

大津町健康づくり推進計画 (第二次)



平成26年3月
大津町

目次

序章 計画改定にあたって

1. 計画改定の趣旨	p 2
2. 計画の性格	p 7
3. 計画の期間	p 7
4. 計画の対象	p 7

序章 計画改定にあたって

第Ⅰ章 大津町の概況と特性

1. 大津町の概要	p 10
2. 健康に関する概況	p 11
3. 大津町の財政状況に占める社会保障費	p 23

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価	p 26
2. 生活習慣病の予防	p 28
(1) がん	p 28
(2) 循環器疾患	p 33
(3) 糖尿病	p 40
(4) CKD	p 45
3. 生活習慣の改善	p 50
(1) 栄養・食生活	p 50
(2) 身体活動・運動	p 59
(3) 飲酒	p 62
(4) 喫煙	p 66
(5) 心の健康	p 69
(6) 歯・口腔の健康	p 77
4. 目標の設定	p 81

特定健康診査等実施計画と重なる部分

第Ⅲ章 計画の推進

1. 健康増進に向けた取り組みの推進	p 85
(1) 活動展開の視点	p 85
(2) 関係機関との連携	p 85
2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上	p 86

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、平成 25 年度から平成 34 年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本 21(第二次))」(以下「国民運動」という。)では、21 世紀の日本を『急速な人口の高齢化や生活習慣の変化により、疾病構造が変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、これら生活習慣病に係る医療費の国民医療費に占める割合が約 3 割となる中で、高齢化の進展によりますます病気や介護の負担は上昇し、これまでのような高い経済成長が望めないとするならば、疾病による負担が極めて大きな社会になる』と捉え、引き続き、生活習慣病の一次予防に重点を置くとともに、合併症の発症や症状進展などの重症化予防を重視した取組みを推進するために、下記の 5 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) 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD の予防)
- (3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- (4) 健康を支え、守るための社会環境の整備
- (5) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

また、これらの基本的な方向を達成するため、53 項目について、現状の数値とおおむね 10 年後の目標値を掲げ、目標の達成に向けた取組みがさらに強化されるよう、その結果を大臣告示として示すことになりました。

大津町では平成 20 年 3 月に、「健康日本 21」の取組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、「大津町健康づくり推進計画」を策定し、取組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については、表 1 のように考え、これまでの取組の評価、及び新たな健康課題などを踏まえ、健康づくり推進計画(第二次)を策定します。生涯を通じ、健康でいきいきと地域で暮らし続けられることを目指し、大津町の健康課題を町民の皆様や医療機関の皆様と共有し、健康づくりにより一層取り組めるよう、関係機関、町が一体となって支援体制の充実を図ります。計画策定にあたりましてご尽力いただきました大津町健康づくり推進計画策定委員をはじめとした町民の皆様のご協力に感謝し心からお礼を申し上げます。

参考 健康日本21(第2次)の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) 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

がん、循環器疾患、糖尿病及び COPD(慢性閉塞性肺疾患)に対処するため、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。

国際的にも、これらの疾患は重要な NCD(Non Communicable Disease)として対策が講じられている。

*NCD について

心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患および糖尿病を中心とする非感染性疾患(NCD)は、人の健康と発展に対する主な脅威となっている。

これらの疾患は、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)取り除くことで予防できる。

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 NCD が取り上げられる等、世界的に NCD の予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。

今後、WHO において、NCD の予防のための世界的な目標を設定し、世界全体で NCD 予防の達成を図っていくこととされている。

(3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

若年期から高齢期まで、全てのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上に取り組む。

(4) 健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、国民が主体的に行うことができる健康増進の取組を総合的に支援していく環境の整備。

(5) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

「健康日本21(第二次)」の基本的方向性と目標項目

表1

「乳幼児から高齢者まで～ライフステージに応じた計画を考える」

○ 目標項目 (53項目)

		次世代の健康				高齢者の健康		死亡
		母子保健法 胎児(妊婦)	食育基本法 0歳	学校保健安全法	労働安全衛生法 18歳 20歳	高齢者の医療の確保に関する法律 40歳 65歳	介護保険法 75歳	
(1)健康寿命の延伸と健康格差の縮小 <input type="checkbox"/> 健康寿命の延伸 <input type="checkbox"/> 健康格差の縮小	生活習慣病の予防	がん	<input type="checkbox"/> がん検診の受診率の向上(子宮頸がん)				<input type="checkbox"/> がん検診の受診率の向上(胃・肺・大腸・乳がん)	<input type="checkbox"/> 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少
		循環器疾患					<input type="checkbox"/> 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 <input type="checkbox"/> メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 <input type="checkbox"/> 高血圧の改善 <input type="checkbox"/> 脂質異常症の減少	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少
(2)生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	生活習慣(NCDリスクの低減等)	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"/> 治療継続者の割合の増加	<input type="checkbox"/> 合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少
		栄養・食生活	<input type="checkbox"/> 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ③適正体重の子どもの増加 <input type="checkbox"/> 共食の増加 <input type="checkbox"/> 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加 <input type="checkbox"/> 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	<input type="checkbox"/> 適切な量と質の食事をとる者の増加				<input type="checkbox"/> 低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制
(3)社会生活を営むために		身体活動・運動	<input type="checkbox"/> 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加				<input type="checkbox"/> 日常生活における歩数の増加 <input type="checkbox"/> 運動習慣者の割合の増加	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス利用者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 <input type="checkbox"/> 就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 <input type="checkbox"/> ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加
		飲酒	<input type="checkbox"/> 妊娠中の飲酒をなくす	<input type="checkbox"/> 未成年者の飲酒をなくす				<input type="checkbox"/> 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少
(4)健康を支え、守るための社会環境の整備	個人の取組では解決できない地域社会の健康づくり <input type="checkbox"/> 地域のつながりの強化 <input type="checkbox"/> 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加 <input type="checkbox"/> 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 <input type="checkbox"/> 健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加 <input type="checkbox"/> 健康格差対策に取り組む自治体数の増加	喫煙	<input type="checkbox"/> 妊娠中の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	<input type="checkbox"/> 未成年者の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 成人の喫煙率の減少				<input type="checkbox"/> COPDの認知度の向上
		心の健康	<input type="checkbox"/> 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	<input type="checkbox"/> 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少 <input type="checkbox"/> 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 <input type="checkbox"/> 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 <input type="checkbox"/> メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加				<input type="checkbox"/> 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上
		歯・口腔の健康	<input type="checkbox"/> 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加				<input type="checkbox"/> 過去1年間に歯科検診を受診した者の増加 <input type="checkbox"/> 歯周病を有する者の割合の減少	<input type="checkbox"/> 歯の喪失防止 <input type="checkbox"/> 口腔機能の維持・向上

2. 計画の性格

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

この計画の推進にあたっては、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、また、保健事業の効率的な実施を図るため、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定する「大津町国民健康保険特定健康診査等実施計画（第2期）」と一体的に策定し、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図ります。

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（表1）

表1 関連する法律及び各種計画

法 律	熊本県の計画	大津町の計画
健康増進法	くまもと21ヘルスプラン	大津町健康づくり推進計画
高齢者の医療の確保に関する法律	熊本県医療費適正化計画	大津町国民健康保険特定健康診査等実施計画（第2期）
次世代育成対策推進法	熊本県次世代育成支援（後期）計画	大津町次世代育成支援後期行動計画
食育基本法	熊本県食育推進計画	大津町健康づくり推進計画
がん対策基本法	第2次熊本県がん対策推進計画	大津町健康づくり推進計画
歯科口腔保健の推進に関する法律	熊本県歯科保健医療計画	大津町健康づくり推進計画
介護保険法	長寿・安心・くまもとプラン	第5期大津町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画

3. 計画の期間

この計画の目標年次は平成30年度とし、計画の期間は平成26年度から平成30年度までの5年間とします。また、5年間の計画期間中であっても、様々な状況の変化により必要性が生じた場合は適宜計画の見直しを行っていくものとします。

4. 計画の対象

この計画は、乳幼児期から高齢期までライフステージに応じた健康増進の取組を推進するため、全町民を対象とします。

第 I 章 大津町の概況と特性

第1章 大津町の概況と特性

1. 大津町の概要

大津町は熊本市の東方約19キロメートル、阿蘇山との中間に位置しており、別府・阿蘇・雲仙などの国際観光ルートの路線上にあります。

阿蘇外輪山西部に連なる広大な森林、原野地帯とそれよりゆるやかな傾斜をなして広がる北部畑地帯、阿蘇山を源として東西に貫流する白川の豊かな流れによって南部平野は肥沃な水田地帯を形成しています。

大津町は国道325号(久留米～阿蘇～延岡)と国道57号(長崎～雲仙～大分)が縦・横断し、熊本空港、九州縦貫自動車道熊本ICを近くに擁する交通条件に恵まれた田園産業都市です。人口は33,000人を突破し、近年ますます増加を続けています。



2. 健康に関する概況 (表1)

表1 大津町の健康に関する概況

表1 町の健康に関する概況		全国		熊本県		大津町			
項目	内容	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		1	人口構成	128,057,352人	—	1,817,426人	—	31,234人	—
H22年 国勢調査	総人口	128,057,352人	—	1,817,426人	—	31,234人	—		
	0歳～14歳	16,803,444人	13.2%	249,606人	13.8%	5,100人	16.3%		
	15歳～64歳	81,031,800人	63.8%	1,093,440人	60.5%	20,190人	64.6%		
	65歳以上	29,245,685人	23.0%	463,266人	25.6%	5,837人	18.7%		
	(再掲)75歳以上	14,072,210人	11.1%	253,926人	14.1%	3,396人	10.9%		
2	死亡	死亡原因	死亡原因	死亡率 (10万対)	死亡原因	死亡率 (10万対)	死亡原因	死亡率 (10万対)	
		1位	悪性新生物	279.7	悪性新生物	294.2	悪性新生物	202.5	
		75歳未満の 年齢調整死亡率	84.3		79.3				
	H22年 人口動態調査	2位	心疾患	149.8	心疾患	163.6	肺炎	147.9	
			急性心筋梗塞 年齢調整死亡率	男性:20.4 女性:18.4		男性:13.5 女性:15.4		男性: 女性:	
		3位	脳血管疾患	97.7	肺炎	112.5	心疾患	135.0	
			年齢調整死亡率	男性:49.5 女性:26.9					
		4位	肺炎	94.1	脳血管疾患	106.1	脳血管疾患	86.8	
			年齢調整死亡率			男性:45.5 女性:24.7			
	5位	老衰	35.9	老衰	42.6	不慮の事故	32.1		
		自殺	—	18位	24.9				
	早世予防からみた 死亡(64歳以下)	合計	176,549人	14.7%	2,448人	12.7%	29人	11.4%	
男性		119,965人	18.9%	1,634人	16.9%	17人	12.6%		
H22年 人口動態調査	女性	56,584人	10.0%	814人	8.5%	12人	10.0%		
3	介護保険 H22年度 介護保険事業状況報告	要介護認定者	5,062,234人		90,674人		1,130人		
		1号被保険者の認定 (1号被保険者認定者/1号被保険者数)	4,907,439人	16.9%	88,215人	19.1%	1,090人	18.3%	
		2号被保険者の認定 (2号被保険者認定/40～64歳人口)	154,795人	0.36%	2,459人	0.41%	40人	0.4%	
		1人あたり介護給付費 (第1号1人あたりの介護給付・手当給付)	229,006円		258,056円		273,980円		
	介護給付費総額 (第1号の介護給付・手当給付)	6,839,563,806,000円		121,603,885,000円		1,669,476,000円			
4	後期高齢者医療 H22年度後期高齢者 医療事業状況報告	加入者	14,059,915人		255,304人		3,356人		
		1人あたり医療費	904,795円		988,639円		921,620円		
		医療費総額(概算)	12,721,335,977,000円		252,403,981円		3,092,955,868円		
5	国保	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
		うち 65～74歳	35,849,071人	—	547,774人	—	7,373人	—	
	平成22年度 国民健康保険中央会	一般	11,222,279人	31.3%	162,354人	29.6%	2,046人	27.7%	
		退職	33,851,629人	94.4%	517,608人	94.5%	6,850人	92.9%	
		加入率(国勢調査値使用)	1,997,442人	5.6%	30,166人	5.5%	523人	7.1%	
		加入率(国勢調査値使用)	28.4%	%	30.1%	%	23.6%	%	
	医療費	医療費総額 (概算)	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	医療費	1人あたり	
		10,730,826,914,577円	299,333円	178,807,705,558円	326,426円	2,316,939,971円	314,237円		
		一般	9,981,583,067,737円	294,863円	166,351,545,348円	321,385円	2,117,807,055円	309,169円	
	退職	749,243,846,840円	375,102円	12,456,160,210円	412,921円	199,132,916円	380,751円		
医療	治療者数	虚血性心疾患	300,350	1.1	0.8	4,142	0.75		
		脳血管疾患	385,902	1.5	1.1	5,050	0.91		
		脂質異常症				17,142	3.09		
		糖尿病	1,177,727	4.5	3.3	21,121	3.80		
		高血圧症	3,495,750	13.2	9.8	68,791	12.40		
		人工透析				2,111	0.39		
6	特定健診	受診者数	7,362,795人		204,872人		1,849人		
		受診率	32.7%		21.7%	24位	40.4%	23位	
	H23年度 市町村国保 実施状況調査	保健指導修了者数	204,872人		4,918人		94人		
		実施率	21.7%		31.6%	10位	38.8%	21位	
7	出生	出生数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
		1,071,304	8.5 (人口千対)	16,246	9.0 (人口千対)	380	12.2 (人口千対)		
		低体重児 (2500g未満)	103,049	9.62 (出生百対)	1,508	9.28 (出生百対)	34	8.95 (出生百対)	
H22年 人口動態調査	極低体重児 (1500g未満)	8,086	0.75 (出生百対)	136	0.84 (出生百対)	3	0.79 (出生百対)		

(1) 人口構成

大津町の人口構成を全国、熊本県と比較すると、65歳以上の高齢化率及び75歳以上の後期高齢化率は、いずれも全国や熊本県より低くなっています。

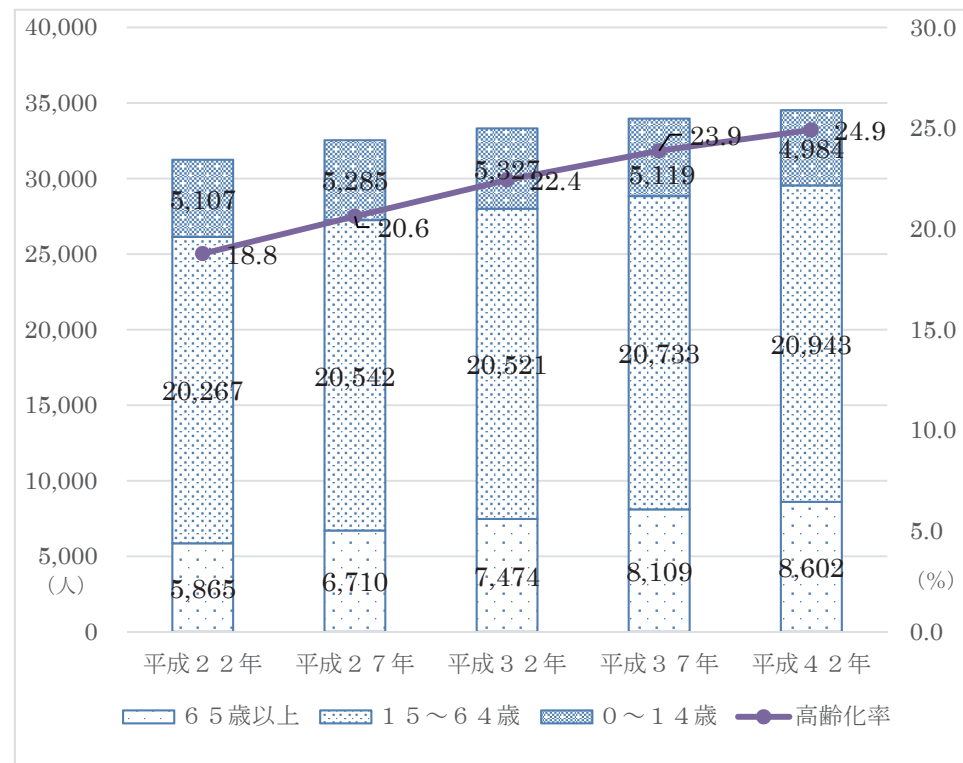
大津町の人口(国勢調査)は、平成17年には29,107人でしたが、平成22年には31,234人となり、平成24年度人口(住民基本台帳人口)では、32,774人と年々増加傾向にあります。

人口構成は、64歳以下人口が平成17年から平成22年までの5年間に、55人減少しているのに対して、65歳以上人口は、同期間で621人増加しています。

高齢化率は、国勢調査から平成17年には19.1%でしたが、平成22年には18.8%となり、5年間で0.3ポイント低くなっており、全国(23.0%)や熊本県(25.6%)に比べて高齢化率は低くなっています。

生産年齢人口(15歳～64歳)は総人口に占める割合はやや増加傾向、年少人口(0歳～14歳)は減少傾向にあります。今後の将来推計では、少子高齢化は進んでいくと考えられます。(図1)

図1 人口の推移と推計



資料：平成22年、平成27年、平成32年、平成37年、平成42年

国立社会保障・人口問題研究所『日本の市区町村別将来推計人口』(平成25年3月公表)

(2) 死亡

大津町の主要死因の8年間の変化をみると、1位を悪性新生物が占めています。平成17年に3位であった心疾患は横ばいで、平成23年度から2位と3位を推移しています。平成17年に4位であった脳血管疾患はやや減少傾向です。(表1)

また、早世(64歳以下)死亡の割合が、平成17年との比較で大きく減少しました。特に男性では減少率が大きく全国の中でも低い割合となっています。(表2)

表1 大津町の主要死因の変化

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
	(人口10万対死亡率)							
第1位	悪性新生物 261.1	悪性新生物 241.1	悪性新生物 248.5	悪性新生物 217.7	悪性新生物 211.6	悪性新生物 202.5	悪性新生物 225.5	悪性新生物 228.4
第2位	肺炎 123.7	肺炎 122.3	心疾患 147.8	肺炎 141.8	心疾患 127.0	肺炎 147.9	心疾患 112.7	心疾患 135.8
第3位	心疾患 120.2	心疾患 112.1	肺炎 87.3	心疾患 118.7	肺炎 123.7	心疾患 135.0	肺炎 106.5	肺炎 92.6
第4位	脳血管疾患 79.0	脳血管疾患 78.1	脳血管疾患 84.0	脳血管疾患 105.5	脳血管疾患 58.6	脳血管疾患 86.8	脳血管疾患 59.5	脳血管疾患 61.7
第5位	不慮の事故 34.4	不慮の事故 44.1	自殺 26.9	自殺 39.6	大動脈瘤及び解離 22.8	不慮の事故 32.1	老衰 50.1	老衰 40.1

※悪性新生物とは細胞が何らかの原因で変異して増殖を続け、周囲の正常な組織を破壊する悪性の腫瘍のことです。**がん**などがこれに入ります。

表2 65歳未満死亡の割合（都道府県順位）

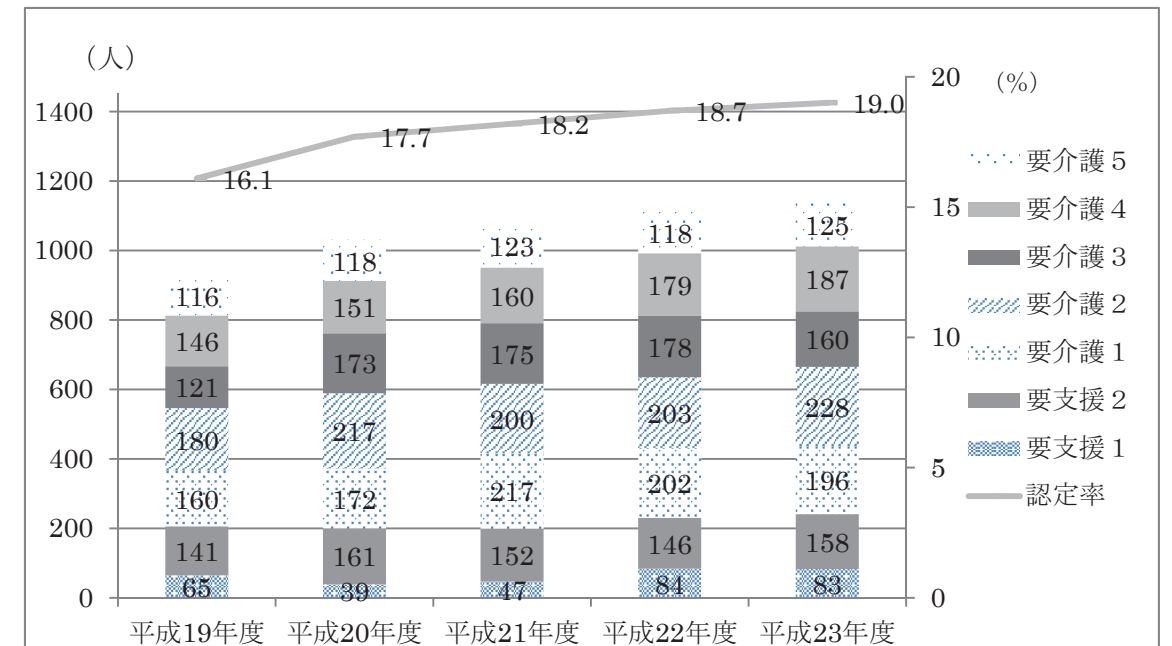
順位	総数		男性		女性	
	H17年	H22年	H17年	H22年	H17年	H22年
1	沖縄	22.9	沖縄	20.9	沖縄	29.9
2	埼玉	22.5	埼玉	18.2	埼玉	27.0
3	神奈川	21.5	千葉	16.9	大阪	26.4
4	大阪	21.4	神奈川	16.8	千葉	26.0
5	千葉	21.4	大阪	16.7	神奈川	25.9
6	東京	19.7	東京	16.4	青森	24.6
7	愛知	19.6	青森	15.9	東京	24.6
8	北海道	19.0	愛知	15.7	愛知	24.5
9	青森	19.0	北海道	15.7	福岡	23.8
10	福岡	18.4	茨城	15.5	大津町	23.6
11	茨城	18.3	栃木	15.4	栃木	23.1
12	兵庫	18.2	福岡	15.1	兵庫	22.9
13	全国	18.0	全国	14.8	北海道	22.9
14	栃木	18.0	兵庫	14.6	栃木	22.8
15	宮城	17.8	群馬	14.2	宮城	22.7
16	大津町	17.7	宮城	14.1	全国	22.7
17	静岡	17.3	長崎	13.8	奈良	21.6
18	奈良	17.3	京都	13.8	群馬	21.6
19	群馬	16.9	石川	13.8	鳥取	21.5
20	滋賀	16.7	静岡	13.8	静岡	21.4
21	京都	16.6	滋賀	13.7	京都	21.3
22	広島	16.5	広島	13.6	長崎	21.2
23	石川	16.3	愛媛	13.6	滋賀	21.0
24	岐阜	16.3	岩手	13.5	広島	20.8
25	長崎	16.2	山梨	13.4	石川	20.7
26	鳥取	15.8	福島	13.3	高知	20.6
27	宮崎	15.7	宮崎	13.3	宮崎	20.5
28	岩手	15.7	奈良	13.3	愛媛	20.2
29	高知	15.7	岐阜	13.0	徳島	20.2
30	愛媛	15.6	佐賀	12.9	岩手	20.2
31	福島	15.5	三重	12.8	佐賀	20.0
32	富山	15.4	鳥取	12.8	岐阜	20.0
33	三重	15.3	熊本	12.7	福島	19.9
34	山梨	15.3	鹿児島	12.7	鹿児島	19.9
35	和歌山	15.2	秋田	12.7	富山	19.9
36	佐賀	15.2	和歌山	12.6	山梨	19.9
37	山口	15.1	香川	12.5	和歌山	19.8
38	秋田	14.9	岡山	12.5	三重	19.7
39	徳島	14.8	高知	12.4	山口	19.6
40	岡山	14.7	福島	12.4	岡山	19.5
41	鹿児島	14.6	山口	12.4	秋田	19.4
42	新潟	14.5	富山	12.3	新潟	19.3
43	大分	14.4	新潟	12.1	大分	19.1
44	香川	14.3	大分	12.1	香川	18.9
45	福井	14.3	大津町	11.4	熊本	18.3
46	熊本	14.2	福井	11.4	福井	18.0
47	長野	13.6	山形	11.0	山形	17.6
48	山形	13.3	島根	10.8	長野	17.5
49	島根	13.1	長野	10.7	島根	17.5

(3) 介護保険

大津町の介護保険の認定率は、菊池圏域の平均に近く、熊本県より若干低くなっていますが、全国平均に比べ高い状況にあります。

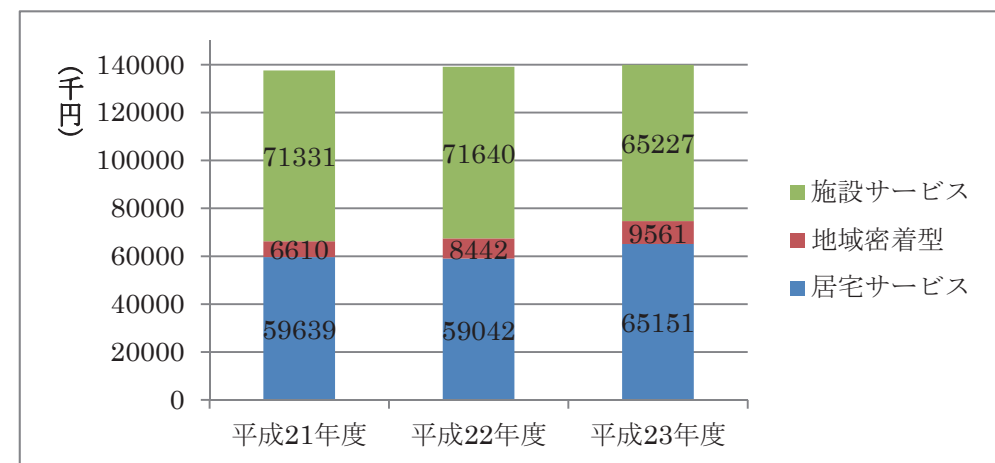
大津町の平成23年10月の要介護（支援）認定者数は、1137人であり、介護度が現在の区分となった、平成18年10月と比べて、226人、25%増加しています。また、介護保険で要介護（支援）認定を受けた人の状況をみると、大津町では、「要支援1」～「要介護2」を軽度、「要介護3」～「要介護4」を重度として見た場合、平成19年以降一貫して軽度者が5割、重度者が4割台を占めています。（図1）

図1 要介護（支援）認定者数の推移



平成23年度の介護保険サービス給付費（月あたり）をみると、合計で1億3,994万円となっており、サービス別の内訳では、居宅サービスが6,515万円（46.6%）、地域密着型サービスが956万円（6.8%）、施設サービスが6,522万円（46.6%）となっています。（図2）

図2 介護サービス給付費の推移



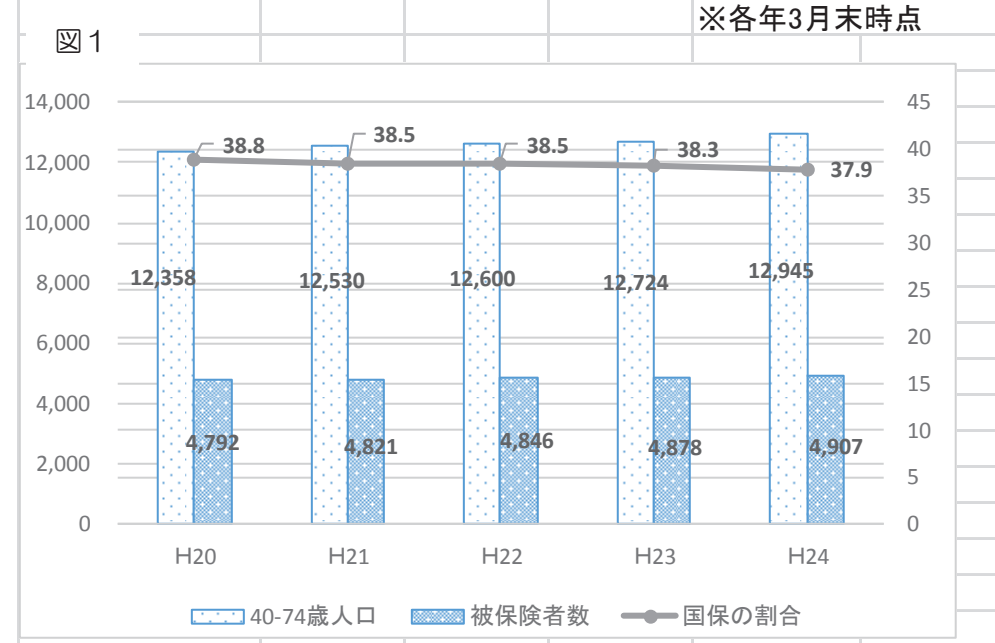
(4) 後期高齢者医療

大津町の後期高齢者3,499人の一人あたりの医療費は、72,903円（H24.5月診療分）で熊本県平均より高い状況です。（「疾病分類別状況」熊本県後期高齢者医療広域連合）

(5) 国保

（表1）

	H20	H21	H22	H23	H24
40-74歳人口	12,358	12,530	12,600	12,724	12,945
被保険者数	4,792	4,821	4,846	4,878	4,907
国保の割合	38.8	38.5	38.5	38.3	37.9



大津町の国民健康保険加入者は、熊本県と比較して、加入率は低い状況にあります。また、図1から特定健診の対象である40から74歳の被保険者数は、年々微増に止まっています。

一般的に高齢者になるほど、受療率は高くなり、医療費も増大するため、予防可能な生活習慣病の発症予防と重症化予防に努める必要があります。今後は、高齢化の進展も予測され、その傾向が強まると考えられます。

大津町の国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は、一般及び退職ともに、全国や熊本県と比較して、低い費用ですが、一般と比較して退職の状況が悪いことは、他の医療保険者による健康診査及び保健指導のあり方について、状況を把握していく必要があります。

生活習慣病に関する疾患の治療者の割合は、いずれの疾患も熊本県の平均と大きく変わりませんが、熊本県は全国と比較し医療費は高く、今後も医療費抑制のための生活習慣病予防が重要となります。

(6) 健康診査等

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取組みである、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導は、平成24年度法定報告（速報値）で、受診率41.2%、保健指導実施率は43.7%で県より高くなっています。

（*H24年度熊本縣市町村国保：受診率 33.7%、実施率 35.6%）

図1から年齢階級別に受診率をみると、40～50歳代の受診率が低い状態です。健診を受けない理由に仕事による多忙、健康への過信等が挙げられています。今後も引き続き、若い世代への受診率向上に向けた取り組みを検討する必要があります。

平成24年度特定健康診査の結果については、中性脂肪、空腹時血糖、HbA1c、拡張期血圧、クレアチニンの異常率は、熊本県の平均値より高くなっています。（表2）いずれも食生活（炭水化物、飲酒、蛋白質）との関連が深い検査項目であるため、今後の保健指導の内容について、検討が必要になります。

特定健康診査の受診回数別の結果を見てみると、初めての受診者は、HDLコレステロール以外、全ての健診データが、継続受診者より悪い状態です。（表3）

健康診査の機会を提供し、保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防、重症化予防に繋げることが、今後も重要だと考えます。

(表1) 参考：特定健診受診率と特定保健指導実施率

国の特定健診実施率の目標値65%（第1期）

国の特定保健指導実施率の目標値45%（第1期）

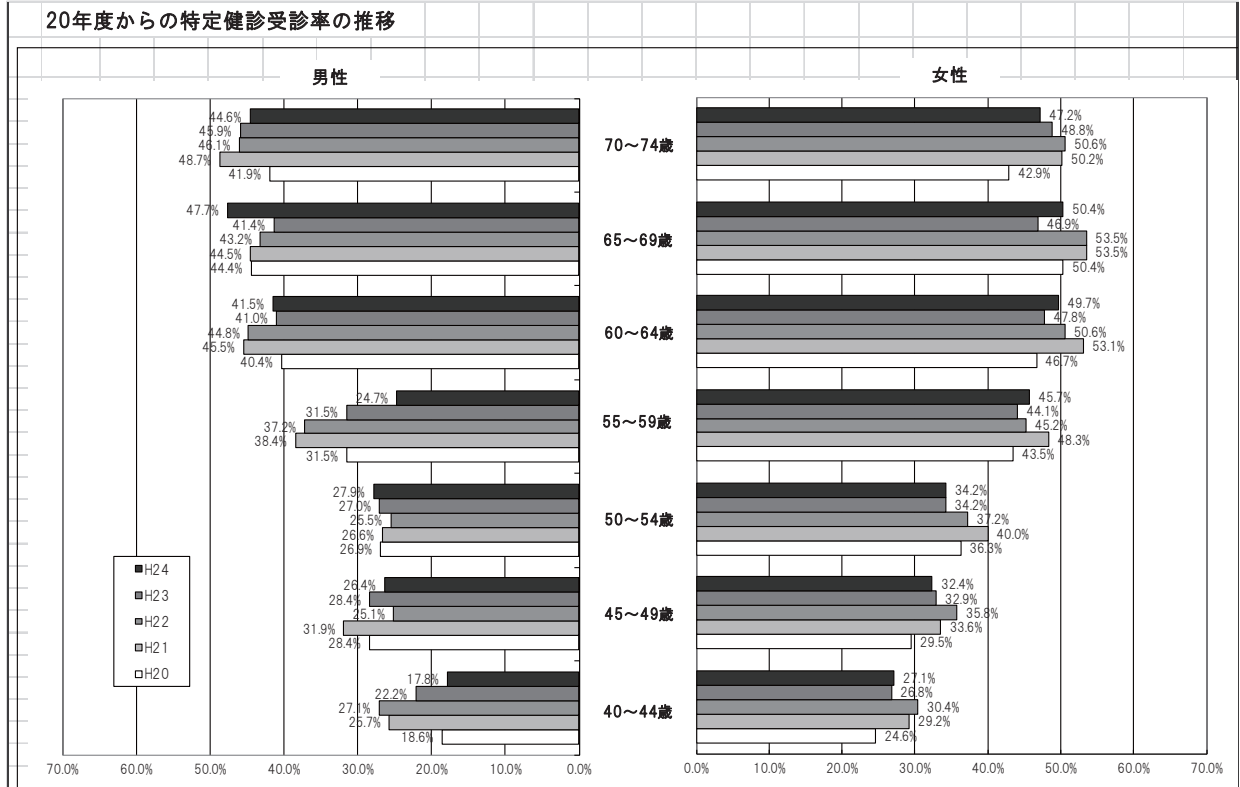
保険者名	20年度		21年度		22年度		20年度		21年度		22年度	
	受診率	実施率	受診率	実施率	受診率	実施率	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数
	全国順位											
五木村	78.3%	73.0%	70.8%	206	291	206	38.6%	50.0%	32.1%	28	9	
産山村	56.4%	57.0%	60.4%	46	417	252	35.3%	13.2%	22.2%	36	8	
山都町	53.0%	60.1%	57.9%	71	5,030	2,912	13.6%	60.8%	31.5%	365	115	
あさぎり町	63.7%	59.2%	56.9%	79	3,788	2,154	13.2%	35.9%	29.7%	293	87	
相良村	54.4%	56.4%	56.4%	86	1,141	644	42.9%	45.8%	65.4%	81	53	
水上村	43.9%	48.8%	55.8%	91	607	339	14.8%	5.0%	1.7%	60	1	
和木町	53.0%	56.3%	54.1%	110	2,527	1,367	42.7%	38.7%	35.0%	203	71	
西原村	55.9%	53.6%	53.1%	121	1,242	659	32.8%	53.4%	58.3%	96	56	
多良木町	52.7%	57.3%	53.0%	122	2,649	1,404	19.9%	46.7%	38.8%	245	95	
山江村	52.7%	54.0%	52.6%	133	744	391	22.4%	30.9%	30.8%	52	16	
球磨村	33.7%	43.7%	52.1%	144	964	502	79.2%	56.7%	53.4%	58	31	
嘉島町	39.2%	48.3%	49.4%	207	1,555	768	46.2%	37.6%	25.4%	118	30	
湯前町	50.2%	51.5%	49.2%	211	1,033	508	26.9%	66.1%	37.9%	58	22	
玉東町	45.5%	51.5%	49.1%	214	1,285	631	53.2%	38.4%	55.8%	86	48	
錦町	53.3%	50.3%	48.6%	236	2,163	1,051	4.2%	36.2%	39.7%	141	56	
南小国町	41.7%	48.0%	47.4%	269	1,166	553	33.7%	31.1%	18.7%	75	14	
南阿蘇村	43.3%	41.9%	44.0%	413	2,832	1,246	28.5%	53.4%	34.6%	162	56	
高森町	48.4%	44.9%	42.4%	489	2,138	907	39.5%	25.8%	24.3%	115	28	
南阿蘇町	34.6%	38.9%	42.3%	495	1,798	761	13.6%	10.3%	0.0%	118	0	
小国町	39.0%	43.4%	42.3%	496	2,136	904	31.5%	29.4%	16.9%	136	23	
大津町	39.0%	43.4%	42.2%	507	4,448	1,875	18.8%	28.4%	45.7%	265	121	
菅北町	39.7%	45.0%	41.6%	527	1,838	765	23.4%	28.6%	37.2%	86	32	
阿蘇市	32.1%	32.9%	39.9%	616	6,064	2,419	27.0%	34.6%	24.5%	396	97	
御船町	37.5%	42.0%	39.5%	636	3,636	1,436	55.2%	54.7%	47.6%	191	91	
甲佐町	29.9%	36.3%	39.3%	649	2,552	1,003	58.8%	39.9%	45.8%	153	70	
水川町	37.3%	32.9%	38.5%	689	3,396	1,308	12.7%	15.5%	34.2%	187	64	
美里町	36.1%	38.3%	36.0%	842	2,671	961	19.6%	57.0%	85.3%	143	122	
菊陽町	34.9%	35.0%	35.4%	878	5,170	1,831	24.8%	37.0%	37.3%	276	103	
宇城市	40.3%	38.8%	35.3%	882	13,060	4,615	57.1%	56.9%	54.1%	702	380	
天草市	32.9%	35.2%	34.6%	921	7,041	2,438	22.1%	36.2%	30.0%	297	89	
人吉市	26.5%	31.4%	34.4%	937	21,399	7,532	29.1%	43.8%	40.4%	1,034	418	
合志市	32.6%	33.2%	33.2%	1,006	8,311	2,757	48.5%	55.2%	52.4%	418	219	
八代市	28.2%	27.6%	32.8%	1,036	28,084	9,205	59.5%	45.4%	32.4%	1,399	453	
益城町	33.9%	33.1%	32.7%	1,041	6,185	2,024	47.4%	42.7%	37.5%	251	94	
宇土市	19.0%	26.6%	32.1%	1,084	7,260	2,330	54.1%	44.0%	31.3%	448	140	
長洲市	43.2%	36.9%	32.0%	1,091	3,080	986	8.8%	11.4%	15.2%	165	25	
菊池市	29.4%	33.1%	31.9%	1,098	10,425	3,328	30.2%	37.2%	25.2%	563	142	
玉名市	27.9%	34.4%	30.7%	1,172	14,434	4,429	45.6%	25.7%	16.3%	675	110	
山鹿市	34.2%	30.7%	30.6%	1,181	11,993	3,665	43.1%	71.0%	61.5%	522	321	
芦北町	27.4%	29.0%	29.2%	1,320	4,519	1,320	17.8%	34.0%	28.5%	200	57	
熊本市	15.6%	25.0%	27.0%	1,387	120,061	32,441	5.7%	12.6%	15.9%	4,956	788	
津森木町	25.4%	27.9%	26.0%	1,426	7,488	303	50.0%	36.7%	22.2%	27	6	
上天草市	23.1%	24.7%	22.9%	1,552	7,488	1,718	56.9%	65.1%	52.7%	283	149	
水原市	22.7%	22.8%	22.0%	1,574	5,517	1,215	45.3%	42.9%	17.7%	147	26	
荒尾市	20.4%	23.5%	21.6%	1,590	10,556	2,283	0.3%	36.1%	37.2%	298	111	
熊本県	27.8%	31.6%	32.6%	349,432	1,133,782	349,432	30.0%	33.0%	29.9%	16,901	5,058	

※熊本県の受診率は、国保組合を含む。※受診率及び保健指導実施率は、法定報告値を使用。
 (市町村国保のみの場合、平成22年度受診率は32.4%となる。)

※熊本県国保連合会作成資料

図1 大津町の特定健康診査・健康診査受診者数（平成20～24年度）

性・年齢	40～44歳		45～49歳		50～54歳		55～59歳		60～64歳		65～69歳		70～74歳									
	対象者	受診者	対象者	受診者	対象者	受診者	対象者	受診者	対象者	受診者	対象者	受診者	対象者	受診者								
		受診率		受診率		受診率		受診率		受診率		受診率		受診率								
総数	H20	263	57	21.7%	353	102	28.9%	431	135	31.3%	618	232	37.5%	787	346	44.0%	974	464	47.6%	1,012	430	42.5%
	H21	281	77	27.4%	328	107	32.6%	423	138	32.6%	566	247	43.6%	910	452	49.7%	941	465	49.4%	1,026	508	49.5%
	H22	282	81	28.7%	304	91	29.9%	423	130	30.7%	524	216	41.2%	977	468	47.9%	939	458	48.8%	999	486	48.6%
	H23	300	73	24.3%	311	95	30.5%	409	124	30.3%	518	194	37.5%	1,023	458	44.8%	991	439	44.3%	1,025	487	47.5%
男性	H20	129	24	18.6%	197	56	28.4%	227	61	26.9%	305	96	31.5%	337	136	40.4%	450	200	44.4%	453	190	41.9%
	H21	144	37	25.7%	182	58	31.9%	233	62	26.6%	268	103	38.4%	409	186	45.5%	429	191	44.5%	462	225	48.7%
	H22	144	39	27.1%	167	42	25.1%	235	60	25.5%	261	97	37.2%	449	201	44.8%	431	186	43.2%	432	199	46.1%
	H23	158	35	22.2%	162	46	28.4%	222	60	27.0%	273	86	31.5%	456	187	41.0%	464	192	41.4%	466	214	45.9%
女性	H20	134	33	24.6%	156	46	29.5%	204	74	36.3%	313	136	43.5%	450	210	46.7%	524	264	50.4%	559	240	42.9%
	H21	137	40	29.2%	146	49	33.6%	190	70	40.0%	298	144	48.3%	501	266	53.1%	512	274	53.5%	564	283	50.2%
	H22	138	42	30.4%	137	49	35.8%	188	70	37.2%	263	119	45.2%	528	267	50.6%	508	272	53.5%	567	287	50.6%
	H23	142	38	26.8%	149	49	32.9%	187	64	34.2%	245	108	44.1%	567	271	47.8%	527	247	46.9%	559	273	48.8%
H24	H20	140	38	27.1%	142	46	32.4%	184	63	34.2%	247	113	45.7%	521	259	49.7%	564	284	50.4%	570	269	47.2%



※データ抽出時期により、実績報告とは数値が異なる。

(表2) 各市町村(歯科・医師国保含む) 有所見者状況 (H24年度)

様式 6-2~6-7 健診有所見者状況

健診期間(2012/04~2013/03)

全体(40~74歳)

受診者数	摂取エネルギーの過剰						血管を傷つける						内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因						臓器障害					
	BMI		中性脂肪		ALT(GPT)		HDL		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL		尿蛋白		クレアチニン	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
119432	37592	315%	29101	24.4%	16187	13.6%	5821	4.7%	38764	32.5%	75723	63.4%	11732	9.8%	53286	44.6%	24741	20.7%	63901	53.5%	4444	3.7%	2740	2.3%
3128	1105	35.3%	734	23.5%	360	11.5%	124	4.0%	1074	34.3%	2200	70.3%	318	10.2%	1359	43.4%	905	28.9%	1761	56.3%	98	3.1%	81	2.6%
2725	884	32.4%	590	21.7%	289	10.6%	108	4.0%	772	28.3%	1784	65.5%	221	8.1%	1122	41.2%	677	24.8%	1689	62.0%	100	3.7%	58	2.1%
1940	603	31.1%	423	21.8%	239	12.3%	67	3.5%	804	41.4%	1239	63.9%	179	9.2%	801	41.3%	451	23.2%	1034	53.3%	49	2.5%	55	2.8%
1973	617	31.3%	423	21.4%	252	12.8%	55	2.8%	747	37.9%	1109	56.2%	156	7.9%	904	45.8%	560	28.4%	1036	52.5%	34	1.7%	41	2.1%
県合計																								
菊池郡																								
合志市																								
大津町																								
菊陽町																								

(表2) から各項目毎に大津町の健診結果をみると、中性脂肪、糖尿病の指標となる空腹時血糖及びHbA1c、拡張期血圧、腎機能をみるクレアチニンが県平均より有所見率が高い状況でした。町の健康課題を考えると、県平均や近隣市町村等の状況と比較することが重要となります。

(表3) 特定健康診査受診者の受診回数別結果 (H23年度)

平成23年度 特定健康診査受診者の受診回数別結果		全体		継続受診者 過去に1回以上受診がある者		H23年度 初めて受診者			
受診動員値のうちガイドラインを踏まえた受診動員対象者		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
受診者数		1,869人	100.0%	1,613人	86.3%	256人	13.7%		
項目	基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
身体の大きさ	BMI	25以上	417人	22.3%	353人	21.9%	64人	25.0%	
	腹囲	85or90以上	556人	29.7%	476人	29.5%	80人	31.3%	
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪	400以上	19人	1.0%	16人	1.0%	3人	1.2%
		HDLコレステロール	34以下	19人	1.0%	17人	1.1%	2人	0.8%
	インスリン 抵抗性	空腹時血糖	126以上	98人	5.5%	82人	5.3%	16人	6.8%
		HbA1c	6.5以上	80人	4.3%	68人	4.2%	12人	4.7%
		計		117人	6.3%	98人	6.1%	19人	7.4%
	血管を 傷つける	収縮期	160以上	88人	4.7%	65人	4.0%	23人	9.0%
		拡張期	100以上	53人	2.8%	35人	2.2%	18人	7.0%
		計		107人	5.7%	78人	4.8%	29人	11.3%
	その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール	160以上	144人	7.7%	118人	7.3%	26人	10.2%
	腎機能	尿蛋白	2+以上	13人	0.7%	10人	0.6%	3人	1.2%
eGFR		50or40未満	37人	2.0%	29人	1.8%	8人	3.1%	
尿酸		9.0以上	12人	0.6%	11人	0.7%	1人	0.4%	

* 空腹時血糖・HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者数が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出

(7) 出生

大津町の出生率は、全国、熊本県よりも高くなっています。(表1)

近年、出生の時の体重が、2,500g未満の低出生体重児については、神経学的・身体的合併症の他、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣を発症しやすいとの報告が出されてきました。

大津町の低出生体重児の出生率は、出生数の増加に伴い、増加傾向にありましたが、平成24年は全国や熊本県と比較して低くなっています。(表1)(図1)

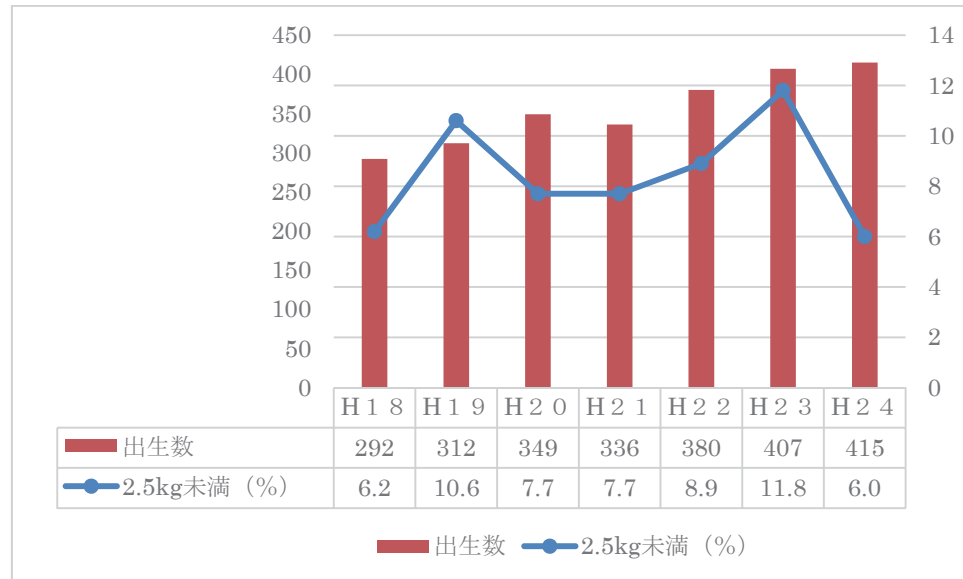
今後も、妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行う必要があります。

表1 出生率及び低体重児出生率

	全国		熊本県		大津町	
	出生数	出生率	出生数	出生率	出生数	出生率
出生数・出生率	1037,231人	8.2	15,996人	8.9	415人	12.8
低体重児出生数・率 (出生百対%)	99,311人	9.6	1,545人	9.7	25人	6.0

(平成24年度)

図1 出生数及び出生時の体重が2,500g未満の出生割合の年次推移



3. 町の財政状況に占める社会保障費

大津町においては、平成24年度一般会計決算において、歳出1位が民生費となり、全会計決算での医療、介護、生活保護の社会保障費が、約53億円となっています。(図1・2) 今後さらに高齢化が進展する中で、いかに大津町の社会保障費の伸びを縮小するかが、大きな課題となってきます。

序章でも触れたように、疾病による負担が極めて大きな社会の中で、町民一人一人の健康増進への意識と行動変容への取り組みが支援できる、質の高い保健指導が求められてきます。

図1 大津町の財政状況

歳入(一般会計) 122億(H24決算)		歳出(一般会計) 115億(H24決算)	
1位	町税 45.5億円	1位	民生費 36億円
2位	交付税 16億円	2位	総務費 16億円
3位	町債 15億円	3位	教育費 15億円

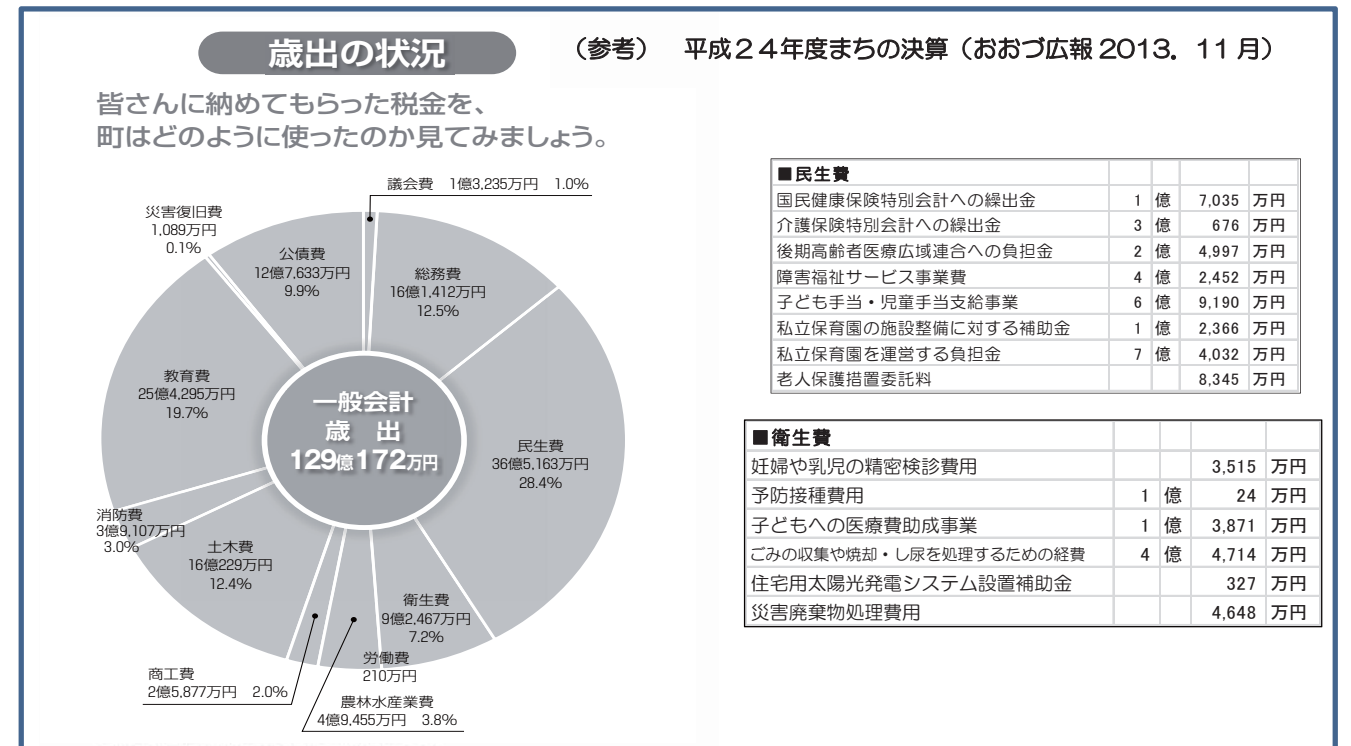


図2 大津町の社会保障費

	医療	介護	生活保護
決算	33億円	20億円	0
一般会計	5億円	3億円	0

(参考) 社会保障費経年比較

特別会計名	22年度	23年度	24年度
国民健康保険特別会計	2,785,410	2,799,211	2,969,878
介護保険特別会計	1,897,662	1,942,932	2,036,332
後期高齢者医療特別会計	235,143	242,272	254,564
老人保健特別会計	8,012	0	0
計	4,926,227	4,984,415	5,260,774

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価

前計画の目標項目について、項目を「健康日本21（第2次）の基本的方向性と目標項目」の順序に合わせ、達成状況の評価を行なった結果、表1のとおりとなりました。

栄養状態の評価は、体重および血液データ等から評価する必要があることから、今後は健診結果（体重、血液データ等）から評価を行い、健診受診率の向上に努めていきます。

これらの評価を踏まえ、次期運動を推進するための「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された目標項目を、ライフステージに応じて、取り組む主体別に区分し、健康増進は最終的には個人の意識と行動の変容にかかっていると捉え、それを支援するための大津町の具体的な取り組みを次のように推進します。

表1 前計画の評価

分野	項目	対象	計画書作成時の現状		現状		平成24年度 目標値
			年度	実績	年度	実績	
(1) 身体活動・運動	総合体育館トレーニングルーム利用者数の増加	町内在住・在勤・通学者	平成19年度	15,646人	平成24年度	17,436人	5%増
	総合型地域スポーツクラブ会員数の増加	町内在住・在勤・通学者	平成19年度	452人	平成24年度	482人	5%増
	骨粗しょう症受診者数の増加	40～70歳の5歳毎節目検診受診者	平成19年度	78人	平成24年度	72人	5%増
(2) 栄養・食生活	朝食を欠食する割合の減少	3歳児健診受診者	平成20年度より調査		平成24年度	6.9%	0%
		小学生	平成18年度	2.6%	平成24年度	2.2%	0%
		中学生	平成18年度	3.9%	平成24年度	%	0%
	肥満者割合の減少	健診結果でBMI有所見者(40歳以上)	平成19年度	25.6%	平成23年度	22.3%	5%減
学校給食における地場産品目使用率の増加	6月分の使用品目	平成19年度	9.0%	平成24年度	%	5%増	
(3) たばこ・アルコール	アルコール性肝疾患患者割合の減少	40歳以上の健診受診者	平成19年度	7.5%	平成24年度	3.9%	5%減
	喫煙者割合の減少	40歳以上の健診受診者	平成19年度	12.8%	平成24年度	12.3%	5%減
	妊婦・家族の喫煙率の減少	町内での妊娠届出者	平成20年度より調査		平成23年度	2.6%	5%減
	未熟児出生割合の減少	2.5kg未満出生児	平成18年度	6.2%	平成24年度	8.9%	5%減
(4) 休養・こころの健康	育児不安者割合の減少	1歳6か月児健診受診者	平成19年度	8.6%	平成24年度	8.8%	5%減
		3歳児健診受診者	平成19年度	6.7%	平成24年度	12.2%	5%減
	自殺死亡割合の減少	—	平成19年	3.3%	平成24年	3.5%	0%
(5) がん・循環器病・糖尿病	健診受診者のうち、対象の有所見者割合の減少	ヘモグロビンA1c	平成18年度	38.3%	平成23年度	64.3%	5%減
		LDLコレステロール	平成18年度	53.8%	平成23年度	51.7%	5%減
		拡張期血圧	平成18年度	21.4%	平成23年度	24.8%	5%減
		クレアチニン	平成18年度	6.8%	平成23年度	1.9%	5%減
		γ-GTP	平成18年度	6.9%	平成23年度	8.1%	5%減
		BMI	平成18年度	25.6%	平成23年度	20.2%	5%減
	特定健診実施率の増加	40～74歳未満の国保加入者	平成18年度	39.3%	平成23年度	40.4%	65%
	対象の原因による死亡者数(人口10万人当たり)の減少	虚血性心疾患	平成17年度	121.5人	平成22年度	135人	5%減
		脳血管疾患	平成17年度	79.9人	平成22年度	86.8人	5%減
		悪性新生物	平成17年度	263.9人	平成22年度	202.5人	5%減
	平均寿命の延伸	男性	平成17年度	79.3歳	平成22年度	79.7歳	延伸
	女性	平成17年度	84.5歳	平成22年度	86.6歳	延伸	
	早世予防からみた死亡率の減少	0～64歳の死亡者	平成22年度	17.7%	平成22年度	11.4%	5%減
	各種がん検診の受診率の増加	胃がん(40歳以上)	平成19年度	19.4%	平成24年度	17.0%	5%増
大腸がん(40歳以上)		平成19年度	25.1%	平成24年度	25.5%	5%増	
肺がん(40歳以上)		平成19年度	40.4%	平成24年度	31.9%	5%増	
乳がん(30歳以上)		平成19年度	34.3%	平成24年度	31.4%	5%増	
子宮がん(20歳以上)		平成19年度	27.0%	平成24年度	26.3%	5%増	
(6) 歯の健康	むし歯のない幼児の割合の増加	1歳6か月児健診受診者	平成19年度	96.6%	平成24年度	95.5%	100%
		3歳児健診受診者	平成19年度	63.1%	平成24年度	80.1%	5%増
	むし歯保有数の減少	小学6年生の1人平均むし歯数	平成19年度	1.2本	平成24年度	本	1本以下
	歯周病検診受診者の増加	40・50・60・70歳の節目検診対象者	平成20年度	84人	平成24年度	106人	5%増

2. 生活習慣病の予防

(1) がん

はじめに

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

たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30回くらい細胞分裂を繰り返した1cm大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれています。

30回くらいの細胞分裂には10～15年の時間がかかると言われています。

がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。

腫瘍の大きさや転移の有無などががんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは5年生存率が8～9割のことをいいます。

がんは遺伝子の変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため予防が難しいと言われてきましたが、生活習慣の中のがんを発症させる原因が潜んでいることも明らかになってきました。また、細胞であればどこでもがん化する可能性はありますが、刺激にさらされやすいなど、がん化しやすい場所も明らかにされつつあります。

基本的な考え方

ア 発症予防

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

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

イ 重症化予防

生涯を通じて考えた場合、2人に1人は一生のうち何らかのがんに罹患するとされています。進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。

有効性が確立しているがん検診の受診率向上施策が重要になってきます。（表1）

表1 がんの発症予防・重症化予防

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

◎ 確実 ○ ほぼ確実 △ 可能性あり 空欄 根拠不十分

評価判定 I-a: 検診による死亡率減少効果があると、十分な根拠がある

I-b: 検診による死亡率減少効果があると、相応な根拠がある

III: 検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や

報告が、現時点で見られないもの

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

「がんはどこまで治せるのか」「がんの正体」「がんの教科書」

現状と目標

ア がん死亡率の減少

高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、今後も、予防可能ながんの早期発見、発症予防に努めます。

表2 大津町のがんによる死亡の状況

大津町のがんによる死亡の状況										
	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	計		
死亡率（人口3.3万対）	81	82	74	73	70	75	80	535		
総死亡に占めるがんの死亡割合（%）	31	30	28	29	26	30	30			
死亡者数	早期発見に有効	肺	12	16	16	9	11	11	12	87
		胃	9	8	3	10	5	6	7	48
		大腸	3	7	4	8	10	11	13	56
		乳房	0	1	2	3	5	2	4	17
		子宮	3	0	1	0	1	2	0	7
		小計	27	32	26	30	32	32	36	215
	その他	前立腺	1	1	1	3	4	3	3	16
		肝臓及び肝内胆道	4	6	8	7	0	4	2	31
		食道	2	3	4	0	2	1	3	15
		胆のう及びその他の胆道	9	5	3	5	2	4	3	31
		すい臓	4	3	6	7	8	8	11	47
		膀胱	4	1	2	1	5	6	2	21
		悪性リンパ腫	3	2	4	2	1	4	4	20
		白血病	8	8	4	3	2	2	2	29
		その他	10	13	10	10	10	9	13	75
		小計	45	42	42	38	34	41	43	285
		がんによる死亡合計	72	74	68	68	66	73	79	500
		大津町の総死亡数	229	244	241	235	255	246	267	1,717

今後も、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と、健診受診率を維持又は向上していくことによる重症化予防に努めることで、75歳未満のがんの死亡者数の減少を図ります。

イ がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率減少効果は関連性があり、がんの重症化予防は、がん検診により行われています。大津町では、特定健診との同時実施や個別勧奨、年に数回の検診を行い、受診率向上に努めています。

大津町のがん検診の受診率は、「がん検診事業の評価に関する委員会」で提案された計算方法で算出しており、受診率は横ばいまたは減少傾向にあります。女性特有のがんでは他のがん検診と比べ高くなっています。（表3）

表3 大津町のがん検診受診率の推移

	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	目標値
胃がん	19.2	19.6	17.3	16.5	14.7	15.2	17.0	40%（当面）
肺がん	43.1	41.4	42.6	37.6	34.6	37.1	31.9	40%（当面）
大腸がん	23.5	23.0	28.9	21.3	18.9	22.9	25.5	40%（当面）
子宮頸がん	34.1	35.0	37.9	41.2	36.6	35.7	39.9	50%
乳がん	31.3	35.0	42.6	48.7	44.0	41.3	44.4	50%

※目標値2012年6月策定「がん対策推進基本計画」より

ウ がん検診の精密検査受診率の向上

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

がん検診受診者の人から、毎年、7人以上にがんが見つかるため、今後も精密検査受診率の向上を図っていく必要があります。（表4）

表4 大津町のがん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		H19	H20	H21	H22	H23
胃がん	精密検査受診率	78.1%	77.2%	81.2%	79.0%	74.4%
	がん発見者数	3	1	1	0	1
肺がん	精密検査受診率	84.5%	86.2%	83.7%	76.7%	80.2%
	がん発見者数	2	4	0	0	1
大腸がん	精密検査受診率	84.3%	79.8%	81.4%	82.5%	82.2%
	がん発見者数	6	4	3	3	2
子宮頸がん	精密検査受診率	100.0%	100.0%	80.0%	87.5%	75.7%
	がん発見者数	1	0	0	0	1
乳がん	精密検査受診率	84.4%	85.7%	90.4%	85.9%	79.7%
	がん発見者数	5	3	5	4	3
						<平成26年3月現在>

対策

ア ウイルス感染によるがんの発症予防の施策

- ・肝炎ウイルス検査（妊娠期・40歳以上）
- ・HTLV-1抗体検査（妊娠期）
- ・子宮頸がん予防ワクチン接種（中学一年生から高校一年生に相当する年齢の女性）

※平成26年3月現在積極的勧奨差し控え

イ がん検診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報や町の行事などを利用した啓発
- ・関係機関による講演会や研修会の周知
- ・がん検診推進事業

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

ウ がん検診によるがんの重症化予防の施策

禁煙30%、食事30%、運動5%、飲酒3%と計68%は、生活習慣の改善によりがん発症を予防することが出来ると考えられていることから、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善によるがん発症予防に努めます。

有効性が確立されているがん検診については、がん検診推進事業（検診手帳及び検診無料クーポン券の配布）をはじめ、対象者への個別案内、広報やホームページなどを利用した啓発を通しての受診率の維持または向上に努めます。

また、要精検者に対しては、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に努めます。

＜大津町で行っているがん検診＞

○ふるさと総合健診（国民健康保険及び後期高齢者医療加入者）

○がん複合検診

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

エ がん検診の質の確保に関する施策

- ・要精検者に対して、がん検診実施機関との連携を図りながら精密検査の受診勧奨
- ・がん検診実施機関及と行政によるがん検診検討会

（２） 循環器疾患

はじめに

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

これらは、死亡を引き起こすのみでなく、急性期治療や後遺症治療のために、個人的にも社会的にも負担は増大しています。

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病の4つがあります。

循環器疾患の予防はこれらの危険因子を、健診データで複合的、関連的に見て、改善を図っていく必要があります。これらの危険因子の管理が中心となります。健診を受けることでデータを複合的、関連的に管理し改善することが重要です。

基本的な考え方

ア 発症予防

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、管理のためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。

循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、町民一人一人がこれらの生活習慣改善への取り組みを考えていく科学的根拠は、健康診査の受診結果によってもたらされるため、特定健診の受診率向上対策が重要になってきます。

イ 重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症の治療率を上昇させることが必要になります。

どれほどの値であれば治療を開始する必要があるかなどについて、自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防ができることへの支援が重要です。

また、高血圧症及び脂質異常症の危険因子は、肥満を伴わない場合にも多く認められますが、循環器疾患の発症リスクは肥満を伴う場合と遜色がないため、肥満以外で危険因子を持つ人に対するの保健指導が必要になります。

現状と目標

ア 脳血管疾患の死亡率の減少（大津町人口3.3万人当たり）

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、大津町の脳血管の死亡率は表1のとおりです。

表1 大津町の脳血管疾患死亡の状況

		H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
総死亡の内脳血管疾患による死亡の割合		10.0	10.2	13.3	7.7	10.6	7.7	7.5
死亡率(人口3.3万対)		25.8	27.7	34.8	19.3	28.5	19.6	20.4
死亡数	脳梗塞	9	16	19	10	17	14	15
	脳内出血	10	6	7	3	6	4	4
	くも膜下出血	4	3	5	5	4	0	1
	その他	0	0	1	0	0	1	0
総数		23	25	32	18	27	19	20

また、平成23年度の介護保険第2号被保険者の新規認定者47名のうち25名(53.2%)が脳血管疾患が原因で介護が必要になっており、半数を超えていました。

また、その25名のうち3割超の9人は、発症時の医療保険が国保以外でした。

継続的、かつ包括的な保健事業を展開ができるよう、地域保健と職域保健の連携を推進するための「地域・職域連携推進協議会」などで、発症及び重症化予防について、共有化を図る必要があります。

また、国保加入者だった16人については、12人は健診履歴がありませんでした。大津町国保加入者の未受診者対策が非常に重要になります。

イ 虚血性心疾患の死亡率の減少(3.3万人当たり)

虚血性心疾患についても、脳血管疾患と同様に、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていく必要がありますが、虚血性心疾患による死亡率は横ばいです。(表3)

表3 大津町の虚血性心疾患死亡の状況

		H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
総死亡の内脳血管疾患による死亡の割合		14.4	18.0	14.9	16.6	16.5	14.6	16.5
死亡率(人口3.3万対)		37.0	48.8	39.2	41.9	44.4	37.2	44.8
死亡数	虚血性心疾患	16	16	12	17	16	13	12
	その他	17	28	24	22	26	23	32
総数		33	44	36	39	42	36	44

循環器疾患の中でも、今後は、特に虚血性心疾患への対策が重要になりますが、平成20年度から開始された医療保険者による特定健康診査では、心電図検査については、基本項目からはずれ、一定基準の下に医師が必要と判断した受診者においてのみの実施となりました。しかし、大津町では平成20年度当初から特定健康診査受診者全員に心電図検査を実施しています。

心電図検査を実施した1,877人中、9.1%にあたる170人に所見が出ています。メタボリックシンドローム・高血糖・高血圧のある人に心電図異常が多くみられています。(図1)

脳梗塞を引き起こしやすい心房細動なども発見され、早期に適切な医療に繋げることで脳梗塞を防ぐことが出来ます。

図1 重症化予防対象者の明確化(H24年度)

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

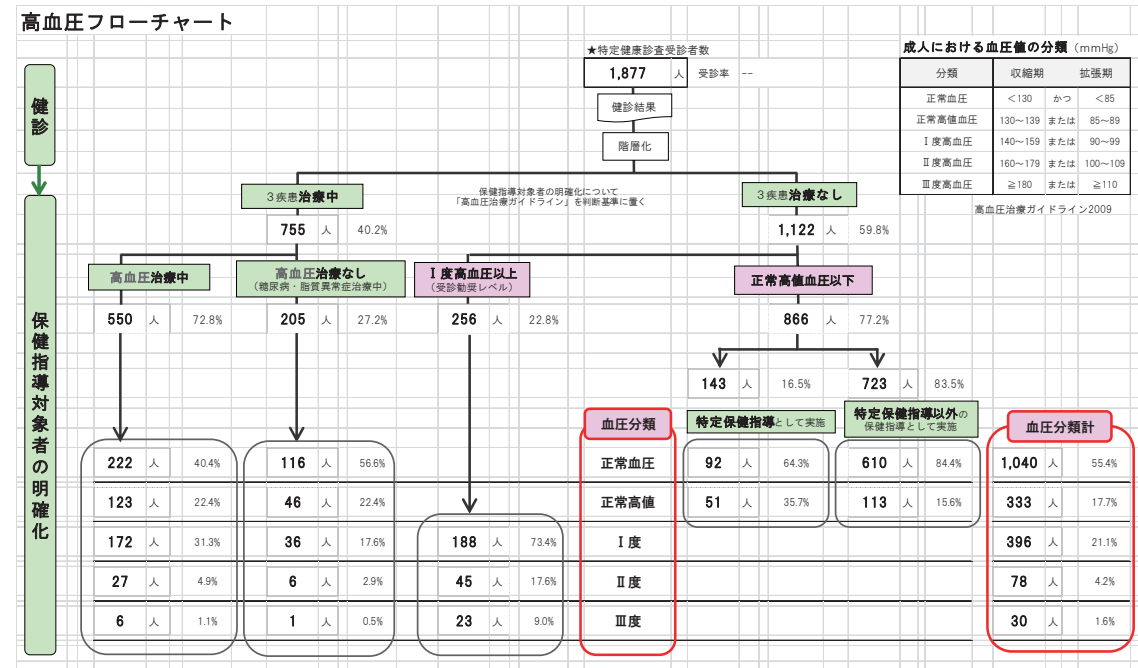
科学的根拠に基づき 保健指導の対象とする	脳血管疾患		虚血性心疾患		糖尿病性腎症		重症化予防対象者 (実人数)
	脳内出血(7%)	脳梗塞(17%)	心筋梗塞(17%)	労作性狭心症(17%)	安静狭心症(17%)	糖尿病性腎症(CKD)	
優先すべき課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリックシンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)	
科学的根拠に基づき 保健指導の対象とする	高血圧症 (日本高血圧学会) 収縮血圧160mmHg以上	心房細動 (日本循環器学会) 心拍数100bpm以上	脂質異常症 (日本動脈硬化学会) LDL-C 180mg/dL以上	メタボリックシンドローム (日本動脈硬化学会) メタボリックシンドローム 診断基準	糖尿病 (日本糖尿病学会) HbA1c 6.5%以上 (空腹時血糖値) (HbA1c 5.7%以上)	慢性腎臓病(CKD) (日本腎臓学会) eGFR 30未満 (血清クレアチニン) 2.0以上	
重症化予防対象	1,877 対象者数						
治療済	76 8.7%	9 0.8%	58 3.7%	38 2.4%	81 7.2%	78 4.4%	228 20.1%
治療中	33 6.0%	14 1.9%	3 0.8%	11 2.9%	203 26.0%	37 33.6%	300 39.7%
重症化予防対象	24 82.0%	9 100.0%	18 32.1%	8 16.7%	27 33.3%	30 38.5%	82 38.3%
CKD(専門医対象者)	0	0	6	1	1	6	14
尿蛋白(+)以上	0	0	2	0	1	3	5
尿蛋白(+) and 尿蛋白(+)以上	0	0	2	0	0	0	2
心電図所見あり	24	9	14	5	26	25	65
重症化予防対象 なし	61 68.0%	---	38 67.9%	30 63.3%	54 66.7%	48 61.5%	---

ウ 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。

平成24年度高血圧の状況から受診勧奨レベルであるI度高血圧以上（治療なし）に256名が該当します。そのうち68名がII度高血圧異常に該当しており、早期に治療に繋げていく必要があると考えています。（図2）

図2 高血圧の状況（H24年度）



エ 脂質異常症の減少 (総コレステロール 240mg/dl (LDL コレステロール 160mg/dl) 以上の割合の減少)

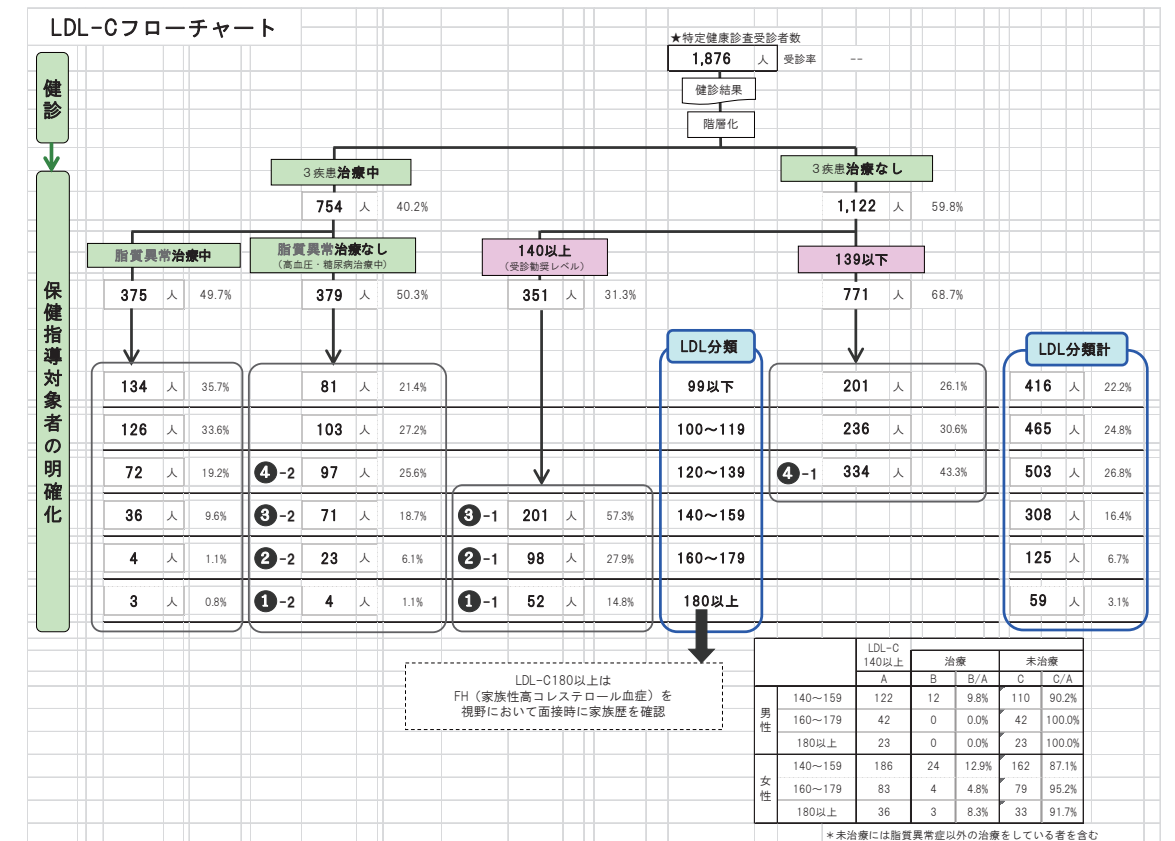
脂質異常症は冠動脈疾患の危険因子であり、とくに総コレステロール及び LDL コレステロールの高値は、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。

冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは LDL コレステロール 160mg/dl に相当する総コレステロール値 240mg/dl 以上からが多いと言われています。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007 年版」では、動脈硬化性疾患のリスクを判断する上で LDL コレステロール値が管理目標の指標とされ、平成 20 年度から開始された、特定健康診査でも、脂質に関しては中性脂肪、HDL コレステロール及び LDL コレステロール検査が基本的な項目とされたため、町では総コレステロール検査は廃止し、LDL コレステロール値に注目し、肥満の有無に関わらず、保健指導を実施してきました。特定健診受診者の LDL コレステロールは、県平均とほぼ変わらない値です。

LDL 180以上に該当する52人については、家族性高コレステロール血症の可能性も考えられるため早期受診に繋げ、適切な治療により予防につなげていく必要があります。（図3）

図3 LDL-C の状況（H24年度）



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

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

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

オ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は証明されており、平成 20 年度から始まった生活習慣病予防のための特定健康診査では、減少が評価項目の一つとされました。

町では平成 24 年度までの達成目標とされていた、平成 20 年度と比べて10%の減少については達成していないため、今後も平成 27 年度の目標値である 25%減少に向けて、さらに取り組みを強化していくことが必要になります。(表4)

表4 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

	対象者数	受診者数	受診率 (%)	メタボ該当者 (人)	割合 (%)	メタボ予備群 (人)	割合 (%)
H20	4,437	1,730	39.0	268	15.5	241	13.9
H21	4,475	1,943	43.4	300	15.4	238	11.9
H22	4,448	1,875	42.2	270	14.4	225	12.0
H23	4,577	1,849	40.4	250	13.5	222	12.0
H24	4,510	1,856	41.2	282	15.2	205	11.0
(速報値) H24熊本県	338,498	114,018	33.7	17,768	15.6	13,534	11.9

カ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

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

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

大津町では、受診率、実施率ともに、国、県より高い状態で推移していますが、受診率は国の目標値 65% (第1期) に達していないため、今後は、検査項目や健診後の保健指導の充実などによる受診率向上施策が重要になってきます。

対策

ア 健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報やイベントなどを利用した啓発
- ・個別の健診結果説明会及び健診機関と連携をした集団説明会

イ 保健指導対象者を明確するための施策

- ・健康診査(生活保護世帯)
- ・大津町国民健康保険特定健康診査
 - ふるさと総合健診 (7月)・がん複合検診 (10月)・追加健診にて受診可能
- ・健康診査及び特定健康診査に検診項目を追加 (血清クレアチニン、尿酸、尿潜血、HbA1c、心電図、眼底検査、貧血検査)

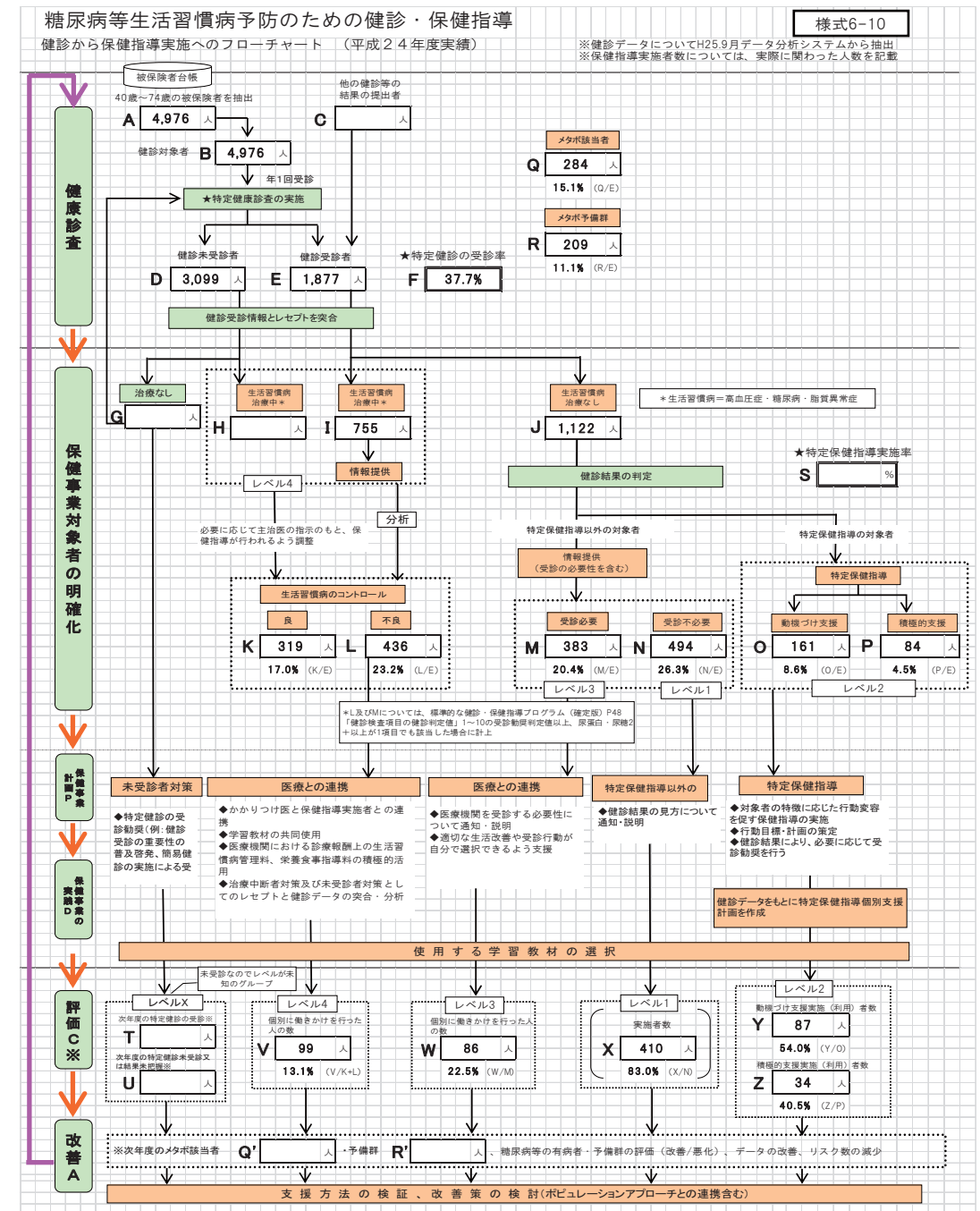
ウ 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく町民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進

特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導(高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える) (図4)

家庭訪問や健康相談、結果説明会、生活習慣病教室など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施

図4 平成24年度 特定健診及び保健指導状況



(3) 糖尿病

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、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質(QOL: Quality of Life)に多大な影響を及ぼすのみでなく、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。

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、心筋梗塞や脳卒中のリスクを2~3倍増加させるとされています。

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

基本的な考え方

ア 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。

循環器疾患と同様、重要なのは危険因子の管理であるため、循環器疾患の予防対策が有効になります。

イ 重症化予防

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

そのためには、まず健康診査の受診者を増やしていくことが非常に重要になります。同時に、糖尿病の未治療や、治療を中断することが糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されているため、治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで、個人の生活の質や医療経済への影響が大きい糖尿病による合併症の発症を抑制することが必要になります。

現状と目標

ア 合併症(糖尿性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少

近年、全国的に糖尿病腎症による新規透析導入患者数は、増加から横ばいに転じています。

増加傾向が認められない理由としては、糖尿病患者総数の増加や高齢化よりも、糖尿病治療や疾病管理の向上の効果が高いということが考えられ、少なくともこの傾向を維持することが必要です。

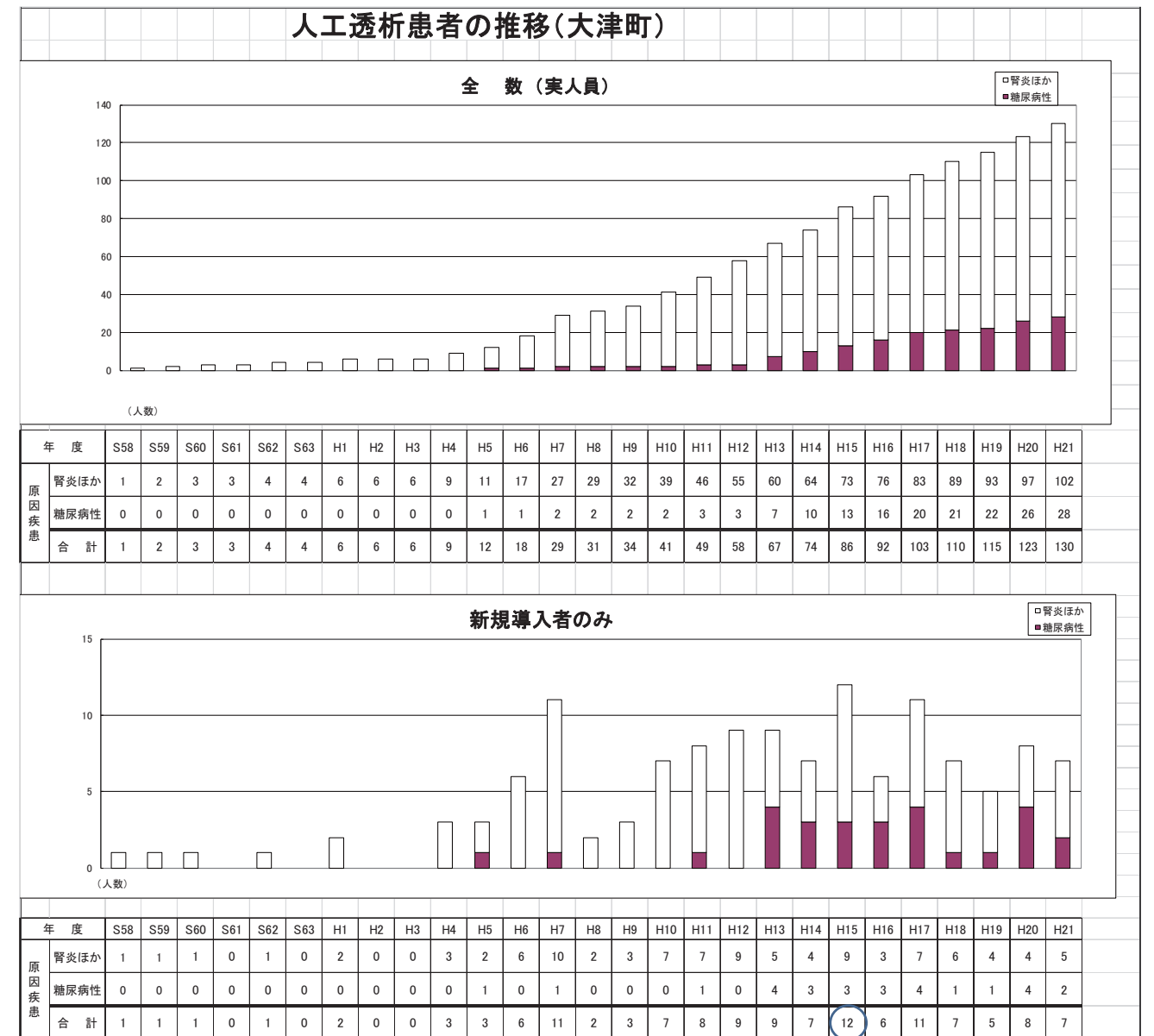
大津町の糖尿病腎症による新規透析導入は、平成17年度の4人を最高に横ばい傾向にあります。

新規透析導入者の健診受診歴を確認すると未受診者や途中中断者も含まれていること

が分かりました。

糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約20年間とされていることから、健康診査受診の勧奨とともに、他の医療保険者での保健指導のあり方を確認していく必要があります。(図1)

図1 大津町人工透析患者の推移(国保・後期高齢加入者・生保分)

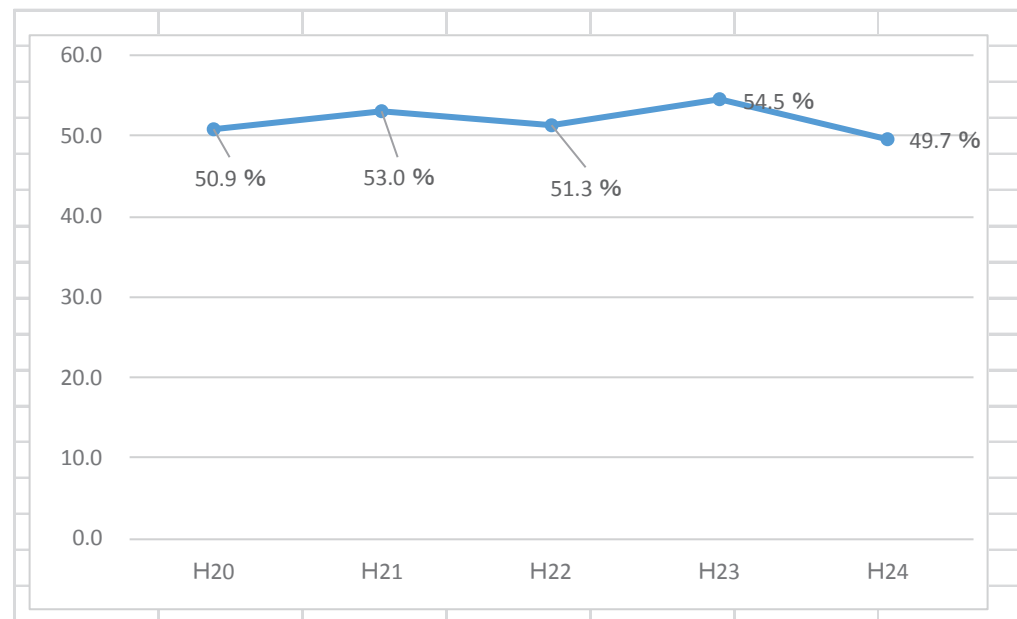


イ 治療継続者の割合の増加

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

大津町の糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の治療率は、平成23年度54.5%が最高で減少傾向にあります。(図2)

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



糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も大切な治療で、その結果の判断をするためには、医療機関での定期的な検査が必要ですが、「薬が出ないので、医療機関には行かなくても良いと思った」という理由など、糖尿病治療には段階があることがわからないまま、治療を中断している人が多くみえます。

今後は、糖尿病でありながら未治療である者や、治療を中断している人を減少させるために、適切な治療の開始・継続が支援できるよう、より積極的な保健指導が必要になります。

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（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2010」では、血糖コントロール評価指標としてHbA1c8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられています。

同ガイドラインでは、血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、治療法の再検討を含めて何らかのアクションを起こす必要がある場合を指し、HbA1c8.0%以上を超えると著明に網膜症のリスクが増えるとされています。

大津町では、健診の結果、HbA1cが8.0%以上の人には、未受診者を優先的に受診へ繋ぎ、治療中の人にも、かかりつけ医での治療状況を確認しながら、必要に応じて、保健指導を実施してきました。しかし、治療中のHbA1c7.0%以上の割合は増加傾向にあり、今後は、主治医との連携を視野に入れ、保健指導を実施していく必要があると考えています。（図3）

図3 大津町国保特定健診受診者のHbA1cの状況

HbA1cの年次比較		保健指導判定値						受診勧奨判定値									
HbA1c測定	正常	正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病				合併症の恐れ		腎不全発症4.2倍					
		5.1以下		5.2~5.4		5.5~6.0		6.1~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0~8.9		9.0以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H20	1,766	880	49.8%	498	28.2%	282	16.0%	49	2.8%	23	1.3%	17	1.0%	3	0.2%	14	0.8%
H21	1,994	877	44.0%	603	30.2%	363	18.2%	61	3.1%	36	1.8%	34	1.7%	12	0.6%	8	0.4%
H22	1,930	722	37.4%	625	32.4%	433	22.4%	67	3.5%	41	2.1%	26	1.3%	10	0.5%	6	0.3%
H23	1,870	613	32.8%	663	35.5%	451	24.1%	63	3.4%	39	2.1%	18	1.0%	14	0.7%	9	0.5%
H24	1,875	662	35.3%	632	33.7%	426	22.7%	65	3.5%	40	2.1%	35	1.9%	8	0.4%	7	0.4%

アウトカム（結果）評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいHbA1c6.1以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.1以下	5.2~5.4	5.5~6.0	6.1以上			再掲	
					再) 7.0以上	未治療	治療		
H20	1,766	880 49.8%	498 28.2%	282 16.0%	106 6.0%	52 49.1%	54 50.9%	1.9%	6.0%
H21	1,994	877 44.0%	603 30.2%	363 18.2%	151 7.6%	71 47.0%	80 53.0%	2.7%	7.6%
H22	1,930	722 37.4%	625 32.4%	433 22.4%	150 7.8%	73 48.7%	77 51.3%	2.2%	7.8%
H23	1,870	613 32.8%	663 35.5%	451 24.1%	143 7.6%	65 45.5%	78 54.5%	2.2%	7.8%
H24	1,875	662 35.3%	632 33.7%	426 22.7%	155 8.3%	78 50.3%	77 49.7%	2.7%	8.3%

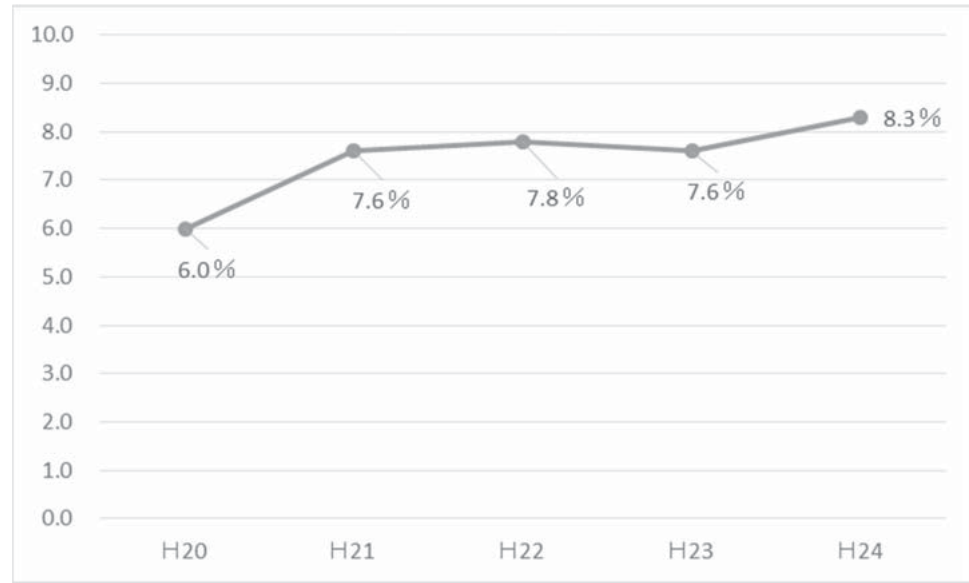
エ 糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の増加の抑制

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

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく、さまざまな糖尿病合併症を予防することにもなります。

大津町の糖尿病有病者の推移は、特定健診開始後の平成21年度から、増加傾向にあります。（図4）

図4 大津町の糖尿病有病者（HbA1c6.1%以上）の推移



60歳を過ぎると、インスリンの生産量が低下することを踏まえると、今後、高齢化が進むことによる、糖尿病有病者の増加が懸念されます。

正常高値及び境界領域は、食生活のあり方が大きく影響しますが、食生活は、親から子へつなげていく可能性が高い習慣です。

乳幼児期、学童期から健診データによる健康実態や、町の食生活の特徴や町民の食に関する価値観などの実態を把握し、ライフステージに応じた、かつ長期的な視野に立った、糖尿病の発症予防への取り組みが重要になります。

対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

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住民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
 - 特定保健指導及びHbA1c値に基づいた保健指導
 - 家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施
- 菊池圏域糖尿病保健医療連携会議などによる医療関係者との連携

(4) CKD（慢性腎臓病）

はじめに

慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease（CKD）：以下「CKD」という。）は腎障害を示す所見や腎機能低下が慢性的に続く状態です。CKDの発症、進展には生活習慣病が関わっており、科学的知見によると、生活習慣の改善により進行予防が可能な疾患となってきています。

CKDとは、医学的には「蛋白尿などの腎障害の存在を示す所見」、もしくは「腎機能低下」が3か月以上続く状態と定義され、腎疾患の原因、病態に関係なく腎臓の障害の程度で定義しています。

以下に「CKD診療ガイド2012」から定義および重症度分類を掲載します。

(図1)

CKDの重症度分類

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 腎移植 不明その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/1.73m ²)	G1 正常または高値	≥90		
	G2 正常または軽度低下	60~89		
	G3a 軽度~中等度低下	45~59		
	G3b 中等度~高度低下	30~44		
	G4 高度低下	15~29		
	G5 末期腎不全 (ESKD)	<15		

重症度は原疾患-GFR区分-蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑色のステージを基準に、黄、オレンジ、赤色の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。
(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改定) CKD診療ガイド2012 p.3 表2

CKDの定義

- 尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らか、特に0.15g/gCr以上の蛋白尿(30mg/gCr以上のアルブミン尿)の存在が重要
 - GFR<60mL/分/1.73m²
- ①、②のいずれか、または両方が3ヵ月以上持続する

CKD診療ガイド2012 p.1 表1

図2

基本的な考え方

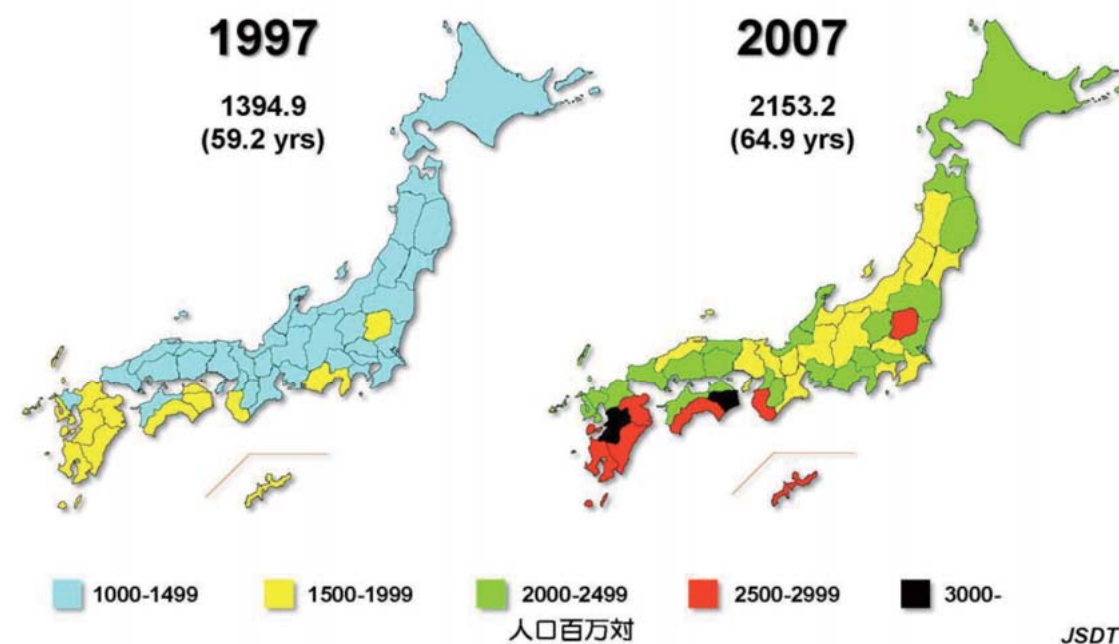
ア 発症予防

CKDの発症リスクファクターには、高血圧症、高尿酸血症、糖尿病、耐糖能異常、脂質代謝異常症、肥満及びメタボリックシンドロームなどの「腎臓をいためる因子」と、腎疾患の既往歴、現病歴、家族歴や過去の検診における、腎機能異常や腎形態異常、尿異常、または尿路結石や感染症などの「CKDを発症または進行させる因子」があります。

イ 重症化予防

CKDの重症化予防は、腎機能異常の重症化を防止し、慢性腎不全による透析導入への進行を阻止し、新規透析導入患者を減少させること、さらにCKDに伴う循環器系疾患（脳血管疾患、心筋梗塞等）の発症を抑制することです。

透析患者有病率の地域差



現状と目標

透析患者数が世界的に激増しています。わが国の新規透析導入患者は、1983年頃は年に1万人程度であったのが、2010年には約30万人となっています。

新規透析導入患者増加の一番大きな原因は、糖尿病性腎症、高血圧症による腎硬化症も含めた生活習慣病による慢性腎臓病が非常に増えたことだと考えられています。さらに、心血管イベント、すなわち脳卒中や心筋梗塞を起こす人の背景に、慢性の腎臓疾患を持った人が非常に多いという事実が重要です。

実際に疫学研究によって、微量アルブミン尿・蛋白尿が、独立した心血管イベントの危険因子であり、さらに腎機能が低下すればするほど心血管イベントの頻度が増えるということが証明されました。

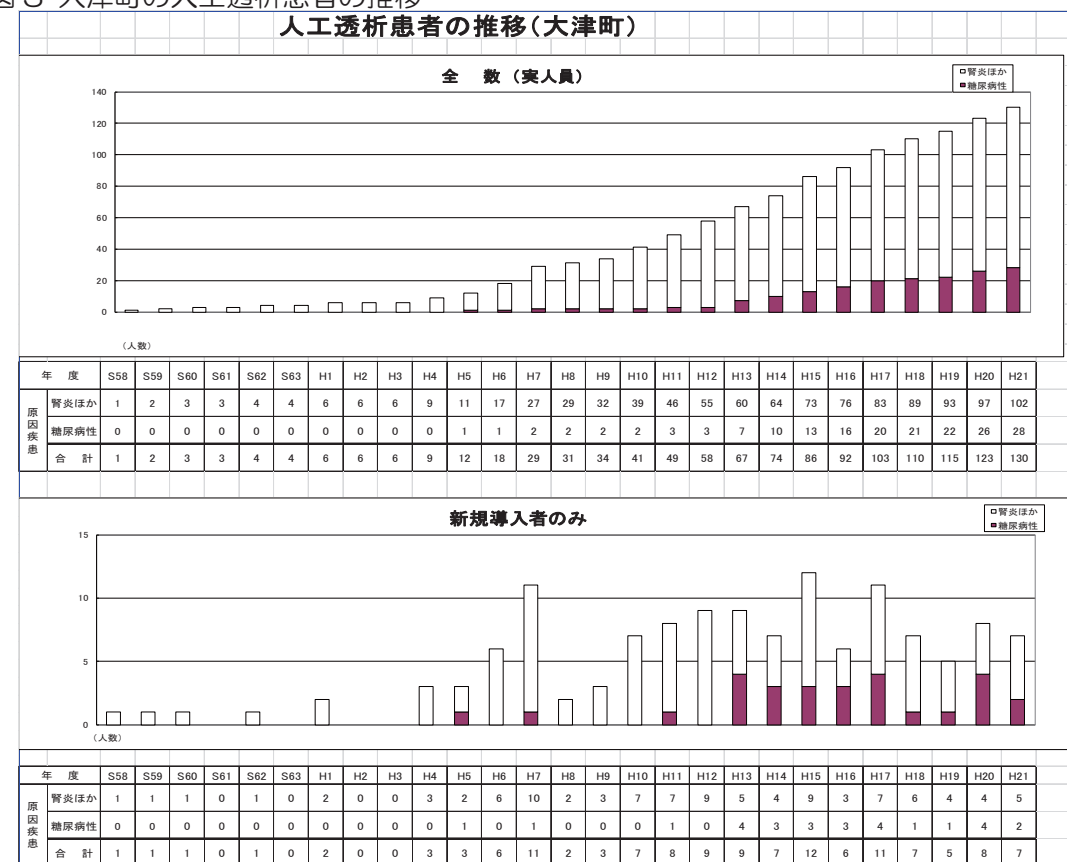
すなわち腎臓疾患、特に慢性の腎臓疾患は、単に末期腎不全（透析）のリスクだけではなく、心血管イベントのリスクを背負っている危険な状態であり、腎機能の問題は、全身の血管系の問題であることを意味しているといわれています。

●熊本の状況

日本透析医学会統計調査委員会の報告「わが国の慢性透析療法の現状」によると、熊本県の慢性透析患者数は、2011年5、951人で、人口100万人対では1995年から全国第1位となっています。(図2)

全国的には人工透析になる原因疾患は糖尿病性腎症が多い状況です。大津町でも予防が可能な糖尿病や高血圧が原因の人工透析を減らしていくことを目標に取り組んでいます。(図3)

図3 大津町の人工透析患者の推移



平成24年度の特定健診の結果、CKD重症分類で赤のステージ21人（1.1%）、オレンジ29人（1.5%）で、腎臓専門医レベルの人が合わせて63人となっています。ハイリスクの人へは医療機関受診を勧めるとともに継続した治療と保健指導が必要です。（表3）

表3 CKD重症度分類（平成24年度）

CKD該当者を明確にしましょう（CKD重症度分類）							
原疾患	糖尿病		正常	微量アルブミン尿		顕性アルブミン尿	
	高血圧・腎炎など		正常	軽度蛋白尿		高度蛋白尿	
尿蛋白区分			A1	A2		A3	
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上	
尿検査・GFR 共に実施			1,876人	1,827人	30人	7人	19人
			97.4%	1.6%	23.3%	1.0%	
G1	正常 または高値	90以上	222人 11.8%	218人 11.6%	3人 0.2%	1人 33.3%	1人 0.1%
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	1,326人 70.7%	1,305人 69.6%	14人 0.7%	3人 21.4%	7人 0.4%
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	295人 15.7%	286人 15.2%	6人 0.3%	1人 16.7%	3人 0.2%
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	22人 1.2%	15人 0.8%	4人 0.2%	1人 25.0%	3人 0.2%
G4	高度低下	15-30 未満	9人 0.5%	3人 0.2%	2人 0.1%	0人 0.0%	4人 0.2%
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	2人 0.1%	0人 0.0%	1人 0.1%	1人 100.0%	1人 0.1%

(イ) 幼児期

- ・3歳児健診で蛋白尿がでた児（再検査含む）へは医療機関受診を勧める

(ウ) 成人期

- ・特定健康診査受診率の向上
- ・ハイリスク者（重症高血圧、重症高血糖、腎専門医レベル）への継続した保健指導の充実
- ・CKD学習会、事例検討会の開催

イ CKDに伴う循環器疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患）の発症を抑制する

CKDは心血管疾患の発症の重要な危険因子となることから、特定健康診査の結果で、e-GFR50未満の人への保健指導を充実する

腎臓専門医に紹介すべき対象者											健診受診者 1,877人	
	総数	治療なし	40代	50代	60代	70-74	治療中	40代	50代	60代	70-74	
専門医受診対象者 (①～③の実人数)	63人	23人	4人	3人	14人	2人	40人	1人	0人	27人	12人	
	3.4%	36.5%	17.4%	13.0%	60.9%	8.7%	63.5%	2.5%	0.0%	67.5%	30.0%	
① 尿蛋白 2+以上	19人	5人	1人	0人	3人	1人	14人	0人	0人	5人	9人	
	1.0%	26.3%	20.0%	0.0%	60.0%	20.0%	73.7%	0.0%	0.0%	35.7%	64.3%	
② 尿蛋白(+) and 尿潜血(+) 以上	7人	5人	2人	1人	1人	1人	2人	0人	0人	1人	1人	
	0.4%	71.4%	40.0%	20.0%	20.0%	20.0%	28.6%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	
③ GFR50未満 70歳以上は40未満	47人	14人	1人	2人	11人	0人	33人	1人	0人	24人	8人	
	2.5%	29.8%	7.1%	14.3%	78.6%	0.0%	70.2%	3.0%	0.0%	72.7%	24.2%	

対策

ア CKDの発症および重症化予防のための施策

(ア) 妊娠期

- ・妊娠届出時、ハイリスク要因のスクリーニング実施
- ・妊婦健康診査受診券から個人データ管理
- ・ハイリスク者（妊娠高血圧症候群・尿検査異常等）への保健指導
- ・2か月児全戸訪問の際、妊娠経過や現在の体調確認と健康相談実施、更にフォローが必要な母親は乳幼児健診で確認

3. 生活習慣の改善

(1) 栄養・食生活

はじめに

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

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

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

基本的な考え方

主要な生活習慣病（がん、循環器疾患、糖尿病）予防の科学的根拠があるものと、食品の具体的な関連は表 1 のとおりです。

食品（栄養素）の欠乏または過剰については、個人の健診データで確認していく必要があります。

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

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

表1

血液データと栄養素・食品

1 どの項目にH(高)L(低)印がついていますか。このままだとどんな病気になるの？

2 なぜこの物質が多い(少ない)のか、その背景は？

3 自分の食べ方を見て下さい。

3	1 血液中の物質名 (100cc中の単位)		ない	血糖	中性脂肪 (mg)				(脂肪酸)		LDLコレステロール (mg)	尿酸 (mg)	総蛋白アルブミン (g)	血清鉄 (mg)	カルシウム ☆	ある ☆						ない	ある ☆	ある (ナトリウム) ☆	ある					
				糖質	脂質	飽和	一価	※多価	コレステロール	総プリン体	たんぱく質	鉄	カルシウム	マグネシウム	リン	ビタミンB1	ビタミンB2	レチノール (ビタミンA)	ビタミンB6	ビタミンB12	葉酸					ビタミンC	ビタミンE	食物繊維	カリウム	食塩
	食品	栄養素別	重量	エネルギー	炭水化物	g	g	g	g	g	mg	mg	g	mg	mg	mg	μg	μg	μg	μg	mg	mg	g	mg	g	g				
				60%	25%	30%	40%	30%				15%																		
50歳代	体重60kg、労作1.3	男	1,700	255	47.0					300	300	64.0	7.5	700	350	1000	1.3	1.5	850	1.4	2.4	240	100	7.0	19以上	2500	9未満	2000~2500		
	体重53kg、労作1.3	女	1,400	210	39.0							53.0	6.5	650	290	900	1.1	1.2	700	1.1				6.5	17以上	2000	7.5未満			
	許容上限摂取量	(目安)											40	2300	-				3000											
1群	乳製品	牛乳(普通)	牛乳1本	200	134	9.6	7.6	4.66	1.74	0.24	24		6.6	0.0	220	20	186	0.08	0.30	76	0.06	0.6	10	2	0.2	0.0	300	0.2	175	
		卵	卵	Mサイズ1個	50	76	0.2	5.2	1.42	1.85	0.83	210		6.2	0.9	26	6	90	0.03	0.22	75	0.04	0.5	22	0	0.5	0.0	65	0.2	38
2群	魚	鮭	1/2切れ	50	67	0.1	2.1	0.33	0.82	0.46	30	60	11.2	0.3	7	14	120	0.08	0.11	6	0.32	3.0	10	1	0.6	0.0	175	0.1	36	
	肉	豚肉(もも脂身あり)	薄切り2枚	50	92	0.1	5.1	1.80	2.12	0.62	34	48	10.3	0.4	2	12	100	0.45	0.11	2	0.16	0.2	1	1	0.2	0.0	175	0.1	34	
	大豆製品	豆腐(もめん)	1/4丁	110	79	1.8	4.6	0.81	0.92	2.32	0	22	7.3	1.0	132	34	121	0.08	0.03	0	0.06	0.0	13	0	0.2	0.4	154	0.0	95	
3群	緑黄色野菜	人参	小1/2本	50	19	4.6	0.1	0.01	0.00	0.02	0		0.3	0.1	14	5	13	0.03	0.02	380	0.06	0.0	14	2	0.3	1.4	140	0.1	45	
		ほうれん草	5~6株	100	20	3.1	0.4	0.04	0.02	0.17	0	55	2.2	2.0	49	69	47	0.11	0.20	350	0.14	0.0	210	35	2.1	2.8	690	0.0	92	
	淡色野菜	大根	厚切り1切れ	40	7	1.6	0.0	0.00	0.00	0.01	0		0.2	0.1	10	4	7	0.01	0.00	0	0.02	0.0	14	5	0.0	0.6	92	0.0	38	
		キャベツ	1枚	40	9	2.1	0.1	0.01	0.00	0.01	0		0.5	0.1	17	6	11	0.02	0.01	2	0.04	0.0	31	16	0.0	0.7	80	0.0	37	
		玉ねぎ	1/4個	50	19	4.4	0.1	0.01	0.00	0.02	0		0.5	0.1	11	5	17	0.02	0.01	0	0.08	0.0	8	4	0.1	0.8	75	0.0	45	
		白菜	大1枚	120	17	3.8	0.1	0.01	0.00	0.04	0		1.0	0.4	52	12	40	0.04	0.04	10	0.11	0.0	73	23	0.2	1.6	264	0.0	114	
		いも	じゃがいも	中1個	100	76	17.6	0.1	0.01	0.00	0.02	0		1.6	0.4	3	20	40	0.09	0.03	0	0.18	0.0	21	35	0.0	1.3	410	0.0	80
		くだもの	みかん	Mサイズ1個	100	46	12.0	0.1	0.01	0.02	0.01	0		0.7	0.2	21	11	15	0.10	0.03	84	0.06	0.0	22	32	0.4	1.0	150	0.0	87
	りんご		L 1/4個	75	41	11.0	0.1	0.01	0.00	0.02	0		0.2	0.0	2	2	8	0.02	0.01	2	0.02	0.0	4	3	0.2	1.1	83	0.0	64	
		きのこ	えのきたけ		50	11	3.8	0.1	0.01	0.01	0.04	0	25	1.4	0.6	0	8	55	0.12	0.09	0	0.06	0.0	38	1	0.0	2.0	170	0.0	44
	海藻	生わかめ(塩蔵塩抜)		50	6	1.6	0.2	0.02	0.01	0.09	0		0.9	0.3	21	10	16	0.01	0.01	11	0.00	0.0	6	0	0.1	1.5	6	0.7	47	
	1~3群合計			1235	719	77.2	25.8	9.15	7.51	4.89	298	210	50.7	6.7	586	236	884	1.25	1.19	996	1.40	4.2	495	159	5.0	15.1	3029	1.3	1071	
4群	主食	ごはん	中茶碗3杯	360	605	133.6	1.1	0.36	0.25	0.36	0	40	9.0	0.4	11	25	122	0.07	0.04	0	0.07	0.0	11	0	0.0	1.1	104	0.0	216	
		砂糖	★砂糖、蜂蜜	砂糖で大さじ1	10	38	9.9	0.0	0.00	0.00	0		0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0.0	0	
		油	油、種実(料理に使用)	植物性 大さじ1	10	92	0.0	10.0	1.10	4.11	4.09	0		0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.0	0	0	1.3	0.0	0	0.0	0
		★嗜好飲料	ビール	250cc	250	100	7.8	0.0	0.00	0.00	0.00	0	14	0.8	0.0	8	18	38	0.00	0.05	0	0.13	0.3	18	0	0.0	0.0	85	0.0	232
		チョコレート	3かけ	15	84	8.4	5.1	2.79	1.56	0.05	3		1.0	0.4	36	11	36	0.03	0.06	10	0.02	0.0	3	0	0.1	0.6	66	0.0	0	
調味料		しょうゆ	大さじ1・1/2	27	19	2.7	0.0	0.00	0.00	0.00	0		2.1	0.5	8	18	43	0.01	0.05	0	0.05	0.0	9	0	0.0	0.0	105	3.9	18	
		みそ	大さじ2/3	10	19	2.2	0.6	0.10	0.11	0.36	0		1.3	0.4	10	8	17	0.00	0.01	0	0.01	0.0	7	0	0.1	0.5	38	1.2	5	
		食塩	小さじ1/2弱	2	0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0		0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.0	0	0	0.0	0.0	2	2.0	0	
	合計			1920	1676	241.7	42.7	13.5	13.5	9.7	301	264	64.9	8.3	659	315	1139	1.37	1.40	1006	1.66	4.4	542	159	6.4	17.3	3429	8.5	1542	

☆は、健診データにはない。

※ 多価不飽和脂肪酸 N3系:N6系 = 1:4~6

★ 砂糖、嗜好品・嗜好飲料… 糖尿病、高血糖、HbA1C6.0%(NGSP値)以上の方は 合わせて約10g 以下/日

★ 嗜好品(ビール、チョコレート)を取らない場合は、ごはんで50g、料理油(マーガリン・種実)で5gプラスします。

個人によって違います

表2

ライフステージごとの食品の目安量

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

現状と目標

個人にとって、適切な量と質の食事をとっているかどうかの指標は健診データです。

健診データについての目標項目は、2. 生活習慣病の予防の項で掲げているため、栄養・食生活については、大津町健康づくり推進計画と重複する目標項目を除き、適正体重を中心に、目標を設定します。

ア 適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）

体重は、ライフステージをとおして、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連、若年女性のやせは、低出生体重児出産のリスク等との関連があります。適正体重については、ライフステージごとの目標を設定し、評価指標は表3のとおりです。

幼少時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な生活習慣を継続できるようにすることは喫緊の課題であり、非常に重要な生活習慣病対策です。ライフステージを通じて、体重と同様に他の健診データで見ていくことが必要となり、それぞれのガイドラインに基づいた検査の予防指標も明確にされています。

（表 4）

表3 ライフステージにおける適正体重の評価指標

評価指標	20歳代女性	出生児	小学校5年生	20～60歳代男性	40～60歳代女性
	やせの者 (BMI18.5未満)	低出生体重	中等度・高度肥満傾向児	肥満者 (BMI25.0以上)	
国の現状	29.0% (平成22年)	9.6% (平成22年)	男子 4.60% 女子 3.39% (平成23年)	31.2% (平成22年)	22.2% (平成22年)
大津町の現状	20歳代女性	出生児	小学校5年生	40～64歳代男性	40～64歳代女性
	未把握	11.8% (平成23年度)	未把握	29.1%	14.8% (平成24年)
データソース	妊娠届出時	人口動態統計	健康診断	特定健診結果	

対策

ア 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

ライフステージに対応した栄養指導

- マタニティセミナー（妊娠期）
- 乳幼児健康診査・乳幼児相談（乳幼児期）
- 食生活改善推進員事業（幼児期・学童期・青年期・壮年期・高齢期）
食生活改善推進委員の養成（食生活改善推進委員会員54名（平成26年3月現在））
町内の老人会・保育園・幼稚園・小学校等での出前講座
- 健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導
- 家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな栄養指導の実施（全てのライフステージ）

イ 生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

- 栄養士による専門性を発揮した栄養指導の推進(食生活改善)
- 健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導
糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療法と同様に食事療法が重要な生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導の実施
- 多職種との連携による予防の取り組み

表4 ライフステージにおける健康診査項目一覧表

法律		母子健康法					（省令）児童福祉施設最低基準第35条		学校保健安全法		労働安全衛生法		高齢者の医療の確保に関する法律								
		母子健康手帳(第16条) 妊婦健康診査(第13条)		健康診査(第12条)					健康診断(第13条)		健康診断(第66条)		特定健診(第20条)								
健診の名称等		妊婦健診					1歳6ヶ月児健診	3歳児健診	学校健診		健康診査	定期健康診断		特定健診	後期高齢者健診						
健診内容を規定する法令・通知等		平成8年11月20日児発第934号厚生省児童家庭局長通知「第4 妊娠時の母性保健」 平成21年2月27日雇児母発第0227001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知「2 妊婦健康診査の内容等について」					厚生労働省令		厚生労働省令 保育所保育指針「第5章 健康および安全」		学校保健安全法施行規則第6条「検査の項目」										
対象年齢・時期等		8週前後		26週前後		36週前後		1歳6ヶ月	3歳	保育所	幼稚園	小学校、中学校、高等学校	大学	生保	40歳未満	雇入時、35歳、40歳以上	40～74歳	75歳以上			
項目	幼児	小学生		中学生	高校生	妊婦	成人	65歳以上	年間14回		該当年齢	該当年齢	（幼稚園については、学校保健安全法のもと実施）		年1回	年1回	年1回	年1回	年1回		
	3～5歳	6～8歳	9～11歳	12～14歳	15～17歳				該当年齢	該当年齢	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回			
身長																					
体重																					
内臓脂肪の蓄積	BMI・肥満度	肥満度 15%未満	肥満度20%未満			成人と同様	妊婦初期(5～16週) 25未満		BMI 25未満												
							妊婦中期(17～28週) 27.2未満														
							妊婦後期(29～40週) 28.3未満														
	腹囲		腹囲75cm未満	腹囲80cm未満				男 85cm未満													
			腹囲/身長比 0.5未満					女 90cm未満													
	中性脂肪		120 mg/dl未満			150 mg/dl未満															
	HDL コレステロール	40 mg/dl 以上																			
	肝機能	AST(GOT)	31 IU/l 未満																		
		ALT(GPT)	31 IU/l 未満																		
		γ-GT (γ-GTP)	51 IU/l 未満																		
血管を傷つける条件	血圧(mmHg)	120/70 未満	125/70 未満		130/75 未満	130/85 未満			●	●	●										
	尿酸		5.3 mg/dl未満	6.2 mg/dl未満	7.1 mg/dl未満			●	●	●											
	空腹時血糖	100 mg/dl未満																			
	随時血糖	140 mg/dl未満				(食後2時間) 120 mg/dl未満	140 mg/dl未満		●	●	●										
	HbA1c	5.2 %未満				5.8 %未満		5.2 %未満		●	●	●									
	尿糖	(－)																			
	LDL コレステロール	LDL-C以外の主要危険因子数(※1)		目標値(mg/dl)																	
	0		159以下																		
	1～2		139以下																		
	3以上又は糖尿病、脳梗塞、閉塞性動脈硬化疾患の合併		119以下																		
	冠動脈疾患の既往あり		99以下																		
腎臓	血清クレアチニン (mg/dl)	男 0.5未満	0.6未満	0.7未満	0.8未満	0.9未満	1.05未満														
		女 0.4未満	0.6未満		0.7未満	0.8未満	0.8未満														
	eGFR	正常GFR 133±27 ml/分				男子 140±30 ml/分	60 ml/分以上														
						女子 126±22 ml/分															
	尿蛋白	(－)																			
尿潜血	(－)																				
易血拴性	赤血球数																				
	ヘマトクリット																				
	ヘモグロビン	46%未満																			

(2) 身体活動と運動

はじめに

身体活動とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きをいい、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・運動の量が多い人と、不活発な人と比較すると循環器疾患やがんなどの非感染性疾患の発症リスクが低いことが実証されています。

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。

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

また、高齢者の運動器疾患が急増しており、要介護となる理由として運動器疾患が重要になっていることから、日本整形外科学会は2007年、要介護となる危険の高い状態を示す言葉としてロコモティブシンドロームを提案しました。この事は、運動器の健康が長寿に追いついていないことを広く社会に訴え、運動器の健康に対する人々の意識の改革と、健康長寿を実現することを目指しています。

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

参考 ロコモティブシンドローム(運動器症候群)の定義

- 運動器(運動器を構成する主な要素には、支持機構の中心となる骨、支持機構の中で動く部分である関節軟骨、脊椎の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系がある。これらの要素が連携することによって歩行が可能になっている)の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態をいう。
運動器の機能低下が原因で、日常生活を営むのに困難をきたすような歩行機能の低下、あるいはその危険があることを指す。
- ロコモティブシンドロームはすでに運動器疾患を発症している状態からその危険のある状態を含んでいる。

基本的な考え方

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

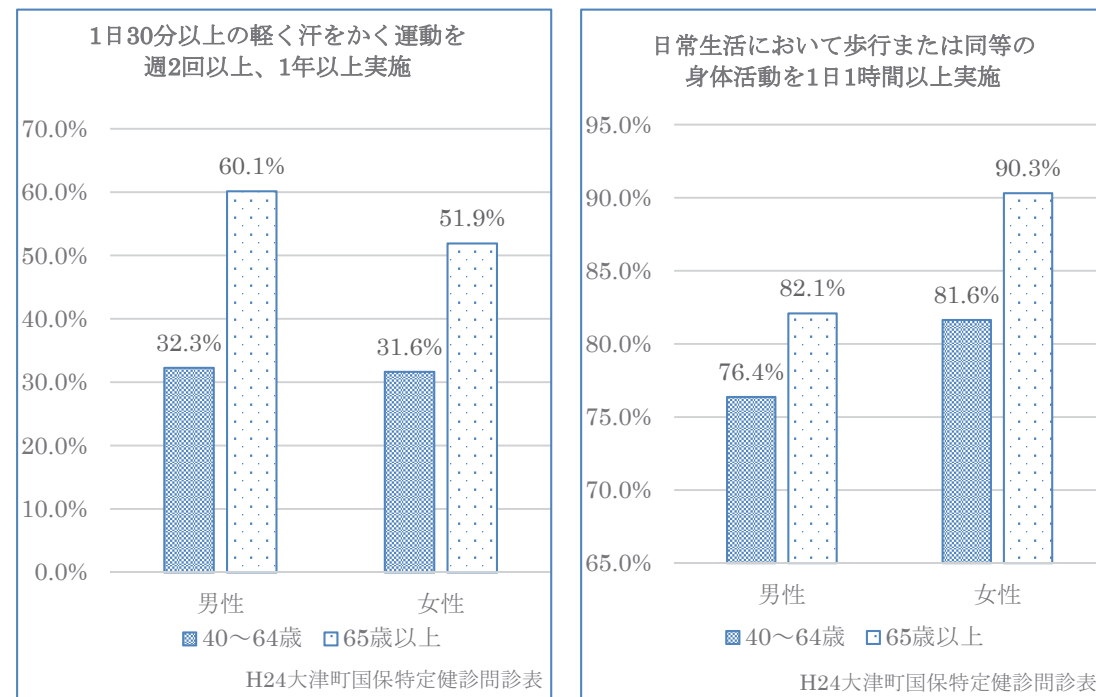
主要な生活習慣病とロコモティブシンドロームの予防、健康寿命の延伸を促進するためにも身体活動・運動がますます重要になってきます。

現状と目標

ア 運動習慣の割合の増加

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代（40～60歳代）と比較して高齢者世代（65歳以上）では多くなりますが、大津町も同様の傾向です。

図1 性別・年代別の運動習慣者の割合の推移



就労世代の運動習慣者が今後も増加していくためには、身近な場所で運動できる環境や、運動を始めるきっかけとして、体を動かすイベントや教室、運動が出来る施設・機会の情報提供など、運動に関する啓発・指導など、気軽に運動に取り組むことができる環境を整えることが必要です。

イ 介護保険サービス利用者の増加の抑制

大津町の要介護認定者数は平成23年10月には、1,137人となり、1号被保険者に対する割合は19.0%となっています。

平成18年10月の要介護認定者数911人と比較して、介護認定者数は約1.2倍に増加しています。

今後は、高齢化の進展に伴い、より高い年齢層の高齢者が増加することから、要介護認定者数の増加傾向は続くと推測されます。

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

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

対策

ア 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

- 生活習慣病対策と連動しライフステージや個人の健康状態に応じた適切な運動指導の推進
- 特定健診・特定保健指導など従来の対策を活用した運動指導

イ 身体活動及び運動習慣の向上の推進

- 関係機関と連動し、日常生活の中で身体活動や運動を行える環境を整備する

(3) 飲酒

はじめに

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

「健康日本 21」では、アルコールに関連した健康問題や飲酒運転を含めた社会問題の多くは、多量飲酒者によって引き起こされていると推定し、多量飲酒者を「1日平均 60g を超える飲酒者」と定義し、多量飲酒者数の低減に向けて努力がなされてきました。

しかし、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されています。

また、全死亡、脳梗塞及び冠動脈疾患については、男性では 44g/日（日本酒 2 合/日）、女性では 22g/日（日本酒 1 合/日）程度以上の飲酒でリスクが高くなることが示されています。

同時に一般に女性は男性に比べて肝臓障害など飲酒による臓器障害をおこしやすいことが知られています。

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

そのため、「健康日本 21（第二次）」においては、生活習慣病のリスクを高める飲酒量について、男性で 1日平均 40g 以上、女性で 20g 以上と定義されました。

基本的な考え方

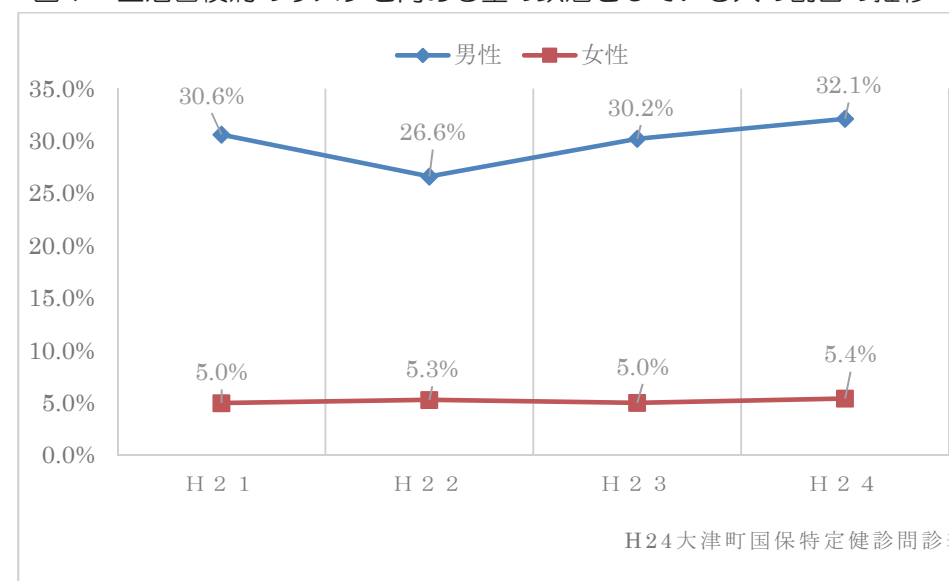
飲酒については、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、未成年者の発達や健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響を含めた、健康との関連や「リスクの少ない飲酒」など、正確な知識を普及する必要があります。

現状と目標

ア 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者

大津町の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、女性は横ばいですが、男性は年々、増加しています。（図 1）

図 1 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人の割合の推移



	男性	女性
(生活習慣病のリスクを高める飲酒)	40g以上	20g以上
(適正飲酒)	40g未満	20g未満

健康日本 21（第 2 次）より

また、飲酒量と関係が深い健診データである γ -GTP については、異常者の割合は横ばいで推移しています。（表 1）

表 1 γ -GTP 異常者の推移

① γ -GTP が保健指導判定値者の割合 (51U/I 以上)				
	H21	H22	H23	H24
男性	26.4%	25.1%	24.1%	24.1%
女性	5.6%	6.4%	4.2%	6.1%
② γ -GTP が受診勧奨判定値者の割合 (101U/I 以上)				
	H21	H22	H23	H24
男性	8.1%	8.5%	8.6%	7.1%
女性	1.8%	1.6%	1.0%	1.5%

γ -GTP の受診勧奨判定値者の飲酒習慣は男性 87.9%、女性 87.5% に見られ、そのうち生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人の割合は男性が 62.1%、女性が 18.8% になっています。（図 2・3）

図2 γ-GTP受診勧奨判定値者の飲酒習慣の状況

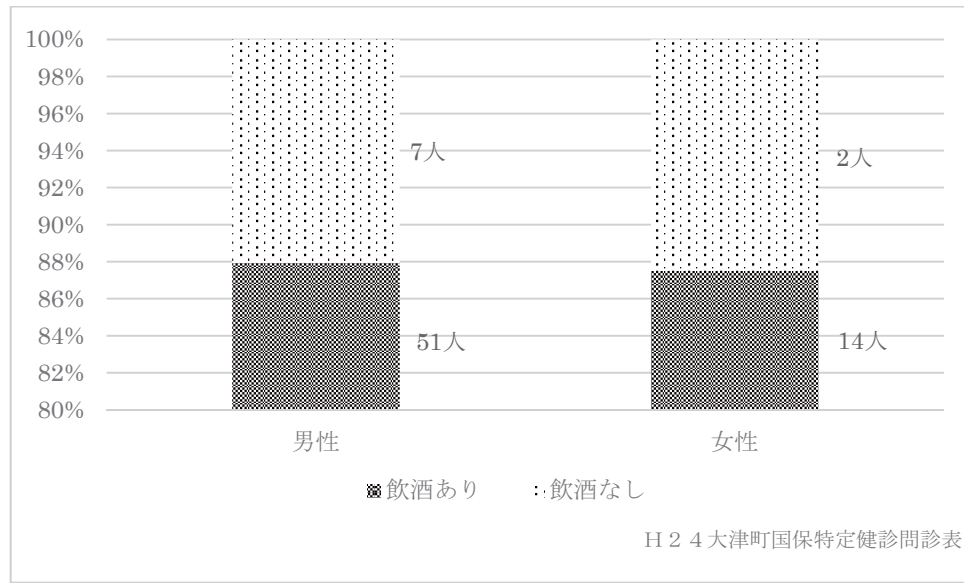
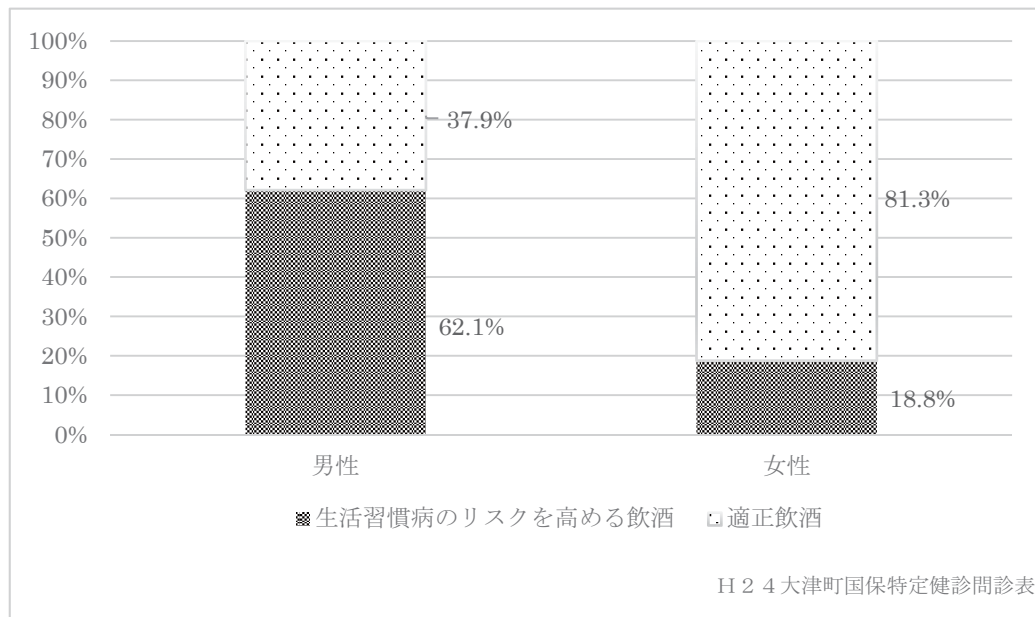


図3 γ-GTP受診勧奨判定値者で飲酒習慣者のアルコール摂取量



飲酒は肝臓のみならず、高血糖、高血圧、高尿酸状態をも促し、その結果、血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。

今後も、個人の健診データと飲酒量を確認しながら、アルコールと健診データとの関連についての支援が必要になります。

イ 妊娠中の飲酒をなくす

妊婦の飲酒については、妊娠がわかっても飲酒を続けている人が、平成24年度に約2%みられます。飲酒の児に与える影響について、妊娠前から学習する機会が必要です。

図4 妊婦の飲酒率の推移（妊娠届出時）

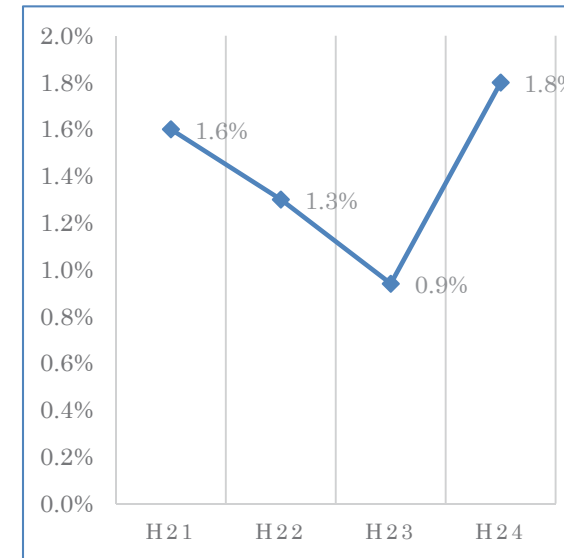
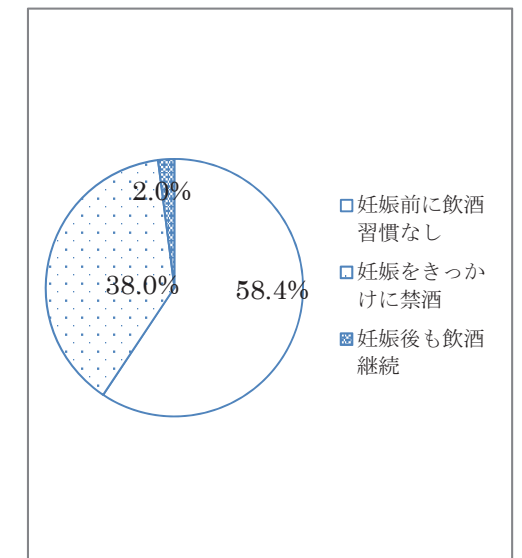


図5 妊婦の飲酒状況（妊娠届出時）



対策

ア 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

- ・ 種々の保健事業の場での教育や情報提供

母子健康手帳交付、マタニティセミナー、乳幼児健診及び相談、がん検診等

イ 飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・ 健康診査、国保特定健康診査の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導

(4) 喫煙

はじめに

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

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

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

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

基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。

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

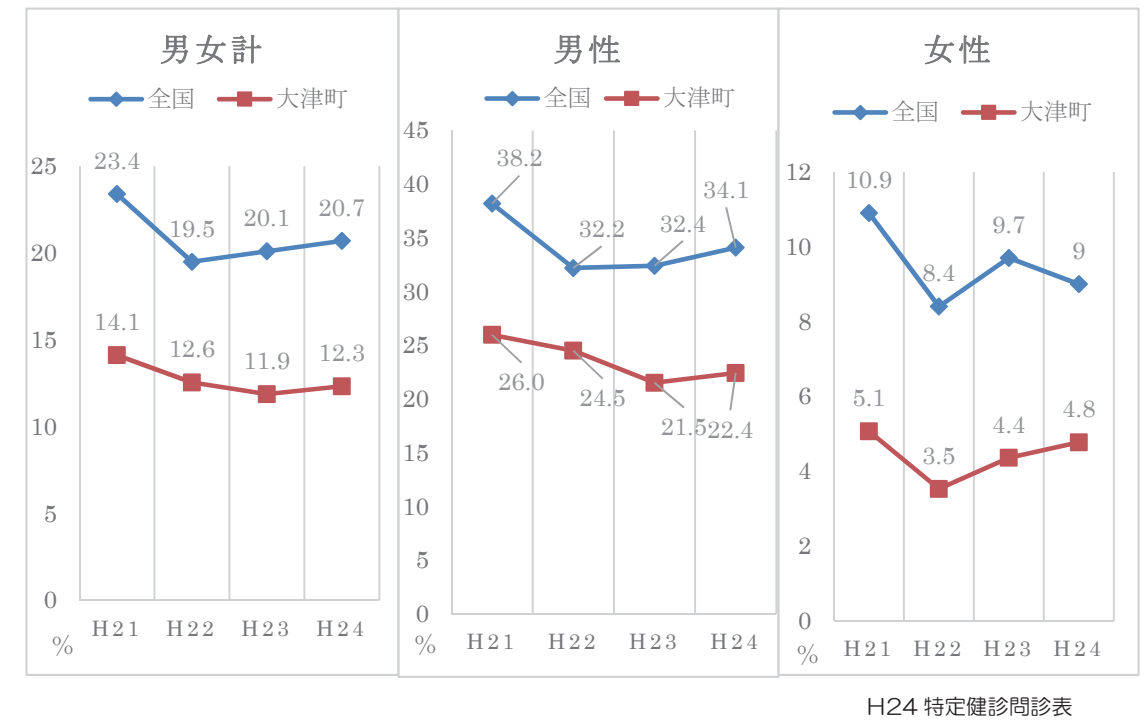
現状と目標

ア 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)

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

大津町の成人の喫煙率は、全国と比較すると低く推移しており、男女とも横ばいの状況です。(図1)

図1 喫煙率の推移



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

イ 妊娠中の喫煙をなくす

妊娠中の喫煙については、妊娠がわかってからも喫煙を続けている人が、平成24年度に約4%みられます。喫煙の児に与える影響について妊娠前から学習する機会が必要です。(図2)

図2 妊婦の喫煙率の推移(妊娠届出時)

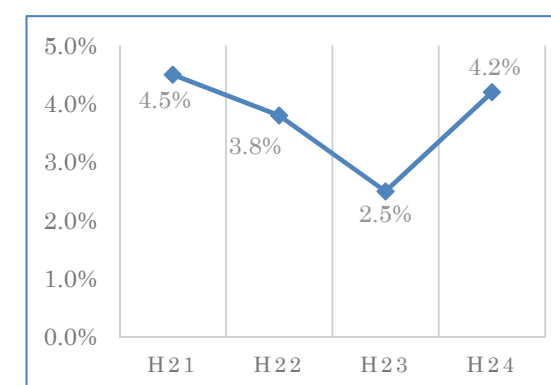
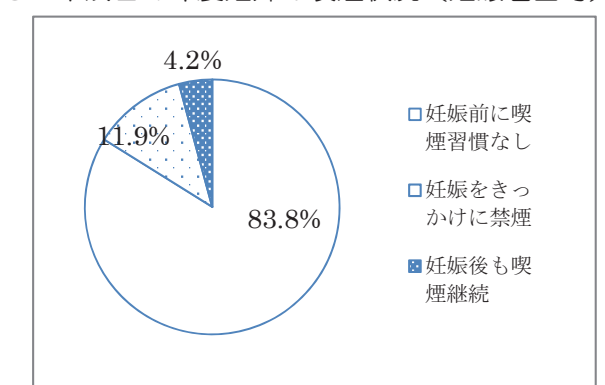


図3 平成24年度妊婦の喫煙状況(妊娠届出時)



対策

ア たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

- 種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供
母子健康手帳交付、マタニティセミナー、乳幼児健診及び相談、がん検診等

イ 禁煙支援の推進

- 健康診査、大津町国保特定健康診査の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への啓発

(5) 心の健康

はじめに

こころの健康とは、ひとがいいきと自分らしく生きるための重要な条件です。こころの健康を保つため、心身の疲労の回復と充実した人生を目指すための休養は重要な要素の一つです。

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

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

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

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

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

基本的な考え方

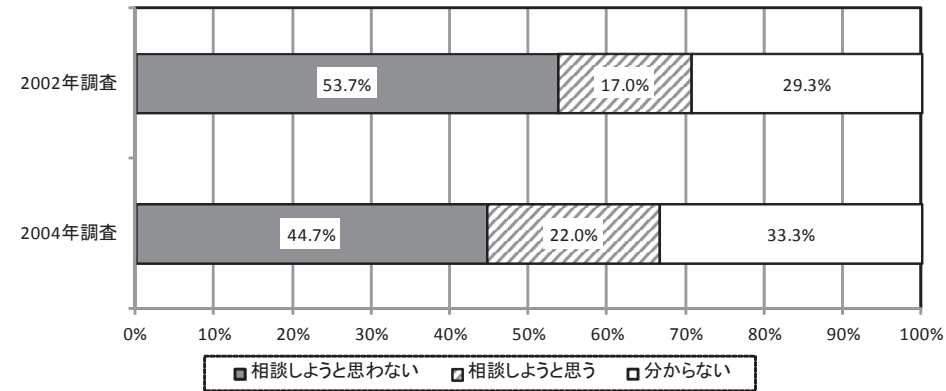
現代社会はストレス過多の社会であり、少子高齢化、価値観の多様化が進む中で、誰もがこころの健康を損なう可能性があります。

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

こころの健康を損ない、気分が落ち込んだときや自殺を考えている時に、精神科を受診したり、相談したりすることは少ない現実があります。(図1・2)

参考資料

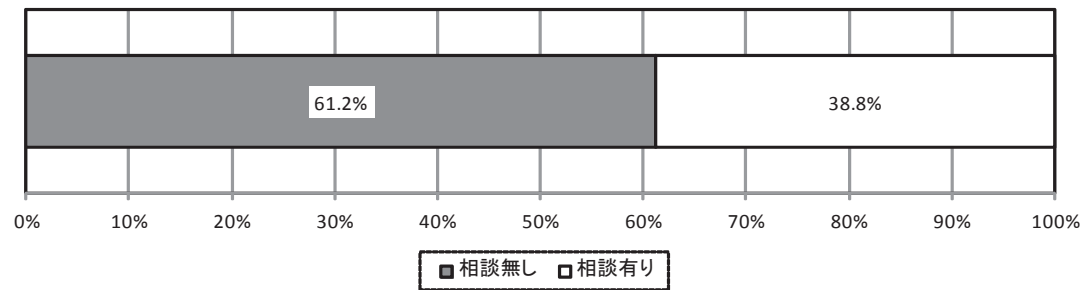
図1 気分が落ち込んだときの精神科受診に対する意識（久慈地域における地域住民の意識調査）



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

参考資料

図2 自殺企図前の相談の状況



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

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

現状と目標

ア 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

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

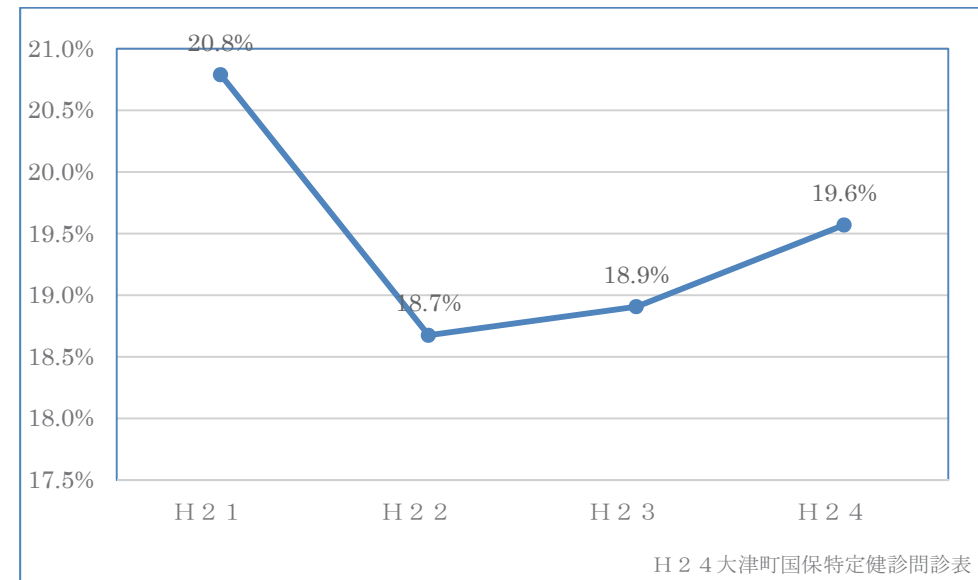
また、睡眠障害はこころの病気の一症状としてあらわれることも多く、再発や再燃リスクも高めます。

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

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

大津町では、健康診査・ 国保特定健康診査受診者に対し、「睡眠で休養が十分とれている」の問診項目で睡眠に関する実態把握をしてきましたが、平成24年度では約19.6%の人が、「いいえ」との回答になっています。（表1）

図3 睡眠で休養が十分にとれていない人の割合の推移



イ 自殺者の減少（人口10万人当たり）

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

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

しかし、現実には、こころの病気にかかった人の一部しか医療機関を受診しておらず、精神科医の診療を受けている人はさらに少ないとの報告があります。

相談や受診に結びつかない原因としては、前述したように、本人及び周囲の人達の精神疾患への偏見があるためとされています。

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

このことが、周囲の人の病気への理解が進まず、偏見などに繋がっている現状もあります。

こころの健康とは、脳の働きによって左右されます。

うつ病などの、より客観的な診断を目指した、脳の血流量を図る検査の研究なども進みつつあります。(図3)

図3 うつ病の客観的な診断を目指す光トポグラフィー検査
(2009年にうつ症状の鑑別診断補助として、厚労省に先進医療として承認される)

【検査の原理】

脳を働かせる課題を行う際の前頭葉の血流量変化を測定し、脳の機能の状態を検討する



【検査の実際】

「あ」で始まる名詞を思いつく限り言うなどの簡単な課題に答える

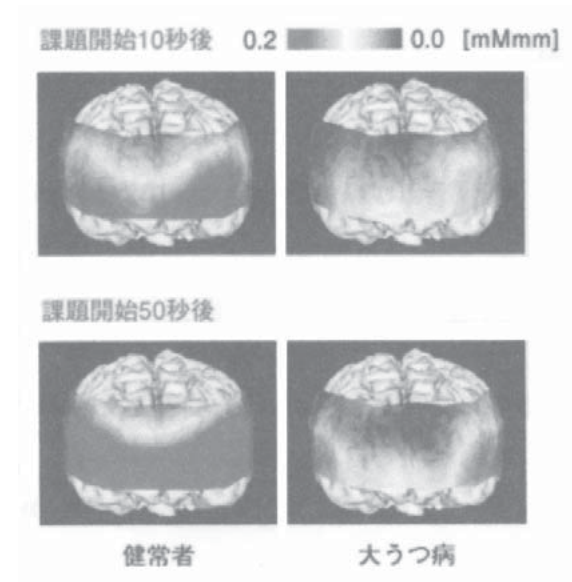
【検査で明らかになること】

健康な人：課題が始まると脳がすぐに反応して血流量が急増
課題に答えている間中、血流量は高いレベルを維持する
うつ病患者：すぐに反応するものの、血流量はあまり増えない

※ NIRS でとらえた精神疾患の前頭葉賦活反応性

	NIRS 波形	賦活反応性
健常者		明瞭 (賦活に応じて)
うつ病		減衰 (初期以降)

※ NIRS データのトポグラフィー



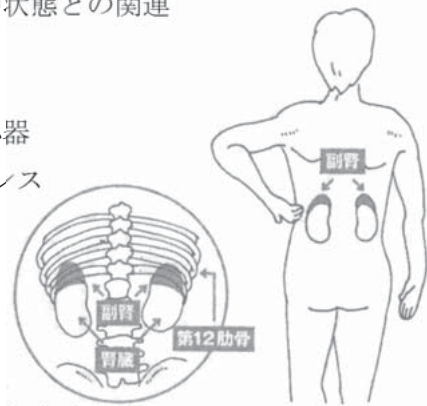
NIRS とは…近赤外線分光鏡 (near-infrared spectroscopy) の保険収載名である

また、脳に影響を及ぼすものとして、副腎疲労（アドレナル・ファティーグ）との関与も明らかにされつつあります。（図4）

図4 副腎疲労（アドレナル・ファティーグ）と精神状態との関連

【副腎の働き】

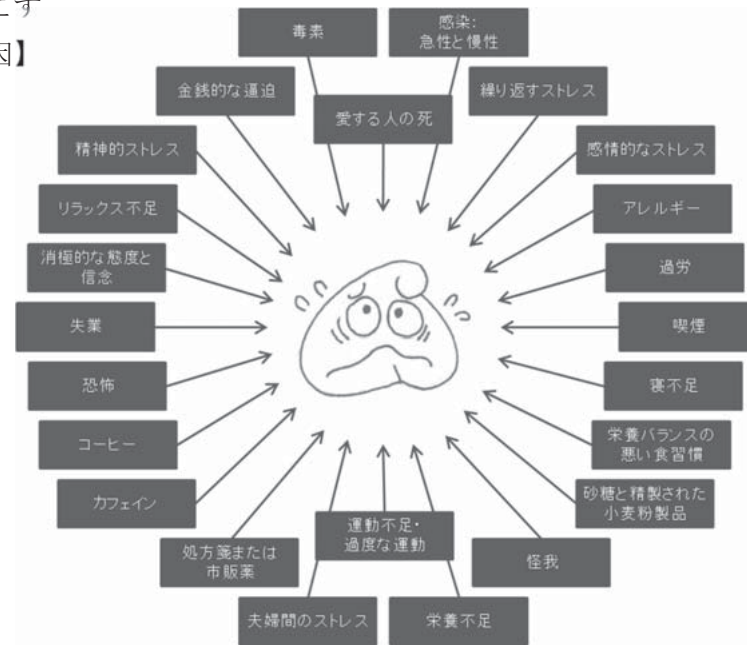
腎臓の隣にある多種のホルモンを分泌する内分泌器
「体内での糖の蓄積と利用を制御」「電解質バランスを調整」「性ホルモン」「体のストレス反応などの調整」を行っている



【精神状態への影響】

- ・恐怖や不安、うつ状態が強まる傾向
- ・混乱したり、集中できなくなったり、記憶力が冴えなくなる
- ・忍耐力がなくなり、イライラしやすくなる
- ・不眠症も引き起こす

【副腎に影響する要因】



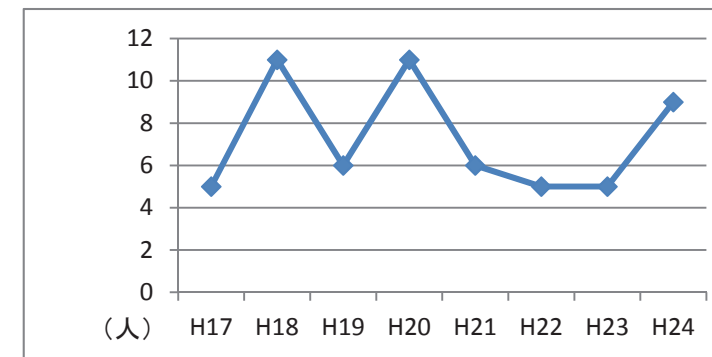
【副腎疲労の原因となるライフスタイルの主な要素】

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

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

同時に、日本の自殺は、どの国にでも共通に見られる加齢に伴う自殺率の上昇ととも
に、男性においては50歳代に自殺率のもう一つのピークを形成していることが特
徴です。

図5 大津町自殺者数の推移



平成24年の大津町における自殺者数は9人（前年の約2倍）にのぼっています。（図
5）特に男性の自殺者数は前年比2.5倍となり、その内訳は40代～50代の壮年期に
集中しています。

また、70代～80代の高齢者の自殺も、数件ながら毎年発生している状況です。

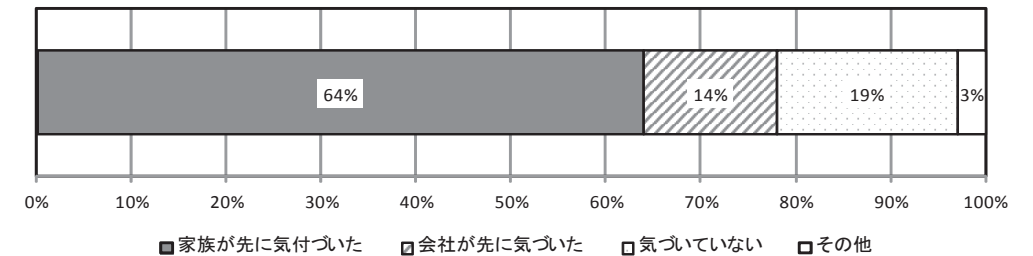
このような傾向がみられる背景としては、経済状況や家庭状況、疾病等による健康不安
などの要因が関連していると考えられますが、予防対策を考えるための実態把握は不十分
な状況です。

今後、関連機関との連携を図り、こころの健康に対する予防対策を検討していくことにな
ります。

同時に、本人のこころの健康の不調に最初に気づくのは、家族や職場の同僚です。（図6）

参考資料

図6 自殺企図前の周囲の気づき



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

家族や職場の同僚が、精神疾患についての正しい理解を深め、精神疾患に関する偏見をなくすことで、脳という臓器の働きの低下による様々な症状を客観的にとらえ、早期治療など、専門家へのつながりを実現し、専門家の指導のもとで、本人を見守っていくことができることが大切になります。

対策

ア 睡眠やこころの健康等に関する啓発

- 種々の保健事業の場での教育や各種関係機関の情報提供
- 広報やリーフレット等を使用した周知・啓発

(6) 歯の健康

はじめに

歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく寄与します。

歯の喪失による咀嚼機能や構音機能の低下は多面的な影響を与え、最終的に生活の質(QOL)に大きく関与します。

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

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

歯の喪失の主要な原因疾患は、う蝕(むし歯)と歯周病で、歯・口腔の健康のためには、う蝕と歯周病の予防は必須の項目です。

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

基本的な考え方

ア 発症予防

歯科疾患の予防は、「う蝕予防」及び「歯周病予防」が大切になります。

これらの予防を通じて、生涯にわたって歯・口腔の健康を保つためには、個人個人で自身の歯・口腔の状況を的確に把握することが重要です。

イ 重症化予防

歯・口腔の健康における重症化予防は、「歯の喪失防止」と「口腔機能の維持・向上」になります。

歯の喪失は、健全な摂食や構音などの生活機能に影響を与えますが、喪失を予防するためには、より早い年代から対策を始める必要があります。

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

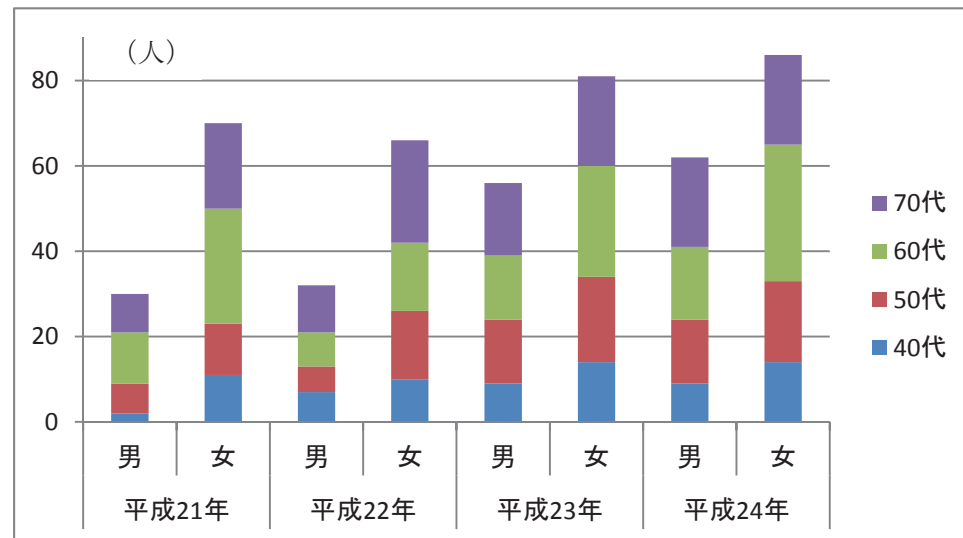
現状と目標

歯・口腔の健康については、主観的な評価方法を使用する目標項目を除き、検診で経年的な把握ができる下記の3点を目標項目とします。

ア 歯周病を有する者の割合の減少

大津町では、健康増進法に基づく歯周疾患検診を、40歳・50歳・60歳・70歳を対象とし実施しています。受診者数は増加していますが、受診率は10%前後です。(図1)

図1 大津町の歯周病検診受診者数の推移



歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。

歯周病のうち、歯肉に限局した炎症が起こる病気を歯肉炎、他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっています。

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

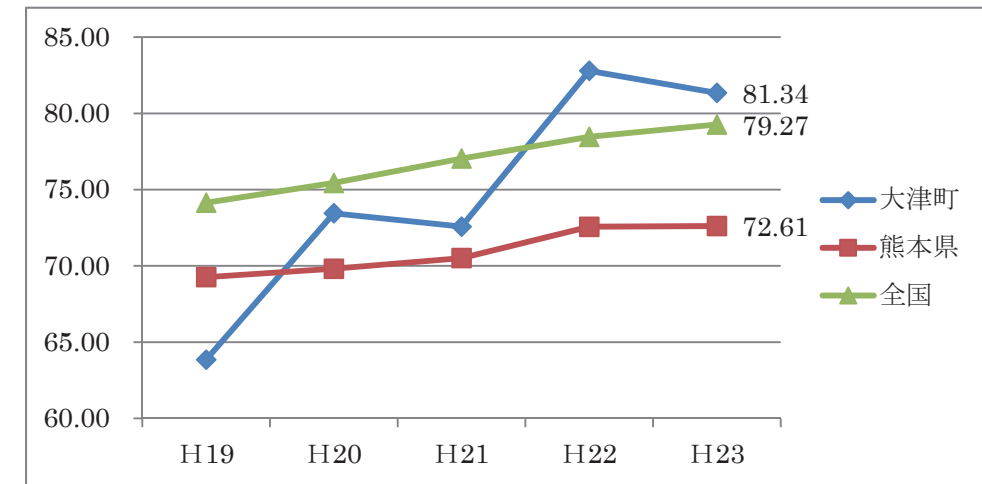
歯周炎が顕在化し始めるのは40歳以降と言われており、高齢期においても歯周病対策を継続して実施する必要があることから、歯周炎を有する者の割合の減少を評価指標とします。

今後も節目の年齢での歯科検診を実施することで、その後の定期的な歯科検診受診への動機づけを図ります。

イ 乳幼児・学齢期のう歯のない者の増加

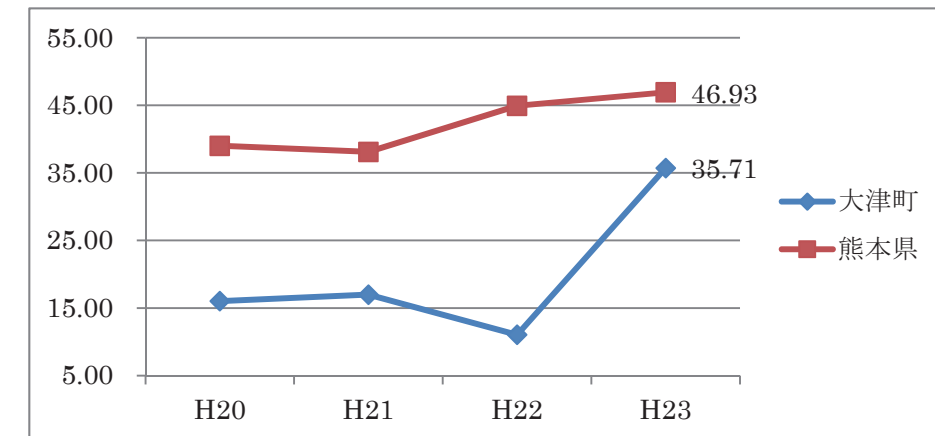
大津町の3歳児でう歯がない者の割合は、全体的にみると微増しています。(図2)

図2 3歳児でう歯がない者の割合の推移



永久歯う蝕の代表的評価指標である12歳児のう歯の状況を見ると、う歯のない者の割合は熊本県より低い状況です。(図3)

図3 12歳児でう歯がない者の割合の推移



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

乳幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者に委ねられることが多いため、妊娠中から生まれてくる子の歯の健康に関する意識を持って頂き、また妊娠中に罹患しやすくなる歯周疾患予防のために、妊婦歯科検診の受診勧奨を行います。

ウ 過去1年間に歯科検診を受診した者の増加(歯周疾患検診受診者数)

定期的な歯科検診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく寄与します。

特に、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といったプロフェッショナルケアに繋がることから、まずは一定の年齢を対象とした歯周疾患検診を受診して頂き、定期的な歯科検診へのきっかけとして頂くために、現状と同様、歯周病検診の実施を継続します。

対策

ア ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・マタニティセミナー
- ・健康相談（乳幼児健診、乳幼児相談）
- ・妊婦歯科検診の勧奨
- ・フッ化物洗口の推進（幼稚園・保育園）

イ 専門家による定期管理と支援の推進

- ・幼児歯科検診（1歳6か月児、3歳児）
- ・歯周病検診（40・50・60・70歳）
- ・菊池郡市歯科保健協議会との協働による事業

4. 目標の設定

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

特に、自治体自らが目標の進行管理を行うことができるように、設定した目標のうち、重要と考えられる指標については、中間評価を行う年や、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、既存の統計調査で毎年モニタリングすることが可能な指標とすることが望ましいとされました。

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

これらを踏まえ、大津町でも、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。（表1）

表1大津町の目標の設定

分野	項目	国の現状値	町の現状値	町の現状値	国の目標値	町の目標値	町の目標値	データソース
がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	84.3	平成22年	粗死亡率 202.5	平成22年	73.9	平成27年	◎現状維持 又は減少
	②がん検診の受診率の向上	男性 34.3% 女性 26.3%	平成22年	*15.2%	平成23年	40%	当面	◎現状維持 又は向上
循環器疾患	・胃がん	男性 24.9% 女性 21.2%	平成22年	*22.9%		50%	平成28年	◎現状維持 又は向上
	・肺がん	男性 27.4% 女性 22.6%	平成22年	*39.9% *44.4%		50%	平成28年	◎現状維持 又は向上
	・大腸がん	男性 36.9% 女性 15.3%	平成22年	86.8		男性 41.7 女性 24.7 男性 31.8 女性 13.7	平成34年度	◎現状維持 又は向上
	・子宮頸がん	約1,400万人	平成20年度	487人(26.2%)		平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	◎現状維持 又は向上
	・乳がん	41.3% 12.3%	平成21年度	41.2% 43.70%		i : 14% ii : 7.7%	平成20年度と比べて25%減少	◎現状維持 又は向上
	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)	16,271人	平成22年	2人		15,000人	現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少
	・脳血管疾患	63.7%	平成22年	49.7%		75%	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少
	・虚血性心疾患	1.20%	平成21年度	0.80%		1.0%	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少
	②高血圧の改善(140/90mmHg以上の者の割合)	890万人	平成21年度	8.3%		1,000万人	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少
	③脂質異常症の減少 (i : 総コレステロール240mg/dl以上の者の割合) (ii : LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	37.3% 54.7%	平成17年	3人 16人		平成24年度	25% 45%	◎現状維持 又は減少
④メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	77.1% 1.3歯	平成21年	81.3% 2.3歯		平成23年度	80%以上 1.0歯未満	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	34.1%	平成21年	137人		平成24年度	65%	増加	◎現状維持 又は減少
⑥特定健康診査の実施率								
⑦特定保健指導の終了率								
糖尿病	①合併症・糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少							
	②治療継続者の割合の増加 (HbA1c(JDS)6.1%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)							
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)							
歯・口腔健康	④糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合)							
	①歯周病を有する者の割合の減少							
	・40歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4mm以上の歯周ポケット)							
歯・口腔健康	・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)							
	②乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加							
	・3歳児でう蝕がない者の割合の増加							
歯・口腔健康	・12歳児の一人平均う蝕数の減少							
	③過去1年間に歯科検診を受診した者の増加(歯周疾患検診受診者数)							

*受診率の算定に当たっては、40歳以上まで(子宮頸がんは20歳以上)を対象

◎は、国の目標値をすでに達成

分野	項目	国の現状値	町の現状値	町の現状値	国の目標値	町の目標値	町の目標値	データソース
栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)	29.0%	平成22年	未把握	20%	◎現状維持 又は減少	平成34年度	◎現状維持 又は減少
	・20歳代女性のやせの者の割合の減少(妊娠届出時のやせの者の割合)	9.6%	平成22年度	11.50%	平成22年度	減少傾向へ	平成26年	◎現状維持 又は減少
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	男子 4.60% 女子 3.39%	平成23年	未把握	減少傾向へ	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少
	・肥満傾向にある子どもの割合の減少 (小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合)	31.2%		29.10%	28%	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少
	・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少(町は40～60代)	22.2%		14.80%	19%	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少
	・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	17.4%			22%	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少
	・低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制							
	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)	男性 7,841歩 女性 6,883歩 男性 5,628歩 女性 4,585歩	平成22年	男性 76.4% 女性 81.6% 男性 82.1% 女性 90.3%	平成23年度	男性 9,000歩 女性 8,500歩 男性 7,000歩 女性 6,000歩	増加	◎現状維持 又は減少
	・20～64歳(町は20～64歳)							
	・65歳以上							
身体活動・運動	②運動習慣者の割合の増加	男性 26.3% 女性 22.9% 総数 24.3%	平成22年	男性 32.3% 女性 31.6% 総数	男性 36% 女性 33% 総数 34%	増加	◎現状維持 又は減少	
	・20～64歳(町は40～64歳)	男性 47.6% 女性 37.6% 総数 41.9%		男性 60.1% 女性 51.9% 総数	男性 58% 女性 48% 総数 52	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少	
	・65歳以上	452万人	平成24年度	1,137人	平成23年 10月	657万人	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少
飲酒	③介護保険サービス利用者の増加の抑制	男性 16.4% 女性 7.4%	平成22年	男性 30.2% 女性 5.0%	平成23年度	男性 14.0% 女性 6.3%	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少
	②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 (一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)	19.5%	平成21年	11.0%	12%	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少
喫煙	①成人ひき煙率の減少 (喫煙をやめた者がやめる)	18.4%	平成21年	18.9%	15%	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少
	③睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	23.4	平成22年	16.0	15%	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少	◎現状維持 又は減少
休養	①自殺者の減少(人口10万人当たり)							
	②自殺者の減少(人口10万人当たり)							

自総総合対策大綱の取組の状況

- ①:人口動態統計
- ②:町がん検診
- ③:町国保特定健康診査
- ④:町国保レシート・身体障害者手帳交付状況
- ⑤:町歯周疾患検診
- ⑥:町3歳児健診
- ⑦:町学校保健統計
- ⑧:町妊婦健診
- ⑨:介護保険事業報告

第Ⅲ章 計画の推進

第Ⅲ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づけています。

町民の健康増進を図ることは、今後高齢化が進む大津町にとっても、一人ひとりの町民にとっても重要な課題です。

したがって、健康増進施策を大津町の重要な行政施策として位置づけ、大津町健康づくり推進計画(第二次)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。

一人ひとりの身体は、今まで生きてきた歴史や社会背景、本人の価値観によって作り上げられてきているため、それぞれの身体の問題解決は画一的なものではありません。

一人ひとりの、生活の状態や、能力、ライフステージに応じた主体的な取り組みを重視して、健康増進を図ることが基本になります。

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

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

これらの活動が、国民運動の5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の取り組みを進めるに当たっては、事業の効率的な実施を図る観点から、健康増進法第六条で規定された健康増進事業実施者との連携が必要です。

大津町庁内における健康増進事業実施は、様々な部署にわたるため、庁内関係各課との連携を図ります。

また、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、医師会や歯科医師会、薬剤師会などに加え、健康づくり策定委員会の構成団体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。

2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師、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つくられていきます。

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

大津町の保健師設置数は全国及び熊本県の平均より低い状況です。(表2)

国では保健師等については、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、今後も健康改善の可能性や経済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務に取り組んでいくために、保健師等の年齢構成に配慮した退職者の補充や、配置の検討を進めていきます。

また、健康増進に関する施策を推進するためには、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。

大津町健康づくり推進計画策定委員名簿

(委嘱期間) 平成25年4月1日から平成27年3月31日

	氏名	団体名
1	緒方 祐二	大津町行政嘱託員会
2	西 スエ子	大津町食生活改善推進協議会
3	本田 敏次	熊本県菊池食品衛生協会大津支会
4	高濱 順子	大津町商工会
5	三池 裕子	栄養士
6	安武 達美	菊池地域農業協同組合大津中央支所
7	西島 登代子	大津町民生・児童委員協議会
8	前田 淳子	大津町スポーツ指導委員会
9	齊藤 陽子	NPO法人 クラブおおづ 健康運動指導士
10	木下 美恵	大津町役場健康福祉課 栄養士

表2 保健師の部門別配置割合

市町村名	人口	保健師1人 (保健部門) あたり人口 (人)	部門別保健師の配置の割合			保健師 総人数 (人)	保健部門(人)			福祉部門(人)					職員の健康 管理・教育 委員会など	病院・訪 問看護ス テーション	その他	計	
			保健部門	福祉部門	その他		保健	国保	計	介護 保険	地域包括 支援セン ター	老人・ 福祉	児童福祉・ 保健所等	障がい者 福祉等					計
大津町	32,700	6,540	62.5%	37.5%	0.0%	8	5	0	5	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0
合志市	56,906	5,173	84.6%	15.4%	7.7%	13	11	0	11	1	1	0	1	0	2	0	0	1	1
菊池市	49,351	4,935	66.7%	26.7%	6.7%	15	10	0	10	0	2	0	0	1	4	0	0	1	1
菊陽町	39,495	5,642	63.6%	27.3%	0.0%	11	7	0	7	1	1	0	0	1	3	0	0	0	0
熊本県	1,801,169	6,646	73.6%	22.0%	4.3%	368	269	2	368	28	25	4	7	17	81	4	1	11	16

大津町健康づくり推進計画 (第二次)

平成26年3月発行

〒869-1233

熊本県菊池郡大津町大字大津 1156 番地 3
大津町役場健康福祉課健康推進係

電話	096-294-1075
ファックス	096-294-6300
e-mail	kenkou@town.ozu.kumamoto.jp