

大津町健康づくり推進計画 (第三次)



2019年3月

大津町

目次

序章 計画策定にあたって	2
1. 計画改定の趣旨	2
2. 計画の性格.....	5
3. 計画の期間.....	5
4. 計画の対象.....	5
第Ⅰ章 大津町の概況と特性	7
1. 健康に関する概況.....	7
(1) 人口構成	7
(2) 死亡	7
(3) 介護保険	8
(4) 後期高齢者医療	9
(5) 国民健康保険.....	9
(6) 特定健診	10
(7) 出生	13
2. 町の財政状況に占める社会保障費	14
第Ⅱ章 課題別の実態	16
1. 前計画の評価	16
2. 生活習慣病の予防.....	18
(1) がん.....	18
(2) 循環器疾患	21
(3) 糖尿病.....	28
(4) CKD（慢性腎臓病）	32
3. 生活習慣の改善	37
(1) 栄養・食生活（食育推進計画）	37
(2) 身体活動と運動	44
(3) 飲酒.....	46
(4) 喫煙.....	49
(5) こころの健康（自殺対策計画）	51
(6) 歯・口腔の健康	54
4. 目標の設定.....	57
第Ⅲ章 計画の推進	61
1. 計画の推進体制	61
2. 関係機関との連携.....	61

序章 計画改定にあたって

序章 計画策定にあたって

1. 計画改定の趣旨

現在、わが国では急速な人口の少子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、糖尿病など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に占める割合は約3割となっています。

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。

平成25年度から平成34年（2022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))」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ています。

- (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（表1）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されています。

大津町では、「健康日本21」の取組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、平成20年3月に「大津町健康づくり推進計画」、平成26年3月に「大津町健康づくり推進計画（第二次）」を策定し、生活習慣病予防に重点を置き、健康づくりや食育に対しての取組を推進してきました。

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、大津町健康づくり推進計画（第三次）を策定します。住民の皆様が生涯を通じ、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住民の皆様や関係機関の皆様と共有し、住民の皆様方が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。

「健康日本21(第二次)」の基本的方向性と目標項目

「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 18歳	労働安全衛生法 20歳	高齢者の医療の確保に関する法律 40歳	介護保険法 65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	(2)生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	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
		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					
	生活習慣(NCD)リスクの低減等	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"/> 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	
		身体活動・運動	<input type="checkbox"/> 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 <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		
		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"/> 認知症サポーター数の増加	<input type="checkbox"/> 自殺者の減少
		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	
(3)社会生活を営むために		<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						
(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							

2. 計画の性格

この計画は、健康増進法に基づく市町村健康増進計画を基本として、健康増進と密接に関わる食育基本法に基づく市町村食育推進計画と、自殺対策基本法に基づく市町村自殺対策計画を一体的に定めたものであり、大津町における健康づくり、食育推進、自殺対策を総合的かつ計画的に推進するための計画として位置づけるものです。

また、大津町振興総合計画を上位計画とし、国の「健康日本21（2次）」、熊本県の「第4次くまもと21ヘルスプラン（熊本県健康増進計画）」や今回の目標項目に関連する法律及び各種計画（表1）との十分な整合性を図りながら、住民の健康づくりを推進するための方策を明らかにするものです。

（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（第4次）	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（第3期）	第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）、大津町国民健康保険特定健康診査等実施計画（第3期）
子ども・子育て支援法	くまもと子ども・子育てプラン	大津町子ども・子育て支援事業計画
食育基本法	熊本県健康食生活・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（第4次）	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7期）	第7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

この計画の期間は、2019年度（平成31年度）から2023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り組みを推進するため、全住民を対象とします。

第 I 章 大津町の概況と特性

第Ⅰ章 大津町の概況と特性

1. 健康に関する概況

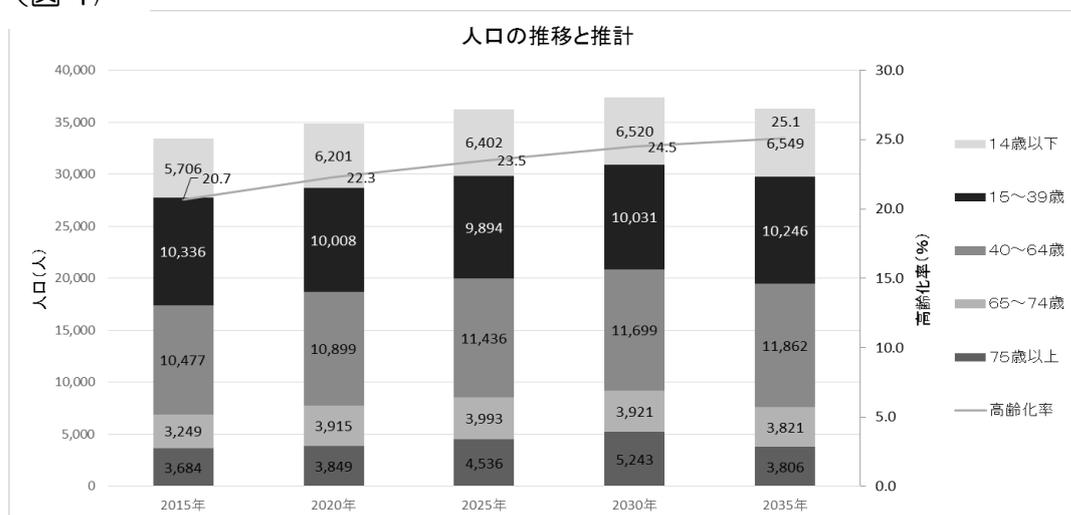
(1) 人口構成

大津町の人口は平成22年(2010年)の国勢調査では32,774人でしたが、平成27年(2015年)には33,452人、平成30年(2018年)9月末現在(住民基本台帳人口)は34,666人と年々増加傾向にあります。

また、平成28年(2016年)度の65歳以上の高齢化率は21.0%であり、県平均29.5%、全国27.3%と比べると低い割合となっています。

将来人口推計(図1)を見てみると、2030年までは緩やかに人口が増加していきますが、2035年には人口が減少する見込みです。人口の増加に合わせて14歳以下の年少人口も2030年までは微増していきますが、65歳以上の高齢者人口は年少人口を上回る増加率で増える推計となっており、少子高齢化が進んでいくと考えられます。

(図1)



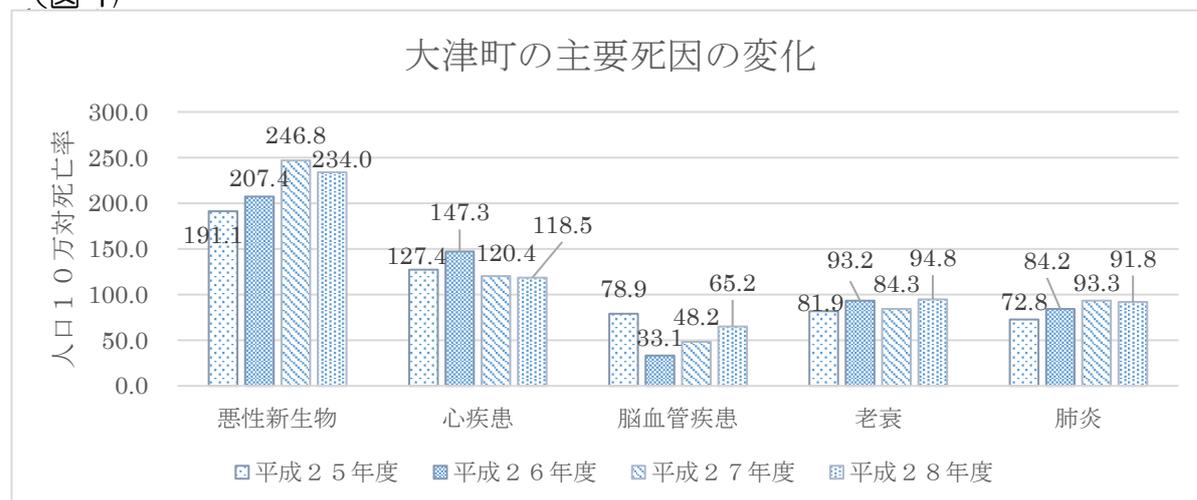
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」平成30年

(2) 死亡

大津町の主要な死因の変化は図1のとおりです。

悪性新生物がもっとも多く、次いで心疾患となっています。脳血管疾患は平成25年から平成26年に死亡率が減少したものの、その後少しずつ増加してきています。

(図1)

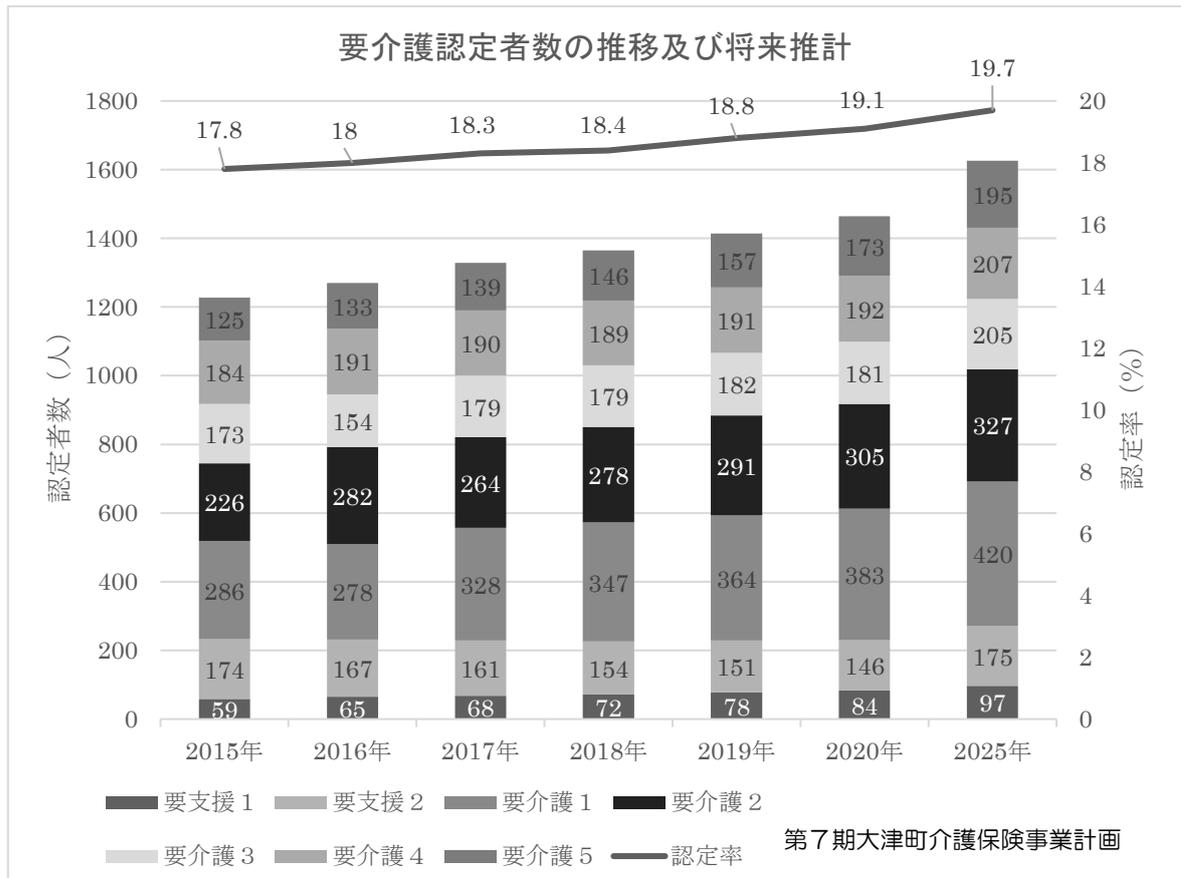


(3) 介護保険

大津町の要介護（要支援）認定者数は、平成 29 年（2017 年）9 月末 1,329 人で、要介護認定率は 18.3%です。認定率は熊本県（20.2%）より低くなっていますが、全国平均（18.0%）に比べ高い状況にあります。

将来推計をみてみると、高齢者数の増加のため徐々に増加していきませんが、当面は要介護状態となりにくい前期高齢者の割合が高いこともあり、要介護認定率は安定して推移するものと見込まれています。しかし、2025 年以降は団塊の世代が後期高齢者となることから急上昇が見込まれます。

(図 1)



平成 25 年度と平成 29 年度の介護保険サービス給付費（月あたり）を比較してみると、約 3.5 億円増えています。1 件あたりの給付費をみてみると、大津町、同規模町村平均ともに居宅サービス、施設サービスともに増加しています。

(表 1) 介護給付費の変化

	大津町				同規模町村		
	介護給付費 (万円)	1件あたり 給付費	居宅 サービス	施設 サービス	1件あたり 給付費	居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	19億3884万円	63,148	39,291	288,095	65,193	41,572	283,169
平成29年度	22億8116万円	64,149	41,146	305,087	66,307	43,095	285,054

(4) 後期高齢者医療

大津町の後期高齢者（3,791人）は、高齢化の影響で年々増加し、一人あたりの医療費は、1,045,373円（平成29年度）で熊本県平均（1,052,498円）より低い状況です。（熊本県後期高齢者医療広域連合作成）

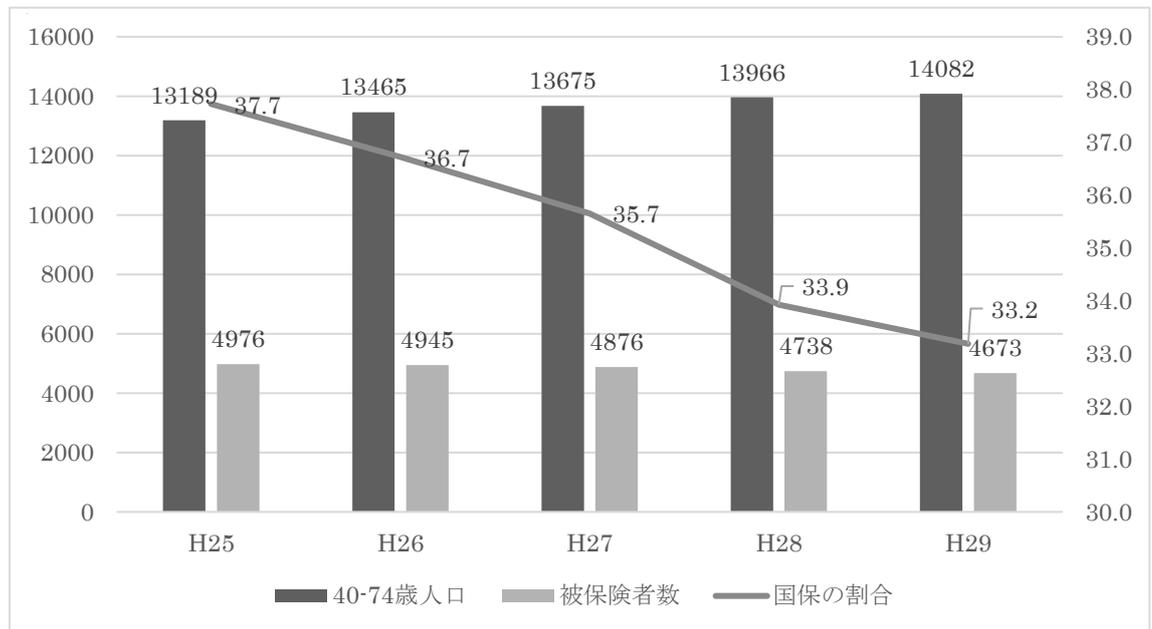
(5) 国民健康保険

（表1）特定健診対象者の国保加入状況

	H25	H26	H27	H28	H29
40-74歳人口	13,189	13,465	13,675	13,966	14,082
被保険者数	4,976	4,945	4,876	4,738	4,673
国保の割合	37.7	36.7	35.7	33.9	33.2

※各年度3月末時点

（図1）



大津町の国民健康保険加入者の割合は、県内で最も低い状況にあります。

また、図1のグラフから特定健診の対象である40歳から74歳の被保険者数は、高齢化の進展等により、年々減少しています。

大津町の国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は、県内でも低い水準となっていますが、年々増加傾向となっています。国保を将来にわたり、持続可能な制度として維持していくためには、今後も特定健診の受診率と特定保健指導の実施率の向上に努め、医療費を抑制することが重要です。

(6) 特定健診

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（特定健診）・特定保健指導については、平成 29 年度法定報告値で、特定健診受診率 41.9%、特定保健指導実施率 64.2%で、県より高くなっています。

（平成 29 年度県内市町村国保の受診率 35.9%、実施率 50.4%）

表 1 及び図 1 から、年齢階級別の受診率は、40～50 歳代の受診率が低く、男女別の受診率は男性の方が低いことがわかります。若い世代・働き盛りの世代への受診率向上の取組みについて、検討が必要です。

表 2 から、平成 29 年度特定健康診査の結果については、空腹時血糖、血圧、LDL コレステロール、血清クレアチニンが県平均より高くなっています。いずれも、食生活との関連が深い検査項目であり、今後の保健指導の内容検討が必要です。

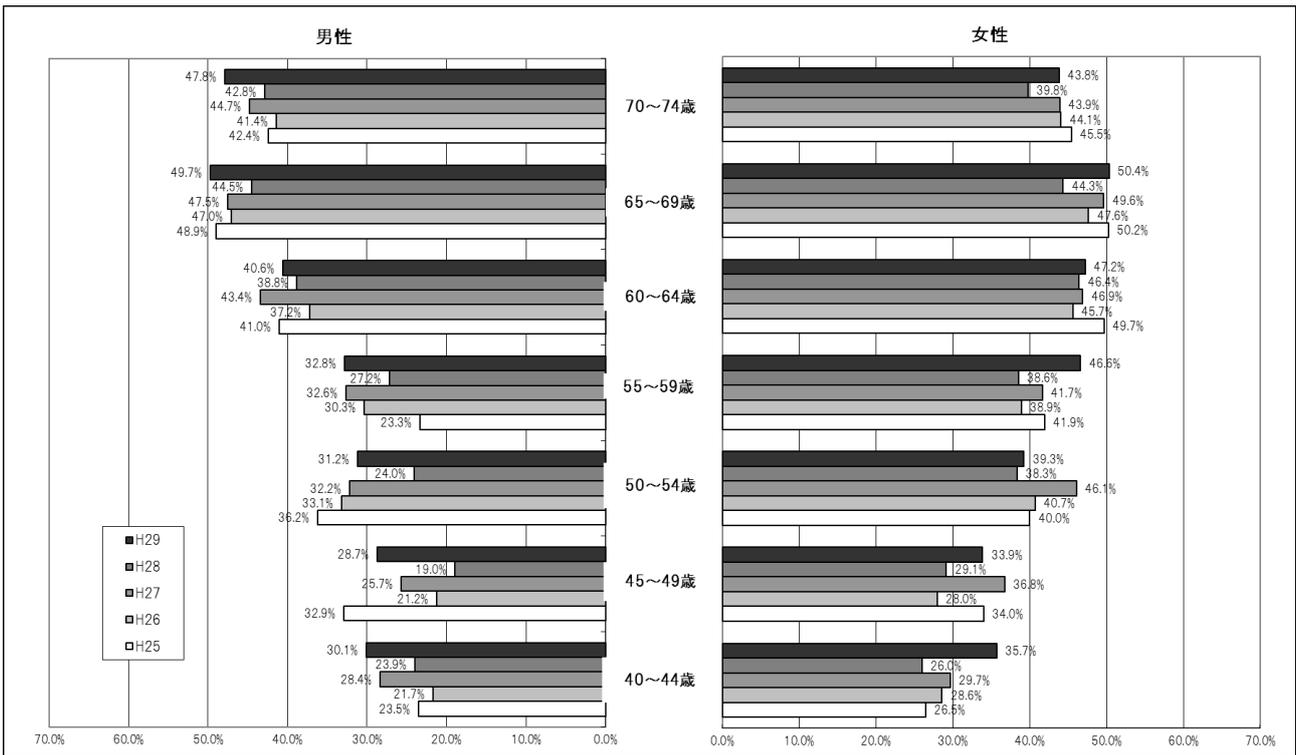
表 3 から、特定健診の新規受診者（過去 5 年間受診がない者）は、HbA1c と尿酸以外全てのデータが継続受診者（過去 1 回受診がある者）より悪いことがわかります。

健診の機会を提供し継続受診につなげ、また継続的に保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防及び重症化予防につなげることが今後も重要です。

(表1) 特定健診受診

		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	受診率																		
総数	H25	302	75	24.8%	293	98	33.4%	392	149	38.0%	472	154	32.6%	898	411	45.8%	1,132	562	49.6%	1,049	462	44.0%
	H26	299	74	24.7%	289	71	24.6%	344	127	36.9%	470	162	34.5%	828	347	41.9%	1,250	592	47.4%	1,008	432	42.9%
	H27	283	82	29.0%	276	86	31.2%	303	119	39.3%	443	163	36.8%	786	356	45.3%	1,282	624	48.7%	973	431	44.3%
	H28	269	67	24.9%	264	63	23.9%	287	88	30.7%	427	140	32.8%	702	300	42.7%	1,285	571	44.4%	996	410	41.2%
	H29	255	83	32.5%	260	81	31.2%	273	96	35.2%	407	162	39.8%	659	290	44.0%	1,226	614	50.1%	1,083	494	45.6%
男性	H25	166	39	23.5%	143	47	32.9%	207	75	36.2%	236	55	23.3%	405	166	41.0%	517	253	48.9%	488	207	42.4%
	H26	166	36	21.7%	146	31	21.2%	172	57	33.1%	244	74	30.3%	368	137	37.2%	591	278	47.0%	452	187	41.4%
	H27	155	44	28.4%	140	36	25.7%	149	48	32.2%	239	78	32.6%	366	159	43.4%	591	281	47.5%	447	200	44.7%
	H28	142	34	23.9%	137	26	19.0%	154	37	24.0%	217	59	27.2%	340	132	38.8%	586	261	44.5%	453	194	42.8%
	H29	143	43	30.1%	136	39	28.7%	138	43	31.2%	201	66	32.8%	318	129	40.6%	557	277	49.7%	485	232	47.8%
女性	H25	136	36	26.5%	150	51	34.0%	185	74	40.0%	236	99	41.9%	493	245	49.7%	615	309	50.2%	561	255	45.5%
	H26	133	38	28.6%	143	40	28.0%	172	70	40.7%	226	88	38.9%	460	210	45.7%	659	314	47.6%	556	245	44.1%
	H27	128	38	29.7%	136	50	36.8%	154	71	46.1%	204	85	41.7%	420	197	46.9%	691	343	49.6%	526	231	43.9%
	H28	127	33	26.0%	127	37	29.1%	133	51	38.3%	210	81	38.6%	362	168	46.4%	699	310	44.3%	543	216	39.8%
	H29	112	40	35.7%	124	42	33.9%	135	53	39.3%	206	96	46.6%	341	161	47.2%	669	337	50.4%	598	262	43.8%

(図1) 特定健診受診率の推移



(表2) 健診有所見者の割合

	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	腹囲	中性脂肪	ALT(GPT)	HDLコレス テロール	空腹時 血糖	HbA1c	尿酸	収縮期血圧	拡張期血圧	LDLコレステ ロール	血清クレ アチニン
	25以上	男性85以上 女性90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0超過	130以上	85以上	120以上	1.3以上
全国	25.5	32.2	21.7	13.9	4.6	22.6	56.7	6.2	45.8	18.9	52.7	0.9
県	25.8	33.0	19.4	13.7	4.1	35.9	71.5	8.7	45.4	19.9	53.0	1.2
大津町	23.6	30.9	18.8	12.3	3.0	51.0	69.4	8.4	45.9	24.6	56.4	1.4
(大津町人数)	413	539	328	215	53	891	1213	146	802	430	985	24

(表3) 特定健診受診者の受診回数別結果

29年度健診結果

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者			全体		継続受診者 過去5年間で1回以上受診がある者		新規受診者 過去5年間受診がない者			
受診者数			1,820 人	100.0%	1,547 人	85.0%	273 人	15.0%		
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	433 人	23.8%	354 人	22.9%	79 人	28.9%		
	腹囲	男性85以上 女性90以上	560 人	30.8%	470 人	30.4%	90 人	33.0%		
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪	300以上	342 人	18.8%	290 人	18.7%	52 人	19.0%	
		インスリン 抵抗性	血糖 HbA1c (NGSP値)	6.5以上	156 人	8.6%	138 人	8.9%	18 人	6.6%
	(再掲) 7.0以上			66 人	3.6%	60 人	3.9%	6 人	2.2%	
	血管を 傷つける	血 圧	収縮期	160以上	90 人	4.9%	70 人	4.5%	20 人	7.3%
			拡張期	100以上	44 人	2.4%	31 人	2.0%	13 人	4.8%
			計		103 人	5.7%	81 人	5.2%	22 人	8.1%
その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール	160以上	258 人	14.2%	210 人	13.6%	48 人	17.6%		
腎機能	尿蛋白	2+以上	4 人	0.2%	1 人	0.1%	3 人	1.1%		
	eGFR	50未満 70歳以上は40未満	39 人	2.1%	32 人	2.1%	7 人	2.6%		
	尿酸	8.0以上	54 人	3.0%	48 人	3.1%	6 人	2.2%		

* 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

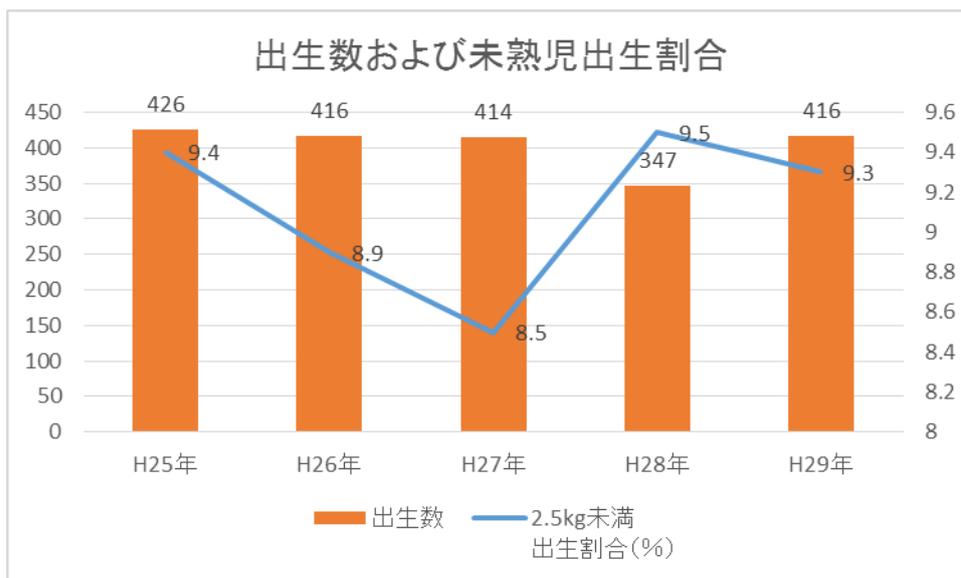
(7) 出生

(表1) 出生率及び低出生体重児出生率

	出生数	出生率	低出生 体重児数	低出生 体重児割合
全国	946,065	7.8	88,930	9.4
熊本県	14,657	8.4	1,370	9.4
大津町	416	12.3	39	9.3

H29 人口動態調査より

(図1)



大津町の出生率は、減少傾向の中、増減を繰り返していますが、全国・熊本県より高くなっています。

近年、出生時の体重が、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病を発症しやすいとの報告が発表されました。

大津町の2,500g未満の低出生体重児の出生率は、増減を繰り返していますが、全国や県と比較して低くなっています。

今後も、生活習慣病予防の視点からも妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりに取り組む必要があります。

2. 町の財政状況に占める社会保障費

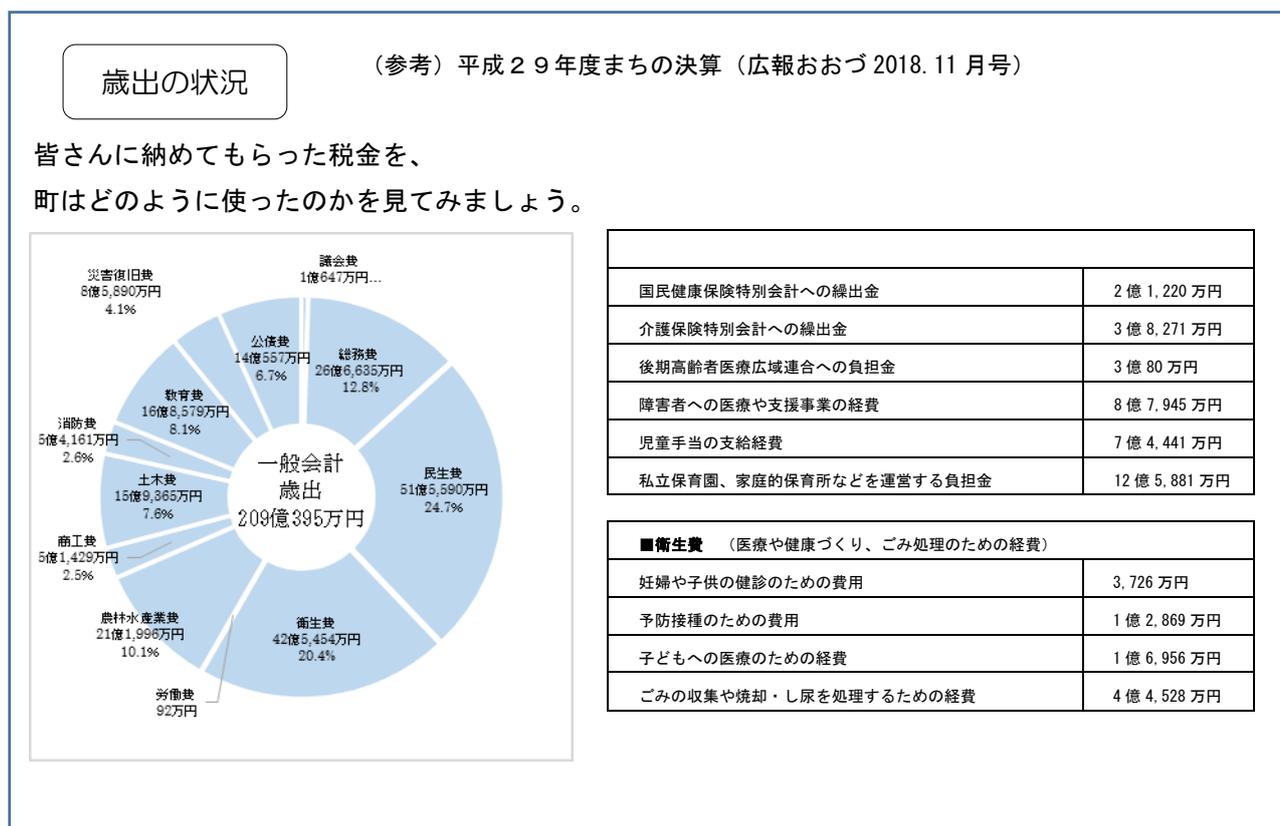
大津町の平成29年度一般会計決算において、歳出の1位が民生費となっており、医療、介護及び子どもや高齢者、障害者のための福祉の経費である社会保障費が、他の経費に比べ最も大きい支出となっています(表1・2)。特に介護保険特別会計の支出額の伸びが大きくなっています。今後さらに高齢化が進展する中で、いかに大津町の社会保障費の伸びを縮小するかが、大きな課題となってきます。

疾病による負担が極めて大きな社会の中で、住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。

(表1) 大津町の財政状況

歳入(一般会計)			歳出(一般会計)		
226 億 121 万円(平成 29 年度決算)			209 億 395 万円(平成 29 年度決算)		
1位	町税	47 億 9,664 万円	1位	民生費	51 億 5,590 万円
2位	国庫支出金	41 億 8,305 万円	2位	衛生費	42 億 5,454 万円
3位	町債(地方債)	33 億 7,787 万円	3位	総務費	26 億 6,635 万円

(平成 29 年度大津町一般会計歳入歳出)決算書より



(表2) 大津町の社会保障費

	医療	介護
決算	37 億円	25 億円
一般会計	6 億円	4 億円

(参考) 社会保障費経年比較

特別会計名	決算額(単位:千円)		
	27年度	28年度	29年度
国民健康保険特別会計	3,641,874	3,426,831	3,455,489
介護保険特別会計	2,198,352	2,300,640	2,566,647
後期高齢者医療特別会計	268,988	252,954	281,182
計	6,109,214	5,980,425	6,303,318

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第Ⅱ章 課題別の実態

1. 前計画の評価

前計画では、健康日本21の指標を参考にし、町では9つの分野毎に目標を設定しました。策定時と現状値を比較し、達成状況の評価を行った結果、表1のとおりとなりました。

これらの評価を踏まえ、「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別し、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	町の現状値				町の目標値
		策定時(平成26年)		評価時(平成30年)		
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)	71.2	平成22年	66.4	平成27年	現状維持 又は減少
	②がん検診の受診率の向上					
	・胃がん	15.20%	平成23年	男性 10.7%	平成29年	現状維持 又は向上
	・肺がん	32.10%		女性 13.3%		
	・大腸がん	22.90%		男性 9.3%		
	・子宮頸がん	39.90%		女性 15.5%		
・乳がん	44.40%	男性 9.1%		女性 15.0%		
			24.2%			
			30.0%			
循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)		平成22年	65.2(↓)	平成28年	男性 41.7 女性 24.7 男性 31.8 女性 13.7 平成20年度と 比べて25%減少
	・脳血管疾患	86.8				
	・虚血性心疾患	135		118.5(↓)		
	②高血圧の改善(140/90mmHg以上の者の割合)	19.7%		28.1%	平成29年度	i : 14%
	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)		平成24年度			ii : 7.7%
		ii : 9.8%		ii : 13.9%		
④メタリック・ロームの該当者・予備群の減少	487人(26.2%)	平成24年度	11.00%	平成29年度	平成20年度と 比べて25%減少	
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上						
・特定健康診査の実施率	41.2%	平成24年度	41.9%	平成29年度	60%	
・特定保健指導の終了率	43.70%		64.2%		60%	
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	1人(国保)		0人(国保)		現状維持 又は減少
	②治療継続者の割合の増加 (HbA1c(NGSP値)6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	49.7%	平成24年度	59.7%(↑)	平成29年度	75%
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1c(NGSP値)8.4%以上の者の割合の減少)	0.80%		0.59%		現状維持 又は減少
	④糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c(NGSP値)6.5%以上の者の割合)	8.3%		8.6%		現状維持 又は減少
栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)					
	・20歳代女性のやせの者の割合の減少(町は妊娠届出時のやせの者の割合)			14.9%	平成30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	11.50%	平成22年度	9.5%	平成28年度	減少傾向へ
	・肥満傾向にある子どもの割合の減少 (小学5年生の肥満度20%以上の割合)	男子14.6% 女子12.3%	平成26年度	男子9.8% 女子6.5%	平成29年度	減少傾向へ
	・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少(町は40～60代)	29.1%		28.5%		現状維持 又は減少
	・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	14.8%		18.7%		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(町は65～74)	16.2%		16.7%		現状維持 又は減少	
身体活動・運動	①日常生活における歩数の増加 (日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)					
	・40～64歳	男性 76.4% 女性 81.6%	平成23年度	男性 44.1% 女性 49.5%	平成29年度	増加
	・65歳以上	男性 82.1% 女性 90.3%		男性 55.9% 女性 54.6%		増加
	②運動習慣者の割合の増加					
	・40～64歳	男性 32.3% 女性 31.6%		男性 32.5% 女性 29.6%		男性 36% 女性 33% 総数 34%
	・65歳以上	男性 60.1% 女性 51.9%		男性 55.0% 女性 48.2%		男性 58% 女性 48% 総数 52%
③介護保険サービス利用者の増加の抑制(認定者数)	1,137人	平成23年 9月末	1,329人	平成29年 9月末	1,275人	
④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の摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)	男性 30.2% 女性 5.0%	平成23年度	男性 33.0% 女性 8.2%		男性 14.0% 女性 6.3%	
喫煙	①成人の禁煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	11.0%		喫煙率 13.7%	平成29年度	12%
	②睡眠による栄養を十分とれていない者の割合の減少	18.9%		29.2%		15%
休養・こころの健康	①自殺者の減少(人口10万人当たり)	16.0	平成22年	15.6	平成24～28 年平均	H17年と比べて 20%減少
	②歯周病を有する者の割合の減少 (4mm以上の歯周ポケット)	3人(14.3%)	平成24年度	11人(37.9%)	平成29年度	現状維持 又は減少
歯・口腔の健康	・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)	16人(44.4%)		21人(47.7%)		
	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	81.3%		84.3%	平成29年度	80%以上
	・12歳児の一人平均う蝕数の減少	2.3歯	平成23年度	1.14歯	平成28年度	1.5歯未満
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)	137人		160人	平成29年度	増加	

色がついている項目は目標を達成した項目、矢印は目標を達成していないものの、改善傾向にある項目です。

2. 生活習慣病の予防

(1) がん

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。

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いわれています。進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。

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です。

現状と目標

ア がん死亡率の減少

(表1)

大津町のがんによる死亡の状況

		23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度	計		
死亡率（人口3.3万対）		7.5	8.1	7.3	7.1	7.7	7.5	8.1	53.3		
総死亡に占めるがんの死亡割合（％）		30	30	22	22	29	30	26			
死亡者数	早期発見に有効	肺	11	12	13	16	12	15	15	94	
		胃	6	7	7	2	7	9	8	46	
		大腸	11	13	5	5	9	8	7	58	
		乳房	2	4	2	2	4	2	2	18	
		子宮	2	0	0	1	0	2	3	8	
		小計	32	36	27	26	32	36	35	224	
	その他	前立腺	3	3	0	3	0	3	3	15	
		肝臓及び肝内胆道	4	2	9	5	10	11	8	49	
		食道	1	3	1	0	1	2	3	11	
		胆のう及びその他の胆道	4	3	1	3	4	2	3	20	
		すい臓	8	11	3	5	5	9	4	45	
		膀胱	6	2	3	1	5	1	5	23	
		悪性リンパ腫	4	4	1	3	1	0	0	13	
		白血病	2	2	0	2	0	2	3	11	
		その他	9	13	8	7	15	8	13	73	
		小計	41	43	26	29	41	38	42	260	
		がんによる死亡合計		73	79	53	55	73	74	77	484
		大津町の総死亡数		246	267	241	235	255	246	267	1,757

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、大津町のがんによる死亡の状況は表1のとおりであり、死亡率はほぼ横ばいです。目標にあげている75歳未満の年齢調整死亡率については、平成27年には66.4であり、前計画策定時の71.2（人口10万対）より減少していました。

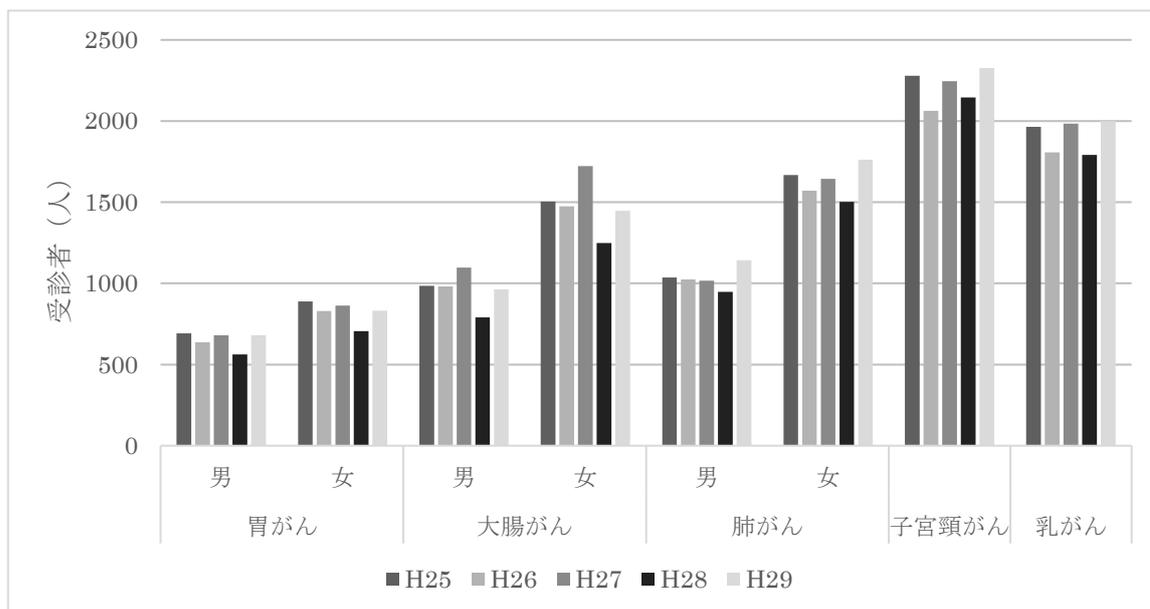
今後も、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と、検診受診率を維持または向上していくことによる重症化予防に努めることで、75歳未満のがんの死亡者数の減少を図ります。

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、がん検診ががんの重症化予防につながります。大津町では、特定健診との同時実施や個別勧奨、年に数回の集団検診実施により受診機会を確保し、受診率向上に努めています。

がん検診の受診者数は図1のとおりであり、平成28年には熊本地震の影響で受診者数が減少したものの、ほぼ横ばい傾向にあり、女性特有のがん検診は他のがん検診と比べると高くなっています。胃がん、大腸がん、肺がん検診は、女性と比べると男性の受診率が低く、年齢は若い年代の受診率が低くなっています。受診しやすい検診の体制づくりや、住民ががん検診の意義や必要性を理解できるような広報活動等が必要です。

(図1) 大津町のがん検診受診者数の推移



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10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2)

(表2) 大津町の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者

		H24	H25	H26	H27	H28
胃がん	精密検査受診率	71.4%	71.4%	72.5%	77.8%	81.4%
	がん発見者数	2	2	0	0	2
大腸がん	精密検査受診率	76.8%	73.3%	81.7%	75.3%	71.8%
	がん発見者数	4	4	6	9	1
肺がん	精密検査受診率	100.0%	81.7%	80.0%	80.0%	75.0%
	がん発見者数	0	4	1	1	3
子宮頸がん	精密検査受診率	66.7%	66.7%	84.6%	85.0%	85.2%
	がん発見者数	1	1	1	1	0
乳がん	精密検査受診率	75.4%	75.0%	85.9%	86.2%	100.0%
	がん発見者数	9	9	6	2	3

(H30年3月現在)

対策

ア 予防可能ながんのリスク要因に対する対策

予防可能ながんのリスク要因としては、喫煙、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜や果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染など様々なものがあるとされています。そのため、子どもの頃からの健康的な生活習慣の形成や感染予防、生涯を通じての健康づくりが重要です。

○ウイルスや細菌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）
- ・ピロリ菌抗体検査
- ・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31年3月現在、積極的勧奨差し控えとなっている。

イ がん検診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報やホームページ、町の行事などを利用した啓発
- ・がん検診と特定健診の同時実施や女性が受診しやすい環境整備
- ・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
- ・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る

〈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（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）

○妊婦健診としての子宮がん検診

ウ 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
- ・がん検診実施機関とがん検診事業の実施及び評価に関する協議を実施

エ 患者等の生活の質の向上

- ・がんを治療している人の就労や社会参加など生活の質の向上を図ることを目的に、医療用かつら購入費の助成を実施
- ・がんに関する相談窓口の周知

（2）循環器疾患

脳血管疾患や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。また、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す。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、健診データや検査データ等で複合的、関連的に把握し危険因子の管理を行い、また、生活習慣の改善を図っていく必要があります。

循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣には、栄養、運動、喫煙、飲酒があり、住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る機会をもつためには、特定健診の受診率向上対策が重要です。

また、重症化予防には、高血圧症、脂質異常症、糖尿病の治療率を上昇させることが必要であり、また、住民自身が自分の身体の状態と、段階に応じた予防行動を知り実践できるよう、正しく理解していただくことが重要です。

現状と目標

ア 脳血管疾患の死亡率の減少

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されています。大津町の脳血管の死亡数及び死亡率は、年度により増減があります。(表1)

(表1) 大津町の脳血管疾患死亡の状況

		H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
総死亡の内脳血管疾患による死亡の割合		10.6	7.7	7.5	10.8	4.7	6.3	8.9
死亡率(人口3.3万対)		28.5	19.6	20.4	25.9	10.8	15.6	21.3
死亡数	脳梗塞	17	14	15	22	7	10	15
	脳内出血	6	4	4	3	3	4	5
	くも膜下出血	4	0	1	1	1	2	2
	その他	0	1	0	0	0	0	0
総数		27	19	20	26	11	16	22

イ 虚血性心疾患の死亡率の減少

虚血性心疾患についても、脳血管疾患と同様に、高齢化に伴い、死亡者は今後も増加していくことが予測されています。大津町の虚血性心疾患による死亡率は、年度により増減はありますが、ほぼ横ばいです。(表2)

(表2) 大津町の虚血性心疾患死亡の状況

		H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
総死亡の内脳血管疾患による死亡の割合		16.5	14.6	16.5	17.4	20.9	15.7	16.3
死亡率(人口3.3万対)		44.4	37.2	44.8	41.9	48.3	39.1	38.7
死亡数	虚血性心疾患	16	13	12	10	14	10	7
	その他	26	23	32	32	35	30	33
総数		42	36	44	42	49	40	40

平成20年度から開始された特定健康診査では、心電図検査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が、大津町においては、当初から受診者全員に心電図検査を実施しています。

特定健診において心電図検査を実施した1,877人中、26.4%にあたる495人に所見がありました。また、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)心電図の所見では、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つなげることで、脳梗塞を防ぐことができます。

また、平成 24～29 年度（9 月末時点）の介護保険第 2 号被保険者認定者 22 名のうち、8 名（36.4%）は、脳血管疾患が原因で介護が必要になっていました。継続的・包括的な保健事業が展開できるよう、「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。（表 3）

（表 3）介護保険第 2 号被保険者の介護認定の原因疾患（H25～29 年度 9 月末時点の合計）

疾病区分	件数
脳血管疾患	8
がん(末期)	5
糖尿病性神経障害・腎症・網膜症	3
その他	6
合計	14

（図 1）重症化予防対象者の明確化（H29 年度）

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視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 -

健康日本21 (第2次) 目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少				重症化予防対象者 (実人数)
	科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2009 (脳卒中治療ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン (2006年改訂版) (循環器病の予防と治療に関するガイドライン (2005年厚生労働省発表))	糖尿病治療ガイド 2014-2015 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)		
レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	クモ膜下出血(7%) 脳出血 (1.6%) 脳梗塞 (7.5%) 心原性 脳塞栓症 (27.6%) ラクナ 梗塞 (31.9%) アテローム 血栓性 脳梗塞 (33.9%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性 狭心症 安静 狭心症									
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病(CKD)					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2009 (日本高血圧学会)	心房細動 2012年版 (日本動脈硬化学会)	動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2012-2015 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	CKD診療ガイド2012 (日本腎臓病学会)	
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/d以上	中性脂肪 300mg/d以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中7.0%以上)	蛋白尿 (2+) 以上	eGFR50未満 70歳以上40未満			
受診者数 1,820 対象者数	103 5.7%	18 1.0%	78 4.3%	39 2.1%	311 17.1%	112 6.2%	4 0.2%	39 2.1%	546 30.0%		
治療なし	59 4.8%	3 0.3%	74 5.2%	26 1.8%	83 8.0%	64 3.8%	0 0.0%	9 0.9%	220 21.3%		
(再掲) 特定保健指導	27 26.2%	2 11.1%	29 37.2%	11 28.2%	83 26.7%	20 17.9%	0 0.0%	3 7.7%	124 22.7%		
治療中	44 7.5%	15 1.9%	4 1.0%	13 3.3%	228 29.0%	48 37.5%	4 0.5%	30 3.8%	326 41.5%		
臓器障害あり	18 30.5%	3 100.0%	14 18.9%	5 19.2%	22 28.5%	16 25.0%	0 --	9 100.0%	55 25.0%		
CKD (専門医対象者)	1	0	0	1	2	1	0	9	11		
蛋白尿 (2+) 以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
尿蛋白 (+) and 尿糖血 (+) 以上	1	0	0	1	2	1	0	0	2		
eGFR50未満 (70歳未満は除外)	0	0	0	0	0	0	0	9	9		
心電図所見あり	17	3	14	4	21	15	0	3	48		
臓器障害なし	41 69.5%	--	60 81.1%	21 80.8%	61 78.5%	48 75.0%	--	--	--		

ウ 高血圧の改善

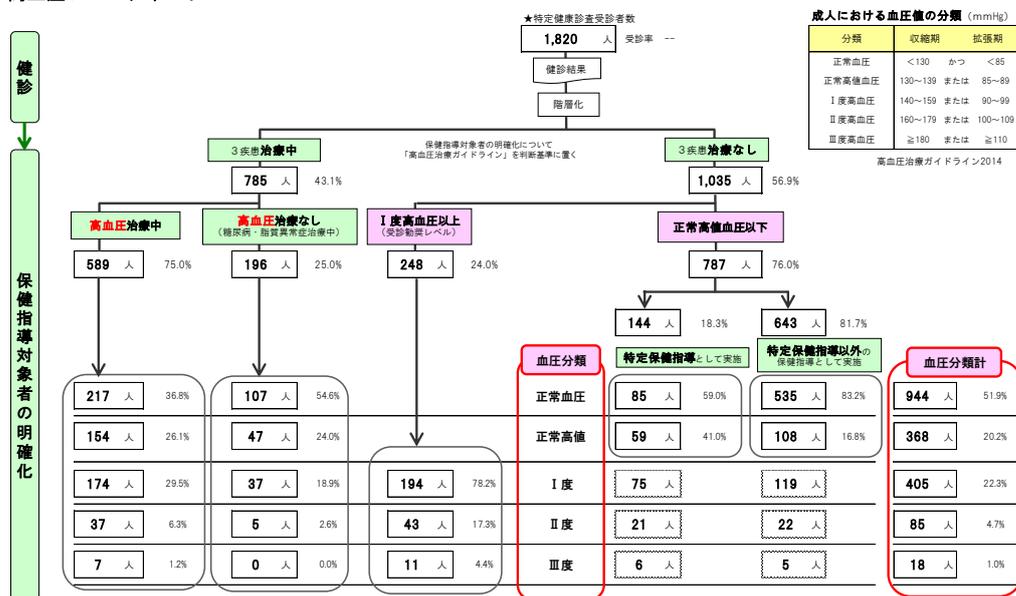
高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、循環器疾患の発症や死亡に対しては、他の危険因子と比べるとその影響は大きいと言われています。

平成 25～29 年度特定健診受診者のうちⅡ度高血圧以上者の割合は、平成 28 年度に一時期上昇しましたが、5.7～5.8%でほぼ横ばい傾向です。平成 29 年度の結果では受診勧奨レベルであるⅠ度高血圧以上（未治療）に 248 名が該当します。そのうち 54 名がⅡ度高血圧以上に該当しており、早期に治療に繋げることが必要です。また、高血圧の治療中でも、Ⅰ度高血圧以上に 218 名、その内Ⅱ度高血圧以上が 44 名該当しており、治療中断を防ぎコントロールを良好に保つために、医療との連携も必要だと考えます。

(図 2)

(図 2) 高血圧の状況 (H29 年度健診結果及び H25～29 年度経年結果)

高血圧フローチャート



年度	健診受診者	正常	正常高値	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧以上			割合
					Ⅱ度高血圧	未治療	治療	
H25	1,911	1,070 56.0%	363 19.0%	369 19.3%	109 5.7%	68 53.2%	51 46.8%	5.7%
					16 0.8%	7 43.8%	9 56.3%	
H26	1,805	955 52.9%	358 19.8%	390 21.6%	102 5.7%	60 58.8%	42 41.2%	5.7%
					18 1.0%	10 55.6%	8 44.4%	
H27	1,861	979 52.6%	343 18.4%	431 23.2%	108 5.8%	61 56.5%	47 43.5%	5.8%
					16 0.9%	11 68.8%	5 31.3%	
H28	1,639	849 51.8%	337 20.6%	345 21.0%	108 6.6%	64 59.3%	44 40.7%	6.6%
					18 1.1%	16 88.9%	2 11.1%	
H29	1,820	944 51.9%	368 20.2%	405 22.3%	103 5.7%	69 57.3%	44 42.7%	5.7%
					18 1.0%	11 61.1%	7 38.9%	

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)

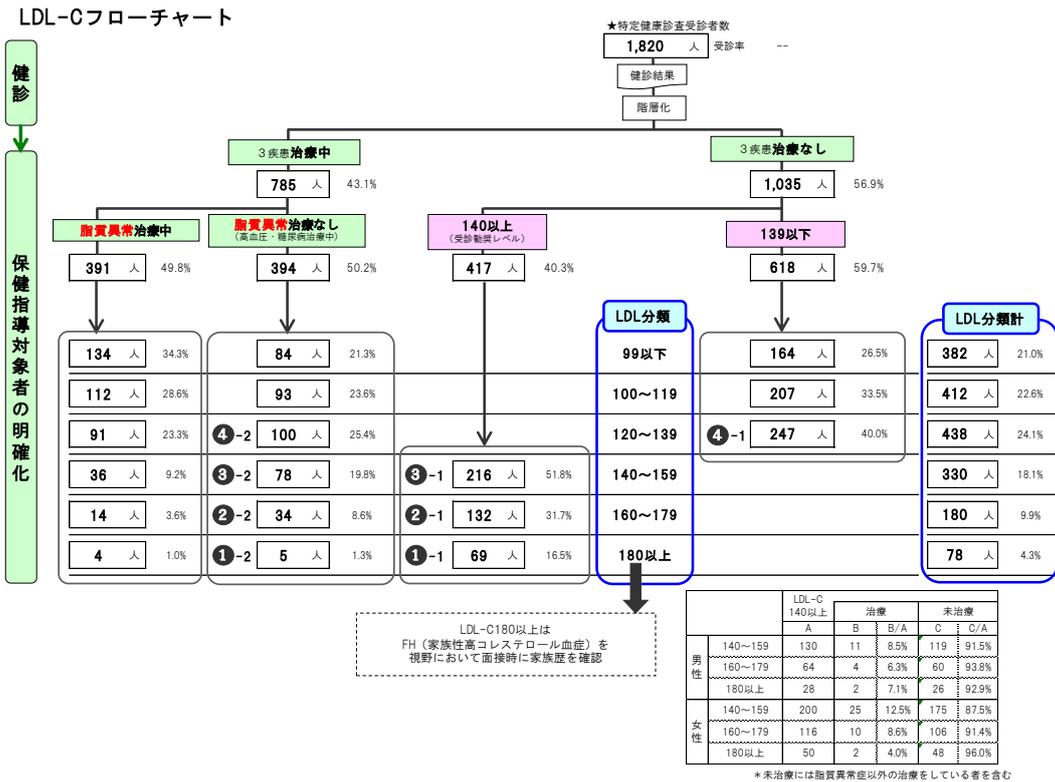
脂質異常症は冠動脈疾患の危険因子であり、とくに総コレステロール及び LDL コレステロールの高値は、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。

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。

す。また、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017 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ています。

平成 25～29 年度特定健康診受診者のうち LDL 160mg/dl 以上者の割合は、年々上昇しており、180mg/dl 以上者は横ばい傾向です。平成 29 年度特定健康診受診者のうち、LDL 180mg/dl 以上（未治療）に該当する 74 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を勧奨し、適切な治療により発症・重症化予防につなげていくことが必要です。（図 3）

（図 3）LDL-C の状況（H29 年度健康診結果及び H25～29 年度経年結果）



年度	健康診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再発
					再180以上	未治療	治療	
H25	1,911	44.6%	25.8%	17.6%	228	207	21	11.9%
					4.0%	99.9%	9.1%	
H26	1,805	43.9%	26.0%	17.8%	223	206	17	12.4%
					3.9%	92.4%	7.6%	
H27	1,861	43.6%	24.5%	18.5%	250	232	18	13.4%
					4.2%	92.3%	7.7%	
H28	1,639	45.1%	23.7%	17.7%	221	204	17	13.5%
					4.0%	92.3%	7.7%	
H29	1,820	43.6%	24.1%	18.1%	268	240	18	14.2%
					4.3%	93.0%	7.0%	

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、その減少が評価項目の一つとされました。大津町は、メタボ予備群の割合は減少傾向にありますが、メタボの該当者が増加しています。大津町の目標である、平成 20 年度比 25%減少について達成していないため、目標値を再検討し、今後も特定保健指導及を中心とした取り組みを継続していくことが必要です。（表 4）

(表4) メタボリックシンドロームの予備群及び該当者の推移

	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(%)
H25	4,538	1,818	40.1	258	14.2	211	11.6
H26	4,488	1,753	39.1	267	15.2	188	10.7
H27	4,346	1,775	40.8	303	17.1	170	9.6
H28	4,230	1,580	37.4	279	17.7	150	9.5
H29	4,163	1,746	41.9	301	17.2	177	10.1

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60%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となります。

対策

ア 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
- ・前年度受診者で当該年度未受診者への電話勧奨
- ・保健師・栄養士訪問時の受診勧奨
- ・階層化に基づいた個別及び集団の健診結果説明会（健診機関との連携）

イ 保健指導対象者を明確にするための施策

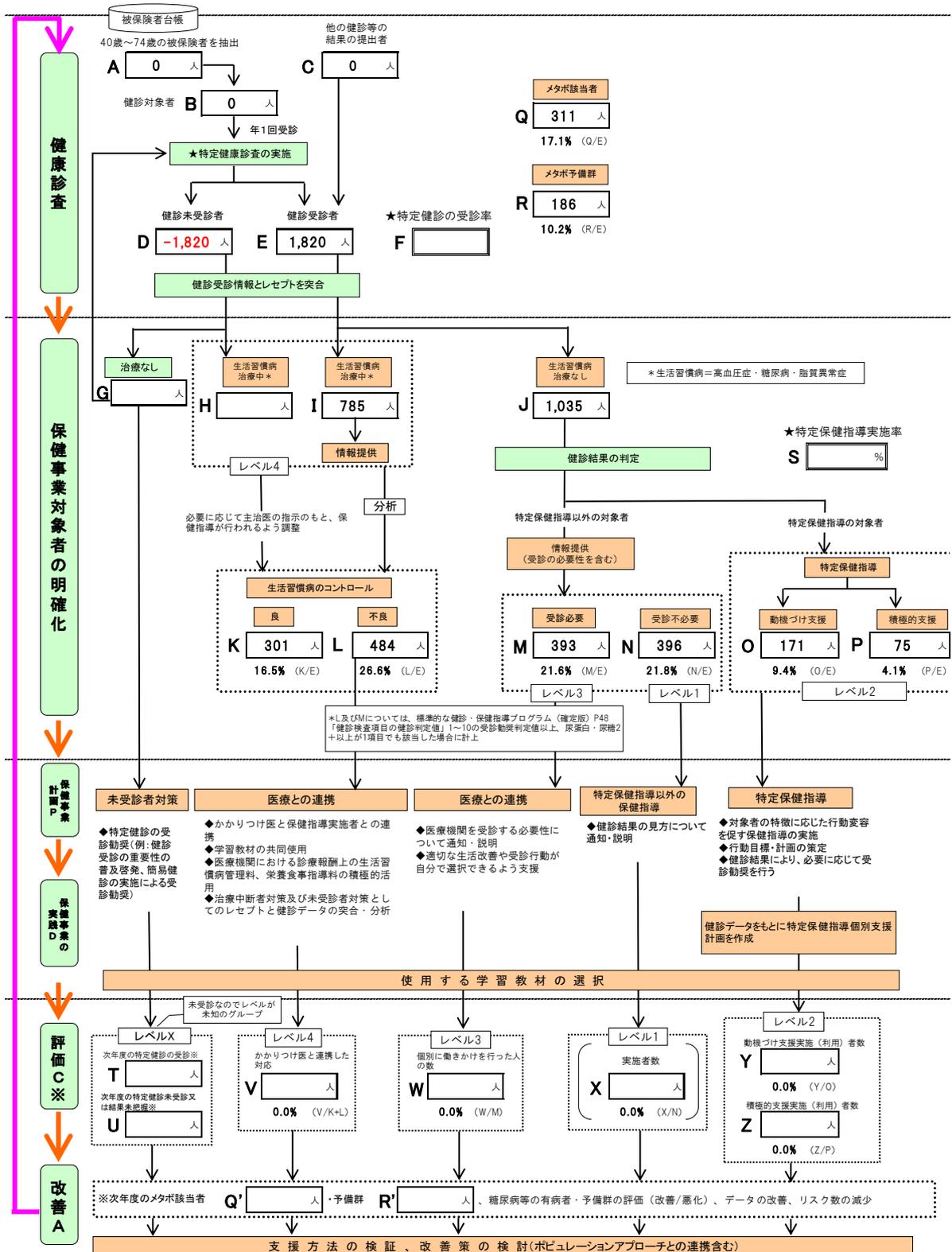
- ・大津町国民健康保険特定健康診査の結果から対象者を抽出
ふるさと総合健診（6月）・がん複合検診（10月）・追加健診・人間ドック等の実施により受診機会を確保
- ・特定健康診査に項目を追加（尿たんぱく定量検査）
- ・健康診査(生活保護世帯)

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、たんぱく尿等)（図4）
 - ・家庭訪問や健康相談、健診結果説明会、生活習慣病予防教室など、多様な事業によるきめ細やかな保健指導の実施
 - ・医療機関への受診勧奨や治療中者への保健指導におけるかかりつけ医との連携の推進
- ※第2期データヘルス計画との整合性を保ちながら対策を行う。

(図4) 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート (平成29年度実績)

様式6-10



(3) 糖尿病

糖尿病は、進行すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし、また、脳卒中、虚血性心疾患などの心血管疾患の発症・進展を促進します。これらの合併症は、生活の質(QOL：Quality of Life)に多大な影響を及ぼします。また、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活動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い、増加ペースは加速することが予想されています。

糖尿病の危険因子は、1) 加齢、2) 家族歴、3) 肥満、4) 身体活動の低下(運動不足)、5) 耐糖能異常(血糖値の上昇)であり、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、重要なのは介入可能な危険因子の管理であり、その対策は生活習慣病としての高血圧、脂質異常症への介入手段としても有効であり、また、心血管疾患の予防対策となりえます。

また、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、早期に医療機関につなぎ、必要時は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重要です。同時に、糖尿病の未治療や治療中断が、糖尿病の合併症の増加につながることは明確であり、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が重要です。

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

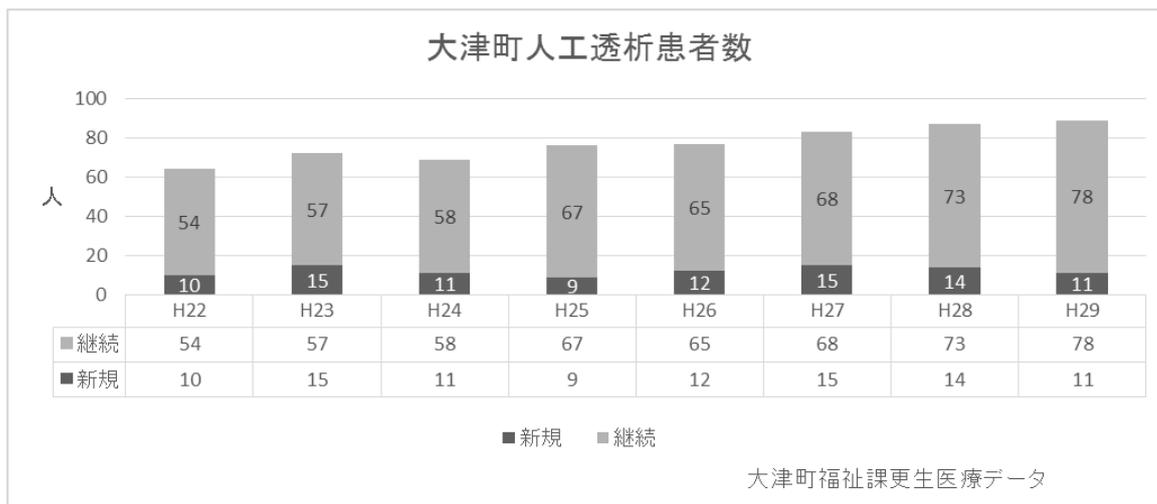
全国的な糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は、平成28年で透析導入全体の43.2%を占めており、横ばいが続いています。

大津町の糖尿病性腎症による新規透析導入は、年度により差はありますが、横ばい傾向にあります。(図1) また、新規透析導入者のうち国保加入者の基礎疾患の保有状況は、糖尿病が35.7%、高血圧が85.7%でした。(図2)

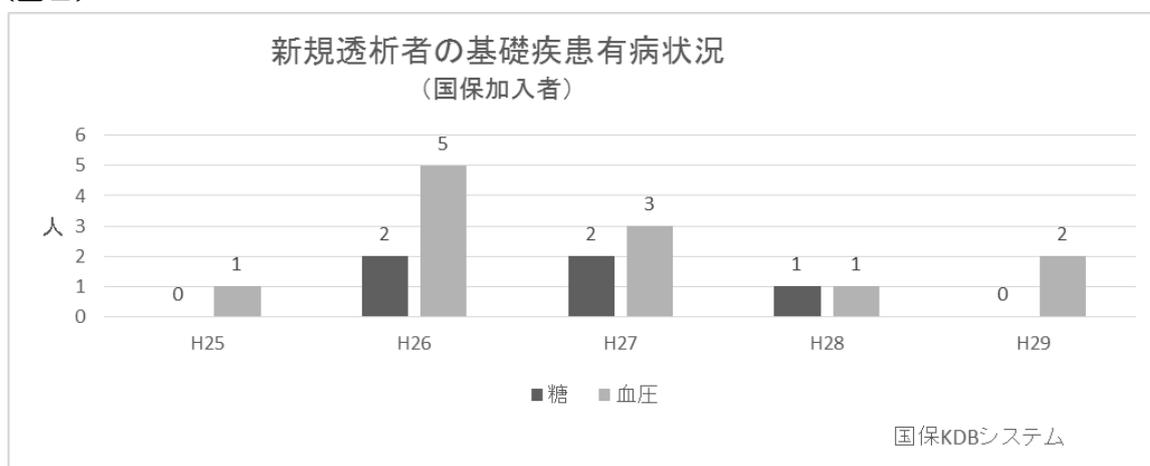
新規透析導入者の健診受診歴を確認すると、未受診者や継続受診していない人も含まれていることが分かりました。

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、健診受診や継続受診を勧奨し、また、他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)



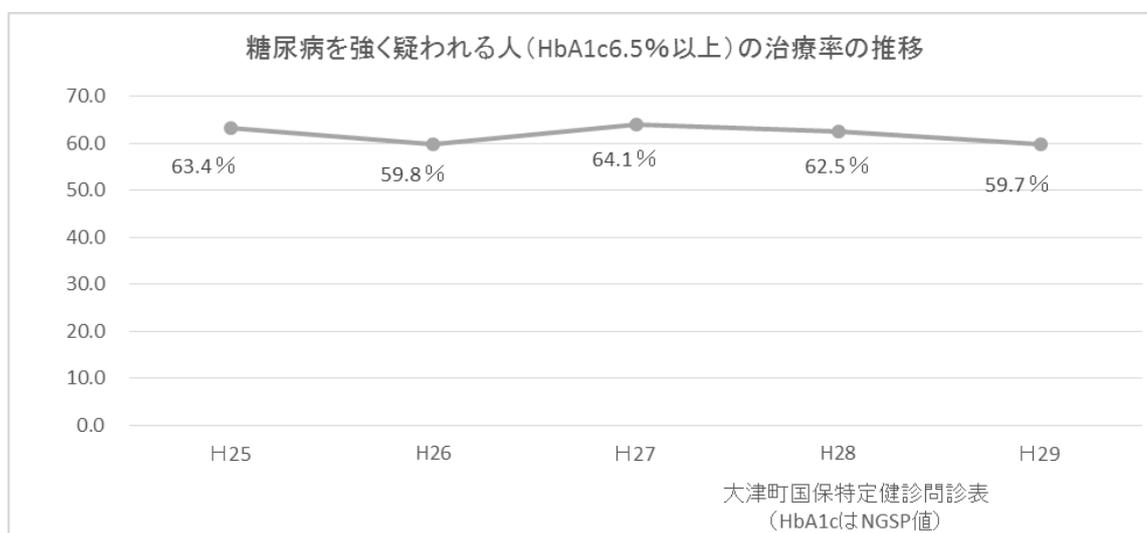
(図2)



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。大津町の特定健診受診者のうち、糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上者)の治療率は、平成27年度の64.1%が最高で、やや減少傾向です。(図3)

(図3)



糖尿病の第1段階の治療は、「食事療法」及び「運動療法」であり、その効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。薬剤処方がないため治療中断してしまう人がないように、糖尿病治療には段階があることを周知していくことが重要です。

糖尿病型でありながら医療機関未受診・未治療の人や、治療を中断している人を減少させるために、適切な医療機関受診・治療の開始や治療継続が支援できるよう、個別的な保健指導が必要です。

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8.0%以上者の割合の減少)

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2016」では、血糖コントロール評価指標として、最低限達成が望ましい目標値はHbA1c8.0%とされています。目標値以上が続く場合、治療の変更を考慮することが必要であり、また、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、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6.5%以上の人に医療機関受診勧奨の保健指導を実施し、またHbA1cが7.0%以上の治療中の人にも、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%以上の方の割合は増加傾向にあり、今後は、かかりつけ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ます。(図4)

(図4)

HbA1cの年次比較

年度	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
		5.5以下 (5.1以下)		5.6~5.9 (5.2~5.5)		6.0~6.4 (5.6~6.0)		糖尿病						7.4以上 (7.0以上)		8.4以上 (8.0以上)	
		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上 (7.0以上)		8.4以上 (8.0以上)		7.4以上 (7.0以上)		8.4以上 (8.0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
H25	1,911	898	47.0%	695	36.4%	193	10.1%	62	3.2%	46	2.4%	17	0.9%	36	1.9%	15	0.8%
H26	1,805	827	45.8%	621	34.4%	234	13.0%	70	3.9%	41	2.3%	12	0.7%	25	1.4%	11	0.6%
H27	1,861	781	42.0%	691	37.1%	262	14.1%	71	3.8%	36	1.9%	20	1.1%	36	1.9%	17	0.9%
H28	1,639	664	40.5%	576	35.1%	259	15.8%	64	3.9%	56	3.4%	20	1.2%	40	2.4%	14	0.9%
H29	1,820	565	31.0%	751	41.3%	348	19.1%	90	4.9%	50	2.7%	16	0.9%	33	1.8%	11	0.6%

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HbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲
					再) 7.0以上	未治療	治療	
H25	1,911	898 47.0%	695 36.4%	193 10.1%	125	44	81	3.3%
					63	23	40	
H26	1,805	827 45.8%	621 34.4%	234 13.0%	123	50	73	2.9%
					53	19	34	
H27	1,861	781 42.0%	691 37.1%	262 14.1%	127	47	80	3.0%
					56	20	36	
H28	1,639	664 40.5%	576 35.1%	259 15.8%	140	53	87	4.6%
					76	20	56	
H29	1,820	565 31.0%	751 41.3%	348 19.1%	156	64	92	3.6%
					66	18	48	

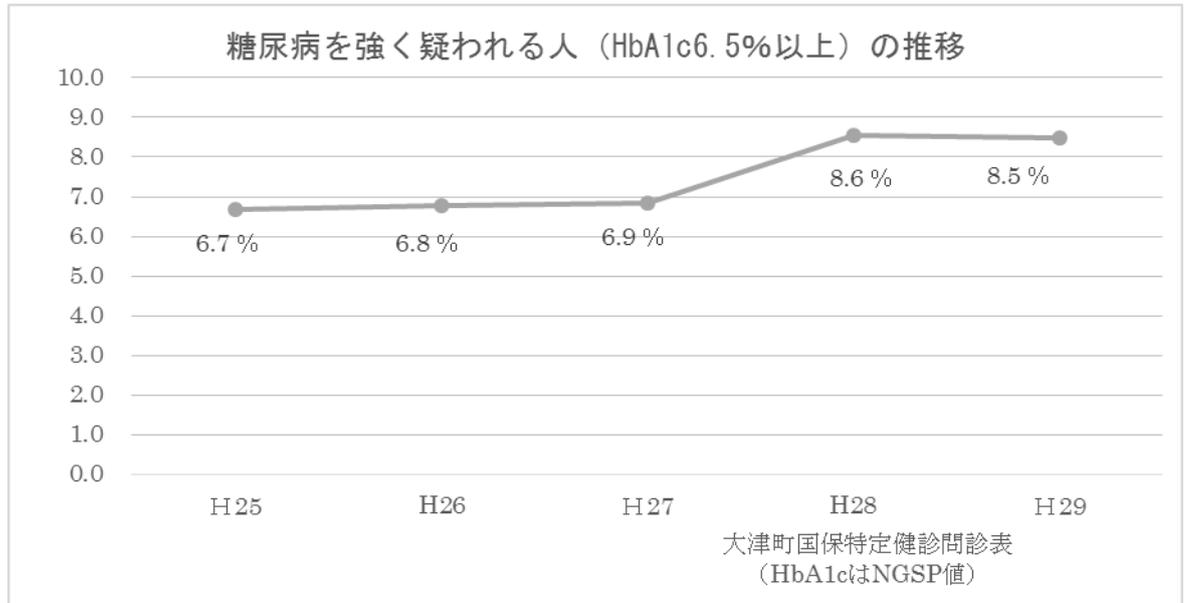
エ 糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上の者)の増加の抑制

健康日本 21（第2次）では、糖尿病有病率の低下が指標として掲げられていますが、中間評価（平成 30 年 9 月）において、糖尿病有病率は変わらないという結果でした。

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つながります。

大津町の糖尿病有病者の推移は、増加傾向にあります。（図 5）

（図 5）



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り、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、親から子へつながっていく可能性が高い習慣です。健診データによる健康実態や、町の食生活の特徴や住民の食に関する価値観などの実態を把握し、乳幼児期、学童期から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

- 健診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
訪問や結果説明等による保健指導の実施
- 妊婦健診や 3 歳児健診におけるハイリスク者への保健指導
- 医療との連携の推進
糖尿病連携手帳の活用
熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じた医療との連携や保健指導
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
- 保健指導の質の向上

(4) CKD (慢性腎臓病)

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ました。

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)

(図1)

表. 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)			正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)			30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)			正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)			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			

重症度のステージはGFR区分と蛋白尿区分を合わせて評価する
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 ■ のステージを基準に、黄 ■ , オレンジ ■ , 赤 ■ 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を日本人用に改変)

(出典：日本腎臓学会; CKD診療ガイド2012. 東京医学社. 東京. 2012)

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、家族歴や過去の健診における、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。

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。

現状と目標

わが国の新規透析導入患者は、1983年（昭和58年）頃は年に1万人程度で導入平均年齢は50歳代前半でしたが、2017年（平成29年）には約3万9千人で導入平均年齢は69.7歳となり、患者数は増加し、導入年齢が高齢化しています。

新規透析導入患者増加の大きな原因は、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。

疫学調査により、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。

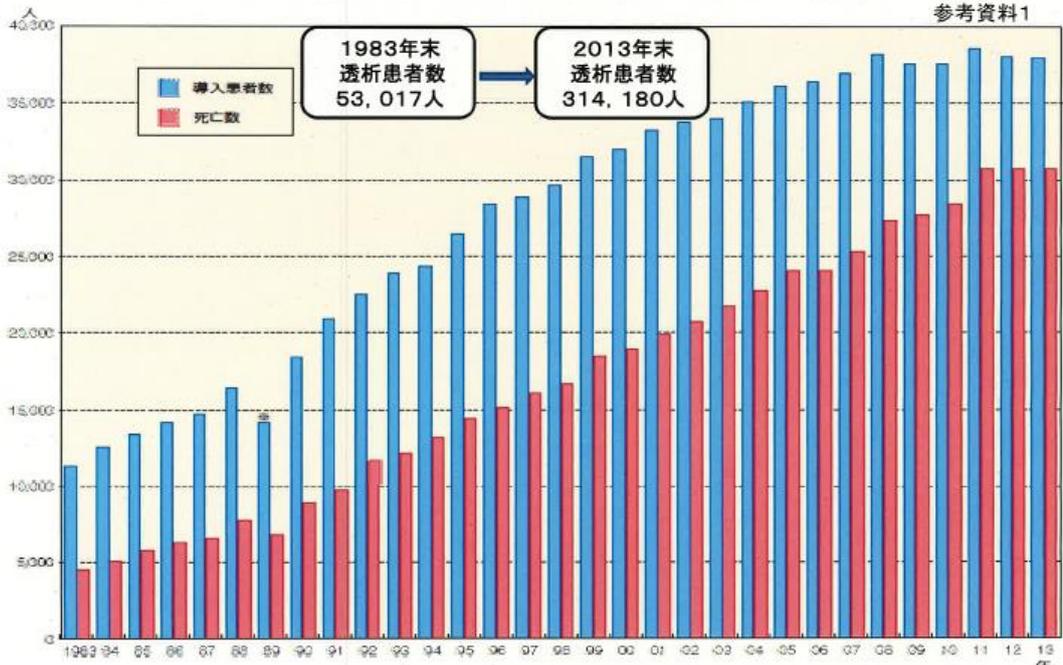
すなわち腎臓疾患、特に慢性の腎臓疾患は、単に末期腎不全（透析）のリスクだけではなく、心血管イベントのリスクを背負っている危険な状態であり、腎機能の問題は、全身の血管系の問題だといわれています。

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、2017年（平成23年）は6,499人で、全国平均の2,640人に比べ多く、人口100万人対では1995年（平成7年）に全国第1位となり、高い水準で推移し、2017年（平成23年）では第2位となっています。

国全体では、2017年（平成23年）の状況では、人工透析になる原因疾患は糖尿病性腎症が42.5%と最も多いですが横ばい傾向であり、腎硬化症が14.7%で増加しています。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2、3、P29図1、2）

(図2)

透析患者数、新規透析導入患者数、死亡患者数について

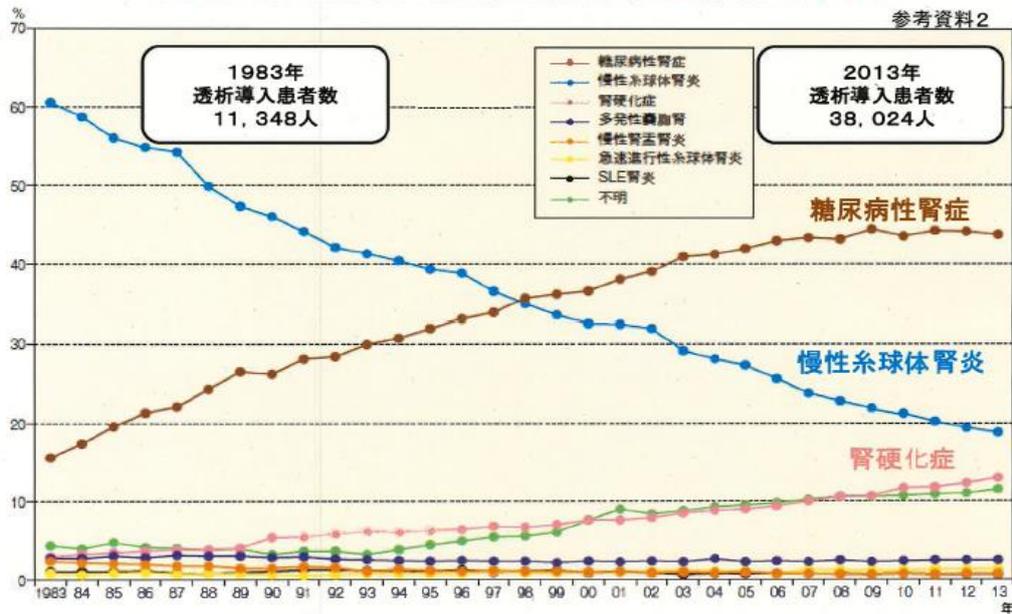


出典：我が国の慢性透析療法の現状(日本透析医学会)

※：1989年の減少はアンケート回収率が86%と例外的に低かった事による見かけ上の影響(2013年は回収率99%)

(図3)

透析導入患者の主要原疾患の推移(年別)



出典：我が国の慢性透析療法の現状(日本透析医学会)

平成29年度の特定健診の結果では、CKD重症分類で赤のステージ12人(0.7%)、オレンジ30人(1.7%)で、腎臓専門医レベルの人が合わせて42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1、2)

(表1)

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
GFR区分 (ml/分/1.73m ²)			尿蛋白区分		A1	A2		A3
			尿検査・GFR 共に実施		(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上
			1,819人	1,781人	34人	6人	4人	
				97.9%	1.9%	17.6%	0.2%	
G1	正常 または高値	90以上	146人 8.0%	143人 7.9%	3人 0.2%	1人 33.3%	0人 0.0%	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	1,338人 73.6%	1,315人 72.3%	23人 1.3%	3人 13.0%	0人 0.0%	
G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	301人 16.5%	295人 16.2%	4人 0.2%	2人 50.0%	2人 0.1%	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	28人 1.5%	24人 1.3%	3人 0.2%	0人 0.0%	1人 0.1%	
G4	高度低下	15-30 未満	4人 0.2%	3人 0.2%	1人 0.1%	0人 0.0%	0人 0.0%	
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	2人 0.1%	1人 0.1%	0人 0.0%	0人 --	1人 0.1%	

(表2)

腎臓専門医に紹介すべき対象者

健診受診者 1,820人

	総数	治療なし					治療中				
		40代	50代	60代	70-74	40代	50代	60代	70-74		
専門医受診対象者 (①～③の実人数)	46人	12人	1人	4人	5人	2人	34人	0人	3人	26人	5人
	2.5%	26.1%	8.3%	33.3%	41.7%	16.7%	73.9%	0.0%	8.8%	76.5%	14.7%
① 尿蛋白 2+以上	4人	0人	0人	0人	0人	0人	4人	0人	0人	3人	1人
	0.2%	0.0%	--	--	--	--	100.0%	0.0%	0.0%	75.0%	25.0%
② 尿蛋白(+) and 尿潜血(+) 以上	6人	3人	0人	0人	1人	2人	3人	0人	1人	1人	1人
	0.3%	50.0%	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	50.0%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%
③ GFR50未満 70歳以上は40未満	39人	9人	1人	4人	4人	0人	30人	0人	2人	24人	4人
	2.1%	23.1%	11.1%	44.4%	44.4%	0.0%	76.9%	0.0%	6.7%	80.0%	13.3%

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、妊娠高血圧症候群に関する知識の普及
- ・妊婦健康診査受診券から結果の個人管理
- ・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

(イ) 幼児期

- ・3歳児健診で蛋白尿が（±）以上の児（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、特定健診受診者のうち尿たんぱく定性検査で（±）以上者への定量検査の実施
- ・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
- ・菊池圏域人工透析予防に向けた地域・医療連携のための学習会の実施

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、特定健康診査の尿たんぱく定量検査の結果に基づいた保健指導の実施

3. 生活習慣の改善

(1) 栄養・食生活（食育推進計画）

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。

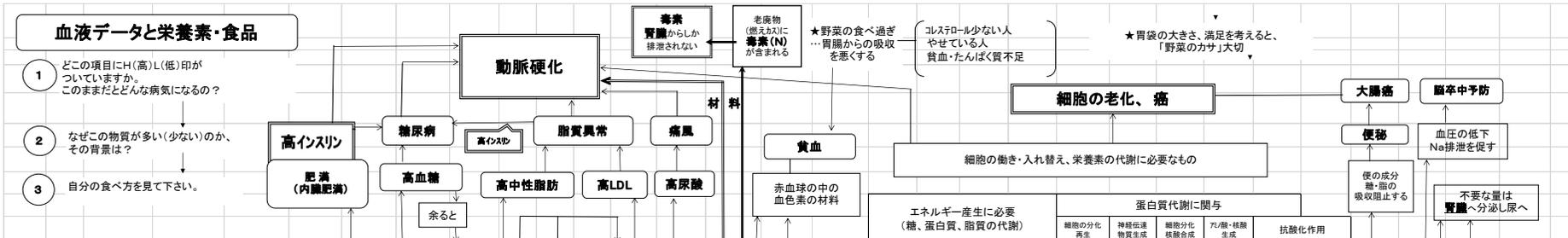
主要な生活習慣病（がん、循環器疾患、糖尿病）予防の科学的根拠があるものと、食品の具体的な関連は表 1 のとおりです。

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)



③ バランス食 人間の体をよい状態に保つたために考えられた基準の食品とその量	① 血液中の物質名 (100cc中の単位)		ある ☆														ない ☆												
	③ 食品	② 栄養素別 重量 g	エネルギー	炭水化物	中性脂肪 (mg)			(脂肪酸)			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	水分
			kcal	g	飽和	一価	※多価	mg	mg	g	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	μg	mg	mg	μg	mg	mg	g	mg	g	g	
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(もも無骨あり)	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
3群	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
	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	砂糖で大きじ1	10	38	9.9	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	0.0	0.0	0
	油	油、種実(料理に使用)	植物油 大きじ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	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	大きじ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	大きじ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。 ★ 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。

※ 多価不飽和脂肪酸 N3系:N6系 = 1.4~6

ライフステージごとの食品の目安量

(表2)

食品		妊娠							授乳期	乳児			幼児		小学生		中学生		高校生		成人	高齢者				
		前期	中期	後期	妊娠高血糖	妊娠高血圧症候群	尿糖+	尿糖-		尿糖±以上	6か月	8か月	11か月	3歳	5歳	6~8歳	9~11歳		12~14歳			15~17歳		70歳以上	男	女
		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						
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 ヨーグル ト	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	110	
第3群	緑黄色野菜	人参 ほうれん草 トマトなど	200~ 250	20	30	45	70	100	100	150	100	200	150	200	150	150	150	150	150							
	淡色野菜	大根 白菜 キャベツ 玉ねぎなど	250	250	250	250	250	250	250	20	20	45	100	140	150	200	180	250	250	300	250	250	200	200	200	
	いも類	ジャガイモなら 1個100g	100	100	100	100	100	100	100	20	20	30	40	50	80	100	100	120	100	120	100	100	100	100	100	
	果物	リンゴなら1/4個と みかん1個で 80kcal	120kcal	120kcal	120kcal	80kcal	120kcal	80kcal	120kcal	-	すりお ろし30 ~40	すりお ろし50 ~70	80kcal													
	きのこ	しいたけ えのき シメジなど	50	50	50	50	50	50	50	-	-	-	20	30	30~50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
	海藻	のり ひじきなど	50	50	50	50	30	30	50	-	3	5	20	20	30	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50
第4群	穀類	ご飯3杯 (450g)	個人に よります	個人に よります	個人に よります	個人に よります	個人に よります	個人に よります	個人に よります	個人に よります	個人に よります	個人に よります	個人に よります	個人に よります	個人に よります	個人に よります	個人に よります	個人に よります								
	種実類 油脂	油大さじ1.5 (18g)	個人に よります	バター で2	バター で3	4	個人に よります																			
	砂糖類	砂糖大さじ1 (9g)	20	20	20	10	20	10	20	0	0	3	10	10	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
	酒類(アルコール)		禁酒	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。栄養・食生活については、適正体重を中心に、目標を設定します。

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。

また、高齢者では体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能低下等のフレイルに着目した対策が必要となります。

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、評価指標とします。

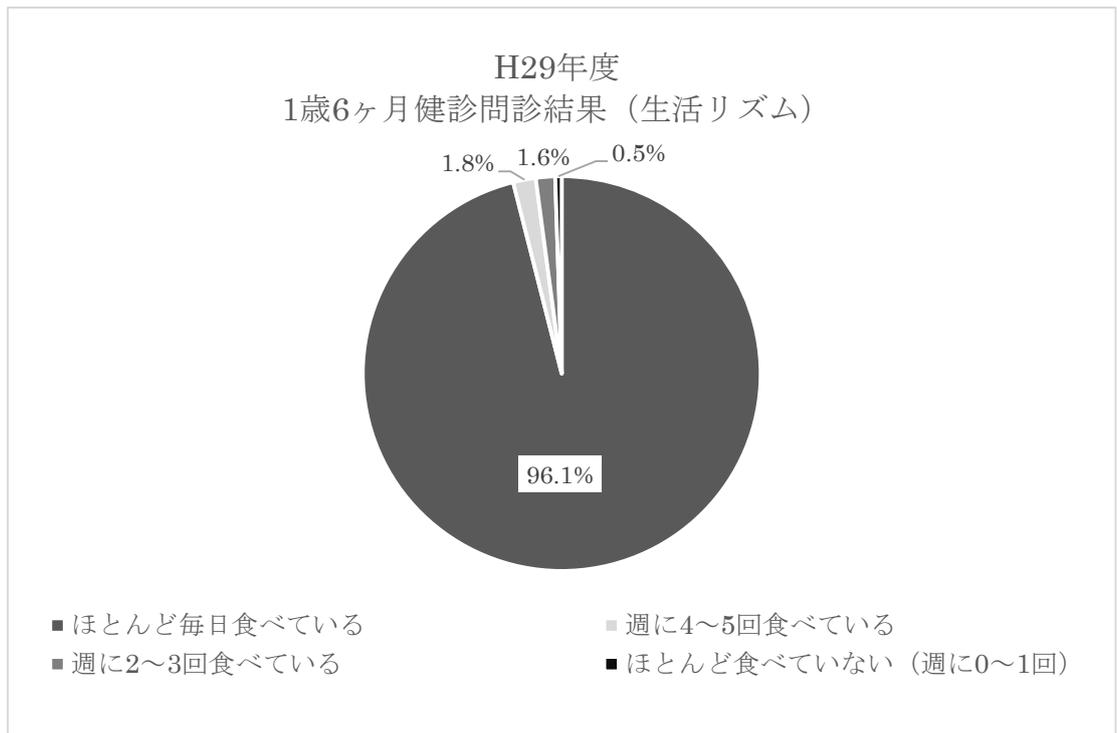
(表3) ライフステージにおける適正体重の評価指標

ライフステージ	妊娠	出生	学童	成人		高齢者
評価指標	20歳代女性 やせの者 (BMI18.5未満)	出生児 低出生体重	小学校5年生 中等度・高度肥満傾向児	20～60歳代男性 肥満者 (BMI25.0以上)	40～60歳代女性	65～74歳代 低栄養 (BMI 20以下)
国の現状	29.0% (平成27年)	9.7% (平成28年)	男子 4.48% 女子 3.19% (平成27年)	31.6% (平成27年)	22.2% (平成27年)	17.90% (平成28年)
大津町の現状	妊娠届出時のやせの者 14.9%	出生児 9.5%	小学校5年生 男子9.5% 女子6.5%	40～64歳代男性 28.5%	40～64歳代女性 18.7%	65～74歳代 16.70%
データソース	平成30年度 妊娠届出時	(平成28年度) 人口動態統計	(平成29年) 健康診断	(平成29年) 特定健診結果		(平成29年) 特定健診結果

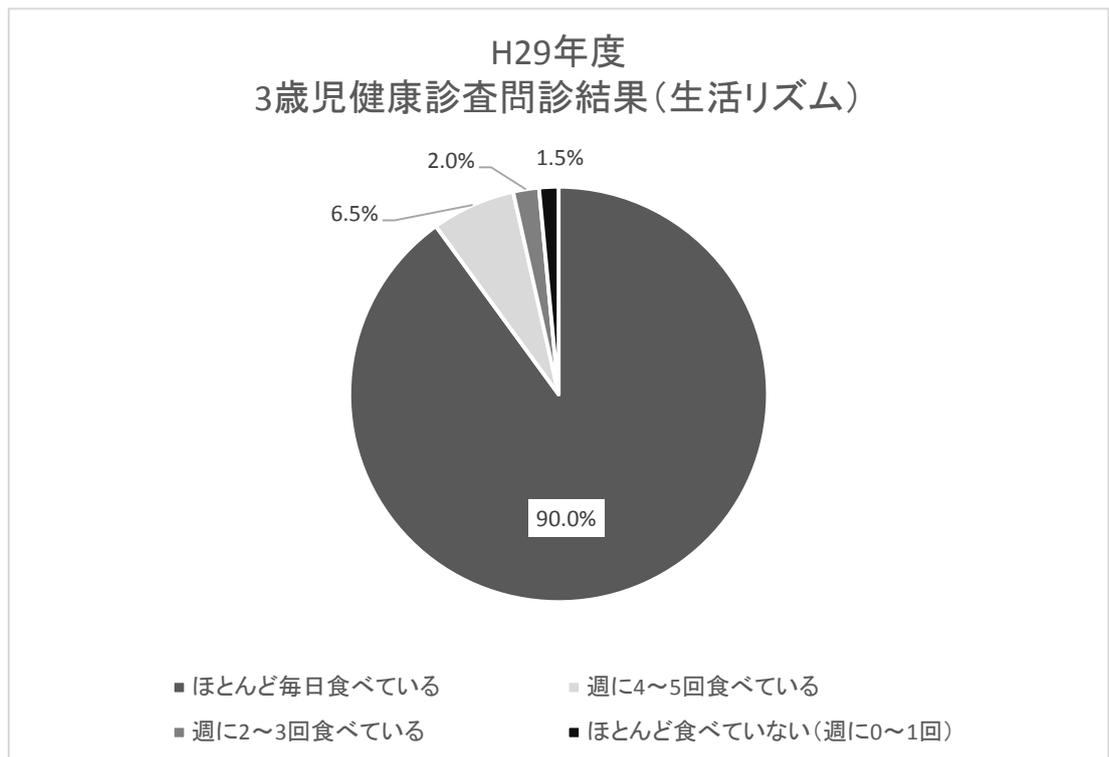
イ、幼児期の食生活習慣

1歳6ヵ月児健診、3歳児健診の問診から幼児の食生活習慣の状況をみてみました。乳幼児の朝食欠食状況は「ほとんど毎日食べている」が90%を占めていますが、ほとんど食べていないという児も1歳6ヵ月児では0.5%、3歳児健診では1.5%みられました。また、3歳児では欠食をしている児の割合が1歳6ヵ月児より高くなっていることがわかります。(図1、2)

(図1) 平成29年度 1歳6ヵ月児健診での朝食の欠食状況



(図2) 平成29年度 3歳児健診での朝食の欠食状況



また、夕食を20時以降に食べる児の割合は1歳6ヵ月児で2.1%、3歳児では1.2%でした。

朝食は、食べることで脳の活性化を促す、体温を上げる、太りにくいからだをつくる、便秘解消などの働きがあります。朝食を欠食することはこのような働きを妨げる要因にもなり、生活のリズムが不規則になります。生活習慣病予防の観点からも、乳幼児健診では生活リズムや朝食の大切さを保護者が理解できるよう、栄養指導を行っていく必要があります。

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

- ・乳幼児健康診査・乳幼児相談（乳幼児期）
健康的な食生活習慣形成に向けた取り組み及び食育の推進
- ・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）
食生活改善推進員の養成（食生活改善推進員50名（平成30年4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
大津町の特産物を活かした料理等の紹介や世代間交流
- ・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）
- ・低栄養、過体重や食事管理が難しい高齢者に対する栄養指導

イ 生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

- ・管理栄養士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

(2) 身体活動と運動

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身体活動といい、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運動といいます。

身体活動・運動の量が多い人は、生活習慣病の罹患率や死亡率が低いこと、メンタルヘルスや生活の質の改善に効果をもたらすことが認められています。また、高齢者においてもADL低下や認知機能低下を防ぎ、死亡のリスクを減らすことにつながります。

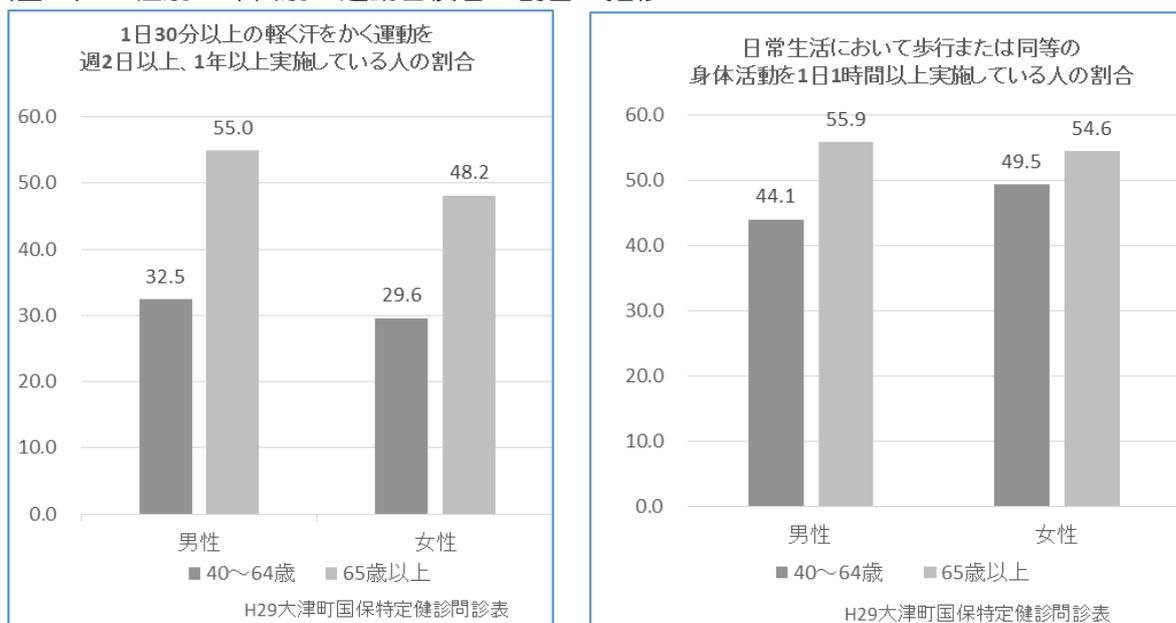
近年では、家事や仕事の自動化、交通手段の発達により身体活動量が低下してきたことは明らかであり、食生活の変化とともに近年の生活習慣病増加の一因となっています。多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施する方法の提供や環境を作ることが求められています。

現状と目標

ア 運動習慣の割合の増加

運動は就労世代（40～60歳代）と比較し、高齢者世代（65歳以上）で取り組んでいる人が多い傾向が続いています。5年前と比較すると、運動習慣のある人の割合は、全体的に減少傾向にあります。（図1）

（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増加するためには、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出来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 29 年 9 月末現在 1,329 人で、要介護認定率は 18.3%です。認定率は熊本県より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。

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 1.45 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。

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方策を活用した運動指導
- ・介護予防事業としての運動や栄養指導

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

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、慢性的な影響による肝疾患、脳卒中、がん等多くの疾患を引き起こす要因となります。その他、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、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以上と定義されています。

また、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は男性1日40gを超える飲酒、女性1日20gを超える飲酒とされています。

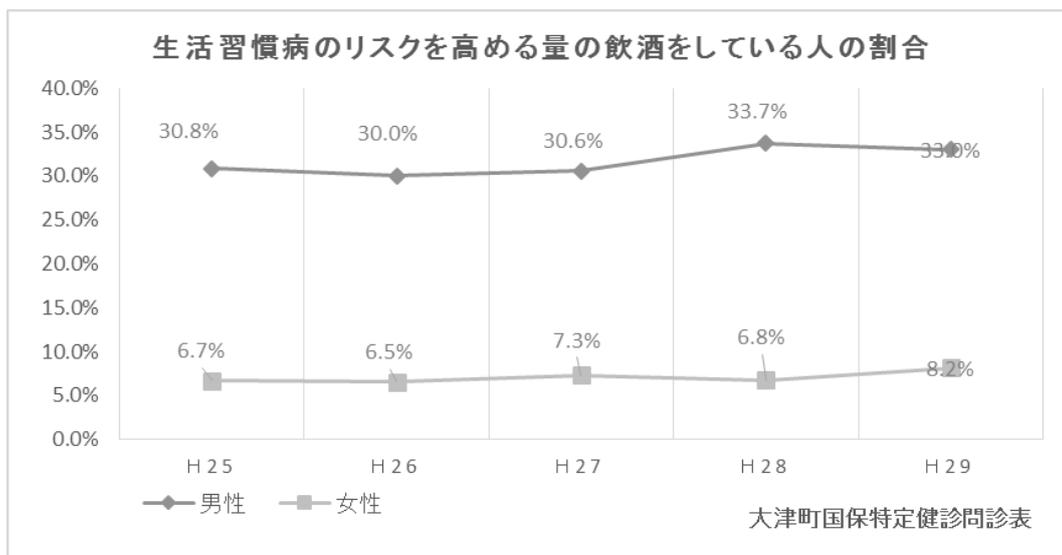
飲酒については、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、健康への影響や、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響など、健康とアルコールの関連について、正確な知識を普及する必要があります。

現状と目標

ア 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(一日当たりの純アルコールの摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)の割合の低減

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、女性と男性とも、5年間の経過を見ると、やや増加しています。(図1) 今後も、適正な飲酒量について情報提供を行う必要があります。

(図1)



	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 -GTについては、異常者の割合は男女ともに、微増しています。(表1)

(表1) γ -GT異常者の推移

① γ -GTが保健指導判定値者の割合(51U/I以上)

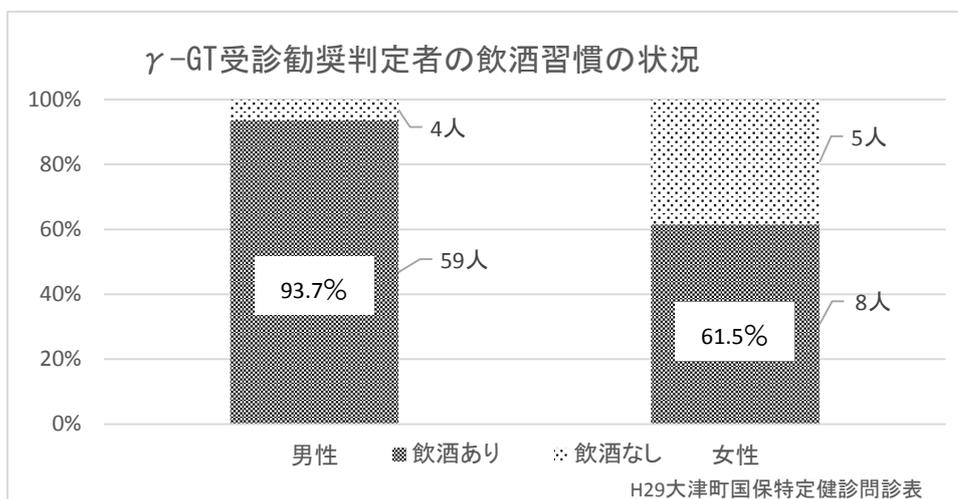
	H25	H26	H27	H28	H29
男性	21.9%	26.3%	25.3%	25.1%	26.5%
女性	6.3%	5.5%	6.5%	6.2%	7.0%

② γ -GTが受診勧奨判定値者の割合(101U/I以上)

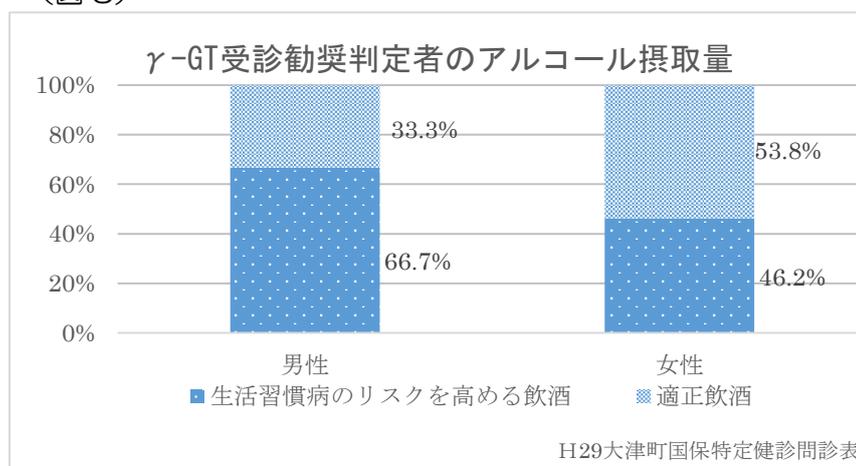
	H25	H26	H27	H28	H29
男性	7.8%	7.7%	8.4%	7.7%	7.3%
女性	1.3%	0.9%	1.3%	1.5%	1.3%

γ -GTの受診勧奨判定値者の飲酒習慣は男性93.7%、女性61.5%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66.7%、女性が46.2%になっています。(図2、3)

(図2)



(図3)



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。

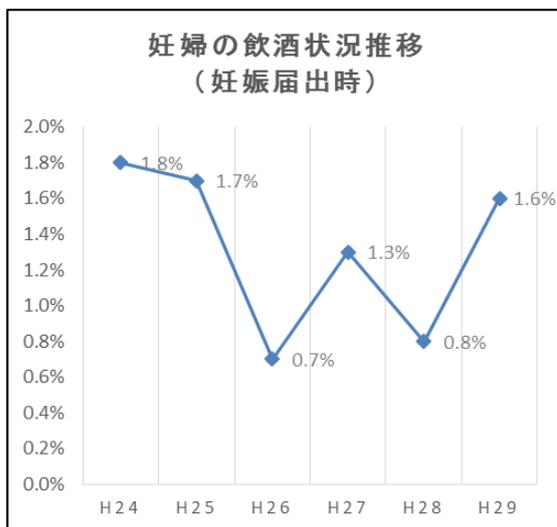
今後も、健診結果の説明等の機会を捉え、個人の健診データと飲酒量を確認しながら、アルコールと健診データとの関連について伝えることが必要になります。

イ 妊娠中の飲酒をなくす

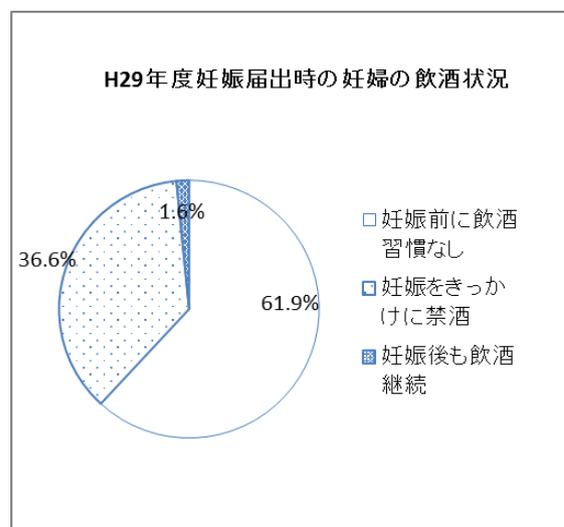
妊娠中の飲酒によりアルコールが胎児に及ぼす影響として、「自然流産のリスクの上昇、低体重児の出生率の低下、胎児奇形性」があります。飲酒の児に与える影響について、妊娠前から学習する機会が必要です。

妊婦の飲酒については、妊娠がわかってからも飲酒を続けている人が、平成 29 年度に 1.6%みられます。(図 4、5)

(図 4)



(図 5)



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保健指導や情報提供
母子健康手帳交付、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、適正飲酒に関する個別指導

(4) 喫煙

たばこによる健康被害は、多岐に渡り、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。

たばこによる健康被害について正しい知識の普及に努め、喫煙率の低下、禁煙に向けての対策が重要です。

現状と目標

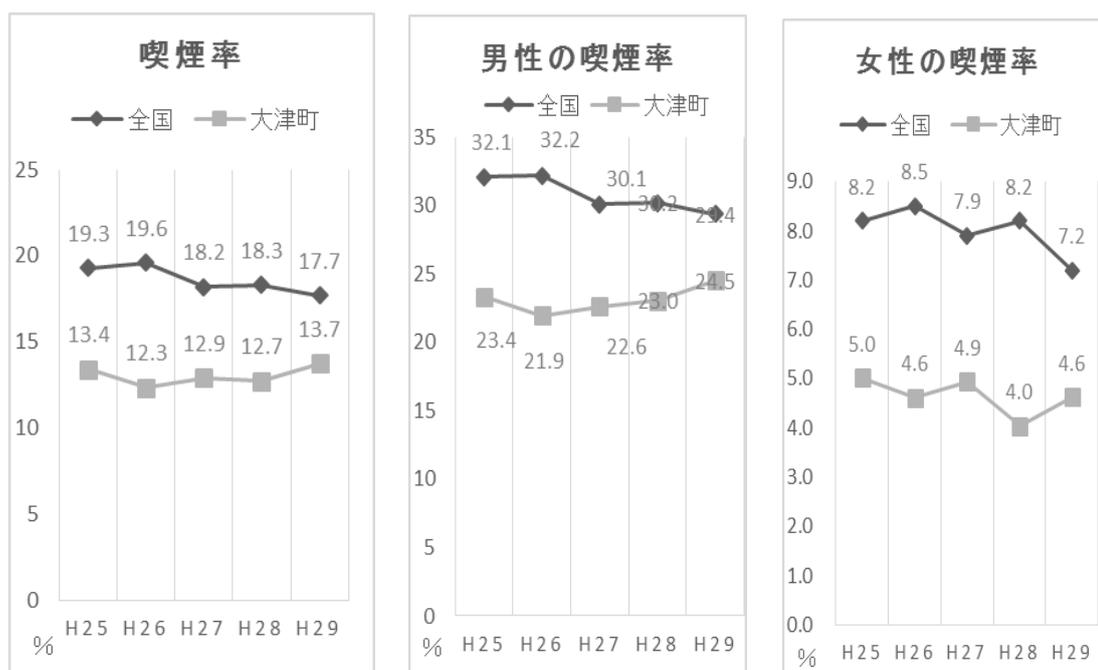
ア 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)

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いますが、男性では微増、女性ではやや減少しています。(図1)

※全国の喫煙率：国民健康・栄養調査より全年代の平均
町の喫煙率：H29 大津町国保特定健診問診表

(図1)



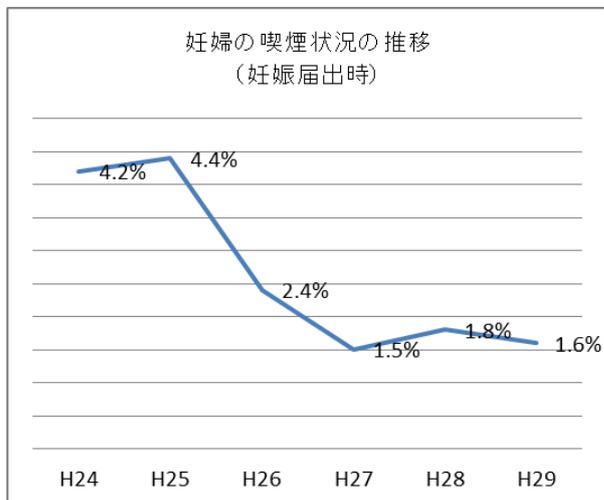
たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけでは禁煙が難しいですが、健診受診後の結果説明等の機会を捉え、喫煙による身体への影響、禁煙に関する情報提供を行うことが重要になります。

イ 妊娠中の喫煙をなくす

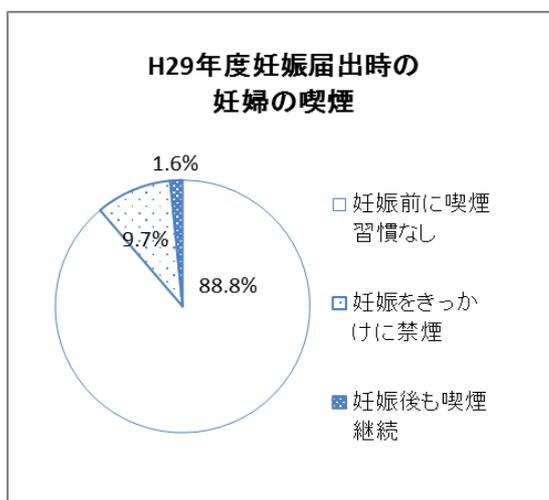
妊娠中の喫煙については、妊娠がわかってからも喫煙を続けている人は、経年的にみると減少しています。平成 29 年度は 1.6%みられ、今後も喫煙が胎児に与える影響について、母子手帳交付等の際に、情報提供を行います。(図 2、3)

妊娠中の喫煙

(図 2)



(図 3)



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、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) こころの健康（自殺対策計画）

こころの健康とは、人がいきいきと自分らしく生きるための重要な条件です。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。

また、自殺は、その多くが追い込まれた末の死であり、背景として精神保健上の問題だけではなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立などの様々な社会的要因があることが知られています。自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が必要であり、「生きることの包括的な支援」であるということを念頭に置き、全庁的な取り組みが必要となります。

現状と目標

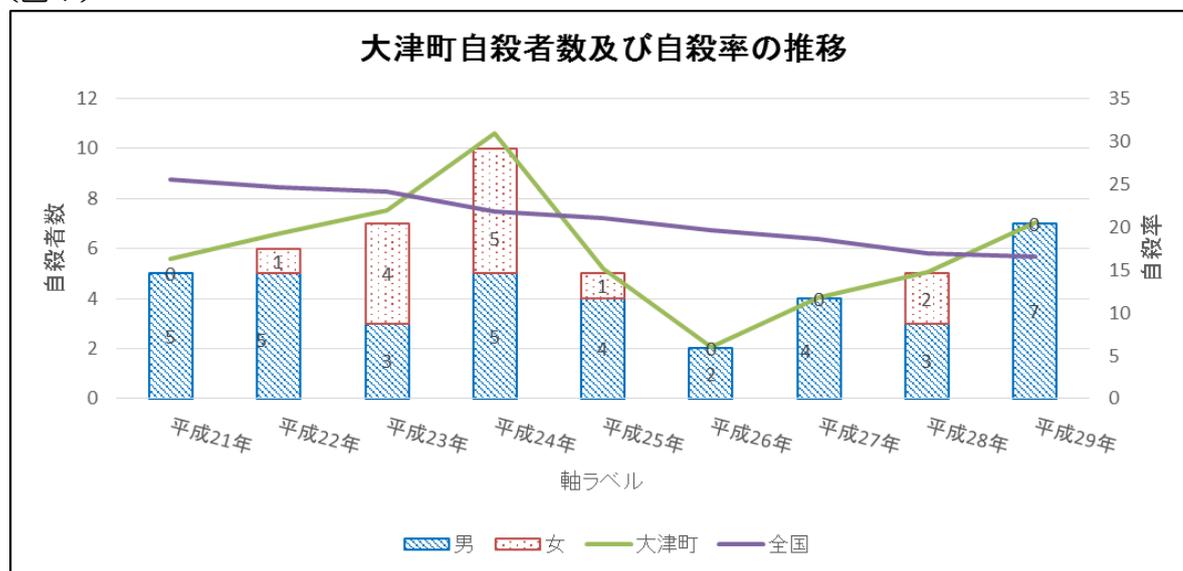
ア、自殺者の減少

大津町の自殺者数及び自殺率の推移は図1のとおりです。全国では自殺率が年々減少してきていますが、大津町では年によって増減があるものの、毎年発生しており、男女の割合は男性のほうが高くなっています。また、大津町の平成25年から29年までの平均死亡率は国や県よりも低くなっているものの、性・年齢別の自殺率をみると、性・年代によっては全国や県よりも高いものもあります。（図2）

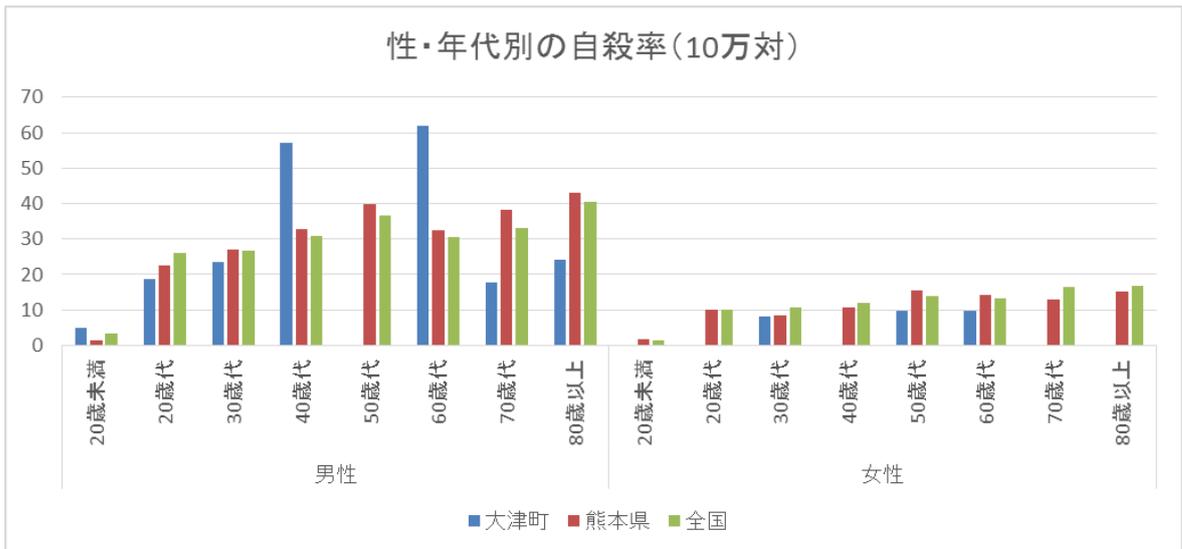
性・年代別にみると、60歳代、40歳代の男性が県や国より高く、20歳未満の自殺も数自体は少ないものの、全国や県に比べると高い自殺率となっています。

このような大津町の現状を踏まえ、子どもから高齢者までの幅広い年代の住民へのメンタルヘルスについての啓発や様々な生きることの促進要因への支援が必要になります。

(図1)



(図2)



自殺死亡率の比較(10万人対)

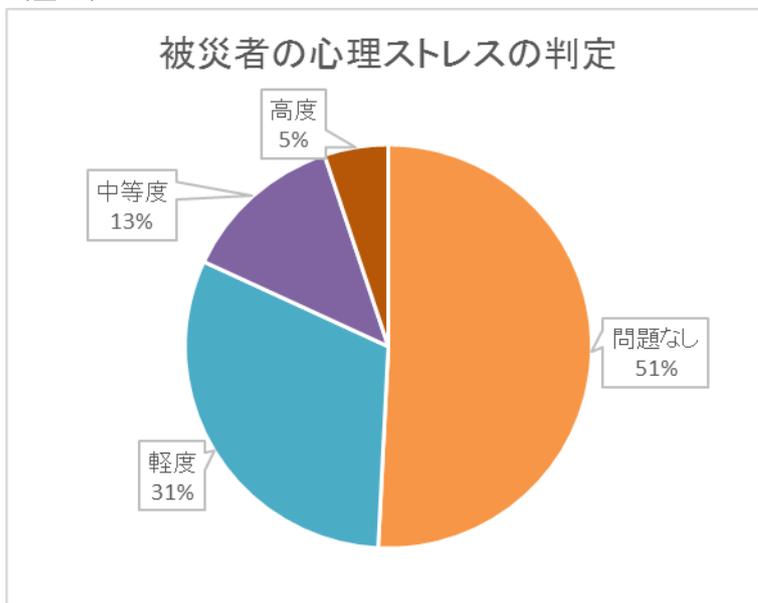
	全国	熊本県	大津町
死亡率	19.6	20	15.6

(H24～28年平均死亡率)

また、平成30年3月に熊本県が仮設住宅とみなし仮設住宅入居者を対象として実施した「こころとからだの健康調査」では、半数近くの人が軽度から高度の心理ストレスがあることがわかりました。(図3)

比較的被害が大きかった大津町では、こころの問題に対して専門機関や関係機関が連携し、被災者の自殺を防ぐ取組みを今後も継続して実施することが必要です。

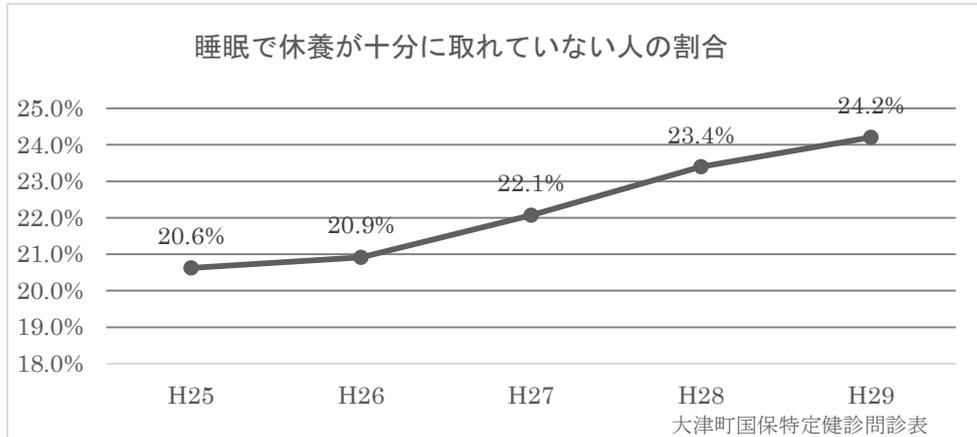
(図3)



イ、睡眠による休養を充分取れていないものの割合の減少

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29年度では24.2%の人が、「いいえ」との回答になっており、年々増加してきています（図4）。質の良い睡眠がとることができるよう、各種団体とも連携を行い、住民にも休養について普及啓発を行う必要があります。

（図4）



対策

いのち支える自殺対策における取り組み

自殺対策は「生きることの包括的な支援」であるということを念頭に置き、全庁的な取り組みとして自殺対策を推進していきます。

ア、地域におけるネットワークの強化

- ・地域での自殺対策ネットワークの構築についての検討

イ、自殺対策を支える人材の育成

- ・周囲の人の心の变化に気づくことができるゲートキーパーを養成（健康保険課）

ウ、住民への啓発と周知

- ・町広報誌やホームページを利用した「こころの健康」についての啓発、周知（健康保険課）
- ・自殺予防相談員や町保健師による健康相談（健康保険課）
- ・困りごとや各種生活相談窓口についての情報提供
- ・児童生徒のいのちに関する教育の実施（学校教育課）

エ、生きることの促進要因への支援

- ・妊産婦への支援、育児に対する相談体制の充実（健康保険課）
- ・高齢者やその家族に対する相談体制の充実（介護保険課）
- ・障害者やその家族に対する相談体制の充実（福祉課）
- ・生活困窮者対策の推進（福祉課）
- ・自死遺族に対するこころのケア（健康保険課）
- ・熊本地震の被災者に寄り添った心のケア（福祉課、健康保険課）
- ・学生、生徒等への支援の充実（学校教育課）

オ、児童生徒のSOSの出し方に関する教育

- ・関係機関とのケース会議を通じた児童生徒の支援体制の強化（学校教育課）
- ・小中学校での教育相談の実施（学校教育課）
- ・学校におけるこころの健康づくり推進体制の整備（学校教育課）

(6) 歯・口腔の健康

「歯・口腔の健康」は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つうえで重要であり、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影響します。

歯・口腔の健康を保つためには、歯の喪失の主な原因疾患である、むし歯と歯周病を予防することが重要です。また、最近では、歯周病が糖尿病や心疾患などの全身の病気と関連することがわかってきています。

国において平成23年8月に「歯科口腔保健の推進に関する法律」が制定・施行され、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運動」が展開されているところですが、超高齢化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。

したがって、生涯にわたって自分の歯で食べることができるよう、子どもの頃からの歯科疾患の予防の推進をはかることが不可欠と考えます。

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。

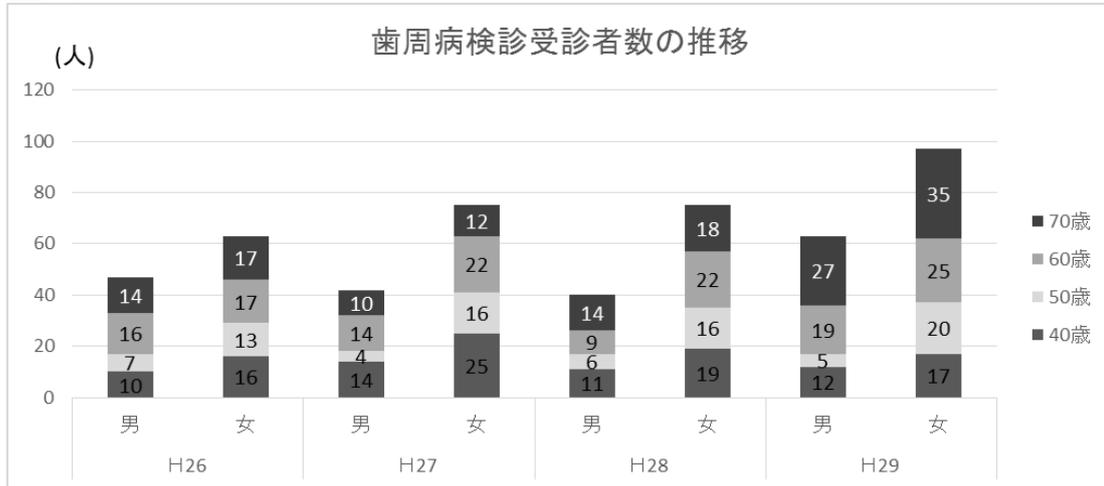
現状と目標

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2点を目標項目とします。

ア 歯周病を所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病検診を40歳、50歳、60歳、70歳を対象として実施しています。受診者数は図1のとおりです。

(図1)



歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。

歯周病のうち、歯肉に局限した炎症が起こる病気を歯肉炎、ほかの歯周組織にまで炎症が及んでいる病気を歯周炎といい、これらが大きな2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1つです。

歯周炎が進行し始めるのは40歳以降といわれており、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。

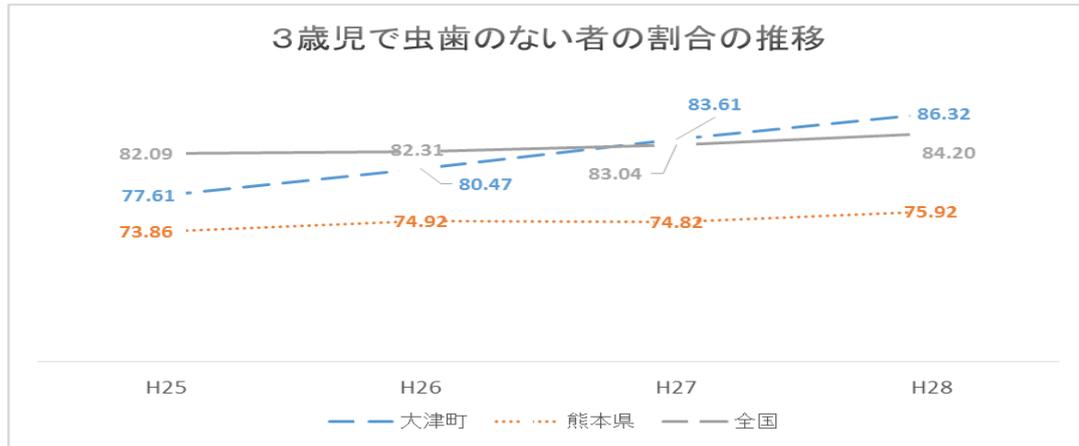
今後も節目の年齢での歯科検診を実施することで、その後の定期的な歯科検診受診への動機づけを図ります。

イ 乳幼児・学齢期のむし歯のない者の増加

大津町の3歳児でむし歯がない者の割合は、全体的にみると増加傾向にあります。全国平均より少ない状況です。(図2)

生活習慣を確立していく過程にある子どもが歯や口に関心を持ち、好ましい健康行動(歯磨きや間食のとり方等)をとれるよう、保護者に対する働きかけが大切です。3歳児は概ね乳歯が生えそろう時期であり、本人のみの歯磨きだけでは不十分であるため、保護者による仕上げ磨きが重要です。

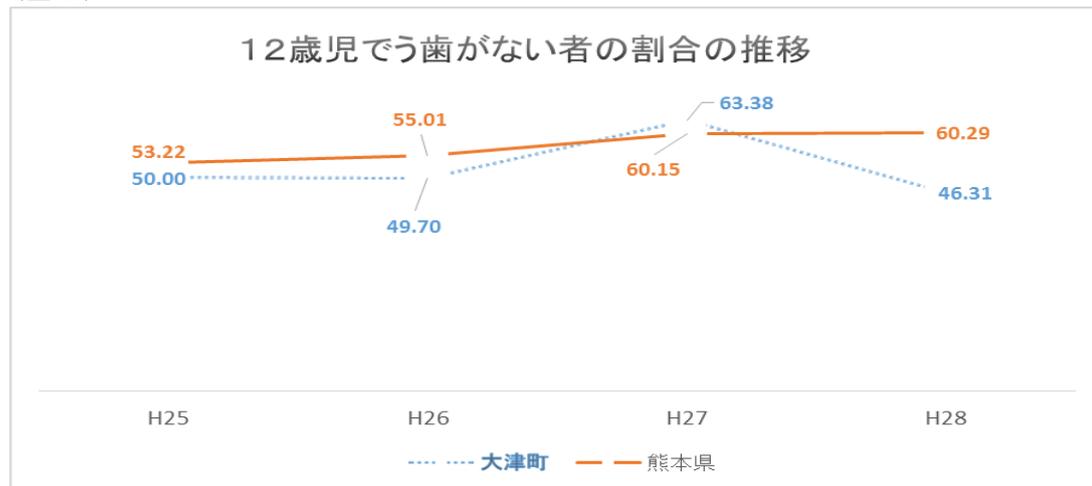
(図2)



永久歯のむし歯の代表的評価指標である12歳時のむし歯の状況を見ると、むし歯のない者の割合は熊本県よりやや低い状況です。(図3)

親しらずを除く永久歯が概ね生えそろう時期で、小学生期とは異なり、中学生期では乳歯から永久歯の生え変わりがほとんどなく、口に対する意識が希薄化しやすい時期です。また、食習慣や生活習慣が不規則になることが多く、むし歯と歯ぐきの炎症が増加する時期でもあります。そのため、正しい歯みがきの実践により、歯ぐきの炎症の進行が抑えられることから、自立的に健康課題を解決できる習慣を身につけることが大切です。

(図3)



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、保護者にゆだねることが多いため、妊娠中から産まれてくる子どもの歯の健康に関する意識を持っていただき、また早産のリスクである歯周疾患予防のために、母子手帳発行時に口腔衛生管理の重要性を伝え、妊婦歯科健診の受診票を発行します。

対策

ア ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・健康相談（乳幼児健診、1歳児セミナー）
- ・妊婦歯科健診
- ・フッ化物洗口の推進（小中学校、幼稚園、保育園）
- ・介護予防事業における口腔機能向上プログラム

イ 専門家による定期管理と支援の推進

- ・幼児歯科検診
- ・希望者へのフッ素塗布（1歳6カ月児、3歳児）
- ・歯周病検診（40・50・60・70歳）
- ・菊池郡市歯科保健協議会における関係機関との連携
- ・後期高齢者歯科口腔健康診査

4. 目標の設定

大津町の現状を踏まえ、第3次健康づくり推進計画の目標指数は表1のとおりを設定します。この指標をもとに、大津町でも毎年の保健活動を評価し、次年度の取組みに反映させることにします。

分野	項目	国の現状値		町の現状値		国の目標値		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)	76.1	平成28年	66.4	平成27年	減少傾向へ	2022年	現状維持 又は減少	2023年	①
	②がん検診の受診率の向上									
	・胃がん	男性 46.4% 女性 35.6%	平成28年 (国民生活基礎 調査)	男性 10.7% 女性 13.3%	平成29年度	50%	2022年度	15.4%	2023年度	②
	・肺がん	男性 51.0% 女性 41.7%		男性 9.3% 女性 15.5%				15.9%		
	・大腸がん	男性 44.5% 女性 38.5%		男性 9.1% 女性 15.0%				15.9%		
・子宮頸がん	42.4%	24.2%		28.4%						
・乳がん	44.9%	30.0%		34.4%						
循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)									
	・脳血管疾患	男性 36.2 女性 20.0	平成28年	65.2(↓)	平成28年度	男性 41.6 女性 24.7	2022年度	男性 41.7 女性 24.7	2023年度	①
	・虚血性心疾患	男性 30.2 女性 11.3		118.5(↓)		男性 31.8 女性 13.7		現状維持 又は減少		
	②高血圧の改善(140/90mmHg以上の者の割合)			28.1%						
	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)	i : 18.5 ii : 10.2%	平成22年		平成29年度	i : 14% ii : 7.7%		i : 14% ii : 7.7%		③
④メタリックシフトロームの該当者・予備群の減少	約1,412万人	平成27年度	27.3% H20年度と比べて7.1%減少	平成29年度	平成20年度と 比べて25%減少	2022年度	26.8%	2023年度		
糖尿病	⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ・特定健康診査の実施率 ・特定保健指導の終了率	50.1% 17.50%	平成27年度	41.9% 64.2%	平成29年度	60%以上 60%以上	2023年度	58% 66%	2023年度	
	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	16,271人	平成22年	0人(国保)	平成29年度	15,000人	2022年度	現状維持 又は減少	2023年度	④
	②治療継続者の割合の増加 (HbA1c(NGSP値)6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	63.7%		59.7%(↑)		75%				
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1c((NGSP値)8.4%以上の者の割合の減少)	1.20%	平成21年度	0.59%	平成29年度	1.0%	2022年度	現状維持 又は減少	2023年度	③
④糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c(NGSP値)6.5%以上の者の割合)	890万人	8.6%		1,000万人		現状維持 又は減少				
栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)									
	・20歳代女性のやせの者の割合の減少(町は妊娠届出時のやせの者の割合)	20.7%	平成28年	14.9%	平成30年度	20%	2022年度	現状維持 又は減少	2023年度	⑧
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.40%	平成28年	9.5%	平成28年	減少傾向へ	2022年	減少傾向へ	2023年	①
	・肥満傾向にある子どもの割合の減少 (小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合)町:肥満度20%以上の肥満傾向児	男子 4.55% 女子 3.75%	平成28年	男子 9.8% 女子 6.5%	平成29年度	7.00%	2024年度	減少傾向へ		⑦
	・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少(町は40～60代)	32.4%		28.5%		28%	2022年度	現状維持 又は減少	2023年度	
	・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	21.60%		18.7%		19%		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(町は65～74歳)	17.9%	16.7%		22%		現状維持 又は減少				
身体活動・運動	①日常生活における歩数の増加 (日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)									
	・40～64歳	男性 7,769歩 女性 6,770歩	平成28年度	男性 44.1% 女性 49.5%	平成29年度	男性 9,000歩 女性 8,500歩	2022年度	増加	2023年度	③
	・65歳以上	男性 5,744歩 女性 4,856歩		男性 55.9% 女性 54.6%		男性 7,000歩 女性 6,000歩		増加		
	②運動習慣者の割合の増加									
	・40～64歳(国は20～64歳)	男性 23.9% 女性 19.0%		男性 32.5% 女性 29.6%		男性 36% 女性 33% 総数 34%		男性 36% 女性 33% 総数 34%		
・65歳以上	男性 46.5% 女性 38.0%		男性 55.0% 女性 48.2%		男性 58% 女性 48% 総数 52%		男性 58% 女性 48% 総数 52%			
③介護保険サービス利用者の増加の抑制(認定者数)	521万人	平成27年度	1,329人	平成29年度	657万人	2025年度	1,626人	2025年度 (介護保険計画)	⑨	
飲酒	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の摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)	男性 14.6% 女性 9.1%	平成28年度	男性 33.0% 女性 8.2%		男性 14.0% 女性 6.3%		男性 14.0% 女性 6.3%		
喫煙	①成人の禁煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	18.3%	平成28年度	喫煙率 13.7%	平成29年度	12%	2022年度	12%	2023年度	③
	③睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	19.7%	平成28年度	29.2%		15%		15%		
休養・こころの健康	①自殺者の減少(人口10万人当たり)	16.8	平成28年	15.6	平成24～28年 平均	13.0以下	2026年	13.0以下	2023年	①
	歯・口腔の健康	①歯周病を有する者の割合の減少								
・40歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4mm以上の歯周ポケット)		44.7%	平成28年度	11人(37.9%)	平成29年度	25%	2022年度	35%	2023年度	⑤
・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)		62.00%		21人(47.7%)		45%		40%		
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		77.1%	平成21年度	84.3%	平成29年度	80%以上	85%以上			
・12歳児の一人平均う蝕数の減少	1.3歯	1.14歯		平成28年度	1.0歯未満	1.0歯未満				
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)	52.9%		160人	平成29年度	65%	増加			⑤	

- ①: 人口動態統計
- ②: 町がん検診(地域保健・健康増進事業報告)
- ③: 町国保特定健康診査
- ④: 町国保レセプト・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: 町妊娠証明書
- 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. 計画の推進体制

大津町健康づくり推進計画策定委員会の開催

本計画をより実効性のあるものとして推進していくため、地域住民や関係団体、保健医療分野の関係者など多様な関係機関により構成される「大津町健康づくり推進計画策定委員会」において、進捗管理、目標の達成度を確認し、計画推進に向けた方策について検討していきます。

また、この計画はこれからの町における健康づくりを住民主体で実行していくための計画です。町は、健康づくりや食育、自殺対策に関する情報を広報誌やホームページ等を活用して広く情報提供していきます。

2. 関係機関との連携

本計画を実行するためには、様々な関係機関との連携が必要になります。住民の生涯を通じた健康の実現を目指し、住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、健康づくり推進計画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。

また、大津町庁内における健康づくりや食育、自殺予防事業の実施については様々な部署に関係するため、庁内関係各課との連携を図ります。

大津町健康づくり推進計画策定委員名簿

任期：平成29年4月1日から平成31年3月31日

	氏名	団体名
1	西本 哲治	大津町区長会
2	西 ス工子	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	在宅栄養士
6	本田 真彩	菊池地域農業協同組合大津中央支所
7	今山 崇	大津町民生委員児童委員協議会
8	高濱 博子	大津町スポーツ推進委員
9	西田 訓子	NPO法人クラブおおづ

大津町健康づくり推進計画

(第三次)

2019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 健康保険課 健康推進係・母子保健係

電 話 096-294-1075

FAX 096-294-6300

e-mail kenkou@town.ozu.kumamoto.jp