

喬木村健康増進計画

健康たかぎ 21 (第三次)

【令和 6 年度～令和 17 年度】

「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))」

令和 6 年 3 月
喬 木 村

目 次

序 章 計画改定にあたって

| | |
|------------|---|
| 1. 計画改定の趣旨 | 3 |
| 2. 計画の位置づけ | 4 |
| 3. 計画の期間 | 4 |
| 4. 計画の対象 | 4 |

第 I 章 喬木村の概況と特性

| | |
|-------------|---|
| 1. 村の概要 | 6 |
| 2. 健康に関する概況 | 7 |

第 II 章 課題別の実態と対策

| | |
|---|----|
| 1. 前計画の評価 | 10 |
| 2. 生活習慣病の発症予防・重症化予防 | 12 |
| (1) がん | 12 |
| (2) 循環器疾患 | 20 |
| (3) 糖尿病 | 31 |
| 3. 生活習慣の改善 | 38 |
| (1) 栄養・食生活 | 38 |
| (2) 身体活動・運動 | 44 |
| (3) 飲酒 | 47 |
| (4) 喫煙 | 52 |
| (5) 休養・睡眠 | 55 |
| (6) 歯・口腔の健康 | 58 |
| 4. 社会とのつながり・こころの健康の維持・向上 | 61 |
| 5. ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり(子ども・高齢者・女性の健康) | 67 |
| 6. 目標の設定 | 69 |

第Ⅲ章 計画の推進

| | |
|-----------------------|----|
| 1. 健康増進に向けた取組の推進 | 71 |
| (1) 活動展開の視点 | 71 |
| (2) 関係機関との連携 | 71 |
| 2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上 | 72 |

序章 計画改定にあたって

1. 計画改定の趣旨

平成 12 年度より展開されてきた国民健康づくり運動「健康日本 21」は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を目的として、健康を増進し発症を予防する「一次予防」を重視した取組が推進されてきました。

平成 25 年度からは「健康日本 21（第二次）」を策定し、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」「生活習慣病の発症予防と重症化予防」等を目指し、国民の健康づくりを推進してきました。

そして、令和 6 年度から令和 17 年度までの「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))」では、「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」をビジョンに掲げ、「誰一人取り残さない健康づくり」、「より実効性を持つ取組の推進」に重点を置き取り組んでいくため、下記の 4 つの基本的な方向が示されました。

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

本村では、「健康日本 21」の取組を法的に位置づけた健康増進法に基づき、本村の特徴や村民の健康状態をもとに健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点を置いて、平成 25 年 3 月に健康増進計画「健康たかぎ 21（第二次）」を策定し、取組を推進してきました。

このたび、「健康たかぎ 21（第二次）」の計画期間が終了することから、これまでの取組の評価や新たな健康課題、社会背景などを踏まえ、「健康たかぎ 21（第三次）」を策定します。

2. 計画の位置づけ

この計画は、第5次喬木村総合計画を上位計画として、村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。

計画の推進にあたっては、以下の法律及び計画との整合性を図ります。(図表1)

図表1 関連する法律及び計画

| 法律 | 県が策定した計画 | 喬木村が策定した計画 |
|-----------------|---------------|--|
| 健康増進法 | 長野県健康増進計画 ※ | 健康たかぎ 21 |
| 高齢者の医療の確保に関する法律 | 長野県医療費適正化計画 ※ | 喬木村国民健康保険 第3期保健事業実施計画 (データヘルス計画) |
| がん対策基本法 | 長野県がん対策推進計画 ※ | |
| 介護保険法 | 長野県高齢者プラン | 第9期高齢者福祉計画・ 介護保険事業計画 |
| 自殺対策基本法 | 長野県自殺対策推進計画 | 喬木村自殺対策基本計画 |

※「信州保健医療総合計画」に包含されている。

3. 計画の期間

この計画の目標年度は令和14年度とし、計画の期間は令和6年度から令和17年度までの12年間とします。また、各目標について計画開始から6年の令和11年度に中間評価を行うとともに、計画開始後10年の令和15年度を目途に最終評価を行います。

4. 計画の対象

この計画は、胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉え、ライフステージに応じた健康増進の取組を推進するため、全村民を対象とします。

参考 基本的な方向の概略

(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持続可能な社会の実現のため、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の向上を通じて、健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を実現する。

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団間における健康状態の差

(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は、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙及び歯・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、これらの生活習慣の定着等による生活習慣病（NCDs）の発症予防及び合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に関し、取組を進める。

(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、各人がより緩やかな関係性も含んだつながりを持つことができる環境整備や、こころの健康を守るための環境整備を行うことで、社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上を図る。

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として、保健・医療・福祉等へのアクセスの確保に加え、PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）をはじめとする自ら健康情報を入手できるインフラの整備、科学的根拠に基づく健康に関する情報の入手・活用できる基盤の構築や、周知啓発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

各ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。）に特有の健康づくりについて、(1)～(3)に掲げる各要素の取組を進める。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。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の人の生涯を経時的に捉えた健康づくり）について、健康づくりに関連する計画等とも連携しつつ、取組を進めていく。

第1章 喬木村の概況と特性

1. 村の概要

(1) 位置

本村は、長野県下伊那郡の北部、伊那谷を南北に流れる天竜川の東岸に位置します。

(2) 地理・地形

東西 11.5km、南北 3.8km、面積は 66.61 km²で、標高は 400～1,800mまで、標高差 1,400mあり、このため丘陵、溪谷が入り込む複雑な地形となっています。平坦地は一部で、段丘上の台地と、そのほかの耕地は傾斜地にあり、総面積の 7.5%です。森林原野が 79.1%で大きく 8つの地区に分かれ、役場から最も遠い大島地区までは約 12km あります。

(3) 沿革

縄文・弥生時代の住居址が伊久間原等の河岸段丘上に点在するなど、村内各所に古墳が散在しており、古くから先人達が居住してきたことを示しています。中世の頃には、伴野庄（35カ村）に属していましたが、江戸時代に至り、天領・私領が交錯する阿島村・小川村・伊久間村・富田村・加々須村の5カ村が成立し、明治8年にはこれらは合併し「喬木村」となりました。以後合併も分村もなく現在に至っています。

村名の「喬木」は、詩経伐木十三章十二句の「伐木丁丁 鳥鳴嚶々 出自幽谷 遷于喬木 嚶夫鳴矣 求其友聲」から引用されており、その意は、「伐木の音がとうとうと鳴り響き、鳥が友を和やかに呼び合い、相和し、相励まし合いながら深い谷間から出て喬木に遷って行く」というもので、相和し、相励まし合いながら成長していく願いが込められています。

2. 健康に関する概況

図表2 国・県と比べた喬木村の位置

○ 国・県と比較し、喬木村の特徴的なもの

| 項目 | | 国 | | 長野県 | | 喬木村 | | | | | |
|-------------------------------|---|-----------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------|---------------------|-----------------|--------------|------------------|----------|------|
| | | R04年度 | | R04年度 | | R04年度 | | | | | |
| | | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | | | | |
| 1 概況 | ① | 人口構成 | 総人口 | | 123,214,261 | | 2,008,244 | | 5,973 | | |
| | | | 65歳以上(高齢化率) | 35,335,805 | 28.7 | 646,942 | 32.2 | 2,126 | 35.6 | | |
| | | | 75歳以上 | 18,248,742 | 14.8 | 352,073 | 17.5 | 1,192 | 20.0 | | |
| | | | 65～74歳 | 17,087,063 | 13.9 | 294,869 | 14.7 | 934 | 15.6 | | |
| | | | 40～64歳 | 41,545,893 | 33.7 | 669,192 | 33.3 | 1,896 | 31.7 | | |
| | | | 39歳以下 | 46,332,563 | 37.6 | 692,110 | 34.5 | 1,950 | 32.6 | | |
| | 年齢不詳 | - | - | - | - | 1 | 0.02 | | | | |
| | ② | 平均寿命 | 男性 | 80.8 | 81.8 | 81.5 | | | | | |
| | | | 女性 | 87.0 | 87.7 | 88.0 | | | | | |
| | ③ | 平均自立期間 (要介護2以上) | 男性 | 80.1 | 81.1 | 82.5 | | | | | |
| 女性 | | | 84.4 | 85.2 | 83.8 | | | | | | |
| 2 死亡 | ① | 死亡の状況 | 標準化死亡比(SMR) | | 100.0 | | 90.5 | | 91.9 | | |
| | | | 男性 | 100.0 | | 93.8 | | 100.5 | | | |
| | | | | 女性 | 100.0 | | 93.8 | | 100.5 | | |
| | | | 死因 | | がん | 378,272 | 50.6 | 6,380 | 47.9 | 15 | 34.9 |
| | | | | 心臓病 | 205,485 | 27.5 | 3,679 | 27.6 | 14 | 32.6 | |
| | | | | 脳疾患 | 102,900 | 13.8 | 2,307 | 17.3 | 12 | 27.9 | |
| | | | | 糖尿病 | 13,896 | 1.9 | 238 | 1.8 | 1 | 2.3 | |
| | 腎不全 | 26,946 | | 3.6 | 375 | 2.8 | 0 | 0.0 | | | |
| | 自殺 | 20,171 | 2.7 | 352 | 2.6 | 1 | 2.3 | | | | |
| | 合計 | 125,335 | 9.1 | 1,777 | 7.0 | 4 | 5.3 | | | | |
| | ② | 早世予防からみた死亡 (65歳未満) | 男性 | 82,929 | 11.7 | 1,144 | 9.0 | 1 | 1.3 | | |
| | | | 女性 | 42,406 | 6.4 | 633 | 5.0 | 3 | 4.0 | | |
| | 3 介護 | ① | 介護保険 | 1号認定者数(認定率) | | 6,724,030 19.4 | | 113,468 17.7 | | 353 16.9 | |
| | | | | 新規認定者 | | 110,289 0.3 | | 1,716 0.2 | | 3 0.1 | |
| | | | | 介護度別 総件数 | 要支援1.2 | 21,785,044 | 12.9 | 412,294 | 13.8 | 1,290 | 11.5 |
| 要介護1.2 | | | | | 78,107,378 | 46.3 | 1,367,247 | 45.8 | 4,753 | 42.4 | |
| 要介護3以上 | | | | | 68,963,503 | 40.8 | 1,208,489 | 40.4 | 5,174 | 46.1 | |
| 2号認定者 | | | | 156,107 0.4 | | 1,856 0.3 | | 4 0.2 | | | |
| ② | | 有病状況 | 糖尿病 | 1,712,613 | 24.3 | 26,401 | 22.3 | 54 | 15.3 | | |
| | | | 高血圧症 | 3,744,672 | 53.3 | 65,433 | 55.6 | 166 | 45.8 | | |
| | | | 脂質異常症 | 2,308,216 | 32.6 | 36,610 | 30.6 | 79 | 22.5 | | |
| | | | 心臓病 | 4,224,628 | 60.3 | 74,350 | 63.3 | 187 | 52.4 | | |
| | 脳疾患 | | 1,568,292 | 22.6 | 29,320 | 25.4 | 80 | 24.6 | | | |
| | がん | | 837,410 | 11.8 | 14,272 | 11.9 | 28 | 7.6 | | | |
| | 筋・骨格 | | 3,748,372 | 53.4 | 65,213 | 55.5 | 167 | 47.8 | | | |
| | 精神 | | 2,569,149 | 36.8 | 44,457 | 37.9 | 122 | 34.3 | | | |
| ③ | 介護給付費 | 一人当たり給付費/総給付費 | | 290,668 288,366 | | 340,735 724,403,023 | | | | | |
| | | 1件当たり給付費(全体) | | 59,662 62,434 | | 64,581 64,581 | | | | | |
| | | 居宅サービス | | 41,272 40,752 | | 41,253 41,253 | | | | | |
| | | 施設サービス | | 296,364 287,007 | | 270,384 270,384 | | | | | |
| 4 医療 | ① | 国保の状況 | 被保険者数 | | 27,488,882 | | 443,378 | | 1,202 | | |
| | | | 65～74歳 | 11,129,271 | 40.5 | 200,162 | 45.1 | 604 | 50.2 | | |
| | | | 40～64歳 | 9,088,015 | 33.1 | 142,060 | 32.0 | 358 | 29.8 | | |
| | | | 39歳以下 | 7,271,596 | 26.5 | 101,156 | 22.8 | 240 | 20.0 | | |
| | | | 加入率 | | 22.3 | | 22.1 | | 20.1 | | |
| | ② | 医療費の状況 | 一人当たり医療費 | | 339,680 339,076 | | 366,811 366,811 | | 県内18位 同規模132位 | | |
| | | | 受診率 | | 705,439 709,111 | | 767,675 767,675 | | | | |
| | | | 外来 | 費用の割合 | 60.4 | 61.1 | 61.3 | | | | |
| | | | | 件数の割合 | 97.5 | 97.5 | 97.7 | | | | |
| | | | 入院 | 費用の割合 | 39.6 | 38.9 | 38.7 | | | | |
| | | | | 件数の割合 | 2.5 | 2.5 | 2.3 | | | | |
| | 1件あたり在院日数 | | 15.7日 15.6日 | | 12.9日 12.9日 | | | | | | |
| ③ | 医療費分析 生活習慣病に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む) | がん | 32.2 | 30.8 | 59,876,760 | 26.8 | | | | | |
| | | 慢性腎不全(透析あり) | 8.2 | 8.1 | 16,018,720 | 7.2 | | | | | |
| | | 糖尿病 | 10.4 | 10.7 | 31,609,300 | 14.1 | | | | | |
| | | 高血圧症 | 5.9 | 6.1 | 18,243,830 | 8.2 | | | | | |
| | | 脂質異常症 | 4.1 | 4.0 | 10,195,080 | 4.6 | | | | | |
| | | 脳梗塞・脳出血 | 3.9 | 4.0 | 10,611,250 | 4.7 | | | | | |
| | | 狭心症・心筋梗塞 | 2.8 | 2.3 | 3,916,910 | 1.8 | | | | | |
| | | 精神 | 14.7 | 15.8 | 20,282,030 | 9.1 | | | | | |
| | | 筋・骨格 | 16.7 | 17.2 | 52,229,540 | 23.4 | | | | | |
| | | ⑤ | 医療費分析 一人当たり医療費/入院医療費に占める割合 | 入院 | 高血圧症 | 256 | 0.2 | 296 | 0.2 | -- | |
| 糖尿病 | 1,144 | | | | 0.9 | 1,102 | 0.8 | 3,481 | 2.5 | | |
| 脂質異常症 | 53 | | | | 0.0 | 72 | 0.1 | -- | | | |
| 脳梗塞・脳出血 | 5,993 | | | | 4.5 | 6,367 | 4.8 | 7,196 | 5.1 | | |
| 虚血性心疾患 | 3,942 | | | | 2.9 | 3,421 | 2.6 | 2,593 | 1.8 | | |
| 腎不全 | 4,051 | | 3.0 | 3,574 | 2.7 | 1,453 | 1.0 | | | | |
| 医療費分析 一人当たり医療費/外来医療費に占める割合 | 外来 | | 高血圧症 | 10,143 | 4.9 | 10,819 | 5.2 | 15,178 | 6.8 | | |
| | | | 糖尿病 | 17,720 | 8.6 | 18,772 | 9.1 | 23,202 | 10.3 | | |
| | | | 脂質異常症 | 7,092 | 3.5 | 7,200 | 3.5 | 8,482 | 3.8 | | |
| | | | 脳梗塞・脳出血 | 825 | 0.4 | 847 | 0.4 | 1,632 | 0.7 | | |
| | | 虚血性心疾患 | 1,722 | 0.8 | 1,629 | 0.8 | 1,734 | 0.8 | | | |
| 腎不全 | 15,781 | 7.7 | 16,816 | 8.0 | 16,880 | 7.5 | | | | | |
| 5 健診 | ① | 特定健診の状況 | 健診受診者 | | 6,875,056 146,749 | | 647 | | | | |
| | | | 受診率 | | 37.6 | | 47.4 | | 75.8 | | |
| | | | 特定保健指導終了者(実施率) | | 203,239 24.9 | | 8,489 53.5 | | 46 93.9 | | |
| 6 出生 | ① | 出生の状況 | 出生数(出生率) | | 840,835(6.8) | | 12,864(6.4) | | 43(7.2) | | |
| | | | 低体重児(2,500g未満) | | - | | 1,237 9.6 | | 6 14.0 | | |
| | | | 極低体重児(1,500g未満) | | - | | 106 0.8 | | 1 2.3 | | |

(1) 人口構成

本村の人口構成を全国・県と比較すると、65歳以上の高齢化率及び75歳以上の後期高齢化率は、いずれも全国や県より高くなっています。

本村の人口（国勢調査）は、平成27年には6,310人でしたが、令和2年には5,973人となり減少傾向にあります。

人口構成は、平成27年から令和2年までの間に、年少人口（0歳～14歳）が78人、生産年齢人口（15歳～64歳）が300人減少しているのに対して、高齢者人口（65歳以上）は、同期間で43人増加しています。

高齢化率は、平成27年には33.0%でしたが、令和2年には35.6%と2.6ポイント高くなっており、全国や県に比べて高齢化が進展しています。

年少人口（0歳～14歳）・生産年齢人口（15歳～64歳）ともに総人口に占める割合が減少傾向にあり、少子高齢化が進んでいます。

(2) 死亡

本村の主な死因である悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、腎不全を合わせると、令和4年は39.6%と全死亡の約4割を占めています。その中でも、悪性新生物、脳血管疾患は減少していますが、心疾患は増加しています。自殺による死亡は、村内死因の第10位となっています。高齢化の進展に伴い、令和4年には死因の第1位が老衰となっています。

また、早世（65歳未満）死亡割合については減少しており、全国・県と比較しても低い割合となっています。

(3) 介護

本村の介護保険の認定率は、第1号被保険者16.9%・第2号被保険者0.2%で、全国や県と比較すると低い状況です。第1号被保険者の介護度別総件数を見ると要介護3以上の割合が高く、団塊の世代の後期高齢者への移行に伴い75歳以上の認定者が増加していることから、今後の給付費の伸びが予測されます。

また介護認定率の伸びに伴い、総給付費は伸びています。一人当たりの給付費の伸びから、重度化が考えられます。有病状況においては、糖尿病・高血圧症・脂質異常症を一定の割合を有しており、介護給付費の適正化においても、生活習慣病対策は重要な位置づけであるといえます。

(4) 国保

本村の国民健康保険加入者は、全国や県と比較して加入率が低くなっていますが、前期高齢者(64歳～74歳)が占める割合は高くなっており、今後も高齢化の進展により、さらにその傾向が強まると予測されます。

本村の国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は、全国や県と比較して高い費用となっています。一般的に高齢者になるほど、受療率は高くなり、医療費も増大するため、予防可能な生活習慣病の発症予防と重症化予防に努める必要があります。

また、将来的に国民健康保険へ加入する他の医療保険者による健康診査及び保健指導のあり方について、状況を把握していく必要があります。

生活習慣病に関する疾患の治療者の割合は、糖尿病・高血圧症・脂質異常症が全国や県より高くなっており、引き続き、生活習慣病の治療状況の把握・重症化予防を行っていく必要があります。また人工透析は、長期にわたって高額医療となり、透析をされている方にとっても負担が大きい疾患であるため、原因の一つである高血圧対策を実施していく必要があります。

(5) 健康診査等

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取組である、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導は、令和4年度の法定報告で、受診率75.8%となり長野県下第1位となりました。保健指導実施率は93.6%で、全国、県より高くなっています。

本村では、20歳から39歳までの村民の希望者全員に健康診査を実施しています。健康診査の機会を提供し、保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防、重症化予防に繋げることが、今後も重要だと考えます。

(6) 出生

本村の出生率は、全国とほとんど同じです。

出生の時の体重が2,500g未満の低出生体重児・1,500g未満の極低出生体重児については、神経学的・身体的合併症の他、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣を発症しやすいとの報告が出されてきました。

本村の低出生体重児・極低出生体重児の出生率は、県と比較してやや高いですが、減少傾向にあります。毎年増減は大きいですが、低出生体重児・極低出生体重児の出生があることから、非妊娠期からの心身の健康づくりを行う必要があります。

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価

健康たかぎ 21（第二次）の目標項目について達成状況の評価を行った結果、目標項目 36 項目のうち、Aの「目標値に達した」とBの「目標値には達していないが改善傾向にある」を合わせ、全体の約5割で一定の改善がみられました。しかし、36 項目中D「悪化している」が 11 項目ありました。

図表 3 前計画の評価

| 分野 | 指標 | | 策定時 | 第2次計画目標値 | 喬木村の現状値 | 達成状況 | |
|-------------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|--------|
| | 項目 | 区分 | | | 最新値 | | |
| がん | 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり) | | 66.5 | 維持 | 104.1 | C | |
| | がん検診の受診率の向上 | 胃がん | 男女 15.1% | 男女 22% | 男性 19.1% 女性 22.3% | C | |
| | | 肺がん | 男女 24.8% | 男女 30% | 男性 11.2% 女性 15.9% | | |
| | | 大腸がん | 男女 25.9% | 男女 30% | 男性 13.6% 女性 19.6% | | |
| | | 子宮頸がん 乳がん (視触診・マンモグラフィー) | 女性 27.6% 女性 29.8% | 女性 30% 女性 30% | 女性 14.1% 女性 26.4% | | |
| 脳血管疾患 | 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少 | | 男性 49.3 女性 27.9 | 男性 42.0 女性 25.0 | 把握できず | E | |
| | 虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 | | 男性 16.9 女性 9.1 | 男性 14.0 女性 7.0 | 把握できず | E | |
| | 高血圧の改善 | | 高血圧 (140/90mmHg以上)の者の割合 | 27.3% | 25% | 27.4% | B |
| | 脂質異常症の減少 | | LDLコレステロール値 160mg/dl以上の者の割合 | 9.6% | 8% | 6.5% | A |
| | メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少 | | 該当者 予備群 | 該当者 16.1% 予備群 7.2% | H20年度と 比べて25%減少 | 該当者 20.3% 予備群 8.3% | D |
| | 特定健診・特定保健指導の実施率の向上 | | 特定健診受診率 特定保健指導実施率 | 70.4% 74.6% | 70% 85% | 75.8% 93.9% | A A |
| | 糖尿病 | 合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少 | | 糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数 | 0人 | 維持 | 2人 |
| 治療継続者の割合の増加 | | HbA1c6.5%以上の者のうち 治療中と回答した者の割合 | 58.9% | 70% | 77.4% | A | |
| 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 | | HbA1c8.4%以上の者の割合 | 0.5% | 維持 | 1.1% | D | |
| 糖尿病有病者の増加の抑制 | | HbA1c6.5%以上の者の割合 | 7.5% | 維持 | 11.3% | D | |
| 歯・口腔の健康 | 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 | | 3歳児でう蝕がない者の割合 | 78% | 80%以上 | 100% | A |
| | 過去1年間に歯科検診を受診した者の増加 | | 12歳児の1人 平均う蝕数(永久歯) | 0.67本 | 0.5本 | 0.02本 | A |
| 栄養・食生活 | 20歳代女性のやせの者の割合の減少 | | 妊娠届出時のやせの者の割合 | 19.4% | 15% | 25% | D |
| | 全出生数中の低出生体重児・極低出生体重児の割合の減少 | | 全出生数中の低出生体重児の割合 | 低体重児 11.8% | 減少へ | 低体重児 3.7% | A |
| | 肥満傾向にある子どもの割合の減少 | | 全出生数中の極低出生体重児の割合 | 極低体重児 1.47% | 減少へ | 極低体重児 0% | D |
| | 20～60歳代男性の肥満者の割合の減少 | | 小学校5年生の 中等度・高度肥満傾向児の割合 | 男児 2.3% 女児 0% | 減少へ | 男児 13% 女児 9% | D |
| | 40～60歳代女性の肥満者の割合の減少 | | 20～60歳代男性の肥満者の割合 | 17.7% | 維持 | 27.5% | D |
| | 低栄養傾向の高齢者割合の増加抑制 | | 40～60歳代女性の肥満者の割合 | 19.4% | 維持 | 24.1% | D |
| | 低栄養傾向の高齢者割合の増加抑制 | | 低栄養傾向(BMI20以下)の 高齢者の割合 | 25.4% | 20% | 22% | B |
| 身体活動・運動 | 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) | | 20～64歳 | 男性 60.9% 女性 61.3% | 男性 維持 女性 維持 | 男性 54.1% 女性 48.7% | D |
| | 運動習慣者の割合の増加 | | 65歳以上 | 男性 55.0% 女性 70.2% | 男性 維持 女性 維持 | 男性 45.8% 女性 47.3% | D |
| | 介護保険サービス利用者の増加の抑制 | | 20～64歳 | 男性 21.7% 女性 14.7% | 30% | 男性22.4% 女性15.5% | B |
| | 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(千人あたり) | | 65歳以上 | 男性 23.2% 女性 21.1% | 30% | 男性33.5% 女性26.8% | B |
| | 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減 | | 1日あたり純アルコールの摂取量が 男性40g以上、女性20g以上の者 | 男性 17.4% 女性 3.3% | 男性 15% 女性 3% | 男性 8.2% 女性 6.8% | C |
| 禁煙 | 喫煙率の減少 | | 喫煙をやめたい者がやめる | 男性 22.7% 女性 2.6% | 減少へ | 男性 25.2% 女性 3.6% | C |
| | 妊娠中の喫煙をなくす | | 妊娠中の喫煙をなくす | ほとんど無し | 無しへ | 0% | A |
| 休養 | 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少 | | 未成年の喫煙をなくす | - | 防止する | 防止する | A |
| | 自殺者の減少(人口10万人当たり) | | 自殺者の減少(人口10万人当たり) | 42.0% | 減少へ | 24.96% | A |

| | 評価区分 | 評価項目数 | 割合 |
|----|--------------------------|-------|-------|
| A | 目標値に達した | 13項目 | 36.1% |
| B | 現時点では目標値に達していないが、改善傾向にある | 4項目 | 11.1% |
| C | 変わらない | 4項目 | 13.9% |
| D | 悪化している | 11項目 | 27.8% |
| E | 評価困難 | 4項目 | 11.1% |
| 合計 | | 36項目 | |

悪化した項目には、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合、小児期及び成人期の肥満者割合、糖尿病腎症による新規透析導入患者数の減少、血糖コントロール不良者の減少、糖尿病有病者の増加の抑制等があります。

肥満・メタボリックシンドロームの重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防は、喬木村国民健康保険第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）においても、本村の健康課題として挙げられており、個別保健事業において具体的対策を示しております。

本村では今回の評価を踏まえ、次期運動を推進するための「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」で示された目標項目を主体別に区分し、健康増進は、最終的には個人の意識と行動の変容にかかっていると捉え、それを支援するための本村の具体的な取組・目標項目を次のように推進します。

2. 生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防

（1）がん

がんは、昭和56（1981）年以降日本人の死因の第1位であり、令和3（2021）年の死亡者は全国で約38万人で総死亡の約3割を占めています。生涯のうちに約2人に1人ががんに罹患すると推計されており、人口の高齢化に伴い、がんの罹患率や死亡者の数は今後も増加していくことが見込まれ、依然として国民の生命と健康にとって重大な問題です。本村では、令和4年の総死亡の約17%を占めています。健康づくりの取組としては、予防可能ながんのリスク因子を減らすことでがんの罹患率を減少させるとともに、治療効果の高い早期にがんを発見し早期に治療することで、がんの死亡率を減少させることが重要です。

「がん医療」や「がんとの共生」に関しては引き続き取組が推進されており、健康づくりの取組とこれらの取組とで連携してがん対策を進めていくことが望ましいとされています。

人体には、遺伝子の変異を防ぎ、修復する機能がもともと備わっていますが、ある遺伝子の部分に突然変異が起こり、無限に細胞分裂を繰り返し、増殖していく、それが“がん”です。たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30回くらいの細胞分裂を繰り返した1cm大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれています。30回くらいの細胞分裂には10～15年の時間がかかると言われています。がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。腫瘍の大きさや転移の有無などががんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは5年生存率が8～9割のことをいいます。がんは遺伝子が変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため予防が難しいと言われてきましたが、生活習慣の中のがんを発症させる原因が潜んでいることも明らかになってきました。

また、細胞であればどこでもがん化する可能性はありますが、刺激にさらされやすいなど、がん化しやすい場所も明らかにされつつあります。

ア 基本的な考え方

① 発症予防

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〈HBV〉、C型肝炎ウイルス〈HCV〉、ヒトパピローマ〈HPV〉、成人T細胞白血病ウイルス〈HTLV-I〉）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌〈HP〉）への感染、及び予防可能なリスク因子として喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分・塩蔵食品の過剰摂取など生活習慣に関連するものがあります。がんのリスクを高める生活習慣は、循環器疾患や糖尿病の危険因子と同様であるため、健康づくりの取組としては、これらに対する対策を行っていくことで結果的にはがんの発症予防に繋がってくると考えられます。（図表3）

② 重症化予防

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。有効性が確立しているがん検診の受診率向上施策が重要になります。(図表4)

また、精密検査となった場合、確実に医療受診していただくことも、重症化予防のために大切です。

図表4 がんの発症予防・重症化予防

| 部位 | 発症予防 | | | | | | | 重症化予防(早期発見) | | | | |
|--------------|--------------|--------------|----------|----------|----|----|------|-----------------|-----------------------------|------|----------|------------|
| | 生活習慣68% | | | | | | | その他 | | | | |
| | タバコ 30% | 食事30% 高脂肪 | 運動 5% | 飲酒 3% | 肥満 | 家族 | ホルモン | 感染 | 他 △可能性有り | がん検診 | 推奨グレード | がん予防 年度 |
| 科学的根拠のあるがん検診 | 胃 | ◎ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ◎ Hp | | | B (B) | 2014 |
| | 肺 | ◎ | | | | | | △ 結核 | 環境汚染 | | B | 2007 |
| | 大腸 | | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | | | | A | 2005 |
| | 子宮 頸部 | ◎ | | | | | | ◎ HPV | | | A | 2019 |
| | 乳房 | △ | | △ | ○ | ○ | ○ | | 高身長 良性乳腺疾患の既往 マブ高密度所見 | | B | 2013 |
| その他 | 前立腺 | | △ | | | | ○ | | 加齢 | | I | |
| | 肝臓 | ○ | | | ○ | | | ◎ HBV HCV | カビ 糖尿病罹患者 | | B | |
| | 成人T細胞 白血病 | | | | ○ | | | ◎ HTLV-1 | | | | |

◎推奨 ○ほぼ確実 △可能性あり 空欄根拠不十分

推奨グレードの定義(2019年度版からBは廃止)
 A: 対策型検診・任意検診としての実施を推奨。利益(死亡率減少効果)が不利益を確実に上回る。
 B: 対策型検診・任意検診としての実施を推奨。利益が不利益を上回るが、その差は中程度。
 C: 課題が解消された場合限り、対策型検診・任意検診として実施できる
 I: 対策型検診では実施しないことを推奨。ただし、任意型検診では個人の判断で受診可
 D: 対策型検診・任意型検診として実施しないことを推奨する。

[参考]国立がん研究センター 科学的根拠に基づいたがん検診推進のページ 予防と検診
 「がんはどこまで直せるのか」がんの正体「がんの教科書」

イ 現状と目標

健康づくりとも関連が強いと考えられる「がんの標準化死亡比の減少」、「がん検診の受診率の向上」の2つを目標項目として設定します。

① がんの標準化死亡比の減少

標準化死亡比とは、全国を100とした場合、その地域で年齢調整した上での死亡の起こりやすさを表したものです。がんの標準化死亡比を村・飯伊圏域・県と比較すると、平成25-29年ではがんについては100以下で男性88.4、女性84.4となっており全国よりは低い状況ですが、飯伊圏域よりは高く、男性は県よりも高い状況です。再掲されている大腸・胃・肺についてみると、大腸が男女ともに90以上、女性の胃が88.5と県や管内に比べ高くなっています。(図表5) 全人口における平成30年～令和4年がん死亡率の推移では、大腸・胃・肺ともに平成30年度より減少し、その後横ばいとなっています。(図表6)

図表5 標準化死亡比

| H25-H29 | | 性別 | 喬木村 | 飯伊圏域 | 県 |
|---------------|------|----|------|------|------|
| がん (悪性新生物) | | 男性 | 88.4 | 84.3 | 84.9 |
| | | 女性 | 84.4 | 82.0 | 89.8 |
| (再掲) | 大腸がん | 男性 | 91.1 | 88.4 | 87.2 |
| | | 女性 | 95.2 | 88.5 | 94.0 |
| | 胃がん | 男性 | 73.7 | 87.4 | 83.3 |
| | | 女性 | 88.5 | 82.8 | 88.5 |
| | 肺がん | 男性 | 73.9 | 72.1 | 74.8 |
| | | 女性 | 61.0 | 76.6 | 73.8 |

出典：長野県計画支援ツール

図表6 がん死亡率の推移

| | | H30 | R01 | R02 | R03 | R04 |
|-----------|------|------|------|------|------|------|
| がん(悪性新生物) | | 18.4 | 27.7 | 20.0 | 18.8 | 17.3 |
| (再掲) | 大腸がん | 4.4 | 5.3 | 4.0 | 1.2 | 3.8 |
| | 胃がん | 1.8 | 2.1 | 1.3 | 1.2 | 1.9 |
| | 肺がん | 7.0 | 4.3 | 2.7 | 3.5 | 3.8 |



出典：長野県計画支援ツール

＜75歳未満のがんによる死亡の状況＞

本村の75歳未満のがんの死亡率は、人口10万人当たり令和4年104.1（令和3年61.1）です。現在、村の年齢調整死亡率は公表されていません。人口規模が小さく、変動が大きいことから単純に比較することはできませんが、村の状況を比較すると、平成18～22年に比べて、平成30年～令和4年は予防が可能ながんで亡くなっている方は15人とやや増加しています。今後も、生活習慣改善による発症予防と、検診受診率を維持又は向上し重症化予防に努めることで、75歳未満のがんの死亡者数の減少を図ります。（図表7）

図表7 喬木村75歳未満のがんによる死亡状況

| 年度 | | 平成18～22年 | 平成30～令和4年 | | |
|------|---------|----------|-----------|----|----|
| | | 全数 | 全数 | 男性 | 女性 |
| がん部位 | 肺 | 4 | 5 | 5 | 0 |
| | 胃 | 4 | 2 | 2 | 0 |
| | 大腸 | 4 | 3 | 1 | 2 |
| | 乳 | 0 | 3 | | 3 |
| | 子宮 | 1 | 2 | | 2 |
| | 小計 | 13 | 15 | 8 | 7 |
| | 肝及び肝内胆管 | 2 | 2 | 2 | 0 |
| | すい臓 | 4 | 1 | 0 | 1 |
| | 前立腺 | 0 | 1 | 1 | |
| | 白血病 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | その他 | 8 | 6 | 5 | 1 |
| 小計 | 15 | 10 | 8 | 2 | |
| 合計 | | 28 | 25 | 16 | 9 |

参考：喬木村死亡統計

医療費についてみると、平成30年～令和4年は総医療費に占めるがんの割合は、令和4年13.6%とやや上昇していますが、飯伊圏域15.3%、県16.4%よりも低い状況です。（図表8）

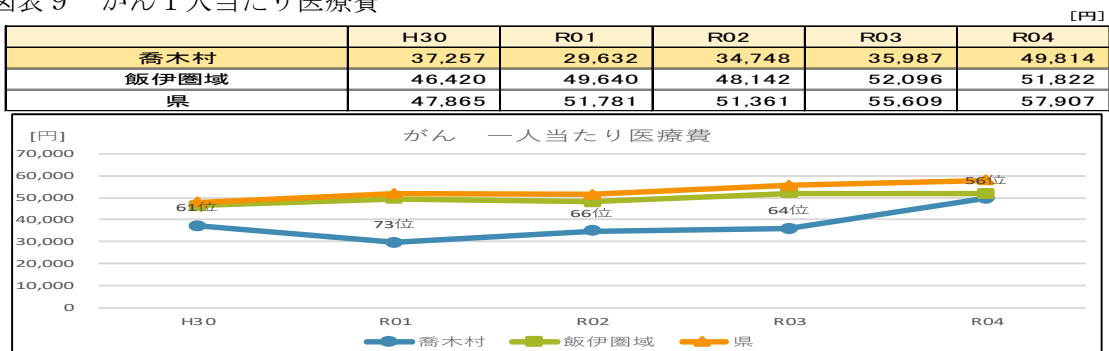
図表8 がんが総医療費に占める割合

| | H30 | R01 | R02 | R03 | R04 |
|------|------|------|------|------|------|
| 喬木村 | 11.9 | 10.1 | 11.8 | 12.4 | 13.6 |
| 飯伊圏域 | 15.3 | 16.0 | 15.7 | 15.9 | 15.3 |
| 県 | 15.0 | 15.8 | 16.0 | 16.2 | 16.4 |

出典：長野県計画支援ツール

一人当たり医療費は49,814円で、県・飯伊圏域より低い状況ですが、やや上昇しています。（図表9）国保データベースシステム（以下、KDB）で高額医療を確認すると、令和2年、令和3年の中には胃・肺・大腸などの予防可能ながんが含まれており、中には早期で医療に繋がっている方もいました。令和5年には予防が可能な肺・乳房も見られます。

図表9 がん1人当たり医療費



予防が可能な5大がんについてみると、令和4年度の金額は肺が23,093円と高い状況でした。(図表10)内容を見ますと、ずっと治療をされている方、再発された方、自覚症状があり受診し発見された方、進行し就労が難しいため国保加入となった方等がいらっしゃいました。早期発見に繋がるよう、定期的な検受診が必要です。

また、KDBの医療費分析から、医療費全体(入院+外来)におけるがんの占める割合を見ると、令和4年度が27.5%(入院14.3%+外来13.2%)、令和5年度(途中)が35.5%(入院17.8%+外来17.7%)となっており、年々がんの占める割合が高くなってきています。同時に、外来におけるがんの医療費の増加も見られます。

これはがんが発見され、治療となっている人が増えていること、入院だけでなく、外来での治療が選択できるようになってきたことが考えられます。

がんの発症予防のため、生活習慣の改善等の一次予防を推進するとともに、定期的ながん検診受診による早期発見・早期治療に繋がる二次予防にも引き続き取り組んでいきます。そして、進行がんによる死亡を防ぐためには、確実な治療が重要になります。医療費分析にて、がんの治療状況等を把握し、継続的な受診を確認していきます。

図表10 5大がん 一人当たり医療費



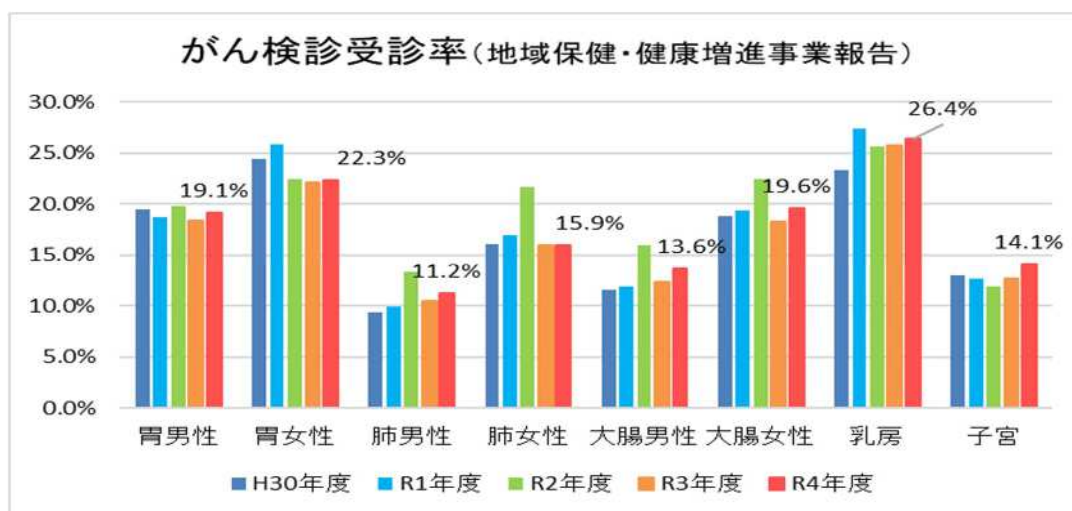
出典：長野県計画支援ツール

長野県がん登録事業報告書令和元年（2019年）によると、村のがんの罹患者数は男性36人、女性21人、合計57人です。うち、部位別で公表されているのは大腸（結腸・直腸）のみで11人（19.3%）です。

② がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率減少効果は関連性があり、がんの重症化予防は、がん検診により行われています。国の指針により受診を特に推奨する年齢（子宮：20～69歳、肺・大腸・乳房：40～69歳、胃：50～69歳）の受診率は、横ばいから微増の状況です。（図表11）

図表11 喬木村のがん検診受診率の推移



国では国民栄養調査をもとに算出し、令和10年度受診率60%以上を目標と定めています。村では社会保険の方も含めた全ての住民を対象にがん検診を実施していますが、働いている世代が職場でどの程度受診されているかは、現在把握することができません。村の目標値については現在の受診率を維持、向上させていくことを目指します。

今後、国の指針により受診を特に推奨する年齢（子宮：20～69歳、肺・大腸・乳房：40～69歳、胃：50～69歳）の方を中心に、受診勧奨等検討していきます。

有効性が確立されているがん検診の受診率向上を図るために、受診勧奨の取組と、精度管理を重視したがん検診を今後も推進します。

がん検診で、精密検査が必要となった人の精密検査受診率は、がん検診に関する事業評価指標の一つとなっています。村の精密検査受診率は、胃・大腸・肺については目標90%を達成していません。精密検査受診者の中から、毎年、1～4人ががんが見つかるため、今後も精密検査受診率の向上を図っていく必要があります。また、精密検査となった方が確実に医療機関に受診されるよう、働きかけの検討が必要です。（図表12）

図表 12 喬木村各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

| | | H20～23年度 | H30年度 | R1年度 | R2年度 | R3年度 | R4年度 | 国の基準値 | (参考)県 R4年度 |
|------------------|---------|---------------------|--------|--------|-------|--------|-------|-------|---------------|
| | | 平均 (発見者数は 合計) | | | | | | | |
| 胃がん | 精密検査受診率 | 77.2% | 88.1% | 89.7% | 86.1% | 92.3% | 72.7% | 90%以上 | 80.3% |
| | がん発見者数 | 1人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | × | 0人 |
| 大腸がん | 精密検査受診率 | 69.2% | 74.4% | 78.0% | 63.2% | 78.4% | 86.2% | 90%以上 | 71.5% |
| | がん発見者数 | 4人 | 0人 | 2人 | 2人 | 0人 | 3人 | × | 0人 |
| 肺がん (レントゲン撮影) | 精密検査受診率 | 89.2% | 81.8% | 100.0% | 92.0% | 93.8% | 87.1% | 90%以上 | 87.0% |
| | がん発見者数 | 1人 | 0人 | 3人 | 1人 | 0人 | 0人 | × | 0人 |
| 子宮頸がん | 精密検査受診率 | 100.0% | 100.0% | 100.0% | — | 100.0% | — | 90%以上 | 66.6% |
| | がん発見者数 | 1人 | 0人 | 0人 | — | 1人 | — | ○ | 1人 |
| 乳がん (エコー・マンモ) | 精密検査受診率 | 91.1% | 100.0% | 92.0% | 95.0% | 100.0% | 90.0% | 90%以上 | 90.4% |
| | がん発見者数 | 4人 | 1人 | 0人 | 0人 | 1人 | 0人 | ○ | 1人 |

参考：喬木村がん検診精密検査結果

ウ 今後の対策

① 発症予防

1) ウイルス感染によるがんの発症予防の施策

- ・子宮頸がん予防ワクチン接種（中学1年生から高校1年生に相当する年齢の女性）
*令和6年度まではキャッチアップ接種あり
- ・肝炎ウイルス検査（妊娠期・国保40歳）
- ・HTLV-1抗体検査（妊娠期）
- ・B型肝炎ウイルス予防接種（乳児期）

2) がんのリスクを高める生活習慣の見直しの施策（生活習慣病予防と合わせ実施）

- ・がんのリスクを高める生活習慣について、情報誌等活用した啓発
予防可能なリスク因子である野菜・果物不足、塩分・塩蔵食品の過剰摂取、過剰飲酒、喫煙（受動喫煙を含む）、低身体活動、肥満・やせについて検診受診勧奨の広報の内容に加える。
- ・バランス食の学習
予防可能なリスク因子である野菜・果物不足、塩分・塩蔵食品の過剰摂取、過剰飲酒、などの食習慣を見直すきっかけとして、位置づける。

② がん検診受診率向上の施策

- ・年度当初の全戸検診申込調査を継続実施
回収率を高め、申込対象者への個別案内通知を確実に実施する。
- ・がん検診の重要性について、情報誌等活用した啓発
基本健診・特定健診受診と合わせ、がん検診も定期受診が重要であることを位置付けていく。

- ・がん検診推進事業

がん検診の推奨グレードで「検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある」とされた、子宮頸がん検診・乳がん検診・大腸がん検診について、一定の年齢に達した方に、検診手帳及び検診無料クーポン券を配布する。

③ がん検診によるがんの重症化予防の施策

- ・各種がん検診の実施

- ・胃がん検診（30歳以上）／特に推奨する年齢（国指針） 50～69歳
- ・肺がん検診（40歳以上）／ 〃 40～69歳
- ・大腸がん検診（30歳以上）／ 〃 40～69歳
- ・子宮頸がん検診（妊娠期・20歳以上の女性）／ 〃 20～69歳
- ・乳がん検診（30～39歳の女性）エコー
(40歳以上偶数年齢の女性)マンモグラフィ／ 〃 40～69歳

- ・前立腺がん検診（50～79歳の男性）・任意型検診

- ・検査結果の出る時期やお知らせの方法、精密検査の重要性について、情報誌、通知文に記載を検討する。

④ がん検診の質の確保に関する施策

- ・精度管理項目を遵守できる検診機関の選定
- ・要精検者に対して、再勧奨を12月に実施。

受診状況を地区担当で共有し、受診の再勧奨にて精検受診率を向上する。

⑤ がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上に関する施策

- ・近隣市町の医療機関との連携
- ・各病院における、がん相談窓口や緩和ケアセンター等の設置状況を把握する。
- ・アピアランスケア助成事業の実施、周知

(2) 循環器病

脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、また、介護が必要となる主な原因の一つでもあります。こうした背景から、平成30年に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（以下、「基本法」という。）」に沿って循環器対策が行われています。循環器疾患の危険因子は、制御できない性、年齢を除くと、高血圧、脂質異常症（特に高LDLコレステロール血症）、喫煙、糖尿病の4つがあり、これらの因子を適切に管理することが重要です。

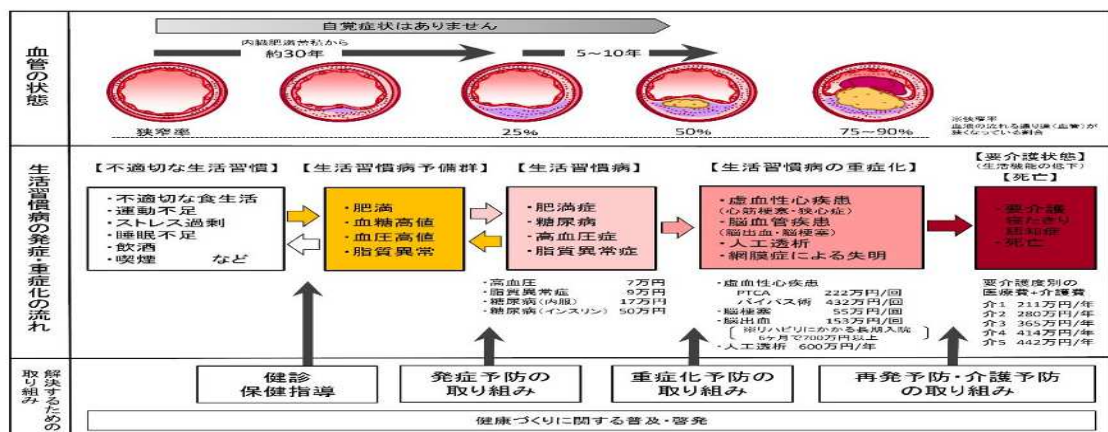
循環器病の主要な危険因子である高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の4つのうち、喫煙はあらゆる疾患の発症リスクを高めること、糖尿病は循環器病以外にも独自の合併症（最小血管障害等）を引き起こすこと等から、別項で記述します。循環器病領域では、残る主要な危険因子である高血圧と脂質異常症（高コレステロール血症）について扱います。

村では、第3期保健事業実施計画（以下、データヘルス計画）を策定し、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施をすすめています。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待でき、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にしています。計画化においては、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえており、循環器病の具体的な取組についてはデータヘルス計画にて明記します。

ア 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化、合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。

生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



① 発症予防

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、管理のためには関連する生活習慣の改善が必要です。

循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、村民一人一人がこれらの生活習慣改善への取組を考えていく科学的根拠は、健康診査の受診結果によってもたらされるため、特定健診の受診率向上対策が重要になってきます。「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるもので、データヘルス計画と一体的に策定しています。

② 重症化予防

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指します。具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働き掛けを行う受診勧奨を、治療中の方には医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

イ 現状と目標

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されます。死亡の状況は年齢構成に影響を受けるため、地域間の比較及び経年的な推移を確認する場合には年齢調整が必要です。標準化死亡比とは、全国を100とした場合、その地域で年齢調整した上での死亡の起こりやすさを表したもので、これらを循環器疾患対策の総合的な推進の評価指標とします。

図表 13 循環器病の死亡の状況

| H25-H29 | | | 喬木村 | 飯田保健所 | 県 |
|---------|-------|----|---------|--------|--------|
| 性別 | 男性 | | 91.926 | 90.583 | 90.47 |
| | 女性 | | 100.518 | 92.342 | 93.804 |
| 死因別 | 心疾患 | 男性 | 90.8 | 88.6 | 91.8 |
| | | 女性 | 97.0 | 80.0 | 88.8 |
| | 脳血管疾患 | 男性 | 131.4 | 120.9 | 110.6 |
| | | 女性 | 240.0 | 126.9 | 120.8 |
| | 腎不全 | 男性 | 100.7 | 95.6 | 74.9 |
| | | 女性 | 89.8 | 85.0 | 70.3 |

出典：長野県計画支援ツール

① 脳血管疾患の標準化死亡比の減少

村では、脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて重症化予防対象者を明確にし、個別の保健指導や二次検診を実施してきました。しかし、脳血管疾患の標準化死亡比は依然として県、飯田保健所管内より高い状況にあります。(図表 13) 取組の継続が必要です。

介護保険の新規認定者の原因疾患においても、特に若い世代で脳血管疾患が高い割合を占めています。(図表 14) 青壮年層を対象に行われている保健事業は、制度間のつながりがないことから、地域全体の健康状態を把握しにくく、退職後の保健事業が継続できないといった問題が指摘されています。継続的、かつ包括的な保健事業を展開できるよう、地域保健と職域保健の連携を推進するための「地域・職域連携推進協議会」を活用し、発症及び重症化予防のための保健指導のあり方について共有を図ります。

生活習慣病の重症化は健康格差につながります。引き続き、村国保加入者への未受診者対策、さらに消防団や若い年代層の健診受診勧奨や家庭血圧測定の定着に取り組んでいきます。

図表 14 新規認定者 年齢別原因疾患

| 令和4年3月末時点 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------|-------|---------|-------|---------|-------|-------|-------|------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|--------|
| | 認知症 | | 関節・筋肉疾患 | | 骨折・骨粗鬆症 | | 脳血管疾患 | | 心疾患 | | パーキンソン | | その他 | (再掲)がん | 総計 | |
| | 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 |
| 40-64 | 0 | 0.0% | 1 | 33.3% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 2 | 2 | 66.7% | 3 |
| 65-69 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 | 50.0% | 1 | 50.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0 | 0.0% | 2 |
| 70-74 | 1 | 16.7% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 | 16.7% | 0 | 0.0% | 1 | 16.7% | 3 | 0 | 0.0% | 6 |
| 75-79 | 0 | 0.0% | 1 | 25.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 3 | 1 | 25.0% | 4 |
| 80-84 | 5 | 23.8% | 5 | 23.8% | 1 | 4.8% | 1 | 4.8% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 9 | 2 | 9.5% | 21 |
| 85-89 | 7 | 31.8% | 5 | 22.7% | 3 | 13.6% | 2 | 9.1% | 1 | 4.5% | 0 | 0.0% | 3 | 1 | 4.5% | 22 |
| 90- | 7 | 33.3% | 3 | 14.3% | 4 | 19.0% | 1 | 4.8% | 3 | 14.3% | 0 | 0.0% | 3 | 0 | 0.0% | 21 |
| 総計 | 20 | 25.6% | 15 | 19.2% | 9 | 11.5% | 6 | 7.7% | 4 | 5.1% | 1 | 1.3% | 23 | 6 | 7.7% | 78 |
| % | 25.6% | | 19.2% | | 11.5% | | 7.7% | | 5.1% | | 1.3% | | 29.5% | 7.7% | | 100.0% |

参考: 介護保険受給者台帳

② 虚血性心疾患の標準化死亡比の減少

村では、脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて重症化予防対象者を明確にし、心電図検査の全数実施、個別の保健指導、二次検診に取り組んできました。令和 4 年度特定健診における心電図検査実施率は 66.3%、有所見率は 37.3%であり、心筋梗塞に結びつく心筋症や心筋障害など、重症化すれば高額な医療費が必要となる疾患や、重症な脳梗塞を起こしやすい心房細動などの発見につながっています。(図表 15) しかし、依然として心疾患の標準化死亡比は県・保健所管内と比較すると高い状況にあり、脳血管疾患同様、取り組みの継続が必要です。(図表 13)

図表 15 特定健診 心電図検査結果

令和4年度

| 性別・年齢 | 心電図検査 | | | | 所見内訳 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------|-----|------------|-------------|-----------|-------|--------|-------|-------|-------|------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|
| | | | | | ST変化・異常Q波 | | | | 心肥大 | | | | 不整脈 | | | | | | | | |
| | 実施者数 A | 実施率 | 有所見者数 B | 有所見率 B/A | 異常Q波 | | ST-T変化 | | 左室肥大 | | 軸偏位 | | 房室ブロック | | 脚ブロック | | 心房細動 | | 期外収縮 | | |
| | | | | | 人数C | 割合C/B | 人数D | 割合D/B | 人数E | 割合E/B | 人数F | 割合F/B | 人数G | 割合G/B | 人数H | 割合H/B | 人数I | 割合I/B | 人数J | 割合J/B | |
| 内訳 | 40～74歳 | 525 | 66.3 | 196 | 37.3% | 6 | 3.1% | 31 | 15.8% | 17 | 8.7% | 11 | 5.6% | 18 | 9.2% | 29 | 14.8% | 5 | 2.6% | 20 | 10.2% |
| | 男性 | 249 | 64.7 | 104 | 41.8% | 2 | 1.9% | 16 | 15.4% | 10 | 9.6% | 8 | 7.7% | 15 | 14.4% | 15 | 14.4% | 5 | 4.8% | 10 | 9.6% |
| | 女性 | 276 | 67.8 | 92 | 33.3% | 4 | 4.3% | 15 | 16.3% | 7 | 7.6% | 3 | 3.3% | 3 | 3.3% | 14 | 15.2% | 0 | 0.0% | 10 | 10.9% |

参考: 喬木村特定健診結果

③ 高血圧の改善

高血圧は循環器病の確立した危険因子であり、特に日本人では喫煙と並んで主な原因疾患となることが示されています。循環器病の発症や死亡への寄与は、高血圧領域だけでなく、正常高値血圧と高値血圧（正常血圧と高血圧の間の領域）においても大きいことから、血圧レベルと循環器病の関連は少なくとも正常血圧領域までは低ければ低いほど望ましいと考えられ、40歳から80歳代までの各年齢層で血圧と総死亡は正の関連を示していることがわかっています。これらを踏まえ、高血圧治療薬非服薬者、服薬者を問わず、血圧レベルを正常血圧に近づくよう低下させるという観点で目標を設定します。

要介護者における原因疾患別の基礎疾患の状況をみると、認知症、脳血管疾患、心疾患において高血圧を持ち合わせている割合は以下のとおりでした。（図表 16）介護予防においても、高血圧対策は重要な位置づけと言えます。

図表 16 介護保険原因疾患別 基礎疾患の状況

| | | 認知症 | 関節・筋肉疾患 | 脳血管疾患 | 骨折・骨粗鬆症 | 心疾患 | パーキンソン | その他 | 再掲)がん |
|--------------|------|-------|---------|-------|---------|------|--------|-------|-------|
| | | 30.3% | 20.4% | 16.5% | 11.8% | 2.2% | 1.9% | 13.8% | 3% |
| 基礎疾患 | 高血圧症 | 43 | 29 | 17 | 16 | 4 | 1 | 17 | 127 |
| | 糖尿病 | 15 | 5 | 12 | 1 | 1 | 0 | 11 | 45 |
| 基礎疾患 (割合) | 高血圧症 | 39.1 | 39.2 | 28.3 | 37.2 | 50.0 | 14.3 | 27.9 | 35.0 |
| | 糖尿病 | 13.6 | 6.8 | 20.0 | 2.3 | 12.5 | 0 | 18.0 | 12.4 |

参考: 介護保険受給者台帳

村では、特定健診を実施し、肥満を伴う人だけでなく、高血圧治療ガイドライン2019に記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層」などに基づいた対象者を明確にして保健指導を実施してきました。(図表17) 血圧の年次比較をみると、重症化しやすいⅡ度高血圧以上については抑えられています。Ⅰ度高血圧の割合が伸びています。(図表18) 保健事業の実施・評価・改善については、第3期データヘルス計画にて詳細な分析を行っています。

図表17 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

| | | | | | | 令和04年度 | | |
|---|----------------|---|-------------------|---------------------|-----------------|--------|-----------------|-------|
| 保健指導対象者の明確化と優先順位の決定 | | (参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画 | | | | | | |
| 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化 | | | | | | | | |
| 特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く) | | | | | | | | |
| リスク層 (血圧以外のリスク因子) | 血圧分類 (mmHg) | 高値血圧 | Ⅰ度高血圧 | Ⅱ度高血圧 | Ⅲ度高血圧 | | | |
| | | 130~139 /80~89 | 140~159 /90~99 | 160~179 /100~109 | 180以上 /110以上 | …高リスク | …中等リスク | …低リスク |
| | 192 | 108 | 69 | 14 | 1 | | | |
| | | 56.3% | 35.9% | 7.3% | 0.5% | | | |
| リスク第1層 予後影響因子がない | 14 | C 11 | B 3 | B 0 | A 0 | A | ただちに 薬物療法を開始 | 45 |
| | 7.3% | 10.2% | 4.3% | 0.0% | 0.0% | | 23.4% | |
| リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある | 100 | C 55 | B 36 | A 8 | A 1 | B | 概ね1か月後に 再評価 | 81 |
| | 52.1% | 50.9% | 52.2% | 57.1% | 100.0% | | 42.2% | |
| リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある | 78 | B 42 | A 30 | A 6 | A 0 | C | 概ね3か月後に 再評価 | 66 |
| | 40.6% | 38.9% | 43.5% | 42.9% | 0.0% | | 34.4% | |

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は)≥175)、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 18 血圧の年次比較

| | 血圧測定者 | 正常 | | | | 保健指導 | | 受診勧奨判定値 | | | | | |
|-----|-------|-----|-------|------|-------|------|-------|---------|-------|------|------|-------|------|
| | | 正常 | | 正常高値 | | 高値血圧 | | I 度 | | II 度 | | III 度 | |
| | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| A | B | B/A | C | C/A | B | B/A | D | D/A | E | E/A | F | F/A | |
| H29 | 725 | 199 | 27.4% | 118 | 16.3% | 240 | 33.1% | 140 | 19.3% | 25 | 3.4% | 3 | 0.4% |
| H30 | 731 | 209 | 28.6% | 122 | 16.7% | 244 | 33.4% | 121 | 16.6% | 29 | 4.0% | 6 | 0.8% |
| R01 | 688 | 219 | 31.8% | 107 | 15.6% | 202 | 29.4% | 130 | 18.9% | 30 | 4.4% | 0 | 0.0% |
| R02 | 710 | 217 | 30.6% | 105 | 14.8% | 223 | 31.4% | 139 | 19.6% | 21 | 3.0% | 5 | 0.7% |
| R03 | 683 | 190 | 27.8% | 119 | 17.4% | 193 | 28.3% | 159 | 23.3% | 20 | 2.9% | 2 | 0.3% |
| R04 | 667 | 182 | 27.3% | 125 | 18.7% | 181 | 27.1% | 149 | 22.3% | 26 | 3.9% | 4 | 0.6% |

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

重症化しやすい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 | 割合 |
|-----|-------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|------|------|
| | | | | | 再) III 度高血圧 | 未治療 | 治療 | | |
| | | | | | | | | | |
| H29 | 725 | 317 43.7% | 240 33.1% | 140 19.3% | 28 | 12 | 16 | 3.9% | 3.9% |
| | | | | | 3 0.4% | 1 33.3% | 2 66.7% | | |
| H30 | 731 | 331 45.3% | 244 33.4% | 121 16.6% | 35 | 20 | 15 | 4.8% | 4.8% |
| | | | | | 6 0.8% | 5 83.3% | 1 16.7% | | |
| R01 | 688 | 326 47.4% | 202 29.4% | 130 18.9% | 30 | 14 | 16 | 4.4% | 4.4% |
| | | | | | 0 0.0% | 0 #DIV/0! | 0 #DIV/0! | | |
| R02 | 710 | 322 45.4% | 223 31.4% | 139 19.6% | 26 | 13 | 13 | 3.7% | 3.7% |
| | | | | | 5 0.7% | 2 40.0% | 3 60.0% | | |
| R03 | 683 | 309 45.2% | 193 28.3% | 159 23.3% | 22 | 10 | 12 | 3.2% | 3.2% |
| | | | | | 2 0.3% | 2 100.0% | 0 0.0% | | |
| R04 | 667 | 307 46.0% | 181 27.1% | 149 22.3% | 30 | 15 | 15 | 4.5% | 4.5% |
| | | | | | 4 0.6% | 1 25.0% | 3 75.0% | | |

治療と未治療の状況

| | 血圧測定者 | 正常 | | | | 保健指導 | | 受診勧奨判定値 | | | | | | | |
|------|-------|-----|-------|------|-------|------|-------|---------|-------|------|-------|-------|------|---|------|
| | | 正常 | | 正常高値 | | 高値血圧 | | I 度 | | II 度 | | III 度 | | | |
| | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | | |
| A | B | B/A | C | C/A | C | C/A | D | D/A | E | E/A | F | F/A | | | |
| 治療中 | H29 | 294 | 40.6% | 37 | 12.6% | 51 | 17.3% | 105 | 35.7% | 85 | 28.9% | 14 | 4.8% | 2 | 0.7% |
| | H30 | 292 | 39.9% | 40 | 13.7% | 50 | 17.1% | 113 | 38.7% | 74 | 25.3% | 14 | 4.8% | 1 | 0.3% |
| | R01 | 257 | 37.4% | 48 | 18.7% | 40 | 15.6% | 87 | 33.9% | 66 | 25.7% | 16 | 6.2% | 0 | 0.0% |
| | R02 | 281 | 39.6% | 39 | 13.9% | 53 | 18.9% | 105 | 37.4% | 71 | 25.3% | 10 | 3.6% | 3 | 1.1% |
| | R03 | 273 | 40.0% | 36 | 13.2% | 47 | 17.2% | 90 | 33.0% | 88 | 32.2% | 12 | 4.4% | 0 | 0.0% |
| | R04 | 252 | 37.8% | 33 | 13.1% | 51 | 20.2% | 73 | 29.0% | 80 | 31.7% | 12 | 4.8% | 3 | 1.2% |
| 治療なし | H29 | 431 | 59.4% | 162 | 37.6% | 67 | 15.5% | 135 | 31.3% | 55 | 12.8% | 11 | 2.6% | 1 | 0.2% |
| | H30 | 439 | 60.1% | 169 | 38.5% | 72 | 16.4% | 131 | 29.8% | 47 | 10.7% | 15 | 3.4% | 5 | 1.1% |
| | R01 | 431 | 62.6% | 171 | 39.7% | 67 | 15.5% | 115 | 26.7% | 64 | 14.8% | 14 | 3.2% | 0 | 0.0% |
| | R02 | 429 | 60.4% | 178 | 41.5% | 52 | 12.1% | 118 | 27.5% | 68 | 15.9% | 11 | 2.6% | 2 | 0.5% |
| | R03 | 410 | 60.0% | 154 | 37.6% | 72 | 17.6% | 103 | 25.1% | 71 | 17.3% | 8 | 2.0% | 2 | 0.5% |
| | R04 | 415 | 62.2% | 149 | 35.9% | 74 | 17.8% | 108 | 26.0% | 69 | 16.6% | 14 | 3.4% | 1 | 0.2% |

④ 脂質（LDL コレステロール）高値の者の減少

脂質異常症は虚血性心疾患（冠動脈疾患）の危険因子であり、国内外のコホート研究において LDL コレステロール値の上昇に伴い冠動脈疾患の発症率や死亡率が上昇することがわかっています。一方、脳血管疾患については、LDL コレステロール値と出血性脳卒中に負の関連を示す報告がある一方、高コレステロール血症はアテローム血栓性脳梗塞の発症リスクを高めることも報告されています。これらを踏まえ、LDL コレステロール値に関しては、国民健康づくり運動の対象を考慮し、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」に基づく低リスク者（危険因子のレベルや保有数から判定される 10 年以内に虚血性心疾患またはアテローム血栓性脳梗塞を発症する確率が 2%未満の者）の脂質管理目標値を参照に、引き続き 160mg/dl とします。生活習慣の改善や内服治療により LDL コレステロール値を低下させることで、冠動脈疾患の死亡率が減少することが明らかになっていることから、脂質異常症治療薬の非服用者、服用者を問わず脂質高値の者の割合を減少させることを目標とします。

村の特定健診では、基本的な検査項目である「中性脂肪」「HDL コレステロール」及び「LDL コレステロール」のうち、LDL コレステロール値に注目し、肥満の有無に関わらず保健指導を実施してきました。LDL コレステロールの年次比較をみると、LDL160 以上の割合は抑えられています。（図表 19）保健事業の実施・評価・改善については、第 3 期データヘルス計画にて詳細な分析を行っています。

図表 19 LDL コレステロールの年次比較

| | LDL測定者 | 正常 | | 保健指導判定値 | | 受診勧奨判定値 | | | | | | |
|-----|--------|-------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|------|-------|------|------|
| | | 120未満 | | 120～139 | | 140～159 | | 160～179 | | 180以上 | | |
| | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | |
| A | B | B/A | C | C/A | D | D/A | E | E/A | F | F/A | | |
| 総数 | H29 | 725 | 396 | 54.6% | 184 | 25.4% | 101 | 13.9% | 30 | 4.1% | 14 | 1.9% |
| | H30 | 731 | 374 | 51.2% | 187 | 25.6% | 116 | 15.9% | 35 | 4.8% | 19 | 2.6% |
| | R01 | 688 | 348 | 50.6% | 181 | 26.3% | 110 | 16.0% | 34 | 4.9% | 15 | 2.2% |
| | R02 | 710 | 357 | 50.3% | 183 | 25.8% | 108 | 15.2% | 40 | 5.6% | 22 | 3.1% |
| | R03 | 683 | 349 | 51.1% | 193 | 28.3% | 87 | 12.7% | 34 | 5.0% | 20 | 2.9% |
| R04 | 668 | 375 | 56.1% | 177 | 26.5% | 73 | 10.9% | 28 | 4.2% | 15 | 2.2% | |
| 男性 | H29 | 319 | 185 | 58.0% | 72 | 22.6% | 40 | 12.5% | 16 | 5.0% | 6 | 1.9% |
| | H30 | 333 | 182 | 54.7% | 76 | 22.8% | 57 | 17.1% | 12 | 3.6% | 6 | 1.8% |
| | R01 | 319 | 170 | 53.3% | 84 | 26.3% | 41 | 12.9% | 20 | 6.3% | 4 | 1.3% |
| | R02 | 349 | 185 | 53.0% | 91 | 26.1% | 48 | 13.8% | 16 | 4.6% | 9 | 2.6% |
| | R03 | 333 | 176 | 52.9% | 94 | 28.2% | 37 | 11.1% | 18 | 5.4% | 8 | 2.4% |
| R04 | 327 | 194 | 59.3% | 85 | 26.0% | 28 | 8.6% | 12 | 3.7% | 8 | 2.4% | |
| 女性 | H29 | 406 | 211 | 52.0% | 112 | 27.6% | 61 | 15.0% | 14 | 3.4% | 8 | 2.0% |
| | H30 | 398 | 192 | 48.2% | 111 | 27.9% | 59 | 14.8% | 23 | 5.8% | 13 | 3.3% |
| | R01 | 369 | 178 | 48.2% | 97 | 26.3% | 69 | 18.7% | 14 | 3.8% | 11 | 3.0% |
| | R02 | 361 | 172 | 47.6% | 92 | 25.5% | 60 | 16.6% | 24 | 6.6% | 13 | 3.6% |
| | R03 | 350 | 173 | 49.4% | 99 | 28.3% | 50 | 14.3% | 16 | 4.6% | 12 | 3.4% |
| R04 | 341 | 181 | 53.1% | 92 | 27.0% | 45 | 13.2% | 16 | 4.7% | 7 | 2.1% | |

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

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

| 年度 | 健診受診者 | 120未満 | 120～139 | 140～159 | 160以上 | | 再掲 | | 割合 |
|-----|-------|--------------|--------------|--------------|------------|-------------|------------|------|------|
| | | | | | 再180以上 | 未治療 | 治療 | | |
| H29 | 725 | 396 54.6% | 184 25.4% | 101 13.9% | 44 | 32 | 12 | 1.9% | 6.1% |
| | | | | | 14 1.9% | 10 71.4% | 4 28.6% | | |
| H30 | 731 | 374 51.2% | 187 25.6% | 116 15.9% | 54 | 42 | 12 | 2.6% | 7.4% |
| | | | | | 19 2.6% | 13 68.4% | 6 31.6% | | |
| R01 | 688 | 348 50.6% | 181 26.3% | 110 16.0% | 49 | 41 | 8 | 2.2% | 7.1% |
| | | | | | 15 2.2% | 12 80.0% | 3 20.0% | | |
| R02 | 710 | 357 50.3% | 183 25.8% | 108 15.2% | 62 | 52 | 10 | 3.1% | 6.7% |
| | | | | | 22 3.1% | 18 81.8% | 4 18.2% | | |
| R03 | 683 | 349 51.1% | 193 28.3% | 87 12.7% | 54 | 45 | 9 | 2.9% | 7.9% |
| | | | | | 20 2.9% | 17 85.0% | 3 15.0% | | |
| R04 | 668 | 375 56.1% | 177 26.5% | 73 10.9% | 43 | 34 | 9 | 2.2% | 6.4% |
| | | | | | 15 2.2% | 12 80.0% | 3 20.0% | | |

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 | | |
| A | B | B/A | C | C/A | D | D/A | E | E/A | F | F/A | | | |
| 治療中 | H29 | 215 | 29.7% | 149 | 69.3% | 41 | 19.1% | 13 | 6.0% | 8 | 3.7% | 4 | 1.9% |
| | H30 | 229 | 31.3% | 143 | 62.4% | 51 | 22.3% | 23 | 10.0% | 6 | 2.6% | 6 | 2.6% |
| | R01 | 194 | 28.2% | 126 | 64.9% | 43 | 22.2% | 17 | 8.8% | 5 | 2.6% | 3 | 1.5% |
| | R02 | 202 | 28.5% | 130 | 64.4% | 45 | 22.3% | 17 | 8.4% | 6 | 3.0% | 4 | 2.0% |
| | R03 | 199 | 29.1% | 123 | 61.8% | 49 | 24.6% | 18 | 9.0% | 6 | 3.0% | 3 | 1.5% |
| R04 | 201 | 30.1% | 143 | 71.1% | 40 | 19.9% | 9 | 4.5% | 6 | 3.0% | 3 | 1.5% | |
| 治療なし | H29 | 510 | 70.3% | 247 | 48.4% | 143 | 28.0% | 88 | 17.3% | 22 | 4.3% | 10 | 2.0% |
| | H30 | 502 | 68.7% | 231 | 46.0% | 136 | 27.1% | 93 | 18.5% | 29 | 5.8% | 13 | 2.6% |
| | R01 | 494 | 71.8% | 222 | 44.9% | 138 | 27.9% | 93 | 18.8% | 29 | 5.9% | 12 | 2.4% |
| | R02 | 508 | 71.5% | 227 | 44.7% | 138 | 27.2% | 91 | 17.9% | 34 | 6.7% | 18 | 3.5% |
| | R03 | 484 | 70.9% | 226 | 46.7% | 144 | 29.8% | 69 | 14.3% | 28 | 5.8% | 17 | 3.5% |
| R04 | 467 | 69.9% | 232 | 49.7% | 137 | 29.3% | 64 | 13.7% | 22 | 4.7% | 12 | 2.6% | |

出典：ヘルスサポートラボツール

⑤ 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は、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が、軽度であっても重複した病態を指します。その危険因子を複数保有している場合、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。

村では、メタボリックシンドローム該当者・予備群減少を目的に特定健診・特定保健指導を実施してきました。健診結果をみると、全体の受診者数は減っているなか、メタボリックシンドローム該当者は約5ポイント伸びており、特に危険因子の重なりを持つ割合の伸びが目立ちます。(図表 20)

特定健診受診率・特定保健指導実施率は高い水準を維持していますが、村のメタボリックシンドローム該当者のうち、9割近くは生活習慣病の治療者であり、医療機関と十分な連携を図り、適切な保健指導を行う必要があります。(図表 21)

具体的な保健事業の実施・評価・改善については、第3期データヘルス計画にて詳細な分析を行っています。

図表 20 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の経年変化

| 年度 | 健診受診者 (受診率) | 該当者 | 予備群 | | |
|-------|----------------|----------------|--------------|---------------|---------------|
| | | | 3項目 | 2項目 | |
| H30年度 | 731 (76.8%) | 111 (15.2%) | 42 (5.7%) | 69 (9.4%) | 77 (10.5%) |
| R04年度 | 670 (69.6%) | 133 (19.9%) | 46 (6.9%) | 87 (13.0%) | 54 (8.1%) |

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 21 メタボリックシンドローム該当者の治療状況

| | 男性 | | | | | | | | 女性 | | | | | | | |
|--------|-----|--------|-------|----------|-------|----|-------|-----|--------|-------|----------|-------|---|-------|--|--|
| | 受診者 | メタボ該当者 | | 3疾患治療の有無 | | | | 受診者 | メタボ該当者 | | 3疾患治療の有無 | | | | | |
| | | 人数 | 割合 | あり | なし | あり | なし | | あり | なし | あり | なし | | | | |
| 総数 | 327 | 96 | 29.4% | 86 | 89.6% | 10 | 10.4% | 343 | 37 | 10.8% | 31 | 83.8% | 6 | 16.2% | | |
| 40代 | 39 | 5 | 12.8% | 4 | 80.0% | 1 | 20.0% | 22 | 2 | 9.1% | 1 | 50.0% | 1 | 50.0% | | |
| 50代 | 47 | 11 | 23.4% | 9 | 81.8% | 2 | 18.2% | 32 | 4 | 12.5% | 3 | 75.0% | 1 | 25.0% | | |
| 60代 | 116 | 34 | 29.3% | 29 | 85.3% | 5 | 14.7% | 138 | 14 | 10.1% | 12 | 85.7% | 2 | 14.3% | | |
| 70~74歳 | 125 | 46 | 36.8% | 44 | 95.7% | 2 | 4.3% | 151 | 17 | 11.3% | 15 | 88.2% | 2 | 11.8% | | |

出典：ヘルスサポートラボツール

⑥ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

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

特定健診受診率は目標値を上回り維持しています。対象者を明確にし、個別に受診勧奨を行ってきた成果といえます。しかし、若い世代の受診率は3割を下回っています。これまで早期からの生活習慣病対策を目的に40歳未満の基本健診も実施してきましたが、40歳～64歳での透析導入が課題であることから、40～50代の若い世代の受診率向上が課題です。(図表 22) 重点的に受診勧奨を行うために、対象者を絞り込んでいく必要があります。

特定保健指導においても目標を達成しています。しかし、前述したメタボ該当者が増えていることから、健診結果の改善(アウトカム評価)を目指す必要があります。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながります。具体的な保健事業の実施・評価・改善については、第3期データヘルス計画にて詳細な分析を行っています。

図表 22 特定健診・特定保健指導の推移

| | | H30年度 | R01年度 | R02年度 | R03年度 | R04年度 | R05年度 目標値 |
|--------|------|-------|-------|--------|-------|-------|------------------|
| 特定健診 | 受診者数 | 731 | 688 | 710 | 683 | 647 | 健診受診率 60% |
| | 受診率 | 76.8% | 76.9% | 79.9% | 77.5% | 75.8% | |
| 特定保健指導 | 該当者数 | 54 | 49 | 58 | 73 | 49 | 特定保健指導実施率 60% |
| | 割合 | 7.4% | 7.1% | 8.2% | 10.7% | 7.6% | |
| | 実施者数 | 50 | 45 | 58 | 66 | 46 | |
| | 実施率 | 92.6% | 91.8% | 100.0% | 90.4% | 93.9% | |

出典: 特定健診法定報告データ

ウ 今後の対策

循環器病の具体的な対策については「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」に明記しています。

- ① 健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策
 - ・対象者への個別案内、訪問を中心とした勧奨
 - ・医療機関、健診機関との連携
- ② 保健指導対象者を明確にするための施策
 - ・健康診査(39歳以下・消防団健診)
 - ・喬木村国民健康保険特定健康診査
 - ・社会保険加入者の健診結果に関する健診機関からの情報提供
- ③ 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策
 - ・健康診査結果に基づく一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導(高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える)
 - ・家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施
 - ・二次検診(頸動脈エコー検査等)により、自分の体をより具体的にイメージでき、生活改善につながる指導の充実

(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であり、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすことから適切な対策が必要です。糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、心筋梗塞や脳卒中のリスクを2～3倍増加するとされています。

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

ア 基本的な考え方

① 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。循環器疾患と同様、重要なのは危険因子の管理であるため、循環器病の予防対策が有効です。

② 重症化予防

糖尿病における重症化予防は、健康診査によって、糖尿病が強く疑われる人、あるいは糖尿病の可能性が否定できない人を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。そのためには、まず健康診査の受診者を増やしていくことが非常に重要になります。同時に、糖尿病の未治療や、治療を中断することが糖尿病の合併症の増加につながることは明確なため、治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することが、個人の生活の質や医療経済への影響が大きい糖尿病による合併症の発症を抑制することにつながります。

イ 現状と目標

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、国民の健康増進の総合的な推進策として重要であることから、糖尿病対策に関する目標としては、一次予防、二次予防、三次予防それぞれに関わるものを設定することとします。

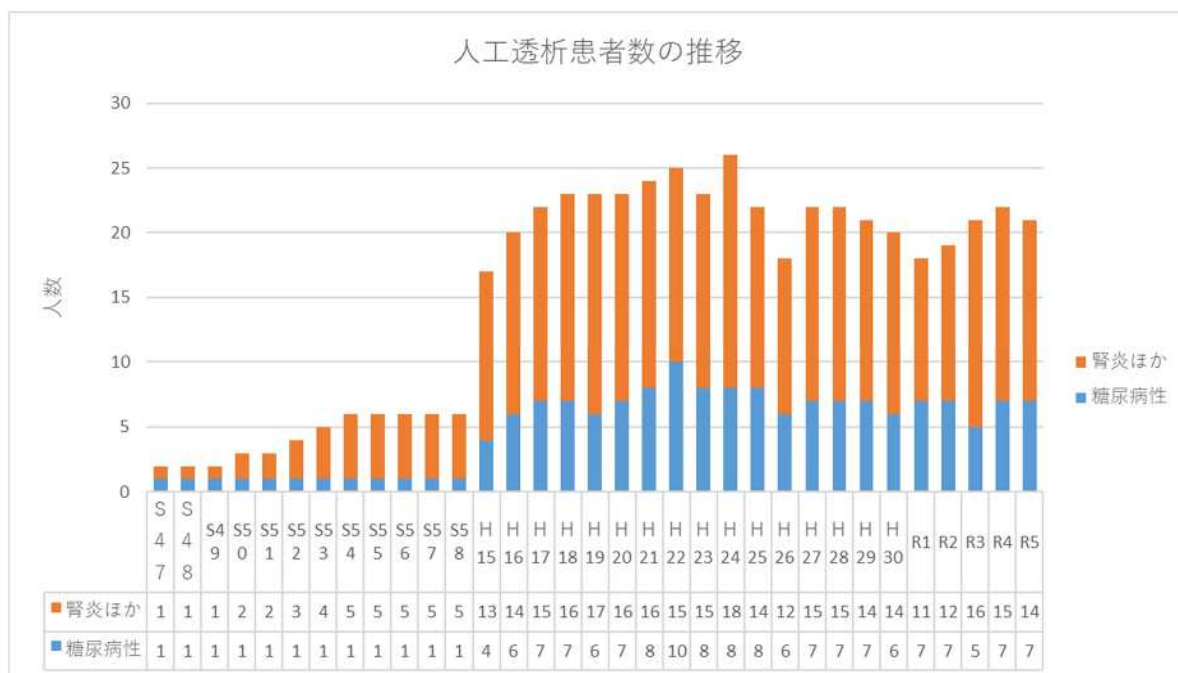
一次予防とは「糖尿病の発症予防」、二次予防とは「糖尿病の適切な治療による合併症の予防」三次予防とは「合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善」であり、それぞれ以下のとおり目標を設定します。

① 糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少

糖尿病合併症である最小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目し、「糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数減少」を目標とします。なお、大血管障害である脳血管疾患・虚血性心疾患については「脳血管疾患・虚血性心疾患による標準化死亡比」を循環器疾患領域の目標項目として設定します。

村の人工透析患者数は横ばいで推移しています。（図表 23）新規透析導入者数のうち、令和元年度から令和5年度については、42%（5人）が糖尿病腎症によるものでした。（図表 24）これらの5人の透析導入時の平均年齢は70.8歳であり、糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約20年間とされていることから、健康診査受診の勧奨とともに、他の医療保険者での保健指導のあり方を確認していく必要があります。

図表 23 人工透析患者数の推移



参考: 喬木村調べ

図表 24 新規透析導入者の推移（5年ごと）

| 年 度 | | H1~5 | H6~10 | H11~15 | H16~20 | H21~25 | H26~30 | R1~R5 | |
|--------|-------------|------|-------|--------|--------|--------|--------|-------|-----|
| 新規導入者数 | | 4 | 10 | 7 | 16 | 12 | 11 | 12 | |
| 内 訳 | 糖尿病 | 人 | 1 | 3 | 2 | 7 | 5 | 3 | 5 |
| | | % | 25% | 30% | 29% | 44% | 42% | 27% | 42% |
| | 高血圧・ 腎炎他 | 人 | 3 | 7 | 5 | 9 | 7 | 8 | 7 |
| | | % | 75% | 70% | 71% | 56% | 58% | 73% | 58% |

参考：喬木村調べ

② 治療継続者の割合の増加

未治療や治療中断が糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されています。なお、糖尿病に対するスティグマ（差別・偏見）が治療中断の要因の一つとなっていることを考えると、目標を達成するためには正しい知識の普及啓発等、スティグマ払拭のための取組を進めていくことも必要です。

特定健診有所見者のうち、糖尿病型の割合は平成30年度14.1%から令和4年度15.8%へと伸びています。未治療者・中断者の割合も増加傾向です。（図表25）

村では、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者・治療中断者への受診勧奨の保健指導を行ってきました。その結果、令和3年度は、全員の方が受診につながっています。中断者や内服治療が必要な方は治療が開始されていますが、内服治療開始とはならず医療機関での経過観察や生活習慣の改善となっている方もおり、保健指導後の医療受診の確認や、高血糖の原因を明らかにし改善つなげる保健指導が必要になります。

さらに肥満があると、インスリンの作用不足を引き起こし血糖悪化の原因となるため、治療中の方については医療と連携し、行政においても保健師・管理栄養士が保健指導・栄養指導を行い血糖コントロール改善について支援します。

図表 25 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

| 項目 | | 実数表 | 喬木村 | | | | | | | | | | 同規模保険者(平均) | |
|----|---|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------|----------|---------|----------|---------|------------|----|
| | | | H30年度 | | R01年度 | | R02年度 | | R03年度 | | R04年度 | | R04年度 | |
| | | | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 | 実数 | 割合 |
| 1 | ① 被保険者数 | A | 1,389人 | | 1,322人 | | 1,240人 | | 1,230人 | | 1,234人 | | | |
| | ② (再掲)40-74歳 | A | 1,084人 | | 1,061人 | | 991人 | | 1,002人 | | 996人 | | | |
| 2 | ① 特定健診 対象者数 | B | 952人 | | 895人 | | 889人 | | 881人 | | 854人 | | | |
| | ② 受診者数 | C | 750人 | | 719人 | | 735人 | | 712人 | | 669人 | | | |
| | ③ 受診率 | C | 78.8% | | 80.3% | | 82.7% | | 80.8% | | 78.3% | | | |
| 3 | ① 特定保健指導 対象者数 | | 54人 | | 49人 | | 58人 | | 73人 | | 49人 | | | |
| | ② 実施率 | | 92.6% | | 91.8% | | 100.0% | | 90.4% | | | | | |
| 4 | ① 健診データ 糖尿病型 | E | 106人 | 14.1% | 101人 | 14.0% | 109人 | 14.8% | 107人 | 15.0% | 106人 | 15.8% | | |
| | ② 未治療・中断者(質問票 服薬なし) | F | 20人 | 18.9% | 20人 | 18.8% | 20人 | 18.3% | 30人 | 28.0% | 24人 | 22.6% | | |
| | ③ 治療中(質問票 服薬あり) | G | 86人 | 81.1% | 81人 | 80.2% | 89人 | 81.7% | 77人 | 72.0% | 82人 | 77.4% | | |
| | ④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上 | J | 25人 | 29.1% | 26人 | 32.1% | 26人 | 29.2% | 31人 | 40.3% | 35人 | 42.7% | | |
| | ⑤ 血圧 130/80以上 | J | 16人 | 64.0% | 14人 | 53.8% | 14人 | 53.8% | 17人 | 54.8% | 19人 | 54.3% | | |
| | ⑥ 肥満 BMI25以上 | J | 9人 | 36.0% | 8人 | 30.8% | 11人 | 42.3% | 17人 | 54.8% | 16人 | 45.7% | | |
| | ⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満 | K | 61人 | 70.9% | 55人 | 67.9% | 63人 | 70.8% | 46人 | 59.7% | 47人 | 57.3% | | |
| | ⑧ 第1期 尿蛋白(-) | M | 78人 | 73.6% | 71人 | 70.3% | 77人 | 70.6% | 82人 | 76.6% | 87人 | 82.1% | | |
| | ⑨ 第2期 尿蛋白(±) | | 15人 | 14.2% | 17人 | 16.8% | 17人 | 15.6% | 12人 | 11.2% | 10人 | 9.4% | | |
| | ⑩ 第3期 尿蛋白(+) | | 12人 | 11.3% | 11人 | 10.9% | 12人 | 11.0% | 10人 | 9.3% | 7人 | 6.6% | | |
| | ⑪ 第4期 eGFR30未満 | | 1人 | 0.9% | 1人 | 1.0% | 1人 | 0.9% | 0人 | 0.0% | 1人 | 0.9% | | |
| 5 | ① レセプト 糖尿病受療率(被保険者対) | | 100.1人 | | 101.4人 | | 91.1人 | | 108.9人 | | 104.5人 | | | |
| | ② (再掲)40-74歳(被保険者対) | | 128.2人 | | 123.5人 | | 112.0人 | | 131.7人 | | 127.5人 | | | |
| | ③ レセプト件数 (40-74歳) (1件は重複受診対) | 入院外(件数) | 971件 (924.8) | 858件 (865.8) | 881件 (883.7) | 924件 (940.9) | 901件 (936.6) | 319,711件 (930.6) | | | | | | |
| | ④ 入院(件数) | 1件 (1.0) | 5件 (5.0) | 4件 (4.0) | 4件 (4.1) | 5件 (5.2) | 1,521件 (4.4) | | | | | | | |
| | ⑤ 糖尿病治療中 | H | 139人 | 10.0% | 134人 | 10.1% | 113人 | 9.1% | 134人 | 10.9% | 129人 | 10.5% | | |
| | ⑥ (再掲)40-74歳 | H | 139人 | 12.8% | 131人 | 12.3% | 111人 | 11.2% | 132人 | 13.2% | 127人 | 12.8% | | |
| | ⑦ 健診未受診者 | I | 53人 | 38.1% | 45人 | 34.4% | 22人 | 19.8% | 55人 | 41.7% | 45人 | 35.4% | | |
| | ⑧ インスリン治療 | O | 6人 | 4.3% | 9人 | 6.7% | 8人 | 7.1% | 13人 | 9.7% | 10人 | 7.8% | | |
| | ⑨ (再掲)40-74歳 | O | 6人 | 4.3% | 8人 | 6.1% | 8人 | 7.2% | 13人 | 9.8% | 10人 | 7.9% | | |
| | ⑩ 糖尿病性腎症 | L | 45人 | 32.4% | 36人 | 26.9% | 30人 | 26.5% | 39人 | 29.1% | 36人 | 27.9% | | |
| | ⑪ (再掲)40-74歳 | L | 45人 | 32.4% | 36人 | 27.5% | 30人 | 27.0% | 38人 | 28.8% | 36人 | 28.3% | | |
| | ⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合) | | 1人 | 0.7% | 1人 | 0.7% | 2人 | 1.8% | 2人 | 1.5% | 2人 | 1.6% | | |
| | ⑬ (再掲)40-74歳 | | 1人 | 0.7% | 1人 | 0.8% | 2人 | 1.8% | 2人 | 1.5% | 2人 | 1.6% | | |
| | ⑭ 新規透析患者数 | | 0 | 0.0% | 2 | 1.5% | 1 | 0.9% | 0 | 0.0% | 1 | 0.8% | | |
| | ⑮ (再掲)糖尿病性腎症 | | 0 | 0.0% | 1 | 0.7% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 | 0.8% | | |
| | ⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合) | | 5人 | 2.5% | 4人 | 1.9% | 5人 | 2.4% | 4人 | 1.7% | 3人 | 1.3% | | |
| 6 | ① 医療費 総医療費 | | 4億1371万円 | | 3億6209万円 | | 3億6310万円 | | 3億5305万円 | | 4億4091万円 | | 6億7051万円 | |
| | ② 生活習慣病総医療費 | | 2億1791万円 | | 1億9296万円 | | 1億8743万円 | | 1億9641万円 | | 2億2365万円 | | 3億5898万円 | |
| | ③ (総医療費に占める割合) | | 52.7% | | 53.3% | | 51.6% | | 55.6% | | 50.7% | | 53.5% | |
| | ④ 生活習慣病 対象者 一人あたり | 健診受診者 | 11,498円 | | 10,786円 | | 11,845円 | | 13,302円 | | 13,201円 | | 9,063円 | |
| | ⑤ 健診未受診者 | 22,051円 | | 22,680円 | | 22,272円 | | 21,748円 | | 27,717円 | | 37,482円 | | |
| | ⑥ 糖尿病医療費 | | 2350万円 | | 2510万円 | | 3036万円 | | 3123万円 | | 3161万円 | | 4061万円 | |
| | ⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合) | | 10.8% | | 13.0% | | 16.2% | | 15.9% | | 14.1% | | 11.3% | |
| | ⑧ 糖尿病入院外総医療費 | | 6215万円 | | 5791万円 | | 6057万円 | | 6142万円 | | 6293万円 | | | |
| | ⑨ 1件あたり | | 33,272円 | | 34,288円 | | 37,388円 | | 36,843円 | | 38,164円 | | | |
| | ⑩ 糖尿病入院総医療費 | | 5822万円 | | 5019万円 | | 3697万円 | | 4107万円 | | 4461万円 | | | |
| | ⑪ 1件あたり | | 831,771円 | | 651,871円 | | 684,605円 | | 641,682円 | | 731,245円 | | | |
| | ⑫ 在院日数 | | 19日 | | 22日 | | 19日 | | 20日 | | 19日 | | | |
| | ⑬ 慢性腎不全医療費 | | 1389万円 | | 1371万円 | | 1107万円 | | 1029万円 | | 1609万円 | | 2783万円 | |
| | ⑭ 透析有り | | 1284万円 | | 1193万円 | | 1071万円 | | 1009万円 | | 1602万円 | | 2567万円 | |
| | ⑮ 透析なし | | 105万円 | | 178万円 | | 36万円 | | 20万円 | | 7万円 | | 216万円 | |
| 7 | ① 介護 介護給付費 | | 6億3367万円 | | 6億2886万円 | | 6億5331万円 | | 7億0978万円 | | 7億2440万円 | | 8億6719万円 | |
| | ② (2号認定者)糖尿病合併症 | | 0件 0.0% | | 0件 0.0% | | 0件 0.0% | | 1件 33.3% | | 1件 33.3% | | | |
| 8 | ① 死亡 糖尿病(死因別死亡数) | | 1人 1.3% | | 0人 0.0% | | 0人 0.0% | | 1人 1.3% | | 1人 1.3% | | 622人 1.0% | |

出典:ヘルスサポートラボツール

③ 血糖コントロール不良者の減少

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2019」では、血糖コントロール評価指標として HbA1c8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられています。同ガイドラインでは、血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、治療法の再検討を含めて何らかのアクションを起こす必要がある場合を指し、HbA1c8.0%以上を超えると著明に網膜症のリスクが増えるとされています。村では、これらに基づき対象者を明確にした保健指導を実施してきました。血糖の年次比較をみると、健診結果で HbA1c8.0%以上の割合は平成 30 年度から横ばいで推移しています。(図表 26) 未治療者については、全員の治療（治療継続中含む）が確認できています。保健事業の実施・評価・改善については、第 3 期データヘルス計画にて詳細な分析を行っています。

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

健康日本 21（第二次）における「糖尿病有病者の増加の抑制」の目標は、目標設定時点での将来予測値 1,410 万人から約 30%の減少を目指し、令和 4 年度までに 1,000 万人に抑制することでした。新型コロナウイルス感染症の影響で国民健康・栄養調査が中止となったことを受けて、最終評価では令和元年度時点での参考値（前年までの調査結果からの予測値）である約 1,150 万人を用いて評価を行いました。これは、当初の令和元年度時点の将来予測値である 1,210 万人から約 5%という結果でした。糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく、さまざまな糖尿病合併症を予防することにもなります。

2 型糖尿病は生活習慣の影響のみで発症するわけではなく、遺伝的素因等も関与していることには十分に留意する必要がありますが、健康づくりによる予防の観点からは、生活習慣や環境の改善は重要な要素です。食生活の乱れや多量飲酒、身体活動量の低下等の生活習慣が発症・重症化に大きく関与するとともに、受動喫煙を含めた喫煙や睡眠の質・量の低下、うつ傾向や精神的ストレスが発症の危険因子であることや、歯周病が血糖コントロールに影響を与えること等が報告されています。

また、糖尿病の合併症の予防・進展抑制には、血糖管理だけでなく、高血圧症や脂質異常症の治療、禁煙、肥満の是正などの包括的な管理が必要です。加えて、若年女性のやせや妊娠中の喫煙が低出生体重児を介して将来の肥満や糖尿病につながることを示されていること、子どもの肥満が増加していること等を踏まえると、ライフコースアプローチも考慮した対策が必要です。

図表 26 血糖の年次比較

| | HbA1c測定 | 正常 | | 保健指導判定値 | | | | 受診勧奨判定値 | | | | | | 再掲 | | | |
|-----|---------|-------|-------|---------|-------|----------------|-------|-------------|------|----------------------|------|----------------|------|-------|------|-------|------|
| | | | | 正常高値 | | 糖尿病の可能性が否定できない | | 合併症予防のための目標 | | 糖尿病 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 | | | | | |
| | | 5.5以下 | | 5.6～5.9 | | 6.0～6.4 | | 6.5～6.9 | | 7.0～7.9 | | 8.0以上 | | 7.4以上 | | 8.4以上 | |
| | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| A | B | B/A | C | C/A | D | D/A | E | E/A | F | F/A | G | G/A | H | H/A | I | I/A | |
| H29 | 705 | 253 | 35.9% | 284 | 40.3% | 104 | 14.8% | 33 | 4.7% | 23 | 3.3% | 8 | 1.1% | 14 | 2.0% | 7 | 1.0% |
| H30 | 698 | 307 | 44.0% | 244 | 35.0% | 85 | 12.2% | 42 | 6.0% | 14 | 2.0% | 6 | 0.9% | 12 | 1.7% | 4 | 0.6% |
| R01 | 667 | 301 | 45.1% | 219 | 32.8% | 96 | 14.4% | 25 | 3.7% | 19 | 2.8% | 7 | 1.0% | 11 | 1.6% | 6 | 0.9% |
| R02 | 679 | 256 | 37.7% | 244 | 35.9% | 116 | 17.1% | 37 | 5.4% | 22 | 3.2% | 4 | 0.6% | 10 | 1.5% | 3 | 0.4% |
| R03 | 649 | 245 | 37.8% | 229 | 35.3% | 105 | 16.2% | 37 | 5.7% | 27 | 4.2% | 6 | 0.9% | 17 | 2.6% | 5 | 0.8% |
| R04 | 639 | 231 | 36.2% | 235 | 36.8% | 104 | 16.3% | 32 | 5.0% | 30 | 4.7% | 7 | 1.1% | 18 | 2.8% | 5 | 0.8% |

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

| 年度 | HbA1c測定 | 5.5以下 | 5.6～5.9 | 6.0～6.4 | 6.5以上 | | | 再掲 | |
|-----|---------|--------------|--------------|--------------|-------------|------------|------------|-------|------|
| | | | | | 再)7.0以上 | 未治療 | 治療 | 再掲 | 割合 |
| | | | | | | | | | |
| H29 | 705 | 253 35.9% | 284 40.3% | 104 14.8% | 64 9.1% | 23 3.3% | 41 5.8% | 9.1% | 4.4% |
| H30 | 698 | 307 44.0% | 244 35.0% | 85 12.2% | 62 8.9% | 17 2.4% | 45 6.4% | 8.9% | 2.9% |
| R01 | 667 | 301 45.1% | 219 32.8% | 96 14.4% | 51 7.6% | 11 1.6% | 40 5.9% | 7.6% | 3.9% |
| R02 | 679 | 256 37.7% | 244 35.9% | 116 17.1% | 63 9.3% | 15 2.2% | 48 7.1% | 9.3% | 3.8% |
| R03 | 649 | 245 37.8% | 229 35.3% | 105 16.2% | 70 10.8% | 19 2.8% | 51 7.4% | 10.8% | 5.1% |
| R04 | 639 | 231 36.2% | 235 36.8% | 104 16.3% | 69 10.8% | 17 2.6% | 52 8.1% | 10.8% | 5.8% |

治療と未治療の状況

| | HbA1c測定 | 正常 | | 保健指導判定値 | | | | 受診勧奨判定値 | | | | | | 再掲 | | | | | |
|------|---------|-------|-------|---------|-------|----------------|-------|-------------|-------|----------------------|-------|----------------|-------|-------|------|-------|-------|---|------|
| | | | | 正常高値 | | 糖尿病の可能性が否定できない | | 合併症予防のための目標 | | 糖尿病 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 | | | | | | | |
| | | 5.5以下 | | 5.6～5.9 | | 6.0～6.4 | | 6.5～6.9 | | 7.0～7.9 | | 8.0以上 | | 7.4以上 | | 8.4以上 | | | |
| | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | | |
| A | B | B/A | C | C/A | D | D/A | E | E/A | F | F/A | G | G/A | H | H/A | I | I/A | | | |
| 治療中 | H29 | 79 | 11.2% | 0 | 0.0% | 6 | 7.6% | 32 | 40.5% | 19 | 24.1% | 15 | 19.0% | 7 | 8.9% | 12 | 15.2% | 6 | 7.6% |
| | H30 | 83 | 11.9% | 2 | 2.4% | 14 | 16.9% | 22 | 26.5% | 28 | 33.7% | 11 | 13.3% | 6 | 7.2% | 10 | 12.0% | 4 | 4.8% |
| | R01 | 76 | 11.4% | 1 | 1.3% | 7 | 9.2% | 28 | 36.8% | 20 | 26.3% | 16 | 21.1% | 4 | 5.3% | 8 | 10.5% | 4 | 5.3% |
| | R02 | 84 | 12.4% | 1 | 1.2% | 11 | 13.1% | 24 | 28.6% | 28 | 33.3% | 17 | 20.2% | 3 | 3.6% | 7 | 8.3% | 2 | 2.4% |
| | R03 | 71 | 10.9% | 2 | 2.8% | 4 | 5.6% | 14 | 19.7% | 23 | 32.4% | 24 | 33.8% | 4 | 5.6% | 15 | 21.1% | 3 | 4.2% |
| | R04 | 79 | 12.4% | 3 | 3.8% | 3 | 3.8% | 21 | 26.6% | 21 | 26.6% | 26 | 32.9% | 5 | 6.3% | 15 | 19.0% | 3 | 3.8% |
| 治療なし | H29 | 626 | 88.8% | 253 | 40.4% | 278 | 44.4% | 72 | 11.5% | 14 | 2.2% | 8 | 1.3% | 1 | 0.2% | 2 | 0.3% | 1 | 0.2% |
| | H30 | 615 | 88.1% | 305 | 49.6% | 230 | 37.4% | 63 | 10.2% | 14 | 2.3% | 3 | 0.5% | 0 | 0.0% | 2 | 0.3% | 0 | 0.0% |
| | R01 | 591 | 88.6% | 300 | 50.8% | 212 | 35.9% | 68 | 11.5% | 5 | 0.8% | 3 | 0.5% | 3 | 0.5% | 3 | 0.5% | 2 | 0.3% |
| | R02 | 595 | 87.6% | 255 | 42.9% | 233 | 39.2% | 92 | 15.5% | 9 | 1.5% | 5 | 0.8% | 1 | 0.2% | 3 | 0.5% | 1 | 0.2% |
| | R03 | 578 | 89.1% | 243 | 42.0% | 225 | 38.9% | 91 | 15.7% | 14 | 2.4% | 3 | 0.5% | 2 | 0.3% | 2 | 0.3% | 2 | 0.3% |
| | R04 | 560 | 87.6% | 228 | 40.7% | 232 | 41.4% | 83 | 14.8% | 11 | 2.0% | 4 | 0.7% | 2 | 0.4% | 3 | 0.5% | 2 | 0.4% |

出典:ヘルスサポートラボツール

ウ 今後の対策（循環器病の対策と重なるものは除く）

糖尿病の対策については、循環器病と同様に「第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）」に明記しています。

① 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく村民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
特定保健指導及びHbA1c値に基づいた保健指導
家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施
- ・二次検診（75g糖負荷検査・微量アルブミン尿検査等）の実施
- ・糖尿病予防活動検討会などによる医療関係者との連携

2. 生活習慣病の改善

(1) 栄養・食生活

栄養・食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康な生活を送るために欠くことのできない営みであり、多くの生活習慣病（NCDs）の予防・重症化予防のほか、やせや低栄養等の予防を通じた生活機能の維持・向上の観点から重要です。さらに個人の行動と健康状態の改善を促すために適切な栄養・食生活やそのための食事を支える食環境の改善を進めていくことも重要です。同時に、栄養・食生活は社会的、文化的な営みでもあります。

本村でも自然環境や地理的な特徴、歴史的条件が相まって、地域特有の食文化を生み出し、食生活の習慣を作り上げてきています。（図表 27）生活習慣病予防の実現のためには、本村の特性を踏まえ、栄養状態を適正に保つために必要な栄養素を摂取することが求められています。

ア 基本的な考え方

体重は、各ライフステージにおいて、主要な生活習慣病や健康状態と強く関連します。また、肥満はがん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連があります。加えて、若い女性のやせは多くの健康問題と関連が深く、若い女性や妊婦の低栄養問題は次世代の子どもの生活習慣病のリスクを高めると危惧されています。

生活習慣病予防に焦点をあてた、ライフステージごとの食品の目安量（図表 28）は、概ね決まっており、生活習慣病予防のためには、ライフステージを通して、適正な食品（栄養素）摂取が実践できる力を十分に育み、発揮できることが重要になってきます。

図表 27

高木村の生活習慣病とからだの実態を考える

からだの実態

【死亡】(H25-H29年標準化死亡比)
 ・脳血管疾患 全国を100
 県、全国よりの高い、女性は国の2倍以上高い。

| | 村 | 管内 | 県 |
|----|-------|-------|-------|
| 男性 | 131.4 | 120.9 | 110.6 |
| 女性 | 240.0 | 126.9 | 120.8 |

・心疾患
 国よりの低い、女性は県よりの高い。

| | 村 | 管内 | 県 |
|----|------|------|------|
| 男性 | 90.8 | 88.6 | 91.8 |
| 女性 | 97.0 | 80.0 | 88.8 |

【介護保険】

約7割が単独医療に生活習慣病がある。

| 2号認定 | H30 | R4 |
|------|-----|----|
| | 005 | 02 |

【高齢しせ】80万円以上

| | H30(件) | R4(件) |
|-------|--------|-------|
| 脳血管疾患 | 9 | 4 |
| 心疾患 | 4 | 1 |

【治療】(R4年)

全治療に占める割合

| | 村 (%) | 県 (%) |
|-------|-------|-------|
| 脳血管疾患 | 2.41 | 2.15 |
| 糖尿病 | 0.89 | 1.22 |
| 慢性腎臓病 | 0.02 | 0.22 |
| 人工透析 | 3.63 | 4.29 |

生活習慣病の有病率 (健診対象者)

| | 村 (%) | 県 (%) |
|-------|-------|-------|
| 高血圧 | 41.4 | 38.6 |
| 糖尿病 | 18.8 | 20.4 |
| 脂質異常症 | 36.1 | 36.7 |

・人口透折 R3年 (人口100万対比)

| | |
|----|------|
| 村 | 3400 |
| 県 | 2761 |
| 全国 | 2786 |

食の実態

【食べ方】

【調味料購入量全国ランキング：長野市】

- ・酢 1位
- ・塩 3位
- ・味噌 9位
- ・しょうゆ 16位
- ・砂糖 11位
- ・油脂 (全体) 17位
- ・調味料にかける金額 11位

【栄養データ】

- ◆ エネルギーの摂取 (県平均)
 - ・総エネルギー 1903kcal
 - ・脂質エネルギー比 (25%以下) 28.6%
- ◆ 野菜の摂取量 (県平均)
 - ・男性 333g
 - ・女性 298g

【食べ方】

- ・米文化
- ・漬け物
- ・果物
- ・揚げ物
- ・寿司
- ・菓子パン
- ・カップ麺
- ・油を使った炒め物
- ・肉より魚
- ・肉加工品利用多い (特にワインナー)

【野菜】 33% (きゅうり・ねぎ・ズッキーニ)

【果物】 26% (りんご・なし・いちご・柿)

【穀類】 11% (花き)

【肉類】 9% (市町村産 グラフと統計)

【魚類】 5% (みずから採れた魚)

【漬物保存】

- ・白菜
- ・大根
- ・きゅうり
- ・なす
- ・梅
- ・柿
- ・かぼちゃ

・緑黄色野菜が少ない

【ご近所付き合い】

- ・飲酒習慣 (男性) 割合少ない
- ・お茶の習慣 (農作業時、家庭、夕食後) 菓子・果物・漬け物

【LDLコレステロール↑・HbA1c↑の原因】

- ・パナとリンゴとミカンと干柿を食べる。
- ・ナッツは体にいいだつて。落花生作ってる
- ・買ってくる総菜は揚げ物になる。
- ・乳製品好き、ヨーグルト、牛乳、チーズ食べる
- ・菓子パンは、お茶の時に1個食べる。

【BMI↑のきっかけ】

- ・お酒を飲むようになった。つまみはポテチ (消防団)
- ・仕事帰りにコンビニで寄る。アイスやチヨコ買つ (消防団)
- ・お風呂はコンビニで買つ。お弁当やおにぎり、菓子パン
- ・子どもを産むたびに体重が増えた。
- ・運動したり、動かないけど、美味しいものを食べた。
- ・かぼちゃやサツマイモがたくさんどれたので食べた。
- ・仕事で帰りが遅い。夕飯はお店の総菜を利用。揚げ物はわり。

地域特性

【地勢・風土】

- ・地形が複雑、太平洋側の気候。
- ・県内の中で年間降水量は多い。
- ・積雪量は少ない。
- ・村内中心部に川が流る。
- ・8割が森林原野。

【歴史】

5つの村が合併し1つの村になった。明治維新まで藩屋があった。

【生活の変化】

- ・村の約8割が利用するスーパー
- ・コンビニ2店2店舗あり。
- ・飲食店17店のうち、5店で焼肉店等、2店ラーメン店
- ・高齢化率 36.5%
- ・農家の減少、農地の荒廃や遊休化が進行。
- ・1世帯当たり人口2.76人 一核家族化。

【保存食】

| 種類 | 備分量 | 備分率 |
|------|-------|------|
| 梅酒 | 0~50 | 2~11 |
| 梅漬 | 36 | 2~3 |
| 酢漬 | 4~10 | 2~7 |
| 醤油漬 | 0.5~6 | 2~3 |
| たくあん | 1~2 | 5~6 |
| 干し柿 | 57 | |
| ジャム | 50~75 | |

・家に野菜や果物があるから作る。
 ・最近はお漬物や醤油漬が人気。

参考：長野県計画画支援ツール、国民健康・栄養調査

国民健康・栄養調査、特定健診法定報告、家計調査
 市町村のすがた 「グラフと統計で見える農林水産業」

ライフステージごとの食品の目安量

| 食品 | 妊娠 | | | | 授乳期 | 乳児 | | | 小学生 | | 中学生 | | 高校生 | | 高齢者 | | | |
|-----------|----------------------|--------------------|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---|
| | 前期 0~16週 未週 | 中期 16~28 週未週 | 後期 28~40 週 | 妊娠高血圧症候群 | | 3歳 | 5歳 | 9~11歳 | | 12~14歳 | | 15~17歳 | | 成人 | | 65歳以上 | | |
| | | | | 妊娠高血糖 | | | | 妊娠糖尿病 | 6か月 開始 2カ月 | 8か月 開始 4カ月 | 11か月 開始 7カ月 | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 |
| 第1群 | 乳製品 牛乳1本 200cc | 200 | 200 | 200 | 200 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 200 | 250 | 250 | 250 | |
| | 卵 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 50 | 50 | 50 | |
| 第2群 | 魚介類 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 30 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | |
| | 肉類 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 30 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 70 | 70 | 50 | 50 | 50 | |
| | 大豆製品 | 165 | 165 | 165 | 165 | 165 | 110 | 110 | 40 | 50 | 80 | 120 | 165 | 150 | 150 | 150 | 150 | |
| | 緑黄色野菜 | 200~250 | 200~250 | 200~250 | 200~250 | 200~250 | 200~250 | 200~250 | 45 | 80 | 100 | 150 | 200 | 150 | 150 | 150 | 150 | |
| 第3群 | 淡色野菜 | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 | 250 | 45 | 90 | 140 | 200 | 250 | 250 | 250 | 250 | 200 | |
| | いも類 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 30 | 50 | 60 | 100 | 120 | 100 | 100 | 100 | 100 | |
| | 果物 | 120kcal | 120kcal | 120kcal | 120kcal | 120kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | 80kcal | |
| | きのこ | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | - | 10 | 30 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | |
| 第4群 | 海藻 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 30 | 30 | 10 | 20 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | |
| | 穀類 | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | |
| | 種実類 油脂 | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | 個人により りまちなち | |
| | 砂糖類 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 10 | 10 | 12 | 15 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | |
| 酒類(アルコール) | 禁酒 | 禁酒 | 禁酒 | 禁酒 | 禁酒 | 禁酒 | 禁酒 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

参考：保健活動を考える自主的研究会 編集

子どもノート、糖尿病・耐糖能異常の原因を明らかにし、改善のための判断をつける【改訂版】

高齢者の保健指導教材

日本人の食事摂取基準 2020 版

イ 現状と目標

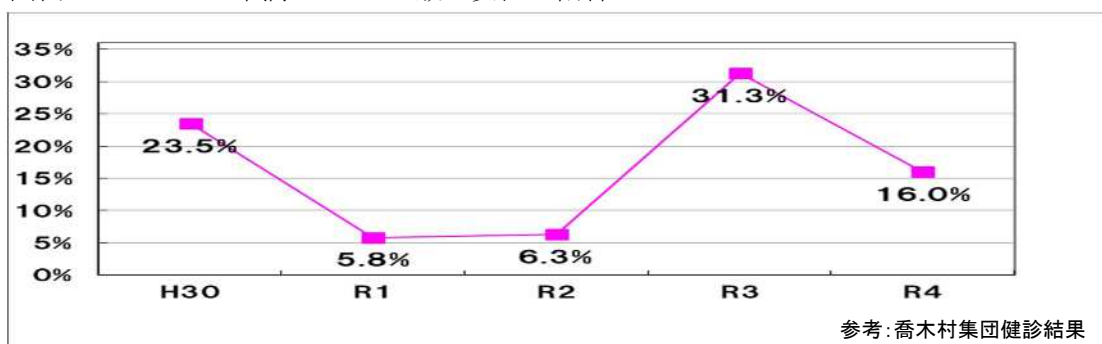
個人にとって、適切な量と質の食事を摂っているかどうかの指標は健診データです。栄養・食生活の目標値については、適正体重を中心に設定します。

① 適正体重を維持しているものの増加（肥満、やせの減少）

1) 若年女性のやせの者の減少（20～39歳）

若年女性における健康課題のひとつであるやせは、排卵障害（月経不順）や女性ホルモン分泌低下、骨量減少と関連することが報告されています。また、妊娠前にやせであった女性は、標準的な体型の女性と比べて低出生体重児を出産するリスクが高いことが報告されています。村では年度によって受診者の内容によりやせの者の割合はばらつきがありますが、次世代の健康を育むという観点からも、若年女性のやせの減少を目指します。（図表 29）

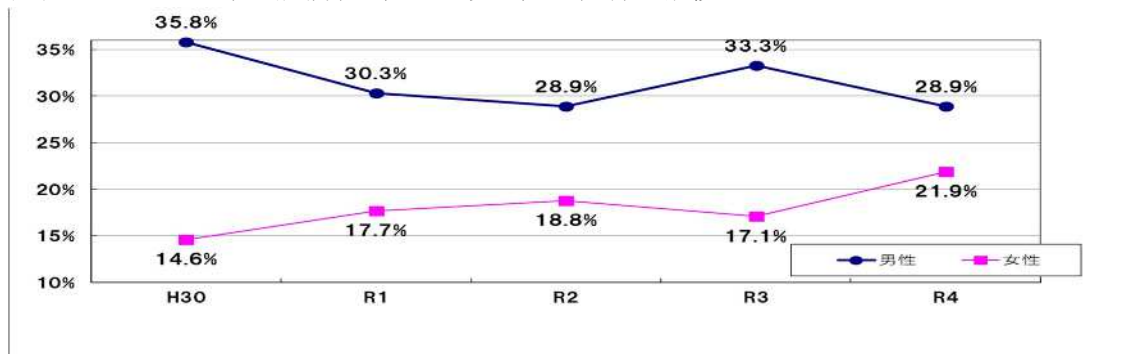
図表 29 BMI18.5未満の20～39歳の女性の割合



2) 20～69歳の肥満者の減少

本村では、集団健診で把握可能な20～69歳までの男女の肥満者数を評価指標としています。集団健診受診者で20～69歳までの肥満者の割合は、女性は増加傾向、男性は約3割の方が該当しています。引き続き、減量に向けた取組を行っていきます。（図表 30）

図表 30 20～69歳の肥満者（BMI25以上）の割合の推移



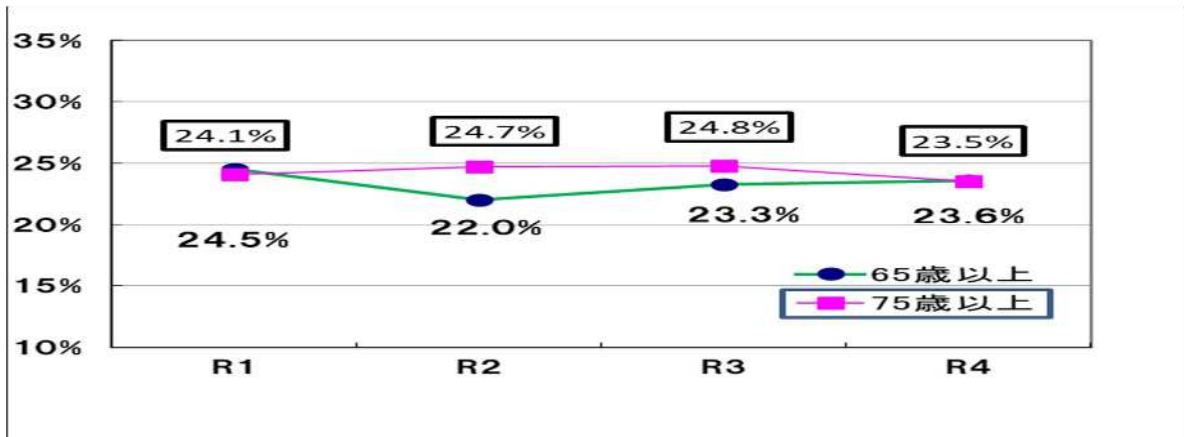
3) 低栄養傾向 (BMI20 以下) の高齢者の減少

本村の後期高齢者健診結果では約 2 割以上の者にやせがみられます。(図表 31)

高齢者のやせは、肥満よりも死亡率が高く、BMI20 以下の者の割合は疾病や老化などの影響を受け、年齢に伴い増加します。

高齢期の適切な栄養は、生活の質 (QOL) 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も極めて重要です。食生活を中心とした健康づくりを行っていきます。

図表 31 高齢者 BMI20 以下の割合の推移



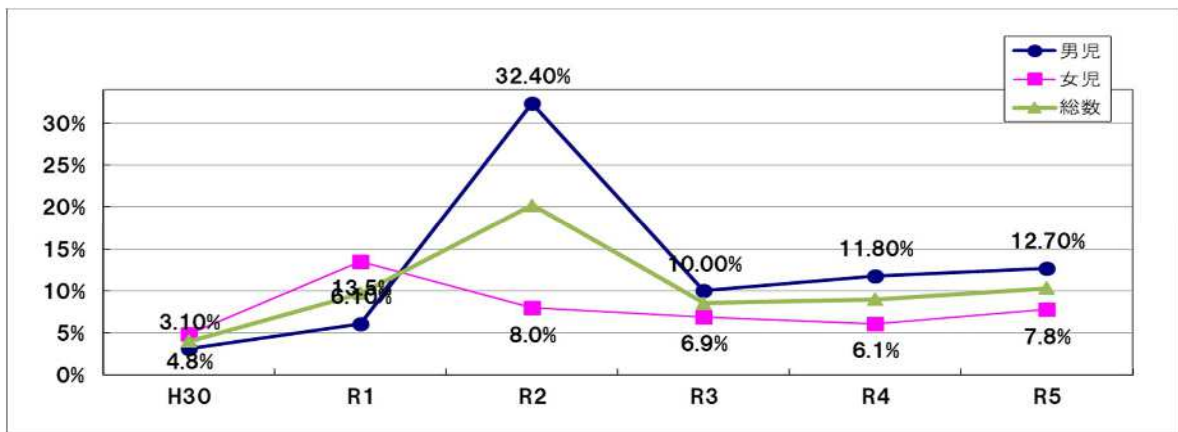
参考: 特定健診法定報告結果、後期高齢者健診結果

4) 児童・生徒における肥満傾向児の減少

子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。学校保健統計調査では、肥満傾向児は肥満度 20%以上の者を指すものとされています。本村の小学 5 年生の結果を見ると、増加傾向です。(図表 32)

子どもの肥満については、従来から、学校における健康診断に基づく健康管理指導の取組みが行われています。脂質や糖質の過剰摂取、野菜の摂取不足、夜更かし、朝食欠食といった食事や生活習慣の乱れがみられます。子ども頃からの健やかな生活習慣を身につける必要があります。

図表 32 小学 5 年生 肥満度 20%以上の児の割合の推移



参考: 喬木村小学校健診データ

② 食塩摂取量の減少

成人の生活習慣病の研究によると、死亡と食塩の過剰摂取は関連性があると言われてい
ます。減塩は血圧を基準値に近づけ、脳心血管病を減少させることに繋がります。

本村では、二次検診にて蓄尿検査から塩分摂取量を測定しています。受診者で一番摂取量
が多い方は 19.88 g でした。国の目標量は、男性 7.5 g 未満、女性 6.5 g 未満、高血圧の方は
6 g 未満の食塩摂取量が望ましいとされています。

村では減塩を推進するための食環境整備を令和 3 年度から開始しました。村内の食料品販
売店・飲食店の協力で、減塩食品の販売、減塩料理の提供が行われています。今後も、村内
業者と連携し取組を行っていきます。

ウ 今後の対策

① 生活習慣病の発症予防のための取組の推進

<ライフステージに対応した栄養指導の実施>

- ・母親学級（妊娠期）
- ・乳幼児健康診査・乳幼児相談（乳幼児期）
- ・幼児健診にて母親に冊子「女性の健康」を活用し指導実施
- ・学齢期への保健指導（栄養指導）の実施（肥満、高血糖、脂質異常等）、
小中学校の養護教諭との課題の共有
- ・健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導
- ・家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、栄養指導の実施（青年期・
壮年期・高齢期）

② 生活習慣病の重症化予防のための取組の推進

- ・糖尿病や慢性腎臓病等を対象にした管理栄養士による専門的な栄養指導

③ 減塩推進等に向けた食環境整備

- ・減塩等についての食事の情報提供と啓発
- ・減塩推進協力店との連携、強化
(信州食育発信 3 つの星レストランやスマートミール登録への協力等)

(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、骨格筋の収縮を伴う全ての活動を指します。「運動」とは、身体活動のうち、スポーツやフィットネスなどの健康・体力の維持・増進を目的として計画的・定期的に行われるものをいいます。

身体活動・運動の量が多い者は、少ない者と比較して2型糖尿病、循環器病、がん、ロコモティブシンドローム、うつ病、認知症等などの発症・罹患リスクが低いことが報告されています。

世界保健機構（WHO）は全世界における死亡に対する危険因子として、高血圧、喫煙、高血糖に次いで、身体活動・運動の不足を第4位に位置付けています。日本では身体活動・運動の不足は喫煙、高血圧に次いで生活習慣病による死亡の3番目の危険因子であることが示唆されています。

身体活動・運動の意義と重要性が広く認知され実践されることは、これから超高齢社会を迎える我が国の健康寿命の延伸に有用であると考えられます。一方で、機械化・自動化の進展、移動手段の変化等により、身体活動量が減少しやすい社会環境にあることを踏まえると、引き続き身体活動・運動分野の取組を積極的に行う必要があります。

参考 ロコモティブシンドローム(運動器症候群)の定義

- ・運動器(運動器を構成する主な要素には、支持機構の中心となる骨、支持機構の中で動く部分である関節軟骨、脊椎の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系がある。これらの要素が連携することによって歩行が可能になっている)の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態をいう。
運動器の機能低下が原因で、日常生活を営むのに困難をきたすような歩行機能の低下、あるいはその危険があることを指す。
- ・ロコモティブシンドロームはすでに運動器疾患を発症している状態からその危険のある状態を含んでいる。

ア 基本的な考え方

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もあることから、対策を行う必要があります。身体活動・運動量を増加させ、健康増進につなげていくため、次のように目標を設定します。

イ 現状と目標

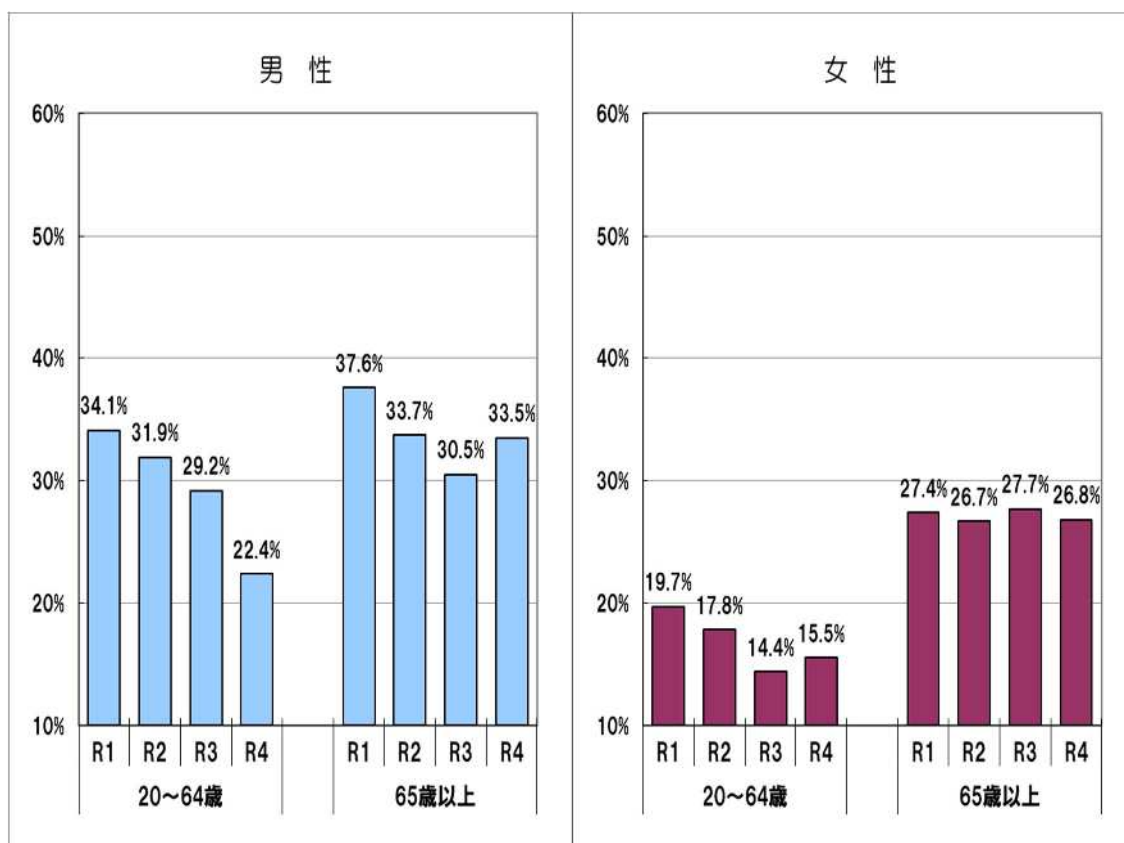
① 運動習慣の割合の増加

本村では、基本健康診査・特定健康診査受診者に対し、「1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上1年以上実施している」の問診項目で運動習慣に関する実態把握をしてきました。(図表33)

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代(20～64歳)と比較して退職世代(65歳以上)では多くなりますが、本村も同様の傾向です。

就労世代の運動習慣者が増加していくためには、身近な場所で運動できる環境や、年間を通じて運動が可能な施設など、多くの人気が気軽に運動に取り組むことのできる環境を整える必要があります。

図表33 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上1年以上実施している者の割合



参考：喬木村集団健診問診票結果

ウ 今後の対策

① 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

- ・健康体操教室へのお誘い、健康運動指導士による運動プログラムの紹介
- ・年間を通じて運動が可能な施設の紹介（アスボなど）

② ライフステージごとの身体活動及び運動習慣の向上の推進

<子ども>

楽しく、年齢（発育の段階）と能力に適した多様な身体活動に参加できるような安全で公平な機会の提供

<成人>

運動だけでなく、家事や仕事などの生活場面で身体を動かすことの推奨

<高齢者>

運動のみならず、生活活動を高めることによる身体活動増加の推奨
外出や社会参加、就業の機会を増やす取組の推進

(3) 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。平成30年にWHOが発表した「Global status report on alcohol and health 2018」によると、平成28年の試算で、年間300万人がアルコールの有害な使用のために死亡し、全死亡に占める割合は5.3%とされており、この割合は、糖尿病(2.8%)、高血圧(1.6%)、消化器疾患(4.5%)を上回っています。

健康日本21(第二次)では、「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」を1日の平均純アルコール摂取量が男性で40g、女性で20g以上と定義した上で、このような飲酒の予防を図るため、「生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の減少」を目標に設定し、取組を行ってきました。我が国全体のアルコール消費量は減少傾向にある一方で、この目標については男性では変化なし、女性では悪化傾向にあり、より一層のアルコールによる健康影響に関する知識の普及啓発、減酒支援等の推進が求められています。

また、令和3年度から開始されたアルコール健康障害対策推進基本計画(第2期)においては、アルコール健康障害の発生予防が重点課題とされています。また、がん対策推進基本計画(第4期)においては、飲酒は予防可能ながんリスクの因子とされており、これらの計画との整合性を保ちつつ、取組を進める必要があります。

20歳未満の者や教育者・保護者・妊婦に対しても、関係団体や事業者等と連携し飲酒による健康影響等について引き続きわかりやすい普及啓発を行う必要があります。

ア 基本的な考え方

健康日本21(第二次)では、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少」を目標としていましたが、男性では変化なし、女性では悪化傾向であったことを鑑みて、引き続き目標として設定します。

国内外の研究結果から、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されており、これらの知見からは生活習慣病(NCDs)のリスクを高める飲酒量の域値は低ければ低いほどよいことが示唆されます。引き続き、生活習慣病(NCDs)のリスクを高める飲酒量について1日当たりの平均純アルコール摂取量を男性で40g、女性で20g以上と定義し、目標を設定することとします。

また、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、20歳未満者の発達や健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響を含めた、健康との関連や「リスクの少ない飲酒」など、正確な知識を普及する必要があります。

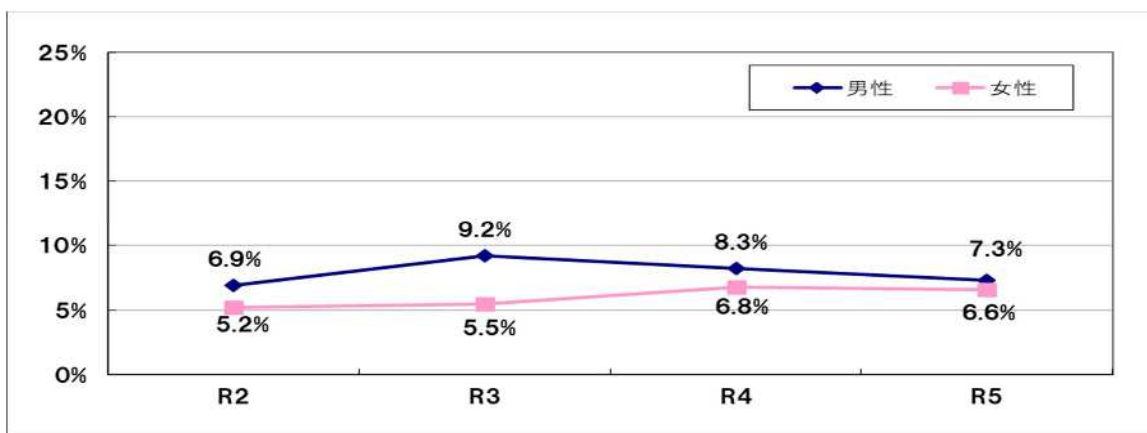
イ 現状と目標

① 生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少

生活習慣病（NCDs）のリスクを高める飲酒量を1日当たりの平均純アルコール摂取量を男性で40g、女性で20g以上と定義します。

本村の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、男性では横這い、女性ではやや増加の傾向にあります。（図表34）

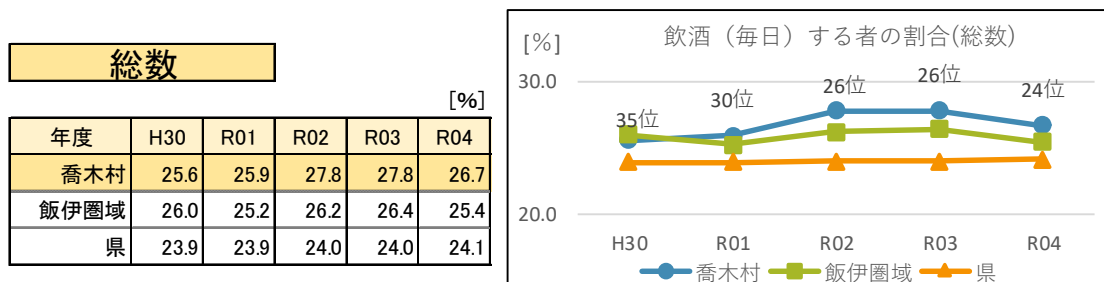
図表34 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人の割合の推移



参考：喬木村集団健診問診票結果

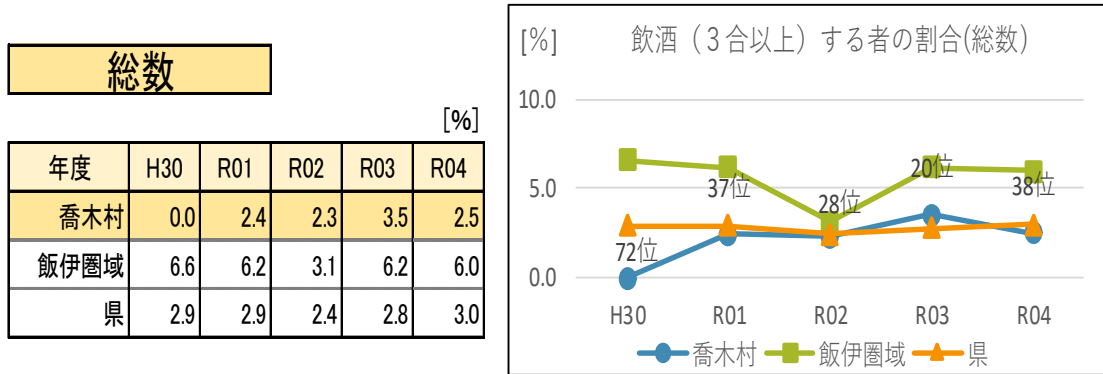
飲酒の状況について、県・飯伊圏域と比較すると、村は県内24位と毎日飲酒する者がやや多い状況です。（図表35）3合以上飲酒する者の割合は、飯伊圏域より低く、県とほぼ同じ状況です。（図表36）

図表35 毎日飲酒する者の割合



出典：長野県計画支援ツール

図表 36 3合以上飲酒する者の割合

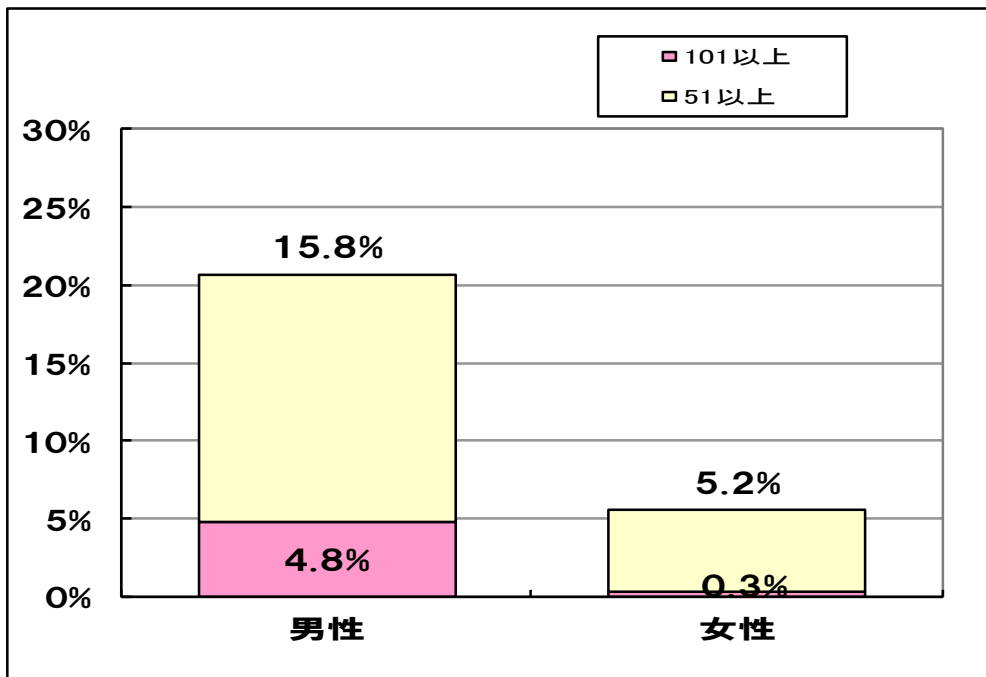


出典:長野県計画支援ツール

また、飲酒量と関係が深い健診データである γ -GTP値については、基準値をはずれた方の割合は男性15.8%、女性5.2%となっています。(図表37)

図表 37 令和4年度 γ -GTP値が基準値以上の者の状況

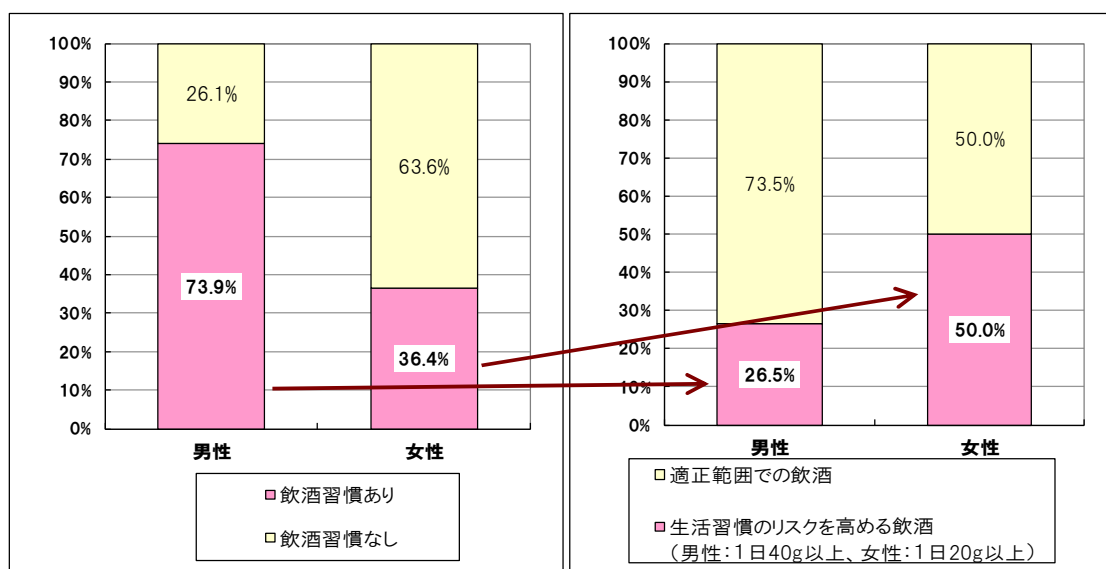
| | 測定者 | 51以上 | | 101以上 | |
|----|-----|------|-------|-------|------|
| | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| 男性 | 543 | 86 | 15.8% | 26 | 4.8% |
| 女性 | 597 | 31 | 5.2% | 2 | 0.3% |



参考:喬木村集団健診問診票結果

γ-GTPが保健指導値（51以上）の者をみますと、男性73.9%、女性36.4%に飲酒習慣があり、そのうち生活習慣のリスクを高める飲酒をしている者は男性26.5%、女性50.0%となっています。（図表38）男女の代謝能力の違いはありますが、アルコールが肝臓に負担をかける原因となっている方がいます。

図表38 γ-GTPが保健指導値の者の飲酒状況（令和5年度集団健診受診者）



参考：喬木村集団健診結果

また、健診結果から、飲酒量の増加はアルコール性肝炎、肝硬変のリスクとなるほか、高血圧、脂質異常、高血糖、高尿酸、貧血状態をも促し、その結果、血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。脳梗塞、脳梗塞等の臓器障害を起こす方もみられます。

現在、γ-GTPが受診勧奨値を超えている人については、個別の指導を行っていますが、今後も、個人の健診データと飲酒量を確認しながら、アルコールと健診データとの関連についての支援が必要になります。

同時に、飲酒に関する判断基準など、個人や地域の価値観を把握しながらの指導も重要になります。

② 20歳未満の飲酒をなくす

20歳未満の飲酒の実態については把握していない状況です。今後、学校教育の中で、飲酒による発達・健康被害について啓発や情報提供を続けていくよう、関係機関に働きかけていきます。

ウ 今後の対策

① 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の場で「リスクのない飲酒」に関する情報提供
妊婦（胎児や母乳授乳中の乳児への影響）；母子健康手帳交付、母親学級、乳幼児健診及び相談時など
20歳未満（発達・健康への影響）；家庭、地域、学校など
成人（他者・社会への影響）；健康診査、がん検診、健康教室など
- ・地域特性に応じた健康教育
- ・情報誌等による生活習慣病のリスクを高める飲酒量・飲酒による弊害の周知

② 飲酒による生活習慣病・健康障害の予防の推進

- ・喬木村特定健康診査、消防団健康診査、基本健康診査（39歳以下、後期高齢者）の結果に基づいた個別指導

(4) 喫煙

喫煙は、世界保健機構（WHO）による非感染性疾患（NCDs）対策の対象疾患ですが、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、糖尿病に共通した主要なリスク要因です。たばこ対策の推進は、NCDsの発症や死亡を短期間に減少させることにつながることで諸外国での経験から明らかにされています。

ア 基本的な考え方

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

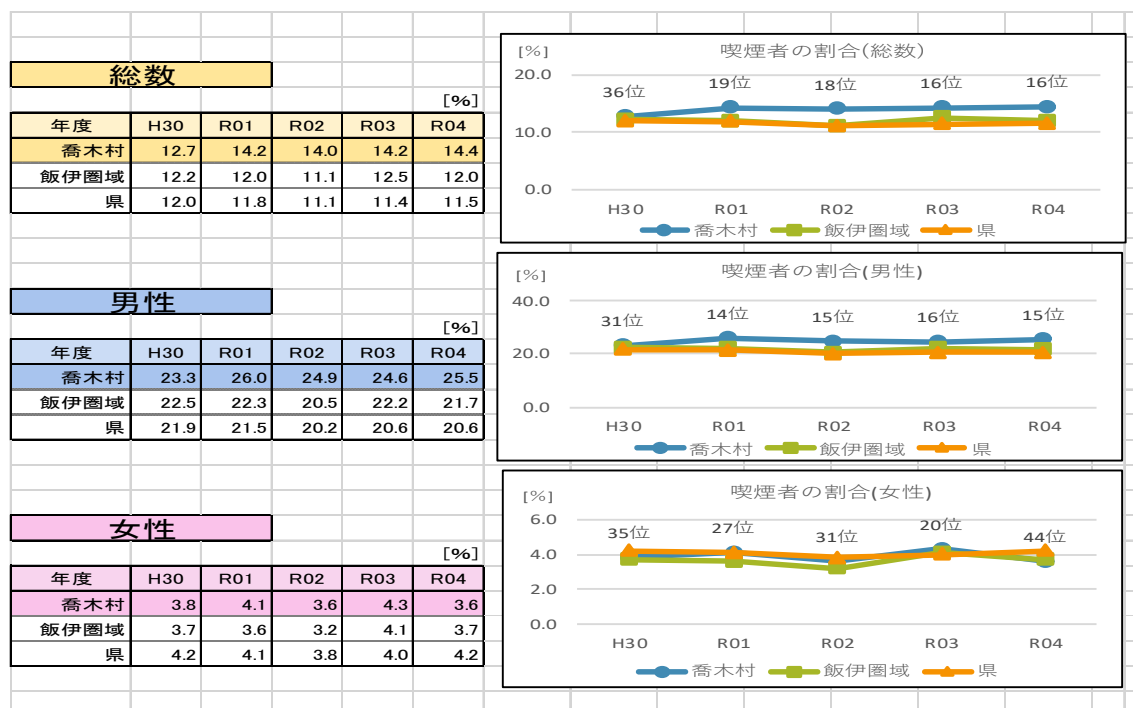
イ 現状と目標

① 喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）

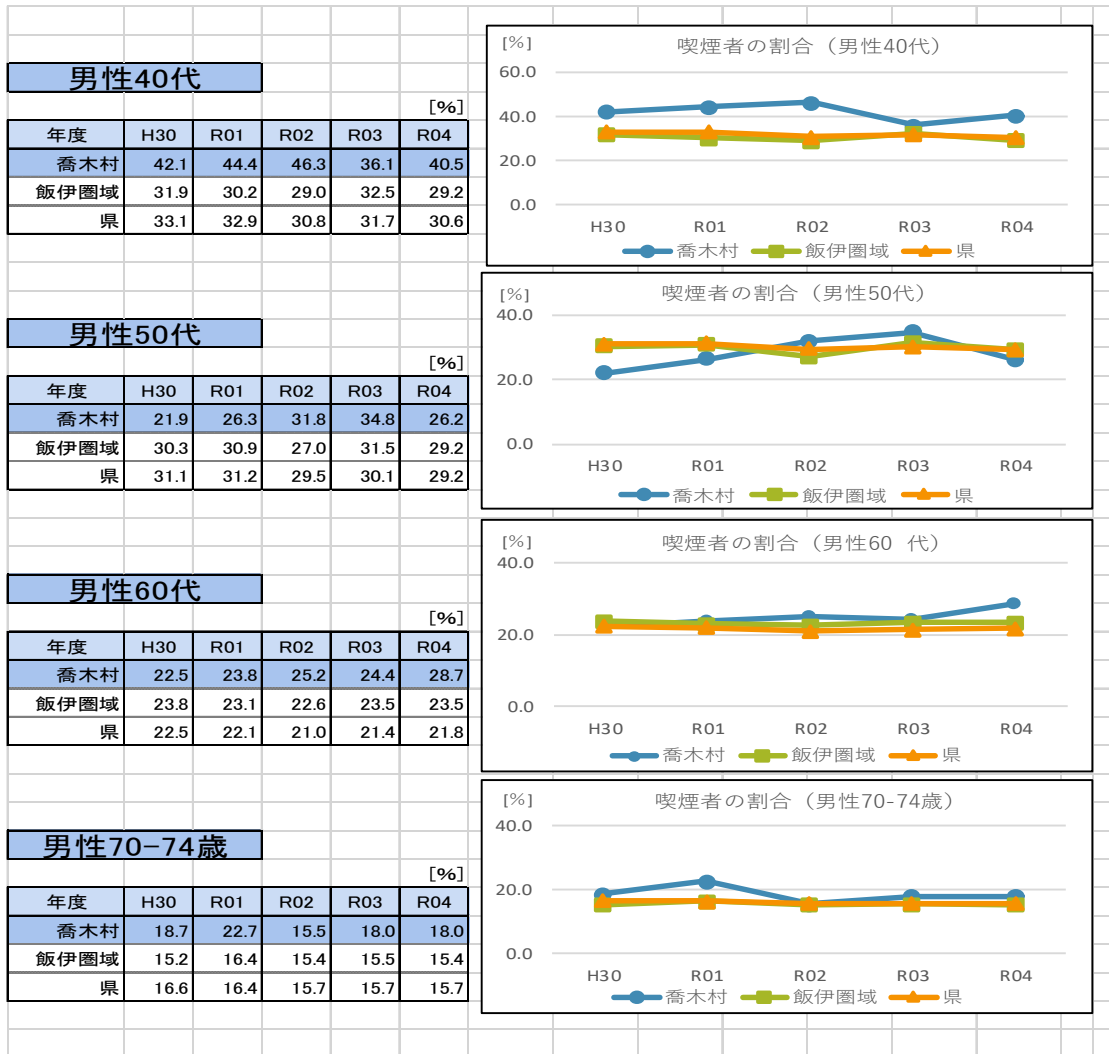
喫煙率の減少は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であり、多くの疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながるため、目標として設定します。

本村 40～74 歳の喫煙率は、県・飯伊圏域と比較すると高く、特に男性の割合が伸びています。（図表 39・40）男性の年代別の割合をみると、若い世代において割合が高い状況です。

図表 39 喫煙者の割合（総数・性別）



図表 40 喫煙者の割合 性年齢別



出典：長野県計画支援ツール

② 妊娠中の喫煙をなくす

妊娠中の喫煙については母子手帳交付時の問診にて確認しており、令和4年度においては0人でした。(図表41) 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などのリスクとなることから、飲酒同様、喫煙防止について啓発していく必要があります。

図表 41 母子手帳発行時妊婦喫煙状況

| | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 |
|--------------|-----|----|------|----|----|
| 母子手帳発行時たばこ該当 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 母子手帳発行数 | 46 | 58 | 43 | 31 | 29 |
| % | 0% | 0% | 2.3% | 0% | 0% |

③ 20歳未満の者の喫煙をなくす

20歳未満の喫煙の実態については、把握が困難です。

20歳未満の者の喫煙は「二十歳未満ノ者ノ喫煙ノ禁止ニ関スル法律」に基づき禁止されています。民法改正に伴い、成年年齢が引き下げられましたが、健康面への影響や非行防止、青少年保護などの観点から、従来の年齢要件を維持することとされています。20歳未満からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通した喫煙継続につながりやすいことから、学校教育中での喫煙による発達・健康被害について啓発や情報提供を続けていくよう、関係機関に働きかけていきます。

ウ 今後の対策

① たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の場での禁煙の助言や情報提供

妊婦（胎児や母乳授乳中の乳児への影響）；母子健康手帳交付時、母親学級、乳幼児健診及び相談時など

未成年（発達・健康への影響）；家庭、地域、学校など

成人（他者・社会への影響）；健康診査、がん検診、健康教室など

② 禁煙支援の推進

- ・喬木村特定健康診査、消防団健康診査、基本健康診査（39歳以下、後期高齢者）の結果に基づいた禁煙支援への個別指導

(5) 休養・睡眠

「休養」には二つの意味が含まれ、「休」は労働や活動等によって生じた心身の疲労を休息により解消し、元の活力を持った状態への復帰を図る働きを、「養」は「英気を養う」というように、社会的機能の向上に資する心身の能力を自ら高める営みを主として指します。

日々の生活においては、十分な睡眠や余暇活動は心身の健康に欠かせません。睡眠不足は、日中の眠気や疲労に加え、頭痛等の身心愁訴の増加、情動不安定、注意力や判断力の低下に関連する作業能率の低下、学業成績の低下等、多岐にわたる影響を及ぼし、事故等の重大な結果を招く場合もあります。また、睡眠不足を含め様々な睡眠の問題が慢性化すると肥満、高血圧、糖尿病、心疾患や脳血管障害の発症リスクの上昇と症状の悪化を招き、死亡率の上昇にもつながることが明らかとなっています。加えて、睡眠障害はこころの病気の一症状としてあらわれることが多く、発症初期から出現し、再燃・再発リスクを高めることが知られていますが、不眠の存在自体が精神障害の発症リスクをも高めるという報告もあります。

また、長時間にわたる過重な労働は、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられ、さらには脳・心臓疾患との関連性が強いと言われています。

ア 基本的な考え方

睡眠や余暇が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが、健康増進においては重要です。

より良い睡眠には、睡眠の質と量が関係しており、良い睡眠は、心身の健康の保持・増進においては極めて重要です。

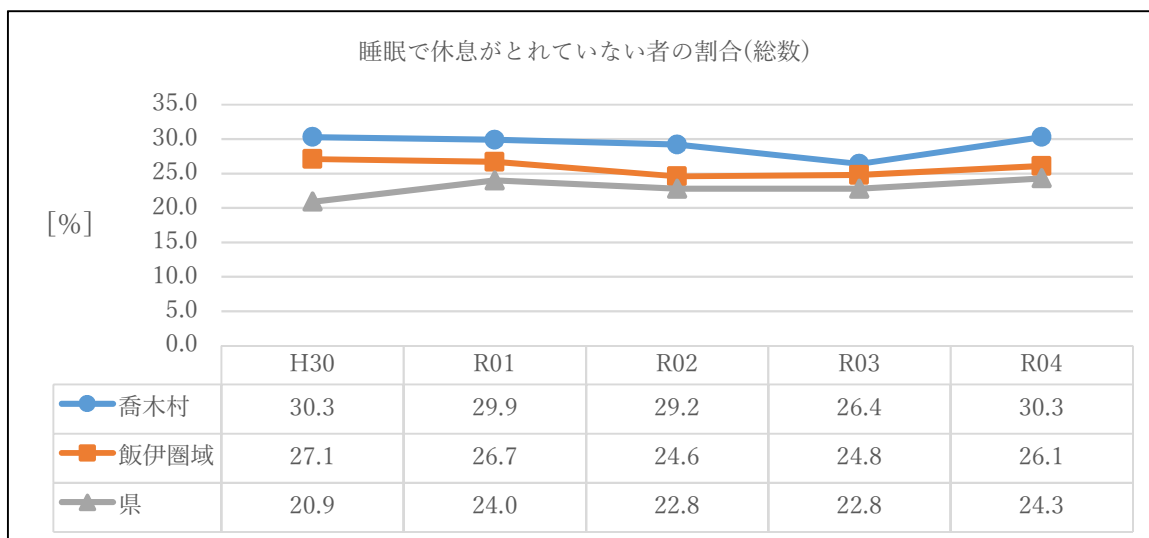
イ 現状と目標

① 睡眠で休息がとれていない者の割合の減少

「熟睡感」、「睡眠の質」、「睡眠休養感」といった「睡眠により休養をとれていると感じているか」に関連する主観的評価について高血圧、糖尿病、心疾患や、うつ病等の精神的健康と強く関連するという報告が多く認められているから、引き続き、睡眠での休養感についての目標項目を設定します。

本村では、特定健康診査受診者に対し、「睡眠で休養が十分にとれている」の問診項目で睡眠に関する実態把握をしてきました。平成23年度は「いいえ＝睡眠で休息が十分にとれていない」と回答した人が17%でしたが、令和4年度は30.3%と高くなっています（図表42）。県、飯伊圏域と比較するとやや高い割合で推移しています。

図表 42 十分な睡眠がとれていない人の割合の推移



参考：長野県計画支援ツール

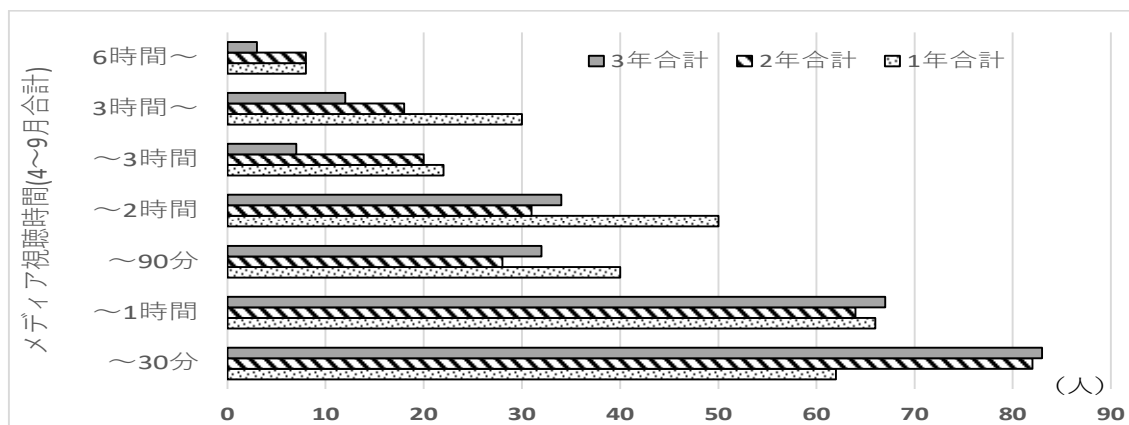
② メディアの利用状況について

情報化社会におけるメディアの普及に伴い、大人だけでなく、子どもの生活においてもメディアは身近な存在となりました。近年、メディア利用が睡眠や休息に与える影響が明らかとなり、長時間のメディア使用が問題となっています。

喬木中学校では、「メディア使用時間」の実態把握を行っています。令和5年4～9月の学年ごとのメディア使用時間ではどの学年も0～60分の生徒が多くなっていますが、2時間以上の生徒も一定数おり、中には6時間以上の視聴と回答した生徒もいました（図表43）。

国の「健康づくりのための睡眠ガイド2023」では、小・中・高校生のスクリーンタイム（テレビ視聴やゲーム・スマホ利用など）は2時間以下にすることが推奨されています。

図表 43 メディア視聴時間（学年別）



出典：令和5年度喬木村中学校 学校保健委員会資料

ウ 今後の対策

- ① 睡眠と休養に関する実態の把握
- ② 効果的な休養・睡眠に関する普及啓発
 - ・睡眠による休養やストレス解消等につながる啓発・情報提供の推進
 - ・メディアとの上手な付き合い方についての啓発・情報提供の推進
 - ・乳幼児健診・相談の場を活用した幼少期から生活リズムの確立を目指した関わりの推進

(6) 歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく寄与します。歯の喪失による咀嚼機能や構音機能の低下は多面的な影響を与え、最終的に生活の質(QOL)に大きく関与します。

平成23年8月に施行された歯科口腔保健の推進に関する法律の第1条においても、歯・口腔の健康が、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしているとされています。

歯の喪失の主要な原因疾患は、う蝕(むし歯)と歯周病で、歯・口腔の健康のためには、う蝕と歯周病の予防は必須の項目です。

幼児期や学齢期のう蝕予防や、また近年ではいくつかの疫学研究において糖尿病や循環器疾患等との密接な関連性が報告されている成人期における歯周病予防の推進が不可欠と考えます。

ア 基本的な考え方

令和6年度から令和17年度までの歯科口腔保健施策等を総合的に推進するための基本的な事項については、健康日本21(第三次)と連携を図りながら、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項(第二次)」「歯・口腔の健康づくりプラン」として取組ものとしています。歯・口腔の健康づくりプランにより、全ての国民にとって健康で質の高い生活を営む基盤となる生涯を通じた歯科口腔保健を実現するために、歯科口腔保健に係る施策等を総合的に推進していきます。

① 発症予防

歯科疾患の予防は、「う蝕予防」及び「歯周病予防」が大切になります。これらの予防を通じて、生涯にわたって歯・口腔の健康を保つためには、個人個人で自身の歯・口腔の状況を的確に把握することが重要です。

② 重症化予防

歯・口腔の健康における重症化予防は、「歯の喪失防止」と「口腔機能の維持・向上」になります。歯の喪失は、健全な摂食や構音などの生活機能に影響を与えますが、喪失を予防するためには、より早い年代から対策を始める必要があります。

口腔機能については、咀嚼機能が代表的ですが、咀嚼機能は、歯の状態のみでなく舌運動の巧緻性等のいくつかの要因が複合的に関係するものであるため、科学的根拠に基づいた評価方法は確立されていません。

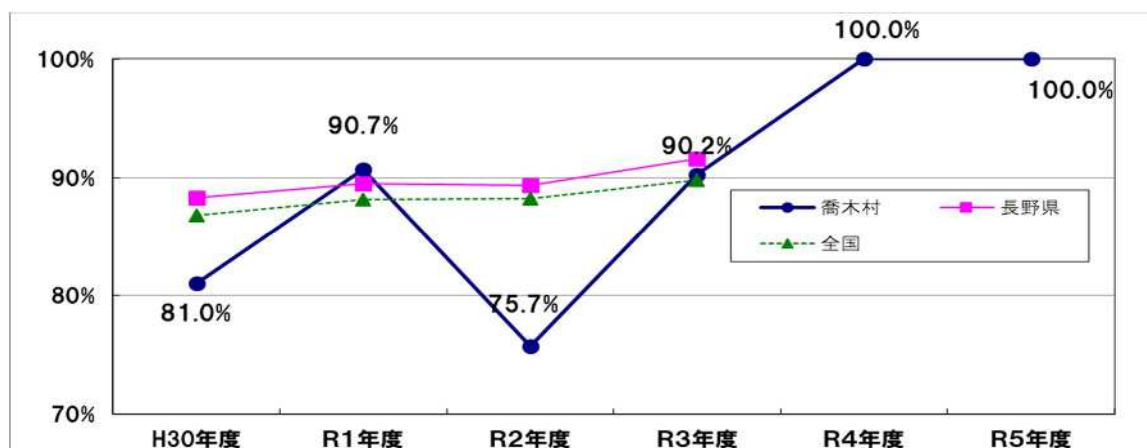
イ 現状と目標

歯・口腔の健康については、主観的な評価方法を使用する目標項目を除き、健診で把握ができる下記の乳幼児学童期の歯科健診の現状と成人期の歯科健診受診状況を目標項目とします。

① 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

本村の3歳児でう蝕のない者の割合は、令和2年度は、県・国と比較して低い割合でしたが、令和4年度・令和5年度は100%になっています。(図表44)

図表44 3歳児でう蝕がない者の割合の推移



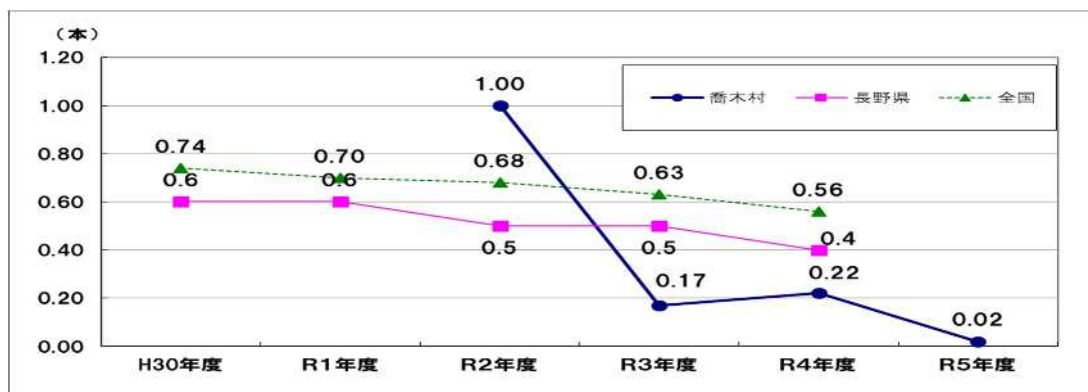
参考：喬木村3歳児健康診査

生涯にわたる歯科保健の中でも、特に乳歯咬合の完成期である3歳児のう蝕有病状況の改善は、乳幼児の健全な育成のために不可欠です。

乳幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者に委ねられることが多いため、妊娠中から生まれてくる子の歯の健康に関する意識を持って頂く必要があります。本村では令和3年度から妊婦歯科健診事業を開始し、歯科健診の受診勧奨を行っています。

今後も妊娠中に罹患しやすくなる歯周疾患予防のために、母子健康手帳交付時や母親学級にて妊婦歯科健診の受診勧奨を継続します。

図表 45 12 歳児の永久歯一人当たりう蝕数（本）推移



参考：市町村歯科保健事業実施状況調査

永久歯う蝕の代表的評価指標である 12 歳児の一人平均う蝕数について、令和 4 年度は、国や県より少ない 0.02 本となっています。（図表 45）乳幼児、学童期のう蝕のない者の数を維持できるよう指導等を行っていきます。

② 歯科健診の受診者の増加

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

成人期の定期的な歯科健診への受診勧奨を行うとともに、喬木村歯科健診費用助成事業や妊婦歯科健診事業、後期高齢者歯科口腔健診等で定期受診へのきっかけづくりを行います。本村では年度末年齢 40 歳の方へ個別にはがき等により歯科健診受診を勧めていきます。

ウ 今後の対策

<ライフステージに対応した歯科保健対策の推進>

- ・妊婦歯科健診受診勧奨（母子健康手帳交付時、母親学級）
- ・乳幼児歯科相談（1 歳児、2 歳半児）
- ・幼児歯科健診（1 歳半児、2 歳児、3 歳児）
- ・定期歯科健診受診勧奨（歯科健診費用助成事業、後期高齢者歯科口腔健診）
- ・40 歳歯科健診受診勧奨の強化
- ・健康教育、健康相談、訪問指導（特定健康診査・保健指導等と合わせて）
- ・飯田下伊那歯科医師会及び関係団体（保育所・学校等）との協働による事業実施

4. 社会とのつながり・こころの健康の維持・向上

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康です。こころの健康とは、人がいきいきと自分らしく生きるための重要な条件です。こころの健康を保つには多くの要素があり、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活は、身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となります。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養が加えられ、健康のための3つの要素とされてきました。

特に、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっています。また、健やかなこころを支えるためには、こころの健康を維持するための生活や、こころの病気への対応を多くの人が理解することが不可欠です。

こころの病気の代表的なうつ病は、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患です。自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。うつ病は、不安障害やアルコール依存症などとの合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になります。こころの健康を守るためには、社会環境的な要因からのアプローチが重要で、社会全体で取り組む必要がありますが、ここでは、個人の意識と行動の変容によって可能な、こころの健康を維持するための取組に焦点をあてます。

人々の健康は、その人を取り巻く社会環境に影響を受けることが知られています。例えば、就労、ボランティア、通いの場といった居場所づくり・社会参加は健康に影響します。また、健康な地域には、「いいコミュニティ」があることが指摘されています。こうした地域に根ざした信頼や社会規範、ソーシャルキャピタルの醸成を促すことは健康づくりにおいても有用であると考えられます。こころの健康の維持・向上は、健康づくりに取り組む上で重要であり、地域や職域など様々な場面で社会環境の整備が重要となります。

ア 基本的な考え方

現代社会はストレス過多の社会であり、少子高齢化、価値観の多様化が進む中で、誰もがこころの健康を損なう可能性があります。

そのため、一人ひとりが、心の健康問題の重要性を認識するとともに、自らの心の不調に気づき、適切に対処できるようにすることが重要です。

悩みを抱えた時に気軽にこころの健康問題を相談できない大きな原因は、精神疾患に対する偏見があると考えられていることから、精神疾患に対する正しい知識を普及啓発し、偏見をなくしていくための取組が引き続き重要になります。

イ 現状と目標

① 自殺者の減少(人口 10 万人当たり)

自殺の原因として、うつ病などのこころの病気の占める割合が高いため、自殺を減少させることは、こころの健康の増進と密接に関係します。

世界保健機構 (WHO) によれば、うつ病、アルコール依存症、統合失調症については治療法が確立しており、これらの3種の精神疾患の早期発見、早期治療を行うことにより、自殺率を引き下げることができるとされています。

しかし、現実には、こころの病気にかかった人の一部しか医療機関を受診しておらず、精神科医の診療を受けている人はさらに少ないとの報告があります。相談や受診に結びつかない原因としては、前述したように、本人及び周囲の人達の精神疾患への偏見があるためと言われています。

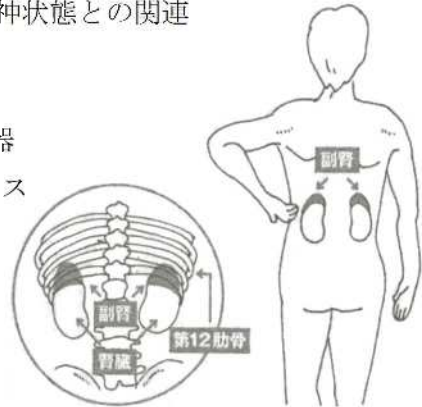
体の病気の診断は、血液検査などの「客観的な」根拠に基づいて行われますが、うつ病などの心の病気は、本人の言動・症状などで診断するほかなく、血液検査、画像検査といった客観的な指標・根拠がありませんでした。このことが、周囲の人の病気への理解が進まず、偏見などに繋がっている現状もあります。

また、脳に影響を及ぼすものとして、副腎疲労 (アドレナル・ファティーグ) との関与も明らかにされつつあります (図表 46)。

図表 46 副腎疲労（アドレナル・ファティーグ）と精神状態との関連

【副腎の働き】

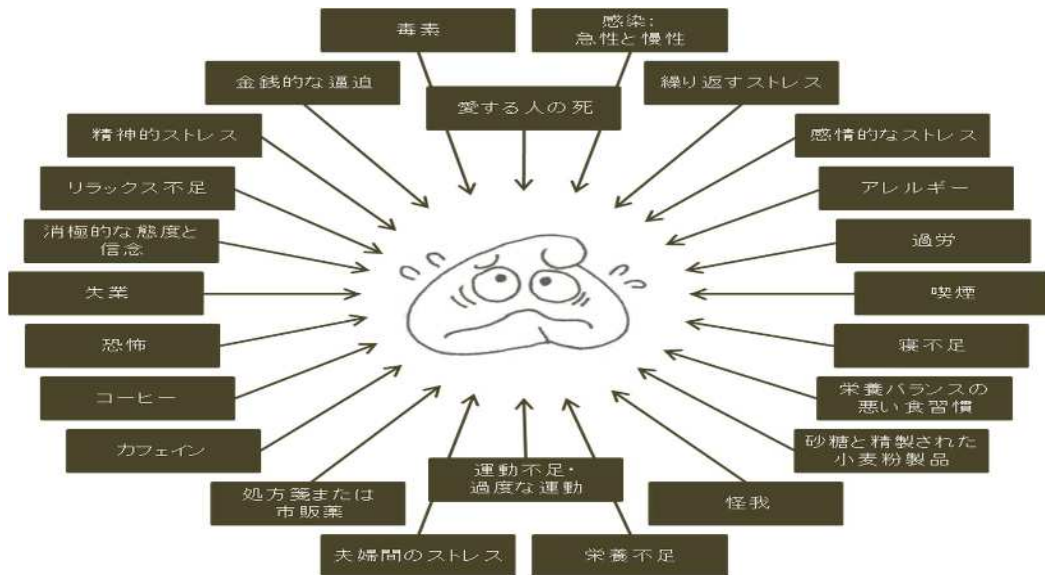
腎臓の隣にある多種のホルモンを分泌する内分泌器
 「体内での糖の蓄積と利用を制御」「電解質バランスを調整」「性ホルモン」「体のストレス反応などの調整」を行っている



【精神状態への影響】

- ・ 恐怖や不安、うつ状態が強まる傾向
- ・ 混乱したり、集中できなくなったり、記憶力が冴えなくなる
- ・ 忍耐力がなくなり、イライラしやすくなる
- ・ 不眠症も引き起こす

【副腎に影響する要因】



【副腎疲労の原因となるライフスタイルの主な要素】

- ・ 睡眠不足
- ・ 栄養バランスの悪い食事
- ・ 疲労時に食べ物や飲み物を刺激剤として摂取すること
- ・ 疲れていても夜更かしすること
- ・ 長期間、決定権のない立場（板ばさみ状態）に置かれること
- ・ 長い間、勝ち目のない状況に留まること
- ・ 完璧を目指すこと
- ・ ストレス解消法がないこと

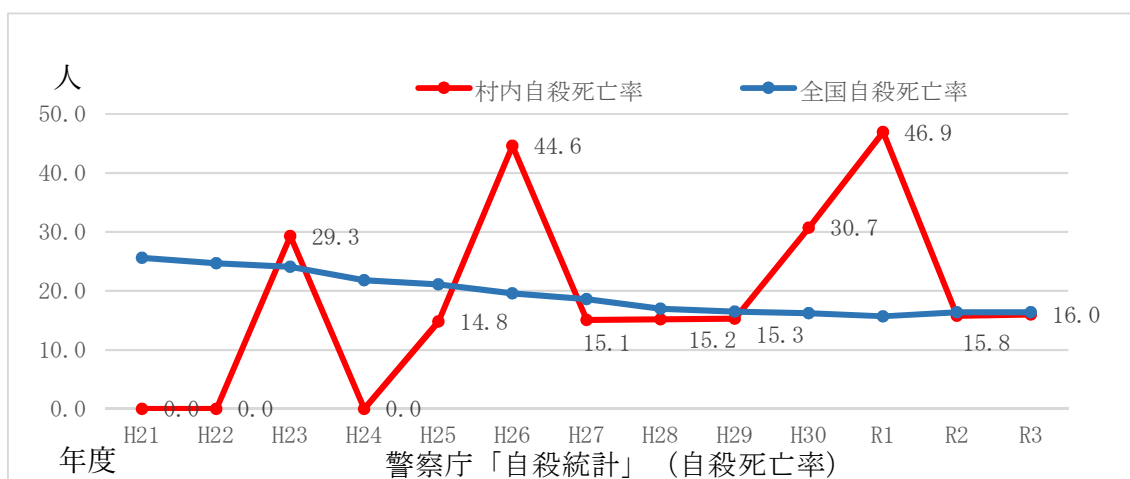
こころの病気に伴う様々な言動や症状は、脳という臓器の状態によって出現すると
 の理解を深めることで、精神疾患に対する偏見の是正を行うことが最も重要です。

日本の自殺者数を男女別にみると、男性の自殺者が多く女性の約2倍となっています。年
 齢別では40・50代の中高年の自殺者が多く、男性では40代、女性では50代が最も多くなっ
 ています。

村では令和4年3月に本村自殺対策基本計画を策定し、計画に沿って各種事業を実施して
 います。村内の自殺死亡率について見ると、年度に変動はありますが、令和3年度は16.0と
 全国自殺死亡率（16.4）より低くなっています。（図表47）

平成29年～令和3年の自殺死亡率の平均は、本村は24.9であり、飯伊圏域15.81、長野
 県16.3、全国16.25に比較して高くなっています。

図表47 喬木村の自殺死亡率（人口10万人対）の推移（平成21年-令和3年）



出典：自殺総合対策推進センター「地域自殺実態プロファイル（2022）」

平成 29 年～令和 3 年の過去 5 年間に於いて自殺者は 8 名で男性 6 名、女性 2 名と男性が多い状況です。年代、世帯状況、就労状況をみると、男性の 60 歳以上無職同居が 2 名（25.0%）と最も多く、以下 図表 46 のような状況です。特徴から、世帯状況は全員同居有り（プロフィール 2020 では独居も有り）、就労状況は 60 歳以上では全員無職、59 歳未満では有職 3 名でした。（図表 48・49）

図表 48 平成 29 年～令和 3 年 性・年代・世帯・就労状況別死亡割合・自殺死亡率（人口 10 万対）の喬木村・全国の比較



出典：自殺総合対策推進センター「地域自殺実態プロフィール（2022）」

図表 49 平成 29 年～令和 3 年 喬木村の自殺者の特徴

| 自殺者の特性上位 5 区分 | 自殺者数 (5 年計) | 割合 | 自殺死亡率* (10 万対) | 背景にある主な自殺の危機経路** |
|---------------------|-------------|-------|----------------|---|
| 1 位: 男性 60 歳以上無職同居 | 2 | 25.0% | 85.2 | 失業（退職）→生活苦+介護の悩み（疲れ）+身体疾患→自殺 |
| 2 位: 男性 40～59 歳無職同居 | 1 | 12.5% | 504.4 | 失業→生活苦→借金+家族間の不和→うつ状態→自殺 |
| 3 位: 女性 20～39 歳有職同居 | 1 | 12.5% | 75.2 | 離婚の悩み→非正規雇用→生活苦+子育ての悩み→うつ状態→自殺 |
| 4 位: 男性 20～39 歳有職同居 | 1 | 12.5% | 52.6 | 職場の人間関係/仕事の悩み（ブラック企業）→パワハラ+過労→うつ状態→自殺 |
| 5 位: 男性 60 歳以上有職同居 | 1 | 12.5% | 38.1 | ①【労働者】身体疾患+介護疲れ→アルコール依存→うつ状態→自殺/②【自営業者】事業不振→借金+介護疲れ→うつ状態→自殺 |

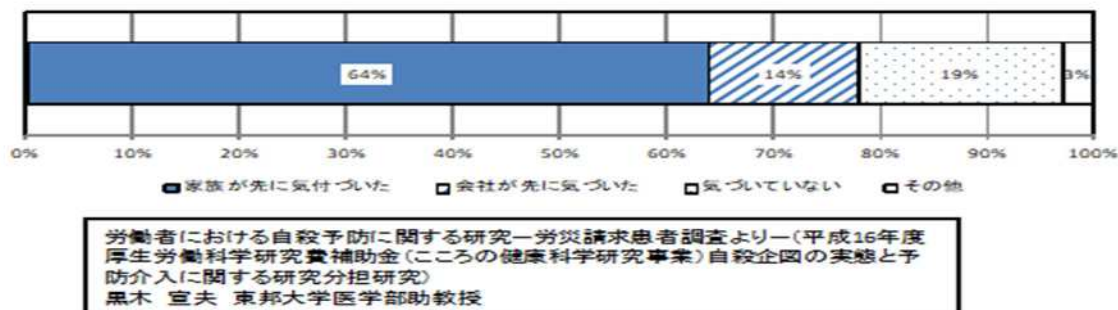
出典：自殺総合対策推進センター「地域自殺実態プロフィール（2022）」

男性の若い年代に自殺者数が多い原因としては、経済状況や仕事など社会的要因が大きいと考えられますが、予防対策を考えるための実態把握は困難な状況です。

今後も、相談があった場合に必要があれば専門職につなげることや、こころの健康に対する正しい理解を学ぶ啓発などの情報提供に努めていきます。

同時に、本人のこころの健康の不調に最初に気づくのは、家族や職場の同僚です。(図表50)

図表 50 自殺企図前の周囲の気づき



家族や職場の同僚が、精神疾患についての正しい理解を深め、精神疾患に関する偏見をなくすことで、脳という臓器の働きの低下による様々な症状を客観的にとらえ、早期治療など、専門家への繋ぎを実現し、専門家の指導のもとで、本人を見守っていくことができることが大切になります。

ウ 今後の対策

自殺対策については、「喬木村自殺対策基本計画」に明記しています。対象年齢に応じ、担当部署で協力し取り組んでいきます。

- ① こころの健康に関する教育の推進
 - ・種々の保健事業の場での教育や情報提供
 - ・情報誌・広報等による普及啓発、情報発信
- ② 専門家による相談事業の推進
 - ・精神保健福祉相談（飯田保健福祉事務所）
 - ・相談会の周知
 - くらしと健康の相談会、心配ごと相談、行政相談、法律相談 他
 - ・精神科医・心療内科医による診察の紹介
 - ・個々の事例への対応
 - 相談があった事例、心配な事例については関係者間で連携・共有・検討し、対応。
- ③ 自殺対策を支える人材の育成
 - ・ゲートキーパー養成講座等の実施（民生委員等）
 - ・職員に対する研修の実施
 - 住民に関わる保健福祉課職員等に対して、精神科医師による研修（事例検討等）を実施。

5. ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

(子ども・高齢者・女性の健康)

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れば、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。健康たかぎ 21 (第二次) では、ライフステージ (乳幼児期、青壮年期、高齢期等の障害における各段階) に応じた健康づくりの取組を進めてきました。

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「誰一人取り残さない健康づくり」には重要です。

ア 基本的な考え方

ライフコースアプローチの観点を踏まえると、

- ・ 幼少期からの生活習慣や健康状態は、成長してからの健康状態にも大きく影響を与えることや、妊婦の健康が子どもの健康にも影響することから、子どもの健康を支える取組を進めるとともに、妊婦の健康増進を図ることも重要です。
- ・ 高齢期に至るまで健康を保持するためには、高齢者の健康を支えるだけでなく、若年期からの取組が重要です。
- ・ 女性については、ライフステージごとに女性ホルモンが劇的に変化するという特性等を踏まえ、人生の各段階における健康課題の解決を図ることが重要です。

イ 現状と目標 (再掲)

本村では、子どもの頃から始まる寝たきり予防 (図表 51) として、各ライフステージに合わせて健康づくりの支援に取り組んでいます。健康たかぎ 21 (第三次) では、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) の観点を取り入れながら、保健事業を展開していきます。

- ・ 若年女性のやせの者の割合の減少
- ・ 低栄養傾向の高齢者の減少
- ・ 児童、生徒における肥満傾向児の減少
- ・ 妊娠中の喫煙をなくす

図表51 子どもの頃から始まる寝たきり予防
～血管を守るために～



血管を傷めるのは?
高血圧、高血糖、脂質異常、高尿酸

血管の丈夫さは血液の酸素と血圧に影響します
血液は口から入った食べ物や飲み物でできていて、毎日少しずつ入れ替わっていきます。

血管の構造方は、生活習慣によって変わります
生活習慣病は長い年月をかけて進行し、自覚症状が現れる頃には、すでに健康被害を起している場合があります。
この状態が長く続くことで動脈硬化が進行します

予防することができます！！

血管がつかまる、やぶれる (狭心症/狭胸)

脂卒中、心筋梗塞、腎臓病、糖尿病合併症、認知症 など

要介護状態
【40～64歳で介護認定を受けた人】
H28年度 約6割が要介護中で介護認定
R4年度 脳卒中での介護認定者なし
脳卒中を原因としての介護認定者は、介護度が重度になりやすい。
今までできていたことが難しくなり、生活に支障が必要となります。

継続的に合わせて生活習慣を変えることが要介護状態の予防につながります。

令和4年度 健診結果の状況 (基準値を認えた割合) (断面図)

| | 39歳以下 | 40～74歳 | 75歳～ |
|-----------------|-------|--------|------|
| 肥満 | 17% | 26% | 18% |
| 腹囲 | 15% | 32% | 29% |
| 中性脂肪 | 13% | 23% | 17% |
| 収縮期血圧 | 11% | 45% | 50% |
| 拡張期血圧 | 6% | 23% | 16% |
| 尿酸値 | 7% | 10% | 7% |
| HbA1c | 4.1% | 6.2% | 24% |
| LDLコレステロール (高値) | 6% | 4.3% | 36% |
| 腎機能低下 (eGFR) | 1% | 2.9% | 35% |
| 尿蛋白 | 0% | 8% | 1.1% |

～生涯を通じて、毎日の生活が健康につながります～

【一生使う体の基礎づくりをする特別な時期】
生活習慣によって成長・発達が変わる時期
体づくりのスタート

子どもだからだけ食べても大丈夫？
一生で一番成長する時期も脳も成長中

【次世代を生き育てる体づくりをする大事な時期】
体が完成

今の生活習慣で大丈夫？
この先は代わりが落ちていく

【体の維持、機能の低下予防が大事な時期】
新しいと同じ生活習慣で大丈夫？
維持が難しくなり重なりやすくなっていく

自分の生活が自分でできる暮らしたい生活を目標に

おとなの生活習慣が子どもの生活習慣を作る

自分で生活習慣を選択する力をつけていく

自分で生活習慣を選択し、実行する

子どもの生活習慣が赤ちゃんとんの体づくりと将来の体の体へつながる

健康結果に合わせた生活習慣が血管を守ることにつながる

おとなの生活習慣が子どもの生活習慣を作る

乳幼児健診・相談
・小4・5・6、中1・2・3血液検査
・各種がん検診
・健康相談
・特定健診・結果説明会・健康相談
・母乳相談
・母衛相談
・妊婦健診
・小6、中1からたの学習
・基本健診
・特定健診・結果説明会・健康相談
・基礎疾患
・生活習慣病
・予防接種
・がん検診
・各種がん検診
・基礎疾患
・特定健診・結果説明会・健康相談
・基本健診
・生活習慣病
・妊婦健診
・小4・5・6、中1・2・3血液検査
・各種がん検診
・健康相談
・特定健診・結果説明会・健康相談
・基礎疾患
・生活習慣病
・妊婦健診
・小6、中1からたの学習
・基本健診
・特定健診・結果説明会・健康相談
・基礎疾患
・生活習慣病

子どもの健康を支えます

ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりの評価指標

□ 妊婦中の喫煙をなくす

□ 児童・生徒における肥満傾向の減少

□ 若年女性のやせの減少

□ 低栄養傾向の高齢者の減少

数値：R4年度

6. 目標の設定

健康日本 21（第三次）では、実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定するとされています。また、健康寿命の延伸が最終的な目標とされていることを踏まえ、目標項目は、健康（特に健康寿命の延伸や生活習慣病の予防）に関する科学的なエビデンスがあることを原則とします。

健康日本 21（第二次）において、目標によって評価が困難となったり、事前の想定とは異なる評価を行う必要があったりしたことを踏まえ、データソースについては、事後的な実態把握のため、公的統計を利用することを原則とし、その前提で目標を設定するとされています。

これらを踏まえ、本村でも毎年の保健活動を評価し、次年度の取組に反映させることができる目標を設定します。（図表 52）

図表52 番木村の目標の設定

| 分野 | 指標 | | 村 目標値 | | 国の目標値 | データソース |
|-----------|--------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------|------------------------|--------|
| | 項目 | 区分 | R5村の現状値 | 第3次計画目標値 | | |
| がん | がんの標準化死亡率の減少 | がんの標準化死亡率 | H25～H29 男性 88.4 女性 84.4 | 維持 | — | a、c |
| | | | 胃がん | 男性 19.1% 女性 22.3% | 23% | 60% |
| | 肺がん | 男性 11.2% 女性 15.9% | 15% | | | |
| | 大腸がん | 男性 13.6% 女性 19.6% | 18% | | | |
| | | 子宮頸がん | 女性 14.1% | 16% | | |
| | 乳がん | 女性 26.4% | 30% | | | |
| 循環器疾患 | ① 脳血管疾患・心疾患の標準化死亡率の減少 | 脳血管疾患 | H25～H29 男性131.4 女性240.0 | 男性120.9 女性126.9 | — | c |
| | | 心疾患 | H25～H29 男性90.8 女性97.0 | 男性91.8 女性88.8 | — | c |
| | ② 高血圧の改善 | 高血圧 (140/90mmHg以上)の者の割合 | R4 27.4% | 25% | — | d |
| | ③ 脂質異常症の減少 | LDLコレステロール値 160mg/dl以上の者の割合 | R4 6.5% | 6.5% | ベースライン値から25%減少 | d |
| | ④ メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少 | 該当者 | R4 該当者20.3% | 18.6% | 第4期医療費適正化計画に 合わせて設定 | d |
| | | 予備群 | R4 予備群8.3% | 8% | | |
| | ⑤ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上 | 特定健診受診率 | R4 75.8% | 75% | 第4期医療費適正化計画に 合わせて設定 | d |
| 特定保健指導実施率 | | R4 93.9% | 90% | | | |
| 糖尿病 | ① 糖尿病の合併症(糖尿病腎症)の減少 | 糖尿病腎症による新規透析導入患者数 | 2人 | 減少 | 12,000人 | e |
| | ② 治療継続者の割合の増加 | HbA1c6.5%以上の者のうち 治療中と回答した者の割合 | R4 77.4% | 80% | 75% | d |
| | ③ 血糖コントロール不良者の減少 | HbA1c8.0%以上の者の割合 | R4 1.1% | 0.8% | 1.0% | d |
| | ④ 糖尿病有病者の増加の抑制 | HbA1c6.5%以上の者の割合 | R4 11.3% | 7.6% | 1,350万人 | d |

| | | | | | | |
|---------------------|--|-----------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|-----|
| 栄養・食生活 | ① 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) | | | | | |
| | ・若年女性のやせの者の割合の減少 | 20～30歳代女性のBMI18.5未満の者の割合 | 16% | 15% | 15%未満 | f |
| | ・20～60歳代男性の肥満者の減少 | 20～60歳代男性の肥満者の割合 | 28.9% | 25% | 30%未満 | d、f |
| | ・20～60歳代女性の肥満者の減少 | 20～60歳代女性の肥満者の割合 | 21.9% | 20% | 15%未満(40～60歳代) | d、f |
| | ・低栄養傾向の高齢者の減少 | 低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者(65歳以上)の割合 | 23.7% | 20% | 13%未満 | d、f |
| ② 児童・生徒における肥満傾向児の減少 | 小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 | 男児13% 女児9% | 10% | 第2次成育医療等基本方針に合わせて設定 | g | |
| 身体活動・運動 | ② 運動習慣者の割合の増加 (1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上1年以上実施する者) | 20～64歳 | 男性29.9% 女性14.8% | 30% | 30% | d、f |
| | | 65歳以上 | 男性35% 女性29.8% | 40% | 50% | d、f |
| 飲酒 | ① 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日あたり純アルコールの摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者 | 男性8.2% 女性6.8% | 6.50% | 10% | d、f |
| 喫煙 | ① 喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる) | 20歳以上の者の喫煙率 | R4 11.5% | 11.5% | 12% | d、f |
| | ② 妊娠中の喫煙をなくす | 妊婦の喫煙率 | R4 0% | 0% | 第2次成育医療等基本方針に合わせて設定 | h |
| 休養 | ① 睡眠で休養がとれていない者の増加 | 睡眠で休養が十分とれていない者の割合 | R4 30.3% | 25% | 休養がとれている者80% | d、f |
| 歯・口腔の健康 | ① 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 | 3歳児でう蝕がない者の割合 | R4 100% | 100% | — | i |
| | | 12歳児の1人平均う蝕数(永久歯) | 0.02本 | 維持 | — | j |
| | ② 歯科検診の受診者の増加 | 40歳歯科検診受診者の割合 | 1.3% | 10% | 95% | k |
| のこ健康 | ① 自殺者の減少 | 自殺死亡率(人口10万人当たり) | H29-R3 24.96 | 17.2人 | — | l |
| (再掲)ライフアクトロスト | ① 若年女性のやせの者の割合の減少 | 20～30歳代女性のBMI18.5未満の者の割合 | 16% | 15% | 15%未満 | f |
| | ② 低栄養傾向の高齢者の減少 | 低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者(65歳以上)の割合 | 23.7% | 20% | 13%未満 | d、f |
| | ③ 児童・生徒における肥満傾向児の減少 | 小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 | 男児13% 女児9% | 10% | 第2次成育医療等基本方針に合わせて設定 | g |
| | ④ 妊娠中の喫煙をなくす | 妊婦の喫煙率 | R4 0% | 0% | 第2次成育医療等基本方針に合わせて設定 | h |

【データソース】

a 人口動態統計 b 喬木村がん検診 c 国勢調査 d 喬木村国保特定健康診査 e 保健福祉課福祉係 f 喬木村基本健康診査 g 喬木村小中学校身体測定結果
h 母子手帳交付時アンケート i 喬木村3歳児健康診査 j 喬木村学校歯科健診 k 喬木村歯科健診 l 喬木村死亡統計

第Ⅲ章 計画の推進

1. 健康増進に向けた取組の推進

(1) 活動展開の視点

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

村民の健康増進を図ることは、高齢化率が高い村にとっても、村民一人ひとりにとっても重要な課題です。したがって、健康増進施策を本村の重要な行政施策として位置づけ、健康たかぎ21（第三次）の推進においては、村民の健康に関する各種指標を活用し、取組を推進していきます。

取組を進めるための基本は、個人の身体（健診結果）をよく見ていくことです。一人ひとりの身体は、今まで生きてきた歴史や社会背景、本人の価値観によって作り上げられてきているため、それぞれの身体の問題解決は画一的なものではありません。

一人ひとりの生活の状態や能力、ライフステージに応じた主体的な取組を重視して、健康増進を図ることが基本になります。

村としては、その活動を支えながら、個人の理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力が身につくために、科学的な支援を積極的に進めます。

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

(2) 関係機関との連携

ライフステージに応じた健康増進の取組を進めるにあたっては、事業の効率的な実施を図る観点から、多様な分野における健康増進事業実施者との連携が必要です。

本村庁内における健康増進事業実施は、複数の部署にわたるため、今後も関係課係との連携を図ります。また、村民の生涯を通じた健康の実現を目指し、村民一人ひとりの主体的な健康づくり活動を支援していくために、医師会や歯科医師会などに加え、関係機関、関係団体、行政等が協働して進めていきます。

2. 健康増進を担う人材の資質の向上

保健師、管理栄養士等は、ライフステージに応じた健康増進を推進していくために、健康状態を見る上で最も基本的なデータである健診データを見続けていく存在です。

健診データは生活習慣の現れですが、その生活習慣は個人のみで作られるものではなく、社会の最小単位である家族の生活習慣やその家族が生活している地域などの社会的条件の中で作られていきます。

本村の地域の生活背景も含めた健康実態と特徴を明確化し、地域特有の文化や食習慣と関連付けた解決可能な健康課題を抽出し、村民の健康増進に関する施策を推進するためには、地区担当制による保健指導等の健康増進事業の実施が必要になります。

また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。保健師や管理栄養士等の専門職は、最新の科学的知見に基づく研修や学習会に、積極的に参加して自己研鑽に努め、効果的な保健活動が展開できるよう資質の向上に努めます。