

幌加内町健康増進計画

令和 7 年 3 月

目 次

序 章 計画の改定にあたって

1. 計画策改定の趣旨
2. 計画の性格
3. 計画の期間
4. 計画の対象

第 1 章 幌加内町の概況と特性

1. 町の概要
 - (1) 人口構成
 - (2) 死亡
 - (3) 介護保険
 - (4) 医療
 - (5) 出生

第 2 章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価
2. 生活習慣病の発症予防と重症化予防
 - (1) 循環器疾患
 - (2) 糖尿病
 - (3) がん
 - (4) 慢性閉塞性肺疾患（COPD）
- 3.生活習慣の改善
 - (1) 栄養・食生活
 - (2) 身体活動・運動
 - (3) 歯・口腔の健康
- 4.生活機能の維持・向上
 - (1) 高齢者の健康
- 5.こころの健康（幌加内町自殺予防対策計画）
- 6.目標の設定

第 3 章 計画の推進

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

序 章 計画改定にあたって

1.計画改定の趣旨

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

今回、「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本 21（第三次）」（以下「国民運動」という。）では、総人口・生産年齢人口の減少、独居世帯の増加、女性の社会進出、多様な働き方の広まり等の社会変化の予測を踏まえ、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に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開（Inclusion）とより実効性を持つ取組の推進（Implementation）を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図るため下記の 4 つの基本的な方向が示され、取組を増進することになりました。

- （1）健康寿命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、これらの基本的な方向を達成するため、51 項目について、現状の数値とおおむね 12 年後の目標値を掲げ、目標の達成に向けた取組がさらに強化されるよう、その結果を厚生労働大臣告示として示すことになりました。

今回、示された「国民運動」の基本的な方向及び目標については、これまでの町の取組の評価及び新たな健康課題などを踏まえ、第 5 次幌加内町健康増進計画を策定します。

参考 基本的な方向の概略

- （1）健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

- （2）個人の行動と健康状態の改善

生活習慣の改善（リスクファクターの低減）、生活習慣の定着によるがんや生活習慣病（NCDs）の発症予防及び合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に関し、引き続き取り組みを進めます。また、生活機能の維持、向上の観点も踏まえた取組を推進し、健康寿命の延伸を実現します。

*NCDsとは

心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患及び糖尿病を中心とする非感染性疾患で、共通する危険因子（主として喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒）を取り除くことで予防できます。

この健康問題に対処しない限り、これらの疾患による死亡と負荷は増大し続けるであろうと予測し、世界保健機関（WHO）では、「非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」を策定するほか、国連におけるハイレベル会合でNCDsが取り上げられる等、世界的にNCDsの予防と管理を行う政策の重要性が認識されています。

（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に加え、各人がより緩やかな関係性も含んだつながりやこころの健康を守るため環境整備を行い、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。また、自らの健康情報を入手できるインフラの整備、科学的根拠に基づく健康に関する情報を入手・活用できる基盤の構築や周知啓発の取組を行います。

（４）ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

様々なライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）特有の健康づくりについて、自らの生活習慣や社会環境等、次世代の健康にも影響を及ぼす可能性を踏まえ、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据えた健康づくり）について、関連する計画等とも連携して取組を進めます。

2.計画の性格・位置づけ

この計画は、幌加内町第8次総合振興計画を上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

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

同時に、今回の目標項目に関連する法律及び各種計画との十分な整合性を図るものとします（図表1）。

図表 1 関連する法律及び各種計画

法律	北海道が策定した計画	幌加内町が策定した計画
健康増進法	すこやか北海道 2 1	幌加内町健康増進計画
国民健康保険法	北海道保健事業実施計画 (データヘルス計画)	幌加内町保健事業実施計画 (データヘルス計画)
高齢者の医療の確保に関する法律	北海道医療費適正化計画	幌加内町国民健康保険特定健康 診査等実施計画
自殺対策法	北海道自殺対策行動計画	幌加内町自殺予防対策計画
歯科口腔保健の推進に関する法律	北海道歯科保健医療推進計画	(幌加内町健康増進計画)
がん対策基本法	北海道がん対策推進計画	(幌加内町健康増進計画)
介護保険法	北海道高齢者保健福祉計画・ 介護保険事業支援計画	幌加内町高齢者福祉計画・幌加 内町介護保険事業計画
次世代育成対策推進法 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	幌加内町子ども・子育て支援事 業計画
障害者基本法 障害者総合支援法	北海道障がい者基本計画 北海道障がい福祉計画	幌加内町障がい者基本計画・障 がい福祉計画 幌加内町障がい福祉計画・障が い児福祉計画

3.計画の期間

この計画の目標年次は令和 18 年度とし、計画の期間は令和 7 年度から令和 18 年度までの 12 年間とします。6 年を目途に（令和 12 年度）中間評価を行います。

4.計画の対象

この計画は、胎児期から高齢期までのライフコースアプローチに応じた健康増進の取組を推進するため、全町民を対象とします。

第1章 幌加内町の概況と特性

1.町の概要

幌加内町は、上川管内西部に位置し、東西方向約 24 km、南北方向 63 km と南北に長い形をしています。東には名寄、士別、旭川の各市及び和寒町、西には小平町・苫前・羽幌・遠別の各町、南には深川市、北に美深町、中川町と 11 の市町に隣接しています。

気候は、山岳に囲まれた盆地のため、内陸性で、通年の寒暖の差が大きく、昼夜の気温差も大きい気候です。

産業別人口は第 1 次産業が 33.5%と同規模自治体と比較しても高くなっており、南は稲作・畑作、北は畑作・畜産といった純農村の町です。

(1) 人口構成

幌加内町の人口（令和 6 年度 1 月 1 日住民基本台帳）は、1,262 人であり、全国・北海道と比べ、65 歳以上の高齢化率及び後期高齢化率は高く、年少人口（0～14 歳）及び生産年齢人口（15 歳～64 歳）が低くなっています（図表 2）。

図表 2 人口構成

	幌加内町		北海道	全国
	人数	割合	割合	割合
総人口	1,262	—	—	—
0～14歳	98	7.8%	10.1%	11.5%
15～64歳	642	50.9%	57.1%	59.7%
65歳以上	522	41.4%	32.8%	28.8%
（再掲）75歳以上	338	26.8%	17.8%	16.0%

【出典】令和6年1月1日住民基本台帳e-Stat

人口推移をみると、第 4 次計画途中（令和 2 年）は 1,370 人でしたが、年々減少傾向にあり、第 5 次計画最終年（令和 17 年）には 892 人となる見込みです（図表 3）。

図表 3 人口の推移と将来人口推計（令和12年・17年は推計）

	令和2年 (2020年)	令和7年 (2025年)	令和12年 (2030年)	令和17年 (2035年)
～14歳	120	87	74	62
15～39歳	271	227	180	160
40～64歳	420	392	360	305
65～74歳	215	158	140	137
75歳以上	344	314	268	228
合計	1,370	1,178	1,022	892

【出典】人口問題研究所（推計値）

(2) 死亡

令和 3 年の幌加内町の死亡数は 27 人で、比較できる主要死因を見ると、心疾患・肺炎による死亡率が全国・北海道より高くなっています（図表 4）。

図表 4 主要死因

順位		幌加内町		北海道	全国
		死亡数	割合	割合	割合
1位	心疾患	8	29.6 %	14.3%	14.9%
2位	肺炎	3	11.1 %	5.0%	5.1%
3位	悪性新生物	3	11.1 %	29.2%	26.5%
4位	糖尿病	1	3.7 %	15.4%	11.3%
5位	脳血管疾患	1	3.7 %	6.9%	7.3%
総数		27	—	—	—

【出典】道北地域保健情報年報（R3）

平成 25 年から令和 4 年までの累積死因別死亡数をみると、脳血管疾患による死亡が 16 人と最も多く、標準化死亡比（SMR）※¹ が最も高い死因は、胆のうがんでした（図表 5）。

図表 5 死因別標準化死亡比（SMR）

順位	死因	幌加内町		北海道	全国
		死亡数	SMR	SMR	SMR
1位	脳血管疾患	16	74.8	90.4	100.0%
2位	肺がん	11	79.3	121.5	
3位	肺炎	10	48.8	97.9	
4位	大腸	9	99.5	110.2	
	すい臓がん	9	147.0	123.1	
	虚血性心疾患	9	67.0	81.4	
7位	胃がん	6	72.6	98.7	
8位	胆のうがん	6	173.6	113.7	
9位	肝臓がん	5	101.3	98.7	
不慮の事故		5	73.9	91.3	

【出典】北海道健康づくり財団統計データ（H25～R4）

※¹ 標準化死亡比（SMR）

人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標

国平均を 100 としており、100 以上の場合は国平均より高く、100 以下の場合は低いと判断される。

男女別の平均余命及び平均自立期間（健康寿命）

平均余命※² 及び平均自立期間※³ は、令和 5 年度は、男性が同規模・北海道・国と比較して短く、女性は長くなっています。また令和元年度と 5 年度を比較するといずれも短くなっています。

介護などで日常生活に制限のある期間（平均余命と平均自立期間の差）は、男

性は 0.8 年、女性は 2.6 年で同規模・北海道・全国と比較して短くなっています（図表 6）。

※2 平均余命

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

※3 平均自立期間

0 歳の人が必要介護 2 の状態になるまでの期間

図表 6 平均余命及び平均自立期間

			幌加内町		国	北海道	同規模
			R 元年度	R5年度	R5年度	R5年度	R5年度
男性	平均余命（年）	A	84.3	79.2	81.5	80.7	80.5
	平均自立期間（年）	B	83.1	78.4	80.0	79.3	79.1
	A-B 差（年）		1.2	0.8	1.5	1.4	1.4
女性	平均余命（年）	A	93.4	92.1	87.6	86.8	87.0
	平均自立期間（年）	B	90.4	89.5	84.3	83.9	84
	A-B 差（年）		3.0	2.6	3.3	2.9	3.0

【出典】KDB帳票 地域の全体像の把握 令和5年度（累計）

（3）介護保険

令和 5 年度の幌加内町の要介護認定者数は 113 人で、1 号被保険者の要介護認定率は 19.9%で国とほぼ同程度、北海道よりも低い状況です（図表 7）が、1 件当たりの給付費は、国・道よりも高い状況です（図表 8）。

要介護認定者別に認定割合をみると、要支援 1-2 の割合が多くなっています。

図表 7 要介護認定者の状況（R5年度）

		幌加内町						国	北海道
		被保険者数 （人）	認定者数 （人）	認定率	要支援1-2	要介護1-2	要介護3-5	認定率	認定率
1号	65-74歳	215	4	1.9	1	1	2	—	—
	75歳以上	344	107	31.1	41	33	33	—	—
	計	559	111	19.9	42	34	35	19.7	21.1
2号	40-64歳	420	2	0.5	0	0	0	0.4	0.4
総計		979	113	—	36.7%	30.6%	31.5%	—	—

【出典】KDB帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 令和5年度（累計）

図表8 一件当たり給付費の国・道比較（R5年度）

	幌加内町	国	北海道	同規模
一件当たり給付費（円）	94,566	59,499	60,540	80,857
（居宅）一件当たり給付費（円）	44,503	41,362	41,993	43,169
（施設）一件当たり給付費（円）	293,037	298,976	298,522	290,118

【出典】KDB帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題 令和5年度（累計）

（4）医療

① 国民健康保険

幌加内町の令和 5 年度の国民健康保険加入率は 21.2%で、年々減少しています。年齢構成は、65～74 歳の前期高齢者が約半分となっています（図表 9）。

図表9 国保の加入率

		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		R5年度	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数		357		358		338		316		290	
再掲	65～74歳	165	46.2	116	46.4	159	47.0	142	44.9	115	45.0
	40～64歳	119	33.3	113	31.6	109	32.2	102	32.3	103	32.3
	39歳以下	73	20.4	79	22.1	70	20.7	72	22.8	72	22.7
幌加内町加入率		23.1		23.5		22.2		23.1		21.2	
国加入率		22.3		23.5		22.9		22.3		21.4	
道加入率		20.8		21.4		20.8		20.8		19.9	

【出典】人口及び被保険者の状況、 KDB帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

医療費の変化をみると、令和元年度より令和 5 年度の方が総医療費は減少しているものの、データヘルス計画（国民健康保険保健事業計画）で定めている、中長期目標疾患（脳・心・腎）にかかる医療費の割合が上昇しています（図表 10）。

図表10 血管障害（重症化）医療費の変化

			幌加内町		同規模	北海道	国
			R01年度	R05年度	R05年度	R05年度	R05年度
総医療費（円）			9421万円	9092万円	--	--	--
中長期目標疾患医療費合計（円）			1281万円	1651万円	--	--	--
			13.60%	18.15%	17.89%	15.93%	17.95%
（血管障害） （重症化）	脳	脳梗塞・脳出血	0.07%	1.39%	2.16%	2.17%	2.00%
	心	狭心症・心筋梗塞	0.57%	1.92%	1.39%	1.72%	1.39%
	腎	慢性腎不全（透析有）	0.00%	4.15%	3.29%	2.33%	4.24%
		慢性腎不全（透析無）	1.15%	0.87%	0.34%	0.27%	0.30%
その他の疾患	悪性新生物		17.42%	17.82%	17.72%	19.43%	16.87%
	筋・骨疾患		13.07%	8.33%	9.39%	9.41%	8.69%
	精神疾患		9.70%	7.23%	7.68%	7.35%	7.57%

【出典】KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

② 後期高齢者医療

幌加内町の後期高齢者の1人当たり医療費は、国、北海道、同規模よりも低い状況となっています（図表11）。後期高齢者の1人当たり（年齢調整後）地域差指数^{※4}の推移で入院と外来の割合を見ると、外来の指数が下がっているのに比べ、入院の指数は全国平均を超えています（図表12）。

重症化してから受診して入院になることも考えられるため、後期高齢者への健康診査受診勧奨と保健指導を継続して行い、重症化の予防が重要です。

図表11 後期高齢者の1人当たり医療費の推移と国との差額（円）

	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5
幌加内町	67,708	54,682	55,770	60,653	57,924
同規模	68,515	65,410	66,307	66,525	68,783
北海道	83,772	80,322	80,566	80,982	82,710
国	71,642	68,995	70,255	71,162	72,549
国との差	3,934	14,313	14,485	10,509	14,625

図表12 一人あたり（年齢調整後）地域差指数の推移

		国民健康保険			後期高齢者医療		
		幌加内町		北海道	幌加内町		北海道
		R1年度	R4年度	R4年度	R1年度	R4年度	R4年度
地域差指数	全体	0.923	0.839	1.046	0.923	0.829	1.133
	入院	1.108	0.922	1.142	1.108	1.075	1.266
	外来	0.744	0.797	0.983	0.744	0.366	1.003

※4 地域差指数

医療費の地域差を表す指標として、一人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違分を補正し、全国平均を1として指数化したもの。

（5）出生

幌加内町の出生率（人口千対）は、同規模・北海道・国より低い状況です（図表13）。

合計特殊出生率^{※5}は、北海道や国と差はありませんが、出生数をみると5人未満になることもあり、人口の自然減は避けられません（図表14）。

図表13 出生率（人口千対）の推移

	R1	R2	R3	R4	R5
幌加内町	3.3	3.3	3.3	2.9	2.9
同規模	5.5	5.5	5.4	4.9	4.9
北海道	6.8	6.8	6.8	5.7	5.7
国	8.0	8.0	8.0	6.8	6.8

【出典】KDB帳票 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表14 出生数の推移

	H30	R1	R2	R3	R4	R5
出生数	6	3	7	8	5	4
合計特殊 出生率	幌加内町	1.30				—
	北海道	1.21				—
	国	1.33				—

【出典】幌加内町調べ（出生数）

人口動態 保健所・市町村別統計（合計特殊出生率）

※5 合計特殊出生率

15 歳～49 歳の女性が生涯に産む子供数の推計値

第2章 課題別の実態と対策

1.前計画の評価

健康日本 21 の評価区分を元に、全計画の評価を実施しました。

該当項目数内訳（ 36 項目）	
A 目標値に達した	11
B 目標に達していない が改善傾向にある	2
C 変わらない	1
D 悪化している	14
E 評価困難	8

改善がみられた項目もありましたが、改善が見られなかった項目も多くありました。特にがん検診や特定健診受診率の向上の他、脂質異常症、糖尿病有病者の増加、65 歳以上の運動習慣の減少等課題が多くあります（図表 15）。

これらの状況を踏まえ、次期計画を推進するための「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図表 16 のように区分し、健康増進は、最終的には個人の行動と健康状態の改善にかかっていると捉え、ライフコースの視点で健康づくりを推進します。

図表15 前計画の評価

領域	項目	計画策定時	目標値	評価（令和5年度）	評価区分	データ
がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人	—	—	評価困難	E	①
	②がん検診の受診率向上	14.3%	19.3%	14.7%	B	
	・胃がん					
	・肺がん	13.7%	18.7%	13.0%	D	
	・大腸がん	15.5%	20.5%	13.2%	D	
	・子宮頸がん	31.3%	36.3%	26.0%	D	
	・乳がん	36.3%	41.0%	29.1%	D	
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）	—	減少	評価困難	E	②
	※脳血管疾患死亡（人口千対）	1.47	減少			
	・虚血性心疾患	—	—	評価困難	E	
	※急性心筋梗塞死亡（人口千対）	0.37	維持もしくは減少			
	②高血圧の改善（140/90mmHg以上の者の割合）	29.4%	25.4%	22.0%	A	③
	③脂質異常症の減少					
	1) 総コレステロール240mg/dl以上の者の割合）	2) 9.2%	2) 7.7%	2) 13.0%	D	④
	2) LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合）					
	④メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	32.6%（H30） 40.6%（H20）	平成20年度と比べて25%減少	34.0%	B	
	⑤特定健診・特定保健指導の実施率の向上					
糖尿病	・特定健診の実施率	57.1%	63.0%	51.5%	D	⑤
	・特定保健指導の終了率	76.0%	70.0%	70.6%	A	
	①合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者	1人	減少	1人	C	
	②治療継続者の割合の増加（HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合）	70.0%	増加	83.3%	A	
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少	1.3%	減少	1.0%	A	
歯・口腔の健康	④糖尿病有病者の増加の抑制（HbA1c6.5%以上の者の割合）	17.0%	減少	18.0%	D	⑥
	①歯周病を有する者の割合の減少	—	—	—	E	
	・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）	—	—	—	E	
	・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）	—	—	—	E	
	②乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	100%	現状維持	90.0%	D	
	・3歳児でう蝕がない者の割合の増加	—	—	—	E	
	・12歳児ので一人平均う蝕数の減少	—	—	—	E	
	③過去1年間に歯科検診を受診した者の増加	—	—	—	E	

領域	項目	計画策定時	目標値	評価（令和5年度）	評価区分	データ
食・栄養	①適正体重を維持している者の増加（肥満・やせの減少） ・全出生中の低出生体重児の割合の減少	16.7%	減少傾向へ	50.0%	D	⑥
	・肥満傾向にある子供の割合の減少	—	現状把握	—	E	
	・40～60代男性の肥満者の割合の減少	42.1%	減少傾向へ	43.3%	D	②
	・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	35.8%	減少傾向へ	32.7%	A	
	・低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加抑制	13.2%	減少傾向へ	10.5%	A	⑦
身体活動・運動	①日常生活における歩数の増加 ※日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する者 ・20～64歳（町では40～64歳で集計）	男性52.2% 女性43.8%	増加	男性52.9% 女性68.2% 総数61.5%	A	③ ⑧
	・65歳以上	男性63.2% 女性67.2%	増加	男性56.5% 女性55.3% 総数55.7%	D	
	②運動習慣者の割合の増加 ・20～64歳（町では40～64歳で集計）	男性21.7% 女性21.9% 総数21.8%	増加	男性22.7% 女性37.5% 総数28.9%	A	
	・65歳以上	男性44.7% 女性41% 総数42.9%	増加	男性40.9% 女性28.9% 総数33.3%	D	
高齢者	①介護保険サービス利用者の増加の抑制	認定者116人 利用者 93人 （おおむね8割）	維持	認定者110人 利用者 79人 （おおむね7割）	A	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 9.8% 女性 11.8%	男性 現状維持 女性 減少	男性 5.8% 女性 8.3%	A	③ ⑧
喫煙	①成人の喫煙率の低下（喫煙をやめたい者がやめる）	20.5%	15.0%	17.0%	A	
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	20.4%	15.0%	23.7%	D	
こころの健康	①自殺者の減少（人口10万人当たり）	—	計画期間内に自殺者が発生しない	2018（H30）～ 2022（R4）年の 自殺者 1名	D	⑩

図表16 「健康日本21（第3次）」の基本的な方針と目標

全 体 目 標	健康寿命の延伸 健康格差の縮小	ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり						死亡
		胎児（妊婦）	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	75歳
個人の行動と健康状態の改善	循環器病	☐高血圧の改善（115未満血圧以上の者の割合の減少） ☐脂質（LDLコレステロール）160mg/dl以上の者の割合の減少 ☐メタボリックシンドロームの予備群・該当者の減少 ☐生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少 （1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者） ☐睡眠で休養が取れている者の割合						☐脳血管疾患標準化死亡比（SMR）1.00以下 ☐心疾患標準化死亡比（SMR）1.00以下
	糖尿病	☐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 ☐糖尿病有病者（HbA1c6.5%以上の者）の増加の抑制 ☐治療継続者の割合の増加の増加 ☐血糖コントロール不良者の割合の減少（HbA1c8.0%以上の者） ☐適正体重を維持している者の増加（BMI18.5～25未満） ☐特定健診・特定保健指導実施率の向上						☐悪性新生物標準化死亡比（SMR）1.00以下 ☐COPD標準化死亡比（SMR）1.00以下
	がん	☐がん検診の受診率の向上（25%以上） ☐精検検診受診率の向上						
	COPD	☐喫煙率の減少 ☐若年女性のやせの減少（BMI18.5未満）						
	栄養・食生活	☐適正体重の子どもの増加 （低出生体重児の割合の減少） （肥満傾向にある子どもの割合） ☐小児生活習慣病予防健診の受診率の維持（50%以上）						☐野菜摂取量の増加 ☐食塩摂取量の減少
個人の取り組みでは解決できない地域や社会の健康づくり：社会環境の質の向上に関する目標	身体活動・運動	☐日常生活における歩数の増加 ☐運動習慣者の割合の増加 ☐総合体育館等利用者の増加						
	歯・口腔の健康	☐3歳児でう蝕のない者の増加 ☐よく噛んで食べることができる者の増加						
	高齢者	☐低栄養傾向の高齢者の減少 （BMI2.0以下、血清アルブミン3.5未満）						

2.生活習慣病の発症予防と重症化予防

(1) 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しめています。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ます。予防において重要なのは危険因子の管理であり、そのためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。

②現状と目標

ア 脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

(脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比 100 以下)

国の循環器指標として「脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少」が用いられていますが、統計情報が更新されていないため数値が取れないことから、標準化死亡比 (SMR) を評価指標とします。

脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比 (SMR) は、100 を下回り、北海道よりも低くなっています (図表 17)。

図表17 脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比 (SMR)

	H15～24年度			H18～27年度			H22～R元年度			H25～R4年度		
	幌加内町		北海道	幌加内町		北海道	幌加内町		北海道	幌加内町		北海道
	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR
脳血管疾患	37	115.1	93.4	34	129.9	91.6	20	79.8	92.0	16	74.8	94
虚血性心疾患	21	113.4	87.6	21	133.3	84.5	13	84	82.4	9	67.0	81.4

【出典】北海道健康づくり財団統計データ

イ 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言われています。また、高血圧治療薬を用いた血圧降下による循環器疾患予防効果は明確であり、服薬、非服薬にかかわらず、血圧を正常値に近づけることが重要です。

幌加内町では、健診の高血圧有所見者に自動血圧計の貸し出しを行い家庭血圧の状況を確認し、受診勧奨の支援を実施しています。令和5年度のⅡ度高血圧の者は4名で未治療者はいませんでした。治療中の者が血圧をコントロールできていないことが課題であり、医療機関との連携等の対策が必要です (図表 18、19)。

図表18 II度高血圧以上（160/100mmHg以上）の者状況

年度	健診受診者	II度高血圧以上		
		再掲	再掲	再掲
		再III度高血圧	未治療	治療
H30	153	11 (7%)	5 (45%)	6 (55%)
		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
R1	163	13 (8%)	6 (46%)	7 (54%)
		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
R2	139	4 (3%)	0 (0%)	4 (100%)
		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
R3	131	13 (10%)	7 (54%)	6 (46%)
		3 (2.3%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)
R4	123	9 (7%)	6 (67%)	3 (33%)
		3 (2.3%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)
R5	100	4 (4%)	0 (0%)	4 (100%)
		1 (1.0%)	0 (0%)	1 (100%)

【出典】ヘルスサポートラボツール

図表19 脳血管疾患リスク因子からみた重症化予防対象者

R5特定健診データ

科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新発透析導入患者数の減少	
	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2023年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)
	クモ膜下出血 (5.6%)	脳出血 (18.9%)	脳梗塞 (75.9%)	心筋梗塞	労作性 狭心症	安静 狭心症		
	心原性 脳塞栓症 (27.7%)	ラクナ 梗塞 (31.2%)	アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)					
	非心原性脳梗塞							
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)		
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	II度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	
該当者数	4 4.0%	0 0.0%	4 4.0%	4 4.0%	20 20.0%	9 9.0%	8 8.0%	
治療なし	0 0.0%	0 0.0%	3 4.1%	2 2.7%	4 7.4%	1 1.2%	2 3.7%	
(再掲) 特定保健指導	0 0.0%	0 —	2 50.0%	2 50.0%	4 20.0%	0 0.0%	1 12.5%	
治療中	4 13.8%	0 0.0%	1 3.8%	2 7.7%	16 34.8%	8 53.3%	6 13.0%	
臓器障害 あり	0 —	0 —	1 33.3%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	2 100.0%	
CKD(専門医対象者)	0	0	0	0	0	0	2	
心電図所見あり	0	0	1	0	1	0	1	
臓器障害 なし	0 —	—	2 66.7%	2 100.0%	3 75.0%	1 100.0%	—	

【出典】ヘルスサポートラボツール

ウ LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合の減少

脂質異常症は冠動脈疾患の危険因子であり、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 以上からが多いと言われています。

令和 5 年度特定健診で LDL コレステロールが 160mg/dl 以上の方は 11 人（11%）で、高リスクの方は 6 人（6%）でした。個人の冠動脈疾患発症のリスク保有状況を踏まえ、早期診断と適切な治療につながるよう、確実な受診勧奨が必要です（図表 20）。

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

図表20 LDLコレステロール管理目標

R5特定健診データ

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

			健診結果 (LDL-C)					(再掲) LDL160以上の年代別			
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			42	20	11	8	3	0	3	5	3
				47.6%	26.2%	19.0%	7.1%	0.0%	27.3%	45.5%	27.3%
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	8	5	1	1	1	0	2	0	0
			19.0%	25.0%	9.1%	12.5%	33.3%	—	66.7%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	13	6	4	3	0	0	1	2	0
			31.0%	30.0%	36.4%	37.5%	0.0%	—	33.3%	40.0%	0.0%
	高リスク	120未満 (150未満)	19	7	6	4	2	0	0	3	3
			45.2%	35.0%	54.5%	50.0%	66.7%	—	0.0%	60.0%	100.0%
		再掲 100未満 (130未満) ※1	2	1	1	0	0	0	0	0	0
			4.8%	5.0%	9.1%	0.0%	0.0%	—	0.0%	0.0%	0.0%
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患 または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	2	2	0	0	0	0	0	0	
			4.8%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	—	0.0%	0.0%	0.0%

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病＋喫煙ありの場合に考慮
※2 問診で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

【出典】ヘルスサポートラボツール

エ メタボ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 年度開始の特定健康診査では、減少が評価項目の一つとされています。

本町のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群は、評価年度である平成 20 年度と比較すると減少傾向にありますが、その年の受診者の状況により変動がある状況です（図表 21）。

データヘルス計画との整合性を図り、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少を目標に取り組んでいきます。

図表21 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

メタボ該当者		幌加内町					
		平成20年度		平成30年度		令和5年度	
		対象者数	割合	対象者数	割合	対象者数	割合
人数		76	26.4	31	20.3	20	20.0
	男性	39	35.1	14	23.0	12	26.7
	女性	37	20.9	17	18.5	8	14.5

メタボ予備群		幌加内町					
		平成20年度		平成30年度		令和5年度	
		対象者数	割合	対象者数	割合	対象者数	割合
人数		41	14.2	19	12.4	14	14.0
	男性	19	17.1	13	21.3	11	24.4
	女性	22	12.4	6	6.5	3	5.5

【出典】ヘルスサポートラボツール

オ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少

（1日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g（2合）以上、女性 20g（1合）以上の者の割合）

適正量以上の飲酒は、肝疾患やがんのみならず、高血糖・高血圧・高尿酸状態を促し、血管変化を起こす原因になります。生活習慣のリスクを高める飲酒量は、「1日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者の割合」とされています。

幌加内町では、女性については若干減少していますが、男性の割合は増加しています（図表 22）。

図表22 1日当たりの純アルコール摂取量男性40g 以上、女性20g 以上の割合

	男性		女性	
年度	H30	R5	H30	R5
割合	9.8%	↑15.6%	12.0%	11.1%

【出典】特定健診受診者（R5法定報告）

カ 特定健康診査及び特定保健指導実施率の向上

特定健診受診率・特定保健指導実施率は、全国・北海道よりも高い状態ではありますが、年々受診率が低下しています（図表 23）。

年代別で平成 30 年度と令和 5 年度を比較すると、男性よりも女性の伸び率が低下しており、50 代女性では 2 割以上の低下が見られます（図表 24）。生活習慣病は自覚症状がないため、健診を受けて身体の状態を確認することが重要です。

図表23 特定健診受診者及び特定保健指導の状況

			R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
特定健康 診査実施率	幌加内町	対象者数（人）	257	246	236	219	194
		受診者数（人）	163	139	131	123	100
		受診率	63.4	56.5	55.5	56.2	51.5
	北海道	受診率	28.9	27.0	27.9	29.7	30.6
	国	受診率	29.3	33.7	36.4	37.5	38.2
特定保健指 導実施率	幌加内町	対象者数（人）	33	24	23	19	17
		受診者数（人）	22	11	9	7	12
		受診率	66.7	45.8	39.1	36.8	70.6
	北海道	受診率	36.0	33.8	33.4	36.0	37.7
	国	受診率	38.0	27.9	27.9	28.8	29.1

【出典】特定健診受診者（法定報告）

図表24 性・年齢別特定健診受診率の伸び率

		H30			R05			伸び率
		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	
合計	総数	268	153	57.1%	194	100	51.5%	-5.5%
	40代	34	14	41.2%	33	13	39.4%	-1.8%
	50代	37	18	48.6%	39	15	38.5%	-10.2%
	60代	104	59	56.7%	60	34	56.7%	-0.1%
	70代	93	62	66.7%	62	38	61.3%	-5.4%
	再)40～64歳	109	54	49.5%	89	39	43.8%	-5.7%
	再)65～74歳	159	99	62.3%	105	61	58.1%	-4.2%
男性	男性 計	125	61	48.8%	92	45	48.9%	0.1%
	40代	20	8	40.0%	22	9	40.9%	0.9%
	50代	20	8	40.0%	22	9	40.9%	0.9%
	60代	46	22	47.8%	25	12	48.0%	0.2%
	70代	39	23	59.0%	23	15	65.2%	6.2%
	再)40～64歳	59	23	39.0%	49	22	44.9%	5.9%
	再)65～74歳	66	38	57.6%	43	23	53.5%	-4.1%
女性	女性 計	143	92	64.3%	102	55	53.9%	-10.4%
	40代	14	6	42.9%	11	4	36.4%	-6.5%
	50代	17	10	58.8%	17	6	35.3%	-23.5%
	60代	58	37	63.8%	35	22	62.9%	-0.9%
	70代	54	39	72.2%	39	23	59.0%	-13.2%
	再)40～64歳	50	31	62.0%	40	17	42.5%	-19.5%
	再)65～74歳	93	61	65.6%	62	38	61.3%	-4.3%

【出典】ヘルスサポートラボツール

③具体的な取り組み

循環器疾患の多くは、運動・食事・喫煙・飲酒等の健康状態によって引き起こされ、生活習慣病の予備群、生活習慣病の発症、重症化（合併症の発症等）と段階的に進行します。いずれの段階においても予防が可能であり、そのために生活習慣の改善、適切な受診・治療が必要になります。

自身の体の状態を知り、段階に応じた予防行動をとることができるよう、まずは各種健診を多くの方に受診いただき、受診者とともに健康の取り組みを検討していきます。

ア 健康診査及び特定健診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、健診受診の習慣化の啓発
国保・30代健診・生活保護世帯・後期高齢者
- ・未受診者対策（受診前の勧奨、診療所での未受診者健診の実施）
- ・人間ドック受診助成制度の周知

イ 循環器疾患の発症予防及び重症化予防のための施策

- ・特定健診結果に基づく自己健康管理の積極的な推進
- ・家庭訪問、健康相談等、できるだけ対面での保健指導を実施する
- ・診療所と連携し、栄養指導等が必要な方へ個別指導を実施する（国保被保険者以外の希望者も含む）

（2）糖尿病

①はじめに

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎臓、足病変といった合併症の発症によって、生活の質に多大な影響を及ぼします。糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、心筋梗塞や脳卒中、認知症のリスクを2～3倍増加させると言われています。

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

本町では、平成28年度から旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会へ参加し、地域の医療機関と連携して未治療者・治療中断者への受診勧奨、治療中のハイリスク者への保健指導を実施しています。

②現状と目標

ア 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

幌加内町の人工透析患者は、国保・後期高齢者あわせて1～2名で推移しています。令和5年度は、糖尿病性腎症による新規透析患者が1名増加しています（図表25）。

図表25 透析患者の状況

		R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
町内透析患者数		2	1	1	1	2
新規透析者数		0	0	0	0	1
75歳以上		1	0	0	0	0
74歳以下		1	1	1	1	2
(再掲) 原因疾患	腎炎等	0	0	0	0	0
	糖尿病性	2	1	1	1	2

【出典】幌加内町調べ

イ 糖尿病有病者の増加の抑制

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病だけでなく、糖尿病からの合併症を予防することもできます。

健診データのうち、HbA1c5.6%以上（要指導判定）の人の割合は、北海道、国と比較して高くなっています（図表26）。

また、HbA1c6.5%以上（要医療判定）の割合は、受診者の14～18%台となっています（図表27）。この中には、糖尿病の基本である食事・運動療法を継続し、医療機関で定期的に検査を受けている方も含まれます。

KDB等でレセプト情報を把握し、医療機関未受診者には受診勧奨を行い、定期通院者には糖尿病連携手帳等を活用し、必要な保健指導を実施していく必要があります。

図表26 HbA1c5.6%以上（要指導判定）の割合

男性		R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
幌加内町	合計	51.4	66.7	67.7	63.0	62.2
	40～64	41.9	55.0	61.9	57.1	54.5
	65～74	58.5	72.5	70.7	66.7	69.6
道		50.4	55.2	55.6	54.3	53.7
国		57.6	56.8	57.3	57.8	58.6

女性		R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度
幌加内町	合計	51.1	61.5	58.0	67.6	76.4
	40～64	35.7	60.0	55.0	68.4	76.5
	65～74	57.8	62.1	59.2	67.3	76.3
道		45.5	51.7	51.6	49.9	49.4
国		56.9	55.4	55.8	56.6	57.7

【出典】ヘルスサポートラボツール（特定健診所見）

図表27 HbA1cの推移

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上	再掲												
						再掲7.0以上	未治療	治療										
H30	153	52 34.0%	61 39.9%	14 9.2%	26 17.0%	9 34.6%	17 65.4%	12 80.0%										
R01	163	79 48.5%	46 28.2%	14 8.6%	24 14.7%	6 25.0%	18 75.0%	9 90.0%										
R02	139	51 36.7%	46 33.1%	16 11.5%	26 18.7%	6 23.1%	20 76.9%	15 88.2%										
R03	131	49 37.4%	41 31.3%	18 13.7%	23 17.6%	8 34.8%	15 65.2%	10 76.9%										
R04	122	41 33.6%	43 35.2%	15 12.3%	23 18.9%	9 39.1%	14 60.9%	7 63.6%										
R05	100	30 30.0%	38 38.0%	18 18.0%	14 14.0%	1 7.1%	13 92.9%	8 100.0%										

【出典】ヘルスサポートラボツール

ウ 治療継続者の割合の増加

(HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)

HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合は増加しています。

糖尿病における治療中断を減少させることは、合併症抑制のために必須です。治療中である19人は、治療を継続できるよう医療機関と連携し、保健指導を実施していく必要があります(図表28)。

図表28 HbA1c6.5%以上の者の治療有無

	R1		R2		R3		R4		R5	
HbA1c測定	163		139		131		122		100	
HbA1c6.5%以上	36	22.1%	36	26%	29	22.1%	26	21.3%	20	20.0%
治療中	24	66.7%	29	81%	21	72.4%	16	61.5%	19	95.0%
治療なし	12	33.3%	7	19%	8	27.6%	10	38.5%	1	5.0%

【出典】ヘルスサポートラボツール

エ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

(HbA1c8.0%以上(NGSP値)の者、HbA1c7.0%以上の者)

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン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」と位置付けられており、細小血管症への進展の危険が大きい状態とされていました。平成25年6月には糖尿病治療におけるHbA1cの目標が改訂され、HbA1c6.0%未満を「血糖正常化を目指す際の目標」、HbA1c7.0%未満を「合併症を予防するための目標」、HbA1c8.0%未満を「治療強化が困難な際の目標」として定められました(図表29)。

平成28年5月には、日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会において、高齢者の血糖コントロール目標が作成されました。高齢者については、年齢、罹患期間、認知機能、ADL、合併症、重症低血糖の可能性などを考慮して目標とするHbA1c値を決定するとされています（図表30）。

図表29 65歳未満の血糖コントロール目標

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

↑
 食事療法や運動療法だけで達成した場合、又は薬物療法中でも低血糖の副作用なく達成可能な場合

 ↑
 薬物療法の場合
 糖尿病治療ガイドより抜粋
 2022-2023 P34

図表30 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標

①年齢		65～74歳	75歳～	65歳～	65歳～
②からだの特徴と健康状態	A認知機能	正常		軽度	中等度以上
	手段的動作（買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理など）	問題なし		支障がある	支障がある
	基本的動作（着衣、移動、入浴、トイレの使用）	問題なし		問題なし	支障がある
	B合併症など（心・腎・肝機能低下・脱水）	なし		なし	あり
③重症低血糖が心配される薬の使用		なし		7.0%未満	8.0%未満
・インスリン製剤		あり		7.5%未満 (下限6.5%)	8.5%未満 (下限7.5%)

糖尿病ガイド2022-2023（日本糖尿病学会）

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（日本老年医学会）

特定健診の結果から、血糖コントロール指標であるHbA1c7.0～7.9%の者や8.0以上の者の割合は若干減少していますが、治療中のコントロール分布は、7.0～7.9%が高いため、医療機関と連携して少しでも血糖値を正常に近い値にしていくことが重要です（図表31、32）。

図表31 HbA1c7.0%以上の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値								再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない	糖尿病												
							合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる								
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
H30	153	52	34.0%	61	39.9%	14	9.2%	11	7.2%	13	8.5%	2	1.3%	8	5.2%	2	1.3%		
R01	163	79	48.5%	46	28.2%	14	8.6%	14	8.6%	7	4.3%	3	1.8%	4	2.5%	2	1.2%		
R02	139	51	36.7%	46	33.1%	16	11.5%	9	6.5%	14	10.1%	3	2.2%	8	5.8%	2	1.4%		
R03	131	49	37.4%	41	31.3%	18	13.7%	10	7.6%	11	8.4%	2	1.5%	4	3.1%	2	1.5%		
R04	122	41	33.6%	43	35.2%	15	12.3%	12	9.8%	10	8.2%	1	0.8%	2	1.6%	1	0.8%		
R05	100	30	30.0%	38	38.0%	18	18.0%	6	6.0%	7	7.0%	1	1.0%	6	6.0%	0	0.0%		

【出典】ヘルスサポートラボツール

図表32 血糖コントロールの分布（令和5年度）

④ HbA1c (NGSP)	糖尿病 治療の有無		治療中		治療なし		再掲			
							特定保健指導		情報提供	
	受診者		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	100		15	15.0%	85	85.0%	17	20.0%	68	80.0%
5.5以下	30	30.0%	0	0.0%	30	35.3%	4	23.5%	26	38.2%
5.6～5.9	38	38.0%	1	6.7%	37	43.5%	8	47.1%	29	42.6%
6.0～6.4	18	18.0%	1	6.7%	17	20.0%	5	29.4%	12	17.6%
6.5～6.9	6	6.0%	5	33.3%	1	1.2%	0	0.0%	1	1.5%
7.0～7.9	7	7.0%	7	46.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
8.0以上	1	1.0%	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
(再掲)8.4以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

【出典】ヘルスサポートラボツール

オ 適正体重を維持している者の増加（肥満 BMI25 以上の減少）

肥満は、糖尿病、循環器疾患、がん等の生活習慣病のリスクです。その中でも糖尿病は肥満によって内臓脂肪が蓄積することで、血糖を下げるホルモンであるインスリンの感受性が低下し、インスリンが効きにくくなっている状態（インスリン抵抗性）を引き起こします。また、肥満によって肥大化した脂肪細胞から、血中に分泌される遊離脂肪酸やサイトカインがインスリンの働きを悪くし、血糖を上昇させます。

肥満（BMI25 以上）の者は、全体としては平成 30 年度と比べると減少していますが、北海道・国と比較すると肥満の者の割合は高くなっています。また、男性については増加しています（図表 33）。

図表33 肥満（BMI25以上）年代別の比較

		総数				男性		女性		
		幌加内町		北海道	国	幌加内町		幌加内町		
		H30年度	R5年度	R5年度	R5年度	H30年度	R5年度	H30年度	R5年度	
BMI25以上		人数	61	37	—	—	22	19	39	18
		割合	39.9%	37.0%	30.4%	26.9%	36.1%	42.2%	42.4%	32.7%
再掲	40代	人数	4	4			3	4	1	0
		割合	28.6%	30.8%			37.5%	44.4%	16.7%	0.0%
	50代	人数	7	4			4	4	3	0
		割合	38.9%	26.7%			50.0%	44.4%	30.0%	0.0%
	60代	人数	24	12			9	5	15	7
		割合	40.7%	35.3%			40.9%	41.7%	40.5%	31.8%
	70～74	人数	26	17			6	6	20	11
		割合	41.9%	44.7%			26.1%	40.0%	51.3%	47.8%

【出典】ヘルスサポートラボツール

③具体的な取り組み

糖尿病は、インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす遺伝因子に、過食、運動不足、肥満、多量飲酒、喫煙、ストレスなどの環境因子及び加齢が影響し発症します。糖尿病の発症予防は、生活習慣の改善で糖尿病の危険因子を

減らし、血糖値の上昇を防ぐことです。

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

ア 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・ 特定健診結果に基づく町民一人ひとりを対象にした保健指導の推進
家庭訪問、健康相談など、きめこまやかな保健指導を実施
国保加入者以外の希望者に対する保健指導を実施
- ・ 医療機関との連携
糖尿病連携手帳の活用
- ・ 糖尿病腎症重症化予防の実施（国保）
糖尿病未受診者・治療中断者に対する受診勧奨
ハイリスク者に対する保健指導
- ・ 第3期データヘルス計画に準じた取組

イ 肥満者の発症予防・重症化予防

- ・ 健診データと体を結び付けて、自身の生活習慣を見直し、必要な食事を理解するための保健指導

(3) がん

①基本的な考え方

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

国の第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定）の目標には、「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」があげられています。その中身として、「がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す」とあります。本町では、健康増進法、国の指針に基づき、検診により死亡を減らすことができると科学的に証明されている胃がん・大腸がん・肺がん・子宮がん・乳がんの5種類のがん検診を行っています。

②現状と目標

ア 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（がんの標準化死亡比 100 以下）

年齢調整死亡率は、小規模自治体では年毎の変動が大きく、また正確に算出することは難しい値であることから、標準化死亡比（SMR）を用いてがんの死亡の状況をみていくこととします（図表 34）。

検診を実施している5種類のがんを見ると、男性は胃がん、女性は大腸がんが全国よりも高くなっていますが、有意差はみられませんでした。

5大がん以外では、女性のすい臓がんの死亡が有意に高い傾向にありました。

図表34 死亡別標準化死亡比（SMR） 平成25年～令和4年

		幌加内町		全国
		男	女	
5大がん (がん検診)	肺がん	78.9	80.5	100
	胃がん	106.4	0	
	大腸がん	78.9	125.6	
	乳がん	0	95.6%	
	子宮がん	0	0	
その他	すい臓がん	94.3	203.9%	
	胆のうがん	158.3	192.3	
	肝臓がん	60.4	184.4%	
	食道がん	0	0	

イ がん検診受診率の向上

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。受診率は、胃がん・肺がん・大腸がんは横ばい、子宮がん・乳がんは減少傾向にあります。そのため、新たな対象者への受診勧奨を実施していく必要があると考えます（図表 35）。

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、国の方針を参考に様々な取り組みと、制度管理を重視したがん検診を今後も推進します。

図表35 幌加内町のがん検診受診率の推移

		幌加内町受診率					国	目標値		
		R1	R2	R3	R4	R5	R 4年度	国		
胃がん	男	12.0	14.0	16.0	14.0	20.0	6.9	40%		
	女	23.0	21.0	17.0	19.0	18.0				
	総合	14.1	13.7	12.6	13.9	14.7				
肺がん	男	27.0	24.0	27.0	31.0	28.0	6.0		40%	
	女	50.0	43.0	42.0	38.0	35.0				
	総合	13.8	12.6	13.9	14.1	13.0				
大腸がん	男	25.0	23.0	24.0	22.0	25.0	6.9			40%
	女	55.0	43.0	39.0	45.0	39.0				
	総合	14.3	12.4	12.6	13.7	13.2				
子宮頸がん	女	33.8	28.9	25.2	25.2	26.0	15.8	50%		
乳がん	女	38.6	34.2	28.9	30.0	29.1	16.2			

【出典】町受診率：地域保健報告（肺、大腸、乳がん検診40～69歳対象、胃がん検診50～69歳、子宮がん検診20～69歳を対象）
 全国受診率：令和4年度 地域保健事業報告

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の評価指標の一つとなっています。

評価年である令和5年度は、精密検査受診率はいずれも100%ですが、年毎にばらつきが見られます。

国の第4期がん検診対策推進計画においては、精密検査受診率の目標値を90%以上としています。しかし、がん検診の種類によっては国の目標値に達していない年度も見られています（図表36）。

図表36 がん検診精密検査受診率（単位：精検者数・発見がん（人）、受診率（%））

		H31	R2	R3	R4	R5	がん発見者数	目標値（国）
胃がん	精検者数	12	4	5	4	2	0	90
	精密検査受診率	75	75	60	75	100		
	がん発見者数	0	0	0	0	0		
肺がん	精検者数	4	5	6	2	3	0	90
	精密検査受診率	100	100	83.3	100	100		
	がん発見者数	0	0	0	0	0		
大腸がん	精検者数	23	10	10	4	3	4	90
	精密検査受診率	69.6	90	80	75	100		
	がん発見者数	2	0	0	1	1		
子宮頸がん	精検者数	3	0	1	2	0	0	90
	精密検査受診率	100	0	100	0	0		
	がん発見者数	0	0	0	0	0		
乳がん	精検者数	3	0	1	1	0	1	90
	精密検査受診率	100	0	100	100	0		
	がん発見者数	0	0	1	0	0		

本町では、精密検査対象者には電話、訪問などで個別に本人に結果説明と受診勧奨を行い、精密検査の必要性や受診する医療機関についての相談を実施しています。また、精密検査の受診勧奨から数か月経過した未受診者には、再勧奨を行っています。

精密検査によっては、前処置や検査に伴う心身の負担から受診をためらう傾向にあります。早期発見により、身体や日常生活に負担のかからない方法で治療をすることができます。精密検査を受ける重要性を伝えるとともに、受けやすい医療機関等の情報をあわせて提供し、今後も精密検査受診率を向上させていく必要があります。

③具体的な取り組み

国の示す方針を参考に、施策の推進を図ります。

ア ウイルス感染によるがんの発症予防の施策

- ・HTLV-1（成人T細胞白血球ウイルス）抗体検査（妊娠期）
- ・肝炎ウイルス検査（妊婦健診・40歳以上）
- ・子宮頸がん予防ワクチン接種

イ がん検診受診率向上の施策

- がん検診の必要性の周知とともに、様々な機会を利用して受診勧奨
- 受診率の低い年代の方への文書などでの受診勧奨

ウ 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（40 歳以上の女性）

エ がん検診の質の確保に関する施策

- 制度管理項目を遵守できる検診機関の選定
- 要精密検査者に対して、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

オ 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

- がん相談窓口の紹介、広報

（4）慢性閉塞性肺疾患（COPD）

①はじめに

肺の生活習慣病とも言われている COPD は、肺気腫や慢性気管支炎を合わせた病気の総称です。最大の原因は喫煙で、50～80%関与していると言われています。たばこを主とした有害物質を長期に吸入することで、肺や気管支に炎症を起こし、咳や痰、息切れを引き起こし、呼吸障害が進行していきます。治療を始めても、肺や気管支の機能は元に戻ることはなく、日常生活に大きな影響をきたします。

COPD は禁煙によって予防可能であることがガイドラインにうたわれています。まずは禁煙の必要性の理解につなげ、COPD に移行しない、悪化させないよう、禁煙を実行できるような働きかけが必要です。

また、COPD は炎症により血管内皮機能の低下を招き、動脈硬化が促進することから循環器疾患を併発することも多く、COPD の予防は循環器疾患の予防のためにも重要です。

②現状と目標

ア 成人の喫煙率の減少

COPD の最大の原因は喫煙であり、喫煙者の 15～20%が COPD を発症します。その他、粉じんや大気汚染、乳幼児期の呼吸器感染なども原因としてあげられ、受動喫煙も発症の原因になります。

本町の特定健診受診者の喫煙率は男性が北海道・国よりも高くなっています（図表 37）。

喫煙者やその家族などが COPD に移行しないよう、まずは喫煙者に禁煙を促すことが必要です。

図表37 喫煙率の比較

	男性			女性		
	幌加内町	北海道	国	幌加内町	北海道	国
40～74歳	31.0%	25.5%	23.8%	5.5%	16.6%	6.1%

R5年度特定健診質問票 喫煙ありと回答した者

③具体的な取り組み

ア たばこのリスクに関する情報、禁煙することによる健康改善効果についての教育・啓発の推進

- ・ 種々の保健事業の場で、禁煙の助言や情報提供

母子健康手帳交付、乳幼児健診、がん検診、特定健診

- ・ 広報紙等で受動喫煙による健康影響についての情報提供

イ 禁煙外来等の情報提供

- ・ 幌加内診療所禁煙外来との連携
- ・ 外来受診が難しい場合は、禁煙補助剤（市販）等の情報提供

3.生活習慣病の改善

（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もあり、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。

生活習慣病予防の実現のためには、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現状と目標

ア 若年女性のやせの減少

1) 30代健診の女性の体格

健診を受診した30歳代の女性の体格を見ると、累計で普通体重26人（49.4%）、BMI18.5%未満のやせは11人（20.8%）です。また、平成26年度から平成30年度の累計と比較すると、普通体重は7.8%、やせも3.8%減少しています。（図表38）。

若年女性のやせは低出生体重児のリスクになり、肥満は妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病などの発症リスクとなります。本人だけでなく、将来の子どもたちの健康にも影響します。女性の一生を通じた適正な栄養摂取の知識の普及が必要です。

図表38 30代健診女性の体格

	BMI	年度	H26～H30累計	R1	R2	R3	R4	R5	R1～R5累計
計			65	15	14	11	5	8	53
低体重	18.5未満	人数	16	4	6	1	0	0	11
		割合（%）	24.6	26.7	42.9	9.1	0.0	0.0	20.8
普通体重	18.5～24.9	人数	37	8	6	7	2	3	26
		割合（%）	56.9	53.3	42.9	63.6	40.0	37.5	49.1
肥満	25以上	人数	12	3	2	3	3	5	16
		割合（%）	18.5	20.0	14.3	27.3	60.0	62.5	30.2

【出典】幌加内町30代健診集計

2) 妊娠前の体格と適正な体重増加

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一つと考えられ、妊娠中の適切な体重増加の目安とするために、妊娠直前のBMIを把握し、保健指導を行っています。

妊娠前の体格は、直近5年間とそれ以前の5年間を比較すると、普通体重は12.9%減少し、やせは4.3%、肥満が8.6%増加しています（図表39）。

図表39 妊娠前の体格

	妊娠前の体格		年度	H26～H30累計	R1	R2	R3	R4	R5	R1～R5累計
計	判定	BMI		26	3	7	8	4	3	25
低体重	やせ	18.5未満	人数	2	0	2	0	1	0	3
			割合（%）	7.7	0.0	28.6	0.0	25.0	0.0	12.0
普通体重	普通体重	18.5～24.9	人数	20	2	5	6	3	0	16
			割合（%）	76.9	66.7	71.4	75.0	75.0	0.0	64.0
肥満	肥満	25以上	人数	4	1	0	2	0	3	6
			割合（%）	15.4	33.3	0.0	25.0	0.0	100.0	24.0

【出典】北海道母子保健報告より

妊娠中の望ましい体重増加量は、妊娠前の体格によって異なりますが、令和3年3月に改正された「妊産婦のための食生活指針」では、新たな妊娠中の体重増加の目安が改正されました（図表40）。全妊婦を対象に、個人差を配慮し

た摂取エネルギーと特定の料理や食品に偏らないバランスの取れた食事についての個別指導を実施していきます。

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、母親の生活習慣病発症予防の視点も持ちながら、ライフコースに応じた保健指導を行っていくことが必要です。

図表40 妊娠中の体重増加指導の目安

妊娠前体格		体重増加指導の目安
判定	BMI kg/m ²	
やせ	18.5未満	12～15kg
普通体重	18.5-24.9	10～12kg
肥満（1度）	25-29.9	7～10kg
肥満（2度以上）	30以上	個別対応（上限5kgが目安）

【出典】日本産婦人科学会周産期委員会（2021年3月改正）

イ 適正体重の子どもの増加

1) 低出生体重児（2,500g未満）の割合の減少

過去5年間で4人が低出生体重で生まれました。低出生体重児の5年間の平均出生率は14.8%で、全国平均9%台と比べて高い状況にあります。

低出生体重児の原因特定は非常に困難ですが、喫煙や母体の栄養不足によっても引き起こされます。また、低体重児は将来、生活習慣病を発症しやすいとの報告があります。妊娠中からの食事や体重管理に関する保健指導も必要です（図表41）。

図表41 低体重児出生児の状況（R1年～R5年度）

		計		早産 (在胎37週未満)		正期産 (在胎37週以上)	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
全出生数		27	100.0%	2	7.4%	25	92.6%
出生体重2500g以上		23	85.2%	0	0.0%	23	92.0%
出生体重2500未満		4	14.8%	2	100%	2	8%
単胎児	小計						
	2000～2500未満	2				2	
	1500～2000未満						
多胎児		2		2			

【出典】幌加内町統計より

2) 肥満傾向にある子どもの割合の減少

<幼児期の肥満>

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

令和元年度から令和5年度までの5年間に、幼児健康診査を受診した肥満度15%以上の小児肥満に該当する1歳6カ月児は1人（3.6%）、3歳児は

2人(6.9%)です(図表42)。

図表42 幼児健康診査受診結果(R1年度～R5年度)

	受診者数	肥満		適正体重		やせ	
		15%以上		-14.9～14.9%		-15%以下	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6カ月児健診	28	1	3.6%	27	96.4%	0	0
3歳児健診	29	2	6.9%	27	93.1%	0	0

【出典】幌加内町乳幼児健診統計

各保健事業を通して、乳幼児期からの生活リズム・食事・運動・排泄などの基本的な生活習慣の確立を基盤に、身体発育曲線を利用して適正な体重維持について保健指導を行います。

ウ 野菜摂取の増加

野菜は、ビタミン・ミネラル・食物繊維などの栄養素が豊富で、これらは体内で作ることができないため、食事から摂取しなければなりません。野菜の目標摂取量 350g のうち、緑黄色野菜は 1/3 の 120g 程度摂取することが推奨されています。緑黄色野菜に多く含まれているビタミン A、葉酸は、細胞が生まれ変わるときに必要で、子どもが成長する(細胞が増える)ためにも使われるため、胎児期から必要な栄養素です。また、抗酸化ビタミン(ビタミン A・C・E)は野菜に含まれ、動脈硬化やがん、老化、免疫低下を引き起こす活性酸素の働きを抑えます。

食事中に野菜を噛むことで満腹中枢が刺激されます。また、そしゃく回数は野菜の食物繊維に関連します。従って、食物繊維の適量摂取は、胃袋の満足感、腸では油脂や糖の吸収の抑制につながります。食物繊維は腸で善玉菌のえさになり、免疫力を高める短鎖脂肪酸を生み出し、脂質異常症や糖尿病・肥満といった生活習慣病発症予防とも関係があるため、大切な栄養素です。

本町では、野菜摂取量の把握ができていないため、野菜摂取量の把握についてアンケートなど把握の検討が必要です。

エ 食塩摂取量の減少

食塩摂取量は、高血圧等の生活習慣病発症予防並びに治療について関係があり、高血圧を介して慢性腎臓病(CKD)や心不全の発症予防・重症化予防に関与している可能性が示されています。しかし、日本人の食塩摂取量は減少傾向にあるものの目標量に達しておらず、高血圧の予防、治療のためには高血圧治療ガイドラインでも成人・高齢者は 6g/日未満が望ましいと考えられていることから、できるだけこの値に近づけることが目標となります。より減塩への取組が進むよう健診結果報告での減塩食品の紹介や推定 1 日食塩摂取量検査の検討をしていきます。

③具体的な取り組み

生活習慣病の発症・重症化予防のための取り組みの推進

ライフコースに対応した保健指導・栄養指導

- ・妊婦に対し、妊娠前の体格に応じた適切な体重増加へ向けての保健指導
- ・乳幼児健診、乳幼児相談（随時）
- ・30代健康診査、特定健康診査、後期高齢者健康診査 等

（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、運動とは、身体活動のうちスポーツやフィットネスなどの健康・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（NCDs）の発症リスクが低いことが実証されています。

世界保健機構（WHO）は、高血圧（13%）、喫煙（9%）、高血糖（6%）に次いで、身体不活動（6%）を全世界の死亡に関する危険因子の第4位と認識し、日本でも身体活動・運動の不足は喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡の3番目の危険因子であることが示唆されています。身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実践できる方法の提供や周知が必要です。

②現状と目標

ア 日常生活における歩数の増加

（日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者）

特定健診質問項目から、日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する習慣がある者は、令和5年度は62.2%と北海道よりも高くなっています。一方で、1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施する習慣がある者は、北海道と同じくらいになっています（図表43、44）。

身体活動・運動は、生活習慣病予防だけではなく介護予防にもつながるものであり、今後も運動習慣の必要性についての知識の普及啓発を推進するとともに、地域包括支援センターや教育委員会との連携を図りながら、誰もが気軽に運動しやすい環境について検討していく必要があります。

図表43 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する習慣がある者

	総数	男性	女性
幌加内町	62.2%	54.5%	58.0%
北海道	42.1%	41.0%	41.5%

【出典】特定健診受診者（R5法定報告）

図表44 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施する習慣がある者

	総数	男性	女性
幌加内町	31.0%	31.1%	30.9%
北海道	30.6%	33.0%	28.8%

【出典】特定健診受診者（R5法定報告）

（3）歯・口腔の健康

①はじめに

歯・口腔の健康は、生涯を通じて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。口腔の健康と全身の健康との関連性についても指摘されていることを踏まえると、歯・口腔の健康づくりの取り組みをさらに強化していく必要があります。

②現状と目標

ア 乳幼児のう歯のない者の増加

幌加内町の1歳6か月児では、う歯のない者の割合は100%を維持しています。3歳児では年毎にばらつきがありますが、う歯がある児は1人で複数のう歯を持ち、未処置であるケースが多い状況です（図表45、46、47）。

幌加内町では、乳幼児健診にて歯科医師による歯科検診、歯科衛生士による保健指導、フッ素塗布事業を実施しています。また、町内の保育所でフッ素洗口を実施し、乳幼児のう歯の増加予防に努めています。

図表45 う蝕がない1歳6か月児・3歳児の割合の推移（歯科健康診査）

年度	1歳6か月児					3歳児				
	幌加内町			北海道	国	幌加内町			北海道	国
	受診者	う蝕がない児の割合				受診者	う蝕がない児の割合			
	人	人	割合	割合	割合	人	人	割合	割合	割合
R 1	3	3	100.0	98.6	99.0	6	5	83.3	87.2	88.1
R 2	6	6	100.0	98.5	98.9	4	4	100.0	88.1	88.2
R 3	3	3	100.0	98.8	99.2	4	4	100.0	89.7	89.8
R 4	8	8	100.0	99.0	99.3	4	3	75.0	91.4	91.4
R 5	3	3	100.0	98.5		5	4	80.0	91.8	

【出典】幌加内町乳幼児健診集計（母子保健報告）

図表46 1歳6か月児の状況（令和1年度～令和5年度累計）

受診者		う蝕がある児		う蝕総本	う蝕歯の型別分類			未処置歯のある児		一人平均う蝕本数
年度	人	人	割合	本	A型	B型	C型	人	割合	本
R1	3	0	0.0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
R2	6	0	0.0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
R3	3	0	0.0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
R4	8	0	0.0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
R5	3	0	0.0	0	0	0	0	0	0.0	0.0

【出典】幌加内町乳幼児健診集計（母子保健報告）

図表47 3歳児の状況（令和1年度～令和5年度累計）

受診者		う蝕がある児		う蝕総本	う蝕歯の型別分類				未処置歯のある児		一人平均う蝕本数
年度	人	人	割合	本	A型	B型	C1型	C2型	人	割合	本
R1	6	1	16.6	10	0	1	0	0	1	100.0	1.7
R2	4	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0.0	0
R3	4	0	0.0	0	0	0	0	0	0	0.0	0
R4	4	1	25.0	8	0	1	0	0	1	100.0	2
R5	5	1	20.0	1	1	0	0	0	1	100.0	0.2

【出典】幌加内町乳幼児健診集計（母子保健報告）

イ 歯周病を有する者の割合

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、糖尿病や循環器疾患等の生活習慣病の原因となることが指摘されています。歯周病を予防することにより、歯の喪失や糖尿病等の生活習慣病の重症化リスクの軽減が図られ、健康の保持増進が期待されます。

現時点では、歯周病に関するデータが乏しく評価が困難なため、歯科に係る医療費から分析・評価します（図表48）。

幌加内町の1人当たり歯科医療費は、北海道よりも低くなっています。しかし、医療費の3要素では、同規模、北海道よりも受領率が低く、1件当たり回数・医療費が高くなっており、重症化してから医療にかかっていることが推測されます。定期的な歯科検診により、異常の早期発見・早期処置や適切なケアによる歯周病の予防が期待されます。

図表48 一人当たり歯科医療費 3要素の比較

	1人当たり 医療費（円）	受領率 （件/千人）	1件当たり回数	1件当たり 医療費（円）
幌加内町	2,022	110.7	2	18,260
同規模	1,995	139.1	1.6	14,130
北海道	2,215	146.4	1.7	15,130

【出典】KDB 地域の全体像の把握

ウ 過去1年間に歯科検診を受診した者の増加

定期的な歯科検診は、成人期の歯周病予防において重要な役割を果たします。定期的な歯科検診の受診により、自身の歯・口腔の健康状態を把握することができ、個人のニーズに応じて歯石除去や歯面清掃ないしは個別的な歯口清

掃指導を受けることができます。

積極的な歯科検診の受診につながるよう、住民に啓発を行うとともに、受けやすい環境づくりの整備を検討します。

エ よく噛んで食べることができる者の増加

特定健診受診時の質問項目「食事をかんで食べる時の状態はどれにあたりますか」の結果をみると、何でも噛めると回答された方は、北海道よりも多くなっています（図表 49）。しかし、噛みにくい、ほとんど噛めないという方も一定数いることから、口腔機能の維持向上にむけた取り組みを継続していく必要があります。

図表49 特定健診質問項目でみる口腔機能

	町	道
何でも噛める	88.0%	66.5%
噛みにくい	11.0%	17.3%
ほとんど噛めない	1.0%	1.4%

【出典】特定健診受診者（R5法定報告・質問票項目別集計表）

③具体的な取り組み

ア ライフコースに対応した歯科保健対策の推進

- ・歯科衛生士による歯科個別保健指導（乳幼児健診）
- ・歯科衛生士による、老人クラブでの健康教育（介護予防事業）
- ・「8020 運動」の広報
- ・幌加内歯科診療所と連携し、定期歯科検診を推奨

イ 専門家による定期管理と推進

- ・乳幼児歯科検診（1 歳 6 か月健診、3 歳児健診）
- ・上川中部圏域歯科保健推進協議会との連携
- ・フッ化物洗口の推進・普及

4.生活機能の維持・向上

（1）高齢者の健康

①はじめに

高齢になっても健康を維持し、生涯にわたって安心して生きがいを持って過ごすことができるよう、健康寿命の更なる延伸にむけた取り組みが推進されています。

幌加内町の高齢化率は 42.3%（令和 5 年度末）であり、うち介護認定を受けている人は、20.3%となっています。国は健康寿命の更なる延伸に向け、

意欲のある限り年齢にかかわらず高齢者の就労や社会参加を推進しています。そのため、生活習慣病の発症予防・重症化予防、フレイル（虚弱）予防が重要となります。

②現状と目標

ア 生活習慣病予防（高血圧、高血糖）

壮年期からの生活習慣病の延長線上で、肥満傾向の高齢者、更に高血圧、高血糖を合わせて持つ高齢者も多く、代謝の低下、各酵素やホルモン分泌の低下、筋量の減少の影響により、重症化しやすい現状があります。

生活習慣病の重症化が「認知機能の低下」や「骨折」などの介護リスクに繋がるため、生活習慣病の予防を軸にフレイル予防・介護予防を進めていきます。

イ 低栄養（BMI20 以下、血清アルブミン 3.5mg/dl 未満）

低栄養とはからだの維持に必要な栄養素が欠乏している状態です。食が細くなり、ゆっくり進んだり、病気で急速に進んだりします。

令和5年度の75歳以上健診受診者の低栄養の指標の一つである体格（BMI）をみると、40人中、やせ傾向（BMI20以下）4人（10.0%）で全員がBMI18.5未満でした。また、肥満（BMI25以上）は11人（27.5%）で、やせよりも肥満の方が多い状況です（図表50）。令和5年度の血清アルブミン値は、要注意が27.5%となっています（図表51）。低栄養は自覚症状を感じにくいため、健診で血清アルブミンを検査することで、数値として科学的に把握し、必要な方へは低栄養予防の保健指導を実施することで、介護状態へ向かわないようにしていけると考えます。

図表50 後期高齢者健診のBMI

	受診者数	やせ傾向 (BMI20.0以下)		ふつう (20.1~25.0未満)		肥満 (25.0以上)	
		再掲	18.5未満				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
R3	23	2 2	8.7% 8.7%	14	60.9%	7	30.4%
R4	43	3 2	7.0% 4.7%	30	69.8%	10	23.3%
R5	40	4 4	10.0% 10.0%	25	62.5%	11	27.5%

【出典】 梶加内町後期高齢者健診結果

図表51 後期高齢者健診の血清アルブミン値

	受診者数	低栄養		要注意		基準値	
		3.5未満		3.5~3.9		4.0以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
R3	23	1	4.3%	2	8.7	20	87.0
R4	43	1	2.3%	4	9.3	38	88.4
R5	40	0	0.0%	11	27.5	29	72.5

【出典】 梶加内町後期高齢者健診結果

③具体的な取り組み

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施事業での取り組みとして、健診を切り口に高齢者を対象とした以下の対象者に保健指導を行います。

【ハイリスクアプローチ】

Ⅱ度高血圧以上の者、eGFR40未満かつ尿たんぱくが+1以上の者

【糖尿病性腎症重症化予防】

HbA1c7.0以上（治療、未治療の両方）の者

【低栄養】

血清アルブミン基準値以下の者

通いの場へのポピュレーションアプローチとしては、各運動教室や老人クラブでの健康相談・健康教育による啓発普及活動を実施し、フレイル予防・介護予防へつながるように進めていきます。

5.こころの健康（幌加内町自殺予防対策計画）

①はじめに

わが国の自殺対策は、平成18年に自殺対策基本法が制定され、それまで個人の問題とされてきた自殺が、社会の問題として広く認識されるようになりました。「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、平成28年に自殺対策基本法が改正され、誰もが自殺対策に関する必要な支援を受けられるよう、全ての都道府県及び市町村が自殺対策計画を策定することとされました。

わが国の自殺者数は依然として年間2万人を超える水準で推移しており、男性が大きな割合を占める状況が続く中、さらにコロナ禍の影響で自殺要因となる様々な問題が悪化したこと等により、女性は2年連続の増加、小中高生は過去最多の水準となっています。

こうした状況を踏まえ、第4次自殺総合対策大綱（2022年～）では、

「子ども・若者の自殺対策の更なる推進・強化」

「女性に対する支援の強化」

「地域自殺対策の取り組み強化」

「総合的な自殺対策の更なる推進・強化」

等が新たに位置づけられました。

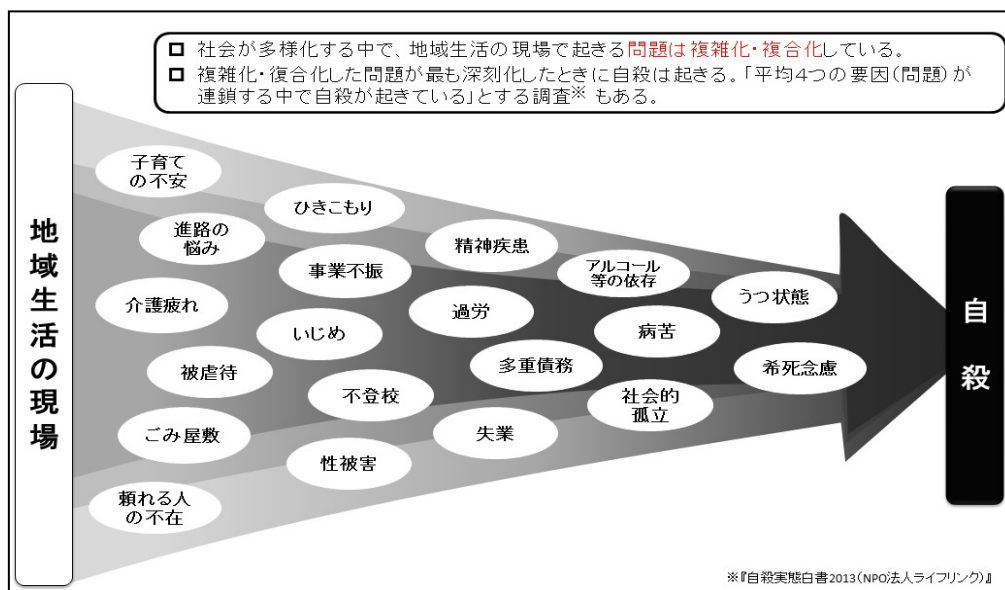
②自殺対策が目指すもの

自殺はその多くが追い込まれた末の死です。自殺の背景には、精神保健上の問題だけでなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立などの様々

な社会的要因があることが知られています。

自殺に至る心理としては、様々な悩みが原因で追い詰められ自殺以外の選択肢が考えられない状態に陥ったり、社会とのつながりの減少や生きていても役に立たないという役割喪失感、与えられた役割の大きさに対する過剰な負担感から、危機的な状態にまで追い込まれてしまう過程と見ることができます。自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る危機」です。

そのため、自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、「生きることの包括的な支援」として実施されなければなりません（自殺対策基本法第2条）。



③現状と目標

ア 自殺者の減少

幌加内町 10 年間の自殺の標準化死亡比（SMR）は、北海道と比較すると低い状況です（図表 52）。また、過去 14 年間の年代・男女別自殺死亡者数をみると、50 歳以上の男性の自殺死亡者が発生しています（図表 53）。

自殺に至る背景には、精神的及び社会的な様々な要因が複雑に関係していますが、相談相手が身近にすることで孤立を防ぎます。しかし、本町は高齢化率が高く、ボランティア等の担手不足は深刻化しており、支え・支えられる関係性は困難になっています。

地域包括支援センターや社会福祉協議会と連携を図り、町民がお互いを見守り、見守られる関係づくりの構築と、支え合える地域づくりに努めます。

図表52 自殺の標準化死亡比（SMR）

	幌加内町	北海道
H25～R4	37.2	103.2

【出典】北海道健康づくり財団統計データ（H25～R4）

図表53 過去14年間の年代・男女別自殺死亡者数（H21年～R4年）

	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	合計
男性	0	0	0	1	1	0	0	2人
女性	0	0	0	0	0	0	0	0人

【出典】地域自殺実態プロファイル2023年版

イ 睡眠による休養を十分とれていない者の減少

睡眠はどの年代においても健康増進・維持に不可欠な休養活動です。

心配事やストレスのかかる要因があることで睡眠障害となり、うつ病等の精神疾患を引き起こし、再燃・再発リスクを高めることにつながります。また、睡眠障害の慢性化により、肥満・高血圧・糖尿病・心疾患・脳血管障害等の発症リスクや死亡率を上昇させます。

本町の特定健診質問票の中にある「睡眠で休息が十分にとれている者」の割合をみると、男女ともに北海道に比べて高くなっています（図表54）。

睡眠障害の原因となる生活上の困りごとに対して、包括的な支援体制を構築するために、関係機関との連携を深め、早期に問題解決できるように努める必要があります。そして良好な睡眠を確保するための環境づくりをはじめ、生活習慣の改善について各個人が必要性を理解し取り組んでいけるよう、啓発活動を進めていきます。

図表54 睡眠で休養が十分とれている者の割合

	幌加内町	北海道
男性	75.6%	67.5%
女性	72.7%	62.9%

【出典】特定健診受診者（R5法定報告・質問票項目別集計表）

④具体的な取り組み

自殺を予防するためには、こころの健康づくりに関する知識の普及を図り、抱えている悩みや対処方法等を、気軽に相談できる場所があることを十分に周知しておくことが必要です。また、子どもから高齢期までの各年代の課題に応じた対策を推進していかなければなりません。

ア 自殺予防啓発活動の実施

- ・自殺予防月間（9月）や自殺対策強化月間（3月）等にあわせて、広報紙等による自殺対策に関する情報の周知・普及啓発を行う
- ・専門機関による相談事業の周知（上川保健所のこころの健康相談等の情報提供）

イ 各世代における支援

（妊娠、子育て期）

- ・妊婦等包括相談支援事業で、妊婦・その配偶者等に対して面談などにより情報提供や相談等を実施
妊娠期から、精神面、環境面などの問題に対応した支援
- ・産後うつスクリーニングの実施、支援が必要な妊産婦には、養育支援連絡票にて産科医療機関と連携を図り、訪問等の支援を実施
- ・乳幼児健診での虐待予防に関するアンケートを実施し、高得点者など支援が必要な人を把握し、継続支援を実施

（児童・生徒）

- ・SOS発信に関する教育の推進（思春期教室等）
命を大切にすることを育む教育と、こころが辛いとき誰にどのように助けを求めればいいのかの方法などを学ぶ教育の推進
- ・学校、保健福祉部門との情報共有による見守り支援
要保護児童対策協議会や教育支援委員会等において、不登校や支援が必要な児童・生徒について学校関係者や保健福祉部門との情報共有をすることで多角的な視点からの見守り支援を行い、自殺リスクの回避を図る

（働き盛りの世代）

- ・各種相談窓口の周知（こころの健康相談、心配事相談、生活仕事相談会等）

（高齢期）

- ・閉じこもり対策の推進
地域サロンや介護予防事業等への参加促進
- ・高齢者の生きがいづくり
老人クラブ、高齢者事業団の運営を支援し、生きがいづくり、社会参加を促進
- ・地域包括支援センターの高齢者世帯への訪問支援

6.目標の設定

国民運動では、目標の設定にあたって次の事項が示されています。

「健康に関する科学的根拠に基づいた実態把握が継続的に可能な具体的目標の設定」

「実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定」

「人口動態、医療、介護をはじめとする各分野の統計やデータベース等地域住民に関する各種指標を活用しつつ、地域実態を踏まえ、独自に必要な課題を選択し、自治体自ら進行管理できる目標の設定」

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

これらを踏まえ、本町でも、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（図表 55）。

図表55 幌加内町の目標設定

分野	項目	国の現状		町の現状値 (R5年度)	国の目標値		町の目標値 (令和18年度)	
全体	健康寿命の延伸（平均自立期間：KDB）	男性 80.1年		男性 78.4年	平均寿命の増加	令和14 年度	増加	
		女性 84.4年		女性 89.5年	分を上回る増加			
循環器疾患	脳血管疾患・虚血性心疾患の標準化死亡率、100以下							
	①脳血管疾患死亡	100	平成22年～ 令和1年	74.8（R4）	100		100以下	
	②虚血性心疾患	100		67.0（R4）	100		100以下	
	高血圧の改善 （Ⅱ度高血圧以上の者の割合の減少）		令和1年度		5mmHg低下	令和14 年度		
	第3期までの目標（Ⅰ度高血圧以上の割合）	131.1mmHg		22.0%			—	
	第4期までの目標（Ⅱ度高血圧以上の割合）	—		4.0%			160/100以上の者の減少	
	LDLコレステロール160m g/d l以上の者の割合の減少	男性 9.8% 女性 13.1%	令和1年度	男性 8.9% 女性 16.4%	25%の減少	令和14 年度	減少	
	メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少							
	①該当者	約1,516人	令和1年度	20.0%		医療費 適正化 計画に 合わせて 設定	減少	
	②予備群			14.0%			減少	
	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）	男性 14.9% 女性 9.1%	令和1年度	男性 15.6% 女性 11.1%	10%	令和14 年度	減少	
	特定健診・特定保健指導の実施率の向上							
	①特定健診の実施率	55.6%	令和1年度	51.5%	60%以上	医療費 適正化 計画に 合わせて 設定	60%以上	
	②特定保健指導の終了率	23.2%		70.6%	60%以上		60%以上	
	糖尿病	①合併症（糖尿病腎障による年間新規透析導入患者数）の減少	15,271人	令和3年度	2人（新規1人）	12,000人 （約7％減少）	令和14 年度	減少
		②糖尿病有病者の増加の抑制（HbA1c6.5%以上の者の割合）	約1,000万人	平成28年度	14.0%	1,350万人	令和14 年度	減少
③治療継続者の割合の増加 （HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合）		67.6%	令和1年度	95.0%	75.0%	令和14 年度	増加	
④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 （HbA1c8.0%以上の割合の減少）		1.32%	令和1年度	1.0%	1.00%	令和14 年度	減少	
⑤適正体重を維持している者の増加（BMI18.5～24.9）		60.3%	令和1年度	男性 57.7% 女性 58.2%	66%	令和14 年度	増加	

分野	項目	国の現状		町の現状値 (R5年度)	国の目標値	町の目標値 (令和18年度)	
がん	悪性新生物の標準化死亡比 100以下	100		105.7	100	100以下	
	がん検診の受診率の向上						
	①胃がん	男性 47.5%	令和4年 国民生活 基礎調査	男性 13.2%	60%	令和10 年度	向上
		女性 36.5%		女性 16.3%			
	②肺がん	男性 53.2%		男性 10.9%			
		女性 46.4%		女性 15.2%			
	③大腸がん	男性 49.1%		男性 9.8%			
		女性 42.8%		女性 17.0%			
	④子宮頸がん	43.6%		26.0%			
	⑤乳がん	47.4%		29.1%			
	がん精密検査受診率の向上	90%以上		100%	設定なし		90%以上
C O P D	喫煙率の減少	16.7%	令和1年	男性 31.0% 女性 5.5%	12%	令和14 年度	減少
栄 養 ・ 食 生 活	若年女性のやせの減少（BMI 18.5未満の20～30歳代女性の割合）	設定なし		12.0（R1～R5累計）	15%	令和14 年度	減少
	適正体重の子どもの増加						
	①低出生体重児の割合の減少	設定なし		14.8%（R1～R5累計）	設定なし		減少
	②肥満傾向にある子供の割合の減少（3歳児）	設定なし		6.9%（R1～R5累計）	設定なし	生育医 療等基 本方針 に合わ せ設定	減少
身 体 活 動 ・ 運 動	①日常生活における歩数の増加（日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する者）	6,278歩	令和1年度	62.2%	7,100歩	令和14 年度	増加
	②運動習慣者の割合の増加 （1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施）	28.7%		31.0%	40%		増加
歯 科 ・ 口 腔 の 健 康	3歳児でう蝕がない者の割合の増加	設定なし		91.8%	設定なし		増加
	よく噛んで食べることができる者の増加	設定なし		88.0%	設定なし		増加
高 齢 者	低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制						
	①BMI 20以下	設定なし		10%	設定なし		減少
	②血清アルブミン 3.5mg/dℓ未満	設定なし		1.9%（R3～R5）	設定なし		減少
	介護保険サービス利用者増加の抑制	設定なし		認定者110人 利用者79人 （おおむね7割）	設定なし		抑制
こ こ ろ の 健 康	①睡眠による休養を十分とれている者の割合の増加	78.3%	平成30年度	76%	80%	令和14 年度	減少
	①自殺者の減少（人口10万人当たり）	設定なし		0人	設定なし		維持

第3章 計画の推進

1.健康増進に向けた取り組みの推進

(1) 活動展開の視点

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

町民の健康増進を図ることは、高齢化が進む本町にとっても、一人ひとりの町民にとっても重要な課題です。地域の健康課題に対し、町民が共同して取り組みを考えることによって、個々の気づきが深まり、健康実現に向かう地域づくりができる、地域活動を目指します。

(2) 関係機関との連携

町民の生涯を通じた健康実現を目指し、町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、町内医療機関・歯科診療所などをはじめ、関係機関、関係団体と協働し進めていきます。

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なデータである、健診データを見続けていく存在です。

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

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

また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。「公衆衛生とは、健康の保持増進に役立つ日進月歩の科学技術の研究成果を、地域社会に住む一人ひとりの日常生活の中にまで持ち込む社会過程」（橋本正己）です。

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