

健康はえばる21（第3次）

（健康増進計画・食育推進計画・自殺対策計画）

令和6年3月

南 風 原 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	2
第2節 計画の性格	6
第3節 計画の期間	7
第4節 計画の対象	7
第Ⅰ章 南風原町の概況と特性	8
第1節 町の概要	9
第2節 健康に関する概況	10
第3節 町の財政状況	18
第Ⅱ章 課題別の実態と対策	19
第1節 前計画の評価	20
第2節 生活習慣病の発症予防と重症化予防	23
1 女性と子どもの健康	23
2 循環器病	37
3 糖尿病	51
4 がん	58
5 慢性閉塞性肺疾患(COPD)	63
第3節 生活習慣の改善	66
1 栄養・食生活	66
2 身体活動・運動	79
3 休養・睡眠	81
4 飲酒	83
5 喫煙	86
6 歯・口腔の健康	88
7 こころの健康【南風原町自殺対策計画】	91
第4節 生活機能の維持・向上 社会環境の質の向上	99
第5節 目標の設定	103
第Ⅲ章 計画の推進	107
第Ⅳ章 南風原町食育推進計画	111

序章

計画策定にあたって

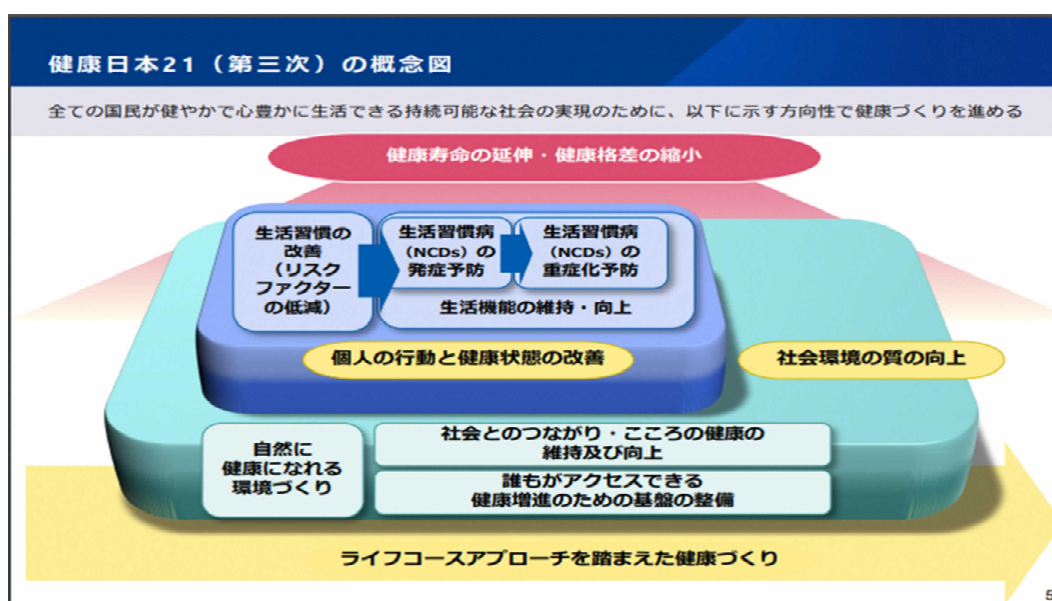
第1節 計画改定の趣旨

国民誰もが、より長く元気に暮らしていくための基盤として、健康の重要性はより高まってきており、平時から個人の心身の健康を保つため、健康づくりの取組を更に強化していくことが求められています。平成25年度からは、健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく方針である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（平成24年厚生労働省告示第430号）を定め、「21世紀における第2次国民健康づくり運動（健康日本21（第2次）」（以下「健康日本21（第2次）」という。）を開始し、令和5年度までを計画期間として、取組を推進してきました。

健康日本21（第2次）の最終評価等を踏まえ、当該方針を改正します。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、誰一人取り残さない健康づくりの展開（Inclusion）とより実効性をもつ取組の推進（Implementation）を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、令和6年度から令和17年度までの「21世紀における第3次国民健康づくり運動（健康日本21（第3次）」を推進していくこととし下記の4つの基本的な方向が示されました【図表1】。

- (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
- (3) 社会環境の質の向上
- (4) 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）を踏まえた健康づくり

【図表1】



また、基本的な方向性を達成するため、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ことになりました。

南風原町では平成15年3月に、「健康日本21」の取り組みを健康増進法に基づき、南風原町の特徴や、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、健康増進計画「健康はえばる21」を、平成25年3月に「健康はえばる21(第2次)」を策定し、取り組みを推進してきました。

今回、示された基本方針の方向、目標項目については、【図表2】のように考え、これまでの取り組み評価、及び新たな健康課題などを踏まえ、【図表3】を基に健康はえばる21(第3次)を策定します。

図表 2

「健康日本 2 1（第 3 次）」の基本的方向性と目標項目

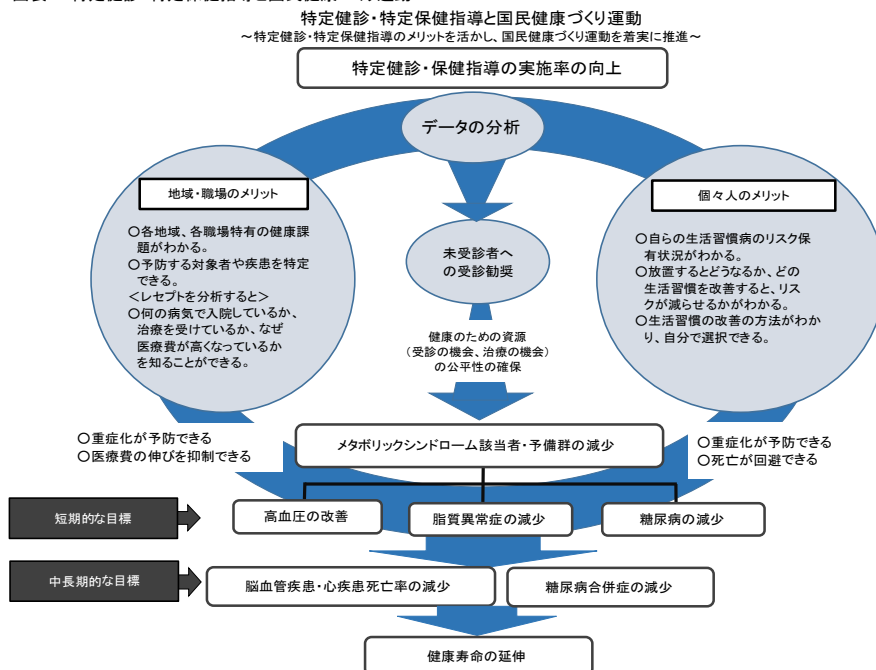
ライフコースアプローチ項目

●すこやか親子 2 1 の指標項目

1. 健康寿命の 延伸・健康 格差の縮小	生活習慣の発症予防と重症化予防	妊婦	こども	成人	高齢者	死亡					
		胎児（妊婦）	0歳	1歳	3歳		18歳	20歳	40歳	65歳	75歳
	がん COPD 循環器病	□がん検診の受診率の向上 □がんの年齢調整罹患率の減少 □がん検診の受診率の向上 □がんの年齢調整罹患率の減少 □COPDの死亡率の減少 □脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少									
		●乳幼児健康診察率の向上 □特定健康診査実施率の向上 □特定保健指導の実施率の向上 □メタボリックシンドロームの該当者及び 該当なし者の割合の減少 □高血圧の改善 □脂質（LDL）高値の者の減少									
		糖尿病病 □糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少 □治療継続者の増加 □血糖コントロール不良者の減少 □糖尿病有病者の増加の抑制									
2. 個人の行 動と健康 状態の改 善	生活習慣の改善	●低体重児の割合の減少 ①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） ②●児童生徒における肥満傾向児の減少 ③バランスの良い食事を摂っている者の増加 ④野菜摂取量の増加 ⑤果物摂取量の増加 ⑥食塩摂取量の減少 ①日常生活における歩数の増加 ②運動習慣者の増加 ③運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの減少									
		身体活動・運動 ①睡眠で休養がとれている者の増加 ②睡眠時間が十分に確保できている者の増加 ③過労労働時間6.0時間以上の雇用者の減少 飲酒 ①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 ②●20歳未満の飲酒をなくす 喫煙 ①喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる） ②●20歳未満の者の喫煙をなくす									
		歯・口腔の健康 ③●妊娠中の喫煙をなくす ①歯周病を有する者の減少 ●むし歯のない3歳児の増加									
3. 社会環境 の質の向 上	生活機能の維持・向上	①ロコモティブシンドロームの減少 ②骨粗鬆症検診受診率の向上 ③心理的苦痛を感じている者の減少									
		□メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加 □心のサポート一斉の増加 □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 □地域などで共食している者の増加 □社会活動を行っている高齢者の増加 □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 □必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加									

【図表3】 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

図表2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



なお、本計画は平成27年9月に国連サミットで採択され「持続可能な開発のための2030アジェンダ」で掲げられた「持続可能な開発目標（SDGs）」の達成に資するものです。SDGsの「誰一人取り残さない」という考え方は、住民の主体的な健康づくりを地域全体で支え、誰もが生涯にわたって健康で幸せに暮らすことを目指す本町の健康づくりの方針と一致しています。本計画においてはSDGs17のゴールのうち「2 飢餓をゼロに」「3 すべての人に健康と福祉を」「4 質の高い教育をみんなに」「5 ジェンダー平等を実現しよう」「8 働きがいも経済成長も」「11 住み続けられるまちづくりを」「16 平和と公正をすべての人に」「17 パートナリーシップで目標を達成しよう」の8つを念頭に地域や関係団体等と連携しつつ、町民の健康を支える仕組みづくりに取り組みます。

■本計画に関わるSDGsの目標



第2節 計画改定の性格

(1) 計画の位置づけ

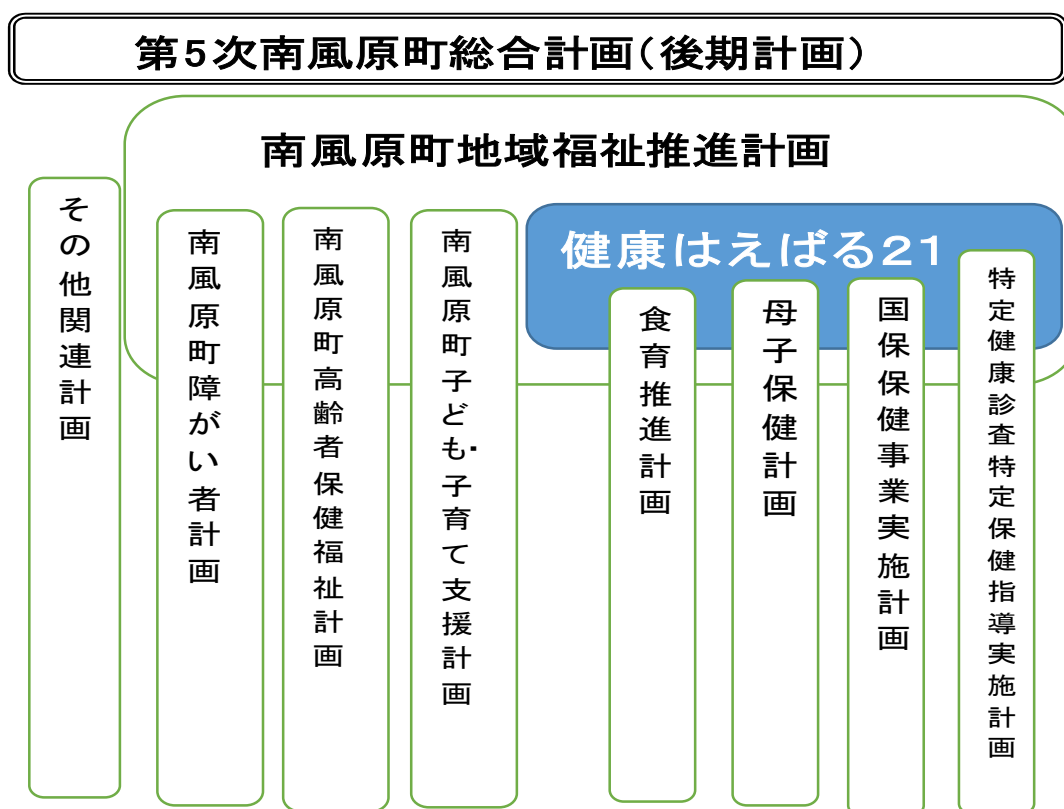
本計画は、健康増進法第8条の規定に基づき策定する「市町村健康増進計画」です。また食育基本法第18条の規定に基づく「市町村食育推進計画」、自殺対策基本法第13条第2項の規定に基づく「市町村自殺対策計画」として位置づけます。

また本計画は、第5次南風原町総合計画を上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。本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」を参考にしています。また、保健事業の効率的な実施を図るため、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定する特定健康診査等実施計画と国民健康保険法に基づく保健事業の実施などに関する指針に規定する保健事業実施計画（データヘルス計画）を一体的に策定することで、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図ります。同時に、今回の目標項目に関連する法律及び各種計画との十分な整合性を図るものとします。なお、本計画は、【図表4】及び【図表5】に示す国・県・町の関連計画等と整合性を図りながら策定しています。

【図表4】

法 律	沖縄県が策定した計画	南風原町が策定した計画
健康増進法	健康おきなわ21	健康はえばる21（第3次）
高齢者の医療の確保に関する法律	沖縄県医療費適正化計画	南風原町特定健康診査・特定保健指導実施計画、保健事業実施計画
子ども子育て支援法	黄金っ子応援プラン	南風原町子ども子育て支援事業計画
がん対策基本法	沖縄県がん対策推進計画	健康はえばる21（第3次）
歯科口腔保健の推進に関する法律	健康おきなわ21	健康はえばる21（第3次）
老人福祉法 介護保険	沖縄県高齢者保健福祉計画	第7次次南風原町高齢者保健福祉計画 第6期介護保険事業計画
食育推進基本法	食育推進計画	健康はえばる21（第3次） （南風原町食育推進計画含む）
自殺対策基本法	沖縄県自殺総合対策行動計画	健康はえばる21（第3次） （南風原町自殺対策計画含む）

【図表5】



第3節 計画の期間

本計画は、令和6年度から令和17年度までの12年間とします。なお6年(令和11年)を目途に中間評価を行います。

第4節 計画の対象

本計画は、胎児期から高齢期までのライフコースアプローチに応じた健康増進の取り組みを推進するため、全町民を対象とします。

第 I 章

南風原町の概況と特性

第Ⅰ章 南風原町の概況と特性

第1節 町の概要

1. 地理・地形

南風原町は、東経127度43分、北緯26度11分の沖縄本島南部のほぼ中央に位置し、県都那覇市に隣接しています。周りを6つの市町に囲まれ、県内では唯一の海に面していない町です。面積は10.76平方キロメートル。県内41市町村で4番目に小さな町です。

2. 沿革

現在の南風原町の境界は、明治41(1908)年の特別町村制の施行により定まり、11字からなる南風原村が形成されました。

今次大戦で焦土と化した南風原村も、昭和21(1946)年に村役場の再編とともに復興の第一歩が始まり、畜産を中心とした農業、織物などの生産が村の発展の原動力となり、近年は那覇市に隣接する地の利を得て、都市化により着実に発展を続けてきました。

昭和55年(1980年)には16行政区をもって町政への移行を成し遂げ、以来田園都市をめざした諸施策が展開され、令和5年度現在では20行政区となっています。

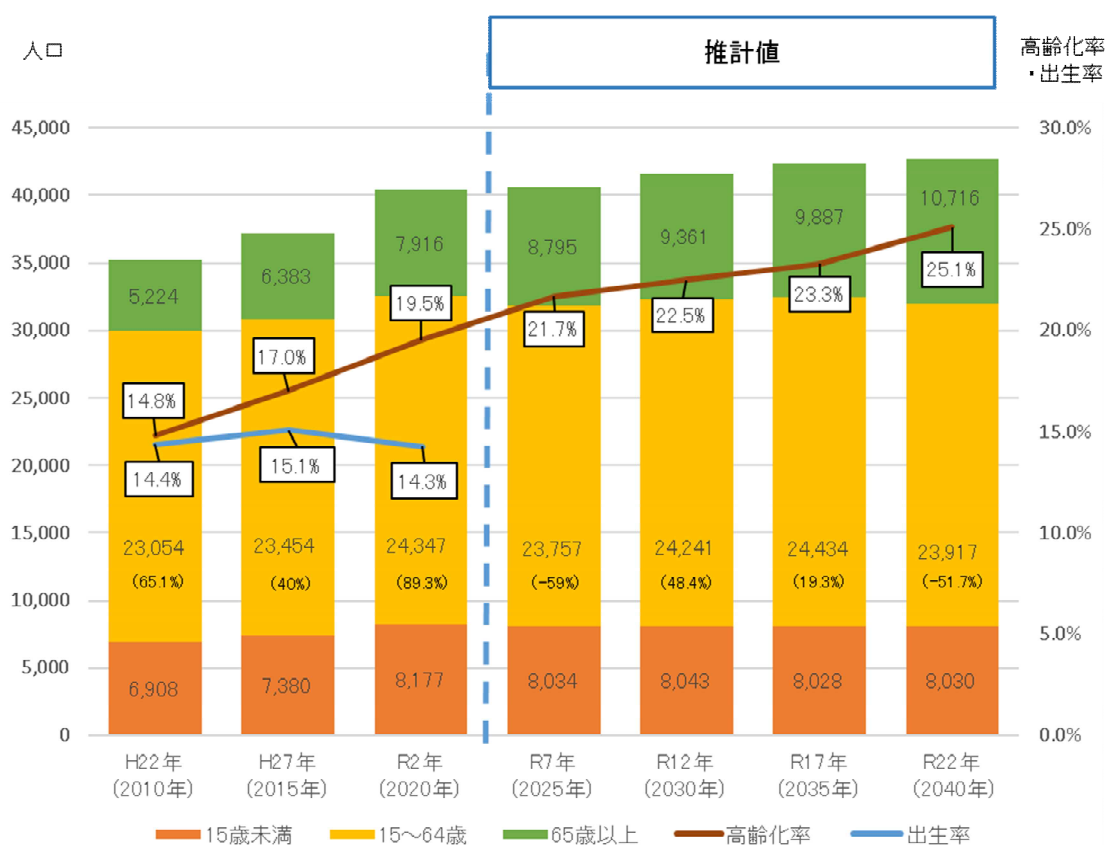
第2節 健康に関する概況

1. 人口構成

本町の人口構成を年少人口(0歳～14歳)、生産年齢人口(15歳～64歳)、老年人口(65歳以上)の3区分でみると、いずれの年代層でも増加傾向となっています。中でも老年人口の増加傾向が顕著です。

また、男女別、5歳階級別の人口構成を平成7年(1995)と令和2年(2020)と比較すると、おおむねすべての年齢層で増加しています。

【図表6】



資料: 平成22年～令和2年 国勢調査による実績値

令和7年～令和22年 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年3月推計)」

2. 産業構成

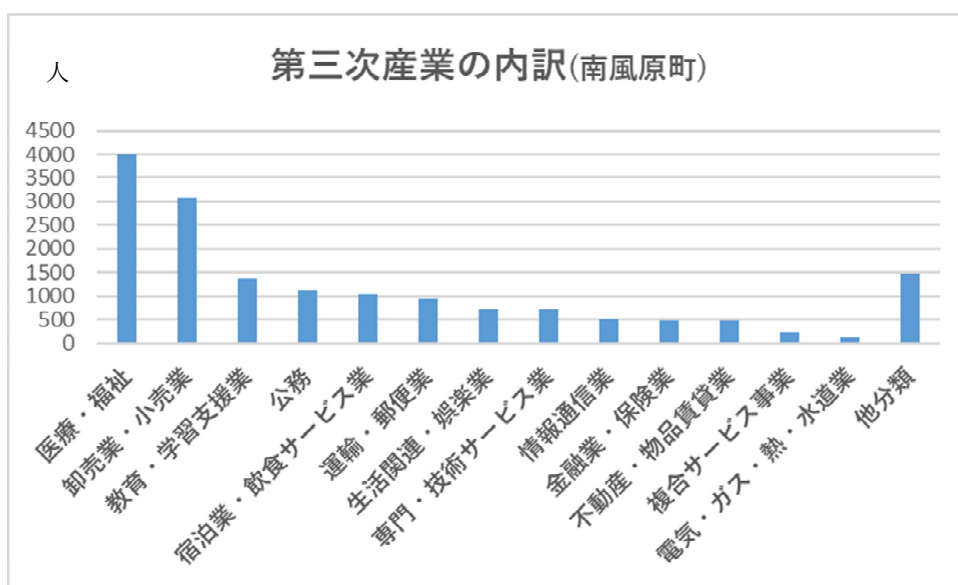
本町の産業別分類を見てみると第三次産業が圧倒的に多く、10年前と比べても増加傾向にあります。【図表7】その内訳をみると「医療・福祉業」が1番であります。次いで「卸売業・小売業」、「教育・学習支援業」となっています。【図表8】

【図表7】

産業別割合(%)	2010年 (H22)	2020年 (R2)
第一次産業	4.1%	3.0%
第二次産業	17.1%	15.3%
第三次産業	78.9%	81.7%

国勢調査より

【図表8】



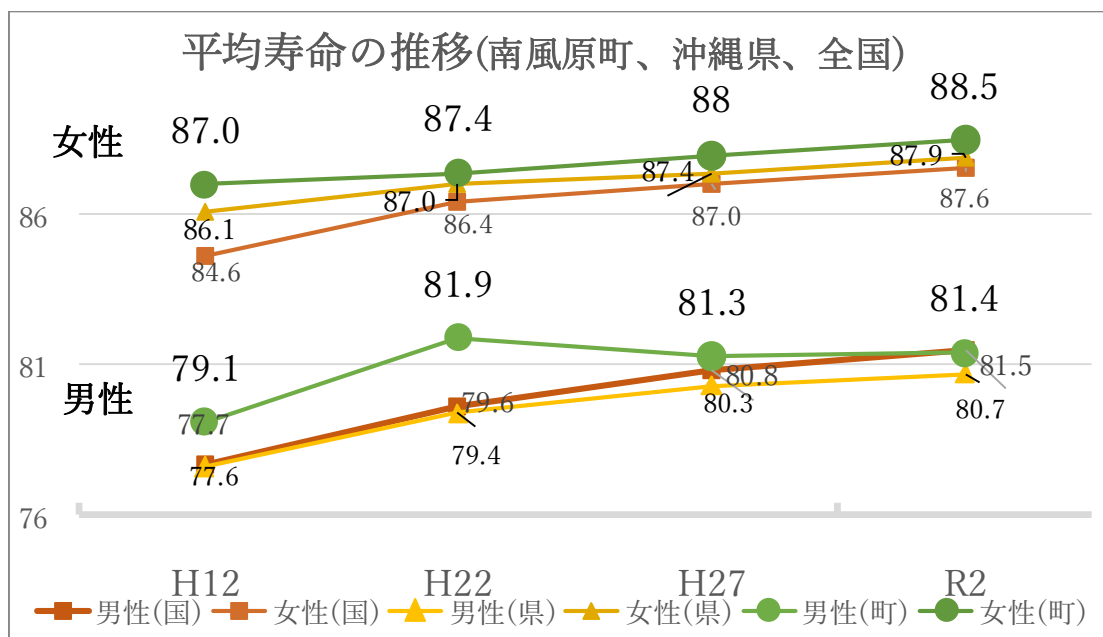
国勢調査より

3. 平均寿命

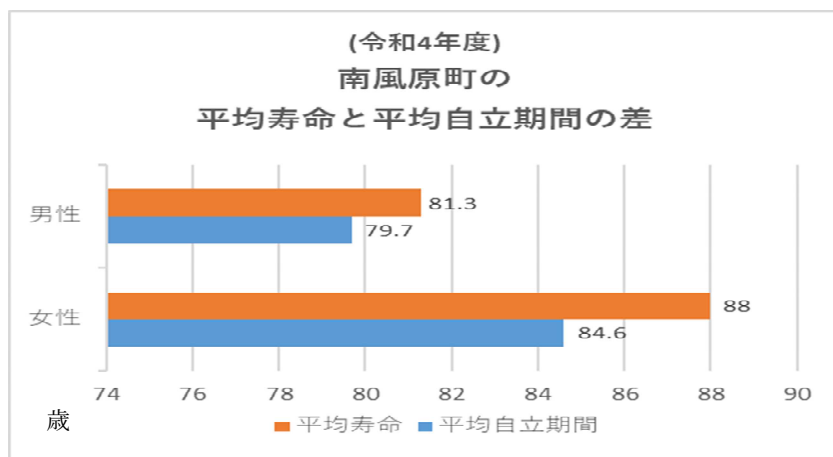
本町の女性の平均寿命は、県や全国の平均寿命よりも上回っている。ただし平成12年～令和2年の20年間で1.5歳延びているが、国や県より伸び幅は低いです。【図表9】

平均寿命と平均自立期間は、女性が長いです。【図表9-①】男女ともに日常生活に自立している期間を延ばし健康寿命の延伸の取り組みが必要です。

【図表9】



【図表9-①】



※平均自立期間とは:日常生活動作が自立している期間の平均(65歳未満を自立していると仮定し「要介護2」の間に線引きする)

4. 死亡

主要死因を平成26年と令和2年の変化をみると、1位を悪性新生物、2位も循環器疾患(心疾患)が変わらず上位を占めています。平成26年に5位であった循環器疾患(脳血管疾患)が令和2年度は3位に上昇し生活習慣病に関連する死因が上位となっています。【図表10】また、65歳未満死亡の肝疾患における割合が高くなっています。

本町の65歳未満死亡率の推移は増加傾向にあり、令和2年度は全国の死亡率を超えました。【図表11】

【図表10】

南風原町における主要死因の変化

死亡率:死者数÷人口×10万【人口10万人対】

全体	平成26年			令和2年			平成26年		令和2年		
	人口	死者総数	死亡率	人口	死者総数	死亡率	65歳未満の死者数	65歳未満の死者割合	65歳未満の死者数	65歳未満の死者割合	
	37020人	248人	669.9	40355人	261人	646.8	51人	20.6%	44人	16.9%	

死亡原因		死者数	死亡率	全死亡に占める割合	死者数	死亡率	全死亡に占める割合	65歳未満の死者数	65歳未満の死者割合	65歳未満の死者数	65歳未満の死者割合
		悪性新生物			悪性新生物			悪性新生物		悪性新生物	
	1位	66人	178.3	27%	79人	195.8	30%	24人	36.4%	17人	21.5%
	2位	循環器疾患(心疾患)			循環器疾患(心疾患)			循環器疾患(心疾患)		循環器疾患(心疾患)	
		29人	78.3	12%	33人	81.8	13%	4人	13.8%	5人	15.2%
	3位	老衰			循環器疾患(脳血管疾患)			老衰		循環器疾患(脳血管疾患)	
		23人	62.1	9%	22人	54.5	8%	0人	0.0%	4人	18.2%
	4位	肺炎			老衰			肺炎		老衰	
		15人	40.5	6%	18人	44.6	7%	1人	6.7%	0人	0.0%
	5位	循環器疾患(脳血管疾患)			肝疾患			循環器疾患(脳血管疾患)		肝疾患	
		13人	35.1	5%	9人	22.3	3%	2人	15.4%	5人	56%

資料) 人口:南風原町行政区別人口統計表 10 月末

死者数、65 歳未満死者数:沖縄県衛生統計年報(人口動態編)、人口動態統計の概況

【図表11】

65歳未満の死亡率		死亡率:(65歳未満死亡数)÷(65歳未満人口数)×10万					人口10万人対
総数		平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
南風原町	65歳未満人口	27575人	28638人	29066人	29962人	30834人	32524人
	65歳未満死亡者数	-	-	38人	43人	46人	49人
	死亡率	-	-	130.74	143.52	149.19	150.66
沖縄県	65歳未満人口	1124054人	1126105人	1142249人	1144273人	1151624人	1136076人
	65歳未満死亡者数	1985人	2035人	2065人	2122人	2049人	1872人
	死亡率	176.59	180.71	180.78	185.45	177.92	164.78
全国	65歳未満人口	104692130人	101613648人	97835244人	98811667人	94444489人	90885741人
	65歳未満死亡者数	215182人	203356人	194957人	176537人	142478人	125280人
	死亡率	205.54	200.13	199.27	178.66	150.86	137.84

資料) 人口、死亡者数:国勢調査、沖縄県衛生統計年報・健康おきなわ 21・人口動態統計

5. 介護の状況

介護保険認定率が高齢化率とともに増加しています。

介護度別認定者数の傾向としては、近年特に要介護1～3の対象者数が増加傾向にあります。

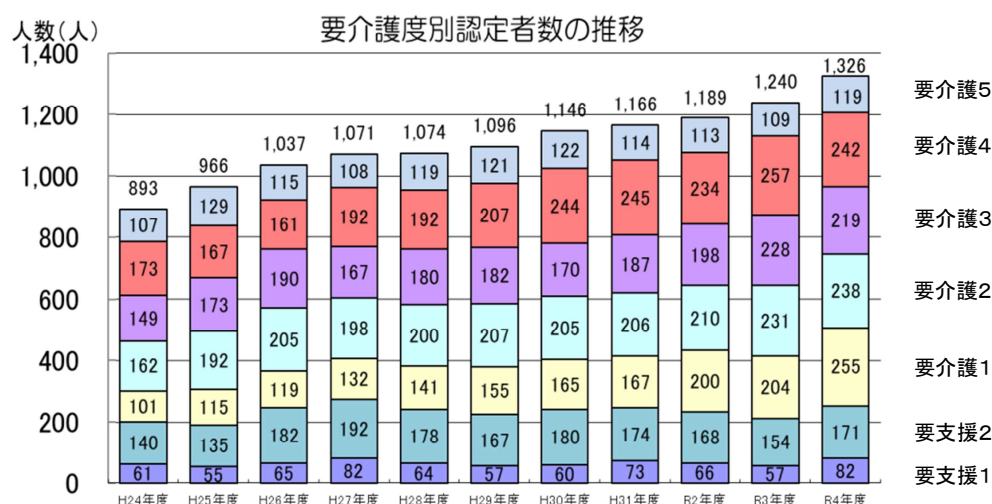
【図表 12】

令和4年度の要介護認定者は2号(40～64歳)被保険者で37人(認定率0.30%)、1号(65歳以上)被保険者で1,284人(認定率16.3%)で、令和4年度の認定率は同規模・県・国と比較すると低いです。【図表13】

しかし、介護の総給付費は平成30年度19億4866万円から令和4年度22億43万円へと増加しています。【図表14】

介護を要する状態となった理由として最も多いのは血管疾患(96.5%)その中でも脳卒中が約5割以上となっています。【図表15】

【図表 12】



出典・参照: KDB システム改変_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

【図表 13】

	南風原町				同規模	県	国
	H30年度		R4年度		R4年度	R4年度	R4年度
高齢化率	6,383人	17.2%	7,862人	19.6%	29.1%	22.6%	28.7%
2号認定者	59人	0.50%	37人	0.30%	0.35%	0.45%	0.38%
新規認定者	12人		6人		--	--	--
1号認定者	1,115人	17.5%	1,284人	16.3%	17.0%	19.0%	19.4%
新規認定者	142人		184人		--	--	--
再掲	65～74歳	147人	4.5%	191人	4.6%	--	--
	新規認定者	30人		32人		--	--
	75歳以上	968人	31.2%	1,093人	29.7%	--	--
	新規認定者	112人		152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

【図表 14】

	南風原町		同規模	県	国
	H30年度	R4年度	R4年度	R4年度	R4年度
総給付費	19億4866万円	22億0043万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	305,288	279,881	259,723	324,737	290,668
1件あたり給付費(円) 全体	74,989	71,020	63,000	69,211	59,662
居宅サービス	54,704	52,544	41,449	51,518	41,272
施設サービス	290,555	304,951	292,001	301,929	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

【図表 15】 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R4年度)

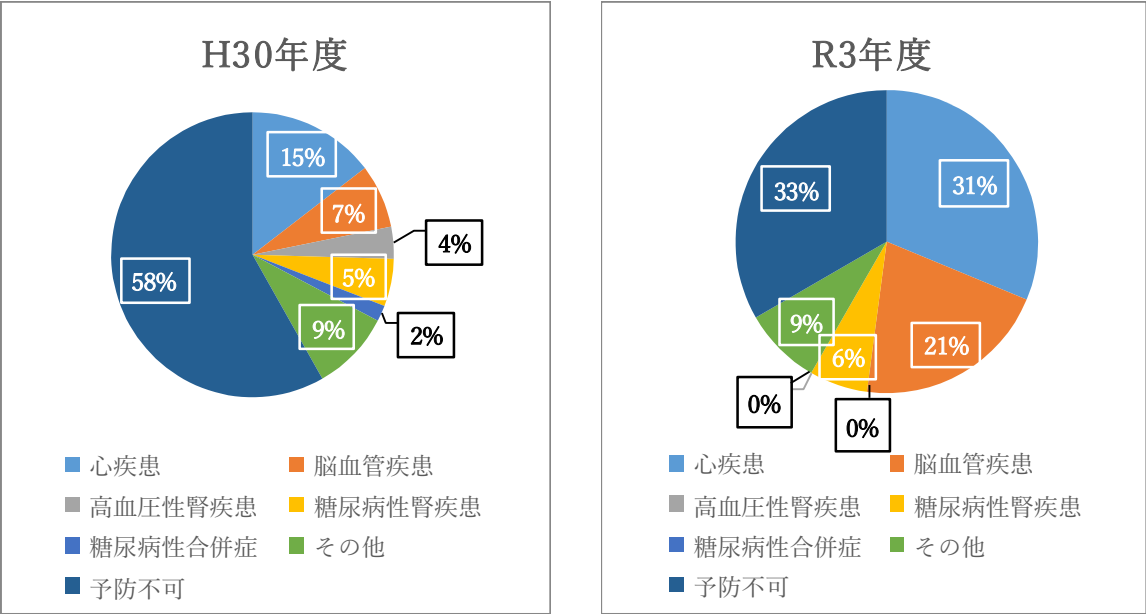
受給者区分				2号		1号						合計	
年齢				40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
介護件数(全体)				37		191		1,093		1,284		1,321	
再)国保・後期				12		120		947		1,067		1,079	
(レセプトの診断名より重複して計上) 有病状況	疾患		順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	11 91.7%	脳卒中	62 51.7%	脳卒中	505 53.3%	脳卒中	567 53.1%	脳卒中	578 53.6%
				虚血性心疾患	5 41.7%	虚血性心疾患	43 35.8%	虚血性心疾患	385 40.7%	虚血性心疾患	428 40.1%	虚血性心疾患	433 40.1%
		3	腎不全	3 25.0%	腎不全	20 16.7%	腎不全	194 20.5%	腎不全	214 20.1%	腎不全	217 20.1%	
			合併症	4	糖尿病合併症	3 25.0%	糖尿病合併症	31 25.8%	糖尿病合併症	172 18.2%	糖尿病合併症	203 19.0%	糖尿病合併症
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			12 100.0%	基礎疾患	111 92.5%	基礎疾患	891 94.1%	基礎疾患	1,002 93.9%	基礎疾患	1,014 94.0%
		血管疾患合計		12 100.0%	合計	115 95.8%	合計	914 96.5%	合計	1,029 96.4%	合計	1,041 96.5%	
	認知症		認知症	1 8.3%	認知症	19 15.8%	認知症	488 51.5%	認知症	507 47.5%	認知症	508 47.1%	
	筋・骨格疾患		筋骨格系	10 83.3%	筋骨格系	102 85.0%	筋骨格系	904 95.5%	筋骨格系	1,006 94.3%	筋骨格系	1,016 94.2%	

※新規認定者についてはNO.49_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

6. 身障手帳

南風原町の身体障害者手帳の新規受給者を見ると、予防可能な疾患が平成30年度は4割、令和3年度は6割以上となっています。【図表16】生活習慣病の重症化を防ぐことで身体障害者手帳発行に至ることなく日常生活を過ごすことが可能となることから、引き続き予防に努めてまいります。

【図表 16】



第3節 町の財政状況

南風原町一般会計予算では、社会保障費に関する項目の民生費が1位でした。【図表17】
国民健康保険の医療費は、保険給付費28億44万円、後期高齢者医療費一人あたりは県
や国と比較しても高い結果でした。【図表18】

【図表17】 令和5年度一般会計予算

歳入 158億4,028万円			歳出 158億4,028万円		
1	町税	45億8,490万円	1	民生費	78億2,736万円
2	国庫支出金	31億4,703万円	2	教育費	20億5,478万円
3	地方交付税	25億3,971万円	3	総務費	16億712万円

【図表18】 令和4年度特別会計

(単位:円)

国民健康保険特別会計			後期高齢者医療保険特別会計
保険給付費 (令和4年度)	町	28億4147万円	33億2596万円
一人当たり医療費 (令和4年度:国保) (令和2年度:後期)		322,638	1,014,004
	県	318,310	984,102
	国	339,680	900,574

国保連合会資料より

第Ⅱ章

課題別の実態と対策

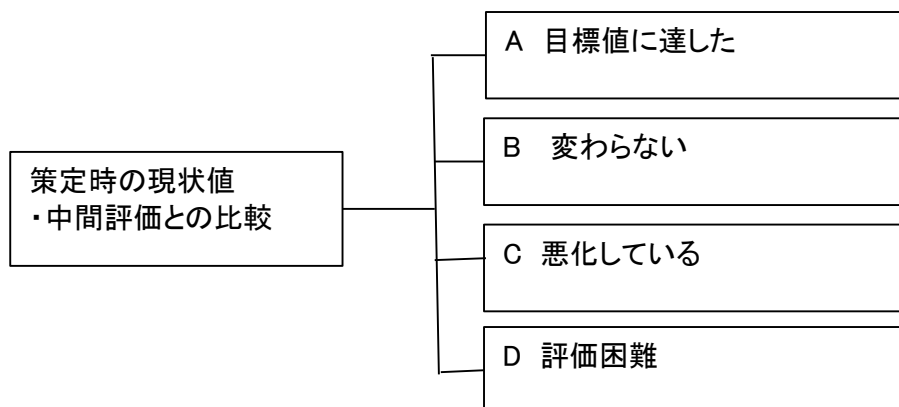
第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第1節 前計画の評価

前計画を分野項目ごとに、中間評価目標値と直近の数値を比較し、全目標項目を国の最終評価の評価区分を参考に、以下の4段階で評価を実施しました。

改善が見られた項目も多くありますが、改善が見られなかった項目も多くありました。特に、がん検診受診率の向上、メタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少、特定健診実施率の向上、糖尿病有病者増加抑制、肥満傾向にある子どもの割合減少の項目については、新型コロナウイルス感染症蔓延による行動制限の影響も考えられますが、課題として残っています。

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【図表19】のとおりライフコースの視点で健康づくりを推進します。



【図表19】

健康はえばる21（第2次）最終評価

分野	項目		南風原町の現状値							データソース	
			現状値		中間評価		目標値	最終評価 (R4年度)			評価段階
がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 (10万人あたり)		88 (県77.3)	H22	73.3 (県)	H28 ※1	現状維持又は 減少	－		D	人口動態統計
	②がん検診の受診率の向上 (※2)										町がん検診
	・胃がん	男性	14.1%	H22	15.0%	H28	増加	8.0%	R4	C	
		女性	12.4%		19.7%			10.7%			
	・肺がん	男性	19.8%		9.3%			6.2%			
		女性	19.7%		18.0%			9.3%			
	・大腸がん	男性	16.6%		7.4%			5.7%			
		女性	16.0%		11.6%			9.2%			
	・子宮頸がん	女性	12.5%		25.7%			20.3%			
・乳がん	女性	12.2%	22.7%		17.6%						
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 (10万人あたり)										年齢調整死亡率
	・脳血管疾患	男性	37.7% (県48.8%)	H22	(県38.1)	H27 ※1	減少傾向	(県23.7%)	R2	A	
		女性	39.8% (県22.4%)		(県17.5)			(県6.9%)			
	・虚血性心疾患	男性	47.8% (県39.2%)		(県35.4)			(県31.4%)			
		女性	22.3% (県14.9%)		(県11.5)			(県4.4%)			
	②高血圧の改善 (140/90mmHgの者の割合)		26.1%	H23	23.8%		減少	21.4%	R4	A	町国保特定健診
	③脂質異常症の減少 (1 総コレステロール240mg/dl以上の者の割合)					減少					
	(2 LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)		10.4% (男7.7%、女12.9%)	H23	8.5% (男7.6%、女9.2%)			9.7% (男9.1%、女10.2%)	R4	A	
	④メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少		813人 (38.3%)	H20	843人 (35.7%)		H20と比較して 25%減少	745人 (38.5%)	R4	C	
	⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上					H29	60.0% 現状維持・または増加				
・特定健康診査の実施率		42.1%	H22	42.2%	37.9%			R4	C		
糖尿病	・特定保健指導の終了率		47.6%		85.0%			87.5%		A	
	①合併症 (糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数) の減少		3人 (33%)	H22	2人			2人 (14%)	R3	A	町国保レセプト・身体障害者手帳交付
	②治療継続者の割合の増加 (HbA1c (JDS) 6.1以上の者の割合)		55.30%		85.7%		増加	86.9%	R4	A	
	③血糖コントロール指標におけるコントロール不良の割合の減少 (HbA1cが8.0以上の者の割合の減少)		1.20%	H23	1.2%		減少	1.2%	R4	B	町国保特定健診審査
	④糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c6.1以上の者の割合)				20.7%		減少	22.5%	R4	C	
歯・口腔の健康	①歯周病を有する者の割合の減少										D
	・60歳代における進行した歯周炎を有する者の減少 (4mm以上の歯周ポケット)		未把握		未把握			未把握			
	②乳幼児・学齢期のう歯のない者の増加										町3歳児健診
	・3歳児でう歯がない者の割合(80%以上) の都道府県の増加		65.8%	H23	77.5%		増加	83.9%	R4	A	
	・12歳児の一人の平均う歯 (10歳未満) の都道府県の増加 (町：12歳のう歯罹患率)		未把握		60.6%	H29	減少傾向	41.0%	R3	A	町学校保健統計
	③過去1年間に歯科検診を受診した者の増加 (歯周疾患検診受診者数)		未把握		未把握		増加	未把握		D	

健康はえばる21（第2次）最終評価

分野	項目		南風原町の現状値							データソース
			現状値		中間評価		目標値	評価 (R4年度)	評価段階	
栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）									
	・20歳代女性のやせの者の割合の減少（妊娠届出時のやせの者の割合）		14.5%	H22	17.4%	H29	減少	21.3%	D	町妊娠証明書
	・全出生数の低出生体重児の割合の減少		10.3%		12.4%	H28	減少傾向へ	10.7%	A	人口動態統計
	・肥満傾向にある子供の割合の減少 (小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合)	男性	未把握	H30	4.8%	減少傾向へ	11.1%	D	学校保健統計	
		女性	未把握		3.5%		7.6%	D		
	・20～60歳代の男性の肥満者の割合の減少		42.3%	H23	38.2%	H29	減少傾向へ 現状維持又は減少	42.3%	C	町国保特定健康診査
	・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少		30.1%		29.6%			31.8%	D	
	・低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制		8.5%		10.3%			12.5%	D	
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又は同等の身体活動を1日1時間以上実施するもの)									
	・20～64歳	男性	未把握	49.9%	H29	増加	54.0%	A	データ管理システム	
		女性	未把握				52.4%			
	・65歳以上	男性	未把握				49.7%	A		
		女性	未把握				55.9%			
	②運動習慣者の割合の増加									
	・20～64歳	男性	40.6%	H23	50.0%	増加	37.4%	D		
		女性	27.8%				26.7%			
	・65歳以上	男性	58.7%				54.2%	C		
		女性	48.0%				48.4%			
	③介護保険サービス利用者の増加抑制			8,536人	H23	10,992人	H28	伸び率の抑制		介護保険状況報告
飲酒	②生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 (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以上の割合)	男性	未把握	47.8%	H28	減少傾向へ	21.4%	A	KDB	
		女性	未把握				24.4%			
禁煙	①成人の禁煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）		14.7%	H23			11.9%	11.3%		A
休養	③睡眠による休養を十分にとれていない者の割合の減少		23.1%				21.2%	32.8%		A
のこ健康	①自殺者の減少（人口10万人当たり）		8人	H22	7人（15.9）	H24-28	減少傾向へ	28人（14.3）	E	人口動態統計/ 地域自殺実態 プロフィール

第2節 生活習慣病の発症予防と重症化予防

1. 女性と子どもの健康

(1) はじめに

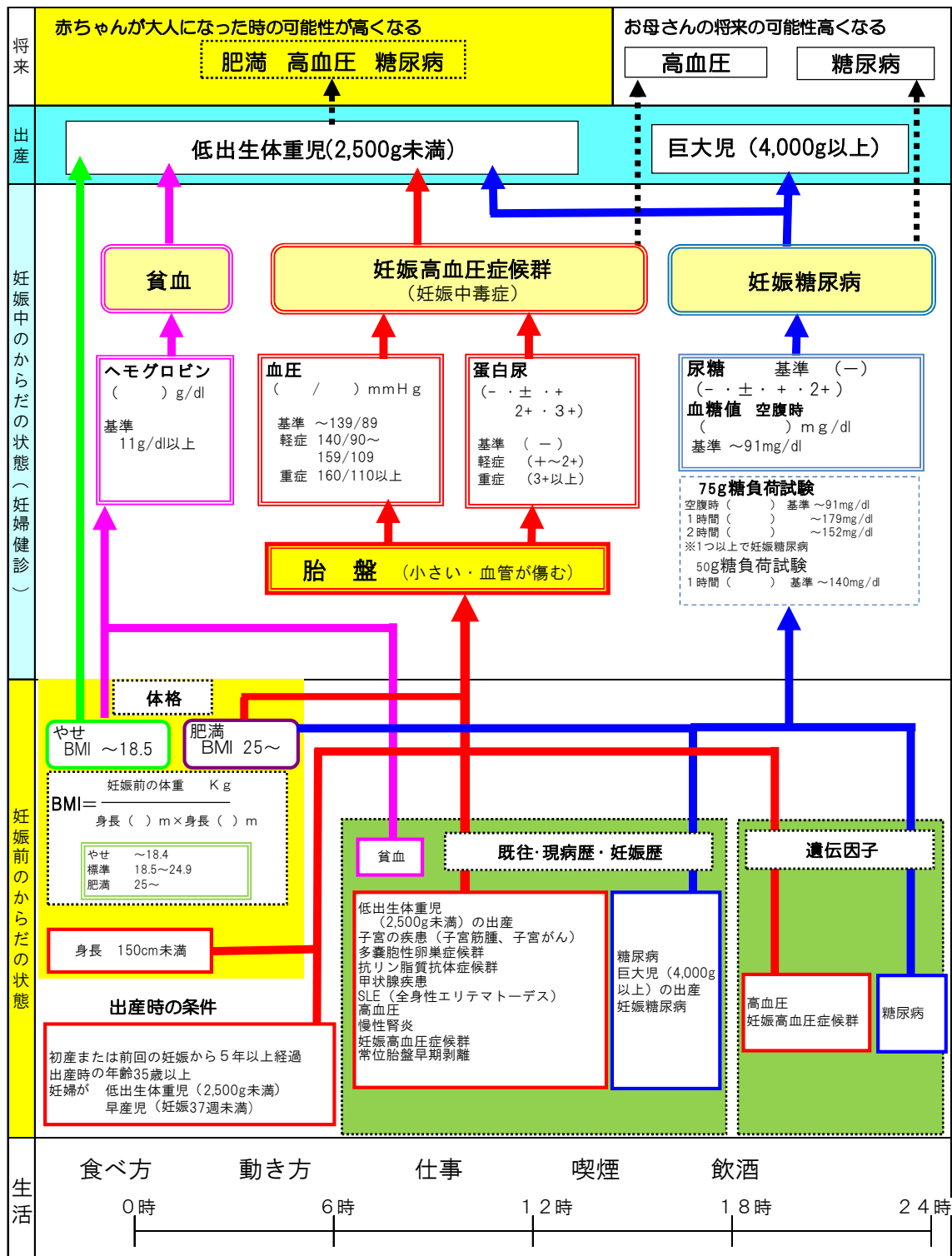
生涯を通じ健やかで心豊かに生活するためには、妊娠中や子どもの頃からの健康、次世代の健康が重要です。妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行うとともに、子どもの健やかな発育とより良い生活習慣を形成することで、成人期、高齢期等の生涯を通じた健康づくりを推進していくことができます。また子どもが成長し、やがて親となり、その次の世代を育むという循環においても子どもの健やかな発育や生活習慣の形成は、その基礎となるものです。

(2) 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ました。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します。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です。【図表20】また子どもの健やかな発育のためには妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりと基本的な生活習慣が重要であり、適正体重の維持や妊娠中の喫煙や飲酒をしないことが必要です。

【図表20】

赤ちゃんの育ちを支えるために～妊娠中予防できることは？～



(3)現状

①親子健康手帳発行状況

令和元年度をピークに令和2年度以降は減少傾向です。発行時の年齢を見ると35歳以上が3割を占めています。

出産年齢が高くなると、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病のリスクが高くなります。安全な妊娠出産や産後の生活習慣病予防に向けての継続した保健指導を実施してまいります。

【図表21】

親子健康手帳発行状況

(件)

年度	H30	R元	R2	R3	R4
発行数	548人	602人	543人	517人	475人
10代	15人(2.7%)	15人(2.5%)	6人(1.1%)	6人(1.1%)	7人(1.4%)
35歳以上	138人(25.1%)	146人(24.2%)	137人(25.2%)	152人(29.4%)	148人(31.1%)
双胎	4人(0.7%)	4人(0.7%)	23人(4.2%)	4人(0.7%)	5人(1.0%)

町RKKシステム、妊娠届出書入力システムより

②出生と低出生体重児の状況

南風原町の出生数は令和2年度以降減少傾向であるが、出生率は県や国と比較して高く推移しています。【図表22】

南風原町の低出生体重児(出生体重2,500g未満)の状況をみると、全国や県の割合と比較して高く、約10人に1人は低出生体重児でした。また低出生体重児の在胎週数区分を見ても、約5割の児がすべてのからだの機能が完成する妊娠37週以降の正期産で生まれていても体重が2,500g未満ということがわかりました。【図表23】

低出生体重児は、胎児期に低栄養の状態に置かれることで儉約遺伝子によって作られた体(体質)と、生まれてからの環境(過剰な栄養摂取など)が合わないことで、生活習慣病のリスクが高まるとの報告があります。妊娠期から適切な生活習慣で自分のからだに合わせた体重増加を図り、妊娠高血圧症候群などの異常を予防することは、適正体重児の出生につながります。

低出生体重児のリスク(母の要因:妊娠高血圧症候群、喫煙、妊娠中の体重増加不良など)や背景の実態把握をし予防に向けての保健指導をしていく必要があります。

【図表22】

			年度	H28	H29	H30	R元	R2	R3	R4
出生	町		出生数	596	610	564	589	581	529	497
			出生率(%)	15.7	15.8	14.4	14.9	14.3	13.1	12.3
	県		出生率(%)	11.5	11.2	10.9	10.4	10.3	10.0	—
			出生率(%)	7.8	7.5	7.4	7	6.8	6.6	—
低出生体重児	町	全体	人数	74	59	39	69	69	55	54
			率(%)	12.4	9.7	6.9	11.7	11.8	10.3	10.7
		(再掲) 養育医療	人数	16	17	10	19	16	17	13
			率(%)	2.6	2.8	1.7	3.2	2.8	—	—
	県		率(%)	11.3	11.1	11	11.2	10.9	—	—
	全国		率(%)	9.4	9.4	9.4	9.4	9.2	—	—

沖縄県南部保健所概況(沖縄県人口動態総覧)より

※R4年度は、町出生数／R5.3月末の全人口数で出生率を算出

【図表23】

	H30		R元		R2		R3		R4	
	数	割合(%)	数	割合(%)	数	割合(%)	数	割合(%)	数	割合(%)
把握数	38	100	58	100	59	100	55	100	54	100
37～42週未満	29	76.3	34	58.6	29	49.2	24	43.6	29	53.7
34～37週未満	3	7.9	21	36.2	21	35.6	22	40.0	16	29.6
34週未満	6	15.8	3	5.2	9	15.3	9	16.4	9	16.7

出生台帳より

③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据えた健康づくり)

ア 妊婦の体格

妊娠中の望ましい体重増加量は、妊娠前の体格指数 BMI によって異なります。BMI の値は妊娠前の体重(kg)を身長(m)の2乗で割って計算します。令和3年3月改定の「妊産婦のための食生活指針」において、新たな妊娠中の体重増加の目安が示されました。【図表24】

妊婦の妊娠前の体格を見ると、やせ(BMI18.5未満)と肥満(BMI25以上)の割合は令和元年度まではやせが多いですが、令和2年度から逆転し肥満が増加傾向になっています。

【図表25】

【図表24】

妊娠中の体重増加指導の目安*1

妊娠前の体格 (BMI) *2		体重増加量指導の目安
低体重 (やせ)	18.5未満	12～15kg
普通体重	18.5以上25.0未満	10～13kg
肥満 (1度)	25.0以上30.0未満	7～10kg
肥満 (2度以上)	30.0以上	個別対応 (上限5kgまでが目安)

*1「増加量を厳格に指導する根拠は必ずしも十分ではないと認識し、個人差を考慮したゆるやかな指導をこころがける。」産婦人科診療ガイドライン産科編2020

*2日本肥満学会の肥満度分類に準じた

【図表25】

妊婦の体格 (妊娠前のBMIの状況)

	やせ		普通		肥満		空白		合計
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数
H30	75	13.7	383	70.0	73	13.3	16	2.9	547
R1	88	14.6	416	69.1	80	13.3	18	3.0	602
R2	61	11.2	394	72.6	71	13.1	17	3.1	543
R3	69	13.3	345	66.7	90	17.4	13	2.5	517
R4	63	13.4	324	68.9	70	14.9	13	2.8	470

南風原町妊娠届出データより

次に妊娠前の体格別に妊娠中の体重増加をみると、妊娠前の体格がやせ (BMI18.5未満) の妊婦は妊娠中の体重増加が目標より少ない人が62.5%でした。肥満2度 (BMI30以上) の妊婦の61.1%が目標より多く (上限5kg 目安) 体重が増加していました。【図表26】

妊娠中の適正な体重増加は妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病予防や低出生体重児予防へとつながります。親子健康手帳発行時面談等の保健指導の強化と継続した保健指導が今後必要となります。

【図表26】

R4年度 妊娠中の体重増加

R4年度	やせ (18.5未満)		普通 (18.5以上25.0未満)		肥満1度 (25.0以上30.0未満)		肥満2度 (30.0以上)	
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)
目標より少ない	40	62.5	119	36.7	17	28.3	0	0
適正体重	22	34.4	161	49.7	28	46.7	7	38.9
目標より多い	1	1.6	41	12.7	15	25.0	11	61.1
空白 (不明)	1	1.6	3	0.9	0	0	0	0
小計	64	100	324	100	60	100	18	100

※R4年度の出生台帳 (出生数501人のうち空白以外の466人のみ対象)

イ 妊娠高血圧症候群予防対象者

妊娠高血圧症候群は、胎盤から胎児への血流が悪くなり胎児の発育が障害される危険が高くなります。妊娠高血圧症候群を予防することは適正体重児の出生につながります。

妊娠高血圧症候群の予防対象者となる妊娠初期の妊婦の血圧の状況を妊婦健診1回目（妊娠15週まで）でみると、収縮期、拡張期ともに県より高い割合でした。【図表27】

妊娠高血圧は母胎の毛細血管が縮まった状態で胎盤の血管も縮まり胎児の成長に必要な酸素や栄養が送られなくなり、低出生体重児の大きな原因になります。予防するためには妊娠して身体に負担がかかってもそれに耐えられる状態の身体をつくること、妊婦自身が自らの身体の状態を知ることが大切であると考えます。

親子健康手帳発行時における面談等、母に会える機会を捉え、健診結果の見方やリスク因子の確認、推奨体重増加、妊娠経過に応じた食の摂り方、家庭血圧測定をすすめるなどの保健指導を実施する必要があります。

【図表27】

妊娠高血圧症候群予防対象者（妊婦健診結果1回目：妊娠15週まで）

	収縮期血圧(140mmHg以上)			拡張期血圧(90mmHg以上)			尿蛋白(+以上)		
	南風原町		県	南風原町		県	南風原町		県
	人数	割合(%)	割合(%)	人数	割合(%)	割合(%)	人数	割合(%)	割合(%)
H25	9	1.8	1.0	5	1.0	0.7	27	5.3	4.9
H26	6	1.1	1.1	6	1.1	0.9	23	4.2	5.1
H27	7	1.2	0.8	6	1.0	0.8	23	4.0	5.1
H28	4	0.7	0.9	4	0.7	1.0	24	4.3	5.6
H29	7	1.3	1.0	5	0.9	0.9	36	6.5	5.9
H30	10	1.5	0.9	12	1.8	0.9	45	6.8	6.9
R1	10	1.7	1.1	10	1.7	1.0	35	6.0	6.3
R2	6	1.1	1.0	5	0.9	0.9	22	4.0	7.2
R3	6	1.2	0.9	7	1.4	0.8	17	3.4	6.5

沖縄県国保連合会まとめ

ウ 妊娠糖尿病予防対象者の状況

妊娠糖尿病の予防対象者となる妊娠初期の血糖値100mg/dl以上の妊婦を妊婦健診結果(妊娠15週まで)でみると、約10%ほどで推移していることがわかりました。【図表28】

2か月児訪問等で妊産婦への保健指導時に妊娠中の血糖値について尋ねると、「甘いものを食べたらあがるといわれた」「(75g 糖負荷検査を)やったか覚えていない」や「検査したが結果を知らない(異常あり、なしだけ伝えられた等)」と自分のからだに起こっている変化や検査の目的を妊産婦が理解していない実態がわかりました。妊娠糖尿病は妊娠中の母胎の合併症のリスクとともに、将来の母の糖尿病発症リスクにもなることから、産後も継続的な健診受診勧奨を行ってまいります。

【図表28】

妊娠糖尿病予防対象者（妊婦健診結果1回目：妊娠15週まで）

	血糖値(100mg/dl以上)			尿糖(+以上)		
	南風原町		県	南風原町		県
	人数	割合(%)	割合(%)	人数	割合(%)	割合(%)
H25	47	9.3	13.1	3	0.6	2.3
H26	60	10.9	12.0	18	3.3	2.4
H27	57	9.9	12.7	9	1.6	2.3
H28	50	9.0	12.6	20	3.6	2.0
H29	57	10.4	14.1	9	1.6	2.5
H30	62	9.4	14.2	18	2.7	2.5
R1	71	12.2	14.4	13	2.2	2.6
R2	41	7.5	14.9	11	2.0	2.6
R3	54	10.7	16.6	13	2.6	2.8

沖縄県国保連合会まとめ

妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病を発症した母は、将来の生活習慣病の発症リスクが高いと言われています。このような母にとって妊娠で増加した体重が出産後も戻らず肥満となることは、40歳代以降に生活習慣病を発症する傾向が高まります。リスクの高い母に対して、体重を戻すなどの生活習慣改善の働きかけと、40歳未満の健康診査を受診勧奨し身体の状態を確認する保健指導を母子保健事業を通じて継続実施してまいります。

④乳幼児健診・学童健診受診率の向上

ア 乳幼児健診受診率【図表29】

乳幼児健診受診率の経年変化ではコロナ禍で一旦低下したものの令和4年度にかけ上昇しています。生活習慣を形成する時期の保健指導は将来の生活習慣病予防において大変重要です。今後も受診率向上にむけた取り組みに努めてまいります。

【図表29】

乳児

		H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
南風原町	対象者	1183	1239	1158	1149	1160	1143	1098
	受診者	1076	1152	1071	970	1017	987	988
	率 (%)	91	93	92.5	84.4	87.7	86.4	90
県 (%)		91.5	90.7	89.9	90.2	85.3	89.2	89.2

1歳6か月

		H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
南風原町	対象者	553	629	612	538	538	682	565
	受診者	492	556	578	504	415	602	521
	率 (%)	88.9	88.4	94.4	93.7	77.1	88.3	92.2
県 (%)		90.5	90.5	90.6	90.6	86.8	86.1	90.4

2歳児

		H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
南風原町	対象者	545	562	534	582	549	354	524
	受診者	448	476	464	473	393	278	428
	率 (%)	82.2	84.7	86.9	81.3	71.6	78.5	81.7
県 (%)		独自事業のため県統計なし						

3歳児

		H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
南風原町	対象者	555	578	567	516	525	651	564
	受診者	489	524	513	486	474	565	515
	率 (%)	88.1	90.7	90.5	94.2	90.3	86.8	91.3
県 (%)		87.2	87.9	89.4	89.5	86.3	85	87.7

⑤ 幼児の睡眠状況

起床就寝時間の経年変化をみると年々早寝早起きの生活リズムとなっております。1歳6か月児と3歳児を比較すると、年齢があがると就寝時間が遅くなる傾向にあり、幼児の十分な睡眠時間の確保が妨げられ、脳の発達やホルモンが乱れる可能性があります。今後も継続した保健指導により生活リズムの重要性を伝えることが必要です。

【図表30】

① 起床時間

1歳6ヶ月児

年度	受診者数	集計人数	7時前起床		7時台		8時以降起床		県平均
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H24	482	482	247	51.2%	170	35.3%	65	13.5%	17.0%
H25	518	518	230	44.4%	228	44.0%	60	11.6%	16.0%
R3	602	596	331	55.5%	226	37.9%	39	6.5%	8.9%
R4	521	514	292	56.8%	185	36.0%	37	7.2%	8.6%

1.1倍増加

3歳児

年度	受診者数	集計人数	7時前起床		7時台		8時以降		県平均
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H24	421	420	156	37.1%	216	51.4%	48	11.4%	14.5%
H25	525	525	245	46.7%	231	44.0%	49	9.3%	13.3%
R3	565	564	290	51.4%	251	44.5%	23	4.1%	6.7%
R4	515	514	264	51.4%	236	45.9%	14	2.7%	6.9%

1.4倍増加

② 就寝時間

1歳6ヶ月児

年度	受診者数	集計人数	21時以前就寝		21時台		22時以降		県平均
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H24	482	482	72	14.9%	296	61.4%	114	23.6%	30.3%
H25	517	518	70	13.5%	312	60.3%	135	26.1%	29.3%
R3	602	597	140	23.5%	388	65.0%	69	11.6%	19.5%
R4	521	513	131	25.5%	313	61.0%	69	13.5%	18.4%

1.7倍増加

3歳児

年度	受診者数	集計人数	21時以前就寝		21時台		22時以降		県平均
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H24	421	421	28	6.7%	223	53.0%	170	40.4%	43.9%
H25	525	525	33	6.3%	313	59.6%	179	34.1%	42.0%
R3	565	564	56	9.9%	349	61.9%	159	28.2%	35.1%
R4	515	513	58	11.3%	310	60.4%	145	28.3%	34.9%

1.7倍増加

⑥肥満傾向にある子どもの割合

ア 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が相まって発症しますが、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します。小児肥満から成人肥満への移行率は、70%程度と言われています。

平成30年度から令和4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か月児と3歳児は平均4～5%でした。【図表31】

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ってまいります。

【図表31】

南風原町 1歳6ヶ月児	H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度	
肥満度/(区分)	人数	率 (%)	人数	率 (%)	人数	率 (%)	人数	率 (%)	人数	率 (%)
太りすぎ (+30%以上)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%
やや太りすぎ (+20%以上+30%未満)	6	1.0%	8	1.6%	0	0.0%	6	1.0%	9	1.7%
太りぎみ (+15%以上+20%未満)	22	3.8%	17	3.4%	4	1.0%	30	5.0%	23	4.4%
ふつう (-15%超+15%未満)	554	94.9%	477	94.6%	397	95.7%	560	93.0%	487	93.5%
やせ (-20%超-15%以下)	2	0.3%	2	0.4%	11	2.7%	3	0.5%	1	0.2%
やせすぎ (-20%以下)	0	0.0%	0	0.0%	3	0.7%	0	0.0%	0	0%

南風原町 3歳児	H30年度		R元年度		R2年度		R3年度		R4年度	
肥満度/(区分)	人数	率 (%)	人数	率 (%)	人数	率 (%)	人数	率 (%)	人数	率 (%)
太りすぎ (+30%以上)	2	0.4%	1	0.2%	1	0.2%	0	0.0%	2	0.4%
やや太りすぎ (+20%以上+30%未満)	3	0.6%	7	1.4%	8	1.7%	5	0.9%	6	1.2%
太りぎみ (+15%以上+20%未満)	16	3.1%	14	2.9%	18	3.8%	19	3.4%	17	3.3%
ふつう (-15%超+15%未満)	490	95.5%	463	95.3%	445	93.5%	539	95.4%	486	94.7%
やせ (-20%超-15%以下)	2	0.4%	1	0.2%	4	0.8%	2	0.4%	2	0.4%
やせすぎ (-20%以下)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0%

⑦乳児、1歳6か月児の貧血の実態【図表32】

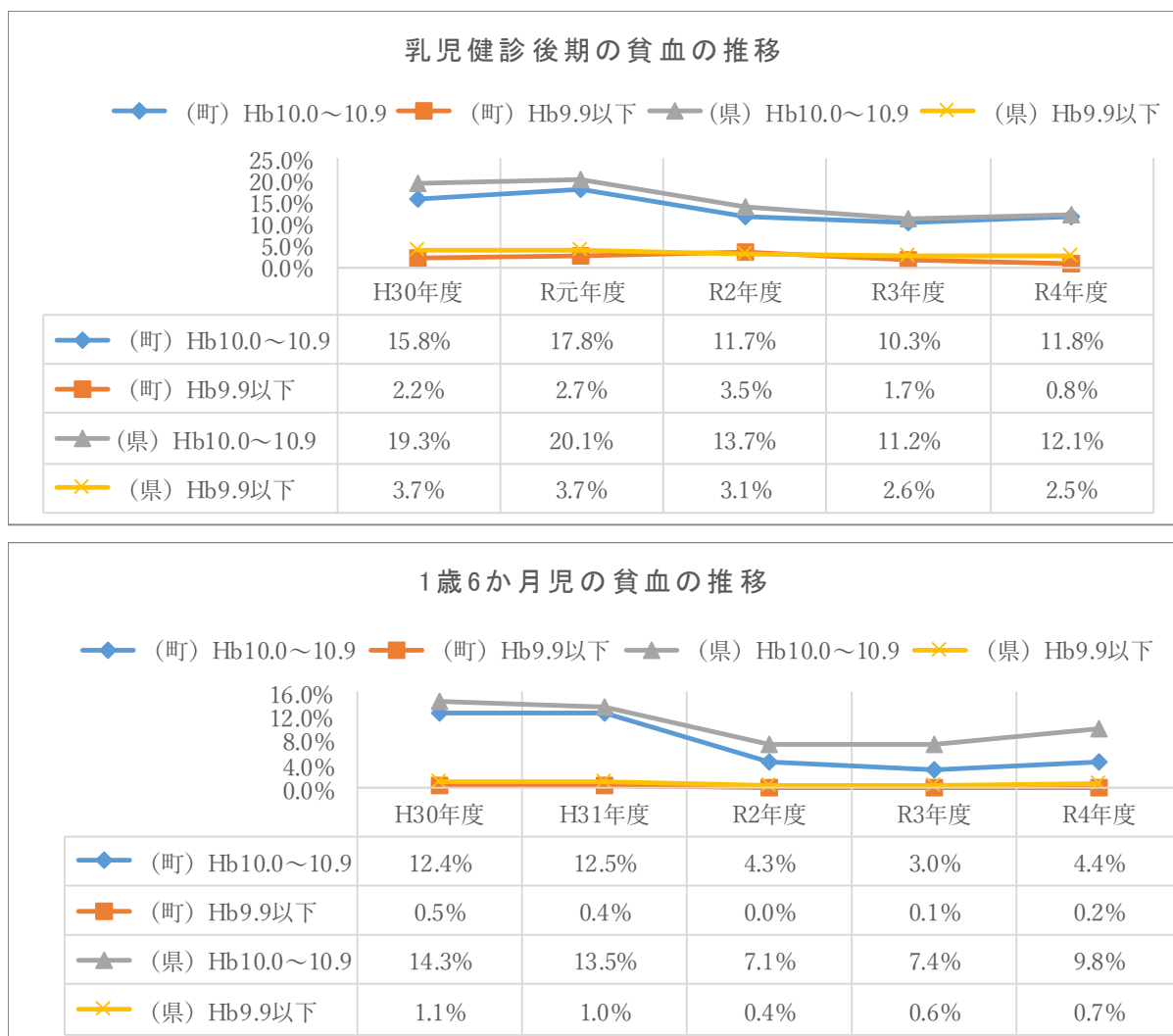
乳幼児期の成長の評価の一つに貧血があります。貧血とは、全身に酸素や栄養素を運ぶ赤血球などが少ない状態のことです。全身に酸素や栄養を十分に運ぶことができずに児の成長に大きく影響することがあります。

本町の乳児、1歳6か月児健診の結果、平成30年度から貧血児が減少しており、県平均と比較しても低いです。

その背景には町独自の7か月児相談や10か月児健診児の栄養指導の取り組み強化の成果だと考えます。

引き続き身体の発育に合わせた段階を踏んだ進め方、成長発達の基盤の生活リズムを整える重要性を伝えていく保健指導、栄養指導が必要です。

【図表32】



町の乳幼児健診データ・R4年度乳幼児健康審査報告書より

⑧学童健診(小児生活習慣病予防健診)受診率【図表33】

学童期においても、個人の実態に応じた生活習慣病発症予防を目的に、小学5年生、中学2年生を対象に健康診査を実施しています。平成28年度から事業開始しコロナ禍で受診率は減少しましたが、平均40%の受診率となっています。

【図表33】

年度		H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
対象者		908	976	932	990	1,032	1,031	1,035	1,105
	小5	464	509	476	516	512	540	527	591
	中2	444	467	456	474	520	491	508	514
受診者		241	321	310	463	305	363	414	390
	小5	154	206	187	280	170	204	231	242
	中2	87	115	123	183	135	159	183	148
受診率 (%)		26.5	32.9	33.3	46.8	29.6	35.2	40.0	35.3
	小5	33.2	40.5	39.3	54.3	33.2	37.8	43.8	40.9
	中2	19.6	24.6	27.0	38.6	26.0	32.4	36.0	28.8

「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ます。

平成30年度から令和4年度までの血液検査の結果を肥満度分類ごとにみてみました。【図表34】

小学5年生、中学2年生ともに、普通体重でも耐糖能異常や脂質異常の有所見者がいることが分かりました。身体計測だけでなく血液検査をすることで個人の身体の実態を確認でき、今後の生活習慣の見直しへとつながり、発症予防に繋がると考えます。

また、引き続き学童期生活習慣病予防健診の受診を促し、健診結果説明会を通し親子で日頃の生活習慣の振り返りと学習を継続していきます。そのため、各学校の養護教諭等と課題を共有しながら、必要な連携を図っていく必要があります。

【図表34】

肥満度分類別 学童生活習慣病予防健診受診者有所見者状況

小5

健診受診者数(a)		肥満度	検査測定者数(a)	やや傾向						普通体重		肥満傾向									
				～20%以下	～20%以下				～20%～20%	20%～	20%以上										
					高度やや		軽度やや				軽度肥満		中等度肥満		高度肥満						
					～30%以下		～20%～30%														
					人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
(a)	(b)/(a)	(c)	(d)/(a)	(d)	(e)/(a)	(e)	(f)/(a)	(f)	(g)/(a)	(g)	(h)/(a)	(h)	(i)/(a)	(i)	(j)/(a)	(j)	(k)/(a)				
1072	人	該当者	418	44	4.1%	1	0.1%	43	4.0%	904	84.3%	124	11.6%	58	13.9%	54	12.9%	12	1.1%		
			男 533	21		1		20		441		71		29		37		5			
			女 539	23		0		23		463		51		29		17		5			
検査項目		有所見値	受診者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
(j)	(j)/(b)	(b)	(b)/(c)	(l)	(l)/(d)	(m)	(m)/(a)	(n)	(n)/(f)	(o)	(o)/(g)	(p)	(p)/(h)	(q)	(q)/(i)	(r)	(r)/(j)	(s)	(s)/(k)		
耐糖能障害	空腹時血糖	126以上	684	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
	HbA1c	5.6以上	1,064	1	2.3%	0	0.0%	1	2.3%	27	3.0%	6	4.8%	2	3.4%	3	5.6%	1	8.3%		
		再6.5以上	1,064	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
脂質異常症	中性脂肪	140以上	684	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	1.2%	2	1.6%	1	1.7%	1	1.9%	0	0.0%		
	HDL	40未満	986	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	0.4%	4	3.2%	1	1.7%	2	3.7%	1	8.3%		
	LDL	140以上	1,064	5	11.4%	0	0.0%	5	11.6%	25	2.8%	11	8.9%	2	3.4%	8	14.8%	1	8.3%		
高血圧	収縮期血圧	135以上	1,072	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	0.9%	4	3.2%	1	1.7%	2	3.7%	1	8.3%		
	拡張期血圧	80以上	1,072	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	27	3.0%	17	13.7%	6	10.3%	8	14.8%	3	25.0%		
高尿酸血症・痛風	尿酸	6.3以上	1,064	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	17	1.9%	15	12.1%	4	6.9%	10	18.5%	1	8.3%		
	AST	31以上	1,064	5	11.4%	0	0.0%	5	11.6%	43	4.8%	12	9.7%	2	3.4%	8	14.8%	2	16.7%		
	ALT	31以上	1,064	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	1.4%	18	14.5%	4	6.9%	10	18.5%	4	33.3%		
	γ-GT	51以上	1,064	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%		
貧血	Hb	男子 12.1以下	529	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
		女子 11.8以下	538	1	2.3%	0	0.0%	1	2.3%	2	0.2%	2	1.6%	0	0.0%	1	1.9%	1	8.3%		

肥満度分類別 学童生活習慣病予防健診受診者有所見者状況

中2

健診受診者数(a)		肥満度	検査測定者数(a)	やや傾向						普通体重		肥満傾向									
				～20%以下	～20%以下				～20%～20%	20%～	20%以上										
					高度やや		軽度やや				軽度肥満		中等度肥満		高度肥満						
					～30%以下		～20%～30%														
					人数	割合	人数	割合			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
783 人		該当者		41	5.2%	1	0.1%	40	5.1%	681	87.0%	62	7.9%	29	3.7%	28	280.0%	5	0.6%		
			男 402	24		0		24		336		41		16		21		4			
			女 381	17		1		16		345		20		12		7		1			
再掲	検査項目		有所見値	受診者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	耐糖能障害	空腹時血糖	126以上	697	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
		HbA1c	5.6以上	781	4	9.8%	0	0.0%	4	10.0%	39	5.7%	2	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	2	40.0%	
			再6.5以上	781	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	脂質異常症	中性脂肪	140以上	598	1	2.4%	0	0.0%	1	2.5%	13	1.9%	2	3.2%	2	6.9%	0	0.0%	0	0.0%	
		HDL	40未満	782	1	2.4%	0	0.0%	1	2.5%	6	0.9%	4	6.5%	1	3.4%	2	7.1%	1	20.0%	
		LDL	140以上	782	2	4.9%	0	0.0%	2	5.0%	39	5.7%	4	6.5%	2	6.9%	2	7.1%	0	0.0%	
	高血圧	収縮期血圧	135以上	783	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	19	2.8%	9	14.5%	6	20.7%	2	7.1%	1	20.0%	
		拡張期血圧	80以上	783	3	7.3%	0	0.0%	3	7.5%	38	5.6%	8	12.9%	6	20.7%	1	3.6%	1	20.0%	
	高尿酸血症・痛風	尿酸	6.3以上	782	2	4.9%	0	0.0%	2	5.0%	80	11.7%	23	37.1%	8	27.6%	13	46.4%	2	40.0%	
	肝機能異常	AST	31以上	782	3	7.3%	0	0.0%	3	7.5%	17	2.5%	5	8.1%	2	6.9%	2	7.1%	1	20.0%	
		ALT	31以上	782	1	2.4%	0	0.0%	1	2.5%	11	1.6%	15	24.2%	2	6.9%	10	35.7%	3	60.0%	
		γ-GT	51以上	782	1	2.4%	0	0.0%	1	2.5%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	貧血	Hb	男子 12.1以下	402	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
			女子 11.8以下	380	1	5.9%	0	0.0%	1	6.3%	34	9.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	

(4) 具体的な取り組み

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ります。

- ① 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実施(親子健康手帳発行時の保健指導)
- ② 妊産婦健診結果に基づく保健指導の実施
- ③ 母子保健事業を通じた切れ目ない保健指導の継続実施
 - ・新生児訪問
 - ・2か月児訪問
 - ・乳児健診(4か月児健診・9か月児健診)
 - ・7か月児相談
 - ・1歳6か月児歳児健診
 - ・2歳児健診
 - ・3歳児健診
 - ・学童健診
 - ・定期健康相談など
- ④ 乳幼児健診などの受診率向上に向けた取り組み実施
(未受診児勧奨への取り組み)
- ⑤ 小児生活習慣病予防健診(学童健診)の継続的な保健指導
- ⑥ 乳幼児期の食育の推進

2. 循環器病

(1) はじめに

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、平成30年の人口動態統計によると、心疾患は死因の第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせると、年間31万人以上の国民が亡くなっています。また令和元年の国民生活基礎調査によると、循環器病は要介護の原因の20.6%を占めており介護が必要となった主な原因の一つでもあります。こうした背景から、平成30年に「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」が成立し、令和元年12月に施行されました。基本法に基づき国や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ます。

(2) 基本的な考え方

循環器病の主要な危険因子である、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の4つのうち、喫煙はあらゆる疾患の発症リスクを高めること、糖尿病は循環器病以外にも独自の合併症（細小血管障害等）を引き起こすこと等から、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高血圧と脂質異常症（高コレステロール血症）について目標を設定されています。

国民健康づくり運動においては、高血圧の改善や脂質異常症の減少等に向けた取組を行うことで予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体としての死亡率も減少させることを目指します。

①発症予防

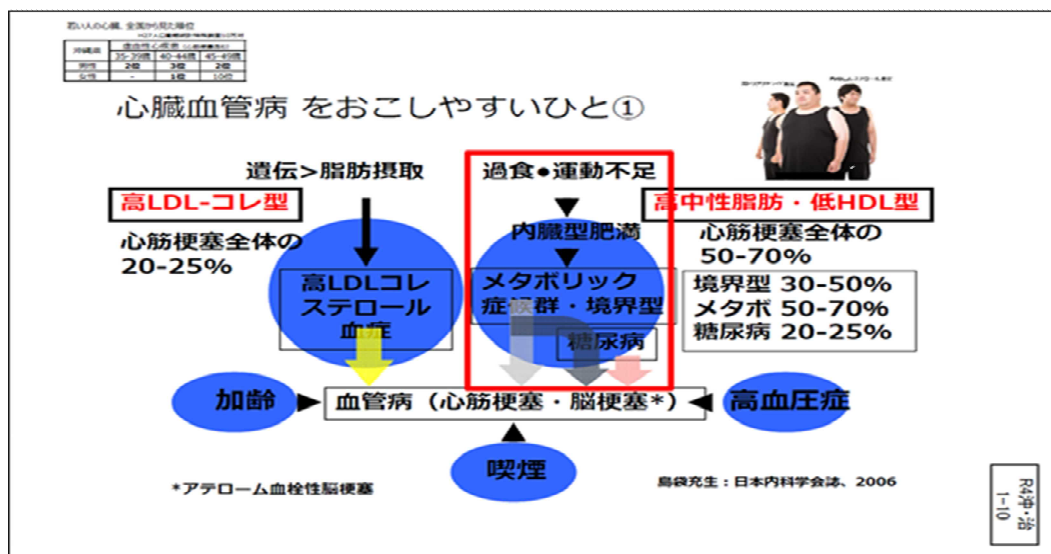
循環器疾患の予防には、危険因子の管理と関連する生活習慣の改善が重要となります。循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣には、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、住民一人ひとりがこれらの生活習慣改善に向けた取組を考える入り口は、健康診査の受診結果と考えます。特定健診をはじめ、職場健診など健康診査の受診率の維持・向上が重要になってきます。

②重症化予防

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

また、高血圧症及び脂質異常症の危険因子は、肥満を伴わない場合にも多く認められることから、肥満の有無に関係なく保健指導を実施していくことが必要になります。【図表35】

【図表35】



(3)現状

①虚血性心疾患、脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少

年齢調整死亡率の算出は難しい値であることから、標準化死亡比(SMR)を用いて循環器病の死亡の状況を評価指標とします。

虚血性心疾患は男女ともに2016-2020は県、国と比較すると高くなっております【図表36】

脳血管疾患では男性は2011-2020年脳梗塞が100を超えています。また女性は2016-2020年で脳出血が増加しております。本町の現状の詳細についてはデータヘルス計画に記載しております。

【図表36】

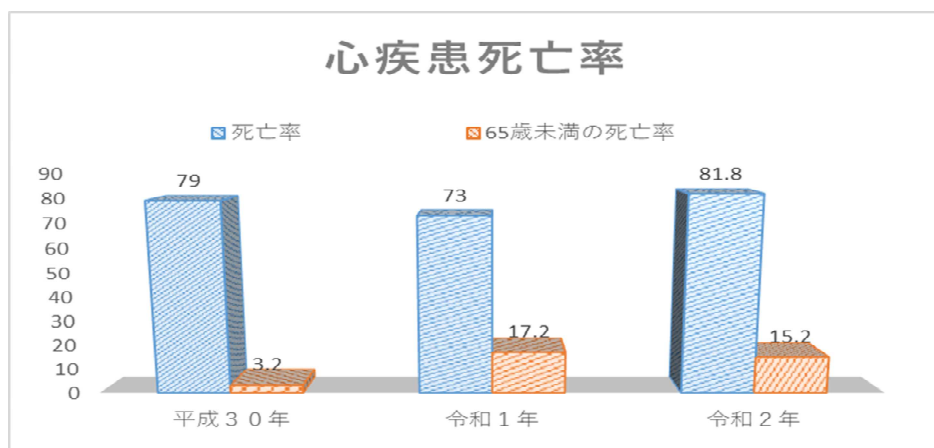
	男性					女性				
	2011-2015		2016-2020			2011-2015		2016-2020		
	対沖縄		対沖縄		対全国	対沖縄		対沖縄		対全国
	死亡数	標準化死亡比	死亡数	標準化死亡比	標準化死亡比	死亡数	標準化死亡比	死亡数	標準化死亡比	標準化死亡比
虚血性心疾患	48	98.6	54	107.4	118.1	30	101.6	32	122.6	112.1
急性心筋梗塞	22	85.1	20	83.4	91.7	10	58.5	15	101.1	106.7
脳血管疾患	50	95.9	55	87.7	94.9	29	63.3	34	66.7	61.2
くも膜下出血	4	81.1	3	49.5	55.3	4	52	1	12.1	12.4
脳内出血	21	97.9	20	79.6	97.5	11	78.9	17	108.5	114.7
脳梗塞	24	103	30	102.3	98.2	14	63.2	15	60.2	48.1

ア 心疾患死亡率

心疾患の全体の死亡率、65歳未満の死亡率が増加しています。【図表37】

心疾患の危険因子である、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病などを早期に発見できる若年層の健診受診を促すことや、発症予防の保健指導に努める必要があります。

【図表37】



資料) 人口:南風原町行政区別人口統計表 10 月末

死亡者数、65 歳未満死亡者数: 沖縄県衛生統計年報(人口動態編)、人口動態統計の概況

心血管疾患の中でも予防可能な虚血性心疾患は、心電図検査によって早期発見ができます。町の心電図検査の結果の状況をみると、R3年度健診受診者(20歳～74歳)のうち約6割が心電図検査を実施しておりそのうち約5割近くが有所見者の結果となっています。【図表38】

重症化すると、狭心症や心筋梗塞、重症な脳梗塞に繋がりがやすい心房細動などが発見されています。そのことから全ての受診者に心電図検査を実施することで予防できる心疾患の発症を見逃すことなく、重症化予防に繋げることができると考えます。この実態から町では、令和6年度より集団健診受診者(20歳～74歳)へ心電図検査の全数実施し発症予防、有所見者へは循環器への医療受診勧奨を行い重症化予防にむけて取り組みます。本町の現状、具体的な取り組みについては、データヘルス計画において記載しております。

【図表38】

図表 心電図検査結果

性別・年齢		所見	健診受診者数	心電図検査			所見内訳																
							ST変化・異常Q波				心肥大				不整脈								
				実施者数		有所見者数 B	有所見率 B/A	異常Q波		ST-T変化		左室肥大		軸偏位		房室ブロック		脚ブロック		心房細動		期外収縮	
				A	実施率			C	割合C/B	D	割合D/B	E	割合E/B	F	割合F/B	G	割合G/B	H	割合H/B	I	割合I/B	J	割合J/B
内訳	40～74歳	28,139	1,294	63.5	638	49.3	28	4.4	221	34.6	84	13.2	55	8.6	19	3.0	86	13.5	10	1.6	48	7.5	
	男性	12,046	648	68.3	348	53.7	15	4.3	85	24.4	54	15.5	34	9.8	14	4.0	59	17.0	10	2.9	29	8.3	
	女性	16,093	646	59.3	290	44.9	13	4.5	136	46.9	30	10.3	21	7.2	5	1.7	27	9.3	0	0.0	19	6.6	

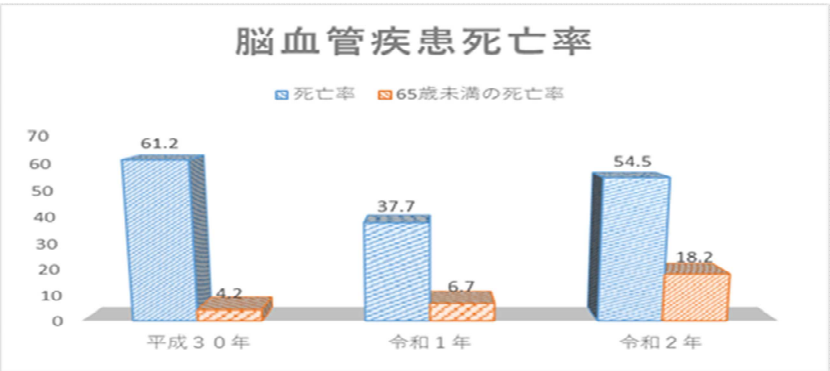
南風原町調べ

イ 脳血管死亡率

脳血管疾患の全体の死亡率は約半数前後の率となっていますが、令和2年度の65歳未満の死亡率が増加しています。【図表39】

脳血管疾患の危険因子である、高血圧、脂質異常症、糖尿病などを早期に発見できる若年層の健診受診の向上にむけた取り組みや、発症予防の特定保健指導に努める必要があります。

【図表39】



資料) 人口:南風原町行政区別人口統計表 10月末

死亡者数、65歳未満死亡者数:沖縄県衛生統計年報(人口動態編)、人口動態統計の概況

(ア)介護認定者状況

要介護の有病状況から2号被保険者(40歳～65歳未満)の約9割、65歳以上の1号被保険者の約5割以上が脳血管疾患でした。【図表40】

急性期医療の進歩により、脳血管疾患の死亡の減少が可能となってきましたが、後遺症による日常生活の質の低下をまねくことも少なくありません。そのため、脳血管疾患予防の視点では死亡数だけでなく、介護保険認定者の実態も重要な評価指標と考えます。

要介護認定者の実態から、第2号被保険者12人のうち11人が脳血管疾患発症者でした。また、生活習慣病治療者に占める脳血管疾患治療者は50歳～64歳で高くなっています。健康寿命の延伸のためにも、脳血管疾患の発症予防が重要で、さらに脳血管疾患をすでに発症している人は再発することで重症化しやすい為、再発予防が必要です。

(イ)2号介護認定者の実態

令和4年度の2号介護認定者の状況では約7割以上が脳血管疾患を有しており、その背景には生活習慣病の所見がありました。そのうち健診を受診していたのは2人だけでした。生活習慣病の健診受診後の保健指導で重症化を防ぐことが必要となり、さらに国保以外の保険も含め、若年者への未受診者対策が非常に重要になります。【図表41】

【図表40】

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)				37		191		1,093		1,284		1,321	
				再)国保・後期		12		120		947		1,067	
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 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	血管 疾 患	循環器 疾患	1	脳卒中	11	脳卒中	62	脳卒中	505	脳卒中	567	脳卒中	578
				91.7%	51.7%		53.3%		53.1%		53.6%		
			2	虚血性 心疾患	5	虚血性 心疾患	43	虚血性 心疾患	385	虚血性 心疾患	428	虚血性 心疾患	433
		41.7%		35.8%	40.7%	40.1%	40.1%						
		3	腎不全	3	腎不全	20	腎不全	194	腎不全	214	腎不全	217	
			25.0%	16.7%	20.5%	20.1%	20.1%						
		合併症	4	糖尿病 合併症	3	糖尿病 合併症	31	糖尿病 合併症	172	糖尿病 合併症	203	糖尿病 合併症	206
	25.0%			25.8%	18.2%	19.0%	19.1%						
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)				12	基礎疾患	111	基礎疾患	891	基礎疾患	1,002	基礎疾患	1,014
					100.0%		92.5%		94.1%		93.9%		94.0%
	血管疾患合計				12	合計	115	合計	914	合計	1,029	合計	1,041
					100.0%		95.8%		96.5%		96.4%		96.5%
	認知症			認知症	1	認知症	19	認知症	488	認知症	507	認知症	508
				8.3%		15.8%		51.5%		47.5%		47.1%	
筋・骨格疾患		筋骨格系	10	筋骨格系	102	筋骨格系	904	筋骨格系	1,006	筋骨格系	1,016		
			83.3%		85.0%		95.5%		94.3%		94.2%		

【図表41】

R4年度介護保険2号認定者有病状況（国保：14人、社保：13人、生保：2人）

	要介護度	健診	主病名							生活習慣病		
			脳出血	くも膜下出血	脳梗塞	パーキンソン病	リウマチ	がん	その他	高血圧	糖尿病	脂質異常症
1	要介護 5	?		●						●		
2	要介護 4	×		●	●					●		
3	要介護 5	×							●			
4	要介護 3	×			●					●		●
5	要介護 2	×	●							●	●	
6	要介護 4	?							●			
7	要介護 1	?										
8	要介護 1	?	●									
9	要支援 2	●			●					●	●	
10	要支援 1	×	●							●		
11	要介護 2	?						●				
12	要支援 2	?				●						
13	要支援 1	?		●	●					●		
14	要介護 2	?	●		●							
15	要介護 1	?			●							
16	要介護 4	×			●					●	●	●
17	要介護 2	×					●					
18	要介護 5	●	●							●	●	●
19	要介護 5	?				●						
20	要支援 2	?	●							●		
21	要介護 4	×	●							●		
22	要介護 3	×			●							
23	要介護 3	?					●					
24	要支援 2	×			●							
25	要介護 2	×							●		●	
26	要介護 1	?	●							●		
27	要介護 2	?			●						●	
28	要支援 1	?				●						
29	要介護 3	×			●							
合計		2	8	3	11	3	2	1	3	12	6	3

データ元：介護保険広域連合ALWAYS

②高血圧の改善(第3期データヘルス計画再掲)

虚血性心疾患や脳血管疾患のリスクには高血圧、糖尿病、脂質異常症などがあります。

高血圧は循環器病の確立した危険因子であり、特に日本人では喫煙と並んで主な原因となることが示されている。循環器病の発症や死亡への寄与は、高血圧領域だけでなく、正常高値血圧と高値血圧(正常血圧と高血圧の間の領域)においても大きいことから、血圧レベルと循環器病の関連は少なくとも正常血圧領域までは低ければ低いほど望ましいと考えられます。

しかし、高血圧は自覚症状がほとんどなく、血圧が高いことを自覚していても受診行動つながらない、治療を中断してしまうなどの実態が多く見られます。町では現在、特定健診受診者を対象に、高血圧治療ガイドラインに記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層化」をもとに、血圧値だけでなく、個々の血圧以外の危険因子を考慮した保健指導を実施しています。

その結果、令和4年度の特定健診受診者のⅡ度以上高血圧の割合は、平成23年度と比較し減少しています。【図表42】令和4年度の健診受診者の結果をみるとⅡ度高血圧以上が86人(4.2%)であり、そのうち42人(48.8%)は未治療者です。【図表43-②】

高血圧治療中の受診者であってもⅡ度高血圧以上の結果が約16.9%でした。高血圧治療中のうち特定健診未受診者は1,659人(66.7%)であり、血圧値が不明のため、コントロール状況がわかりません。【図表44】対象者の状態に応じて適切な受診勧奨を行う必要があります。

また、重症化を予防するための臓器障害を発見するための検査(眼底、心電図)の結果をみても2割は心電図有所見者であるため検査の実施率を増やし重症化を予防する取り組みが必要です。【図表44】

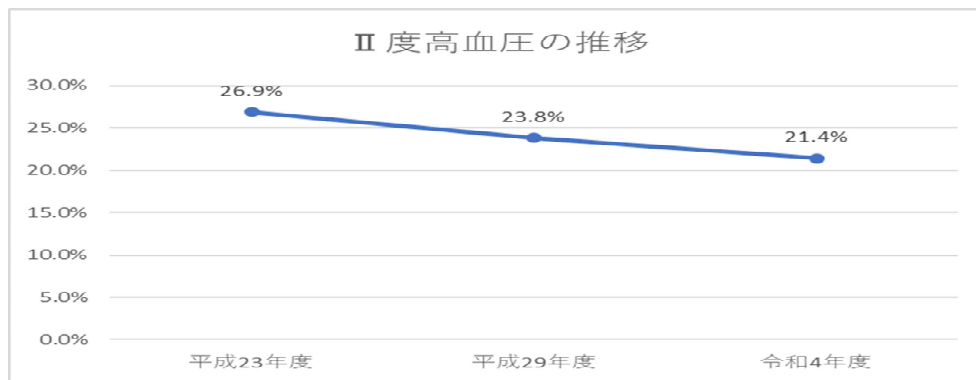
引き続き、血圧手帳等を活用し、医療機関と連携した保健指導が必要で、今後も同様の方法で高血圧者の重症化予防、発症予防を継続していきます。

本町の現状、具体的な取組については、データヘルス計画に記載しております。

血圧分類			
高値血圧	I度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧
130～139 /80～89	140～159 /90～99	160～179 /100～109	180以上 /110以上

(参考資料:血圧分類)

【図表42】



【図表43】

① 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
H29	2,363	777	32.9%	396	16.8%	627	26.5%	467	19.8%	81	3.4%	15	0.6%
H30	2,147	724	33.7%	395	18.4%	554	25.8%	387	18.0%	76	3.5%	11	0.5%
R01	2,064	659	31.9%	384	18.6%	535	25.9%	396	19.2%	70	3.4%	20	1.0%
R02	1,800	530	29.4%	317	17.6%	473	26.3%	390	21.7%	73	4.1%	17	0.9%
R03	1,936	601	31.0%	342	17.7%	499	25.8%	411	21.2%	71	3.7%	12	0.6%
R04	2,032	594	29.2%	362	17.8%	556	27.4%	434	21.4%	80	3.9%	6	0.3%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

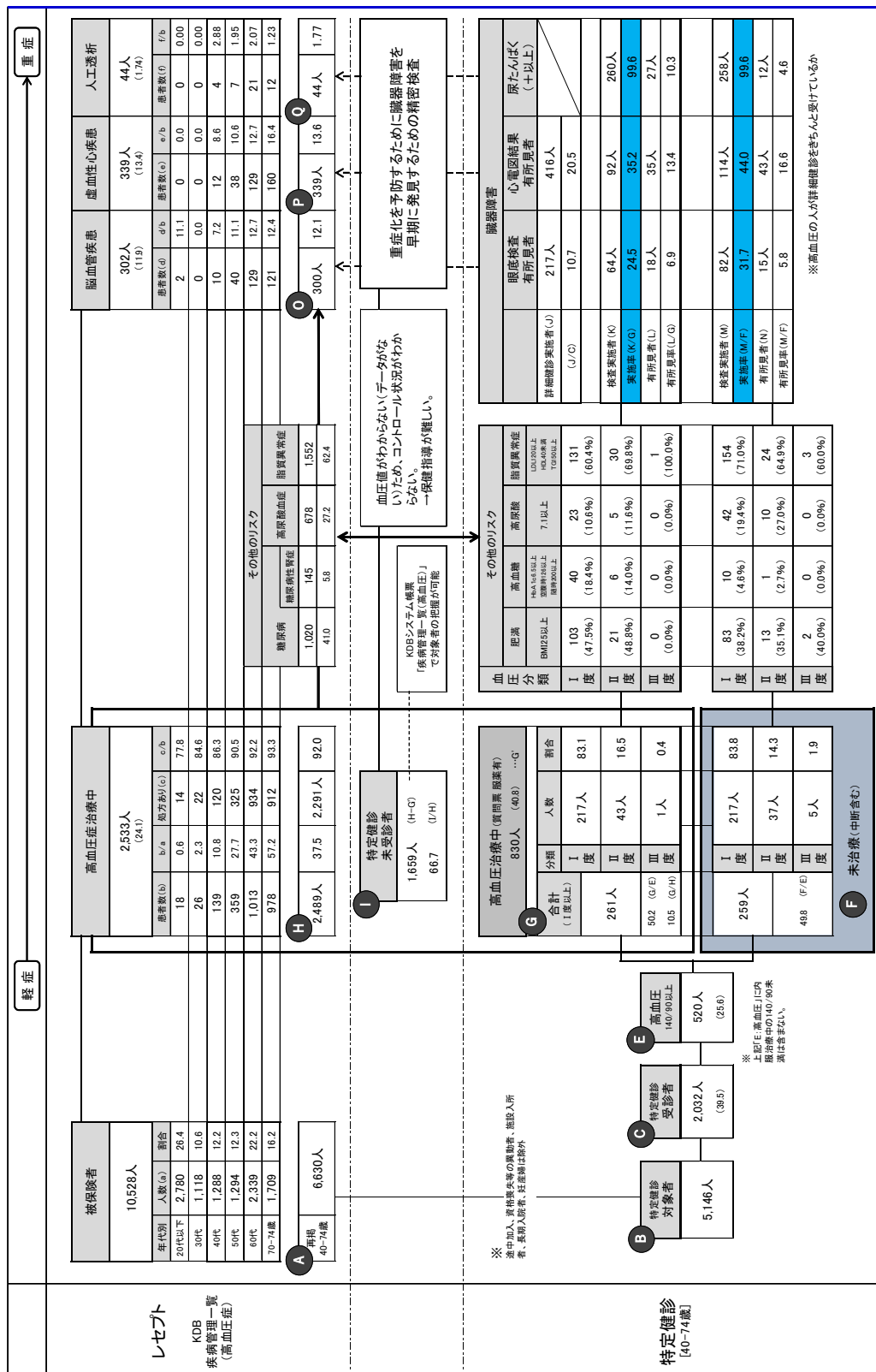
② 重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診 受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上								
					再掲								
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療						
H29	2,363	1,173 49.6%	627 26.5%	467 19.8%	96 4.1%	52 54.2%	44 45.8%						
					15 0.6%	8 53.3%	7 46.7%	0.6%					
H30	2,147	1,119 52.1%	554 25.8%	387 18.0%	87 4.1%	48 55.2%	39 44.8%						
					11 0.5%	7 63.6%	4 36.4%	0.5%					
R01	2,064	1,043 50.5%	535 25.9%	396 19.2%	90 4.4%	53 58.9%	37 41.1%						
					20 1.0%	14 70.0%	6 30.0%	1.0%					
R02	1,800	847 47.1%	473 26.3%	390 21.7%	90 5.0%	45 50.0%	45 50.0%						
					17 0.9%	8 47.1%	9 52.9%	0.9%					
R03	1,936	943 48.7%	499 25.8%	411 21.2%	83 4.3%	42 50.6%	41 49.4%						
					12 0.6%	8 66.7%	4 33.3%	0.6%					
R04	2,032	956 47.0%	556 27.4%	434 21.4%	86 4.2%	42 48.8%	44 51.2%						
					6 0.3%	5 83.3%	1 16.7%	0.3%					

③ 治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B	B/A	C	C/A	C	D	D/A	E	E/A	F	F/A
治療中	H29	893	37.8%	189	21.2%	164	18.4%	268	30.0%	228	25.5%	37	4.1%
	H30	818	38.1%	166	20.3%	155	18.9%	263	32.2%	195	23.8%	35	4.3%
	R01	790	38.3%	139	17.6%	162	20.5%	245	31.0%	207	26.2%	31	3.9%
	R02	739	41.1%	122	16.5%	147	19.9%	229	31.0%	196	26.5%	36	4.9%
	R03	793	41.0%	156	19.7%	155	19.5%	239	30.1%	202	25.5%	37	4.7%
	R04	830	40.8%	133	16.0%	161	19.4%	275	33.1%	217	26.1%	43	5.2%
治療なし	H29	1,470	62.2%	588	40.0%	232	15.8%	359	24.4%	239	16.3%	44	3.0%
	H30	1,329	61.9%	558	42.0%	240	18.1%	291	21.9%	192	14.4%	41	3.1%
	R01	1,274	61.7%	520	40.8%	222	17.4%	290	22.8%	189	14.8%	39	3.1%
	R02	1,061	58.9%	408	38.5%	170	16.0%	244	23.0%	194	18.3%	37	3.5%
	R03	1,143	59.0%	445	38.9%	187	16.4%	260	22.7%	209	18.3%	34	3.0%
	R04	1,202	59.2%	461	38.4%	201	16.7%	281	23.4%	217	18.1%	37	3.1%

【図表 4 4】



③脂質(LDLコレステロール)高値の者の減少(第3期データヘルス計画再掲)

脂質異常症は虚血性心疾患(冠動脈疾患)の危険因子であり、LDLコレステロール値の上昇に伴い冠動脈疾患の発症率や死亡率が上昇することが報告されています。脳血管疾患については、高LDLコレステロール血症はアテローム血栓性脳梗塞の発症リスクを高めることも報告されています。

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、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以上とされています。【図表45】

町の特定健診受診者のLDLコレステロール160mg/dl以上の者の経年割合は、平均10%前後となっています。令和4年度健診結果をみると脂質異常(LDL160以上)が197人(9.7%)であり、そのうち181人は未治療者です。LDLコレステロール160mg/dl以上の未治療者が181人(91.9%)と高い結果です。【図表46-②】

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ります。LDL180以上は70人(9.0%)でした【図表45】受診勧奨の保健指導を継続実施する必要があります。本町の現状、具体的な取組についてはデータヘルス計画に記載しております。

【図表45】

保健指導対象者の明確化

令和04年度

動脈硬化性心血管疾患の予防から見た
LDLコレステロール管理目標

(参考)
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)

管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL				健診結果 (LDL-C)				(再掲)LDL160以上の年代別				
				120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70～74歳	
775				357	237	111	70	32	32	68	49	
				46.1%	30.6%	14.3%	9.0%	17.7%	17.7%	37.6%	27.1%	
一次予防 まず生活 習慣の改	低リスク	160未満 (190未満)	125	59	44	12	10	14	8	0	0	
			16.1%	16.5%	18.6%	10.8%	14.3%	43.8%	25.0%	0.0%	0.0%	
	中リスク	140未満 (170未満)	270	119	77	45	29	7	11	36	20	
			34.8%	33.3%	32.5%	40.5%	41.4%	21.9%	34.4%	52.9%	40.8%	
	高リスク	120未満 (150未満)	284	134	87	40	23	8	9	23	23	
			36.6%	37.5%	36.7%	36.0%	32.9%	25.0%	28.1%	33.8%	46.9%	
		再掲	100未満 (130未満) ※1	10	7	1	0	2	1	0	1	0
				1.3%	2.0%	0.4%	0.0%	2.9%	3.1%	0.0%	1.5%	0.0%
二次予防 生活習慣	冠動脈疾患 または アテローム 血栓性	100未満 (130未満)	96	45	29	14	8	3	4	9	6	
			12.4%	12.6%	12.2%	12.6%	11.4%	9.4%	12.5%	13.2%	12.2%	

※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。

① 【図表46】

LDL-Cの年次比較

		LDL 測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
			120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
			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
総 数	H29	2,363	1,223	51.8%	611	25.9%	329	13.9%	133	5.6%	67	2.8%
	H30	2,144	1,036	48.3%	531	24.8%	346	16.1%	149	6.9%	82	3.8%
	R01	2,062	992	48.1%	536	26.0%	327	15.9%	133	6.5%	74	3.6%
	R02	1,798	871	48.4%	442	24.6%	279	15.5%	138	7.7%	68	3.8%
	R03	1,933	979	50.6%	457	23.6%	311	16.1%	127	6.6%	59	3.1%
	R04	2,030	1,082	53.3%	477	23.5%	274	13.5%	122	6.0%	75	3.7%
男 性	H29	1,114	641	57.5%	255	22.9%	133	11.9%	58	5.2%	27	2.4%
	H30	997	541	54.3%	229	23.0%	135	13.5%	61	6.1%	31	3.1%
	R01	961	522	54.3%	234	24.3%	120	12.5%	58	6.0%	27	2.8%
	R02	835	458	54.9%	194	23.2%	102	12.2%	53	6.3%	28	3.4%
	R03	899	509	56.6%	194	21.6%	126	14.0%	51	5.7%	19	2.1%
	R04	946	537	56.8%	209	22.1%	114	12.1%	51	5.4%	35	3.7%
女 性	H29	1,249	582	46.6%	356	28.5%	196	15.7%	75	6.0%	40	3.2%
	H30	1,147	495	43.2%	302	26.3%	211	18.4%	88	7.7%	51	4.4%
	R01	1,101	470	42.7%	302	27.4%	207	18.8%	75	6.8%	47	4.3%
	R02	963	413	42.9%	248	25.8%	177	18.4%	85	8.8%	40	4.2%
	R03	1,034	470	45.5%	263	25.4%	185	17.9%	76	7.4%	40	3.9%
	R04	1,084	545	50.3%	268	24.7%	160	14.8%	71	6.5%	40	3.7%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

②

年度	健診 受診者	120未満	120～139	140～159	160以上												
					再)180以上	未治療	治療										
H29	2,363	1,223 51.8%	611 25.9%	329 13.9%	200	176	24										
					8.5%	88.0%	12.0%										
					67	61	6										
H30	2,144	1,036 48.3%	531 24.8%	346 16.1%	231	209	22										
					10.8%	90.5%	9.5%										
					82	75	7										
R01	2,062	992 48.1%	536 26.0%	327 15.9%	207	187	20										
					10.0%	90.3%	9.7%										
					74	67	7										
R02	1,798	871 48.4%	442 24.6%	279 15.5%	206	184	22										
					11.5%	89.3%	10.7%										
					68	61	7										
R03	1,933	979 50.6%	457 23.6%	311 16.1%	186	174	12										
					9.6%	93.5%	6.5%										
					59	55	4										
R04	2,030	1,082 53.3%	477 23.5%	274 13.5%	197	181	16										
					9.7%	91.9%	8.1%										
					75	70	5										

治療と未治療の状況

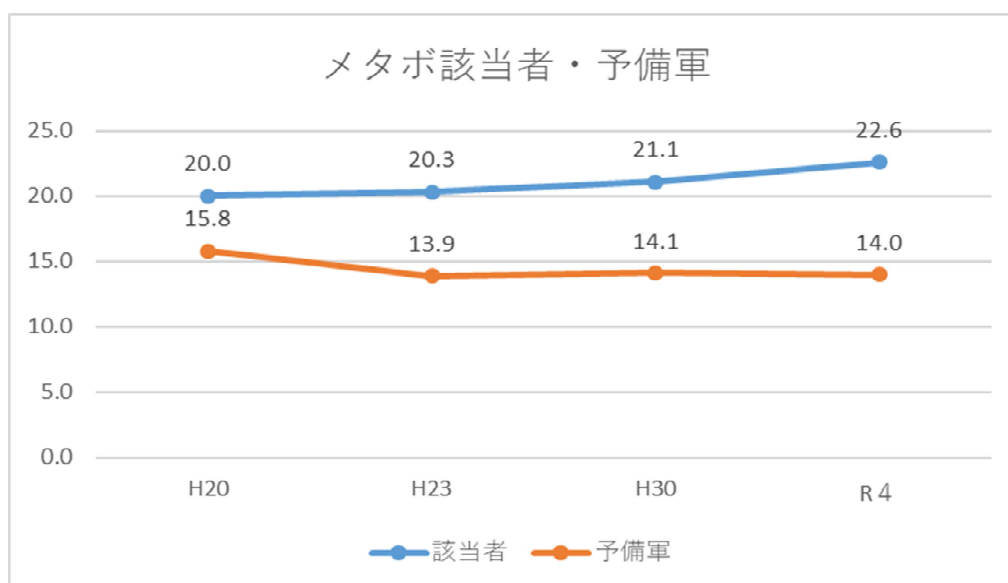
③

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
治 療 中	H29	609	25.8%	385	63.2%	143	23.5%	57	9.4%	18	3.0%
	H30	568	26.5%	361	63.6%	127	22.4%	58	10.2%	15	2.6%
	R01	564	27.4%	341	60.5%	134	23.8%	69	12.2%	13	2.3%
	R02	560	31.1%	364	65.0%	131	23.4%	43	7.7%	15	2.7%
	R03	574	29.7%	396	69.0%	119	20.7%	47	8.2%	8	1.4%
	R04	621	30.6%	448	72.1%	120	19.3%	37	6.0%	11	1.8%
治 療 な し	H29	1,754	74.2%	838	47.8%	468	26.7%	272	15.5%	115	6.6%
	H30	1,576	73.5%	675	42.8%	404	25.6%	288	18.3%	134	8.5%
	R01	1,498	72.6%	651	43.5%	402	26.8%	258	17.2%	120	8.0%
	R02	1,238	68.9%	507	41.0%	311	25.1%	236	19.1%	123	9.9%
	R03	1,359	70.3%	583	42.9%	338	24.9%	264	19.4%	119	8.8%
	R04	1,409	69.4%	634	45.0%	357	25.3%	237	16.8%	111	7.9%

④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

平成20年度と令和4年度のメタボリックシンドローム該当者と予備群をみると、令和4年度は該当者が22.6%と増加、予備群は14%の減少しています。【図表47】2022年肥満症ガイドラインでは「メタボリックシンドロームは動脈硬化性心疾患の発症リスクを増加させる」とあります。メタボリックシンドロームの減少を目指すためにも、健診受診者への継続した保健指導が重要となります。本町の現状の詳細についてはデータヘルス計画に記載しております。

【図表47】



予備群：腹囲が男性85cm女性90cm以上で、3つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち1つに該当

該当者：腹囲が男性85cm女性90cm以上で、3つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち2つ以上に該当

⑤特定健康診査実施率・特定保健指導の実施率の向上

平成20年度から、メタボリックシンドロームに着目した健診と保健指導を医療保険者義務付ける、特定健診・特定保健指導の制度が導入されました。特定健診・特定保健指導の実施率は、生活習慣病対策に対する取組み状況を反映する指標として設定されています。

南風原町の特定健診受診率はコロナ禍の中、令和2年度32.8%へ減少しましたが令和4年度にかけ上昇し、県や国よりも高い結果となっています。また、特定保健指導率は平成30年度から国や県より非常に高い状態で推移しています。【図表48】

受診率を年代別に見ると40代、50代の方の受診率が低い状況にあります。また、通院中（治療中）の方で特定健診が未受診の方が多い状況や高血圧を治療中の方の66.7%が特定健診未受診となっていました。【図表43再掲】医療機関と連携しながら特定健診の受診勧奨に努めてまいります。

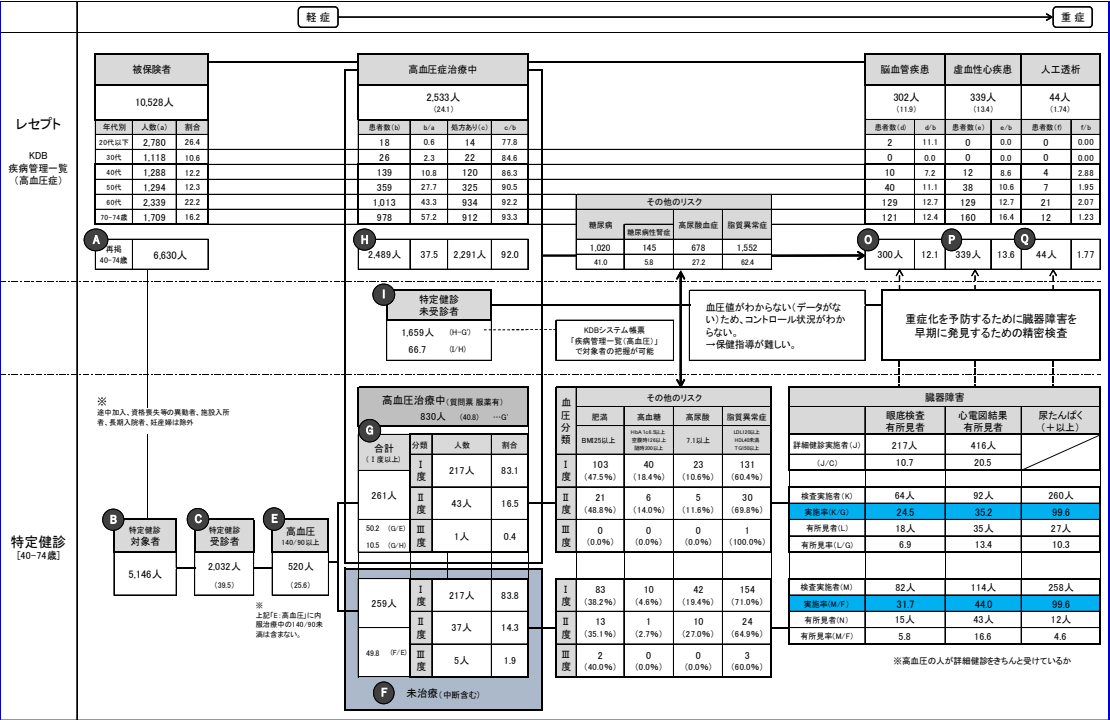
今後も健診後の保健指導率の充実を図るとともに、健診受診率向上に努めてまいります。本町の現状の詳細についてはデータヘルス計画に記載しております。

【図表48】

図表 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
特定健診	町	受診者数	2,052	1,965	1,715	1,842	1,935
		受診率	39.3%	37.7%	32.8%	35.2%	37.9%
	県	受診率	36.7%	35.9%	28.6%	28.2%	33.8%
		受診率	37.5%	37.7%	33.5%	36.1%	37.6%
特定保健指導	町	実施者数	233	192	177	204	223
		実施率	79.8%	74.4%	75.6%	84.6%	87.5%
	県	実施率	58.7%	61.0%	55.6%	57.7%	58.5%
		実施率	23.8%	24.2%	23.8%	24.0%	24.9%

出典・参照：(町) 特定健診法定報告データ
(国・県) KDB 地域の全体像の把握

再掲（図表43）



(4) 対策(第3期データヘルス計画再掲)

①健康診査及び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、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

②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)
- ・南風原町特定健康診査

③循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・健診結果に基づいた保健指導の実施
- ・特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導(高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える)
- ・家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施
- ・動脈硬化症予防健診(頸動脈エコー検査等)の継続実施
- ・南風原町国民健康保険加入者以外の希望者に対する特定保健指導の実施

3. 糖尿病

(1) はじめに

我が国の糖尿病有病者数については、平成28年の国民健康・栄養調査によると、「糖尿病が強く疑われる人」が約 1, 000万人、「糖尿病の可能性が否定できない人」が 約 1, 000 万人であり、糖尿病有病者数と予備群を合わせると約 2, 000万人です。

糖尿病は神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから適切な対策が必要です。

糖尿病の治療の目標は、良好な血糖コントロールを維持し、合併症の発症・進展を阻止・抑制することによって糖尿病を持たない者と同様の生活の質を保つことであり、糖尿病の発症予防及び適切な治療による重症化予防を通じて、最終的には国民の健康寿命の延伸を目指します。

(2) 基本的な考え方

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切れ目なく講じていくことが、町民の健康増進の総合的な推進策として重要であります。

① 発症予防

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

② 重症化予防

糖尿病における重症化予防は、健診受診によって、糖尿病が強く疑われる人(HbA1c6. 5%以上)、あるいは糖尿病の可能性が否定できない人を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。

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

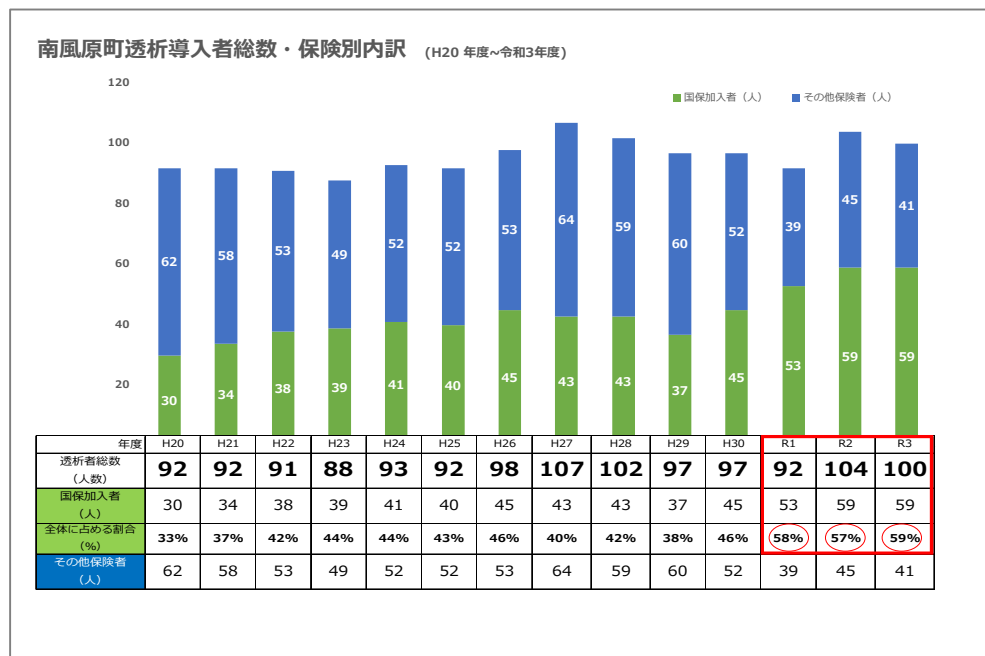
糖尿病性腎症重症化予防プログラム(沖縄県、沖縄県医師会、沖縄県糖尿病対策推進会議、沖縄県保険者協議会)に基づき、医療受診勧奨値者への医療受診勧奨、重症化予防にむけてコントロール不良者へのコントロール良にむけた医療機関との連携に取り組んでまいります。

(3) 現状と目標

①合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少

本町における透析導入総数は横ばいに転じております【図表49】

【図表49】



国保における新規透析導入者数は、平成22年度と比較すると増加しています。新規透析導入者の原因疾患の糖尿病性腎症の人は令和3年度2人(14%)でした。平成24年度をピークとして減少傾向にあり、糖尿病以外の腎炎(IgA腎症)や腎硬化症が原因疾患の割合が増加しております(図表50)。

平成30年度～令和3年度の国保における新規透析者51人の43%(22人)は、透析治療中で他保険からの異動者、町外からの転入者でした。また51人のうち、透析導入までの国保加入年数をみると、5年以上国保加入者は15人でした。しかし特定健診を受診した人は2人しかいませんでした。健診受診者2人については、平成20年より腎臓専門医と町管理栄養士と透析遅延にむけた連携を行っていました。

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年といわれています。そのため特定健診受診率の向上に取り組む事が重要です。また国保から保険の異動があった場合等であっても、継続的に医療機関と情報を共有し透析遅延にむけた保健指導実施を行う必要があります。

【図表50】

新規透析導入者の推移と原因疾患【国保】

年度		H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
新規透析者数（人）		2	6	3	1	3	5	5	3	5	2	9	13	15	14
透析導入 の原因 疾患	糖尿病性（人）	1	2	1	0	3	4	2	2	2	1	3	7	4	2
	割合%	50%	33%	33%	0%	100%	80%	40%	67%	40%	50%	33%	54%	27%	14%
	腎炎等（人）	1	4	2	1	0	1	3	1	3	1	6	6	11	12
	割合%	50%	67%	67%	100%	0%	20%	60%	33%	60%	50%	67%	46%	73%	86%
	不明者（人）											1	2	3	2

出典：KDBデータ（2-2）

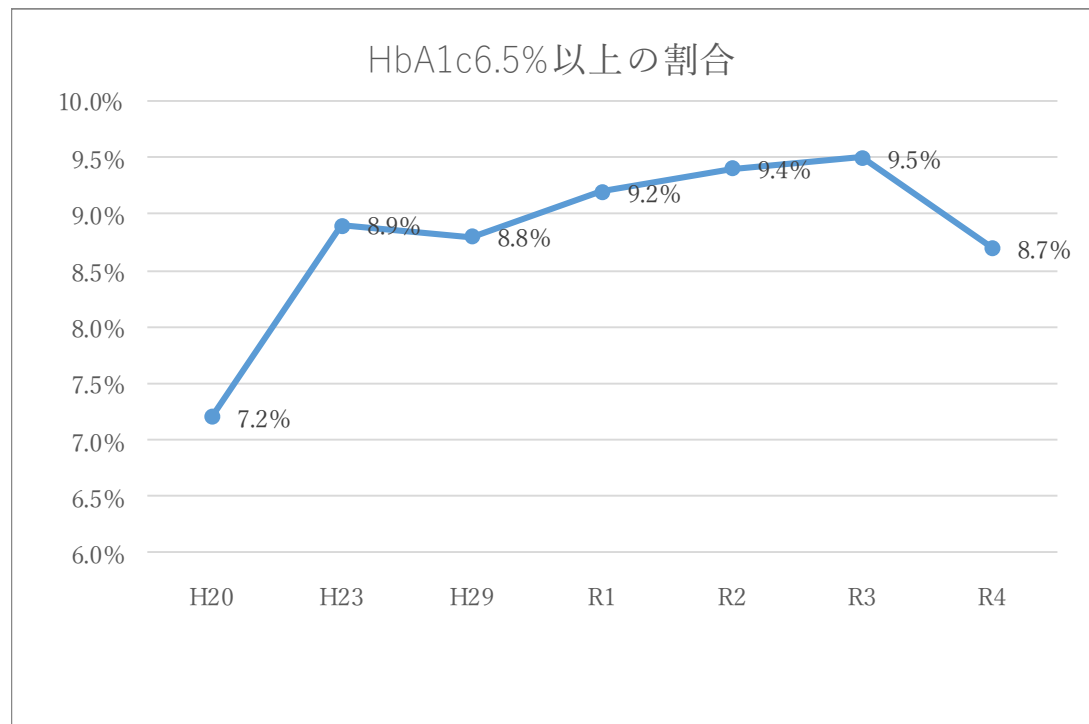
②糖尿病有病者（HbA1c6.5%以上）の減少

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病だけでなく、糖尿病合併症を予防することにもなります。町の特定健診受診者の結果から、糖尿病が強く疑われる者（HbA1c6.5%以上）の割合は平成23年度HbA1c6.5%以上者は8.9%でした。令和4年度では8.7%と減少していました。

【図表51】

HbA1c6.5%以上の割合

	H20	H23	H29	R1	R2	R3	R4
HbA1c6.5%以上	7.2%	8.9%	8.8%	9.2%	9.4%	9.5%	8.7%



③糖尿病治療継続者の割合の増加

HbA1c6.5%以上で治療中の人数は横ばいで推移しています。医療機関で定期的受診している方については中断のないように、KDB等でレセプト情報を把握し、また医療機関未受診の場合には速やかに受診勧奨を行います。【図表52】

④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(HbA1c8.0%以上)の割合の減少

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2019」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「負荷」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ました。

内臓肥満による高インスリン状態や、60歳を過ぎるとインスリンの産生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。

健診の結果、HbA1c7%以上の者は約4%で、その中でもHbA1cが8.0%以上の者は、1%となっており引き続き、糖尿病の重症化予防の保健指導は重要です。HbA1c6.5%以上の割合は、令和4年度は177人いてそのうち62人(35%)が未治療となっています。治療中の方も令和元年(60.4%)から令和4年度(65.0%)と増加しています。【図表52】

また、糖尿病重症化予防にむけて合併症の糖尿病治療の基本である食事・運動療法の必要な保健指導を実施していく必要があります。糖尿病連携手帳等を活用し、必要な保健指導を実施していく必要があります。

未受診者はもちろん、治療中の血糖コントロール指標におけるコントロール不良者にも主治医と連携し、必要に応じて保健指導を実施してまいります。

【図表 5 2】

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる			
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
H29	2,332	1,024	43.9%	825	35.4%	278	11.9%	107	4.6%	69	3.0%	29	1.2%	57	2.4%	21	0.9%
H30	2,111	957	45.3%	705	33.4%	271	12.8%	94	4.5%	60	2.8%	24	1.1%	54	2.6%	17	0.8%
R01	2,024	774	38.2%	774	38.2%	289	14.3%	106	5.2%	56	2.8%	25	1.2%	44	2.2%	17	0.8%
R02	1,795	735	40.9%	640	35.7%	252	14.0%	93	5.2%	53	3.0%	22	1.2%	45	2.5%	15	0.8%
R03	1,933	825	42.7%	703	36.4%	221	11.4%	89	4.6%	72	3.7%	23	1.2%	52	2.7%	19	1.0%
R04	2,031	842	41.5%	732	36.0%	280	13.8%	93	4.6%	58	2.9%	26	1.3%	42	2.1%	17	0.8%

アウトカム（結果）評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上												
					再)7.0以上	再掲											
						未治療	治療										
H29	2,332	1,024 43.9%	825 35.4%	278 11.9%	205	63	142										
					8.8%	30.7%	69.3%										
					98 4.2%	20 20.4%	78 79.6%										
H30	2,111	957 45.3%	705 33.4%	271 12.8%	178	48	130										
					8.4%	27.0%	73.0%										
					84 4.0%	14 16.7%	70 83.3%										
R01	2,024	774 38.2%	774 38.2%	289 14.3%	187	74	113										
					9.2%	39.6%	60.4%										
					81 4.0%	21 25.9%	60 74.1%										
R02	1,795	735 40.9%	640 35.7%	252 14.0%	168	69	99										
					9.4%	41.1%	58.9%										
					75 4.2%	21 28.0%	54 72.0%										
R03	1,933	825 42.7%	703 36.4%	221 11.4%	184	67	117										
					9.5%	36.4%	63.6%										
					95 4.9%	25 26.3%	70 73.7%										
R04	2,031	842 41.5%	732 36.0%	280 13.8%	177	62	115										
					8.7%	35.0%	65.0%										
					84 4.1%	26 31.0%	58 69.0%										

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる			
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	H29	224	9.6%	2	0.9%	29	12.9%	51	22.8%	64	28.6%	57	25.4%	21	9.4%	43	19.2%
	H30	216	10.2%	7	3.2%	34	15.7%	45	20.8%	60	27.8%	52	24.1%	18	8.3%	44	20.4%
	R01	190	9.4%	3	1.6%	25	13.2%	49	25.8%	53	27.9%	44	23.2%	16	8.4%	31	16.3%
	R02	164	9.1%	4	2.4%	19	11.6%	42	25.6%	45	27.4%	37	22.6%	17	10.4%	33	20.1%
	R03	181	9.4%	5	2.8%	22	12.2%	37	20.4%	47	26.0%	57	31.5%	13	7.2%	37	20.4%
	R04	185	9.1%	10	5.4%	13	7.0%	47	25.4%	57	30.8%	43	23.2%	15	8.1%	27	14.6%
治療なし	H29	2,108	90.4%	1,022	48.5%	796	37.8%	227	10.8%	43	2.0%	12	0.6%	8	0.4%	14	0.7%
	H30	1,895	89.8%	950	50.1%	671	35.4%	226	11.9%	34	1.8%	8	0.4%	6	0.3%	10	0.5%
	R01	1,834	90.6%	771	42.0%	749	40.8%	240	13.1%	53	2.9%	12	0.7%	9	0.5%	13	0.7%
	R02	1,631	90.9%	731	44.8%	621	38.1%	210	12.9%	48	2.9%	16	1.0%	5	0.3%	12	0.7%
	R03	1,752	90.6%	820	46.8%	681	38.9%	184	10.5%	42	2.4%	15	0.9%	10	0.6%	15	0.9%
	R04	1,846	90.9%	832	45.1%	719	38.9%	233	12.6%	36	2.0%	15	0.8%	11	0.6%	15	0.8%

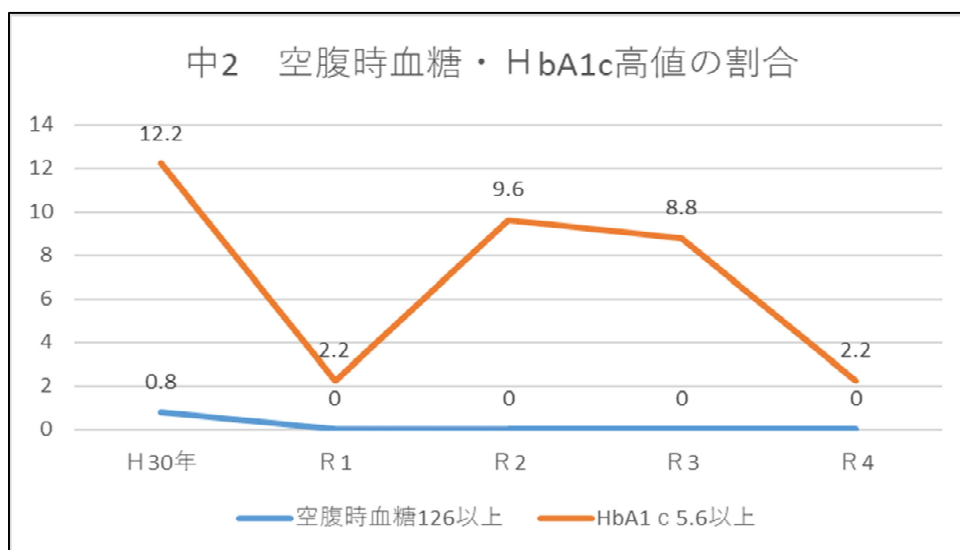
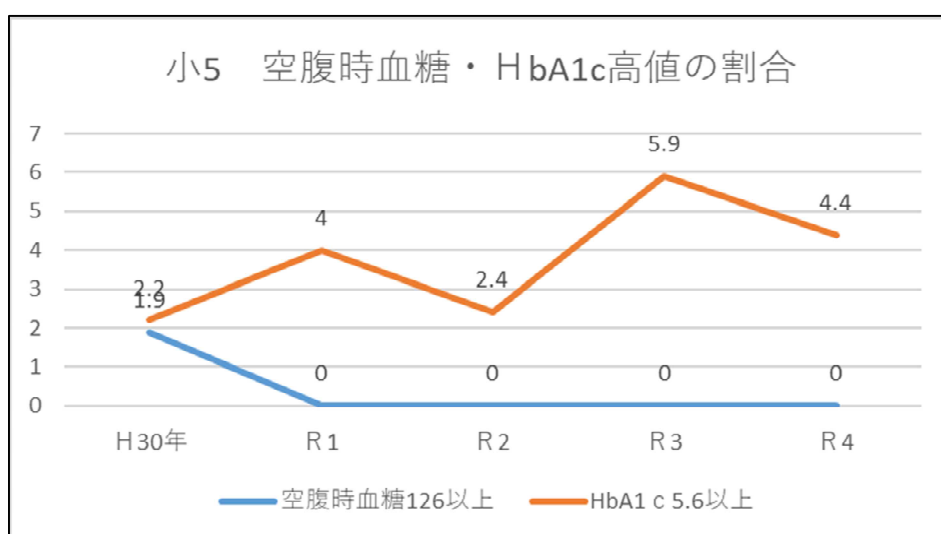
⑤学童期の生活習慣病予防健診

HbA1cの経年変化から小学校5年生で、耐糖能異常の児童が平均約4%、中学2年生では平均約7%の結果でした。【図表53】

臓器を疲弊させないような生活習慣を身につけ、インスリンを守るための学習を保護者と一緒に継続して学習していく必要があります。

また、幼児期、学童期からの健康実態、食生活の特徴や食に関する価値観などの理解を促し、ライフステージに応じた、かつ長期的な視野に立った、糖尿病の発症予防への取組みを引き続き行ってまいります。

【図表53】



学童期生活習慣病予防健診

(4) 対策(循環器疾患の対策と重なるものは除く)

①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住民一人ひとり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
 家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施に加え、健康教育の実施
- ・ハイリスク者に対する2次健診(75g糖負荷検査・微量アルブミン尿検査・頸部超音波検査等)
- ・医療関係者との連携体制の強化(糖尿病・慢性腎臓病診療ガイドの活用)
- ・妊娠期からの保健指導の充実(適正体重維持など)
- ・乳幼児健診時の保健指導の充実(インスリンの役割大切さなど)
- ・学童期生活習慣病予防健診・保健指導の充実(インスリンの役割大切さなど)

4. がん

(1)はじめに

がんは、昭和56(1981)年以降日本人の死因の第1位であり、令和3(2021)年の死亡者は約38万人で総死亡の約3割を占めています。生涯のうちに2人に1人ががんに罹患すると推計されており、高齢化に伴い、がんの罹患者や死亡者の数は今後も増加していくことが見込まれ、依然として国民の生命と健康にとって重大な問題です。

こうした背景から、がん対策の一層の充実を図るため、平成18年に、「がん対策基本法」に基づいてがん対策が推進されてきました。「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を国の全体目標としています。

健康づくりの取組みとしては、予防可能ながんのリスク因子として、喫煙(受動喫煙を含む。)、飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等があげられることから、これらに対する対策を行っていくことで、がんの罹患率を減少させるとともに、治療効果の高い、早期にがんを発見し、治療することで、がんの死亡率を減少させることが重要です。

(2)基本的な考え方

国の第4期がん対策推進基本計画で、がん予防分野における目標については「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」とされています。

①発症予防

喫煙・飲酒・運動不足・食生活といった生活習慣によるものが重要視されていることや、感染症を要因とする子宮頸がん、肝がん、胃がんなどについては、感染症対策についても施策が掲げられています。

②重症化予防

科学的根拠に基づくがん検診受診は、がんの早期発見・早期治療につながるため、がんの死亡者をさらに減少させるためには、がん検診の受診率向上が必要不可欠です。

(3)現状

①がん年齢調整死亡率の減少

年齢調整死亡率の算出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見ました。【図表54】

男性の総数で2011年～2015年81.9から2016年～2020年84に増加しています。

がんの種類別死亡比では男性では、胃がん、胆のうがん、膵臓がんが高く、女性では胃がん、胆のうがん、肺がん、子宮がんが高い値です。

今後も国の方針やガイドラインなど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死亡を減らしていくことが重要です。

【図表54】

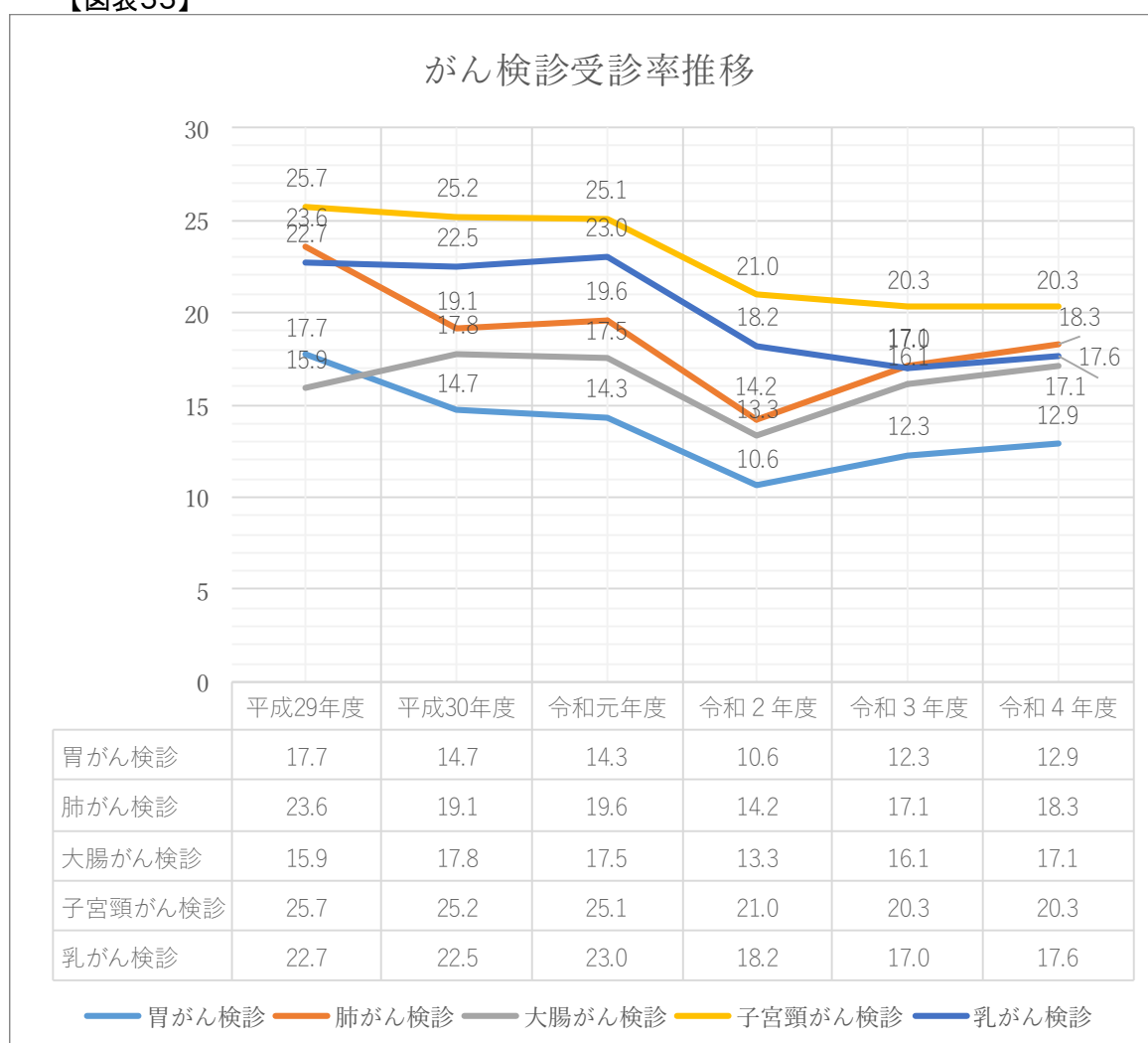
	男性					女性				
	2011-2015		2016-2020			2011-2015		2016-2020		
	対沖縄		対沖縄		対全国	対沖縄		対沖縄		対全国
	死亡数	標準化死亡比	死亡数	標準化死亡比	標準化死亡比	死亡数	標準化死亡比	死亡数	標準化死亡比	標準化死亡比
死亡総数	553	81.9	654	83.6	84	478	85.1	556	87.7	83.1
悪性新生物	165	80.8	185	82.6	74.9	123	92.1	141	94.7	86.8
食道がん	9	112.5	5	51.4	46.5	1	88.8	1	68.3	47.2
胃がん	17	92.3	22	119.3	68.2	7	82.3	12	137.9	76.6
大腸がん	24	75.6	24	69.2	77.1	14	69.9	18	80.2	73.5
肝がん	26	75.6	9	56.1	46.3	6	86.5	4	62.1	44.5
胆のうがん	8	92.9	11	102.1	108.1	6	74.9	12	142.4	137.1
膵臓がん	13	110.1	19	130.8	93.3	13	139.6	9	65.5	50.4
肺がん	39	96.3	43	81.4	73.1	11	57.2	20	104.4	90.6
乳がん						13	94.8	14	86.9	82.9
子宮がん						7	71.2	13	113.3	166.3

②がん検診受診率の向上

がん検診受診率と死亡率の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。

南風原町のがん検診の受診率は、平成29年度から横ばいを推移し、コロナ禍の令和2年度に一度低下し令和4年度にかけ上昇してきております。【図表55】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を第3期計画の50%から60%に引き上げました。がん検診受診者を職域で受診している実態があるなど把握する仕組みがないことが課題となっています。今後も町民が、がん検診の必要性について正しく理解するために啓発・周知と、がん検診受診勧奨を行う必要があります。

【図表55】



③精査把握数とがん発見率の推移

がん検診の精密検査を未受診が約3割という状況にあります。【図表56】

特定健診の結果説明や検診実施機関と連携しながら精密検査の受診勧奨を行っています。

【図表56】

胃がん	H29		H30		R1		R2		R3		R4	
精査対象	91		76		69		79		69		77	
がんであった者	1	1.1%	1	1.3%	0	0.0%	2	2.5%	2	2.9%	3	3.9%
精査未受診	11	12.1%	0	0.0%	0	0.0%	4	5.1%	8	11.6%	26	33.8%

大腸がん	H29		H30		R1		R2		R3		R4	
精査対象	157		165		136		151		151		164	
がんであった者	17	10.8%	0	0.0%	0	0.0%	4	2.6%	3	2.0%	5	3.0%
精査未受診	18	11.5%	0	0.0%	0	0.0%	34	22.5%	14	9.3%	31	18.9%

肺がん	H29		H30		R1		R2		R3		R4	
精査対象	33		37		37		37		29		31	
がんであった者	0	0.0%	2	5.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%
精査未受診	4	12.1%	0	0.0%	0	0.0%	5	13.5%	0	0.0%	7	22.6%

子宮頸がん	H29		H30		R1		R2		R3		R4	
精査対象	40		38		41		45		24		43	
がんであった者	1	2.5%	1	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.3%
精査未受診	4	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	24	53.3%	3	12.5%	19	44.2%

乳がん	H29		H30		R1		R2		R3		R4	
精査対象	84		95		85		106		84		74	
がんであった者	5	6.0%	2	2.1%	2	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	3	4.1%
精査未受診	8	9.5%	0	0.0%	1	1.2%	8	7.5%	2	2.4%	9	12.2%

(4)対策

①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
- ・肝炎ウイルス検査
- ・HTLV-1 抗体検査

②がん検診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内通知・広報などを利用した啓発
- ・個別医療機関の契約の促進
- ・がん検診推進事業

③がん検診によるがんの重症化予防の施策

- ・胃がん、肺がん、大腸がん検診(40歳以上)
- ・子宮がん検診(妊娠期・20歳以上の女性)
- ・乳がん検診(40歳以上の女性)

④がん検診の質の確保に関する施策

- ・要精検者に対して、がん検診実施機関との連携を図りながら精密検査の受診勧奨

⑤がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上に関する施策

- ・おきなわがんサポートハンドブックの活用

5. 慢性閉塞性肺疾患(COPD)

(1) はじめに

慢性閉塞性肺疾患(COPD)は、タバコなどの有害な空気を吸い込むことによって、空気の通り道である気道(気管支)や酸素の交換を行う肺(肺胞)などに障害が生じる病気です。空気の出し入れが難しくなり、息がしにくくなることで、息切れなどの症状が長い期間にわたり起こります。かつて、慢性気管支炎(咳や痰の症状が長期間にわたり続く状態)や肺気腫(炎症が進んで肺胞が壊れてしまった状態)と言われていた疾患が含まれます。

(2) 基本的な考え方

COPD の原因の 50～80%程度はタバコ煙であり、喫煙者の約 20～50%が COPD を発症するとされます。喫煙だけでなく、遺伝的因子、感染、大気汚染、幼少時期の問題なども原因としてあげられるが、健康づくりの取り組みとしては予防可能な因子への対策を進めていくことが重要です。喫煙対策により発症予防し早期発見と禁煙や吸入治療の介入によって重症化を防ぐことが必要です。また、COPD の発症には、出生前後・小児期の栄養障害やたばこ煙の暴露、ぜんそくなどによる肺野成長障害も関わるということが明らかになっていることから、妊娠中の喫煙など、ライフコースアプローチの観点を考慮した対策も重要です。

(3) 現状

①慢性閉塞性肺疾患(COPD)の死亡率の減少

【図表57】

慢性閉塞性肺疾患 (標準化死亡比)

	対	男性	女性
2011年－2015年	県	86.3	29.3
		74.3	86.9
2016年－2020年	国	92	167.1

沖縄県市町村健康指標より

ア 発症予防

COPD の最大の発症リスクである喫煙に関する実態についてみてみました(図表58)。
男女ともに減少傾向にあります。

【図表58】

喫煙者数 国保40～74歳

南風原町

	H29	H30	R1	R2	R3	R4
男	21.0%	20.4%	19.6%	19.7%	18.2%	17.7%
女	3.9%	3.6%	4.5%	4.2%	5.1%	5.6%
全体	12.0%	11.4%	11.6%	11.5%	11.2%	11.3%

沖縄県

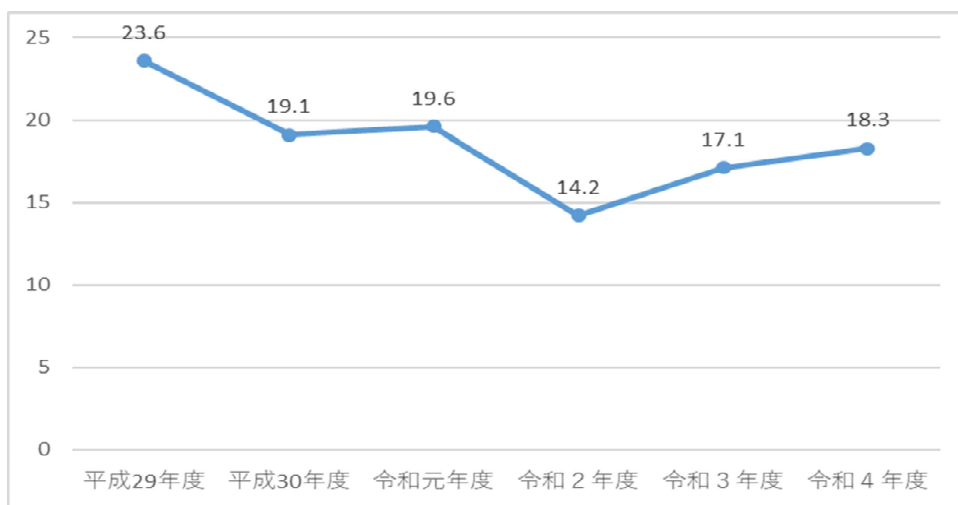
	H29	H30	R1	R2	R3	R4
男	23.9%	23.4%	23.2%	22.2%	22.4%	22.6%
女	6.7%	6.8%	7.0%	6.5%	6.7%	6.7%
全体	14.8%	14.7%	14.7%	14.0%	14.3%	14.3%

データ元：特定健診質問票「現在、たばこを習慣的にすっている」TKAC004

イ 重症化予防

COPD の早期発見に有効な肺がん検診の結果、コロナ禍により一度低下しましたが、令和4年度にかけて上昇してきています。

【図表59】



(4) 対策

- ①たばこのリスクに関する教育・啓発の推進 ・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供
- ②禁煙支援の推進 ・特定健康診査の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への個別指導
- ③肺がん健診の受診率向上に向けて取り組む

第3節 生活習慣の改善

1. 栄養・食生活

(1) はじめに

栄養・食生活は、人は切れ目なく生きて、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す。成人における疾病・生活習慣病予防の実現にむけて、一人の人生を胎児期、幼児期、思春期、青年期及び成人期から老年期まで繋げて考えていくライフコースアプローチに着目した健康づくりを行ってまいります。

(2) 基本的な考え方

近年、生活習慣病有病者の増加が取り上げられ、関連して肥満者(BMI25以上)の増加が課題となっています。沖縄県は全国に比べて肥満者の割合が高く、本町においても同様の傾向でした。(平成25年度男性41.9%、女性30.4%)肥満は、生活習慣病や疾病等に繋がる要因となるため、健康寿命の延伸のためにも、肥満の改善にむけた対策にむけて取り組む必要性があります。肥満の改善には、食生活の改善、運動習慣のむけた予防活動が大切です。

また本町においても少子高齢化が進み、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が生まれ、食生活の習慣をつくりあげています。南風原町の特性を踏まえ、栄養状態を適正に保つために必要な栄養を摂取することが求められます。

(3) 具体的な取組み

健康寿命の延伸にむけて、生活習慣病の発症予防・重症化予防のための取組が急務であり、高解決にむけて日常生活の中で脂肪を減らし、野菜摂取を増やすことが改善のポイントとなっていることから、脂肪食の食生活の改善、1日の野菜摂取量350g以上の摂取を目標とします。本町においては妊娠期、乳幼児期から高齢者にかけて、身体成長曲線や健診等の結果に基づき個人の状態に応じて改善にむけた食の学習を実施しています。特に、学童期では、学童期生活習慣病予防健診(小5・中2)の結果から、個人の実態に応じた食生活習慣の改善、将来の食の選択力をつける学習を引き続き実施いたします。

栄養指導においては、科学的根拠にもとづいたガイドライン等、最新の知見に基づいて、個々人の多様な生活に合わせて行ってまいります。

食を通して生活習慣病発症予防・重症化予防にむけて、

- ①個人の健診結果の改善にむけて、ライフスタイルから食習慣を見直す個別支援
- ②ポピュレーションアプローチ⇒気づきの学習と食習慣を見直すきっかけとなる健康教育の両面からアプローチします。

ア 適正体重を維持している者の増加

①肥満の状況【図表60】

肥満(BMI25以上)の状況を特定健診の結果から集計すると男性の約40%、女性の約36%が肥満に該当しています。経年で見ると男女ともにやや増加傾向にあります。

【図表60】

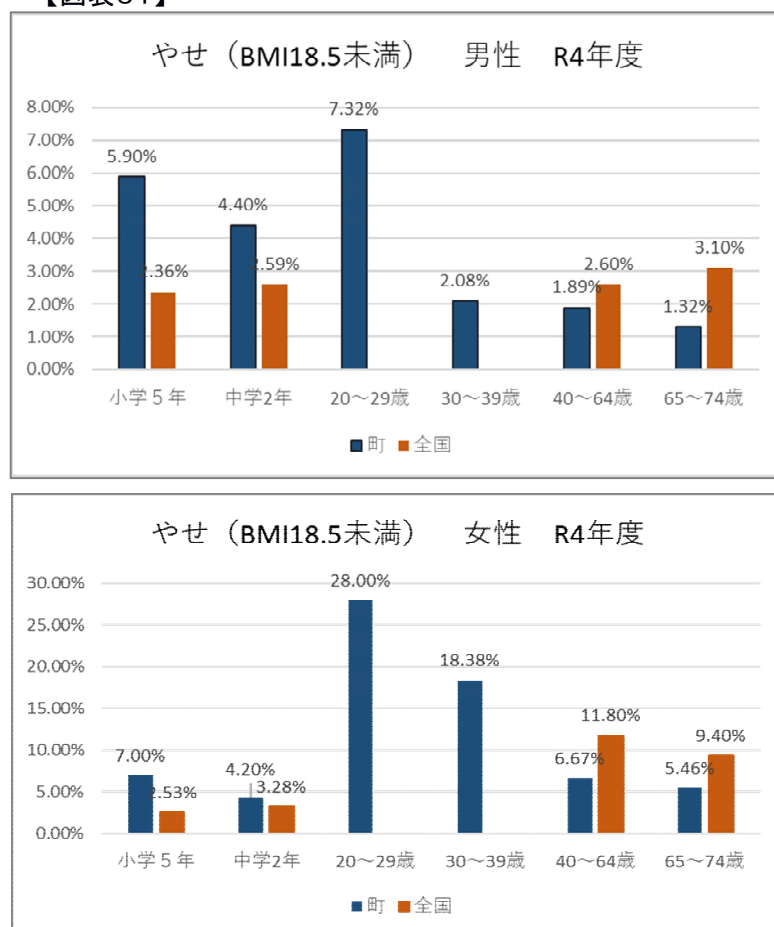
肥満(BMI25以上 40～74歳)

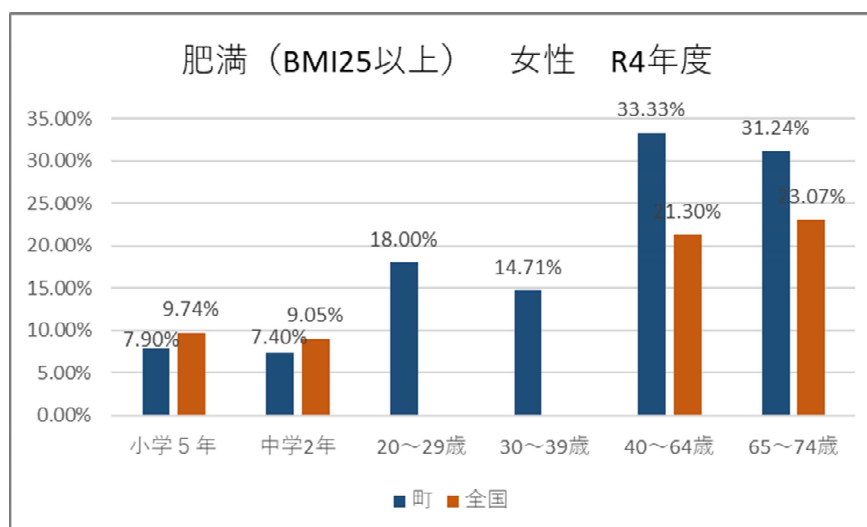
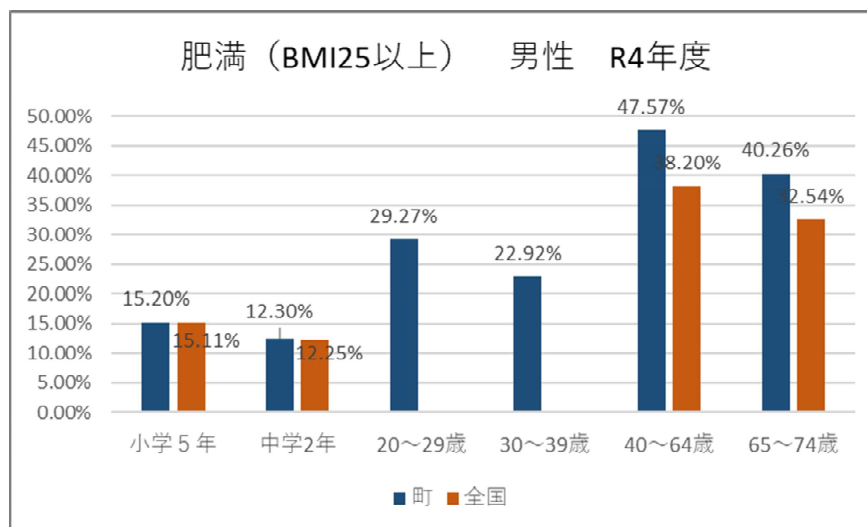
	H25	H29	R4
男	41.9%	39.9%	43.0%
女	30.4%	30.9%	31.9%
合計	35.9%	35.2%	37.1%

②年代別の適正体重以外(やせ・肥満)の状況【図表61】

年代別にやせ・肥満の状況をみると、やせにおいては小学5年と中学2年の男性の割合が全国と比較して約2倍高くなっています。肥満においては40～64歳、65～74歳の男女ともに全国より高い状況にあります。特に男性においては40%以上が肥満という状況にあります。肥満は生活習慣病との関連が強く、生活習慣病発症予防・重症化予防の取組を引き続き実施いたします。

【図表61】





イ 野菜摂取量の増加

野菜にはビタミン、ミネラル、食物繊維を豊富に含み、体内でつくることができない為、食事から摂ることが大切です。1日に必要な350gの野菜摂取量のうち、特に細胞の生まれ変わる(分裂)時や、胎児期、こどもが成長する際に必要なビタミンA、葉酸を多く含む緑黄色野菜を150gを摂ることが推奨されています。また乳幼児期の野菜摂取は、味覚の形成と関係しており、苦みや酸味の形成は、野菜を食べる経験を重ねることで習得される事から、こどもの頃から食べ慣れていく事が大切です。

成人にとって、抗酸化物質(ファイトケミカル、ビタミンA,E,C)の働きはがん、認知症予防、免疫力の低下、動脈硬化を引き起こす活性酸素の働きを抑えてくれる働きがあります。

また、最新の知見「脳長関連」では、野菜に多く含まれる不溶性食物繊維が腸内で発酵によって短鎖脂肪酸が産まれます。血管を介して全身へ運ばれる短鎖脂肪酸の働きは、脂肪細胞を大きくさせない、脳の視床下部に届き食欲の調整、またインスリンの仕事を助ける働き等生活習慣病発症予防とメタボリックシンドロームの改善、重症化予防に大きな鍵をにぎっています。

①現状と具体的な取り組み

健康日本21では1日に必要な野菜350g以上の摂取を目標としています。実際の摂取状況を沖縄県県民健康・栄養調査(R3年度)(以下「県民栄養調査」という。)と国民健康・栄養調査(R元年度)をみると、(以下国民栄養調査という)1日に必要な野菜摂取量350g以上は摂取できていませんでした。【図表62】また沖縄県と全国の野菜摂取量を比較すると、全国よりも少ない状況でした。県民健康・栄養調査の結果から、本町も同傾向であると推測しました。

【図表62】

1日の基準量	野菜の摂取基準量 (g)
	350g以上
沖縄県	261 g
全国	270 g

沖縄県県民健康・栄養調査 (R3年度) 国民健康・栄養調査 (R元年度)

本町の R5年度特定健診受診者214名(40歳～74歳)へ「1日に必要な野菜摂取量は知っていますか？」とアンケートを実施したところ、「知っている」と回答した人は214人中31%(67人)でした。この結果から、すべてのライフステージへ、野菜の役割を学習し自ら野菜を選択できるよう、1日に必要な野菜の量を示し野菜摂取量の増加を目指します。

ウ 食塩摂取量の減少

食塩摂取量は、高血圧、糖尿病、CKD や心不全の発症・重症化予防に関与していることから、食塩摂取量減少にむけた栄養指導は大切です。

食塩摂取量を県民栄養調査(R3年)と国民栄養調査(R元年)をみると、沖縄県の食塩摂取量は、日本人の食事摂取基準2020年の食塩摂取量の目標よりも多く摂っていることがわかりました【図表63】

摂取した食塩(ナトリウム)は小腸で吸収され腎臓から尿中へ約95%排泄されます。しかし内臓脂肪の蓄積により、脂肪細胞から尿中へのナトリウムの排泄を妨げる物質が分泌されることから、ナトリウムは体内に蓄積がわかりました。本町の令和4年度特定健診受診者の約35%が、メタボリックシンドローム該当者とその予備群という結果から、尿中へ排泄を促すカリウム(野菜等に含まれる)を摂取することも減塩効果のポイントにもなります。

【図表63】

1日の食塩摂取量（g）	男性	女性
沖縄県	8.7	7.4
全国	10.8	9.1
日本人の食事摂取基準 2020年目標	7.5未満	6.5未満

沖縄県県民健康・栄養調査（R3年度）国民健康・栄養調査（R元年度）

①現状と具体的な取り組み

本町の R5年度特定健診受診者214名（40歳～74歳）へ「減塩調味料は知っていますか？」とアンケートを実施したところ、「知っている」と回答した人は214人中76%（162人）、実際に減塩調味料を使って調理をしている人は、214人中57%（121人）でした。この結果から、食生活において減塩の工夫をしていることがわかりました。

本町では、令和4年度より特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム対象者へ、具体的な食べ方の工夫の栄養指導を実施しています。内臓脂肪の蓄積の減少と尿中へナトリウム排泄を促すカリウムを多く含む野菜を1日350g以上摂取することを目標としています。野菜を多く摂る事で調味料等が増え食塩摂取量の増加にならない為にも、食べ方を工夫した調理方法や調味料（JSH 減塩食品等）の活用した食べ方の栄養指導を実施してまいります。

また本町では令和5年度より、特定健診の結果から、データの改善にむけた食生活の改善の保健指導を実施した後、二次検査項目に随時尿検査（ナトリウム、クレアチニン）からひいて1日食塩摂取量を算出しています。対象者が、1日の食塩摂取量（g）を数値で知る事で、食習慣の気づき、減塩に取り組めるよう栄養指導を実施してまいります。

減塩栄養指導の効果は、対象者の取り組んだ感想や血圧値等で評価をします。

①個別の健診結果の改善にむけた個別支援

健康寿命の延伸の実現にむけて健康づくりの取組み ～ライフコースを視点においた栄養・食生活～

年齢	胎児期		乳児期				幼児期				小学生		中学生	高校生	成人		高齢者									
	妊娠 期	0才	2ヶ月	4ヶ月	7ヶ月	10ヶ月	1才	1才半	2才	3才	4才	6才～11才	12才～14才	15才～17才	18才以上	40才	60歳	65才	75才							
特徴		発育が、急速に進む時期（特に身長や体重）																	生理的機能が次第に自立する時期				健康の保持増進		ブレイン発達予防 ・認知症予防 ・骨格筋の機能維持	
消化の力		母乳の糖質を分解できる	糖質の消化酵素（唾液）分泌よくなる		たんぱく質、脂肪の消化酵素が多くなる		脂肪の消化がやや少くなる		糖質の消化酵素は大人の70%が大人のみ		たんぱく質、脂肪の消化酵素は大人が大人のみ		(4才～6才) 糖質の消化酵素が大人のみ													
からだ	消化・吸収	← 消化・吸収する力を獲得する →																					低下していく消化能力に合わせた食べ方		インスリン分泌能に合わせた食べ方	
食べ方						消化機能の発達に合わせた糖、脂肪、たんぱく質のととり方													インスリンを守るための食べ方				インスリン分泌能に合わせた食べ方			
味覚		本能で好き嫌い→甘み、うまみ	苦み、酸味（野菜、くだもの）→ 学習しないと嫌いになる味																(10才) 味覚の完成 将来の生活習慣病予防		60才以降インスリン生産量2/3					
組成		脂肪を増やす時期		たんぱく質が増える時期				脂肪率がへって、たんぱくがふえる時期															四肢骨格筋量が減少する時期			

国の指針	「健康日本21」目標 ～適正体重の維持～										・自分のからだ（検査データ）に基づき、1日に必要な食品の量、食品の質を自ら選択できる事を目標においた学習												
食とからだの学習																							
個人をとりまわりの組織との学習	親子健康手帳発行時に栄養指導	2ヶ月児訪問	・前期乳児健診	・7ヶ月相談	・後期乳児健診	・1才半健診	・2才児相談	・3歳児健診	・学童（小学5年生、中学2年生）健診			健診・特定健診・長寿健診 保健指導、栄養指導 （インセンティブの活用）			科学的根拠に基づいた最新の知見を取り入れ、ひとりひとり異なる多様な生活に合わせた栄養指導教材の活用					○高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 ○町社会福祉協議会在宅介護支援センター ○町包括支援センターと連携 ○町保健福祉課・町社会福祉協議会等専門職との重症化予防に向けた食の学習会 ○町保健福祉課と連携した町老人会、各字との町の実態、課題を共有			
関連課	保健福祉課、町包括支援センター、こども課、学校教育課、産業振興課等																						
食環境環境整備 町民を支える組織との学習	町社会福祉協議会、町商工会、町観光協会、健康課題の実態を共有																						

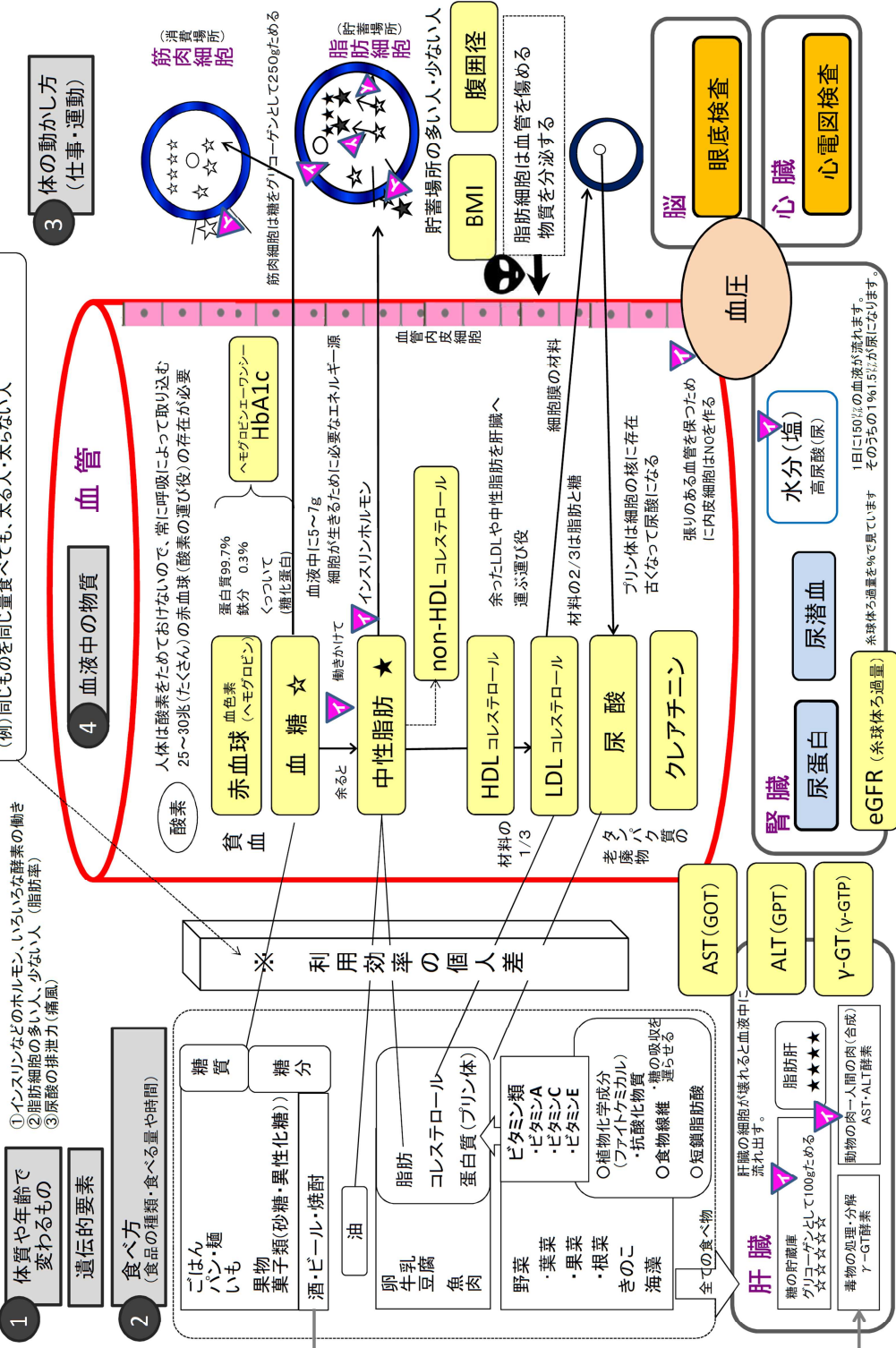
健診結果と生活との関連の読み取り

早期発見・早期治療では悲しい！ 私の値はどこへむかっているのか。予測してみよう。

○健診では何を求めているのでしょうか。

○検査項目が多いのは血液です。(100ccの中の物質の量を測っています)

○一人ひとりの値も違います。そして、私の値も変化します。



健診データに基づいた食品の基準量（肥満・メタボリックシンドローム）



がついてるところが大事です

食品の分け方が分かりやすいので、4群にしました。

		1 群		2 群		3 群						4 群		調味料		嗜好品		
健診結果	私の食品量 ③ 関連物質 ②	牛乳・乳製品	卵	魚介類	肉類	豆・豆製品	野 菜		いも類	果物類	きのこ類	海藻類	穀 類	油脂類	砂糖類	食塩	アルコール	嗜好品
		g	g	g	g	g	緑黄色	淡 色										
		① ↓	② ↓															
※肥満症	BMI25以上 30未満	200	50	100	100	100 (豆腐)	200	250	100	50	50	50	個人により まちまち	個人により まちまち	10	男 7.5 女 6.5	25g 週休 1～2日	食べたいときは砂糖・油・穀類を減らします
	BMI30以上	200	50			100 (豆腐)	200	250	100	50	50	50	個人により まちまち	個人により まちまち	10	男 7.5 女 6.5	25g 週休 1～2日	
※内臓脂肪	腹囲	200	50	100	100	個人により検査の出方が変わるので 下記の検査で見ていく						個人により まちまち	個人により まちまち		男 7.5 女 6.5	25g 週休 1～2日		
脂質異常症	LDLコレステロール 高い人 食品のコレステロール 200mg以下 (正常の人 300mg)	200	25	種類によって脂肪・プリン体・コレステロールの含有量が違う	種類によって脂肪・プリン体・コレステロールの含有量が違う	150 (豆腐)	150	250	100	50	50	50	個人により まちまち	個人により まちまち	10	6未満	25g 週休 1～2日	
	中 性 脂 肪	200	50			100 (豆腐)	150	250	100	50	50	50	個人により まちまち	個人により まちまち	10	6未満	25g 週休 1～2日	
高血糖	吸収しやすい糖質制限 (果物・砂糖)	200	50			100 (豆腐)	150	250	100	50 厳守	50	50	個人により まちまち	個人により まちまち	10	男 7.5 女 6.5	25g 糖類の入った物を控える。 週休2日	
高尿酸	総プリン体量 400mg以下	200	50			100 (豆腐)	150	250	100	50	50	50	個人により まちまち	個人により まちまち	10	男 7.5 女 6.5	25g 週休 1～2日	
高血圧	塩分制限 6g未満	200	50			100 (豆腐)	150	250	100	50	50	30	個人により まちまち	個人により まちまち	10	6未満	男性25g 女性10g 週休 1～2日	
肥満関連臓病	塩分制限 6g未満	200	50			100 (豆腐)	150	250	100	50	50	30	個人により まちまち	個人により まちまち	10	6未満	25g 週休 1～2日	

※肥満症治療ガイドライン2022

 ※砂糖入り甘味飲料・低カロリー甘味料は肥満のリスクを高めます
 ※多量飲酒(純アルコール量60g以上)は体重増加になりやすい

血管内皮細胞の材料と炎症を防ぐもの

内皮細胞の役割

- ・伸び縮みをして血液量や血圧を一定にする
- ・動脈硬化を防ぐ
- ・血液が固まらないように調節する



① 血管の材料になるものと炎症をおこすもの				
		炎症をおこす		
		血管の材料になる		
		脂脂肪酸		
100g 中の 含有量	飽和脂肪酸	g	N 3 系 g	たんぱく質 g
肉（豚肉・ばら）	15	0.2	14	
卵	3	0.1	12	
牛乳	2	0.0	3	
魚（鮭）	1	0.9	22	
さば缶	2	2.7	21	

② たんぱく質を血管につくりに変えるために必要		③ 血管内皮細胞の酸化を防ぐために必要 (抗酸化物質)	
1日の目標量		ビタミンA	ビタミンC
緑黄色野菜 (色の濃い野菜)		730	37
淡色野菜		12	48
150g		730	37
250g		12	48
		βカロテン	ビタミンE
		730	2.4
		12	0.3

体重を減らす食べ方

2021.12.1

(1) 肥満症診療ガイドライン2016 (減量による臨床効果)

赤囲みは、治療目標 グレードA

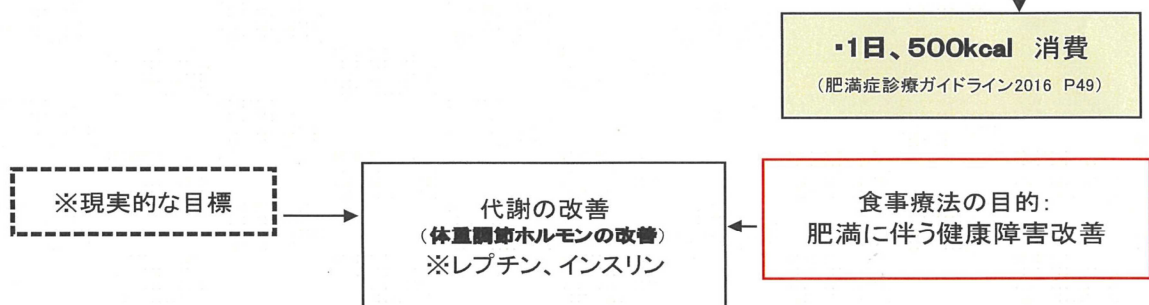
肥満症の治療目標は、減量によって肥満に伴う健康障害を**解消あるいは軽減、予防**することである。

体重の減少 (kg・%)	健診データ(リスク)							研究内容等/ 肥満診療ガイドライン2016 (P48, 49)
	中性 脂肪	HDL	肝機能	血糖	血圧	尿酸	総コレス テロール	
1%	○							BMI25以上 健診(9454人) 1年間
1%~3%	○	○	○				○	肥満診療ガイドライン2016 (BMI27±2.5 3480人) 6ヶ月
3%~5%	○	○	○	○	○	○	○	肥満診療ガイドライン2016 (BMI27±2.5 3480人) 6ヶ月
3%~5%	持続的体重減少が臨床的に有益							米国心臓協会・米国心臓学会 ・米国肥満学会
7%+150分/週運動	○			58% 発症 抑制	○			米国の糖尿病発症予防のための プログラム(DPP) 1000人 6ヶ月 →2006年ガイドラインでは、体重 又はウエスト周囲5%減とした。
10%				○	○		○	BMI25以上 健診(9454人) 1年間

※継続した減量(2年後)は合併症改善に有効 (リバウンド→糖尿病の発症増加、心血管危険因子の増悪)

(2) 「現実的な目標」を立てる

・日常の食べ方から考えてみる (生活は多様である)



(3) 代謝が少しでも改善されたら、体に合う食事を考える →「あなたにとっての食べ方」

②沖縄40～50代男性Ver.

血液データと食品(栄養素)

②沖繩40～50代男性Ver.

血液データと食品(栄養素)

栄養素を詳しく
いふためには
なるべく多くの
エネルギーを
必要とする

エネルギー

炎症作用

体の材料

便の材料

短鎖脂肪酸をつくる

2024.03.11

RS 沖・食-55

①	血液中の物質名(100cc中の単位)				ない	中性脂肪 (mg)				血糖 (g)	血糖 (g)	☆ある				☆ある							
群別	③	食品	②	栄養素別	重量 g	エネルギー kcal	脂質		飽和脂肪酸		不飽和脂肪酸		たんぱく質 g	プリン体 mg	炭水化物 g	食物繊維総量 g	食物繊維		ビタミンB6 mg	葉酸 μg	カルシウム mg	水分 g	
							g	g	g	g	g	g					不溶性 g	水溶性 g					
1 群	乳製品	牛乳(普通)	200	134	7.6	4.66	0.0	0.20	0.0	0.0	6.6	0.0	9.6	9.6	0.0	0.0	0.0	2	0.2	0.06	10	300	175
2 群	卵	Mサイズ1個	50	75	5.1	1.56	0.1	0.66	0.1	0.0	6.1	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0	0.7	0.05	25	65	38
魚	さば缶(水煮)	中1/2缶	75	143	8.0	1.82	2.0	0.23	15.7	91.6	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0	2.4	0.27	9	195	50
肉	ツナ缶(水煮)	1/2缶	35	25	0.2	0.06	0.1	0.01	5.6	40.9	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	4	0	0.1	0.09	1	81	29
大豆製品	豚肉(もも)	薄切り2枚	50	92	5.1	1.80	0.0	0.59	10.3	47.6	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	2	1	0.2	0.16	1	175	34
大豆製品	沖縄豆腐	1/2丁	80	85	5.8	0.93	0.4	2.67	7.3	16.0	0.6	0.2	0.4	0.2	0.2	0	0	0.3	0.05	11	144	65	
(1~2群小計)				490	553	32	11	3	4	52	196	11	10.3	0.4	0.2	0.2	187	3	3.9	1	57	960	390
3 群	人参	小1/2本	50	18	0.1	0.01	0.0	0.02	0.4	1.1	4.4	3.2	1.2	0.9	0.3	3.45	3	0.3	0.05	12	135	45	
緑黄色野菜	小松菜	中2株	100	14	0.2	0.02	0.1	0.01	1.5	10.6	2.4	0.5	1.9	1.5	0.4	2.60	39	0.9	0.12	110	500	94	
ブロッコリー	中2房	中2房	40	16	0.2	0.03	0.0	0.01	2.2	28.0	2.6	0.6	2.0	1.7	0.4	30	56	1.2	0.12	88	184	34	
大根	厚切り1切れ	中1枚	40	7	0.0	0.00	0.0	0.00	0.2	0.7	1.6	1.1	0.5	0.3	0.2	0	4	0.0	0.02	13	92	38	
淡色野菜	キャベツ	中1/4個	50	9	0.1	0.01	0.0	0.00	0.5	1.3	2.1	1.4	0.7	0.6	0.2	2	16	0.0	0.04	31	80	37	
ゴーヤー	中1/2本	中1/2本	125	21	0.1	0.01	0.0	0.05	1.3	12.4	4.9	1.6	3.3	2.6	0.6	21	95	1.0	0.08	90	325	118	
じゃがいも	中1個	中1個	100	76	0.1	0.02	0.0	0.02	1.8	6.5	17.3	16.1	1.2	0.8	0.4	0	28	0.0	0.20	20	410	80	
みかん	Mサイズ1個	中1/4個	100	46	0.1	0.01	0.0	0.01	0.7	12.0	11.0	1.0	0.5	0.5	0.5	84	32	0.4	0.06	22	150	87	
くだもの	りんご	中1/2枚	75	43	0.2	0.01	0.0	0.02	0.1	11.6	10.6	1.1	0.8	0.3	1	3	0.1	0.03	2	90	63		
きのこ	えのきたけ	中1/2枚	50	11	0.1	0.01	0.0	0.03	1.4	24.7	3.8	1.9	2.0	1.8	0.2	0	0	0.0	0.06	38	170	44	
海藻	生わかめ	(塩蔵凍蔵)	50	6	0.2	0.02	0.1	0.03	0.8	11.0	1.7	0.1	1.6	0.0	0.0	9	0	0.1	0.00	3	5	47	
(3群小計)				820	285	1	0	0	11	97	69	51	17	12	4	751	280	3.9	1	435	2,216	732	
1~3群小計				1,310	838	33	11	3	5	63	293	79	62	18	12	4	938	283	7.8	2	493	3,176	1,122
4 群	ごはん	中茶湯大盛り3杯	540	907	1.6	0.54	0.0	0.43	13.5	62.1	200.3	198.7	1.6	1.6	0.0	0	0	0.0	0.11	16	157	324	
主食	きび	大さじ3	41	149	1.4	0.18	0.0	0.71	4.6	29.1	28.4	0.7	0.7	0.0	0	0	0.0	0.08	5	82	6		
砂糖	★砂糖・蜂蜜	砂糖で大きじ2	20	77	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	19.9	19.9	0.0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.00	0	0	0		
油	油・種菜(料理用・食用)	大さじ1	12	111	12.0	1.32	0.8	4.10	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0	0	1.6	0.00	0	0	0	
調味料	しょうゆ	大さじ1	15	12	0.0	0.00	0.0	0.00	1.2	6.8	1.2	1.2	0.0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.03	5	59	10	
みそ	大さじ2/3	大さじ2/3	10	19	0.6	0.10	0.1	0.30	1.3	5.6	2.2	1.7	0.5	0.4	0.1	0	0	0.1	0.01	7	38	5	
食塩	小さじ1/2	小さじ1/2	3	0	0.0	0.00	0.0	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.00	0	3	0	
合計				1,951	2,112	49	13	4	10	83	368	332	20	15	4	938	283	9.4	2	526	3,514	1,467	

②ポピュレーションアプローチ 集団・地域の組織団体との学習会 ～妊婦から高齢者へ食の学習～

健康増進法・ 健康増進事 業実施者	母子保健法		学校保健 安全法	労働安全衛生法 国民健康保険法・各医療保険法	介護保険法	高齢者の 医療確保に關する法律
	妊産婦	乳幼児				
ライフ サイクル	高齡期	中年期	若年期	学童期		
地域の 学習様子						
						

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全ての動きを、「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います。身体活動・運動の量が多い人は、不活発な人と比較して循環器疾患やがんなどの非感染性疾患(NCD)の発症リスクが低いことが実証されています。世界保健機構(WHO)は、高血圧(13%)、喫煙(9%)、高血糖(6%)に次いで、身体不活動(6%)を全世界の死亡に関する危険因子の第4位と認識し、日本でも、身体活動・運動の不足は喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡の3番目の危険因子であることが示唆されています。身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施できる方法の提供や環境をつくることが求められています。

(2) 基本的な考え方

身体活動・運動の意義と重要性が広く国民に認知され実践されることは、超高齢社会を迎える我が国の健康寿命の延伸に有用であると考えられています。

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のために身体活動・運動が重要になってきます。

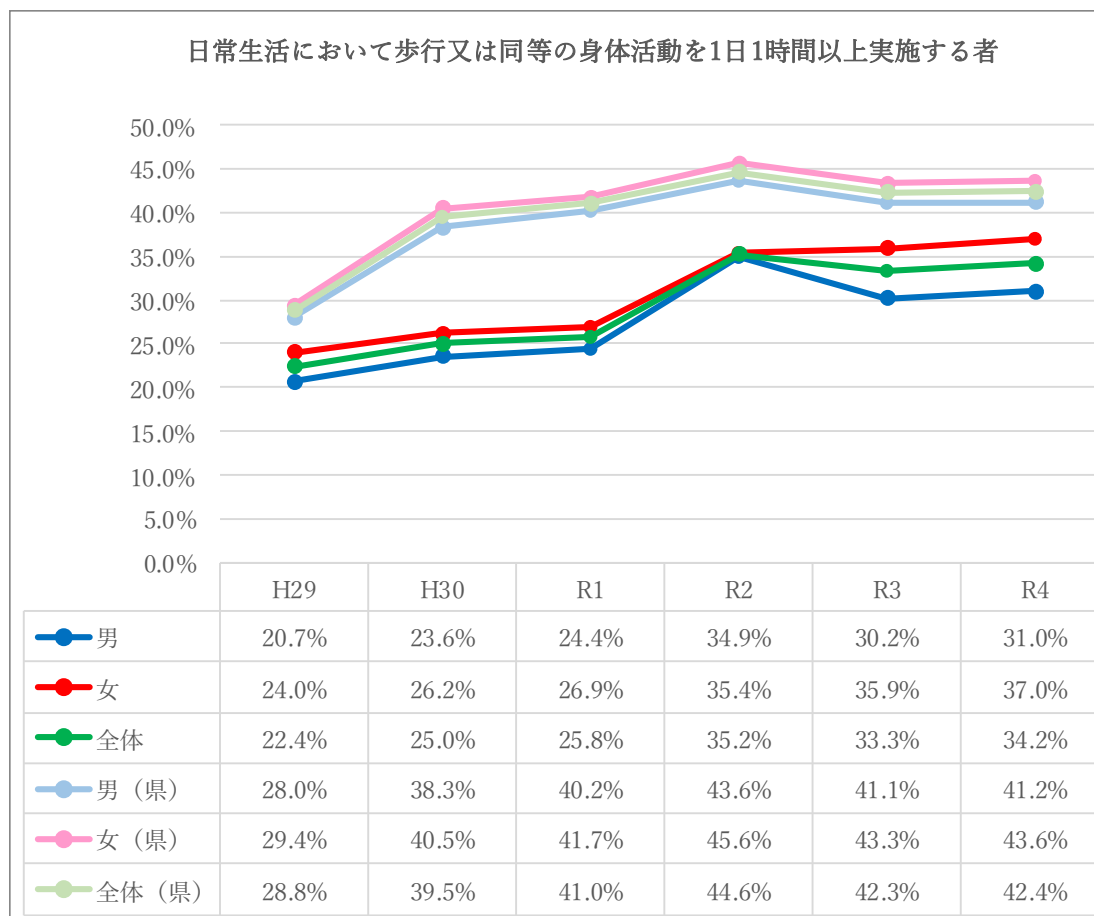
(3) 現状

① 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。

特定健診受診者に対して、身体活動の状況を確認していますが、日常生活において歩行又は活動を1時間以上していると意識している人は、男性女性ともに約3割であり、県平均と比較して低い状況です【図表64】

【図表64】



特定健診問診表より

(4) 対策

①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

- ・生活習慣病対策と運動しライフステージや個人の健康状態に応じた運動指導の推進
- ・特定健診・特定保健指導など従来の対策を活用した運動指導

② 身体活動及び運動習慣の向上の推進

- ・関係機関と連動し、日常生活の中で身体活動や運動を行える環境（運動施設）の活用の推進

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指し、「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、頭痛等の身心愁訴の増加、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。

(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・増進において極めて重要であります。

(3)現状

①睡眠時間が十分に確保できている者の増加

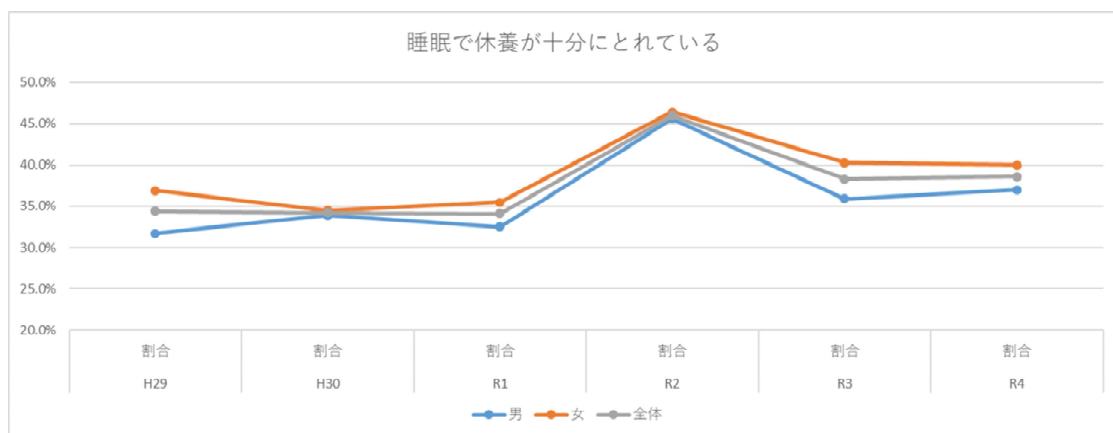
近年、睡眠時間と健康寿命との関連における科学的エビデンスが急速に蓄積されていて、これまでの知見では、極端な短時間睡眠・長時間睡眠のいずれも寿命短縮に寄与することが明らかになっています。

南風原町では、特定健診受診者に対し、「睡眠で十分休息がとれているか」の問診項目で睡眠に関する実態把握をしてきました。【図表65】その結果令和4年度、男性37.0%、女性40.0%の人が「はい」との回答になっており半数以上の方が十分に休養できていない状況でした。今後も実態把握をし、対策を講じていく必要があります。

【図表65】

睡眠で休養が十分にとれている(国保40～74歳) ※特定健診質問票より (TKAC004)

	H29		H30		R1		R2		R3		R4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男	334	31.7%	326	33.9%	300	32.5%	368	45.6%	308	35.9%	335	37.0%
女	434	36.9%	376	34.5%	370	35.5%	421	46.4%	397	40.3%	412	40.0%
全体	768	34.4%	702	34.2%	670	34.1%	789	46.0%	705	38.3%	747	38.6%



(4)対策

- ① 睡眠と休養に関する実態の把握
 - ② 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、がん等に深く関連します。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。

健康日本 21(第2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以上、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ています。

(2) 基本的な考え方

がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されており、これらの知見からは生活習慣病(NCDs)のリスクを高める飲酒量の域値は低ければ低いほどよいことが示唆されています。

男性では44g/日(日本酒2合/日)程度以上の飲酒(純アルコール摂取)で非飲酒者や機会飲酒者に比べてリスクが高くなることを示す研究が多いです。また、女性では22g/日(日本酒1合/日)程度以上の飲酒で、リスクが高くなることを示す研究があります。

また、20歳未満の者の身体は発達する過程にあるため体内に入ったアルコールが身体に悪影響を及ぼし健全な成長を妨げること、臓器の機能が未完成であるためにアルコールの分解能力が20歳以上の者に比べて低くアルコールの影響を受けやすいと報告されています。

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

①妊娠中の飲酒

妊娠前は5割近くの飲酒率だが、妊娠中の飲酒率は減少する一方、禁酒できない妊婦も若干います。

【図表66】

	妊娠前			妊娠中		
	南風原町		県	南風原町		県
	人数	率	率	人数	率	率
H25	267	52.6	52.8	5	1.0	0.9
H26	285	51.6	52.6	5	0.9	0.8
H27	296	51.2	52.8	3	0.5	0.6
H28	299	53.9	51.9	0	0.0	0.5
H29	290	52.7	51.8	1	0.2	0.5
H30	379	57.3	52.6	1	0.2	0.5
R1	327	56.0	52.5	0	0.0	0.4
R2	286	52.4	51.6	1	0.2	0.4
R3	233	46.3	49.0	2	0.4	0.4

資料) 国保連合会データ

②成人の飲酒

・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)

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は、特定健診問診票の平成29年度と令和4年度を比較すると、男性 14.6%(154人)が13.8%(125人)に減り、女性は7.6%(90人)が9.7%(100人)に増加しています。【図表67】

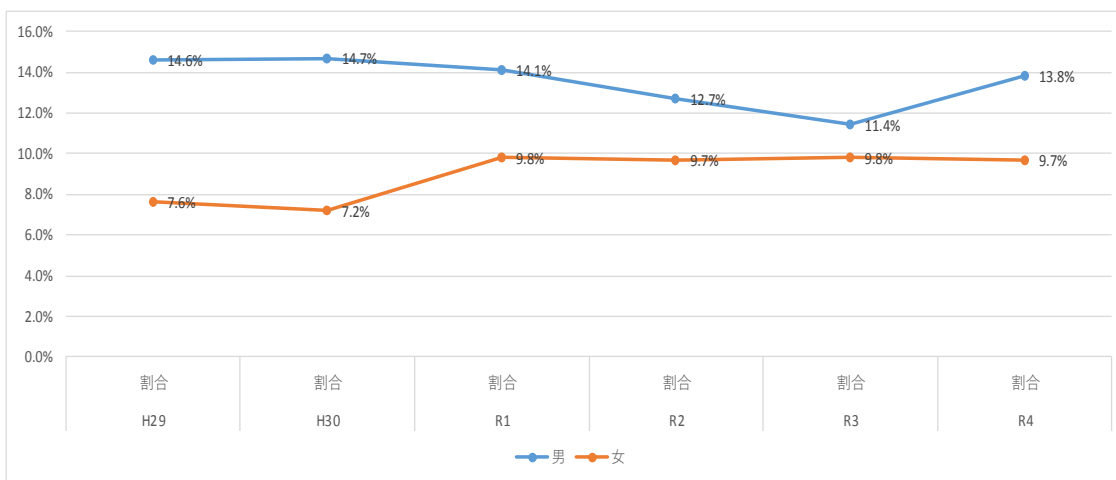
飲酒は肝臓のみならず、肥満や高血圧、高尿酸状態をも促し、その結果、血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。健診結果と飲酒との関連を本人が理解し、適切な判断ができる保健指導が重要です。

【図表67】

生活習慣病のリスクを高める飲酒量の者 ※特定健診質問票より（TKAC004）

※男性：純アルコール40g以上（2合以上） 女性：純アルコール20g以上（1合以上）

	H29		H30		R1		R2		R3		R4	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男	154	14.6%	141	14.7%	130	14.1%	102	12.7%	97	11.4%	125	13.8%
女	90	7.6%	78	7.2%	102	9.8%	88	9.7%	97	9.8%	100	9.7%



（4）対策

- ① 妊娠中の飲酒は胎児性アルコール症候群(FAS)を引き起こす可能性があることや発育不全の危険因子の保健指導（親子健康手帳交付時の保健指導の徹底）
- ② 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
- ③ 飲酒による生活習慣病予防の推進 ・健診、特定健診の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導

5. 喫煙

(1) はじめに

たばこ消費量は近年減少傾向にあるが、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、我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る。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されています。

たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しています。具体的には、がん、循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患等)、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、糖尿病、周産期の異常(早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等)の原因になり、受動喫煙も、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息や呼吸器感染症、乳幼児突然死症候群(SIDS)の原因になります。たばこは、受動喫煙などの短期間の少量被曝によっても健康被害が生じますが、禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされています。

(2) 基本的な考え方

たばこ対策は「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。喫煙と受動喫煙は、いずれも多くの疾患の確立した原因であり、その対策により、がん、循環器疾患、COPD、糖尿病等の予防において、大きな効果が期待できるため、たばこと健康について正確な知識を普及する必要があります。

(3) 現状と目標

① 妊娠中の喫煙状況

・低出生体重児のリスクとなる妊婦の喫煙率は町、県とも減少してきている。

【図表68】

(単位:人数)

	妊娠前			妊娠中		
	南風原町		県	南風原町		県
	人数	率	率	人数	率	率
H25	74	14.6	21	17	3.3	5.2
H26	65	11.8	20.1	17	3.1	5.2
H27	64	11.1	19.2	13	2.2	4.6
H28	58	10.5	19	10	1.8	4.2
H29	56	10.2	17.4	8	1.5	3.9
H30	84	12.7	17.3	15	2.3	3.7
R1	85	14.6	16.9	17	2.9	3.6
R2	72	13.2	16.1	17	3.1	3.1
R3	42	8.3	15.5	11	2.2	2.9

資料) 国保連合会データ

② 成人の喫煙率の減少

喫煙率の低下は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから指標として重要です。

特定健診受診者の成人の喫煙率推移をみると、年々減少しており、県と比較しても低い結果でした。【図表69】たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけでは、やめたくてもやめられないことが多いですが、多くの疾患の発症リスクでもあることから、個人の健診結果に基づきより喫煙によるリスクが高い人への支援が重要になります。

【図表 6 9】

南風原町

	H29	H30	R1	R2	R3	R4
男	21.0%	20.4%	19.6%	19.7%	18.2%	17.7%
女	3.9%	3.6%	4.5%	4.2%	5.1%	5.6%
全体	12.0%	11.4%	11.6%	11.5%	11.2%	11.3%

沖縄県

	H29	H30	R1	R2	R3	R4
男	23.9%	23.4%	23.2%	22.2%	22.4%	22.6%
女	6.7%	6.8%	7.0%	6.5%	6.7%	6.7%
全体	14.8%	14.7%	14.7%	14.0%	14.3%	14.3%

データ元：特定健診質問票「現在、たばこを習慣的にすっている」TKAC004

(4) 対策

① たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供

② 禁煙支援の推進

- ・母子手帳発行時の胎児への影響や、乳幼児健康診査などでの母子保健活動での禁煙支援
- ・禁煙治療へのパートナーなど家族を含めて保健指導
- ・特定健康診査時の、禁煙支援
- ・禁煙治療への保健指導

6. 歯・口腔の健康

(1) はじめに

歯・口腔の健康は、市民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしています。近年は口腔の健康が全身の健康にも関係していることが指摘されるなど、全身の健康を保つ観点からも、歯・口腔の健康づくりへの取組が必要となっています。

平成23(2011)年8月に施行された歯科口腔保健の推進に関する法律では、歯科口腔保健の推進に関する基本理念等が定められており、国及び地方公共団体の責務等が示されています。なお、同法において歯科口腔保健に関する施策推進するための基本的な事項を定めることとされています。令和6(2024)年度から令和17(2035)年度までの歯科口腔保健施策等を総合的に推進するための基本的な事項については、健康日本21(第三次)と連携を図りながら、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第2次)」(歯・口腔の健康づくりプラン)として取り組むものとしています。

歯の喪失の主要の原因は、う蝕(むし歯)と歯周病で、歯の健康のためには、う蝕と歯周病の予防は必須の項目です。幼児期や学齢期でのう蝕予防や成人期の歯周病予防が不可欠と考えます。

(2) 基本的な考え方

歯周病は、歯の喪失をもたらす主要な原因疾患であるとともに、歯周病と糖尿病や循環器疾患等の全身疾患との関連性も指摘されていることから、その予防は生涯を通じての重要な健康課題のひとつである。歯周病を有する者を減少させることにより歯の喪失を防止するとともに、糖尿病等の全身疾患の重症化リスクの軽減等により全身の健康の保持・増進に寄与することも期待されます。

口腔機能は、健康で質の高い生活を営むために不可欠な摂食や構音等に密接に関連するものであり、健康寿命の延伸や生活の質の向上に関係していることから、生涯を通じて口腔機能の獲得・維持・向上を図ることが望ましいです。特に、咀嚼機能については、主観的な健康感や運動機能と密接な関連性を有するとの知見も多く、高齢者における咀嚼機能の低下は、摂取できる食品群にも大きな影響を与えられています。

また、定期的な歯科検診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく寄与するため、生涯を通じて歯科検診を受診し、歯科疾患の早期発見・重症化予防等を図ることが重要です。定期的に自身の歯・口腔の健康状態を把握することで、受診者の状況に応じて、歯科医療機関への受療に適切につながることも期待されます。

(3)現状

①乳幼児・学齢期のう蝕【図表70】

町の3歳児健診でのう蝕がある児の割合は平成29年度22.5%だったものが、令和4年度16.4%へ減少しています。しかし、令和2年度から県平均より高い結果となっています。

母子保健法にも続く1歳6か月児、3歳児健康診査時の歯科健診のほか、乳児健診、2歳児健診時を通して乳幼児時期に身につけたい歯と口の健康の基盤を形成していくためにも継続した歯科衛生指導を強化していきます。

12歳の罹患率は平成29年から県平均と比較し低く、年々減少しています。一方、国の平均よりは高い結果となっています。乳幼児期からの歯科保健指導を継続し、養護教諭との連携を図ります。

【図表70】

1歳6か月

南風原町	年度	H28	H29	H30	H31	R2	R3	R4
	集計数	489	556	579	504	360	555	495
	虫歯あり（人数）	15	17	9	2	6	5	4
	虫歯あり（率）	3.1%	3.1%	1.6%	0.4%	1.6%	0.9%	0.8%
沖縄県（率）		2.4%	2.2%	1.6%	1.7%	1.5%	1.4%	1.2%
全国（率）		1.5%	1.3%	1.2%	1.0%	1.1%	0.8%	—

2歳

南風原町	年度	H29	H30	H31	R2	R3	R4
	集計数	407	461	473	393	281	428
	虫歯あり（人数）	47	32	65	30	29	6
	虫歯あり（率）	11.5%	6.9%	13.7%	7.6%	10.3%	1.4%
沖縄県（率）		町の独自事業のため統計なし					
全国（率）							

3歳

南風原町	年度	H28	H29	H30	H31	R2	R3	R4
	集計数		524	512	485	476	565	513
	虫歯あり（人数）		118	111	90	98	108	84
	虫歯あり（率）	26.8%	22.5%	21.7%	18.6%	20.9%	17.9%	16.1%
沖縄県（率）		28.5%	24.9%	22.3%	20.3%	19.5%	18.3%	15.4%
全国（率）		15.5%	14.4%	13.2%	11.9%	11.8%	10.2%	—

町乳幼児健診データ

12歳

南風原町		H28	H29	H30	H31	R2	R3
	集計数（人数）	193	172	191	199	200	207
	未処置歯のある者（人数）	54	37	43	23	19	15
	未処置歯のある者（率）	28%	22%	23%	12%	10%	7%
	むし歯のある者（人数）	95	69	90	73	66	84
	むし歯のある者（率）	49%	40.0%	47.0%	37.0%	33.0%	41.0%
沖縄県（率）		60.5%	54.8%	59.2%	51.6%	55.8%	54.0%
全国（率）		35.5%	34.9%	32.7%	31.8%	29.4%	28.3%

学校教育委員会・学校保健統計（1校のみ）

②歯周病検診

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。歯周病のうち、歯肉に局限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。

町では歯周疾患検診を40歳、50歳、60歳、70歳を対象に検診補助を実施しておりますが、歯周疾患検診は受診は少ない状況です。【図表71】

糖尿病や循環器疾患と歯周病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。したがって受診率向上の取り組みが重要です。

【図表71】

歯周疾患検診					
年度	H30	R1	R2	R3	R4
受診人数	0	8	16	11	8

町データ

（4）対策

① ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

○親子健康手帳発行時等の妊婦へのう蝕予防の啓蒙

○乳幼児期のう蝕予防の歯科健診・歯科保健指導・保健・栄養指導

・乳児健診

・1.6歳児健診

・2歳児健診

・3歳児健診

○歯周病検診受診率向上にむけた取り組み

7. こころの健康(南風原町自殺対策計画)

1. はじめに

1) 計画策定の趣旨

我が国の自殺対策は、平成18年に自殺対策基本法が制定されて以降、大きく前進しました。それまで「個人の問題」と認識されがちであった自殺は広く「社会の問題」と認識されるようになり、国を挙げて自殺対策を総合的に推進した結果、自殺者数は3万人台から2万人台に減少するなど、着実に成果を上げています。しかし新型コロナウイルス感染症拡大の影響等で、状況に変化が生じています。男性、特に中高年男性が自殺者数の大きな割合を占める状況は変わっていませんが、令和2年には自殺の要因となり得る様々な問題が悪化したことなどにより、特に女性や小中高生の自殺者が著しく増加し、総数においては11年ぶりに前年を上回りました。令和4年には男性の自殺者数も13年ぶりに増加し、小中高生の自殺者数は過去最多となっています。我が国の自殺死亡率(人口10万人あたりの自殺による死亡率)は、依然として、G7 諸国の中で最も高く、自殺者数も毎年2万人を超える水準で推移していることから、非常事態はいまだ続いていると言わざるを得ません。

この間、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指して自殺対策に更に総合的かつ効果的に推進するため、施行から10年の節目にあたる平成28年、自殺対策基本法が改正されました。自殺対策が「生きることの包括的な支援」として実施されるべきこと等を基本理念に明記するとともに、自殺対策の地域間格差を解消し、いわばナショナルミニマムとして、誰もが「生きることの包括的な支援」としての自殺対策に関する必要な支援を受けられるよう、全ての都道府県及び市町村が「都道府県自殺対策計画」又は「市町村自殺対策計画」(以下、「地域自殺対策計画」という。)を策定することとされました。

2) 本町における自殺対策が目指すもの

自殺は、その多くが追い込まれた末の死です。自殺の背景には、精神保健上の問題だけではなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤独・孤立などの様々な社会的要因があることが知られており、自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る危機」です。そのため自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、「生きることの包括的な支援」として実施していく必要があります(自殺対策基本法第2条)。また自殺対策基本法 第1条において「自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等の支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいをもって暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする」とうたっており、全ての人がかけがえのない個人として尊重される社会、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指していきます。

3) 計画の位置付け

本計画は、平成28年に改正された「自殺対策基本法」に基づき、国の定める自殺総合対策大綱の趣旨を踏まえて、同法第13条第2項に定める「市町村自殺対策計画」として策定するものです。

4) 計画の期間

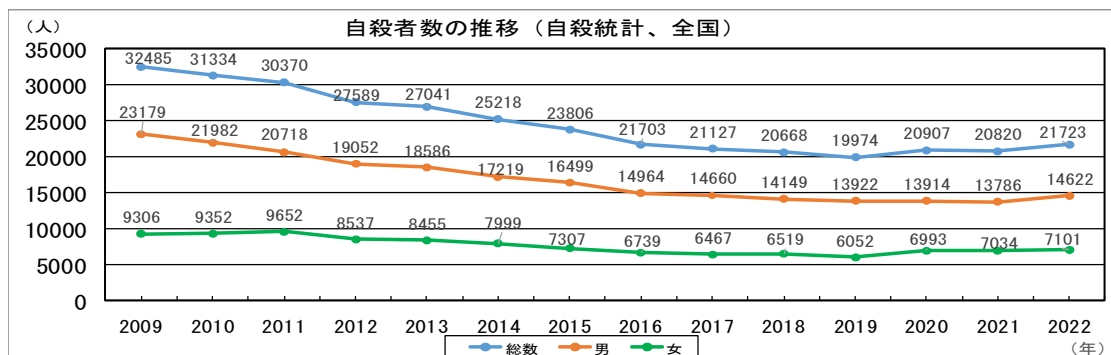
本計画は令和6年度(2024年)から令和17年度(2035年)までの12年間とし、中間年である令和11年度(2029年)に見直しを行います。本計画の期間については本町の定める健康増進計画、食育推進計画と整合性をとるため期間を統一しています。

2. 南風原町における自殺の現状と課題

1) 全国の状況

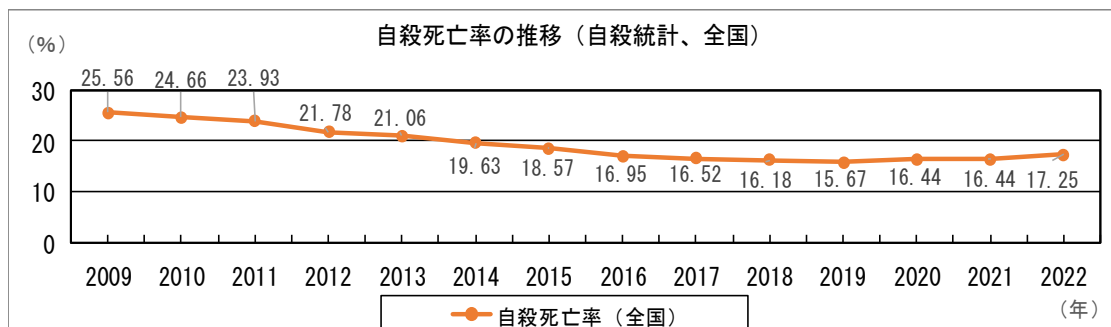
我が国の自殺者数は、長期的には減少傾向にありましたが、新型コロナウイルス感染拡大の影響により、2020年の全国の自殺者数は20,907人となり、増加に転じています。2022年は自殺者数21,723人【図表72】、自殺死亡率17.25と2016年～2022年の過去7年間で自殺死亡率が一番高くなっています。【図表73】。

【図表72】 日本における自殺者数の推移



資料) 地域自殺実態プロファイル 2023

【図表73】 日本における自殺死亡率の推移(人口10万対)

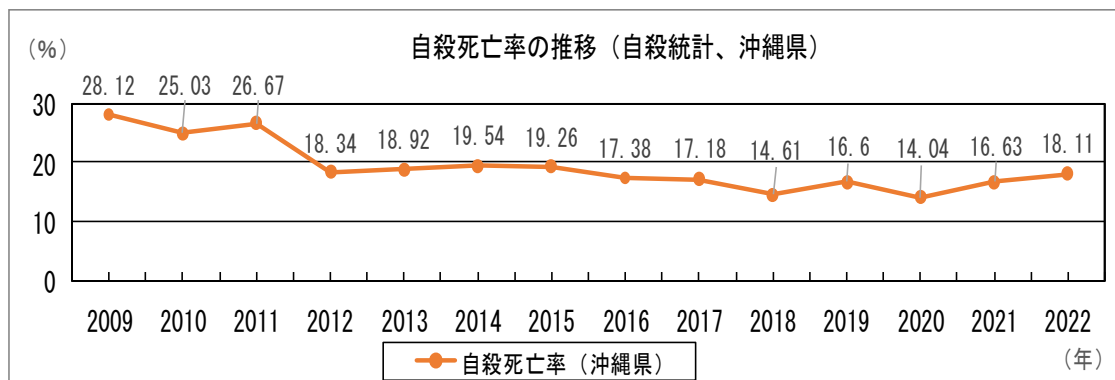


資料) 地域自殺実態プロファイル 2023

2) 沖縄県の状況

沖縄県でも全国と同様に自殺者数および自殺死亡率は、長期的には減少傾向にありましたが、2022年は自殺死亡率18.11と2016年～2022年の過去7年間で自殺死亡率が一番高くなっています。新型コロナウイルス感染拡大の影響も懸念されることから今後の動向を注視する必要があります【図表74】。

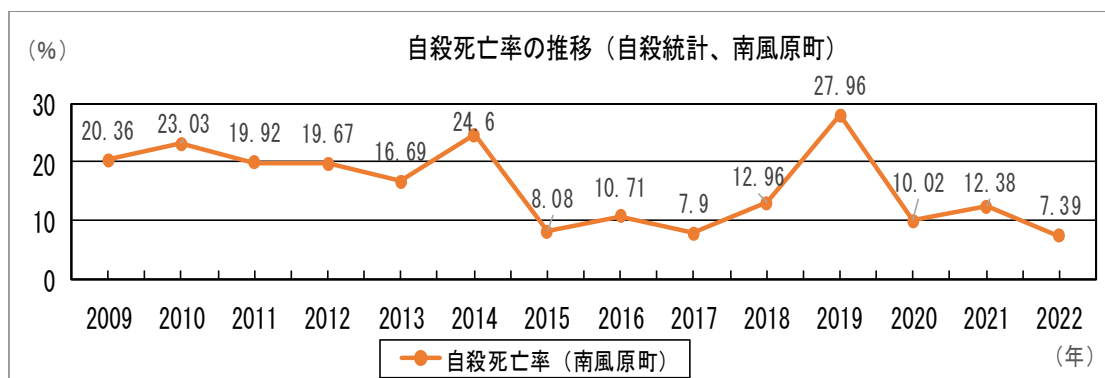
【図表74】 沖縄県における自殺死亡率の推移(人口10万対)



3) 南風原町の状況

本町の自殺死亡率は2019年に27.96と2009年以降過去最高値となりましたが、2022年には7.39と減少しています【図表75】。2013年～2022年の10年間平均でみると、年間自殺者数は5人、自殺死亡率は13.87となっています【図表76】。

【図表75】 町の自殺死亡率の推移(人口10万対)



【図表76】 町の自殺者数および自殺死亡率(2013年～2022年の平均)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	合計	平均
自殺統計 自殺者数	6	9	3	4	3	5	11	4	5	3	47	5
自殺統計 自殺死亡率	16.69	24.6	8.08	10.71	7.9	12.96	27.96	10.02	12.38	7.39	—	13.87
人口動態統計 自殺者数	5	8	4	7	4	6	10	8	5	6	63	6

資料) 厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」(自殺日・住居地)より集計

2018年～2022年合計でみた町の自殺の特性の評価【図表77】によると、本町では高齢者(70歳以上)の自殺者の指標値、特に80歳以上の自殺者の指標値が全国の市区町村に比べて高いことが分かります。

【図表77】 本町の自殺の特性の評価(2018年～2022年合計)

	指標値	ランク
総数*1)	14.1	—
男性*1)	22.5	—
女性*1)	5.9	—
20歳未満*1)	3.8	★a
20歳代*1)	4.7	—
30歳代*1)	17.4	—a
40歳代*1)	10.7	—
50歳代*1)	18.5	—
60歳代*1)	17.7	—a
70歳代*1)	21.0	★★a
80歳以上*1)	58.4	★★★★
若年者(20～39歳)*1)	12.0	—
高齢者(70歳以上)*1)	36.7	★★★a
勤務・経営*2)	7.9	—
無職者・失業者*2)	33.5	—a

ランクの標章

ランク	
★★★★☆	上位 10%以内
★★★/☆	上位 10～20%
★★	上位 20～40%
—	その他
**	評価せず

*1) 地域における自殺の基礎資料に基づく自殺死亡率(人口10万対)。

*2) 個別集計に基づく20～59歳における自殺死亡率(人口10万対)。

・ランク欄に「a」と表示されている場合は、自殺者1人の増減でランクが変化することを示す。

※ 全国の市区町村における当該指標値に基づく順位を評価した。

資料) 地域自殺実態プロファイル 2023

次に、2018年～2022年合計でみた町の主な自殺者の特徴個別集計【図表78】で自殺の背景にある主な危機経路をみると、なかでも上位5位までに共通した自殺の危機経路として、「うつ状態」があることが分かりました。

【図表78】 本町の主な自殺者の特徴(2018年～2022年合計)個別集計

自殺者の特性上位5区分	自殺者数 (5年計)	割合	自殺死亡率* (人口10万 対)	背景にある主な自殺の危機経路**
1位:男性 60歳以上有職同居	4	14.3%	50.2	①【労働者】身体疾患+介護疲れ→アルコール依存→うつ状態→自殺／②【自営業者】事業不振→借金+介護疲れ→うつ状態→自殺
2位:男性 60歳以上無職独居	3	10.7%	158.8	失業(退職)+死別・離別→うつ状態→将来生活への悲観→自殺
3位:男性 40～59歳無職同居	3	10.7%	154.0	失業→生活苦→借金+家族間の不和→うつ状態→自殺
4位:男性 40～59歳有職独居	3	10.7%	114.0	配置転換(昇進/降格含む)→過労+仕事の失敗→うつ状態+アルコール依存→自殺
5位:男性 20～39歳無職同居	3	10.7%	103.3	①【30代その他無職】ひきこもり+家族間の不和→孤立→自殺／②【20代学生】就職失敗→将来悲観→うつ状態→自殺

資料：警察庁自殺統計原票データをいのち支える自殺対策推進センター（以下、JSCP）にて個別集計

・区分の順位は自殺者数の多い順で、自殺者数が同数の場合は自殺死亡率の高い順とした。

* 自殺死亡率の算出に用いた人口は、総務省「令和2年国勢調査」就業状態等基

本集計を基に JSCP にて推計したもの。

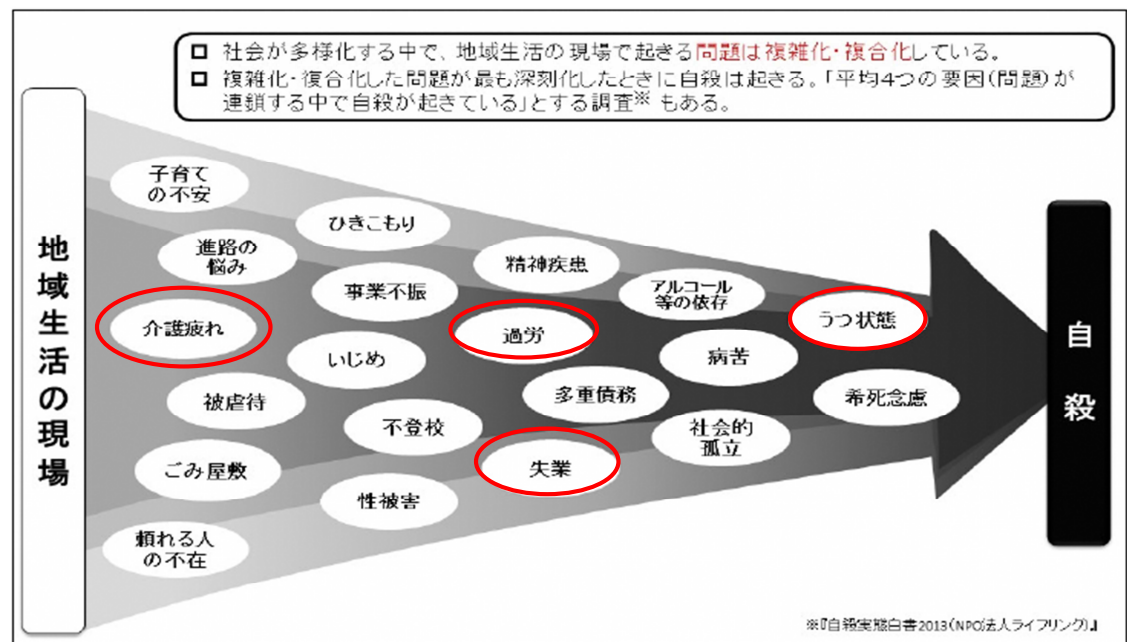
**「背景にある主な自殺の危機経路」は、ライフリンク「自殺実態白書 2013」を参考に推定したもの。

自殺者の特性別に見て代表的と考えられる経路の一例を示しており、記載の経路が唯一のものではないことに留意いただきたい

4) 南風原町の状況を踏まえた自殺対策の方向性

自殺はその多くが追い込まれた末の死です。「うつ状態」等精神保健上の問題だけでなく過労、生活困窮、育児や介護疲れなど様々な社会的要因があることが知られています【図表78-①】。本町の自殺者の主な特徴【図表77、78】をみると「うつ状態」の前段階として介護疲れ、失業(生活苦)、過労を背景としていること、年齢区分では80歳以上の高齢者であることがわかりました。この実態を関係者のみではなく、町民との実態共有をおこないながら保健分野のみでなく福祉、教育、労働、医療その他の関係機関との連携ネットワークの強化をしていく必要があります。

【図表78－①】自殺の危機要因イメージ図(厚生労働省資料)改変



・赤丸は【図表78】に照らし合わせた本町の主な危機経路

資料:「地域自殺対策計画」策定・見直しの手引き

5) 数値目標及び評価指標

国の自殺総合対策大綱では、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指すため、当面は先進諸国の現在水準まで減少させることを目指し、旧大綱の数値目標を継続し令和8年までに自殺死亡率(人口10万人あたりの自殺者数)を平成27年と比べて30%以上減少させることとしています。本町においても国の数値目標の考え方を踏襲し取り組んでいきます【図表78－②】。

【図表78－②】数値目標及び評価目標

【数値目標】

指標名	基準値	現状値	目標値	データソース
	平成27年	令和4年	令和11年	
自殺死亡率 (人口10万人あたりの自殺者数)	8.08	7.39	5.68	地域自殺実態 プロフィール

【評価指標】

指標名		現状値	目標値	データソース
睡眠で休養が取れている者の割合の増加		令和4年 67.2%	令和11年 増加	
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 (1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の割合)	男性	21.4%	減少	KDB (特定健診質問票より)
	女性	24.4%	減少	

*1: 特定健診質問票 質問19の1合以上の割合の減少

純アルコール20gの目安量: 日本酒(1合)、泡盛25度(100cc)、ビール(500cc)

3. 自殺対策における基本的な考え方

1) 基本理念

自殺対策の本質は生きることの支援にあることをふまえ、国の自殺総合対策大綱及び県の自殺対策計画の理念に基づき、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」を基本理念に自殺対策に取り組みます。

2) 基本方針

(1) 生きることの包括的な支援として推進する

① 生きることの阻害要因を減らし、促進要因を増やす

生きることの阻害要因を減らすとは、借金や貧困、介護疲れ、病気、失業や不安定雇用、家族や周囲からの虐待、いじめ等の要因を減らし、促進要因である経済的な安定、家族や友人との信頼関係、問題対処能力の向上等を増やすことです。

(2) 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む

① 様々な分野の生きる支援との連携強化

- ・生活困窮者支援関連部門
- ・精神保健医療福祉部門
- ・孤独、孤立対策関連部門
- ・こども家庭センター部門
- ・高齢者福祉部門

(3) 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる【図表80】

社会全体の自殺リスクの低下に向けて、「対人支援のレベル」、「地域連携のレベル」、「社会制度のレベル」を有機的に連動させることが重要となります。

【図表80】 三階層自殺対策連動モデル(いのちを支える自殺対策推進センター資料)



(4) 実践と啓発を両輪として推進する

4. 具体的な取組

1) 町民への啓発と周知

自殺に追い込まれることは「誰にでも起こり得ること」であり、その場合に「誰かに助けを求めること」が重要になってきます。このことを町民に広く理解してもらい、悩みを抱えたときに気軽に相談機関を利用できるよう「生きることの阻害要因」に関連する相談機関の周知、こころの病気等についての正しい知識の普及啓発に取り組めます。

- (1) 自殺予防週間、自殺対策強化月間における啓発
- (2) 自殺やうつ病等の精神疾患に関する知識の普及啓発
- (3) 相談機関の周知・啓発

2) 自殺対策を支える人材の育成と相談体制の強化

悩みや不安を抱える町民が相談しやすい窓口を作るとともに、複合的な課題を抱え自ら相談に行くことが困難な人などを地域において早期に発見し、確実に支援に結びつけることが出来るよう身近にいる人のサインに気づき、見守ることができる人材を育成します。

- (1) 町民を対象としたゲートキーパー^{*2}等の周知・理解の拡大

自殺の基礎知識や悩みを抱えた人への対応と適切な関係機関につなぐための研修等を実施します。

- (2) 町民が相談しやすい窓口の充実

「生きることの阻害要因」を減らすために、高齢者の相談対応、介護の相談対応、各種虐待への相談対応、生活困窮に関連する相談対応、労働に関連する相談対応など町民が相談しやすい窓口の充実に努めます。

※2「ゲートキーパー」とは、自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応(悩んでいる人に気づき)、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る)を図ることができる人のことで、岩場「命の門番」とも位置づけられる人のことです。(厚生労働省ホームページより)

3) 関係団体等との連携、ネットワークの強化

自殺対策についての理解を深めるために、国・県・地域の関係機関・団体と連携を強化します。

- (1) 関係機関との情報共有及び自殺予防に関する知識の普及啓発の推進

南部保健所や医療機関等の連携・協議の場を通じ、行政・地域・関係機関等と情報共有を行い、自殺対策に関する理解促進を図ります。

- (2) 各分野の関係機関との情報共有、連携の強化

保健・医療・福祉・教育などの地域の関係機関や担当課とハイリクス者の早期支援や事例検討等を行い関係者間の連携を強化する取組を実施します。

第4節 生活機能の維持・向上 社会環境の質の向上

1. 健康を支える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。このような背景に加え、健康日本21（第二次）の計画期間における取組や健康寿命延伸プランなども踏まえ、社会環境の質の向上に関しては、「社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上」、「自然に健康に慣れる環境づくり」、「誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備」の3つの観点から目標を設定します。

その中でも、実態把握が可能な項目を目標項目と設定し取り組んでまいります。

2. 社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上

(1)はじめに

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します。また、健康な日本の地域の背景には、「いいコミュニティ」があることが指摘されています。こうした地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会関係資本等を意味するソーシャルキャピタルの醸成を促すことは健康づくりにおいても有用であると考えられます。

(2)基本的な考え方

社会的なつながりを持つことは、精神的健康、身体的健康、生活習慣、死亡リスク等により影響を与えることが分かっています。また、地域とのつながりが豊かな人は、様々な人々と交流する機会や社会活動に参加する等のきっかけがあることから、健康状態がよいとされています。

社会活動への参加は社会とつながる一つの手段であり、地域コミュニティとの関わりが希薄化している現代において、国民に社会活動への参加を促していくことは、健康づくり対策においても重要です。

(3)現状

南風原町長寿健診（75歳以上健診）の質問項目に「週に一回以上外出しますか」「普段から家族や友人と付き合いがありますか」の結果令和2年度から令和4年度は増加している。【図表81】

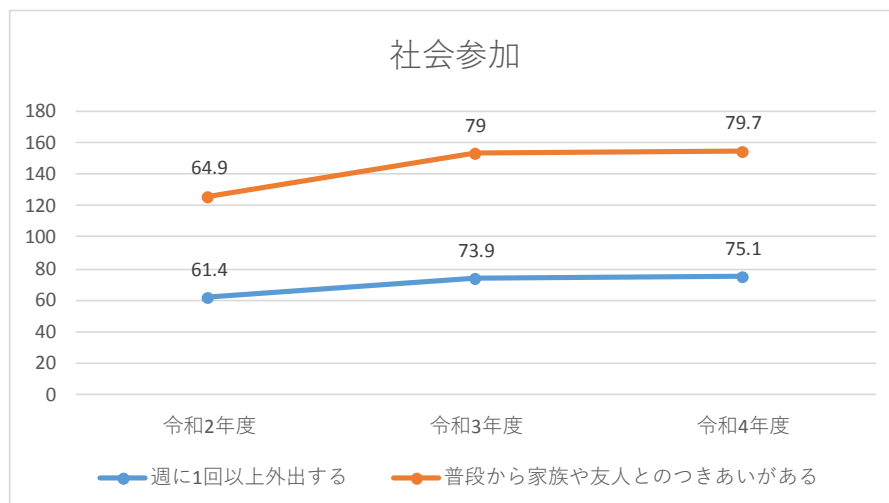
コロナ禍の影響で、外出を控えていた結果と考える。今後高齢者については関連課と連携し就労や社会参加を促進する一方で、疾病等による虚弱化を予防することが重要です。

【図表81】

社会参加

(長寿健診質問表より)

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
週に1回以上外出する	61.4	73.9	75.1
普段から家族や友人とのつきあいがある	64.9	79	79.7



3. 自然に健康になれる環境づくり

(1) 基本的な考え方

健康寿命の延伸には、地域特性を活かしたアプローチを行うことが重要となります。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。

(2) 現状と取組

健康課題の解決、健康づくり増進にむけて食生活の実態を、沖縄県県民健康栄養調査結果(R3年度)と本町の R5年度特定健診受診者214名(40歳～74歳)アンケートより、「持ち帰り弁当や惣菜を利用の頻度」でみると、週1回以上利用している者の割合は、本町は48.1%、沖縄県49.1%と利用頻度は高いことがわかりました。本町の社会環境、個々人の多様な生活リズムの変化から「食材を買って作って食べる」から「できあがった食品を組み合わせで食べる」、持ち帰り弁当等も視点に考えていく必要があると考えます。

【図表82】

	週1回	週2-3回	週4～6回	毎日
南風原町	33.2%	10.7%	4.2%	0.0%
沖縄県	11.5%	20.7%	9.4%	7.5%

厚生労働省の「生活習慣病予防その他の健康増進を目的として提供する食事の目安」等に基づき設定された基準をみだし、日本栄養改善学会等、日本高血圧学会、日本肥満学会等12の学会から認証された、1食の中で主食・主菜・副菜が揃い、野菜がたっぷりで食塩の摂りすぎにも配慮した「スマートミール認証弁当」の活用し、妊婦から高齢者のすべてのライフステージへ、健康づくりの一助となる選択肢・教材の1つとして考えていきます。

すべてのライフステージの健康増進にむけて、バランスの良い食の摂り方を勧めるにあたり、一人一人、そして地域の組織団体等と健康課題解決にむけた学習も行っていきます。

※従来販売している弁当とスマートミール認証弁当の比較

4. 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整理

健康づくりを行うにあたって、保健・医療・福祉等へのアクセスが確保されることに加えて様々な基盤を整えることが重要です。近年、自治体のみならず企業や民間団体といった多様な主体による健康づくりが広まっており、取組をさらに推進していくことが必要です。また地域特性を活かし、個人の健康づくりにむけて科学的根拠に基づく健康に関する情報を活用し、周知啓発の取組を推進していくことが求められています。

(1) 基本的な考え方

スマート・ライフ・プロジェクトとは、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とし、「運動」「食生活」「禁煙」の3分野を中心に、「健康寿命をのばそう」をスローガンとした厚生労働省の国民運動です。

(2) 現状と取組

本町は、スマート・ライフ・プロジェクト「第10回健康寿命をのばそう！（令和3年度）」において、本町と地元企業が、町民の健康課題を共有した事し、地元企業がスマートミール認証弁当を開発しました。その過程において、本町が栄養指導した取り組んだ事例が、厚生労働省健康局長優良賞を受賞しました。生活習慣病に関わる保健指導・栄養指導に加えて引き続き、自然に健康になれる環境づくりを通した町民の健康づくりに一層取り組んでまいります。

※第10回健康寿命をのばそう！アワード受賞 <https://www.smartlife.mhlw.go.jp/award/10/>



第5節 目標の設定

国民運動では、目標の設定に当たっては次の事項が示されています。【図表83】

「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ます。

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。

【図表 8 3】

健康はえびる 2.1 (第 3 次) 目標の設定									
分野	項目	現状値			目標値			データソース	
		国	町		国	町			
女性・子どもの健康	1. 健康寿命の延伸 (平均自立期間)	男性 女性						R17	KDB
							平均寿命の増加を上回る健康寿命の増加	R17	KDB
	2. 適正体重を維持している者の増加								
	①低出生体重児 (2500g未満) の割合の減少								
	②妊娠中の適正体重の増加								
	③適正体重を維持している3歳児の割合の増加								
	3. 乳幼児・学童健診の受診率の向上								
	①乳児健診受診率の向上	3～5ヶ月児 95.4% 9～12ヶ月児 85.0%	R3	3～5ヶ月児 86.2% 9～12ヶ月児 71.3%	R4		3～5ヶ月児 98.0% 9～12ヶ月児 98.0%	R17	小児保健協会統計
	②1.6歳児健診受診率の向上	95.2%	R3	92.2%	R4		97.0%	R17	小児保健協会統計
	③3歳児健診受診率の向上	95.0%	R3	91.3%	R4		95.0%	R17	小児保健協会統計
	④学童期生活習慣病予防健診の受診率の維持	—		36.0%	R4		増加	R17	町の母子保健統計
循環器疾患	4. 早寝早起きの見の増加								
	①22時までに就寝する児の増加	—		1.6歳 86.5% 2歳 78.7% 3歳 71.7%	R4		増加	R17	町の母子保健統計
	②7時までに起床する児の増加	—		1.6歳 56.8% 2歳 52.9% 3歳 51.4%	R4		増加	R17	町の母子保健統計
	4. 脳血管疾患・虚血性心疾患の罹患率の減少 (100以下) (町：年齢調整死亡率の減少)								
	①脳血管疾患	100	H28-R2	男性 94.9% 女性 61.2%	H28		減少	R17	年齢調整死亡率
	②虚血性心疾患	100		男性 118.1% 女性 112.1%	-R2				
	5. 高血圧の改善 (140/90mmHgの者の割合)			21.4%	R4		減少	R17	
	6. 脂質異常症の減少 (LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合)	男性 9.8% 女性 13.1%	R1	9.7%	R4		減少	R17	
	7. メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少	約1516人	R1	745人 (38.5%)	R4		H20と比較して 25%減少	R17	町国保特定 健診
	8. 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上								
	①特定健康診査の実施率	55.6%	R1	42.2%	H29		60.0%	R17	
糖尿病	②特定保健指導の終了率	23.2%		85.0%			現状維持・または増加		
	9. 合併症 (糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数) の減少	1527人	R3	2人	R3		減少	R17	町国保レボト・身体障害 者手帳交付状況
	10. 治療継続者の割合の増加 (HbA1c 6.5以上の者のうち治療中の者)	67.6%	R1	66%	R4		75%		
	11. 血糖コントロール目標値におけるコントロール不良の割合の減少 (HbA1cが8.0以上の者の割合の減少)	1.32%	R1	1.3%	R4		1.00%	R17	特定 健康診査
	12. 糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c 6.5以上の者の割合)	約1000万人	H28	8.7%	R4		減少		

分野	項目	現状値			目標値			データソース
		国	町		国	町		
がん	13.がんの標準化死亡比減少	100	73.3	H28	減少		現状維持又は減少	人口動態統計
	14.がん検診の受診率の向上(※2)							
	①胃がん	男性 女性	48.0% 37.1%	R1	60%	R10	増加	R17
	②肺がん	男性 女性	53.4% 45.6%					
	③大腸がん	男性 女性	47.8% 40.9%					
	④子宮頸がん	女性	43.7%					
	⑤乳がん	女性	47.4%					
	COPDの標準化死亡比の減少		100	R3	100.0	R14		
	15.歯周病を有する者の割合の減少		56.2%		40.0%	R14		
	16.歯科検診の受診者の増加		52.9%		95.0%	R14	増加	町データ
	17.乳幼児・学齢期のう歯のない者の増加							
	①3歳児でう歯がない者の割合(80%以上)の都道府県増加		26都道府県	H27	83.6%	R4	90.0%	町3歳児検診
栄養・食生活	②12歳児の一人の平均う歯(10歯未満)の都道府県増加(町：12歳のうち罹患率)		28都道府県	H28	60.6%	H29	減少	町・学校保健 統計
	①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)		60.3%	R1		R14		
	②児童生徒における肥満児の減少(小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合)	男児 4.55% 女児 3.75%	H28	男児 11.1% 女児 7.6%	R4	R4	減少	第2次成育医療の提供に関する施設統的な方向に 合わせて設定
	●20代から30代の若い女性の痩せの減少・・・女性	22.3%	H27	21.3%	R4	R4	減少	町妊婦証明書
	③バランスの良い食事を摂っている者の割合(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割合)				50%	R14	増加	
	18.日常生活における歩数の増加	6278歩	R1	20～64歳 男性54.0%女性52.4% 65歳以上 男性49.7%女性55.9%	R4	R14	増加	データ管理システム
	19.睡眠で休養が取れている者の割合の増加	78.3%	H30	67.2%	R4	R14	増加	KDB
	20.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の摂取量が男性40g以上、女性20g以上の割合)	男性 14.9% 女性 9.1%	R1	21.4% 24.4%	R4	R14	減少	KDB
	21.妊婦の飲酒率の減少	0.8%	R2	0.4%	R3	R6	0.0%	
	22.成人の禁煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)	16.7%	R1	11.3%	R4	R14	減少	KDB
禁煙	23.20歳未満の喫煙をなくす				0%	R14		
	24.妊娠中の喫煙をなくす・・・女性	2.0%	R2	2.2%	R3	R6	0.0%	第2次成育医療の提供に関する施設統的な方向に 合わせて設定

分野	項目	現状値			目標値			データソース
		国	町		国	町		
こころの健康の向上	①自殺者の減少（人口10万人当たり）	18.5	H27 14.3 (28人)	R4	13以下	減少	R17	
	②社会活動をおこなっている者の増加・・高齢者（ア：週に1回外出する イ：普段から家族・友人とつきあひがある）			R4 ア 75.1% イ 79.7%		増加	R17	
自然に健康になれる環境作り	①「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	・自然に健康になれる環境づくりについて、町の総合計画の中の、ちむくぐでともにつくる福祉と健康のまちとの整合性を図り、食環境整備事業の取り組みをあげる		町の食環境整備事業の取り組み				
	②「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 ③望まない受動喫煙の機会を有する者の減少							
誰もがアグセスできる健康増進のための取組	①スマートライフプロジェクト活動企業・団体の増加	・地方公共団体だけでなく、企業、民間など様々な団体が自主的に健康づくりに取り組むことが必						
	②健康経営の推進							

第Ⅲ章 計画の推進

第Ⅲ章 計画の推進

1. 健康増進に向けた取り組みの推進

(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ます。

町民の健康増進を図ることは、高齢化が進む町にとっても、一人ひとりの町民にとっても重要な課題です。したがって、健康増進施策を南風原町の重要な行政施策として位置づけ、健康はえばる21(第3次)の推進においては、町民の健康に関する各種指標を活用し、町民自身の予防を重視した取り組みを推進していきます。

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

一人ひとりの身体は、今まで生きてきた歴史や社会背景、本人の価値観によって作り上げられてきているため、それぞれの身体の問題解決は画一的なものではありません。一人ひとりの、生活の状態や、能力、ライフステージに応じた主体的な取り組みを重視して、健康増進を図ることが基本になります。

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

(2) 関係機関との連携【図表84】

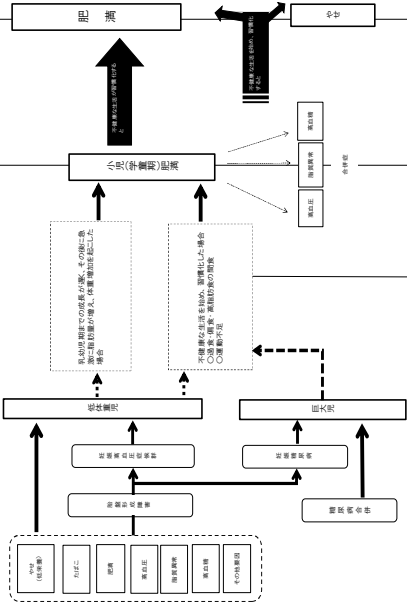
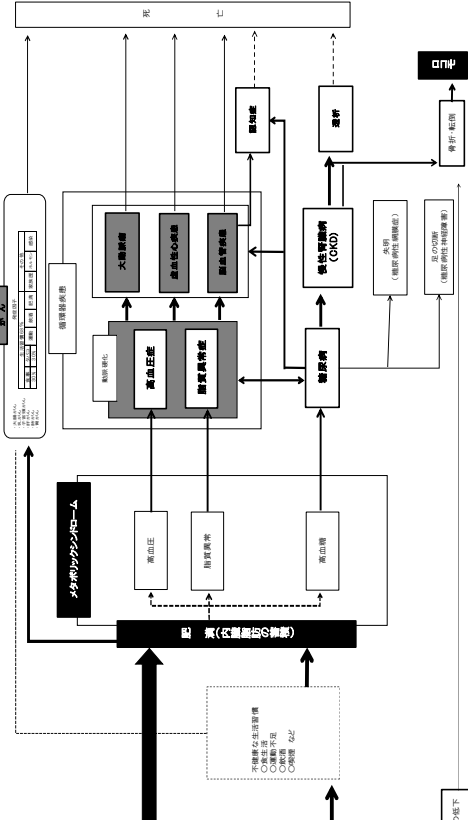
ライフステージに応じた健康増進の取り組みを進めるに当たっては、事業の効率的な実施を図る観点から、健康増進法第6条で規定された健康増進事業実施者との連携が必要です。

南風原町庁舎内における健康増進事業実施は、様々な部署にわたるため、庁内関係各課との連携を図ります。

また、町民の生涯を通じた健康の実現を目指し、町民一人一人の主体的な健康づくり活動支援していくために、医師会、歯科医師会、薬剤師会などに加え、健康づくり推進協議会の構成団体などとも十分に連携を図りながら、関係機関、関係団体、行政などが協働して進めていきます。

【図表 8 4】

南風原町健康づくり重点活動 南風原町におけるライフサイクルで考える生活習慣病予防への取り組みと関係機関

期	妊産婦(母親)	乳幼児期	学童期	青年期以降～	高齢期
関連法律と事業内容	生活習慣の確立		健康増進		
	母子保健法		高齢者の健康の確保に関する法律		
	・妊産婦健診・乳児健診・1歳半健診・2歳児健診・3歳児健診 ・保健指導・栄養指導（訪問、健康教育、健康相談など）		・特定健診、特定保健指導・がん検診・保健指導、栄養指導（訪問、健康教育、健康相談） ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施		
健康推進事業実施者	国保年金課（健康づくり班）		学校教育課	国保年金課（健康づくり班）	
					
生活習慣病の成り立ちと社会保障					
健康増進事業実施者が行う健診	校査項目と各期	妊婦健診(1回目)	10ヶ月健診	1歳6ヶ月健診	3歳児健診
	BMI (肥満度) 摂取エネルギー ルギーの過剰 HDLコレステロール GPT 収縮期 拡張期 尿酸 血糖 HbA1c eGFR 尿酸値 LDLコレステロール Hb (上段：男 下段：女)	人 ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	人 ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	人 ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	人 ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
75歳以上 人					

2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

保健師、管理栄養士等は、ライフステージに応じた健康増進を推進していくために、健康状態を見る上で最も基本的な健診データを見続けていく存在です。健診データは生活習慣の現れですが、その生活習慣は個人のみで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つくられていきます。地域の生活背景も含めた健康実態と特徴を明確化し、地域特有の文化や食習慣と関連付けた解決可能な健康課題を抽出し、町民の健康増進に関する施策を推進するためには、地区担当制による保健指導等の健康増進事業の実施が必要になります。

国は保健師・管理栄養士等については、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、管理栄養士等の人材確保を進めています。また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。

公衆衛生とは、「健康の保持増進に役立つ日進月歩の科学技術の研究成果を、地域社会に住む一人一人の日常生活の中にまで持ち込む社会過程」（橋本正己）とあります。保健師や管理栄養士などの専門職は、最新の科学的知見に基づく研修や学習会に、積極的に参加して自己研鑽に努め、効果的な保健活動が実施できるよう資質の向上に努めます。

第Ⅳ章 南風原町食育推進計画

目次

はじめに

1. 基本的な考え方

2. 計画の位置づけ

3. 重点課題

(1)次世代を担う母子の健康を支える食育の推進

(2)健康寿命の延伸にむけた食育の推進

(3)地産地消等の推進による食育の推進

(4)食文化の普及・継承による食育の推進

4. 重点課題に対しての取組み

生涯を通じた心身の健康を支える食育の推進

～胎児期から高齢期までの栄養・食に関する知識と選択する力の習得にむけて～

5. 取組み指標・目標

-食育とは-

・生きる上での基本であって、知恵、徳育及び体育の基礎となるべきもの
・様々な経験を通じて、「食」に関する知識と「食」を選択する力を習得し、健全な食生活を
実践することができる人間を育てること

(食育基本法より)

はじめに

「食育基本法」が平成17年に制定され、平成18年の「食育推進基本計画」の策定を受け、沖縄県において食育基本法第17条に基づき、「沖縄県食育推進計画～食育おきなわうまんちゅ(万人)プラン～」(平成19年2月)、令和5年3月に第4次沖縄県食育推進計画を策定しています。

平成30年度に実施した「健康はえばる21(第2次)」の中間評価の結果、母子保健計画の結果では、妊娠時のやせ、乳幼児の貧血、学童期の耐糖能異常、成人のメタボリックシンドローム等生活習慣病発症、重症化につながる課題が見え、その背景の栄養・食生活の課題があります。

このような状況を踏まえ、栄養・食生活、生活リズムの課題解決にむけて、地域の組織団体、学校、保育園等が実施している食育関連事業と連携し、取り組みにむけて本町において「南風原町食育推進計画」を策定しました。

本計画は、食育推進基本法に基づく市町村食育計画です。また国・県・町の関連計画等と整合性を図りながら策定します。

本計画の期間は、健康増進計画「健康はえばる21(第3次)」令和6年度～令和17年度までとし、今後「健康はえばる21」の見直しに合わせ、一体的に策定することとします。

1. 基本的な考え方

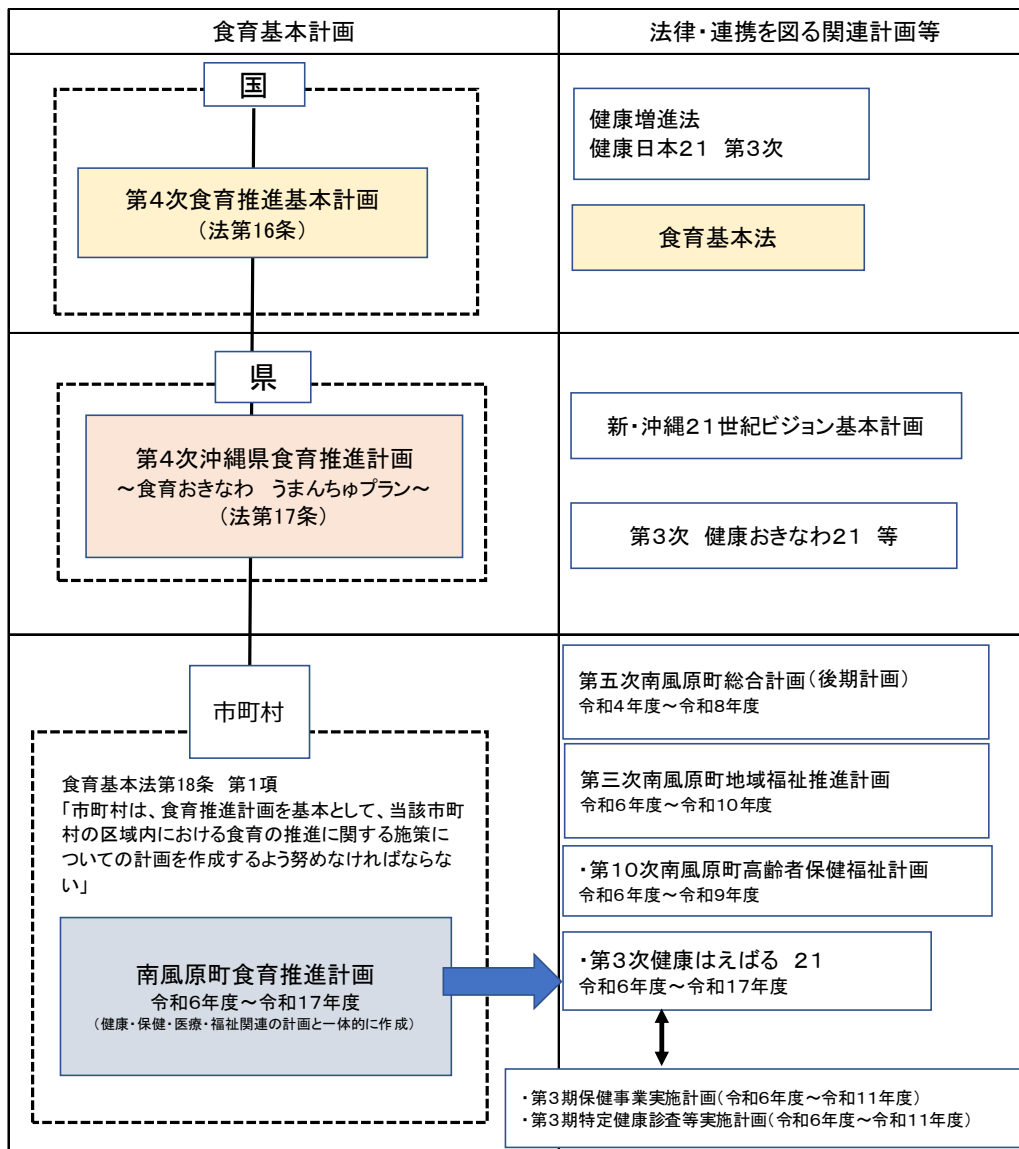
町民の一人一人が、生涯にわたって、心身の健康な生活を送るためにライフステージに応じた食育を展開します。食をめぐる現状や課題を踏まえて、地域特性を活かし、健全な食生活の実現にむけて行政による取組とともに、地域や家庭、保育所、学校等の多様な関係者と連携した食育を推進していきます。

2.計画の位置づけ

(1) 本計画は、国の食育基本法に基づいた、「第4次食育推進基本計画」(国)、「第4次沖縄県食育推進計画～食育おきなわ うまんちゅプラン～」(県)に基づき作成する南風原町食育推進計画です。

(2) 本計画は、「第五次南風原町総合計画」を上位計画とし、健康増進法に基づく「健康はえばる21(第3次)」と一体的に作成した各種関連計画との連携を図り、本町の特性に応じた食育を推進するために作成されるものです。

この計画は、食育の基本的な考え方を明らかにするとともに、運動のコンセプトである「周知から実践」を念頭に、食育を具体的に推進するための総合的な指針として位置づけます。



3. 重点課題

近年、本町の社会構造の変化として、すべての年代層では増加傾向となっており、中でも老年人口の増加傾向が顕著です。産業構成においても第三次産業の圧倒的に多くかつ増加傾向であります。こうした社会構造の変化により、食を取り巻く環境にも大きく影響し、ライフスタイルの多様化、食生活にも変化が出てきていると推測します。

また本町の健康増進計画(健康はえばる21)では、健康・長寿の維持継承のため、「健康寿命の延伸」、「早世予防」を目標としております。生活習慣病を重症化するリスクのメタボリックシンドローム該当者・予備群は、36.6%(R4年度)という結果でした。生活習慣病予防、重症化リスクの低減にむけて、内臓脂肪蓄積の一因と推測すると日常における食生活改善が重要であると考えます。

また低出生体重児(2500g未満)は、成人期において生活習慣病のリスクであることがわかってきました。乳幼児期の生活リズムの獲得、味覚形成、高齢期のフレイル予防等、ライフステージに合わせた栄養・食を考えていく事が大切です。

町民一人一人が自らの健康に関心をもって食を選ぶ力を身につけ、生涯にわたり心身ともに健康で充実した生活を実現できるように食育を推進していきます。

また、地域における食育の推進に取り組む関係機関、町民がそれぞれの役割を認識、連携し、一体的に食育を推進する事が必要です。

- (1)次世代を担う母子の健康を支える食育の推進
- (2)健康寿命の延伸にむけた食育の推進
- (3)地産地消の推進による食育の推進
- (4)食文化の普及・継承による食育の推進

健康寿命の延伸の実現にむけて健康づくりの取組み ～ライフコースを視点においた栄養・食生活～

年齢	胎児期		乳児期			幼児期			小学生	中学生	高校生	成人	高齢者																				
	妊娠期	0才	2ヶ月	4ヶ月	7ヶ月	10ヶ月	1才	1才半						2才	3才	4才	6才～11才	12才～14才	15才～17才	18才以上	40才	65才	75才										
特徴		発育が、急速に進む時期（特に身長や体重）																	生理的機能が次第に自立する時期			精神神経機能の発達時期			健康の保持増進			フレイル発症予防 ・認知症予防 ・骨格筋の機能維持					
消化の力	母乳の糖質を分解できる		糖質の消化酵素（唾液）分泌よくなる		たんばく質、脂肪の消化酵素が多くなる		脂肪の消化がしやすくなる		糖質の消化酵素は大人の70%		糖質の消化たんばく質、脂肪の消化酵素が大人なみ		(4才～6才) 糖質の消化酵素が大人なみ																				
からだ	消化・吸収	← 消化・吸収する力を獲得する →																							低下していく消化能力に合わせた食べ方						インスリン分泌能に合わせた食べ方		
食べ方		消化機能の発達に合わせた糖、脂肪、たんばく質のとり方																	インスリンを守るための食べ方						インスリン分泌能に合わせた食べ方								
味覚		本能ですぎる味 →甘み、うまみ	苦み、酸味（野菜、くだもの） → 学習しないと嫌いになる味 (10才) 味覚の完成 将来の生活習慣病予防																	60才以降インスリン生産量 2 / 3													
組成		脂肪を増やす時期		たんばく質が増える時期		脂肪率がへって、たんばくがふえる時期													四肢骨格筋量が減少する時期														

国の指針

「健康日本21」目標 ～適正体重の維持～

食とからだの学習

・自分のからだ（検査データ）に基づき、
1日に必要な食品の量、食品の質を
自ら選択できる事を目標においた学習

個人の力を 高める	親子健康手 帳発行時に 栄養指導	2ヶ月児 訪問	・前期乳児 健診	・7ヶ月 相談	・後期乳児 健診	・1才半 健診	・2才児 相談	・3歳児 健診	・学童（小学5年生、 中学2年生）健診	健診・特定健診・最善健診 保健指導、栄養指導 （インセンティブの活用）										
個人を とりまく 組織との学習	科学的根拠に基づいた最新の知見を取り入れ、ひとりひとり異なる多様な生活に合わせた栄養指導教材の活用									○高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施 ○町社会福祉協議会在宅介護支援センター ○町包括支援センターと連携 ○町保健福祉課・町社会福祉協議会等専門職との 重症化予防にむけた食の学習会 ○町保健福祉課と連携した町老人会、各字との町 の実態・課題を共有										
関連課	保健福祉課、町包括支援センター、こども課、学校教育課、産業振興課等										○町学校給食栄養教師、 養護教師等との課題共有 と必要な連携を図る									
食環境を整備 町民を支える 組織との学習	保健福祉協議会、町商工会、町観光協会、健康課題の実態を共有																			

5. 取組み目標・指標

(1) 次世代を担う母子の健康を支える食育の推進

①＜妊娠期への食育＞家庭における食育の推進

安心安全な妊娠・出産、産後の健康維持と、子どもの生涯にわたる健康づくりの基礎を確保するために、胎児、母のからだを育てる栄養と食習慣を確立できる支援を行います。

指標		現状値 (R3年度)	目標値 (R17年度)	指標の把握 (出典データ)
家庭 にお ける 食 育 の 推 進	妊婦の体格指数(BMI)に対応した 胎児を育てるための栄養指導実施割合	100.0%	維持・増加	親子健康手帳公布時 の栄養指導実施状況
	妊婦の朝食をとっている者の割合	51.5%	増加	妊娠届問診票
	妊婦の貧血の割合	7.0%	減少	町母子保健統計

②＜乳児期への食育・生活リズムの獲得＞家庭における食育の推進

人のからだは、太陽のリズムに合わせて様々なホルモンを出しています。脳の視床下部が生活リズムをつくり、食欲や睡眠調整等を調節しています。生後3か月頃から働き始め、4歳頃にはほぼ完成し、生活リズムを整えていく事は、消化吸収能力、代謝のリズムをつけていくことを保健師・管理栄養士が2か月児訪問を通して、母と共に学習します。

指標		現状値 (R3年度)	目標値 (R17年度)	指標の把握 (出典データ)
家 庭 に お ける 食 育 の 推 進	乳児期の生活リズムについて 母へ保健指導の実施した割合	100.0%	維持・増加	2か月児訪問

③＜乳児期への食育＞家庭における食育の推進

健全な食生活は健康な心身と豊かな人間性を育むために欠かせないものであると同時に、将来の食習慣の形成に大きな影響を与えるものであり、発達段階に応じた食育を行います。

指標		現状値 (R3年度)	目標値 (R17年度)	指標の把握 (出典データ)
家 庭 に お ける 食 育 の 推 進	個々の段階にあった月齢に離乳食開始 した割合	69.1%	増加	乳児健診・後期 問診票
	個々の段階にあった離乳食回数を 進めている割合	16.2%	増加	7か月相談問診
	個々の段階にあった離乳食・食品を 進めている割合	65.5%	増加	乳児健診・後期 問診票

④＜幼児期への食育＞家庭における食育の推進

子どもの成長にとって、健全な食生活は将来の食習慣の形成に大きな影響を与えます。

幼児期からの基本的な食習慣の形成にむけた支援を行います。

指標		現状値 (R3年度)	目標値 (R11年度)	指標の把握 (出典データ)
家庭 にお ける 食 育 の 推 進	1歳6か月児の食事やおやつの時間が決まっている児の割合	53.7%	増加	町母子保健統計
	2歳児のう歯の有病児の割合	10.3%	減少	町2歳児健診結果
	3歳児の朝食を毎日食べている児の割合	98.1%	増加	町母子保健統計

(2) 健康寿命の延伸にむけた食育の推進

①＜生活習慣病予防及び重症化予防にむけた食育＞地域・職域における食育の推進

生活習慣病予防、重症化予防にむけて、沖縄県の健康増進計画（健康おきなわ21）、本町の健康はえばる21（第3次）では重点的に取り組む事項の1つに肥満の改善を位置づけています。関係機関との連携を図りながら、望ましい食生活にむけて栄養指導を行っていきます。

本町の健康課題の明確化と具体的な対策、評価について、健康はえばる21（第3次）及びデータヘルス計画に記載しています。

指標		現状値 (R3年度)	目標値 (R11年度)	指標の把握 (出典データ)
地域・ 食 育 の 推 進 に お ける	1日の野菜摂取量350g以上を知っている者の割合	31.3%	増加	町特定保健指導アンケート
	1日のうち肉や魚、卵を食べている者の割合		増加	町保健福祉計画（75歳以上）アンケートより

(3) 地産地消等の推進にむけた食育の推進

①地域における食育の推進

保育所等、農業関係担当課における食育を推進します。

・園児や児童が、給食に地域の産物を活用した給食を通じて、地域の産物、食文化、生産者との交流などを促進し、食の環境を担う多様な主体とつながりを広げ深める食育を推進してまいります。

(4) 食文化の普及・継承による食育の推進

①保育所・学校等における食育の推進

・伝統的な食文化について興味や関心を持って学ぶことができるよう、郷土食や行事食の提供と郷土食や地場産物を活用した給食の提供を行ってまいります。

（今後の取組として）

毎月6月の食育月間等を通じて、食育推進運動を効果的に実施し、食育の一層の浸透を図ります。