

**夢・元気・笑顔**  
**～健康かみやま 21～**  
**第3期計画**



**令和8年3月**  
**神山町**



## 目 次

序章 計画改定にあたって .....	1
第1節 計画改定の趣旨 .....	1
第2節 計画の性格 .....	4
第3節 計画の期間 .....	4
第4節 計画の対象 .....	4
第I章 神山町の概況と特性 .....	6
第1節 町の概要 .....	6
1 人口 .....	7
2 死亡 .....	8
3 介護保険 .....	11
4 出生 .....	12
5 社会保障費 .....	13
第II章 課題別の実態と対策 .....	16
第1節 前計画の評価 .....	16
第2節 生活習慣病の発症予防・重症化予防 .....	19
1 女性とこどもの健康 .....	19
2 循環器病 .....	26
3 糖尿病 .....	39
4 がん .....	54
5 COPD（慢性閉塞性肺疾患） .....	59
6 歯・口腔の健康 .....	61
7 高齢者の健康 .....	68
8 働き盛り世代の健康 .....	72
第III章 計画の推進 .....	74
第1節 健康増進に向けた取り組みの推進 .....	74
1 活動展開の視点 .....	74
2 関係機関との連携 .....	75
第2節 目標の設定 .....	75
第3節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上 .....	78

# 序章

## 計画改定にあたって

# 序章 計画改定にあたって

## 第1節 計画改定の趣旨

平成12年度より展開されてきた国の第3次国民健康づくり対策「健康日本21」は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を目的として、健康を増進し生活習慣病の発症を予防する「一次予防」を重視する取り組みが推進されてきた。また、平成24年には、前述の「健康日本21」最終評価で提起された課題を踏まえ「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を最終的な目標として第4次国民健康づくり対策「健康日本21（第二次）」が策定された。

今回、新たに策定された第5次国民健康づくり対策「健康日本21（第三次）」では、総人口・生産年齢人口の減少、独居世帯の増加、女性の社会進出、多様な働き方の広まり等の社会変化の予測を踏まえ、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に向け、令和6年度から令和17年度までに次の4つの基本的な方針を示し、取り組みを推進することになった。

基本的な方針で示された生活習慣病の発症予防・重症化予防は、高齢化に伴い生活習慣病の有病者数の増加が見込まれており、その対策は健康寿命の延伸を図る上で引き続き重要な課題であるため、生活習慣の改善等により多くが予防可能である「循環器病、糖尿病、がん及びCOPD」を重要な生活習慣病と捉え、予防及び管理のための包括的な対策を講ずることが重視されている。

### 【健康日本21（第三次）の基本的な方針】

- 1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 2 個人の行動と健康状態の改善
  - (1) 生活習慣の改善
  - (2) 生活習慣病（\*NCDs）の発症予防と重症化予防
  - (3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- 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

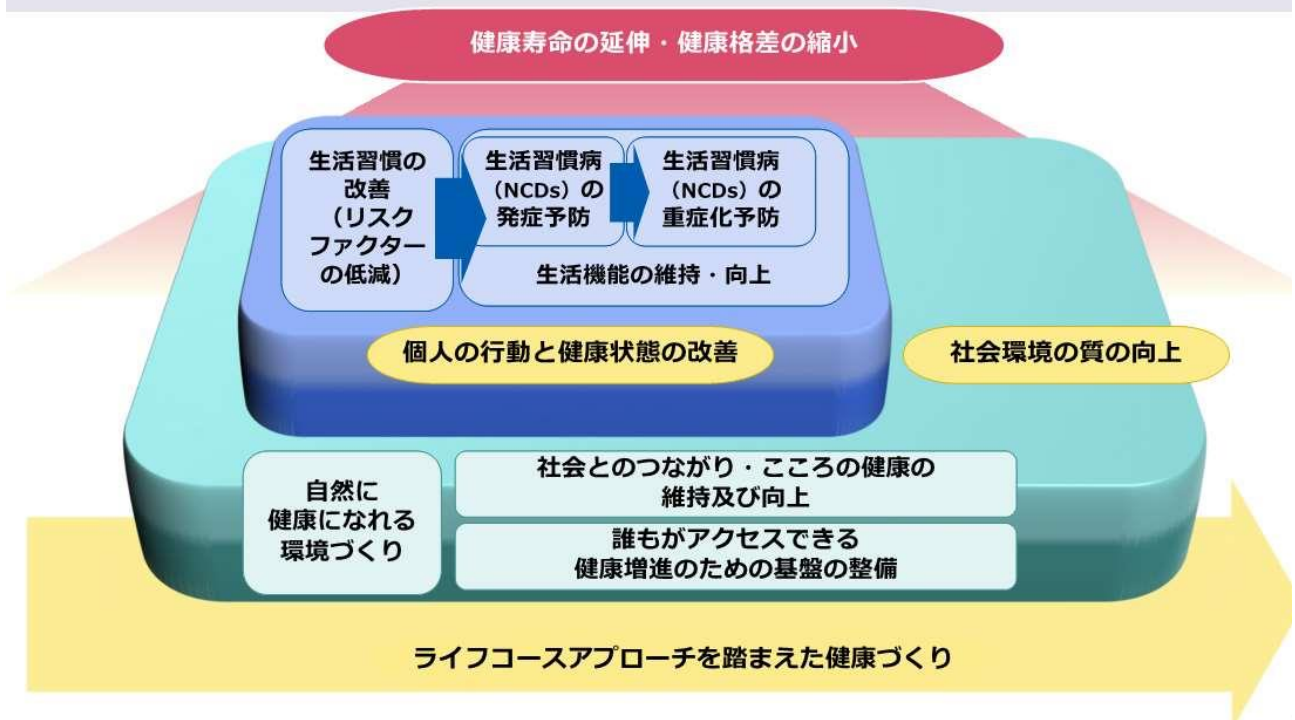
また、これらの基本的な事項を達成するため、51項目について、現状の数値とおおむね12年後の目標値を掲げ、目標の達成に向けた取り組みがさらに強化されるよう、その結果を厚生労働大臣告示として示すことになった。

神山町（以下「本町」という。）では、平成28年3月に国の第4次国民健康づくり対策「健康日本21（第二次）」の取り組みを法的に位置づけられた健康増進法に基づき、本町の特徴や、町民の健康状態をもとに健康課題の解決に向け生活習慣病予防に視点を置いた健康増進計画「夢・元気・笑顔～健康かみやま21～第2期計画」を策定し、取り組みを推進してきた。

これまでの本町の取り組みの評価及び残された健康課題、また新たに示された上記の「基本的な方針」などを踏まえ、母子保健分野と食育も含めた健康増進計画「夢・元気・笑顔～健康かみやま21～第3期計画」を策定する。

## 健康日本21（第三次）の概念図

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に、以下に示す方向性で健康づくりを進める



※ライフコースアプローチとは・・・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

## 参考【基本的な方針の概略】

### 1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

### 2 個人の行動と健康状態の改善

生活習慣の改善（リスクファクターの低減）及び生活習慣の定着によるがん、生活習慣病（NCDs）の発症予防、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進。また、生活習慣病（NCDs）の予防とともに、生活機能の維持・向上も踏まえた取り組みを推進し健康寿命の延伸を実現する。

#### \*NCDsとは

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

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

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

3 社会環境の質の向上就労、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り組み、社会とのつながりをもつことのできる環境整備や自然に健康になれる環境づくりの推進とともに誰もがアクセスできる健康増進の基盤整備等について、多様な主体による取り組みを推進しつつ関係省庁と連携し取り組みを進める。

4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）に特有の健康づくりに加えて、現在の健康状態が、これまでの生活習慣等に影響を受ける可能性や次世代の健康に影響を及ぼす可能性があるため、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）の取り組みを推進する。

#### ヘルスプロモーション（オタワ憲章）

ヘルスプロモーションとは、人びとが自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にするためには、個人や集団が望みを確認・実現し、ニーズを満たし、環境を改善し、環境に対処することができなければならない。それゆえ、健康は、生きる目的ではなく、毎日の生活の資源である。

（能力の付与）ヘルスプロモーション活動は、現在の健康状態の差異を減少させること、すべての人びとが自らの健康の潜在能力を十分に発揮できるような能力を付与するための平等な機会の基盤を包含している。

## 第2節 計画の性格

この計画は、「まちの基本方針」の健康分野の一翼を担う計画として、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものとする。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とし、今回の目標項目に関連する法律及び各種計画との整合性を図るものとする。

(図表1)

図表1 関連する法律及び各種計画

法 律	徳島県の計画	神山町の計画
健康増進法	徳島県健康増進計画 「健康徳島21」	夢・元気・笑顔 ～健康かみやま21～
高齢者の医療の確保に関する法律	徳島県医療費適正化計画	神山町国民健康保険特定健康診査等実施計画
国民健康保険法		神山町保健事業実施計画 (データヘルス計画)
こども基本法 子ども・子育て支援法	とくしまこどもまんなか大作戦 (徳島県こども計画)	神山町子ども・子育て支援事業計画
がん対策基本法	徳島県がん対策推進計画	(夢・元気・笑顔 ～健康かみやま21～)
歯科口腔保健の推進に関する法律	徳島県歯科口腔保健推進計画	(夢・元気・笑顔 ～健康かみやま21～)
介護保険法	とくしま高齢者いきいきプラン (徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画)	神山町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

## 第3節 計画の期間

この計画の目標年次は令和17年度とし、計画の期間は令和8年度から令和17年度までの10年間とする。なお、5年を目途に中間評価を行う。

## 第4節 計画の対象

この計画は、胎児期から高齢期までのライフコースアプローチの視点で健康増進の取り組みを推進するため、全町民を対象とする。

# 第 I 章

## 神山町の概況と特性

# 第 I 章 神山町の概況と特性

## 第 1 節 町の概要

本町は、徳島県東部の名西郡（神山町・石井町）に属し、町内の東側（広野地区）は県都徳島市、石井町と接している。町面積は、173.30 km<sup>2</sup>あり、町の中央を横断する鮎喰川上中流域に農地と集落が点在し、その周囲を町域の約 86%を占める 300～1,500m 級の山々に囲まれている。

年平均気温は 14℃前後、年間降水量は 2,100mm 前後である。季節によって寒暖の差が大きく、地区によっては冬に数センチの積雪がある。

町の沿革は、明治 22 年市制町村制施行によって広野・阿川両村が合併した「阿野村」、下分上山・左右内両村が合併した「下分上山村」に、「神領村」「鬼籠野村」「上分上山村」を合わせた 5 村で存続していたが、昭和 30 年、5 村が合併して「神山町」が誕生し、現在に至る。



# 1 人口

本町の人口（令和7年4月1日住民基本台帳）は、4,594人である。徳島県と比べ、65歳以上の高齢化率、特に75歳以上の後期高齢化率は高く、生産年齢人口（15歳～64歳）が低く、少子高齢化が急速に進んでいる。（図表2）

図表2 人口構成（令和7年4月1日現在）

	神山町(住民基本台帳)		徳島県	全国
	人数	割合	割合	割合
総人口	4,594	—	—	—
0～14歳	301	6.6%	10.7%	11.1%
15～64歳	1,878	40.9%	53.2%	59.6%
65歳以上	2,415	52.6%	36.1%	29.3%
(再掲)75歳以上	1,465	31.9%	19.8%	17.0%

e-Stat

町民の保険者別被保険者数の内訳を見ると、その他の保険の被保険者数が約半数を占めている。（図表3）

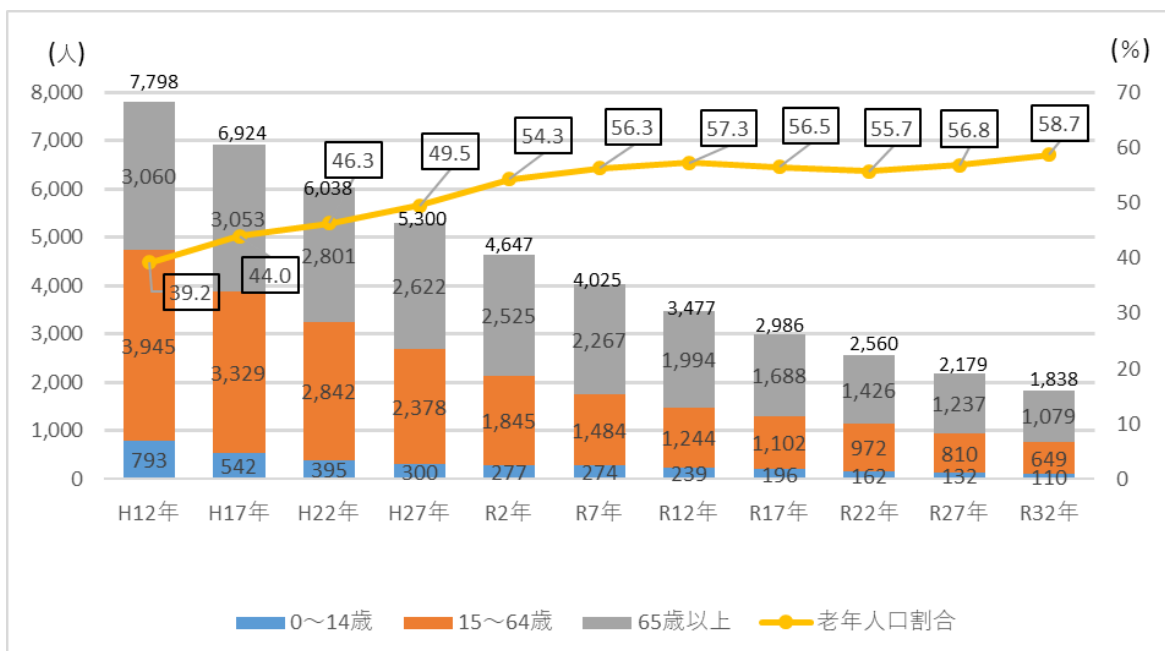
図表3 保険者別被保険者数（令和6年度）

保険	人数	加入率
神山町国民健康保険（75歳未満）	1,068	23.0%
徳島県後期高齢者医療	1,503	32.3%
その他	2,076	44.7%

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

人口（平成12年～令和2年：国勢調査、令和7年～令和33年：国立社会保障・人口問題研究所市町村推計人口）の推移をみると、「夢・元気・笑顔～健康かみやま21～第2期計画」当初（平成27年）は5,300人であったが、年々減少傾向にあり、令和17年には2,986人となる見込みである。（図表4）

図表4 人口の推移と将来推計



平成12年～令和2年：国勢調査 令和7年～令和33年：国立社会保障・人口問題研究所

## 2 死亡

### (1) 死因

令和5年の本町の主要死因は、アルツハイマー病による死亡率が全国・徳島県より高く、悪性新生物、高血圧性を除く心疾患及び心不全が低い。(図表5)

図表5 主要死因

順位	死 因	神山町		全国	徳島県
		死亡数	割合	割合	割合
1位	悪性新生物	25	17.2%	24.3%	22.0%
2位	心疾患（高血圧性を除く）	20	13.8%	14.7%	15.3%
3位	老衰	17	11.7%	12.1%	10.7%
4位	アルツハイマー病	9	6.2%	1.6%	1.1%
5位	心不全	7	4.8%	6.3%	6.6%
	・	・	・	・	・
	・	・	・	・	・
	・	・	・	・	・
	総 数	145	—	—	—

神山町：令和5年徳島県保健・衛生統計年報

徳島県：令和5年徳島県保健・衛生統計年報

全国：令和5年(2023)人口動態統計(確定数)

令和元年～令和5年の標準化死亡比（SMR）\*が最も高い死因は、男性は「不慮の事故」、女性は「糖尿病」であった。(図表6)

\*標準化死亡比（SMR）…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

国平均を100としており、100以上の場合は国平均より高く、100以下の場合は低いと判断される。

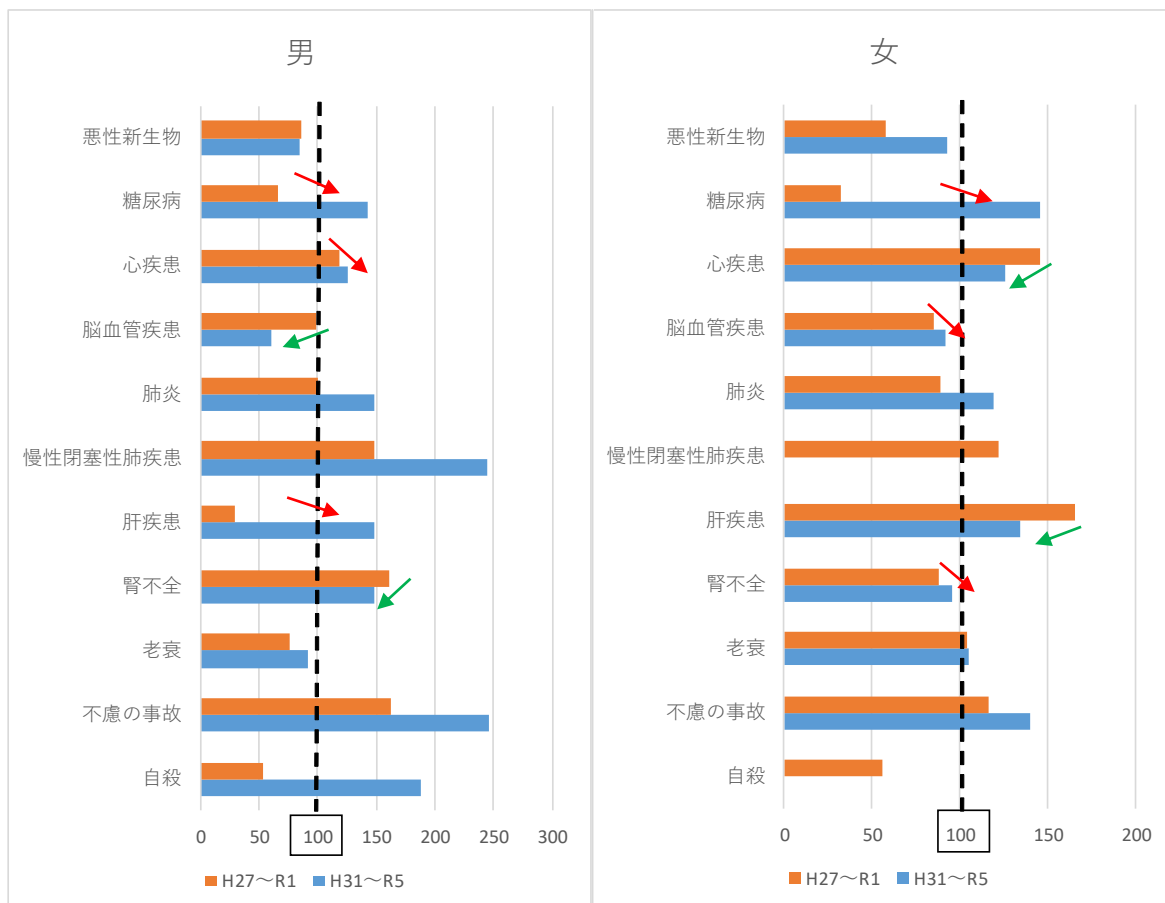
図表6 死因別標準化死亡比（SMR）（令和元年～令和5年）

順位	男				女				SMR 全国
	神山町		徳島県		神山町		徳島県		
	死因	SMR	死因	SMR	死因	SMR	死因	SMR	
1位	不慮の事故	246	不慮の事故	132	糖尿病	145	肝疾患	147	100
2位	慢性閉塞性肺疾患	244	糖尿病	131	不慮の事故	140	肺炎	139	
3位	自殺	188	慢性閉塞性肺疾患	126	肝疾患	134	腎不全	131	
4位	肺炎	148	肺炎	122	心疾患	126	糖尿病	125	
5位	肝疾患	148	腎不全	122	肺炎	119	不慮の事故	122	
6位	腎不全	148	肝疾患	119	老衰	105	慢性閉塞性肺疾患	121	
7位	糖尿病	143	老衰	104	腎不全	95	老衰	111	
8位	心疾患	126	心疾患	103	悪性新生物	93	心疾患	110	
9位	老衰	91	脳血管疾患	99	脳血管疾患	92	脳血管疾患	97	
10位	悪性新生物	85	悪性新生物	96	慢性閉塞性肺疾患	0	悪性新生物	94	
11位	脳血管疾患	61	自殺	95	自殺	0	自殺	78	

徳島県人口動態集計システム（令和5年データ収録版）令和7年1月作成

保健事業の推進により予防可能な疾患「脳血管疾患」、「心疾患」、「腎不全」、「糖尿病」、「肝疾患」についてみると、平成27年～令和元年と平成31年～令和5年の比較では、男性では糖尿病、心疾患、肝疾患が、女性では糖尿病、脳血管疾患、腎不全が増加した。また、男性では脳血管疾患と腎不全が、女性では心疾患、肝疾患が減少した。（図表7）

図表7 平成27年～令和元年と平成31年～令和5年 標準化死亡比の比較



徳島県人口動態集計システム（令和5年データ収録版）令和7年1月作成

## (2) 男女別の平均余命及び平均自立期間（健康寿命）

平均余命<sup>※1</sup>は、令和6年度は男女ともに県と比較すると長いですが、平成30年度と令和6年度の比較では、平均余命は短くなった。

平均余命と平均自立期間<sup>※2</sup>の差は、令和6年度で男性は0.8年、女性は2.3年で全国・同規模市町村と比較して短い。（図表8）

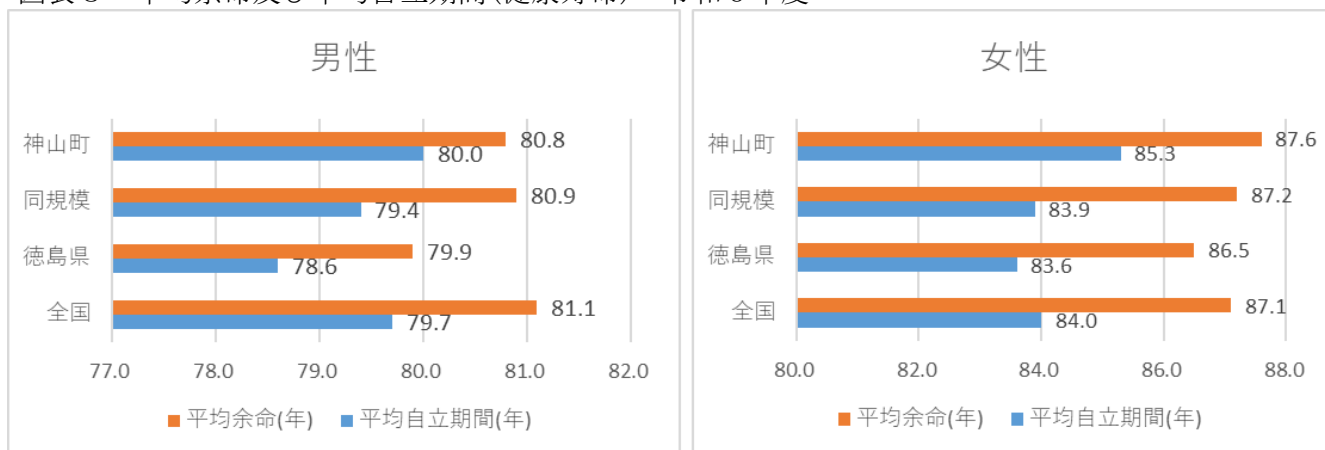
※1 平均余命

ある年齢の人々がその後何年生きられるかの期待値であり、下表では0歳での平均余命を示している。

※2 平均自立期間

0歳の人が必要介護2の状態になるまでの期間。

図表8 平均余命及び平均自立期間（健康寿命） 令和6年度



			神山町			同規模	徳島県	全国
			H30年	R3年	R6年	R6年	R6年	R6年
男性	平均余命(年)	A	81.1	81.0	80.8	80.9	79.9	81.1
	平均自立期間(年)	B	80.2	79.7	80.0	79.4	78.6	79.7
	A-B 差(年)		0.9	1.3	0.8	1.5	1.3	1.4
女性	平均余命(年)	A	88.6	89.1	87.6	87.2	86.5	87.1
	平均自立期間(年)	B	86.2	86.5	85.3	83.9	83.6	84.0
	A-B 差(年)		2.4	2.6	2.3	3.3	2.9	3.1

KDB 地域の全体像の把握

### 3 介護保険

本町の第1号被保険者（65歳以上）及び第2号被保険者（40～65歳未満）の介護保険認定率は、全国・徳島県より高い状況にある。1件あたりの給付費は全国・同規模市町村と比較して低くなった。（図表9）

図表9 要介護認定者（率）の状況

	神山村		同規模	徳島県	全国
	H30年度	R6年度	R6年度	R6年度	R6年度
高齢化率	2,622人 49.5%	2,525人 54.3%	41.7%	34.5%	28.7%
2号認定者	13人 0.81%	8人 0.66%	0.39%	0.38%	0.38%
新規認定者	2人	1人	--	--	--
1号認定者	598人 22.8%	562人 22.4%	19.7%	20.9%	20.1%
新規認定者	90人	11人	--	--	--
再掲					
65～74歳	35人 3.7%	35人 3.8%	--	--	--
新規認定者	10人	0人	--	--	--
75歳以上	563人 33.5%	527人 35.9%	--	--	--
新規認定者	80人	11人	--	--	--
総給付費	8億4704万円	8億1678万円	11億1303万円	781億2350万円	10兆713億円
一人あたり給付費（円）	323,051	323,481	326,194	327,774	309,435
1件あたり給付費（円）					
全体	70,370	64,482	81,380	62,641	89,725
居宅サービス	34,897	35,243	43,442	41,205	41,413
施設サービス	280,999	300,169	297,273	308,726	308,097

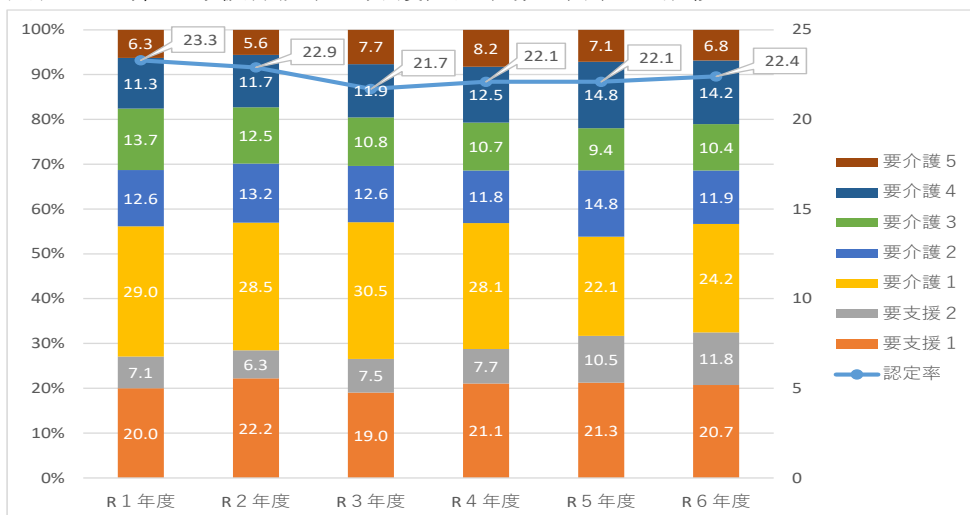
出典：KDBシステム\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

（参考 介護保険料の推移）

	第6期		第7期		第8期		第9期	
	H27年度-H29年度		H30年度-R2年度		R3年度-R5年度		R6年度-R9年度	
神山村	(県内24位)	4,700円	(県内24位)	5,400円	(県内24位)	5,400円	(県内24位)	5,400円
徳島県		5,681円		6,285円		6,477円		6,515円
全国		5,514円		5,869円		6,014円		6,225円

令和7年3月末の第1号被保険者の要介護（支援）認定率は22.4%であり、認定率は令和元年から令和3年にかけて減少し、以降は横ばいが続いている。介護度別では、要支援～要介護1の軽度者が多く、早期に介護保険サービスを利用し重度化を予防している傾向にある。（図表10）

図表10 第1号被保険者 介護認定者数（率）の推移



## 4 出生

本町の出生数は年々減少傾向であり、合計特殊出生率(平成 25～29 年)は全国・徳島県より低い。(図表 11, 12)

図表 11 出生数の推移

年 度	H				R						
	27年	28年	29年	30年	1年	2年	3年	4年	5年	6年	
出生数	17	18	16	23	20	24	12	18	9	9	
合計 特殊 出生率	神山町	H25～29 1.41			-	-	-	-	-	-	
	徳島県	1.53	1.51	1.51	1.52	1.46	1.45	1.44	1.42	1.32	-
	全国	1.45	1.44	1.43	1.42	1.36	1.33	1.3	1.26	1.2	1.15

図表 12 徳島保健所管内市町村別出生数の推移

単位：人

年 度	H				R					
	27年	28年	29年	30年	1年	2年	3年	4年	5年	
徳島県	5,586	5,346	5,182	4,998	4,554	4,521	4,337	4,148	3,903	
徳島市	2,185	2,093	2,129	1,955	1,882	1,903	1,839	1,776	1,667	
鳴門市	366	353	308	329	270	271	234	228	208	
小松島市	257	253	209	238	210	196	180	166	164	
勝浦町	20	28	28	31	18	19	15	16	11	
上勝町	10	6	9	2	6	7	5	8	5	
佐那河内村	9	6	10	9	7	8	6	5	7	
石井町	197	175	170	140	160	152	172	134	131	
神山町	17	18	16	23	20	24	12	18	9	
松茂町	135	132	123	127	106	107	90	108	102	
北島町	227	241	216	227	195	201	205	184	196	
藍住町	350	333	341	331	293	301	297	310	279	
板野町	67	90	84	94	90	82	74	71	85	
上板町	79	73	70	69	64	61	66	67	40	

徳島県保健衛生統計年報

## 5 社会保障費

本町の実態を分析すると、令和5年度の統計では、⑤死亡率について、人口10万対の脳血管死亡率が徳島県内1位、虚血性心疾患死亡率も徳島県内1位であった。

④の本町の健診有所見割合では、尿蛋白出現割合について、特に(2+)以上が徳島県内3位と高い。

④の介護認定者における有病割合は、脳血管疾患が40歳～64歳では徳島県内3位、65歳～74歳では徳島県内6位であった。また、虚血性心疾患が40歳～64歳では徳島県内1位、心不全で40歳～64歳では徳島県内6位、腎不全で65歳～74歳では徳島県内4位であった。本町では若年から生活習慣病が重症化し、第2号被保険者(40歳～65歳未満)の介護認定につながっている。

①の1人あたり医療費は、令和5年は神山町国保47万円・後期高齢者医療は倍の98万円となっている。(図表13)

どの疾患も若年から健診を受け、結果を経年で確認するために、若年からの健診受診勧奨が重要である。健やかな高齢期を過ごしていただくためにも、若年からの健診の継続受診と健診結果を経年で把握し、重症化予防を図り、後期高齢者医療に引き継がれ、健康寿命を延伸することが大切である。

図表 13

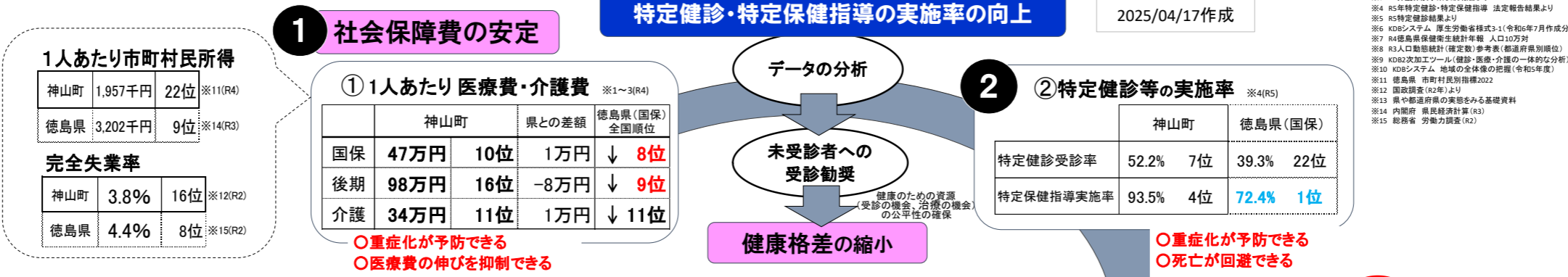
# 神山町の社会保障健全化に向けて、医療費・介護費の適正化 ～制度からみた神山町の実態～

特定健診・特定保健指導と健康日本21(第二次)  
 -特定健診・保健指導のメリットを活かし、健康日本21(第二次)を着実に推進-

令和5年度版 **課題**  
 2025/04/17作成

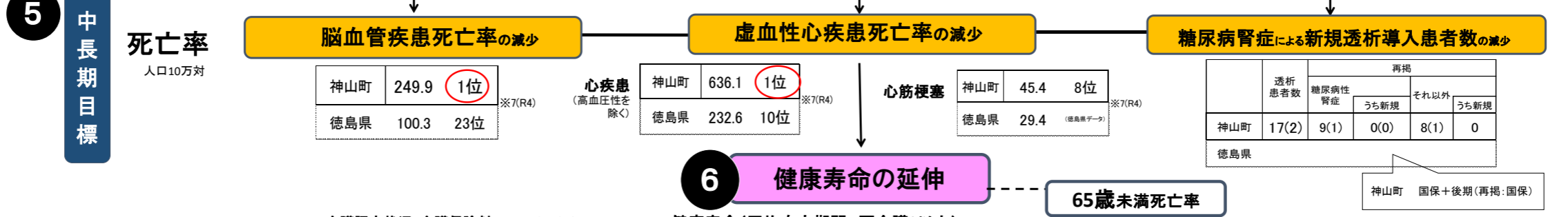
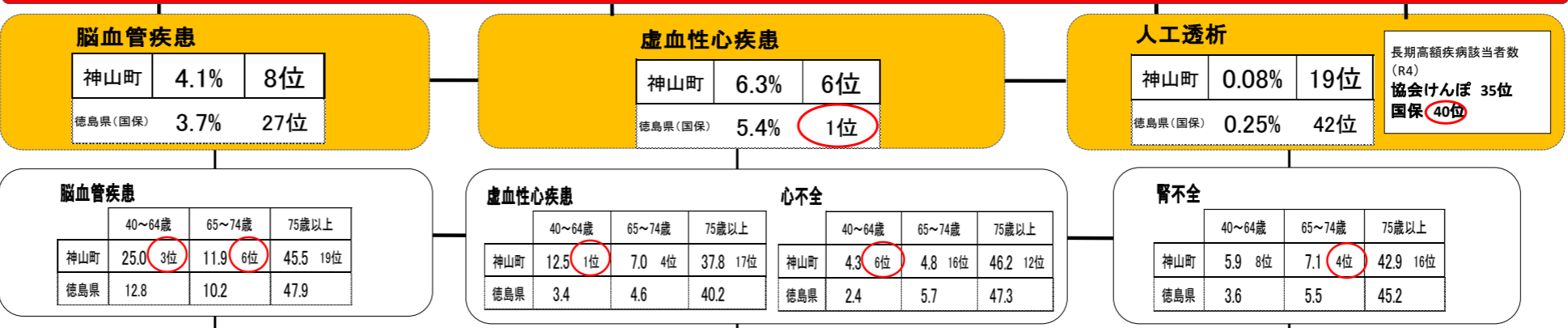
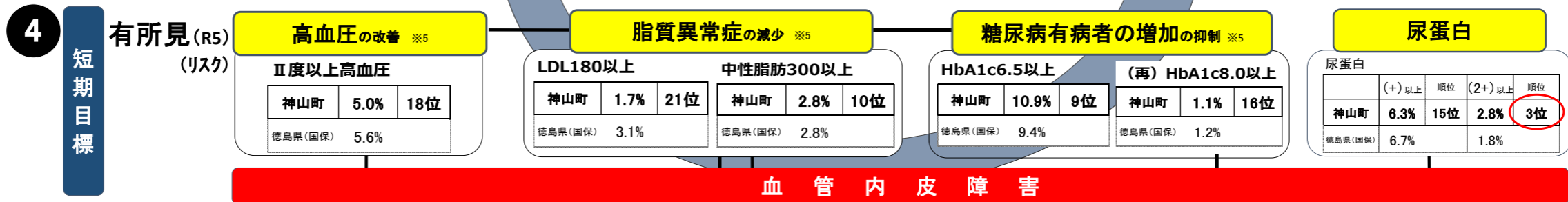
厚生労働省  
 「標準的な健診・保健指導プログラム  
 30年度版」図1 改変

出典  
 ※1 R4国保事業年報  
 ※2 R4年度後期高齢者医療事業状況報告書  
 ※3 R4介護保険事業状況報告書  
 ※4 R5特定健診・特定保健指導 法定報告結果より  
 ※5 R5特定健診結果より  
 ※6 KDBシステム 厚生労働省様式3-1(令和6年7月作成分)  
 ※7 R4徳島県保健衛生統計年報 人口10万対  
 ※8 R3人口動態統計(推定数・参考数(都道府県別順位)) 人口10万対  
 ※9 KDB2次加工ツール(健診・医療・介護の一体的な分析) 令和5年度  
 ※10 KDBシステム 地域の全体像の把握(令和5年度)  
 ※11 徳島県 市町村民別指標2022  
 ※12 国政調査(R2年)より  
 ※13 県や都道府県の実態をみる基礎資料  
 ※14 内閣府 国民経済計算(R3)  
 ※15 総務省 労働力調査(R2)

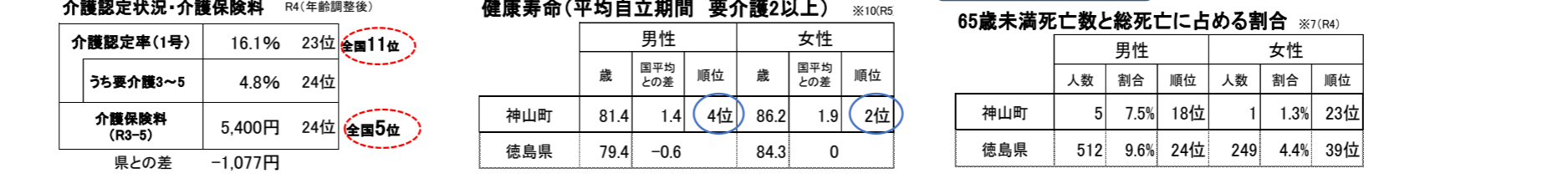


**肥満の状況(R5)** ●BMI25以上(県国保(28.7%) / 神山町 29.6% 10位) ●腹囲(県国保(35.3%) / 神山町 39.2% 1位)

## 3 メタリックシンドローム・該当者予備群の減少 ※5



## 6 健康寿命の延伸



## 第Ⅱ章

# 課題別の実態と対策

## 第Ⅱ章 課題別の実態と対策

### 第1節 前計画の評価

前計画の「夢・元気・笑顔～健康かみやま 21～第2期計画」の基本的な方針を分野項目ごとに、中間評価（令和2年度）目標値と直近の数値を比較し、全目標 28 項目を全国の最終評価の評価区分を参考に評価を実施した。（図表 14）

改善が見られた項目もあるが、改善が見られなかった項目も多くあった。特に、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」、「適正体重を維持している者の増加」、「高血圧の改善」、「糖尿病有病者の増加の抑制」の項目について目標値が達成されておらず、課題として残っている。

これらの状況を踏まえ、次期計画を推進するために国から示された基本的な方針と目標項目について、健康増進は最終的に「個人の行動と健康状態の改善（生活習慣の改善、生活習慣病の発症予防と重症化予防等）」が重要と捉え、本町の次期計画をライフコースアプローチ<sup>※</sup>の視点で健康づくりを推進する。

※ライフコースアプローチとは…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

図表 14 健康かみやま 21 (第2期計画 平成28年度～令和7年度) 最終評価概要

分野	項目	*目標値と比較			達成：ブルー 未達成：ピンク	目標値	目標値の設定理由	データソース			
		H28年度	R2年度	R6年度*							
		策定時の現状	中間評価	最終評価							
がん	75歳未満のがん死亡者数の減少	総数	31人	32	27	減少	国は年齢調整死亡率を評価項目としているが既存データで把握困難のため、死亡者数及び標準化死亡比とした	徳島県人口動態システム			
	がんの標準化死亡比の減少。(SMR)	全体	男性	80	91	92			100以下		
			女性	78	70	93			100以下		
		胃がん	男性	54	54	29			100以下		
			女性	68	83	151			100以下		
		肺がん	男性	129	124	99			100以下		
			女性	100	42	67			100以下		
		大腸がん	男性	51	73	82			100以下		
			女性	58	106	72			100以下		
		乳がん	男性	0	0	0			100以下		
			女性	43	44	111			100以下		
		子宮がん	女性	125	0	0			100以下		
		がん検診受診率の向上(40～69歳)(子宮がんは20～69歳)(※H29年度以降は胃がんは50～69歳)	胃がん	12.2%	4.2%	3.4%			50.0%	がん対策推進基本計画による	地域保健・健康増進事業報告
			肺がん	36.9%	14.1%	11.8%			50.0%		
			大腸がん	16.7%	5.0%	3.2%			50.0%		
乳がん	33.7%		9.7%	15.0%	50.0%						
子宮がん	34.1%		8.6%	15.9%	50.0%						
循環器疾患	75歳未満の脳血管疾患・心疾患死亡者数の減少	脳血管疾患	14人	9人	7人	減少	国は年齢調整死亡率を評価項目としているが既存データで把握困難のため、死亡者数及び標準化死亡比とした	徳島県人口動態システム			
	脳血管疾患・心疾患の標準化死亡比の減少(SMR)	脳血管疾患	男性	98	115	87			100以下		
			女性	85	95	122			100以下		
	心疾患	男性	122	124	126	100以下					
		女性	111	132	132	100以下					
	高血圧の改善	最高血圧平均値	男性	126mmHg	130mmHg	130mmHg			低下	国の目標は、男性：134mmhg、女性：129mmhgだが、既に目標値以下のため	
			女性	128mmHg	130mmHg	129mmHg			低下		
	I度高血圧(140/90mmhg)以上の者の割合	17.7%	23.5%	24.2%	減少						
	脂質異常症の減少	LDLコレステロール160mg/dlの者の割合	平成27年度	8.4%	8.3%	4.8%			7.7%	国の目標は7.7%であるため	
			令和元年度	17.7%	17.7%	22.7%			12.2%		
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群	該当者	17.7%	17.7%	13.7%	8.0%	国の目標同様に平成26年度比△25%とした				
		予備群	10.6%	12.8%	13.7%	8.0%					
特定健診・特定保健指導実施率の向上	特定健診・特定保健指導実施率	特定健診	44.6%	50.6%	52.2%	60.0%	第2期特定健康診査等実施計画の平成29年度目				
		特定保健指導	81.1%	92.3%	93.5%	95.0%					
糖尿病	合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入率)の減少	新規透析導入者数	3人	1人	0人	減少	国の目標値にあわせた	神山町国保特定健康診査			
	治療継続者の割合の増加	HbA1cがNGSP値6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合	61.0%	72.4%	72.0%	75.0%					
	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NGSP値8.0以上の者の割合	0.4%	1.4%	1.1%	減少			国の目標値は1.0%だが既に下回っているため		
	糖尿病有病者の増加の抑制	HbA1cがNGSP値6.5%以上の者の割合	8.4%	10.9%	10.9%	減少					

がん検診受診率の算定の考え方：平成27年度まで、受診者数／推計対象者＝市町村人口－就業者数＋農林水産業従事者数×100(%)  
 平成28年度以降、受診者数／市町村の住民全体×100(%)

分野	項目		H28年度		R2年度		R6年度*		目標値	目標値の設定理由	データソース		
			策定時の現状		中間評価		最終評価						
栄養・食生活	全出生数中の低体重児の割合減少	全出生数中の低体重児の割合	4.5%	平成22年～平成26年	10.3%	平成26年～平成30年	8.2%	平成30年～令和4年	減少	国の目標にあわせた	徳島県人口動態システム		
	肥満傾向にある子どもの割合減少	中等度・高度肥満児の割合 (小学1年～小学6年)	男子	3.1%	平成28年度	2.9%	令和2年度	1.4%	令和6年度	減少	国の小学5年生目標にあわせた	町学校身体計測結果	
			女子	5.4%		2.4%		0.0%		減少			
	適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少)	40～60歳代の肥満(BMI25以上)	男性	25.3%	平成27年度	37.1%	令和元年度	38.0%	令和5年度	28.0%	国の20～60歳代目標値にあわせた	神山町国保特定健康診査	
			女性	24.2%		25.5%		27.5%		19.0%	国の目標値にあわせた		
		20歳の時の体重から10kg以上増加している者の割合	31.4%	36.6%		35.5%		30.0%		国の平均が31.7%であるため			
	低栄養傾向の高齢者の割合の減少	65～74歳の低栄養傾向(BMI20以下)		17.9%	平成27年度	14.9%	令和元年度	16.4%	令和5年度	減少	国の目標値は22%だが既に下回っているため		
	適切な量と質の食事をとる者の割合の増加	朝食を毎日食べる子どもの割合	小学3～6年生	91.0%	平成28年度	93.0%	令和2年度	90.0%	令和6年度	100.0%	毎日食事が望ましいため	神山町食生活アンケート (学校食育推進委員会)	
			中学1～3年生	92.0%		87.0%		93.3%		100.0%	毎日食事が望ましいため		
			小学3～6年生	62.0%		58.0%		62.0%		100.0%	毎食食事が望ましいため		
			中学1～3年生	73.0%		74.0%		75.0%		100.0%	毎食食事が望ましいため		
		野菜を毎日350g以上食べている者の割合	-		-	-	-	-	-	-	-		
		週3回以上朝食を抜く者の割合	6.3%		平成27年度	6.9%	令和元年度	8.0%	令和5年度	減少	国の平均が7.9%であるため	神山町国保特定健康診査	
	週3回以上夕食後に間食をとる者の割合	14.3%		-		-		減少		国の平均が11.6%であるため			
週3回以上就寝前(2時間以内)に夕食をとる者の割合	13.6%		19.6%	16.9%		減少		国の平均が15.8%であるため					
身体活動・運動	運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合	A小学校	男子	56.9%	平成28年度	38.2%	令和2年度	41.1%	令和6年度	増加	町の小学5年生目標値にあわせた	町学校養護教諭提供	
			女子	45.4%		26.8%		33.9%		増加			
		A中学校	男子	100.0%		100.0%		92.7%		維持			
			女子	95.4%		93.3%		66.7%		増加			国の小学5年生目標値にあわせた
歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している者の割合	40～74歳	50.9%		平成27年度	53.0%	令和元年度	50.0%	令和5年度	増加	国の平均が53.9%であるため	神山町国保特定健康診査		
	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割合	40～74歳	33.8%		34.6%		38.1%		増加	国の平均が41.3%であるため			
飲酒	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	1日あたり純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者	男性	12.3%	平成27年度	15.4%	令和元年度	14.5%	令和5年度	減少	国の目標値は13.0%だが既に下回っているため	神山町国保特定健康診査	
			女性	3.7%		6.0%		6.5%		減少	国の目標値は6.4%だが既に下回っているため		
	妊娠中の飲酒をなくす	妊娠中の飲酒率		0.0%	平成27年度	0.0%	令和元年度	0.0%	令和5年度	維持		母子健康手帳交付時	
喫煙	成人の喫煙率の減少	成人の喫煙率		13.9%	平成27年度	15.1%	令和元年度	12.9%	令和5年度	12.0%	国の目標値にあわせた	神山町国保特定健康診査	
	妊娠中の喫煙をなくす	妊娠中の喫煙率		0.0%	平成27年度	0.0%	令和元年度	10.0%	令和5年度	維持		母子健康手帳交付時	
歯・口腔の健康	むし歯がない者の増加	3歳児	80.6%		平成27年度	91.7%	令和元年度	88.9%	令和5年度	増加	国の目標値は80%以上だが既に上回っているため	3歳児健診	
		1人当たりの永久歯むし歯経験歯数	中学1年生	2.30本	平成28年度	1.14本	令和2年度	0.38本	令和6年度	減少	国の12歳児目標値を下回っているため	児童生徒健康診断集計	
こころの健康	自殺の標準化死亡比の減少(SMR)	男性	128	平成22年～平成26年	53	平成26年～平成30年	75	平成30年～令和4年	100以下		徳島県人口動態システム		
		女性	104	平成26年	56	平成30年	0	令和4年	100以下				
	睡眠による休養を十分にとれていない者の割合の減少			27.5%	平成27年度	31.4%	令和元年度	27.5%	令和5年度	15.0%	国の目標値にあわせた	神山町国保特定健康診査	

## 第2節 生活習慣病の発症予防・重症化予防

### 1 女性とこどもの健康

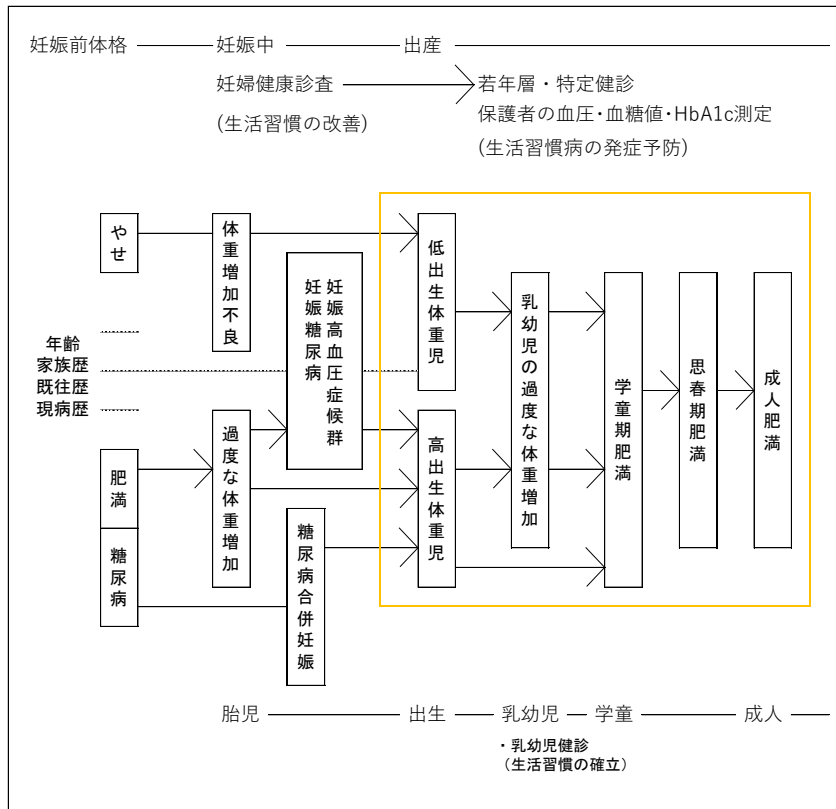
#### (1) 基本的な考え方

胎児期や乳幼児期の栄養状態が成人期以降の生活習慣病の発症の要因であることが、疫学的研究でわかってきた。低栄養の母体から出生した児は、出生後に過栄養になることで成人期以降に肥満、耐糖能異常、脂質異常症、高血圧、心血管疾患などの生活習慣病が高率に発症する。そのため、妊娠期(胎児期)からの望ましい生活習慣の基盤づくりが重要となる。(図表 15)

本町では、妊娠届出時年齢が35歳以上の高年妊婦は増加傾向にある。(図表 16)

出産年齢が高くなることで、妊娠糖尿病等の産科合併症のリスクが高くなる。妊娠から出産までの安全の確保と生涯にわたる健康の保持増進に主体的に取り組めるよう、妊婦健診・相談、出生から3歳児までの乳幼児健診を実施し、健診時には保護者の血圧および血糖・HbA1c値等の計測を実施している。

図表 15 妊娠期(胎児期)からの生活習慣病予防



図表 16 高年妊婦の割合

年度	H28年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度
妊娠届出数(人)	19	18	20	11	10	15
35歳以上(人)	6	7	7	7	4	8
割合(%)	31.6%	38.9%	35.0%	63.6%	40.0%	53.3%

## (2) 現状と目標

### 適正体重の子どもの増加

#### (ア) 低出生体重児(2,500g 未満)の割合の減少

低出生体重児の割合は年によって増減があるものの、平成 28 年から令和 6 年までの累計を平均すると 8.72%であり、全国平均の 9 %台と比べて低い。

低出生体重児は一過性多呼吸などの疾患罹患率が高く、哺乳障害や感染症の重症化等をまねく可能性があるため、養育者の不安の軽減を図りながら発達成長の見守りが大切となる。

(図表 17)

図表 17 低出生体重児(2,500g 未満)の推移

年 度	H28年	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年	R4年	R5年	R6年	累計	
出生数(人)	18	16	23	20	24	12	18	9	9	149	
低出生体重児	0	2	4	1	3	0	0	2	1	13	
(割合)	0.00%	12.50%	17.39%	5.00%	12.50%	0.00%	0.00%	22.22%	11.11%	8.72%	
内 訳	単胎児	－	1	2	1	2	－	－	2	1	9
	多胎児	－	1	2	0	1	－	－	0	0	4

低出生体重児の 5 割は、在胎 37 週以上の正期産であった。低出生体重児の背景要因には、妊娠中の生活習慣が胎児の発育に影響を及ぼす妊娠高血圧症候群や喫煙、妊娠中の体重増加不良がある。受動喫煙もリスクを増加させることから、家族全体の禁煙指導も重要となる。(図表 18, 19, 20)

図表 18 低出生体重児の状況(平成 28 年度～令和 6 年度(10 年間累計))

		計		正期産		早産		再掲				
				在胎 37週以上		在胎 37週未満		後期早産児		22～34週未満		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
出生体重 2,500g未満		14	100%	7	50.0%	7	50.0%	5	35.7%	2	14.3%	
単胎児	2,500g未満	10	71.4%	4	28.6%	6	42.9%	4	28.6%	2	14.3%	
	再掲	2,500g未満 2,000g以上	9	64.3%	4	28.6%	5	35.7%	4	28.6%	1	7.1%
		2,000g未満 1,500g未満	1	7.1%	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%	1	7.1%
		1,500g未満 1,000g未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		1,000g未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
		1,000g未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
多胎児	2,500g未満	4	28.6%	3	21.4%	1	7.1%	1	7.1%	0	0.0%	

図表 19 低出生体重児の主な背景要因

母体因子	胎児因子
1 高血圧症、糖尿病、腎疾患、甲状腺疾患	多胎児 胎児感染 子どもの疾病
2 妊娠高血圧症候群	
3 喫煙、アルコール、薬物	
4 <b>妊娠中の体重増加不良</b> 、母親の出生時体重、子宮筋腫	

図表 20 妊娠中の喫煙

	妊婦	同居家族
把握数	152	152
喫煙者	1	46
喫煙率	0.66%	30.26%

徳島県母子保健統計(平成30年度から令和6年度累計)

(イ) 在胎週数に相当した出生体重にある児の増加

在胎週数に相当した出生体重（AFD）にある児は、74,8%であった。（図表 21）

図表 21 在胎週数に応じた身体の大きさ

在胎週数と体格の組み合わせによる分類			H28-R6年度 出生数合計	
略称	体重	身長	人数	割合
			151	100%
SFD	標準の 10 <sup>パ</sup> -センチメートル未満	標準の 10 <sup>パ</sup> -センチメートル未満	4	2.6%
LFD (light for dates)	標準の 10 <sup>パ</sup> -センチメートル未満	標準の 10 <sup>パ</sup> -センチメートル以上	16	10.6%
<b>AFD (標準的体型)</b>	<b>標準の 10~90<sup>パ</sup>-センチメートル未満</b>	-	<b>113</b>	<b>74.8%</b>
HFD	標準の 90 <sup>パ</sup> -センチメートル以上	標準の 90 <sup>パ</sup> -センチメートル未満	7	4.6%
LFD (large for dates)	標準の 90 <sup>パ</sup> -センチメートル以上	標準の 90 <sup>パ</sup> -センチメートル以上	9	6.0%
		詳細不明	2	1.3%

胎児は、胎盤を介して母体から供給される酸素や栄養に、100%生命維持と発育を依存している。母体の栄養摂取が十分でない場合は、胎児発育は制限され低出生体重児もしくは同じ在胎週数の児に比して体重が小さい子宮内発育不全(制限)児となりやすくなる。また、胎児期に省エネルギー体質を獲得するため、将来の生活習慣病の発症リスクが増加する。

一方で、母体の肥満や糖尿病に至らない軽い糖代謝異常でも、児の過剰発育(巨大児)が起こりやすく、周産期リスクが高くなるとともに将来、生活習慣病発症のリスクが高いことも報告されている。そのため、妊娠糖尿病の発症予防と糖代謝異常合併妊娠を適切に管理し、巨大児の出産を予防することは、糖尿病や肥満の世代間伝播を断つことにもつながる。（図表 22, 23）

図表 22 妊娠糖尿病の危険因子

妊娠届出時の情報	妊娠経過
<ul style="list-style-type: none"> <li>・加齢</li> <li>・肥満</li> <li>・糖尿病家族歴</li> <li>・巨大児出産の既往</li> <li>・妊娠糖尿病の既往</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・尿糖陽性</li> <li>・過度の体重増加</li> </ul>

図表 23 妊娠中の糖代謝異常疑い

H28-R6年度 妊娠届出 (転入含む)		随時血糖 100mg/dl以上
158人		69人(43.7%)
(再掲)	35歳以上	35人
	非妊娠時肥満	9人

妊娠中に妊娠糖尿病と診断された女性の多くは、出産後一時的に糖代謝が正常化するが、一定期間後に2型糖尿病を高率に発症することがわかっており、産後の適切な体重管理とともに、糖尿病発症を早期に発見するために健康診査等で血糖検査を行っていくことが必要となる。

また、本町は高年妊婦が増加傾向にあり、妊娠中の高血圧の出現の危険因子でもある。

(図表 24)

図表 24 高血圧を発症した妊婦

	収縮期血圧140mmHg以上または 拡張期血圧80mmHg以上 (人)	(再掲) 尿蛋白 (+) 以上 (人)
R2	1	0
R3	3	1
R4	1	0
R5	0	0
R6	2	1

妊娠中の血圧のコントロールを行い、正期産で在胎週数に相当した出生体重で出生することを目指す。

### (ウ) 妊娠中の適正な体重増加

妊娠前の体格がBMI 18.5以上25未満の普通体重の妊婦は、60人(81.1%)。BMI 18.5未満のやせ妊婦は8人(10.8%)である。(図表 25)

図表 25 妊娠前の体格 (妊娠届出書より)

妊娠前体格	妊娠前体格 BMI kg/m <sup>2</sup>	年度	R2年	R3年	R4年	R5年	R6年	累計
計			18	20	11	10	15	74
低体重	18.5未満	人	1	0	2	4	1	8
		割合	5.6%	0.0%	18.2%	40.0%	6.7%	10.8%
普通体重	18.5-24.9	人	16	17	8	6	13	60
		割合	88.9%	85.0%	72.7%	60.0%	86.7%	81.1%
肥満(1度)	25-29.9	人	1	3	1	0	1	6
		割合	5.6%	15.0%	9.1%	0.0%	6.7%	8.1%
肥満(2度)	30以上	人	0	0	0	0	0	0
		割合	0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
再掲 肥満 (1度以上)	25以上	人	1	3	1	0	1	6
		割合	5.6%	15.0%	9.1%	0.0%	6.7%	8.1%

妊娠中の望ましい体重増加量は、妊娠前の体格によって異なる。日本産科婦人科学会が提示する「妊娠中の体重増加指導の目安」を参考に適切な体重増加量を示している。

過去5年間に低出生体重児(単胎児)を出産した3人の母親のうち、2人(66.7%)が妊娠中の体重増加が不足しており、2人とも妊娠前の体重がBMI 18.5未満の低体重であった。

(図表 26)

図表 26 妊娠中の体重増加の状況

妊娠前体格	妊娠前体格 BMI kg/m <sup>2</sup>	体重増加 の目安	R5-6年度 全妊婦				R2-6年度 低出生体重児(単胎)の母体			
			増加 不足	適正 範囲	過剰 増加	計	増加 不足	適正 範囲	過剰 増加	計
低体重	18.5未満	12~15kg	4	1	0	5	2	0	0	2
普通体重	18.5-24.9	10~13kg	4	6	3	13	0	1	0	1
肥満(1度)	25-29.9	7~10kg	0	2	0	2	0	0	0	0
肥満(2度以上)	30以上	個別対応 (上限5kgまで が目安)	0	0	0	0	0	0	0	0
妊娠中の体重増加指導の目安 (日本産科婦人科学会周産期委員会 2021年)			8人	9人	3人	20人	2人	1人	0人	3人
			40.0%	45.0%	15.0%	100%	66.7%	33.3%	0%	100%

全妊婦を対象に、個人差を配慮した摂取エネルギーと特定の料理や食品に偏らないバランスのとれた食事を具体的に、「なにを」「どの位」食べたらよいかが一目でわかる教材等を活用しながら、学習を継続していく。

## (エ) 肥満傾向にある子どもの割合の減少

### ① 幼児期の肥満

生活習慣病は、遺伝素因と不健全な生活習慣によって発症するが、特に幼児期の過度な体重増加は、学童期以降の肥満と関連する。小児肥満から成人肥満への移行率は、70%程度とされている。

令和2年度から令和6年度までの5年間に、幼児健康診査を受診した肥満度15%以上の小児肥満に該当する1歳6か月児は5人(6.2%)、3歳児は7人(7.4%)である。(図表27)

各保健事業を通して、乳児期からの生活リズム・食事・運動・排泄などの基本的な生活習慣の確立を基盤に、身体発育曲線を利用して適正な体重維持について保健指導を行う。

図表27 乳児健康診査受診結果

R2-6年度 受診結果		肥満		適正体重		やせ	
		15%以上		-14.9~14.9%		-15%以上	
	受診者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6ヵ月児健康診査	81人	5人	6.2%	75人	92.6%	1人	1.2%
3歳児健康診査	94人	7人	7.4%	87人	92.6%	0人	0.0%

R6年度受診結果		肥満		適正体重		やせ	
		15%以上		-14.9~14.9%		-15%以上	
	受診者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳6ヵ月児健康診査	12人	1人	8.3%	11人	91.7%	0人	0.0%
3歳児健康診査	12人	1人	8.3%	11人	91.7%	0人	0.0%

### ② 学童期の肥満

小学生の肥満傾向児の割合は、男女ともに全国・徳島県平均より低い。中学生の肥満傾向児の割合は、男子は全国・徳島県平均より低いものの、女子は全国・徳島県平均より高率であり、思春期の肥満傾向児が増加している。(図表28)

図表28 令和6年度肥満傾向・やせ傾向児の出現率

図表28 令和6年度神山町学童の肥満傾向・やせ傾向児の出現率

	対象数	肥満傾向児							やせ傾向児					
		計			軽度			(参考)		計		(参考)		
		人	人	率	20%以上 30%未満	30%以上 50%未満	50%以上	R6年度※		人	率	-20%以下	徳島県	全国
男子	小学校	73	5	6.85%	4	1	0	15.12%	12.73%	1	1.37%	1	1.13%	2.90%
	中学校	41	4	9.76%	1	3	0	13.04%	11.69%	0	0.00%	0	1.90%	3.17%
	計	114	9	7.89%	5	4	0			1	0.88%	1		
女子	小学校	65	4	6.15%	4	0	0	11.69%	9.10%	1	1.54%	1	2.48%	2.98%
	中学校	27	4	14.81%	3	1	0	11.51%	8.38%	0	0.00%	0	2.75%	3.56%
	計	92	8	8.70%	7	1	0			1	1.09%	1		

※(参考値) 徳島県、全国データは、小学校は5年生、中学校は2年生

### (3) 具体的な取り組み

母子保健法は、児童の健全育成の基盤ともなるべき母性の保護や乳幼児が健全な成長を遂げる上で欠くことのできない保健の充実を目的に制定され、健康診査や保健指導の体系的な事業構築が図られている。

第1条（目的） 母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図るため、母子保健に関する原理を明らかにするとともに、母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導、健康診査、医療その他の措置を講じ、もって国民保健の向上に寄与する。

母子保健は、すべての子どもが健やかに成長していくうえでの健康づくりの出発点であり、次世代を担う子どもたちを健やかに育てるための基盤となる。

妊娠期(胎児期)からの望ましい生活習慣の基盤づくりを目的に、きめ細かな保健指導を行っていく。また、将来、糖尿病や心血管病発症リスクの高い産婦を対象に、産後の適正体重の維持や健診、医療受診継続の必要性の学習を行っていく。

課題である就学後の肥満傾向児の増加について、日本学術会議の生活習慣病対策分科会において、幼少期からの生活習慣病防止策や教育の強化を求める提言を発表し、「肥満症診療ガイドライン 2022」には「小児の肥満と肥満症」の章が新設され、小児期にメタボリックシンドロームの診断を行うことは心血管イベントの予防上重要としている。今後においても、小・中学校養護教諭との連携、神山っ子すこやかサポート教室（小児生活習慣病予防教室）で日頃の生活習慣の振り返りと学習を継続していく。

	妊娠期		乳・幼児期						学童期	
	妊娠届出時 (初期)	中期 後期	乳児	1歳	1歳 6ヵ月	2歳	2歳 6ヵ月	3歳	5歳 (就学時)	小学6年生 中学2年生
ア 健康な生活習慣の確立のための	妊婦の飲酒、喫煙及び受動喫煙の実態把握と禁煙指導		子どもの受動喫煙防止							
	妊娠前の体格に応じた適正な体重増加 ①妊娠前の体格が肥満とやせ ②妊娠中の体重増加		身体発育曲線をもとに、適正体重の維持 生活リズム、栄養、活動量の実態に基づいた学習							
	バランス食の学習 (蛋白質、食塩摂取量の適量摂取)		バランス食の学習、適切な味覚形成（神山っ子すこやかサポート教室） 小児期の甘味飲料（異性化糖）の適量摂取 飽和脂肪酸の適量摂取							
	妊娠中の歯周病予防 (歯科検診の勧奨)		口腔清掃、定期的な歯科検診 (フッ化物塗布)							
イ 生活習慣病の発症予防・重症化	母	妊婦健康診査結果で ①妊娠糖尿病 ②妊娠高血圧症候群 栄養指導の実施	妊娠糖尿病の既往、出生時体重4,000g以上(HFD児)の出産経験のある産婦の将来の糖尿病予防(適正体重の維持)及び妊娠高血圧症候群の既往がある産婦の心血管発症予防 (乳幼児健診時保護者の血圧・血糖値・HbA1cの測定、若年層健診の勧奨、職場健診の受診確認)							
	児		早産、低出生体重児の将来の生活習慣病予防	肥満とやせ傾向児の把握と継続した保健指導						

## 2 循環器病

### (1) 基本的な考え方

脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、令和6年の人口動態統計によると、心疾患は第2位、脳血管疾患が第4位となっている。また、介護が必要となる主な原因は、令和4年国民生活基礎調査によると、脳血管疾患と心疾患を合わせた循環器病による割合が最多となっている。次いで多い原因疾患は認知症だが、65歳以上の認知症患者の約3割は、脳血管性障害を基盤とする血管性認知症が占めている。

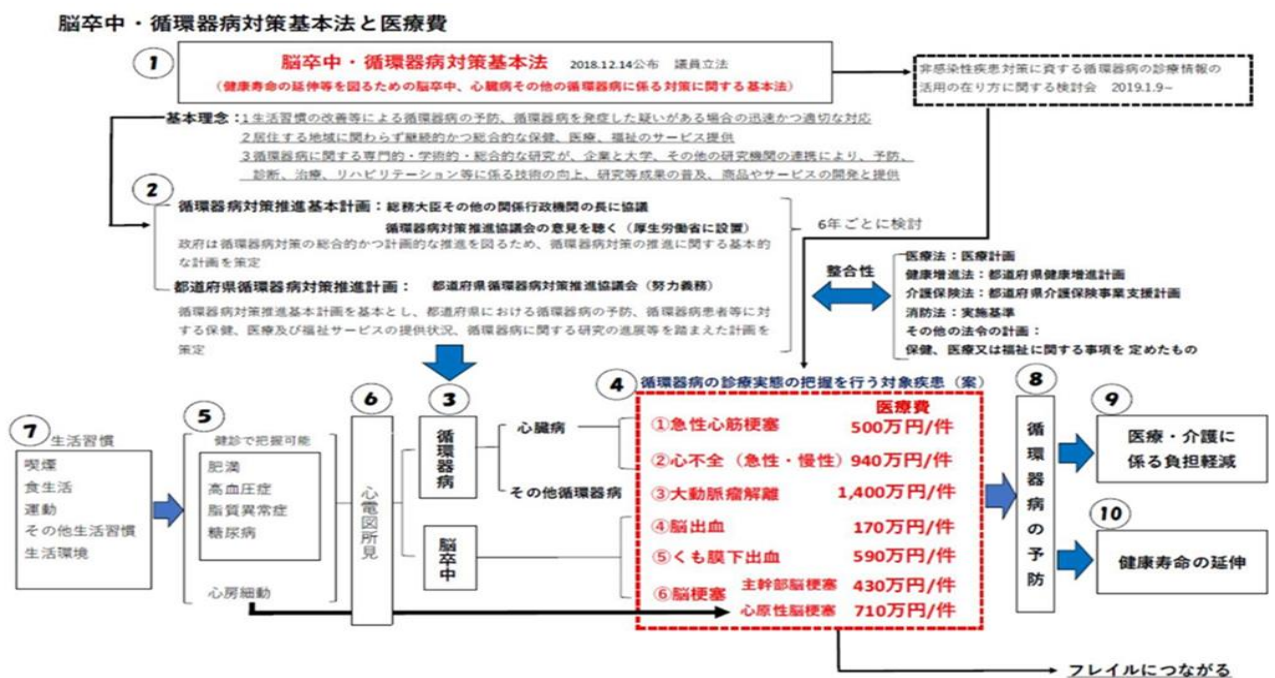
超高齢化社会を迎えたわが国では、循環器病はさらに増加すると推計されており、健康寿命の延伸を妨げる最大の要因と言える。また、循環器病がもたらす社会的負担としては、膨大な医療費や介護費用が使われ、患者やその家族にとっても負担が非常に大きくなる。

国や学会等はその対策として、平成26(2014)年5月には、「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会(日本脳卒中協会/バイエル薬品共同事業)から「脳卒中予防への提言」が出された。

また、平成28(2016)年12月に日本循環器学会と日本脳卒中学会をはじめとする21学会は、「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」を公表した。

平成30(2018)年12月には、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」(以下、「基本法」という。)が成立し、令和元年12月に施行された。基本法に基づき、国や徳島県において循環器病対策推進基本計画が策定され、それに沿って循環器病対策が行われている。(図表29,30)

図表29 脳卒中・循環器病対策と医療費



図表 30 循環器病対策の動き

	国・関係学会等の動き	目的・内容等
平成 26 年 5 月	脳卒中予防への提言-心原性塞栓症の制圧を目指すために- 初版  「心房細動による脳卒中を予防するプロジェクト」実行委員会（日本脳卒中協会/バイエル薬品共同事業）	心房細動は高齢者に多くみられる不整脈で、心房細動による脳梗塞は最も重篤な脳梗塞だが、適切な治療により予防が可能な疾患。しかし約半数が脳梗塞を発症して初めて心房細動が見つかるなど、早期発見が容易ではなかったことから、一般市民に心房細動の症状と脳梗塞予防の必要性に関する知識の啓発と日常診療あるいは家庭での脈拍触診、自動血圧計などの機器によるチェックや、健康診断における心電図検査などを通じて早期発見を促し、適切な治療を行うことを目的とする。
平成 28 年 12 月	脳卒中と循環器病克服 5 ヶ年計画  日本循環器学会と日本脳卒中学会をはじめとする 21 学会	健康寿命の延伸を実現するため脳卒中と循環器病を克服することを目指し、その目標と戦略を明確にすることを目的とする。 計画実行期間 平成28年度から令和2年度
平成 30 年 12 月成立 令和元年 12 月施行	健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法 (平成 30 年法律第 105 号)	誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、予防や医療及び福祉にかかるサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。
令和 2 年 1 月	脳卒中予防への提言-心原性塞栓症の制圧を目指して- 第五版	基本法が施行され、「循環器病対策推進基本計画」が策定されることとなり、「心房細動による脳卒中」の予防は国や自治体の政策レベル、医療従事者だけではなく、国民全体が取り組むべき活動として位置づけられたことからプロジェクトの目標は一定レベルで達成できたと考え、令和 2 年 3 月でプロジェクトを終了することが決定
令和 3 年 3 月	脳卒中と循環器病克服第二次 5 ヶ年計画	計画実行期間は令和3年度から7年度までの5年間
令和 5 年 3 月	第 2 期循環器病対策推進基本計画	計画実行期間は令和5年度から10年度までの6年間
令和 5 年 3 月	循環器病対策推進基本計画	基本法に基づき策定するものであり、循環器病対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、循環器病対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県循環換気病対策推進計画の基本となるもの。 計画実行期間は令和5年度から10年度までの6年間
令和 6 年 3 月	徳島県循環器病対策推進計画 第2期	計画実行期間は令和6年度から10年度までの5年間
令和 8 年 3 月	脳卒中と循環器病克服第三次 5 ヶ年計画	計画実行期間は令和 8 年度から12年度までの5年間

本町の取り組みとして、平成 20 年度から開始された特定健診では、心電図検査について、健診データ等から一定の基準を超えて医師が必要と判断した受診者のみの実施だった。しかし、心疾患の有病率が高い徳島県では令和 2 年度から 40～74 歳の市町村国保特定健診受診者全員に心電図検査を実施している。また、75 歳以上を対象とした後期高齢者健診も全員に心電図検査を実施している。特定健診、後期高齢者健診で実施している心電図検査では、年代が上がるに伴って有所見者が増加している。

その中でも心原性脳塞栓症の原因となる心房細動は、心電図検査によって発見することが可能である。令和 6 年度の心房細動の所見は 5 人（1.1%）であった。（図表 31）

図表 31 心電図有所見者

令和 6 年度

年代	健診 受診者	心電図 検査実 施者	受診率	心電図所見あり			
				(再掲) 心房細動			
				D	B/D	P	P/D
40代	40	40	38.1%	7	17.5%	0	0.0%
50代	45	45	45.5%	11	24.4%	0	0.0%
60代	158	158	54.1%	55	35.0%	2	1.3%
70-74	216	216	63.2%	87	40.3%	3	1.4%
総数	459	459	54.8%	160	34.9%	5	1.1%

参考様式5-2 健診有所見者（保健指導判定値以上）の状況（男女別・年代別）

令和 6 年度 特定健診受診者（法定報告）

循環器病の危険因子には、高血圧、脂質異常症（特に高 LDL コレステロール血症）、メタボリックシンドローム、糖尿病、喫煙の5つがあり、これらの因子を適切に管理することで、循環器病を予防することが重要である。循環器病の主要な危険因子のうち、喫煙と糖尿病についてはそれぞれ独立した領域で目標が設定されているため、循環器病領域では残る主要な危険因子であるメタボリックシンドローム、高血圧と脂質異常症（高 LDL コレステロール血症）について目標を設定する。

## (2) 現状と目標

### ア 脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比の減少

#### (脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比 100 以下)

国の循環器病領域のアウトカム評価の指標として、第2期循環器病対策推進基本計画の目標である「脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少」が用いられているが、今回の計画では標準化死亡比（SMR）を評価指標とする。脳血管疾患の標準化死亡比（SMR）は、男女ともに平成 24～28 年度と平成 31～令和 5 年度を比較すると低下している。

心疾患（高血圧性を除く）の標準化死亡比（SMR）は、男女ともに 100 を上回っており、平成 24～28 年度と平成 31～令和 5 年度を比較すると少し低下したが、徳島県と比較すると大幅に高い。（図表 32）

図表 32 脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比（SMR）

		H24～H28年			H27～R1年			H31～R5年		
		町		県	町		県	町		県
		死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR	死亡数	SMR	SMR
脳血管疾患	男性	28	111	104	25	99	94	12	61	99
	女性	30	99	97	26	85	94	29	92	97
心疾患 (高血圧性を除く)	男性	61	140	97	52	119	97	50	126	103
	女性	77	139	102	80	145	99	65	126	110

徳島県人口動態集計システム

## イ メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少

メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は証明されており、平成20年度から始まった生活習慣病予防のための特定健診では、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少が評価項目の一つとされた。

メタボリックシンドロームの該当者の割合について、令和2年度と令和6年度を比較すると、全体では増加しており、特に40歳代、50歳代の割合が増加している。また、50歳代、60歳代の男性では40%を超えている。

メタボリックシンドロームの予備群の割合は、令和2年度と令和6年度を比較すると女性の総数が増加した。

メタボリックシンドロームの該当者の割合は、全国・徳島県よりも高く、今後の課題である。予備群の方が、メタボリックシンドロームの解決がなされないまま該当者へと移行している可能性も示唆される。

なお、「夢・元気・笑顔～健康かみやま21～第2期計画～」の目標値の達成状況は、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群ともに目標未達成のため、引き続き減少に向けて取り組む必要がある。(図表33)

図表33 メタボリックシンドロームの該当者の状況 特定健診結果(法定報告)

		健診受診者		該当者		予備群							
		R2年度	R6年度	R2年度	R6年度	R2年度	R6年度						
総 数	総数	561	53.1%	459	54.8%	130	23.2%	116	25.3%	58	10.3%	47	10.2%
	40代	32	36.8%	40	38.1%	2	6.3%	4	10.0%	4	12.5%	3	7.5%
	50代	59	49.2%	45	45.5%	13	22.0%	13	28.9%	14	23.7%	4	8.9%
	60代	239	54.7%	158	54.1%	56	23.4%	46	29.1%	20	8.4%	15	9.5%
	70-74	231	55.9%	216	63.2%	59	25.5%	53	24.5%	20	8.7%	25	11.6%
	徳島県(R5)		37.0%		39.3%		21.1%		20.7%		11.9%		11.9%
	全国(R5)		33.7%		38.2%		20.9%		20.4%		11.3%		11.4%
男 性	総数	282	49.6%	218	49.5%	87	30.9%	80	36.7%	44	15.6%	30	13.8%
	40代	18	32.1%	22	35.5%	2	11.1%	2	9.1%	3	16.7%	1	4.5%
	50代	30	48.4%	22	40.0%	8	26.7%	9	40.9%	12	40.0%	2	9.1%
	60代	109	48.7%	76	49.4%	36	33.0%	33	43.4%	15	13.8%	14	18.4%
	70-74	125	55.3%	98	58.0%	41	32.8%	36	36.7%	14	11.2%	13	13.3%
	徳島県(R5)		33.6%		35.3%		33.3%		32.9%		19.1%		19.1%
	全国(R5)		30.6%		34.8%		33.2%		32.1%		18.0%		18.1%
女 性	総数	279	57.1%	241	60.6%	43	15.4%	36	14.9%	14	5.0%	17	7.1%
	40代	14	45.2%	18	41.9%	0	0.0%	2	11.1%	1	7.1%	2	11.1%
	50代	29	50.0%	23	52.3%	5	17.2%	4	17.4%	2	6.9%	2	8.7%
	60代	130	61.0%	82	59.4%	20	15.4%	13	15.9%	5	3.8%	1	1.2%
	70-74	106	56.7%	118	68.2%	18	17.0%	17	14.4%	6	5.7%	12	10.2%
	徳島県(R5)		40.0%		43.0%		11.8%		11.0%		6.4%		6.2%
	全国(R5)		36.5%		41.2%		11.6%		11.0%		6.3%		6.1%

ヘルスサポートラボツール、国保連合会から提供

## ウ 高血圧の改善（Ⅱ度高血圧以上（160/100mmHg 以上）の者の割合の減少）

循環器病の中でも近年、増加しているのが心不全である。高齢化により約120万人の患者がいるといわれており、「心不全パンデミック」とも呼ばれている。心不全は、心臓が悪いため息切れやむくみが起こり、だんだん状態が悪くなり、命を縮める病気であらゆる循環器病の終末像が心不全と捉えられている。有効な薬物療法やカテーテル治療など、心不全に対する治療も進歩しているが、対症療法であり根治的な治療ではないため、予後はあまり改善されていない。そのため心不全は予防が重要となる。

心不全の原因疾患には、高血圧がある。血圧が高いと、心臓は絶えず強い圧力をかけて血液を送り出さなくてはならず、筋肉が厚くなって心肥大を起こす。さらに高血圧が続くと、徐々に心臓は疲弊し、その結果、心臓のポンプ機能が低下し、心不全を起こすようになる。

健診受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上（160/100mmHg 以上）の方は、令和元年度は30人、令和6年度は20人だった。本町では、Ⅱ度高血圧以上（160/100mmHg 以上）の方には、家庭訪問等で保健指導を実施し、家庭血圧測定を実施してもらい血圧以外の危険因子、臓器障害等の有無と合わせて医療機関受診の勧奨を勧めている。また、降圧薬治療中のⅡ度高血圧以上（160/100mmHg 以上）の方は8人おり、必要な治療の継続とともにかかりつけ医と連携した生活習慣改善（減量、減塩等）が必要である。（図表34, 35）

第2期計画の策定時にはⅠ度高血圧以上（140/90mmHg 以上）の割合の減少で目標設定していたが、第3期保健事業実施計画（以下、「データヘルス計画」）との整合性を図り、Ⅱ度高血圧以上（160/100mmHg 以上）の方の割合の減少を目標に取り組んでいく。

図表34 Ⅱ度高血圧以上（160/100mmHg 以上）の方 特定健診結果（法定報告）

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)Ⅲ度高血圧	再掲			
						未治療	治療		
R01	531	218 41.1%	158 29.8%	125 23.5%	30 5.6%	17 56.7%	13 43.3%	0.8%	5.6%
					4 0.8%	3 75.0%	1 25.0%		
R02	561	229 40.8%	156 27.8%	131 23.4%	45 8.0%	22 48.9%	23 51.1%	1.6%	8.0%
					9 1.6%	5 55.6%	4 44.4%		
R03	546	207 37.9%	175 32.1%	135 24.7%	29 5.3%	13 44.8%	16 55.2%	0.5%	5.3%
					3 0.5%	2 66.7%	1 33.3%		
R04	495	196 39.6%	137 27.7%	129 26.1%	33 6.7%	17 51.5%	16 48.5%	0.8%	6.7%
					4 0.8%	2 50.0%	2 50.0%		
R05	459	181 39.4%	144 31.4%	111 24.2%	23 5.0%	13 56.5%	10 43.5%	0.4%	5.0%
					2 0.4%	1 50.0%	1 50.0%		
R06	459	203 44.2%	138 30.1%	98 21.4%	20 4.4%	12 60.0%	8 40.0%	0.7%	4.4%
					3 0.7%	3 100%	0 0.0%		

ヘルスサポートラボツール

令和6年度の特定健診結果より、重症化予防対象者を抽出した表となっている。(図表 35)

重症化予防対象者で、すでに臓器障害あり\*の所見が認められる者が高血圧症で6人、脂質異常症で5人、メタボ該当者で6人、糖尿病で9人、慢性腎臓病で1人確認された。今後この重症化予防対象者を一人でも少なくするために、かかりつけ医等と連携し予防していく必要がある。

\*臓器障害ありとは・・・CKD（腎専門医受診対象レベル）、心電図所見あり、眼底所見ありの方

図表 35 重症化予防対象者 令和6年特定健診結果（法定報告）

科学的根拠に基づき健診結果から対象者の抽出	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)			
	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	20	4.4%	5	1.1%	11	2.4%	11	2.4%	116	25.3%	40	8.7%	58	12.6%
治療なし	12	60.0%	0	0.0%	10	90.9%	7	63.6%	19	16.4%	23	57.5%	17	29.3%
(再掲) 特定保健指導	3	15.0%	0	0.0%	2	18.2%	3	27.3%	19	16.4%	4	10.0%	0	0.0%
治療中	8	40.0%	5	100.0%	1	9.1%	4	36.4%	97	83.6%	17	42.5%	41	70.7%
<b>臓器障害あり</b>	<b>6</b>	<b>50.0%</b>	<b>0</b>	<b>---</b>	<b>3</b>	<b>30.0%</b>	<b>2</b>	<b>28.6%</b>	<b>6</b>	<b>31.6%</b>	<b>9</b>	<b>39.1%</b>	<b>17</b>	<b>100.0%</b>
CKD(専門医対象)	3		0		2		0		0		3		17	
心電図所見あり	3		0		1		2		6		8		4	
眼底所見あり	0		0		0		0		0		0		0	

ヘルスサポートラボツール

## Ⅱ 尿蛋白（1+）以上の者の割合の減少

特定健診受診者のうち、尿蛋白（2+）以上の割合は県内で高い位置にある。(図表 36-1)

徳島県の尿蛋白（1+）以上の割合は長年全国1位であり、そのために、慢性透析患者数が全国1位、新規透析導入患者数の割合は全国2位である。(図表 36-2) 本町の尿蛋白出現と肥満の関連について調べると、肥満ありの方に尿蛋白（2+）以上の方が多い。(図表 37) 尿蛋白の出現の原因には、肥満、高血圧、糖尿病、I g A腎症、ネフローゼ症候群、血管炎等がある。特定健診を受けることで尿蛋白の有無が確認でき、尿蛋白が出現した場合にはかかりつけ医や腎専門医への受診勧奨を行うことが大切である。腎の重症化予防をこの計画での重点課題とし、毎年の健診受診と、健診結果を大切に、現在の腎の状態を確認していく取組を行っていく。

図表 36-1 尿蛋白の有見割合 特定健診（法定報告）

	H20年度				平成28年度				令和2年度				令和6年度								
	再掲) 2+以上		再掲) 2+以上		再掲) 2+以上		再掲) 2+以上		再掲) 2+以上		再掲) 2+以上		再掲) 2+以上		再掲) 2+以上						
	市町村名	人数	割合	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	人数	割合	順位				
1	A	52	9.0%	12	2.1%	B	255	9.8%	73	2.8%	E	160	10.7%	42	2.8%	A	57	7.9%	20	2.8%	4
2	B	177	8.6%	54	2.6%	H	93	8.3%	32	2.9%	R	55	9.9%	18	3.3%	K	102	7.2%	28	2.0%	12
3	C	97	7.5%	33	2.6%	S	13	8.0%	1	0.6%	I	174	9.5%	47	2.6%	F	43	6.3%	5	0.7%	23
4	D	16	7.4%	1	0.5%	O	81	7.9%	14	1.4%	A	65	8.7%	18	2.4%	E	78	5.7%	26	1.9%	13
5	E	93	6.9%	25	1.9%	T	55	7.5%	13	1.8%	神山市	47	8.4%	17	3.0%	R	21	5.6%	8	2.1%	10
6	F	34	6.7%	12	2.4%	J	195	7.3%	53	2.0%	S	12	8.1%	2	1.4%	M	196	5.3%	49	1.3%	21
7	G	870	6.6%	330	2.5%	A	53	7.3%	16	2.2%	L	76	8.0%	24	2.5%	I	96	5.2%	34	1.9%	15
8	H	60	6.6%	21	2.3%	E	103	6.9%	24	1.6%	Q	49	7.9%	15	2.4%	N	172	5.2%	62	1.9%	14
9	I	96	6.6%	32	2.2%	D	14	6.8%	5	2.4%	J	202	7.8%	59	2.3%	G	544	5.2%	175	1.7%	17
10	市町村計	2,565	6.4%	864	2.1%	G	811	6.7%	202	1.7%	T	46	7.7%	9	1.5%	Q	27	5.2%	16	3.1%	3
11	J	183	6.1%	60	2.0%	U	36	6.6%	7	1.3%	U	37	7.4%	10	2.0%	市町村計	1,880	5.0%	678	1.8%	
12	K	114	6.1%	40	2.1%	市町村計	2,810	6.6%	752	1.8%	K	126	7.3%	40	2.3%	T	32	4.9%	14	2.1%	9
13	L	32	6.1%	6	1.1%	I	116	6.4%	35	1.9%	O	79	7.0%	24	2.1%	J	96	4.6%	47	2.3%	8
14	M	196	6.0%	63	1.9%	V	53	6.3%	21	2.5%	市町村計	2,882	6.9%	820	2.0%	L	40	4.5%	21	2.4%	7
15	神山市	30	6.0%	14	2.8%	C	94	6.2%	20	1.3%	G	713	6.6%	188	1.7%	O	47	4.5%	19	1.8%	16
16	N	142	5.7%	35	1.4%	M	241	6.2%	62	1.6%	B	155	6.6%	40	1.7%	H	39	4.4%	13	1.5%	20
17	O	54	5.6%	14	1.5%	K	103	6.1%	33	2.0%	D	14	6.6%	7	3.3%	P	77	4.3%	23	1.3%	22
18	P	114	5.5%	42	2.0%	N	178	5.7%	36	1.2%	H	77	6.5%	22	1.9%	B	83	4.0%	34	1.6%	18
19	Q	46	5.4%	16	1.9%	W	26	5.6%	11	2.4%	M	278	6.5%	76	1.8%	神山市	18	3.9%	16	3.5%	1
20	R	33	5.4%	10	1.6%	神山市	27	5.5%	8	1.6%	V	60	6.4%	18	1.9%	C	51	3.7%	22	1.6%	19
21	S	11	5.4%	2	1.0%	F	44	5.5%	17	2.1%	F	41	5.9%	13	1.9%	D	6	3.7%	1	0.6%	24
22	T	40	5.2%	13	1.7%	Q	31	5.4%	8	1.4%	N	213	5.6%	76	2.0%	U	19	3.6%	11	2.1%	11
23	U	21	5.1%	8	2.0%	L	48	5.4%	16	1.8%	W	21	5.2%	7	1.7%	W	14	3.4%	13	3.2%	2
24	V	45	4.6%	18	1.9%	R	22	5.1%	5	1.2%	P	111	5.1%	28	1.3%	V	19	2.9%	18	2.7%	5
25	W	9	3.3%	3	1.1%	P	118	4.4%	40	1.5%	C	71	5.0%	20	1.4%	S	3	2.5%	3	2.5%	6

徳島県国民健康保険団体連合会作成 県や市町村の実態を見る基礎資料（基礎統計資料一覧）

図表 36-2 全国の全医療保険者の尿蛋白出現状況（都道府県順位）

【全医療保険者】総数 尿蛋白 年齢別状況

第10回NDBオプンデータ（2022年：R4年度分）

順位	都道府県	測定者数 (-)														測定者数 (+)																	
		40~74		40~74歳										40~74歳		40~74歳																	
		人	%	40代		50代		40~64歳		65~74歳		人	%	40代		50代		40~64歳		65~74歳													
1	全国	28,961,750		山形	289,497	94.6	山形	84,401	94.7	山形	83,362	95.0	山形	208,068	94.8	山形	81,429	93.9	徳島	20,906	12.8	徳島	7,055	14.6	新潟	22,941	13.0	徳島	15,654	13.3	徳島	5,252	11.6
2	北海道	969,791		岩手	285,554	92.7	岩手	82,908	93.5	静岡	277,010	93.6	岩手	206,589	93.4	茨城	147,439	91.9	新潟	73,895	12.7	新潟	24,796	14.2	徳島	6,217	12.7	新潟	56,756	13.3	和歌山	5,802	11.1
3	青森	291,194		静岡	821,272	92.5	静岡	259,118	93.0	岩手	84,738	93.6	静岡	641,121	93.3	岩手	78,965	90.8	鹿児島	35,495	10.1	鹿児島	10,920	11.3	鹿児島	9,624	9.9	鹿児島	24,897	10.3	新潟	17,139	11.0
4	岩手	308,095		茨城	609,085	91.2	茨城	78,309	91.6	神奈川県	714,230	91.8	茨城	190,280	91.4	福岡	115,116	90.7	香川	22,156	9.9	香川	7,598	11.2	宮崎	6,636	9.6	宮崎	17,383	10.1	長崎	8,799	10.5
37	徳島	162,710		石川	247,583	87.1	長崎	69,407	87.2	京都	162,477	88.2	石川	188,854	87.8	石川	58,729	85.0	埼玉	116,868	6.8	愛知	42,519	7.2	福井	3,718	6.3	茨城	33,567	6.6	山口	5,501	7.4
45	大分	260,173		長崎	247,463	86.2	佐賀	46,486	85.8	宮崎	60,518	87.2	宮崎	149,598	86.7	三重	93,997	83.8	栃木	28,849	6.1	富山	4,734	5.5	富山	4,611	5.2	富山	11,276	5.4	福島	6,903	5.4
46	宮崎	238,702		鹿児島	299,243	85.6	鹿児島	82,621	85.5	鹿児島	84,379	86.6	鹿児島	208,068	86.1	長崎	69,744	83.3	静岡	44,492	5.0	静岡	14,291	5.1	静岡	12,671	4.3	静岡	31,835	4.6	岩手	4,567	5.2
47	鹿児島	349,741		新潟	486,818	83.6	新潟	144,006	82.6	新潟	148,067	83.6	新潟	354,891	83.3	和歌山	43,472	82.8	岩手	13,504	4.4	岩手	3,714	4.2	岩手	3,495	3.9	岩手	8,937	4.0	茨城	7,988	5.0
48	沖縄	297,005		徳島	133,539	82.1	徳島	39,178	81.1	徳島	40,482	82.8	徳島	96,606	82.2	徳島	36,933	81.8	山形	10,465	3.4	山形	3,294	3.7	山形	2,723	3.1	山形	7,326	3.3	山形	3,139	3.6

【全医療保険者】総数 尿蛋白 年齢別状況

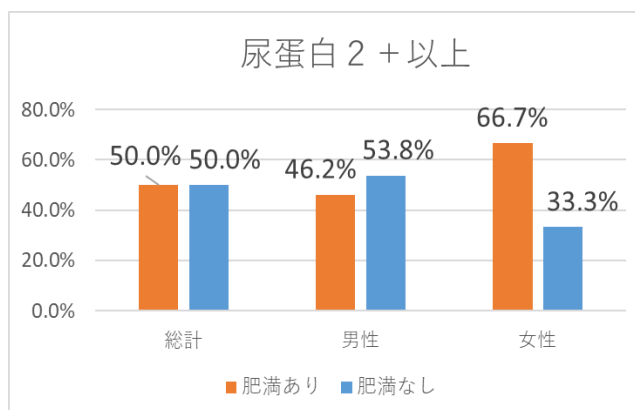
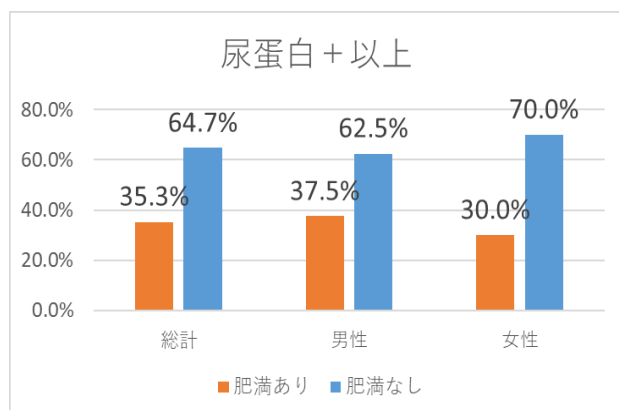
※「尿蛋白3+」性別5歳階級別集計結果において集計結果が10未満の場合は数値の公表がないが、把握できる数値で集計しています。40~74歳は全数値（全て公表有）

第10回NDBオプンデータ（2022年：R4年度分）

順位	測定者数 (+)														測定者数 (2+以上)																					
	40~74歳		40代				50代				40~64歳				65~74歳				40~74歳		40代				50代				40~64歳				65~74歳			
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%		
1	徳島	6,223	3.8	徳島	1,700	3.5	徳島	1,673	3.4	徳島	4,098	3.5	徳島	2,125	4.7	青森	3,719	1.28	福知	420	0.88	高知	517	1.09	青森	2,236	1.04	沖縄	1,505	2.13	1					
2	島根	5,319	3.2	愛媛	2,686	2.8	島根	1,372	2.8	島根	3,378	2.8	愛知	16,079	4.5	徳島	2,042	1.25	青森	720	0.86	青森	931	1.04	高知	1,199	1.03	青森	1,483	1.93	2					
3	長崎	8,974	3.1	島根	1,342	2.7	新潟	4,845	2.7	愛媛	6,433	2.8	三重	4,991	4.4	鹿児島	4,339	1.24	徳島	373	0.77	徳島	503	1.03	徳島	1,174	1.00	鹿児島	2,050	1.90	3					
4	鹿児島	10,664	3.0	新潟	4,651	2.7	愛媛	2,624	2.7	新潟	11,701	2.7	和歌山	2,312	4.4	高知	1,866	1.19	鹿児島	737	0.76	沖縄	906	0.98	鹿児島	2,289	0.95	徳島	840	1.86	4					
37	島根	2,568	2.2	群馬	2,462	1.8	山梨	1,236	1.8	滋賀	4,976	1.9	岡山	2,872	3.0	東京	27,616	0.80	新潟	945	0.54	山形	621	0.71	埼玉	8,769	0.66	岩手	1,045	1.20	37					
45	長野	10,159	1.9	宮城	2,926	1.6	三重	2,458	1.7	宮城	7,222	1.7	長野	3,579	2.6	山形	2,193	0.72	長野	771	0.50	長野	1,065	0.64	長野	2,346	0.61	長野	1,435	1.05	45					
46	静岡	16,510	1.9	茨城	3,274	1.6	宮城	2,886	1.6	茨城	8,448	1.7	山梨	1,293	2.3	岡山	2,984	0.71	岡山	648	0.47	岡山	826	0.61	岡山	1,853	0.57	茨城	1,565	0.98	46					
47	茨城	11,871	1.8	静岡	4,047	1.5	静岡	4,488	1.5	静岡	10,547	1.5	茨城	3,423	2.1	山梨	1,494	0.71	静岡	1,178	0.42	静岡	1,727	0.58	静岡	3,774	0.55	山梨	511	0.92	47					
48	山形	4,022	1.3	山形	988	1.1	山形	1,054	1.2	山形	2,635	1.2	山形	1,387	1.6	静岡	6,063	0.68	宮城	763	0.42	宮城	1,006	0.57	宮城	2,355	0.54	山形	764	0.88	48					

図表 37 尿蛋白（1+）以上の割合 令和6年度特定健診結果（法定報告）

		総計		男性		女性	
		+以上	(再掲) 2+以上	+以上	(再掲) 2+以上	+以上	(再掲) 2+以上
		34	16	24	13	10	3
肥満あり	人数	12	8	9	6	3	2
	割合	35.3%	50.0%	37.5%	46.2%	30.0%	66.7%
肥満なし	人数	22	8	15	7	7	1
	割合	64.7%	50.0%	62.5%	53.8%	70.0%	33.3%



### オ LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合の減少

脂質異常症の診断項目の1つであるLDLコレステロールの高値は、冠動脈疾患（心筋梗塞、狭心症など）の危険因子であり、最も重要な指標とされている。冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは、LDLコレステロール160mg/dl以上に相当するといわれている。

LDLコレステロール160mg/dl以上の方の割合は、令和元年度と令和6年度を比べると、8.3%から8.5%に増加した。（図表38）LDLコレステロール180mg/dl以上で疑われる、冠動脈疾患の発症率が高い家族性高コレステロール血症は早期診断と厳格な治療が必要となるため、受診が必要な対象者に受診勧奨するとともに、それ以外の対象者には、3～6か月間の生活習慣改善に取り組んだ後、医療機関での再検査を勧めていくなど、継続した保健指導が重要となる。（図表39）

第2期計画の目標値の160mg/dl以上の方の割合の7.7%は未達成のため、引き続き減少に向けて取り組む必要がある。

図表 38 LDL コレステロール 160mg/dl 以上 特定健診結果 (法定報告)

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲		
					再)180以上	未治療	治療			
R01	531	275 51.8%	135 25.4%	77 14.5%	44 8.3%	38 86.4%	6 13.6%			8.3%
					13 2.4%	12 92.3%	1 7.7%			2.4%
R02	561	308 54.9%	138 24.6%	77 13.7%	38 6.8%	34 89.5%	4 10.5%			6.8%
					10 1.8%	9 90.0%	1 10.0%			1.8%
R03	546	309 56.6%	124 22.7%	73 13.4%	40 7.3%	36 90.0%	4 10.0%			7.3%
					9 1.6%	7 77.8%	2 22.2%			1.6%
R04	495	256 51.7%	133 26.9%	72 14.5%	34 6.9%	31 91.2%	3 8.8%			6.9%
					9 1.8%	8 88.9%	1 11.1%			1.8%
R05	459	252 54.9%	130 28.3%	55 12.0%	22 4.8%	22 100%	0 0.0%			4.8%
					8 1.7%	8 100%	0 0.0%			1.7%
R06	459	242 52.7%	116 25.3%	62 13.5%	39 8.5%	36 92.3%	3 7.7%			8.5%
					11 2.4%	10 90.9%	1 9.1%			2.4%

ヘルスサポートラボツール

図表 39 未治療者の管理目標から見た LDL コレステロール 特定健診結果(法定報告)

				R 2	R 6
管理区分及びLDL管理目標 ( ) 内はNon-HDL				214	217
一次 予防	まず生活習慣 の改善を行っ た後、薬物療 法の適応を考 慮する	低リスク	160未満 (190未満)	20 9.3%	24 11.1%
		中リスク	140未満 (170未満)	91 42.5%	81 37.3%
		高リスク	120未満 (150未満)	92 43.0%	99 45.6%
			再掲 100未満 (130未満) ※1	4 1.9%	8 3.7%
二次 予防	生活習慣の是 正と共に薬物 療法を考慮	冠動脈疾患または アテローム血栓性 脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	11 5.1%	13 6.0%

ヘルスサポートラボツール：②-1 健診結果集計ツール

(参考) 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病+喫煙ありの場合に考慮

※2 問診で脳卒中(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。

## カ 食塩摂取量の減少

食塩摂取量は、高血圧等の生活習慣病発症予防並びに治療において関係があり、高血圧を介して慢性腎臓病（CKD）や心不全の発症・重症化予防に関与している可能性が示されている。また、食塩摂取量が増えるに従い、胃がんのリスクを高めると言われている。摂取されたナトリウムは、その大部分が小腸で吸収され、90%以上は腎臓経由により尿中に排泄される。

令和6年度から本町の集団健診で、令和7年度から町内医療機関での特定健診受診者に、随時尿検査（ナトリウム、クレアチニン）から推定1日食塩摂取量の算出を開始した。

令和7年度289人が測定し、1日に何グラムの食塩を摂っていたかを住民が数値を知ることによって「塩分量を初めて知った」「何を食べて高くなったんだろう…」「漬物は野菜なのでたくさん食べても良いと思っていた」「思っていたよりも食塩を摂っていた」と、食習慣の気づきとなった。減塩指導に際し、尿中ナトリウム測定値から推定1日食塩摂取量を評価することで、個人の食塩摂取量を把握し、減塩指導を繰り返せば減塩が可能になると「高血圧管理・治療ガイドライン2025」に記載されている。

今後も継続的に実施し、日本人の食事摂取基準2025年版の目標量（男性7.5g未満/日、女性6.5g未満/日）以上の食塩摂取者の割合や高血圧者の目標食塩量（6g未満/日）の倍である12g以上摂取者の減少を目指していく。（図表40）

図表40 1日推定食塩摂取量検査結果（特定健診）

		日本人の食事摂取基準2025 目標量		目標量以上				総数	
		男：7.5g未満 女：6.5g未満		男：7.5g以上 女：6.5g以上		再)12g以上			
		R6	R7	R6	R7	R6	R7		
総数	人数	29	40	117	249	6	24	146	289
	割合	19.9%	13.8%	80.1%	86.2%	5.1%	9.6%		
男性	人数	15	25	55	118	5	15	70	143
	割合	21.4%	17.5%	78.6%	82.5%	9.1%	12.7%		
女性	人数	14	15	62	131	1	9	76	146
	割合	18.4%	10.3%	81.6%	89.7%	1.6%	6.9%		

また、近年、手軽に食べることができる惣菜や冷凍食品などの加工食品の販売も増えており、加工食品は選び方により食塩の摂取量も多くなる傾向である。消費者庁は、食品表示制度で決められている栄養成分表示のナトリウム含有量を食塩相当量の表示に2020年4月1日に変更した。

以前はナトリウム含有量から食塩相当量に計算が必要だったが、変更により商品に食塩相当量が表示されている。日頃から食塩相当量を確認し、食塩摂取が目標より多くならないような食品を選ぶ力、食べ方の工夫が必要となる。特に、味覚を形成していく乳幼児期から加工食品を多く摂取することで、味覚が慣れてしまい塩分が少ないと「物足りない」と感じてしまうため、食塩摂取量の減少に向けての活動は成人期からでは遅く、妊娠期・乳幼児期から

も必要である。今後ライフコースアプローチの考え方を踏まえ、妊婦や乳幼児健診の保護者、あらゆる場面で減塩についての学習を深めていく。

## キ 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

### (1日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者の割合)

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、心血管疾患、がん等に深く関連している。特に心臓への影響として、短時間では心不全や狭心症、心房細動などの不整脈を誘発する危険性がある。長期的な多量飲酒では、アルコール性心筋症があり、拡張型心筋症と同じような心機能不全を起こすと言われている。

国は、アルコール健康障害対策基本法に基づき、アルコール健康障害対策の総合的かつ計画的な推進を図るために策定されたアルコール健康障害対策推進基本計画の第2期計画において、その基本的施策として、飲酒に伴うリスクに関する知識の普及の推進を図るために、それぞれの状況に応じた適切な飲酒量・飲酒行動の判断に資する「飲酒ガイドライン」を作成した。ガイドラインでは、生活習慣病のリスクを高める量を、1日当たりの「純アルコール量」(※)で、男性は40g以上(2合以上)、女性は20g以上(1合以上)を摂取した場合とした上で、体質などによってより少ない量にすることが望ましいとしている。また、高血圧やがんなどの病気ごとに、どの程度の飲酒をすると発症リスクが高まるか、研究に基づいて純アルコール量で目安を示している。(図表 41)

特定健診質問項目「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の割合は、男性、女性ともに増加しており、第2期計画の目標値は未達成である。(図表 42)

※参考 純アルコール量 20g の目安

ビール	日本酒	ウイスキー	ワイン	酎ハイ(7%)	焼酎(25%)
中瓶1本	1合	ダブル1杯	グラス2杯	缶1本	グラス1/2杯
500ml	180ml	60ml	200ml	350ml	100ml

図表 41 発症リスクが高くなる目安 (純アルコール量)

	男性	女性
脳梗塞	300g以上/週 (40g/日)	75g以上/週 (11g/日)
高血圧	少しの飲酒でも	
胃がん	少しの飲酒でも	150g以上/週 (20g/日)
大腸がん	150g以上/週 (20g/日)	
肝がん	450g/週 (60g/日)	150g以上/週 (20g/日)

図表 42 1日当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

年度	男性			女性		
	H28年度	R2年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度
受診者数	230	282	218	261	279	248
割合	12.2%	12.4%	17.5%	3.9%	8.9%	9.2%

特定健診受診者(法定報告：質問票)

## ク 睡眠で休養が取れている方の増加

睡眠の不足は集中力の低下など日中の労働や活動に悪影響があることだけではなく、長期的に、からだところの健康にも影響を及ぼす。睡眠が不足すると、交感神経の緊張による高血圧の増加、レプチン（食欲を抑制するホルモン）が減少し肥満になりやすくなるなど体内のホルモン分泌や代謝が変化し、生活習慣病の発症や悪化を招き心血管病のリスクが高まることが科学的にも明らかになっている。

特定健診質問項目「睡眠で十分休養がとれていますか」について、「はい」と答えた方の変化をみると、男女とも平成28年度から令和6年度で比べると改善されていない。第2期計画の目標値は未達成である。（図表43）

図表43 睡眠で休養がとれている者の割合（40～74歳） 特定健診受診者（法定報告：質問票）

		男性				女性			
		神山町			全国	神山町			全国
		H28年度	R2年度	R6年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度	R6年度
40-74歳		76.2%	71.5%	70.4%	74.0%	73.1%	72.6%	67.9%	70.6%
年齢階層別	40-44歳	62.5%	71.4%	69.2%	69.7%	83.3%	42.9%	75.0%	68.9%
	45-49歳	85.7%	63.6%	33.3%	69.5%	100.0%	100.0%	100.0%	67.5%
	50-54歳	66.7%	62.5%	66.7%	69.4%	37.5%	50.0%	80.0%	65.1%
	55-59歳	76.9%	61.9%	60.0%	69.3%	66.7%	66.7%	38.5%	65.3%
	60-64歳	72.5%	64.3%	57.9%	72.0%	80.9%	81.8%	68.0%	68.6%
	65-69歳	72.8%	73.1%	70.4%	75.4%	67.0%	77.3%	64.9%	71.5%
	70-74歳	89.4%	75.0%	78.1%	77.0%	80.0%	68.9%	69.2%	72.9%

特定健診受診者(法定報告：質問票)

### (3) 具体的な取り組み

循環器病は、先天的な疾患や加齢による疾患を除くと、その多くは、不適切な食生活、運動不足、喫煙、飲酒等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症する。その経過は、生活習慣病の予備群から、生活習慣病の発症・重症化、合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行していく。この経過のいずれの段階においても、生活習慣の改善や適切な受診・治療によって、発症・重症化予防が可能である。

町民一人一人が生活習慣改善に向けた取り組みを考える入り口として特定健診を受診してもらい、自分の身体の状態を知ることによって段階に応じた予防ができるための保健指導が重要である。

高齢化に伴い増加している心不全は、「脳卒中と循環器病克服第三次5ヵ年計画」において脳卒中、血管病とともに重要3疾患の一つとされている。心不全は進行性の病態で発症・重症化予防が重要である。また、心不全を早期発見するためには、息切れやむくみなどの症状を年のせいと放置せず、受診することが必要である。

メタボリックシンドロームという概念が確立された目的は、循環器病をいかに予防するかということである。メタボリックシンドロームは、内臓脂肪が蓄積している状態であり、肥満と

の相関がみられることから、具体的な取組みについては肥満の改善と同様に進めていく。(3 糖尿病 (3) 具体的な取組み参照)

#### **ア 特定健康診査受診率の維持・向上の施策**

- ・ 対象者への個別案内、健診カレンダー、広報などを利用した啓発
- ・ 医療機関通院者におけるデータ受領等の医療との連携
- ・ 健診未受診者が健診を受けやすい体制整備

#### **イ 保健指導対象者を明確にするための施策**

- ・ 神山町国民健康保険若年層健診
- ・ 神山町国民健康保険特定健康診査
- ・ 後期高齢者健康診査
- ・ 健康診査 (生活保護)
- ・ 特定健康診査に町独自で検査項目の追加を検討

#### **ウ 循環器病の発症及び重症化予防のための施策**

- ・ 健診結果に基づいた保健指導の実施
  - － 特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導
  - － 家庭訪問や健康相談、結果相談会、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
- ・ 学習教材の活用
- ・ 頸動脈超音波検査の継続実施
- ・ 神山町国民健康保険加入者以外の希望者に対する保健指導の実施
- ・ 第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画) に準じる
- ・ 医療機関との連携

## 3 糖尿病

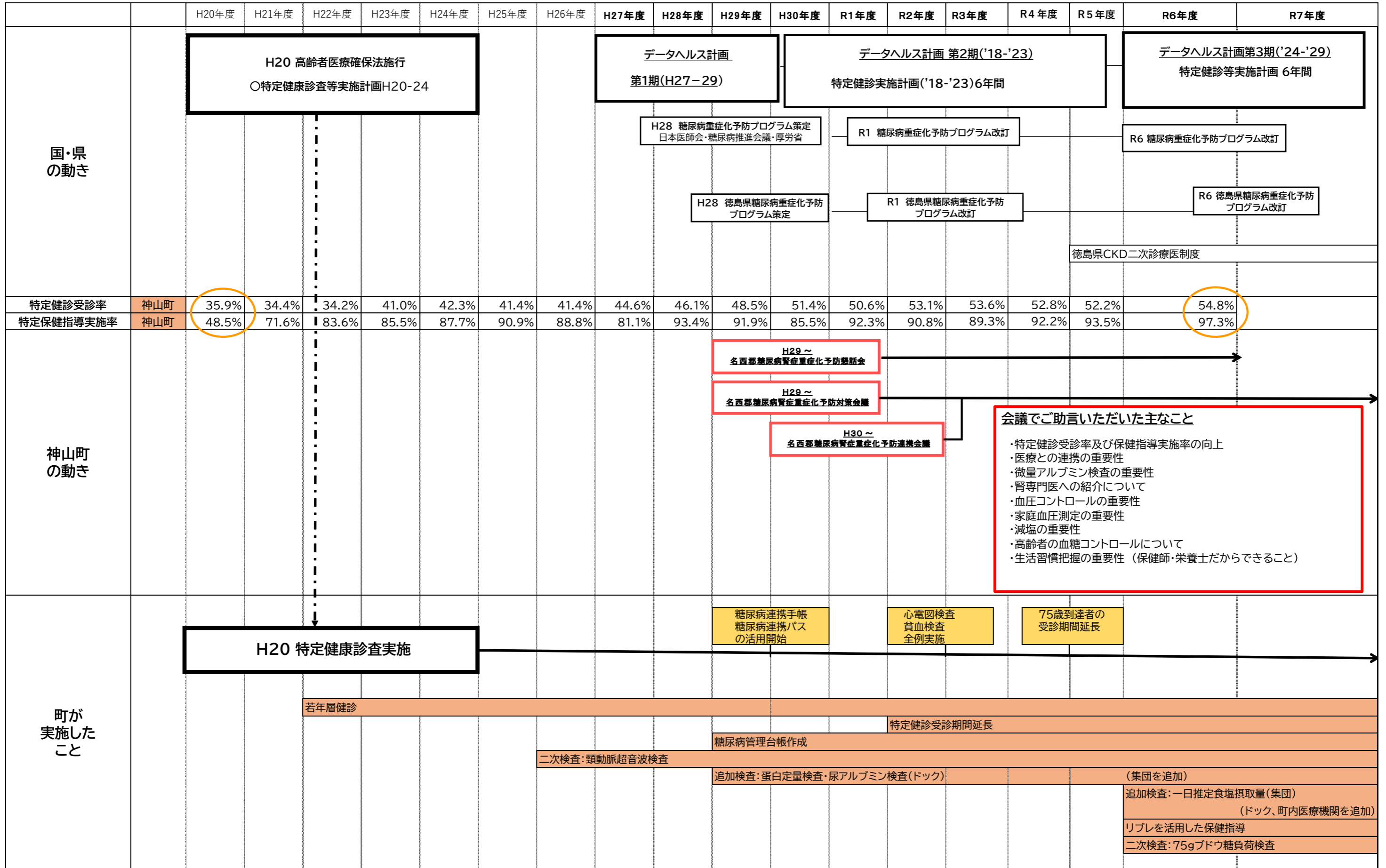
### (1) 基本的な考え方

糖尿病は、神経障害、網膜症、腎症、足病変、認知症やがんといった合併症により、生活の質（QOL：Quality of Life）に多大な影響を及ぼす疾患である。同時に、脳血管疾患や心疾患などの循環器病と同様に、社会経済的活力と社会保障資源にも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、成人中途失明の原因疾患としても第2位に位置している。全国の糖尿病有病者数は、「糖尿病が強く疑われる者」は依然増加傾向であり、人口構成の高齢化や肥満者の増加に伴って、今後も増加することが予測されている。

糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症の治療の多段階において、糖尿病及びその合併症に関する対策を講じていくことが重要である。

本町では、糖尿病死亡の標準化死亡比（SMR）が徳島県内1位になったこと、徳島県が「糖尿病死亡率全国ワースト1位」を10年以上続けていたことをきっかけに、第2期計画策定時に糖尿病性腎症重症化予防対策を最優先に重点を置き、対策を実施してきた。特定健診の受診勧奨に取組み、微量アルブミン検査を平成29年度から国保人間ドック実施者に、また令和6年度から集団健診で開始し、早期腎症の発見に努めている。令和6年度から、本町国保保健事業の二次健診で75g OGTT検査を開始し、糖尿病予備群の発症予防を目的に町内医療機関と連携して実施している。また、平成29年度から、名西郡医師会の指導のもと、糖尿病腎症重症化予防対策の事業を実施し、未治療者、治療中断者への受診勧奨、治療中のハイリスク者への保健指導を実施し、医療との連携をはじめとした重症化予防に取り組んでいる。（図表44）

図表 44 神山町糖尿病腎症重症化予防対策 ～医療連携の取組～



## (2) 現状と目標

### ア 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

令和6年度の人工透析患者の実態では、町内透析患者の8人（53.3%）が糖尿病性腎症であった。神山町国民健康保険における新規透析導入者数は1人であった。新規透析導入者の原因疾患をみると、糖尿病性腎症は0人であった。（図表45）

図表45 人工透析患者の推移 特定健診結果（法定報告）

		H28年度	R2年度	R6年度
町内透析患者		23	24	18
国保・後期	透析患者数	23	24	15
	(再掲) 糖尿病性原因疾患	13	13	8
	腎炎等	10	11	7
国保 (再掲)	新規透析患者数	1	0	1
	(再掲) 糖尿病性原因疾患	1	0	0
	腎炎等	0	0	1
その他	透析患者数			3
	(再掲) 糖尿病性原因疾患			3
	腎炎等			1

KDBシステムほか

### イ 糖尿病有病者の増加の抑制

#### (ア) HbA1c6.5%以上の者

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病だけでなく、糖尿病からの合併症を予防することもできる。HbA1c6.5%以上は、令和元年度の58人（10.9%）と比較して、令和6年度は57人（12.4%）と第2期計画目標値の達成状況は未達成であり、未治療は令和元年度の16人（27.6%）から令和6年度の23人（40.4%）と増加している。（図表46）

未治療者の中には、薬物療法は行っていないが、糖尿病治療の基本である食事・運動療法を継続し、医療機関で定期的に検査を受けている方もいるため、KDB等でレセプト情報を把握し、医療機関未受診者には受診勧奨を行い、定期通院者には糖尿病連携手帳等を活用し、保健指導を実施していく必要がある。

図表46 HbA1c6.5%以上の者の割合 特定健診結果（法定報告）

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲	再掲
					再)7.0以上	未治療	治療		
R01	531	194 36.5%	205 38.6%	74 13.9%	58 10.9%	16 27.6%	42 72.4%	4.0%	10.9%
					21 4.0%	4 19.0%	17 81.0%		
R02	561	231 41.2%	179 31.9%	89 15.9%	62 11.1%	14 22.6%	48 77.4%	5.0%	11.1%
					28 5.0%	3 10.7%	25 89.3%		
R03	545	207 38.0%	198 36.3%	71 13.0%	69 12.7%	24 34.8%	45 65.2%	5.9%	12.7%
					32 5.9%	12 37.5%	20 62.5%		
R04	495	206 41.6%	163 32.9%	65 13.1%	61 12.3%	16 26.2%	45 73.8%	6.7%	12.3%
					33 6.7%	4 12.1%	29 87.9%		
R05	459	144 31.4%	188 41.0%	77 16.8%	50 10.9%	14 28.0%	36 72.0%	6.1%	10.9%
					28 6.1%	7 25.0%	21 75.0%		
R06	458	153 33.4%	172 37.6%	76 16.6%	57 12.4%	23 40.4%	34 59.6%	5.0%	12.4%
					23 5.0%	6 26.1%	17 73.9%		

### (イ) HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/dl 以上、随時血糖 200 mg/dl 以上の者

日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド 2024」において、糖尿病の診断には HbA1c 値の他に血糖値での診断も可能であることから、「空腹時血糖 126 mg/dl 以上または随時血糖 200 mg/dl 以上の者」についても目標項目としている。

平成 28 年度と令和 2 年度、令和 6 年度の「空腹時血糖 126 mg/dl 以上または随時血糖 200 mg/dl 以上の者」の割合を比較して、総数、男性、女性のいずれにおいても増加した。本町では平成 29 年度より「糖尿病管理台帳」を作成し、特定健診受診者で 1 回でも HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/dl 以上、随時血糖 200 mg/dl 以上になった方に、健診受診勧奨や治療中断の有無等を地区担当保健師、管理栄養士が確認し継続的に関わっている。(図表 47)

図表 47 HbA1c6.5%以上または空腹時血糖 126 mg/dl 以上、随時血糖 200 mg/dl 以上の者の割合  
特定健診受診者 (法定報告)

	総数			男性			女性		
	H28年度	R2年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度
受診者数	491	561	459	230	282	218	261	279	248
人数	52	71	66	39	50	44	13	21	22
割合	10.6%	12.7%	14.4%	17.0%	17.7%	19.3%	5.0%	7.5%	9.5%

ヘルスサポートラボツール

### ウ 治療継続者の割合の増加 (HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)

HbA1c6.5%以上の方のうち糖尿病治療者の割合は、平成 28 年度から令和 2 年度は、増加したが、令和 6 年度には減少した。第 2 期計画の目標値は未達成である。(図表 48)

令和 6 年度の糖尿病治療中である 34 人は、治療を継続できるよう医療機関と連携し保健指導を継続していく必要がある。

図表 48 HbA1c6.5%以上の者の治療の有無  
特定健診受診者 (法定報告)

年度		総数			男性			女性		
		H28年度	R2年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度
受診者数		491	561	458	230	282	218	261	279	240
HbA1c6.5%以上	人数	48	62	57	35	42	35	13	20	22
	割合	9.8%	11.1%	12.4%	15.2%	14.9%	16.1%	5.0%	7.2%	9.2%
治療あり	(再掲) 人数	22	48	34	18	32	22	8	16	12
	割合	45.8%	77.4%	59.6%	51.4%	76.2%	62.9%	61.5%	80.0%	54.5%
治療なし	(再掲) 人数	26	14	23	17	10	13	5	4	10
	割合	54.2%	22.6%	40.4%	48.6%	23.8%	37.1%	38.5%	20.0%	45.5%

※「治療あり」は問診票で服薬ありの方

## エ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c(NGSP)8.0%以上の者、HbA1c7.0%以上の者）

「糖尿病治療ガイド 2024」では、血糖コントロール評価指標として HbA1c8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられており、血糖コントロールが「不可」である状態は、細小血管症への進展の危険が大きい状態とされていた。2013年6月1日より糖尿病治療における HbA1c の目標が改訂され、「血糖正常化を目指す際の目標」として HbA1c6.0%未満、「合併症を予防するための目標」が HbA1c7.0%未満、「治療強化が困難な際の目標」として 8.0%未満と定められた。（図表 49）

図表 49 65 歳以下の血糖コントロール目標

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0 未満	7.0 未満	8.0 未満

糖尿病治療ガイド 2024 改変

2016年5月には日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会において、65歳以上の高齢者の血糖コントロール目標が作成された。高齢者については、年齢、罹患期間、認知機能、ADL、合併症、重症低血糖の可能性などを考慮して目標とする HbA1c 値を決定するとされている。（図表 50）

図表 50 高齢者の血糖コントロール目標

患者の特徴・健康状態	カテゴリー I		カテゴリー II	カテゴリー III
	重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など）の使用	なし	7.0%未満	7.0%未満
	あり	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 8.5%未満 (下限7.5%)

糖尿病治療ガイド 2024 改変

血糖コントロール指標である HbA1c7.0%以上の割合をみると、本町は平成 28 年度と令和 6 年度を比較すると、総数、男性、女性のいずれにおいても増加している。HbA1c8.0%以上の割合は総数、男性、女性のすべてにおいて令和 2 年度に一時的に増加したものの令和 6 年度には減少しているが、第 2 期計画では、HbA1c8.0%以上の者の割合の減少を目標としていたが、未達成であった。(図表 51)

図表 51 HbA1c7.0%以上の状況 法定報告受診者（法定報告）

年度		総数			男性			女性		
		H28年度	R2年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度
受診者数		491	561	458	230	282	218	261	279	240
HbA1c7.0% 以上	人数	18	28	23	12	21	17	6	7	6
	割合	3.7%	5.0%	5.0%	5.2%	7.4%	7.8%	2.3%	2.5%	2.5%
HbA1c8.0% 以上	人数	3	8	3	3	6	3	0	2	0
	割合	0.6%	1.4%	0.7%	1.3%	2.1%	1.4%	0.0%	0.7%	0.0%

特定健診受診者（法定報告）

HbA1c7.0%以上の方の治療ありの割合をみると、平成 28 年度は 55.6%、令和 2 年度は 89.3%、令和 6 年度は 73.9%となった。また、治療なしの方の割合は、平成 28 年度は 44.4%、令和 2 年度は 10.7%、令和 6 年度は 26.1%となった。今後も、治療ありの方を増やし、治療なしの方を減らしていく取組を続けていく。(図表 52)

図表 52 HbA1c7.0%以上の方の治療の有無 特定健診受診者（法定報告）

			H28年度	R2年度	R6年度
HbA1c7.0%以上			18	28	23
治療あり		人数	10	25	17
		割合	55.6%	89.3%	73.9%
再掲	40-64歳	人数	1	9	5
		割合	10.0%	36.0%	29.4%
	65-74歳	人数	9	16	12
		割合	90.0%	64.0%	70.6%
治療なし		人数	8	3	6
		割合	44.4%	10.7%	26.1%
再掲	40-64歳	人数	1	0	1
		割合	12.5%	0.0%	16.7%
	65-74歳	人数	7	3	5
		割合	87.5%	100.0%	83.3%

65 歳未満の治療中の方の HbA1c の分布を平成 28 年度と令和 6 年度で比較すると、コントロール不良の HbA1c7.0%以上の割合は大幅に増加している。合併症を予防するために少しでも血糖を正常に近い値にしていくことが重要ある。(図表 53)

図表 53 65 歳未満の治療者の血糖コントロールの分布 特定健診受診者 (法定報告)

	HbA1c 測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
				正常高値		糖尿病の可能性 が否定できない		糖尿病					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	
H28年度	11	0	0.0%	2	18.2%	3	27.3%	5	45.5%	1	9.1%	0	0.0%
R2年度	14	0	0.0%	1	7.1%	3	21.4%	1	7.1%	4	28.6%	5	35.7%
R6年度	12	1	8.3%	1	8.3%	1	8.3%	4	33.3%	4	33.3%	1	8.3%

ヘルスサポートラボツール

65 歳以上の治療中の方の HbA1c の分布をみると、平成 28 年度と令和 6 年度で比較すると、コントロール不良の HbA1c7.0%以上の割合は増加している。合併症を予防するために少しでも血糖を正常に近い値にしていくことが重要ある。(図表 54)

図表 54 65 歳以上の治療者の血糖コントロールの分布 特定健診受診者 (法定報告)

	HbA1c 測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
				正常高値		糖尿病の可能性 が否定できない		糖尿病					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	
H28年度	32	2	6.3%	1	3.1%	9	28.1%	11	34.4%	7	21.9%	2	6.3%
R2年度	64	1	1.6%	4	6.3%	21	32.8%	22	34.4%	14	21.9%	2	3.1%
R6年度	36	0	0.0%	3	8.3%	8	22.2%	13	36.1%	10	27.8%	2	5.6%

ヘルスサポートラボツール

## オ 適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25 以上）の減少）

肥満の方は、糖尿病、循環器病、がん等の生活習慣病との関連がある。その中でも糖尿病は、肥満によって内臓脂肪が蓄積することで、インスリン感受性が低下し、インスリンが効きにくくなっている状態（インスリン抵抗性）を引き起こす。また、肥満によって肥大した脂肪細胞から血中に分泌される遊離脂肪酸やTNF- $\alpha$ などのアディポサイトカインがインスリンの働きを悪くして血糖を上昇させる。

肥満（BMI 25 以上）の方の割合は、平成 28 年度と令和 6 年度で比較すると、総数、男性、女性のすべてで増加している。（図表 55）

図表 55 BMI 25 以上（肥満）の方の割合（40～74 歳） 特定健診受診者（法定報告）

年度	総数			男性			女性		
	H28年度	R2年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度
受診者数	491	561	459	230	282	218	261	279	241
人数	131	173	131	67	91	70	64	82	61
割合	26.7%	30.3%	28.5%	29.1%	32.3%	32.1%	24.5%	29.4%	25.3%

年代別でみると、男女とも 50 歳代で肥満が大幅に多くなっている。肥満は、食習慣や生活リズムが関係している。特に、20 歳以降に体重を増加させると糖尿病を発症するリスクが高まると言われており、20 歳以降の体重を増加させない生活習慣が必要である。（図表 56）

図表 56 BMI 25 以上の年代別の割合（5 歳刻み） 特定健診受診者（法定報告）

		H28年度			R2年度			R6年度		
		受診者数	人数	割合	受診者数	人数	割合	受診者数	人数	割合
総計	合計	491	131	26.7%	561	173	30.8%	459	131	28.5%
	40-49歳	27	9	33.3%	32	15	46.9%	40	10	25.0%
	50-59歳	46	14	30.4%	59	22	37.3%	45	21	46.7%
	60-69歳	304	76	25.0%	239	68	28.5%	158	45	28.5%
	70-74歳	114	32	28.1%	231	68	29.4%	216	55	25.5%
男性	合計	230	67	29.1%	282	91	32.3%	218	70	32.1%
	40-49歳	15	5	33.3%	18	10	55.6%	22	7	31.8%
	50-59歳	23	7	30.4%	30	14	46.7%	22	12	54.5%
	60-69歳	144	38	26.4%	109	33	30.3%	76	22	28.9%
	70-74歳	48	17	35.4%	125	34	27.2%	98	29	29.6%
女性	合計	261	64	24.5%	279	82	29.4%	241	61	25.3%
	40-49歳	12	4	33.3%	14	5	35.7%	18	3	16.7%
	50-59歳	23	7	30.4%	29	8	27.6%	23	9	39.1%
	60-69歳	160	38	23.8%	130	35	26.9%	82	23	28.0%
	70-74歳	66	15	22.7%	106	34	32.1%	118	26	22.0%

一方、やせは若年女性では骨量減少、低出生体重児出産のリスク等との関連があり、高齢者では重症感染症や骨折などにより要介護状態や死亡する危険が高くなる。低体重（BMI 18.5 未満）の方の割合は、総数・男性・女性で増加しており、女性は40歳代以上のすべての年代で増加している。一方、普通体重（BMI 18.5～25.0 未満）の方は、総数・男性・女性のすべてで減少している。（図表 57、図表 58）

若年より適正体重を維持し、筋肉量を維持していくことが重要である。母子保健や高齢者の保健業と合わせて取り組む必要がある。

図表 57 BMI 18.5～25.0 未満（普通体重）、BMI 18.5 未満（低体重）の者の割合（40～74 歳）

		総数			男性			女性		
		H28年度	R2年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度
受診者数		491	561	459	230	282	218	261	279	241
18.5未満	人数	29	33	38	6	8	9	23	25	29
	割合	5.9%	5.9%	8.3%	2.6%	2.8%	4.1%	8.8%	9.0%	12.0%
18.5-25.0 未満	人数	331	355	290	157	183	139	174	172	151
	割合	67.4%	63.3%	63.1%	68.2%	64.9%	63.8%	66.6%	61.6%	62.7%

図表 58 女性の BMI 18.5 未満の年代別の割合（10 歳刻み）

特定健診結果（法定報告），若年層健診

		H28年度	R2年度	R6年度			H28年度	R2年度	R6年度
人数	20-39歳	2	1	2					
	40-74歳	23	25	29					
	計	25	26	31					
20歳代	受診者数	0	1	3	50歳代	受診者数	23	29	23
	人数	—	1	—		人数	0	1	1
	割合	—	100.0%	—		割合	0.0%	3.4%	4.3%
30歳代	受診者数	6	11	16	60歳代	受診者数	160	130	82
	人数	2	0	2		人数	15	15	12
	割合	33.3%	0.0%	12.5%		割合	9.4%	11.5%	14.6%
40歳代	受診者数	12	14	18	70～74歳	受診者数	66	106	118
	人数	2	0	4		人数	6	9	12
	割合	16.6%	0.0%	22.2%		割合	9.1%	8.5%	10.1%

## カ 野菜摂取量の増加

野菜は、ビタミン・ミネラル・食物繊維などの栄養が豊富で、体内で作ることができないため、食事からとることが大切である。野菜の基準量1日350gのうち、緑黄色野菜は1/3の120g程度とる事が推奨されている。緑黄色野菜はビタミンA、葉酸を多く含み、細胞が生まれ変わる時に必要で、子どもが成長する（細胞が増える）ためにも使われるため、胎児期から必要な栄養素である。また、野菜に含まれる抗酸化ビタミン（ビタミンA・C・E）は、動脈硬化やがん・老化・免疫低下を引き起こす活性酸素の働きを抑える役割がある。

食事に適切な量の野菜があると、噛むことで満腹中枢が刺激される。咀嚼回数は、野菜の食物繊維に関連している。食物繊維の適量摂取は、胃袋の満足感に繋がり、腸では油や糖の吸収が抑えられる。また、食物繊維は腸で善玉菌のえさになり、免疫力を高める短鎖脂肪酸を生み出し、脂質異常症や糖尿病・肥満といった生活習慣病発症予防とも関係があるため大切な栄養素である。

また、野菜は味覚形成と関係しており、食べる経験を重ねることで好きになる味の苦味や酸味（後天的味覚）の形成と関係しており、子どもの頃から野菜を食べ慣れていくことも大切となる。

しかし、65歳以上の高齢者では、サルコペニア（筋肉量減少症）予防の観点から、野菜の優先摂取よりも、筋肉の材料であるたんぱく質の優先摂取が望まれる。

本町において野菜の摂取量についての調査は行っていないため、令和5年度国民健康・栄養調査および令和4年度、令和6年度県民健康・栄養調査の結果を参考として掲載する。（図表59）

図表 59 1日に野菜を350g以上摂取している人および野菜の摂取量（20歳以上）

	総数			男性			女性		
	徳島県		全国	徳島県		全国	徳島県		全国
	R4年度	R6年度	R5年度	R4年度	R6年度	R5年度	R4年度	R6年度	R5年度
割合	34.7%	32.1%	—	—	—	25.2%	—	—	21.9%
野菜の摂取量平均(g)	308.6	287.8	269.8	315.7	288.8	262.2	302.6	286.9	250.6

摂取量平均(全国)：R5国民健康・栄養調査  
 摂取量平均(県)R4県民健康・栄養調査  
 R6県民健康・栄養調査

## キ 身体活動・運動

「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きであり、「運動」とは、身体活動のうちスポーツやフィットネスなど健康・体力の維持・増進を目的として行われるものをいう。身体活動・運動の量が多い者は、不活発な者と比較して循環器病やがんなどの非感染性疾患（NCDs）の発症リスクが低いことが実証されている。世界保健機構（WHO）は、高血圧（13%）、喫煙（9%）、高血糖（6%）に次いで、身体不活動（6%）を全世界の死亡に関する危険因子の第4位と認識し、日本でも、身体活動・運動の不足は喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡の3番目の危険因子であることが示唆されている。身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、日常生活の中で実践できる身体活動の周知が必要である。

### （ア）日常生活における歩数の増加

#### （日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者）

日常生活において歩行または同等の身体活動をしている方は、総数で見ると平成28年度は53.0%であり、令和2年度54.0%、令和6年度49.5%と減少している。特に、男性が平成28年度と令和6年度を比較すると減少している。（図表60）

図表60 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施の有無

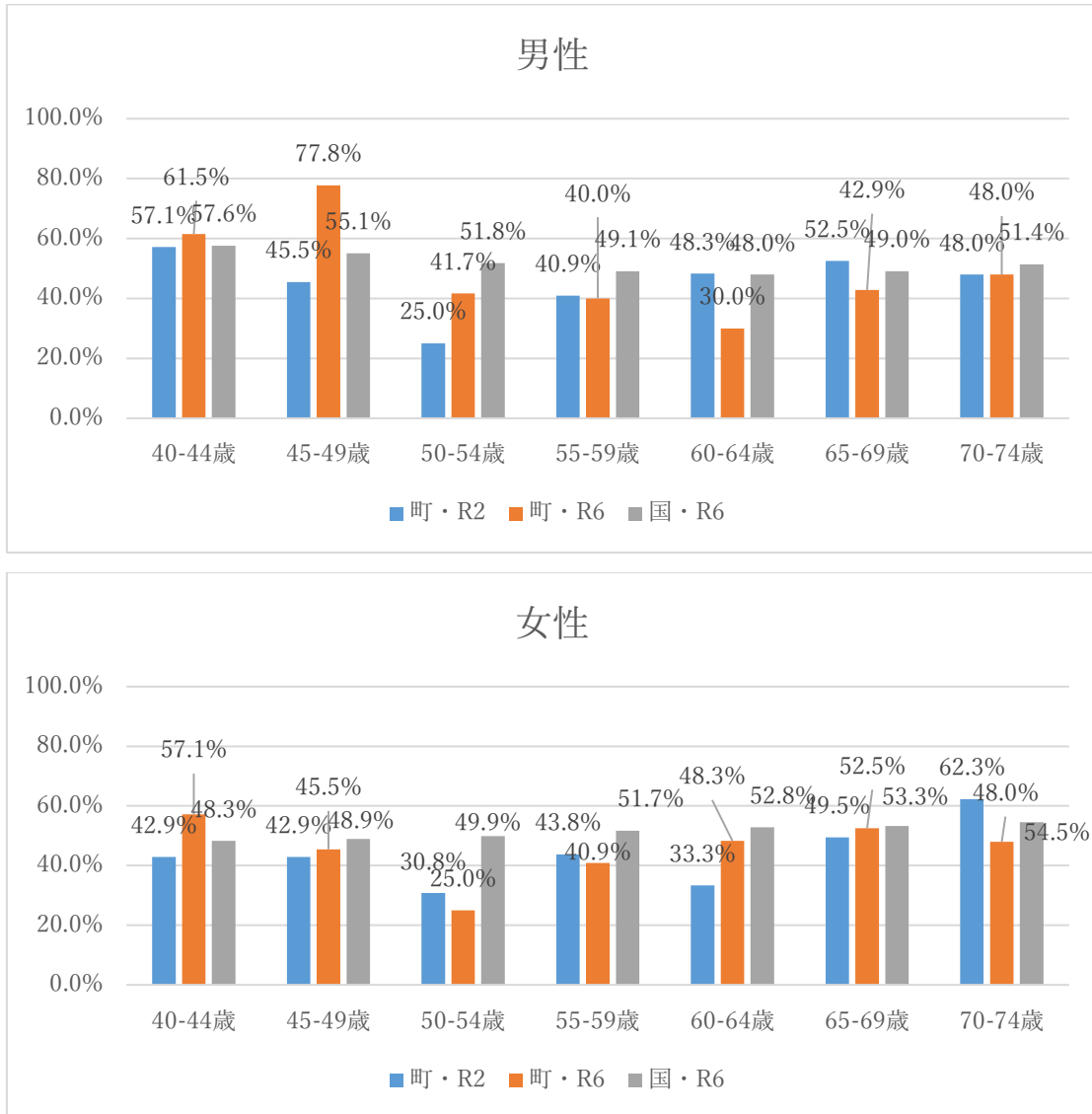
特定健診受診者（法定報告）

	総数				男性				女性			
	神山町			全国	神山町			全国	神山町			全国
年度	H28年度	R2年度	R6年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度	R6年度
受診者数	491	561	459	-	230	282	218	-	261	279	241	-
あり	53.0%	54.0%	49.5%	52.1%	50.9%	48.2%	46.3%	50.9%	54.8%	50.9%	52.3%	53.0%
なし	46.0%	44.6%	49.0%	47.9%	48.7%	51.1%	50.9%	49.1%	43.7%	47.0%	47.3%	47.0%

特定健診受診者（法定報告）

年代別では、令和6年度、男性は40～44歳・45～49歳で全国より高くなっている。女性では、40～44歳で全国より高くなっている。(図表61)

図表61 年代別 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している方の割合



KDBシステム：質問票調査の状況

今回は、身体活動を歩行でみているが、運動の種類として、歩くだけでは筋肉量の増加は見られないため、歩く筋肉量維持のためには、筋肉に負荷をかけるレジスタンス運動を行う必要がある。少しでも座位時間を減らし、運動だけでなく、家事や農業、仕事などの生活場面でも、身体を動かし、現在の身体活動量を少しでも増やすことを推奨していく。

**(イ) 運動習慣者の増加（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）**

運動習慣がある方の割合は、女性は増加しているが、全国と比較すると、総数・男性・女性のすべてで低くなっている。(図表62)

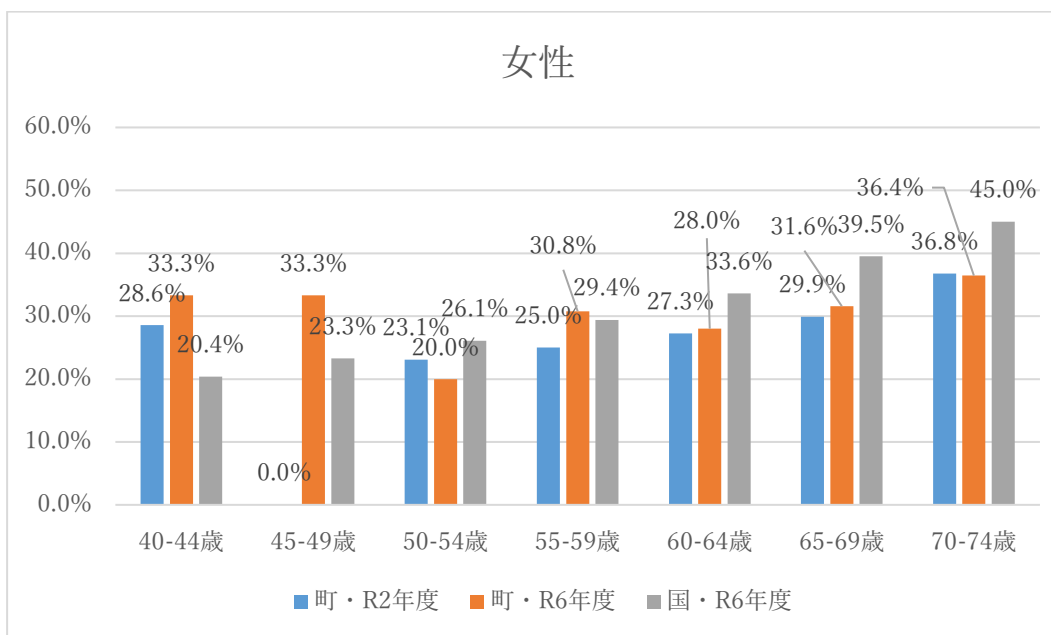
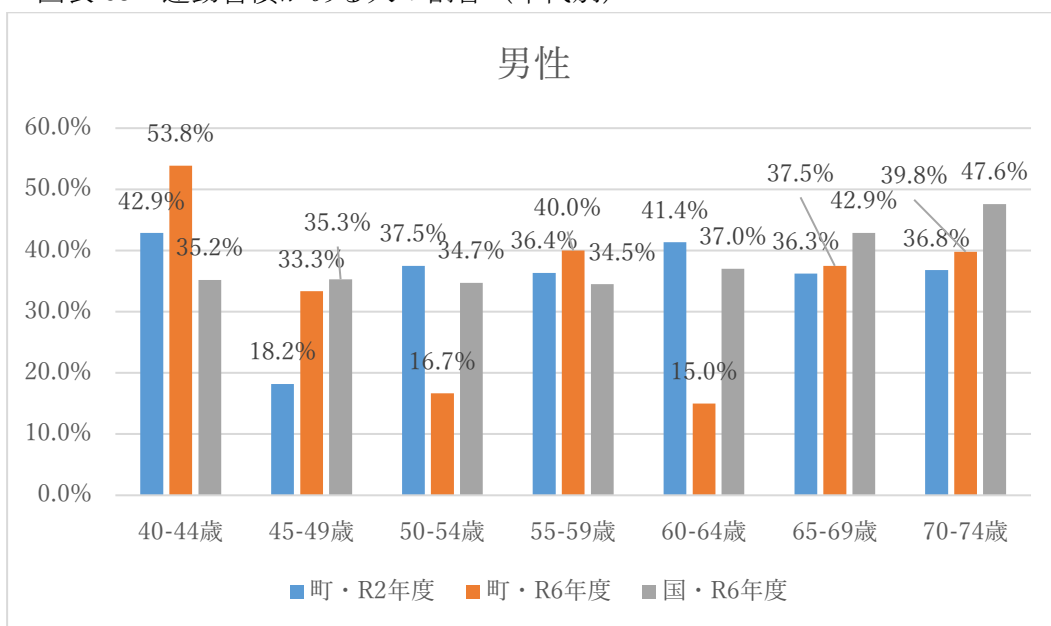
図表 62 運動習慣の有無

特定健診結果（法定報告）

	総数				男性				女性			
	神山町			全国	神山町			全国	神山町			全国
年度	H28年度	R2年度	R6年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度	R6年度	H28年度	R2年度	R6年度	R6年度
受診者数	491	561	459	—	230	282	218	—	261	279	241	—
あり	35.0%	33.7%	34.6%	39.8%	40.0%	36.5%	36.2%	36.7%	30.7%	30.8%	33.2%	38.0%
なし	64.0%	65.1%	64.7%	60.2%	59.6%	62.8%	62.4%	63.3%	67.8%	67.4%	66.8%	62.0%

年代別では令和6年度は、男性では40～44歳・55～59歳で全国より高くなっている。  
女性では、40～44歳・45～49歳・55～59歳で全国より高くなっている。（図表 63）

図表 63 運動習慣がある人の割合（年代別）



## ク 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

特定健診・特定保健指導実施率は、受診率・実施率ともに全国、徳島県よりも高い状態で推移しているが、特定健診受診率目標値の60%は未達成である。(図表 64)

図表 64 年度別特定健診受診率・特定保健指導実施率 特定健診受診者 (法定報告)

	特定健診					特定保健指導				
	神山町			徳島県	全国	神山町			徳島県	全国
	対象者数	受診者数	受診率	受診率	受診率	対象者数	受診者数	実施率	実施率	実施率
H28年度	1,065	491	46.1%	34.8%	36.6%	61	57	93.4%	73.5%	26.3%
R2年度	1,057	561	53.1%	37.0%	33.7%	65	59	90.8%	73.0%	27.9%
R6年度	838	459	54.8%	40.4%	※39.3%	37	36	97.3%	74.5%	※29.1%

※：R5年度

年代別で見ると、平成28年度と令和6年度を比較すると、どの年代も受診率は増加した。依然として40～50歳代の受診率が低い状況であり、今後の課題である。若い世代は特に、生活習慣病の自覚症状がないため、身体の状態を健診結果で経年的に確認することが重要であるため、引き続き受診勧奨に取り組み特定健診受診率60%以上を目指す。(図表 65)

図表 65 年代別特定健診受診率 特定健診受診者 (法定報告)

		40～44歳			45～49歳			50～54歳			55～59歳			60～64歳			65～69歳			70～74歳		
		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
総数	H28年度	43	14	32.6%	46	13	28.3%	64	17	26.6%	90	29	32.2%	193	90	46.6%	396	214	54.0%	233	114	48.9%
	R2年度	47	14	29.8%	40	18	45.0%	47	21	44.7%	73	38	52.1%	138	62	44.9%	299	177	59.2%	413	231	55.9%
	R6年度	55	25	45.5%	50	15	30.0%	51	22	43.1%	48	23	47.9%	84	45	53.6%	208	113	54.3%	342	216	63.2%
男性	H28年度	26	8	30.8%	26	7	26.9%	43	9	20.9%	48	14	29.2%	105	40	38.1%	204	104	51.0%	107	48	44.9%
	R2年度	30	7	23.3%	26	11	42.3%	21	8	38.1%	41	22	53.7%	74	29	39.2%	150	80	53.3%	226	125	55.3%
	R6年度	33	13	39.4%	29	9	31.0%	29	12	41.4%	26	10	38.5%	35	20	57.1%	119	56	47.1%	169	98	58.0%
女性	H28年度	17	6	35.3%	20	6	30.0%	21	8	38.1%	42	15	35.7%	88	50	56.8%	192	110	57.3%	126	66	52.4%
	R2年度	17	7	41.2%	14	7	50.0%	26	13	50.0%	32	16	50.0%	64	33	51.6%	149	97	65.1%	187	106	56.7%
	R6年度	22	12	54.5%	21	6	28.6%	22	10	45.5%	22	13	59.1%	49	25	51.0%	89	57	64.0%	173	118	68.2%

特定健診受診者 (法定報告)

### (3) 具体的な取り組み

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遺伝因子に、過食、運動不足、肥満、多量飲酒、喫煙、ストレスなどの環境因子および加齢が加わり発症する。糖尿病の発症予防は、生活習慣の改善で糖尿病の危険因子を減らし、血糖値の上昇を防ぐ生活習慣を実践することである。糖尿病は放置すると合併症を引き起こすため、糖尿病における重症化予防は、健診受診によって、糖尿病が強く疑われる者、あるいは糖尿病の可能性が否定できない者を見逃すことなく、早期に治療を開始することである。そのためには、まず健診を受け自分の血糖値がどの段階なのかを知ることが重要となる。そして、糖尿病の未治療や、治療中断の方は、治療継続による良好な血糖コントロール状態を維持することが重要である。

糖尿病の基盤病態の一つである肥満によるインスリン抵抗性の予防と管理には肥満の是正が重要な意義を持つ。そのため、糖尿病の食事療法・運動療法により、エネルギー摂取量の適正化を通して肥満を解消することが大切である。インスリンの作用は糖代謝だけではなく、脂質及びたんぱく質代謝などにも関わっているため、栄養素バランスは対象者の状態に合わせて考えていく必要がある。そのため、食品を働きで分類した4つの食品群（7 高齢者(3) 具体的な取り組み 資料）により「1日に何をどれだけ食べたらいいか」を、ライフコースアプローチの視点で妊娠期（胎児期）、幼児期、学童期、成人期、高齢期で、それぞれの特性に合わせた資料を使い、学習をしていく。

糖尿病罹患者は、インスリン抵抗性によりインスリンの作用が十分でなくなると筋肉細胞の増殖や合成が妨げられて、筋肉量の減少に繋がる等の理由から筋肉が減少しやすくサルコペニア（筋肉量減少症）になりやすいことが分かってきた。また、インスリンによるブドウ糖の取り込みは約80%が筋肉で行われているため、筋肉量の減少が糖尿病を悪化させる事も知られており、糖尿病とサルコペニア（筋肉量減少症）は負のサイクルを形成する。糖尿病罹患患者やHbA1cなどの血糖値が高い方は、定期的に筋肉量測定等を行い筋肉量の維持・増強を目指すことが大切である。

#### **ア 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策(第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)に準じる)**

- ・健康診査結果に基づく町民一人一人を対象にした保健指導の推進
  - －特定保健指導及びHbA1c値に基づいた保健指導
  - －家庭訪問や結果相談会等による保健指導の実施
  - －食後高血糖の学習教材の活用
- ・神山町国民健康保険の二次健診（75g糖負荷検査）
- ・医療関係者との糖尿病連携手帳の活用
- ・糖尿病未治療・治療中断者の対策

#### **イ 肥満者の発症予防・重症化予防**

- ・妊娠前の体格に応じた適切な体重増加へ向けての保健指導
- ・筋肉量、体脂肪量測定の結果に応じた保健指導
- ・農閑期や冬期間の体重増加者に対する保健指導
- ・対象者への理解を深めるため、ガイドラインの学習、メカニズムの学習（肥満症診療ガイドライン）

## 4 がん

### (1) 基本的な考え方

がんは日本人の死因の第1位であり、約3人に1人ががんで亡くなり、生涯のうち2人に1人が罹患する疾患である。がんによる死亡を減らすために平成18年「がん対策基本法」が成立し、国はがん対策推進基本計画を策定してがん対策を実施している。国の第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定）の目標には「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」があげられている。その中身として「がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す」とある。がんにかからない（一次予防）、がんを早期に発見・治療（二次予防）の重要性が改めて明記されている。

本町では、健康増進法や「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（厚生労働省健康局長通知）（以下「国の指針」という。）に科学的根拠に基づく検診により死亡を減らすことが明記されている胃がん、肺がん、大腸がん、子宮がん、乳がんの5種類及び国の指針には明記されていない前立腺がん検診を実施している。

### (2) 現状と目標

#### ア がん年齢調整死亡率の減少（がんの標準化死亡比 100 以下）

年齢調整死亡率は、小規模自治体では年毎の変動が大きく、また正確に算出することは難しい値であることから、標準化死亡比（SMR）を用いてがんの死亡の状況をみていく。本町の標準化死亡比（SMR）は、男性は平成27年～令和元年の86から平成31年～令和5年は85へ減少している。（図表66）

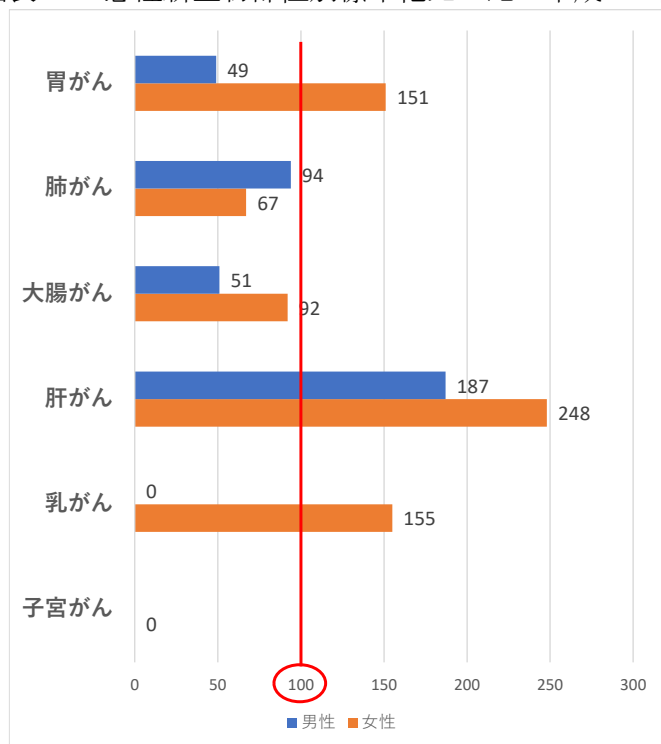
図表66 がんの標準化死亡比（SMR）

	神山町		全国
	H27～R1年	H31～R5年	
男性	86	85	100
女性	58	93	100

徳島県人口動態集計システム

国の指針に基づき実施している5種類のがん（胃・肺・大腸・子宮・乳）を見ると、男性は肺がん、女性は乳がんが最も高くなっている。5種類のがん以外では、男性の肝臓がんが187、女性の肝臓がんが248と高い値である。（図表67）

図表 67 悪性新生物部位別標準化死亡比 平成 30 年～令和 4 年



徳島県人口動態集計システム

今後、国の指針やガイドライン等に基づいた有効な検診を実施し、がんの早期発見・早期治療に結びつけて死亡を減らしていくことが重要である。

### イ がん検診の受診率の向上

本町では、国の指針に沿って、5種類のがん検診を実施している。がん検診の受診率の向上のため、がん検診実施機関の拡大、1日で複数のがん検診や特定健康診査が受診できる集団検診や土曜検診の設定、胃がん検診において胃内視鏡検査の導入、特定の年齢を対象にした子宮頸がん、乳がん検診の無料クーポンの発行や個別の受診勧奨など、住民が受けやすい検診体制の拡充、検診の意義の啓発・周知に取り組んできたが、がん検診受診率は5種類すべてで目標値を達成できていない。(図表 68)

図表 68 がん検診受診率の推移

	神山町受診率※1						全国※2	目標値	
	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R5年度	町	国※3
胃がん	6.8%	6.1%	4.8%	3.7%	3.4%	3.2%	6.8%	6.8%	60.0%
肺がん	14.1%	14.1%	13.1%	13.7%	11.8%	11.1%	5.9%	15.0%	60.0%
大腸がん	5.0%	4.4%	4.0%	3.1%	3.2%	2.2%	6.8%	6.8%	60.0%
子宮がん	17.2%	16.0%	14.7%	14.6%	15.0%	16.5%	15.8%	20.0%	60.0%
乳がん	18.3%	18.2%	17.7%	17.5%	15.9%	16.5%	16.0%	20.0%	60.0%

※1 町受診率 地域保健・健康増進事業報告（肺・大腸・乳40～69歳、胃50～69歳、子宮20～69歳）

※2 全国受診率 令和5年度地域保健・健康増進事業報告（全国集計）

※3 第4期がん対策推進基本法 国の目標値

国は、令和5年に第4期がん対策推進基本計画のがん検診受診率の目標値を第3期計画の50%から60%に引き上げた。第4期計画には、検診受診率が目標を達成できていない要因として、新型コロナウイルス感染症の影響により検診受診者が1～2割減少したとの報告があった。また、がん検診を受けた人のうち、3～7割が職域（保険者・事業主が福利厚生として任意で実施、法的な根拠なし）で受診している実態はあるが、現在は受診者を把握する仕組みがないことを課題とし、今後、正確ながん検診受診率の把握のため、職域におけるがん検診について実施状況を把握するとしている。

本町においても、住民が職域でがん検診を受診しているが、受診率算定の対象には含まれていない。小規模の事業所では、労働安全衛生法による事業主健診のみで、がん検診を実施していない事業所もある。このような実態から、職域でがん検診を実施していない事業所や国民健康保険の加入者に受診勧奨を実施することが大切である。

今後も住民が、がん検診の必要性について正しく理解するための啓発・周知と、効果的な受診勧奨を行っていく必要がある。

### ウ 精密検査受診率の向上

がんの早期発見、早期治療につなげるためには、がん検診の受診とともに精密検査対象者が適切な時期や方法で精密検査を受診することが大切である。精密検査受診率について国は、第4期がん対策推進基本計画で精密検査受診率の目標値を90.0%としている。令和6年度の精密検査受診率は、胃がん・子宮がん・乳がんは100%で目標値を達成しているが、肺がん88.9%、大腸がん80.0%で、目標値を下回っている。（図表69）

図表69 がん検診精密検査受診率

（単位；発見がん：人）

		R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	計	目標値※1	
胃	精検受診率	100%	100%	100%	100%	—	100%	—	90.0%	
	発見がん	0	0	0	0	—	0	0	—	
	ハリウム	受診率	100%	100%	100%	100%	—	100%	—	90.0%
		発見がん	0	0	0	0	—	0	0	—
	カメラ	受診率	100%	—	—	—	—	—	—	90.0%
		発見がん	0	—	—	—	—	—	0	—
肺	精検受診率	66.6%	87.5%	100%	100%	100%	88.9%	—	90.0%	
	発見がん	0	0	1	0	0	0	1	—	
大腸	精検受診率	100%	66.7%	100%	100%	66.7%	80.0%	—	90.0%	
	発見がん	0	0	0	1	0	0	1	—	
子宮	精検受診率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—	90.0%	
	発見がん	0	0	0	1	0	0	1	—	
乳	精検受診率	100%	100%	87.5%	100%	100%	100%	—	90.0%	
	発見がん	1	0	1	0	0	0	2	—	

※1 目標値：第4期がん対策推進基本計画の精密検査受診率の目標値、「要精密検査」となった人の90%

地域保健・健康増進事業報告（肺・大腸・乳40～69歳、胃50～69歳、子宮20～69歳）

精密検査対象者には、封書で本人に結果通知を行っており、精密検査の必要性のお知らせと徳島県内で精密検査を受けられる医療機関一覧表を同封している。また、精密検査の受診勧奨から数か月経過した未受診者には、電話にて再受診勧奨を行っている。

胃がん、大腸がん検診の精密検査は、内視鏡検査の前処置や検査に伴う心身の負担が他の検査と比べて大きいため、受診をためらう精密検査対象者が多くみられる。

令和元年度～令和6年度で肺がん1人、大腸がん1人、子宮がん1人、乳がん2人のがん発見者がおり、そのうち早期がんは40.0%だった。早期発見により、身体や日常生活に負担のかからない方法で治療をすることができる。精密検査を受ける重要性を伝えるとともに、精密検査に伴う苦痛を軽減して検査を行う医療機関も増えており、医療機関等の情報もあわせて提供し、今後も精密検診受診を向上させていく必要がある。

### **(3) 具体的な取り組み**

#### **ア がん検診の受診率の向上**

- ・がん検診の必要性の周知とともに様々な機会を利用して受診勧奨（図表 70）
- ・無料クーポンはクーポン利用率や年齢別受診率等を検証しながら効果的に配布
- ・特定の年齢の方を対象にした個別の受診勧奨、未受診者に受診再勧奨

#### **イ 精密検査受診率の向上**

- ・受診の必要性についてのリーフレット、医療機関リストを活用した勧奨の継続
- ・未受診者への電話による再勧奨

図表 70 がん検診受診率の向上に向けた取り組み

時期		H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度以降	
町の受診率	神山町の実施計画	健康かみやま21計画（第二次） → 最終評価											
	受診率算定方法	対象年齢（肺・大腸・乳：40-69歳 胃：50-69歳 子宮：20-69歳） →											
	胃がん検診	11.5%	7.5%	8.7%	6.8%	6.1%	4.8%	3.7%	3.4%	3.2%			
	肺がん検診	37.7%	16.4%	15.6%	14.1%	14.1%	13.1%	13.7%	11.8%	11.1%			
	大腸がん検診	14.1%	5.3%	5.0%	5.0%	4.4%	4.0%	3.1%	3.2%	2.2%			
	子宮頸がん検診	34.6%	14.3%	15.7%	17.2%	16.0%	14.7%	14.6%	15.0%	16.5%			
	乳がん検診	40.5%	20.0%	19.0%	18.3%	18.2%	17.7%	17.5%	15.9%	16.5%			
具体的な取り組み	受けやすい体制整備	特定健診との同時受診	集団検診3日間 → 土曜検診3日間 → 町内医療機関7/1-11/30（大腸がん検診のみ） → 町内医療機関7/1-12/20（大腸がん検診のみ） →										
		健診センター（町内公民館）	胃：4日間 肺：10日間 大腸：6日間 子宮：3日間 乳：3日間										胃：3日間 肺：10日間 大腸：6日間 子宮：3日間 乳：3日間
	健診センター（施設内）	胃：3日間 肺：3日間 大腸：3日間 子宮：3日間 乳：3日間											
	町内医療機関	大腸：7/1-11/30 → 大腸：7/1-12/20 →											
	無料クーポンの配付	子宮頸がん検診	21, 26, 31, 36, 41歳 →										
		乳がん検診	41, 46, 51, 56, 61歳 →										
	周知方法	●全世帯に検診カレンダー、検診申込書配布 → ●がん検診受診勧奨回覧（年4回） → ●41歳男性、21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61歳女性に個別の受診勧奨、未受診者に受診再勧奨 →											
	学習啓発				がん検診啓発（神山中学校）								
	精密検査該当者	●精密検診該当者に確実な受診勧奨（個人通知、受診が確認されない場合電話で受診勧奨） →											

## 5 COPD（慢性閉塞性肺疾患）

### (1) 基本的な考え方

COPD（慢性閉塞性肺疾患）は、タバコを主とした有害物質を長期に吸入することにより、肺や気管支に炎症が起き、気道・肺胞・肺血管などに病変が起きる病気である。この変化は治療しても戻ることはない。息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する疾患であり、かつて肺気腫、慢性気管支炎と呼ばれていた疾患が含まれている。

COPDの最大の原因は喫煙で、50～80%に関与していると言われている。遺伝的因子、感染なども原因として挙げられているが、ほとんどのCOPDが禁煙によって予防可能とガイドラインに記載されており、喫煙対策により発症を予防するとともに、早期発見と禁煙や治療等の介入によって増悪や重症化を防ぐことで、死亡率の減少につながる。

また、COPDは炎症により血管内皮機能が低下し、動脈硬化が促進することから、循環器病を併発することも多く、COPDの予防は循環器病の予防のためにも重要である。

### (2) 現状と目標

#### ア COPDの死亡率の減少（がんの標準化死亡比 100 以下）

本町のCOPDによる死亡は、男性の標準化死亡比（SMR）は244である。今後、死亡を減らしていくためには、原因となる喫煙対策が必要である。（図表 71）

図表 71 COPD標準化死亡比（SMR） 平成 31 年～令和 5 年

COPD	総数		男性		女性	
	死亡数	SMR	死亡数	SMR	死亡数	SMR
	14		14	244	0	0

徳島県人口動態集計システム（令和 5 年データ収録版）令和 7 年 1 月作成

#### イ 喫煙率の減少

本町の喫煙率は、徳島県より高いが全国よりも低い。（図表 72）

図表 72 年齢別喫煙率 令和 6 年度特定健診結果（法定報告：質問票）

	年齢（歳）							40-74歳		
	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	町	徳島県	全国
男性	23.1%	22.2%	33.3%	50.0%	20.0%	21.4%	19.4%	22.5%	22.1%	23.7%
女性	0.0%	0.0%	0.0%	7.7%	4.0%	10.5%	4.2%	5.4%	4.5%	6.2%

喫煙の項目がありと回答した者

喫煙者では、20～50%がCOPDを発症すると言われている。COPDは症状が軽度の時点では気づかれないことが多く、未治療で経過し、呼吸困難など重症になってから受診することがある。重症化する前に治療するには早期発見が不可欠であるが、症状や胸部X線検査では早期診断は困難である。また、喫煙はCOPDだけではなく、循環器病（脳血管疾患、虚血性心疾患）、がん、糖尿病などの発症リスクでもあるため、これらの疾患の予防においても禁煙は重要で、禁煙の必要性とその方法について学習が必要である。

### **(3) 具体的な取り組み**

#### **ア 禁煙対策**

- ・ 禁煙外来等の情報提供

喫煙は脳がニコチンに依存する状態であるため禁煙治療が有効になることから、禁煙治療ができる外来等の情報提供を実施

- ・ 外来の受診が難しい方は、低用量のニコチンガムなどの禁煙補助剤（市販）等の情報提供

## 6 歯・口腔の健康

### (1) 基本的な考え方

食べる喜び、話す楽しみなどの QOL (生活の質) の向上を図るためには、乳幼児期及び学童期において適切な口腔機能を獲得し、高齢化が進む中で将来を見据え、成人期及び高齢期では口腔機能を維持・向上することが重要である。

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」が展開されているが、歯の喪失の主要な原因疾患となる、う蝕 (むし歯) と歯周病予防は必須の項目である。

### (2) 現状と目標

#### ア 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

3 歳児でう蝕のない者の割合の国の目標値 (令和 14 年度) は 95% であるが、本町のう蝕がない 1 歳 6 か月児及び 3 歳児の割合は、ともに 100% で全国平均と比べて高く推移している。(図表 73)

図表 73 う蝕がない 1 歳 6 か月児・3 歳児の割合の推移 (歯科健康診査)

年度	1 歳 6 か月児					3 歳児				
	神山町			県	国	神山町			県	国
	受診者	う蝕がない児の割合				受診者	う蝕がない児の割合			
	人	人	割合	割合	割合	人	人	割合	割合	割合
H28年度	21	20	95.2%	98.4%	98.5%	15	12	80.0%	79.9%	84.2%
H29年度	3	3	100%	98.7%	98.7%	19	17	89.5%	82.9%	85.6%
H30年度	23	23	100%	98.8%	98.8%	15	13	86.7%	82.6%	86.8%
R1年度	19	19	100%	99.1%	99.0%	12	11	91.7%	85.6%	88.1%
R2年度	21	21	100%	99.3%	98.9%	24	23	95.8%	86.7%	88.2%
R3年度	19	19	100%	99.5%	99.2%	22	21	95.5%	87.7%	89.8%
R4年度	14	14	100%	99.4%	99.3%	17	17	100%	89.5%	91.4%
R5年度	15	15	100%	99.5%	99.4%	18	16	88.9%	90.4%	92.3%
R6年度	12	12	100%	-	-	12	12	100%	-	-

3 歳児からう蝕がある割合は、増加傾向である。(図表 74, 75, 76, 77, 78)

母子保健法に基づく 1 歳 6 か月児及び 3 歳児健康診査時の歯科健康診査のほか、母子歯科保健事業を通して、乳幼児期に身につけたい歯磨き習慣など生涯の歯と口の健康の基盤形成を促すとともに、子どもの生活や成長に関わる保育士と連携を図り、環境づくりを進めていく。

図表 74 1歳6か月児の状況（令和2～6年度 5年間累計）

年度	人	う蝕がある児		う蝕 総数 本	う蝕歯の型別分類			未治療歯の ある児		一人平均 う蝕本数 本
		人	割合		A型 人	B型 人	C型 人	人	割合	
5年間計	81	0	0%	—	—	—	—	—	—	0
R6年度	12	0	0%	—	—	—	—	—	—	0

図表 75 3歳児の状況（令和2～6年度 5年間累計）

年度	人	う蝕がある児		う蝕 総数 本	う蝕歯の型別分類			未治療歯の ある児		一人平均 う蝕本数 本
		人	割合		A型 人	B型 人	C型 人	人	割合	
5年間計	93	4	4.30%	13	1	1	0	4	100%	0.129
R6年度	12	0	0%	0	—	—	—	0	—	0

図表 76 5歳児の状況（令和2～6年度 5年間累計） 学校保健法による就学時健診

年度	人	う蝕がある児		未治療歯の ある児	
		人	割合	人	割合
5年間計	111	19	17.12%	11	57.89%
R6年度	28	1	3.57%	0	0.00%

図表 77 中学1年生の状況 学校保健安全法による学校歯科検診 令和6年

年度	人	う蝕がある児		未治療歯の ある児		1人あたりの永久歯 むし歯経験歯数 (DMF指数) 本
		人	割合	人	割合	
R6年度	21	5	23.81	2	40.00	0.38

図表 78 フッ化物塗布事業の受診率

	1歳児			1歳6か月児			2歳児		
	対象者	受診者	割合	対象者	受診者	割合	対象者	受診者	割合
R2年度	17	13	76.47%	21	16	76.19%	20	19	95.00%
R3年度	16	16	100%	19	16	84.21%	13	9	69.23%
R4年度	7	7	100%	14	13	92.86%	14	12	85.71%
R5年度	13	12	92.31%	15	13	86.67%	8	7	87.50%
R6年度	9	6	66.67%	12	8	66.67%	15	10	66.67%

	2歳6か月児			3歳児			計		
	対象者	受診者	割合	対象者	受診者	割合	対象者	受診者	割合
R2年度	15	12	80.00%	24	13	54.17%	97	73	75.26%
R3年度	14	11	78.57%	22	16	72.73%	84	68	80.95%
R4年度	14	13	92.86%	17	11	64.71%	66	56	84.85%
R5年度	11	9	81.82%	18	14	77.78%	65	55	84.62%
R6年度	14	10	71.43%	12	7	58.33%	62	41	66.13%

## イ 過去1年間の歯科検診受診者の割合の増加

本町では、平成29年度から健康増進法に基づく歯周疾患検診を実施している。令和6年度から、40歳からの節目検診に加え、20歳、30歳も対象年齢を引き下げ実施している。

令和6年度までの8年間で受診者は延べ46人、令和6年度の受診率は2.9%と極めて低く、課題となっている。(図表79, 80)

図表79 歯周病疾患検診受診者の推移

(単位：人)

年度 年齢	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	H29-R6年度 累計
20歳								0	0
30歳								0	0
40歳	0	0	2	0	0	1	1	2	6
50歳	1	0	1	0	1	1	2	2	8
60歳	2	2	3	4	0	2	1	0	14
70歳	2	6	8	0	0	1	0	1	18
計	5	8	14	4	1	5	4	5	46

※令和6年度から20歳・30歳が追加された。

図表80 歯周疾患検査受診者 令和6年度

年齢	対象者数(人)			受診者数(人)			受診率		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
20歳	18	11	29	0	0	0	0%	0%	0%
30歳	8	8	16	0	0	0	0%	0%	0%
40歳	12	16	28	1	1	2	8.3%	6.3%	7.1%
50歳	12	14	26	1	1	2	8.3%	7.1%	7.7%
60歳	19	11	30	0	0	0	0%	0%	0%
70歳	27	18	45	0	1	1	0%	5.6%	2.2%
計	96	78	174	2	3	5	2.1%	3.8%	2.9%

20・30・40・50・60・70歳 健康増進法に基づく対象

検診結果では、受診者の17.4%が要精密検査となり、異常なしと判定されたのは50%であった。40歳代、50歳代で要精密検査が増加している。(図表81)

図表81 歯周疾患検診結果の状況(平成29年度-令和6年の間の8年間累計)

年代	受診者数 人	健診結果					
		要精検者		要指導者		異常なし	
		人	割合	人	割合	人	割合
20歳	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
30歳	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40歳	6	2	33.3	2	33.3	2	33.3
50歳	8	3	37.5	2	25.0	3	37.5
60歳	14	3	21.4	4	28.6	7	50.0
70歳	18	0	0.0	7	38.9	12	66.7
計	46	8	17.4	15	32.6	23	50.0

要精密検査の内容は、歯石の付着及び歯周病要治療の割合が17.4%と最も高く、未処置歯の治療が必要な対象者の割合は10.9%であった。どの年代にも未処置歯の治療が必要な対象がいる。(図表 82)

図表 82 要精密検査の内容 (平成 29 年度～令和 6 年度 8 年間累計)

年代	要精密検査 人	精密検査内容 (重複)									
		歯石の付着		歯周病要治療		未処置歯要治療		要補綴歯		その他	
		人	割合	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合
20歳											
30歳											
40歳	2	2	33.3	2	33.3	1	16.7	0	0.0	0	0.0
50歳	3	3	37.5	3	37.5	2	25.0	0	0.0	1	12.5
60歳	3	3	21.4	3	21.4	2	14.3	2	14.3	0	0.0
70歳	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
計	8	8	17.4	8	17.4	5	10.9	2	4.3	1	2.2

※令和6年度から20歳・30歳が追加されたが受診なし

### ウ 歯周病を有する者の割合の減少

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患である。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る。また、近年、歯周病と糖尿病や循環器病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ある。

平成 29 年度から開始した歯周疾患検診の受診結果 (平成 29 年度～令和 6 年度までの 8 年間累計) と国が行った歯科疾患実態調査結果\* (令和 6 年) の比較及び目標値から分析を行った。

※令和 6 年の厚生労働省の歯科疾患実態調査調査結果を用いて比較を行う。

#### (a) 歯肉と歯周の実態

本町の進行した歯周炎を有する者の割合は、どの年代でも全国より高く、重症化してから歯科検診を受診していることがうかがえる。検診の必要性を周知し、早期に治療につながる対策を行う必要がある。(図表 83)

図表 83 進行した歯周炎 (4 mm 以上の歯周ポケット) を有する方の割合

(平成29年度～令和6年度 8年間累計)

年代	神山町						全国 割合
	男性		女性		計		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
20歳	0	0%	0	0%	0	0%	26.4%
30歳	0	0%	0	0%	0	0%	27.2%
40歳	3	100.0%	2	66.7%	5	83.3%	28.6%
50歳	1	33.3%	2	40.0%	3	37.5%	44.4%
60歳	6	85.7%	6	85.7%	12	85.7%	59.1%
70歳	10	90.9%	7	100%	17	94.4%	58.0%
計	20	83.3%	17	77.3%	37	80.4%	47.8%

※令和6年度から20歳・30歳が追加されたが受診なし。

(b) 現在歯の実態

一人平均現在歯数は令和6年の全国調査と比べ男性が全年代で少ない状況である。(図表 84)

図表 84 1人平均現在歯数 (本)  
(平成29年度～令和6年度 8年間累計)

年代	男性		女性		R 6年 全国
	町		町		
20歳					28.5
30歳					28.1
40歳		28		28	28.1
50歳		21		29	27.4
60歳		24		27	25.7
70歳		20		19	21.3

※令和6年度から20歳・30歳が追加されたが受診なし。

24歯以上の自分の歯を有する者は全国と比べて50歳の男性以外は全国より割合が高くなっている。「8020」を目標に自分の歯を守る事が大切である。(図表 85)

図表 85 24歯以上の自分の歯を有する人の割合  
(平成29年度～令和6年度 8年間累計)

年代	神山町						全国 R 6年 割合
	男性		女性		計		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
20歳							100
30歳							100
40歳	3	100	3	100	6	100	98.4
50歳	2	66.7	5	100	7	87.5	94.1
60歳	6	85.7	7	100	13	92.9	81.8
70歳	8	72.7	4	57.1	12	66.7	53.6
計	19	79.2	19	86.4	38	82.6	

※令和6年度から20歳・30歳が追加されたが受診なし。

未処置歯を有する者は全国と比較してどの年代も著しく高い状況にある。重症化してから検診を受診していることがうかがえる。(図表 86)

図表 86 未治療歯を有する人の割合  
(平成29年度～令和6年度 8年間累計)

年代	神山町						全国 R 6年 割合
	男性		女性		計		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
20歳							17
30歳							20.2
40歳	2	66.7	2	66.7	4	66.7	29.7
50歳	0	0	3	60.0	3	37.5	31
60歳	3	42.9	3	42.9	6	42.9	35.9
70歳	0	0	3	42.9	3	16.7	32.5
計	5	20.8	11	50.0	16	34.8	28.2

※令和6年度から20歳・30歳が追加されたが受診なし。

喪失歯のない者は、全国と比べてどの年代も下回っており、全国より若年から歯を失っている傾向にある。若年期からの歯周疾患検診をきっかけに毎年歯科医院を受診する必要がある。(図表 87)

図表 87 喪失歯のない人の割合  
(平成29年度～令和6年度 8年間累計)

年代	神山町						全国 R 6年 割合
	男性		女性		計		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
20歳							99.5
30歳							91.4
40歳	2	66.7	3	100	5	83.3	83.4
50歳	1	33.3	5	100	6	75.0	67.2
60歳	1	14.3	4	57.1	5	35.7	39.7
70歳	0	0	2	28.6	2	11.1	18.1
計	4	16.7	14	63.6	18	39.1	48.8

※令和6年度から20歳・30歳が追加されたが受診なし。

### (3) 具体的な取り組み

これまでの分析の結果から、歯の喪失を防ぐためには、歯周病は40歳前後に発症することが多いことから、若い年齢層からの歯周病予防の対策を講じることが重要である。

令和6年度から展開される「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第二次）」（令和5年10月告示）を踏まえ、歯科口腔保健の基本的事項を本計画の中で一体のものとして策定する。

令和5年8月に歯周病検診マニュアル(2023年改訂版)が公表(厚生労働省(歯科口腔保健の推進に係る歯周病対策ワーキング))され、令和8年度から運用されることになっている。

今後、成人期を対象とした標準的な(新)歯科健康診査票や職域における歯科健康診査・歯科保健指導(国民皆歯科健診)など歯科口腔対策の充実のための機能強化が図られ、それに関連した本町の現行の口腔歯科保健対策についても再構築を行っていく。

#### ア ライフコースアプローチを踏まえた歯科保健対策の推進

妊産婦	乳幼児	児童・生徒等	20～74歳	75歳以上
	口腔機能の獲得	口腔機能の維持・向上	健全な口腔機能の維持	
健全な歯・口腔の育成			歯の喪失防止	
定期的な歯科健康診査				
妊婦相談時	口腔の健康及びう蝕予防の方法の普及、定期的な歯科健診の受診勧奨			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">歯科衛生士による歯科保健指導</div> (う蝕予防のための食生活、発達に応じた歯口清掃方法、歯磨き指導、フッ素塗布等) 対象: 乳児・1歳児・1歳6か月児・2歳児・2歳6か月児・3歳児			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">離乳食、幼児食の栄養学習(栄養士)</div> 口腔機能の獲得及びう蝕予防のための食生活			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">幼児歯科健診(歯科医師)</div> 対象: 1歳・1歳6か月・2歳・2歳6か月・3歳児			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">フッ素塗布事業</div> 対象: 町内保育所に在籍する4歳児・5歳児			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">歯周疾患検診事業(健康増進事業)</div> 対象: 20,30,40,50,60,70歳の 神山町国保被保険者以外			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">神山町国保及び後期高齢者の歯科検診</div>			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">糖尿病患者等の歯周病重症化予防</div>			

## **イ 評価に係る実態把握及び効果的な対策の実施**

歯科口腔保健を推進するために、実態把握・分析結果等から今後充実・強化すべき取り組みについて、歯科専門職である歯科医師、歯科衛生士と連携を図り、必要時に情報連携の場を設ける。

歯科口腔保健の実態把握のため、学校保健安全法に基づき実施している学校歯科健診の集計結果の提供依頼を評価時に行う。

## 7 高齢者の健康

### (1) 基本的な考え方

人口の高齢化が進んでおり、国は健康寿命の更なる延伸に向けて、意欲のある限り年齢にかかわらず高齢者の就労や社会参加を推進している。本町では令和2年度より「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施に係る基本方針」を策定し、国民健康保険や社会保険から後期高齢者医療保険になった方への継続した支援を行っている。その中で、生活習慣病の発症・重症化予防に加え、日常生活に必要な機能維持の観点から経年での健診受診が重要になってくる。厚生労働省「国民生活基礎調査」の統計によると、高齢者の要介護認定の原因の1位は認知症、2位は脳血管疾患（脳卒中）、3位は骨折・転倒であり、高齢による虚弱にはサルコペニアとフレイルが関連している。また、肥満率が多い本町では、サルコペニアと肥満（脂肪蓄積）の両方が合併したサルコペニア肥満についても注意が必要である。サルコペニア肥満は、肥満またはサルコペニア単独よりも身体機能の低下を招きやすく、食事と運動の見直しで筋肉量の維持・増強をしていくことが重要である。また本町の認知症患者は後期高齢者医療保険において令和6年度の263人で、割合は高齢者の10.4%にあたる。認知症の方は高血圧81.7%、糖尿病42.2%の合併があり、生活習慣病の予防が認知症発症の人数を抑えることができると考える。

### (2) 現状と目標

本町では、令和2年度より「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の事業を開始し、後期高齢者の健診受診及び保健指導を中心に事業を実施している。事業開始時より健診受診勧奨に重点を置いた結果、令和2年度の後期高齢者医療健診の受診率が徳島県内1位になり、その後も受診率の上昇と徳島県内1位を維持できている。（図表88）

図表88 後期高齢者医療健康診査受診率

	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
神山町	2.2%	4.3%	17.7%	18.2%	18.1%	25.3%	27.5%
県内順位	24	22	1	1	2	1	1
徳島県	4.9%	6.3%	8.9%	10.0%	11.8%	16.5%	20.7%

徳島県後期高齢者医療広域連合から提供

※ R5年度以降、健診受診率算出方法が変更されている

本町国民健康保険と後期高齢者医療の健診結果である。（図表89）健診結果を見ると、肥満、血圧、HbA1c、腎機能において有所見者が多くなっている。さらに、本町の課題は肥満で若年期から解決されないまま後期高齢に移行している実態があるため、町全体の課題として捉え、若年期から関係部署と連携した取組が必要である。

# 国保被保険者の健診結果が後期に引き継がれます ～令和6年度健診有所見状況～

図表 89

神山町国民健康保険		
<b>受診率 54.8%</b>		
R6 法定報告結果		
総受診者数	459人	
40-49歳	40人	8.7%
50-59歳	45人	9.8%
60-69歳	158人	34.4%
70-74歳	216人	47.1%

徳島県後期高齢者医療保険 (神山町)		
<b>受診率 27.5%</b>		
R5国の基準により算出		
総受診者数	363人	
65-74歳	7人	1.9%
74-79歳	194人	53.4%
80-89歳	147人	40.5%
90-99歳	15人	4.1%

受診者数	1次		2次		3次	
459人	発症を予防する		早期発見、早期治療をする 血管変化の予防		発病後、進行を抑制し、 再発や重症化を防ぐ	
	16人	3.5%	147人	32.0%	296人	64.5%

受診者数	1次		2次		3次	
363人	発症を予防する		早期発見、早期治療をする 血管変化の予防		発病後、進行を抑制し、 再発や重症化を防ぐ	
	3人	0.8%	100人	27.5%	260人	71.6%

項目	検査実施者	正常値		保健指導判定値		受診勧奨判定値		再掲			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
身体の大きさ	BMI	459	328	71.5%	131	28.5%	--	--	--		
	腹囲	459	279	60.8%	180	39.2%	--	--	--		
内臓脂肪の蓄積	中性脂肪	459	373	81.3%	75	16.3%	11	2.4%	2	0.4%	
	HDLコレステロール	459	426	92.8%	33	7.2%	--	--	--		
	AST (GOT)	459	396	86.3%	55	12.0%	8	1.7%	--		
	ALT (GPT)	459	397	86.5%	43	9.4%	19	4.1%	--		
	γ-GT (γ-GTP)	459	391	85.2%	49	10.7%	19	4.1%	--		
血管への影響 (動脈硬化の危険因子)	内皮障害 血圧	収縮期	459	237	51.6%	118	25.7%	104	22.7%	20	4.4%
		拡張期	459	387	84.3%	26	5.7%	46	10.0%	3	0.7%
インスリン抵抗性	尿酸	459	414	90.2%	34	7.4%	11	2.4%	1	0.2%	
	血糖	459	278	60.6%	134	29.2%	47	10.2%	--		
	HbA1c	458	153	33.4%	248	54.1%	57	12.4%	23	5.0%	
腎臓	尿酸	459	425	92.6%	3	0.7%	31	6.8%	--		
	クレアチニン	459	336	73.2%	109	23.7%	14	3.1%	--		
	GFR (※球体透過量)	459	347	75.6%	93	20.3%	19	4.1%	0	0.0%	
	尿蛋白	459	391	85.2%	34	7.4%	34	7.4%	--		
尿潜血	459	393	85.6%	31	6.8%	35	7.6%	--			
その他の動脈硬化危険因子	LDL-C (non-HDL)	459	242	52.7%	116	25.3%	101	22.0%	39	8.5%	

項目	検査実施者	正常値		保健指導判定値		受診勧奨判定値		再掲			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
身体の大きさ	BMI	363	262	72.2%	101	27.8%	--	--	--		
	腹囲	363	228	62.8%	135	37.2%	--	--	--		
内臓脂肪の蓄積	中性脂肪	363	312	86.0%	46	12.7%	5	1.4%	1	0.3%	
	HDLコレステロール	363	336	92.6%	27	7.4%	--	--	--		
	AST (GOT)	363	307	84.6%	50	13.8%	6	1.7%	--		
	ALT (GPT)	363	334	92.0%	24	6.6%	5	1.4%	--		
	γ-GT (γ-GTP)	363	334	92.0%	20	5.5%	9	2.5%	--		
血管への影響 (動脈硬化の危険因子)	内皮障害 血圧	収縮期	363	120	33.1%	91	25.1%	152	41.9%	33	9.1%
		拡張期	363	307	84.6%	35	9.6%	21	5.8%	5	1.4%
インスリン抵抗性	尿酸	363	338	93.1%	19	5.2%	6	1.7%	0	0.0%	
	血糖	363	186	51.2%	128	35.3%	49	13.5%	--		
	HbA1c	363	100	27.5%	211	58.1%	52	14.3%	26	7.2%	
腎臓	尿酸	361	337	93.4%	3	0.8%	21	5.8%	--		
	クレアチニン	363	216	59.5%	122	33.6%	25	6.9%	--		
	GFR (※球体透過量)	363	192	52.9%	133	36.6%	38	10.5%	3	0.8%	
	尿蛋白	361	293	81.2%	35	9.7%	33	9.1%	--		
尿潜血	361	295	81.7%	31	8.6%	35	9.7%	--			
その他の動脈硬化危険因子	LDL-C (non-HDL)	363	251	69.1%	61	16.8%	51	14.0%	17	4.7%	

1次：全ての健診項目が正常の人  
2次：1次、3次以外  
3次：健診項目のうち1つでも受診勧奨判定値以上の項目がある人

厚生労働省 健康局「標準的な健診・保健指導プログラム〔平成30年度版〕」  
健診項目の保健指導判定値及び受診勧奨判定値

項目	正常値	保健指導判定値	受診勧奨判定値	再掲	参考		
身体の大きさ	BMI	～24.9	25.0～		メタボリックシンドローム診断基準検討委員会：メタボリックシンドローム定義と診断基準		
	腹囲	男性 女性 ～84.9≧89.9	85～90～				
内臓脂肪の蓄積	中性脂肪 ※( )内は臨時の場合	～149 (～174)	150～299 (175～299)	300～	400～	日本動脈硬化学会：動脈硬化性疾患予防ガイドライン	
	HDLコレステロール	40～	35～39	～34			
	AST (GOT)	～30	31～50	51～		日本消化器病学会：肝機能研究期意見書	
	ALT (GPT)	～30	31～50	51～			
	γ-GT (γ-GTP)	～50	51～100	101～			
血管への影響 (動脈硬化の危険因子)	内皮障害 血圧	収縮期	～129	130～139	140～	160～	日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン
		拡張期	～84	85～89	90～	100～	
インスリン抵抗性	尿酸	～7.0	7.1～7.9	8.0～	9.0～	日本糖尿病・血糖学会：高尿酸血症・痛風の診断ガイドライン	
	血糖	～99	100～125	126～			
	HbA1c	～5.5	5.6～6.4	6.5～	7.0～	日本糖尿病学会：糖尿病治療ガイド	
腎臓	尿酸	(-) or (±)	(+)	(2+)～			
	クレアチニン	男性 女性 ～1.00≧0.70	1.01～1.29 0.71～0.99	1.3～1.0		人間ドック学会：判定区分	
	GFR (※球体透過量)	60～	45～60未満	45未満	30未満	日本腎臓学会：CKD診療ガイド	
	尿蛋白	(-) or (±)	(+)	(2+)～			
尿潜血	(-) or (±)	(+)	(2+)～				
その他の動脈硬化危険因子	LDL-C (non-HDL)	～119 (～149)	120～139 (150～169)	140～ (170～)	160～ (190～)	日本動脈硬化学会：動脈硬化性疾患予防ガイドライン	

※中性脂肪について、採血時間の判定できない(採血時間コードなし・血糖検査未実施)場合の中性脂肪150～174は集計に含まない。  
※「LDL (non-HDL)」については、LDLがない場合のnon-HDLで判断

### (3) 具体的な取り組み

本町では地域包括支援センター等と連携し、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る基本方針」に順じ、「健康寿命の延伸」と「社会保障費の安定」のために取組を実施していく。

#### ア 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

糖尿病や高血圧などの生活習慣病が重症化し、加齢が加わると、転倒や骨折につながったり、フレイル状態に陥ったり、医療や介護につながるケースは少なくない。

要介護状態になると、多大な社会保障費が必要になるため、糖尿病、高血圧、脂質異常症等の基礎疾患の重症化予防に重点を置き、効率的かつ効果的な個別的支援（ハイリスクアプローチ）を実施する。また、糖尿病、高血圧等のリスクがあり、低栄養や口腔リスク等が重なる場合は、より重症化することが考えられるため、合わせて個別に支援していく必要がある。

- ・ 健診の受診勧奨
- ・ 糖尿病性腎症重症化予防
- ・ 健康状態不明者の把握・受診勧奨

当該年度年齢が 75 歳から 79 歳までの方に

- ①糖尿病治療の継続の有無
- ②血糖コントロール状況の把握
- ③治療状態の確認
- ④健診受診勧奨等を実施する

当該年度年齢が 75 歳から 79 歳までの医療・介護・健診未受診者に家庭訪問し、健診の受診勧奨等を行う。

#### イ 通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）

高齢者が自分の健康状態に関心を持ち、フレイル予防に取り組む機会と位置づけ、フレイルの正しい知識・重要性について普及啓発を図るとともに、フレイル状態にある高齢者やそのリスクとなる基礎疾患等について把握し、低栄養や筋力低下、口腔機能低下等の状態に応じた保健指導等を実施する。

- ・ バランス食の啓発等

栄養に関して、フレイル予防の観点から、筋肉量の維持には基準量のたんぱく質の摂取が必要であり、筋肉量が減少している方の中には、野菜から先に食べることで満腹になり、筋肉の材料であるたんぱく質が不足している場合がある。適切なたんぱく質量摂取には、個々に合った野菜の食べ方の工夫が必要等、高齢者に応じた保健指導が今後必要である。

## 日常生活の中で、必要な食品を考えられる方法

たくさんの食品がある中、細胞が生きていくために必要な栄養成分を食品の特徴でグループ化し、日常生活で選択する方法があります。食品の選び方は1群から4群の食品を組み合わせます。

群	食品	グループの特徴
1群	牛乳・乳製品	人間の体(細胞)の材料となる良質のたんぱく質(必須アミノ酸)と脂質、細胞のエネルギーとなる糖質、代謝に必要なビタミン、ミネラルなど人間(細胞)が生きていくために必要な栄養素を含んだ食品群で、必要量に個人差はありません。消化酵素をあまり使わなくても吸収されやすい形になっているので、最優先でとりたい食品です。
	卵	
2群	肉類	たんぱく質と脂質(必須脂肪酸)を含んだ食品群で、必要量に個人差はありません。1群と違うのはビタミン、ミネラルをあまり含んでいないので、たんぱく質が人間の体(細胞)に変わるまでにたくさんの消化酵素が必要です。肉類は細胞膜の材料として使われる飽和脂肪酸が多く含まれ、魚(特に青魚、鮭)は炎症を抑える働きのあるオメガ3系の脂肪酸が含まれています。
	魚介類	
	大豆製品	



2群の肉、魚、大豆食品をとっても、3群が入らないと体のたんぱく質になりません。

3群	緑黄色野菜	すべて植物性の食品です。 たんぱく質を人間の体の細胞に変える時や、糖質、脂質をエネルギーに変える時に必要なビタミン、ミネラルを含んだ食品群で、必要量に個人差はありません。野菜は短鎖脂肪酸の材料になる食物繊維を含み、水分も多いのでたくさんとってもエネルギーが少なく腹持ちがよい食品です。特に緑の濃い葉野菜は体(細胞)を炎症から守る抗酸化物質を多く含んでいます。果物の糖分は血糖値を上げたり、中性脂肪に変わりやすい糖質を含んでいます。
	淡色野菜	
	いも類	
	果物	
	きのこ	
	海藻	

1群～3群を確保してから4群の食品をとります。

4群	穀類・砂糖・油脂(植物油) クルミ、ピーナッツ、ごまなど(※n-3系必須脂肪酸)	4群は細胞のエネルギー源になる食品群で、必要量は一人ひとり違います。 ・糖質は消化酵素をあまり使わないで、効率よくエネルギーに変わります。 ・油脂は1群、2群でとれない必須脂肪酸を含んだ油脂を選びます。
嗜好品	菓子 アルコール 清涼飲料水など	栄養摂取を主な目的とせず、風味や味、摂取時の心身の高揚感など味覚や臭覚を楽しむためのものです。食べたいときは、4群の穀類・砂糖・油脂で調整します。

## 8 働き盛り世代の健康

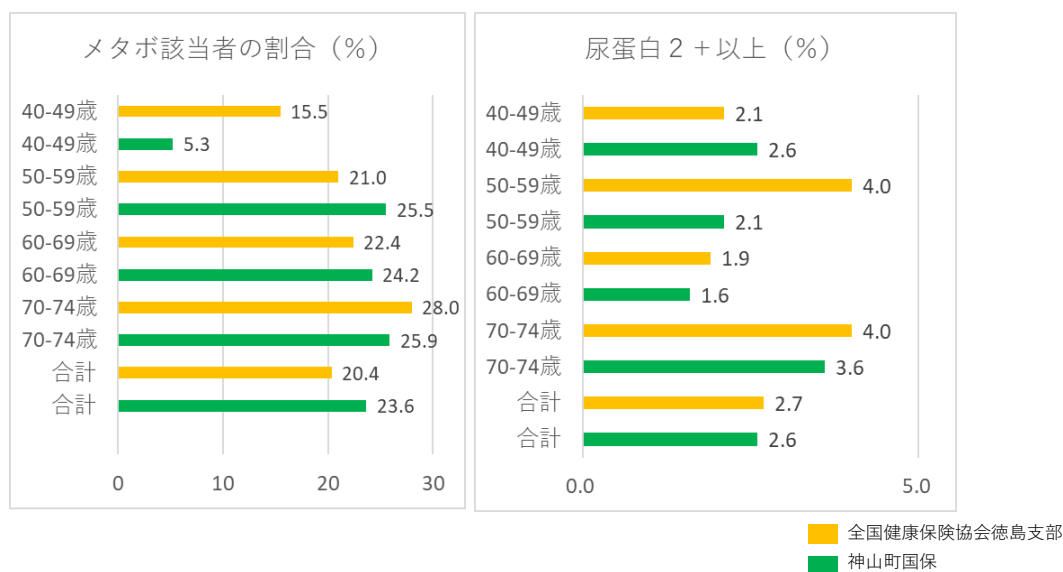
### (1) 基本的な考え方

健康寿命の延伸及び生活の質の向上のためには、青壮年・中年期から生活習慣病予防に継続的に取り組む必要がある。本町の国民健康保険の重症化予防事業の体験から、若年期からの予防の必要性を実感しているところである。健康増進法は、第5条において、国、都道府県、市町村（特別区を含む）、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者が、国民の健康の増進の総合的な推進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならないとたわわられている。特に若年期からの肥満、運動不足、喫煙、健診未受診、不十分な生活習慣病のコントロールが中高年期の糖尿病や循環器疾患の発症、重症化に影響、高齢期の認知機能へ影響することから、関係機関と連携し、対策を講じる必要がある。

### (2) 現状

参考 全国健康保険協会徳島支部と神山町国保の健診結果

(協会：令和3年度・国保：令和4年度)



### (3) 具体的な取り組み

- ・生活習慣病予防についての啓発・周知
- ・乳幼児健診で保護者へ血圧測定、HbA1c等の測定を行い、自分の体について知る
- ・乳幼児健診で保護者へ特定健診の受診勧奨
- ・健診結果についての保健指導の充実
- ・町内事業所との連携（特定健診及びがん検診等の受診勧奨）
- ・全国健康保険協会徳島支部等の他の保険者、徳島産業保健総合支援センター、地域職域連携協議会等との連携

# 第三章

## 計画の推進

## 第三章 計画の推進

### 第1節 健康増進に向けた取り組みの推進

#### 1 活動展開の視点

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

町民の健康増進を図ることは、少子高齢化が急速に進む本町においても、一人一人の町民にとっても重要な課題である。

したがって、健康増進施策を本町の重要な行政施策として位置づけ、「夢・元気・笑顔～健康かみやま 21～第3期計画」の推進においては、町民の健康に関する各種指標を活用し、町民自身の予防を重視した取り組みを推進していく。取り組みを進めるための基本は、個人のからだ（健診結果）をよく見ていくことである。一人一人のからだは、今まで生きてきた歴史や社会背景、本人の価値観によって作り上げられてきているため、それぞれのからだの問題解決は画一的なものではない。一人一人の生活の状態や能力、ライフコースアプローチを踏まえた主体的な取り組みを重視して、健康増進を図ることが基本となる。

本町としては、その活動を支えながら、町民自身が自分のからだに対する理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力が身につくために、科学的な支援を積極的に進めていく。

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

「夢・元気・笑顔～健康かみやま 21～第3期計画」での重点的な取組

①肥満者の減少②高血圧者の減少③尿蛋白出現者の減少④心疾患死亡者の減少

#### 【予防活動実践過程】

- ①実態把握（データ分析）→健康課題明確化
- ②「人間のからだの生きる営み」としてからだの原理の理解・学習  
「保健師・栄養士自身の力量形成」
- ③健康課題解決のために保健指導対象者の明確化→個々の経年健診結果の読み取り学習
- ④健診結果からからだの状態をイメージできるための学習資料作成
- ⑤健診結果をもとに、町民自身が自分のからだの状態が理解でき、生活習慣の改善を自らの選択で解決方法を見出していけるよう、町民と健診結果の学習活動を積み重ねていく。
- ⑥ライフコースアプローチの視点で胎児期から高齢期まで切れ目のない支援を続ける。

## 2 関係機関との連携

計画の推進に当たっては、町民が「自分の健康は自分で守り、つくる」意識を持ち、一人一人が自ら積極的に健康づくりに取り組むことが必要であるが、個人を取り巻く家庭や地域、職域、行政が同じ目標に向かって施策を推進することで、個人が取り組みやすい環境を整え目標の実現が可能となる。

ライフコースアプローチを踏まえた「夢・元気・笑顔～健康かみやま 21～第3期計画」をより効果的に推進していくためにも、町民、民間団体、関係機関、町など健康づくりに関わる全ての関係者が相互に連携し目指すべき目標を共有しながら、その目標の達成状況について管理・評価を行っていくことが重要である。そのために、「夢・元気・笑顔～健康かみやま 21～」計画推進委員会委員との連携及び庁内関係各課及び関係機関、関係団体、行政等が協働して進めていく。

### 「夢・元気・笑顔～健康かみやま 21～」計画推進委員会

年1回開催

## 第2節 目標の設定

国の健康日本 21（第三次）では、目標の設定に当たって次の事項が示されている。

「健康に関する科学的根拠に基づいた実態把握が継続的に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」

「人口動態、医療、介護をはじめとする各分野の統計やデータベース等地域住民に関する各種指標を活用しつつ、地域の実情を踏まえ、独自に必要な課題を選択し、自治体自ら進行管理できる目標の設定」

特に、自治体自らが目標の進行管理を行うことができるように、設定された目標のうち、重要と考えられる指標については、中間評価を行う年や最終評価を行う年以外の年においても、政策の立案に活用できるよう、既存の統計調査で定期的に分析・評価をすることが可能な指標とすることが望ましいとされている。

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する。（図表 90, 91）

図表 90

胎児期から高齢者までライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

(健康寿命の延伸と健康格差の縮小、個人の行動と健康状態の改善、社会環境の質の向上、ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり)

□生活習慣病に関する項目

■生活習慣に関する項目

健康増進法										
1 根拠法	第1条：急速な高齢化の進展及び疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ることを目的とする。									
	第6条：「健康増進事業実施者」母子保健法、学校保健法、労働安全衛生法、国保法、健康保険法、高確法、介護保険法、市町村									
	母子保健法 児童福祉法			学校保健安全法		労働安全衛生法 (学校は学校保健安全法)		健康保険法、国保法 高齢者の医療の確保に関する法律 介護保険法		
2 計画	健康増進計画（県）（市町村努力義務）									
	データヘルス計画【保険事業実施計画】（各保険者）									
	(母子保健計画)						特定健康診査等実施計画（各保険者） 介護保険事業計画			
3 指標	健康寿命の延伸・健康格差の縮小、適正体重を維持している者の増加（肥満、若年女性のやせ、高齢者の低栄養の減少） 生活習慣の改善（栄養バランス・野菜・食塩摂取量、運動習慣、休養、飲酒量、喫煙習慣）、生活習慣病発症予防及び重症化予防、生活機能の維持向上									
4 年代	胎児期・妊婦	産婦	0歳～5歳		6歳～14歳 15～17歳	～29歳 30～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上	
5 実態を見る健診	妊婦健康診査	産婦健診	乳幼児健康診査	保育所健康診断	児童生徒の定期健康診断 (義務)	定期健康診断（義務）	特定健康診査（義務）		後期高齢者健康診査	
個人の行動と健康状態の改善	女性と子どもの健康	□ 2③ 妊娠中の適切な体重増加 □ 2④⑤ 適正体重の子どもの増加 □ 2⑥⑦ 児童・生徒における肥満傾向児の減少 2①（低出生体重児の割合の減少） 2②（在胎週数に相当した出生体重にある児の増加）								
	循環器病	□ 4 メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少 □ 5 高血圧の改善(Ⅱ度高血圧以上の者の割合の減少) □ 6 尿蛋白（1+）以上の者の割合の減少 □ 3① 脳血管疾患SMR100以下 □ 7 LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合の減少 □ 3② 虚血性心疾患SMR100以下 ■ 8 食塩摂取量（推定食塩摂取量）の減少 ■ 9 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 (1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者) ■ 10 睡眠で休養がとれている者の増加								
	糖尿病	□ 11 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 □ 12 糖尿病有病者の増加の抑制 12① HbA1c6.5%以上の者の減少 12② HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上、随時血糖200mg/dl以上の者の減少 □ 13 治療継続者の割合の増加 (HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合) □ 14 血糖コントロール不良者の割合の減少 (HbA1c が8.0%以上の未治療者の割合の減少) □ 15 適正体重(BMI18.5以上25未満)を維持している者の増加 □ 18① 特定健康診査受診率の向上 □ 18② 特定保健指導終了率の向上 ■ 17① 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増加 ■ 17② 1日30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している者の増加								
	がん	□ 20 がん検診の受診率の向上 □ 19 悪性新生物SMR100以下 □ 21 精密検査の受診率の向上								
	COPD (慢性閉塞性肺疾患)	■ 23 喫煙率の減少 □ 22 COPD SMR100以下								
	歯・口腔の健康	□ 24① 3歳児でう蝕のない者の割合の増加 □ 24② 中学1年生の1人平均う蝕数の減少 □ 25① 40歳代における進行した歯周病を有する者の減少 □ 25② 60歳代における進行した歯周病を有する者の減少								
高齢者	□ 26 後期高齢者医療健康診査の受診率の増加									

図表 91 神山町の目標の設定 【大項目 26 項目 全項目 46 項目】

分野	項目	町の現状値		国の現状値		町の目標値		国の目標値		データソース
		男性80.0歳 女性85.3歳	令和6年度	男性79.7歳 女性84.0歳	令和6年度	延伸	令和17年度	平均寿命の増加分を上回る増加	令和14年度	
全体	1 健康寿命の延伸(平均自立期間:KDB)									①
女性と子どもの健康	2 適正体重の子どもの増加(肥満、やせの減少)									
	①低出生体重児(2,500g未満)の割合の減少	11.1%	令和6年度	9.65%	令和5年度	10%未満	令和17年度	減少	令和10年度	②
	②在胎週数に応じた出生体重にある児の増加	74.8%	令和6年度	—	—	90%以上	令和17年度	設定なし	—	③
	③妊娠中の適正な体重増加	40.0%	令和6年度	—	—	80%以上	令和17年度	設定なし	—	③
	④肥満傾向にある子ども(3歳児)の割合の減少	8.3%	令和6年度	—	—	5%未満	令和17年度	設定なし	—	②
	⑤肥満傾向にある子ども(就学時健診)の割合の減少	—	—	—	—	5%未満	令和17年度	設定なし	—	③
	⑥肥満傾向にある子ども(小学校)の割合の減少: 小学5年生	4.3%	令和6年度	10.96%	令和6年度	減少	令和17年度	減少	令和10年度	④
⑦肥満傾向にある子ども(中学校)の割合の減少: 中学2年生	4.5%	令和6年度	10.08%	令和6年度	減少	令和17年度	減少	令和10年度	④	
循環器病	3 脳血管疾患、虚血性心疾患の標準化死亡比 100以下									
	①脳血管疾患	男性 61 女性 92	平成31年～ 令和5年	100	平成31年～ 令和5年	100以下	令和13年～ 令和17年	100	令和13年～ 令和17年	⑤
	②虚血性心疾患	男性 126 女性 126	—	100	—	100以下	—	100	—	⑤
	4 メタリックシンドロームの該当者・予備群の減少									
	①該当者	25.3%	令和6年度	1,606万人	令和5年度	減少	令和17年度	1,100万人	令和11年度	⑥
	②予備群	10.2%	令和6年度	—	—	減少	令和17年度	—	—	⑥
	5 高血圧の改善(Ⅱ度高血圧(160/100mmHg以上)以上の者の割合の減少)	4.4%	令和6年度	127.3mmHg	令和6年度	減少	令和17年度	122mmHg	令和14年度	⑥⑧
	6 尿蛋白(1+)以上の者の割合の減少	6.3%	令和6年度	3.3%	令和4年度	減少	令和17年度	設定なし	—	⑥⑦
	7 LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合の減少	8.5%	令和6年度	8.5%	令和6年度	減少	令和17年度	6.4%	令和14年度	⑥⑧
	8 食塩摂取量(推定食塩摂取量)の減少	8.4g	令和6年度	9.6g	令和6年度	減少	令和17年度	7g	令和14年度	⑨⑧
9 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	男性 14.9% 女性 9.2%	令和6年度	11.40%	令和6年度	減少	令和17年度	10%	令和14年度	⑥⑧	
10 睡眠で休養がとれている者の増加	69.2%	令和6年度	78.5%	令和6年度	増加	令和17年度	80%	令和14年度	⑥⑧	
糖尿病	11 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	1人	令和6年度	133,844人	令和5年度	0人	令和17年度	12,000人	令和14年度	⑩⑪
	12 糖尿病有病者の増加の抑制									
	①HbA1c6.5%以上の者	12.4%	令和6年度	約1,100万人	令和5年度	減少	令和17年度	1,350万人	令和14年度	⑥⑧
	②HbA1c6.5%以上または空腹時血糖126mg/dl以上、随時血糖200mg/dl以上の者	14.4%	令和6年度	—	—	減少	令和17年度	—	—	⑥⑧
	13 治療継続者の割合の増加(HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	59.6%	令和6年度	67.4%	令和6年度	増加	令和17年度	75%	令和14年度	⑥⑧
	14 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(HbA1c8.0%以上の未治療者の割合の減少)	0.7%	令和6年度	1.30%	令和4年度	減少	令和17年度	1.00%	令和14年度	⑥⑦
	15 適正体重(BMI18.5以上25未満)を維持している者の増加	63.1%	令和6年度	62.2%	令和6年度	増加	令和17年度	66%	令和14年度	⑥⑧
	16 野菜摂取量の増加	276.0g	令和6年度	258.7g	令和6年度	増加	令和17年度	350g	令和14年度	⑫⑧
	17 身体活動・運動 ※1									
	①日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者の増加	52.1%	令和6年度	7,231歩	令和6年度	増加	令和17年度	8,000歩	令和14年度	⑥①
②1日30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している者の増加	34.9%	令和6年度	31.3%	令和6年度	増加	令和17年度	40%	令和14年度	⑥⑧	
18 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上										
①特定健康診査受診率	54.8%	令和6年度	59.9%	令和5年度	増加	令和17年度	70.0%	令和11年度	⑬⑭	
②特定保健指導終了率	97.3%	令和6年度	27.6%	令和5年度	増加	令和17年度	45.0%	—	⑬⑭	
がん	19 悪性新生物の標準化死亡比 100以下	男性 85 女性 93	平成31年～ 令和5年	100	平成31年～ 令和5年	100以下	令和13年～ 令和17年	100	令和13年～ 令和17年	⑤
	20 がん検診の受診率の向上 ※2									
	①胃がん	3.2%	—	6.8%	—	増加	—	—	—	—
	②肺がん	11.1%	—	5.9%	—	増加	—	—	—	—
	③大腸がん	2.2%	令和6年度	6.8%	令和5年度	増加	令和17年度	60%	令和10年度	⑭
	④子宮頸がん	16.5%	—	15.8%	—	増加	—	—	—	—
	⑤乳がん	16.5%	—	16.0%	—	増加	—	—	—	—
	21 精密検査受診率の向上									
	①胃がん	100%	—	85.2%	—	現状維持	—	—	—	—
	②肺がん	88.9%	—	82.4%	—	増加	—	—	—	—
③大腸がん	80.0%	令和6年度	70.4%	令和4年度	増加	令和17年度	90%	令和10年度	⑭	
④子宮頸がん	100%	—	77.9%	—	現状維持	—	—	—	—	
⑤乳がん	100%	—	89.5%	—	現状維持	—	—	—	—	
COPD	22 COPDの標準化死亡比 100以下	122	平成31年～ 令和5年	100	平成31年～ 令和5年	100以下	令和13年～ 令和17年	100	令和13年～ 令和17年	⑤
	23 喫煙率の減少	22.5%	令和6年度	14.8%	令和6年度	減少	令和17年度	12%	令和14年度	⑥⑧
歯・口腔の健康	24 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加									
	①3歳児でう蝕のない者の割合の増加	100%	令和6年度	89.8%	令和3年度	現状維持	令和17年度	95%	令和14年度	⑭
	②中学1年生の1人平均う蝕数の減少	0.38	令和6年度	—	—	減少	令和17年度	設定なし	—	③
	25 歯周病を有する者の割合の減少									
①40歳代における進行した歯周病を有する者の減少(4mm以上の歯周ポケット)	83.3%	令和6年度	56.2%	平成28年	減少	令和17年度	40%	令和14年度	⑬⑮	
②60歳代における進行した歯周病を有する者の減少(4mm以上の歯周ポケット)	85.7%	令和6年度	—	—	減少	令和17年度	45%	令和14年度	⑬⑮	
高齢者	26 後期高齢者医療健康診査の受診率の増加	27.5%	令和6年度	28.1%	令和4年度	増加	令和17年度	30.0%	令和11年度	⑯

※1 「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指針」で示された項目及び目標年次に沿って、町の目標設定実施  
 ※2 受診率の算定に当たっては、40歳から69歳まで(子宮頸がんは20歳から69歳まで)を対象

①KDB  
 ②徳島県の母子保健統計  
 ③町健康福祉課調べ  
 ④学校保健統計調査  
 ⑤徳島保健所業務概要  
 ⑥町国保特定健康診査(法定報告)  
 ⑦NDBオープンデータ  
 ⑧国民健康・栄養調査  
 ⑨町国保特定健康診査  
 ⑩町国保後期レポート・身体障害者手帳交付状況  
 ⑪日本透析学会「我が国の慢性透析療法の現況」  
 ⑫県民健康・栄養の現状  
 ⑬特定健康診査・特定保健指導の実施状況  
 ⑭地域保健・健康増進事業報告  
 ⑮歯科疾患実態調査  
 ⑯徳島県後期高齢者医療健康診査

### 第3節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師、栄養士等の専門職は、ライフコースアプローチを踏まえた健康増進を推進していくために、健康状態を見る上で最も基本的なデータ（健診データ）を見続けていく存在である。健診データは生活習慣の現れであるが、その生活習慣は個人のみで作られるものではなく、社会の最小単位である家族の生活習慣やその家族が生活している地域などの社会的条件のなかで作られていく。

国では保健師等については、予防接種などと同様、必要な社会保障という認識がされている中で、単に個人の健康を願うのみでなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、今後も健康改善の可能性や経済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務に取り組んでいくために、保健師等の年齢構成に配慮した退職者の補充や配置の検討を進めていく。また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠である。「公衆衛生とは、健康の保持増進に役立つ日進月歩の科学技術の研究成果を、地域社会に住む一人一人の日常生活の中にまで持ち込む社会過程」（橋本正己）である。

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



夢・元気・笑顔～健康かみやま 21～第3期計画  
(令和8～17年度)

令和8年3月発行

〒771-3395 徳島県名西郡神山町神領字本野間 100 番地

神山町役場 健康福祉課

TEL 088-676-1114

FAX 088-676-1100