

第2章 健康増進計画(生涯を通じた健康づくり及び食育の推進)

(1)妊娠・出産を通じた母子の健康

1.母子健康手帳交付数

交付数は減少傾向、妊婦の平均年齢は徐々に上昇しており、全国的な傾向と同じです。第3子以降の妊娠届も多く、高森町の合計特殊出生率(H29)は1.78で、全国平均1.43、熊本県1.67より多く、一人の女性が産む子どもの数は全国や県に比べ多い傾向にあります。

図表 23 母子健康手帳交付数と妊婦平均年齢

年	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
交付数	48	49	45	35	41	37	40	41	26	24
妊婦平均年齢	28.8	29.4	29.9	30.8	30.0	29.1	30.7	30.8	32.2	30.7

出典:妊娠届

2.非妊娠時の体格の比較

妊婦の非妊娠時の体格についてですが、やせ(BMI18.5未満)のや肥満率(BMI25以上)は経年的に徐々に増加や減少傾向ではなく、妊婦の個人に寄与するところが大きいように感じます。高森町では、一人の女性が産む子どもの数は全国や県に比べ多い傾向にあるため、短期間で同じ人がカウントされることが多い傾向があります。

図表 24 非妊娠時の体格と妊娠届の数

	H30	R1	R2	R3	R4
やせ	10.8%	7.7%	9.8%	15.4%	8.3%
肥満	21.6%	10.3%	12.2%	15.4%	25.0%
妊娠届	37	40	41	26	24

出典:妊娠届

3. こうのとりに支援事業

平成28年度より実施しており、不妊・不育治療に対する助成を行っています。平成30年度からは第2子に対する不妊・不育治療にも対象を拡大し、その後は第2子以降に対する治療での申請が増加しています。晩婚化・晩産化に伴い、今後も需要の増加が見込まれます。

図表 25 こうのとりに支援事業申請数

年	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
申請数	1	2	5	3	6	5	2
(再掲)第2子以降の申請数			4	2	5	4	2

出典:高森町こうのとりに支援事業申請書

4.未熟児養育医療

出生時に未熟児(2,500g 以下)であったり多呼吸等医療的管理が必要なお子さんの数は横ばいですが、母体の要因(母自身が低出生体重児、妊娠高血圧症等)や双生児であったり、原因は様々です。

図表 26 未熟児申請数

年	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
申請数	0	2	0	0	2	1	1	2	2	0

出典:未熟児養育医療集計

(2)乳幼児期、学童期・思春期の健康について

乳幼児期

1.乳幼児健康診査等受診率

高森町では、4 か月児健診、5・6 か月児健康相談、9・10 か月児健康相談、1 歳児健康相談、1 歳 6 か月児健康診査、3 歳 6 か月児健康診査を実施しています。健康相談では、離乳食の試食会や成長発達についての話、栄養相談などを実施しています。健康診査では、医師・歯科医師の診察と共に、発達に応じた相談やその時々に必要な栄養の話などを取り入れ、子育ての悩みの解消の場と、子どもの健やかな成長発達を見守る場所としています。様々な事情で健診未受診の方には個別に連絡し、保健師の間診や現状の聞き取りを行い、未受診のまま終わらないような仕組みを取り入れています。

1 歳 6 か月児健康診査、3 歳 6 か月児健康診査では、スポットビジョンスクリーナーを導入し、弱視の早期発見に努めています。年に数人は近視や遠視、不同視が見つかり、治療に繋がるお子さんが居ます。

図表 27

1歳6か月児健康診査										
年	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
対象者数	50	42	47	41	41	38	36	32	37	23
受診者数	48	39	46	38	40	36	34	32	36	21
受診割合	96.0%	92.9%	97.9%	92.7%	97.6%	94.7%	94.4%	100.0%	97.3%	91.3%

出典:1 歳 6 か月児健康診査

図表 28

3歳6か月児健康診査										
年	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
対象者数	53	47	52	39	48	45	42	38	35	37
受診者数	47	41	48	36	47	43	41	38	35	37
受診割合	88.7%	87.2%	92.3%	92.3%	97.9%	95.6%	97.6%	100.0%	100.0%	100.0%

出典:3 歳 6 か月児健康診査

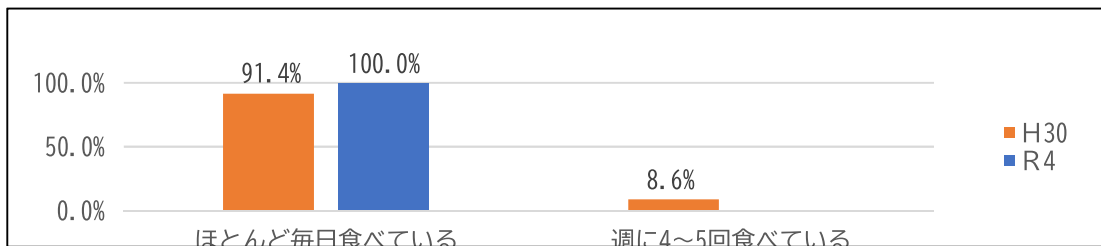
2.乳幼児の食の現状と目標

乳幼児期は、離乳食を始めとした成長発達に合わせた食生活を実践しながら味覚や消化酵素の獲得をしていきます。1 歳 6 か月児健康診査では R4 年度は対象者全員、H30 年度でも 9 割が朝食をとっていますが、3 歳 6 か月になるとH30 年度もR4 年度も朝食を週に 4～5 回、または週に 2～3 回食べている幼児がわずかに見られます。朝食を摂ることで脳が働き始め、生活リズムが整っていくことを伝えていくことが重要です。

また、朝食欠食の原因が就寝時間の遅いことなども考えられるので、生活リズムの調整についても伝えることが重要です。問診の中で 1 歳以降になると甘い物の摂取が増えてくる傾向にあります。大人の 1/3 の味付けが出来るようになることから、大人と同じ食事で大丈夫だと考える親も少なくありません。成人の体と幼児の体での糖の処理の仕方が違うことを伝える必要があります。

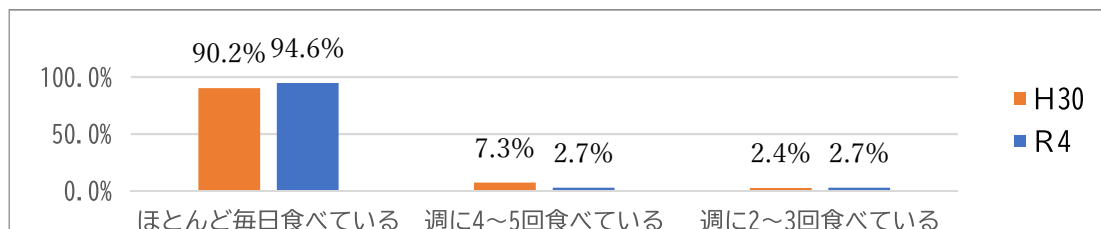
3 歳 6 か月児健康診査では、町独自でウロペーパーソルトを使用し、尿中塩分量を測定しています。3 歳-5 歳の児童は塩分摂取目標量が男女ともに 3.5g未満ですが、高森町では 5.6g以上の児童も 28.2%と多くなっています。実際には 24 時間蓄積尿を用いますが、3 歳 6 か月児がする量の目安量をもとに算出しているので多少の変動などはありますが、尿中塩分 5.6g以上の児童の親に確認すると濃い味を好むようで、家族の食塩摂取量が多いと子どもの塩分摂取量も多くなります。子どもの減塩には周囲の大人の減塩に心がける環境を整えることが大切なので将来の高血圧予防の為に栄養指導を行っています。

図表 29 1 歳 6 か月健診 朝食欠食率



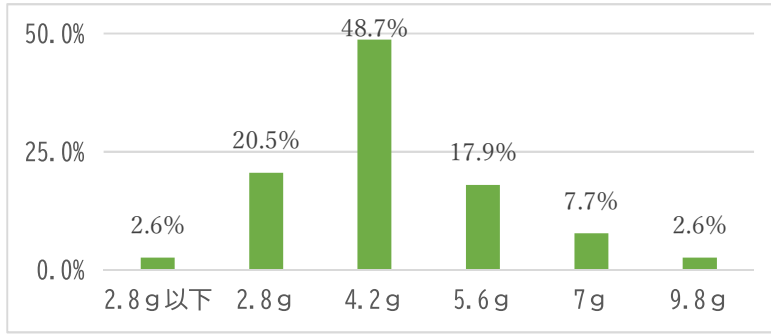
出典:1 歳 6 か月健診問診票

図表 30 3 歳 6 か月健診 朝食欠食率



出典:3 歳 6 か月健診問診票

図表 31 3 歳 6 か月健診尿中塩分量測定結果



出典: 3 歳 6 か月健診尿中検査(R4.12-R5.12 データ)

乳幼児の成長発達に向けての施策

- ・乳幼児健康診査・乳幼児相談や乳幼児訪問での保健指導・栄養指導の実施
- ・乳幼児の保護者等を対象に相談事業の実施

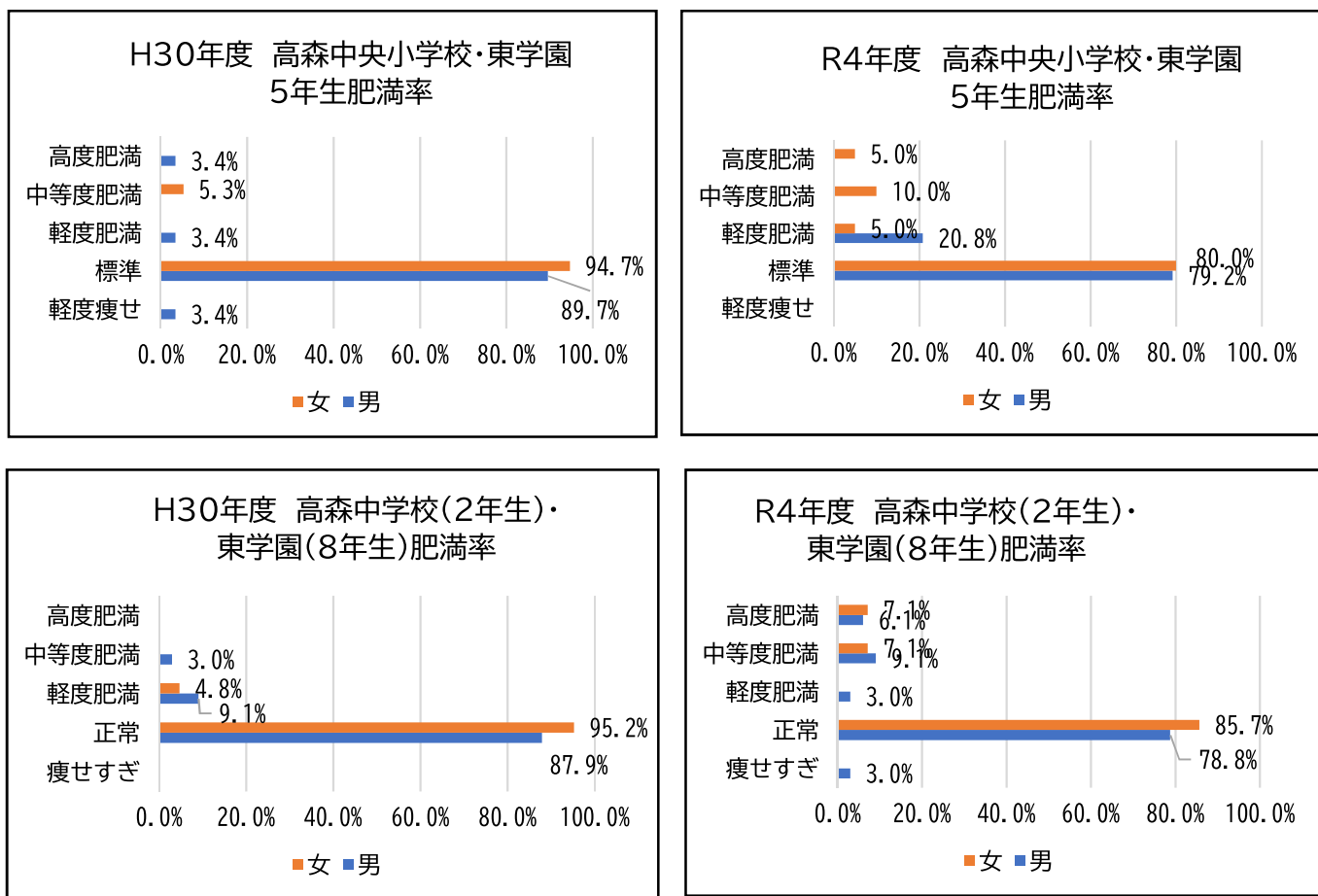
学童期・思春期

1.現状と目標

学童・思春期は、身体が大きく成長発達し、ほぼ成人の身体に近づく時期です。適切な食に関する知識を身につけることで将来の生活にも影響してきます。町内の小学 5 年生、中学 2 年生(東学園 8 年生)の肥満状況をみました。小学 5 年生のH30 年度は女子 5.3%、男子 6.9%が肥満の傾向にありましたが、R4 年度になると女子 20%、男子 20.8%と増加傾向にあります。中学 2 年生(東学園 8 年生)ではH30 年度の肥満傾向が女子 4.8%、男子 12.1%でしたが、R4 年度になると女子 14.3%、男子18.2%が肥満傾向で小学生、中学生共に肥満が増加傾向にあります。学童期肥満の 40%、思春期肥満の 70%が成人肥満に繋がると言われており、成人期からの生活習慣病などの発症率が高くなります。

また、朝食を毎日食べる割合をみると、小学 5 年生女子のみ H30 年度も R4 年度も 70%台と低い状態にあります。朝食の欠食や間食、偏食から適正体重を保てていない人もいます。また、養護教諭・栄養教諭からは給食のパン、ご飯を極端に食べない女子生徒が増加しているという意見がありました。朝食欠食は将来の生活習慣病の増加につながり、過度なダイエットは将来の低出生体重児出産の割合の増加につながるため、学童期・思春期の生活にあった食事・運動とのバランスについて食事の重要性について正しく伝えていく必要があります。

図表 32 高森中央小学校・東学園・中学校 肥満率



出典:身体測定

軽度痩せ:-20%~-29.9%、標準:-19.9%~19.9%、軽度肥満:20%~29.9%
 中等度肥満:30%~49.9%、高度肥満:50%以上

図表 33 朝食を毎日食べる人の割合

	H30 年度	R4 年度
小学校 5 年生 男	83.9%	95.8%
小学校 5 年生 女	78.9%	71.4%
中学校 2 年生・学園 8 年生 男	91.2%	90.9%
中学校 2 年生・学園 8 年生 女	81.0%	92.9%

出典:スポーツテスト

学童期・思春期の健康の保持増進に向けての施策

- ・学校の養護教諭・栄養教諭との連携
- ・食育に関する内容を広報、ケーブルテレビ等で普及・啓発

(3) 青年期・成人期の栄養・食生活の改善

青年期

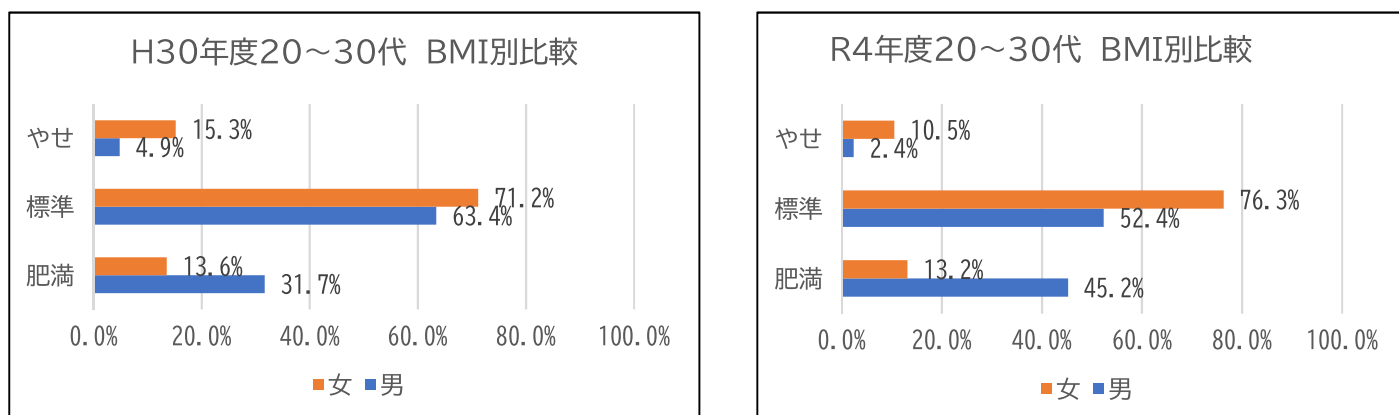
現状と目標

青年期は、学校に通う時期から就職、結婚、出産と言った人生の中で転換期が多くあり、生活環境も大きく変わっていく時期になります。また、生活環境が大きく変わること朝食欠食や、遅い夕食なども見られるようになっていきます。本町では、H30 年度とR4 年度を比較すると、H30 年度より R4 年度の BMI 標準の女性は 5.1%増えています、男性は 11%減っていて、肥満の割合が 13.5%増えています。

また、朝食欠食を比較すると男女ともに R4 年度では約半数を占めています。朝食欠食することで食事後の血糖の上がり方、インスリンの出方の遅れが生じることを伝える必要があります。週 3 回以上就寝 2 時間以内に夜食を摂る割合が H30 年度と比較すると増えていることがわかります。夜食を摂ることで糖が中性脂肪に変わり脂肪が付きやすく将来肥満に繋がり、夜食を摂ることにより翌朝の空腹感にも影響し、朝食欠食を起こす原因にもなります。

肥満は糖尿病、高血圧、脂質異常症などの生活習慣病に密接な関係があり、肥満を放置していると、生活習慣病を悪化させ動脈硬化を引き起こす原因にもなります。

図表 34 20～30代 BMI 別比較



出典:住民健康診査結果

やせ: BMI18.5 以下 標準: BMI18.6~24.9 肥満: BMI25 以上

図表 35 20～30代 食事に関する問診票結果

	H30 年度	R4 年度
朝食欠食(週 3 回以上)男	41.5%	47.6%
朝食欠食(週 3 回以上)女	22.0%	43.6%
間食を毎日している 男	26.8%	19.0%
間食を毎日している 女	27.1%	34.2%
就寝 2 時間以内に夜食をとる(週 3 回以上)男	29.3%	31.0%
就寝 2 時間以内に夜食をとる(週 3 回以上)女	22.0%	22.4%

出典:住民健康診査問診票

青年期の健康の保持増進に向けての施策

- ・健康診査の結果に基づいた栄養指導
- ・家庭訪問や健康相談、結果説明会等の様々方法での保健指導
- ・糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療養と同様に食事療養が重要な生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導
- ・健康教室の実施
- ・生活習慣病予防や重症化予防に関する内容を広報、ケーブルテレビ等での普及
- ・食生活改善推進員による食育の推進と普及、啓発

成人期

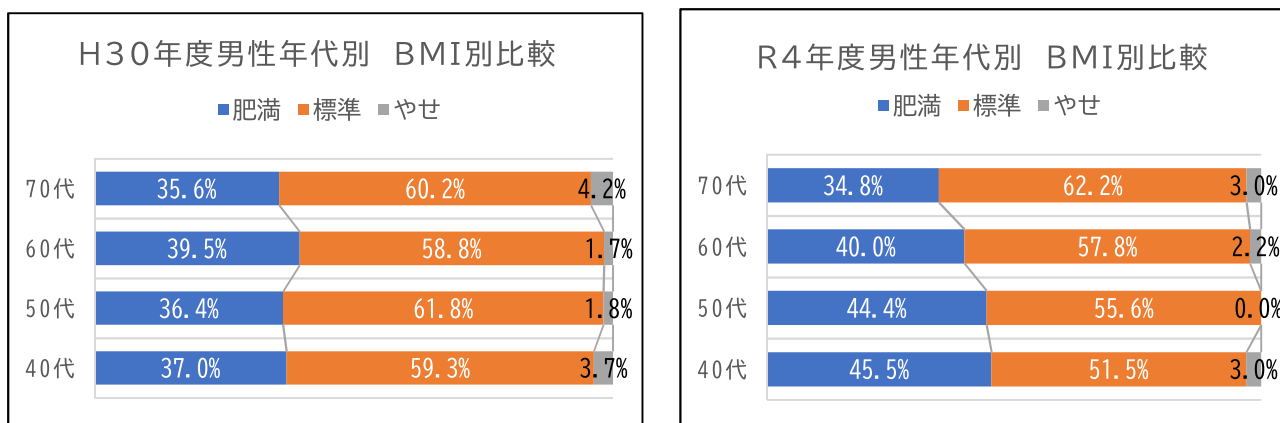
現状と目標

成人期になると、学校などの教育の場を離れ、それまでに身につけた食生活が崩れ、偏食、過食、節食などが状高する可能性があります。また、勤務形態や生活環境の影響が食生活にも大きく影響し、外食、中食、間食、夜食など増え偏った食事になりがちで、朝食を食べない傾向にもあります。

本町では男性の肥満割合は R4 年度では 40 代・50 代・60 代で 40%以上です。40 代・50 代の男性に関しては朝食欠食も H30 年度から増加しています。

また、女性の肥満割合は 40 代から 70 代で 30%以上と全体的に増えています。女性は 40 代から 70 代にかけて間食を毎日している割合が増えています。朝食欠食や毎日の間食は体重増加につながり、肥満にもつながります。肥満は生活習慣病に関連が強く、循環器疾患・糖尿病等に関連していることから肥満を減らす取り組みが重要になります。

図表 36 40～70代 BMI 別比較



出典:マルチマーカー

図表 37 朝食欠食を週3回以上している割合 年代別(40～74歳)

性別	H30年度	R4年度	性別	H30年度	R4年度
男性	12.0%	16.1%	女性	11.5%	0.0%
40代	9.4%	14.0%	40代	2.1%	19.4%
50代	9.3%	8.1%	50代	4.1%	2.5%
60代	8.7%	7.9%	60代	2.5%	1.6%
70代			70代		

図表 38 間食を毎日している割合 年代別(40～74歳)

性別	H30年度	R4年度	性別	H30年度	R4年度
男性	20.0%	25.8%	女性	26.9%	40.0%
40代	20.8%	20.9%	40代	19.1%	19.4%
50代	6.0%	9.8%	50代	20.3%	20.8%
60代	8.7%	4.4%	60代	11.5%	20.5%
70代			70代		

図表 39 就寝2時間以内に夜食を週3回以上摂る割合 年代別(40～74歳)

性別	H30年度	R4年度	性別	H30年度	R4年度
男性	44.0%	25.8%	女性	7.7%	0.0%
40代	22.6%	14.0%	40代	19.1%	11.1%
50代	25.2%	20.3%	50代	14.0%	14.2%
60代	20.7%	21.9%	60代	13.9%	13.1%
70代			70代		

出典:住民健康診査問診票

成人期の健康の保持増進に向けての施策

- ・健康診査の結果に基づいた栄養指導
- ・家庭訪問や健康相談、結果説明会等の様々方法での保健指導
- ・糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療養と同様に食事療養が重要な生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導
- ・健康教室の実施

- ・生活習慣病予防や重症化予防に関する内容を広報、ケーブルテレビ等での普及
- ・食生活改善推進員による食育の推進と普及、啓発

(4)生活習慣病予防対策(循環器疾患・糖尿病)

脳血管疾患、虚血性心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで主要死因となっています。これらの疾患を発症した人の基礎疾患には、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、肥満等の生活習慣病があることも分かっています。

また、糖尿病は、自覚症状がないことが多く、早期発見・早期治療を行わないと循環器疾患のリスクを増加させるとともに、神経障害、網膜症、腎障害等の合併症を引き起こし、失明や透析に至るといった重症化するおそれもあります。

循環器疾患・糖尿病の発症、重症化、再発予防には、要因となる高血圧、脂質異常症、糖尿病等の基礎疾患を軽度の段階で適切な医療、生活習慣の改善につなげるための取り組みが重要です。

【循環器疾患】

現状と目標

① 脳血管疾患の死亡率の減少、虚血性心疾患の死亡率の減少

高齢化に伴い、脳血管疾患、虚血性心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。脳血管疾患の死亡者数、割合に関しては平成30年度と比較するとやや減少傾向にあります。令和4年度の死亡者の割合を見ると国、県よりも高くなっています。(図表40)

また、虚血性心疾患の死亡数、割合については、平成30年度から増加傾向にあり、令和4年度では、国、県、同規模と比較しても高くなっています。(図表40)

図表 40 町の脳血管疾患と心疾患の死亡者数の推移

	H30		R1		R2		R3		R4		同規模平均		熊本県		国	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
脳血管疾患	10	19.2	9	18	9	13.8	10	20.4	7	15.6	2,404	15.7	1,547	13.9	102,900	13.8
心疾患	12	23.1	13	26	24.0	36.9	13	26.5	15.0	33.3	4,562	29.8	3,242	29.2	205,485	27.5

出典：ヘルスサポートラボツール

②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。Ⅱ度高血圧以上者の減少率を見ると、令和4年度は減少傾向に見えますが、Ⅲ度高血圧者の割合が増えています。(図表41)

継続受診者の前年度からの変化を見ると、改善率が約5割あるものの、翌年度健診を受診していない方が3割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけを行っていきます。

図表 41 重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再発
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療	
H29	834	394 47.2%	253 30.3%	146 17.5%	41	21	20	4.9%
					6 0.7%	4 66.7%	2 33.3%	
H30	775	338 43.6%	257 33.2%	148 19.1%	32	16	16	4.1%
					5 0.6%	3 60.0%	2 40.0%	
R01	793	350 44.1%	245 30.9%	157 19.8%	41	22	19	5.2%
					9 1.1%	8 88.9%	1 11.1%	
R02	794	311 39.2%	259 32.6%	176 22.2%	48	30	18	6.0%
					7 0.9%	5 71.4%	2 28.6%	
R03	759	303 39.9%	253 33.3%	156 20.6%	47	31	16	6.2%
					6 0.8%	5 83.3%	1 16.7%	
R04	676	261 38.6%	243 35.9%	139 20.6%	33	18	15	4.9%
					8 1.2%	4 50.0%	4 50.0%	

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 42 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	Ⅱ度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	32 (4.1%)	17 (53.1%)	4 (12.5%)	2 (6.3%)	9 (28.1%)
R03→R04	47 (6.2%)	23 (48.9%)	4 (8.5%)	3 (6.4%)	17 (36.2%)

出典:ヘルスサポートラボツール

③脂質異常症の減少

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。また、脳血管疾患については、LDL コレステロール値と出血性脳卒中に負の関連を示す報告がある一方、高 LDL コレステロール血症はアテローム血栓性脳梗塞の発症リスクを高めることも報告されています。そこで、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」に基づき、脂質異常症治療薬の非服薬者、服薬者を問わず脂質高値の者の割合を減少させることを目標とします。

平成 29 年度～令和 4 年度の特定健診受診者のうち LDL160mg/dl 以上の者の割合は年々減少傾向にあります。180mg/dl 以上の割合は横ばい状況にあります。(図表 43)

また、LDL160 以上者の前年度からの変化を見ると、改善率が約 4 割、健診未受診者が約 2 割でした。内服治療につなげる、食事・運動での生活習慣の改善の取組みフォローを引き続き行うとともに、健診未受診者の継続受診勧奨を行っていく必要があります。(図表 44)

図表 43 重症化しやすい LDL160 以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲	
					再180以上	未治療	治療		
H29	834	429 51.4%	205 24.6%	125 15.0%	75 9.0%	69 8.0%	6 0.0%	2.9%	9.0%
					24 2.9%	20 2.4%	4 0.5%		
H30	775	408 52.6%	177 22.8%	121 15.6%	69 8.9%	64 8.3%	5 0.6%	3.4%	8.9%
					26 3.4%	24 3.1%	2 0.3%		
R01	793	419 52.8%	205 25.9%	98 12.4%	71 9.0%	68 8.6%	3 0.4%	2.9%	9.0%
					23 2.9%	23 2.9%	0 0.0%		
R02	794	446 56.2%	176 22.2%	114 14.4%	58 7.3%	56 7.1%	2 0.3%	2.3%	7.3%
					18 2.3%	18 2.3%	0 0.0%		
R03	759	416 54.8%	174 22.9%	99 13.0%	70 9.2%	66 8.7%	4 0.5%	2.2%	9.2%
					17 2.2%	16 2.1%	1 0.1%		
R04	676	367 54.3%	166 24.6%	97 14.3%	46 6.8%	45 6.7%	1 0.1%	2.5%	6.8%
					17 2.5%	16 2.4%	1 0.1%		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 44 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	69 (8.9%)	33 (47.8%)	12 (17.4%)	8 (11.6%)	16 (23.2%)
R03→R04	70 (9.2%)	30 (42.9%)	14 (20.0%)	9 (12.9%)	17 (24.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

④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。メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

本町の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、2.3 ポイントも伸びており、その中でも 3 項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 45)

年代別のメタボリックシンドローム該当者の状況(図表 46)は、男性で 60 代から受診者の 3 割を超えるが、女性では 60 代・70 代で 1 割程度であるため、男性を優先とすることが効率的であると考えます。また、男女ともに血圧+脂質異常の組み合わせが多い事が分かります。

さらに、男性では、70 代から動脈硬化の危険因子である血圧・脂質・血糖の 3 項目併せ持った方の割合が高く、若い頃に肥満の解決と早期に治療に結び付ける等の重症化予防対策が必要であると考えます。

図表 45 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者		予備群	
		3項目	2項目		
H30年度	775 (52.4%)	154 (19.9%)	48 (6.19%)	106 (13.7%)	88 (11.4%)
R04年度	676 (48.7%)	150 (22.2%)	49 (7.2%)	101 (14.9%)	84 (12.4%)

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 46 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	344	33	44	133	134	332	16	39	140	137	
メタボ該当者	B	105	7	11	42	45	45	0	4	22	19	
	B/A	30.5%	21.2%	25.0%	31.6%	33.6%	13.6%	0.0%	10.3%	15.7%	13.9%	
再掲	① 3項目全て	C	38	1	1	13	23	11	0	0	6	5
		C/B	36.2%	14.3%	9.1%	31.0%	51.1%	24.4%	--	0.0%	27.3%	26.3%
	② 血糖+血压	D	19	1	2	9	7	5	0	1	3	1
		D/B	18.1%	14.3%	18.2%	21.4%	15.6%	11.1%	--	25.0%	13.6%	5.3%
	③ 血压+脂質	E	43	5	7	16	15	25	0	2	12	11
		E/B	41.0%	71.4%	63.6%	38.1%	33.3%	55.6%	--	50.0%	54.5%	57.9%
	④ 血糖+脂質	F	5	0	1	4	0	4	0	1	1	2
		F/B	4.8%	0.0%	9.1%	9.5%	0.0%	8.9%	--	25.0%	4.5%	10.5%

出典：ヘルスサポートラボツール

⑤特定健診・特定保健指導の実施率の向上

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。

本町の特定健診受診率は、令和3年度には57.1%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和4年度は受診率が低迷しており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表47)また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50代が特に低い状況が続いています。(図表48)

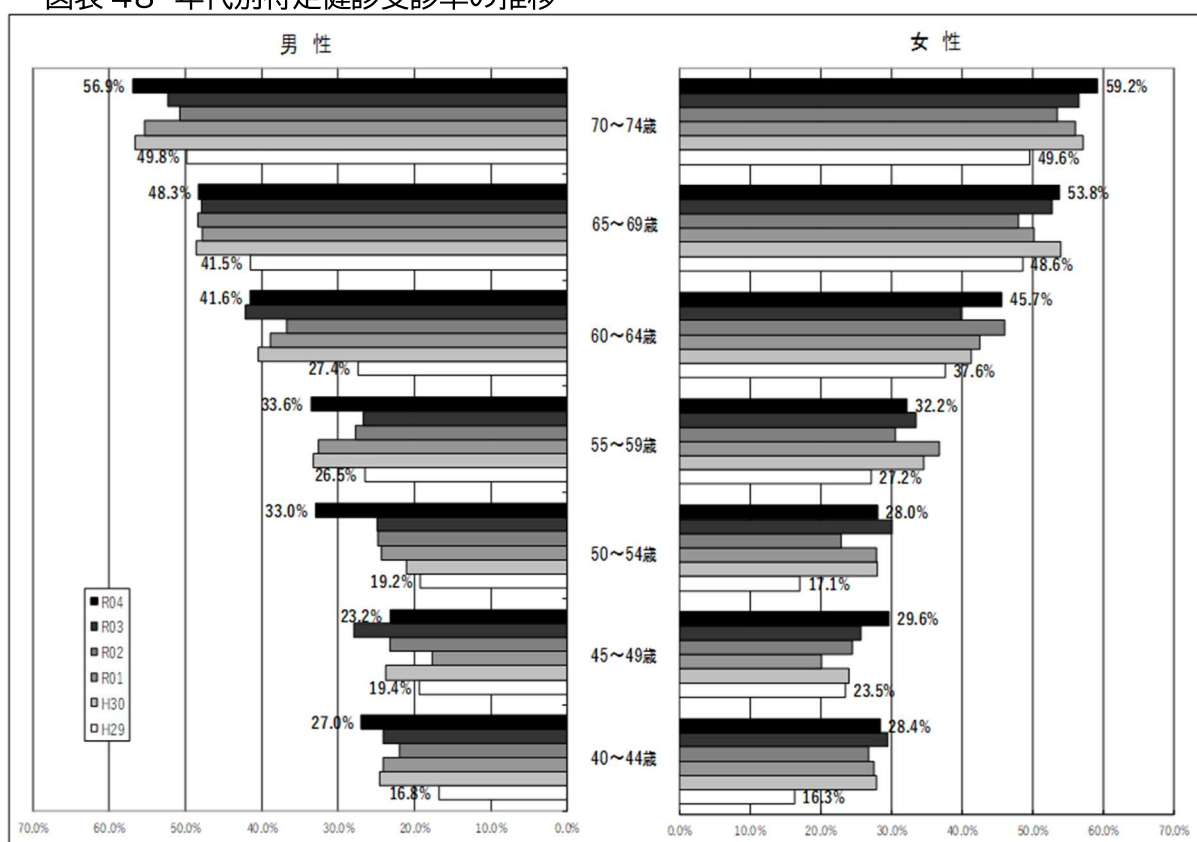
特定保健指導については、令和2年度以降は徐々に保健指導率が上がっており、令和3年度には70%を超えることが出来ました。現在、地区担当制で実施していますが、実施率と同時にアウトカム評価が出来るよう実施体制を検討していく必要があります。

図表 47 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	747	770	764	734	648	健診受診率 60%
	受診率	52.4%	55.3%	56.4%	57.1%	54.5%	
特定保健指導	該当者数	69	86	90	82	74	特定保健指導実施率 60%
	割合	9.2%	11.2%	11.8%	11.2%	11.2%	
	実施者数	43	50	58	62	52	
	実施率	62.3%	58.1%	64.4%	75.6%	70.3%	

出典：特定健診法定報告データ

図表 48 年代別特定健診受診率の推移



出典：ヘルスサポートラボツール

【行政の取組、対策】

特定健康診査受診率向上の施策

- ・対象者への通知案内、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訪問、電話勧奨
- ・保健師・栄養士訪問時の受診勧奨
- ・受診勧奨ハガキ通知(年3回)
- ・医師会と町との合同会議などの医療機関との連携

保健指導対象者を明確にするための施策

- ・国民健康保険特定健康診査の結果から対象者を抽出
- ・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(20～39歳)
- ・脳ドックの助成事業開始

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)
 - ・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3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。

【糖尿病対策】

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、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。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、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

① 合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少

高森町の糖尿病治療者数は、平成30年度から令和4年度まで全数の増加はありません。糖尿病の合併症については糖尿病性腎症、神経障害と減少していますが、その一方で糖尿病性網膜症はやや増加しています。

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年間と言われていることから、健診受診や継続受診を勧奨し、医療機関での保健指導のあり方を確認していく必要があります。

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要とな

ってきます。高森町においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用していきます。

評価については、図表 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を行っています。(図表 49)

図表 49 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	377	289	120	75	257	214
		A/被保数	23.9%	21.7%	16.8%	14.6%	29.7%	26.2%
中 長 期 併 発 症 標 疾 患	脳血管疾患	B	50	35	14	5	36	30
		B/A	13.3%	12.1%	11.7%	6.7%	14.0%	14.0%
	虚血性心疾患	C	57	38	17	10	40	28
		C/A	15.1%	13.1%	14.2%	13.3%	15.6%	13.1%
	人工透析	D	7	6	4	3	3	3
		D/A	1.9%	2.1%	3.3%	4.0%	1.2%	1.4%
糖 尿 病 合 併 症	糖尿病性腎症	E	65	39	24	17	41	22
		E/A	17.2%	13.5%	20.0%	22.7%	16.0%	10.3%
	糖尿病性網膜症	F	65	69	25	18	40	51
		F/A	17.2%	23.9%	20.8%	24.0%	15.6%	23.8%
	糖尿病性神経障害	G	17	12	7	5	10	7
		G/A	4.5%	4.2%	5.8%	6.7%	3.9%	3.3%

出典: KDBシステム 疾病管理一覧(糖尿病)
地域の全体像の把握、介入支援対象者
一覧(栄養・重症化予防等)

図表 50

様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		実合表	高森町										同規模保健者(平均)			
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度			
			実績	割合	実績	割合	実績	割合	実績	割合	実績	割合	実績	割合		
1	① 被保険者数	A	2,172人		1,999人		1,999人		1,933人		1,822人					
	② (再掲)40-74歳		1,673人		1,564人		1,564人		1,511人		1,451人					
2	① 特定健診 対象者数	B	1,425人		1,393人		1,354人		1,285人		1,195人					
	② 受診者数	C	775人		793人		794人		759人		676人					
	③ 受診率		54.4%		56.9%		58.6%		59.1%		56.6%					
3	① 特定保健指導 対象者数		69人		86人		90人		82人		71人					
	② 実施率		62.3%		58.1%		64.4%		75.6%		74.6%					
4	健診データ	① 糖尿病型	E	122人	15.7%	157人	19.8%	121人	15.2%	122人	16.1%	100人	14.8%			
		② 未治療・中断者(腎臓病 服薬なし)	F	47人	38.5%	75人	47.8%	39人	32.2%	46人	37.7%	29人	29.0%			
		③ 治療中(腎臓病 服薬あり)	G	75人	61.5%	82人	52.2%	82人	67.8%	76人	62.3%	71人	71.0%			
		④ コントロール不良 <small>ヘモグロビンA1cが5.7以上または空腹時血糖130以上</small>	J	35人		55人		42人		51.2%		43人		56.3%		
		⑤ 血圧 130/80以上		21人		30人		23人		54.8%		27人		62.8%		
		⑥ 肥満 BMI25以上		18人		33人		24人		57.1%		26人		60.5%		
		⑦ コントロール良 <small>ヘモグロビンA1cが5.7未満かつ空腹時血糖130未満</small>	K	40人		53.3%		27人		32.9%		40人		48.8%		
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	110人		90.2%		135人		86.0%		108人		89.3%		
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		6人		4.9%		10人		6.4%		1人		0.8%		
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		5人		4.1%		9人		5.7%		11人		9.1%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		1人		0.8%		2人		1.3%		1人		0.8%		
5	レセプト	① 糖尿病受療率(減保険対象)		117.9人		122.6人		122.6人		112.3人		124.0人				
		② (再掲)40-74歳(減保険対象)		151.2人		154.7人		154.7人		141.6人		153.7人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) <small>(1件は健康診断)</small>												52件	(0.7)	
		④ 入院外(件数)												47件	(0.6)	
		⑤ 糖尿病治療中		H	256人		11.8%		245人		12.3%		245人		12.3%	
		⑥ (再掲)40-74歳			253人		15.1%		242人		15.5%		242人		15.5%	
		⑦ 健診未受診者			178人		70.4%		167人		69.0%		160人		66.1%	
		⑧ インスリン治療		O	30人		11.7%		31人		12.7%		31人		12.7%	
		⑨ (再掲)40-74歳			29人		11.5%		30人		12.4%		29人		13.6%	
		⑩ 糖尿病性腎症		L	38人		14.8%		38人		15.5%		38人		15.5%	
		⑪ (再掲)40-74歳			37人		14.6%		38人		15.7%		29人		13.6%	
		⑫ 慢性人工透析患者数 <small>(慢性人工透析中に占める割合)</small>			5人		2.0%		7人		2.9%		7人		2.9%	
		⑬ (再掲)40-74歳		5人		2.0%		7人		2.9%		5人		2.3%		
		⑭ 新規透析患者数		0		0		3		0.15		2		0.1		
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		0		0		2		66.7		1		50		
⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 <small>(慢性人工透析中に占める割合)</small>	10人		3.2%		6人		1.9%		6人		1.9%					
6	医療費	① 総医療費	8億5339万円		7億8941万円		7億8941万円		7億1983万円		7億0892万円		6億7691万円			
		② 生活習慣病総医療費	4億6544万円		4億1167万円		4億1167万円		4億2009万円		4億1310万円		3億6899万円			
		③ (総医療費に占める割合)	54.5%		52.1%		52.1%		58.4%		58.3%		54.5%			
		④ 生活習慣病 1人あたり	13,367円		13,410円		13,410円		13,382円		14,061円		8,328円			
		⑤ 健診受診者	33,402円		28,505円		28,505円		27,730円		33,090円		37,859円			
		⑥ 健診未受診者	4576万円		4195万円		4195万円		4153万円		4207万円		4142万円			
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)	9.8%		10.2%		10.2%		9.9%		10.2%		11.2%			
		⑧ 糖尿病入院総医療費	1億2696万円		1億2052万円		1億2052万円		1億0609万円		1億0520万円					
		⑨ 1件あたり	39,090円		38,176円		38,176円		35,293円		36,604円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費	1億5310万円		1億2202万円		1億2202万円		9917万円		1億0857万円					
		⑪ 1件あたり	715,441円		572,857円		572,857円		547,879円		613,363円					
		⑫ 在院日数	22日		21日		21日		22日		20日					
		⑬ 慢性腎不全医療費	4940万円		5044万円		5044万円		6133万円		4167万円		2869万円			
		⑭ 透析有り	4685万円		4718万円		4718万円		5871万円		4031万円		2645万円			
		⑮ 透析なし	255万円		326万円		326万円		262万円		136万円		223万円			
7	介護	① 介護給付費	8億7547万円		8億8116万円		8億8116万円		8億7156万円		8億7689万円		8億6712万円			
		② (2号認定者)糖尿病合併症	3件		42.9%		2件		33.3%		1件		16.7%			
8	死亡	① 糖尿病(死因別死亡数)	2人		1.7%		2人		1.7%		0人		0.0%			

出典:ヘルスサポートラボツール

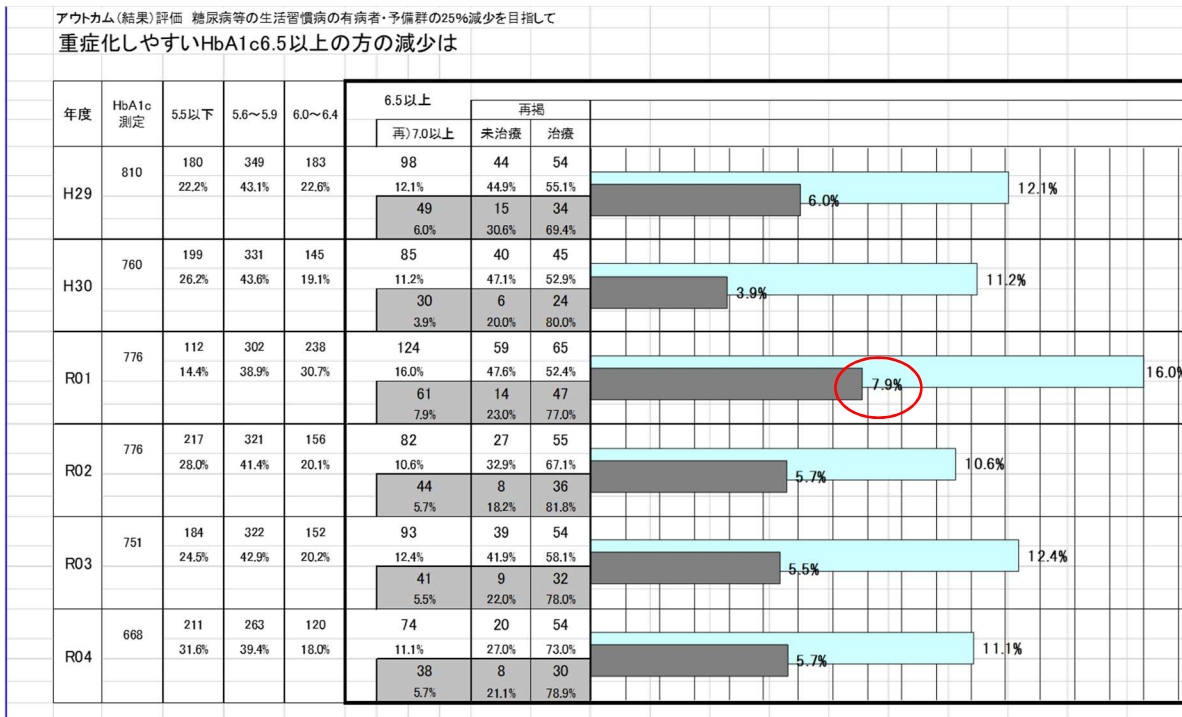
②治療継続者の割合の増加

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。高森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、令和4年度の73%が最高で、未治療者はやや減少傾向です。(図表51)

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いないように、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。

図表 51 重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の推移



出典:ヘルスサポートラボツール

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。

高森町では、健診の結果、HbA1c7.0%以上の方の年次推移をみると、令和元年が7.9%と高い状況です。(図表51)年次比較してみると、令和3年度17人のうち、令和4年度にHbA1c8.0%未満に改善した人は7人、変化なし6人、未受診者4人でした。(図表52)

高森町では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、保健指導を実施してきました。特にHbA1c8.0%以上のコントロール不良者には糖尿病連携手帳の配布を行い、医療機関との連

携をとるようにしています。

しかし、治療中の HbA1c7.0%以上の人の割合は微増しており、重症化予防の為の保健指導や医療機関との連携が課題です。

図表 52 HbA1c6.5 以上の年次変化

1) H30・R01年度の比較													
H30年度		R01年度の結果をみる											
		継続受診者		68人 80.0%		未受診 (中断)	75歳 到達者	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
HbA1c6.5以上	64以下	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上	改善					悪化	悪化		
85人	6	25	28	9	17	3	合計	11	39	11	20	18	17
11.2%	7.1%	29.4%	32.9%	10.6%	20.0%	3.5%		12.9%	45.9%	12.9%	23.5%	21.2%	20.0%
6.5~6.9	6	22	15	0	12	1	6.5~6.9	6	22	4	12	15	12
	10.9%	40.0%	27.3%	0.0%	21.8%	1.8%		10.9%	40.0%	7.3%	21.8%	27.3%	21.8%
7.0~7.9	0	2	11	3	2	1	7.0~7.9	2	11	4	5	3	2
	0.0%	11.1%	61.1%	16.7%	11.1%	5.6%		11.1%	61.1%	22.2%	27.8%	16.7%	11.1%
8.0以上	0	1	2	6	3	1	8.0以上	3	6	3	3		3
	0.0%	8.3%	16.7%	50.0%	25.0%	8.3%		25.0%	50.0%	25.0%	25.0%		25.0%
2) R01・R02年度の比較													
R01年度		R02年度の結果をみる											
		継続受診者		101人 81.5%		未受診 (中断)	75歳 到達者	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
HbA1c6.5以上	64以下	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上	改善					悪化	悪化		
124人	36	28	27	10	23	2	合計	49	46	30	10	6	23
16.0%	29.0%	22.6%	21.8%	8.1%	18.5%	1.6%		39.5%	37.1%	24.2%	8.1%	4.8%	18.5%
6.5~6.9	32	19	3	0	9	0	6.5~6.9	32	19	11	4	3	9
	50.8%	30.2%	4.8%	0.0%	14.3%	0.0%		50.8%	30.2%	17.5%	6.3%	4.8%	14.3%
7.0~7.9	4	7	20	3	10	1	7.0~7.9	11	20	13	5	3	10
	9.1%	15.9%	45.5%	6.8%	22.7%	2.3%		25.0%	45.5%	29.5%	11.4%	6.8%	22.7%
8.0以上	0	2	4	7	4	1	8.0以上	6	7	6	1		4
	0.0%	11.8%	23.6%	41.2%	23.5%	5.9%		35.3%	41.2%	35.3%	5.9%		23.5%
3) R02・R03年度の比較													
R02年度		R03年度の結果をみる											
		継続受診者		62人 75.6%		未受診 (中断)	75歳 到達者	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
HbA1c6.5以上	64以下	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上	改善					悪化	悪化		
82人	9	21	20	12	20	5	合計	16	34	13	15	12	20
10.6%	11.0%	25.6%	24.4%	14.6%	24.4%	6.1%		19.5%	41.5%	15.9%	18.3%	14.6%	24.4%
6.5~6.9	7	15	7	1	8	3	6.5~6.9	7	15	5	6	8	8
	18.4%	39.5%	18.4%	2.6%	21.1%	7.9%		18.4%	39.5%	13.2%	15.8%	21.1%	21.1%
7.0~7.9	1	6	12	4	9	2	7.0~7.9	7	12	4	6	4	9
	3.1%	18.8%	37.5%	12.5%	28.1%	6.3%		21.9%	37.5%	12.5%	18.8%	12.5%	28.1%
8.0以上	1	0	1	7	3	0	8.0以上	2	7	4	3		3
	8.3%	0.0%	8.3%	58.3%	25.0%	0.0%		16.7%	58.3%	33.3%	25.0%		25.0%
4) R03・R04年度の比較													
R03年度		R04年度の結果をみる											
		継続受診者		70人 75.3%		未受診 (中断)	75歳 到達者	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
HbA1c6.5以上	64以下	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上	改善					悪化	悪化		
93人	20	21	22	7	23	3	合計	30	36	11	21	4	23
12.4%	21.5%	22.6%	23.7%	7.5%	24.7%	3.2%		32.3%	38.7%	11.8%	22.6%	4.3%	24.7%
6.5~6.9	17	16	3	1	15	3	6.5~6.9	17	16	5	8	4	15
	32.7%	30.8%	5.8%	1.9%	28.8%	5.8%		32.7%	30.8%	9.6%	15.4%	7.7%	28.8%
7.0~7.9	2	4	14	0	4	0	7.0~7.9	6	14	6	7	0	4
	8.3%	16.7%	58.3%	0.0%	16.7%	0.0%		25.0%	58.3%	25.0%	29.2%	0.0%	16.7%
8.0以上	1	1	5	6	4	0	8.0以上	7	6	0	6		4
	5.9%	5.9%	29.4%	35.3%	23.5%	0.0%		41.2%	35.3%	0.0%	35.3%		23.5%

出典：ヘルスサポートツール

図表 53 HbA1c の年次比較

HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲				
			正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病			合併症の危険が更に大きくなる							
	5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
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	
H29	810	180	22.2%	349	43.1%	183	22.6%	49	6.0%	37	4.6%	12	1.5%	33	4.1%	7	0.9%
H30	760	199	26.2%	331	43.6%	145	19.1%	55	7.2%	18	2.4%	12	1.6%	20	2.6%	6	0.8%
R01	776	112	14.4%	302	38.9%	238	30.7%	63	8.1%	44	5.7%	17	2.2%	35	4.5%	14	1.8%
R02	776	217	28.0%	321	41.4%	156	20.1%	38	4.9%	32	4.1%	12	1.5%	20	2.6%	7	0.9%
R03	751	184	24.5%	322	42.9%	152	20.2%	52	6.9%	24	3.2%	17	2.3%	27	3.6%	10	1.3%
R04	668	211	31.6%	263	39.4%	120	18.0%	36	5.4%	30	4.5%	8	1.2%	22	3.3%	7	1.0%

出典:ヘルスサポートツール

③糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上の者)の増加の抑制

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく、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。

高森町の糖尿病患者の推移は、HbA1c7.0%以上の糖尿病合併症の恐れがある方の割合も増加しています。高森町は糖尿病の前段階ともいえる HbA1c5.6～5.9 の正常高値から HbA1c.6.0～6.4 の境界領域の割合が高い状況です。令和4年度の特定健診において、正常値 HbA1c.5.5 以下は 31.6%であります。つまり、6 割は糖尿病予備軍及び糖尿病有病者である状況です。

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。

④ライフステージに基づいた糖尿病対策

ハイリスク者を把握しフォローを行っていくためにも妊娠期、幼少期からのライフステージに基づいた予防活動が重要です。

加えて、若年女性のやせや妊娠中の喫煙が低出生体重を介して将来の肥満や糖尿病につながることを示されていることや、こどもの肥満が増加していること等を踏まえると、ライフステージを考慮した糖尿病対策が必要です。そのため、母子保健と連携し、妊娠期からのハイリスク者のフォローや幼児期からの生活習慣病予防活動を行っていきます。

図表 54

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフサイクルで考える －基本的考え方－ （ライフサイクルで、法に基づく健診項目をみました）														
1 根拠法		健康増進法												
6条 健康増進事業実施者		母子保健法			児童福祉法		学校保健安全法		労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>			
2 計画		健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】 データヘルス計画【保健事業実施計画】（各保険者）												
3 年代		妊婦 (胎児期)	産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
4 健康診査 (根拠法)		妊婦健康診査 (13条)	産婦健診 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査 <small>(3・12条)</small>	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)		特定健康診査 (第18・20・21条)	後期高齢者健康診査 (第125条)	
5 対象者		妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)	標準的な特定健診・保健指導プログラム(第2章)	
血糖		95mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上					
HbA1c		6.5%以上							6.5%以上					
50GCT		1時間値 140mg/dl以上												
75gOGTT		①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上							空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上					
(診断) 妊娠糖尿病		空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの												
身長 体重														
BMI												25以上		
肥満度				加齢 [*] 18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上							
尿糖		(+) 以上							(+) 以上					
糖尿病 家族歴														

出典：ヘルスサポートツール

【行政の取組、対策】(循環器疾患の対策と重なるものは除く)

糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・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
- ・2 次精密検査(糖負荷検査・微量アルブミン尿検査)の実施
- ・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
- ・保健指導の質の向上

(5)がん対策

がんは、初期段階で発見し適切な治療を提供することにより、高い確率で治る病気です。そのため、がんに対する正しい知識を持ち、積極的にがん検診を受診するよう働きかけることが必要です。また、がんのリスクを高める要因として喫煙や不適切な食生活、肥満、野菜不足、多量飲酒などが挙げられ、がん予防のための生活習慣の改善について、町民へ周知していくことが重要です。

現状と目標

①がん死亡率の減少

図表 55 がんの死亡数の現状、がんの部位別の割合

		H30	R1	R2	R3	R4	計	
死亡者数	早期発見有効	肺	8	5	3	5	7	28
		胃	3	1	2	3	3	12
		大腸	0	4	1	4	4	13
		乳房	0	1	0	0	2	3
		子宮	0	0	1	0	0	1
		小計	11	11	7	12	16	57
	その他	前立腺	0	1	0	1	2	4
		肝臓	1	0	2	0	2	5
		食道	0	1	0	1	2	4
		胆のう	3	1	0	2	0	6
		膵臓	0	4	2	4	1	11
		膀胱	3	0	0	1	0	4
		悪性リンパ	0	1	0	0	1	2
		白血病	1	1	1	0	0	3
		その他	1	0	1	1	1	4
		小計	9	9	6	10	9	43
	がんによる死亡合計		20	20	13	22	25	100
	再掲)65歳未満		0	8	1	3	1	13
	高森町死亡者合計		116	80	95	93	95	479
再掲)65歳未満		7	12	4	7	5	35	

出典：高森町がん検診統計資料

町のがん死亡者数は横ばい傾向にあります。がんによる死亡の内訳をみると、ここ数年「肺・大腸、胃」の順に多い状況です。

検診による死亡率の減少効果があるとされている、肺、胃、大腸、乳、子宮がんの5大がんでの死亡者は5年間で57人です。全体の約半数以上の割合で早期発見による治療が有効とされるがんが原因で亡くなられています。

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がんの早期発見です。今後も、検診受診率を向上させることで重症化に努め、がんによる死亡者の減少を図る事が重要です。

図表 56 がんによる死亡者数

	H30	R1	R2	R3	R4	計
がんによる死亡合計	20	20	13	22	25	100
再掲)65 歳未満	0	8	1	3	1	13

【65 歳未満のがんによる死亡者のがんの種別について】

R1 8 人 がんの種類:小細胞肺癌、腭頭部癌、前立腺がん、悪性リンパ腫、乳がん、
悪性胸膜中皮腫、直腸がん、十二指腸乳頭部癌

R2 1 人 がんの種類:胃がん

R3 3 人 がんの種類:直腸がん、盲腸がん、肺がん

R4 1 人 がんの種類:肺がん

出典:高森町がん検診統計データ

65 歳未満のがんによる死亡者は減少傾向にありますが、死亡者のがんの種別をみると、肺がん、大腸がんが原因で亡くなっている方が多い状況です。

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、65 歳未満のがんの死亡者数の減少を図ります。

②がん検診の受診率の向上

図表 57 がん検診受診率の推移

がん検診受診率 国民健康保険の被保険者受診率	H30 年度	R01 年度	R02 年度	R03 年度
肺がん	-	31.9	37.9	33.1
大腸がん	-	31.9	31.7	30
胃がん	-	16.3	19.2	20.2
子宮がん	-	8.1	26.7	30.8
乳がん	-	9.6	23.9	27.7
がん検診 平均受診率	0	19.6	27.9	28.4

出典:地域保健・健康増進事業報告

図表 58 がん検診対象者全体の受診率(国保以外も含む)

	H30 年度	R01 年度	R02 年度	R03 年度
肺がん	16.4	17.2	16.1	17.2
大腸がん	18.7	18.8	17.8	16.9
胃がん	11.4	10.3	11.1	11.2
子宮がん	31.7	17.6	17.5	20.8
乳がん	17.5	16.1	17.1	19.3

出典：地域保健・健康増進事業報告

③がん検診受診率

がん検診の受診率は、県の目標値 50%に届いていない状況です。

各種がん検診の受診率(全体)を経年で比較すると、全体的に横ばい傾向にあります。部位別の受診率をみると、女性のがん検診(子宮、乳がん)は上昇傾向にあり、胃がん検診は11%代で受診率が伸び悩んでいます。

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の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。

図表 59 がん検診の精密検査受診率及びがん発見者数

		H29	H30	R1	R2	R3
胃がん	精密検査受診率	92.6	70	91	100	81.8
	がん発見者数	0	1	0	0	0
肺がん	精密検査受診率	91	100	80	58	75
	がん発見者数	1	1	1	2	0
大腸がん	精密検査受診率	75	76.1	71.9	71.2	77.3
	がん発見者数	2	2	2	1	2
乳がん	精密検査受診率	86	50	100	80	100
	がん発見者数	1	0	1	1	1
子宮がん	精密検査受診率	100	100	100	100	85.7
	がん発見者数	0	0	0	0	0

出典：高森町がん検診統計資料

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1つとなっています。高森町の精密検査受診率は事業評価指数の目標値を90%としており、令和3年度で数値目標を超えているのは乳がんのみでした。毎年、がんの発見者の報告があることから、早期発見の機会を増やすためにも、精検受診率向上に向けて受診勧奨の取組を強化する必要があります。

【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。

ウイルス感染によるがんの発症予防の施策

- ・子宮頸がん予防ワクチン
- ・肝炎ウイルス検査(40歳以上、妊娠期)
- ・HTLV-1抗体検査(妊娠期)
- ・ピロリ菌抗体検査(新規事業)

がん検診受診率向上対策

- ・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

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(子宮がん 20歳・30歳)(乳がん 40歳・50歳)

- ・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。

がん検診によるがんの重症化予防の施策

高森町で実施しているがん検診

○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)。マンモ(40歳以上)
- ・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

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

患者等の生活の質の向上

- ・医療機関及び訪問看護との連携
- ・がん相談窓口の紹介
- ・緩和ケア病棟の紹介

(6)身体活動・運動

安静にしている状態より多くのエネルギーを消費するすべての動作のことを身体活動と言い、身体活動のうち、体力の維持・向上を目的として計画的・意図的に実施し、継続性のある活動のことを運動といいます。

日常の身体活動量を増やすことは、生活習慣病や心血管疾患の発症リスクを減少させます。また、QOL の維持にも大きな影響を与えます。高齢者は加齢にて運動機能が低下し、それに伴い日常生活の自立度も低下しやすくなりますが、運動にて身体活動量を増やすことで介護が必要な状態となるロコモティブシンドロームの状態を予防することにつながります。

運動習慣者の割合

町の住民健診問診票において、「1 日 30 分以上の軽い汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施している」の質問に「はい」と回答した方の割合を示しています。(図表 60)

図表 60 1日 30 分以上運動あり(40～74 歳男女)

R1	R2	R3	R4
35.3	38.2	38.0	35.7

出典:KDB「地域の全体像の把握」

図表 61 1日 30 分以上運動あり(20～39 歳男女)

R1	R2	R3	R4
25.4	44.2	43.0	43.3

出典:住民健康診査問診票

40～74 歳については横ばいで推移し、20～39 歳については R2 年より大きく上昇しており、若い世代からの運動の習慣化定着、維持が今後も重要となります。

近年では、家事や仕事の自動化、交通手段の発達などにより、身体活動量が低下し生活習慣病者が増加する要因の 1 つとなっています。長期的には 10 分程度の歩行を 1 日数回おこなう程度でも生活習慣病予防などの健康上の効果が期待できるとされており、家事や通勤など日常生活での身体活動も健康に欠かせないものと考えることが出来ます。

町の事業では、「スマートボディ教室」を R3 年から行っています。運動指導士が講師となり、運動の実践を中心に、栄養やその他健康に関する講義などをおこなっています。R4 年度の事後データでは、体重や体脂肪率、HbA1c など有意に改善が見られました。しかし、特定保健指導対象者の参加者が少ない現状にあります。特定保健指導対象者は、特にデータの改善などの効果を期待したい対象であるため、参加しやすいような案内の仕方や教室内容を検討していく必要があります。

また、熊本連携中枢都市圏事業として熊本健康アプリ「もっと健康！げんき！アップくまもと」を活用し、気軽に楽しみながら健康増進を図る取り組みを行っています。このアプリは、歩くことや健診受診などの健康づくり活動でポイントが付与され、ポイントがたまると協力店などで特典を受けることが出来るものになっており、高森町のアプリダウンロード者数は、349 人(R5 年 9 月現在)となっています。新規のアプリダウンロード者数の推移は、R4 年度 184 人、R3 年度 119 人です。アクティブユーザー数(月間)は R4 年 11 月で 131 人となっています。ダウンロード者数の増加、そして実際にアプリを使用して運動に取り組む人が増加するよう、アプリや事業内容の情報発信が引き続き必要です。

様々な事業の活用をしながら、日常生活の身体活動量、運動習慣者数の増加を目標とし、身体活動・運動に対する意識の向上させるための啓発活動を行っていきます。

身体活動量・運動習慣の増加及び知識の普及啓発に向けた施策

- ・ライフステージや個人の健康状態に合わせた適切な運動指導
- ・熊本健康アプリ事業の利用促進
- ・運動教室事業の内容の充実
- ・運動普及に関わる関連機関との連携

(7)休養・心の健康

心の健康は、ひとがいきいきと自分らしく生きるための重要な条件です。

心の健康を保つためには多くの要素があり、適度な運動やバランスのとれた栄養・食生活は、身体だけでなく心の健康においても重要な基礎となります。特に、十分な睡眠をとりストレスと上手につきあうことは、心の健康に欠かせない要素となっています。

また、健やかな心を支えるためには、心の健康を維持するための生活や、心の病気への対応を多くの人が理解することが不可です。心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、不安障がい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。

心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あり、社会全体で取り組む必要があります。

1.基本的な考え方

現代社会はストレス過多の社会であり、価値観の多様化が進む中で、誰もが心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、自分や周囲の人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。

しかし、心の健康を損ない、気分が落ち込んだ時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。悩みを抱えた時に気軽に心の健康問題を相談できない大きな原因として、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。

2.現状と目標

自殺の原因としては、健康問題が最も高く、うつ病などの心の病気の占める割合が高いため、自殺を減少させることと心の健康の増進とは密接な関係があります。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、心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言われています。

令和4年度の全国自殺死亡率は17.5%、熊本県は17.4%、高森町は0%で近年は減少傾向にあ

ります。しかし、全国的に 50 歳代の自殺者数が多く、高森町の平成 25 年～令和 4 年においては、自殺者全体(15 人)の約過半数(7 人)が 60 代でした。背景としては経済状況や仕事(過労)などの社会的要因が大きいと考えられていますが、予防対策を考えるための実態把握は不十分な状況です。

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ぎを実現し、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よう支援することが大切になります。

また、担当課との連携を深め、情報共有を図っていくことも大切です。

心の健康の保持増進に向けての施策

- ・ ころの健康に関する相談先の紹介、情報提供
- ・ 適切な睡眠時間の確保や睡眠環境の改善の重要性の啓発・周知
- ・ 関係機関(医療機関、保健所、精神保健福祉関連施設等)との連携

(8)たばこ・アルコール対策

喫煙

たばこによる健康被害は、がん、脳卒中や虚血性心疾患などの循環器疾患、慢性閉塞性肺疾患(COPD)などの呼吸器疾患、糖尿病や妊娠周産期の異常、歯周病など多岐にわたります。

受動喫煙においても、同様です。たばこの煙には、5,300 種類の化学物質が含まれており、70 種類の発がん性物質が入っています。H30 年に健康増進法が一部改正され、望まない受動喫煙の防止を図るため、多くの方が利用する施設において、一定の場所を除き喫煙を禁止するなどの措置が定められました。

図表 62 40 歳～74 歳の喫煙率

	R1	R2	R3	R4
男性	26.6	27.6	27.7	26.1
女性	4.6	5.1	5.2	4.7
県	13.6	12.9	13.3	13.6

出典:KDB「地域の全体像」

図表 63 20 歳～39 歳の喫煙率

	R1	R2	R3	R4
男性	31.0	54.3	55.6	45.5
女性	7.6	1.8	3.9	7.9

出典:住民健康診査問診票

高森町の 40 歳～74 歳の喫煙率は、H30 年から横ばいで推移しています。しかし熊本県全体と比較すると熊本県より高い割合です。また、20 歳～39 歳の若い世代では、年度によってばらつきがありますが、男性はここ数年全体の約 5 割が喫煙している状況です。近年加熱式たばこが普及し、特に若い世代での使用が多くみられ、喫煙率が下がらない 1 つの要因であると言えます。加熱式たばこは、従来

のタバコと同レベルのニコチンや有害物質が含まれていると報告されており、病気にかかるリスクが減ったということはありません。今後は、TPC や広報などでのポピュレーションアプローチ、個別の保健指導でも正確な知識の提示、必要に応じて禁煙外来などの情報提供を行い、その人が適切な行動がとれるような支援をしていきます

また、妊娠・出産の過程においても喫煙は様々な影響があります。たばこの煙に含まれる有害物質により、低出生体重児や早産のリスクが高まり、さらに子宮外妊娠や常位胎盤早期剥離などを引き起こす可能性も指摘されています。高森町の令和4年度妊娠中の喫煙率は4.2%となっています。また、パートナーが喫煙していれば影響を受けることになります。たばこによる胎児、乳幼児への影響については、これまで同様、母子手帳交付時に適切な情報提供を行います。

喫煙による健康被害予防のための施策

- ・母子手帳交付時、乳幼児健診、各種健診でのたばこに関する情報提供
- ・個人の健診結果や健康状態に基づいた禁煙指導
- ・広報、SNS やケーブルテレビなどを通じたたばこに関する情報の普及啓発

アルコール

飲酒は、社会生活・地域の文化と関係が深く、適正な飲酒は気持ちをリラックスさせたり会話を増やしたりするなどの良い効果もあります。しかし一方で不適切な飲酒は、健康を害したり、飲酒運転などの様々な問題を引き起こす要因になります。健康日本21では生活習慣病リスクを高める飲酒量を、1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性で20g以上としています。年齢や性別、体質などでアルコールの身体への影響は異なりますが、健康に配慮した飲酒方法を守ることが大切です。

図表 64 1日2合以上飲酒している人の割合(男性・40歳～74歳)

	R1	R2	R3	R4
高森町	6.9	7.9	8.3	9.7
熊本県	20.8	20.4	15.9	15.8

出典：KDB「地域の全体像」

図表 65 1日2合以上飲酒している人の割合(女性・40歳～74歳)

	R1	R2	R3	R4
高森町	1.2	1.9	1.2	1.4
熊本県	2.6	2.5	2.3	2.7

出典：KDB「地域の全体像」

図表 66 γ GTP 受診勧奨判定値者の割合

R1	R2	R3	R4
4.8	4.1	4.7	5.5

出典：KDB「地域の全体像」

1日2合以上飲酒している人の割合を男女別に示しています。(図表 64.65)男性、女性ともに熊本県平均よりも低い割合です。ただし、男性の1日2合以上飲酒している人の割合はR1年度から徐々に増加傾向にあります。

飲酒量と関係が深い健診データのγGTPの受診勧奨判定値者の割合について示していますが(図表 66)R3年から増加傾向にあり、やはり過度な飲酒は肝機能と関係性が高いということが分かります。

さらに、飲酒は肝機能のみならず、高血糖、高血圧、高尿酸など様々な血管、臓器に影響をもたらします。保健指導の中で、個人のデータや生活習慣などを把握しながら、適正飲酒のための個別的な関わりを行っていきます。

また、未成年の飲酒や、妊婦の飲酒についても、身体に与える影響は大きく、正確な知識の普及啓発を関係機関と連携と取りながら行っていくことが必要です。

飲酒による健康被害予防のための施策

- ・母子手帳交付時、乳幼児健診、各種健診での飲酒に関する情報提供
- ・個人の健診結果や健康状態に基づいた適正な飲酒の指導
- ・関係機関(医療機関、アルコール自助グループなど)との連携
- ・広報、SNS やケーブルテレビなどを通じた飲酒に関する情報の普及啓発

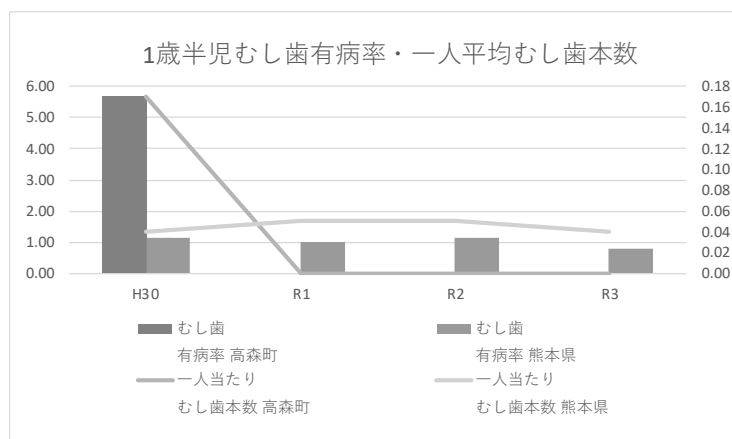
(9)歯・口腔の健康

歯・口腔の健康を保つことは、自分の歯でおいしく食べる喜びや会話を楽しむことなど社会生活を送るうえで重要であり、QOL(生活の質)に大きく影響します。

むし歯、歯周疾患は全身の様々な疾患と関連があり、乳幼児期から老年期まで全世代において予防していくことが大切です。生涯を通した歯科健診(いわゆる国民皆歯科健診)に向けての取り組みとして、全世代が歯科健診を受けることが出来る体制を構築し、生涯にわたって歯・口腔の健康を保つことができるよう、歯科疾患の予防を働き掛けていくことが重要と考えます。

・乳幼児期

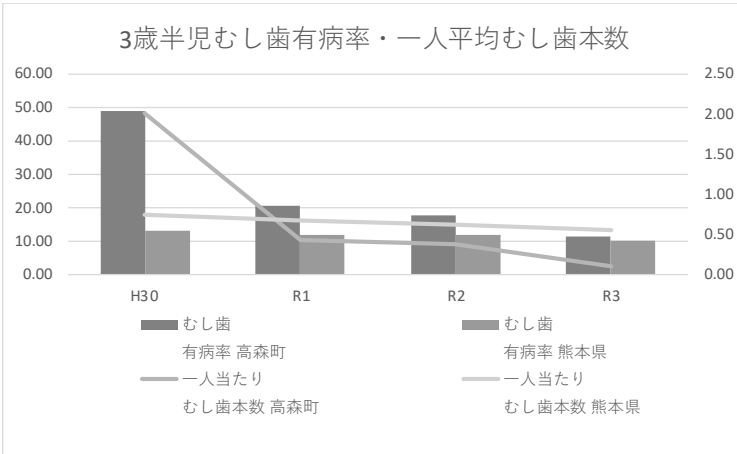
図表 67 1歳6ヶ月児むし歯有病率・一人平均むし歯本数



		H30	R1	R2	R3
むし歯有病率	高森町	5.71	0.00	0.00	0.00
	熊本県	1.15	0.99	1.12	0.81
一人当たりむし歯本数	高森町	0.17	0.00	0.00	0.00
	熊本県	0.04	0.05	0.05	0.04

出典:熊本県歯科保健状況調査報告

図表 68 3歳6ヶ月児むし歯有病率・一人平均むし歯本数



		H30	R1	R2	R3
むし歯有病率	高森町	48.78	20.45	17.50	11.43
	熊本市	13.24	11.90	11.81	10.20
一人当たりむし歯本数	高森町	2.00	0.43	0.38	0.11
	熊本市	0.74	0.67	0.63	0.56

出典:熊本県歯科保健状況調査報告

むし歯有病率、一人平均むし歯本数は、1歳半児・3歳半児ともに減少傾向です。(図表 67.68)1歳半児において、むし歯の発生は R1 年からありません。3歳半児においてはこの数年で大きく減少していますが、熊本県平均より多い状況にあります。

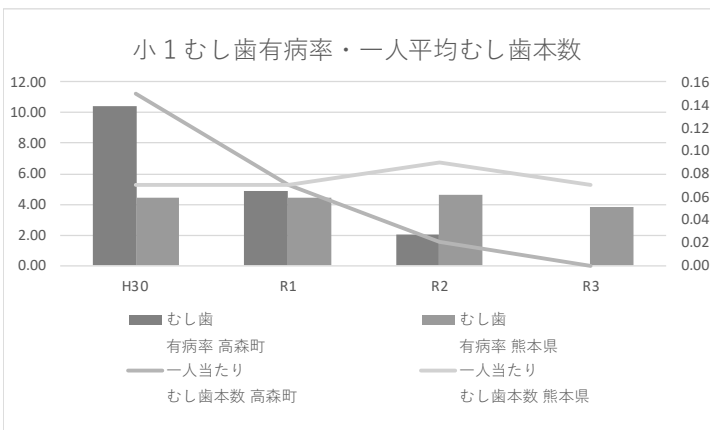
高森町では、1歳児健康相談の場で歯科医師から保護者向けに乳幼児期からのフッ化物塗布やむし歯予防対策の重要性についての講話をしています。また、むし歯の発生は、家庭環境や生活習慣が大きく影響しており、近年は、コンビニエンスストアなどの普及により糖分の多いお菓子やジュースなどを気軽に摂取することが出来る状況にあります。実際に1人で何本もむし歯を持つ子もいるため、適切なおやつのかぶり方や歯みがきの方法などの生活習慣について、個別指導にて行っていく必要があります。

そこで、むし歯がある場合は、早急に受診し適切な治療を受けてもらうよう指導を行い、その後の受診状況の確認を行っていきます。

歯の質を高めるフッ化物塗布の事業も行っており、集団の間では1歳児健康相談、1歳6か月児健康診査、3歳6か月児健康診査にて行っています。それ以外の塗布は、個別の歯科医院受診を案内していますが、定期的を受診している人は少ない現状です。定期的なフッ化物塗布を受けることが、むし歯予防につながることを理解してもらい、関係機関と連携しながら受診しやすい仕組みを構築していきます。

・学童期(小学1年生、中学1年生)

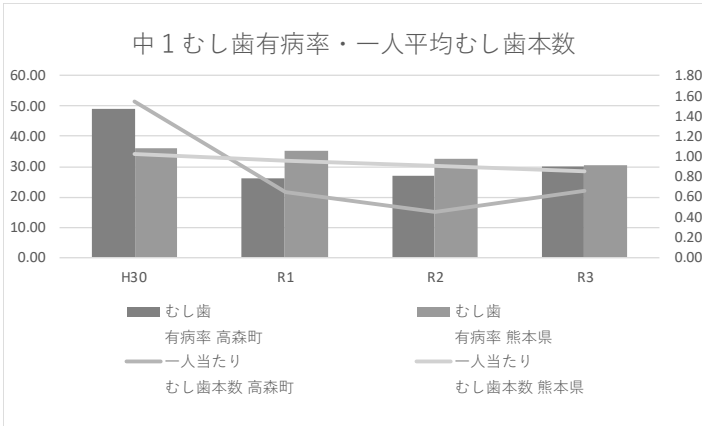
図表 69 小学1年生むし歯有病率・一人平均むし歯本数



		H30	R1	R2	R3
むし歯有病率	高森町	10.42	4.88	2.00	0.00
	熊本市	4.47	4.40	4.58	3.83
一人当たりむし歯本数	高森町	0.15	0.07	0.02	0.00
	熊本市	0.07	0.07	0.09	0.07

出典:熊本県歯科保健状況調査報告

図表 70 中学 1 年生むし歯有病率・一人平均むし歯本数



		H30	R1	R2	R3
むし歯有病率	高森町	49.12	25.93	26.79	30.19
	熊本県	36.18	35.02	32.73	30.34
一人当たりむし歯本数	高森町	1.54	0.65	0.45	0.66
	熊本県	1.02	0.96	0.91	0.85

出典：熊本県歯科保健状況調査報告

高森町ではH24年からフッ化物洗口を開始、保育園・幼稚園は週 5 回法、小中学校は週 1 回法にて行っています。乳幼児期・学童期において、フッ化物洗口開始以降むし歯の有病率は減少しています。R2 から R3 にかけてむし歯有病率が上昇していますが、コロナ渦でのフッ化物洗口だけでなく歯磨きの中止や休校などで間食の摂り方など生活習慣の変化があったことも要因の1つとして考えられます。今後の推移を確認していきながら、今後も効果的なフッ化物洗口ができるよう、園・学校、歯科医院など関係機関と取り組んでいきます。

また、むし歯予防には、フッ化物にて歯の質を高める以外に、糖分の摂り方とむし歯菌の感染予防が重要となり、先述の乳幼児期でも述べたように、家庭環境や生活習慣が大きく影響します。おやつや歯ブラシのブラッシング法など、学校など関係機関と連携しながら個別介入やポピュレーションアプローチを行っていきます。

・妊娠期～子育て期

パパママ歯科健診(妊婦歯科健診)

パパママ歯科健診は、妊娠期から子どもの出生後、子どもが 2 歳になるまでの計 3 回受ける機会を設けています。

【1 回目】妊娠届日から子どもの出生前日まで

…母子手帳交付時に、妊婦は早産予防対策として受診を勧めています。

【2 回目】子どもの出生日から 1 歳の誕生日前日まで

【3 回目】子どもの 1 歳の誕生日から 2 歳の誕生日前日まで

図表 71 妊婦歯科健診受診率

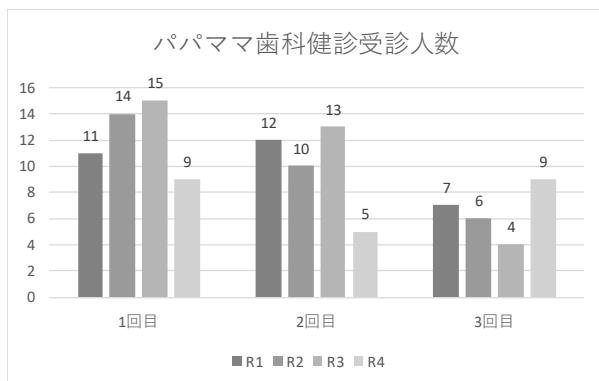
妊婦歯科健診受診率	H30	R1	R2	R3
	29.7%	12.5%	31.7%	26.9%

出典：町統計データ

H30 年からの妊婦歯科健診受診率(=パパママ歯科健診妊婦1回目の受診率)を示しています。(図表 71)当該年度に妊娠届出をした人の受診率であり、実際の受診日は年度をまたぎます。例年 30%前後で推移していますが、R1 で減少している点に関して、体調が安定する妊娠中期以降に受診しようとした場合、多くが R2 年に受診することになり、R2 年は新型コロナウイルス感染拡大による行動制限

が影響していると考えられます。

図表 72 パパママ歯科健診受診率



出典:町統計データ

次に、パパママ歯科健診 1 回目、2 回目、3 回目の各受診者数を R1 年から示しています。(図表 72) 3 回目は子どもが 1 歳となり、親が育児休暇から仕事復帰することなどが影響し、受診する方が少なくなる傾向にあります。

妊娠期の歯周病が早産・低体重児出生を引き起こすリスクとなることや、保護者のむし歯予防が子どものむし歯予防になることを理解してもらい、定期的な歯科健診受診、早期治療ができることが重要です。また、母親の就労状況などの生活スタイルも年々変化しており、受診しやすい体制づくり、案内の仕方など事業の評価を行っていきます。

・成人期～老年期

・成人歯周病歯科健診

図表 73 成人歯周病健診受診率・要治療者数・治療受診率

年度	健診受診者数	健診受診率	要治療者	治療受診者	治療受診率
R3	38	11.6%	16	13	81.3%
R4	45	15.9%	30	26	86.7%

出典:町統計データ

歯周病は、炎症によって出てくる毒性物質が歯肉の血管から全身に入り、脳梗塞、心筋梗塞などの血管疾患や糖尿病など様々な病気を引き起こします。

高森町では R3 年度より健康増進法に基づき、町内在住の 40 歳、50 歳、60 歳、70 歳の男女を対象に、成人歯周病健診を開始しました。全国の H30 年度歯周疾患検診受診者の割合は、平均 5.0% であり、それに比べると、多くの方が受診しています。現在、生涯を通した切れ目のない歯科健診の実施体制が求められており、R5 年度は町独自に対象を広げ、25 歳、35 歳も対象としました。なお、R6 年度から健康増進事業実施要領が改正され、20 歳、30 歳が対象として追加される予定となっています。

・後期高齢歯科口腔健診

図表 74 後期高齢歯科口腔健診受診率

	H30	R1	R2	R3	R4
後期高齢歯科口腔健診受診率	3.85%	1.49%	1.25%	1.91%	2.06%

出典:熊本県後期高齢者医療広域連合データ

後期高齢歯科口腔健診について、75歳以上の方を対象に行っていますが、対象者の多くがすでに定期受診し治療を受けているため、低値での推移となっています。R4年度熊本県平均は1.69%であり、それに比べると高い受診率です。

幅広い世代が歯科健診を受けることができ、受診状況やその後の治療受診率なども含めたフォローアップの体制を整え評価していきたいと思います。

歯・口腔の健康増進のための施策

- ・ライフステージごとの歯科健診の実施(乳幼児健診、園・学校歯科検診、パパママ歯科健診、成人歯周病歯科健診、後期高齢歯科口腔健診)
- ・関係機関と連携した受診しやすい歯科健診・歯科事業の体制構築
- ・健診結果や健康状態、生活習慣に応じた個別の歯科保健指導(ハイリスク者など)
- ・効果的なフッ化物塗布(個別受診)、フッ化物洗口(幼稚園、保育園、小中学校)実施の推進
- ・広報、SNS やケーブルテレビなどを通じたむし歯予防に関する普及啓発

(10)高齢者の健康づくりの推進

高齢期(75歳以上の後期高齢者)

現状と目標

高森町では高齢化が顕著で、高齢期の健康維持がより重要となっています。

高齢者ではそれまでの生活習慣に起因する高血圧や糖尿病といった基礎疾患に加え、運動機能の低下や社会交流の減少などの環境要因が加わり様々な疾病が現れます。そのため、高齢期の健康維持には成人期からの基礎疾患の発症・重症化予防が非常に重要です。

図表 75 後期高齢者における住民健診受診割合・医療機関受診割合

	H30	R1	R2	R3	R4
住民健診受診割合	22.7%	22.9%	25.0%	26.5%	26.3%
医療機関受診割合	97.7%	97.6%	96.7%	96.1%	95.3%

出典:ヘルスサポートラボツール(E表)

図表 76 住民健診有所見者割合

	H30年度	H31(R1)年度	R2年度	R3年度	R4年度
HbA1c6.5以上	12.8	19.7	10.7	13.6	11.7

収縮期血圧 140 以上	38.9	27.5	40.1	42.9	41.9
LDL140 以上	20.6	18.8	18.1	18.6	15.0
eGFR45 未満	8.4	9.7	10.4	11.3	11.7

出典:評価支援ツール(様式 5-1)

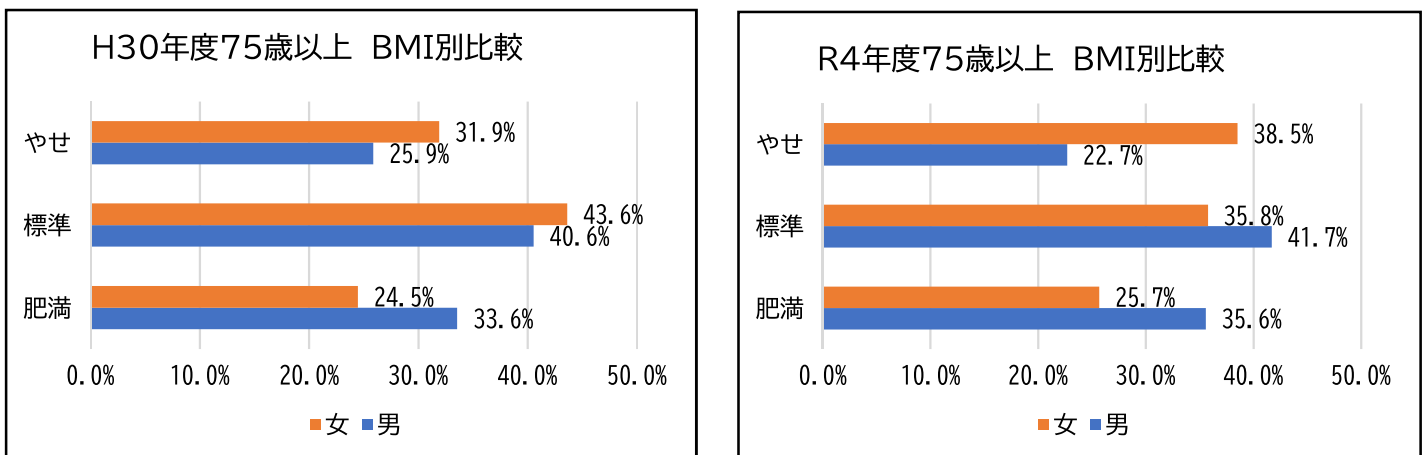
高森町における高齢者の住民健診有所見者割合をみると高血圧症の割合が多い傾向にあります。血圧は血管内皮を傷つけ、脳・心・腎への臓器障害を引き起こします。適切な内服管理によりコントロールが可能ですが、そのためには継続的な家庭血圧の測定及び記録が不可欠です。血圧手帳等の活用により住民意識の向上及び測定継続のための取り組みを実施・継続していきます。

高齢期の食の現状と目標

高齢期の適切な栄養は、生活の質のみならず、身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要になります。また、高齢期においてはフレイルと密接に関連する低栄養からの要介護のリスクが高まります。

高齢者は朝食欠食が男女ともに低いが、BMI が 20 以下の低栄養傾向にある高齢者の割合は男女ともに増加しています。食べてはいるが栄養バランスが崩れている可能性があり、高齢者の低栄養予防への対策が必要になります。

図表 77 75 歳以上 BMI 別比較



出典:マルチマーカー

やせ: BMI21.4 以下、標準: BMI21.5~24.9、肥満: 25 以上

後期高齢者健診の結果で BMI が 20 以下の割合

図表 78 75 歳以上 BMI20 以下の割合

	H30 年度	R4 年度
BMI20 以下の割合 男	9.8%	12.3%
BMI20 以下の割合 女	15.4%	19.3%

出典:マルチマーカー

図表 79 食事に関する問診票結果

	H30 年度	R4 年度
朝食欠食(週 3 回以上)男	6.3%	1.8%
朝食欠食(週 3 回以上)女	5.3%	4.1%
就寝 2 時間以内に夜食をとる(週 3 回以上)男	23.8%	19.0%
就寝 2 時間以内に夜食をとる(週 3 回以上)女	19.1%	15.6%

出典:住民健診問診票

高齢者の健康の保持増進に向けての施策

- ・健康診査の結果や低栄養・過体重や食事管理が難しい高齢者に関する栄養指導
- ・家庭訪問や健康相談、結果説明会等の様々方法での保健指導
- ・糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療養と同様に食事療養が重要な生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導
- ・健康教室の実施
- ・生活習慣病予防や重症化予防に関する内容を広報、ケーブルテレビ等での普及
- ・食生活改善推進員による食育の推進と普及、啓発
- ・包括支援センター職員・健康集落支援員との連携