

健康とよおか 21(第三次)

豊丘村健康増進計画【令和6年度～令和17年度】

令和6年3月
長野県 豊丘村

目 次

第1章 計画改定にあたって	1
1. 計画改定の趣旨	
2. 計画の性格	
3. 計画の期間	
4. 計画の対象	
第2章 豊丘村の概況と特性	5
1. 村の概要	
2. 健康に関する概況	
第3章 課題別の実態と対策	13
1. 前計画の評価	
2. 生活習慣病の発症予防／重症化予防	
1) がん	
2) 循環器疾患	
3) 糖尿病	
3. 生活習慣の改善	
1) 栄養・食生活	
2) 身体活動・運動	
3) 休養・睡眠	
4) 飲酒	
5) 喫煙	
6) 歯・口腔の健康	
4. 目標の設定	

第4章 計画の推進 38

1. 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5章 計画の推進 39

1. 評価時期

2. 評価方法・体制

第1章 計画改定にあたって

1. 計画改定の趣旨

平成12年度から展開されてきた国民健康づくり運動「健康日本21で」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ました。

平成25年度からの第二次国民健康づくり運動(健康日本21(第二次))では、ライフステージに応じて健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、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が推進されてきました。

今回、令和6年度から令和17年度までの「21世紀における第三次国民健康づくり運動(健康日本21(第三次))では、人生100年時代を迎え、社会が多様化し、各人の健康問題も多様化する中で、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会を実現するために、下記の4つの基本的な方向が示されました。

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

また、これらの基本的な方向を達成するため、51項目について、現状の数値とおおむね10年後の目標値が設定されました。

豊丘村では「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おいた健康増進計画「健康とよおか21」を平成15年3月に、「健康とよおか21(第二次)」を平成25年3月に策定し、取組みを推進してきました。

今回示された基本的な方向及び目標項目については、別表1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(第三次)を策定します。

【参考】 基本的な方向の概略

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

健康格差：地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差

(2) 個人の行動と健康状態の改善

食生活等の生活習慣の改善に加え、こうした生活習慣の定着によるがん、生活習慣病（NCDs：非感染性疾患）の発症予防、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に重点を置いた対策を進める。

(3) 社会環境の質の向上

居場所づくりや社会参加の取組に加え、各人がより緩やかな関係性も含んだつながりを持つことができる環境整備やこころの健康を守るための健康整備を行うことで、社会とのつながりやこころの健康の維持及び向上を図る。

(4) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

社会がより多様化することや、人生100年時代が本格的に到来することを踏まえれば、(1)から(3)に掲げる各要素を様々なライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）において享受できることが重要であり、各ライフステージ特有の健康づくりを進める。

*NCDsについて

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

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

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

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

2. 計画の性格

この計画は、豊丘村第6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」に規定される豊丘村国民健康保険第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）と調和のとれたものとし、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。

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（第三次）
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	長野県母子保健計画	第2期子ども・子育て支援事業計画
食育基本法	長野県食育推進計画	
介護保険法	長野県介護保険事業計画	豊丘村第9期介護保険事業計画

3. 計画の期間

この計画の目標年次は令和17年度とし、計画の期間は令和6年度から令和17年度までの12年間とします。なお、6年後を目途に中間評価を行います。

4. 計画の対象

この計画は、乳幼児期から高齢期までライフステージに応じた健康増進の取組を推進するため、全村民を対象とします。

「健康日本21(第三次)」の基本的な方針と目標項目

(目標 5.1 項目)

別表 1

全体目標	胎児(妊婦)		こども		高齢者		死亡
	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳		
生活習慣病	<input type="checkbox"/> 健康寿命の延伸 <input type="checkbox"/> 健康格差の縮小 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">がん・COPD</div>	<input type="checkbox"/> がん検診の受診率の向上 <input type="checkbox"/> がんの年齢調整罹患率の向上	<input type="checkbox"/> 高血圧の改善 <input type="checkbox"/> 脂質(LDLコレステロール)高値者の減少 <input type="checkbox"/> 特定健診・特定保健指導の実施率の向上 <input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	<input type="checkbox"/> がんの年齢調整死亡率の減少 <input type="checkbox"/> COPDの死亡率の減少	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">循環器病</div>	<input type="checkbox"/> 糖尿病有病者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 治療継続者の割合の増加	<input type="checkbox"/> 糖尿病有病者の増加の減少 <input type="checkbox"/> 糖尿病の合併症(糖尿病性腎症)の減少				
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">糖尿病</div>	<input type="checkbox"/> 児童・生徒における肥満傾向児の減少 (若年女性のやせの減少) <input type="checkbox"/> パニックの発症率の増加 <input type="checkbox"/> 野菜摂取量の増加 <input type="checkbox"/> 果物摂取量の改善 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量の削減 <input type="checkbox"/> 身体活動量の増加 <input type="checkbox"/> 「健康で持続可能な食環境づくりのための戦略的なイニシアチブの推進」 <input type="checkbox"/> 利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の	<input type="checkbox"/> 適正体重を維持している者の増加(肥満の減少) <input type="checkbox"/> パニックの発症率の増加 <input type="checkbox"/> 野菜摂取量の増加 <input type="checkbox"/> 果物摂取量の改善 <input type="checkbox"/> 食塩摂取量の削減 <input type="checkbox"/> 身体活動量の増加				
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">栄養・食生活</div>	<input type="checkbox"/> 運動やスポーツを習慣的に行っていないこともの減少 <input type="checkbox"/> 「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくりに取り組む市町村数の増加	<input type="checkbox"/> 日常生活における歩数の増加 <input type="checkbox"/> 運動習慣者の割合の増加				
生活習慣	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">身体活動・運動</div>	<input type="checkbox"/> 睡眠時間が十分に確保できている者の増加 <input type="checkbox"/> 睡眠で栄養が十分とれている者の増加 <input type="checkbox"/> 通勤労働時間60時間以上の雇用者の減少	<input type="checkbox"/> 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少 <input type="checkbox"/> 喫煙率の減少				
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">休養・睡眠</div>	<input type="checkbox"/> 20歳未満の者の飲酒をなくす <input type="checkbox"/> 20歳未満の者の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少					
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">飲酒</div>	<input type="checkbox"/> 妊娠中の喫煙をなくす					
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">喫煙</div>	<input type="checkbox"/> 歯科検診の受診者の増加 <input type="checkbox"/> 歯周病を有する者の減少 <input type="checkbox"/> よく噛んで食べることができる者の増加					
生活機能の維持・向上	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">歯・口腔の健康</div>	<input type="checkbox"/> 心理的苦痛を感じている者の減少 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検診受診率の向上	<input type="checkbox"/> 心臓のサポーター数の増加 <input type="checkbox"/> 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加 <input type="checkbox"/> 社会活動を行っている者の増加 <input type="checkbox"/> 地域等で共食している者の増加	<input type="checkbox"/> コモディフィケーションの減少			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">つながり・こころの健康</div>	<input type="checkbox"/> スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加 <input type="checkbox"/> 健康経営の推進 <input type="checkbox"/> 必要な産業保健サービスを提供している事業場	<input type="checkbox"/> 社会活動を行っている者の増加 <input type="checkbox"/> 地域等で共食している者の増加	<input type="checkbox"/> 社会活動を行っている高齢者の増加			
社会の質の向上	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">健康増進のための基盤</div>						

第2章 豊丘村の概況と特性

1. 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、東は鬼面山および大西山等、伊那山脈を境として大鹿村、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生田に接しています。

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段地域、山間地帯（上段地域）に大別されます。

3) 気候

村下段地域でも標高は 425m、高いところでは 650mを越す集落もあります。内陸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所となりました。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、神稲両村が合併して現在の豊丘村が誕生しました。

2. 健康に関する概況

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。豊丘村の人口は、平成22年には6,819人でしたが、令和4年には6,426人となり、減少傾向にあります。人口構成は、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%、令和4年には、32.9%となり、5年間で1.2%高くなっており、全国(28.7%)や長野県(32.2%)に比べて高齢化が進展しています。40～64歳、39歳以下ともに総人口に占める割合が減少傾向にあり、少子高齢化が進んでいます。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 (R04)

	国		県		豊丘村	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
総人口	123,214,261	-	2,008,244	-	6,426	-
39歳以下	46,332,563	37.6%	692,110	34.5%	2,273	35.4%
40～64歳	41,545,893	33.7%	669,192	33.3%	2,036	31.7%
65～74歳	17,087,063	13.9%	294,869	14.7%	976	15.2%
75歳以上	18,248,742	14.8%	352,073	17.5%	1,142	17.8%
65歳以上(高齢化率)	35,335,805	28.7%	646,942	32.2%	2,117	32.9%

出典：KDB

2) 死亡

平均寿命は、国より高い状況です。

標準化死亡比を比較すると、男女とも脳血管疾患が100を超え、国より高くなっています。

死因の変化を平成30年から比較すると、高齢化にともない老衰の割合が高くなってきています。また、脳血管疾患の割合は減少していますが、心疾患の割合が増加してきています。

早世(65歳未満の死亡)は年による変動はありますが、平成30年から令和4年を平均すると男性9.6%、女性4.0%、男女計6.8%であり、令和4年の国と比較すると低くなっていますが、県と比較すると男性で高くなっています。

平均寿命 (R04年)

	豊丘村	県	国
男性	82.0歳	81.8歳	80.8歳
女性	87.6歳	87.7歳	87.0歳

出典：KDB

死亡の状況（H25～29年 標準化死亡比）

		豊丘村	飯伊	県
全死亡	男性	89.2	90.6	90.5
	女性	103	92.3	93.8
がん	男性	92.9	84.3	84.9
	女性	74	81.3	89.8
脳血管疾患	男性	100.7	121.7	110.6
	女性	103.5	127.1	120.8
心疾患	男性	86	88.4	91.8
	女性	77.5	79.4	88.8

豊丘村死亡状況の推移

	H30年		R01年		R02年		R03年		R04年	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
死因										
老衰	27	38.0%	25	24.0%	22	36.1%	30	36.6%	39	38.6%
がん	15	21.1%	22	21.2%	10	14.8%	16	19.5%	24	23.8%
心疾患	4	5.6%	6	5.8%	5	8.2%	7	8.5%	9	8.9%
脳血管疾患	6	8.5%	2	1.9%	2	6.6%	5	6.1%	6	5.9%
総数	71		78		61		82		101	

出典：豊丘村死亡統計

早世死亡の状況

	豊丘村										県	国
	H30年		R01年		R02年		R03年		R04年			
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	割合	割合
合計	4	5.6%	7	9.0%	1	1.6%	8	9.8%	8	7.9%	6.3%	8.2%
男性	4	12.5%	5	12.8%	0	—	4	12.9%	5	9.8%	8.2%	10.6%
女性	0	—	2	5.1%	1	1.0%	4	7.8%	3	6.0%	4.5%	5.7%

出典：豊丘村死亡統計、KDB

3) 介護保険

令和4年度の要介護認定者は、2号（40～64歳）被保険者で6人（認定率0.29%）、1号（65歳以上）被保険者で342人（認定率16.2%）と同規模・県・国と比較すると低く、平成30年度と比較しても横ばいで推移しています。

しかし、65～74歳の認定者数は増加しており、介護給付費は約7億円から約7億7千万円に伸びています。

また、要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患が上位を占めており、全体では約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割となっています。

要介護認定者（率）の状況

	豊丘村				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	2,094人	31.8%	2,117人	32.9%	39.4%	32.2%	28.7%
2号認定者	2人	0.10%	6人	0.29%	0.39%	0.28%	0.38%
新規認定者	--		1人		--	--	--
1号認定者	346人	16.5%	342人	16.2%	19.4%	17.7%	19.4%
新規認定者	37人		35人		--	--	--
再掲	65～74歳	24人	2.7%	30人	3.1%	--	--
新規認定者	--		7人		--	--	--
75歳以上	322人	26.9%	312人	27.3%	--	--	--
新規認定者	37人		28人		--	--	--

*同規模：豊丘村と同規模保険者 240 町村平均値

出典：KDB

介護給付費の変化

	豊丘村		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	6億9890万円	7億6837万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	333,761	362,951	314,188	288,366	290,668
1件あたり給付費(円)全体	70,248	73,733	74,986	62,434	59,662
居宅サービス	38,990	41,444	43,722	40,752	41,272
施設サービス	289,780	293,864	289,312	287,007	296,364

出典：KDB

血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況

受給者区分		2号		1号				合計						
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計						
介護件数(全体)		6		30		312		348						
再)国保・後期		2		28		290		320						
有 病 状 況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数		疾病		件数		疾病				
				割合		割合		割合		割合				
	循環器疾患	1	脳卒中	2	100.0%	脳卒中	8	28.6%	脳卒中	152	52.4%	脳卒中	160	50.3%
		2	虚血性心疾患	0	0.0%	腎不全	4	14.3%	虚血性心疾患	108	37.2%	虚血性心疾患	109	34.3%
		3	腎不全	0	0.0%	虚血性心疾患	1	3.6%	腎不全	70	24.1%	腎不全	74	23.3%
	合併症	4	糖尿病合併症	0	0.0%	糖尿病合併症	4	14.3%	糖尿病合併症	45	15.5%	糖尿病合併症	49	15.4%
		基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)		2	100.0%	基礎疾患	24	85.7%	基礎疾患	273	94.1%	基礎疾患	297	93.4%
	血管疾患合計		2	100.0%	合計	24	85.7%	合計	279	96.2%	合計	303	95.3%	
	認知症		0	0.0%	認知症	7	25.0%	認知症	163	56.2%	認知症	170	53.5%	
	筋・骨格疾患		1	50.0%	筋骨格系	26	92.9%	筋骨格系	279	96.2%	筋骨格系	305	95.9%	
				筋骨格系	1	50.0%	筋骨格系	26	92.9%	筋骨格系	306	95.6%		

出典：KDB

4) 医療

(1) 後期高齢者医療

総医療費は、被保険者が減少しているにもかかわらず増加しています。一人あたりの医療費は、平成30年度から5万円増加し、県と比較しても高くなっています。特に、入院の件数の割合が増加し、入院1件あたり費用額が大きく増加しています。

後期高齢者医療費の推移

		豊丘村		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		1,207人	1,193人	--	--	--
総医療費		8億8168万円	9億3048万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		731,076 県内39位 同規模181位	784,776 県内26位 同規模139位	816,456	768,120	853,944
入院	1件あたり費用額(円)	576,950	652,230	570,480	623,700	623,170
	費用の割合	53.1	55.9	55.1	51.1	51.7
	件数の割合	4.9	5.2	5.7	4.3	4.5
外来	1件あたり費用額	26,040	28,030	27,870	26,830	27,480
	費用の割合	46.9	44.1	44.9	48.9	48.3
	件数の割合	95.1	94.8	94.3	95.7	95.5
受診率		1153.81	1085.89	1161.51	1219.12	1308.89

出典：KDB

(2) 国民健康保険

国保加入者は、前期高齢者の割合が高くなってきています。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。

総医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず増加しています。一人あたり医療費は、県、国と比べて低くなっていますが、平成30年度から約7万円伸びています。

入院医療費は、全体のレセプトのわずか2%程度にもかかわらず、医療費全体の34%を占めており、1件あたりの医療費も平成30年度と比較して6万円高くなっています。

被保険者数及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	1,435人	1,423人	1,454人	1,440人	1,397人	1,193人	
総件数及び 総費用額	件数	11,457件	11,756件	11,306件	11,681件	11,572件	15,450件
	費用額	3億4491万円	3億8684万円	3億8319万円	4億5431万円	4億2940万円	9億3049万円
一人あたり医療費	24.0万円	27.2万円	26.4万円	31.5万円	30.7万円	78.0万円	

出典：KDB

国保医療費の推移

	豊丘村		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	1,435人	1,397人	--	--	--	
前期高齢者割合	653人 (45.5%)	707人 (50.6%)	--			
総医療費	3億4491万円	4億2940万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	240,357 県内71位 同規模241位	307,371 県内62位 同規模222位	376,732	339,076	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	522,470	583,340	588,690	607,840	617,950
	費用の割合	35.0	33.6	43.7	38.9	39.6
	件数の割合	2.0	2.1	3.2	2.5	2.5
外来	1件あたり費用額	19,970	25,190	24,870	24,340	24,220
	費用の割合	65.0	66.4	56.3	61.1	60.4
	件数の割合	98.0	97.9	96.8	97.5	97.5
受診率	661.222	685.586	714.851	709.111	705.439	

出典：KDB

5) 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として医療保険者による特定健康診査・特定保健指導が実施されています。

特定健診受診率は、令和元年度に67.0%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2年度以降は受診率が低迷しており、目標値は達成できていません。

特定保健指導については、平成30年度以降、実施率が下がりましたが、令和4年度には目標を達成しました。

特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	643	670	620	630	619	健診受診率 65%
	受診率	63.9%	67.0%	60.2%	60.8%	62.1%	
特定保健 指導	該当者数	60	63	52	51	55	特定保健指 導実施率 85%
	割合	9.3%	9.4%	8.4%	8.1%	8.9%	
	終了者数	50	52	39	39	47	
	終了率	83.3%	82.5%	75.0%	76.5%	85.5%	

出典：KDB

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。特定健診結果において、メタボリックシンドローム該当者の割合は増加しており、その中でも3項目すべてが重なっている割合が増加しています。

重症化のハイリスクであるⅡ度高血圧以上・HbA1c7.0以上の未治療・治療中断者の割合は、どの年代でも増加しています。

メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	予備群		
			3項目	2項目	
H30年度	643 (63.9%)	120 (18.7%)	33 (5.1%)	87 (13.5%)	63 (9.8%)
R04年度	619 (62.1%)	120 (19.4%)	39 (6.3%)	81 (13.1%)	55 (8.9%)

出典：KDB

健診有所見状況（国保特定健診・後期高齢者健診）

年度	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)									HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30 未満									心房細動								
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-		
	人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%		人	%	
H30	5	2.3	(3)	22	3.7	(4)	0	--	(0)	5	2.3	(0)	21	3.6	(0)	0	--	(0)	1	0.5		21	3.6		2	6.9		0	--		3	0.9		3	1.8	
R04	7	4.0	(4)	16	3.7	(5)	11	3.9	(3)	5	2.8	(0)	16	3.7	(0)	1	0.4	(0)	2	1.1		6	1.4		12	4.3		4	2.4		6	1.6		8	3.6	

出典：KDB

(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、20歳から39歳までの住民にも、希望者には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ています。その結果からは、腹囲が基準値以上である者が4割を超え、血圧やHbA1cが高い者も多く、若い時期から血管変化を起こしやすい状況であることがわかります。

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

消防団血液検査結果

検査項目	血管変化を 起こす値	R05年度	R04年度	R03年度	R02年度	R01年度
		36	37	34	35	62
BMI	25.0以上	8	10	11	13	17
		22.2%	27.0%	32.4%	37.1%	27.4%
腹囲	男85cm以上	16	16	16	14	20
	女90cm以上	44.4%	43.2%	47.1%	40.0%	32.3%
中性脂肪	食後200以上	5	3	8	8	10
		13.9%	8.1%	23.5%	22.9%	16.1%
HDL コレステロール	39以下	3	1	1	1	3
		8.3%	2.7%	2.9%	2.9%	4.8%
AST (GOT)	31以上	6	7	7	9	8
		16.7%	FALSE	20.6%	25.7%	12.9%
ALT (GPT)	31以上	11	9	10	11	15
		30.6%	24.3%	29.4%	31.4%	24.2%
γ-GT	51以上	4	5	4	6	6
		11.1%	13.5%	11.8%	17.1%	9.7%
血圧	130/80以上	21	21	19	16	37
		58.3%	56.8%	55.9%	45.7%	59.7%
尿酸	7.1以上	7	14	11	10	28
		19.4%	37.8%	32.4%	28.6%	45.2%
血糖	食後140以上	0	0	0	2	6
		0.0%	0.0%	0.0%	5.7%	9.7%
HbA1c	5.6以上	17	14	20	10	8
		47.2%	37.8%	58.8%	28.6%	12.9%
クレアチニン	男1.01以上	5	13	7	14	18
		13.9%	35.1%	20.6%	40.0%	29.0%
eGFR	60未満	0	1	3	0	1
		0.0%	2.7%	8.8%	0.0%	1.6%
LDL コレステロール	120以上	11	14	14	7	18
		30.6%	37.8%	41.2%	20.0%	29.0%
喫煙	あり	17	16	12	10	22
		47.2%	43.2%	35.3%	28.6%	35.5%

6) 出生

豊丘村の合計特殊出生率は、年度により差がありますが、平成30年度から令和4年の5年間で平均すると、豊丘村1.63、県1.51、国1.34であり、県、国と比較して高くなっています。

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、年度により差がありますが、5年間の平均は9.2%であり、県、国と比較してやや低くなっています。しかし、多いときには10%以上の児が低体重の状態であることから、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。

出生数と合計特殊出生率

	豊丘村 出生数	豊丘村	県	国
H30年度	40	1.51	1.57	1.42
R01年度	37	1.36	1.57	1.36
R02年度	51	1.90	1.53	1.34
R03年度	39	1.47	1.44	1.30
R04年度	51	1.89	1.43	1.26

低出生体重児の割合

		H30年度	R01年度	R02年度	R3年度	R04年度
豊丘村	出生数	40	37	51	39	51
	低体重児数	4	6	3	3	3
豊丘村	低体重児割合	10.0%	16.2%	5.9%	7.7%	6.0%
	県	9.1%	9.6%	9.6%		
	国	9.4%	9.4%	9.2%		

第3章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価

前計画の目標 41 項目のうち、評価可能な 22 項目の達成状況を評価した結果、A「目標値に達した」、B「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 64% で一定の改善がみられました。

前計画の評価

分野	指 標		目標値	H23年度 (初期値)	R04年度	データソース	達成 状況
	項 目	区 分					
がん	がん検診受診率の向上	胃がん	20%	男性4.9%、女性5.8%	男性11.5%、女性13.2%	地域保健 事業報告	B
		大腸がん	30%	男性6.7%、女性9.0%	男性10.9%、女性16.4%		B
		肺がん	男性35%、女性20%	実施なし	男性11.0%、女性13.6%		B
		子宮がん	30%	17.7%	17.5%		C
		乳がん	35%	17.7%	21.8%		B
脳血管疾患	特定健康診査受診率の増加		60%	57.8%	62.1%	法定報告	A
	特定保健指導実施率の増加		80%	63.3%	85.5%		A
	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	該当者 予備群	(平成20年度と比較して25%減少)	10.0% 10.6%	19.4% 8.9%		D
	高血圧(140/90mmHg以上)の者の減少		15%	15.7%	24.7%	特定健診 結果	D
	脂質異常症(LDL-C160以上)の者の減少		7%	7.5%	5.2%	A	
糖尿病	治療継続者の割合(HbA1c6.5以上の内治療中の者)の増加		70%	51.7%	76.0%	特定健診 結果	A
	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少		維持	0%	0.7%		D
	糖尿病有病者の増加の抑制(HbA1c6.5以上の者の割合)		4%	4.1%	8.2%		D
	糖尿病腎症による新規透析導入者数の減少	国保被保険者	維持	0人	0人	KDB	A
歯・口腔の健康	3歳児でう蝕がない者の割合の増加		維持	82%	95.9%	3歳児健診結果	A
栄養・食生活	低出生体重児の割合の減少		減少	9.2%	5.8%	出生台帳	A
	低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の減少		20%	23.7%	23.4%	KDB	C
身体活動・運動	介護認定者の増加の抑制		400人	383人	342人	介護保険係データ	A
飲酒	妊娠中の飲酒をなくす		0	ほとんどなし	0%	妊娠届台帳	A
喫煙	喫煙率の減少		減少	男性22.1%、女性2.1%	9.1%	法定報告	A
	妊娠中の喫煙をなくす		0	ほとんどなし	2.0%	妊娠届台帳	D
休養	睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少		15%	16.2%	28.8%	法定報告	D

評価区分	評価項目数	割合
A 目標値に達した	10	45.5%
B 目標値に達していないが改善傾向にある	4	18.2%
C 変わらない	2	9.1%
D 悪化している	6	27.3%
合計	22	

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1のようにライフコースアプローチを念頭に置いて捉え、健康寿命の延伸と健康格差の縮小につながる個人の行動と健康状態の改善を支援します。

2. 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、約30回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回の細胞分裂には10～15年かかると言われています。

がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。

腫瘍の大きさや転移の有無などががんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは5年生存率が8～9割のことをいいます。がんは遺伝子の変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため予防が難しいと言われてきましたが、生活習慣の中にがんを発症させる原因が潜んでいることも明らかになってきました。また、細胞であればどこでもがん化する可能性はありますが、刺激にさらされやすいなど、がん化しやすい場所も明らかにされつつあります。

(2) 基本的な考え方

① 発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス（B型肝炎ウイルス〈HBV〉、C型肝炎ウイルス〈HCV〉、ヒトパピローマ〈HPV〉、成人T細胞白血病ウイルス〈HTLV-I〉）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌〈HP〉）への感染、及び喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分・塩蔵食品の過剰摂取など生活習慣に関連するものがあります。

がんのリスクを高める生活習慣は、循環器疾患や糖尿病の危険因子と同様であるため、循環器疾患や糖尿病への取り組みとしての生活習慣の改善が、結果的にはがんの発症予防につながってくると考えられます。

② 重症化予防

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

① 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、年齢構成の影響を除いたがんの死亡率（SMR：標準化死亡比）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。

部位別がん死亡の状況（人数）

			H30年	R01年	R02年	R03年	R04年	平均
がん部位	がん検診が有効	肺	1	3	2	2	3	2.2
		胃	1	4	2		1	2
		大腸	2	4	1	2	7	3.2
		乳		1		2	1	0.8
		子宮	1			1		0.4
	その他	肝臓	1	2		1		0.8
		すい臓	4	2		1	3	2
		前立腺	1					0.2
		白血病	1			1		0.4
		その他	3	6	5	6	9	5.8
合計			15	22	10	16	24	17.4
平均年齢（歳）			80.3	77.5	82.0	77.9	79.0	79.3

がん標準化死亡比（H25～H29年）

		豊丘村	飯伊	県	
がん（悪性新生物）	男性	87.3	84.3	84.9	
	女性	84.9	82.0	89.8	
（再掲）	大腸がん	男性	94.8	88.4	87.2
		女性	87.9	88.5	94.0
	胃がん	男性	85.5	87.4	83.3
		女性	81.2	82.8	88.5
	肺がん	男性	79.2	72.1	74.8
		女性	66.9	76.6	73.8

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、がん死亡者数の減少を図ります。

② 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。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、把握可能な村の健診受診者数のみで算出していますが、職場健診等を含めた受診率の向上が必要です。

がん検診受診率の推移

		算出年齢	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	国の目標
胃がん	男性	50～69歳	14.9%	12.7%	12.2%	11.5%	60% R10年度
	女性		17.3%	12.7%	13.0%	13.2%	
大腸がん	男性	40～69歳	11.3%	14.3%	12.1%	10.9%	
	女性		16.8%	17.6%	18.0%	16.4%	
肺がん	男性	40～69歳	11.6%	14.0%	10.0%	11.0%	
	女性		16.6%	17.4%	14.0%	13.6%	
子宮頸がん		20～69歳	18.3%	16.5%	17.1%	17.5%	
乳がん		40～69歳	23.5%	18.9%	20.2%	21.8%	

出典：地域保健・健康増進事業報告

○胃がん

胃がん検診は特に徐々に受診率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ることも重症化予防の視点から重要です。

○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、受診率は増加していません。また、他のがんの精密検査に比べ精密検査受診が遅れることも多く、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働きかけが重要です。

○肺がん

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必要です。

○乳がん

乳がん検診は5大がんの中では受診率が高くなっていますが、若年での死亡もあり、検診での早期発見が重要です。また、定期的な検診とともに、自己触診の啓発に取り組むことも重要です。

○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を実施しており、村でも同事業に取り組んでいます。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

① がんの発症予防施策

発症予防に関わる因子のうち、禁煙30%、食事30%、運動5%、飲酒3%と生活習慣が68%を占め、がんは生活習慣の改善により発症を予防することができると考えられています。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、ウイ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についても接種率の向上を図ります。

② 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検診推進事業（検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。

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、がんと並んで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が増大しています。循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、制御できない性、年齢を除くと、高血圧、脂質異常症（特に高LDLコレステロール血症）、喫煙、糖尿病等が危険因子となります。健診データを複合的、関連的に見て、これらの危険因子の改善を図っていく必要があります。なお、4つの危

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

① 発症予防

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、管理のためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、ひとり一人がこれらの生活習慣改善への取り組む科学的根拠は、健康診査の受診結果にあるため、特定健診等の受診率向上対策が重要です。

② 重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧症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するの保健指導が必要です。

(3) 現状と目標

① 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されますが、年齢構成の影響を除いた標準化死亡比を評価指標とします。

脳血管疾患による死亡の状況

	H30年	R01年	R02年	R03年	R04年	平均
死亡者数	6	2	2	5	6	4.2
平均年齢(歳)	78.2	84.0	94.0	84.8	88.2	85.8
H25~H29年 標準化死亡比		男性：100.7 女性：103.5				

要介護認定者を見ると、どの年代も脳血管疾患が上位を占めており、全体では約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全体で約9割と非常に高い割合になっています。

要介護認定者の有病状況（R04年度）

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		6		30		312		342		348		
再)国保・後期		2		28		290		318		320		
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数	疾病	件数
				割合		割合		割合		割合		割合
	循環器疾患	1	脳卒中	2	脳卒中	8	脳卒中	152	脳卒中	160	脳卒中	162
				100.0%		28.6%		52.4%		50.3%		50.6%
		2	虚血性心疾患	0	腎不全	4	虚血性心疾患	108	虚血性心疾患	109	虚血性心疾患	109
			0.0%		14.3%		37.2%		34.3%		34.1%	
	3	腎不全	0	虚血性心疾患	1	腎不全	70	腎不全	74	腎不全	74	
			0.0%		3.6%		24.1%		23.3%		23.1%	
	合併症	4	糖尿病合併症	0	糖尿病合併症	4	糖尿病合併症	45	糖尿病合併症	49	糖尿病合併症	49
			0.0%		14.3%		15.5%		15.4%		15.3%	
基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			2	基礎疾患	24	基礎疾患	273	基礎疾患	297	基礎疾患	299	
		100.0%		85.7%		94.1%		93.4%		93.4%		
血管疾患合計			2	合計	24	合計	279	合計	303	合計	305	
		100.0%		85.7%		96.2%		95.3%		95.3%		
認知症	認知症	0	認知症	7	認知症	163	認知症	170	認知症	170		
		0.0%		25.0%		56.2%		53.5%		53.1%		
筋・骨格疾患	筋骨格系	1	筋骨格系	26	筋骨格系	279	筋骨格系	305	筋骨格系	306		
		50.0%		92.9%		96.2%		95.9%		95.6%		

② 心疾患の年齢調整死亡率の減少

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標準化死亡比を評価指標とします。

心疾患による死亡の状況

	H30年	R01年	R02年	R03年	R04年	平均
死亡者数	4	6	5	7	9	6.2
平均年齢(歳)	89.8	84.3	89.6	91.0	82.1	87.4
人口10万対	59	89	74	104	134	92
H25～H29年 標準化死亡比 男性：86.0 女性：77.5						

心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれていますが、予防可能な虚血性心疾患への対策が重要です。基本的な心臓の検査である心電図検査は、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられ、虚血性心疾患の重症化予防においても重要な検査のひとつです。特定健康診査では、心電図検査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が、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、重症化予防につなげることができると考えます。集団健診受診者には、できる限り心電図検査の受診を勧奨します。

③ 高血圧の改善

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、循環器疾患の発症や死亡に対しては、他の危険因子と比べるとその影響は大きいとされています。特に重症化しやすいⅡ度以上高血圧者の割合を評価指標とします。特定健診受診者の状況では、Ⅱ度以上高血圧者の割合が約3.5%で半数が未治療者です。

健診で血圧値が高くても自覚症状がないことを理由に家庭血圧測定等がないまま放置し、治療が遅れることで血管変化を起こしてしまう実態も見られます。自分の血圧値と基準値を確認し、適切な治療や生活習慣の改善ができるよう保健指導を行います。

治療と未治療の状況（豊丘村国保特定健診）

		血圧測定者		正常				保健指導		受診勧奨判定値					
				正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A		B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	216	34.0%	43	19.9%	43	19.9%	66	30.6%	57	26.4%	6	2.8%	1	0.5%
	H30	231	35.9%	41	17.7%	34	14.7%	89	38.5%	58	25.1%	8	3.5%	1	0.4%
	R01	243	36.3%	43	17.7%	37	15.2%	84	34.6%	65	26.7%	13	5.3%	1	0.4%
	R02	221	35.6%	38	17.2%	38	17.2%	75	33.9%	59	26.7%	11	5.0%	0	0.0%
	R03	240	38.1%	48	20.0%	47	19.6%	74	30.8%	58	24.2%	12	5.0%	1	0.4%
	R04	227	36.7%	40	17.6%	37	16.3%	74	32.6%	67	29.5%	7	3.1%	2	0.9%
治療なし	H29	420	66.0%	167	39.8%	76	18.1%	112	26.7%	60	14.3%	2	0.5%	3	0.7%
	H30	412	64.1%	163	39.6%	53	12.9%	116	28.2%	67	16.3%	12	2.9%	1	0.2%
	R01	427	63.7%	173	40.5%	71	16.6%	107	25.1%	66	15.5%	7	1.6%	3	0.7%
	R02	399	64.4%	144	36.1%	79	19.8%	104	26.1%	63	15.8%	8	2.0%	1	0.3%
	R03	390	61.9%	140	35.9%	68	17.4%	112	28.7%	60	15.4%	10	2.6%	0	0.0%
	R04	392	63.3%	129	32.9%	75	19.1%	111	28.3%	64	16.3%	13	3.3%	0	0.0%

④ 脂質(LDL コレステロール)高値者の減少

脂質異常症は虚血性心疾患の危険因子であり、LDL コレステロール値の上昇に伴い虚血性心疾患の発症率や死亡率が上昇することがわかっています。特に重症化しやすい LDL コレステロール値 160mg/dl 以上の者の割合を評価指標とし、減少させることを目指します。生活習慣の改善や内服治療により LDL コレステロールを減少させることで、虚血性心疾患の死亡率が減少することが明らかになっていることから、生活習慣の改善や適切な治療のための保健指導を行います。

LDL160 以上の状況 (豊丘村国保特定健診受診者)

年度	健診受診者	120未満	120~139	140~159	160以上			再掲	
					再180以上	未治療	治療		
H29	636	333 52.4%	173 27.2%	86 13.5%	44	38	6	2.4%	6.9%
					6.9%	86.4%	13.6%		
H30	643	338 52.6%	165 25.7%	93 14.5%	47	43	4	2.6%	7.3%
					7.3%	91.5%	8.5%		
R01	668	333 49.9%	170 25.4%	101 15.1%	64	59	5	2.4%	9.6%
					9.6%	92.2%	7.8%		
R02	618	330 53.4%	165 26.7%	85 13.8%	38	33	5	2.8%	6.1%
					6.1%	86.8%	13.2%		
R03	629	347 55.2%	157 25.0%	79 12.6%	46	40	6	1.7%	7.3%
					7.3%	87.0%	13.0%		
R04	615	356 57.9%	142 23.1%	85 13.8%	32	29	3	1.1%	5.2%
					5.2%	90.6%	9.4%		

⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は証明されており、特定健診では、該当者及び予備群の減少が評価項目となっています。該当者及び予備群の割合を評価指標とし、減少させることを目標とします。

メタボリックシンドロームの状況 (豊丘村国保特定健診受診者)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
該当者	120	18.6%	111	16.5%	110	17.7%	113	17.9%	117	19.4%
予備群	63	9.8%	60	8.9%	50	8.1%	61	9.7%	54	8.9%

⑥ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

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

メタボリックシンドローム該当者及び予備群減少のプロセス指標となる特定健診・特定保健指導の実施率を評価項目とし、向上させることを目標とします。

特定健診・特定保健指導の推移（豊丘村国保）

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
特定健診	受診者数	643	670	620	630	619
	受診率	63.9%	67.0%	60.2%	60.8%	62.1%
特定保健指導	該当者数	60	63	52	51	55
	割合	9.3%	9.4%	8.4%	8.1%	8.9%
	終了者数	50	52	39	39	47
	終了率	83.3%	82.5%	75.0%	76.5%	85.5%

（４）対策

① 健康診査及び特定健康診査受診率向上の施策

個別案内や広報を利用し、特定健診・一般健診（20～39 歳、後期高齢者、生活保護世帯等）の受診勧奨を行います。

② 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

家庭訪問や健康相談、結果説明会など多様な機会に、健診結果に基づいたきめ細やかな保健指導の実施し、住民一人ひとりの自己健康管理を支援します。

3) 糖尿病

（１）はじめに

糖尿病は神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し、心筋梗塞や心血管疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることも明らかになっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人の中途失明の主要な要因ともなっています。全国で「糖尿病が強く疑われる人」は増加傾向であり、高齢化や肥満者の増加に伴って今後も増加することが予測されます。

(2) 基本的な考え方

① 発症予防

糖尿病は、加齢や遺伝的素因に加えて食生活の乱れや多量飲酒、身体活動の低下等の生活習慣が発症に大きく関与しているため、生活習慣や環境の改善が重要な要素です。

② 重症化予防

未治療や治療中断が糖尿病の合併症の増加につながるため、健診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、治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することが必要です。

(3) 現状と目標

① 糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少

糖尿病合併症である細小血管障害（神経障害、網膜症、腎症）、大血管障害のうち、個人の生活の質と医療費への影響が大きい糖尿病腎症に着目し、糖尿病腎症による新規透析導入者数を評価項目とします。

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、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、健診受診勧奨とともに、国保・後期以外の医療保険加入者の保健指導も必要です。

国保・後期高齢人工透析者の状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
国保人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	2人	1.5%	2人	1.4%	3人	2.2%	4人	2.7%	3人	2.2%
(再掲) 40-74歳	2人	1.5%	2人	1.5%	3人	2.3%	4人	2.7%	3人	2.2%
新規透析患者数	0		0		0		2		0	
(再掲) 糖尿病性腎症	0		0		0		1		0	
後期高齢者人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)	6人	2.6%	5人	2.0%	3人	1.3%	2人	0.8%	3人	1.3%

② 治療継続者の増加（未治療者・治療中断者の減少）

未治療や治療中断が合併症の増加につながることは明確に示されています。未治療者と治療中断者の減少を評価指標とし、未受診者への受診勧奨を行うとともに、治療中断にならないよう医療機関とも情報共有しながら支援を行います。

血糖値有所見者の受診状況（国保特定健診受診者）

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
血糖値有所見者 *1	人(a)	41	57	56	59	51
血糖値有所見者の 未治療者・治療中断者 *2	人(b)	9	15	15	13	12
	(b/a)	22.0%	26.3%	26.8%	22.0%	23.5%
受診した者	人(c)	9	12	11	12	11
	(c/b)	100.0%	80.0%	73.3%	92.3%	91.7%
服薬開始した者	人(c)	5	5	2	3	2
	(c/b)	55.6%	33.3%	13.3%	23.1%	16.7%

* 1 : HbA1c6.5 以上 * 2 : HbA1c6.5 以上で糖尿病の治療なしと答えた者

③ 血糖コントロール不良者の減少

合併症予防のためのコントロール目標はHbA1c7.0 未満ですが、特に合併症の高リスクであるHbA1c8.0 以上の血糖コントロール不良者の割合を評価指標とし、減少をめざします。これまでもHbA1c8.0 以上を重点的に支援し、未治療者は全て内服治療開始となっていますが、治療中であってもコントロール不良である者もみられます。

HbA1c8.0 以上の状況（国保特定健診受診者）

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
健診受診者	人	643	670	620	630	619
HbA1c検査実施者	人(a)	632	653	604	614	605
HbA1c8.0%以上	人(b)	4	6	7	2	5
	(b/a)	0.6%	0.9%	1.2%	0.3%	0.8%
HbA1c8.0%以上の 未治療者	人(b)	2	1	0	0	1
	(b/a)	50.0%	16.7%	0.0%	0.0%	20.0%
		↓	↓			↓
内服治療開始		2	1			1

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく糖尿病の合併症を予防することにもなるため、糖尿病領域である HbA1c6.5 以上の割合を一次予防(発症予防)の評価指標とします。

HbA1c6.5 以上の割合は増加傾向にあり、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、高齢化による糖尿病有病者の増加が懸念されます。

また、正常高値 HbA1c5.6~5.9 と境界領域 HbA1c6.0~6.4 の割合も減少はしていません。正常高値及び境界領域は、食生活が大きく影響し、食生活は親から子へつながっていく可能性が高い生活習慣です。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、ライフステージに応じた、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です。

HbA1c の年次比較 (国保特定健診受診者)

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	622	275	44.2%	241	38.7%	75	12.1%	19	3.1%	10	1.6%	2	0.3%	3	0.5%	2	0.3%
H30	632	266	42.1%	229	36.2%	96	15.2%	25	4.0%	12	1.9%	4	0.6%	8	1.3%	2	0.3%
R01	653	276	42.3%	251	38.4%	70	10.7%	33	5.1%	17	2.6%	6	0.9%	11	1.7%	3	0.5%
R02	604	198	32.8%	258	42.7%	93	15.4%	34	5.6%	14	2.3%	7	1.2%	15	2.5%	1	0.2%
R03	614	224	36.5%	242	39.4%	89	14.5%	37	6.0%	20	3.3%	2	0.3%	8	1.3%	1	0.2%
R04	606	244	40.3%	219	36.1%	93	15.3%	28	4.6%	17	2.8%	5	0.8%	10	1.7%	4	0.7%

小中学校血液検査 HbA1c5.6 以上の状況

H29年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
18	15.5	7	5.1	31	21.4	4	6.6	31	24.4	26	19.0

(4) 対策(循環器疾患の対策と重なるものは除く)

① 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

健診結果に基づいた保健指導を実施し、村民一人ひとりの自己健康管理を支援します。

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの危険因子の管理も重要となってきます。糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていきます。

また、ハイリスク者を対象に二次健診として微量アルブミン尿検査を実施し、早期介入を行います。

3. 生活習慣の改善

1) 栄養・食生活

(1) はじめに

栄養・食生活は、生命の維持に加え、子ども達が健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みです。また、多くの生活習慣病(NCD)の予防・重症化予防のほか、やせや低栄養等の予防を通じた生活機能の維持・向上の観点からも重要です。同時に、栄養・食生活は社会的、文化的な営みでもあり、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、適切な栄養・食生活やそのための食事を支える食環境の改善を進めていくことも重要です。

(2) 基本的な考え方

生活習慣病(がん、循環器疾患、糖尿病)と食品(栄養素)には関連があり、食品(栄養素)の欠乏または過剰について、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、ライフステージを通して、適正な食品(栄養素)摂取を実践できる力を十分に育むことが重要になってきます。

(3) 現状と目標

① 適正体重を維持している者の増加

(肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少)

体重は、各ライフステージにおいて、主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがん、循環器疾患、2型糖尿病等の生活習慣病との関連があります。若年女性のやせは骨量減少、低出生体重児出産のリスク等との関連があり、高齢者のやせは死亡率が高くなります。

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。

肥満度分類による実態（R04年度 国保特定健診受診者）

	受診者数		BMI25以上		(再掲) 肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳			
総数	176	443	43	97	32	83	10	10	1	1	0	3	
			24.4%	21.9%	18.2%	18.7%	5.7%	2.3%	0.6%	0.2%	0.0%	0.7%	
再掲	男性	92	197	32	50	23	47	8	3	1	0	0	0
	女性	84	246	11	47	9	36	2	7	0	1	0	3
			13.1%	19.1%	10.7%	14.6%	2.4%	2.8%	0.0%	0.4%	0.0%	1.2%	

後期高齢者の体格の状況（後期高齢者健診受診者）

	R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合
健診受診者数	238	19.8%	269	22.6%	282	23.6%
やせ傾向（BMI20以下）	55	23.1%	59	21.9%	66	23.4%
（再）BMI18.5未満	16	6.7%	18	6.7%	25	8.9%
肥満（BMI25以上）	36	15.1%	45	16.7%	51	18.1%

② 児童・生徒における肥満傾向児の減少

こどもの肥満は、成人期に肥満になる確率が高く、将来の生活習慣病発症に結びつきやすいと言われています。

児童・生徒の肥満の状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
検査受診者	136		145		61		127		137	
肥満度20%以上	9	6.6%	10	6.9%	7	11.4%	15	11.8%	11	8.0%
（再掲20～29%）	6	4.4%	7	4.8%	3	4.9%	10	7.9%	4	2.9%
（再掲30～49%）	3	2.2%	2	1.4%	0	—	5	3.9%	6	4.4%
（再掲50%以上）	0	0.0%	1	0.7%	4	6.6%	0	—	1	0.7%
再掲・小学6年生	男子33人 女子34人		男子41人 女子33人				男子32人 女子29人		男子36人 女子29人	
男子	2	6.1%	4	9.8%			5	15.6%	3	8.3%
女子	2	5.9%	1	3.0%			3	10.3%	2	6.9%

③ バランスの良い食事を摂っている者の増加

適正な体重を維持し、健康を保つためには、適正な量と内容（質）の食事を摂取することが大切です。ライフステージの中で、幼児・学童では菓子や清涼飲料水などの過剰摂取、成人では活動量や食事時間に影響する労働条件の変化や基礎代謝の低下、女性では妊娠・出産・更年期に伴う身体の変化による体重増加がみられます。また、学童期や消防団の年代からの高血糖もみられるため、糖質の摂り方も課題と考えられます。

健康日本 21（第三次）計画目標には、野菜・果物摂取量の増加が掲げられています。豊丘村では自家用野菜を作る家庭も多く、野菜を漬物にして長期的に食べることで塩分の摂り過ぎにつながっていることがあります。また、桃、梨、りんご、柿といった果物の産地でもあり、地域の実態に合わせて、適切な食事の摂取ができるような支援が必要です。

④ 食塩摂取量の減少

ガイドラインでは、高血圧の予防には1日当たり6g未満の食塩摂取が基準となっています。また、「日本人の食事摂取基準」（2020年版）における食事摂取の目標量は、習慣的な摂取量を考慮して、成人男性7.5g未満、成人女性6.5g未満とされています。

一方、県民健康・栄養調査（平成28年）では成人の1日当たりの食塩摂取量は、男性11.2g、女性9.5gであり、全国平均（男性9.4g、女性9.0g）と比較して高い状況です。

（4）対策

① 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

個人の代謝能力には遺伝や体質という違いがあり、栄養摂取量の基準は個々の健診結果がもととなるため、健診結果から自分の食の特徴がわかり、住民自身が必要な食品の量と質の選択をできるように栄養指導を実施します。また、妊娠期・乳幼児期から学童期・成人期の各ライフステージに対応した食に関する栄養学習を実施します。

② 生活習慣病の重症化予防のための取り組み

健診結果に基づいた管理栄養士による専門性を生かした栄養指導を実施します。

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2型糖尿病、循環器、がん、ロコモティブシンドローム、うつ病、認知症等の発症・罹患リスクが低いことが実証されています。世界保健機構(WHO)は、高血圧、喫煙、高血糖に次いで、身体活動不足を全世界の死亡に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。

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

身体活動・運動量を増加することは、生活習慣病やロコモティブシンドロームの予防など健康増進につながります。

(3) 現状と目標

① 日常生活における歩数の増加

歩数は身体の移動を伴うような比較的活発な身体活動の客観的な指標であり、歩数の不足ならびに減少は、肥満や生活習慣病発症や高齢者の自立度低下の危険因子です。特に「日常生活における歩数」は、主として生活活動を反映していると考えられ、労働・家庭・移動場面における歩数の総数ですが、全国的に過去10年間で全ての世代において、男性、女性ともに横ばいから減少傾向にあります。

豊丘村では、特定健診受診者に身体活動の状況（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）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30%前後で、県平均と比較して低く、特に女性で割合低くなっています。

日常生活における歩数を増加させることで、身体活動全体の増加・活発化を促すことが必要です。国では20～64歳では8,000歩/日、65歳以上では6,000歩/日を目標値としています。

日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している者の状況
(特定健診質問票項目)

	豊丘村			県
	R02年度	R03年度	R04年度	
男性	34.0%	31.4%	38.1%	45.4%
女性	30.4%	27.8%	32.7%	51.4%
合計	32.1%	29.4%	35.2%	48.7%

② 運動習慣者の増加

運動習慣を有する者は、運動習慣のない者に比べて生活習慣病発症や死亡のリスクが低いことが報告されており、運動習慣は健康増進や体力向上などを通じて、個々人の抱える多様かつ個別の健康問題を効率的に改善することができます。

特定健診受診者の運動習慣の状況(1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施)をみると、運動習慣者の割合は県と比較して男女とも低くなっています。

1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している者の状況
(特定健診質問票項目)

	豊丘村			県
	R02年度	R03年度	R04年度	
男性	18.2%	15.6%	15.6%	39.1%
女性	15.8%	14.3%	15.8%	30.6%
合計	16.9%	14.9%	15.7%	31.2%

(4) 対策

① 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

ライフステージや個人の健康状態に応じた適切な運動指導や「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及に努め、保健事業や公民館、NPOで実施している運動教室への参加を勧奨します。

3) 休養・睡眠

(1) はじめに

日々の生活においては、睡眠や余暇が重要であり、十分な睡眠や余暇活動は、心身の健康に欠かせません。睡眠不足は、日中の眠気や疲労に加え、頭痛等の身心愁訴の増加、情動不安定、注意力や判断力の低下に関連する作業能率の低下等、多岐にわたる影響を及ぼし、事故等、重大な結果を招く場合もあります。また、睡眠不足を含め様々な睡眠の問題が慢性化すると、肥満、高血圧、糖尿病、心疾患や脳血管障害の発症リスク上昇と症状悪化に関連し、死亡率にも関与することが明らかになっています。また、睡眠の問題はうつ病などの精神障害において、発症初期から出現し、再燃・再発リスクを高めることが知られていますが、不眠の存在自体が精神障害の発症リスクをも高めます。

(2) 基本的な考え方

睡眠や余暇が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが、健康増進においては重要です。より良い睡眠を取ることは心身の健康の保持・増進においては極めて重要ですが、より良い睡眠には睡眠の質と量、いずれもが必要です。

(3) 現状と目標

① 睡眠で休養がとれている者の増加

特定健診受診者の睡眠の状況をみると、睡眠で休養が十分とれている者は約半数で、県と比較して低い割合となっています。

熟睡感、睡眠の質、睡眠休養感といった「睡眠により休養をとれていると感じているか」に関連する主観的評価について、高血圧、糖尿病、心疾患やうつ病等の精神的健康と強く関連するといわれています。

若い年代では短時間睡眠の是正、高齢者は過剰な床上時間の是正が健康増進に寄与することや、年齢相応の生理的な睡眠必要量を勘案して、20歳以上60歳未満では6時間以上9時間未満、60歳以上では6時間以上8時間未満を十分な睡眠時間と国では設定しています。

睡眠で休養が十分とれている者の状況（特定健診質問票項目）

	豊丘村			県
	R02年度	R03年度	R04年度	
男性	45.7%	42.0%	47.8%	68.2%
女性	47.7%	50.1%	48.2%	65.3%
合計	46.8%	46.3%	48.0%	66.6%

(4) 対策

① 睡眠と健康との関連等に関する知識の普及・啓発の推進

乳幼児健診や成人の各種健診・相談を通じ、各ライフステージにおいて、睡眠を含めた適切な生活リズムについての保健指導を実施します。

4) 飲酒

(1) はじめに

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等に深く関連します。加えて、不安やうつ、自殺、事故といったリスクとも関連します。

健康日本 21（第二次）では、「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」を1日の平均純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性で20g以上と定義し、取組が行われてきました。

(2) 基本的な考え方

がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されています。国では、引き続き、生活習慣病のリスクを高める飲酒量を1日当たりの平均純アルコール摂取量を男性で40g以上、女性で20g以上と定義しています。

また、20歳未満の者の身体は発達する過程にあるため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あるためにアルコールの分解能力が20歳以上の者比べて低く、アルコールの影響を受けやすいこと等から医学的に好ましくないとされています。

アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、20歳未満の者や、保護者、妊婦に対して、正確な知識を普及する必要があります。

(3) 現状と目標

① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少

アルコールを毎日飲む者の割合は、県と比較して低い状況にあります。また、生活習慣病のリスクを高める量とされている飲酒日1日当たりのアルコール摂取量が男性で40g以上（2合以上）、女性で（1合以上）の者の割合も、県と比較して低くなっています。

アルコールを毎日飲む者の割合（特定健診質問項目）

	豊丘村			県
	R02年度	R03年度	R04年度	
男性	29.6%	32.5%	28.0%	39.9%
女性	7.3%	9.9%	7.9%	10.0%
合計	17.7%	20.5%	17.3%	23.9%

飲酒日1日当たりの飲酒量（特定健診質問項目 R04年度）

		1合未満	1～2合未満	2～3合未満	3合以上
男性	豊丘村	16.3%	22.5%	3.8%	0.3%
	県	26.0%	26.5%	11.0%	3.1%
女性	豊丘村	21.8%	4.2%	0.6%	0.0%
	県	30.4%	7.0%	1.4%	0.4%
合計	豊丘村	19.2%	12.8%	2.1%	0.2%
	県	28.3%	16.1%	5.9%	1.6%

（4）対策

① 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

妊婦教室や地区健康学習会等の保健事業の場で、情報提供を行います。

② 飲酒による生活習慣病予防の推進

特定健診等の検査結果に基づいて適度な飲酒について個別指導を行います。

5) 喫煙

（1）はじめに

喫煙は、世界保健機関（WHO）による非感染性疾患対策の対象疾患であるがん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、糖尿病に共通した主要なリスク要因です。また、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。

喫煙は、受動喫煙などの短期間の少量曝露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

たばこ対策においては「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要です。喫煙と受動喫煙は、いずれも多くの疾患の確立した原因であり、その対策によってがん、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

① 喫煙率の減少

喫煙率の減少は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であ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、県と比較すると低く、男女ともに減少傾向にあります。しかし、特定健診以前の若い年代である消防団員の喫煙率は増加傾向にあります。

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もあるため、喫煙をやめたいひとに対する禁煙支援を行い、喫煙率を減少させることを目標とします。

たばこを習慣的に吸っている者の状況（特定健診質問項目）

	豊丘村		県	
	R02年度	R03年度	R04年度	
男性	19.9%	20.7%	16.6%	22.9%
女性	3.0%	4.2%	2.1%	4.4%
合計	11.0%	11.9%	8.9%	13.0%

消防団員の喫煙状況

	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度
喫煙者割合	35.5%	28.6%	35.3%	43.2%	47.2%

② 妊娠中の喫煙をなくす

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

妊婦の喫煙状況

	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度
喫煙者割合	2.4%	0%	0%	0%

(4) 対策

① たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

妊婦教室や地区健康学習会等の保健事業の場で、情報提供を行います。

② 禁煙支援の推進

特定健診等の検査結果に基づいて、喫煙によるリスクが高い人への個別指導を行い、禁煙を支援します。

6) 歯・口腔の健康

(1) はじめに

歯・口腔の健康は、健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしています。近年は口腔の健康が全身の健康にも関係していることが指摘されるなど、全身の健康を保つ観点からも、歯・口腔の健康づくりへの取組みが必要となっています。

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。

(2) 基本的な考え方

歯周病は、歯の喪失をもたらす主要な原因疾患であるとともに、歯周病と糖尿病や循環器疾患等の全身疾患との関連性も指摘されていることから、その予防は生涯を通じての重要な健康課題のひとつです。歯周病が顕在化し始めるのは40歳以降といわれていますが、発症予防については若年層での歯肉炎への対策も重要であることや、高齢になってもより多く自分の歯を保つ者が増加し歯の寿命が延びていることから、生涯を通じた切れ目のない対策が必要です。

咀嚼機能については、主観的な健康感や運動機能と密接な関連性があり、高齢者における咀嚼機能の低下は、摂取できる食品の種類にも大きな影響を与えます。また、口腔機能は、う蝕や歯周病等に起因する歯の喪失が関係しています。

(3) 現状と目標

① よく噛んで食べることができる者の増加

口腔機能は中年期頃から低下し始め、中年期からの口腔機能の維持及び口腔機能が低下した際は回復・向上を図ることが重要です。

40歳から74歳を対象とした特定健診受診者では、噛みにくいことがあると答えた人の割合は県と比較してやや低いものの、何でも噛んで食べることができると答えた人の割合は50%前後であり、県と比較して低い状況にあります。

よく噛んで食べることができる者の増加を評価指標とします。

食事を噛んで食べる時の状態（特定健診質問項目）

	何でも噛んで食べることができる				噛みにくいことがある			
	豊丘村			県	豊丘村			県
	R02年度	R03年度	R04年度		R02年度	R03年度	R04年度	
男性	47.4%	51.9%	49.1%	74.1%	12.7%	11.5%	15.2%	17.5%
女性	52.6%	52.8%	54.5%	77.9%	14.0%	15.2%	14.5%	15.0%
合計	50.2%	52.4%	52.1%	76.2%	13.4%	13.5%	14.9%	16.1%

② 歯科検診の受診者の増加

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するため、生涯を通じて歯科検診を受診し、歯科疾患の早期発見・重症化予防等を行うことが重要です。定期的に自身の歯・口腔の健康状態を把握することで、受診者の状況に応じて、歯科医療機関への受療に適切につながることも期待されます。

(4) 対策

① ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

妊婦教室や乳幼児健診において歯科衛生士による歯科指導・相談を実施するほか、定期的な歯科検診の必要性等について周知します。

② 専門家による定期管理と支援の推進

1歳6か月児・3歳児健診で歯科診察を実施するほか、20歳以上の節目年齢の者を対象に歯科検診を行います。

4. 目標の設定

健康日本 21（第三次）では、実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定するとの考え方が示され、市町村は、国や県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な目標を設定するよう努めることとされています。設定した目標のうち重要と考えられる指標については、目標の進行管理を行うことができるよう、中間評価や最終評価を行う年以外の年においても、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。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。

豊丘村健康増進計画目標管理一覧

分野	項目	目標値	R04年度 (初期値)	R11年度 (中間評価)	R17年度 (最終評価)	データソース
がん	がん標準化死亡率の減少	男性	87未満	87.3 (H25～H29)		厚生労働省 人口動態統計
		女性	84未満	84.9 (H25～H29)		
	がん検診受診率の向上	胃がん	30%	男性11.5%、女性13.2%		地域保健 事業報告
		大腸がん	30%	男性10.9%、女性16.4%		
		肺がん	30%	男性11.0%、女性13.6%		
		子宮がん	30%	17.5%		
乳がん	35%	21.8%				
循環器疾患	脳血管疾患標準化死亡率の減少	男性	100未満	100.7 (H25～H29)		厚生労働省 人口動態統計
		女性	100未満	103.5 (H25～H29)		
	心疾患標準化死亡率の減少	男性	85未満	86.0 (H25～H29)		
		女性	77未満	77.5 (H25～H29)		
	高血圧者（160/100mmHg以上）の割合の減少		3.4%未満	3.6%		特定健診結 果
	脂質異常症者（LDL-C160以上）の割合の減少		4.8%未満	5.2%		
	メタボリックシンドローム該当者の割合の減少		19%未満	19.4%		
	メタボリックシンドローム予備群の割合の減少		8%未満	8.9%		特定健診 法定報告
特定健診受診率の増加		65%	62.1%			
特定保健指導実施率の増加		85%	85.5%			
糖尿病	糖尿病腎症による新規透析導入者数の減少		0	0		KDB
	未治療者・治療中断者の割合の減少		20%未満	23.5%		特定健診結 果
	HbA1c8.0%以上の者の割合の減少		0.8%未満	0.8%		
	血糖異常者（HbA1c6.5以上）の割合の減少		8%未満	8.3%		
栄養・食生活	肥満者（BMI25以上）の割合の減少（40～64歳）	男性	27%未満	28.4%		
		女性	15%未満	17.6%		
	低栄養傾向（BMI20以下）の後期高齢者の割合の減少		20%未満	23.4%		健診結果
身体活動・運動	運動習慣者の増加		20%	15.7%		特定健診 質問票
休養・睡眠	睡眠で休養が取れている者の増加		50%	48.0%		
飲酒	生活習慣病のリスクを高める量（純アルコール摂取量 男性40g/日以上、女性20g以上）を飲酒している者の 減少	男性	4%未満	4.1%		
		女性	4%未満	4.2%		
喫煙	喫煙率の減少		8%未満	8.9%		
歯・口腔の健康	何でも噛んで食べることができる者の増加		55%	52%		
	歯科検診受診者の増加		15%	(国保のみ7.8%)		

第4章 計画の推進

1. 健康増進に向けた取り組みの推進

1) 活動展開の視点

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

村民の健康増進を図ることは、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（第三次）の推進においては、村民の健康に関する各種指標を活用し、取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。

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、健康福祉課保健衛生係が中心となって、住民の健康の保持増進に関係する部署に協力を求め、村の健康課題を分析し、一体となって取り組みを進めます。介護保険部署（健康福祉課介護保険係）、生活保護部署（健康福祉課福祉係）と十分連携を図ることとします。

また、村民の生涯を通じた健康の実現を目指し、村民一人ひとりの主体的な健康づくり活動を支援していくために、医師会や歯科医師会、薬剤師会、地域の医療機関等との社会資源等と連携、協力します。

第5章 計画の評価・見直し

1. 評価時期

6年後の令和12年度に進捗確認のための中間評価を行い、計画を見直します。

また、計画の最終年度の令和17年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行います。

2. 評価方法・体制

健診・医療情報を活用して効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、国保データベース（KDB）システムに収載される健診・医療・介護データ等を定期的に把握し、目標管理一覧の項目で評価します。