

令和2年度 第2回 上越市健康づくり推進協議会

と き 令和3年2月10日(水)

ところ 上越市役所木田第1庁舎401会議室

上越市健康づくり推進協議会 委員名簿

(任期：平成31年4月1日～令和3年3月31日)

(敬称略・順不同)

委員名	所属等	選出区分
林 三 樹 夫	一般社団法人 上越医師会 理事	医療関係団体
高 橋 慶 一	一般社団法人 上越医師会 会長	
山 岸 公 尚	一般社団法人 上越歯科医師会	
上 野 憲 夫	一般社団法人 上越薬剤師会 理事	
上 野 光 博	上越教育大学 保健管理センター所長	学識経験者
高林知佳子	新潟県立看護大学 准教授	
田 中 公 彦	柔道整復師	公募市民
篠 田 奈 穂	理学療法士	
山 田 洋 子	上越地域振興局 健康福祉環境部 地域保健課長	関係行政機関
早 川 義 裕	上越市教育長	
星 野 詩 子	公益社団法人 新潟県栄養士会 上越支部 支部長	民間団体
橋 爪 隆 之	直江津電子健康保険組合 常務理事	
保 坂 正 人	上越地域居宅介護支援事業推進協議会	
平野恵美子	新潟県立有恒高等学校 養護教諭	教育関係団体
小 澤 裕	上越市小中学校PTA連絡協議会 副会長	
中 戸 賢 裕	上越市私立幼稚園連盟 会長	

令和2年度第2回上越市健康づくり推進協議会次第

と き 令和3年2月10日（水）午後7時～8時30分
と ころ 上越市役所木田第1庁舎 401会議室

1 開 会

2 あいさつ

3 議 題

(1) 保健活動の取組状況と令和3年度の方向性について

(2) その他

4 閉 会

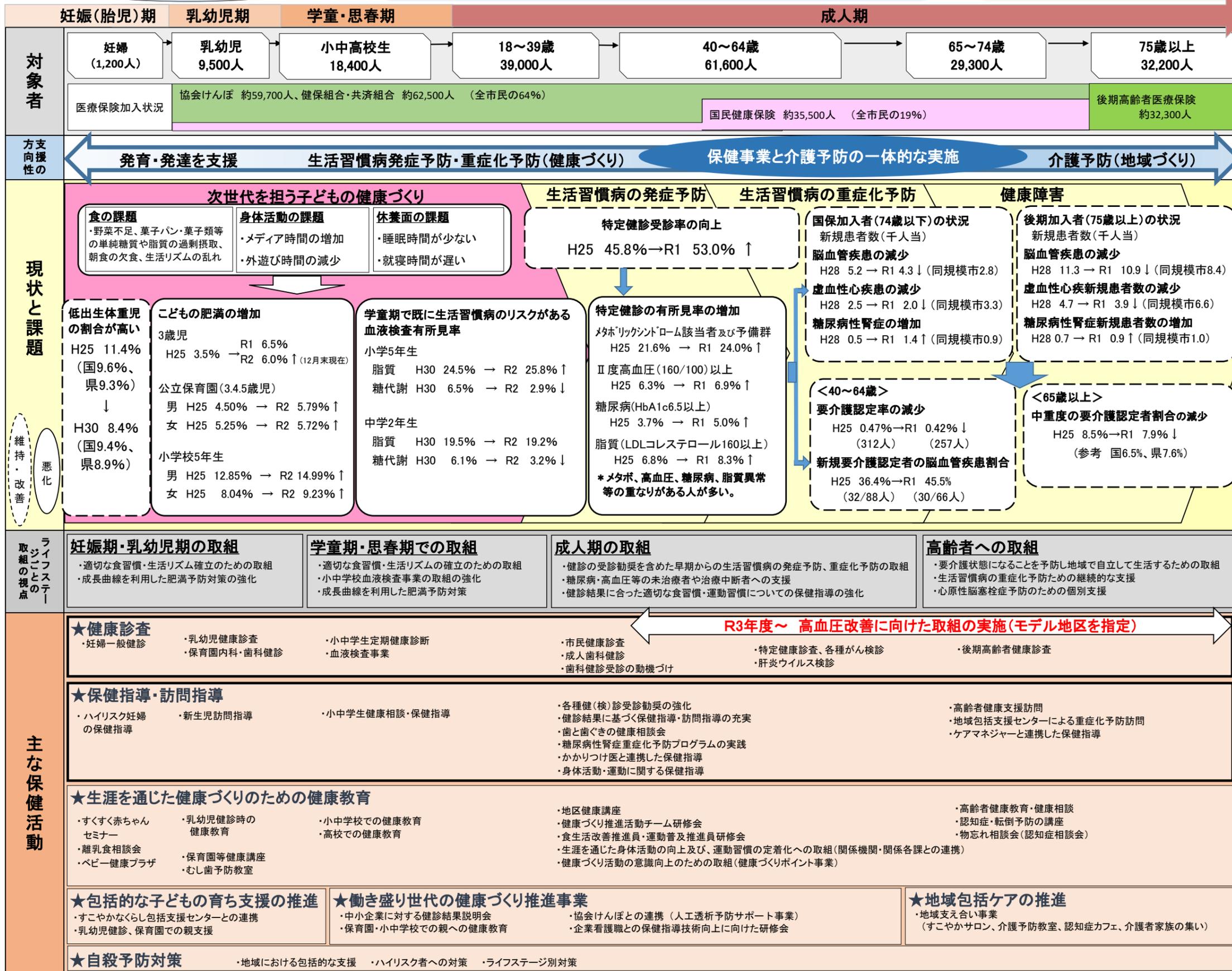
上越市健康増進計画改定版に基づく保健活動

資料1

『すこやかなまち』への取組
～人と地域が輝く上越～

◆重点施策◆
上越市健康増進計画に基づき、市民のこころと体の健康の維持・増進を図る

◆上越市健康増進計画の基本方針◆
『健康寿命の延伸』と『健康格差の縮小』



市民

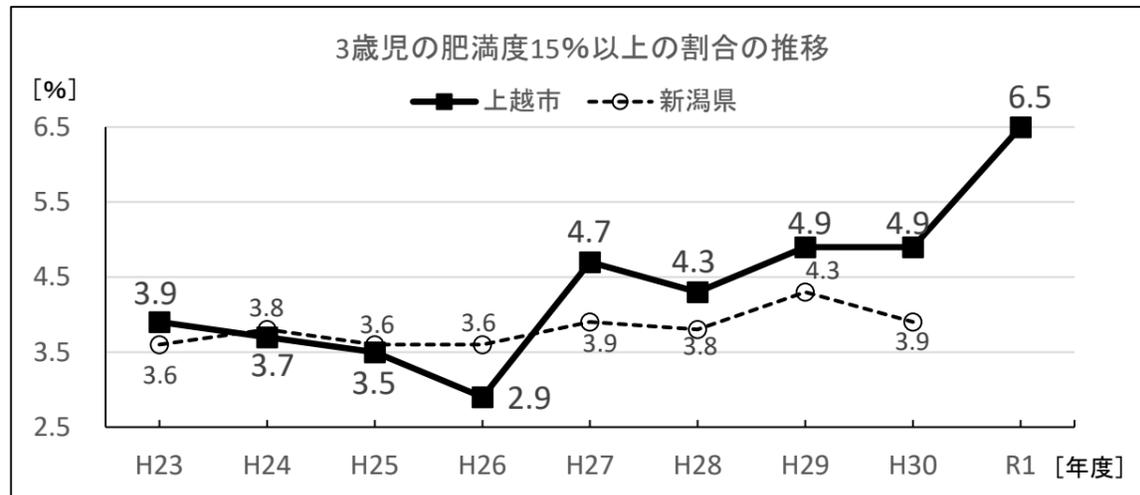
自分のことを自分でできる自立した生活を目指して

当市の保健活動

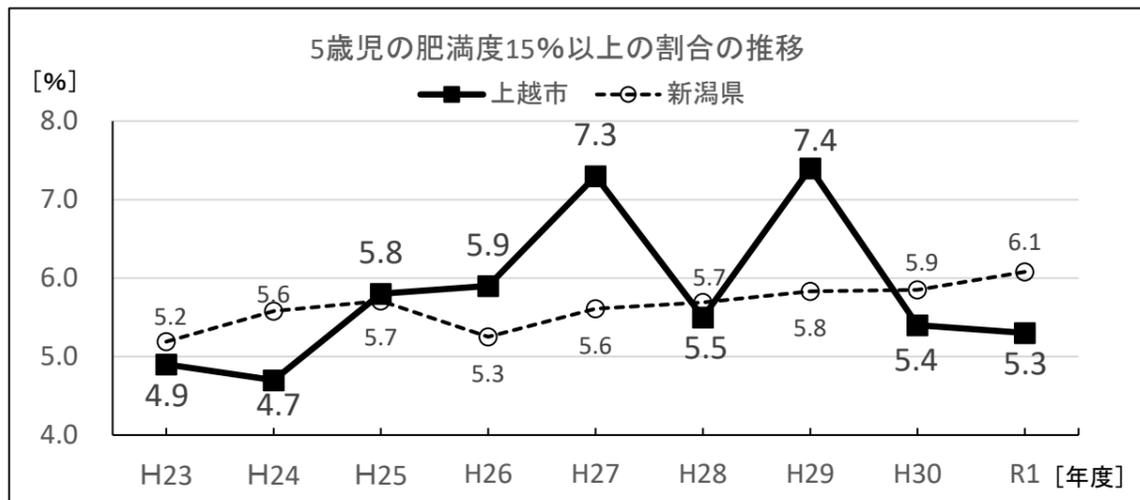
生活習慣の改善や受診勧奨等に向けた保健指導により予防可能な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎臓病)への対策を実施し、**早世・障害を予防する**

こどもの肥満の状況と今後の対策

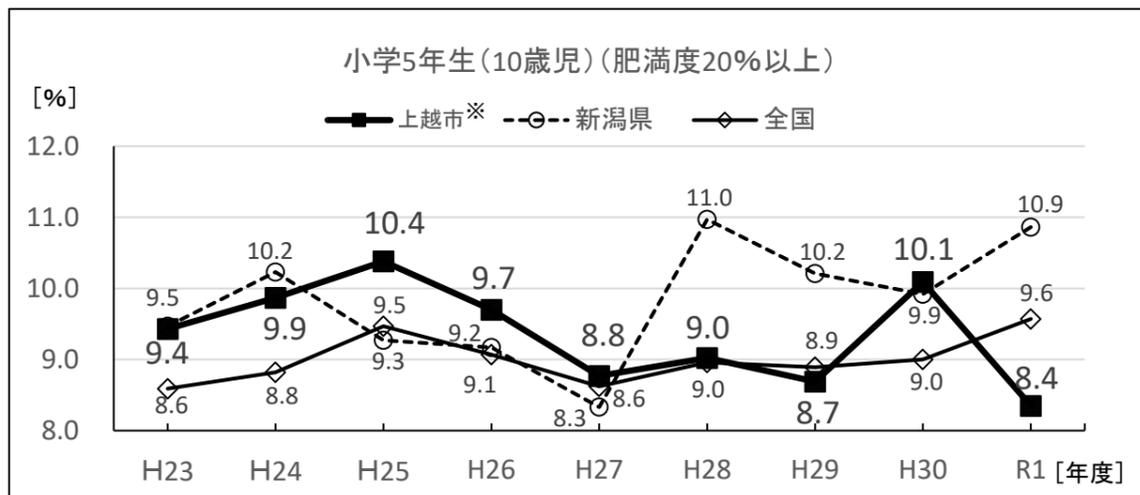
1 3歳児の肥満度15%以上の割合が増加傾向



出典：母子保健の現況



出典：新潟県小児肥満等体格調査



出典：学校保健統計調査（文部科学省）、*定期健康診断に基づく肥満傾向児児童生徒調査票

2 3歳児の肥満改善を目指した乳幼児健診での取組（平成30年度～）

- 各健診において身体計測の結果を身長体重曲線に記入し、肥満度の変化を保護者と共有する。
- 肥満度15%以上の児や急激な体重増加がある児に対して、個別保健指導を実施。
- 1歳児健診及び1歳6か月児健診において、集団指導の内容に肥満予防を盛り込む。

3 保健指導の効果と課題

(1) 幼児健診で保健指導を受けた児は、3歳児健診時点での肥満が抑えられている

(R1年とR2年の4～12月の健診受診分で比較)

- R1年から1歳6か月児健診以降に肥満度15%以上だった児の保護者への保健指導を強化した。
- 1歳6か月児健診で肥満度15%以上だった児が、3歳児健診でも肥満度15%以上である割合が、昨年と比べて減少している。

	3歳児健診受診年度	
	R1	R2
1歳6か月児健診で肥満度15%以上だった児	30人	44人
うち3歳児健診でも肥満度15%以上の児	18人	18人
(割合)	60.0%	40.9%

(2) 1歳6か月児健診で肥満度15%未満であったが、3歳児健診で肥満度15%以上になった児の人数が多い

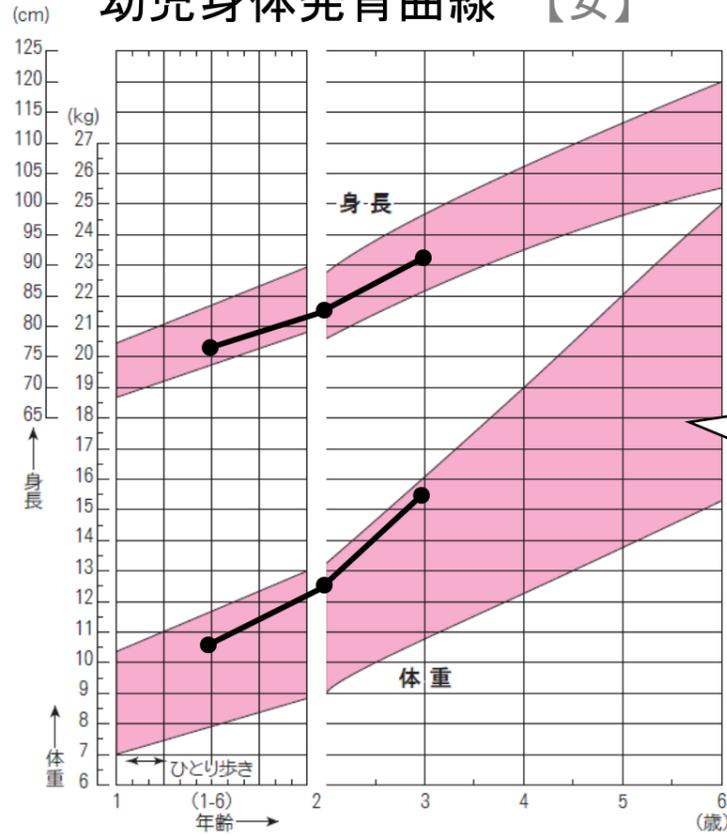
	R2
3歳児健診で肥満度15%以上だった児	38人
1歳6か月児健診で15%未満	20人
1歳6か月児健診で15%以上	18人

4 今後の対策

- 身長や体重の伸びや肥満度を保護者と確認し、個々の生活に合わせた保健指導を継続する。
- 保護者に教材等を使用して、子どもの発育の見通しを理解してもらい、体重増加時に生活を振り返る意識づくりをしていく。

保健指導教材例①

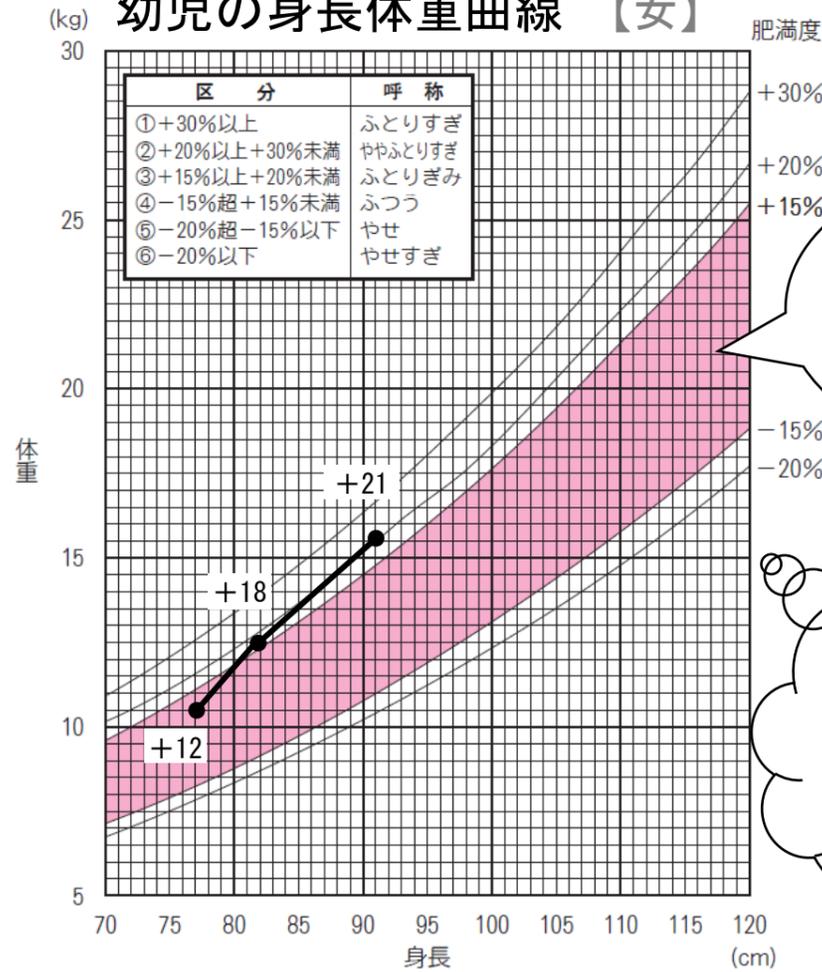
幼児身体発育曲線【女】



Aさんの場合

身長・体重ともに帯の中に入っている。

幼児の身長体重曲線【女】



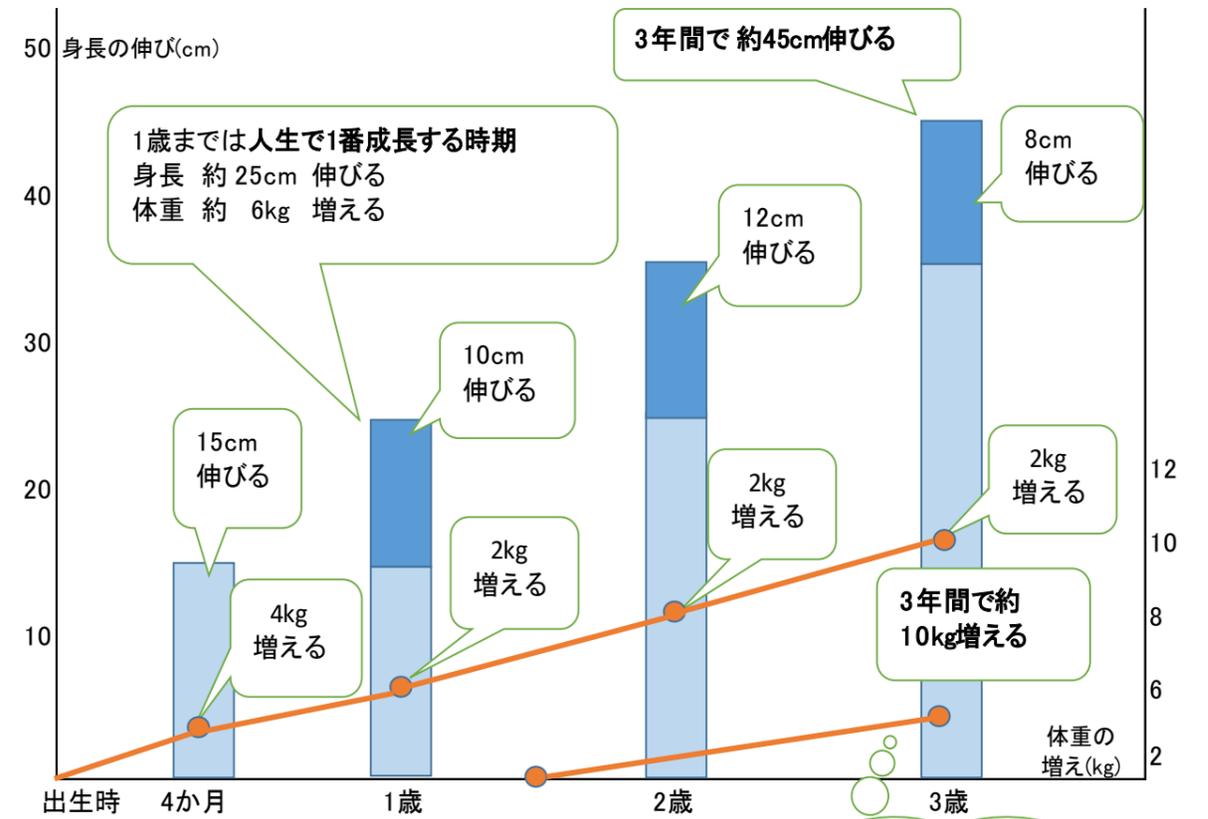
急激な肥満度の上昇が一目でわかる。

幼児健診では、両方の曲線で確認することを勧めています。

保健指導教材例②

子どもの体重・身長の伸びを見てみましょう(0歳～4歳未満)

生まれた時の体重・身長はみんな違いますので、お子さんなりの伸びをしているか見てください。体重や身長を測ったら、母子健康手帳の成長曲線上にも記入し、伸び方を見てみましょう。伸びていない時、あるいは伸び過ぎている時は、栄養の過不足がないかなど保健師や栄養士に相談してみましょう。



就園後の肥満児の多くに、1歳6か月から3歳までに4kg以上の急激な体重増加がみられました。

1. 血液検査実施状況

・血液検査実施率は、中学校は増加しているが、小学校は減少している。

小学校	血液検査実施状況			血液検査結果		
	対象者数	実施者数（実施率）		要生活指導者数（率）	要精検者数（率）	
		脂質検査	糖代謝検査		脂質検査	脂質検査
R1	1,603	1,357 (84.7%)	1,018 (63.5%)	317 (23.4%)	95 (7.0%)	71 (7.0%)
R2	1,508	1,262 (83.7%)	929 (61.6%)	241 (19.1%)	84 (6.7%)	27 (2.9%)

中学校	血液検査実施状況			血液検査結果				
	対象者数	実施者数		要生活指導者数（率）		要精検者数（率）		
		脂質・貧血検査	糖代謝検査	脂質検査	貧血検査	脂質検査	貧血検査	糖代謝検査
R1	1,443	1,081 (74.9%)	694 (48.1%)	144 (13.3%)	39 (3.6%)	58 (5.4%)	52 (4.8%)	42 (6.1%)
R2	1,555	1,234 (79.4%)	781 (50.2%)	150 (12.2%)	32 (2.6%)	87 (7.1%)	53 (4.3%)	25 (3.2%)

2. 精密検査受診状況（R3年1月現在）

・精密検査受診率は、小・中学校ともに減少している。
 ・精密検査の結果、小学校では約6割、中学校では約5割が継続受診や生活指導が必要となっている。

小学校	対象者数	受診者数（受診率）	精検結果	
			要生活指導	要医療
R1	160	124 (77.5%)	46 (37.1%)	2 (1.6%)
R2	108	72 (66.7%)	41 (56.9%)	3 (4.2%)

中学校	対象者数	受診者数（受診率）	精検結果	
			要生活指導	要医療
R1	139	102 (73.4%)	32 (31.4%)	22 (21.6%)
R2	156	97 (62.2%)	35 (36.1%)	15 (15.5%)

3. 保健指導の実施状況（R3年1月末現在）

・事前指導実施校数は小学校で減少し、事後指導実施校数は小・中学校ともに減少している。
 ・個別の事後指導は、小・中学校ともに有所見者の約4割に実施している。

小学校 (50校)	事前指導 実施校数	(再掲) 保健師・栄養士が実施	集団	事後指導		
				実施校数	有所見者数 〔人〕	うち指導実施者数（割合）
R1	28校	22校	38校	30校	454	150 (33.0%)
R2	20校	5校	26校	26校	342	133 (38.9%)

中学校 (22校)	事前指導 実施校数	(再掲) 保健師・栄養士が実施	集団	事後指導		
				実施校数	有所見者数 〔人〕	うち指導実施者数（割合）
R1	12校	8校	12校	16校	298	153 (51.3%)
R2	12校	4校	7校	12校	257	103 (40.1%)

4. 今後の方向性

- ①血液実施率の向上のため、事前指導の資料や内容を工夫していく。
- ②精密検査受診率の向上のため、個別の事後保健指導ができるよう学校と連携していく。
- ③すべての小・中学校での事後指導実施を目指す。特に、個別の事後指導を増やす。

1 目的

糖尿病性腎症の危険性が高い対象者に対し、医療連携することで治療と保健指導の強化を図り、重症化を予防する。

2 対象者

特定健診受診者のうち、HbA1c8%以上または、HbA1c6.5%以上かつ eGFR45 未満の者

3 内容

- ・保健指導の際に得られた生活状況を資料化し、本人の了解を得てかかりつけ医に糖尿病連携手帳と共に情報提供する。
- ・主治医の治療方針を確認し、継続した保健指導の強化を図る。薬剤師やケアマネジャー等と、服薬状況や保健指導内容等について情報共有を図る。

4 対象者の保健指導実施状況（令和2年12月末現在）

	人数	保健指導実施者数(割合)	備考
対象者	42人	31人 (73.8%)	
未治療 中断	6人	5人 (83.3%)	・保健指導後に2人が医療機関受診につながった。
治療中 経過観察	36人	26人 (72.2%)	・インスリン療法中6人、シャント造成者1人を含む。

5 保健指導・医療連携の事例

事例	年代 性別	健診結果		保健指導・医療連携の経過
		HbA1c	血圧	
①	70代 女性	11.0%	I度 高血圧	HbA1c10%以上と高く、訪問等で継続支援を実施していた。 主治医と治療方針を確認し、血圧やLDLコレステロール管理の必要性を共有したため、家庭血圧測定の定着や食生活改善を支援している。
②	60代 男性	9.1%	II度 高血圧	継続支援する中で、 薬剤師と共にインスリン自己注射の手技や内服状況を確認した。 その後、再確認したところ、注射がうまく打てていないことがわかり、教育入院となった。現在、 退院に向けて訪問看護等の支援体制を調整している。
③	60代 男性	8.8%	II度 高血圧	訪問を実施し、 糖尿病連携手帳で夕食後の薬の飲み忘れが多いことを主治医と共有した。 受診後、夕食後の薬を朝食後に切り替えたため、飲み忘れが減った。
④	60代 男性	9.8%	正常	職場健診から7年ぶりに健診受診。 未治療であり、保健指導後に医療受診・服薬開始となった。 糖尿病連携手帳を渡し、検査結果と生活状況を一緒に確認した。3か月後は、HbA1c6.5%に下がった。

6 課題と今後の方向性

- ・対象者が自分のからだの問題性を認識し、保健師・栄養士が医療と連携することに本人から承諾を得るまでに時間を要するため、継続した支援が必要である。
- ・主治医等から助言をいただき、対象者の優先課題を確認することができたため、今後も医療機関との連携を継続していく。それらの事例を積み重ねて見えてきた課題を医療機関等と共有し、課題解決に向けた対策を考えていく。