

錦町健康増進計画（第三次）

「健康づくり日本一のまち」の実現をめざして



令和6年2月

錦町

「錦町健康づくり日本一の町」実現を目指して

- 一、運動とバランスの取れた食事を続け、健康的な生活習慣の実施に努めます。
- 一、年1回の健康診査は必ず受診し、その後の自己管理に努めます。
- 一、8020をめざし、食後の歯みがきを家族全員で励行します。
- 一、頻回受診及び重複受診の防止に努めます。

(平成二十一年二月 健康づくり日本一をめざす決起集会にて決議)

※8020・・・80歳になっても自分の歯を20本もっていること

※頻回受診・・・1ヶ月間に15日以上同じ医療機関を受診すること

※重複受診・・・1ヶ月の間に同じ病気で3ヶ所以上の医療機関を受診すること

目次

第1章 計画策定にあたって.....	1
1 計画策定の背景と目的	
2 計画の位置づけ	
3 計画の期間と策定体制	
第2章 錦町の状況.....	3
1 人口の推移	
2 出生と死亡	
3 介護の状況	
4 医療の状況	
5 健診に関する概況	
第3章 施策の体系.....	10
分野別目標	
第4章 課題別の実態と対策	11
1 前計画の評価	
2 具体的な施策の展開について	
1) 生活習慣の改善.....	13
・栄養・食生活	
・身体活動・運動	
・休養・睡眠	
・飲酒	
・喫煙	
・歯・口腔の健康	
2) 生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防.....	35
・がん	
・循環器病	
・糖尿病	
資料編.....	50

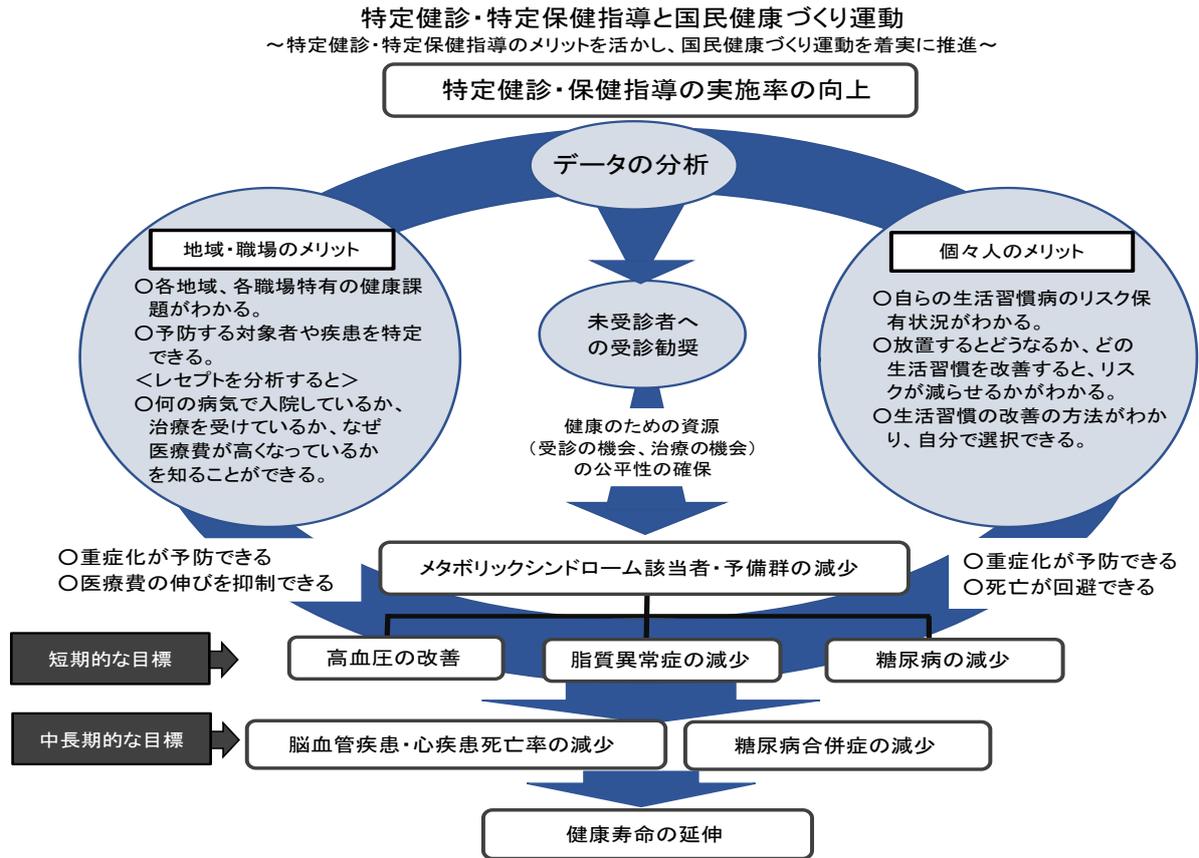
第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の背景と目的

国は、生活習慣病の発症予防と重症化予防を図るとともに、社会生活機能低下の低減による生活の質の向上を図ることを通して、健康寿命の延伸・健康格差の縮小の実現を目指すことを目的として、「健康増進法」に基づき「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「健康日本 21（第二次）」という。）を策定した。健康日本 21（第二次）においては、主に一次予防（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病（NCDs（非感染性疾患をいう。以下同じ。））の発症を予防することをいう。）に関連する指標が悪化している等の課題が指摘されている。また、少子化・高齢化による総人口・生産年齢人口の減少、独居世帯の増加、仕事と育児・介護との両立、多様な働き方の広まり、高齢者の就労拡大等による社会の多様化、あらゆる分野におけるデジタルトランスフォーメーション（DX）の加速、次なる新興感染症も見据えた新しい生活様式への対応の進展等の社会変化が予想されている。これらを踏まえ、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本 21（第三次）」に掲げ、令和 6 年度から令和 17 年度まで推進する。併せて図表 1 に示す通り、「高齢者の医療の確保に関する法律」により医療保険者に義務づけられた特定健診・特定保健指導の取組みを実施していくことは、健康日本 21（第三次）を着実に推進し、ひいては社会保障制度を持続可能なものとするために重要である。

そこで錦町は、平成 21 年に「健康づくり日本一をめざす錦町」として決議された宣言文をふまえた上で、町の健康課題解決のために、事業実施者として行う健康増進事業と医療保険者として実施する保健事業との連携を図り事業を推進していく方向性を示すものとして、錦町健康増進計画（第三次）を策定する。

図表 1



標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】 図-1 (一部改変)

2 計画の位置づけ

本計画は、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」に基づく「健康日本 21 (第三次)」および第5次くまもと21ヘルスプラン (第5次熊本県健康増進計画) の趣旨をふまえた計画である。

錦町総合計画を上位計画とし、錦町保健事業実施計画 (データヘルス計画) と一体的に策定することで、健康増進事業と錦町国民健康保険保健事業との連携を図る。

また、県が策定した熊本県保健医療計画、熊本県健康食生活・食育推進計画や、町が策定している錦町介護保険事業計画、錦町子ども・子育て支援事業計画等の関連計画との整合性を図るものとする。

今回も錦町健康増進計画 (第三次) には錦町食育計画を包含して作成している。

3 計画の期間と策定体制

計画の期間は令和6 (2024) 年度から令和17 (2035) 年度までの12年間とする。

計画を総合的に推進するために錦町健康づくり推進協議会を錦町健康増進計画策定委員会に位置付け、事務局である健康増進課が作成した計画案を検討した。

第2章 錦町の現状

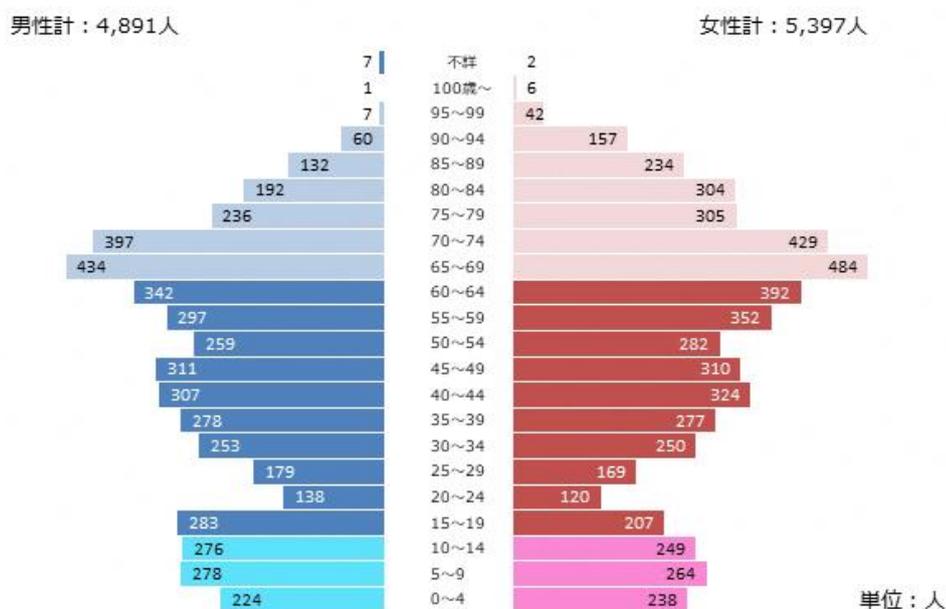
1 人口の推移

本町においても全国の多くの市町村と同様に少子高齢化が進み、人口が徐々に減少している現状である。人口の3人に1人が65歳以上、6人に1人が75歳以上となり、1人ないし2人の青年・壮年・中年が1人の65歳以上の高齢者を支える社会となった。また、出産や子育ての中心となる20～39歳の女性人口が総人口に占める割合は7.9%で、5年前の同世代の女性数に比べると16.7%減少した。

国勢調査結果によると、錦町の2020年の総人口は10,288人で5年前と比べ4.4%減少した。また、国立社会保障・人口問題研究所の最新の「将来推計人口(2018年3月推計)」によると、今後2020年から2045年までには27.8%減少し、約7,400人となる見込み。平均年齢は2020年の48.9歳から2.1歳上昇し、2045年は51.1歳となる。

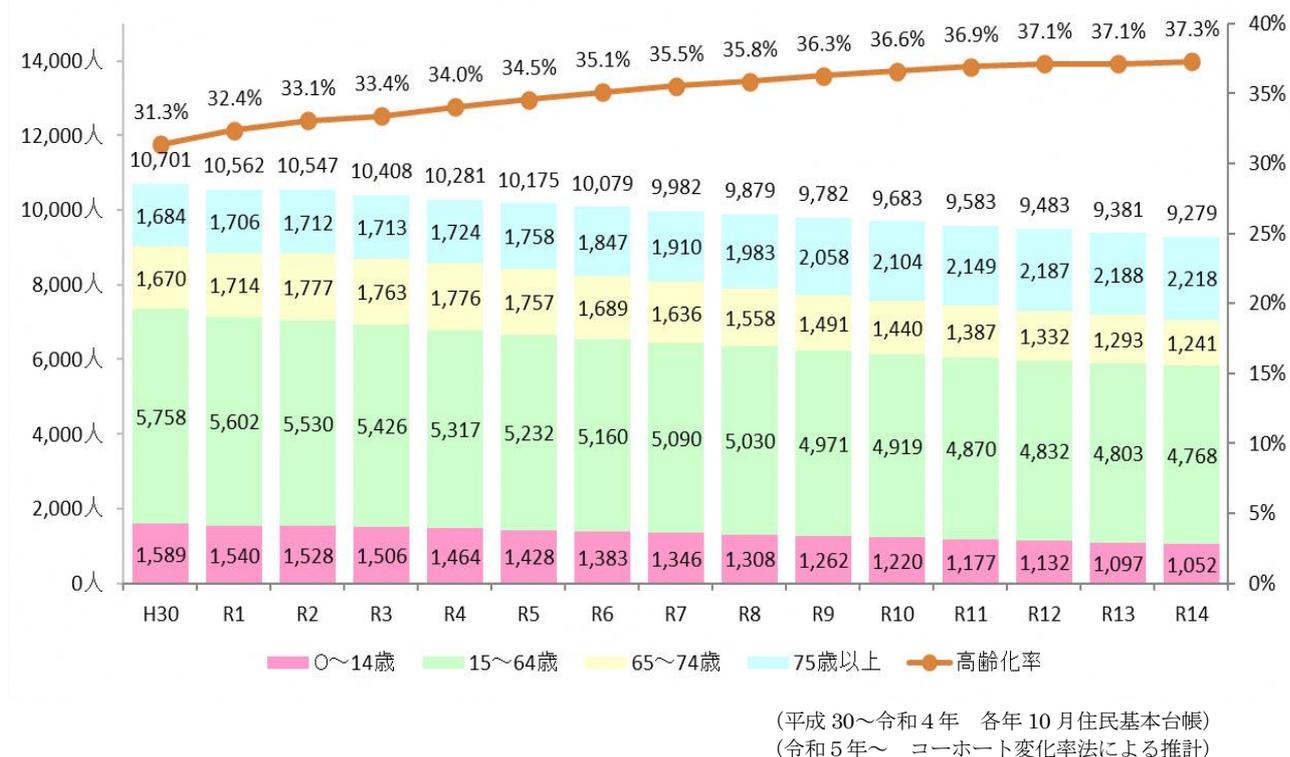
図表2 人口ピラミッド

(2020年 錦町の人口構成)



(総務省 国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所 将来推計人口)

図表3 人口構成と高齢化率



2 出生数と死亡

・出生数の推移

「平成25年～29年 人口動態保健所・市町村別統計」(厚生労働省)によると、錦町の2013(H25)年～2017(H29)年における出生数は年平均で110人。人口千人当たりでは10.2人(全国平均7.9人)となり、全国の市区町村中87番目。同期間の1人の女性が生涯に産む平均子ども数を推計した合計特殊出生率では2.26で9番目となっている。

図表4 錦町の年間出生数の推移

	H25年	H26年	H27年	H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年
出生数	115	108	120	102	103	89	73	89	65	81

(～R3. 「熊本県の母子保健統計」、R4. 県統計未集計のため暫定値)

図表5 合計特殊出生率の推移

	H5～9年	H10～14年	H15～19年	H20～24年	H25～29年
錦町	1.96	2.06	1.97	2.08	2.26
熊本県	1.54	1.54	1.51	1.61	1.66
全国	1.44	1.36	1.31	1.38	1.43

(「人口動態保健所・市区町村別統計」厚生労働省)

・死亡の状況

平成30年度と令和4年度の死亡の変化をみると、標準化死亡比*は改善したが、女性は同じ人口規模の他の自治体の平均（以下「同規模平均」）や熊本県・国と比べて高い。保健活動で予防可能な疾患の死因では、心臓病は改善しており糖尿病も他と比べて低い。脳疾患や腎不全の割合は増加している。また、社会保障費の主たる担い手となる65歳未満の早世をみると、男性の早世割合が県・国より高くなっていることから若い頃からの継続した保健活動が必要である。

図表6 死因別死亡数の比較

錦町の主要死因の変化(H30-R04年度)

項目		錦町				同規模平均	熊本県	国	
		H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度	
		実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合	
平均寿命	男性	81.6		81.6		80.4	81.2	80.8	
	女性	86.7		86.7		86.9	87.5	87.0	
死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)*	男性	114.0		99.4		103.9	94.9	100.0
		女性	109.1		102.7		101.5	94.5	100.0
	死因	がん	33	46.5	39	49.4	46.7	48.2	50.6
		心臓病	22	31.0	18	22.8	29.3	29.2	27.5
		脳疾患	11	15.5	14	17.7	15.8	13.9	13.8
		糖尿病	0	0.0	1	1.3	2.0	1.8	1.9
		腎不全	5	7.0	6	7.6	3.8	4.3	3.6
自殺	0	0.0	1	1.3	2.3	2.5	2.7		
早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計	12	9.0	15	9.0		7.1	8.2	
	男性	7	11.5	11	13.3		9.6	10.6	
	女性	5	6.9	4	4.8		4.8	5.7	

※標準化死亡比：年齢等の人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標

(KDB システム「様式5-1」抜粋)

3 介護の状況

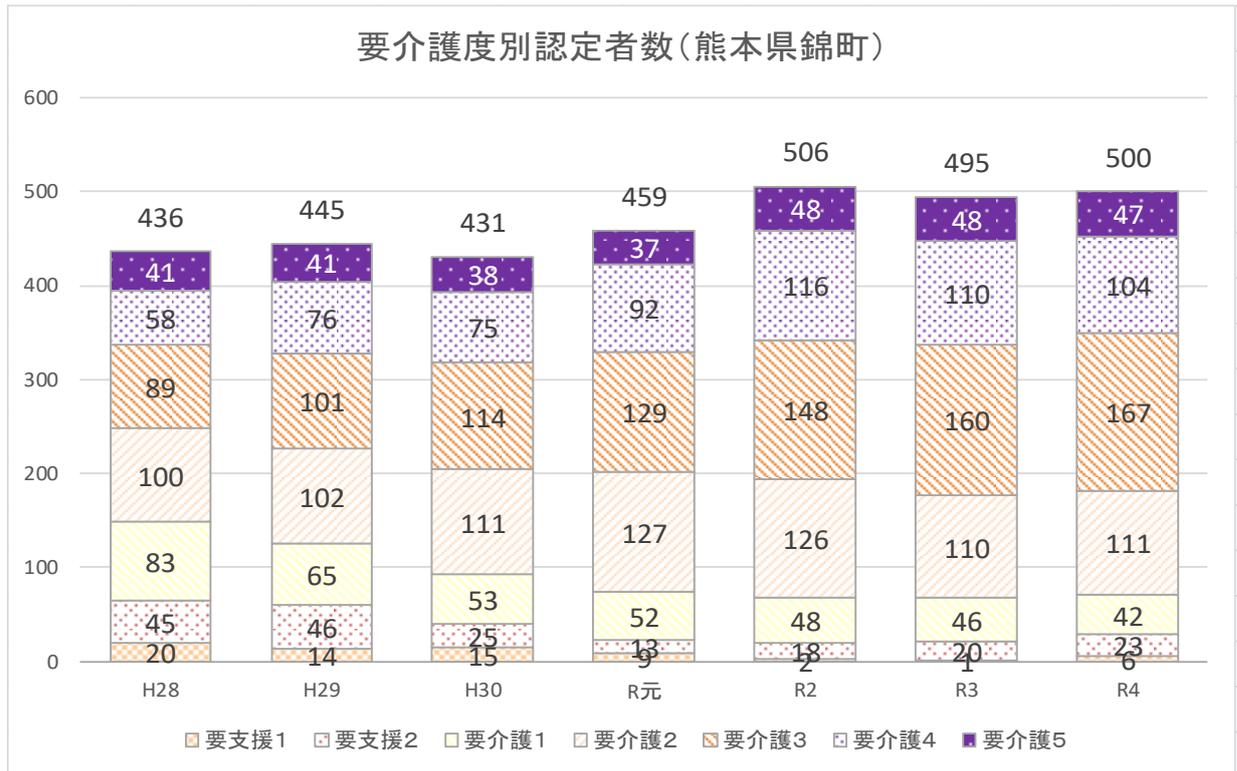
要支援・要介護認定者数は、多少の増減はあるがほぼ横ばいで推移している。

令和4年度の介護状況をみると、認定率は同規模平均や熊本県・国と比べて低い。要介護3以上の重度認定者割合は他より高く町の経年比較でも増加している。新規認定者割合は横ばいで推移しており、介護期間が長期化する40～65歳の2号認定者割合は減少傾向にある。要介護になった原因疾患をみると、筋・骨格系疾患、脳血管疾患（認知症）が多くみられ、その背景には高血圧症や糖尿病等の生活習慣病を有する者が多い。

平成30年度からの介護の有病状況の推移をみると、脳疾患・心臓病とその基礎疾患となる高血圧症・糖尿病・脂質異常症のいずれも増加傾向にある。特に令和4年度において、脳疾患と高血圧症は同規模平均・県・国よりも高い。

1件当たりの介護給付費をみると、認定率は同規模平均・県・国より低いにもかかわらず、居宅・施設サービスともに高い状況である。

図表7 要介護度別認定者数の推移



(地域包括ケア見える化システム)

図表8 介護保険の有病状況

錦町の介護と介護の有病状況の変化(H30-R04年度比較)

項目	錦町				同規模平均	熊本県	国		
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度		
	実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合		
介護保険	1号認定者数(認定率)		452	14.5	520	15.0	18.6	20.2	19.4
	新規認定者		8	0.2	6	0.3	0.3	0.3	0.3
	介護度別 総件数	要支援1.2	541	5.6	615	5.4	12.6	14.2	12.9
		要介護1.2	4,482	46.5	3,955	34.6	46.3	49.0	46.3
	要介護3以上	4,619	47.9	6,853	60.0	41.1	36.8	40.8	
2号認定者(40-65歳)		12	0.3	7	0.2	0.4	0.3	0.4	
有病状況	糖尿病	65	14.4	119	21.5	22.9	23.1	24.3	
	高血圧症	214	49.2	322	60.1	54.1	58.7	53.3	
	脂質異常症	77	17.5	147	26.9	30.2	32.8	32.6	
	心臓病	228	52.1	347	64.6	60.7	65.7	60.3	
	脳疾患	106	23.4	130	24.1	23.5	22.8	22.6	
	がん	27	6.0	48	9.6	11.0	12.0	11.8	
	筋・骨格 精神	193 166	44.5 37.1	303 239	57.0 45.3	53.1 38.1	59.2 40.5	53.4 36.8	
介護 給付費	一人当たり給付費/総給付費		286,559 / 880,595,790	299,457 / 1,024,142,770	303,361	310,858	290,668		
	1件当たり給付費(全体)		91,329	89,656	72,528	62,823	59,662		
	居宅サービス		53,375	54,150	44,391	42,088	41,272		
	施設サービス		311,272	323,465	291,231	303,857	296,364		
医療費等	要介護認定別	認定あり	9,152	10,180	8,988	9,463	8,610		
	医療費(40歳以上)	認定なし	4,074	3,834	4,226	4,221	4,020		

(KDBシステム「様式5-1」抜粋)

4 医療の状況

・医療の概況

熊本県は病院・病床数や医師数が多く医療資源に恵まれた環境である。錦町国民健康保険（以下「国保」）の外来・入院患者数は増加傾向で、より高額な医療費を要する入院患者数の増加で一人当たり医療費が同規模平均や国より高くなったと考えられる。

図表9 医療の概況

錦町の医療の状況(H30-R04年度比較)①

項目	錦町				同規模平均	熊本県	国		
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度		
	実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合		
医療の概況 (人口千対)	病院数	0	0.0	0	0.0	0.3	0.5	0.3	
	診療所数	10	3.9	9	3.9	2.7	3.8	3.7	
	病床数	0	0.0	0	0.0	40.8	85.4	54.8	
	医師数	8	3.1	8	3.4	5.0	14.1	12.4	
	外来患者数	774.1		816.8		708.1	768.9	687.8	
	入院患者数	21.9		24.3		22.2	26.2	17.7	
医療費の状況	一人当たり医療費	348,715	県内33位 同規模69位	382,608	県内37位 同規模65位	378,542	407,772	339,680	
	受診率	796.0		841.141		730.302	795.102	705.439	
	外来	費用の割合	60.0		57.5		57.0	54.5	60.4
		件数の割合	97.2		97.1		97.0	96.7	97.5
	入院	費用の割合	40.0		42.5		43.0	45.5	39.6
		件数の割合	2.8		2.9		3.0	3.3	2.5
1件あたり在院日数	17.4日		18.6日		16.7日	18.1日	15.7日		

(KDB システム「様式 5-1」抜粋)

・医療費分析

医療費の状況をみると、錦町では予防可能な疾患である糖尿病・高血圧症の割合が高く、これらが基礎疾患となる慢性腎不全（透析あり）や脳梗塞・脳出血の割合も高い。これは、高額な医療費を要する入院医療費が同傾向であることに起因しており、特に入院・外来とも糖尿病が伸びている。

図表10 医療費の状況

錦町の医療の状況(H30-R04年度比較)②

項目	錦町				同規模平均		熊本県		国	
	H30年度		R04年度		R04年度		R04年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源 傷病名(調割合む)	がん	122,310,420	24.5	132,594,920	27.1	32.0	27.3	32.2		
	慢性腎不全(透析あり)	43,618,680	8.7	60,794,220	12.4	7.8	10.7	8.2		
	糖尿病	60,657,020	12.1	67,776,050	13.9	11.2	10.9	10.4		
	高血圧症	42,487,260	8.5	38,380,080	7.9	6.6	6.0	5.9		
	脂質異常症	19,091,110	3.8	16,092,880	3.3	3.8	3.3	4.1		
	脳梗塞・脳出血	8,600,470	1.7	22,904,330	4.7	3.9	3.6	3.9		
	狭心症・心筋梗塞	17,545,630	3.5	7,126,200	1.5	2.5	2.0	2.8		
	精神	101,178,920	20.2	77,248,450	15.8	15.1	18.6	14.7		
	筋・骨格	72,544,700	14.5	62,584,380	12.8	16.1	16.6	16.7		
	医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合	入院								
高血圧症		399	0.3	673	0.4	363	0.2	435	0.2	
糖尿病		1,312	0.9	3,471	2.1	1,550	1.0	2,168	1.2	
脂質異常症		—	—	—	—	73	0.0	117	0.1	
脳梗塞・脳出血		2,164	1.6	8,676	5.3	6,817	4.2	7,036	3.8	
虚血性心疾患		6,724	4.8	2,221	1.4	4,157	2.6	3,398	1.8	
腎不全	4,751	3.4	15,685	9.6	5,219	3.2	5,404	2.9		
医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合	外来									
	高血圧症	15,980	7.6	15,781	7.2	13,015	6.0	12,283	5.5	
	糖尿病	22,196	10.6	25,864	11.8	21,723	10.1	21,299	9.6	
	脂質異常症	7,360	3.5	6,901	3.1	7,634	3.5	6,890	3.1	
	脳梗塞・脳出血	1,152	0.6	1,146	0.5	951	0.4	625	0.3	
	虚血性心疾患	756	0.4	898	0.4	1,821	0.8	1,621	0.7	
腎不全	25,453	12.2	21,856	9.9	18,224	8.4	23,648	10.6		

(KDB システム「様式 5-1」抜粋)

・健診有無別の医療費の状況と医療機関受診状況

錦町国保の医療費は、健診受診者の方が健診未受診者よりも約半額に低く抑えられており、生活習慣病に限定して比較しても同様である。同規模平均・県・国では、健診受診による医療費抑制効果がより顕著である。

錦町国保では健診を受けた後、医療機関への受診が必要であるにもかかわらず受診していない割合が県・国と比べて高い。

図表 1 1 健診有無別の医療費の状況と医療機関受診状況

錦町の医療の状況(H30-R04年度比較)③

項目			錦町				同規模平均	熊本県	国
			H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
			実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合
健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	4,523		5,653		2,885	2,450	2,031
		健診未受診者	10,246		10,841		13,033	13,484	13,295
	生活習慣病 対象者一人当たり	健診受診者	10,679		12,767		8,199	6,758	6,142
		健診未受診者	24,190		24,486		37,038	37,197	40,210
健診・レセ 突合	受診勧奨者		571	48.3	565	53.2	58.4	56.8	56.9
	医療機関受診率		520	44.0	501	47.1	52.4	51.3	51.9
	医療機関非受診率		51	4.3	64	6.0	6.1	5.4	5.0

(KDB システム「様式 5-1」抜粋)

5 健診に関する概況

・特定健診受診率、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は年々増加し、国の目標基準である 60%をもに達成しているが、令和 2 年度はコロナ禍において特定健診の受診勧奨が全くできなかった結果、5%減少した。内臓脂肪症候群該当者の減少率は国の目標である 25%に達していない。生活習慣病の発症・重症化予防のために継続的に保健活動を行い減少率の増加に努めていく必要がある。

図表 1 2 錦町特定健診受診率・特定保健指導実施率等の推移

項目	特定健診			特定保健指導			内臓脂肪症候群 該当者の減少率		
	対象 者数	受診 者数	受診 率	対象 者数	終了 者数	実施 率	減少率	増減	
							減少率	増減	
H29 年度	1,891	1,169	61.8%	114	101	88.6%	18.8%	1.9%	
H30 年度	1,831	1,183	64.6%	123	106	86.2%	22.0%	-3.2%	
R01 年度	1,790	1,148	64.1%	117	104	88.9%	20.5%	1.5%	
R02 年度	1,789	1,060	59.3%	105	94	89.5%	20.0%	0.5%	
R03 年度	1,707	1,105	64.7%	117	108	92.3%	13.8%	6.2%	
R04 年度	1,633	1,062	65.0%	85	76	89.4%	21.3%	-7.5%	
参考	R3 県	275,125	100,786	36.6%	12,107	6,473	53.5%	18.7%	—
	R3 国	17,865,900	6,494,635	36.4%	746,177	208,457	27.9%	21.4%	—

(特定健診等データ管理システム「法定報告 XML」における実績値)

・がん検診受診率

錦町のがん検診の受診率は国・県より高いが、肺がん検診や大腸がん検診は減少傾向にある。

図表 1 3 錦町がん検診受診率の推移

検診項目		胃がん (50-69 歳)	肺がん (40-69 歳)	大腸がん (40-69 歳)	子宮頸がん (20-69 歳)	乳がん (40-69 歳)
年度	H29 年度	15.0%	20.8%	17.9%	22.6%	25.4%
	H30 年度	12.3%	20.2%	18.5%	23.1%	27.0%
	R01 年度	13.2%	19.5%	18.4%	23.6%	27.5%
	R02 年度	14.5%	17.3%	17.0%	22.7%	26.7%
	R03 年度	14.9%	16.6%	17.4%	22.8%	28.1%
	R04 年度	15.4%	16.7%	16.5%	23.2%	28.4%
参考	R2 熊本県	8.6%	7.7%	8.6%	19.1%	19.9%
	R2 全国	7.0%	5.5%	6.5%	15.3%	15.5%

(「地域保健報告」「熊本県 がん検診関係データ集」)

・特定健診受診者の結果の状況

錦町国保の特定健診結果では、肥満ではない高血糖者の割合やメタボ予備群・腹囲の割合、血管を傷める要因である血糖・血圧の該当者割合が同規模平均・県・国より高い。体格に関しては非肥満と肥満の両極性の状況があるが、どちらも糖尿病等の要因となる代謝異常から血管変化をきたすものであるため改善の必要がある。特にメタボ該当者・予備群とも女性の割合が増加しており、継続した発症予防・重症化予防への取り組みが必要である。

図表 1 4 錦町の特定健診の状況 (H30-R04 年度比較)

錦町の特定健診の状況 (H30-R04年度比較)

項目		錦町				同規模平均	熊本県	国		
		H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度		
		実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合		
特定健診 の 状況	非肥満高血糖		131	11.1	128	12.0	10.9	8.9	9.0	
	メタボ	該当者	217	18.3	217	20.4	21.3	20.8	20.3	
		男性	138	25.5	128	26.7	32.0	32.4	32.0	
		女性	79	12.3	89	15.2	12.1	11.3	11.0	
		予備群	137	11.6	135	12.7	11.3	12.1	11.2	
		男性	91	16.8	79	16.5	17.0	18.5	17.9	
		女性	46	7.2	56	9.6	6.2	6.8	5.9	
	予メ 備タ 群ボ レ該 ベ当 ル・	腹囲	総数	407	34.4	395	37.2	35.6	36.3	35.0
			男性	259	47.8	238	49.7	53.5	56.1	55.3
			女性	148	23.1	157	26.9	19.9	20.3	18.8
		BMI	総数	57	4.8	38	3.6	5.6	4.2	4.7
		血糖のみ		14	1.2	12	1.1	0.7	0.7	0.6
		血圧のみ		97	8.2	96	9.0	8.2	8.7	7.9
		血糖・血圧		46	3.9	46	4.3	3.6	3.6	3.0
血糖・血圧・脂質			78	6.6	75	7.1	7.2	6.7	6.6	

(KDB システム「様式 5-1」抜粋)

第4章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価

- ◎栄養・食生活：生涯を通じた健康の保持増進を栄養面から支える指標として、妊娠期の異常・食習慣・体格を評価項目とした。実績値と最新値を比較すると、妊婦健診の異常なしの割合や朝食摂取率は改善傾向だが、肥満者の割合は学齢期から成人期まで増加しており、更なる取り組みの推進が必要である。生活習慣病の予防は、全年代の住民に対する働きかけを関係機関と連携して進めていく必要がある。
- ◎身体活動・運動：40歳以上の国保加入者を対象とした回答から、1日30分以上の運動習慣のある割合は、H30年度から2.3%減少しており、県や同規模自治体と比較しても本町の割合は低い状況にある。今後も各々の生活スタイルに応じて、無理なく継続できる身体活動の方法を運動の必要性とともに広く情報提供していく。
- ◎飲酒：妊娠中に飲酒する人はいなかったが、妊娠が分かってから止めた人も一定数おり、胎児への影響を妊娠前から啓発する必要がある。多量飲酒者の割合は増加傾向である。
- ◎歯の健康：乳歯及び永久歯の萌出時期にターゲットを絞り、フッ化物活用によるむし歯予防対策を実施し、併せて歯科衛生士による個別指導を取り入れることで、効果が維持できている。自己管理の可能な学齢期から口腔機能を維持するために、今後も生涯を通して8020運動を更に推進していく。
- ◎生活習慣病の発症予防・重症化予防（循環器病）：メタボ該当者、Ⅱ度高血圧者等は増加している。メタボリックシンドロームは重症化すると脳血管疾患や虚血性心疾患、腎不全等の健康障害を引き起こすため、今後も健診受診率を向上させ、受けた人が生活改善や治療につながるように支援していく。
- ◎生活習慣病の発症予防・重症化予防（糖尿病）：糖尿病による人工透析の新規導入者は横ばいで推移しており、医療費の減少には至っていない。さらに、糖尿病予防の各種指標は悪化傾向にあるため、今後も医療機関との連携を行い、高血圧や糖尿病の重症化・合併症の予防に努める。

図表 1 6 錦町健康増進計画における実績値と目標値

	分野	評価項目(目標)	実績値		達成状況※	目標値	
			計画策定時	最新値		R5年度	
			H30年度 (2018年度)	R4年度 (2022年度)		(2023年度)	
健康づくりに関する生活習慣の改善	栄養・食生活	妊婦健診で異常がある人の割合の減少	59.3%	56.1%(R3)	△	55.0%	
		低出生体重児の割合の減少	1.1%	3.7%	×	1.0%	
		妊娠期～乳幼児期の朝食欠食をする割合の減少	5.9%	3.7%	○	5.0%	
		学齢期に肥満傾向にある子どもの割合の減少	9.5%	16.0%	×	9.0%	
		肥満者の割合の減少(国保40～74歳)	28.1%	29.4%	×	25.0%	
		就寝前に夕食をとる人の割合の減少(国保40～74歳)	18.2%	16.7%	△	15.0%	
		低栄養傾向(BMI18.5未満)の高齢者の割合の増加の抑制	7.6%	9.6%	×	5.0%	
	身体活動・運動	運動習慣のある人の増加(国保40～74歳)	35.0%	32.7%	×	38.0%	
	休養	睡眠で十分な休養がとれていない人の割合の減少(国保40～74歳)	24.5%	21.0%	△	20.0%	
	飲酒	妊娠中に飲酒する人の割合の減少	5.6%	0.0%	○	2.0%	
		1日2合以上飲む人の割合の減少(国保40～74歳)	7.8%	10.4%	×	7.0%	
	喫煙	妊娠中の喫煙をなくす	3.4%	3.7%	×	0.0%	
		喫煙率の減少(国保40～74歳)	14.1%	15.3%	×	13.0%	
	歯・口腔の健康	3歳児むし歯保有率の減少	25.0%	17.9%(R3)	○	23.0%	
		小学1年生のむし歯保有率の減少	6.8%	8.6%	×	4.0%	
		中学1年生の一人平均むし歯数の減少	1.6%	1.9%	×	1.3%	
		歯周疾患検診受診率の増加	6.2%	5.4%	×	7.0%	
	生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	循環器疾患の予防(国保40～74歳)	特定健診受診率の増加	64.6%	65.0%	○	65.0%
メタボリックシンドローム該当者の減少率			22.0%	21.3%	×	25.0%	
高血圧の改善(血圧Ⅱ度以上の割合)			2.8%	6.1%	×	2.5%	
脂質異常症の減少(LDL160以上の割合)			6.7%	7.2%	×	6.0%	
脳疾患での死亡原因の減少			15.5%	17.7%	×	15.0%	
心臓病での死亡原因の減少			31.0%	22.8%	○	30.0%	
糖尿病・糖尿病性腎症の予防(国保40～74歳)		糖尿病有病者数の減少	12.1%	13.9%	×	11.0%	
		血糖コントロール不良者の割合の減少(HbA1c6.5以上の未治療者)	23.4%	41.3%	×	20.0%	
		糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少	1人	1人	×	0人	
がんの予防		がん検診受診率の向上	胃がん検診(50～69歳)	12.4%	15.4%	△	15.5%
			肺がん検診(40～69歳)	20.1%	16.7%	×	24.5%
			大腸がん検診(40～69歳)	18.4%	16.5%	×	22.5%
	子宮がん検診(20～69歳)		23.1%	23.2%	△	25.5%	
	乳がん検診(40～69歳)		27.0%	28.4%	△	29.0%	

※ ○は達成、△は達成していないが改善傾向、×は未達成

2. 具体的な施策の展開について

1) 生活習慣の改善

■栄養・食生活

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ある。同時に、栄養・食生活は社会的、文化的な営みでもある。錦町でも自然環境や地理的な特徴等が相まって食習慣が形成されており、健診データに生活背景が強く反映されていることを実態から確認する。(図表 17・参考資料の図表 55)

生活習慣病予防の実現のためには、錦町の特徴を踏まえ、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る。

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ある。子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況についても、他のライフコースと同様、健診データで見ていくことが必要となり、それぞれのガイドラインに基づいた検査の予防指標も明確にされている。(参考資料の図表 56)

主要な生活習慣病(がん、循環器病、糖尿病)予防の科学的根拠があるものと、食品(栄養素)の具体的な関連は参考資料の図表 58 のとおりである。

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る。また、生活習慣病予防に焦点をあてた、ライフコースごとの食品の目安量は参考資料の図表 59 のとおりである。

生活習慣病予防のためには、生涯を通して、適正な食品(栄養素)摂取が実践できる力を十分に育み、発揮できることが重要になってくる。生活習慣病予防のための栄養指標として、体重・朝食摂取状況・尿検査等について実態をみる。

【体重】

体重は、生涯を通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、特に肥満は循環器病、糖尿病、がん等の生活習慣病との関連、若年女性の体格は児の出生体重等との関連がある。

現状と課題

○出生体重

低出生体重児（出生体重 2,500g 未満）の割合は増加傾向にあり、極低出生体重児（出生体重 1,500g 未満）においても平成 25 年から令和 2 年度までの 8 年間はみられなかったが、令和 3 年以降は 1 人ずつ発生している。（図表 18）

低出生体重で生まれてくると、体の臓器を構成する細胞数が少なく、各器官も未発達なまま誕生するため、成人後に肥満を始めとした糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいという報告がある。低出生体重児の多くは早産児だが「子宮内胎児発育不全」児は、在胎週数は正期産でも出生体重が 2,500g 未満と小さく生まれることがある。妊娠期間に比べて体重が小さい児は、児自身になんらかの問題を抱えている場合や母体からの酸素や栄養分を運ぶ胎盤や臍帯の働きが不十分で栄養の蓄えが少ないために小さく生まれた等の場合がある。このような胎児発育不全は全妊娠の約 8～10%を占め、ハイリスク妊娠に高率に合併する。（ハイリスク妊娠：35 歳以上の高齢妊娠、合併症妊娠（高血圧症、腎炎、心疾患、糖尿病、白血病、甲状腺機能異常等）、妊娠高血圧症候群、肥満、喫煙、低栄養、多胎妊娠、生殖医療補助技術による妊娠、二度以上の流産の既往、早産の既往、低出生体重児出産既往、子宮底長異常等が挙げられる。）

妊娠週数 37 週未満の早産は 5%前後で推移していたが、令和 3 年度は 10%以上に上昇した。早産に占める低出生児割合は錦町においても高いことがわかる。令和 2 年度から一般不妊治療費助成事業が始まり、令和 3 年度の低出生体重児 12 人のうち 3 組 5 人が双胎児であった。（図表 19）

早産では呼吸窮迫症候群・敗血症・脳室内出血・壊死性腸炎等の児合併症が多くなり、児の生存率は低くなる。さらに、早産は将来の生活習慣病発症を含めた個々の児の予後だけでなく、低出生体重児・新生児の医療費・介護費が大きく増加する等、社会にも大きな影響を及ぼすことがわかってきた。早産児には低出生体重児が多いことから、早産予防は低出生体重児の減少に繋がる。

たとえ低出生体重児や早産児等のリスクをもって誕生したとしても健やかな発育発達を支えていくこと、また妊娠合併症をはじめとした母体の健康のリスクを低減することを目指して母子保健活動を推進し、母子健康手帳交付時の両親学級等の機会を活用して今後も継続した普及啓発を行っていく。

図表 1 8 錦町の低出生体重児の推移

	H30年		R1年		R2年		R3年		R4年	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
錦町の出生数	88	--	73	--	89	--	65	--	81	--
低出生体重児	1	1.1%	9	12.3%	10	11.2%	12	18.5%	3	3.7%
再掲)極低出生体重児	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.5%	1	1.2%
熊本県	1,281	9.0%	1,210	9.1%	1,160	8.9%	1,271	10.0%		
全国	--	9.4%	--	9.4%	--	9.2%	--	9.4%	--	

(~R3. 「熊本県の母子保健統計」、R4. 県統計未集計のため暫定値)

図表 1 9 錦町の出生時期別出生数の推移

出産の時期(妊娠週数)	R1年		R2年		R3年		R4年	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
早産(～36週)	4	5.5%	6	6.7%	8	12.3%	1	1.2%
低出生体重児	2	50.0%	2	33.3%	6	75.0%	1	100%
正期産(37～41週)	69	94.5%	83	93.3%	57	87.7%	80	98.8%
低出生体重児	7	10.1%	4	4.8%	6	10.5%	2	2.5%

※低出生体重児の割合：出産時期の人数に占める低出生体重児数の割合

(錦町健康管理システム e-AFFECT)

○乳幼児期～高齢期

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の報告がある。体の各種器官・機能が大人並みになるまでの成長過程では、体を作る材料である食事が必要な量と質で摂れているか、栄養の過不足を体重で評価する。特に、内臓脂肪型肥満は血管障害を引き起こし、生活習慣病をはじめとする種々の疾患に繋がることから、主に肥満について実態をみることにする。小児肥満症診療ガイドライン 2017 において、「6 歳未満の幼児肥満は肥満症に関連する健康障害が非常に少なく、学童期以降(6 歳以上)の肥満症とは趣を異にする」とあることから、乳幼児期では発育に必要な栄養摂取の確保の実態として体格を評価し、肥満は学童期以降の健康課題として実態をみる。ただし、日本糖尿病協会発行誌「さかえ」には「乳幼児の過栄養がその後の肥満に関連すると考えられ、いわゆるアディポシティリバウンド(BMI が低下から上昇に転じる現象)が 5 歳未満の早期に生じると、小学生以降に高率で肥満になり、2 型糖尿病発症の基盤になるといわれています」とあるため、乳幼児期においても適正体重の維持が重要である。

小・中学生の肥満割合は、県・国より高い状況である。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るところであるが、こうした取り組みをより効果的にするために平成 28 年度から中学 3 年生の健診を実施し、結果説明や個別の保健指導を教育現場と連携して行っている。

ライフコースにおける肥満は、学童期から年代が上がるにつれて増加し、働き盛り世代の40～74歳が最も多い。特に40～50歳代の若い世代の肥満が増加傾向にある。肥満の中でも、内臓脂肪型肥満は「脂肪細胞の質的異常による肥満症」と区別され、これに軽度であっても高血糖、血圧高値、脂質異常が加わると心血管疾患の発症が高リスクとなる。

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ある。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る。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た。錦町においても75歳以上の後期高齢者では痩せの割合が増加しており、個別に実態をみていく必要があるため、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」で独自の基準に基づいて保健活動に取り組んでいる。（図表20）

図表20 年代別体格区分（令和4年度）

ライフコース	区分 健診	受診 総数	痩せ		標準		肥満				
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	県 割合	国 割合	
乳幼児期 ^{※1}	3ヶ月児健診	81	5	6.2%	69	85.2%	7	8.6%			
	6ヶ月児育児教室	65	3	4.6%	53	81.5%	9	13.8%			
	1歳6ヶ月児健診	64	8	12.5%	55	85.9%	1	1.6%			
	3歳児健診	86	7	8.1%	76	88.4%	3	3.5%			
学齢期 ^{※2}	学校 健診	小学1年生(6歳)	105	0	0.0%	96	91.4%	9	8.6%	7.8%	5.6%
		小学2年生(7歳)	100	1	1.0%	87	87.0%	12	12.0%	8.3%	7.6%
		小学3年生(8歳)	114	0	0.0%	100	87.7%	14	12.3%	11.8%	10.1%
		小学4年生(9歳)	105	0	0.0%	82	78.1%	23	21.9%	13.6%	11.4%
		小学5年生(10歳)	102	1	1.0%	81	79.4%	20	19.6%	13.3%	12.5%
		小学6年生(11歳)	113	1	0.9%	93	82.3%	19	16.8%	15.1%	12.3%
		中学1年生(12歳) ^{※3}	96	0	0.0%	77	80.2%	19	19.8%	12.7%	11.4%
		中学2年生(13歳) ^{※3}	105	0	0.0%	88	83.8%	17	16.2%	10.8%	10.7%
中学3年生(14歳) ^{※3}	109	1	0.9%	88	80.7%	20	18.3%	10.2%	9.6%		
成人 ^{※4}	基本健診(19-39歳)	126	15	11.9%	77	61.1%	34	27.0%			
	再)30歳代	92	10	10.9%	56	60.9%	26	28.3%			
	特定健診(40-74歳)	1,062	80	7.5%	670	63.1%	312	29.4%	27.9%	27.1%	
	再)40歳代	106	6	5.7%	64	60.4%	36	34.0%			
再)50歳代	119	6	5.0%	66	55.5%	47	39.5%				
高齢者 ^{※4}	後期高齢者健診(75歳以上)	480	46	9.6%	331	69.0%	103	21.5%	22.9%	23.7%	

※1 乳幼児期の基準（乳幼児の身体マニュアル【平成23年4月版】）：カウプ指数で区分・やせ<15、適正15～19、肥満19<

※2 学齢期の基準（学校保健統計調査）：痩せ＝肥満度≤-20%、標準=-20%<肥満度≤20%、肥満=20%<肥満度

※3 中学生の人数は実測数を計上（在籍数とは異なる）

※4 成人～高齢期の基準（肥満症診療ガイドライン等）：痩せ＝BMI18.5未満、標準＝18.5～24.9、肥満＝25以上

（乳幼児期「錦町健康管理システム e-AFFECT」、学齢期「学校保健統計」、成人～高齢者「KDBシステム厚生労働省様式5-2」）

目標

- ・全出生数中の低出生体重児の割合の減少

妊娠期に適切な生活をする事で胎児の健やかな発育につなげ、母子ともに健康で出産に至ることを目指す。

- ・ 学齡期に肥満傾向にある子どもの割合の減少
- ・ 40～74 歳（国保）の肥満者の割合の減少

早期の生活習慣改善による体重減少が発症予防に有効であるため、これまでと同様に効果が期待できる対象を抽出し、保健指導を行っていく。

- ・ 低栄養傾向（BMI18.5 未満）の高齢者の割合の減少

【朝食摂取等の食生活状況】

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継続できるようにすることは、非常に重要な生活習慣病対策である。日本糖尿病協会発行紙「さかえ」には、朝食摂取と血糖を降下させるホルモンであるインスリン分泌について「朝食をとることで昼食後にインスリンが素早く分泌され、血糖値の急上昇が抑えられる。朝食摂取がインスリン分泌のウォーミングアップになっている。」と記されていることから、朝食摂取は血糖値を上げない鉄則であると言える。

このようなメカニズムに基づいて、朝食摂取は各年代において重要な生活習慣の一つであるため、乳幼児健診や保健指導等の機会を通じて啓発していく。錦町では、学齡期には学校保健法に基づいた検査に加え、中学3年生で特定健診と同様の健康診査を実施し、健康な生活習慣を有するかどうかの客観的な評価指標としている。

現状と課題

○妊娠期～乳幼児期

妊娠期の朝食摂取率は約 80%に増加しているが一定数の欠食者もあり、胎児の成長や出産後の授乳に必要な栄養を過不足なく摂取するには不利な条件となる。乳幼児期は、ほとんどの子どもが毎日朝食を食べているが、毎日食べる習慣のない子どももいる。妊娠期から規則正しい食生活を送り、生まれてきた子どもたちが規則正しい生活リズムを獲得していけるよう保護者に伝えていくことが必要である。乳幼児期に朝食をとる習慣をつけることは栄養を補うだけでなく、脳の視床下部を育てるうえでも重要である。視床下部は自律神経ともつながり、生活リズム、体温調節、空腹・満腹などの調節、消化機能のリズムも作っている。成長期には、生命維持や身体活動に必要な栄養に加えて、成長に必要な栄養も確保しなければならず、体重 1kg 当たりに必要な各種栄養素は成人よりも多くなる。食事の回数を減らすことは、将来にわたって体の機能等に影響を及ぼしかねない。（図表 21・22）

図表 2 1 妊娠期～乳幼児期の朝食摂取状況（令和 4 年度）

ライフコース	総数	毎日食べる		週1-2食べない 4-5日食べる		週3-4食べない 2-3日食べる		ほとんど食べない 0-1日		無回答	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		妊娠期	81	62	76.5%	10	12.3%	4	4.9%	2	2.5%
1歳6ヶ月	64	62	96.9%	0	0.0%	2	3.1%	0	0.0%	0	0.0%
3歳	86	85	98.8%	1	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
5歳	94	92	97.9%	1	1.1%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%

（妊娠期は当該年度に母子手帳交付した母のカルテから手集計、乳幼児期「錦町健康管理システム e-AFFECT」）

図表 2 2 乳幼児期の生活リズム（令和 4 年度）

	受診 総数※	起床時間						就寝時間					
		6時まで		～7時		8時以降		20時まで		～21時		22時以降	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6ヶ月	63	29	46.0%	32	50.8%	2	3.2%	40	63.5%	22	34.9%	1	1.6%
3歳	82	30	36.6%	47	57.3%	5	6.1%	29	35.4%	46	56.1%	6	7.3%

※問診票の「無回答」者は含まない。

（乳幼児健診時の問診票から集計）

○学齢期～高齢期

成長期にある中学 3 年生健診の HbA1c と健診前日の夕食時間をみると、夕食時間が 20 時以降の割合が約 60% と多く、その内 HbA1c 5.6% 以上の有所見者割合は 14% で、20 時までに食べた人の有所見者割合よりも高かった。HbA1c 高値では食後高血糖をきたしていることから高インスリン血症状態となり、余った糖が中性脂肪として脂肪細胞に取り込まれるため肥満が形成されていく。遅くて多い夕食や間食を習慣的に摂ることも肥満となる生活習慣であり、錦町の学齢期の肥満割合が県・国より高い背景にこのような実態があると考えられる。（図表 23・24）

錦町では、中学 3 年生健診を受けた人が継続して健診を受診できるよう、令和 2 年度から基本健診の対象年齢を 19 歳からに引き下げた。健診の「標準的な質問票」の食生活に関する項目をみると、「朝食欠食率」、「就寝までの 2 時間以内に夕食をとる人の割合」、「朝昼夕の 3 食以外に間食や甘い飲み物をとる人の割合」、「早食いの割合」において基本健診受診者（19 歳～39 歳）が最も多く、適切な生活習慣を有していない人が多いことがわかる。このような生活を続けた結果、特定健診受診者（40 歳～74 歳国保）の年代になると「20 歳時体重から 10kg 以上増加した割合」が同規模平均・県・国よりも多くなっている。（図表 24）

内臓脂肪型肥満があると、肝臓での中性脂肪合成も促進され、動脈硬化のリスクとなる。脂肪細胞の中身や脂肪細胞以外の部位につく脂肪（異所性脂肪）の中身は中性脂肪であり、肥満や人工透析をはじめとする種々の血管障害が多い背景の一つである。朝になっても血中に中性脂肪が多く存在すると、食欲がわかず朝食欠食にも繋がりがやすい。時間栄養学の観点では、心筋梗塞や脳梗塞等が午前 6 時から 11 時の間に起こりやすいこともわかってきた（発症のピークは午前 8 時）。体内時計を無視した生活、時計遺伝子の機能を壊すような生活を送っていると、生活習慣病を招きやすい。

体内時計を1日24時間にリセットすることで肥満や病気の予防に繋がり、その効果が大きいのが朝食である。朝食をとらず、「体に朝の時間を教えない」ことで体内時計は夜型に移行し、夜型になると太りやすくなる。

早食いについては、特にインスリン初期分泌低下者（非肥満高血糖）において望ましくない食習慣である。食事をよく噛まずに早食いすると消化器に負担がかかるだけでなく、急激に血糖が上昇し、それに伴い大量のインスリンが分泌され血糖が急降下し、このことが血管を傷める要因となる。

20～50歳代は、働き盛り世代であると同時に子育てを担う世代でもあり、時間に余裕が無く仕事や家事、子育て、付き合い等で生活習慣が乱れがちになることは察するに余りある。しかし、血管変化がおこっていてもその年数が短いため自覚症状は殆ど無く、体力もある年代であることから自分の健康状態を過信しがちであると考えられる。徐々に進行している血管変化等に気づかず放置していると、虚血性心疾患等の突然死のリスクも上昇することから、若い頃からの健診受診と結果に基づく保健指導、生活改善がその後の生命予後に大きく関わる重要な要因となる。

高齢期になると肥満より痩せ等の問題が多くなって来るが、どの年代においても「血管を守るための食の基準」を住民自身に理解してもらうことが重要である。

図表2-3 中学3年生健診におけるHbA1cと夕食時間の実態（令和4年度）

HbA1c (%)	健診前日の夕食時間					
	～20時まで		20時～21時まで		21時以降	
	人	割合	人	割合	人	割合
5.5以下(正常)	35	32.7%	33	30.8%	14	13.1%
5.6～6.4(境界域)	10	9.3%	10	9.3%	5	4.7%
6.5以上(糖尿病)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

【合計14%】

(中学3年生健診・問診の結果より集計)

図表2-4 学齢期～高齢期（～74歳まで）の食生活の状況（令和4年度）

質問票の項目	錦町						同規模平均	熊本県	国			
	中学3年生健診		基本健診(19～39歳)		特定健診(40～74歳/国保)					特定健診(40～74歳/国保)		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合				割合	割合	割合
健診受診者	107		126		1,063		141,687	97,898	6,503,152			
週3回以上朝食を抜く	16	15.0	35	27.8	100	10.0	8.0	10.2	10.3			
週3回以上就寝前夕食	16	15.0	25	19.8	168	16.7	15.5	14.8	15.7			
毎日または時々、間食・甘い飲み物をとる	92	86.0	114	90.5	800	16.7	—	—	—			
食べる速度が速い	22	20.6	41	32.5	261	26.0	26.1	27.4	26.8			
20歳時体重から10kg以上増加	—	—	40	31.7	399	39.7	34.9	36.0	34.9			

(KDBシステム「様式5-1」抜粋)

図表2-5 後期高齢者（75歳以上）の食生活の状況*（令和4年度）

質問票の項目	錦町	同規模平均	熊本県	国
1日3食きちんと食べる	95.7%	95.9%	95.5%	94.6%
6ヶ月で2～3kg以上の体重減少	15.2%	11.4%	12.1%	11.7%

※令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」事業の開始に伴い、後期高齢者健診の質問票が基本チェックリストに基づく内容に変更になった。

(KDBシステム)

目標

- ・全ての年代で朝食欠食をする割合の減少
- ・学齢期～高齢期で夕食後に間食をとる人や就寝前に夕食をとる人の割合の減少

【尿検査等の身体の異常の状況】

尿検査は主に腎臓の障害等を反映する検査項目であり、血管内皮障害があると腎機能低下が進み CKD（慢性腎臓病）の発症リスクを高める。CKD 患者では透析だけでなく、脳卒中、心筋梗塞などの心血管疾患発症の危険性が極めて高くなる。その原因として、糖尿病、高血圧、動脈硬化症といった生活習慣が関連したものが多くなっている。そのため、「日本人の食事摂取基準（2015 年版）」から CKD と食事の関連について記載されるようになり、CKD 重症化予防において栄養・食事指導は重要な役割を担っている。

錦町では透析率が高いという課題もあることから、ライフコースごとに腎機能や血管内皮等の実態をみる。

現状と課題

○妊娠期

妊娠中は妊娠前より血液量が 150%増えるので、血管の内皮細胞は非妊娠時より負担が大きくなり傷つきやすくなる。血管が傷つくと、胎盤内に血液を送りにくくなり血液量が減るため、成長に必要な栄養と酸素が足りず胎児が小さくなる。また、妊娠中はホルモンの働きで、内皮細胞から血圧を下げる物質が出るが、内皮細胞が傷つくと出にくくなって血圧が上昇し、腎臓の血管では蛋白が尿中に漏れ出る（尿蛋白の出現）。そして、妊娠 32 週頃から母体に蓄えていた鉄を胎児に送り始めるため、母体は鉄が欠乏した状態になる。貧血が進みすぎると胎児に必要な栄養や酸素がうまく運べなくなり、胎児の成長が妨げられ、母体の産後の回復も遅れる。

妊婦は妊娠前期に脂肪を蓄え、胎児が大きく成長する後期に糖が不足するためエネルギーとして脂肪を使うことでインスリンが効きにくくなる。膵臓から更にインスリンがたくさん分泌され高インスリン血症になると、腎臓からの塩分排泄が抑制されることで妊娠性高血圧となり、早産や低体重児のリスクとなる。また、インスリンが効きにくくなると、余分な糖が赤血球にくっついて酸素を運べなくなるため、胎児の成長を妨げ早産や低体重児のリスクとなる。一方、糖尿病の遺伝がある妊婦では、インスリンが不足するため高血糖状態が持続し、胎児に多くの糖が流れることで巨大児のリスクとなる。近年では、妊婦の高齢化に伴い生活習慣病を有した妊婦の増加も母子の健康を損なうリスクとして注意が必要である。

錦町の妊婦健診（8 回目）の有所見状況をみると、貧血や高血圧・尿蛋白・浮腫の割合は減少傾向だが、一定数の有所見者が毎年存在する。血糖についても令和 2 年度に減少したが、その後は再び上昇傾向に転じた。（図表 26）

図表 2 6 妊婦健康診査 30～31 週(受診券 8 回目の受診者)結果の推移

	年度	公費負担受診券8回目【30週～31週】の結果								
		受診者 実人員	異常のある者の内訳(延べ人員)							
			高血圧・尿蛋白・浮腫		貧血		血糖		その他	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
錦町	H27	95	6	6.3%	43	45.3%	8	8.4%	14	14.7%
	H28	107	7	6.5%	28	26.2%	21	19.6%	22	20.6%
	H29	93	9	9.7%	20	21.5%	18	19.4%	23	24.7%
	H30	86	1	1.2%	29	33.7%	15	17.4%	11	12.8%
	R01	65	3	4.6%	10	15.4%	14	21.5%	8	12.3%
	R02	69	1	1.4%	17	24.6%	7	10.1%	3	4.3%
	R03	66	11	16.7%	19	28.8%	8	12.1%	3	4.5%
	R04	73	5	6.8%	17	23.3%	13	17.8%	0	0.0%
参考)熊本県	R03	12,060	560	4.6%	3,376	28.0%	1,840	15.3%	514	4.3%

(「熊本県の母子保健統計」)

○学齢期～高齢期（～74 歳まで）

前述した通り、CKD（慢性腎臓病）の発症には生活習慣病が強く関係している。生活習慣病は自覚症状に乏しいため、症状に頼っていると診断、治療が遅れがちである。また、一度治療が開始されても、症状がないために治療を中断することが多くなる。生活習慣病の陰で、ひそかに進行しているかもしれない CKD の発症予防のために、早期発見や適切な医療機関受診が重要で、その一つの指標となるのが尿蛋白検査である。

中学 3 年生健診結果をみると、健診実施時期が夏場であったためか尿蛋白（±）の割合が約 65%であったが、成長期における生理的蛋白尿を考慮し（+）以上者に医療機関受診を勧めた。しかし、19 歳以上を対象とした各種健診では、腎機能の指標である推算 GFR（eGFR）が正常域であっても、尿蛋白定性検査が（±）の場合には、かかりつけ医療機関への紹介基準に該当する者も含まれる。尿蛋白の出現率は男性の方が高く、eGFR や他の健診結果等と併せてみた上で保健指導の優先順位を考えていく必要がある。（図表 27）

図表 2 7 健診における尿蛋白の出現状況（令和 4 年度）

尿蛋白	錦中3年生		基本健診 (19~39歳)		特定健診 (40~74歳/国保)		後期高齢者健診 (75歳以上)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
受診者数	107	--	126	--	1,063	--	480	--
(-) : 正常	32	29.9%	117	92.9%	993	93.4%	451	94.0%
男性	14	13.1%	43	34.1%	435	40.9%	196	40.8%
女性	18	16.8%	74	58.7%	558	52.5%	255	53.1%
(±) : 軽度	70	65.4%	7	5.6%	33	3.1%	12	2.5%
男性	40	37.4%	4	3.2%	22	2.1%	5	1.0%
女性	30	28.0%	3	2.4%	11	1.0%	7	1.5%
(+) : 高度	5	4.7%	1	0.8%	23	2.2%	7	1.5%
男性	4	3.7%	0	0.0%	17	1.6%	5	1.0%
女性	1	0.9%	1	0.8%	6	0.6%	2	0.4%
(2+) 以上	0	0.0%	1	0.8%	13	1.2%	10	2.1%
男性	0	0.0%	0	0.0%	9	0.8%	7	1.5%
女性	0	0.0%	1	0.8%	4	0.4%	3	0.6%

(各種健診結果より集計)

目標

- ・妊婦健診において異常がある者の割合の減少

妊娠すると母の体の弱いところに異常が出現しやすくなるため、妊娠中の体の変化等について、母子手帳交付時に妊婦が学習する機会を提供することで、低出生体重児の減少や母体の健康保持に繋げる。

- ・CKD の早期発見

青壮年期～高齢期（74 歳まで）において、尿の濃度補正を加味した尿蛋白定量検査を実施し、腎機能低下の早期発見に努める。

(参考) 尿中塩分測定結果の状況

高血圧から腎機能低下をきたす要因の一つに塩分の過剰摂取がある。塩や砂糖等の浸透圧物質は細胞内へ水をよぶ性質があるため、生理食塩水の塩分濃度である 0.9% を超えて塩分を摂取すると血液量が増加し血圧上昇を招く。CKD（慢性腎臓病）やメタボリックシンドローム該当者では、食塩感受性が高くなり尿中への塩分排泄の効率が低くなるため、塩分が体内に貯留し血圧が上昇する。また、糖は腎臓から再吸収される際にナトリウムとくっついて取り込まれるため、高血糖者では血中のナトリウム濃度も高くなる。このような機序から、これらの該当者には減塩がより有効といえる。腎機能保護のためには血圧を正常に保つことが必要で、薬による治療は非常に有効である。しかし、降圧剤を服用しても食事からの塩分摂取量が多いと、期待した薬効が得られないことから服薬治療をしている場合でも、食生活の是正は腎機能をはじめとした生活習慣病の予防に大きな効果がある。

現状と課題

錦町では町民の塩分摂取状況を把握するため、令和4年度から尿中の塩分・カリウムの測定を開始した。ただし、尿中Na（ナトリウム）排泄量の測定には次のような留意点がある。摂取した食塩がすべて尿中に排泄されるわけではなく、10～20%程度は消化管や汗などで喪失されることから、通常尿中排泄量は実際の摂取量より低値を示す。夜間尿からなる早朝尿を用いたNa排泄量の測定は、24時間蓄尿のNa排泄量とよく相関するが、Na排泄量には日内変動があり夜間は日中より20%ほど少ないことから信頼度が高くないことをふまえたうえで、減塩についての動機づけや維持の目的で使用することとした。

令和4年度は6ヶ月児育児教室に参加した母や特定健診受診者のI度高血圧者（140-159/90-99mmHg）・健康教室参加者、錦町食生活改善推進員等を対象に実施し、令和5年度は錦町健康推進員を対象に実施した結果を集計した。結果をみると、殆どの町民が塩分は基準量以上摂取しているのに、ナトリウム排泄を促す作用のあるカリウム（野菜や果物に多く含まれる）は基準以下であり、国と同様の傾向であった。塩分摂取量が多い人はカリウムも多い傾向にあり、野菜等を食べる時に塩分も合わせて摂る食生活がうかがえる。血管内皮や腎臓等を守るために野菜の摂取を推奨しているが、味をつけずに（塩分や糖分等を摂らずに）食することは難しい実態がある。若い年代でも日常的に塩分量を多く摂っていることや、味覚が鈍化する高齢期ではさらに塩分摂取量が過剰な人が多いこともわかった。（図表28）

町では、疾病の発症・重症化予防の観点から必要であると判断した場合、塩分測定器や血圧計の貸し出しを行い、住民自身が健診結果と生活を関連付けて考えることができるように保健活動を展開している。また、地区組織活動においても、食生活改善推進協議会や健康推進員協議会の会員に塩分測定器を配布し、日本高血圧学会減塩委員会の推奨する減塩食品を活用したレシピ集を作成する等、地元住民の健康増進に役立ててもらえるよう学習や活動を支援している。

図表28 尿中塩分・カリウムの測定結果

年度	区分	測定人数	尿中)推定食塩摂取量※1						尿中)推定カリウム摂取量※2			
			男性)7.5g未満		再掲)	男性)7.5g以上		再掲)	男性)2,500mg以上		男性)2,500mg未満	
			人数	割合	人数	人数	割合	人数	人数	割合	人数	割合
R04	総数	59	3	5.1%	0	56	94.9%	2	12	20.3%	47	79.7%
	男性	9	0	0.0%	--	9	15.3%	2	0	0.0%	9	15.3%
	女性	50	3	5.1%	--	47	79.7%	0	12	20.3%	38	64.4%
R05	総数	29	1	3.4%	0	28	96.6%	2	7	24.1%	22	75.9%
	男性	5	1	3.4%	0	4	13.8%	1	0	0.0%	5	17.2%
	女性	24	0	0.0%	--	24	82.8%	1	7	24.1%	17	58.6%

※1 食塩の基準：「日本人の食事摂取基準（2020年版）」食塩相当量の目標量～男性（15歳以上）7.5g/日未満、女性（12歳以上）6.5g/日未満。高血圧及び慢性腎臓病（CKD）の重症化予防のための食塩相当量は、男女とも6.0g/日未満

※2 カリウムの基準：「日本人の食事摂取基準（2020年版）」カリウムの目安量～男性（18歳以上）2,500mg/日以上、女性（15歳以上）2,000mg/日以上

（尿中塩分・カリウム測定結果より集計）

【体重・朝食摂取等の食生活・尿蛋白等の身体の異常】

具体的な取り組み

栄養・食生活について現状と課題であげたことは、一つの体の中でおこっていることであり、ライフコース毎の対象特性に応じた栄養指導を行っていく必要がある。生涯を通じた保健事業の取組みが、体重・朝食摂取等の食生活・尿蛋白等の身体の異常等の項目に繋がってくることから、栄養・食生活全体を通した取組みとして事業を実施していく。

- ・ 妊娠期：母子手帳交付時の保健・栄養講話
- ・ 乳幼児期：乳幼児健康診査・教室時の保護者への保健・栄養講話、個別相談
- ・ 全年代：健康診査結果に基づいた保健・栄養指導

■身体活動・運動

日頃から身体を動かすことは、生活習慣病の発症予防や重症化予防に効果的であり、生活機能低下の予防にもつながり、ストレス解消やメンタルヘルス等こころの健康にも大きく影響する。健康寿命の延伸を図るためにも、年代に応じた適切な運動を継続することはとても大切である。

現状と課題

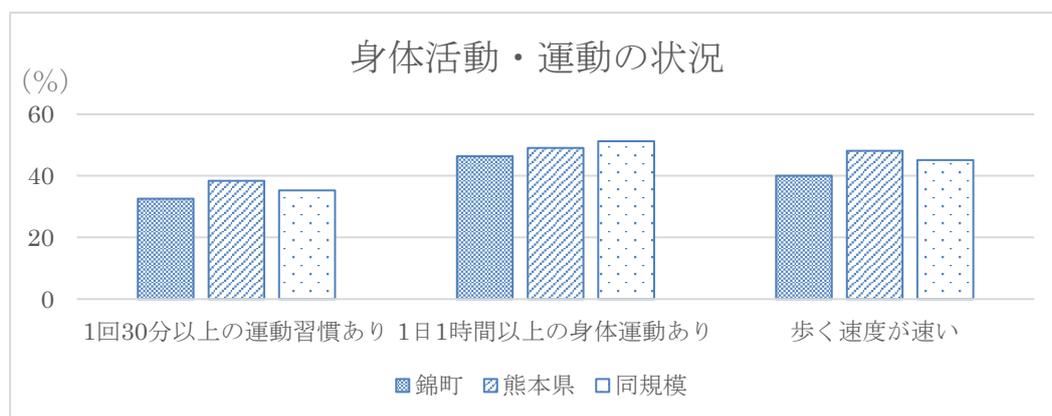
・特定健診質問票（40～74歳）によると、1回30分以上の運動習慣のある人は令和4年度32.6%で、約7割程度は運動しておらず、県や同規模と比較しても低い状況である。それに合わせて歩く速度の速い人の割合も年々減少している。また1日1時間以上の身体運動のある人の割合も低くなっている。習慣的に運動している人が少ない上、普段の生活でもあまり身体を動かしていない様子が伺える。

・後期高齢者健診質問票（75歳以上）によると、運動を週に1回以上している人は58.1%で同規模自治体より高いが、熊本県より低い状況である。また、以前より歩く速度が遅くなったと答えた人が63.8%で、歩行機能の低下が懸念される。フレイル（虚弱）を予防するためにも継続的な運動の普及・啓発を図る必要がある。

図表29 身体活動・運動の状況割合（令和4年度40～74歳特定健診受診者）

質問票の項目	錦町	熊本県	同規模
1回30分以上の運動習慣あり	32.6	38.4	35.3
1日1時間以上の身体運動あり	46.4	49.1	51.2
歩く速度が速い	40.1	48.1	45.1

(KDBシステム)



図表30 後期高齢者の身体活動の状況割合（令和4年度）

質問票の項目	錦町	熊本県	同規模
運動を週に1回以上あり	58.1	61.8	56
以前より歩く速度が遅い	63.8	54.5	57.3
1年間に転んだことあり	17.9	18.2	18.7

(KDBシステム)

目標

- ・日頃の生活に体を動かす機会を作り、運動する習慣をつける

具体的な取り組み

- ・運動や身体活動に関する正しい情報の普及啓発に努める。
(例：座りっぱなしを避け、週2回の筋トレ習慣の推進)
- ・関係機関（錦町包括支援センター、錦町教育委員会社会教育担当部署等）と連携し、運動習慣の確立を推進する。
- ・運動習慣のきっかけを作るためにも、年に1回の健診を勧める。

■休養・睡眠

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康である。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取れた栄養・食生活は身体だけでなくこころの健康においても重要となる。特に、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素であり、心身の疲労の回復と充実した人生を過ごすための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ある。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言える。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る。

特に子どもにとって睡眠は脳の発達に大きな影響を及ぼす。ネルソン小児科学によると、小学生の理想の睡眠時間は約 10 時間であるが、日本全国の小学生の平日の睡眠時間は約 8 時間と短く、これは大人も同様である。大人でも最低 7 時間以上眠らないと、脳は正常な機能を保てない。発達や年齢に応じて、脳を育てる、または正常に働かせるために必要な睡眠時間は決まっている。発達途中の子どもであれば睡眠時間の確保は、脳にとって他のことでは替えがきかないような非常に重要なことなのである。

また、大人にとっても睡眠は重要で、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等、生活の質に大きく影響する。また、睡眠障害はこころの病気の一症状として現れることも多く、再発や再燃リスクも高める。さらに、ヒトは夜寝ている間に心筋細胞や肝臓の修復を行うため、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おこし、ひいては死亡率の上昇をもたらすこともわかってきた。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、睡眠による休養で町の実態をみる。

現状と課題

錦町の乳幼児期の睡眠時間をみると、起床時間は 1 歳 6 ヶ月児・3 歳児とも「午前 7 時まで」が最も多く、就寝時間は 1 歳 6 ヶ月児で「20 時まで」、3 歳児では「21 時まで」が最も多くなったことから、1 歳 6 ヶ月児の睡眠時間は約 11 時間で 3 歳児は約 10 時間とわかる。乳幼児期の夜の睡眠時間は約 11 時間必要なため、3 歳児では短くなっている。(図表 22)

子どもの成長に必要な物質である成長ホルモンは、特に入眠 2 時間後に大量に分泌される。成長ホルモンがたくさん分泌されれば、集中力・記憶力・知能も発達する。また、成長ホルモンが分泌されることで免疫力が高くなり、怪我や病気に負けない体をつくることができる。さらにそのホルモンには細胞を修復する役目があるため、が

ん等の発症を予防する働きもあり、肥満になりにくい体にもなる。質の高い睡眠が十分にとれなければ、発達障害に似た症候がみられることは多々ある。特に、幼児の寝つきが悪い場合は、まず毎朝 7 時より前に起こすことから始めると午後 8 時頃には眠くなってくるので、正しい睡眠リズムがついてくる。

学齢期から高齢期の睡眠状況について健診の「標準的な質問票」の睡眠に関する項目をみると、中学 3 年生と特定健診受診者では睡眠で休養がとれている割合は同規模・県・国より高かったが、基本健診受診者では他の年代よりも割合が低い。また、後期高齢者健診受診者の睡眠薬の処方率は他より低い。(図表 31・32)

子育て世代である基本健診受診者につられて成長期の子ども達の就寝時間が遅くなると、睡眠時に分泌される成長ホルモンの量が減少し発育に影響がでる可能性もあるため、親世代とともに生活を見直す必要性があると考えられる。

図表 3 1 学齢期～高齢期の睡眠の状況 (令和 4 年度)

質問票の項目	錦町						同規模平均	熊本県	国
	中学3年生 健診		基本健診 (19～39歳)		特定健診 (40～74歳/国保)				
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合
健診受診者	107		126		1,063		141,687	97,898	6,503,152
睡眠不足	12	11.2	32	25.4	211	21.0	24.5	24.7	25.6

(KDB システム「様式 5-1」抜粋)

図表 3 2 後期高齢者 (75 歳以上) の睡眠の状況* (令和 4 年度)

質問票の項目	錦町	同規模平均	熊本県	国
睡眠薬の処方あり	22.9	23.9	25.2	25.6

※令和 2 年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」事業の開始に伴い、後期高齢者健診の質問票が基本チェックリストに基づく内容に変更になった。

(KDB システム)

目標

- ・睡眠で十分な休養がとれていない人の割合の減少

具体的な取組み

- ・町の現状と睡眠・休養の重要性について、種々の保健事業の場での普及啓発に努める

■飲酒

国は、生活習慣病のリスクを高める飲酒量を1日の純アルコール量が男性で40g以上、女性で20g以上と定義している(女性の肝臓処理能は男性の約半分のため)。がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等の飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは1日平均飲酒量と比例し上昇することが示されている。

また、妊娠中の飲酒は胎児性アルコール症候群や発育障害を引き起こす恐れがあるため、妊娠中や妊娠を希望している女性はアルコールを控えることが重要である。

現状と課題

- ・妊娠中の飲酒は、令和4年度の母子手帳交付者82人中の飲酒者0人、0.0%だが、妊娠がわかってから止めた人もいる。
- ・毎日飲酒する人の割合は、特定健診受診者が同規模・県・国より高い。基本健診受診者でも時々飲酒の割合が高く、若い頃からの飲酒習慣がある。(図表33)
- ・生活習慣病のリスクを高める過量飲酒者の割合(男性2合以上・女性1合以上)は、前回計画策定時より減少したが男女ともに10%弱あり、若い年代の飲酒量が多い。(図表33)

図表33 青年期～高齢期(～74歳まで)の飲酒の状況(令和4年度)

質問票の項目	錦町				同規模平均	熊本県	国			
	基本健診 (20～39歳)		特定健診 (40～74歳/国保)					特定健診 (40～74歳/国保)		
	実数	割合	実数	割合				割合	割合	割合
健診受診者	126		1,063		141,687	97,898	6,503,152			
毎日飲酒	19	15.1	317	30.2	25.7	26.3	25.5			
時々飲酒	39	31.0	255	24.3	21.1	24.0	22.4			
飲酒量	1合未満	47	37.3	389	61.6	60.4	68.5	64.2		
	男性	12	25.5	145	30.0	--	--	--		
	女性	35	44.3	244	42.1	--	--	--		
	1～2合	28	22.2	177	28.0	26.4	22.5	23.7		
	男性	15	31.9	142	29.4	--	--	--		
	女性	13	16.5	35	6.0	--	--	--		
	2～3合	8	6.3	54	8.5	10.3	7.2	9.3		
	男性	7	14.9	52	10.8	--	--	--		
	女性	1	1.3	2	0.3	--	--	--		
	3合以上	4	3.2	12	1.9	2.9	1.8	2.7		
男性	2	4.3	12	2.5	--	--	--			
女性	2	2.5	0	0.0	--	--	--			

(KDBシステム「様式5-1」抜粋・追記)

目標

適正飲酒に努める。

具体的な取組み

飲酒による健康への影響や適正飲酒などの情報を提供し、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を減少する。

- ・妊娠中や授乳中の飲酒をなくす。
- ・適量飲酒に努める。
- ・週2日は飲酒をしない日をつくる。

■喫煙

喫煙は、癌をはじめとして動脈硬化や脳卒中死亡、虚血性心疾患死亡、2型糖尿病のリスク因子となり、呼吸機能の低下や循環器疾患の発症を高める。

また、妊娠中の喫煙は胎児の発育に影響を及ぼすだけでなく、母体面では胎盤早期剥離の起因の一つでもあり出産でのリスクを高める。健やかな妊娠期を過ごすために受動喫煙も含めた対策が必要である。

現状と課題

- ・妊婦の喫煙は、令和4年度の母子手帳交付者82人中の喫煙者3人、3.7%と前回計画策定時から微増しており、妊娠がわかってから止めた人もいる。
- ・成人以降の喫煙率は、同規模・県・国より高く、若い年齢層の喫煙率が特に高い。(図表34)

図表34 青年期～高齢期の喫煙の状況（令和4年度）

質問票の項目	錦町						同規模平均	熊本県	国
	基本健診 (20～39歳)		特定健診 (40～74歳/国保)		後期高齢者健診 (75歳以上)		特定健診 (40～74歳/国保)		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合
健診受診者	126		1,063		480		141,687	97,898	6,503,152
喫煙	33	26.2	163	15.3	--	4.3	13.8	13.6	13.8

(KDB システム「様式5-1」抜粋)

目標

- ・妊娠中の喫煙をなくす
- ・禁煙へ取り組む

具体的な取組み

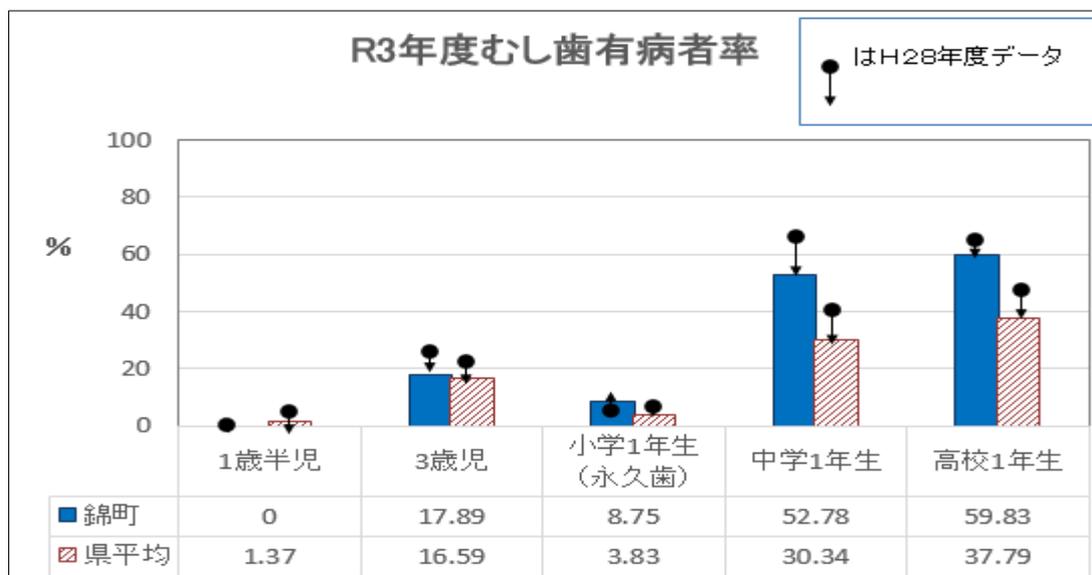
喫煙による健康への影響について情報提供を行う

■ 歯・口腔の健康

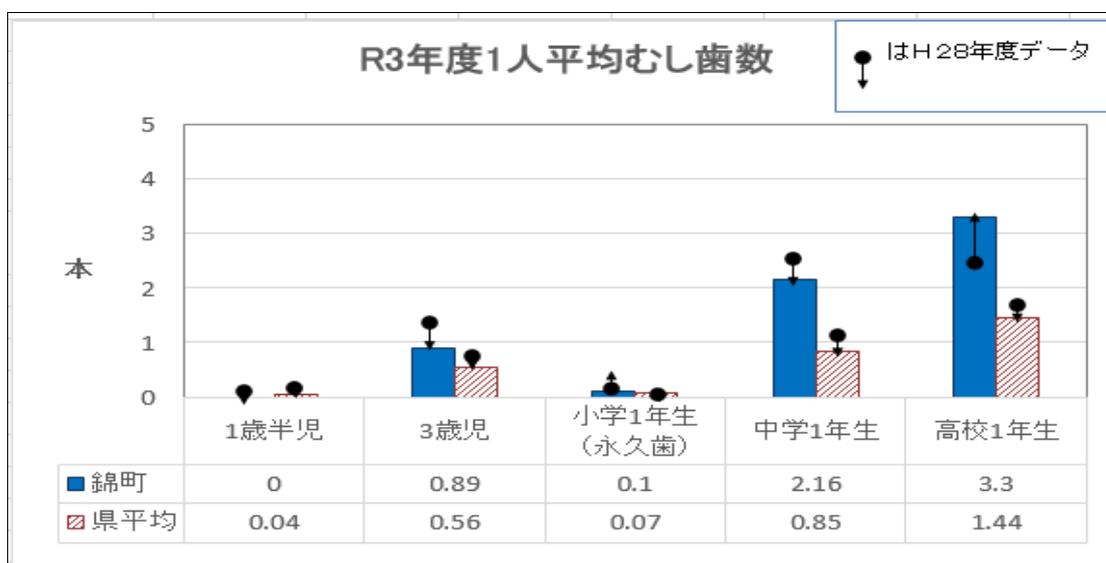
現状と課題

錦町の乳幼児～高齢期までの歯科保健事業の現状については、下記の図表の通りである。

図表 3 5 令和 3 年度 むし歯有病者率と本数



図表 3 6 令和 3 年度 1 人平均むし歯数



平成 2 8 年度と令和 3 年度データを比較すると、むし歯保有率、1 人平均むし歯本数は、中学時期までは改善又は微増の悪化で経過している。

また、高校生になると、むし歯有病者率は減少しているものの、1 人あたりのむし歯本数は増加しており、治療を十分に行わないまま経過していると示唆される。処置率を見ると、小学校 1 年生では 62.5%、中学校 1 年生では、56.2%と下がり、高校 1 年生では 89.3%と上がるが、小中学校の処置率の低下により、治療開始時期の遅れにつながり、そのことが、むし歯有病者率やむし歯本数の増加に影響していると考えられる。

平成 23 年度から町内各保育園・幼稚園（こども園）、平成 26 年度から町内小・中学校でのフッ化物洗口を開始し、幼児健診では歯科医師の講話や歯科衛生士によるフッ化物塗布、個別に歯ブラシ指導を希望者に実施している。中学校までは予防事業の取り組みもあるため、予防への意識づけはできてきているが、県平均と比較しても高い状況であるため引き続き県平均に近づくよう取り組みを進める必要がある。

成人の歯周疾患健診では、R4 年度から 20 歳も健診対象者に追加した。歯周疾患健診受診者の定期通院率は、3 割ほどであり、通院率に年代で大きな差は見られない。受診者も性別で見ると、女性の方が多く、健診受診者の意識の高さによる結果であると考えられる。また、歯周疾患健診の要精密割合は、6～9 割であり、どの年代においても、高い結果となっている。これは、若い年代でも、生活習慣等から歯周病になる可能性があり、歯科検診等を受ける機会が少ないことも関与していると思われる。先ほどの定期通院率と絡めて見てみると、定期通院率が高いほど健診の要精密割合は低く、通院率が低いほど要精密割合は高くなっている。このことから、普段から歯科のケアを行っておくことが、歯周病等の予防につながるということがわかり、町の歯科保健における重要課題と考える。

また、高齢期の課題としては、後期高齢者健診の質問票をみると、「半年前に比べて固いものが食べにくい」と回答した割合は 33%で同規模や県、国より高い状況である。歯やお口の機能の衰え（オーラルフレイル）から、全身の衰え（フレイル）、そして要介護状態へと進まないよう、口腔機能向上に努めることが重要である。

図表 3 7 令和 4 年度 歯周疾患健診結果

年齢	受診者				区分			
	男	女	定期通院者 (割合:%)	受診率 (%)	異常なし	要指導	要精密	要精密 割合(%)
20 歳	1	2	1(50)	3.66		1	2	66.6
30 歳	0	1	0	1.35			1	100
40 歳	3	6	3(33.3)	8.57	1	2	6	66.6
50 歳	1	8	2(22.2)	7.44		1	8	88.8
60 歳	2	5	1(14.2)	5.47		1	6	85.7
70 歳	2	3	2(40)	2.65		2	3	60
合計	9	25	9(26.5)	4.86	1	7	26	76.5

() 内は定期通院ありの人数

男性の定期通院	33.30%
女性の定期通院	24.00%
合計通院率	26.40%

図表 3 8 青年期～高齢期（～74歳まで）の咀嚼の状況（令和4年度）

質問票の項目	錦町						同規模平均	熊本県	国
	中学3年生 健診		基本健診 (19～39歳)		特定健診 (40～74歳/国保)		特定健診 (40～74歳/国保)		
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合	割合
何でも噛める	101	94.4	118	93.7	—	75.0	76.9	78.9	79.3
噛みにくい	5	4.7	8	6.3	—	23.9	22.2	20.4	19.9
ほとんど噛めない	0	0.0	0	0.0	—	1.1	0.9	0.7	0.8

(KDB システム「様式 5-1」抜粋)

図表 3 9 後期高齢者健診の咀嚼の状況（令和4年度）

質問票の項目	錦町	同規模平均	熊本県	国
半年前より固いものが食べにくい	33	29.5	25.3	27.7
お茶や汁物等でむせる	18.8	19.9	18.9	20.9

※令和2年度から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」事業の開始に伴い、後期高齢者健診の質問票が基本チェックリストに基づく内容に変更になった。

(KDB システム「地域の全体像の把握」抜粋)

目 標

- ・ 8020 を目標に、歯を守りながら身体の健康を保持するための取り組みを行います。
- ・ 生涯を通じて自分の歯でしっかり噛んでおいしく食べることを目指します。

具体的な取り組み

乳幼児期：今後も、継続的に健診・教室時に、フッ化物塗布や保育施設・学校でのフッ化物洗口を実施する。また、あわせてブラッシング指導や大切さについて啓発する。

学齢期：今後も継続的に学校でのフッ化物洗口を実施する。

歯科衛生士の個別のブラッシング指導を学校と協力して実施する。

青壮年期：今後も、歯周疾患検診を継続実施し、受診率向上にも努める。

また、歯周疾患と糖尿病の関連性について普及啓発を図り、歯科医師会との事業の連携を図る。

高齢期：今後も、地域包括支援センターと連携し、個別指導や地域のサロン等を活用して、口腔機能の維持向上に努める。

2) 生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防

■がん

がんは死亡原因の第1位であり、国民の2人に1人は一生のうちに何らかのがんに罹患するといわれている。

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るが、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”である。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1cm大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれている。30回くらいの細胞分裂には10～15年の時間がかかると言われている。

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ある。

腫瘍の大きさや転移の有無などががんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは5年生存率が8～9割のことを言う。がんは遺伝子の変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため予防が難しいと言われてきたが、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た。

また、細胞であればどこでもがん化する可能性はあるが、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る。

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・C型肝炎ウイルス、ヒトパピローマウイルス、成人T細胞白血病ウイルス、）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌）への感染のほか、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多くある。

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予防の取り組みとしての生活習慣の改善が、結果的にはがんの発症予防に繋がると考えられる。（図表40）

重要化予防：

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、早期発見であり、自覚症状がなくても定期的ながん検診を受けることが必要である。

このため、有効性が確立されているがん検診の受診率を向上させることが重要である。（図表40）

図表40 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%	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	△		△	○	○	○		高身長 良性乳腺疾患のが既往 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
 I-a: 検診による死亡率減少効果があるとすると、十分な根拠がある
 I-b: 検診による死亡率減少効果があるとすると、相応な根拠がある
 Ⅲ: 検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や報告が、現時点で見られないもの

[参考] 国立がん研究センター科学的根拠に基づくがん検診推進のページ 予防と検診
 「がんはどこまで治せるのか」「がんの正体」「がんの教科書」

現状と課題

がんになる確率の高い高齢者人口比率が増加していることに伴い、がんによる死亡者数は今後も増加していくことが予測されるが、錦町の令和1から2年度の死亡数をみると、減少傾向にある。今後も、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と、検診受診率を維持または向上していくことによる重症化予防に努めることで、がんの死亡者数の減少を図る。(図表41)

図表41 錦町がん別死亡数(令和1～2年度)

死亡数	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん
R01年度	3	10	2	1	-
R02年度	4	9	3	-	-

(「熊本県 がん検診関係データ集」)

目標

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て行われている。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する。

錦町のがん検診受診率は、どの部位においても県より高いが、前回計画策定時より減少し、特に肺・大腸・子宮頸部では10%以上下がった。がん検診受診者の中から一定数の人にがんが見つかるため、今後もがん検診の重要性を周知し、がん検診受診率や精密検査受診率の向上に努める。(図表42)

図表42 令和1年度 各がん検診精度管理指標数値(全年齢)

部位		精度管理指標(%)			
		受診率	要精検率	精検受診率	がん発見率
胃	錦町	↓10.3	4.4	↑↑85.7	↑0.21
	熊本県	↓8.2	↓4.4	↓80.1	0.11
肺	錦町	↓↓25.7	↑0.4	100.0	0.00
	熊本県	↓12.0	↑0.9	↑76.5	0.03
大腸	錦町	↓↓20.3	↓6.2	↑80.0	0.29
	熊本県	↓↓11.2	7.4	78.6	0.17
子宮頸部	錦町	↓↓19.4	↓↓0.4	100.0	0.00
	熊本県	↓↓16.0	↑2.0	↑85.8	↓0.02
乳	錦町	19.6	↓↓1.9	71.4	↑↑0.53
	熊本県	↓↓16.2	↓5.3	↑92.3	0.30

※↑・↓：前期計画策定時より上昇・減少、矢印2つは10%以上の増減

(「熊本県 がん検診関係データ集」)

具体的な取り組み

- ・がん検診受診率向上を図る。
対象者へ健診申込書を世帯毎に配布して申込みを取り、個別に問診票を送付。がん検診推進事業で対象者へクーポン券を郵送し受診を促す。
対象：子宮がん検診(年度末年齢21歳)、乳がん検診(年度末年齢41歳)
- ・がん検診の質の確保のために、制度管理項目を遵守できる検診機関を選定する。
- ・要精検者に対し、がん検診実施機関と連携を図りながら精密検査の受診を勧奨。

■循環器病

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで主要死因の大きな一角を占めている。これらは、単に死亡を引き起こすのみでなく、急性期治療や後遺症治療（リハビリ等）・介護を要するために、個人的にも社会的にも負担が大きい。

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

循環器疾患の予防はこれらの危険因子を、健診データで複合的、関連的に見て、改善を図っていく必要がある。

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する。

現状と課題

図表 6 にあげた標準化死亡比（SMR）は、男性は同規模・国より低くなったが、女性は依然として同規模・県・国より高く、予防可能な疾患のうち、脳疾患・腎不全は特に高い状況である。

高額な医療費を要する疾患の内訳をみると、中長期目標疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患）の医療費合計が総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると増加している。その要因として、脳血管疾患・腎疾患（透析有）が平成 30 年度より約 2%伸びていることがある。（図表 43）

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が 67 人（6.1%）と前回計画策定時より多くなり、そのうち約半数は未治療であった。また未治療者のうち 9 人（31%）は臓器障害の所見がみられたため早急な受診勧奨が必要である。また、治療中であってもⅡ度高血圧以上だった者も 38 人（7.4%）に増加していることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となる。（図表 44）

錦町の治療者割合が多い脳血管疾患は、発症時の急性期のみならずリハビリ等による慢性期を含む総医療費、また退院後も長期の介護費がかかるなど、社会保障費の増加へつながる。その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えられる。

冠動脈疾患の大きな原因として高血圧と脂質異常症がある。特定健診受診者の血圧Ⅱ度以上の割合は、令和 1 年度までは減少傾向だったがその後増加に転じ、重度であるⅢ度以上は低率で推移している。未治療者の割合も一時期まで増加傾向だったが近年は改善しつつある。また、LDL160 以上の割合は令和 1 年度をピークに減少傾向にある。しかし、医療機関受診勧奨値である 180 以上は横ばいで、そのうち未治療者が約 90%と高率で推移して治療につながってない状況がある。（図表 45）

これまでは血圧の値で保健指導の優先順位を決めていたが、脳心血管予防の視点から考えると高値血圧やⅠ度以上でも高リスク者がいるため、リスク層に応じて保健指導の優先順位を検討していく必要がある。高血圧治療ガイドライン 2019 に「家庭血圧による高血圧診断を優先する」とあることから、血圧手帳を活用し、家庭血圧の測定を勧めていく。（図表 46）

血圧も脂質も薬の効果が大きいことやプラークがある場合には退縮効果も期待でき

ることから、健診を受けた人を確実に医療機関へつなげていくことで健診データの改善をはかり重症化予防していくことが重要になる。

メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は証明されており、平成20年度から始まった生活習慣病予防のための特定健診では、減少が評価項目の一つとされ、町のデータヘルス計画でも短期目標としてあげている。

図表14の健診結果をみると、メタボ該当者・予備群・腹囲の全てにおいて女性の割合が増加している。特に内臓脂肪の蓄積を反映する腹囲の基準値以上者は、町の割合が同規模・県・国より高く、女性の割合の高さが要因となっている。健診後の生活改善の取り組みについて、食事や運動などに取り組む者が増えることで改善へつなげていくことが必要である。

図表4-3 国保の高額疾患の内訳

			錦町		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			9億0457万円	8億9224万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			7632万円	9276万円	--	--	--
			8.437086273	10.40%	8.01%	8.69%	8.03%
中 長 期 目 標 疾 患	脳	脳梗塞・脳出血	0.95%	2.57%	2.07%	1.89%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.94%	0.80%	1.38%	1.02%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	4.82%	6.81%	4.23%	5.52%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.72%	0.22%	0.33%	0.26%	0.29%
そ の 他 の 疾 患	悪性新生物		13.52%	14.86%	17.23%	14.11%	16.69%
	筋・骨疾患		8.02%	7.01%	8.66%	8.56%	8.68%
	精神疾患		11.19%	8.66%	8.13%	9.62%	7.63%

(「KDBシステム 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」)

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注) KDBシステムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表4-4 脳・心・腎を守るために（令和4年度特定健診結果）

健康日本21 (第3次)目標 目指すところ		脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病合併症 年間新発患者数・患者数の減少等	令和04年度 健診受診者(受診率) 1,101人 63.9%
科学的根拠に基づき レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員案)	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員案)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (虚血性心疾患の予防に關するガイドライン(2011年度中間報告書))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	■各疾患の治療状況 治療なし 治療中 高血圧 514 587 脂質異常症 287 814 糖尿病 133 959 3疾患 いっしょ 626 475 ※問診結果による
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.5%) 脳梗塞 (75.9%) 心房性脳塞栓症 (27.7%) 心原性脳塞栓症 (31.2%) ラクナ梗塞 (3.2%) アテローム血行性脳塞栓・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (虚血性心疾患の予防に關するガイドライン(2011年度中間報告書))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	
優先すべき 課題の明確化	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
重症化予防対象	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
該当者数	67 6.1%	14 1.3%	23 2.1%	222 20.2%	70 6.4%
治療なし	29 4.9%	4 0.8%	14 1.7%	21 4.4%	12 2.5%
(重症) 特定保健指導	16 23.9%	1 7.1%	2 8.7%	21 9.5%	5 7.1%
治療中	38 7.4%	10 1.6%	9 3.1%	201 32.1%	58 9.3%
臓器障害 あり	9 31.0%	4 100.0%	3 21.4%	8 38.1%	12 100.0%
CKD(専門医対象者)	1	0	1	2	12
心電図所見あり	9	4	2	7	2
臓器障害 なし	20 69.0%	--	11 78.6%	13 61.9%	--
治療中					
臓器障害 あり	19 50.0%	10 100.0%	5 55.6%	83 41.3%	58 100.0%
CKD(専門医対象者)	7	2	0	29	58
心電図所見あり	15	10	5	65	19
臓器障害 なし	19 50.0%	--	4 44.4%	118 58.7%	--
重症化予防対象者 (実人数)	399 36.2%	87 18.3%	44 11.0%	312 49.8%	39 44.8%
臓器障害あり	12	29	41	62.1%	--
臓器障害なし	142 45.5%	58	103	--	--

(「ヘルスサポートラボツール」)

図表 4 5 特定健診受診者の血圧・LDL の結果の年次推移

重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常 高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲	再掲	再掲
					再)Ⅲ度高血圧	再掲				
						未治療	治療			
H29	1,224	584 47.7%	341 27.9%	267 21.8%	32 2.6%	17 53.1%	15 46.9%	0.5%	2.6%	
H30	1,232	628 51.0%	376 30.5%	194 15.7%	34 2.8%	14 41.2%	20 58.8%	0.2%	2.8%	
R01	1,165	580 49.8%	363 31.2%	192 16.5%	30 2.6%	18 60.0%	12 40.0%	0.5%	2.6%	
R02	1,096	552 50.4%	316 28.8%	185 16.9%	43 3.9%	19 44.2%	24 55.8%	0.3%	3.9%	
R03	1,135	542 47.8%	305 26.9%	237 20.9%	51 4.5%	33 64.7%	18 35.3%	0.6%	4.5%	
R04	1,101	552 50.1%	288 26.2%	194 17.6%	67 6.1%	29 43.3%	38 56.7%	0.1%	6.1%	

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120 未満	120 ~ 139	140 ~ 159	160以上			再掲	再掲	再掲
					再)180以上	再掲				
						未治療	治療			
H29	1,224	687 56.1%	311 25.4%	142 11.6%	84 6.9%	81 96.4%	3 3.6%	1.3%	6.9%	
H30	1,231	657 53.4%	312 25.3%	180 14.6%	82 6.7%	78 95.1%	4 4.9%	1.9%	6.7%	
R01	1,165	642 55.1%	279 23.9%	149 12.8%	95 8.2%	86 90.5%	9 9.5%	1.8%	8.2%	
R02	1,096	557 50.8%	298 27.2%	160 14.6%	81 7.4%	76 93.8%	5 6.2%	2.1%	7.4%	
R03	1,135	611 53.8%	278 24.5%	170 15.0%	76 6.7%	67 88.2%	9 11.8%	2.2%	6.7%	
R04	1,101	622 56.5%	264 24.0%	136 12.4%	79 7.2%	72 91.1%	7 8.9%	1.8%	7.2%	

(「ヘルスサポートラボツール」)

図表 4 6 血圧に基づいた脳心血管リスクの層別化

令和04年度

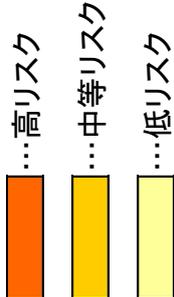
(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会
 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子
 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化
 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)

リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)				Ⅲ度高血圧 180以上 /110以上	Ⅱ度高血圧 160~179 /100~109	Ⅰ度高血圧 140~159 /90~99	高値血圧 130~139 /80~89	該当者数
	229	125 54.6%	75 32.8%	140~159 /90~99 32.8%					
リスク第1層 予後影響因子がない	19 8.3%	C 9 7.2%	B 6 8.0%	B 4 13.8%	A 0				48 21.0%
	136 59.4%	C 75 60.0%	B 46 61.3%	A 15 51.7%	A 0				97 42.4%
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	74 32.3%	B 41 32.8%	A 23 30.7%	A 10 34.5%	A 0				84 36.7%



区分	該当者数
A ただちに薬物療法を開始	48 21.0%
B 概ね1カ月後に再評価	97 42.4%
C 概ね3カ月後に再評価	84 36.7%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

(「ヘルスサポートラボツール」)

目標

重症化する疾患である冠動脈疾患（脳血管疾患、虚血性心疾患等）の血管変化のリスクとなる血圧・脂質のコントロールとメタボリックシンドロームの該当者・予備群を減らす取り組みを行う。

具体的な取組み

- ・ 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
特定健診・基本健診・中学生健診を受けた後に、特定保健指導および高血圧・脂質異常症の発症予防と重症化予防のために、家庭訪問や集団結果説明会などできめ細やかな保健指導を実施。
- ・ 広く町民へ町の実態を伝え、生活改善の動機づけや行動変容を支援する。

■糖尿病

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、認知症、歯周病、癌といった合併症を発症する等、生活の質（QOL：Quality of Life）に多大な影響を及ぼすのみでなく、脳血管疾患（認知症を含む）や心疾患等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す。

糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、心筋梗塞や脳卒中のリスクを2～3倍も増加させるとされている。

現状と課題

糖尿病において重要なのは合併症の発症・進展予防である。「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」では、医療機関未受診者や糖尿病治療中断者に対し優先的に関わることとされており、令和4年度は約40%、79人が該当した。次に、重症化するリスクの高い血糖コントロール目標を達成できていない者（血糖コントロール不良）や尿たんぱく・eGFR等により腎症と診断された者及び腎症が疑われる者について、医療機関と連携して保健活動を行うと示されている。（図表47）

糖尿病の慢性合併症の一つである糖尿病性腎症が進展した結果、必要となるのが人工透析療法である。その原因疾患の第1位は糖尿病であるが、糖尿病性腎症による人工透析は減少傾向で、反対に増加傾向にあるのが高血圧を基礎とする腎硬化症である。町の人工透析患者の推移をみると、一時期は重症化予防の取り組み等によって新規透析導入者の抑制効果がみられたが、令和1年度以降は再び増加傾向にあり、重症化予防対象者が減少するには至っていない現状から継続した保健活動が重要である。また、新規透析導入者の内訳をみると、原因疾患が糖尿病である者もいるため糖尿病の重症化予防も継続していく必要がある。血糖値が正常領域を超えるとあらゆる疾患のリスクとなるため、発症予防の段階から予防していく必要がある。（図表48）

錦町の特定健診結果で糖尿病の指標であるHbA1cをみると、糖尿病が強く疑われるHbA1c6.5以上の割合がコロナ禍で生活様式が変化した令和2年度から増加傾向に転じ、令和4年度は14.7%で最も高くなっている。合併症のリスクが高まるHbA1c7.0以上の割合も令和4年度は6.5%に、さらに未治療者の割合も増加している。（図表49）

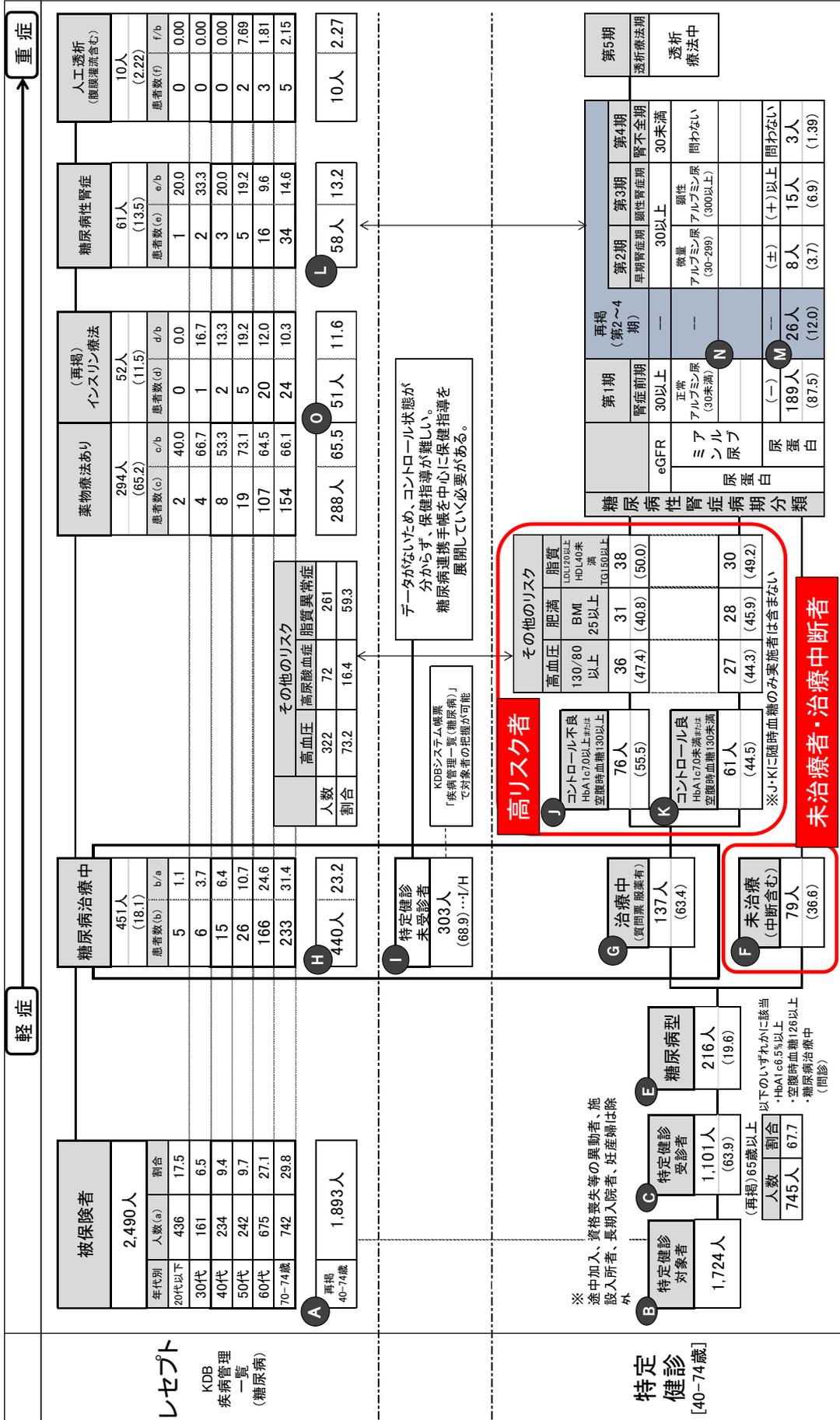
発症予防・重症化予防を含めた血糖値の有所見者割合では、令和4年度の特定健診HbA1c測定者（測定しない場合もあるので受診者数と一致しない）の81.2%（5人中4人）がHbA1c5.6以上の有所見であった。年代別にみると、中学3年生健診ですでに4人中1人が有所見者であり、青年期の基本健診受診者でも5人中2人が有所見に該当する。後期高齢者になると約90%もの人が血糖高値となっていた。（図表50）

遺伝などの背景もあるが、食生活のあり方が大きく影響する。食生活や嗜好は、親から子へつながっていく可能性が高い生活習慣である。中学生の健診結果から、子どもの頃からの生活習慣の積み重ねが健診結果に影響することがわかるため、各年代に応じた糖尿病の発症予防への取り組みが重要となる。

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となる。（図表51・参考資料の図表57）

図表 4-7 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB帳票一覧(栄養・重症化予防)」から集計

図表 4 8 錦町人工透析患者数の推移

年度	H29	H30	R01	R02	R03	R04
人工透析患者数	32	32	33	31	31	29
新規人工透析導入者数 (糖尿病性腎症の人数を再掲)	1	1(1)	4(1)	6(3)	3(1)	8(2)

(錦町の人工透析者一覧より集計)

図表 4 9 HbA1c の年次推移

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c 測定	5.5 以下	5.6~ 5.9	6.0~ 6.4	6.5以上			再掲	再)7.0以上
					未治療	治療	割合		
H29	1,213	265 21.8%	549 45.3%	259 21.4%	140	43	97	11.5%	4.1%
					11.5%	30.7%	69.3%		
H30	1,216	416 34.2%	472 38.8%	204 16.8%	124	29	95	10.2%	4.8%
					10.2%	23.4%	76.6%		
R01	1,165	327 28.1%	487 41.8%	229 19.7%	122	38	84	10.5%	5.0%
					10.5%	31.1%	68.9%		
R02	1,083	208 19.2%	455 42.0%	272 25.1%	148	50	98	13.7%	6.1%
					13.7%	33.8%	66.2%		
R03	1,125	229 20.4%	490 43.6%	246 21.9%	160	55	105	14.2%	6.0%
					14.2%	34.4%	65.6%		
R04	1,092	208 19.0%	461 42.2%	263 24.1%	160	66	94	14.7%	6.5%
					14.7%	41.3%	58.8%		

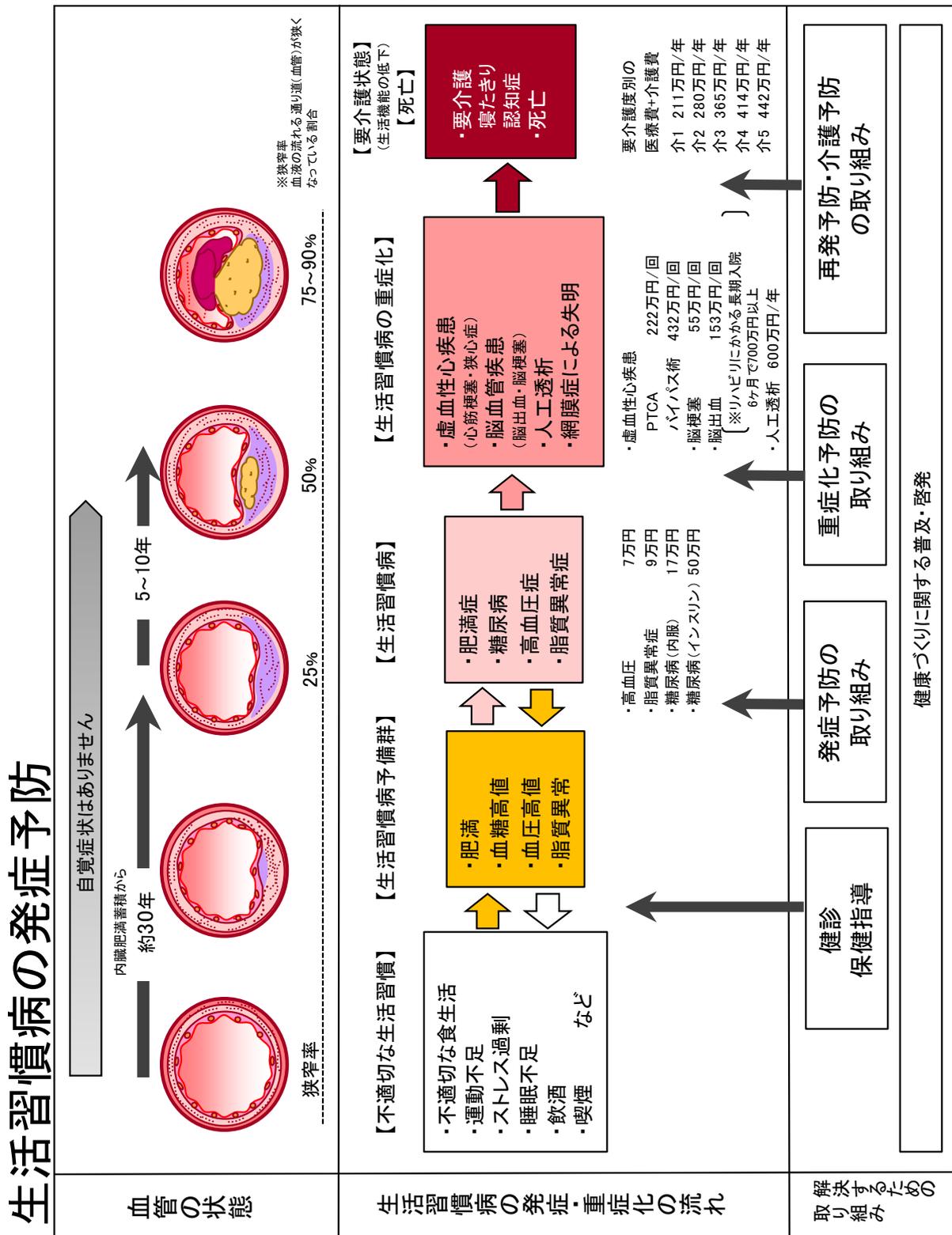
(「ヘルスサポートラボツール」)

図表 5 0 各健診における HbA1c の有所見状況 (令和 4 年度)

HbA1c	中学3年生 健診		基本健診 (19~39歳)		特定健診 (40~74歳/国保)		後期高齢者健診 (75歳以上)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
測定者数	107	--	126	--	1,058	--	480	--
正常	82	76.6%	76	60.3%	198	18.7%	56	11.7%
2次予防(5.6-6.4)	25	23.4%	49	38.9%	703	66.4%	345	71.9%
3次予防(6.5以上)	0	0.0%	1	0.8%	157	14.8%	79	16.5%

(各種健診結果より集計)

図表 5 1 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



(「ヘルスサポートラボツール」)

目標

重症化した疾患である糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の血管変化のリスクとなる糖尿病を減らしていくことを目標に、発症予防と重症化予防の取り組みを行う。

具体的な取組み

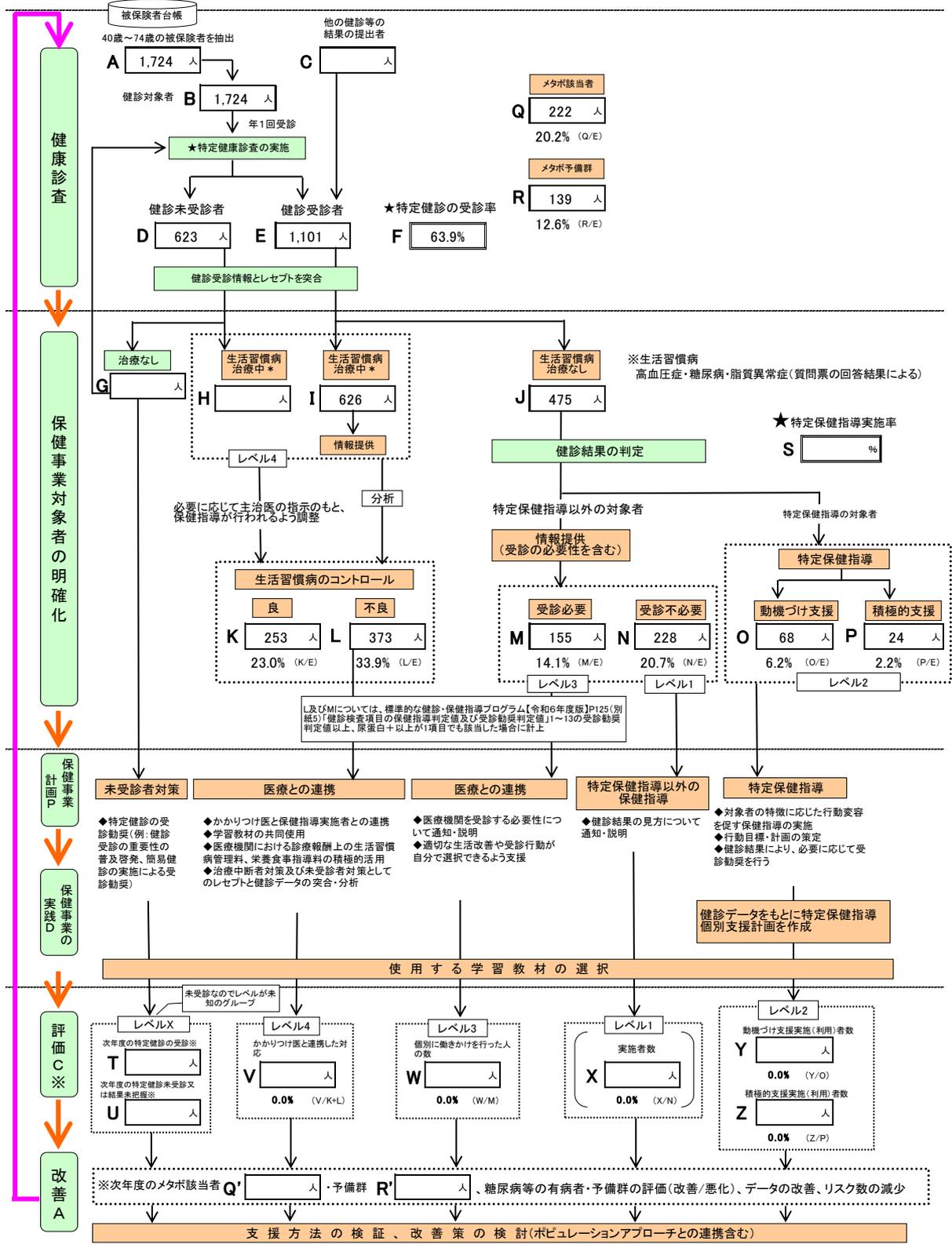
糖尿病等の生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュールに沿って保健活動を実施する。(図表 52)

- ・ 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
特定健診・基本健診・中学生健診を受けた後に、家庭訪問や集団結果説明会などの保健指導の実施。
- ・ かかりつけ医や専門医など医療関係者との連携を図る。
- ・ 広く町民へ食後高血糖の予防のために、野菜 350g、特に血管内皮細胞を守る葉茎野菜の積極的な摂取を推進する。

図表 5 2 糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践フローチャート (様式 5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5
令和04年度



(「ヘルスサポートラボツール」)

【資料編】

図表 5 3 錦町健康増進計画（第三次）における目標値

	分野	評価項目(目標)	実績値			達成状況※	目標	
			計画策定時	中間評価時	最終評価時			
			R4年度 (2022年度)	R11年度 (2029年度)	R17年度 (2035年度)			
健康づくりに関する生活習慣の改善	栄養・食生活	妊婦健診で異常がある人の割合の減少	56.1%(R3)				減少	
		低出生体重児の割合の減少	3.7%				減少	
		妊娠期～乳幼児期の朝食欠食をすする割合の減少	3.7%				減少	
		学齢期に肥満傾向にある子どもの割合の減少	16.0%				減少	
		肥満者の割合の減少(国保40～74歳)	29.4%				減少	
		就寝前に夕食をとる人の割合の減少(国保40～74歳)	16.7%				減少	
		低栄養傾向(BMI18.5未満)の高齢者の割合の減少	9.6%				減少	
	身体活動・運動	運動習慣のある人の増加(国保40～74歳)	32.7%				増加	
	休養	睡眠で十分な休養がとれていない人の割合の減少(国保40～74歳)	21.0%				減少	
	飲酒	妊娠中に飲酒する人の割合の減少	0.0%				減少	
		1日2合以上飲む人の割合の減少(国保40～74歳)	10.4%				減少	
	喫煙	妊娠中の喫煙をなくす	3.7%				減少	
		喫煙率の減少(国保40～74歳)	15.3%				減少	
	歯・口腔の健康	3歳児むし歯保有率の減少	17.9%(R3)				減少	
小学1年生のむし歯保有率の減少		8.6%				減少		
中学1年生の一人平均むし歯数の減少		1.9%				減少		
歯周疾患検診受診率の増加		5.4%				増加		
生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	循環器疾患の予防(国保40～74歳)	特定健診受診率の増加	65.0%				増加	
		メタボリックシンドローム該当者の減少率の増加	21.3%				増加	
		高血圧(血圧Ⅱ度以上の割合)の減少	6.1%				減少	
		脂質異常症(LDL160以上の割合)の減少	7.2%				減少	
		脳疾患での死亡原因の減少	17.7%				減少	
		心臓病での死亡原因の減少	22.8%				減少	
		糖尿病・糖尿病性腎症の予防(国保40～74歳)	糖尿病有病者数の減少	13.9%				減少
	血糖コントロール不良者の割合の減少(HbA1c6.5以上の未治療者)		41.3%				減少	
	糖尿病性腎症による新規透析導入者数の減少		1人				減少	
	がんの予防	がん検診受診率の向上	胃がん検診(50～69歳)	15.4%				増加
			肺がん検診(40～69歳)	16.7%				増加
			大腸がん検診(40～69歳)	16.5%				増加
			子宮がん検診(20～69歳)	23.2%				増加
乳がん検診(40～69歳)			28.4%				増加	

※ ○は達成、△は達成していないが改善傾向、×は未達成

図表5 6 ライフコースにおける健康診査項目一覧

項目		法律										母子保健法		労働安全衛生法		高齢者の医療の確保に関する法律				
		健康診査の名称等 【ライフステージ】対象年齢・時期等（基準値）										1歳から3歳児健診 1歳から3歳児健診		定期健康診断 40歳未満 40歳以上		特定健康診査 40～74歳 75歳以上				
身長		幼児 3～5歳	小学生 6～8歳	中学生 9～11歳	高校生 12～14歳	15～17歳	成人 18歳以上	65歳以上		小・中・高等学校 1年1回		小・中・高等学校 1年1回		小・中・高等学校 1年1回		小・中・高等学校 1年1回				
内臓臓器の機能	BMI・肥満度	肥満度 15%未満	肥満度20%未満										BMI 25未満							
		肥満初期(5～16週) 25未満																		
	腹囲	肥満中期(17～28週) 27.2未満	腹囲75cm未満										腹囲80cm未満		男 85cm未満 女 90cm未満					
		肥満後期(29～40週) 28.3未満	腹囲/身長比 0.5未満										120 mg/dl 未満		150 mg/dl 未満					
	中性脂肪	150 mg/dl 未満	40 mg/dl 以上																	
		AST(GOT)	30 IU/L 以下																	
	肝機能	ALT(GPT)	30 IU/L 以下																	
		γ-GT(γ-GTP)	50 IU/L 以下																	
	空腹時	空腹時	120 mg/dl 未満	140 mg/dl 未満																
		HbA1c	6.2 % 未満	5.6 % 未満																
血圧	収縮期血圧(高mmHg)	130/85 未満	128/70 未満										130/75 未満		130/85 未満					
	拡張期	70 mg/dl 以下	5.2 mg/dl 以下										6.1 mg/dl 以下		7.0 mg/dl 以下		7.0 mg/dl 以下			
脂質	LDLコレステロール(mg/dl)	159 以下	LDL-C以外の主要危険因子数(※1)										0		139 以下					
		139 以下	3以上または補尿病、脳障害、閉塞性動脈硬化疾患の合併										119 以下		99 以下					
	119 以下	冠動脈疾患の既往あり										0.5 未満		0.6 未満		0.7 未満		0.8 未満		
	99 以下											0.8 未満		0.7 未満		0.8 未満		0.8 未満		
腎臓	血清クレアチニン(mg/dl)	0.5 未満	正常GFR 133±27 ml/分										男子 140±30 ml/分 女子 126±22 ml/分		60 ml/分 以上					
	eGFR	60 ml/分 以上																		
心臓	心電図	異常なし	異常なし										異常なし		異常なし					
		異常あり																		
腸血管	ヘマトクリット	男	男 38.5～48.9%										35.5～43.9%							
		女	男 13.1～18.6g/dl										12.1～14.6g/dl							
血液	血色素(ヘマトクリット)	男																		
		女																		
その他	喫煙	禁煙																		
		喫煙																		

※は該当項目で実施している項目

※は該当項目で実施している項目

※は該当項目で実施している項目

※は該当項目で実施している項目

※は該当項目で実施している項目

図表 5 7 健診結果の経年変化と HbA1c が上がる要因

健診結果の変化をみて HbA1cが上がる要因はタイプによって違います

① 健診結果を確認しよう	BMI	HbA1c	%
② 自分のタイプは？	Aタイプ [体重が増えなくても、HbA1cがギリギリまで上がらないタイプ]	Bタイプ [体重が増えてくるとHbA1cが上がるタイプ]	Cタイプ [体重が増えなくても、早くからHbA1cが上がるタイプ]
③ 日常的に食べるものはありますか？	家系内血縁者に糖尿病の人がいる		
④ 体の中でどのように使われる？	脂質中心	脂質 + 糖質	糖質中心
インスリンの仕事	脂肪 ● はインスリンが無くても脂肪細胞に入る	脂肪 ○ はインスリンが無くても脂肪細胞に入る 糖 ★ を細胞にしまうためにインスリン ▼ が一気にとくさん必要	糖 ★ を細胞にしまう(血糖値を下げる)ためにインスリン ▼ が一気にとくさん必要
脂肪と糖のゆくえ	血液 インスリンが無くても入る 脂肪細胞 悪玉サイトカイン	血液 インスリンが無くても入る 脂肪細胞 筋肉 肝臓	血液 インスリンが無くても入る 脂肪細胞 筋肉 肝臓
すい臓の力	インスリンが効きにくくなる インスリンをたくさん出す すい臓が力尽きると、インスリンが出せなくなる	インスリンが出てくるのが遅くなる + 体重が増える(脂肪細胞が大きくなる)とインスリンが効きにくくなる	インスリンが出てくるのが遅い 出せるインスリンの量が少ない

日本人は欧米人と比べて身長が低いいため、臓器をしまうスペースが少なく、すい臓が大きくなれない

図表5-9 年代ごとの食品の目安量

食品	妊娠										幼児		小学生		中学生		高校生		高齢者								
	前期 0~16週 未週	中期 16~28 週未週	後期 28~40 週	妊娠高血糖		妊娠高血圧症候群		授乳期		乳児		3歳		5歳		6~8歳		9~11歳		12~14歳		15~17歳		成人		70歳以上	
				原糖+	原糖-	原糖+	原糖-	6か月 開始 2ヵ月	8か月 開始 4ヵ月	11か月 開始 7ヵ月	3歳	5歳	6~8歳	9~11歳	12~14歳	15~17歳	成人	70歳以上	男	女	男	女	男	女	男	女	
第1群	乳製品 牛乳1本 200cc	200	200	200	200	200	200	400	母乳・ ミルク 900	母乳・ ミルク 700	母乳・ ミルク 600 (ア レーン ヨーグ ルト)	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	200	200	200	200	
	卵	50	50	50	50	50	50	50	卵黄5	卵黄~ 全卵25	卵黄~ 全卵25	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		
第2群	魚介類	50	50	50	50	50	50	50	0	10	15	30	40	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		
	肉類	50	50	50	50	50	50	50	0	10	15	25	40	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		
第3群	大豆製品	165	165	165	165	165	165	165	5	0	40	40	70	80	100	150	100	100	100	100	100	100	110	110	110		
	雑穀類	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	20	30	45	70	100	100	150	200	150	150	150	150	150	150	150	150	150		
第4群	淡色野菜	250	250	250	250	250	250	250	20	20	45	100	140	150	200	180	250	250	250	250	250	250	250	200	200		
	いも類	100	100	100	100	100	100	100	20	20	30	40	50	80	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
第5群	異物	120kcal	120kcal	120kcal	120kcal	120kcal	120kcal	120kcal	-	すりお ろし30 ~40	すりお ろし50 ~70	80kcal															
	きのこ	50	50	50	50	50	50	50	-	-	-	20	30	30~50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		
第6群	海藻	50	50	50	50	50	50	50	-	3	5	20	20	30	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50		
	穀類	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち		
第7群	種実類 油脂	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	バター で2	バター で3	4	個人に よりま ちまち															
	砂糖類	20	20	20	20	20	20	20	0	0	3	10	10	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20		
酒類 (アルコール)	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		