

比布町健康増進計画
健康びっぷ 21(第三次)

令和6年3月

比布町

目 次

序 章 計画策定にあたって

第1節 計画策定の趣旨	3
第2節 計画の性格	5
第3節 計画の期間	5
第4節 計画の対象	5

第Ⅰ章 比布町の概況と特性

第1節 町の概要	7
1 人口	7
2 死亡	8
3 介護保険	10
4 出生	11

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第1節 前計画の評価	13
第2節 生活習慣病の発症予防と重症化予防	17
1 循環器病	17
2 糖尿病	24
3 がん	33
4 慢性閉塞性肺疾患（COPD）	38
5 歯・口腔の健康	40
6 女性の健康	43
7 高齢者の健康	46
第3節 こどもの健康（比布町食育推進計画）	49
第4節 こころの健康（比布町自殺対策計画）	55
第5節 目標の設定	59

第Ⅲ章 計画の推進

第1節 健康増進に向けた取り組みの推進	62
1 活動展開の視点	62
2 関係機関との連携	62
第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上	64

序章 計画策定にあたって

序章 計画策定にあたって

第1節 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」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、健康を増進し発症を予防する「一次予防」を重視した取り組みが推進されてきました。

これまでの取り組みの成果として、健康寿命は着実に延伸したと言えますが、一方で、一次予防や一部の性・年齢に関する指標の悪化等の課題も指摘されています。また、人生100年時代を迎え、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、労働環境の変化等、社会が多様化する中で、各人の健康課題も多様化しており、更なる生活習慣の改善を含めた個人の行動と健康状態の改善を促す必要があります。

以上を踏まえ、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、「すべての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」をビジョンに掲げ、「誰一人取り残さない健康づくりの展開」と、「より実効性を持つ取り組みの推進」に重点を置いた下記の4つの基本的な方向が示されました。

- 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
 - ・生活習慣の改善
 - ・生活習慣病(NCDs)の発症予防と重症化予防
 - ・社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- 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り組みの強化が厚生労働大臣告示において示されています。

比布町では、健康増進法に基づき、町の健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点を置いた健康増進計画「健康ぴっぷ21」を策定し、取り組みを推進してきました。

今回、示された国民運動の基本的な方向及び目標項目、本町のこれまでの取り組みの評価、新たな健康課題などを踏まえ、健康ぴっぷ21(第三次)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：健康上の問題によって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り生じ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）に加え、生活習慣の定着等による生活習慣病（NCDs*）の発症予防、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進。

また、ロコモティブシンドローム等、生活習慣病（NCDs）の予防だけではない健康づくりとして、生活機能の維持・向上の観点も踏まえた取り組みを推進する。

* NCDs（非感染性疾患）とは

世界保健機関(WHO)：不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒、大気汚染により引き起こされる、循環器疾患、がん、慢性呼吸器疾患、糖尿病、メンタルヘルスなどの慢性疾患の総称。

日本だけでなく、世界的にも NCDs が与える健康上・社会経済上の負荷(疾病負担)が大きな問題となっており、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る。

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り組みに加え、各人が社会とのつながりを持つことができる環境整備のほか、自然に健康になれる環境づくり等の、健康に関心の薄い者を含む幅広い対象に向けた予防・健康づくりを推進する。

また、だれもがアクセスできる健康増進のための基盤整備とともに多様な主体が健康づくりに取り組むよう促す。

4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

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)に特有の健康づくりについて引き続き取り組みを推進する。加えて、現在の健康状態が、これまでの自らの生活習慣や社会環境の影響を受ける可能性や次世代の健康に影響を及ぼす可能性があることから、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とらえた健康づくり）について取り組みを進めていく。

第2節 計画の性格

この計画は、第13次比布町まちづくり計画を上位計画として、町民の健康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」を参考に、また、医療保険者として策定する比布町国民健康保険特定健康診査等実施計画と一体的に策定し、保健事業と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	比布町が策定した計画
健康増進法	すこやか北海道 21	健康ぴっぷ 21
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	子ども・子育て支援事業計 画
食育基本法	北海道食育推進計画	(健康ぴっぷ 21)
高齢者の医療の確保に 関する法律	北海道医療費適正化計画	比布町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	(健康ぴっぷ 21)
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	(健康ぴっぷ 21)
介護保険法	北海道高齢者保健福祉計画・介 護保険事業支援計画	比布町高齢者福祉計画・介 護保険事業計画
自殺対策基本法	北海道自殺対策行動計画	(健康ぴっぷ 21)

第3節 計画の期間

この計画の目標年次は令和17年度とし、計画の期間は令和6年度から令和17年度までの12年間とします。なお、6年を目途に中間評価を行います。

第4節 計画の対象

この計画は、胎児期から高齢期までライフコースアプローチの視点で健康増進の取り組みを推進するため、全町民を対象とします。

第 I 章 比布町の概況と特性

第 I 章 比布町の概況と特性

第 1 節 町の概要

比布町は、北海道の上川盆地の北東部に位置し、南北 17.1 km、面積は 86.9 km²です。約半分は山林ですが、その他はおおむね平坦で、大雪山系の山々を源にする石狩川が流れ、地味肥沃な土地であることに加え、上川盆地の寒暖差のある気候によって、良質米生産に最適な場所となっています。

1 人口

比布町の令和 4 年度の人口は 3,505 人、高齢化率は 42.8%であり、道よりも約 10%高く推移しています(図表 1-1)。年齢構成では、64 歳までの人口割合が 5 年間で約 1%減少し、65 歳以上が約 1%増加しています。

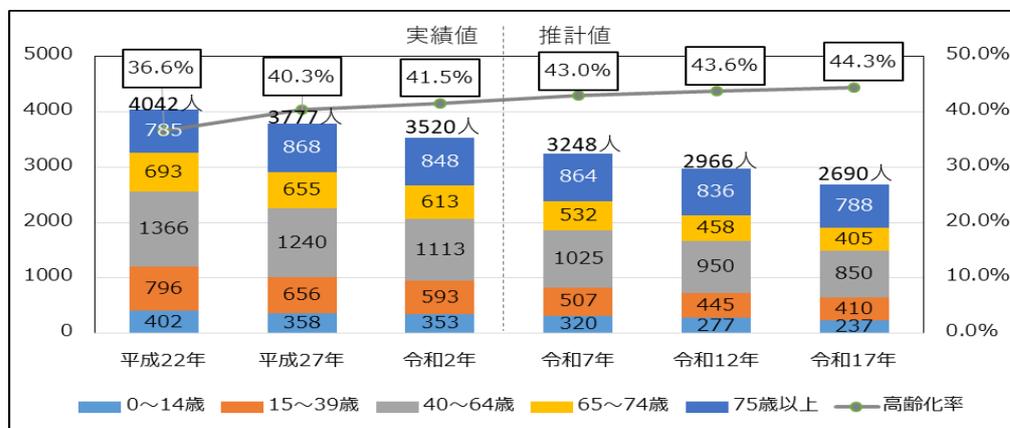
図表 1-1 年齢構成と推移 (各年度 1 月 1 日時点)

	平成30年度		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合	人数(人)	割合
0-39歳	1,037	27.6%	1,017	27.7%	980	27.1%	935	26.5%	920	26.2%
40-64歳	1,170	31.2%	1,134	30.8%	1,117	30.9%	1,084	30.7%	1,067	30.4%
65-74歳	632	16.8%	634	17.2%	632	17.5%	642	18.2%	615	17.5%
75歳以上	909	24.2%	887	24.1%	884	24.4%	868	24.6%	886	25.3%
合計	3,753	-	3,676	-	3,616	-	3,532	-	3,505	-
比布町 高齢化率		41.1%		41.4%		41.9%		42.8%		42.8%
国 高齢化率		27.6%		27.9%		28.2%		28.5%		28.6%
道 高齢化率		30.9%		31.4%		31.9%		32.3%		32.5%

出典：住民基本台帳

人口の推移および推計を見ると、平成 22 年の 4,042 人から年々減少し、令和 17 年には 2,690 人になる見込みです(図表 1-2)。

図表 1-2 人口の推移と将来推計 (平成 22～令和 17 年)



出典：国勢調査(実績値)、国立社会保障・人口問題研究所(推計値)

2 死亡

(1) 死因

令和3年度の死因別死亡者数では、1位が悪性新生物、2位が心疾患、3位が脳血管疾患となっています。心疾患による死亡者の全体に占める割合が、国や道と比べて高いことが特徴的です（図表1-3）。

図表 1-3 死亡者の状況（令和3年度）

順位	死因	比布町		国	道
		死亡者数(人)	割合		
1位	悪性新生物	21	28.0%	26.5%	29.2%
2位	心疾患(高血圧性除く)	15	20.0%	14.9%	14.3%
3位	脳血管疾患	6	8.0%	7.3%	6.9%
4位	肺炎	5	6.7%	5.1%	5.0%
5位	老衰	4	5.3%	10.6%	8.3%
	死亡総数	75			

出典：厚生労働省 人口動態調査

標準化死亡比（SMR）は、国平均を100として10年間の死亡の状況を比較します。国平均より高い死因は、虚血性心疾患、腎不全、肝臓がんでした。虚血性心疾患や腎不全は、糖尿病や高血圧と関連が深く、予防が可能な生活習慣病です（図表1-4）。

図表 1-4 死因別標準化死亡比(SMR) 死亡者数上位10項目(平成22～令和1年)

死因	死亡者数(人)	標準化死亡比(SMR)		
		比布町	道	国
肺炎	76	121.7	97.2	100
虚血性心疾患	58	156.8	82.4	
脳血管疾患	55	93.34	92.03	
肺がん	50	135	119.7	
腎不全	22	164.1	128.3	
肝臓がん	22	150.8	93.98	
胃がん	22	93.37	97.23	
膵臓がん	16	102.9	124.6	
大腸がん	16	67.55	108.7	
不慮の事故(交通事故除く)	15	83.94	84.28	

出典：北海道における主要死因の概要(北海道健康づくり財団)

(2) 男女別の平均余命及び平均自立期間

平均余命及び平均自立期間は、男女ともに全国・北海道と同程度となっています。

平均余命と平均自立期間の差を「不健康な期間」とすると、男性は1.4年、女性は3.3年で、全国と比較するとやや短くなっています（図表 1-5）。

※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。

※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 1-5 男女別平均余命及び平均自立期間（令和4年度累計）

	男性			女性		
	平均余命	平均自立期間	差	平均余命	平均自立期間	差
比布町	80.8年	79.4年	1.4年	87.8年	84.5年	3.3年
国	81.7年	80.1年	1.6年	87.8年	84.4年	3.4年
道	81.0年	79.6年	1.4年	87.3年	84.2年	3.1年
同規模	80.7年	79.3年	1.4年	87.4年	84.2年	3.2年

出典：KDB 帳票_地域の全体像の把握

3 介護保険

令和4年度の比布町の要介護認定者数は311人で、1号被保険者の要介護認定率は、20.6%と国よりも高く、道と同程度の状況です(図表1-6)。しかし、一件当たり給付費は、国・道よりも高い状況です(図表1-7)。

図表 1-6 要介護認定者の状況(令和4年度)

	比布町						国 認定率	道 認定率
	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		
1号								
65-74歳	615	34	5.5%	4	20	10	-	-
75歳以上	886	275	31.0%	34	130	111	-	-
計	1,501	309	20.6%	38	150	121	18.7%	20.8%
2号								
40-64歳	1,067	2	0.2%	0	1	1	0.4%	0.4%
総計	2,568	311	-	38 (12.2%)	151 (48.6%)	122 (39.2%)	-	-

出典：住民基本台帳(1月1日の人口)
KDB帳票 地域の全体像の把握(累計)、要介護(支援)者認定状況(累計)

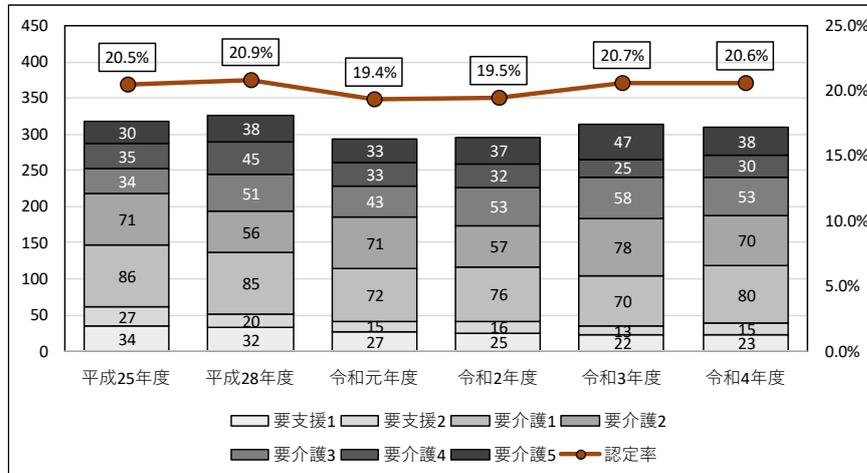
図表 1-7 一件当たり給付費の国・道比較(令和4年度)

	比布町	国	道	同規模
一件当たり給付費(円)	78,263	59,662	60,965	80,543
(居宅)一件当たり給付費(円)	48,152	41,272	42,034	42,864
(施設)一件当たり給付費(円)	267,407	296,364	296,260	288,059

出典：KDB 帳票_医療・介護の突合の経年比較

要介護認定者数は、高齢者人口とともに減少傾向ですが、認定率は増減を繰り返しながら、20%前後を推移しています。要介護認定者数は減少傾向にあるものの、要介護度別認定割合を見ると、要介護3以上の割合が約4割を占め、高いことがわかります(図表1-8)。

図表 1-8 介護度別要介護認定者数及び認定率の推移



出典：介護保健事業報告年報

4 出生

比布町の出生は、約 10～20 人で推移しています。合計特殊出生率は、1.26 と国や道よりもかなり低い状況です（図表 1-9）。

図表 1-9 出生数の推移

年		H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	
出生数		12	15	17	11	27	13	22	13	6	18	
合計特殊 出生率	町	1.26					R7年度公表予定					-
	道	1.3										-
	国	1.43										-

出典：比布町調べ(出生数)

人口動態 保健所・市区町村別統計(合計特殊出生率)

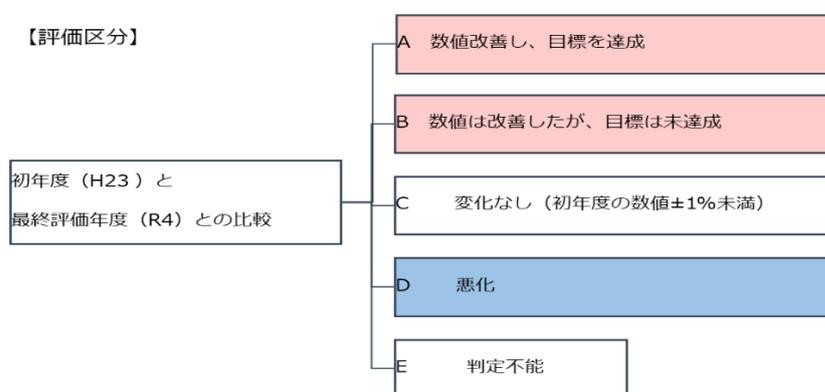
第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第1節 前計画（第二次）の評価

前計画（第二次）を分野項目ごとに、策定時（平成23年度）と直近（令和4年度）を比較し、下記の5段階で評価しました（図表 2-1）。

全37項目中、A評価が13項目、B評価が2項目、C評価がなし、D評価が15項目であり、改善が見られた項目と悪化した項目が同数でした。特に、がん検診受診率、肥満やメタボリックシンドロームに関する項目、糖尿病有病者に関する項目において、課題が残っています。



図表 2-1 健康びっぴ 2.1（第二次）評価の概要

1 生活習慣病の予防

分野	項目	策定時の現状			評価		目標値	指標
		平成23年度	令和4年度	段階	段階			
がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少	(SMR)90.2	(SMR)100.6	D	減少	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							
	胃がん	17.1%	9.8%	D	25%	健康増進事業報告		
	肺がん	19.1%	14.5%	D	25%			
	大腸がん	20.2%	15.9%	D	25%			
	子宮頸がん	20.4%	23.4%	B	25%			
乳がん	26.2%	28.6%	B	30%				
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（SMR）の減少	(H12-21)	(H25-R4)			北海道における主要死因の概要		
	脳血管疾患	108.7	89.1	A	減少			
	虚血性心疾患	108.3	153.8	D	減少			
	②適正体重を維持している者の増加（肥満・やせの減少）					町各種健診データ		
30～69歳男性の肥満者の割合の減少	26.1%	39.5%	D	維持又は減少				
30～69歳女性の肥満者の割合の減少	24.2%	29.7%	D	維持又は減少				

分野	項目	策定時の現状			目標値	指標	
		平成23年度	令和4年度	段階			
循環器疾患	③高血圧の改善（140/90mmHg以上の者の割合）	26.5%	24.6%	A	現状維持	町各種健診データ	
	④脂質異常症の減少(LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	6.0%	4.5%	A	維持又は減少		
	⑤メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	25.3%	27.8%	D	減少		
	⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上					法定報告	
	特定健康診査の実施率	45.6%	51.8%	A	60%		
特定保健指導の終了率	80.0%	88.5%	A	60%			
糖尿病	①合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少)	0人	0人	A	現状維持	KDB	
	②治療継続者割合の増加（HbA1c6.5%以上の者のうち、治療中と回答した者の割合）	80.6%	79.6%	D	維持又は増加	町各種健診データ	
	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（HbA1c8.4%以上の者の割合）	0.90%	0.57%	A	維持又は減少		
	④糖尿病有病者の増加の抑制（HbA1c6.5%以上の者の割合）	6.8%	11.0%	D	維持又は減少		
食	①適正な体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）	各分野で記入					
	②適切な量と質を摂る者の増加						
身体活動・運動	①日常生活における歩数の増加（日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者の割合）						
	40～74歳	30-64歳男性	44.3%	E	増加	KDB	
		30-64歳女性					19.8%
		65歳以上男性					47.3%
65歳以上女性		37.6%					
②運動習慣者の割合の増加							
40～74歳	30-64歳男性	31.6%	E	増加	KDB		
	30-64歳女性					13.3%	
	65歳以上男性					43.1%	
	65歳以上女性					36.3%	
次世代の健康	①適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）						
	20代女性のやせの者の割合の減少（妊娠届け出時のやせの者の割合）	10%弱	23.1%	D	維持又は減少	妊娠届け出アンケート	
	全出生数の低出生体重児の割合の減少	7.7%	10.0%	D	減少傾向へ	出生届	
	肥満傾向にある子どもの割合の減少（小学5年生の中等度・重度肥満傾向児の割合）	統計なし		E	減少傾向へ	学校保健から情報提供	

2 生活習慣の改善

分野	項目	策定時の現状			目標値	指標
		平成23年度	令和4年度	段階		
飲酒	①妊娠中の飲酒をなくす（妊娠届け出時に飲酒をしている者の割合）	7.40%	0.0%	A	減少	妊娠届出時アンケート
	②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低減（毎日2合以上の飲酒）	男性 10.0% 女性 6.1%	2.3%	A	減少	町各種健診データ
喫煙	①妊婦の喫煙をなくす	11.8%	0.0%	A	減少	妊娠届出時アンケート
	②成人の喫煙率の減少	20.1%	21.8%	D	減少	KDB

分野	項目	策定時の現状	評価		目標値	指標
		平成23年度	令和4年度	段階		
歯・ 口腔 の 健康	①歯周病を有する者の割合の減少					
	40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）	統計なし	統計なし	E	減少	
	60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）	統計なし	統計なし	E	減少	
	②乳幼児・学童期のう歯がない者の増加					
	3歳児でう歯がない者の割合の増加	77.1%	100.0%	A	80%以上	幼児健診
	12歳児の一人平均う歯数の減少	統計なし	統計なし	E	-	
③過去1年間に歯科健診を受診した者の増加（歯周疾患健診受診者数）	統計なし	4人	E	増加	成人歯科健診事業実績	

3 社会生活に必要な機能の維持・向上

分野	項目	策定時の現状	評価		目標値	指標
		平成23年度	令和4年度	段階		
の高 健 齢 者	①介護サービス利用者の増加の抑制	283人	284人	A	342人	介護保険事業計画
	②低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制	18.5%	20.5%	D	維持又は減少	町各種健診データ
の ご 健 康 を 保 つ	①自殺者の減少（人口10万人当たり）	50人	0人	A	減少	北海道保健統計年報
休 養	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合減少	20.0%	23.1%	D	減少	KDB

以上をふまえ、次期計画の基本的な方針と目標を妊娠期から高齢期までのライフコースに応じて設定し、各期の特性に合わせた健康づくりを推進します。（図表 2-2）。

図表 2-2

健康びっぴが21(第三次)の基本的な方向性と目標

目全 標体	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	
<input type="checkbox"/> 健康寿命の延伸 <input type="checkbox"/> 健康格差の縮小						
循環器疾患				<input type="checkbox"/> 高血圧の改善 <input type="checkbox"/> 脂質異常症の減少 <input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少 <input type="checkbox"/> 適正体重を維持している人の増加(肥満、やせの減少) <input type="checkbox"/> 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の減少 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量の減少 <input type="checkbox"/> 特定健診・特定保健指導の実施率の向上		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患・虚血性 心疾患のSMR100以下
糖尿病				<input type="checkbox"/> 糖尿病有病者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 治療継続者の増加 <input type="checkbox"/> 合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入者)の減少 <input type="checkbox"/> 日常生活における歩数の増加 <input type="checkbox"/> 運動習慣者の増加 <input type="checkbox"/> 適切な食事量をとる者の増加		
がん				<input type="checkbox"/> がん検診の受診率の向上 <input type="checkbox"/> 精密検査の受診率の向上		<input type="checkbox"/> 悪性新生物の SMR100以下 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患の SMR100以下
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)				<input type="checkbox"/> 成人の喫煙率の減少		
歯・口腔の健康				<input type="checkbox"/> 乳幼児のう歯のない者の増加 <input type="checkbox"/> 歯周疾患を有する者の減少 <input type="checkbox"/> 過去1年以内に歯科健診を受診した者の増加		
女性の健康				<input type="checkbox"/> 妊娠中の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 妊婦の高血糖有所見者の減少 <input type="checkbox"/> 妊娠中の適正な体重増加 <input type="checkbox"/> 適正体重の子どもの増加 <input type="checkbox"/> 低出生体重児の減少 <input type="checkbox"/> 肥満傾向にある子どもの減少 <input type="checkbox"/> 健康な生活習慣を有する子どもの増加		
こどもの健康						
高齢者の健康						<input type="checkbox"/> 低栄養傾向(BMI20以下、低アルブミン)の高齢者の減少 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用者の増加の抑制
こころの健康				<input type="checkbox"/> 睡眠による休養を十分とれていない者の減少		<input type="checkbox"/> 自殺者数の減少

個人の取組では解決できない地域や社会の健康づくり: 社会の質の向上

第2節 生活習慣病の発症予防と重症化予防

1 循環器病

(1) 基本的な考え方

脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、平成30年の人口動態統計によると、心疾患は第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせると、年間31万人が亡くなっています。また、令和元年の国民生活基礎調査によると、循環器病は、要介護の原因の20.6%を占めており、主な要因の一つとなっています。

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かかる対策に関する基本法」が成立し、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病対策が行われています。

本町では、健康ぴっぴ 21（第二次）に基づき、発症予防として危険因子と関連する生活習慣の改善、重症化予防として高血圧・脂質異常症の受療率の向上に取り組んできました。健康診査受診者全員と面談し、一人ひとりに健診結果から発症リスクに基づく健康の自己管理の支援を行っています。平成27年度からは若年健診の対象者を20歳以上に拡大し、若いうちからの予防意識の向上を図りました。

循環器病の危険因子は、高血圧、脂質異常症（特に高LDLコレステロール血症）、喫煙、糖尿病等があり、これらの因子を適切に管理することが重要です。このうち、喫煙と糖尿病は、それぞれ独立した領域で目標が設定されているため、循環器病領域では、残る主要な危険因子である高血圧と脂質異常症（高LDLコレステロール血症）について取り上げます。

(2) 現状と目標

ア 脳血管疾患・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）

国の循環器病領域の指標では、「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、本町の年齢調整死亡率は数値がとれないことから、標準化死亡比（SMR）を評価指標とします。

脳血管疾患の標準化死亡比は、100を下回っており、低下傾向にあります。北海道と比較しても低くなっています。

一方、虚血性心疾患の標準化死亡比は増加傾向で、平成22～令和元年から150を超え、

北海道を大きく上回っています（図表 2-3）。

図表 2-3 脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）

	H15-H24		H18-H27		H22-R1		H24-R4	
	比布町	北海道	比布町	北海道	比布町	北海道	比布町	北海道
脳血管疾患	109.3	93.4	147.7	91.6	92.0	93.3	89.1	94.0
虚血性心疾患	134.2	87.6	102.9	84.5	156.8	82.4	153.8	81.4

出典：北海道における主要死因の概要（北海道健康づくり財団）

イ 高血圧の改善

高血圧は、循環器病の確立した危険因子であり、喫煙と並んで主な原因となることが示されています。血圧レベルと循環器病の関連では、正常値に近いほど望ましいと考えられています。また、高血圧治療薬を用いた血圧降下による循環器病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。

比布町では、健診で高血圧の有所見者に、自動血圧計の貸出しと血圧手帳の配布を行い、家庭血圧の状況を確認しながら、自己管理を支援しました。併せて随時受診を勧め、未治療者の減少を図りました。高血圧Ⅱ度以上の者の割合は、平成 23 年と比べて高くなっていますが、未治療者は減っています（図表 2-4）。今後は、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 2-4 高血圧Ⅱ度以上の者の状況

	健診 受診者数	高血圧Ⅱ度以上			
		人数	有所見割合	うち治療中	治療割合
H23	453	22	4.9%	9	40.9%
H28	399	19	4.8%	11	57.9%
R4	294	19	6.5%	12	63.2%

出典：特定健診受診者(法定報告)

ウ 脂質（LDL コレステロール）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、LDL コレステロールの上昇によって冠動脈疾患の発症率や死亡率が上昇することが分かっています。また、アテローム血栓性脳梗塞の発症リスクを高めることも報告されています。これらの発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは、LDL コレステロール 160 mg/dL 以上に相当するといわれています。

比布町では、LDL コレステロール 160 mg/dL以上の者に3か月間の生活習慣改善に取り組んだ後、医療機関での再検査を勧め、180 mg/dL以上の者に早期の医療機関受診を勧めました。有所見者の割合は、平成23年度と令和4年度との比較において160 mg/dL以上の者は高くなっていますが、180 mg/dL以上の者は減っています（図表2-5）。早い段階のうちに生活習慣の改善ができ、重症な疾患を予防できるよう、健診受診勧奨と生活改善の支援を行うことが必要です。

図表 2-5 LDLコレステロール 160 以上の者の状況

	健診 受診者数	LDLコレステロール160以上				LDLコレステロール180以上			
		人数	有所見割合	うち治療中	治療割合	人数	有所見割合	うち治療中	治療割合
H23	453	17	3.8%	1	5.9%	9	2.0%	2	22.2%
H28	399	26	6.5%	1	3.8%	7	1.8%	3	42.9%
R4	294	13	4.4%	1	7.7%	2	0.7%	0	0.0%

出典：特定健診受診者(法定報告)

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年から始まった生活習慣病予防のための特定健診では、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少が評価項目の一つとされました。

メタボリックシンドロームの該当者は、平成23年度と比較すると男女ともに割合にして7%も増加しています（図表2-6）。

併せて、メタボリックシンドロームと深い相関がある肥満の者も年々増加しており、肥満の予防や解消への支援が必要です（図表2-7）。

比布町では、令和3年度に体組成計を導入し、筋肉量や脂肪量等を見える化し、健康の取り組みを自身で評価するツールとして活用することができました。健康意識の向上、メタボリックシンドローム等の改善につなげていくために、定期的な測定を推奨します。

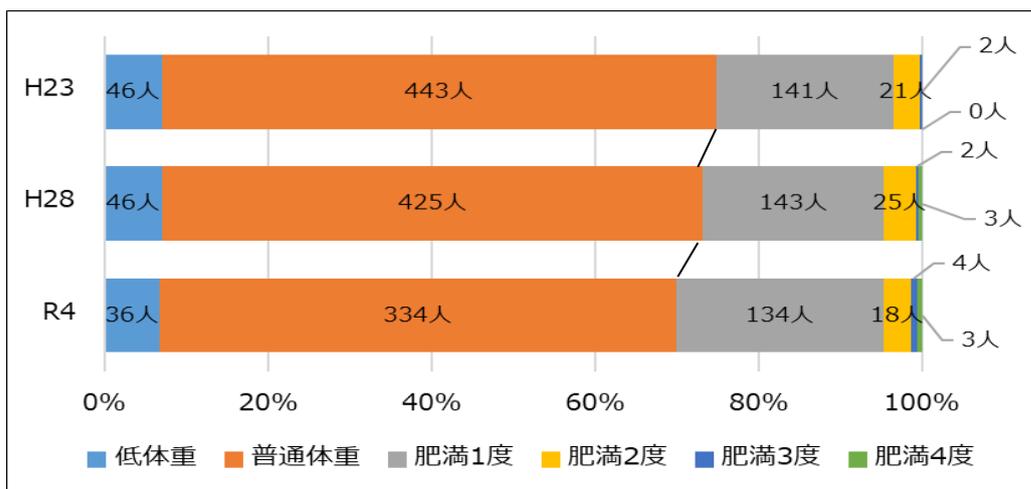
図表 2-6 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の状況

メタボリックシンドローム	比布町					
	平成23年		平成28年		令和4年	
	対象者数 (人)	割合	対象者数 (人)	割合	対象者数 (人)	割合
該当者数	60	13.3%	67	18.2%	63	21.4%
男性	40	20.1%	42	24.3%	42	30.4%
女性	20	7.9%	15	6.6%	21	14.1%

メタボ予備群	比布町					
	平成23年		平成28年		令和4年	
	対象者数 (人)	割合	対象者数 (人)	割合	対象者数 (人)	割合
該当者数	56	12.4%	38	10.3%	30	10.7%
男性	35	17.6%	30	17.3%	20	15.4%
女性	21	8.3%	16	7.1%	10	6.7%

出典：KDB 帳票_地域全体像の把握

図表 2-7 各種健康診査における肥満度の状況



オ 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の減少

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

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等に深く関連します。加えて、不安やうつ等のリスクとも関連します。

全国のアルコール消費量は減少傾向にある一方で、「生活習慣病のリスクを高める量」を飲酒する者の割合は、男性で変化なし、女性は悪化傾向にあり、より一層のアルコールによる健康影響に関する知識の普及啓発、減酒支援等の推進が求められます。

比布町では、飲酒をしている者の割合が、年々減少し、北海道平均よりも低い状態を維持しています（図表 2-8）。

図表 2-8 特定健診受診者における飲酒の状況

	毎日飲酒している者の割合	1日量		
		1合以上2合未満	2合以上3合未満	3合以上
平成28年度	21.8%	16.5%	6.5%	1.5%
令和2年度	17.5%	15.8%	5.6%	1.1%
令和4年度	15.3%	12.6%	4.4%	1.0%
道(令和4年)	19.8%	14.8%	6.9%	2.0%

出典：特定健診受診者(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推移し、平成23・28年度と比較しても高くなっています（図表 2-9）。

年代別にみると、40代前半・60歳以上で受診率が高くなっているのに対し、45歳から59歳までは、5～10%低くなっています（図表 2-10）。

比布町では、令和3年度から医療機関通院中の健診未受診者に対し、医療機関での検査データ提供を依頼し、必要な保健指導を実施する体制を作っています。自身の健康状態を知り、生活習慣病を予防する第一歩として健診受診者を増やすことが必要です。

図表 2-9 特定健診受診者及び特定保健指導の状況

	平成23年度	平成28年度	令和4年度
特定健診対象者数(人)	993	787	568
特定健診受診者数(人)	453	399	294
特定健診受診率	45.6%	50.7%	51.8%
国	32.7%	36.6%	27.9%(R3)
道	23.5%	27.6%	36.4%(R3)
特定保健指導対象者数(人)	45	39	26
特定保健指導該当者割合	9.9%	9.8%	8.8%
特定保健指導実施者数(人)	36	24	23
特定保健指導実施率	80.0%	61.5%	88.5%
国	21.7%	26.3%	33.3%(R3)
道	26.7%	33.6%	27.9%(R3)

出典：特定健診受診者(法定報告)

図表 2-10 年代別特定健診受診率の年次比較

	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
平成23年度	32.5%	43.8%	34.6%	44.8%	49.0%	45.7%	48.8%
平成28年度	42.9%	35.1%	36.1%	42.6%	54.7%	55.0%	53.5%
令和4年度	45.5%	36.4%	24.3%	41.7%	58.1%	48.1%	54.4%

出典：特定健診受診者(法定報告)

(3) 具体的な取り組み

循環器病の多くは、運動・食事・喫煙・飲酒等の生活習慣や肥満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。

比布町では、40代・50代の健診受診率が低迷していること、有所見者にメタボリックシンドロームが多く、治療を受けていても高血圧の状態が改善されない傾向がある状況を踏まえ、以下の通り、取り組みを進めていきます。

また、高血圧の発症や重症化に深い関連がある食塩摂取量について、令和6年より町独自検査項目として尿中ナトリウム・クレアチニン検査を導入し、1日の食塩摂取量を「見える化」させて保健指導に活用します。

ア 健康診査及び特定健康診査受診率の維持・向上の施策

- ・各種健康診査の周知（個別案内・広報紙等）
- ・妊娠期、学童期、若年の各期における健診の実施による健診受診の習慣化
- ・医療機関通院者に対する医療機関からのデータ受領体制の整備
- ・40代・50代に重点をおいた健診未受診者対策（訪問等の実施）

イ 循環器病の発症及び重症化予防のための施策

- ・健診結果に基づいた保健指導の実施
健診受診者全員に対する結果説明
特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導
- ・町民総合特定健診に町独自で検査項目を追加（推定1日食塩摂取量）

ウ 適正体重の維持及びメタボリックシンドロームの予防に向けた施策

- ・ 妊娠期～幼児期～学童期の各期における健診の実施と、適切な体重増加に向けた保健指導の実施
- ・ 成人期、高齢期における肥満と健診結果、生活習慣を関連付けた一体的な保健指導の実施
- ・ 健康教育・広報紙等による健康的な食や運動に関する情報の提供及び健康づくりの取り組みのきっかけとなる機会の提供
- ・ 体組成計の測定結果に応じた保健指導

2 糖尿病

(1) 基本的な考え方

糖尿病は、神経障害、網膜症、腎症、足病変、認知症やがんといった合併症により、生活の質（QOL：Quality of Life）に多大な影響を及ぼす疾患です。同時に、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源にも多大な影響を及ぼします。糖尿病は、現在、新規透析導入の最大疾患であるとともに、心筋梗塞や脳卒中のリスクを2～3倍増加させるとされています。

全国の糖尿病有病者数は依然増加傾向であり、人口構成の高齢化や肥満者の増加に伴って、今後も増加が予測されています。

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

本町では、平成27年から糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいます。また、平成29年からは、旭川圏糖尿病性腎症重症化予防協議会に参加し、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

比布町の新規透析導入者数は、平成23年度と比較して増加しています。新規透析者の原因疾患を見ると、糖尿病性腎症は令和4年度0人です。

国保加入者の新規透析者は平成29年以降0人ですが、後期高齢者医療からの透析導入が増加傾向にあります。特に透析者の転入による増加があり、生活保護、若年後期高齢者医療での転入のため、町の健診は受診されていません。新規透析となった方は、原疾患は糖尿病以外となっています（図表2-11）。

図表 2-11 人工透析患者の推移

		H23年度	H28年度	R4年度
町内透析者数		8	5	13
新規透析者数		1	1	1
(再掲) 原因疾患	腎炎等	6	4	10
	糖尿病性	2	1	3

出典：比布町調べ

イ 糖尿病有病者の増加の抑制

(ア) HbA1c6.5%以上の者

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。

HbA1c6.5%以上の割合は、平成 23 年度と比較して、男性、女性ともに増加しています。総数における目標値は「現状維持又は減少」と設定していただきましたので、未達成です（図表 2-12）。

HbA1c6.5%以上は 35 人おり、そのうち 9 人は未治療ですが、その中には食事や運動等の生活習慣の改善を行いながら経過を見ている方がいます。KDB 等でレセプト情報を把握し、医療機関未受診者には受診勧奨を行い、定期通院者には糖尿病連携手帳等を活用して必要な保健指導を実施していく必要があります。

図表 2-12 HbA1c6.5%以上の者の割合

		総数			男性			女性			
		比布町			比布町			比布町			
年度		23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度	
受診者数		453	399	294	199	173	138	254	226	156	
HbA1c6.5以上	人数	31	33	35	19	17	19	12	16	16	
	割合	6.8%	8.3%	12.0%	9.5%	9.8%	14.0%	3.1%	7.10%	10.3%	
治療の有無	治療なし	人数	424	365	255	183	154	113	241	211	142
	(再掲) HbA1c6.5以上	人数	12	11	9	9	4	4	3	7	5
		割合	2.8%	3.0%	3.5%	4.9%	2.6%	3.5%	1.2%	3.3%	3.5%
	治療あり	人数	29	34	39	16	19	25	13	15	14
	(再掲) HbA1c6.5以上	人数	19	22	26	10	13	15	9	9	11
		割合	65.5%	64.7%	66.7%	62.5%	68.4%	60.0%	75.0%	60.0%	78.6%

出典：比布町特定健診

(イ) 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%以上の者のうち糖尿病治療者は、平成 23 年度と比較して増加していますので、目標を達成しています（図表 2-13）。

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 26 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 2-13 HbA1c6.5%以上の者の治療の有無

		総数			男性			女性		
		比布町			比布町			比布町		
年度		23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度
受診者数		453	399	294	199	173	138	254	226	156
HbA1c6.5以上	人数	31	33	35	19	17	19	12	16	16
	割合	6.8%	8.3%	12.0%	9.5%	9.8%	14.0%	3.1%	7.1%	10.3%
(再掲) 治療あり	人数	19	22	26	10	13	15	9	9	11
	割合	61.3%	66.7%	74.3%	52.6%	76.5%	78.9%	75.0%	56.3%	68.8%
(再掲) 治療なし	人数	12	11	9	9	4	4	3	7	5
	割合	38.7%	33.3%	25.7%	47.4%	23.5%	21.1%	25.0%	43.8%	31.3%

出典：比布町特定健診

(ウ) 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% (NGSP 値) 以上の者、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、血糖コントロールの評価指標として 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 1 日より、糖尿病治療における HbA1c の目標が改定され、HbA1c6.0%未滿を「血糖正常化を目指す際の目標」、HbA1c7.0%未滿を「合併症を予防するための目標」、HbA1c8.0%未滿を「治療強化が困難な際の目標」として定められました(図表 2-14)。

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 2-15)。

図表 2-14 65歳以下の血糖コントロール目標

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

図表 2-15 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標

患者の特徴・健康状態	カテゴリーⅠ	カテゴリーⅡ		カテゴリーⅢ
		①認知機能正常かつ ②ADL自立	①軽度の認知障害～ 軽度認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL自立	

重症低血糖が 危惧される薬 剤（インスリン 製剤、SU薬、 グリニド薬など） の使用	なし	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり		65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)

評価目標である8.0%以上の者の割合は「現状維持又は減少」としているのので、達成しています。しかし、血糖コントロール目標であるHbA1c7.0%以上の割合は、平成23年度と比較して増加している状況です（図表2-16）。HbA1c7.0%以上で治療を開始している人は増加していますが（図表2-17）、治療中のコントロール分布は、7.7～7.9%が高く（図表2-18）、治療中の血糖コントロールを医療機関と連携して実施していく必要があります。

図表 2-16 HbA1c7.0%以上の状況

		総数			男性			女性		
		比布町			比布町			比布町		
年度		23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度
受診者数		453	399	294	199	173	138	254	226	156
HbA1c7.0%以上	人数	13	10	18	8	6	13	5	4	5
	割合	2.9%	2.5%	6.1%	4.0%	3.5%	9.4%	2.0%	1.8%	3.2%
(再掲) HbA1c8.0% 以上	人数	5	4	3	3	3	2	2	1	1
	割合	1.1%	1.0%	1.0%	1.5%	1.7%	1.4%	0.8%	0.40%	0.6%

出典：特定健診（法定報告）

図表 2-17 HbA1c7.0%以上の者の治療の有無

		23年度	28年度	4年度	
HbA1c7.0%以上		13	10	18	
治療なし		人数	3	3	
		割合	23.1%	30.0%	16.7%
再掲	40-64歳	人数	0	2	
		割合	0.0%	66.7%	66.7%
	65-74歳	人数	3	1	1
		割合	100.0%	33.3%	33.3%
治療あり		人数	10	7	
		割合	76.9	70.0%	83.3%
再掲	40-64歳	人数	3	3	
		割合	30.0%	42.9%	46.7%
	65-74歳	人数	7	4	8
		割合	70.0%	57.1%	53.3%

出典：特定健診（法定報告）

図表 2-18 血糖コントロールの分布(令和4年度)

令和4年度 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	
	291	39	13.4%	252	86.6%	25	9.9%	227	90.1%	
5.5以下	75	25.8%	2	5.1%	73	29.0%	5	20.0%	68	30.0%
5.6~5.9	105	36.1%	3	7.7%	102	40.5%	12	48.0%	90	39.6%
6.0~6.4	76	26.1%	8	20.5%	68	27.0%	6	24.0%	62	27.3%
6.5~6.9	17	5.8%	11	28.2%	6	2.4%	1	4.0%	5	2.2%
7.0~7.9	15	5.2%	12	30.8%	3	1.2%	1	4.0%	2	0.9%
8.0以上	3	1.0%	3	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
(再掲)8.4以上	2	0.7%	2	5.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

出典：比布町特定健診

ウ 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、循環器病、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て血糖を上昇させます。

肥満（BMI25 以上）の者は、平成 23 年度と比較して、男性、女性ともに増加しています（図表 2-19）。年代別の比較では、40～64 歳男性の割合が一番高くなっています。国と比較しても高いことがわかります（図表 2-20）。

図表 2-19 肥満（BMI25 以上）の割合（40～74 歳）

年 度	総数			男性			女性		
	23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度
受診者数	453	399	294	199	173	138	254	226	156
人 数	119	112	92	56	66	48	63	56	44
割 合	26.3%	28.1%	31.3%	28.1%	37.3%	34.8%	24.8%	24.8%	28.2%

出典：特定健診（法定報告）

図表 2-20 肥満（BMI25 以上）年代別の比較

		男性						女性				
		比布町			道	国	比布町			道	国	
		23年度	28年度	4年度	2年度		23年度	28年度	4年度	2年度		
BMI25以上	人数	56	66	48	—	—	63	56	44	—	—	
	割合	28.1%	37.3%	34.8%	—	—	24.8%	24.8%	28.2%	—	—	
再掲	40-64歳	人数	31	25	20	—	—	29	15	10	—	—
		割合	33.3%	39.1%	40.8%	42.3%	38.2%	25.9%	18.8%	23.3%	23.8%	21.4%
	65-74歳	人数	25	41	28	—	—	34	41	34	—	—
		割合	23.6%	37.6%	31.5%	38.2%	32.5%	23.9%	28.1%	30.1%	26.0%	23.0%

出典：特定健診（法定報告）

一方、やせは若年女性では骨量減少、低出生体重児出産のリスク等との関連があり、高齢者では重症感染症や骨折などにより要介護状態や死亡する危険が高くなります。

低体重の者（BMI18.5 未満）は、男性、女性ともに改善しています。また、栄養状態の確認のために、平成 30 年度から血清アルブミン検査を実施して体格とともに低栄養からのサルコペニア発症・重症化予防に取り組んでいます。

普通体重の者は、男性、女性ともに減少しています（図表 2-21）。筋肉量の減少は、体格だけではわからないため、令和 3 年度から体組成計での測定を随時導入しています。今後も定期的な測定を広く周知して、体重や筋肉量を測定していくことが必要です。

図表 2-21 普通体重（BMI18.5～25.0 未満）、低体重（BMI18.5 未満）の割合（40～74 歳）

		総数			男性			女性		
		23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度	23年度	28年度	4年度
受診者数		453	399	294	199	173	138	254	226	156
18.5未満	人数	31	26	19	9	7	6	22	19	13
	割合	6.8%	6.5%	6.5%	4.5%	4.0%	4.3%	8.7%	8.4%	8.3%
18.5～25.0未満	人数	303	251	183	134	100	84	169	151	99
	割合	66.9%	62.9%	62.2%	67.3%	57.8%	60.9%	66.5%	66.8%	63.5%

出典：特定健診（法定報告）

エ 野菜摂取量の増加

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 350 g のうち、緑黄色野菜は 1/3 の 120 g 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。

食事の野菜を噛むことで満腹中枢が刺激されます。咀嚼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。また、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。

本町では前計画から、野菜摂取量の把握ができていません。野菜摂取量の把握について令和 6 年度からのアンケート等把握の検討が必要です。

オ 身体活動・運動

身体活動とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを、運動とは、身体活動のうちスポーツやフィットネスなど健康・体力の維持増進を目的として行われるものをいいます。身体活動・運動の量が多い人は、不活発な人と比較して循環器疾患やがんなどの非感染性疾患（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。

（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および加齢が加わり発症します。糖尿病の発症予防は、生活習慣の改善で糖尿病の危険因子を減らし、血糖値の上昇を防ぐ生活習

慣を実践することです。

糖尿病は放置すると合併症を引き起こすため、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、糖尿病の未治療や、治療中断の方は、治療継続による良好な血糖コントロール状態を維持することが重要です。

糖尿病の基盤病態の一つである肥満によるインスリン抵抗性の予防と管理には、肥満の是正が重要な意義を持ちます。そのため糖尿病の食事療法・運動療法により、エネルギー摂取量の適正化をとおして肥満を解消することが大切です。

インスリンの作用は糖代謝だけでなく、脂質及びたんぱく質代謝などにもかかわっているため、栄養素バランスは対象者の状態に合わせて考えていく必要があります。また、加工食品やお菓子に含まれる工業的に作られた油脂や糖（異性化糖）・動物性脂肪の摂取や、肥満者の脂肪細胞から出る物質により脳が変調を起こして食欲中枢に影響を与えるといわれています。そのため、食品を働きで分類分けした4つの食品群により、「1日に何をどれだけ食べたらいいのか」を、すべてのライフコースの特性に合わせた資料（参考 P67「日常生活の中で必要な食品を考えられる方法」）を使い、保健指導を実施していきます。

「肥満症診療ガイドライン 2022」には、肥満や肥満症の発症は、他の慢性疾患と同様に遺伝的な要因・生育や発達における要因・社会的要因など様々な要因が関係するにも関わらず必要以上に食習慣など個人の生活上の要因に帰せられる傾向があること、肥満症治療には食事療法や運動療法、行動療法といった生活習慣の変容に大きく依存する治療法以外にも、外科療法や肥満症治療薬使用の選択があることの記載があります。従来の生活習慣の改善による減量以外に、個人の意志だけでは解決が困難な肥満者に対しての治療法等について、管内地域の医療情報の収集や学習を深めて、支援体制を整えていきます。

糖尿病罹患者は、インスリン抵抗性によりインスリンの作用が十分でなくなると筋肉細胞の増殖や合成が妨げられて、筋肉量の減少につながる等の理由から筋肉が減少しやすくサルコペニアになりやすいことがわかってきました。また、インスリンによるブドウ糖の取り込みは約80%が筋肉で行われているため、筋肉量の減少が糖尿病を悪化させることも知られており、糖尿病とサルコペニアは負のサイクルを形成します。糖尿病やHbA1cなどの血糖値が高い者は、筋肉量の維持・増強を目指すことが大切です。

ア 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく町民一人ひとりを対象にした保健指導の推進
特定保健指導及びHbA1c値に基づいた保健指導

家庭訪問や結果説明会等による個別性を重視した保健指導の実施

食後高血糖の改善を意識した保健指導の実施

- ・精密検査、定期受診によるデータ管理、保健指導

- ・医療関係者との連携

糖尿病手帳の活用（糖尿病性腎症重症化予防プログラム）

- ・第3期データヘルス計画（保健事業実施計画）に準じる

イ 肥満者の発症予防・重症化予防

- ・健診結果から自分の食の特徴がわかる保健指導の推進

健診データと体を結びつけて、必要な食事を学習する支援

- ・身体活動量の増加のための運動指導を取り入れる体制整備

内臓脂肪の燃焼や筋肉保持のための運動指導

運動のきっかけ作りから、習慣化への支援

- ・医療との連携

早期受診、治療への受診勧奨

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、その割合は年々増加しています。生涯のうちに2人に1人ががんに罹患し、3人に1人ががんで亡くなっています。がんは細胞の遺伝子に変異が生じることにより発生しますが、要因には、喫煙・がんに関連するウイルスへの感染・過度の飲酒・運動不足などの生活習慣に関連するものがあります。がんの発症や死亡を抑制するためには、がんについて理解を深め、生活習慣の改善や各種がん検診を受診し、要精検者は確実に精密検査を受診することが重要です。

(2) 現状と目標

ア 悪性新生物による死亡率の減少（悪性新生物標準化死亡比 100 以下）

本町の年齢調整死亡率は把握できないため、がんの標準化死亡比を用いて死亡の状況を評価します。

がんの標準化死亡比は、平成18年から平成27年は109.0でありましたが、平成25年から令和4年は100.6と減少しています（図表2-22）。

本町でがん検診を実施しているがんを見てみると、男女総数では肺がんが最も高くなっています。男性では大腸がん、女性では乳がんが高い値です。5種類のがん以外では、肝臓がんが129.5と高くなっています。肝臓がんの検診は実施していませんが、各種健康診査において、肝機能検査や肝炎ウイルス検査を実施し、肝がん発症予防を図っています（図表2-23）。

図表 2-22 がんの標準化死亡比(平成18年～令和4年)

	比布町		全国
	平成18～27年	平成25～令和4年	
総数	109.0	100.6	100.0
内訳	男性	123.3	100.0
	女性	85.7	100.0

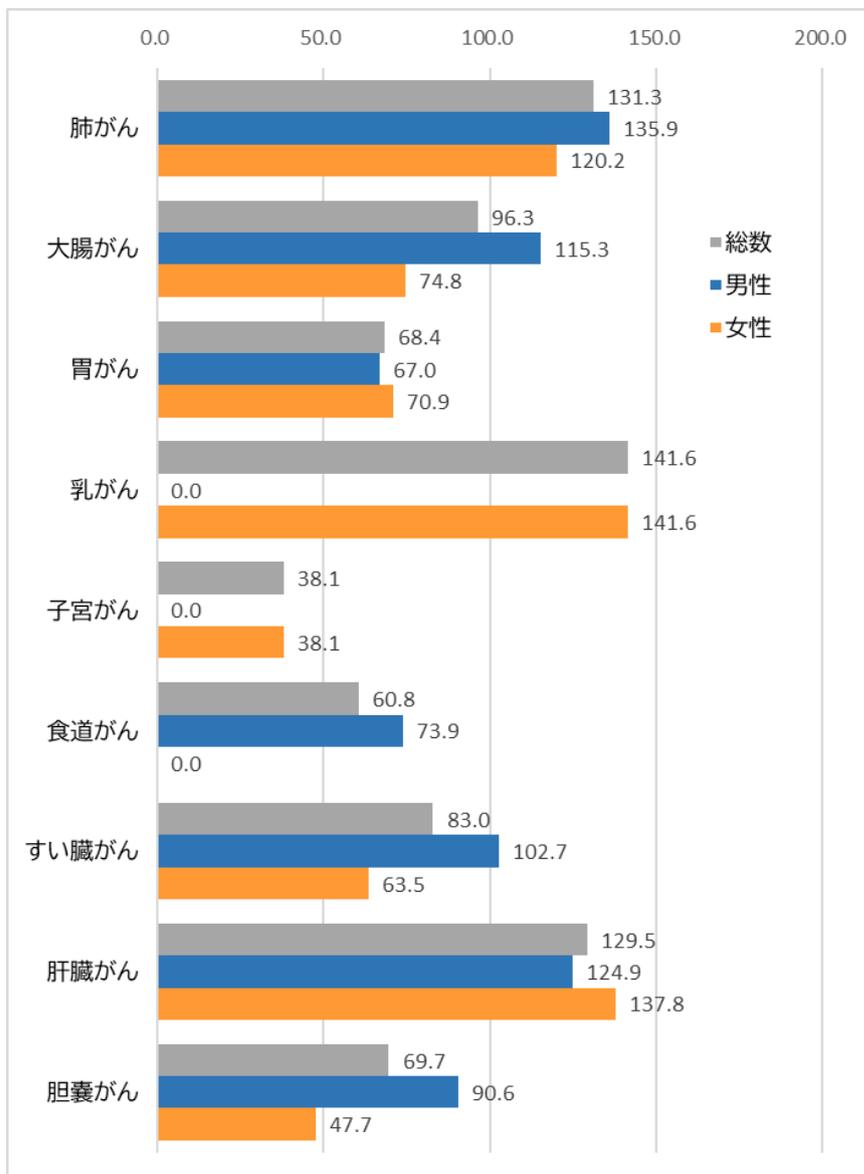
出典：北海道における主要死因の概要(北海道健康づくり財団)

図表 2-23 がん部位別標準化死亡比(平成25～令和4年)

	検診を実施しているがん					検診を実施していないがん			
	肺がん	大腸がん	胃がん	乳がん	子宮がん	食道がん	すい臓がん	肝臓がん	胆嚢がん
総数	131.3	96.3	68.4	141.6	38.1	60.8	83.0	129.5	69.7
男性	135.9	115.3	67.0	0.0	0.0	73.9	102.7	124.9	90.6
女性	120.2	74.8	70.9	141.6	38.1	0.0	63.5	137.8	47.7

出典：北海道における主要死因の概要(北海道健康づくり財団)

がん部位別標準化死亡比(平成 25～令和 4 年)



出典：北海道における主要死因の概要(北海道健康づくり財団)

イ がん検診の受診率の向上

本町では、検診受診率向上のため、複数のがん検診を同日に受診できる体制を整え、検診の意義の啓発や周知に取り組んできました。しかし、本町のがん検診の受診率は、平成 28 年度から全てのがん検診の受診率が年々低下しており、国の目標値とされている受診率 60%の半分にも至っていません(職域等でがん検診を受診している者が計上されていないため、実際の受診率より低い。図表 2-24)。

死亡が多い肺がん検診においては、重点的に受診機会の拡大と、受診勧奨の継続に取り

組む必要があります（図表 2-24）。

令和 5 年度にがん検診受診率向上を目的として、町民総合特定健康診査の対象者に大腸がん検診アンケートを実施しました（図表 2-25）。受診促進に効果がある施策として「検診の簡素化」、「無料クーポン券の発行」との意見が多かったことから、働く世代等が、受診しやすい検診体制の検討や無料クーポン券の発行により、受診率向上を図っていきます。

図表 2-24 がん検診受診率の推移

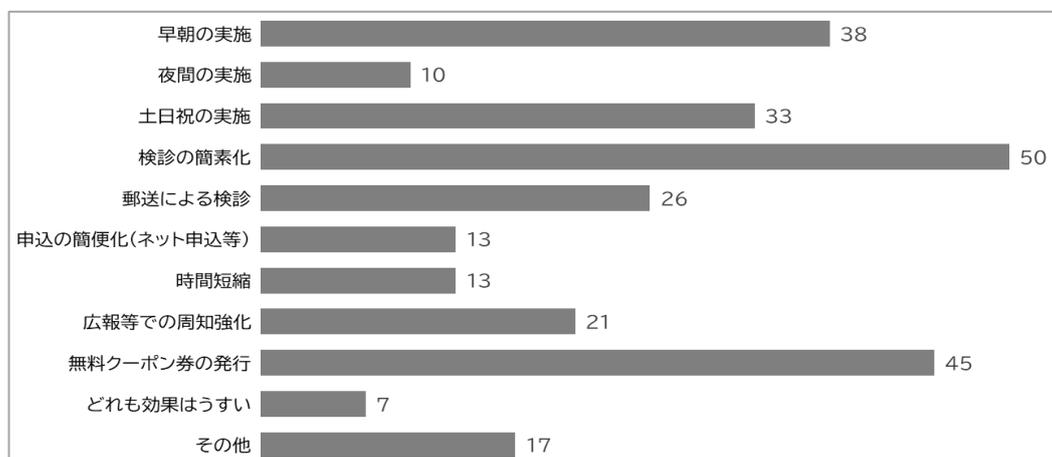
	比布町 受診率 ^{※1}						
	(単位:%)						
	28年度	29年度	30年度	1年度	2年度	3年度	4年度
胃がん	12.0	10.2	8.5	7.9	6.5	7.2	6.2
大腸がん	17.6	15.4	14.9	14.3	13.1	13.6	12.7
肺がん ^{※2}	16.3	14.8	14.4	13.5	12.0	13.1	11.8
乳がん	21.0	19.4	18.0	18.8	15.0	17.7	16.4
子宮がん	16.3	15.5	14.6	15.2	13.2	13.8	13.1
5大がん	16.6	15.1	14.1	13.9	12.0	13.1	12.0

※1 町受診率 保健業務分析(胃・肺・大腸・乳がん検診 30 歳以上、子宮がん検診 20 歳以上を対象)

※2 30・31 年度は、レントゲンとヘリカル CT の合計を計上

出典：比布町調べ

図表 2-25 大腸がん検診の受診促進に効果があるのは何か（複数回答可として選択制）



出典：特定健診受診者アンケート（令和 5 年 10 月）

ウ 精密検査受診率向上

令和3年度の精密検査受診率は、胃がん 86.2%、大腸がん 71.4%、肺がん 75%、乳がん 66.7%であり、国の目標値の 90%には至りませんでした（図表 2-26）。精密検査対象者が精密検査を受診して、がんの発見や治療に至るため、全員が確実に受診することが重要です。

精密検査対象者には、個別訪問等で結果説明と受診勧奨を行っています。令和1年度からは未受診者に訪問や文書等で一定期間経過後も再勧奨を行うことによって受診率が上がりました。精密検査は、苦痛や不安を伴いやすいことから、受診をためらう者が多くみられます。がんの早期発見、早期治療につなげるためには、がん検診受診率向上とともに精密検査受診率向上にも取り組むことが重要です。

図表 2-26 がん検診精密検査受診率

		28年度	29年度	30年度	1年度	2年度	3年度	計
胃	精検受診率	71.4%	69.6%	80.9%	76.0%	75.8%	86.2%	—
	発見がん	1人	0人	0人	2人	3人	2人	8人
大腸	精検受診率	54.5%	62.5%	57.5%	75.0%	71.9%	71.4%	—
	発見がん	0人	0人	2人	1人	1人	2人	6人
肺	精検受診率	71.4%	81.8%	71.4%	84.6%	71.4%	77.8%	—
	発見がん	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
乳	精検受診率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	66.7%	—
	発見がん	0人	0人	2人	1人	0人	0人	3人
子宮	精検受診率(頸がんのみ)	100.0%	100.0%	100.0%	50.0%	75.0%	—	—
	発見がん	0人	1人	1人	1人	1人	0人	4人

出典：比布町調べ

(3) 具体的な取り組み

ア がん検診受診率向上

- ・ 様々な機会を利用した、がん検診の必要性の周知と受診勧奨の強化
- ・ がん検診無料クーポン券の配布
- ・ 肺がん検診受診機会の拡大

イ がん検診精密検査受診率向上

- ・ リーフレット等を活用した受診の必要性等についての説明
- ・ 精密検査未受診者に対し、文書・訪問・電話等による再勧奨を実施

ウ がん発症予防

- ・がんの発症リスクを高める喫煙（受動喫煙）、過剰飲酒、肥満・やせ、野菜摂取不足、運動不足などの生活習慣に対する保健・栄養指導の実施

4 慢性閉塞性肺疾患（COPD）

（1）基本的な考え方

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、せきやたん、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、日常生活に大きな支障をきたします。

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、悪化させないように、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 COPD の死亡率の減少（COPD 標準化死亡比 100 以下）

本町の COPD による死亡は、全道の中でも 23 位と高く、標準化死亡比（SMR）で 134.1 です。COPD による死亡を減少させていくには、やはり禁煙の実行が必須です（図表 2-27）。

図表 2-27 COPD 標準化死亡比（SMR）（平成 22～令和 1 年）

COPD	総数		男性		女性	
	死亡数	SMR	死亡数	SMR	死亡数	SMR
	13人	134.1	11人	136.3	2人	123.3

出典：北海道における主要死因の概要(北海道健康づくり財団)

イ 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女とも高く、全国と比較しても男女ともに倍以上になっています（図表 2-28）。

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 2-28 年齢別喫煙率（令和 4 年度）

年代	男性			女性				
	比布町	全国	北海道	比布町	全国	北海道		
40～44	4.4%	32.6%	13.8%	16.4%	0.0%	12.8%	5.9%	9.7%
45～49	0.0%				15.0%			
50～54	6.7%				0.0%			
55～59	4.4%				20.0%			
60～64	20.0%				20.0%			
65～69	35.6%				20.0%			
70～74	28.9%				25.0%			

出典：特定健診質問票（喫煙の項目がありと回答した者）

（3）具体的な取り組み

ア 喫煙対策

- ・ 特定健診受診者で喫煙している者への禁煙の普及啓発
健診結果通知時に、喫煙者に対して COPD に関する知識の普及を図り、パンフレットを配布し禁煙に対する意識づけの推進
- ・ 禁煙外来等の情報提供
喫煙はニコチン依存症という病気としてとらえ、カウンセリングや生活指導といった医師による精神面でのサポートや、ニコチンガム・ニコチンパッチを使用したニコチン置換療法等の治療について情報提供と受診の促進

イ 受動喫煙防止対策

- ・ 職場、飲食店その他多くの人を利用する施設において受動喫煙ゼロの推進
公共施設や町内事業所等に受動喫煙防止に関するポスター等の配布
- ・ 受動喫煙防止の普及啓発
妊娠届出時の健康教育（受動喫煙の母体への影響等）の実施
児童・生徒への禁煙教育の実施
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

5 歯・口腔の健康

(1) 基本的な考え方

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、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。

町民が、自ら歯・口腔の健康を維持増進できるよう、乳幼児期から高齢期までの各ライフステージに合わせた支援を行い、生涯にわたって食べる楽しみを享受できる生活の実現を目指します。

(2) 現状と目標

ア 乳幼児のう歯のない者の増加

比布町のう歯保有者は、1歳6か月児では0人を維持しています。3歳児になると年間数名ずつ見られるようになりますが、平成23年と比較すると、う歯のある者の割合が低くなっています（図表2-29）。

比布町では、乳児健診から歯科衛生士による歯磨き等の指導を行い、う歯予防のための食生活、歯磨きの習慣化、定期的な歯科受診やフッ素塗布を促しています。

図表 2-29 幼児の歯科健診の状況

1歳 6か月児	歯科健診 受診者 人	う歯がある児		う歯 総本数 本	平均う歯 保有数 (本/人)	3歳児	歯科健診 受診者 人	う歯がある児		う歯 総本数 本	平均う歯 保有数 (本/人)
		人	割合					人	割合		
H23	19	0	0.0%	0	0	H23	22	9	40.9%	26	1.2
H28	12	0	0.0%	0	0	H28	14	1	7.1%	2	0.1
H30	16	0	0.0%	0	0	H30	25	3	12.0%	3	0.1
R2	12	0	0.0%	0	0	R2	28	2	7.1%	3	0.1
R4	11	0	0.0%	0	0	R4	18	0	0.0%	0	0

出典：幼児健診

イ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

比布町では、健康増進法に基づき、町内歯科医院と連携し、令和3年度から40・50・60歳の者を対象に「成人歯科健診」として歯周疾患検診を実施していますが、受診者は年間数名とかなり低い状況です。本町は、歯科受診を旭川市に依存している傾向があり、かかりつけ歯科医と健診委託歯科医院が異なることが主な原因と推測しています。

実績は少ないですが、健診をきっかけに自分の歯・口腔の状況や歯磨き回数・ブラッシ

ング方法を見直すことができます。今後に向けては、健診体制を整備し、健診受診者の増加を図ります。

ウ 歯周病を有する者の割合の減少

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、成人歯科健診のデータが乏しく、評価が困難なため、歯科にかかる医療費から分析・評価します。

比布町の一人当たり歯科医療費は、北海道・全国よりも低く推移しています(図表 2-30)。しかし、医療費の3要素では、上川中部圏域・北海道よりも受診率が低く、1件当たり日数・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(図表 2-31)。定期的な歯科健診により、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 2-30 一人当たり歯科医療費の年次推移

	一人当たり医療費(円)		
	比布町	北海道	全国
H24	569	971	919
H28	1,722	1,953	1,886
H30	1,725	2,031	1,957
R2	1,609	2,065	1,978
R4	2,080	2,216	2,156

出典：KDB

図表 2-31 歯科医療費の3要素の比較（令和4年度）

	一人当たり医療費(円)	受診率(件/千人)	1件当たり日数(日)	1件当たり医療費(円)
比布町	2,080	97.2	2.17	22,078
上川中部圏域	2,175	129.7	1.86	16,769
北海道	2,247	144.3	1.79	15,573

出典：KDB 市町村データ

(3) 具体的な取り組み

乳幼児期から高齢期までの各ライフステージに合わせた健診を実施するとともに、歯科医師、歯科衛生士等と連携し支援体制を構築します(図表 2-32)。

また、歯周病検診については、令和8年改訂・運用予定の歯周病検診マニュアルをもと

に、歯科保健対策の見直し、充実強化を図ります。

図表 2-32 歯科健診体制（根拠法等）とライフステージに対応した歯科保健対策の推進

妊産婦	乳幼児	児童・生徒等	20～75歳	75歳以上
	母子保健法 義務	学校保健安全法 義務	健康増進法	高齢者の医療の確保に 関する法律
	幼児歯科検診 (1歳6か月・3歳児)	学校歯科検診 (毎年)	歯周病検診 (40・50・60・70歳)	後期高齢者医療の被保険者 にかかる歯科検診
			労働安全衛生法	
			労働安全衛生法に基づく 特殊健診	
			その他の歯科検診	
妊産婦	乳幼児	児童・生徒等	20～75歳	75歳以上
	口腔機能の獲得	口腔機能の維持・向上	健全な口腔機能の維持	
健全な歯・口腔の育成			歯の喪失防止	
定期的な歯科健診				
<input type="checkbox"/> 妊娠届出時 ・口腔の健康及びう歯予防の方法の普及 ・定期的な歯科健診の受診勧奨 <input type="checkbox"/> 歯科保健指導(歯科衛生士) 発達に応じたケア・ブラッシング方法、う歯予防のための食生活、フッ化物塗布の推奨等 ・乳児健診(4・7・10・12か月児) ・幼児健診(1歳6か月・3歳児) <input type="checkbox"/> 離乳食の栄養学習(管理栄養士) 口腔機能の獲得・う歯予防のための食生活 ・乳児健診(4・7・10・12か月児) ・幼児健診(1歳6か月・3歳児) <input type="checkbox"/> 幼児歯科健診(歯科医師) ・幼児健診(1歳6か月・3歳児) <input type="checkbox"/> 成人歯科健診事業 ・40・50・60歳 <input type="checkbox"/> 介護予防事業				

- ・ 保育園・比布中央学校におけるフッ化物洗口事業の再開検討
- ・ 糖尿病治療者に対する定期的な歯科受診勧奨及び歯周病重症化予防の支援

6 女性の健康

(1) 基本的な考え方

女性の体は、ライフステージごとに女性ホルモンが大きく変化するという特性があり、かかりやすい病気も異なることから、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となります。妊娠期における健康の維持や、痩せ、骨粗しょう症、飲酒の感受性の強さなど女性特有の健康課題を踏まえた男性と異なる目標の設定が必要です。女性の適正体重、飲酒に関することは、それぞれ別の領域において目標が設定されているため、ここでは、特に妊娠期における健康の維持に関して目標を設定します。

(2) 現状と目標

ア 妊婦中の適正な体重の維持

妊娠前の体格について、BMI18.5未満のやせの妊婦の割合は15～31%、BMI25以上の肥満の妊婦の割合は12～23%です。妊娠前の「やせ」は慢性的な栄養不足であることを反映しており、さらに妊娠中の体重増加不良があると胎児や胎盤の発育に影響し、胎児発育不全、低出生体重児や早産のリスクが高まります（図表 2-33）。現状では妊娠中の体重増加のデータが乏しいため、今後は妊婦面談時に体重増加量に関するデータを収集し、確認します。

本町では早産は少なくほとんどが正期産です。低出生体重児の割合は、10～18%です。低出生体重児の原因特定は非常に困難であり、母体の栄養不足によっても引き起こされます。妊娠期における望ましい体重増加量は、妊娠前の体格により異なります。低出生体重児は生活習慣病のリスクが高くなるため、妊婦中の食事や体重管理に関する妊婦ノートを活用し予防していきます（図表 2-34）。

図表 2-33 妊娠前の体格

	妊娠前 妊婦数	やせ BMI18.5未満		肥満 BMI25以上	
		人数	割合	人数	割合
R2年度	13人	2人	15.4%	3人	23.1%
R3年度	16人	5人	31.3%	2人	12.5%
R4年度	13人	3人	23.1%	3人	23.1%

図表 2-34 出産時期と低体重児出生数

	産婦数	早産 (在胎37週未満)		正期産 (在胎37週以上)		低体重児出生率	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
R2年度	9人	0人	0.0%	9人	100.0%	0	0.0%
R3年度	11人	1人	9.1%	10人	90.9%	2	18.2%
R4年度	20人	0人	0.0%	20人	100.0%	2	10.0%

出典：比布町調べ

イ 妊婦の高血糖有所見者の減少

近年の妊婦検診の結果において、高血糖の有所見者割合が高くなっています。妊娠糖尿病を発症、又は高血糖であった妊婦は、将来的に2型糖尿病を発症するリスクが高まり、流産、早産、胎児発育遅延、低出生体重児の要因にもなります。そのため、妊娠届出時に糖尿病などの家族歴を確認し、妊娠中の食事支援や血糖管理をフォローアップして安全な出産を促していきます。また、将来の生活習慣病予防のために健診の受診勧奨を行っています（図表 2-35）。

図表 2-35 妊婦健診の状況

	妊娠中 妊婦数	高血糖		高血圧 (収縮期血圧140以上)		高血圧 (拡張期血圧90以上)		貧血	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
R2年度	13人	2人	15.4%	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	7.7%
R3年度	16人	2人	12.5%	1人	6.3%	0人	0.0%	0人	0.0%
R4年度	13人	5人	38.5%	0人	0.0%	0人	0.0%	2人	15.4%

出典：比布町調べ

ウ 妊産中の喫煙をなくす

令和2～4年度では、妊娠中に喫煙している妊婦はいませんでした。夫の喫煙率が30%台と高い状況でした。喫煙習慣のない女性が受動喫煙にさらされることで、胎児の発育に影響を及ぼすだけでなく、虚血性心疾患等などの循環器疾患やCOPD（慢性閉塞性肺疾患）、生活習慣病、がんの原因になります。禁煙することで健康改善効果が明らかになっており、妊婦の禁煙（将来の禁煙行動の抑制）や受動喫煙防止について指導を強化していくことが重要です（図表 2-36）。

図表 2-36 妊産婦・産婦の夫の喫煙状況

	産婦数	妊娠中の喫煙		産後の喫煙		夫の喫煙	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
R2年度	9人	0人	0.0%	1人	11.1%	3人	33.3%
R3年度	11人	0人	0.0%	1人	9.1%	4人	36.4%
R4年度	20人	0人	0.0%	0人	0.0%	7人	35.0%

出典：比布町調べ

(3) 具体的な取り組み

ア 妊娠期における健康的な生活習慣の維持

- ・ 母子手帳交付時と妊婦面談時に保健指導を実施
 妊娠期の体重管理に関する正しい情報の提供、栄養指導（必要な栄養素やバランスのとれた食生活支援、つわり時期の食事の工夫）、禁酒の指導
- ・ 妊娠中の高血糖に対する食生活支援、血糖管理のフォローアップ

イ 妊産婦の喫煙と受動喫煙への対策

- ・ 喫煙や受動喫煙の危険性など、正しい知識・情報の普及啓発
- ・ 母子手帳交付時、妊婦面談、新生児訪問等の母子保健事業における情報提供
- ・ リーフレットや広報紙、ホームページ等の活用
- ・ 妊産婦の家族に対する喫煙に関する情報提供
- ・ 各種健診等における禁煙支援の推進

ウ 出産後の健康管理

- ・ 妊娠糖尿病者への健康診査の受診勧奨

7 高齢者の健康

(1) 基本的な考え方

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。

比布町の高齢化率は、令和4年1月1日現在で42.8%であり、うち介護認定を受けている人は20.6%となっています。介護認定のきっかけとなる疾患は認知症や脳卒中が多いですが、要介護認定者の有病率では心臓病と筋骨格関連疾患が高く、生涯健康を維持するためには、生活習慣病の発症・重症化予防に加え、骨格筋量の減少を防ぐことが重要になります。

(2) 現状と目標

ア 低栄養傾向（BMI20未満、アルブミン値3.8g/dL以下）の高齢者の減少

低栄養は、食欲や口腔機能の低下等から食事が減り、体を動かすために必要なエネルギーや体を作るたんぱく質等の栄養が不足している状態をいい、加齢とともに慢性疾患、経済的困窮、喪失体験によるストレスなど様々な要因の影響を受け、低栄養のリスクが高くなります。食事量の低下が体力の低下を招き、活動量の低下から食欲が低下するといった悪循環を繰り返しながら心身が衰えた状態である「フレイル」が進行します。

比布町後期高齢者健診受診者のうち、2割程度にやせの傾向があり、1割程度にたんぱく質不足の傾向があります（図表2-37）。また、フレイルに影響を及ぼす因子として、後期高齢者における質問票の回答状況をみると、「週1回以上の運動習慣がない者」が国平均よりも10%以上高く、「1年間のうちに転倒したことがある者」の割合も国平均より高くなっています（図表2-38）。

図表 2-37 後期高齢者健診受診者の低栄養傾向該当者

	受診者数	BMI20以下		血清アルブミン値 3.8以下	
		人数	割合	人数	割合
H23年度	103人	16人	15.5%	-	-
H28年度	151人	30人	19.9%	-	-
R4年度	143人	31人	21.7%	14人	9.8%

出典：後期高齢者健診受診者

図表 2-38 後期高齢者における質問票の回答割合（令和4年度累計）

カテゴリー	項目・回答	回答割合	
		比布町	国
健康状態	健康状態が「よくない」	0.0%	1.1%
心の健康	毎日の生活に「不満」	0.7%	1.1%
食習慣	1日3食「食べていない」	0.0%	5.3%
口腔・嚥下	半年前に比べて硬いものが「食べにくくなった」	20.0%	27.8%
	お茶や汁物等で「むせることがある」	22.0%	20.9%
体重変化	6か月間で2～3kg以上の体重減少が「あった」	6.4%	11.7%
運動・転倒	以前に比べて「歩行速度が遅くなったと思う」	56.4%	59.1%
	この1年間に「転倒したことがある」	19.9%	18.1%
	ウォーキング等の運動を「週に1回以上していない」	46.1%	37.2%
認知	周囲の人から「物忘れがあるとされたことがある」	10.6%	16.3%
	今日が何月何日かわからない日がある	22.3%	24.8%
喫煙	たばこを「吸っている」	3.5%	4.8%
社会参加	週に1回以上外出して「いない」	7.1%	9.5%
	ふだんから家族や友人との付き合いが「ない」	3.6%	5.6%
ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる人が「いない」	7.1%	4.9%

出典：KDB 帳票_S21_001-地域の全体像の把握(後期)

イ 後期高齢者健診の受診率の向上

生活習慣病の発症・重症化を予防するための第一歩として、健診を受診し、自分の体を知ることは重要です。

比布町の後期高齢者健診受診率は、国平均よりも約10%低く、その理由は「通院中のため不要」である方が多いです（図表 2-39）。後期高齢者健診においては、特定健診と異なり、個別健診等の体制が整っておらず、後期高齢者医療保険に移行したことを機に健診受診の機会が少なくなることも受診率低下の要因となっています。特定健診から引き続き後期高齢者健診受診を勧奨するとともに、後期高齢者健診体制の整備についても検討が必要です。

図表 2-39 後期高齢者健診受診率の比較(令和4年度累計)

	後期		
	比布町	道	国
健診受診率	15.7%	12.3%	24.2%

出典：KDB 帳票 S21_001-地域の全体像の把握

(3) 具体的な取り組み

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図るためには、生活習慣病等の発症・重症化を予防する取り組みと、生活機能の低下を予防する取り組みの双方を一体的に実施する必要があります。

「フレイル」を予防するためには、運動や身体活動の継続が必要となりますが、運動を行うためには、エネルギー源となる炭水化物、筋肉の材料となるたんぱく質を摂取すること、また効率よくたんぱく質を吸収するための野菜の摂取と、バランスの良い食事をとることが欠かせません。

運動や身体活動については、「健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023」を参考にしつつ、健康状態や身体機能等の個別性に配慮した支援を行います。また、地域包括支援センターが取り組む介護予防事業と連携しながら運動と身体活動を推奨します。

ア 低栄養やフレイルのリスクがある者の把握に向けた施策

- ・ 特定健診、後期高齢者健診における血清アルブミン値の測定
- ・ 「後期高齢者における質問票」の活用と地域包括支援センターとの共有

イ 低栄養やフレイル予防に向けた施策

- ・ 地域包括支援センターと連携（介護予防事業の紹介等）
- ・ 健康教育・広報紙等による健康的な食や運動に関する情報の提供
- ・ 体組成計を活用した筋肉量等の測定及び測定結果に応じた保健指導

ウ 高齢者の生活習慣病発症予防・重症化予防に向けた施策

- ・ 特定健診、後期高齢者健診の受診者数向上の取り組み
 - 老人クラブ、各種サロンへの出前講座、広報紙等による普及啓発
- ・ 健診結果に基づく高齢者の特性に合わせた保健指導の実施
 - 健診受診者全員に対する結果説明
 - 生活習慣病等の発症・重症化リスクに基づいた保健指導

第3節 こどもの健康（比布町食育推進計画）

（1）基本的な考え方

子どもの健やかな発育とよりよい生活習慣の形成は、成人期、高齢期に至るまで生涯を通じた健康づくりの推進の基礎となるものです。「健康日本 21（第二次）」においても健康づくりや生活習慣病の発症・重症化の予防に加え、高齢者の低栄養予防やフレイル予防を推進することにより健康寿命の延伸を実現し、子どもから高齢者まですべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現することを優先的に取り組んできました。

本計画では、乳幼児期から健やかな生活習慣を身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康生活習慣を維持できるようにすることが重要であると捉え、食育推進計画と一体的に策定することとします。

（2）現状と目標

ア 適正体重の子どもの増加

（ア）低出生体重児（2,500g未満）の割合の減少

低出生体重児の割合は、年毎の差がありますが、9～18%と全国平均の9%台と比べて高い状況です（図表 2-40）。低出生体重児は疾患罹患率が高く、哺乳障害や感染症の重症化をまねく可能性があるため、養育者の不安の軽減を図り、成長発達の見守りが大切です。

低出生体重児の割合については、増加の傾向にあります（図表 2-40）。約 8 割は在胎 37 週以上の正期産です。低出生体重児の背景要因には、妊娠中の生活習慣が胎児の発育に影響を及ぼす妊娠高血圧症候群や喫煙があります。受動喫煙もリスクを増加させることから、家族全体の禁煙指導も重要です（図表 2-41）。

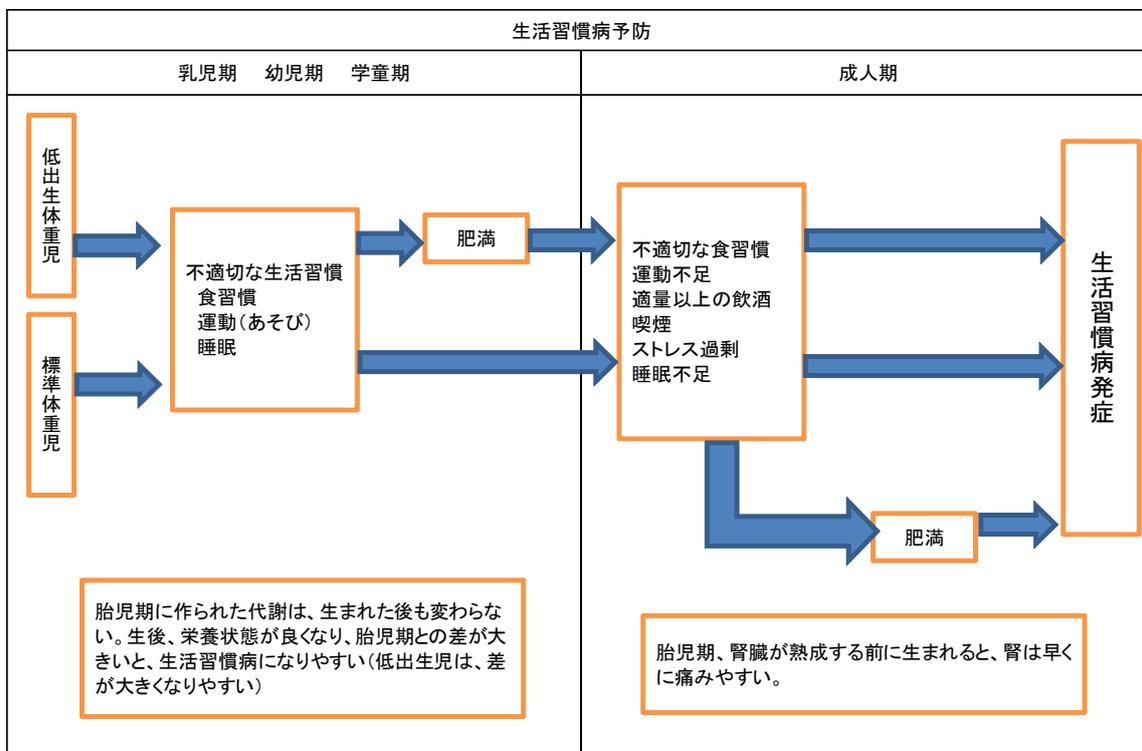
図表 2-40 低出生体重児の状況

	出生数	出生体重 2,500g未満		正期産		早産	
		人数	割合	在胎37週以上		在胎37週未満	
				人数	割合	人数	割合
平成21年～平成23年	56	5	8.9	3	60.0	2	40.0
平成28年～令和4年	107	13	12.1	10	76.9	3	23.1

出典：比布町調べ

(イ) 肥満傾向にある子どもの割合の減少

図表 2-41 出生からの生活習慣病予防の流れ



① 幼児期の肥満

生活習慣病は、遺伝因子と不健全な生活習慣が原因となって発症しますが、乳幼児の肥満は、学童・思春期の肥満に移行しやすく、さらに成人期に肥満になる確率が70%程度といわれています。特に低出生体重児の場合は、生涯にわたって生活習慣病のリスクである肥満には注意が必要です(図表2-41)。

平成28年度から令和4年度までの7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か月児は13人(10.8%)、3歳児は12人(8.4%)です(図表2-42)。

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

図表 2-42 幼児健康診査受診状況

28年度～4年度 受診結果		肥満		適正体重		やせ	
		15%以上		-14.9～14.9%		-15%以下	
	受診者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6か月児健康診査	120	13	10.8	108	89.2	0	0
3歳児健康診査	143	12	8.4	131	91.6	0	0

出典：比布町調べ

② 学童期の肥満

比布中央学校1年生から9年生までの体格を全国データと比較すると、肥満傾向児の割合は北海道が全国より高いなかで、男子は3年生、女子の1年生と5年生を除く学年で北海道より高くなっています。肥満傾向児の割合が高く、就学後の肥満傾向児の増加が課題です（図表2-43）。

図表2-43 令和4年度 比布町学童の肥満傾向・やせ傾向児の出現率

	学年	対象数 人		肥満			北海道 R4	全国 R4	やせ				北海道 R4	全国 R4	
				計					計		軽度 15%以上 20%未満	中等度 20%以上 30%未満			高度 30%以上
				人	率	軽度 20%以上 30%未満			中等度 30%以上 50%未満	高度 50%以上					
男	1	9	0				9.3	5.7					0.3	0.3	
	2	14	0				12.8	8.2					0.7	0.4	
	3	9	2	22.2	1		14.9	11.1					0.8	0.6	
	4	14	1	7.1			18.0	13.2					1.5	1.4	
	5	11	1	9.1	1		17.9	15.1					1.8	2.4	
	6	12	2	16.7	1		21.8	14.0					2.3	2.9	
	7	9	1	11.1	1		19.0	13.3					3.0	3.2	
	8	8					14.7	12.3	1	12.5	1		2.1	2.6	
	9	16	1	6.3	1		14.5	11.3	2	12.5	2		2.3	2.9	
	小学生	69	6	8.7	3										
	中学生	33	2	6.1	2				3	9.0	3				
小計	102	8	7.8	5				3	2.9	3					
女	1	11					8.0	5.5					0.6	0.4	
	2	15	2	13.3	2		8.7	7.2					0.2	0.5	
	3	15	2	13.3	2		13.3	9.1					1.4	1.0	
	4	12	2	16.7	2		10.4	9.6					2.4	1.9	
	5	15	1	6.7	1		14.1	9.7					1.3	2.5	
	6	15	4	26.7	1	2	1	14.5	10.5				3.3	2.4	
	7	15	5	33.3	3		2	13.2	9.5	1	6.3	1		3.7	3.9
	8	13	3	23.1		2	1	11.7	9.1	1	7.7	1		2.1	3.3
	9	8	1	12.5	1			10.4	7.7					2.6	3.1
	小学生	83	11	13.3	8	2	1								
	中学生	36	9	25.0	4	2	3			2	5.6	2			
小計	119	20	16.8	12	4	4			2	1.7	2				
合計	小学生	152	17	11.2	11	2	4								
	中学生	69	11	15.9	6	2	3			5	7.2	5			
	合計	221	28	12.7	17	4	7			5	2.3	5			

出典：比布町調べ

(ウ) いちごっ子ヘルスアップ健診の受診率の増加

「いちごっ子ヘルスアップ健診」は、健やかな生涯を過ごせるよう生活習慣の改善を図ることを目的として、小学校5年生、中学校2年生（比布中央学校8年生）を対象に、町独自事業として実施しています。

平成27年度の事業開始から令和4年度までの8年間の受診者は、延べ125人（受診率29.6%）です。血液検査の結果では、男女とも血清クレアチニン値が高く糸球体ろ過量（e-GFR）の低下がありました。次いで血圧、中性脂肪、など生活習慣病と関連の高いデ

一タで保健指導判定値になっています(図表 2-44)。

健診結果をもとに、保護者と本人に体の状態を理解してもらい、必要な生活改善や1日に何をどのくらい食べるのかを学習する機会にして、生活習慣病予防の取り組みにつなげていきます。令和1年度からはフォローアップ健診を開始しています。

血清クレアチニン値の上昇については、日中の水分摂取量が少ない場合が多く、水筒の持参などで摂取を促したところ、フォロー健診では改善がみられています。

学校保健安全法により児童・生徒の健康診査が義務付けられており、経時的な身長・体重測定と肥満度を用いた体格評価が行われています。就学以降の肥満傾向児の増加の把握について、今後も教育委員会、比布中央学校等の関係者と連携を図っていきます。

図表 2-44 いちごっ子ヘルスアップ健診受診状況

保健指導判定以上		27年度～4年度(8年間)				
		小学校5年生 75人				
項目		有所見	割合	順位		
血管への影響 (動脈硬化の危険因子)	肥満度	肥満	20%以上	3	4.0	
		やせ	-20%以下	3	4.0	
	腹囲	75cm以上	4	5.3		
	中性脂肪	空腹時	空腹120以上	12	16.0	
		食後	食後160以上			
	HDLコレステロール	40mg/dL	3	4.0		
	AST(GOT)	31U/L以上	6	8.0		
	ALT(GPT)	31U/L以上	3	4.0		
	γ-GT(γ-GTP)	51U/L以上	1	1.3		
	インスリン	血糖	空腹時	空腹100以上	4	5.3
随時			食後110以上			
	HbA1c	5.6%以上	5	6.7		
血圧	収縮期	125以上	6	8.0		
	拡張期	70以上	22	29.3	1	
	尿酸	6mg/dL	3	4.0		
腎臓	クレアチニン	10歳	0.58mg/dL以上	16	21.3	3
		11歳	0.59mg/dL以上			
		12歳	男0.62 女0.67			
	eGFR	90ml/分/1.73m ² 未満	19	25.3	2	
	尿蛋白	(+)以上	学校健診データを利用			
尿潜血	(±)以上					
LDLコレステロール	120mg/dL以上	6	8.0			

保健指導判定以上		27年度～4年度(8年間)				
		中学2年生相当 50人				
項目		有所見	割合	順位		
血管への影響 (動脈硬化の危険因子)	肥満度	肥満	20%以上	6	12.0	
		やせ	-20%以下	1	2.0	
	腹囲	75cm以上	8	16.0		
	中性脂肪	空腹時	空腹120以上	9	18.0	2
		食後	食後160以上			
	HDLコレステロール	40mg/dL				
	AST(GOT)	31U/L以上				
	ALT(GPT)	31U/L以上				
	γ-GT(γ-GTP)	51U/L以上				
	インスリン	血糖	空腹時	空腹100以上	4	8.0
随時			食後110以上			
	HbA1c	5.6%以上	5	10.0		
血圧	収縮期	125以上	4	8.0		
	拡張期	70以上	4	8.0		
	尿酸	男7 女6mg/dL	8	16.0		
腎臓	クレアチニン	13歳	男0.81 女0.7	9	18.0	2
		14歳	男0.97 女0.72			
		15歳	男0.94 女0.73			
	eGFR	90	14	28.0	1	
	尿蛋白	(+)以上	学校健診データを利用			
尿潜血	(±)以上					
LDLコレステロール	120mg/dL以上	3	6.0			

出典：比布町調べ

イ 健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加

生活習慣を整える基準は、朝食です。朝食をとった時間から代謝のリズムが動き出すといわれています。朝食を食べるためには、就寝時間が重要になります。いちごっ子ヘルスアップ健診受診者の問診からみると就寝時間の遅延(21:30以降)は、学年が上がるにつれて増加しています。特に平日より休日に生活リズムが乱れる傾向にあります(図表 2-45)。

朝食の欠食はありませんが、休日の生活リズムの乱れから起床時間が遅くなり、休日だけ朝昼兼用の食事になるケースがあります（図表 2-46）。

また、就寝時間の遅延の原因の一つにスマートフォンやタブレットの長時間利用があります。使用に関してルールを設けている家庭は短い使用時間でしたが、特にルールを設けない家庭では、寝具の中での利用等保護者も使用時間を把握できない状況でした。就寝前の利用は睡眠の質を低下させ、自律神経の乱れを起こします。

生活リズムの乱れは、体内時計にずれが生じ、発育・発達への影響や肥満、将来の生活習慣病（糖尿病、高血圧、脂質異常症）の発症率を高める可能性があります。

運動習慣は、「ほとんどしない」の割合が減少しています。保育園での運動教室から、少年団活動、部活動と継続的に体を動かす環境が整ってきています。少年団や部活動に参加していない児童・生徒へは、体育協会主催のスポーツクラブや、地域おこし協力隊による幼児・前期・後期運動教室等での運動の機会が増加していることが考えられます（図表 2-47）。

図表 2-45 生活リズム（就寝時間がおそい子の割合）

	生活リズム(21:30以降の就寝)			
	5・6年生		8・9年生	
	平日	休日	平日	休日
令和2年	43.8%	63.0%	92.3%	92.3%
令和3年	30.0%	60.0%	62.5%	100.0%
令和4年	36.4%	45.5%	77.8%	88.9%

出典：比布町調べ

図表 2-46 朝食の摂取状況

	5・6年生		8・9年生		日による
	食べる	食べない	食べる	食べない	
令和2年	93.7%	6.3%	92.3%	0.0%	7.7%
令和3年	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
令和4年	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%

出典：比布町調べ

図表 2-47 運動習慣

	5・6年生			8・9年生				
	週1～2日		ほとんど しない	週3日以上		週1～2日		ほとんど しない
	2時間以上	1時間未満		2時間以上	1時間未満	2時間以上	1時間未満	
令和2年	18.7%	0.0%	12.5%	76.9%	0.0%	0.0%	0.0%	23.1%
令和3年	0.0%	10.0%	20.0%	50.0%	12.5%	12.5%	0.0%	25.0%
令和4年	18.2%	0.0%	0.0%	77.8%	11.1%	0.0%	0.0%	11.1%

出典：比布町調べ

(3) 具体的な取り組み

胎児期からの望ましい生活習慣の基盤づくりを目的に、きめ細やかな保健指導を行っています。課題である就学後の肥満傾向児の増加については、生活習慣病の発症を予防するためにも、「いちごっ子ヘルスアップ健診」の受診環境を整備し、受診者を増加させます。健診結果を通して親子で日ごろの生活習慣の振り返りと学習を実施し、改善につなげます。

学校給食と保育園では、ピピカツの一環として脳の活性化、味覚の形成に影響するミネラルの摂取量増加のために、天然だしやおいしいみりん、町内で生産された食材の利用に努めます（図表 2-48）。

図表 2-48 妊娠期からこどもの健康推進に関する取り組み

		妊娠期	乳幼児期			学童期
		妊産婦	乳児 (4・7・10・12か月)	1歳6か月	3歳	中央学校2年生 中央学校8年生
ア 健康な生活 習慣の確立 のための 取り組み	健診等	妊産婦健診 妊婦訪問	新生児訪問			学校健診
	喫煙	妊婦の飲酒、喫煙及び受動喫煙の実態把握と禁煙指導	子どもの受動喫煙防止			
	体格	妊娠前の体格に応じた適切な体重増加	身体発達曲線をもとに、適正体重の維持 生活リズム・栄養、運動の学習(幼児、前期、後期運動教室)			
	食	バランス食の学習(タンパク質・食塩の適量摂取)	バランス食の学習、適切な味覚形成 甘味飲料(異性化糖)の適量摂取 口腔機能の獲得 口腔機能の維持・向上			
イ 予防のための 生活習慣病の 発症の重 症化	健診等からの保健指導	妊婦健康診査結果で ①妊娠糖尿病 ②妊娠高血圧症候群 栄養指導の実施	早産、低出生体重児の将来の生活習慣病予防を考える保健指導	肥満とやせ傾向児の把握と継続した保健指導	いちごっ子ヘルスアップ健診 肥満傾向児 高中性脂肪値 (160mg/dL以上) 生活習慣改善のための保健指導の実施	

第4節 こころの健康（比布町自殺対策計画）

（1）基本的な考え方

自殺は、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、いじめや孤独・孤立、性暴力被害、性的マイノリティー等の様々な社会的要因があります。

個人においても地域においても、自己肯定感や信頼できる人間関係、危機回避能力等の「生きることの促進要因（自殺に対する保護要因）」より、失業や多重債務、生活苦等「生きることの阻害要因（自殺のリスク要因）」が上回った時に自殺リスクが高まります。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十分な連携が図られ、「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。

すべての人がかけがえのない個人として尊重される社会、「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、社会的要因に対する働きかけとともに、こころの健康問題について、個人に対する働きかけと社会に対する働きかけの両面から総合的に取り組むことが必要です。

（2）現状と目標

ア 自殺者の減少

比布町 10 年間の自殺の標準化死亡比（SMR）は、道と比較すると低い状況です（図表 2-49）。また、過去 15 年間の年代・男女別自殺死亡者数をみると、男性と女性では死亡者数に大差はありませんでしたが、40・50 歳代の壮年期死亡より 60 歳以上の高齢期の死亡が多い状況です。（図表 2-50）。

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、相談相手が身近にいることで孤立化を防ぎます。しかし、本町は高齢化率が 42.8%（令和 4 年 1 月 1 日現在）と高くボランティア等の担い手不足が深刻化しており、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ながら、町民がお互いを見守り・見守られる関係づくりの構築と、支えあえる地域づくりに努めます。

図表 2-49 自殺の標準化死亡比（SMR）

	比布町	北海道	道内順位
平成22～令和1年	86.9	103.8	151位

出典：北海道における主要死因の概要(北海道健康づくり財団)

図表 2-50 過去15年間の年代・男女別自殺死亡者数（平成20～令和4年）

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳以上	合計
男性			1人		1人	1人	2人	5人
女性				1人	2人	1人		4人

出典：比布町調べ

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ない者」の割合を見ると、令和4年度では道に比べて本町の割合が高くなっています（図表2-51）。

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。また、早い段階で専門機関につながるよう体制整備に努めます。

図表 2-51 睡眠で休息が十分に取れていない者の割合

	平成28年度	令和2年度	令和4年度	道(令和4年度)
睡眠で休息が十分に取れていない者	36.3%	42.7%	37.4%	33.8%

出典：特定健診受診者（法定報告）

（3）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。

こころの健康を保つために必要な良好な睡眠の確保については、各個人が生活を工夫していくことを検討していく必要があります。

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）等に合わせて、広報紙による自殺対策に関する情報の周知・普及啓発を行う
- ・相談時及び広報紙や町ホームページで、専門機関による相談事業の周知（近隣のメンタルクリニックや、上川保健所のこころの健康相談等の情報提供）
- ・地域への自殺予防の普及啓発のため、出前講座等の実施

イ 良好な睡眠確保の工夫

- ・良質な睡眠のための環境づくりについて
日中にできるだけ日光を浴びて、体内時計を調節する
寝室にはスマートフォンやタブレットを持ち込まず、できるだけ暗くして寝る
- ・運動、食事等の生活習慣と睡眠について
適度な運動の実施としっかり朝食を摂り、就寝直前の夜食を控える
- ・睡眠と嗜好品について
カフェインの摂取量が1日400gを超えないように工夫する
晩酌での深酒、寝酒をしない
喫煙習慣がある者は、睡眠前の喫煙は控える

ウ 各世代における支援

（児童・生徒）

- ・SOS発信に関する教育の推進
学校における道徳の教育活動等で命を大切にするところを育む教育と、こころが辛いとき誰にどのように助けを求めればよいかの方法等を学ぶ教育の推進
- ・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）

- ・町職員をはじめとした事業所等におけるメンタルヘルス対策の支援
町職員等に向けてストレスチェックの実施やメンタルヘルス対策研修等を開催し、こころの健康を守る支援の実施

- ・ゲートキーパー養成講座の開催

町職員及び町民を対象にしたゲートキーパー養成講座の開催

(シニア・高齢者)

- ・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の促進

- ・高齢者の生きがいづくり

老人クラブ、白寿大学、各種愛好会、高齢者事業団の運営を支援し、生きがいづくりや社会参加を促進

第5節 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、自治体自ら進捗管理できる目標の設定」

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

これらを踏まえ、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 2-52)。

図表 2-52 比布町の目標の設定

分野	項目	国の現状値	町の現状値 (R4年度)	国の目標値	町の目標値 (R17年度)	参照 資料	
全体	健康寿命の延伸(平均自立期間:KDB)	男性80.1年 女性84.4年	男性 女性	平均寿命の増加分 を上回る増加	男性 女性	XII	
循環 器病	脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比、100以下					XI	
	①脳血管疾患	100	H22 89.1	100	100以下		
	②虚血性心疾患	100	~R1 153.8	100	100以下		
	高血圧の改善(Ⅱ度以上高血圧以上の者の割合の減少)	131.1 mmHg	R1 年度	24.6%	5mmHg 低下	R14	II
	LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合の減少	男性9.8% 女性13.1%	R1 年度	男性5.8% 女性6.1%	25%の 減少	R14	
	メタリック・チームの該当者・予備群の減少						II
	①該当者		R1 年度	27.8%	医療費適正化に 合わせて設定	減少	
	②予備群	約1516人				減少	
	適正体重を維持している人の増加※1	60.3%	R1 年	男性39.5% 女性29.7%	66%	R14	増加
	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減少	男性14.9% 女性 9.1%	R1 年度	2.3%	10%	R14	III
	食塩摂取量の減少	10.1g	R1		7g	R14	
	特定健診・特定保健指導の実施率の向上						II
①特定健康診査の実施率	55.6%	R1 年度	51.8%	医療費適正化に 合わせて設定	60%		
②特定保健指導の終了率	23.2%		88.5%		80%		

分野	項目	国の現状値	町の現状値 (R4年度)	国の目標値	町の目標値 (R17年度)	参照資料		
糖尿病	糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c6.5%以上者の割合)	1000万人	H28年度	11%	1350万人	R14年度 抑制	II	
	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	1.32%	R1年度	0.57%	1.00%	R14年度 減少		
	治療継続者割合の増加 (HbA1c6.5%以上者のうち治療中と回答した者の割合)	67.6%	R1年度	79.6%	75%	R14年度 増加	IV	
	合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入者)の減少	15271人	R3末	0人	12000人 (約7%減)	R14年度 維持		
	身体活動・運動※2 ①日常生活における歩数の増加 (日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者の割合)※3	6278歩	R1年度	44.3%	7100歩	R14年度	増加	XII
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日以上、1年以上実施)※3	28.7%	31.6%		40%	増加			
がん	悪性新生物の標準化死亡比 100以下	100		100.6	100	100以下	XI	
	がん検診の受診率の向上※4						I	
	①胃がん	男性48.0% 女性37.1%	R1年☆	9.8%	60%	R10年度		向上
	②肺がん	男性53.4% 女性45.6%		14.5%				向上
	③大腸がん	男性47.8% 女性40.9%		15.9%				向上
	④子宮頸がん	43.7%		23.4%				向上
⑤乳がん	47.4%	28.6%		向上				
精密検査受診率の向上	設定なし					向上	I	
COPD	慢性閉塞性肺疾患(COPD)の標準化死亡比100以下	100	R3年	134.1	100	R14年度 100以下	XI	
	成人喫煙率の減少	16.7%	R1年	21.8%	12%	R14年度 減少	III	
歯・口腔の健康	乳幼児・学童期のう歯がない者の増加						V	
	①3歳児でう歯がない者の割合の増加	設定なし		100%	—	維持		
	②12歳児の一人平均う歯数の減少	設定なし		統計なし	—	—	-	
	過去1年間に歯科検診を受診した者の増加(歯周疾患健診受診者数)	52.9%		4人	95%	R14年度	増加	IX
女性・子どもの健康	妊娠中の喫煙をなくす	設定なし		0.0%	—	維持	VII	
	適正体重のこどもの増加							
	①低出生体重児割合の減少	設定なし		10%	—	減少		
	②肥満傾向にある子どもの割合の減少	設定なし		12.7%	—	減少	VIII	
	健康な生活習慣を有する子どもの増加	設定なし		—	—	増加		
	① 就寝時間がおそい子の割合の減少	5・6年生	—	36.4%	—	減少		
		8・9年生	—	77.8%	—			
②朝食の摂取率の増加	5・6年生	—	100%	—	維持			
	8・9年生	—	100%	—				
③運動習慣がない子の割合の減少	5・6年生	—	0%	—	減少			
	8・9年生	—	11.1%	—				
高齢者の健康	低栄養傾向(BMI20以下、低アルブミン)の高齢者の割合の増加の抑制	設定なし		20.5%	—	抑制	VIII	
	介護保険サービス利用者増加の抑制	設定なし		284人	—	抑制	X	
	自殺者の減少	設定なし		0人	—	維持	VI	
こどもの健康	睡眠による休養を十分とれていない者の割合減少	21.7%	H30年度	23.1%	20%	R14年度 減少	III	

☆は国民生活基礎調査

※1 国の指標「BMI18.5以上25未満の者の割合」、町の現在地「BMI25以上の者の割合」

※2 該当者の算定は、40歳から74歳までを対象

※3 「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」で示された項目及び目標年次に沿って、町目標設定実施

※4 受診率の算定にあたっては、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

参照資料

- I 地域保健・健康増進報告
- II 町国保特定健康診査(法定報告)
- III 町国保特定健康診査
- IV 町国保レボト・身体障害者手帳交付状況
- V 町乳幼児健診統計
- VI 北海道保健統計年報
- VII 町妊娠届・出産届
- VIII 町各種健診データ
- IX 町成人歯科検診事業実績
- X 町介護保険事業計画
- XI 北海道健康づくり財団統計データ
- XII KDB

第Ⅲ章 計画の推進

第Ⅲ章 計画の推進

第1節 健康増進に向けた取り組みの推進

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づけています。

健康増進を図ることは、急速に高齢化が進む町にとっても、町民にとっても重要な課題です。従って、健康増進施策を比布町の重要な行政施策として位置づけ、健康ぴっぴ 21（第三次）の推進においては、町民の健康に関する各種指標を活用し、取り組みを推進していきます。

取り組みを進めるための基本は、個人の身体（健診結果）をよく見ていくことです。健診結果等に表れている個人の身体は、今まで生きてきた歴史や社会背景、本人の価値観によって作り上げられてきており、身体に起こる問題の解決は画一的なものとはなりません。一人ひとりの生活の状態や、能力、ライフステージに応じた主体的な取り組みを重視して、健康増進を図ることが必要です。

町としては、個人の理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力を身につけるための、科学的な支援を積極的に進めます。同時に、個人を取り巻く家族、地域の習慣・特徴などから、地域の実態や健康課題を把握します。課題に対し、町民が共同して取り組みを考えたことによって、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めざします。

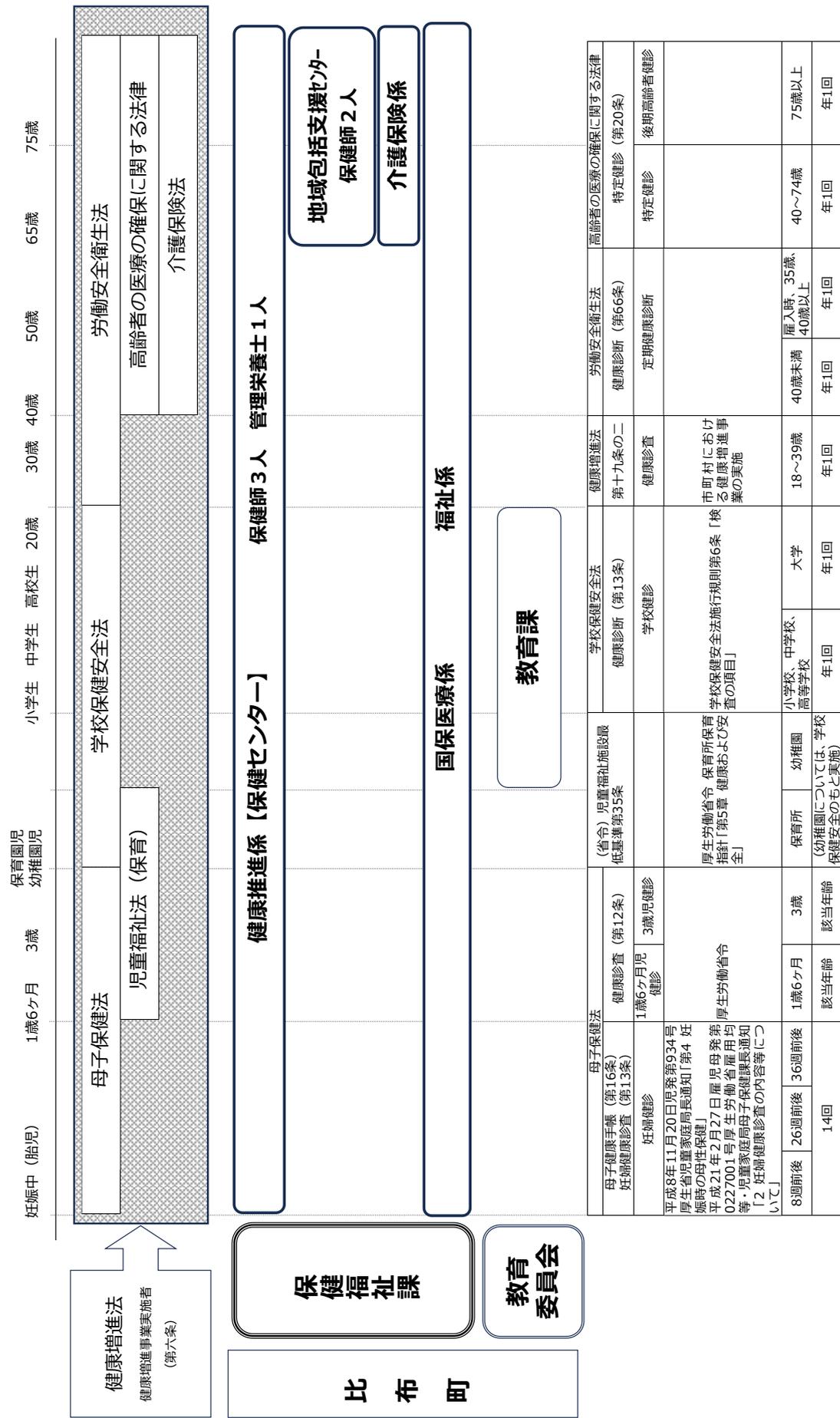
これらの活動が、冒頭で述べた国民運動の「4つの基本的な方向」を実現させることであると考えます。

2 関係機関との連携

ライフステージに応じた健康増進を進めるにあたっては、事業の効率的な実施を図る観点から、健康増進法第6条に規定された健康増進事業実施者との連携が必要です。

また、町民の生涯を通じた健康の実現を目指し、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、医師会等とも十分に連携を図りながら、関係機関、関係団体、行政等が協働して進めていきます（図表 3-1）。

図表 3-1 ライフステージに応じた健康の推進を図るための比布町役場内関係機関



第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

地域保健活動は、個人の健康づくりが健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものにするにつながります。

そのために、町民の健康増進を担う保健師、管理栄養士等には、生活習慣病等の発症や重症化に至る身体の変化を十分理解した上で、健診結果から現在の健康状態を把握し、個人にわかりやすく説明する能力、また、町民との信頼関係を構築し、寄り添いながら健康づくりの取り組みを支援する能力が求められています。さらに健診・医療・介護データや地区活動により知りえた情報から総合的に地域の健康課題を把握し、その健康課題について経済的効果等に基づく優先順位を設定する役割もあります。これらの業務を継続して遂行するために、保健師・管理栄養士等の計画的かつ継続的な確保、人材育成を進めていきます。

また、健康増進に関する施策を推進するためには、それに携わる専門職の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一人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・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。

<資料>

参 考 「4つの食品群」

日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法

たくさんの食品がある中、細胞が生きていくために必要な食品を食品の特徴でグループ化し、日常生活で選択する方法があります。食品の選び方は1群から4群の食品を組み合わせます。

群	食品	グループの特徴
1群	牛乳・乳製品	人間の体(細胞)の材料となる良質のたんぱく質(必須アミノ酸)と脂質、細胞のエネルギーとなる糖質、代謝に必要なビタミン、ミネラルなど人間(細胞)が生きていくために必要な栄養素を含んだ食品群です。消化酵素をあまり使わなくても吸収されやすい形になっているので、最優先でとりたい食品です。
	卵	
2群	肉類	たんぱく質と脂質(必須脂肪酸)を含んだ食品群です。1群と違うのはビタミン、ミネラルをあまり含んでいないので、たんぱく質が人間の体(細胞)に変わるまでにたくさんの消化酵素が必要です。肉類は細胞膜の材料として使われる飽和脂肪酸が多く含まれ、魚(特に青魚、鮭)は炎症を抑える働きのあるオメガ3系の脂肪酸が含まれています。
	魚介類	
	大豆製品	



肉や魚、豆腐をとっても、3群が入らないと体のたんぱく質になりません。

3群	緑黄色野菜	すべて植物性の食品です。たんぱく質を人間の体の細胞に変える時や糖質や脂質をエネルギーに変える時に必要なビタミン、ミネラルを含んだ食品群です。野菜は短鎖脂肪酸の材料になる食物繊維を含み、水分も多いのでたくさんとってもエネルギーが少なく腹持ちがよい食品です。特に緑の濃い葉野菜は体(細胞)を炎症から守る抗酸化物質を多く含んでいます。果物の糖分は血糖値を上げたり、中性脂肪に変わりやすい糖質を含んでいます。
	淡色野菜	
	いも類	
	果物	
	きのこ	
	海藻	

1~3群を確保してから4群の食品をとります。

4群	穀類・砂糖・油脂(植物油) 味噌、醤油、酢などの調味料(※発酵食品) クルミ、ピーナッツ、ごまなど(※n-3系必須脂肪酸)	4群の必要量は一人ひとり違います。 ・糖質は消化酵素をあまり使わないで、効率よくエネルギーに変わります。 ・油脂は1群、2群でとれない必須脂肪酸を含んだ油脂を選びます。
----	--	--

嗜好品	菓子 アルコール 清涼飲料水など	栄養摂取を主な目的とせず、風味や味、摂取時の心身の高揚感など味覚や嗅覚を楽しむためのものです。 食べたいときは、4群の穀類・砂糖・油脂で調整します。
-----	------------------------	---