

健康吉野ヶ里21（第二次）

「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(第三次))」

令和6年3月

吉野ヶ里町

目 次

第1章	計画策定にあたって	1
1	計画策定の背景と趣旨	1
2	計画の性格	4
3	計画の期間	5
4	計画の対象	5
第2章	第1次健康増進計画の評価と課題	6
1	生活習慣病の発症予防と重症化予防	6
(1)	がん	6
(2)	循環器疾患	6
(3)	糖尿病	7
(4)	歯・口腔の健康	7
2	生活習慣・社会環境の改善	
(1)	栄養・食生活	7
(2)	身体活動・運動	8
(3)	飲酒	8
(4)	喫煙	8
(5)	休養	8
(6)	こころの健康	8
表1	目標指数と達成状況一覧	9
第3章	本町の概況と特性	12
1	人口動態	
(1)	人口の状況	12
(2)	世帯の状況	14
(3)	死亡	16
(4)	出生	20
2	介護・医療等の状況	
(1)	介護保険	22
(2)	後期高齢者医療	24
(3)	吉野ヶ里町国民健康保険	26
(4)	特定健診保健指導の状況	29

第4章 課題別の実態と対策

1	健康寿命の延伸と健康格差の縮小	31
図2	ライフステージにおける目標	32
2	生活習慣病の発症予防と重症化予防	34
(1)	がん	34
(2)	循環器疾患	39
(3)	糖尿病	49
3	生活習慣の改善	54
(1)	栄養・食生活	54
(2)	身体活動・運動	60
(3)	休養・睡眠	64
(4)	飲酒	67
(5)	喫煙	69
(6)	歯・口腔の健康	70
4	生活機能の維持向上	76
5	社会環境の質の向上	78
(1)	社会のつながり・心の健康の維持・向上	78
(2)	自然に健康になれる環境づくり	78
6	目標の設定	79
表1	国の評価指標と吉野ヶ里町の目標値一覧	80

第5章 食育基本計画

1	国の推進体制	84
2	基本理念	86
3	本町での食生活や健康の現状と課題	86
4	基本的な考え方	86
5	施策の展開	86
(1)	施策の方向性	86
(2)	町及び関係団体の取組み	87

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の背景と趣旨

国においては、少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命を延伸し、また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差の縮小を実現することを最終的な目標とした、第4次国民健康づくり対策「21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）」による取り組みを平成25年から推進されてきました。

こうした中、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う影響は、社会、経済、さらには人々の行動や価値観などあらゆる面に波及し、生活様式や健康意識の変化をもたらしました。さらには、少子高齢化のさらなる進行や、人口減少、独居世帯の増加、デジタルトランスフォーメーション（DX）の加速等の社会変化が予想されています。

これらの課題等を踏まえ、令和6（2024）年度からは、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き、第5次国民健康づくり対策である「21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）」が開始することとなり、その推進に当たっては、これまでの取組の変遷に留意しつつ、新たな健康課題や社会背景、国際的な潮流等を踏まえながら、取り組んでいくことが必要となっています。

この、第三次計画では「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」をビジョンに掲げ、誰一人取り残さない健康づくり（Inclusion）を推進し、より実効性をもつ取組の推進（Implementation）に重点に置き、これらを実現するため、基本的な方向を①健康寿命の延伸・健康格差の縮小、②個人の行動と健康状態の改善、③社会環境の質の向上、④ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりの4つとしました。

図 1



また、国は食育に関する施策を総合的かつ計画的に推進していくため、令和3年3月に「第4次食育推進基本計画」を策定しました。基本的な方針として「生涯を通じた心身の健康を支える食育の推進」「持続可能な食を支える食育」「新たな日常やデジタル化に対応した食育の推進」の3つの重点事項を掲げ、国民の健全な食生活の実現と、環境や食文化を意識した持続可能な社会の実現のために、SDGsの考え方を踏まえながら、多様な関係者が相互の理解を深め、連携・協働し、国民運動として食育を推進することとしています。

本町では、「国民健康づくり運動」の基本的な方向及び目標項目を吉野ヶ里町の特徴や、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、第一次健康増進計画「健康吉野ヶ里21」を平成25年度から令和4年度を計画期間として、策定しました。当該計画期間は、令和3年に国の「健康日本21」が1年延長したことにより、町の計画期間も令和5年度までとして、計画を推進しているところです。

今回、国の第5次国民健康づくり対策である「21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）」を念頭に置きながら、本町第1次計画の流れを踏まえ、生活習慣病予防に視点をおいた、吉野ヶ里町第2次健康増進計画「健康吉野ヶ里21（第二次）」を策定しました。

(参考) 健康日本 21 (第三次) 「基本的な方向」の詳細

4つの基本的な方向の詳細は、以下のとおりです。

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のため、個人の行動と健康状態の改善に加え、個人を取り巻く社会環境整備や、その質の向上を通じて健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を実現する。

(2) 個人の行動と健康状態の改善

国民の健康増進を推進するに当たって、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善（リスクファクターの低減）に加え、こうした生活習慣の定着等によるがん、生活習慣病（NCDs：非感染性疾患）の発症予防、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に関して引き続き取組を進めていく。

一方で、生活習慣病（NCDs）に罹患せずとも、日常生活に支障を来す状態となることもある。ロコモティブシンドローム（運動器症候群）、やせ、メンタル面の不調等は生活習慣病（NCDs）が原因となる場合もあるが、そうでない場合も含め、これらを予防することが重要である。また、既がんとなどの疾患を抱えている人も含め、「誰一人取り残さない」健康づくりの観点から、生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防だけでなく健康づくりが重要である。こうした点を鑑み、生活機能の維持・向上の観点も踏まえた取組を推進する。

なお、「生活習慣病」は生活習慣のみならず、個人の体質等が発症に影響を及ぼすにもかかわらず、その用語から生活習慣の影響のみで発症すると誤解されやすく、第三者からの偏見・差別や、自己否定といったスティグマを生み、場合によってはそのスティグマが健康増進の取組を阻害するという指摘がある。一方で、「生活習慣病」という用語が世界的に広く定着していることを踏まえ、用語のあり方については、社会動向等も踏まえ、中長期的に検討が必要である。

(3) 社会環境の質の向上

健康日本21（第二次）の期間中の動向も踏まえ、関係省庁とも連携しつつ、取組を進める。

就労、ボランティア、通いの場等の居場所づくりや社会参加の取組に加え、各人がより緩やかな関係性も含んだつながりを持つことができる環境整備やこころの健康を守るための環境整備を行うことで、社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上を図る。

健康な食環境や身体活動・運動を促す環境をはじめとする自然に健康になれる環境づくりの取組を実施し、健康に関心の薄い者を含む幅広い対象に向けた予防・健康づくりを推進する。

誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備として、保健・医療・福祉等へのアクセスの確保に加え、PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）をはじめとする自らの健康情報を入手できるインフラ整備、科学的根拠に基づく健康に関する情報を入手・活用できる基盤の構築や周知啓発の取組を行うとともに、多様な主体が健康づくりに取り組むよう促す。

(4) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

社会がより多様化することや、人生100年時代が本格的に到来することを踏まえれば、(1)から(3)に掲げる各要素を様々なライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）において享受できることがより重要であり、各ライフステージに特有の健康づくりについて、引き続き取組を進める。

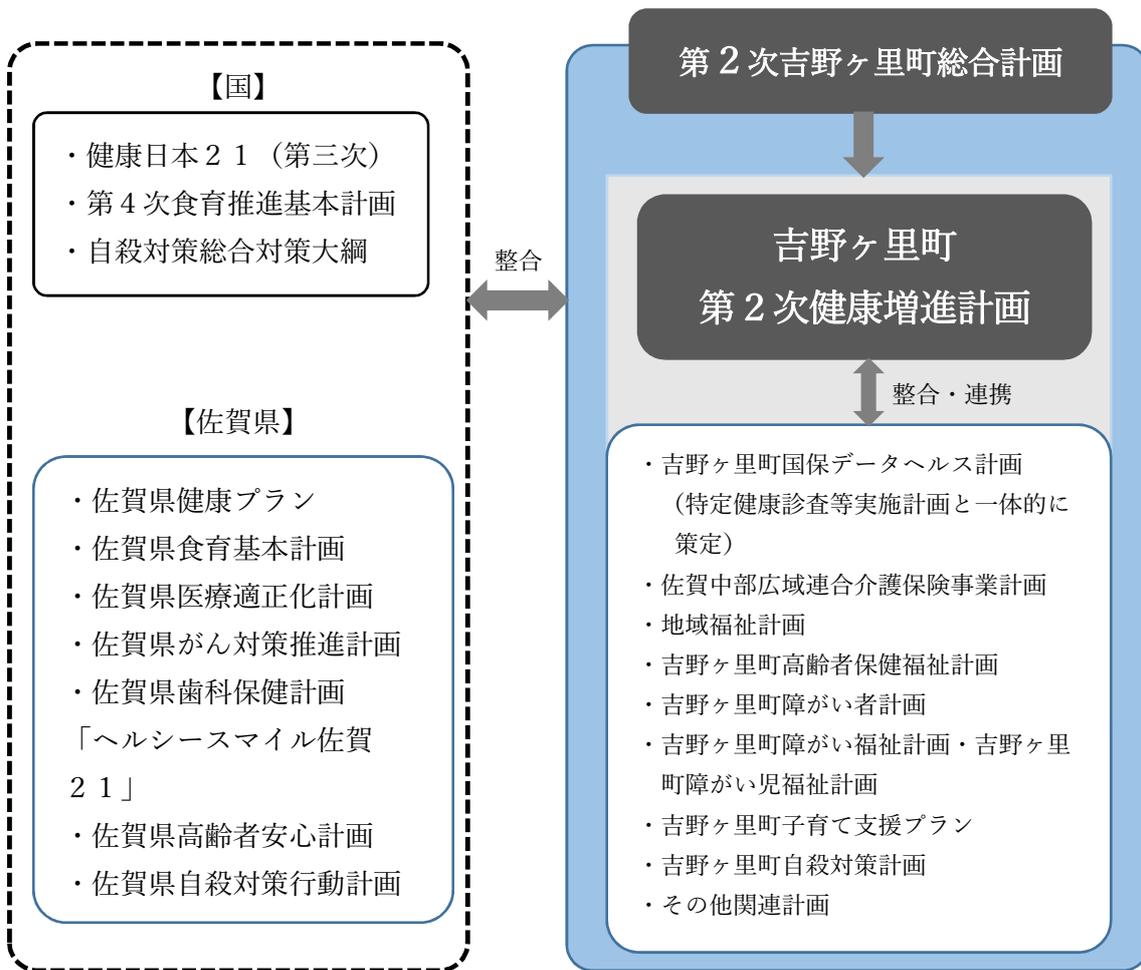
加えて、現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性や次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものである。これらを踏まえ、ライフコースアプローチ（胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり）について、健康づくりに関連する計画等とも連携しつつ、取組を進めていく。

2 計画の性格

本計画は、「健康増進法」第8条第2項に基づく「市町村健康増進計画」と、「食育基本法」第18条に基づく「市町村食育推進計画」を一体的に策定した計画です。

また、本計画は、「第2次吉野ヶ里町総合計画」を上位計画として、「データヘルス計画」等の健康づくりに関連する計画・施策と整合性を図りながら推進します。

図2 各計画との関連図



3 計画の期間

国が令和6年度に行う国民健康・栄養調査のデータをベースライン値とし、開始6年後（令和11年度）に中間評価を、開始10年後（令和15年度）に最終評価を行い、最終年の令和17年度は次々期計画を策定する期間としていることから、本町においても、同様に、当計画の目標年次は令和15年度とし、計画の期間は令和6年度から令和17年度までの12年間とします。

図3 計画期間中のスケジュール（予定）



4 計画の対象

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

第2章 第一次健康増進計画の評価と課題

第一次健康増進計画の最終評価を行うに当たり、第二次計画の取組みと目標指標の達成状況を確認し、評価を行いました。

(表1 吉野ヶ里町 目標指数と達成状況 参照)

1 生活習慣病の発症予防と重症化予防

(1) がん

6項目の指標のうち、各種がん検診の受診率については、平成29年度より地域保健報告の集計方法が変更となり、指標が計画策定時と異なるため評価が難しい状況です。このため、近い年度の県、国の平均と比較をしました。

どちらの平均よりも受診率が高いものは「子宮頸がん検診」のみで改善傾向にあると言えます。

「胃がん検診」については国よりも高いですが県平均より低いため、横ばい傾向、

「肺がん・大腸がん・乳がん」については県・国より低く1%以上の差があり改善傾向が見られないと言えます。

(2) 循環器疾患

7項目の指標のうち、目標に達した項目はありませんでしたが、改善した項目は、「脂質異常症の減少」、「特定健康診査受診率の向上」、「特定保健指導の終了率」の3項目になります。

一方、悪化傾向にあるものは、「脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率の減少」「高血圧の改善」「メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の減少」となっています。

「脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率」の男性については県・国と比較すると低い状況です。

(3) 糖尿病

4項目の指標のうち、目標達成した項目は、「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」の1項目になります。

「治療継続者の割合の増加」については目標より低い値でしたが、平均を上回り改善傾向にあると言えます。

また「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」については横ばい傾向にあります。

一方、悪化傾向にあるものは、「HbA1cがJDS値6.1%（NGSP値6.5%）以上の者の割合の抑制」となっています。

(4) 歯・口腔の健康

3項目の指標のうち、目標を達成した項目は、「3歳児でう蝕がない者の増加」及び「12歳児の一人平均う蝕数の減少」の2項目です。

「過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加」の項目は、当町では把握が難しいため、「町国保年間加入者の40～74歳の歯科医受診状況」でみてみますと、県と同程度で、割合は横ばいでした。

2 生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(1) 栄養・食生活

6項目の指標のうち、目標達成した項目は、「低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合増加の抑制」「全出生中の低出生体重児の割合」、横ばい傾向にあるのは「40～60歳女性の肥満者の割合の減少」です。

一方、悪化傾向にあるものは、「20～60歳代男性の肥満者の割合減少」（国保40～60歳で集計）「20歳代女性のやせの者の割合」「肥満傾向にある子どもの割合の減少」（小学5年生男子・女子で集計）の3項目です。

(2) 身体活動・運動

3項目の指標のうち、目標達成したものは、運動の項目で吉野ヶ里町国保の健診受診者の問診より、「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の割合増加」の40～64歳男性・女性、65歳～74歳男性・女性、「1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施する者の割合の増加」の40～64歳男性・女性、65歳～74歳男性・女性 になります。

一方、横ばい傾向にあるものは、「介護保険サービスの認定者の増加の抑制」です。高齢者が増加しているため人数は増回していますが、認定割合は大幅に伸びておらず県・国より低くなっています。

(3) 飲酒

指標のうち、目標達成した項目は、「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」の男性です。

一方、悪化傾向にあるものは、「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」の女性となっています。

(4) 喫煙

1項目の指標のみで、「成人の喫煙率の減少」は改善しています。

(5) 休養

1項目の指標のみで、「睡眠による休養を十分取れていない者の割合の減少」が悪化しています。

(6) こころの健康

1項目の指標のみで、「自殺者数の減少」項目は中間評価時より改善傾向ですが目標には達していない状況です。特に女性では県・国に比べ若干高い状況です。

表 1

吉野ヶ里町 目標指数と達成状況

◎：「目標値に達した」
 ○：「目標値に達していないが改善傾向にある」
 △：「横ばい傾向にある」
 ■：「改善傾向がみられない」
 —：「指標又は把握方法が計画策定時と異なるため評価が困難」

分野	項目	国の現状値		町（計画策定時）		町の目標値		町の中間評価	町の評価	評価	参考 県	参考 国	データソース
			平成22年		平成22年		平成27年	平成28年	令和4年				
がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	84.3	平成22年	95.4	平成22年	減少	平成27年				R3 72.4	R3 67.4	① がん情報サービス
	がんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）							149.0 H18～H28 (基準人口S60)	308.5 H23～R3 (基準人口H27) 男：428.3 女：229.0	—■	281.4 H23～R3 (基準人口H27) 男：426.2 女：208.9	R2 男：394.7 女：196.4	① 佐賀県保健統計
	②がん検診受診率の向上								※H29より集計方法変更		R3 県	国R3地域保健報告平均	②
	・胃がん	男性 34.3% 女性 26.3%	平成22年	14.9%	平成23年	19.9%	平成28年	15.9%	8.3%	—△	8.4%	8.0%	
	・肺がん	男性 24.9% 女性 21.2%		24.6%		29.6%		25.6%	5.3%	—△	6.4%	6.0%	
	・大腸がん	男性 27.4% 女性 22.6%		23.5%		28.5%		22.4%	4.9%	—△	6.9%	7.0%	
	・子宮頸がん	女性 32.0%		34.5%		39.5%		32.8%	23.4%	—○	23.1%	15.3%	
・乳がん	女性 31.4%	42.9%	47.9%	41.1%	13.9%	—■	17.4%	15.5%					
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）							H18～H28 (基準人口S60)	H23～R3 (基準人口H27)		H23～R3	R2 国	① 佐賀県保健統計
	・脳血管疾患	男性 49.5 女性 26.9	平成22年	男性58.1 女性32.9	H12～22	男性41.7 女性24.7	平成34年度	男性 34.6 女性 21.6	男性 84.8 女性 62.5	—	男性104.7 女性 63.0	県 男性 93.8 女性 56.4	
	・心疾患	男性 36.9 女性 15.3		男性68.0 女性35.4	H12～22	男性31.8 女性13.7		男性55.0 女性31.0	男性135.5 女性108.8	—	男性159.4 女性106.1	県 男性190.1 女性109.2	
	②高血圧の改善（高血圧Ⅱ度（160/100mmHg）以上の者の割合）			3.2%		2.5%		35人 (3.4%)	45人 (4.8%)	■	4.50%	参考 研修会参加市町 平均 6.0%	
	③脂質異常症の減少 （i：総コレステロール240mg/dl以上の者の割合） （ii：LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合）	i：18.5% ii：10.2%	平成22年	- 107人 (10.3%)	平成23年	- ii：7.7%		- 142人 (13.6%)	- 92人 (10%)		○		
	④メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	約1,400万人	平成20年度	294人 (29.6%)	平成20年度	平成20年度と比べて25%減少	平成28年度	278人(28.1%) 5%減	319人(36.6%) 該当者205人 (23.5%) 予備群114人 (13.0%)	■	R4 県 34.2% 該当者 22.0% 予備群 12.2%	R3 国 国保 31.8% 該当者 20.6% 予備群 11.2%	③
	⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ・特定健康診査の実施率 ・特定保健指導の終了率	41.3% 12.3%	平成21年	46.20% 56.10%	平成23年 法定報告	国保60% 国保70%	平成29年度 特定健診等実 施計画で策定	46.8% 67.8%	47.3% 64.9%	○ ○	R3 県 39.5% 61.1%	R3 国 国保 36.4% 27.9%	

※ 平成29年度より、地域保健報告の受診率の算定方式が変更され全人口を対象者数とした受診率で算定

分野	項目	国の現状値		町(計画策定時)		町の目標値		町の中間評価	町の評価	評価	参考 県	参考 国	データソース
								平成28年	令和4年				
糖尿病	①合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	16,271人	平成22年	5人	平成23年度	現状維持 または減少	平成34年度	H24~H28 47%	H30~R4 31%	◎	R4 新規 43%	R3 新規 40.2%	④
	②治療継続者の割合の増加 (HbA1c(JDS)6.1%以上の者の内治療中と回答した者の割合) ■(糖尿病型HbA1c6.5以上またはFBS126以上で内服(インスリン含)あり)	63.7%		58.30%		75%		50.8%	71.2%	○	R4 県 66.6%	参考 研修会参加市町 平均 68.3%	③
	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	0.80%		◎現状維持 または減少		NGSP値8.4%以上 0.86% NGSP値8.0%以上 1.4%	NGSP値8.4%以上 8人 0.86% NGSP値8.0%以上 20人 2.2%	△			
	④糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c(JDS)6.1%(NGSP)6.5%以上の者の割合)	890万人		8.10%		減少		11.9%	134人 14.5%	■	R4 県 13.6%	参考 研修会参加市町平均 10.2%	
歯・口腔の健康	①乳幼児・学齢期のう触のない者の増加												
	・3歳児でう触がない者の割合の増加	77.1%	平成21年	65.90%		80%以上		78.0%	89.9%	◎	H29 県 78.2% R3 県 85.1%	H29 国 85.6% R2 国 88.2%	⑥
	・12歳児の一人平均う歯数の減少	1.3本	平成23年	0.6本		◎現状維持 または減少		0.69本	0.47本	◎	H29 県 0.70本 R3 県 0.53本	H29 国 0.82本 R2 国 0.68本	⑦
	②過去1年間に歯科検診を受診した者の増加 (国保1年間加入者の40~74歳の歯科医受診状況)	34.1%	平成21年	未把握		65%以上		49%	47%	■	県 H29 48.7%		⑤→⑩
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 (妊娠届け出時のやせの者の割合)	29.0%	平成22年	未把握		20%	平成34年度	16.8%	30.0%	■			⑧
	・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.60%	平成22年度	8.40%				9.43%	7.69%	◎	R3 県 9.2%	R1 国 9.4%	
	・肥満傾向にある子どもの割合の減少 (小学校5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合)	男子4.6% 女子3.39%	平成23年	男子3.85% 女子1.22% 計 2.50%	平成24年度	減少傾向へ	平成26年		男子 10.53% 女子 7.41% 計 9.09%	■	R4 県 男子 4.74% 女子 5.58% 計 5.15%	R4 国 男子 7.12% 女子 4.32% 計 5.75%	⑦
	・20~60歳代男性の肥満者の割合の減少	31.20%	平成22年	40~60歳 0.4%	平成23年度	28.0%	平成34年度	35.6%	44.1%	■			
	・40~60歳代女性の肥満者の割合の減少	22.20%		20.0%		19.0%		17.5%	18.1%	△			③
・低栄養傾向(BM20以下)の高齢者の割合増加の抑制	17.40%		65~74歳 19%				15.9%	14.7%	◎				

分野	項目	国の現状値		町(計画策定時)		町の目標値		町の中間評価	町の評価	評価	参考 県	参考 国	データソース
		平成22年	平成23年度	平成23年度	平成34年度	平成28年	令和4年						
身体活動・運動	①日常生活における歩数の増加 (日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)	男性7,841歩 女性6,883歩	平成22年	男性39.1% 女性29.1% 総数33.0%	平成23年度	増加	平成34年度	男性55.8% 女性50.5% 総数52.7%	男性 65.9% 女性 56.3% 総数 59.9%	◎			③
	男性60.5% 女性56.9% 総数58.5%							男性 64.0% 女性 71.7% 総数 68.3%	◎				
	男性27.9% 女性25.8% 総数26.7%							男性 31.8% 女性 27.5% 総数 29.1%	◎				
	男性47.6% 女性37.6% 総数41.9%	男性49.1% 女性40.9% 総数44.5%	男性58% 女性48% 総数52%	男性 49.8% 女性 50.5% 総数 50.2%	◎								
	②運動習慣者の割合の増加	男性26.3% 女性22.9% 総数24.3%	男性34.0% 女性22.9% 総数29.8%	男性36% 女性33% 総数34%	男性27.9% 女性25.8% 総数26.7%	男性 31.8% 女性 27.5% 総数 29.1%	◎						
	男性47.6% 女性37.6% 総数41.9%	男性49.1% 女性40.9% 総数44.5%	男性58% 女性48% 総数52%	男性 49.8% 女性 50.5% 総数 50.2%	◎								
③介護保険サービス認定者の増加の抑制	452万人	平成24年度	552人	平成23年6月			1号 672人 認定率 16.9%	○	認定率 18.6%	認定率 19.4%	⑨		
							2号 14人 認定率 0.27%		認定率 0.33%	認定率 0.38%			
飲酒	①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 (1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)	男性16.4% 女性7.4%	平成22年	男性11.3% 女性7.9%	平成23年度	男性：◎現状維持または減少 女性：6.3%	平成34年度	男性11.0% 女性5.1%	男性 13.1% 女性 8.5%	男性◎ 女性■	R4 県 男性 14.2% 女性 7.8%		③
喫煙	①成人の喫煙率の減少	19.50%		12.50%	平成23年度	12%	平成34年度	14.4%	11.3%	◎	R4 県13.7%		③
休養	①睡眠による休養を十分取れていない者の割合の減少	18.40%	平成21年	※1 統計なし	平成23年度	15%		23.7%	25.2%	■	R4 県26.5%		
こころの健康								H25～29平均					
	①自殺者の減少(人口10万人当たり)	23.4	平成22年	55.1	平成22年	13.0	令和9年	19.7	H23～R3 年齢調整死亡率 男性 18.7 女性 12.9 総数 15.6	○	H23～R3 年齢調整死亡率 男性 28.4 女性 9.0 総数 18.2	R2 年齢調整死亡率 男性 22.6 女性 10.3	①
				※1 十分取れている人				人口動態統計					①
								町がん検診					②
								町国保特定健康診査					③
								町国保レセプト・町厚生医療状況					④
								町国保結果説明会時の調査					⑤
								町3歳児健診					⑥
								町学校保健統計					⑦
								町妊娠届け出					⑧
								介護保険事業報告					⑨
								KDBシステム					⑩

第3章 本町の概況と特性

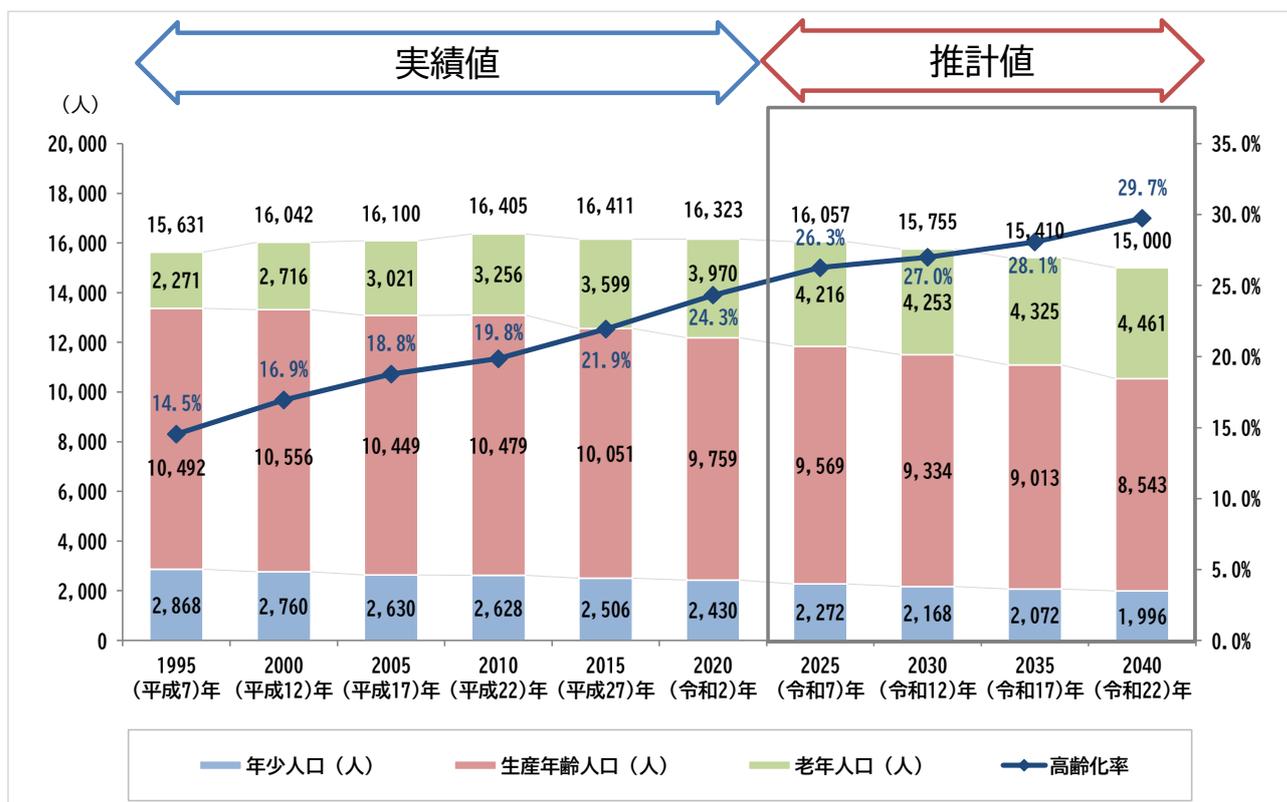
1 人口動態

(1) 人口の状況

本町の人口は令和2年国勢調査で16,323人と、16年前の合併時（平成17年当時）に比べ223人増加（+1.38%）していますが、平成27年をピークに人口減少に転じています。

年齢別人口構成比の推移をみると、年少人口（0～14歳）と生産年齢人口（15～64歳）はともに減少しているのに対し、老年人口（65歳以上）は増加しており、少子・高齢化が進行しています。なお、令和2年では老年人口割合は24.3%となり、年々上昇しています。

図1 年齢3区分別人口及び高齢化率の推移



出典：平成7年～令和2年は「国勢調査」総務省（総数は年齢不詳を含む）

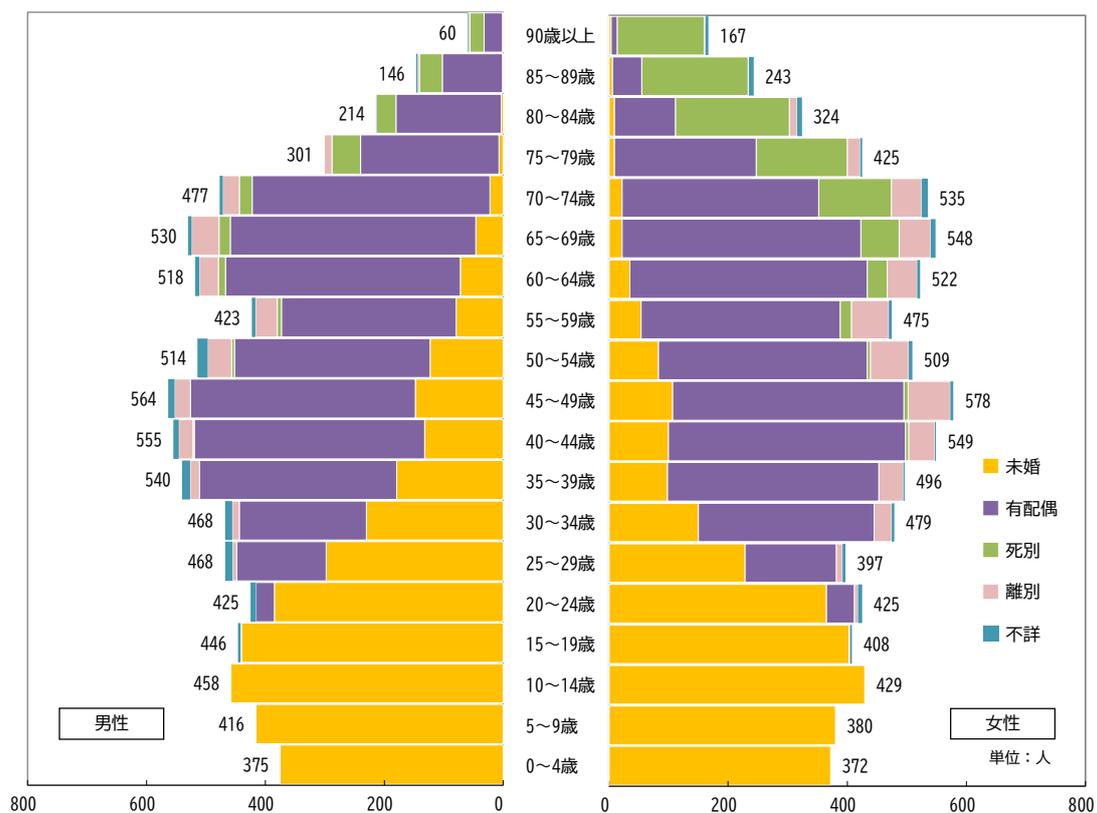
令和7年以降は国立社会保障・人口問題研究所

「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」より

本町の令和2年の人口構成をみると、0～9歳が若干少なくなっていますが、進学や就職による転出が多くなる20、30歳代のくぼみも小さく、ある程度バランスが維持されているといえます。

一方、団塊世代が65歳～69歳となり、男女ともにすべての世代の中でも多いことがわかります。ここから30年後の2040年、50年後の2060年に向けて、バランスのとれた人口構成をいかに維持・発展させていくのが重要となっています。

図2 人口ピラミッド（配偶関係別・令和2年）

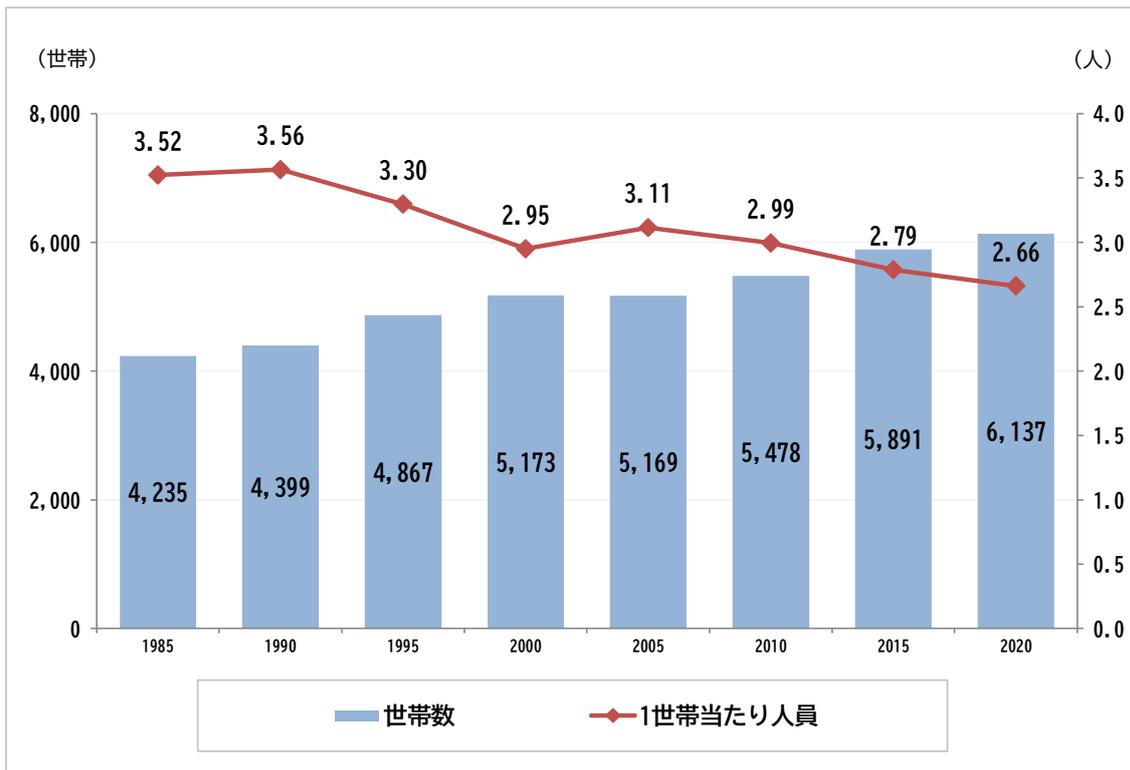


出典：国勢調査

(2) 世帯の状況

国勢調査による本町の世帯数は、1985年の4,235世帯から2020年には6,137世帯に増加しました。同じ期間の1世帯当たり人員は3.52人から2.66人に減少しており、世帯規模が次第に小さくなってきていることがわかります。

図3 世帯数及び1世帯当たり人員数の推移



出典：国勢調査

本町の高齢化率は令和2年度国勢調査で24.6%でした。同規模市町村、県、国と比較すると、高齢者の割合は低く、出生率も9.1と高く、死亡率は低くなっています。人口構成割合を見てみると39歳未満の割合が高く、65歳以上の割合も低いため、同規模市町村、県、国と比較して少子高齢化のスピードは若干緩やかであると考えられます。

一方、評価指標等で使用している吉野ヶ里町国保の被保険者の加入率は低く、平均年齢は高いことから退職後国保へ加入している人が多いことが推測されます。

表1 同規模・県・国と比較した吉野ヶ里町の特徴

	人口 (人)	高齢化率 (%)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業	国保 被保険者数 (加入率)	国保被保険 者平均年齢 (歳)
吉野ヶ里町	16,159	24.6	9.1	9.5	0.5	5.1	28.4	66.5	2,564 (15.9)	56.0
同規模	--	36.0	5.3	14.7	0.5	10.9	27.1	61.9	23.2	55.9
県	--	30.8	7.5	12.5	0.4	8.7	24.2	67.1	21.7	53.4
国	--	28.7	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0	22.3	51.9

出典：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

※ 同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、吉野ヶ里町と同規模保険者（111市町村）の平均

表2 人口構成割合

	吉野ヶ里町	県	同規模	国
～39歳	43.2%	37.3%	32.1%	37.6%
40～64歳	32.2%	31.8%	32.2%	33.7%
65～74歳	12.9%	15.1%	17.1%	13.9%
75歳～	11.6%	15.7%	18.6%	14.8%

令和2年国勢調査（KDB）

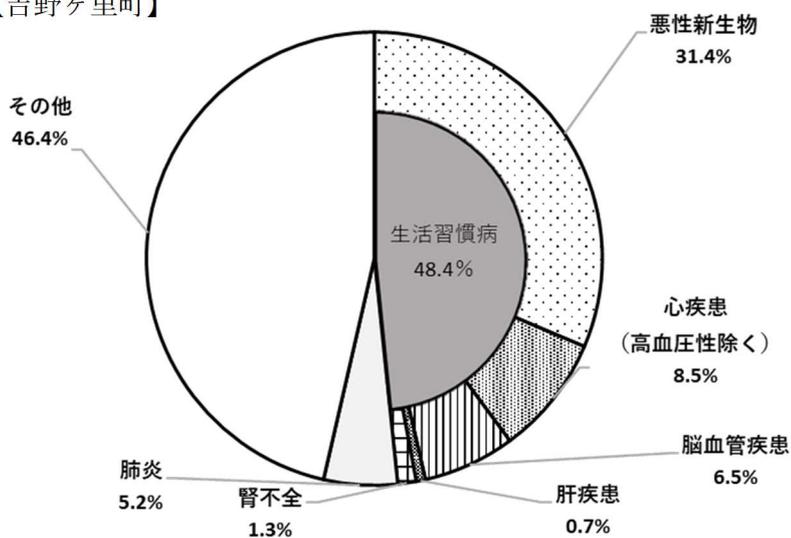
(3) 死亡

ア 死因別死亡割合

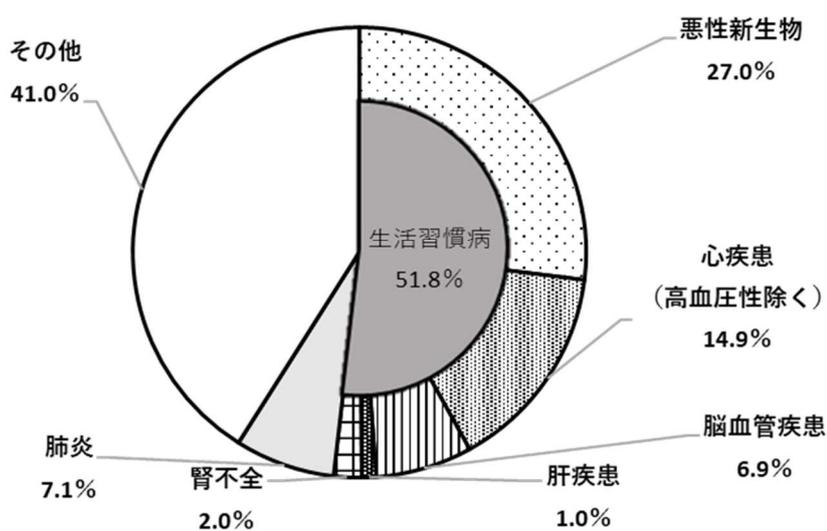
死因別死亡割合をみると、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肝疾患、腎不全の生活習慣病が占める割合は48.4%となっており、佐賀県の51.8%より低くなっています。

図4 死因別死亡割合（令和2年）

【吉野ヶ里町】



【佐賀県】



資料：人口動態調査

イ 本町の主要死因の変化

主要死因の変化を平成28年と比較すると、生活習慣病の悪性新生物、心疾患、脳血管疾患では平成28年は43.8%、令和3年は50.0%となっています。心疾患、脳血管疾患の割合は増加しているのに対し、悪性新生物の割合は減少しています。県と比較しても悪性新生物と脳血管疾患の年齢調整死亡率は高くなっています。

表3 本町の主要死因の変化

【平成28年】

(単位：人・%)

		吉野ヶ里町			佐賀県			国						
全体		人口	死亡者数	年齢調整死亡率	人口	死亡者数	年齢調整死亡率	人口	死亡者数	年齢調整死亡率				
		16,308	153	385.0	822,782	9,725	353.4	126,933,000	1,307,748	486.0				
死亡原因	1位	悪性新生物	死亡者数 49	全死亡に占める割合 32.0%	149.0	悪性新生物	死亡者数 2,755	全死亡に占める割合 28.3%	126.2	悪性新生物	死亡者数 372,986	全死亡に占める割合 28.5	男 165.3	女 87.7
	2位	肺炎	死亡者数 25	全死亡に占める割合 16.3%	29.4	心疾患 (高血圧性を除く)	死亡者数 1,326	全死亡に占める割合 13.6%	38.9	心疾患	死亡者数 198,006	全死亡に占める割合 15.1	男 65.4	女 34.2
	3位	老衰	死亡者数 15	全死亡に占める割合 9.8%	—	肺炎	死亡者数 1,022	全死亡に占める割合 10.5%	25.9	肺炎	死亡者数 119,300	全死亡に占める割合 9.1	男 38.3	女 15.8
	4位	脳血管疾患	死亡者数 12	全死亡に占める割合 7.8%	27.7	脳血管疾患	死亡者数 825	全死亡に占める割合 8.5%	27	脳血管疾患	死亡者数 109,320	全死亡に占める割合 8.4	男 37.8	女 21.0
	5位	心疾患 (高血圧性を除く)	死亡者数 6	全死亡に占める割合 3.9%	42.5	老衰	死亡者数 546	全死亡に占める割合 5.6%	9.1	老衰	死亡者数 92,806	全死亡に占める割合 7.1	男 10.1	女 13.4

※吉野ヶ里町の年齢調整死亡率は平成18年～平成28年、国は平成27年のもの

【令和3年】

(単位：人・%)

		吉野ヶ里町			佐賀県			国						
全体		人口	死亡者数	年齢調整死亡率	人口	死亡者数	年齢調整死亡率	人口	死亡者数	年齢調整死亡率				
		16,054	118	989.8	790,934	10,145	974.6	125,502,000	1,439,856	1328.7	722.1			
死亡原因	1位	悪性新生物	死亡者数 33	全死亡に占める割合 28.0%	308.5	悪性新生物	死亡者数 2,674	全死亡に占める割合 26.4%	281.4	悪性新生物	死亡者数 381,505	全死亡に占める割合 26.5	男 394.7	女 196.4
	2位	心疾患 (高血圧性を除く)	死亡者数 17	全死亡に占める割合 14.4%	119.0	心疾患 (高血圧性を除く)	死亡者数 1,403	全死亡に占める割合 13.8%	127.1	心疾患	死亡者数 214,710	全死亡に占める割合 14.9	男 190.1	女 109.2
	3位	脳血管疾患	死亡者数 9	全死亡に占める割合 7.6%	69.3	老衰	死亡者数 912	全死亡に占める割合 9.0%	70.9	老衰	死亡者数 152,027	全死亡に占める割合 10.6	男 82.7	女 85.8
	4位	老衰	死亡者数 5	全死亡に占める割合 4.2%	—	肺炎	死亡者数 693	全死亡に占める割合 6.8%	61.7	脳血管疾患	死亡者数 104,595	全死亡に占める割合 7.3	男 93.8	女 56.4
	5位	肺炎	死亡者数 4	全死亡に占める割合 3.4%	96.2	脳血管疾患	死亡者数 679	全死亡に占める割合 6.7%	65.0	肺炎	死亡者数 73,194	全死亡に占める割合 5.1	男 90.1	女 33.4

※吉野ヶ里町・佐賀県の年齢調整死亡率は平成23年～令和3年（佐賀県保健統計）、国は令和2年のもの。

※佐賀県保健統計の市町別年齢調整死亡率は主要疾病についての集計であるため、本町老衰の数値は記載していない。

平成28年の自殺者の年齢調整死亡率は県や国と比べて高くなっていましたが、令和3年は県より低くなっています。

表4 自殺者の年齢調整死亡率

【平成28年】

(単位：人・%)

吉野ヶ里町			佐賀県			国			
死亡者数	全死亡に占める割合	年齢調整死亡率	死亡者数	全死亡に占める割合	年齢調整死亡率	死亡者数	全死亡に占める割合	年齢調整死亡率	
								男	女
5	3.3%	21.1	127	1.3%	13.9	21,017	1.6%	23.0	8.9

※吉野ヶ里町、佐賀県の年齢調整死亡率は平成18年～平成28年、国は平成27年のもの

【令和3年】

(単位：人・%)

吉野ヶ里町			佐賀県			国			
死亡者数	全死亡に占める割合	年齢調整死亡率	死亡者数	全死亡に占める割合	年齢調整死亡率	死亡者数	全死亡に占める割合	年齢調整死亡率	
								男	女
1	0.8%	15.6	120	1.2%	15.9	20,291	1.4%	22.6	10.3

※吉野ヶ里町、佐賀県の年齢調整死亡率は平成23年～令和3年、国は令和2年のもの

ウ 早世予防からみた死亡（64 歳以下）

令和3年の実績では、64歳以下の死亡者の状況をみると、全国・佐賀県と比べると割合が高くなっています。男女別の比較では、男性の死亡率が高く、女性の死亡率が低い状況です。平成28年（2016年）に比べ、令和3年（2021年）では、人数、割合ともに減少しています。

表5 64 歳以下の死亡者の状況

【平成28年】

（単位：人・％）

項目	吉野ヶ里町			佐賀県			全国		
	全体の 死亡者数	64歳 以下の 死亡者数	割合 (%)	全体の 死亡者数	64歳 以下の 死亡者数	割合 (%)	全体の 死亡者数	64歳 以下の 死亡者数	割合 (%)
合計	153	17	11.1	9,725	946	9.7	1,308,158	136,944	10.5
男性	85	12	14.1	4,708	601	12.8	674,946	91,123	13.5
女性	68	5	7.4	5,017	345	6.9	633,212	45,821	7.2

【令和3年】

（単位：人・％）

項目	吉野ヶ里町			佐賀県			全国		
	全体の 死亡者数	64歳 以下の 死亡者数	割合 (%)	全体の 死亡者数	64歳 以下の 死亡者数	割合 (%)	全体の 死亡者数	64歳 以下の 死亡者数	割合 (%)
合計	118	11	9.3	10,145	786	7.7	1,439,856	125,187	8.7
男性	51	6	11.8	4,895	514	10.5	738,141	82,832	11.2
女性	67	5	7.5	5,250	272	5.2	701,715	42,355	6.0

資料：人口動態調査

(4) 出生

本町の令和3年の、人口1000人あたりの出生数は、佐賀県、全国に比べて高い状況となっています。また、県や国は平成28年から令和3年にかけて出生率が減少しているのに対し、本町は出生率に変化はありません。本町の令和3年の、人口100人あたりの低出生体重児の出生数は、佐賀県、全国と比較して低くなっています。

表6 出生数と低出生体重児の状況

【平成28年】

(単位：人・人口千対・出産百対)

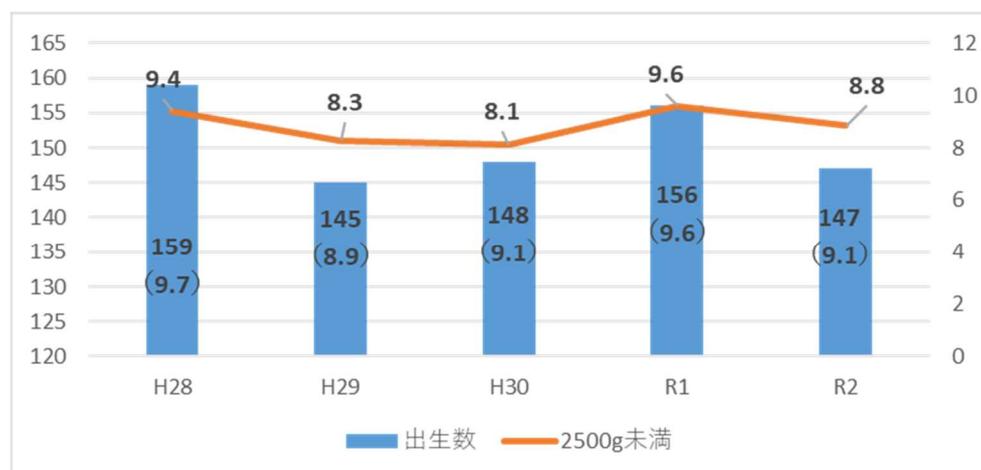
項目	吉野ヶ里町		佐賀県		全国	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
出生数	159	9.7 (人口千対)	6,811	8.3 (人口千対)	976,979	7.8 (人口千対)
低体重児 (2500g未満)	15	9.4 (出生百対)	638	9.4 (出生百対)	92,102	9.4 (出生百対)
極低体重児 (1500g未満)	1	0.6 (出生百対)	44	0.6 (出生百対)	7,016	0.7 (出生百対)

【令和3年】

(単位：人・人口千対・出産百対)

項目	吉野ヶ里町		佐賀県		全国	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
出生数	156	9.7 (人口千対)	5,853	7.4 (人口千対)	811,604	6.6 (人口千対)
低体重児 (2500g未満)	12	7.7 (出生百対)	539	9.2 (出生百対)	76,060	9.4 (出生百対)
極低体重児 (1500g未満)	0	0.0 (出生百対)	50	0.9 (出生百対)	6,090	0.8 (出生百対)

図5 出生数及び出生体重が2500g未満の出生割合の年次推移



※出生率は人口千対、2500g未満割合は出生百対

本町の合計特殊出生率は県や国と比較して、高い傾向にあります。

表7 合計特殊出生率

	吉野ヶ里町	佐賀県	国
合計特殊出生率	1.68	1.56	1.3

※吉野ヶ里町は平成25～平成29年平均で、佐賀県、国は令和3年のもの

2 介護・医療等の状況

(1) 介護保険

ア 要介護（要支援）認定者の状況

吉野ヶ里町の要支援・要介護認定者数は、令和3年度以降ほぼ横ばいで推移しており、令和5年度には692人となっています。

要支援・要介護認定者に占める軽度者（要支援1、2および要介護1）の割合はおおむね6割台で推移しています。一方、重度者（要介護4、5）の割合は増加傾向となっています。

図6 要支援・要介護認定者数の推移

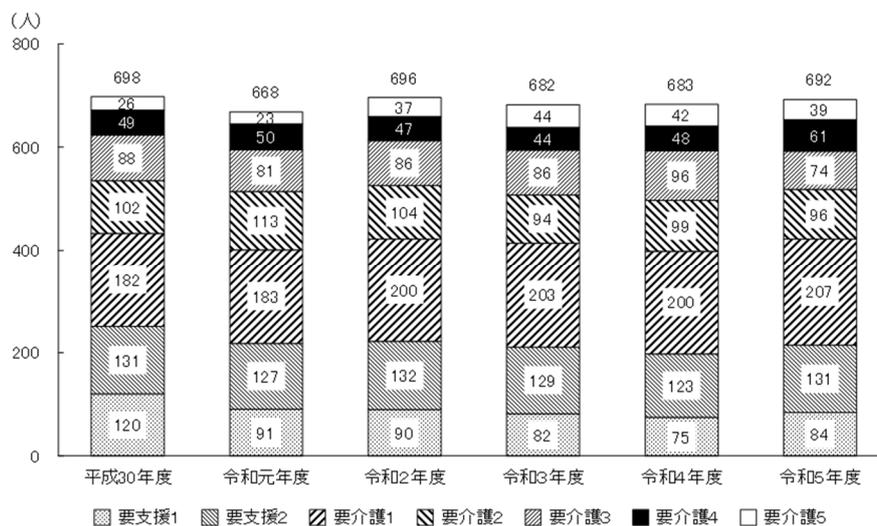
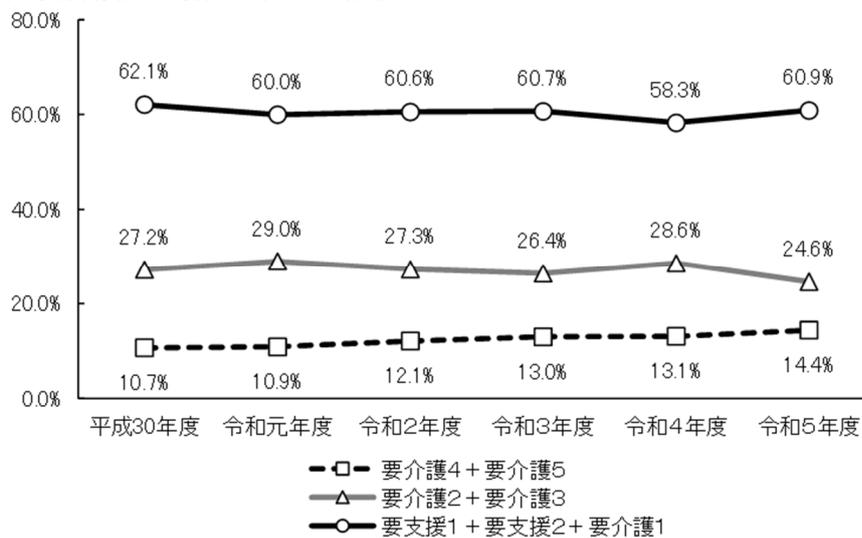


図7 要支援・要介護認定者数の割合の推移



資料：介護保険事業報告（各年度9月の値）

本町の認定率は減少しており、同規模、県、国を比較すると低くなっています。
 高齢化が進んでいることから、対象者全体が増加しており、介護給付費も増加して
 いますが、一人当たり給付費は同規模、県、国を比較すると低くなっています。
 本町の介護給付費を平成30年度と令和4年度を比較すると1件当たり給付費の居
 宅サービスが同規模、国よりも多くなっています。

表8 要介護認定者（率）の状況

	吉野ヶ里町				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	3,599人	22.3%	3,970人	24.6%	36.0%	30.8%	28.7%
2号認定者	12人	0.22%	14人	0.27%	0.40%	0.33%	0.38%
新規認定者	2人		2人		--	--	--
1号認定者	678人	18.8%	672人	16.9%	18.8%	18.6%	19.4%
新規認定者	107人		95人		--	--	--
再掲	65～74歳	76人	4.0%	73人	3.5%	--	--
新規認定者	26人		21人		--	--	--
75歳以上	602人	35.1%	599人	31.9%	--	--	--
新規認定者	81人		74人		--	--	--

出典：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

表9 介護給付費の変化

	吉野ヶ里町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	8億9431万円	10億2616万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	248,488	258,479	297,567	286,277	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	61,583	66,999	70,292	69,755	59,662
居宅サービス	47,152	49,655	43,991	50,348	41,272
施設サービス	271,771	288,981	291,264	290,902	296,364

出典：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

(2) 後期高齢者医療

本町の後期高齢者医療保険の推移をみると、被保険者数の伸びとともに医療費も増加しています。本町では特に入院の割合が他と比較し高くなっています。

また、一人あたりの医療費を、全国を1とした地域差指数（年齢調整後）でみるとは、全国5位と高い佐賀県の内でも県内4位と高い位置にあります。

表10 医療費の推移

		吉野ヶ里町		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		1,945人	2,085人	3,242	129,166	19,252,733
総医療費		20億 282万円	21億7,848万円			
一人あたり医療費(円)		973,188 同規模4位	984,402 県内6位 同規模3位	763,955	933,265	785,785
入院	1件あたり費用額(円)	511,870	596,320	576,090	594,960	622,320
	費用の割合	58.0	59.6	54.0	57.5	51.7
	件数の割合	6.5	5.9	5.2	5.7	4.5
外来	1件あたり費用額	25,650	25,090	26,150	27,740	27,600
	費用の割合	42.0	40.4	46.0	42.5	48.3
	件数の割合	93.5	94.1	94.8	94.3	95.5

※同規模順位は吉野ヶ里町と同規模保険者 111 市町村の平均値を表す

表11 一人当たり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		後期高齢者医療		
		吉野ヶ里町(県内市町村中)		県(47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.238 (3位)	↑ 1.251 (4位)	1.140 (5位)
		1.413 (2位)	1.454 (3位)	1.239 (9位)
	入院	1.062 (9位)	1.044 (9位)	1.045 (7位)
	外来			

出典: 地域差分析(厚労省)

予防可能な疾患の視点で医療費を見てみると、本町は他と比較して透析の医療費割合が高いことがうかがえます。また、医療機関の特徴から精神疾患の医療費割合も高い特徴があります。

表 12 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
後 期	吉野ヶ里町	21億7848万円	88,549	6.33%	0.50%	2.61%	0.48%	3.50%	2.78%	1.20%	3億7892万円	17.39%	9.60%	6.55%	12.06%
	同規模	--	69,105	4.34%	0.50%	4.05%	1.48%	4.08%	3.14%	1.26%	--	18.86%	10.99%	3.74%	12.25%
	県	--	84,251	4.29%	0.42%	4.62%	1.00%	3.61%	3.08%	1.27%	--	18.28%	9.23%	4.85%	13.57%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

出典: 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

※1 「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費用を要した傷病名

(3) 吉野ヶ里町国民健康保険

国保加入率は 15.9%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については 65～74 歳の前期高齢者が約 51.0%を占めています。

また町内には 1つの病院、11 の診療所があり、これはいずれも同規模と比較しても多く、病床数も多いのですが、病院は西日本一大きな精神病院であり、精神医療費の占める割合は高くなっています。30 分圏内で行ける病院は多くあり、医療資源に恵まれている一方で、外来患者数及び入院患者数も同規模と比較して高い傾向にあります。

表 13 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合								
被保険者数	2,834		2,783		2,794		2,674		2,564	
65～74歳	1,338	47.2	1,336	48.0	1,379	49.4	1,368	51.2	1,307	51.0
40～64歳	874	30.8	841	30.2	826	29.6	777	29.1	754	29.4
39歳以下	622	21.9	606	21.8	589	21.1	529	19.8	503	19.6
加入率	17.5		17.2		17.3		16.6		15.9	

出典：KDBシステム_ 人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

表 14 医療の状況（被保険者千人あたり）

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	同規模 割合	県 割合								
病院数	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	0.3	0.6
診療所数	11	3.9	11	4.0	11	3.9	11	4.1	11	4.3	2.8	4.0
病床数	564	199.0	564	202.7	564	201.9	564	210.9	564	220.0	45.4	83.5
医師数	59	20.8	59	21.2	65	23.3	65	24.3	61	23.8	6.6	14.1
外来患者数	799.6		823.1		784.4		816.3		826.1		721.7	784.4
入院患者数	29.8		29.7		30.2		28.7		29.7		21.9	27.7

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

国保加入者は減少しており、前期高齢者の割合は平成30年度より高くなっていますが、総医療費は横ばいで維持、一人あたり医療費は、同規模保険者と比べて約9万円高く、平成30年度と比較しても約4万円伸びています。

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか3.5%程度にも関わらず、医療費全体の約52%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較しても10万円も高くなっています。

また年齢調整をした地域差指数でも、全国平均の1を大きく超えており、全国1位の県平均よりも高い状況です。入院の地域差指数は平成30年度よりもやや下がっていますが、依然として高い状況です。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、重症化を防いで入院抑制に繋げるには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

表15 医療費の推移

	吉野ヶ里町		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)	2,834人	2,564人	--	--	--
前期高齢者割合	1,338人 (47.2%)	1,307人 (51.0%)	--		
総医療費	12億1783万円	12億0811万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)	429,721 県内4位 同規模4位	471,183 県内8位 同規模4位	382,035	431,999	339,680
入院	1件あたり費用額(円)	568,140	601,790	585,050	617,950
	費用の割合	48.4	42.6	46.2	39.6
	件数の割合	3.6	2.9	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	22,570	24,640	24,060	24,220
	費用の割合	51.6	57.4	53.8	60.4
	件数の割合	96.4	97.1	96.6	97.5
受診率	829.455	855.794	743.593	812.114	705.439

※同規模順位は吉野ヶ里町と同規模保険者111市町村の平均値を表す

表 16 一人当たり(年齢調整後) 地域差指数の推移

年度		国民健康保険		
		吉野ヶ里町 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R3年度	R3年度
地域差指数・順位	全体	1.261	1.254	1.207
		(6位)	(6位)	(1位)
	入院	1.532	1.492	1.396
		(7位)	(7位)	(2位)
	外来	1.095	1.111	1.094
		(10位)	(8位)	(2位)

出典: 地域差分析(厚労省)

予防可能な疾患の視点で医療費を見てみると、本町は他と比較して透析の医療費割合が高いことがうかがえます。また、医療機関の特徴から精神疾患の医療費割合も高い特徴があります。

表 17 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり医療費(月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期)目標疾患医療費計	新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症					
			慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞								
吉野ヶ里町	12億0811万円	38,416	5.66%	0.10%	1.77%	0.67%	5.42%	3.25%	1.95%	2億2747万円	18.83%	12.61%	12.30%	7.59%
国保														
同規模	--	30,968	4.00%	0.29%	2.17%	1.42%	5.95%	3.41%	2.05%	--	19.30%	17.02%	8.15%	8.86%
県	--	35,091	5.37%	0.29%	2.15%	1.04%	4.89%	2.99%	1.93%	--	18.67%	14.40%	10.73%	8.87%
国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%

(4) 特定健診保健指導の状況

本町の特定健診受診率は、平成 30 年度と令和 1 年度はどちらも 47%以上の受診率ですが、新型コロナウイルス感染症の影響で令和 2 年度は受診率が低迷しております。令和 3 年度と令和 4 年度は令和 2 年度に比較して受診率は向上しており、佐賀県国保保険者における特定健診受診状況では 6 位です。しかし、県内の同規模と比較すると受診率は低く、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。前年度の健診で病院受診、治療に繋がったので良いとするのではなく、自身の健康状態の確認のため、保健師が健診結果を確認するためにも継続して健診を受診していただくことが重要です。

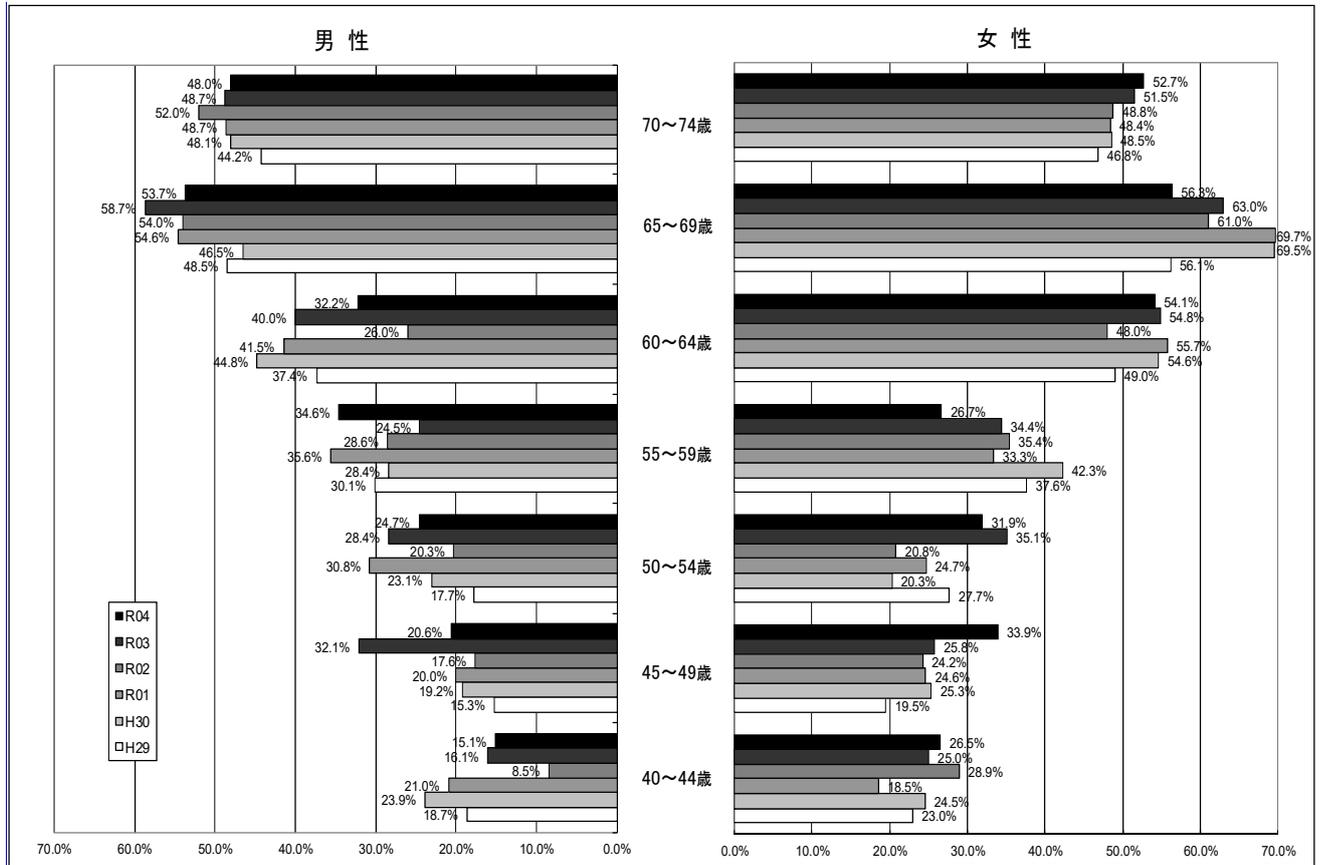
また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。

特定保健指導についても、令和 1 年度は約 80%の実施率ですが、令和 2 年度以降は年々実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながると考えます。

表 18 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	948	921	856	930	872	健診受診率 60%
	受診率	47.5%	47.1%	43.2%	48.2%	47.3%	
特定保健指導	該当者数	118	117	94	118	98	特定保健指導 実施率 60%
	割合	12.4%	12.7%	11.0%	12.7%	11.20%	
	実施者数	65	93	63	77	51	
	実施率	55.1%	79.5%	67.0%	65.3%	64.9%	

図8 年代別特定健診受診率の推移



出典:ヘルスサポートラボツール

第4章 課題別の実態と対策

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

国において、次期運動を推進するための「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の全部を改正する件（令和5年厚生労働省告示第207号。以下「新基本指針」という。）」が示されました。新基本指針では、人生100年時代を迎え、社会が多様化する中で、各人の健康課題も多様化しており、「誰一人取り残さない健康づくり」を推進することが掲げられ、また、健康寿命は着実に延伸してきたが、一部の指標が悪化しているなど、さらに生活習慣の改善を含め、個人の行動と健康状態の改善を促す必要があるため、「より実効性をもつ取組の推進」に重点を置くこととされました。

すべての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、新基本指針で示された目標項目を、図2のように取り組む主体別に区分しました。

健康の保持増進の実効性を高めるには、住民自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。また、現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性や次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものなので、ライフコースアプローチ（胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり）についても念頭に置く必要があります。加えて、社会環境の質の向上自体も健康寿命の延伸・健康格差の縮小のための重要な要素であることに留意し、支援するための具体的な取り組みを次のように整理し、推進します。

図1 健康日本21（第三次）の概念図

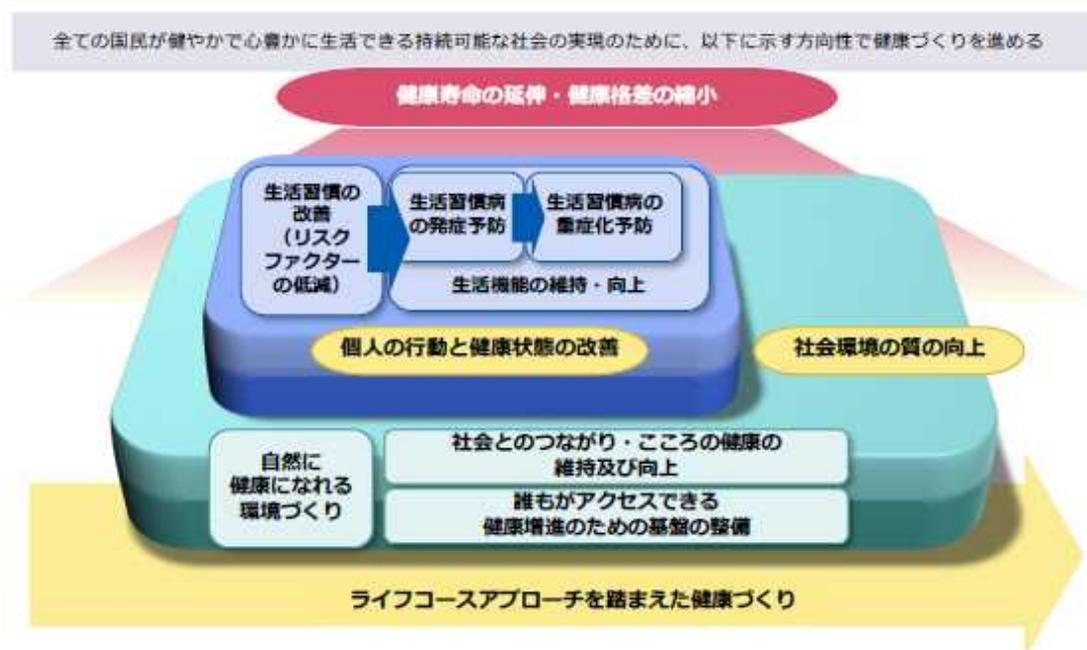


図2 ライフステージにおける目標 (■は町での評価が可能と思われる指標、●町独自の指標)

取り組み主体		ライフステージ		生涯における各段階 (あらゆる世代)													
		妊婦	出生	乳幼児期	学童	若年期	中年期	高齢期	死亡	胎児(妊婦) 0才		18才 20才		40才 50才		65才 75才	
主な法律		母子保健法		食育基本法		学校保健法		精神保健法		労働安全衛生法		高齢者の医療を確保する法律		介護保険法			
個人の行動と健康状態の改善	個人で達成すべき目標	吉野ヶ里町・医療保険者(吉野ヶ里町国民健康保険)	個人・家庭	生活習慣病の発症予防・重症化予防	がん	■ がん検診の受診率の向上 □ がんの年齢調整罹患率の減少 ■ がんの年齢調整死亡率の減少											
					循環器疾患	■ 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少 ■ 高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下) ■ 脂質(LDL-C)高値の者の減少 ■ メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少 ■ 特定健康診査・特定保健指導率の実施率の向上 ■ 糖尿病有病者の増加の抑制 □ 治療継続者の増加 ■ 糖尿病の合併症(糖尿病腎症)の減少 ■ 血糖コントロール不良者の減少											
					糖尿病												
					COPD	□ COPDの死亡率の減少											
					栄養・食生活	■ 適正体重を維持している者の増加(肥満、若年女性のやせ) ■ 低栄養傾向の高齢者の減少 ■ 児童・生徒における肥満傾向児の減少 □ バランスの良い食事を摂っている者の増加 □ 野菜摂取量の増加 □ 果物摂取量の改善 □ 食塩摂取量の減少											
					身体活動・運動	■ 日常生活における歩数の増加(日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する者の割合の増加) ■ 運動習慣者の増加 □ 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少											
					休養・睡眠	■ 睡眠で休養が取れている者の増加 □ 睡眠時間が十分に確保できている者の増加 □ 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少											
					飲酒	■ 生活習慣病(NCDs)のリスクを高める量を飲酒している者の減少 □ 20歳未満の者の飲酒をなくす											
					喫煙	■ 喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる) ■ 妊娠中の喫煙をなくす □ 20歳未満の者の喫煙をなくす											
					歯・口腔の健康	● 幼児・学童期のう蝕のない者の増加 ● 3歳児で4本以上のう蝕のある歯を有する者の割合の減少 ■ 歯周病を有する者の減少 ■ 歯科検診の受診者の増加 ■ よく噛んで食べることができる者の増加											
社会環境の向上	社会環境に関する目標	地域	社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上	生活機能の維持・向上	□ 心理的苦痛を感じている者の減少(うつ病や不安障害など精神疾患スクリーニング「K6」の点数指標) (● 自殺者数の減少) ■ 骨粗しょう症検診受診率の向上 □ ロコモティブシンドロームの減少												
					□ 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加 □ 社会活動を行っている者の増加 □ 地域等で共食している者の増加 □ メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加 □ 心のサポーター数の増加												
					誰もがアクセスできる健康推進のための基盤の整備	厚労省 企業・団体	□ スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加 □ 健康経営の推進 □ 利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加 □ 必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加										
					自然に健康になれる環境づくり	食品製造・流通事業者 メディア 都道府県・市町村 国交省	□ 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少 □ 「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進 □ 「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくりに取り組む市町村の増加										

最上位の目標

■ **健康寿命の延伸**
 (日常生活に制限のない期間の平均)
 → 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

□ **健康格差の縮小**
 (日常生活に制限のない期間の平均の
 下位4分の1の都道府県の平均の増加)

現在は男性では平均寿命、標準化死亡率、平均自立期間のすべてで国、県、同規模を上回っていますが、女性では平均自立期間の要介護以外は国・県・同規模を下回っており、男女差がうかがえました。

佐賀県は県民一人当たり所得が38位と低く、女性の平均労働時間が長く全国10位です。

表1 平均寿命、標準化死亡率、平均自立期間

	平均寿命		標準化死亡率		平均自立期間			
	H27	R2	H20~H24	H25~H29	・要介護2以上		・要支援・要介護	
■男性	H27	R2	H20~H24	H25~H29	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
吉野ヶ里町	81.1	82.3	102.5	97.3	80.1	80.7	78.5	82.7
佐賀県	80.7	81.4	102.7	102.0	79.7	80.2	78.3	80.2
同規模	80.5	81.3	104.3	103.0	78.9	79.9	77.9	79.9
全国	80.8	81.5	100.0	100.0	79.6	80.0	78.3	80.0
■女性	H27	R2	H20~H24	H25~H29	H30年度	R4年度	H30年度	R4年度
吉野ヶ里町	86.9	87.3	111.1	104.6	84.1	85.2	80.7	84.2
佐賀県	87.1	87.8	97.0	99.1	84.3	84.8	81.3	84.8
同規模	86.9	87.5	102.1	101.1	83.8	84.3	81.4	84.3
全国	87.0	87.6	100.0	100.0	84.0	84.3	81.1	84.3

市町村別簡易生命表 人口動態統計

KDB記載の年度

KDBで確認のできる最新データを掲載

2 生活習慣病の発症予防と重症化予防

(1) 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れ、無限に細胞分裂を繰り返し、増殖していく、それが“がん”です。

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

30回くらい細胞分裂には10～15年の時間がかかると言われています。がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。

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

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

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

② 基本的な考え方

ア 発症予防

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

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

イ 重症化予防

生涯を通じて考えた場合、2人に1人は一生のうちに何らかのがんに罹患すると言われてしています。

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。

早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になり、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となってきます。

表2 がん検診ガイドライン 推奨のまとめ

対象部位	対象者	検査の方法	推奨グレード	判定結果		実施体制別の推奨	
				死亡率減少効果の証拠	不利益の大きさ	対策型検診(住民健診等)	任意型検診(人間ドック当)
胃	50歳～69歳男女 ①40歳以上	胃X線検査 ①	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		胃内視鏡検査	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		パプニコゲン法	I	不十分	利益より小	推奨しない	個人の判断により実施可
		カリコクサーピロ菌抗体					
大腸	40歳以上男女	便潜血検査(免疫法)	A	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		全大腸内視鏡検査(S状結腸内視鏡検査注腸X線検査)	C	あり	無視できない不利益あり	推奨しない	個人の判断により実施可
		直腸指診	D	なし	—	推奨しない	推奨しない
肺	40歳以上男女	非高危険群に対する胸部X線検査、及び高危険群に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		低線量の胸部CT	I	不十分	利益より大の可能性	推奨しない	個人の判断により実施可
子宮頸部	20歳以上女	細胞診検査(従来法・液状検体法)	A	あり	利益より小	推奨する	推奨する
	30～60歳女	HPV検査単独法	A	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		細胞診・HPV検査併用法	C	あり	実施体制による	条件の元実施可	条件の元実施可
乳	40～74歳女	マンモグラフィ単独法	B	あり	利益より小	推奨する	推奨する
		マンモグラフィと視触診の併用法	B	あり	利益より小(触診の精度管理要)	推奨する	推奨する
		視触診単独法	I	不十分	利益より大	推奨しない	個人の判断により実施可
		超音波検査(単独法・マンモグラフィ併用法)	I	不十分	利益より大	推奨しない	個人の判断により実施可
前立腺	50歳以上	PSA検査	I	不十分	利益より大	推奨しない	個人の判断により実施可
		直腸診	I	不十分	利益より大	推奨しない	個人の判断により実施可
		現在吉野ヶ里町で実施している項目					

- A: 死亡率減少効果を示す十分な証拠があるので、実施することを強く勧める。
 B: 死亡率減少効果を示す相応な証拠があるので、実施することを勧める。
 C: 死亡率減少効果を示す証拠があるが、無視できない不利益があるため、対策型検診として実施することは勧められない。任意型検診として実施する場合には、安全性を確保し、不利益に関する説明を十分に行い、受診するかどうかを個人が判断できる場合に限り、実施することができる。
 D: 死亡率減少効果がないことを示す証拠があるため、実施すべきではない。
 I: 死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、対策型検診として実施することは勧められない。任意型検診として実施する場合には、効果が不明であることと不利益について十分説明する必要がある。その説明に基づく、個人の判断による受診は妨げない。

(出典)「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」令和6年2月
独立行政法人国立がん研究センター

③ 現状と目標

ア 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。

健康日本21（第二次）では、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されていましたが、公表されているデータでの評価が難しいため総数での評価となっています。

本町では人口規模が少ないため、佐賀県作成保健統計情報で作成されている11年分での指標を確認すると、総数、男性、女性すべてで県、国を上回っています。

表3 がん年齢調整死亡率（10万人当たり）

	吉野ヶ里町 (H23～R3)	佐賀県 (H23～R3)	国 (R3)
総数	308.5	281.4	
男性	428.3	426.2	394.7
女性	229.0	208.9	196.4

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

イ がん検診の受診率の向上

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

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。

がん検診の受診率は、平成24年6月に国のがん対策推進基本計画が改定され、その中で示された69歳を上限とする受診率を確認すると、国の平均を上回っているものは胃がん検診、子宮頸がん検診となります。これは個別検診の実施や、胃内視鏡検査の実施、子宮頸がん細胞診検査とHPV検査（県事業）の併用検診の実施によるものと思われます。

今後も個別検診により利便性を高めることや、対象を絞ってのコール・リコール（個別通知・再勧奨）事業の実施等がん検診の受診率向上に向けてより一層の取り組みが必要です。

また、国は国民栄養基礎調査によるがん検診受診率を60%以上にすることを目標としていますが、本町の健診受診率を国、県以上にすることを目標とします。

表4 吉野ヶ里町のがん検診受診率の推移（がん対策推進基本法に基づく受診率）

項目	対象年齢	令和元年度		令和2年度		令和3年度			令和4年度
		対象	国	対象	国	対象	国	県	対象
胃がん	50～69歳	6.3%	7.8%	7.2%	7.0%	8.5%	6.5%	8.4%	8.3%
大腸がん	40～69歳	6.0%	6.8%	5.2%	5.5%	5.1%	6.0%	6.4%	4.9%
肺がん	40～69歳	6.9%	7.7%	7.2%	6.5%	5.2%	7.0%	6.9%	5.3%
子宮頸がん	20～69歳	25.5%	15.7%	26.6%	15.2%	23.9%	15.4%	23.1%	23.4%
乳がん	40～69歳	17.3%	17.0%	15.7%	15.6%	14.4%	15.4%	17.4%	13.9%

※ 国は地域保健報告の平均を記載

がん検診で、精密検査が必要となった者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。

本町の精密検査受診率は、すべて許容値を超えておりますが、目標値には達していません。

がん検診受診者の人から、がん発見者も年々増加しているため、今後も精密検査受診率の向上を図っていく必要があります。

表5 吉野ヶ里町の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		H30	R1	R2	R3	事業評価指標	
						許容値	目標値
胃がん 検診	精密検査受診率	82.6%	84.0%	95.2%	78.3%	70%以上	90%以上
	がん発見者数	0	0	1	2		
肺がん 検診	精密検査受診率	100%	100%	88.9%	100%	70%以上	
	がん発見者数	0	0	0	1		
大腸が ん検診	精密検査受診率	78.8%	70.7%	80.8%	84.6%	70%以上	
	がん発見者数	1	1	0	0		
子宮頸が ん検診	精密検査受診率	78.6%	83.3%	73.7%	76.5%	70%以上	
	がん発見者数	0	0	1	1		
乳がん 検診	精密検査受診率	100%	100%	100%	89.5%	70%以上	
	がん発見者数	1	0	2	0		

④ 対策

ア 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（中学一年生から高校一年生に相当する年齢の女性） ※令和6年度までキャッチアップ政策あり
- ・肝炎ウイルス検査（20歳以上）
- ・HTLV-1抗体検査（妊娠期）

イ がん検診受診率向上の施策

- ・広報や健康カレンダーなどを利用した啓発
- ・関係機関による講演会やイベントへの共催
- ・がん検診推進事業

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

- ・多様な受診機会の提供

集団健診〔2か所の健康福祉センターでの検診〕

毎日健診〔健康づくり財団での所内検診〕

個別検診〔胃がん検診の内胃内視鏡検査、子宮頸がん検診、乳がん検診（令和6年度より開始予定）、冬季郵送大腸がん検診（令和5年度より実施）等〕

ウ 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）〔胃内視鏡検査については50歳以上68歳〕
- ・肺がん検診（40歳以上）
- ・大腸がん検診（40歳以上）
- ・子宮頸がん検診（20歳以上の女性）
- ・乳がん検診（40歳以上の女性）

エ 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
- ・がん検診実施機関と行政によるがん検診業務連絡会

(2) 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なく、急性期治療や後遺症治療のために、個人的にも社会的にも負担は増大しています。

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

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

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。

また、歯周病も近年では糖尿病や循環器疾患等の生活習慣病との関連性が指摘されており、口腔の健康についても別項で記述します。

② 基本的な考え方

ア 発症予防

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

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

イ 重症化予防

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

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

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

③ 現状と目標

ア 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことを、循環器疾患対策の総合的な推進の評価指標とします。

本町の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、県と比較し低くなっています。国と比較すると、男性は低く、女性は若干高くなっています。

表6 脳血管疾患年齢調整死亡率(10万人当たり)

	吉野ヶ里町 (H23～R3)	佐賀県 (H23～R3)	国 (R3)
男性	84.8	104.7	93.8
女性	62.5	63.0	56.4

本町国保データヘルス計画によると、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）が上位を占めており、第2号被保険者で66%以上、第1号被保険者でも約45%の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約90%と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。

前期高齢者以前の年代で要介護状態となることは健康格差を広げることにつながるため、その予防には力を入れる必要があります。吉野ヶ里町国保加入者の未受診者対策が非常に重要になります。

また、青壮年層を対象に行われている保健事業は、制度間のつながりがいいことから、地域全体の健康状態を把握できなかつたり、退職後の保健事業が継続できないといった問題が指摘されていますが、継続的、かつ包括的な保健事業を展開ができるよう、地域保健と職域保健の連携を推進するため、「佐賀県保険者協議会」や「特定健康診査・保健指導及びがん検診との同時実施に係る情報交換会」などあらゆる機会を通じ、発症及び重症化予防のための保健指導のあり方について、共有化を図る必要があります。

表7 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況（R04年度）

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		14		73		599		672		686		
再)国保・後期		6		60		572		632		638		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	4 66.7%	脳卒中	29 48.3%	脳卒中	257 44.9%	脳卒中	286 45.3%	脳卒中	290 45.5%
		2	腎不全	1 16.7%	虚血性心疾患	18 30.0%	虚血性心疾患	246 43.0%	虚血性心疾患	264 41.8%	虚血性心疾患	264 41.4%
		3	虚血性心疾患	0 0.0%	腎不全	10 16.7%	腎不全	135 23.6%	腎不全	145 22.9%	腎不全	146 22.9%
		4	糖尿病合併症	0 0.0%	糖尿病合併症	12 20.0%	糖尿病合併症	69 12.1%	糖尿病合併症	81 12.8%	糖尿病合併症	81 12.7%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			5 83.3%	基礎疾患	56 93.3%	基礎疾患	546 95.5%	基礎疾患	602 95.3%	基礎疾患	607 95.1%
	血管疾患合計			5 83.3%	合計	56 93.3%	合計	557 97.4%	合計	613 97.0%	合計	618 96.9%
	認知症		認知症	2 33.3%	認知症	19 31.7%	認知症	318 55.6%	認知症	337 53.3%	認知症	339 53.1%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	3 50.0%	筋骨格系	52 86.7%	筋骨格系	564 98.6%	筋骨格系	616 97.5%	筋骨格系	619 97.0%

出典:ヘルスサポートラボツール

イ 心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)

心疾患についても、脳血管疾患と同様に、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことが必要です。心疾患による年齢調整死亡率は国よりも低く、男性は県よりも低くなっています。

日本における死因の第1位は悪性新生物<癌>で27.6%、第2位に15.0%で心疾患が続き、その41%が心不全、33%が虚血性心疾患（急性心筋梗塞：15%、その他の虚血性心疾患：18%）でした。メタボ群では心臓病や脳卒中のリスクが高いとされており、今後さらに虚血性心疾患への対策が必要となります。

表8 心疾患年齢調整死亡率（10万人当たり）

	吉野ヶ里町 (H23～R3)	佐賀県 (H23～R3)	国 (R3)
男性	135.5	159.4	190.1
女性	108.8	106.1	109.2

ウ 高血圧の改善

健康長寿達成の上で最も大切なことは高血圧の予防と言われており、これは、高血圧が「死亡や寝たきり」の大きな原因である脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であるためです。循環器疾患の発症や死亡に対しては、他の危険因子と比べるとその影響は大きいと言われています。

一方で高血圧患者の約半数しか治療を受けておらず、血圧の 140/90 未満にコントロールされているのはさらにその半分とも言われています。高血圧の診断や治療法はとても進歩しているのに、高血圧が死亡や要介護の大きな要因となっており、『高血圧のパラドックス』と言われています。高血圧は自覚症状もないため治療がおろそかになりやすく、また、血圧管理に重要な減塩も難しいことが大きな原因です。

国は今回の目標を収縮期血圧の平均値を 5mmHg 下げる目標とされていますが、本町では、重症化しやすい血圧Ⅱ度以上の減少を目標とします。

吉野ヶ里町国保の健診結果をみると血圧Ⅱ度以上の割合は約 5%と横ばいで、約 6～7 割が未治療であり年々割合が高くなっています。令和 3 年度、令和 4 年度の未治療者が受診につながったのはわずか 2 割ほどです。特定健康診査の結果に基づき、肥満を伴う者のみでなく、重症化予防のため、中等度高血圧者（血圧Ⅱ度：160/100 以上）など対象者を明確にし、保健指導を実施しています。しかし、未治療者の割合が多いため、平成 20 年度から血圧Ⅲ度以上の方、平成 26 年度から血圧Ⅱ度以上の方を優先対象者とし重点的に支援してきました。

表 9 血圧Ⅱ度以上（収縮期血圧 160 以上または拡張期血圧 100 以上）の者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者		人(a) 1,004	980	876	987	962
血圧Ⅱ度以上の者		人(b) 58 (b/a) 5.8%	43 4.4%	42 4.8%	57 5.8%	43 ↓ 4.5%
治療あり		人(c) 20 (c/b) 34.5%	18 41.9%	15 35.7%	19 33.3%	13 ↓ 30.2%
治療なし		人(d) 38 (d/b) 65.5%	25 58.1%	27 64.3%	38 66.7%	30 ↑ 69.8%
治療開始		人(e) 7 (e/d) 18.4%	8 32.0%	3 11.1%	8 21.1%	6 20.0%
(再掲)	血圧Ⅲ度の者	人(f) 11 (f/a) 1.1%	13 1.3%	5 0.6%	9 0.9%	7 0.7%
	治療あり	人 3	6	0	2	5
	治療なし	人 8	7	5	7	2

業務量把握のため速報値で作成

Ⅱ度高血圧以上は横ばいで、翌年度の結果をみても改善率が下がっています。また、翌年度健診を受診していない方が令和1年度で26.3%、令和4年度で32.8%と増加しており、継続的な結果の把握ができていません。治療を開始すると特定健診を中断し、その後の健康状態等がわからなくなる傾向にあります。

表10 Ⅱ度高血圧以上者の前年度からの変化（継続受診者）

年度	Ⅱ度高血圧以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	57 (5.7%)	33 (57.9%)	7 (12.3%)	2 (3.5%)	15 (26.3%)
R03→R04	58 (5.9%)	27 (46.6%)	10 (17.2%)	2 (3.4%)	19 (32.8%) ↑

出典：ヘルスサポートラボツール

表11 Ⅱ度高血圧以上割合（血圧160/100mmHg以上）

	160以上		100以上	
	人数	割合	人数	割合
吉野ヶ里町	70	4.6	16	1.1
佐賀県	5,712	3.2	4,873	2.7
国	1,071,566	3.8	998,711	3.6

*吉野ヶ里町は令和4年、佐賀県、国は令和2年第8回NDBオープンデータ

国保データヘルス計画策定時に地域の実情に応じて設定する指標例で示された保健指導判定値（高値血圧）以上の者の割合を見ると、約半数が該当しており、高齢化が進むとそこからさらに重症化するものが増えるのではと懸念されます。重症化しないためにも、この時期から住民が血圧の問題に気づき、今の体の状態に気づき解決しようとするための支援をしていくことも必要です。

表12 血圧が保健指導判定値以上の割合（収縮期血圧 \geq 130 拡張期血圧 \geq 85 いずれか）

■男女計	R1	R2	R3	R4
血圧が保健指導判定値以上の者の割合	43.6	45.8	47.4	45.3
■男性	R1	R2	R3	R4
血圧が保健指導判定値以上の者の割合	49.5	51.1	53.1	48.0
■女性	R1	R2	R3	R4
血圧が保健指導判定値以上の者の割合	39.0	41.7	43.1	43.3

国保中央会作成「KDBシステム等を活用したDH計画の指標に係るデータ抽出ツール」により作成

(※) ①、②のいずれかを満たす。①収縮期血圧 \geq 130mmHg ②拡張期血圧 \geq 85mmHg

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

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

本町国保の健診結果をみると、対象者の改善率は以前より高くなっており、対象者の占める割合も減少しています。しかしながら、悪化する人や健診未受診者も増加しており、治療を開始すると特定健診を中断し、その後の健康状態等がわからなくなる傾向にあります。

表 13 LDL160 以上者の前年度からの変化 (継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	125 (12.6%)	54 (43.2%)	39 (31.2%)	10 (8.0%)	22 (17.6%)
R03→R04	95 (9.6%)	45 (47.4%)	20 (21.1%)	10 (10.5%)	20 (21.1%)

出典:ヘルスサポートラボツール

オ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本町の特定健診結果において、平成 30 年度と令和 4 年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は 3 ポイントも伸びており、その中でも、3 項目すべて危険因子が重なっている割合が増加しています。

表 14 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	予備群		
			3項目	2項目	
H30年度	992 (43.3%)	201 (20.3%)	73 (7.4%)	128 (12.9%)	118 (11.9%)
R04年度	929 (44.4%)	217 (23.4%)	↑ 77 (8.3%)	↑ 140 (15.1%)	↑ 121 (13.0%)

出典:ヘルスサポートラボツール

カ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

本町の特定健診受診率は、平成 30 年度と令和 1 年度はどちらも 47%以上の受診率ですが、新型コロナウイルス感染症の影響で令和 2 年度は受診率が低迷しております。令和 3 年度と令和 4 年度は令和 2 年度に比較して受診率は向上しており、佐賀県国保保険者における特定健診受診状況では 6 位です。しかし、県内の同規模と比較すると受診率は低く、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。前年度の健診で病院受診、治療に繋がったので良いとするのではなく、自身の健康状態の確認のため、保健師が健診結果を確認するためにも継続して健診を受診していただくことが重要です。

また、これまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40～50 代は特に低い状況が続いています。

特定保健指導についても、令和 1 年度は約 80%の実施率ですが、令和 2 年度以降は年々実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につとめていきます。

表 15 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	948	921	856	930	872	健診受診率 60%
	受診率	47.5%	47.1%	43.2%	48.2%	47.3%	
特定 保健指導	該当者数	118	117	94	118	98	特定保健指 導実施率 60%
	割合	12.4%	12.7%	11.0%	12.7%	11.20%	
	実施者数	65	93	63	77	51	
	実施率	55.1%	79.5%	67.0%	65.3%	64.9%	

表 16 特定健診受診率の比較

■男女計（国保全年齢）

	R1	R2	R3	R4
吉野ヶ里町	47.1	43.2	48.2	47.3
佐賀県	42.8	38.4	39.0	40.4
同規模	42.8	37.5	40.4	42.5
全国	37.7	33.5	36.1	37.6

国保中央会作成「KDBシステム等を活用したDH計画の指標に係るデータ抽出ツール」により作成

(健診受診率は(健診受診者数 / 健診対象者数) * 101 で算出)

図 3 年代別特定健診受診率の推移

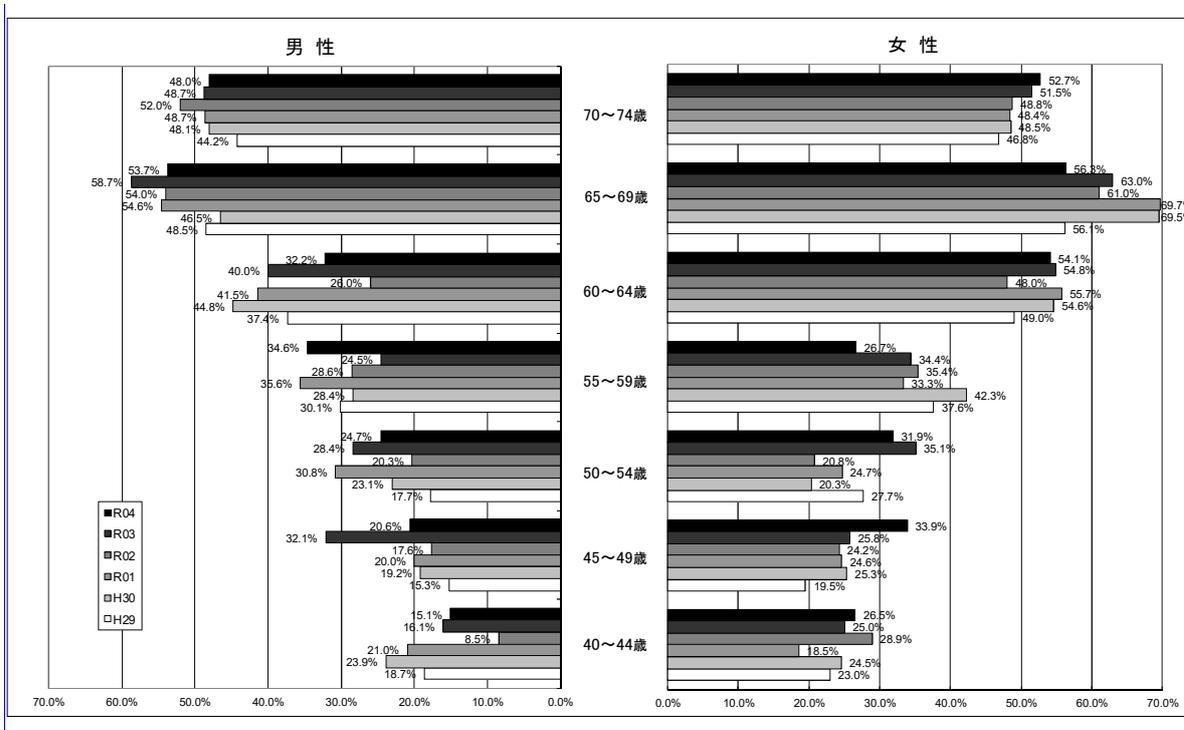


図4 脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少									
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年度合同研究班報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)							
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データバンク 2015より</p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">非心原性脳梗塞</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">安静 狭心症</div> </div>												
優先すべき 課題の明確化	高血圧症		心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病		慢性腎臓病 (CKD)							
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)			動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)							
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上		心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)		腎臓専門医 紹介基準対象者							
該当者数	45	4.8%	10	1.1%	34	3.7%	25	2.7%	217	23.4%	102	11.0%	62	6.7%	355	38.2%
治療なし	30	5.1%	2	0.5%	32	4.8%	18	2.7%	40	9.1%	39	4.9%	11	2.5%	98	22.4%
(再掲) 特定保健指導	8	17.8%	0	0.0%	8	23.5%	5	20.0%	40	18.4%	5	4.9%	5	8.1%	50	14.1%
治療中	15	4.4%	8	1.6%	2	0.8%	7	2.7%	177	36.0%	63	52.5%	51	10.4%	257	52.3%
臓器障害 あり	14	46.7%	2	100.0%	10	31.3%	9	50.0%	14	35.0%	19	48.7%	11	100.0%	41	41.8%
CKD(専門医対象者)	1		0		2		5		4		2		11		11	
心電図所見あり	14		2		10		7		11		17		5		35	
臓器障害 なし	16	53.3%	--		22	68.8%	9	50.0%	26	65.0%	20	51.3%	--		--	

令和04年度

<参考> 健診受診者(受診率)	
929人	44.4%

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	343	584
脂質異常症	257	670
糖尿病	120	801
3疾患 いずれか	491	438

※問診結果による

重症化予防対象者 (実人数)	
355	38.2%
98	22.4%
50	14.1%
257	52.3%
41	41.8%
11	
35	
--	

④ 対策

ア 健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、再勧奨、広報を利用した啓発
- ・健診実施説明会や保健対策推進協議会、国保運営協議会を通じた医療機関との連携

イ 保健指導対象者を明確するための施策

- ・健康診査(20歳～39歳・生活保護世帯)
- ・吉野ヶ里町国民健康保険特定健康診査
- ・後期高齢者被保険者の健康診査
- ・佐野県研究事業での追加項目の実施（HbA1c、血清クレアチニン、尿酸、尿潜血）

ウ 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく町民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導(高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える)
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。
家庭血圧測定の推進。
- ・二次検査の実施(75g糖負荷試験、頸動脈超音波検査、尿中アルブミン検査等)
- ・心電図検査の実施、治療者で詳細健診対象者への眼底検査の実施

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

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

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

② 基本的な考え方

ア 発症予防

糖尿病、特に2型糖尿病は、インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす素因を含む複数の遺伝因子に、過食(特に高脂肪食)、運動不足、肥満、ストレスなどの環境因子及び加齢が加わり発症します。これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。加えて、歯周病も近年では糖尿病や循環器疾患等の生活習慣病との関連性が指摘されています。

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

イ 重症化予防

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

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

③ 現状と目標

ア 糖尿病有病者の増加の抑制

血糖値有所見者への保健指導実施の割合は令和3年度約80%と増加しているものの、令和4年度は約70%へ低下し、血糖値有所見者の割合も増加傾向にあります。

表 17 糖尿病性腎症重症化予防対象者

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者(HbA1c測定者)	人(a)	1,004	980	876	987	962
血糖値有所見者 *1	人(b)	128	116	109	129	143
	(b/a)	12.7%	11.8%	12.4%	13.1%	14.9%
保健指導実施者 *2	人(c)	76	78	61	103	98
	(c/b)	59.4%	67.2%	56.0%	79.8%	68.5%

*1 HbA1c6.5%以上のもの

*2 保健指導は訪問・来所等による面談実施者を計上

業務量把握のため速報値で作成

イ 治療継続者の増加

本町は糖尿病治療中断者割合が高いため、平成23年度からHbA1c7.0以上の方、平成26年度から未治療者のHbA1c6.5以上の方、HbA1c7.0以上の治療者の方を優先対象者とし重点的に支援してきました。その結果、令和3年度から血糖値有所見者の未治療者・治療中断者の割合が減っています。しかし、未治療者は国と比較して以前高値です。未治療者への受診勧奨、保健指導を徹底するとともに、糖尿病治療中断につながらないように医療機関とも情報共有しながら受診できるための支援を行っていきます。

表 18 治療が必要な者の適切な受診

		H30	R1	R2	R3	R4
血糖値有所見者 *1	人(a)	128	116	109	129	143
血糖値有所見者の未治療者・治療中断者 *3	人(b)	51	39	41	38	41
	(b/a)	39.8%	33.6%	37.6%	↓ 29.5%	↓ 28.7%
受診した者	人(c)	34	25	24	27	25
	(c/b)	66.7%	64.1%	58.5%	71.1%	61.0%
治療開始した者	人(c)	13	10	10	13	8
	(c/b)	25.5%	25.6%	24.4%	34.2%	↓ 19.5%

*3 HbA1c6.5%以上で問診にて糖の治療なしと答えた者

業務量把握のため速報値で作成

ウ 血糖コントロール不良者の減少

HbA1c8.0以上の割合の方が令和2年度から年々高くなっており、令和4年度は佐賀県の20市町の中で3番目に割合が高い状況です。令和2年度、令和3年度は新型コロナウイルスの影響からか、HbA1c8.0以上の未治療者の割合が高くなり、令和4年度で未治療者の割合が減っています。HbA1c8.0以上では糖尿病の3大合併症（神経障害、網膜症、腎症）がとてもしやすい状態となるため、早期に治療が開始できるよう受診勧奨していきます。

さらに、肥満があるとインスリン抵抗性(※1)を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携して行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い、血糖改善の支援を引き続き行っていきます。

※1 インスリン抵抗性：血中インスリン濃度に見合ったインスリン作用が得られない状態

表 19 HbA1c8.0以上の状況（アウトカム評価）

		H30	R1	R2	R3	R4
健診受診者	人(a)	1,004	980	876	987	962
HbA1c8.0%以上	人(b)	14	19	14	18	21
	(b/a)	1.4%	1.9%	1.6%	1.8%	2.2%
保健指導実施	人(c)	13	17	5	17	15
	(c/b)	92.9%	89.5%	35.7%	94.4%	71.4%
HbA1c8.0%以上の未治療者	人(d)	6	6	7	8	5
	(d/b)	42.9%	31.6%	50.0%	44.4%	23.8%

	H30	R1	R2	R3
内服・インスリン治療開始	2人	4人	5人	
元々治療中	1人	0人	0人	
死亡、転出	0人	0人	0人	
未治療	3人	2人	3人	
受診後定期検査のみ	0人	1人	0人	

業務量把握のため速報値で作成

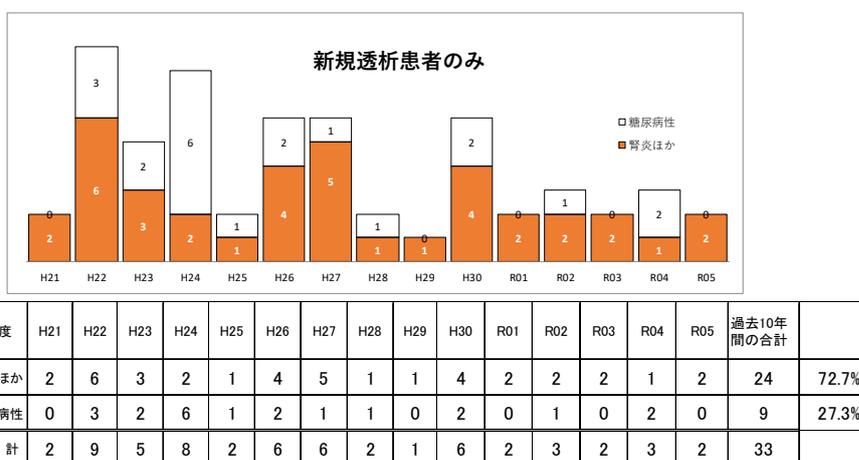
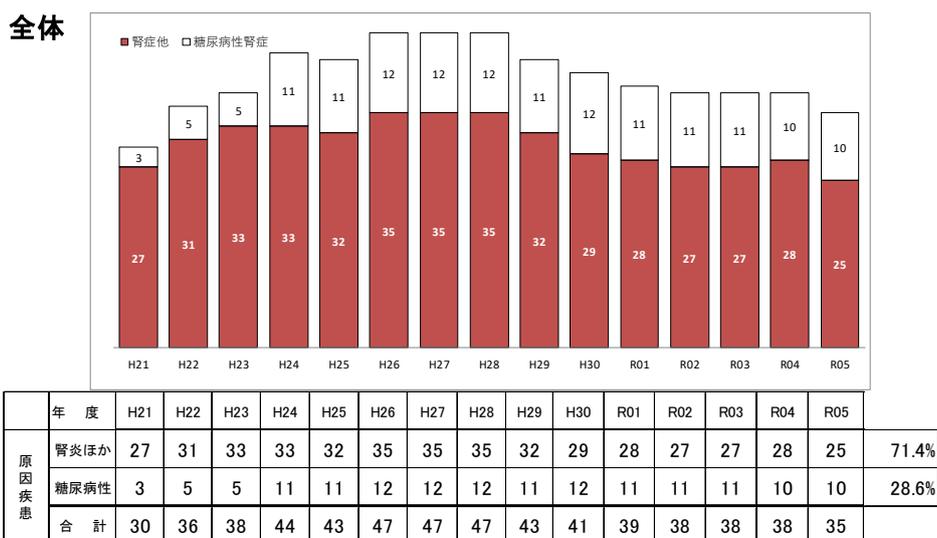
エ 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

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。

本町の過去10年の糖尿病性腎症による新規透析導入は27.3%となっていますが、腎症等の理由の中にも6名糖尿病の基礎疾患がある者があり、加えると45%となり国と同様の傾向となります。糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約20年間と言われていることから、健康診査受診の勧奨とともに、他の医療保険者での保健指導のあり方を確認していく必要があります。

また、過去5年間の透析導入時の保険を確認すると後期高齢者医療が約5割を占めていました。高齢者では慢性糸球体腎炎によるものが多数であり、動脈硬化予防の取り組みが重要です（図1）

図5 吉野ヶ里町人工透析患者の推移



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

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

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

④ 対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

ア 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく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値や合併症予防に着目した保健指導
家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施に加え、同じ状況の人達と集団で学習できる健康教育の実施
- ・二次検査の実施
(75g糖負荷検査、頸部動脈エコー検査、微量アルブミン尿検査、特定健診詳細健診以外の心電図検査・眼底検査)
- ・保健対策推進協議会、国保運営協議会などによる医療関係者との連携
- ・佐賀県保険者協議会や特定健康診査・保健指導及びがん検診との同時実施に係る情報交換会などあらゆる機会を通じた連携強化。

3 生活習慣の改善

(1) 栄養・食生活

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。

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

肥満の者や低栄養傾向の高齢者等の割合が増加傾向にあるなか、生活習慣病予防の実現のためには、本町の特性を踏まえたうえで、引き続き、朝食をとることやバランスの良い食事をとること、減塩や野菜の摂取量を増やすなど、正しい食習慣や適正体重についての普及啓発を行い、町民一人ひとりが、望ましい食生活についての知識を高めていくことが必要です。

特に、朝食欠食は食生活の乱れにつながり、肥満・病気へのリスクが高まるため、低年齢からの指導や、自分自身で用意することの啓発も必要です。

② 基本的な考え方

生活習慣病予防のためには、ライフステージを通して、町民一人ひとりが、自分の食生活・食習慣に関心を持ち、自分に合った食事内容や量を理解して、適正な食品(栄養素)摂取が実践できる力を十分に育み、発揮できることが重要になってきます。

また、子どもの頃から規則正しい食生活を身につけることが重要であるとともに、生活習慣病の予防をするため、規則正しいバランスのとれた食事について啓発をしていきます。高齢期では、低栄養やフレイルについて啓発していくなど、ライフステージに応じた食生活・食習慣、栄養に関する取組みを進めます。

表1 統計からみえる
佐賀の食

統計からみえる佐賀の食 ～ 総務省統計局 家計調査 2019～2021年平均 ～			
食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)	食品名	全国ランキング (購入量・購入金額)
マヨネーズ・マヨネーズ風調味料	4位	生鮮野菜	37位
油揚げ・がんもどき	10位	乳類	44位
揚げかまぼこ・ちくわ	4位	こんぶ	50位
合いびき肉	4位	わかめ	42位
ようかん	2位		
ビスケット・チョコレート菓子	13位		
焼肉(外食)	6位		
即席麺	4位		
冷凍食品	4位		
調理パン	9位		

③ 現状と目標

適正体重を維持している者の増加

体重は、ライフステージを通して、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、がん・循環器疾患・糖尿病等の生活習慣病との関連があります。

また、若年女性のやせは、低出生体重児出産のリスク等との関連があります。適正体重については、ライフステージごとの目標を設定し、適正体重の維持を促進します。

ア 若年女性のやせの者の割合の減少（20～30歳のやせの者の割合）

妊娠前、妊娠期の心身の健康づくりは、子どもの健やかな発育につながっています。

本町の20～30歳代女性の妊娠届出者および若年健診受診者より、やせの者の割合をみると、令和4年度は12.5%で、減少傾向です。前計画の目標指標（20歳代妊娠届出者）では、増加傾向となっており、今後も、低出生体重児の要因となる妊娠前の母親のやせの改善に向けて、妊娠前の栄養状態の把握、妊娠届出時には妊娠中の適切な体重増加の目安であるBMIを把握し、ライフステージ及び健診データに基づいた保健指導に努めます。

表2 20～30歳代 やせ（BMI18.5未満）の者の割合

	H28年度	R4年度
20-30代 女性（人）	226	160
やせの者（人）	39	20
割合（%）	17.3	12.5

イ 全出生数中の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症等の生活習慣病を発症しやすいとの報告もあります。

低出生体重児の原因として、母体の栄養不良、胎盤機能不全、胎児および母体の疾患など様々な要因が示唆されています。多くの場合、本当の原因特定は非常に困難ですが、非妊娠時の母体の低体重や妊娠中に体重増加が著しく少ない場合では、低出生体重児発症リスクが高まることが知られています。

令和3年度の本町の低出生体重児は県、国と比べても少なかったため、この状態が維持できるよう対策をするとともに、低出生体重で生まれてきた子どもの健やかな発育、発達への支援や、将来の生活習慣病の発症予防のための保健指導の充実を図ります。

表3 出生数と低体重児数

【令和3年】

項目	吉野ヶ里町		佐賀県		全国	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
出生数	156	9.7 (人口千対)	5,853	7.4 (人口千対)	811,604	6.6 (人口千対)
低体重児 (2500g未満)	12	7.7 (出生百対)	539	9.2 (出生百対)	76,060	9.4 (出生百対)
極低体重児 (1500g未満)	0	0.0 (出生百対)	50	0.9 (出生百対)	6,090	0.8 (出生百対)

ウ 肥満傾向にある子どもの割合の減少

学校保健統計調査では、肥満傾向児は肥満度20%以上の者を指し、肥満度20%以上30%未満の者は「軽度肥満傾向児」、肥満度30%以上50%未満の者は「中等度肥満傾向児」、肥満度50%以上の者は「高度肥満傾向児」と区分されています。本町の統計では肥満度30%以上の肥満傾向児の割合で把握しています。

令和4年度の本町の小学5年生の中等度、高度肥満児の割合は、平成24年度と比較し、約3.6倍に増加しており、県、国と比較すると2倍となっています。

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く、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ます。乳幼児の過栄養が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、糖尿病発症の基盤になるため、乳幼児健診時に食生活を含めた生活習慣の把握や保健指導を行うとともに、今後も学校保健安全委員会等を通して肥満傾向児の状況把握と改善に向けた取り組みを行います。

表4 小学5年生の中等度・高度肥満児の割合

	H24	R4	佐賀県	国
男	3.85%	10.53%	4.74%	7.12%
女	1.22%	7.41%	5.58%	4.32%
計	2.50%	9.09%	5.15%	5.75%

エ 40～60歳代の肥満者の割合の減少

本町国保では特定健康診査結果より令和4年度（2022年度）の40～60歳代の肥満者割合が、男性は31.1%、女性は18.0%と増加しています。40歳代では、職域での健康診査を受けている方が多く、地域保健と職域保健の連携を図ります。

表5 40歳～60歳代肥満者の割合

	H30	R4
男性	35.6%	44.1%
女性	17.5%	18.1%

オ 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。

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、令和4年度（2022年度）全体では14.6%と減少傾向となっていますが、女性では横ばいです。比較可能なBMI18.5以下の割合を確認すると、県、国よりも低くなっていました。しかしながら、後期高齢者ではその割合が増加しており、今後、高齢化に伴いさらに増加することも考えられるため、地域包括支援センターと連携し、低栄養予防を推進します。

表6 前期高齢者のうち、BMIが20kg/m²以下の者の割合の経年変化

■男女計		R1	R2	R3	R4
前期高齢者のうち、BMIが20kg/m ² 以下の者の割合		14.5	15.0	15.9	14.6
■男性		R1	R2	R3	R4
前期高齢者のうち、BMIが20kg/m ² 以下の者の割合		6.8	9.0	9.7	6.6
■女性		R1	R2	R3	R4
前期高齢者のうち、BMIが20kg/m ² 以下の者の割合		20.7	20.3	20.8	20.5

国保中央会作成「KDBシステム等を活用したDH計画の指標に係るデータ抽出ツール」により作成

表7 前期高齢者、後期高齢者のうちBMIが18kg/m²以下の者の割合

		65歳から74歳	割合	75歳以上	割合
吉野ヶ里町	男	10	2.4%	14	4.6%
	女	46	8.1%	25	10.7%
県	男	28,445	3.0%	—	—
	女	8,460	9.0%	—	—
国	男	410,992	2.7%	—	—
	女	8,460	9.0%	—	—

* 吉野ヶ里町は令和4年、佐賀県、国は令和2年第8回NDBオープンデータ

カ 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

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喫緊の課題であり、非常に重要な生活習慣病対策です。

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は、他のライフステージと同様、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ます。

本町では学齢期には、学校保健安全法に基づいた検査以外に生活習慣病に関連した検査項目で実施している項目はなく、子どもが健康な生活習慣を有するかどうかの客観的な評価指標が、現在のところありません。

今後は、学校関係者と肥満傾向児の動向など、子どもの健康実態について、共通認識を形成することが重要だと考えます。

④ 対策

ア 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

（ライフステージに対応した栄養指導）

- ・母子保健事業の中での保健指導・栄養指導

（母子手帳交付時、2か月児相談、4か月児・7か月児健診、12か月児相談、1歳6か月児健診、2歳6か月児相談、3歳6か月児健診）

- ・健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導

家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな栄養指導の実施（青年期・壮年期・高齢期）

- ・町民の健康づくり推進事業（全てのライフステージ）
- ・家庭訪問・健康教育・健康相談（全てのライフステージ）
- ・通いの場での医療専門職等の関り（栄養講話等）

イ 生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

栄養士による栄養指導の推進

- ・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

ウ 学齢期への保健指導の推進

- ・小中学校の養護教諭との課題の共有
現在、学校で行われている様々な検査についての情報共有

(2) 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骨格筋の収縮を伴う全ての活動を指し、「運動」とは、身体活動のうち、スポーツやフィットネスなどの健康・体力の維持・増進を目的として計画的・定期的を実施されるものを指します。身体活動・運動の量が多い者は、少ない者と比較して循環器病、2型糖尿病、がん、ロコモティブシンドローム、うつ病、認知症等の発症・罹患リスクが低いことが報告されています。

令和2年にWHOが公表した身体活動・座位行動のガイドラインでは、身体活動を実施することによって、循環器病、2型糖尿病、がんが予防され、うつや不安の症状が軽減されるとともに、思考力、学習力、総合的な幸福感を高められるとされています。また、身体活動により、妊婦及び産後の女性、慢性疾患や障害のある人を含む全ての人々が健康効果を得られるとされており、身体活動・運動は全ての国民が取り組むべき重要課題であるとされています。

WHOは全世界における死亡に対する危険因子として、高血圧、喫煙、高血糖に次いで、身体活動・運動の不足を第4位に位置付けています。我が国では、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に対する3番目の危険因子であることが示唆されています。こうしたことから、身体活動・運動の意義と重要性が広く国民に認知・実践されることは、超高齢社会を迎える我が国の健康寿命の延伸に有意義であると考えられます。

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。

厚生労働省は令和6年1月、令和6年度の健康日本21（第三次）における身体活動・運動分野の取組を推進するため、「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」を策定しました。ガイドによる身体活動・運動の推奨事項は図1のとおりです。

図1 身体活動・運動の推奨事項一覧（健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023）

全体の方向性		個人差等を踏まえ、強度や量を調整し、可能なものから取り組む 今よりも少しでも多く身体を動かす	
	身体活動	運動	座位行動
高齢者	歩行又はそれと同等以上の (3メッツ以上の強度の) 身体活動を 1日40分以上 (1日約 6,000歩 以上) (=週15メッツ・時以上)	運動 有酸素運動・筋力トレーニング・バランス運動・柔軟運動など多要素な運動を週3日以上 【筋力トレーニング ^{※1} を週2~3日】	座りっぱなしの時間が長くなりすぎないように注意する (立位困難な人も、じっとしている時間が長くなりすぎないように少しでも身体を動かす)
成人	歩行又はそれと同等以上の (3メッツ以上の強度の) 身体活動を 1日60分以上 (1日約 8,000歩 以上) (=週23メッツ・時以上)	運動 息が強み汗をかく程度以上の (3メッツ以上の強度の) 運動を 週60分以上 (=週4メッツ・時以上) 【筋力トレーニングを週2~3日】	
こども (※身体を動かす時間が少ないこどもが対象)	(参考) ・中強度以上(3メッツ以上)の身体活動(主に有酸素性身体活動)を1日60分以上行う ・高強度の有酸素性身体活動や筋肉・骨を強化する身体活動を週3日以上行う ・身体を動かす時間の長短にかかわらず、座りっぱなしの時間を減らす。特に余暇のスクリーンタイム ^{※2} を減らす。		

※1 負荷をかけて筋力を向上させるための運動。筋トレマシンやダンベルなどを使用するウエイトトレーニングだけでなく、自重で行う腕立て伏せやスクワットなどの運動も含まれる。

※2 テレビやDVDを観ることや、テレビゲーム、スマートフォンの利用など、スクリーンの前で過ごす時間のこと。

③ 現状と目標

本町では、文化体育館が新設され、以前から実施している健康福祉センターきらら館、ふれあい館での運動指導は有料になったものの継続していることから、運動をしている者の割合は高くなっています。

ア 日常生活における歩数の増加

歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。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。

本町国保特定健診受診者に対して、身体活動の状況を確認しており、「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」の割合は、県、同規模、国と比較して高くなっています。

表8 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の割合

男女計（令和4年度）	吉野ヶ里町	佐賀県	同規模	国
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の割合	66.8	54.4	52.7	52

KDB帳票地域の全体像の把握より、全体から1日1時間以上運動なし割合を除した割合

イ 運動習慣者の割合の増加

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代(40～64歳)と比較して退職世代(65歳以上)では明らかに多くなる傾向にあります。本町の国保の平均年齢は高いため、多くは退職世代であり、運動習慣を持つことにつながっていることが考えられます。また、2か所の健康福祉センターで運動施設を運営していることや、町内に各種サークルがあり運動に取り組みやすい環境も影響していると思われます。

表9 運動習慣がある者の割合の比較

男女計（令和4年度）	吉野ヶ里町	佐賀県	同規模	国
運動習慣のある者の割合	45.3	42.1	38.2	39.6

KDB帳票地域の全体像の把握より、全体から運動習慣なし者の割合を除した割合

表11 運動習慣のある者の割合の経年変化

■男女計	H30	R1	R2	R3	R4
運動習慣のある者の割合	45.0	48.4	47.0	43.6	45.3
■男性	H30	R1	R2	R3	R4
運動習慣のある者の割合	48.5	52.2	49.3	43.9	46.0
■女性	H30	R1	R2	R3	R4
運動習慣のある者の割合	42.3	45.5	45.2	43.4	44.8

国保中央会作成「KDBシステム等を活用したDH計画の指標に係るデータ抽出ツール」により作成

④ 対策

ア 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

- ・ 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
- ・ 「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及

イ 身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ・ 運動施設の利用の推進
きらら館・ふれあい館運動施設、武道館、文化体育館
- ・ 吉野ヶ里町の各部局や関係機関が実施している事業への勸奨
福祉課地域支援事業 等

ウ 運動をしやすい環境の整備

- ・ 町内運動施設
きらら館・ふれあい館運動施設、武道館、文化体育館

(3) 休養・睡眠

① はじめに

「休養」には二つの意味が含まれ、「休」は、労働や活動等によって生じた心身の疲労を、休息により解消し、元の活力を持った状態への復帰を図る働きを、「養」は、「英気を養う」というように、社会的機能の向上に資する心身の能力を自ら高める営みを主として指します。

日々の生活においては、睡眠や余暇が重要であり、十分な睡眠や余暇活動は、心身の健康に欠かせません。睡眠不足は、日中の眠気や疲労に加え、頭痛等の心身愁訴の増加、情動不安定、注意力や判断力の低下に関連する作業能率の低下等、多岐にわたる影響を及ぼし、事故等、重大な結果を招く場合もあります。また、睡眠不足を含め様々な睡眠の問題が慢性化すると、肥満、高血圧、糖尿病、心疾患や脳血管障害の発症リスク上昇と症状悪化に関連し、死亡率の上昇にも関与することが明らかとなっています。また、睡眠の問題はうつ病などの精神障害において、発症初期から出現し、再燃・再発リスクを高めることが知られていますが、不眠の存在自体が精神障害の発症リスクをも高めるという報告もあります。また、長時間にわたる過重な労働は、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられ、さらには脳・心臓疾患との関連性が強いと言われています。

一方で、日本人の睡眠時間は、諸外国に比べ短く、さらに短縮する傾向であることが示されており、日本における睡眠不足に起因する経済損失は小さくないとさえされています。また、日本人の総労働時間は減少傾向ですが、引き続き長時間労働対策を進め、労働者が健康を保持しながら労働以外の生活のための時間を確保して働くことができるような労働環境を整備する必要があります。このため、休養分野について引き続き取組を進めていく必要があります。

② 基本的な考え方

睡眠や余暇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、健康増進においては重要な課題です。

より良い睡眠を取ることは心身の健康の保持・増進においては極めて重要ですが、より良い睡眠には、睡眠の質と量、いずれもが重要です。

厚生労働省は令和6年2月9日、令和6年度の健康日本21（第三次）にあわせ睡眠・休養分野の取組みを強化するため、「健康づくりのための睡眠ガイド2023」を策定しました。ガイドによる睡眠の推奨事項は図2のとおりです。

図2 睡眠の推奨事項一覧（健康づくりのための睡眠ガイド2023）

全体の方向性	個人差等を踏まえつつ、日常的に質・量ともに十分な睡眠を確保し、心身の健康を保持する
高齢者	<ul style="list-style-type: none"> ● 長い床上時間が健康リスクとなるため、床上時間が8時間以上にならないことを目安に、必要な睡眠時間を確保する。 ● 食生活や運動等の生活習慣や寝室の睡眠環境等を見直して、睡眠休養感を高める。 ● 長い昼寝は夜間の良眠を妨げるため、日中は長時間の昼寝は避け、活動的に過ごす。
成人	<ul style="list-style-type: none"> ● 適正な睡眠時間には個人差があるが、6時間以上を目安として必要な睡眠時間を確保する。 ● 食生活や運動等の生活習慣、寝室の睡眠環境等を見直して、睡眠休養感を高める。 ● 睡眠の不調・睡眠休養感の低下がある場合は、生活習慣等の改善を図ることが重要であるが、病気が潜んでいる可能性にも留意する。
子ども	<ul style="list-style-type: none"> ● 小学生は9～12時間、中学・高校生は8～10時間を参考に睡眠時間を確保する。 ● 朝は太陽の光を浴びて、朝食をしっかり摂り、日中は運動をして、夜ふかしの習慣化を避ける。

ア 睡眠で休養がとれている者の増加

国民健康・栄養調査においては、睡眠による休養をとれていない者の有訴者率は20%前後で推移しています。健康日本21（第2次）において、睡眠による休養をとれていない者の有訴者率の減少を目標としていましたが、ほぼ全ての世代で有訴者率は増加しており、引き続き国民の睡眠習慣に対して積極的に施策を講じていく必要があるとされました。

また、いわゆる「熟睡感」、「睡眠の質」、「睡眠休養感」といった「睡眠により休養をとれていると感じているか」に関連する主観的評価について高血圧、糖尿病、心疾患や、うつ病等の精神的健康と強く関連するという報告が多く認められています。

本町では睡眠で休養が十分取れている者の割合が県や同規模より低いため、睡眠や休養に対する啓蒙等が必要です。

表 11 睡眠で休養が取れている者の割合

男女計（令和4年度）	吉野ヶ里町	佐賀県	同規模	国
睡眠で休養が十分取れていると答えた割合	74.9	76.3	75	74.4

KDB帳票地域の全体像の把握より、全体から睡眠で休養が十分取れていないと答えた割合を除いた割合

④ 対策

ア 吉野ヶ里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、吉野ヶ里町の睡眠と健康に関連する事項について明確化

イ 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) 飲酒

① はじめに

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等に深く関連する。加えて、不安やうつ、自殺、事故といったリスクとも関連します。平成30（2018）年にWHOが発表した「Global status report on alcohol and health 2018」によると、平成28（2016）年の試算で、年間300万人がアルコールの有害な使用のために死亡し、全死亡に占める割合は5.3%とされており、この割合は、糖尿病（2.8%）、高血圧（1.6%）、消化器疾患（4.5%）を上回っています。

健康日本21（第二次）では、「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」を1日の平均純アルコール摂取量が男性で40g、女性で20g以上と定義した上で、このような飲酒の予防を図るため、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少」を目標として設定し、取組を行ってきました。我が国全体のアルコール消費量は減少傾向にある一方で、この目標については、男性では変化なし、女性では悪化傾向にあり、より一層のアルコールによる健康影響に関する知識の普及啓発、減酒支援等の推進が求められます。また、令和3（2021）年度から開始されたアルコール健康障害対策推進基本計画（第2期）において、アルコール健康障害の発生子防が重点課題とされ、がん対策推進基本計画（第4期）において、飲酒は予防可能ながんリスク因子とされており、これらの計画との整合性を保ちつつ、取組を進めることが必要です。

また、20歳未満の者や教育者、保護者、妊婦に対しても、国、地方公共団体、関係団体、事業者等と連携し、飲酒による健康影響等について、引き続き、わかりやすい普及啓発を行うことが必要です。

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

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

本町では飲酒をしている人の割合は少ないですが、飲酒者のうち生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合が高いことが問題です。

表 12 飲酒頻度と飲酒量

飲酒頻度	吉野ヶ里町				県	同規模	国
	R1	R2	R3	R4	R4	R4	R4
毎日	23.2%	23.0%	23.4%	23.5%	25.5%	25.2%	25.5%
時々	17.3%	17.7%	17.2%	17.7%	20.3%	20.6%	22.5%
飲まない	59.5%	59.3%	59.4%	58.8%	54.1%	54.2%	52.0%
飲酒量							
1合未満	47.4%	44.8%	44.4%	46.4%	52.5%	60.5%	64.1%
1～2合	34.7%	35.2%	36.2%	37.0%	32.5%	26.5%	23.7%
2～3合	13.0%	16.6%	16.5%	12.7%	12.1%	10.3%	9.4%
3合以上	5.0%	3.4%	2.9%	3.9%	2.9%	2.7%	2.8%

④ 対策

ア 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

- ・ 種々の保健事業の場での教育や情報提供
母子健康手帳交付、乳幼児健診及び相談（妊娠中の飲酒の確認を2か月児相談時確認する）、がん検診等
- ・ 地域特性に応じた健康教育

イ 飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・ 健康診査や吉野ヶ里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

(5) 喫煙

たばこ消費量は近年減少傾向ですが、過去のたばこ消費による長期的な健康影響と急速な高齢化により、たばこ関連疾患による死亡数は年々増加しており、わが国の年間死亡者数のうち、喫煙者本人の喫煙による年間の超過死亡数は約19万人と報告されています。たばこ消費を継続的に減少させることによって、日本人の死因の第一位であるがんをはじめとした喫煙関連疾患による超過死亡と超過医療費、経済的損失等を将来的に確実に減少させることができるといわれています。

喫煙は、世界保健機関（WHO）による非感染性疾患(NCDs)対策の対象疾患であるがん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、糖尿病に共通した主要なリスク要因です。たばこ対策の推進は、NCDsの発症や死亡を短期間に減少させることにつながるものが諸外国での経験から明らかにされており、WHOではNCDs対策の中で、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（FCTC）の完全な履行に向けた取組を加速させることとしています。

以上のことから、当面及び将来の健康影響や経済損失を回避するために、また、FCTCの締約国としての国際的責務を果たすために、たばこ対策の着実な実行が必要です。

ア 喫煙者の減少

本町での喫煙者の割合を健診の問診項目から確認をすると、国保被保険者、後期高齢者被保険者ともに比較対象の同規模・県・国より低くなっているため、この状況を継続していく。

表13 喫煙者の割合

	国民健康保険 40歳～74歳	後期高齢者医療保険 75歳以上
吉野ヶ里町	11.5%	3.3%
同規模	13.6%	4.6%
県	13.7%	4.4%
国	13.8%	4.8%

令和4年度健診問診項目（KDB）

イ 妊娠中の喫煙をなくす

本町の妊娠アンケートでは、令和4年度3人の喫煙者がありその割合は1.84%でした。喫煙による悪影響については、受動喫煙も含め母子手帳交付時に説明をしています。妊娠中の喫煙をなくすため取り組みを継続していきます。

(6) 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)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」が展開されているところですが、超高齢社会の進展を踏まえ、生涯を通じて歯科疾患を予防し、歯の喪失を抑制することは、高齢期での口腔機能の維持につながるものと考えられます。

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

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

② 基本的な考え方

ア 発症予防

歯科疾患の予防は、「う蝕予防」及び「歯周病予防」が大切になります。

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

イ 重症化予防

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

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

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

③ 現状と目標

歯・口腔の健康については、主観的な評価方法を使用する目標項目を除き、歯科健（検）診や特定健診等の問診内容で経年的な把握ができる項目について、国の指標3点と、町で追加した指標3点を下記のとおり目標項目とします。

〔国の健康増進計画での評価指標〕

ア 歯周病を有する者の割合の減少

イ 歯科健（検）診受診者の増加

（町の節目の歯周疾患検診、国保の歯科医受診状況）

ウ よく噛んで食べることができる者の増加

〔町で追加する評価指標〕

エ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

（ア） 3歳児でう蝕がない者の割合の増加…第二期の目標を継続

（イ） 12歳児でう蝕がない者の割合の増加

（ウ） 3歳児で4本以上のう蝕のある歯を有する者の減少

「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」

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あるとともに、妊娠中の歯周病は早産、低体重児の出産のリスクを高めると指摘されています。初期の歯周病やむし歯は自覚症状がなく進行するため、歯科健診で早期に発見し治療を行うとともに、定期的な健診と予防処置を受けることが必要です。

歯周病のうち、歯肉に限局した炎症が起こる病気を歯肉炎、他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっています。また、近年、歯周病と糖尿病や循環器疾患との関連性について指摘されていることから、歯周病予防は成人期以降の健康課題の一つです。

本町では、令和4年度より妊婦歯科健診を実施、令和5年度より40歳・50歳・60歳・70歳を対象とした歯周疾患検診を実施しています。また、令和6年度は健康増進法改正により歯周疾患検診は20歳・30歳も対象となる見込みです。

小児については、全体としてう蝕を有する者の割合は減少傾向にあるため、第三期の指標からは除かれています。しかしながら、多数歯にう蝕がある小児が一定数おり、また、有病状況について地域格差が指摘されています。社会経済的因子等がう蝕の有病状況に影響を与え、健康格差を生じさせること等も指摘されており、集団全体のリスクを低減させるう蝕予防対策への取組が引き続き重要とされています。今回、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」にて指標が示されている項目を参考に町の指標を追加しました。

令和4年度の妊婦歯科健診の受診率は23.2%で、受診者の75%に指導や治療が必要な所見がみられています。(表15) そのうち、早産や低体重児の出産リスクを高める歯周病関連所見(表15中●印)の割合は67%と高くなっています。

自覚症状では気づきにくい口腔内の問題の早期発見およびブラッシング等の指導や生活習慣への助言等の適切な指導を受けることで、妊娠期の歯・口腔の健康を保つことにつながります。今後も継続して受診率の向上を図っていくための取り組みが必要です。健康への意識の高まりがみられる妊娠中に、妊婦歯科健診の重要性について説明し、妊婦自身だけでなく、子どもの口の健康にも意識を向けられるよう努めていきます。

表14 妊婦歯科健診受診率

※4月より事業開始(受診票配布)したが、安定期に入ってから受診を勧めているため、4~6月実績は0

	令和4年度(※7月~3月)
受診者数	40
受診率	23.2%

表15 妊婦歯科健診結果の内訳

			人数	割合
異常なし			10	25%
要指導(所見はのべ数)			14	35%
再掲(所見)	●	歯肉出血あり	12	
		口腔清掃状態不良	4	
	●	歯石の付着	18	
		その他	1	
要治療(所見はのべ数)			16	40%
再掲(所見)	●	歯周ポケット(4~5mm)	9	
	●	歯周ポケット(6mm)	1	
		未処置歯あり	7	

令和5年度の歯周疾患検診の受診率は9.1%で、受診者の内歯周疾患有病者は47%で、約半数の高い割合で見られました（表16）。また、本町国保の50歳以上咀嚼良好者は、75%前後で推移し減少傾向です。歯の喪失や糖尿病、循環器疾患と関連する歯周病の予防の推進のため、今後も継続して受診率の向上を図っていくための取り組みが必要です。

健診結果説明会における歯科衛生士による歯科相談や集団指導を実施し、歯周病の予防に努めていきます。今後さらに「かかりつけ歯科医」の普及啓発を行い、定期的な歯科検診受診を推進します。

表16 歯周疾患検診の状況

	令和5年度
受診者数	75人
受診率	9.1%
歯周疾患有病者	47%

表17 吉野ヶ里町後期高齢者 令和4年度

問題なく噛めると回答した人	156人	23.3%
---------------	------	-------

表18 50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合

■男女計	H30	R1	R2	R3	R4
50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	76.2	75.1	75.1	74.0	74.5
■男性	H30	R1	R2	R3	R4
50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	72.6	71.2	71.4	69.5	72.0
■女性	H30	R1	R2	R3	R4
50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	78.8	78.1	77.9	77.3	76.2

国保中央会作成「KDBシステム等を活用したDH計画の指標に係るデータ抽出ツール」により作成

本町の1歳6か月児でう蝕のない児の割合は、全国・佐賀県と比べると高く、平成27年度以降は、100%う蝕なしを維持しています。3歳児でう蝕がない児の割合は増加傾向ですが、全国より低い割合となっています。(図3・4)

また、3歳児で4本以上のう蝕のある歯を有する者の割合をみると、令和2年度は国の倍の割合でしたが令和4年度は減少傾向にあります。

図3 1歳6か月児でう蝕がない者の割合の推移 (佐賀県母子保健報告)

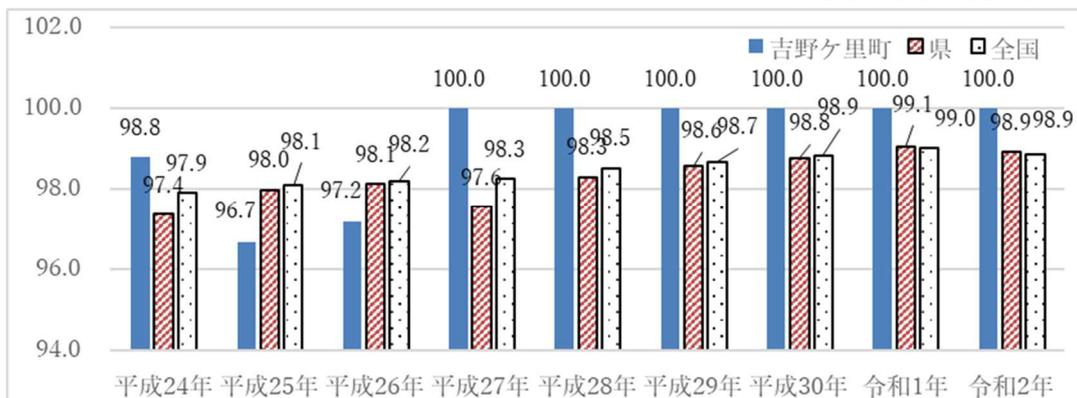


図4 3歳児でう蝕がない者の割合の推移 (佐賀県母子保健報告)

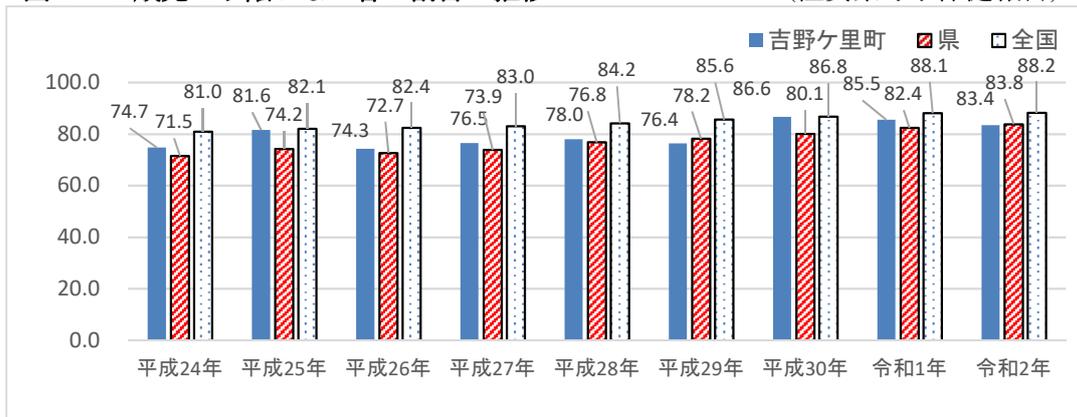


表19 3歳児のう蝕のある歯の本数別人数割合

	年度	受診者	う蝕歯がない		う蝕のある歯 1~3本		う蝕のある歯 4本以上		再掲 10本以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
吉野ヶ里町	R1	172	147	85.5%	19	11.0%	6	3.5%	2	1.2%
	R2	145	121	83.4%	14	9.7%	10	6.9%	1	0.7%
	R3	142	127	89.4%	8	5.6%	7	4.9%	2	1.4%
	R4	148	133	89.9%	12	8.1%	3	2.0%	0	0.0%
国	R2	-	-	88.2%	-	7.80%	-	3.5%	-	0.50%

地域保健・健康増進事業報告

また、永久歯の評価指標である12歳児でう蝕がない者の割合は国・県と比較しても高く、幼児期から学童期を通じて実施されているフッ化物塗布・フッ化物洗口の効果もあると思われます。

表20 12歳児でう蝕がない者の割合

	R2	R4
吉野ヶ里町	74.8	89.8
県	71.8	72.7
国	70.6	—

ヘルシースマイル佐賀21

生涯にわたる歯科保健の中でも、特に乳歯咬合の完成期である3歳児のう蝕有病状況の改善は、乳幼児の健全な育成のために不可欠あり、1歳6か月児健診、2歳6か月児相談、3歳6か月児健診の際のフッ化物塗布事業および幼稚園、保育園での歯科保健教室、フッ化物洗口事業を今後も継続していきます。

乳幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者に委ねられることが多いため、妊娠中から生まれてくる子の歯の健康に関する意識を持って頂き、また妊娠中に罹患しやすくなる歯周疾患予防のために、母子手帳交付時の保健指導を徹底していきます。

学童期の情報については、今後も学校保健委員会等を通して各校と連携を取りながら、状況把握と改善に向けた取り組みを行います。

④ 対策

(ア) ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・母子手帳交付時の保健指導
- ・乳児健診時の歯科衛生士による歯科相談の実施
- ・幼児期のう蝕予防の学習（12か月児、1歳6か月児、2歳6か月児、3歳児）
- ・幼児フッ化物塗布事業（1歳6か月児健診、2歳6か月児相談、3歳児健診）
（コロナ禍により令和2年4月～令和4年6月まで中止。令和4年7月～再開）
- ・幼稚園・保育園での園歯科医による歯科保健講話、歯科衛生士による歯科指導
- ・幼児期から中学生までのフッ化物洗口法の実施
- ・特定健診結果説明会時の歯科相談の実施
- ・「8020運動」の推進（推進週間時の歯科保健相談実施や広報活動）

(イ) 専門家による定期管理と支援の推進

- ・妊婦歯科健診の実施
- ・幼児歯科健診（1歳6か月児健診、2歳6か月児相談、3歳児健診）の実施
- ・成人の歯周疾患検診の実施
（20歳、30歳、40歳、50歳、60歳、70歳の節目の時期に実施）

4 生活機能の維持向上

① はじめに

生活習慣病に罹患せずとも、日常生活に支障をきたす状態となることもあります。健康寿命が「日常生活に制限のない期間の平均」であることを鑑みると、健康寿命の延伸のためには、こうした状態とならないような取組も有用です。

また、既になんかの疾患を抱えている人も含め、「誰一人取り残さない」健康づくりの観点も踏まえると、生活習慣病の発症予防・重症化予防だけでなく健康づくりも重要です。生活習慣の改善を通じて、心身の両面から健康を保持することで、生活機能の維持・向上を図ることが求められています。

ア ロコモティブシンドロームの減少

ロコモティブシンドローム（以下「ロコモ」という。）は、運動器の障害によって、立つ、歩くという移動機能の低下を来した状態と定義されています。生活機能の中でも移動機能は健康寿命の延伸の観点からも、特に重要項目と考えられています。

本町では、介護予防や認知症予防のため、運動器・認知機能向上を目的とした「いきいき健康クラブ」の実施や、地域において健康づくりや介護予防を推進していくための、高齢者の通いの場となる自主活動の教室などを住民主体で展開できるように支援し、地域における介護予防に関する取り組みの機能強化を図っています。

イ 骨粗鬆症検診受診率の向上

健康増進法に基づく健康増進事業の一環として、町は、骨粗鬆症検診を行っています。

骨粗鬆症検診の目的は、無症状の段階で骨粗鬆症及びその予備群を発見し、早期に介入することです。現在、骨粗鬆症検診受診率は、約5%と非常に低いですが、骨粗鬆症検診受診率の向上は、未治療の骨粗鬆症患者の治療介入を促し、骨粗鬆症性骨折患者の減少、ひいては健康寿命の延伸につながると考えられます。このため、骨粗鬆症検診について普及啓発等を行い、受診率向上の取組を進める必要があります。

本町においても、健康増進法対象者での受診率は1.5%（令和4年度）とかなり低いいため、広報などによる受診勧奨を実施する必要があります。

ウ 心理的苦痛を感じている者の減少

心理的苦痛とは、ネガティブなことを想像してしまい不安になる、イライラしてしまう、そわそわして何も手につかない、気分が落ち込んで憂鬱になる、見放された気持ちになり孤独を感じるといった精神的な負担をいいます。国はうつ病や不安障害など精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発された調査手法であるK6を活用し、その割合を見ていくこととしています。

本町国保の最大医療資源でみた入院について、統合失調症、うつ、が上位2つをしめていることから、医療費の面でも改善していくことが重要です。

表1 自殺の状況

【令和3年】

(単位：人・%)

吉野ヶ里町			佐賀県			国			
死亡者数	全死亡に占める割合	年齢調整死亡率	死亡者数	全死亡に占める割合	年齢調整死亡率	死亡者数	全死亡に占める割合	年齢調整死亡率	
								男	女
1	0.8%	15.6	120	1.2%	15.9	20,291	1.4%	22.6	10.3

※吉野ヶ里町の年齢調整死亡率は平成23年～令和3年、国は令和2年のもの

表2 吉野ヶ里町国保令和4年度入院の疾患別割合 (KDB帳票)

医療費分析(2)大、中、細小分類

保健指導対象者の絞込みに際し、どの疾病をターゲットにするのかの医療費分析例

- ・ 最大医療資源傷病名を用いて計算
- ・ 大分類別医療費のうち上位4位までを対象に中分類分析を行う
- ・ 疾病分類上位3位までを表示する

中分類別分析 (%)

細小分類分析 (%)

5. 精神 18.2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	7.4	}	統合失調症	7.4
	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	7.0		うつ病	7.0
	血管性及び詳細不明の認知症	1.3		認知症	1.3
2. 新生物 15.4	悪性リンパ腫	6.6	}		
	白血病	2.4		白血病	2.4
	その他の悪性新生物<腫瘍>	1.7		膵臓がん	0.3
19. 損傷中毒 11.0	骨折	4.3	}	骨折	4.3
	その他損傷及びその他外因の影響	4.1			
	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	1.6			
9. 循環器 10.6	その他の心疾患	5.3	}	不整脈	1.3
	脳梗塞	2.8		心臓弁膜症	0.3
	虚血性心疾患	1.0		脳梗塞	2.8
				狭心症	0.6

5 社会環境の質の向上

健康寿命の延伸や健康格差の縮小のためには、個人の行動と健康状態の改善に加えて、個人を取り巻く社会環境の質の向上を図ることが重要です。社会環境の質の向上には、地方公共団体だけでなく多様な主体による取組を推進しつつ、関係する行政分野との連携も進めていくことが必要です。

(1) 社会とのつながり・こころの健康の維持・向上

人々の健康は、その人を取り巻く社会環境に影響を受けることが知られています。例えば、就労、ボランティア、通いの場といった居場所づくり・社会参加は健康に影響するとされています。

また、こころの健康の維持・向上は、健康づくりに取り組む上で重要であり、地域や職域など様々な場面で課題の解決につながる社会環境の整備が重要となります。

(2) 自然に健康になれる環境づくり

健康寿命の延伸には、自ら健康づくりに積極的に取り組む者だけでなく、健康に関心の薄い者を含む、幅広い者に対してアプローチを行うことが重要となる。そのために、本人が無理なく自然に健康な行動を取ることができるような環境整備を行うことが求められています。

佐賀県では移動手段が車であり、必然的に歩く機会も少なくなりがちです。この問題に対し、県では県公式ウォーキングアプリ「SAGATOKO」の開発により、自然と「歩く」習慣を身につけ、運動量（歩く）を増やす取り組みをされています。本町でも積極的にアプリの利用について広報しました。

また、本町には2か所の健康福祉センターにトレーニングルームを有し、健康運動指導士が常駐していることから、高齢者や運動の経験のない人でも気軽に、また、安全で効果的な運動ができます。加えて、新たに文化体育館がオープンするなど働き盛りの人が夜間でも運動することができます。武道館も2か所あり、卓球などの運動にも取り組みやすいなど、施設環境も整っています。今後はいかに意識的に体を動かしてもらうかが課題です。

6 目標の設定

国は、全国的な目標を設定し、広く国民や関係者に対してその目標を周知するとともに、継続的に指標の推移等の調査及び分析を行い、その結果に関する情報を国民や関係者に還元することにより、関係者をはじめ広く国民一般の意識の向上を図り、及び自主的な取組を支援するものとなりました。

また、国が具体的な目標を設定するに当たっては、「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」することとし、また、具体的な目標は、計画期間における諸活動の達成状況の評価を目的として設定すべきであり、かつ、評価を行う時点で実際に到達したかどうか確認できるもの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 国の評価指標と吉野ヶ里町の目標値一覧（国の用いる比較値（ベースライン値）については、令和6（2024）年度までの最新値とされており、今後示される予定。）

		分野	項目	国の現状値	国の目標値	町（計画策定時）		町の目標値			
			健康寿命の延伸 日常生活の制限のない期間の平均 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加								
			健康格差の縮小 日常生活の制限のない期間の平均の下位4分の1の都道府県の平均の増加								
社会環境の室の向上 個人の行動と健康状態の改善	個人で達成すべき目標 吉野ヶ里町・医療保険者（吉野ヶ里町国民健康保険）	個人・家庭 生活習慣病の発症予防・重症化予防	がん	がんの年齢調整罹患率の減少（人口10万人当たり）		減少	R10年度				
				がんの年齢調整死亡率の減少（人口10万人当たり）		減少	R10年度	308.5 男性 428.3 女性 229.0	H23～R3 基準人口 H27	減少	R10年度
			がん	がん検診の受診率の向上		60%	R10年度	8.3%	※H29より 集計方法変更	地域保健報告で 県・国を上回る	R10年度
				・胃がん		5.3%					
				・肺がん		4.9%					
				・大腸がん		23.4%					
				・子宮頸がん		13.9%					
			循環器疾患	脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少（人口10万人当たり）		減少	R10年度	男性 84.8 女性 62.5	H23～R3	減少	R10年度
				・脳血管疾患				男性 135.5 女性 108.8			
				・心疾患							
				高血圧の改善 ※本町はⅡ度高血圧以上の者の減少 収縮期血圧の平均値（40歳以上、加療中の者含む）（年齢調整値）		ベースライン値から 5mmHgの低下	R14年度	4.8% (45人)	R4年度	減少	R14年度
				脂質（LDL-C）高値の者の減少 LDL-C160mg/dl以上の者の割合(40歳以上、内服加療中の者を含む) （年齢調整値）		ベースライン値から 25%の減少	R14年度	10% (92人)	R4年度	現状から 25%減少 (7.5%)	R14年度
				メタリックシフトロームの該当者及び予備軍の減少（年齢調整値）		第4期医療費 適正化計画 に合わせて 設定		36.6%（319人） 該当者 23.5%（205人） 予備群 13.0%（114人）	R4年度	減少	R14年度
				特定健康診査の実施率の向上				47.3%	R4年度	60%	R14年度
特定保健指導率の実施率の向上				64.9%	R4年度	60%	R14年度				

				分野	項目	国の現状値		国の目標値		町（計画策定時）		町の目標値			
社会環境の向上	個人の行動と健康状態の改善	個人で達成すべき目標	吉野ヶ里町・医療保険者（吉野ヶ里町国民健康保険）	個人・家庭	生活習慣病の発症予防・重症化予防	糖尿病	糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少			R14年度	0人（2人中） H30～R4平均 3.1%	R4年度	減少	R14年度	
							糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数								
							治療継続者の増加 →（糖尿病型HbA1c6.5以上またはFBS126以上で内服（インスリン含）あり）		75%	R14年度	71.2%	R4年度	75%	R14年度	
							血糖コントロール不良者の減少 （HbA1c8.0以上の者の割合の減少）		1.0%	R14年度	HbA1c8.0%以上 2.2%（20人） HbA1c8.4以上：0.86%（8人）	R4年度	1.0%	R14年度	
							糖尿病有病者の増加の抑制（糖尿病が強く疑われる者の推計値） （HbA1c6.5%以上の者の割合）			R14年度	14.5%（134人）	R4年度	減少	R14年度	
						COPD	COPDの死亡率の減少（人口10万当たり）		10.0	R14年度					
						栄養・食生活	生活習慣の改善	適正体重を維持している者の増加（年齢調整値）		66%	R14年度		R4年度	66%	R14年度
								BMI 18.5以上25未満が適正体重							
								20～60歳代男性の肥満の者の減少（町：40～60歳）				44.1%	R4年度	減少	R14年度
								40～60歳代女性の肥満の者の減少				18.1%	R4年度	減少	R14年度
								20～30歳代女性のやせの者の減少 （母子手帳交付時若年健診のやせの割合）		15%		12.5%	R4年度	維持	R14年度
								低栄養傾向の高齢者の減少（BMI 20以上25未満が適正体重）							
								BMI 20以下 65～74歳				14.7%	R4年度	減少	R14年度
								BMI 20以下 75歳以上		13%		17.8%	R4年度	13%	R14年度
								BMI 18.5未満 65～74歳	男性 2.7% 女性 9.0%	R2 NDB		男性 2.4% 女性 8.1%	R4年度	減少	R14年度
								BMI 18.5未満 75歳以上				男性 4.6% 女性 10.7%	R4年度	減少	R14年度
						児童・生徒における肥満傾向児の減少	R4 国小学5年生 中等度男子5.57% 高度 男子1.55% 計 男子7.12% 中等度女子3.47% 高度 女子0.85% 計 女子4.30%		第2次生育医療等 基本方針に合わせ て設定		小学5年生 男子 6.25% 女子 3.98%	R4年度	第2次生育医療等 基本方針に合わせ て設定		
						バランスの良い食事を摂っている者の増加 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		50%	R14年度						
						野菜摂取量の増加		350 g							
						果物摂取量の改善		200 g							
食塩摂取量の減少		7 g													

				分野	項目	国の現状値		国の目標値		町（計画策定時）		町の目標値			
社会 環境 の 質 の 向 上	個 人 の 行 動 と 健 康 状 態 の 改 善	個 人 で 達 成 す べ き 目 標	吉 野 ヶ 里 町 ・ 医 療 保 険 者 （ 吉 野 ヶ 里 町 国 民 健 康 保 険 ）	生 活 習 慣 の 改 善	身 体 活 動 ・ 運 動	日常生活における歩数の増加（1日の歩数平均値）（年齢調整値） （日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する者の割合の増加）			7,100歩						
						・40～64歳			R14年度	男性 65.9% 女性 56.3% 総数 59.9%	R4年度	増加	R14年度		
						・65歳以上			R14年度	男性 64.0% 女性 71.7% 総数 68.3%	R4年度	増加	R14年度		
						運動習慣者の増加（年齢調整値） （1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している者の増加）			40%						
						・40～64歳				男性 31.8% 女性 27.5% 総数 29.1%	R4年度	40%	R14年度		
						・65歳以上				男性 49.8% 女性 50.5% 総数 50.2%	R4年度	維持	R14年度		
						運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少 1週間の総運動時間（体育授業除く）が60分未満の児童の割合			第2次生育医療等 基本方針に合わせ て設定						
						休 養	睡眠で休養が取れている者の増加			80%	R14年度	74.9%	R4年度	80%	R14年度
						睡 眠	睡眠時間が十分に確保できている者の増加 睡眠時間6～9時間（60歳以上は6～8時間）			60%	R14年度				
							週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少			5%	R7年度				
					飲 酒	生活習慣病(NCDs)のリスクを高める量を飲酒している者の減少 1日あたりの純アルコール摂取量 男性40g以上、女性20g以上の割合			6.4%	R14年度	男性 13.1% 女性 8.5%	R4年度	6.4%	R14年度	
						20歳未満の者の飲酒をなくす(中高生の飲酒者の割合)			0%	R14年度					
					喫 煙	喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）			12%	R14年度	11.3%	R4年度	維持	R14年度	
						20歳未満の者の喫煙をなくす（中高生の喫煙者の割合）			0%	R14年度					
						妊娠中の喫煙をなくす（町：妊娠アンケートより）			第2次生育医療等 基本方針に合わせ て設定		3人/163人 (1.84%)	R4年度	0%	R14年度	

				分野	項目	国の現状値		国の目標値		町（計画策定時）		町の目標値					
社会環境の質の向上	個人で達成すべき目標	吉野	個人・家庭	歯・口腔の健康	歯周病を有する者の減少（40歳以上の歯周炎、年齢調整値）			40%	R14年度	48%	R4年度	40%	R14年度				
					よく噛んで食べることができる者の増加 50歳以上における咀嚼良好者の割合（年齢調整値）			80%		74.50%	R4年度 50~74歳	80%	R14年度				
					歯科検診の受診者の増加（過去1年間の歯科医院受診） （国保加入者40~74歳）			95%		47%	R4年度	95%	R14年度				
					乳幼児・学齢期のう触のない者の増加 【歯・口腔の健康づくりプラン(第二次) 参考】												
					・3歳児でう触がない者の割合の増加	88.2%	R2	95%	R14年度	89.9%	R4年度	95%					
					・12歳児でう触がない者の割合の増加	70.60%	R2	95%	R14年度	89.8%	R4年度	95%					
					・3歳児で4本以上のう触のある歯を有する者の減少	3.5%	R2	0%	R14年度	2.0%	R4年度	0%					
					ロコモティブシンドロームの減少 （足腰に痛みのある65歳以上：人口千人当たり）			210人	R14年度								
					骨粗鬆症検診受診率の向上			15%	R14年度	1.5%	R4年度	15%	R14年度				
					心理的苦痛を感じている者の減少 「K6(こころの状態を評価する指標)の合計点数が10点以上の者の割合			9.4%	R14年度								
	社会環境に関する目標	地域	維持・向上の	社会とのつながり	自殺者数の減少（人口10万人当たり）			減少	R10年度	男性 18.7 女性 12.9 総数 15.6	H23~R3	減少	R10年度				
					地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加			45%									
					社会活動を行っている者の増加（就学・就労を含む：65歳以上）			ベータ値から10%の増加	R14年度								
					地域等で共食している者の増加			30%									
					メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加			80%	R9年度								
					心のサポーター数の増加				R15年度								
					整備するが健康推進の進める	健康盤	自然に	健康	スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加				R14年度				
									健康経営の推進								
									利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加 管理栄養士・栄養士を配置している施設 （病院、介護老人保健施設、介護医療院を除く）			75%	R14年度				
									必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加			80%	R9年度				
望まない受動喫煙の機会を有する者の減少			望まない受動喫煙のない社会の実現	R14年度													
健康に	自然に	健康	健康	「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進													
				「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくりに取り組む市町村の増加													

第5章 食育推進基本計画

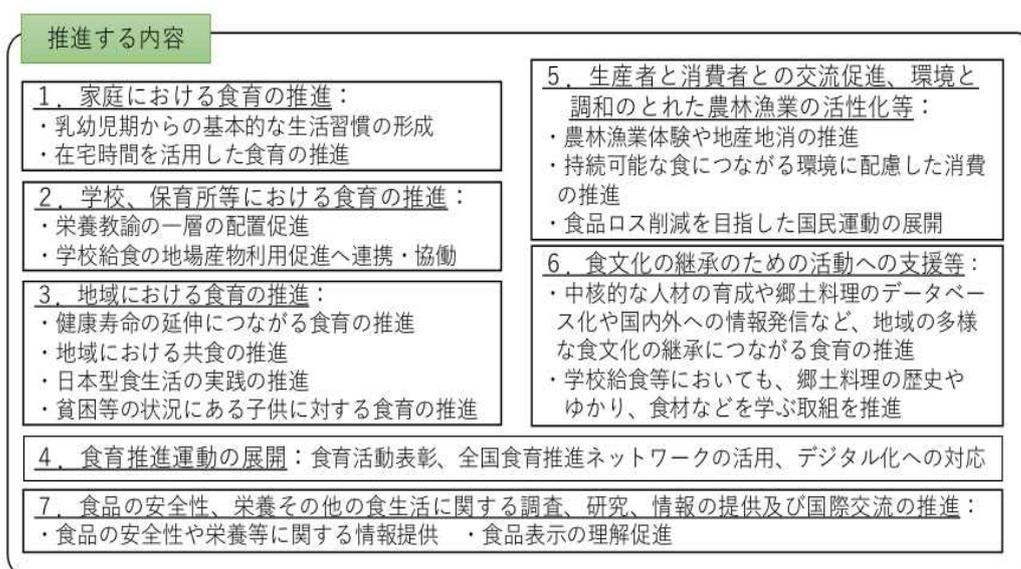
1 国の推進体制

内閣府は、平成17（2005）年より10年間、食品安全委員会、消費者庁、文部科学省、厚生労働省、農林水産省等の関係各省庁等との連携を図りながら、政府として一体的に食育を推進してきました。食育を国民運動として推進していくためには、国、地方公共団体による取組とともに、学校、保育所等、農林漁業者、食品関連事業者、ボランティア等の様々な立場の関係者の緊密な連携・協力が極めて重要であることから、内閣府で担当していた食育の推進を図るための基本的な施策に関する企画等の事務は、平成28（2016）年4月1日にすべて農林水産省に移管されました。

令和3年度から5年間を計画期間とする第4次食育推進基本計画が令和3年3月に食育推進会議で決定されました。第4次計画は、平成28年度に内閣府から農林水産省に食育推進に関する事務が移管されて初めての食育基本法に基づく基本計画となります。

第4次食育推進計画では、日本人の健康や食を取り巻く環境の変化、社会のデジタル化など、食育をめぐる状況を踏まえ、①生涯を通じた心身の健康を支える食育の推進 ②持続可能な食を支える食育の推進③「新たな日常」やデジタル化に対応した食育の推進 の3つを重点事項とし、次の7つの項目を推進していくとしています。

図1 第4次食育推進計画 推進項目



また、図2のとおり、推進にあたり16の目標を設定しており、網掛け部分の項目が第4次食育推進基本計画において追加され、新たに推進していくこととしています。

図2

第4次食育推進基本計画における食育の推進に当たっての目標

目標			
具体的な目標値 (追加・見直しは黄色の目標値)	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和7年度)	
1 食育に関心を持っている国民を増やす			
①食育に関心を持っている国民の割合	83.2%	90%以上	
2 朝食又は夕食を家族と一緒に食べる「共食」の回数を増やす			
②朝食又は夕食を家族と一緒に食べる「共食」の回数	週9.6回	週11回以上	
3 地域等で共食したいと思う人が共食する割合を増やす			
③地域等で共食したいと思う人が共食する割合	70.7%	75%以上	
4 朝食を欠食する国民を減らす			
④朝食を欠食する子供の割合	4.6%※	0%	
⑤朝食を欠食する若い世代の割合	21.5%	15%以下	
5 学校給食における地場産物を活用した取組等を増やす			
⑥栄養教諭による地場産物に係る食に関する指導の平均取組回数	月9.1回※	月12回以上	
⑦学校給食における地場産物を使用する割合(金額ベース)を現状値(令和元年度)から維持・向上した都道府県の割合	—	90%以上	
⑧学校給食における国産食材を使用する割合(金額ベース)を現状値(令和元年度)から維持・向上した都道府県の割合	—	90%以上	
6 栄養バランスに配慮した食生活を実践する国民を増やす			
⑨主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上ほぼ毎日食べている国民の割合	36.4%	50%以上	
⑩主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上ほぼ毎日食べている若い世代の割合	27.4%	40%以上	
⑪1日当たりの食塩摂取量の平均値	10.1g※	8g以下	
⑫1日当たりの野菜摂取量の平均値	280.5g※	350g以上	
⑬1日当たりの果物摂取量100g未満の者の割合	61.6%※	30%以下	

注) 学校給食における使用食材の割合(金額ベース、令和元年度)の全国平均は、地場産物52.7%、国産食材87%となっている。

目標			
具体的な目標値 (追加・見直しは黄色の目標値)	現状値 (令和2年度)	目標値 (令和7年度)	
7 生活習慣病の予防や改善のために、ふだんから適正体重の維持や減塩等に気づけた食生活を実践する国民を増やす			
⑭生活習慣病の予防や改善のために、ふだんから適正体重の維持や減塩等に気づけた食生活を実践する国民の割合	64.3%	75%以上	
8 ゆっくりよく噛んで食べる国民を増やす			
⑮ゆっくりよく噛んで食べる国民の割合	47.3%	55%以上	
9 食育の推進に関わるボランティアの数を増やす			
⑯食育の推進に関わるボランティア団体等において活動している国民の数	36.2万人※	37万人以上	
10 農林漁業体験を経験した国民を増やす			
⑰農林漁業体験を経験した国民(世帯)の割合	65.7%	70%以上	
11 産地や生産者を意識して農林水産物・食品を選ぶ国民を増やす			
⑰産地や生産者を意識して農林水産物・食品を選ぶ国民の割合	73.5%	80%以上	
12 環境に配慮した農林水産物・食品を選ぶ国民を増やす			
⑲環境に配慮した農林水産物・食品を選ぶ国民の割合	67.1%	75%以上	
13 食品ロス削減のために何らかの行動をしている国民を増やす			
⑳食品ロス削減のために何らかの行動をしている国民の割合	76.5%※	80%以上	
14 地域や家庭で受け継がれてきた伝統的な料理や作法等を継承し、伝えている国民を増やす			
㉑地域や家庭で受け継がれてきた伝統的な料理や作法等を継承し、伝えている国民の割合	50.4%	55%以上	
㉒郷土料理や伝統料理を月1回以上食べている国民の割合	44.6%	50%以上	
15 食品の安全性について基礎的な知識を持ち、自ら判断する国民を増やす			
㉓食品の安全性について基礎的な知識を持ち、自ら判断する国民の割合	75.2%	80%以上	
16 推進計画を作成・実施している市町村を増やす			
㉔推進計画を作成・実施している市町村の割合	87.5%※	100%	

※は令和元年度の数値

2 基本理念

本町では、健康増進計画の基本理念を踏襲し、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての町民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、町民の健康の増進の総合的な推進を目指します。

そのなかで、多様な暮らしに対応した食育及び健康寿命の延伸につながる食育等を庁内各課、関係団体などの自主的な取り組みとの連携を図りながら引き続き推進していきます。

3 本町での食生活や健康の現状と課題

本町では肥満傾向にある子どもや40～60歳代の肥満者が増加している一方で、20歳代の女性のやせの者が増加している現状があります。子どもの肥満は将来の生活習慣病に結びつきやすく、乳幼児期より食生活を含めた生活習慣の把握や改善にむけた保健指導が重要です。学童期においては各学校において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を行っていきます。

若い世代の女性のやせについては、育児に追われ食事を欠食する母親も多くみられます。子どもの健康的な心身を育むために、保護者自らの生活習慣を見直し、正しい知識を身につけ、望ましい食生活を実践することが必要です。

4 基本的な考え方

これまで重点的に取り組んできた、家庭における食育の推進、そのうち乳幼児期からの基本的な生活習慣の形成にむけた取り組みを今後も推進していきます。「若い世代」や「子どもとその保護者」への取組は、基本的な生活習慣を形成していくうえで大切であり、引き続き力を入れて推進する必要があります。また、食育推進計画の内容は、第4章の「栄養・食生活」の項目と密接に関わっているため、整合性を図りながら進めます。

5 施策の展開

(1) 施策の方向性

- ア 生活リズムを整え、健康的な食生活を身につけよう
- イ 家族や仲間と食を楽しみ、人とのつながりを深めよう
- ウ 地元でとれた農産物を知り、伝統的な食文化を伝えよう

(2) 町及び関係団体の取り組み

ライフ ステージ	取組内容	実施団体	関連 施策
妊娠期	母子手帳交付時に、妊娠中の適切な体重増加の目安であるBMIを把握、健診データに基づいた保健指導を行います。	こども・保健課	ア
	母子手帳交付時に、妊娠中に積極的な摂取が望ましい栄養素や食生活について理解を深められるようにします。	こども・保健課	ア
乳幼児期	乳幼児健診時に、対象児だけでなく家族を含めた食生活の把握、改善にむけた保健指導を実施します。	こども・保健課	ア
	乳幼児健診時に、離乳食の基本となるだしの試飲や見本の展示により、適切な量や内容について理解を深められるようにします。	こども・保健課	ア
	給食やおやつをみんなで楽しく食べられるような雰囲気作りや声掛けを実施します。	保育園、幼稚園	イ
	食・農の体験として、園での野菜の栽培体験や、育てた農産物を給食に取り入れ、親しみを持てるように支援します。	保育園、幼稚園	ウ
	園だより等を通じて、保護者へ規則正しい生活と栄養をとることの大切さや、よく噛んでゆっくり食べること等肥満を予防するための食生活、生活習慣病予防について伝えていきます。	保育園、幼稚園	ア
	田植え等の農業体験を通じて、地域の人々との交流の機会をつくります。	保育園、幼稚園 小中学校	ウ
	佐賀県産のお米や国産の肉、園で育てた野菜などを給食に使用し、地産地消を積極的に推進します。	保育園、幼稚園 小中学校、農林課	ウ
	親子で野菜の成長が発見できるような環境づくりを行い、食が園児や保護者にとって生活に密着した身近な存在として考えられるようにします。	保育園、幼稚園	イ
	子どもたちの健やかな成長のために、健康な食生活や親子で食を楽しむこと等について学習する機会をつくります。	社会教育課	ア・イ
学童期	就寝時間や起床時間、朝食の摂取、間食などの生活習慣を振り返り、改善に取り組む課題を見つけることで、規則正しい生活習慣の形成を目指します。	小中学校	ア
	苦手な食べ物でも一口でも多く食べることや他の食品から補うなど、成長期の栄養摂取の必要性について指導します。	小中学校	ア
	放課後子ども教室において、民間企業と協働し、旬の野菜や1日に必要な野菜の量などを学習する機会をつくります。	社会教育課	ア
成人期	生活習慣病予防を予防するために、各種保健事業を通じて、ライフステージ及び健診データに基づき、健康的な食生活（適正エネルギー量の摂取、減塩の推進など）が送れるよう支援します。	こども・保健課	ア
学童～ 成人期	食品ロスを削減するための普及啓発等の取組を行います。	住民課 (環境衛生係) こども・保健課	イ
高齢期	65歳以上の男性を対象に料理教室を実施し、低栄養予防、QOLの改善・維持に努めます。	福祉課	ア
	地区の通いの場においての医療専門職による栄養講話や、健診結果により低栄養の恐れのある方への訪問指導等、高齢者の低栄養予防に努めます。	こども・保健課	ア

