

健康とよおか 21（第二次）

～21世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本21(第二次))～

豊丘村健康増進計画【平成25年度～平成34年度】

平成25年3月
長野県 豊丘村

目 次

序 章 計画改定にあたって

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

第Ⅰ章 豊丘村の概況と特性

- 第1節 豊丘村の概要
- 第2節 健康に関する概況
- 第3節 豊丘村の財政状況に占める社会保障費

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

- 第1節 前計画の評価
- 第2節 生活習慣病の予防

- 1 がん
- 2 循環器疾患
- 3 糖尿病
- 4 慢性閉塞性肺疾患
- 5 次世代の健康

第3節 生活習慣の改善

- 1 栄養・食生活
- 2 身体活動・運動
- 3 飲酒
- 4 喫煙
- 5 歯・口腔の健康

----- 特定健康診査等実施計画と重なる部分

第4節 社会生活に必要な機能の維持・向上

- 1 高齢者の健康
- 2 こころの健康
- 3 休養

第5節 目標の設定

第Ⅲ章 地域別の現状と対策

- 第1節 地区の状況と課題

第Ⅳ章 計画の推進

- 第1節 健康増進に向けた取り組みの推進
 - 1 活動展開の視点
 - 2 関係機関との連携

第2節 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

第V章 豊丘村国民健康保険特定健診・特定保健指導実施計画(第二期)

第1節 制度の背景について

- 1 医療制度の目標達成と評価
- 2 特定健康診査の基本的考え方
- 3 第2次健康日本21における医療保険者の役割

第2節 第1期の評価

- 1 実施に関する目標
- 2 成果に関する目標

第3節 特定健診等実施計画について

- 1 目標値の設定
- 2 対象者の見込み
- 3 特定健診の実施
- 4 保健指導の実施

第4節 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

- 1 特定健診・保健指導のデータの形式
- 2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について
- 3 個人情報保護対策

第5節 結果の報告

第6節 特定健康診査等実施計画の公表・周知

<資 料>

序章 計画改定にあたって

第 1 節 計画改定の趣旨

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

今回、平成 25 年度から平成 34 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。)では、21 世紀の日本を『急速な人口の高齢化や生活習慣の変化により、疾病構造が変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、これら生活習慣病に係る医療費の国民医療費に占める割合が約 3 割となる中で、高齢化の進展によりますます病気や介護の負担は上昇し、これまでのような高い経済成長が望めないとするならば、疾病による負担が極めて大きな社会になる』と捉え、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組みを推進するために、下記の 5 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) 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD の予防)
- (3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- (4) 健康を支え、守るための社会環境の整備
- (5) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

また、これらの基本的な方向を達成するため、53 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。

豊丘村では平成 15 年 3 月に、「健康日本 21」の取組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、豊丘村の特徴や、村民の健康状態をもとに、健康課題を明らかにした上で、生活習慣病予防に視点を置いた、健康増進計画「健康とよおか 21」を策定し、取組を推進してきました。

今回、示された「国民運動」の基本的な方向及び目標項目については、別表Ⅰのように考え、これまでの取組の評価、及び新たな健康課題などを踏まえ、健康とよおか 21(第二次)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) 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

がん、循環器疾患、糖尿病及び COPD(慢性閉塞性肺疾患)に対処するため、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進。

国際的にも、これらの疾患は重要な NCD(Non Communicable Disease)として対策が講じられている。

*NCD 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(NCD)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 NCD が取り上げられる等、世界的に NCD の予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。

今後、WHO において、NCD の予防のための世界的な目標を設定し、世界全体で NCD 予防の達成を図っていくこととされている。

(3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

若年期から高齢期まで、全てのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上に取り組む。

(4) 健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、国民が主体的に行うことができる健康増進の取組を総合的に支援していく環境の整備。

(5) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

対象ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

第2節 計画の性格

この計画は、豊丘村第5次総合計画を上位計画とし、村民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とし、また、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「高齢者の医療の確保に関する法律」に規定する豊丘村国民健康保険特定健康診査等実施計画と一体的に策定し、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図ります。同時に、今回の目標項目に関連する法律及び各種計画との十分な整合性を図るものとします（表1）

表1

法 律	長野県が策定した計画	豊丘村が策定した計画
健康増進法	長野県保健医療総合計画	健康とよおか21（第2次）
がん対策基本法		
歯科口腔保健に関する法律		
高齢者の医療の確保に関する法律		
次世代育成対策推進法	長野県少子化対策基本計画	子どもが元気に育つ村・豊丘
食育基本法	長野県食育基本計画	
介護保険法	長野県介護保険事業計画	高齢者福祉計画・第5期介護保険事業計画

第3節 計画の期間

この計画の目標年次は平成34年度とし、計画の期間は平成25年度から平成34年度までの10年間とします。なお、5年を目途に中間評価を行います。

第4節 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組を推進するため、全村民を対象とします。

全体目標	□健康寿命の延伸 □健康格差の縮小		次世代の健康					高齢者		死亡		
			胎児(妊婦)	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	75歳			
生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	生活習慣病	が ん	□がん検診の受診率の向上								□75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少	
		循環器疾患	□特定健診・特定保健指導の実施率の向上 □メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少 □適正体重を維持している人の増加(肥満、やせの減少) □高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下) □脂質異常症の減少								□脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	
		糖尿病	□適正体重の子どもの増加 ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少								□糖尿病有病者の増加の抑制 □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(HbA1c がJDS値8.0%以上の者の割合の減少)	□治療継続者の割合の増加 □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
		慢性閉塞性肺疾患	□慢性閉塞性肺疾患(COPD)の認知度の向上									
	生活習慣	栄養・食生活	□食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加 □健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加 ア 朝・昼・夜の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加 イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 □共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少) □利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加								□適切な量と質の食事をとる者の増加 ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加 イ 食塩摂取量の減少 ウ 野菜と果物の摂取量の増加	□低栄養傾向(BMI20)の高齢者の割合の減少
		身体活動・運動	□住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加								□日常生活における歩数の増加 □運動習慣者の割合の増加	
		飲 酒	□妊娠中の飲酒をなくす □未成年者の飲酒をなくす								□生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)の割合の減少	
		喫 煙	□妊娠中の喫煙をなくす □受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関)の機会を有する者の割合の減少								□未成年者の喫煙をなくす □成人の喫煙率の減少	
		歯・口腔の健康	□乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加								□過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 □歯周病を有する者の割合の減少 □歯の喪失防止	□口腔機能の維持・向上
		社会生活の維持・必要機能の向上に必要な	高齢者の健康	□介護保険サービス利用者の増加の抑制 □足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 □就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加 □認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上								
	こころの健康		□小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加								□気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 □メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	□自殺者数の減少
	休 養		□睡眠による休養を十分とれていない者の減少 □過労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少									

個人の取組では解決できない
地域社会の健康づくり

- 地域のつながりの強化
□健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加
□健康づくりに関する活動に取り組む、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加
□健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加
□健康格差対策に取り組む自治体の増加

第Ⅰ章 豊丘村の概況と特性

第１節 村の概要

１ 位 置

豊丘村は、長野県下伊那郡の北部、天竜川の東側に位置し、東は鬼面山及び、大西山等伊那山脈を境として大鹿村、飯田市（飯田市上村）に続き南は喬木村に接しています。西は、天竜川を隔てて高森町、松川町に相對し北は間沢川を挟んで松川町に接しています。

２ 地理・地形

総面積は 76.85 k m²、東西 10.5 k m、南北 7.5 k m の地形は山林がほぼ 80% を占め集落の形成は天竜川沿岸の下段地域、河岸段丘を重ねる中断地域、山間地帯に大別されます。

３ 気 候

村下段地域でも標高は 425m あり、高いところでは 650m を超す集落もあり、内陸的で降水量も安定していますが、気温は低く特に冬は寒くなります。長野県南部に位置するため県内では暖かい地域とされますが昼夜の気温の差は激しく気温差を利用した果樹栽培が盛んです。

４ 沿 革

豊丘村は 1 万年以前の旧石器時代から人が住み土地の利を生かした独自の暮らしを拓いてきたといわれ、村内各地からは、縄文時代の土器や土偶、古墳時代の須恵器などが多数出土しています。江戸時代に、河野、堀越、田村は阿島知久氏の知行地となり林は幕府直轄地となって上伊那飯島代官所の支配に属しました。また、伴野、壬生沢、福島は美濃高須藩松平氏の所領となって山本村の竹佐代官の支配するところとなりました。明治の初め、虻川以北の地域は伊那県に、以南の地域は名古屋藩に属しましたが、明治 4 年全地域筑摩県下に編入となりました。

田村、林、伴野、福島、壬生沢は明治 8 年に合併して神稲村をつくり、河野は明治 14 年生田と別れて河野村となりました。明治 9 年には両村とも長野県の所管に入りその後昭和 30 年 4 月に河野、神稲両村が合併し現在の豊丘村が誕生しました。

第2節 健康に関する概況（表1）

国・県より比較し、問題となるもの

項 目			国 (平成22年度)		長野県 (平成22年度)		豊丘村 (平成22年度)				
1	人口動態 H22国勢調査	総人口	128,057,352	人	2,150,437	人	6,819	人			
		65歳以上人口	29,245,685	人	570,127	人	2,060	人			
		75歳以上人口	14,072,210	人	305,280	人	1,242	人			
		高齢化率	23.0	%	26.5	%	30.2	%			
		75歳以上の割合	11.1	%	14.2	%	18.2	%			
2	死亡の状況 全国:H22人口動態調査 長野県:平成22年都道府県別年齢調整死亡率	死亡原因	順位	年齢調整死亡率	順位	年齢調整死亡率	順位	人数	年齢調整死亡率		
		75歳未満の悪性新生物	1位	84.3	1位	男性:148.4 女性: 80.3 (全年齢)	1位	61人	66.5		
		虚血性心疾患	2位	男性:36.9 女性:15.3	男性:2位 女性:3位	男性:27.3 女性:11.5	2位	男性:22人 女性: 8人	54.7 22.2		
		脳血管疾患	男性:4位 女性:3位	男性:49.5 女性:26.9	男性:3位 女性:2位	男性:53.9 女性:32.3	6位	男性:29人 女性:44人	5.5 1.9		
		自殺	男性:6位 女性:8位	男性:29.8 女性:10.9	男性:5位 女性:6位	男性:31.0 女性:10.9	8位	男性:3人 女性:4人	26.9 17.0		
早世予防からみた死亡 (64歳以下) 全国:H22人口動態調査 長野県:平成20年	合計	176,549 人	14.7%	2,712 人	11.9%	11 人	11.8%				
	男性	110,065 人	18.9%	1,848 人	15.7%	6 人	12.5%				
	女性	56,584 人	10.0%	864 人	7.8%	5 人	11.1%				
3	介護保険 全国:H22介護保険事業状況報告 長野県:H22母子(介護保険事業年報)	要介護認定者	5,062,234 人		96,651 人		370 人				
		1号被保険者の認定 (1号認定者/1号人口)	4,907,439 人	16.9%	94,263 人	16.6%	366 人	17.6%			
		2号被保険者の認定 (2号認定者/2号人口)	154,795 人	0.36%	2,388 人	0.33%	4 人	0.20%			
		1人あたり介護給付費 (1号1人あたり介護給付費/1号人口)	235,049 円		250,055 円		284,016 円				
		介護給付費総額 (1号の介護給付費/1号人口)	6,839,563,804,875 円		142,203,878,915 円		602,682,952 円				
4	後期高齢者医療	被保険者数	14,059,915 人	311,637 人	1,265 人						
		1人あたり医療費	904,795 円	770,560 円	768,771 円						
		医療費総額	12,721,335,977,269 円	240,134,521,304 円	972,495,286 円						
5	国保の状況 全国・長野県:母子(国保医療給付の実態平成22年度版)	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合			
			36,058,660 人	----	583,546 人	----	1,636 人	----			
		うち 65～74歳	11,212,950 人	31.1%	197,306 人	33.8%	571 人	34.9%			
		一般	34,183,408 人	94.8%	541,291 人	92.9%	1,428 人	88.4%			
		退職	1,875,252 人	5.2%	41,625 人	7.1%	208 人	11.6%			
6	医療費の状況 医療費:1人あたり医療費×各被保険者数による概算	医療費総額 (療養諸費 概算)	医療費(概算)	1人あたり	医療費(概算)	1人あたり	医療費	1人あたり	県内順位		
			10,452,864,654,100 円	289,885 円	158,802,707,164 円	272,134 円	315,818,023 円	234,220 円	71位		
		一般	9,755,910,459,792 円	285,399 円	144,586,945,465 円	267,115 円	295,211,269 円	236,618 円	69位		
		退職	696,961,784,076 円	371,663 円	14,047,396,875 円	337,475 円	20,606,754 円	213,771 円	71位		
	(5月診療分レセプトより)	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に占める割合	治療者数	総人数に占める割合	治療者数	総人数に占める割合			
		虚血性心疾患			22,198	7.41	3.83	63	13.38	3.85	
		脳血管疾患			22,042	7.36	3.80	83	17.26	5.07	
		脂質異常症			79,754	26.64	13.75	236	50.11	14.42	
		糖尿病			53,893	18.00	9.29	148	31.80	9.05	
		高血圧症			108,770	36.33	18.76	352	74.73	21.52	
人工透析			1,432	0.48	0.25	3	2.03	0.18			
7	特定健診実施状況 全国:学習会資料より 長野県:H22法定報告 (市町村国保)	健診受診状況	健診対象者数	健診受診者数	受診率	健診対象者数	健診受診者数	受診率	健診対象者数	健診受診者数	受診率
			22,419,244 人	7,169,761 人	32.0%	374,592 人	149,885 人	40.0%	1,073 人	524 人	48.8%
		有所見順位	検査項目	有所見者数	割合	検査項目	有所見者数	割合	検査項目	有所見者数	割合
		1位				HbA1c	105,880 人	66.9%	HbA1c	283 人	56.0%
		2位				LDLコレステロール	82,932 人	51.9%	LDLコレステロール	231 人	44.1%
		3位				収縮期血圧	69,687 人	43.7%	空腹時血糖	120 人	40.1%
		4位				空腹時血糖	34,385 人	32.9%	収縮期血圧	192 人	36.6%
		5位				腹囲	45,131 人	28.3%	拡張期血圧	129 人	24.6%
		6位				中性脂肪	36,443 人	22.8%	腹囲	129 人	24.6%
		7位				BMI	35,335 人	22.1%	BMI	83 人	15.8%
		8位				拡張期血圧	34,268 人	21.5%	中性脂肪	71 人	13.5%
		9位				γ-GTP	23,000 人	14.4%	γ-GTP	65 人	12.4%
		10位				AST(GOT)	21,299 人	13.3%	AST(GOT)	51 人	9.7%
		特定保健指導	対象者数	実施者数 (修了者数)	実施率 (修了率)	対象者数	実施者数 (修了者数)	実施率 (修了率)	対象者数	実施者数 (修了者数)	実施率 (修了率)
情報提供(I・M・N)				131,821 人	--	--	450 人	--	--		
動機づけ支援(O)				12,884 人	5,152 人	40.0%	52 人	24 人	68.6%		
積極的支援(P)				5,180 人	1,473 人	28.4%	22 人	6 人	28.6%		
(再)指導中のためO・P対象者からの除外した者				27,178 人	--	--	18 人	--	--		

1 人口構成

豊丘村の人口構成を全国、長野県と比較すると、65歳以上の高齢化率及び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。豊丘村の人口(国勢調査)は、平成17年には7,051人でしたが、平成22年には6,819人となり減少傾向にあります。人口構成は、64歳以下人口が平成17年から平成22年までの5年間に、251人減少しているのに対して、65歳以上人口は、同期間で19人増加しています。高齢化率は、平成17年には29.0%でしたが、平成22年には30.2%となり、5年間で1.2ポイント高くなっており、全国(23.0%)や長野県(26.5%)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1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。

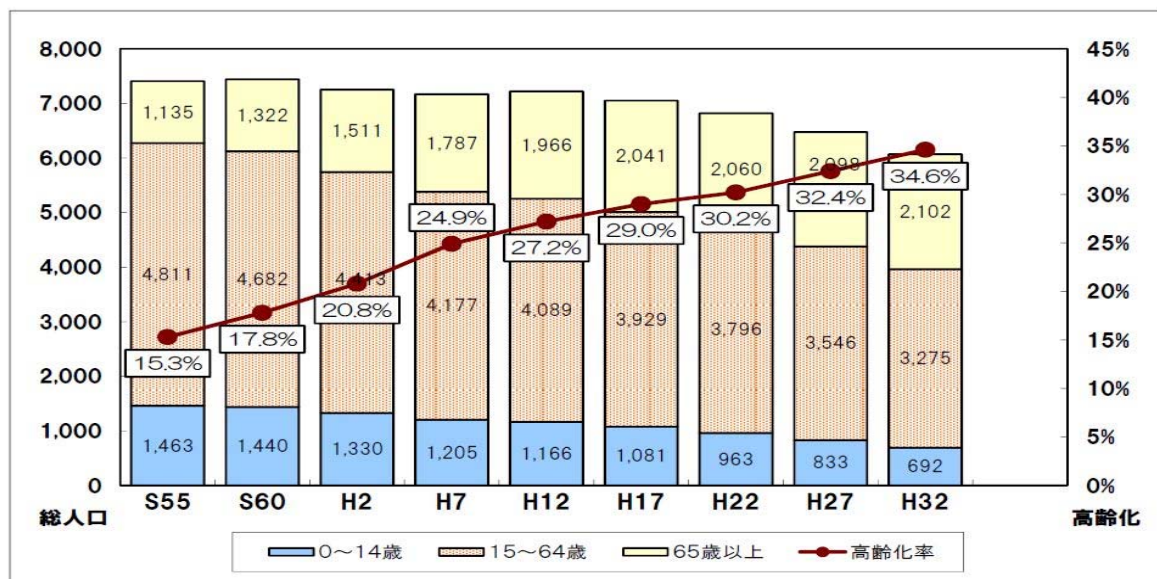
人口構成

(平成22年国勢調査)

	全 国		長野県		豊丘村	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
総人口	128,057,352	-	2,152,449	%	6,819	%
0歳～14歳	16,803,444	13.2%	295,742	13.8%	963	14.1%
15歳～64歳	81,031,800	63.8%	1,281,683	59.5%	3,796	55.7%
65歳以上	29,245,685	23.0%	569,301	26.5%	2,060	30.2%
75歳以上(再掲)	14,072,210	11.1%	304,363	14.1%	1,242	18.2%

人口の推移と推計(平成24年4月推計)

豊丘村人口の推移と高齢化率



2 死亡

豊丘村の主要死因を比較すると、虚血性心疾患による死亡が、全国や長野県よりやや高くなっています。

また、自殺による死亡率は、全国や長野県より高くなっています。

主要死因の変化を平成 18 年と比較すると、生活習慣病の悪性新生物、心疾患、脳血管疾患で、平成 18 年には 60.3%、平成 22 年は 55.4%と、全体の半数を占めていますが、割合は減少してきています。

それぞれの年齢調整死亡率は、悪性新生物と脳血管疾患では大きく減少しましたが、虚血性心疾患による死亡には、あまり変化がみられませんでした。

平均寿命

(平成 17 年国勢調査)

	全 国	長野県	豊丘村	
男性	78.8 歳	79.8 歳	80.1 歳	県下 11 位
女性	85.8 歳	86.5 歳	87.7 歳	県下 3 位

死亡原因順位

(平成 21 年度長野県衛生年報)

	全 国		長野県		豊丘村	
	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率
1 位	悪性新生物	273.5	悪性新生物	278.1	悪性新生物	333.1
2 位	心疾患	143.7	心疾患	162.6	心疾患	159.3
3 位	脳血管疾患	97.2	脳血管疾患	144.7	脳血管疾患	115.9
4 位	肺炎	89.0	肺炎	90.2	老衰	101.4
5 位	老衰	30.4	老衰	57.1	不慮の事故	86.9

豊丘村死亡原因の推移

(長野県衛生年報)

	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年	平成 21 年
1 位	脳血管疾患 14 人 198.1	悪性新生物 19 人 270.8	悪性新生物 23 人 330.6	悪性新生物 25 人 360.6	悪性新生物 23 人 333.1
2 位	悪性新生物 8 人 113.2	脳血管疾患 15 人 213.8	心疾患 17 人 244.4	心疾患 17 人 245.2	心疾患 11 人 159.3
3 位	肺炎 8 人 113.2	心疾患 13 人 185.3	脳血管疾患 7 人 100.6	脳血管疾患 16 人 23.8	脳血管疾患 8 人 115.9
4 位	心疾患 5 人 70.7	不慮の事故 6 人 85.5	老衰 7 人 100.6	肺炎 6 人 86.5	老衰 7 人 101.4
5 位	老衰 4 人 56.6	老衰・肺炎 3 人 42.8	肺炎 7 人 100.6	老衰 5 人 72.1	不慮の事故 6 人 86.9

早世死亡の状況

	全国（H22 年）		長野県（H22 年）		豊丘村（H17 年）		豊丘村（H22）	
男性	110,065 人	18.9%	1,848	14.2	6	18.5	6	12.5
女性	56,584 人	10.0%	864	7.1	2	8.0	5	11.1

H18－H22年年齢調整死亡率

		男女計	男性	女性
悪性新生物	75歳未満の 年齢調整死亡率	66.5	0.0	40.9
心臓病・心筋梗塞	虚血性心疾患の 年齢調整死亡率	36.4	54.0	22.2
脳血管疾患	年齢調整死亡率	10.2	5.5	1.9
自殺	年齢調整死亡率	22.3	26.7	17.0

3 介護保険

豊丘村の介護保険の認定率は、第 1 号被保険者は、全国や長野県より高くなっています。豊丘村の平成 24 年 3 月の要介護（支援）認定者数は、383 人であり、介護度が現在の区分となった、平成 18 年 10 月と比べて、増加しています。

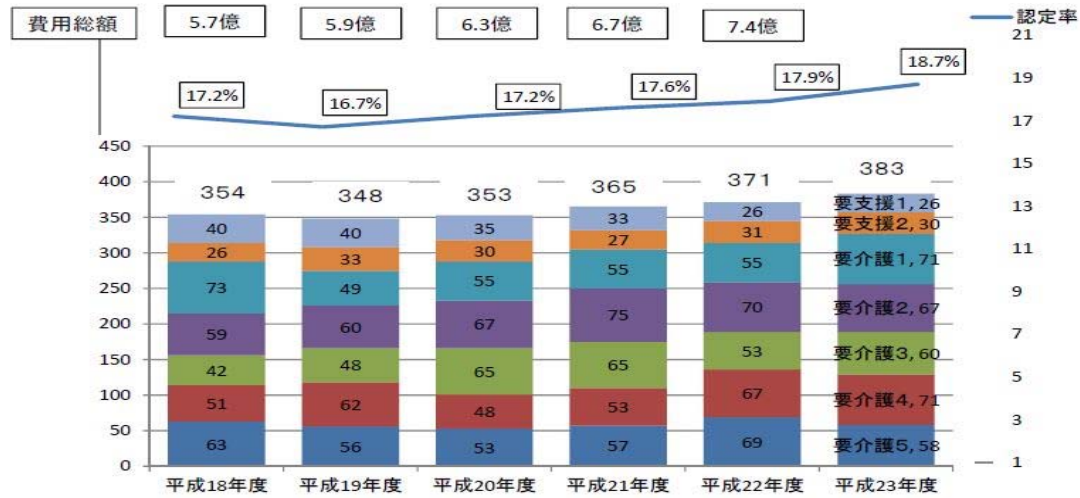
また、介護費用額総額も平成 18 年と平成 22 年の比較で 29.8%も増加しています。介護保険で要介護（支援）認定を受けた人の状況をみると豊丘村では、長野県に比べて要介護 3・4・5 の重度認定者の割合が高くなっています。

中でも、第 2 号被保険者の認定者は初回認定で介護度が高くなっています。第 2 号被保険者の新規認定者数は、平成 18 年度をピークに、その後は減少傾向にあります。脳血管疾患による認定者数が減少したことによるものです。

平成 22 年度介護保険の状況

	全国		長野県		豊丘村	
1 号認定率	4,907,439 人	16.9%	94,263 人	16.6%	366 人	17.6%
再) 75 歳以上	4,266,338 人	29.9%	85,129 人		336 人	
再) 65－74 歳	641,101 人	4.3%	9,134 人		30 人	
2 号認定率	154,795 人	0.36%	2,388 人	0.33%	4 人	0.20%
給付費	給付費	1 人当たり	給付費	1 人当たり	給付費	1 人当たり
（単位千円）	6,839,563,805	235	142,203,879	250	602,683	284
第 5 期保険料	4,972 円		4,039 円		5,200 円	

要介護(支援)認定者数の推移



介護保険 2号認定者の状況

NO	年代	性別	村の健診受診	保険	利用開始年度(人数)	初回介護度	原因疾患
1	60代	女		政健	H11	要介護1	脳出血
2	60代	男		政健	H11	要介護2	脳出血
3	60代	男		政健	H11	要介護5	脳出血
4	60代	女		国保	H11	要介護1	リウマチ
5	60代	女		政健	H11	要介護1	脳出血
6	60代	男		退国	H12	要介護1	脳出血
7	50代	女	あり	国保	H12	要支援	脳出血
8	40代	男		国保	H14	要介護5	脳出血(血管奇形)
9	60代	男	あり	退国	H14	要介護1	初老期の認知症
10	50代	女		政健	H14	要介護2	リウマチ
11	50代	男		組健	H14	要介護3	パーキンソン
12	50代	女		国保	H14	要介護2	脳血管疾患(神経腫瘍)
13	60代	女		政健	H15	要介護5	脳血管疾患(脳腫瘍)
14	60代	男		政健	H15	要介護5	脳出血
15	50代	男		組健	H15	要介護3	脳梗塞(腎症による透析)
16	50代	女		政健	H16	要介護2	脳出血
17	50代	女	あり	国保	H16	要介護2	脊椎小脳変性症
18	60代	女		国保	H17	要介護4	糖尿病性神経障害(統合失調症)
19	60代	男		政健	H17	要介護5	脳出血
20	60代	男		退国	H17	要介護1	閉塞性動脈硬化症
21	50代	男	あり	国保	H18	要介護4	脳出血
22	50代	男		社保	H20	要支援2	脳出血(右視床出血)糖尿病既往
23	60代	男		退国	H21	要介護4	その他・悪性新生物
24	40代	女		国保	H22	要介護1	癌転移
25	50代	男		社保	H23	要介護2	糖尿病合併症・人工透析

4 介護保険からみた健康寿命

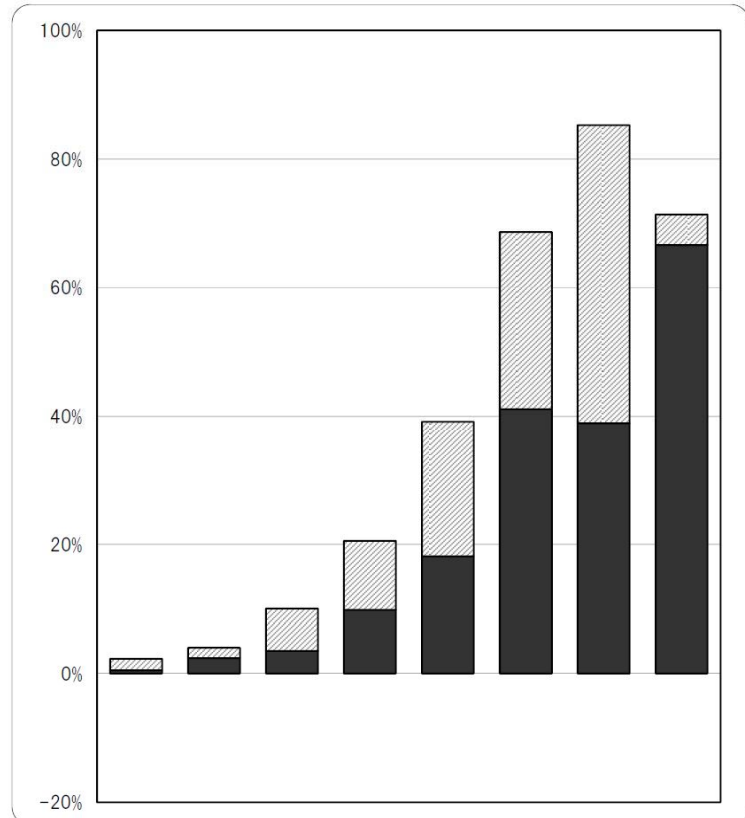
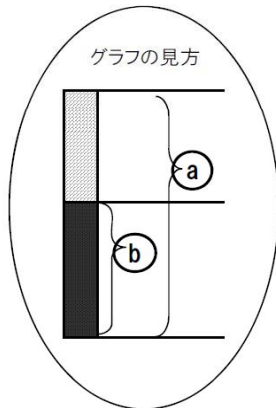
何歳の人が要介護状態になっているのだろうか？

平成24年3月31日時点の要介護認定状況

総人口	7,062 人
65歳以上人口	2,021 人
高齢化率	28.6 %
平均寿命	男 78.3 歳
	女 85.4 歳

※平均寿命は平成17年

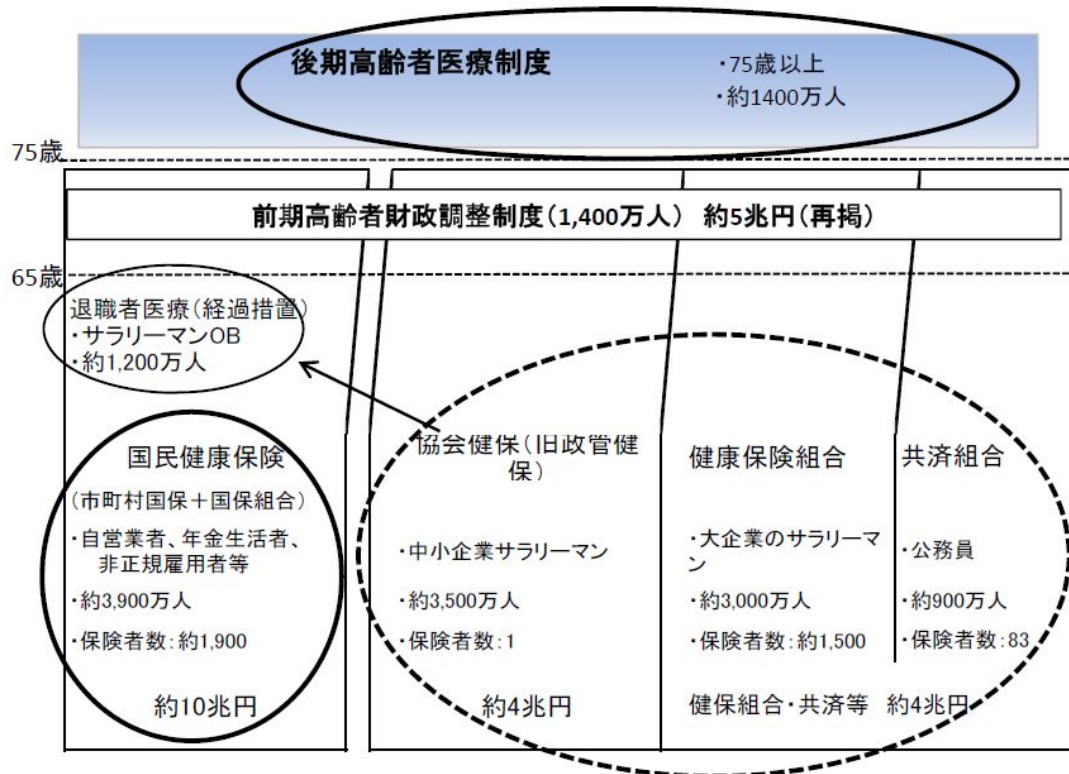
※人口は平成24年4月1日現在



年 齢 階 級				2号	1号									
				40～64歳	1号計	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳～	
被保険者数 ※2号は40～64歳人口				a 人数	2,292	2,028	395	376	425	383	286	131	29	3
認定者数				b 人数	3	380	9	15	43	79	112	90	29	3
a	認定率			b/a 割合	0.13%	18.7%	2.3%	4.0%	10.1%	20.6%	39.2%	68.7%	100.0%	100.0%
要支援	1	c 人数	0	26	0	1	3	6	11	4	1	0		
	2	d 人数	1	29	1	2	8	7	9	2	0	0		
	1・2小計	e 人数	1	55	1	3	11	13	20	6	1	0		
		e/a 割合	0.04%	2.7%	0.3%	0.8%	2.6%	3.4%	7.0%	4.6%	3.4%	0.0%		
要介護	1	f 人数	0	71	3	0	10	15	15	17	10	1		
	2	g 人数	1	66	3	3	7	13	25	13	2	0		
	1・2小計	h 人数	1	137	6	3	17	28	40	30	12	1		
		h/a 割合	0.04%	6.8%	1.5%	0.8%	4.0%	7.3%	14.0%	22.9%	41.4%	33.3%		
	3	i 人数	0	60	0	3	2	11	21	19	4	0		
	4	j 人数	0	71	1	5	7	17	17	17	6	1		
	5	k 人数	1	57	1	1	6	10	14	18	6	1		
	3～5小計	l 人数	1	188	2	9	15	38	52	54	16	2		
b				l/a 割合	0.04%	9.3%	0.5%	2.4%	3.5%	9.9%	18.2%	41.2%	55.2%	66.7%

5 医療制度

【医療制度の体系】



(1) 後期高齢者医療

豊丘村の後期高齢者の一人あたりの医療費は、長野県と比較して、非常に高い費用になっています。

1人当たり医療費の推移(後期高齢者医療広域連合提供)

(単位 円)

	20年度 (11ヵ月分)	21年度	22年度	23年度
長野県	655,279	745,152	770,607	783,039
豊丘村	598,557	711,666	768,771	802,569
豊丘村順位 (高い方から)	55	36	21	17
県下の保険者数※	81	80	77	77

※保険者数は年度当初の数

(2) 国保

豊丘村の国民健康保険加入者は、全国や長野県と比較して、加入率が低くなっています。一般的に高齢者になるほど、受療率は高くなり、医療費も増大するため、予防可能

な生活習慣病の発症予防と重症化予防に努める必要があります。

豊丘村の国民健康保険加入者の一人あたりの医療費は、今のところ一般及び退職ともに、全国や長野県と比較して低い費用ですが、生活習慣病予防について、国保被保険者のみならず、他の医療保険者による健康診査及び保健指導のあり方について、状況を把握していく必要があります。生活習慣病に関する疾患の治療者の割合はいずれの疾患も長野県より多くなっています。

国民健康保険加入率と1人当たり医療費の推移(国保連提供)

		21年度	22年度	23年度
国保加入率	長野県	28.9%	28.7%	28.4%
	豊丘村	24.3%	23.9%	23.3%
1人当たり医療費	長野県	272,134	284,005	291,061
	豊丘村	259,908	238,153	233,546
	県下順位 (高い方から)	45	70	74
	県下の保険者数※	77	77	77

※保険者数は年度末の数

6 高齢者の医療の確保法による医療保険者による特定健康診査等

(1) 国民健康保険加入者の健康診査

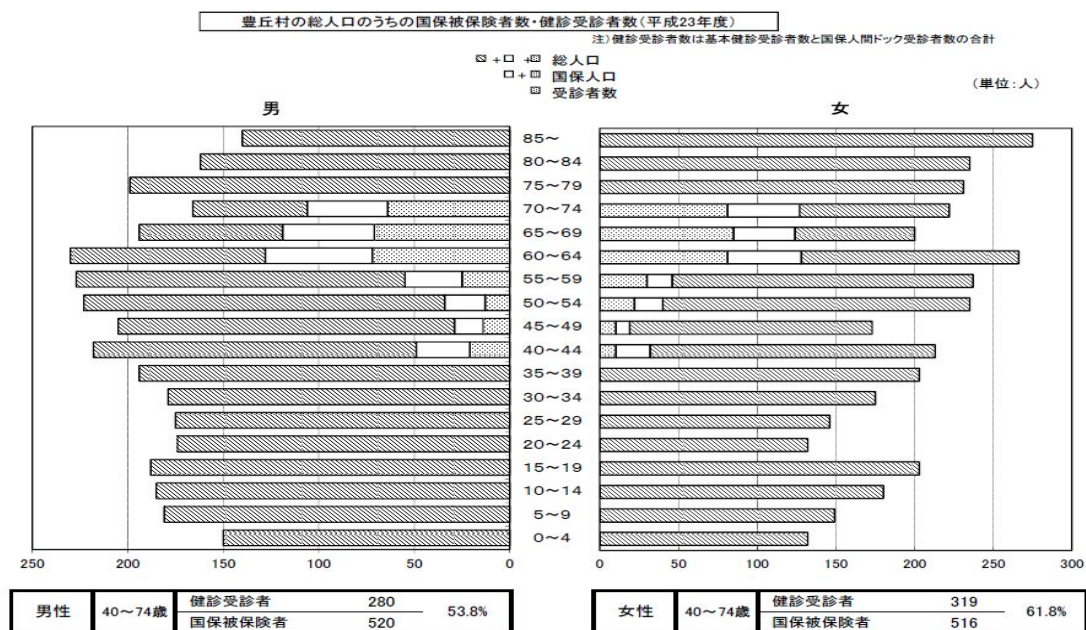
生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取組みである、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導は、平成23年度の法定報告で、受診率57.8%、保健指導実施率は63.3%で、国、県より高くなっています。

(全国22確定値)

	全国		長野県			豊丘村		
特定健診	受診者数	受診率	受診者数	受診率	全国順位	受診者数	受診率	全県順位
	7,169,761	320.0%	149,885	401.0%	10	524	48.8%	17
特定保健指導	終了者数	実施率	終了者数	実施率	全国順位	終了者数	実施率	全県順位
	198,778	20.8%	6,839	34.5%	2	30	53.6%	28

特定健康診査の結果については、県内同規模の村との比較すると高血圧(Ⅲ度)が多く、食生活(飲酒、塩分)生活習慣(労働、睡眠等)との関連が深い検査項目であるため、今後の保健指導の内容について、検討が必要になります。

平成 23 年度豊丘村国民健康保険特定健康診査受診状況



性・年齢階級別で受診率をみる

		40～44歳			45～49歳			50～54歳			55～59歳			60～64歳			65～69歳			70～74歳		
		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
男性	H20	39	13	33.3%	36	5	13.9%	51	7	13.7%	89	25	28.1%	107	22	20.6%	116	52	44.8%	164	61	37.2%
	H21	37	17	45.9%	36	12	33.3%	38	9	23.7%	70	26	37.1%	108	47	43.5%	138	73	52.9%	122	66	54.1%
	H22	44	18	40.9%	31	12	38.7%	39	10	25.6%	61	21	34.4%	128	46	35.9%	127	68	53.5%	114	60	52.6%
	H23	49	21	42.9%	29	14	48.3%	34	13	38.2%	55	25	45.5%	128	73	57.0%	119	70	58.8%	106	64	60.4%
女性	H20	21	10	47.6%	36	12	33.3%	43	14	32.6%	79	25	31.6%	124	45	36.3%	154	82	53.2%	165	65	39.4%
	H21	26	11	42.3%	16	8	50.0%	42	21	50.0%	58	28	48.3%	118	70	59.3%	146	97	66.4%	148	83	56.1%
	H22	27	7	25.9%	20	11	55.0%	39	22	56.4%	50	27	54.0%	128	70	54.7%	121	76	62.8%	144	76	52.8%
	H23	32	10	31.3%	19	10	52.6%	40	22	55.0%	46	30	65.2%	128	80	62.5%	124	85	68.5%	127	81	63.8%

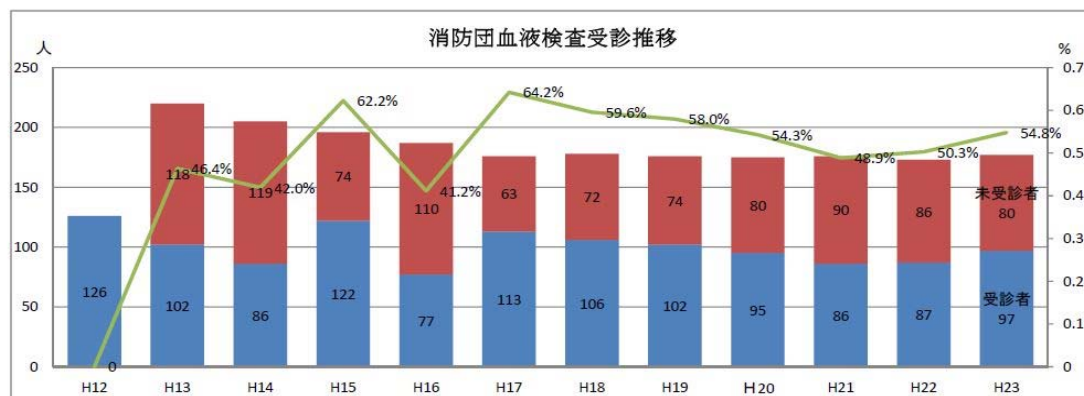
平成 23 年度特定健診有所見状況

	市町村名	健診 対象者数	健診 受診率	受診率	市町村名	BMI		市町村名	該当者		市町村名	予備群		市町村名	Ⅱ度		市町村名	Ⅲ度				
						25以上			割合			割合			割合			割合			割合	
						人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合			
1	桑木村	1,096	730	66.6%	生坂村	51	26.8%	山形村	91	15.7%	筑北村	85	15.1%	宮田村	51	7.8%	筑北村	11	2.0%	1		
2	麻績村	596	391	65.6%	麻績村	102	26.1%	麻績村	61	15.6%	小川村	30	12.3%	小谷村	35	7.5%	小谷村	8	1.7%	2		
3	高山村	1,502	997	66.4%	高山村	258	25.9%	栄村	29	15.3%	中川村	65	11.8%	麻績村	28	7.2%	大桑村	4	1.4%	3		
4	大鹿村	358	227	64.0%	小谷村	120	25.7%	筑北村	83	14.7%	松川村	77	11.2%	大桑村	15	5.3%	麻績村	5	1.3%	4		
5	中川村	992	552	55.6%	筑北村	136	24.1%	高山村	145	14.5%	阿智村	53	11.2%	筑北村	29	5.1%	川上村	6	1.3%	5		
6	川上村	1,389	485	52.3%	木島平村	119	23.8%	小川村	33	13.5%	生坂村	21	11.0%	生坂村	8	4.2%	豊丘村	6	1.1%	6		
7	豊丘村	1,073	524	48.8%	川上村	114	23.5%	生坂村	25	13.1%	宮田村	153	10.9%	阿智村	19	4.0%	高山村	8	0.8%	7		
8	小谷村	963	467	48.5%	栄村	44	23.2%	桑木村	95	13.0%	豊丘村	56	10.7%	南箕輪村	33	3.8%	南箕輪村	7	0.8%	8		
9	筑北村	1,167	564	48.3%	松川村	156	22.7%	松川村	81	11.8%	小谷村	48	10.3%	松川村	24	3.5%	宮田村	5	0.8%	9		
10	生坂村	400	190	47.5%	山形村	130	22.5%	木島平村	57	11.2%	高山村	96	9.6%	木島平村	17	3.4%	白馬村	9	0.8%	10		
11	白馬村	2,379	1,123	47.2%	大鹿村	52	22.4%	川上村	54	11.1%	山形村	55	9.5%	豊丘村	17	3.2%	桑木村	5	0.7%	11		
12	木島平村	1,059	507	47.1%	小川村	53	21.7%	白馬村	124	11.0%	川上村	46	9.5%	桑木村	22	3.0%	木島平村	3	0.6%	12		
13	宮田村	1,411	699	45.9%	桑木村	157	21.5%	小谷村	50	10.7%	白馬村	105	9.3%	山形村	17	2.9%	生坂村	1	0.5%	13		
14	小川村	553	244	44.1%	白馬村	231	20.6%	宮田村	148	10.5%	桑木村	57	7.8%	白馬村	33	2.9%	中川村	3	0.5%	14		
15	阿智村	1,134	472	41.6%	大桑村	57	20.0%	中川村	55	10.0%	大桑村	22	7.7%	中川村	14	2.5%	山形村	2	0.3%	15		
16	南箕輪村	2,155	834	38.7%	中川村	104	18.8%	豊丘村	50	9.5%	木島平村	35	6.9%	川上村	11	2.4%	阿智村	1	0.2%	16		
17	松川村	1,943	686	35.3%	宮田村	122	16.9%	阿智村	32	6.8%	南箕輪村	58	6.7%	大鹿村	5	2.0%	松川村	0	0.0%	17		
18	山形村	1,655	579	35.0%	南箕輪村	145	16.7%	大鹿村	13	5.6%	大鹿村	12	5.2%	高山村	19	1.9%	大鹿村	0	0.0%	18		
19	栄村	656	189	34.7%	豊丘村	84	16.0%	大桑村	8	2.8%	麻績村	18	4.6%	栄村	3	1.5%	小川村	0	0.0%	19		
20	大桑村	825	285	34.5%	阿智村	68	14.4%	南箕輪村	18	2.1%	栄村			小川村	1	0.4%	栄村	0	0.0%	20		

	市町村名	血糖(HbA1c)				市町村名	脂質(LDL-C)				市町村名		
		6.1以上		市町村名	【再掲】8.0以上		160以上		市町村名	【再掲】180以上			
		人数	割合		人数		割合	人数		割合		人数	割合
1	栄村	21	10.9%	麻績村	7	1.8%	富田村	103	14.7%	富田村	35	5.0%	
2	麻績村	41	10.5%	小川村	4	1.6%	阿智村	65	13.8%	南箕輪村	43	4.9%	
3	高山村	102	10.2%	筑北村	6	1.1%	筑北村	74	13.1%	山形村	28	4.8%	
4	松川村	67	9.7%	生坂村	2	1.1%	南箕輪村	112	12.9%	阿智村	21	4.4%	
5	小川村	21	8.6%	豊丘村	5	1.0%	中川村	69	12.5%	中川村	21	3.8%	
6	小谷村	38	8.1%	木島平村	5	1.0%	山形村	68	11.7%	白馬村	39	3.5%	
7	生坂村	14	7.4%	白馬村	11	1.0%	川上村	52	11.5%	小川村	8	3.3%	
8	大鹿村	17	7.3%	菊木村	6	0.8%	大桑村	29	10.2%	小谷村	15	3.2%	
9	筑北村	37	6.5%	南箕輪村	7	0.8%	白馬村	114	10.2%	菊木村	22	3.0%	
10	菊木村	45	6.4%	山形村	4	0.7%	木島平村	47	9.3%	松川村	20	2.9%	
11	豊丘村	33	6.4%	松川村	5	0.7%	大鹿村	21	9.0%	大桑村	8	2.8%	
12	阿智村	28	5.9%	高山村	7	0.7%	豊丘村	46	8.8%	生坂村	5	2.6%	
13	白馬村	64	5.7%	小谷村	3	0.6%	小川村	21	8.6%	大鹿村	6	2.6%	
14	木島平村	27	5.4%	阿智村	3	0.6%	麻績村	32	8.2%	豊丘村	13	2.5%	
15	南箕輪村	45	5.3%	中川村	3	0.5%	菊木村	60	8.2%	高山村	24	2.4%	
16	山形村	29	5.0%	栄村	1	0.5%	生坂村	15	7.9%	木島平村	11	2.2%	
17	富田村	30	4.6%	大鹿村	1	0.4%	高山村	79	7.9%	栄村	4	2.1%	
18	中川村	20	3.5%	大桑村	1	0.3%	松川村	52	7.6%	麻績村	7	1.8%	
19	大桑村	9	3.2%	富田村	1	0.1%	小谷村	33	7.1%	筑北村	2	0.4%	
20	川上村	13	2.9%	川上村	0	0.0%	栄村	10	5.2%	川上村	0	0.0%	

(2) 国民健康保険加入者以外の健康診査

豊丘村では、高齢者の医療の確保に関する法律の中では、努力義務となっている、18歳から39歳までの住民にも、希望者全員に健康診査を実施しています。また、20歳代から33歳までの消防団員を対象に血液検査を実施し若い時期からの健康診査の機会を提供し、保健指導を実施することにより生活習慣病の発症予防、重症化予防に繋げることが、今後も重要だと考えます。



消防団血液検査結果

	検査項目	血管変化を 起こす値	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
内臓脂肪の蓄積	受診者数		126人	102人	86人	122人	77人	113人	106人	102人	95人	86人	87人	97人
	BMI	25.0以上	26 20.6%	24 23.5%	21 24.4%	25 27.5%	22 28.6%	23 20.4%	18 17.0%	18 17.6%	19 20.0%	17 19.8%	21 24.1%	22 22.7%
	腹囲	85cm以上					H18年度より測定							
	中性脂肪	200以上	38 30.2%	22 21.6%	18 20.9%	18 14.8%	9 11.7%	25 22.1%	8 7.5%	5 4.9%	9 3.2%	5 5.8%	9 10.3%	3 3.1%
	HDLコレステロール	39以下	4 3.2%	3 2.9%	0 0%	1 0.8%	4 5.2%	12 10.6%	4 3.8%	6 5.9%	2 2.1%	5 5.8%	6 6.9%	3 3.1%
	GOT	31以上	10 7.9%	6 5.9%	7 8.1%	7 5.7%	15 19.5%	2 10.6%	7 6.6%	14 13.7%	16 16.8%	18 20.9%	12 13.8%	14 14.4%
	GPT	31以上	13 10.3%	14 13.7%	14 16.3%	19 15.6%	17 22.1%	18 15.9%	10 9.4%	18 17.6%	15 15.8%	11 12.8%	17 19.5%	22 22.7%
	γ-GTP	51以上	24 19.0%	18 17.6%	11 12.8%	15 12.3%	15 19.5%	12 10.6%	11 10.4%	11 17.8%	12 12.6%	12 14.0%	9 10.3%	13 13.4%
	血管を傷つける	血圧	130/85以上	43 34.1%	33 32.4%	27 31.4%	43 39.3%	30 39.0%	53 46.9%	43 40.6%	38 37.3%	32 34.9%	30 34.7%	38 39.2%
		尿酸	7.0以上	52 41.3%	34 33.3%	26 30.2%	39 32.0%	38 49.4%	41 36.3%	41 38.7%	28 27.5%	16 16.8%	31 36.9%	20 23.0%
血管変化(腎臓病)	クレアチニン	1.0以上							H20年度より測定					
インスリン 抵抗性	血糖	随時140以上	17 13.5%	2 2.0%	10 11.6%	6 4.9%	4 5.2%	11 9.7%	7 6.6%	4 3.9%	3 3.2%	3 3.5%	2 2.3%	10 10.3%
	HbA1c	5.2以上			H15年度より測定		27 22.1%	3 3.9%	0 0.9%	1 0.9%	4 3.9%	18 18.9%	25 29.1%	45 51.7%
その他の動脈硬化危険因子	LDLコレステロール	120以上	20 15.9%	12 11.8%	11 12.8%	18 14.8%	14 18.2%	15 13.3%	19 17.9%	22 21.6%	21 22.1%	27 31.4%	28 32.2%	21 21.6%
	たばこ	あり							H20年度より調査					
											54 56.8%	49 57.0%	47 54.0%	39 40.2%

7 出生

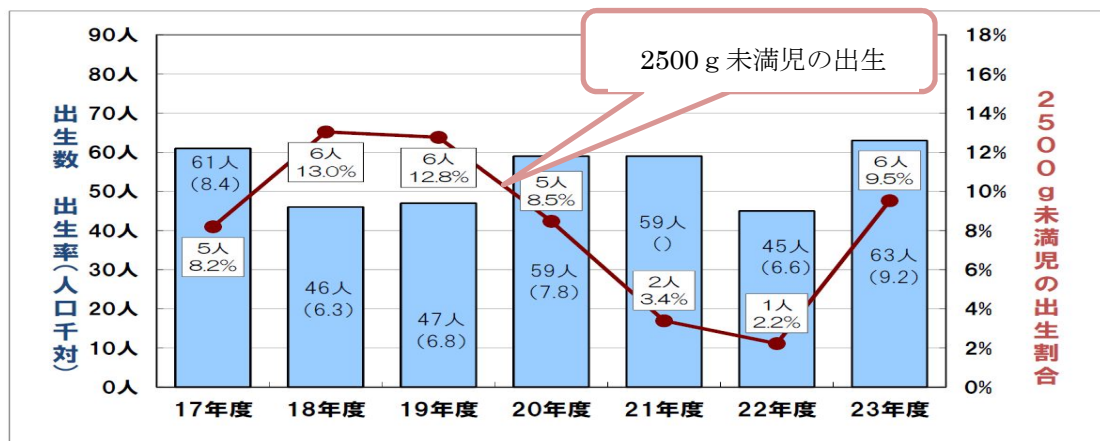
豊丘村の出生率は、全国より低率です。近年、出生児の体重が、2,500g未満の低出生体重児については、神経学的・身体的合併症の他、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいとの報告が出されてきました。豊丘村の低出生体重児の出生率は、全国と比較して少ないですが、より体重が少ない、極小低体重児の出生率はやや高くなっています。豊丘でも、多いときには10%以上の児が低体重の状態でお産していることから、妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行う必要があります。

出生数と低体重児

(平成22年)

	全国		長野県		豊丘村	
出生数・出生率	1,071,304人	8.5	17,516	8.1	45人	6.6
低体重児出生数・率	103,049人	9.62	-	-	1人	2.2%

豊丘村出生児の推移



第3節 村の財政状況に占める社会保障費

豊丘村においては、平成23年度の決算において、医療、介護、生活保護の社会保障費が、約13億円となっています。今後さらに高齢化が急速に進展する中で、いかに豊丘村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な社会の中で、村民一人一人の健康増進への意識と行動変容への取り組みが支援できる、質の高い保健指導が求められてきます。

豊丘村の財政状況（平成23年度決算）

歳入（一般会計）		歳出（一般会計）	
1位	地方交付税 18.0 億円	1位	民生費 8.6 億円
2位	村 税 6.0 億円	2位	総務費 5.4 億円
3位	国庫支出金 2.7 億円	3位	土木費 3.8 億円

社会保障費

	医療	介護	生活保護
予算 (H23)	約 5.6 億円	約 7.7 億円	約 億円
一般会計	約 1.2 億円	約 1.2 億円	約 千円

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第1節 前計画の評価

前計画の目標項目について、項目を別表Ⅰの順序に合わせ、達成状況の評価を行なった結果、22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、全体の約 35%で一定の改善がみられました。

前計画の評価

		指 標		豊丘村の現状値			達成状況	
		項 目	区 分	H20	最新値	データソース		
生活習慣病の予防	がん	がん検診受診率の増加	胃がん	9.7%	6.0%	H23年度	B	
			大腸がん	12.3%	11.3%			
			肺がん	実施なし	19.9%			
			子宮がん	12.5%	20.1%			
			乳がん	14.7%	13.2%			
		悪性新生物壮年期(75歳未満)死亡者の減少	胃がん	10人	10人	H18～H22	C	
			大腸がん					
			肺がん					
			子宮がん					
			乳がん					
	循環器疾患	特定健康診査受診率の増加		40.4%	57.8%	H23年度	B	
		特定保健指導実施率の増加		86.3%	63.3%		D	
		内臓脂肪症候群の該当・予備群の減少	該当者	11.1%	12.0%		B	
			予備群者	10.0%	8.9%		B	
		高血圧者の減少(40～74歳)	男性	47.0%	37.4%		B	
			女性				B	
		脂質異常症(LDL-C)の減少(40～79歳)	男性	49.9%	26.8%		B	
			女性				B	
	脳血管疾患壮年期死亡者の減少		0人	1人	H23年度	D		
	心筋梗塞壮年期死亡者の減少		0人	1人	H23年度	D		
	糖尿病	糖尿病有病者・予備群の減少	糖尿病が強く疑われる人	男性42.9% 女性51.0%	男性24.6% 女性31.3%	H23年度	C	
			糖尿病の可能性が否定できない人	男性5.4% 女性2.7%	男性4.9% 女性3.6%			
		糖尿病腎症によって新規に透析導入になった患者数の減少	国保加入者・後期高齢者等	0人	社保1人	H23年度	D	
		歯周病疾患健診受診者の増加		実施なし	実施なし		E	
		歯・口腔の健康	進行了た歯周疾患の減少	40歳	実施なし	実施なし		E
				50歳	実施なし			
	生活習慣・社会環境の改善	身体活動・運動	運動習慣のある者の増加	男性	26.4%	16.5%	H23年度	D
女性				25.3%	20.0%			
飲酒		多量飲酒者の減少	男性	18.5%	17.4%	H23年度	C	
			女性	2.4%	3.3%			
		肝機能異常者(γ-GTP)の減少	男性	19.5%	23.1%		H23年度	D
			女性	5.7%	5.8%			
喫煙		公共の場や職場での分煙の推進	官公庁		全面分煙	H23年度	A	
			男性	33.7%	23.7%	H23年度	B	
		喫煙する者の減少	女性	3.4%	3.7%			
			休養	十分な睡眠がとれている者の増加	男性	7.1%	9.3%	H23年度
女性		12.3%			13.4%			
こころの健康		自殺者の減少	男性	1人	0人	H23年度	E	
			女性	1人	0人			
評価区分			評価項目数	割合				
A 目標値に達した			1項目	5.0%	7項目 35.0%			
B 目標値に達していないが改善傾向にある			6項目	30.0%				
C 変わらない			4項目	20.0%				
D 悪化している			6項目	30.0%				
E 評価が困難である			3項目	15.0%				
合計			20項目	----				

7項目 35.0%

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、別表Ⅱ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変容にかかっていると捉え、それを支援するための豊丘村の具体的な取り組みを次のように推進します

ライフステージ別取組主体と目標項目

	取り組み主体		生涯における各段階（あらゆる世代）									
			妊娠	出生	乳幼児期	学童	若年期	中年期	高齢期		死亡	
			胎児（妊婦）	0才		18才	20才	働く世代(労働者)	40才	65才	75才	
			母子保健		食育		精神保健		健康づくり対策		介護予防	
個人で達成すべき目標	市町村・医療保険者	個人 家庭	□適正体重の子どもの増加 ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少		□健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加 ア 朝・昼・夜の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加 イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 □共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）		□乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 □過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加		□特定健診・特定保健指導の実施率の向上 □適正体重を維持している人の増加（肥満、やせの減少） □メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 □高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） □適切な量と質の食事をとる者の増加（主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加、食塩摂取量の減少、野菜と果物摂取量の増加） □日常生活における歩数の増加 □運動習慣者の割合の増加		□脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 □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 □介護保険サービス利用者の増加の抑制 □低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制 □足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 □口腔機能の維持・向上	
			□妊娠中の飲酒をなくす □妊娠中の喫煙をなくす		□未成年者の飲酒をなくす □未成年者の喫煙をなくす		□歯周病を有する者の割合の減少		□歯の喪失防止 □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 □成人の喫煙率の減少		□がん検診の受診率の向上 □睡眠による休養を十分とれていない者の減少 □気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	
社会環境に関する目標	地域	コミュニティボランティア等	□地域のつながりの強化 □健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加								□認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 □就業または何らかのの地域活動をしている高齢者の割合の増加	
	職域	企業 飲食店 特定給食施設 民間団体 （栄養ケア・ステーション、薬局等）等	□受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少				□メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加 □週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少		□健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 □食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企及び飲食店の登録数の増加 □利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加 □健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加			
	都道府県		□小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加						□住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加 □健康格差対策に取り組む自治体の増加		□健康寿命の延伸 □健康格差の縮小	
	国・マスメディア								□COPD（慢性閉塞性肺疾患）の認知度の向上		□ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加	

第2節 生活習慣病の予防

1 がん

(1)はじめに

人体には、遺伝子の変異を防ぎ、修復する機能がもともと備わっていますが、ある遺伝子の部分に突然変異が起こり、無限に細胞分裂を繰り返し、増殖していく、それが“がん”です。たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30回くらいの細胞分裂を繰り返した1cm大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれています。30回くらいの細胞分裂には10～15年の時間がかかると言われています。

がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。

腫瘍の大きさや転移の有無などのがんの進行度が、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、生活習慣の中にか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。

(2)基本的な考え方

ア 発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス（B型肝炎ウイルス〈HBV〉、C型肝炎ウイルス〈HCV〉、ヒトパピローマ〈HPV〉、成人T細胞白血病ウイルス〈HTLV-I〉）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌〈HP〉）への感染、及び喫煙（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繋がってくると考えられます。

イ 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。

(3)現状と目標

ア 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

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が、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。

豊丘村の75歳未満のがんの年齢調整死亡率は横ばい傾向にあり、国が平成27年までに掲げた目標値にすでに到達しています。

参考 がん検診の価格根拠

	部位	対象	がん検診	評価指標	精密検査
科学的根拠のあるがん検診	胃	30歳以上	胃X線検査	相応	胸部CT検査 気管支鏡検査 細胞診 PET検査 腫瘍マーカー
	肺	40歳以上	胸部X線検査 喀痰細胞診	相応	胃内視鏡検査 ペプシノゲン検査 ヘリコバクターピロリ抗体検査
	大腸	40歳以上	便潜血反応検査	十分	全腸内視鏡検査 注腸X線検査 CT検査
	子宮頸部	妊娠期 20歳以上の女性	子宮頸部擦過細胞診	十分	マンモグラフィ 乳房超音波検査 乳房MRI検査 乳房CT検査 穿刺吸引細胞診
	乳	40歳以上の女性	視触診と マンモグラフィの併用	十分(50歳以上) 相応(40歳以上)	細胞診 コルポスコプ MRI
その他	前立腺	50歳以上の男性	PSA測定		直腸診 経直腸超音波検査 前立腺生検査 MRI CT検査
	肝臓	妊娠期・40歳以上	肝炎ウィルスキャリア検査	相応	超音波検査 CT検査 腫瘍マーカー 生検(バイオプシー)
	成人T細胞白血病	妊娠期	HTLV-1抗体検査		

豊丘村部位別がん死亡

			平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	5年間の 合計
がん部位	早期発見に有効	胃	5	7	6	5	4	27
		肺	2	4	3	6	3	18
		大腸	1	2	0	2	5	10
		子宮						0
		乳	1		1		1	3
	小 計		9	13	10	13	13	58
	その他	前立腺	3	1				4
		肝臓	0	1	1	2	2	6
		すい臓	1	1	2	2	1	7
		白血病	0	2	0	0	2	4
		その他	6	6	5	4	6	27
	小 計		10	11	8	8	11	48
合 計			19	24	18	21	24	106
悪性新生物の 75歳未満の年齢調整死亡率 (H18～H22)					男性	57.1	H27国の目標値 73.9	
					女性	31.2		
					男女計	44.2		

参考 がんの発症予防・重症化予防

	部位	発症予防										重症化予防(早期発見)	
		生活習慣 68%						その他				がん検診	評価判定
		タバコ 30%	食事 高脂肪	30% 塩分	運動 5%	飲酒 3%	肥満	家族歴	ホルモン	感染	他 △可能性あり		
科学的根拠のあるがん検診	胃	◎	○	○		○	○			◎ Hp		胃X線検査	I -b
	肺	◎								△ 結核	環境汚染	胸部X線検査 喀痰細胞診	I -b (胸部X線検査と高危険群に対する喀痰細胞診の併用)
	大腸	△	○		○	○	○	△				便潜血検査	I -a
	子宮頸部	◎								◎ HPV		子宮頸部擦過細胞診	I -a
	乳	△			△	○	(閉経後の肥満) ○	○	○		高身長 良性乳腺疾患の既往 マンモ高密度所見	視触診とマンモグラフィの併用	I -a(50歳以上) I -b(40歳代)
その他	前立腺		△					○			加齢	PSA測定	Ⅲ
	肝臓	○				○				◎ HBV HCV	カビ 糖尿病罹患患者	肝炎ウイルスキャリア検査	I -b
	成人T細胞白血病					○				◎ HTLV-1			

◎確実 ○ほぼ確実 △可能性あり 空欄 根拠不十分

評価判定 I -a: 検診による死亡率減少効果があると、十分な根拠がある

[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 予防と検診

I -b: 検診による死亡率減少効果があると、相応な根拠がある

「がんはどこまで治せるのか」「がんの正体」「がんの教科書」

Ⅲ: 検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や報告が、現時点で見られないもの

豊丘村がん検診受診率の推移

	算出年齢	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	国の目標
胃がん	40～69歳	8.7%	7.0%	6.6%	6.1%	40% (当面)
大腸がん	40～69歳	12.1%	10.5%	8.4%	11.6%	
肺がんCT	40～69歳	-	-	-	20.2%	
子宮頸がん	20～69歳	11.2%	13.3%	13.9%	16.0%	50%
乳がん (視触診・マンモ)	40～69歳	8.2%	11.9%	7.2%	13.6%	

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、健診受診率を維持又は向上していくことによる重症化予防に努めることで、75歳未満のがんの死亡者数の減少を図ります。

イ がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率の減少効果は関連性があり、がんの重症化予防はがん検診により行われています。早期発見の有効性が確立している5大がんについての受診者の実態から課題を分析します。現在、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。豊丘村のがん検診の受診率は、村の集団検診のみで計算されていますが、人間ドック、職場検診を含めた受診率の向上が必要です。

がん検診で、精密検査が必要となった人の精密検査受診率は、評価指標の一つとなっています。豊丘村の精密検査受診率は、年によって全て許容値を超えないこともあり精検受診勧奨をしていく必要性があります。がん検診受診者の人から、数名ではありますががんが見つかるため、今後も精密検査受診率の向上を図っていく必要があります。

(ア) 大腸がん

大腸がんは検査方法(便潜血反応検査)も簡単で苦痛を伴うことが少なく、5年生存率が高いがんの一つです。しかし、受診率は微増していますが、目標値は達成できていません。また、他のがんの精密検査にくらべ、精密検査受診が遅れるものの特徴で住民の反応から、下剤を飲むのが苦しい、大腸カメラを行うことの抵抗感が強い、痔のせいだと思い込むなどの自己判断が未受診につながっていると考えられます。受診率向上とともに精密検査対象者が適切な受診につながるはたらきかけが重要です。

(イ) 肺がん

豊丘村では平成23年度から胸部X線二重読影による肺がん検診を再開しました。この検診は検査方法が本人の苦痛を伴わないこと、以前から肺結核の健診として定着していることから受信者数が多いと考えられます。しかし、22年度まで結核健診として受診対象者を65歳以上に設定していたため、肺がん検診移行後も若年者の受診が少ないことが課題です。今後は若年層の未受診に対する働きかけが必要になります。肺がんは、種類により、進行が速く転移しやすい予後不良のがんもあるため5年生存率が5大がんの中でも最も低いがんです。肺の有所見をどう考えるか、前がん病変をどうとらえるか、今後学習が必要です。また、最大の危険因子である喫煙対策も多大です。

(ウ) 胃がん

胃がん検診は徐々に受診者が減少していますが、死亡原因の1位を占めるがんでもあります。胃粘膜の変化(がん発生のメカニズム)を考えると胃粘膜の修復を阻害する生活習慣の予防をはじめ胃粘膜の状態を良好に保つ方法を考えていくことも重症化予防の視点から重要です。

(エ) 乳がん

乳がん検診受診率は目標値を達していません。乳がんでは若年での死亡もあり、検診での早期発見が重要です。また、定期的な受診とともに、自己触診の啓発に取り組むことも重要です。

(オ) 子宮頸がん

国では子宮頸がんの罹患率の若年化を受けて節目年齢での無料クーポンを配布するがん検診推進事業に取り組んでいます。目標値に達していませんが、村でも、同事業に取り組み受診率の向上が見られました。今後も若年層での健診受診を広めていく必要があります。

(4) 対策

ア がんの発症予防施策

禁煙30%、食事30%運動5%飲酒3%と計68%は生活習慣の改善によりがん発症を予防することができるとかんがえられていることから、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に努めます。また、ウィルス感染によるがんの発症予防として、子宮頸がん予防ワクチンの接種(中学年生女子対象)についても取り組みます。

- ・子宮頸がん予防ワクチン接種（中学一年生から高校一年生に相当する年齢の女性）
- ・HTLV-1 抗体検査（妊娠期）

イ がんの重症化予防施策

有効性が確立されているがん検診についてはがん推進事業(検診手帳および健診無料クーポン券の配布)をはじめ、広報、個別相談などあらゆる場を利用した学習を通じて受診率の維持、向上に努めます。

また、要精検者に対しては、受診の有無だけでなく、がん化を進行させないための生活習慣の見直し、適切な時期に必要な検査を受診してもらう取り組みが必要です。

- ・対象者への個別案内、広報を利用した周知

- ・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、検診手帳及び検診無料クーポン券を配布

- ・胃がん検診（40 歳以上）
- ・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（20 歳以上の女性）
- ・前立腺がん検診（40 歳以上の男性）
- ・精度管理項目を遵守できる検診機関の選定
- ・要精検者に対して、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

ウ 具体的な生活習慣の改善

2 循環器疾患

（１）はじめに

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと共に主要死因の大きな一角を占めています。これらは、単に死亡を引き起こすのみでなく、急性期治療や後遺症治療のために、個人的にも社会的にも負担は増大しています。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、

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、高血圧と脂質異常については、この項で扱い、糖尿病と喫煙については別項で記述します。

(2) 基本的な考え方

ア 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、村民一人一人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ってきます。

イ 重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧症及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、高血圧症及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人に対しての保健指導が必要になります。

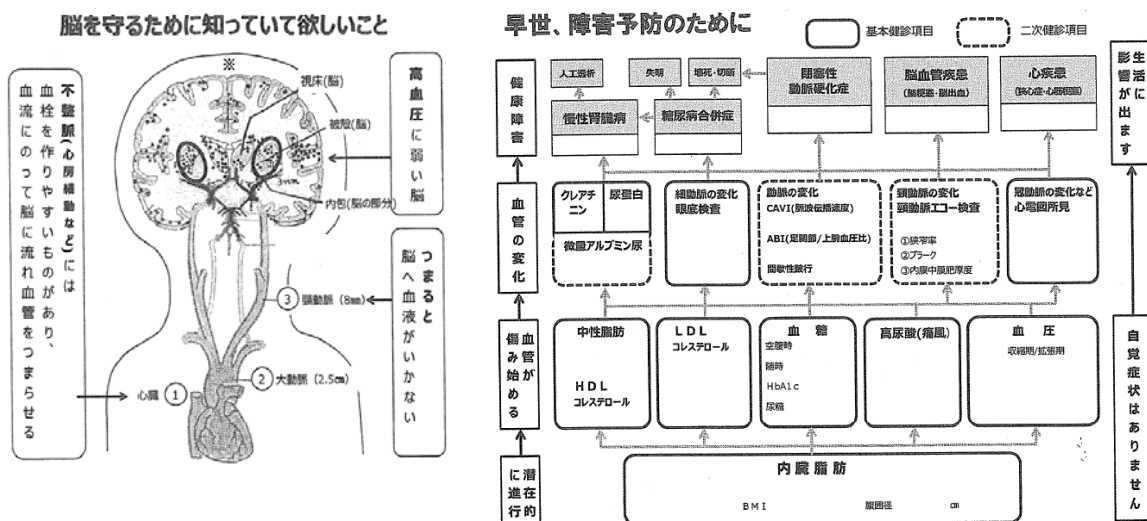
(3) 現状と目標

ア 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。



参考 脳血管をまもるために・・・



参考 動脈効果ガイドライン

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版(日本動脈硬化学会) 第14章 P97-

発症頻度	病型別 発症頻度 (脳卒中データバンク)	脳梗塞			脳出血	くも膜下出血
		75%			18%	7%
		ラクナ梗塞	アテローム 血栓性脳梗塞	心原性脳塞栓症		
	(久山町研究)	50%	30%弱	20%強		
発症の危険因子	高血圧	ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、女性の心原性脳塞栓症は 血圧の影響が強い 【久山町研究】				
		心原性脳塞栓症を含む脳梗塞の主たる危険因子は 高血圧 【諸外国の報告】				
		アテローム血栓性脳梗塞を含む脳梗塞の主たる危険因子は 高血圧			高血圧	
	脂質異常		LDL-C が発症リスク 【久山町研究】			
		LDLコレステロール			低コレステロール血症 LDL-Cが80mg/dL以下で脳 出血の頻度が増加	
		HDLコレステロール	HDL-Cは低値で あるほど、脳梗塞 の発症率が増加			
	中性脂肪	食後の高中性脂肪血症 男女ともに★ 虚血性脳血管障害の頻度が増加				
	心房細動			心臓内血栓 心房細動		
	脳動脈瘤					脳動脈瘤 の存在
	喫煙					
	高血糖					
		動脈硬化を基礎病態とする非心原性 脳梗塞を予防するための管理基準 は、虚血性心疾患予防の管理基準 に準ずることが望ましい。★				

1 血圧コントロール

2 脂質管理

3 心房細動の適切な対応

参考 生活習慣病予防のための指標

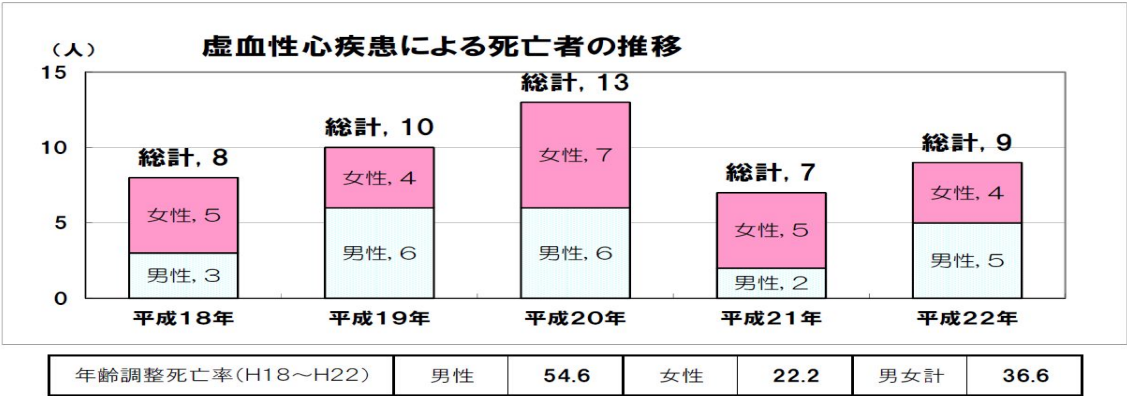
検査項目		成人		高齢者		根拠
		18 - 64歳	65 - 74歳	75歳以上		
健康項目	身体 の 大きさ	身長 体重 BMI	BMI 25未満			肥満症治療ガイドライン (2006)
		腰 囲	男性 85cm 女性 90cm未満			
	内臓脂肪 の 蓄積	ALT(GOT) AST(GPT) γ-GT(γ-GTP) コリンエステラーゼ	31 U/L未満 31 U/L未満 51 U/L未満			日本消化器病学会肝機能 研究班意見書
		中性脂肪	空腹時 150 mg/dl未満 食 後 200 mg/dl未満			
		HDLコレステロール	40 mg/d以上			動脈硬化性疾患予防ガイ ドライン
		LDLコレステロール	LDL-C以外の主要危険因子数(※1)		LDL-C目標値(mg/dl)	
	0		160未満			
	1~2		140未満			
	3以上					
	または、糖尿病、脳梗塞・ 閉塞性動脈硬化疾患の合併 冠動脈疾患の既往あり		120未満 100未満			
	(※1) LDL-C以外の主要危険因子数 ①年齢が男性45歳以上 女性55歳以上 ②高血圧 ③高血糖 ④喫煙習慣がある ⑤家族の中で、心筋梗塞・狭心症の人がいる ⑥総HDLコレステロール(40mg/dl未満)					
	尿 酸	7.1 mg/dl以下			高尿酸血症・痛風治療ガイ ドライン第2版(2010)	
	血 圧	正常血圧 収縮期血圧130mmHg未満、 または拡張期血圧85mmHg未満			高血圧治療ガイドライン (2009)	
	ヘマトクリット	46%以上で脳梗塞の出現頻度が高くなる			脳卒中治療ガイドライン (2009)	
	血 糖	空腹時血糖 100mg/dl未満 随時血糖 140mg/dl未満			科学的根拠に基づく糖尿病 診療ガイドライン (2010)	
	HbA1c (ヘモグロビンA1c)	HbA1c(JSD) 5.2%未満 HbA1c(NPSD) 5.6%未満				
	尿 糖					
	心臓	心 電 図				
	血管変化	脳	眼底検査			
		腎臓	クレアチニン	男性 1.05未満 女性 0.8未満		
eGFR算出			60以上ml/分			
尿蛋白			(+)未満			
尿潜血			(+)未満			

同時に、第2号被保険者の新規認定者に占める、脳血管疾患の割合も減少してきました。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無いことから、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ができるよう、地域保健と職域保健の連携を推進するための「地域・職域連携推進協議会」などで、発症及び重症化予防のための保健指導のあり方について、共有化を図る必要があります。健診を受診していても、健診結果が現している意味が理解できなければ重症高血圧を放置してしまいます。健診結果から身体の状態を理解し生活習慣を振り返るなど、必要な行動を自ら選択し決定できるための情報提供など、健診受診者全員に対して必要に応じた保健指導の提供を継続して行うとともに最新の科学的根拠に基づいた健診・保健指導の徹底に努めます。

今後、消防団や 30 歳代の若い年齢層への健診受診勧奨などを行っていきます。また、生活習慣病の重症化は健康格差を生み出すことにつながっていきます。国保加入者の未受診者対策が非常に重要になります。

イ 虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10 万人当たり)

虚血性心疾患についても、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必要がありますが人口規模が小さい村では、5 年間の年齢調整死亡率で比較することになります。豊丘村の平成 18 年から 22 年の年齢調整死亡率は長野県に比べると高率で死亡者数も年によって変化はありますが、毎年発生しています。



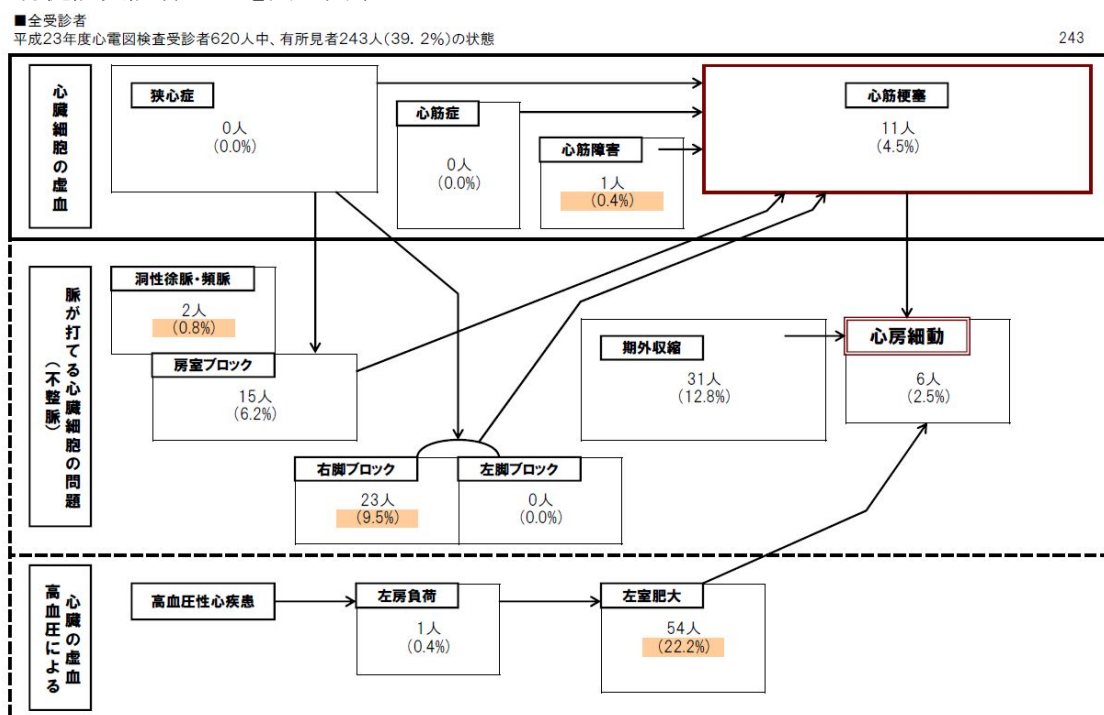
豊丘村 2 号認定者のうち原因が脳血管疾患の方の状況

No氏名	年代	性別	村の健診受診	保険	利用開始年度(人数)	初回介護度	原因疾患
1	60代	女		政健	H11	(4)	要介護1 脳出血
2	60代	男		政健	H11		要介護2 脳出血
3	60代	男		政健	H11		要介護5 脳出血
4	60代	女		政健	H11		要介護1 脳出血
5	60代	男		退国	H12	(2)	要介護1 脳出血
6	50代	女	あり	国保	H12		要支援 脳出血
7	40代	男		国保	H14	(2)	要介護5 脳出血(血管奇形)
8	50代	女		国保	H14		要介護2 脳血管疾患(神経腫瘍)
10	60代	男		政健	H15	(2)	要介護5 脳出血
11	50代	男		組健	H15		要介護3 脳梗塞(腎症による透析)
9	60代	女		政健	H16	(2)	要介護5 脳血管疾患(脳腫瘍)
12	50代	女	あり	政健	H16		要介護2 脳出血
13	60代	男		政健	H17	(1)	要介護5 脳出血
14	50代	男	あり	国保	H18	(1)	要介護4 脳出血
15	50代	男		社保	H20	(1)	要支援2 脳出血(右視床出血)糖尿病既往

循環器疾患の中でも、今後は、特に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。

循環器疾患の発症は、肥満を伴う場合と遜色がないため、豊丘村では集団検診（ヘルスクリーニング）では心電図検査を実施しています。しかし、特定健康診査個人受診者は全員が心電図検査を受診できるとは限りません。心電図検査全受診者のうち、39.2%に異常が認められ、そのうち4.9%は、狭心症や心筋梗塞など、重症化すれば高額な医療費が必要となる疾患や、重症な脳梗塞に結びつきやすい心房細動などが発見されています。

豊丘村健診受診者の心電図の異常



特定健康診査時に全ての受診者に心電図検査を実施することで、心疾患の発症を見逃すことなく、重症化予防に繋げることができると考えます。集団検診受診者には、できる限り基本健診に合わせて心電図検査の受診を勧奨します。

ウ 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。豊丘村の人工透析導入者では、腎硬化症など高血圧に起因する人が多く、高血圧の改善が大きな課題といえます。

適切な治療継続とともに、生活習慣の改善に努めます。健診で血圧値が高くても自覚症状がないことを理由に血圧測定の継続がないまま放置して高血圧治療が遅れ血管変化を起こしてしまう実態も見られます。自分の血圧値を知ること、自分の基準値を確認

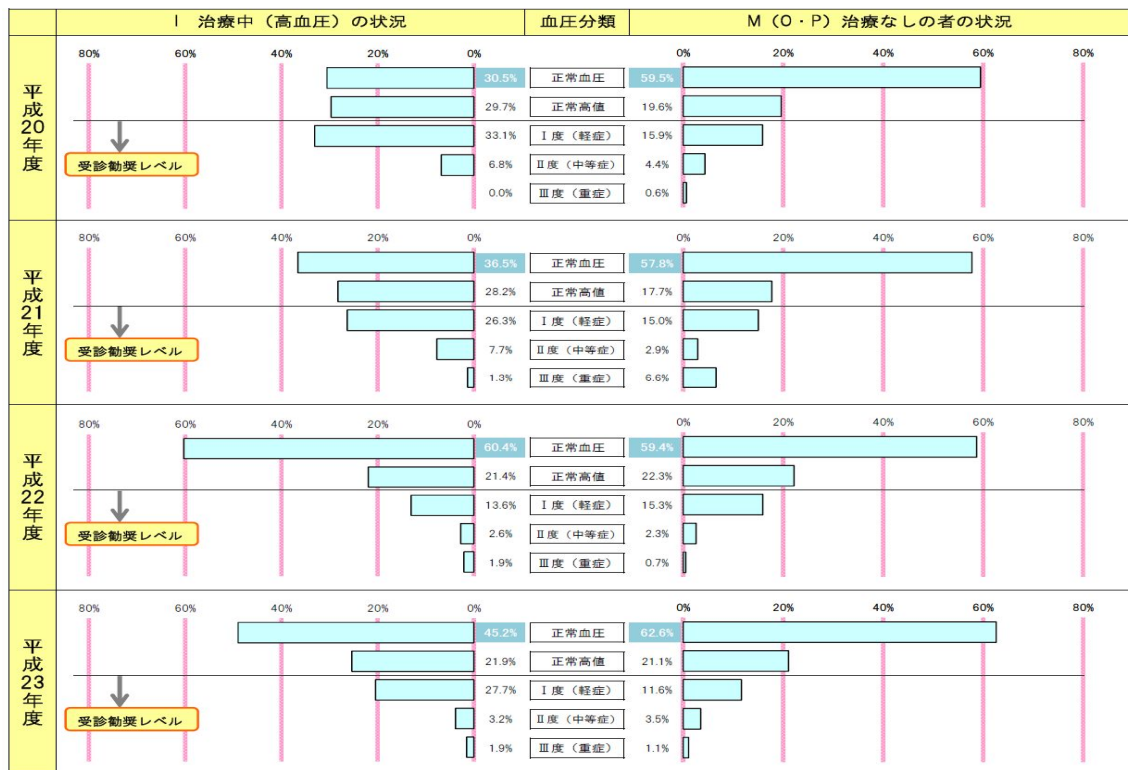
できることが、高血圧対策には重要です。

豊丘村では、特定健康診査の結果に基づき、肥満を伴う人のみでなく、高血圧治療ガイドライン 2009 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、対象者を明確にした保健指導を実施しています。平成 20 年度に比べ平成 23 年度には受診勧奨レベルの割合が低下しており、今後も同様の保健指導を継続していきます。豊丘村国保特定健診受診者の状況

高血圧者の推移

		血圧測定者		正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		Ⅰ 度		Ⅱ 度		Ⅲ 度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
治療中	H20	119	27.2%	36	30.3%	35	29.4%	40	33.6%	8	6.7%	0	0.0%
	H21	170	29.9%	62	36.5%	46	27.1%	47	27.6%	13	7.6%	2	1.2%
	H22	149	28.4%	82	55.0%	34	22.8%	23	15.4%	6	4.0%	4	2.7%
	H23	159	26.6%	67	42.1%	36	22.6%	45	28.3%	8	5.0%	3	1.9%
治療なし	H20	319	72.8%	190	59.6%	63	19.7%	50	15.7%	14	4.4%	2	0.6%
	H21	398	70.1%	234	58.8%	77	19.3%	59	14.8%	12	3.0%	16	4.0%
	H22	375	71.6%	226	60.3%	82	21.9%	54	14.4%	11	2.9%	2	0.5%
	H23	439	73.4%	276	62.9%	91	20.7%	54	12.3%	14	3.2%	4	0.9%

高血圧の状況



参考資料 血圧の基準

血圧値の基準はひとり一人違います No1 自分の基準値を確認しましょう

当てはまるものに		質問内容
チェックの数は 何個でしたか	☐	- 年齢は65歳以上ですか
	☐	- 家族（血族）に50歳未満で心筋梗塞、狭心症を発症された方はいますか
	☐	- タバコを吸いますか
	☐	- どちら B M I が25以上
	☐	- 腹囲径が 男性は85cm以上、女性は90cm以上
	☐	- LDLコレステロール値が140mg/d l 以上
計	☐	- HDLコレステロール値が40mg/d l 未満
	☐	- 中性脂肪値が150mg/d l 以上
	☐	- 空腹時血糖値が100~125mg/d l または耐糖能異常

結果	0個	なし、★のみ	→ ① リスクなし
	1-2	★と1個	→ ② 中等リスク
	3個以上	★と2個	→ ③ 高リスク

☐に入ったチェックの数に関係なく
下のどれかに1つでも当てはまる人は ③「高リスク」になります

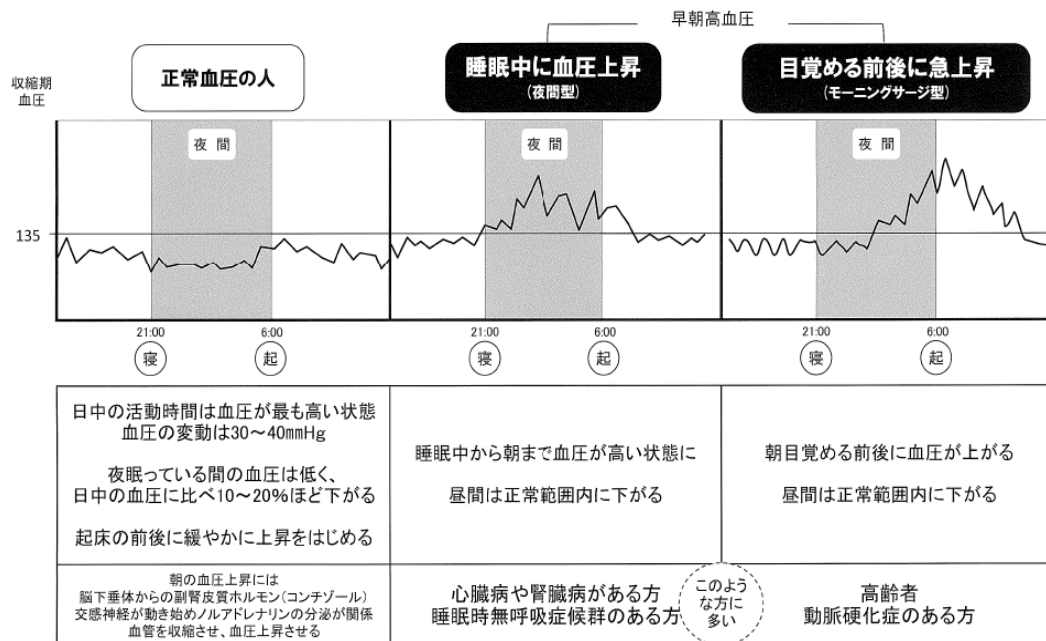
- ☐糖尿病ですか
- ☐尿蛋白(+)以上、微量アルブミン尿が30mg以上
- ☐糸球体ろ過量(eGFR) 60未満
- ☐慢性腎臓病・腎疾患(糖尿病性・腎不全など)がある
- ☐眼底検査で動脈硬化性(高血圧性)変化がある(H2以上、KW II a以上)
- ☐頸動脈エコー検査で内膜-中膜壁肥厚(1.0mm以上)、プラークがある
- ☐脳出血・脳梗塞(一過性脳虚血発作)になったことがある
- ☐左室肥大・狭心症・心筋梗塞・心不全がある
- ☐閉塞性動脈疾患がある

血圧以外の危険因子等の有無で No2 治療の進め方の判断をします

		血 圧 値 (外来血圧値)				
		正常	正常高値	高血圧		
				軽症 (Ⅰ度)	中等症 (Ⅱ度)	重症 (Ⅲ度)
血 圧 値	収縮期	~129	130~139	140~159	160~179	180~
	拡張期	~84	85~89	90~99	100~109	110~
危 険 因 子 、 臓 器 障 害 ・ 心 血 管 病 の 有 無	① なし	危険因子なし		3ヶ月間 生活習慣 の改善		
	② 中 等 リ ス ク	危険因子 1~2個 メタボリック (腹囲径+血 圧+1項目(脂 質又は血糖))		1ヶ月間 生活習慣の改善		
	③ 高 リ ス ク	危険因子 3個以上 メタボリック (腹囲径+血 圧+脂質+血 糖)				
	有無	糖尿病 慢性腎臓病 脳卒中 心筋梗塞 動脈閉塞症				直ちに降圧療法の開始 あわせて生活習慣改善

血圧は1回の測定で判断できません(2)

昼間の血圧が正常な人でも、2人に1人 早朝高血圧 が見逃されています



家庭で血圧測定をする目的は

ふだんの血圧の状態を正確に知ること
 朝と夜に起こる「仮面高血圧」など
 医療機関で月に1～2回 昼間の血圧測定ではわかりません

心臓や脳血管の病気の発症を防ぐこと

1 血圧計の選び方は？

上腕測定タイプ
上腕挿入タイプ
手首測定タイプ

参考) 日本高血圧学会
家庭血圧測定ガイドライン

2 正しい測定方法

測定のタイミング

● 1日2回(朝・夜)行う

朝

- 起床後1時間以内
- トイレに行つたあと
- 朝食の前
- 薬をのむ前

夜

- 寝る直前
- 入浴や飲酒の直後は避ける

家庭で血圧を測定する場合には、上にあげた条件のもとで行うことが大切。朝は4つの条件を守るようにする。夜は、入浴や飲酒の直後は避け、必ず寝る直前に測るようにする。

測定するときのポイント

いすに座って1～2分たってから測定する

座ったばかりだと、血圧が安定していないことがある。測定時には、腕の力を抜いて、リラックスすることも大切。

カフは心臓と同じ高さで測定する

カフが心臓よりも低い位置だと、「数値が低くなる」など、不正確になる場合がある。

薄手のシャツ1枚なら着たまでもよい

カフは素肌と直接密着させたほうがよいが、薄手のシャツ1枚ぐらいなら、着たまでも測定してもよい。

3 家庭血圧の基準値は？

正常血圧の基準値		
	収縮期	拡張期
家庭で測定	125未満	80未満

高血圧の診断基準		
	収縮期	拡張期
病院で	140以上	90以上
家庭で測定	135以上	85以上

※ただし糖尿病や腎障害がある場合は、厳格な降圧目標が決められ、この基準は用いられません。

測定値は記録して、主治医に見てもらいましょう。高血圧が続く、または過剰な降圧がみられる場合、主治医が降圧剤の種類を変えたり、増量(減量)したりするための大切な判断材料となります。

エ 脂質異常症の減少 (総コレステロール 240mg/dl(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、とくに総コレステロール及び 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。冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは LDL コレステロール 160mg/dl に相当する総コレステロール値 240mg/dl 以上からが多いと言われています。「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007 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、特定健康診査でも、脂質に関しては中性脂肪、HDL コレステロール及び LDL コレステロール検査が基本的な項目とされたため、豊丘村でも 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。

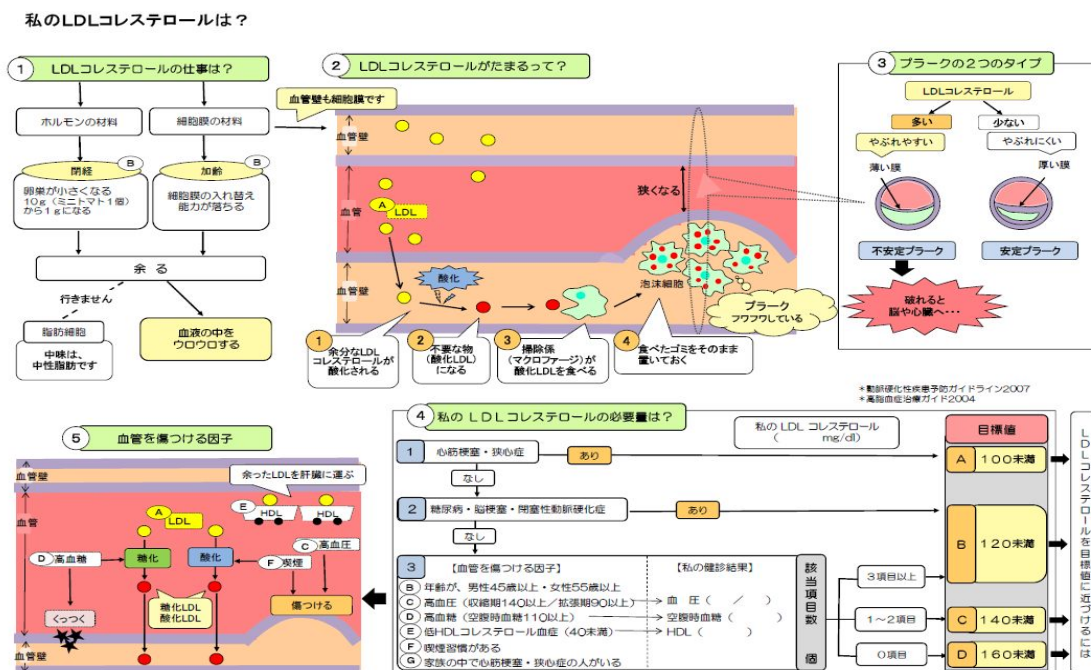
平成 24 年 6 月に発行された「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」の中では、動脈硬化性疾患の予防・治療において、関連疾患をふまえた対応は不可欠であることから、生活習慣病関連の 8 学会とともに「動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理チャート」が作成され、発症予防のためのスクリーニングからリスクの層別化、各疾患の管理目標値、治療法などが一元化されました。

また、動脈硬化惹起性の高いリポ蛋白を総合的に判断できる指標として、nonHDL コ

レステロール値(総コレステロール値からHDL コレステロールを引いた値)が脂質管理目標値に導入されました。

加えて、現在、豊丘村で動脈硬化性疾患のリスクが高い人に実施している頸動脈超音波検査の、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がなされました。

参考資料 動脈硬化の状況(動脈硬化ガイドライン 2007)



今後は、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」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。

オ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は証明されており、平成 20 年度から始まった生活習慣病予防のための特定健康診査では、減少が評価項目の一つとされました。豊丘では平成 24 年度までの達成目標とされていた、平成 20 年度と比べて 10%の減少については達成できていませんが、後は平成 27 年度の目標値である 25%減少に向けて、さらに取り組みを強化していくことが必要になります。

カ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

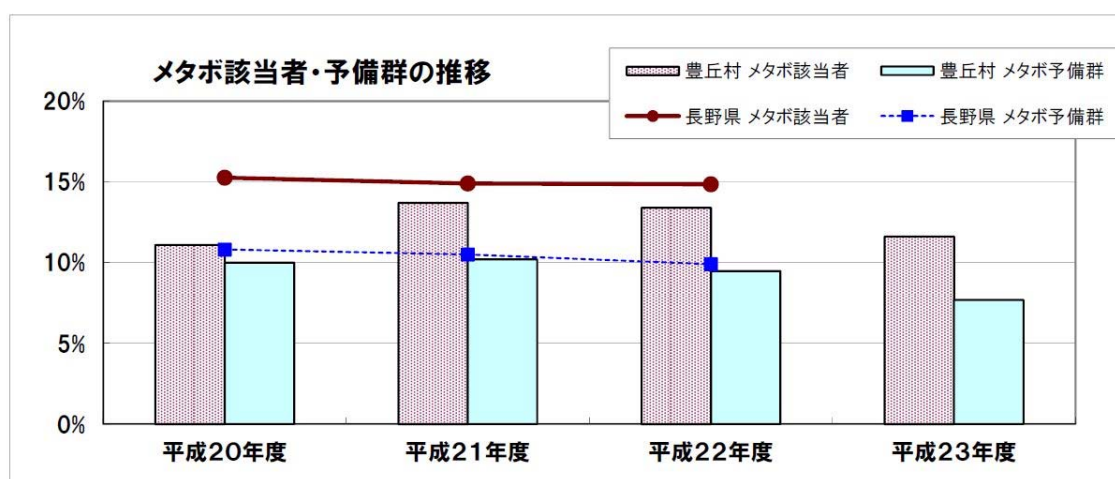
平成 20 年度から、メタボリックシンドロームに着目した健診と保健指導を医療保険者に義務付ける、特定健診・特定保健指導の制度が導入されました。

特定健診・特定保健指導の実施率は、生活習慣病対策に対する取り組み状況を反映する指標として設定されています。

豊丘村では、受診率、実施率ともに、国、県より非常に高い状態で推移していますが、受診率は 60%の目標値に達していないため、今後は、検査項目や、健診後の保健指導の充実などによる受診率向上施策が重要になってきます。

豊丘村国民健康保険特定健診メタボリック該当者

年度		健診対象者	健診受診者	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
豊丘村	平成20年度	1,085人	438人	40.4%	49人	11.1%	44人	10.0%
	平成21年度	1,103人	572人	51.9%	79人	13.7%	59人	10.2%
	平成22年度	1,050人	524人	48.8%	71人	13.4%	50人	9.5%
	平成23年度	1,043人	601人	57.6%	71人	11.6%	47人	7.7%
長野県	平成20年度	398,478人	152,585人	38.3%	23,391人	15.3%	16,577人	10.8%
	平成21年度	400,427人	156,933人	39.2%	23,499人	14.9%	16,551人	10.5%
	平成22年度	398,191人	159,647人	40.1%	23,787人	14.8%	15,865人	9.9%



(4) 対策

ア 健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策

- ・ 対象者への個別案内、広報を利用した啓発
- ・ 健診結果報告会などによる個別指導の徹底

イ 保健指導対象者を明確するための施策

- ・ 健康診査(18 歳～39 歳・生活保護世帯)
- ・ 豊丘村国民健康保険特定健康診査
- ・ 特定健康診査に心電図検査を追加

ウ 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

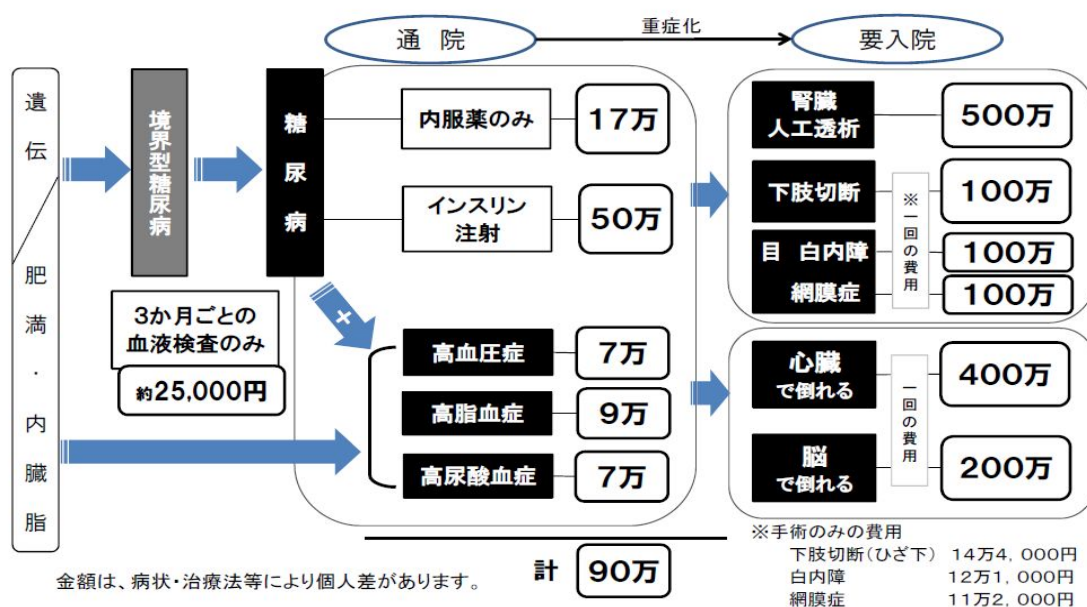
- ・ 健康診査結果に基づく住民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導(高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える)
家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施
- ・ 豊丘村国民健康保険加入者以外の希望者に対する特定保健指導の実施

3 糖尿病

(1) はじめに

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質(QOL: Quality of Life)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、心筋梗塞や脳卒中のリスクを2~3倍増加させるとされています。全国の糖尿病有病者数は10年間で約1.3倍に増えており、人口構成の高齢化に伴って、増加ペースは加速することが予想されています。

糖尿病・・・経済的な影響をみてみました 一年でかかる医療費はいくら？



(2) 基本的な考え方

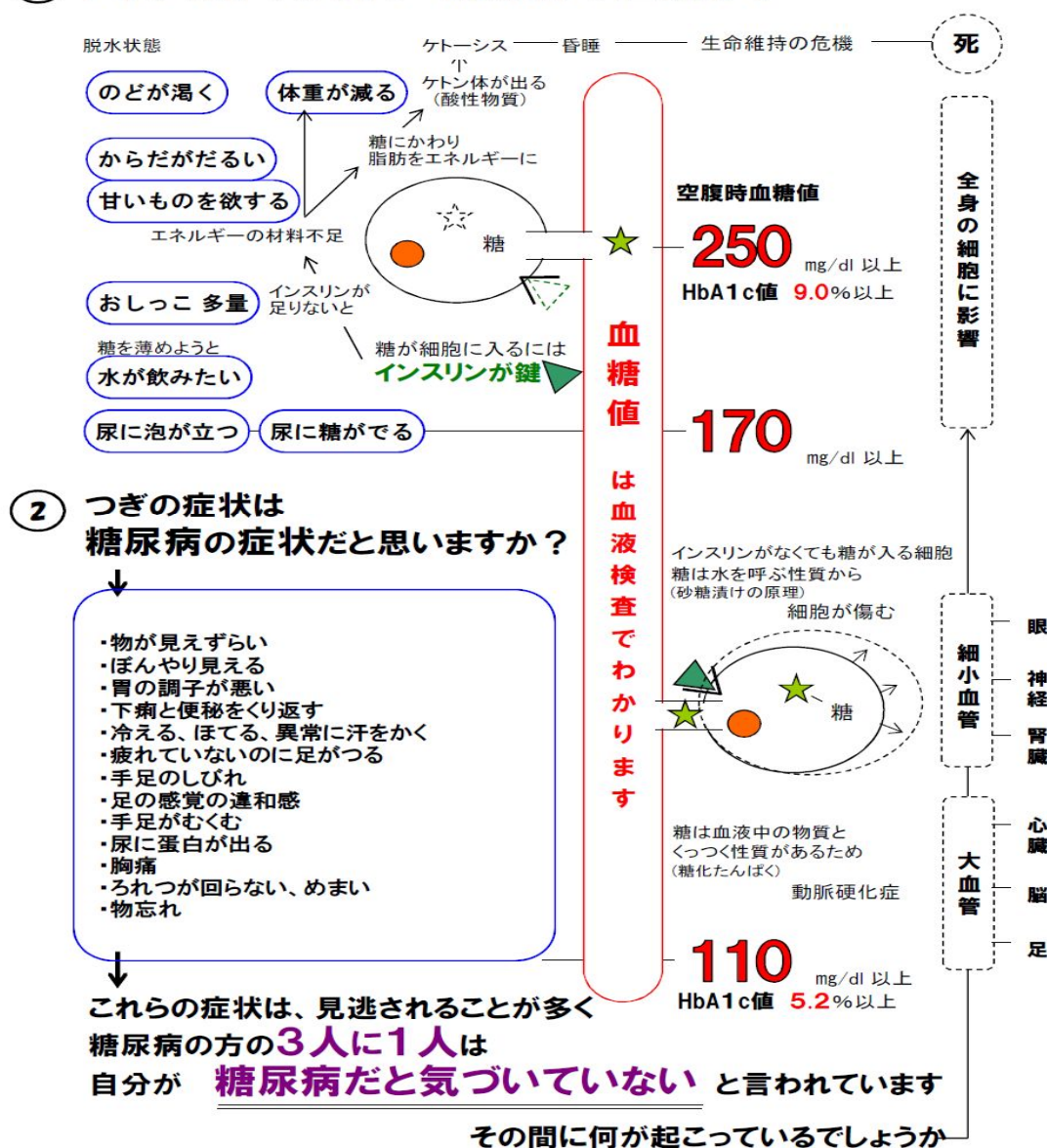
ア 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。

循環器疾患と同様、重要なのは危険因子の管理であるため、循環器疾患の予防対策が有効になります。

「症状がないから大丈夫!!」と思っていないですか？

① 住民の方々が思う 糖尿病の症状は？



イ 重症化予防

糖尿病における重症化予防は、健康診査によって、糖尿病が強く疑われる人、あるいは糖尿病の可能性が否定できない人を見逃すことなく、早期に治療を開始することです。

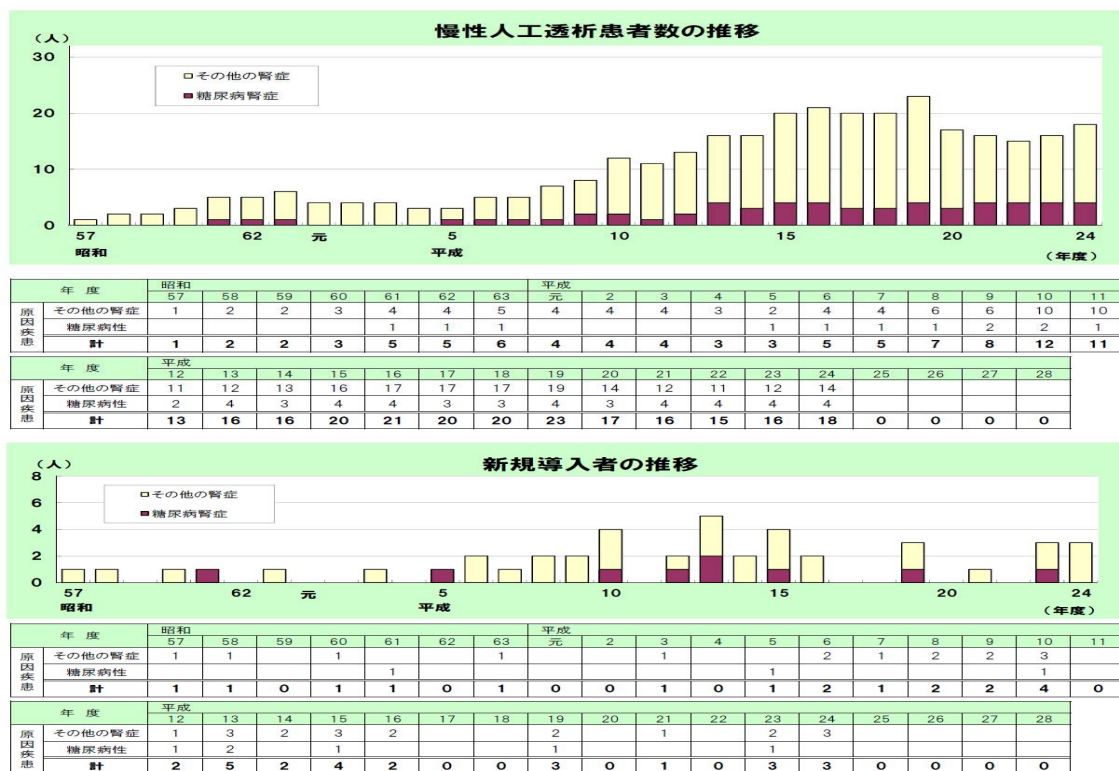
そのためには、まず健康診査の受診者を増やしていくことが非常に重要になります。同時に、糖尿病の未治療や、治療を中断することが糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されているため、治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで、個人の生活の質や医療経済への影響が大きい糖尿病による合併症の発症を抑制することが必要になります。

(3) 現状と目標

ア 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、全国的に糖尿病腎症による新規透析導入患者数は、増加から横ばいに転じています。増加傾向が認められない理由としては、糖尿病患者総数の増加や高齢化よりも、糖尿病治療や疾病管理の向上の効果が高いということが考えられ、少なくともこの傾向を維持することが必要です。

豊丘村の糖尿病腎症による新規透析導入は、数年に1名ですが、減少したとは言えず今後も、重点的に取り組んでいく必要があります。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年間と言われていることから、健康診査受診の勧奨とともに、他の医療保険者での保健指導のあり方を確認していく必要があります。



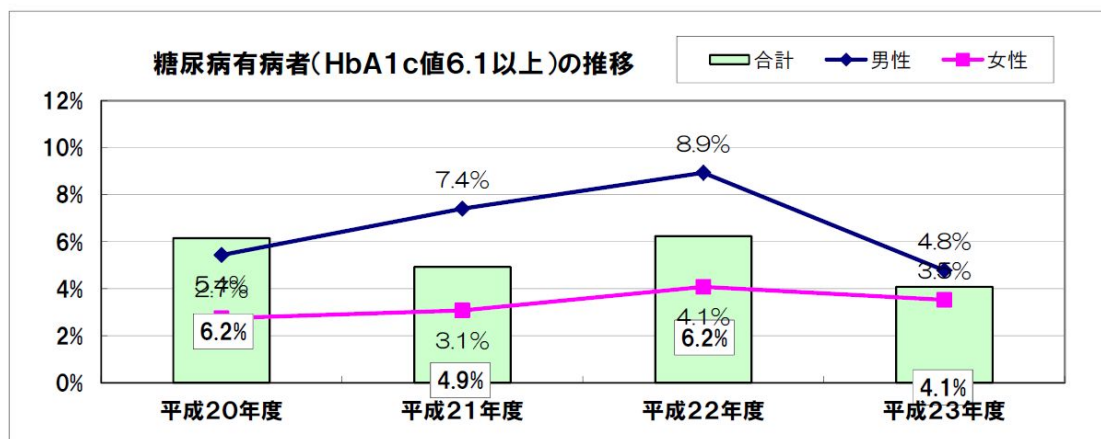
イ 糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の増加の抑制

健康日本 21 では、糖尿病有病率の低下が指標として掲げられていましたが、最終評価においては、糖尿病有病率が改善したとは言えないとの指摘がなされました。

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく、さまざまな糖尿病合併症を予防することにもなります。豊丘村の糖尿病有病者の推移は、横ばいですが、男性ではわずかに増加しています。

糖尿病有病者

	HbA1c測定者			HbA1c値6.1以上の者			割合		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計
平成20年度	184人	255人	439人	10人	7人	27人	5.4%	2.7%	6.2%
平成21年度	243人	325人	568人	18人	10人	28人	7.4%	3.1%	4.9%
平成22年度	235人	294人	529人	21人	12人	33人	8.9%	4.1%	6.2%
平成23年度	272人	340人	612人	13人	12人	25人	4.8%	3.5%	4.1%



豊丘村は糖尿病の前段階ともいえる HbA1c5.2～5.4%の正常高値から HbA1c5.5～6.0%の境界領域の割合が高く推移しています。

60 歳を過ぎると、インスリンの生産量が低下することを踏まえると、今後、高齢化が進むことによる、糖尿病有病者の増加が懸念されます。

正常高値及び境界領域は、食生活のあり方が大きく影響しますが、食生活は、親から子へつながっていく可能性が高い習慣です。乳幼児期、学童期から健診データによる健康実態や、村の食生活の特徴や村民の食に関する価値観などの実態を把握し、ライフステージ応じた、かつ長期的な視野に立った、糖尿病の発症予防への取り組みが重要になります。

ウ 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

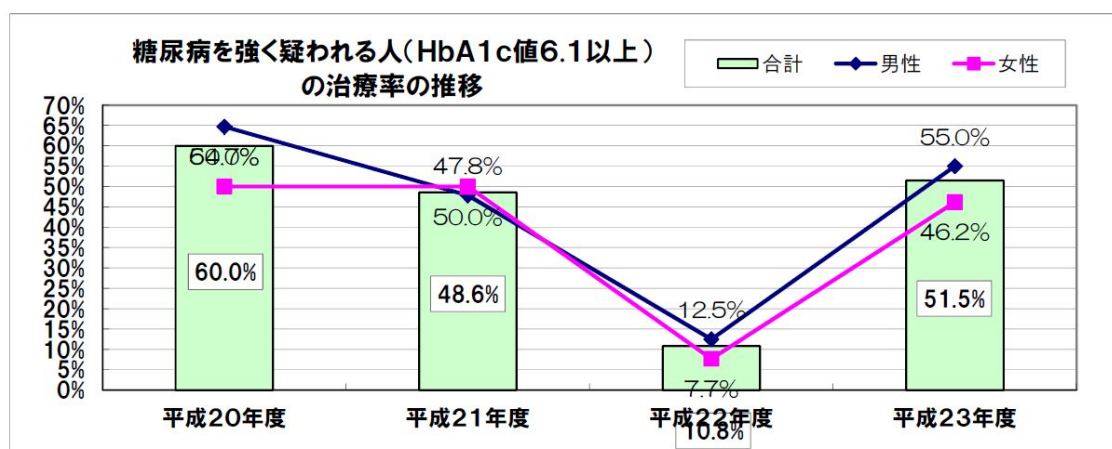
(HbA1c が JDS 値 8.0%(NGSP 値(8.4%))以上の者の割合の減少)

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2010」では、血糖コントロール評価指標として HbA1c8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられています。同ガイドラインでは、血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、治療法の再検討を含めて何らかのアクションを起こす必要がある場合を指し、HbA1c8.0%以上を超えると著明に網膜症のリスクが増えると言われています。

豊丘村では、健診の結果、HbA1c が 8.0%以上の人には、未受診者はもちろん、治療中の人にも、主治医と連携し、必要に応じて、保健指導を実施してきた結果、平成 23 年度健診受診者には HbA1c8.0%以上的人是数名となり、国の平成 34 年度の目標値を達成しています。特に、治療中の人コントロール不良者が減少したことから、今後も、医療関係者と、豊丘村の糖尿病治療等に関する課題の共有などを図りながら、コントロール不良者の減少を図ることに努めます。

エ 治療継続者の割合の増加

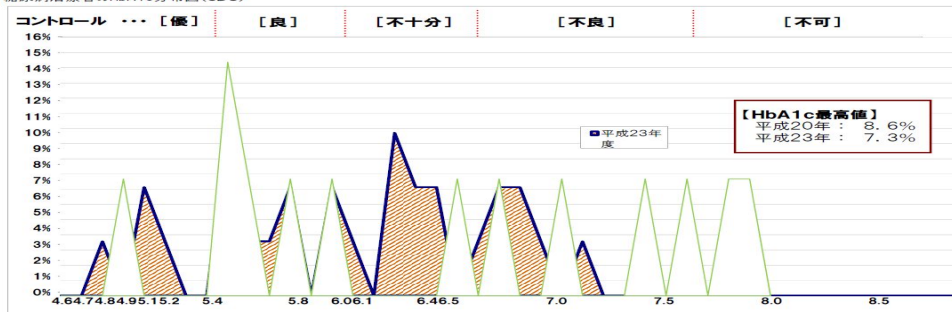
糖尿病における治療中断を減少させることは、糖尿病合併症抑制のために必須です。豊丘村の糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の治療率は、約 50%程度です。



糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も大切な治療で、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」という理由など、糖尿病治療には段階があることがわからないまま、治療を中断している人が多くみえます。

豊丘村の糖尿病治療者の HbA1c の分布図は、平成 20 年度と比較すると、HbA1c 値が低い方に推移していることから、糖尿病治療が血糖コントロールに重要な役割を果たしていることがわかります。

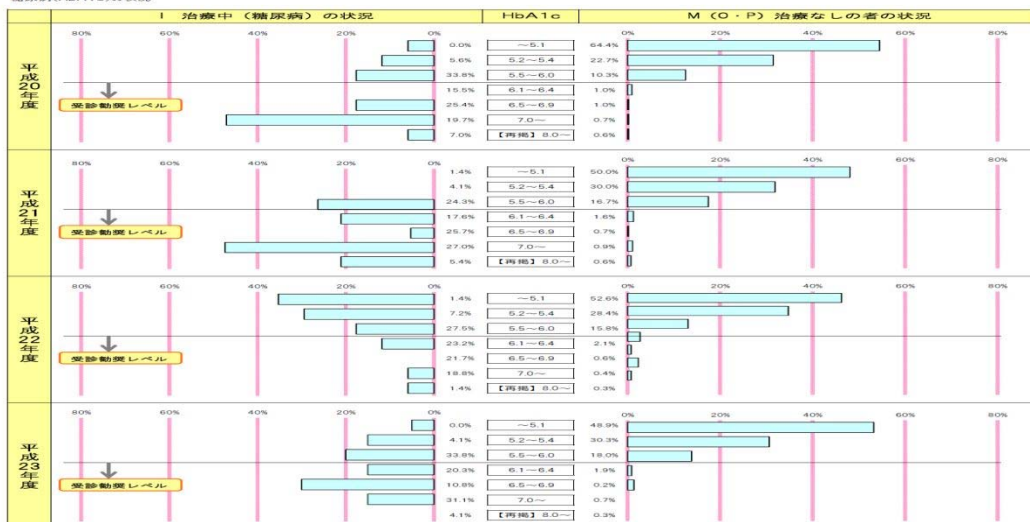
糖尿病患者のHbA1c分布図(JDS)



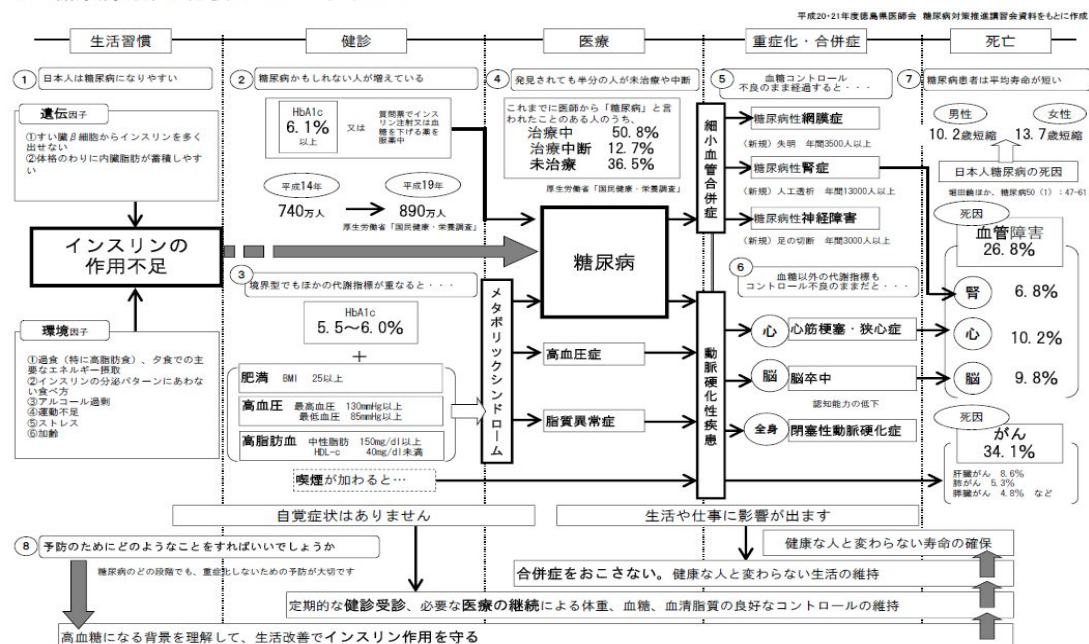
今後は、糖尿病でありながら未治療である者や、治療を中断している人を減少させるために、適切な治療の開始・継続が支援できるよう、より積極的な保健指導が必要になります。

豊丘村国民健康保険HbA1cの推移

糖尿病(HbA1c)の状況



なぜ糖尿病対策が必要なのでしょう？



（４）対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

ア 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・ 健康診査結果に基づく村民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
特定保健指導及び HbA1c 値に基づいた保健指導
家庭訪問や結果説明会等による保健指導の実施
- ・ 生活習慣病 2 次健診（75 g 糖負荷検査・微量アルブミン尿検査等）

4 COPD(慢性閉塞性肺疾患)

（１）はじめに

COPD(慢性閉塞性肺疾患)はタバコなどの有害な空気を吸い込むことで空気の通り道である気道(気管支)や酸素の交換を行う肺(肺胞)などに障害が生じる病気です。空気の出し入れが難しくなり、息がしにくくなることで息切れなどの症状が長い期間にわたり起こります。

かつて、慢性気管支炎(咳や痰の症状が長期間続く状態)や肺気腫(炎症が進んで肺胞が壊れてしまった状態)と言われていた状態が含まれます。

COPD の 90%以上に長期にわたる喫煙習慣があることから「肺の生活習慣病」「タバコ肺」とも言われています。

（２）基本的な考え方

COPD の原因の 90%はタバコ煙であり、喫煙者の 20%が COPD を発症するとされます。発症と予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙する程効果が高いとされています。また COPD は「肺の炎症性疾患」と位づけられており、心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつ病などの併存疾患が多く COPD の抑制はこれらの疾患の低減効果も期待されています。

COPD という疾患は国民の健康増進にとって極めて重要な疾患であるにも関わらず、高血圧や糖尿病などの疾患とは異なり新しい疾患名であることから十分に認知されていません。そのため COPD という疾患の認知率を高めていく必要があります。

（３）現状と目標

ア 発症予防

最大の発症リスクである喫煙率は年々低下しつつあります。しかし、若年層、女性の喫煙は横ばい状態です。

イ 重症化予防

COPD の早期発見は肺がん検診が有効です。若年層からの受診干渉とともに禁煙活動に努めます。

(4) 対策

ア COPD の認知度の向上

イ たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

ウ 禁煙支援の推進

5 次世代の健康

(1) はじめに

生涯を通じてすこやかで心豊かに生活するためには、妊娠中や子供の頃からの健康、次世代の健康が重要です。妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行うとともに子供の健やかな発育とより良い生活習慣を形成することで、成人期、高齢期等の生涯を通じた健康づくりを推進していくこともできます。また子供が成長し、やがて親になりその次の世代をはぐくむという循環においても子供の健やかな発育や生活習慣の形成はその基礎となるものです。豊丘村では豊丘村次世代育成計画「子供が元気に育つ村・とよおか」に基づき「早寝早起き朝ごはん」をスローガンに取り組みを推進してきたところです。今回、本計画の対象が乳幼児期からライフステージに応じた全村民であることから、これから父母になる思春期世代から胎生期(妊娠期)を含め、生まれてから成人するまでを次世代と位置づけます。

(2) 基本的な考え方

ア 生活習慣病の予防

子供の頃からの生活習慣病対策の重要性については日本学術会議(2008年)でも提言しているところですが、健やかな生活習慣を幼少期から身につけ、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ことが重要です。

イ 生活習慣の確立

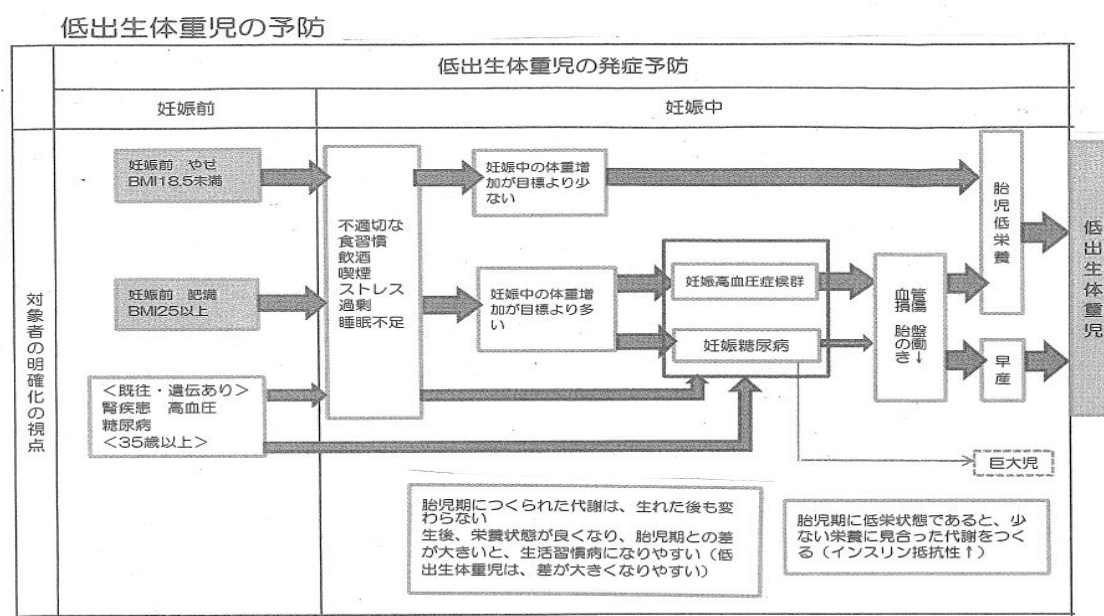
子供の健やかな発育や生活習慣の形成の状況については、子供の体重(全出生中の低出生体重児の割合、肥満傾向にある子供の割合)や生活習慣(朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気を付けて食事をしている子供の割合)や喫有病率、運動やスポーツ習慣などで確認できます。

また子供の健やかな発育のためには妊娠前、妊娠期の心身の健康づくりと基本的な生活習慣が重要であり、適正体重の維持(20歳代の女性のやせ、肥満の減少)や妊娠中の喫煙や飲酒をしないことが必要です。

(3) 現状と目標

ア 適正体重の子供の増加

(ア)全出生数中の低出生体重児の割合の減少



低出生体重児は、胎児期に低栄養の状態に置かれることで後天的遺伝子によって作られた体(体質)と、生まれてからの環境(過剰な栄養摂取など)が合わないことで、生活習慣病のリスクが高まるとの報告があります。

妊娠期から適切な生活習慣で自分の体に合わせた体重増加を図り、妊娠高血圧症候群等の異常を予防することは低体重児出生の予防につながります。低体重児出生予防のために、ハイリスクとなる妊娠の実態をとらえ、妊婦への支援を行うとともに、出生後は生まれた子供の将来の生活習慣病予防についての支援が必要となります。

①出生週数と胎児の発育

低体重児の出生週数と体重について実態把握に努めます。

②母の妊娠前の体格と出生時の体重

体格のやせ（BMI 18.5 未満）の女性は低出生体重児を出産するリスクが高いといわれています。低出生児予防のために、やせの妊婦に対して胎児が発育できる環境を整えられる支援が必要です。また体格が肥満の妊婦については、妊娠高血圧症候群等のリスクが高く、発症すると胎児に影響するため予防が重要です。

③母の妊娠中の体重増加

胎児が発育するためには、妊娠前の体格（BMI）にあった目標体重増加量に母が体重を増やす必要があります。母の妊娠中の体重増加を見ると、体格がやせの妊婦は目標体重より体重が増えない傾向があります。体重が増えない背景には毎日の食事の内容に偏りがあるなど妊娠期に必要な栄養が取れていない実態があります。妊婦の食について実態把握し、妊婦が自分の体に合った体重増加について理解でき必要な栄養摂取できる支援が必要です。

④妊娠健康診査の結果

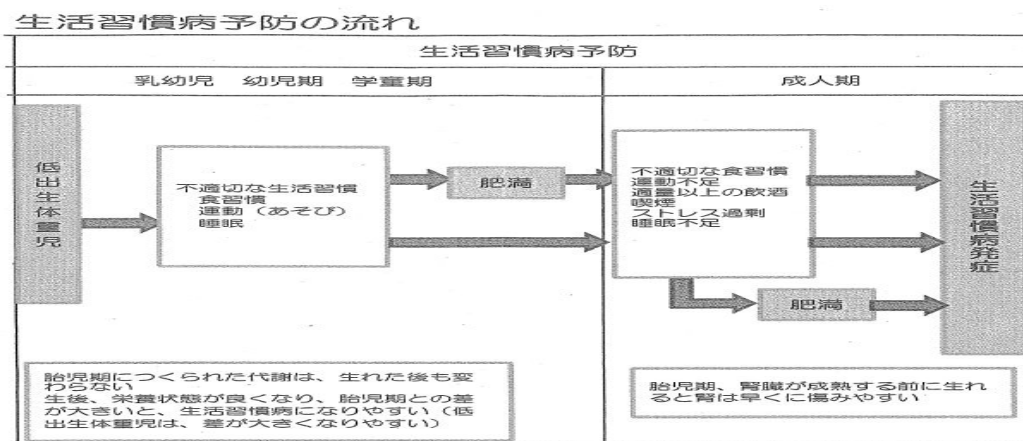
妊娠高血圧症候群は、胎盤から胎児への血流が悪くなり胎児の発育が障害される危険が高くなります。低出生体重児の母にも妊娠高血圧症候群がみられ、妊娠高血圧症候群を予防することは、低出生体重児の予防にとって重要です。

また、妊娠高血圧症候群や、妊娠糖尿病を発症した母は、将来の生活習慣病の発症リスクが高いといわれています。このような母にとって妊娠で増加した体重が出産後も戻らず、肥満になることは、40歳代以降に生活習慣病を発症する危険がさらに高くなります。リスクの高い母にたいして体重を戻すなどの生活改善の働きかけと、健康診査を勧奨し体の状態を確認することは生活習慣病の発症予防のために重要です。

⑤生活習慣(飲酒・喫煙)の状況

妊娠中の飲酒・喫煙は胎児発育不全の危険因子といわれています。妊婦飲酒・喫煙の実態把握に努め胎児への影響について妊婦に伝えていくことが必要です。

(イ) 肥満傾向にある子供の割合の減少



イ 健康的な生活習慣(栄養・食生活・運動)を有する子供の割合の増加

(ア) 小児肥満の実態

子供の肥満は、学童期思春期の肥満に移行しやすくさらに成人期に肥満になる確率が半数といわれ、将来の生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

特に、低出生体重児の場合は、将来に渡って生活習慣病のリスクである肥満には注意が必要です。小児の肥満とは標準体重増加と比較し 15%以上、学童では同じく 20%以上の体重の場合を言います。豊丘村では、出生後、2 か月訪問、乳幼児健診・相談などを通じ、子供の発育に関する相談を行い乳幼児期における適正体重の維持、肥満の児の割合の減少、月例に応じた適切な生活習慣の確立を目指します。本来乳幼児期の体脂肪率は少なく 5 歳～7 歳に見られるアディポシティ・リバウンド（注 1）が 3 歳等の早期に現れると、成人期への肥満へ移行しやすいといわれています。

(注) アディポシティ・リバウンド

乳児期を過ぎ、下降傾向にある BMI や体脂肪率が再び上昇に転じること。通常 7 歳頃に現れるが早期（特に 3 歳未満など）に起こると成人肥満、内臓脂肪症候群に移行することが多いとされる。

(イ) 学童の実態

豊丘村では教育委員会を中心に「早寝、早起き、朝ごはん」をスローガンに生活習慣改善運動を実施しており、乳幼児健診、保育所、小中学校でのかかわりを中心に生活習慣から健康問題に取り組んでいます。

今後も下記の項目を中心に、活動を継続していきます。

①朝・昼・夜の 3 食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子供の割合の増加

保育所、各学校などで実施する生活アンケートから村内ほとんどの家庭で 3 食摂取できていることが確認されていますが、朝食が継続的に食べられない家庭や、内容が菓子パンなどに偏っている家庭も見られます。食習慣は生活リズムと関係が深く今後も実態把握を含め、引き続き乳児期からの適切な生活リズムが確立できる支援が必要です。

②共食の増加(食事を 1 人で食べる子供の割合の減少)

③運動やスポーツを習慣的にしている子供の割合の増加

④未成年の飲酒をなくす

未成年の飲酒が好ましくないのは、未成年者の体は発達段階にあるために体内に入ったアルコールが身体に悪影響を及ぼし、健全な成長を妨げること、臓器の機能が未完成でアルコールの分解能力が成人に比べて低く、アルコールの影響を受けやすいためです。未成年者飲酒禁止法や、未成年者の飲酒の悪影響をふまえ、未成年者の飲酒を防止することが必要です。

⑤未成年者の喫煙をなくす

未成年からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通じた喫煙行動につながりやすいことがわかっています。家庭や学校などでの受動喫煙防止対策も重要です。

⑥健康診断結果

子供の健やかな発達や、生活習慣の形成については他のライフステージと同様、健診データで見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。豊丘村では小学校5年生、中学校2年生に血液検査（貧血、中性脂肪、総コレステロール、LDL コレステロール、HbA1c）を実施し、健康状態を確認するとともに、生活習慣予防のためのデータの理解を深める学習や、個別相談を実施していますが、すでに、脂質代謝異常や、HbA1c が保健指導値を超えている児も見られます。

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、ライフステージで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、世帯での生活習慣病対策に取り組む必要があります。今後は学校関係者と子供の健康状態について共通認識を形成するとともに血液検査（小学校5年生中学校2年生）を実施し結果に基づいた教育的アプローチを行うことが重要だと考えます

（４）対策

ア 生活習慣病の発症予防・重症化予防のための取り組みの推進

- ・ プレママ教室（妊婦教室）の実施、妊婦の実態把握
- ・ 肥満傾向児の実態把握と個々の状況に合わせた保健指導の実施
- ・ 学校血液検査の結果に基づいた個々の保健指導、健康学習

イ 健康な生活習慣の確立のための取り組みの推進

- ・ プレママ教室（妊婦教室）において自分の体に合わせた生活習慣（食事等）の学習の推進
- ・ 妊娠届出時の禁酒・禁煙指導
- ・ 乳幼児期 各種検診・相談を通じ適正体重維持のために
栄養・運動・生活リズムの実態に基づいた学習
- ・ 小中学生（小学5年生・中学2年生）血液検査の実施及び保健指導の実施
- ・ 食育の推進

参考 血管変化の予防の視点 （小中学生）

項 目		単位	1次	2次	3次 (参考)診断基準	科学的根拠		
			予防目標(健康目標) (将来の生活習慣病予防のために)	早期発見、早期治療をする、血 管変化の予防	治療を有する、進行を抑制し、 重症化を防ぐ			
血管への影響(動脈硬化の危険因子)	内臓肥満	肥満度	%	20 未満	20~49	50 以上	日本肥満学会肥満症治療ガイ ドライン(2006) 「児童・生徒の健康診断マ ニュアル」学校保健会	
		腹囲 ワエスト周囲径	cm	小学生 75 未満 中学生 80 未満	小学生 75 以上 中学生 80 以上 腹囲/身長=0.5以上			
		中性脂肪	mg/dl	120 未満 (※1)	120~149	150 以上		
		HDL コレステロール	mg/dl	40 以上	40 未満			
	LDL コレステロール	mg/dl	LDL-C以外の主要 危険因子数(※2)	LDL-C目標値 (mg/dl)	LDL-C目標値	140 以上	(※) 小児メタボリック シ ンドロームの診断基準より	
			0		160 以上			
			1~2	140 未満	140 以上			
			3以上 または、糖尿病・脂質異常 閉塞性動脈硬化疾患の 合併	120 未満	120 以上			
	血 圧	収縮期	mmHg	125 未満 (※1)	7~9歳 125~129 10~12歳 } 125~134 中学生女子 } 中学生男子 125~139	7~9歳 130 以上 10~12歳 } 135 以上 中学生女子 } 中学生男子 140 以上	高血圧治療ガイドライン (2009) [予防指標は、 正常高値以下とした]	
				70 未満 (※1)	小学生 4.4~7.0 中学生女子 } 70~79 中学生男子 70~84	小学生 80 以上 中学生女子 } 85 以上 中学生男子		
		拡張期	mmHg	70 未満 (※1)	小学生 4.4~7.0 中学生女子 } 70~79 中学生男子 70~84	小学生 80 以上 中学生女子 } 85 以上 中学生男子	(※) 小児メタボリックシ ンドロームの診断基準より	
				70 未満 (※1)	小学生 4.4~7.0 中学生女子 } 70~79 中学生男子 70~84	小学生 80 以上 中学生女子 } 85 以上 中学生男子		
	尿酸	mg/dl	小学生 4.4 未満 中学生 5.1 未満	小学生 4.4~7.0 中学生 5.1~7.0	7.1 以上 高血圧合併の高尿酸血症 →治療目標 6.1 未満	療育女子大、久保田 優(小 児科)発表データ 高尿酸 血症の診断・治療ガイドライン (2010)		
			空腹時	mg/dl	100 未満	100~125	126 以上	糖尿病診療ガイドライン (2010)
			HbA1c	%	5.2 未満	5.2~6.0	6.1 以上	
			尿 糖		(-)	(+))		
インスリン抵抗性	AST(GOT)	U/l	31 未満	31~60	61以上	日本消化器病学会 肝機能 研究班意見書		
	ALT(GPT)	U/l	31 未満	31~60	61以上			
	γ-GT(γ-GTP)	U/l	51 未満	51~100	101 以上			
	クレアチニン	mg/dl	7~9歳 } 0.6 10~12歳女子 } 10~12歳男子 } 0.7 中学生女子 } 中学生男子 0.8未満	7~9歳 } 0.6 以上 10~12歳 } 中学生女子 } 0.7 以上 中学生男子 0.8以上	CKD診療ガイドライン(2009)			
eGFR	ml/分	小学生 106~160 中学生男子 110~170 中学生女子 104~148	60~105 60~119 60~103	60 未満				
尿蛋白		(-)	(+)	尿蛋白(2+) 以上 または 尿蛋白(+)かつ尿潜血(+)				
尿潜血		(-)	(+)					
その他の 危険因子	ヘマトクリット	%	46 未満	47 以上		脳卒中治療ガイドライン (2009)		
	喫 煙		なし	あり				

※2 LDL-C 以外の危険因子

- ① 年齢が男性45歳以上 女性55歳以上
- ② 高血圧(収縮期140以上 拡張期90以上)
- ③ 高血糖

- ④ 喫煙習慣がある
- ⑤ 家族の中で心筋梗塞・狭心症の人がいる
- ⑥ 低HDLコレステロール(40未満)

法律										母子健康法					(省令)児童福祉施設最低基準第35条		学校保健安全法		労働安全衛生法			高齢者の医療の確保に関する法律	
										母子健康手帳(第16条) 妊婦健康診査(第13条)			健康診査 (第12条)				健康診断(第13条)			健康診断(第66条)		特定健診(第20条)	
健診の名称等										妊婦健診		1歳6ヶ月児健診	3歳児健診			学校健診		健康診査	定期健康診断		特定健診	後期高齢者健診	
健診内容を規定する法令・通知等										平成8年11月20日児発第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日雇児母発第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等について」		厚生労働省令		厚生労働省令 保育所保育指針「第5章健康および安全」		学校保健安全法施行規則第6条「検査の項目」							
対象年齢・時期等										8週前後	26週前後	36週前後	1歳6ヶ月	3歳	保育所	幼稚園	小学校、中学校、高等学校	大学	18～39歳	40歳未満	雇入時、35歳、40歳以上	40～74歳	75歳以上
項目	幼児		小学生		中学生	高校生	妊婦	成人	65歳以上	年間14回			該当年齢	該当年齢	(幼稚園については、学校保健安全法のもと実施)		年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	年1回	
	3～5歳	6～8歳	9～11歳	12～14歳	15～17歳																		
身長													●	●	●	●	●	●	☆		●	●	●
体重										●	●	●	●	●	●	●	●	●	☆	●	●	●	●
内臓脂肪の蓄積	BMI・肥満度	肥満度 15%未満	肥満度20%未満			成人と同様	妊娠初期(5～16週)		BMI 25未満										☆				
							25未満																
							妊娠中期(17～28週)																
							27.2未満																
							妊娠後期(29～40週)																
	28.3未満																						
	腹囲	腹囲75cm未満 腹囲/身長比 0.5未満		腹囲80cm未満			男 85cm未満 女 90cm未満											☆		●	●	●	●
	中性脂肪		120 mg/dl未満			150 mg/dl未満											☆		●	●	●	●	
	HDLコレステロール		40 mg/dl 以上														☆		●	●	●	●	
	肝機能	AST(GOT)		31 IU/l 未満														☆		●	●	●	●
		ALT(GPT)		31 IU/l 未満														☆		●	●	●	●
		γ-GT(γ-GTP)		51 IU/l 未満														☆		●	●	●	●
	血管を傷つける条件	血圧(mmHg)		120/70 未満	125/70 未満			130/75 未満	130/85 未満		●	●	●						☆	●	●	●	●
尿酸		5.3 mg/dl未満			6.2 mg/dl未満	7.1 mg/dl未満											☆			☆			
血糖		空腹時血糖		100 mg/dl未満														☆		(いずれかの項目で可)	(いずれかの項目で可)	(いずれかの項目で可)	
		随時血糖		140 mg/dl未満			(食後2時間) 120 mg/dl未満		140 mg/dl未満	●	●						☆						
		HbA1c		5.2 %未満			5.8 %未満		5.2 %未満									☆					
		尿糖		(－)							●	●	●		●	●	●	省略可	☆				
LDLコレステロール				LDL-C以外の主要危険因子数(※1)				目標値(mg/dl)										☆		●	●	●	
				0				159以下															
				1～2				139以下															
				3以上又は糖尿病、脳梗塞、閉塞性動脈硬化疾患の合併				119以下															
	冠動脈疾患の既往あり				99以下																		
腎臓	血清クレアチニン(mg/dl)		男 0.5未満	0.6未満	0.7未満	0.8未満	0.9未満	1.05未満									☆			☆			
			女 0.4未満	0.6未満	0.7未満	0.8未満	0.8未満	0.8未満															
	eGFR		正常GFR 133±27 ml/分				男子 140±30 ml/分 女子 126±22 ml/分		60 ml/分以上							☆							
	尿蛋白		(－)							●	●	●		●	●	省略可	☆	●	●	●	●	●	
	尿潜血		(－)							●	●	●		●		実施が望ましい	実施が望ましい	省略可	☆		☆	◎	
易血栓性	赤血球数									●	●	●					☆(中学生)	☆	●	☆			
	ヘマトクリット									●	●	●					☆(中学生)	☆	●	☆			
	ヘモグロビン		46%未満							●	●	●					☆(中学生)	☆	●	☆			

第3節 生活習慣の改善

1 栄養・食生活

(1) はじめに

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。豊丘村でも自然環境や地理的な特徴、歴史的条件が相まって、地域特有の食文化を生み出し、食生活の習慣を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、豊丘村の特性を踏まえ、栄養状態を適正に保つために必要な栄養素を摂取することが求められています。

(2) 基本的な考え方

ア 発症予防

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)の具体的な関連があり、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もおおむね決まっており、生活習慣病予防のためには、ライフステージを通して、適正な食品(栄養素)摂取が実践できる力を十分に育み、発揮できることが重要になってきます。

イ 重症化予防

(3) 現状と目標

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、豊丘村食育推進計画と重複する目標項目を除き、適正体重を中心に、目標を設定します。

ア 適正体重を維持している者の増加

体重は、ライフステージをとおして、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。

（ア）夏冬で体重の変化を起こす背景

冬場に運動量が低下することで体重増加し必要な摂取量も少なくなりますが胃袋の容量は変化しないため食べる量が変わらず、体重が増えます。夏体重が戻れば問題ないと夏冬で体重変化が繰り返される中で体重が増加して行く人が多く見られます。

（イ）労働条件(生活リズム)の変化が引き起こす、肥満と高血糖

人間は、1日24時間というリズムで生活していますが、実際にはもう少し長いやく25時間で体内リズムは刻まれています。朝の光を浴び、朝食を食べることで体内時計はリセットされ、体全体が目覚め、心身の働きが活発になります。朝食を食べないことは、代謝活動の低下、脂肪合成の促進につながります。また、夜9時以降の飲食は心身の活動の低下により、脂肪として蓄積され肥満の原因となります。労働条件の変化に伴い、活動量だけでなく食事時間、内容が変わることで肥満や高血糖を引き起こします。労働条件は個人の解決だけでは難しい部分もありますが、適切な食事、そして時間（いつ食べるか）が適正な体重維持には重要です。

（ウ）ライフステージの中で体重が増えるきっかけ

ライフステージの中で体重が増えるきっかけはいくつかあります。幼児、小中学生ではお菓子や、清涼飲料水（スポーツ飲料）などの過剰摂取、成人では男性は仕事内容（活動量）の低下に伴う体重増加、女性は妊娠、出産に伴う変化や子育て中の食習慣、更年期以降の基礎代謝の低下に伴う体重増加があります。

また、年齢とともに基礎代謝は低下していくので、必要な食事量は徐々に減っていきます。若いころから同じ量を食べていても体重は増えていきます。適正な体重を維持していくためには、適正な量と内容（質）の食事を摂取することが大切です。

イ 適正な量と質の食事をとるものの増加

（ア）高血糖に影響を与えている食の背景

糖尿病患者は近年増加しており豊丘村国民健康保険特定健診の結果からも糖尿病予備軍が増加しています。糖尿病はすい臓から分泌されるインスリンというホルモンが関係します。炭水化物（糖質）は分解されてブドウ糖になり、体内で唯一糖を下げるができるインスリンによって肝臓や筋肉、脂肪細胞に取り込まれ（貯蔵）エネルギーとして利用されます。

炭水化物（糖質）には、単純糖質と複合糖質の2種類があります。単純糖質は、砂糖、お菓子類、清涼飲料水、果物などの食品に含まれています。複合糖質はでんぷんに含ま

れておりご飯、パン、いも、等の食品に含まれています。複合糖質は分子がいくつにもつながっている糖質で消化に時間がかかるため血糖の上昇がゆっくりですが、単純糖質は分子がばらけておりすぐに吸収されるため血糖値が急上昇し複合糖質に比べインスリンの分泌が多くなります。

豊丘村における糖質のとり方を次の視点で実態把握し生活習慣を改善することが重要です。

- ①間食の選び方
- ②果実に含まれている糖質
- ③村民の食べ方

(イ) 若者の実態

20歳～30歳代の若者は生まれた時からファーストフードやコンビニがある世代で便利で簡単に、いつでも食べたいものを手に入れることができ調理をしなくても食事を行うことができます。それらをうまく活用し選択することで必要な食品（栄養素）を摂取できるような情報提供が必要です。

(ウ) 胎児を育てる妊婦の食の実態

妊娠各期に必要な栄養を摂取することは母体の血液を作り、胎盤を通じて栄養を送り胎児が発育するために重要です。栄養の偏りや過剰な摂取は体重増加過剰や妊娠糖尿病等につながる危険があります。妊娠中の栄養が不足すると胎児が低栄養の環境におかれて十分発育できないだけでなく後遺症が機能しインスリン抵抗性等代謝が変化するため出生後も肥満や生活習慣病の危険が高くなります。

次の視点で、実態を把握し妊娠中に適切な食生活を送ることができる支援が重要になります。

- ①妊婦の食生活
- ②妊婦の1日のバランス食

(エ) 野菜の食べ方

人間の体が元気で生き続けるのは体の一つ一つの細胞が順調に新しく生まれ変わっているからです。その一つ一つの細胞に必要な材料（栄養素、水分、酵素）を入れるためには特にビタミンA、C、葉酸が必要で、それらが効率よく含まれているのが野菜です。また食物繊維が含まれていることが「1日350gの野菜を食べましょう。」という目標に繋がっています。豊丘村では自家製野菜を作る世帯が多く、購入するにしても農家の直接販売などで安価に手にいれることができます。多く作った野菜を漬物にし長期的に食べることで塩分の取りすぎに繋がっていることは解決すべき課題といえます。

(オ) 情報による食の選択

健康日本21計画目標には「野菜と果物の摂取量の増加」が掲げられています。しかし、豊丘村は自家製野菜を多く作成し、漬物化していたり、桃、梨、ブドウ、リンゴ、柿といった果物の産地であり地域実態に合わせた目標設定が重要となってきます。テレビや雑誌の情報に惑わされることなく、個人の代謝能力には遺伝や体質という違いもあり、栄養摂取量の科学的な根拠は個々の健診結果をもとにすすられることから、情報の選択を含め、住民自身が自らに必要な食品の量と質の選択力を養う必要があると考えます。

(4) 対策

ア 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

健診結果から自分の食の特徴がわかるような栄養指導

収穫した野菜を上手に生かせる食行動の支援

ライフステージに対応した食に関する適切な選択力がつくような栄養学習

イ 生活習慣病の重症化予防のための取り組み

管理栄養士による専門性を生かした栄養指導

血液データに基づいた栄養指導

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		成人	高齢者		
			前期 0～16週 未満	中期 16～28 週未満	後期 28～40 週	妊娠高 血糖 尿糖+	妊娠高血圧症 候群 尿糖-尿糖± 以上			6か月 開始 2カ月	8か月 開始 4カ月	11か月 開始 7カ月 母乳・ミ ルク 600 (プレー ンヨー グル ト40)	3歳	5歳	6～8歳	9～11歳		12～14歳		15～17歳			70歳以上		
							男	女								男	女	男	女	男	女				
第1群	乳製品	牛乳1本 200cc	200	200	200	200	200	200	400	母乳・ミ ルク 900	母乳・ミ ルク 700	母乳・ミ ルク 600 (プレー ンヨー グル ト40)	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	200	200	200
	卵	Mサイズ 1個50g	50	50	50	50	50	50	50	卵黄5	卵黄～ 全卵25		卵黄～ 全卵25	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
第2群	魚介類	1/2切れ 50g	50	50	50	50	30	30	50	0	10	15	30	40	50	50	50	60	60	70	60	50	50	50	
	肉類	薄切り肉 2～3枚50g	50	50	50	50	30	30	50	0	10	15	25	40	50	50	50	60	60	70	60	50	50	50	
	大豆製品	豆腐なら 1/4丁 110g	165	165	165	165	110	110	165	5		40	40	70	80	100	80	165	120	165	110	110	110	110	
第3群	緑黄色野菜	人参 ほうれん草 トマトなど	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	200～ 250	20	30	45	70	100	100	150	100	200	150	200	150	150	150	150	
	淡色野菜	大根 白菜 キャベツ 玉ねぎなど	250	250	250	250	250	250	250	20	20	45	100	140	150	200	180	250	250	300	250	250	200	200	
	いも類	ジャガイモなら 1個100g	100	100	100	100	100	100	100	20	20	30	40	50	80	100	100	120	100	120	100	100	100	100	
	果物	リンゴなら1/4個と みかん1個で 80kcal	120kcal	120kcal	120kcal	80kcal	120kcal	80kcal	120kcal	-	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	しいたけ えのき シメジなど	50	50	50	50	50	50	50	-	-	-	20	30	30～ 50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
	海藻	のり ひじきなど	50	50	50	50	30	30	50	-	3	5	20	20	30	30～ 50	30～ 50	30～ 50	30～ 50	30～ 50	30～ 50	30～ 50	30～ 50	30～ 50	
第4群	穀類	ご飯3杯 (450g)	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	個人に よりまち まち	
	種実類 油脂	油大さじ1.5 (18g)	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	バター で2	バター で3	4	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	砂糖大さじ1 (9g)	20	20	20	10	20	10	20	0	0	3	10	10	15	20	20	20	20	20	20	20	10	10	
	酒類(アルコール)		禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	20	20	

豊丘村の生活習慣病とからだの実態を考える

からだの実態

【死 亡】(H22年：人口10万対)
・脳血管疾患
年齢調整死亡率は 県より低い

	国	県	村
男性	49.5	53.9	5.5
女性	26.9	32.3	1.9

・心疾患
年齢調整死亡率は国、県より低い

	国	県	村
男性	36.9	59.6	54.6
女性	15.3	32.0	22.2

【介護保険】
・2号出現率 0.20%
・原因疾患 脳血管疾患

【治 療】(H22年5月国保分レセ)
全治療に占める割合

	村 (%)	県 (%)
血圧	74.73	36.33
脂質異常	50.11	26.64
糖尿病	31.80	18.00

総人数に占める割合

	村 (%)	県 (%)
血圧	21.52	18.76
脂質異常	14.42	13.75
糖尿病	9.05	9.29

県より高血圧の治療者が多い。

食の実態

【栄養素】
・炭水化物（糖質）
エネルギー比率54%

・脂質エネルギー比率
26.8%

・野菜の摂取量
男性 379g
女性 353g

・多量飲酒者の割合
村：男性 17.9%
女性 1.7%

H22年度国民健康・栄養
調査より（長野県）
H22年度特定健診問診

【特定健診】H22年度
・脂質異常
LDL120mg/dL以上 44.1%
・高血圧
I度以上 19.1%
・糖尿病
HbA1c6.1%以上 6.2%

【LDLコレステロール↑の原因】
～住民の声～
・肉や魚をたくさん食べる。
・私これ（糖）間食しちゃうんだよね。
・油もの多いかも。（簡単な料理で喜ばれる）
（てんぷら・かき揚げ・から揚げ）
。

【食べ方】
・米文化（五平餅）
（松茸ご飯）
・漬け物・煮物
・果物
・山菜の天ぷら
・菓子パン
・佃煮・しらす干しなど
いつでも食べられるもの。

【調味料】
・食用油 4位
・味噌 2位
・砂糖 2位
・塩 7位
・調味料にかかる
金額 1位

家計調査
H21～23年平均
より（長野市）

【食塩摂取量】
男性 12.5g
女性 10.7g

H22年度国民健康・
栄養調査より

【ご近所付き合い】
・飲酒習慣（男性）
・慰労会（地区・消防等）
・お茶の習慣（農作業時、家庭）
・菓子・煮物・果物・漬け物

【菓子】～健診での住民の声～
・誰か来てくれた時用に、いつもある。
・お土産でいただく。日持ちしないし、粗末にはできません。
・家にいるとつい食べてしまう。
・気が付くと、一袋ぐらい食べてしまう。
・菓子パンは、お茶の時に1個食べる。

地域特性

【地勢・風土】
・山林が80%占める。
・集落は下段・中断・山間地帯に分けられる。

【農 業】
・果樹が中心
りんご・市田柿
（収入は54.3%）

・農家数は 総世帯の
専門農家 4%
兼業農家 38%
豊丘村農業委員会活動データより

【歴 史】
・2つの村が合併し、1つの村になった。

【生活の変化】
品添えの充実した食料品店
や・コンビニ店あり。
・飲食店減少
・高齢化率 30.2%
・農家の減少、農地の
荒廃や遊休化が進行。

保存食

種 類	糖分(%)	塩分(%)
大根の酢漬	10～16	5
野沢菜漬	10	4～7
梅 漬	20～30	10～20
奈良漬	20～30	8
福神漬	18～23	5～10
干し柿	70	

・家に野菜や果物があるから作る。
・最近は酢漬けや醤油漬けが人気。

2 身体活動・運動

(1) はじめに

身体活動とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを、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・運動の量が多い人は、不活発な人と比較して循環器疾患やがんなどの非感染性疾患の発症リスクが低いことが実証されています。

世界保健機構(WHO)は、高血圧(13%)、喫煙(9%)、高血糖(6%)に次いで、身体不活動(6%)を全世界の死亡に関する危険因子の第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。

最近では、身体活動・運動は非感染性疾患の発症予防だけでなく、高齢者の運動機能や認知機能の低下などに関係することも明らかになってきました。

身体活動・運動の重要性が明らかになっていることから、多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施できる方法の提供や環境をつくることが求められています。

(2) 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。

主要な生活習慣病予防とともに、ロコモティブシンドロームによって、日常生活の営みが困らないようにするために身体活動・運動が重要になってきます。

(3) 現状と目標

ア 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)

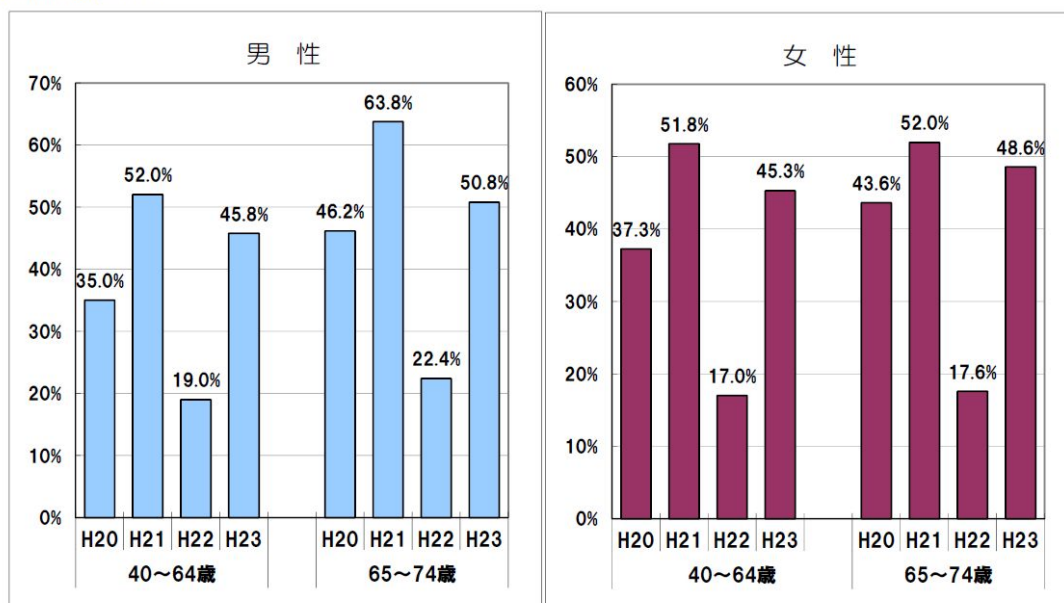
歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。

歩数の不足ならびに減少は、肥満や生活習慣病発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子でもあります。

豊丘村では、健康診査・豊丘村国保特定健診受診者に対して、身体活動の状況を確認していますが、日常生活においてよく体を使っていると意識している人は、男女ともに45%を超えており、20～64歳では男性が、65歳以上では女性が多くなっていま

す。

(特定健診問診票 問11)



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。

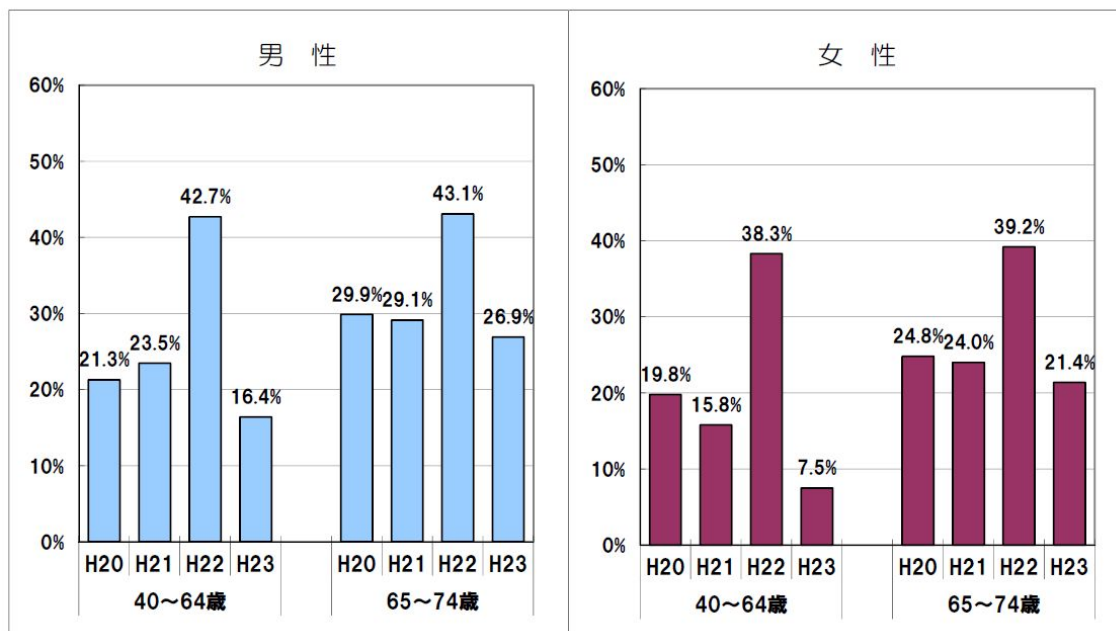
豊丘村では平成21年度から23年度に村内3か所にウォーキングロードを設置しました、今後は公民館、NPOなどの歩行を取り入れた運動教室への参加を推奨していきます。

イ 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(20～64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、豊丘も同様の傾向です。

また、身体活動と同様に、女性の就労世代の運動習慣者が最も少なくなっていますが、男女ともに就労世代の運動習慣は増加傾向にあります。

(特定健診問診票 問10)



就労世代の運動習慣者が今後も増加していくためには、多くの人が、気軽に運動に取り組むことができる環境を整える必要があります。

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

(4) 対策

- ア 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
- イ 身体活動及び運動習慣の向上の推進
 - ・公民館、NPOが実施している運動教室への勧奨

3 飲酒

(1)はじめに

アルコール飲料は、生活・文化の一部として親しまれてきている一方で、陶酔性、慢性影響による臓器障害、依存性、妊婦を通じた胎児への影響等、他の一般食品にはない特性を有します。

健康日本 21 では、アルコールに関連した健康問題や飲酒運転を含めた社会問題の多くは、多量飲酒者によって引き起こされていると推定し、多量飲酒者を「1 日平均純アルコール 60g を超える飲酒者」と定義し、多量飲酒者数の低減に向けて努力がなされてきました。

しかし、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などは、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。また、全死亡、脳梗塞及び冠動脈疾患については、男性では 44 g / 日（日本酒 2 合 / 日）、女性では 22 g / 日（日本酒 1 合 / 日）程度以上の飲酒でリスクが高くなることが示されています。同時に一般に女性は男性に比べて肝臓障害など飲酒による臓器障害をおこしやすいことが知られています。

世界保健機構(WHO)のガイドラインでは、アルコール関連問題リスク上昇の域値を男性 1 日 40 g を超える飲酒、女性 1 日 20 g を超える飲酒としており、また、多くの先進国のガイドラインで許容飲酒量に男女差を設け、女性は男性の 1/2 から 2/3 としています。

そのため、次期計画においては、生活習慣病のリスクを高める飲酒量について、男性で 1 日平均 40g 以上、女性で 20g 以上と定義されました。

(2)基本的な考え方

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

(3)現状と目標

ア 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(一日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者)の割合の低減

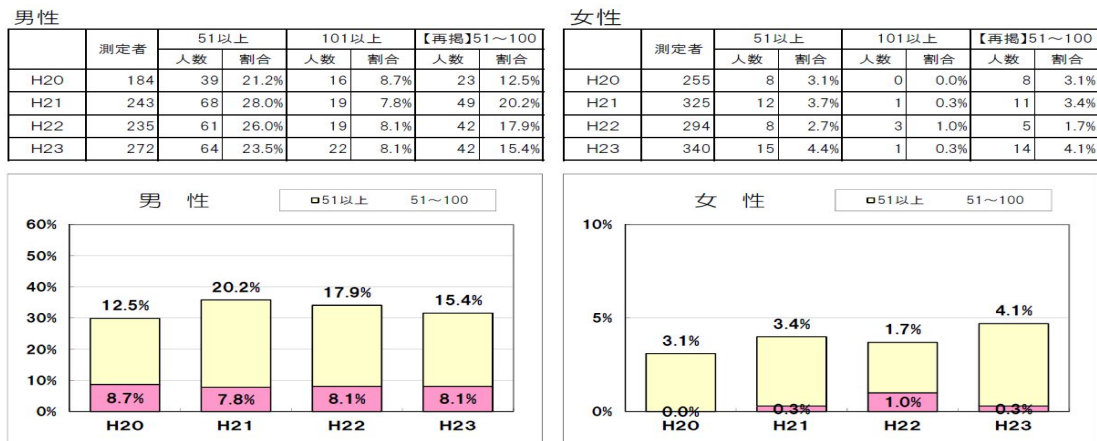
飲酒量と関係が深い健診データである γ -GTP については、異常者の割合は横ばいで、常に県内平均より高い異常率で推移しています。飲酒は肝臓のみならず、高血糖、高血圧、高尿酸状態をも促し、その結果、血管を傷つけるという悪影響を及ぼします。

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

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、豊丘村の地理・地形、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。

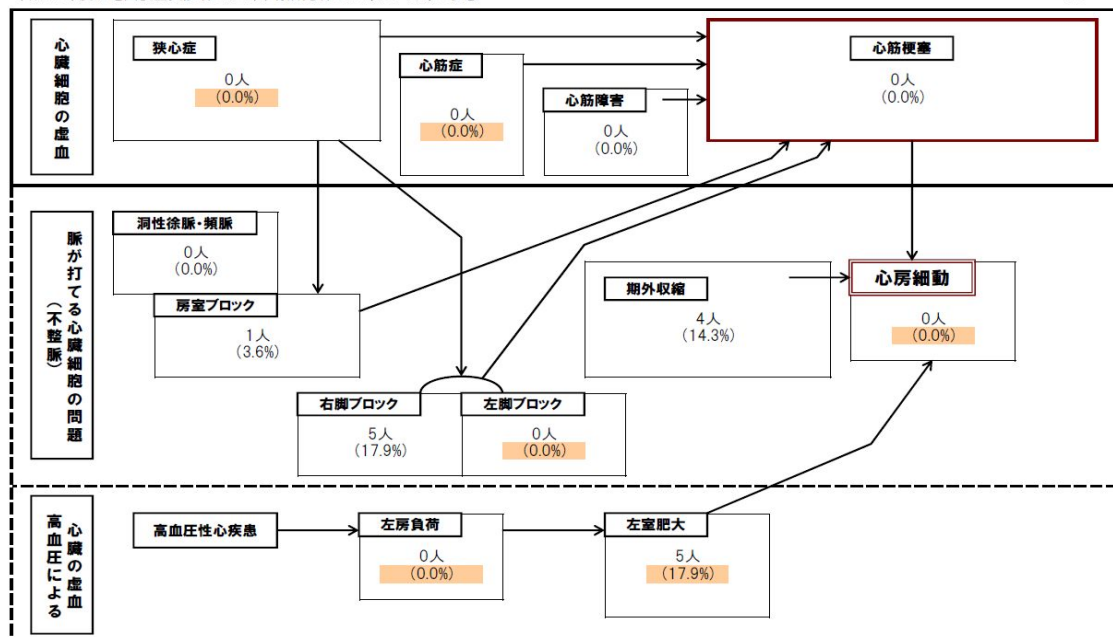
豊丘村国民健康保険特定健診 γ -GT (γ -GTP) 状況



γ -GT 51 以上者の心電図

■ γ -GTP値51以上の者
平成23年度心電図検査受診者57人中、有所見者28人(49.1%)の状況

28



(4) 対策

ア 飲酒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教育や情報提供母子健康手帳交付、
妊婦教室、乳幼児健診及び相談、がん検診等

イ 飲酒による生活習慣病予防の推進

- ・ 健康診査、豊丘村国保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

(1) はじめに

たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立しています。具体的には、がん、循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患等)、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、糖尿病、周産期の異常(早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等)の原因になり、受動喫煙も、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息や呼吸器感染症、乳幼児突然死症候群(SIDS)の原因になります。

たばこは、受動喫煙などの短期間の少量被曝によっても健康被害が生じますが、禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされていることから、たばこ対策の着実な実行が求められています。

(2)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 の 疾患の確立した原因であり、その対策により、がん、循環器疾患、COPD、糖尿病等の予防において、大きな効果が期待できるため、たばこと健康について正確な知識を普及する必要があります。

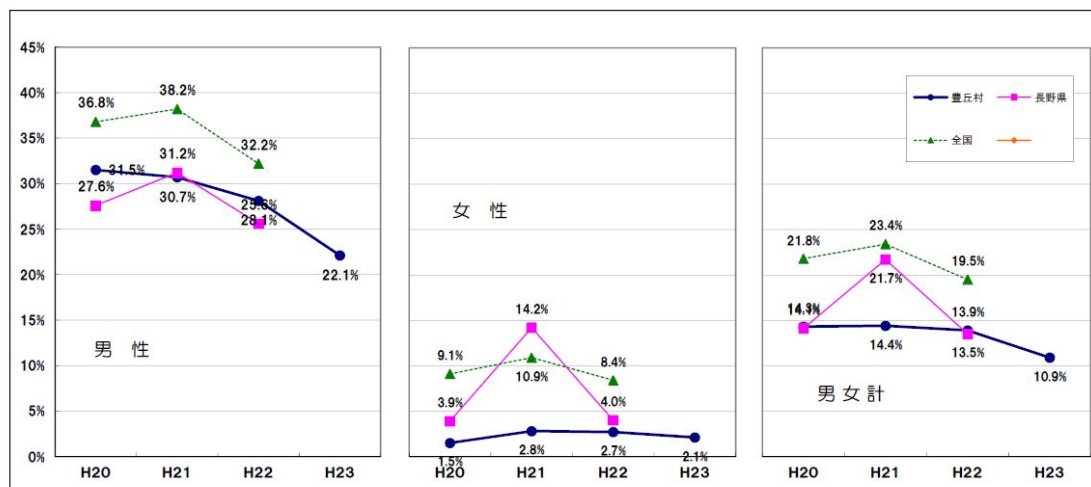
(3)現状と目標

ア 成人の喫煙率の減少(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。豊丘村国民健康保険特定健診における喫煙率は、全国と比較すると低く推移しており、男女ともに年々、低下しています。

しかし、特定健診以前の若い年代(20歳～30歳代)の喫煙率は把握できておらず、

今後消防団健診、母子手帳交付時などに把握していく必要があります。



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いですが、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、より喫煙によるリスクが高い人への支援が重要になります。

(4) 対策

ア 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、妊婦教室、乳幼児健診及び相談、がん検診等

イ 禁煙支援の推進

- ・ 健康診査、豊丘村国保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

5 歯・口腔の健康

(1) はじめに

歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく寄与します。

歯の喪失による咀嚼機能や構音機能の低下は多面的な影響を与え、最終的に生活の質(QOL)に大きく関与します。平成23年8月に施行された歯科口腔保健の推進に関する

法律の第 1 条においても、歯・口腔の健康が、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしているとされています。

従来から、すべての国民が生涯にわたって自分の歯を 20 本以上残すことをスローガンとした「8020(ハチマルニイマル)運動」が展開されているところですが、超高齢社会の進展を踏まえ、生涯を通じて歯科疾患を予防し、歯の喪失を抑制することは、高齢期での口腔機能の維持につながるものと考えられます。

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

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

(2) 基本的な考え方

ア 発症予防

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

イ 重症化予防

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

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

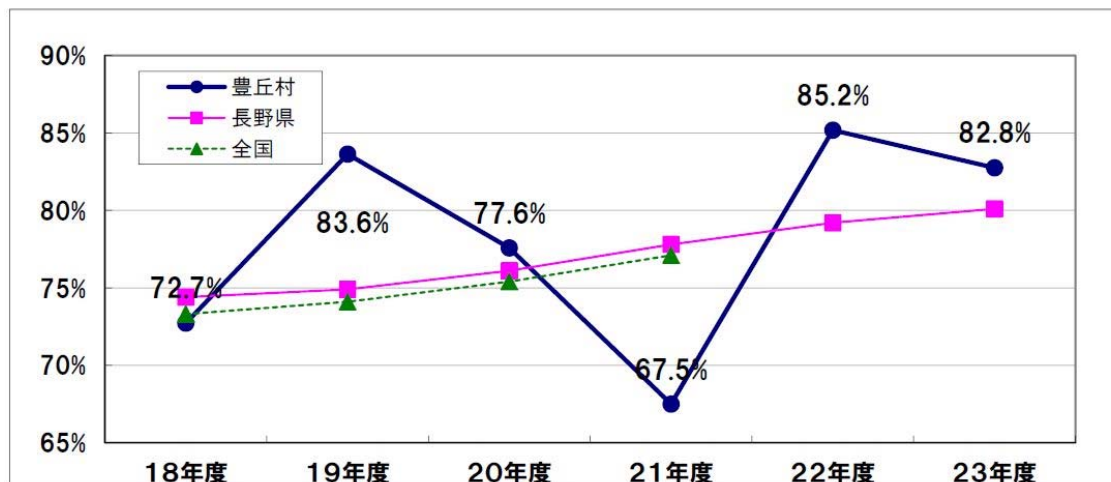
(3) 現状と目標

歯・口腔の健康については、主観的な評価方法を使用する目標項目を除き、検診で経年的な把握ができる下記の 3 点を目標項目とします。

ア 乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加

豊丘村の 3 歳児でう蝕がない児の割合は、減少を続け、全国や長野県と比べると低い割合になっています。

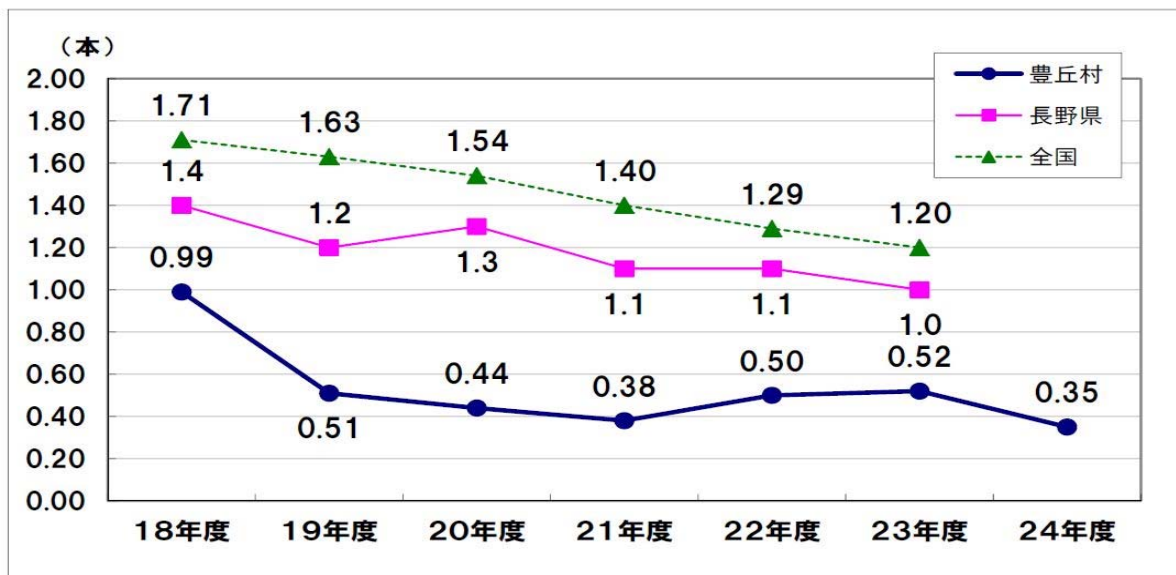
三歳児のない児の割合



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

乳幼児期の歯科保健行動の基盤の形成は、保護者に委ねられることが多いため、妊娠中から生まれてくる子の歯の健康に関する意識を持って頂き、また妊娠中に罹患しやすくなる歯周疾患予防のために、プレママ教室での歯科保健指導の実施を継続します。

3歳児の1人当たり歯本数



イ 過去1年間に歯科受診をした者の増加

定期的な歯科検診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく寄与します。

特に、定期的な歯科検診は成人期の歯周病予防において重要な役割を果たします。定期的な歯科検診の受診により、自身の歯・口腔の健康状態を把握することができ、個人

のニーズに応じて、歯石除去や歯面清掃ないしは個別的な歯口清掃指導といったプロフェッショナルケアに繋がることから、広報を通じ歯科検診の重要性について普及していきます。

ウ 歯周病を有する者の割合の減少

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患です。歯周病のうち、歯肉に局限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を評価指標とします。

(4) 対策

ア ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・ プレママ教室歯科保健指導
- ・ 健康相談（1歳児、2歳児、3歳児）

イ 専門家による定期管理と支援の推進

- ・ 幼児歯科検診（1歳6か月児、3歳児）

第4節 社会生活に必要な機能の維持・向上

1 高齢者の健康

(1)はじめに

豊丘村は少子化が進み、人口の高齢化も同時に進んでいます。多くの高齢者は、可能な限り住み慣れた地域や自宅で生活し続けられることを望んでいます。将来を見据えた時に、若い年代層からの健康づくりが、健康寿命の延伸、生活の質の向上、健康格差の縮小に繋がっていくと考えます。

(2)基本的な考え方

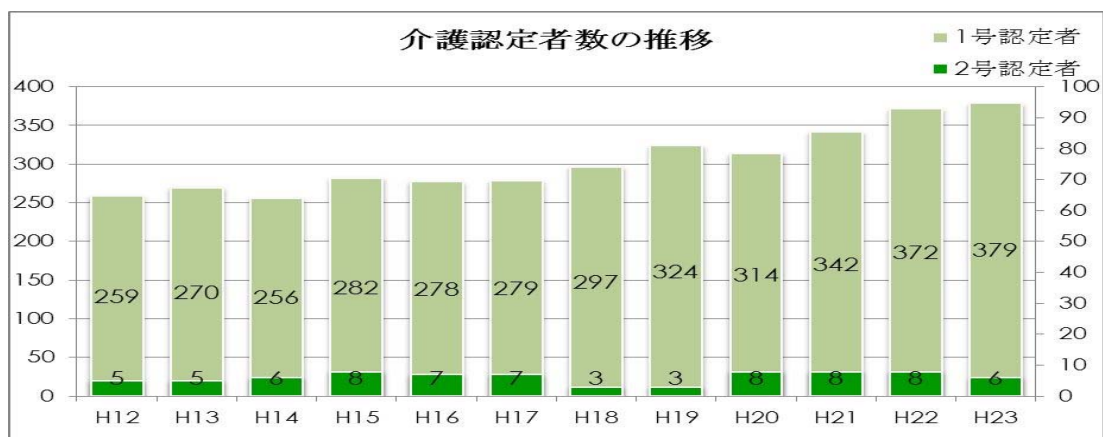
健康寿命の延伸については、介護保険の認定者数(率)で確認していく必要があります。介護保険認定者の原因疾患として年々増加している認知症と運動器疾患については早い時期からの予防が重要になってきます。

(3)現状と目標

ア 介護保険サービス利用者の増加の抑制

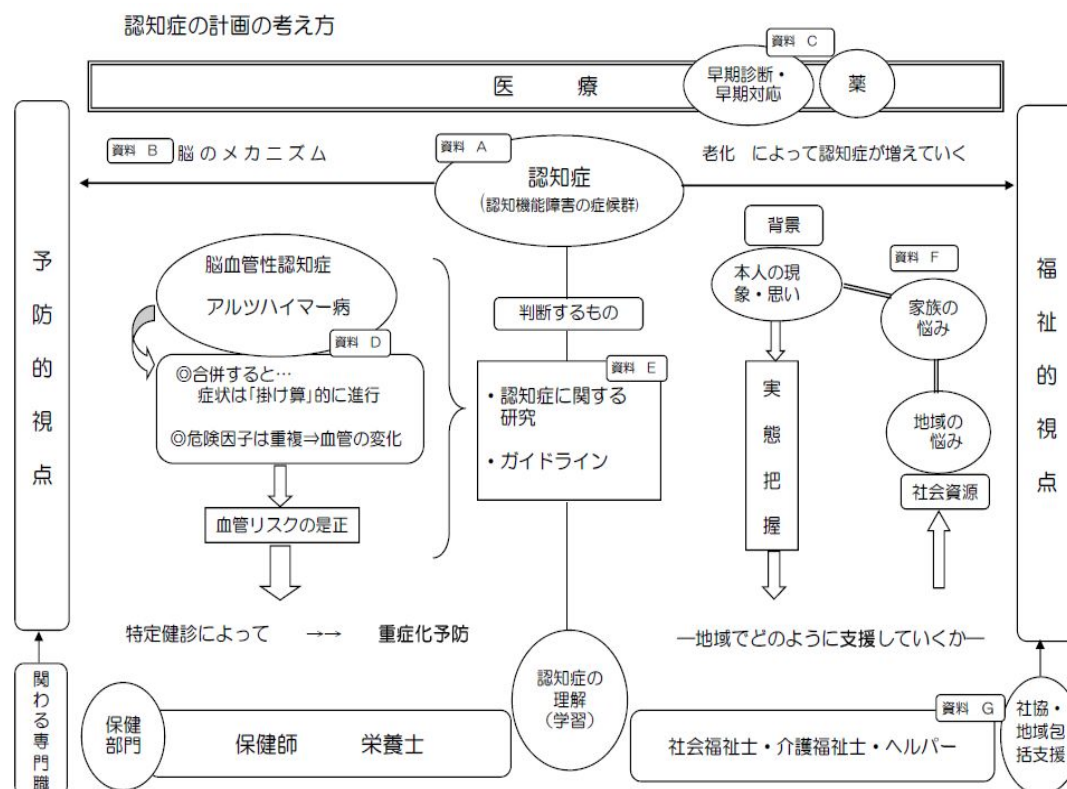
豊丘村の要介護認定者数は平成24年4月には、383人となり、1号被保険者に対する割合は18.7%となっています。平成18年10月の要介護認定者数297人と比較して、介護認定者数は約1.28倍に増加しています

平成12年度介護保険制度開始の年と比較し、約1.46倍に増加しています。2号被保険者の認定者数は横ばい状態です。若い年代層の認定は介護が長期化し、老化も伴い重度化します。若い年代からの予防が重要になります。



イ 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上

また、「軽度認知障害」と呼ばれる状態の高齢者では、認知症、特にアルツハイマー型への移行率が正常高齢者と比較して著しく高いことがわかっています。この「軽度認知障害」高齢者に対しては運動や趣味に関する様々な介入を行うことによって認知症発症の時期を遅らせたり認知機能低下を抑制したりできることが明らかになっています。現在、地域包括支援センターで実施している、ミニデイ、リハビリ体操教室なども脳の活性化を図るうえで重要です。



ウ ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加

要介護状態となる主な原因の1つに、運動器疾患がありますが、生活の質に大きな影響を及ぼすロコモティブシンドロームは、高齢化に伴う、骨の脆弱化、軟骨・椎間板の変形、筋力の低下、神経系の機能低下によるバランス機能の低下などが大きな特徴で、これらの状態により、要介護状態となる人が多くみられます。

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。

また、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。中でも、運動器の1つである関節への負担を軽減しながら行うことのできる、水中での歩行や体操といった運動は、最も安全かつ効果的な運動と考えられているため、水中運動が可能な健康増進施設の整備方法についての検討が必要になります。

参考 ロコモティブシンドローム(運動器症候群)の定義

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

エ 低栄養傾向(BMI 20以下)の高齢者の割合の抑制

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うえでも極めて重要です。高齢者の低栄養状態を予防あるいは改善し適切な栄養状態の確保に努めます。

オ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(千人当たり)

平成22年の国民生活基礎調査によると65歳以上の高齢者は「腰痛や手足の関節の痛み」のあるものや腰痛症通院者率が高く運動器に問題を抱えている高齢者が多いといわれています。

豊丘村では急傾斜地の畑も多く膝関節炎、腰痛で通院している人も多くなっています。関節を守るための学習と肥満の予防や生活習慣改善に取り組むことが大切です。

(4) 対策

ア 介護保険認定者に多くみられる原因疾患を予防する。

(ア)脳血管疾患の発症予防のために、生活習慣病対策の推進をはかる。

- ・健診結果に基づき必要な循環器疾患の治療や生活習慣の改善を行うための学習推進
- ・未治療者の後期高齢者検診の実施

(イ)関節疾患の予防対策の推進を図る。

- ・運動機能の維持のための学習会の開催
- ・「ロコモティブシンドローム」の知識の普及
- ・肥満の予防

イ 高齢期に必要な食事量と質の学習

一度すり減ってしまった関節軟骨は、もとの完全な形に修復することはありませんが

関節を守るために できることがあります!!

手術療法	☐ 関節鏡手術 ☐ 骨切り術 ☐ 人工関節置換術	
薬物療法	☐ 消炎鎮痛剤 炎症を抑え、痛みを和らげる「外用薬」「内服薬」「座薬」	
生活の中で負担軽減	① 生活習慣の改善 ② 運動療法 ③ 温熱療法	
診 断	関節軟骨がすり減り、関節に炎症や変形そして痛みが生じる病気です 変形性 膝関節症 変形性 股関節症	
検 査	* 関節リウマチなどの他疾患判別のため 血液検査や関節液検査も必要時実施 問診・視診・触診 と エックス線検査 * 必要に応じて	

当 年 て は せ い だ と あ き ら め て い ま せ ん か ？ ☒	強い痛みがあり、歩くことができない	重	股関節が変形し、左右の脚の長さが違う
	見た目にも膝関節の変形が目立つ		痛むほうの脚が細くなったり、 筋肉が弱ってきた感じがする
	膝に力のかかる動きをするとコリコリ、ガリガリとあつれき音が出るような感じがする		痛むほうの脚をかばって歩くため、 「歩くときに体が左右に揺れる」
	膝に水がたまる		痛みがあるため動くことが減り 関節の周囲にある靭帯や筋肉などが固くなると、 股関節の動かせる範囲が狭くなる ・あぐらをかくこと ・靴下の着脱 ・足の指の爪切り など動作が不便
	膝の周辺が腫れる、熱感をともなったり、 むくんだ感じがする		股関節以外の部分、 お尻や膝などにも「痛み」「違和感」「だるさ」 などがでる
	階段の上り下りもつらく、特に下りがつらい		安静時にも、股関節が痛む
	正座やしゃがみこむ等の動作が苦痛		階段の上り下りで股関節に痛みがでてくる
	膝の曲げ伸ばしがしづらい		運動時や歩行時に股関節に 軽く痛みはあるが、一晩たてばおさまる
	動き始めに膝が痛むことがあるが、 少し歩くと痛みはおさまる		股関節に「重だるさ」などの違和感
	起床時に膝がこわばる	軽	

こんな人注意!!	☐ 重い荷物を持つような仕事をしている ☐ 体重の増加 妊娠時の体重増加や出産後の育児 肥満：BMI25以上 $BMI = \frac{\text{体重(kg)}}{\text{身長(m)} \times \text{身長(m)}}$ ☐ 加齢：50歳以上の方に多くなる	☐ 足に合わない靴やハイヒールを履く習慣 ☐ 膝への負担の大きいスポーツの習慣 ☐ 女性（筋力が弱く、関節構造そのものも小さい）
	* 二次性を中心に記載	
	☐ 膝のO脚 （有・無）	☐ 臼蓋形成不全 （有・無） ☐ 先天性股関節脱臼 （有・無） 男女差は
先天的な関節の変化		

4 こころの健康

(1)はじめに

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

また、健やかなこころを支えるためには、こころの健康を維持するための生活や、こころの病気への対応を多くの人が理解することが不可欠です。

こころの病気の代表的なうつ病は、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患です。自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。うつ病は、不安障害や脳血管疾患や身体症状など基礎疾患との合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になります。

こころの健康を守るためには、社会環境的な要因からのアプローチが重要で、社会全体で取り組む必要がありますが、ここでは、個人の意識と行動の変容によって可能な、こころの健康を維持するための取り組みに焦点をあてます。

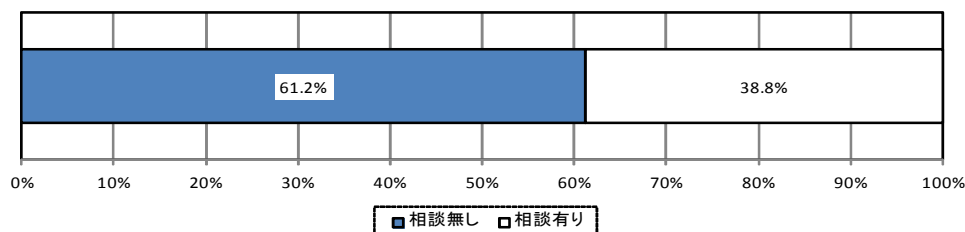
(2)基本的な考え方

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

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

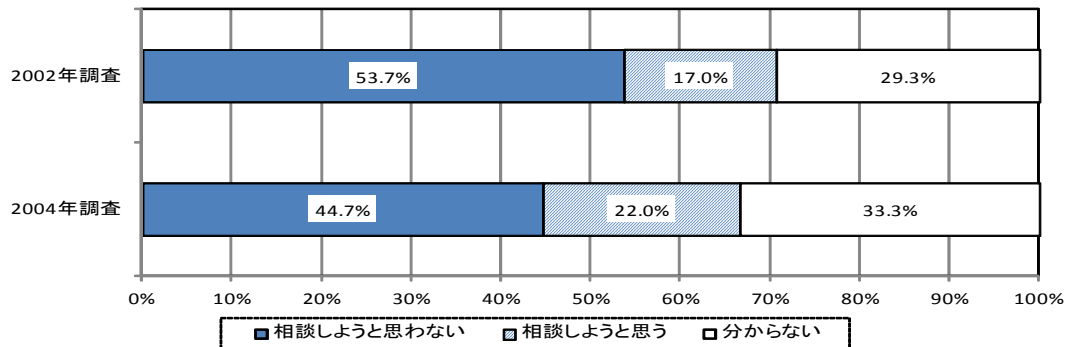
気分が落ち込んだときの精神科受診に対する意識

(久慈地域における地域住民の意識調査)



自殺企図前の実態と予防介入に関する研究(平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業))
保坂 隆 東海大学医学部教授

自殺企図前の相談の状況



自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究（平成16年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業））
酒井明夫 岩手医科大学医学部神経精神科学講座

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

（３）現状と目標

ア 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少

イ 自殺者の減少（人口10万人当たり）

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

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

しかし、現実には、こころの病気にかかった人の一部しか医療機関を受診しておらず、精神科医の診療を受けている人はさらに少ないとの報告があります。またそのうち精神疾患治療歴が把握されたのは40%です。相談や受診にむすびつくためには、本人や周囲の人たちの精神疾患の理解や悩みの気づきが必要です。

体の病気の診断は、血液検査などの「客観的な」根拠に基づいて行われますが、うつ病等の心の病気は保人の言動・症状などで診断するほかなく、血液検査、画像診断検査といった客観的な指標・根拠がありませんでした。このことが周囲の病気への理解が進まず、偏見などつながっている現状もあります。うつ病などのより客観的な診断をめざし、前頭葉の血流量変化を測定し、脳の機能の状態を図る検査の研究も進みつつあります。（注1）

また脳に影響を及ぼすものとして、副腎疲労（アドレナル・ファティーグ）の関与も明らかにされつつあります。（注2）

（注1）「うつ病の客観的な診断を目指す光トポグラフィー検査」

2009年にうつ症状の鑑別診断補助として厚労省に先進医療として承認される。

（注2）医者知らないアドレナル・ファティーグ

ジェームズ・L・ウィルソン書

中央アート出版

【副腎疲労も原因となるライフスタイルの主な要素】

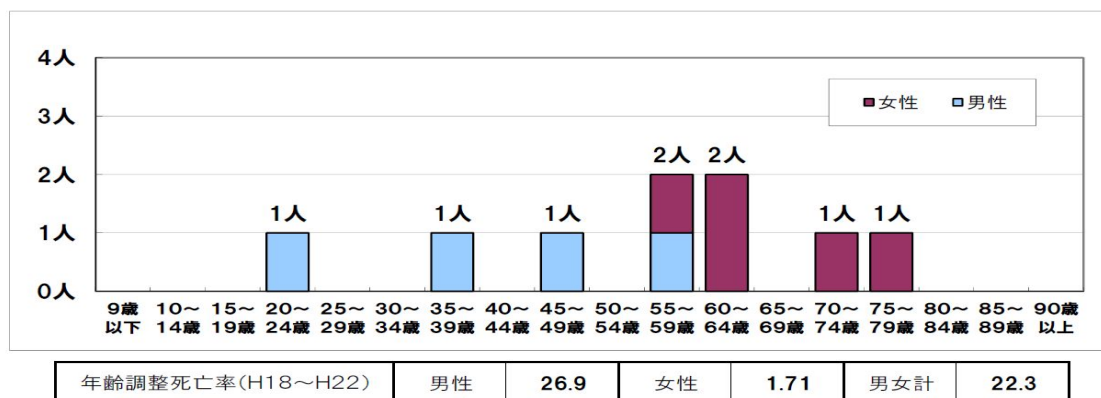
- ・睡眠不足
- ・栄養バランスの悪い食事
- ・疲労時に食べ物や飲み物を刺激剤として摂取すること
- ・疲れていても夜更かしすること
- ・長期間、決定権のない立場（板挟み状態）におかれること
- ・長い間勝ち目のない状況にとどまること
- ・完璧を目指すこと
- ・ストレス解消がないこと

副腎疲労の要因では睡眠不足が多く、事項の休養と併せた実態がわかりました。心の病気に伴う様々な言動や症状は、脳という臓器の状態によって出現するとの理解を深めることで精神疾患に対する偏見の是正を行うことが最も重要です。

今後、障害者福祉計画と連動し、自殺の危険のある方とその家族への理解を深め、早期に自殺のサインに気づき、見守り、必要に応じて専門機関へつなぐことのできる人材育成を継続して取り組みます。

豊丘村自殺数

自殺者の推移

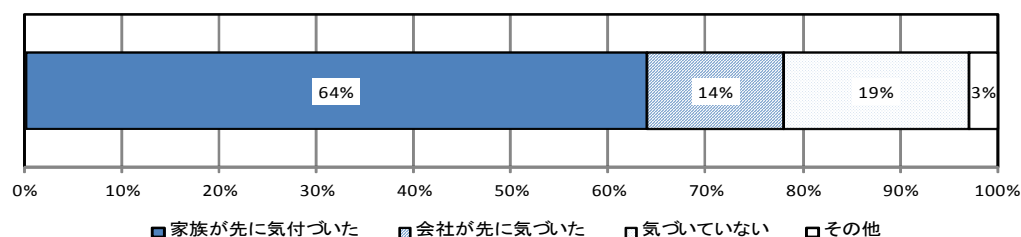


ウ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加

今後、産業保健の分野との連携を図り、働き盛りの年代の人がうつ病などに至る事例の実態把握を積み重ね、共有することで、こころの健康に対する予防対策を検討していくことになります。同時に、本人のこころの健康の不調に最初に気づくのは、家族や職場の同僚です。

図6 自殺企図前の周囲の気づき

(図6)



労働者における自殺予防に関する研究—労災請求患者調査より—(平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺企図の実態と予防介入に関する研究分担研究)
黒木 宣夫 東邦大学医学部助教授

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

(4) 対策

ア こころの健康に関する教育の推進

- ・ 種々の保健事業の場での教育や情報提供
- ・ 広報を利用したうつ病など精神疾患理解のための情報提供

イ 専門家による相談事業の推進

ウ ゲートキーパー(自殺予防支援者)人材の育成

3 休養

(1)はじめに

こころの健康を保つため、心身の疲労の回復と充実した人生を目指すための休養は重要な要素の一つです。十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことは、こころの

健康に欠かせない要素であり、休養が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが重要です。

(2)基本的な考え方

さまざまな面で変動の多い現代は、家庭でも社会でも常に多くのストレスにさらされ、ストレスの多い時代であるといえます。

労働や活動等によって生じた心身の疲労を、安静や睡眠等で解消することにより、疲労からの回復や、健康の保持を図ることが必要になります。

(3)現状と目標

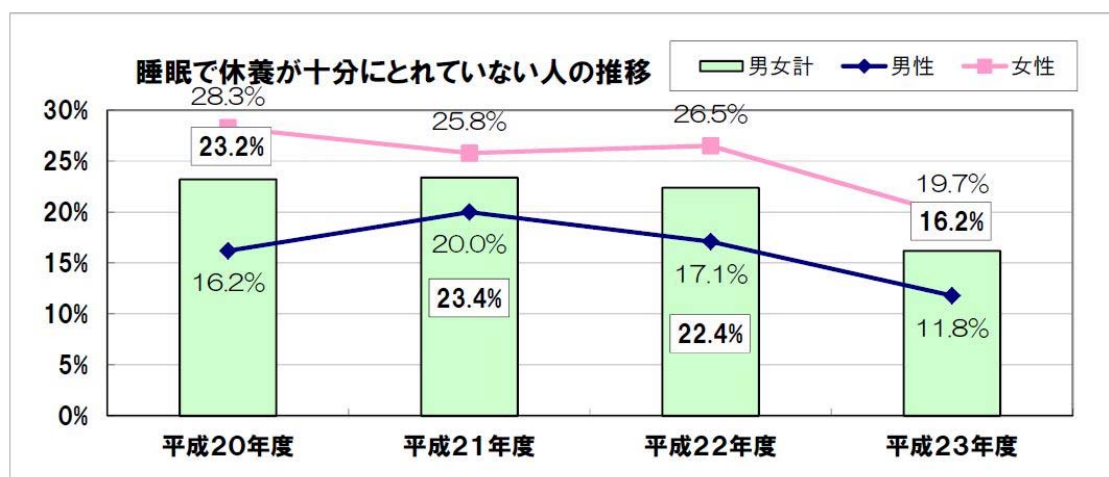
ア 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし、適切な判断を鈍らせ、事故のリスクを高めるなど、生活の質に大きく影響します。

また、睡眠障害はこころの病気の一症状としてあらわれることも多く、再発や再燃リスクも高めます。

さらに近年では、睡眠不足や睡眠障害が肥満、高血圧、糖尿病の発症・悪化要因であること、心疾患や脳血管障害を引き起こし、ひいては死亡率の上昇をもたらすことも知られています。このように、睡眠に関しては、健康との関連がデータ集積により明らかになっているため、睡眠による休養を評価指標とします。

豊丘村では、健康診査・豊丘村国保特定健康診査受診者に対し、「十分な睡眠がとれていますか（熟睡感がありますか）」の問診項目で睡眠に関する実態把握をしてきましたが、約16%の人が、「いいえ」との回答になっています。



今後は、睡眠による休養がとれているのかの有無について実態把握を行うために、国の標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)で示されている「睡眠で休養が十分とれ

ている」の問診項目に変更し、国などと正確な比較を行った上で、対策を検討、推進していく必要があります。

(4) 対策

ア 豊丘村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、豊丘村の睡眠と健康に関連する事項について明確化

イ 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

第5節 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、豊丘村でも、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。

豊丘村の目標の設定

分野	項目	国の現状値		村の現状値		国の目標値		村の目標値		データソース				
がん	① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	84.3	平成22年	44.2	平成22年度	73.9	平成27年	維持	平成27年度	①				
	② がん検診の受診率の向上													
	・ 胃がん	男性 34.3% 女性 26.3%	平成22年	男性 4.9% 女性 5.8%	平成22年度	40%	当面の間	男性 20% 女性 20%	平成28年度	②				
	・ 肺がん	男性 24.9% 女性 21.2%		未実施				男性 35% 女性 20%						
	・ 大腸がん	男性 27.4% 女性 22.6%		未実施 男性 6.7% 女性 9.0%				男性 30% 女性 30%						
	・ 子宮頸がん	女性 32.0%		女性 17.7%		50%	平成28年	女性 30%	平成28年度					
	・ 乳がん(視触診・マンモグラフィー)	女性 31.4%		女性 17.7%				女性 35%						
脳血管疾患	① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少													
	・ 脳血管疾患	男性 49.5 女性 26.9	平成22年	男性 4.7 女性 5.6	平成18年～平成22年の5年間	男性 41.7 女性 26.2	平成34年度	維持	平成28年～平成32年の5年間	①				
	・ 虚血性心疾患	男性 36.9 女性 15.3		男性 0 女性 4.7		男性 31.8 女性 13.7		維持						
	② 高血圧の改善													
	・ 収縮期血圧値(平均値)	男性 138mmHg 女性 133mmHg	平成22年	策定なし		4mmHgの低下		平成34年度			策定なし			
	・ 高血圧(140/90mmHg以上)の者の割合	策定なし		15.7%	平成23年度	策定なし		15%	平成34年度	③				
	③ 脂質異常症の減少													
	・ 総コレステロール値240mg/dl以上の者の割合	18.5%	平成22年	策定なし		14.0%	平成34年度	策定なし						
	・ LDLコレステロール値160mg/dl以上の者の割合	10.2%		7.5%	平成23年度	7.7%		7.0%	平成34年度	③				
	④ メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少	約1,400万人	平成20年度	該当者 10.0% 予備群 10.6%	平成23年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	平成20年度と比べて25%減少	平成27年度	③				
	⑤ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上													
・ 特定健診受診率	41.3%	平成21年度	57.8%	平成23年度 法定報告	60%	平成29年度	80%	平成29年度	③					
・ 特定保健指導実施率	12.3%		63.3%		60%		60%							
糖尿病	① 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	16,271人	平成22年	1人	平成23年度	15,000人	平成34年度	維持	平成34年度	④				
	② 治療継続者の割合の増加 (HbA1c(JDS)6.1%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	63.7%	平成22年	51.7%	平成23年度	75%	平成34年度	70%	平成34年度	③				
	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 (HbA1c(JDS:8.0%、NGSP:8.4%)以上の者の割合の減少)	1.2%	平成21年度	0.0%		1.0%		維持						
	④ 糖尿病有病者の増加の抑制 (HbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合)	890万人		4.1%		1,000万人		4%						
歯・健康の	② 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加													
	・ 3歳児でう蝕がない者の割合の増加	77.1%	平成21年	82%	平成23年度	80%以上	平成34年度	維持	平成34年度	⑤				
	・ 12歳児の1人平均う歯数(永久歯)の減少	1.3本		0.35本		1.0本未満		維持		⑥				
	③ 過去1年間に歯科検診を受診した者の増加 (歯周病疾患検診受診者数)	34.1%		把握できず		65%		65%		平成34年度	⑦			

分野	項目	国の現状値		町の現状値		国の目標値		町の目標値		データソース	
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）										
	・ 20歳代女性のやせの者の割合の減少 （妊娠届出時のやせの者の割合）	29.0%	平成22年	把握できず		20%	平成34年度	25%	平成34年度	⑧	
	・ 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6%	平成22年	低体重児 9.2% 極低体重児 0.00%	平成23年度	減少傾向へ	平成26年	減少へ	平成26年	⑩	
	・ 肥満傾向にある子どもの割合の減少 （小学校5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合）	男子 4.60% 女子 3.39%	平成23年	男児 % 女児 %	平成23年度	減少傾向へ	平成34年度	減少へ	平成34年度	⑥	
	・ 20～60歳代男性の肥満者の割合の減少	31.2%	平成22年	%	平成23年度	28%	平成34年度	20%	平成34年度	③	
	・ 40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	22.2%		%		19%		15%			
	・ 低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	17.4%		23.7%		22%		20%			
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）										
	・ 20～64歳	男性 7,841歩 女性 6,883歩	平成22年	男性 45.8% 女性 45.3%	平成23年度	男性 9,000歩 女性 8,500歩	平成34年度	男性 50% 女性 50%	平成34年度	③	
	・ 65歳以上	男性 5,628歩 女性 4,585歩		男性 50.8% 女性 48.6%		男性 7,000歩 女性 6,000歩		男性 60% 女性 50%			
	② 運動習慣者の割合の増加										
	・ 20～64歳	男性 26.3% 女性 22.9% 総数 24.3%	平成22年	男性 16.4% 女性 7.5%	平成23年度	男性 36% 女性 33% 総数 34%	平成34年度	20%	平成34年度	③	
	・ 65歳以上	男性 47.6% 女性 37.6% 総数 41.9%		男性 26.9% 女性 21.4%		男性 58% 女性 48% 総数 52%		35%			
	③ 介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人	平成24年度	383人	平成24年3月末	657万人	平成37年度	400人	平成37年3月末	⑨	
○ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 （千人あたり）	男性 218人 女性 291人	平成22年	把握できず	平成23年度	男性 200人 女性 260人	平成34年度	250人	平成34年度	⑪		
飲酒	② 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 16.4% 女性 7.4%	平成22年	男性 % 女性 %	平成23年度	男性 14.0% 女性 6.3%	平成34年度	男性 15% 女性 3%	平成34年度	③
	○ 妊娠中の飲酒をなくす		5.0%	平成22年	ほとんど無し	平成23年度	0%	平成26年	無しへ	平成26年	⑧
	○ 未成年の飲酒をなくす		10～21%	平成22年	把握できず		0%	平成34年度	防止する	平成34年度	
禁煙	① 喫煙率の減少 （喫煙をやめたい者がやめる）		19.5%	平成22年	男性 22.1% 女性 2.1%	平成23年度	12%	平成34年度	減少へ	平成34年度	③
	○ 妊娠中の喫煙をなくす		8.7%	平成22年	ほとんど無し	平成23年度	0%	平成26年	無しへ	平成26年	⑧
	○ 未成年の喫煙をなくす		1～9%	平成22年	把握できず		0%	平成34年度	防止する	平成34年度	
休養	③ 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少		18.4%	平成21年	16.2%	平成23年度	15%	平成34年度	15%	平成34年度	③
こころの健康	① 自殺者の減少（人口10万人当たり）		23.4	平成22年	22.3%	平成18年～平成22年の5年間	自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定				①

【データソース】		⑥：村学校保健統計
①：村死亡台帳		⑦：村国保レセプト
②：村がん検診		⑧：村妊娠届時アンケート
③：村健康診査（特定健診・消防団血液検査・後期高齢者健診）		⑨：豊丘村介護保険資料
④：村国保レセプト・障害者手帳交付状況等		⑩：村新生児台帳
⑤：村3歳児健診		⑪：村運動教室参加者アンケート

第Ⅲ章 地域別の現状と対策

豊丘村は昭30和年に2村が合併し、広大な面積の村になりました。

2村が、それぞれ特徴的な地形を持ち、それに伴う気候や歴史の違いが、現在の人口構成や産業・経済など、社会的条件の違いにつながり、それに基づき形成されてきた各地域での生活習慣が、健診データなどの健康状態に現れています。

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。

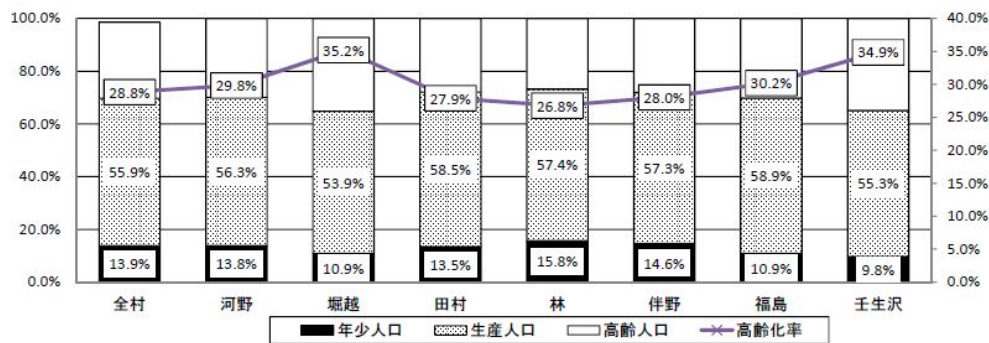
1 人口構成

(平成24年度11月1日現在)

	全村	河野	堀越	田村	林	伴野	福島	壬生沢
人口	7,011	1,669	321	2,053	1,120	1,441	192	215
年少人口	974	231	35	278	177	211	21	21
生産人口	3,918	940	173	1,202	643	826	113	119
高齢人口	2,021	498	113	573	300	404	58	75
高齢化率	28.8%	29.8%	35.2%	27.9%	26.8%	28.0%	30.2%	34.9%

* 林区には慈恵園園児も含む

区別人口構成



* 高齢化率は全国23.0 長野県26.5(平成22年国勢調査)に比較して豊丘村は高くなっており、各区域の比較では堀越、壬生沢区が高くなっています。

2 健診受診状況

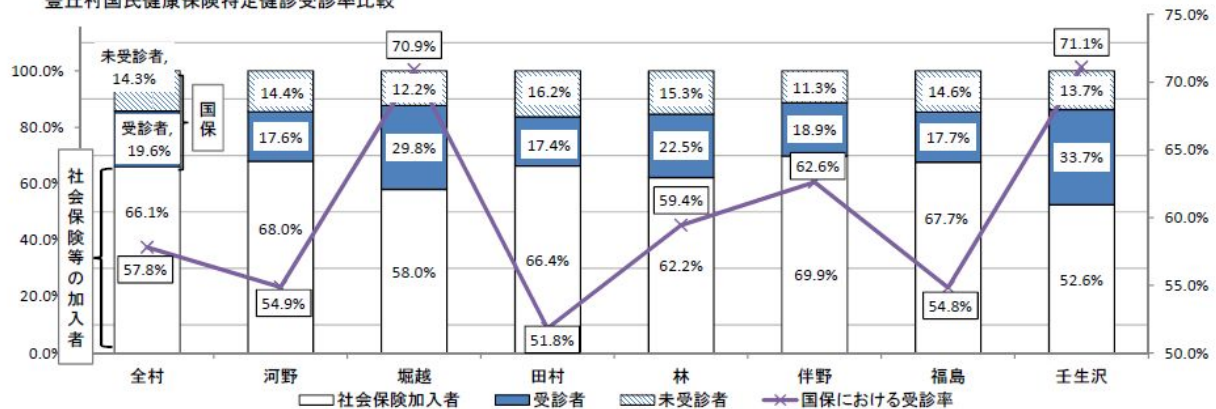
		全村	河野	堀越	田村	林	伴野	福島	壬生沢
特定健診	対象人口	3,056	706	131	895	476	657	96	95
豊丘村国民健康保険特定健診	対象者	1,036	226	55	301	180	198	31	45
	受診者	599	124	39	156	107	124	17	32
	受診率	57.8%	54.9%	70.9%	51.8%	59.4%	62.6%	54.8%	71.1%
社会保険など他の医療保険加入者対象者	対象者	2,020	480	76	594	296	459	65	50

* 対象人口は平成24年11月現在

* 豊丘村国民健康保険特定健診は平成23年度実績

区別特定健診対象者人口と

豊丘村国民健康保険特定健診受診率比較



* 平成20年度から生活習慣病予防の健診が医療保険者に義務付けられ40歳～74歳の被保険者を対象に特定健診の名称で実施されています。豊丘村国民健康保険の被保険者の受診率は壬生沢区、堀越区、伴野区が受診率が高くなっています

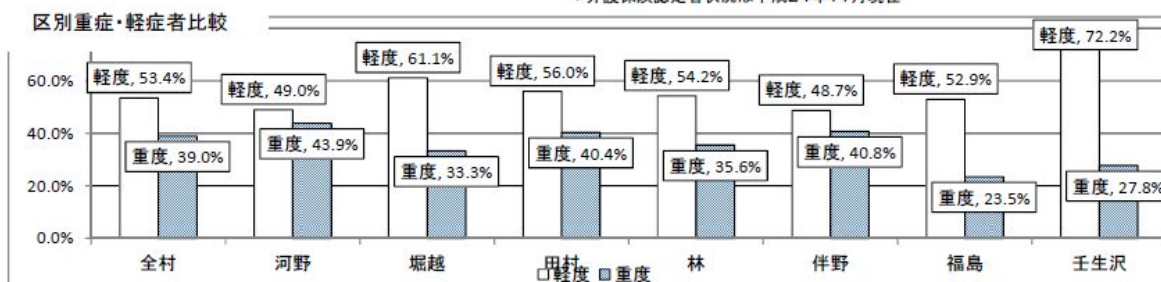
23年度特定健診実施結果区別有所見者状況(保健指導判定値以上)

		豊丘村国保		河野区		堀越区		田村区		林区		伴野区		福島区		壬生沢区	
		人	割合	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合	人	割合
検査結果登録者		599	100.0%	124	20.7%	39	6.5%	156	26.0%	107	17.9%	124	20.7%	17	2.8%	32	5.3%
肥満度	BMI25以上	96	16.0%	12	9.7%	10	25.6%	30	19.2%	17	15.9%	21	16.9%	2	11.8%	4	12.5%
	腹囲85・90以上	149	24.9%	22	17.7%	9	23.1%	41	26.3%	21	19.6%	36	29.0%	5	29.4%	15	46.9%
血圧	収縮期 130mmHg以下	237	39.6%	50	40.3%	13	33.3%	61	39.1%	45	42.1%	48	38.7%	7	41.2%	13	40.6%
	拡張期85mmHg以下	175	29.2%	36	29.0%	15	38.5%	52	33.3%	30	28.0%	28	22.6%	6	35.3%	8	25.0%
脂質	中性脂肪150mg以下	103	17.2%	20	16.1%	7	17.9%	36	23.1%	12	11.2%	19	15.3%	5	29.4%	4	12.5%
	HDL-c39mg以下	28	4.7%	4	3.2%	3	7.7%	9	5.8%	5	4.7%	5	4.0%	1	5.9%	1	3.1%
	LDL-c120mg以上	286	47.7%	58	46.8%	22	56.4%	66	42.3%	47	43.9%	65	52.4%	11	64.7%	17	53.1%
肝機能	GOT	83	13.9%	16	12.9%	5	12.8%	18	11.5%	17	15.9%	17	13.7%	3	17.6%	7	21.9%
	GPT	50	8.3%	10	8.1%	3	7.7%	15	9.6%	7	6.5%	9	7.3%	1	5.9%	5	15.6%
	γ-GTP	77	12.9%	15	12.1%	6	15.4%	24	15.4%	18	16.8%	8	6.5%	2	11.8%	4	12.5%
血糖	空腹時 100mg以下	149	24.9%	28	22.6%	16	41.0%	30	19.2%	29	27.1%	35	28.2%	3	17.6%	8	25.0%
	HbA1c 5.2%以上	299	49.9%	67	54.0%	17	43.6%	79	50.6%	49	45.8%	60	48.4%	11	64.7%	16	50.0%

3 介護保険認定者状況

		全村	河野	堀越	田村	林	伴野	福島	壬生沢
認定者		395	98	18	109	59	76	17	18
在宅	軽度	211	48	11	61	32	37	9	13
	要支援～要介護2	53.4%	49.0%	61.1%	56.0%	54.2%	48.7%	52.9%	72.2%
	重度	154	43	6	44	21	31	4	5
	要介護3～要介護5	39.0%	43.9%	33.3%	40.4%	35.6%	40.8%	23.5%	27.8%
長期入所施設利用者		30	7	1	4	6	8	4	0
		7.6%	7.1%	5.6%	3.7%	10.2%	10.5%	23.5%	0.0%
認定率(在宅+施設)		19.5%	19.7%	15.9%	19.0%	19.7%	18.8%	29.3%	24.0%
在宅者平均年齢(才)		85	86	85	84	83	85	86	87
介護予防事業	ミニデイサービス	筏・中芝		堀越	北村		古瀬	福島	
	らくらくサロン	憩いの家			クラブハウス		勤福センター	(地域支援合	
		JA虹の会ミニデイ				サロン林里	伴野敬老会	いマップ作成)	

* 介護保険認定者状況は平成24年11月現在



* 介護保険認定率では福島区、壬生沢、が高くなっていますが、重度割合は河野区、伴野区、田村区が高くなっています。

* 軽度割合は壬生沢区、堀越区が高くなっています。

* 要介護認定者の平均年齢も違いがみられ壬生沢区、福島区、河野区が高くなっています。

第Ⅳ章 計画の推進

第1節 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。

村民の健康増進を図ることは、急速に高齢化が進む村にとっても、一人ひとりの村民にとっても重要な課題です。したがって、健康増進施策を豊丘村の重要な行政施策として位置づけ、健康とよおか21（第二次）の推進においては、村民の健康に関する各種指標を活用し、取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、個人の身体（健診結果）をよく見ていくことです。一人ひとりの身体は、今まで生きてきた歴史や社会背景、本人の価値観によって作り上げられてきているため、それぞれの身体の問題解決は画一的なものではありません。

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

村としては、その活動を支えながら、個人の理解や考え方が深まり、確かな自己管理能力が身につくために、科学的な支援を積極的に進めます。同時に、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、ともに生活を営む家族や、地域の習慣や特徴など、共通性の実態把握にも努めながら、地域の健康課題に対し、村民が共同して取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づくりができる、地域活動をめざします。

これらの活動が、国民運動の5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当たっては、事業の効率的な実施を図る観点から、健康増進法第六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。

第2節 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、健康状態を見る上で最も基本的なデータである、健診データを見続けていく存在です。

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

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

豊丘村の保健師設置数は全国及び長野県の平均と同様ですが、年齢構成に大きな違いがあります。

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

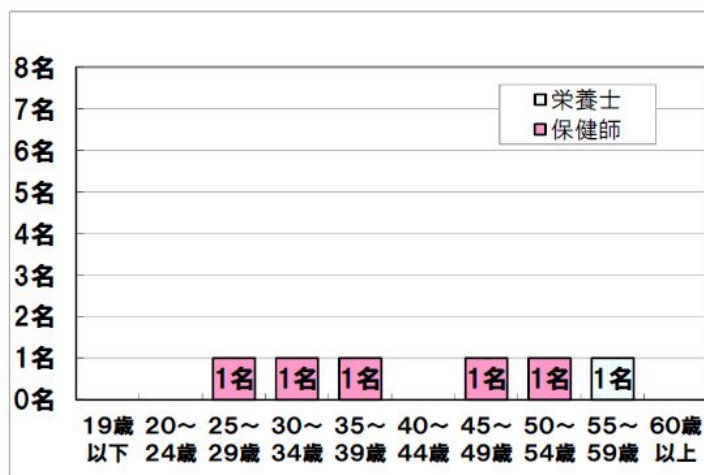
済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務に取り組んでいくために、保健師等の年齢構成に配慮した退職者の補充や、配置の検討を進めていきます。

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一人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。

	保健師	栄養士
19歳以下		
20～24歳		
25～29歳	1名	
30～34歳	1名	
35～39歳	1名	
40～44歳		
45～49歳	1名	
50～54歳	1名	
55～59歳		1名
60歳以上		



豊丘村庁内における健康増進事業実施は、様々な部署にわたるため、庁内関係各課との連携を図ります。また、村民の生涯を通した健康の実現を目指し、村民一人ひとりの主体的な健康づくり活動を支援していくために、医師会や歯科医師会、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。

第Ⅴ章豊丘村国民健康保険
特定健康診査・特定保健指導実施計画
(第2期)

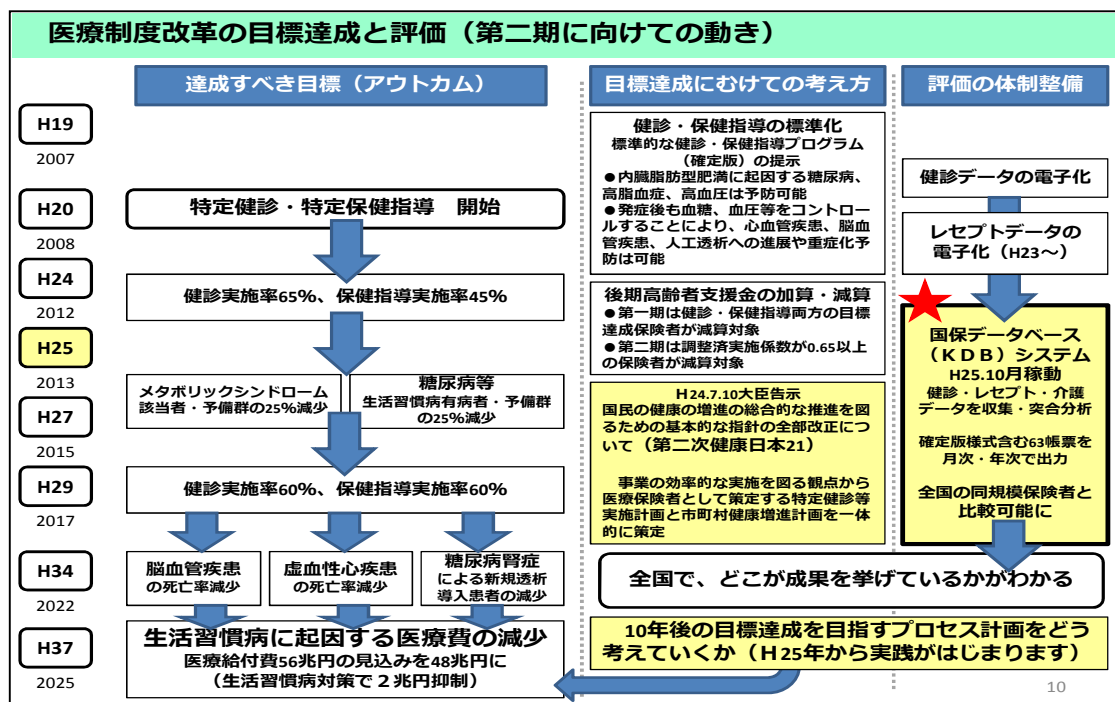
平成25年3月
長野県豊丘村

第V章 第2期特定健診・特定保健指導実施計画

第1節 制度の背景について

1 医療制度改革の目標達成と評価

特定健診・保健指導は何を目指しているのか、国の大きな流れを示したものです。



2 特定健康診査の基本的考え方

「特定健康診査等基本指針の改正」（平成24年9月28日厚生労働大臣告示）

(1)国民の医療の実態を見ると、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇しています。これを、個人に置き換えてみると、加齢に加えて、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等の発症を招き外来通院及び服薬が始まり、生活習慣の改善がないままに虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るという経過をたどることになります。

(2)糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)が関係していて、肥満に加え、高血糖、高血圧等の、状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。このためメタボリックシンドロームの概念を踏まえ、適度な運動やバランスのとれた食事の定着などの生活習慣の改善を行うことによ

り、糖尿病等の発症リスク低減を図ることが可能となります。

(3)特定健診は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものです。

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための 健診・保健指導の基本的な考え方について

	これまでの健診・保健指導	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析	これからの健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導		内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特 徴	プロセス(過程)重視の保健指導		結果を出す保健指導
目 的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、行動変容につながる保健指導を行う
内 容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が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が選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」を行う
方 法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導	行動変容を促す手法	健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個々人の健診結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評 価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

3 第2次健康日本21における医療保険者の役割

医療保険者は健康増進法における「健康増進事業実施者」として平成25年度から新しい方針でスタートする健康づくり施策(第2次健康日本21)との整合性を図ります。

医療保険者からみた健康日本21(第2次)目標達成の経済的意義

生活習慣病	循環器疾患		糖尿病	糖尿病腎症 (CKD)
	脳血管疾患	虚血性心疾患		
医療費 H21国民医療費	1.7兆円	7,700億円	1.1兆円	1.3兆円 (腎炎、ネフローゼ及び腎不全)
患者数 H20 患者調査	46万人	40万人	40万人	21万人 慢性腎不全 (CKD)
1人あたりひと月医療費試算 (沖縄県資料)	脳出血 153万円 脳梗塞 55万円	①経皮的冠動脈形成術 (PTCA) 222万円 ②弁置換術 412万円 ③バイパス術 432万円 ④ペースメーカー 196万円	糖尿病 1.3万円 糖尿病 (インスリン療法) 2万円 糖尿病神経症 84万円 糖尿病網膜症 102万円	人工透析 49万円
健康日本21 (第2次)の目標	①脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率の減少 ②高血圧の改善 ③脂質異常症の減少 ④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ⑤特定健診・特定保健指導の実施率の向上		①糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少 ②治療継続者の割合の増加 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 ④糖尿病有病者の増加の抑制 ⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率の向上	
経済的意義	高額医療、入院の長期化、介護保険の受給者の減少	高額な医療の減少	一生で平均1億円かかると言われている糖尿病医療費の減少	年間約600万円の透析医療への導入を遅らせる
予防の視点 (ガイドライン)	高血圧は脳出血と脳梗塞に共通の最大の危険因子。血圧が高いほど脳卒中の発症率は高くなる。糖尿病は脳梗塞の確立された危険因子。	動脈硬化性疾患予防のためには、脂質異常症の他にも高血圧、糖尿病、喫煙、肥満などの管理を包括的に、その個人が持つリスクがどの程度であるのかの評価が重要。	2型糖尿病は多くの場合、無症状か症状があっても軽いため、糖尿病型と診断された時点で、すでに糖尿病特有の合併症(網膜症、腎症、神経障害)をもっていることがまれではない。	新規透析導入の原疾患の第1位は糖尿病腎症。発症・進展抑制には、厳格な血糖値と血圧のコントロールが重要。

第2節 第1期の評価

1 実施に関する目標

			年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
特定健診実施率	国	目標	受診率（％）	45	50	55	60	65
		目標	受診率（％）	45	50	55	60	65
	村	実績	受診率（％）	40.4	51.9	48.8	57.8	
			対象者数（人）	1,085	1,103	1,073	1,036	
			受診者数（人）	438	572	524	599	
特定保健指導実施率	国	目標	保健指導実施率（％）	45	45	45	45	45
		目標	実施率目標値（％）	45	45	45	45	45
	村	実績	実施率（％）	86.3	89.0	53.0	63.3	
			対象者数（人）			56		
			動機づけ支援（人）			35	41	
			積極的支援（人）	1		21	19	
			終了者数（人）			30	38	
			動機づけ支援（人）			24	26	
			積極的支援（人）			6	12	

2 成果に関する目標

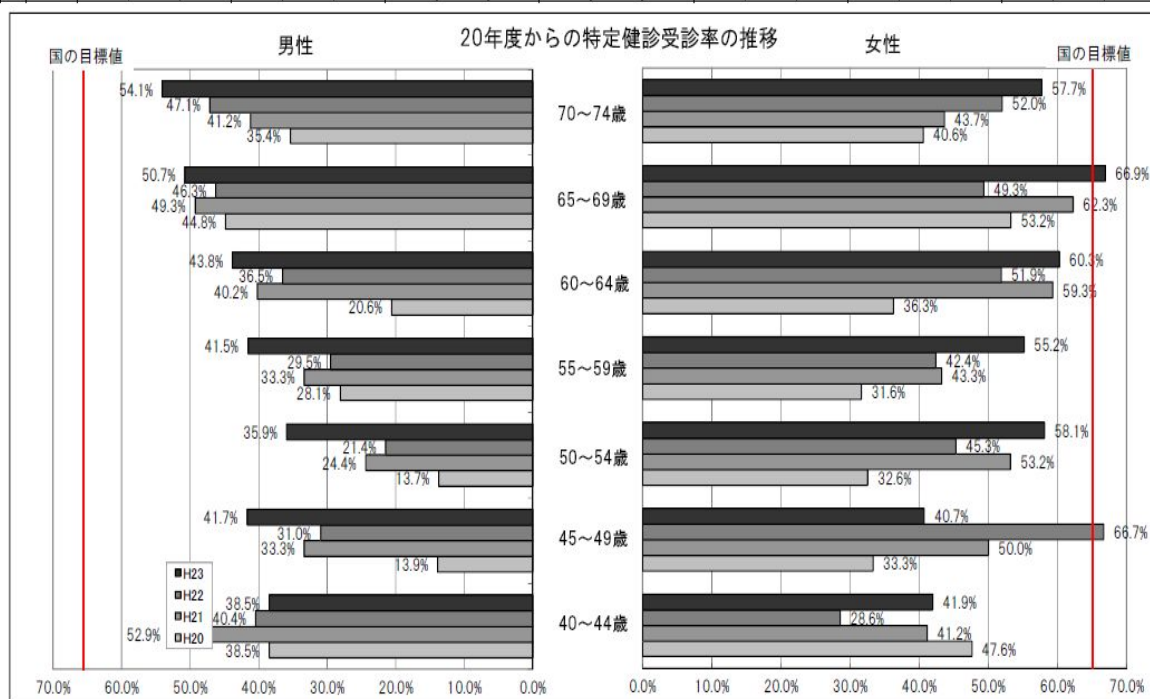
			年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
内臓脂肪症候群の減少率	国	目標	内臓脂肪の減少率（％）					10
		目標	内臓脂肪の減少率（％）					10
	村	実績	減少率（％）			27.8	29.8	
			対象者数（人）			110	127	
			該当者（人）	49	79	55	73	
			予備群（人）	44	59	55	54	
			改善者数（人）			13	14	
			該当者（人）			3	4	
			予備群（人）			10	10	

特定健診実施率、特定保健指導実施率とも現時点では、平成23年度までの確報値について示しています。続いて特定健康診査受診者の中の内臓脂肪症候群（該当者及び予備群）の人数・率を示します。

特定健診実施率の目標は、平成24年度に未受診者の実態把握(訪問)をもとに、平成25年度に見直しを行い修正しています。

性・年齢階級別で受診率をみる

		40～44歳			45～49歳			50～54歳			55～59歳			60～64歳			65～69歳			70～74歳		
		対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率	対象者	受診者	受診率
男性	H20	39	15	38.5%	36	5	13.9%	51	7	13.7%	89	25	28.1%	107	22	20.6%	116	52	44.8%	164	58	35.4%
	H21	34	18	52.9%	42	14	33.3%	41	10	24.4%	75	25	33.3%	112	45	40.2%	138	68	49.3%	153	63	41.2%
	H22	47	19	40.4%	42	13	31.0%	42	9	21.4%	78	23	29.5%	126	46	36.5%	147	68	46.3%	121	57	47.1%
	H23	52	20	38.5%	36	15	41.7%	39	14	35.9%	65	27	41.5%	153	67	43.8%	136	69	50.7%	111	60	54.1%
女性	H20	21	10	47.6%	36	12	33.3%	43	14	32.6%	79	25	31.6%	124	45	36.3%	154	82	53.2%	165	67	40.6%
	H21	34	14	41.2%	20	10	50.0%	47	25	53.2%	67	29	43.3%	118	70	59.3%	151	94	62.3%	190	83	43.7%
	H22	28	8	28.6%	18	12	66.7%	53	24	45.3%	66	28	42.4%	133	69	51.9%	152	75	49.3%	150	78	52.0%
	H23	31	13	41.9%	27	11	40.7%	43	25	58.1%	58	32	55.2%	141	85	60.3%	130	87	66.9%	149	86	57.7%



毎年受診率は向上していますが、40歳代50歳代の受診率が低いことから、若い時期からの健診継続を勧奨していきます。

第3節 特定健診実施等実施計画について

この計画は、国の定める特定健康診査等基本指針に基づく計画であり、制度創設の趣旨、国の健康づくり施策の方向性、第1期の評価を踏まえ策定するものです。

この計画は5年を一期とし、第2期は平成25年度から29年度とし、計画期間の中間年である27年度の実績をもって、評価・見直しを行っていきます。

1 目標値の設定

特定健康診査基本指針に掲げる参酌水準を基に豊丘村国民健康保険における目標値を次のとおり設定します。

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定健診実施率	65%	65%	65%	65%	65%
特定保健指導実施率	65%	70%	75%	80%	80%

第 1 期では特定健診等の実施の成果に係る目標について、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を 10%以上とすることと設定されていましたが、基本指針の改正（平成 24 年 9 月 28 日厚生労働大臣告示）では

平成 29 年度において、平成 20 年度と比較したメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を 25%以上にすること。

各保険者は当該数値を必ずしも目標として設定する必要はないが、特定健康診査等の対象者におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の構成割合や減少率を基に、各保険者において、特定健康診査等の効果の検証や効率的な対策の検討を行うことは重要であることから、各保険者がこれらの数値を把握し、保健事業に活用することが望ましい。

とされました。目標設定は行いませんが該当者及び予備群の構成割合や減少率を把握し、保健事業評価に活用していきます。

2 対象者数の見込み

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
特定健診対象者数	1,050 人	1,050 人	1,040 人	1,040 人	1,040 人
特定健診受診者数	685 人	685 人	677 人	677 人	677 人
特定保健指導対象者数	68 人	68 人	67 人	67 人	67 人
特定保健指導実施者数	44 人	48 人	51 人	54 人	54 人

3 特定健診の実施

被保険者が受診しやすい検診体制とするため、下記の方法で実施します。

(1) 対象者

豊丘村国民健康保険被保険者のうち、特定健診の実年度中に 40 歳から 75 歳となる者（※平成 21 年度より年度中 75 歳到達者は特定健診の対象者に含まれる）

（２）健診の内容（実施項目）

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診項目とします。質問項目についても保健指導に最低限必要な項目とします。

ア 基本的な健診の項目

- ・ 質問項目
- ・ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）
- ・ 血圧測定
- ・ 血中脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、
LDLコレステロール、総コレステロール）
- ・ 肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GT（ γ -GTP））
- ・ 血糖検査（空腹時血糖、HbA1c検査（NGSP値））
- ・ 尿検査（尿糖、尿蛋白、尿潜血）
- ・ 腎機能検査（血清クレアチニン、血清クレアチニンから算出したeGFR値）
- ・ 血清尿酸検査

イ 詳細な健診の項目

- ・ 心電図検査、眼底検査、貧血検査
（赤血球、血色素（ヘモグロビン値）ヘマトクリット値）

省令に基づいたもの及び該当以外の者

- ・ 75g糖負荷検査、頸動脈超音波検査、微量アルブミン尿検査

（３）実施形態〔場所及び時期〕

第１期に引き続き集団検診を主体に実施します。５月６月に保健センターを会場に集中的な実施と、未受診者を対象として８月から１２月の未受診者健診も継続します。

また、40、45、50、55、60歳の被保険者を対象に実施する人間ドック、通院者を主体とした個別健診も実施します。

被用者保険の被扶養者の特定健診、高齢者の健診の実施にあたって、引き続き利便よく地元で受診できるよう集団検診（健診機会）を確保します。

（４）実施方法

第１期と同様に、外部委託により実施します。実施機関の質を確保するために、省令における基準を満たす事業者の選定・評価を行い、事業者の評価にあたっては積極的に情報収集を行います。

①特定健診委託基準

ア 人員に関する基準

- イ 施設または設備に関する基準
- ウ 制度に関する基準
- エ 健診結果等の情報の取り扱いに関する基準
- オ 運営等に関する基準

②委託基準を満たしているかどうかの確認方法

ホームページ上で公表されている健診・保健指導機関の示す「重要事項に関する規定の概要」により個々の機関の情報を確認します。

(5) 健診実施機関リスト

健診機関コード	健診機関名	住所	電話番号	健診時期
2020700114	佐久総合病院健康管理センター	佐久市臼田 197	0267-82-2677	5月～6月

(6) 委託契約の方法、契約書の様式

健診機関の委託は個別契約とし、国から示された標準的な契約書（基本条項・別紙項目）に基づき契約を行います。

(7) 受診券の様式

健診委託単価・自己負担額

委託単価については、毎年度、契約に基づいた契約手続きを経て金額を決定するとともに、自己負担額については、村が決定します。

(8) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

平成24年度特定健康診査対象者に、受診券を発行し、健診のお知らせ等とともに通知します。（保険者年間実施スケジュール参照）

通知内容は、受診券、特定健診実施機関一覧表、パンフレットです。

保険者年間実施スケジュール

①健診事務	②未受診者対策	③特定健診	④健診結果・保健指導
前年 1月 3月 4月 5月 6月 7月 9月 1月 3月 ・3月 集団健診希望とりまとめ文書発送(隔組文書) ・データ処理 電算へ4月上旬送付 ・国保連特定健診システムから特定健診対象者データ入手 ・電算健康かるてから受診券発行・申込者に受診券発行・健診通知発送(隔組文書) ・後期高齢者データ国保連から入手 ・健康かるてから出力した健診対象者電子データ(40歳未満&特定健診対象者&75歳以上)を厚生連へ受付用として送付 ・集金業務は厚生連	・国保人間ドック40～60歳5歳間隔対象者通知一希望取りまとめ人間ドック7月～12月 ・広報「とよおか」でのPR ・健診日程等について音声放送実施 ・ケーブルテレビ広報番組放映 ・特定健診未申し込み者TEL入れ 国保未受診者個別健診受診勧奨予定	予算 特定健診・人間ドック＝国保 40歳未満＝一般会計 75歳以上＝一般会計 申込者数 40歳未満 特定健診 75歳以上 計 確認 特定健診 (5日間) 受診者総数 2次健診 評価健診	6月結果特定保健指導 7月～ 健診時該当者候補には事前説明と決定者は日程予約 情報提供者での個別保健指導者 その他 結果説明会実施 2次健診結果からの保健指導 評価健診からの保健指導

- ①郵送による直送
- ②訪問による手渡し
- ③広報（広報「とよおか」、CATV）による周知
- ④未受診者にたいする状況把握、及び受診勧奨実施

(11) 事業者健診等の健診受診者のデータ収集

①事業者健診受診者の健診データ収集

対象者受診希望とりまとめの中で事業者健診の方には結果表の写しの提出を依頼

②医療機関通院者のデータ収集

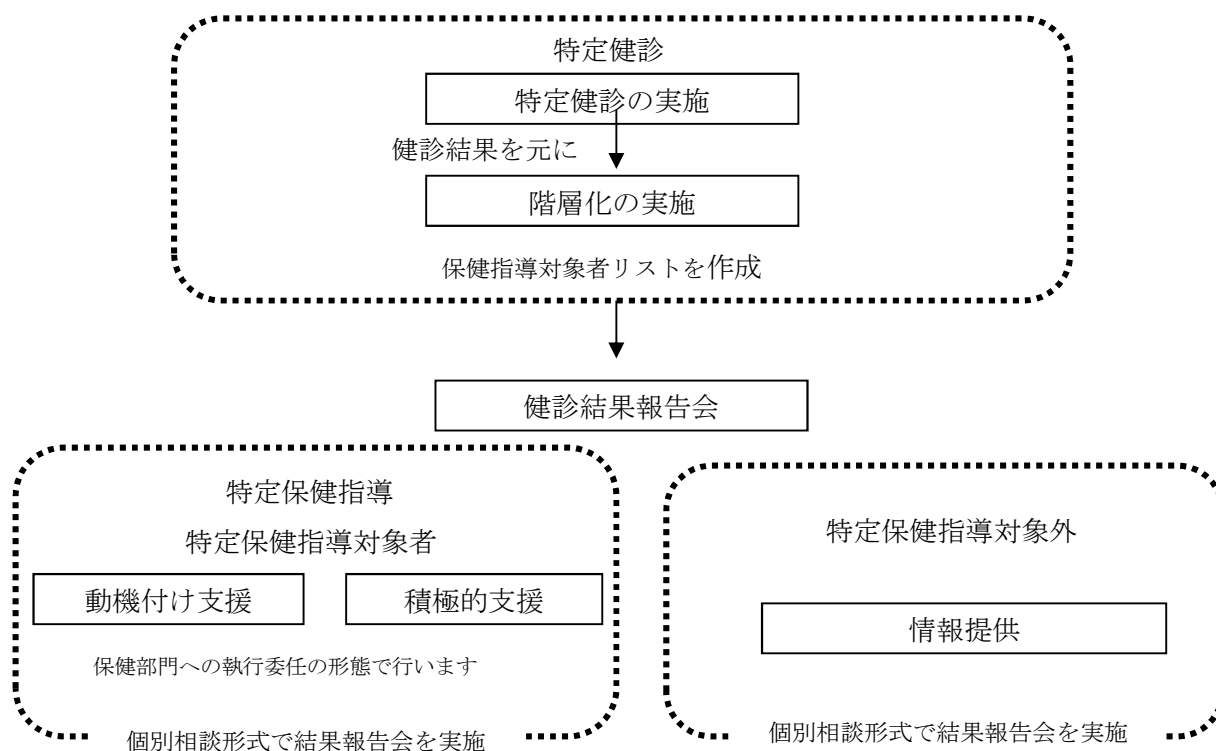
対象者受診希望とりまとめの中で医療受診者には病院での検査データの写しの提出を依頼

4 保健指導の実施

特定保健指導は、内蔵脂肪肥満型に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するため、対象者が自ら生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようにすることを通じて糖尿病等の生活習

慣病を予防することを目的に下記の方法で実施します。

(1) 特定健診から特定保健指導実施の流れ



(2) 保健指導者の選定と階層化

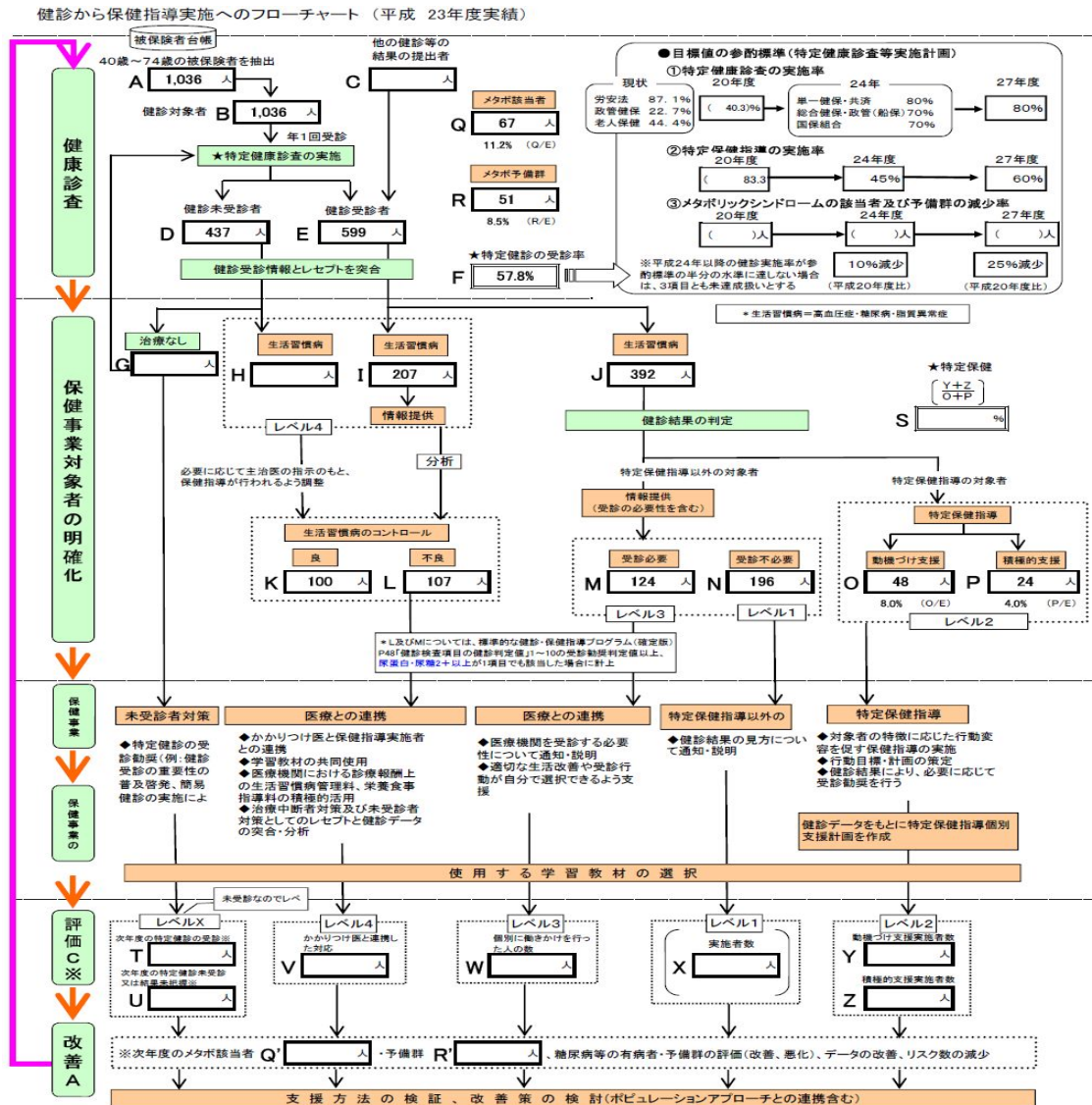
特定保健指導の結果に基づき、特定保健指導の対象者を選定する基準、及び特定保健指導の内容については、実施基準第4条及び第6条から第8条までの規定において定められた方法で実施します。

特定保健指導対象外の者の中で、受診勧奨等の保健指導を積極的に行う必要のある者を選定し、特定健診結果及び、受診内容（レセプト等）の情報を活用しての保健指導を実施します。

(3) 要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法

確定版 様式6-10フローチャートに基づき、健診受診者の健診結果から、保健指導レベル別に4つのグループに分け、優先順位及び支援方法は次の通りとします。

健診から保健指導実施へのフローチャート



優先 順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の%)	目標実 施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を 促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診 勧奨を行う	72 人 (12.0%)	80%
2	M	情報提供(受診必 要)	◆医療機関を受診する必要性につい て通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分 で選択できるよう支援	124 人 (20.7%)	
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例：健診受診 の重要性の普及啓発、簡易健診の実施 による受診勧奨)	437 人	
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	196 人 (32.7%)	
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との 連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生 活習慣病管理料、栄養食事指導料の積 極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策 としてのレセプトと健診データの突 合・分析	207 人 (34.6%)	

さらに、各グループ別の健診結果一覧表から個々のリスク（特に HbA1c・血糖、LDL、血圧等のレベル、eGFRと尿蛋白の有無）を評価し、必要な保健指導を実施します。

(4) 保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）によると「保健指導の評価は、医療保険者が行った「健診・保健指導」事業の成果について評価を行うことであり、本事業の最終目的である糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の減少状況、また医療費適正化の観点から評価を行っていくことである。」としています。

また、評価は①ストラクチャー（構造）②プロセス（過程）③アウトプット（事業実施量）④アウトカム（結果）の4つの観点から行うこととされています。

第4節 特定健診・特定保健指導の結果の通知と保存

1 特定健診・保健指導のデータの形式

特定健診の結果は、国の通知「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成20年3月28日健発第0328024号、保発第0328003号）」に基づき作成されたデータ形式で、健診実施機関から代行機関に送付されます。

受領したデータファイルは、特定健康診査等データ管理システムに保管されます。

特定保健指導の実績については、特定健康診査等データ管理システムへのデータ登録を行います。

2 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健診の記録の保存義務期間は記録の作成の日から最低5年間または加入者が他の保健者の加入者となった日の属する年度の翌年度の末日までですが、保存期間の満了後は保存してある記録を加入者の求めに応じて当該加入者に提供するなど加入者が生涯にわたり自己の健診情報を活用し、健康づくりに役立てるための支援を行います。

3 個人情報保護対策

特定健康診査等の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び同法に基づくガイドライン（「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日医政発第1224001号・薬食発第1224002号・老発第1224002号厚生労働医政局長通知・医薬食品局長通知・老健局長通知）、「健康保険組合における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月27日保発第1227001号厚生労働保険局長通知））等に定める役員・職員の義務（データの正確性の確保、漏えい防止措置、従業員の監督、委託先の監督等）について周知徹底をするとともに、保険者において定めている情報セキュリティポリシーについても周知徹底を図り、個人情報の漏えい防止に細心の注意を払います。

第5節 結果の報告

支払基金（国）への実績報告を行う際に、国の指定する標準的な様式に基づいて報告するよう、大臣告示（平成 20 年厚生労働省告示第 380 号）及び通知で定められています。

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 1 月 1 日までに報告します。

第6節 特定健康診査等実施計画の公表・周知

生活習慣の改善により、若いときからの糖尿病等の生活習慣病の予防対策を進め、糖尿病等を発症しない境界域の段階でとどめることができれば、通院患者を減らすこと、さらには重症化や合併症の発症を抑え入院患者を減らすことができます。その結果、生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となります。予防可能な生活習慣病を減らすことで将来の医療費の伸びを抑え村民（被保険者）の負担を減らし、皆保険制度を維持可能とするためにも村民（被保険者）の理解と実践が最も重要となります。

そのために、特定健康診査等実施計画の趣旨の普及啓発について、村広報誌及びホームページの掲載、各種通知や保険事業の実施に合わせて啓発パンフレットなどの配布を行い公表・周知を行います。