

# いきいき健康推進プランやまのうち (第三次)

～ 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)）～

山ノ内町健康増進計画【令和6年度～令和17年度】

長野県山ノ内町

# 山ノ内町健康増進計画 目次

---

## 序章 計画改定にあたって

1. 計画改定の趣旨 .....	1
2. 計画の性格 .....	4
3. 計画の期間 .....	4
4. 計画の対象 .....	4

## 第1章 山ノ内町の概況と特性

1. 町の概要 .....	5
2. 健康に関する概況 .....	6
3. 町の財政状況に占める社会保障費 .....	20

## 第2章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価 .....	21
2. 生活習慣病の予防と重症化予防	
1) がん .....	24
2) 循環器疾患 .....	29
3) 糖尿病 .....	38
4) COPD .....	43
3. 生活習慣・社会環境の改善	
1) 栄養・食生活 .....	44
2) 身体活動・運動 .....	56
3) 飲酒 .....	59
4) 喫煙 .....	63
5) 休養・睡眠 .....	65
6) 歯・口腔の健康 .....	67
4. ライフコースアプローチ .....	70
5. 目標の設定 .....	72

## 第3章 地域別の現状と対策 .....

75

## 第4章 計画の推進

1. 健康増進に向けた取り組みの推進 .....	78
2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上 .....	80

## 用語集 .....

82

# 序章 計画改定にあたって

## 1. 計画改定の趣旨

本計画は、健康増進法第8条第2項により策定が市町村の努力義務とされています。当町では、町の特徴や町民の健康状況から健康課題を明らかにし、生活習慣病予防に視点をおいた、健康増進計画「いきいき健康推進プランやまのうち（第二次）」を平成25年3月に策定し、取り組みを推進してきました。

平成25年度から令和5年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」（以下「国民運動」という。）においては、主に一次予防の発症を予防するに関連する指標が悪化しています。また、健康増進に関連するデータの見える化・活用や国及び地方公共団体におけるPDCAサイクルの推進が不十分であること等の課題が指摘されています。

今回、令和6年度から令和17年度までの「二十一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、引き続き、生活習慣病の一次予防に重点を置くとともに、合併症の発症や症状進展などの重症化予防を重視した取り組みを推進するために、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現実に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開とより実効性を持つ取り組みの推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な項目を、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

これらの基本的な方向を達成するため、51項目の目標項目について、現状の数値とおおむね10年後の目標値を掲げ、目標の達成に向けた取り組みがさらに強化されるよう、その結果を大臣告示として示すことになりました。

今回、示された4つの基本的な方向および目標項目については、【参考：基本的な方向の概略】【図表1】のように考え、これまでの取り組みの評価、および新たな健康課題などを踏まえ、「いきいき健康推進プランやまのうち（第三次）」を策定します。

## 【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

- ・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における健康状態の差

### (2) 個人の行動と健康状態の改善

- ・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）
- ・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、引き続き取組
- ・ロコモティブシンドローム（運動器症候群）、やせ、メンタル面の不調、がん等の疾患を抱えている人を含め、「誰一人取り残さない」健康づくりの視点から、生活機能の維持・向上の観点も踏まえた取組の推進

#### 【NCDsについて】

心血管疾患、がん、慢性呼吸器疾患および糖尿病を中心とする非感染性疾患（NCDs）は、人の健康と発展に対する主な脅威となっている。

これらの疾患は、共通する危険因子（主として喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒）を取り除くことで予防できる。

この健康問題に対処しない限り、これらの疾患による死亡と負荷は増大し続けるであろうと予測し、世界保健機関（WHO）では、「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」を策定するほか、国連におけるハイレベル会合でNCDsが取り上げられる等、世界的にNCDsの予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。

国連サミットにて、2030年までに、NCDsによる若年死亡率を予防や治療を通じて3分の1減少させると定められており、世界全体でNCDs予防の達成を図っていくこととされている。

### (3) 社会環境の質の向上

- ・社会参加の取組に加え、各人がつながりをも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、心の健康の維持増進を図る
- ・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、健康に関心の薄いもの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、健康情報を入手できるインフラの整備や周知啓発の取組を行う

### (4) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

- ・乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各ライフステージに、特有の健康づくりについて、引き続き取組を進める
- ・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、関連する計画等とも連携しつつ取組を進める

□ 目標項目 (51項目)

【図表1】

全体目標	健康寿命の延伸 健康格差の縮小	こども			高齢者		死亡
		胎児(妊婦) 0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	
生活習慣病	がん・COPD			<input type="checkbox"/> がん検診の受診率の向上 <input type="checkbox"/> がんの年齢調整罹患率の減少			<input type="checkbox"/> がんの年齢調整死亡率の減少 <input type="checkbox"/> COPDの死亡率の減少
	循環器疾患				<input type="checkbox"/> 高血圧の改善 <input type="checkbox"/> 脂質(LDLコレステロール)高値者の減少 <input type="checkbox"/> 特定増殖の受診率の向上 <input type="checkbox"/> 特定疫学指導の実施率の向上 <input type="checkbox"/> メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少
	糖尿病			<input type="checkbox"/> 治療継続者の割合の増加 <input type="checkbox"/> 糖尿病有病者の増加の抑制			
	栄養・食生活		<input type="checkbox"/> 体重・生徒における肥満傾向の減少	<input type="checkbox"/> 適正体重を維持している者の増加(肥満の減少) (若年女性のやせの減少) <input type="checkbox"/> バランスの良い食事を摂っている者の増加 <input type="checkbox"/> 野菜摂取量の増加 <input type="checkbox"/> 食物摂取量の増加 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量の減少 <input type="checkbox"/> 「健康で持続可能な食糧増つきのための戦略的食料(ニアチアP)」の推進 <input type="checkbox"/> 利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設数の増加			(経茶葉傾向の高齢者の減少)
生活習慣	身体活動・運動		<input type="checkbox"/> 日常生活における歩数の増加 <input type="checkbox"/> 運動習慣者の割合の増加 <input type="checkbox"/> 運動やスポーツを習慣的に行っていないことの減少 <input type="checkbox"/> 「居心地が良く歩きたくなく(まちなかづくりに取り組む市町村)数の増加				
	休養・睡眠			<input type="checkbox"/> 睡眠による休養を十分とれていない者の減少 <input type="checkbox"/> 睡眠時間が十分に確保できている者の増加 <input type="checkbox"/> 週労働時間60時間以上の雇用者の減少			
	飲酒	<input type="checkbox"/> 妊婦中の飲酒をなくす	<input type="checkbox"/> 20歳未満の飲酒をなくす	<input type="checkbox"/> 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			
	喫煙	<input type="checkbox"/> 妊婦中の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 望まない喫煙喫煙の機会を有する者の減少	<input type="checkbox"/> 20歳未満の喫煙をなくす	<input type="checkbox"/> 喫煙率の減少			
生活機能の維持・向上	歯・口腔の健康			<input type="checkbox"/> 歯科検診受診率の増加 <input type="checkbox"/> 歯周病を有する者の割合の減少 <input type="checkbox"/> よく噛んで食べることができる者の増加			<input type="checkbox"/> ロコモティブシンドロームの減少
	つながり・こころの健康	<input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加		<input type="checkbox"/> 心理的苦痛を感じている者の減少 <input type="checkbox"/> 心のサポート一環の増加 <input type="checkbox"/> 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加 <input type="checkbox"/> 社会活動を行っている者の増加 <input type="checkbox"/> 地域等で共食している者の増加			(社会活動を行っている高齢者の増加)
社会環境の質の向上	健康増進のための基盤	<input type="checkbox"/> スマートライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加 <input type="checkbox"/> 健康経営の推進 <input type="checkbox"/> 必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加					

## 2. 計画の性格

この計画は、平成17年9月に宣言された「健康と福祉の町宣言」の理念を生かしつつ、第6次山ノ内町総合計画を上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を基に、保健事業の効率的な実施を図るため、医療保険者として策定する山ノ内町保健事業実施計画（データヘルス計画）、山ノ内町特定健康診査等実施計画との調和を図り、同時に、今回の目標項目に関連する法律および各種計画との十分な整合性を図るものとします。【図表2】

【図表2】関連する法律および各種計画

法律	長野県が策定した計画	山ノ内町が策定した計画
健康増進法	信州保健医療総合計画	いきいき健康推進プランやまのうち
高齢者の医療の確保に関する法律		山ノ内町保健事業実施計画(データヘルス計画) 山ノ内町特定健康診査等実施計画
がん対策基本法		いきいき健康推進プランやまのうちに含める
歯科口腔保健の推進に関する法律		
食育基本法	長野県食育推進計画	
次世代育成支援対策推進法	長野県子ども・若者支援総合計画	山ノ内町次世代育成支援対策行動計画
介護保険法	長野県高齢者プラン	介護保険事業計画

## 3. 計画の期間

この計画の目標年次は令和15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。なお、6年後を目途に中間評価を行います。

## 4. 計画の対象

この計画は、乳幼児期から高齢期までライフステージ\*に応じた健康増進の取り組みを推進するため、全町民を対象とします。

# 第1章 山ノ内町の概況と特性

## 1. 町の概要

### 1) 位置

山ノ内町は、長野県の北東部に位置し志賀高原ユネスコエコパーク・上信越高原国立公園の中心にあつて、東西 39 km、南北 12 km の行政区域を有しています。西は高社山と箱山枝脈を境として中野市に隣接し、北は木島平村及び栄村に接しています。又、南に笠ヶ岳、三沢山を境として高山村に接し、東は志賀高原を境に群馬県と県境をなしています。

### 2) 地理・地形

地形は周囲を 2,000m 級の山々に囲まれた盆地であり、山林原野が約 88%（うち 7 割余りが志賀高原）を占め、集落は河岸段丘や扇状地状の緩やかな斜面地と高原を中心に分布しています。

四季折々の素晴らしい自然に囲まれた志賀高原と北志賀高原、湯量豊富な温泉地として知られる湯田中渋温泉郷を有し、日本を代表する観光エリアとなっています。

### 3) 気候

気候は、昼と夜や夏と冬の寒暖の差が大きい内陸性気候で、夏季の最高気温は 30 度を超え、冬はマイナス 10 度以下になります。標高が高く夏季でも冷涼な気候の高原は避暑地として、また、昼夜の寒暖差が大きい平地においては高品質の果樹生産やそばなどの農業生産に適しています。

年間降水量は平均で 1,000mm 程と雨が少ない一方、冬季の降雪量が多く特別豪雪地帯に指定されており、志賀高原、北志賀高原は最高の雪質を誇るスノーリゾートとして国内外の観光客に親しまれています。

### 4) 沿革

旧石器時代から人々が生活し、奈良平安時代には薬草が朝廷に献上されました。江戸時代には幕府直轄領となり、水田、竹細工、木工品、薪炭の生産と草津街道の運搬補助、湯治場が主な産業でした。渋温泉は 1300 年の歴史がある温泉場です。

本州で初めてスキーリフトが架けられた志賀高原は、昭和 20 年代には新しいスキー場が次々にオープンし、県内屈指のスキー場として有名になりました。近年、観光地延利用者数は、年間約 450 万人となっており、観光消費額は、年間平均約 250 億円です。オーストラリアや中国、台湾等の外国人旅行者が増えています。

昭和 30 年 4 月に 1 町 2 村が合併し今日の山ノ内町となりました。農業も盛んで、昭和 30 年代頃から急速にりんご栽培が行なわれるようになり、果樹栽培が農業経営の基盤となりました。近年、新規就農者が安定的に確保されている一方で、農業従事者の高齢化とそれに伴う遊休農地の増加などの課題があります。農家数は、平成 27 年には 925 戸と 1,000 戸を下回り減少傾向が続いており、特に販売農家数は、平成 27 年に 599 戸と平成 2 年に比べて約 54% 減少しています。

2. 健康に関する概況

国・県より比較し、高く課題となるもの

【図表 3】 国・県と比べてみた山ノ内町の位置 (令和3年度) 国・県より比較し、改善しているもの

項目	国		長野県		山ノ内町			
	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
1 人口構成	総人口		122,780,487人		2,072,219人		11,958人	
	0~14歳	14,559,440人	11.9%	248,284人	12.0%	994人	8.3%	
	15~64歳	72,201,440人	58.8%	1,168,946人	56.4%	6,065人	50.7%	
	65歳以上	36,019,686人	29.3%	654,507人	31.6%	4,899人	41.0%	
	(再計)75歳以上	18,599,626人	15.1%	354,619人	17.1%	2,769人	23.2%	
平均寿命	男性	80.8歳		81.8歳		81.5歳		
	女性	87.0歳		87.7歳		87.5歳		
平均自立期間 (※1)	男性	79.9年		81.1年		81.1年		
	女性	84.2年		84.9年		84.0年		
2 死亡統計 (R3年次)	順位	死亡原因	死亡率 (10万対)	死亡原因	死亡率 (10万対)	死亡原因	死亡率 (10万対)	
		1位	悪性新生物	310.7	悪性新生物	313.6	悪性新生物	368.0
	R3人口動態調査	年調整死亡率	110.1	174.8	186.3	301.1	112.5	
		2位	心疾患	193.8 (男性) 110.2 (女性)	心疾患	172.8	老衰	217.4
	年調整死亡率	3位	老衰	123.8	老衰	115.1	心疾患	142.1 (男性) 93.8 (女性)
		4位	脳血管疾患	85.2	脳血管疾患	52.9	誤嚥性肺炎	150.5
	年調整死亡率	5位	肺炎	40.3	肺炎	125.4	脳血管疾患	63.3 (男性) 49.6 (女性)
		合計	125,187人	8.7%	1,814人	7.0%	19人	8.5%
	早世予防からみた死亡 (64歳以下) R3人口動態調査	男性	82,832人	11.2%	1,160人	9.1%	14人	12.1%
		女性	42,355人	6.0%	654人	5.0%	5人	4.6%
3 介護保険 KDB (R3)	要介護認定者数	6,837,233人		115,916人		921人		
	1号被保険者	6,681,504人	20.3%	114,029人	18.2%	916人	19.4%	
	2号被保険者	155,729人	0.38%	1,887人	0.27%	5人	0.12%	
	1人あたり介護給付費	303,939円		299,121円		339,901円		
介護給付費総額	9,968,212,232,861円		187,274,951,627円		1,606,371,861円			
4 後期高齢者医療 後期高齢者医療事業年報	加入者数	18,589,635人		361,540人		2,733人		
	1人あたり医療費	782,007円		842,323円		796,738円 県内48位		
	医療費総額	15,451,808,578,930円		272,179,368,290円		1,985,141,800円		
5 国保 KDB (R3)	人数	28,705,575人		463,858人		3,400人		
		39歳以下	7,425,722人	25.9%	104,083人	22.4%	707人	20.8%
	40~74歳	9,364,369人	32.6%	146,007人	31.5%	1,160人	34.1%	
	65~74歳	11,915,484人	41.5%	231,768人	46.1%	1,533人	45.1%	
	加入率 (%)	22.9%		22.3%		27.4%		
	医療費 国民健康保険事業状況	1人あたり医療費	329,938円		388,023円		360,222円 県内48位	
		医療費総額	9,471,057,721,990円		152,988,819,810円		1,080,140,800円	
	6 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) KDB (R3)	がん	1,577,576,383,820円	31.5%	24,796,121,380円	29.8%	162,083,520円	29.6%
		慢性腎臓病(透析有)	413,362,530,850円	8.2%	6,584,984,730円	7.9%	22,788,210円	4.2%
		糖尿病	52,408,259,330円	10.5%	8,895,946,380円	10.7%	65,619,880円	12.0%
高血圧		308,091,151,150円	6.1%	5,283,098,390円	6.4%	55,596,660円	10.2%	
脂質異常症		223,897,426,520円	4.5%	3,622,198,870円	4.4%	22,233,660円	4.1%	
脳梗塞・脳出血		119,629,315,220円	4.0%	3,614,845,720円	4.4%	23,316,090円	4.3%	
狭心症・心筋梗塞		146,305,439,060円	3.0%	2,216,618,300円	2.7%	12,979,820円	2.3%	
精神		734,285,087,880円	14.7%	13,239,213,010円	15.9%	92,457,800円	16.9%	
筋・骨格		831,159,352,770円	16.6%	14,122,152,410円	17.0%	87,645,820円	16.0%	
7 特定健診・特定保健指導 (R3年度) R3人口動態調査		健診受診者数	6,494,668人		138,917人		1,290人 全国4位 県内34位	
	受診率	36.4%		45.3%		51.2%		
	保健指導終了者数	208,391人		8,696人		144人 全国4位 県内31位		
	実施率	27.9%		59.2%		74.6%		
7 出生 R3人口動態調査	出生数	811,604人	6.6 (出生千対)	12,514人	6.3 (出生千対)	43人	3.6 (出生千対)	
	低体重児 (2,500g未満)	76,060人	9.37 (出生百対)	1,179人	9.42 (出生百対)	5人	13.2 (出生百対)	

※1 日常生活動作が自立している期間の平均



1) 人口構成

当町の人口構成を全国・長野県と比較すると、65歳以上の高齢化率および75歳以上の後期高齢化率は、いずれも全国や長野県より高くなっています。【図表3】

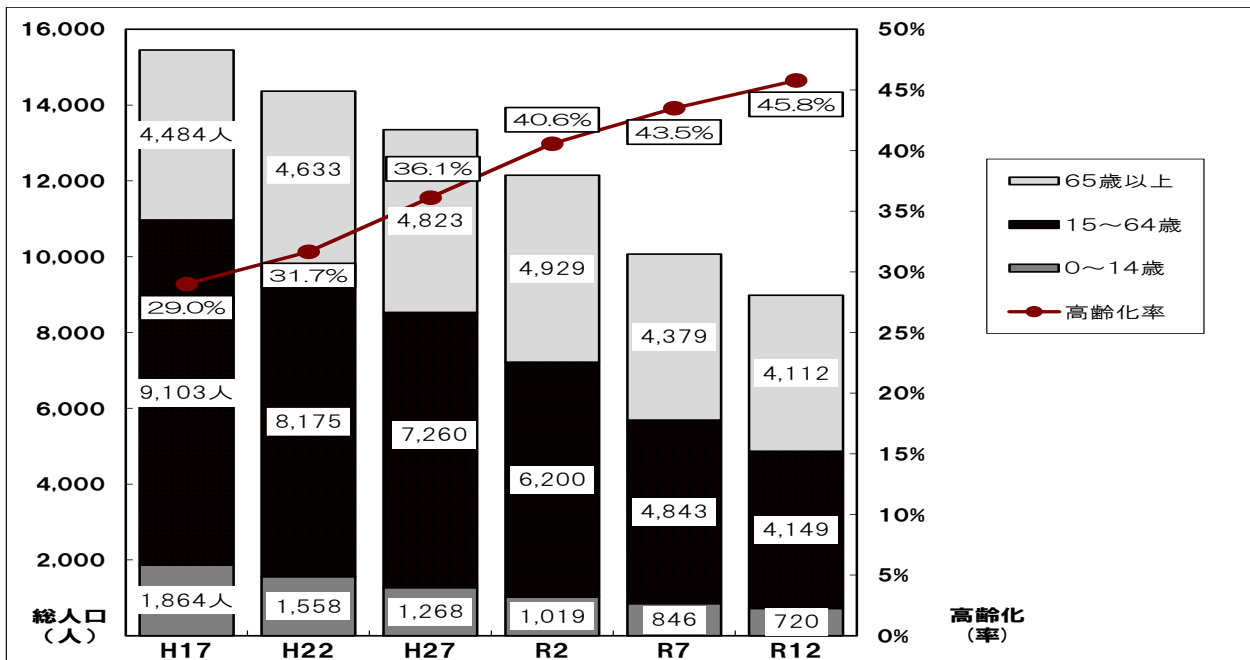
当町の人口（国勢調査）は、令和2年4月1日現在12,148人で、昭和30年をピークに減少傾向にあり、人口構成もつりがね型からつぼ型に変化しています。【図表4】

人口構成は、64歳以下人口が平成27年から令和2年までの5年間に、1,203人減少しているのに対して、65歳以上人口は、同期間で106人増加しています。

高齢化率は、平成27年には36.1%でしたが、令和2年には40.6%となり、5年間で4.5%高くなっており、全国（29.3%）や長野県（31.6%）に比べて高齢化が進展しています。

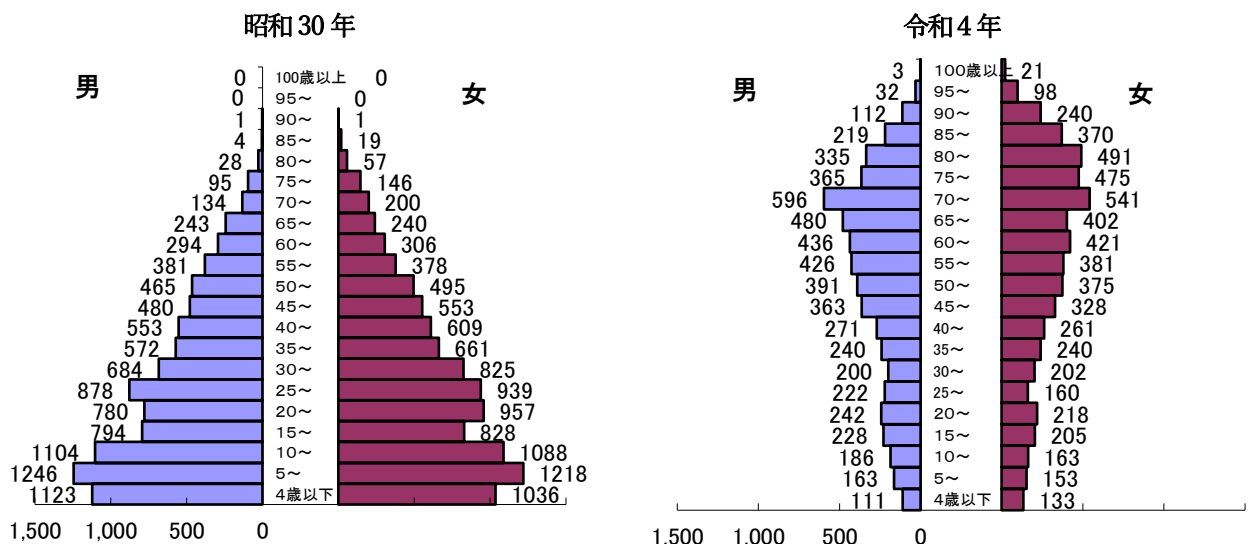
生産年齢人口（15歳～64歳）・年少人口（0歳～14歳）ともに総人口に占める割合が減少傾向にあり、少子高齢化がますます進んでいます。今後はさらにその傾向が強まると予測されます。

【図表4】人口の推移と推計（平成30年12月推計）



（第6次山ノ内町総合計画、推計値は国立社会保障・人口問題研究所『日本の市町村別将来推計人口』）

■ 人口構成の移り変わり



（令和3.1.1 住民基本台帳年齢階級別人口）

第1章 山ノ内町の概況と特性

2) 死亡

当町の主要死因を全国、長野県と比較すると、悪性新生物による年齢調整死亡率が国よりもやや高くなっています。【図表3】

主要死因の変化を平成27年と比較すると、全死亡に占める割合は、生活習慣病である「悪性新生物」「脳血管疾患」割合は増加、「心疾患」割合は減少してきています。また、それぞれの死亡率は、悪性新生物と脳血管疾患、心疾患すべて増加しました。【図表5】

また、第一次計画の目的であった早世（65歳未満）死亡の減少については、平成27年との比較では男女共に減少しています。【図表6】

【図表5】山ノ内町の主要死因の変化

年度		平成27年				年度		令和2年			
全体	人口	死亡者総数		死亡率 (10万対)	全体	人口	死亡者総数		死亡率 (10万対)		
	13,351	180		134.8		12,148	192		158.0 ↑		
死亡原因	1位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合	1位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合	
		悪性新生物	54	430.7	30.0%		悪性新生物	62	555.0	32.2% ↑	
	2位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合	2位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合	
		心疾患	22	175.5	12.2%		脳血管疾患	27	241.7	14.0% ↑	
	3位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合	3位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合	
		脳血管疾患	21	167.5	11.6%		心疾患	22	196.9	11.4% ↓	

■ 年齢調整死亡率（平成29年～令和3年）

	山ノ内町 平成29年～令和3年		全国 令和3年	
	男性	女性	男性	女性
悪性新生物 ※1	164	59.2	146.1	82.2
脳血管疾患 ※2	63.3	49.6	93.7	55.1
虚血性心疾患 ※2	31.7	16.6	40.8	15.9

※1 S60年人口モデル、 ※2 H27年人口モデルを使用（国算出方法と統一）

（人口動態調査 人口動態統計、がん情報サービス）

【図表6】65歳未満死亡の割合（都道府県順位）

総数				男性				女性				
順位	平成27年	順位	令和2年	順位	平成27年	順位	令和2年	順位	平成27年	順位	令和2年	
14	全国	11.0	13	全国	9.1	15	全国	14.3	16	全国	11.7	
47	長野	8.3	46	長野	7.0	48	長野	11.4	48	長野	9.0	
48	山ノ内町	8.3	49	山ノ内町	6.8	49	山ノ内町	10.6	47	長野	5.2	
										39	山ノ内町	5.0

（人口動態統計特殊報告、人口動態統計、長野県衛生年報）

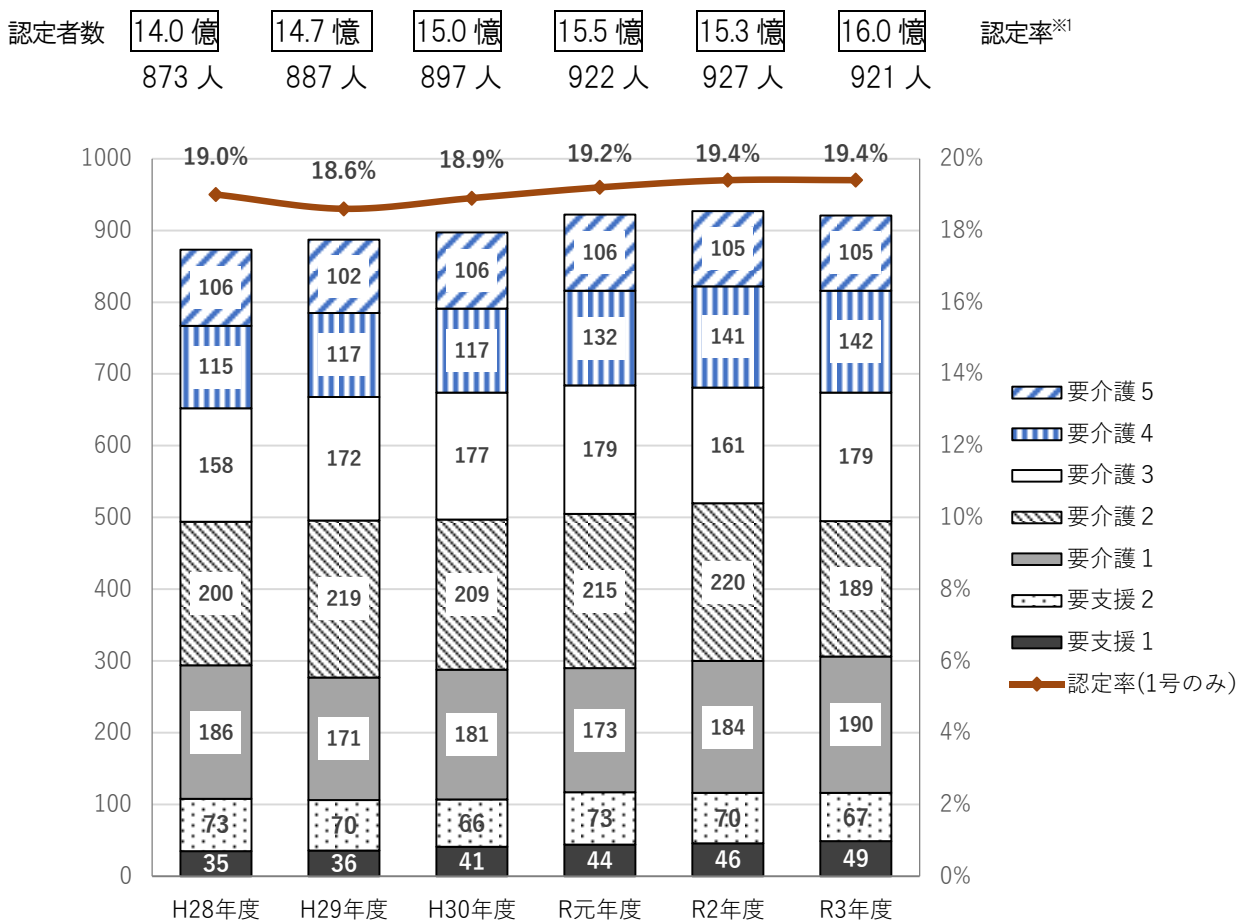
3) 介護保険

当町の介護保険の要介護認定率は、第1号被保険者は全国よりは低く、長野県よりも高い状況です。第2号被保険者については、全国や長野県より低い状況です。【図表3】

しかし、当町の令和3年度末時点の要介護（支援）認定者数は921人であり、平成28年度の873人と比べて、約50人増加しています。【図表7】

介護サービス給付額をみても、平成28年度の14.0億円から令和3年度の16.0億円へと、6年間で2億円（12.5%）増加しています。【図表7】

【図表7】 介護サービス給付額・要介護認定率・要介護（支援）認定者数の推移



\*1) 認定率は1号のみ

(KDB(国保データベースシステム)\_NO.1 地域全体像の把握)

(KDB(国保データベースシステム)\_NO.47 要介護（支援）者認定状況)

## 第1章 山ノ内町の概況と特性

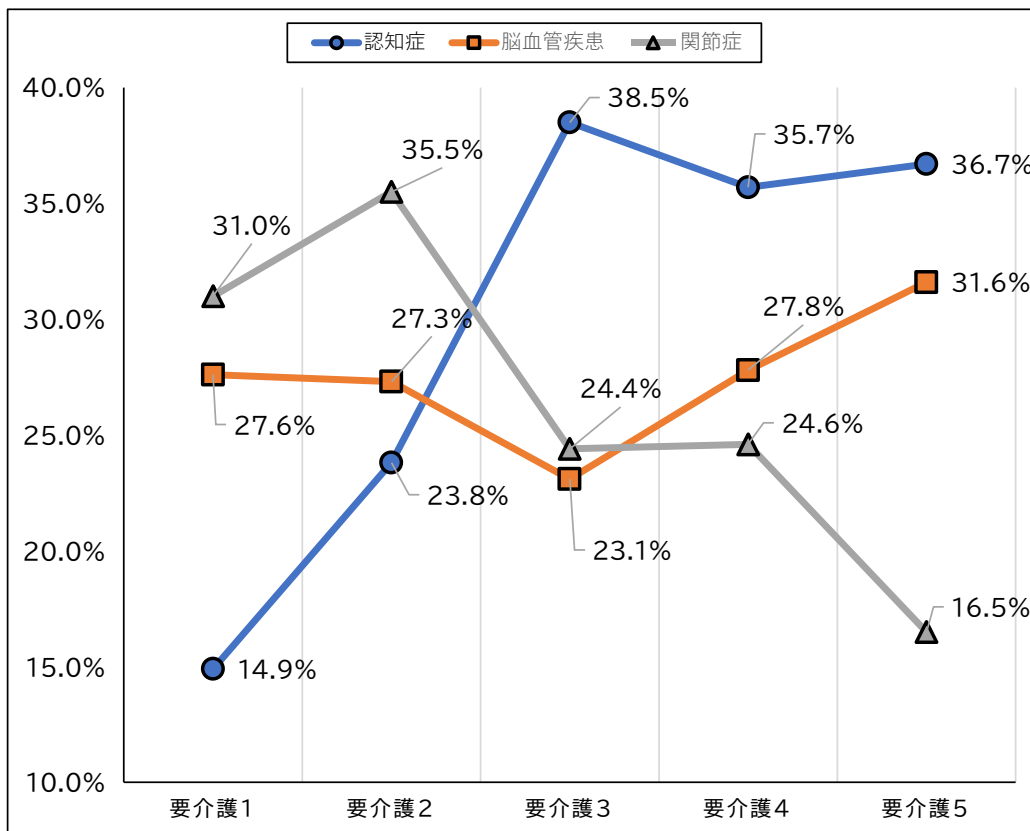
町の要介護認定率を介護度別でみると、総数及び2号被保険者において要介護3以上の重度認定者の割合が県・全国に比べて特に高くなっています。【図表8】

【図表8】介護度別認定者数（令和3年度）

項目		山ノ内町		同規模平均		県		国			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
①	介護保険	1号認定者数（認定率）	916	19.4	117,785	19.4	114,029	18.2	6,681,504	20.3	
		新規認定者	22	0.3	1,812	0.3	1,824	0.2	104,278	0.3	
		介護度別 総件数	要支援1.2	1,430	5.5	325,858	12.4	406,060	13.7	21,145,164	12.9
			要介護1.2	11,613	44.5	1,230,747	46.7	1,362,122	45.9	76,552,466	46.6
			要介護3以上	13,042	50.0	1,076,944	40.9	1,196,986	40.4	66,514,484	40.5
2号認定者	5	0.12	2,135	0.35	1,887	0.27	155,729	0.38			

(KDB(国保データベースシステム)\_NO.1 地域全体像の把握)

■介護度別有病疾患



第1章 山ノ内町の概況と特性

要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患（脳出血・脳梗塞）が上位を占めており、第2号被保険者で10割、第1号被保険者でも約3割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要であると言えます。【図表9】

【図表 9】 要介護認定者の有病状況（令和3年度）

	受給者区分		2号		1号				合計			
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計			
要介護認定状況 ★NO.47	被保険者数		4,171人		2,121人		2,605人		4,726人	8,897人		
	認定者数		5人		62人		854人		916人	921人		
	認定率		0.12%		2.9%		32.8%		19.4%	10.4%		
	新規認定者数(*1)		2人		14人		99人		113人	115人		
介護度別人数	要支援1・2		1	20.0%	8	12.9%	107	12.5%	115	12.6%	116	12.6%
	要介護1・2		1	20.0%	33	53.2%	345	40.4%	378	41.3%	379	41.2%
	要介護3～5		3	60.0%	21	33.9%	402	47.1%	423	46.2%	426	46.3%

	受給者区分		2号		1号				合計				
	年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
要介護 突合状況 ★NO.49	介護件数(全体)		5		62		854		916		921		
	再)国保・後期		3		44		764		808		811		
(レセプトの診断名より重複して計上)	血管疾患	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
		循環器疾患	1	脳卒中	3 100.0%	脳卒中	13 29.5%	脳卒中	262 34.3%	脳卒中	275 34.0%	脳卒中	278 34.3%
			2	腎不全	1 33.3%	虚血性心疾患	7 15.9%	虚血性心疾患	171 22.4%	虚血性心疾患	178 22.0%	虚血性心疾患	178 21.9%
			3	虚血性心疾患	0 0.0%	腎不全	5 11.4%	腎不全	121 15.8%	腎不全	126 15.6%	腎不全	127 15.7%
		合併症	4	糖尿病合併症	1 33.3%	糖尿病合併症	5 11.4%	糖尿病合併症	72 9.4%	糖尿病合併症	77 9.5%	糖尿病合併症	78 9.6%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			3 100.0%	基礎疾患	35 79.5%	基礎疾患	714 93.5%	基礎疾患	749 92.7%	基礎疾患	752 92.7%
		血管疾患合計			3 100.0%	合計	35 79.5%	合計	722 94.5%	合計	757 93.7%	合計	760 93.7%
		認知症			0 0.0%	認知症	10 22.7%	認知症	246 32.2%	認知症	256 31.7%	認知症	256 31.6%
		筋・骨格疾患			1 33.3%	筋骨格系	39 88.6%	筋骨格系	719 94.1%	筋骨格系	758 93.8%	筋骨格系	759 93.6%

\*1) 新規認定者についてはNO.49\_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

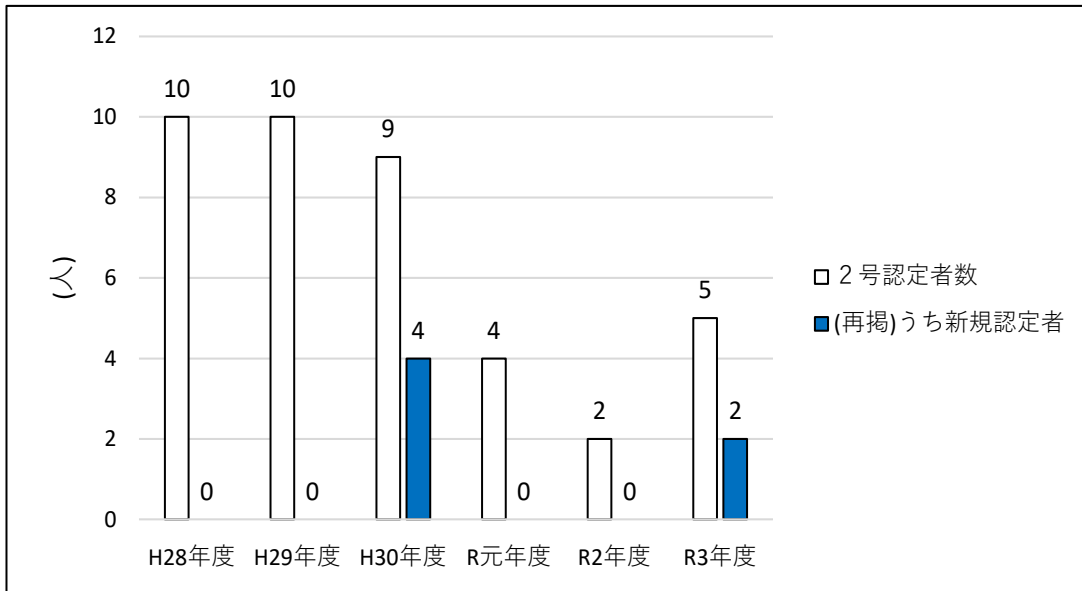
(ヘルスサポートラボツール)

## 第1章 山ノ内町の概況と特性

第2号被保険者の認定者数は徐々に減少しており発症予防、重症化予防の成果と考えられます。令和3年度新規認定者は2名ありました。【図表10】

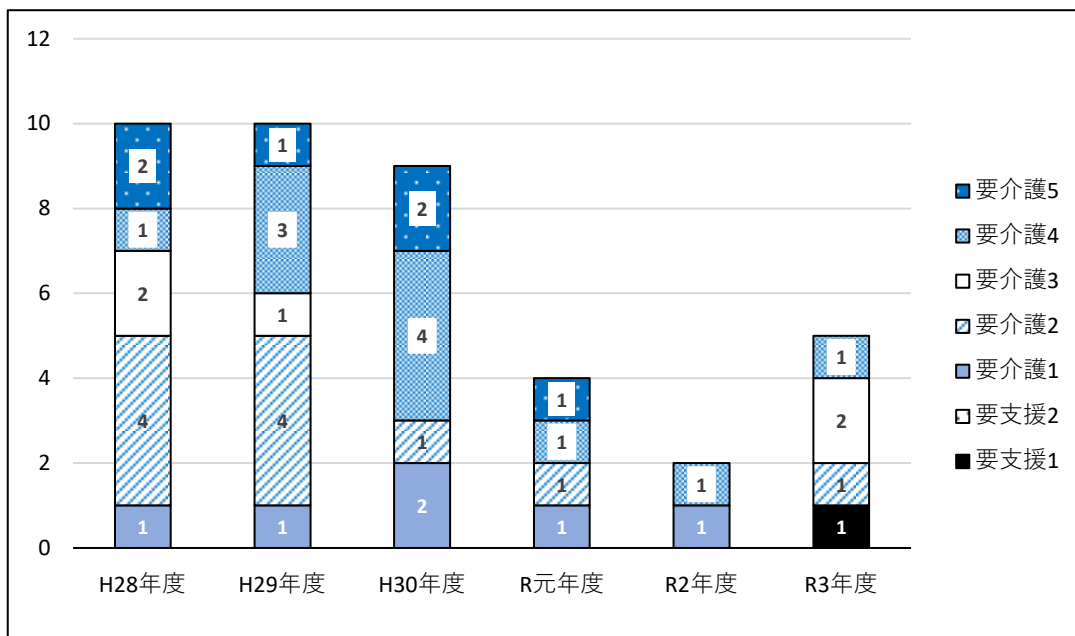
介護度別にみると、偏りのない状態でした。【図表11】引き続き壮年期における発症予防、重症化予防に努める必要があります。

【図表10】第2号被保険者の要介護（支援）認定者数の推移



(KDB(国保データベースシステム)\_NO.47 要介護（支援）者認定状況)

【図表11】第2号被保険者の介護度別認定者数の推移



(KDB(国保データベースシステム)\_NO.47 要介護（支援）者認定状況)

4) 後期高齢者医療保険

当町の後期高齢者の1人あたりの医療費は、県と比較して低い費用となっています。【図表3】

5) 山ノ内町国民健康保険（国保）

当町の国保加入率は、全国や県と比較して高い状況です。また、国保加入者のうち、前期高齢者（65歳～74歳）が占める割合も高くなっており、少子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。【図表3】【図表4】

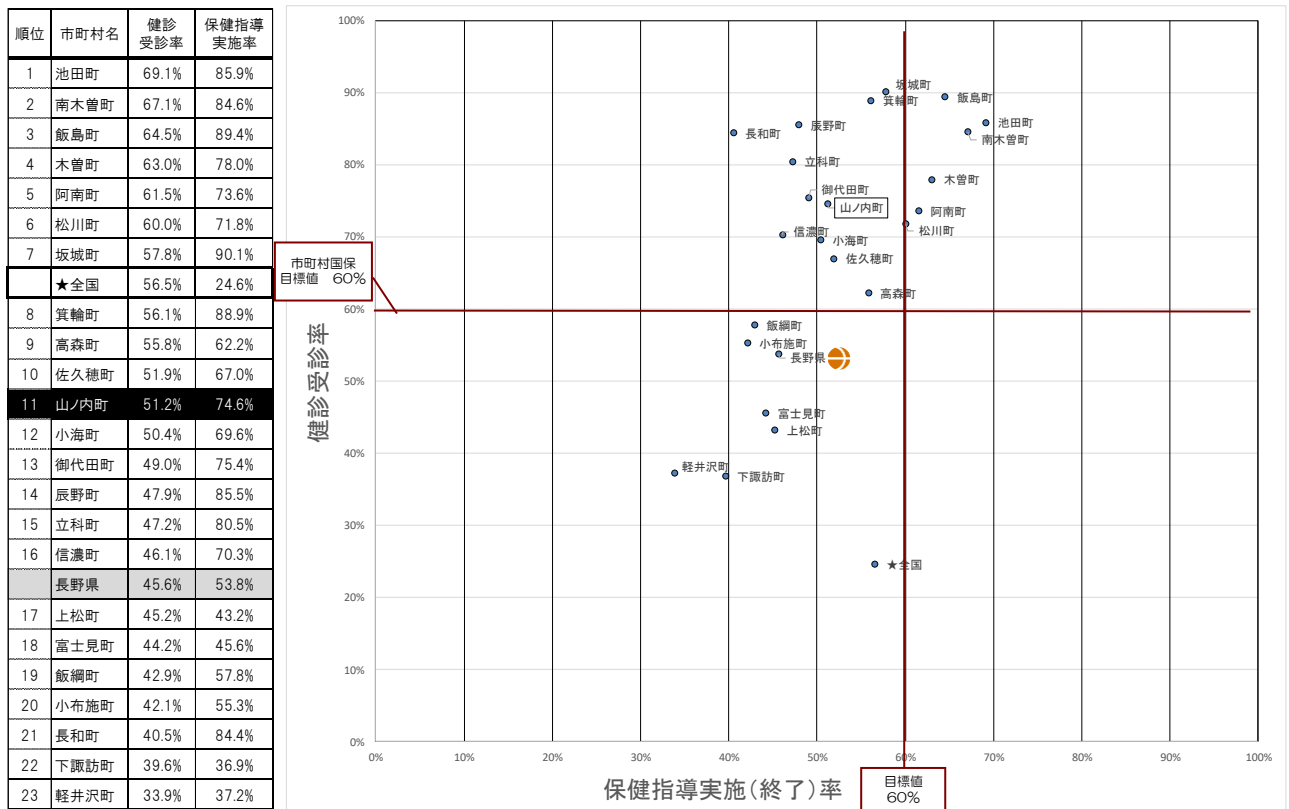
当町の国保加入者の1人あたりの医療費は、県と比較して低い状況です。一般的に高齢者になるほど、受療率は高くなり、医療費も増大するため、予防可能な生活習慣病の発症予防と重症化予防に努める必要があります。【図表3】

生活習慣病に関する疾患の治療者の割合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析が県より低い状況ですが、高血圧、糖尿病が多いことから重症化予防に努める必要があります。

6) 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り組みである、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導は、令和3年度の法定報告で、受診率51.2%、保健指導実施率は74.6%で、県より高くなっています。【図表12】

【図表12】 特定健康診査と特定保健指導実施率の比較（全国、県と長野県内町の比較）



(令和3年度 法定報告数値)

## 第1章 山ノ内町の概況と特性

【図表 13】山ノ内町の健康診査実施状況（令和3年度）

	H29	H30	R元	R2	R3
特定健診受診率	54.5%	55.8%	52.9%	43.9%	51.2%
県内順位	27位	26位	34位	45位	34位
特定保健指導実施率	72.4%	75.4%	75.1%	79.4%	74.6%
県内順位	30位	27位	28位	21位	31位

県内順位…県内77市町村中

(法廷報告)

受診者の年代では60歳代以降に比べ、男女ともに40歳代、50歳代が少ない状況です。高齢者の医療の確保に関する法律の中では、39歳までの健診は努力義務となっていますが、当町では、若い年代からの発症予防を重視し、19歳から39歳までの町民の希望者全員に特定健診と同様の健康診査を実施しています。また、70歳代の受診率が低下してきており、未受診者の約65%（65歳以上は約75%）が医療機関へ受診中のことから、診療情報提供書の周知が特定健診同様に受診率の向上に重要となります。

### 【図表 14】【図表 15】

特定健康診査の結果については、BMI、腹囲、空腹時血糖、拡張期血圧、心電図有所見者が県平均より高く、県内町比較で上位を占めています。【図表 16】

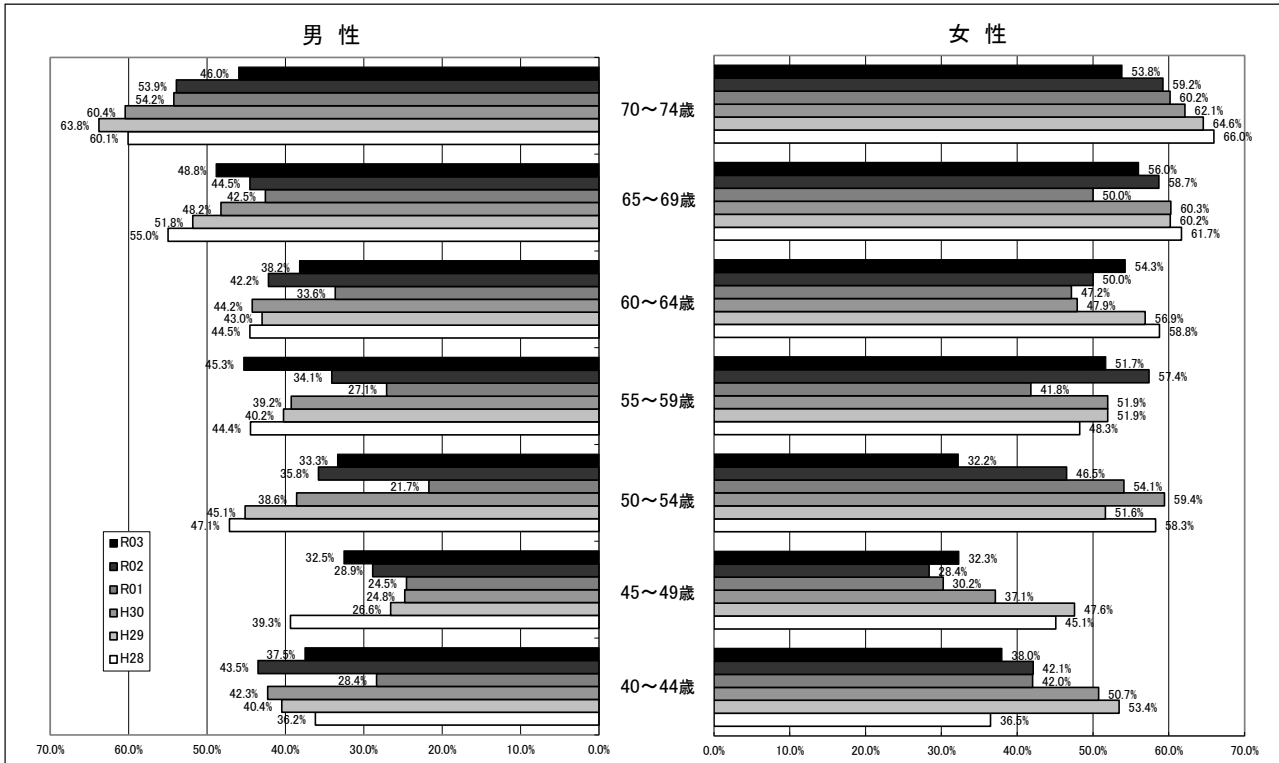
特定健康診査の新規受診者と継続受診者の健診結果では基準値を超える者の割合が、肥満、高血圧、脂質異常の項目で新規受診者は継続受診者より高い状況です。【図表 17】新規の受診者を増やしていくとともに継続受診者の割合を増やしていくことも重要です。

また、生活習慣病で通院している者の1人1か月の医療費を見ると、健診受診者と未受診者では、令和3年度では約25,000円の差が出ています。【図表 18】通院者でも、健診を受診し、保健指導を受けることにより自分の生活と検査データを結び付けて振り返りができ、値のコントロールにつながっていると思われま。

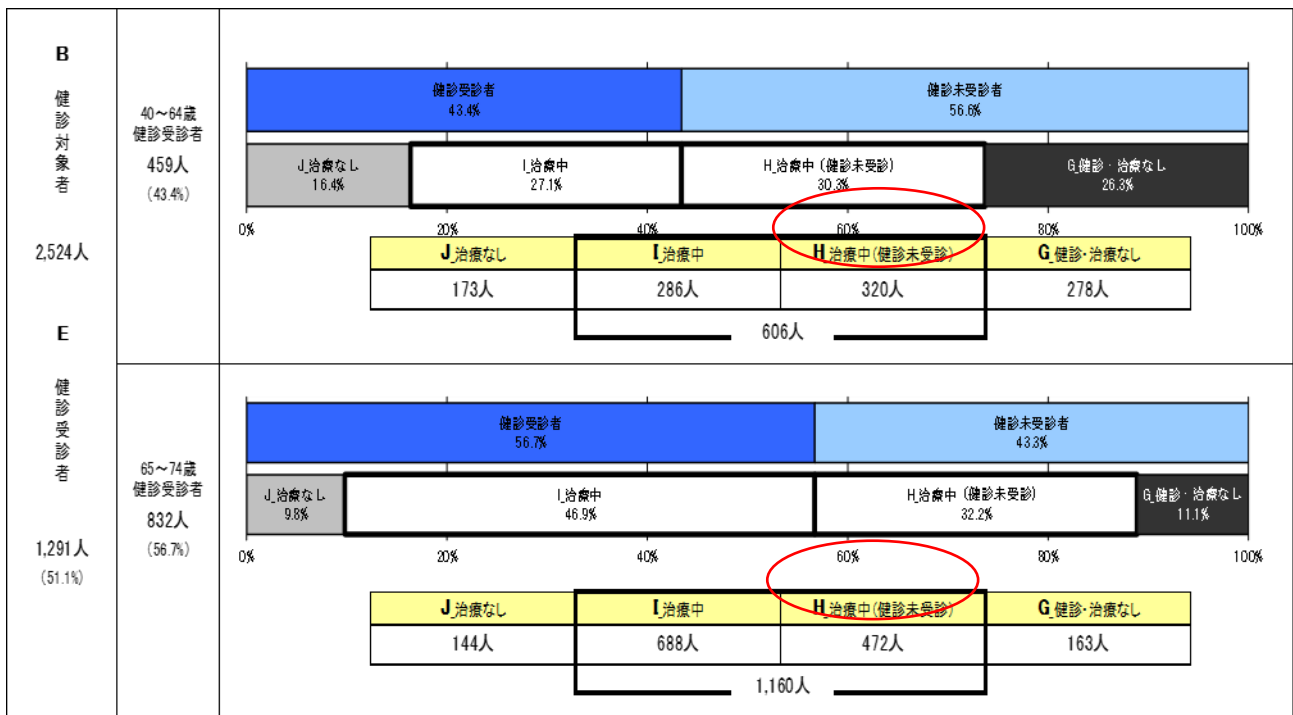
今後さらに健康診査の機会を提供し、保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防、重症化予防につなげることが重要と考えます。



【図表 14】 山ノ内町の健康診査実施状況（平成 28～令和 3 年度）



【図表 15】 未受診者対策を考える



(厚生労働省様式 5-5)

【図表 16】特定健康診査結果（全国、長野県、長野県内町と比較：令和3年度）

市町村名	健康受診者数		摂取エネルギーの過剰										血管を傷つける													
	受診率	BMI					腹囲					ALT(GPT)					HDLコレステロール					血糖(HbA1c)				
		25以上		中性脂肪			150以上			31以上		40未満			5.6以上		100以上									
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%							
池田町	1,160	69.1%	101	33.7	179	41.2	312	25.3	224	18.2	27	6.2	941	72.7	425	42.7										
南木曾町	434	67.1%	147	30.7	179	37.4	117	24.4	193	17.8	74	5.9	330	68.9	724	38.5										
飯島町	1,003	64.5%	131	30.2	111	37.0	156	24.4	53	17.7	62	5.3	665	66.8	101	33.7										
木曾町	1,085	63.0%	123	29.8	150	36.3	102	23.5	76	17.5	32	5.0	276	66.5	332	33.1										
阿南町	413	61.5%	238	29.2	467	36.2	94	22.8	83	17.3	53	4.9	655	65.3	349	32.2										
松川町	1,294	60.0%	356	28.9	286	35.9	279	22.4	68	16.4	23	4.8	417	65.2	410	31.8										
坂城町	1,246	57.8%	307	28.3	2,479,126	35.2	67	22.3	225	15.5	46	4.6	691	64.9	334	30.9										
★全国	7,049,753	56.5%	328	28.3	437	35.1	231	21.9	1,088,137	15.4	19	4.6	267	64.6	358	30.9										
箕輪町	1,879	56.1%	360	27.9	380	35.0	32,391	21.7	22,715	15.2	6,832	4.6	588	64.2	437	30.1										
高森町	1,054	55.8%	217	27.5	284	34.8	1,506,699	21.4	149	15.0	86	4.6	192	64.0	123	29.8										
佐久穂町	995	51.9%	217	27.2	402	34.7	271	20.9	199	14.8	49	4.5	775	62.2	133	27.8										
山ノ内町	1,291	51.2%	270	27.1	492	33.9	219	20.3	188	14.5	46	4.4	493	60.5	254	27.7										
小海町	415	50.4%	170	26.6	413	33.5	203	20.2	60	14.5	43	4.3	481	60.4	326	26.2										
御代田町	1,232	49.0%	38,558	25.9	49,314	33.1	260	20.1	152	14.4	34	4.2	742	60.2	38,984	26.2										
辰野町	1,452	47.9%	256	25.5	440	32.7	218	20.1	116	14.2	33	4.1	649	59.8	318	25.8										
立科町	640	47.2%	369	25.4	209	32.7	82	19.8	149	14.0	53	4.1	837	57.6	210	25.8										
信濃町	797	46.1%	311	25.0	347	32.1	158	19.4	262	13.9	55	4.1	85,271	57.2	347	25.8										
長野県	149,020	45.6%	317	24.5	319	31.8	203	19.1	149	13.8	49	4.0	397,923	56.4	205	25.7										
上松町	300	45.2%	224	24.5	405	31.3	253	18.8	158	13.6	279,944	4.0	1,053	56.0	1,772,457	25.1										
富士見町	1,065	44.2%	101	24.3	322	30.6	258	17.8	108	13.6	34	3.7	650	56.0	266	25.0										
飯綱町	916	42.9%	443	23.6	311	29.2	206	17.8	169	13.1	11	3.7	753	55.9	108	24.9										
小布施町	815	42.1%	245	22.7	536	28.5	168	16.9	81	12.7	52	3.6	719	55.7	101	24.3										
長和町	479	40.5%	302	22.4	279	28.0	130	16.3	113	12.3	12	2.9	580	55.0	153	23.9										
下諏訪町	1,081	39.6%	231	21.9	250	27.3	146	15.9	122	12.2	37	2.9	231	53.2	216	20.5										
軽井沢町	1,347	33.9%	232	21.8	113	27.2	299	15.9	141	11.3	30	2.8	555	51.3	240	18.5										

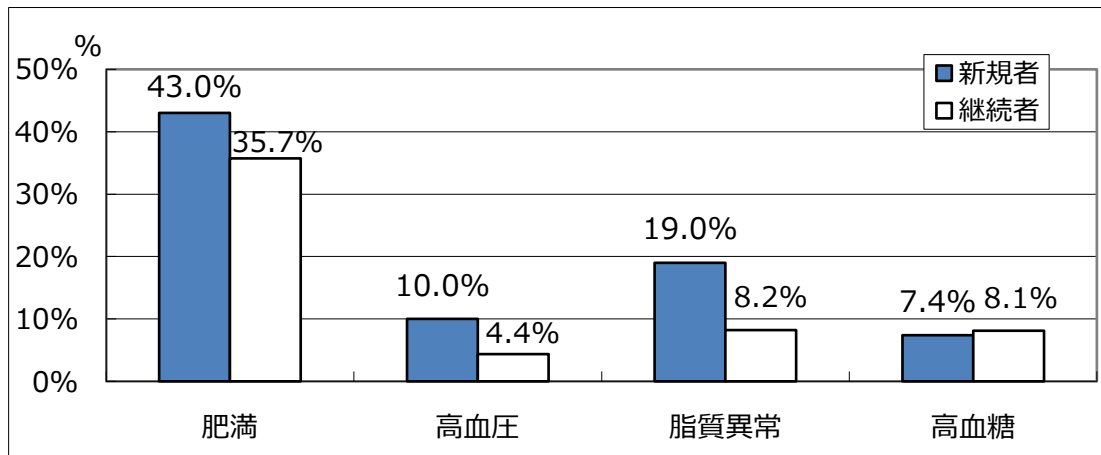
第1章 山ノ内町の概況と特性

血管を傷つける				尿酸						LDLコレステロール						non-HDLコレステロール						血清クレアチニン						eGFR						心電図						眼底検査					
収縮期血圧 130以上			拡張期血圧 85以上			7.0超過			120以上			150以上			1.3以上			60未満			有所見者			検査実施者																					
市町村名	人数	%	市町村名	人数	%	市町村名	人数	%	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合	市町村名	人数	割合										
小布施町	451	55.3	松川町	509	39.3	木曾町	114	10.5	下諏訪町	663	61.3	長和町	192	40.1	阿南町	135	32.7	南木曾町	251	57.8	小海町	344	82.9																						
松川町	669	51.7	飯綱町	304	33.2	松川町	132	10.2	小海町	248	59.8	松川町	387	29.9	富士見町	332	31.2	木曾町	436	40.2	上松町	231	77.0																						
飯綱町	473	51.6	富士見町	297	27.9	下諏訪町	99	9.2	富士見町	621	58.3	佐久穂町	251	25.2	上松町	305	30.4	池田町	405	34.9	木曾町	816	75.2																						
★全国	3,418,115	48.5	小布施町	216	26.5	高森町	94	8.9	軽井沢町	780	57.9	箕輪町	436	23.2	飯島町	21	2.1	辰野町	425	29.3	高森町	780	74.0																						
坂城町	579	46.5	立科町	167	26.1	南木曾町	38	8.8	長和町	275	57.4	飯島町	155	15.5	池田町	20	1.7	立科町	187	29.2	池田町	832	71.7																						
阿南町	191	46.2	上松町	74	24.7	立科町	55	8.6	飯綱町	523	57.1	御代田町	169	13.7	坂城町	21	1.7	長和町	137	28.6	阿南町	273	66.1																						
富士見町	492	46.2	山ノ内町	315	24.4	軽井沢町	111	8.2	立科町	358	55.9	飯綱町	123	13.4	木曾町	17	1.6	高森町	295	28.0	長和町	152	31.7	飯島町	516	51.4																			
信濃町	366	45.9	飯島町	242	24.1	阿南町	34	8.2	木曾町	593	54.7	軽井沢町	173	12.8	信濃町	12	1.5	南木曾町	121	27.9	高森町	323	30.6	富士見町	499	46.9																			
辰野町	662	45.6	信濃町	190	23.8	飯島町	77	7.7	佐久穂町	542	54.5	辰野町	134	9.2	高森町	15	1.4	池田町	319	27.5	富士見町	318	29.9	松川町	602	46.5																			
長野県	66,075	44.3	御代田町	281	22.8	上松町	23	7.7	長野県	79,015	53.0	富士見町	96	9.0	下諏訪町	14	1.3	山ノ内町	295	27.3	小布施町	376	46.1																						
立科町	280	43.8	長野県	33,717	22.6	池田町	87	7.5	★全国	3,729,927	52.9	立科町	56	8.8	箕輪町	24	1.3	上松町	79	26.3	松川町	379	29.3	坂城町	558	44.8																			
御代田町	537	43.6	木曾町	245	22.6	長野県	11,059	7.4	飯島町	528	52.6	小布施町	68	8.3	立科町	8	1.3	信濃町	205	25.7	小布施町	233	28.6	信濃町	336	42.2																			
上松町	127	42.3	小海町	92	22.2	信濃町	57	7.2	松川町	663	51.2	小海町	30	7.2	辰野町	18	1.2	箕輪町	461	24.5	信濃町	218	27.4	山ノ内町	492	38.1																			
木曾町	458	42.2	長和町	105	21.9	小海町	29	7.0	山ノ内町	660	51.1	長野県	10,663	7.2	松川町	16	1.2	木曾町	257	23.7	下諏訪町	280	25.9	佐久穂町	295	29.6																			
長和町	199	41.5	阿南町	89	21.5	辰野町	100	6.9	小布施町	409	50.2	坂城町	81	6.5	富士見町	13	1.2	坂城町	295	23.7	小海町	103	24.8	長野県	42,112	28.3																			
山ノ内町	534	41.4	辰野町	312	21.5	富士見町	72	6.8	高森町	528	50.1	★全国	406,770	5.8	★全国	84,783	1.2	小海町	96	23.1	坂城町	286	23.0	辰野町	374	25.8																			
高森町	419	39.8	★全国	1,489,433	21.1	★全国	466,599	6.6	辰野町	724	49.9	木曾町	60	5.5	長野県	1,681	1.1	小布施町	185	22.7	辰野町	327	22.5	長和町	115	24.0																			
佐久穂町	388	39.0	高森町	217	20.6	箕輪町	122	6.5	御代田町	612	49.7	池田町	62	5.3	長和町	5	1.0	松川町	289	22.3	箕輪町	397	21.1	飯綱町	180	19.7																			
軽井沢町	517	38.4	坂城町	254	20.4	山ノ内町	77	6.0	阿南町	204	49.4	下諏訪町	47	4.3	小布施町	8	1.0	長野県	32,855	22.0	★全国	1,457,627	20.7	箕輪町	356	18.9																			
下諏訪町	411	38.0	箕輪町	376	20.0	長和町	28	5.8	箕輪町	915	48.7	上松町	10	3.3	軽井沢町	10	0.7	★全国	1,382,989	19.6	長野県	29,733	20.0	★全国	1,219,361	17.3																			
南木曾町	160	36.9	池田町	228	19.7	御代田町	71	5.8	上松町	146	48.7	阿南町	6	1.5	山ノ内町	7	0.5	軽井沢町	264	19.6	飯綱町	131	14.3	南木曾町	65	15.0																			
飯島町	363	36.2	南木曾町	84	19.4	小布施町	35	4.3	南木曾町	208	47.9	南木曾町	6	1.4	佐久穂町	5	0.5	山ノ内町	240	18.6	御代田町	166	13.5	御代田町	161	13.1																			
箕輪町	680	36.2	軽井沢町	258	19.2	坂城町	48	3.9	池田町	547	47.2	山ノ内町	15	1.2	小海町	2	0.5	御代田町	193	15.7	立科町	81	12.7	下諏訪町	134	12.4																			
小海町	146	35.2	下諏訪町	192	17.8	飯綱町	28	3.1	坂城町	566	45.4	高森町	10	0.9	飯綱町	4	0.4	飯綱町	128	14.0	佐久穂町	95	9.5	軽井沢町	106	7.9																			
池田町	400	34.5	佐久穂町	165	16.6	佐久穂町	16	1.6	信濃町	362	45.4	信濃町	2	0.3	御代田町	5	0.4	佐久穂町	75	7.5	軽井沢町	51	3.8	立科町	48	7.5																			

(長野県国保連合会提供 厚生労働省様式5-2)

第1章 山ノ内町の概況と特性

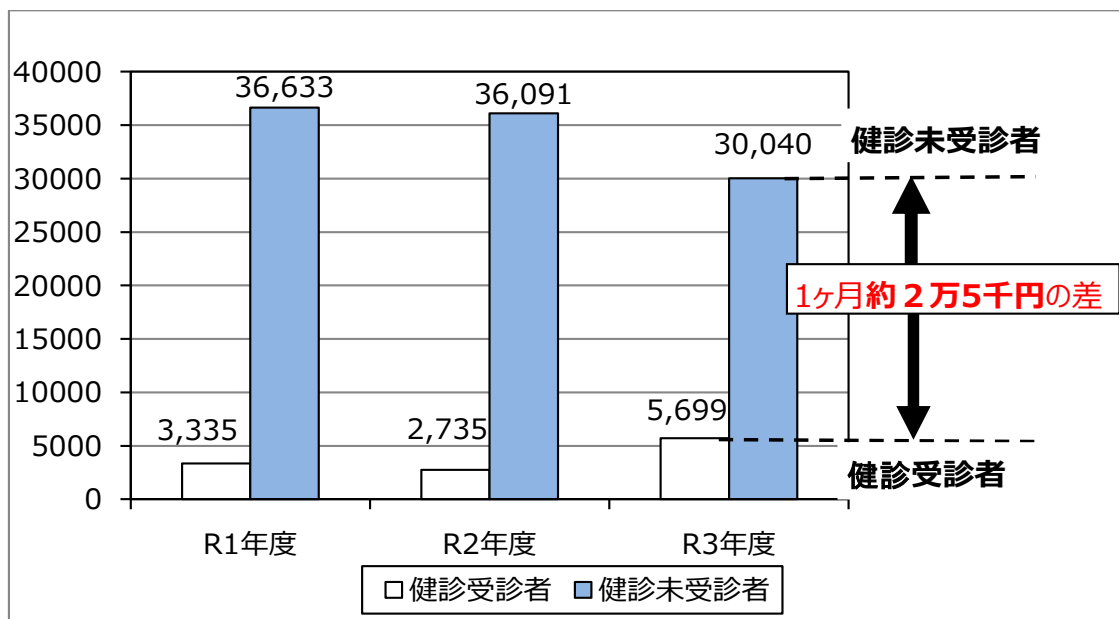
【図表 17】 山ノ内町健康診査 新規受診者と継続受診者で基準値を超える割合（令和3年度）



※新規受診者（過去5年間受診がないもの）、継続受診者（過去5年間で1回以上受診があるもの）

※肥満（腹囲男性85以上、女性90以上）、高血圧（160/100以上）、脂質異常（LDL-c 160以上）、血糖値（HbA1c6.5以上）

【図表 18】 生活習慣病で通院者の1人1ヶ月の医療費 健診受診者と未受診者の比較



(KDB(国保データベースシステム))

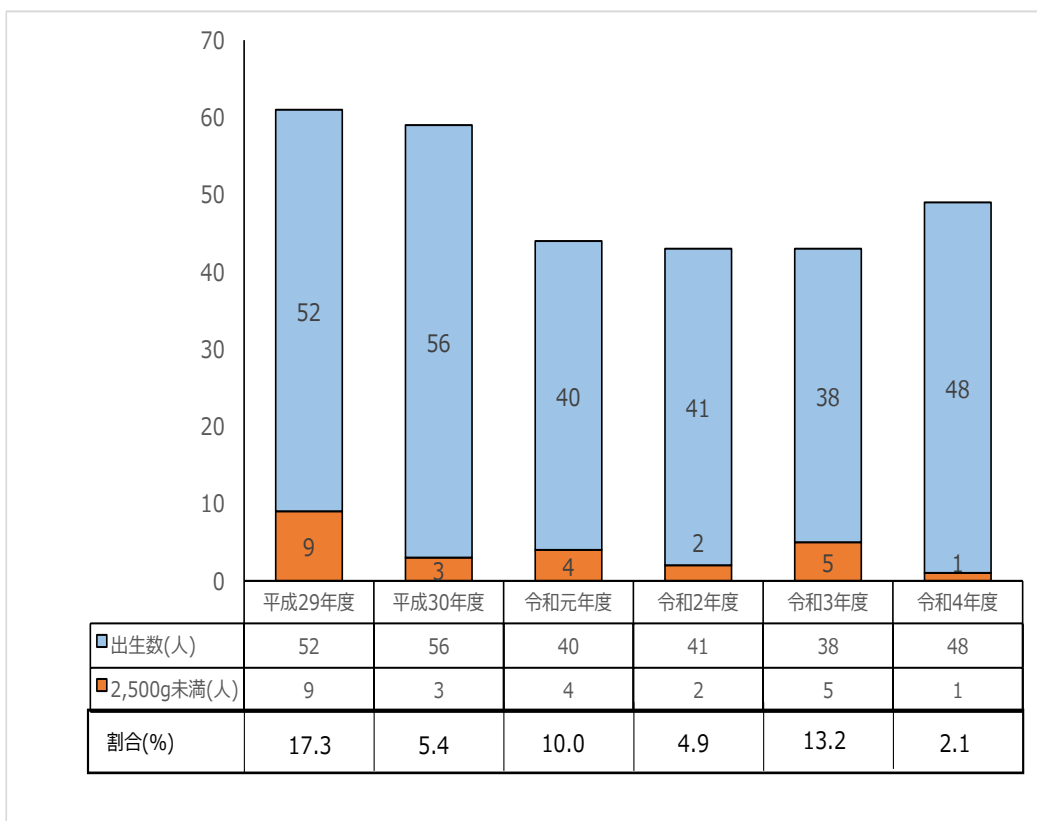
7) 出生

当町の出生率は、全国・県と比べて低い水準で推移しています。【図表3】

低出生体重児の出生率は減少してきていましたが、平成29年度は17%を超え、母数が少ないため年によりばらつきがありますが、全国や県よりも高い状況です。【図表19】

近年、出生時の体重が2,500g未満の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病を発症しやすいとの報告が出されおり、低出生体重児の出生予防に努めていく必要があります。

【図表 19】 出生数および出生時の体重が2,500g未満の出生割合の年次推移



(出生届)

### 3. 町の財政状況に占める社会保障費

当町においては、令和4年度の決算において、医療、介護の社会保障費が、約38.1億円となっています。【図表20】今後さらに高齢化が急速に進展する中で、いかに町の社会保障費の伸びを縮小するかが、大きな課題となってきます。

序章でも触れたように、疾病による負担が極めて大きい中で、町民一人ひとりの健康増進への意識と行動変容への取り組みを支援できる、質の高い保健指導が求められてきます。

【図表20】山ノ内町の財政状況と社会保障費（令和4年度決算）

山ノ内町の財政状況（令和4年度決算）			
歳入（一般会計） 84.4億		歳出（一般会計） 80.4億	
1位	地方交付税 30.4 億円	1位	総務費 15.0 億円
2位	町税 16.7 億円	2位	民生費 13.5 億円
3位	国・県支出金 16.2 億円	3位	公債費 7.8 億円
社会保障費(抜粋)			
	医療	介護	
特別会計	約 16.5 億円	約	18.1 億円
一般会計	約 3.3 億円	約	0.2 億円

## 第2章 課題別の実態と対策

### 1. 前計画の評価

前計画の目標項目について、項目を【図表1】の順序に合わせ、達成状況の評価を行った結果、30項目のうち、Aの「目標値に達した」とBの「目標値に達していないが改善傾向にある」を合わせ、全体の46.7%（14項目）と、半数の項目で改善がみられました。【図表21】

【図表 21】 前計画時策定目標の評価

	指 標		山ノ内町の現状値				R4 目標	達成状況	
	項 目	区 分	計画策定時(H23)	中間評価時(H28)	最新値(R3)	統計			
がん	75歳未満のがん年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)		58.9 (H18~22)	75.9 (H23~28)	75.6 (H29~R3)	①	73.9	C	
	がん検診受診率の増加 (40~69歳、子宮20~69歳)	胃がん	男性	21.1%	26.6%	23.3%	②	40%	D
			女性	15.2%	19.6%	15.9%		50%	
		大腸がん	男性	39.5%	41.8%	23.8%			
			女性	38.5%	43.6%	40.4%			
		肺がん	男性	27.6%	38.0%	25.4%		50%	
			女性	23.1%	37.4%	37.6%			
		子宮がん		40.0%	38.3%	36.4%			
乳がん		48.9%	32.9%	59.7%					
循環器疾患	脳血管疾患の年齢調整死亡率	男性	34.2 (H18~22)	49.7 (H23~28)	24.6 (H29~R3)	①	41.6	維持 又は 減少 <b>A</b>	
		女性	30.3 (H18~22)	19.6 (H23~28)	11.5 (H29~R3)				
	虚血性心疾患の年齢	男性	24.6 (H18~22)	22.9 (H23~28)	21.8 (H29~R3)	③	減少	D	
		女性	9.5 (H18~22)	8.7 (H23~28)	8.1 (H29~R3)				
	高血圧(140/90mmHg以上)の割合		35.4%	23.4%	25.7%	③	減少	D	
	総コレステロール値240mg/dl以上の割合	男性	6.8%	5.5%	7.6%	③	維持又は減少	D	
		女性	13.4%	11.2%	14.6%				
	LDLコレステロール値160mg/dl以上の割合	男性	8.4%	7.3%	7.9%	③	6.2%	C	
		女性	10.9%	10.2%	10.0%		8.8%		
	メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少	該当者	15.3%	16.2%	18.4%	③	H20 比 25% 減少	D	
予備群者		10.9%	10.9%	13.3%					
減少率		20.3%	21.5%	12.8%					
特定健康診査受診率		52.3%(H22)	55.7%	51.2%	③	60%	D		
特定保健指導実施率		56.7%(H22)	76.4%	74.6%	③	81%	<b>B</b>		
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		0人	2人	1人	④	維持又は減少	D	
	治療継続者の増加の割合	(HbA1c6.5以上のうち治療中と回答)	65.7%	54.3%	75.0%	③	75%	<b>A</b>	
	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	(HbA1c8.4%以上の割合)	0.5%	0.5%	0.5%		維持又は減少	C	
	糖尿病有病者	(HbA1c6.5%以上の割合)	6.1%	7.9%	7.9%		6%	D	

第2章 課題別の実態と対策

栄養・食生活	20代女性のやせの割合	妊娠届時	14.1%	10.7%	10.5%	⑦	維持又は減少	A		
	低出生体重児の割合	低体重児	11.6%	9.6%	13.2%	⑧	減少	D		
		極低体重児	0.0%	0.0%	0.0%					
	肥満傾向にある子どもの割合 (肥満度30%以上⇒中間評価以降20%以上)	男児	0.00%	11.4%	13.3%	⑥	7.0%	D		
		女児	1.92%	6.5%	7.1%					
		全体	1.00%	8.9%	9.7%					
	20～60代男性の肥満者の割合		30.7%	33.0%	36.0%	③	維持又は減少	D		
40～60代女性の肥満者の割合		20.4%	21.6%	21.1%	C					
低栄養傾向の高齢者の割合	BMI20以下	15.4%	16.0%	16.3%	D					
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	37.9%	48.5%	43.2%	③	維持又は減少	A	
			女性	31.2%	47.4%	45.3%			D	
		65歳以上	男性	46.3%	45.3%	47.5%	③		36%	B
			女性	43.4%	46.8%	51.1%				
	運動習慣者の割合の増加	20～64歳	男性	17.0%	19.8%	20.9%	③	34%	B	
			女性	19.0%	16.1%	22.1%		58%		
			総数	18.0%	17.8%	19.9%		48%		
	65歳以上	男性	30.9%	33.2%	31.5%	③	52%	B		
		女性	31.4%	28.7%	33.5%		1,082人(R7)			
		総数	31.2%	30.8%	29.7%		A			
介護保険サービス利用者		750人	846人	905人(R2)	⑨		A			
飲酒	多量飲酒者の減少	男性	18.9%	16.9%	14.9%	③	13.0%	B		
		女性	6.7%	9.6%	8.6%		6.4%			
喫煙	喫煙率の減少	男性	29.4%	29.7%	24.1%	③	減少	B		
		女性	4.0%	5.6%	4.7%		12%			
		総数	15.7%	15.8%	14.0%					
休養・こころの健康	十分な睡眠がとれていない者の割合		19.2%	20.1%	16.6%	③	15%	B		
	自殺者の減少(人口10万人当たり)		24.2 (H19～23)	10.2 (H23～28)	6.4 (H29～R3)	①	維持又は減少	A		
歯・口腔の健康	3歳児でう蝕ない者の割合		88.0%	92.9%	93.0%	⑤	維持又は減少	A		
	12歳児の1人平均う蝕数(永久歯)		0.7本	1.0本	0.7本	⑥		A		

評価区分	項目数	割合
A 目標値に達した	8項目	26.7%
B 目標値に達していないが改善傾向にある	6項目	20.0%
C 変わらない	5項目	16.7%
D 悪化している	11項目	36.7%
合計	30項目	

データベース

- ① 町死亡統計
- ② 地域保健事業報告
- ③ 町国保特定健診
- ④ 町国保レセプト・障害者手帳交付状況等
- ⑤ 町3歳児検診
- ⑥ 町学校保健統計
- ⑦ 町妊娠届時アンケート
- ⑧ 町新生児台帳
- ⑨ 町介護保険計画

これらの評価を踏まえ、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、【図表22】のように取り組む主体別に区分し、健康増進は、最終的には個人の意識と行動の選択にかかっていると捉え、それを支援するための町の具体的な取り組みを次のように推進します。



【図表 22】目標達成に向けたライフステージ別取り組み主体と評価

ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりに関する目標						
乳幼児期	児童	若年期	中年期	高齢期	死亡	
0歳 胎児(妊婦)	18歳	20歳 働く世代(労働者)	40歳	65歳	75歳	
取得主体	母子保健	食育	精神保健	健康づくり対策	介護予防	
	<p>□児童・生徒における肥満傾向の減少</p>	<p>□児童・生徒のよい食事を摂っている者の増加</p>	<p>□特定健診・特定保健指導の実施率の向上</p> <p>□適正体重を維持している人の増加(肥満、やせの減少)</p> <p>□メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少</p> <p>□高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下)</p> <p>□脂質異常症(LDLコレステロール高値)の減少</p>	<p>□糖尿病患者継続者の割合の増加</p> <p>□糖尿病有病者の増加の抑制</p> <p>□血糖コントロール不良者の減少</p>	<p>□低栄養の高齢者(BMI20以下)の減少</p> <p>□脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少</p> <p>□合併症(糖尿病性腎症)による年間新規透析導入患者数の減少</p>	<p>□健康寿命の延伸</p> <p>□健康格差の縮小</p>
個人	<p>□運動やスポーツを習慣的にしていないことの減少</p>	<p>□運動習慣者の割合の増加</p>	<p>□日常生活における歩数の増加</p> <p>□運動習慣者の割合の増加</p>	<p>□よく噛んで食べることでむし歯の増加</p> <p>□歯科検診の受診者の増加</p>	<p>□ロコモティブシンドロームの減少(足腰に痛みのある高齢者の割合の減少)</p>	
家庭	<p>□乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加</p> <p>□妊娠中の飲酒をなくす</p>	<p>□歯周病を有する者の割合の減少</p> <p>□がん検診の受診率の向上</p> <p>□喫煙者の減少</p> <p>□骨粗鬆症検診受診率の向上</p>	<p>□生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少</p> <p>□喫煙者の減少</p> <p>□睡眠で休養がとれている者の増加</p> <p>□睡眠時間が十分に確保できている者の増加</p> <p>□心理的苦痛を感じている者の割合の減少</p>	<p>□COPD(慢性閉塞性肺疾患)の死亡率の減少</p> <p>□がんの年齢調整死亡率の減少</p> <p>□がんの年齢調整罹患率の減少</p>		
地域	<p>□地域のつながりの強化</p> <p>□社会活動(就学・就労)を行っている者の増加</p> <p>□地域等で共食している者の増加</p>	<p>□心のサポーター数増加</p>	<p>□心臓病の増加</p>	<p>□社会活動を行っている高齢者の割合の増加</p>		
職業	<p>□望まない受動喫煙の機会を有する者の減少</p>	<p>□メンタルヘルスに取り組む事業場の増加</p> <p>□通勤時間60分以上の雇用者の減少</p> <p>□スマートライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加</p> <p>□保険者と共に健康経営に取り組む企業数</p> <p>□利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設増加</p> <p>□必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加</p>	<p>□望まない受動喫煙の機会を有する者の減少</p>			
国・都道府県					<p>□「居心地が良く暮らしたい」まちなかづくりに取り組む市町村数の増加</p> <p>□「健康的で持続可能な食費づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進</p>	<p>□健康寿命の延伸</p>

個人で達成すべき目標

社会環境に関する目標

## 2. 生活習慣病の予防

### 1) がん

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1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。

がんは遺伝子の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、生活習慣の中に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。

#### (1) 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、喫煙（男性約23.6%、女性約4.0%）、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（男性約18.1%、女性約14.7%）の順に影響が大きく、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、循環器疾患や糖尿病への取り組みとしての生活習慣の改善が、結果的にはがんの発症予防につながってくると考えられます。【図表 23】

##### ② 重症化予防

生涯を通じて考えた場合、2人に1人は一生のうちに何らかのがんに罹患すると言われていています。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ってきます。【図表 21】

【図表 23】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(男性43.4%、女性25.3%)										がん検診	推奨グレード	
	タバコ 男性:約23.6% 女性:約4.0%	食事		運動	飲酒	肥満	家族歴	ホルモン	その他				
		高脂肪	塩分						感染 男性:約18.1% 女性:約14.7%	他			
科学的根拠のあるがん検診	胃	○	○	○	○	○	○	○	○	Hp	胃X線検査 胃内視鏡検査	B(50歳以上) B(50歳以上)	
	肺	○								○ 結核	胸部X線検査 喀痰細胞診	B	
	大腸	○	○	○	○	○	○	○	○		便潜血検査	A	
	子宮頸部	○								○ HPV	子宮頸部擦過細胞診 HPV検査	A(20~69歳) A(30~60歳)	
	乳	○		○	○	○ (閉経後の肥満)	○	○	○		糖尿病 初産年齢が低い 閉経年齢が高い 出産経緯がない 授乳経験がない 初産年齢が高い	マンモグラフィー単独 マンモグラフィーと視触 診併用	B(40~74歳) B(40~64歳)
	前立腺	○						○			加齢 カルシウム過剰摂取	PSA測定	II
	肝臓	○			○	○	○	○	○	○ HBV・HCV	男性 加齢 脂肪肝 糖尿病	肝炎ウイルスキャリアア 査	
成人T細胞 白血病										○ HTLV-1			

○：関連あり

空欄：根拠不十分

【参考】国立がん研究センター 科学的根拠に基づくがん検診推進のページ

推奨グレード A：検診により利益が不利益を明らかに上回る  
 B：検診による利益があると判断できる証拠があるもの  
 C：検診による利益があると判断できる証拠が不十分  
 D：検診による不利益が利益を上回るため、推奨しない

## 第2章 課題別の実態と対策

### (2) 現状・課題と目標

#### ① がんの年齢調整死亡率の減少

がんは死因の第1位であり、高齢化に伴い、がんによる死亡者は今後も増加していくことが予測されています。高齢化の影響を除いたがんの死亡率を見ていくことを、がん対策の総合的な推進の評価指標とします。

当町のがん年齢調整死亡率は、国の現状値(110.1)をやや上回っており、特に男性の年齢調整死亡率が国の現状値(146.1)を大きく上回っています。【図表24】

今後も、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と、検診受診率を向上していくことによる重症化予防に努めることで、がんの年齢調整死亡者数の減少を図ります。

【図表 24】 山ノ内町のがんによる死亡の状況

		平成29年		平成30年		令和元年		令和2年		令和3年		5年間の合計	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
がん 部 位	肺	4	3	8	2	4	1	9	3	7		32	9
	胃	1	3	4	2	1	3	4	1	5		15	9
	大腸	1	2	8	4		1	2	1	2	3	13	11
	乳						1		1		1	--	3
	子宮				1							--	1
	前立腺	1		2		2				1		6	--
	肝臓	3	1			2		2	1	4	1	11	3
	白血病							1	1	1		2	1
	小計	10	9	22	9	9	6	18	8	20	5	79	37
	その他	16	5	16	13	9	12	13	10	11	8	65	138
<b>合計</b>	<b>26</b>	<b>14</b>	<b>38</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>31</b>	<b>18</b>	<b>31</b>	<b>13</b>	<b>144</b>	<b>175</b>	

(町死亡統計)

悪性新生物の 年齢調整死亡率 (H29~R3)	男性	女性	男女計
	164.0	59.2	112.5

#### ② がん検診の受診率の向上

科学的根拠に基づくがん検診の受診はがんの早期発見・早期治療につながるため、がん死亡率の減少を図るには、がん検診の受診率向上が必要不可欠です。

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、様々な取り組みと、精度管理を重視したがん検診を今後も推進します。

当町のがん検診の受診率は、どれも国の目標を達成していません。受診率は、平成28年度に示された「市区町村におけるがん検診受診率の算定方法」に基づいて算出しています。ただし、受診率の算出に使用した検診受診者数は町の集団検診受診者数であり、他の機関での受診者は含まないため、実際よりも低い受診率となります。【図表25】

国の掲げる受診率の目標は、平成24年から施行されているがん対策推進基本計画において、69歳を上限とした算出方法に改められており、対象年齢への受診率向上を図っていきます。

【図表 25】山ノ内町の各種がん検診受診率の推移

がん対策推進 基本法	H29～R3年度						R6～10年度		
	算出年齢	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	国の目標	算出年齢	国の目標
胃がん (X線・内視鏡)	40～69歳	16.6%	14.8%	14.4%	11.7%	14.7%	50%	40～69歳	60%
大腸がん	40～69歳	30.0%	29.9%	29.1%	24.3%	31.4%		40～69歳	
肺がん	40～69歳	29.7%	29.6%	29.3%	27.9%	32.1%		40～69歳	
子宮頸がん	20～69歳	31.3%	32.6%	37.1%	33.1%	36.4%		20～69歳	
乳がん (超音波・マンモ)	40～69歳	52.2%	56.0%	58.7%	59.9%	59.7%		40～69歳	

(地域保健事業報告)

がん検診で、精密検査が必要となった者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。

令和4年度改正の「がん対策推進基本法」で精密検査受診率の目標値(90%以上)が示されました。当町の精密検査受診率は、おおむね目標値を下回っています。がん検診受診者から毎年がんが発見されている為、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。【図表 26】

【図表 26】山ノ内町の各種がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	目標値
胃がん (X線・内視鏡)	精密検査受診率	85.1%	84.4%	88.5%	90.7%	76.5%	90%以上
	がん発見者数	1人	1人	2人	2人	0人	
大腸がん	精密検査受診率	82.9%	74.3%	71.8%	66.0%	76.6%	90%以上
	がん発見者数	1人	4人	3人	1人	4人	
肺がん	精密検査受診率	78.7%	88.9%	84.2%	100.0%	92.3%	90%以上
	がん発見者数	1人	0人	0人	1人	1人	
子宮頸がん	精密検査受診率	83.3%	90.0%	88.9%	63.6%	70.0%	90%以上
	がん発見者数	1人	1人	1人	0人	0人	
乳がん (超音波・マンモ)	精密検査受診率	90.9%	87.1%	85.7%	68.4%	81.5%	90%以上
	がん発見者数	3人	3人	1人	0人	0人	

(町がん統計)

## 第2章 課題別の実態と対策

### (3) 今後の対策

- ① ウイルス感染によるがんの発症予防の施策
  - ・ 子宮頸がん予防ワクチン接種（中学1年生から高校1年生に相当する年齢の女性）
  - ・ 肝炎ウイルス検査（妊娠期・40歳以上）
  - ・ H T L V - 1 抗体検査（妊娠期）
  
- ② がん検診受診率向上の施策
  - ・ 対象者への個別案内、広報等を利用した啓発
  - ・ がん検診推進事業
    - がん検診の評価判定で「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、検診手帳および検診無料クーポン券を配布し受診勧奨
  - ・ 健康ポイント事業（がん検診受診でポイントを付与）
  
- ③ がん検診によるがんの早期発見の施策
  - ・ 胃がん検診（X線検査：40歳以上、胃内視鏡検査：50歳以上隔年）
  - ・ 肺がん検診（40歳以上）
  - ・ 大腸がん検診（40歳以上）
  - ・ 子宮頸がん検診（妊娠期・20歳以上の女性）
  - ・ 乳がん検診（超音波検査・マンモグラフィー：40歳以上の女性）
  - ・ 前立腺がん検診（50歳以上の男性）
  
- ④ がん検診の質の確保に関する施策
  - ・ 要精検者に対して、がん検診実施機関との連携を図りながら精密検査の受診勧奨
  - ・ がん検診実施機関と協議をしながら、検診精度向上を図るために有効な検診実施方法を検討していく
  
- ⑤ がん患者等の社会的な問題への対策
  - ・ アピアランスケア（長野県がん患者へのアピアランスケア助成事業）

## 2) 循環器疾患

脳血管疾患と心疾患を含む「循環器疾患」は、がんと並んで主要な死因であり、要介護の原因となる主な疾患でもあります。こうした背景から、国では平成30年度施行の「循環器基本法」に基づいて作成された循環器対策基本計画に沿って循環器病対策が行われています。

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防は基本的には「危険因子の管理」であり、確立した危険因子としては、制御できない「性」「年齢」を除くと、「高血圧」「脂質異常」「喫煙」「糖尿病」の4つがあります。

循環器疾患の予防は、これらの危険因子を健診データで複合的・関連的に見て、改善を図っていく必要があります。

なお、4つの危険因子のうち、喫煙はあらゆる疾患の発症リスクを高めること、糖尿病は循環器病以外にも独自の合併症（細小血管障害等）を引き起こすことから、それぞれ独立した領域で目標が設定されているため、循環器病領域では残る主要な危険因子である「高血圧」と「脂質異常」について扱います。

### (1) 基本的な考え方

#### 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最も重要です。

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、町民一人ひとりがこれらの生活習慣改善への取り組み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ります。

#### ② 重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧症および脂質異常症の治療率を上昇させることが必要になります。

どれほどの値であれば治療を開始する必要があるかなどについて、自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防ができることへの支援が重要です。

また、高血圧症および脂質異常症の危険因子は、肥満を伴わない場合にも多く認められますが、循環器疾患の発症リスクは肥満を伴う場合と遜色がないため、肥満以外で危険因子を持つ者に対しての保健指導も必要になります。

第2章 課題別の実態と対策

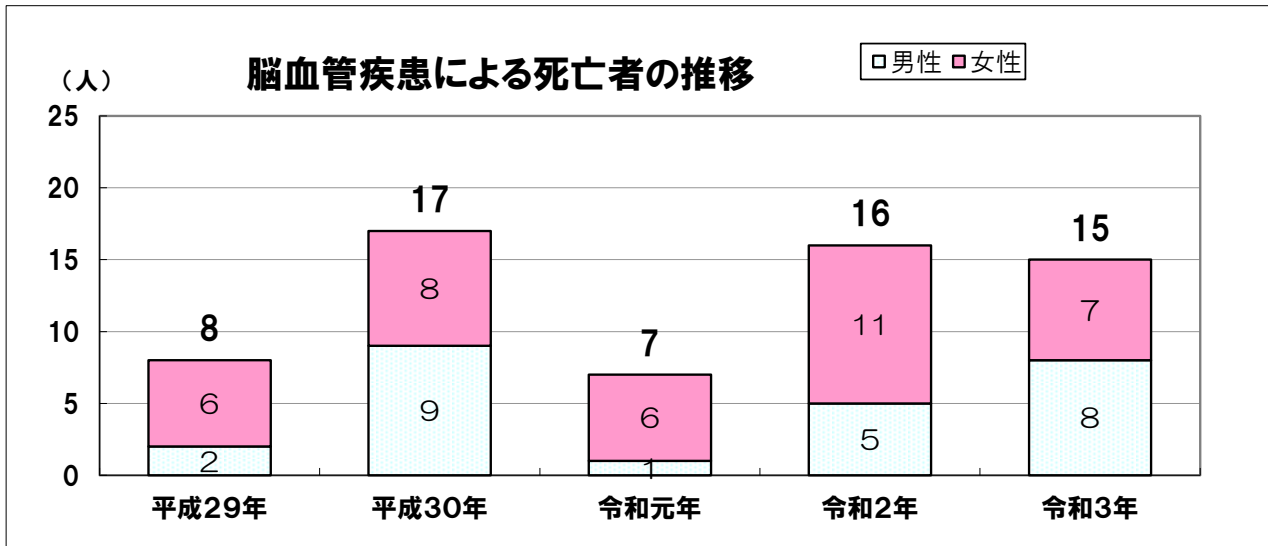
(2) 現状・課題と目標

① 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

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ていますが、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことを、循環器疾患対策の総合的な推進の評価指標とします。

当町の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、全国（男性 93.7、女性 55.1）と比較しても低い傾向にあります。【図表 27】

【図表 27】山ノ内町の脳血管疾患死亡者の状況



年齢調整死亡率(H29~R3)	男性	63.3	女性	49.6	男女計	57.1
-----------------	----	------	----	------	-----	------

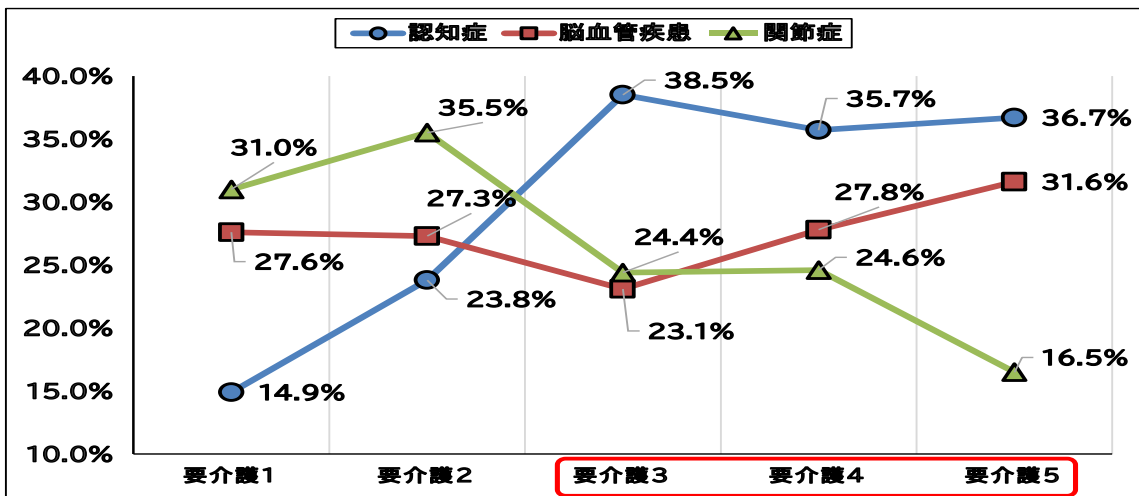
(町死亡統計)

また、介護度別の有病疾患では、2～3割に脳血管疾患があり、特に要介護3以上で主な有病疾患となっています。【図表 28】

2号認定者では、認定者数が減少しているものの、約半数以上が脳血管疾患を有しています。

【図表 29】

【図表 28】介護度別有病疾患（令和3年度）



(KDB(国保データベースシステム))



【図表 29】要介護2号認定者の有病状況（脳血管疾患）

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
2号認定者数	10	9	4	2	5
うち脳血管疾患	2	2	1	1	3
割合	20.0%	22.2%	25.0%	50.0%	60.0%

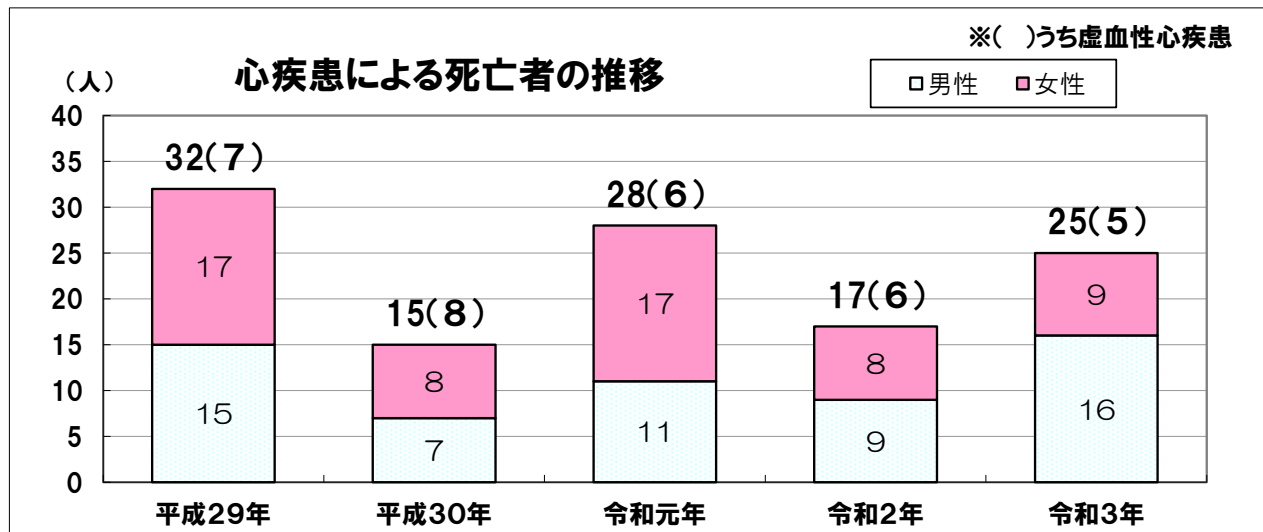
(KDB(国保データベースシステム))

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できなかつたり、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が、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「北信地域・職域連携推進会議」などで、発症および重症化予防のための保健指導のあり方について、共有化を図る必要があります。

② 心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

心疾患についても、脳血管疾患と同様に、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことが必要です。心疾患による年齢調整死亡率は全国（男性 194.7、女性 110.2）より低い状況です。循環器基本法における心疾患には、健康づくりにより予防可能でないものも含まれているが、本計画では高血圧や脂質異常の改善により予防可能な循環器疾患の発症・重症化を予防し、結果として心疾患全体の年齢調整死亡率の減少を目指します。【図表 30】

【図表 30】山ノ内町の虚血性心疾患死亡者の状況



年齢調整死亡率(H29~R3)	男性	142.1	女性	93.8	男女計	111.3
-----------------	----	-------	----	------	-----	-------

(町死亡統計)

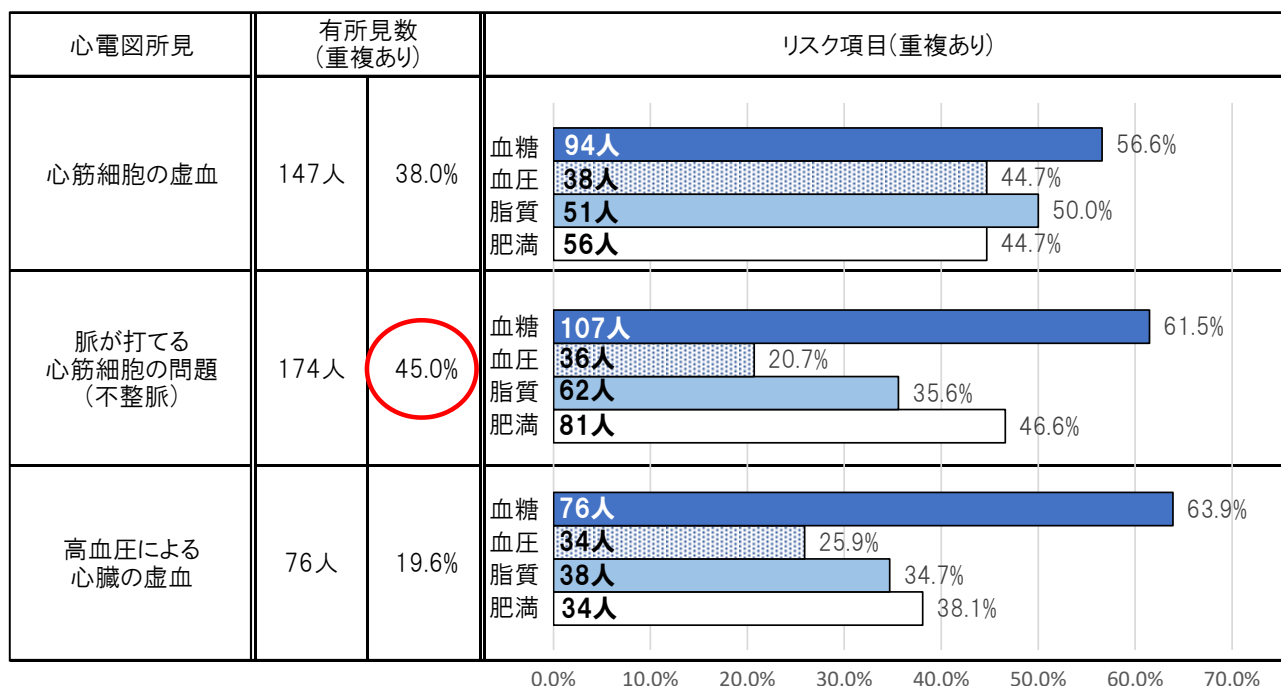
## 第2章 課題別の実態と対策

循環器疾患の中でも、医療費が高額となる虚血性心疾患への対策が重要になりますが、平成20年度から開始された医療保険者による特定健康診査では、心電図検査については、詳細な健康診査項目となり、その選定方法については省令で定められています。

町では、心電図検査の対象者として、国が示した詳細健診実施基準に該当する者以外に、町単独で40歳以上の受診者全員に心電図検査を実施しています。令和3年度特定健診において心電図検査受診者959人のうち、41.4%（397人）に所見が認められ、重症な脳梗塞に結びつきやすい「心房細動」などが発見されており、中には重複して所見の認められる者もいます。

リスク項目別にみると、高血糖が一番多く、次いで血圧、肥満、脂質の順に多い状況です。【図表31】

【図表31】心電図検査の結果



(R3 年度特定健診結果)

**【基準値】**

血糖：空腹時血糖100mg/dl以上 または HbA1c5.2%以上

血圧：中性脂肪150mg/dl以上 または LDL140mg/dl以上 または HDL40mg未満

血圧：収縮期140mmHg以上 または拡張期90mmHg以上

肥満：腹囲 男性85cm、女性90cm または BMI25以上

### ③ 高血圧の改善

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、循環器疾患の発症や死亡に対しては、他の危険因子と比べるとその影響は大きいと言われています。

特定健診受診者のうちⅡ度・Ⅲ度高血圧の割合は増加傾向にあります。【図表32】

特定健診結果に基づき、肥満を伴うのみでなく、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」などに基づき【図表33】、A該当に優先的に関わり、血圧値の改善を図ります。

その結果、特定健診受診者の血圧には、改善が認められたため、今後も同様の方法で保健指導を継続することが必要です。【図表34】

【図表 32】 特定健診受診者の血圧の年次比較（治療と未治療）

	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	533	107	20.1%	96	18.0%	158	29.6%	148	27.8%	19	3.6%	5	0.9%
	H30	546	94	17.2%	103	18.9%	181	33.2%	144	26.4%	19	3.5%	5	0.9%
	R01	475	100	21.1%	78	16.4%	151	31.8%	125	26.3%	19	4.0%	2	0.4%
	R02	443	66	14.9%	64	14.4%	154	34.8%	127	28.7%	30	6.8%	2	0.5%
	R03	462	83	18.0%	73	15.8%	157	34.0%	126	27.3%	21	4.5%	2	0.4%
治療なし	H29	1,045	394	37.7%	143	13.7%	273	26.1%	189	18.1%	39	3.7%	7	0.7%
	H30	1,001	378	37.8%	156	15.6%	266	26.6%	166	16.6%	27	2.7%	8	0.8%
	R01	937	365	39.0%	140	14.9%	238	25.4%	155	16.5%	30	3.2%	9	1.0%
	R02	716	247	34.5%	89	12.4%	210	29.3%	145	20.3%	21	2.9%	4	0.6%
	R03	828	301	36.4%	120	14.5%	228	27.5%	139	16.8%	36	4.3%	4	0.5%

(特定健診結果)

【図表 33】 山ノ内町特定健診受診者の高血圧の状況（令和3年度）

令和03年度

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

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
リスク第1層 予後影響因子がない	407	228	139	36	4
		56.0%	34.2%	8.8%	1.0%
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	31	C 22	B 7	B 2	A 0
		7.6%	9.6%	5.0%	0.0%
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	219	C 118	B 81	A 19	A 1
		53.8%	51.8%	58.3%	52.8%
リスク第3層	157	B 88	A 51	A 15	A 3
		38.6%	38.6%	36.7%	41.7%

(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

…高リスク  
…中等リスク  
…低リスク

区分	該当者数
A	89
B	178
C	140

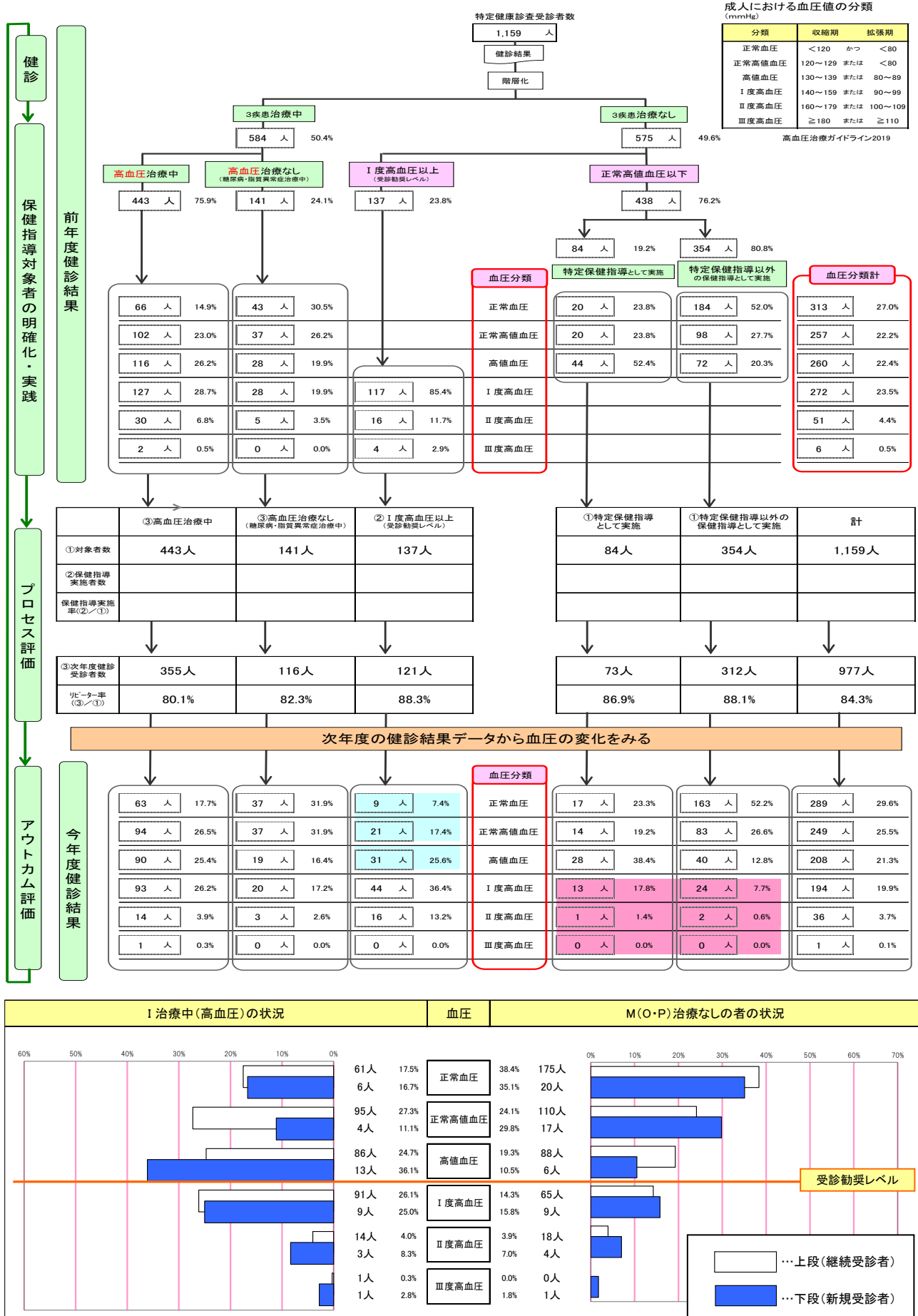
(特定健診結果)

※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。

33

第2章 課題別の実態と対策

【図表 34】山ノ内町特定健診受診者の高血圧の状況（40～74歳）令和3年度



(R2・3 特定健診結果)

④ 脂質異常症の減少

(LDL コレステロール 160mg/dl 以上の割合の減少)

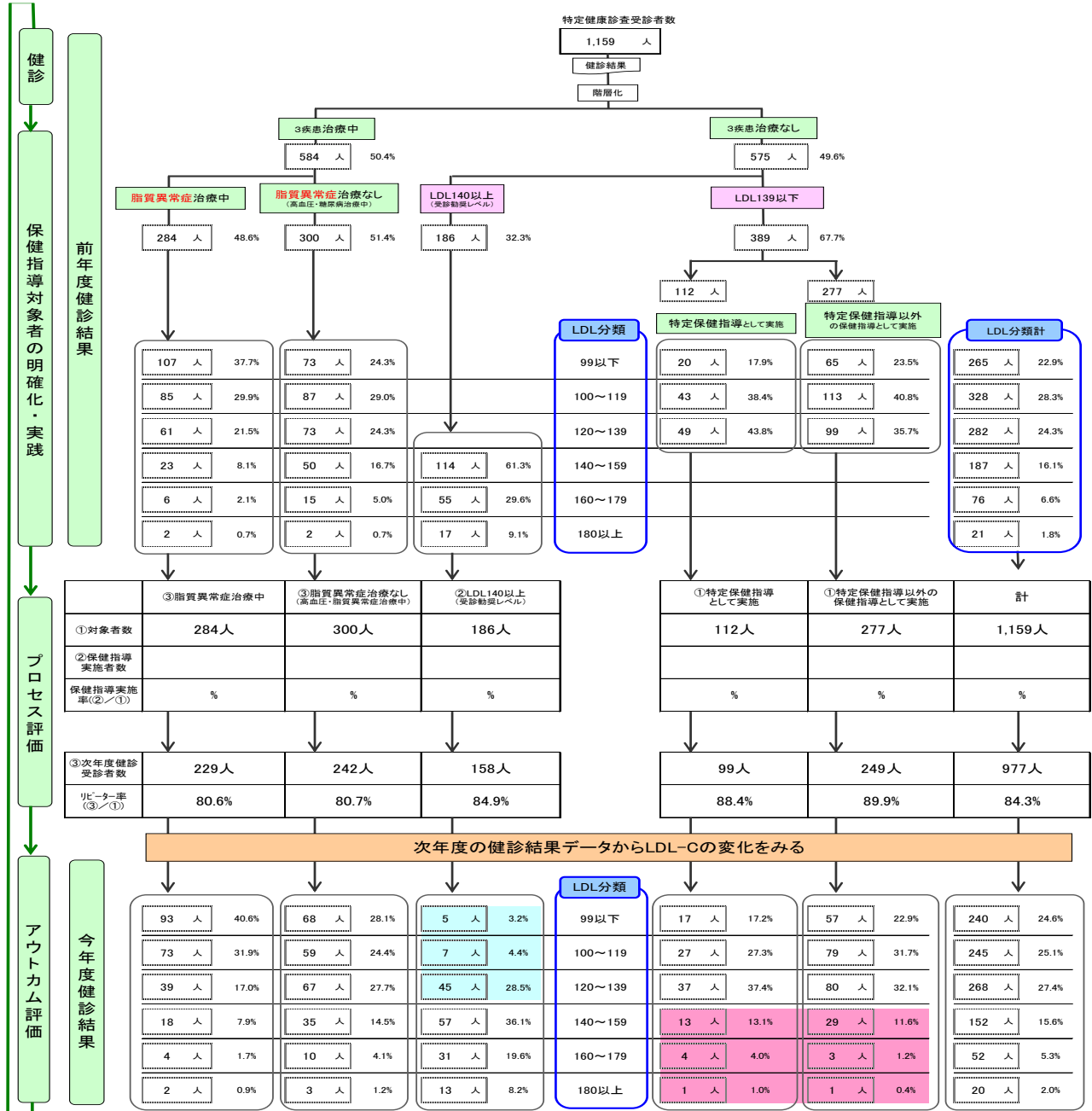
脂質異常症は冠動脈疾患の危険因子であり、とくに LDL コレステロールの高値は、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。

LDL コレステロールの上昇により冠動脈疾患の発症・死亡リスクの上昇が明らかになっています。

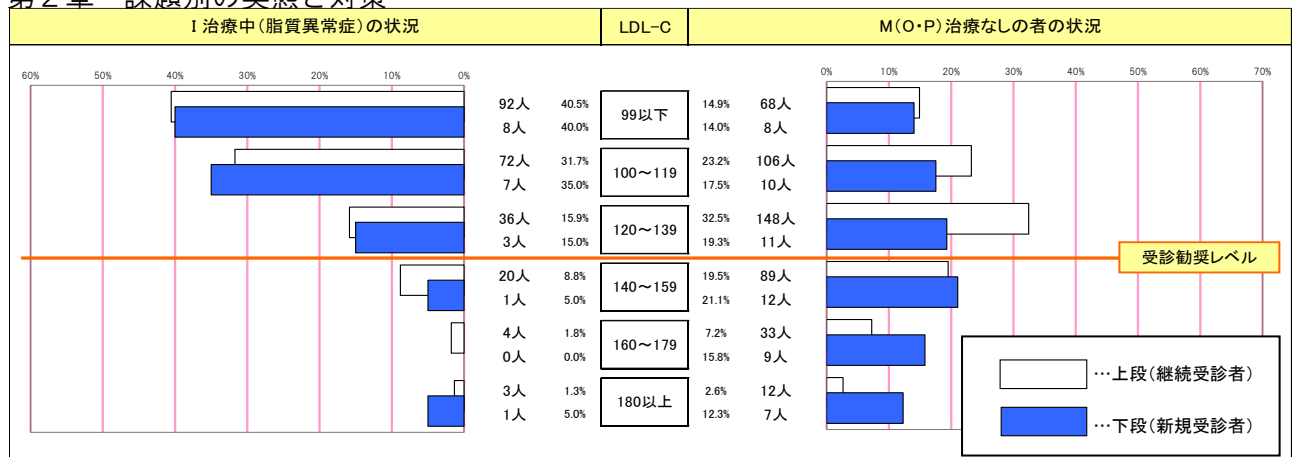
「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」では、動脈硬化性疾患のリスクを判断する上で LDL コレステロール値が管理目標の指標とされ、平成 20 年度から開始された特定健診でも、脂質に関しては「中性脂肪」「HDL コレステロール」および「LDL コレステロール」の検査が基本的な項目とされたため、LDL コレステロール値に注目し、肥満の有無に関わらず保健指導を実施してきました。

当町の特定健診受診者の LDL コレステロール値は、治療している人に比べ、治療なしの人で 160mg/dl 以上の高値の割合が多い状況です。【図表 35】

【図表 35】 山ノ内町の健診受診者の LDL コレステロール値の状況（40～74 歳）令和 3 年度



第2章 課題別の実態と対策



(R2・3 特定健診結果)

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022」の中では、動脈硬化性疾患の予防・治療において、関連疾患を踏まえた対応は不可欠であることから、発症予防のためのスクリーニングからリスクの層別化、各疾患の管理目標値、治療法などが一元化された「動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理チャート」が示されています。

また、従来から動脈硬化性疾患の脂質管理目標値である中性脂肪に随時（175 mg/dl 以上）の基準が新たに追加された。

さらに、現在、山ノ内町で動脈硬化性疾患のリスクが高い者に実施している頸動脈超音波検査は、動脈硬化性疾患の発症予防における動脈硬化の診断法としての有用性について記載されています。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022」に基づき、検査項目や保健指導対象者の見直し等を行い、対象者の状況に合わせた指導を実施していくことが重要になります。

⑤ メタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少

2005年に生活習慣病関連の8学会から出されたメタボリックシンドロームの診断基準では、メタボリックシンドロームの第1の臨床の帰結を心血管疾患としています。そのハイリスクを絞り込んで効果的な予防を行うために平成20年度から始まった特定健康診査では、メタボリックシンドロームの減少が評価項目の一つとされました。

当町では平成20年度と比べて、該当者、予備群ともに増加しており、さらに取り組みを強化していくことが必要になります。【図表 32】

【図表 36】 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移（法定報告）

年度	健診対象者数	健診受診者数	健診受診率	メタボ該当者		メタボ予備群		
				人数	割合	人数	割合	
山ノ内町	平成20年度	3,552	1,647	46.4%	229	13.9%	202	12.3%
	平成29年度	2,903	1,581	54.5%	250	15.8%	179	11.3%
	平成30年度	2,774	1,548	55.8%	266	17.2%	188	12.1%
	令和元年度	2,667	1,411	52.9%	233	16.5%	175	12.4%
	令和2年度	2,636	1,157	43.9%	234	20.2%	137	11.8%
	令和3年度	2,520	1,290	51.2%	238	18.4%	172	13.3%
長野県	平成20年度	398,478	152,585	38.3%	23,391	15.3%	16,577	10.9%
	平成29年度	360,817	170,112	47.1%	28,408	16.7%	17,387	10.2%
	平成30年度	348,019	165,901	47.7%	28,594	17.2%	17,208	10.4%
	令和元年度	316,799	148,217	46.8%	26,358	17.8%	15,137	10.2%
	令和2年度	314,656	130,662	41.5%	25,367	19.4%	13,456	10.3%
	令和3年度	306,779	138,936	45.3%	28,588	19.2%	15,633	10.5%

⑥ 特定健診の受診率・特定保健指導の実施率の向上

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

山ノ内町では、受診率、実施率ともに、国、県の平均より高い状態で推移していますが、受診率は60%の目標値に達しておらず、減少傾向にあるため、今後は、集団健診への受診勧奨に加えて、通院者へのみなし健診の勧奨、また職場健診受診者の情報提供依頼などによる受診率向上施策が重要になってきます。

**(3) 今後の対策**

① 健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策

- ・ 住民の受診しやすい健診機会の提供（夕方（休日）健診・セット健診（がん検診と同日に実施）の実施）
- ・ 通院者へのみなし健診の勧奨（診療情報提供）
- ・ 対象者への個別案内、広報などを利用した啓発
- ・ 地区での説明会や会合等での説明
- ・ 健康ポイント事業（特定健診・健康診査の受診、保健指導を受けることでポイントを付与）

② 保健指導対象者を明確にするための施策

- ・ 健康診査（19歳～39歳・生活保護世帯・後期高齢者）
- ・ 山ノ内町国民健康保険特定健康診査

③ 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・ 健康診査結果から経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導の実施  
（健診データから自分の代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択できるよう支援）
- ・ 特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導  
2次検査の実施（頸動脈エコー検査・血圧脈波検査）  
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、それぞれの特徴を活かしたきめ細やかな保健指導の実施

### 3) 糖尿病

糖尿病は神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となります。また、認知症や大腸がんの発症リスクを高めることによって、生活の質に多大な影響を及ぼすのみでなく、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。

糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人の中途失明の主要な要因でもあり、平成27年に新たに身体視覚障害と認定された者の原因疾患の第3位に位置しています。

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。

#### (1) 基本的な考え方

糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症の治療段階において、糖尿病及びその合併症に関する対策を切れ目なく講じていくことが重要であり、目標設定は、「一次予防」(＝糖尿病の発症予防)「二次予防」(＝糖尿の適切な治療による合併症の予防)「三次予防」(＝合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善)それぞれに関わるものを設定します。

#### (2) 現状・課題と目標

##### ① 合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少

近年、全国的に慢性透析患者数が伸び続けています。第1位の原因疾患である糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は、ここ数年やや減少し取り組みの成果が出ています。一方、腎硬化症は慢性腎炎を上回り、第2位と増加傾向にあります。糖尿病性腎症、腎硬化症は、ともに生活習慣病を基盤に発症し、糖尿病性腎症は糖尿病治療や疾病管理の向上の効果が高いため、ハイリスク者へ関わる必要があります。

山ノ内町の人工透析患者の全数に占める糖尿病性腎症の人数は、平成21年度をピークとして減少傾向にあります【図表 37】

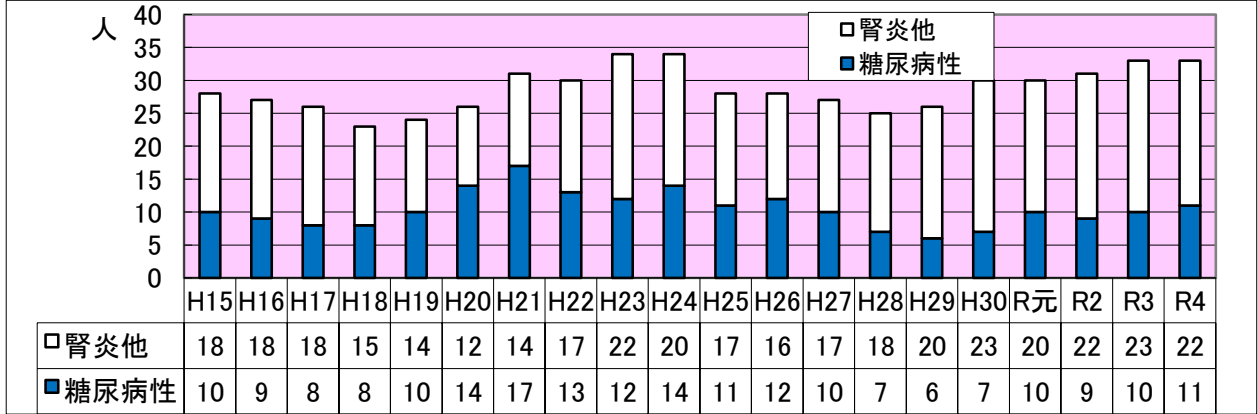
糖尿病性腎症による新規透析導入は、平成24年度4人を最高に減少及び横ばい傾向です。【図表 38】糖尿病予防、重症化予防に力を入れてきた成果が現れ始めています。

令和3年度糖尿病性腎症による人工透析者の透析開始年齢を見ると、65～69歳の3人で一番多くなっていますが、55～59歳ですでに透析を開始している者もいます。【図表 39】

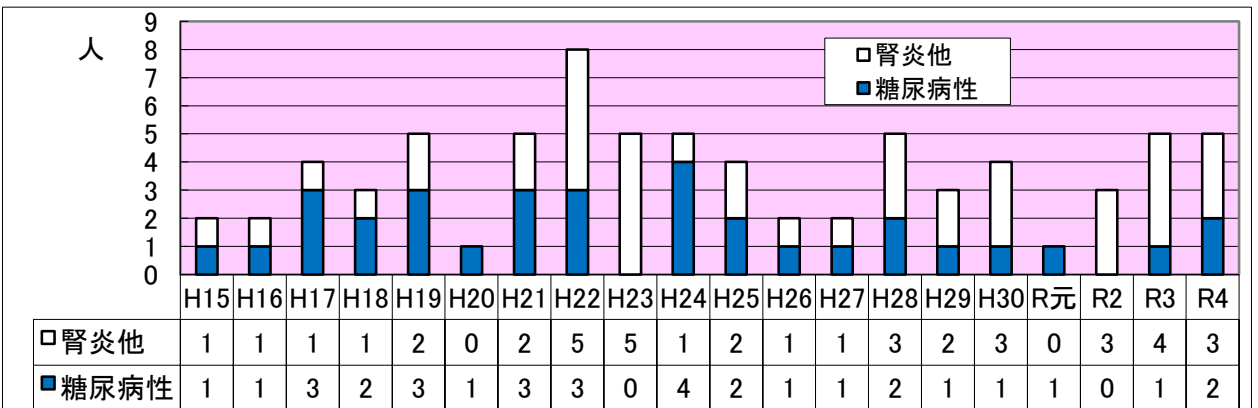


糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約20年間といわれていることから、40歳前の若い年代から健康診査受診の勧奨とともに、他の医療保険者での保健指導のあり方を確認していく必要があります。

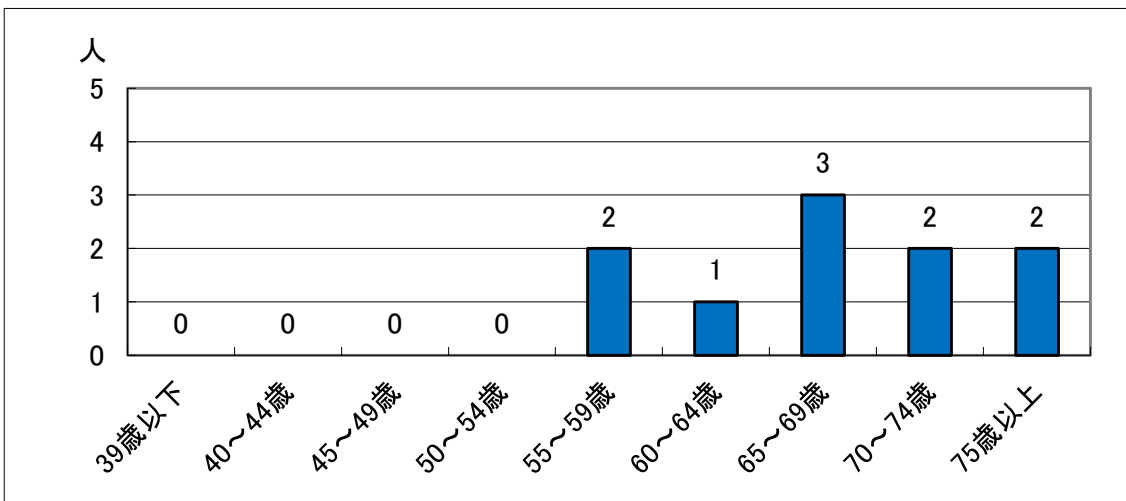
【図表 37】山ノ内町の慢性人工透析患者数全数に占める糖尿病性腎症の割合の推移



【図表 38】山ノ内町の新規人工透析導入者数に占める糖尿病性腎症の割合



【図表 39】R3年度糖尿病性腎症による人工透析者数の透析開始年齢



## 第2章 課題別の実態と対策

### ② 治療継続者の割合の増加

糖尿病における治療中断を減少させることは、糖尿病合併症抑制のために必須です。

当町の糖尿病有病者（HbA1c 値 6.5%以上の者）の治療率は、中間評価までは 50%台で推移してきましたが、平成 29 年度から 60%を超え、最終評価の令和 3 年度では過去最高の 73.5%でした。【図表 40】

【図表 40】山ノ内町の糖尿病を強く疑われる人（HbA1c 値 6.5%以上）の治療率の推移

	HbA1c値6.5以上の者			うち、血糖治療者(服薬者)					
	男性	女性	合計	男性	割合	女性	割合	合計	割合
平成29年度	65人	45人	110人	40人	61.5%	32人	71.1%	72人	65.5%
平成30年度	65人	41人	106人	44人	67.7%	25人	61.0%	69人	65.1%
令和元年度	60人	42人	102人	37人	61.7%	24人	57.1%	61人	59.8%
令和2年度	61人	35人	96人	42人	68.9%	21人	60.0%	63人	65.6%
令和3年度	62人	40人	102人	44人	71.0%	31人	77.5%	75人	73.5%

糖尿病治療ガイド 2022-2023 によれば、糖尿病の治療は、第一に「食事療法」と「運動療法」を適切に行うこととなっています。その結果の判断をするためには、医療機関での定期的な検査が必要ですが、「薬が出ないので、医療機関には行かなくても良いと思った」「薬を飲んでも飲まなくても変わらない」という理由など、糖尿病治療には段階があることが分らないまま、治療を中断している者もあります。

当町の糖尿病治療者の HbA1c 値別の割合の推移は、治療中のコントロール不良者が横ばいに推移しているため、かかりつけ医、専門医と連携を図りながら、保健指導を強化していく必要があります。【図表 41】

【図表 41】糖尿病治療者の HbA1c 値別の割合の推移

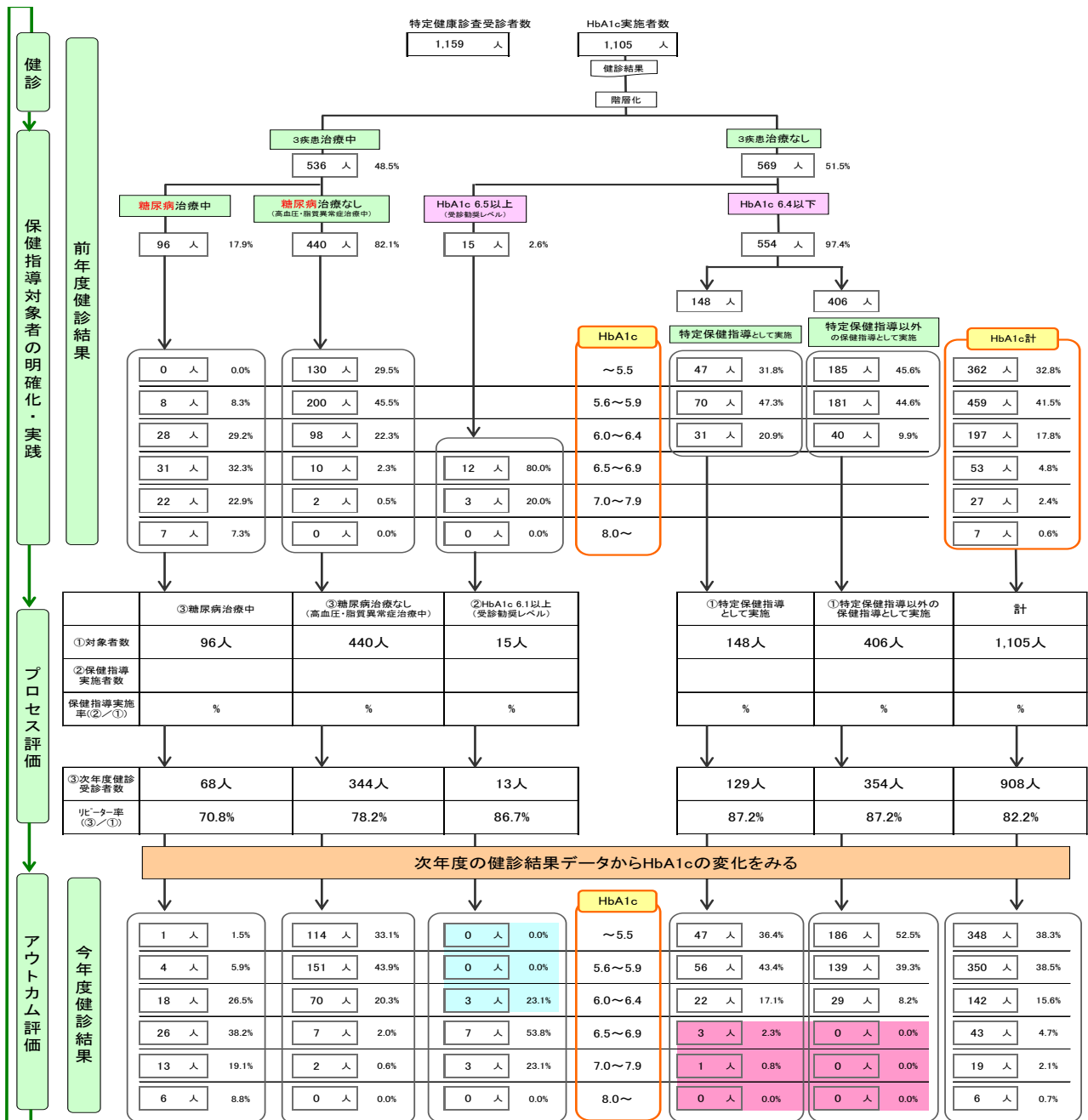
	HbA1c測定者	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病						
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きく		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A		
治療中	H29	123	3	2.4%	16	13.0%	37	30.1%	38	30.9%	24	19.5%	5	4.1%
	H30	118	0	0.0%	9	7.6%	46	39.0%	29	24.6%	25	21.2%	9	7.6%
	R元	107	0	0.0%	7	6.5%	43	40.2%	29	27.1%	19	17.8%	9	8.4%
	R2	96	0	0.0%	8	8.3%	28	29.2%	31	32.3%	22	22.9%	7	7.3%
	R3	109	3	2.8%	7	6.4%	27	24.8%	42	38.5%	20	18.3%	10	9.2%
治療なし	H29	1,381	701	50.8%	496	35.9%	153	11.1%	26	1.9%	2	0.1%	3	0.2%
	H30	1,365	579	42.4%	568	41.6%	183	13.4%	31	2.3%	3	0.2%	1	0.1%
	R元	1,261	583	46.2%	475	37.7%	168	13.3%	23	1.8%	11	0.9%	1	0.1%
	R2	1,012	362	35.8%	454	44.9%	169	16.7%	22	2.2%	5	0.5%	0	0.0%
	R3	1,105	489	44.3%	438	39.6%	152	13.8%	19	1.7%	6	0.5%	1	0.1%

③ 血糖コントロール不良者の割合の減少 (HbA1c 値 8.0%以上の者の割合の減少)

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で、糖尿病の合併症の発症及び重症化予防が可能となります。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。

当町では、健診の結果、血糖コントロール「不可」といわれるHbA1cが8.0%以上の人には、未受診者はもちろん、治療中の者にも、主治医と連携し、必要に応じて、保健指導を実施してきました。その結果、HbA1c8.0%以上の人の割合は0.7%までに低下し、国の令和14年度の目標値(1.0%)を達成しています。【図表 42】

【図表 42】 山ノ内町の特定健診受診者のHbA1c 値の状況 (40~74 歳) 令和3年度



(R2・3 特定健診結果)

## 第2章 課題別の実態と対策

### ④ 糖尿病有病者（HbA1c値6.5%以上の者）の増加の抑制

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糖尿病の合併症を予防することにもなります。また、糖尿病発症の要因である肥満に関しては、栄養・食生活領域において「適正体重を維持している者の増加」を目標として設定するとともに、先の循環器疾患の項により「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」及びそのプロセス指標となる「特定健康診査の実施率の向上」「特定保健指導の実施率の向上」を目標としています。メタボリックシンドロームは2型糖尿病や高血圧症等の前段階の状態を示すものであり、循環器病領域と糖尿病領域に共通の目標として設定されていますが、健康日本21（第二次）の最終評価において「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の人数」は増加していて悪化傾向にあります。

当町の糖尿病有病者は、中間評価から横ばいで推移しています。【図表43】しかし、肥満者が増加しているため、糖尿病の発症を予防するためにも効果的な対策が求められています。

【図表43】山ノ内町の糖尿病有病者（HbA1c値6.5%以上）の推移

	HbA1c測定者			HbA1c値6.5以上の者					
	男性	女性	合計	男性	割合	女性	割合	合計	割合
平成29年度	768人	835人	1,603人	65人	8.5%	45人	5.4%	110人	6.9%
平成30年度	752人	818人	1,570人	65人	8.6%	41人	5.0%	106人	6.8%
令和元年度	700人	757人	1,457人	60人	8.6%	42人	5.5%	102人	7.0%
令和2年度	561人	587人	1,148人	61人	10.9%	35人	6.0%	96人	8.4%
令和3年度	615人	680人	1,295人	62人	10.1%	40人	5.9%	102人	7.9%

### （3）今後の対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

#### ① 糖尿病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町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・栄養指導の実施
- ・ 2次検査の実施（75g糖負荷検査・インスリン検査）
- ・ 糖尿病性腎症予防プログラムによるかかりつけ医との連携とアルブミン尿検査の実施

4) COPD

①はじめに

COPD（慢性閉塞性肺疾患）は、肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主訴として徐々に呼吸器障害が進行する疾患です。世界では死因の第3位であり、日本でも令和3年の男性の死因の第9位です。

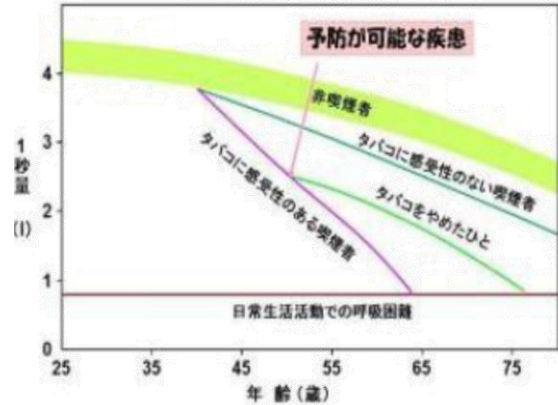
【図表 44】

【図表 44】日本における性別にみた死亡順位

	全体	男性	女性
1位	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物
2位	心疾患	心疾患	心疾患
3位	老衰	脳血管疾患	老衰
4位	脳血管疾患	肺炎	脳血管疾患
5位	肺炎	老衰	肺炎
6位	誤嚥性肺炎	誤嚥性肺炎	誤嚥性肺炎
7位	不慮の事故	不慮の事故	不慮の事故
8位	腎不全	腎不全	アルツハイマー病
9位	アルツハイマー病	<b>COPD</b>	血管性等の認知症
10位	血管性等の認知症	間質性肺疾患	腎不全

資料：厚生労働省「令和3年人口動態統計」

【図表 45】 COPD の自然経過



COPD の原因の 50～80%程度にたばこ煙が関与し、喫煙者では 20～50%が COPD を発症するといわれています。COPD の発症予防と阻止は禁煙により可能であり、早期に禁煙するほど有効性が高いとされています。【図表 45】

また、COPD は心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつなどの併存疾患や、肺がん、肺気腫合併肺繊維症等の他の呼吸器疾患との合併も多いほか、慢性的な炎症疾患であり栄養障害によるサルコペニアからフレイルを引き起こすことから、予防をはじめとした様々な取組を進めることが求められています。

②基本的な考え方

健康日本 21（第二次）では、「COPD の認知度の向上」を目標としていましたが、第三次では、引き続き認知度の向上を行うことに加え、予防、早期発見・介入、重症化予防などの対策を行い、「COPD 死亡率の減少」が最終的な目標となりました。

③現状と目標

当町の R3 年の COPD 死亡率は国の約 2 倍であり、さらなる COPD の認知度の向上を図り、予防や早期発見・介入に取り組むことが必要です。【図表 46】

【図表 46】 COPD の死亡率（人口 10 万人対）

	山ノ内町(R3)	国(R3)
COPD死亡率 (人口10万対)	26.5	13.3

(町死亡統計)

④対策

COPD に関する知識の普及と啓発の推進、COPD 診療医療機関の情報提供

- ・各種健（検）診や保健事業の場で情報提供、啓発
- ・たばこ対策とあわせて禁煙支援の推進

### 3. 生活習慣・社会環境の改善

#### 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、多くの生活習慣病の予防の観点から重要です。同時に、栄養・食生活は社会的、文化的な営みでもあります。

当町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、食生活の習慣をつくりあげてきています。

生活習慣病予防の実現のためには、山ノ内町の特性を踏まえ、栄養状態を適正に保つために必要な栄養素を摂取することが求められています。

#### (1) 基本的な考え方

主要な生活習慣病（がん、循環器疾患、糖尿病）予防の科学的根拠があるものと、食品（栄養素）の具体的な関連は【図表 47】のとおりです。

食品（栄養素）の欠乏または過剰については、個人の健診データで確認していく必要があります。

また、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は【図表 48】のとおりです。

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 47】

- 1 糖質結果より、どの項目にH(高)レベル印がついていますか？ → 2 なぜこの物質が多い(少ない)のか、関係する食品に含まれる栄養素は何でしょうか？ → 3 下の食品の目安量を参考に、自分の食べ方をみてみましょう。

調味料は、従来品を利用

① 食品	② 栄養素別		③ 食品	④ 血液中の物質名(100cc中 単位)		I社社 - kcal	血糖 (mg)	脂質	中性脂肪(mg)			コレステロール (mg)	尿酸 (mg)	糖質(白砂糖) (g)	ビタミンA (μg)	ビタミンC (mg)	ビタミンE (mg)	ビタミンB6 (mg)	葉酸 (μg)	ナトリウム (mg)	食塩相当量 (g)	水分 (g)	カリウム (mg)	カルシウム (mg)	血清鉄 (mg)	
	糖質	脂質		飽和	一価				多価	飽和	一価															多価
1群	乳製品	生乳1本	200	122	9	0	7.0	4.66	1.74	0.24	0.04	24	6.0	76	2	0.1	10	82	0.2	175	300	220	0			
2群	魚	Mサイズ1個	60	85	0	0	5.6	1.87	2.59	0.86	0.07	222	6.8	126	0	0.8	0.1	29	84	0.2	45	78	28	0.9		
		1切れ	70	87	0	0	2.6	0.56	1.18	0.71	0.64	0.05	41	13.2	8	1	0.8	0.5	14	46	0.1	51	245	10	0.4	
3群	肉	豚モモ肉	70	120	0	0	6.7	2.51	2.97	0.87	0.04	47	11.8	3	1	0.2	0.2	1	33	0.1	48	245	3	0.5		
		木綿豆腐	150	110	1	1.7	6.8	1.19	1.38	3.90	0.47	3.44	0	4.7	10.1	0	0.3	0.1	18	14	0	129	165	140	2.3	
4群	大豆製品	小1/2本	50	15	3	1.2	0.1	0.01	0	0.02	0	0	0.3	34.5	3	0.3	0.1	12	17	0.1	45	135	13	0.1		
		5~6本	100	18	0	2.8	0.2	0.04	0.02	0.17	0.12	0.04	0	1.7	350	35	2.1	0.1	210	16	0	92	690	49	2.0	
5群	穀物	厚切1切れ	50	8	1	0.7	0	0.01	0	0.01	0.01	0	0.2	0	0	0	0.1	17	9	0	45	115	12	0.1		
		1板	50	11	2	0.9	0.1	0.01	0.01	0.01	0.01	0	0	0.5	2	21	0.1	0.1	39	3	0	46	100	22	0.2	
6群	調味料	玉ねぎ	50	17	3	0.8	0	0.01	0	0.01	0	0	0.4	0	0	4	0	0.1	8	1	0	45	75	9	0.2	
		はくさい	100	13	2	1.3	0	0.01	0	0.03	0.02	0	0	0.6	8	19	0.2	0.1	61	6	0	95	220	43	0.3	
7群	調味料	Mサイズ1個	100	49	9	1.0	0	0.01	0.02	0.01	0	0	0.4	84	32	0.4	0.1	22	1	0	87	150	21	0.2		
		L/4個	70	37	9	1.0	0	0.01	0	0.02	0	0	0	1.1	3	0.1	0	1	0	0	59	84	2	0.1		
8群	調味料	中1個	100	51	14	9.8	0	0.02	0	0.01	0	0	1.4	0	0	28	0	0.2	20	1	0	81	420	4	1.0	
		小袋1/2	50	17	0	2.0	0.1	0.01	0.01	0.04	0.01	0.03	0	2.5	0	0	0	0.1	38	1	0	44	170	0	0.6	
9群	調味料	生わかめ	50	12	1	1.8	0.1	0.01	0	0.03	0.02	0.01	0	0.7	40	8	0	0	15	305	0.8	47	365	50	0.4	
		1群~3群の小計	1320	770	55	24.8	29.0	11	10	7	1	5	335	207	54.8	104.3	160	6	2	514	618	1.5	1133	3557	623	9
10群	調味料	1群から3群の小計/合計 (%)	39	19	72	58	79	53	43	50	42	100	76	80	100	100	68	91	94	21	20	76	93	95	87	
		4群	穀類	精米1kg	600	936	208	1.2	0.60	0.30	0.48	0	0.48	0	67	120	0	0	0.1	18	6	0	360	174	18	0.6
11群	調味料	砂糖	20	78	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		油	20	177	0	0	19.4	2.19	8.22	8.19	1.36	6.83	0	0	0	0	2.6	0	0	0	0	0	0	0	0	
12群	調味料	4群 小計	640	1191	228	90	20.6	28	8.5	8.7	1.96	7.3	0	67	120	0	0	2.6	0.1	18	6	0	360	174	18	0.6
		4群でとる割合 (%) / 合計			80																					
13群	調味料	大豆油	15	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0.9	0	0	0	0	5	855	2.2		58	4	0.3	
		味噌	10	18	2	0.5	0.6	0.10	0.11	0.36	0.06	0.30	0	1.1	0	0	0	0	7	490	1.2		38	10	0.4	
14群	調味料	塩	2.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		調味料小計	28	30	3	0.5	0.6	0.10	0.11	0.36	0.06	0.30	0	2.0	0	0	0	0	12	2320	5.9	0	96	14	1	

日本人の実食摂取基準2020年版

嗜好品  
お菓子  
アルコール  
清涼飲料  
アイスクリーム  
チョコレート

1~3群まででたんぱく質は約80%とるんです

ここがない食品は何ですか

4群は個人によってとる量が違いますが、糖質の約80%を4群でとりませう

1日の中でこれらの食品のみを取っているわけではありません

人間の体を良い状態に保つためのたんぱく質はこれです

エスルキエ

【図表48】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		幼児		小学生		中学生		高校生		高齢者		
	前期 0~16週 未済	中期 16~28週 未済	後期 28~40週	妊娠 高血糖 尿糖+	妊娠 高血糖症候 群 尿糖- 尿糖+	妊娠 高血糖症候 群 尿糖- 尿糖+	6か月 開始 2カ月	8か月 開始 4カ月		11か月 開始 7カ月	3歳	5歳	6~8歳		9~11歳		12~14歳		15~17歳		70歳以上	70歳以上
													母乳・ ミルク 900	母乳・ ミルク 700	母乳・ ミルク 600 (レイン ヨーケ ルト)	母乳・ ミルク 400	母乳・ ミルク 400	母乳・ ミルク 400	母乳・ ミルク 400	母乳・ ミルク 400		
第1群	乳製品	200	200	200	200	200	200	母乳・ ミルク 900	母乳・ ミルク 700	母乳・ ミルク 600 (レイン ヨーケ ルト)	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	200	200
	卵	60	60	60	60	60	60	卵黄5	卵黄~ 全卵25	卵黄~ 全卵25	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
第2群	魚介類	70	70	70	70	70	70	0	10	15	30	40	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
	肉類	70	70	70	70	70	70	0	10	15	25	40	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
第3群	大豆製品	200	200	200	200	200	200	5	0	50	50	80	100	120	150	200	150	200	150	150	150	150
	緑黄色野菜	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	200~ 250	20	30	45	70	100	100	150	200	150	200	150	200	150	150	150
第4群	淡色野菜	250	250	250	250	250	250	20	20	45	100	140	150	200	180	250	250	250	250	250	200	200
	いも類	100	100	100	100	100	100	20	20	30	40	50	80	100	100	120	100	100	100	100	100	100
第3群	果物	120kcal	120kcal	120kcal	120kcal	120kcal	80kcal	-	すりおろし30~40	すりおろし50~70	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal	80kcal
	きのこ	50	50	50	50	50	50	-	-	-	20	30	30~50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
第4群	海藻	50	50	50	50	50	50	-	3	5	20	20	30	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50	30~50
	穀類	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち
第4群	種実類 油脂	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち	個人に よりま ちまち
	砂糖類	20	20	20	20	20	20	0	0	3	10	15	20	20	20	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



(2) 現状・課題と目標

個人にとって、適切な量と質の食事をとっているかどうかの指標は健診データです。健診データについての目標項目は、2. 生活習慣病の予防の項で掲げているため、栄養・食生活については、適正体重と町の大きな健康問題となっている「高血圧」と関係がある塩分を減少させる取り組みが必要です。

① 適正体重を維持している者の増加（肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少）

体重は、ライフステージを通して、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連、若年女性のやせは、低出生体重児出産のリスク等との関連があります。

適正体重については、ライフステージごとの目標を設定し、評価指標とします。【図表 49】

【図表 49】 ライフステージにおける適正体重の評価指標

ライフステージ	妊娠期	出生	学童期	成人期		高齢期
評価指標	20歳代女性	出生児	小学校5年生	20～60歳 男性	40～60歳 女性	65歳以上
	やせの者	2,500g未満の 低体重児	肥満傾向児 (肥満度20%以上)	肥満者	肥満者	BMI20以下
国の現状	20.7%	9.4%	男子:14.91% 女子:6.63%	35.1%	22.5%	16.8%
	(令和元年)	(令和元年)	(令和3年度)	(令和元年)	(令和元年)	(令和元年)
山ノ内町の現状	12.1%	13.2%	男児:13.33% 女児:7.14%	36.0%	21.1%	16.3%
	20.0%					
	(令和3年度)	(令和3年度)	(令和3年度)	(令和3年度)		(令和3年度)
データソース	(上段)妊娠届出時 (下段)特定健診結果	新生児台帳	学校保健統計	特定健診結果		特定健診・後期高 齢者健診結果

〔1〕 20～60 歳代男性の肥満者の割合の減少

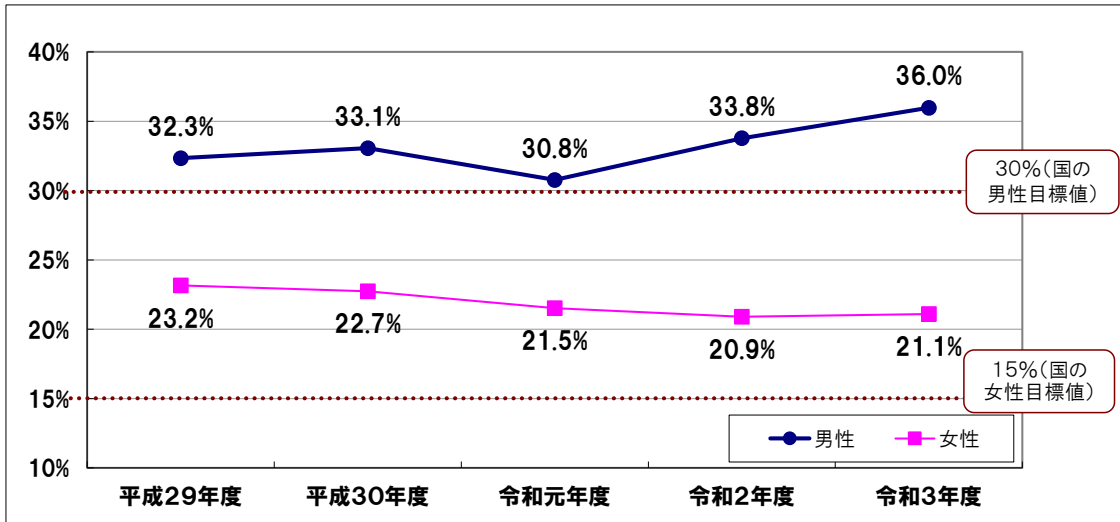
〔2〕 40～60 歳代女性の肥満者の割合の減少

ライフステージにおける肥満は、20～60 歳代男性及び 40～60 歳代女性に、最も多く認められるため、この年代の肥満者の減少が健康日本 21 の目標とされていましたが、最終評価では、20～60 歳代男性の肥満者は増加、40～60 歳代女性の肥満者は変わらなかったため、引き続き指標として設定されました。

当町の 20～60 歳代男性の肥満者と 40～60 歳代女性の肥満者の両割合は達成できず、増加傾向にあるため、肥満者の実態を明らかにし、より効果的な保健指導を検討していきます。【図表 50】

## 第2章 課題別の実態と対策

【図表 50】 男性（20～60 歳代）および女性（40～60 歳代）の肥満（BMI25 以上）の割合の推移



(特定健診結果)

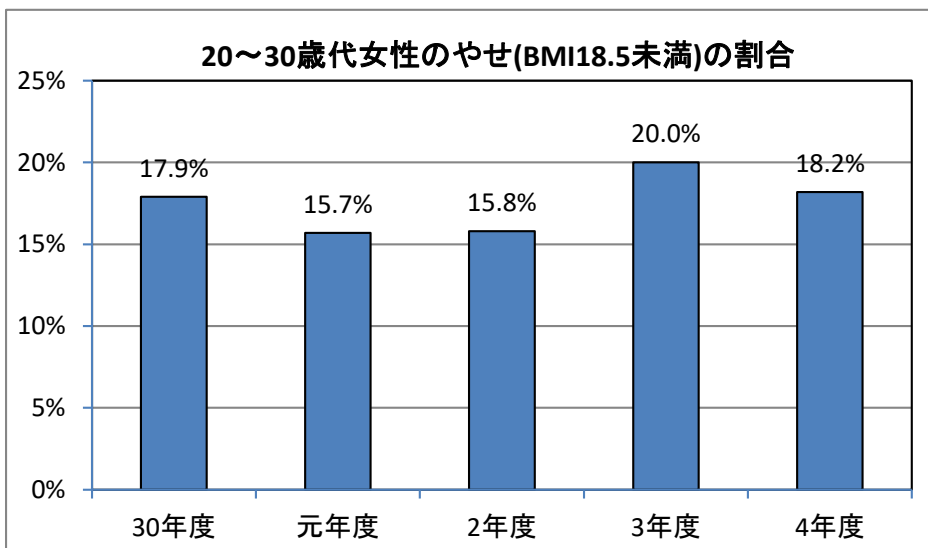
### 〔3〕 20～30 歳代女性のやせの者の割合の減少

妊娠前、妊娠期の心身の健康づくりは、子どもの健やかな発育に繋がります。

妊娠前の母親のやせが、低体重児出生の要因の1つと考えられています。

そこで、町の特定健診結果より、20～30 歳代女性のやせの割合を見たところ、平成30 年度から15%以上を推移していて、増加傾向にあります。 【図表 51】

【図表 51】 20～30 歳代やせの割合年次推移



(特定健診結果)

〔4〕全出生数中の低出生体重児の割合の減少

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病を発症しやすいとの報告もあります。

当町では、毎年10%前後の割合で低出生体重児が生まれています。国の現状より割合が高い状況です。

低出生体重児の出生率を下げる対策とともに、低出生体重で生まれてきた子どもの健やかな発育、発達への支援や、将来の生活習慣病の発症予防のための保健指導も必要になります。【図表 52】

【図表 52】山ノ内町の低出生体重児（2,500g未満）の割合の推移

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
出生数(人)	52	56	40	41	38
2500g未満児(人)	9	3	4	2	5
割合(%)	17.3%	5.4%	10.0%	4.9%	13.2%

(出生届)

(参考) 低出生体重児とその母の状況 (平成29～令和3年度)

2500g未満 出生数(H28 ～R4年度)	低出生体重児の状況				母の状況									
	在胎週数		出生体重		年齢	身長	BMI	血圧	尿蛋白		尿糖	浮腫	その他	
	30～35週	36～40週	1500g未満	1500～ 2500g未満	35歳以上	150cm未満	18.5未満	140/90以上	(±)	(+)以上	(+)以上	(±)以上	多胎	
24人	1	23	1	23	7	1	3	5	1	2	4	7	1	
	4.0%	92.0%	4.0%	92.0%	28.0%	4.0%	12.0%	20.0%	4.0%	8.0%	16.0%	28.0%	4.0%	

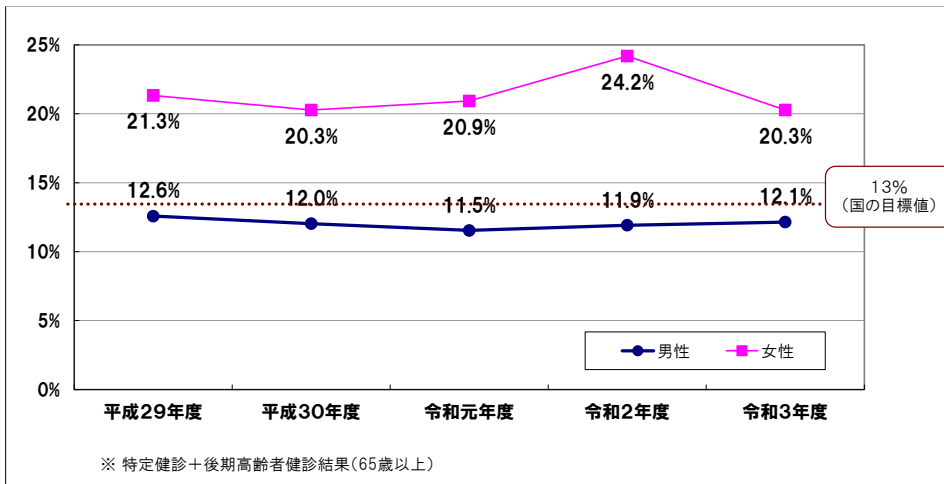
(出生届)

〔5〕低栄養傾向の高齢者（65歳以上）の割合の減少

高齢期の適切な栄養は、生活の質のみならず、身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要です。日本人の高齢者においては、やせ・低栄養が、要介護及び総死亡に対する独立したリスク要因となっています。高齢者の「低栄養傾向」の基準は、要介護及び総死亡リスクが統計学的に有意に高くなるBMI20以下が指標として示されました。

当町の65歳以上のBMI20以下の割合は、国の目標値を下まわっていますが、高齢化に伴って増加する可能性があるため、現状の割合を維持していくことが大切です。【図表 53】

【図表 53】高齢者（65歳以上）におけるBMI20以下の者の割合の推移



(特定健診結果)

第2章 課題別の実態と対策

② 児童・生徒における肥満傾向児の割合の減少

学童肥満の40%が成人肥満へ移行すると言われています。

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おり、さらに肥満度20%以上30%未満の者は「軽度肥満傾向児」、肥満度30%以上50%未満の者は「中等度肥満傾向児」、肥満度50%以上の者は「高度肥満傾向児」と区分されています。国の指標の設定となっている小学校5年生(10歳)の、当町の肥満傾向児の男児は、国より高く、県より低い、女児は、国より低く、県より高い状況です。【図表54】 また、平成29年度からの肥満傾向児の出現率の推移より、肥満度30%以上の者が増加傾向にあります。【図表55】

【図表54】 令和3年度都道府県別肥満傾向児の出現率

	男児	女児
国	12.58	9.26
長野県	14.91	6.63
山ノ内町	13.33	7.14

(注) 肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の者である。以下の各表において同じ。

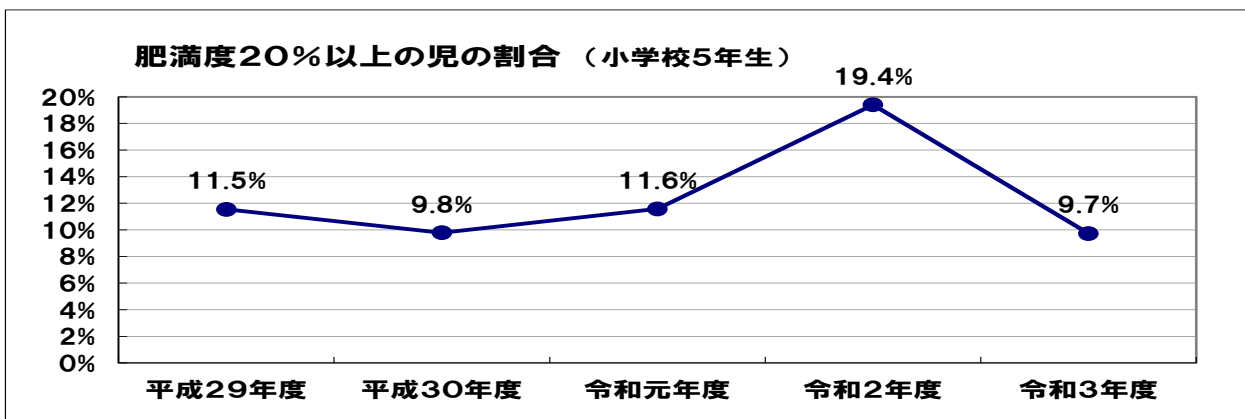
$$\text{肥満度} = (\text{実測体重} - \text{身長別標準体重}) / \text{身長別標準体重} \times 100(\%)$$

(学校保健統計調査)

子どもの肥満と血液検査の有所見者については、従来から、学校における健康診断に基づく健康管理指導や保健等の教育の一環として、肥満傾向児を減少させる取り組みと生活習慣病の発症予防のための取り組み(元気アップ教室)を実施してきました。しかし近年、乳児期からの生活リズムの乱れ(睡眠時間の短縮)が食欲を調整する「レプチン」の分泌異常を引き起こし、小児肥満につながることもわかってきたため、乳児期に健全な生活リズムの確立(早寝・早起き習慣の定着、スマートフォンやタブレット・ゲームの利用制限)を促す取り組みが重要です。

【図表55】 肥満傾向児(小学校5年生)の出現率の推移

	受診人数	肥満度			30%以上児の割合	【再掲】	
		20%以下	20%~30%	30%以上		20%以上児の人数	割合
平成29年度	78人	69人	5人	4人	5.1%	9人	11.5%
平成30年度	92人	83人	5人	4人	4.3%	9人	9.8%
令和元年度	95人	84人	6人	5人	5.3%	11人	11.6%
令和2年度	67人	54人	8人	5人	7.5%	13人	19.4%
令和3年度	72人	65人	1人	6人	8.3%	7人	9.7%



(小学校身体測定結果)

【図表56】肥満・糖尿病の推移とその背景と原因

増減は 水色 から 水色 の間どれくらいかを示しています (統計がない年度もあるので比較する年度が違います)

年	西暦 和暦	1970年～日本人の栄養所要量												2022 増減 (倍率)	出典						
		1985 60	1987 9	2000 12	2002 14	2005 17	2010 22	2011 23	2013 25	2014 26	2015 27	2016 28	2017 29			2018 30	2019 R1	2020 2	2021 3	2022 4	
法律と制度																					
糖尿病等の推移	(192年栄養改善法) → (2003年栄養増進法)																				
	推計糖尿病患者数千人	外来入院	外来十入院	2016年難病性糖尿病重症化予防プログラム 2015年～食事摂取基準(重症化予防増点追加) →														2150	2.3	患者調査	
	糖尿病が強く疑われる人%	2016年難病性糖尿病重症化予防プログラム 2015年～食事摂取基準(重症化予防増点追加) →																	152	0.5	患者調査
	糖尿病の可能性が否定できない人、%	2016年難病性糖尿病重症化予防プログラム 2015年～食事摂取基準(重症化予防増点追加) →																	2302	1.9	患者調査
	20歳以上、%		2016年難病性糖尿病重症化予防プログラム 2015年～食事摂取基準(重症化予防増点追加) →																16	1.5	国民健康調査
	総エネルギー kcal		2016年難病性糖尿病重症化予防プログラム 2015年～食事摂取基準(重症化予防増点追加) →																11	0.9	栄養調査
エネルギーの消費	脂肪エネルギー比(25%以下)	2016年難病性糖尿病重症化予防プログラム 2015年～食事摂取基準(重症化予防増点追加) →																1.2	1.2	栄養調査	
エネルギーの消費	飽和脂肪酸エネルギー比(7%を超えない)	2016年難病性糖尿病重症化予防プログラム 2015年～食事摂取基準(重症化予防増点追加) →																1.2	1.2	栄養調査	
エネルギーの消費	歩数平均(1日)歩	2016年難病性糖尿病重症化予防プログラム 2015年～食事摂取基準(重症化予防増点追加) →																1.8	0.8	栄養調査	
社会背景	普及率調査対象から外れる																				
	1次産業(農業、林業、漁業)	普及率調査対象から外れる																1.8	1.8	国民健康調査	
	2次産業(製造業、建設業、鉱業)	普及率調査対象から外れる																0.3	0.3	国民健康調査	
	3次産業(宿泊業、飲食サービス業、医療福祉業等)	普及率調査対象から外れる																0.7	0.7	国民健康調査	
	家電製品普及率	普及率調査対象から外れる																1.3	1.3	国民健康調査	
私生活の増えさせる食生活の背景	普及率調査対象から外れる																				
	普及率調査対象から外れる																				
	飲料	コーヒー	普及率調査対象から外れる															2	7.8	全品消費動向調査	
	ゼリー系飲料	普及率調査対象から外れる																1.6	1.6	全品消費動向調査	
	清涼飲料	普及率調査対象から外れる																1.1	1.1	全品消費動向調査	
	菓子パン	普及率調査対象から外れる																1.4	1.4	全品消費動向調査	
	アイスクリーム	普及率調査対象から外れる																1.1	1.1	全品消費動向調査	
	チョコレート	普及率調査対象から外れる																1.2	1.2	全品消費動向調査	
	ビスケット	普及率調査対象から外れる																1.3	1.3	全品消費動向調査	
	スナック菓子	普及率調査対象から外れる																1.7	1.7	全品消費動向調査	
	惣菜パン等	普及率調査対象から外れる																1.8	1.8	全品消費動向調査	
	パスタ	普及率調査対象から外れる																3.1	3.1	全品消費動向調査	
	シリアル	普及率調査対象から外れる																1.8	1.8	全品消費動向調査	
	餃子	普及率調査対象から外れる																2.8	2.8	全品消費動向調査	
	ベーコン	普及率調査対象から外れる																1.8	1.8	全品消費動向調査	
	ソーセージ類	普及率調査対象から外れる																1.4	1.4	全品消費動向調査	
	A社																				
	B社																				
	ハンバーガー																				
	コーヒゼンジョップ(シェイク)																				
ファミレス合計																					
焼肉・一般レストラン																					
ファミリーレストラン																					
日本料理・寿司																					
西洋料理・ピザ・パスタ																					
中華料理																					
875																					
462																					
2.2																					
2.2																					
4.7																					
14																					
7.9																					
2.8																					
2.3																					

## 第2章 課題別の実態と対策

健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることは喫緊の課題であり、非常に重要な生活習慣病対策です。

子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況については、他のライフステージと同様、健診データで見えていくことが必要となり、それぞれのガイドラインに基づいた検査の予防指標も明確にされています。

【図表 57】

当町では学齢期には、学校保健安全法に基づいた検査に加え、小学4年生と中学1年生において貧血検査、生活習慣病予防健診（脂質検査・肝機能検査・HbA1c）を行っています。平成27年から、血糖状態を把握するHbA1c検査を導入し、より成人の血液検査項目に近づくことができています。

今後は、その結果に基づいた総合的な教育的アプローチを行うことが重要と考えます。

【図表57】ライフステージにおける健康診査項目

項目	●は法定項目										◎は中高・下高井郡で実施している項目							☆は山ノ内町独自で実施している項目				
	身長	体重	幼児 3~5歳	小学生 6~8歳	中学生 9~11歳	高校生 12~14歳	15~17歳	妊婦	成人 18歳以上	65歳以上	母子健康法 母子健康手帳(第16条) 妊婦健康診査(第13条)		児童福祉法 健康診査(第12条)		学校保健安全法 健康診査(第13条)		労働安全衛生法 健康診査(第66条)		高齢者の医療の確保に関する法律 健康診査(第20条)			
健康診査の名称等																						
健康診査の内容を規定する法令・通知等																						
対象年齢・時期等																						
BMI・肥満度	肥満度	15%未満	成人と同様				妊婦初期(5~16週) 25未満	妊婦中期(17~28週) 27.2未満	妊婦後期(29~40週) 28.8未満	男 85cm未満 女 90cm未満												
	BMI	20%未満								150 mg/dl未満												
腹囲	腹囲	75cm未満								120 mg/dl未満												
	腹囲/身長比	0.5未満								40 mg/dl 以上												
中性脂肪の蓄積	HDLコレステロール									31 IU/l 未満												
	AST(GOT)									31 IU/l 未満												
	ALT(GPT)									51 IU/l 未満												
	γ-GT(γ-GTP)									120/70 未満	130/75 未満	130/85 未満										
血圧(mmHg)	収縮期血圧	120/70 未満								5.3 mg/dl未満	3.2 mg/dl未満	7.1 mg/dl未満										
	拡張期血圧	80/50 未満								100 mg/dl未満												
血糖	空腹時血糖									140 mg/dl未満	(午後2時間) 140 mg/dl未満											
	HbA1c									5.2 %未満	5.8 %未満	5.2 %未満										
尿糖	尿糖									(一)												
	尿糖									(一)												
LDLコレステロール	LDLコレステロール									LDL-C以外の主要危険因子数(※1) 0個	159以下											
	LDLコレステロール									1~2個	139以下											
血清クレアチニン	血清クレアチニン	0.5未満								0.8未満	0.9未満											
	血清クレアチニン	0.4未満								0.6未満	0.7未満											
eGFR	正常GFR	133±27 ml/分								男子 140±30 ml/分 女子 126±22 ml/分												
	eGFR	60 ml/分以上								(一)												
尿蛋白	尿蛋白									(一)												
	尿蛋白									(一)												
尿潜血	尿潜血																					
	尿潜血																					
赤血球数	赤血球数																					
	赤血球数																					
ヘマトクリット	ヘマトクリット																					
	ヘマトクリット																					
ヘモグロビン	ヘモグロビン																					
	ヘモグロビン																					

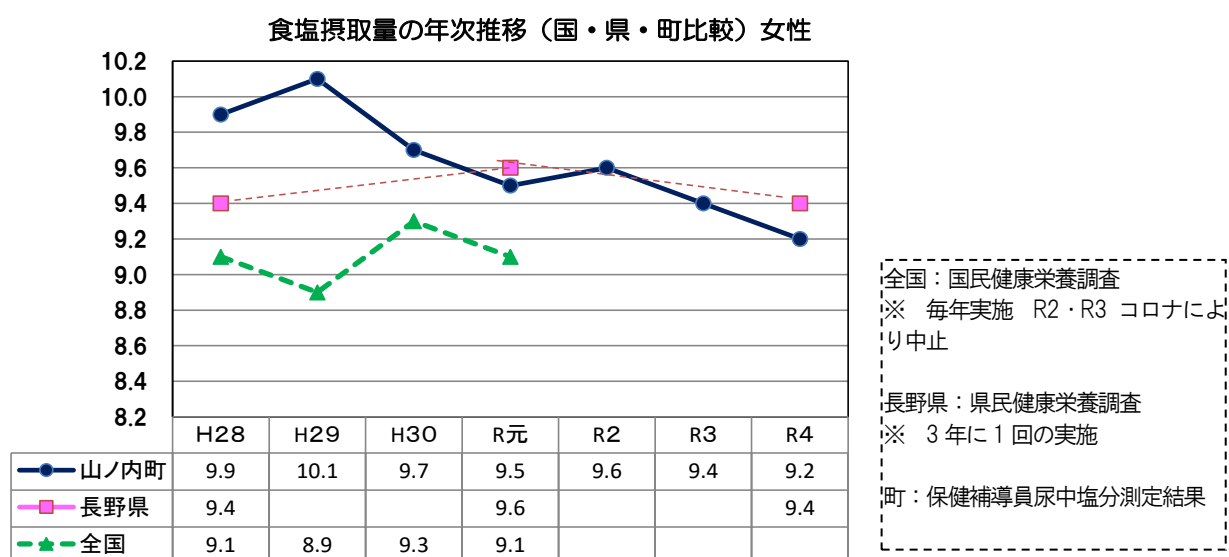
## 第2章 課題別の実態と対策

### ③ 食塩摂取量の減少

減塩が血圧を低下させ、結果的に循環器疾患を減少させることが立証されています。また消費者への啓発や食品中の食塩量の規制が、高血圧対策において費用対効果が高いこと、さらに、食塩・高塩分食品摂取が胃がんのリスクを上げることも示されています。

食塩摂取量について、当町では保健補導員等による尿中ナトリウム検査を定期的を実施し、保健補導員は全員女性であるため、国と県においても同じ女性の平均摂取量を年次推移で比較しました。町は、国・県より多い状況が続いていましたが、保健補導員会にて、高血圧と食塩との関係について学習を積み重ねてきた結果、尿中塩分測定結果は年々減少傾向にあります。【図表 58】

【図表 58】 食塩摂取量の年次推移



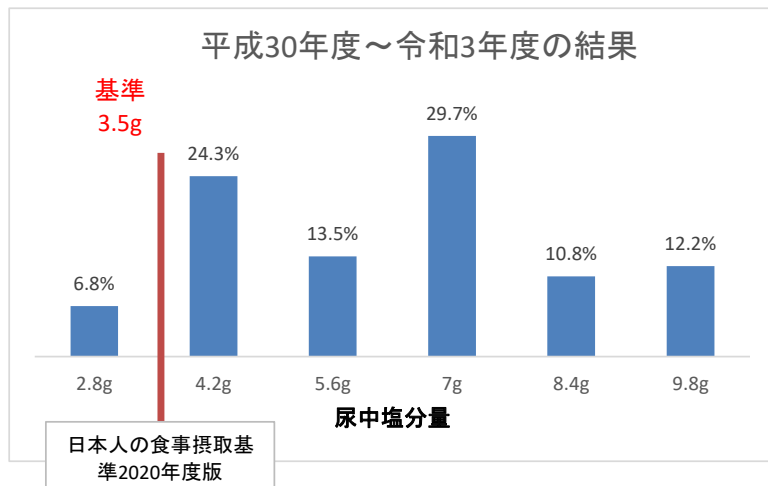
新しい減塩教育として、平成30年度に、減塩食品（調味料）の周知と活用の普及を図ることを中心とした「やまのうち減塩プロジェクト事業」を立ち上げ、減塩調味料を使ったメニュー（スマートミール認証・県の3つの星レストラン）を提供する飲食店（ホテル含）3店舗と、減塩商品を店頭販売する小売店5店舗の協力を得られ減塩の食環境整備をすすめてきました。今後はその成果を分析していく必要があります。

成人に限らず、子どもの頃から減塩に努め、薄味が習慣づくことにより、生活習慣病の発症予防につながります。そこで平成30年度より、3歳児健診の尿検査に合わせて尿中塩分測定を実施し、翌年からは、保護者の感心を高めるために、2歳児歯科検診に合わせて保護者の尿中塩分測定を実施してきました。

図表 59 より、3歳児の1日食塩目標量は3.5gに対し、9割以上がその目標量を超えている現状でありました。よって、引き続き保護者へ減塩の必要性について伝えていきます。



【図表 59】3歳児健診 尿中塩分測定結果



(3歳児乳幼児健診結果)

### (3) 今後の対策

#### ① 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

##### ア. ライフステージに対応した栄養指導・栄養教育

- ・妊娠届け時の栄養指導（妊娠期）
- ・乳幼児健康診査・乳幼児相談（乳幼児期）
- ・食生活改善推進員教育事業（学童期・壮年期・高齢期）
- ・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、多様な経路によりそれぞれの特徴を活かしたきめ細やかな栄養指導の実施（学童期・青年期・壮年期・高齢期）
- ・町民の健康づくり推進事業（全てのライフステージ）
- ・家庭訪問・健康教育・健康相談（全てのライフステージ）

##### イ. 食塩摂取量の減少に向けた取り組みの推進

- ・減塩の食環境整備「やまのうち減塩プロジェクト事業」
- ・尿中塩分測定を実施する人の増加
- ・尿中塩分測定結果と合わせた住民学習の推進  
（どの食品から食塩を摂取しているか、食品に含まれる食塩量の学習をする）
- ・健康ポイント事業（ポイント利用券で減塩協力店やスマートミールの利用促進）

#### ② 生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

##### 管理栄養士による高度な専門性を発揮した栄養指導の推進

- ・健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導
- ・糖尿病や慢性腎臓病など、医療による薬物療法と同様に重要である食事療法に基づいた栄養指導の実施

#### ③ 学齢期への保健指導の推進

- ・学校と学校医、教育委員会と連携を密にし、子どもの頃からの生活習慣病予防を図る。

## 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すべての動きを、「運動」とは、身体活動のうちスポーツやフィットネスなど健康・体力の維持・増進を目的として行われるものをいいます。

身体活動や運動の量が多い人は、不活発な人と比較して、2型糖尿病、循環器疾患、がん、ロコモティブシンドローム、うつ病、認知症等などの発症・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、高血圧、喫煙、高血糖に次いで、身体活動不足を全世界の死亡に対する危険因子の第4位と認識し、日本でも、「身体活動・運動の不足」は、喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡の3番目の危険因子であることが示唆されています。加えて、身体活動は、妊婦・産後の女性、慢性疾患や障害のある人を含め、様々な人々に対して健康効果が得られるとされています。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、超高齢社会における健康寿命の延伸に有用だと考えられます。

身体活動量の減少は、肥満や生活習慣病（NCDs）発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子であることから、早急に重点的な対策を実施する必要があります。

### （1）基本的な考え方

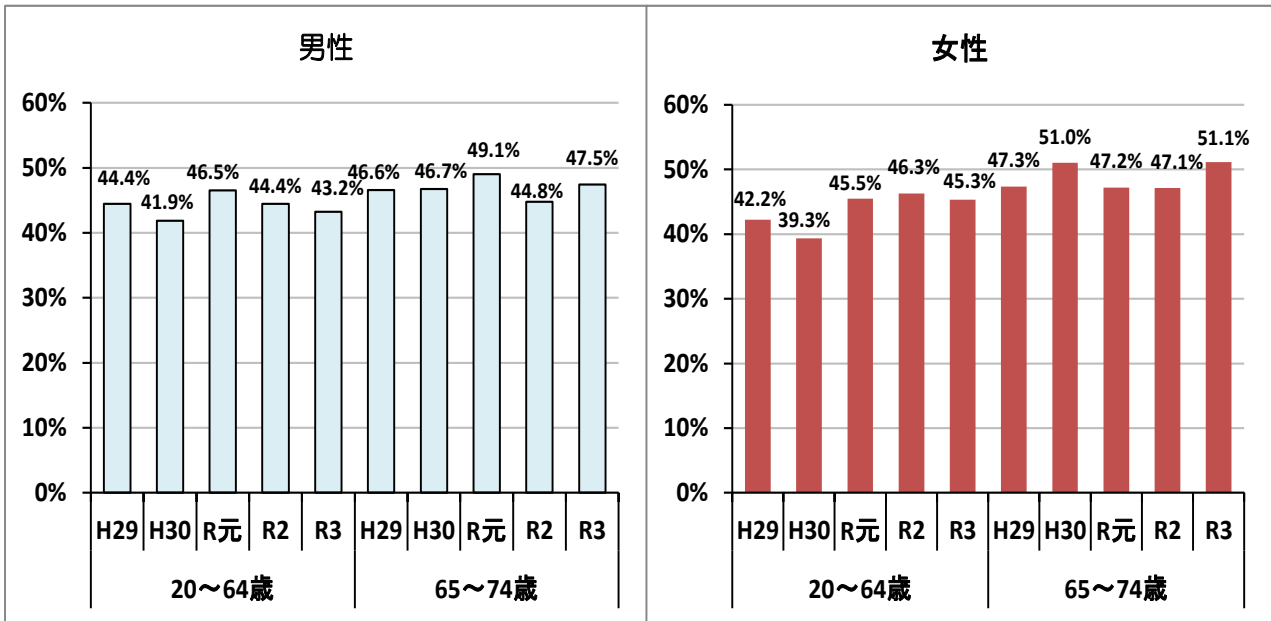
健康増進や体力向上のために身体活動量を増やし、運動を実施することは、個人の抱える多様かつ個別の健康課題の改善につながります。

### （2）現状・課題と目標

#### ① 日常生活における歩数の増加

歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。歩数の増加は、健康寿命延伸や社会生活機能の維持・増進につながる直接的かつ効果的な方策です。歩数と疾病罹患率あるいは死亡率との間に明確な負の関係があることが確認されています。当町では、特定健康診査受診者に対して身体活動の状況を確認していますが、日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する者は男女共に半数以下です。【図表60】

【図表 60】 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施する者の割合  
(特定健診問診票)



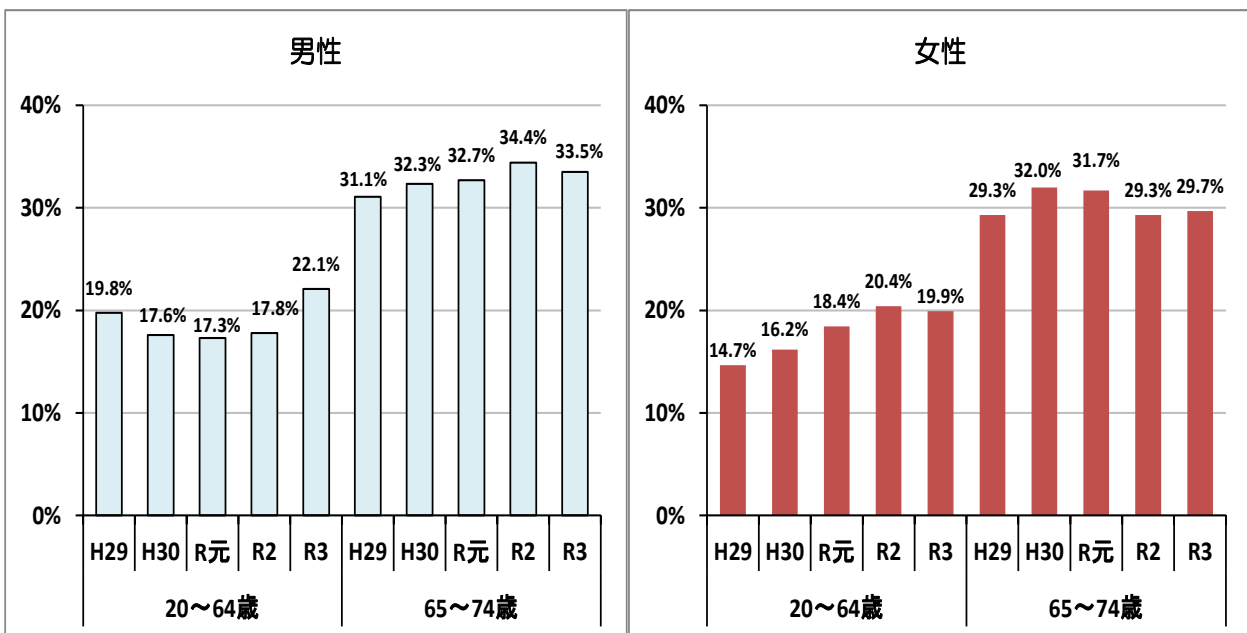
身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるように心掛けることですが、当町は、地域の特性上、道路の凍結等による冬期間の歩行は、転倒などの危険を伴うことが多くなるため、年間を通して安全に歩行などの身体活動ができる環境整備が必要になります。

② 運動習慣者の割合の増加

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、就労世代（40～64歳）と比較して退職世代（65歳以上）では明らかに多くなりますが、当町も同様の傾向です。しかし、どちらの世代においても運動習慣者の割合は国の目標値（就労世代：男性 30%・女性 30%、退職世代：男性 50%・女性 50%）を下回っています。

【図表 61】

【図表 61】 1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施する者の割合  
(特定健診問診票)



## 第2章 課題別の実態と対策

就労世代の運動習慣者が今後増加していくためには、身近な場所で運動できる環境や、歩行と同様に積雪や路面の凍結等により、冬期間の屋外での運動が制限される点も考慮し、年間を通じて運動が可能な施設など、多くの人々が、気軽に運動に取り組むことができる環境を整えることが必要です。

また、ライフステージの中で、骨・筋・神経は成長発達し、高齢期には機能低下に向かいますが、それぞれのステージに応じた運動を行うことが最も重要になります。【図表62】

【図表62】運動器の変化

年齢	保育園・幼児園児	小学生	中学生	高校生	成人 → 高齢者						
	4～6歳	7～12歳	13～15歳	16～18歳	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代
骨	紫外線、重力、圧力、カルシウムの摂取によって骨密度が高くなる				18歳 骨密度ピーク			閉経	女性ホルモンの影響で、大腿骨・脊椎の骨密度が優先的に低下		
筋力		12～14歳 持久力最大発達時期	14～16歳 筋力最大発達時期			筋力減少 始まる	目立って 減少				ピーク時の約2/3に減少
神経	平衡感覚 最大発達時期	10歳 運動神経完成								閉眼片足立ち(平衡感覚・足底のふんばり・大腿四頭筋の筋力・柔軟性)が20歳代の20%に低下	
足底	6歳 土踏まずの完成										
運動	園での遊び	体育の授業				運動習慣ありの人 割合が低い					
		スポーツ少年団	部活動			持久力・筋力 の維持					
	持久力・筋力 の向上				持久力・筋力 の維持						

運動器を向上・維持するためには、全ての年代において、運動を行うことが重要

参考：長野県松川町保健活動計画等

運動器疾患の発症予防や、重症化予防のために行う、身体活動量の増加や運動の実践には、様々な方法がありますが、運動器の負担を考慮し、一人一人の体調にあった運動が実施できるよう、機会を設けていく必要があります。

### (3) 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
  - ・ライフステージや個人の健康状態に応じた適切な運動指導
  - ・「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及
- ② 身体活動および運動習慣の向上の推進
  - ・当町の各課や関係機関と連携し、身体活動・運動の啓発を行う
  - ・町の関係機関が実施している身体活動・運動事業への勧奨

### 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います。アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等に深く関連します。加えて、不安やうつ、自殺、事故といったリスクとも関連します。

健康日本21（第二次）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以上、女性で20g以上と定義した上で、このような飲酒の予防についての取組を行ってきました。全国のアアルコール消費量は減少傾向にある一方で、上記の生活習慣病のリスクを高める飲酒量については、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、減酒支援等が求められています。

令和3年度から開始されたアアルコール健康障害対策推進基本計画（第2期）において、アアルコール健康障害の発生予防が重点課題とされ、がん対策推進基本計画（第4期）において、飲酒は予防可能ながんリスク因子とされており、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。

また、20歳未満の者や教育者、保護者、妊婦に対しても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ことが必要です。

#### （1）基本的な考え方

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います。

飲酒による健康障害の調査研究結果とともに、実行性のある目標設定という観点も踏まえ、引き続き、生活習慣病のリスクを高める飲酒量を1日あ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、目標を設定します。

#### （2）現状・課題と目標

##### 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

当町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、男女ともに減少傾向にあります。

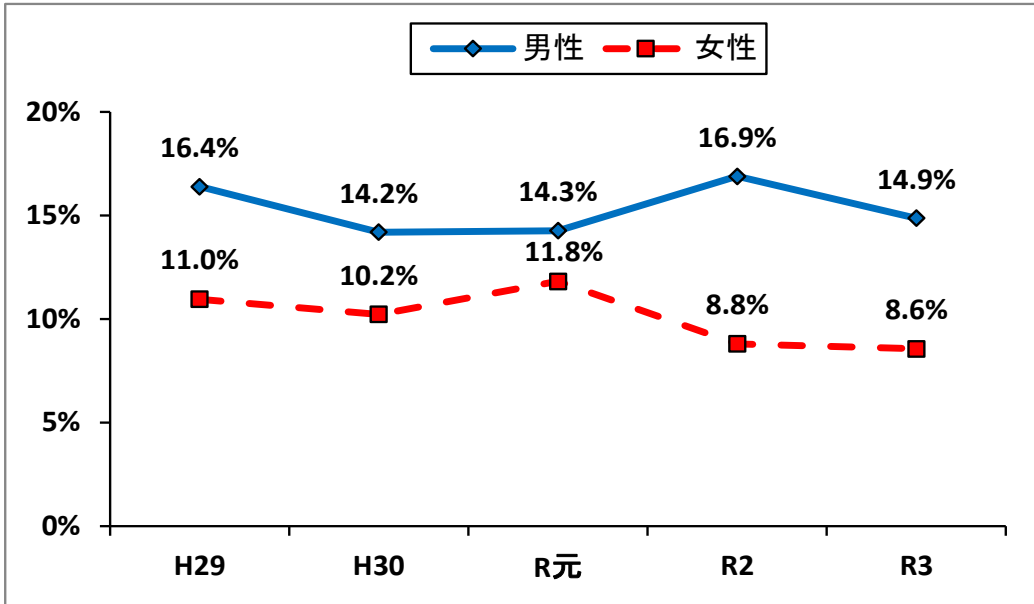
【図表63】

（参考）主な酒類の換算の目安

お酒の種類	ビール (中瓶1本 500ml)	清酒 (1合180ml)	ウイスキー ・ブランデー (ダブル60ml)	焼酎(25度) (1合180ml)	ワイン (1杯120ml)
アルコール度数	5%	15%	43%	25%	12%
純アルコール量	20g	22g	20g	36g	12g

第2章 課題別の実態と対策

【図表 63】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



(特定健診問診結果)

また、飲酒量と関係が深い健診データである $\gamma$ -GTP値については、基準値をはずれた者の割合は横ばいで推移しています。【図表 64】

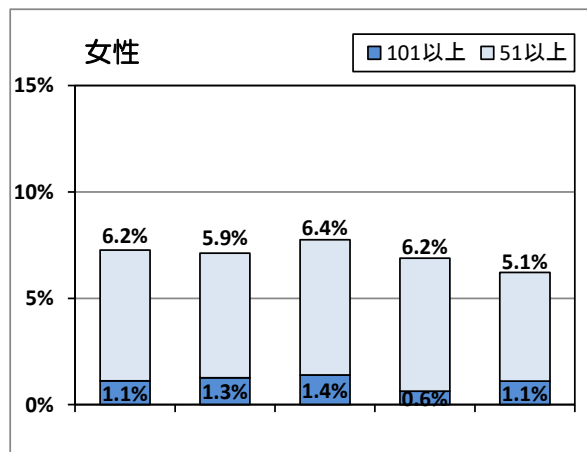
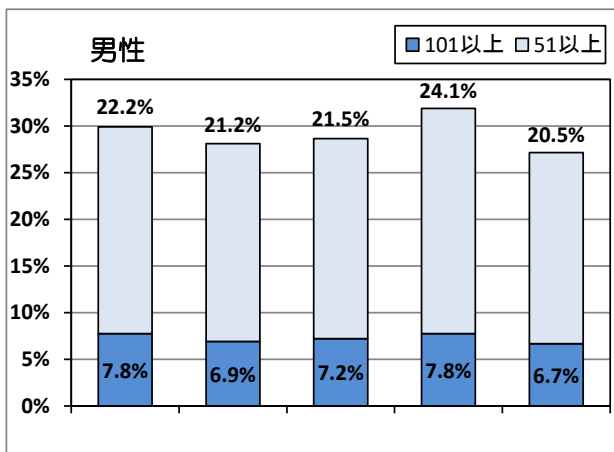
【図表 64】 $\gamma$ -GTP値が基準値をはずれた方の推移

男性

	測定者	51以上		101以上		【再掲】51~100	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
H29	799	177	22.2%	62	7.8%	115	14.4%
H30	782	166	21.2%	54	6.9%	112	14.3%
R元	722	155	21.5%	52	7.2%	103	14.3%
R2	580	140	24.1%	45	7.8%	95	16.4%
R3	659	135	20.5%	44	6.7%	91	13.8%

女性

	測定者	51以上		101以上		【再掲】51~100	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
H29	894	55	6.2%	10	1.1%	45	5.0%
H30	870	51	5.9%	11	1.3%	40	4.6%
R元	787	50	6.4%	11	1.4%	39	5.0%
R2	625	39	6.2%	4	0.6%	35	5.6%
R3	724	37	5.1%	8	1.1%	29	4.0%

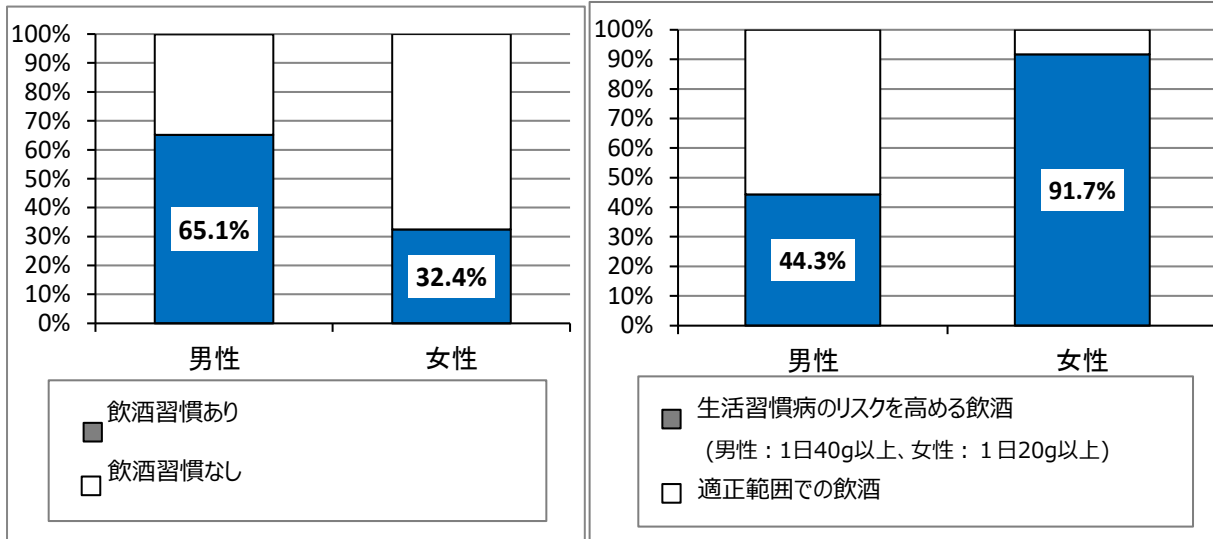


(特定健診結果)

また、 $\gamma$ -GTP値が保健指導値(51以上)の者を見ると、男性65.1%、女性32.4%の者に飲酒習慣があり、そのうち生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者は、男性44.3%、女性91.7%となっています。

【図表 65】

【図表 65】  $\gamma$ -G T P 値が保健指導値の者の飲酒状況（令和3年度特定健診受診者）



(特定健診結果)

また、 $\gamma$ -G T P 値の基準値をはずれた者は、男女ともに、ほとんどの検査項目で有所見率が高くなっていきます。【図表 66】

【図表 66】  $\gamma$ -G T P 値が保健指導値の者の検査項目別異常者数割合（令和3年度特定健診受診者）

男性

	測定者	有所見割合	肥満				脂質							
			メタボリックシンドローム		BMI		H D L コレステロール		L D L コレステロール		中性脂肪			
			該当者	予備群	25以上		39以下		120以上		150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
健診受診者全体	659		181	27.5%	128	19.4%	219	33.2%	39	5.9%	309	46.9%	158	24.0%
$\gamma$ -G T P 値51以上	135	20.5%	61	45.2%	21	15.6%	61	45.2%	6	4.4%	64	47.4%	51	37.8%
			血糖(HbA1c)				血圧				尿蛋白		尿酸	
			境界領域		糖尿病領域		正常高値~I度高血圧		II度~III度高血圧		(+)以上		7.0以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			308	46.7%	62	9.4%	625	94.8%	34	5.2%	26	3.9%	82	12.4%
			54	40.0%	18	13.3%	123	91.1%	12	8.9%	4	3.0%	25	18.5%

女性

	測定者	有所見割合	肥満				脂質							
			メタボリックシンドローム		BMI		H D L コレステロール		L D L コレステロール		中性脂肪			
			該当者	予備群	25以上		39以下		120以上		150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
健診受診者全体	724		82	11.3%	55	7.6%	168	23.2%	19	2.6%	398	55.0%	118	16.3%
$\gamma$ -G T P 値51以上	37	15.9%	11	29.7%	5	13.5%	17	45.9%	2	5.4%	14	37.8%	13	35.1%
			血糖(HbA1c)				血圧				尿蛋白		尿酸	
			境界領域		糖尿病領域		正常高値~I度高血圧		II度~III度高血圧		(+)以上		7.0以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			363	50.1%	40	5.5%	693	95.7%	31	4.3%	10	1.4%	13	1.8%
			14	37.8%	3	8.1%	37	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	13.5%

総数

	測定者	有所見割合	肥満				脂質							
			メタボリックシンドローム		BMI		H D L コレステロール		L D L コレステロール		中性脂肪			
			該当者	予備群	25以上		39以下		120以上		150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
健診受診者全体	1383		263	19.0%	183	13.2%	387	28.0%	58	4.2%	707	51.1%	276	20.0%
$\gamma$ -G T P 値51以上	172	12.4%	115	66.9%	26	15.1%	78	45.3%	8	4.7%	78	45.3%	64	37.2%
			血糖(HbA1c)				血圧				尿蛋白		尿酸	
			境界領域		糖尿病領域		正常高値~I度高血圧		II度~III度高血圧		(+)以上		7.0以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			671	48.5%	102	7.4%	1318	95.3%	65	4.7%	36	2.6%	95	6.9%
			68	39.5%	21	12.2%	160	93.0%	12	7.0%	4	2.3%	30	17.4%

(特定健診結果)

## 第2章 課題別の実態と対策

飲酒は肝臓のみならず、肥満・高血糖・高血圧・高尿酸状態をも促し、その結果、血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。

現在、 $\gamma$ -GTPが受診勧奨値を超えている者については、家庭訪問などで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、飲酒の習慣は、当町の気候や歴史などを背景とした文化や食生活の中で形成されたものでもあるため、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歳未満の者の飲酒をなくす

当町では、未成年者の飲酒の実態を把握していませんが、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行っており、今後も関係機関に働きかけていきます。

また、妊娠届提出時にアンケートをとり飲酒について確認したところ、ほとんどの者が妊娠がわかった時点でアルコールをやめていました。

妊娠中の飲酒は、胎児や母乳授乳による乳児への影響もあるので、妊娠を考えた時点で飲酒をやめるよう今後も啓発していきます。

## (3) 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  
母子健康手帳交付、乳幼児健診及び相談、がん検診等
- ・ 地域特性に応じた健康教育

### ② 飲酒による生活習慣病予防の推進

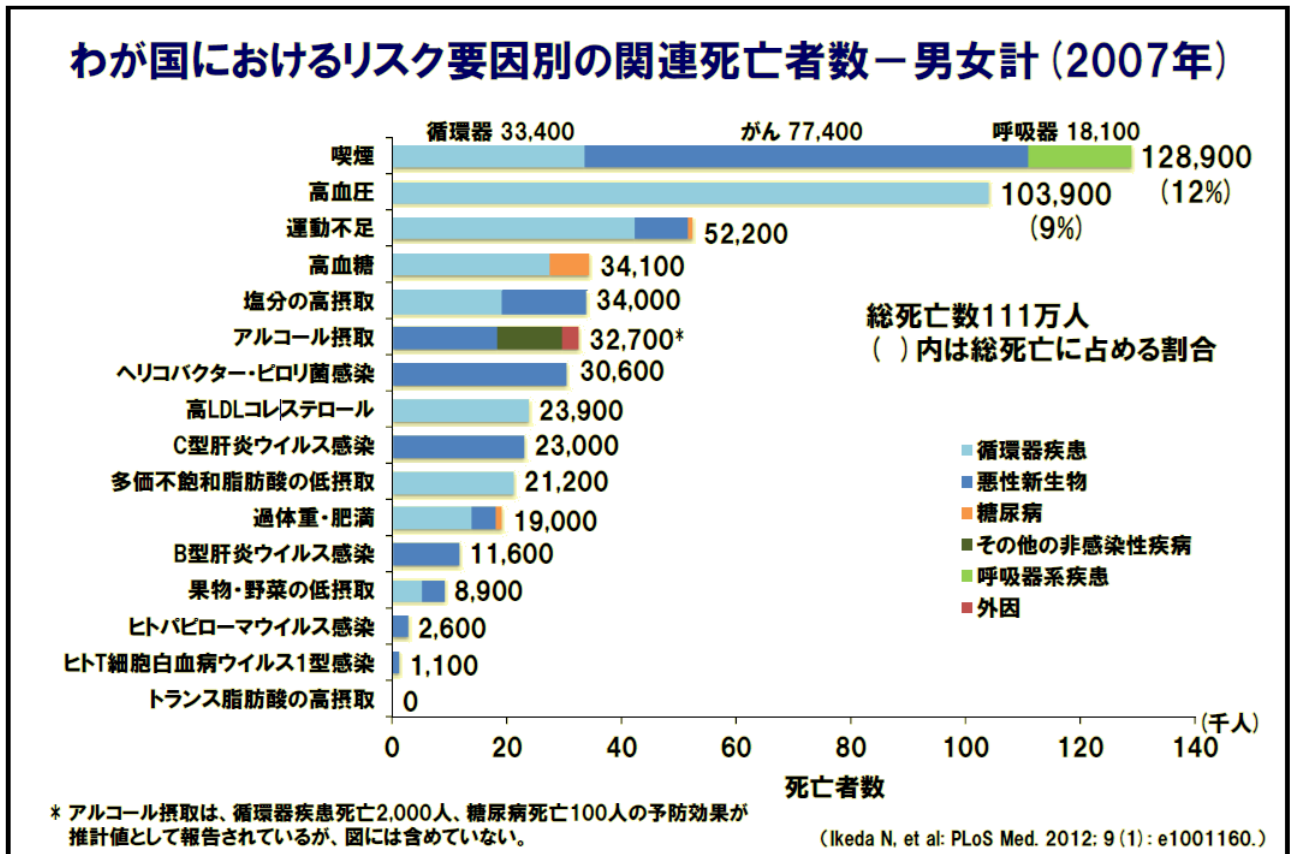
- ・ 健康診査、特定健康診査の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導



#### 4) 喫煙

たばこ消費量は近年減少傾向にあります。過去のたばこ消費による長期的な健康影響と急速な高齢化により、たばこ関連疾患による死亡数は年々増加しています。たばこ消費を継続的に減少させることによって、日本人の死因の第一位であるがんをはじめとした喫煙関連疾患による超過死と超過医療費、経済損失等を将来的に確実に減少させることができるといわれています。

喫煙は、世界保健機構（WHO）による非感染性疾患（NCDs）対策の対策疾患であるがん、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あります。将来の健康影響や経済損失を回避するため、たばこ対策の着実な実行が必要です。



(厚生労働省 「健康日本21」)

#### (1) 基本的な考え方

たばこ対策は、「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。

喫煙と受動喫煙は、いずれも多く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。

#### (2) 現状・課題と目標

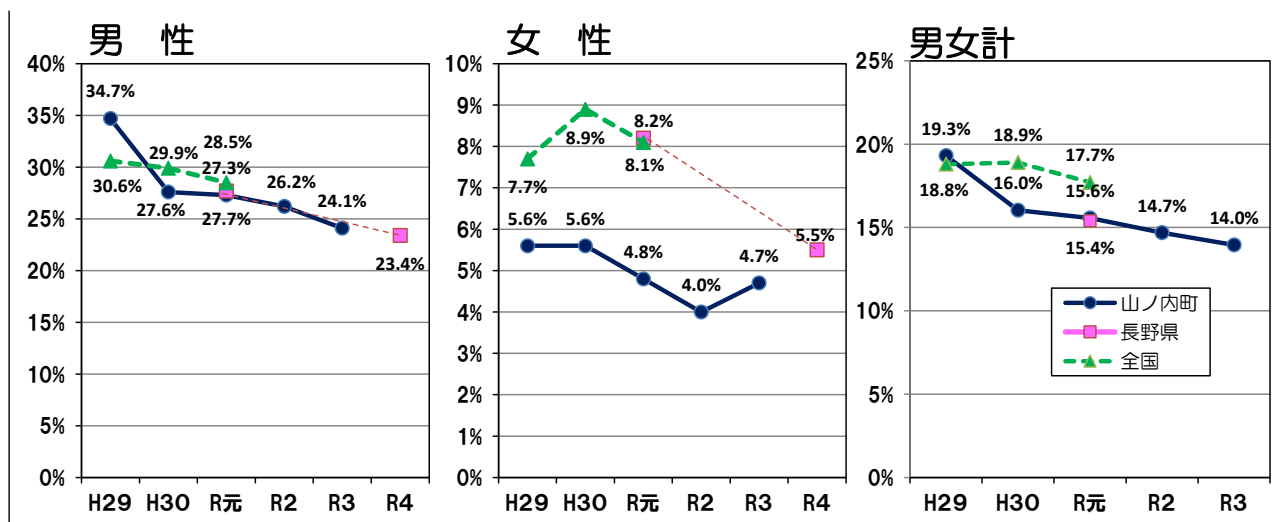
##### ① 喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）

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

## 第2章 課題別の実態と対策

当町の40～74歳の喫煙率は、全国と比較すると低く推移していますが、男性は年々低下しているのに対して女性は増加傾向であります。【図表67】

【図表67】喫煙率の推移



(特定健診問診結果)

たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけでは、やめたくてもやめられないことが多く、今後は喫煙をやめたい人に対する禁煙支援と同時に、健診データに基づき、喫煙によるリスクがより高い人への支援が重要になります。

### ② 20歳未満の者の喫煙をなくす

当町では、未成年喫煙の実態は把握していませんが、学校教育の薬物乱用防止教育の中で、喫煙による発達・健康被害について教育を行っており、今後も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。

### ③ 妊娠中の喫煙をなくす

妊娠中の喫煙は、胎児や母乳授乳による乳児への影響もあるので、妊娠を考えた時点で喫煙をやめるよう、今後も啓発していきます。

## (3) 今後の対策

### ① たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

- ・ 種々の保健事業の場での禁煙の助言や情報提供
- ・ 母子健康手帳交付、乳幼児健診及び相談、がん検診等

### ② 禁煙支援の推進

- ・ 健康診査、特定健康診査の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への個別指導
- ・ 禁煙治療に医療保険が適用されることについての情報提供

## 5) 休養・睡眠

十分な睡眠や余暇は、心身の健康に欠かせません。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、心疾患や脳血管疾患の発症リスク上昇に関連し、死亡率の上昇にも関与することが明らかとなっています。また睡眠の問題はうつ病などの精神障害において、発症初期から出現し、再燃・再発リスクを高めることも知られています。

### (1) 基本的な考え方

睡眠や余暇が日常生活の中に取り入れられた生活習慣を確立することが、健康増進においては重要な課題です。より良い睡眠をとることは心身の健康の保持・増進においては極めて重要であり、良い睡眠には睡眠の質と量のいずれもが重要です。

### (2) 現状・課題と目標

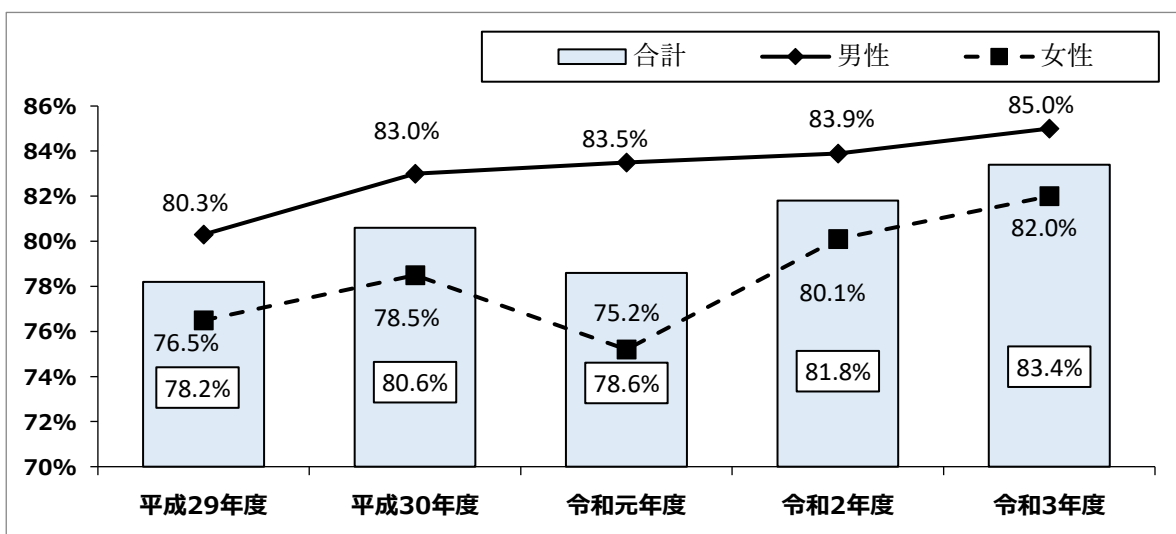
#### ① 睡眠による休養がとれている者の増加

健康日本21(第二次)において、睡眠による休養をとれていない者の有訴者率の減少を目標としていましたが、ほぼ全ての世代で有訴者率は増加していることから、引き続き睡眠習慣に対して積極的に施策を講じていく必要があります。

また、「熟眠感」「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ことや、睡眠時間と併せて評価する有用性が示されたことから、引き続き睡眠での休養感についての目標項目を設定することとしました。

当町では、特定健康診査受診者に対し、「睡眠で休養が十分とれているか」の問診項目で実態把握をしましたが、毎年7～8割の人が、「はい(=休養が十分にとれている)」との回答になっており、2～3割は十分な休養がとれていません。【図表68】

【図表68】睡眠で休養がとれている者の割合の推移



(特定健診問診票)

## 第2章 課題別の実態と対策

### (3) 今後の対策

- ① 町民の睡眠と休養に関する実態の把握
  - ・問診の結果と健診データとの突合により、町民の睡眠と健康に関連する事項について明確化
  
- ② 睡眠と健康との関連等に関する教育の推進
  - ・種々の保健事業の場での教育や情報提供

## 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。近年では口腔の健康が全身の健康にも関係していることが指摘されるなど、全身の健康を保つ観点からも、歯・口腔の健康づくりへの取り組みが必要となっています。

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」では、歯科口腔保健の推進に関する基本理念等が定められており、国及び地方公共団体の責務等が示されています。

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）として取り組むものとされています。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、歯科口腔保健に関する施策等を総合的に推進していきます。

### （1）基本的な考え方

#### ① 発症予防

歯科疾患の予防は、「う蝕予防」および「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、一人ひとりが自身の歯・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要因が関係します。また、誤嚥性肺炎の予防等のため、口腔ケアの重要性が高まってきています。

### （2）現状・課題と目標

#### ① 歯周病を有する者の割合の減少

歯周病は、日本人に歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。

歯周病のうち、歯肉に限局した炎症が起こる病気を歯肉炎、他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっています。また、近年、歯周病と糖尿病や循環器疾患との関連性について指摘されていることから、歯周病予防は成人期以降の健康課題の一つです。歯周炎が顕在化し始めるのは40歳以降と言われており、高齢期においても歯周病対策を継続して実施する必要があることから、歯周炎を有する者の割合の減少に向けた取り組みを検討します。

#### ② 歯周病検診の受診者の増加

当町では、平成12年度から特定健康診査と合わせて歯科検診を実施してきました。平成28年度より町内歯科医療機関にて、20・30・40・50・60・70歳の者を対象に歯周病検診として実施してきましたが、受診率の伸び悩みがみられ、受診率向上のために、周知の工夫や検診機関・検診対象者の拡大を検討していきます。【図表69】

第2章 課題別の実態と対策

【図表 69】成人歯周病検診 受診者数の推移

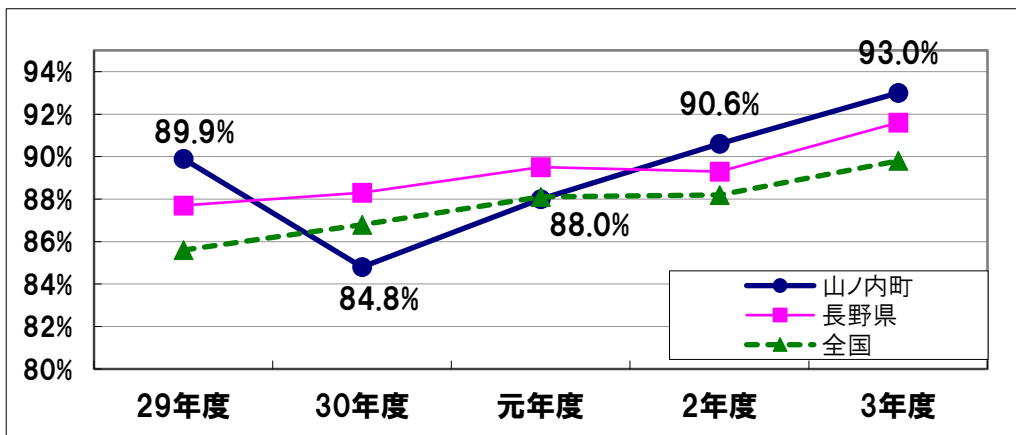
	28年度	29年度	30年度	元年度	2年度	3年度
対象者数	886	954	935	857	870	824
受診者数	60	77	54	60	34	45
受診率	6.8%	8.1%	5.8%	7.0%	3.9%	5.5%

(成人歯周病検診結果)

③ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

当町の3歳児でう蝕がない児の割合は、微増しています。【図表 70】

【図表 70】3歳児でう蝕がない者の割合の推移



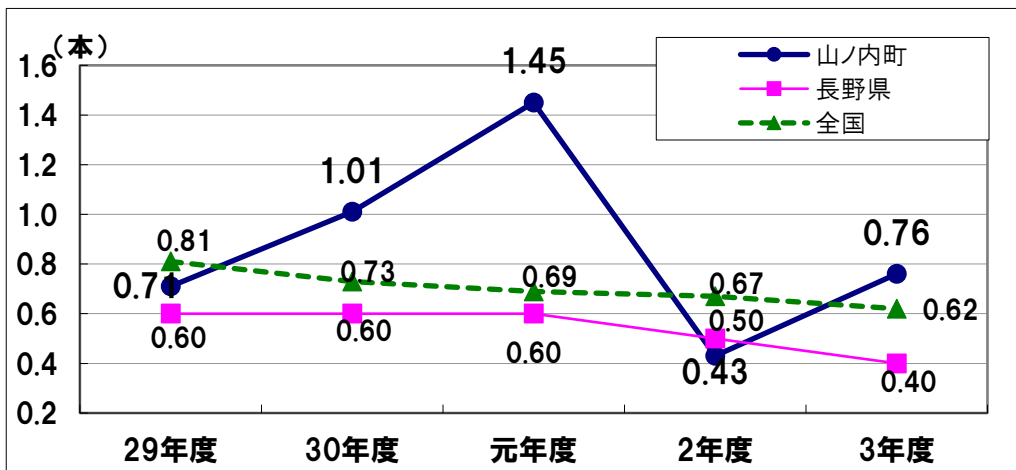
(国・県：地域保健・健康増進事業報告、町：3歳児健診)

また、永久歯については、永久歯う蝕の代表評価指標である12歳児の一人平均う蝕数の全国数値は、0.62歯に対し、町は0.76歯と多く、また県数値よりも多い状況でした。【図表 71】

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、乳児期から保育園、学校と継続とした歯科保健指導を実施していきます。

【図表 71】12歳児の1人平均う蝕数の推移（当町は中学1年生で算出）



(学校保健統計)

**(3) 今後の対策**

- ① 成人に対する歯周病検診の推進
  - ・ 歯周病検診の周知の工夫
  - ・ 検診機関・検診対象者の拡大を検討する
  
- ② 専門家による定期管理と支援の推進
  - ・ 健康相談（7 か月児、離乳食教室）
  - ・ 乳幼児歯科検診（1 歳 6 か月児、2・3 歳児）
  - ・ 保育園歯科保健指導（町内全保育園）
  - ・ 小中学校歯科保健指導（町内全小中学校）
  - ・ 高齢者口腔機能向上事業（介護予防事業）

## 4. ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

社会がより多様化することや、人生100年時代が本格的に到来することを踏まえ、集団・個人の特性をより重視しつつ健康づくりを行うことが重要です。健康課題や取り巻く状況は、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）ごとに異なっており、健康日本21（第二次）では、こうした現状も踏まえ、ライフステージに応じた健康づくりを進めてきました。

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）の観点を取り入れることが「誰一人取り残さない健康づくり」には重要です。

### （1）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、妊婦の健康がこどもの健康にも影響することから、母子保健法や育成医療等基本方針に基づく取り組みとも連携しつつ、こどもの健康を支える取り組みを進めるとともに、妊婦の健康増進を図る
- ・ 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
- ・ 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

こうしたことを踏まえた、生涯を通じた健康づくりの取組が重要です。【図表72】

【図表72】生活習慣病の予防をライフコースアプローチの視点で考える

糖尿病（耐糖能異常）の問題を解決するためにライフコースアプローチの視点で考える - 基本的考え方 - (ライフステージで、法に基づく健診項目をみてみました)														
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>発症予防</span> <span>重症化予防</span> </div>														
1 根拠法	健康増進法													
	母子保健法			児童福祉法			学校保健安全法			労働安全衛生法 <small>(学校職員は学校保健安全法)</small>		高齢者の医療の確保に関する法律 <small>(介護保険)</small>		
2 計画	健康増進計画（県）（市町村努力義務）【他計画と内容が重複する場合は計画を一体のものとして策定することも可能】													
	データヘルス計画（保健事業実施計画）（各保険者）													
3 年代	妊婦 (胎児期)		産婦	0歳～5歳			6歳～14歳		15～18歳	～29歳	30歳～39歳	40歳～64歳	65歳～74歳	75歳以上
	妊婦健康診査 (13条)		産婦健康診査 (13条)	乳幼児健康診査 (第12・13条)			保育所・幼稚園健康診査		就学時健診 (11・12条)	児童・生徒の定期健康診断 (第1・13・14条)		定期健康診断 (第66条)	特定健康診査 (第18・20・21条)	後期高齢者健康診査 (第125条)
5 対象者 健診内容	妊娠前	妊娠中	産後1年以内	乳児	1.6歳児	3歳児	保育園児 / 幼稚園児	小学校	中学校	高等学校	労働安全衛生規則 (第13・44条)	標準的な特定健診・保健プログラム(第2章)	指導	
	血糖	95mg/dl以上									空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上			
	HbA1c	6.5%以上									6.5%以上			
	50GCT	1時間値 140mg/dl以上												
	75gOGTT	①空腹時92mg/dl以上 ②1時間値180mg/dl以上 ③2時間値153mg/dl以上										空腹時126mg/dl以上または2時間値200mg/dl以上		
	(診断) 妊娠糖尿病	空腹時126mg/dl以上 HbA1c6.5%以上 75OGTTの①～③の1点以上満たすもの												
	身長													
	体重													
	BMI											25以上		
	肥満度				かつ18以上	肥満度15%以上		肥満度20%以上						
尿糖	(+)以上					(+)以上					(+)以上			
糖尿病家族歴														



(2) 現状・課題と目標

① 適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）

第2章3の1) 栄養・食生活【図表49】に示すとおり、ライフステージごとの評価指標が若年女性のやせは低出生体重児を出産するリスクが高いことや、低出生体重等の胎内での低栄養状態は、成人期に2型糖尿病、冠動脈疾患等を発症するリスクが高まることが知られています。

また、幼児期から思春期の肥満は成人肥満に移行し、将来の生活習慣病のリスクを高めます。

さらに、高齢者の肥満や低栄養は、生活習慣病の重症化やロコモティブシンドロームのリスクが高まります。こうしたことから、生涯を通じた適正体重の維持の取り組みが将来の疾病予防や次世代の健康づくりの観点から重要です。

再掲【図表49】ライフステージにおける適正体重の評価指標

ライフステージ	妊娠期	出生	学童期	成人期		高齢期
	20歳代女性	出生児	小学校5年生	20～60歳男性	40～60歳女性	65歳以上
評価指標	やせの者	2,500g未満の低体重児	肥満傾向児(肥満度20%以上)	肥満者	肥満者	BMI20以下
国の現状	20.7%	9.4%	男子:14.91% 女子:6.63%	35.1%	22.5%	16.8%
	(令和元年)	(令和元年)	(令和3年度)	(令和元年)	(令和元年)	(令和元年)
山ノ内町の現状	12.1%	13.2%	男児:13.33% 女児:7.14%	36.0%	21.1%	16.3%
	20.0%					
	(令和3年度)	(令和3年度)	(令和3年度)	(令和3年度)	(令和3年度)	
データソース	(上段)妊娠届出時 (下段)特定健診結果	新生児台帳	学校保健統計	特定健診結果		特定健診・後期高齢者健診結果

(3) 今後の対策

① ライフステージに対応した生活習慣・社会環境の改善

第2章3.生活習慣・社会環境の改善に示す取り組みをライフステージに応じて経時的に取り組む

② 女性の健康づくりに関する情報提供

- ・各種健（検）診等の機会による、ライフステージごとの女性の健康問題（女性ホルモンの影響等による健康問題、女性の喫煙・飲酒の健康リスク）の普及啓発
- ・女性特有のがんに関する発症予防・重症化予防  
（子宮頸がんワクチン接種、子宮頸がん検診、乳がん検診の実施）
- ・妊産婦への伴走型支援（妊娠・出産・産後の母体の変化に応じた健康問題への相談等）
- ・ロコモティブシンドロームの予防（骨検診の実施と結果に応じた保健指導の実施）

## 5. 目標の設定

国民運動では、目標の設定に当たっては「科学的根拠に基づいた実態把握が可能な具体的目標の設定」、「実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定」、「目標とされた指標に関する情報収集に現場が疲弊することなく、既存のデータの活用により、自治体が自ら進行管理できる目標の設定」が示されています。

特に、自治体自らが目標の進行管理を行うことができるように、設定した目標のうち、重要と考えられる指標については、中間評価を行う年や、最終評価を行う年以外の年においても、政策の立案に活用できるよう、既存の統計調査で毎年モニタリングすることが可能な指標とすることが望ましいとされました。

そのために、目標項目として設定する指標について、既存のデータで自治体が活用可能と考えられるものの例示もされました。

これらを踏まえ、当町でも、毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映させることができる目標を設定します。【図表 73】

【図表73】山ノ内町の目標の設定

分野	項目	山ノ内町			国		
		現状値(R3)	目標案(R15)	ターゲット			
健康寿命	1 健康寿命の延伸(平均自立期間)	男性 81.1	平均寿命の増加を上回る健康寿命の増加		現状値(R3)	目標案	
		女性 84.0			男性 79.9 女性 84.2	平均寿命の増加を上回る健康寿命の増加 R14	
がん	1 がんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり) *1	112.5	減少傾向へ R11~15	①	110.1	減少傾向へ R10	
		H29~R3					
	2 がん検診の受診率の向上(40~69歳)	男性 23.3%				男性 48.0%	
		女性 15.9%				女性 37.1%	
		男性 23.8%			②	男性 45.6%	R元
		女性 40.4%				女性 47.8%	
	・ 肺がん	男性 25.4%				男性 40.9%	
		女性 37.6%				女性 43.7%	
	・ 大腸がん	男性 36.4%				女性 47.4%	
		女性 59.7%					
・ 子宮頸がん(20~69歳、2年に1回以上)							
	女性 36.4%						
・ 乳がん(2年に1回以上)							
	女性 59.7%						
循環器疾患	1 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり) *2	男性 63.3					
		女性 49.6					
	① ・ 脳血管疾患	H29~R3					
		男性 142.1			①	93.7	
	女性 93.8				女性 55.1		
	② ・ 心疾患					男性 193.8	R10
		女性 93.8				女性 110.2	
	2 高血圧の改善						
		25.7%	減少	③		131.1mmHg	R元 R14 収縮期血圧平均値の5mm減少
	・ 高血圧(140/90mmHg以上)の者の割合						
男性 7.9%					男性 9.1%	R元	
3 脂質異常症の減少	女性 10.0%				女性 12.3%	R元	
	男性 18.4%						
・ LDLコレステロール値160mg/dl以上の者の割合	該当者 13.3%						
	予備群 12.8%						
4 メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少	減少率						
	減少						
5 特定健診・特定保健指導の実施率の向上							
	51.2%	60%		③	56.5%		
① ・ 特定健診受診率	74.6%	80%			24.6%		
	1人	現状維持又は減少	④		15,271人	R14 12,000人	
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)	75.0%	現状維持又は減少			67.6%	R元 R14 75%	
	0.6%	現状維持又は減少	③		1.32%	R元 R14 1.0%	
3 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(HbA1c8.0%以上の者の割合の減少)							
	7.4%	6%				R元 R14 1,350万人	
4 糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c6.5%以上の者の割合)							

◎は国の目標をすでに達成

第2章 課題別の実態と対策

分野	項目	山ノ内町		国
		現状値(R3)	目標案(R15)	
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)①~④に非該当	82.5%	◎現状維持又は減少	60.3%
	①・20~30歳代女性のやせの割合(特定健診)	20.0%	15%未満	15%未満
	②・20~60歳代男性の肥満者の割合の減少	36.0%	30%未満	R元
	③・40~60歳代女性の肥満者の割合の減少	21.1%	15%未満	15%未満
	④・低栄養傾向(BMI20以下)の高年齢者の割合の増加の抑制	16.3%	13%未満	13%未満
	2 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 ※1	13.2%	減少	9.4%
	・肥満傾向にある子どもの割合の減少	13.3%		12.58%
	3 (小学校5年生の中等度・高度肥満傾向児(肥満度20%以上)の割合)	7.1%	全体 9.0%	9.26%
		9.7%		10.96%
				減少
身体活動・運動	1 日常生活における歩数の増加 (日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者)			
	①・20~64歳	男性 43.2%	45%	7,864歩
		女性 45.3%	45%	6,685歩
	②・65歳以上	男性 47.5%	50%	5,396歩
		女性 51.1%	50%	4,656歩
	2 運動習慣者の割合の増加	総数 27.8%	40%	28.7%
	①・20~64歳	男性 22.1%	30%	23.5%
		女性 19.9%	30%	16.9%
	②・65歳以上	男性 33.5%	50%	41.9%
		女性 29.7%	50%	33.9%
飲酒・喫煙 休養・睡眠	1 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 14.9%	11.0%	14.9%
		女性 8.6%	6.0%	9.1%
		総数 11.6%	9.0%	11.8%
	2 喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)	総数 14.0%	◎現状維持又は減少	16.7%
	1 睡眠による休養を十分とれている者の割合(20歳以上)	83.4%	◎現状維持又は増加	78.3%
	1 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 ※2			
	①・3歳児でう蝕がない者の割合の増加	93.0%	◎現状維持又は増加	88.1%
	②・12歳児の1人平均う蝕数(永久歯)の減少	0.7本	◎現状維持又は減少	68.2%
	2 歯科検診の受診者の増加	5.5%	10%	52.9%

◎は国の目標をすでに達成

※1 成育医療等基本方針の指標

※2 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の指標

\* S60年人口モデル、\* H27年人口モデルを使用(国算出方法と統一)

\* 地域保健事業報告の受診率

\* 身体活動・運動の①日常生活における歩数の増加については、町では歩数が未把握の為、健診の問診より、

日常生活において歩行又は同等程度の身体活動を1日1時間以上実施する者の割合を目標値とした

【データソース】

- ①町死亡統計
- ②地域保健事業報告
- ③町国保特定健診・健康診査
- ④町国保レセプト・障害者手帳交付状況等
- ⑤町3歳児健診
- ⑥町学校保健統計
- ⑦町新生児台帳
- ⑧町保健予防事業概況書

# 第3章 地域別の現状と対策

当町では、沿革の特徴から、東南西北の4地域に分かれますが、東部地区は地域が広い為、区単位に分けて保健活動を展開しています。【図表 74】

各地域それぞれの生活習慣・食習慣等の特徴が健診データ等健康状態に表れていることが分ります。【図表 75】【図表 76】 これらを踏まえ、地域の特徴に応じた健康増進の対策を次のように推進します。

【図表 74】

## 地域単位の状況【山ノ内町】

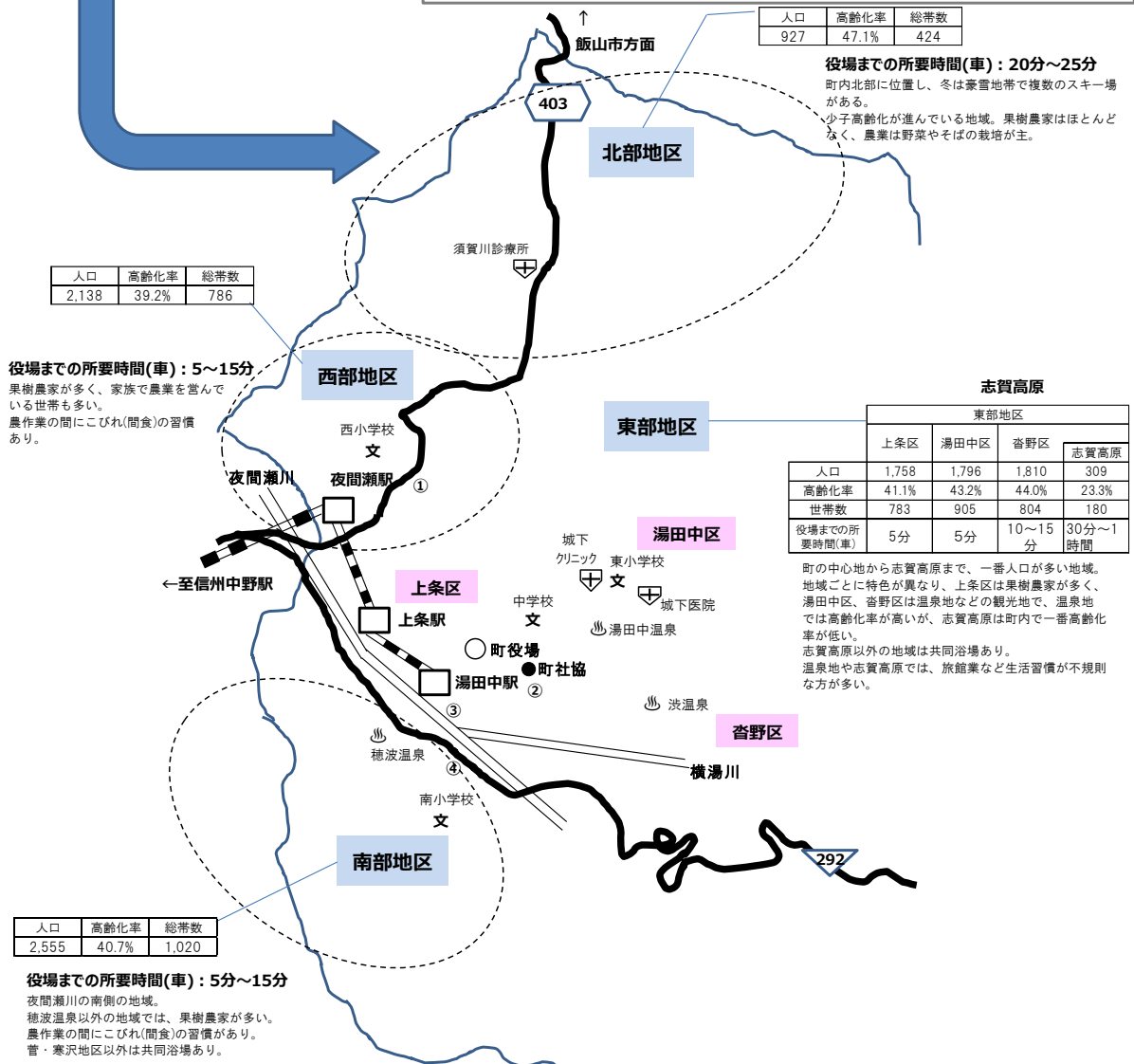
日常生活圏域数	1
---------	---



町の概要	人口	高齢化率	被保険者数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
	11,318	42.1%	3,292	25.1%	16.9%	58.0%

長野県の北東部、上信越高原国立公園の中心にあり、山林原野が約89%（うち7割が志賀高原）。  
 集落は河岸段丘や扇状地状の緩やかな斜面に発達している。  
 夜間瀬川、横湯川流域には湯田中温泉、渋温泉などの温泉地、志賀高原、北志賀高原はスキー場などの観光地となっている(外国人観光客が増加、外国人の宿泊は年間約9万人)。  
 その他の平地は果樹などの農地となっている(総農家数925(自給的農家数326、販売農家数599))。  
 農地面積610ha、うち樹園地488ha

**気候**：平均気温 12.2℃ 積雪最深 107cm  
**交通**：長野電鉄(長野～湯田中)の終点となっている。町民の交通手段は自家用車が主。  
**医療**：町内に病院2件(内科、脳神経外科、眼科)、診療所1件(金曜午後のみ)、歯科医院3件。基幹病院は隣接する中野市にあり、町外の医療機関へ受診する住民も多い。  
**買物**：コンビニ4件(地図①～④)、ドラッグストア(チェーン店)1件。食料品の買い物は町外スーパー。車で20分圏内にスーパー8店舗あり。最も利用が多いスーパーは町中心部から車で10分。



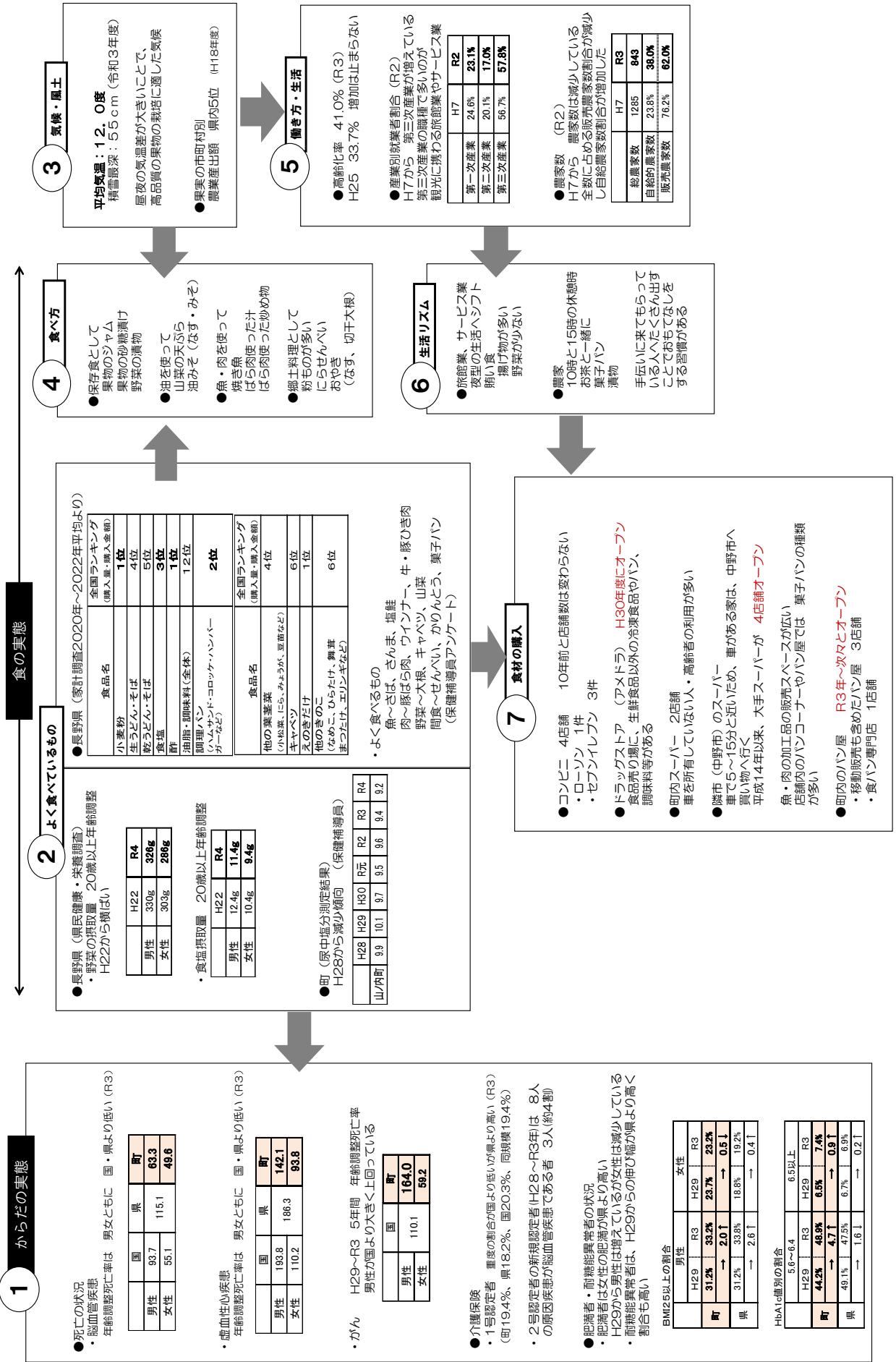
第3章 地域別の現状と対策

【図表 75】山ノ内町の地区別特定健康診査結果（令和3年度）

地区	健診受診者数	平均年齢	メタボリックシンドローム関連因子										動脈硬化危険因子				臓器障害			
			BMI		腹囲		HbA1c		高血圧		LDL-c		蛋白尿		eGFR					
			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		
全地区	1292	64.8	362	28.0%	467	36.1%	96	7.4%	38	2.9%	333	25.8%	61	4.7%	313	24.2%	114	8.8%	238	23.1%
志賀高原・ 沓野区	192	66.3	54	28.1%	70	36.5%	11	5.7%	5	2.6%	50	26.0%	12	6.3%	43	22.4%	25	13.0%	33	20.9%
湯田中区	158	65.0	43	27.2%	58	36.7%	9	5.7%	5	3.2%	41	25.9%	7	4.4%	28	17.7%	10	6.4%	30	23.4%
上条区	189	64.4	55	29.1%	70	37.0%	11	5.8%	3	1.6%	46	24.3%	7	3.7%	47	24.9%	15	7.9%	39	24.5%
南部	346	65.1	100	28.9%	135	39.0%	33	9.5%	9	2.6%	88	25.4%	18	5.2%	91	26.3%	35	10.1%	73	25.6%
西部	301	63.3	71	23.6%	92	30.6%	16	5.3%	8	2.7%	63	20.9%	10	3.3%	73	24.3%	22	7.3%	44	20.3%
北部	106	65.9	39	36.8%	31	29.2%	16	15.1%	8	7.5%	45	42.5%	7	6.6%	31	29.2%	7	6.6%	19	23.2%

(特定健診結果)

【図表 76】山ノ内町の地域の実態と食・からだの実態を結ぶ



## 第4章 計画の推進

### 1. 健康増進に向けた取り組みの推進

#### 1) 活動展開の視点

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

町民の健康増進を図ることは、急速に高齢化が進む町にとっても、一人ひとりの町民にとっても重要な課題です。

したがって、健康増進施策を町の重要な行政施策として位置づけ、いきいき健康推進プランやまのうち（第三次）の推進においては、町民の健康に関する各種指標を活用し、取り組みを推進していきます。

取り組みを進めるための基本は、一人ひとり個々のからだの状態（健診結果）をよく見ていくことです。

**一人ひとりのからだの状態は、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、それぞれの問題解決は画一的なものではありません。一人ひとりの生活の状態や、能力・ライフステージに応じた主体的な取り組みを重視して、健康増進を図ることが基本になります。**

当町としては、個人の理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力を身につけるために、科学的な根拠に基づいた支援を積極的に進めます。同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、ともに生活を営む家族や、地域の習慣や特徴など、共通性の実態把握にも努めながら、地域の健康課題に対し、町民が共同して取り組みを考え合うことによって、個々の気づきが深まり、健康実現に向かう地域活動を支援します。

これらの活動が、国民運動の4つの基本的な方向を実現させることであると考えます。

#### 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り組み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、健康増進法第6条で規定された健康増進事業実施者との連携が必要です。

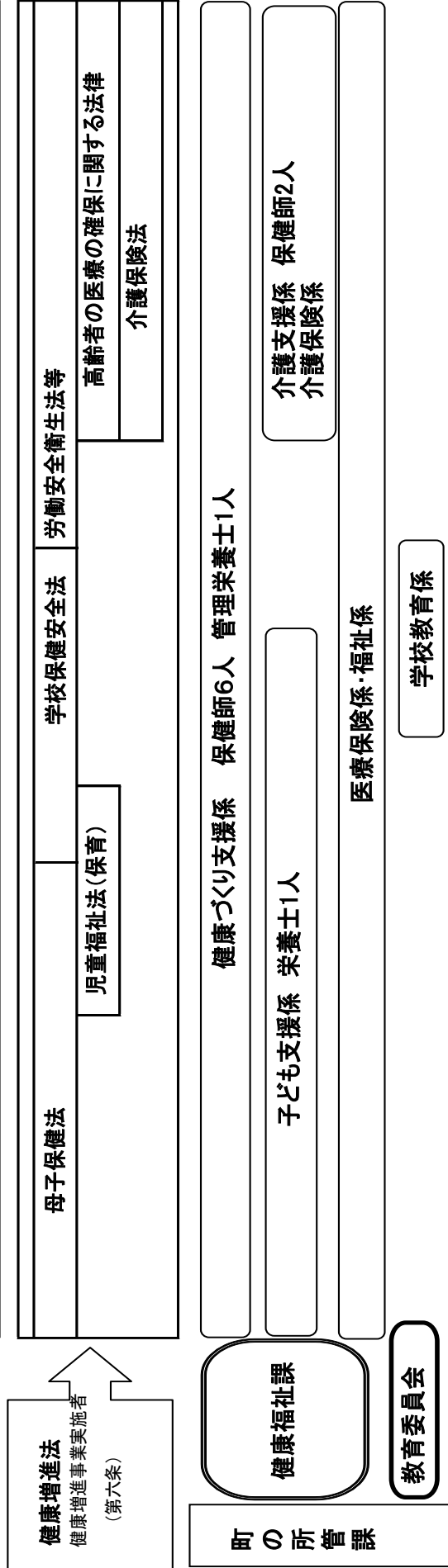
当町庁内における健康増進事業の実施部門は、さまざまな部署にわたるため、今後も庁内関係各課との連携を図っていきます。【図表 77】

また、町民の生涯を通じた健康の実現を目指し、町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、薬剤師会などに加え、健康づくり推進協議会の構成団体等とも十分に連携を図りながら、関係機関、関係団体、行政等が協働して進めていきます。



【図表 77】ライフステージに応じた健康の推進・連携を図るための町庁内の関係機関

妊娠中(胎児) 新生児 1歳6ヶ月 3歳 保育園児 小・中・高校生 20歳 40歳 50歳 60歳 75歳



母子健康手帳 (第16条) 妊産婦健康診査 (第13条)	母子保健法		(省令) 児童福祉施設最低基準 第35条	学校保健安全法 健康診査(第13条)	健康増進法 第十九条の二	労働安全衛生法 健康診査(第66条)	高齢者の医療の確保に関する法律 特定健診(第20条)
	新生児の訪問指導 (第111条)	健康診査 (第12・13条)					
妊婦健診・産婦健診	新生児訪問	1歳6ヶ月児健診 3歳児健診	厚生労働省令 保育所保育指針「第5章健康および安全」	学校健診	健康診査	定期健康診断	特定健診
平成8年11月20日時発第934号 厚生省児童家庭局長通知「第4 妊娠時の母性保健」平成21年2 月27日雇児母発0227001号厚 生労働省雇用均等・児童家庭局 母子保健課長通知「2妊婦健康 診査の内容について」	新生児	1歳 6ヶ月 3歳 該当年齢	幼稚園 保育所 (幼稚園は学校保健 安全法のもと実施)	小・中・高 校 年1回	18~39歳 年1回	40歳未満 年1回	40~74歳 年1回
8週前後 26週前後 36週前後	新生児	該当年齢		大学 年1回			75歳以上 年1回
年間14回	該当年齢	該当年齢					

## 2. 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

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

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つくられるものではなく、社会の最小単位である「家族」の生活習慣や、その家族が生活している「地域」などの社会的条件のなかでつくられています。

それぞれ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、町民の健康増進に関する施策を推進するためには、地区担当制による保健指導等の健康増進事業の実施が必要になります。

当町の保健師配置数は、第二次計画策定時は保健衛生部門への配置が県平均より少ない状況でしたが、令和5年度調査では県平均を上回り、より発症予防・重症化予防に重点を置いた保健事業の実施体制となっています。【図表78】【図表79】

国では、保健師等については、予防接種などと同様、必要な社会保障という認識がされている中で、単に個人の健康を願うのみでなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、今後も健康改善の可能性や経済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務に取り組んでいくために、保健師等の配置の検討を進めていきます。

また、健康増進に関する施策を推進するためには、資質の向上が不可欠です。

**「『公衆衛生』とは、健康の保持増進に役立つ日進月歩の科学技術の研究成果を、地域社会に住む一人ひとりの日常生活の中にまで持ち込む社会過程」（橋本 正己）です。**

保健師や管理栄養士などの専門職は、最新の科学的知見に基づく研修や学習会に積極的に参加して自己研鑽に努め、効果的な保健活動が展開できるよう資質の向上に努めます。

【図表 78】令和5年度 長野県（町部）保健師配置状況

発症・重症化予防のため保健部門（予防）に先行投資

保健師数：「R5年5月1日現在保健師活動領域調査」

市町村名	保健部門			福祉部門 (内訳)							その他			常勤保健師総数
	常勤	割合	臨時嘱託	常勤	割合	福祉	地域包括支援センター	介護保険	その他	臨時嘱託	常勤	割合	臨時嘱託	
飯島町	6	100.0%	1		0.0%						0	0.0%	3	6
高森町	5	100.0%		0	0.0%						0	0.0%		5
松川町	5	100.0%	1		0.0%					1	0	0.0%		5
池田町	6	85.7%	3	1	14.3%			(1)				0.0%		7
立科町	4	80.0%		1	20.0%			(1)			0	0.0%		5
南木曾町	4	80.0%	3	1	20.0%			(1)			0	0.0%		5
坂城町	7	77.8%		2	22.2%	(1)	(1)				0	0.0%		9
下諏訪町	7	77.8%		1	11.1%	(1)					1	11.1%		9
山ノ内町	6	75.0%	1	2	25.0%		(2)				0	0.0%		8
軽井沢町	7	70.0%		2	20.0%		(2)				1	10.0%		10
佐久穂町	8	66.7%	3	3	25.0%		(3)				1	8.3%		12
箕輪町	9	64.3%	6	3	21.4%	(3)					2	14.3%		14
長野県計	479	64.0%	151	188	25.1%	(64)	(57)	(57)		37	92	12.3%	11	749
辰野町	6	60.0%	4	4	40.0%	(1)	(3)					0.0%		10
木曾町	6	60.0%	2	2	20.0%			(2)		1	1	10.0%		10
御代田町	3	60.0%	1	2	40.0%		(2)			1	0	0.0%		5
飯綱町	4	57.1%	3	2	28.6%		(2)			1	1	14.3%		7
小布施町	4	57.1%		3	42.9%		(3)				0	0.0%		7
信濃町	3	50.0%		3	50.0%		(3)				0	0.0%		6
長和町	3	50.0%	1		0.0%						3	50.0%		6
小海町	2	50.0%		2	50.0%		(2)				0	0.0%		4
上松町	3	42.9%	2	4	57.1%	(1)		(3)			0	0.0%		7
阿南町	2	40.0%	1	2	40.0%		(2)			1	1	20.0%		5
富士見町	5	35.7%	1	4	28.6%	(1)		(3)		1	5	35.7%		14

【図表 79】令和5年度 山ノ内町保健師・栄養士職員配置状況（正規職員）

■保健師（業務配置）

保健部門	保健衛生	6名(5.7名)
福祉部門	介護・包括	2名
	子育て	
その他	総務課	0名(0.3名)

■栄養士

保健部門	保健衛生	1名
福祉部門	介護・包括	
	子育て	1名
その他	総務課	

## 資料

初出	用語	解説
1	健康日本 21	▶健康増進法に基づき策定された「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」のこと
1	PDCA サイクル	▶業務を継続的に改善していく手法の一つ。Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Act（改善）の4つの頭文字を取ったもの
1	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
1	健康格差	▶地域や社会経済状況の違いによる健康状態の差
1	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
2	ロコモティブシンドローム	▶運動器の障害のために立ったり歩いたりするための身体能力（移動機能）が低下した状態。日本整形外科学会が2007年に提唱
3	慢性閉塞性肺疾患（COPD）	▶長期にわたる肺へのダメージが原因となり、肺に炎症が起き、呼吸に支障をきたす疾患。慢性気管支炎と肺気腫を総称する語
3	特定健康診査	▶平成 20 年 4 月から医療保険者に義務付けられた生活習慣病予防のために 40 歳から 74 歳を対象とするメタボリックシンドロームに着目した健診
3	特定保健指導	▶生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が生活習慣を見直すサポートを行う
3	メタボリックシンドローム	▶内臓脂肪の蓄積に、脂質異常・高血圧・高血糖のうちいずれか 2 つ以上をあわせもった状態
3	脳血管疾患	▶脳内の動脈が破れたり、詰まったりすることで血液が流れなくなり、脳に障害が及ぶもので、一般に脳卒中といわれるものなど、脳血管に関する病気の総称
3	虚血性心疾患	▶心臓を動かしている筋肉である心筋の血液の流れが低下又は遮断され障害が生じた状態をいう。主な疾患は、狭心症と心筋梗塞。冠動脈(心筋に酸素栄養を送る血管)が動脈硬化で狭くなったり、詰まったりすることが原因
3	年齢調整死亡率	▶人口 10 万人あたりの死亡数から、高齢化など年齢構成の変化の影響を取り除き、都道府県間で比較できるようにしたもの
6	第 1 号被保険者 第 2 号被保険者	▶介護保険制度における 65 歳以上を第 1 号被保険者、40 歳から 64 歳までの医療保険加入者を第 2 号被保険者と区分している
6	平均自立期間	▶日常生活動作が自立している期間の平均。要介護 2 以上
6	要介護認定	▶介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする要介護状態になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要になった要支援状態になった場合に、介護サービスを受けることができる。介護を必要とする度合い（要介護状態区分）を判定する
6	後期高齢者医療保険	▶75 歳以上の人が加入する医療制度
6	最大医療資源傷病名	▶医療のレセプトデータから最も医療資源（診察行為、医薬品等）を要したものを決定し、主傷病とするもの
10	KDB（国保データベース）	▶国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して①「統計情報」、②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム

16	BMI	▶「体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)」で算出される体格指数のことで、肥満度を測るための標準的な指標。Body Mass Index の略
16	中性脂肪	▶肝臓で作られる脂質の一種で、食物から吸収されたり、体を動かしたり、体温を一定に保つエネルギー源である。中性脂肪の値が高くなり、皮下脂肪や肝臓などに過剰に蓄積されると、脂質異常症(特に高トリグリセリド血症)やメタボリックシンドローム、脂肪肝、肥満、動脈硬化などへとつながっていく
16	ALT(GPT)	▶肝機能検査の項目の一つ。アミノ酸の合成に必要な酵素で、肝臓に多く含まれ、それらの細胞に障害があると血液中に出て数値が高くなる
16	HDLコレステロール	▶「善玉コレステロール」と呼ばれる。主に体内の組織からコレステロールを受け取り、肝臓に運ぶ時の形体
16	HbA1c	▶赤血球の中にある酸素を運ぶヘモグロビンにどれくらい血液中の糖が結合したものがあわすもので、過去 1~2 か月間の平均血糖値を表す
16	尿酸	▶物質代謝の最終生産物(プリン体等)の血中濃度のこと。通常は、老廃物として尿と一緒に排泄される
16	LDLコレステロール	▶「悪玉コレステロール」と呼ばれる。LDLは、肝臓で作られたコレステロールを体内の末梢まで運ぶ機能があり、過剰になると動脈硬化などの原因となる
16	クレアチニン	▶主に腎機能の指標に用いられる数値。クレアチニンとは、筋肉中に含まれるクレアチン(筋肉を動かすときに必要なエネルギー物質)が分解されたときにできる物質のこと
16	eGFR	▶推算糸球体濾過量の略。腎臓の糸球体における血液のろ過量を見ている数値。血清クレアチニン値及び年齢・性別の条件を用い、日本人の体格を考慮した推算式に入れて算出する
20	糖尿病性腎症	▶糖尿病の合併症の一つで、腎臓の機能(主に糸球体)に障害が起きること
20	透析	▶腎臓の機能を人工的に代替する医療行為
21	レセプト	▶患者が受けた診療について、医療機関が保険者(市町村や健康保険組合等)に請求する医療費の明細書
27	アピアランスケア	▶がんやその治療に伴う外見変化に起因する身体・心理・社会的な困難に直面している患者とその家族に対し、診断時からの包括的なアセスメントに基づき、多職種で支援する医療者のアプローチ
28	細小血管障害	▶糖尿病の3大合併症として、糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害がある
34	冠動脈疾患	▶心臓の筋肉(心筋)への血液供給が部分的または完全に遮断されることで起きる病気
36	頸動脈エコー検査	▶頸動脈に対して行う超音波検査のこと。動脈硬化の早期発見や進行具合を調べる
36	血圧脈波検査	▶血管を流れる血液の脈動の速さや四肢の血圧を測り、血管の硬さと狭窄(動脈硬化の程度)を調べる
37	腎硬化症	▶高血圧等が原因で腎臓の血管に動脈硬化を起し、腎臓の障害をもたらす疾患
38	慢性腎炎	▶1年以上の長期間にわたり病変が持続することを指すが、ひとつの病気の名称ではなく、長い経過をたどる複数の腎炎の総称。最も頻度が高い腎炎は「IgA腎症」
40	インスリン	▶膵臓のβ細胞から分泌されるホルモンの一種。糖の代謝を調節し、血糖値を一定に保つ働きを持つ

## 資料

41	糖負荷検査	▶糖尿病の診断方法の一つ。糖尿病が疑われる患者に対し、短時間に一定量のブドウ糖水溶液を飲んでもらい、一定時間経過後の血糖値の値から、糖尿病が存在するかどうかを判断する検査
41	糖尿病性腎症重症化予防プログラム	▶平成 28 年 3 月に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省が連携協定を締結し、策定したプログラム。糖尿病重症化リスクの高い医療機関未受診者・受診中断者の受診勧奨、通院患者のうち重症化リスクの高い者へ主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止する取り組み。
41	アルブミン尿	▶アルブミンは尿蛋白の主な成分。糖尿病や高血圧による腎障害などの極めて初期に微量のアルブミンが尿中に排泄される。通常の尿蛋白検査では検出されない
42	サルコペニア	▶加齢や疾患により筋肉量が減少することで、全身の筋力低下および身体機能の低下が起こること
42	フレイル	▶加齢に伴う心身の機能低下（予備力の低下）を基盤とし、様々な健康障害に対する脆弱性が増加している状態
50	尿中ナトリウム検査	▶食塩摂取量の推定やその管理の指標として実施する検査で、食塩の摂取量の制限や高血圧の予防に役立つ
51	スマートミール	▶日本栄養改善学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会等 12 学会が認定した健康に資する要素を含む栄養バランスのとれた食事の通称。 スマートミールの基準は、厚生労働省の「生活習慣病予防その他の健康増進を目的として提供する食事の目安」（平成 27 年 9 月）を基本としている。その他、食事摂取基準や健康な食事に関する研究結果（エビデンス）を参考にしている
51	三つの星レストラン	▶長野県が行う食育推進計画の一環。健康づくり、長野県産食材の利用や食文化の継承、食べ残しによる生ごみの発生抑制に配慮したメニュー
51	減塩協力店	▶「減塩メニューがある」「減塩調味料を置いている」など、減塩の工夫をしている町内の飲食および食品を取り扱う店舗のこと
58	γ-GTP	▶たんぱく質を分解する酵素のひとつ。アルコールや薬剤などが肝細胞を破壊した時や、結石・がんなどで胆管が閉塞したときに、血中に出てくるもので、肝臓や胆道に病気があると異常値を示す。とくにアルコール性肝障害の指標として有効である
62	周産期	▶妊娠 22 週から出生後 7 日未満までの期間
62	受動喫煙	▶自分の意思とは無関係に周囲の喫煙者のたばこの煙を吸引させられること。受動喫煙の慢性影響として肺がん、呼吸機能障害、虚血性心疾患などの増加が指摘されている
62	乳幼児突然死症候群	▶睡眠中の赤ちゃんが死亡する原因のわからない病気で、窒息などの事故とは異なる
66	う蝕（むし歯）	▶口の中にいる細菌が作り出した酸によって、歯質（エナメル質と象牙質）が溶けた状態のこと
66	歯周病	▶菌の感染によって引き起こされる歯肉の炎症疾患
66	誤嚥性肺炎	▶唾液や食物などが気管から肺に垂れ込んで生じる肺炎