

第 1 期鞍手町健康増進計画

第 2 期鞍手町自殺対策計画

計画期間：令和7年度～令和 11 年度

令和 7 年 3 月

鞍手町

はじめに

健康で生きがいや希望を持って元気に暮らすことのできる社会の実現は、私たちの願いです。国は、全ての国民が健やかで心豊かに生活することができ、誰一人取り残さない持続可能でよりよい社会の実現を目指して、健康増進と自殺対策の取組を推進しています。



本町では、令和2年3月「鞍手町自殺対策計画」を策定し、取組を推進して参りました。令和6年度をもって計画期間が終了することから、これまでの成果と課題を踏まえ、自殺対策は心身の健康づくりとも関係することから、令和7年3月「第1期健康増進計画・第2期鞍手町自殺対策計画」を一体的に策定しました。この計画では、子どもから高齢者まで「いつまでも笑顔で健康に暮らせるまちづくり」を基本理念に、「健康寿命の延伸」を目標として町民の皆様の健康づくりを進め、また、「誰も自殺に追い込まれることのない鞍手町」の実現を目指して自殺対策にも取り組んで参ります。今後は、この計画に基づき、町民の皆様や各関係機関・団体の皆様と連携・協働し、健康づくりに積極的に取り組んでいきたいと考えています。目標の達成に向けて、引き続きご支援・ご協力をいただきますよう、よろしくお願いいたします。

最後になりましたが、この計画の策定にあたり、熱心にご協議いただきました健康づくり推進協議会委員の皆様をはじめ、貴重なご意見やご提言をいただきました町民の皆様に心から感謝申し上げます。

令和7年3月

鞍手町長 岡崎 邦博

目次

第1章 計画策定にあたって	1
1 計画策定の趣旨	1
2 計画の位置づけ	2
3 SDGs（持続可能な開発目標）との関係	2
4 計画の期間	3
5 計画の対象	3
第2章 鞍手町の概況と特性	4
1 町の概要	4
2 人口の状況	4
3 世帯の状況	5
4 死亡の状況	6
5 平均寿命と健康寿命（平均自立期間）の状況	7
6 介護保険の状況	8
7 医療費の状況	9
8 出生の状況	10
第3章 第1期鞍手町健康増進計画	11
第1節 健康増進計画の基本的な考え方	11
1 基本理念	11
2 基本的な方向	11
3 基本目標	12
4 施策体系	12
第2節 課題別の実態と今後の取組	13
個人の行動と健康状態の改善	13
1 生活習慣の改善	13
（1）栄養・食生活	13
（2）身体活動・運動	16
（3）休養・睡眠	18
（4）飲酒	19
（5）喫煙	20
（6）歯・口腔の健康	21
2 生活習慣病の発症予防と重症化予防	25
（1）がん	25
（2）循環器病	28
（3）糖尿病	36

ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり	42
(1) こども	42
(2) 高齢者	46
(3) 女性	47
社会環境の質の向上	49
評価指標	50
参考 健康日本 21 (第三次) の基本的な方向	51
第4章 第2期鞍手町自殺対策計画	52
第1節 鞍手町の自殺の現状と課題	53
1 自殺死亡者の年次推移	53
2 自殺死亡率の年次推移	54
3 性別自殺者割合	54
4 性・年代別自殺死亡率	55
5 自殺者の同居者の有無	56
6 自殺者の職業の有無	56
7 鞍手町の自殺の特徴	57
第2節 第1次鞍手町自殺対策計画の取組・評価	58
第3節 自殺対策計画の基本的な考え方	62
1 基本理念	62
2 基本認識	62
3 基本方針	62
4 数値目標	64
5 施策体系	65
第4節 自殺対策における取組	66
1 基本施策	66
2 重点施策	72
3 生きる支援の関連施策	77
参考 自殺総合対策大綱	79
第5章 計画の推進	80
1 関係機関との連携の強化	80
2 計画の進行管理と評価	80

第1章

計画策定にあたって

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の趣旨

国は、平成12年度より国民健康づくり運動「健康日本21」を展開し、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上のため、健康を増進し発症を予防する「一次予防」を重視した取組を推進し、平成25年度からは、「21世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」を展開し、少子高齢化や生活習慣の変化による疾病構造の変化を踏まえ、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を最終的な目標とし、生活習慣病の一次予防と合併症の発症や症状進展などの重症化予防を重視した取組を推進してきました。令和6年度からは、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（令和5年厚生労働省告示第207号）に基づき、「21世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次）」が開始となりました。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、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目指す基本方針のもとに、「誰一人取り残さない健康づくり」を推進し、「より実効性を持つ取組の推進」に重点を置いて取り組むこととされています。

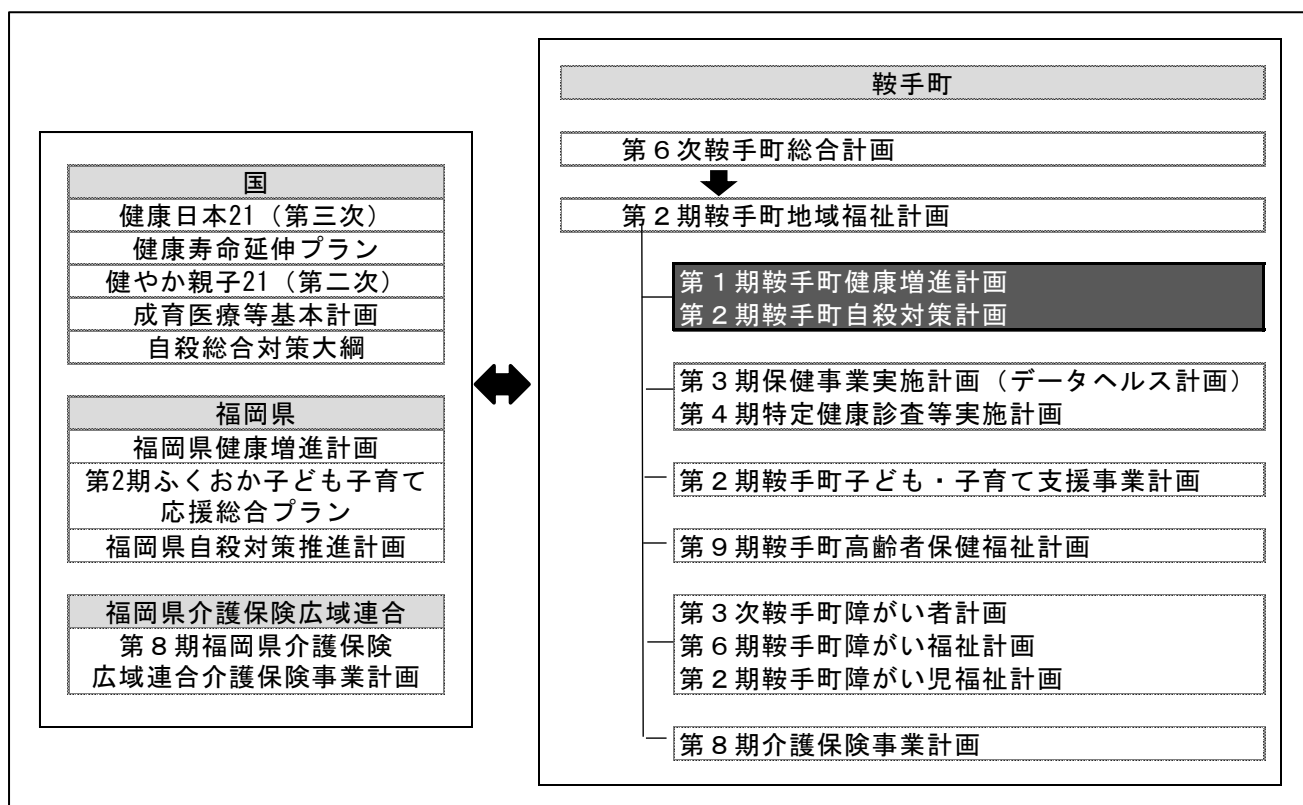
自殺対策の分野においては、平成18年10月に自殺対策基本法（平成18年法律第85号）が施行され、それまで「個人的な問題」とされてきた自殺が「社会的な問題」と捉えられるようになり、社会全体で自殺対策が進められるようになりました。施行から10年目の平成28年3月には、自殺対策を更に強化するため自殺対策基本法が改正され、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指して、すべての都道府県及び市町村に「地域自殺対策計画」の策定が義務付けられ、本町においても、令和元年度に「第1期鞍手町自殺対策計画」を策定し、計画に基づきながら、町民の自殺対策の推進に取り組んできました。ただ、全国で、自殺者数は依然として毎年2万人を超える水準で推移しており、コロナ禍の影響で自殺の要因となる様々な問題が悪化し、小中高生の自殺者数は過去最多の水準となっていることから、子ども・若年者・女性への更なる対策の充実と推進が求められています。国は令和4年10月に新たな「自殺総合対策大綱」を閣議決定し、その中で、自殺対策は「生きることの阻害要因」を減らす取組に加えて、「生きることへの促進要因」を増やす取組を行い、双方の取組を通じて自殺リスクを低下させ、生きることへの包括的な支援を推進する必要があるとしています。

今回、鞍手町では、「健康日本21（第三次）」の方針に基づき、令和7年度を初年度とする「第1期健康増進計画」を策定しました。そして、「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、本町の第1期自殺対策計画策定後の実施状況を踏まえて、「第2期自殺対策計画」を策定しました。なお、本町の「第1期鞍手町自殺対策計画」は令和7年3月をもって計画期間満了となっており、健康増進計画における、休養・睡眠、こころの健康については、自殺対策においても重複する部分があることから、「第1期健康増進計画」と「第2期自殺対策計画」を一体的に策定することとしました。

2 計画の位置づけ

「健康増進計画」は、「鞍手町第6次総合計画」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。この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とし、福岡県が策定する「福岡県健康増進計画」や町の関連する各種計画との十分な整合性を図り、計画を策定します。

「自殺対策計画」は平成28年に改正された自殺対策基本法に基づき、国が定めた「自殺総合対策大綱～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～（以下「自殺総合対策大綱」という。）」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、福岡県が策定する「福岡県自殺対策推進計画（第2期）」や町の関連する各種計画との十分な整合性を図り、健康増進計画と一体的に策定します。



3 SDGs（持続可能な開発目標）との関係

SDGs（エス・ディー・ジーズ）は、2015（平成27）年の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」に記載された2016（平成28）年から2030（令和12）年までの国際目標です。持続可能な世界を実現するための17の目標と169のターゲットから構成され、「地球上の誰一人として取り残さない」社会の実現を目指し、開発途上国のみならず先進国を含む国際社会全体の目標として、経済・社会・環境の諸問題を統合的に解決することの重要性が示されています。本計画に掲げる施策と特に関連するSDGsの目標は次のとおりであり、本計画の推進が当該目標の達成に資するものとして位置づけます。

■本計画に関連する SDGs の目標



貧困をなくそう

あらゆる場所あらゆる形態の貧困を終わらせる



飢餓をゼロに

飢餓を終わらせ、食料安全保障及び栄養の改善を実現し、持続可能な農業を促進する



すべての人に健康と福祉を

あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する



質の高い教育をみんなに

すべての人に包摂的かつ公正な質の高い教育を確保し、生涯学習の機会を促進する



ジェンダー平等を実現しよう

ジェンダー平等を達成し、すべての女性及び女児のエンパワーメントを行う



働きがいも経済成長も

包摂的かつ持続可能な経済成長及びすべての人々の完全かつ生産的な雇用と働きがいのある人間らしい雇用（ディーセント・ワーク）を促進する



人や国の不平等をなくそう

国内及び各国家間の不平等を是正する



平和と公正をすべての人に

持続可能な開発のための平和で包摂的な社会を促進し、すべての人々に司法へのアクセスを提供し、あらゆるレベルにおいて効果的で説明責任のある包摂的な制度を構築する



パートナーシップで目標を達成しよう

持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する

4 計画の期間

健康増進計画の期間は、令和7年度から令和11年度までの5年間とします。ただし、社会情勢等を踏まえ、必要に応じて計画の見直しを行います。

年度	令和 1年度	令和 2年度	令和 3年度	令和 4年度	令和 5年度	令和 6年度	令和 7年度	令和 8年度	令和 9年度	令和 10年度	令和 11年度	令和 12年度	令和 13年度	令和 14年度	令和 15年度	令和 16年度	令和 17年度
鞍手町自殺対策計画		第 1 期					第 2 期										
鞍手町健康増進計画						第 1 期											
福岡県健康増進計画	平成25～令和 5 年度					令和 6～17年度											
国(健康日本21)	第二次					第三次											

5 計画の対象

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

第2章

鞍手町の概況と特性

第2章 鞍手町の概況と特性

1 町の概要

鞍手町は福岡県の北部に位置し、福岡市と北九州市のほぼ中間にあります。東西の距離 6.5 km、南北 9.0 km と南北にやや細長く、総面積は 35.6 km² です。

令和4年の産業別人口は、第1次産業 4.1%、第2次産業 34.0%、第3次産業 61.9%となっています。

2 人口の状況

本町の人口（令和5年10月1日住民基本台帳）は、14,509人であり、福岡県・全国と比べ、65歳以上の高齢化率は高く、生産年齢人口（15歳～64歳）が低くなっています（図表1）。

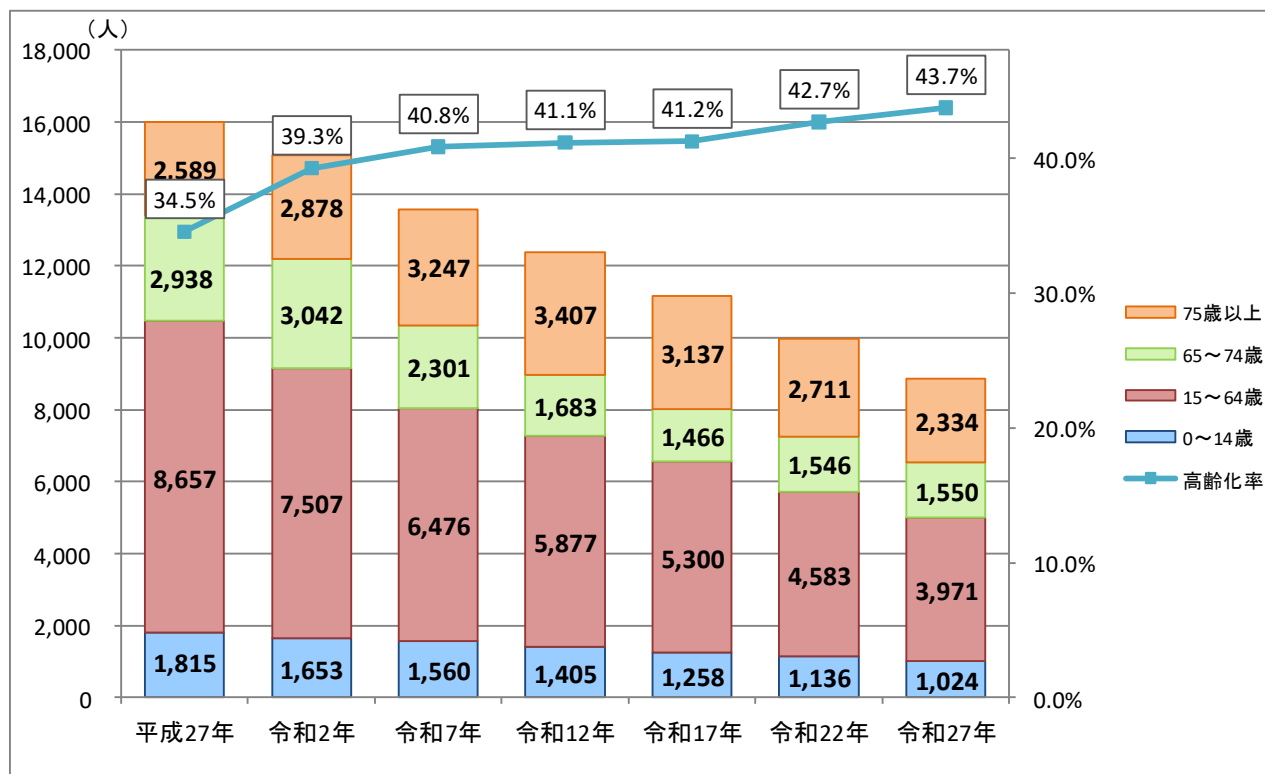
図表1 人口構成

	鞍手町		福岡県	全国
	人数	割合	割合	割合
総人口	14,509	—	—	—
0～14歳	1,583	10.9%	12.6%	11.4%
15～64歳	7,095	48.9%	58.9%	59.5%
65歳以上	5,831	40.2%	28.5%	29.1%
(再掲)75歳以上	3,102	21.4%	15.2%	16.1%

令和5年10月1日 住民基本台帳e-Stat

人口の推移をみると、令和2年の人口は15,080人で、平成27年から919人減少しています。将来推計人口では、令和17年には11,161人となる見込みです。年齢区分別人口の推移をみると、0～14歳、15～64歳の人口が著しく減少していき、一方、75歳以上の人口は令和12年まで増加していくことが予想されています（図表2）。

図表2 年齢区分別人口の推移と将来人口の推移



平成27年～令和2年: 国勢調査
令和7年～令和27年: 国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口

3 世帯の状況

(1) 世帯構成の推移

平成12年から令和2年までの世帯数をみると、総世帯数は、年々減少しています。総世帯のうち親族世帯数は、年々減少している一方、単独世帯数は年々増加しています（図表3）。

図表3 世帯構成の推移

	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
総世帯	6,669	6,581	6,493	6,368	6,235
親族世帯	5,242	5,002	4,820	4,566	4,257
核家族世帯	4,072	3,975	3,918	3,845	3,664
その他の親族世帯	1,170	1,027	902	722	594
非親族を含む世帯	19	23	43	30	43
単独世帯	1,408	1,556	1,630	1,771	1,934

国勢調査

(1) 高齢者世帯構成の推移

平成12年から令和2年までの高齢者世帯構成の推移をみると、高齢者のいる世帯は、年々増加し令和2年は世帯全体の約6割となっています。そのうち高齢者単身世帯は31.6%、高齢者夫婦のみの世帯は25.3%となっており、高齢者のみで生活している世帯が増加しています（図表4）。

図表 4 高齢者世帯構成の推移

		平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
総世帯数		6,669	6,581	6,493	6,368	6,235
高齢者(65歳以上)の いる世帯	世帯数	2,878	3,017	3,306	3,675	3,761
	構成比	43.2%	45.8%	50.9%	57.7%	60.3%
高齢者(65歳以上) 単身世帯	世帯数	709	821	859	1,083	1,190
	構成比	24.6%	27.2%	26.0%	29.5%	31.6%
高齢者(65歳以上) 夫婦のみの世帯	世帯数	480	562	697	833	950
	構成比	16.7%	18.6%	21.1%	22.7%	25.3%
その他の同居世帯	世帯数	1,689	1,634	1,750	1,759	1,621
	構成比	58.7%	54.2%	52.9%	47.9%	43.1%

国勢調査

4 死亡の状況

本町の死亡率は年々増加し、福岡県・全国と比較しても高くなっています（図表5）。

令和4年の本町の主要死因は、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、誤嚥性肺炎、血管性等の認知症による死亡率が福岡県・全国より高く、老衰による死亡率が福岡県より高くなっています（図表6）。

図表5 死亡数の推移(人口千対)

	鞍手町		福岡県	全国
	人数	死亡率	死亡率	死亡率
平成20年	206	11.92	9.0	9.1
平成25年	202	12.37	9.8	10.1
平成30年	264	17.29	10.6	11.0
令和1年	242	16.16	10.7	11.2
令和2年	257	17.26	10.5	11.1
令和3年	255	17.38	11.2	11.7
令和4年	245	16.92	12.2	12.9

福岡県保健統計年報

図表6 死因別死亡者数(人口10万対)

令和4年

	死因	鞍手町		福岡県	全国
		死亡数	死亡率	死亡率	死亡率
1位	悪性新生物	60	414.5	321.1	316.1
2位	心疾患	28	193.4	144.5	190.9
3位	老衰	21	145.1	101.1	147.1
4位	脳血管疾患	18	124.3	74.5	88.1
5位	誤嚥性肺炎	10	69.1	50.6	45.9
5位	血管性等の認知症	10	69.1	20.4	20.0

鞍手町・福岡県：福岡県保健統計年報 全国：厚労省人口動態調査

平成30年から令和4年までの標準化死亡比（SMR^{※1}）をみると、最も高い死因は、悪性新生物でした。保健事業により予防可能な疾患「心疾患」「脳血管疾患」「腎不全」について、福岡県と比較すると、心疾患（男性）、脳血管疾患（男女）、腎不全（女性）が高くなっています（図表7）。

※1 標準化死亡比（SMR）：人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。国平均を100としており、100以上の場合は国平均より高く、100以下の場合は低いと判断される。

人口規模の少ない地域では1年間のみの率で地域比較をして高低を判断することは望ましくないため、5年間分の分母・分子を合計して率を算出しています。

図表7 主要死因別標準化死亡比

		鞍手町			福岡県	全国
		平成20～24年	平成25～29年	平成30～令和4年	平成30～令和4年	
悪性新生物	男性	127.3	112.9	119.1	107.1	100.0
	女性	113.6	110.1	111.3	106.6	100.0
心疾患	男性	90.2	73.2	75.4	74.0	100.0
	女性	87.3	94.5	80.2	83.5	100.0
脳血管疾患	男性	102.4	98.3	98.9	92.4	100.0
	女性	98.4	87.7	100.9	88.1	100.0
腎不全	男性	92.7	88.1	98.4	99.2	100.0
	女性	80.6	107.0	107.5	103.6	100.0
自殺	男性	137.9	134.0	106.4	104.3	100.0
	女性	—	107.9	93.5	98.5	100.0

厚労省ホームページ 人口動態保健所・市町村別統計 標準化死亡比, 主要死因

5 平均寿命と健康寿命（平均自立期間）の状況

令和4年度の平均寿命は、男女とも福岡県・全国と比較して短くなっています。健康寿命（平均自立期間^{※2}）は、女性は福岡県・全国と比べて長いものの、男性は福岡県・全国と比較して短くなっています。介護などで日常生活に制限があり、自立困難な期間（平均寿命と平均自立期間の差）は、男性は1.7年、女性は2.8年で男性は福岡県・全国と比較して長くなっています（図表8）。

※2 平均自立期間：健康寿命の一つであり、日常生活が要介護でなく自立して暮らせる生存期間の平均

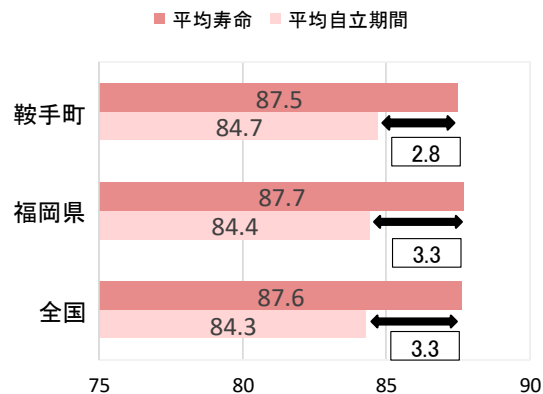
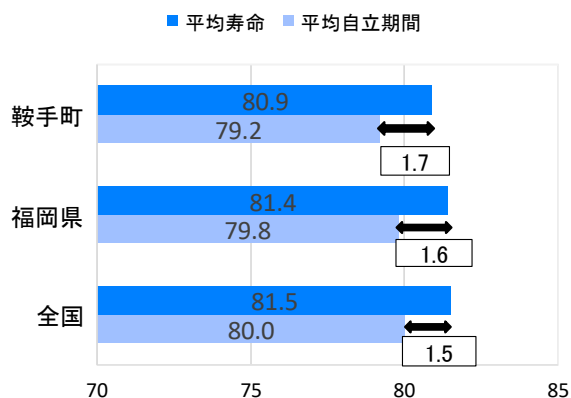
図表8 平均寿命と平均自立期間

男性	平均寿命	平均自立期間	差
鞍手町	80.9	79.2	1.7
福岡県	81.4	79.8	1.6
全国	81.5	80.0	1.5

令和5年度

女性	平均寿命	平均自立期間	差
鞍手町	87.5	84.7	2.8
福岡県	87.7	84.4	3.3
全国	87.6	84.3	3.3

KDBシステム 地域の全体像の把握



6 介護保険の状況

本町の令和4年度の第1号被保険者の認定率は福岡県・全国と比べて低くなっていますが、第2号被保険者の認定率は、福岡県・全国と比べて高い状況です。介護度別の状況では、要支援1の割合は、4.4%であり、福岡県・全国割合より高い状況です（図表9）。要介護（要支援）認定者数（第1号被保険者）は、やや横ばいで推移しています（図表10）。

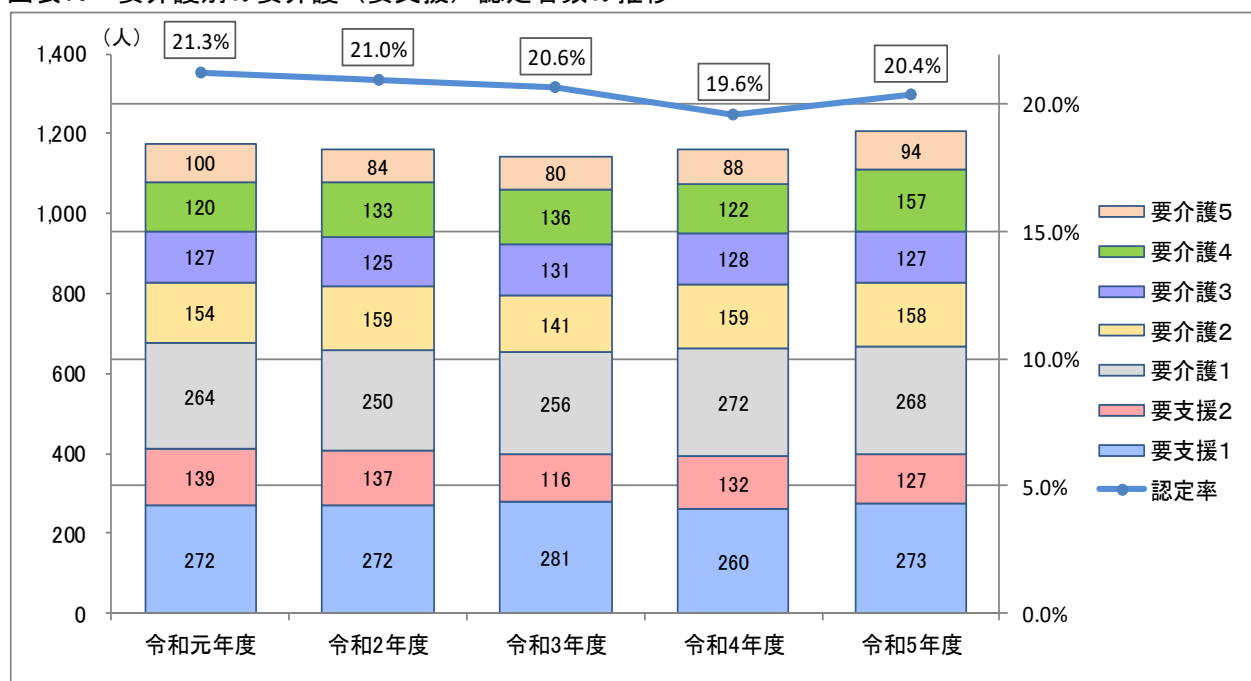
図表9 介護保険の状況

令和4年度

		鞍手町		福岡県	全国
		人数	割合	割合	割合
第1号認定者数・認定率		1,161	19.6%	20.1%	19.7%
介護度別 認定者数 認定率	要支援1	260	4.4%	2.9%	2.7%
	要支援2	132	2.2%	2.8%	2.7%
	要介護1	272	4.6%	4.3%	4.0%
	要介護2	159	2.7%	3.1%	3.2%
	要介護3	128	2.2%	2.5%	2.6%
	要介護4	122	2.1%	2.4%	2.5%
	要介護5	88	1.5%	1.4%	1.6%
第2号認定者数・認定率		24	0.53%	0.34%	0.38%

鞍手町：KDBシステム 要介護(支援)者認定状況、地域の全体像の把握 福岡県・全国：介護保健事業報告

図表10 要介護別の要介護（要支援）認定者数の推移



認定者：KDBシステム 地域の全体像の把握

7 医療費の状況

本町の国保被保険者の医療費は、国保加入者が減少しているにも関わらず、総医療費は横ばいで、令和5年度の一人あたり医療費は、平成30年度と比較すると約5.4万円増加しています。また、入院医療費の件数は全体のわずか3.2%程度にも関わらず、医療費は総医療費の45.6%を占めており、1件あたりの入院医療費も平成30年度と比較して6.4万円も高くなっており、福岡県・全国と比較しても費用割合が高いことがわかります（図表11）。

後期高齢者の一人あたり医療費は福岡県よりは低いものの、福岡県は全国1位で推移しており、全国と比較すると高い位置で推移しています（図表12）。

図表11 国保被保険者の医療費の状況

		鞍手町		福岡県	全国
		平成30年度	令和5年度	令和5年度	令和5年度
総医療費		13億2581万円	13億0741万円	—	—
一人あたり医療費(円)		339,342	393,799	379,085	389,078
		県内43位	県内28位		
入院	1件あたり費用額(円)	521,840	586,210	602,100	620,990
	費用の割合	44.7%	45.6%	44.6%	40.5%
	件数の割合	3.2%	3.2%	2.9%	2.6%
外来	1件あたり費用額(円)	21,210	23,330	22,640	24,350
	費用の割合	55.3%	54.4%	55.4%	59.5%
	件数の割合	96.8%	96.8%	97.1%	97.4%

KDBシステム 地域の全体像の把握

図表12 後期高齢者の一人あたり医療費の推移

	平成29年度	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
鞍手町	1,141,118	1,141,247	1,136,971	1,026,186	1,067,897	1,063,674
福岡県	1,176,856	1,178,616	1,187,151	1,138,402	1,173,102	1,175,624
全国	944,561	943,082	954,369	917,124	940,512	未定

後期高齢者医療事業年報・福岡県後期高齢者医療広域連合

8 出生の状況

本町の出生数は年々減少しています。令和4年の出生率は4.2であり、福岡県・全国より低い状況です（図表13）。

図表13 出生数・出生率推移（人口千対）

	鞍手町		福岡県	全国
	出生数	出生率	出生率	出生率
平成20年	109	6.3	9.3	8.7
平成25年	78	4.8	9.1	8.2
平成30年	80	5.2	8.3	7.4
令和1年	61	4.1	7.9	7.0
令和2年	63	4.2	7.7	6.8
令和3年	59	4.0	7.4	6.6
令和4年	61	4.2	7.2	6.3

福岡県保健統計年報

第3章

第1期鞍手町健康増進計画

第3章 第1期鞍手町健康増進計画

第1節 健康増進計画の基本的な考え方

1 基本理念

いつまでも笑顔で健康に暮らせるまちづくり

本計画では、第6次鞍手町総合計画を踏まえ、基本理念を「いつまでも笑顔で健康に暮らせるまちづくり」とし、町民の健康増進の総合的な推進を図ります。

2 基本的な方向

国の「健康日本21（第三次）」（令和6年度～令和11年度）に基づき、本計画の基本的な方向を次のように設定します。

■個人の行動と健康状態の改善

1 生活習慣の改善

健康寿命の延伸に向けて、個人の行動と健康状態の改善は重要であり、そのため生活習慣の改善を推進するための基本要素として、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「休養・睡眠」、「飲酒」、「喫煙」、「歯・口腔の健康」の6つの領域の取組を推進します。

2 生活習慣病の発症予防・重症化予防

生活習慣病の発症予防・重症化予防として、「がん」「循環器病」「糖尿病」の3つの領域の取組を推進します。なお、循環器疾患及び糖尿病においては、いずれも、生活習慣が影響することから、「1 生活習慣の改善」にある6つの領域に関連した取組を行います。

■ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

妊娠（胎児）期から高齢期に至るまでの生涯を通じたライフコースアプローチを踏まえた健康づくりを進めていくため、「こども」「女性」「高齢者」3つの領域の取組を推進します。

■社会環境の質の向上

自然に健康になれる環境づくりと誰もがアクセスできる健康増進のための基盤整備を推進します。

3 基本目標

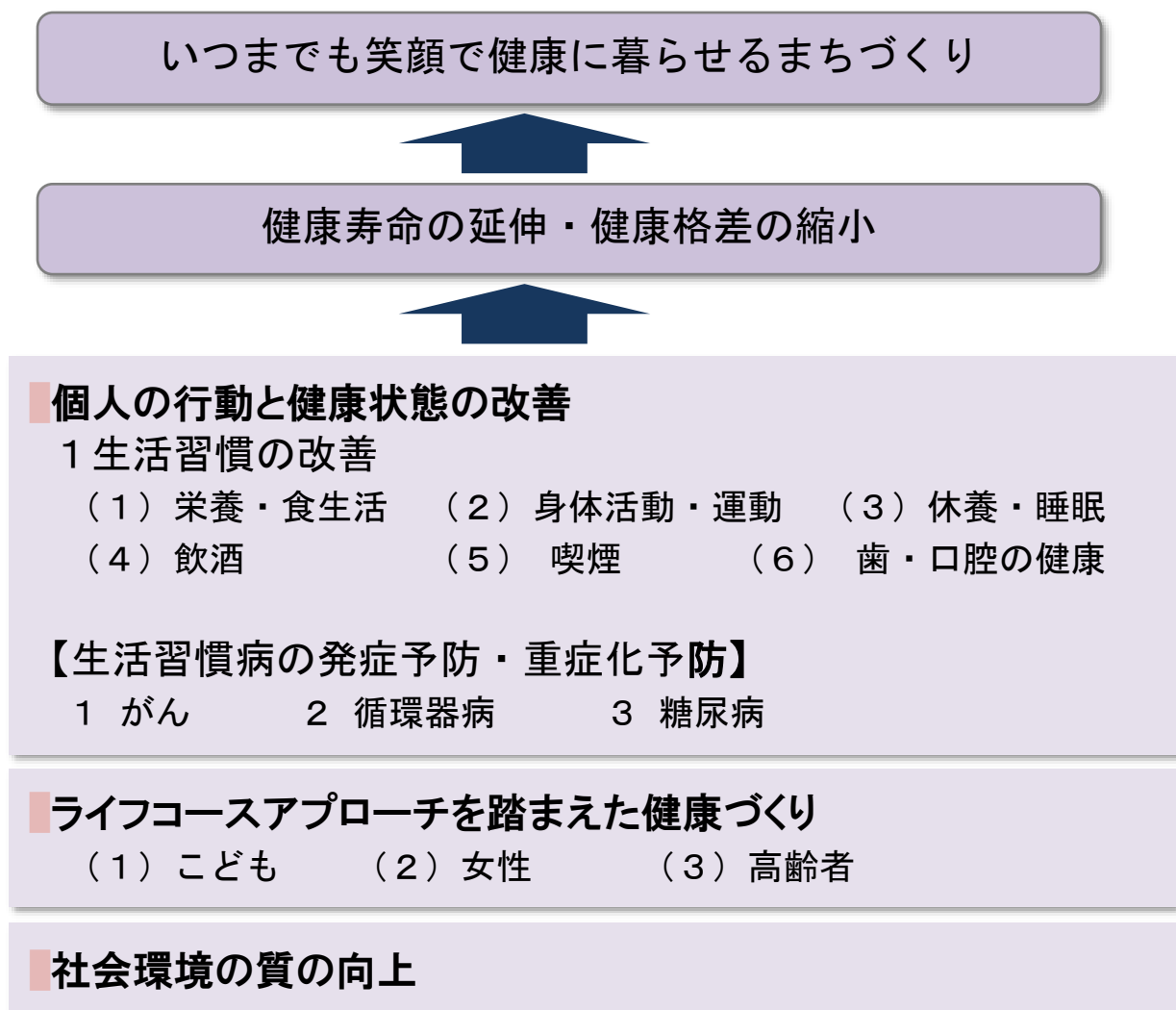
平均寿命と健康寿命（平均自立期間）の差は日常生活に制限のある期間（不健康な期間）を意味しますが、全ての町民が健康で暮らせるためには、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間である健康寿命（平均自立期間）が長いことが求められます。また、経済状況などの社会的な環境の差によって健康状態に影響がでる「健康格差」を縮小することが求められています。

本町の健診、医療、介護の実態を踏まえ、全ての町民がいきいきと健康で暮らせるために、「健康寿命（平均自立期間）の延伸」と「健康格差の縮小」を基本目標として取り組んでいきます。

評価指標

実施内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	国の目標値 令和14年
健康寿命（平均自立期間）の延伸	男性 79.2 女性 84.7	男性 80.0 女性 86.0	—

4 施策体系



第2節 課題別の実態と今後の取組

個人の行動と健康状態の改善

1 生活習慣の改善

(1) 栄養・食生活

栄養・食生活は、生命の維持に加え、子どもたちが健やかに成長し、成人期や高齢期など生涯にわたるすべての人が健康な生活を送るために欠くことのできないものです。肥満は、多くの生活習慣病に関係するほか、やせは、低栄養等にも関係し、適正体重の維持は生活機能の維持・向上の観点からも重要です。生活習慣病予防、重症化予防の実現のためには、地域特性や社会環境をふまえ、栄養状態を適正に保つための必要な栄養素を摂ることが求められています。

① BMIの年次推移

肥満は、糖尿病、循環器病、がん等の生活習慣病との関連があります。肥満によって内臓脂肪が蓄積することで、インスリン抵抗性^{※3}を引き起こし、血糖悪化の原因となります。一方、やせは若年女性では骨量減少、低出生体重児出産のリスク等との関連があり、高齢者では重症感染症や骨折等により要介護状態となったり、死亡する危険が高くなります。

本町の特定健康診査の結果をみると、肥満（BMI25以上）の者の割合は、令和5年度では男性は3割以上、女性は3割弱となっています。普通体重（BMI18.5～25未満）の者の割合は、男性・女性とも約6割で、女性は減少してきている状況です。低体重（BMI18.5未満）の者の割合は、男性は約5%、女性は約1割となっています（図表14）。年代別でみると、男性・女性とも50～59歳で肥満者が多くなっています（図表15）。

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

図表14 BMIの年次推移

男性	健診 受診者	BMI18.5未満		BMI18.5～25未満		BMI25以上	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成30年度	511	22	4.3%	332	65.0%	157	30.7%
令和1年度	492	23	4.7%	303	61.6%	166	33.7%
令和2年度	450	20	4.4%	261	58.0%	169	37.6%
令和3年度	524	25	4.8%	305	58.2%	194	37.0%
令和4年度	557	25	4.5%	360	64.6%	172	33.9%
令和5年度	488	24	4.9%	305	62.5%	159	33.9%

女性	健診 受診者	BMI18.5未満		BMI18.5～25未満		BMI25以上	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成30年度	709	64	9.0%	480	67.7%	165	23.3%
令和1年度	691	57	8.2%	466	67.4%	168	24.3%
令和2年度	581	44	7.6%	373	64.2%	164	28.2%
令和3年度	734	73	9.9%	470	64.0%	191	26.0%
令和4年度	738	71	9.6%	465	63.0%	202	27.4%
令和5年度	654	76	11.6%	409	62.5%	169	25.8%

鞍手町特定健診結果

図表15 性・年代別の肥満の状況

令和5年度

		健診 受診者	低体重		普通体重		肥満		(再掲)							
									肥満1度		肥満2度		肥満3度		肥満4度	
			18.5未満		18.5～24.9		25以上		25～29.9		30～34.9		35～39.9		40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
総計	合計	1,142	100	8.8%	714	62.5%	328	28.7%	281	24.6%	42	3.7%	2	0.2%	3	0.3%
	40～49歳	81	8	9.9%	45	55.6%	28	34.6%	20	24.7%	7	8.6%	1	1.2%	0	0.0%
	50～59歳	79	7	8.9%	39	49.4%	33	41.8%	23	29.1%	10	12.7%	0	0.0%	0	0.0%
	60～69歳	411	42	10.2%	262	63.7%	107	26.0%	93	22.6%	12	2.9%	0	0.0%	2	0.5%
	70～74歳	571	43	7.5%	368	64.4%	160	28.0%	145	25.4%	13	2.3%	1	0.2%	1	0.2%
男性	合計	488	24	4.9%	305	62.5%	159	32.6%	142	29.1%	15	3.1%	1	0.2%	1	0.2%
	40～49歳	41	3	7.3%	21	51.2%	17	41.5%	16	39.0%	0	0.0%	1	2.4%	0	0.0%
	50～59歳	36	1	2.8%	15	41.7%	20	55.6%	14	38.9%	6	16.7%	0	0.0%	0	0.0%
	60～69歳	162	9	5.6%	103	63.6%	50	30.9%	44	27.2%	5	3.1%	0	0.0%	1	0.6%
	70～74歳	249	11	4.4%	166	66.7%	72	28.9%	68	27.3%	4	1.6%	0	0.0%	0	0.0%
女性	合計	654	76	11.6%	409	62.5%	169	25.8%	139	21.3%	27	4.1%	1	0.2%	2	0.3%
	40～49歳	40	5	12.5%	24	60.0%	11	27.5%	4	10.0%	7	17.5%	0	0.0%	0	0.0%
	50～59歳	43	6	14.0%	24	55.8%	13	30.2%	9	20.9%	4	9.3%	0	0.0%	0	0.0%
	60～69歳	249	33	13.3%	159	63.9%	57	22.9%	49	19.7%	7	2.8%	0	0.0%	1	0.4%
	70～74歳	322	32	9.9%	202	62.7%	88	27.3%	77	23.9%	9	2.8%	1	0.3%	1	0.3%

鞍手町特定健診結果

② 1日食塩摂取量測定 of 年次推移

食塩摂取量は、高血圧等の生活習慣病発症予防並びに治療において関係があり、「高血圧治療ガイドライン 2019」にも、6g/日未満を目標とした減塩により有効な降圧が得られ、脳心血管イベントの抑制が期待できると示されています。また、食塩摂取量が増えるに従い、胃がんのリスクが高まることがわかっています。

本町においては集団健康診査受診者に随時尿検査（ナトリウム、クレアチニン）を測定し、推定1日食塩摂取量を算出しています。1日食塩摂取量測定者の結果をみると、男性・女性とも日本人の食事摂取基準 2020 年版の目標量（男性 7.5g 未満/日、女性 6.5g 未満/日）以上の食塩摂取者の割合が高い状況となっています（図表 16）。1日に何gの食塩を摂っていたか数値で知ること、食塩が多くなる食習慣の気づきにもなっています。

図表16 1日食塩摂取量測定の年次推移

男性	測定者	日本人の食事摂取 基準2020目標量		目標量以上	
		7.5g未満		7.5g以上	
	人数	人数	割合	人数	割合
令和2年度	232	26	11.2%	206	88.8%
令和3年度	218	44	20.2%	174	79.8%
令和4年度	263	60	22.8%	203	77.2%
令和5年度	233	45	19.3%	188	80.7%

女性	測定者	日本人の食事摂取 基準2020目標量		目標量以上	
		6.5g未満		6.5g以上	
	人数	人数	割合	人数	割合
令和2年度	311	26	8.4%	285	91.6%
令和3年度	353	52	14.7%	301	85.3%
令和4年度	359	52	14.5%	305	85.0%
令和5年度	278	25	9.0%	253	91.0%

鞍手町集団健診受診者の尿中塩分測定結果

今後の取組

「肥満症診療ガイドライン 2022」には、肥満や肥満症の発症は、他の慢性疾患と同様に、遺伝的な要因・生育や発達における要因・社会的要因など様々な要因が関係するにも関わらず、必要以上に食習慣等個人の生活上の要因に帰せられる傾向があること、肥満症治療には、食事療法や運動療法、行動療法といった生活習慣の変容に大きく依存する治療法以外にも、外科療法や肥満症治療薬使用の選択があることの記載があります。また、加工食品やお菓子に含まれる工業的に作られた油脂や糖（異性化糖）・動物性脂肪の摂取や、肥満者の脂肪細胞から出る物質により、脳が変調を起こし満腹中枢＝食欲中枢に影響を与えるといわれています。本人の意志だけで改善することが困難な肥満者では、生活習慣の改善だけではなく、生活習慣病の早期受診・治療も必要です。

肥満は、生活リズムや食習慣が関係しており、若いうちから適正体重を維持し、筋肉量を維持していくことが重要です。妊娠期、乳幼児期から成人期、高齢期の保健事業において、それぞれの時期、健診結果に応じた適切な食事量と食品の選択ができるよう支援していき、また、体成分を測定することで、筋力量がわかるため、自身の体成分を知る機会も必要です。

近年、手軽に食べることができる惣菜や冷凍食品等の加工食品の販売も増えており、加工食品は選び方により食塩の摂取量も多くなります。日頃から食塩相当量を確認し、食塩摂取が目標より多くならないような食品を選ぶ力、食べ方の工夫が必要です。特に、味覚を形成していく乳幼児期から加工食品を多く摂取することで、味覚が慣れてしまい、塩分が少ないと「物足りない」と感じてしまうため、妊娠期・乳幼児期からも指導が必要です。また、「減塩を心がけているけれど続かない」「減塩食は美味しくなさそう」といった声も聞かれることから、結果説明会会場等で減塩商品の展示を行い、個々に合った減塩の継続を支援していきます。

■生活習慣改善のための施策

- ・妊産婦に妊娠期、産褥期の栄養について保健指導を行います。
- ・乳幼児健康診査等で、成長発達に合わせた離乳食の進め方、食材の選択について保健指導を行います。
- ・特定健診受診者に尿中塩分測定を実施し、結果に応じた保健指導を行います。
- ・自分の生活習慣が健診結果と結びつくよう健診結果に基づいた適切な食事量と食品の選択について保健指導を行います。
- ・望ましい野菜摂取量や食塩摂取量の啓発を行います。
- ・健診結果や体成分結果等、体の状態に合わせた身体活動及び運動習慣の定着について保健指導を行います。

評価指標

実施内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	国の目標値 令和14年
適正体重を維持している人の増加 (BMI18.5以上25未満者の割合の増加)	男性 62.5% 女性 62.5%	男性 65.0% 女性 65.0%	66%
食塩摂取量の減少	男性 7.5g未満 19.3% 女性 6.5g未満 9.0%	男性 7.5g未満 20.0% 女性 6.5g未満 10.0%	7g

(2) 身体活動・運動

「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きであり、「運動」とは、身体活動のうちスポーツやフィットネスなど健康・体力の維持・増進を目的として行われるものをいいます。厚生労働省の「健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023」及び「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」によると、身体活動・運動の量が多い人は、少ない人と比較して2型糖尿病、循環器疾患、がん、ロコモティブシンドローム、うつ病、認知症等の発症・罹患リスクが低いと報告されています。世界保健機関（WHO）は、高血圧、喫煙、高血糖に次いで、身体活動不足を全世界の死亡に対する危険因子の第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症疾患による死亡の3番目の危険因子であることが示されています。身体活動量の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あることから、多くの人が無理なく、日常生活の中で運動を実施する方法の提供や環境をつくることが求められています。

① 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者の年次推移

歩数は身体の移動を伴うような比較的活発な身体活動の客観的な指標であり、「歩数の増加」は、健康寿命延伸や社会生活機能の維持・増進につながる方策です。

本町の特定健康診査結果質問票をみると、日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者は、令和5年度では男性・女性とも約6割で、福岡県・全国と比較すると高くなっています（図表17）。

図表17 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者の年次推移

男性	鞍手町			福岡県	全国	女性	鞍手町			福岡県	全国
	質問回答者数	人数	割合	割合	割合		質問回答者数	人数	割合	割合	割合
平成30年度	508	255	50.2%	50.2%	51.9%	平成30年度	702	377	53.7%	49.1%	52.5%
令和1年度	489	248	50.7%	50.8%	51.9%	令和1年度	684	354	51.8%	49.6%	52.4%
令和2年度	451	252	55.9%	51.9%	51.3%	令和2年度	579	328	56.6%	50.2%	51.2%
令和3年度	508	255	50.2%	50.2%	51.9%	令和3年度	702	377	53.7%	49.1%	52.5%
令和4年度	555	325	58.6%	51.9%	51.3%	令和4年度	737	438	59.4%	52.1%	52.6%
令和5年度	489	286	58.5%	51.9%	51.2%	令和5年度	656	389	59.3%	52.4%	52.8%

KDBシステム 地域の全体像の把握 生活習慣の状況

② 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施する者の年次推移

運動習慣を有する者は、運動習慣のない者に比べて、生活習慣病発症や死亡のリスクが低いことが報告されており、より多くの国民が運動習慣を持つことが重要です。

本町の特定健康診査質問票をみると、1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施する者は、令和5年度では男性は約5割、女性は4割で、前年度より増加し、福岡県・全国より高くなっています。女性は男性に比べ、運動習慣者の割合が少ない状況です（図表18）。

図表18 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施する者の年次推移

男性	鞍手町			福岡県	全国	女性	鞍手町			福岡県	全国
	質問回答者数	人数	割合	割合	割合		質問回答者数	人数	割合	割合	割合
平成30年度	508	229	45.1%	46.0%	42.0%	平成30年度	703	297	42.2%	39.6%	38.9%
令和1年度	490	217	44.3%	46.4%	41.9%	令和1年度	682	262	38.4%	39.7%	38.6%
令和2年度	450	204	45.3%	46.4%	42.2%	令和2年度	579	223	38.5%	38.9%	37.7%
令和3年度	508	229	45.1%	46.0%	42.0%	令和3年度	703	297	42.2%	39.6%	38.9%
令和4年度	555	231	41.6%	46.3%	41.8%	令和4年度	738	227	30.8%	39.1%	37.8%
令和5年度	489	231	47.2%	46.0%	41.8%	令和5年度	657	263	40.0%	38.9%	37.6%

KDBシステム 地域の全体像の把握 生活習慣の状況

今後の取組

加齢に伴って筋肉量が減少し、筋力は低下していきます。また、栄養不足や運動不足、肥満等の場合にはたんぱく質の分解が進んでしまい筋肉の量が減少し、筋力は低下していくことがあります。筋肉は体を支えたり、動かす機能の他に、エネルギーの貯蔵庫となり、血糖値の調整を行う働きがあります。食事を摂ると、血液中の糖が多くなり、糖の一部は脂肪にも蓄えられますが、多くは筋肉に貯め込まれます。筋肉量の減少は、糖の貯蔵庫が少なくなるため、糖尿病を悪化させてしまうことがあります。

血糖値や中性脂肪、体重等の検査結果を確認しながら、どの筋肉（筋肉の多い場所の殿部や大腿部）を動かせば効果的か、糖は食事開始1時間頃に筋肉細胞に入るため、どのタイミングで動けば効果的か、本人が納得できて行動に移せるよう支援することが重要です。筋肉量維持のためには、有酸素運動に加え、筋肉に負荷をかけるレジスタンス運動も併せて行う必要があります。

■生活習慣改善のための施策

- ・乳幼児健診等で子どもの頃から成長発達に応じた運動習慣の定着に向けた指導を行います。
- ・健診結果や体成分結果等、体の状態に合わせた身体活動及び運動習慣の定着について保健指導を行います。
- ・各種運動教室や介護予防教室、自主運動教室の啓発を行います。

評価指標

実施内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	国の目標値 令和14年
日常生活における歩数の増加 (日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者の割合の増加)	男性 58.5% 女性 59.3%	男性 60.0% 女性 60.0%	7,100 歩
運動習慣者の増加 (1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施する者の割合の増加)	男性 47.2% 女性 40.0%	男性 48.0% 女性 42.0%	40%

(3) 休養・睡眠

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、影響を及ぼすことがあります。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、糖尿病に関連し、死亡率の上昇、心疾患や脳血管障害の発症リスク上昇と症状悪化にも関与することが明らかになっています。

睡眠で休養がとれている者の年次推移

本町の特定健康診査結果質問票をみると、睡眠で休養がとれている者は、令和5年度では男性は8割、女性は7割を超え、男性・女性ともは福岡県・全国と比較すると高くなっています(図表19)。

図表19 睡眠で休養がとれている者の年次推移

男性	鞍手町			福岡県	全国	女性	鞍手町			福岡県	全国
	質問回答者数	人数	割合	割合	割合		質問回答者数	人数	割合	割合	割合
平成30年度	508	408	80.3%	78.0%	76.9%	平成30年度	701	541	77.2%	72.6%	72.7%
令和1年度	485	381	78.6%	78.0%	76.4%	令和1年度	684	507	74.1%	72.7%	72.4%
令和2年度	451	365	80.9%	79.1%	77.5%	令和2年度	578	425	73.5%	74.7%	74.2%
令和3年度	508	308	60.6%	78.0%	76.9%	令和3年度	701	541	77.2%	72.6%	72.7%
令和4年度	556	438	78.8%	77.9%	76.3%	令和4年度	735	526	71.6%	73.5%	72.9%
令和5年度	488	396	81.1%	76.8%	75.3%	令和5年度	655	475	72.5%	72.1%	72.0%

KDBシステム 地域の全体像の把握 生活習慣の状況

今後の取組

■生活習慣改善のための施策

- ・乳幼児健診等で、生活リズムを整えることと成長発達の重要性について、保健指導を行います。
- ・適切な休養と睡眠を取り入れた生活習慣の改善の指導を行います。閉塞性無呼吸の多くは、肥満によって引き起こされるため、いびきなどのサインを知り、疑わしい場合は検査を勧めていきます。
- ・心の不調や精神的ストレスにも留意し、必要時には医療機関の紹介を行います。

評価指標

実施内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	国の目標値 令和14年
睡眠で休養がとれている者の増加 (睡眠で休養がとれている者の割合の増加)	男性 81.1% 女性 72.5%	男性 82.0% 女性 74.0%	80%

(4) 飲酒

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。国は健康日本21(第三次)において、生活習慣病のリスクを高める量を、1日当たりの「純アルコール量」で、男性は40g以上、女性は20g以上を摂取した場合とした上で、体質等によってより少ない量にすることが望ましいとしています。

(参考資料)

飲酒量の目安 純アルコール量20gに相当するアルコール飲料

ビール(5%) 500ml 日本酒(15%) 1合=180ml 焼酎(25%) 0.6合=100ml
チューハイ(7%) 350ml ウイスキー(43%) ダブル1杯=60ml ワイン(12%) 200ml

1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上(2合以上)、女性20g以上(1合以上)の者の年次推移

本町の特定健康診査質問票をみると、1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上(2合以上)、女性20g以上(1合以上)の者は、令和5年度では男性は約1割で、増加してきており、福岡県と比較すると高くなっています。女性は年々増加してきていますが、福岡県・全国と比較すると低くなっています(図表20)。

図表20 男性40g以上(2合以上)、女性20g以上(1合以上)飲酒している者の年次推移

男性	鞍手町			福岡県	全国	女性	鞍手町			福岡県	全国
	質問回答者数	人数	割合	割合	割合		質問回答者数	人数	割合	割合	割合
平成30年度	512	64	12.5%	13.6%	16.7%	平成30年度	707	47	6.6%	10.2%	10.7%
令和1年度	493	75	15.2%	14.1%	16.8%	令和1年度	690	42	6.1%	10.5%	11.0%
令和2年度	450	60	13.3%	13.5%	16.2%	令和2年度	579	37	6.4%	10.2%	10.7%
令和3年度	512	64	12.5%	13.6%	16.7%	令和3年度	707	47	6.6%	10.2%	10.7%
令和4年度	557	72	12.9%	14.0%	16.3%	令和4年度	738	54	7.3%	11.1%	11.4%
令和5年度	489	72	14.7%	14.4%	16.8%	令和5年度	657	57	8.7%	12.0%	12.1%

KDBシステム 地域の全体像の把握 生活習慣の状況

今後の取組

生活習慣改善のための施策

- ・妊産婦に飲酒が胎児や授乳中の乳児に与える影響について、保健指導を行います。
- ・飲酒による健康への影響や健診結果や体の状態に合わせた適正飲酒について、保健指導を行います。

評価指標

実施内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	国の目標値 令和14年
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 (1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上(2合以上)、女性20g以上(1合以上)の者の割合の減少)	男性 14.7% 女性 8.7%	男性 12.0% 女性 6.0%	男性女性合わせて 10%

(5) 喫煙

たばこには、ニコチンという依存性物質の他に多くの有害物質を含み、がんや循環器疾患、COPD（慢性閉塞性肺疾患）等、数多くの疾患の罹患や死亡リスクを高める危険因子となっています。さらに本人の喫煙のみならず、周囲のたばこ煙による受動喫煙も肺がんや虚血性心疾患、呼吸器疾患、乳幼児突然死症候群（SIDS）等の危険因子となっています。

① たばこを習慣的に吸っている者の年次推移

喫煙率の減少は、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り、多くの疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながります。

本町の特定健康診査質問票をみると、たばこを習慣的に吸っている者は、令和5年度では男性は27.4%、女性は8.1%で、女性は増加してきており、男性女性とも福岡県・全国と比較すると高くなっています（図表21）。

図表21 たばこを習慣的に吸っている者の年次推移

男性	鞍手町			福岡県	全国
	質問回答者数	人数	割合	割合	割合
平成30年度	512	136	26.6%	25.0%	24.4%
令和1年度	493	134	27.2%	24.9%	24.1%
令和2年度	451	126	27.9%	24.0%	23.3%
令和3年度	512	136	26.6%	25.0%	24.4%
令和4年度	557	156	28.0%	24.4%	23.6%
令和5年度	489	134	27.4%	24.8%	23.8%

女性	鞍手町			福岡県	全国
	質問回答者数	人数	割合	割合	割合
平成30年度	708	43	6.1%	5.9%	6.0%
令和1年度	691	42	6.1%	6.1%	6.0%
令和2年度	581	38	6.5%	6.0%	5.8%
令和3年度	708	43	6.1%	5.9%	6.0%
令和4年度	738	53	7.2%	6.3%	6.0%
令和5年度	657	53	8.1%	6.6%	6.1%

KDBシステム 地域の全体像の把握 生活習慣の状況

② 妊娠中の妊婦の喫煙者の年次推移

妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけでなく、胎児にも悪影響があります。妊娠中の喫煙は胎児の発育遅延や低出生体重、出生後の乳幼児突然死症候群発症等のリスクとなることから、妊娠中の喫煙をなくすことが、周産期死亡率や低出生体重児の減少のためにも重要です。

本町では、母子手帳交付時や妊婦面接時に、妊娠中の妊婦自身の禁煙や家族等の喫煙による受動喫煙について保健指導を行っています。4か月児健康診査の問診をみると、妊娠中喫煙している妊婦は、毎年数名いる状況です（図表22）。

図表22 妊娠中の妊婦の喫煙者の年次推移

女性	問診回答数	喫煙者	
	人数	人数	割合
平成30年度	71	6	8.5%
令和1年度	47	2	4.3%
令和2年度	57	4	7.0%
令和3年度	56	4	7.1%
令和4年度	60	2	3.3%
令和5年度	62	1	1.6%

健やか親子21アンケート

今後の取組

生活習慣改善のための施策

- ・妊産婦やその家族に喫煙のリスクについて、保健指導を行います。
- ・喫煙による健康への影響や健診結果や体の状態に合わせて禁煙指導を行います。
- ・喫煙は脳がニコチンに依存する状態であるため禁煙治療が有効になることから、禁煙治療をできる外来等の情報提供を行います。

評価指標

実施内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	国の目標値 令和14年
喫煙率の減少 (たばこを習慣的に吸っている者の割合の減少)	男性 27.4% 女性 8.1%	男性 26.0% 女性 6.0%	12%
妊娠中の喫煙をなくす (妊娠中の妊婦の喫煙者の割合をなくす)	1.6%	0%	—

(6) 歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は、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等、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重要となっています。

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

① 歯周ポケットを有する者の年次推移

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、その予防は重要です。歯周病を有する者を減少させることで、歯の喪失を防止し、糖尿病等の全身疾患の重症化の軽減や全身の健康の保持・

増進にもつながります。歯周炎※⁴が顕在化し始めるのは 40 歳以降といわれていますが、若年層、成人期への歯肉炎※⁵への対策を行うことで、歯周病の発症予防や高齢になっても自分の歯を保つ者を増加させることにもつながります。

本町は令和 3 年度から 40・50・60・70 歳の者を対象に、令和 6 年度からは 20 歳・30 歳の者を追加対象とし、歯周疾患検診を実施しています。本町の歯周疾患検診の結果をみると、進行した歯周炎（6 mm 以上の歯周ポケット）を有する者の割合は、令和 5 年度は 1 割程度で、4～5 mm の歯周ポケットのある者はいませんでした（図表 23）。

図表23 歯周ポケットを有する者の年次推移

	受診者	内訳) 歯周ポケット6mm以上		内訳) 歯周ポケット4～5mm	
	人数	人数	割合	人数	割合
令和3年度	21	0	0.0%	2	9.5%
令和4年度	17	2	11.8%	7	41.2%
令和5年度	22	3	13.6%	0	0.0%

鞍手町歯周疾患検診

- ※ 4 歯周炎：他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気
- ※ 5 歯肉炎：歯周病のうち、歯肉に局限した炎症が起こる病気

② 食事を何でも噛んで食べることができる者の年次推移

口腔機能は摂食や構音等、密接に関連し、健康寿命の延伸や生活の質の向上に関係します。口腔機能の維持・向上は、健康で質の高い生活を営むために必要不可欠です。

本町の特定健康診査質問票をみると、食事を何でも噛んで食べることができる者は、令和 5 年度では男性は 8 割弱、女性は約 8 割で、男性・女性とも福岡県・全国と比較すると低くなっています（図表 24）。

図表24 食事を何でも噛んで食べることができる者の年次推移

男性	鞍手町			福岡県	全国	女性	鞍手町			福岡県	全国
	質問回答者数	人数	割合	割合	割合		質問回答者数	人数	割合	割合	割合
令和1年度	490	383	78.2%	78.8%	77.9%	令和1年度	684	571	83.5%	82.7%	81.6%
令和2年度	449	349	77.7%	78.7%	77.4%	令和2年度	577	473	82.0%	82.6%	81.1%
令和3年度	508	402	79.1%	78.7%	78.1%	令和3年度	701	589	84.0%	83.0%	81.9%
令和4年度	554	416	75.1%	78.1%	77.2%	令和4年度	738	593	80.4%	82.4%	81.0%
令和5年度	489	370	75.7%	78.5%	77.5%	令和5年度	655	521	79.5%	82.6%	81.1%

KDBシステム 地域の全体像の把握 生活習慣の状況

③ 歯周疾患検診の年次推移

定期的な歯科検診は、歯科疾患の早期発見・重症化予防等のためにも重要です。定期的に自身の歯・口腔の健康状態を把握することで、適切な歯科医療機関への受療にもつながります。

本町は令和 3 年度から歯周疾患検診を開始していますが、受診率は 2 % 程度で、受診率向上が課題です（図表 25）。

図表25 歯周疾患検診の年次推移

	対象者	受診者		再掲)異常なし		再掲)要指導		再掲)要精密	
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
令和3年度	909	21	2.3%	11	52.4%	1	4.8%	9	42.9%
令和4年度	893	17	1.9%	8	47.1%	3	17.6%	6	35.3%
令和5年度	893	22	2.5%	13	59.1%	1	4.5%	8	36.4%

鞍手町歯周疾患検診

④ 1歳6か月児・3歳児健康診査でう蝕のない児の年次推移

乳歯は、生後6か月から1歳頃に生え始め、3歳頃になると20本の乳歯が生えそろいます。歯が生えた直後はエナメル質が未成熟で、酸におかされやすく、う蝕になりやすい傾向にあります。乳児は生後5か月頃から離乳食が始まり、3歳頃までは、生活習慣や食習慣が確立する大事な時期になります。口腔機能の獲得や成長発達を促すために、発育発達に応じた食事や間食を摂取し、良く噛んで食べることが大切です。

本町の1歳6か月児・3歳児の健康診査結果をみると、1歳6か月でう蝕がない児の割合は、令和4年度では98.7%で、福岡県・全国と比較すると低くなっています。3歳児でう蝕がない児の割合は、令和4年度では94.1%で、福岡県・全国と比較すると高くなっています（図表26）。

図表26 1歳6か月児・3歳児健康診査でう蝕のない児の年次推移

	1歳6か月児						3歳児				
	鞍手町			福岡県	全国		鞍手町			福岡県	全国
	健診受診者数	人数	割合	割合	割合		健診受診者数	人数	割合	割合	割合
平成30年度	99	97	98.0%	98.3%	98.8%	平成30年度	99	88	88.9%	85.8%	86.8%
令和1年度	77	74	96.1%	98.6%	99.0%	令和1年度	108	92	85.2%	86.4%	88.1%
令和2年度	83	82	98.8%	98.1%	98.9%	令和2年度	89	74	83.1%	87.3%	88.2%
令和3年度	68	67	98.5%	98.7%	99.2%	令和3年度	97	84	86.6%	88.8%	89.8%
令和4年度	78	77	98.7%	98.9%	99.3%	令和4年度	85	80	94.1%	90.5%	91.4%
令和5年度	75	73	97.3%	未定	未定	令和5年度	94	83	88.3%	未定	未定

地域保健・健康増進事業報告(地域保健編)市区町村編

今後の取組

生活習慣改善のための施策

- ・妊産婦に定期的な歯科検診の受診勧奨、口腔の健康について歯科指導を行います。
- ・1歳6か月児、3歳児健康診査時の歯科検診・歯科衛生士による歯科指導を行います。
- ・20、30、40、50、60、70歳の歯周疾患検診を行います。
- ・歯科検診の継続とかかりつけ歯科医へ通院することの啓発を行います。
- ・糖尿病治療中者、高血糖者等への定期的な歯科検診の受診勧奨、口腔の健康について歯科指導を行います。
- ・健全な歯と口腔機能の獲得及び維持・低下予防を図るため歯科健康教育を行います。

評価指標

実施内容	現状値 令和 5 年度	目標値 令和 11 年度	国の目標値 令和 14 年
歯周病を有する者の減少 (歯周ポケットを有する (6 mm 以上) 者の割合の減少)	13.6%	15%	40%
よく噛んで食べることができる者の増加 (食事を何でも噛んで食べることができる割合の減少)	男性 75.7% 女性 79.5%	男性 78.0% 女性 82.0%	80%
歯科検診の受診者の増加 (歯周疾患検診の受診者の割合の増加)	2.5%	5%	95%
3 歳児健康診査でう蝕のない児の割合の増加	88.3%	90.0%	95%

2 生活習慣病の発症予防と重症化予防

(1) がん

がんは日本人の死因の第1位であり、約3人に1人ががんで亡くなり、生涯のうち2人に1人が罹患する疾患です。がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス（B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、ヒトパピローマウイルス、成人T細胞白血病ウイルス）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌）の感染及び喫煙（受動喫煙を含む）、飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物摂取不足、塩蔵食品の過剰摂取等があげられます。これらに対する対策を行っていくことで、がんの予防及びがんの早期発見の取組等を推進することにより、最終的にはがんによる死亡者数の増加を抑制させることが重要です。

本町では健康増進法や国の指針^{※6}に基づき、胃がん、大腸がん、肺がん、子宮頸がん、乳がんの5種類のがん検診を行っています。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・周知と効果的な受診勧奨を行っていく必要があります。

※6 国の指針：「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（厚生労働省健康局長通知）

① がんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

がんは、我が国において死因の第1位であり、高齢化に伴い、死亡者の数は今後も増加していくと予想されています。生活習慣の改善等によるがんの予防及びがんの早期発見の取組等を推進することにより、最終的にはがんによる死亡者数の増加を抑制させることが重要です。

本町のがんの年齢調整死亡率^{※7}は、令和2年は男性206.5、女性90.3となっており、男女とも福岡県と比べ高くなっています（図表27）。

※7 年齢調整死亡率：年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整しそろえた死亡率

図表27 悪性新生物の年齢調整死亡率

死因	性別	鞍手町				福岡県			
		平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年
悪性新生物	男性	209.8	212.2	203.7	206.5	174.5	164.4	161.1	157.6
	女性	88.9	87.5	97.8	90.3	92.3	88.3	91.0	86.3

福岡県保健統計年報

② がん検診受診率の年次推移

科学的根拠に基づくがん検診の受診はがんの早期発見・早期治療につながります。がんの死亡率を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。がん検診を職域（保険者・事業主が福利厚生として任意で実施）で受診している人もいますが、現在は職域におけるがん検診の実施状況を把握する仕組みがなく、小規模の事業所では、労働安全衛生法による事業主健康診査のみで、がん検診を実施していない事業所もあります。

本町では、がん検診の受診率の向上のため、集団健診時に特定健康診査とがん検診が受診できる日程の設定、日曜日受診日の設定、町内の医療機関で乳がん検診・大腸がん検診を受診できる実

施機関の設定等、町民が受けやすい検診体制の拡充、検診の意義の啓発・周知に取り組んでいます。

本町のがん検診受診率をみると、令和2年度はコロナの影響で低下したものの横ばいで推移しており、令和4年度の子宮頸がん・乳がん検診受診率は全国よりも低い状況です（図表28）。

図表28 がん検診受診率の年次推移

	鞍手町												全国
	平成29年度		平成30年度		令和1年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和4年度
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	割合
胃がん	354	10.3%	321	9.6%	271	9.0%	190	7.6%	261	7.8%	223	8.8%	6.9%
肺がん	592	8.6%	586	8.8%	530	8.2%	375	6.1%	508	8.4%	506	8.6%	6.0%
大腸がん	643	9.3%	590	8.8%	524	8.1%	393	6.4%	527	8.8%	506	8.6%	6.9%
子宮頸がん	416	12.2%	391	11.3%	341	10.7%	256	9.3%	357	10.4%	337	11.9%	15.8%
乳がん	349	19.4%	284	18.5%	284	17.1%	186	14.7%	279	15.2%	207	16.1%	16.2%

地域保健事業報告（肺、大腸、乳がん検診40～69歳、胃がん検診50～69歳、子宮頸がん検診20～69歳を対象）

③ がん検診精密検査受診率の年次推移

がんの早期発見、早期治療につなげるためには、がん検診受診とともに精密検査対象者が適切な時期や方法で精密検査を受診することが大切です。

本町の精密検査受診率は、令和4年度は胃 84.6%、肺 96.9%、大腸 75.7%、子宮 100%、乳 97.2%で、肺がん、子宮頸がん、乳がんの精密検査受診率は高くなっていますが、胃がん、大腸がんの精密検査受診率は低い状況です（図表29）。精密検査対象者には、結果説明会等で個別に本人に結果説明と精密検査受診勧奨を行い、近郊で適切な精密検査を受けられる医療機関リストを配布しています。また、精密検査の受診勧奨から数か月経過した未受診者には再勧奨を行っています。胃がん、大腸がん検診の精密検査は、内視鏡検査の前処置や検査に伴う心身の負担が他の検査と比べて大きいため、受診をためらう精密検査対象者もありますが、毎年、がん発見者は数名おり、早期発見により、身体や日常生活に負担のかからない方法で治療をすることができます。精密検査を受ける重要性を伝え、医療機関等の情報もあわせて提供し、今後も精密検査受診率を向上させていく必要があります。

図表29 がん検診精密検査受診率の年次推移

	胃がん					
	受診者	要精密者	要精検率	精検受診者	精検受診率	がんであった者
	人数	人数	割合	人数	割合	人数
平成29年度	672	54	8.0%	50	92.6%	1
平成30年度	657	41	6.2%	38	92.7%	1
令和1年度	588	38	6.5%	33	86.8%	1
令和2年度	420	17	4.0%	16	94.1%	1
令和3年度	540	38	7.0%	34	89.5%	2
令和4年度	482	26	5.4%	22	84.6%	0

	肺がん					
	受診者	要精密者	要精検率	精検受診者	精検受診率	がんであった者
	人数	人数	割合	人数	割合	人数
平成29年度	1012	21	2.1%	20	95.2%	1
平成30年度	1060	15	1.4%	13	86.7%	0
令和1年度	1018	28	2.8%	26	92.9%	0
令和2年度	752	18	2.4%	17	94.4%	0
令和3年度	1023	18	1.8%	17	94.4%	0
令和4年度	1051	32	3.0%	31	96.9%	1

	大腸がん					
	受診者	要精密者	要精検率	精検受診者	精検受診率	がんであった者
	人数	人数	割合	人数	割合	人数
平成29年度	1031	45	4.4%	33	73.3%	0
平成30年度	1050	56	5.3%	43	76.8%	0
令和1年度	991	64	6.5%	55	85.9%	0
令和2年度	767	61	8.0%	49	80.3%	2
令和3年度	1033	66	6.4%	49	74.2%	5
令和4年度	1063	74	7.0%	56	75.7%	3

	子宮頸がん					
	受診者	要精密者	要精検率	精検受診者	精検受診率	がんであった者
	人数	人数	割合	人数	割合	人数
平成29年度	598	8	1.3%	8	100.0%	0
平成30年度	598	5	0.8%	5	100.0%	0
令和1年度	567	7	1.2%	6	85.7%	0
令和2年度	401	5	1.2%	5	100.0%	0
令和3年度	590	0	0.0%	0	0.0%	0
令和4年度	564	3	0.5%	3	100.0%	0

	乳がん					
	受診者	要精密者	要精検率	精検受診者	精検受診率	がんであった者
	人数	人数	割合	人数	割合	人数
平成29年度	484	23	4.8%	19	82.6%	1
平成30年度	439	64	14.6%	62	96.9%	7
令和1年度	447	55	12.3%	50	90.9%	2
令和2年度	272	22	8.1%	21	95.5%	1
令和3年度	481	27	5.6%	26	96.3%	5
令和4年度	341	36	10.6%	35	97.2%	2

地域保健事業報告（胃、肺、大腸、乳がん検診40歳以上、子宮頸がん検診20歳以上）

今後の取組

がんの発症予防・重症化予防のための施策

- ・広報やホームページ、個別案内等を活用し、がん検診の必要性の周知とともに様々な機会を利用して受診勧奨を行います。
- ・子宮頸がん検診・乳がん検診の無料クーポン券による受診勧奨を行います。
- ・子宮頸がんワクチンの接種勧奨を行います。
- ・肺がんと関係性が深いタバコの害について、啓発し、禁煙を勧めていきます。
- ・精密検査未受診者に医療機関を受診するよう電話等による再勧奨を行います。
- ・がん治療による外見変貌に伴う補整具購入費の助成について周知を行います。

評価指標

実施内容	現状値 令和2年・令和4年度	目標値 令和11年度	国の目標値 令和14年
がんの年齢調整死亡率の減少	(令和2年) 男性 206.5 女性 90.3	男性 195.0 女性 90.0	基本計画の 見直しに 合わせて設定
がん検診受診率の向上	(令和4年度) 胃がん 8.8% 肺がん 8.6% 大腸がん 8.6% 子宮頸がん 11.9% 乳がん 16.1%	胃がん 10.0% 肺がん 10.0% 大腸がん 10.0% 子宮頸がん 13.0% 乳がん 18.0%	
がん検診精密検査受診率の向上	(令和4年度) 胃がん 85.2% 肺がん 93.8% 大腸がん 69.7% 子宮頸がん 100% 乳がん 97.2%	胃がん 90.0% 肺がん 95.0% 大腸がん 75.0% 子宮頸がん 100% 乳がん 98.0%	—

(2) 循環器病

脳卒中・心臓病等の循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、令和4年の人口動態統計によると、心疾患は第2位、脳血管疾患が第4位となっています。また、介護が必要となる主な原因は、令和元年国民生活基礎調査によると、脳血管疾患と心疾患を合わせた循環器病、認知症による割合がどちらも2割程度を占めています。認知症患者の約2割は、脳血管性障害を基盤とする血管性認知症となっています。

循環器病の危険因子には、高血圧、脂質異常症（特に高LDLコレステロール血症）、メタボリックシンドローム、糖尿病、喫煙の5つがあり、これらの因子を適切に管理することで、循環器病を予防していくことが重要です。

① 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の年次推移（10万人当たり）

本町の脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率※⁸は、年によって変動はありますが、男女ともに高くなっています（図表 30）。

※ 8 年齢調整死亡率：年齢構成の異なる地域間で死亡状況を比較できるように、ある期間の死亡率を基準人口に標準化したものが年齢調整死亡率。この年齢調整死亡率を用いることによって、年齢構成の異なる集団について、より正確に地域比較や年次比較することができる。

図表30 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の年次推移

死因	性別	鞍手町				福岡県			
		平成29年	平成30年	令和1年	令和2年	平成29年	平成30年	令和1年	令和2年
脳血管疾患	男性	29.6	23.3	51.5	18.1	32.8	32.7	30.5	27.8
	女性	11.8	19.2	18.2	9.6	17.2	17.3	16.2	14.4
心疾患	男性	31.8	86.8	25.5	31.0	42.2	44.1	43.0	43.6
	女性	28.8	35.0	16.0	24.6	22.8	24.2	22.8	22.8

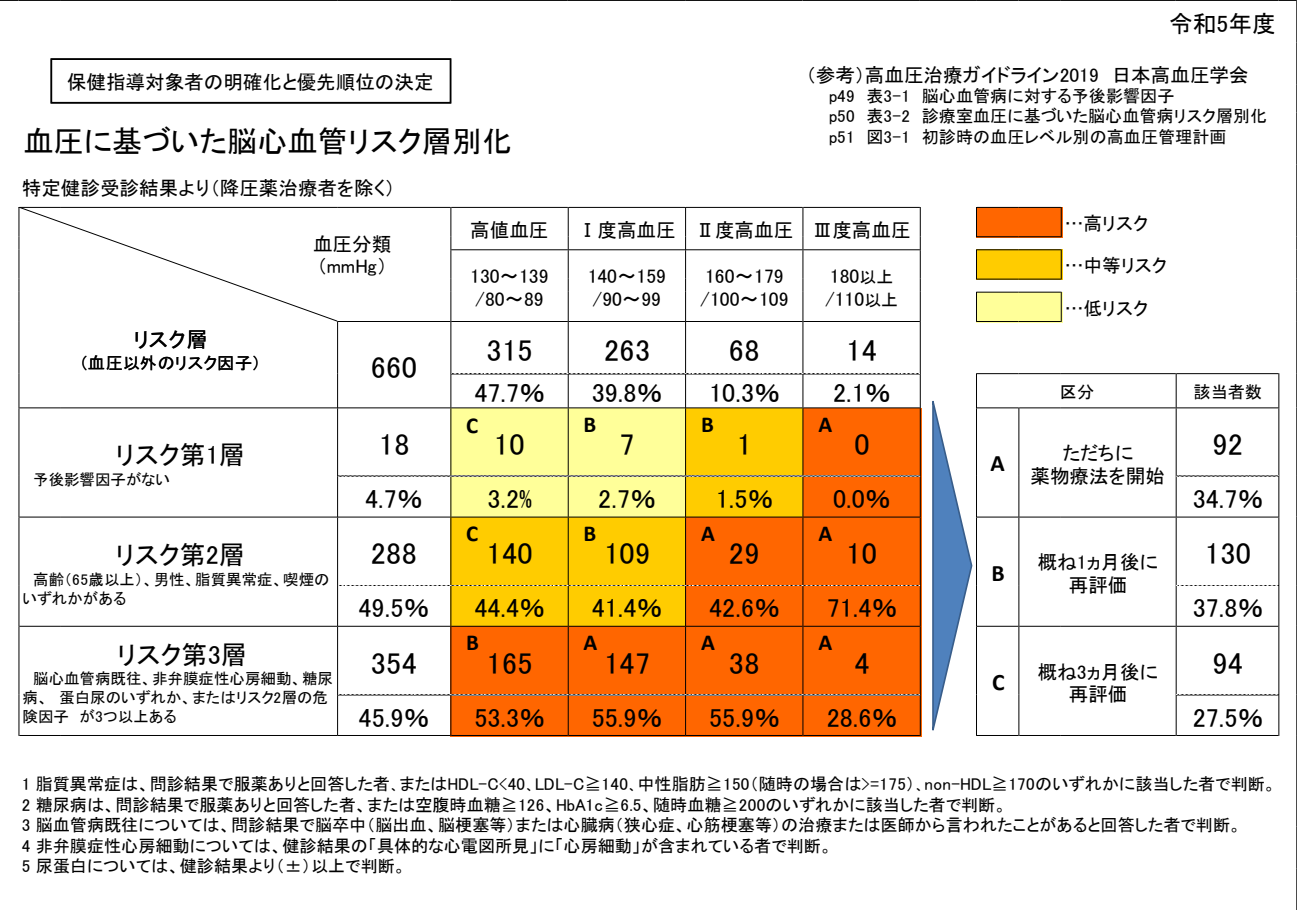
福岡県保健統計年報

② 血圧の年次推移

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患等あらゆる循環器疾患の危険因子です。血圧以外の危険因子等の有無で高血圧の治療の進め方が変わることから、血圧値と危険因子を合わせた自分のリスクを知ることが必要になります。また、高値血圧（130～139/80～89）やⅠ度高血圧（140～159/90～99）であっても危険因子を多くもつことで循環器疾患の危険性は高まることから生活習慣の改善が必要となってきます（図表 31）。

本町の特定健康診査結果をみると、Ⅱ度高血圧・Ⅲ度高血圧の割合は、令和5年度では6.0%（68人）・1.2%（14人）で、増減しています（図表 32）。令和5年度のⅡ度高血圧以上の82人のうち未治療者53.7%（44人）は白衣高血圧の可能性もあるため、家庭血圧測定を実施してもらい、血圧以外の危険因子や臓器障害等の有無と合わせて医療機関受診の必要を判断する必要があります。また、Ⅱ度高血圧以上の82人のうち降圧薬治療中の46.3%（38人）は必要な治療の継続とともに生活習慣改善（減量、減塩等）が必要です（図表 33・34）。

図表31 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化



図表32 血圧の年次推移

	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
平成30年度	1,220	278	22.8%	256	21.0%	308	25.2%	283	23.2%	79	6.5%	16	1.3%
令和1年度	1,183	284	24.0%	244	20.6%	301	25.4%	270	22.8%	73	6.2%	11	0.9%
令和2年度	1,031	176	17.1%	185	17.9%	270	26.2%	305	29.6%	77	7.5%	18	1.7%
令和3年度	1,258	244	19.4%	220	17.5%	322	25.6%	361	28.7%	91	7.2%	20	1.6%
令和4年度	1,295	264	20.4%	251	19.4%	348	26.9%	308	23.8%	102	7.9%	22	1.7%
令和5年度	1,142	269	23.6%	213	18.7%	315	27.6%	263	23.0%	68	6.0%	14	1.2%

鞍手町特定健診結果

図表33 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Ⅱ度高血圧	未治療	治療	
平成30年度	1,220	534 43.8%	308 25.2%	283 23.2%	95 7.8%	16 1.3%	47 49.5%	48 50.5%	7.8%
令和1年度	1,183	528 44.6%	301 25.4%	270 22.8%	84 7.1%	11 0.9%	42 50.0%	42 50.0%	7.1%
令和2年度	1,031	361 35.0%	270 26.2%	305 29.6%	95 9.2%	18 1.7%	40 42.1%	55 57.9%	9.2%
令和3年度	1,258	464 36.9%	322 25.6%	361 28.7%	111 8.8%	20 1.6%	57 51.4%	54 48.6%	8.8%
令和4年度	1,295	515 39.8%	348 26.9%	308 23.8%	124 9.6%	22 1.7%	66 53.2%	58 46.8%	9.6%
令和5年度	1,142	482 42.2%	315 27.6%	263 23.0%	82 7.2%	14 1.2%	44 53.7%	38 46.3%	7.2%

鞍手町特定健診結果

図表34 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
治療中	平成30年度	475	38.9%	42	8.8%	97	20.4%	148	31.2%	140	29.5%	44	9.3%	4	0.8%
	令和1年度	495	41.8%	47	9.5%	103	20.8%	150	30.3%	153	30.9%	37	7.5%	5	1.0%
	令和2年度	458	44.4%	40	8.7%	73	15.9%	126	27.5%	164	35.8%	47	10.3%	8	1.7%
	令和3年度	536	42.6%	61	11.4%	75	14.0%	153	28.5%	193	36.0%	44	8.2%	10	1.9%
	令和4年度	542	41.9%	57	10.5%	91	16.8%	170	31.4%	166	30.6%	49	9.0%	9	1.7%
	令和5年度	487	42.6%	60	12.3%	83	17.0%	161	33.1%	145	29.8%	34	7.0%	4	0.8%
治療なし	平成30年度	745	61.1%	236	31.7%	159	21.3%	160	21.5%	143	19.2%	35	4.7%	12	1.6%
	令和1年度	688	58.2%	237	34.4%	141	20.5%	151	21.9%	117	17.0%	36	5.2%	6	0.9%
	令和2年度	573	55.6%	136	23.7%	112	19.5%	144	25.1%	141	24.6%	30	5.2%	10	1.7%
	令和3年度	722	57.4%	183	25.3%	145	20.1%	169	23.4%	168	23.3%	47	6.5%	10	1.4%
	令和4年度	753	58.1%	207	27.5%	160	21.2%	178	23.6%	142	18.9%	53	7.0%	13	1.7%
	令和5年度	655	57.4%	209	31.9%	130	19.8%	154	23.5%	118	18.0%	34	5.2%	10	1.5%

鞍手町特定健診結果

③ LDL コレステロールの年次推移

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、狭心症等）の危険因子であり、最も重要な指標とされています。冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは、LDL コレステロール 160mg/dl 以上に相当するといわれています。

脂質異常症の原因には遺伝や過食、運動不足等の生活習慣の乱れがあります。さらに女性は加齢や女性ホルモンの減少に伴い、LDL コレステロールが高くなりやすくなります。

本町の特定健康診査結果をみると、LDL コレステロール 160mg/dl 以上・180mg/dl 以上の割合は、令和5年度では 9.6%（109 人）・3.1%（35 人）で、減少してきています。令和5年度の女性の 160mg/dl 以上は 9.9%（65 人）で、男性の 9.1%（44 人）より多くなっています（図表 35）。また、治療が必要とされる 180mg/dl 以上は、3.1%（35 人）で、うち未治療は 88.6%（31 人）もいることから保健指導とあわせて受診勧奨が必要です（図表 36・37）。

図表35 LDLコレステロールの年次推移

		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
総数	平成30年度	1,220	590	48.4%	268	22.0%	209	17.1%	99	8.1%	54	4.4%
	令和1年度	1,182	561	47.5%	323	27.3%	167	14.1%	89	7.5%	42	3.6%
	令和2年度	1,030	507	49.2%	228	22.1%	163	15.8%	87	8.4%	45	4.4%
	令和3年度	1,255	562	44.8%	307	24.5%	219	17.5%	110	8.8%	57	4.5%
	令和4年度	1,295	606	46.8%	329	25.4%	216	16.7%	102	7.9%	42	3.2%
	令和5年度	1,140	571	50.1%	258	22.6%	202	17.7%	74	6.5%	35	3.1%
男性	平成30年度	512	282	55.1%	115	22.5%	78	15.2%	25	4.9%	12	2.3%
	令和1年度	491	260	53.0%	133	27.1%	59	12.0%	28	5.7%	11	2.2%
	令和2年度	450	248	55.1%	90	20.0%	72	16.0%	27	6.0%	13	2.9%
	令和3年度	522	265	50.8%	128	24.5%	83	15.9%	27	5.2%	19	3.6%
	令和4年度	557	289	51.9%	133	23.9%	91	16.3%	31	5.6%	13	2.3%
	令和5年度	486	267	54.9%	97	20.0%	78	16.0%	34	7.0%	10	2.1%
女性	平成30年度	708	308	43.5%	153	21.6%	131	18.5%	74	10.5%	42	5.9%
	令和1年度	691	301	43.6%	190	27.5%	108	15.6%	61	8.8%	31	4.5%
	令和2年度	580	259	44.7%	138	23.8%	91	15.7%	60	10.3%	32	5.5%
	令和3年度	733	297	40.5%	179	24.4%	136	18.6%	83	11.3%	38	5.2%
	令和4年度	738	317	43.0%	196	26.6%	125	16.9%	71	9.6%	29	3.9%
	令和5年度	654	304	46.5%	161	24.6%	124	19.0%	40	6.1%	25	3.8%

鞍手町特定健診結果

図表36 重症化しやすいLDLコレステロール160以上の方の減少は

年度	健診 受診者	120未満	120～ 139	140～ 159	160以上	再掲												
						再180以上	未治療	治療										
平成30年度	1,220	590 48.4%	268 22.0%	209 17.1%	153 12.5%	138	15											
						90.2%	9.8%											
						54 4.4%	53 98.1%	1 1.9%										
令和1年度	1,182	561 47.5%	323 27.3%	167 14.1%	131 11.1%	112	19											
						85.5%	14.5%											
						42 3.6%	34 81.0%	8 19.0%										
令和2年度	1,030	507 49.2%	228 22.1%	163 15.8%	132 12.8%	104	28											
						78.8%	21.2%											
						45 4.4%	37 82.2%	8 17.8%										
令和3年度	1,255	562 44.8%	307 24.5%	219 17.5%	167 13.3%	146	21											
						87.4%	12.6%											
						57 4.5%	49 86.0%	8 14.0%										
令和4年度	1,295	606 46.8%	329 25.4%	216 16.7%	144 11.1%	127	17											
						88.2%	11.8%											
						42 3.2%	37 88.1%	5 11.9%										
令和5年度	1,140	571 50.1%	258 22.6%	202 17.7%	109 9.6%	91	18											
						83.5%	16.5%											
						35 3.1%	31 88.6%	4 11.4%										

鞍手町特定健診結果

図表37 治療と未治療の状況

		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	平成30年度	379	31.1%	259	68.3%	66	17.4%	39	10.3%	14	3.7%	1	0.3%
	令和1年度	401	33.9%	262	65.3%	86	21.4%	34	8.5%	11	2.7%	8	2.0%
	令和2年度	403	39.1%	260	64.5%	76	18.9%	39	9.7%	20	5.0%	8	2.0%
	令和3年度	441	35.1%	281	63.7%	95	21.5%	44	10.0%	13	2.9%	8	1.8%
	令和4年度	438	33.8%	281	64.2%	93	21.2%	47	10.7%	12	2.7%	5	1.1%
	令和5年度	398	34.9%	271	68.1%	72	18.1%	37	9.3%	14	3.5%	4	1.0%
治療なし	平成30年度	841	68.9%	331	39.4%	202	24.0%	170	20.2%	85	10.1%	53	6.3%
	令和1年度	781	66.1%	299	38.3%	237	30.3%	133	17.0%	78	10.0%	34	4.4%
	令和2年度	627	60.9%	247	39.4%	152	24.2%	124	19.8%	67	10.7%	37	5.9%
	令和3年度	814	64.9%	281	34.5%	212	26.0%	175	21.5%	97	11.9%	49	6.0%
	令和4年度	857	66.2%	325	37.9%	236	27.5%	169	19.7%	90	10.5%	37	4.3%
	令和5年度	742	65.1%	300	40.4%	186	25.1%	165	22.2%	60	8.1%	31	4.2%

鞍手町特定健診結果

④ メタボリックシンドロームの該当者・予備群の年次推移

メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型肥満やインスリン抵抗性^{※9}が基盤にあり、高血圧、脂質代謝異常、糖代謝異常といった危険因子が重複した状態であり、その状態を放置することで循環器疾患等の血管病に至ります。

本町の特定健康診査結果をみると、メタボリックシンドローム該当者の割合は、令和5年度では男性33.8%（165人）・女性14.7%（96人）で、男女とも令和2年度から減少しています。予備群の割合は、令和5年度では男性17.2%（84人）・女性6.1%（40人）で、男女とも増減している状況です。また、メタボリックシンドローム該当者の割合は毎年、福岡県・全国に比べても高くなっています（図表38）。本町のメタボリックシンドローム該当者は血糖・血圧・脂質異常の3つ重なっている人、血圧・脂質異常の2つ重なっている人の割合が高く、メタボリックシンドローム予備群は血圧が重なっている人の割合が高くなっており、「血圧」の重なりが共通しています。また、メタボリックシンドローム該当者は男性で50代、女子で60・70代において高くなり、メタボリックシンドローム予備群は男性で40代、女性で50代において高くなっています（図表39）。

肥満は、生活リズムや食習慣が関係しています。特に、年齢が高くなるにつれ、メタボリックシンドローム該当者が増加し、有所見者も重なっていくことから、40・50代のうちに体重を増加させない生活習慣が必要です。メタボリックシンドロームは心血管病の重要な予防ターゲットとなる病態であり、肥満およびメタボリックシンドロームを減少させることは本町の最重要課題であり、個々に合わせた生活習慣改善の保健指導が必要です。

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

図表38 メタボリックシンドローム該当者・予備群の年次推移

男性	健診 受診者	メタボリック該当者				メタボリック予備群			
		鞍手町		福岡県	全国	鞍手町		福岡県	全国
		人数	割合	割合	割合	人数	割合	割合	割合
平成30年度	511	160	31.3%	29.5%	29.2%	104	20.4%	18.6%	17.7%
令和1年度	492	152	30.9%	30.7%	29.9%	96	19.5%	18.3%	17.7%
令和2年度	450	173	38.4%	33.2%	32.3%	86	19.1%	18.8%	18.1%
令和3年度	524	198	37.8%	32.9%	32.1%	90	17.2%	18.9%	18.1%
令和4年度	557	189	33.9%	32.7%	32.0%	106	19.0%	18.5%	17.9%
令和5年度	488	165	33.8%	32.4%	32.8%	84	17.2%	18.7%	17.7%

女性	健診 受診者	メタボリック該当者				メタボリック予備群			
		鞍手町		福岡県	全国	鞍手町		福岡県	全国
		人数	割合	割合	割合	人数	割合	割合	割合
平成30年度	709	106	15.0%	10.0%	10.0%	53	7.5%	6.6%	6.0%
令和1年度	691	98	14.2%	10.5%	10.4%	42	6.1%	6.6%	6.0%
令和2年度	581	108	18.6%	11.3%	11.3%	40	6.9%	6.9%	6.2%
令和3年度	734	115	15.7%	11.0%	11.0%	59	8.0%	6.7%	6.1%
令和4年度	738	113	15.3%	11.1%	11.0%	47	6.4%	6.4%	5.9%
令和5年度	654	96	14.7%	11.1%	11.2%	40	6.1%	6.6%	6.0%

鞍手町：鞍手町特定健診結果 福岡県・全国：KDBシステム 地域の全体像の把握 生活習慣の状況

図表39 メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況

令和5年度

		有所見の重複状況															
		メタボリック 該当者								メタボリック 予備群							
		(腹囲+2項目or3項目)				(腹囲+1項目)				(腹囲+1項目)				(腹囲+1項目)			
		3項目全て	血糖+血圧	血圧+脂質	血糖+脂質	3項目全て	血糖+血圧	血圧+脂質	血糖+脂質	3項目全て	血糖+血圧	血圧+脂質	血糖+脂質	3項目全て	血糖+血圧	血圧+脂質	血糖+脂質
総 数	総数	261	22.9%	92	23.9%	34	8.8%	116	30.1%	19	4.9%	124	10.9%	87	22.6%	5	1.3%
	40代	11	13.6%	0	0.0%	1	4.3%	8	34.8%	2	8.7%	12	14.8%	6	26.1%	0	0.0%
	50代	20	25.3%	6	22.2%	2	7.4%	11	40.7%	1	3.7%	7	8.9%	4	14.8%	0	0.0%
	60代	89	21.7%	29	22.0%	8	6.1%	44	33.3%	8	6.1%	43	10.5%	28	21.2%	1	0.8%
	70-74	141	24.7%	57	28.1%	23	11.3%	53	26.1%	8	3.9%	62	10.9%	49	24.1%	4	2.0%
男 性	総数	165	33.8%	60	24.1%	25	10.0%	66	26.5%	14	5.6%	84	17.2%	57	22.9%	4	1.6%
	40代	7	17.1%	0	0.0%	0	0.0%	5	29.4%	2	11.8%	10	24.4%	5	29.4%	0	0.0%
	50代	16	44.4%	4	21.1%	2	10.5%	9	47.4%	1	5.3%	3	8.3%	1	5.3%	0	0.0%
	60代	50	30.9%	21	25.9%	5	6.2%	20	24.7%	4	4.9%	31	19.1%	20	24.7%	1	1.2%
	70-74	92	36.9%	35	26.5%	18	13.6%	32	24.2%	7	5.3%	40	16.1%	31	23.5%	3	2.3%
女 性	総数	96	14.7%	32	23.5%	9	6.6%	50	36.8%	5	3.7%	40	6.1%	30	22.1%	1	0.7%
	40代	4	10.0%	0	0.0%	1	16.7%	3	50.0%	0	0.0%	2	5.0%	1	16.7%	0	0.0%
	50代	4	9.3%	2	25.0%	0	0.0%	2	25.0%	0	0.0%	4	9.3%	3	37.5%	0	0.0%
	60代	39	15.7%	8	15.7%	3	5.9%	24	47.1%	4	7.8%	12	4.8%	8	15.7%	0	0.0%
	70-74	49	15.2%	22	31.0%	5	7.0%	21	29.6%	1	1.4%	22	6.8%	18	25.4%	1	1.4%

鞍手町特定健診結果

⑤ 特定健康診査の実施率の年次推移

⑥ 特定保健指導の実施率の年次推移

平成20年度から医療保険者が実施主体となり、40～74歳の加入者を対象として特定健康診査、特定保健指導が義務づけられました。メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少を中心に、高血圧・脂質異常症の減少、糖尿病有病者の増加の抑制、中長期目標として脳血管疾患や虚血性心疾患の死亡率の減少、糖尿病性腎症による新規透析患者の減少を掲げ、生活習慣病の発症や重症化予防を目指すものです。

本町の特定健康診査受診率は、令和5年度は前年度より減少したものの年々増加してきており、特定保健指導実施率は令和1年度以降、80%以上となっています（図表40）。今後も更に健診や保健指導を推進していくことで目標が達成できるよう努めていきます。

図表40 特定健診・特定保健指導の推移

		平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
特定健診	受診者数	1,220	1,183	1,031	1,258	1,295	1,142
	受診率	43.3%	43.9%	38.8%	47.8%	52.0%	49.3%
特定保健指導	該当者数	129	111	107	132	132	100
	割合	10.6%	9.4%	10.4%	10.5%	10.2%	8.8%
	実施者数	101	91	92	119	111	88
	実施率	78.3%	82.0%	86.0%	90.2%	84.1%	88.0%

特定健診法定報告 特定健診法定報告

今後の取組

循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙、飲酒等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症します。その経過は、生活習慣病の予備群から、生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行します。この経過のいずれの段階においても、生活習慣の改善や適切な受診・治療によって、発症予防・重症化予防が可能です。住民一人ひとりが生活習慣改善に向けた取組を考える入り口として特定健康診査を受診してもらい、自分の身体の状態を知ることによって段階に応じた予防ができるための保健指導が重要です。

■循環器病の発症予防・重症化予防のための施策

- ・妊娠期から生涯を通じて、ライフコースごとに脳血管疾患や心疾患の発症予防のための保健指導や健康教育を行います。
- ・健診結果等、体の状態に合わせた脳血管疾患や心疾患の発症リスクが高い対象者を優先した保健指導を行い、生活習慣を自身で、選択できるよう支援していきます。
- ・自覚症状の少ない生活習慣病を早期に発見し、発症予防、重症化予防に向けて、健診を勧めていきます。
- ・脳血管疾患、心疾患予防のために、必要な人には二次健診（頸動脈エコー検査等）を行います。

評価指標

実施内容	現状値 令和 5 年度	目標値 令和 11 年度	国の目標値 令和 14 年
脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少	(令和 2 年) 脳血管疾患 男性 51.5 女性 18.2 心疾患 男性 25.5 女性 16.0	脳血管疾患 男性 減少 女性 減少 心疾患 男性 減少 女性 減少	基本計画の 見直しに 合わせて設定
高血圧の改善 (血圧 160/100mmHg 以上者の割合の減少)	7.2%	7.0%	※ベースライン値 から 5 mmHg の低下
脂質高値の者の減少 (LDL コレステロール 160 mg/dl 以上 者の割合の減少)	9.6%	9.0%	※ベースライン値 から 25%の減少
メタボリックシンドロームの該当者 及び予備群の減少 (メタボリックシンドロームの該当 者及び予備群の割合の減少)	該当者 22.9% 予備群 10.9%	該当者 21.0% 予備群 10.0%	第 4 期医療費 適正化計画に 合わせて設定
特定健康診査の受診率の向上	49.3%	60.0%	
特定保健指導の実施率の向上	88.0%	85.0%	

(3) 糖尿病

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します。糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は 令和 3 年で 15,271 人であり、糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人の中途失明の原因疾患としても第 3 位に位置しています。「糖尿病が強く疑われる者」は依然増加傾向であり、人口構成の高齢化や肥満者の増加に伴って、今後も増加することが予測されています。糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症の治療の多段階において、糖尿病及びその合併症に関する対策を講じていくことが重要です。

① 人口透析の年次推移

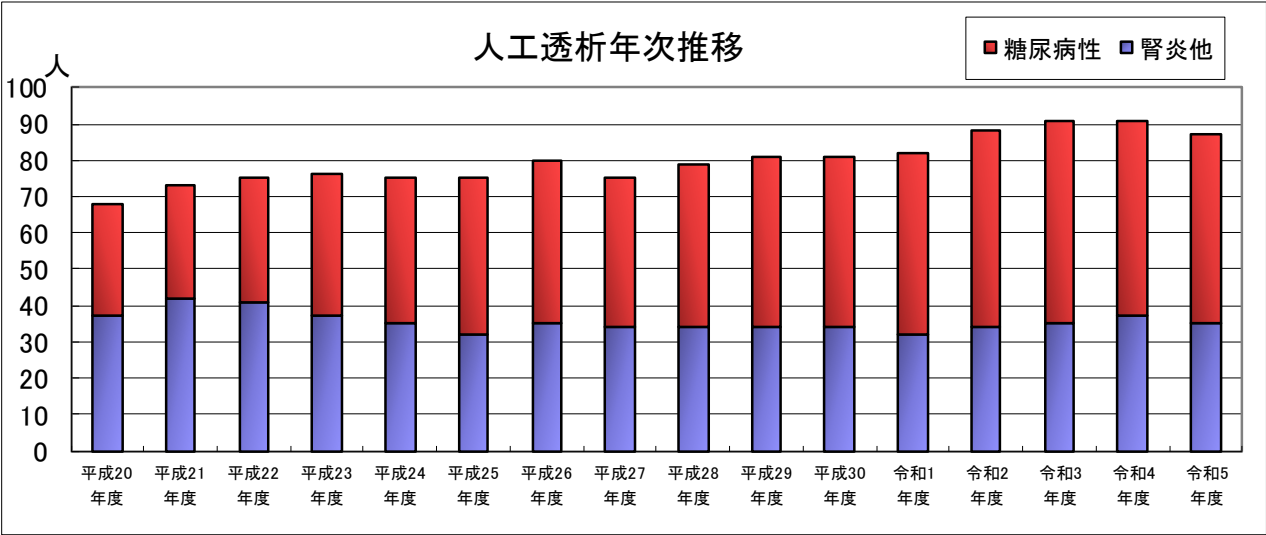
糖尿病合併症である細小血管障害（神経障害、網膜症、腎症）、大血管障害のうち、糖尿病性腎症は個人の生活の質への影響と医療経済への影響が大きい合併症です。

本町の令和 5 年度における人工透析患者数は 87 人で、そのうち新規透析患者数は 6 人でした。厚生労働省によると透析 1 人あたりの医療費は月額およそ 40 万円かかるとされており、本町の透

析にかかる医療費も高額となってくるため、増加に転じていかないよう分析と対策が重要です。

人工透析患者 87 人のうち、糖尿病性腎症による透析治療患者は 52 人（59.8%）、新規透析患者 6 人のうち糖尿病性腎症による透析導入は 2 人（33.3%）でした（図表 41）。本町の人工透析者に占める糖尿病性腎症の割合は年々増加しており、新規透析導入者数を減少させるためにも、糖尿病の発症予防および糖尿病有病者の重症化予防の取組が重要です。

図表41 人工透析の年次推移



年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
腎炎他	37	42	41	37	35	32	35	34	34	34	34	32	34	35	37	35
糖尿病性	31	31	34	39	40	43	45	41	45	47	47	50	54	56	54	52
合計	68	73	75	76	75	75	80	75	79	81	81	82	88	91	91	87
新規 腎炎他	3	5	1	1	1	1	5	1	2	3	4	1	4	4	5	4
新規 糖尿病性	4	5	4	8	4	5	4	1	7	6	5	11	6	9	4	2

② HbA1c の年次推移

糖尿病有病者の増加の抑制は、糖尿病だけでなく、糖尿病からの合併症予防にもつながります。本町の特定健康診査結果をみると、HbA1c6.5%以上の割合は、令和5年度では15.4%（170人）で、毎年15～16%前後で推移し、減少がみられません。令和5年度のHbA1c6.5%以上者170人のうち70.0%（119人）は治療しており、未治療は30.0%（51人）です。51人の中には、薬物療法は行っていない方がいますが、糖尿病治療の基本である食事・運動療法を継続し、医療機関で定期的に検査を受けている方もいます（図表42・43）。糖尿病有病者の増加の抑制に向けて、国保データベース（KDB）等でレセプト情報を把握し、医療機関未受診者には受診勧奨を行い、必要な保健指導を実施していく必要があります。

図表42 HbA1cの年次推移

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		合併症予防のための目標		最低限度達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
平成30年度	1,158	376	32.5%	437	37.7%	172	14.9%	88	7.6%	45	3.9%	40	3.5%
令和1年度	1,128	419	37.1%	347	30.8%	176	15.6%	83	7.4%	69	6.1%	34	3.0%
令和2年度	967	322	33.3%	335	34.6%	155	16.0%	60	6.2%	63	6.5%	32	3.3%
令和3年度	1,194	397	33.2%	422	35.3%	195	16.3%	82	6.9%	70	5.9%	28	2.3%
令和4年度	1,249	376	30.1%	472	37.8%	206	16.5%	96	7.7%	68	5.4%	31	2.5%
令和5年度	1,106	321	29.0%	439	39.7%	176	15.9%	65	5.9%	82	7.4%	23	2.1%

鞍手町特定健診結果

図表43 重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			
					再掲	再掲	再掲	
					再)7.0以上	未治療	治療	
平成30年度	1,158	376 32.5%	437 37.7%	172 14.9%	173 14.9%	51 29.5%	122 70.5%	
					85 7.3%	15 17.6%	70 82.4%	7.3%
令和1年度	1,128	419 37.1%	347 30.8%	176 15.6%	186 16.5%	38 20.4%	148 79.6%	
					103 9.1%	13 12.6%	90 87.4%	9.1%
令和2年度	967	322 33.3%	335 34.6%	155 16.0%	155 16.0%	36 23.2%	119 76.8%	
					95 9.8%	13 13.7%	82 86.3%	9.8%
令和3年度	1,194	397 33.2%	422 35.3%	195 16.3%	180 15.1%	53 29.4%	127 70.6%	
					98 8.2%	20 20.4%	78 79.6%	8.2%
令和4年度	1,249	376 30.1%	472 37.8%	206 16.5%	195 15.6%	59 30.3%	136 69.7%	
					99 7.9%	18 18.2%	81 81.8%	7.9%
令和5年度	1,106	321 29.0%	439 39.7%	176 15.9%	170 15.4%	51 30.0%	119 70.0%	
					105 9.5%	17 16.2%	88 83.8%	9.5%

鞍手町特定健診結果

③ HbA1c6.5%以上者の未治療者・治療者の年次推移

糖尿病は放っておくと自覚症状がないうちに合併症が進んでしまう病気であり、現在の血糖コントロールの状態を把握し、合併症の早期発見、早期治療のためにも定期受診、治療継続が必要です。

本町の特定健康診査結果をみると、HbA1c6.5%以上の者のうち糖尿病治療中者の割合は、令和5年度では70.0%（119人）で、HbA1c7.0%以上の者のうち糖尿病治療中者の割合は、83.8%（88人）で、治療者が年々減少傾向にあります。HbA1c6.5%以上の者のうち未治療者51人の中には、薬物療法は行っていないが、糖尿病治療の基本である食事・運動療法を継続し、医療機関で定期的に検査を受けている方もいます。糖尿病治療中である119人は、治療を継続できるよう必要時、医療機関と連携し保健指導を実施していく必要があります（図表43）。

④ HbA1c8.0%以上者の未治療者・治療者の年次推移

平成25年6月1日より糖尿病治療におけるHbA1cの目標が改訂され、「血糖正常化を目指す際の目標」がHbA1c6.0%未満、「合併症を予防するための目標」がHbA1c7.0%未満、「治療強化が困難な際の目標」が8.0%未満と定められました。平成28年5月には日本糖尿病学会と日本老年医学会

の合同委員会において、65 歳以上の高齢者の血糖コントロール目標が作成されました。高齢者については、年齢、罹患期間、認知機能、ADL、合併症、重症低血糖の可能性などを考慮して目標とする HbA1c 値を決定するとされています。

本町の特定健康診査結果をみると、HbA1c7.0%以上の者の割合は、令和5年度では9.5%（105人）で、令和2年度以降年々増加していますが、HbA1c8.0%以上者の割合は、令和5年度では2.1%（23人）となっており減少傾向にあります（図表42）。ただ、HbA1c8.0%以上者のうち未治療者がいる年もあり、医療機関につなげていくことが必要です。保健指導判定値（HbA1c5.6～6.4）、合併症を予防するための目標値（HbA1c6.5～6.9%）に該当する人が一定数おり、合併症を予防するために少しでも血糖を正常に近い値にしていき、コントロール不良者を減少させていくことが重要です（図表44）。

図表44 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					
						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	
										6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
治療中	平成30年度	154	13.3%	2	1.3%	9	5.8%	21	13.6%	52	33.8%	36	23.4%	34	22.1%
	令和1年度	195	17.3%	2	1.0%	10	5.1%	35	17.9%	58	29.7%	58	29.7%	32	16.4%
	令和2年度	177	18.3%	6	3.4%	13	7.3%	39	22.0%	37	20.9%	53	29.9%	29	16.4%
	令和3年度	185	15.5%	3	1.6%	11	5.9%	44	23.8%	49	26.5%	53	28.6%	25	13.5%
	令和4年度	196	15.7%	3	1.5%	19	9.7%	38	19.4%	55	28.1%	55	28.1%	26	13.3%
	令和5年度	167	15.1%	3	1.8%	12	7.2%	33	19.8%	31	18.6%	65	38.9%	23	13.8%
治療なし	平成30年度	1,004	86.7%	374	37.3%	428	42.6%	151	15.0%	36	3.6%	9	0.9%	6	0.6%
	令和1年度	933	82.7%	417	44.7%	337	36.1%	141	15.1%	25	2.7%	11	1.2%	2	0.2%
	令和2年度	790	81.7%	316	40.0%	322	40.8%	116	14.7%	23	2.9%	10	1.3%	3	0.4%
	令和3年度	1,009	84.5%	394	39.0%	411	40.7%	151	15.0%	33	3.3%	17	1.7%	3	0.3%
	令和4年度	1,053	84.3%	373	35.4%	453	43.0%	168	16.0%	41	3.9%	13	1.2%	5	0.5%
	令和5年度	939	84.9%	318	33.9%	427	45.5%	143	15.2%	34	3.6%	17	1.8%	0	0.0%

鞍手町特定健診結果

⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の年次推移（再掲）

循環器に準ずる

⑥ 特定健康診査の実施率の年次推移（再掲）

循環器に準ずる

⑦ 特定保健指導の実施率の年次推移（再掲）

循環器に準ずる

今後の取組

糖尿病は、インスリン分泌低下やインスリン抵抗性をきたす遺伝因子に過食、運動不足、肥満、多量飲酒、喫煙、ストレス等の環境因子および加齢が加わり発症します。糖尿病の発症予防は、生活習慣の改善で糖尿病の危険因子を減らし、血糖値の上昇を防ぐ生活習慣を実践することです。糖尿病は放置すると合併症を引き起こすため、糖尿病における重症化予防は、健診受診によって、糖尿病が強く疑われる者、あるいは糖尿病の可能性が否定できない者を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。そのためには、まず健診を受け自分の血糖値がどの段階なのかを知ることが重要となります。そして、糖尿病の未治療や、治療中断の方は、治療継続による良好な血糖コントロール状態を維持することが重要です。糖尿病の基盤病態の一つである肥満によるインスリン抵抗性の予防と管理には肥満の是正が重要な意義を持ちます。そのため、糖尿病の食事療法・運動療法により、エネルギー摂取量の適正化を通して肥満を解消することが大切です。また、インスリンによるブドウ糖の取り込みは約 80%が筋肉で行われているため、筋肉量の減少が糖尿病を悪化させることも知られており、糖尿病とサルコペニアは負のサイクルを形成します。糖尿病や HbA1c などの血糖値が高い者は、定期的に筋肉量測定を行い筋肉量の維持・増強を目指すことが大切です。

■糖尿病の発症予防・重症化予防のための施策

- ・妊娠期から生涯を通じて、ライフコースごとに糖尿病の発症予防のための保健指導や健康教育を行います。
- ・健診結果等、体の状態に合わせた糖尿病の重症化リスクが高い対象者を優先した保健指導を行い、生活習慣を自身で、選択できるよう支援していきます。
- ・自覚症状の少ない生活習慣病を早期に発見し、発症予防、重症化予防に向けて、健診を勧めていきます。
- ・脳血管疾患、心疾患予防のために、必要な人には二次健診（頸動脈エコー検査・微量アルブミン尿検査）を行います。糖尿病予防のために、必要な人には二次健診（75 g 糖負荷検査）を行います。
- ・糖尿病連携手帳を活用した医療関係者との連携を行います。

評価指標

実施内容	現状値 令和 5 年度	目標値 令和 11 年度	国の目標値 令和 14 年
糖尿病の合併症（糖尿病性腎症）の減少 （糖尿病性腎症の年間新規透析導入患者数の減少）	2 人	1 人	12,000 人
糖尿病有病者の増加の抑制 （HbA1c6.5%以上者の割合の増加の抑制）	15.4%	13.0%	1,350 万人
治療継続者の増加 （HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合の増加）	70.0%	73.0%	75.0%
血糖コントロール不良者の減少 （HbA1c8.0%以上者の割合の減少）	2.1%	1.5%	1.0%
【再掲】 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 （メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の減少）	該当者 22.9% 予備群 10.9%	該当者 21.0% 予備群 10.0%	第 4 期医療費 適正化計画に 合わせて設定
【再掲】 特定健康診査の受診率の向上	49.3%	60.0%	
【再掲】 特定保健指導の実施率の向上	88.0%	85.0%	

ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

社会がより多様化することや人生 100 年時代が本格的に到来することを踏まえると、集団・個人の特性をより重視しつつ健康づくりを行うことが重要です。健康課題を取り巻く状況は、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）ごとに異なっています。加えて、現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性があることや次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものであり、胎児期から高齢期に至るまで人の生涯を経時的に捉えた健康づくり（ライフコースアプローチ）の観点も取り入れることが重要です。これらを踏まえ、ライフコースアプローチ（胎児期から高齢期に至るまで人の生涯を経時的に捉えた健康づくり）について、国の「健康日本 21（第三次）」と同様に「こども」・「女性」・「高齢者」についての取組を推進していきます。

（１）こども

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、心血管疾患等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。

本町では、妊娠から出産までの安全の確保と生涯にわたる健康の保持増進に主体的に取り組めるよう、妊婦健康診査・妊婦指導、新生児訪問、出生から3歳児までの乳幼児健康診査を実施しています。

本町の出産時年齢が35歳以上の産婦は、年々増加しています（図表45）。出産年齢が高くなることで、妊娠糖尿病等の産科合併症のリスクが高くなります。

図表45 出産時の母の年齢の年次推移

	出生数	15～19歳		20～24歳		25～29歳		30～34歳		35～39歳		40～44歳		(再掲)35歳以上	
	人数	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
平成20年	109	3	2.8%	18	16.5%	35	32.1%	37	33.9%	16	14.7%	0	0.0%	16	14.7%
平成25年	78	2	2.6%	13	16.7%	24	30.8%	24	30.8%	11	14.1%	4	5.1%	15	19.2%
平成30年	80	3	3.8%	11	13.8%	18	22.5%	35	43.8%	12	15.0%	1	1.3%	13	16.3%
令和1年	61	2	3.3%	9	14.8%	18	29.5%	17	27.9%	13	21.3%	2	3.3%	15	24.6%
令和2年	63	0	0.0%	7	11.1%	9	14.3%	23	36.5%	23	36.5%	1	1.6%	24	38.1%
令和3年	59	1	1.7%	2	3.4%	18	30.5%	23	39.0%	12	20.3%	3	5.1%	15	25.4%
令和4年	61	1	1.6%	3	4.9%	18	29.5%	18	29.5%	19	31.1%	2	3.3%	21	34.4%

福岡県保健統計年報

① 低出生体重児(2,500g未満)の年次推移

低出生体重児の割合が増加する要因としては、医学の進歩（早産児の救命割合の増加）、多胎児妊娠、妊娠前の母親のやせ（低栄養状態）、妊娠中の体重増加抑制、歯周病、喫煙、飲酒、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病を始めとする妊娠期の合併症等の因子が報告されています。

本町においては、低出生体重児の割合は10%前後で推移しており、福岡県・全国と比べて高い

状況が続いています（図表 46・47）。また、令和 3 年度から令和 5 年度の 3 年間累計低出生体重児のうち、37 週以上の正期産で出生した児の割合は 70.0％であり、37 週未満の早産で出生した児の割合より多い状況でした（図表 48）。

妊娠中の望ましい体重増加量は、妊娠前の体格によって異なります。令和 3 年度から令和 5 年度の 3 年間の妊娠前の BMI 別妊娠中の体重増加量と目標体重増加量との比較をしたところ、42.5％（76 人）が目標体重に達しておらず、特に BMI18.5 未満者においては半数以上が目標体重に達していない状況でした。また、26.3％（47 人）が目標体重を超えており、特に BMI30.0 以上者においては半数が目標体重を超えている状況でした（図表 49）。

低出生体重児を出産した 18 人のうち、77.8％（14 人）が目標体重に達しておらず、母親の妊娠中の体重増加不足が低出生体重児の割合の増加に起因していることがわかります（図表 50）。

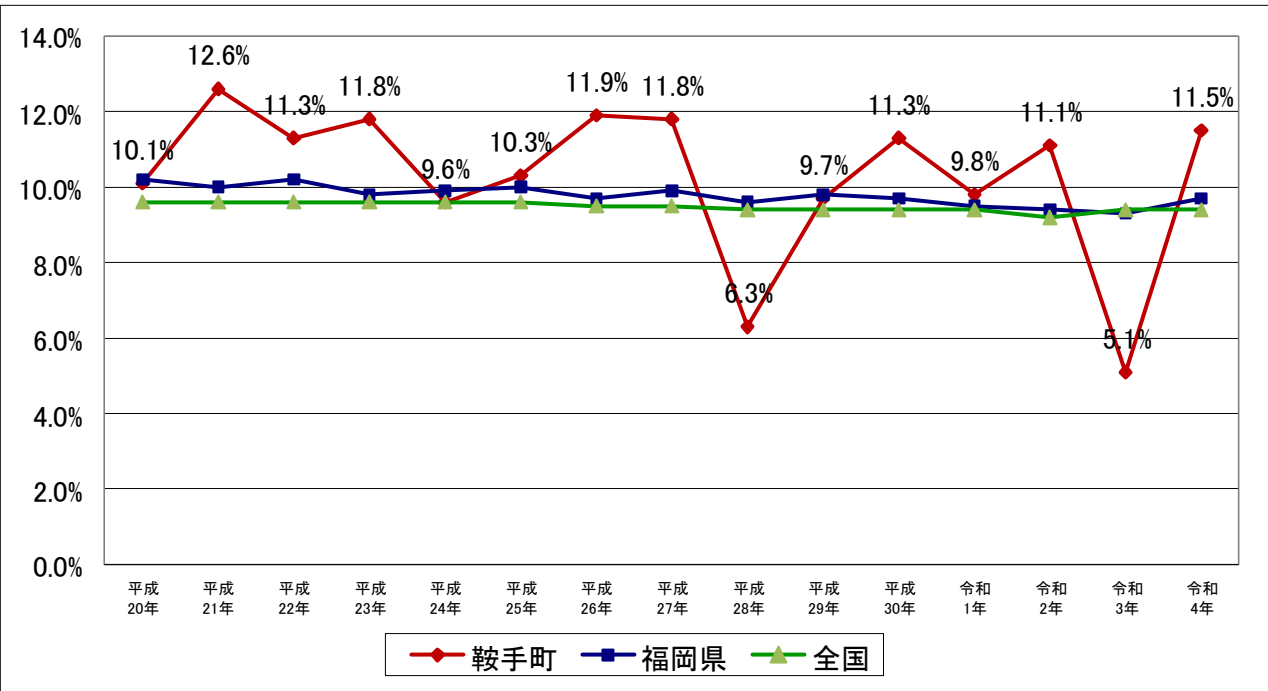
母子健康手帳交付時や妊娠期に全妊婦を対象に、保健指導を実施していますが、妊婦健康診査の結果の見方や妊娠前の体格に応じた適切な体重増加、摂取エネルギーと「なにを」「どの位」食べたらよいか、妊婦さん自身が理解できるような指導が必要です。

図表46 低出生体重児年次推移

		平成 20年	平成 21年	平成 22年	平成 23年	平成 24年	平成 25年	平成 26年	平成 27年	平成 28年	平成 29年	平成 30年	令和 1年	令和 2年	令和 3年	令和 4年
鞍手町	低出生体重児数	11	12	12	11	11	8	12	10	6	7	9	6	7	3	7
	1,000g未満							1								
	1,000～1,500g未満									1				2		
	1,500～2,000g未満		2	4	2	2		4	3			2	2	1		2
	2,000～2,500g未満	11	10	8	9	9	8	7	7	5	7	7	4	4	3	5
	低出生体重児割合	10.1%	12.6%	11.3%	11.8%	9.6%	10.3%	11.9%	11.8%	6.3%	9.7%	11.3%	9.8%	11.1%	5.1%	11.5%
福岡県	低出生体重児割合	10.2%	10.0%	10.2%	9.8%	9.9%	10.0%	9.7%	9.9%	9.6%	9.8%	9.7%	9.5%	9.4%	9.3%	9.7%
全国	低出生体重児割合	9.6%	9.6%	9.6%	9.6%	9.6%	9.6%	9.5%	9.5%	9.4%	9.4%	9.4%	9.4%	9.2%	9.4%	9.4%

福岡県保健統計年報

図表47 低出生体重児割合



図表48 低出生体重児の出生週数(令和3年度～令和5年度(3年間累計))

	計	正期産		早産		(再掲)早産の内訳	
		37週以上		37週未満		32週未満	32～37週未満
	人数	人数	割合	人数	割合	人数	人数
出生体重 2,500g未満	20	14	70.0%	6	30.0%	0	6
2,000g以上2,500g未満	16	12	75.0%	4	25.0%	0	4
1,500g以上2,000g未満	2	2	100.0%	0	0.0%	0	0
1,000g以上1,500g未満	2	0	0.0%	2	100.0%	0	2
1,000g未満	0	0	0.0%	0	0.0%	0	0

鞍手町

図表49 妊娠前のBMI別妊娠中の体重増加量と目標体重増加量との比較 (令和3年度～令和5年度(3年間累計))

非妊娠時のBMI(目標体重増加量)	目標体重より少ない		適正体重増加		目標体重より多い		合計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
18.5未満(12～15kg)	13	56.5%	5	21.7%	5	21.7%	23
18.5～25.0未満(10～13kg)	53	42.4%	41	32.8%	31	24.8%	125
25.0～30.0未満(7～10kg)	10	47.6%	5	23.8%	6	28.6%	21
30.0以上(個別対応5kgまでが目安)	0	0.0%	5	50.0%	5	50.0%	10
合計	76	42.5%	56	31.3%	47	26.3%	179

鞍手町

図表50 低出生体重児の妊娠前のBMI別妊娠中の体重増加量と目標体重増加量との比較 (令和3年度～令和5年度(3年間累計))

非妊娠時のBMI(目標体重増加量)	目標体重より少ない		適正体重増加		目標体重より多い		合計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
18.5未満(12～15kg)	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	4
18.5～25.0未満(10～13kg)	7	63.6%	1	9.1%	3	27.3%	11
25.0～30.0未満(7～10kg)	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3
30.0以上(個別対応5kgまでが目安)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
合計	14	77.8%	1	5.6%	3	16.7%	18

鞍手町

② 1歳6か月児・3歳児健康診査での体格の年次推移

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。

本町の1歳6か月児、3歳児健康診査を受診した児の結果をみると、肥満度15%以上の小児肥満に該当する児は令和5年度では1歳6か月児1人、3歳児0人で、毎年、数人が該当しています(図表51・52)。

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が重要です。

図表51 1歳6か月児健康診査での体格の年次推移

	受診者数	やせすぎ		やせ		ふつう		太り気味		やや太りすぎ		太りすぎ	
		-20%以下		-20%超-15%以下		-15%超+15%未満		+15%以上+20%未満		+20%以上+30%未満		+30%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
平成30年度	99	0	0.0%	0	0.0%	96	97.0%	3	3.0%	0	0.0%	0	0.0%
令和1年度	75	0	0.0%	1	1.3%	74	98.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
令和2年度	94	0	0.0%	3	3.2%	90	95.7%	1	1.1%	0	0.0%	0	0.0%
令和3年度	69	0	0.0%	1	1.4%	67	97.1%	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%
令和4年度	78	1	1.3%	0	0.0%	75	96.2%	0	0.0%	2	2.6%	0	0.0%
令和5年度	73	0	0.0%	0	0.0%	72	98.6%	0	0.0%	1	1.4%	0	0.0%

1歳6か月児健康診査結果

図表52 3歳児健康診査での体格の年次推移

	受診者数	やせすぎ		やせ		ふつう		太り気味		やや太りすぎ		太りすぎ	
		-20%以下		-20%超-15%以下		-15%超+15%未満		+15%以上+20%未満		+20%以上+30%未満		+30%以上	
		人数	割合	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
平成30年度	102	0	0.0%	1	1.0%	100	98.0%	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%
令和1年度	109	0	0.0%	0	0.0%	99	90.8%	6	5.5%	2	1.8%	2	1.8%
令和2年度	97	0	0.0%	1	1.0%	93	95.9%	0	0.0%	2	2.1%	1	1.0%
令和3年度	98	0	0.0%	0	0.0%	97	99.0%	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%
令和4年度	86	0	0.0%	1	1.2%	81	94.2%	3	3.5%	1	1.2%	0	0.0%
令和5年度	90	0	0.0%	1	1.1%	89	98.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

3歳児健康診査結果

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。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、保健指導を行い、また、将来、糖尿病や循環器病発症リスクの高い産婦を対象に、産後の適正体重の維持や健診、医療受診継続の指導を行っていきます。

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います。

健康な生活習慣の確立のための施策

- ・妊産婦に飲酒が胎児や授乳中の乳児に与える影響について、保健指導を行います。
- ・妊産婦やその家族に喫煙のリスクについて、保健指導を行います。
- ・妊産婦に妊娠期、産褥期の栄養について、保健指導を行います。
- ・妊娠前の体格に応じた妊娠期の適切な体重増加について、保健指導を行います。
- ・乳幼児健康診査等で、成長発達に合わせた離乳食の進め方、食材の選択について保健指導を行います。
- ・乳幼児健診等で、生活リズムを整えることと成長発達の重要性について、保健指導を行います。

生活習慣病の発症及び重症化予防のための施策

- ・妊婦健康診査結果から妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群予防の保健指導を行います。
- ・乳幼児健診等で、肥満児とやせ児を把握し、継続した保健指導を行います。
- ・職場で健診を受ける機会のない産婦に健康診査受診を勧めていきます。

評価指標

実施内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	国の目標値 令和14年
低出生体重児(2,500g未満)の割合の減少	11.5%	10.0%	—
肥満傾向にあるこどもの減少 (3歳児健康診査の太り気味、やや太りすぎ、太りすぎの割合の減少)	0%	0%	—

(2) 高齢者

人口の高齢化が進んでおり、国は健康寿命の更なる延伸に向けて、意欲のある限り年齢にかかわらず高齢者の就労や社会参加を推進しています。厚生労働省の統計によると、高齢者の要介護認定の原因の第1位は認知症、第2位は脳卒中、第3位は高齢による虚弱であり、高齢者の健康寿命の延伸に向けて、高齢化による心身機能の低下予防と生活習慣病の重症化を予防することが重要です。

65歳以上のBMI20以下の年次推移

低栄養傾向にある者は、疾病や老化等の影響を受け、65歳以上で年齢の上昇に伴い増加していきます。今後、75歳以上の人口が急増し、要介護者の大幅な増加が見込まれる中で、低栄養傾向の高齢者の増加を抑制することは、健康寿命の延伸にもつながります。

本町の65歳～74歳を対象とした特定健康診査結果及び75歳以上を対象とした後期高齢者健康診査結果をみると、低栄養傾向(BMI20以下)の者の割合は、令和5年度では19.4%(240人)で、令和4年度より増加しています(図表53)。高齢期の適切な栄養は、生活の質のみならず身体機能を維持し、生活機能の自立を確保する上で重要です。

図表53 65歳以上のBMI20以下の年次推移

	平成30年度	令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
65歳以上の健診受診者数	1,064	1,089	953	1,228	1,273	1,237
BMI20以下の者	186	168	143	220	201	240
BMI20以下の者の割合	17.5%	15.4%	15.0%	17.9%	15.8%	19.4%

鞍手町特定健診結果・後期高齢者健診結果

今後の取組

活動が少ない者は、活動量を増やすことに加え、筋肉に負荷をかけることが大切になります。「歩く」等の有酸素運動のみでは下肢筋肉量の維持・減少を防ぐことは難しいため、筋肉に負荷をかける「レジスタンス運動(筋肉トレーニング)」も組み合わせることが必要です。筋肉量が減少している者の中には、筋肉の材料であるたんぱく質が不足している場合があるため、基準量のたんぱく質の摂取や個々に合った食べ方の工夫が必要です。また、定期的に筋肉量測定を行い筋肉量の維持・増強を目指すことが大切です。

低栄養予防のための施策

- ・低栄養を予防していくため、健診結果に基づいた適切な食事量と食品の選択について保健指導を行います。
- ・健診結果や体成分結果等、体の状態に合わせた身体活動及び運動習慣の定着について保健指導を行います。

評価指標

実施内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	国の目標値 令和14年
低栄養傾向の高齢者の減少 (65歳以上のBMI20以下の割合の減少)	19.4%	18.0%	13.0%

(3) 女性

健康寿命と平均寿命の差である「日常生活に制限のある期間」は、女性の方が長いことや、妊娠中の喫煙は、妊婦自身の能動喫煙による健康被害と共に、胎児に対する「受動喫煙」による健康被害が明らかにされていること、さらに骨粗しょう症、子宮頸がんや乳がんの予防や早期発見が重要であることなど、女性には特有の健康問題が存在し、その対策が必要とされています。

① 骨粗しょう症検診受診率

骨粗しょう症は骨の量（骨量）が減って、骨が弱くなり、骨折しやすくなる病気で、日本には、約1,000万人以上骨粗しょう症の患者がいるといわれています。骨量は成長期に増加し、20歳頃に最大骨量に達した後、比較的安定して推移し、加齢に伴い減少していくため、若年期に骨量を蓄え、維持していく必要があります。そのためには、若年期からのバランスの良い食生活が大切です。また、特に女性は閉経に伴い骨量が減少しやすくなるため、骨粗しょう症は女性ホルモンの減少と深い関係があると考えられています。骨粗しょう症検診の受診率を向上することで、無症状の段階で骨粗しょう症やその予備群であることを早期発見・早期治療に結びつけることができます。また、未治療の骨粗しょう症患者の治療介入を促し、骨粗しょう症性骨折患者の減少、ひいては健康寿命の延伸に繋がると考えられます。

本町では、令和7年度から骨粗しょう症検診を実施していきます。

② 1日当たりの純アルコール摂取量女性20g以上（1合以上）の者の年次推移（再掲） 飲酒に準ずる

③ 妊娠中の妊婦の喫煙者の年次推移（再掲） 喫煙に準ずる

今後の取組

生活習慣改善のための施策

- ・骨粗しょう症検診の受診率向上に向けて、情報提供を行います。
- ・健康相談や保健指導等を通じて、骨粗しょう症予防について保健指導を行います。
- ・妊産婦やその家族に飲酒が胎児や授乳中の乳児に与える影響について、保健指導を行います。
- ・飲酒による健康への影響や健診結果や体の状態に合わせた適正飲酒について、保健指導を行います。
- ・妊産婦やその家族に喫煙のリスクについて、保健指導を行います。
- ・喫煙による健康への影響や健診結果や体の状態に合わせて禁煙指導を行います。
- ・喫煙は脳がニコチンに依存する状態であるため禁煙治療が有効になることから、禁煙治療ができる外来等の情報提供を行います。

評価指標

実施内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	国の目標値 令和14年
骨粗しょう症検診受診率の向上	未実施	5.0%	15.0%
【再掲】 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している女性の減少 (1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上(1合以上)の者の割合の減少)	女性 8.7%	女性 6.0%	—
【再掲】 妊娠中の喫煙をなくす (妊娠中の妊婦の喫煙者の割合をなくす)	1.6%	0%	—

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。自ら健康づくりに積極的に取り組む者だけでなく、健康に関心の薄い者を含む、幅広い者に対してアプローチを行うことが重要となります。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おり、「自然に健康になれる環境づくり」の取組を進めていく必要があります。

ふくおか健康ポイントアプリ事業参加者数の年次推移

福岡県では、県民一人ひとりが日々の運動や食生活の改善、健（検）診の受診等に、積極的に楽しみながら、継続的に取り組めるよう、健康アプリを運用しています。

本町のふくおか健康ポイントアプリ事業参加者数は令和5年度において49人となっています。

健診の受診や日々の健康管理に取り組むことによってポイントを付与する健康づくりポイント事業を活用することにより、町民が自ら健康づくりに取り組めるよう働きかけていきます(図表54)。

図表54 ふくおか健康ポイントアプリ事業参加者数

	令和5年度
	人数
参加者数	49

今後の取組

自ら健康づくりに取り組むための施策

- ・ふくおか健康ポイントアプリを活用し、歩数や血圧、体重の把握等による生活習慣改善の意識付けを行う健康管理を推進します。
- ・チラシやホームページ等で、ふくおか健康ポイントアプリの普及啓発を行います。

評価指標

実施内容	現状値 令和5年度末	目標値 令和11年度末	国の目標値 令和14年
ふくおか健康ポイントアプリ事業参加者数の増加	49	150	—

評価指標

分野		項目（目標）		現状値	令和5年度	目標値	令和11年度			
個人の行動と健康状態の改善	生活習慣の改善	食生活・栄養	BMI18.5以上25未満者の割合の増加	男性 62.5% 女性 62.5%		男性 66.0% 女性 65.0%				
			食塩摂取量の減少	男性 7.5g未満 19.3 % 女性 6.5g未満 9.0%		男性 7.5g未満 20.0% 女性 6.5g未満 10.0%				
		動・身体活動	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者割合の増加	男性 58.5% 女性 59.3%		男性 60.0% 女性 60.0%				
			1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施する者の割合の増加	男性 47.2% 女性 40.0%		男性 48.0% 女性42.0%				
		休養	睡眠で休養がとれている者の割合の増加	男性 81.1% 女性 72.5%		男性 82.0% 女性 74.0%				
		飲酒	1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上(2合以上)、女性20g以上(1合以上)の者の割合の減少	男性 14.7% 女性 8.7%		男性 12.0% 女性 6.0%				
		喫煙	たばこを習慣的に吸っている者の割合の減少	男性 27.4% 女性 8.1%		男性 26.0% 女性 6.0%				
			妊娠中の妊婦の喫煙者の割合をなくす	1.6%		0%				
		歯・口腔	歯周ポケットを有する(6mm以上)者の割合の減少	13.6%		15.0%				
			食事を何でも噛んで食べることができる割合の減少	男性 75.7% 女性 79.5%		男性 78.0% 女性 82.0%				
			歯周疾患検診の受診者の割合の増加	2.5%		5.0%				
			3歳健康診査で歯のない児の割合の増加	88.3%		90.0%				
		生活習慣病の発症予防・重症化予防	がん	がんの年齢調整死亡率の減少	男性 206.5 女性 90.3		男性 195.0 女性 90.0			
				がん検診の受診率の向上	(令和4年) 胃がん 8.8% 肺がん 8.6% 大腸がん 8.6% 子宮がん 11.9% 乳がん 16.1%		胃がん 10.0% 肺がん 10.0% 大腸がん 10.0% 子宮がん 13.0% 乳がん 18.0%			
	がん検診精密検査受診率の向上			(令和4年) 胃がん 85.2% 肺がん 93.8% 大腸がん 69.7% 子宮がん 100% 乳がん 97.2%		胃がん 90.0% 肺がん 95.0% 大腸がん 75.0% 子宮がん 100% 乳がん 98.0%				
	循環器		脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少	(令和2年) 脳血管疾患 男性 51.5 女性 18.2 心疾患 男性 25.5 女性 16.0		脳血管疾患 減少 心疾患 減少				
			血圧160/100mmHg以上者の割合の減少	7.2%		7.0%				
			LDL コレステロール160mg/dl以上者の割合の減少	9.6%		9.0%				
			メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	該当者 22.9% 予備群 10.9%		該当者 21.0% 予備群 10.0%				
			特定健康診査の受診率の向上	49.3%		60.0%				
			特定保健指導の実施率の向上	88.0%		85.0%				
			糖尿病	糖尿病性腎症の年間新規透析導入患者数の減少	2人		減少			
	HbA1c6.5%以上者の増加の抑制			15.4%		13.0%				
	HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合の増加			70.0%		73.0%				
	HbA1c8.0%以上者の割合の減少			2.1%		1.5%				
	(再掲)メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少			該当者 22.9% 予備群 10.9%		該当者 21.0% 予備群 10.0%				
	(再掲)特定健康診査の受診率の向上			49.3%		60.0%				
	(再掲)特定保健指導の実施率の向上			88.0%		85.0%				
	アブライフコースを踏まえた健康づくり		こども	低出生体重児(2,500g未満)の割合の減少	11.5%		10.0%			
				3歳児健康診査の太り気味、やや太りすぎ、太りすぎの割合の減少	0.0%		0.0%			
			高齢者	65歳以上のBMI20以下の割合の減少	19.4%		18.0%			
				女性	骨粗しょう症検診受診率の向上	未実施		5.0%		
			(再掲)1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上(1合以上)の者の減少		女性 8.1%		女性 6.0%			
			(再掲)妊娠中の妊婦の喫煙者の割合をなくす		1.6%		0%			
	社会環境の質の向上			ふくおか健康ポイントアプリ事業参加者数		49		150		

参考 健康日本 21（第三次）の基本的な方向

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

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

2 個人の行動と健康状態の改善

国民の健康増進を推進するに当たって、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善（リスクファクターの低減）に加え、こうした生活習慣の定着等によるがん、生活習慣病の発症予防、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に関して取組を進めていく。ロコモティブシンドローム（運動器症候群）、やせ、メンタル面の不調等は生活習慣病が原因となる場合もあるが、そうでない場合も含め、これらを予防することが重要である。また、既のがんなどの疾患を抱えている人も含め、「誰一人取り残さない」健康づくりの観点から、生活習慣病の発症予防・重症化予防とともに、生活機能の維持・向上の観点を踏まえた取組を推進する。

3 社会環境の質の向上

就労、ボランティア、通いの場等の居場所づくりや社会参加の取組に加え、健康な食環境や身体活動・運動を促す環境をはじめとする自然に健康になれる環境づくりの取組を実施し、健康に関心の薄い者を含む幅広い対象に向けた健康づくりを推進する。誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備の取組を行うとともに、多様な主体が健康づくりに取り組むよう促す。

4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）特有の健康づくりについて、取組を進めていき、加えて、現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性や次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものであることから、ライフコースアプローチ（胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり）についても、取組を推進していく。

第4章

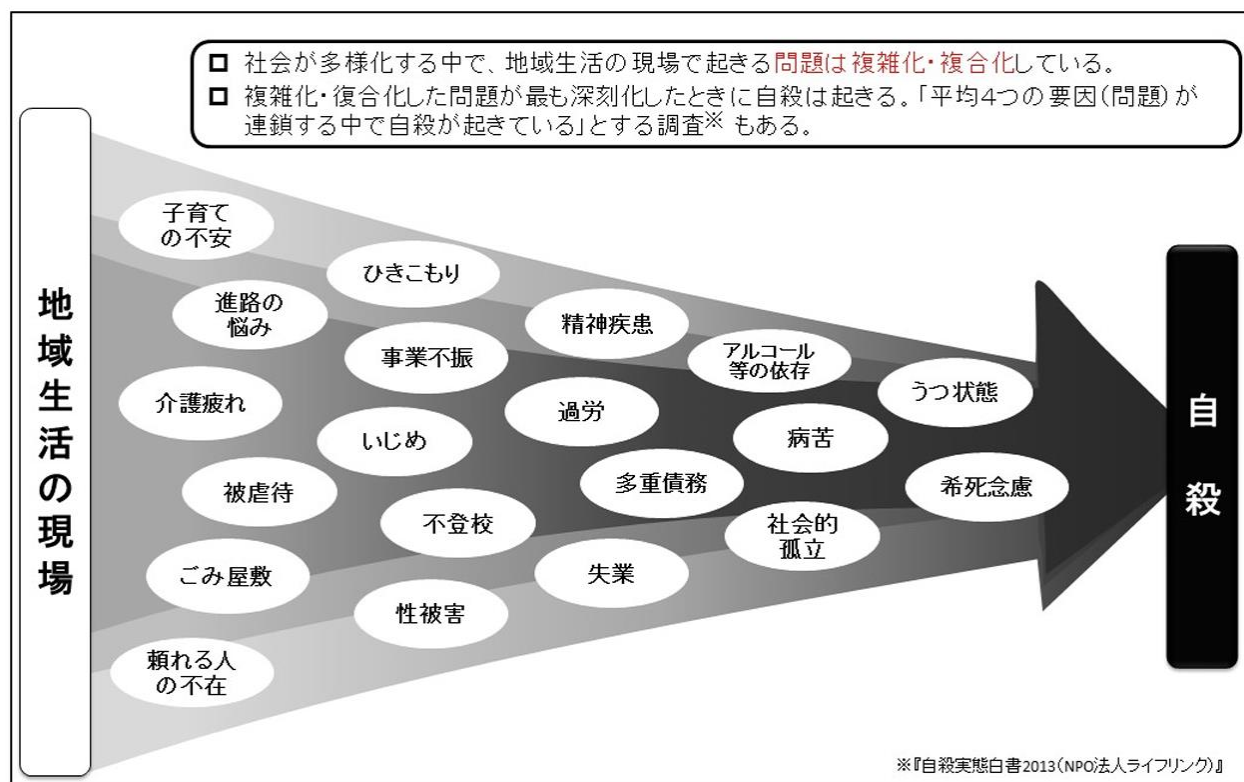
第2期鞍手町自殺対策計画

第4章 第2期鞍手町自殺対策計画

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います。自殺に至る心理としては、様々な悩みが原因で追い詰められ自殺以外の選択肢が考えられない状態に陥ったり、社会とのつながりの減少や生きていても役に立たないという役割喪失感から、また与えられた役割の大きさに対する過剰な負担感から、危機的な状態にまで追い込まれてしまう過程とみることができます。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。

(図表 55)。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」として実施されなければなりません(自殺対策基本法第2条)。自殺対策基本法は、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持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」とうたっています。我が国の自殺対策は、全ての人がか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ます。

図表 55 自殺の危機要因イメージ図(厚生労働省資料)



第 1 節 鞍手町の自殺の現状と課題

統計データからみる現状

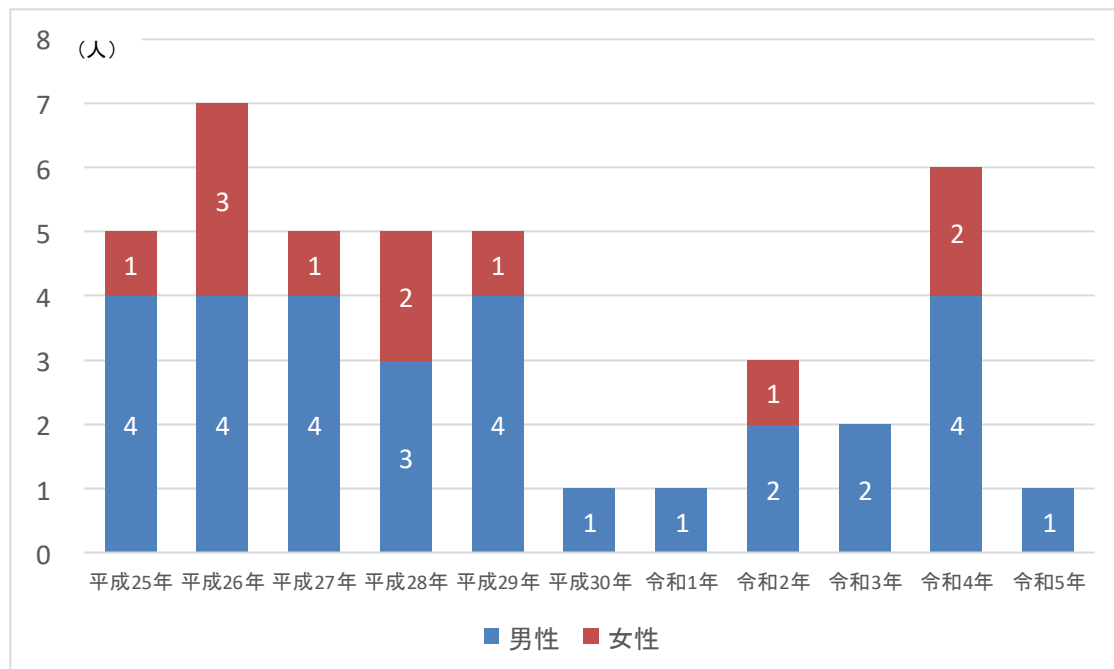
1 自殺死亡者の年次推移

自殺死亡者数は平成 30 年、令和 1 年、令和 5 年は減少しましたが、年により変動があります。男女別にみると、男性が圧倒的に多くなっています（図表 56）。

図表56 自殺死亡者数の年次推移

	男性	女性	総計
平成25年	4	1	5
平成26年	4	3	7
平成27年	4	1	5
平成28年	3	2	5
平成29年	4	1	5
平成30年	1	0	1
令和1年	1	0	1
令和2年	2	1	3
令和3年	2	0	2
令和4年	4	2	6
令和5年	1	0	0

地域における自殺の基礎資料



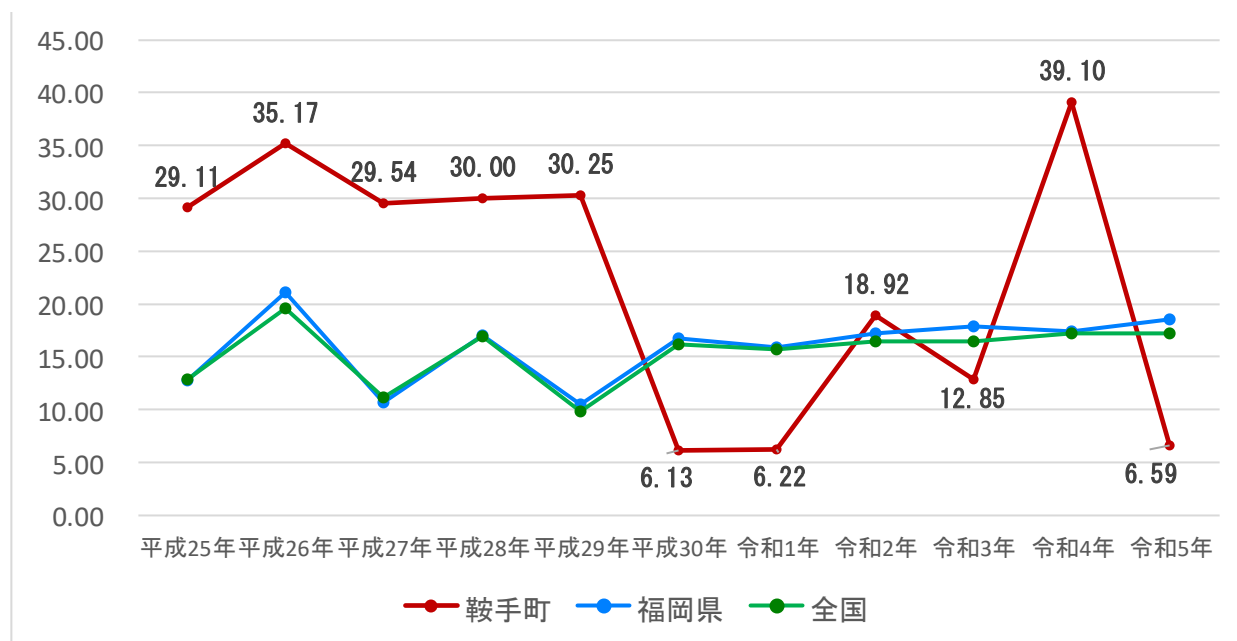
2 自殺死亡率の年次推移

人口 10 万人当たりの自殺死亡率は、平成 30 年、令和 1 年、令和 3 年、令和 5 年は低くなりましたが、それ以外は福岡県・全国より高い状況で推移しています（図表 57）。

図表57 自殺死亡率の年次推移(人口10万対)

	鞍手町	福岡県	全国
平成25年	29.11	12.78	12.85
平成26年	35.17	21.12	19.63
平成27年	29.54	10.68	11.12
平成28年	30.00	17.04	16.95
平成29年	30.25	10.52	9.87
平成30年	6.13	16.78	16.18
令和1年	6.22	15.90	15.67
令和2年	18.92	17.23	16.44
令和3年	12.85	17.84	16.44
令和4年	39.10	17.42	17.25
令和5年	6.59	18.57	17.27

地域における自殺の基礎資料



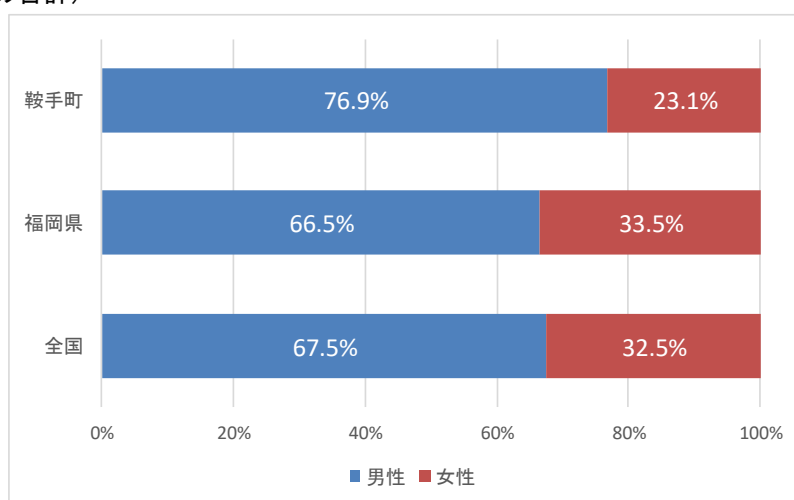
3 性別自殺者割合

性別自殺者割合（令和 1 年～ 5 年の合計）は、男性が 76.9%、女性が 23.1%で、福岡県・全国と比べて、男性の割合が多くなっています（図表 58）。

図表58 性別自殺者割合(令和1年～5年の合計)

	鞍手町	福岡県	全国
男性	76.9%	66.5%	67.5%
女性	23.1%	33.5%	32.5%

地域自殺実態プロフィール2024



4 性・年代別自殺死亡率

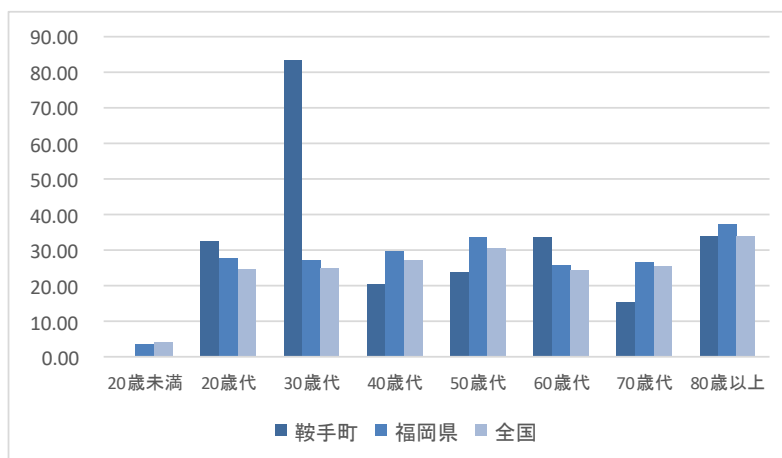
性・年代別自殺死亡率(令和1年～5年の合計)は、男性は20歳代、30歳代、40歳代、60歳代が福岡県・全国より高く、80歳以上が全国より高く、なかでも30歳代が極めて高くなっています。これに対し、女性は30歳代、40歳代が福岡県・全国より高く、なかでも40歳代が極めて高くなっています(図表59)。

図表59 性・年代別自殺死亡率(令和1年～5年の合計)(人口10万対)

【男性】

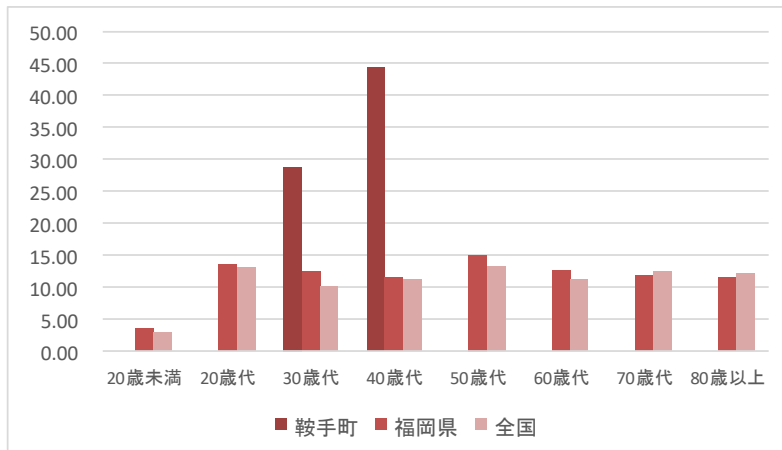
	鞍手町	福岡県	全国
20歳未満	0.00	3.71	4.13
20歳代	32.64	27.75	24.48
30歳代	83.03	27.26	24.76
40歳代	20.28	29.76	27.13
50歳代	23.82	33.64	30.65
60歳代	33.61	25.83	24.25
70歳代	15.40	26.45	25.60
80歳以上	34.09	37.31	33.88

地域自殺実態プロフィール2024



【女性】

	鞍手町	福岡県	全国
20歳未満	0.00	3.53	3.05
20歳代	0.00	13.56	13.13
30歳代	28.88	12.42	10.23
40歳代	44.43	11.59	11.23
50歳代	0.00	15.00	13.32
60歳代	0.00	12.73	11.12
70歳代	0.00	11.85	12.36
80歳以上	0.00	11.64	12.15



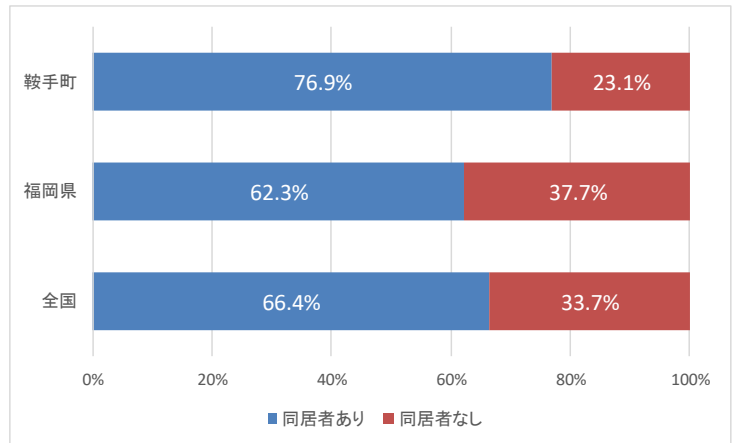
5 自殺者の同居者の有無

同居者の有無（令和1年～5年の合計）は同居者ありが76.9%、同居者なしが23.1%で、福岡県、全国と比べて、同居者ありの割合が多くなっています（図表60）。

図表60 自殺者の同居の有無（令和1年～5年の合計）

	鞍手町	福岡県	全国
同居者あり	76.9%	62.3%	66.4%
同居者なし	23.1%	37.7%	33.7%

地域自殺実態プロフィール2024



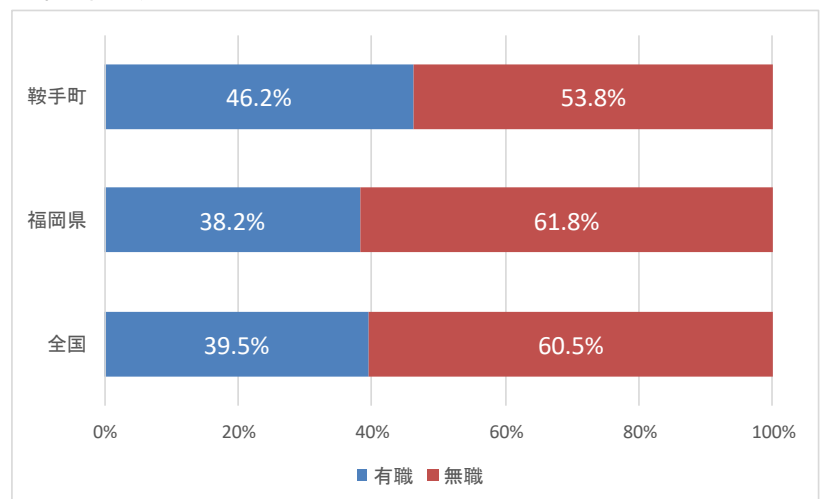
6 自殺者の職業の有無

職業の有無（令和1年～5年の合計）は有職が46.2%、無職が53.8%で、福岡県、全国と比べて、有職の割合が多くなっています（図表61）。

図表61 自殺者の職業の有無（令和1年～5年の合計）

	鞍手町	福岡県	全国
有職	46.2%	38.2%	39.5%
無職	53.8%	61.8%	60.5%

地域自殺実態プロフィール2023



7 鞍手町の自殺の特徴

自殺総合対策推進センターが作成した「地域自殺実態プロファイル（2024）」では、性別・年代別・職業の有無別・同居者の有無別に区分して、主な自殺者の特徴をまとめています。それによれば、本町における生活状況別〔性別・年齢階級（成人3区分）・職業の有無・同居者の有無〕の上位5区分をみると、自殺者割合が最も高いのは、「男性・60歳以上・無職同居」で、その背景は、失業（退職）から生活苦＋介護の悩み（疲れ）＋身体疾患になり、自殺に至ることが報告されています（図表62）。

図表 62 鞍手町の自殺の特徴（令和1年～5年の合計）

上位5区分	自殺者数 5年計	割合	自殺 死亡率	背景にある主な自殺の危機経路
1位：男性 60歳以上 無職同居	3	23.1%	40.9	失業（退職）→生活苦＋介護の悩み（疲れ） ＋身体疾患→自殺
2位：男性 20～39歳 有職同居	2	15.4%	48.7	職場の人間関係の悩み/仕事の悩み（ブラック 企業）→パワハラ＋過労→うつ状態→自殺
3位：男性 40～59歳 有職同居	2	15.4%	29.6	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み＋仕 事の失敗→うつ状態→自殺
4位：男性 20～39歳 無職独居	1	7.7%	1348.2	①【30代その他無職】失業→生活苦→多重債 務→うつ状態→自殺 ②【20代学生】学内の人間関係→休学→うつ 状態→自殺
5位：男性 20～39歳 有職独居	1	7.7%	111.6	①【正規雇用】配置転換→過労→職場の人間 関係の悩み＋仕事の失敗→うつ状態→自殺 ②【非正規雇用】（被虐待・高校中退）非正 規雇用→生活苦→借金→うつ状態→自殺

地域自殺実態プロファイル 2024

*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ています。

*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」就業状況等基本集計を基に自殺総合対策推進センターにて推計したものです。

*「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」を参考に推計したものです。

第2節 第1次鞍手町自殺対策計画の取組・評価

本町では、令和1年に第1次鞍手町自殺対策計画を策定し、「誰も自殺に追い込まれることのない鞍手町」を目指して、全ての自治体で取り組むことが望ましいとされた「基本施策」と、地域の自殺の実態を詳細に分析した「重点施策」を組み合わせ、地域の特性に応じた施策を推進してきました。これまでの評価指標である施策状況を把握し、現状値の評価を行いました。目標値に対する施策実施状況の評価は、以下の判定基準で評価しました。

■ 判定基準

判定		判定基準
A	できている	75%以上の達成
B	ある程度できている	50～74%の達成
C	あまりできていない	25～49%の達成
D	できていない	25%未満の達成

計画の数値目標

平成30年の策定時から増加した年もあり、目標値を達成することができませんでした。

	基準値 平成30年	目標値	令和1年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
年間自殺死亡者数	1	減少	1	3	2	6	1

基本施策1 地域におけるネットワークの強化

「庁内組織」を活用し、横断的な自殺対策の取組については、各事業担当課に確認シートの記入を依頼し、進捗状況の確認を行いました。が、「庁内組織」を活用した自殺対策の取組は実施できませんでした。

「鞍手町健康づくり推進協議会」を活用した意見聴取については、新型コロナウイルス感染症の影響により、協議会での意見聴取を実施することができませんでした。

「健康づくり推進協議会」を継続し、地域ネットワークの強化を図っていく必要があります。

第1期計画における評価指標

実施内容	基準値 平成30年	目標値 令和5年	実績値 令和5年	目標 達成度	評価
「庁内組織」を活用した、横断的な自殺対策の取組み	—	1回/年	未実施	0%	D
「鞍手町健康づくり推進協議会」を活用した意見聴取	—	1回/年	未実施	0%	D

基本施策２ 自殺対策を支える人材の育成

全職員を対象とした「ゲートキーパー研修会」の実施、地域住民・民生委員等を対象とした「ゲートキーパー講座」の開催については、新型コロナウイルス感染症の影響により、実施することができませんでした。

ゲートキーパーとは、悩んでいる人に気づき、声をかけてあげられる人のことです。誰もが身近な人のゲートキーパーになれるよう、また、ゲートキーパーについて知っている人が増えるよう啓発していく必要があります。

第１期計画における評価指標

実施内容	基準値 平成 30 年	目標値 令和 5 年	実績値 令和 5 年	目標 達成度	評価
全職員を対象とした「ゲートキーパー研修会」の実施	－	1 回/年	未実施	0 %	D
地域住民・民生委員等を対象とした「ゲートキーパー講座」の開催	1 回/年	現状維持	未実施	0 %	D

基本施策３ 町民への啓発と周知

町内への文書配布を活用した啓発については、町広報紙に自殺対策強化月間や自殺予防週間に合わせて、こころの相談窓口についての情報を掲載しました。

チラシによる相談会等の周知については、庁舎内窓口、総合福祉センター、中央公民館に相談窓口の案内チラシやポスターを設置しました。

いのちや暮らしの危機に陥ったとき、悩みを抱えたときに誰かに助けを求めることは適切であるということを啓発していく必要があります。

第１期計画における評価指標

実施内容	基準値 平成 30 年	目標値 令和 5 年	実績値 令和 5 年	目標 達成度	評価
町内への文書配布を活用した啓発	1 回/年	2 回/年	2 回/年	100%	A
チラシによる相談会等の周知	2 箇所	5 箇所	3 箇所	60%	B

基本施策４ 生きることへの促進要因への支援

こころの健康相談については、未実施でしたが、来所や電話での心身の不調や生活困窮に関する相談には随時対応し、必要な機関につなげています。

認知症カフェについては、町内 2 か所で実施しています。

自殺対策においては「生きることの阻害要因（自殺のリスク要因）」を減らし、「生きることの促進要因（自殺に対する保護要因）」を増やす取組によって自殺リスクを低下させることが大切です。

第1次計画における評価指標

実施内容	基準値 平成30年	目標値 令和5年	実績値 令和5年	目標 達成度	評価
こころの健康相談	—	3回/年	来所や電話 相談の実施	—	—
認知症カフェ	24回/年	36回/年	45回/年	100%	A

基本施策5 児童生徒のSOSの出し方に関する教育

生活・いじめアンケートの実施については、夏休み期間を除き、毎月実施しています。

児童生徒が困難に直面した際に、自ら信頼できる人に相談できるよう、SOSの出し方に関する教育を継続して実施していく必要があります。

第1次計画における評価指標

実施内容	基準値 平成30年	目標値 令和5年	実績値 令和5年	目標 達成度	評価
生活・いじめアンケートの実施	12回/年	12回/年	11回/年	91.7%	A

重点施策1 高齢者対策

地域ケア会議では困難事例等個別ケースの支援を通じ、多職種の協働による地域支援ネットワークの構築や高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援、地域課題の把握等を行っています。

今後も引き続き高齢者のこころの健康と身体機能の向上を図るとともに、健康づくり・介護予防に係る取組等や地域包括ケアシステムの構築に係る取組を実施していく必要があります。

第1次計画における評価指標

実施内容	基準値 平成30年	目標値 令和5年	実績値 令和5年	目標 達成度	評価
地域ケア会議開催回数	10回/年	10回/年	3回/年	30%	C

重点施策2 生活困窮者対策

人権擁護委員、行政相談委員が人権や行政の手続き等に関する相談を受け、助言等を行っています。

生活困窮状態にある人は、健康問題や家庭問題だけでなく、他の様々な問題も同時に抱え、それらが積み重なって自殺に追い込まれることが多いと考えられます。生活困窮状態にある人が抱えている問題に対して包括的な支援を行う必要があります。

第1次計画における評価指標

実施内容	基準値 平成30年	目標値 令和5年	実績値 令和5年	目標 達成度	評価
「心配ごと相談」事業	12回/年	12回/年	6回/年	50%	B

重点施策3 勤務・経営（有職者）対策

弁護士が相続や離婚、借金、法律上の諸問題等に関する相談を受け、助言等を行っています。

勤務問題による自殺の背景には、労働時間、人間関係、仕事の質的・量的負荷、育児や介護との両立等様々な要因が考えられるため、職場環境の改善、職場のメンタルヘルス対策、ハラスメント防止対策は重要です。

第1次計画における評価指標

実施内容	基準値 平成30年	目標値 令和5年	実績値 令和5年	目標 達成度	評価
無料法律相談	12回/年	12回/年	12回/年	100%	A

第3節 自殺対策計画の基本的な考え方

1 基本理念

誰も自殺に追い込まれることのない鞍手町を目指して

自殺は、個人の自由な意思や選択の結果ではなく、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なく様々な社会的要因が絡み合っています。このため、自殺を「個人の問題」ではなく、「社会の問題」として捉え、これらを解決していくために、町民や様々な分野の専門家、活動団体、行政が一体となり相互に連携・協働し、取組を推進することが必要です。町民一人ひとりの「生きる」を支え合い、「誰も自殺に追い込まれることのない鞍手町」の実現を目指します。

2 基本認識

自殺総合対策大綱に挙げられている「自殺の現状と自殺総合対策における基本認識」を踏まえ、本計画においては、以下の基本認識を念頭に置いて自殺対策を推進します。

- ・自殺は、その多くが追い込まれた末の死である
- ・毎年自殺で亡くなる人がいる状況は続いており、自殺対策は継続して取り組む課題である
- ・新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた対策を推進する
- ・地域レベルの実践的な取組を、PDCA サイクルを通じて推進する

3 基本方針

令和4年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱を踏まえて、町では以下の6項目を自殺対策の基本方針とします。

(1) 「生きることの包括的な支援」としての対策の推進

自殺は、その多くが追い込まれた末の死であり、その多くは防ぐことができる社会的な問題であるとの基本認識の下、自殺対策は「生きることの阻害要因（自殺のリスク要因）」を減らす取組に加えて、「生きることの促進要因（自殺に対する保護要因）」を増やす取組を行い、双方の取組を通して、社会全体の自殺リスクを低下させる方向で、生きることの包括的な支援として推進する必要があります。

「誰一人取り残さない」持続可能でよりよい社会の実現を目指す世界共通の目標である SDGs の理念と合致するものでもあることから、自殺対策は、SDGs の達成に向けた施策としての意義も持ち合わせるものです。

（２）関連施策との有機的な連携による総合的な対策の展開

自殺を防ぐには精神保健的な視点だけでなく、社会・経済的な視点を含む包括的な取組が必要です。また、このような包括的な取組を実施するためには、様々な分野の関係者や組織が、それぞれ自殺対策の一翼を担っているという自覚のもと、緊密に連携する必要があります。

（３）対応の段階に応じたレベルごとの対策の効果的な連動

自殺対策は、社会全体の自殺リスクを低下させる方向で、「対人支援のレベル」「地域連携のレベル」「社会制度のレベル」それぞれにおいて強力に、かつそれらを総合的に推進することが重要です。また、時系列的には、「事前対応」「自殺発生の危機対応」「事後対応」の段階ごとに、効果的な施策を講じる必要があります。

加えて、「自殺の事前対応の更に前段階での取組」として、学校において、児童生徒等を対象とした「SOS の出し方に関する教育」を推進することも重要とされています。

＜対人支援・地域連携・社会制度のレベルごとの対策＞

- 1) 個々人の問題解決に取り組む相談支援を行う「対人支援のレベル」
- 2) 問題を複合的に抱える人に対して包括的な支援を行うための関係機関等による実務連携などの「地域連携のレベル」
- 3) 法律、大綱、計画等の枠組みの整備や修正に関わる「社会制度のレベル」

＜事前対応・自殺発生の危機対応・事後対応の段階ごとの施策＞

- 1) 事前対応：心身の健康の保持増進についての取組、自殺や精神疾患等についての正しい知識の普及啓発等自殺の危険性が低い段階で対応を行うこと
- 2) 自殺発生の危機対応：現に起こりつつある自殺発生の危険に介入し、自殺を発生させないこと
- 3) 事後対応：自殺や自殺未遂が生じた場合に家族や職場の同僚等に与える影響を最小限とし、新たな自殺を発生させないこと、そして発生当初から継続的に遺族等にも支援を行うこと

（４）実践と啓発を両輪として推進

自殺は「誰にでも起こり得る危機」ですが、危機に陥った人の心情や背景は未だ十分に理解されていないのが実情です。そのため、そうした心情や背景への理解を深めることも含めて、危機に陥った場合には誰かに援助を求めることが適当であるということが、地域全体の共通認識となるように、積極的に普及活動を行うことが重要です。

また、全ての町民が、身近にいるかもしれない自殺を考えている人のサインに早く気づくとともに、気づいたら速やかに専門家につなぎ、見守っていけるよう、メンタルヘルスへの理解促進も含め、広報活動、教育活動等に取り組んでいく必要があります。

(5) 関係者の役割の明確化と連携・協働の推進

「誰も自殺に追い込まれることのない社会」を実現するためには、町だけでなく、国、県、関係団体、民間団体、企業、住民等が連携・協働し、自殺対策を総合的に推進することが必要です。そのため、それぞれが果たしうる役割を明確化、共有化し、相互に連携・協働しながら取組を推進します。

【国】

自殺対策を総合的に策定し、実施する。

【県】

自殺対策を県全体の取組として推進する。

広域的な啓発・体制整備・取組の展開、市町村・民間団体との連携・支援。

【町】

地域の特性に応じた取組を策定し、実施する。

住民の暮らしに密着した自殺対策を推進する。

【関係団体、民間団体、企業】

それぞれの活動内容の特性に応じて積極的に自殺対策に参画する。

【住民】

自殺は社会全体の問題であり、我が事であることを認識し、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現のため、主体的に自殺対策に取り組む。

(6) 自殺者等の名誉及び生活の平穏への配慮

国、県、市、民間団体などの自殺対策に関わる者は、自殺者及び自殺未遂者並びにそれらの者の親族等の名誉及び生活の平穏に十分配慮し、不当に侵害することのないよう、このことを共通認識とします。

4 数値目標

自殺総合対策大綱における国の自殺死亡率数値目標は、令和8年までに平成27年の18.5と比べて、30%以上減少となる13.0以下を目標としています。また、国の目標に準じて、福岡県の自殺対策計画では県計画（第2期）の最終年である令和9年までに、平成27年の17.8と比べて30%以上の減少となる12.0以下を目標としています。国・県の方針を踏まえながら、本町での自殺対策計画の目標値は、令和5年から令和9年までに国の目標値と同様13.0以下を目指します。

	目標値	現状値	備考（出典等）
鞍手町	令和５年から令和９年 までの５年間の 自殺者死亡率 13.0 以下	平成 30 年から令和 4 年 までの５年間の 自殺死亡率 16.42 自殺者 13 人・平均 2.6 人	厚生労働省「地域における 自殺の基礎資料」
全国	自殺死亡率 13.0 以下 （令和 8 年）	16.4（令和 2 年）	厚生労働省「人口動態統計」 平成 27 年（18.5）と比べて 30%以上の減少
福岡県	自殺死亡率 12.0 以下 （令和 9 年）	16.8（令和 3 年）	厚生労働省「人口動態統計」 平成 27 年（17.8）と比べて 30%以上の減少

当町の人口規模では、偶然変動の影響によって数値が不安定になる可能性があるため、単年の自殺死亡率ではなく、複数年の平均を用いています。

5 施策体系

本町の自殺対策は、国が定める「地域自殺対策政策パッケージ」において、全ての市町村が共通して取り組むことを推奨している５つの「基本施策」、本町における自殺の現状を踏まえてまとめた４つの「重点施策」、「生きる支援の関連施策」で構成されています。

基本理念 誰も自殺に追い込まれることのない鞍手町を目指して

基本施策

- 1 地域におけるネットワークの強化
- 2 自殺対策を支える人材の育成
- 3 住民への啓発と周知
- 4 生きることの促進要因への支援
- 5 未成年者の自殺対策の強化

重点施策

- 1 子ども・若者への支援
- 2 勤務・経営者への支援
- 3 高齢者への支援
- 4 生活困窮者・無職者等への支援

生きる支援の関連施策

様々な分野における「生きる支援」の関連事業・取組

第4節 自殺対策における取組み

1 基本施策

基本施策は、国が示した「地域自殺対策政策パッケージ」で、すべての市町村が共通して取り組むことが望ましいとしている施策群です。地域で自殺対策を進めるうえで、欠かすことができない取組となっています。

基本施策1 地域におけるネットワークの強化



自殺は、経済・生活問題、健康問題、家庭問題等、様々な要因が複雑に関係しています。自殺対策を推進するため、関係各課が連携・協力し、包括的に自殺対策を推進していきます。また、困難な課題を抱える人やハイリスク者を早期に把握するためにも、地域・関係機関・行政のネットワークづくりが重要なことから、連携の強化に取り組んでいきます。

関連する事業・評価

事業名	事業内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	担当課
鞍手町自殺対策 庁内連携会議	自殺の実態の共有と各関係課からの意見を踏まえた施策の検討、各施策の調整を行い、様々な分野から生きることの包括的支援の推進を目指します。	—	1回/年	関係課
鞍手町健康づくり 推進協議会	保健、医療、教育、地域団体等の関係機関からの意見を踏まえて地域の実態や課題、施策を総合的に検討し、地域全体で自殺対策事業に努めます。	—	1回/年	健康こども課 健康増進係
要保護児童対策 地域協議会	要保護児童等の早期発見及び早期対応、要支援児童や特定妊婦への適切な支援を実施するために、小中学校、幼稚園、保育所、児童相談所等の関係機関が連携し、各種調整や支援方針等を協議し、子どもの安全・安心な養育環境の確保を図ります。	5回/年	8回/年	健康こども課 子育て支援係
地域ケア会議	地域の高齢者が抱える問題について、自殺対策の視点も加え、多職種で連携し、個別支援の充実を図ります。地域支援ネットワークの構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等、推進していきます。	3回/年	5回/年	福祉人権課 地域包括支援 センター



基本施策 2 自殺対策を支える人材の育成

さまざまな悩みや生活上の困難を抱える人に対しての早期の「気づき」が重要です。住民や相談業務に従事する人などに対して、誰もが早期の気づきに対応できる人材の育成が重要であると考えます。自殺の危険を示すサインに気づき、適切に行動できるよう、必要な基礎的知識の普及を図ります。自殺の危険を示すサインに気づき、声をかけ、話を聞き、必要な相談支援につなぎ、見守る役割を担う人材（ゲートキーパー）の養成を進めます。

関連する事業・評価

事業名	事業内容	現状値 令和5年度	目標 令和11年度	担当課
職員向けゲートキーパー研修会	相談業務にあたる福祉人権課・健康こども課職員が、こころの健康への理解を深め、周りの人の異変に気づき、気づいた場合に適切に行動し、必要時に適切な相談機関につなぐことができるよう、ゲートキーパーを養成します。（「自治体職員向けゲートキーパー研修eラーニング」を視聴します）	—	令和7～11年累計 100人	福祉人権課 健康こども課
民生委員向けゲートキーパー研修会	民生委員に対して、地域のゲートキーパーとしての役割を担う人材を育成するために自殺対策に関する研修を実施します。	—	1回/年	福祉人権課 福祉人権係
認知症サポーター養成講座	認知症に関する正しい知識を持ち、地域や職場において認知症の人やその家族を支援する認知症サポーターを養成することにより、認知症の人やその家族が安心して暮らし続けることのできる地域づくりを推進します。	9回/年 121人	120人	福祉人権課 地域包括支援センター

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、必要な支援につなぎ、見守る）を図ることができる人のことです。自殺対策では、悩んでいる人に寄り添い、関わりを通じて「孤立・孤独」を防ぎ、支援することが重要です。1人でも多くの方にゲートキーパーとしての意識を持っていただき、専門性の有無にかかわらず、それぞれの立場でできることから進んで行動を起こしていくことが自殺対策につながります。

基本施策3 町民への啓発と周知



自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る」ことであるにもかかわらず、そのような危機に瀕した人の心情や背景は理解されにくいものです。誤った認識や偏見を払拭し、「命や暮らしの危機が迫った場合には、誰かに援助を求めるのは当然のこと」という考えが社会の共通認識となるよう環境を整備することが求められます。自殺に対する正しい認識の普及を図るため、自殺予防週間、自殺対策強化月間における自殺予防に関する内容の普及啓発や人権について理解促進を図ります。

関連する事業・評価

事業名	事業内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	担当課
広報紙での啓発	自殺予防週間（9月）や自殺対策強化月間（3月）に合わせて、町広報紙にこころの健康に関する情報を掲載し、自殺予防の普及啓発を行います。	2回/年	2回/年	健康こども課 健康増進係
ホームページでの啓発	ホームページにこころの健康や各種相談機関の情報を掲載し、自殺予防の普及啓発を行います。	—	1回/年 更新	健康こども課 健康増進係
人権週間の集い講演会	人権週間（12月）に合わせて、講演会を行い、人権について理解促進を図ります。	167人/年	170人/年	教育課 生涯学習係
男女共同参画講演会	「多様性を尊重する社会の整備」に向けて講演会を行い、男女共同参画について理解促進を図ります。	36人/年	40人/年	福祉人権課 福祉人権係



基本施策4 生きることへの促進要因への支援

自殺に追い込まれる危険性が高まるのは、「生きることの促進要因（自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等）」よりも「生きることの阻害要因（失業、多重債務、生活苦等）」が上回ったときといわれています。

自殺対策は、生きることの「阻害要因を減らす取組」に加え、生きることの「促進要因を増やす取組」を行うことが重要です。そのため、生きることの促進要因を増やすために、一人ひとりが健康で安心して過ごせる居場所や生きがいを感じられるように、活動づくり、孤独・孤立を感じさせない地域づくりに取り組みます。

関連する事業・評価

①相談体制の充実

事業名	事業内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	担当課
障がい者相談支援	障がい者やその家族の様々な相談に応じ、必要な情報の提供や助言等を行います。必要に応じ、直轄地区障がい者基幹相談支援センターの相談を紹介します。	実施	実施	福祉人権課 福祉人権係
地域包括支援センターでの相談支援	高齢者やその家族の介護や生活等様々な相談に応じ、必要な情報の提供や助言等を行います。また、高齢者等の権利擁護のための必要な援助を行います。	実施	実施	福祉人権課 地域包括支援センター
こころの健康相談	保健師等の専門職が本人及び家族の悩みや不安、ストレスの相談に応じます。必要に応じ、嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所のこころの健康相談（保健師・精神科医による個別相談）や関係機関を紹介します。	実施	実施	健康こども課 健康増進係

②妊産婦・子育て世代への支援

事業名	事業内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	担当課
こども家庭センター事業	全ての妊産婦、子育て世帯、子どもに対し、母子保健・児童福祉の両機能が連携し、切れ目のない一体的な相談・支援を行います。	実施	実施	健康こども課 子育て支援係 健康増進係
産婦健康診査	エジンバラ産後うつ病質問票等を用いて、母親に対する精神的なサポート、育児支援を行います。	—	実施	健康こども課 健康増進係
養育支援訪問事業	子育てに不安を抱えていたり、さまざまな支援を必要としている家庭に保健師等が訪問し、養育に関する指導、助言等を行うことにより、養育上の諸問題の解決、軽減を図ります。	57人/年	実施	健康こども課 健康増進係
地域子育て支援拠点事業	親子が一緒に遊べる場所を提供し、子育てに関する不安等の相談・支援を行います。子育てに関する情報提供、子育て講座を行います。	666人/年	1,000人/年	健康こども課 健康増進係
子ども支援オフィスによる支援	子育ての心配事や貧困の状況にある又は貧困の状況に陥るおそれのある子ども及び保護者に相談支援を行い、関係機関と連携しながら包括的な支援を提供します。	実施	実施	健康こども課 子育て支援係

③居場所づくり支援

事業名	事業内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	担当課
一般介護予防事業 介護予防普及啓発 事業（ふれあい教室・ 介護予防運動教室）	ふれあい教室では地域の老人ク ラブやサロンにおいて、健康づく りや介護予防の講話を実施して います。介護予防運動教室では教 室に参加し、フレイル予防、運動 機能の向上を図ります。参加者同 士の交流を通じ、閉じこもり防止 を図ります。	ふれあい教室（弁当あり） 6回/年参加者 87 人 ふれあい教室（弁当なし） 2回/年参加者 48 人 介護予防運動教室 201 回/年 参加者 4,527 人 （6 教室）	介護予防運動 教室参加者 4,600 人	福祉人権課 地域包括支 援センター
認知症カフェ	認知症の当事者、家族等が地域 住民同士の交流を図り、安心し て過ごせる居場所づくりを目指 します。	22 回/年 参加者 244 人	参加者 250 人	福祉人権課 地域包括支 援センター

④ 楽しみ・生きがいがづくり支援

事業名	事業内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	担当課
一般介護予防事業 地域介護予防活動 支援事業（介護予防 サポートポイント事 業）	セルフサポート活動は、運動教室等の 介護予防活動に参加した人にポイン トを付与、地域貢献サポート活動は、 通いの場等でボランティア活動に参 加した人にポイントを付与し、地域介 護予防活動を支援します。	セルフサポート 参加者 256 人 地域貢献サポ ート参加者 76 人	セルフサポート 参加者 260 人 地域貢献サポ ート参加者 80 人	福祉人権課 地域包括支 援センター
スポーツ交流大会	グランドゴルフ等のスポーツ交流大 会を開催し、高齢者の健康の保持増 進、親睦を深める機会とします。	5 回/年 参加者 273 人	参加者 280 人	老人クラブ 連合会主催 （福祉人権課 高齢者支援係）
自主サークル活動	公民館の自主サークルの活動を支援 し、仲間づくりや世代交流、生きが いづくりを促進します。	実施	実施	教育課 生涯学習係

基本施策5 児童生徒の SOS の出し方に関する教育



令和4年10月に策定された新しい自殺対策大綱では、学校において、児童生徒が命の大切さ・尊
さを実感できる教育や、SOS の出し方に関する定期的な教育を含めたさまざまな困難・ストレスへの
対処方法を身に付けるための教育、精神疾患への正しい知識や適切な対応を含めた心の健康の保持
に係る教育をさらに推進するとともに、児童生徒の生きることの促進要因を増やすことを通じて自
殺対策に資する教育の実施に向けた環境づくりを進めるとしています。

児童生徒が困難やストレスに直面した際、心理的な抵抗を感じることなく、信頼できる大人に助
けを求めることができるよう、学校教育活動の一環として自殺予防のための SOS の出し方に関する
教育を推進していきます。

関連する事業・評価

事業名	事業内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	担当課
SOS の出し方に関する教育	児童生徒が命の大切さや尊さを実感できる教育や SOS の出し方に関する教育、様々な困難やストレスへの対処法を身に付ける教育を推進するとともに、相談窓口に関する情報の発信を行います。	—	1 回/年	教育課 学校教育係
生活・いじめアンケートの実施	各小中学校において生活・いじめアンケートを毎月実施し、職員間の情報共有やいじめの未然防止、早期発見、早期対応に努めます。	11 回/年	11 回/年	教育課 学校教育係
児童生徒の相談窓口の周知	「きもちよりそうライン@ふくおかけん」「24 時間子供 SOS ダイアル」等を記載したカード等を配布し、相談先の情報を周知します。	1 回/年 周知	1 回/年 周知	教育課 学校教育係
スクールカウンセラー配置	心理分野の専門家であるスクールカウンセラーを配置し、児童生徒、教職員、保護者との教育相談を行います。	482 延件/年	500 延件/年	教育課 学校教育係
スクールソーシャルワーカー配置	社会福祉に関する専門的な知識を持つスクールソーシャルワーカーを配置し、課題を抱える児童生徒に対して、各関係機関と連携した包括的な支援を行います。	1,380 延件/ 年	1,400 延件/ 年	教育課 学校教育係
教育支援センター（適応指導教室）における支援	不登校の児童生徒に対し、学校生活への適応を図り、将来的な社会自立に向けて支援します。	10 人/年	配置	教育課 学校教育係
こども・若者の居場所づくり	こども・若者が穏やかに過ごせるよう「こども食堂」などの活動を通して、地域住民の居場所づくりを支援します。	2 か所	3 か所	健康こども課 子育て支援係
就学支援事業	経済的理由により就学が困難と認められる児童生徒の保護者を対象に、学用品や給食費等の一部を援助します。	253 件/年	実施	教育課 学校教育係

2 重点施策

重点施策は、国が作成する鞍手町の「地域自殺実態プロファイル」に基づくものです。優先される対象を重点施策として位置づけ、取り組むこととします。

重点施策1 子ども・若者への支援



平成30年以降、全国の小中高生の自殺者が増え、令和4年には過去最多となり、若年層への自殺対策が課題となっています。本町の性・年代別自殺者割合（平成30年～令和4年の合計）では、30歳代男性が福岡県、全国より極めて高くなっています（図表59）。家庭環境の多様化・複雑化、核家族化等、人間関係の希薄化や社会の大きな変化により子ども・若者の困りごとや悩みは多様化しています。児童生徒自身が困難やストレスに直面した際に、自ら信頼できる大人に相談できるよう今後も継続的に取り組む必要があります。また、令和4年10月に策定された新しい国の自殺総合対策大綱において、子ども・若者の自殺対策をさらに推進することは、引き続き重点施策の一つとして位置づけられており、本町においても児童生徒・若者への自殺対策を推進していきます。

関連する事業・評価

事業名	事業内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	担当課
【再掲】 SOSの出し方に関する教育	児童生徒が命の大切さや尊さを実感できる教育やSOSの出し方に関する教育、様々な困難やストレスへの対処法を身に付ける教育を推進するとともに、相談窓口に関する情報の発信を行います。	—	1回/年	教育課 学校教育係
【再掲】 生活・いじめアンケートの実施	各小中学校において生活・いじめアンケートを毎月実施し、職員間の情報共有やいじめの未然防止、早期発見、早期対応に努めます。	11回/年	11回/年	教育課 学校教育係
【再掲】 児童生徒の相談窓口の周知	「きもちよりそうライン@ふくおかけん」「24時間子供SOSダイヤル」等を記載したカード等を配布し、相談先の情報を周知します。	1回/年 周知	1回/年 周知	教育課 学校教育係
【再掲】 スクールカウンセラー配置	心理分野の専門家であるスクールカウンセラーを配置し、児童生徒、教職員、保護者との教育相談を行います。	482延件/年	500延件/年	教育課 学校教育係
【再掲】 スクールソーシャルワーカー配置	社会福祉に関する専門的な知識を持つスクールソーシャルワーカーを配置し、課題を抱える児童生徒に対して、各関係機関と連携した包括的な支援を行います。	1,380延件/年	1,400延件/年	教育課 学校教育係
【再掲】 教育支援センター（適応指導教室）における支援	不登校の児童生徒に対し、学校生活への適応を図り、将来的な社会自立に向けて支援します。	10人/年	配置	教育課 学校教育係
【再掲】 こども・若者の居場所づくり	こども・若者が穏やかに過ごせるよう「こども食堂」などの活動を通して、地域住民の居場所づくりを支援します。	2か所	3か所	健康こども課 子育て支援係
【再掲】 就学支援事業	経済的理由により就学が困難と認められる児童生徒の保護者を対象に、学用品や給食費等の一部を援助します。	253件/年	実施	教育課 学校教育係

重点施策 2 勤務・経営者への支援



労働者や経営者は、過重労働、職場の人間関係、経営不振等、様々な要因で悩みを抱え、心身の健康を損ないやすいとされています。本町の自殺の者のうち、有職者の割合は約5割となっています。町内には、従業員30人未満の小規模事業所が563か所あり、全体の約90%を占めています（令和3年経済センサス-活動調査）。本町でも職域や各事業所と連携を図り、勤務環境や労働環境の多様化に対応できるよう産業保健など関係機関と協力しながら、勤務者・経営者の対策に取り組んでいく必要があります。

関連する事業・評価

事業名	事業内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	担当課
ホームページでの啓発	ホームページで、労働問題に関する様々な悩みに対応する相談窓口（労働局、県労働相談センター、法テラス等）やこころの健康や各種相談機関の情報を掲載します。	—	1回/年更新	健康こども課 健康増進係
中小企業セーフティネット保証事業	中小企業に対して経営安定関連保証による事業資金の融資を支援します。認定申請に際し、企業の経営状況を把握し、経営難に陥り自殺のリスクの高まっている経営者を適切な支援先へと繋げます。	実施	実施	産業振興課 商工振興係
職員の健康管理	職員の心身の健康を保持するため、ストレスチェックを行い、必要時、医療機関受診の情報提供を行います。	1回/年	1回/年	総務課 人事庶務係
ホームページで「若者サポートステーション」の周知	ホームページで、働くことに悩みを抱えている人、一歩を踏み出したい人を支援する「若者サポートステーション」の個別相談、各種セミナー、就労体験等の周知を行います。	—	1回/年更新	健康こども課 健康増進係
ホームページで「福岡産業保健総合支援センター」の周知	ホームページで小規模事業所の福岡産業保健総合支援センターの活用について周知します。 ※地域産業保健センターでは、労働者数50人未満の小規模事業場に対し、労働安全衛生法に定められた健康診断結果に基づく医師からの意見聴取、保健指導等の産業保健サービスを無料で提供している。	—	1回/年更新	健康こども課 健康増進係



重点施策 3 高齢者への支援

高齢者は、配偶者や家族との死別、離別、身体疾患等をきっかけに、孤立や介護、生活困窮等の複数の問題を抱える可能性があります。また、地域とのつながりが希薄であると問題の把握が遅れ、自殺のリスクが高まる恐れもあります。寿命の延伸、ライフスタイルの変化により、高齢世帯、高齢者単身世帯が増加しており、家族や地域との関係の希薄化の進行や社会的な孤立に悩む高齢者が一層

増加することが考えられます。そのため、地域包括ケアシステムや地域共生社会の実現等の施策と連動した事業の展開を図ることや、高齢者の孤立・孤独を防ぐための居場所づくり、社会参加の促進等の支援が求められます。

関連する事業・評価

事業名	事業内容	現状値 令和5年度	目標値 令和11年度	担当課
【再掲】 地域ケア会議	地域の高齢者が抱える問題について、自殺対策の視点も加え、多職種で連携し、個別支援の充実を図ります。地域支援ネットワークの構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等、推進していきます。	3回/年	5回/年	福祉人権課 地域包括支援センター
高齢者ネットワーク推進事業	高齢者相互支援活動員を各老人クラブに配置し、一人暮らしの高齢者等で支援が必要な高齢者宅を訪問し、日常生活の援助、話し相手・相談相手になる等の支援を行います。	45人/年	50人/年	老人クラブ 連合会主催 (福祉人権課高齢者支援係)
愛の一声運動	一人暮らしの高齢者等の居宅を老人クラブ会員が訪問し、話し相手になることにより、孤独感等から解放されるよう支援を行います。	2,195人/年	2,100人/年	老人クラブ 連合会主催 (福祉人権課高齢者支援係)
配食サービス事業	ひとり暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯で調理が困難な高齢者等に対して、定期的に居宅を訪問して栄養のバランスのとれた食事を提供し、利用者の安否確認を行います。	利用者月平均 67人 利用延回数 16,632回	利用者 月平均 95人 利用延 回数 18,000回	福祉人権課 高齢者支援係
福祉緊急通報システム事業	ひとり暮らしの高齢者や重度身体障がい者等に対し、緊急通報装置を貸与し、24時間体制で緊急時の対応を行います。月1回の電話による安否確認や利用者からの相談等にも応じます。	25人/年	30人/年	福祉人権課 高齢者支援係
【再掲】 一般介護予防事業 介護予防普及啓発事業（ふれあい教室・介護予防運動教室）	ふれあい教室では地域の老人クラブやサロンにおいて、健康づくりや介護予防の講話を実施しています。介護予防運動教室では教室に参加し、フレイル予防、運動機能の向上を図ります。参加者同士の交流を通じ、閉じこもり防止を図ります。	ふれあい教室(弁当あり) 6回/年参加者87人 ふれあい教室(弁当なし) 2回/年参加者48人 介護予防運動教室 201回/年 参加者4,527人 (6教室)	介護予防 運動教室 参加者 4,600人	福祉人権課 地域包括支援センター
【再掲】 認知症カフェ	認知症の当事者、家族等が地域住民同士の交流を図り、安心して過ごせる居場所づくりを目指します。	22回/年 参加者244人	参加者 250人	福祉人権課 地域包括支援センター
家族介護教室	介護者が介護の知識や技術について学んだり、介護者が悩みを共有したり、情報交換を行う機会とし、介護家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。	2事業所/年 参加者35人	5事業 所/年 参加者 100人	福祉人権課 高齢者支援係
ふれあい・いきいき サロン支援事業	公民館等でレクリエーション等を実施しているサロン活動の支援を行い、地域コミュニティの活性化を図ります。	実施	実施	社会福祉 協議会

重点施策 4 生活困窮者・無職者等への支援



生活困窮者はその背景として、虐待、性暴力被害、依存症、性的少数者、知的障がい、発達障がい、多重債務、労働、介護など、多様かつ広範な問題を複合的に抱えることが多く、社会的に孤立しやすい傾向にあります。社会的に孤立した生活困窮者が地域の人とつながりを持つことにより、生きることの促進要因となり、自殺リスクを抱える人は支援を受けられる機会が広がります。生活困窮者や生活困窮状態に陥る可能性のある人が自殺に至らないよう、包括的な生きる支援としての対策を推進していきます。

関連する事業・評価

事業名	事業内容	現状値 令和5年度	目標 令和11年度	担当課
【再掲】 こころの健康相談	保健師等の専門職が本人及び家族の悩みや不安、ストレスの相談に応じます。必要に応じ、嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所のこころの健康相談（保健師・精神科医による個別相談）や関係機関を紹介します。	実施	実施	健康こども課 健康増進係
生活困窮者自立 支援事業	経済的に困窮したり、生活上の困りごとを抱える人を対象に、その早期の自立をめざして、自立相談支援、家計改善支援、就労準備支援事業、住宅確保給付金支給を行う「生活困窮者自立支援事業」を紹介します。	実施	実施	福祉人権課 福祉人権係
生活保護に関する 相談	相談者やその家族が抱える問題を把握し、ケースワーカーや関係機関と連携を行います。	実施	実施	福祉人権課 福祉人権係
納税相談	病気や失業等やむを得ない理由で、滞納に至り期限内納付が困難な方に対して、税金の納税相談に応じ、無理のない納税計画等を提案します。必要時には、各種相談窓口を紹介し、支援を行います。	実施	実施	税務保険課 収納係
国民健康保険税 納税相談	病気や失業等やむを得ない理由で、滞納に至り期限内納付が困難な方に対して、保険税の納税相談に応じ、無理のない納税計画等を提案します。必要時には、各種相談窓口を紹介し、支援を行います。	実施	実施	税務保険課 収納係
水道料金等徴収 相談	病気や失業等やむを得ない理由で、滞納に至り期限内納付が困難な方に対して、水道料金等の納付相談を行う中で、無理のない納付計画等を行います。必要時には、各種相談窓口を紹介し、支援を行います。	実施	実施	上下水道課 上水道庶務係
ひとり親家庭等 医療費支給事業	申請手続き時に保護者と面談し、心配事や不安の相談に応じます。 ひとり親家庭等の経済的負担を軽減するために、医療費の一部を助成する制度です。	対応件数 537 件	実施	税務保険課 保険年金係
児童扶養手当支給 事業	申請手続き時に保護者と面談し、心配事や不安の相談に応じます。 ひとり親家庭等の経済的負担の軽減するために、児童扶養手当を支給する制度です。	161 人 (3・4 月分)	実施	健康こども課 子育て支援係

【再掲】 子ども支援オフィスによる支援	子育ての心配事や貧困の状況にある又は貧困の状況に陥るおそれのある子ども及び保護者に相談支援を行い、関係機関と連携しながら包括的な支援を提供します。	実施	実施	健康こども課 子育て支援係
【再掲】 就学支援事業	経済的理由により就学が困難と認められる児童の保護者を対象に、学用品や給食費等の一部を援助します。	253 件/年	実施	教育課 学校教育係
無料法律相談	弁護士が相続や離婚、借金、法律上の諸問題等に関する相談を受け、助言等を行っています。	1 回/月 81 件/年	1 回/月 100 件/年	福祉人権課 福祉人権係
心配ごと相談	行政相談委員が人権や行政の手続き等に関する相談を受け、助言等を行っています。	1 回/月 6 件/年	1 回/月 10 件/年	福祉人権課 福祉人権係
生活福祉資金貸付事業	低所得者等の自立と、安定した生活を目的にした貸付資金制度です。	実施 33 件/年	実施	社会福祉 協議会
生活福祉資金一時生活資金貸付事業	生活保護法に基づく保護の申請を行い、扶助費が給付されるまでの生活に支障のある恐れがある方に対して行う、少額の一時的な貸付です。	実施 0 件/年	実施	社会福祉 協議会

3 生きる支援の関連施策

	事業名	「生きる支援」の事業内容
福祉人権係	手帳申請手続き (身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳)	手帳申請手続き時に当事者や家族と面談し、心配事や不安の相談に応じます。 ※障がいのある人が福祉サービスや支援を受けるための手帳です。
	自立支援医療申請手続き (更生医療・育成医療・精神通院医療)	自立支援医療申請手続き時に当事者や家族と面談し、心配事や不安の相談に応じます。 ※身体障がい者、精神疾患通院治療中の人の経済的負担の軽減するために、医療費の一部を助成する制度です。
	障がい福祉サービスの手続き	福祉サービスの手続き時に当事者や家族と面談し、心配事や不安の相談に応じます。 ※障がい者・児を対象に障がいの程度に応じて、介護給付、訓練等給付、障がい児通所支援給付サービスを提供します。
	福祉のしおりの情報掲載	福祉のしおりに様々な相談先情報を掲載します。
健康増進係・子育て支援係	基本健診・特定健診	町民の生活習慣病の発症、重症化を予防するため、基本健診(18～39歳)、特定健診(40～74歳の国民健康保険加入者)を実施します。
	がん検診事業	がんの早期発見・早期治療のため、がん検診を実施します。
	健診結果に基づく保健指導	基本健診、特定健診、がん検診の結果に基づき、保健師・栄養士等による保健指導や治療が必要な人に医療機関の受診勧奨を行います。こころの健康に関連する睡眠や飲酒量に問題が生じていないか確認し、健康問題からくる不安や悩みに対する相談を受け、必要に応じ医療機関の情報提供を行います。
	食生活改善推進員協議会事業	健康・栄養に関する実習や講習会、各種料理教室等を開催し、バランスのとれた食生活と生活習慣病予防の普及活動を促進します。
	健康・食に関する普及啓発事業	広報誌にて健康週間に関するテーマや「食進会おすすめのメニュー」を掲載し、心身の健康を支援します。
	母子健康手帳交付時の面談	母子健康手帳交付時に、助産師または保健師が妊婦一人ひとりと面談し、妊娠・出産に関する相談に応じ、安心して出産・育児に臨めるよう支援します。

	妊娠 8 か月時の面談	妊娠 8 か月時に助産師または保健師が妊婦一人ひとりと面談し、妊娠・出産に関する相談に応じ、安心して出産・育児に臨めるよう支援します。
	新生児訪問 (乳児家庭全戸訪問事業)	生後 4 か月までの乳児のいるすべての家庭を全戸訪問し、児の発育・発達を確認するとともに、育児に関する様々な相談に応じ、子育て支援に関する情報提供等を行います。養育環境を把握し、産後の育児不安や育児ストレス等を早期に発見し、適切な支援を行い、育児負担の軽減に努めます。
	産後ケア事業	産後の心身の回復や育児不安の解消を目的に、育児支援を必要とする母子に対して、医療機関等で専門職によるケアを行い、身体的回復と心理的な安定を促進します。
	乳幼児健診事業	4 か月、7 か月、12 か月、1 歳 6 か月、3 歳児健診を実施します。身体測定や小児科医診察、保健師・栄養士等による相談・指導を行います。疾患を早期に発見し、療育等が必要な児については関係機関につなぎます。関係機関と連携して支援することで、乳幼児の健やかな成長を促し、保護者の育児不安の軽減を図ります。
	妊婦のための支援給付事業	全ての妊婦・子育て世帯が安心して出産・子育てができるよう、妊娠期から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要な支援につなぐ伴走型相談支援とともに、妊娠届出や赤ちゃん訪問を行った妊産婦に対し、それぞれ 5 万円を給付し経済的支援を行います。
	保育所に関する相談事業	入所に関する手続き時や保育所で保護者と面談し、子育てに関する不安等の相談・支援を行い、必要時、関係機関につなぎます。
	放課後児童健全育成事業	放課後児童クラブ職員と連携し、不安や悩みを抱えた子どもや保護者の相談に応じ、必要に応じて関係機関につなぎます。
	特別児童扶養手当の申請手続き	申請手続き時に当事者や家族と面談し、心配事や不安の相談に応じます。 ※20 歳未満の障がいのある児童を養育している養育者に支給される手当です。
課税係・保険年金係	障がい基礎年金申請手続き	申請手続き時に当事者や家族と面談し、心配事や不安の相談に応じます。 ※国民年金の被保険者が一定の障がいの状態になった時に年金が支給されます。
	産前産後の国民健康保険税軽減申請手続き	申請手続き時に当事者や家族と面談し、心配事や不安の相談に応じます。 ※産前産後の国民健康保険税が軽減されます。
安心安全係	消防との連携事業	自殺未遂や自殺危機に直面した際の対応等について、情報共有を図ります。
農業振興係	新規就農者育成総合対策事業	次世代を担う農業者となることを志向する者に対し、就農前の研修を後押しする資金【就農準備資金（2 年以内）】及び就農直後の経営確立を支援する資金【経営開始資金（3 年以内）】を交付します。
	農地移動適正化あっせん事業	農用地等を売りたい貸したい人と、買いたい借りたい人を結びつけ、農地の流動化を進めます。
生涯学習係	生涯学習講座	講座を通して、学んだことを自己の生活に生かし、生きがいがいつりにつながるよう支援します。

参考 自殺総合対策大綱

第１ 自殺総合対策の基本理念

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

自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる

阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等

促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

第２ 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

自殺は、その多くが追い込まれた末の死である

年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はいまだ続いている

新型コロナウイルス感染症拡大の影響を踏まえた対策の推進

地域レベルの実践的な取組を PDCA サイクルを通じて推進する

第３ 自殺総合対策の基本方針

1. 生きることの包括的な支援として推進する
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
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
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する
6. 自殺者等の名誉及び生活の平穩に配慮する

第４ 自殺総合対策における当面の重点施策

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気付きと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に関わる人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する
12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する
13. 女性の自殺対策を更に推進する

第5章

計画の推進

第5章 計画の推進

1 関係機関との連携の強化

本計画を推進するにあたっては、町民一人ひとりが日常生活の中で、積極的に取り組んでいけるよう、支援体制を整えていかなければなりません。そのため、地域や町等が、それぞれの役割を理解し、連携・協働しながら一人ひとりの健康づくりを支え、地域全体で推進していくことが大切です。事業の効率的な実施を図る観点から、医師会や歯科医師会、医療機関や保育園、学校、食生活改善推進員、庁内関係課等の関係機関、関係団体と連携して取組を広げていきます。

2 計画の進行管理と評価

本計画を効果的に推進するため、PDCA サイクル（Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Action（改善））に基づく進行管理を行い、関係団体等の代表者により構成されている鞍手町健康づくり推進協議会へ進捗状況を報告しながら進めていきます。

第1期鞍手町健康増進計画

第2期鞍手町自殺対策計画

発行年月：令和7年3月

発行：鞍手町

編集：鞍手町健康こども課

〒 807-1392

福岡県鞍手郡鞍手町大字小牧 2080 番地 2

TEL:0949-42-2117

FAX 0949-42-5693

<https://www.town.kurate.lg.jp>