

第1章 概要（国の動き、佐賀県の動き、基山町の動き）

1 国の動き

国は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 7 条第 1 項の規定に基づき、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の理念に基づき「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）」が令和 5 年度末で終了となることから、令和 6 年度からの「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）」（以下「健康日本 21（第 3 次）」という。）の開始に併せ、旧基本方針を見直すこととし、その全部の改正を行いました。

新基本方針は、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、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、具体的な内容については、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」、「個人の行動と健康状態の改善」、「社会環境の質の向上」、「ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり」の 4 項目について、令和 6 年度から令和 17 年度までの健康日本 21（第 3 次）を推進するものとなりました。

2 佐賀県の動き

佐賀県は、平成 25 年度から令和 4 年度までの 10 年間に於いて第 2 次佐賀県健康プランを策定していましたが、国の健康日本 21（第 2 次）に合わせて、その期間を 1 年間延長し、令和 5 年度までに変更しました。令和 5 年度にかけて見直しを行い、令和 6 年度からの第 3 次佐賀県健康プランを策定し推進することになりました。

第 2 次佐賀県健康プランを健康指標で評価を行い、「平均寿命と健康寿命の差の縮小ができなかった」、「糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数は、改善しつつも、糖尿病の有病者の割合は高齢化に伴って今後も増加する予想」、「今後も肥満者の割合の増加とそれに伴うメタボリックシンドロームや脂質異常症等の生活習慣病の有病者が増加すると予測」という結果となったため、「糖尿病」と「肥満」（メタボリックシンドローム対策）を第 3 次佐賀県健康プラン策定に向けた重点項目としました。

3 基山町の動き

基山町では、平成 31 年 3 月に予防可能かつ健康寿命の延伸の効果が大きいと期待される 3 つの疾患に着目した第 1 期基山町健康増進計画を策定し、令和 3 年度に中間評価、令和 5 年度に最終評価を行いました。今回、第 1 期基山町健康増進計画の最終評価と国・県の動向を踏まえ、基山町の特徴を分析したうえで、第 2 期基山町健康増進計画を策定します。

また、この計画の推進にあたっては、国・県の動きを参考とし、また、有効な事業の効率的な実施のため、医療保険者として策定する基山町国民健康保険第 3 期保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「データヘルス計画」という。）等の他計画と調和をもって作成し、基山町内実施事業と健康増進事業との連携を図ります。

基山町の人口構成の特徴について、住民基本台帳によると令和 5 年 9 月末日現在の 65 歳以上の高齢者数は 5,607 人、高齢化率は 32.0%となっており、高齢化は年々増加しています。特に後期高齢者（75 歳以上）の人口割合は 14.8%ですが、前期高齢者（65～74 歳）の人口割合は 17.2%と、前期高齢者の割合が高いことが特徴であり、今後、高齢者単独世帯や独居高齢者の

増加が予測されています。

基山町総合計画（第5次）に掲げるように、健康や生活に不安がなく、元気に生きがいを持って過ごす高齢者を増やすためにも、健康増進計画では健康課題を明確にし、町民の健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目指します。

データヘルス計画において基山町の健康課題としては、（1）糖尿病、（2）腎臓疾患（慢性腎不全）、（3）高血圧、（4）脳血管疾患、（5）虚血性心疾患があります。

糖尿病については、HbA1c6.5%以上の割合が佐賀県は全国ワースト1位であり、県の重要な課題となっています。基山町でもHbA1c7.0%以上の割合が増加しています。加えて、未治療者と治療中断者の割合が、県や他市町村と比べて高い割合になっています。糖尿病は医療機関受診・内服だけでなく、生活習慣（食事や運動等）もあわせて行うことでデータが改善されることが示されています。

高血圧については、基山町ではⅡ度以上高血圧（収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上）の割合が増加しており、特に治療中断者が県や他市町村と比べて高い状況です。また、未治療者の割合も県より高くなっています。

糖尿病や高血圧は、慢性腎不全・脳血管疾患・虚血性心疾患の原因の1つであり、基山町では糖尿病と高血圧の重なりがある方の割合が高い状況です。これらは、年齢が進むにつれて、血管の状態や体のホルモンの変化により発症割合が高くなっていきます。高血圧は治療効果が高く、適切な内服の継続が改善につながると示されています。しかし、糖尿病は内服だけでなく生活習慣の改善もあわせて必要であり、発症前からの生活習慣も重要であることから、全てのライフステージでの介入が必要になる「糖尿病」を重点課題の1つに取り上

げます。

腎臓疾患（慢性腎臓病）については、「慢性腎臓病（透析有）」が国や県・同規模市町村の平均よりも医療費の割合が高い状況で、持続的な社会保障制度の面での課題となっています。透析は1人がかかる医療費の割合が高いため、1人でも透析を予防することが医療費適正化、ひいては保険料等の社会保障制度の安定につながることから、基山町の重点課題の1つとして取り上げます。

脳血管疾患（脳梗塞や脳出血）と虚血性心疾患（心筋梗塞や狭心症）については、国民健康保険の方の医療費割合を見ると、どちらの疾患も同規模市町村の平均よりも低い割合を示していますが、後期高齢者の方の脳血管疾患の医療費割合は同規模市町村の平均よりも高い状況があります。また、要介護者の有病割合の約半数を占めており、健康寿命の観点で課題となっています。

また、高齢化に伴う問題としては、生活習慣病の重症化予防と同時に、高齢者の特性を前提とした疾患も課題です。特に身体的・心理的・社会的が虚弱であり、要介護状態の前段階であるフレイルを予防することが求められます。データヘルス計画では、75歳以上の要介護認定者のうち、79.8%の方が認知症で治療を行っている状況です。認知機能低下の予防がフレイルの予防につながることで、また基山町は後期高齢者よりも前期高齢者の方が人口割合が高いことから、今後、認知症及びフレイルの予防が基山町の重点課題の1つと考えます。

以上から、データヘルス計画で抽出された健康課題と基山町の高齢化による健康課題を鑑み、生活習慣に起因した予防可能かつ、今後の健康寿命を延ばす効果が最も高いと思われる以下の3疾患について特に着目します。

- （１）糖尿病の予防
- （２）腎臓疾患の予防
- （３）認知症及びフレイルの予防

データヘルス計画課題解決に向けた優先順位

1	糖尿病
2	腎臓疾患
3	高血圧
4	脳血管疾患
5	虚血性心疾患

高齢者に関する事項

高齢化率：32.0%
高齢者単独世帯の増加
独居高齢者の増加など

健康増進計画

1	糖尿病
2	腎臓疾患
3	認知症及びフレイルの予防

これら3疾患は前計画から引き続き、現状と課題の分析を行うとともに、その分析等を行うにあたり、基本的な考え方や今後の基山町の取組に対する提言を久留米大学に依頼して、本計画を策定します。

4 計画の期間

本計画の期間は、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間とします。

第2章 前計画の評価

前計画については、目標値として数値的なものは設定しておらず、評価については、A、B、C、Dの4段階で評価しており、Aは取組中で今後も継続が必要、Bは取組に向けた準備・検討中、Cは未実施、Dは取組の見直しが必要という評価になっています。（表1）

1 「糖尿病の予防」の評価

①健康意識の向上を図り、特定健診・保健指導の実施、②運動会等を利用した健診ブース設置、③スマートフォンを活用した栄養指導の調査検討、④久留米大学と連携した健康事業実施の4つの取組を行い、最終評価としては4つの取組ともA評価となりました。課題解決については、保健事業を毎年継続して取り組むことにより、健康意識を持つ市民の皆様が増え、徐々に結果として表れるため、今後も課題解決に向けて努力します。

2 「腎臓疾患の予防」の評価

①公開講座等イベント時におけるCKD啓発活動、②若年からの健康教育の実施、③保健師等専門スタッフの各種勉強会への参加、④腎臓疾患ハイリスク者への医療機関への受診勧奨、⑤かかりつけ医から腎臓専門医へつなげるシステム構築、⑥集団健診での国民健康保険被保険者への尿蛋白定量検査の実施の6つの取組を行いました。

最終評価としては5つの取組がA評価となり、②若年からの健康教育の実施の取組が新型コロナウイルス感染症の影響により進めることができなかったため、B評価となりました。

腎臓疾患ハイリスク者が医療機関を受診することにより新規透析導入を先

延ばしすることはできましたが、新型コロナウイルス感染症の影響などもあり、準備・検討にとどまり、実施までには至らない取組もありました。

また、腎臓疾患予防についても、糖尿病予防と同様に継続して取り組むことが必要ですので、第1期計画で実施できなかった事業については、第2期の健康増進計画での実施に向けて努力します。

3 「認知症及びフレイルの予防」の評価

①介護予防講演会・予防教室等の開催、啓発パンフレット等の配布、②ボランティア育成、自主グループ活動の支援、③特定健診の受診率向上及び特定保健指導、医療機関受診勧奨、④睡眠障害について調査し、認知機能を評価できるような体制づくり、⑤高齢者へのフレイルチェックや保健指導を合わせて取り組めるシステムの構築、⑥民生委員や地域包括支援センター等と連携した閉じこもり対策、⑦治療中断者への医療機関受診勧奨⑧認知症ケアパスの作成を進め、地域ケア会議等の活動を推進し、地域包括ケアシステムの構築の8つの取組を行い、最終評価としては8つの取組ともA評価となりました。

これから増えていく高齢者対策として認知症予防及びフレイル予防は必要不可欠であり、今後も継続して取り組むとともに、状況の変化に対応できる取組となっていくように努めます。

(表1)

項目		基山町の取り組み内容	最終評価
糖尿病の予防	①	住民の健康意識の向上を図り、特定健康診査受診の呼びかけをさらに進めながら、特定保健指導の実施に努めます。	A
	②	運動会等を利用した健診ブースの設置を検討します。	A
	③	スマートフォンを活用した栄養指導の調査検討を行います。	A
	④	久留米大学と連携した健康事業実施の検討を行います。	A
腎臓疾患の予防	①	公開講座等のイベントを利用した CKD 啓発活動を行います。	A
	②	若年からの健康教育（小・中学校）の実施を検討します。	B
	③	保健師等専門スタッフの各種勉強会への参加による資質向上に努めます。	A
	④	腎臓疾患ハイリスク者に対する医療機関への「受診勧奨」や「保健指導の強化」に努めます。	A
	⑤	腎臓疾患に対するかかりつけ医から腎臓専門医へつなげるシステムの構築に努めます。	A
	⑥	集団健診における国民健康保険被保険者への尿蛋白定量検査を実施します。	A

(表1) 続き

項目		基山町の取り組み内容	最終評価
認知症及びフレイルの予防	①	健康意識を広めるため、市民公開講座・予防教室等を開催し、啓発パンフレット等の配布を実施します。	A
	②	地域介護予防として、ボランティア育成、自主グループ活動の支援等に取り組みます。	A
	③	他地域の取組事例を調査し、特定健康診査の受診率向上及び特定保健指導、医療機関受診勧奨に努めます。	A
	④	生活習慣病と認知症に密接な関係があるとされる睡眠障害について調査し、認知機能を評価できるような体制づくりを検討します。	A
	⑤	高齢者へのフレイルチェックや保健指導を合わせて取り組めるシステムの構築を目指します。	A
	⑥	民生委員や地域包括支援センター等と連携し閉じこもり対策を実施します。	A
	⑦	継続した医療機関受診のため、治療中断者への医療機関受診勧奨に努めます。	A
	⑧	認知症ケアパスの作成を進めるとともに、地域ケア会議等の活動を推進しながら、地域包括ケアシステムの構築に努めます。	A

第3章 糖尿病の予防

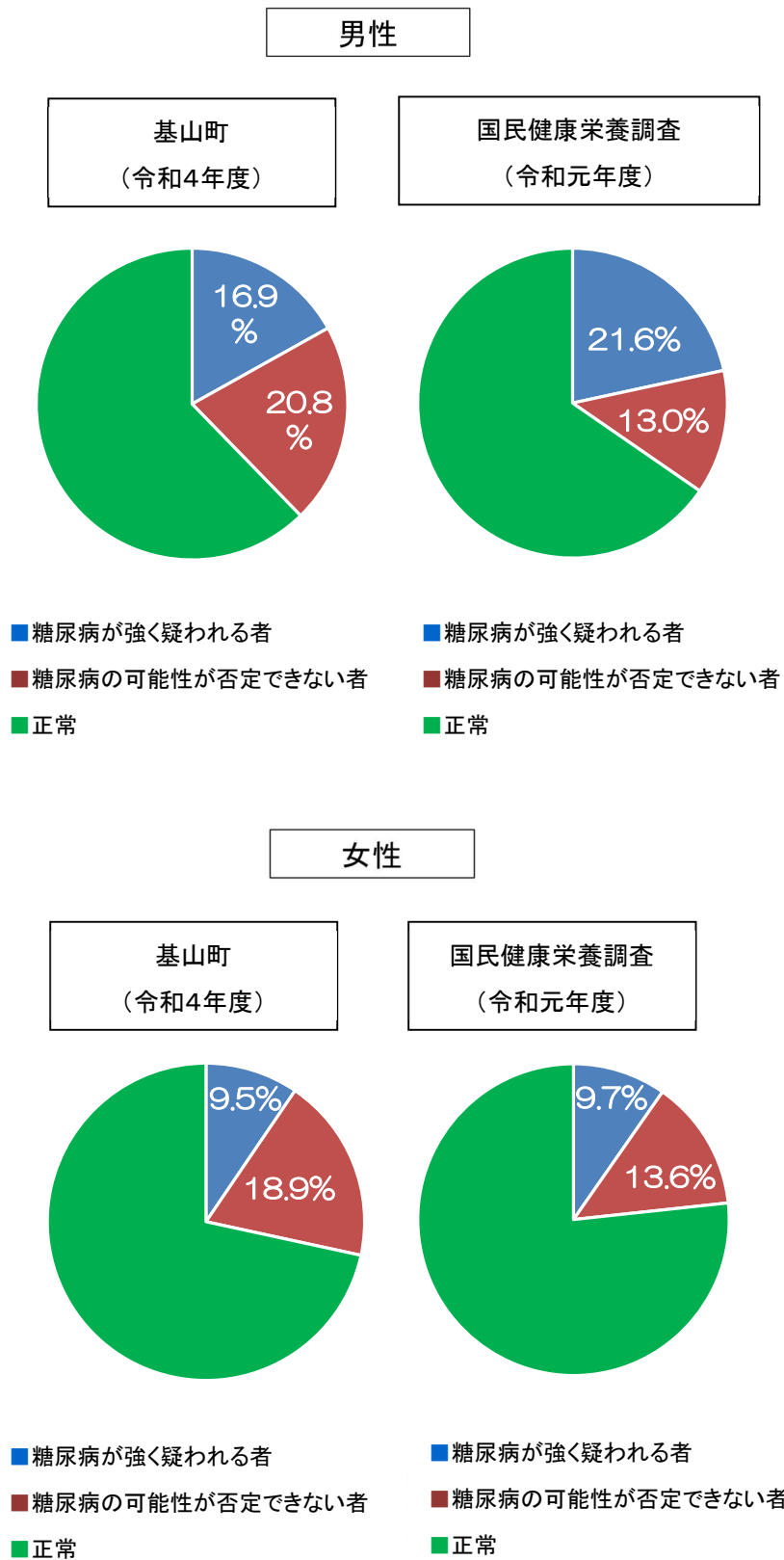
1 現状と課題

わが国において糖尿病は増加傾向にあり、令和元年国民健康・栄養調査において20歳以上の国民で「糖尿病が強く疑われる者」は約1,196万人と推定され、「糖尿病の可能性を否定できない者」まで含めると20歳以上の約3割を占めるとされている。高齢化とともに増加する動脈硬化性疾患、慢性腎臓病や認知症の発症ならびにその重症化に糖尿病が大きく影響していることが明らかとなっている。したがって、これら疾患の発症ならびに重症化予防には糖尿病の疾病管理が不可欠である。基山町における令和4年度の特定健診の受診者2,465人のうち、血糖値およびHbA1cを測定した2,349人(男性1,077人、女性1,272人)の中で、空腹時血糖値126mg/dL以上、随時血糖値200mg/dL以上、HbA1c 6.5%以上のいずれかを満たす者は男性182人(16.9%)、女性121人(9.5%)で令和元年国民健康・栄養調査における「糖尿病が強く疑われる者(40～74歳)」(男性21.6%、女性10.8%)と比べると少し下回る。

しかしながら、空腹時血糖値110mg/dL以上、随時血糖値140mg/dL以上、HbA1c 6.0%以上のいずれかを満たし、耐糖能障害が疑われる糖尿病予備群は男性224人(20.8%)、女性240人(18.9%)まで含めると令和元年国民健康・栄養調査における「糖尿病の可能性を否定できないもの(40～74歳)」(男性13.0%、女性13.6%)よりも高い水準にある(図1)。

このことから、基山町における糖尿病患者は今後更に増加する可能性があり、糖尿病を背景とする慢性腎臓病や認知症も増加することが予測される。

(図1)



2 基本的な考え方

前項指摘のように、基山町は糖尿病予備軍にあたる者が多く、それらの者に介入することで、糖尿病の発症進展予防から慢性腎臓病や認知症を予防することが可能になると考えられる。そのために重要なことは生活指導（食事・運動指導）による早期介入であり、糖尿病の発症基盤である内臓脂肪蓄積型肥満の是正が極めて有効である。令和4年度の特定健診受診者で HbA1c が 5.6%以上 6.5%未満のものが 1,445 人（61.5%）を占めており、そのうち eGFR が 60ml/min/1.73cm² 未満（慢性腎臓病）の者は 441 人（30.5%）、BMI が 25kg/m² 以上のものは 330 人（22.8%）を占めており、さらに BMI が 23kg/m² 以上のものを含めると 663 人（45.9%）を占めている。しかしながら、それらの者に対する生活指導は医療機関において行われることは少なく、指導を受ける機会が少ないことが課題である。この課題解決のための対策としては、基山町による保健指導や健康教室などの働きかけが重要となってくる。

3 久留米大学からの提言

糖尿病の診断に至らない者は医療機関での生活指導を受ける機会が少なく、保健指導や健康教室での指導が重要となる。基山町においては糖尿病予備軍が多く、肥満、慢性腎臓病が多く存在するという状況を踏まえ、糖尿病発症予防のための生活指導を徹底していく必要がある。糖尿病予備軍に対して行政、大学が一体となった生活習慣病予防のためのイベントをコミュニティベースで開催し、町民の意識の向上を図るべきと考える。具体的な取り組みとして、基山町で行われるイベント会場で健康セミナーブースを設置し、参加者へ無料の血糖測定、HbA1c 測定などを行い健康意識の向上を図る。

その際、耐糖能異常が疑われる町民へは医療機関への受診勧奨を行う。将来的には健康長寿の町基山を達成できるように町民、行政、大学が共同で健康増進活動に努めていく。

4 基山町の今後の取り組み

- 町民へ年に1度の特定健診を周知し、健康意識の向上を図ります。
- 糖尿病未治療者や治療中断者へ医療機関への受診勧奨に努めます。
- 糖尿病のリスクが高い方へ保健指導や、健康教室を開催し、糖尿病の予防に努めます。
- 若い世代に対する健康教育を行い、若いうちから糖尿病予防への意識向上につながるように努めます。
- 町民へ町内の軽スポーツ（スロージョギング等）について周知し、健康増進を図り、糖尿病の予防や改善につながるように努めます。
- 久留米大学監修の健康統合管理アプリケーションソフトウェア（以下アプリ）の活用の推進に努めます。
- 近年では、糖尿病をはじめとする生活習慣病は、歯周病と密接な関係にあると言われています。歯周病を予防することは、糖尿病などの生活習慣病の予防に繋がるため、歯周疾患検診の受診率向上に努めます。（図2）

（図2）



<令和4年度基山町歯科医師会との合同協議会資料より>

第4章 腎臓疾患の予防

1 現状と課題

わが国における透析患者数は令和3年末の時点で34万人を超え、なお増加の一途を辿っている。透析導入の原因疾患は、糖尿病性腎症、高血圧性腎硬化症、慢性糸球体腎炎をはじめとする慢性腎臓病（chronic kidney disease: CKD）であり、特に生活習慣病である糖尿病や高血圧を原因とする透析導入患者の増加が著しいのが現状である。

行政や医療従事者が協力し、包括的かつ有効なCKD対策を行うことで新規透析導入患者の有意な減少をもたらすことが多くの自治体によるこれまでのCKD対策から立証されてきているものの、十分な対策が行われていない地域が多数あることも大きな課題である。有効なCKD対策を行うことは新規透析導入患者の減少をもたらすだけでなく、重篤な心血管疾患の発症抑制や生命予後の改善にもつながる。

また、透析医療には莫大な医療費がかかっており、令和3年の国民医療費44.2兆円のうち腎不全にかかわる医療費は1兆6,000億円にのぼっている。

そのため、新規透析導入患者を1人でも減らすことは大きな医療費の削減につながる。医療費の面からもCKD対策は重要性が高い。

基山町健康増進計画においてもCKD対策は重要な柱の1つであり、基山町のCKD患者の現状を把握するため、平成29年度～令和4年度の健診データをもとにCKD重症度分類を作成した。（表2平成29年度、表3:令和4年度）

(表2) 基山町におけるCKD重症度分類(平成29年度:2,032名)

(単位:人)

CKD ステージ	尿蛋白 (-)	尿蛋白 (±以上)	尿検査なし	合計
G1	220	6	0	226
G2	1,320	50	0	1,370
G3a	361	20	0	381
G3b	38	4	0	42
G4	5	2	0	7
G5	0	5	1	6
合計	1,944	87	1	2,032

(表3) 基山町におけるCKD重症度分類(令和4年度:2,461名)

(単位:人)

CKD ステージ	尿蛋白 (-)	尿蛋白 (±以上)	尿検査なし	合計
G1	178	9	0	187
G2	1,500	68	0	1,568
G3a	558	27	0	585
G3b	81	18	0	99
G4	7	9	0	16
G5	0	5	1	6
合計	2,324	136	1	2,461

CKD ステージ G3b、G4、G5 については蛋白尿の有無にかかわらず腎臓専門医に紹介する必要があるハイリスク群である。

平成 29 年度は、健診受診者 2,032 人中 G3b 以降の患者数は 55 人（2.7%）であった。G4 は 7 人（0.3%）、G5 は 6 人（0.3%）であった。

令和 4 年度は、健診受診者 2,461 人中 G3b 以降の患者数は 121 人（4.9%）であった。G4 は 16 人（0.7%）、G5 は 6 人（0.2%）となっていた。

平成 29 年度と令和 4 年度を比較すると G3b 以降の患者数が倍増しており、G4 の患者も増加していた。G4、5 患者群（22 人）の中で HbA1c が 6.5%以上の患者については 5 人であり、進行した腎機能低下患者の中で糖尿病患者や血糖管理が不良な患者は多くはない可能性がある。

G4、5 患者群の平均年齢は 76.5 歳と高齢者が多く、高血圧性腎硬化症の影響が強くなってきている可能性がある。また、G3b の患者が著明に増加してきており、重症化予防を適切に行っていかなければ、今後末期腎不全患者が増加してくる可能性が高い。

2 基本的な考え方、久留米大学からの提言

CKD 対策のあり方について、日本腎臓学会から以下の 3 つの内容が提唱されている。

- ①普及活動（一般住民の CKD 認知度、CKD 患者の腎臓疾患認知度の上昇）
- ②地域における医療提供体制の整備
- ③診療水準の向上と研究開発の推進

この 3 つの観点から基山町における CKD 対策について考えていく。

問題点の 1 つ目としては、CKD のハイリスク群に対するアプローチがあげ

られる。G5 の患者数は増加していないようだが（今後、基山町のここ最近の透析導入患者数も把握する必要がある。）、G3b や G4 の患者数が増加してきている印象がある。

CKD ステージ G3b、G4、G5 に関しては本来腎臓専門医への紹介基準に該当しており、特に CKD の進行抑制が期待できる CKD ステージ G3b の患者が非常に増加してきている。G3b 患者のうち、尿蛋白陽性の患者については健診後にきちんと尿蛋白の定量検査まで行い、最近の年間の eGFR の低下速度をきちんと把握する必要がある。そうすることで、G3b 患者の中でもリスクを層別化することができる。

G3b のハイリスク患者や G4 の患者については、受診勧奨や保健指導の強化を行っていく。加えて、腎専門医へとつなげる紹介システムなどの確立が必要になってくる。そのためには、かかりつけ医の先生、かかりつけ医の医療スタッフ、保健師の腎疾患に対する理解を深めていくことが重要であり、腎専門医や腎臓病療養指導士からの勉強会などを行っていく必要がある。加えて、腎専門医としても基山町のかかりつけ医の先生方が紹介しやすいようなシステム構築をしていくことが必須である。

他の市町村では腎専門医、かかりつけ医、保健師で事例検討などを行っている地域もあり、ハイリスク患者については事例検討会などを行うことを提案する。

また、ハイリスク患者の生活習慣をアプリを用いて管理していくことも一案と思われる。

次に2つ目の問題点としては、健診結果では尿蛋白の定性の結果しかないため CKD ステージの正確な評価が難しい。

特に CKDG1、G2、G3a については、尿蛋白の量によって腎専門医に紹

介するか否かがかわってくる。健診後に尿蛋白陽性の患者については、きちんと尿蛋白の定量検査（尿蛋白/尿クレアチニン比）まで行われているのかも確認する必要がある。

ポピュレーションアプローチについては、一般的なことにはなるが、やはり健診受診率を向上させることや町民の CKD の認知度をアップさせる必要がある。町民公開講座やイベントなどにおいて CKD の啓蒙活動を行っている。参考までに、久留米市では地区行事の際に CKD のパンフレット配布や健診を行っている。また、市内の全小中学校に生徒へパンフレット配布を行っている。

基山町には町立の小学校が2つ、中学校が1つしかないため校区イベントなどでの啓発が行いやすく効果が評価しやすいのではないかと。

広島県の呉市では減塩の町として小学校における食育や減塩授業にも取り組み一定の効果を得ているようで、若年からの啓発には最適である。

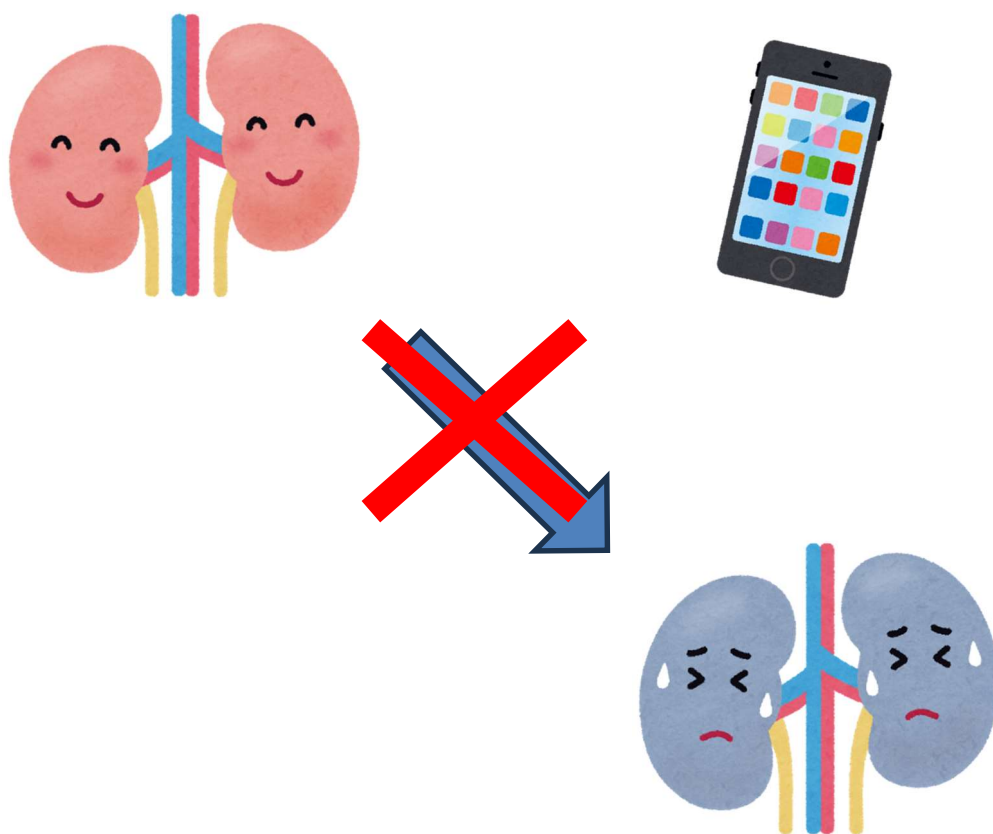
基山町でも小学校、中学校からはじまる健康教育を行っていくことで健康都市のモデルケースとなることを望む。

3 基山町の今後の取り組み

- 公開講座等のイベントを利用した CKD 啓発活動を行います。
- 国民健康保険、後期高齢者医療保険ともに健診実施率を向上させ、早期の段階で腎臓疾患のリスクがある方を把握し、健康教室を通し、保健指導に努めます。
- 若い世代に対する健康教育を行い、若いうちから腎臓疾患の予防への意識向上につながるように努めます。
- 腎臓疾患ハイリスク者に対する医療機関への「受診勧奨」や「保健指導」のさらなるアプローチに努めます。さらに、必要に応じて、かかりつけ医から腎臓

専門医へつなげられるように努めます。

- 保健師等専門スタッフの各種勉強会への参加による資質向上に努めます。
- 久留米大学監修の健康統合管理アプリの活用推進に努めます。



第5章 認知症及びフレイルの予防

1 現状と課題

基山町が抱える課題として、人口構成の面では、高齢化率が全国平均を上回っていること、60歳から74歳の年代が多いことが年齢別人口構成での特徴として見られた。そのため、今後、高齢者（特に一人暮らし）の世帯が増加していくことが予想される。高齢者の増加に伴いロコモティブシンドローム（以下「ロコモ」という。）や認知症の方の増加も予想され、それらの疾患が原因となり虚弱を示すフレイル状態となれば介護が必要となり、基山町健康寿命が短縮されるという課題がある。そのため、いかに健康寿命の延伸や介護予防への取り組みを行うか、特にメタボリックシンドローム、ロコモ、そして認知症の対策が重要である。また、これらは相互に関連していることも報告されていることから一体的に取り組んでいく必要がある。

認知症及びフレイルの課題を分析するにあたり、ロコモや認知症に関するデータはないため、認知症のリスク因子である生活習慣病や後期高齢者で急増しやすいフレイルについて、基山町国民健康保険と後期高齢者医療保険の特定健診・アンケート結果並びに基山町保健事業実施計画（データヘルス計画）等の報告を交えて、予防対策を述べる。

まず、基山町の特定健診受診者を見ると、いわゆる働き盛りの中年層の健診受診者の数が少なく、相対的に高齢者の健診実施率が高い。久留米大学バイオ統計センターの解析からも、健診継続受診群と健診初回受診群との間に統計学的有意差を認めたことより、健康に関心を高く持っていただき、定期的に健診受診することが重要である。そのため、いかに中年層の実施率を増やしていけるか、そして65歳以上の高齢者も継続的な受診と、さらなる実施率の向上を図っていくことが望まれる。

次に、生活習慣病は、40 歳以降の中年期から年齢を重ねる毎に増加するため、40 歳以前からの生活習慣の意識改善や、40 歳以降の生活習慣病の早期発見と重症化予防が重要である。

さらに、生活習慣病の評価・取り組みは特定健診で行えるが、現在基山町にはないロコモや認知症などの評価を行える仕組みや、早期からの予防対策を行うことが望まれる。

<令和4年度時点での認知症関連の現状・課題>

- 65 歳以上の高齢者数（令和5年 3 月現在） 5,670 人（高齢化率 32.4%）
⇒高齢化率が全国平均（令和4年 10 月現在）29.0%を上回っている。
- 一般的な健診項目に認知症（認知機能低下）を評価できる項目を設定していない。
- 男女ともに、基山町の「糖尿病の可能性が否定できない者」は、全国の「糖尿病の可能性が否定できない者」を上回る。
- 糖尿病患者と慢性腎臓病患者（透析あり）が増加傾向である。
- 基山町における 40 歳代の睡眠不足が多い。

上記課題についてどのように解決していくか、以下に基本的な考え方と、久留米大学からの提言を述べる。

2 基本的な考え方

人生 100 年時代を見据え、健康寿命を延伸するために、青壮年期からの生活習慣病対策と高齢者のフレイル予防・健康づくりを推進することが重要である。基山町においては、特定健診や保健指導で青壮年期からの生活習慣病対策は実施しているものの、フレイル予防の視点の健診や、ロコモ・認知症等の評価は現時点では認められない。

すでに実施している特定健診においては、中年層からの受診率をいかに向上させ、特に基山町が抱える糖尿病・慢性腎臓病などの早期発見と早期介入、重症化予防が必要である。そのためには仕事等の現役世代にも、健康に関心を持っていただけるような仕組み作りと、多忙な日常生活でも積極的に保健指導を受けられるように、ICT の活用などが望まれる。

フレイル予防としては、高齢者の慢性疾患等の有病率は高く、特定健診結果からの受診勧奨も重要であり、重症化予防も課題である。

さらに、サルコペニアなどのロコモや認知症の早期発見・早期対応として、健診結果から医療機関での運動や閉じこもり防止の取り組み、介護予防事業等への促し等も不可欠である。同時に、生活機能も急速に低下した高齢者でも参加しやすい活動の場の拡大や、フレイル対策を含めたプログラムの充実も課題である。現在基山町では、100 歳体操などの取組は見られるが、その前後の評価や、参加者への効果についてのフィードバックについては不明であり、身体的フレイル予防としての評価や、閉じこもりなどの社会的フレイルや認知症やうつ病などの精神・心理的フレイル対策は不十分だと思われる。

さらに、基山町内の介護予防と生活習慣病対策・フレイル対策事業の実施主体が別であり、事業中心ではなく、高齢者を中心として提供されるような連携が課題である。このため、生活習慣病等の疾病やフレイル対策等への予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みを構築していくことが課題である。

生活習慣病対策・フレイル対策は医療保険者としてあり、介護予防対策は介護保険者としてそれぞれ実施されていたり、医療保険の保健事業は、後期高齢者医療制度に移行する 75 歳を境に保険者・事業内容が変わったりするため、それぞれが切れ目なく医療と介護の一体的に取り組むこと、それを可能にするプラットフォームの形成が重要である。

一つは、レセプトデータや特定健診データ等のいわゆるビッグデータを生涯を通して一元的に管理し、生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的実施を行うことが望まれる。集約したデータを活用し、中年期からの生活習慣病対策や高齢者の通いの場を中心とした介護予防（フレイル対策(運動、口腔、栄養等)を含む）の取り組みの中で、個人へ返す等の介入ができる。これはあくまで個人の同意の上で行われるものとする。

次に、データヘルスに関するアプリの開発・町民へ提供を行い、若年から中年期を中心に活用していただく。このことにより、健康に関する意識の向上にもつながりやすくなる考える。

さらに、高齢者を中心とした通いの場の拡大、生きがい・役割を付与するための運営支援も重要である。そして、これらの取り組みについては、医師会を中心としたかかりつけの医療機関等との連携なども必要と考える。その際、様々な専門家が在籍している久留米大学としては、健診を通じた研究・開発や後方支援として、大学を挙げての取り組みが行えると考えている。

3 久留米大学からの提言

(1) 普及啓発

基山町の現状を町民に幅広く認識してもらい、健康無関心層も含め、様々な場面において、講演会の開催、介護予防教室等の開催、地域連携パスを含めた啓発資材等の作成、配布等を通して、健康教育を実施できればと考える。学校教育においては健康意識が高まるような働きかけを行うことが望ましいと考える。町のイベント、例えば「ふ・れ・あ・いフェスタ」などにおいても、健康イベントを開催し、年代に問わず普及啓発を行う。

「健康意識」が将来にわたる生活の質（QOL）に欠かせないため、町全体・

あらゆる年代を対象にアピールに努める。

（２）特定健診のさらなる受診率の向上

基山町では、健診受診者への健康ポイント付与や、訪問やはがき郵送、電話対応などによる健診未受診者への対策により全国平均を大きく上回っているが、特に働き盛りの中年層などの受診率が低いことが伺われる。

【他の地域の取り組み事例（一例）】

（協力・連携）

- ・ 市民自助グループとの活動と協力（八尾市・田尻町）
- ・ 保健所との連携（豊中市等）
- ・ 医師会・大学等と連携したデータ分析・評価（高槻市・羽曳野市・甲州市等）

（受診勧奨）

- ・ 未受診者への訪問、はがき等によるアンケート実施（甲州市等）
- ・ イベントを利用した個別勧奨（羽曳野市等）
- ・ 関係機関や郡市医師会との連携

（実施方法の工夫）

- ・ 特定健診結果の「見える化」として、個人の健康状態をレーダーチャート化（静岡県）
- ・ 女性をターゲットにした検診内容の工夫として、肌年齢の測定（AGE 計測など）
- ・ ショッピングセンター等や学校行事（体育大会など）での健診会場設定
- ・ 被扶養者の特定健診受診率の向上
- ・ 配偶者健診案内、ダイレクトメール・アンケート・予約はがき等の活用

これらを参考にして、受診率の向上を図っていくなどの工夫が望まれる。

ここに久留米大学としても大きく関われる 1 つではないかと考えている。

（３）生活習慣病対策（特に糖尿病・慢性腎臓病（CKD）と透析予防）・

フレイル対策

生活習慣病の対策は言うまでもなく、主には食事と運動療法を中心とした生活指導が不可欠である。認知症においても防げる因子として、肥満や生活習慣病への早期介入による取り組みが重要である。そのため、特定健診結果からの医療機関への受診勧奨も重要であり、保健指導や医療機関を通した生活指導（食事や運動）も有効である。

近年、生活習慣病や認知症と睡眠障害は密接な関係があるとされ、生活習慣病や認知症への予防の観点からも、睡眠衛生指導を中心とした、睡眠障害への対策も必要であり、そのため特定健診の場でも、自記式質問票（PSQI やアテネ睡眠尺度など）による睡眠評価を行うことが望まれる。

また、高齢者（特に後期高齢者）においては、フレイルの予防の観点から、介護予防としての通いの場と、フレイルチェックや保健指導が一体化して取り組めるシステムを構築し、必要に応じて受診勧奨や医療機関での保健指導の内容の共有が必要と考える。これらにはスマートフォンや IoT 機器を活用できると思われる。

また、社会的フレイルと言われる閉じこもりなどに対しては、民生委員や地域包括支援センターなどの情報をもとに、個別訪問も必要だと考える。

さらに、重症化予防の観点からいかに継続した医療機関への受診を行えるかも必要であり、そのため、保健医療行政と医師会などが連携し、特に医療機関への受診が中断している方へのアプローチやハイリスク者へのアプローチ（層別化と、専門医への紹介基準の共有化）が必要である。

そのため、健診データやレセプトデータなどのデータを用いて、ICT を活用した一元管理を医療機関と保健行政で共有できるシステム作りが必要である。これが可能になれば、重複受診や頻回受診、重複服薬、処方飲み合わせの問題などにも解決しやすくなり、ひいては医療費の削減にもつながっていく（広島県呉市での取り組み例）。

（４）認知症早期発見・早期診断への取り組み

アルツハイマー型認知症等の根本的治療薬（疾患修飾薬）の開発が待たれていた中では、日頃からの認知症の予防と、いかに早期発見・早期対応を行っていくかが望まれるが、認知症患者の多くは、自身の認知機能低下に気づいていない、あるいは家族も含めて、年のせい、まだできることが多いからなどの思いからなかなか受診に繋がらない方も少なくない。そのため、認知機能を評価できるような体制づくりが望まれる。

現在、久留米市が後援となり、地域包括支援センターと久留米大学が協働で、地域に出向いた（アウトリーチとしての）もの忘れ予防検診を平成 19 年度から取り組んでいる。現在は介護予防事業にもつなげた活動に拡充しており、今後、基山町としての評価体制の構築が望まれる。

（５）地域包括ケアシステムの確立

団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となる 2025 年問題からも、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域での包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進すると国も示しているが、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じており、

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要である。

認知症高齢者への対応を考慮した場合、ご家族や介護者からよく聞かれるのが、どこにいつ受診したらよいのか、専門医療機関がどこにあるのかということである。行動心理症状（BPSD）が出現した場合や様々な身体合併症を認めることも少なくないためである。

また、しばしば身体疾患と認知症診療を同時に行える医療機関も増えてはきているが、多くはない。さらに、医療介護連携事業においても、それぞれの地域において様々な課題がある。これらを解決するためにも、健康な状態から重度の認知症まで、各段階に応じた対応として、医療機関における機能分化や、そのことについての町民への明示が必要である。そのため、自治体ごとに認知症ケアパスなどの作成が必要である。また、多職種交流の場としての研修会や事例検討会などを行うことで、顔の見える関係づくりを行っていくことも大切である。

4 久留米大学との連携協定後の新たな取り組みについて

連携協定締結後、健康増進計画への支援として、基山町ふ・れ・あ・いフェスタでの簡易血糖測定や、介護予防健診等での普及啓発活動や、基山町、久留米大学、鳥栖三養基医師会、NTT データ九州、（株）オケイオスとの産学官連携での協議体を形成し、様々な取り組みについて協議を重ねて、以下について実施してきた。詳細は別添にて報告する。

- （１）健康増進計画について（特定健診、特定保健指導、重症化予防等）
- （２）地域介護予防支援事業について（介護予防健診）

5 基山町の今後の取り組み

- 生活支援コーディネーターを中心に個別訪問等により高齢者の健康状態や困りごと等の把握に努め、必要な支援が受けられるように関係機関と連携を持って対応します。
- 認知症及びフレイルの予防のさらなる周知を図るため、啓発パンフレット等の配布や、公開講座や介護予防教室等を開催します。また、認知症について正しく理解し、認知症を持つ人や家族を温かく見守る応援者として、認知症サポーターや小中学生を対象にしたキッズ認知症サポーター養成を養成します。
- 地域介護予防として、ボランティア育成、自主グループ活動の支援等に取り組みます。また、各地区の公民館等を中心に開催している「通いの場」の運営への後方支援や新規通いの場の開設への支援に取り組みます。
- 生活習慣病と認知症に密接な関係があるとされる睡眠障害について調査し、認知機能を評価できるような体制づくりを検討します。
- 高齢者へのフレイルチェックや保健指導を合わせて取り組める介護予防健診の受診率向上に努めると共に、受診された方の結果に沿った個別支援に取り組みます。
- 民生委員や地域包括支援センター等と連携し、閉じこもり対策を実施します。
- 認知症ケアパスの作成を進めるとともに、地域ケア会議等の活動を推進しながら、地域包括ケアシステムの構築に努めます。



第6章 計画の目標値の設定について

第2期計画の目標値については、前計画のような取り組みの内容に加え、数値的な目標も併せて設定し、計画の進捗状況の一部を数値的に評価できるようにしました。

(表4)

	内 容	(R6)	(R8)	(R11)	データの把握方法
		初期値	中間評価	最終評価	
評価指標	国保特定健康診査実施率の向上	55%	57%	60%	法定報告値
	国保特定保健指導実施率の向上	75%	77%	80%	法定報告値
	国保 40 歳未満の健診実施率の向上	増加	増加	増加	基山町健康増進課
	後期高齢者の健診実施率の向上	増加	増加	増加	法定報告値
	歯周疾患検診受診率の向上	6%	8%	10%	基山町健康増進課
	糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	100%	75%	50%	KDB システム
	糖尿病教室の開催（高リスク者の参加割合）	3%	6%	10%	基山町健康増進課
	腎臓疾患教室の開催（高リスク者の参加割合）	3%	6%	10%	基山町健康増進課
	糖尿病未治療者を治療に結び付ける割合（国保）	96%	97%	98%	KDB システム
	保健師等専門スタッフの各種勉強会への参加	実施	実施	実施	
	久留米大学監修の健康統合管理アプリのダウンロード件数	1,000 件	増加	増加	久留米大学
	各種イベントを活用した健康に関するブースの設置（血糖測定や専門医相談など）	実施	実施	実施	
	公開講座等のイベントを活用した CKD 啓発活動の実施	実施	実施	実施	
	若年からの健康教育の実施	実施	実施	実施	
	認知症及びフレイルの予防のさらなる周知を図るため、公開講座や介護予防教室等を開催	実施	実施	実施	
	認知症サポーターの人数	2,700 人	3,000 人	増加	基山町福祉課
	介護予防健診受診率の向上	23%	40%	維持・増加	基山町福祉課
	民生委員や地域包括支援センター等と連携し、閉じこもり対策の実施	実施	実施	実施	