

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価

前計画の分野・項目ごとに、過去と最新の数値を比較したところ多くの項目で改善が見られています。(表1)

表1 分野・項目ごとの過去との比較

| 分野 | 指標 | | 砂川市の現状値 | | | H24 目標値 | | |
|-----------------|-----------------------------|--|---------|----------------------|----------------------|------------|-------|-------|
| | 項目 | | H20年度 | 最新値 | データソース | | | |
| がん | がん検診受診率の増加 | 胃がん | 12.9% | 11.8% | H23年度 | ① | 増加 | |
| | | 肺がん | 15.6% | 14.0% | | | | |
| | | 大腸がん | 13.0% | 14.5% | | | | |
| | | 子宮がん | 8.5% | 13.7% | | | | |
| | | 乳がん | 9.9% | 16.4% | | | | |
| 循環器疾患 | 特定健康診査受診率の増加 | | 35.3% | 34.8% | H23年度 | ③ | 65% | |
| | 特定保健指導実施率の増加 | | 72.0% | 69.2% | | | 80% | |
| | 内臓脂肪症候群の該当・予備群の減少 | 該当者 | | 22.8% | | | 16.1% | 10%減少 |
| | | 予備群者 | | 8.9% | | | 11.4% | |
| | 高血圧者の減少(140/90mmhg以上) | 男性 | | 45.9% | | | 39.9% | 減少 |
| | | 女性 | | 40.9% | | | 36.7% | |
| | 脂質異常症(LDL-C)の減少(160mg/dl以上) | 男性 | | 12.5% | | | 8.3% | 減少 |
| | | 女性 | | 19.9% | | | 12.7% | |
| 脳血管疾患壮年期死亡者の減少 | | | 4人 | 6人 | H21年 | ② | 減少 | |
| 虚血性心疾患壮年期死亡者の減少 | | | 2人 | 5人 | | | 減少 | |
| 糖尿病 | 糖尿病有病者・予備群の減少 | 糖尿病が強く疑われる人 (HbA1c6.1mg/dl以上) | | 14.2% | 9.3% | H23年度 | ③ | 減少 |
| | | 糖尿病の可能性が否定できない人 (HbA1c5.6～6.0mg/dl) | | 32.6% | 9.9% | | | |
| | 糖尿病性腎症によって新規に透析導入になった患者数の減少 | | | 5.75人 (H17-H20平均) | 4.33人 (H21-H23平均) | H23年度 | ④ | 減少 |
| 歯・口腔 | 3歳児でう蝕がない者の増加 | | 68.4% | 76.9% | H23年度 | ① | 増加 | |
| 栄養・食生活 | 適正体重を維持している者の増加 | 20～60歳代男性の肥満者 | | 35.7% | 33.8% | H23年度 | ③ | 減少 |
| | | 40～60歳代女性の肥満者 | | 25.3% | 21.8% | | | |
| 身体活動・運動 | 運動習慣のある者の増加 | 男性 | | 42.5% | 42.8% | H23年度 | ③ | 増加 |
| | | 女性 | | 39.9% | 38.5% | | | |
| 飲酒 | 多量飲酒者の減少 | 男性 | | 3.3% | 2.4% | H23年度 | ③ | 減少 |
| | | 女性 | | 0.4% | 1.1% | | | |
| | 肝機能異常者(γ-GT)の減少 | 男性 | | 29.1% | 23.4% | | | 減少 |
| | | 女性 | | 8.9% | 7.6% | | | |
| 喫煙 | 喫煙する者の減少 | 男性 | | 33.6% | 27.0% | H23年度 | ③ | 減少 |
| | | 女性 | | 9.1% | 8.4% | | | |
| 休養 | 睡眠による休養を十分取れていない者の減少 | 男性 | | 15.3% | 18.4% | H23年度 | ③ | 減少 |
| | | 女性 | | 24.7% | 22.3% | | | |
| こころの健康 | 自殺者の減少 | 男性 | | 2人 | 5人 | H22年 | ② | 減少 |
| | | 女性 | | 0人 | 0人 | | | |

- ①:地域保健・健康増進事業報告
 ②:人口動態統計
 ③:市国保特定健康診査結果
 ④:更生医療交付申請受付簿兼決定簿

これらの状況を踏まえ、次期運動を推進するための「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された目標項目を、別表Ⅱのように取り組む主体別に区分し、健康増進は、最終的には個人の意識と行動の変容にかかっていると捉え、それを支援するための砂川市の具体的な取り組みを次のように推進します。

ライフステージ別取り組み主体と目標項目

別表Ⅱ

| ライフステージ ・主な法律 | | 生涯における各段階(あらゆる世代) | | | | | | | | | |
|------------------|----------|---|-------|---------|---------|-----------------|-----------|-----|-----|----|--|
| | | 妊娠 | 出生 | 乳幼児期 | 学童期 | 青年期 | 働く世代(労働者) | 壮年期 | 高齢期 | 死亡 | |
| 取り組み主体 | | 胎児(妊婦) | 0歳 | 18歳 | 20歳 | 40歳 | 65歳 | 75歳 | | | |
| | | 母子保健法 | 食育基本法 | 学校保健安全法 | 労働安全衛生法 | 高齢者の医療の確保に関する法律 | 介護保険法 | | | | |
| 個人・家庭 | がん | □がん検診の受診率の向上 □75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 | | | | | | | | | |
| | 循環器疾患 | □高血圧の改善 □脂質異常症の減少 □脳血管疾患・虚性心疾患の年齢調整死亡率の減少 | | | | | | | | | |
| | 糖尿病 | □特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 □メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 □糖尿病有病者の増加の抑制 □治療継続者の割合の増加 □合併症の減少 □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 (糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数) | | | | | | | | | |
| | 歯・口腔の健康 | □乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加 □過去1年間に歯科検診を受診した者の増加 □歯の喪失防止 □口腔機能の維持・向上 □歯周病を有する者の割合の減少 | | | | | | | | | |
| | 栄養・食生活 | □適正体重を維持している人の増加(肥満、やせの減少) □適正体重の子どもの増加 □共食の増加 □適切な量と質の食事をとる者の増加 □低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制 □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 | | | | | | | | | |
| | 身体活動・運動 | □日常生活における歩数の増加 □介護保険サービス利用者の増加の抑制 □運動習慣者の割合の増加 □足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 | | | | | | | | | |
| | 飲酒 | □妊娠中の飲酒をなくす □未成年者の飲酒をなくす □生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 | | | | | | | | | |
| | 喫煙 | □妊娠中の喫煙をなくす □未成年者の喫煙をなくす □成人の喫煙率の低下 | | | | | | | | | |
| | 休養 | □睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少 □自殺者の減少 | | | | | | | | | |
| | こころの健康 | □気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 | | | | | | | | | |
| 社会環境に関する項目 | 地域 | □コミュニティボランティア等 □地域のつながりの強化 □健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 □就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 □認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 | | | | | | | | | |
| | 職域 | □受動喫煙の機会を有する者の割合の減少 □週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 □メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加 □食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加 □健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 □利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加 □健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加 | | | | | | | | | |
| | 都道府県 | □住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加 □小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加 □健康格差対策に取り組む自治体数の増加 □健康寿命の延伸 □健康格差の縮小 | | | | | | | | | |
| | 国・マスメディア | □COPDの認知度の向上 □ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加 | | | | | | | | | |

2. 生活習慣病の予防

(1) がん

①はじめに

人体には、遺伝子の変異を防ぎ、修復する機能がもともと備わっていますが、ある遺伝子の部分に突然変異が起こり、無限に細胞分裂を繰り返し、増殖していく、それが“がん”です。

たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30 回くらいの細胞分裂を繰り返した 1cm 大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれています。30 回くらいの細胞分裂には 10～15 年の時間がかかるといわれています。

がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。腫瘍の大きさや転移の有無などががんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは 5 年生存率が 8～9 割のことをいいます。

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

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

②基本的な考え方

i 発症予防

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

がんのリスクを高める生活習慣は、循環器疾患や糖尿病の危険因子と同様であるため、循環器疾患や糖尿病への取り組みとしての生活習慣の改善が、結果的にはがんの発症予防につながってくると考えられます。(表1)

ii 重症化予防

生涯を通じて考えた場合、2人に1人は一生のうちに何らかのがんに罹患するといわれています。進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。

早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要なことから、有効性が確立しているがん検診の受診率向上施策が重要です。(表1)

表1 がんの発症予防・重症化予防

| | 部位 | 発症予防 | | | | | | | | | | 重症化予防(早期発見) | | |
|--------------|----------|------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|-----|------|-----------------|------------------------|-----------------|-------------------------------|---|
| | | 生活習慣 68% | | | | | | その他 | | | | がん検診 | 評価判定 | |
| | | タバコ 30% | 食事 高脂肪 | 30% 塩分 | 運動 5% | 飲酒 3% | 肥満 | 家族歴 | ホルモン | 感染 | 他 △可能性あり | | | |
| 科学的根拠のあるがん検診 | 胃 | ◎ | ○ | ○ | | ○ | ○ | | | ◎ Hp | | 胃X腺検査 | I-b | |
| | 肺 | ◎ | | | | | | | | △ 結核 | 環境汚染 | 胸部X腺検査 喀痰細胞診 | I-b (胸部X腺検査と高危険群に対する喀痰細胞診) | |
| | 大腸 | △ | ○ | | ○ | ○ | ○ | △ | | | | 便潜血検査 | I-a | |
| | 子宮頸部 | ◎ | | | | | | | | ◎ HPV | | 子宮頸部擦過細胞診 | I-a | |
| | 乳 | △ | | | △ | ○ | (閉経後の肥満)○ | ○ | ○ | | 高身長、良性乳腺疾患の既往、マンモ高密度所見 | 視触診とマンモグラフィの併用 | I-a(50歳以上) I-b(40歳代) | |
| その他 | 前立腺 | | △ | | | | | ○ | | | | 加齢 | PSA測定 | Ⅲ |
| | 肝臓 | ○ | | | | ○ | | | | ◎ HBV HCV | カビ 糖尿病患者 | 肝炎ウイルスキャリア検査 | I-b | |
| | 胆道 | | △ | | | | | △ | | | | 胆道系疾患(胆石症)の既往 | | |
| | 膵臓 | ◎ | △ | | | △ | | | | | | 糖尿病の罹患慢性膵炎 | | |
| | 成人T細胞白血病 | | | | | ○ | | | | ◎ HTLV-1 | | | | |

◎確実 ○ほぼ確実 △可能性あり 空欄 根拠不十分

評価判定 I-a: 検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある

[参考] 国立がん研究センター 科学的根拠に基づくがん検診推進のページ 予防と検診

I-b: 検診による死亡率減少効果があるとする、相応な根拠がある

「がんはどこまで治せるのか」「がんの正体」「がんの教科書」

Ⅲ: 検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や報告が、現時点で見られないもの

③現状と目標

i 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、高齢化の影響を除いたがんの死亡率(年齢調整死亡率)を、がん対策の総合的な推進の評価指標としています。砂川市の75歳未満のがんの年齢調整死亡率は把握できませんが、75歳未満のがんによる死亡者数をみると、図1のとおり、年間約30人前後の方がなくなっている状況であり、ほぼ横ばいで推移しています。

図1 砂川市のがんによる死亡者数の推移

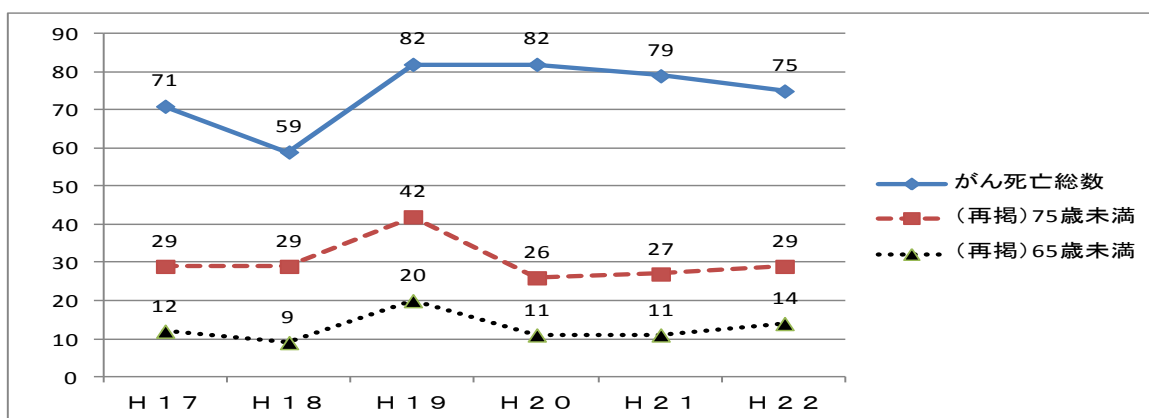


表2 65歳未満の部位別がん死亡状況

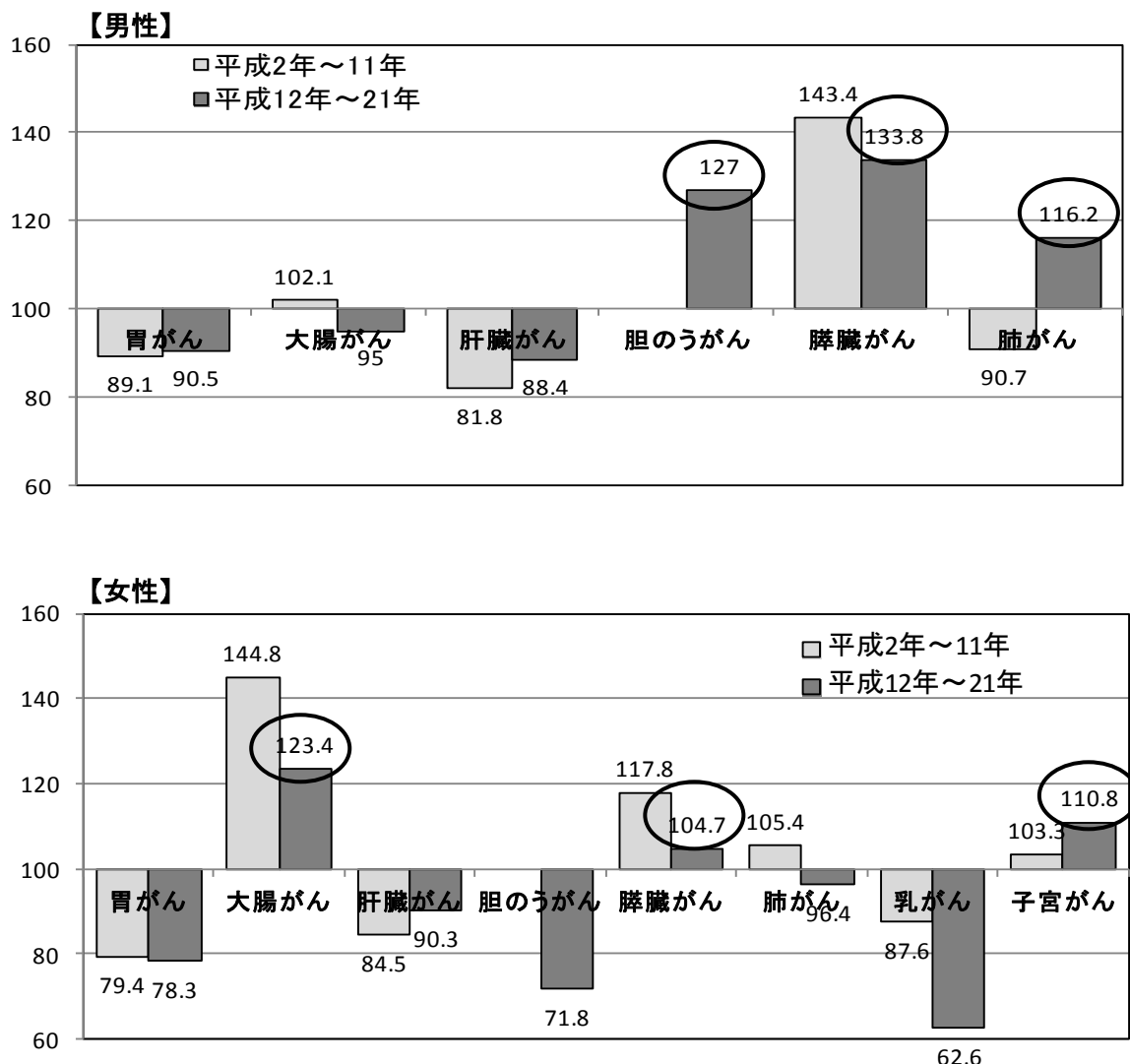
平成22年にがんにより死亡した65歳未満の14人について、部位別の死亡状況を見ると、検診による死亡率の減少効果があるとされている、胃・肺・大腸・子宮頸部・乳がんの5大がんでの死亡が7人と半数を占めており、全員が市のがん検診未受診者でした。(表2)

| 部位 | | H22 | 検診受診者 | |
|------------|---------|-----|-------|---|
| 65歳未満の死亡者数 | 早期発見に有効 | 肺 | 3 | 0 |
| | | 胃 | 0 | 0 |
| | | 大腸 | 2 | 0 |
| | | 乳 | 2 | 0 |
| | | 子宮 | 0 | 0 |
| | 小計 | 7 | 0 | |
| その他 | 肝臓 | 3 | — | |
| | 膵臓 | 1 | — | |
| | その他 | 3 | — | |
| 小計 | 7 | — | | |
| 合計 | | 14 | — | |

また、地域の年齢構成を均一にした標準化死亡比(SMR)で、残されたがん死亡の課題をみると、男性は膵臓がん・胆のうがん・肺がん、女性は大腸がん・膵臓がん・子宮がんの死亡率が全国に比べて高くなっている状況です。(図2)

今後も、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と、検診受診率の向上による重症化予防に努め、75歳未満のがんの死亡者数の減少を図ります。

図2 SMR(標準化死亡比)で課題とされるがんの種類 (平成2~11年と平成12~21年の比較)



(北海道における主要死因の概要 (北海道健康づくり財団))

ii がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率減少効果は関連性があり、がんの重症化予防は、がん検診により行われています。

砂川市においては、現在、有効性が確立されているがん検診の受診率向上を図るために、様々な取り組みと、精度管理を重視したがん検診を推進しているところです。

砂川市のがん検診の受診率は、平成20年度から「がん検診事業の評価に関する委員会」で提案された計算方法で算出しており、検診が有効とされているがん検診についても、いずれも近年受診率が伸び悩んでいる状況にあります。(表3)

また、平成24年度からのがん対策推進基本計画で示された69歳を上限とする受診率についても、いずれも平成28年度の目標値達成には程遠い状況です。(表3)

受診率が伸びない背景には、医療機関や他の健診の中で実施される機会が拡大してきていることも考えられるので、今後は医療機関等との連携を図ることも必要となります。

※平成24年度からのがん対策推進基本計画では、受診率の算定に当たり、40～69歳を対象とする。(子宮がんは20～69歳)

表3 砂川市のがん検診受診率の推移

| 種類 | がん対策推進基本計画 (H19.6～H23年度末) | | | | | ※がん対策推進基本計画 (H24.6～H28年度) | |
|-------|---------------------------|--------|--------|--------|-------|---------------------------|----------|
| | H20年度 | H21年度 | H22年度 | H23年度 | 目標値 | H23年度 | 目標値 |
| 胃がん | 12.9 % | 12.9 % | 12.9 % | 11.8 % | 50%以上 | 14.8 % | 40% (当面) |
| 肺がん | 15.6 % | 16.2 % | 15.2 % | 14.0 % | | 17.6 % | 40% (当面) |
| 大腸がん | 13.0 % | 12.9 % | 12.5 % | 14.5 % | | 19.3 % | 40% (当面) |
| 子宮頸がん | 8.5 % | 10.2 % | 12.8 % | 13.7 % | | 20.9 % | 50% |
| 乳がん | 8.6 % | 11.5 % | 14.7 % | 16.4 % | | 28.4 % | 50% |

(地域保健・健康増進事業報告)

がん検診で、精密検査が必要となった人の精密検査受診率は、がん検診に関する事業評価指標の一つとなっています。

砂川市の精密検査受診率は、子宮頸がん検診以外は許容値を超えています。何れも目標値(90%以上)には達していません。がん検診の受診者のうち、毎年何らかのがんが見つかるため、今後も精密検査受診率の向上を図っていく必要があります。(表4)

表4 砂川市の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

| 年 度 | | H20年度 | H21年度 | H22年度 | H23年度 | 事業評価指標 | |
|---------|-----------|--------|-------|-------|-------|--------|-------|
| | | | | | | 許容値 | 目標値 |
| 胃がん検診 | 精密検査受診率 | 78.6% | 68.1% | 71.8% | 77.9% | 70%以上 | 90%以上 |
| | がん発見者数(人) | 1 | 3 | 3 | 0 | | |
| 肺がん検診 | 精密検査受診率 | 100.0% | 88.2% | 86.7% | 83.3% | | |
| | がん発見者数(人) | 3 | 1 | 3 | 2 | | |
| 大腸がん検診 | 精密検査受診率 | 83.3% | 79.1% | 72.4% | 75.0% | | |
| | がん発見者数(人) | 3 | 6 | 4 | 1 | | |
| 子宮頸がん検診 | 精密検査受診率 | 100.0% | 75.0% | 40.0% | 50.0% | | |
| | がん発見者数(人) | 0 | 1 | 0 | 0 | | |
| 乳がん検診 | 精密検査受診率 | 91.0% | 0.0% | 84.2% | 81.5% | 80%以上 | |
| | がん発見者数(人) | 0 | 0 | 0 | 2 | | |

(地域保健・健康増進事業報告)

④対策

i ウイルス感染によるがんの発症予防の施策

- ・子宮頸がん予防ワクチン接種
- ・HTLV-1 抗体検査(妊娠期)
- ・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

ii がん検診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報などを利用した啓発
- ・がん検診推進事業

がん検診の評価判定で「検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある」とされた、子宮頸がん検診・乳がん検診・大腸がん検診について、一定の年齢に達した方に、検診手帳及び検診無料クーポン券を配付

iii がん検診によるがんの重症化予防の施策

- ・胃がん検診(40歳以上)
- ・肺がん検診(40歳以上)
- ・大腸がん検診(40歳以上)
- ・子宮頸がん検診(妊娠期・20歳以上の女性)
- ・乳がん検診(30歳以上の女性)
- ・前立腺がん検診(50歳から79歳の男性)

iv がん検診の質の確保に関する施策

- ・精度管理項目を遵守できる検診機関の選定
- ・要精検者に対して、がん検診実施機関との連携を図りながら精密検査の受診勧奨

v 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

- ・砂川市立病院との連携

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の開設

(2) 循環器疾患

①はじめに

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

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病の4つがあります。循環器疾患の予防はこれらの危険因子を、健診データで複合的、関連的に見て、改善を図っていく必要があります。

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

②基本的な考え方

i 発症予防

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、管理のためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、市民一人ひとりがこれらの生活習慣改善への取り組みを考えていく科学的根拠は、健康診査の受診結果によってもたらされるため、特定健診の受診率向上対策が重要です。

ii 重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症の治療率を上昇させることが必要になります。どれほどの値であれば治療を開始する必要があるかなどについて、自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防ができることへの支援が重要です。

また、高血圧症及び脂質異常症の危険因子は、肥満を伴わない場合にも多く認められることから、肥満以外で危険因子を持つ人に対するの保健指導も必要です。

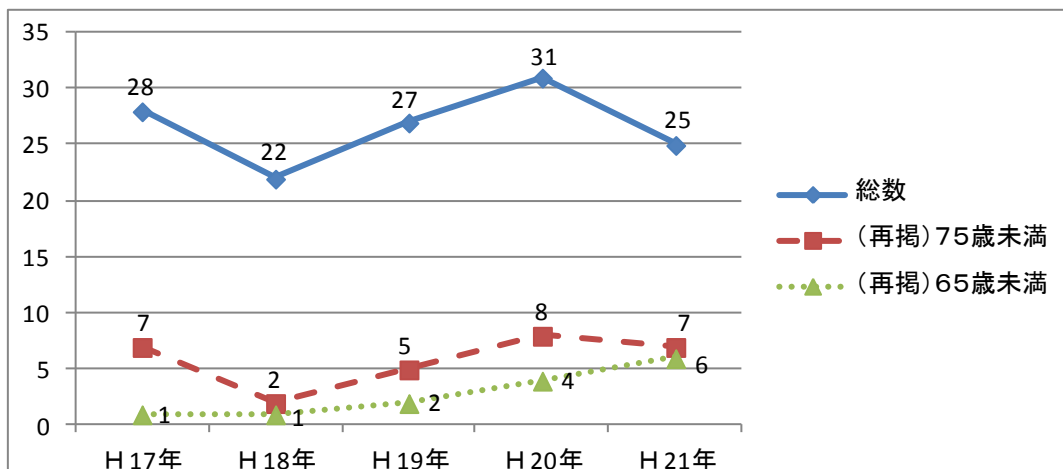
③現状と目標

i 脳血管疾患の死亡の減少

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことを、循環器疾患対策の総合的な推進の評価指標とします。

砂川市の脳血管疾患の75歳未満の死亡数は横ばいですが65歳未満の死亡数は、上昇傾向にあります。(図1)

図1 砂川市の脳血管疾患死亡者数の推移



平成22年度に脳血管疾患が原因で介護が必要となった18人(第2号被保険者)のうち、12人は、発症時の医療保険が国保以外でした。国保加入者だった6人のうち、5人は健診履歴がなく、健診履歴がある人でも、国保加入前の健診で精密検査を受診していませんでした。

(表1)

青壮年層を対象に行われている保健事業は、制度間のつながりがいいことから、地域全体の健康状態を把握できなかつたり、退職後の保健事業が継続できないといった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、職域保健の実態を把握し、地域保健との連携を推進する施策を検討する必要があります。

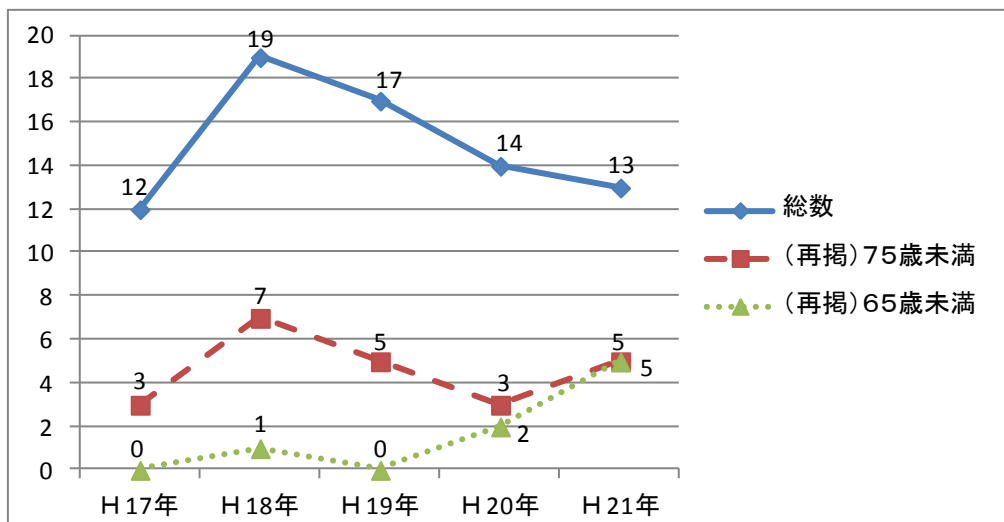
表1 平成22年度 脳血管疾患が原因疾患の第2号被保険者認定者の状況

| 年代 | 性別 | 疾患名 | 介護度 | 加入保険 | | 基礎疾患 | | | 健診履歴 |
|----|----|--------|------|------|-----------|------|-----|------|---|
| | | | | 認定前 | 認定後 | 高血圧 | 糖尿病 | 脂質異常 | |
| 40 | 男 | 左脳内出血 | 要介護3 | 社保 | H16.3~国保 | | | | なし |
| 50 | 男 | 脳梗塞 | 要支援1 | 社保 | | | | | なし |
| 50 | 男 | 脳出血 | 要介護1 | 社保 | H19.4~国保 | | ○ | | なし |
| 50 | 男 | 脳出血 | 要介護4 | 社保 | H23.7~国保 | | | | なし |
| 50 | 男 | くも膜下出血 | 要支援1 | 社保 | H19.8~国保 | | | | なし |
| 60 | 男 | 右視床出血 | 要介護2 | 社保 | H20.9~国保 | | | | なし |
| 60 | 男 | 脳出血 | 要支援1 | 社保 | H15.11~国保 | ○ | | | H21(血圧122/63:尿蛋白-:GFR23) H22(血圧141/84:尿蛋白2+:GFR30) |
| 50 | 女 | 脳出血 | 要介護2 | 社保 | | | | | なし |
| 50 | 女 | 脳出血 | 要支援1 | 社保 | H24.7~国保 | | | | なし |
| 60 | 女 | 小脳出血 | 要介護4 | 社保 | | | | | なし |
| 60 | 女 | 脳出血 | 要介護1 | 社保 | H21.9~国保 | ○ | | | なし |
| 60 | 女 | くも膜下出血 | 要支援1 | 社保 | H17.3~国保 | ○ | | | なし |
| 50 | 男 | 脳内出血 | 要介護1 | 国保 | | | | | なし |
| 50 | 男 | 脳梗塞 | 要介護4 | 国保 | | | | | なし |
| 50 | 男 | 脳梗塞 | 要介護4 | 国保 | | | ○ | | H22(LDL164:中性脂肪174:HbA1c8.3:尿糖3+:尿蛋白+) |
| 60 | 男 | 脳出血 | 要介護3 | 国保 | | | | | なし |
| 60 | 男 | 脳梗塞 | 要支援2 | 国保 | | | | | なし |
| 60 | 男 | 脳梗塞 | 要支援1 | 国保 | | | | | なし |

ii 虚血性心疾患の死亡の減少

虚血性心疾患についても脳血管疾患と同様に、高齢化の影響を除いた死亡数を見ていくことが必要です。65歳未満の死亡数は上昇に転じています。(図2)

図2 砂川市の虚血性心疾患死亡者数の推移



循環器疾患の中でも、今後は、特に虚血性心疾患への対策が重要になりますが、平成20年度から開始された医療保険者による特定健診では、心電図検査については、詳細な健康診査項目となり、その選定方法については省令で定められていますが、砂川市では第1期の計画時から全員に実施してきました。

平成23年度の心電図検査の結果をみると、全受診者1,320人のうち、30.4%に異常が認められ、そのうち15.5%は、狭心症や心筋梗塞など、重症化すれば高額な医療費が必要となる疾患や、重症な脳梗塞に結びつきやすい心房細動(2.5%)など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。

iii 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。

砂川市では、特定健診の結果に基づき、肥満を伴う人のみでなく、高血圧治療ガイドライン2009に記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層」などに基づき、対象者を明確にした保健指導を実施しています。(図3)

その結果、未治療者の重症高血圧者の割合が平成20年度1.6%から平成23年度0.8%へと減少しています。また、軽症高血圧以上の割合が約4割と高い状況にあるため、今後も保健指導を徹底し継続することが必要です。(図4)

図3 保健指導の取り組み基準（血圧）

* 健診結果は、基本的に全受診者に対して、訪問・面接等にて説明を実施しています。

血圧に基づいた脳心血管リスク階層

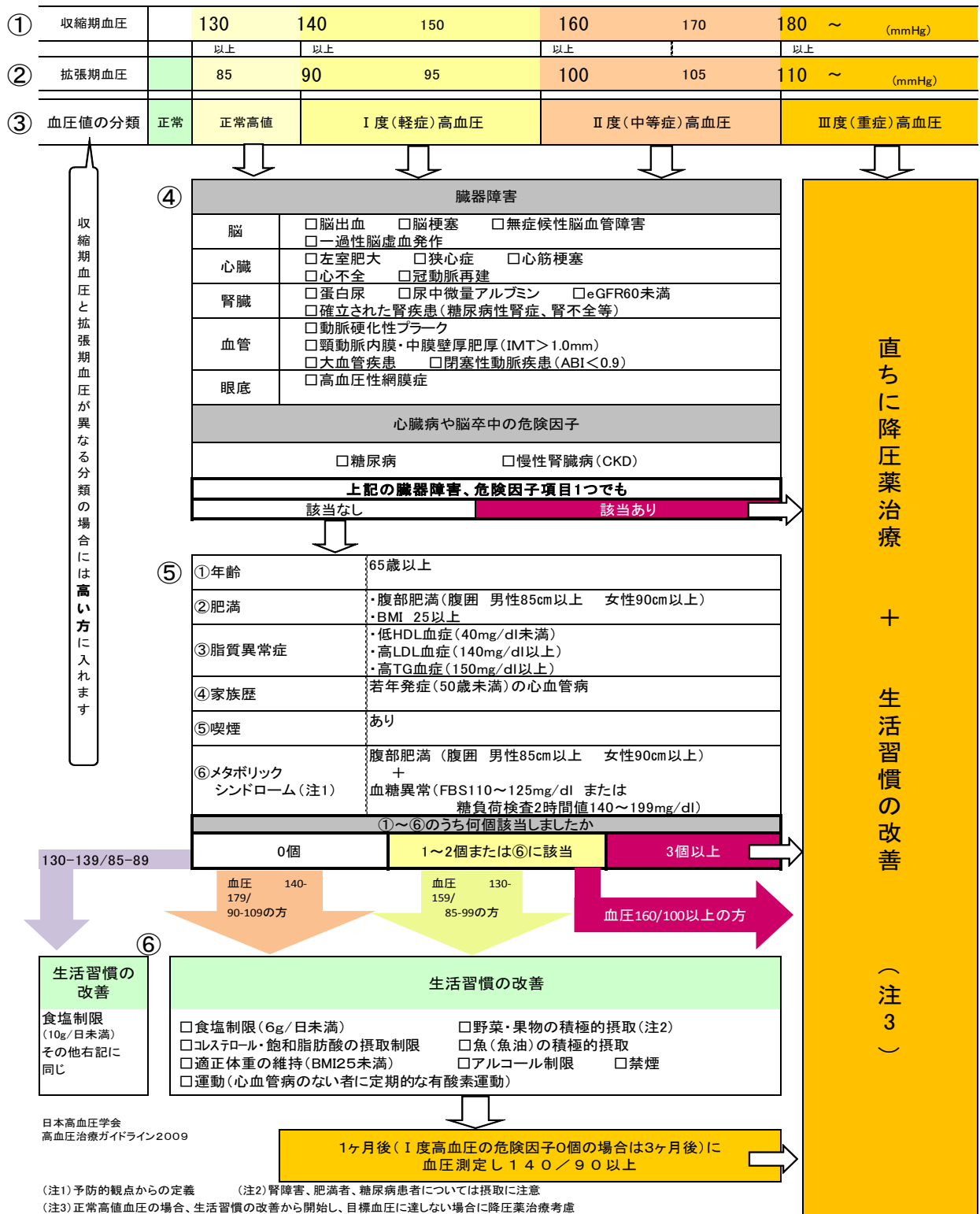
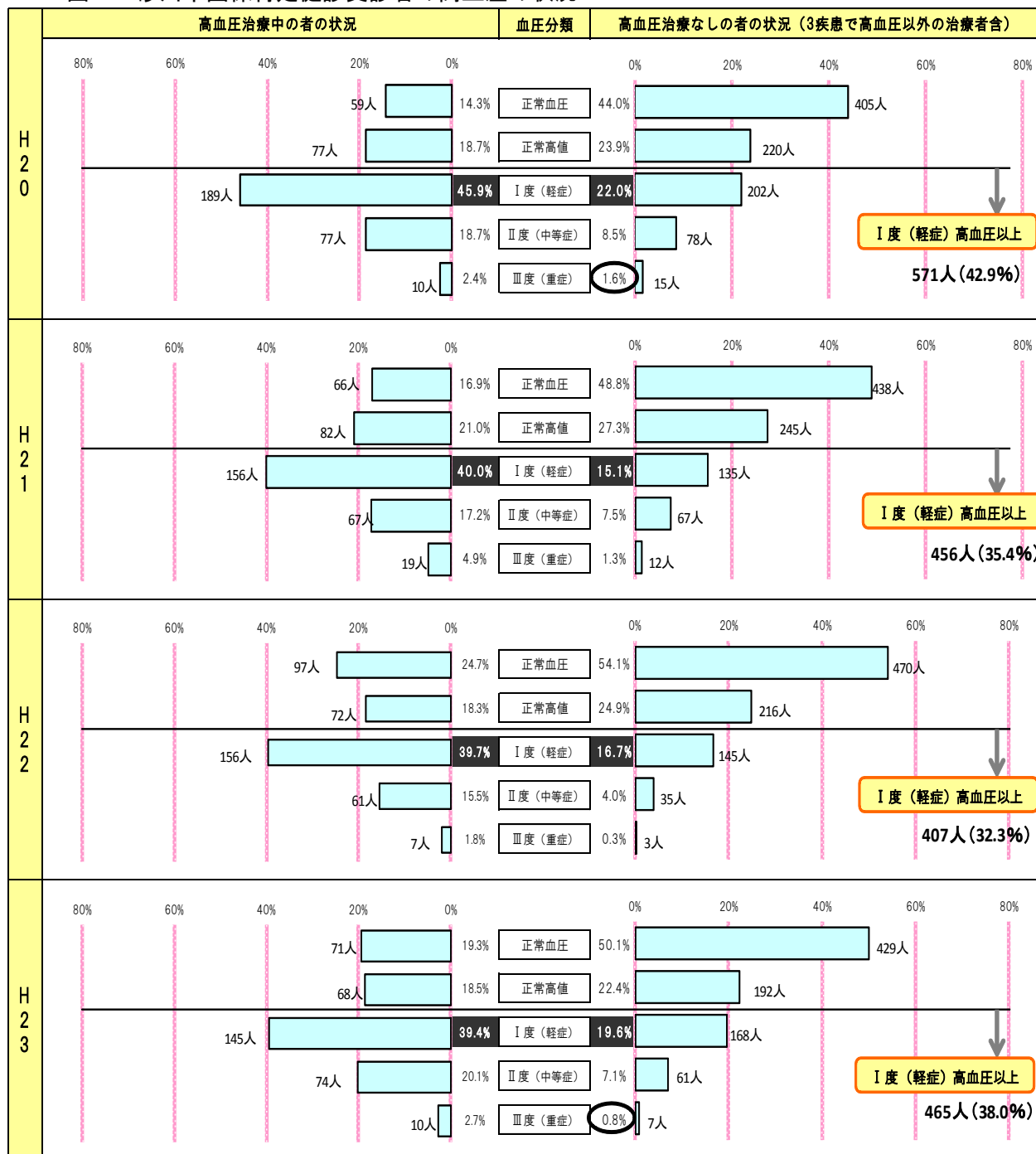


図4 砂川市国保特定健診受診者の高血圧の状況



iv 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。

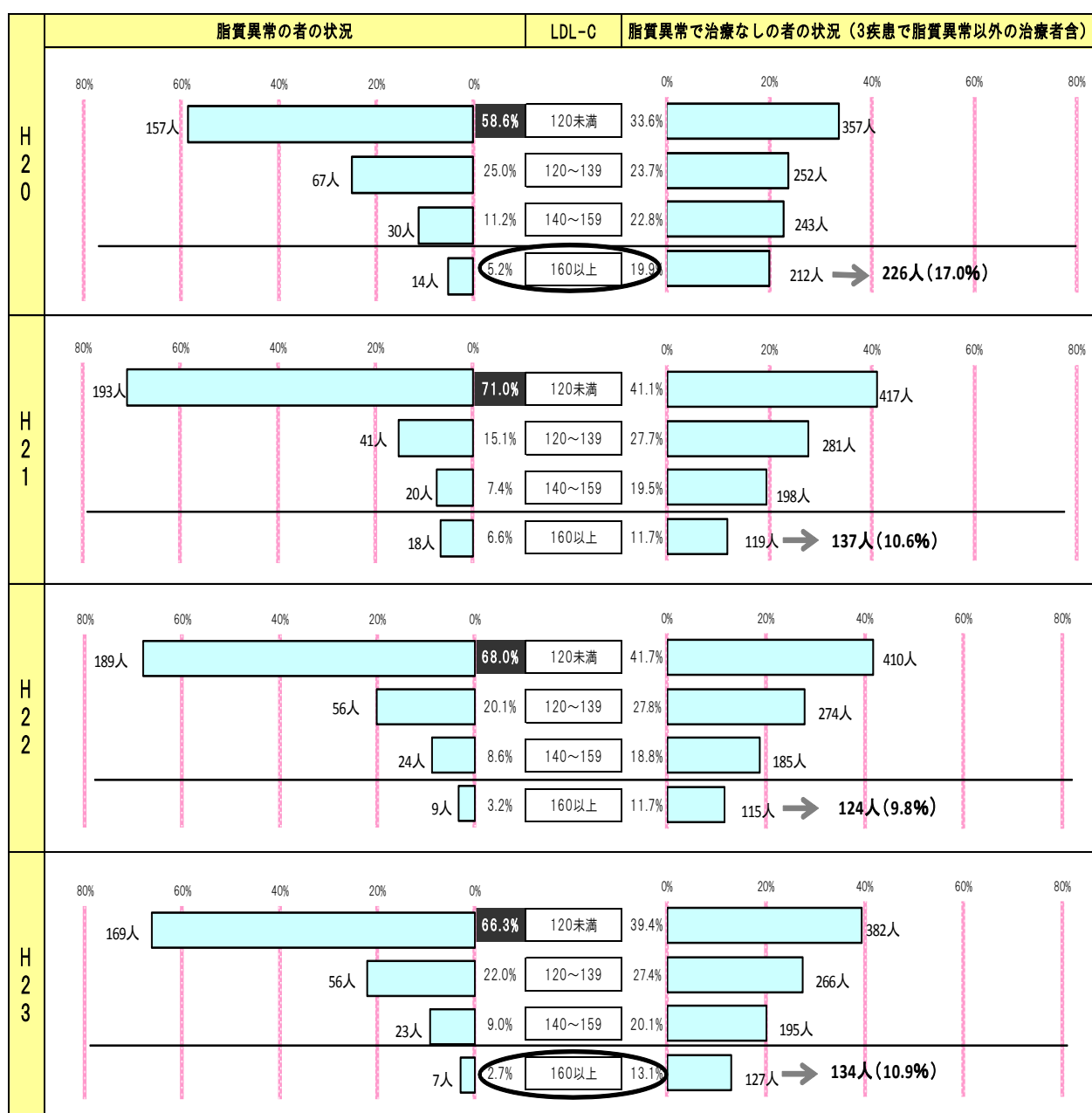
冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは LDL コレステロール 160mg/dl に

相当する総コレステロール値 240mg/dl 以上からが多いといわれています。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007 年版」では、動脈硬化性疾患のリスクを判断する上で LDL コレステロール値が管理目標の指標とされ、平成 20 年度から開始された特定健診でも、脂質に関しては中性脂肪、HDL コレステロール及び LDL コレステロール検査が基本的な項目とされたため、市でも総コレステロール検査を廃止することとし、LDL コレステロール値に注目して、肥満の有無に関わらず、保健指導を実施してきました。

その結果、平成 20 年度から平成 23 年度にかけて、重症者(LDL160 mg/dl以上)の割合は減少しています。(図5)

図5 砂川市国保特定健診受診者の LDL-コレステロールの状況



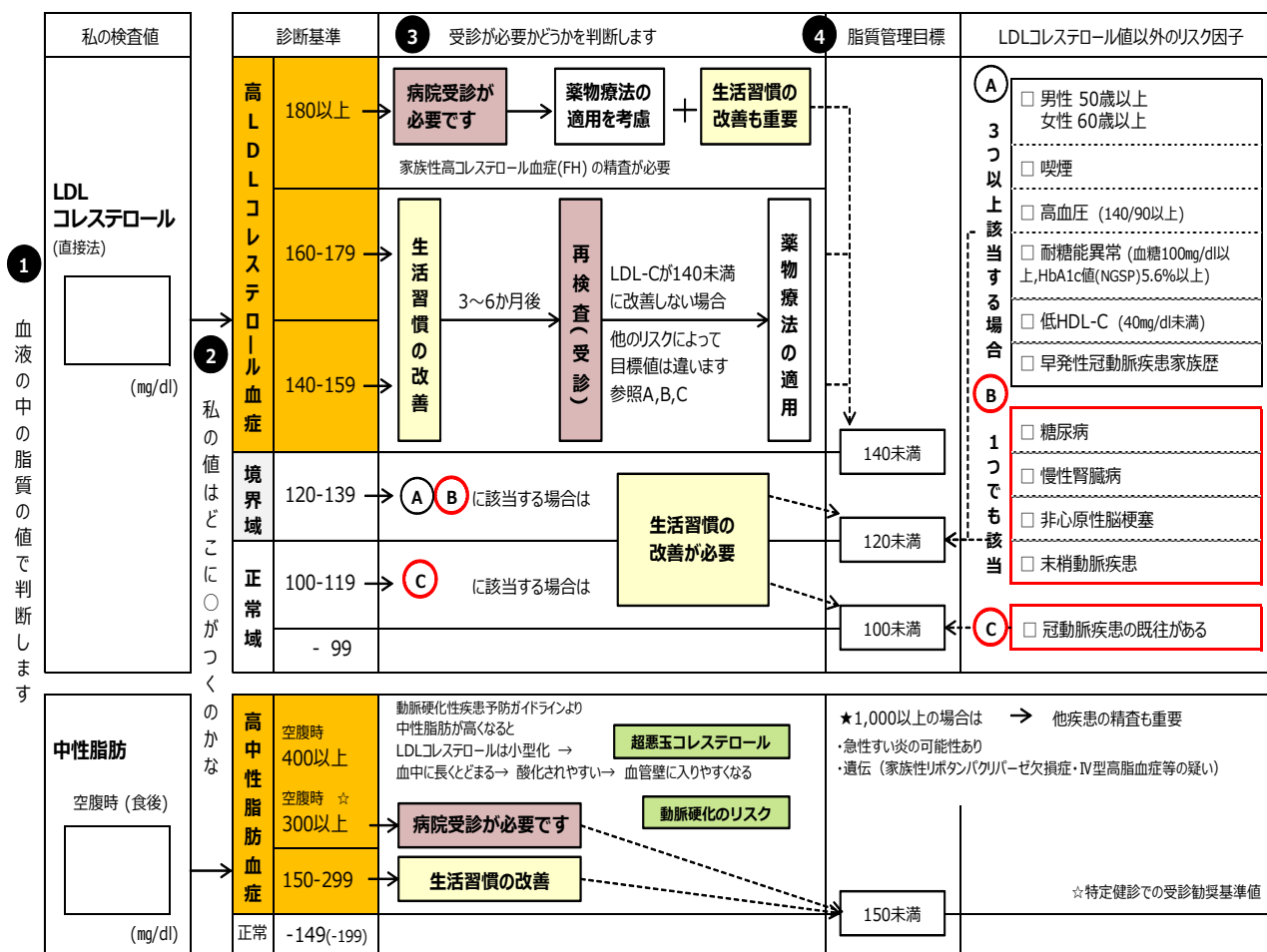
平成 24 年 6 月に発行された「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」の中では、動脈硬化性疾患の予防・治療において、関連疾患をふまえた対応が不可欠であることから、生活習慣病関連の 8 学会とともに「動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理チャート」が作成され、発症予防のためのスクリーニングからリスクの層別化、各疾患の管理目標値、治療法などが一元化されました。

また、動脈硬化惹起性の高いリポ蛋白を総合的に判断できる指標として、nonHDL コレステロール値(総コレステロール値から HDL コレステロール値を引いた値)が脂質管理目標値に導入されました。

加えて、頸動脈超音波検査の、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の有用性について記載がなされました。

今後は、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」に基づき、検査項目や保健指導対象者の見直し等を行い、対象者の状況に合わせた指導を実施していくことが重要です。(図6)

図 6 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

v 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、減少が評価項目の一つとされました。

砂川市の平成23年度のメタボリックシンドローム該当者の割合は減少傾向にあります。(表2 ①)

一方、予備群の割合は増加傾向にあり、男女別にみると、男性の割合が増加していることがわかります。(表2 ②)

今後は、食や運動という生活習慣と検査値が関連していること、検査値から受診者自らが血管の状態をイメージでき、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ていく必要があります。

表2 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の推移 (砂川市国保特定健診結果)

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 |
| H20 | 1332 | 298 | 22.4% | 527 | 184 | 34.9% | 805 | 114 | 14.2% |
| H21 | 1286 | 271 | 21.1% | 506 | 165 | 32.6% | 780 | 106 | 13.6% |
| H22 | 1260 | 181 | 14.4% | 502 | 122 | 24.3% | 758 | 59 | 7.8% |
| H23 | 1223 | 197 | 16.1% | 494 | 132 | 26.7% | 729 | 65 | 8.9% |

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 |
| H20 | 1332 | 118 | 8.9% | 527 | 68 | 12.9% | 805 | 50 | 6.2% |
| H21 | 1286 | 129 | 10.0% | 506 | 79 | 15.6% | 780 | 50 | 6.4% |
| H22 | 1260 | 145 | 11.5% | 502 | 82 | 16.3% | 758 | 63 | 8.3% |
| H23 | 1223 | 140 | 11.4% | 494 | 90 | 18.2% | 729 | 50 | 6.9% |

vi 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

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

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

砂川市では、特定健診受診率、特定保健指導実施率ともに、全国・全道より高く推移していますが、受診率の目標値(65%)に達していない状況です。

今後は、継続受診者の定着をはかるとともに、未受診者対策を見直し、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施策が重要になってきます。

④対策

i 特定健診受診率向上のための施策

- ・対象者への個別案内(訪問、電話等)、広報などを利用した啓発
- ・健診結果説明会などによる継続受診の勧奨
- ・医療機関との連携による治療中の者のデータ受理
- ・医療機関と連携した健診機会の拡大

ii 保健指導対象者を明確にするための施策

- ・健康診査(20歳～39歳・後期高齢者医療被保険者・無保険者等)
- ・砂川市国民健康保険特定健診
- ・健康診査及び特定健診における検査項目の検討
- ・頸動脈超音波検査等2次検診の導入の検討

iii 循環器疾患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、糖尿病のほか、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える)
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の実施
- ・砂川市国民健康保険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、今後の健診体制の検討

(3) 糖尿病

①はじめに

糖尿病は、脳・心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質(QOL:Quality of Life)に多大な影響を及ぼすのみでなく、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多大な影響を及ぼします。

また、糖尿病は、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、心筋梗塞や脳卒中のリスクを2～3倍増加させるとされています。

全国の糖尿病有病者数は10年間で約1.3倍に増えており、人口構成の高齢化に伴って、増加ペースは加速することが予想されています。

②基本的な考え方

i 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。循環器疾患と同様、重要なのは危険因子の管理であるため、循環器疾患の予防対策が有効になります。

ii 重症化予防

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

そのためには、まず健康診査の受診者を増やしていくことが非常に重要になります。

同時に、糖尿病の未治療や、治療を中断することが糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されているところであります。治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで、個人の生活の質や医療経済への影響が大きい糖尿病による合併症の発症を抑制することが必要になります。

③現状と目標

i 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

近年、全国的に糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は、増加から横ばいに転じています。増加傾向が認められない理由としては、糖尿病患者総数の増加や高齢化よりも、糖尿病治療や疾病管理の向上の効果が高いことが考えられ、少なくともこの傾向を維持することが必要です。透析導入を1年でも遅らせることは、医療経済への影響が大きいため、腎機能が低下しても透析導入に至らないような管理が大切と考えます。

砂川市の人工透析患者は年々増加しています。原因疾患をみると、糖尿病性腎症の割合が急増しており、2人に1人は糖尿病が原因で透析を受けている状況です。

また、新規透析導入も徐々に増えており、平成 23 年度においてはその 7 割が糖尿病性腎症によるものでした。(図1下)

平成 23 年度新規導入になった人の背景をみると、15 人中 6 人は国保以外の保険加入者で健診受診状況等は不明で、国保加入者については、9 人中健診を受けていたのは 2 人でした。(表1) 糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約 20 年間といわれていることから、国保特定健診受診の勧奨とともに、他の医療保険者での保健指導の状況を確認していく必要があります。(図1)

また、透析患者の死因の約 3 割が脳血管や心血管が原因であり、糖尿病が全身の血管に影響する動脈硬化性の疾患であることも伺え、糖尿病の予防は透析導入のみならず、循環器疾患の予防にもつながっていきます。

腎症の早期発見のために、尿蛋白が出現する前の腎臓の変化を見ることができる検査として尿中アルブミン排泄量を測定する「微量アルブミン検査」も有効であることが示されており(エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2009・糖尿病治療ガイド 2010)、2次検診の導入について検討していきます。

図 1 砂川市人工透析患者の推移

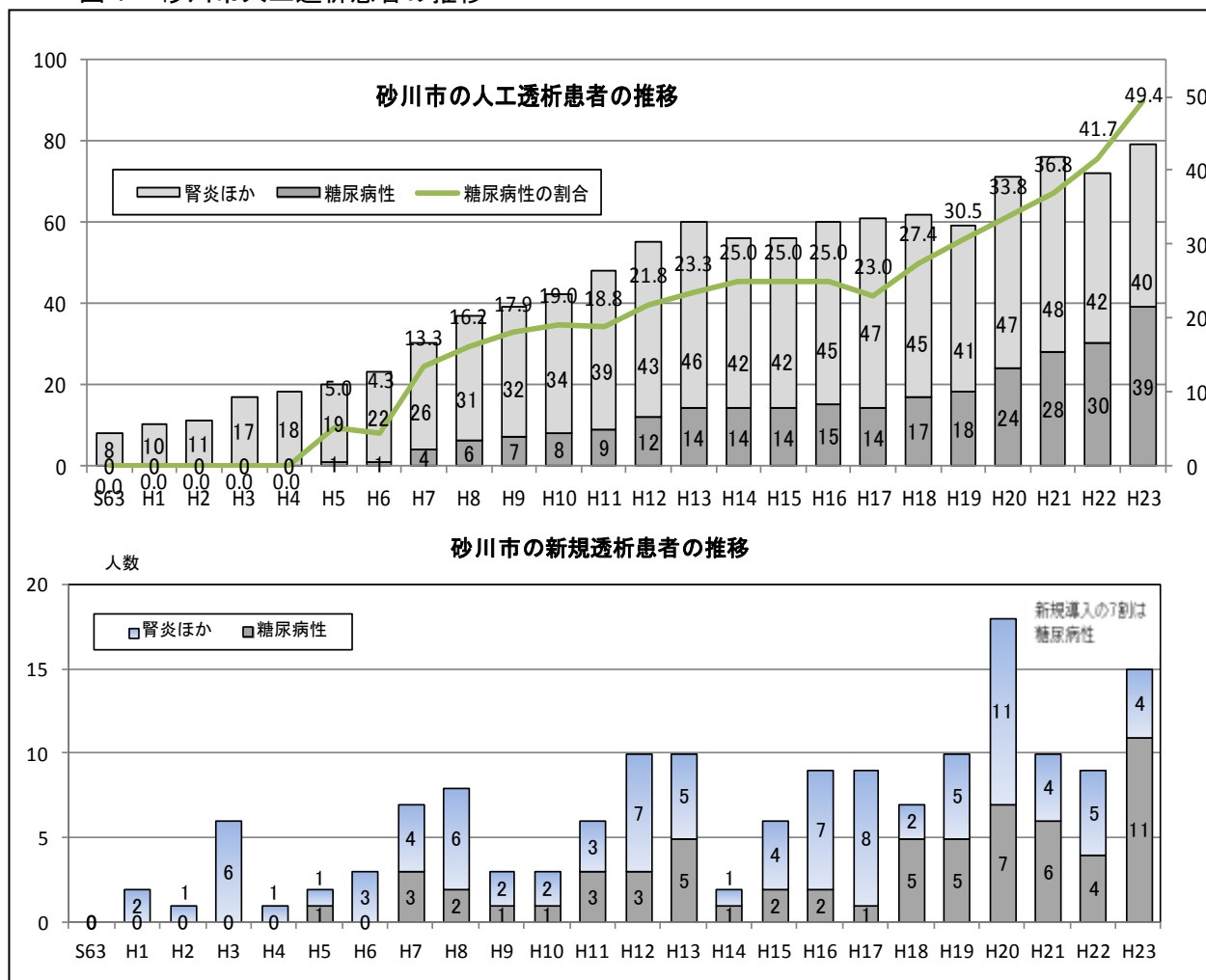


表1 平成23年度新規透析導入者の加入保険、健診受診の状況

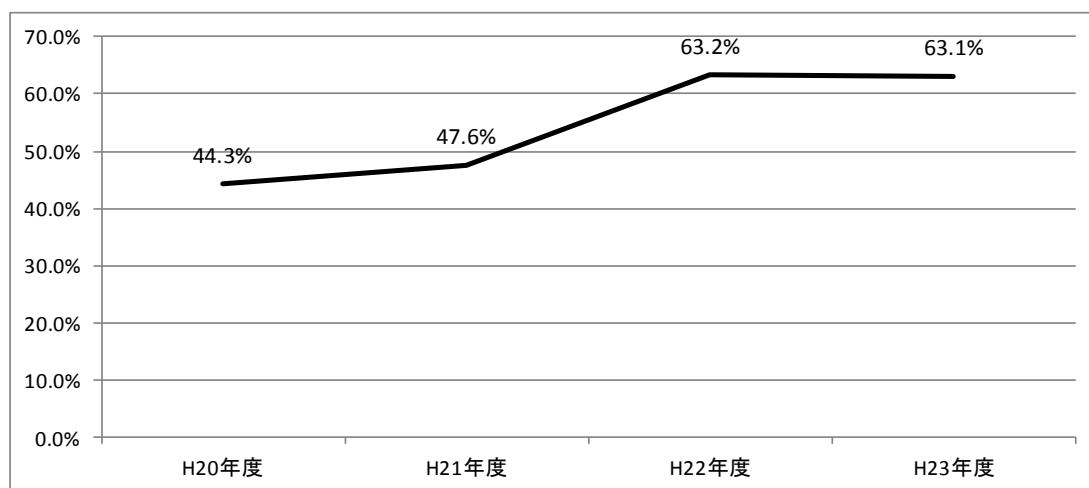
| 年代 | 性別 | 透析原因疾患 | 加入保険 | | 健診受診歴 |
|----|----|--------|------------------|--------------|------------------------------------|
| | | | 透析導入前 | 透析導入後 | |
| 50 | 女 | 糖尿病性腎症 | 社保 | 社保 | 不明 |
| 60 | 女 | 糖尿病性腎症 | 社保 | 社保 | 不明 |
| 60 | 男 | IgA腎症 | 社保 | 社保 | 不明 |
| 70 | 男 | 糖尿病性腎症 | 社保(透析導入7か月前まで国保) | 社保 | 不明 |
| 80 | 男 | 慢性腎不全 | 社保 | 社保 | 不明 |
| 60 | 男 | 糖尿病性腎症 | 社保 | 国保(透析導入と同時に) | 不明 |
| 70 | 男 | 糖尿病性腎症 | 国保 | 社保 | 不明 |
| 70 | 男 | 慢性腎不全 | 国保 | 社保 | H20肝機能、血圧、血糖値、脂質、心電図、眼底所見有り、高血圧治療中 |
| 70 | 男 | 糖尿病性腎症 | 国保 | 社保 | なし |
| 70 | 女 | 糖尿病性腎症 | 国保 | 社保 | なし |
| 80 | 男 | 慢性腎不全 | 国保→後期高齢 | 後期高齢 | なし |
| 50 | 男 | 糖尿病性腎症 | 国保(透析導入3年前～) | 国保(透析導入後2か月) | なし |
| 70 | 男 | 糖尿病性腎症 | 国保 | 国保 | H20・H22肝機能、血圧、心電図の所見有り、糖尿病治療中 |
| 50 | 男 | 糖尿病性腎症 | 国保 | 国保 | なし |
| 70 | 男 | 糖尿病性腎症 | 国保 | 国保 | なし |

ii 治療継続者の割合の増加

糖尿病における治療中断を減少させることは、糖尿病合併症抑制のために必須です。

砂川市の特定健診受診者中の糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の治療率は、平成20年度から上昇し、平成22年度以降は63%で横ばいに推移しています。(図2)重症化予防の対象者の明確化、保健指導の重点化を図ってきたことの効果ともいえます。

図2 砂川市の糖尿病を強く疑われる人(HbA1c6.1%以上)の治療率の推移



糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も大切な治療で、その結果の判断をするためには、医療機関での定期的な検査が必要です。医療機関を受診しても「データがよくなったからもういいと思った」「薬を飲むとかえって調子が悪くなってやめた」など、自覚症状のなさから自己判

断で治療を中断する人も見受けられます。

砂川市の治療率は 63.1%で、国の現状 63.7%よりも低く、今後も未治療である者や、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、より積極的な保健指導が必要になります。

iii 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

(HbA1c が JDS 値 8.0% (NGSP 値 (8.4%) 以上の者の割合の減少)

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2010」では、血糖コントロール評価指標として HbA1c8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられています。同ガイドラインでは、血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、治療法の再検討を含めて何らかのアクションを起こす必要がある場合を指し、HbA1c8.0%以上を超えると顕著に網膜症のリスクが増えるとされています。

砂川市では、健診の結果、HbA1c が 8.0%以上の人には、未治療者にはしっかり受診勧奨し、連絡票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。治療中の人にも同じく連絡票を活用した主治医との連携、保健指導を実施し、受診者全体に示める HbA1c 8.0%以上の人割合は、平成 20 年度 21 人 (1.6%) から平成 23 年度 9 人 (0.7%) までに低下しています。(図3)

特に、治療中の人コントロール不良者は半減しており、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に努めます。

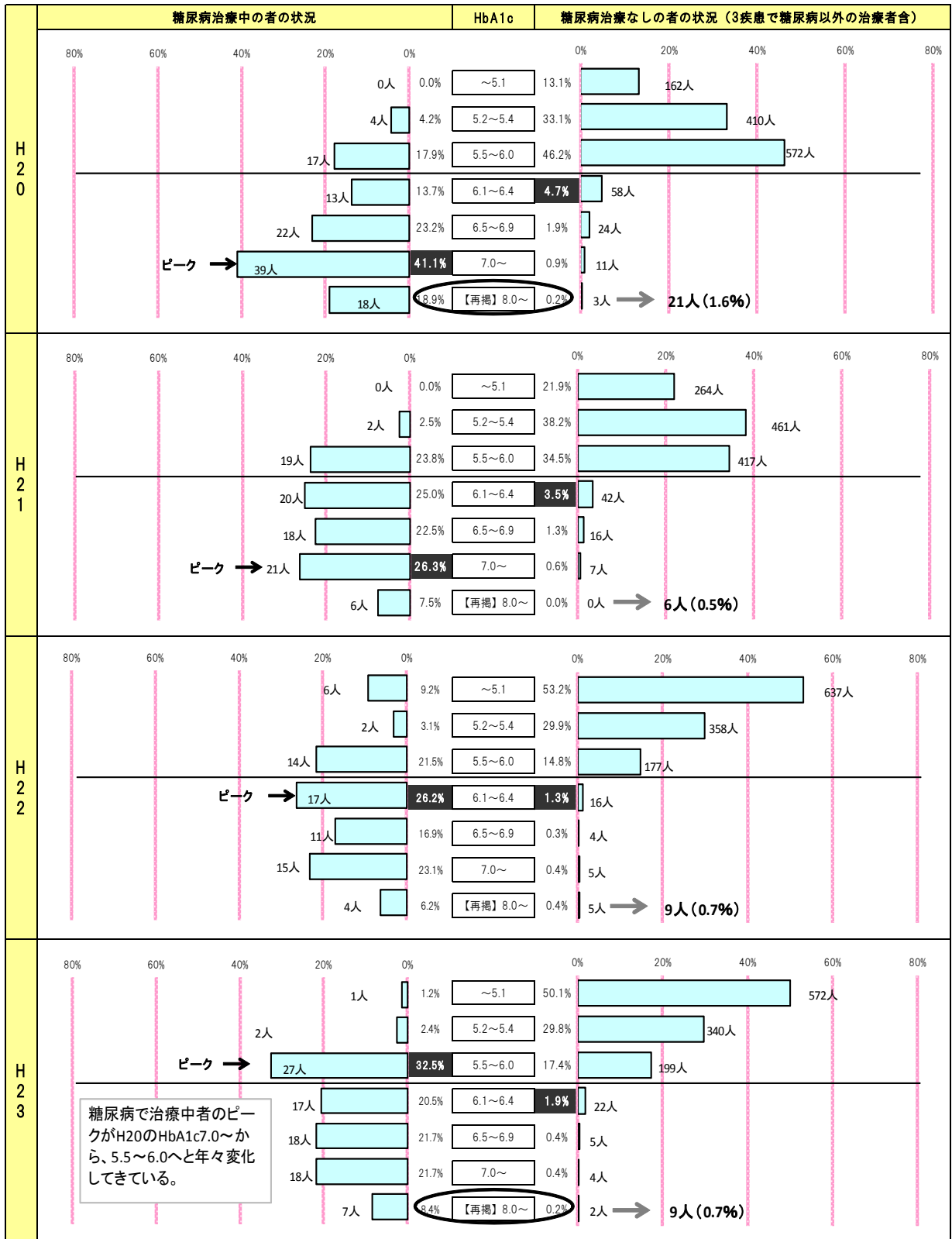
表 2 保健指導の取り組み基準 (血糖値)

* 健診結果は、基本的に全受診者に対して、訪問・面接等にて説明を実施しています。

| | | 保健指導判定値 | | | 受診勧奨判定値 | | |
|-----------|----------------|---|----------|---------------------------------|--------------------------------|---------------|---|
| | | 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 (JDS値) % | ~5.1% | 5.2~5.4% | 5.5~6.0% (6.1%以上は糖尿病の可能性が高い) | 6.1~6.9% | 7%以上 | 注)過去に一度でも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。 |
| | 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+) | |
| | | 75g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) | | | | | |
| | | 正常高値には、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)の有無をみて実施することが望ましい。 境界領域には、リスクの有無に関わらずできるだけ推奨する。 | | | 参考 日本糖尿病学会編 2010糖尿病治療ガイド | | |

* H25 年度からは日本糖尿病学会編 2012-2013 糖尿病治療ガイドに基づき、NGSP 値(国際標準値 = JDS+0.4%)を取り入れていきます。

図3 砂川市国保特定健診受診者のHbA1cの状況



iv 糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の増加の抑制

健康日本 21 では、糖尿病有病率の低下が指標として掲げられていましたが、最終評価においては、糖尿病有病率が改善したとはいえないとの指摘がなされました。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ります。

図 4 砂川市の糖尿病有病者(HbA1c6.1%以上)の推移

| 年度 | HbA1c 測定 | 5.1以下 | 5.2~5.4 | 5.5~6.0 | 6.1以上 | | | 再掲 | 再) 7.0以上 | 未治療 | 治療 | 割合 |
|-----|-------------|--------------|--------------|--------------|----------|-----|----|-------|----------|-------|------|-------|
| | | | | | 再) 7.0以上 | 未治療 | 治療 | | | | | |
| H20 | 1,332 | 162 12.2% | 414 31.1% | 589 44.2% | 167 | 93 | 74 | 12.5% | 55.7% | 44.3% | 3.8% | 12.5% |
| | | | | | 50 | 11 | 39 | | | | | |
| H21 | 1,286 | 264 20.5% | 463 36.0% | 435 33.8% | 124 | 65 | 59 | 9.6% | 52.4% | 47.6% | 2.2% | 9.6% |
| | | | | | 28 | 7 | 21 | | | | | |
| H22 | 1,260 | 641 50.9% | 360 28.6% | 191 15.2% | 68 | 25 | 43 | 5.4% | 36.8% | 63.2% | 1.6% | 5.4% |
| | | | | | 20 | 5 | 15 | | | | | |
| H23 | 1,225 | 573 46.8% | 342 27.9% | 226 18.4% | 84 | 31 | 53 | 6.9% | 36.9% | 63.1% | 1.8% | 6.9% |
| | | | | | 22 | 4 | 18 | | | | | |

砂川市の糖尿病有病者(HbA1c6.1%以上)の推移は、特定健診受診者では、平成 20 年度から減少しています。(図4)

また、糖尿病の可能性が否定できない HbA1c5.5~6.0%(境界領域)と、前段階ともいえる HbA1c5.2~5.4%の正常高値の割合も減少しており、正常者の割合が増えてきています。特に治療なしの境界域(HbA1c5.5~6.0)が減少し、正常域(HbA1c5.1以下)の割合が増えていきます。(図3)

しかし、特定健診受診率は 35%であり、初めて受診した中に重症な人もいることから、未受診者の中に糖尿病有病者が潜在していることも考えられるので、まずは受診率を向上させ、実態を把握していくことが必要です。60 歳を過ぎると、インスリンの生産量が低下することを踏まえると、今後高齢化が進むことによる糖尿病有病者の増加が懸念されます。

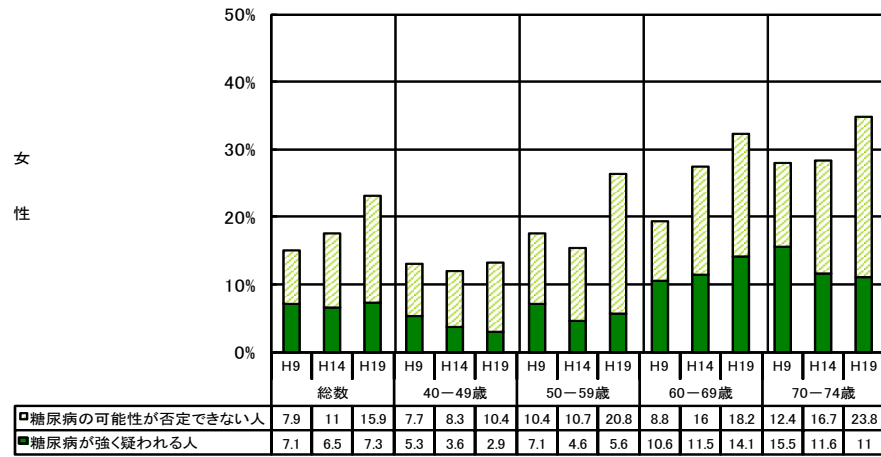
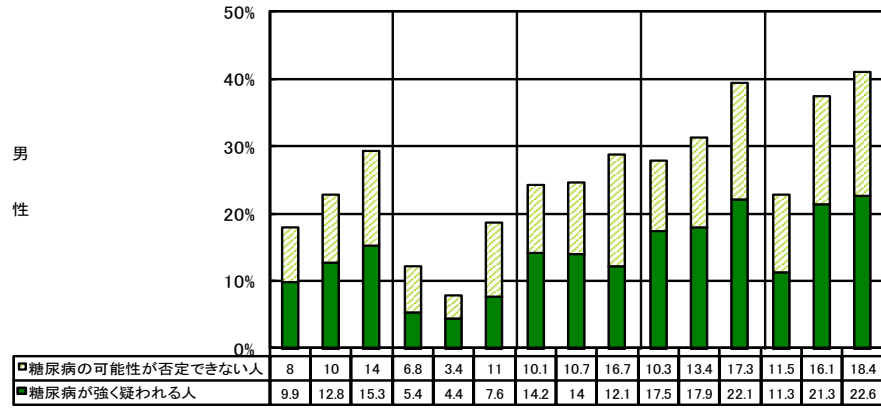
正常高値及び境界領域は、食生活のあり方が大きく影響しますが、食生活は親から子へ引き継がれていく可能性が高い習慣です。また、II 型糖尿病は発症までに 10~20 年の生活習慣の積み重ねが影響するといわれています。これらのことから、40 歳未満の特定健診対象外の若い年代への関わり、妊婦、乳幼児、学童期からの長期的な視野に立った糖尿病の発症予防への取り組みが重要になります。

ハイリスク群を早期に見出すため、75g 糖負荷検査の 2 次検診の導入について検討していくことも必要です。(糖尿病治療ガイド 2010 より糖尿病の疑いが否定できないグループ(HbA1c(JDS)5.6~6.0%のもの)では強く推奨され、将来糖尿病の発症リスクが高いグループ(HbA1c(JDS)5.2~5.5%のもの)には行うことが望ましいとされています。)

(参考) 糖尿病有病者・予備群の伸び率

【全国】

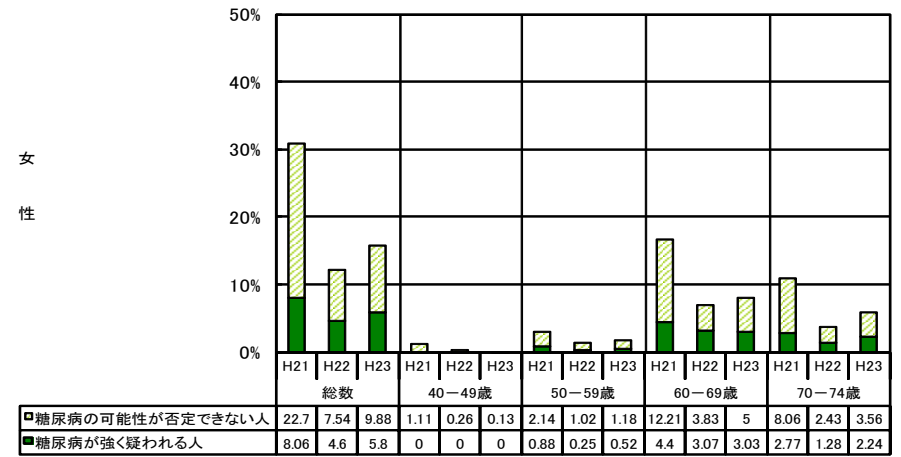
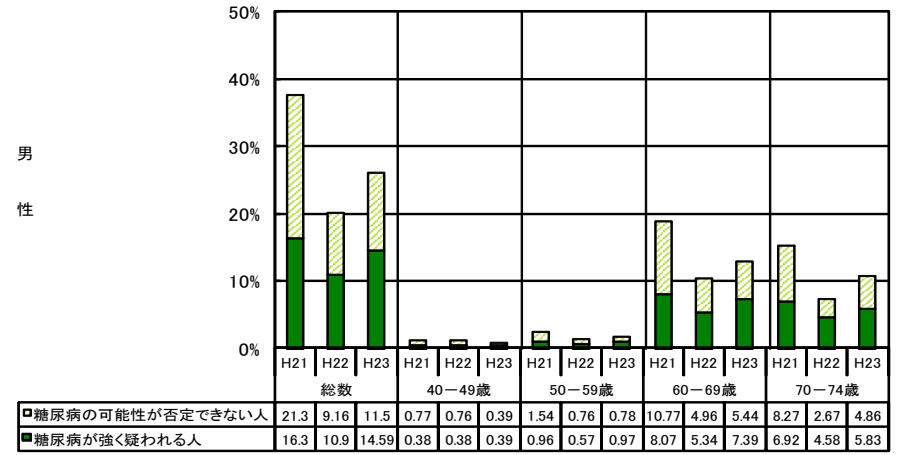
国民健康・栄養調査結果より



糖尿病の可能性が否定できない人 HbA1c値が5.6%以上、6.1%未満
 糖尿病が強く疑われる人 HbA1c値が6.1%以上、または、質問票で現在糖尿病の治療を受けていると答えた人

【砂川市】

砂川市特定健診結果より



注) 国では、「糖尿病の可能性が否定できない人」と「糖尿病予備群」、
 「糖尿病が強く疑われる人」を「糖尿病有病者」として人数を公表している

④対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

i 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・特定健診等健診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 HbA1c 値に基づいた保健指導
家庭訪問や結果説明会、健康相談による保健指導の実施
- ・75g糖負荷検査・微量アルブミン尿検査等の2次検診導入の検討
- ・連絡票の活用や糖尿病専門看護師などと、ケースを通して連携を図る
- ・糖尿病専門医など医療機関への紹介
- ・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
- ・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、その他の関係機関との連携を図る

(4) 歯・口腔の健康

①はじめに

歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく寄与します。歯の喪失による咀嚼機能や構音機能の低下は多面的な影響を与え、最終的に生活の質(QOL)に大きく関与します。

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

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

歯・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。

幼児期や学齢期でのう蝕予防や、近年のいくつかの疫学研究において、糖尿病や循環器疾患等との密接な関連性が報告されている成人における歯周病予防の推進が不可欠と考えます。

②基本的な考え方

i 発症予防

歯科疾患の予防は、「う蝕予防」及び「歯周病予防」が大切になります。これらの予防を通じて、生涯にわたって歯・口腔の健康を保つためには、個人個人で自身の歯・口腔の状況を的確に把握することが重要です。

ii 重症化予防

歯・口腔の健康における重症化予防は、「歯の喪失防止」と「口腔機能の維持・向上」になります。歯の喪失は、健全な摂食や構音などの生活機能に影響を与えますが、喪失を予防するためには、より早い年代から対策を始める必要があります。

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

③現状と目標

歯・口腔の健康については、主観的な評価方法を使用する目標項目を除き、検診で経年的な把握ができる項目を目標項目とします。

i 歯周病を有する者の割合の減少

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

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

砂川市の成人期以降の歯周病の実態を把握していくことが必要です。

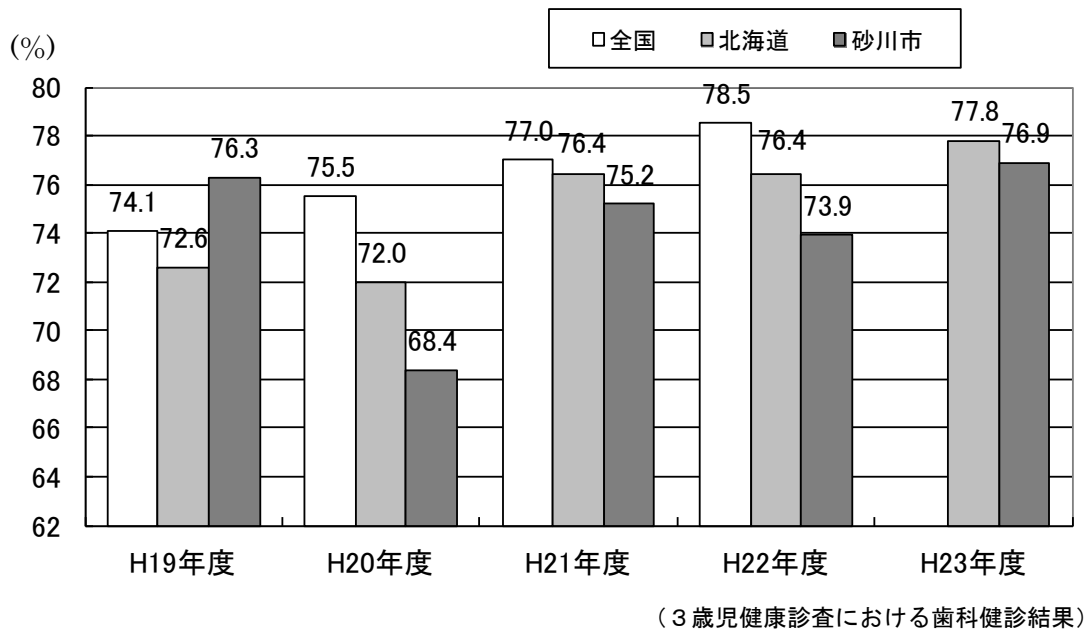
ii 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

砂川市の3歳児でう蝕のない児の割合は、平成19年度までは全国・全道より高い状況でしたが、平成20年度以降は全国・全道より低い状況となっています。(図1)。

生涯にわたる歯科保健の中でも、特に乳歯咬合の完成期である3歳児のう蝕有病状況の改善は、乳幼児の健全な育成のために不可欠です。

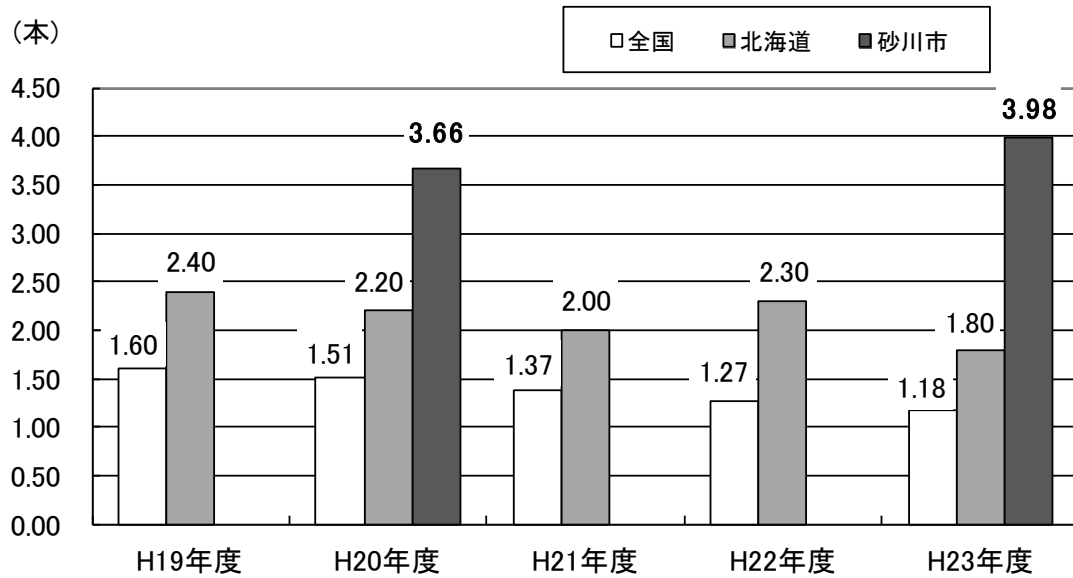
乳幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者に委ねられることが多いため、妊娠中から生まれてくる子の歯の健康に関する意識付け及び妊娠中に罹患しやすくなる歯周疾患予防のための情報提供を行います。

図1 3歳児でう蝕がない者の割合の推移



また、学齢期のう蝕の状況を、永久歯のう蝕の代表的評価指標である12歳児の一人平均う蝕数で見ると、砂川市は、全道の2.2倍、全国の3.3倍と非常に多くなっています。(図2) 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となってきます。

図2 12歳児う歯平均本数（本）



④対策

i ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・健康教育(妊娠期・6カ月児・1歳児・1歳6カ月児・3歳児・保育園(所)・幼稚園)
- ・フッ素塗布(1歳6カ月～6歳児)
- ・フッ化物洗口事業(保育園(所)・幼稚園・小学校・中学校)
- ・「8020運動」の推進
- ・歯周疾患の実態把握

ii 専門家による定期管理と支援の推進

- ・幼児歯科検診(1歳6カ月児・3歳児)
- ・保育園(所)・幼稚園・小学校・中学校での歯科検診

3. 生活習慣・社会環境の改善

(1) 栄養・食生活

①はじめに

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

砂川市でも自然環境や地理的な特徴、歴史的条件が相まって、地域特有の食文化を生み出し、食生活の習慣をつくりあげてきています。(図1)

生活習慣病予防の実現のためには、砂川市の特性を踏まえ、栄養状態を適正に保つために必要な栄養素を摂取することが求められています。

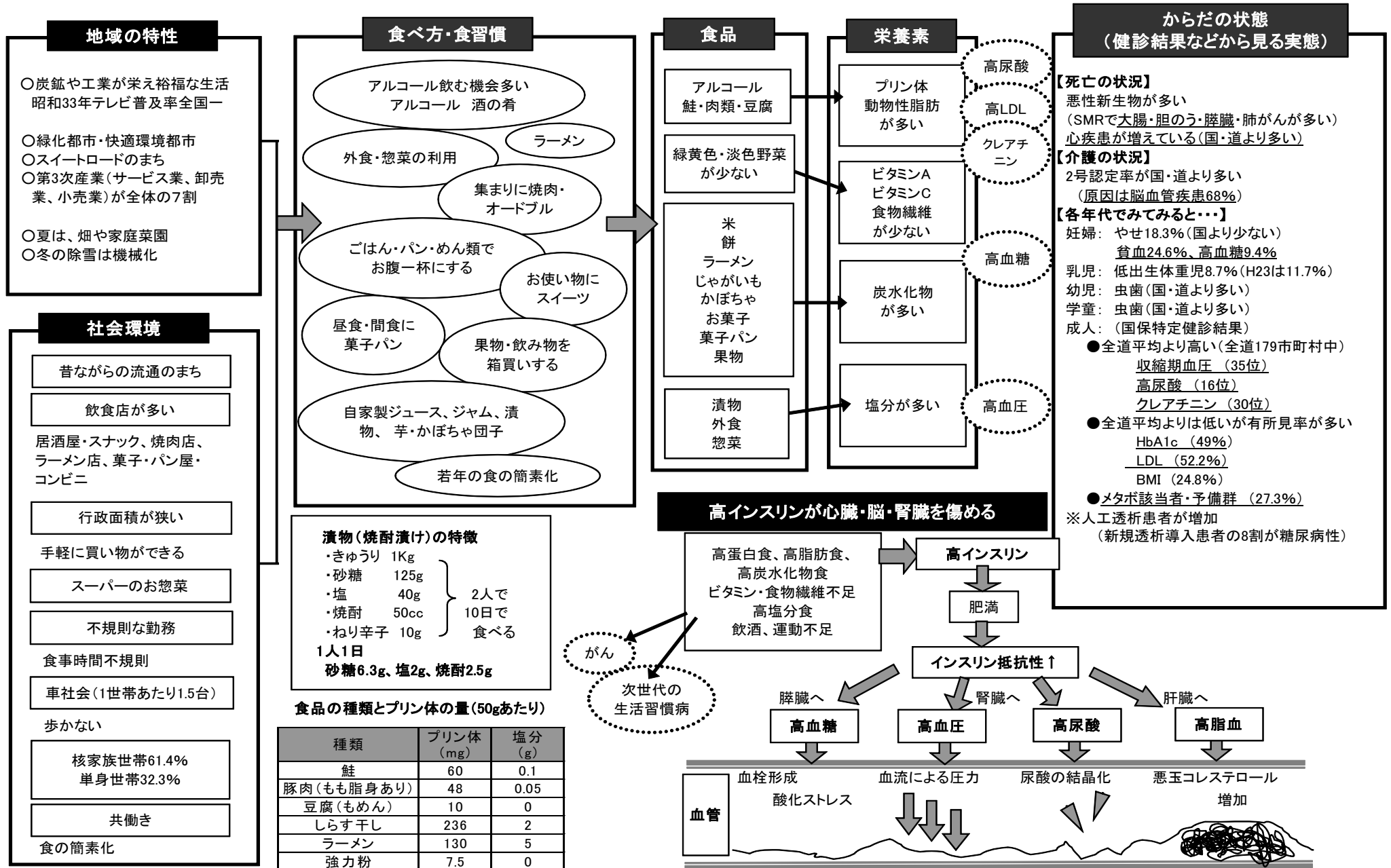
②基本的な考え方

主要な生活習慣病(がん、循環器疾患、糖尿病)予防の科学的根拠があるものと、食品(栄養素)の具体的な関連は別表1のとおりです。食品(栄養素)の欠乏または過剰については、個人の健診データで確認していく必要があります。

また、生活習慣病予防に焦点をあてた、ライフステージごとの食品の目安量は別表2のとおりです。

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

図1 砂川市の栄養・食生活の背景



ライフステージごとの食品の目安量

別表2

| 食品 | | | 妊娠 | | | | | | | 授乳期 | 乳児 | | | 幼児 | | 小学生 | | | 中学生 | | 高校生 | | 成人 | 高齢者 | | |
|-----|-----------|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--|
| | | | 前期 | 中期 | 後期 | 妊娠高血糖 | 妊娠高血圧症候群 | 尿糖+ | 尿糖- | | 尿糖±以上 | 6か月 | 8か月 | 11か月 | 3歳 | 5歳 | 6~8歳 | 9~11歳 | | 12~14歳 | | 15~17歳 | | 70歳以上 | | |
| | | | 0~16週未満 | 16~28週未満 | 28~40週 | 尿糖+ | 尿糖- | 尿糖±以上 | 開始2カ月 | | 開始4カ月 | 開始7カ月 | 男 | 女 | | | | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 | | 女 | | |
| 第1群 | 乳製品 | 牛乳1本 200cc | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 400 | 母乳・ミルク 900 | 母乳・ミルク 700 | 母乳・ミルク 600 (ブレンディング) | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 200 | 200 | 200 | |
| | 卵 | Mサイズ 1個50g | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 卵黄5 | 卵黄~ 全卵25 | 卵黄~ 全卵25 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | |
| 第2群 | 魚介類 | 1/2切れ 50g | 50 | 50 | 50 | 50 | 30 | 30 | 50 | 0 | 10 | 15 | 30 | 40 | 50 | 50 | 50 | 60 | 60 | 70 | 60 | 50 | 50 | 50 | | |
| | 肉類 | 薄切り肉 2~3枚50g | 50 | 50 | 50 | 50 | 30 | 30 | 50 | 0 | 10 | 15 | 25 | 40 | 50 | 50 | 50 | 60 | 60 | 70 | 60 | 50 | 50 | 50 | | |
| | 大豆製品 | 豆腐なら 1/4丁 110g | 165 | 165 | 165 | 165 | 110 | 110 | 165 | 5 | 0 | 40 | 40 | 70 | 80 | 100 | 80 | 165 | 120 | 165 | 110 | 110 | 110 | 110 | | |
| 第3群 | 緑黄色野菜 | 人参 ほうれん草 トマトなど | 200~ 250 | 200~ 250 | 200~ 250 | 200~ 250 | 200~ 250 | 200~ 250 | 200~ 250 | 20 | 30 | 45 | 70 | 100 | 100 | 150 | 100 | 200 | 150 | 200 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | |
| | 淡色野菜 | 大根 白菜 キャベツ 玉ねぎなど | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 | 20 | 20 | 45 | 100 | 140 | 150 | 200 | 180 | 250 | 250 | 300 | 250 | 250 | 200 | 200 | 200 | |
| | いも類 | ジャガイモなら 1個100g | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 20 | 20 | 30 | 40 | 50 | 80 | 100 | 100 | 120 | 100 | 120 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | |
| | 果物 | リンゴなら1/4個と みかん1個で 80kcal | 120kcal | 120kcal | 120kcal | 80kcal | 120kcal | 80kcal | 120kcal | - | すりおろし30 ~40 | すりおろし50 ~70 | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | |
| | きのこ | しいたけ えのき シメジなど | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | - | - | - | 20 | 30 | 30~50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | |
| | 海藻 | のり ひじきなど | 50 | 50 | 50 | 50 | 30 | 30 | 50 | - | 3 | 5 | 20 | 20 | 30 | 30~50 | 30~50 | 30~50 | 30~50 | 30~50 | 30~50 | 30~50 | 30~50 | 30~50 | 30~50 | |
| 第4群 | 穀類 | ご飯3杯 (450g) | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | |
| | 種実類 油脂 | 油大さじ1.5 (18g) | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | バター で2 | バター で3 | 4 | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | 個人により まちまち | |
| | 砂糖類 | 砂糖大さじ1 (9g) | 20 | 20 | 20 | 10 | 20 | 10 | 20 | 0 | 0 | 3 | 10 | 10 | 15 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | |
| | 酒類(アルコール) | | 禁酒 | 禁酒 | 禁酒 | 禁酒 | 禁酒 | 禁酒 | 禁酒 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 20 | 20 | 20 | |

日本人の食事摂取基準 2010年版をもとに作成

③現状と目標

個人にとって、適切な量と質の食事をとっているかどうかの指標は健診データです。
 健診データについての目標項目は、2. 生活習慣病の予防の項で掲げているため、栄養・食生活については、適正体重を中心に目標を設定します。

i 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)

体重は、ライフステージをとおして、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連、若年女性のやせは、低出生体重児出産のリスク等との関連があります。

適正体重については、ライフステージごとに目標を設定し、評価指標とします。(表1)

表1 ライフステージにおける適正体重の評価指標

| ライフステージ | 妊娠 | 出生 | 学童 | 成人 | | 高齢者 |
|--------------------|--------|-----------|----------------------|-----------|-----------|----------------|
| 評価指標 | 20歳代女性 | 出生児 | 小学校5年生 | 20～60歳代男性 | 40～60歳代女性 | 65歳以上 |
| | やせの者 | 低出生体重 | 肥満傾向児 | 肥満者 | 肥満者 | BMI20以下 |
| 国の現状 | 29.0% | 9.6% | 男子 4.60% 女子 3.39% | 31.2% | 22.2% | 17.4% |
| | 平成22年 | 平成22年 | 平成23年 | 平成22年 | 平成22年 | 平成22年 |
| 市の現状 | 18.3% | 11.7%(暫定) | 統計なし | 33.8% | 31.8% | 14.7% |
| データソース | 平成23年 | | | | | |
| | 妊娠届出時 | 人口動態統計 | — | 特定健診結果 | | 特定健診・後期高齢者健診結果 |
| 市の経年変化 | 図2 | 図3 | — | 図4 | | 図5 |
| 北海道の状況 (都道府県比較) | | | 表2 肥満傾向児の状況 | | | |

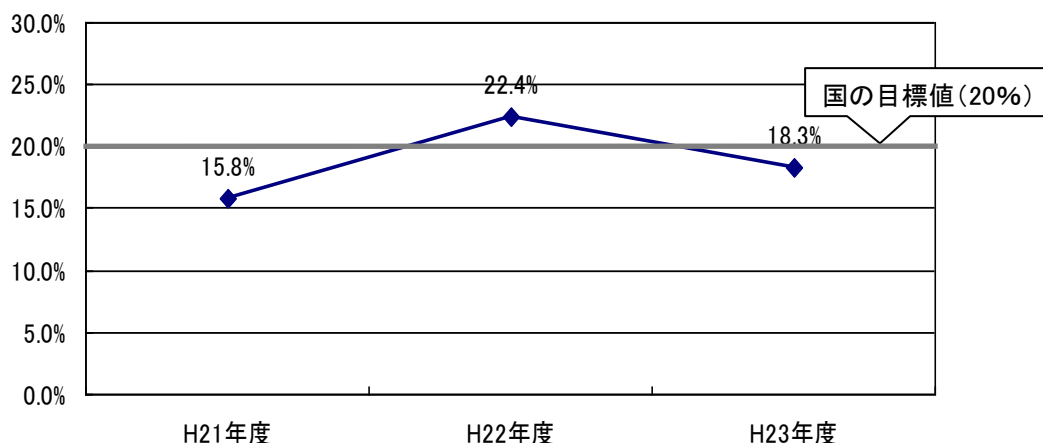
ア. 10～20歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠時のやせの者の割合)

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。

砂川市では、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、保健指導を行っていますが、BMIの把握を始めた、平成21年度から、やせの割合は若干増加傾向にあります。(図2)

今後も、妊娠前、妊娠期の健康は、次の世代を育むことにつながることの啓発とともに、ライフステージ及び健診データに基づいた保健指導を行っていくことが必要と考えます。

図2 妊娠直前のやせの人(BMI18.5未満)の推移



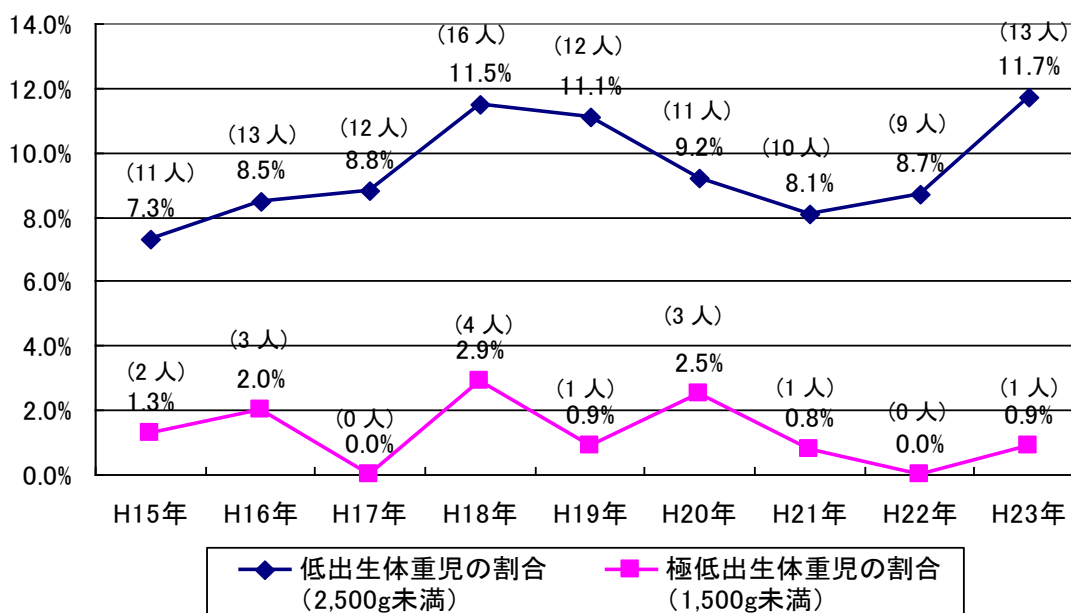
(注) BMI とは身長からみた体重の割合を示す体格指数で、体重(kg)÷身長(m)²で求められる。
BMI18.5未満がやせ、18.5～25.0未満が正常域、25.0以上が肥満と判定する。

イ. 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

低出生体重児については、神経学的・身体的合併症の他、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいとの報告もあります。

砂川市では、毎年10人前後の児が低出生体重の状態生まれていますが、低出生体重児の出生率を下げる対策とともに、低出生体重で生まれてきた子どもの健やかな発育、発達への支援や、将来の生活習慣病の発症予防のための保健指導も必要になります。(図3)

図3 砂川市の低出生体重児・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。

学校保健統計調査では、肥満傾向児は肥満度 20%以上の者を指すものとされており、さらに肥満度 20%以上 30%未満の者は「軽度肥満傾向児」、肥満度 30%以上 50%未満の者は「中等度肥満傾向児」、肥満度 50%以上の者は「高度肥満傾向児」と区分されています。

軽度肥満傾向児については、取り組みの必要性の判断が難しいとされており、評価指標の対象とはなっていません。

国の評価指標となる小学校 5 年生(10 歳)の中等度及び高度肥満傾向児の出現率を、平成 23 年度の学校保健統計調査により都道府県別に比較してみると、北海道は、男子は全国 1 位で全国平均の 2 倍、女子は 3 位で全国平均の 1.4 倍肥満傾向児の出現率が高い状況にあります。(表 2)

砂川市における肥満傾向児の出現率は把握できていませんので、今後は学校保健と連携し、子どもたちの実態を把握していくことが必要です。

(注) 肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が 20%以上の者である。

肥満度=(実測体重－身長別標準体重)／身長別標準体重×100(%)

表 2 平成 23 年度 都道府県別
中等度・高度肥満傾向児の出現率

| 順位 | 小学校5年生(10歳) | | | |
|----|-------------|------|-----|------|
| | 男子 | | 女子 | |
| 1 | 北海道 | 9.42 | 茨城 | 5.85 |
| 2 | 青森 | 8.52 | 佐賀 | 5.22 |
| 3 | 大分 | 7.60 | 北海道 | 4.87 |
| 4 | 徳島 | 7.45 | 富山 | 4.80 |
| 5 | 山形 | 7.44 | 栃木 | 4.57 |
| 6 | 茨城 | 6.19 | 宮崎 | 4.51 |
| 7 | 沖縄 | 5.98 | 沖縄 | 4.44 |
| 8 | 福岡 | 5.95 | 秋田 | 4.43 |
| 9 | 群馬 | 5.93 | 青森 | 4.30 |
| 10 | 高知 | 5.93 | 山形 | 4.14 |
| 11 | 千葉 | 5.71 | 神奈川 | 4.04 |
| 12 | 広島 | 5.63 | 徳島 | 3.97 |
| 13 | 埼玉 | 5.60 | 新潟 | 3.94 |
| 14 | 鳥取 | 5.55 | 群馬 | 3.86 |
| 15 | 栃木 | 5.46 | 熊本 | 3.72 |
| 16 | 山梨 | 5.32 | 大阪 | 3.61 |
| 17 | 秋田 | 5.20 | 静岡 | 3.55 |
| 18 | 愛媛 | 5.20 | 兵庫 | 3.49 |
| 19 | 宮崎 | 4.97 | 千葉 | 3.46 |
| 20 | 熊本 | 4.88 | 埼玉 | 3.44 |
| 21 | 香川 | 4.80 | 全国 | 3.39 |
| 22 | 岡山 | 4.67 | 東京 | 3.30 |
| 23 | 三重 | 4.62 | 愛媛 | 3.25 |
| 24 | 全国 | 4.60 | 高知 | 3.25 |
| 25 | 岐阜 | 4.42 | 香川 | 3.23 |
| 26 | 新潟 | 4.39 | 京都 | 3.17 |
| 27 | 神奈川 | 4.15 | 岡山 | 3.13 |
| 28 | 佐賀 | 4.11 | 広島 | 3.08 |
| 29 | 福井 | 4.08 | 和歌山 | 3.04 |
| 30 | 和歌山 | 4.06 | 奈良 | 3.02 |
| 31 | 山口 | 3.68 | 山梨 | 3.01 |
| 32 | 長野 | 3.62 | 山口 | 3.00 |
| 33 | 富山 | 3.58 | 大分 | 3.00 |
| 34 | 東京 | 3.53 | 三重 | 2.97 |
| 35 | 鹿児島 | 3.51 | 福岡 | 2.83 |
| 36 | 長崎 | 3.45 | 長崎 | 2.78 |
| 37 | 大阪 | 3.38 | 鹿児島 | 2.66 |
| 38 | 愛知 | 3.20 | 島根 | 2.59 |
| 39 | 滋賀 | 3.02 | 福井 | 2.35 |
| 40 | 島根 | 2.98 | 鳥取 | 2.28 |
| 41 | 奈良 | 2.94 | 岐阜 | 2.00 |
| 42 | 兵庫 | 2.83 | 石川 | 1.95 |
| 43 | 静岡 | 2.82 | 滋賀 | 1.89 |
| 44 | 京都 | 2.51 | 長野 | 1.46 |
| 45 | 石川 | 2.44 | 愛知 | 1.40 |
| 46 | 岩手 | … | 岩手 | … |
| 47 | 宮城 | … | 宮城 | … |
| 48 | 福島 | … | 福島 | … |

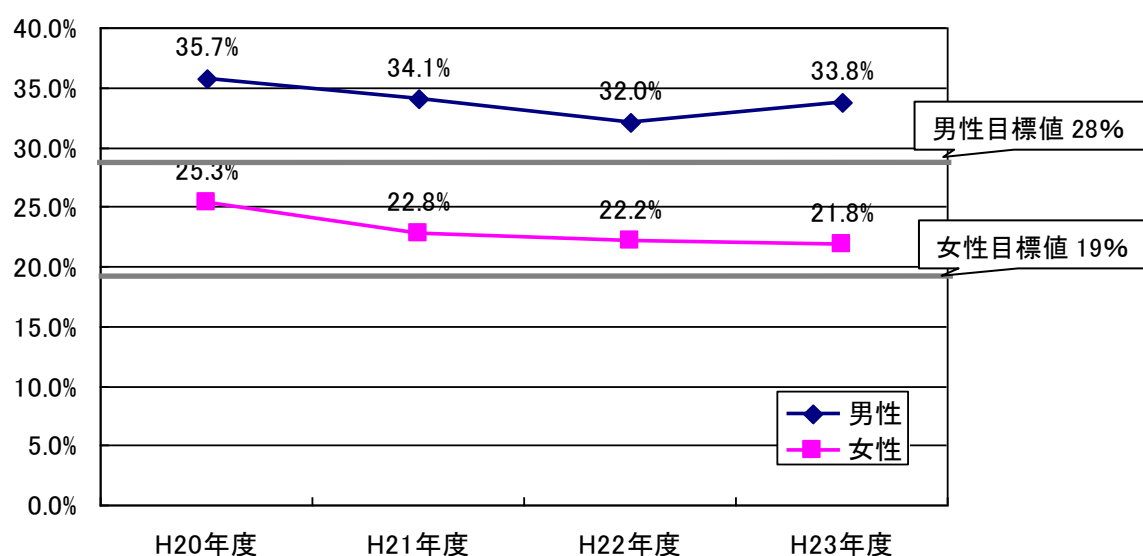
学校保健統計調査

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が健康日本 21 の目標とされていましたが、最終評価では、20～60 歳代男性の肥満者は増加、40～60 歳代女性の肥満者は変わらなかったため、引き続き指標として設定されました。

砂川市の肥満者の割合は、男女とも若干減少傾向にありますが、どちらも平成 34 年度の国の目標値を上回っており肥満者が多い状況です。(図4)

図4 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



オ. 低栄養傾向(BMI20 以下)の高齢者の割合の増加の抑制

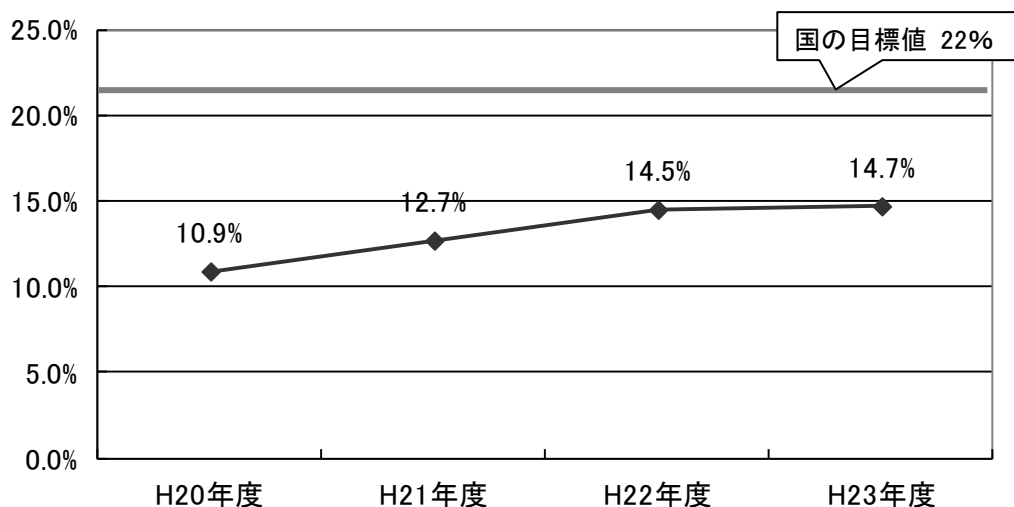
高齢期の適切な栄養は、生活の質(QOL)のみならず、身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要です。

日本人の高齢者においては、やせ・低栄養が、要介護及び総死亡に対する独立したリスク要因となっています。

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 BMI 20 以下が指標として示されました。

砂川市の 65 歳以上の BMI 20 以下の割合は、平成 23 年度、国保特定健診及び後期高齢者健康診査の結果から、14.7%で増加傾向にあります。平成 34 年度の国の目標値 22.0%を下まわっていますが、高齢化に伴って増加する可能性があるため、現状の割合を維持していくことが大切です。(図5)

図5 65歳以上のBMI 20以下の割合の推移



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。

子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況については、他のライフステージと同様、健診データで見ていくことが必要となり、それぞれのガイドラインに基づいた検査の予防指標も明確にされています。（表3）

砂川市では学齢期には、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、現在のところありません。

今後は、学校関係者と肥満傾向児の動向など、子どもの健康実態について、共通認識を形成するとともに、子どもの生活習慣病健診の実施を検討し、その結果に基づいた総合的な教育的アプローチを行うことが重要だと考えます。

表3 ライフステージにおける健康診査項目一覧

| 法律 | | | | | | | | | | 母子保健法 | | | | (省令)児童福祉施設長最低基準第35条 | 学校保健安全法 | | 健康増進法 | 労働安全衛生法 | | 高齢者の医療の確保に関する法律 | | | | | |
|-----------------|-----------------|--------------------|----------------------------------|--|---------------|---------------------|-----------------|------------------|------------------|---|-------|------------|-------|---------------------|-------------------------|---------------------------|--------------|-----------------------|--------|------------------|---------------|------------------------|--------------|--------------------------------------|--|
| | | | | | | | | | | 母子健康手帳(第16条) 妊婦健康診査(第13条) | | 健康診査(第12条) | | | 健康診断(第13条) | | 第19条の2 | 健康診断(第66条) | | 特定健診(第20条) | | | | | |
| 健診の名称等 | | | | | | | | | | 妊婦健診 | | 1歳6ヶ月児健診 | 3歳児健診 | 学校健診 | | 健康診査 | | 定期健康診断 | | 特定健診 | 後期高齢者健診 | | | | |
| 検査内容を規定する法令・通知等 | | | | | | | | | | 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知「妊婦健康診査の内容等について」 | | | | 厚生労働省令 | | 厚生労働省令 保育所保育指針「第5章健康及び安全」 | | 学校保健安全法施行規則第6条「検査の項目」 | | 市町村における健康増進事業の実施 | | 労働安全衛生規則第1節の2 | | 厚生労働省令第157号「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」 | |
| 対象年齢・時期等 | | | | | | | | | | 8週前後 | 26週前後 | 36週前後 | 1歳6ヶ月 | 3歳 | 保育所 | 幼稚園 | 小学校、中学校、高等学校 | 大学 | 20～39歳 | 40歳未満 | 雇入時、35歳、40歳以上 | 40～74歳 (※20歳～若年者健診) | 75歳以上 | | |
| 項目 | 幼児 3～5歳 | 小学生 6～8歳 | 小学生 9～11歳 | 中学生 12～14歳 | 高校生 15～17歳 | 妊婦 | | 成人 | 65歳以上 | 年間14回 | | | 該当年齢 | 該当年齢 | (幼稚園については、学校保健安全法のもと実施) | | 年1回 | 年1回 | 年1回 | 年1回 | 年1回 | 年1回 | | | |
| 身長 | | | | | | | | | | | | | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | |
| 体重 | | | | | | | | | | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | |
| 内臓脂肪の蓄積 | BMI・肥満度 | 肥満度 15%未満 | 肥満度20%未満 | | | BMI 25未満 | 妊娠初期 (5～16週) | 妊娠中期 (17～28週) | 妊娠後期 (29～40週) | BMI 25未満 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 腹囲(cm) | | 75未満 | | 80未満 | 男 85未満 女 90未満 | 25未満 | 27.2未満 | 28.3未満 | 男 85未満 女 90未満 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 中性脂肪 | | 120 mg/dl 未満 | | | 150 mg/dl 未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HDL コレステロール | | 40 mg/dl 以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肝機能 | AST(GOT) | | 31 IU/l 未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ALT(GPT) | | 31 IU/l 未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | γ-GT (γ-GTP) | | 51 IU/l 未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 血圧(mmHg) | 120/70 未満 | 125/70 未満 | | | 130/75 未満 | 130/85 未満 | | | | | ● | ● | ● | | | | | | ● | ● | ● | | | |
| 尿酸(mg/dl) | | 5.3 未満 | | 6.2 未満 | 7.1 未満 | | | | | | | | | | | | | | | | ★ | | | | |
| 血管を傷つける条件 | 空腹時血糖 | | 100 mg/dl 未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 随時血糖 | | 140 mg/dl 未満 | | | (食後2時間) 120mg/dl 未満 | | | 140mg/dl 未満 | | | ● | ● | | | | | | | | (いずれかの項目で可) | (いずれかの項目で可) | (いずれかの項目で可) | | |
| | HbA1c | | 5.2%未満 | | | 5.8% 未満 | | | 5.2%未満 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 尿糖 | | (－) | | | | | | | | | | ● | ● | ● | ○ | ● | ● | 省略可 | ● | ● | ● | ● | | |
| 腎臓 | LDL コレステロール | LDL-C以外の主要危険因子数(※) | LDL-C目標値(mg/dl) | ※主要危険因子 ①年齢(男50歳以上、女60歳以上) ②高血圧 ③高血糖 ④喫煙 ⑤家族歴(心筋梗塞・狭心症) ⑥低HDL-C(40mg/dl未満) | 0～2 | 140未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 血清クレアチニン(mg/dl) | 男 0.5未満 女 0.4未満 | 0.6未満 | 0.7未満 | 0.8未満 | 0.9未満 | 1.05未満 | | | | | | | | | | | | | | ★ | ☆ | | | |
| | eGFR | 正常 133±27 ml/分 | 男子 140±30 ml/分 女子 126±22 ml/分 | 0.7未満 | 0.8未満 | 60 ml/分 以上 | | | | | | | | | | | | | | | ★ | ☆ | | | |
| 尿蛋白 | | (－) | | | | | | | | | | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● | | | |
| 尿潜血 | | (－) | | | | | | | | | | ● | ● | ● | ○ | ● | ● | 省略可 | ● | ● | ● | ● | ☆ | | |
| 易血栓性 血管変化 | 赤血球 | | | | | | | | | | | | ● | ● | ● | | | | | | | ● | ☆ | | |
| | ヘマトクリット | | | | | | | | | | | | ● | ● | ● | | | | | | | | ● | ☆ | |
| | ヘモグロビン | | 46% 未満 | | | | | | | | | | ● | ● | ● | | | | | | | | ● | ☆ | |
| | 心電図 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ★ (小1、中1) | ☆ | |
| 眼底 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ★ | | |

★は砂川市独自で実施している項目 ☆は今後導入予定

④対策

i 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

ライフステージに対応した栄養指導

- ・妊婦健康相談(妊娠期)
- ・乳幼児健康診査・1歳児パクパクひろば(乳幼児期)
- ・食生活改善推進員による教育事業(学童期・青年期・壮年期・高齢期)
- ・20～39歳の若年者健診の実施について検討
- ・健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導

家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな栄養指導の実施(青年期・壮年期・高齢期)

- ・家庭訪問・健康教育・健康相談(全てのライフステージ)

ii 生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

管理栄養士等による高度な専門性を発揮した栄養指導の推進

- ・健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導

糖尿病や慢性腎臓病などの生活習慣病は、医療による薬物療法とともに食事療法が重要な疾患であり、重症化予防に向けた栄養指導を実施

iii 学齢期への保健指導の推進

- ・小中学校の養護教諭との課題の共有

現在、学校で行われている様々な検査についての情報共有及び肥満傾向児の詳細な実態把握

- ・学齢期の生活習慣病健診の必要性に向けた検討

(2) 身体活動・運動

①はじめに

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

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

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

最近では、身体活動・運動は非感染性疾患の発症予防だけでなく、高齢者の運動機能や認知機能の低下などに関係することも明らかになってきました。

また、高齢者の運動器疾患が急増しており、要介護となる原因の一つとして運動器疾患が重要になっていることから、日本整形外科学会は2007年、要介護となる危険の高い状態を示す言葉としてロコモティブシンドロームを提案しました。

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

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

参考 ロコモティブシンドローム(運動器症候群)の定義

・運動器(運動器を構成する主な要素には、支持機構の中心となる骨、支持機構の中で動く部分である関節軟骨、脊椎の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系がある。これらの要素が連携することによって歩行が可能になっている)の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態をいう。

運動器の機能低下が原因で、日常生活を営むのに困難をきたすような歩行機能の低下、あるいはその危険があることを指す。

・ロコモティブシンドロームはすでに運動器疾患を発症している状態からその危険のある状態を含んでいる。

②基本的な考え方

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

主要な生活習慣病予防とともに、ロコモティブシンドロームによって、日常生活の営みが困らないようにするために身体活動・運動が重要となります。

③現状と目標

i 日常生活における歩数の増加

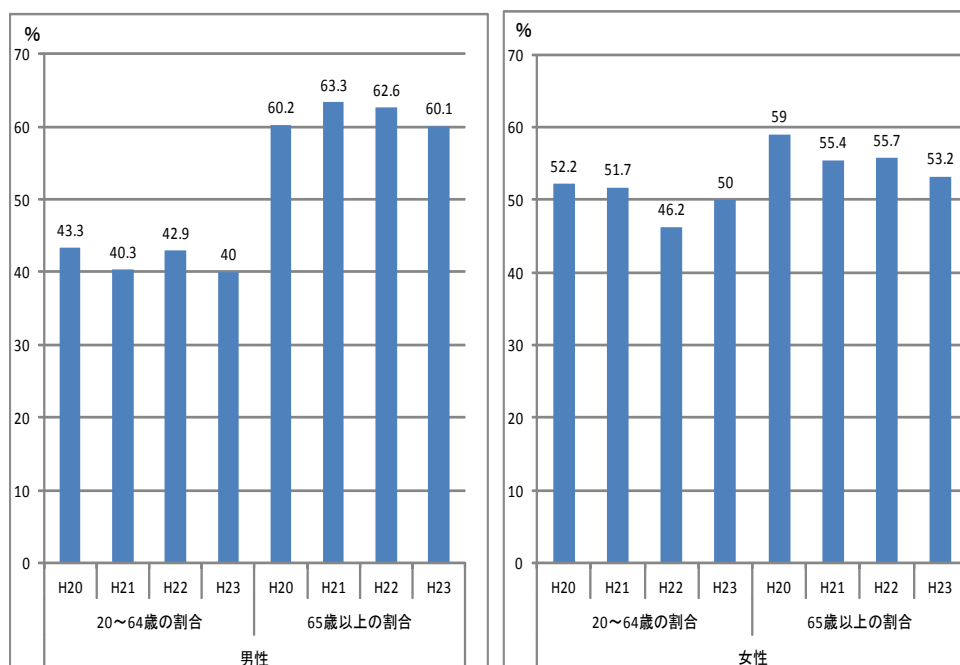
(日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)

歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。歩数の不足や減少は、肥満や生活習慣病発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子でもあります。

砂川市では、健康診査・国保特定健診受診者に対して、身体活動の状況を確認していますが、日常生活においてよく体を使っていると意識している人は、男女ともに40%を超えています。女性は年代に差はそれほどありませんが、男性は65歳以上が多くなっています。

(図1)

図1 性別・年代別の体をよく使っている人の割合の推移



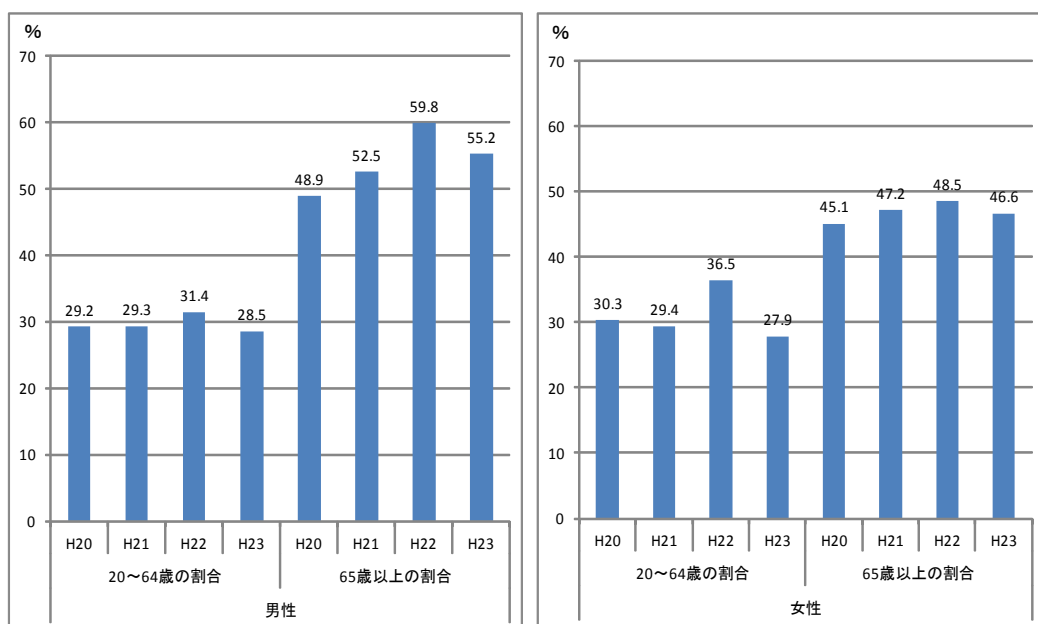
ii 運動習慣者の割合の増加

(1日30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者)

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代(20～64歳)と比較して退職世代(65歳以上)では明らかに多くなり、砂川市も同様の傾向です。

特に就労世代は、身体活動とともに運動習慣者も少ない状況となっています。(図2)

図2 性別・年代別の運動習慣者の割合の推移



就労世代の運動習慣者が増加していくためには、身近な場所で運動できる環境や、運動を継続するためにモチベーションを維持しながら取り組めるよう体づくり啓発の検討が必要になります。

また個人の抱える多様かつ個別の健康課題の改善、若い世代からの運動習慣が高齢になっても筋力を維持し機能低下を予防できることを広く市民に周知していく場を設けることも必要と考えます。

iii 介護保険サービス利用者の増加の抑制

砂川市の要介護認定者数は平成24年3月には、984人となり、1号被保険者に対する割合は15.9%となっています。

平成19年3月の要介護認定者数847人と比較して、介護認定者数は約1.2倍に増加しています。

今後は、高齢化の進展に伴い、より高い年齢層の高齢者が増加することから、要介

護認定者数の増加傾向は続くと推測され、砂川市でも、平成 26 年度には要介護認定者数が 1,051 人で現在より 67 人の増加、1 号被保険者の要介護認定率も 16.6%と現在より 0.7% 上昇すると予測されています。

要介護状態となる主な原因の 1 つに、運動器疾患がありますが、生活の質に大きな影響を及ぼすロコモティブシンドロームは、高齢化に伴う、骨の脆弱化、軟骨・椎間板の変形、筋力の低下、神経系の機能低下によるバランス機能の低下などが大きな特徴で、これらの状態により、要介護状態となる人が多くみられます。

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

また、運動器疾患の発症予防や、重症化予防のために行う、身体活動量の増加や運動実践には、様々な方法がありますが、ロコモティブシンドローム等の概念を取り入れた運動プログラムを啓発し、安全にかつ効果的に取り組める運動を推進することが必要です。

表 1 運動器の変化

運動器を向上・維持するためには、全ての年代において、運動を行うことが重要

| 年齢 | 保育園・幼稚園児 | 小学生 | 中学生 | 高校生 | 成人 → 高齢者 | | | | | | | |
|----|--------------------------------|---------------------|--------------------|--------|---------------|-------------------|------------|------|---|--------------|------|--|
| | 4～6歳 | 7～12歳 | 13～15歳 | 16～18歳 | 20歳代 | 30歳代 | 40歳代 | 50歳代 | 60歳代 | 70歳代 | 80歳代 | |
| 骨 | 紫外線、重力、圧力、カルシウムの摂取によって骨密度が高くなる | | | | 18歳 骨密度ピーク | | | 閉経 | 女性ホルモンの影響で、大腿骨・脊椎の骨密度が優先的に低下 | | | |
| 筋力 | | 12～14歳 持久力最大発達時期 | 14～16歳 筋力最大発達時期 | | | 筋力減少 始まる | 目立って 減少 | | | ピーク時の約2/3に減少 | | |
| 神経 | 平衡感覚 最大発達時期 | 10歳 運動神経完成 | | | | | | | 閉眼片足立ち(平衡感覚・足底のふんばり・大腿四頭筋の筋力・柔軟性)が20歳代の20%に低下 | | | |
| 足底 | 6歳 土踏まずの完成 | | | | | | | | | | | |
| 運動 | 園での遊び | 体育の授業 | | | | 運動習慣ありの人 割合が低い | | | | | | |
| | | スポーツ少年団 | 部活動 | | | 持久力・筋力の維持 | | | | | | |
| | 持久力・筋力の向上 | | | | 持久力・筋力の維持 | | | | | | | |

参考:長野県松川町保健活動計画等

④対策

i 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

- ・ライフステージや個人の健康状態に応じた適切な運動指導
- ・「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及

ii 身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ・市の各部局や関係機関と連携し、気軽に運動ができるウォーキングの推進
- ・市の各部局や関係機関が実施している事業への勧奨
介護予防教室、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体操普及、
スポーツ推進事業等

iii 運動をしやすい環境の整備

- ・健康増進施設の有効活用
体力づくり、健康増進、生活習慣病や運動器疾患の発症及び重症化予防など、様々な健康課題に応じた運動が、誰でも気軽に行えるよう施設の有効活用や周知活動

(3) 飲酒

①はじめに

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

健康日本 21 では、アルコールに関連した健康問題や飲酒運転を含めた社会問題の多くは、多量飲酒者によって引き起こされていると推定し、多量飲酒者を「1 日平均 60g を超える飲酒者」と定義し、多量飲酒者数の低減に向けて努力がなされてきました。しかし、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などは、1 日平均飲酒量とともにほぼ直線的に増加することが示されています。

また、全死亡、脳梗塞及び冠動脈疾患については、男性では 44g/日(日本酒 2 合/日)、女性では 22g/日(日本酒 1 合/日)程度以上の飲酒でリスクが高くなることが示されています。同時に、一般に女性は男性に比べて肝臓障害など飲酒による臓器障害をおこしやすいことが知られています。

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

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

②基本的な考え方

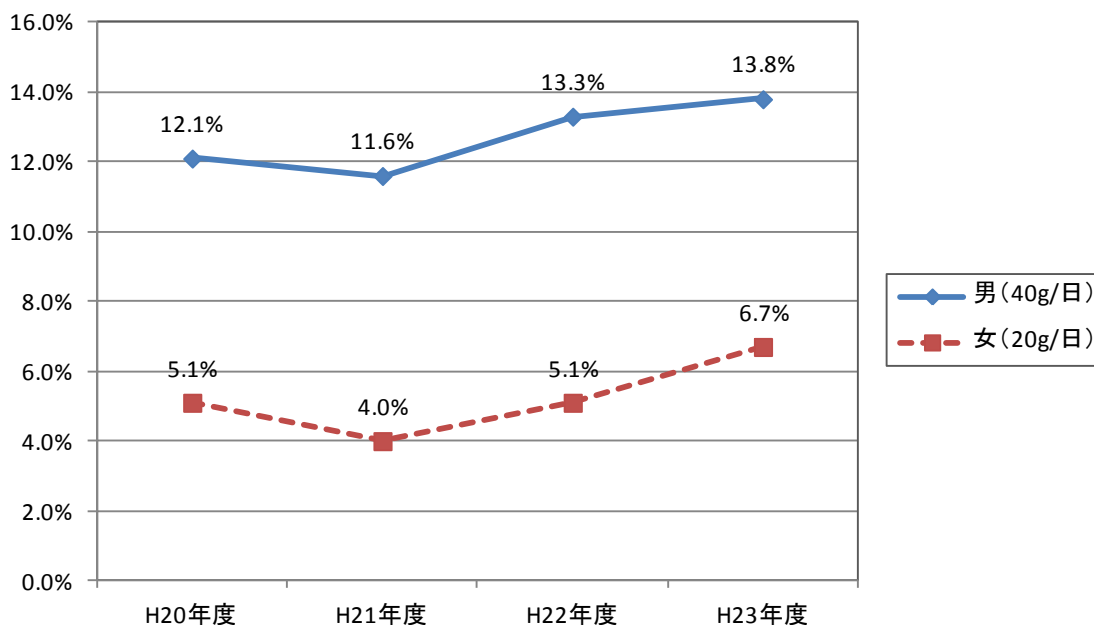
飲酒については、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、未成年者の発達や健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響を含めた、健康との関連や「リスクの少ない飲酒」など、正確な知識を普及する必要があります。

③現状と目標

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

砂川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、男女ともに増加傾向にあります。(図1)

図1 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



飲酒量と関係が深い健診データである γ -GTについては、保健指導判定値の全体の割合は横ばいですが、受診勧奨判定値においては、平成20年度と平成23年度を比べると、男女ともに低下傾向にあります。(表1)

また、毎日飲酒習慣がある者の有所見率を健診受診者全体の有所見率と比較すると、肝機能、血圧、中性脂肪、眼底所見等の割合が高いことがわかります。(図2、3)

表1 γ -GT異常者の推移

① γ -GTが保健指導判定値の者の割合 (51U/I以上)

| | H20年度 | H21年度 | H22年度 | H23年度 |
|----|-------|-------|-------|-------|
| 男性 | 30.4 | 26.7 | 28.3 | 27.5 |
| 女性 | 9.2 | 8.5 | 8.4 | 8.5 |

② γ -GTが受診勧奨判定値の者の割合 (101U/I以上)

| | H20年度 | H21年度 | H22年度 | H23年度 |
|----|-------|-------|-------|-------|
| 男性 | 10.8 | 8.5 | 10.4 | 9.7 |
| 女性 | 3.1 | 1.7 | 1.3 | 1.2 |

図2 男性飲酒者の健康実態

〔 健診受診者全体の有所見率と毎日純アルコール 40g 以上の摂取がある者の健診有所見率の比較 〕

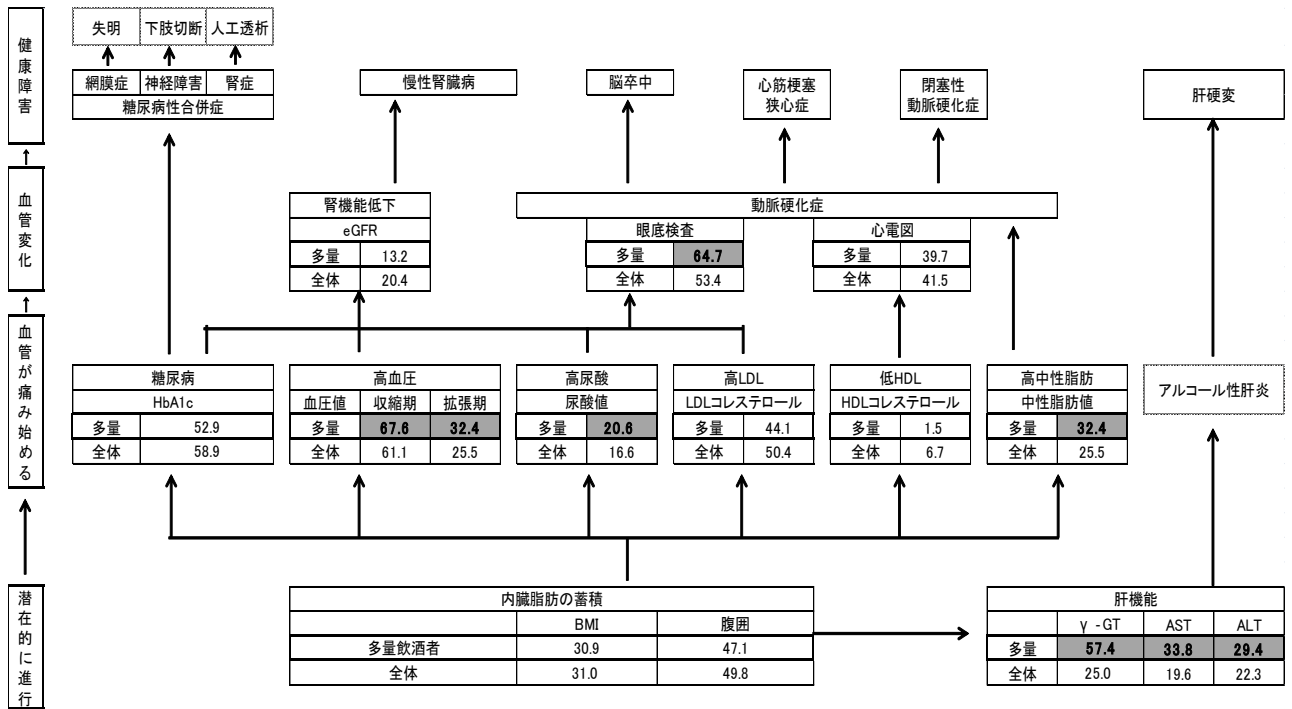
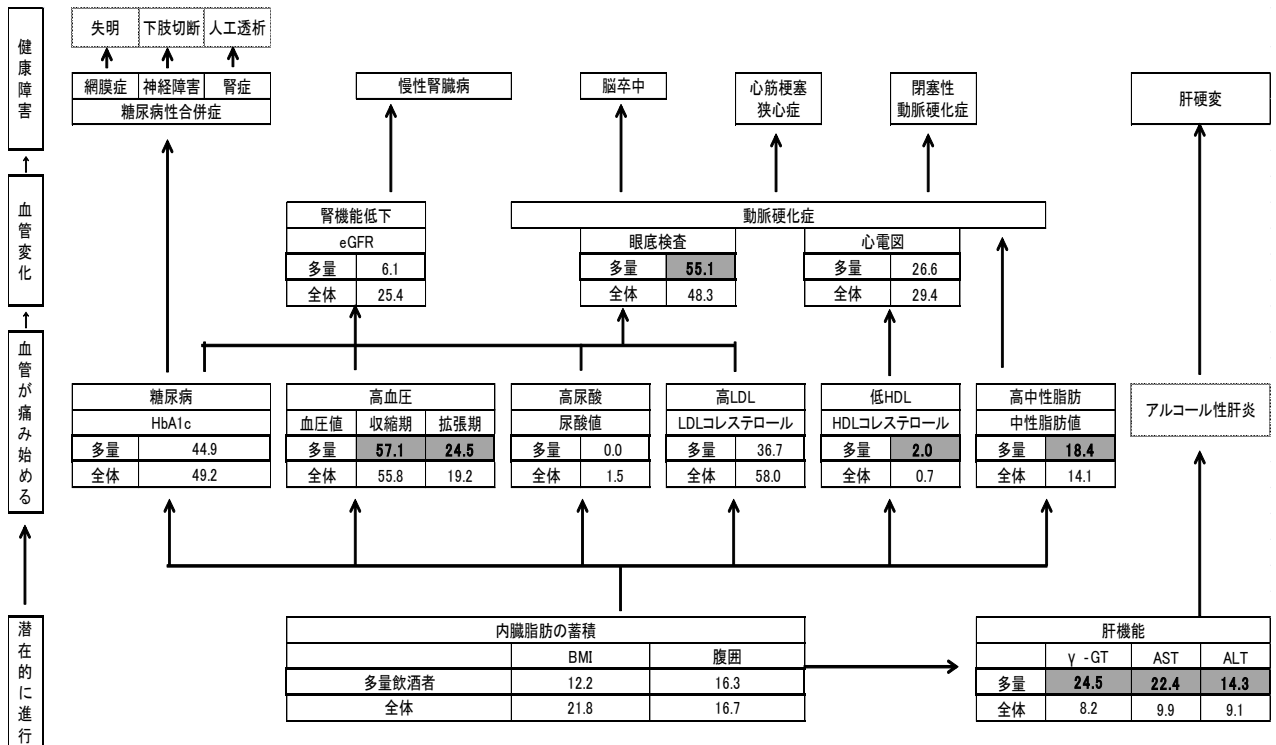


図3 女性飲酒者の健康実態

〔 健診受診者全体の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 〕



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ふ悪影響を及ぼします。

また眼底検査についても、全体よりも有所見率が高くなっており、動脈硬化症の末に、脳卒中や心筋梗塞等に重症化していくことが懸念されます。

現在、健診結果説明会やその後の健康相談・家庭訪問などで個別の保健指導を行っていますが、今後も、個人の健診データと飲酒量を確認しながら、アルコールと健診データとの関連についての支援が必要となります。

同時に、飲酒の習慣は、砂川市の地理や歴史などを背景とした文化や食生活の中で、形成されたものでもあるため、飲酒に関する判断基準など、個人や地域の価値観を把握しながらの指導も重要になります。

④対策

i 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での教育や情報提供
母子健康手帳交付時、妊婦健康相談、乳幼児健診、各種相談及びがん検診等
- ・地域特性に応じた健康教育

ii 飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・健康診査、国保特定健康診査の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導

(4) 喫煙

①はじめに

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

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

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

特に長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主訴として緩徐に呼吸障害が進行する COPD は、国民にとってきわめて重要な疾患であるにもかかわらず、新しい疾患名であることから十分認知されていませんが、発症予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙するほど有効性は高くなること(「慢性閉塞性肺疾患(COPD)の予防・早期発見に関する検討会」の提言)から、たばこ対策の着実な実行が求められています。

②基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。

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

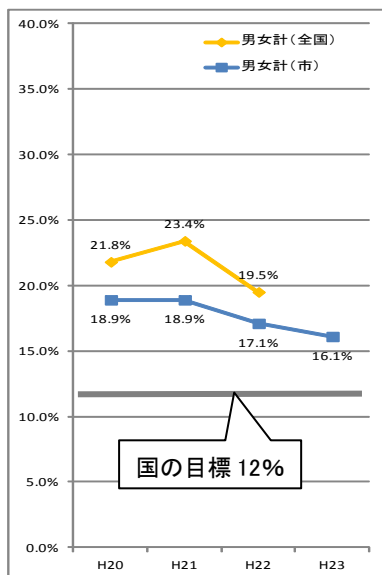
③現状と目標

i 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)

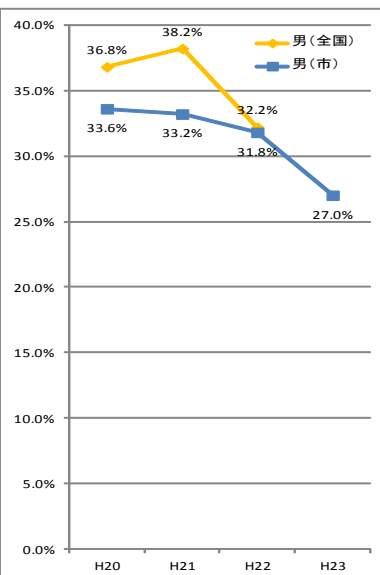
喫煙率の低下は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから指標として重要です。

砂川市の成人の喫煙率は、全国と比較すると低く推移しており、男女ともに年々、低下していますが、女性の平成23年の喫煙率が上がり、全国の平成22年と同率となっています。(表1)

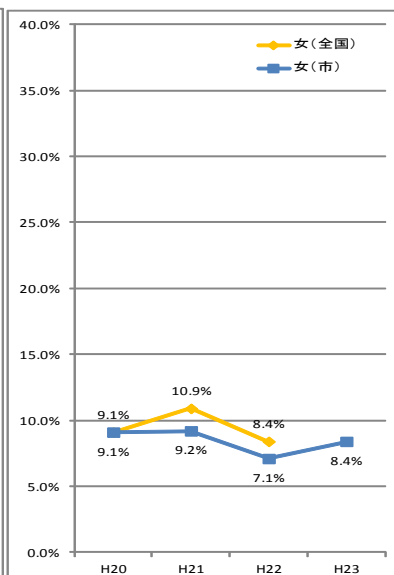
表1 喫煙率の推移
(男女総計)



(男性)



(女性)



市健康診査・国保特定健康診査問診票

たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけでは、やめたくてもやめられないことが多いですが、今後は喫煙をやめたい人に対する禁煙支援と同時に、健診データに基づき、喫煙によるリスクが高い人への支援が重要になります。

④対策

i たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供
- ・母子健康手帳交付時、妊婦健康相談、乳幼児健診、相談及びがん検診等

ii 禁煙支援の推進

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

(5) 休養

①はじめに

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

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

②基本的な考え方

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

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

③現状と目標

i 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

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

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

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

このように、睡眠に関しては、健康との関連がデータ集積により明らかになっているため、睡眠による休養を評価指標とします。

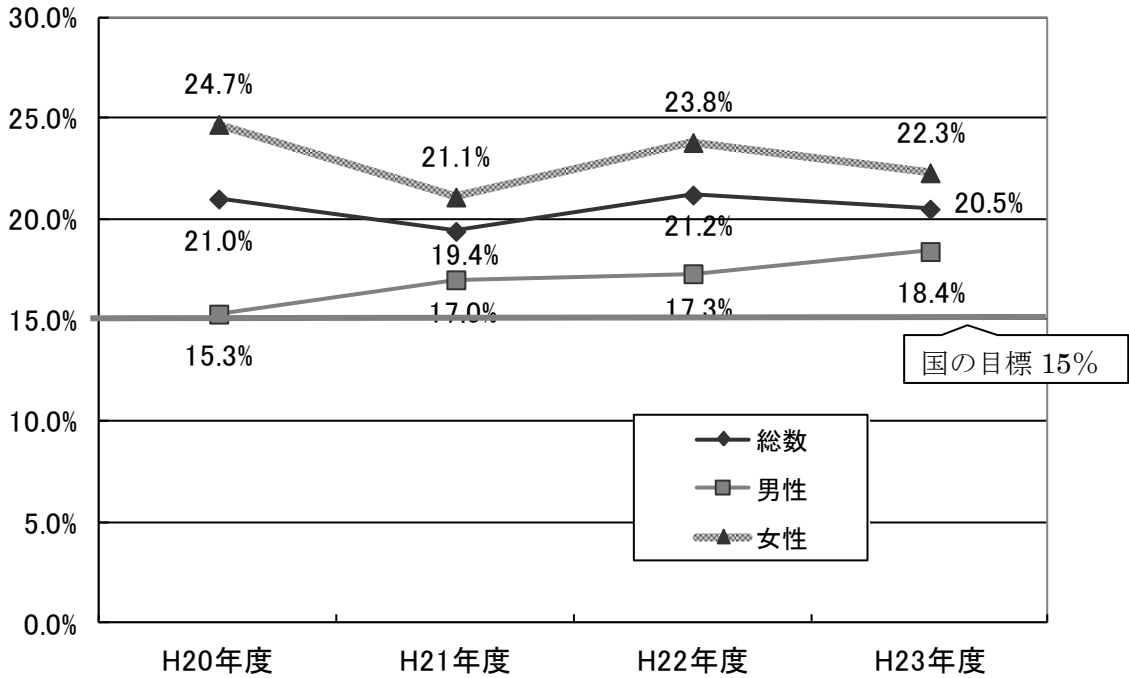
砂川市では、国保特定健診受診者に対し、「睡眠で休養が十分にとれていますか」の問診項目で睡眠に関する実態把握をしてきましたが、「いいえ」と回答した人は約 20%前後で推移しており、平成 34 年度の国の目標値よりも高い状況です。(表 1)

男女別にみると、女性は男性よりも「睡眠で休養が十分とれていない」と回答した人の割合が高くなっており横ばいで推移しています。

一方、男性は年々増加傾向にあり、「睡眠で休養が十分とれていない」と回答した人の約 40%に飲酒の習慣が見られ、女性の約 10%と比較し高くなっています。

睡眠、休養については、うつや自殺、アルコールからの健康障害にも深く関係するので、引き続き睡眠による休養がとれているかについての問診を重視し、実態を把握をしながら対策を検討、推進していく必要があります。

表1 睡眠による十分な休養がとれていない人の割合



砂川市国保特定健診問診票より

④対策

i 砂川市の睡眠と休養に関する実態の把握

- ・問診の結果と健診データとの突合により、睡眠と健康に関連する事項の明確化

ii 睡眠と健康との関連等に関する教育の推進

- ・種々の保健事業の場における教育や情報提供

4. こころの健康

①はじめに

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康です。

こころの健康とは、人がいきいきと自分らしく生きるための重要な条件です。

適度な運動やバランスのとれた栄養・食生活は、身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となります。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指すための休養が加えられ、健康のための3つの要素とされてきました。

こころの病気の中で代表的なものにうつ病があります。うつ病は、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患で、自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。

また、うつ病は、不安障害やアルコール依存症などとの合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になります。

さらには、うつ状態があると、喫煙率が高くなり、肥満が増え、服薬をしなくなるなど健康的な生活習慣が妨げられ、心臓病や脳血管疾患の予後が悪化することが明らかになっています。

こころの健康を守るためには、一人ひとりがこころの健康を維持するための生活や、こころの病気への対応を理解していくことが不可欠です。また、社会環境的な要因からのアプローチも重要で、社会全体で取り組んでいくことも必要となります。

ここでは、個々の健康的な生活習慣の取り組みによって可能な、こころの健康を維持するための取り組みに焦点をあてます。

②基本的な考え方

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

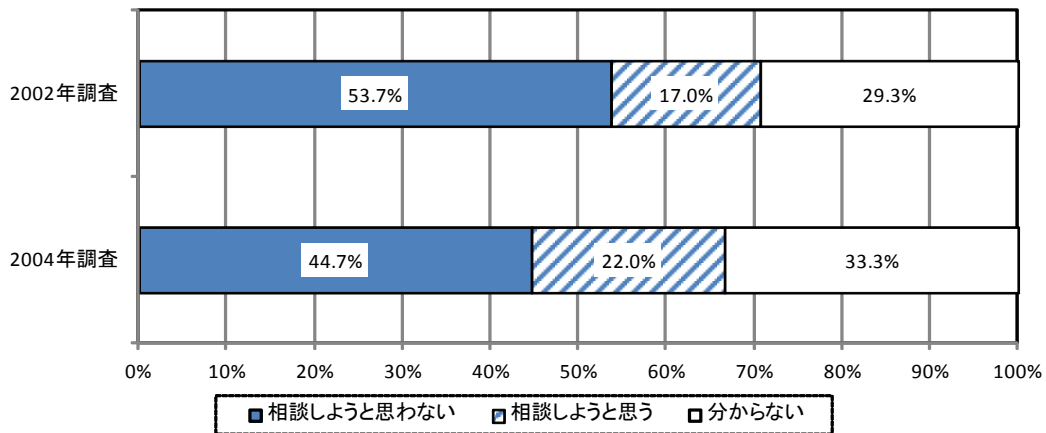
そのため、一人ひとりが、こころの健康問題の重要性を認識するとともに、自らのこころの不調に気づき、適切に対処できるようにすることが重要です。

しかし、現実にはこころの健康を損ない、気分が落ち込んだときや自殺を考えている時に、精神科を受診したり、誰かに相談したりすることは少ない状況にあります。(図1・2)

悩みを抱えた時に気軽にこころの健康問題を相談できない大きな原因は、精神疾患に対する偏見があると考えられていることから、精神疾患に対する正しい知識を普及啓発し、偏見をなくしていくための取り組みが最も重要になります。

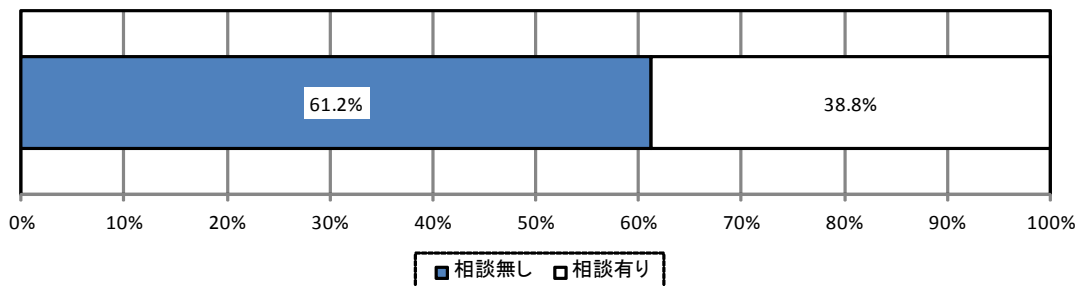
図1 気分が落ち込んだときの精神科受診に対する意識

(久慈地域における地域住民の意識調査)



自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究(平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業))
酒井明夫 岩手医科大学医学部神経精神科学講座

図2 自殺企図前の相談の状況



自殺企図前の実態と予防介入に関する研究(平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業))
保坂 隆 東海大学医学部教授

③現状と目標

i 自殺者の減少(人口10万人当たり)

自殺の原因では、うつ病などのこころの病気の占める割合が高いため、自殺を減少させることは、こころの健康の増進と密接に関係します。

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

しかし、現実には、こころの病気にかかった人の一部しか医療機関を受診しておらず、精

神科医の診療を受けている人はさらに少ないとの報告があります。

体の病気の診断は、血液検査などの「客観的な」根拠に基づいて行われますが、うつ病などのこころの病気は、本人の言動・症状などで診断するほかなく、血液検査、画像検査といった客観的な指標・根拠がありませんでした。

このことが、周囲の人の病気への理解が進まず、偏見などにつながり、相談や受診に結びつかない原因となっている現状もあります。

こころの健康とは、脳の働きによって左右されます。うつ病などの、より客観的な診断を目指した、脳の血流量を図る検査の研究なども進みつつあります。(注1)

また、脳に影響を及ぼすものとして、副腎疲労(アドレナル・ファティーグ)との関与も明らかにされつつあります。(注2)

(注1)『うつ病の客観的な診断を目指す光トポグラフィ検査』2009年にうつ症状の鑑別診断補助として、厚生労働省に先進医療として承認される。

(注2)『医者も知らないアドレナル・ファティーグ』

(ジェームス・ウィルソン著 中央アート出版)

【副腎疲労の原因となるライフスタイルの主な要素】

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

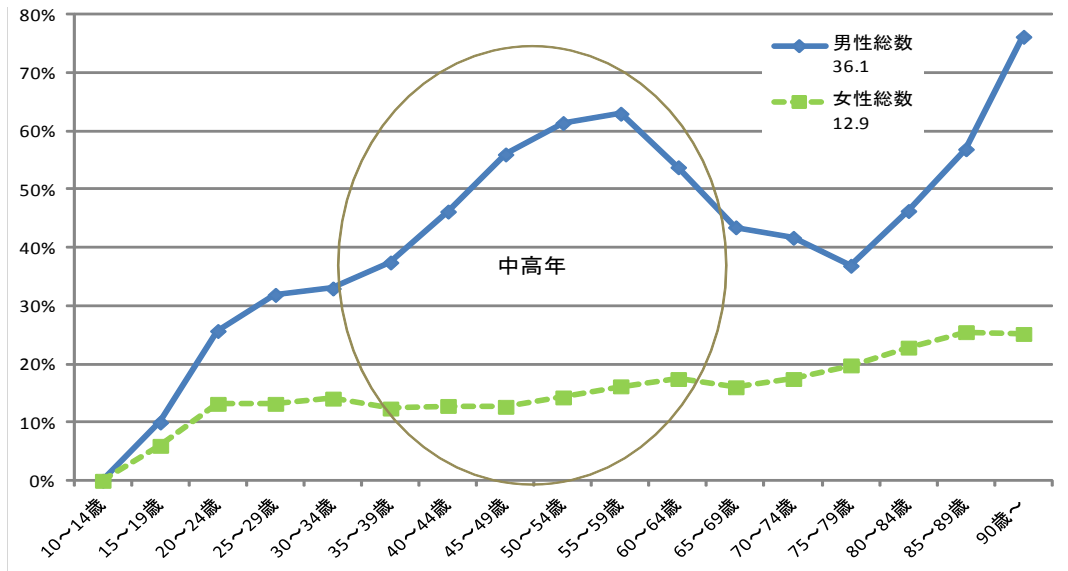
こころの病気に伴う様々な言動や症状は、脳という臓器の状態によって出現するとの理解を深めることで、精神疾患に対する偏見の是正を行うことが最も重要です。

同時に、日本の自殺における特徴は、どの国にでも共通に見られる加齢に伴う自殺率の上昇とともに、男性においては50歳代に自殺率のもう一つのピークを形成していることです。(図3)

砂川市においても、男性の自殺者数は、40歳代と60歳代にピークがあり、中高年の自殺者が多くなっています。(図4)

図3 男女別自殺者の動向（全国）

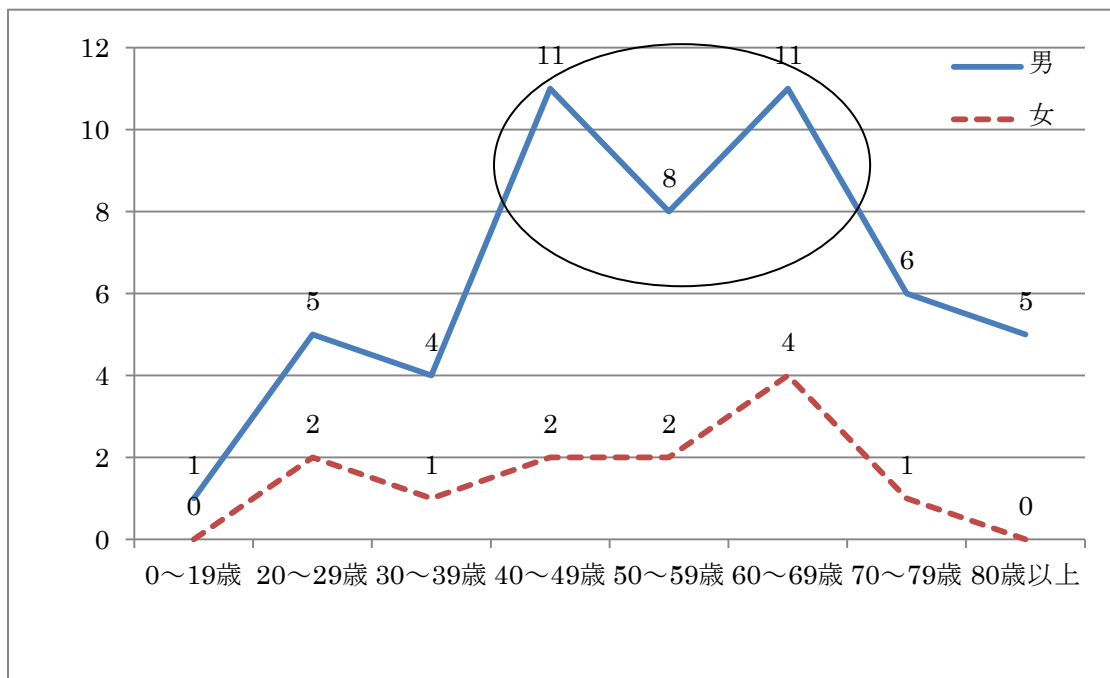
平成17年の年齢別男女別の自殺による死亡率



※総数には「5~9歳」及び年齢不詳を含む

人口動態統計(厚生労働省)

図4 砂川市の年齢別男女別自殺者数(平成13年~平成23年までの総数)

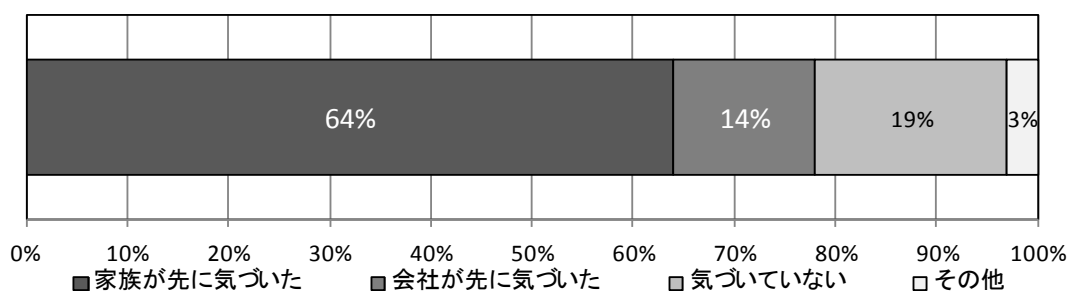


この年代に自殺者が増加したのは、平成10年以降で、背景としては経済状況や仕事(過労)などの社会的要因が大きいと考えられていますが、予防対策を考えるための実態把握は不十分な状況です。

今後は、産業保健の分野と連携を図り、働き盛りの年代の人がうつ病などに至る事例を積み重ね、こころの健康に対する予防対策を検討していく必要があります。

また、本人のこころの健康の不調に最初に気づくのは、家族や職場の同僚です。(図5) 家族や職場の同僚が、精神疾患についての正しい理解を深め、精神疾患に関する偏見をなくすことで、脳という臓器の働き低下による様々な症状を客観的にとらえ、早期治療など、専門家へのつなぎを実現し、専門家の指導のもとで、本人を見守っていくことができるようになることが大切です。

図5 自殺企図前の周囲の気づき



労働者における自殺予防に関する研究—労災請求患者調査より—(平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺企図の事態と予防介入に関する研究分担研究)黒木宣夫 東邦大学医学部助教授

④対策

i こころの健康に関する教育の推進

- ・種々の保健事業の場での教育や情報提供

ii 専門家による相談事業の推進

- ・滝川保健所と協力、連携
- ・こころの健康相談の周知

5. 目標の設定

国民運動では、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目標の設定」、「実行可能性のある目標の設定」、「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」と示されています。

特に、既存の統計調査で毎年モニタリングすることが可能な指標を目標に設定することが望ましいとされ、そのために、目標として設定する指標について、既存のデータで自治体が活用可能と考えられるものの例示もされました。

これらを踏まえ、砂川市でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映させることができる目標を設定します。(表1)

表1 砂川市の目標の設定

| 分類 | 項目 | 国の現状値 | | 市の現状値 | | 国の目標値 | | 市の目標値 | | データソース | | | | |
|-------------|---|----------------------|--------|------------------------|--------------------|----------------------|-----------|--------------------------|--------|--------|--------|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| がん | ①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり) | 84.3 | 平成22年 | ※統計なし | | 73.9 | 平成27年 | 減少 | 平成27年 | ① | | | | |
| | ②がん検診の受診率の向上 | | | | | | | | | | | | | |
| | ・胃がん ※1 | 男性 34.3% 女性 26.3% | 平成22年 | 男性18.2% 女性12.8% | 14.8% | 平成23年 | 40% | 当面 | 40% | 平成28年 | ② | | | |
| | ・肺がん ※1 | 男性 24.9% 女性 21.2% | | 男性19.4% 女性16.6% | 17.6% | | | | | | | | | |
| | ・大腸がん ※1 | 男性 27.4% 女性 22.6% | | 男性21.0% 女性18.3% | 19.3% | | | | | | | | | |
| | ・子宮頸がん ※2 | 32.0% | | 20.9% | | | | | | | | | | |
| ・乳がん ※1 | 31.4% | 28.4% | | | | | | | | | | | | |
| 循環器疾患 | ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり) | | | | | | | | | | | | | |
| | ・脳血管疾患 | 男性 49.5% 女性 26.9% | 平成22年 | ※統計なし | | 男性 41.7% 女性 24.7% | 平成34年度 | 減少 | 平成34年度 | ① | | | | |
| | ・虚血性心疾患 | 男性 36.9% 女性 15.3% | | ※統計なし | | 男性 31.8% 女性 13.7% | | 減少 | | | | | | |
| | ②高血圧の改善(140/90mmHg以上の者の割合) | | | 男性 39.9% 女性 36.7% | 平成23年度 | | | 男性 34.4% 女性 30.7% | | ③ | | | | |
| | 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 | 男性 13.8% 女性 22.0% | 平成22年 | ※統計なし | | 男性 10.0% 女性 17.0% | | 男性 6.2% 女性 8.8% | | | | | | |
| | ii : LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合 | 男性 8.3% 女性 11.7% | | 男性 8.3% 女性 12.7% | 男性 6.2% 女性 8.8% | | | | | | | | | |
| | ④メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少 | 約1,400万人 | 平成20年度 | 該当者 16.1% 予備群 11.4% | 平成20年度と比べて25%減少 | 平成27年度 | | 該当者:現状維持又は減少 予備群:6.7% | | 平成27年度 | | | | |
| | ⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 | | | | | | | | | | | | | |
| | ・特定健康診査の実施率 | 41.3% | 平成21年度 | 35.0% | 平成22年度 | 60% | | 平成29年度 | | 60% | 平成29年度 | | | |
| ・特定保健指導の終了率 | 12.3% | | 69.2% | | 60% | | | 70% | | | | | | |
| 糖尿病 | ①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 | 16,247人 | 平成22年度 | 12人 | 平成23年度 | 15,000人 | 減少 | 平成34年度 | ⑤ | | | | | |
| | ②治療継続者の割合の増加 (HbA1c(JDS)6.1%以上の者のうち治療中と回答した者の割合) | 63.7% | | 63.1% | | 75% | 75% | | | | | | | |
| | ③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少) | 1.2% | 平成21年度 | 0.7% | | 1.0% | ◎現状維持又は減少 | | | ③ | | | | |
| | ④糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合) | 890万人 | | 6.9% | | 1,000万人 | 現状維持又は減少 | | | | | | | |
| 歯・口腔の健康 | ①歯周病を有する者の割合の減少 | | | | | | | | | | | | | |
| | ・40歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4mm以上の歯周ポケット) | 37.3% | 平成17年 | ※統計なし | | 25% | 平成34年度 | 平成34年度 | ⑥ | | | | | |
| | ・60歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4mm以上の歯周ポケット) | 54.7% | | ※統計なし | | 45% | | | | | | | | |
| | ②乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 | | | | | | | | | | | | | |
| | ・3歳児でう蝕がない者の増加 | 77.1% | 平成21年 | 76.9% | 平成23年度 | 80%以上 | | | | 80%以上 | | | | |
| | ・12歳児の1人平均歯数の減少 | 1.3歯 | | 3.98歯 | | 1.0歯未満 | | | | 2.0歯未満 | ⑦ | | | |
| | ③過去1年間に歯科検診を受診した者の増加(歯周疾患検診受診者数) | 34.1% | | ※統計なし | | 65% | | | | | | | | |

※1 受診率の算定に当たっては、40歳～69歳までを対象

※2 子宮頸がんは、20歳～69歳までを対象

◎は、国の目標値をすでに達成

| 分類 | 項目 | 国の現状値 | | 市の現状値 | | 国の目標値 | | 市の目標値 | | データソース | |
|--|---|----------------------------------|----------------------------------|---------------------|----------------------------|------------------------|--------|-----------|--------|--------|----|
| 栄養・食生活 | ①適正体重を維持している者の増加(肥満・やせの減少) | | | | | | | | | | |
| | ・20歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠届出時のやせの者の割合) | 29.0% | 平成22年 | 18.3% | 平成23年度 | 23% | 平成34年度 | ◎現状維持又は減少 | 平成34年度 | ⑧ | |
| | ・全出生数中の低出生体重児の割合の減少 | 9.6% | 平成22年度 | 11.7% | 平成23年度 | 減少傾向へ | 平成26年度 | 減少傾向へ | 平成26年度 | ① | |
| | ・肥満傾向にある子どもの割合の減少(小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合) | 男子4.60% 女子3.39% | 平成23年 | ※統計なし | | 減少傾向へ | | 減少傾向へ | | ⑥ | |
| | ・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少 | 31.2% | 平成22年 | 男性 33.8% | 平成23年度 | 28% | 平成34年度 | 28% | 平成34年度 | ③ | |
| | ・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少 | 22.2% | | 女性 21.8% | | 19% | | 19% | | | |
| | ・低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制 | 17.4% | | 14.7% | | 22% | | ◎現状維持又は減少 | | | ③④ |
| ①日常生活における歩数の増加(日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者) | | | | | | | | | | | |
| ・20～64歳 | 男性 7,841歩 女性 6,883歩 | 平成22年 | 男性 40.0% 女性 50.0% | 平成23年度 | 男性 9,000歩 女性 8,500歩 | 平成34年度 | 増加 | 平成34年度 | ③ | | |
| ・65歳以上 | 男性 5,628歩 女性 4,585歩 | | 男性 61.1% 女性 53.2% | | 男性 7,000歩 女性 6,000歩 | | 増加 | | | | |
| ②運動習慣者の割合の増加 | | | | | | | | | | | |
| ・20～64歳 | 男性 26.3% 女性 22.9% 総数 24.3% | | 男性 28.5% 女性 27.9% 総数 28.1% | | 男性 36% 女性 33% 総数 34% | | 増加 | | | | |
| ・65歳以上 | 男性 47.6% 女性 37.6% 総数 41.9% | 男性 55.2% 女性 46.6% 総数 50.2% | 男性 58% 女性 48% 総数 52% | 増加 | | | | | | | |
| ③介護保険サービス利用者の増加の抑制 | 452万人 | 平成24年度 | 984人 | 平成24年3月 | 657万人 | 平成37年度 | 1,051人 | 平成26年度 | ⑨ | | |
| 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16.4% 女性 7.4% | 平成22年 | 男性 12.7% 女性 6.6% | 平成23年度 | 男性 14.0% 女性 6.3% | 平成34年度 | 現状維持又は減少 | 平成34年度 | ③ | |
| 喫煙 | ①成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる) | 19.5% | 16.1% | 12% | | 減少 | | | | | |
| 休養 | ①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少 | 18.4% | 平成21年 | 20.5% | | 15% | | 減少 | | | |
| こころの健康 | ①自殺者の減少(人口10万人当たり) | 23.4 | 平成22年 | 15.6 | 平成21年 | 自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定 | | | | ① | |

データソース ①:人口動態統計 ⑥:市3歳児健診
 ②:市がん検診 ⑦:学校保健統計
 ③:市国保特定健康診査 ⑧:市妊娠証明書
 ④:市後期高齢者健康診査 ⑨:保険者給付実績報告
 ⑤:腎臓病登録

