健康れいほく21計画（第二次）

（健康増進計画・食育推進計画）

第二期特定健康診査等実施計画

元気で
長生きするために…
健康寿命の延伸

平成25年3月

苓　北　町

目　　次

序　章　　計画改定にあたって ・・・・・・・・・・ 1

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　　苓北町の概況と特性 ・・・・・・・・・・ 7

1．町の概要　・・・・・・・・・・ 8
2．健康に関する概況・・・・・・・・・・ 9
3．町の財政状況に占める社会保障費・・・・・・・・・・22

第Ⅱ章　　課題別の実態と対策 ・・・・・・・・・・23

1．前計画の評価・・・・・・・・・・24
2．生活習慣病の予防・・・・・・・・・・28
⑴　循環器疾患　・・・・・・・・・・28
⑵　糖尿病　・・・・・・・・・・35
⑶　がん　・・・・・・・・・・44
⑷　歯・口腔の健康　・・・・・・・・・・50
3．生活習慣・社会環境の改善　―特定健康診査等実施計画と重なる部分　・・・・・・・・・・56
⑴　栄養・食生活（食育推進計画）・・・・・・・・・・56
⑵　身体活動・運動　・・・・・・・・・・72
⑶　飲酒　・・・・・・・・・・77
⑷　喫煙　・・・・・・・・・・80
⑸　休養　・・・・・・・・・・82
4．こころの健康　・・・・・・・・・・84
5．目標の設定　・・・・・・・・・・89

第Ⅲ章　　計画の推進・・・・・・・・・・93

1．健康増進に向けた取り組みの推進・・・・・・・・・・94
⑴　活動展開の視点・・・・・・・・・・94
⑵　関係機関との連携・・・・・・・・・・95
2．健康増進を担う人材の確保と資質の向上・・・・・・・・・・97

第Ⅳ章　　苓北町国民健康保険特定健康診査・特定保健指導実施計画（第二期）
・・・・・・・・・・99

（注：⑴循環器疾患・⑵糖尿病、および3．⑴〜⑸は「特定健康診査等実施計画と重なる部分」）

序章　計画改定にあたって

序章　計画改定にあたって

１．計画改定の趣旨

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

今回、平成 25 年度から平成 34 年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本 21(第二次)」（以下「国民運動」という。）では、21 世紀の日本を『急速な人口の高齢化や生活習慣の変化により、疾病構造が変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、これら生活習慣病に係る医療費の国民医療費に占める割合が約 3 割となる中で、高齢化の進展によりますます病気や介護の負担は上昇し、『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り組みを推進するために、下記の 5 つの基本的な方向が示されました。

（１）健康寿命の延伸と健康格差の縮小
（２）生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD の予防)
（３）社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
（４）健康を支え、守るための社会環境の整備
（５）栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

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

本町では平成 22 年 3 月に、「健康日本 21」の取り組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、苓北町の特徴や、町民の健康状態をもとに、健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点をおいた、「苓北町健康増進計画・食育推進計画」を策定し、取り組みを推進してきました。

今回、示された「国民運動」の基本的な方向及び目標項目については、表 1 のように考えるとともに、平成 20 年 3 月に策定した「特定健康診査等実施計画(第一期)」とあわせて、これまでの取り組みの評価、及び新たな健康課題などを踏まえ、「健康れいほく 21 計画（第二次)」を策定します。

参考　基本的な方向の概略

（１）健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

（２）主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPD(慢性閉塞性肺疾患)に対処するため、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進。

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

＊NCDについて

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

これらの疾患は、共通する危険因子(主として喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒)を取り除くことで予防できる。

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

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

（３）社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

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

（４）健康を支え、守るための社会環境の整備

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

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

対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

表１

「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)

- ⑴健康寿命の延伸と健康格差の縮小
  - ① 健康寿命の延伸
  - ② 健康格差の縮小
- ⑶社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- ⑵生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底
- ⑸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
- ⑷健康を支え、守るための社会環境の整備

		次世代の健康			高齢者の健康		
		胎児（妊婦） 0歳	18歳 20歳	40歳	65歳	75歳	死亡
生活習慣病の予防	がん		①-1がん検診の受診率の向上(子宮頸がん)	①-2がん検診の受診率の向上(胃・肺・大腸・乳がん)			③75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少
	循環器疾患			③高血圧の改善 ④脂質異常症の減少			⑤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			①特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ②メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ③糖尿病有病者の増加の抑制 ⑤治療継続者の割合の増加 ⑥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 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少		
	歯・口腔の健康	①乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	②過去1年間に歯科検診を受診した者の増加 ③歯周病を有する者の割合の減少		④歯の喪失防止 ⑤口腔機能の維持・向上		
生活習慣・社会環境の改善（NCDリスクの低減等）	栄養・食生活	②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 ⑤食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加 ⑦共食の増加 ⑧利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加 ①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	⑥適切な量と質の食事をとる者の増加		④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制		
	身体活動・運動	②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	③日常生活における歩数の増加 ④運動習慣者の割合の増加		⑤介護保険サービス利用者の増加の抑制 ⑥足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 ⑦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 ⑧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	①妊娠中の飲酒をなくす	②未成年者の飲酒をなくす	③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	①妊娠中の喫煙をなくす ②受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	③未成年者の喫煙をなくす	④成人の喫煙率の減少	⑤COPDの認知度の向上		
	休養		①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少 ②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少				
	こころの健康	①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	②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 ③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		④認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上		□自殺者の減少

個人の取組では解決できない地域社会の健康づくり

①地域のつながりの強化
②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
③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
④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
⑤健康格差対策に取り組む自治体数の増加

２．計画の性格

この計画は、苓北町振興計画「ふるさと苓北未来プラン」を上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とし、また、保健事業の効率的な実施を図るため、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定する苓北町国民健康保険特定健康診査等実施計画と一体的に策定し、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図ります。

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

表１

法　　律	熊本県が策定した計画	苓北町が策定した計画
健康増進法	熊本県健康増進計画	苓北町健康増進計画
次世代育成対策推進法	熊本県少子化対策基本計画	苓北町次世代育成支援（後期）行動計画
食育基本法	熊本県健康食生活・食育推進計画	苓北町食育推進計画
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	苓北町国民健康保険特定健康診査等実施計画
がん対策基本法	熊本県がん対策推進計画	苓北町健康増進計画
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	苓北町健康増進計画
介護保険法	高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画	苓北町高齢者福祉計画・介護保険事業計画　第５期

３．計画の期間

健康増進計画・食育推進計画の目標年次は平成 34 年度とし、計画の期間は平成 25 年度から平成 34 年度までの 10 年間とします。なお、5 年を目途に中間評価を行います。

特定健康診査等実施計画については平成 29 年度までの 5 年計画とし平成 27 年度の実績で評価、見直しを行います。

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、全町民（特定健康診査等実施計画については国保被保険者）を対象とします。

第Ⅰ章　苓北町の概況と特性

第１章　苓北町の概況と特性

１．町の概要

⑴ 位置

苓北町は、熊本県の西部、天草下島の北西端に位置し、北は千々岩灘、西は天草灘と二つの海に面しています。

⑵ 地理・地形

東西に約 8km、南北に約 13km で、天草灘に突出した富岡半島を中心に扇形をなしています。細長く突き出た富岡半島は、陸繋島として知られ、巴湾を挟んだ砂嘴とともにユニークな景観を呈しており、富岡半島の一部は、昭和 31 年雲仙天草国立公園に指定されました。

陶石、石炭などの地下資源にも恵まれ、石炭の採掘は消滅したものの、天草西海岸から産出される良質の陶石は、町内での陶磁器生産とあわせ、高級磁器の材料として移出されています。

面積は 67.08 ㎢でその 70%は山林です。

⑶ 気候

東経 130 度、北緯 32 度の線上にあり、気候は温暖で、果樹野菜の栽培に適しており特産のレタスを中心とした農業が営まれています。

⑷ 沿革

海に恵まれていることから､古代よりすでに勢力を持った先人が生活していたこと立証されており、中世には志岐氏が志岐城を拠点に天草下島北部一帯を支配しており、その後 1602 年に富岡城が築かれて以来、江戸時代は富岡に代官所が置かれ天草全島の郡政が治められていたことから、天草の政治文化の中心として栄えました。

昭和 30 年に富岡町、坂瀬川村、志岐村が合併、翌年に都呂々村が合併し現在に至っています。

平成 7 年に九州電力(株)苓北発電所 1 号機(70 万ｋｗ)が運転を開始し、平成 13 年に 2 号機(70 万ｋｗ)の運転が開始され、熊本県内の殆どの電力をまかなっています。

２．健康に関する概況

表１　苓北町の健康に関する概況

割合（%）

項　目			全　国		熊本県		苓北町	
1	人口構成 平成22年国勢調査	総人口	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			128,057,352人	―	1,817,426人	―	8,314人	―
		６５歳以上（高齢化率）	29,245,685人	22.8	463,266人	25.5	2,813人	33.8
		再掲）７５歳以上	14,072,210人	11.0	253,926人	14.0	1,700人	20.4
2	出生 平成22年人口動態調査	出生数（粗出生率）	1,071,304人	8.4	16,246人	8.9	53人	6.3
3	平均寿命 平成17年都道府県別生命表	全体	82.3歳		82.9歳		82.6歳	
		男性	78.8歳		79.2歳		78.5歳	
		女性	85.8歳		86.5歳		86.7歳	
	死亡 平成22年人口動態調査	死亡原因	死亡原因	死亡率（10万対）	死亡原因	死亡率（10万対）	死亡原因	死亡率（10万対）
		１位	悪性新生物（がん）	279.7	悪性新生物（がん）	292.9	悪性新生物（がん）	216.5
		２位	心疾患	149.8	心疾患	162.9	心疾患	204.5
		３位	脳血管疾患	97.7	肺炎	112.0	肺炎	192.4
		４位	肺炎	94.1	脳血管疾患	105.6	脳血管疾患	156.4
		５位	老衰	35.9	老衰	42.4	老衰	72.2
	早世死亡（64歳以下） 平成22年人口動態調査	全体	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			176,549人	14.7	3,262人	12.7	10人	8.1
		男性	119,965人	18.9	2,448人	16.9	6人	9.7
		女性	56,584人	10.0	814人	8.5	4人	6.6
4	国民健康保険 平成22年度 国民健康保険事業年報	被保険者 （総人口に占める割合）	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			35,849,071人	28.4	547,774人	30.1	2,605人	32.4
		６５歳－７４歳 （被保険者中に65歳-74歳が占める割合）	11,222,279人	31.3	162,354人	29.6	1,323人	50.8
		１人あたり医療費	299,333円		326,426円		356,860円（県内6位）	
		医療費総額	10,730,809,969,643円		178,807,705,558円		957,813,296円	
5	後期高齢者医療 平成22年度 後期高齢者医療事業状況報告	被保険者 （総人口に占める割合）	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			14,059,915人	11.0	255,304人	14.0	1,690人	20.3
		１人あたり医療費	904,795円		988,639円		999,412円	
		医療費総額	12,721,335,977,269円		252,403,981,117円		1,672,017,064円	
6	介護保険 平成22年度 介護保険事業状況報告	要介護認定者 （認定率）	人数	認定率	人数	認定率	人数	認定率
			5,062,234人	17.0	89,200人	19.1	406人	15.2
		１号被保険者の認定 （1号被保険者認定者／１号被保険者数）	4,907,439人	16.8	86,796人	18.7	402人	14.9
		２号被保険者の認定 （2号被保険者認定者／2号被保険者数）	154,795人	0.2	2,404人	0.4	4人	0.3
		１人あたり介護給付費 （1号被保険者１人あたり介護給付・予防給付）	248,065円		279,882円		221,995円	
		介護給付費総額 （1号の介護給付・予防給付）	7,254,822,491,000円		129,659,972,000円		624,470,927円	

項　目			全　国		熊本県		苓北町	
7	医療の状況 国民健康保険中央会 医療費統計資料	疾患名 （国保被保険者に占める対象疾患者の割合）	治療者数	割合	治療者数	割合	治療者数	割合
		虚血性心疾患	300,350人	0.8	4,142人	0.8	177人	6.8
		脳血管疾患（脳梗塞）	385,902人	1.1	5,050人	0.9	105人	4.0
		糖尿病	1,177,727人	3.3	21,121人	3.8	415人	15.9
		高血圧症	3,495,750人	9.8	68,791人	12.4	782人	30.0
		人口透析	－	－	2,111人	0.4	11人	0.4
8	特定健診の状況 平成22年度法定報告	対象者数	22,419,244人	－	345,858 人	－	1,838 人	－
		受診者数（受診率）	7,169,761人	32.0	116,775 人	32.6	765人	41.6
		有所見順位	有所見項目 人数	割合	有所見項目 人数	割合	有所見項目 人数	割合
		1位	－	－	HbA1c 83,603人	71.6	HbA1c 478人	62.5
		2位	－	－	LDL 62,707人	53.7	LDL 384人	50.2
		3位	－	－	収縮期血圧 55,470人	47.5	収縮期血圧 369人	48.2
		4位	－	－	腹囲 37,461人	32.1	血糖 368人	48.2
		5位	－	－	BMI 28,366人	24.3	腹囲 249人	32.5
		6位	－	－	中性脂肪 23,171人	19.8	BMI 213人	27.8
		7位	－	－	血糖 37,475人	32.1	中性脂肪 140人	18.3
		8位	－	－	拡張期血圧 24,772人	21.2	ALT(GPT) 136人	17.8
		9位	－	－	ALT(GPT) 15,524人	13.3	拡張期血圧 124人	16.2
		10位	－	－	尿酸 11,668人	10.0	GFR 99人	12.9
		支援別状況 ※フローチャート別	対象者 （実施者）	実施率	対象者 （実施者）	実施率	対象者 （実施者）	実施率
		情報提供	－ －	－	95,558人 －	－	679人 －	－
		動機付け支援	－ －	－	10,981人 （3,960人）	36.1	55人 （26人）	47.3
		積極的支援	－ －	－	5,627人 （1,087人）	19.3	31人 （6人）	19.4

○国・県と比較して割合が高いもの

(1) 人口構成

人口は年々減少しており、平成 22 年は 8,314 人です。(P9 表 1　苓北町の健康に関する概況)

人口構成をみると、65 歳以上人口が平成 17 年から平成 22 年までの 5 年間に 54 人減少しているのに対して、64 歳以下人口は 559 人減少と 10 倍以上の減少となっています。

高齢化率は、平成 17 年は 32.1%でしたが、平成 22 年には 33.8%となり、1.7 ポイント高くなっています。また、生産年齢人口(15 歳～64 歳)・年少人口(0 歳～14 歳)ともに総人口に占める割合が減少傾向にあり、今後さらに少子高齢化が強まると予測されます。(図１)

加えて、65 歳以上１人を支える生産年齢人口者（15 歳～64 歳）をみると、昭和 40 年には１人を 5.75 人で支えていましたが、平成 22 年には１人を 1.6 人で支えています。平成 42 年には高齢者 1 人を 0.95 人で支えると推計されており、生産年齢人口者(15 歳～64 歳) 1 人あたりの負担が大きくなっていることが分かります。(図２)

図１　人口の推移と推計（平成 24 年 1 月推計）

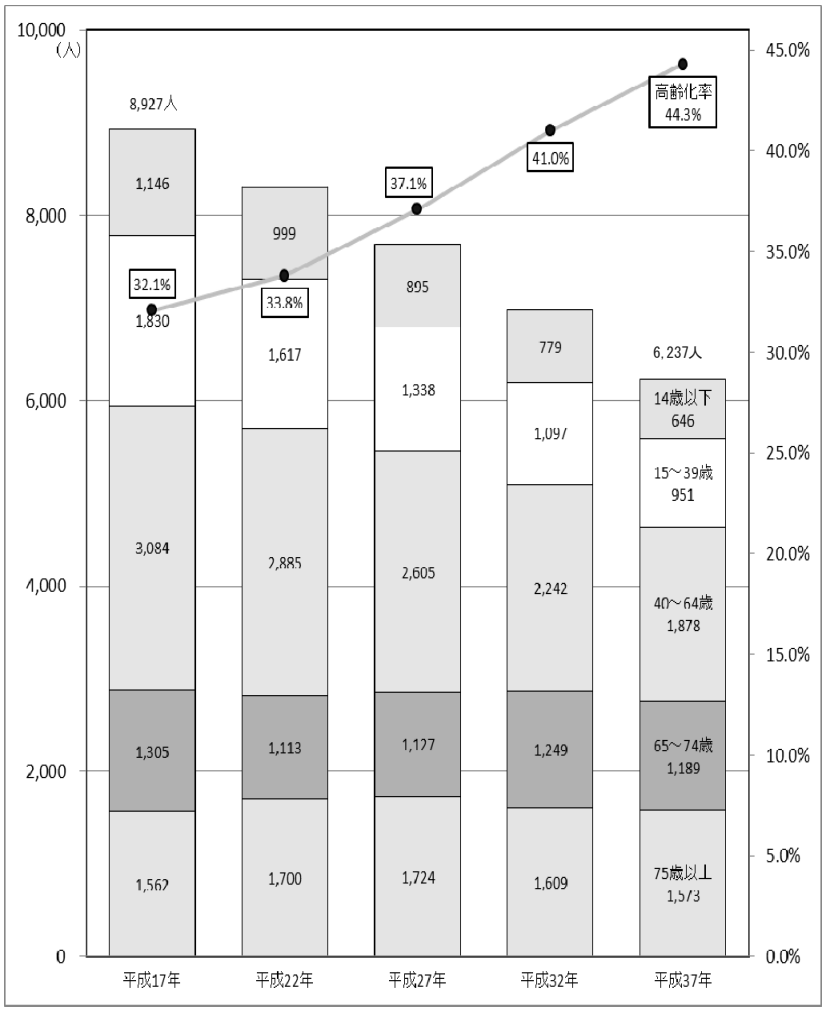
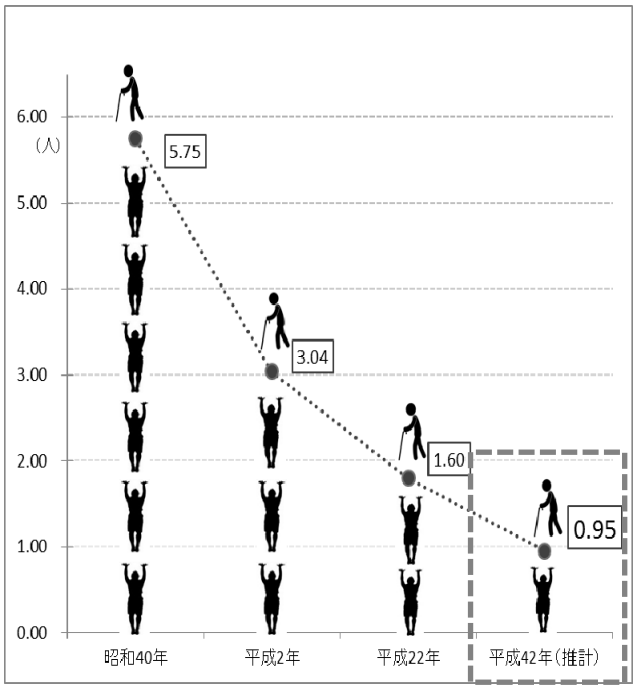


図２　65 歳以上１人を支える生産年齢人口（15～64 歳）の割合



［資料］平成 17 年、平成 22 年

○国勢調査人口等基本集計

(総務省統計局)

平成 27 年、平成 32 年、平成 37 年

○財団法人九州経済調査協会

(2012 年 1 月推計)

⑵ 出生

出生数は、わずかずつですが減少傾向にあります。（表１）平成 22 年 53 人、平成 23 年 55 人、平成 24 年 53 人と、この 3 年間は 50 人台で推移しています。

表 1　苓北町の出生数と人口の変化（６年間）

（人）

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
人口（苓北町）	8,927	8,897	8,773	8,676	8,564	8,314
出生数（苓北町）	60	67	57	59	69	53

［資料］　平成 17 年－平成 22 年人口動態調査

⑶ 死亡

平均寿命は男性 78.5 歳、女性 86.7 歳となっており、全国及び熊本県とほぼ変わらない状況です。(P9 表 1　苓北町の健康に関する概況)

毎年 120 人前後の人が亡くなっていますが、その死因をみると、「悪性新生物」が 1 位です。また、半数近くが「悪性新生物」「脳血管疾患」「心疾患」の生活習慣病で亡くなっています。(表 1)

平成 22 年の死因を人口 10 万対で全国や熊本県と比較すると、「悪性新生物」は 60～70 ポイントほど低い状況ですが、「心疾患」「肺炎」「脳血管疾患」の死亡率は高くなっています。(P9 表 1　苓北町の健康に関する概況)

平成 22 年の早世死亡（64 歳以下の死亡）は、全国及び熊本県よりも低く、また、本町は、平成 17 年より平成 22 年の方が 7.2 ポイント死亡率が下がっています。(表 2)

表 1　苓北町の主要死因の変化（６年間）

（　）は全死亡者に対する割合

	平成17年 111人	平成18年 109人	平成19年 120人	平成20年 122人	平成21年 118人	平成22年 123人
1位	悪性新生物 34人　(31%)	悪性新生物 21人　(19%)	悪性新生物 26人　(22%)	悪性新生物 39人　(32%)	悪性新生物 29人　(25%)	悪性新生物 18人　(15%)
2位	脳血管疾患 18人　(16%)	肺　炎 16人　(15%)	心疾患(高血圧性を除く) 21人　(18%)	脳血管疾患 15人　(12%)	老　衰 15人　(13%)	心疾患(高血圧性を除く) 17人　(14%)
3位	肺　炎 14人　(13%)	脳血管疾患 12人　(11%)	肺　炎 12人　(10%)	心疾患(高血圧性を除く) 10人　(8%)	心疾患(高血圧性を除く) 13人　(11%)	肺　炎 16人　(13%)
4位	心疾患(高血圧性を除く) 13人　(12%)	心疾患(高血圧性を除く) 11人　(10%)	脳血管疾患 12人　(10%)	不慮の事故 8人　(7%)	肺　炎 12人　(10%)	脳血管疾患 13人　(11%)
5位	不慮の事故 6人　(5%)	不慮の事故、貧　血 3人　(3%)	不慮の事故、腎不全 4人　(3%)	肺　炎、自　殺 5人　(4%)	脳血管疾患 10人　(8%)	老　衰 6人　(5%)

表 2　早世死亡（６４歳以下の死亡）の状況

全死亡に占める64歳以下の死亡割合

	平成17年度			平成22年度		
	全国	熊本県	苓北町	全国	熊本県	苓北町
総数	18.0%	14.2%	15.3%	14.7%	12.8%	8.1%
再掲）男性	22.7%	18.3%	21.6%	18.9%	16.9%	9.7%
再掲）女性	12.4%	9.8%	10.0%	10.0%	8.5%	6.6%

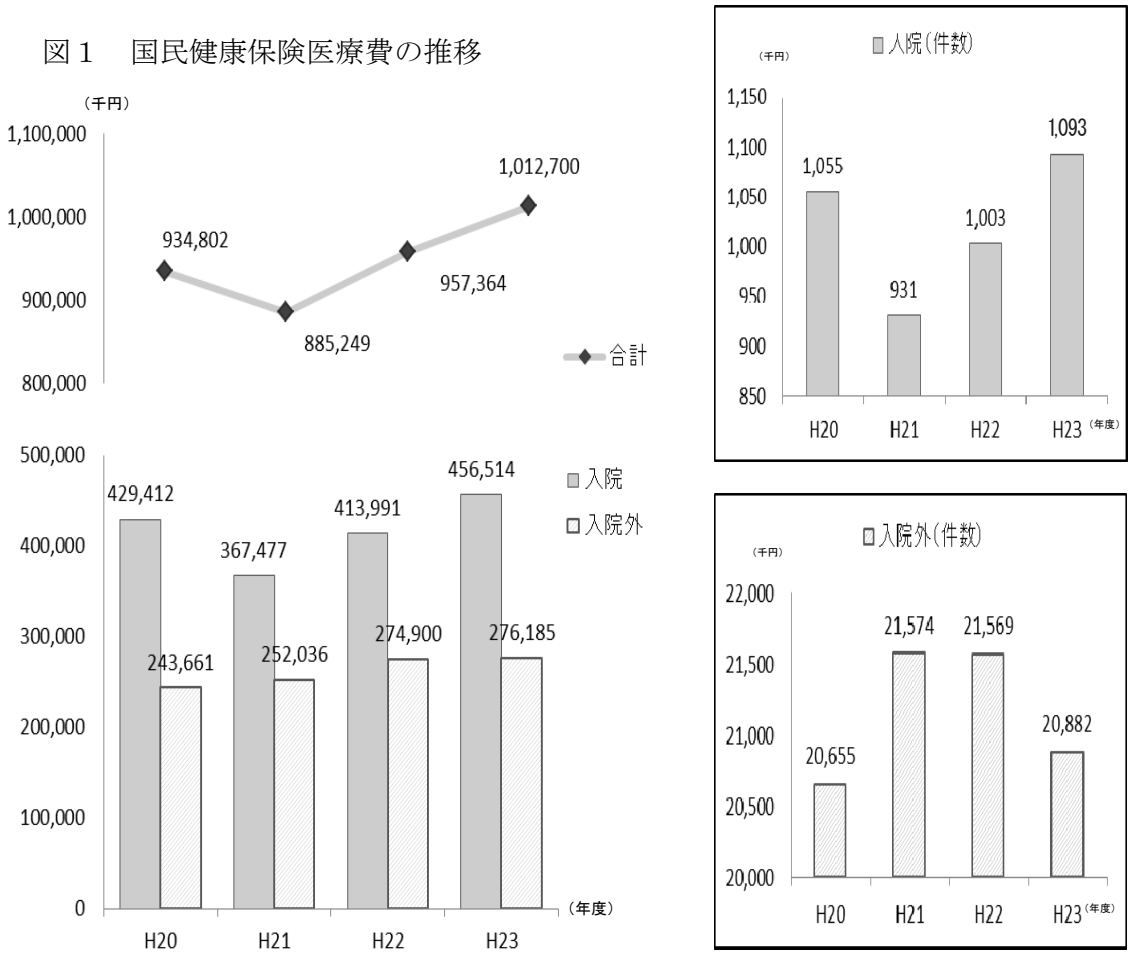
［資料］平成 17 年－平成 22 年人口動態調査

⑷ 国民健康保険

平成 22 年度の国民健康保険加入者は 2,605 人で加入率は 32.4%と、全国 28.4%、熊本県 30.1%と比べ高く、なかでも、前期高齢者（65 歳～74 歳）の占める割合が 50.8%で、全国 31.3%、熊本県 29.6%と比べても特に高くなっています。

国民健康保険医療費の推移は図１のとおりで、平成 21 年度は医療費が少し下がっていますが、その後は毎年伸びています。

図１　国民健康保険医療費の推移



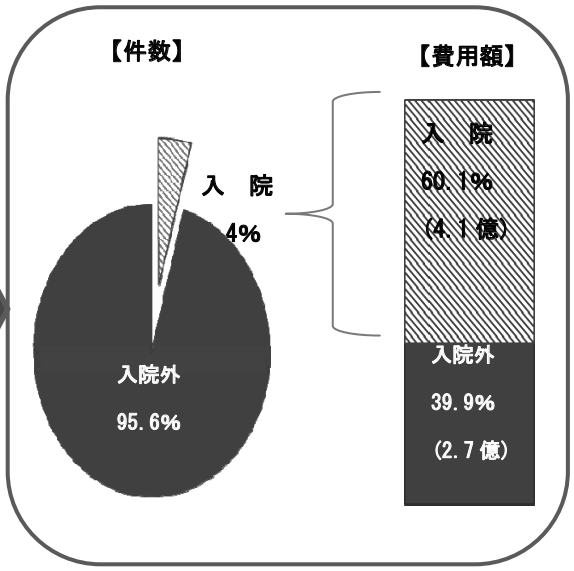
平成 22 年度の国民健康保険 1 人あたりの医療費は 356,860 円で、全国の 299,333 円熊本県の 326,426 円より高く、県内 45 市町村では 6 位と高医療費の町です。

医療費を入院・入院外に分けてみると（レセプト※1件数で抽出)、入院の件数が全体のわずか 4.4%であるにもかかわらず、入院の費用は総費用額の約 60%を占めており、この入院の費用額は県内 45 市町村ではワースト 1 位となっています。（図２）

図２　レセプト※[1]から見る国民健康保険医療費

（平成 22 年度）

	件数		費用額	
入院	1,003 件	(4.4%)	4億1,399万円	(60.1%)
入院外	21,569 件	(95.6%)	2億7,490万円	(39.9%)
合計(入院＋入院外)	22,572 件	(100%)	6億8,889万円	(100%)



※[1]　レセプト　患者が受けた診療に対して、医療機関が保険者に請求する医療費の明細表のこと

本町の国民健康保険加入者は高齢者が多く、医療費の中でも入院費用が高いということが特徴として挙げられます。

平成23年5月診療分で生活習慣病の疾患別受診状況をみると、糖尿病4.7%で県内5位、脳内出血 0.3%で 5 位、高血圧 17.2%で 10 位、虚血性心疾患 0.7%で 22 位です。

平成 22 年度の長期入院者（入院 6 ヶ月以上）は 36 人で、疾患別では、精神疾患 19 人、施設入院 10 人、脳血管疾患 4 人、その他 3 人という状況です。(図 3)

予防可能な生活習慣病の脳血管疾患の内訳をみると、脳梗塞 2 人、脳出血 1 人、くも膜下出血 1 人です。

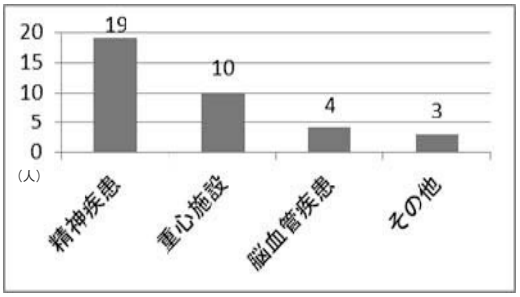
平成 22 年度の高額医療該当者（100 万円以上）は 37 人で、総医療費は 90,421,820 円です。

疾患別にみると、悪性腫瘍が最も多く 15 人 40.5%で、次に骨・関節疾患が 8 人 21.6%となっています。(図 4)

予防可能な生活習慣病 6 人の疾患別は、大血管疾患（1 人)、脳血管疾患（3 人)、腎不全（1 人)、糖尿病性網膜症（1 人）で 19,967,670 円、総額の 22%を占めています。

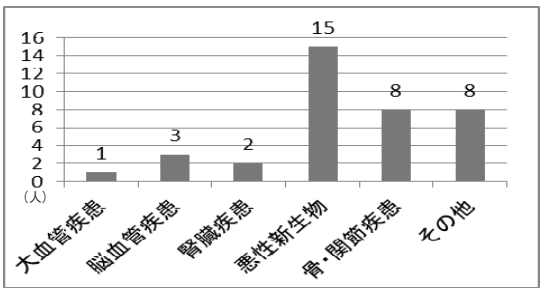
一般的に高齢になるほど受診率は高くなりますが、日頃から一次予防を行い、二次予防で早期発見・早期治療をして、適切に疾病をコントロールすることで重症化予防に努めることが医療費抑制につながります。

図 3　平成 22 年度長期入院状況



［資料］　平成 22 年度国民健康保険医療費

図 4　高額医療該当者疾患別状況



［資料］　平成 22 年度国民健康保険医療費

⑸ 後期高齢者医療

平成23年度末被保険者数は1,690人で、うち65歳～74歳までの障害認定は35人です。

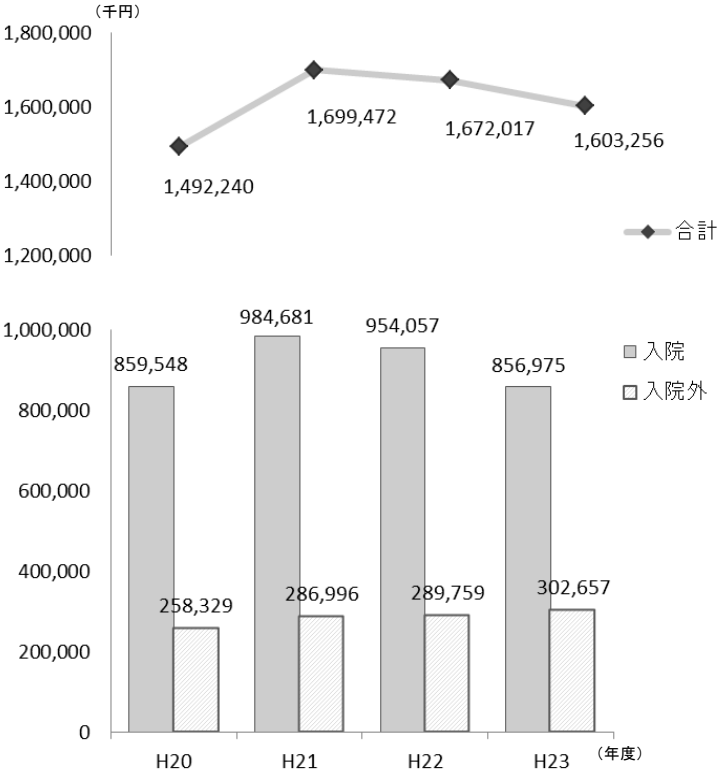
総医療費の推移は、平成20年度14億9,224万円、平成21年度16億9,947万円、平成22年度16億7,201万円、平成23年度16億325万円と、平成21年度をピークに徐々に下がりピーク時の平成21年度と平成23年度を比較すると9,622万円の減額となっています。(図1)

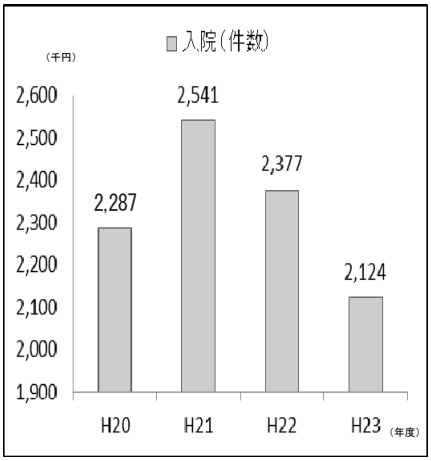
減額した理由を入院件数でみてみると、平成21年度2,541件、平成22年度2,377件、平成23年度2,124件とこの3年間で417件減少し、入院費用で比較すると1億2,771万円の減額となっています。

この結果が一人あたり入院費に表れており、入院費を県内でみると、平成21年度ワースト2位から、平成22年度7位、平成23年度18位と順位が下がってきています。(表1)

入院件数の減少の一つに、医療と介護の連携が強化され、病状は安定して介護が必要になった人が、入院から介護保険制度へ移行されたことが考えられます。

図1　後期高齢者医療費の推移





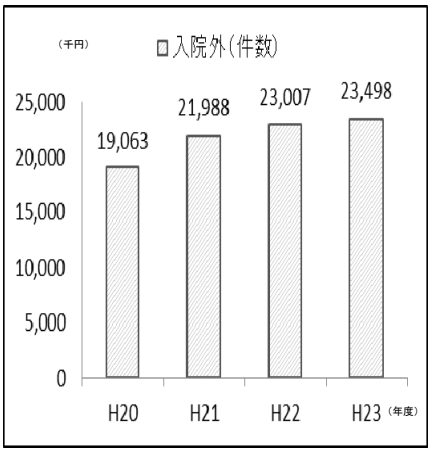


表1　一人あたりの状況（入院・入院外・歯科）　　（円）

		20年度	順位	21年度	順位	22年度	順位	23年度	順位
入院	一人あたり医療費	582,704	1	660,136	2	682,182	7	558,596	18
	一人あたり日数	31.20	1	34.15	1	30.30	3	27.17	9
	一日あたり医療費	18,676	46	19,328	43	20,729	40	20,560	42
入院外	一人あたり医療費	308,186	38	349,405	36	352,515	35	367,768	35
	一人あたり日数	26.61	38	30.38	30	31.06	29	31.46	25
	一日あたり医療費	11583	14	11500	21	11350	25	11689	29
歯科	一人あたり医療費	14,794	42	16,115	42	16,891	40	20,254	33
	一人あたり日数	1.93	47	2.19	45	2.16	45	2.50	45
	一日あたり医療費	7655	4	7353	5	7813	1	8111	1
合計（費用額）		※1　905,684	6	1,027,492	5	999,412	15	948,673	24

※1　後期高齢者医療（11ヵ月分）で、老人保健医療（1ヵ月分）との合計額は、992，435千円。
順位は、県下45（47）市町村における順位

生活習慣病の発症予防や重症化・合併症の予防を目的とした後期高齢者健診の受診率は、平成 20 年度 25.9%、平成 21 年度 23.4%、平成 22 年度 25.3%、平成 23 年度 23.1%です。

平成 23 年度の健診結果で、病院受診勧奨値以上は 237 人、61.7%です。（表 2）

平成 23 年 5 月診療分データでは、診療件数 2,263 件のうち 42.8%の 968 件が高血圧疾患や糖尿病などの生活習慣病となっています。

若い世代から生活習慣病を予防することは重要ですが、生活習慣病と診断されたら重症化しないよう、かかりつけ医を持ちながら上手に疾病の管理をすることが大切です。

本町では、平成 22 年 11 月から毎月 75 歳年齢到達者へ保険証の交付と制度の説明、併せて、健（検）診の受診勧奨と医療機関への適正受診のお願い、健康管理と介護予防という内容で説明会を実施しています。更に後期高齢者医療広域連合と連携して、訪問事業の実施やいきいき長寿講演会を開催して、被保険者の健康意識の向上等に努めています。

引き続き町では、熊本県後期高齢者医療広域連合と連携して、健康保持と医療費適正化を図るために更なる保健事業の推進に努めます。

表２　平成２３年度健診結果判定表

年齢	健診受診者数（人）A	保健指導判定値以上		受診勧奨判定値以上	
			割合（%）B/A	人数（人）C	割合（%）C/A
75～79歳	175	172	98.3	100	57.1
80～84歳	124	123	99.2	78	62.9
85～89歳	65	65	100.0	44	67.7
90～94歳	15	15	100.0	12	80.0
95～99歳	2	2	100.0	2	100.0
65～74歳（障害）	3	3	100.0	1	33.3
合計	384	380	99.0	237	61.7

資料：特定健診等データ管理システム

⑹ 介護保険

本町の平成 23 年 10 月の要介護（支援）認定者数は、411 人であり、介護度が現在の区分となった平成 18 年 10 月の 366 人と比べて、45 人（8.1 ポイント）増加しています。

また、介護給付費も 5.4 億円から 7.2 億円へ 1.8 億円（30%）増加しています（図１）。

介護保険で要介護（支援）認定を受けた人の状況をみると苓北町では、全国、熊本県に比べて要介護 3･4･5 の重度認定者の割合が高くなっています。介護認定率については年々増加していますが、国及び熊本県と比較すると低くなっています。

第 2 号被保険者の新規認定者数は、毎年 1 人前後で移行しています。平成 11 年度から平成 23 年度の第 2 号被保険者の新規認定者の 12 人中 8 人が脳血管疾患による認定者となっています。

また、第 1 号被保険者では、毎年 100 人程度の人が新規認定を受けています。内訳は約 90%が 75 歳以上の後期高齢者です。（表１）第 1 号被保険者を疾患別にみてみると、平成 21～23 年度では認知症、脳血管疾患、骨・関節疾患が毎年上位を占めています。

図１　要介護（支援）認定者数と介護給付費の推移

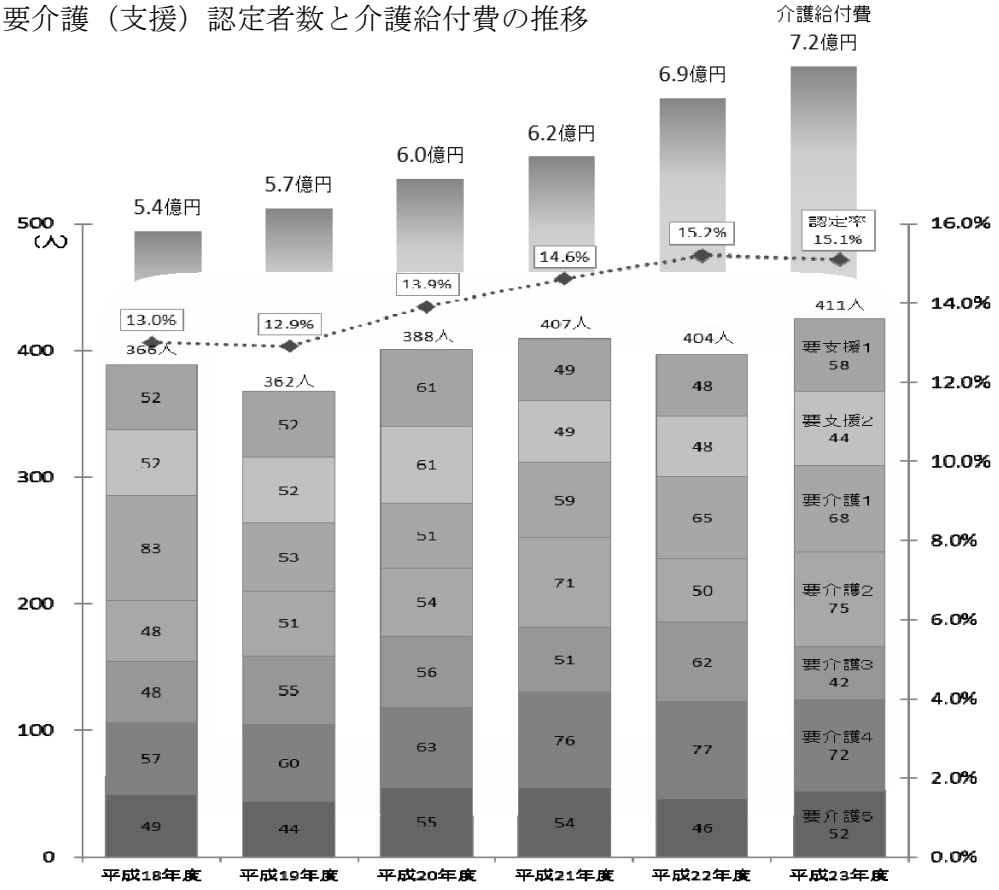


表１　介護保険新規認定者数（H23 年度末現在）

		平成21年度		平成22年度		平成23年度	
新規認定者数		95 人		109 人		113 人	
再掲）第1号認定者	（65～74歳）	10 人	（10%）	12 人	（11%）	6 人	（5%）
	（75歳以上）	84 人	（89%）	97 人	（89%）	104 人	（92%）
再掲）第2号認定者	（40～64歳）	1 人	（1%）	0 人	（0%）	3 人	（3%）

⑺ 健康診査等（第一期特定健診等実施計画評価含む）

①目標達成に向けての取り組み状況

ⅰ　実施に関する目標

健診や保健指導は生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取り組みです。

苓北町国保は、平成 24 年度までに特定健診受診率 65%、特定保健指導実施率 45%を目標として取り組んできましたが、目標達成ができていない状況です。

本町の特定健診受診率は、平成 22 年度 41.6%、平成 23 年度 47.0%、保健指導実施率は平成 22 年度 37.2%、平成 23 年度 33.6%です。平成 22 年度の特定健診受診率を県内で比較すると 45 市町村中 22 位、全国では 1,839 市町村中 527 位です。（表１）

特定健診受診率を特定健診導入前（平成 18 年度国保受診者）24.8%と比較すると、平成 22 年度の受診率は 16.8 ポイント伸びています。

年齢別では、40～64 歳までの働く世代の受診率が平成 18 年度は 14.3%と低迷していましたが、年々向上し、平成 22 年度は 35.7%と 21.4 ポイントの伸び、なかでも 40～64 歳の男性の受診率が 7.8%から 33.2%と 25.4 ポイント伸びています。（図 1）

図１　特定健診年代別受診率の推移

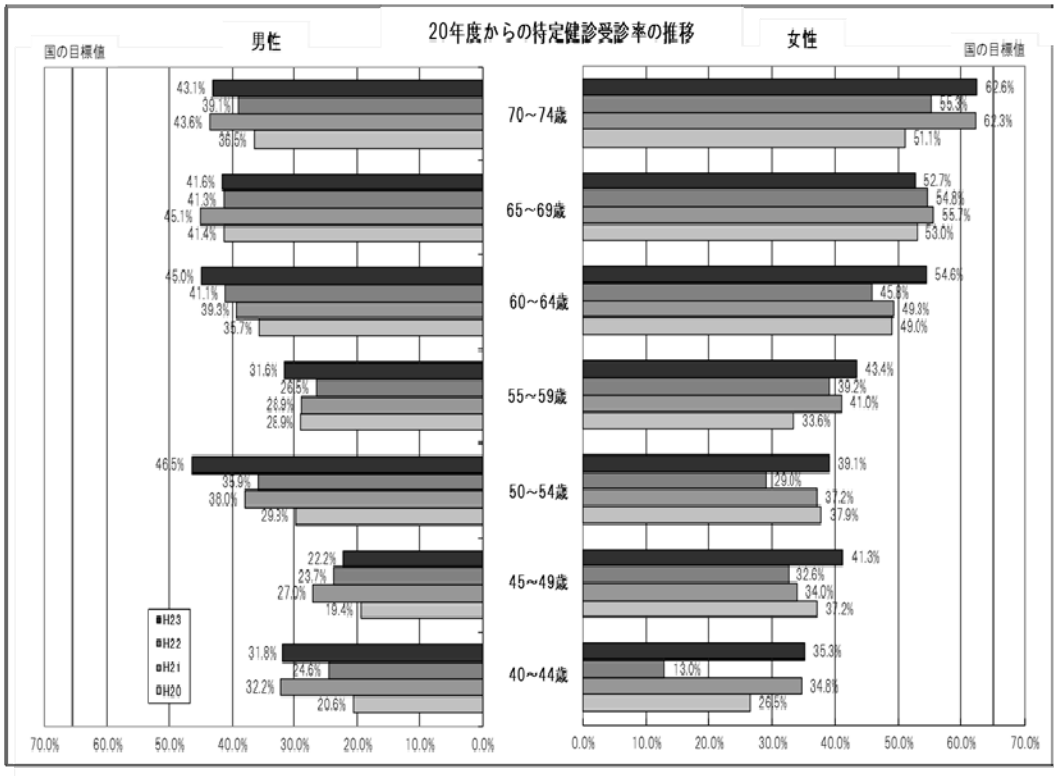


表１　特定健診受診率と特定保健指導実施率

特定健診受診率と特定保健指導実施率　　目標達成まであと○%(○人)

※受診率全国順位は、国保中央会が、平成22年度法定報告を基に作成（全国1839市町村の報告を基にしている）

	保険者名	特定健診受診率								保険者名	特定保健指導実施率(終了者割合)					終了者割合45%まで	
		20年度	21年度	22年度							20年度	21年度	22年度				
					受診率全国順位	対象者数	受診者数	65%まであと○%	あと○人（目安）					対象者数	終了者数	45%まであと○%	あと○人（目安）
1	五木村	78.3%	73.0%	70.8%	11	291	206	－	－	五木村	38.6%	50.0%	32.1%	28	9	12.9%	4
2	産山村	56.4%	57.0%	60.4%	46	417	252	4.6%	20	産山村	35.3%	13.2%	22.2%	36	8	22.8%	9
3	山都町	53.0%	60.1%	57.9%	71	5,030	2,912	7.1%	358	山都町	13.6%	60.8%	31.5%	365	115	13.5%	50
4	あさぎり町	63.7%	59.2%	56.9%	79	3,788	2,154	8.1%	309	あさぎり町	13.2%	35.9%	29.7%	293	87	15.3%	45
5	相良村	54.4%	56.4%	56.4%	86	1,141	644	8.6%	98	相良村	42.9%	45.8%	65.4%	81	53	－	－
6	水上村	43.9%	48.8%	55.8%	91	607	339	9.2%	56	水上村	14.8%	5.0%	1.7%	60	1	43.3%	26
7	和水町	53.0%	56.3%	54.1%	110	2,527	1,367	10.9%	276	和水町	42.7%	38.7%	35.0%	203	71	10.0%	21
8	西原村	55.9%	53.6%	53.1%	121	1,242	659	11.9%	149	西原村	32.8%	53.4%	58.3%	96	56	－	－
9	多良木町	56.9%	57.3%	53.0%	122	2,649	1,404	12.0%	318	多良木町	19.9%	46.7%	38.8%	245	95	6.2%	16
10	山江村	52.7%	54.0%	52.6%	133	744	391	12.4%	93	山江村	22.4%	30.9%	30.8%	52	16	14.2%	8
11	球磨村	33.7%	43.7%	52.1%	144	964	502	12.9%	125	球磨村	79.2%	56.7%	53.4%	58	31	－	－
12	嘉島町	39.2%	48.3%	49.4%	207	1,555	768	15.6%	243	嘉島町	46.2%	37.6%	25.4%	118	30	19.6%	24
13	湯前町	50.2%	51.5%	49.2%	211	1,033	508	15.8%	164	湯前町	26.9%	66.1%	37.9%	58	22	7.1%	5
14	玉東町	45.5%	51.5%	49.1%	214	1,285	631	15.9%	205	玉東町	53.2%	38.4%	55.8%	86	48	－	－
15	錦町	53.3%	50.3%	48.6%	236	2,163	1,051	16.4%	355	錦町	4.2%	36.2%	39.7%	141	56	5.3%	8
16	南小国町	43.3%	48.0%	47.4%	269	1,166	553	17.6%	205	南小国町	33.7%	31.1%	18.7%	75	14	26.3%	20
17	南阿蘇村	41.7%	41.9%	44.0%	413	2,832	1,246	21.0%	595	南阿蘇村	28.5%	53.4%	34.6%	162	56	10.4%	17
18	南関町	48.4%	44.9%	42.4%	489	2,138	907	22.6%	483	南関町	39.5%	25.8%	24.3%	115	28	20.7%	24
19	高森町	43.8%	44.5%	42.3%	495	1,798	761	22.7%	408	高森町	13.6%	10.3%	0.0%	118	0	45.0%	54
20	小国町	34.6%	38.9%	42.3%	496	2,136	904	22.7%	485	小国町	31.5%	29.4%	16.9%	136	23	28.1%	39
21	大津町	39.0%	43.4%	42.2%	507	4,448	1,875	22.8%	1,017	大津町	18.8%	28.4%	45.7%	265	121	－	－
22	苓北町	39.7%	45.0%	41.6%	527	1,838	765	23.4%	430	苓北町	23.4%	28.6%	37.2%	86	32	7.8%	8
23	阿蘇市	32.1%	32.9%	39.9%	616	6,064	2,419	25.1%	1,523	阿蘇市	27.0%	34.6%	24.3%	396	97	20.5%	82
24	御船町	37.5%	42.0%	39.5%	636	3,636	1,436	25.5%	928	御船町	55.2%	54.7%	47.6%	191	91	－	－
25	甲佐町	29.9%	36.3%	39.3%	649	2,552	1,003	25.7%	656	甲佐町	58.8%	39.9%	45.8%	153	70	－	－
26	氷川町	37.3%	32.9%	38.5%	689	3,396	1,308	26.5%	900	氷川町	12.7%	15.5%	34.2%	187	64	10.8%	21
27	美里町	36.1%	38.3%	36.0%	842	2,671	961	29.0%	776	美里町	19.6%	57.0%	85.3%	143	122	－	－
28	菊陽町	34.9%	35.0%	35.4%	878	5,170	1,831	29.6%	1,530	菊陽町	24.8%	37.0%	37.3%	276	103	7.7%	22
29	宇城市	40.3%	38.8%	35.3%	882	13,060	4,615	29.7%	3,879	宇城市	57.1%	56.9%	54.1%	702	380	－	－
30	人吉市	32.9%	35.2%	34.6%	921	7,041	2,438	30.4%	2,140	人吉市	22.1%	36.2%	30.0%	297	89	15.0%	45
31	天草市	26.5%	31.4%	34.4%	937	21,399	7,532	30.6%	6,548	天草市	29.1%	43.8%	40.4%	1,034	418	4.6%	48
32	合志市	32.6%	33.2%	33.2%	1,006	8,311	2,757	31.8%	2,646	合志市	48.5%	55.2%	52.4%	418	219	－	－
33	八代市	28.2%	27.6%	32.8%	1,036	28,084	9,205	32.2%	9,050	八代市	59.5%	45.4%	32.4%	1,399	453	12.6%	177
34	益城町	33.9%	33.1%	32.7%	1,041	6,185	2,024	32.3%	1,998	益城町	47.4%	42.7%	37.5%	251	94	7.5%	19
35	宇土市	19.0%	26.6%	32.1%	1,084	7,260	2,330	32.9%	2,389	宇土市	54.1%	44.0%	31.3%	448	140	13.7%	62
36	長洲町	43.2%	36.9%	32.0%	1,091	3,080	986	33.0%	1,016	長洲町	8.8%	11.4%	15.2%	165	25	29.8%	50
37	菊池市	29.4%	33.1%	31.9%	1,098	10,425	3,328	33.1%	3,451	菊池市	30.2%	37.2%	25.2%	563	142	19.8%	112
38	玉名市	27.9%	34.4%	30.7%	1,172	14,434	4,429	34.3%	4,954	玉名市	45.6%	25.7%	16.3%	675	110	28.7%	194
39	山鹿市	34.2%	30.7%	30.6%	1,181	11,993	3,665	34.4%	4,131	山鹿市	43.1%	71.0%	61.5%	522	321	－	－
40	芦北町	27.4%	29.0%	29.2%	1,272	4,519	1,320	35.8%	1,618	芦北町	17.8%	34.0%	28.5%	200	57	16.5%	33
41	熊本市	15.6%	25.0%	27.0%	1,387	120,061	32,441	38.0%	45,623	熊本市	5.7%	12.6%	15.9%	4,956	788	29.1%	1,443
42	津奈木町	25.4%	27.9%	26.0%	1,426	1,164	303	39.0%	454	津奈木町	50.0%	36.7%	22.2%	27	6	22.8%	7
43	上天草市	23.1%	24.7%	22.9%	1,552	7,488	1,718	42.1%	3,152	上天草市	56.9%	65.1%	52.7%	283	149	－	－
44	水俣市	22.7%	22.8%	22.0%	1,574	5,517	1,215	43.0%	2,372	水俣市	45.3%	42.9%	17.7%	147	26	27.3%	41
45	荒尾市	20.4%	23.5%	21.6%	1,590	10,556	2,283	43.4%	4,581	荒尾市	0.3%	36.1%	37.2%	298	111	7.8%	24
	熊本県	**27.8%**	**31.6%**	**32.6%**		**349,432**	**113,782**	**－**	**－**	**熊本県**	**30.0%**	**33.0%**	**29.9%**	**16,901**	**5,058**	**－**	**－**

※熊本県の受診率は、国保組合を含む。※受診率及び保健指導実施率は、速報値を使用。※目標値(65%・45%)達成までの人数は、22年度対象者数を基に算出し、目安の人数となります。小数点以降は切り上げ。

（市町村国保のみの場合は、平成22年度受診率は32．4%となる。）

未受診者対策として、平成 20 年度から広報誌の活用、健診意向調査、個別案内、がん検診と特定健診の同時実施体制、個人負担金の軽減、健診内容の充実（項目の追加）、健診期間の延長、町内医療機関の協力（治療中の方の受診勧奨）等に取り組んでいます。

特定健診や特定保健指導を受けたことがきっかけで生活習慣を見直し、『健診結果が良くなった』『血圧や糖尿病の治療を開始した』『治療中断者が治療を再開した』など健診を受けた効果も現れてきています。

特定保健指導実施率が伸び悩んでいる理由の一つに、対象者と連絡が取れないことがあります。不在のところには、留守番電話にメッセージを入れたり、訪問してメモを残したりと工夫はしていますが、さらなる検討が必要です。

ⅱ　成果に関する目標

メタボリックシンドロームの予備群及び該当者の減少率をみると、平成 22 年度はメタボ予備群 11.8%、メタボ該当者 17.8%です。メタボ該当者は県平均より高く、ワースト 7 位です。

メタボ改善率は、平成 20－21 年 17.2%、平成 21－22 年 19.8%で、県平均の改善率よりも低い状況です。（表 2）

健診受診者の 28.4%がＢＭＩ（肥満度）25 以上（県内ワースト 5 位）ということから、肥満からくるメタボリックシンドロームを予防するためには肥満解消は重要課題です。

特定健診結果の有所見については、1 位 HbA1c62.5%、2 位 LDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ 50.2%、3 位収縮期血圧 48.2%と空腹時血糖 48.2%、4 位腹囲 32.5%で、空腹時血糖や腹囲は県平均より高くなっています。（P9 表 1　苓北町の健康に関する概況）

これら検査項目は、本町の上位死因や国保医療費を上げる原因疾患でもある糖尿病、脳血管疾患、心臓疾患に影響を与える危険因子です。

また、県平均ではワースト 10 位内に入っていない慢性腎臓病の指標の一つ eGFR（推計糸球体濾過量）が、本町では 10 位に入っています。

いずれも食生活（炭水化物、砂糖、蛋白質、食塩）や身体活動（運動）との関連が深い検査項目であるため、今後の保健指導をさらに充実させる必要があります。

表２　メタボリック予備群・該当者数と改善率（平成 20 年～22 年）

保険者名	メタボリック予備群の数				メタボリック該当者の数				メタボリック該当者の減少率	
	20年度	21年度	22年度	割合	20年度	21年度	22年度	割合	２０－２１	２１－２２
熊本県	12,201	12,794	13,801	12.1%	14,190	15,971	17,700	15.6%	24.1%	22.9%
熊本市	2,429	3,230	3,905	12.0%	2,803	4,448	5,352	16.5%	19.9%	21.5%
人吉市	259	264	268	11.0%	335	327	344	14.1%	27.8%	29.4%
荒尾市	299	301	328	14.4%	302	366	338	14.8%	23.5%	20.2%
水俣市	163	149	142	11.7%	174	149	146	12.0%	20.1%	23.5%
宇土市	160	236	316	13.6%	183	304	402	17.3%	26.2%	26.0%
上天草市	242	254	290	16.9%	219	235	235	13.7%	24.2%	24.3%
山鹿市	445	420	436	11.9%	631	524	558	15.2%	21.1%	21.8%
宇城市	717	620	558	12.1%	775	781	661	14.3%	22.1%	21.5%
阿蘇市	260	235	257	10.6%	301	303	399	16.4%	26.2%	25.4%
菊池市	431	473	419	12.6%	451	491	526	15.8%	28.4%	21.6%
八代市	1,050	865	1,106	12.0%	1,295	1,093	1,365	14.8%	25.5%	27.8%
玉名市	537	625	563	12.7%	560	733	702	15.9%	26.6%	18.4%
合志市	358	358	341	12.4%	363	383	432	15.7%	25.6%	23.0%
天草市	750	850	954	13.0%	861	1,000	1,096	14.9%	24.2%	22.5%
美里町	135	131	119	12.4%	155	149	142	14.8%	21.3%	18.8%
玉東町	82	61	49	7.8%	81	90	96	15.2%	28.4%	22.2%
和水町	166	170	169	12.3%	192	202	209	15.3%	26.0%	20.8%
南関町	133	108	103	11.4%	137	127	130	14.3%	23.4%	19.7%
長洲町	215	161	120	12.2%	247	179	188	19.1%	19.8%	17.3%
大津町	225	202	225	12.0%	250	290	270	14.4%	30.0%	29.0%
菊陽町	187	215	214	11.7%	269	259	304	16.6%	22.7%	20.8%
南小国町	59	57	65	11.8%	62	78	77	13.9%	30.6%	32.1%
小国町	85	83	95	10.5%	68	95	125	13.8%	27.9%	25.3%
産山村	24	21	30	11.9%	34	32	34	13.5%	20.6%	37.5%
高森町	98	94	100	13.1%	103	138	95	12.5%	25.2%	32.6%
西原村	82	88	71	10.8%	88	92	89	13.5%	19.3%	27.2%
南阿蘇村	165	147	156	12.5%	162	182	199	16.0%	21.6%	22.0%
御船町	160	175	172	12.0%	203	205	220	15.3%	29.6%	22.4%
嘉島町	79	95	86	11.2%	124	146	172	22.4%	21.8%	14.4%
益城町	249	245	230	11.4%	301	266	300	14.8%	26.2%	24.8%
甲佐町	102	117	113	11.3%	117	135	179	17.8%	30.8%	17.8%
山都町	305	290	314	10.8%	357	406	389	13.4%	22.1%	23.6%
氷川町	135	101	141	10.8%	200	134	173	13.2%	27.0%	26.1%
津奈木町	38	43	36	11.9%	44	46	40	13.2%	9.1%	32.6%
芦北町	157	146	136	10.1%	159	164	185	13.8%	25.8%	23.2%
錦町	134	119	131	12.5%	185	142	141	13.4%	21.6%	18.3%
あさぎり町	315	250	281	13.0%	405	335	305	14.2%	30.6%	27.5%
多良木町	166	156	179	12.7%	317	260	268	19.1%	32.5%	26.9%
湯前町	77	63	63	12.4%	69	69	82	16.1%	20.3%	18.8%
水上村	36	34	48	14.2%	57	53	65	19.2%	33.3%	34.0%
相良村	95	83	73	11.3%	104	99	109	16.9%	27.9%	24.2%
五木村	43	26	29	14.1%	38	25	38	18.4%	39.5%	20.0%
山江村	28	64	51	13.0%	40	55	51	13.0%	27.5%	34.5%
球磨村	50	63	70	13.9%	54	66	87	17.3%	24.1%	25.8%
苓北町	90	95	90	11.8%	122	131	135	17.6%	17.2%	19.8%

※法定報告値を使用

※熊本県は国保組合を含む

３．町の財政状況に占める社会保障費

本町の平成 24 年度の予算においては、医療、介護の社会保障費の予算が、約 23 億円となっています。（図１）

今後さらに少子高齢化が急速に進展する中で、いかに本町の社会保障費の伸びを縮小するかが、大きな課題となってきます。

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

図1　苓北町の財政状況と社会保障

歳入 （一般会計） 53．7億円(H23　決算）	
1位	町税 19．7億円
2位	地方交付税 11.6億円
3位	県支出金 5億円

歳出 （一般会計） 52億円(H23　決算）	
1位	民生費 14.6億円
2位	総務費 7.9億円
3位	衛生費 6.5億円

社会保障費		
予算 (H24)	医療	介護
特別会計	14億円	8.7億円
一般会計	2.5億円	1.5億円

第Ⅱ章　課題別の実態と対策

第Ⅱ章　課題別の実態と対策

１．前計画の評価

前計画の目標項目について、項目別に達成状況の評価を行った結果、31 項目のうちＡの「目標値に達した」とＢの「目標値に達していないが改善傾向にある」を合わせ、約５割で一定の改善がみられました。（表１）

⑴ 健康意識を高める

平成２０年度から特定健診が始まり、国保特定健診受診率の目標値６５％には達成できていない状況です。また、保険者健診への移行により、がん検診の検診体制が集団検診から施設健診と地域健診へ移行し、受診しやすい体制づくりを行いましたが、受診率は低い状況です。

たばこを習慣的に吸っている人の減少は、目標値には達していませんが、減少傾向がみられています。

⑵ 生活に運動を取り入れる

「１日３０分以上の運動を週２回以上、１年以上実施している」「日常生活において歩行等を１日１時間以上実施している」は、減少傾向にあり、生活に運動を取り入れる事については、更なる対策が必要です。

⑶ おいしく楽しく食べて健康を保つ

町内の小学校・中学校の全校並びに保育園の５園が教育ファームを実施して、食育の取り組みをしています。

朝食を食べる児童・生徒の増加は、朝食の質問項目の「たまに食べないことがある」を追加したため、「必ず食べる」が減少しています。2 項目合わせると小学校 99.5%、中学校 96.6%です。

「一日の塩分摂取量の減少」では、改善傾向がみられています。このデータは、役場職員と食生活改善推進員による尿中推定塩分摂取量検査結果によるものです。順調に減塩された人は、収縮期血圧が 20～30mmＨｇ下がったり、変動していた血圧が安定したりと減

塩効果が現れています。甘辛い味付けが多い本町では、新たに高血圧予防事業による行政区毎等（小集団）への関わりによる住民の意識定着活動を始めましたが、今後更に事業を推進していく必要があると考えます。

表１　前計画の評価

１ 健康意識を高める

評価指標名		H20	最新値(H22)	データソース	達成状況	H24目標値
健康状態が良い人の**増加** （特定健診結果、情報提供者で受診不必要の人の増加）		51.8%	55.6%	①	B	60%
国保特定健康診査受診者の**増加**		39.7%	40.5%	①	B	65%
1年間で体重の増減が±3kg以上あった者の**減少**		16.1%	16.1%	①	C	10%
たばこを習慣的に吸っている人の**減少**	男	24.1%	21.5%	①	B	20%
	女	3.1%	1.6%	①	B	1%
毎日飲酒している人の**減少**	男	21.9%	46.6%	①	D	20%
	女	4.4%	3.6%	①	B	3%
睡眠で休養がとれている人の**増加**		83.1%	69.7%	①	D	90%
歯科健診を受ける人の**増加**			7.3%	②	E	30%
がん検診受診者の**増加**	胃がん検診率	35.5%	17.3%	③	D	45%
	大腸がん検診率	39.7%	26.4%	③	D	49%
	肺がん検診率	56.5%	31.6%	③	D	60%
	子宮がん検診率	27.2%	38.0%	③	C	45%
	乳がん検診率	38.3%	12.3%	③	D	45%
がん検診精密検査受診者の**増加**	胃がん検診精検受診率	90.2%	63.5%	③	D	100%
	大腸がん検診精検受診率	98.8%	56.8%	③	D	100%
	肺がん検診精検受診率	92.9%	78.1%	③	D	100%
	子宮がん検診精検受診率	71.4%	100.0%	③	A	100%
	乳がん検診精検受診率	83.3%	80.9%	③	D	100%

２ 生活に運動を取り入れる

評価指標名	H20	最新値(H22)	データソース	達成状況	目標値
1回30分以上の運動を週2回以上、1年以上実施している	42.2%	40.1%	①	D	55%
日常生活において歩行等を1日1時間以上実施している	62.4%	58.8%	①	D	70%

３ おいしく楽しく食べて健康を保つ

評価指標名		H20	最新値(H22)	データソース	達成状況	目標値
朝食を食べる児童の増加		96.5%	92.5%	④	B(※)	100%
朝食を食べる生徒の増加		100%	88.1%	④	B(※)	100%
朝食を抜くことが週3回以上ある人を減少させる		4.8%	未調査	－	E	3%
野菜をよく食べる人の増加		18.5%	未調査	－	E	30%
1日の塩分摂取量の減少	男	11.2g	10.0g	⑤	B	10g以下
	女	11.2g	9.9g	⑤	B	9g以下
教育ファームを実施している小学校の増加		3校	4校	⑥	A	4校
教育ファームを実施している中学校の増加			3校	⑥	A	なし
教育ファームを実施している保育園の増加		0園	5園	⑥	A	3園
食生活改善推進員による地区活動回数		160回	295回	⑦	A	170回

評価区分	
A　目標値に達した	5
B　目標値に達していないが改善傾向にある	9
C　変わらない	2
D　悪化している	12
E　評価困難	3
合計	31

※B　朝食の調査は、調査項目に「たまに食べないことがある」を追加したため「必ず食べる」が減少した。2項目合わせると，小学校99.5%、中学校96.6%となる。

①平成22年度　苓北町特定健康診査結果、問診
②平成22年度　苓北町歯科健診実績
③平成22年度　健康増進事業実績報告
④平成23年度　食育推進に係るアンケート調査結果
⑤平成22年度　塩分調査結果
⑥平成22年度　教育ファームアンケート集計結果
⑦平成22年度　苓北町食生活改善推進員活動実績

これらの評価を踏まえ、健康れいほく 21 計画（第二次）を推進するための「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された目標項目を、表２のように取り組む主体別に区分し、増進計画は、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、それを推進するための本町の具体的な取り組みを次のように推進します。

取り組み主体別　目標項目

表2

	取り組み主体		生涯における各段階（あらゆる世代） 妊娠 ― 出生 ― 乳幼児期 ― 学童 ― 若年期 ― 中年期 ― 高齢期 ― 死亡 働く世代(労働者) 胎児（妊婦）　0才　18才　20才　40才　65才　75才 母子保健法　食育基本法
個人で達成すべき目標	苓北町・医療保険者（苓北町国民健康保険）	個人 家庭	精神保健　健康づくり対策　介護予防 □特定健診・特定保健指導の実施率の向上 □適正体重の子どもの増加 ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少 □適正体重を維持している人の増加（肥満、やせの減少） □メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 □高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） □脂質異常症の減少 □脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 □治療継続者の割合の増加 □糖尿病有病者の増加の抑制 □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JDS8.0%以上の者の割合の減少） □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 □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 ア 朝・昼・夜の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加 イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 □共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少） □適切な量と質の食事をとる者の増加（主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加、食塩摂取量の減少、野菜と果物摂取量の増加） □日常生活における歩数の増加 □運動習慣者の割合の増加 □介護保険サービス利用者の増加の抑制 □低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制 □足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 □乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 □過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 □歯周病を有する者の割合の減少 □歯の喪失防止 □口腔機能の維持・向上 □妊娠中の飲酒をなくす □妊娠中の喫煙をなくす □未成年者の飲酒をなくす □未成年者の喫煙をなくす □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 □成人の喫煙率の減少 □がん検診の受診率の向上 □75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 □睡眠による休養を十分とれていない者の減少 □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 □自殺者数の減少
	地域	コミュニティ ボランティア等	□地域のつながりの強化 □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 □認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 □就業または何らかのの地域活動をしている高齢者の割合の増加
社会環境に関する目標	職域	企業 飲食店 特定給食施設 民間団体 （栄養ケア・ステーション、薬局等）等	□受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少 □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 □週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 □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 □食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企及び飲食店の登録数の増加 □利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加 □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
	都道府県		□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 □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 □健康寿命の延伸 □健康格差の縮小 □健康格差対策に取り組む自治体の増加
	国・マスメディア		□COPD（慢性閉塞性肺疾患）の認知度の向上 □ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加

２．生活習慣病の予防

⑴ 循環器疾患

①はじめに

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで日本人の主要死因の大きな一角を占めています。これらは、単に死亡を引き起こすのみではなく、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を増大させています。

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常症、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、健診結果で複合的、関連的にみて、改善を図っていく必要があります。

なお、４つの危険因子のうち、高血圧と脂質異常については、この項で扱い、糖尿病と喫煙については別項で記述します。

②基本的な考え方

ⅰ　発症予防

循環器疾患の予防には、危険因子の管理と関連する生活習慣の改善が重要となります。

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、飲酒がありますが、町民一人ひとりがこれらの生活習慣改善に向けた取り組みを考える入り口は、健診の結果と考えます。特定健診をはじめ、職場健診など健診の受診率の向上が重要になってきます。

ⅱ　重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症の治療率を上げることです。健診結果から自分の数値は医療機関受診が必要な値なのか、このまま放置していることで予測されることは何かなど、自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防ができるための支援が重要です。

また、高血圧症及び脂質異常症の危険因子は、肥満を伴わない場合にも多く認められることから、肥満の有無に関係なく保健指導を実施していくことが必要になります。

③現状と目標

ⅰ　脳血管疾患の 75 歳未満死亡の減少

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後、増加していくことが予測されます。循環器疾患対策の総合的な推進の評価指標は、高齢化の影響を除いた 75 歳未満死亡者数でみていきます。

本町の平成 20～22 年の 3 年間の死因をみると、脳血管疾患と心疾患を合わせた循環器疾患は 21.5%で、1 位がん 23.7%の次に多い疾患です。(P46 図 1 平成 20～22 年の死亡原因)

脳血管疾患死亡数を人口 10 万対でみると、192.4 で県や国より高い状況です。(P9 表 1　苓北町の健康に関する概況)

介護保険第 2 号被保険者は、平成 24 年 6 月現在、6 人が認定を受けています。その原因疾患は、5 人が脳血管疾患で脳出血 3 人、脳梗塞 1 人、くも膜下出血 1 人です。

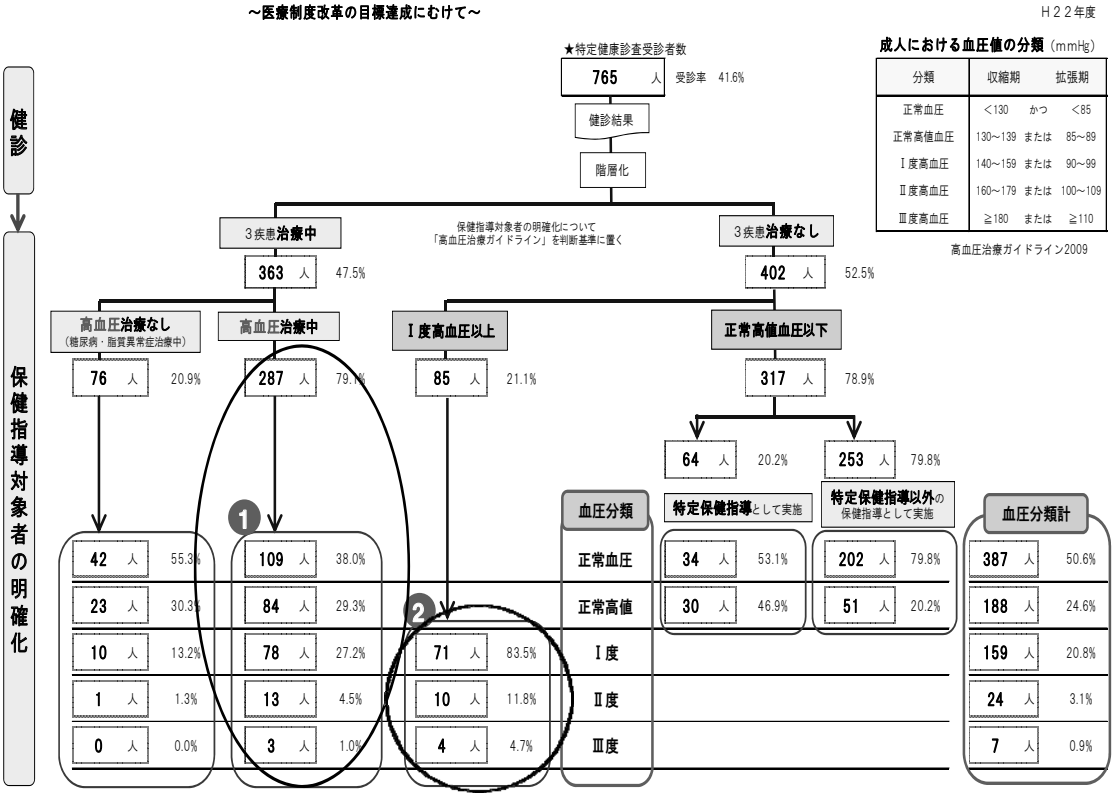
ii　血圧の管理

脳血管疾患の減少を目指すために、血圧を管理します。特定健診の結果から科学的根拠に基づく課題設定、保健指導対象者の抽出を行います。

特定健診結果から高血圧者の状況（図 1）をみると、受診者 765 人の血圧の結果は、高血圧の治療中（①）の人が 287 人です。そのうちの 109 人 38.0%は正常血圧、84 人 29.3%は正常高値血圧であり、合計 193 人の 67.3%は血圧のコントロールができています。

3 疾患（高血圧・糖尿病・脂質異常）治療なしの人が 402 人、そのうち、Ⅰ度高血圧以上の人（②）が 85 人、なかでも重症化しやすいといわれているⅡ度高血圧が 10 人、Ⅲ度高血圧が 4 人います。

図 1　高血圧フローチャート



［資料］　健診データ分析システム

血圧を平成 20 年度と平成 23 年度で比較すると、正常血圧者が 10.3 ポイント増加（平成 20 年度 46.3%から平成 23 年度 56.6%）し、正常高値血圧者も 3.5 ポイント増加（平成 20 年度 19.5%から平成 23 年度 23.0%）しています。（表１）

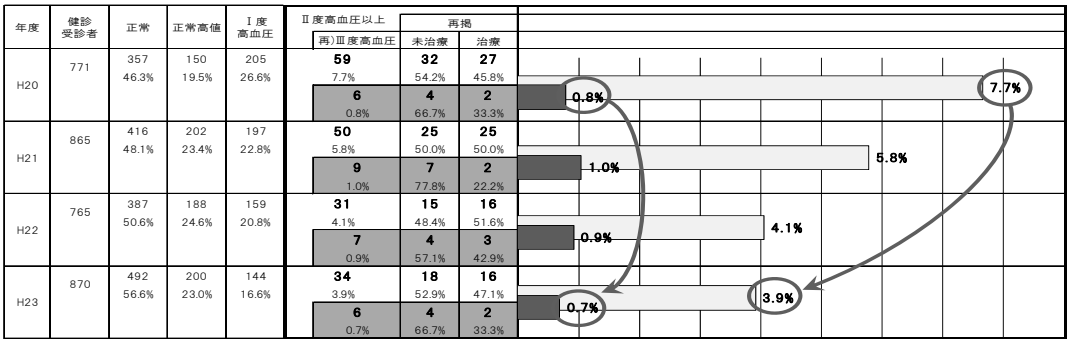
表１　血圧の年次比較

	血圧測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		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
H20	771	357	46.3%	150	19.5%	205	26.6%	53	6.9%	6	0.8%
H21	865	416	48.1%	202	23.4%	197	22.8%	41	4.7%	9	1.0%
H22	765	387	50.6%	188	24.6%	159	20.8%	24	3.1%	7	0.9%
H23	870	492	56.6%	200	23.0%	144	16.6%	28	3.2%	6	0.7%

［資料］　健診データ分析システム

重症化しやすいといわれているⅡ度高血圧以上の人は 3.8 ポイント減少（平成 20 年度 7.7%から平成 23 年度 3.9%）していますが、Ⅲ度高血圧の減少率はわずか 0.1 ポイントです。（図 2）

図２　Ⅱ度高血圧以上者の減少率



［資料］　健診データ分析システム

高血圧で治療なしの人をみると、Ⅱ度高血圧では 3 ポイント（平成 20 年度 5.5%から平成 23 年度 2.5%）減少、Ⅲ度高血圧は 0.1 ポイント（平成 20 年度 0.8%から平成 23 年度 0.7%）とわずかですが減少しています。（表 2）

重症化予防のため、引き続き高血圧で治療なしの人のうち、Ⅱ度高血圧以上の人が減少する、Ⅲ度高血圧の人がいなくなるように保健指導をしていきます。

表２　治療と未治療の比較

		血圧測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H20	258	33.5%	78	30.2%	56	21.7%	97	37.6%	25	9.7%	2	0.8%
	H21	322	37.2%	103	32.0%	85	26.4%	109	33.9%	23	7.1%	2	0.6%
	H22	287	37.5%	109	38.0%	84	29.3%	78	27.2%	13	4.5%	3	1.0%
	H23	306	35.2%	148	48.4%	74	24.2%	68	22.2%	14	4.6%	2	0.7%
治療なし	H20	513	66.5%	279	54.4%	94	18.3%	108	21.1%	28	5.5%	4	0.8%
	H21	543	62.8%	313	57.6%	117	21.5%	88	16.2%	18	3.3%	7	1.3%
	H22	478	62.5%	278	58.2%	104	21.8%	81	16.9%	11	2.3%	4	0.8%
	H23	564	64.8%	344	61.0%	126	22.3%	76	13.5%	14	2.5%	4	0.7%

［資料］　健診データ分析システム

平成 20～22 年度の 3 年間のうち一度でもⅢ度高血圧になった人が 22 人、そのうち、11 人が健診後に高血圧の治療を開始しています。11 人の追跡をすると、7 人は血圧が降下しています。（表 3）

表 3　血圧評価表（過去 3 年間で一度でもⅢ度高血圧）

	性別	年齢H22	健診データ														備考				
			平成20～22年度のうち直近					血圧									1	2	3	4	5
								H20			H21			H22							
			HbA1c	LDL	尿酸	尿蛋白	GFR	血圧分類	収縮期	拡張期	血圧分類	収縮期	拡張期	血圧分類	収縮期	拡張期	健診前から治療中	健診後から治療開始	未治療	治療中断	
1	男	69	5.2	105	8.1	++	52.1				Ⅲ度	183	97	Ⅰ度	158	95		○			
2	男	72	5.6	132	5.6	－	64.3	Ⅲ度	210	120								○			
3	男	75	5.9	118	7.7	－	46.2	Ⅲ度	197	112	Ⅱ度	164	105				○				
4	男	58	6	131	8	－	77.6	正常高値	134	86	Ⅲ度	186	81						○		2010年から社保
5	男	65	5.2	129	7.4	－	86.9				Ⅲ度	182	102						○		
6	女	75	4.8	128	4.7	－	89				Ⅲ度	188	90				○				
7	女	67	5.1	117	4	－	92	Ⅰ度	149	72	Ⅱ度	170	72	Ⅲ度	187	77	○				
8	女	74	6	80	5.1	－	47				Ⅲ度	199	98					○			
9	女	74	5.1	156	4.1	－	73.2	Ⅲ度	201	94		107	57		117	78		○			
10	女	71	4.8	114	7.2	－	54.1				Ⅲ度	186	110	Ⅲ度	187	108			○		白衣症候群
11	男	59	5.5	114	6.3	－	77.2				Ⅲ度	189	109					○			
12	男	57	5.7	146	0	－	0							Ⅲ度	174	118			○		受診勧奨
13	女	62	5.3	123	6.6	－	77	Ⅱ度	164	87	Ⅲ度	180	89	正常高値	135	68		○			
14	女	71	5.1	126	4.4	－	74.1	正常高値	134	86	Ⅱ度	172	91	Ⅲ度	180	92			○		受診勧奨
15	男	57	4.5	83	5.8	++	39.4	Ⅲ度	187	113								○			
16	女	71	5.9	129	5.5	－	90.8	Ⅲ度	181	97				Ⅰ度	153	82		○			
17	女	76	5.8	190	4.8	－	72.6	Ⅱ度	165	61	Ⅲ度	188	80						○		受診勧奨
18	男	68	5.6	119	7.2	－	85.7	Ⅰ度	140	80	Ⅰ度	148	88	Ⅲ度	180	80		○			
19	女	57	5	184	4.5	－	66.7				Ⅲ度	186	118					○			
20	男	48	5.2	176	0	－	0							Ⅲ度	175	119	○				
21	女	64	5.2	182	5.4	－	56	Ⅲ度	186	85								○			
22	女	67	5.5	189	4.3	－	55	Ⅰ度	157	97	Ⅰ度	151	98	Ⅲ度	173	110	○				

［資料］　健診データ分析システム

血圧治療なしの人で血圧に基づいた脳心血管リスクを層別化（血圧値だけでなく他のリスクの有無も考慮し、重症化しやすい対象者を選定）すると、保健指導の優先順位対象者①（Ⅱ度・Ⅲ度高血圧かつリスク第 1～3 層に該当する者）は 15 人、②（Ⅰ度高血圧かつリスク３層に該当する者）は 24 人、③（正常高値血圧かつリスク第２層に該当する者）は 81 人、④（正常高値血圧かつリスク第 2 層 55 人およびⅠ度高血圧かつリスク第 1 層 12 人の合計）67 人です。

それにより、保健指導対象者数を概算することができるため、一年ごとに保健指導対象者をどこまでとするか、優先順位別対象者（①～④）を決め、健診結果一覧表を作成していきます。（表 4）

第二期計画では、未治療にある高血圧者の課題解決を優先に考え、「Ⅱ度高血圧以上の者の減少」を目指して、必要な保健指導、医療との連携を行っていきます。

表 4　降圧治療のない者で血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

平成22年度特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類（mmHg） / リスク層（血圧以外のリスク因子）		至適血圧 ～119/～79	正常血圧 120～129/80～84	正常高値血圧 130～139/85～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上
	478	157	121	104	81	11	4
		32.8%	25.3%	21.8%	16.9%	2.3%	0.8%
リスク第1層 危険因子がない	93	45	22	13	12 ④	1	0 ①
	19.5%	28.7%	18.2%	12.5%	14.8%	9.1%	0.0%
リスク第2層 糖尿病以外の1～2個の危険因子 またはﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ(＊)がある	254	81	64	55 ④	45 ③	8	1
	53.1%	51.6%	52.9%	52.9%	55.6%	72.7%	25.0%
リスク第3層	131	31	35	36 ③	24 ②	2	3
	27.4%	19.7%	28.9%	34.6%	29.6%	18.2%	75.0%
再掲（重複あり） 糖尿病	41	8	12	15	4	1	1
	31.3%	25.8%	34.3%	41.7%	16.7%	50.0%	33.3%
再掲（重複あり） 慢性腎臓病（CKD）	66	14	24	16	11	0	1
	50.4%	45.2%	68.6%	44.4%	45.8%	0.0%	33.3%
再掲（重複あり） 3個以上の危険因子	53	11	13	17	11	0	1
	40.5%	35.5%	37.1%	47.2%	45.8%	0.0%	33.3%

リスクなし	低リスク群	中リスク群	高リスク群
	3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療
291	12	101	74
60.9%	2.5%	21.1%	15.5%
80	12	1	0
27.5%	100%	1.0%	0.0%
145	--	100	9
49.8%		99.0%	12.2%
66	--	--	65
22.7%			87.8%

正常高値血圧の高リスク群では生活習慣の修正から開始し、目標血圧に達しない場合に降圧薬治療を考慮する

（参考）高血圧治療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ2009　日本高血圧学会

優先順位別対象者			
①	②	③	④
15	24	81	67
3.1%	5.0%	16.9%	14.0%

＊ﾘｽｸ第2層のﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑは予防的な観点から以下のように定義する。
正常高値以上の血圧ﾚﾍﾞﾙと腹部肥満に加え、血糖値異常（空腹時血糖110～125mg/dl、かつ/または糖尿病に至らない耐糖能異常）あるいは脂質代謝異常のどちらかを有するもの。両者を有する場合はﾘｽｸ第3層とする。

［資料］　健診データ分析システム

iii　虚血性心疾患の 75 歳未満死亡の減少

脳血管疾患と同様に、心疾患についても、高齢化の影響を除いた死亡をみていきます。

心疾患死亡数を人口 10 万対でみると、204.5 で県や国より高い状況です。(P9 表 1 苓北町の健康に関する概況)

iv　脂質異常症の減少（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（心筋梗塞、狭心症など）の危険因子であり、特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 以上あるいは総コレステロール値 240 mg/dl 以上といわれています。

特に男性は、女性に比べてリスクが高いことから、ＬＤＬ高値者については心血管リスクの評価を行うことが、その人の健康寿命を守ることになります。

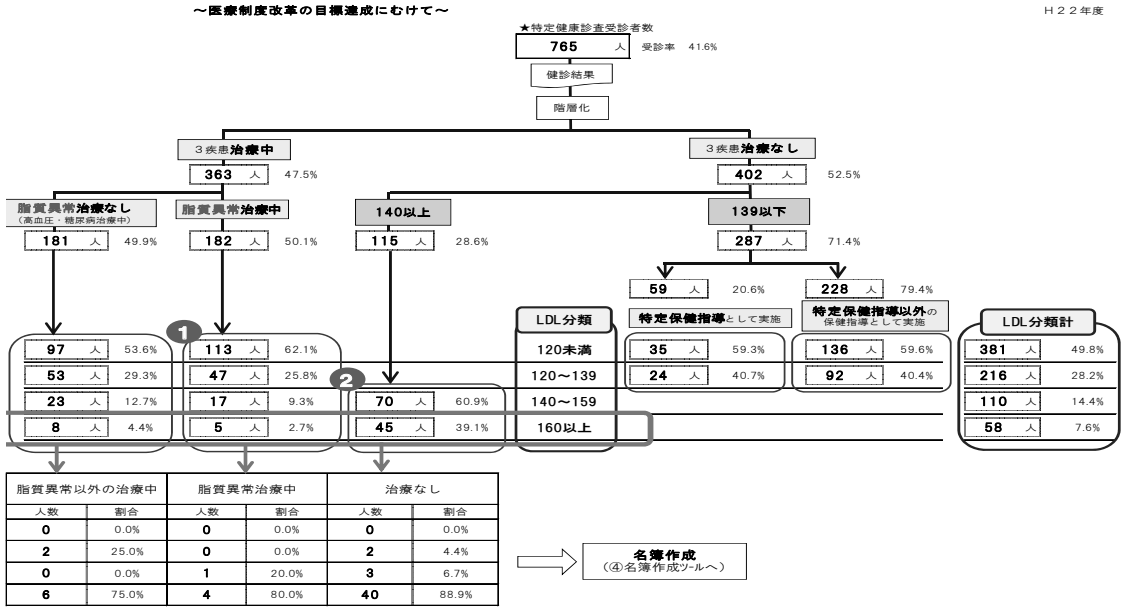
本町の特定健診有所見をみると、ＬＤＬコレステロール 120mg/dl 以上は第 2 位 50.2%です。(P9 表 1　苓北町の健康に関する概況)

健診結果から、脂質異常治療中（①）182 人のうち、160 人 87.9%はＬＤＬコレステロールが 139mg/dl 以下にコントロールできています。(図 3)

3 疾患治療なしでＬＤＬコレステロール 140mg/dl 以上の人（②）が 115 人、そのうち、心疾患の発症・死亡リスクが高くなるＬＤＬコレステロール 160mg/dl 以上の人が 45 人 39.1%います。

脂質異常治療なしでＬＤＬ高値者に対しては、優先順位をつけて必要な保健指導や受診勧奨を行っていきます。

図 3　ＬＤＬフローチャート



［資料］　健診データ分析システム

④対策

ⅰ　特定健診及び生活保護世帯や 20～39 歳の健診の受診率向上の施策

・対象者への個別案内、告知端末を利用した啓発
・健診委託医療機関との連携

ⅱ　特定保健指導や非肥満者の保健指導対象者を明確するための施策

・特定健康診査の結果をマルチマーカーに取り入れ対象者を抽出
・支援ツールを活用して非肥満者の保健指導対象者を抽出
・20 歳～39 歳の健診や生活保護世帯健診の保健指導

ⅲ　循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

・健診結果に基づいた保健指導の実施
　特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導(高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える)
　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保健指導の実施
・国保以外の希望者に対する保健指導の実施

⑵糖尿病

①はじめに

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症によって、生活の質(QOL：Quality of Life)に多大な影響を及ぼす疾患です。同時に、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源に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、循環器疾患（心筋梗塞や脳血管疾患）の発症リスクを 2～3 倍増加させることがわかっています。

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

②基本的な考え方

ⅰ　発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子です。循環器疾患と同様、危険因子の管理が重要となり、循環器疾患対策が有効になります。

ⅱ　重症化予防

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

そのためには、まず健診受診者を増やすことが非常に重要となります。それと同時に、糖尿病の未治療や、治療中断によって合併症の発症に至る危険性が高くなることから、治療継続による良好な血糖コントロール状態を維持することが重要です。

③現状と目標

ⅰ　合併症（糖尿性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

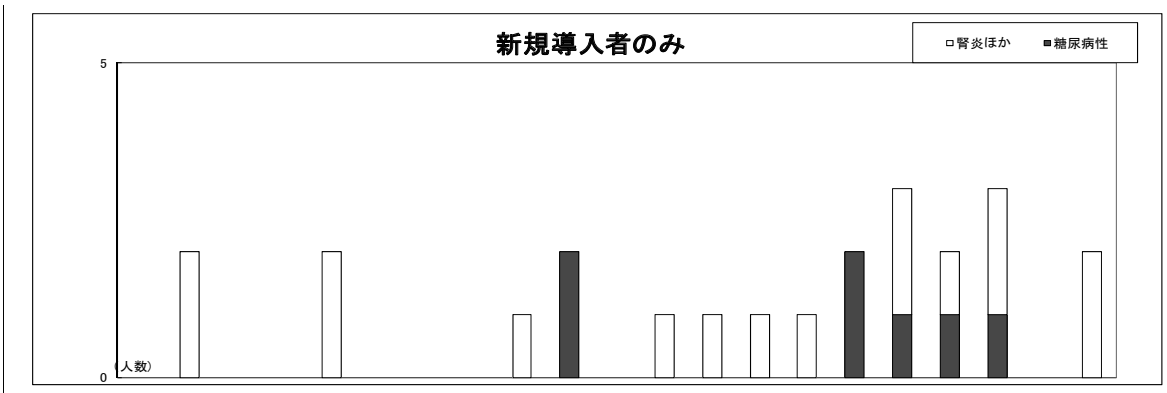
近年、全国的に糖尿病腎症による新規透析導入患者数は、増加から横ばいに転じています。

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

傾向を維持することが必要です。

本町の糖尿病腎症による人工透析新規導入は、平成 18 年度の 2 人を最高に、後は減少しています。（図 1）

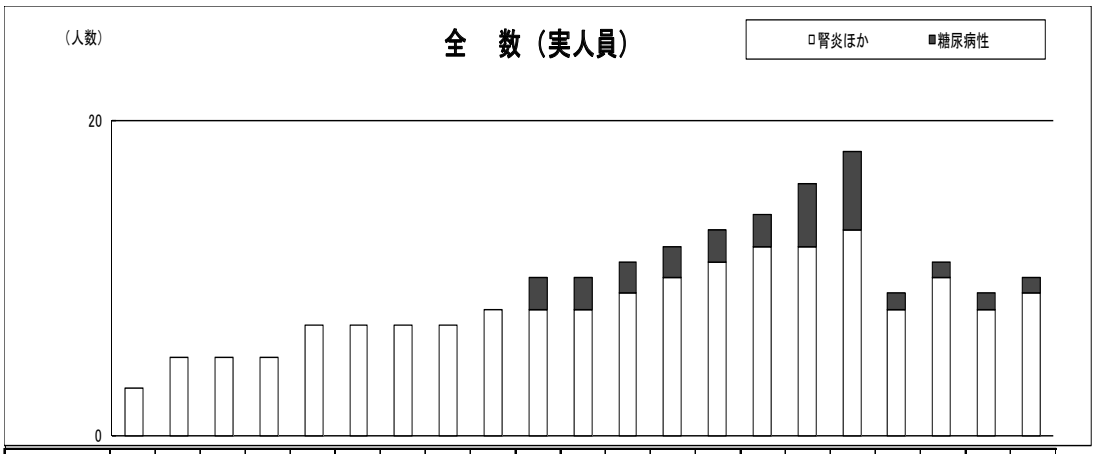
図 1　人工透析新規導入者



年　度		H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
原因疾患	腎炎ほか	0	2	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	2	1	2	0	2
	糖尿病性	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0
	合　計	0	2	0	0	2	0	0	0	1	2	0	1	1	1	1	2	3	2	3	0	2

国民健康保険の人工透析患者数は、平成 20 年度の後期高齢者医療の導入により、平成 19 年度の 18 人から平成 20 年度以降は 10 人前後で推移しています。（図 2）

図 2　苓北町人工透析患者の推移（国保のみ）



年　度		H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
原因疾患	腎炎ほか	3	5	5	5	7	7	7	7	8	8	8	9	10	11	12	12	13	8	10	8	9
	糖尿病性	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	4	5	1	1	1	1
	合　計	3	5	5	5	7	7	7	7	8	10	10	11	12	13	14	16	18	9	11	9	10

本町は、糖尿病腎症による人工透析新規導入は増加していませんが、平成 23 年 5 月分の国民健康保健医療費の糖尿病治療率は、県下ワースト 5 位です。

平成 22 年度特定健診結果の有所見をみると、HbA1c62.5%で 1 位、空腹時血糖 48.2%で 4 位という状況です。

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 年間といわれています。

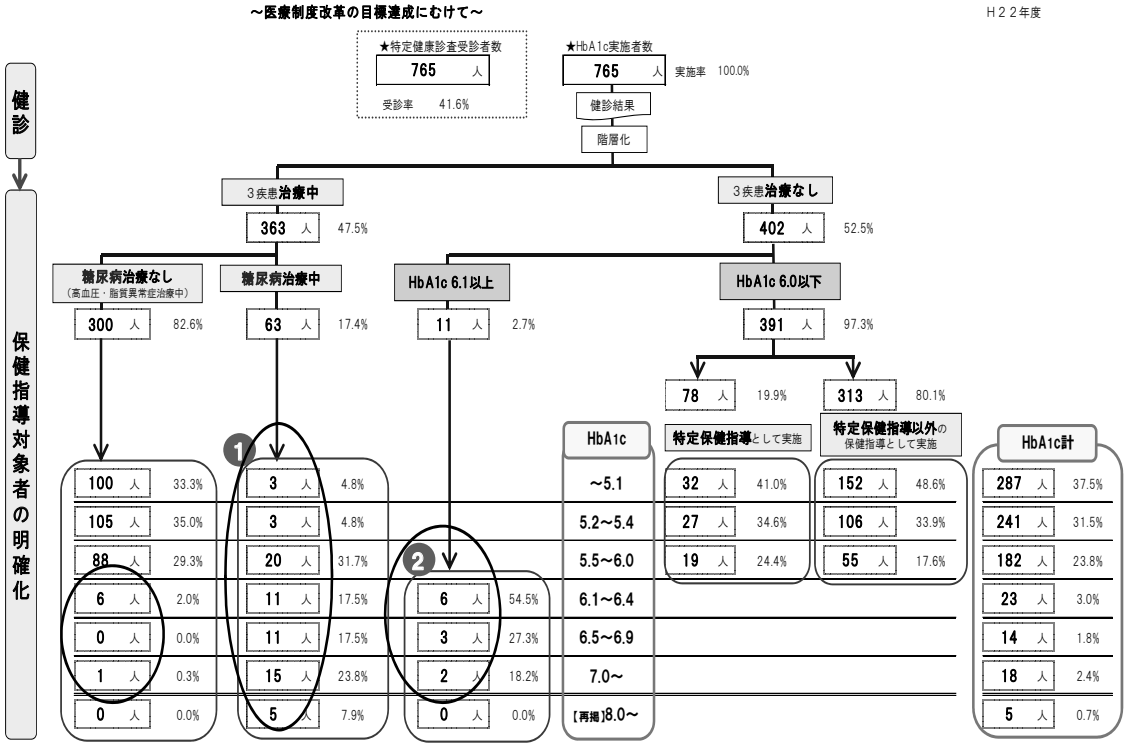
発症予防が十分可能な若年期からの健診受診体制の整備、他の医療保険者での保健指導のあり方、そして、糖尿病の重症化予防のための医療機関の保健指導について、医療との連携が欠かせません。引き続き健康診査受診率を上げて、発症予防、重症化予防に努めていきます。

ⅱ　糖尿病の管理（※HbA1c はＪＤＳ値で表記している）

健診結果から糖尿病の状況は、糖尿病有病者数は 78 人 10.2%（糖尿病治療中の者①63 人、および 3 疾患治療中だが糖尿病治療なしで HbA1c6.1%以上の者 7 人、3 疾患治療なしで HbA1c6.1%以上の者②11 人）です。（図 3）

3 疾患治療なしで HbA1c6.1%以上の者②１１人に病院受診を勧奨すると、ほとんどの人が「どうもないから」、「どうかあったら病院へ行く」という返事だったことから、健診の目的や早期受診の必要性を、引き続き周知していきます。

図 3　糖尿病フローチャート



[資料]　健診データ分析システム

HbA1c を平成 20 年と平成 23 年で比較すると、HbA1c の正常者が 4.2 ポイント減少（平成 20 年度 45.7%から平成 23 年度 41.5%）し、糖尿病の可能性が否定できない HbA1c5.5～6.0 者は 3.2 ポイント増加（平成 20 年度 19.6%から平成 23 年度 22.8%）しています。糖尿病発症予防から考えると、この結果は望ましいことではありません。（表 1）

表 1　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									
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病				合併症の恐れ				腎不全発症4.2倍	
		5.1以下		5.2~5.4		5.5~6.0		6.1~6.4		6.5~6.9		7.0~7.9		8.0~8.9		9.0以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H20	736	336	45.7%	206	28.0%	144	19.6%	25	3.4%	16	2.2%	8	1.1%	0	0.0%	1	0.1%
H21	865	334	38.6%	257	29.7%	211	24.4%	28	3.2%	22	2.5%	7	0.8%	5	0.6%	1	0.1%
H22	765	287	37.5%	241	31.5%	182	23.8%	23	3.0%	14	1.8%	13	1.7%	2	0.3%	3	0.4%
H23	869	361	41.5%	255	29.3%	198	22.8%	26	3.0%	20	2.3%	6	0.7%	1	0.1%	2	0.2%

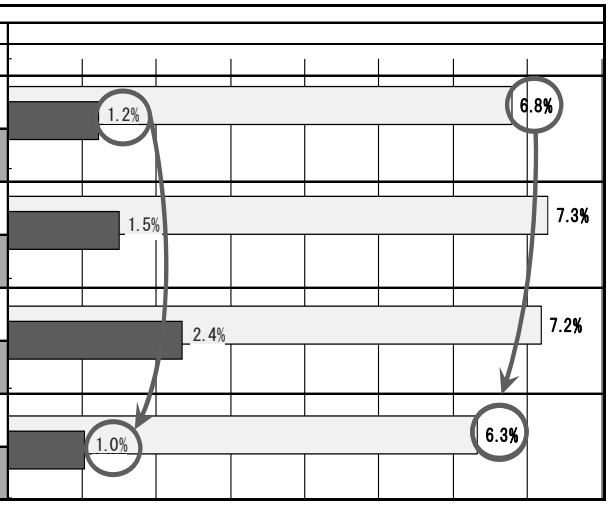
[資料]　健診データ分析システム

重症化しやすい HbA1c6.1%以上の人は、0.5 ポイント減少（平成 20 年度の 6.8%から平成 23 年度は 6.3%）していますが、合併症の恐れがある HbA1c7.0%以上の減少率はわずか 0.2 ポイントです。（表 2）

糖尿病合併症予防のためには、重症化しやすい HbA1c6.1%以上の人を減少させることです。

表 2　重症化しやすい HbA1c6.1 以上の減少状況

年度	HbA1c測定	5.1以下	5.2~5.4	5.5~6.0	6.1以上	再掲	
					再）7.0以上	未治療	治療
H20	736	336 45.7%	206 28.0%	144 19.6%	**50** 6.8%	**28** 56.0%	**22** 44.0%
					9 1.2%	**2** 22.2%	**7** 77.8%
H21	865	334 38.6%	257 29.7%	211 24.4%	**63** 7.3%	**24** 38.1%	**39** 61.9%
					13 1.5%	**2** 15.4%	**11** 84.6%
H22	765	287 37.5%	241 31.5%	182 23.8%	**55** 7.2%	**18** 32.7%	**37** 67.3%
					18 2.4%	**3** 16.7%	**15** 83.3%
H23	869	361 41.5%	255 29.3%	198 22.8%	**55** 6.3%	**26** 47.3%	**29** 52.7%
					9 1.0%	**3** 33.3%	**6** 66.7%



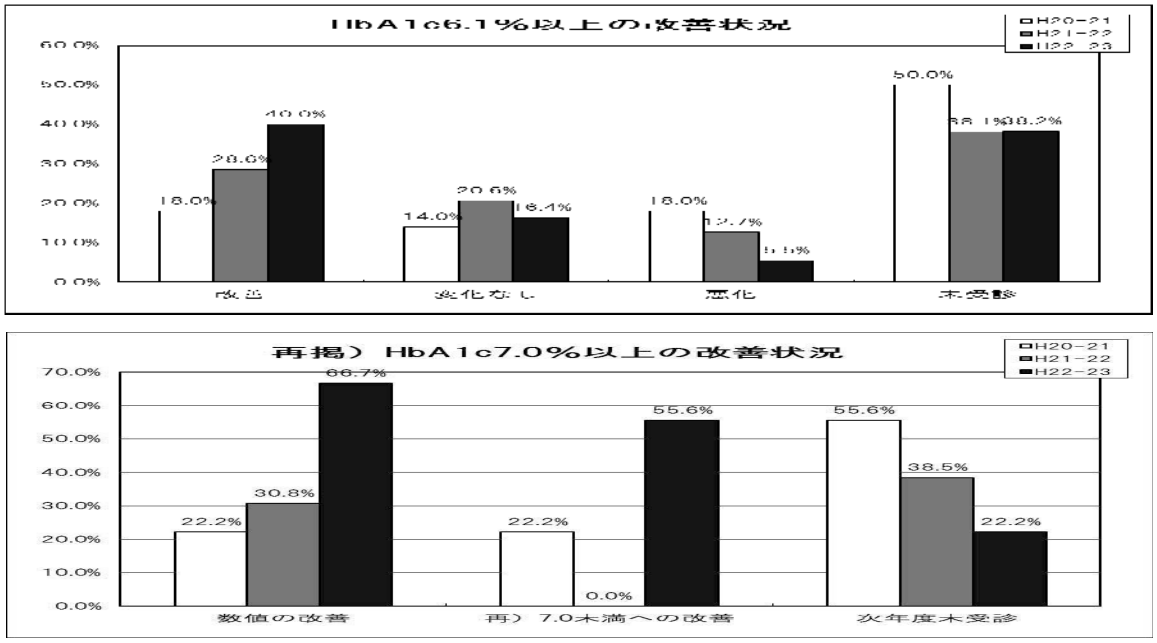
[資料]　健診データ分析システム

継続受診者の HbA1c6.1 以上の改善状況を年次比較してみると、平成 20-21 年の改善率は 18.0%、平成 22-23 年は 40.0%と改善率が良くなっています。

なかでも、HbA1c7.0 以上の数値の改善率は、平成 20-21 年 22.2%から平成 22-23 年 66.7%と大きく改善しています。(図 4)

継続して健診を受けて、生活改善をした効果がでていると考えられます。

図 4　HbA1c の改善状況



[資料]　健診データ分析システム

未治療にある糖尿病者の課題解決を優先に考えるため、糖尿病で治療なしの人の平成 20 年度から平成 23 年度の HbA1c 減少をみてみると、HbA1c6.1～6.4 は 0.4 ポイント、HbA1c6.5～6.9 は 0.5 ポイント減少していますが、合併症の恐れがある HbA1c7.0 以上はわずかな人数ではありますが減少がみられていません。(表 3)

表 3　未治療の状況

		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値									
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病				合併症の恐れ				腎不全発症4.2倍	
				5.1以下		5.2～5.4		5.5～6.0		6.1～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0～8.9		9.0以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A'	A'/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
治療中	H20	45	6.1%	2	4.4%	6	13.3%	15	33.3%	8	17.8%	7	15.6%	7	15.6%	0	0.0%	0	0.0%
	H21	102	11.8%	25	24.5%	16	15.7%	22	21.6%	16	15.7%	12	11.8%	6	5.9%	5	4.9%	0	0.0%
	H22	63	8.2%	3	4.8%	3	4.8%	20	31.7%	11	17.5%	11	17.5%	10	15.9%	2	3.2%	3	4.8%
	H23	71	8.2%	4	5.6%	5	7.0%	33	46.5%	9	12.7%	14	19.7%	5	7.0%	0	0.0%	1	1.4%
治療なし	H20	691	93.9%	334	48.3%	200	28.9%	129	18.7%	17	2.5%	9	1.3%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
	H21	763	88.2%	309	40.5%	241	31.6%	189	24.8%	12	1.6%	10	1.3%	1	0.1%	0	0.0%	1	0.1%
	H22	702	91.8%	284	40.5%	238	33.9%	162	23.1%	12	1.7%	3	0.4%	3	0.4%	0	0.0%	0	0.0%
	H23	798	91.8%	357	44.7%	250	31.3%	165	20.7%	17	2.1%	6	0.8%	1	0.1%	1	0.1%	1	0.1%

[資料]　健診データ分析システム

過去３年間（平成 20～22 年度）のうち一度でも HbA1c7.0%以上になった人 29 人のうち、20 人 69.0%は糖尿病の治療継続者です。治療中なのにコントロール不良ということは、糖尿病の治療は薬だけではなく、食事療法や運動療法などの生活改善も重要であるということがわかります。(表 4)

表 4　HbA1c 評価表（過去 3 年間で一度でも HbA1c7.0 以上）

	年齢 H22	HbA1c			備考			
					1	2	3	4
		H20	H21	H22	健診前から治療中	健診後から治療開始	未治療	治療中断
1	68	7	6.2	7.4	○			
2	69		8.6		○			
3	56	7.2			○			
4	67		8.3	7.4	○			
5	70		6.4	7.2	○			
6	63		7.2	7.7		○		
7	64	7		6.7	○			
8	73			9.9	○			
9	53			7.2	○			
10	72	7.3	6.1		○			
11	61	6	6	7.8		○		
12	74	7				○		
13	59		8.3	9.3	○			
14	67	6.3	7.1	8.9	○			
15	69		7	7	○			
16	61	6.5		7.3		○		
17	62	9.7				○		
18	64	6.3	7			Ｈ２１年健診後～		
19	57	6.9	7.8	7.2	○			
20	62	7.7	8.7	7.1	○			
21	63	7.3	8.2	7.5	○			
22	65		6.4	8.1	○			
23	73	7.1			○			
24	67			7.2		○		
25	68		7		○			
26	54		11.6			○		
27	75		7		○			
28	66			11.2				○
29	48			7.6	○			

[資料] 健診データ分析システム

第一期計画では糖尿病予防を目的とし受診率向上に重点を置いてきましたが、今後は重症化予防ひいては合併症を抑制していくことも重要になります。そのためには医療機関等と連携を取りながら、

〇糖尿病発症予防

「糖尿病有病者の増加の抑制」を指標とします。糖尿病予備群に対する保健指導や被用者保険の保険者と連携をとり、より若い世代からの糖尿病予防を目指します。

〇糖尿病合併症の予防

「糖尿病治療継続者の割合の増加」と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」を指標とします。

未治療であったり、治療を中断したりすることが糖尿病合併症の増加につながることは明確に示されています。治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持できれば、糖尿病による合併症の発症等を抑制することができます。

〇合併症による人工透析の予防

糖尿病合併症のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい「糖尿病腎症による新規透析患者数の減少」を目指します。

ⅲ　慢性腎臓病予防

わが国の新規透析導入患者は、1983 年頃は年に 1 万人程度でしたが、2010 年には約 30 万人となっています。新規透析導入患者増加の一番大きな原因は、糖尿病性腎症、高血圧による腎硬化症も含めた生活習慣病による慢性腎臓病（ＣＫＤ）が非常に増えたことだと考えられています。

さらに、心血管イベント、すなわち脳卒中とか心筋梗塞を起こす人の背景に、慢性の腎臓疾患を持った人が非常に多いという事実が重要です。実際に疫学研究によって、微量アルブミン尿・蛋白尿が、独立した心血管イベントの危険因子であり、さらに腎機能が低下すればするほど心血管イベントの頻度が増えるということが証明されました。

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

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、熊本県の慢性人工透析患者数は、平成 22 年 5,908 人で、人口 100 万人対では熊本県は人工透析日本 1 位という状況です。

健診結果から見た慢性腎臓病（ＣＫＤ）

ＣＫＤ予防対象者をみると、高血圧、糖尿病、脂質異常の治療がなく、腎機能が腎専門医レベルの方が 8 人（A）、地域のかかりつけ医等と連携しながら予防の対象者となるのは、321 人（C）です。（図 5）

まずは、ＣＫＤ予防対象者の病歴把握（経年表作成）に努めるとともに、腎機能に影響を及ぼす高血圧、高血糖予防を目標に保健指導し、さらに医療との連携体制構築を目指します。

図５　ＣＫＤ予防のためのフローチャート

40～69歳　　Ｈ２２年度

特定健診		対象の明確化								備考	
			尿所見 / eGFR		蛋白（2+）以上	蛋白（+）・潜血（+）以上	蛋白のみ（+）	潜血のみ（+）以上	蛋白・潜血（−）又は(±)	尿検査未実施者のeGFR区分	
					6 人 1.1%	2 人 0.4%	9 人 1.7%	63 人 11.8%	456 人 85.1%	60以上 10 人 50～60未満 1 人 50未満 0 人	
1,386 人	特定健診受診者	【再掲】	100以上	38 人 7.1%	あ 1 人 2.6%	い 1 人 2.6%	う 1 人 2.6%	え 3 人 7.9%	お 32 人 84.2%		
	547 人 39.5%	治療なし 329 人 61.4%	60以上	298 人 90.6%	8 2 人 0.4%	9 1 人 0.2%	11 4 人 0.7%	13 33 人 6.2%	15 258 人 48.1%	C 地域でみる	321 人 59.9%
			50～60未満	26 人 7.9%	6 0 人 0.0%	7 0 人 0.0%	10 0 人 0.0%	12 4 人 0.7%	14 22 人 4.1%		
			50未満	5 人 1.5%	1 1 人 0.2%	2 0 人 0.0%	3 0 人 0.0%	4 2 人 0.4%	5 2 人 0.4%	A 8 人 44.4%	腎臓専門医
	クレアチニン・尿検査共に実施 536 人 38.7%	治療中 207 人 38.6%	50未満	8 人 3.9%	1 2 人 0.4%	2 0 人 0.0%	3 0 人 0.0%	4 1 人 0.2%	5 5 人 0.9%	10 人 55.6%	18 人 3.4%
			50～60未満	18 人 8.7%	6 0 人 0.0%	7 0 人 0.0%	10 1 人 0.2%	12 2 人 0.4%	14 15 人 2.8%	B かかりつけ医	
			60以上	181 人 87.4%	8 1 人 0.2%	9 1 人 0.2%	11 4 人 0.7%	13 21 人 3.9%	15 154 人 28.7%		197 人 36.8%

[資料]　健診データ分析システム

ＣＫＤの病期（ステージ）の指標となるｅＧＦＲ（推算糸球体ろ過量）は、血清クレアチニンを測定することにより、推算することができます。慢性腎臓病（ＣＫＤ）となるのは、ｅＧＦＲ60 未満です。（表 5）

表５　ＣＫＤの重症度分類

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30未満	30～299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 腎移植 不明 その他		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
				0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/1.73m²)	G1	正常または高値	≧90			
	G2	正常または軽度低下	60～89			
	G3a	軽度～中等度低下	45～59			
	G3b	中等度～高度低下	30～44			
	G4	高度低下	15～29			
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15			

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する．CKDの重症度は死亡，末期腎不全，心血管死亡発症のリスクを緑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)
CKD診療ガイド2012　p.3　表2

④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

・健診結果に基づく町民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
　特定保健指導及びHbA1c値に基づいた保健指導
　家庭訪問や結果説明会等による保健指導に加え、健康教育の実施

・天草地域糖尿病保健医療連携会議などによる医療関係者（糖尿病専門医や連携医等）や町内医療機関との連携

⑶ がん

①はじめに

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

たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30 回くらいの細胞分裂を繰り返した 1㎝大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれています。30 回くらいの細胞分裂には 10～15 年の時間がかかるといわれています。

がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。腫瘍の大きさや転移の有無などのがんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは 5 年生存率が 8～9 割のことをいいます。

がんは遺伝子が変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため予防が難しいといわれてきましたが、生活習慣の中にがんを発症させる原因が潜んでいることも明らかになってきました。

また、細胞であればどこでもがん化する可能性はありますが、刺激にさらされやすいなど、がん化しやすい場所も明らかにされつつあります。

②基本的な考え方

ⅰ　発症予防

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

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

ⅱ　重症化予防

生涯を通じて、2 人に 1 人は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、早期発見です。

早期発見するために、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。

有効性が確立しているがん検診の受診率向上施策が重要になってきます。（表１）

表１　がんの発症予防・重症化予防

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

◎確実　○ほぼ確実　△可能性あり　空欄 根拠不十分

評価判定　Ⅰ-a：検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある

Ⅰ-b：検診による死亡率減少効果があるとする、相応な根拠がある

Ⅲ：検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や報告が、現時点で見られないもの

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

「がんはどこまで治せるのか」「がんの正体」「がんの教科書」

③現状と目標

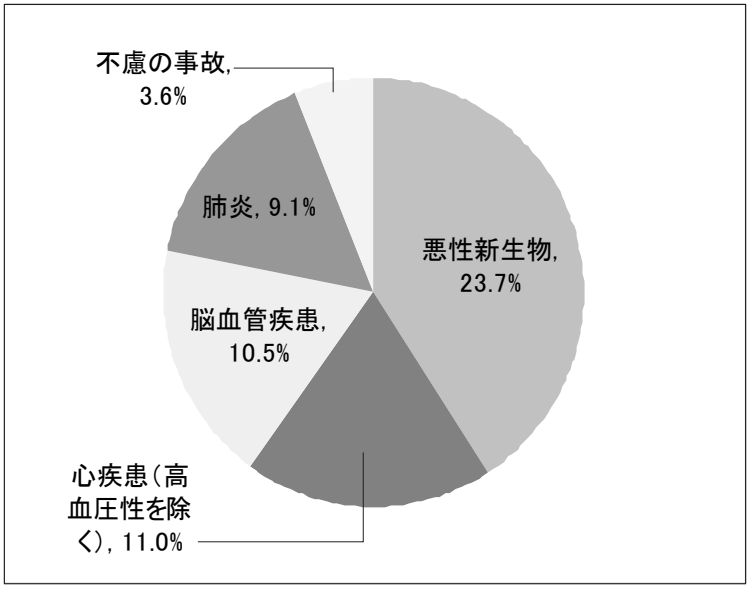
i　がんの早期発見による死亡の減少

平成 22 年度 100 万円以上の国民健康保険高額医療費該当者は 37 人で、疾患別にみると悪性新生物が最も多く 15 人 40.5%です。(P14 図 4　高額医療該当者疾患別状況)

平成 20 年～平成 22 年の 3 年間の死因でも第 1 位は悪性新生物 23.7%です。(図 1)

がんは、早期がんでみつけると予後が良好で医療費も安く済みますが、進行がんでみつけると予後不良で医療費も高くなります。

図 1　平成 20～平成 22 年の死亡原因



[資料]熊本県人口動態調査報告

悪性新生物で死亡の疾患部位は、気管・気管支・肺がんが最も多く、17 人(19.8%)、次に胃 11 人 (12.8%)、大腸 7 人 (8.1%)、胆のう 7 人 (8.1%)、肝臓 6 人 (7.0%)、前立腺 6 人 (7.0%) です。(表 2)

現行のがん検診では、胆のう・肝臓・前立腺がんは発見できる体制ではありません。平成 25 年度からオプション検査ですが、腹部超音波検査とＰＳＡ検査（前立腺検査）を導入する方向で検討をしています。

表 2　がん死亡の疾患部位

	胃	肝臓	大腸(直・結腸)	胆	膵	気管・気管支・肺	乳	子宮	卵巣	前立腺	膀胱	白血病	その他
平成20年	6	4	5	2	3	6	1	1		3	1	2	5
平成21年	4	1	2	4		7	1	1	2	1	1		5
平成22年	1	1		1	1	4	2	1		2	1	2	2
計	11	6	7	7	4	17	4	3	2	6	3	4	12

[資料]熊本県人口動態調査報告

ii　75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、高齢化の影響を除いたがんの死亡率を見ていくことを、がん対策の総合的な推進の評価指標とします。(表 3)

国は、75 歳未満の年齢調整死亡率目標を 73.9 としています。

表 3　75 歳未満のがんによる死亡の状況（天草管内）

性　別		男　性			女　性			計			
年　度		H20	H21	H22	H20	H21	H22	H20	H21	H22	総　数
75歳未満の死亡者数	75歳未満の年齢調整死亡率	141.7	94.5	107.5	48.9	65.4	51.2	91.4	78.9	78.0	
	気管･気管支及び肺	34	35	23	6	8	10	40	43	33	116
	胃	15	10	18	1	5	3	16	15	21	52
	大腸	10	7	9	10	9	8	20	16	17	53
	乳房	0	0	0	6	8	4	6	8	4	18
	子宮	－	－	－	5	1	4	5	1	4	10
	小計	59	52	50	28	31	29	87	83	79	249
	肝及び肝内胆管	1	12	17	5	6	4	6	18	21	45
	白血病	7	4	4	3	6	1	10	10	5	25
	その他	68	26	31	17	22	16	85	48	47	180
総数		135	94	102	53	65	50	188	159	152	499

（熊本県人口動態調査報告）

今後も、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と、健診受診率を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。

iii　がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率減少効果は関連性があり、がんの重症化予防はがん検診により行われています。

現在、有効性が確立されているがん検診の受診率向上を図るために、様々な取り組みと、精度管理を重視したがん検診を今後も推進します。

本町のがん検診の受診率は、平成 19 年度から厚生労働省に設置された「がん検診事業の評価に関する委員会」で提案された計算方法（注１）で算出しています。

（注 1）推計対象者数 ＝ 市町村人口（H17 年国勢調査） － ［就業者数－農林水産業従事者数］

平成 20 年度から特定健診を導入したため、本町のがん検診受診体制を一部変更したことが影響してか、各種がん検診受診率は、子宮頸がん検診以外はどの検診も受診率が低下しています。(表 4)

表 4　がん検診受診率の推移

	がん対策推進基本計画(H19.6-H23年度末)					次期がん対策推進基本計画案(H24-H28)	
	H19	H20	H21	H22	目標値	H23(がん死亡数)	目標値
胃がん	25.8	30.7	19.5	17.3		16.4(5人)	
肺がん	43.0	51.4	37.5	31.6		28.0(4人)	
大腸がん	34.3	33.1	27.1	26.4	50%以上	25.8(9人)	当面40%
子宮頸がん	36.9	44.1	49.6	38.0		52.2(2人)	
乳がん	36.9	20.8	9.9	12.3		19.1(0人)	

平成21年度からマンモのみは受診者数に入れないようになった。(マンモのみH21年384人(加えての受診率27.0%)、H22年419人(加えて32.7%)、H23年374人(加えて35.7%))　平成21年度から国保人間ドックと施設がん検診導入、胃がん検診については、胃透視検査が基本で、希望者は、胃カメラ検査を受けられる体制にした。胃カメラは受診者数に入らない。(H23年胃カメラ数105人この数を加えての受診率19.2%)

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。

精密検査受診率が 50%未満であれば、ほとんど検診として機能していないことを意味します。

本町の平成 22 年度精密検査受診率で、国が示す許容値を超えているのは、肺がん検診、子宮がん検診、乳がん検診の 3 つで、胃がん検診と大腸がん検診は許容値に達していない状況です。

がん検診受診者から、毎年がんが見つかっているため、今後も精密検査受診率の向上を図っていきます。(表 5)

表 5　がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		H19	H20	H21	H22	事業評価指標	
						許容値	目標値
胃がん検診	精密検査受診率	85.4	74.7	82.2	63.5	70%以上	90%以上
	がん発見者数	1人	0	0	1人		
肺がん検診	精密検査受診率	69.0	17.4	65.3	78.1	70%以上	
	がん発見者数	0	0	1人	1人		
大腸がん検診	精密検査受診率	77.8	84.9	66.2	56.8	70%以上	
	がん発見者数	2人	4人	1人	0		
子宮頸がん検診	精密検査受診率	71.4	100	75.0	100	70%以上	
	がん発見者数	0	0	2人	0		
乳がん検診	精密検査受診率	76.9	90.0	85.7	80.9	80%以上	
	がん発見者数	1人	0	0	1人		

④対策

ⅰ　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接種（中学１年生～高校１年生に相当する年齢の女性）

・肝炎ウイルス検査（妊婦健診、H23 年度から 40～70 歳までの 5 歳きざみ　クーポン検診開始）
・HTLV-1 抗体検査（妊婦健診）

ii　がん検診受診率向上の施策

・対象者への個別案内、広報等を利用した啓発
・がん検診推進事業
　がん検診の評価判定で「検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある」とされた、子宮頸がん検診・乳がん検診・大腸がん検診について、一定の年齢に達した方に、検診手帳及び検診無料クーポン券を配布

iii　がん検診によるがんの重症化予防の施策

・胃がん検診（40 歳以上）
・肺がん検診（40 歳以上）
・大腸がん検診（40 歳以上　H23 年度から 40～60 歳までの 5 歳きざみ　クーポン検診開始）
・子宮頸がん検診（妊婦健診・20 歳以上の女性　平成 21 年度から 20～40 歳までの 5 歳きざみ　クーポン検診開始）
・乳がん検診（40 歳以上の女性　平成 21 年度から 40～60 歳までの 5 歳きざみ　クーポン検診開始）
・前立腺がん検診（平成 25 年度から 50 歳以上の男性にオプションで実施　地域検診のみ）
・腹部超音波検診（平成 25 年度からオプションで実施　地域検診のみ）

iv　がん検診の質の確保に関する施策

・精度管理項目を遵守できる検診機関の選定
・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

v　がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上に関する施策

・がん診療連携拠点病院との連携（天草管内には 2 カ所）
　天草地域医療センター　　天草中央総合病院
・がんサロンの紹介（天草管内には 2 カ所）
　天草がんサロンたんぽぽの会（天草中央総合病院）
　上天草がんサロン　アクアマリン（上天草総合病院）

⑷歯・口腔の健康

①はじめに

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

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

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

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

近年のいくつかの疫学研究において、糖尿病や循環器疾患等との密接な関連性が報告されている他、妊娠期には早産や低出生体重児の出生の危険性が高まること、口腔機能と認知症の関係も明らかになっています。成人期の歯周病予防と、幼児期や学齢期でのむし歯予防は、生活習慣病を予防し、全身の健康につなげるためにも推進が不可欠です。

②基本的な考え方

ⅰ　法及び条例

歯及び口腔の健康状態が全身の健康状態に関係していることが明らかになっており、県民の歯及び口腔の健康づくりを進めていくことが大変重要であることから、平成 22 年 10 月には、熊本県歯及び口腔の健康づくり推進条例が公布されました。

第 10 条には県民の役割として、歯及び口腔の健康づくりに関する知識及び理解を深めるよう自ら努めるものとするとされています。第 12 条の施策の推進では、乳幼児及び少年に対し、市町村、歯科医師等、保健医療関係者及び教育関係者との連携を図り歯磨き、フッ化物応用その他のむし歯及び歯周病の予防のための対策を推進することと記載されています。これにより、県では従来の保育園等でのフッ化物洗口の推進に加え、学校におけるフッ化物洗口の実施についても、講習会等を開催しながら普及が進められています。

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

ⅱ　発症予防

歯科疾患の予防は、「むし歯予防」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。

ⅲ　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、健全な摂食や発音が正しくできなくなるなど、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。

③現状と目標

ⅰ　ライフサイクルの視点からみた苓北町の歯科保健事業

<table>
<tr><td colspan="2"></td><td>乳児</td><td>幼児期</td><td>保育園期</td><td>就学期</td><td>就労期
（妊娠中）</td><td>高齢期</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>7ヶ月</td><td>1歳　1歳6ヶ月～　2歳～　3歳～</td><td>4～6歳</td><td>7歳～</td><td></td><td>60歳～</td></tr>
<tr><td rowspan="6">法的根拠</td><td>母子保健法
（健診）</td><td></td><td>1歳6ヶ月児　2歳児　3歳児
健診　歯科健診　健診</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>母子保健法
（健康教育）</td><td>7ヶ月健診</td><td>よちよち学級</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>児童福祉法</td><td></td><td>保育園の歯科健診 ⟶</td><td>⟶</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>学校保健法</td><td></td><td></td><td></td><td>歯科健診及び
健康教育 ⟶</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>健康増進法</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>（30～70歳5歳刻）
歯周疾患検診 ⟶</td><td></td></tr>
<tr><td>介護保険法</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>（65歳～）
口腔機能向上事業 ⟶</td></tr>
</table>

ⅱ　歯周病を有する者の割合の減少

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。

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

歯周炎が顕在化し始めるのは 40 歳以降といわれていますが、20 代で 7 割、30 代以上では８割もの人が歯周病にかかっているともいわれています。また、小・中学生でも見られることがあり、歯周病対策を継続して実施する必要があります。

近年、歯周病と糖尿病や循環器疾患との関連性、妊婦では喫煙と並んで早産の原

因として指摘されていることから、歯周病予防は成人期以降の健康課題の一つです。

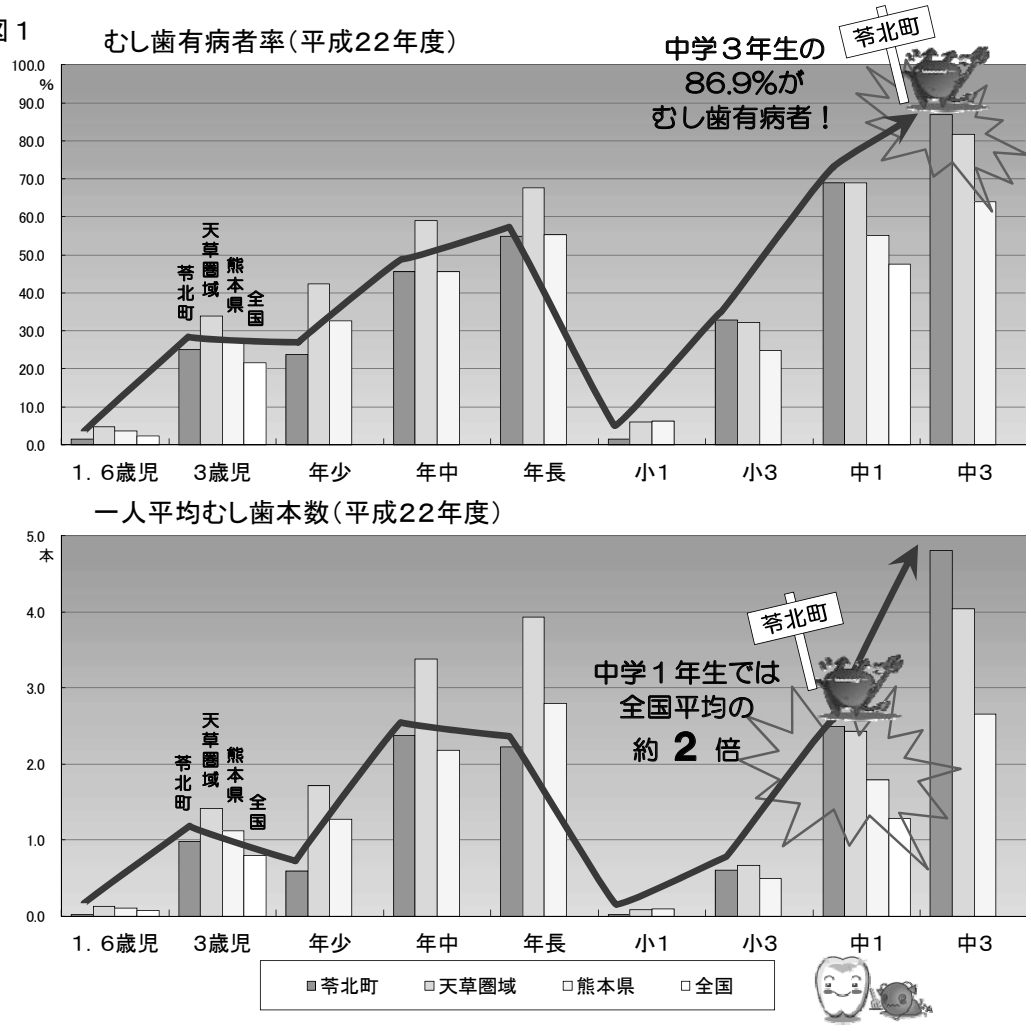
本町の歯周疾患検診受診者は、受診率は 5.0%と低く、受診者の 80%が要指導・要治療という状況でした。予防という観点より痛みなどの自覚症状や、異常がわかってからの治療等、歯・口腔に対しての関心がまだ高くないことがうかがえます。

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。また、検診の機会や、地域の集まり等を通して情報提供を行い、口腔管理についての正しい知識の普及を図ります。成人期以降の関心度は、子育て環境にも反映されるため、保護者・祖父母等の知識・意識の向上も重要です。

iii　乳幼児・学齢期のむし歯のない者の増加

本町の 3 歳児健診のむし歯有病者率は 25.0%で、全国平均が 21.5%となっています。3 歳児健診までは全国平均と変わらない状況ですが、それ以降むし歯が急増し、学齢期では天草圏域や熊本県平均を大きく上回ります。（図１）

図１



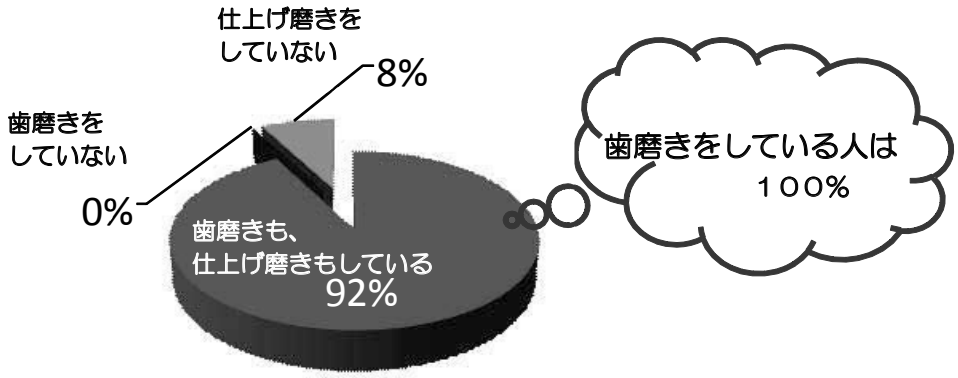
（熊本県歯科保健報告）

熊本県の幼児期・学齢期のむし歯は、年々減少してきていますが、全国平均と比べると高い状況が続いています。

3歳児健診での歯磨きの状況をみると、92%が歯磨きと仕上げ磨きもしていますが、8%が仕上げ磨きをしていない状況です。(図 2)

3 歳以降むし歯が増加していく原因としては、保護者の仕上げ磨きが少なくなることで、磨き残しが多くなっていることが考えられます。

図 2　3 歳児健診での歯磨き状況



また、町内保育園児の「食に関するアンケート」をみると、家庭でよく食べるおやつでは、全年齢を通して市販のおかしの割合が一番高く、ジュースについても 1 歳から 10%前後のお子さんで与えているという状況があります。(図 3)

おやつを与える時間帯をみると、保育園から帰宅後①、夕食後③、寝る前④を合わせると 50%以上と高く、だらだら食いになっている状況が考えられます。(図 4)

図 3 家庭でよく食べるおやつについて（複数回答）

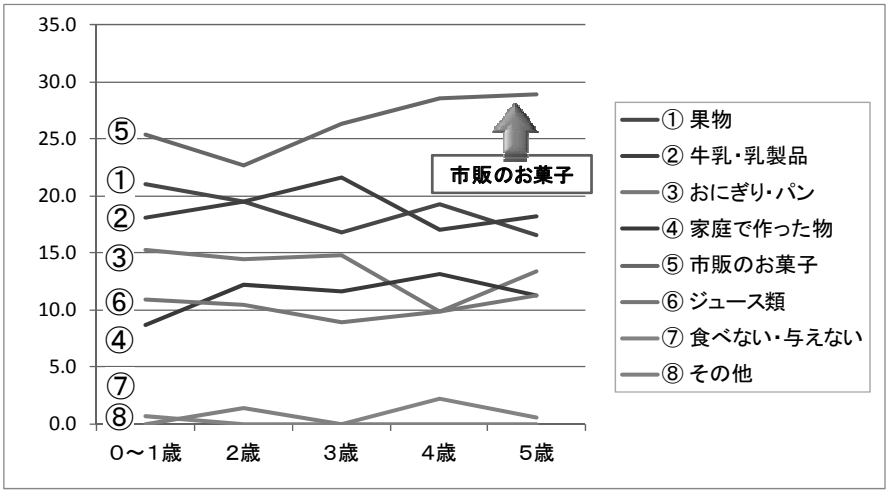
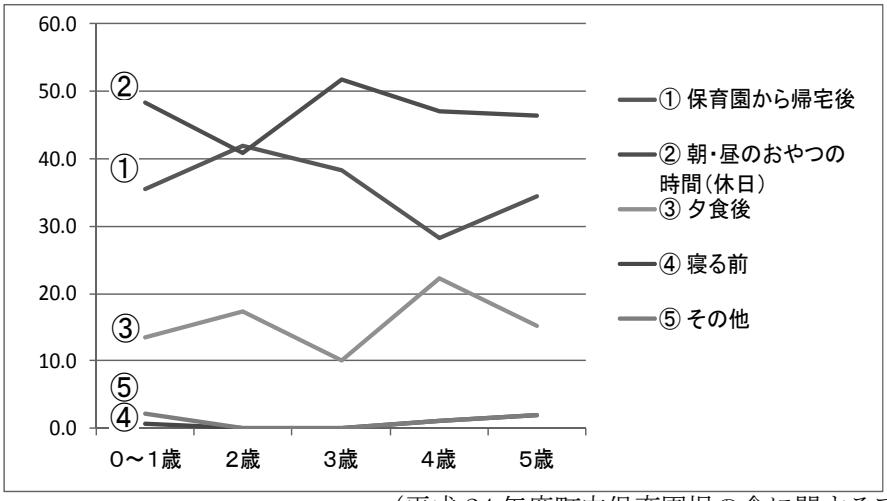


図 4 おやつを食べる時間帯について（複数回答）



（平成 24 年度町内保育園児の食に関するアンケート）

子どもの歯は、萌出してから５年間程度は大人と違い溶けやすいともいわれています。糖分を多く含んだお菓子や、ジュース、菓子パンなどを早い時期から習慣的にとったり、だらだら食いをしていたりという状況は、むし歯の増加だけでなく、将来の生活習慣病にもつながります。

本町の小学校１年生をみると有病者・むし歯本数ともに減少していますが、これは永久歯にかわることによる一時的なもので、口腔の状態や歯磨き習慣は変わらないため再びむし歯は増加します。中学校１年生では一人平均むし歯本数 2.5 歯と全国平均 1.3 歯の約２倍、中学校３年生では有病者率 86.9％です。

子どもの歯の健康と歯科保健行動の習慣づけは、保護者や家族に委ねられる部分が多いため、意識づけを継続して行っていくことが必要です。

熊本県では、全国的にみてむし歯の多い状況を改善するため、佐賀県や新潟県、県内では玉東町などで効果の見られたフッ化物洗口を含めた、熊本県歯及び口腔の健康づくり推進条例を平成 22 年度に公布し対策を推進しています。

本町においても、保育所、学校等の教育関係者、保健医療関係者及び歯科医師等との連携した歯科保健対策を推進していくことが重要です。

対策として、本町の歯科保健の実態について保育園・小学校・中学校へ情報提供、養護教諭との意見交換会を行いました。また、保健所からフッ化物についての講習会を開催してもらい、平成 22 年度から宮原保育園がフッ化物洗口に取り組みました。少しずつその効果がでてきているのか、口腔状態が良好な子どもが増えてきていますが、反面、一人で何本もむし歯を持っている子どももいます。継続して、子どもの歯科保健事業に取り組んでいきます。

ⅳ　過去１年間に歯科検診を受診した者の増加（歯周疾患検診受診者数）

定期的な歯科検診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく寄与します。特に、定期的な歯科検診は成人期の歯周病予防において重要な役割を果たします。

本町では、30 歳から 5 歳きざみで 70 歳までの町民を対象に、平成 22 年度から歯周疾患検診を実施しています。しかし、受診率は平成 22 年度 7.3%、平成 23 年度 5.0%と低い状況です。妊娠期には熊本県早産予防対策事業（平成 24 年 8 月から平成 26 年 12 月まで）として妊婦歯科健診２回分の補助が実施されています。

定期的な歯科検診の受診により、自身の歯・口腔の健康状態を把握することができ、個人のニーズに応じて、歯石除去や歯面清掃ないしは個別的な歯口清掃指導といったプロフェッショナルケアに繋がることから、まずは一定の年齢を対象とした歯周疾患検診を受診し、定期的な歯科検診へつなげていくために、歯周疾患検診の実施を継続します。

④対策

ⅰ　ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

・歯の健康についての啓発
・健康教育・相談
　母子手帳交付時面接、各乳幼児健診
・保育園・学校・医療機関と連携した歯科保健を推進

ⅱ　専門家による定期管理と支援の推進

・妊婦歯科健診
　（熊本県早産予防対策事業：平成 24 年 8 月から平成 26 年 12 月まで）
・幼児歯科健診（1 歳 6 か月児・2 歳児・3 歳児）
・歯周疾患検診（30・35・40・45・50・55・60・65・70 歳）

３．生活習慣・社会環境の改善

⑴ 栄養・食生活（食育推進計画を含む）

①はじめに

栄養・食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康な生活を送るために欠くことのできない営みであり、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。

本町では、海山に囲まれた自然環境や地理的特徴、温暖な気候により、魚介類が豊富にとれ、米・野菜・果物等の豊富な農産物が作られてきました。しかし、それらを保存したり、おいしさを増すため、あるいは砂糖を貴重品として考える文化により、甘辛い料理が受け継がれ、塩分・糖分の過剰摂取につながっています。さらに、近年の社会環境の変化や多様な生活様式により食生活も変化し、地域特有の食生活の習慣をつくりあげ、生活習慣病の背景となっていると考えます。（図 1）

生活習慣病予防の実現のためには、本町の特性を踏まえ、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。

②基本的な考え方

ⅰ　発症予防

循環器疾患、糖尿病、がんなどの生活習慣病の発症予防には、適正体重を維持するために活動量に見合ったエネルギー摂取と適切な量と質の食品摂取の選択が重要になってきます。食べたものが体の中で代謝され、その結果は健診データに現れます。代謝等の身体のメカニズムと生活習慣（食）との関係を理解し、適正な改善を自ら選択し、行動変容につなげることが重要です。

生活習慣病予防の科学的根拠があるものと、食品(栄養素)の具体的な関連は図 2 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図 3・4 のとおりです。

ⅱ　重症化予防

生活習慣病における食事療法は治療の基本であり、薬物治療開始後も食事療法の継続は重要です。高血圧疾患は血管に負担をかけない、糖尿病はインスリン分泌にあわせた、慢性腎臓病では腎機能に合わせた食事の量と質の選択が必要です。

図１　食習慣背景の構造

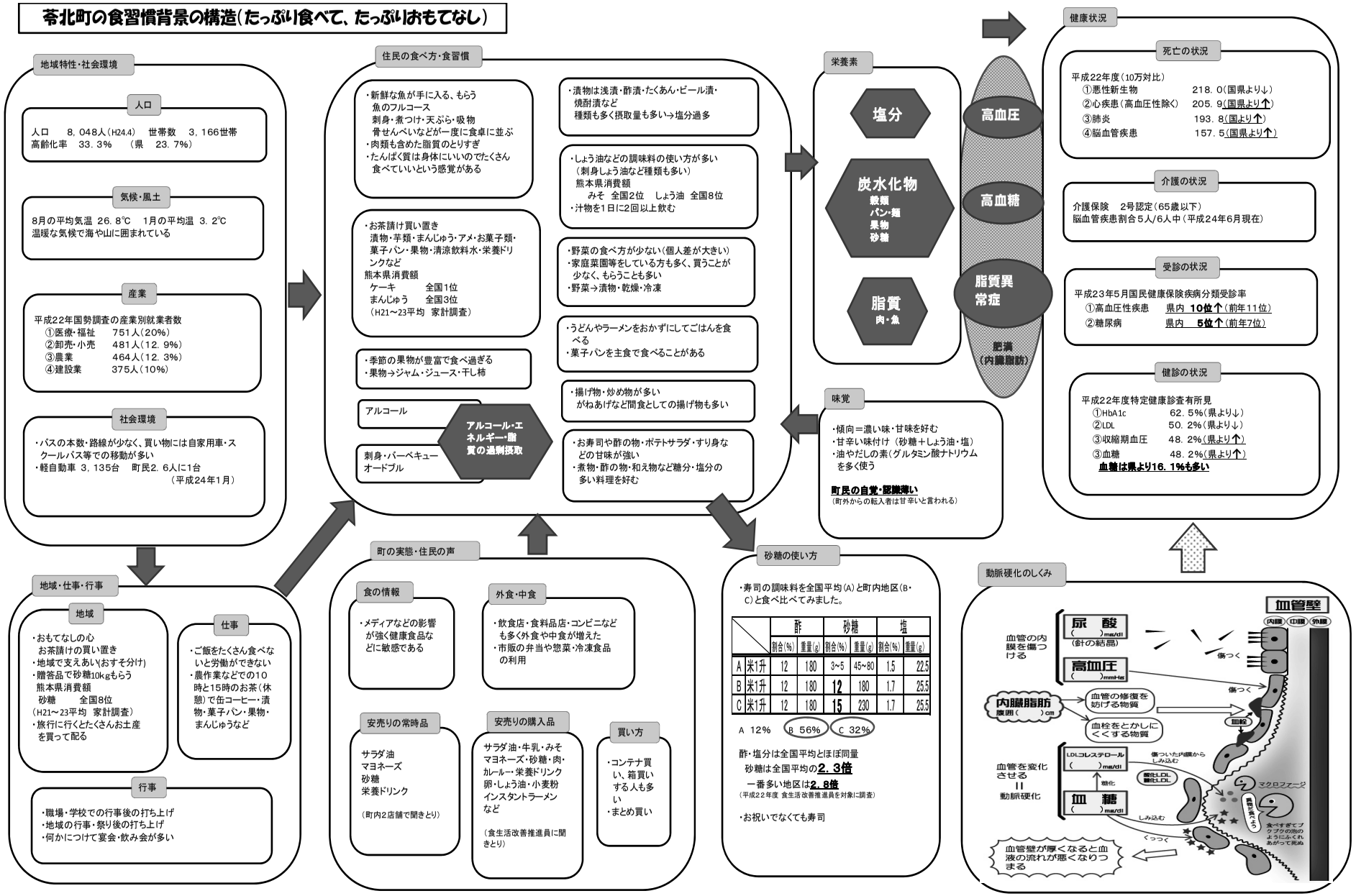
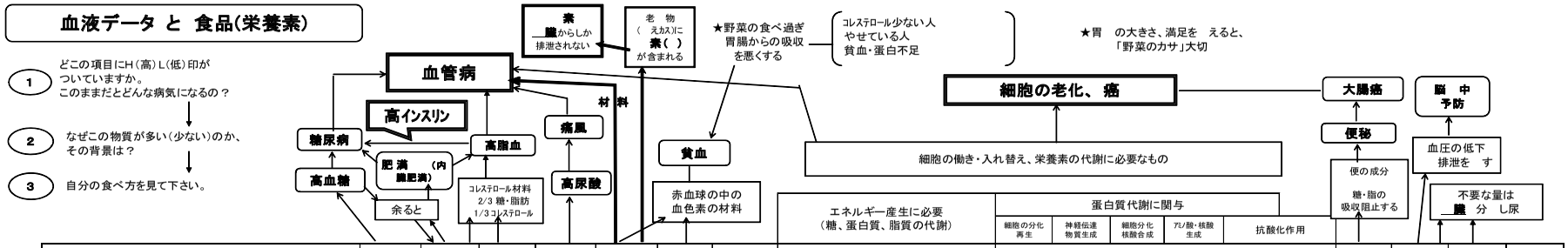

苓北町の食習慣背景の構造（たっぷり食べて、たっぷりおもてなし）
地域特性・社会環境
人口
人口　8，048人（H24.4）　世帯数　3，166世帯
高齢化率　33．3%　（県　23．7%）
気候・風土
8月の平均気温 26．8℃　1月の平均温 3．2℃
温暖な気候で海や山に囲まれている
産業
平成22年国勢調査の産業別就業者数
①医療・福祉　751人（20%）
②卸売・小売　481人（12．9%）
③農業　464人（12．3%）
④建設業　375人（10%）
社会環境
・バスの本数・路線が少なく、買い物には自家用車・スクールバス等での移動が多い
・軽自動車 3，135台　町民2．6人に1台
（平成24年1月）
地域・仕事・行事
地域
・おもてなしの心
お茶請けの買い置き
・地域で支えあい(おすそ分け)
・贈答品で砂糖10kgもらう
熊本県消費額
砂糖　全国8位
（H21～23平均　家計調査）
・旅行に行くとたくさんお土産を買って配る
仕事
・ご飯をたくさん食べないと労働ができない
・農作業などでの10時と15時のお茶（休憩）で缶コーヒー・漬物・菓子パン・果物・まんじゅうなど
行事
・職場・学校での行事後の打ち上げ
・地域の行事・祭り後の打ち上げ
・何かにつけて宴会・飲み会が多い
住民の食べ方・食習慣
・新鮮な魚が手に入る、もらう
魚のフルコース
刺身・煮つけ・天ぷら・吸物
骨せんべいなどが一度に食卓に並ぶ
・肉類も含めた脂質のとりすぎ
・たんぱく質は身体にいいのでたくさん食べていいという感覚がある
・お茶請け買い置き
漬物・芋類・まんじゅう・アメ・お菓子類・菓子パン・果物・清涼飲料水・栄養ドリンクなど
熊本県消費額
ケーキ　全国1位
まんじゅう　全国3位
（H21～23平均　家計調査）
・季節の果物が豊富で食べ過ぎる
・果物→ジャム・ジュース・干し柿
アルコール
刺身・バーベキュー
オードブル
アルコール・エネルギー・脂質の過剰摂取
・漬物は浅漬・酢漬・たくあん・ビール漬・焼酎漬など
種類も多く摂取量も多い→塩分過多
・しょう油などの調味料の使い方が多い
（刺身しょう油など種類も多い）
熊本県消費額
みそ　全国2位　しょう油　全国8位
・汁物を1日に2回以上飲む
・野菜の食べ方が少ない（個人差が大きい）
・家庭菜園等をしている方も多く、買うことが少なく、もらうことも多い
・野菜→漬物・乾燥・冷凍
・うどんやラーメンをおかずにしてごはんを食べる
・菓子パンを主食で食べることがある
・揚げ物・炒め物が多い
がねあげなど間食としての揚げ物も多い
・お寿司や酢の物・ポテトサラダ・すり身などの甘味が強い
・煮物・酢の物・和え物など糖分・塩分の多い料理を好む
栄養素
塩分
炭水化物
穀類
パン・麺
果物
砂糖
脂質
肉・魚
高血圧
高血糖
脂質異常症
肥満（内臓脂肪）
味覚
・傾向＝濃い味・甘味を好む
・甘辛い味付け（砂糖＋しょう油・塩）
・油やだしの素（グルタミン酸ナトリウムを多く使う
町民の自覚・認識薄い
（町外からの転入者は甘辛いと言われる）
健康状況
死亡の状況
平成22年度（10万対比）
①悪性新生物　218．0（国県より↓）
②心疾患（高血圧性除く）　205．9（国県より↑）
③肺炎　193．8（国より↑）
④脳血管疾患　157．5（国県より↑）
介護の状況
介護保険　2号認定（65歳以下）
脳血管疾患割合5人/6人中（平成24年6月現在）
受診の状況
平成23年5月国民健康保険疾病分類受診率
①高血圧性疾患　県内 10位↑（前年11位）
②糖尿病　県内　5位↑（前年7位）
健診の状況
平成22年度特定健康診査有所見
①HbA1c　62．5%（県より↓）
②LDL　50．2%（県より↓）
③収縮期血圧　48．2%（県より↑）
③血糖　48．2%（県より↑）
血糖は県より16．1%も多い
町の実態・住民の声
食の情報
・メディアなどの影響が強く健康食品などに敏感である
外食・中食
・飲食店・食料品店・コンビニなども多く外食や中食が増えた
・市販の弁当や惣菜・冷凍食品の利用
安売りの常時品
サラダ油
マヨネーズ
砂糖
栄養ドリンク
（町内2店舗で聞きとり）
安売りの購入品
サラダ油・牛乳・みそ
マヨネーズ・砂糖・肉・カレー・栄養ドリンク
卵・しょう油・小麦粉
インスタントラーメン
など
（食生活改善推進員に聞きとり）
買い方
・コンテナ買い、箱買いする人も多い
・まとめ買い
砂糖の使い方
・寿司の調味料を全国平均（A）と町内地区（B・C）と食べ比べてみました。
酢 割合(%) 酢 重量(g) 砂糖 割合(%) 砂糖 重量(g) 塩 割合(%) 塩 重量(g)
A 米1升 12 180 3~5 45~80 1.5 22.5
B 米1升 12 180 12 180 1.7 25.5
C 米1升 12 180 15 230 1.7 25.5
A 12%　B 56%　C 32%
酢・塩分は全国平均とほぼ同量
砂糖は全国平均の2．3倍
一番多い地区は2．8倍
（平成22年度 食生活改善推進員を対象に調査）
・お祝いでなくても寿司
動脈硬化のしくみ
血管壁
内膜 中膜 外膜
血管の内膜を傷つける
尿酸 ( )mg/dl (針の結晶)
高血圧 ( )mmHg
傷つく
内臓脂肪 腹囲( )cm
血管の修復を妨げる物質
血栓をとかしにくくする物質
血栓
LDLコレステロール ( )mg/dl
傷ついた内膜からしみ込む
酸化LDL 糖化LDL
マクロファージ
血管を変化させる
＝
動脈硬化
血 糖 ( )mg/dl
糖化
しみ込む
食べすぎてゴブクの泡のようにふくれあがって死ぬ
くっつく
血管壁が厚くなると血液の流れが悪くなりつまる

図２　生活習慣病の予防と食品



③ バランス食…人間の体をよい状態に保つためのに えられた の食品とその量

① 血液中の物質名（100cc中の単位）					血糖 (g)	中性脂肪 (mg)	LDLコレステロール (mg)	尿酸 (mg)	総蛋白 アルブミン (g)	血清鉄 (mg)	カルシウム ☆	エネルギー産生に必要（糖、蛋白質、脂質の代謝） ある ☆				蛋白質代謝に関与 ある ☆					抗酸化作用		ない	ある ☆	ある（ナトリウム） ☆	ある
	③ 食品		② 栄養素別	重量 g	炭水化物 g	脂質 g	コレステロール mg	総プリン体 mg	たんぱく質 g	鉄 mg	カルシウム mg	マグネシウム mg	リン mg	ビタミンB1 mg	ビタミンB2 mg	レチノール（ビタミンA） μg	ビタミンB6 mg	ビタミンB12 mg	葉酸 μg	ビタミンC mg	ビタミンE mg	食物繊維 g	カリウム mg	食塩 g	水分 g
50～60代生活活動強度Ⅰ			男		250	47.0	300	300	63.0	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
			女		210	38.0			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	9.6	7.6	24	0	6.6	0.1	220	20	186	0.08	0.30	76	0.06	0.60	10	2	0.2	0.0	300	0.2	175
	卵	卵	Mサイズ1個	50	0.2	5.2	210	0	6.2	0.9	26	6	90	0.03	0.22	75	0.04	0.50	22	0	0.5	0.0	65	0.2	38
2群	魚	鮭	1/2切れ	50	0.1	2.1	30	60	11.2	0.3	7	14	120	0.08	0.11	6	0.08	0.11	10	1	0.6	0.0	175	0.1	36
	肉	豚肉（もも脂身あり）	薄切り2枚	50	0.1	5.1	34	48	10.3	0.4	2	12	100	0.45	0.11	2	0.16	0.20	1	1	0.2	0.0	175	0.1	34
	大豆製品	豆腐（もめん）	1/4丁	110	1.8	4.6	0	22	7.3	1.0	132	34	121	0.08	0.03	0	0.06	0.00	13	0	0.2	0.4	154	0.0	96
3群	緑黄色野菜	人参	小1/2本	50	4.6	0.1	0	0	0.3	0.1	14	5	13	0.02	0.02	379	0.06	0.00	12	2	0.3	1.4	140	0.0	45
		ほうれん草	5～6株	100	3.1	0.4	0	55	2.2	2.0	49	69	47	0.11	0.20	350	0.14	0.00	210	35	2.1	2.8	690	0.0	92
	淡色野菜	大根	厚切り1切れ	40	1.6	0.0	0	0	0.2	0.1	10	4	7	0.01	0.00	0	0.02	0.00	14	5	0.0	0.6	92	0.0	38
		キャベツ	1枚	40	2.1	0.1	0	0	0.5	0.1	17	6	11	0.02	0.01	2	0.04	0.00	31	16	0.0	0.7	80	0.0	37
		玉ねぎ	1/4個	50	4.4	0.1	0	0	0.5	0.1	11	5	17	0.02	0.01	0	0.08	0.00	8	4	0.1	0.8	75	0.0	45
		白菜	大1枚	120	3.8	0.1	0	0	1.0	0.4	52	12	40	0.04	0.04	10	0.11	0.00	73	23	0.2	1.8	264	0.0	133
	いも	じゃがいも	中1個	100	17.6	0.1	0	0	1.6	0.4	3	20	40	0.09	0.03	0	0.18	0.00	21	35	0.1	1.3	410	0.0	80
	くだもの	みかん	Mサイズ1個	100	12.0	0.1	0	0	0.7	0.2	21	11	15	0.09	0.03	83	0.05	0.00	22	32	0.4	1.0	150	0.0	87
		りんご	L 1/4個	75	11.0	0.1	0	0	0.2	0.0	2	2	8	0.02	0.01	1	0.02	0.00	4	3	0.2	1.1	83	0.0	64
	きのこ	えのきたけ		50	3.8	0.1	0	25	1.4	0.6	0	8	55	0.12	0.06	0	0.06	0.00	38	1	0.0	2.0	170	0.0	44
	海藻	生わかめ	（塩蔵塩抜）	50	1.6	0.2	0	0	0.9	0.3	21	10	16	0.01	0.01	11	0.00	0.00	6	0	0.1	1.5	6	0.7	47
1～3群合計					77.4	26.0	298	210	51.1	7.0	587	238	886	1.27	0.95	995	1.16	1.41	495	160	5.1	15.4	3029	1.3	1090
4群	主食	ごはん	中茶碗3杯	370	137.3	1.1	0	38	9.3	0.4	11	21	126	0.07	0.04	0	0.07	0.00	11	0	0.0	1.1	107	0.0	222
	砂糖	★砂糖、蜂蜜	砂糖で大さじ1	10	9.9	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0	0.0	0.0	0	0.0	0
	油	油 、種実（料理に使用）	大さじ1	13	0.0	13.0	0	0	0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0	0.0	0.0	0	0.0	0
	★嗜好飲料 嗜好品	ビール	250cc	250	7.8	0.0	0	14	0.8	0.0	8	18	38	0.00	0.05	0	0.13	0.25	18	0	0.0	0.0	85	0.0	232
		チョコレート	3かけ	15	8.4	5.1	3	0	1.0	0.4	36	11	36	0.03	0.06	10	0.02	0.00	3	0	0.1	0.6	66	0.0	0
調味料		しょうゆ	大さじ1･1/2	27	2.7	0.0	0	0	2.1	0.5	8	18	43	0.01	0.05	0	0.05	0.00	9	0	0.0	0.0	105	3.9	18
		みそ	大さじ2/3	10	2.2	0.6	0	0	1.3	0.4	10	8	17	0.00	0.01	0	0.01	0.00	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	0.0	0.0	0	0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0	0.0	0.0	122	2.0	0
合計					245.7	45.8	301	262	65.6	8.7	660	314	1146	1.38	1.16	1005	1.44	1.66	543	160	5.3	17.6	3552	8.4	1568

☆は、健診データーにはない。　★ 砂糖、嗜好品･嗜好飲料･･･ 糖尿病、高血糖、HbA1C5.5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（ﾏｰｶﾞﾘﾝ･種実）で5gプラスします。**

図３　ライフステージごとの食品の目安量

食品			妊娠						授乳期	乳児			幼児		小学生			中学生		高校生		成人	高齢者	
			前期	中期	後期	妊娠高血糖	妊娠高血圧症候群			6か月	8か月	11か月	3歳	5歳	6～8歳	9～11歳		12～14歳		15～17歳			70歳以上	
			0～16週未満	16～28週未満	28～40週	尿糖+	尿糖−	尿糖±以上		開始２カ月	開始4カ月	開始7カ月				男	女	男	女	男	女		男	女
第1群	乳製品	牛乳1本 200ｃｃ	200						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40）	400									200		
	卵	Mサイズ 1個50ｇ	50							卵黄５	卵黄～全卵25	卵黄～全卵25	50											
第2群	魚介類	1/2切れ 50ｇ	50			30			50	0	10	15	30	40	50			60		70	60	50		
	肉類	薄切り肉 2～3枚50g	50			30			50	0	10	15	25	40	50			60		70	60	50		
	大豆製品	豆腐なら 1/4丁 110ｇ	165			110			165	5	0	40		70	80	100	80	165	120	165	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		150	100	200	150	200	150			
	淡色野菜	大根　白菜 キャベツ 玉ねぎなど	250							20		45	100	140	150	200	180	250	250	300	250	200		
	いも類	ジャガイモなら 1個100g	100							20		30	40	50	80	100		120	100	120	100			
	果物	リンゴなら1/4個とみかん1個で80kcal	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							−	−	−	20	30	30～50	50								
	海藻	のり ひじきなど	50			30			50	−	3	5	20		30	30～50								
第4群	穀類	ご飯3杯 （450ｇ）	個人によりまちまち（図４）																					
	種実類油脂	油大さじ1.5 （18g）	個人によりまちまち（図４）							バターで2	バターで3	4	個人によりまちまち（図４）											
	砂糖類	砂糖大さじ1 （9ｇ）	20		10	20	10	20		0		3	10		15	20								
	酒類（アルコール）		禁酒							0												20		
塩分(g)			７．５ｇ未満							−			5	5	6（８歳は７ｇ）	8	7.5	男性９ｇ未満・女性７．５ｇ未満						

図４　エネルギー所要量とライフステージごとの食品の目安量（穀類・油脂）

目標体重で私の食事量を計算してみよう

１．目標体重 **a**（　　kg）　メタボの方は、目標体重を決めましょう！

標準体重
身長（　　m）×身長（　　m）×２２＝（　　kg）

２．あなたにとって必要な量は
表①→基礎代謝基準値×目標体重 a kg

□ kcal × □ kg ＝ **b** □ kcal
（１日の基礎代謝量
（横になって１日寝ている状態）

３．生活状況の違いでプラスしていきます。

b □ kcal × □ ＝ **c** □ kcal
表②　生活状況強度（1.3、1.5、1.7、1.9）
（１日のエネルギー所要量
（私の今の生活を維持していくための基本の量）

体重 1kg 当たりに必要なエネルギー

表①

年齢（歳）	基礎代謝基準値(kcal/kg/日)	
	男	女
1～2	61.0	59.7
3～5	54.8	52.2
6～7	44.3	41.9
8～9	40.8	38.3
10～11	37.4	34.8
12～14	31.0	29.6
15～17	27.0	25.3
18～29	24.0	22.1
30～49	22.3	21.7
50～69	21.5	20.7
70 以上	21.5	20.7

＊　腎疾患（CKD）の方の場合、まず、たんぱく質量を計算します。「腎臓一食資料」で計算していきます。
栄養士と相談しましょう

別表Ⅱ

表②

強度	動　作	時　間	日 常 生 活 の 内 容
(1.3)	安静	12	散歩、買物など比較的ゆっくりした１時間程度の歩行のほか、大部分は座位での読書、勉強、談話、また座位や横になってのテレビ、音楽鑑賞などをしている場合
	立つ	11	
	歩く	1	
	速歩	0	
	筋運動	0	
(1.5)	安静	10	通勤、仕事などで２時間程度の歩行や乗車、接客、家事等立位での業務が比較的多いほか、大部分は座位での事務、談話などをしている場合
	立つ	9	
	歩く	5	
	速歩	0	
	筋運動	0	
(1.7)	安静	9	生活活動強度Ⅱ（やや低い）の者が１日１時間程度は速歩やサイクリングなど比較的強い身体活動を行っている場合や、大部分は立位での作業であるが１時間程度は農作業、漁業などでの比較的強い作業に従事している場合
	立つ	8	
	歩く	6	
	速歩	1	
	筋運動	0	
(1.9)	安静	9	１日のうち１時間程度は激しいトレーニングや材木の運搬、農繁期の農耕作業などのような強い作業に従事している場合
	立つ	8	
	歩く	5	
	速歩	1	
	筋運動	1	

注）生活活動強度Ⅱ（やや低い）は、現在、国民の大部分が該当するものである。生活活動強度Ⅲ（適度）は、国民が健康人として、活発な生活活動をしている場合であり、国民の望ましい目標とするものである。

（日本人の栄養所要量第６次改定より）

４．私の穀類と油脂の量をだしましょう。

2,000kcal 未満の場合	バランス食１～３群で摂れる量	
(イ)脂質　**c**（　　）× 0.25 ÷ 9kcal	＝（　　）g － 約３０g ＝（　　）g	料理に使ってよい量
(ロ)炭水化物 **c**（　　）× 0.6 ÷ 4kcal（所要量の 50～60%）	＝（　　）g － 約８０g － 砂糖（　　）g ＝（　　）g ÷0.37＝（　　）g ÷３食＝（　　）g	１日のご飯量　１食のご飯量

2,000kcal 以上の場合	バランス食１～３群で摂れる量	
(イ)脂質　**c**（　　）× 0.25 ÷ 9kcal	＝（　　）g － 約３５g ＝（　　）g	料理に使ってよい量
(ロ)炭水化物 **c**（　　）× 0.6 ÷ 4kcal（所要量の 50～60%）	＝（　　）g － 約８０g － 砂糖（　　）g ＝（　　）g ÷0.37＝（　　）g ÷３食＝（　　）g	１日のご飯量　１食のご飯量

③現状と目標

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

健診データについての目標項目は、２．生活習慣病の予防の項で掲げているため、栄養・食生活については、適正体重を中心に、目標を設定します。

ⅰ　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。

本町のライフステージごとの肥満割合を見てみると、学童期から中学生にかけて年々上昇し、男性女性ともに 40 代以降更に上昇する傾向にあります。

適正体重については、ライフステージごとの目標を設定し、評価指標とします。(表 1)

表１　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	幼児 (評価指標ではない)		学童	成人		高齢者
評価指標	20歳代女性	出生児	1歳６ヶ月児	３歳児	小学校5年生	20～60歳代男性 (苓北町は40～60歳代男性)	40～60歳代女性	65歳以上
	やせの者	低出生体重児※1	肥満児※2	肥満児※2	中等度・高度肥満傾向児※3	肥満者※4	肥満者※4	BMI20以下
国の現状	29.0% (平成22年)	9.6% (平成22年)	把握不可		男子 4.60%　女子 3.39% (平成23年)	31.2% (平成22年)	22.2% (平成22年)	17.4% (平成22年)
町の現状 (平成23年度)	データなし	5.5%	8.7%	0%	把握不可	36.9%	27.6%	17.2%
データソース	妊娠届	人口動態統計	1歳6ヶ月児健診	３歳児健診				
		図５			図６・７・８	図９		

○ 国・県と比較して割合が高いもの

※1 低出生体重児.... 出生時 2,500ｇ未満の新生児

※2 肥満児..... この肥満児指標は、P63「ウ．肥満傾向にあるこどもの割合の減少」項目で軽度肥満傾向児の出現率で傾向を確認していますので、カウプ 19 以上で計上しています。(カウプ指数→乳幼児の身長と体重のバランスをみる指標)

※3 中等度・高度肥満傾向児... P63「ウ．肥満傾向にあるこどもの割合の減少」参照

※4 肥満者..... BMI25 以上の人

ア．20 歳代女性のやせの者の割合の減少（妊娠時のやせの者の割合）

この年代の女性は、適切な量と質よりカロリー重視の傾向が見られます。

子どもの健やかな成長発育のためには、健康な栄養状態で妊娠することが重要です。低出生体重児は、妊娠前の母親のやせが要因の１つと考えられています。また、この世代の食生活の乱れは、親として子どもの食生活に影響を与える可能性が大きいことも危惧されるところです。

本町では、妊娠中の適正な体重増加を遂行してもらうために、母子手帳交付時に個別で保健指導を行っています。

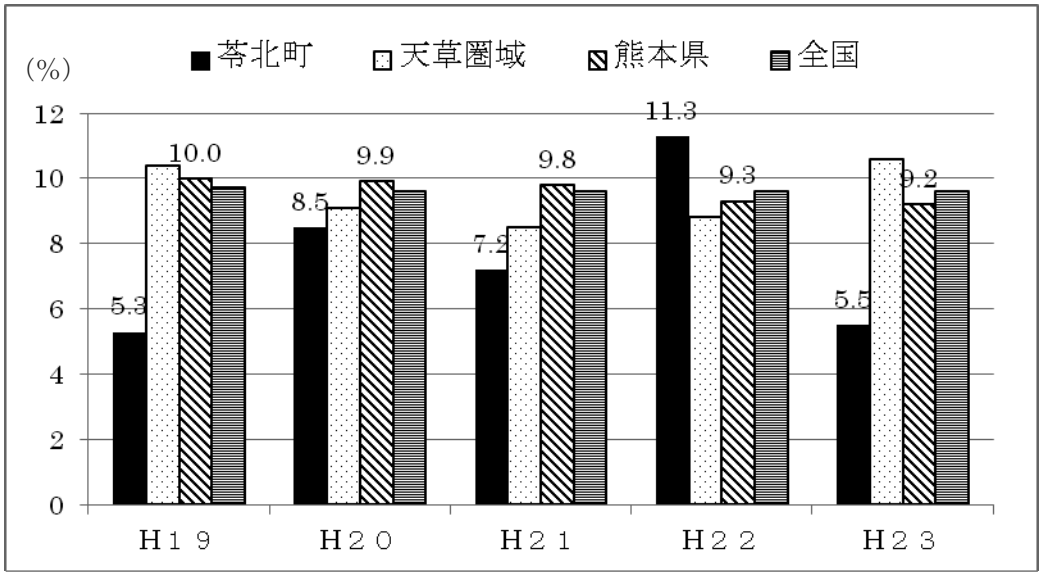
今後も、妊娠前、妊娠期の健康は、次の世代を育むことに繋がることの啓発とともに、ライフステージに基づいた保健指導を行っていくことが必要です。

イ．低出生体重児の割合の減少

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言われています。また、低出生体重の要因として、医療の進歩、多胎妊娠、妊娠前の母親のやせ、低栄養、妊娠中の体重増加の抑制、喫煙等が考えられます。

低出生体重児の平成 19～23 年度 5 年間の平均は、全国 9.6%、熊本県 9.6%、天草圏域 9.5%、本町 7.6%です。本町の原因をみてみると、特定の傾向はみられないようです。更に低出生体重児の出生率を下げる対策とともに、低出生体重で生まれてきた子どもの健やかな成長への支援や、将来の生活習慣病の発症予防のための保健指導が必要になります。(図 5)

図 5　低出生体重児の苓北町・圏域・県・国の推移



ウ．肥満傾向にある子どもの割合の減少

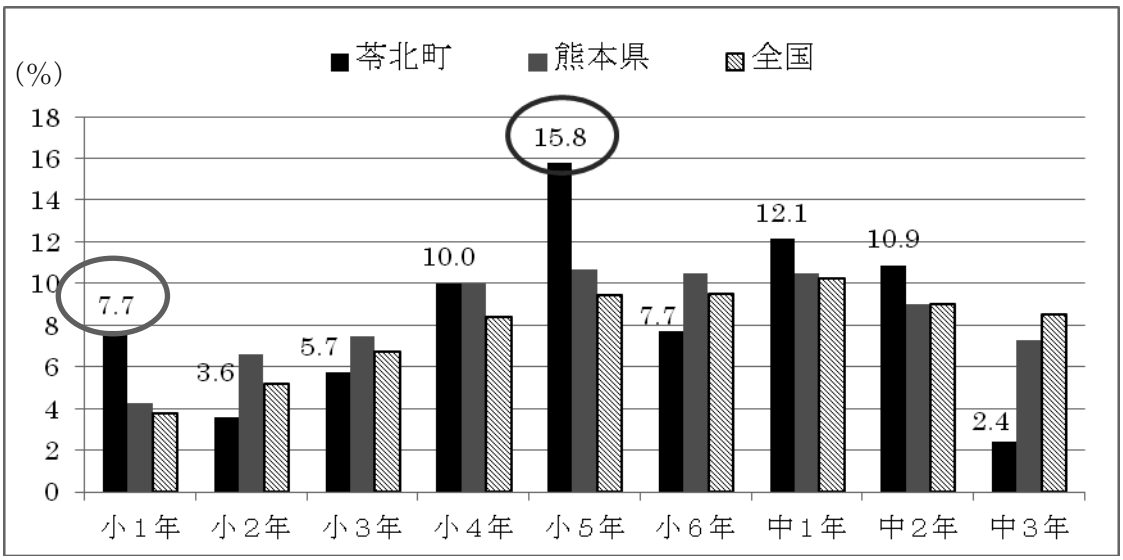
子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいと言われています。

学校保健統計調査では、性別・年齢別・身長別標準体重をもとに肥満度を計算し肥満度 20%以上を「肥満傾向児※５」、肥満度 20%以上 30%未満の人は「軽度肥満傾向児」、肥満度 30%以上 50%未満の人は「中等度肥満傾向児」、肥満度 50%以上の人は「高度肥満傾向児」と区分されています。

評価指標では、「小学校５年生の中等度、高度の肥満傾向児の割合の減少」となっていますが、本町では軽度肥満傾向児も含めた割合しか把握できません。

本町の平成 23 年度の小学１年生から中学３年生までの肥満傾向児の状況は、小学生が平均 10.1%、中学生が平均 10.8%と約１割が肥満です。男子は小学１年生・５年生が全国・熊本県平均を上回り、女子は全学年で全国・熊本県の平均を非常に高い割合で上回っています。（図 6）（図 7）

図 6　平成 23 年度の男子小学生・中学生の肥満傾向の割合

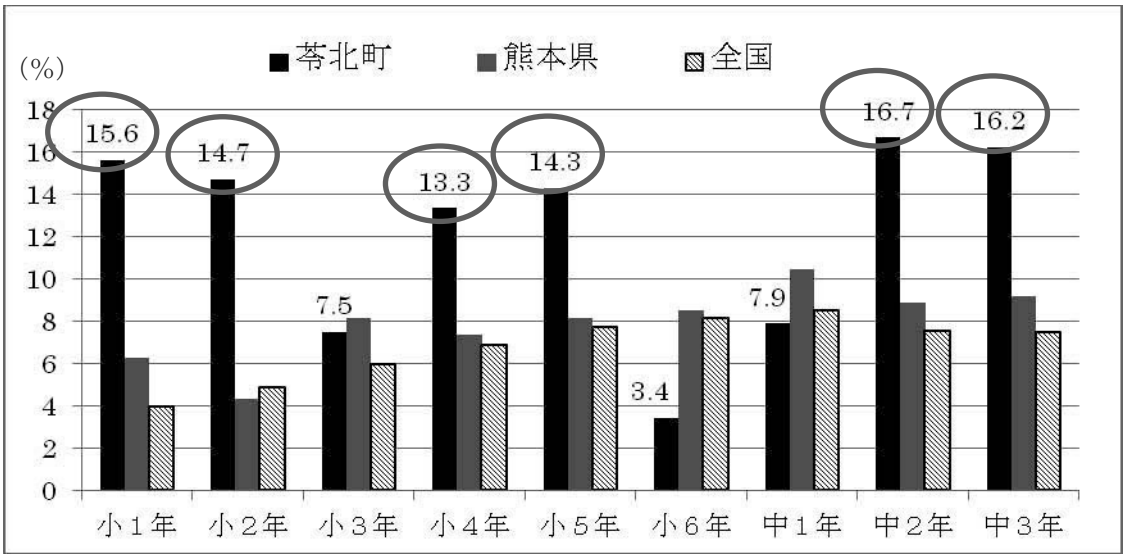


		小学1年	小学2年	小学3年	小学4年	小学5年	小学6年	計
総数		26	28	35	40	38	26	193
肥満傾向児童数		2	1	2	4	6	2	17
割合（%）	苓北町	7.7	3.6	5.7	10.0	15.8	7.7	8.8
	熊本県	4.2	6.6	7.4	10.0	10.7	10.5	
	全国	3.8	5.2	6.7	8.4	9.4	9.5	

		中学1年	中学2年	中学3年	計
総数		33	46	42	121
肥満傾向生徒数		4	5	1	10
割合（%）	苓北町	12.1	10.9	2.4	8.3
	熊本県	10.5	9.0	7.3	
	全国	10.3	9.0	8.5	

平成 23 年度
定期健康診断健康状態
（教育委員会資料）

図７　平成 23 年度の女子小学生・中学生の肥満傾向の割合



		小学1年	小学2年	小学3年	小学4年	小学5年	小学6年	計
総数		32	34	40	30	28	29	193
肥満傾向児童数		5	5	3	4	4	1	22
割合（%）	苓北町	15.6	14.7	7.5	13.3	14.3	3.4	11.4
	熊本県	6.3	4.4	8.1	7.4	8.2	8.5	
	全国	3.9	4.9	5.9	6.8	7.7	8.1	

		中学1年	中学2年	中学3年	計
総数		38	36	37	111
肥満傾向生徒数		3	6	6	15
割合（%）	苓北町	7.9	16.7	16.2	13.5
	熊本県	10.4	8.9	9.2	
	全国	8.5	7.5	7.4	

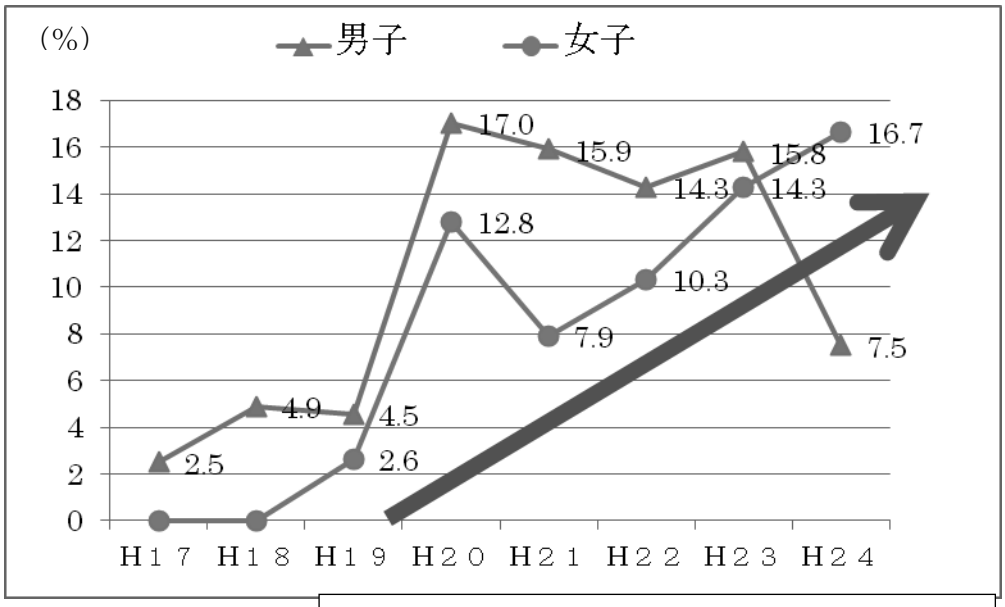
平成 23 年度
定期健康診断健康状態
（教育委員会資料）

※5 肥満傾向児... 性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が 20%以上の者である。以下の各表において同じ。
肥満度＝（実測体重－身長別標準体重）／身長別標準体重×100（%）

また、国の指標となっている小学 5 年生の本町の経年変化を見ると、男子は、図 6 では図 7 の女子に比べて高い割合がみられませんでしたが、平成17～23年度の伸びが13.3ポイントと高い値を示し、平成 24 年度は減少しています。また、女子は、平成 17～24 年度の伸びが 16.7 ポイントと男子より高い値を示し、増加傾向にあります。

（図 8）

図 8　平成 17～24 年度　肥満傾向児（小学校 5 年生）の割合の推移



平成17～24年度　定期健康診断健康状態（教育委員会資料）

子どもの肥満は、その60～80％が成人肥満につながるといわれています。また、将来、高血圧・脂質異常症・糖尿病・脂肪肝などの発症割合が高くなります。

生活習慣病予防の視点から正しい知識を身につけ、親子一緒に肥満の原因を探り、肥満解消に取り組む必要があります。子どもの肥満については、従来から、学校における健康診断に基づく健康管理指導や体育等の学校教育の一環として、肥満傾向児を減少させる取り組みが行われていますが、こうした取り組みをより効果的にするために、今後も教育委員会・各保育園や学校栄養教諭・小中学校の養護教諭と情報を共有していきます。

《肥満傾向（乳幼児）にある子どもの実態調査》

表 1 の 1 歳 6 ヶ月・3 歳児健診の肥満傾向児の割合は、小学生・中学生と比較してあまり高くありません。「チームぱくぱく※6」の活動の中で、年齢毎の肥満傾向児の割合・課題などを調査し、肥満傾向児の減少に向けて活動をしていきます。

※6 チームぱくぱく... 全保育園給食担当者・学校栄養教諭（栄養職員）・行政栄養士が協働と連携を図り、本町の将来を担う子どもたちの「食の応援団」なることを目的に平成 23 年度に設立。平成 23 年度全保育園児に欠食やおやつなど「食に関するアンケート調査」を実施

エ．20～60 歳代男性の肥満者の割合の減少（苓北町のデータは 40～60 歳代）

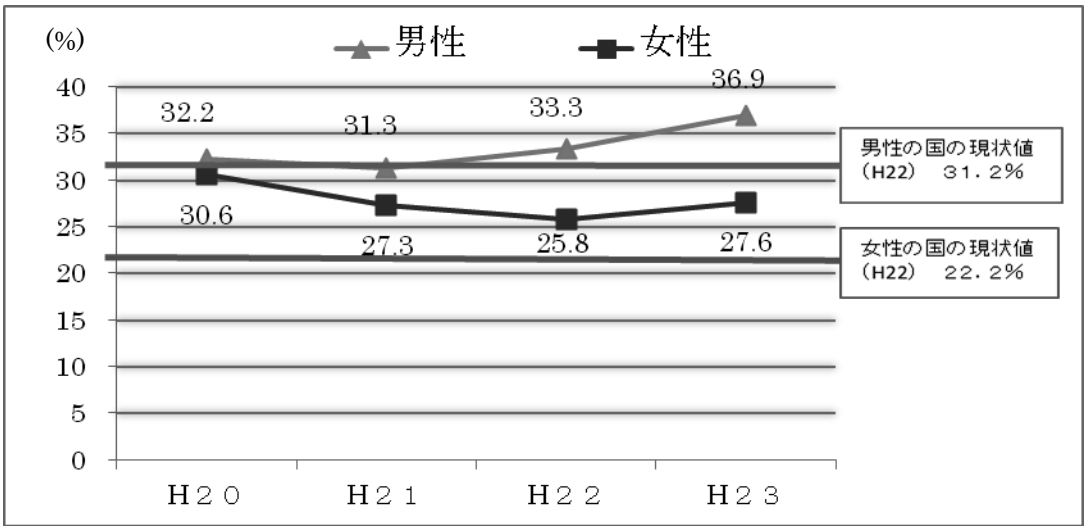
オ．40～60 歳代女性の肥満者の割合の減少

ライフステージにおける肥満は、20～60 歳代男性及び 40～60 歳代女性に、最も多く認められるため、この年代の肥満者の減少が健康日本 21 の目標とされていましたが、最終評価では、20～60 歳代男性の肥満者は増加、40～60 歳代女性の肥満者はほとんど変わらなかったため、引き続き指標として設定されました。

本町の平成 22 年度の 40～60 歳代男性・女性の肥満者の割合は、いずれも国の現状、男性 31.2%より 2.1 ポイント、女性 22.2%より 3.6 ポイント高く、更に男女とも増加傾向にあります。(図 9)

必要な食事量は、身長を基準とし、年齢による基礎代謝量、体重、活動量によって変わります。活動量に見合った食事量、胃の容量を満たす食の内容（質）が適正体重の維持には重要です。

図 9　男性（40～60 歳代）及び女性（40～60 歳代）の肥満（BMI25 以上）割合の推移



カ．低栄養傾向(BMI20 以下)の高齢者の割合の増加の抑制

高齢期の適切な栄養は、生活の質(QOL)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です。

日本人の高齢者においては、やせ・低栄養が、要介護及び総死亡に対する独立したリスク要因となっています。高齢者の「低栄養傾向」の基準は、要介護及び総死亡リスクが統計学的に有意に高くなる BMI20 以下が指標として示されました。

本町の 65 歳以上の BMI20 以下の割合は 17.2%と、平成 22 年度の国の現状 17.4%を少し下まわっている状況です。高齢化に伴って増加する可能性があるため、現状の割合を減少させていくことが大切です。

ⅱ　適切な量と質の食事をとる者の増加

図１食習慣背景の構造図のサブタイトル「たっぷり食べて、たっぷりおもてなし」にもあるように、全体的に「食べ過ぎ傾向」があるようです。

ア．高血圧に影響を与えている食の背景

本町の国民健康保険疾病分類受診率では、高血圧疾患の治療者が一番多く、40 代から増加傾向にあります。高血圧疾患は重症化すると脳血管疾患や虚血性心疾患等の原因となります。血圧の上がる原因の一つに、塩分の摂りすぎ（食べ方）があります。本町でも図１から塩分の摂りすぎが推察されます。

「日本人の食事摂取基準２０１０」では一日の食塩摂取目標量を男性９ｇ未満、女性 7.5ｇ未満としています。また、日本高血圧学会では、高血圧治療者には一日塩分摂取６ｇ未満を勧めています。（苓北町の現状：P24 前計画の評価）

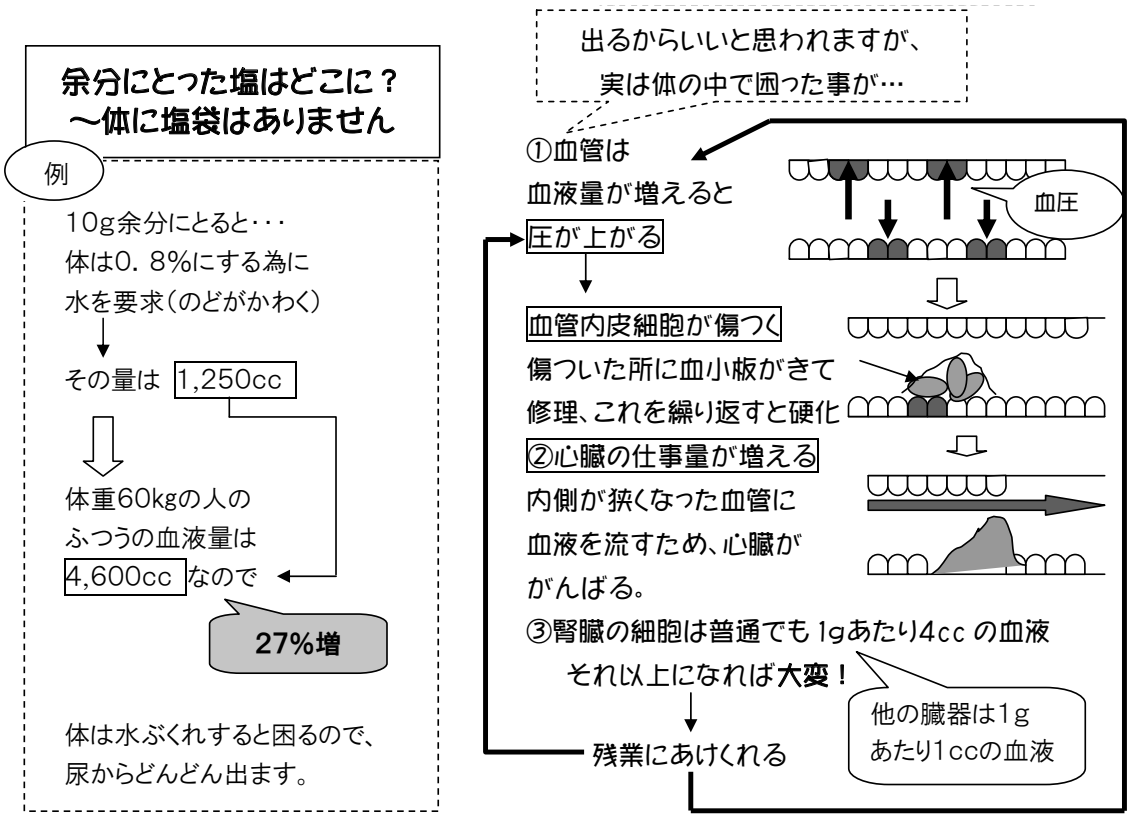
≪高血圧予防事業≫

小団体に講話・試食・尿中推定塩分摂取量検査を実施しています。本町では、個人の食生活を確認する指標の一つして、上記検査を実施しています。

≪塩（ナトリウム）と体≫

余分にとりすぎた塩分が血管に与える影響　図 10

図 10　塩（ナトリウム）と体



♡ 内臓脂肪症候群の方は、インスリンが多く出ている状態の人が多く、インスリンがナトリウム排泄を阻害

イ．高血糖に影響を与えている食の背景

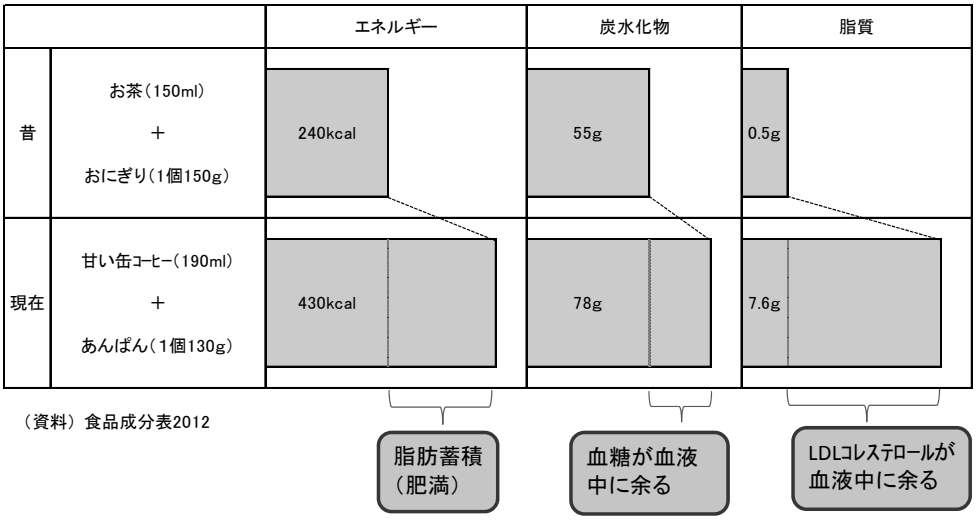
本町の国民健康保険疾病分類受診率・特定健康診査の受診結果では、糖尿病・糖尿病予備群が増加傾向にあります。糖尿病は膵臓から分泌されているインスリンというホルモンが関係します。体内で唯一血糖を下げることができるインスリンによって、炭水化物（糖質）は分解されてブドウ糖になり、肝臓や筋肉、脂肪細胞に取り込まれ（貯蔵）、エネルギーとして利用されます。

炭水化物（糖質）には、単純糖質と複合糖質の 2 種類があります。単純糖質は、蔗糖（砂糖）、ブドウ糖、果糖などがあり、菓子類、清涼飲料水、果物などの食品に含まれています。複合糖質は分子がいくつにも繋がっている糖質で、消化に時間がかかるため糖質の上昇がゆっくりですが、単純糖質は分子がばらけており、すぐに吸収されるため血糖が上昇し、複合糖質に比べ、インスリンの分泌が多くなります。

≪間食の選択≫

図 1 の食習慣背景の構造図の「仕事」にも示しましたが、本町の食習慣の一つにお茶（10 時・3 時の休憩時の間食）があります。その中には缶コーヒーと菓子パンといった実態も少なくありません。それらは「手軽」「安くて美味しい」という理由で選ばれているようですが、図 11 のように選び方によって摂取できる栄養素量が変わってきます。

図 11　間食の選び方の例



ウ．野菜の選び方

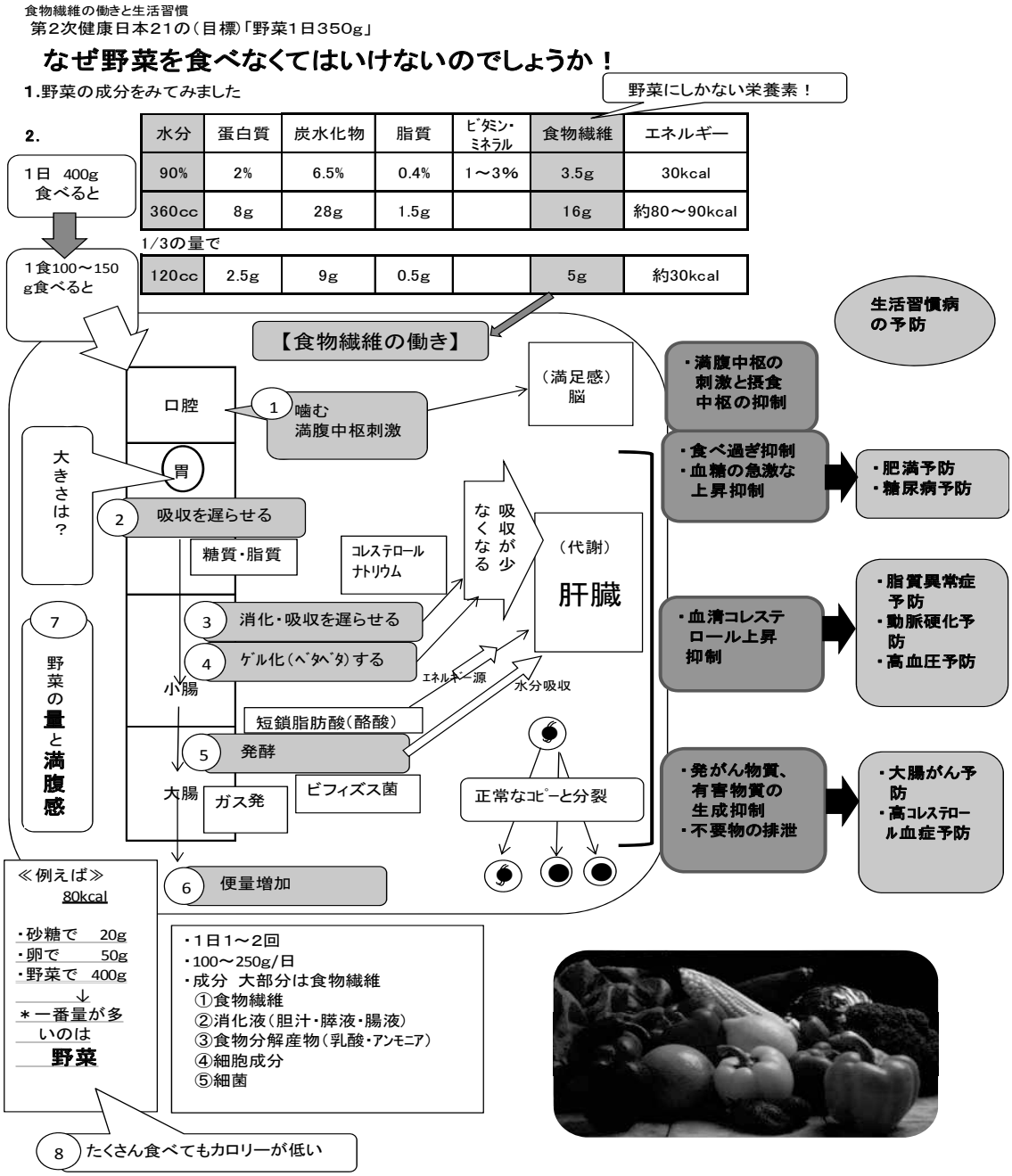
≪野菜の必要性≫

体が元気で生き続けているのは、体の一つひとつの細胞が順調に新しく生まれ変わっているからです。その一つひとつの細胞に必要な材料（栄養素・水分・酸素）を入れるためには、特にビタミン A や C、葉酸が必要で、それらが効率よく含まれているのが野菜です。

また、体に必要な食物繊維が含まれていることから「1日３５０ｇ以上の野菜を食べましょう」という目標に繋がっていきます。

食事に野菜が入ることで口の中で噛み、噛むことで満腹中枢が刺激されます。野菜に含まれる食物繊維は、胃袋の満足感にも繋がり、腸では油や糖の吸収を抑えてくれます。がん予防の視点や胎児や子どもの成長にも必要で、大変重要な素食材です。(図 12)

図 12　なぜ野菜を食べなくてはいけないのでしょうか！



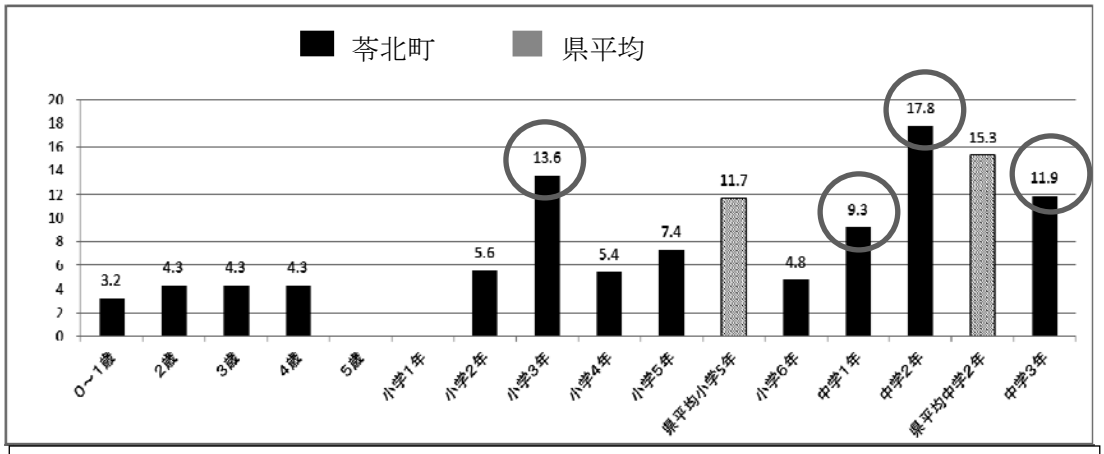
エ．朝食欠食者の減少、共食（家族と共に食べる）の増加

≪朝食欠食者の減少≫

成長段階にある子どもにとって、食事は必要なエネルギーや栄養素を摂取し健やかな体をつくり、生涯にわたって健全な体を培っていく基礎になります。そのため日常生活の基盤である家庭において、規則正しい食事、栄養バランスのとれた食事を習慣づけることは大事になります。幼少期からの生活習慣の定着が青年期・壮年期へと繋がると考えます。

本町の子どもの朝食欠食状況をみると、乳幼児期は平均して低い値で推移していますが、学童期に少し上昇し、中学生になると更に割合が高くなっています。県平均と比較してみると、小学５年生は平均よりも低く、中学２年生は平均よりも高くなっています。（図 13）

図 13　平成 23・24 年度　子どもの朝食欠食割合



（０～５歳）平成 23 年度チームぱくぱく　（小学１年～中学３年）平成 24 年度学校給食調理場

≪共食（家族と共に食べる）の増加≫

本町の子どもの共食状況を町学校給食調理場の食育推進に係るアンケート調査結果でみると、「食事は家族そろって食べますか」のうち「毎日家族そろって食べる」と回答した児童生徒は、平成 21 年度 45%、平成 24 年度 33.2%と 11.8 ポイント減少しています。

健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を実践できることが、重要な生活習慣病対策です。

『口に美味しい食事より、体に美味しい食事を！！』

④対策

ⅰ　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

妊娠期・乳幼児期から全てのライフステージにおいて同じ形式の「食事基準量表」を使用し食品の目安量を提示していきます。

・妊娠届時の個別指導の充実
・乳幼児健康診査・離乳食講習会・乳幼児教室・相談
・栄養教室の充実
・食生活改善推進員育成事業
・一般健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導
・高血圧予防事業（推定塩分摂取量検査の推進等）
・家庭訪問・健康教育・健康相談
・町民が、食を科学的に判断して選択できるよう食の資料作成

ⅱ　生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

・一般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

ⅲ　乳幼児期・学齢期の関係者との連携

・保育園（給食担当）・栄養教諭（栄養職員）との課題の共有（チームぱくぱく）
・小中学校の養護教諭との課題の共有

⑵身体活動・運動

①はじめに

「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを、「運動」とは身体活動のうち、スポーツなど健康・体力の維持・増進を目的として行われるものをいいます。

身体活動・運動の量が多い人は、不活発な人と比較して循環器疾患やがんなどの非感染性疾患の発症リスクが低いことが実証されています。

世界保健機構(WHO)は、高血圧(13%)、喫煙(9%)、高血糖(6%)に次いで、身体不活動(6%)を全世界の死亡に関する危険因子の第 4 位と認識し、日本でも、身体活動・運動の不足は喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡の 3 番目の危険因子であることが示唆されています。

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

また、高齢者の運動器疾患が急増しており、要介護となる理由として運動器疾患が重要になっていることから、日本整形外科学会は 2007 年、要介護となる危険の高い状態を示す言葉としてロコモティブシンドロームを提案しました。

運動器の健康が長寿に追いついていないことを広く社会に訴え、運動器の健康への人々の意識改革と健康長寿を実現することを目指しています。

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

参考　ロコモティブシンドローム(運動器症候群)の定義

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

・ロコモティブシンドロームはすでに運動器疾患を発症している状態からその危険のある状態を含んでいる。

②基本的な考え方

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

主要な生活習慣病予防とともに、ロコモティブシンドロームによって、日常生活の営みが困らないようにするために身体活動・運動が重要になってきます。

③現状と目標

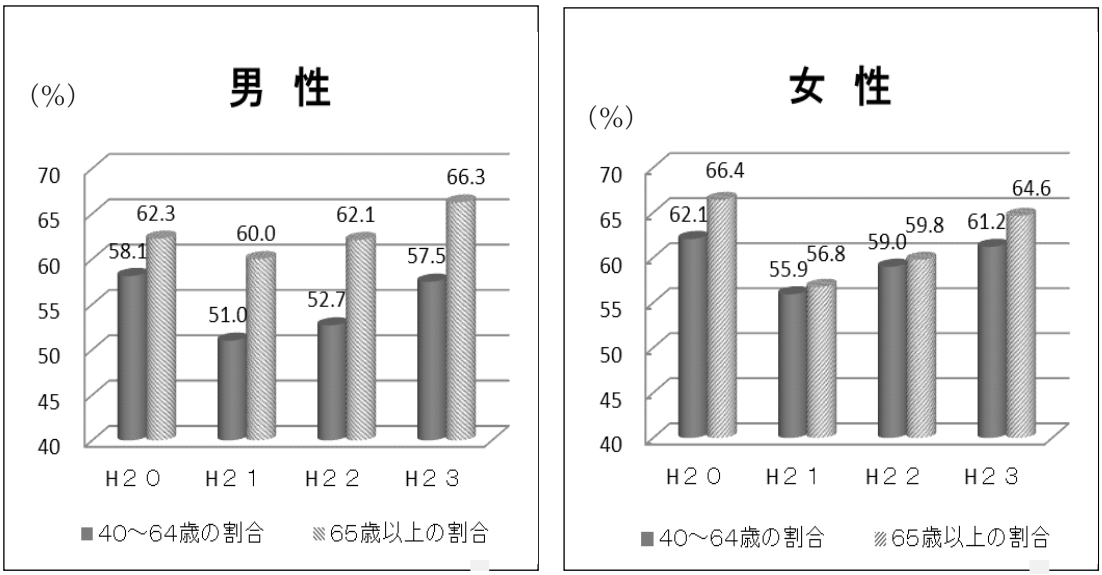
本町では、特定健診受診者に対して、身体活動の状況と運動習慣の状況を確認しています。

ⅰ　現状

ア．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

日常生活においてよく体を使っていると意識している人は、平成 20 年度から比較すると減少していますが、男女ともに増加傾向にあり、女性は平均すると 60%越えと意識が高いようです。65 歳以上では男女ともに 60%を越えて高くなっています。（図 1）

図１　性別・年代別の体をよく使っている人の推移



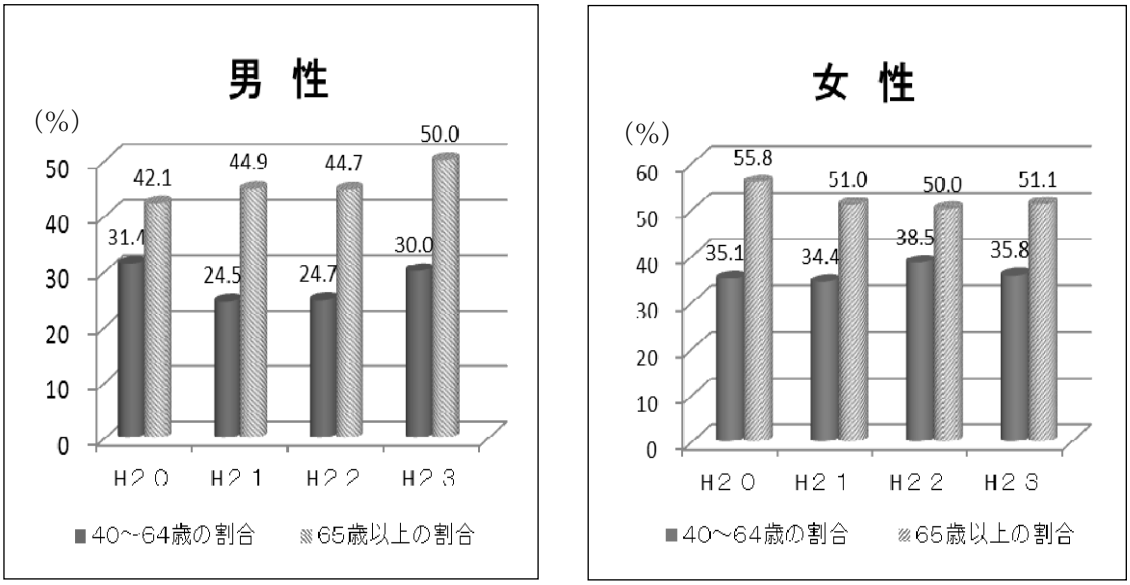
平成 20～23 年度　苓北町特定健診結果

イ．１日 30 分以上の汗をかく運動を週２日以上、１年以上実施している者

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代(40～64 歳)と比較して退職世代(65 歳以上)では明らかに多くなりますが、本町も同様の傾向です。

身体活動と同様に、男性の就労世代の運動習慣者が最も少なくなっていますが、男女ともに運動習慣は増加傾向にあります。（図 2）

図２　性別・年代別の運動習慣者の割合の推移



ii　目標

ア．日常生活における歩数の増加

身体活動量を増やす取り組みやすい手段の一つとして、ウォーキングがあります。歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標となっており、歩数の不足ならびに減少は、肥満や生活習慣病発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子でもあります。

図１に見られるように、日常身体活動を実施している人は増加傾向にあるものの、本町においては、日常生活において車を使用する方が多いので、身体活動の向上のためにさらに夜間でも安全な服装等でウォーキングの推進やグラウンド周辺等での取り組みについて啓発し、日常生活における歩数の増加を目指します。

イ．運動習慣者の割合の増加

図２で見られる就労世代の運動習慣者が今後も増加していくためには、退職世代と合わせ、年齢にあった運動習慣の定着を推進していくことが必要です。

本町には、体育館、グラウンド、温泉プールなど健康増進に活用できる施設は整っています。加えて、教育委員会主催で健康教室も開催されています。その他、クラブれいほくや健康体操の団体等身近な運動ができるサークル等もあります。これらの積極的な活用も含めて、町民の運動に対する動機付けから実践に繋がるよう、運動を取り入れた健康講演会等を実施し、運動習慣者の割合の増加についてさらに推進していきます。

iii　介護保険サービス利用者の増加の抑制

本町の要介護認定者数は平成 23 年 10 月には、411 人となり、1 号被保険者に対する割合は 15.1%となっています。

平成 18 年 10 月の要介護認定者数 366 人と比較して、介護認定者数は約 1.1 倍（45 人）に増加しています。

今後は、更なる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、本町でも、平成 26 年度には要介護認定者数が 432 人で 21 人の増加、要介護認定率も 15.7%と 0.6%ポイント上昇するとの予測がされています。

要介護状態となる主な原因の 1 つに、運動器疾患がありますが、生活の質に大きな影響を及ぼすロコモティブシンドロームは、高齢化に伴う、骨の脆弱化、軟骨・椎間板の変形、筋力の低下、神経系の機能低下によるバランス機能の低下などが大きな特徴で、これらの状態により、要介護状態となる人が多くみられ、本町の介護保険認定原因の第 1 位は「骨・関節疾患」です。また、本町の国民健康保険（平成 22 年度）の 100 万円以上の高額医療該当者 37 人中 8 人の原因疾患も「骨・関節疾患」です。

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。（表 1）

表 1　運動器の変化

<table>
<tr><td rowspan="2">年齢</td><td>保育園･幼児園児</td><td colspan="2">小学生</td><td>中学生</td><td>高校生</td><td colspan="7">成人 ⟶ 高齢者</td></tr>
<tr><td>4~6歳</td><td colspan="2">7~12歳</td><td>13~15歳</td><td>16~18歳</td><td>20歳代</td><td>30歳代</td><td>40歳代</td><td>50歳代</td><td>60歳代</td><td>70歳代</td><td>80歳代</td></tr>
<tr><td>骨</td><td colspan="4">紫外線, 重力, 圧力, カルシウムの摂取によって
骨密度が高くなる</td><td>18歳
骨密度
ピーク</td><td></td><td></td><td></td><td>閉経
女性ホルモンの影響で、大腿骨･脊髄の
骨密度が優先的に低下</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>筋力</td><td></td><td colspan="3">12~14歳
持久力最大発達時期
14~16歳
筋力最大発達時期</td><td></td><td>筋力減少
始まる</td><td>目立って
減少</td><td></td><td></td><td colspan="2">ピーク時の約2/3に減少</td></tr>
<tr><td>神経</td><td>平衡感覚
最大発達時期</td><td colspan="2">10歳
運動神経完成</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="3" rowspan="2">閉眼片足立ち(平衡感覚･足底のふんばり･大腿四頭筋の筋力･柔軟性)が20歳代の20%に低下</td></tr>
<tr><td>足底</td><td>6歳
土踏まずの完成</td><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

運動器を向上･維持するためには、全ての年代において、運動を行うことが重要

④対策

ⅰ　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

・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

・「ロコモティブシンドローム」や「歩育」についての知識の普及

・介護予防教室（貯筋体操の推進）

ⅱ　身体活動及び運動習慣の向上の推進

・関係機関と連携し、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

・運動施設（温泉プール・体育館など）の活用の推進

・指導者の人材育成

・クラブれいほく等サークルへの加入促進

⑶飲酒

①はじめに

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

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

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

また、全死亡、脳梗塞及び冠動脈疾患については、男性では 44ｇ/日（日本酒 2 合/日、焼酎 25 度 200ｍｌ/日）、女性では 22ｇ/日（日本酒 1 合/日、焼酎 25 度 100ｍｌ/日）程度以上の飲酒でリスクが高くなることが示されています。

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

世界保健機構(WHO)のガイドラインでは、アルコール関連問題リスク上昇の域値を男性 1 日 40ｇを超える飲酒、女性 1 日 20ｇを超える飲酒としており、また、多くの先進国のガイドラインで許容飲酒量に男女差を設け、女性は男性の 1/2 から 2/3 としています。そのため、次期計画においては、生活習慣病のリスクを高める飲酒量について、男性で 1 日平均 40g 以上、女性で 20g 以上と定義されました。

②基本的な考え方

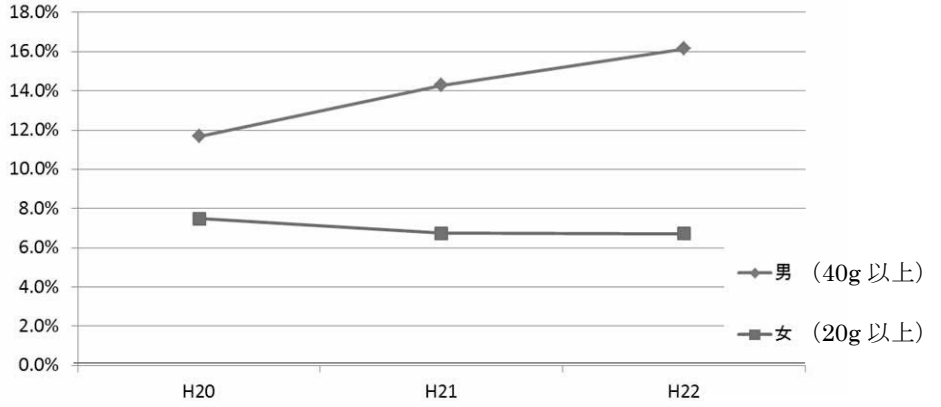
飲酒については、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、未成年者の発達や健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響を含めた、健康との関連や「リスクの少ない飲酒」など、正確な知識を普及する必要があります。

③現状と目標

ⅰ　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）の割合の減少

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

図１　生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人の割合の推移



特定健康診査問診票

また、飲酒量と関係が深い健診データであるγ-GTP について、平成 22 年度の異常者の割合は、γ-GTP 保健指導判定値（51U/以上）男性 31.0%、女性 7.7%、γ-GTP 受診勧奨判定値（101 U/以上）男性 9.5%、女性 1.8%となっており、毎年横ばいで推移しています。

γ-GTP の受診勧奨判定値者の飲酒習慣は、男性 77%、女性 25%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は、男性（40ｇ以上）23%、女性（20ｇ以上）はほとんどいませんでした。（図２・3）

図２　γ-ＧＴＰ受診勧奨判定値者の飲酒習慣の状況

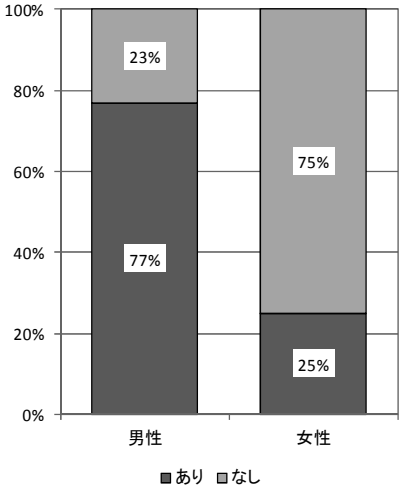
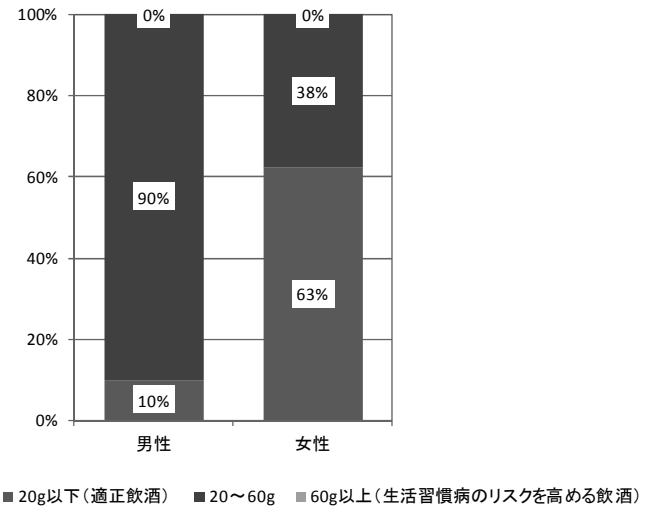


図３　γ-ＧＴＰ受診勧奨判定値者で飲酒習慣者のアルコール摂取量



このことから、本町では飲酒に伴うつまみの種類や量といった食べ方の影響が大きいと考えられます。飲酒だけではなく、食べ方を確認しながら指導、支援をしていくことが重要です。

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、血管を傷つけ動脈硬化を進めます。

今後も、習慣的な多量飲酒による健康への影響や適正な飲酒の量の理解について、啓発や支援が必要です。

④対策

ⅰ　飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

・種々の保健事業の場での教育や情報提供
　母子健康手帳交付、乳幼児健診及び相談、がん検診等
・地域特性に応じた健康教育

ⅱ　飲酒による生活習慣病予防の推進

・健康診査、苓北町国保特定健康診査の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導
・飲酒量とつまみの量・内容を確認し個別指導

⑷喫煙

①はじめに

たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しています。具体的には、がん、循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患等)、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、糖尿病、周産期の異常(早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等)の原因になります。

また、様々な研究によって、喫煙者が吸い込む煙よりも、たばこの先から出ている煙の方に有害物質が何倍も多いことが明らかになっています。このたばこの煙を吸い込む受動喫煙は、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。

近年、禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされています。

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

②基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙環境の改善」が重要です。

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

③現状と目標

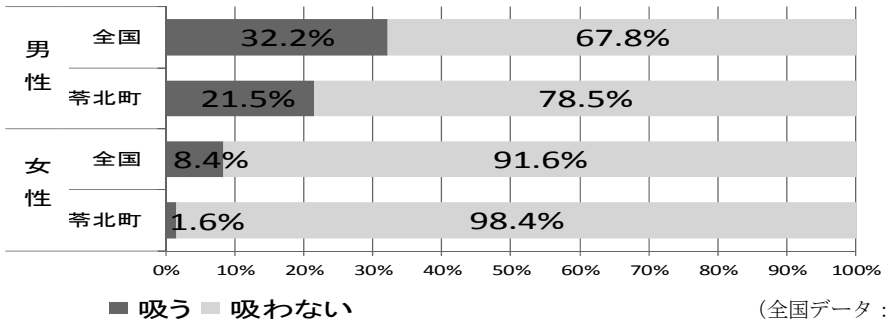
ⅰ　成人の喫煙率の減少

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。

本町の成人の喫煙率は、全国と比較すると低く推移しており、男女ともに年々、低下していますが、妊娠届出時のアンケートでは夫の喫煙率が 46.7%と高く、妊婦の約半数が受動喫煙の状況にあります。(図 1・2)

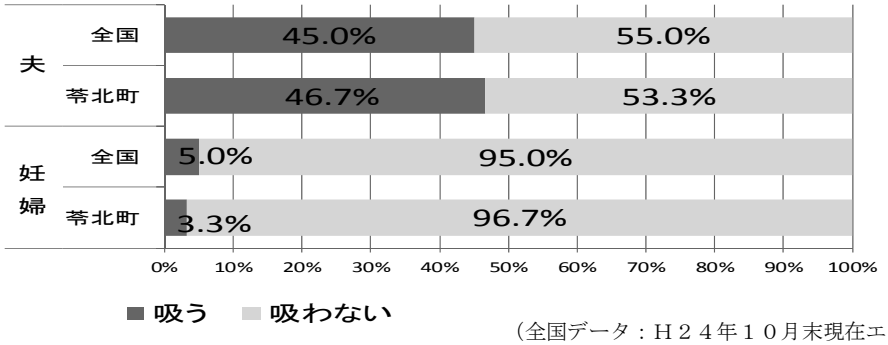
若い時期からの喫煙は COPD を引き起こす可能性も高くしますが、妊娠中の喫煙は胎児にも影響し、早産の原因の一つにもなっています。また、その後の子育て環境においても、子どもが健やかに成長できるよう、禁煙・受動喫煙防止の支援とともに、受動喫煙の影響について情報提供を行っていくことが重要になります。

図１ 特定健康診査質問票



（全国データ：Ｈ２２年国民栄養調査）
（苓北町データ：Ｈ２２年苓北町特定健康診査質問票）

図２ 特定健康診査質問票



（全国データ：Ｈ２４年１０月末現在エコチル調査データ集計）
（苓北町データ：Ｈ２２年度母子健康手帳交付）

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

④対策

ⅰ　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・受動喫煙防止の助言や情報提供
　母子健康手帳交付、乳幼児健診及び相談、がん検診等
・学校における喫煙防止教育
・くまもと禁煙フォーラム

ⅱ　禁煙支援の推進

・健康診査、特定健康診査の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への個別指導
・禁煙外来の紹介

⑸休養

①はじめに

こころの健康を保つため、心身の疲労の回復と充実した人生を目指すための休養は重要な要素の一つです。十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことは、こころの健康に欠かせない要素であり、休養が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが重要です。

②基本的な考え方

さまざまな面で変動の多い現代は、家庭でも社会でも常に多くのストレスにさらされ、ストレスの多い時代であるといえます。

労働や活動等によって生じた心身の疲労を、安静や睡眠等で解消することにより、疲労からの回復や、健康の保持を図ることが必要になります。

③現状と目標

ⅰ　睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

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

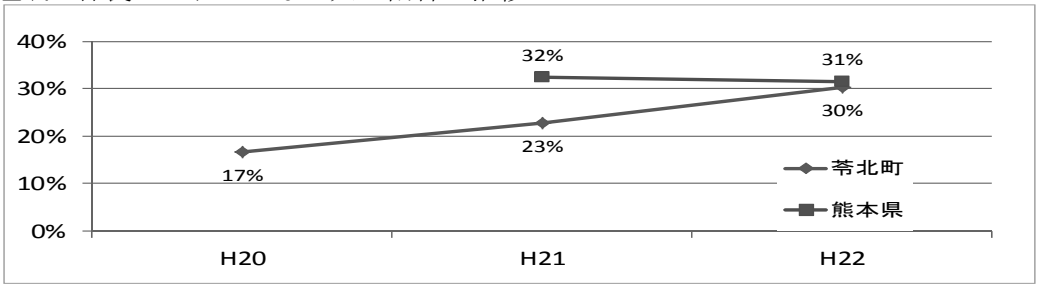
また、睡眠障害はこころの病気の一症状としてあらわれることも多く、再発や再燃リスクも高めます。

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

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

本町の特定健診受診者の質問票で睡眠状況を聞いたところ、平成 20 年度は 15%、平成 23 年度には 15 ポイント増え 30.3%が「睡眠で休養が十分とれていない」と回答しています。今後も実態を把握し、対策を検討、推進していく必要があります。(図 1)

図 1 睡眠で休養がとれていない人の割合の推移

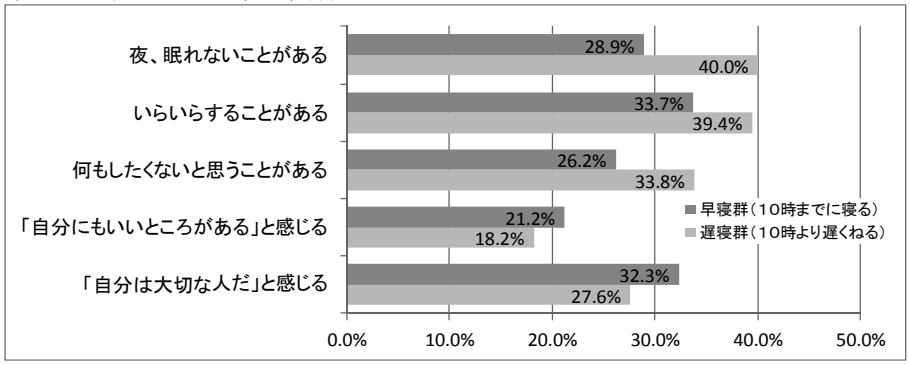


熊本県教育委員会による実態調査をみると、早く寝ている子どもほど自尊感情が高く、遅く寝ている子どもほど、心が安定していない傾向にあります。(図 2)

また、本町の 1 歳 6 ヶ月児及び 3 歳児における睡眠時間のアンケートをみると、午後 9 時までに就寝する子どもが、1 歳 6 ヶ月 38%から 3 歳 24%と 14 ポイント少なくなっています。3 歳になると 16%が 10 時以降に就寝します。(図 3)

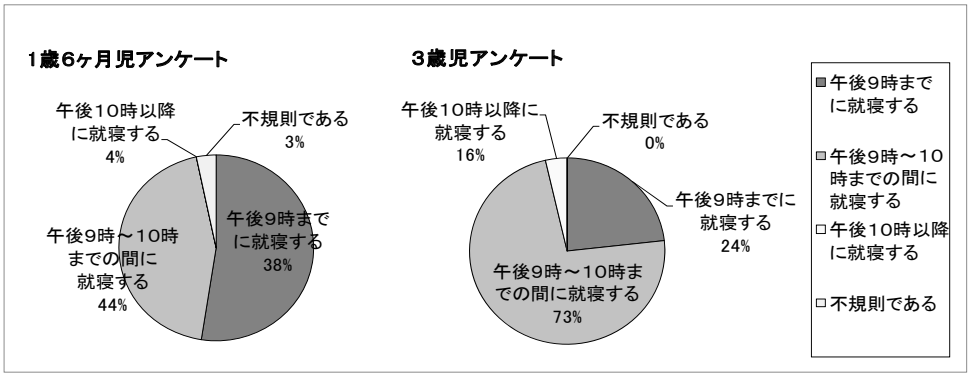
睡眠などの生活リズムが崩れてしまうと、心や体の健康が保てなくなり、攻撃的になったり、イライラしたり、無表情、うつ傾向、問題行動、不登校など、学力や体の成長に影響すると言われており、睡眠や生活リズムの重要性、崩れてしまうことによる影響についての情報提供が重要になります。

図 2 就寝時刻と心の健康の関係



熊本県教育委員会　平成 19 年度　子どもの遊び実態調査（小学校 6 年生）

図 3　1 歳 6 ヶ月児・3 歳児健診 睡眠時間アンケート



④対策

ⅰ　苓北町の睡眠と休養に関する実態の把握

・問診の結果と健診データとの突合により、本町の睡眠と健康に関連する事項について明確化

ⅱ　睡眠と健康との関連等に関する教育の推進

・種々の保健事業の場での教育や情報提供

４．こころの健康

①はじめに

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康です。

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。

こころの健康を保つ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、身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となります。

これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養が加えられ、健康のための３つの要素とされてきました。

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

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

こころの健康を守るためには、社会環境的な要因からのアプローチが重要で、社会全体で取り組む必要がありますが、個々の健康的な生活習慣の取り組みによって可能な、こころの健康を維持するための取り組みに焦点をあてます。

②基本的な考え方

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

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

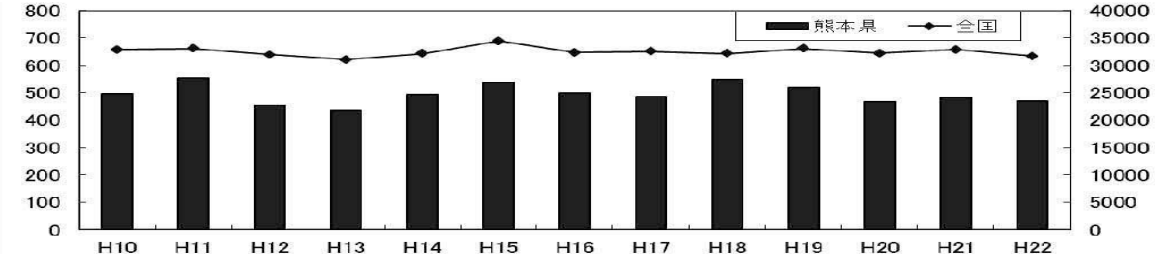
③現状と目標

自殺者の減少

我が国の年間自殺者は、平成 10 年から激増し、12 年連続で 3 万人を超え続けています。熊本県においても、平成 10 年から自殺者数が急増し、その後も毎年 500 人弱の人が自殺をしています。

平成 22 年の熊本県の自殺死亡率(人口 10 万人当たりの年間自殺者数)は、24.9 で、全国よりやや高く、ワースト 18 位です。(図 1)

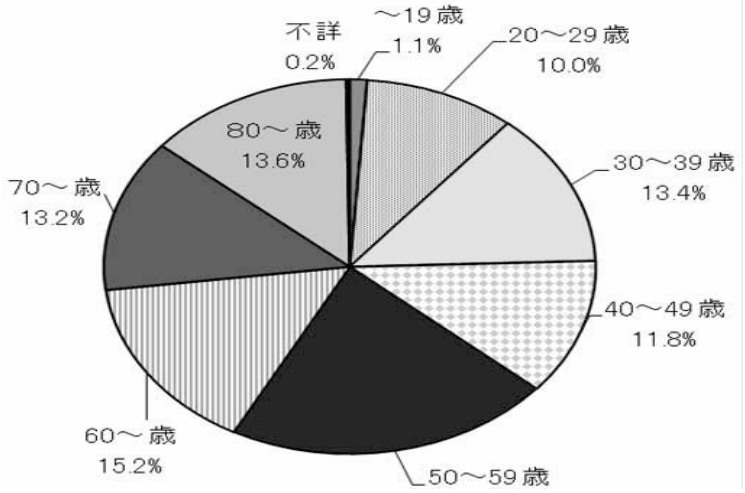
図１　　熊本県の自殺者数の現状



（平成 23 年度警察庁資料）

平成 23 年度熊本県年齢別自殺者の割合は、５０～５９歳の 21.5%が最も多く、次に６０～６９歳 15.2%、８０歳以上 13.6%となっています。（図 2）

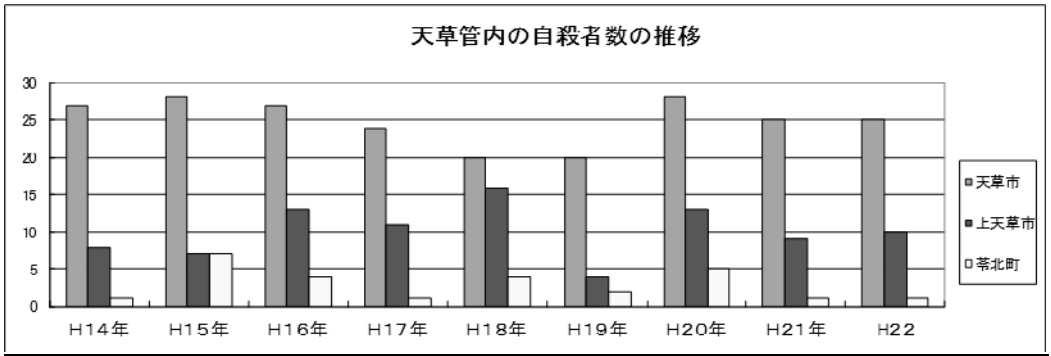
図２　年齢別自殺者の割合



（平成 23 年度警察庁資料）

本町の自殺者は、毎年数名います。年齢別では、県の傾向と同じで働き盛りの男性と高齢者にみられます。（図 3）

図３　天草管内の自殺者の推移

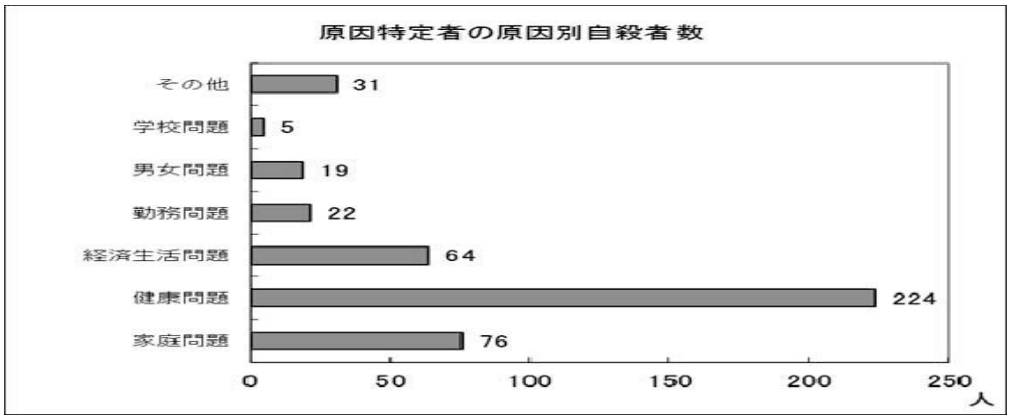


	H14年	H15年	H16年	H17年	H18年	H19年	H20年	H21年	H22年
天草市	27	28	27	24	20	20	28	25	25
上天草市	8	7	13	11	16	4	13	9	10
苓北町	1	7	4	1	4	2	5	1	1
管内計	36	42	44	36	40	26	46	35	36

（平成 23 年度熊本県人口動態調査）

熊本県の平成 23 年度自殺原因動機が明らかなもののうち、その原因・動機が「健康問題」にあるものが 224 人で最も多く、次いで「家庭問題」76 人、「経済・生活問題」64 人の順となっています。(図 4)

図 4　原因特定者の原因別自殺者数



(平成 23 年度警察庁資料)

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

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

身近な人の「うつ病のサイン」に気づいたとき、精神科の病院へ相談することを勧める人は 72.7%でしたが、自分自身の「うつ病のサイン」に気づいたとき、精神科の病院へ相談する人は 51.2%と少なくなっています。(図 5・6)

図 5　身近な人の「うつ病のサイン」に気づいたとき、受診を勧めますか

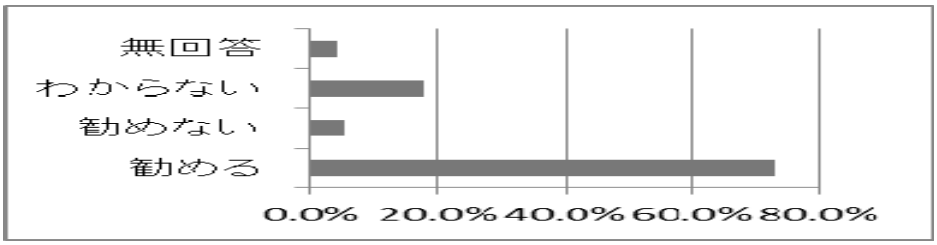
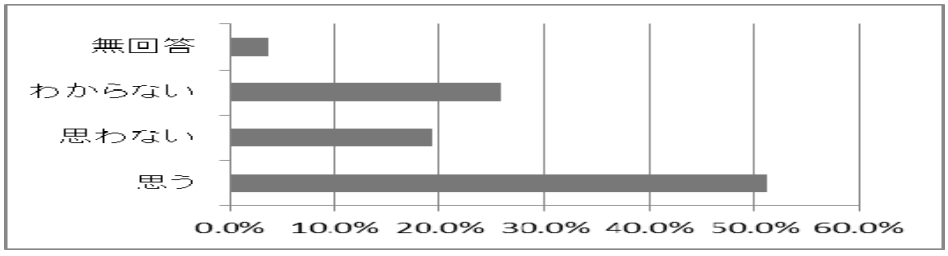


図 6　自分自身の「うつ病のサイン」に気づいたとき、受診しようと思いますか



(平成２３年度内閣府による意識調査)

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

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

また、仮面うつ病は、身体症状が前面に出るため、内科を受診しています。
天草圏域では、平成 24 年度に「うつ病に対する医療連携のための研修会」を開催して、内科医と精神科医の連携により自殺を予防しようという取り組みを始めました。

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

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

こころの健康は、脳の働きによって左右されます。

最近は、うつ病などのより客観的な診断を目指した、脳の血流量を図る検査の研究なども進みつつあります。（注 1）

また、脳に影響を及ぼすとして、副腎疲労（アドレナル・ファティーグ）との関与も明らかにされつつあります。（注 2）

（注 1）「うつ病の客観的な診断を目指す光トポグラフィー検査」2009 年にうつ症状の鑑別診断補助として、厚労省に先進医療として承認される。

（注 2）医者も知らないアドレナル・ファティーグ　　ジェームス・L・ウィルソン書
中央アート出版

【副腎疲労の原因となるライフスタイルの主な要素】

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

④対策

ⅰ　こころの健康に関する教育の推進

・種々の保健事業の場での教育や情報提供

ⅱ　相談する所（場所・人）の周知

・苓北町役場　福祉保健課、商工観光課（消費生活相談）
・社会福祉協議会　心配ごと相談
・天草保健所
・熊本県精神保健福祉センター

ⅲ　ゲートキーパー（自殺予防支援者）の養成（天草保健所で養成講座を開催）

ゲートキーパーとは、
気づき・・・家族や仲間の変化に気づいて、声をかける
傾　聴・・・本人の気持ちを尊重し、耳を傾ける
つなぎ・・・早めに専門家に相談するよう促す
見守り・・・温かく寄り添いながら、じっくりと見守る

ⅳ　医療機関の連携

内科医と精神科医の連携で専門医へつなぐ

５．目標の設定

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

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

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

これらを踏まえ、本町でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映させることができる目標を設定します。（表 1）

表1　苓北町の目標の設定

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)	84.3	平成22年	*1　統計なし	平成22年	73.9	平成27年	減少	平成27年	
	②がん検診の受診率の向上									①
	・胃がん	男性 34.3% 女性 26.3%	平成22年	17.3%	平成22年	40%	当面	40%	当面	
	・肺がん	男性 24.9% 女性 21.2%		31.6%						
	・大腸がん	男性 27.4% 女性 22.6%		26.4%						
	・子宮頸がん	32.0%		38.0%		50%	平成28年			
	・乳がん	31.4%		12.3%						
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 49.5 女性 26.9	平成22年	*1　統計なし	平成22年	男性 41.7 女性 24.7	平成34年度	減少	平成34年度	
	・虚血性心疾患	男性 36.9 女性 15.3				男性 31.8 女性 13.7				
	②高血圧の改善(140/90mmHg以上の者の割合)			24.8%	平成22年度			平成20年度と比べて25%減少		②
	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）	ⅰ：18.5%	平成22年	―		ⅰ：14%				
	（ⅱ：LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ160mg/dl以上の者の割合）	ⅱ：10.2%		7.6%		ⅱ：7.7%		ⅱ：5.5%		
	④ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑの該当者・予備群の減少	約1,400万人	平成20年度	212人	平成20年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	
	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	41.3%	平成21年度	47.0%	平成23年度	60%	平成29年度	60%	平成29年度	
	・特定保健指導の終了率	12.3%		33.6%		60%		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	16,271人	平成22年	0人	平成23年度	15,000人	平成34年度	現状維持	平成34年度	③
	②治療継続者の割合の増加 (HbA1c(JDS)6.1%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	63.7%		52.7%		75%		70%		②
	③血糖ｺﾝﾄﾛｰﾙ指標におけるｺﾝﾄﾛｰﾙ不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)	1.2%	平成21年度	0.3%		1.0%		減少		
	④糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合)	890万人		6.3%		1,000万人		5.0%		
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 (4㎜以上の歯周ﾎﾟｹｯﾄ)	37.3%	平成17年	*2　統計なし	平成22年度	25%	平成34年度	減少	平成34年度	
	・60歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4㎜以上の歯周ﾎﾟｹｯﾄ)	54.7%				45%				
	②乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加									④
	・3歳児でう蝕がない者の割合の増加	77.1%	平成21年	75%	平成22年度	80%以上	平成34年度	80%以上	平成34年度	
	・12歳児の一人平均う歯数の減少	1.3歯		2.5歯		1.0歯未満		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)	34.1%		5%	平成23年度	65%		増加		⑤

*受診率の算定に当たっては、40歳から69歳まで(子宮頸がんは20歳から69歳まで)を対象

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
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(妊娠届出時のやせの者の割合)	29%	平成22年	*3 統計なし		20%	平成34年度	減少	平成34年度	
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6%	平成22年度	5.5%	平成23年度	減少傾向へ	平成26年	減少傾向へ	平成26年	⑥
	・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)	男子 4.60% 女子 3.39%	平成23年	*4 統計なし		減少傾向へ	平成34年度	減少	平成34年度	
	・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少(苓北町40～60歳代)	31.2%	平成22年	36.9%	平成23年度	28%		減少傾向へ		②
	・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	22.2%		27.6%		19%		減少傾向へ		
	・低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	17.4%		17.2%		22%		減少傾向へ		
身体活動・運動	①日常生活における歩数の増加 (☆1 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)									②
	・20～64歳(苓北町40～64歳)	男性 7,841歩 女性 6,883歩	平成22年	☆1 男性 57.5% ☆1 女性 61.2%	平成23年度	男性 9,000歩 女性 8,500歩	平成34年度	増加	平成34年度	
	・65歳以上	男性 5,628歩 女性 4,585歩		☆1 男性 66.3% ☆1 女性 64.6%		男性 7,000歩 女性 6,000歩				
	②運動習慣者の割合の増加 (☆2 1日30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している者)									
	・20～64歳(苓北町40～64歳)	男性 26.3% 女性 22.9% 総数 24.3%	平成22年	☆2 男性 30% ☆2 女性 35.8% ☆2 総数 32.9%	平成23年度	男性 36% 女性 33% 総数 34%	平成34年度	現状維持または増加	平成34年度	
	・65歳以上	男性 47.6% 女性 37.6% 総数 41.9%		☆2 男性 50% ☆2 女性 51.1% ☆2 総数 50.7%		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	452万人	平成24年度	411人	平成23年10月	657万人	平成37年度	432人	平成26年度	⑦
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 16.4% 女性 7.4%	平成22年	男性 16.1% 女性6.7%	平成22年度	男性 14.0% 女性 6.3%	平成34年度	男性 14.0% 女性 6.3%	平成34年度	②
喫煙	①成人び禁煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	19.5%		10.1%		12%		現状維持または減少		
休養	③睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4%	平成21年	30.3%	平成22年度	15%		減少傾向へ		
こころの健康	①自殺者の減少(人口10万人当たり)	23.4	平成22年	*5 統計なし	平成22年	自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定				

*1 年齢調整死亡率、未公表のため把握できない
*2 町の歯周病検診では歯周ポケットを数値で表示していない
*3 町の妊娠届出では個別指導で対応している
*4 町の統計は「肥満傾向児」しか把握できない
*5 天草圏域でみていくため

①:町がん検診
②:町国保特定健康診査
③:町国保ﾚｾﾌﾟﾄ・身体障害者手帳交付状況
④:熊本県歯科保健報告
⑤:町歯周疾患検診
⑥:人口動態統計
⑦:介護保険事業報告

第Ⅲ章　計画の推進

第Ⅲ章　計画の推進

１．健康増進に向けた取り組みの推進

⑴ 活動展開の視点

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

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

したがって、健康増進施策を本町の重要な行政施策として位置づけ、健康れいほく21計画（第二次）の推進においては、町民の健康に関する各種指標を活用し、取り組みを推進していきます。

取り組みを進めるための基本は、個人の身体（健診結果）をよくみていくことです。

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

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

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

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

これらの活動が、国民運動の５つの基本的な方向を実現させることであると考えます。

⑵ 関係機関との連携

ライフステージに応じた健康増進の取り組みを進めるに当たっては、事業の効率的な実施を図る観点から、健康増進法第 6 条で規定された健康増進事業実施者との連携が必要です。

苓北町庁内における健康増進事業実施は、様々な部署にわたるため、庁内関係各課との連携を図ります。（図１）

また、町民の生涯を通した健康の実現を目指し、町民一人ひとりの主体的な健康づくり活動を支援していくために、医師会や歯科医師会、薬剤師会などに加え、健康づくり推進協議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。

図１　ライフステージに応じた健康の推進を図るための関係機関

健康増進事業者が行う健診	法律	①母子保健法			②（省令）児童福祉施設最低基準第35条	③学校保健安全法		④健康増進法	⑤労働安全衛生法		⑥高齢者の医療の確保に関する法律	
		母子健康手帳（第16条） 妊娠健康診査（第13条）	健康診査（第12条）			健康診断（第13条）		第19条の2	健康診断（第66条）		特定健診（第20条）	
	健診の名称等	妊娠健診	1歳6ヵ月児健診	3歳児健診		学校健診		健康診査	定期健康診断		特定健診	後期高齢者健診
	健診の内容を規定する法令・通知等	厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知「妊娠健診の内容等について」	厚生労働省令		厚生労働省令保育所保健指導「第5章健康及び安全」	学校保健安全法施行規則第6条「検査の項目」		市町村における健康増進事業の実施	労働安全衛生規則第1節の2　健康診断		厚生労働省令第157号「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」	
	対象年齢、時期等		1歳6ヵ月	3歳	保育所	小学校・中学校・高等学校	大学	20歳～39歳	40歳未満	雇入時、35歳、40歳以上	40歳～74歳　（若年者健診20歳～）	75歳～
		年回14回	該当年齢	該当年齢		年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回

２．健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師、管理栄養士等は、ライフステージに応じた健康増進を推進していくために、健康状態を見る上で最も基本的でデータである、健診データを見続けていく存在です。

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

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

国では保健師等については、予防接種などと同様、必要な社会保障という認識がされている中で、単に個人の健康を願うのみでなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、今後も健康改善の可能性や経済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務に取り組んでいくために、保健師等の年齢構成に配慮した退職者の補充や、配置の検討を進めていきます。

また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。

「公衆衛生とは、健康の保持増進に役立つ日進月歩の科学技術の研究成果を、地域社会に住む一人一人の日常生活の中にまで持ち込む社会過程」（橋本正己）です。

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

第Ⅳ章　苓北町国民健康保険特定健康診査・特定保健指導実施計画（第二期）

第Ⅳ章　第２期特定健診・特定保健指導実施計画

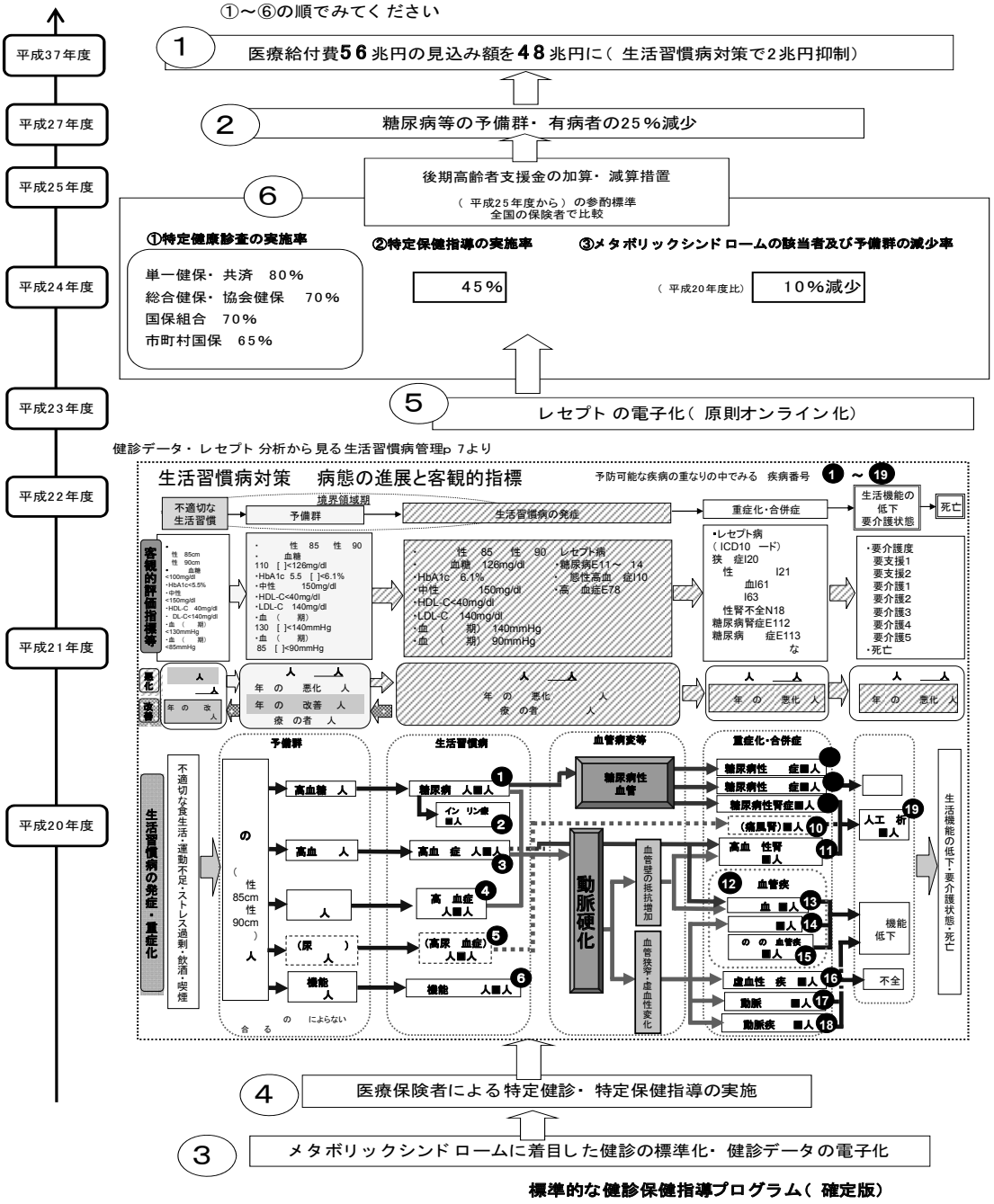
１．制度の背景について

⑴ 医療制度改革の工程と指標

医療制度改革の工程と指標

特定健診・保健指導は何を目指しているのか、国の大きな流れを示しています。(図 1)

1　医療制度改革の工程と 指標



特定健診・特定保健指導は、平成 17 年度に出された医療制度改革の中のひとつの動きです。

①の一番上平成 37 年度は、団塊の世代の人たちが 75 歳になるころです。国はこのときの医療給付費 56 兆円と見込まれているところを、制度改革で 48 兆円にできないか、そのうち生活習慣病対策で 2 兆円を抑えてほしいと考えました。

②そのためには、平成 27 年度までに糖尿病等の有病者・予備群を 25%減らしたい。そこで、

③厚生労働省が、標準的な健診・保健指導プログラムを作り、

④平成 20 年度から各医療保険者による特定健診・特定保健指導がスタートしました。

⑤今までバラバラだった健診と医療の状況を照らし合わせて見られるように、健診データも医療の状況であるレセプトも電子化しました。

⑥5 年目の今、全国で評価できる時期がきています。

⑵ 社会保障と生活習慣病

特定健診・特定保健指導を規定する「高齢者の医療の確保に関する法律」の目的には、

この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずる

また特定健康診査は、メタボ健診と呼ばれていますが、同法 18 条では

特定健康診査（糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。）

と書かれています。

なぜ糖尿病対策が重要なのか、なぜ糖尿病の有病者・予備群の減少なのか？を社会保障の視点でみてみると、(表 1)

表1 社会保障と生活習慣病

年代	世界の動き	国の動き	国の財政			社会保障給付費							
			一般会計 税収決算額	一般会計 歳出決算額	長期債務残高（国・地方）	計	医療	主要疾患別医療費				年金	福祉・その他
								糖尿病	虚血性心疾患	脳血管疾患	がん		
			（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）	（兆円）
1978 昭和53	ＷＨＯアルマアタ宣言	第1次国民健康づくり運動	21.9	34.1	77.6	19.8	8.9					7.8	3.0
1982 昭和57		**老人保健法制定** ★	30.5	47.2	154.1	30.1	**12.4**	**0.3**	**0.3**	**0.9**	**0.8**	13.3	4.3
1986 昭和61	ＷＨＯオタワ憲章（ヘルスプロモーション）		41.9	53.6	224.7	38.6	15.1	0.5	0.4	1.2	1.1	18.8	4.7
1988 昭和63		第2次国民健康づくり運動（アクティブ80ヘルスプラン）	50.8	61.5	246.5	42.5	16.7	0.5	0.5	1.4	1.3	21.0	4.7
1996 平成8		**「成人病」を、「生活習慣病」**に公衆衛生審議会の提言を受け厚生省が改称	52.1	78.8	449.3	67.5	25.2	1.0	0.7	1.9	1.9	35.0	7.4
2000 平成12	世界の人口60億人に	第3次国民健康づくり運動**（健康日本21）**	50.7	89.3	645.9	78.1	26.0	1.1	0.7	1.8	2.0	41.2	10.9
2003 平成15		**健康増進法施行**	43.3	82.4	691.6	84.3	26.6	1.1	0.7	1.7	2.5	44.8	12.9
2006 平成18		**医療制度改革**（予防重視、後期高齢者医療制度の創設）	49.1	81.4	761.1	89.1	28.1	1.1	0.7	1.9	2.5	47.3	13.7
2007 平成19		医療保険者における生活習慣病対策として、**標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）**の提示 ★	51.0	81.8	766.7	91.4	28.9	1.1	0.7	1.8	2.7	48.3	14.2
2008 平成20	ＷＨＯ「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」 4つの非感染性疾患（ＮＣＤ：心血管疾患、糖尿病、がん、慢性呼吸器疾患）と**4つの共通する危険因子**（喫煙、運動不足、不健康な食事、過度の飲酒）の予防と管理のためのパートナーシップ	**特定健診・特定保健指導スタート**	44.3	84.7	770.4	94.1	**29.6**	**1.2**	**0.8**	**1.6**	**2.9**	49.5	14.9
		1982年（昭和57年）の何倍？					**2.4**	**3.9**	**2.5**	**1.7**	**3.5**		
2011 平成23	腎臓病もＮＣＤに追加 世界人口が70億人突破（1950年の25億人の3倍近くに）		40.9	94.7	893.9								
2012 平成24		4月　次期国民健康づくり運動プラン（**第2次健康日本21**）報告書たたき台公表 ★											

1982 年、昭和 57 年に老人保健法が制定、このときの国の税収 30 兆、社会保障費 30 兆、うち医療費は 12 兆で糖尿病 3,000 億円、虚血性心疾患 3,000 億円、脳血管疾患 9,000 億円、がん 8,000 億円です。

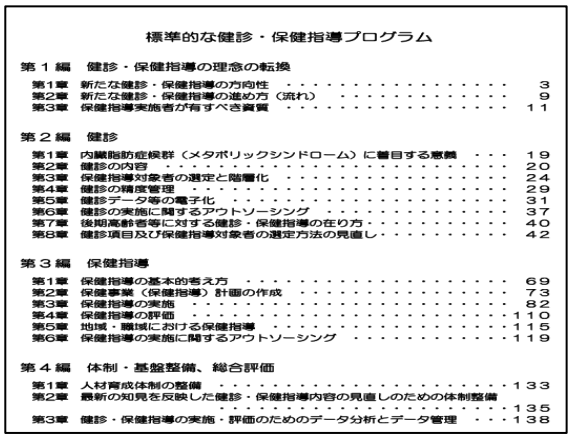
特定健診・特定保健指導がスタートした平成 20 年度は、国の税収 44 兆円、社会保障費 94 兆円、医療費 29.6 兆円、糖尿病は 1.2 兆円、虚血性心疾患 8000 億円、脳血管疾患 1.6 兆円、がん 2.9 兆円とそれぞれ老人保健法が始まった昭和 57 年と比べて、医療費は、2.4 倍となりましたが、そのうち糖尿病は 3.9 倍、虚血は 2.5 倍、脳は 1.7 倍、がんは 3.5 倍の医療費となっています。生活習慣病関連の医療費の伸びが大きいことと、合併症による障がいで日常生活に大きな影響を及ぼすことから、糖尿病の予防を目標としました。

⑶ 生活習慣病予防対策についての国の考え方（第一期）

どのように予防していくのか、平成 19 年 4 月に国が示したのが「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」です。（図 1）

図 1

標準的な健診・保健指導
プログラム
（確定版）
平成１９年４月
厚生労働省　健康局


標準的な健診・保健指導プログラム

第１編　健診・保健指導の理念の転換
第1章　新たな健診・保健指導の方向性 ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
第2章　新たな健診・保健指導の進め方（流れ）・・・・・・・・・・・・・・ 9
第3章　保健指導実施者が有すべき資質 ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11

第２編　健診
第1章　内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目する意義 ・・・ 19
第2章　健診の内容 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
第3章　保健指導対象者の選定と階層化 ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24
第4章　健診の精度管理 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
第5章　健診データ等の電子化 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 31
第6章　健診の実施に関するアウトソーシング ・・・・・・・・・・・・・・ 37
第7章　後期高齢者等に対する健診・保健指導の在り方・・・・・・・・・・・ 40
第8章　健診項目及び保健指導対象者の選定方法の見直し・・・・・・・・・・ 42

第３編　保健指導
第1章　保健指導の基本的考え方 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 69
第2章　保健事業（保健指導）計画の作成 ・・・・・・・・・・・・・・・・ 73
第3章　保健指導の実施 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 82
第4章　保健指導の評価 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・110
第5章　地域・職域における保健指導 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・115
第6章　保健指導の実施に関するアウトソーシング ・・・・・・・・・・・・119

第４編　体制・基盤整備、総合評価
第1章　人材育成体制の整備 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・133
第2章　最新の知見を反映した健診・保健指導内容の見直しのための体制整備
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・135
第3章　健診・保健指導の実施・評価のためのデータ分析とデータ管理 ・・・138

確定版で示された基本的な考え方です。

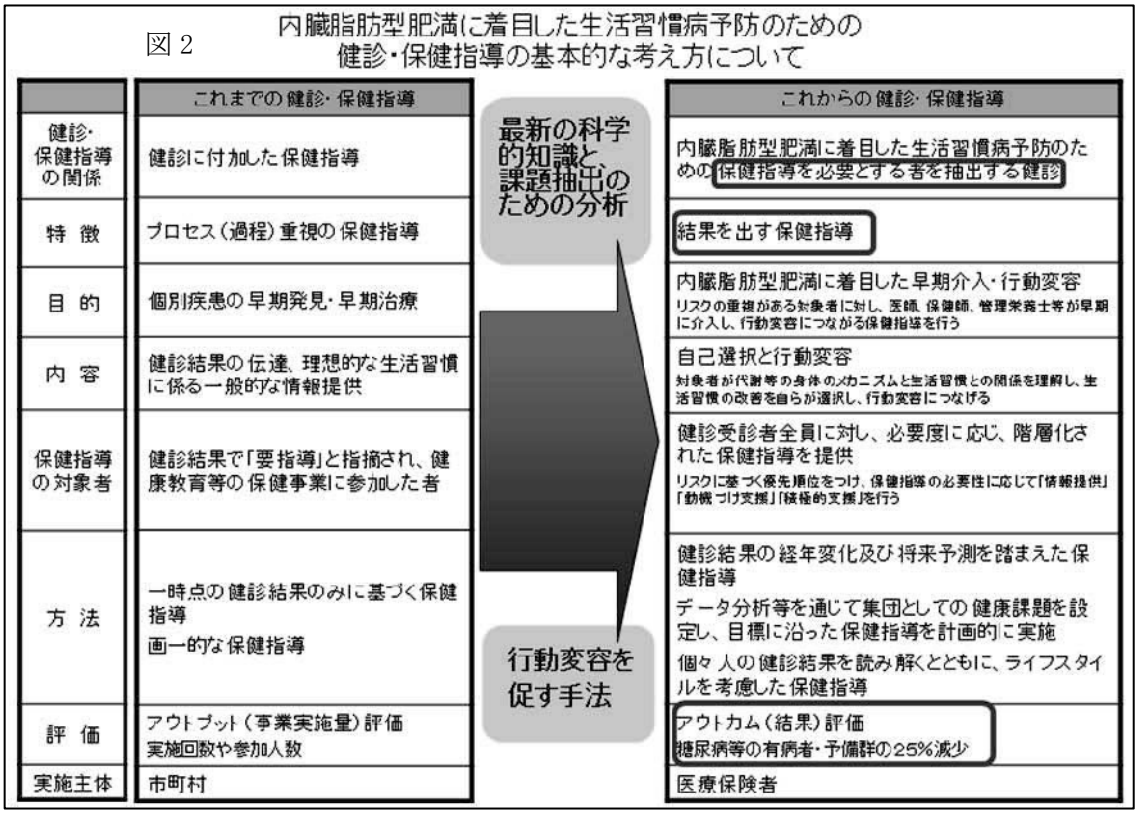
なぜ、内臓脂肪症候群に着目するのでしょうか？確定版第 2 編第 1 章にこのように書かれています。

> 内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、高脂血症、高血圧は予防可能であり、また、発症してしまった後でも、血糖、血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の心血管疾患、脳梗塞等の脳血管疾患、人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能であるという考え方である。
>
> 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入することにより、内臓脂肪の蓄積、体重増加が血糖や中性脂肪、血圧などの上昇をもたらすとともに、様々な形で血管を損傷し、動脈硬化を引き起こし、心血管疾患、脳血管疾患、人工透析の必要な腎不全などに至る原因となることを詳細にデータで示すことができるため、健診受診者にとって、生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになると考える。

健診と保健指導の関係については、平成 19 年度までの健診・保健指導と平成 20 年度からの健診・保健指導について、確定版に整理されています。

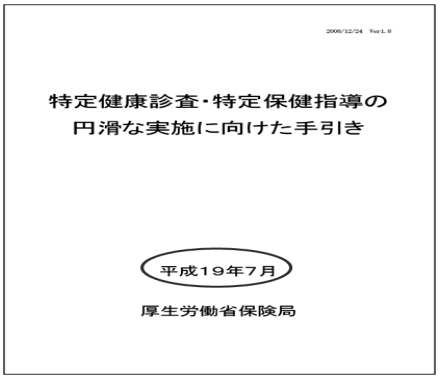
健診は生活習慣病予防のための「保健指導を必要とする者」を抽出する。結果を出す保健指導で、その結果とは、糖尿病等の有病者・予備群の減少とされています。（図 2）

図 2



保険局からは、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」が出ており、健診・保健指導の契約やデータの取り扱いのルールが決めてあります。（図 3）

図 3



第１期計画については、「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」等これらの資料を参考に、内容を検討し計画策定をしました。

⑷ 第二期に向けての健診・保健指導の基本的な考え方

平成 24 年６月 27 日に保険局から公表された「第二期特定健康診査等実施計画期間に向けての特定健診・保健指導の実施について（とりまとめ）（案)」によると、第二期に向けては、

○確実に健診を受診することで自らの健康状態を把握し、生活習慣病のリスクに適切に対応していくことが重要である。

○内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目、これは内臓脂肪の蓄積が生活習慣病の発症に大きく関与しているという考え方に基づくものである。

○保険者による特定健診・保健指導の枠組みを維持する。

①腹囲基準は、第二期においてもスクリーニングの第一基準である腹囲は堅持。

②特定保健指導とならない非肥満でリスクを保有している方への対応。

③血清クレアチニン検査の必要性等。　が具体的に書かれています。

本町は、②については第１期より優先順位を決めて取り組んでいます。③については、人工透析患者が全国１位の熊本県は、すでに第一期より追加項目で検査をしてＣＫＤ予防に取り組んでいます。

⑸ 後期高齢者支援金の加算・減算

①後期高齢者支援金について

平成 20 年度から後期高齢者医療制度が創設され、医療費全体の約 40%を若年者の医療保険から拠出する「後期高齢者支援金」制度が導入されました。

この後期高齢者支援金の額は、国が「特定健康診査等基本指針」で示す「特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標」の達成状況によって、±10%の範囲内で加算・減算等の調整を行うこととされ、平成 25 年度から適用されることとなっています。

これは、若年者が加入する医療保険者が、糖尿病や高血圧症、脂質異常症等の発症予防と、心疾患や脳血管疾患等への重症化予防に努めることが、後期高齢者の医療費の適正化につながることを踏まえ、こうした医療保険者の努力を評価し、特定健診や特定保健指導の実施に向けたインセンティブ（意欲）とするために設けられたものです。

②国の考え方に基づく試算

平成 25 年度の後期高齢者支援金の評価基準では、減算対象となる保険者は、特定健診の実施率 65%以上（市町村国保)、特定保健指導の実施率 45%以上（市町村国保）の両方を達成した医療保険者となります。

加算対象となるのは、特定健診も特定保健指導もほとんど実施していない医療保険者となります。国は、平成 26 年度以降も同様の方向で検討中です。

【参考】（平成 24 年 12 月時点）

〈加算・減算に当たっての評価方法〉

調整済実施係数＝（調整後特定健診実施率）×（調整後特定保健指導実施率）

〈減算する保険者〉

平成 25 年度支援金分→特定健診・特定保健指導の 2 つの参酌標準を両方達成した保険者

平成 26 年度支援金分→調整済実施係数 0.65 以上の保険者（検討中）

〈加算する保険者〉

特定健診又は特定保健指導の実施率が実質的に 0%である保険者

⑹ 第二次健康日本２１における医療保険者の役割

医療保険者は、健康増進法における「健康増進事業実施者」です。国の健康づくり施策も平成 25 年度から新しい方針でスタートします。国の健康づくり施策（第２次健康日本２１）の方向性との整合も図っていきます。

国が設定する目標項目 53 のうち、医療保険者が関係するのは、中年期以降の健康づくり対策のところになります。（表 1）

表 1

医療保険者が関係する目標項目	
循環器疾患	①　高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） ②　脂質異常症の減少 ③　メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ④　特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上
糖尿病	① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少 ② 治療継続者の割合の増加 ③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c が JDS 値 8.0%（NGSP 値 8.4%）以上の者の割合の減少） ④ 糖尿病有病者の増加の抑制 ⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲） ⑤　特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）

特定健診・特定保健指導の実施率の向上から始まって、適正体重の維持、メタボ予備群・該当者の減少、高血圧の改善、脂質異常症の減少、治療継続者の割合の増加、糖尿病有病者の増加の抑制、血糖コントロール、HbA1c8.0 以上の割合の減少、糖尿病腎症による年間透析導入患者数の減少など、健診データ・レセプトデータで把握・評価できる具体的な目標項目になっています。

２．第一期特定健康診査等実施計画の評価

第１章　苓北町の概要と特性　１．（７）に記載。

３．特定健康診査等実施計画について

この計画は、国の定める特定健康診査等基本指針に基づく計画であり、制度創設の趣旨、国の健康づくり施策の方向性、第一期の評価を踏まえ策定するものです。

この計画は 5 年を一期とし、第二期は平成 25 年度から 29 年度とし、計画期間の中間年である 27 年度の実績をもって、評価・見直しを行っていきます。

⑴ 目標値の設定

特定健康診査等基本指針に掲げる参酌基準をもとに、苓北町国民健康保険における目標値を次のとおり設定します。（表 1）

表 1

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定健診実施率	50%	53%	56%	58%	60%
特定保健指導実施率	50%	53%	56%	58%	60%

第１期では、特定健診等の実施の成果に係る目標について、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を 10%以上とすると設定されていましたが、基本指針の改正（H24 年 9 月 28 日厚生労働大臣告示）により各保険者へ目標設定は行いませんが、該当者及び予備群の構成割合や減少率を把握し、保険事業評価に活用していきます。

⑵ 対象者数の見込み

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定健診対象者数	1,848 人	1,826 人	1,804 人	1,782 人	1,761 人
特定健診受診者数	924 人	968 人	1,010 人	1,034 人	1,057 人
特定保健指導対象者数	122 人	124 人	127 人	129 人	132 人
特定保健指導実施者数	61 人	66 人	71 人	75 人	79 人

⑶ 特定健診の実施

① 実施形態

健診については、個別健診として町内の 4 医療機関、集団健診として人間ドックで 8 健診機関及び公民館等での実施を 1 健診機関に委託します。

② 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28 条､及び実施基準第16 条第1 項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められています。

③ 健診契約機関リスト

個別健診契約機関	集団健診契約機関	
猪口医院	天草慈恵病院	日赤熊本健康管理センター
天草慈恵病院	苓北医師会病院	高野病院総合健診センター
苓北クリニック	天草中央総合病院健診ｾﾝﾀｰ	熊本県総合保健センター
苓北医師会病院	天草地域健診センター	ＪＡ熊本厚生連
	済生会熊本病院健診センター	

④ 委託契約の方法

本町と健診契約機関が個別契約を行います。

委託の範囲は、問診、身体計測、採血、検尿、結果通知、健診結果の報告（データ作成）です。健診項目は次のとおりです。（表 1）

表 1

区　分		内　容	
特定健康診査	基本的な健診項目	既往歴の調査（服薬、喫煙習慣等）	
		自覚・他覚症状、診察	
		身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
		血圧	収縮期・拡張期血圧
		脂質	中性脂肪、HDL、LDL、
		肝機能	GOT、GPT、γ－GTP
		血糖	空腹時血糖
		尿	糖、蛋白、
	追加項目	血糖	HbA1c、随時血糖
		腎機能	クレアチニン、尿酸
		尿	潜血
		貧血	赤血球数、血色素、ヘマトクリット
		心電図検査	
	詳細項目	眼底検査	

⑤ 健診委託単価、自己負担額

平成 25 年度健診委託単価は 9,260 円（予定）で、うち自己負担額は 500 円です。

⑥ 代行機関の名称

特定健診にかかる費用（自己負担額を除く）の請求・支払の代行は、熊本県国民健康保険団体連合会に委託しています。

⑦ 特定健診の案内方法・受診券・健診実施スケジュール

健診意向調査で受診方法の確認をして準備をしていきます。

・平成 25 年度から特定健診の受診券は廃止して、国民健康保険証の提示で健診を受けられるようにします。
・個別通知をしないかわりに 5 月から告知端末等を活用して健診受診勧奨をします。
・個別健診は 10 月までで一区切りをつけ、11 月～12 月は未受診者へ受診勧奨通知を出し、受診をしてもらう期間とします。(表 2)

表 2

<table>
<tr><td>1月</td><td>2月</td><td>3月</td><td colspan="3">4月</td><td>5月</td><td>6月</td><td>7月</td><td>8月</td><td>9月</td><td>10月</td><td>11月</td><td>12月</td><td>1月～</td></tr>
<tr><td rowspan="3">特定健康診査意向調査</td><td colspan="2" rowspan="3">意向調査を基に名簿作成等準備</td><td>病院健診</td><td rowspan="3">予約開始</td><td>健診開始</td><td colspan="7">→</td><td colspan="2">11月～12月は未受診者対策期間(個別通知)</td><td></td></tr>
<tr><td>公民館健診</td><td></td><td>5日間</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>人間ドック</td><td>健診開始</td><td colspan="8">→</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7"></td><td colspan="2">特定保健指導開始</td><td colspan="4">→</td></tr>
</table>

⑷ 特定保健指導の実施

特定保健指導は、住民の健康問題（生活習慣病）の解決を目指すために、メカニズムの視点で、科学的根拠（ガイドライン）に基づいて次の方法で実施します。

特定健診結果から特定保健指導を表 1 のとおり実施します。

表 1　特定保健指導・支援計画

支援の時期	特定保健指導		ハイリスク者指導
	動機づけ支援	積極的支援	情報提供
初回 結果説明会	結果説明会または面接(訪問・来所)　目標設定	結果説明会または面接(訪問・来所)目標設定　ﾎﾟｲﾝﾄ0	面接(訪問・来所)
1ヶ月後		訪問による支援A(目標確認)	
2ヶ月後		電話による支援B	受診確認訪問
3ヶ月後	訪問又は電話(目標確認)	訪問による支援A	
4ヶ月後			
5ヶ月後			
6ヶ月後	評　価(面接または電話)	評　価(面接または電話)	

動機づけの必須支援:面接20分以上　積極的の必須支援:支援A20分(160P)以上
支援B10分(20P)以上
H25年度から支援Aのみで180P以上でも可

① 保健指導対象者の選定と階層化

ⅰ　保健指導の準備（事務職）

健診結果から保健指導対象者を明確にします（国保の保健指導支援ツールの活用）蓄積された健診ﾃﾞｰﾀを使用することにより、効果的・効率的な健診・保健指導をすることが可能になります。

・対象者個人の健診結果経年表・構造図等を印刷する（マルチマーカーの活用）
・質問票

ⅱ　保健指導の準備および実践、記録（地区担当保健師・栄養士）

保健師・栄養士が個々の健診結果を読み取り、対象者個人の状況に応じた保健指導を実施します。例えば、高血圧といっても、内臓脂肪型肥満が基盤にあるタイプや非肥満者で高血圧のみのタイプなど様々、それによって、保健指導の入り口も違ってきます。

保健指導をするためには、対象者個々人の健診結果を経年的にみて読み取り、個々人の結果の異常値を内臓脂肪症候群や生活習慣と関連づけて考える能力が求められます。そのためには、基本的知識、メカニズムの学習が必要です。

・個人ファイル等[過去の訪問記録等、健康記録Ａ－１（成育歴、家族歴、治療歴）]
・遺伝、社会的要因、生活習慣の確認をします。
・経年変化、将来予測を踏まえて、私の健康記録等の資料を活用します。

ⅲ　要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

確定版　様式 6-10 フローチャートに基づき、健診受診者の健診結果から、保健指導レベル別に 4 つのグループにわけ、優先順位及び支援方法は表 2 のとおりとします。

表 2　保健指導の優先順位

優先順位	様式6-10	保健指導レベル	対象者選定基準（詳細）	支援方法（内容及び手段）	フォロー	対象者数見込（受診者の○%）	目標実施率
1	○・P	特定保健指導		面接(訪問または来所) ◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施	◆次年度の健診結果の確認		60%
2	M	情報提供（受診勧奨）	HbA1c 7以上者 血圧Ⅲ度者	訪問で実施 ◆健診結果の説明と医療機関への受診勧奨（まずは未治療の方を優先する）	◆受診の確認（訪問・レセプト等） ◆台帳管理、必要時の継続訪問		100%
3	M	情報提供（受診勧奨）	LDLコレステロール180以上者	訪問で実施 ◆健診結果の説明と医療機関への受診勧奨（まずは未治療の方を優先する）	◆受診の確認（訪問・レセプト等） ◆台帳管理、必要時の継続訪問		100%
4	M	情報提供（腎専門医レベル）	CKD予防フローチャートAに該当する者	訪問で実施 ◆健診結果の説明と医療機関への受診勧奨（まずは治療なしの方を優先する）	◆受診の確認（訪問・レセプト等） ◆台帳管理、必要時の継続訪問		100%
5	M	情報提供（受診勧奨）	血圧Ⅱ度者 HbA1c6.1以上者	訪問で実施 ◆健診結果の説明と医療機関への受診勧奨 ◆適切な生活改善が自分で選択できるような支援	◆受診の確認（訪問・レセプト等） ◆次年度の健診結果の確認		%
6	×	健診未受診者		◆特定健診の受診勧奨（健診受診の重要性の普及啓発）			%

② 保健指導に使用する学習教材

保健師・栄養士が普段活用している学習教材については次のとおりです。

・体ノート

・食ノート

学習教材は科学的根拠に基づき作成することが求められているため、ガイドライン等の知見を踏まえ更新していきます。

さらに地域の実情や本町の個の食習慣背景の構造をもとに保健指導の学習教材等を工夫、作成していきます。

③ 保健指導実施者の資質向上と人材確保

健診・保健指導を計画的に実施するために、まず健診データ、医療費データ（レセプト等)、要介護度データ、地区活動等から知り得た対象者の情報などから地域特性、集団特性を抽出し、集団の優先的な健康課題を設定できる能力が求められます。

具体的には、医療費データ（レセプト等）と健診データの突合分析から疾病の発症予防や重症化予防のために効果的・効率的な対策を考えることや、どのような疾病にどのくらい医療費を要しているか、より高額にかかる医療費の原因は何か、それは予防可能な疾患なのか等を調べ、対策を考えることが必要となります。

平成 25 年 10 月稼働予定の国保データベース（ＫＤＢ）システムでは、健診・医療・介護のデータを突合できることから、集団・個人単位での優先的な課題設定が容易になることが期待されます。その力量アップのため、健診データ・レセプト分析から確実な保健指導に結びつける研修に積極的に参加していきます。

平成 20 年度から保健師が１人増員され 3 人体制になりましたが、１人が社会福祉班（地域包括支援センター）へ配置されました。

健康増進室の保健師 2 人と栄養士１人で健康増進事業や母子保健、歯科保健、精神保健等の各種健（検）診事業・地区組織事業等と並行して特定保健指導を実施しています。成人の特定保健指導等の実績は表 3 のとおりです。

表 3　特定保健指導等実績

		H21年度		H22年度		H23年度	
特定保健指導実施率：特定保健指導終了者／特定保健指導対象者（%）	実施数	36	28.6%	32	37.2%	38	33.6%
	分母（対象数）	126		86		113	
重症化予防対象者への個別対応状況							
・高血圧Ⅲ度	実施数	5	55.6%	7	100.0%	3	50.0%
	分母（対象数）	9		7		6	
・高血圧Ⅱ度	実施数	12	29.3%	8	33.3%	8	28.6%
	分母（対象数）	41		24		28	
・HbA1c7.0%以上	実施数	3	23.1%	7	38.9%	4	44.4%
	分母（対象数）	13		18		9	
・尿蛋白2+以上等（CKD対象者）	実施数	6	54.5%	5	62.5%	7	53.8%
	分母（対象数）	11		8		13	
・LDL160 以上	実施数	27	34.6%	12	20.7%	25	29.4%
	分母（対象数）	78		58		85	
訪問による個別対応状況※上記重症化予防対象者を含む							
特定健診関係訪問指導人数(延)		132人		138人		146人	

平成 23 年度の特定保健指導実施率は 33.6%(38 人)です。

平成 29 年の特定保健指導実施目標値は 60%、推計特定保健指導対象者数は 132 人なので、特定保健指導者数は 79 人になります。第 2 期計画では特定保健指導の対象とならない非肥満者への保健指導も本格的に入ってきます。

非肥満者の保健指導対象者を平成23年度の健診結果の重症化予防対象者でみると、141 人が該当します。

これまでのような保健活動では目標達成が難しい状況であるため、保健師・栄養士は事業の見直しをしていくとともに、マンパワーの充実が課題となります。

④ 保健指導の評価

翌年の健診受診状況、血圧値、その他の検査結果、治療継続の状況を把握します。

管理台帳の作成（未治療者、中断者等の確認）をします。

・健診（または治療）未受診者の把握
・治療中断者の把握
・コントロール不良者の把握

★解決しないといけない健康課題と人がわかる
★問題解決のための優先順位がわかる

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）によると、「保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また、医療費適正化の観点から評価を行っていくことになる」としています。

また、評価は①ストラクチャー（構造)、②プロセス（過程)、③アウトプット（事業実施量)、④アウトカム（結果）の 4 つの観点から行うこととされています。

４．特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

⑴　特定健診・保健指導のデータの形式

国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成 20 年 3 月 28 日健発第 0328024 号、保発第 0328003 号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付されます。

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管されます。

特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

⑵　特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

記録の保存義務期間は、記録の作成の日から最低５年間または加入者が他の保険者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までですが、加入者が生涯にわたり自己の健康情報を活用し、自己の健康づくりに役立てるための支援を行います。

⑶　個人情報保護対策

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）及び同法に基づくガイドライン等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業者の監督、委託先の監督等）について周知徹底をするとともに、保険者において定めている情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払います。

５．結果の報告

支払基金（国）への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示（平成 20 年厚生労働省告示第 380 号）及び通知で定められています。

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告します。

６．特定健康診査等実施計画の公表・周知

生活習慣の改善により、若いときから糖尿病等の生活習慣病予防の対策を進め、糖尿病等を発症しない境界域の段階でとどめることができれば、通院患者を減らし、さらには、重症化や合併症の発症を抑え入院患者を減らすことができます。その結果、生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となります。

予防可能な生活習慣病を減少することで、医療費の伸びを抑え、町民（被保険者）の負担を減らし、皆保険制度を持続可能とするためにも町民の理解と実践が最も重要です。

そのため、特定健康診査等実施計画の趣旨の普及啓発について、町の広報誌及びホームページの掲載、各種通知や保険事業等の実施機会に併せて啓発を行い、公表・周知を行います。