

第3次健康プラン芦別

令和6（2024）年度～令和17（2035）年度



令和6年3月
北海道 芦別市

はじめに



本市では平成18年4月に「健康プラン芦別」、平成27年8月に「第2次健康プラン芦別」を策定し、市民の皆様が心身ともに健康に暮らすことができるよう関係団体や関係機関との連携を取りながら、計画の推進を図ってきたところです。

国では、令和6年度から令和17年度の12年間を計画期間とする健康日本21（第三次）を定めた健康増進法に基づく「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」の全部改正が示され、最上位の目標は、健康日本21（第二次）に引き続き、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を据えて、「誰一人取り残されない健康づくり」を展開し、個人の行動と健康状態の改善を一層促すため、より実効性をもつ取組みの推進に重点を置く、健康日本21（第三次）がスタートします。

このたび、これまでの取組みや成果を検証し、さらなる課題を解決するため、令和6年度から令和17年度までの12年間を計画期間とした「第3次健康プラン芦別」を策定いたしました。本計画では、芦別市の健康課題ごとに具体的な数値目標を設定し、生活習慣病の予防及び重症化予防、生活機能の維持向上の取組みを推進していきます。

今後も市民とともに、上位計画である「第6次芦別市総合計画（令和2年度から令和11年度）の基本目標「ひとに優しい、ふれあいと温もりのあるまち」を目指してまいりますので、皆様にはなお一層のご理解とご協力をお願い申し上げます。

結びに、本計画の策定にあたり、貴重なご意見やご提言をいただきました関係各位に心より感謝申し上げます。

令和6年3月

芦別市長

荻原 貢

目次

第1章 計画の策定にあたって

- 1 計画策定の趣旨 P1
- 2 計画の位置づけ P3
- 3 計画の期間 P4
- 4 計画の対象 P4

第2章 芦別市の概況と特徴

- 1 芦別市の社会保障の視点からの特徴 P5
- 2 健康に関する概況 P7

第3章 課題別の実態と対策

- 1 前計画の評価 P26
- 2 前計画の課題と今後の取組みの方向性 P28
- 3 生活習慣の改善
 - (1) 栄養・食生活 P29
 - (2) 身体活動・運動 P35
 - (3) 飲酒 P40
 - (4) 喫煙 P44
 - (5) 歯と口の健康 P47
- 4 生活習慣病の発症予防・重症化予防
 - (1) がん P50
 - (2) 循環器疾患 P55
 - (3) 糖尿病 P65
- 5 生活機能の維持・向上
 - (1) 骨粗鬆症 P71
- 6 休養・こころの健康（芦別市自殺対策計画） P74
- 7 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり P82
- 8 目標の設定 P84

第4章 計画の推進

- 1 健康増進に向けた取組みの推進 P87
- 2 健康増進を担う人材の確保と資質の向上 P88

- 用語解説 P89

第1章 計画の策定にあたって

1 計画策定の趣旨

平成12年度より展開されてきた国民健康づくり運動「健康日本21」^{注1)}では、壮年期の死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的として、生活習慣病やその原因となる生活習慣等を対策する「一次予防」を重視した取組みが推進されてきました。

平成25年度からの国民健康づくり運動「健康日本21（第二次）」は、少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を実現することを最終的な目標として、生活習慣病の一次予防に重点を置くとともに、合併症の発症や症状進展などの重症化予防を重視した取組みが推進されてきました。

今回、令和6年度から令和17年度までの国民健康づくり運動「健康日本21（第三次）」では、新たな健康課題や社会背景、国際的な潮流等を踏まえた取組みが必要であり、国民の健康の総合的な推進を図るため、以下の基本的な方向（令和5年厚生労働省告示第207号）が示されました。

4つの基本的な方向

- (1) 健康寿命^{注2)}の延伸と健康格差の縮小
- (2) 個人の行動と健康状態の改善
- (3) 社会環境の質の向上
- (4) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

また、これからの基本的な方向の達成状況を判断するために、国では51項目の指標を定め、現状の数値と目標値を設定しました。

目標は、計画期間における取組みの達成状況の評価を目的として設定すべきこと、評価を行う時点で実際に到達できたかどうか確認できるものが望ましいとし、計画開始後の概ね9年間を目途として設定し、令和14年度以降も令和17年度までの計画期間中、国、地方公共団体等は、取組みを引き続き推進するとされました。

本市では、「健康日本21」の取組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、本市の特徴、市民の健康状態をもとに、健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点をおいだ「健康プラン芦別」を平成18年4月に、「第2次健康プラン芦別」を平成27年8月に策定し、さまざまな取組みを推進してきました。

今回、国が示した基本的な方向と、これまでの本市の取組みの評価及び新たな課題等を踏まえ、「第3次健康プラン芦別」を策定します。

＜ 基本的な方向の詳細 ＞

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

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のため、個人の行動と健康状態の改善に加え、個人を取り巻く社会環境整備や、その質の向上を通じて健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を実現します。

(2) 個人の行動と健康状態の改善

国民の健康増進を推進するに当たって、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善（リスクファクターの低減）に加え、こうした生活習慣の定着等によるがん、生活習慣病の発症予防、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に関して引き続き取組みを進めます。

ロコモティブシンドローム^{注3)}、やせ、メンタル面の不調は、生活習慣が原因となる場合もありますが、そうでない場合も含め、これらを予防することが重要です。

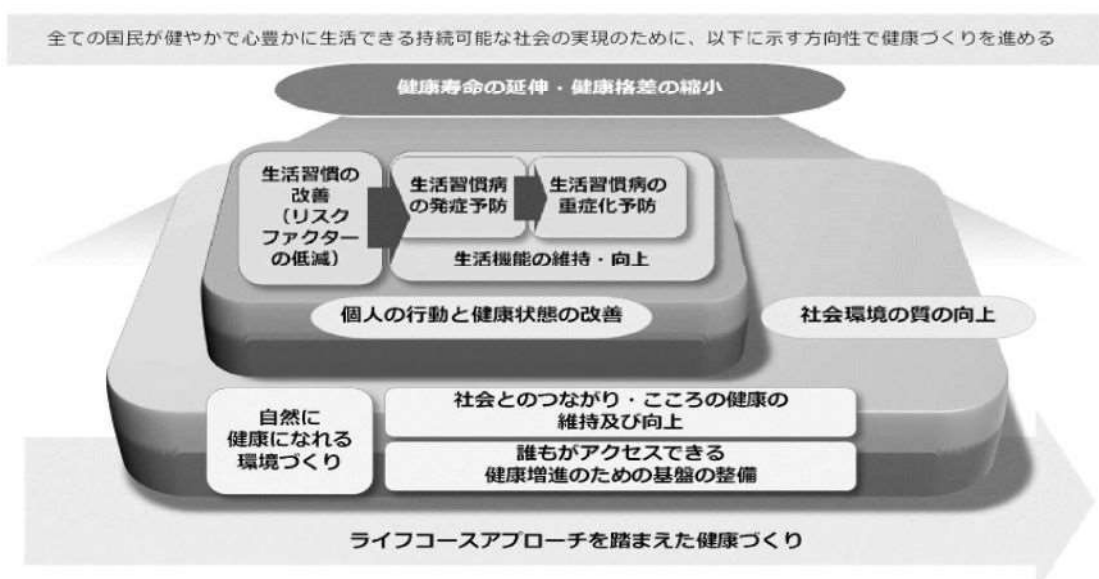
(3) 社会環境の質の向上

就労、ボランティア、通いの場等の居場所づくりや社会参加の取組みに加え、各人がより緩やかな関係性を含んだつながりを持つことができる環境整備や、こころの健康を守るための環境整備を行うことで、社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上を図ります。健康な食環境や身体活動・運動を促す環境をはじめとする、自然に健康になれる環境づくりの取組みを実施し、健康に関心の薄い者を含む幅広い対象に向けた予防・健康づくりを推進します。

(4) ライフコースアプローチ^{注4)}を踏まえた健康づくり

社会がより多様化することや、人生100年時代が本格的に到来することを踏まえれば、(1)から(3)に掲げる各要素をさまざまなライフステージにおいて享受できることがより重要であり、各ライフステージ特有の健康づくりについて、引き続き取組みを進めます。

図1 健康日本21（第三次）の概念図



2 計画の位置づけ

【SDGs】

本計画は、「第6次芦別市総合計画（令和2年度から令和11年度）」を上位計画とし、市民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするとともに「持続可能な開発目標（SDGs）」の達成に資するものです。



この計画の推進にあたり、保健事業の効率的な実施を図るため、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定する「芦別市国民健康保険第2期データヘルス計画及び第4期特定健康診査等実施計画」と一体的に策定し、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図ります。

また、本計画は、平成28年4月に改正された「自殺対策基本法」第13条2項に基づく、「市町村自殺対策計画」として、「自殺総合対策大綱」の方針及び「北海道自殺対策行動計画」並びに地域の実情を勘案して策定するものです。

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

（表1）

表1 関連する法律及び各種計画

法律	北海道の計画	芦別市の計画
健康増進法	北海道健康増進計画 「すこやか北海道21」	健康プラン芦別
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	芦別市国民健康保険データヘルス計画及び特定健康診査等実施計画
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	健康プラン芦別
食育基本法	北海道食育推進計画	芦別市食育推進計画
自殺対策基本法	北海道自殺対策行動計画	健康プラン芦別
歯科口腔保健の推進に関する法律	北海道歯科保健医療推進計画	健康プラン芦別
アルコール健康障害対策基本法	北海道アルコール健康障害対策推進計画	健康プラン芦別
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	芦別市高齢者保健福祉計画 芦別市介護保険事業計画
次世代育成支援対策推進法 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	芦別市子ども・子育て支援 事業計画

3 計画の期間

本計画の計画期間は、国の健康日本21（第三次）と同様に、令和6年度から令和17年度までの12年間とします。

目標年次も、国と同様に計画開始後概ね9年後の令和14年を目途として設定し、目標の評価については、実質的な改善効果を中間段階で確認できるよう、計画開始後6年を目途に全ての目標について中間評価を行います。

4 計画の対象

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

第2章 芦別市の特徴と概況

1 芦別市の社会保障の視点からの特徴

本市の社会保障の視点からの特徴を、国、北海道と比較した概要は、P6表1のとおりです。

- (1) 人口構成は、国、北海道と比較すると、65歳以上の高齢化率及び75歳以上の後期高齢化率は、いずれも非常に高くなっています。（表1の1）
- (2) 主要死因は、国、北海道と比較すると、第1位悪性新生物^{注5)}、第2位心疾患であることは同じですが、標準化死亡比（SMR）^{注6)}では、虚血性心疾患^{注7)}は、男女ともに平成22年度、平成27年度、令和2年度とすべての年度において非常に高くなっています。脳血管疾患^{注8)}では、男性は全ての年度で高く、女性は令和2年度に低くなっています。
早世死亡^{注9)}は、平成28年度9.4%から令和2年度は5.0%に減っており、国や北海道よりも低くなっています。（表1の2）
- (3) 介護保険の要介護（要支援）認定率は、第1号被保険者（65歳以上）^{注10)}は、国や北海道より高く、第2号被保険者（40歳から64歳）は、国や北海道と同じとなっています。
1件あたり介護給付費は、減少しており、国や北海道と同程度となっています。
居宅・施設サービスともに、国や北海道より低く、特に居宅サービスが低くなっています。（表1の3）
- (4) 後期高齢者の1人あたりの医療費は、国や北海道より非常に高くなっています。全道順位は、平成22年度30位、平成29年度19位、令和2年度9位と順位が高くなっています。（表1の4）
- (5) 国民健康保険の被保険者数は、平成25年度27.4%、平成30年度22.4%、令和4年度22.0%と、加入率、加入者ともに少なくなっており、加入率は、国より高く、北海道と同じ割合です。65歳から74歳の割合が高く、高齢化は進展しています。
1人あたりの医療費は、国や北海道より非常に高い状況です。全道順位は、平成25年度23位、平成30年度5位、令和4年度5位と順位が高くなっています。特に、入院の割合や件数が国や北海道より非常に高くなっています。（表1の5）
- (6) 生活保護率は、18.2%と減少していますが、国より高く、北海道よりは低くなっています。医療扶助率は、国や北海道より低くなっています。（表1の6）
- (7) 特定健康診査受診率^{注11)}は、34.3%で、国よりは低く、北海道よりは高くなっており、順位も105位に上がっています。特定保健指導率は、52.9%で、全国や北海道より高くなっていますが、指導率、順位ともに下がっています。（表1の7）
- (8) 出生率は、国や北海道より非常に低くなっていますが、低出生体重児^{注11)}の出生率は、国や北海道よりも高くなっています。（表1の8）

表1 芦別市の社会保障の視点からの特徴

項目	第2次計画策定時		第2次中間評価時		第2次最終評価時										
	①芦別市		②芦別市		③芦別市		④北海道		⑤全国						
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比					
1 人口構成 国勢調査 ①H22年 ②H27年 ③④⑤R2年	総人口	16,628	—	14,676	—	12,555	—	5,224,614	—	126,146,099	—				
	0～14歳	1,429	8.6	1,109	7.6	845	6.7	555,804	10.8	14,955,692	11.9				
	15～64歳	8,791	52.9	7,160	48.8	5,705	45.5	7,945,727	57.0	72,922,764	57.8				
	65歳以上	6,407	38.5	6,405	43.6	5,995	47.8	1,664,023	32.2	35,335,805	28.0				
	(再掲) 75歳以上	3,421	20.6	3,503	23.9	3,412	27.2	848,273	16.2	18,248,742	14.5				
2 死亡 保健統計年報 ①H22年 ②H27年 ③④⑤R3年 標準化死亡率は北海道における主要死因の要因 ①H12～H21年 ②H18～H27年 ③④⑤H22～R1年	死亡原因	死亡原因	死亡率(10万別)	死亡原因	死亡率(10万別)	死亡原因	死亡率(10万別)	死亡原因	死亡率(10万別)	死亡原因	死亡率(10万別)				
	1位	悪性新生物	494.9	悪性新生物	519.3	悪性新生物	624.5	悪性新生物	381.3	悪性新生物	306.6				
	2位	※虚血性心疾患 心疾患	307.8 ※男性 117.4 ※女性 127.4	心疾患	375.8 ※男性 181.2 ※女性 191.4	心疾患	345.1 ※男性 131.2 ※女性 129.9	心疾患	180.7 ※男性 98.8 ※女性 101.2	心疾患	166.6				
	3位	※脳血管疾患 脳血管疾患	235.4 ※男性 125.9 ※女性 107.5	3位 肺炎 205.0	脳血管疾患	189.0 ※男性 125.3 ※女性 90.8	3位 老衰 93.5	老衰	89.9 ※男性 93.8 ※女性 90.4	3位 老衰 107.3	脳血管疾患	83.5			
	4位	肺炎	229.3	4位 脳血管疾患 191.3 ※男性 134.4 ※女性 106.2	肺炎	123.3	4位 脳血管疾患	89.9 ※男性 93.8 ※女性 90.4	4位 脳血管疾患	83.5					
	5位	自殺	60.4	老衰	82.0	老衰	115.0	肺炎	70.5	肺炎	63.6				
	6位	不慮の事故	42.2	自殺	27.3	不慮の事故	65.7	不慮の事故	32.1	不慮の事故	30.9				
	合計	34	10.8	30	9.4	14	5.0	5,934	9.1	125,335	9.1				
	早世(64歳以下)死亡	22	11.5	18	11.6	9	6.2	3,777	11.5	82,929	11.7				
	女性	12	9.8	12	7.4	5	3.7	2,157	6.7	42,406	6.4				
3 介護保険 KDB及びKDBexpander ①H25年度 ②H30年度 ③④⑤R4年 ※介護保険料は厚生労働省データ	1号認定者数(認定率)	1,368	20.7	1,339	21.1	1,210	21.4	347,930	20.8	6,724,030	18.7				
	2号認定者数(認定率)	27	0.5	24	0.5	15	0.4	7,406	0.4	156,107	0.4				
	1件あたり介護給付費	72,253円		68,878円		60,890円		60,965円		59,662円					
	居宅サービス	30,799円		33,120円		32,724円		42,034円		41,272円					
	施設サービス	299,184円		280,588円		271,758円		296,260円		296,364円					
	第7期保険料額(月額)	4,600円(第5期)		4,800円		4,700円		5,693円		6,014円					
4 後期高齢者医療 加入者(年度平均) 1人あたり医療費(年) 医療費総額 ①H122年度、②H29年度 ③④⑤R4年	加入者(年度平均)	3,528		3,567		3,389		878,739		19,252,693					
	1人あたり医療費(年)	1,070,378円	道内30位	1,152,739円	道内19位	1,205,427円	道内8位	1,071,644円		—					
	医療費総額	37億7629万円		41億1182万円		—		—		—					
5 国保 KDB及びKDBexpander ①H25年度 ②H30年度 ③④⑤R4年度	被保険者数	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比				
	(再掲) 65～74歳	2,197	48.4	1,901	57.8	1,522	57.8	491,264	45.7	11,129,271	40.5				
	(再掲) 40～64歳	1,682	37.1	984	29.9	797	30.3	341,793	31.8	9,088,015	33.1				
	(再掲) 39歳以下	657	14.5	402	12.2	314	11.9	241,307	22.5	7,271,596	26.5				
	加入率	27.4		22.4		22.0		20.0		19.7					
6 医療費 KDB及びKDBexpander ①H25年度 ②H30年度 ③④⑤R4年度	一人あたり医療費(月)	34,468円	全道23位	40,070円	全道5位	41,830円	全道4位	31,490円		29,050円					
	受診率	711.68		732.88		684.23		673.24		705.43					
	外来	費用の割合	47.3		44.8		44.5		56.3		60.4				
	件数の割合	94.4		93.7		94.1		96.8		97.5					
	入院	費用の割合	52.7		55.2		55.5		43.7		39.6				
件数の割合	5.6		6.3		5.9		3.2		2.5						
7 特定健診 特定保健指導 法定報告 ①H23年度 ②H30年度 ③④⑤R3年度	特定健診	受診者	受診率	道内順位	受診者	受診率	道内順位	受診者	受診率	道内順位	受診者	受診率	全国順位	受診者数	受診率
	特定保健指導	終了者数	受診率	道内順位	終了者数	受診率	道内順位	終了者数	受診率	道内順位	終了者数	受診率	全国順位	終了者数	受診率
8 出生 保健統計年報 ①H22年、②H28年、③④⑤R2年	出生数(人口千対)	61	3.7	53	3.7	40	3.2	29,523	5.7	840,835	6.8				
	低体重児出生率	5	8.2	6	11	4	10.0	2,703	9.2	77,539	9.2				

※標準化死亡率(SMR):年齢構成の異なる集団において、死亡率で死亡状況の比較をすると、高齢者の多い集団は死亡者数が多くなるなど単純に比較はできないため、基準となる集団の年齢構成をあてはめて算出する死亡比のこと。100が平均値となり、100以上であると標準よりも死亡数が多くなる。
 ※KDB:国保連合会が、統計情報や個人の健康に関する情報を提供し、保険者の保健事業をサポートするために構築されたシステムのこと。
 ※KDBexpander:国保連合会が保険者に提供する「健康・医療情報分析プラットフォーム」のこと。

2 健康に関する概況

(1) 人口構成等

本市の人口構成を国及び北海道と比較すると、年少人口（0歳～14歳）の割合が非常に低く、65歳以上の高齢化率及び75歳以上の後期高齢化率は、顕著に高くなっています。

（表1）

人口の推移と推計では、令和2年の高齢化率47.8%が、令和27年には58.4%となり少子高齢化の傾向は今後も強まり、その進展のスピードも非常に速いと予測されています。

（図1）

表1 人口構成

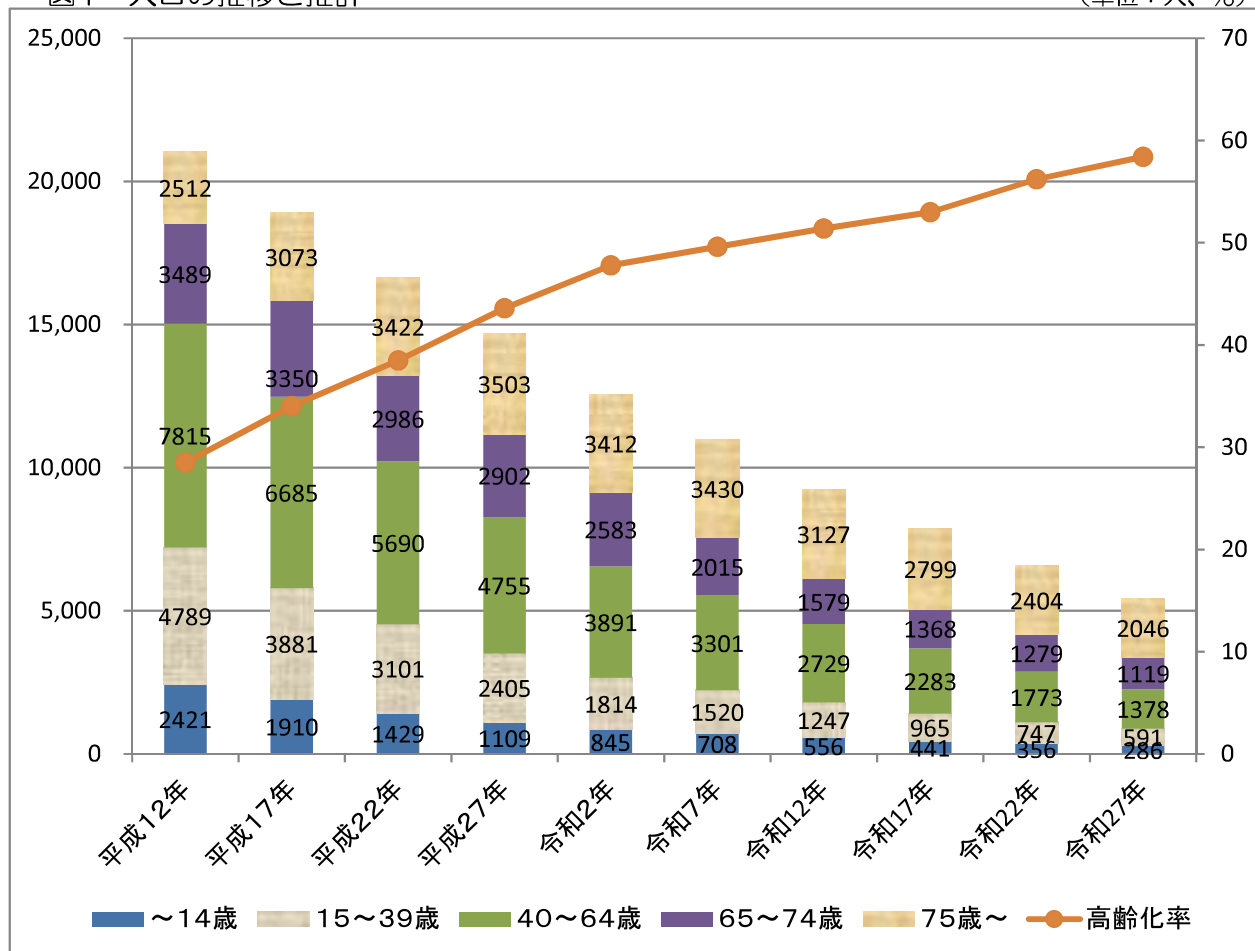
（単位：人、%）

	芦別市		北海道		全国	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
総人口	12,555	—	5,224,614	—	126,146,099	—
0歳～14歳	845	6.7	555,804	10.8	14,955,692	11.9
15歳～64歳	5,705	45.5	1,945,727	57.0	72,922,764	57.8
65歳以上	5,995	47.8	1,664,023	32.2	35,335,805	28.0
（再掲）75歳以上	3,412	27.2	848,273	16.2	18,248,742	14.5

（資料：令和2年国勢調査）

図1 人口の推移と推計

（単位：人、%）



（資料：平成12年～令和2年国勢調査）

（資料：令和7年～令和27年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」平成30年推計）

本市の産業構成を国及び北海道と比較すると、第1次産業と第2次産業が多く、第3次産業が少ないですが、第3次産業が62.3%と半数以上を占め、その割合は増えています。

(表2)

表2 産業構成

(単位：%)

	全国		北海道		芦別市	
	令和1年	令和5年	令和1年	令和5年	令和1年	令和5年
第1次産業	4.0	3.2	7.4	6.3	10.5	10.4
第2次産業	25.0	23.4	17.9	16.9	27.7	27.3
第3次産業	71.0	73.4	74.7	76.8	61.8	62.3

(資料：KDB及びKDBexpander)

(2) 世帯の構成等

本市の一般世帯構成を北海道と比較すると、単身世帯とその他の世帯が少なく、夫婦のみ世帯が多くなっています。

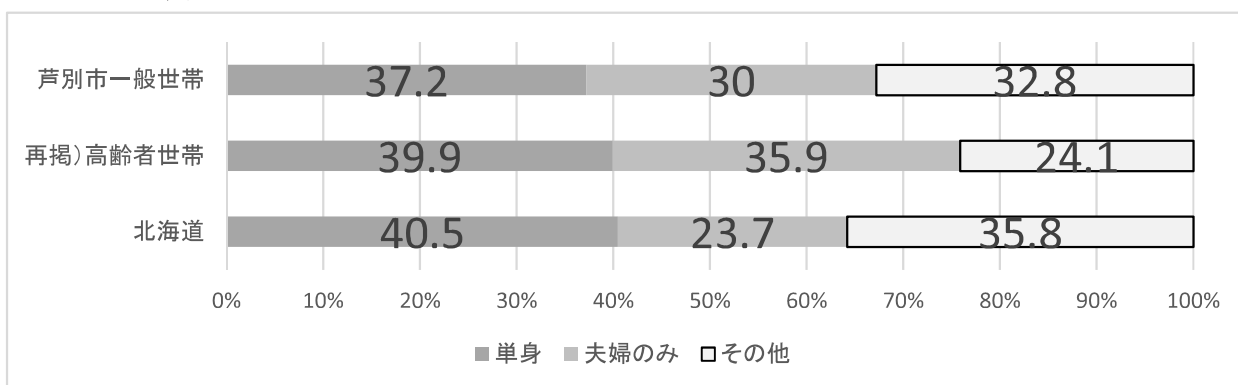
本市の高齢者世帯は、本市の一般世帯と比較すると、単身世帯と夫婦のみ世帯が多くなっています。(図1)

本市の世帯の平均所得は、253万8千円で北海道179市町村中、176位です。

世帯所得割合を、国と比較すると、300万未満が非常に多く、700万以上が少なくなっています。(図2)

図1 世帯構成

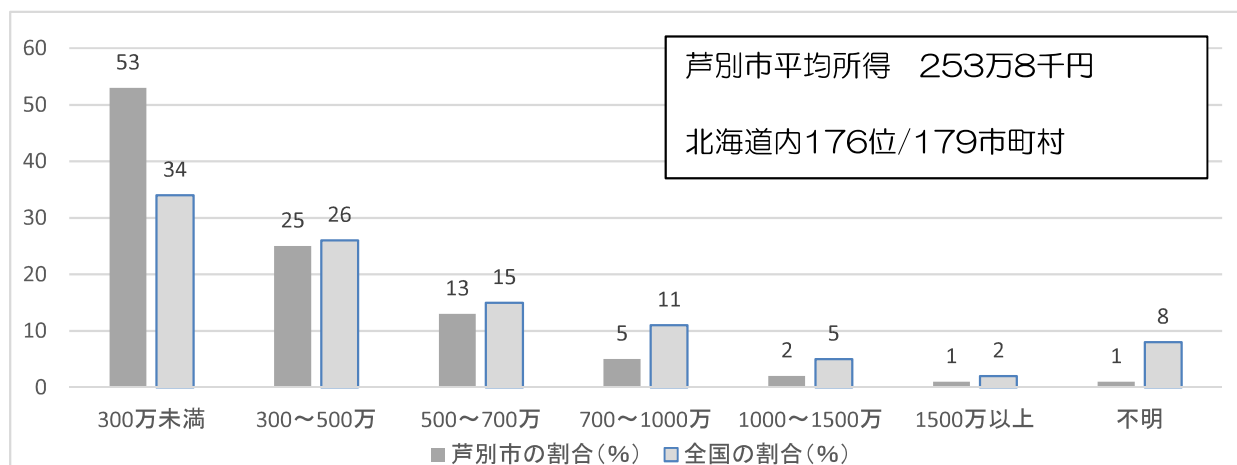
(単位：%)



(資料：令和2年国勢調査)

図2 世帯の所得

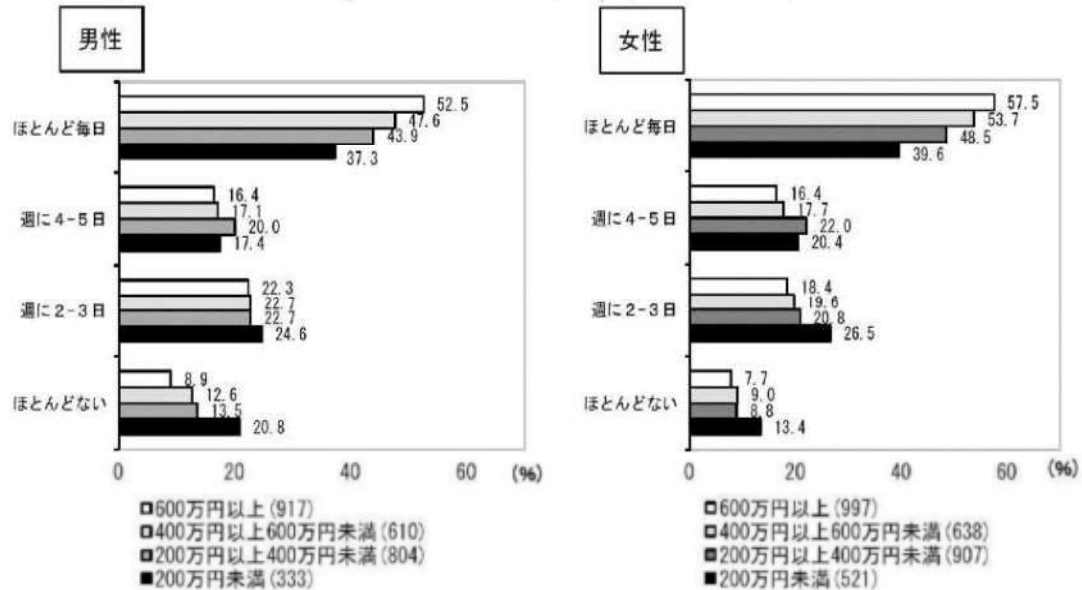
(単位：円)



(資料：年収ガイド2022)

社会経済的要因による格差について

平成30年国民健康・栄養調査では、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上食べる頻度が「ほとんど毎日」と回答した者の割合は、世帯の所得が600万円以上の世帯員に対して、男女ともに200万円未満の世帯員で有意に低い一方、「ほとんどない」と回答した者の割合は、世帯の所得が600万円以上の世帯員に対して、男女ともに200万円未満の世帯員で有意に高く、経済格差に伴う栄養格差が明らかです。



また、食品を選択する際に栄養価を重視すると回答した者の割合は、世帯所得が600万円以上の世帯員に対して、男女ともに200万円未満の世帯員で有意に低く、世帯の年間収入別に栄養素等摂取量をみると、世帯の年間収入が多いほど、炭水化物エネルギー比率が低く、動物性たんぱく質が高く、栄養素レベルにおいても栄養格差が示唆されました。

		①200万円未満	②200万円以上 400万円未満	③400万円以上 600万円未満	④600万円以上	① vs ④	② vs ④	③ vs ④
解析対象者	(人)							
	男性	338	810	614	927			
	女性	529	909	644	1,001			
おいしさ	(%)							
	男性	65.5	73.3	76.9	78.5	★	★	★
	女性	66.6	76.8	81.6	85.3	★	★	
好み	(%)							
	男性	63.4	69.5	71.8	70.7	★		
	女性	66.3	65.2	64.3	71.5			
栄養価	(%)							
	男性	25.3	29.5	31.6	34.3	★		
	女性	45.1	55.9	60.7	62.1	★		
季節感・旬	(%)							
	男性	26.2	28.0	29.9	35.7	★	★	
	女性	39.8	54.0	59.2	60.0	★		
安全性	(%)							
	男性	40.1	40.8	46.2	45.3			
	女性	61.3	64.3	72.6	67.3	★	★	
価格	(%)							
	男性	49.4	54.0	50.9	50.6			
	女性	68.1	71.1	76.2	72.0			★

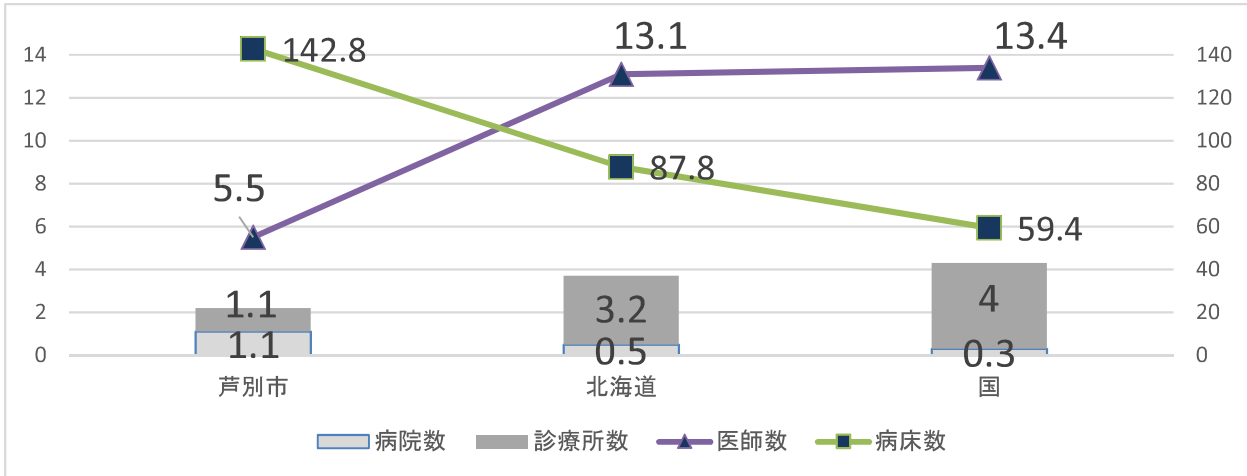
★は世帯の所得が600万円以上の世帯員と比較して群間の有意差があった項目。

(3) 医療サービスの状況

本市の医療サービスは、医療機関施設数を国や北海道と比較すると、病院が1.1施設と倍以上多く、反対に診療所は1.1施設と3分の1程度少なくなっています。病床数は、国と比較し、北海道も多いですが、本市はさらに多く、国の倍以上となっています。医師数は、国や北海道と比較すると、半分以下となっています。（図1）

図1 医療サービスの比較（千人当たり）

（単位：施設、床、人）



（資料：令和4年度KDB及びKDBexpander）

(4) 死亡

令和2年から、国民健康保険中央会では、KDBシステム^{注13}を用いた平均自立期間と平均余命を公表し、毎年新規年度分を更新するようになりました。全国统一された統計データが安定して取得できるようになったことから、平均余命を平均寿命、平均自立期間を健康寿命の指標とします。

しかし、平均自立期間は、「要介護2以上」を不健康と定義しているため、本市のように人口の少なく、高齢化率の高い市町村は、介護保険の認定状況に大きく影響されます。

本市の平均寿命は、国及び北海道より男女ともに短く、健康寿命では、男性は国及び北海道より短く、女性は国より短くなっています。しかし、令和4年度の国民健康保険被保険者で6カ月以上入院している43名のうち、介護保険認定を受けたのは4名のみとなっています。

また、後期高齢者被保険者で6カ月以上入院している193名のうち、介護保険認定を受けたのは78名のみであり、介護保険未認定者は健康寿命に反映されません。したがって、長期入院している者が要介護2以上の状況であるなら、健康寿命はさらに短い可能性があります。

（表1・P11図1）

表1 平均余命と平均自立期間

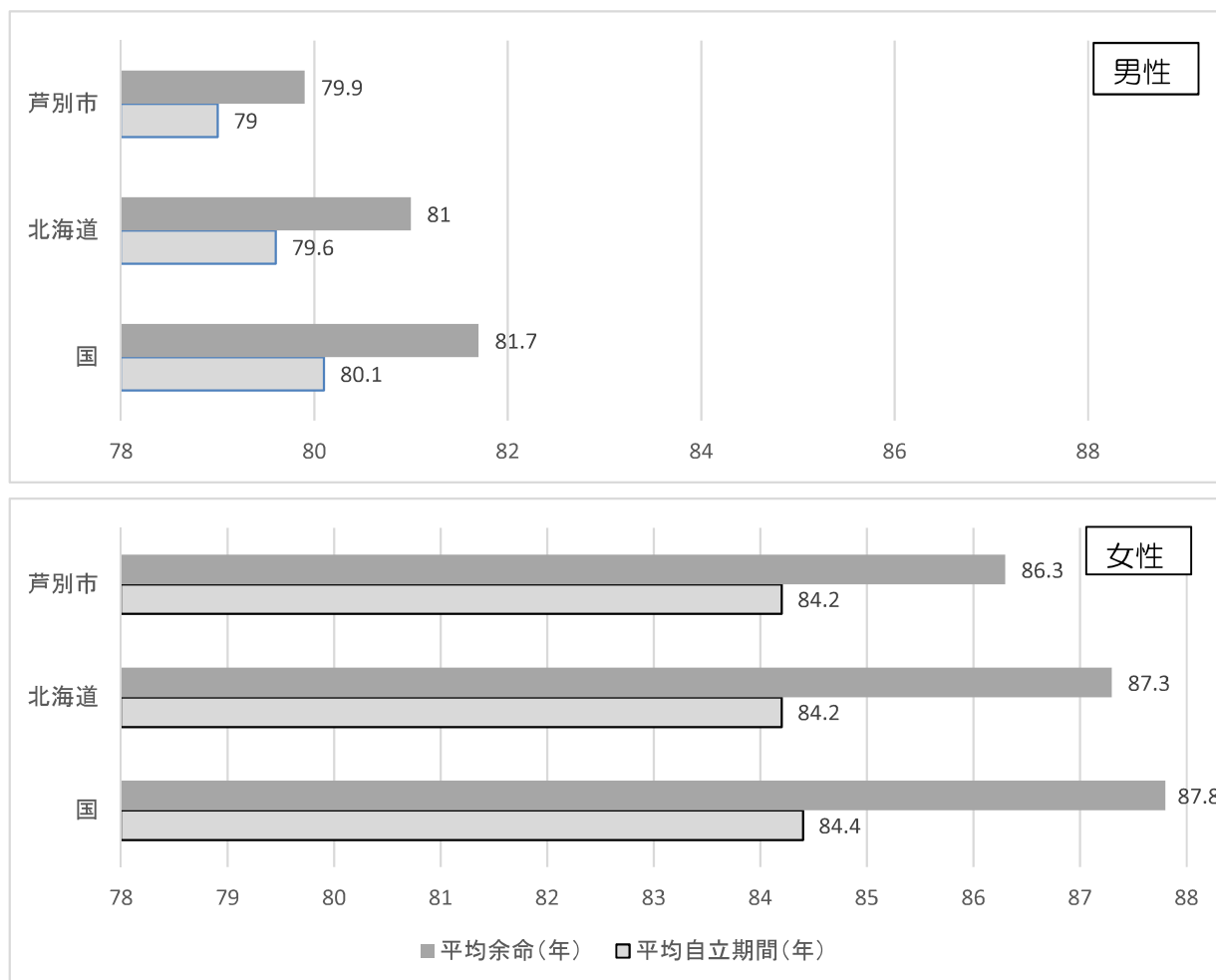
（単位：年）

	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）
芦別市	79.9	79.0	0.9	86.3	84.2	2.1
北海道	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

（資料：令和4年度KDB及びKDBexpander）

図1 平均余命と平均自立期間

(単位：年)



(資料：令和4年度KDB及びKDBexpander)

主な死因を国及び北海道と比較すると、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患による死亡率が非常に高くなっています。高齢化の進展に伴い、その傾向が継続する可能性が高いと予測されます。(表2)

表2 主な死因

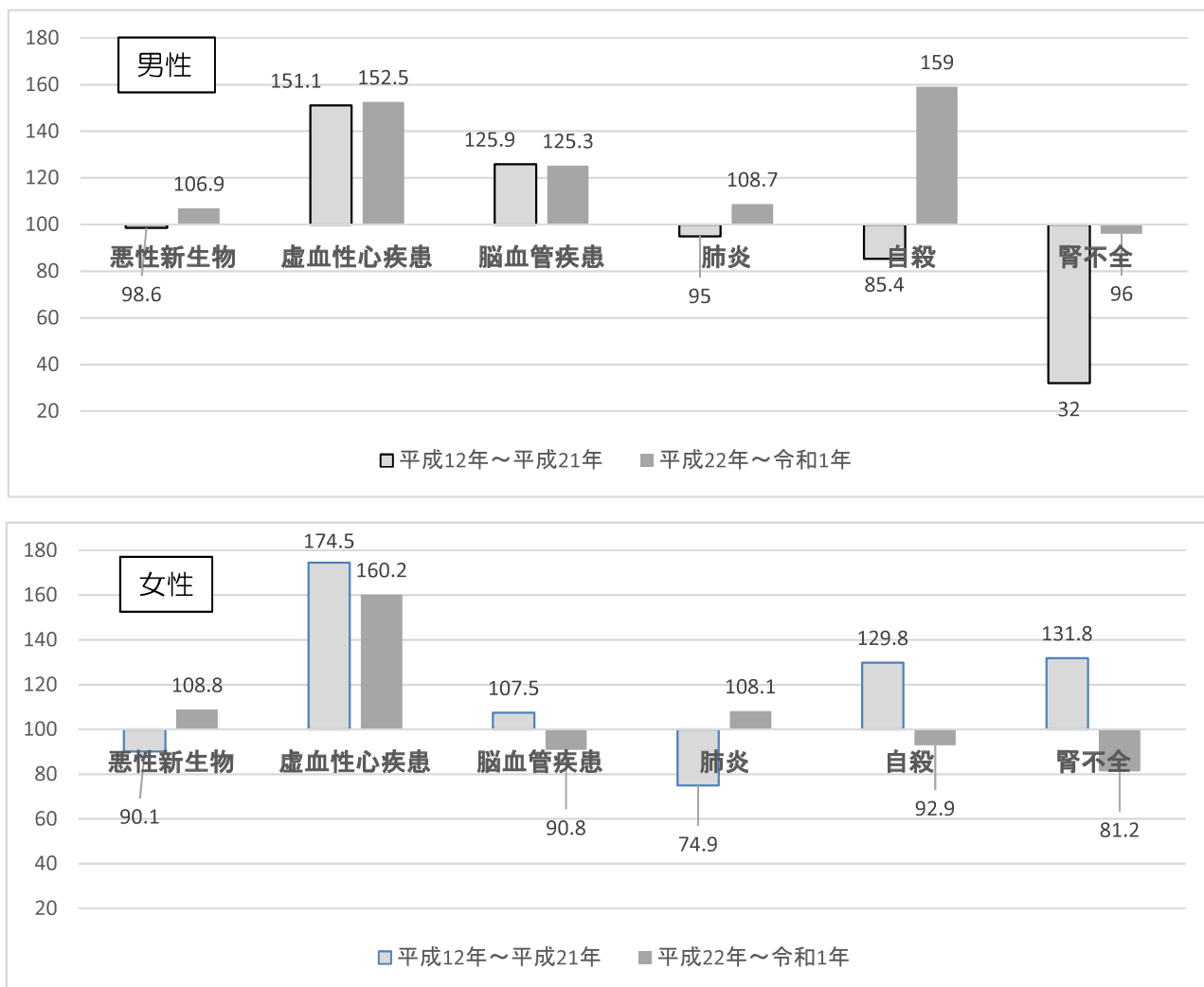
(単位：‰)

	芦別市		北海道		全国	
	死因	死亡率 (10万対)	死因	死亡率 (10万対)	死因	死亡率 (10万対)
1位	悪性新生物	624.5	悪性新生物	391.2	悪性新生物	304.0
2位	心疾患	345.1	心疾患	191.2	心疾患	171.1
3位	脳血管疾患	189.0	老衰	111.2	老衰	121.1
4位	肺炎	123.3	脳血管疾患	92.9	脳血管疾患	83.3
5位	老衰	115.0	肺炎	66.7	肺炎	58.3
6位	不慮の事故	65.7	不慮の事故	34.2	不慮の事故	30.6

(資料：令和3年北海道保健統計年報)

主要死因別標準化死亡比（SMR）では、男性の虚血性心疾患、脳血管疾患、自殺、女性の虚血性心疾患が有意に高くなっています。経年推移でも、男女ともに虚血性心疾患で亡くなる者が非常に多いです。一方、本市の主要死因の第1位となっている悪性新生物は、男女ともに、国より低かったことが高く転じましたが、有意差はありませんでした。（図2）

図2 主要死因別標準化死亡比（SMR）の推移



（資料：北海道における主要死因の概要）

本市の早世死亡は、男女ともに国及び北海道と比較し、割合が低く、国や北海道と同様に、女性より男性が多いです。（表3）

表3 早世死亡（64歳以下）の状況

（単位：人、%）

	芦別市						北海道 (令和2年)		全国 (令和2年)	
	平成30年		令和1年		令和2年		死亡数	割合	死亡数	割合
	死亡数	割合	死亡数	割合	死亡数	割合				
男性	10	6.7	10	8.1	9	6.2	3,777	11.5	82,929	11.7
女性	6	5.0	9	6.0	5	3.7	2,157	6.7	42,406	6.4
合計	16	5.9	19	6.9	14	5.0	5,934	9.1	125,335	9.1

（資料：北海道保健情報年報、人口動態統計）

(5) 介護保険

本市の介護保険の認定者のうち、第1号被保険者の割合は、国及び北海道より高い状況ですが、一件あたりの給付費は、国よりは高く、北海道より低い状況です。

居宅サービス及び施設サービス一件あたり給付費は、ともに国及び北海道より非常に低く、第7期保険料も国及び北海道より低くなっています。（表1）

表1 介護保険の状況

(単位：人、%)

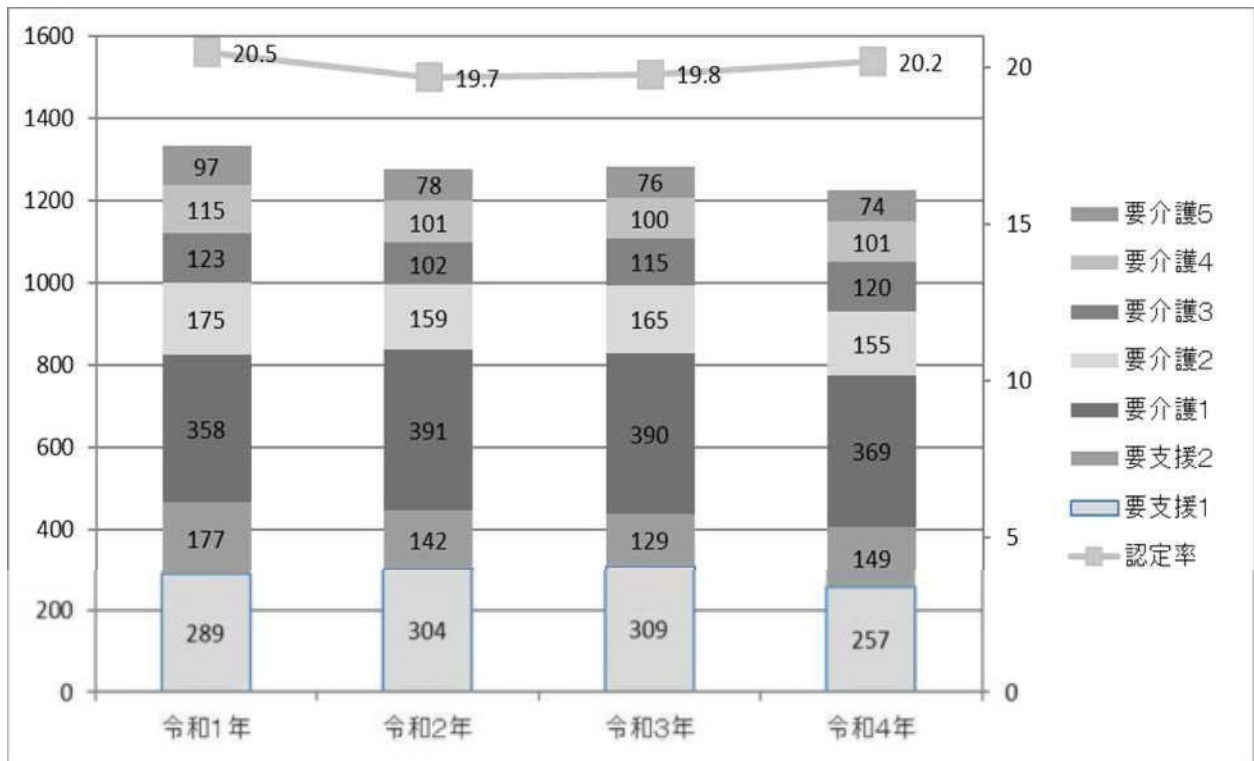
	芦別市		北海道		全国	
第1号認定者数・率	1,210	21.4	347,930	20.8	6,724,030	18.7
再) 75歳以上(数・率)	1,091	32.7	-	-	-	-
再) 65-74歳(数・率)	119	5.0	-	-	-	-
第2号認定者数・率	15	0.4	7,406	0.4	156,107	0.4
1件あたり給付費(円)	60,890		60,965		59,662	
居宅サービス	32,724		42,034		41,272	
施設サービス	271,758		296,260		296,364	
第7期保険料(円/月額)	4,700		5,693		9,014	

(資料：令和4年度KDB及びKDBexpander)

本市の令和4年度の第1号被保険者の認定者数は、1,210人と平成24年度の1,266人と同程度でした。認定率も、平成24年度19.6%と20%前後で推移しています。（図1）

図1 第1号被保険者の要介護・要支援認定者数、認定率の推移

(単位：人、%)

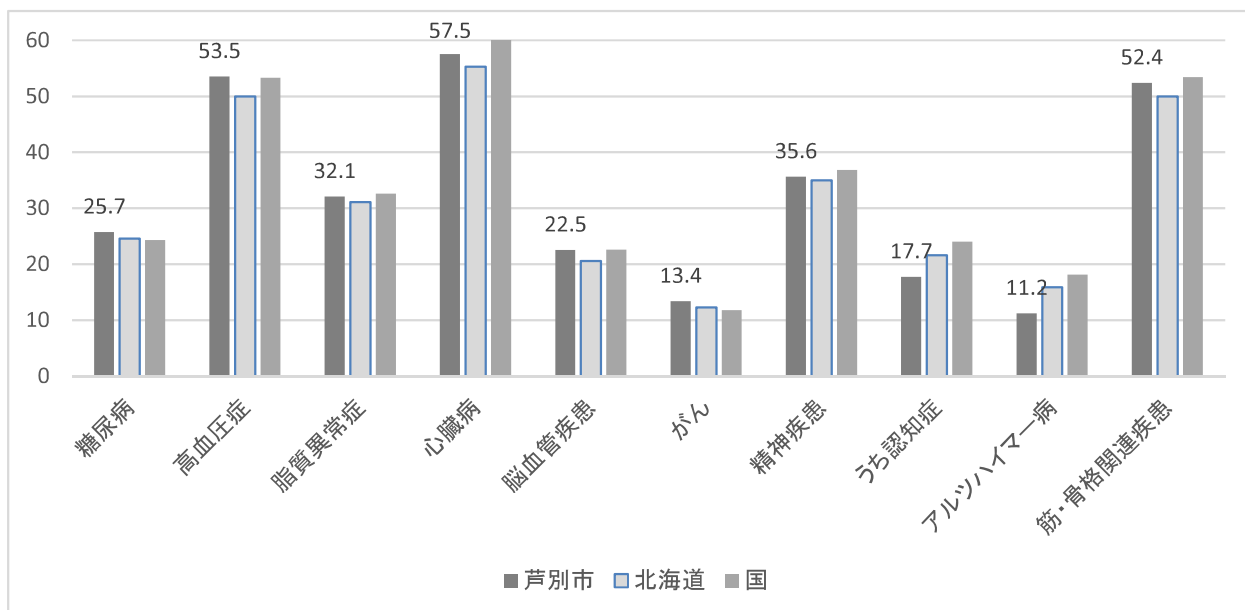


(資料：KDB及びKDBexpander)

本市の要介護・要支援認定者（第2号被保険者含む）の有病状況を、国及び北海道と比較すると糖尿病、高血圧、がんがわずかに多く、認知症、アルツハイマー病が低い傾向となっています。（P14図2）

図2 要介護・要支援認定者の有病状況の比較

(単位：%)



(資料：令和4年度KDB及びUKDBexpander)

要介護・要支援認定者の年齢別の有病状況をみると、循環器疾患では、75歳以上は虚血性心疾患、74歳以下は脳卒中が最も多くなり、年齢で虚血性心疾患と脳卒中の順位が入れ替わります。

血管疾患の有病率は、40～64歳でも77.8%と高く、65歳以上では97.9%とさらに高くなり、多くの者が予防可能な生活習慣病を有しています。(表2)

表2 要介護・要支援認定者の年齢別の有病状況

(単位：人)

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)		15				119				1,091		1,210		1,225	
再) 国保・後期		9				93				985		1,078		1,087	
レセプトの診断名より重複計上) 有病状況	血管疾患	疾患	順位	脳卒中	6	脳卒中	43	虚血性心疾患	535	虚血性心疾患	574	虚血性心疾患	576		
					66.7%		46.2%		54.3%		53.2%		53.0%		
		循環器疾患	2	虚血性心疾患	2	虚血性心疾患	39	脳卒中	380	脳卒中	423	脳卒中	429		
				22.2%		41.9%		38.6%		39.2%		39.5%			
	合併症	4	腎不全	1		16		210		226		227			
				11.1%		17.2%		21.3%		21.0%		20.9%			
	基礎疾患 高血圧症・糖尿病 脂質異常症	6	糖尿病合併症	0		21		105		126		126			
				0.0%		22.6%		10.7%		11.7%		11.6%			
	血管疾患合計	7				90		953		1,043		1,049			
				66.7%		96.8%		96.8%		96.8%		96.5%			
認知症	0				92		963		1,055		1,062				
			77.8%		98.9%		97.8%		97.9%		97.7%				
筋・骨格疾患	8				92		963		1,055		1,062				
			88.9%		93.5%		95.2%		95.1%		95.0%				

(資料：令和4年度KDB及びUKDBexpander)

(6) 医療制度別の被保険者

日本は、国民皆保険制度により、勤務先や年齢によって、所属する医療保険制度が異なり、医療保険制度は、大きく3つに分けることができます。

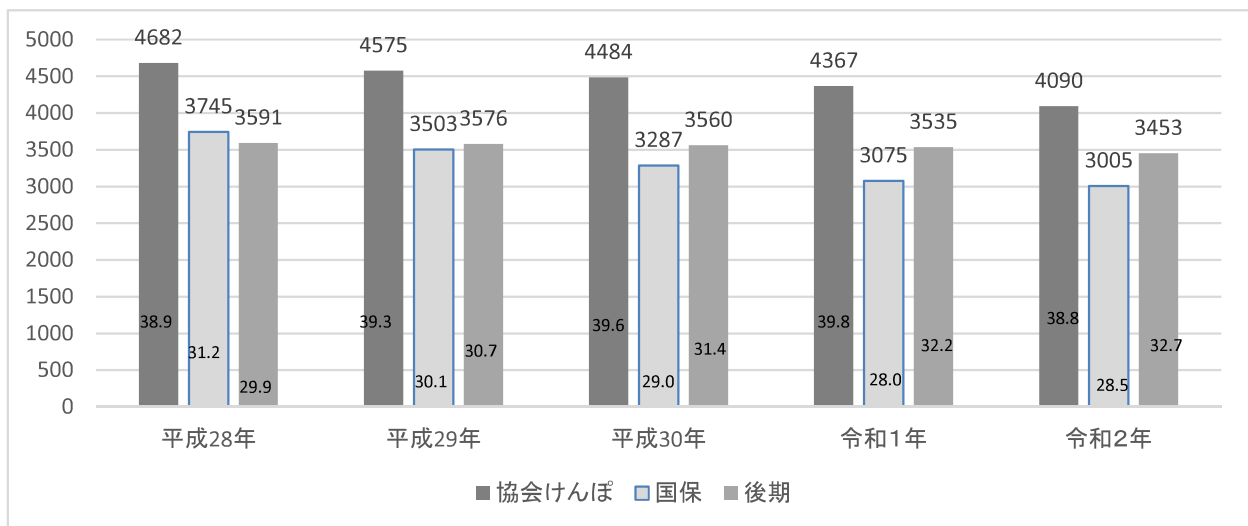
勤務している者とその家族は、勤務先の職域保険に加入します。職域保険には、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合等がありますが、この計画では協会けんぽに包含します。国民健康保険は、自営業や退職した者が加入します。後期高齢者医療保険は、原則75歳以上になる全ての者が加入します。

本市の医療保険制度別の被保険者の推移では、協会けんぽの被保険者が最も多く、割合は39%前後で推移しています。国民健康保険の被保険者は減少し、割合も平成28年の31.2%から令和2年の28.5%に減少しています。後期高齢者医療保険の被保険者数は、あまり変化していませんが、割合は平成28年の29.9%から令和2年の32.7%に増加しています。

(図1)

図1 医療保険制度別の被保険者数及び割合の推移

(単位：人、%)



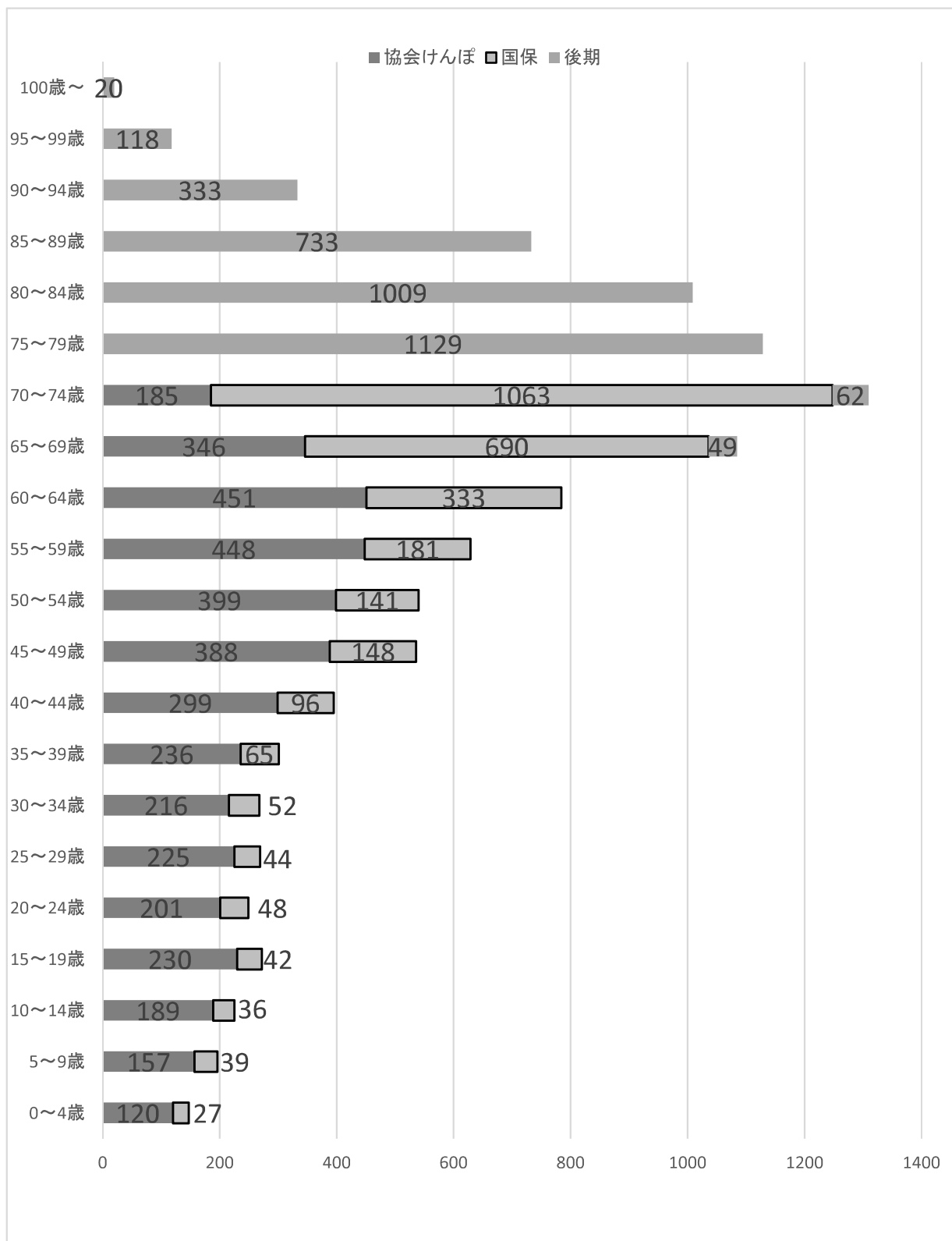
(資料：KDB及びKDBexpander)

本市の医療保険制度別の被保険者構成では、65歳から74歳までの協会けんぽが500人以上おり、就労者が一定程度いることがわかります。

国民健康保険の被保険者は、65歳から急激に増加し、70歳から74歳が最も多いです。
(図2)

図2 医療保険制度別の被保険者構成

(単位：人)



(資料：令和2年度KDB及びKDBexpander)

(7) 国民健康保険

本市の国民健康保険加入者の割合は、23.0%と国及び北海道と比較して高くなっています。また、年代が高くなるにつれて、加入者の割合が高くなっています。

高齢者になるほど、受診率は高くなり、医療費も増大するため、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。

本市の国民健康保険加入者の1人あたりの医療費は、国や北海道と比較して高くなっています。(表1)

表1 国民健康保険の状況 (単位：人、%)

	芦別市		北海道		全国	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
国保加入数 (年度平均)	2,922	—	1,093,335	—	25,993,737	—
(再掲) 前期高齢者	1,720	58.9	525,415	48.1	11,753,680	45.2
(再掲) 70~75歳未満	1,073	36.7	315,158	28.8	7,108,026	27.3
加入率(年度末)		23.0		20.8		20.3
国保医療費	医療費(千円)	1人あたり(千円)	医療費(千円)	1人あたり(千円)	医療費(千円)	1人あたり(千円)
	1,663,945	569	459,946,035	421	10,260,491,415	395

(資料：令和3年度国民健康保険事業年報)

生活習慣病の発症予防、重症化予防の取組みの第一歩は、自分の体の状態を知ることから始まります。本市の特定健康診査は、国が定める受診率60%を目標に、受診勧奨などを行ってきた結果、受診率は上昇傾向ですが、国よりは低い状況です。

特定保健指導の実施率は、国及び北海道より高く、令和元年度及び令和2年度において、国の定める70%以上を達成しましたが、令和3年度は52.9%と、約20ポイントも減少しました。

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取組みである医療保険者による特定健康診査・特定保健指導は、令和3年度の法定報告で、特定健康診査受診率34.3%と国より低く、特定保健指導実施率は52.9%となっています。(表2、表3)

表2 国民健康保険特定健康診査・特定保健指導の推移 (単位：%、位)

	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
国民健康保険受診率	27.4	32.5	35.6	32.7	34.3
道内順位	143	119	105	99	105
特定保健指導率	67.1	66.3	74.0	72.7	52.9
道内順位	39	55	27	29	78

(資料：芦別市国民健康保険特定健康診査・特定保健指導法定報告)

表3 国民健康保険特定健康診査・特定保健指導状況 (単位：%、位)

	芦別市		北海道		全国
	受診率	全道順位	受診率	全国順位	受診率
国民健康保険 特定健診	34.3	105	29.7	47	36.4
国民健康保険 特定保健指導	実施率	全道順位	実施率	全国順位	実施率
	52.9	78	33.4	22	27.9

(資料：令和3年度芦別市国民健康保険特定健康診査・特定保健指導法定報告)

特定健診における有所見状況の検査項目別では、男女ともに、摂取エネルギーの過剰な項目であるBMI^{注14)}、腹囲、中性脂肪、HDLコレステロール^{注15)}と、血管を傷つける項目である尿酸、収縮期血圧が国や北海道より高くなっています。男性はクレアチニン、心電図、眼底検査、女性ではクレアチニン、心電図が国や北海道よりも高く、臓器障害が生じています。

特定健康診査の質問票からも、男女ともに、喫煙、体重、運動、食生活、飲酒とほとんどの項目で国や北海道よりも高く、それらの生活習慣の積み重ねが、肥満、脂質異常^{注16)}、高血圧、高尿酸血症^{注17)}につながります。本市の特定健診における有所見状況と一致しており、臓器障害を予防するためにも、生活習慣の改善が重要となります。（表4、表5）

表4 国民健康保険特定健康診査有所見者の割合 (単位：%)

男性	摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					動脈硬化	臓器障害		
	BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査
	25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	所見あり
芦別市	39.8	57.9	31.9	21.4	8.6	27.6	57.2	17.1	63.2	26.0	8.6	6.3	32.6	28.3
北海道	38.9	56.1	27.9	23.6	6.8	30.5	54.9	13.0	53.3	26.7	6.8	2.2	17.9	22.2
全国	33.9	55.7	28.1	20.7	7.3	31.3	59.1	13.0	50.8	25.7	7.3	2.7	24.7	20.3

女性	摂取エネルギーの過剰					血管を傷つける					動脈硬化	臓器障害		
	BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査
	25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上	所見あり	所見あり
芦別市	31.2	24.6	17.6	8.7	1.8	15.6	56.3	2.3	49.9	16.1	45.5	0.8	20.5	18.4
北海道	24.4	18.7	15.8	10.1	1.2	17.9	50.8	2.0	47.5	17.6	54.0	0.3	12.5	18.7
全国	21.5	19.1	16.0	8.7	1.3	19.7	57.6	1.8	46.3	16.9	54.0	0.3	19.4	17.5

(資料：令和4年度KDB及びKDBexpander)

表5 国民健康保険特定健康診査質問票の回答割合 (単位：%)

質問票の項目		男性			女性		
		芦別市	北海道	全国	芦別市	北海道	全国
喫煙	喫煙	27.6	24.5	22.0	12.0	9.5	5.7
体重	20歳時体重から10kg以上増加	42.7	46.2	44.6	31.5	27.7	26.9
運動	1回30分以上の運動習慣なし	62.6	59.8	58.6	63.4	63.6	61.2
	1日1時間以上運動なし	51.0	48.5	46.2	50.3	45.8	46.9
	歩行速度遅い	54.7	48.6	50.0	50.7	49.8	51.1
食生活	食べる速度が速い	33.6	33.0	30.2	27.3	26.1	23.5
	食べる速度が普通	62.6	60.7	61.9	65.6	66.4	68.6
	食べる速度が遅い	3.8	6.3	7.8	7.2	7.6	7.9
	週3回以上就寝前に夕食	21.1	19.4	20.2	11.8	10.4	10.4
	週3回以上朝食を抜く	16.8	14.4	12.2	9.1	9.4	7.6
飲酒	毎日飲酒	39.6	36.8	41.8	11.0	11.3	11.6
	時々飲酒	25.3	28.2	23.0	27.5	24.9	21.6
	飲まない	35.1	35.2	35.2	61.4	63.8	66.8
	1日飲酒量(1合未満)	37.9	43.4	47.3	75.8	76.1	83.1
	1日飲酒量(1~2合)	35.5	33.3	33.5	17.5	17.3	13.1
	1日飲酒量(2~3合)	20.1	18.3	15.0	5.2	5.3	2.9
	1日飲酒量(3合以上)	6.5	5.0	4.2	1.4	1.3	0.8
睡眠	睡眠不足	22.0	18.9	22.7	24.7	24.0	26.6

(資料：令和4年度KDB及びKDBexpander)

(8) 後期高齢者医療保険

後期高齢者医療保険加入者の1人当たりの医療費は、新型コロナウイルス感染症の影響により令和2年度は減少しましたが、年々増加傾向にあり、道内順位も高くなっています。国と比較しても、北海道は医療費が高い地域であることがわかります。(表1)

表1 後期高齢者医療保険加入者の1人当たり医療費の推移 (単位：円、位)

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
芦別市	1,101,210	1,159,861	1,135,281	1,176,092	1,205,427
道内順位	34	24	15	12	8
北海道	1,091,309	1,102,241	1,051,820	1,065,073	1,071,644
全国	941,528	953,909	920,568		

(資料：後期高齢者医療事業報告)

後期高齢者に対する健康診査は、生活習慣病の予防や重症化予防のため、必要ではありますが、生活習慣の改善による予防効果が、75歳未満の者より大きくないと考えられ、生活習慣の改善は困難な場合も多く、生活の質の確保や介護予防が重要になってきます。

本市の後期高齢者医療保険健康診査受診率は、増加傾向にあります。(表2)

表2 後期高齢者医療保険健康診査受診率の推移 (単位：%、位)

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
受診率	11.7	10.8	14.0	14.7	14.1
道内順位	95	106	64	70	82

(資料：後期高齢者医療事業報告)

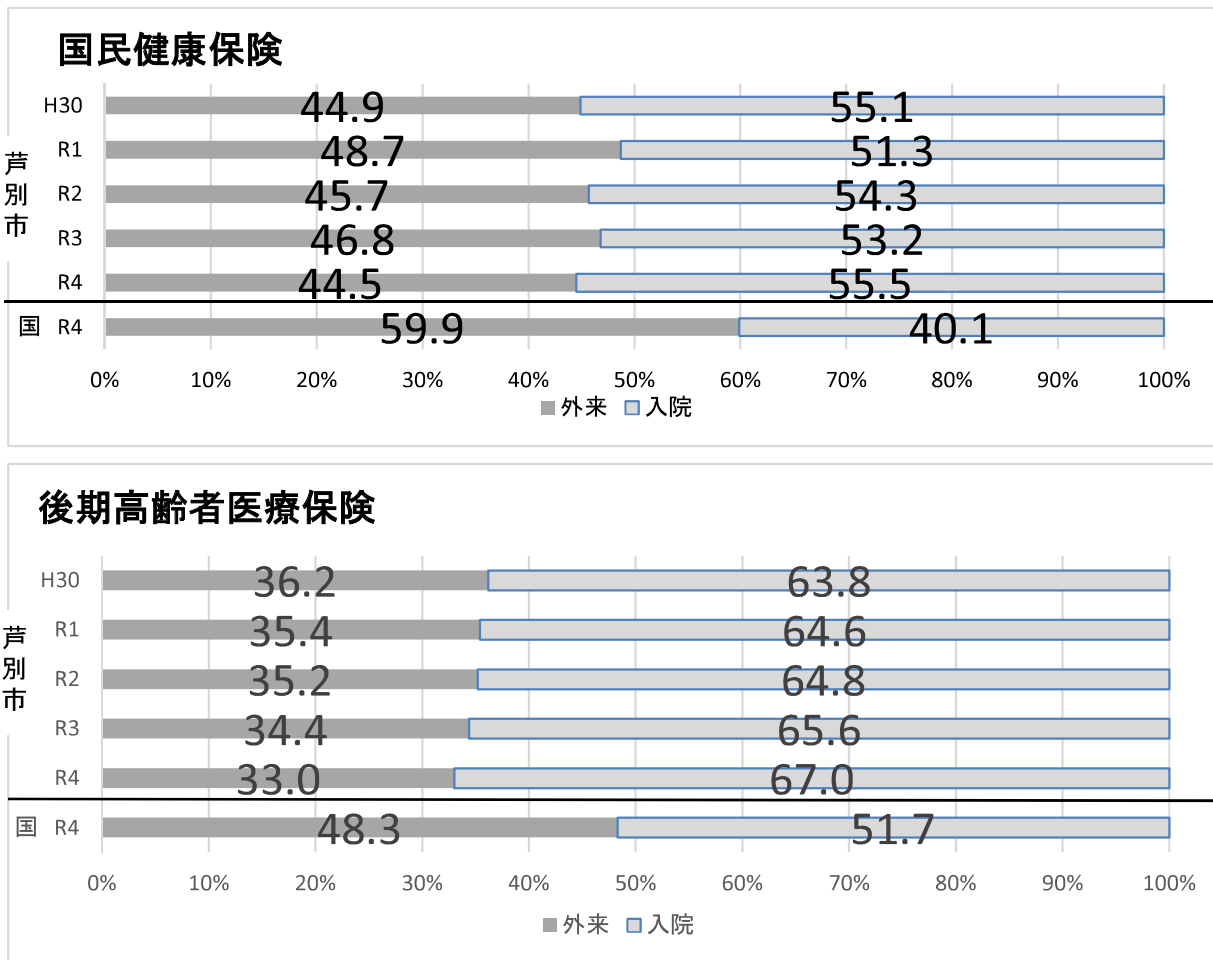
(9) 医療保険者別の医療費及び疾病構造

国民健康保険の外来と入院費用の割合では、入院費用が費用全体の55%前後を占め、国と比較して10%以上も高く、入院費用の増加が医療費を押し上げている状況がわかります。

後期高齢者医療保険では、入院費用が費用全体の60%以上を占め、年々増加しており、国と比較しても15%以上も高く、国民健康保険の加入時から予防可能な生活習慣病の重症化を予防し、入院を減らしていくことが重要です。

また、介護給付費は、国や北海道と同程度ですが、居宅・施設給付費ともに、国や北海道より低く、反対に医療入院が多いため、介護保険制度より医療保険制度の給付が高くなっています。(図1、表1)

図1 外来と入院費用の割合の推移と国との比較 (単位：%)



(資料：KDB及びKDBexpander)

表1 介護保険の状況 (単位：人、%)

	芦別市		北海道		全国	
	人数	率 (%)	人数	率 (%)	人数	率 (%)
第1号認定者数・率	1,210	20.2	347,930	18.0	6,724,030	18.3
1件あたり給付費(円)	60,890		60,965		59,662	
居宅サービス	32,724		42,034		41,272	
施設サービス	271,758		296,260		296,364	

(資料：令和4年KDB及びKDBexpander)

本市の国民健康保険加入者の生活習慣病医療費を平成30年度と令和4年度を比較すると減少していますが、生活習慣病の割合は、平成30年度より増えており、北海道より高いです。基礎疾患の割合は、平成30年度よりは減少しており、北海道よりも低いですが、重症化した生活習慣病の割合では、脳梗塞や脳出血、心筋梗塞が増え、重症化した生活習慣病全体の割合は、本市が8.1%に対し、北海道の6.2%より高くなっています。

医療費適正化の観点からも、生活習慣の改善及び基礎疾患の早期治療等が必要です。

(表2)

表2 国民健康保険加入者の生活習慣病医療費の比較

疾病名	芦別市				北海道	国	
	H30年度		R4年度				
	医療費(円)	割合(%)	医療費(円)	割合(%)	割合(%)	割合(%)	
生活習慣病医療費	262,688,810	16.2	245,503,320	17.9	16.4	18.7	
基礎疾患	糖尿病	89,883,740	10.5	80,151,030	9.6	10.1	10.7
	高血圧症	52,568,570		35,669,320			
	脂質異常症	26,479,530		14,969,260			
	高尿酸血症	760,920		971,540			
重症化した生活習慣病	動脈硬化症	748,570	0.0	368,340	0.0	0.1	0.1
	脳出血	5,112,390	0.3	11,393,580	0.8	0.6	0.7
	脳梗塞	14,059,370	0.9	30,886,960	2.2	1.5	1.4
	狭心症	26,684,490	1.6	15,295,580	1.1	1.4	1.1
	心筋梗塞	6,252,040	0.4	8,892,810	0.6	0.3	0.3
	慢性腎臓病(透析あり)	40,139,190	2.5	46,904,900	3.4	2.3	4.4
	小計	92,996,050	5.7	113,742,170	8.1	6.2	8.0
総医療費	1,623,598,870		1,375,111,130				

(資料：KDB及びKDBexpander)

本市の国民健康保険と後期高齢者医療保険の医療レセプトから、国民健康保険加入者の80%以上が医療機関に受診しており、そのうち65歳以上では66%の者が生活習慣病で受診しています。後期高齢者医療保険加入者になると、医療機関受診や生活習慣病での受診も、さらに増えます。

生活習慣病で受診している者の中で、高血圧で受診している割合は、64歳以下で75.9%、国保の65歳以上では84.3%となり、75歳以上では89.6%と年齢に比例して多くなります。

高血圧で脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全、腎不全の合併症がある者は、64歳以下でも41.6%となり、年齢に比例して多くなります。

糖尿病で受診している割合は、どの年代も50%台ですが、糖尿病で脳血管疾患、虚血性心疾患、心不全、腎不全の合併症がある者は、64歳以下でも36.8%もあり、年齢に比例して多くなります。

また、高血圧と糖尿病を併発している者は、どの年代も30~40%台です。(表3)

表3 国民健康保険と後期高齢者医療保険の医療レセプトの比較 (単位：人、%)

			国民健康保険		後期高齢者医療保険		
			40~64歳	65~74歳	65~74歳	75歳以上	
医療	医療機関受診率	人数(人)	658	1,371	100	3,216	
		割合(%)	82.1	88.3	96.2	92.8	
	生活習慣病での医療機関受診率	人数(人)	336	1,025	86	2,863	
		割合(%)	41.9	66.0	82.7	82.6	
医療レセプト	高血圧	人数(人)	255	864	73	2,565	
		割合(%)	75.9	84.3	84.9	89.6	
	糖尿病	人数(人)	185	576	49	1,461	
		割合(%)	55.1	56.2	57.0	51.0	
	高血圧+糖尿病	人数(人)	117	460	41	1,287	
		割合(%)	34.8	44.9	47.7	45.0	
	高血圧+合併症	人数(人)	106	418	56	1,729	
		割合(%)	41.6	48.4	76.7	67.4	
	糖尿病+合併症	人数(人)	68	287	36	1,011	
		割合(%)	36.8	49.9	73.5	69.2	
	合併症	脳血管疾患	人数(人)	51	182	34	807
			割合(%)	6.4	11.7	32.7	23.3
		虚血性心疾患	人数(人)	41	220	20	965
			割合(%)	5.1	14.2	19.2	27.8
		心不全	人数(人)	60	244	31	1,029
			割合(%)	7.5	15.7	29.8	29.7
腎不全		人数(人)	43	118	24	468	
		割合(%)	5.4	7.6	23.1	13.5	

(資料：令和4年度KDB及びKDBexpander)

疾患の医療費に占める割合では、中長期目標の疾患である慢性腎臓病（透析有）は、国よりも低くなっていますが、人工透析治療は、年間約600万円の治療費がかかり、10年で約6,000万円となります。医療費が高額だけでなく、血液透析の場合は、週に3日、1回4時間もの時間を要し、個人の生活の質にも大きな影響を及ぼします。そのため、人工透析の予防が可能といわれている糖尿病性腎症の重症化予防を推進していくことが重要です。

また、脳梗塞・脳出血は、国民健康保険や後期高齢者医療保険ともに国よりも高く、狭心症・心筋梗塞では国民健康保険は国よりも高いです。

短期目標の疾患である糖尿病と高血圧の医療費は、国民健康保険や後期高齢者医療保険ともに国や北海道と同程度ですが、脂質異常症は国の半分程度と低いです。

精神疾患が国民健康保険や後期高齢者医療保険とも、国や北海道の2倍以上を占めており、国民健康保険の長期入院6カ月以上の85.0%が精神疾患であるため、精神疾患の長期入院の影響が大きいです。

しかし、精神疾患の認知症については、高血圧や糖尿病の発症や重症化予防することで、認知症を防ぐことも可能となります。（表4）

表4 疾患の医療費に占める割合の比較

（単位：％）

		中長期目標				短期目標			中長期 短期目 標疾患 の合計	悪性 新生 物	精神 疾患	筋・ 骨格 疾患
		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常 症				
		慢性腎臓 病（透析 有）	慢性腎臓 病（透析 無）	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞							
芦別市	国保	3.4	0.3	3.1	1.8	5.8	2.6	1.1	18.1	18.2	16.5	8.9
	後期	4.6	0.6	4.2	0.9	4.1	2.4	0.7	17.5	9.2	10.2	8.3
北海道	国保	2.3	0.3	2.2	1.7	5.3	3.0	1.7	16.5	19.1	7.6	9.4
	後期	4.7	0.5	4.7	1.8	3.5	2.8	1.0	19.0	11.1	4.8	12.2
国	国保	4.3	0.3	2.0	1.5	5.4	3.1	2.1	22.1	19.1	7.6	9.4
	後期	4.6	0.5	3.9	1.7	4.1	3.0	1.5	23.1	11.2	3.6	12.4

（資料：令和4年KDB及びKDBexpander）

地域全体の特徴は、協会けんぽ統計を追加することで、把握することができます。

全道179市町村との比較では、基礎疾患である糖尿病、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症の協会けんぽの被保険者は、入院医療費が低く、外来医療費は高いです。国民健康保険の被保険者は、入院医療費及び外来医療費ともに高いです。

協会けんぽの被保険者は、基礎疾患をコントロールすることで予防可能である動脈硬化症、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞の入院医療費が低く、外来医療費は高いです。国民健康保険の被保険者は、入院医療費が高く、脳梗塞以外は外来医療費も高いです。

協会けんぽ及び国民健康保険の被保険者が後期高齢者医療保険の被保険者に移行すると、全ての疾患の入院医療費がさらに高くなります。（表5）

表5 医療保険制度別の疾病構造

基礎疾患

(単位：円、位)

	協会けんぽ				国民健康保険				後期高齢者医療保険			
	入院		外来		入院		外来		入院		外来	
	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位
糖尿病	50,093	125	123,449	47	183,454	16	211,020	39	447,529	2	268,826	36
高血圧	55,584	148	138,691	43	193,791	20	239,010	42	527,107	4	303,999	78
脂質異常症	47,567	100	114,547	40	144,917	14	189,618	66	288,326	11	300,842	28
高尿酸血症	44,948	86	198,190	33	143,107	48	389,530	17	549,350	3	461,361	47



基礎疾患が重症化した生活習慣病

(単位：円、位)

	協会けんぽ				国民健康保険				後期高齢者医療保険			
	入院		外来		入院		外来		入院		外来	
	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位
動脈硬化症	22,256	121	224,649	19	78,373	95	322,128	7	250,483	55	309,339	44
脳出血	127,675	70	45,117	49	448,140	59	132,217	26	739,999	32	61,353	108
脳梗塞	92,668	107	95,955	36	284,913	49	121,335	124	696,806	11	158,880	150
狭心症	90,945	95	189,012	19	195,046	57	241,088	43	561,404	6	314,592	58
心筋梗塞	20,056	124	135,552	14	193,728	67	147,627	23	358,475	27	230,931	10
腎疾患	105,201	38	226,810	31	304,613	38	465,597	23	938,807	8	508,834	53

その他の疾患

(単位：円、位)

	協会けんぽ				国民健康保険				後期高齢者医療保険			
	入院		外来		入院		外来		入院		外来	
	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位	1人当たり 医療費	順位
がん	114,965	51	127,119	28	317,452	13	208,198	56	419,896	23	225,941	94
筋・骨格	56,556	51	97,559	28	213,578	7	235,343	14	499,029	10	313,998	57
関節疾患	54,586	66	136,449	35	193,923	15	266,846	16	363,395	8	315,317	55
精神	240,438	25	86,725	65	584,923	5	185,348	89	993,915	7	212,297	109
認知症・うつ	152,290	26	96,832	59	540,346	5	194,064	83	946,453	8	220,132	126

(資料：令和2年KDB及びKDBexpander)

(10) 出生

本市の出生率は、国及び北海道と比較し、非常に低い状況です。出生時の体重が2,500g未満の低出生体重児の割合は、国及び北海道と比較し、高い状況です。

(表1)

表1 出生率及び低出生体重児出生率

(単位：%)

	芦別市	北海道	国
出生率（人口千対）	3.2	5.7	6.8
低出生体重児出生率（出生百万人対）	10.0	9.2	9.2

(資料：令和2年北海道保健統計年報)

近年、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があります。

本市の低出生体重児の出生率は、年度により変動が大きく、毎年4～12%の児が低体重の状態で出生していることから、妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行う必要があります。(図2)

図2 出生数及び低出生体重児割合の年次推移



(資料：北海道保健統計年報)

第3章 課題別の実態と対策

1 前計画の評価

前計画の最終評価では、各目標について、策定時の値と直近値を比較し、以下の5段階で評価をしました。

10分野42項目の達成状況は、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」を合わせて、全体の71.5%と一定の改善がみられました。（表1）

表1 前計画の評価区分割合

評価区分		該当項目数（割合）
A	目標値に達した	17項目（40.5%）
B	目標値に達していないが改善傾向にある	13項目（31.0%）
C	変わらない	0項目（0.0%）
D	悪化している	9項目（21.4%）
E	評価困難	3項目（7.1%）
合 計		42項目（100.0%）

全42項目の達成状況は、表のとおりです。

評価のデータソースについては、事後的な実態把握のため、公的統計を利用することを原則とし、その前提で目標の設定を行います。

【★データソース】

- ①北海道地域保健情報年報 ③芦別市国民健康保険特定健康診査
②芦別市がん検診 ④身体障害者手帳交付状況

- ⑤芦別市妊娠届アンケート
⑥芦別市3歳児健康診査

分野	項目	目標	第2次計画策定時		第2次中間評価時		第2次最終評価時		区分	★	
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)	100.0	105.4	H22年	109.0	H27年	-	H27年	E	①	
	②がん検診の受診率の向上	胃がん	13.5%	男性13.3% 女性18.0%	16.20%	H22年度	8.5%	H30年度	9.3%	R4年度	B
		肺がん	11.3%	男性14.2% 女性20.5%	18.10%		6.3%		7.8%		B
		大腸がん	11.4%	男性18.2% 女性25.9%	22.90%		6.4%		8.3%		B
		子宮頸がん	15.6%	36.1%	10.6%		14.7%		B		
		乳がん	18.5%	48.0%	13.5%		19.9%		A		
		前立腺がん	12.8%		7.8%		12.0%		B		
循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の75歳未満年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)										
	脳血管疾患	50.0	26.1	H22年	50.4	H27年	-	H27年	E	①	
	虚血性心疾患	40.0	30.3		41.9		-		E		
	②高血圧の改善(140/90mmHg以上の割合)	27.0%	27.7%	H24年度	29.0%	H30年度	31.5%	R4年度	D	③	
	③脂質異常症の減少(LDL160mg/dl以上の割合)	10.0%	男性12.5%		男性11.7%		男性1.6%		A		
		17.0%	女性16.9%	女性17.7%	女性5.4%	A					
	④メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	平成20年度より25%減少	該当者97人(15.7%)	H20年度	37.2%増加	H29年度	該当者173人(17.3%)		D		
		平成20年度より25%減少	予備群108人(17.5%)		28.6%低下		予備群98人(9.8%)	B			
	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	60.0%	23.6%	H24年度	32.4%	H30年度	33.7%	R4年度	B	③	
特定保健指導の終了率	70.0%	62.8%	66.3%		64.3%		B				
糖尿病	①合併症(糖尿病性腎症による年間透析導入患者数)の減少(5年間平均)	0.8人	2人	H20~24年度	0.8人	H26~30年度の平均	1.2人	H30~R4年度の平均	D	④	
	②治療継続者の割合の増加(HbA1c(NGSP)6.5%以上で治療中の割合)	70.0%	40.4%	H24年度	67.1%	H30年度	62.7%	R4年度	B	③	
	③血糖コントロールにおけるコントロール不良者の割合の減少(HbA1c(NGSP)8.4%以上の者の割合)	1.0%	1.5%		1.2%		1.7%		D		
	④糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c6.5%以上の者の割合)	9.5%	12.7%	9.9%	10.9%	B					
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歳代女性の適正体重の者の増加(妊娠届出時のやせの者の割合)	20.0%	64.9%	H24年度	68.2%	H30年度	65.2%	R4年度	D	⑤	
	40~60歳代の男性と女性の肥満者の割合の減少	30.0%	男性42.0%	H24年度	37.2%	H30年度	41.0%	R4年度	B	③	
		24.0%	女性27.4%		32.8%		31.2%		D		
低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者割合の減少	15.0%	男女18.9%	H24年度	16.5%	H30年度	16.6%	R4年度	B			
身体・運動	①歩行と同等程度の身体活動を1日1時間以上実施する者の増加										
	20~64歳	40.0%	男性47.2%	H24年度	男性33.3%	H30年度	男性48.9%	R4年度	A	③	
		40.0%	女性43.3%		女性21.2%		女性43.7%		A		
	65歳以上	40.0%	男性60.7%	H24年度	男性31.9%	H30年度	男性47.8%	R4年度	A	③	
		40.0%	女性51.5%		女性39.0%		女性51.0%		A		
	②運動習慣者の増加の割合										
	20~64歳	25.0%	男性8.3%	H24年度	男性22.9%	H30年度	男性30.7%	R4年度	A	③	
		15.0%	女性11.7%		女性11.7%		女性18.4%		A		
	65歳以上	20.0%	総数10.5%	H24年度	総数16.5%	H30年度	総数24.1%	R4年度	A	③	
		30.0%	男性14.1%		男性29.6%		男性38.8%		A		
35.0%		女性11.7%	女性31.3%		女性43.0%		A				
33.0%		総数12.6%	総数30.7%		総数41.2%		A				
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(純アルコール量/日 男性40g 女性20g)	10.0%	男性24.3%	H24年度	男性11.6%	H30年度	男性24.2%	R4年度	B	③	
	9.0%	女性25.9%	女性9.7%		女性26.2%		D				
喫煙	①成人の喫煙率の減少(喫煙をやめた人がやめる)	16.0%	18.3%		18.4%		18.8%		D		
休養	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合	19.0%	21.8%		23.3%		23.5%		D		
歯の健康	①3歳児で虫歯がない子の割合の増加	90.0%	77.6%	H23年度	87.5%	H30年度	92.1%	R3年度	A	⑥	
	②12歳児の一人平均虫歯数の減少	1.0本以下	2.0本以下	H24年度	2.0本以下	H29年度	1.0本以下	R2年度	A	⑦	
こころ	①自殺者の減少(5年間平均)	4.0人	5.8人	H18~22年	5.0人	H23~27年	2.0人	H30~R4年	A	①	
	②自殺死亡率の減少	21.8%			35.7%	H30年	8.1%	R4年	A	①	

2 前計画の課題と今後の取組みの方向性

本市の第2章の1「社会保障の視点からの特徴」及び2「健康に関する概況」を踏まえ、その中から予防可能なものについて課題を整理します。

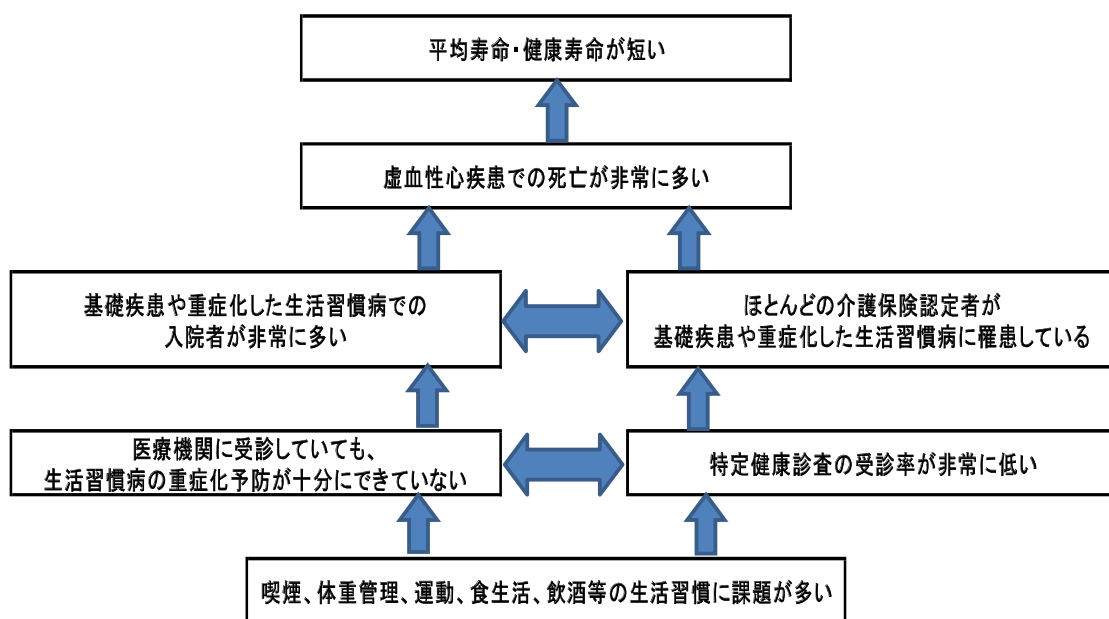
(1) 前計画の課題

本市は、平均寿命、健康寿命が短く、死因では虚血性心疾患が非常に多いことが大きな特徴です。

高血圧、糖尿病、脂質異常症等の基礎疾患や、虚血性心疾患、脳卒中、糖尿病合併症等の重症化した生活習慣病での入院が非常に多く、また、ほとんどの要介護認定者が、基礎疾患や重症化した生活習慣病に罹患しています。

特定健康診査の受診率の低さが課題であり、生活習慣病で医療機関に通院していても、十分にコントロールできておらず、重症化している現状があります。

喫煙、体重管理、運動習慣、食生活、飲酒等の生活習慣の課題を解決する必要があります。



(2) 今後の取組みの方向性

本市の急激な人口減少と少子高齢化の進展は、今後も続くと予測されています。

社会基盤である医療では、医師不足が全国的な課題であり、本市においても例外ではありません。基礎疾患が重症化すると、手術等は市外の医療機関で行うことになり、特に高齢単身世帯や高齢夫婦世帯では、通院するのも大変な負担になり、また、生活習慣病が重症化すると、医療費も高額になります。

世帯所得が低い本市において、若いうちから生活習慣を改善し、生活習慣病を予防すること、そして、生活習慣病に罹患しても重症化を予防することが重要になります。

3 生活習慣の改善

(1) 栄養・食生活

はじめに

栄養・食生活は、生命を維持し、こどもたちが健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みであり、生活習慣病の発症予防・重症化予防や食育の観点から重要です。さらに、個人の行動と健康状態の改善を促すために適切な栄養・食生活やそのための食事を支える食環境も大切です。

本市では、令和6年3月に第4次芦別市食育推進計画を策定し、「生活習慣病予防の食育」に重点をおき、家庭を中心に、関係機関等と共通の理解のもと、各種取組みを推進しています。

基本的な考え方

全てのライフステージを通して、市民一人ひとりが生涯にわたって健康で豊かな生活を実現するために、食に関する正しい知識と望ましい食を選択する能力や食習慣を身につけ、年齢や健康状態に応じたバランスのとれた食生活により、健康の保持増進と心豊かな人間性を育むことが重要です。

現状と目標

① 適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）

体重は、全てのライフステージにおいて、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、2型糖尿病等の生活習慣病との関連があり、高齢者のやせは、肥満よりも死亡率が高くなるという関連があります。

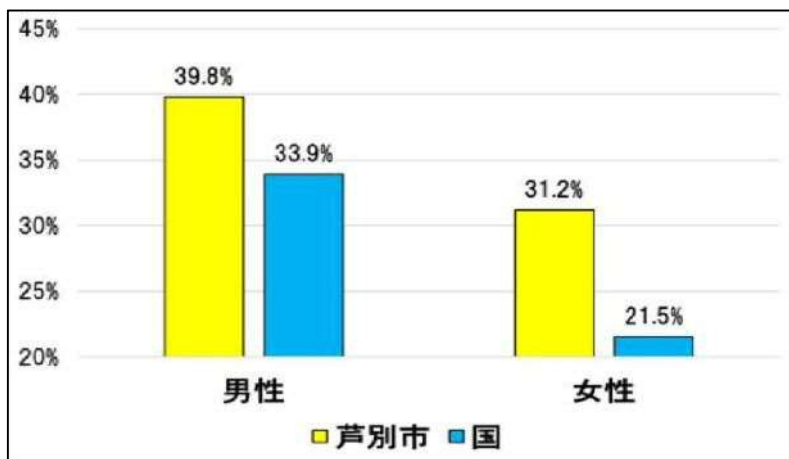
ア 40～74歳男性と女性の肥満者（BMI 25以上）の割合の減少

肥満は、20歳から60歳代男性及び40歳から60歳代女性に最も多く認められるため、健康日本21（第三次）では、この年代の肥満者の減少を目標として指標が設定されていますが、本市では、20歳から30歳代の統計処理上のデータがないため、男女ともに40歳から74歳の肥満者の割合として、目標値を設定します。

本市の肥満者（BMI 25以上）の男女の体格を比較すると、男性のほうが割合が高くなっています。国と比較すると男女とも割合が高く、特に女性は顕著です。（P30図1）

今後も、健康づくり関連事業や食育の推進を通して、年齢や健康状態に応じたバランスのとれた食事や望ましい食生活を営むための選択力を身につけられるよう、普及啓発が必要です。

図1 40～74歳男女の肥満（BMI 25以上）の割合



(資料：令和4年度KDB及びKDBexpander)

イ 低栄養傾向（BMI 20以下）の高齢者割合の減少

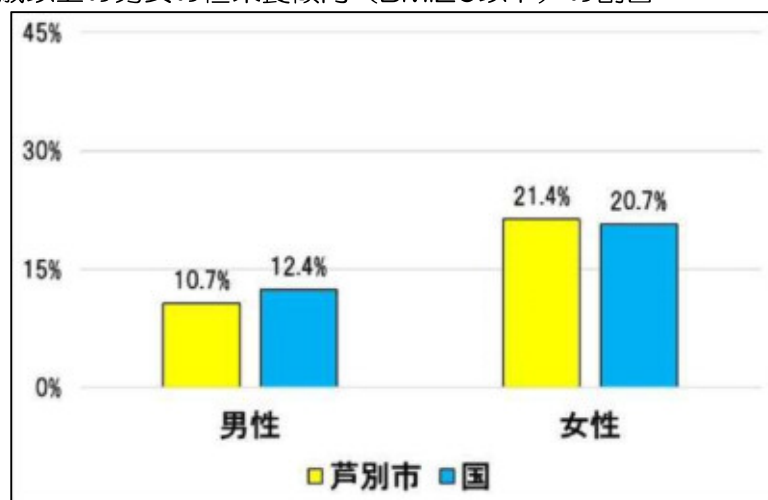
高齢期の適切な栄養は、生活の質のみならず、身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要です。

高齢者においては、やせ・低栄養が、要介護及び総死亡に対するリスク要因となっています。また、BMI 20以下の者の割合は、疾病や老化などの影響を受けます。低栄養傾向の高齢者の増加を抑制することは、健康寿命の延伸に寄与する可能性が高いと言われています。

本市の65歳以上のBMI 20以下の割合は、国と大きな差はなく、国と同様に男性よりも女性のほうが割合が高くなっています。（図2）

今後も、現状の割合を減少・維持していくことが大切です。

図2 65歳以上の男女の低栄養傾向（BMI20以下）の割合



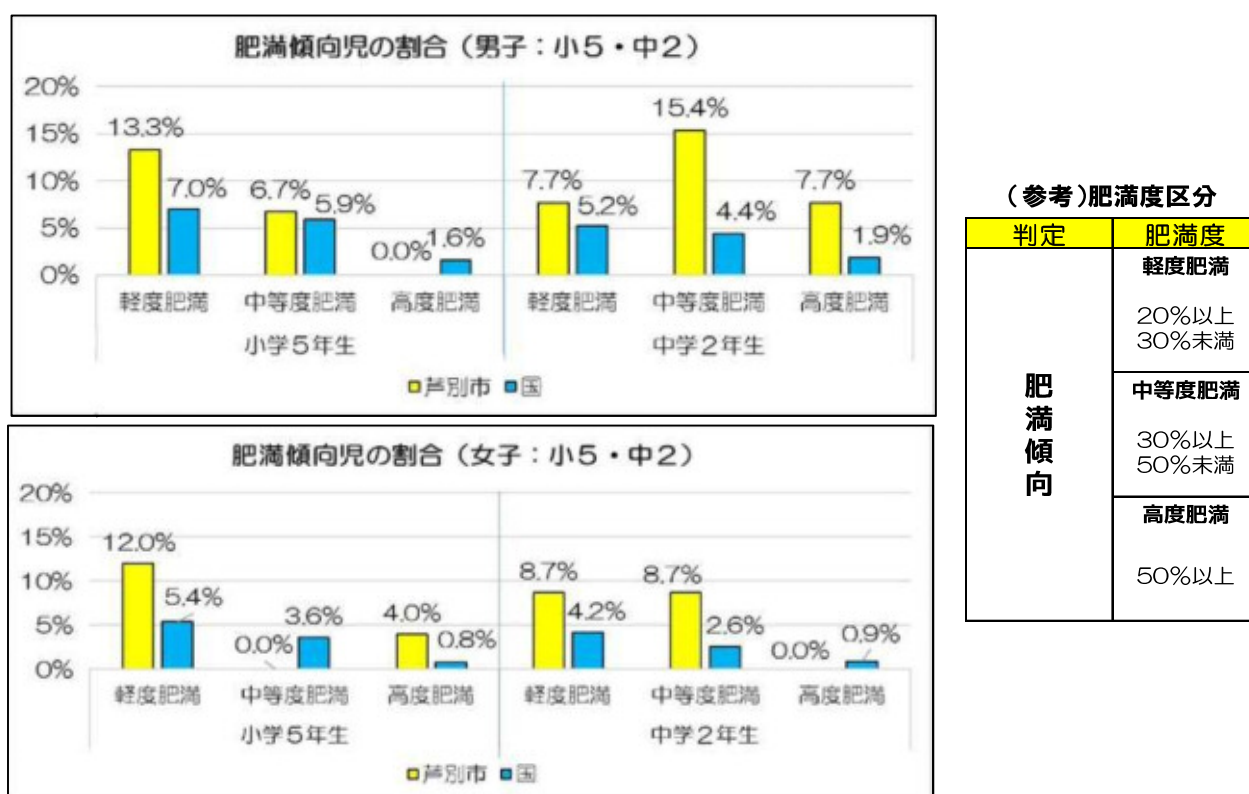
(資料：令和4年度KDB及びKDBexpander)

ウ 児童・生徒における肥満傾向児（肥満度20%以上）の割合の減少

幼少期からの生活習慣や健康状態は、成長してからの健康状態にも大きく影響を与えていると言われています。

国は、自ら健康に関するさまざまな情報に触れ、行動を選択しはじめる学童期において、肥満傾向児の割合が増加している小学5年生男子の数値を指標としていますが、本市は、国と比較すると、肥満の割合が高くなっており、特に男子は、小学5年生から中学2年生を比較すると、肥満の割合が急増し、特に中等度肥満、高度肥満が増加していることから、小学5年生及び中学2年生の男女の肥満傾向児を指標とします。（図3）

図3 児童・生徒における肥満傾向児の割合



（資料：令和4年度・全国体力・運動能力・運動習慣等調査）

② 食べる速度が速い者の割合の減少

ゆっくりよく噛んで食べることは、肥満対策のひとつとして期待されています。

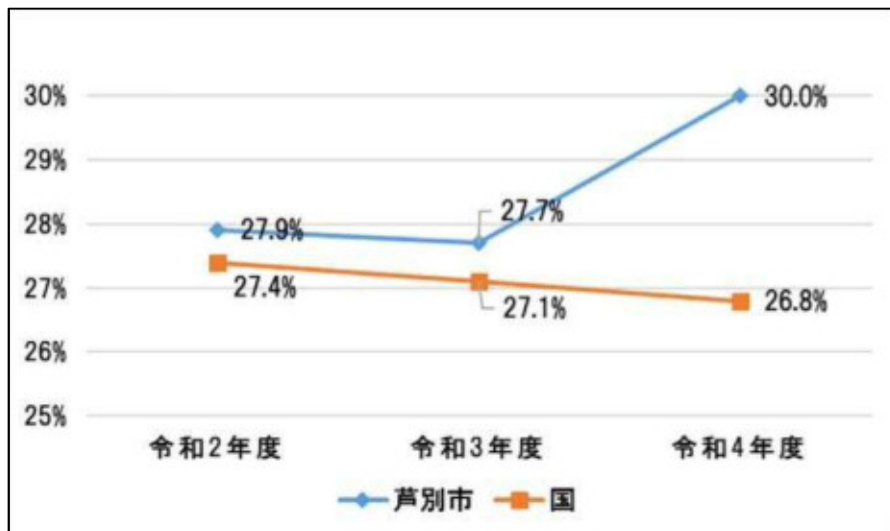
また、近年の疫学調査により、速食いが肥満と密接な関連を持っていることが明らかになりました。

食べる速度が速い者は、遅い者と比べて、将来の糖尿病発症の危険が2倍であるという研究結果もあります。

本市の特定健康診査受診者で、「人と比較して食べる速度が速い」と回答した割合は、国と比較すると高くなっており、国は減少傾向ですが、本市は増加しています。

（P32図4）

図4 人と比較して食べる速度が速い者の割合



(資料：令和4年度KDB及びKDBexpander)

③ 朝食摂取者の割合の増加

朝食は、1日の活動をスタートさせる重要な食事です。

朝食の欠食が、栄養素摂取の偏りのリスクを高める要因であるとともに、食事の回数が少なくなるほど体脂肪の蓄積が増加し、血清コレステロールや中性脂肪が高くなることがわかってきています。

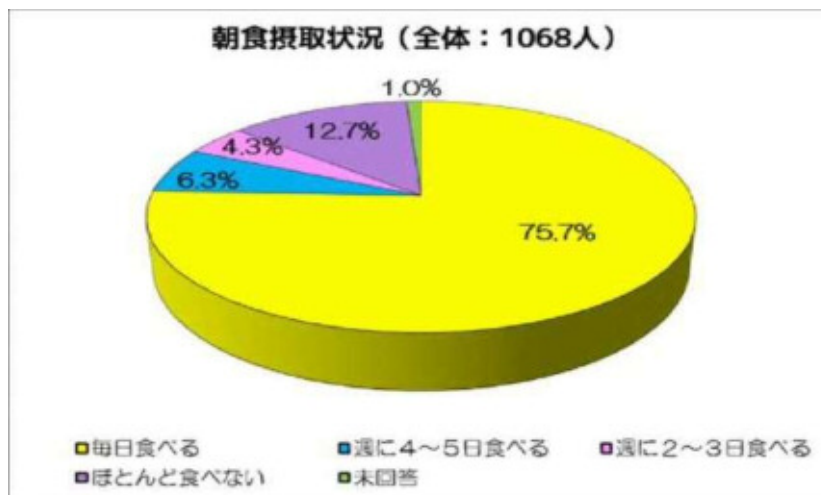
本市の朝食摂取状況は、朝食を毎日食べる割合は、75.7%となっており、23.3%が朝食を欠食する習慣があります。(図5)

また、年代別では、20代から40代の朝食を欠食する割合が高くなっています。(P33図6)

次に、こどもの朝食摂取状況では、小学6年生と中学3年生の国や北海道と比較すると朝食を毎日食べる割合は、どちらも低くなっています。(P33図7)

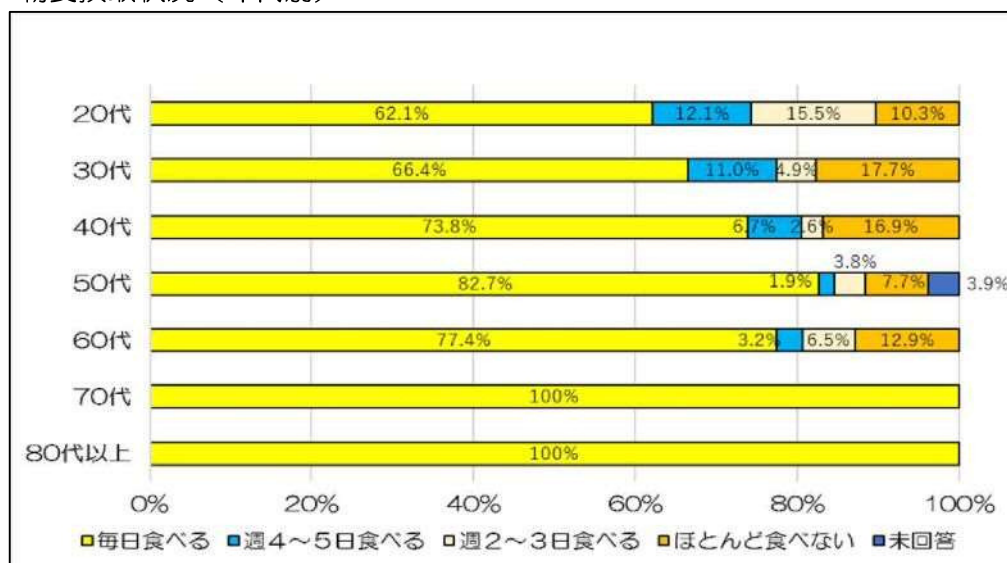
今後も、規則正しい生活リズムと望ましい食生活を身につけ、「早寝・早起き・朝ごはん」を実践していくことが大切です。

図5 朝食摂取状況



(資料：令和3年度芦別市食育アンケート調査)

図6 朝食摂取状況（年代別）



（資料：令和3年度芦別市食育アンケート調査）

図7 小学6年生と中学3年生の朝食摂取状況



（資料：令和4年度 全国学力・学習状況調査）

食育の推進

第4次芦別市食育推進計画と整合を図り、ライフステージに合わせた食育を関係機関等と協力・連携しながら推進していきます。

第4次芦別市食育推進計画

○計画期間：令和6年度～令和10年度までの5年間

○基本理念：食べることをとおし 生きる力を身につけ 健やかな心とからだを育む

市民一人ひとりが食に関心を持ち、食を楽しみ、健全な食生活を実践する基本的な力を身につけ、健康な心と体、豊かな人間性を育み、生涯を通じて生き生きと暮らせることを目指します。

○重点目標：健康で豊かな食生活の実践

「人生100年時代」に向けて、生活習慣病の予防及び重症化予防をすることで、健康寿命の延伸を実現し、全ての市民が健全で充実した食生活を実現することを目指し、地域や関係団体の連携・協働を図りつつ生涯を通じた食育を推進します。また、子どものうちに健全な食生活を確立することは、生涯にわたり健全な心身を培い、豊かな人間性を育んでいく基礎となり、重要であることから、重点的に推進していきます。

生活習慣病の発症予防及び重症化予防のための取組み及び食育の推進

【ライフステージに対応した栄養指導、相談、支援の実施】

- 妊婦健康相談
- 乳幼児健康診査、栄養相談
- 食生活改善推進員支援事業
- 特定健康診査結果に基づいた個別栄養指導、栄養相談
- 家庭訪問、健康教育、栄養相談
- 食育の推進（全てのライフステージ）

(2) 身体活動・運動

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作を指し、「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・増進を目的として計画的・意図的に行われ、継続性のある活動を言います。

身体活動・運動の量が多い者は、少ない者と比較して2型糖尿病、循環器病、がん、口コモティブシンドローム、うつ病、認知症等の発症・罹患リスクが低いことが報告されています。

世界保健機構（WHO）は、高血圧、喫煙、高血糖に次いで、身体活動不足は、全世界の死亡に対する危険因子の第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。加えて、身体活動は、妊婦・産後の女性、慢性疾患や障害がある者を含め、さまざまな者に対し健康効果が得られるとされています。身体活動・運動の意義と重要性が広く認知されることは、健康寿命の延伸に有効です。

身体活動量の減少は、肥満や生活習慣病の発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立の低下や虚弱の危険因子であることから、早急に重点的な対策を実施する必要があります。

基本的な考え方

身体活動・運動量を増加させ、健康増進につなげていくことが重要です。

最も身近な身体活動である、歩行による歩数は、身体の移動を伴うような比較的活発な身体活動の客観的な指標であり、歩数と疾病罹患率あるいは死亡率との間には、明確な負の関係があることが確認されています。

また、歩数はスマートフォン等を通じ、多くの者にとって日常的な測定・評価が可能な指標といえます。

歩数の増加は、健康寿命の延伸や社会生活機能の維持・増進につながる直接的かつ効果的な方策です。

現状と目標

① 日常生活における歩数の増加

（日常生活において歩数又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者）

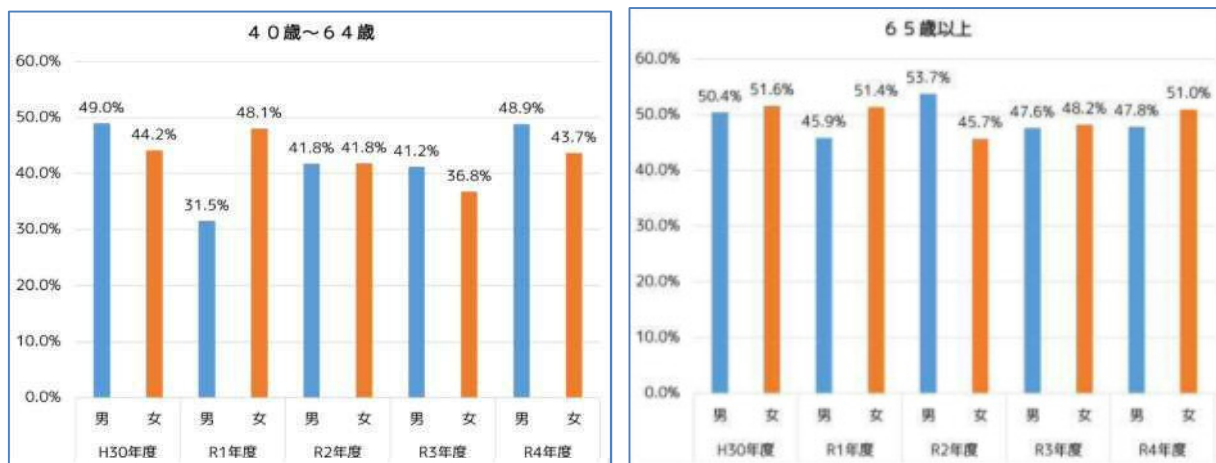
日常生活における歩数は、主として「生活活動」を反映していると考えられ、労働場面・家庭場面・移動場面における歩数の総数です。

国の健康日本21（第三次）では、1日の歩数の平均値の増加を目標の指標として設定されていますが、本市では、1日の歩数の平均値の統計処理上のデータがないため、特定健康診査受診者に対して、日常生活で1日1時間以上の歩行と同等程度の身体活動の有無にて身体活動の量を確認しています。日常生活で1日1時間以上の歩行と同等程度の身体活動を実施している

者の割合の増加を、目標値として設定します。

国民健康保険加入者では、65歳以上のほうが40歳から64歳より、その割合が高い傾向にあります。（図1）

図1 性別・年代別の歩行と同等程度の身体活動を行っている人の割合の推移

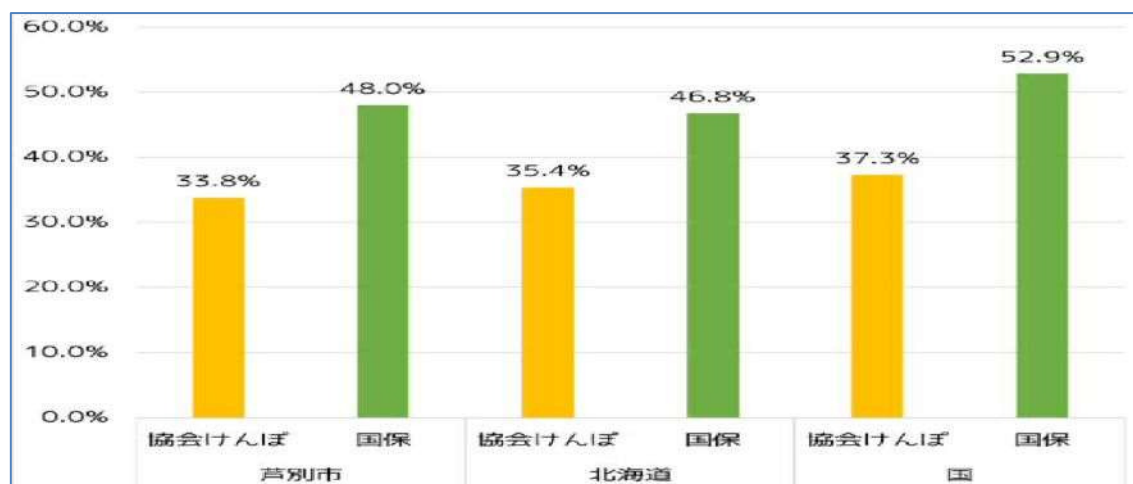


（資料：芦別市国民健康保険特定健康診査受診結果）

国や北海道と比較すると国保健康保険加入者は、国より低く、北海道よりは高くなっています。協会けんぽ加入者は、国や北海道より低く、全国的に国民健康保険加入者より協会けんぽ加入者のほうが、身体活動が少ないことがわかります。（図2）

肥満や生活習慣病の発症予防のためにも、40歳～64歳（就労世代）から身体活動を増やすことが重要です。

図2 医療保険別の歩行と同等程度の身体活動を行っている者の割合



（資料：令和4年度KDB及びKDBexpander）

「日常生活における歩数（身体活動）の増加」のためには、歩行を中心とした身体活動を心掛けることですが、機械化・自動化の進展、移動手段の変化等で歩数が減少傾向にあり、特に冬期間は、寒さや路面状況の悪さで歩数が更に減少しやすくなります。

そのため、ライフコースアプローチを踏まえた「自然と歩きたくなる環境づくり」や「歩行を促す仕掛け」の取組みや、年間を通して安全に歩行などの身体活動ができる環境整備が必要となります。

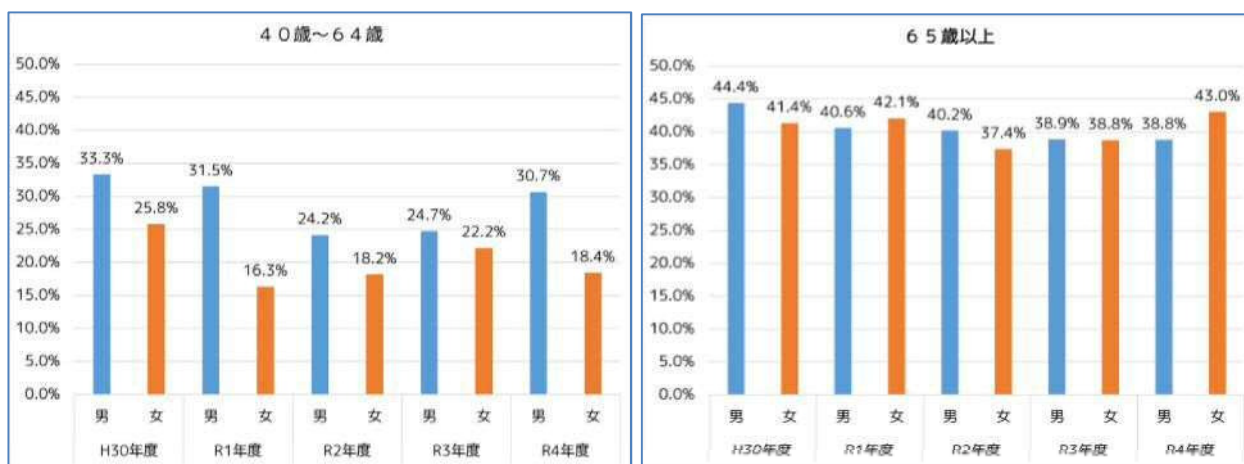
本市には、なまこ山総合運動公園があり、さまざまな運動競技や合宿等に利用されています。施設内は、健康づくりのためのジョギングやウォーキング等を行うことができるコースがあるため、通年における総合運動公園の活用の勧奨に努めます。

② 運動習慣者の割合の増加

運動は、余暇時間に行うものであることから、「余暇身体活動」とも呼ばれ、運動習慣を有する者は、運動習慣のない者に比べて、生活習慣病発症や死亡のリスクが低いことが報告されており、より多くの市民が運動習慣を持つことが重要です。

本市の国民健康保険加入者では、65歳以上のほうが40歳から64歳より、運動習慣者の割合が高く、男女では差はあまりみられません。40歳から64歳では、女性より男性のほうが運動習慣があります。（図3）

図3 性別・年代別の運動習慣者の割合の推移

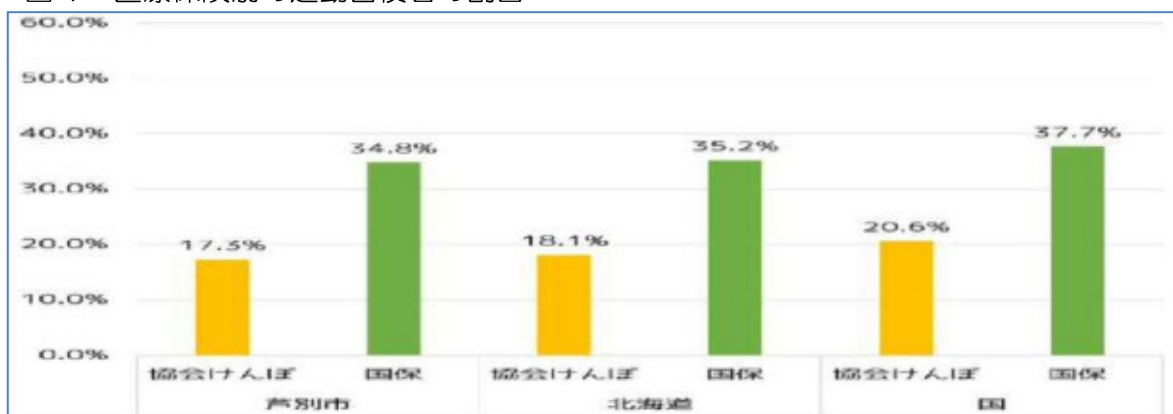


（資料：芦別市国民健康保険特定健康診査受診結果）

医療保険者別では、国民健康保険加入者及び協会けんぽ加入者ともに、国や北海道より低く、特に協会けんぽ加入者は、国民健康保険加入者より割合が低くなっています。（図4）

40歳から64歳（就労世代）まで、運動を習慣づけることが、肥満や生活習慣病の発症予防のためにも重要です。

図4 医療保険別の運動習慣者の割合



（資料：令和4年度KDB及びKDBexpander）

就労世代の運動習慣者を増やすためには、健康の維持・増進における運動の必要性について、就労世代の特性に応じデジタル技術を活用する等、効果的・効率的に啓蒙を図り、運動の関心を高め、余暇時間の過ごし方では、運動を行う機会を設けられるよう、運動を継続しやすい環境を整えることが必要です。

③ 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少 (体育の授業以外の運動やスポーツの1日運動時間の増加)

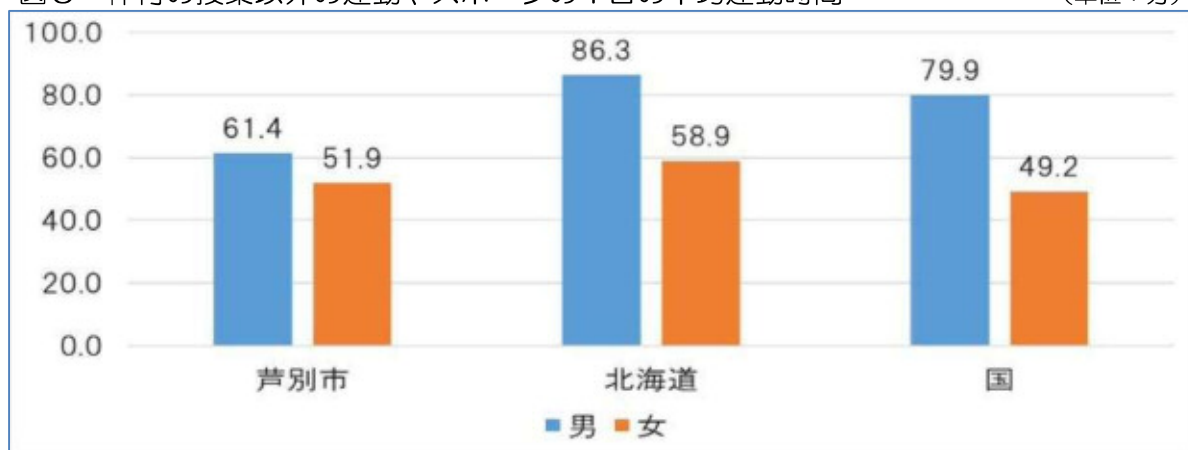
身体活動は、こどもに対して身体的・心理的・社会的に良い影響を及ぼします。しかし、核家族化や共働き家庭の増加により、大人がこどもと一緒に遊ぶ時間が確保しにくくなっています。また、少子化やスマートフォンの普及の低年齢化等により、からだ全体を使った遊びやスポーツに関わるのが難しくなっています。

こどもを取りまく社会的・物理的な環境の変化が大きく、からだを活発に動かして遊ぶ機会の減少だけでなく、移動のための歩行をはじめ、ドアの押し引きや蛇口をひねるなどの動きも少なくなるなど、生活全般において身体を動かす機会が減少しています。

本市の児童における体育の授業以外の運動やスポーツの1日の平均運動時間は、男子では、国や北海道と比較短いですが、国が目標にしている60分を超えています。女子では、国より長く、北海道より短いですが、国が目標にしている60分を下回っています。男女では、全国的に、女子より男子のほうが、運動時間が長いです。(図5)

中学生になると、身体活動量の二極化が一気に進むことが明らかになっていることから、小学校のころから運動を習慣づけていくことが大切です。

図5 体育の授業以外の運動やスポーツの1日の平均運動時間 (単位：分)



(資料：令和4年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査)

こどもが運動やスポーツを行うためには、日ごろから楽しく身体を使う遊び等により運動を好きになることが有効です。運動が嫌いな小学生に「何がきっかけで運動が嫌いになったか」と質問したところ、男女とも「小学校入学前から身体を動かすことが苦手だったから」という回答が最も多い結果があります。

生涯にわたる心身の健康づくりの観点からも、運動や遊びの環境を整備・充実させ、幼児期から身体を動かす楽しさにふれ、外遊びや運動・スポーツの時間、仲間、空間(場所)を取り戻すための「場・しかけ」をつくり、その継続による運動習慣づくりに努めることが大切です。

対 策

身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

- ・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
(母子保健事業、特定保健指導、個別健康相談等)
- ・ライフコースアプローチを踏まえ、デジタルを活用した普及・啓発

身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ・市民が利用しやすい保健事業の実施
- ・市の各部局や関係機関と連携し、自然に歩きたくなるデジタルを活用した情報の発信
- ・市の各部局や関係機関が実施している事業への勧奨

運動をしやすい環境の整備

- ・総合体育館などの運動施設の積極的な利用促進
体づくり、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、さまざまな健康問題に応じた運動が、誰でも気軽に通年で行えるよう、各保健事業をととした勧奨

(3) 飲酒

はじめに

アルコールは、さまざま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^{注19)}、がん等に深く関連しています。加えて、不安やうつ、自殺、事故といったリスクとも関連します。

平成30年の世界保健機構（WHO）の発表では、アルコールの有害な使用による死亡は、全死亡に占める割合の5.3%とされており、糖尿病（2.8%）、高血圧（1.6%）、消化器疾患（4.5%）を上回っています。

基本的な考え方

がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等の飲酒に関連する多くの健康リスクは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されており、生活習慣病のリスクを高める飲酒量の域値は、低ければ低いほど良いと示唆されています。

一方、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患については、男性は44g/日（日本酒2合/日）、女性は22g/日（日本酒1合/日）程度以上の飲酒（純アルコール摂取）でリスクが高くなることが示す研究もあります。

引き続き、生活習慣病のリスクを高める飲酒量について、男性は1日平均40g以上、女性は1日平均20g以上と定義されました。

20歳未満の飲酒は、20歳以上の者に比べ急性アルコール中毒や臓器障害を起こしやすく、飲酒開始年齢が若いほど将来のアルコール依存症リスクがより高くなるとの報告もあります。今後も、20歳未満の飲酒を完全に防止する必要があります。

現状と目標

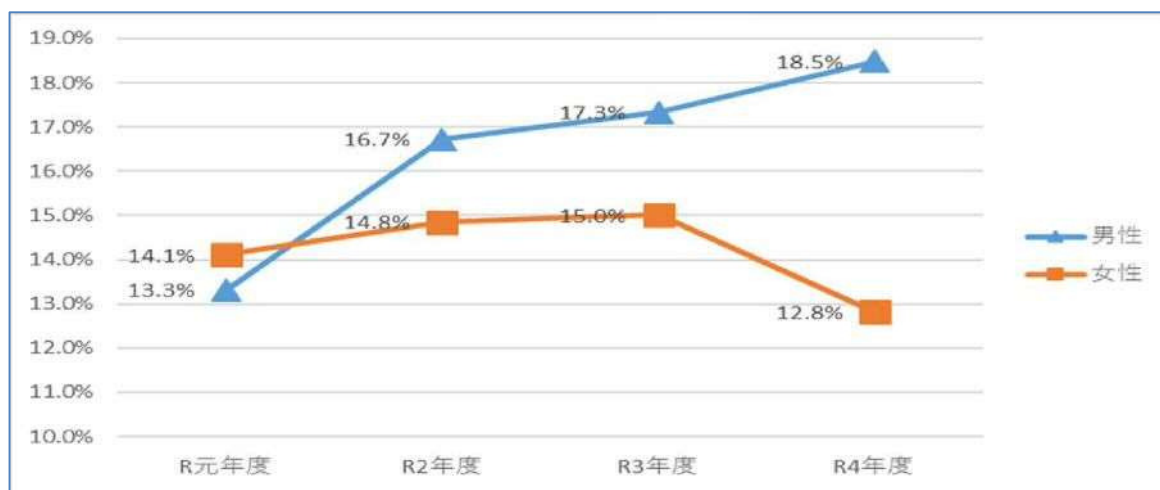
① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 （1日当たりの純アルコールの摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）

女性は男性に比べて肝臓障害等の飲酒による臓器障害をおこしやすく、アルコール依存症に至るまでの期間も短いことが知られています。

本市の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は、令和4年度において、男性は18.5%と年々増加し、女性は12.8%と減少しています。（P41図1）

しかし、令和元年度国民健康・栄養調査では、男性は14.9%、女性は9.1%となっており、国と比較すると非常に高くなっています。

図1 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合の推移



(資料：芦別市国民健康保険特定健康診査)

飲酒量と関係が深い健診データである γ -GTについては、有所見者の割合は、保健指導判定値及び受診勧奨判定値ともに大幅な増減はなく、ほぼ横ばいで推移しています。(表1)

飲酒習慣別の γ -GT受診勧奨判定値(101U/l以上)の割合では男女ともに適正飲酒者と比較して多量飲酒者の方が高い傾向があります。このことから飲酒量との関係性が高く適切な量の飲酒についての支援が重要になります。(表2)

表1 γ -GTが受診勧奨判定値(101U/l以上)の割合の推移

	R30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
男性	12.4	9.4	10.1	11.1	9.4
女性	2.5	3.3	3.1	2.2	3.0

(資料：芦別市国民健康保険特定健康診査)

表2 飲酒習慣別 γ -GT有所見者が受診勧奨判定値(101U/l以上)の推移

① 適正飲酒者の割合

(単位：%)

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
男性	9.8	7.4	7.9	10.3	7.6
女性	1.7	2.0	2.7	2.0	2.3

② 毎日飲酒習慣がある者の割合

(単位：%)

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
男性	26.6	21.6	17.9	26.2	20.6
女性	6.2	9.9	6.6	5.4	7.1

(資料：芦別市国民健康保険特定健康診査)

特定健康診査受診者のうち、適正飲酒範囲の者と生活習慣病のリスクを高める多量飲酒者との有所見率を比較すると、多量飲酒者の男性は、肝機能、血圧、尿酸値、女性は、肝機能、空腹時血糖、血圧、尿酸値、高LDLが高いことがわかります。血管変化を示す検査では、男性が眼底検査、女性は腎臓機能低下、心電図の有所見率が高くなっており、動脈硬化が進行し、脳血管疾患や心筋梗塞等に重症化していくことが懸念されます。（図2、3）

多量飲酒者は、肝機能のみならず、高血糖、高血圧、高尿酸状態を促し、その結果、血管を傷つけ、健康障害を引き起こします。

図2 男性飲酒者の健康実態（適正飲酒者と多量飲酒者の健診有所見率の比較）（単位：％）

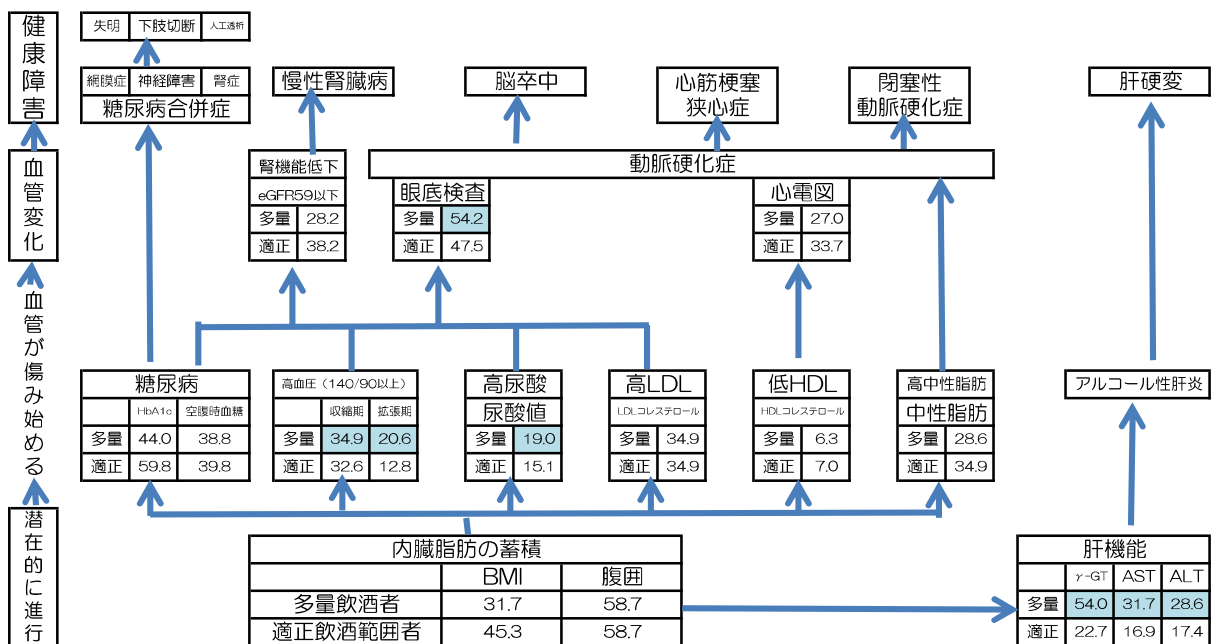
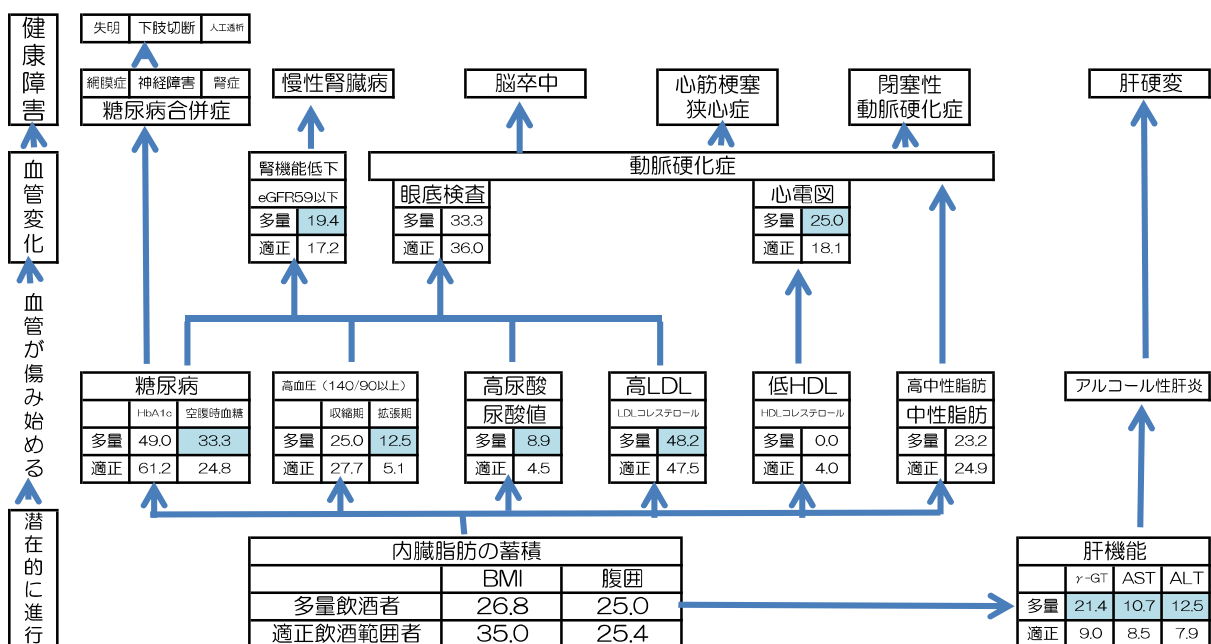


図3 女性飲酒者の健康実態（適正飲酒者と多量飲酒者の健診有所見率の比較）（単位：％）



（資料：令和4年度芦別市国民健康保険特定健康診査）

本市の妊婦の飲酒習慣の状況では、妊娠前から飲酒習慣がない者の過去5年間の推移をみると、年度により47.4%から72.7%とばらつきがありますが、全ての者が妊娠を機に禁酒しており、胎児への健康に配慮した行動をとることができています。（表3）

表3 妊婦の飲酒習慣の状況

（単位：％）

飲酒状況	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
妊娠前の飲酒なし	27	47.4	26	66.7	32	72.7	22	62.9	28	68.3
妊娠後に禁酒	30	52.6	13	33.3	12	27.3	13	37.1	13	31.7
妊娠中の飲酒あり	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

（資料：妊娠届出時アンケート調査）

対 策

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、妊娠期中期面談時、乳幼児健康診査及び健康相談、がん検診等
- 地域特性に応じた健康教育

飲酒による生活習慣予防の推進

- 芦別市国民健康保険特定健康診査の結果などに基づいた、適度な飲酒への個別指導

(4) 喫煙

はじめに

たばこ消費量は、近年減少傾向にあります。過去のたばこ消費による長期的な健康影響と急速な高齢化により、たばこ関連疾患による死亡数は年々増加しています。

たばこ消費を継続的に減少させることによって、がんをはじめとした喫煙関連疾患による超過死亡と超過医療費、経済的損失等を将来的に確実に減少させることができます。

喫煙は、WHOによる非感染性疾患対策の対象疾患であるがん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）^{注20}、糖尿病に共通した主要なリスク要因です。

COPDの原因としては、50～80%程度がたばこ煙が関与し、喫煙者では20～50%がCOPDを発症するとされています。

基本的な考え方

たばこ対策は、「喫煙率の低下」と「受動喫煙への暴露状況の改善」が重要です。

喫煙率の減少は、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り、多くの疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながります。

妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症等のリスクを高めるだけでなく、胎児にも悪影響があります。胎児の発育遅滞や低出生体重、出生後の乳幼児突然死症候群発症^{注20}のリスク、将来のCOPD発症のリスク等があることから、妊娠中の喫煙をなくすことが、周産期死亡率や低出生体重児の割合の減少、COPD発症予防のために重要です。

受動喫煙による健康への影響の代表的な疾患は肺がんですが、胎児から成人まで多く疾患等で健康への影響を受けています。（表1）

令和2年度の健康増進法の改正及び令和4年度から北海道受動喫煙防止条例が全面的に施行され、ますます受動喫煙対策が推進されているところです。

表1 受動喫煙による健康への影響

	確実なもの	可能性のあるもの
成人	肺がん、虚血性心疾患、副鼻腔がん	子宮頸がん、気管支喘息の悪化、呼吸機能の低下
子ども	呼吸器感染症（肺炎や気管支炎など）、気管支喘息の発病と悪化、中耳炎、慢性の呼吸器症状、乳幼児突然死症候群（SIDS）	呼吸機能の低下
胎児 （妊婦本人の喫煙）	低出生体重児、早産、周産期死亡、妊娠・分娩合併症、乳幼児突然死症候群（SIDS）	自然流産、先天異常、小児がん 出生児の認識や行動の障害
胎児 （妊婦以外の周囲の喫煙）	低出生体重児	自然流産

（資料：厚生労働省「禁煙支援マニュアル」）

現状と目標

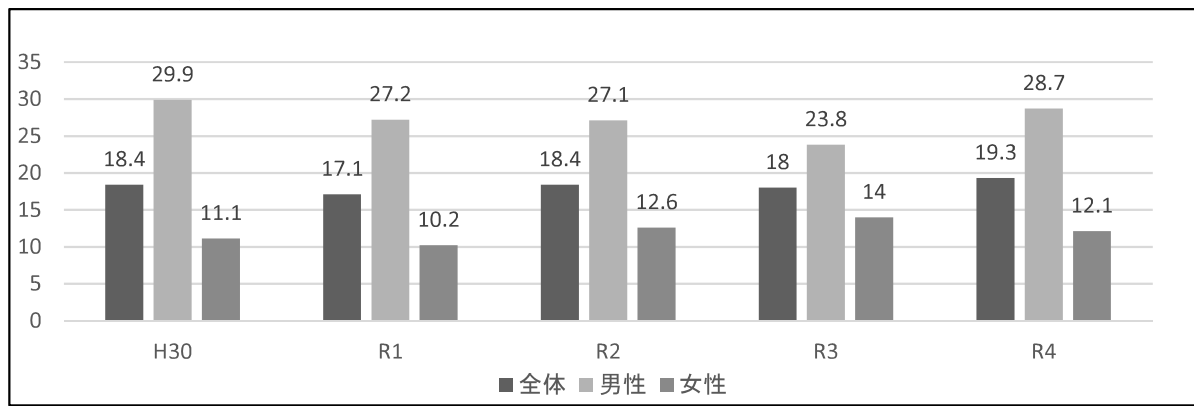
① 20歳以上の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）

本市の過去5年間の20歳以上の喫煙率は、男性は23.8%から29.9%、女性は10.2%から14.0%、全体としても17.1%から19.3%で推移し、全国平均16.7%（令和元年）よりも高いです。（図1）

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者に対する禁煙支援と同時に、健診データに基づき、より喫煙によるリスクが高い者への支援が重要になります。

図1 喫煙率の推移

（単位：％）



（資料：KDB及びKDBexpander）

② 妊娠中の喫煙をなくす

本市の過去5年間の妊娠前の禁煙率は、年度により74.4%から93.0%とばらつきがあり、ほとんどの者は妊娠を機に禁煙していますが、妊娠中も喫煙を継続している者も1～2人おり、禁煙指導を強化していく必要があります。（表2）

表2 妊婦の喫煙習慣の状況

（単位：人、％）

喫煙状況	H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
妊娠前の喫煙なし	53	93.0	29	74.4	39	88.6	27	77.1	32	84.2
妊娠後に禁煙	2	3.5	8	20.5	4	9.1	8	22.9	5	13.2
妊娠中の喫煙あり	2	3.5	2	5.1	1	2.3	0	0	1	2.6

（資料：妊娠届出時アンケート調査）

対 策

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情報提供
母子健康手帳交付時、乳幼児健康診査及び健康相談、がん検診等
- 地域特性に応じた健康教育

禁煙支援の推進

- 芦別市国民健康保険特定健康診査などの結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への個別指導
- 母子健康手帳交付時における禁煙指導

受動喫煙防止の推進

- 広報、チラシなどによる受動喫煙防止の啓蒙、知識の普及
- 乳幼児健康診査、健康相談場面での受動喫煙の実態把握、分析、受動喫煙防止の推進

(5) 歯と口の健康

はじめに

歯・口腔の健康は、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ます。近年は、口腔の健康が全身の健康にも関係していることが指摘される等、全身の健康を保つ観点からも、歯・口腔の健康づくりの取組みが必要となっています。

歯科口腔保健の推進に関する法律では、歯科口腔保健の推進に関する基本理念等の他、基本的な事項が定められています。令和6年度から令和17年度までの歯科口腔保健施策等を推進するための基本的な事項については、健康日本21（第三次）と整合性を図りながら、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第2次）」（歯・口腔の健康づくりプラン）として取組むものとしています。

本領域と歯・口腔の健康づくりプランは、内容面で関連が強いことから、歯・口腔の健康づくりプランにおいて設定されている目標の中から、特に予防・健康づくりの推進と関係が強い項目を共通の目標として設定します。

基本的な考え方

歯周病は、歯の喪失をもたらす主要な原因疾患であるとともに、歯周病と糖尿病や循環器疾患等の全身疾患との関連性も指摘されていることから、その予防は生涯を通じての重要な健康課題のひとつです。歯周病を有する者を減少させることにより、歯の喪失を防止するとともに、糖尿病等の全身疾患の重症化リスクの軽減等により、全身の健康の保持・増進に寄与することも期待されています。

口腔機能は、健康で質の高い生活を営むために不可欠な摂食や構音等に密接に関連するものであり、健康寿命の延伸や生活の質の向上に関係しています。また、口腔機能は、むし歯や歯周病等に起因する歯の喪失に関係し、よく噛んで食べることができる者は、器質的及び機能的な要素を含めて、総合的に評価し得る指標と考えられます。

定期的な歯科健診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく寄与するため、生涯を通じて歯科に受診し、歯科疾患の早期発見・重症化予防等を図ることが重要です。

現状と目標

① 歯周病を有する者の減少（40歳以上）

本市では、令和4年度から、40歳・50歳・60歳・70歳の国民健康保険被保険者に対し、歯周病検診を実施しています。

歯周病が顕在化し始めるのは、40歳以降といわれており、平成28年の歯科疾患実態調査によると、40歳以上の者で4mm以上の歯周ポケットを有する歯周炎があった者は、57.2%に達しています。

本市の歯周疾患検診では、4mm以上の歯周ポケットを有する歯周炎があった者は、44.4%と、国よりは低かったものの、受診率も3.6%と低いため、高齢になってもより多くの自分の歯を保つ者が増加するよう、受診率を向上することが重要です。（表1）

表1 歯周疾患検診受診結果

対象者	252人
受診者	9人
受診率	3.6%
4mm以上の歯周ポケットを有する歯周炎があった者	4人
4mm以上の歯周ポケットを有する歯周炎があった者の割合	44.4%

（資料：令和4年度国民健康保険歯周疾患検診結果）

② よく噛んで食べることができる者の増加（50歳以上）

本市の後期高齢者健康診査における質問票の回答においては、半年前に比べて固い物が食べにくいとした者は、29.4%と増加しています。国民健康・栄養調査では、50歳以上における咀嚼機能良好者の割合が、71.0%であったため、全国でも30%程度の者は、咀嚼機能不良です。（図1）

咀嚼機能は、主観的な健康観や運動機能と密接な関連性を有するとの研究知見も多く、高齢者における咀嚼機能の低下は、摂取できる食品にも大きな影響を与えられています。

口腔機能は、中年期頃から低下し始めるという報告もあり、中年期からの口腔機能の維持及び口腔機能が低下した際は、回復・向上を図ることが重要です。

図1 半年前に比べて固い物が食べにくい者の割合の推移



（資料：芦別市後期高齢者健康診査）

③ 歯科検診の受診率の増加

本市では、令和4年度から、後期高齢者保険被保険者に対し、歯科健康診査を実施しています。

定期的な歯科検診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく寄与するため、生涯を通じて歯科検診を受診し、歯科疾患の早期発見・重症化予防等を図ることが重要です。

平成28年の歯科疾患実態調査では、過去1年間に歯科検診をした者の割合は52.9%であり、本市の後期高齢者保険被保険者歯科検診受診率が4.1%と非常に低いため、受診率の向上を図る必要があります。（表2）

表2 歯科検診受診結果

対象者	2,912人
受診者	118人
受診率	4.1%
所見があった者	51人
所見があった者の割合	43.2%

（資料：令和4年度後期高齢者歯科健康診査結果）

対 策

ライフステージに応じた歯・口腔の健康の推進

- ・母子保健事業における定期健診や相談、健康教室等の機会を活用して、保護者への歯の健康づくりに必要な情報提供と保健指導の実施
- ・乳幼児に対する、フッ素塗布やフッ化物洗口等、フッ化物を利用した虫歯予防の推進

歯周病の予防と口腔機能の維持

- ・歯周疾患検診や歯科検診の受診を勧奨し、専門的なケアを受けることの必要性の普及啓蒙
- ・高齢期の歯の健康と食べる機能を維持するため、歯や入れ歯の効果的な清掃方法やお口の体操の普及

4 生活習慣病の発症予防・重症化予防

(1) が ん

はじめに

がんは、昭和56年以降の日本人の死因の第1位であり、令和3年の死亡者の約3割を占めています。生涯のうちに約2人に1人ががん罹患すると推計されており、高齢化に伴い、がんの罹患率や死亡者の数は、今後も増加していくことが予測され、依然として国民の生命と健康にとって重大な課題であります。

基本的な考え方

① がんの1次予防

ア 生活習慣について

がんの1次予防は、がん対策の第一の砦であり、避けられるがんを防ぐことは、がんの罹患率の減少につながります。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙含む）、飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等があります。

生活習慣の中でも、喫煙は、さまざまながんへの最も大きなリスク因子となっています。

また、受動喫煙を原因として死亡する者が、国内で年間1万5千人を超えることや、受動喫煙によって非喫煙者の肺がんのリスクが約3割上昇するため、がん予防の観点からも、受動喫煙を含めた喫煙対策を進めることは非常に重要です。

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。

イ 感染症対策について

発がんのリスク因子として、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで2番目に、女性では最も大きなリスク因子となっています。起因するものとしては、子宮頸がんに関連するヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、肝がんに関連する肝炎ウイルス、ATL（成人T細胞白血病）と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型（以下「HTL-1」という）、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリ（以下「ピロリ菌」という。）等があります。子宮頸がんの発生原因の多くがHPV感染であり、子宮頸がんの予防のためには、HPV感染対策が必要です。

② がんの2次予防（がん検診）

科学的根拠に基づくがん検診の受診は、がんの早期発見・早期治療につながるため、がんの死亡率を減少させるためには、がん検診の受診率向上が必要不可欠です。科学的根拠に基づくがん検診の実施やがん検診の精度管理等の取組みと合わせて、がん検診の効果を高めていく必要があるため、「がん検診の受診率の向上」を目標とします。

現状と目標

① がんの死亡者数の増加の抑制（胃、肺、大腸、乳、子宮頸がん）

高齢化に伴い、がんによる死亡者は、今後も増加していくと予測されております。生活習慣の改善等によるがんの予防及びがん検診受診率の向上によるがんの早期発見の取組みを推進することにより、最終的には、がんによる死亡者数の増加を抑制させることが重要です。

厚生労働省の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で定められた、国が推奨する科学的根拠に基づく早期発見が有効とするがん検診は、胃、肺、大腸、乳、子宮頸がん検診の5種類です。

早期発見が有効とされるがんの死亡状況は、年度によりばらつきがありますが、40人前後で推移しています。（表1）

表1 芦別市のがんの死亡状況

（単位：人）

		H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	合計
早期発見が有効	胃	5	6	4	17	11	43
	肺	18	22	17	19	18	94
	大腸	7	13	14	6	14	54
	乳	1	1	2	0	1	5
	子宮頸	1	1	1	1	0	4
	小計	32	43	38	43	44	200
その他	肝臓	6	4	4	9	3	26
	膵臓	14	11	5	7	6	43
	前立腺	3	4	4	4	0	15
	その他	28	20	12	30	23	113
	小計	51	39	25	50	32	197
総数		83	82	63	93	76	397

（資料：北海道地域保健情報年報）

子どもたちの「がん教育」について

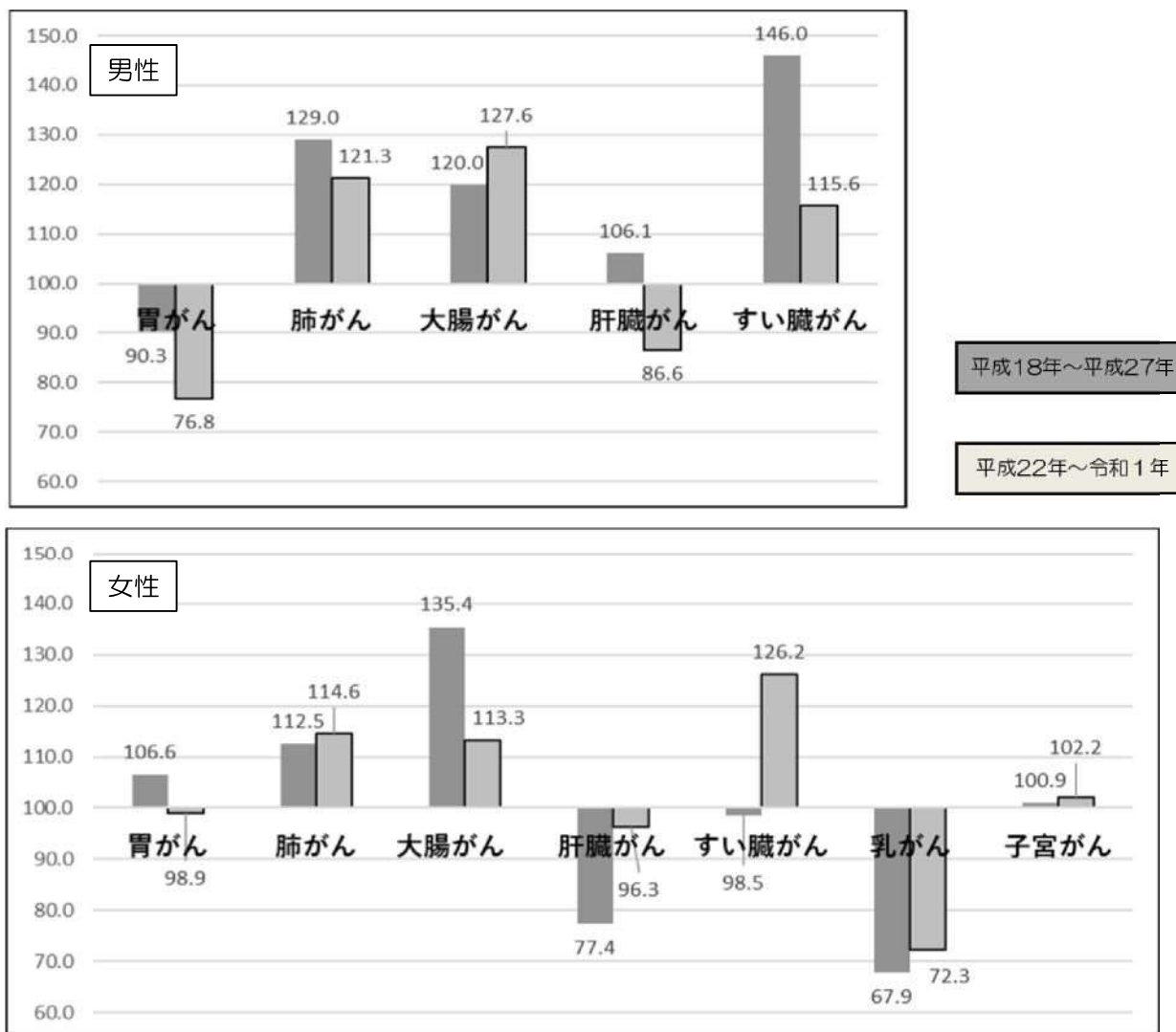
がん教育は、学習指導要領の改正により、小学校では令和2年度から全面実施となり、中学校では令和3年度から、高等学校では令和4年度から必修化されました。第4期がん対策推進基本計画においても、『がん教育』はがん予防・がん医療・がんとの共生の3つの分野を支える基盤のひとつとして位置付けられています。がん教育は、こどもにがんの正しい知識を提供し、理解を促すだけでなく、がんを扱う学習を通して、生きることや命の大切さを学ぶことがねらいとされています。

少子化や核家族化、人々の価値観や生活様式の多様化等、こどもを取り巻く環境の変化は目まぐるしく、こどもたちの自尊感情の低下も指摘される現代において、「自分自身を大切にすること」の大切さを学ぶ機会としても、将来のがん検診受診率向上につなげる“未来への投資”としても、今後もがん教育を推進していきます。

本市の標準化死亡比（SMR）を平成18年から平成27年と平成22年から令和元年で比較すると、男性では大腸がんが増加しており、有意水準5%であり、国に比べて有意に多いです。肺がんは減少していますが、有意水準5%であり、国に比べて有意に多いです。女性では、肺がん、子宮がんが増加していますが、国との有意差はない状況でした。

（図1）

図1 標準化死亡比（SMR）の推移（平成18年～平成27年と平成22年～令和元年の比較）



※このグラフの子宮がんは、体がんと頸がんを合わせた数値となっている。

（資料：北海道における主要死因の概要）

② がん検診の受診率の向上

健康増進法に基づくがん検診では、年齢制限の上限を設けず、ある一定年齢以上の者を対象としていますが、受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等を踏まえ、引き続き40歳から69歳まで（子宮頸がんは20歳から69歳まで）を対象とします。

本市のがん検診は、令和2年度から自己負担を無料とし、受診率は増加傾向ではありますが、国の「がん対策推進基本計画」においては、60%以上の達成が個別目標の一つに掲げられています。しかし、職域等での受診者数を本市が把握することが困難であり、本市が実施しているがん検診の受診者で受診率を算出しているため、受診率は低くなります。（表2）

表2 芦別市のがん検診受診率の推移

（単位：％）

	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
胃がん	7.5	6.6	10.4	8.5	9.4
肺がん	6.3	6.5	6.6	6.2	7.9
大腸がん	6.4	6.9	6.7	6.0	8.4
乳がん	13.6	14.1	14.4	13.8	19.9
子宮頸がん	10.6	11.3	11.7	10.4	14.6

（資料：北海道地域保健情報年報）

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。

市の精密検査受診率は、令和元年度の胃がん検診と令和2年度の胃がん、肺がん検診以外、全て許容値を超えています。しかし、目標値である90%は超えておらず、がん検診受診者から、毎年5人程度、がんが見つかるため、今後も精密検査の受診率向上を図っていく必要があります。（表3）

表3 芦別市の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

（単位：人、％）

		H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	事業評価指標	
						許容値	目標値
胃	精密検査受診率	75.0	64.5	68.2	88.0	90%以上	70%以上
	がん発見者数	1	0	1	1		
肺	精密検査受診率	70.0	83.3	55.6	100.0		
	がん発見者数	0	1	0	1		
大腸	精密検査受診率	78.9	75.5	79.5	77.3		
	がん発見者数	1	2	2	2		
乳	精密検査受診率	100.0	100.0	100.0	100.0		
	がん発見者数	1	1	2	1		
子宮頸	精密検査受診率	100.0	100.0	100.0	要精検者なし	80%以上	
	がん発見者数	1	0	0	0		

（資料：地域保健・健康増進事業報告）

対 策

ウイルス感染症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（小学6年生から高校1年生に相当する年齢の女子）
ワクチンの安全性や有効性等の積極的な情報提供
- 子宮頸がん検診におけるHPV単独検査（30歳以上）
- 肝炎ウイルス検診（40歳以上）
- HTLV-I抗体検査（妊娠期）

がん検診受診率向上の施策

- 対象者への個別勧奨、広報紙等を利用した啓発
- 事業所等の職域との情報交換及び連携
- 関係機関による講演会や研修会との共催
- がん検診推進事業
がん検診受診体制や検査方法の拡充等
- 胃・肺・大腸・乳・子宮頸がん検診について、一定の年齢に達した者への個別勧奨

がん検診によるがんの重症化予防の施策

- 胃がん検診（30歳以上）
- 肺がん検診（30歳以上）
- 大腸がん検診（30歳以上）
- 子宮頸がん検診（20歳以上の女性）
- 乳がん検診（40歳以上の女性）

がん検診の質の確保に関する施策

- 精度管理項目を遵守する検診機関の選定
- 精密検査が必要な者に対する、がん検診実施機関との連携による精密検査の受診勧奨

(2) 循環器疾患

はじめに

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患^{注22)}は、がんと並んで主要死因の大きな一角を占めています。

また、令和元年の国民生活基礎調査によると、循環器疾患は要介護の原因の20.6%を占めており介護が必要になった主な原因の一つでもあります。こうした背景から、平成30年に「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、この基本法に基づいて作成された循環器病対策推進基本計画に沿って循環器疾患対策が行われています。

循環器疾患の多くは、不健康な生活習慣の継続等に端を発して発症します。

循環器疾患の危険因子は、制御できない性、年齢を除くと、高血圧、脂質異常症（特に高LDLコレステロール血症）、糖尿病、喫煙等があり、これらの因子を適切に管理することで、循環器疾患を予防することが重要です。（P56図1）

循環器疾患の主要な危険因子である、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の4つのうち、喫煙は、あらゆる疾患の発症リスクを高めること、糖尿病は、循環器病以外にも独自の合併症（細小血管障害等）を引き起こすこと等から、それぞれ独立した項（喫煙P44、糖尿病P65）で記述します。

循環器疾患領域では、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）を、この項で扱います。

基本的な考え方

① 発症予防

循環器疾患の予防において、危険因子の管理のために関連する生活習慣の改善を行うことが重要です。

循環器疾患の多くは、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する生活習慣病です。生活習慣病は、生活習慣病の予備群から始まり、発症、重症化、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が、本人が気付かない間に進行することも多いです。

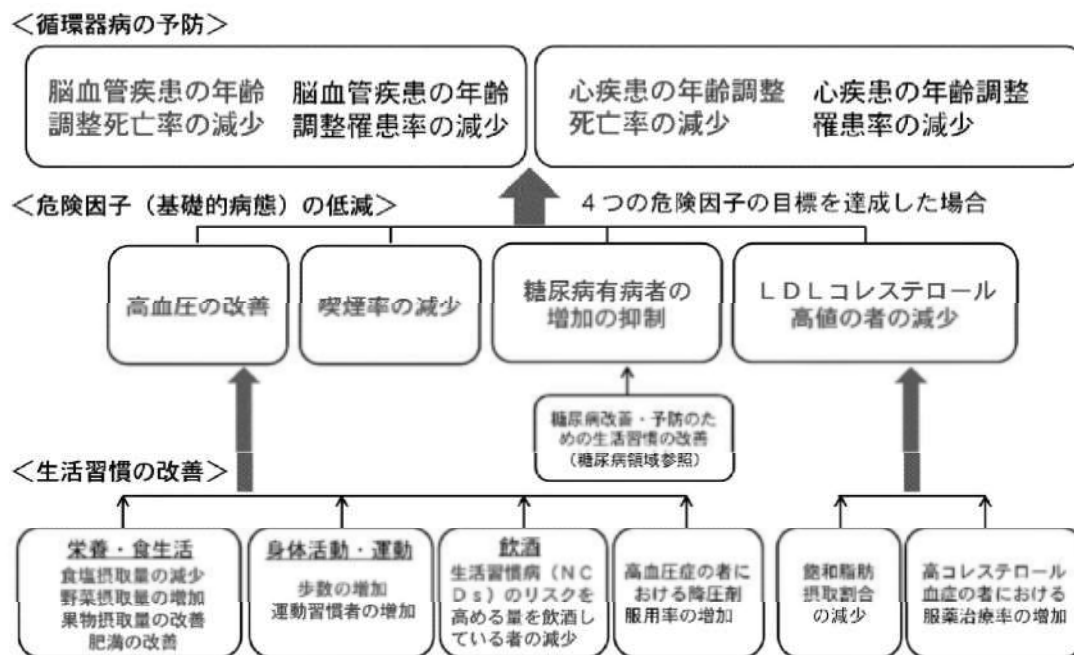
市民一人ひとりが、これらの生活習慣改善への取組みを考えていく科学的根拠は、健康診査の受診結果によってもたらされるため、特定健康診査の受診率向上対策及び特定保健指導等が非常に重要になってきます。

② 重症化予防

多くの循環器疾患は、高血圧、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病（CKD）等の生活習慣病の発症後であっても、生活習慣の改善や適切な治療によって、重症化予防・進行抑制が可能ですので、発症予防に限らず、生活習慣の改善が重要です。

このほか、適切な治療を受けなければ、その予後に大きな影響を及ぼす高い循環器疾患もあります。例えば、心房細動は、脳卒中や心不全の発症及び増悪にも影響します。

図1 循環器病領域のロジックモデル



(資料：健康日本21（第三次）推進のための説明資料)

現状と目標

① 脳血管疾患・心疾患の死亡率の減少（10万人当たり）

生活習慣の改善による循環器疾患の予防を評価する点では、発症率を評価指標とすることが望ましいですが、現時点では、発症率を把握することが困難であるため、死亡率を指標とします。

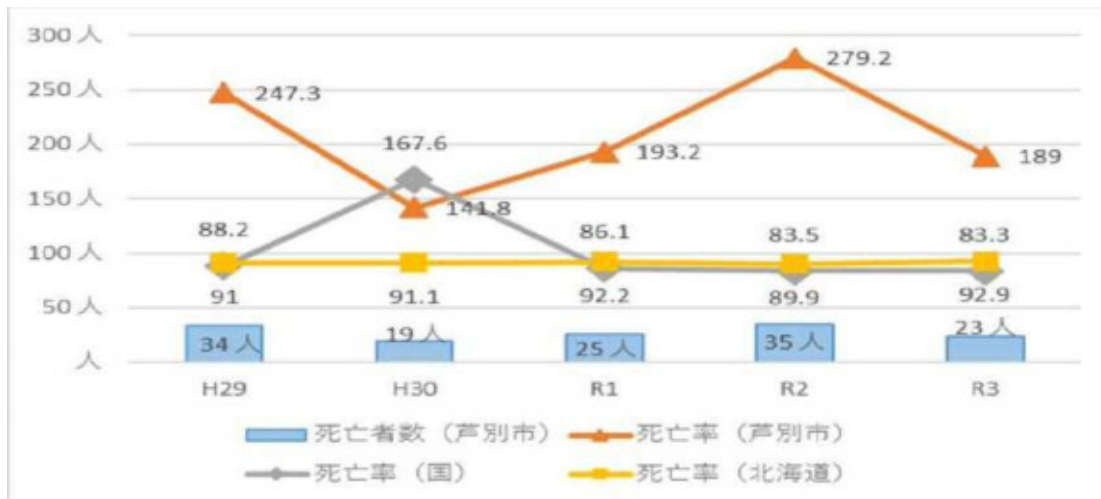
高齢化率の高い本市の脳血管疾患死亡率は、国や北海道に比較し、非常に高く推移しています。男性は、標準化死亡比（SMR）でも有意に高くなっています。

（P57図2、P12図2）

脳卒中の共通のリスク因子として高血圧があります。脳卒中を予防するには、高血圧の他、個々のリスク因子に応じた保健指導が重要になります。特にアテローム血栓性脳梗塞は、脳梗塞全体の34%を占め、最も多い脳梗塞です。本市は、糖尿病のコントロール不良者の割合、喫煙率、生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群が多いため、リスク因子を解消することで、アテローム血栓性脳梗塞を予防につなげることができます。（P57図3、P57表1）

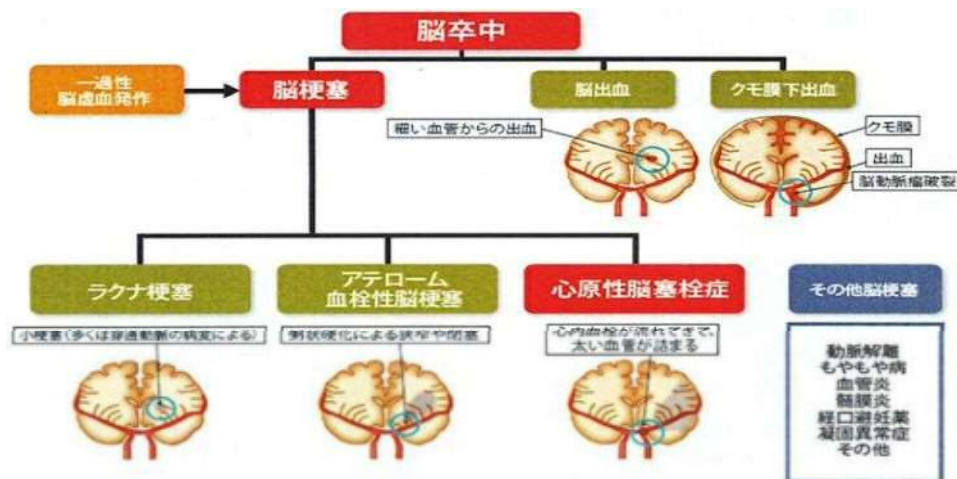
図2 脳血管疾患死亡率の推移（10万人当たり）

（単位：人）



（資料：北海道地域保健情報年報）

図3 脳卒中の分類



（資料：脳卒中予防の提言）

表1 脳卒中とリスク因子

リスク因子	高血圧	糖尿病	高LDL	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリックシンドローム	慢性腎臓病
脳梗塞	ラクナ梗塞	●					●	●
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●	●	●	●	●
	心原性脳梗塞	●			●		●	●
脳出血	脳出血	●						
	くも膜下出血	●						

心疾患には、予防可能ではないものも含まれますが、高血圧の改善や脂質異常症の減少等に向けた取組みを行うことで予防可能な循環器疾患の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率も減少させることを目指します。

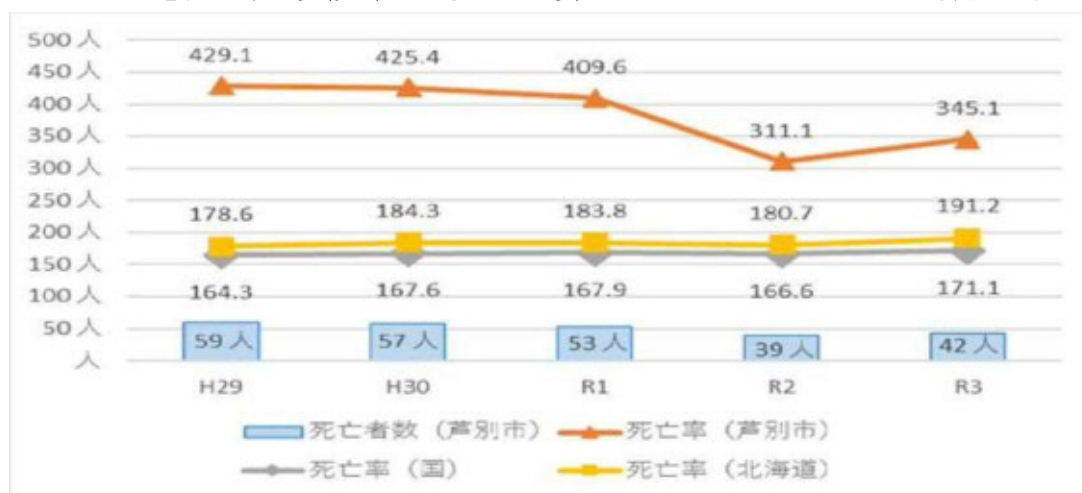
高齢化率の高い本市の心疾患死亡率は、国や北海道に比較し、非常に高く推移しています。特に、虚血性心疾患は、男女ともに標準化死亡比（SMR）でも有意に高くなっています。

（図4、P12図2）

虚血性心疾患のリスク因子は、コントロール可能なものでは、高血圧、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、喫煙、肥満、運動不足等があります。リスク因子を解消することや高度なリスクではなくとも、そのリスクの重なりを減らすことで、虚血性心疾患を予防することができます。

図4 心疾患死亡率の推移（10万人当たり）

（単位：人）



（資料：北海道地域保健情報年報）

心電図検査は、虚血性心疾患の重症化予防において重要な検査の一つです。「安静時心電図にST異常などがある場合は、生命予後の予測指標である（心電図健診判定マニュアル）」ST変化は、心筋虚血を推測する所見であり、その所見があった場合は、血圧、血糖等のリスクに合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

また、心原性脳梗塞は、心房細動等の心疾患により心臓内に血栓が形成され、その一部の血栓が、血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせます。脳梗塞の中でも、死亡や寝たきり状態になる頻度が高い疾患です。しかし、心房細動は心電図検査によって、早期に発見することができます。

令和4年度において、ST所見がみられた者は18人、心房細動は11人でした。虚血性心疾患や心原性脳梗塞を予防するため、医療機関の受診勧奨等を行う必要があります。

（表3）

表3 心電図検査結果

（単位：人、%）

	心電図検査 (a)									
	ST所見 (b)		心房細動 (c)		その他の所見 (d)		異常なし (e)			
	(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/a)(%)	(人)	(d/a)(%)	(人)	(e/a)(%)
R4年度	755	100	18	2.4	11	1.5	170	22.5	556	74

（資料：令和4年度芦別市国民健康保険特定健康診査）

② 高血圧の改善

高血圧は、循環器疾患の確立した危険因子であり、特に日本人では、喫煙と並んで主な原因となることが示されています。循環器疾患の発症や死亡へのリスクは、高血圧領域だけではなく、正常高値血圧と高値血圧（正常血圧と高血圧の間の領域）においても大きいことから、血圧レベルと循環器疾患の関連は、少なくとも正常血圧領域までは低ければ低いほど望ましいと考えられ、40歳から80歳代までの各年齢層で血圧と総死亡は正の関連を示しています。

さらに、高血圧治療薬を用いた臨床試験等では、血圧降下による循環器疾患予防効果が明白であり、高齢者でも80歳以上を対象とした臨床試験において総死亡の減少が確認されています。（表4）

これらを踏まえ、高血圧治療薬非服薬者、服薬者を問わず、40歳以上の血圧のレベルを正常血圧に近づくよう低下させることが重要です。

表4 血圧値分類 （単位：mmHg）

	正常血圧	正常高値血圧	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
収縮期	<119	120-129	130-139	140-159	160-179	180以上
拡張期	<79		80-89	90-99	100-109	110以上

（資料：日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2019」）

本市の血圧値分類においては、受診勧奨判定値であるI度高血圧以上は、令和元年度以降は減少しています。一方、高値血圧は増加しているため、循環器疾患予防のためにも、正常血圧領域まで下げることが望ましいです。（表5）

表5 血圧値分類の推移 （単位：％）

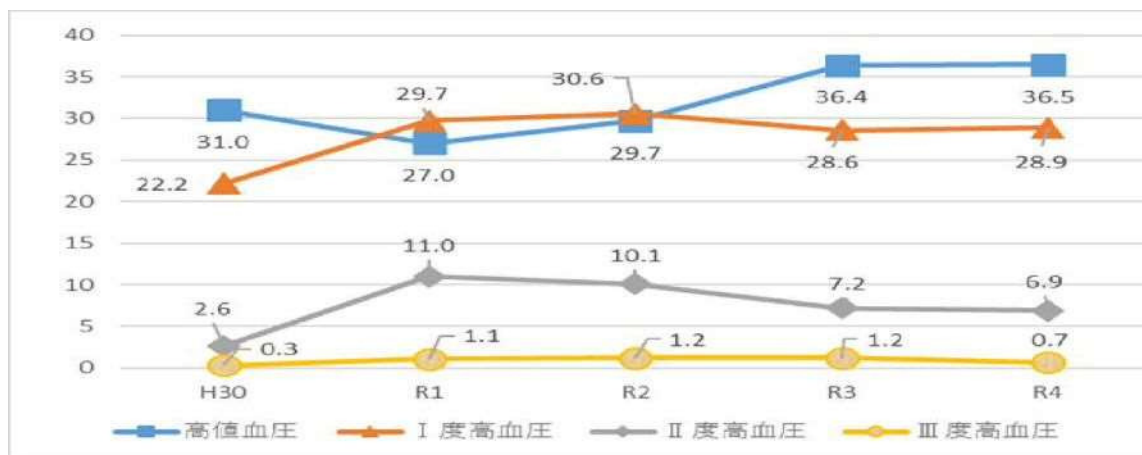
	正常		正常と高血圧の間	高血圧			合計
	正常血圧	正常高値血圧	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	
H30年度	29.6	23.8	25.6	17.3	2.5	1.2	21.0
R1年度	16.3	18.1	30.2	24.1	9.4	1.9	35.4
R2年度	16.2	16.6	32.4	24.3	8.5	2.0	34.8
R3年度	19.8	15.9	32.8	23.5	6.2	1.8	31.5
R4年度	18.9	18.6	33.7	22.3	5.2	1.4	28.9

（資料：KDB及びKDBexpander）

高血圧で医療機関に受診しており治療している者の血圧分類の推移では、高値血圧は27.0％から36.5％、I度高血圧は22.2％から30.6％と高値血圧とI度高血圧の割合が多く、高値血圧の割合は、増加傾向です。また、II度高血圧は2.6％から11.0％、III度高血圧は0.3％から1.2％もあり、治療していても血圧コントロールに課題があることがわかります。このことから、高血圧治療中の者にも、医療機関との連携により効果的な保健指導を実施する必要があります。（P60図5）

図5 高血圧治療中者の血圧分類の推移

(単位：％)



(資料：KDB及びKDBexpander)

③ 脂質（LDLコレステロール）^{注23} 高値の者の減少

脂質異常症は、虚血性心疾患（冠動脈疾患）の危険因子であり、国内外のコホート研究^{注24}においてLDLコレステロール値の上昇に伴い、冠動脈疾患の発症率や死亡率が上昇することが報告されていますが、脳血管疾患については、LDLコレステロール値と出血性脳卒中に負の関連を示す報告があるほか、高LDLコレステロール血症は、アテローム血栓性脳梗塞の発症を高めることも報告されています。

これらを踏まえ「動脈硬化症疾患予防ガイドライン2022年版」^{注25}に基づく低リスク者（危険因子のレベルや保有数から判定される10年以内に虚血性心疾患又はアテローム血栓性脳梗塞を発症する確率が2％未満の者）の脂質管理目標を160mg/dlとし、生活習慣の改善や服薬加療によりLDLコレステロール値を低下させることで、冠動脈疾患の死亡率が減少することが明らかであるため、脂質異常症治療薬の非服薬者、服薬者を問わず脂質高値の者の割合を減少することが重要です。

本市の令和4年度のLDLコレステロール値（160mg/dl）は、8.3%となっており、令和2年度からは年々減少傾向にあります。国の11.0%と比較しても、低くなっています。

経年的にも受診勧奨判定値、保健指導判定値が減少し、正常域が増えていますが、低LDLコレステロール（70mg/dl未満）は、脳出血のリスク因子となるため、注意が必要です。

（表6）

表6 LDLコレステロール値の推移

(単位：％)

	正常域	保健指導判定値 (境界域)	受診勧奨判定値 (高コレステロール血症)			
	120未満	120-139	140-159	160-179	180以上	160以上の合計
H30年度	47.0	23.1	16.7	9.1	4.0	13.1
R1年度	49.0	23.6	14.4	8.5	4.5	13.0
R2年度	46.6	23.8	15.7	8.9	5.0	13.9
R3年度	55.5	20.9	14.8	6.2	2.6	8.8
R4年度	58.6	20.8	12.3	6.1	2.2	8.3

(資料：KDB及びKDBexpander)

④ メタボリックシンドローム^{注26)}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、その該当者は増加傾向にあり、予備群については年度で増減はありますが減少はしていません。（表7、8、9）

表7 メタボリックシンドロームの診断基準

必須項目	腹囲		男性 \geq 85cm 女性 \geq 90cm
選択項目	1	脂質 中性脂肪 かつ/または HDLコレステロール	\geq 150mg/dl <40mg/dl
	2	血压 収縮期（最大）血压 かつ/または 拡張期（最小）血压	\geq 130mmHg \geq 85mmHg
	3	血糖 空腹時血糖 かつ/または HbA1c	\geq 110mg/dl \geq 6.0%

※選択項目1～3の診断や薬物治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。

表8 メタボリックシンドロームの判断基準

メタボリックシンドローム該当者	上記1～3のうち2項目以上該当
メタボリックシンドローム予備群	上記1～3のうち1項目該当
メタボリックシンドローム非該当	上記1～3のうち該当する項目なし

表9 メタボリックシンドロームの該当者・予備群の推移（単位：人、%）

	メタボリックシンドローム該当者		メタボリックシンドローム予備群	
	対象者数	割合	対象者数	割合
H30年度	166	19.9	117	14.0
R1年度	182	21.1	128	14.9
R2年度	186	24.3	91	11.9
R3年度	195	25.5	94	12.3
R4年度	166	23.9	93	13.4

（資料：KDB及びKDBexpander）

本市のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群は、男女ともに、国や北海道と比較しても多く、男女の比較では、国や北海道と同様に、女性よりも男性が多いです。

（P62表10）

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

表10 メタボリックシンドロームの該当者・予備群の男女比等

(単位：人、%)

		芦別市		北海道	国
		対象者数	割合		
メタボ該当者		166	23.9	20.2	20.6
	男性	113	37.2	32.9	32.9
	女性	53	13.6	11.0	11.3
メタボ予備群		93	13.4	11.0	11.1
	男性	56	18.4	18.0	17.8
	女性	37	9.5	5.9	6.0

(資料：令和4年度KDB及びKDBexpander)

⑤ 特定健康診査の受診率の向上

生活習慣病は、自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指します。

本市の受診率は、国よりは低く、北海道より高い状態で推移しています。受診率は、国の60%の目標値に達していません。(表11)

年齢階層別の受診率では、40歳代は上昇傾向で、50歳代以降は年度によりばらつきがあり、通院している者も多くなります。通院していても継続して特定健診の受診ができるよう、今後も対象者の状況に応じた受診率向上の施策が重要になってきます。(P63図5)

表11 特定健診受診率の推移

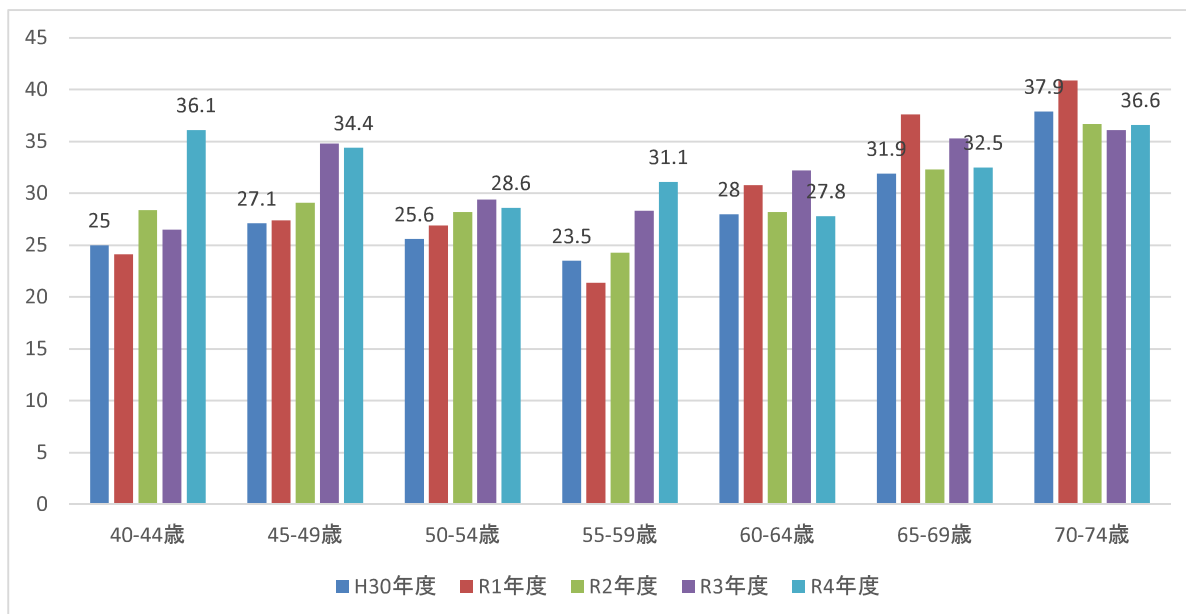
(単位：人、%)

	芦別市			北海道	国
	対象者数	受診者数	受診率	受診率	受診率
H30年度	2,576	836	32.5	29.5	37.9
R1年度	2,415	859	35.6	28.9	38.0
R2年度	2,336	764	32.7	27.0	33.7
R3年度	2,234	766	34.3	27.9	36.4
R4年度	2,060	695	33.7	29.7	-

(資料：KDB及びKDBexpander)

図5 年齢階層別 特定健診受診率の推移

(単位：%)



(資料：KDB及びKDBexpander)

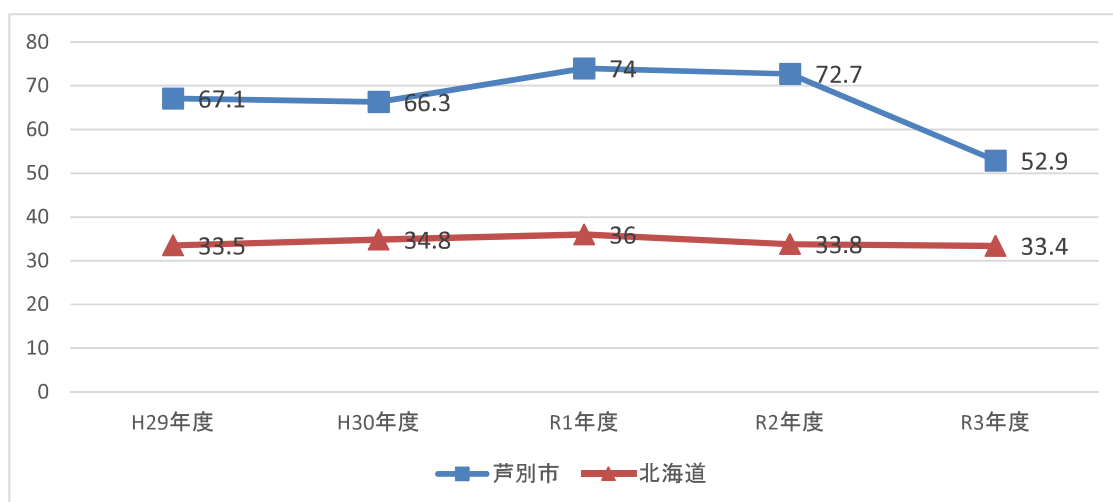
⑥ 特定保健指導の実施率の向上

個人の状況に応じた特定保健指導の実施により、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる事が重要です。

本市の特定保健指導の実施率は、北海道と比較すると高いですが、令和3年度は、国の目標の60%に達していないため、更なる実施率の向上を目指します。(図6)

図6 特定保健指導の実施率の推移

(単位：%)



(資料：KDB及びKDBexpander)

対 策

健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策

- 対象者への個別案内、広報や国保だよりによる周知
- がん検診等との同時実施
- 医療機関等との連携

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（高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病（CKD）も発症リスクに加える）
家庭訪問や健康相談、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施
- 若年者健康診査の実施（国民健康保険加入者30歳以上）
- 特定保健指導以外の保健指導対象者の拡大
- 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

(3) 糖尿病

はじめに

全国の「糖尿病が強く疑われる人」は増加傾向であり、人口構成の高齢者や肥満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。

糖尿病は、神経障害^{注27)}、網膜症^{注28)}、腎症^{注29)}、足病変^{注30)}といった合併症を発症し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることが明らかになっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから適切な対策は必要です。

糖尿病性腎症は、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、糖尿病性網膜症は、成人の中途失明の主要な要因でもあり、糖尿病は、身体視覚障害と認定された者の原因疾患の第3位（12.8%）に位置しています。

糖尿病の治療の目的は、良好な血糖コントロールを維持し、合併症の発症・進展の阻止・抑制することによって、生活の質を保つことであり、糖尿病の発症予防及び適切な治療による重症化予防を通じて、最終的には健康寿命の延伸を目指します。（P66図1）

基本的な考え方

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切れ目なく講じることが、健康増進の総合的な推進策として重要であることから、糖尿病対策に関する目標としては、一次予防、二次予防、三次予防それぞれに関わるものを設定することが望ましいです。

① 発症予防（一次予防）

一次予防とは、「糖尿病の発症予防」です。2型糖尿病は、生活習慣の影響のみで発症するわけではなく、遺伝的素因等も関与していることには十分に留意する必要がありますが、健康づくりによる予防の観点からは、生活習慣や環境の改善は重要な要素であります。

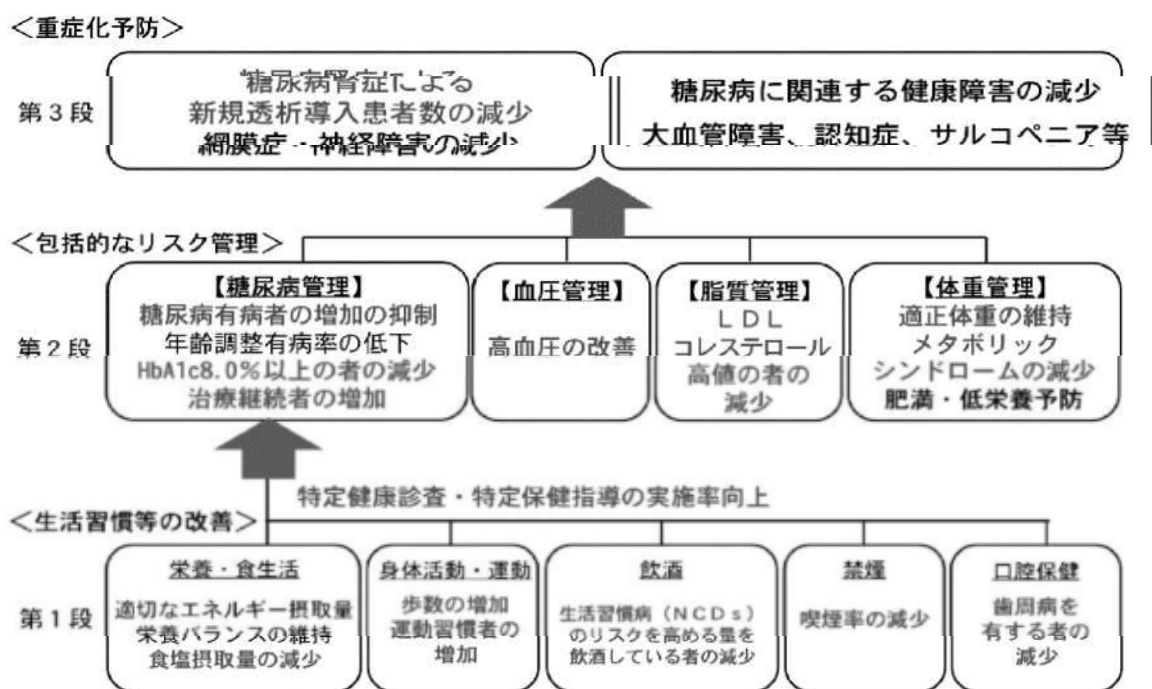
食生活の乱れや多量飲酒、身体活動量の低下等の生活習慣が発症に大きく関与するとともに、受動喫煙を含めた喫煙、睡眠の質・量の低下、うつ傾向や精神ストレスが発症の危険因子であることや、歯周病が血糖コントロールに影響を与えていることが報告されています。

加えて、低出生体重児（2,500g未満）は、将来の肥満や糖尿病につながることを示されていることや、こどもの肥満が増加していること等も、糖尿病対策として重要です。

② 重症化予防（二次予防・三次予防）

二次予防とは、「糖尿病の適切な治療による合併症の予防」、三次予防とは、「合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善」です。糖尿病の合併症の予防・進展抑制には、血糖管理だけでなく、高血圧症や脂質異常症の治療、禁煙、肥満の是正等の包括的な管理が必要です。

図1 糖尿病領域のロジックモデル



（資料：健康日本21（第三次）推進のための説明資料）

現状と目標

① 糖尿病の合併症（糖尿病性腎症）の減少

近年、全国的に糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数は、増加から横ばいに転じています。人工透析導入を1年でも遅らせることは、生活の質（QOL）や医療経済への影響を軽減するうえでも重要です。腎機能が低下しても人工透析導入に至らないよう管理することが重要です。

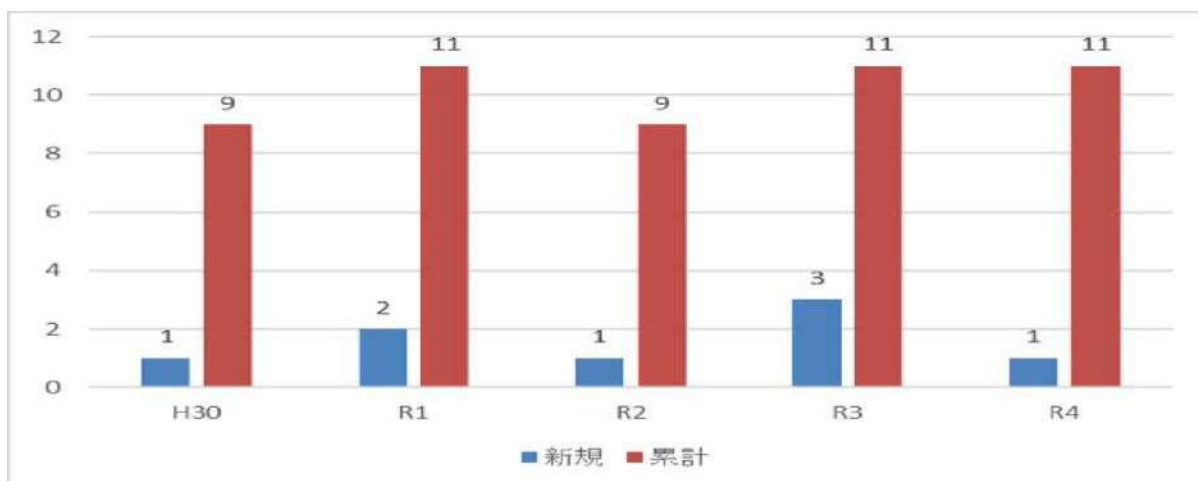
本市の糖尿病性腎症により新規人工透析導入患者は、平成30年から令和4年の間に年間1～3人となっています。（P67図2）人工透析導入者の人工透析導入時の平均年齢は63.3歳です。

糖尿病の発症から糖尿病性腎症による人工透析に至るまでの期間は、約20年といわれていることから、若い世代からの国民健康保険特定健康診査受診勧奨とともに、国民健康保険に移行する前の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。

人工透析患者の死因の約3割が脳血管疾患や虚血性心疾患が原因であり、糖尿病の重症化予防は、人工透析導入のみならず循環器疾患の予防にもつながります。

図2 糖尿病性腎症による人工透析を受けている者の推移

(単位：人)



(資料：身体障害者手帳交付状況)

② 治療継続者の増加

糖尿病における治療中断者を減少させることは、糖尿病合併症抑制のために重要です。

糖尿病が強く疑われる者（HbA1c6.5%以上）^{注31）}の治療状況は、73.3%～77.7%で推移し、令和元年度国民・健康栄養調査では、67.6%であるため、国と比較すると治療継続している者が多いですが、HbA1c6.5%～7.0%の治療継続している者が少ないため、積極的な受診勧奨や保健指導が必要です。（表1）

表1 糖尿病が強く疑われる者の治療状況の推移（40～74歳）

(単位：人)

HbA1c	H30			R1			R2			R3			R4		
	該当者数	服薬あり	割合	該当者数	服薬あり	割合	該当者数	服薬あり	割合	該当者数	服薬あり	割合	該当者数	服薬あり	割合
6.5%以上 7.0%未満	40	24	60.0%	45	28	62.2%	35	21	60.0%	30	22	73.3%	30	16	64.3%
7.0%以上 8.0%未満	29	26	89.7%	26	24	92.3%	38	33	86.8%	35	26	74.3%	33	24	77.4%
8.0%以上	15	13	86.7%	15	12	80.0%	21	19	90.5%	19	17	89.5%	16	11	81.2%
合計	84	63	75.0%	86	64	74.4%	94	73	77.7%	84	65	77.4%	79	51	64.6%

(資料：KDB及びKDBexpander)

世代別にみると、40～64歳では、年々治療している者が減少しており、65歳以上と比較して治療している者が少ないです。（P68表2、P68表3）

未治療者の中には、糖尿病と診断を受け、経過観察中である等、医療機関の受診を継続している者もいます。

糖尿病の治療の基本は、食事と運動であり、治療効果を上げ血糖コントロールを良好に保つためにも、医療機関と連携しながら個別支援を継続していくことが必要です。

表2 糖尿病が強く疑われる者の治療状況の推移（40～64歳）

（単位：人）

HbA1c	H30			R1			R2			R3			R4		
	該当者数	服薬あり	割合	該当者数	服薬あり	割合	該当者数	服薬あり	割合	該当者数	服薬あり	割合	該当者数	服薬あり	割合
6.5%以上 7.0%未満	6	3	50.0%	1	0	0.0%	6	4	66.7%	4	2	50.0%	7	3	42.0%
7.0%以上 8.0%未満	7	7	100.0%	9	9	100.0%	8	6	75.0%	10	5	50.0%	4	2	50.0%
8.0%以上	3	3	100.0%	2	0	50.0%	7	6	85.7%	5	5	100.0%	7	3	71.4%
合計	16	13	81.3%	12	12	83.3%	21	16	76.2%	19	12	63.2%	18	8	55.6%

（資料：KDB及びKDBexpander）

表3 糖尿病が強く疑われる者の治療状況の推移（65～74歳）

（単位：人）

HbA1c	H30			R1			R2			R3			R4		
	該当者数	服薬あり	割合	該当者数	服薬あり	割合	該当者数	服薬あり	割合	該当者数	服薬あり	割合	該当者数	服薬あり	割合
6.5%以上 7.0%未満	34	21	61.3%	44	28	63.6%	29	17	58.6%	26	20	76.9%	21	15	71.4%
7.0%以上 8.0%未満	22	19	86.4%	17	15	88.2%	30	27	90.0%	25	21	84.0%	27	22	81.5%
8.0%以上	12	10	83.4%	13	11	84.6%	14	13	92.9%	14	12	85.7%	9	8	88.9%
合計	68	50	73.5%	74	54	73.0%	73	57	78.1%	65	53	81.5%	57	45	78.9%

（資料：KDB及びKDBexpander）

③ 血糖コントロール不良者の減少

血糖コントロールの指標については、個々の年齢と合併症に応じて適切な目標を設定する必要がありますが、この計画では、HbA1c8.0%以上を血糖コントロール不良者の指標とします。本指標は、性・年齢別で差があるため、それぞれにおける分析が重要です。

本市の令和4年度特定健康診査結果では、HbA1c8.0%以上は、16人でした。

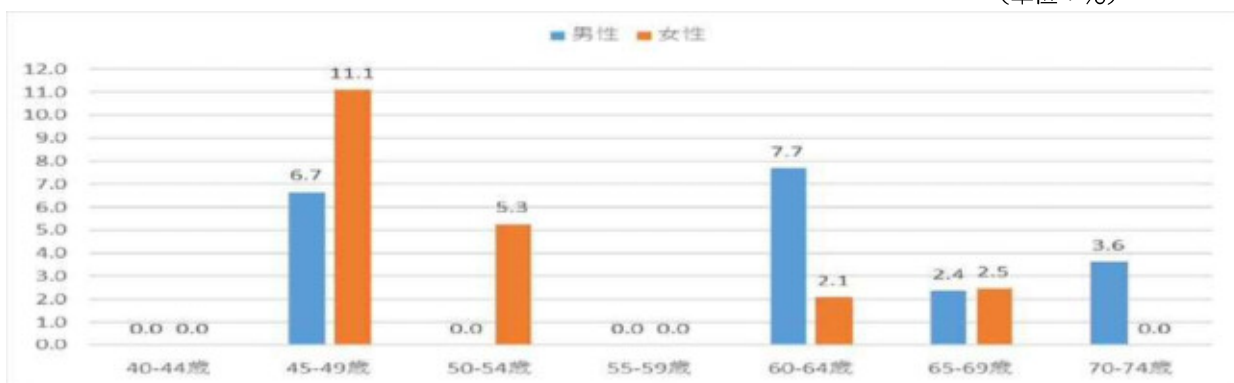
（P67表1）

国では、男性の就労世代に課題が認められますが、本市は、45～49歳男女、50～54歳女性、60～64歳男性が多くなっています。血糖コントロール不良者の割合を減らすとともに、特定健康診査の受診率が向上し、潜在している対象者を把握することが重要です。

（図3）

図3 HbA1c8.0%以上の者の割合

（単位：%）



（資料：令和4年度KDB及びKDBexpander）

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

一次予防の指標としては、「糖尿病有病者の増加の抑制」を目指します。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、糖尿病の合併症を予防することになります。

本市の糖尿病が強く疑われる者（HbA1c6.5%以上）は、10.0～12.3%で推移しています。（表4）

表4 HbA1c分類の推移

（単位：人）

	H30		R1		R2		R3		R4		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
特定健診受診者数	836	-	861	-	766	-	766	-	718	-	
HbA1c	6.5%以上7.0%未満	40	4.8%	45	5.2%	35	4.6%	30	3.9%	30	4.2%
	7.0%以上8.0%未満	29	3.5%	26	3.0%	38	5.0%	35	4.6%	33	4.6%
	8.0%以上	15	1.8%	15	1.7%	21	2.7%	19	2.5%	16	2.2%
	合計	84	10.0%	86	10.0%	94	12.3%	84	11.0%	79	11.0%

（資料：KDB及びKDBexpander）

60歳を過ぎるとインスリンの分泌量が低下することを踏まえると、高齢化率の高い本市では、糖尿病有病率の増加が懸念されます。

また、高血糖は食生活のあり方が大きく影響しますが、食生活は、親から子へつながっていく可能性が高い習慣です。市民の食生活の特徴や食に関する価値感にあわせ、ライフステージに応じた取組みが必要です。また、2型糖尿病は、発症までに10～20年の生活習慣が影響するといわれています。このことから、40歳未満の若い世代や妊婦などの長期的な視野での糖尿病の発症予防が重要になります。

平成30年度から令和4年度に妊婦一般健康診査受診票を交付した者のうち、妊娠糖尿病と診断された者は、1人～7人で推移しています。（表5）

表5 妊娠糖尿病と診断された者の推移

	妊婦一般健康 診査受診票 交付人数（人）	妊娠糖尿病と診 断された人数 （人）	診断率（%）
H30年度	59	5	8.5
R1年度	43	2	4.7
R2年度	46	7	15.2
R3年度	40	1	2.5
R4年度	47	2	4.3

（資料：妊婦一般健康診査受診結果）

対 策

(循環器疾患の対策と重なるものは除く)

糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- 妊娠期からの保健指導及び情報提供
- 特定健診保健指導及びHbA1c値に基づいた保健指導
- 上記対象者で、未治療者・中断者に対して医療機関の受診勧奨を実施
- 糖尿病性重症化予防プログラムに沿った保健指導の実施
 糖尿病連携手帳を活用しながら医療との連携を図る
- 集団で学習できる健康教育の実施

5 生活機能の維持・向上

(1) 骨粗鬆症

はじめに

健康寿命が「日常生活に制限のない期間の平均」であることを鑑みると、生活習慣病の発予防・重症化予防に限らない健康づくりが重要です。

基本的な考え方

骨粗鬆症と、ロコモティブシンドローム、サルコペニア^{注32)}、フレイル^{注33)}は、互いに重なり合う部分が多く、いずれも日常生活での運動量を減少させ、そのことがさらに病状を悪化させます。

骨粗鬆症は、ロコモティブシンドロームの構成疾患のひとつであり、サルコペニアを合併する場合があります。フレイルの状態にある人では、骨粗鬆症を有している人が多いとされています。

骨粗鬆症検診の目的は、無症状の段階で骨粗鬆症及びその予備群を発見し、早期に介入することです。骨粗鬆症検診を行うことで、骨粗鬆症性骨折が減少し、健康寿命の延伸につながるため、骨粗鬆症検診の受診率の向上を図る必要があります。

骨粗鬆症予防は「若いうちから」

骨量は性別に関係なく、加齢に伴って減少します。特に女性では、閉経を機に、骨量は急激に減少します。骨量の減少は40代頃から始まるため、30代までの予防行動、すなわち「骨量を維持する」行動が重要です。

人の一生のうち、骨量が増える時期は成長期のみであり、10代では、バランスのよい食事や適度な運動、過度なダイエットを避けることが大切です。男性で18～20歳頃、女性で15～18歳頃に最大骨量に到達し、20代・30代では、骨代謝を繰り返すことで40代まで最大骨量を維持します。しかし、骨量減少には生活習慣が影響するため、若いうちから、骨量が減少しにくい生活習慣を身に付けておく必要があります。カルシウム、ビタミンD、たんぱく質の摂取を意識することや、“やせ”を防ぐこと、ビタミンD生成を促すため、過度な紫外線防御をやめることなどが重要です。

40代では、骨密度の減少が始まり、閉経前から閉経後までの10年間では、15%の骨量が減少すると言われており、骨量の推移を把握することで、骨粗鬆症の早期発見につながることができます。60代以降では、日常的に適度に身体を動かしながら転倒に注意し、足腰の痛みなど症状がある場合は、早めの受診を心がけることが重要です。

これらの年代別特徴から、骨粗鬆症検診を40歳から定期的に受診することは、骨粗鬆症の発症予防・早期発見に寄与できると言えます。

参考：公益財団法人 骨粗鬆症財団公式ホームページ
「年代別予防のポイント」

現状と目標

① 骨粗鬆症検診受診率の向上

本市の骨粗鬆症検診の受診率は、全国5.3%（令和3年度）より、令和元年度以外は高く推移しています。検診結果では、「異常なし」より「要指導」及び「要精密検査」の者が多いため、「要指導」には骨量減少の抑制の指導と、「要精密検査」には精密検査の受診勧奨が重要となります。また、検診結果に応じた検診受診間隔を推奨します。（表1、図1）

なお、本市の骨粗鬆症検診の対象者は、40歳以上ですが、健康増進法に基づく骨粗鬆症検診では、対象年齢を40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳の節目の年齢とされています。受診率の算定に当たっては、国や北海道、他自治体との比較等を踏まえ、節目年齢を対象とします。

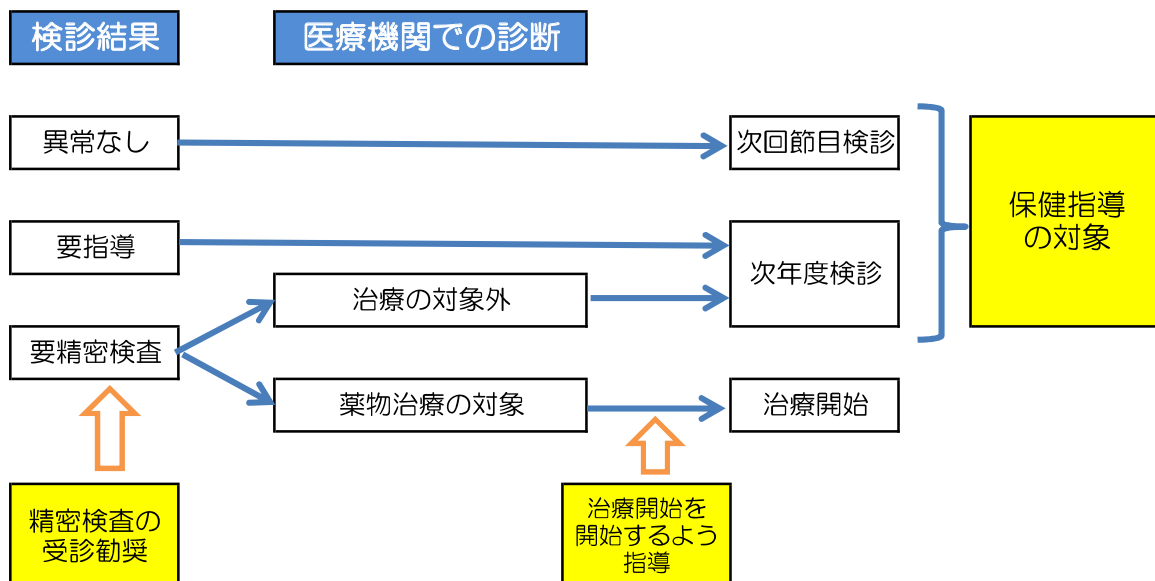
表1 芦別市の骨粗鬆症受診率の推移

（単位：人、％）

		H30	R1	R2	R3	R4
節目年齢対象者		699	681	658	618	540
節目年齢受診者		43	33	52	37	38
受診率		6.2	4.9	7.9	6.0	6.4
40歳以上受診者		262	250	321	202	259
検診結果	異常なし	57	83	86	36	68
	要指導	101	111	156	100	120
	要精密検査	95	56	79	66	71
	要治療継続	9	0	0	0	0

（資料：地域保健報告）

図1 検診結果に応じた保健指導及び検診受診間隔



（資料：骨粗鬆症検診・保健指導マニュアル 第2版）

対 策

骨粗鬆症の発症と重症化予防のための施策

- 骨粗鬆症検診（40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳の女性）
※検診結果が要指導となった場合は、節目年齢ではない年度でも受診可能とする。（P72図1）
- 要指導者・要精検者の受診状況の台帳管理

骨粗鬆症検診受診率向上の施策

- 骨粗鬆症検診結果に応じた受診勧奨（P72図1）
- 受診者に対し、検診結果とともに次回検診時期を通知

6 休養・こころの健康（芦別市自殺対策計画）

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。

こころの健康を保つには多くの要素があり、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活、これらに、心身の疲労回復と充実した人生を目指すために休養が加えられ、健康のための3つの要素とされてきました。

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

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

こころの健康を守るためには、社会環境的な要因からのアプローチが重要で、社会全体で取り組む必要がありますが、ここでは、個人の意識と行動の変容によって可能となる、こころの健康を維持するための取組みに焦点をあてます。

全国では、10歳から39歳までの死因第1位が自殺となり、40歳代では第2位、50歳から55歳でも第3位となっています。令和4年度は全国の児童生徒の自殺者数が514人と過去最高となり、どの年代においても社会的に大きな課題となっています。

本市においては、平成30年から令和4年の間で毎年1～5人が自ら尊い命を絶つ状態が続いています。

今後もこころの健康に関する知識の普及啓発等の取組みを継続するとともに、本市の実態や令和4年に見直された新たな自殺総合対策大綱を踏まえ、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目指し、関係機関との連携を強化し、地域全体で自殺予防対策を推進していきます。

基本的な考え方

さまざまな課題を抱えている現代社会においては、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。

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。また、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。

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。

現状と目標

① 睡眠で休養がとれている者の増加

日々の生活においては、睡眠や余暇が重要であり、十分な睡眠や余暇活動は、心身の健康に欠かせません。

睡眠不足は、日中の眠気や疲労に加え、頭痛等の漠然とした不調、情緒不安定、注意力や判断力の低下に関連する作業能率の低下等、多岐にわたる影響を及ぼし、事故等、重大な結果を招く場合もあります。また、睡眠不足を含めたさまざまな睡眠の問題が慢性化すると、肥満、高血圧、糖尿病、心疾患や脳血管疾患の発症のリスク上昇と症状悪化に関連し、死亡率の上昇にも関与することが明らかとなっています。

また、睡眠の問題はうつ病等の精神障害において、発症初期から出現し、再燃・再発リスクを高めることが知られていますが、不眠の存在自体が精神障害の発症リスクも高めるという報告もあります。

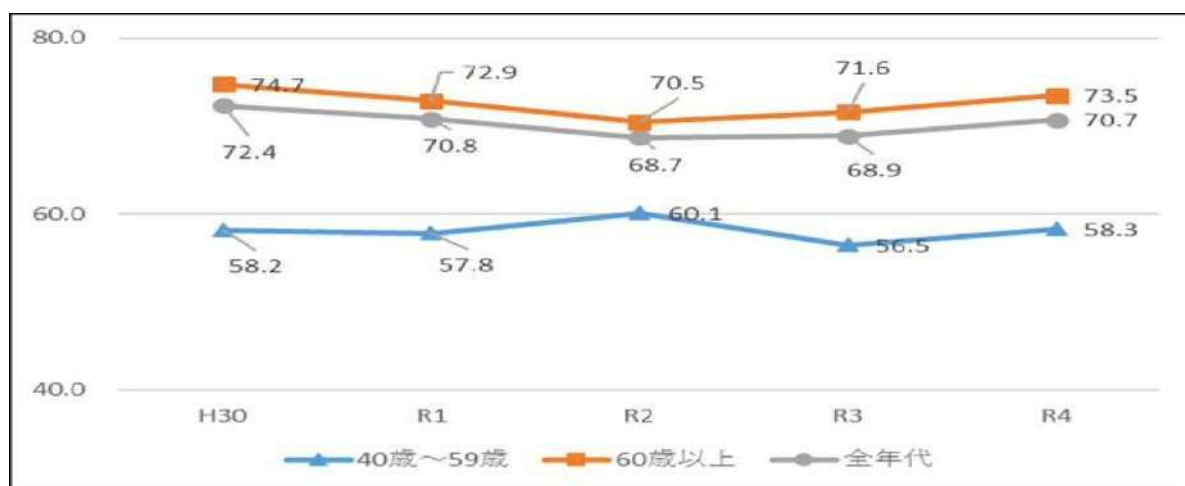
いわゆる「熟睡感」、「睡眠の質」、「睡眠休養感」といった「睡眠により休養をとれていると感じているか」に関連する主観的評価について、高血圧、糖尿病、心疾患やうつ病等の精神的健康と強く関連するという報告が多く認められ、より良い睡眠を取ることは心身の健康の保持・増進においては極めて重要です。

本市の令和4年度の睡眠で休養がとれている者の割合は、全年代で70.7%となっており、平成30年度より低く、国の78.3%より低くなっています。（図1）

20歳以上60歳未満の世代と60歳以上の世代では、睡眠により休養感がある者の割合に顕著な差があるといわれており、本市は、40歳から59歳が58.3%、60歳以上が73.5%となっており、両世代とも国より低くなっています。

図1 睡眠で休養がとれている者の年次推移

（単位：％）



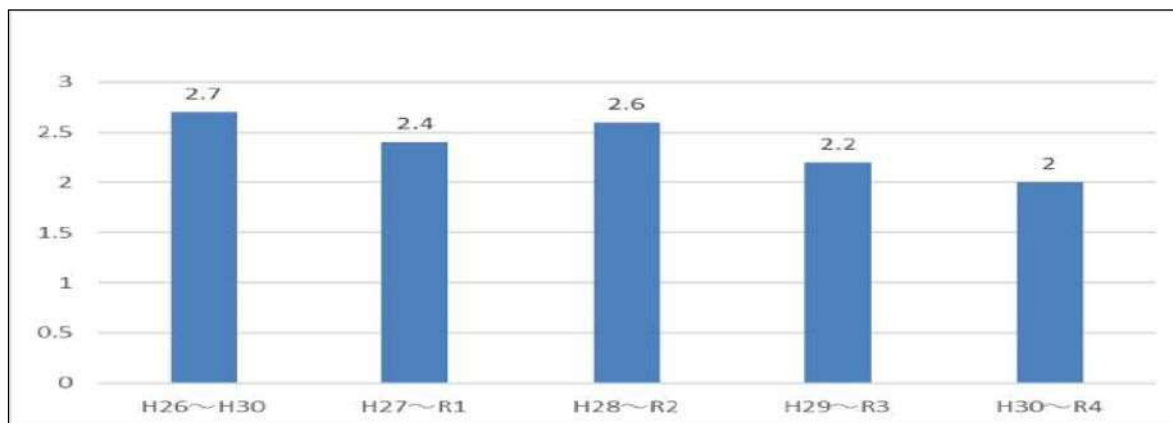
（資料：芦別市国民健康保険特定健康診査受診結果）

② 自殺者の減少（5年間平均）

本市の自殺者の5年間における平均人数は、2.0人から2.7人で推移しており、平成30年から令和4年は2.0人で、平成26年から平成30年の2.7人より減少しています。（図2）

図2 自殺者の5年平均人数

（単位：人）

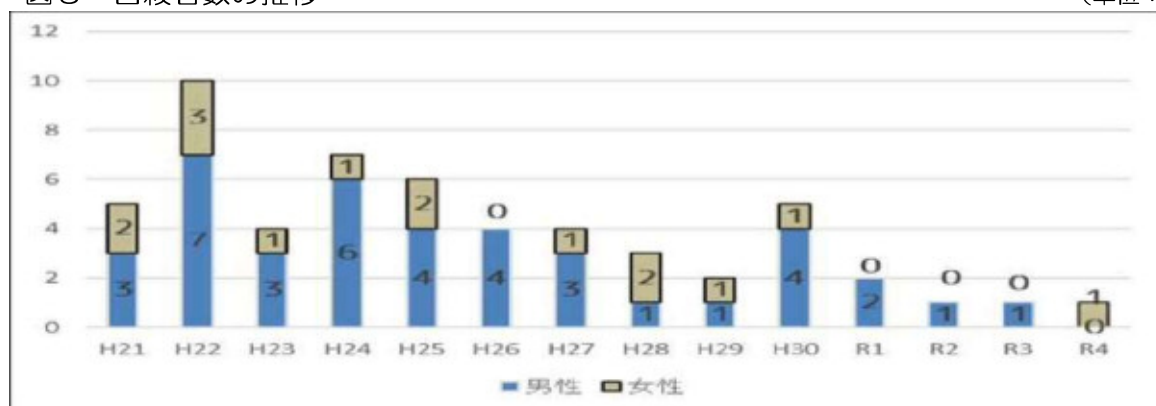


（資料：厚生労働省自殺対策推進室「地域における自殺の基礎資料」）

本市の自殺死亡者数は、平成22年の10人をピークに年々減少してきており、死亡率も北海道より低くなっています。（図3、4）

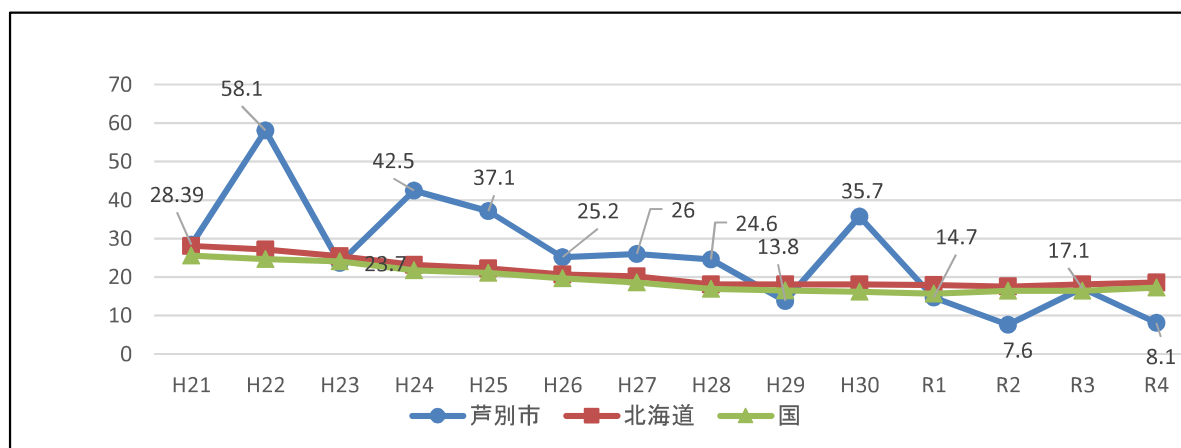
図3 自殺者数の推移

（単位：人）



（資料：厚生労働省自殺対策推進室「地域における自殺の基礎資料」）

図4 自殺死亡率の推移（10万人対）



（資料：厚生労働省自殺対策推進室「地域における自殺の基礎資料」）

平成29年から令和3年までの5年間の自殺者数を、男女別・年齢別に国と比較すると、本市の特徴としては、80歳以上の男性の自殺率が最も多く、次いで30歳代の女性、20歳代の男性、30歳代の男性、70歳代の男性、60歳代の男性の順に高くなっています。

20歳代、30歳代の若い世代の自殺が高い背景としては、うつ状態などの精神疾患を抱えていたり、学校や職場の人間関係の悩み、子育ての悩み、離職や失業による生活苦、借金や多重債務などがあり、こころの健康についての啓発や相談機関の周知を強化していくとともに、医療や福祉、その他の関係機関と連携をはかり、支援体制を厚くしていくことが必要です。

子育ての悩みに関連して、本市では、母子健康手帳交付時から、出産後の新生児訪問、乳幼児健診において、周産期うつのスクリーニングや養育者が不安なく育児ができるよう切れ目のない支援を実施しています。今後も医療機関をはじめとする関係機関と連携を図り、地域で安心して子育てができるよう取組みます。

男性60歳以上の特徴では、うつ状態などの精神疾患や、身体疾患、失業、介護疲れ、アルコール依存があります。有職者の自殺もあり、労働者数50人未満の小規模事業所では、メンタルヘルス対策に遅れがあることが指摘されています。

国の現状として、メンタルヘルスに取り組む事業所の割合は、59.2%となっており、令和9年度までに80%を目標としています。

本市においても、関係機関と連携し市内の事業所へ働きかけ、対策を講じる必要があります。男女とも80歳以上の者の自殺の実態は明らかになっていませんが、本市は高齢化率が高く、高齢夫婦や独居世帯も多いため、見守りや交流などの地域福祉活動との連携が重要となります。（P78図5、P78表1）

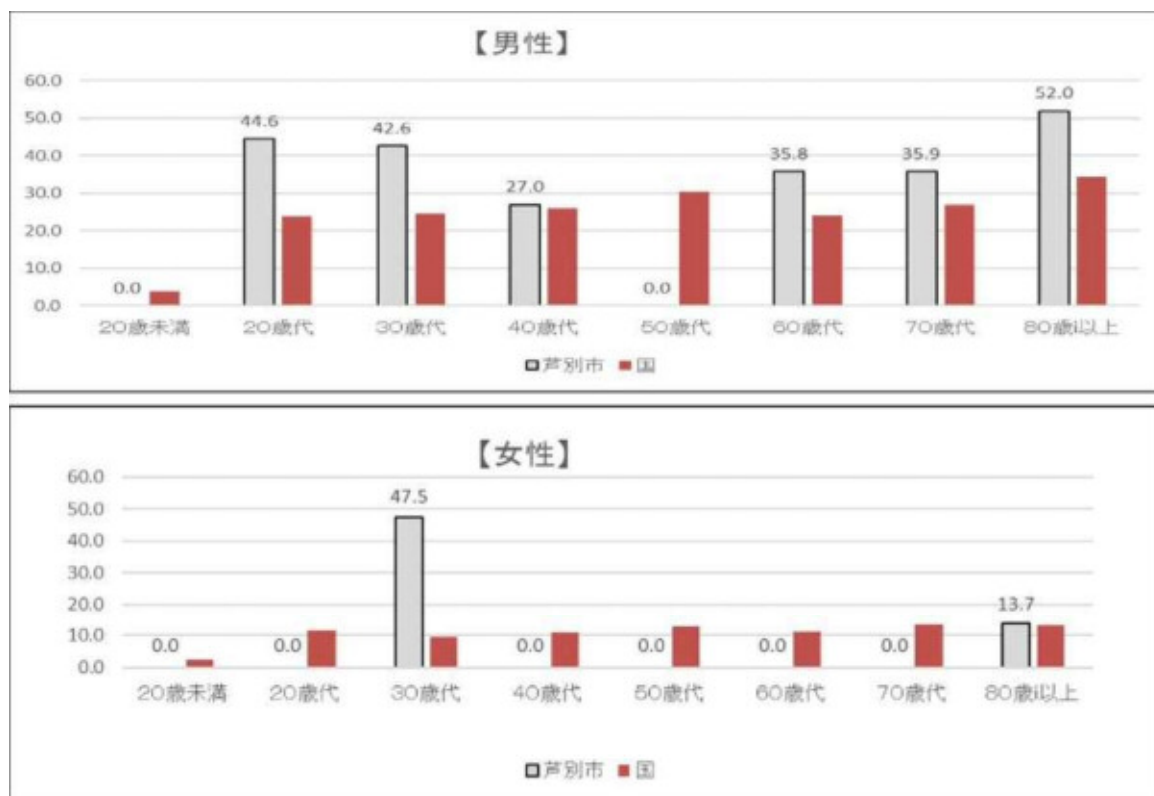
WHOの推計によれば、1件の自殺に対して20件以上の自殺未遂が発生していた可能性があり、過去の自殺企図や自傷行為は、危険因子（自殺につながりやすい因子）であり、自殺総合対策大綱でも自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐことが重点施策のひとつとなっています。本市においても、医療機関や関係機関と連携を図り自殺予防に取り組みます。

自殺は、精神保健上の問題だけでなく、人間関係や生活苦など様々な社会的要因が絡み合い、その多くが追い込まれた末の死です。自殺対策は、保健分野だけで対策できるものではなく、医療機関のほか、教育や福祉、介護分野、経済面など生活に密接する多くの機関との連携が必要です。

自殺予防は、地域全体で取り組む問題としてとらえる必要があります。市民一人ひとりが自殺を自らと決して無関係ではない問題と意識し、自殺対策に関心と理解を深めていただけるよう、普及啓発を行う必要があります。

自殺対策基本法では、遺族に対しても支援を図ることが掲げられ、平成27年にはすべての都道府県において自死遺族のつどい（わかちあいの会）が開催されるようになりました。遺族の心理的支援だけでなく、生活面の困難な課題についても必要性が認識されるようになり、総合的な支援が目指されるようになっていきます。

図5 性・年代別の平均自殺者死亡率（10万対）（平成29年～令和3年）



（資料：厚生労働省自殺対策推進室「地域における自殺の基礎資料」）

表1 芦別市の主な自殺の特徴

平成29年～令和3年の自殺者の合計11人のうち主な特徴の上位5位までの分析

順位	区分	自殺者数 5年間	割合	自殺率 (10万対)	背景にある主な自殺の危機経路
1位	男性60歳以上 無職同居	4人	36.4%	55.7	失業(退職)→生活苦+介護の悩み(疲れ)+身体疾患→自殺
2位	男性60歳以上 有職同居	2人	18.2%	48.8	①【労働者】身体疾患+介護疲れ→アルコール依存→うつ状態→自殺 ②【自営業者】事業不振+借金+介護疲れ→うつ状態→自殺
3位	男性20～39歳 無職独居	1人	9.1%	3676.1	①【30代その他無職】失業→生活苦→多重債務→うつ状態→自殺 ②【20代学生】学内の人間関係→休学→うつ状態→自殺
4位	男性20～39歳 有職独居	1人	9.1%	144.3	①【正規雇用】配置転換→過労→職場の人間関係の悩み+仕事の失敗→うつ状態→自殺 ②【非正規雇用】(被虐待・高校中退)非正規雇用→生活苦→借金→うつ状態→自殺
5位	女性20～39歳 無職同居	1人	9.1%	94.3	DV等→離職→生活苦+子育ての悩み→うつ状態→自殺

（厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺推進センターJSCP調べ）

こどもに対する自殺対策は、その子の現在の自殺対策につながるだけでなく、将来の自殺リスクを低下させることとなり、とても重要です。

市内の小中学校において、児童生徒が命や暮らしの大切さを実感できる教育とともに、命や暮らしの危機に直面した時、誰にどのように助けを求めれば良いのか、具体的かつ実践的な方法を学ぶと同時に、つらい時や苦しい時には助けを求めても良いということを学ぶ教育（SOSの出し方教育）を行ってきました。

児童生徒が、直面する問題に対処する力やライフスキルを身につけることができるよう、今後も継続していきます。

こどものSOSに対して、部署をこえて迅速かつ適切に対応できる相談体制を整備していきます。

③ 心のサポーター数の増加（ゲートキーパー研修受講者等の増加）

世界精神保健調査では、我が国の精神障害に罹患する障害有病率が22.9%であり、精神疾患は誰でも罹患しうることが報告されています。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に向けた施策においても、地域住民への普及啓発を進めるにあたり、メンタルヘルスの問題を抱える人に対し、地域住民の理解や支えも重要です。

こころの不調で悩む人をサポートするため、さらには偏見のない暮らしやすい社会を作るため、メンタルヘルスの基本知識や聴く技術などを学ぶプログラム研修を受講した人を「心のサポーター」と呼び、初期対応方法を広く普及するために、国は、令和16年度末までに、100万人の養成を目指すとしており、本市においても取り組む予定です。

自殺対策では、悩んでいる人に寄り添い、関わりを通して「孤独・孤立を防ぎ、支援することが重要です。

「自殺総合対策大綱（平成19年6月8日閣議決定）」において、ゲートキーパーの養成を掲げ、あらゆる人材にゲートキーパーになっていただけるよう研修等を行うことが規定されました。令和4年度に見直された大綱でも重点施策のうちのひとつとして挙げられ、国民の約3人に1人以上がゲートキーパーについて聞いたことがあるようにすることを目指しています。

本市では、平成24年度から、自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応（悩んでいる人に気づき、声をかけ、話をきいて、必要な支援につなげ、見守る）を図ることができる人「ゲートキーパー」の養成研修に取組み、翌年度からはゲートキーパーフォローアップ養成研修を開催してきました。（表2）

一人でも多くの者が、ゲートキーパーとしての意識をもち、専門性の有無に関わらず、それぞれの立場でできることから進んで行動を起こしていくことが自殺予防につながります。

ゲートキーパー養成研修会及びフォローアップ研修会は、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、令和元年度から休止していましたが、今後は再開し、地域における対策として育成を行い、自殺対策予防月間においても展示を通して普及啓発を行います。

今後は、心のサポーター養成事業とあわせて取り組む予定です。（P80表3）

表2 芦別市のゲートキーパー養成研修及びフォローアップ研修会

ゲートキーパー養成研修修了者（修了者：2日間の受講者）（単位：人）

対象	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1~4
一般 町内会 市職員 事業所等	50	31	30	32	36		53	

ゲートキーパーフォローアップ研修参加者（単位：人）

対象	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2~4
ゲート キーパー 養成研修 終了者		42	48	43	31	31	43	29	

表3 ゲートキーパーと心のサポーターに期待される役割

<p>【ゲートキーパー】</p> <p>○家族や友人等の自殺の危険を示すサインに</p> <ul style="list-style-type: none">・気付き・声を掛け・話を聞き・必要に応じて専門家につなぐ・見守る <p>役割を担う人</p>	<p>【心のサポーター】</p> <p>○メンタルヘルスや精神疾患への知識と理解を持つ</p> <p>○メンタルヘルスの課題を抱える家族や同僚に対する、「傾聴」を中心した支援者</p>
---	--

(資料：いのち支える自殺対策推進センター JSCP提供)

対 策

地域におけるネットワークの強化

- 自殺対策に係る関係機関との情報共有や連携の強化

自殺対策を支える人材の育成

- 地域住民、事業所等を対象としてゲートキーパー等の研修実施

市民の啓発と周知

- 「自殺予防週間（9月）」や「自殺対策強化月間（3月）」での啓発
- 講演会による自殺予防の普及啓発
- 睡眠と健康、こころの健康、うつ病等に関する知識の普及啓発
- こころの健康相談やいのちの電話等の周知啓発
- 小中学生に対するSOSの出し方に関する教育等
- リーフレット等による自死遺族への情報提供

生きることの促進要因を増やすための取組み

- 健康問題や経済的な不安を抱える者へ、関係機関と連携した適切な支援の実施
- 妊娠期及び産後において、周産期うつの早期発見のためのスクリーニングと関係機関と連携した個別支援の実施
- 孤立、孤独を防ぐための居場所づくりや社会参加の強化に向け、見守り活動やサロン活動等の充実

7 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

はじめに

社会がより多様化することや、人生100年時代が本格的に到来することを踏まえれば、集団個人の特性をより重視しつつ健康づくりを行うことが重要です。例えば、健康課題を取り巻く状況は、ライフステージごとに異なっています。就労世代や育児を行う者は、健康づくりに費やす時間が十分にとれないことや、女性では、若年のやせや更年期症状等、ライフステージごとにさまざまな健康課題があります。

前計画でも、こうした状況を踏まえ、ライフステージに応じた健康づくりの取組みを進めてきました。

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があることや、次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものであり、胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり（ライフコースアプローチ）の観点も取り入れることが「誰一人取り残されない健康づくり」には重要です。

基本的な考え方

ライフコースアプローチの観点を踏まえると、幼少期からの生活習慣や健康状態は、成長してからの健康状態にも大きく影響を与えることや、妊婦の健康がこどもの健康にも影響することから、成育医療等基本方針に基づく取組みとも連携しつつ、こどもの健康を支える取組みを進めるとともに、妊婦の健康増進を図ることも重要です。

また、高齢期に至るまで健康を保持するためには、高齢期の健康を支えるだけでなく、若年期からの取組みが重要です。特に、女性については、ライフステージごとに女性ホルモンが劇的に変化するという特性等を踏まえ、人生の各段階における健康課題の解決を図ることが重要です。

こうしたことを踏まえ、特にこども、高齢者、女性に関する目標を設定します。なお、今回目標を設定していない就労世代や男性等について、健康づくりの取組みを進めることも重要です。

現状と目標

① 運動やスポーツを習慣的に行っていないことものの減少【再掲】 (体育の授業以外の運動やスポーツの1日運動時間の増加)

身体活動・運動領域を参照 (P38)

② 児童・生徒における肥満傾向児(肥満度20%以上)の割合の減少【再掲】

栄養・食生活領域を参照 (P31)

③ 低栄養傾向(BMI 20以下)の高齢者割合の減少【再掲】

栄養・食生活領域を参照 (P30)

④ 骨粗鬆症検診受診率の向上【再掲】

骨粗鬆症領域を参照 (P72)

⑤ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している女性の割合の減少【再掲】 (1日当たりの純アルコールの摂取量が女性20g以上の者)

飲酒領域を参照 (P40~43)

⑥ 妊娠中の喫煙をなくす【再掲】

喫煙領域を参照 (P45)

対 策

ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりの推進

身体活動・運動領域を参照 (P39)

栄養・食生活領域を参照 (P34)

骨粗鬆症領域を参照 (P73)

飲酒領域を参照 (P43)

喫煙領域を参照 (P46)

8 目標の設定

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

特に、自治体自らが、目標の進行管理を行うことができるように、設定した目標のうち、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、既存の統計資料で毎年モニタリングすることが可能な指標とすることが望ましいとされました。

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

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

基本理念

健康の維持増進ができる

地域で支え合いながら心身ともに
その人らしく生活できる

目標

- ★ 規則正しい生活習慣を 身につけることができる
- ★ 健（検）診の必要性を理解し 受診行動がとれる
- ★ 適切な医療受診行動 自己管理することで重症化を予防できる
- ★ 地域の社会資源を活用できる

芦別市の目標の設定

【★データソース】

- ①北海道地域保健情報年次報 ③KDB及びKDBexpander ⑤芦別市妊娠届アンケート ⑦全国学力・学習状況調査
 ②芦別市がん・骨粗鬆症検診等 ④身体障害者手帳交付状況 ⑥全国体力・運動能力・運動習慣等調査 ⑧国民健康保険険周疾患検診等

分野	項目	国の現状		市の現状		国の目標		市の目標		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)	60.3%	R1年度	/		66.0%	R14年度	/				
	40～74歳男女の肥満(BMI 25以上)の割合の減少	男性	33.9%	R4年度	男性	39.8%	R4年度	/	男性	35.0%	R14年度	③
		女性	21.5%		女性	31.2%			女性	30.0%		
	低栄養傾向(BMI 20以下)の高齢者の割合の減少	男性	12.4%		16.6%	13.0%						
		女性	20.7%		R14年度	男子			18.0%			
	児童・生徒における肥満傾向児の減少	小学5年生	男子	12.6%		男子	20.0%	男子	12.0%			
			女子	9.3%		女子	16.0%	女子	24.0%			
		中学2年生	男子	11.0%		男子	30.8%	男子	12.0%			
			女子	8.4%	女子	17.4%	女子	12.0%				
	②食べる速度が速い者の割合の減少	/		30.0%	/		27.0%	/		③		
③朝食摂食者の割合の増加	小学6年生	/		74.1%	/		90.0%	/		⑦		
	中学3年生	/		71.7%	/		90.0%	/		③		
	成人高齢者	/		87.5%	/		90.0%	/		③		
身体・運動	①歩行と同等程度の身体活動を1日1時間以上実施する者の増加	6,278歩	R1年度	/		7,100歩	R14年度	/				
	20～64歳	/		R1年度	男性	48.9%	R4年度	/	男性	50.0%	R14年度	③
		女性	43.7%		女性	50.0%						
		65歳以上	男性		47.8%	男性			55.0%			
			女性		51.0%	女性			55.0%			
	②運動習慣者の増加の割合	28.7%	/		40.0%	/		/				
	40～64歳	男性	23.5%	R1年度	男性	30.7%	R4年度	/	男性	35.0%	R14年度	③
		女性	16.9%		女性	18.4%			女性	35.0%		
65歳以上		男性	41.9%		男性	38.8%			男性	50.0%		
		女性	33.9%		女性	43.0%			女性	50.0%		
③こどもの体育の授業以外の運動やスポーツの1日運動時間	男子 79.9分 女子 49.2分	/		男子 61.4分 女子 51.9分	/		男子 70.0分 女子 70.0分	/		⑥		
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(純アルコール量/日 男性40g 女性20g)	11.8%	/		10.0%	/		/				
		男性	14.9%	R1年度	男性	18.5%	R4年度	/	男性	12.0%	R14年度	③
		女性	9.1%		女性	12.8%			女性	10.0%		
喫煙	①成人の喫煙率の減少(喫煙をやめた人がやめる)	16.7%	R1年度	19.3%	R4年度	12.0%	R14年度	16.0%	R14年度			
	②妊娠中の喫煙をなくす	1.9%	R3年度	2.6%	R4年度	/		0.0%	R14年度	⑤		

【★データソース】

- ①北海道地域保健情報年報 ③KDB及びKDBexpander ⑤芦別市妊娠届アンケート ⑦全国学力・学習状況調査
 ②芦別市がん・骨粗鬆症検診等 ④身体障害者手帳交付状況 ⑥全国体力・運動能力・運動習慣等調査 ⑧国民健康保険歯周疾患検診等

分野	項目	国の現状		市の現状		国の目標		市の目標		データソース			
歯と口	①歯周病を有する者の減少（40歳以上）	57.2%	H28年度	44.4%	R4年度	40.0%	R14年度	40.0%	R14年度	⑧			
	②よく噛んで食べることができる者の増加（国：50歳以上、市：75歳以上）	71.0%	R1年度	70.6%	R4年度	80.0%	R14年度	80.0%	R14年度	③			
	③歯科検診の受診率の増加（国：年齢規定なし、市：75歳以上）	52.9%	H28年度	4.1%	R4年度	95.0%	R14年度	15.0%	R14年度	⑧			
がん	①がんの死亡者数の増加の抑制（5種類）			44人	R2年			50人	R14年度	①			
	②がん検診の受診率の向上	胃がん	男性	48.0%	R1年度	R4年度	R14年度	R14年度	R14年度	②			
			女性	37.1%							9.4%	60.0%	30.0%
		肺がん	男性	53.4%							7.9%	60.0%	30.0%
			女性	45.6%							8.4%	60.0%	30.0%
		大腸がん	男性	47.8%							14.6%	60.0%	50.0%
女性	40.9%	19.9%	60.0%	50.0%									
子宮頸がん	43.7%												
乳がん	47.4%												
循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率の減少（10万人当たり）	脳血管疾患	92.9	R3年	R3年			140.0	R14年	①			
		心疾患	171.1					345.1			300.0		
	②高血圧の改善（140/90mmHg以上の割合）			28.9%	R4年度		R14年度	22.0%	R14年度	③			
	③脂質異常症の減少（LDL160mg/dl以上の割合）	11.0%	R1年度	8.3%							6.0%		
	④メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	該当者	20.3%	R4年度				23.9%				20.0%	
		予備群	11.1%					13.4%				10.0%	
⑤特定健康診査の実施率	56.5%	R3年度	33.7%								60.0%	R14年度	③
⑥特定保健指導の終了率	24.6%		64.3%								70.0%	R14年度	
糖尿病	①合併症（糖尿病性腎症による年間透析導入患者数）の減少（5年間平均）			1.2人	H30～R4年度の平均			1.0人	R10～14年度の平均	④			
	②治療継続者の割合の増加（HbA1c6.5%以上で治療中の割合）	67.6%	R1年度	64.6%	R4年度	75.0%	R14年度	75.0%	R14年度	③			
	③血糖コントロールにおけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c8.0%以上の者の割合）	1.3%	H31年度	2.2%		1.0%		1.5%					
	④糖尿病有病者の増加の抑制（HbA1c6.5%以上の者の割合）			11.0%				10.0%					
骨	①骨粗鬆症検診受診率の向上	5.3%	R3年度	6.4%		R4年度		15.0%			R14年度	15.0%	R14年度
こころ	①睡眠による休養を十分とれている者の割合	78.3%	H30年度	70.7%	R4年度	80.0%	R14年度	80.0%	R14年度	③			
	②自殺者の減少（5年間平均）			2.0人	H30～R4年度の平均			1.0人	R10～14年度の平均	①			
	③こころのサポーター数の増加（ゲートキーパー養成研修等受講者等累計）			499人	R4年度	100万人	R15年度	500人	R14年度	②			

1 健康増進に向けた取組みの推進

(1) 活動展開の視点

健康増進法第2条においては、個人が生活習慣病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条においては、自治体はその取組みを支援するものとして、計画化を努力義務としています。

市民の健康増進を図ることは、急速に高齢化が進む本市において、市民一人ひとりの重要な課題です。

したがって、健康増進施策を本市の重要な行政施策として位置づけ、第3次健康プラン芦別の推進においては、市民の健康に関する各種指標を活用し、取組みを推進していきます。

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おり、それぞれの身体の問題解決は画一的なものではないことから、その生活の状況や能力、ライフステージ等、個人の身体（健診結果）をよく見たうえで、主体的な取組みを重視して、健康増進を図ることが基本になります。

本市としては、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けるよう、積極的な支援を進めます。

同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる家族環境や、地域の特性、習慣等、の実態把握にも努めながら、直面する健康課題に対し、その解決策を市民とともに協力し、考え合うことで、個々の気づきが深まり、健康増進に向かう地域活動を展開します。

これらの活動により、国民健康づくり運動の4つの基本的な方向の実現を目指します。

(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みを進めるに当たっては、事業の効率的な実施を図る観点から、関係機関との連携が必要です。本市における健康増進事業は、さまざまな部署にわたるため、庁内関係各課との連携を図ります。

また、市民の生涯を通じた健康の実現を目指し、市民一人ひとりの主体的な健康づくり活動を支援していくために、医師会や関係機関、関係団体等とも十分に連携を図りながら進めていきます。

2

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、年齢や性別、遺伝的素因、生活習慣等の現れです。その生活習慣は、個人のみで作られるのではなく、社会の最小単位である家族の生活習慣や、生活している地域等の社会的条件の中でつくられていきます。

地域の生活背景も含めた健康実態と特徴を明確化し、地域特有の文化や食生活と関連付けた解決可能な健康課題を抽出し、市民の健康増進に関する施策を推進するためには、地区担当制による保健指導等の健康増進事業の実施が必要になります。

本市では、保健師等については、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はなく、個人の健康状態が社会に影響を及ぼすと捉え、今後も健康改善の可能性や経済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務を取り進めていきます。

また、健康増進に関する施策を推進するためには、専門職の資質の向上が不可欠です。

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、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。

用語解説（注釈）

用語	解説
1 健康日本21	2000年（平成12年）に厚労省（当時）によってはじめられた国民の健康づくり運動のこと。国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向や国民の健康の増進の目標に関する事項等が定められている。
2 健康寿命	日常的に介護を必要としないで、自立した生活ができる生存期間のこと。
3 ロコモティブシンドローム	運動器の機能が低下し、立つ、歩く等の移動能力が衰えた状態のこと。
4 ライフコースアプローチ	胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくりのこと。
5 悪性新生物	悪性腫瘍のこと。がんや肉腫等がある。
6 標準化死亡比（SMR）	年齢構成の異なる集団において、死亡率で死亡状況の比較をすると、高齢者の多い集団は死亡者数が多くなるなど単純に比較はできないため、基準となる集団の年齢構成をあてはめて算出する死亡比のこと。100が平均値となり、100以上あると標準よりも死亡数が多くなる。有意水準は、基準となる集団と比較し死亡することが有意に多いか少ないか、差はないかを示す。
7 虚血性心疾患	心臓の筋肉（心筋）に血液を送る動脈が狭くなったり塞がったりし、そこから先の心臓の筋肉が酸素不足に陥る状態。狭心症や心筋梗塞等がある。
8 脳血管疾患	脳の血管が詰まったり破れたりし、脳細胞に血液が供給されなくなることによって起こる疾患。脳梗塞や脳出血、クモ膜下出血等がある。
9 早世死亡	65歳未満での死亡のこと。
10 第1号被保険者	介護保険法上の第1号被保険者とは、65歳以上の人のこと。また、第2号被保険者とは、40歳以上65歳未満の医療保険加入者をいう。
11 特定健康診査 特定保健指導	40歳以上75歳未満の被保険者及び被扶養者を対象として、メタボリックシンドロームの予防・解消に重点をおいた、生活習慣病予防のための健診・保健指導のこと。
12 低出生体重児	出生時に体重が2,500g未満の新生児のこと。
13 KDBシステム	国保連合会が、保険者に統計情報や個人の健康に関する情報を提供し、保険者の保健事業をサポートするために構築されたシステムのこと。
14 BMI	Body Mass Indexの略。身長からみた体重の割合を示す体格指数。
15 HDLコレステロール	いわゆる「善玉コレステロール」。
16 脂質異常	血液中の脂質（悪玉コレステロールや中性脂肪など）が多過ぎたり、善玉コレステロールが少な過ぎる状態。
17 高尿酸血症	尿酸の合成増加や腎臓での尿酸排泄低下により、血液中の尿酸が異常増加すること。痛風の原因になる。
18 慢性腎臓病	慢性に経過する腎臓病の総称。生活習慣病との関連も深い。
19 心血管疾患	心臓や血管など循環器系の疾患。概ね循環器疾患と同義。
20 慢性閉塞性肺疾患（COPD）	タバコ等の有害物質を長年吸い込むことによって、空気の通り道である気道や、酸素の交換を行う肺（肺胞）に炎症が起き、ガス交換（呼吸）がうまくできなくなる疾患。慢性気管支炎、肺気腫等がある。
21 乳幼児突然死症候群	何の予兆もなく、健康にみえた乳児に突然死をもたらす病気のこと。

用語	解説
22 循環器疾患	心臓や血管の疾患のこと。脳梗塞、脳出血、虚血性心疾患、心不全等がある。
23 LDLコレステロール	いわゆる「悪玉コレステロール」。
24 コホート研究	分析疫学における手法の一つであり、特定の要因に曝露した集団と曝露していない集団を、一定期間追跡し、研修対象となる疾病の発症率を比較することで、要因と疾病の発症の関連を調べる観察研究の一種のこと。
25 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022	日本動脈硬化学会が主に脂質異常症への対策を中心にまとめたガイドラインの2022年版。
26 メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖、脂質異常、高血圧が引き起こされる状態。それぞれが重複した場合は、命にかかわる病気を招くこともある。食べ過ぎや運動不足など悪い生活習慣の積み重ねが原因となる。
27 神経障害	手足の痛みやしびれが出たり、手足の感覚が鈍くなったりする障害。
28 網膜症	目の中の網膜という組織が障害を受け、視力が低下する疾患。糖尿病性網膜症は、中途失明の原因の第2位となっている。
29 腎症	(糖尿病が原因で起こる)腎臓の病気のこと。
30 足病変	(糖尿病が原因で起こる)足の壊疽等のこと。
31 HbA1c	「ヘモグロビンエーワンシー」と読む。糖尿病を調べるときに行われる検査のひとつ。
32 サルコペニア	筋肉が減り、体の機能が低下した状態のこと。ロコモティブシンドロームの要因のひとつ。
33 フレイル	加齢等により、心身が老い衰えた状態のこと。虚弱とも言われ、健康と要介護の間の状態で、身体的、精神・心理的、社会的要因が原因となる。

第 3 次
健 康 プ ラ ン 芦 別
(令和6年度~令和17年度)

令和6年3月

発 行 芦別市
編 集 芦別市市民福祉部健康推進課
住 所 〒075-8711
芦別市北1条東1丁目3番地
電 話 0124-27-7365
F A X 0124-22-9696
E-mail kenkou@city.ashibetsu.hokkaido.jp