

元気プラン健やか白馬 21（第2期）

白馬村健康増進計画

平成26年4月
白馬村

目 次

序 章 計画改定にあたって

1. 計画改定の趣旨	2
2. 計画の性格	5
3. 計画の期間	5
4. 計画の対象	5

第Ⅰ章 白馬村の概況と特性

1. 村の概要	7
2. 健康に関する概況	8
3. 村の財政状況に占める社会保障費	20

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価	22
2. 生活習慣病の予防	24
(1) がん	24
(2) 循環器疾患	29
(3) 糖尿病	36
(4) 歯・口腔の健康	41
3. 生活習慣・社会環境の改善	44
(1) 栄養・食生活	44
(2) 身体活動・運動	53
(3) 飲酒	57
(4) 喫煙	60
(5) 休養	62
4. こころの健康	64
5. 目標の設定	69

第Ⅲ章 計画の推進

1. 健康増進に向けた取り組みの推進	73
(1) 活動展開の視点	73
(2) 関係機関等との連携	73
2. 健康増進を担う専門職の確保と資質の向上	74

<資料>

1. 白馬村健康づくり推進協議会委員名簿	76
2. 白馬村健康づくり推進協議会の開催状況	76

序章 計画改定にあたって

序章 計画改定にあたって

1. 計画改定の趣旨

平成12年度より展開されてきた国民健康づくり運動「健康日本21」は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を目的として、健康を増進し発症を予防する「一次予防」を重視した取り組み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「21世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本21)」(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等の重症化予防を重視した取り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概ね10年後の目標値を掲げ、目標の達成に向けた取り組みがさらに強化されるよう、その結果を大臣告示として示すことになりました。

白馬村では平成21年3月、「健康日本21」の取り組みを法的に位置づけた健康増進法に基づき、白馬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「元気プラン健やか白馬21」を策定し、取り組み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表1のように考え、これまでの取り組みの評価、及び新たな健康課題等を踏まえ、元気プラン健やか白馬21(第2期)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等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」を策定する他、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り組み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。

表 1 「国民運動」の基本的な方向及び目標項目

「健康日本21（第2次）」の基本的方向性と目標項目									
「乳幼児から高齢者まで～ライフステージに応じた計画を考える」									
□ 目標項目（54項目）									
①健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現 □ 健康寿命の延伸 □ 健康格差の縮小		③社会生活を営むために必要な機能の維持・向上		②主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防		⑤食生活、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		④健康を支え、守るための社会環境の整備	

2. 計画の性格

この計画は「白馬村第4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「白馬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	白馬村が策定した計画
健康増進法	健康グレードアップながの 21	元気プラン健やか白馬 21
次世代育成対策推進法	長野県次世代育成支援行動計画 「信州“はぐくみ”プラン」	次世代育成支援行動計画
食育基本法	長野県食育推進計画	白馬村食育推進計画
高齢者の医療の確保に関する法律	長野県医療費適正化計画	白馬村国民健康保険特定健康診査等実施計画
がん対策基本法	長野県がん対策推進計画	
歯科口腔保健の推進に関する法律	長野県歯科保健推進計画	
介護保険法		第5期介護保険事業計画
六次産業化・地産地消法	長野県地産地消計画 長野県食と農業農村振興計画	白馬村地産地消推進計画
スポーツ基本法		白馬村スポーツ推進計画

3. 計画の期間

この計画の目標年次は平成35年度とし、計画の期間は平成26年度から平成35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。

4. 計画の対象

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

第 I 章 白馬村の概況と特性

第Ⅰ章 白馬村の概況と特性

1. 村の概要

(1) 位置

白馬村は長野県の北西部、大北地方の北部に位置します。

(2) 地理・地形

周囲65.5km、南北16.8km、東西15.7kmの盆地であり、南は佐野坂峠の分水嶺で大町市、西は北アルプス白馬連峰で富山県に接し、北は小谷村、東は大町市と長野市に隣接しています。

西側山岳部には白馬連峰が聳え立ち、そこから延びる山麓には良好な地形を利用して日本を代表するロングコースのスキー場が造られています。

一方、東側は第三紀層の比較的なだらかな山地で豊かな造林地帯となっており、県境の山岳地帯を含め全体の90%が森林・原野で、耕地は村の中心部にわずかに6%程度となっています。

(3) 気候

本村は日本の屋根といわれる北アルプスを背にして標高700mの高地に位置するため、降雪が多く冬の寒さの厳しい時期もありますが、近年温暖化と思われる暖冬傾向になっています。一方、夏は盆地状の地形から日中の気温は高くなるものの朝夕は涼しく過ごしやすく、平均気温は10℃前後、年間の降水量は1,900～2,000mmで、年間を通じて晴天は少なめとなっており、冬が長く夏が短いという裏日本型降雪地帯の典型といえます。

全体的には冷涼な気象と豊かな自然が相まって、「日本のスイス」といった風土を作り出しています。

(4) 沿革

信州北西部の寒村だった旧神城村、北城村が昭和31（1956）年に合併し白馬村が誕生しました。

本村の今日の発展に大きく寄与したものは登山とスキーで、本村誕生と前後して裏山開発的にスキー場が造られ、村内のスキー場は次々と拡張され本村を一大スキーエリアへと変貌させました。元来豊かな自然環境を有する本村はウインターシーズン以外にも観光客が訪れるようになり、産業形態の主力もそれまでの農業に替わって観光が主要産業となる観光立村となりました。

2. 健康に関する概況

表1 村の健康に関する概況 ○ 国・県と比較して村の特徴であると思われるもの △ 国・県と比較していずれかで問題となるもの

項 目			国 (平成23年度)		長野県 (平成23年度)		白馬村 (平成24年度)					
1	人口動態 平成24年4月1日 全国：総務省統計局 長野県：大北：毎月人口異動調査	総人口	127,567,000 人		2,121,223 人		9,266 人					
		65歳以上人口	30,238,000 人		592,157 人		2,151 人					
		75歳以上人口	14,994,000 人		318,490 人		1,142 人					
		高齢化率	23.7 %		27.9 %		23.2 %					
		75歳以上の割合	11.8 %		15.0 %		12.3 %					
2	死亡の状況 (平成23年) 全国：人口動態調査 長野県：都道府県別年齢調整死亡率 大北：直近5年間の統計	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	26 人	男性：72.6 女性：22.0			
		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	3位 (心疾患)	13人	男性：20.4 女性：7.4			
		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	2位	15人	男性：47.6 女性：14.8			
		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	10位	男性：1人 女性：0人	男性：29.6 女性：0.5			
	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		2,712 人		6 人		8.9%			
		男性	110,065 人		1,848 人		5 人		12.8%			
		女性	56,584 人		864 人		1 人		3.3%			
	3	介護保険 全国：長野県・大北給付費：平成22年度 大北人数：平成23年度	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		94,263 人		361 人		16.2%		
2号被保険者の認定 (2号認定者/2号人口)			154,795 人		2,388 人		9 人		0.27%			
1人あたり介護給付費 (1号1人あたり介護給付・予防給付)			235,049 円		250,055 円		250,580 円		(北アルプス広域連合)			
介護給付費総額 (1号の介護給付・予防給付)			6,839,563,804,875 円		142,203,878,915 円		4,574,595,476 円					
4	後期高齢者医療 (平成23年度)	被保険者数	14,483,835 人		316,130 人		1,170 人		県内 29位			
		1人あたり医療費	918,206 円		783,039 円		767,958 円					
		医療費総額	13,299,144,200,010 円		247,542,119,070 円		898,510,860 円					
5	国保の状況 全国：長野県：母子「国民健康保険の実態平成23年度版」	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
			35,849,071 人	----	576,325 人	----	3,615 人	----				
		うち 65～74歳	11,222,279 人	31.3%	198,038 人	34.4%	880 人	24.3%				
		一般	33,851,629 人	94.4%	530,394 人	92.0%	3,380 人	93.5%				
		退職	1,997,443 人	5.6%	45,931 人	8.0%	235 人	6.5%				
6	医療費の状況 平成23年度(国・県医療費：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			
			10,943,860,998,596 円	305,276 円	175,296,182,597 円	304,162 円	906,503,704 円	252,860 円	68位			
		一般	10,293,501,791,433 円	304,077 円	160,062,591,369 円	301,781 円	816,236,813 円	245,116 円	69位			
		退職	759,136,201,922 円	380,054 円	15,101,413,351 円	328,785 円	90,266,891 円	353,988 円	22位			
	医療の状況 (平成23年5月診療分レセプト)	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	全治療者に占める割合	総人数に占める割合	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に占める割合		
		虚血性心疾患			22,167	7.24	3.84	76	3.28	2.12		
		脳血管疾患			22,159	7.24	3.84	90	3.88	2.50		
		脂質異常症			84,806	27.71	15.85	405	5.52	11.30		
		糖尿病			55,585	18.16	14.70	237	10.22	6.61		
		高血圧症			112,479	36.75	19.50	451	19.46	12.58		
		人工透析			1,517	0.49	0.26	6	0.26	0.17		
7	特定健診実施状況 健診・保健指導実績：法定報告(全国・長野県は市町村国保計) 継続受診者：あなみツールより算出	特定健診	健診対象者	健診受診者	受診率	健診対象者	健診受診者	受診率	健診対象者	健診受診者	受診率	県内順位
			22,544,587 人	7,362,795 人	32.7%	374,925 人	153,533 人	41.0%	2,245 人	1,084 人	48.3%	24位
		有所見状況	検査項目	人数	割合	検査項目	人数	割合	検査項目	人数	割合	県内順位
		1位				HbA1c	101,310 人	66.6%	HbA1c	870 人	80.3%	9位
		2位				LDLコレステロール	81,343 人	53.0%	LDLコレステロール	598 人	55.2%	29位
		3位				収縮期血圧	66,364 人	43.2%	空腹時血糖	292 人	31.6%	58位
		4位				空腹時血糖	31,557 人	32.2%	収縮期血圧	312 人	28.8%	75位
		5位				腹囲	43,734 人	28.5%	腹囲	264 人	24.4%	57位
		特定保健指導	対象者数	終了者数	実施率	対象者数	終了者数	実施率	対象者数	終了者数	実施率	県内順位
			945,245 人	204,872 人	21.7%	17,960 人	7,155 人	39.8%	144 人	96 人	66.7%	15位
継続受診者 (ヒーター率)	人数	割合		人数	割合		人数	割合				
							846 人		75.9%			

(1) 人口構成

白馬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両社に比べ低くなっています。

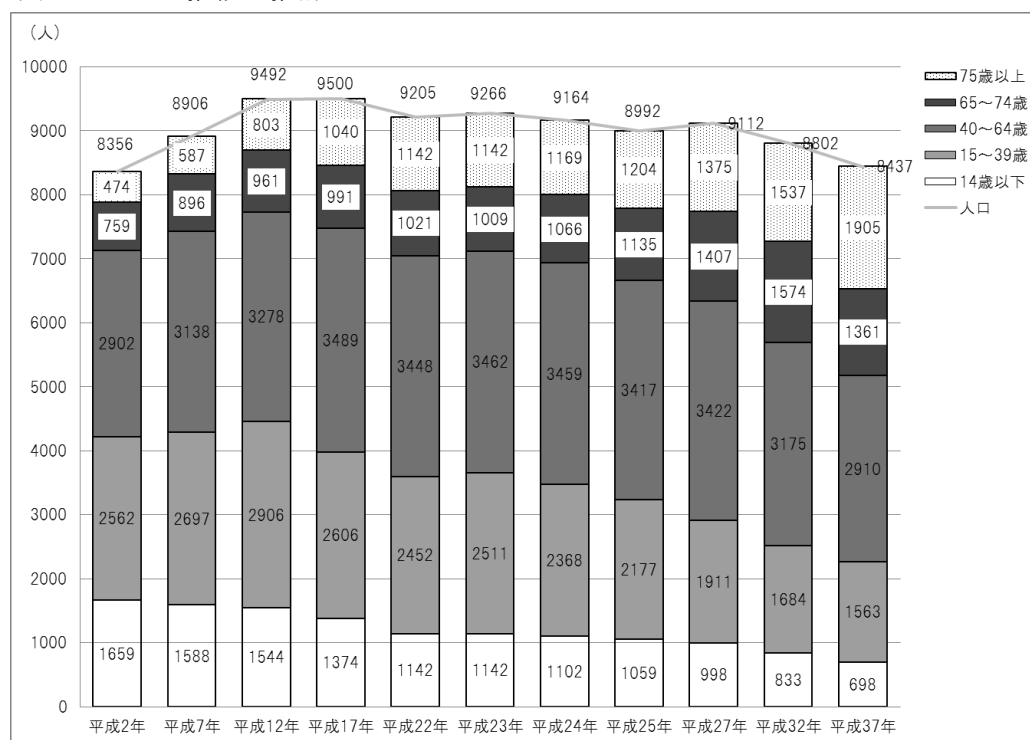
白馬村の人口（国勢調査）は平成 17 年には 9,500 人でしたが、平成 25 年には 8,992 人となり減少傾向にあります。

人口構成は、64 歳以下人口が平成 17 年から平成 25 年までの 8 年間に 816 人減少しているのに対して、65 歳以上人口は同期間で 308 人増加しています。

高齢化率は、平成 17 年には 21.4%でしたが平成 25 年には 26.0%と 8 年間で 4.6%高くなり、全国（24.7%）や長野県（28.0%）と同様に高齢化が進展しています。

生産年齢人口（15 歳～64 歳）・年少人口（0 歳～14 歳）は、ともに総人口に占める割合が減少傾向にあり少子高齢化がますます進んでいます。今後はさらにその傾向が強まると予測されます。（図 1）

図 1 人口の推移と推計



(2) 死亡

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、脳血管疾患の 3 疾患において平成 18 年は 53.1%、平成 24 年は 66.7%と全体の約半数を占め、割合も増加しています。

また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。（表 2）

表2 白馬村の主要死因の変化

		平成18年				年度		平成24年			
全 体		人口	死亡者総数		死亡率 (10万対)	全体		人口	死亡者総数		死亡率 (10万対)
		9,377	96		1023.8			9,164	69		752.9
死 亡 原 因	1位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合	死 亡 原 因	1位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合
		悪性新生物	22	234.6	22.9%			悪性新生物	18	196.4	26.1%
	2位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合		2位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合
		心臓病・心筋梗塞	15	160.0	15.6%			心疾患	16	174.6	23.2%
	3位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合		3位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合
		脳血管疾患	14	149.3	14.6%			脳血管疾患	12	130.9	17.4%
	4位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合		4位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合
		老衰	11	117.3	11.5%			老衰	8	87.3	11.6%
	5位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合		5位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合
		肺炎	8	85.3	8.3%			肺炎	3	32.7	4.3%
	9位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合		7位	疾患名	死亡者数	死亡率 (10万対)	全死亡に 占める割合
		自殺	1	10.7	1.0%			自殺	1	10.9	1.4%

図2 65歳未満死亡の状況 H20～H24（5年間）

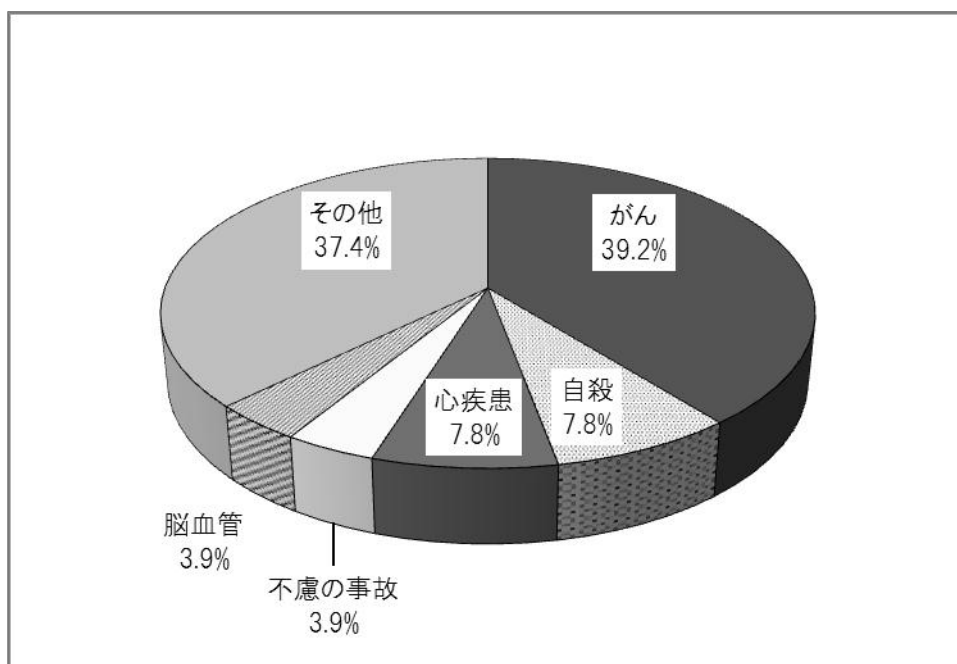
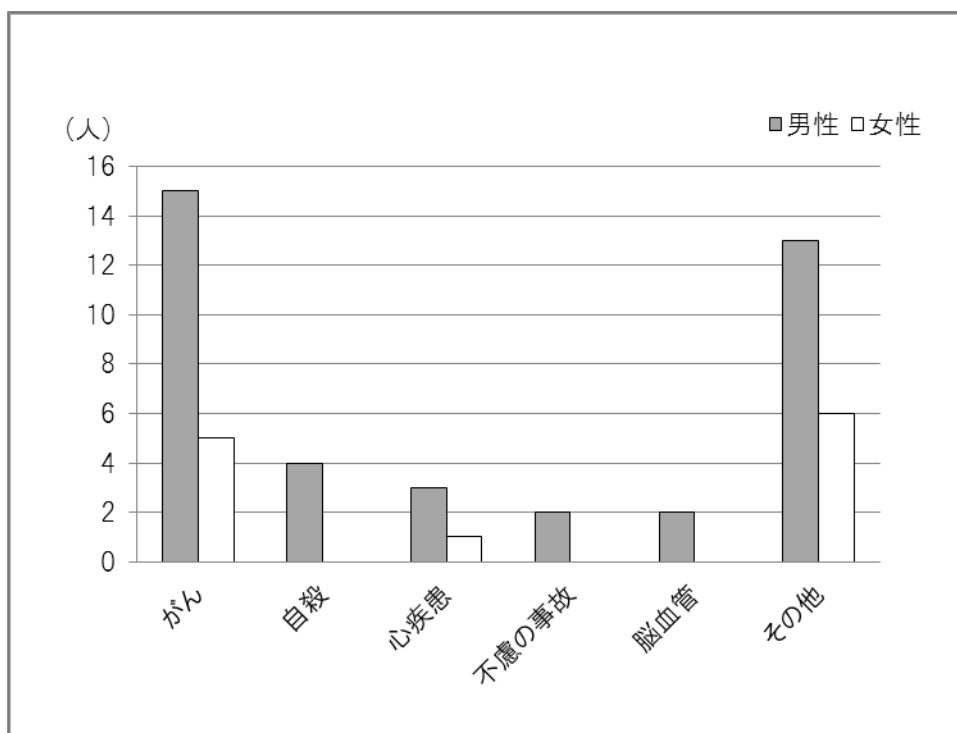


図3 65歳未満死亡の状況 男女別 H20～H24（5年間）



早世死亡（65歳未満の死亡）の状況では男女ともに悪性新生物が1位ですが、男性は自殺が2位になっています。

(3) 介護保険

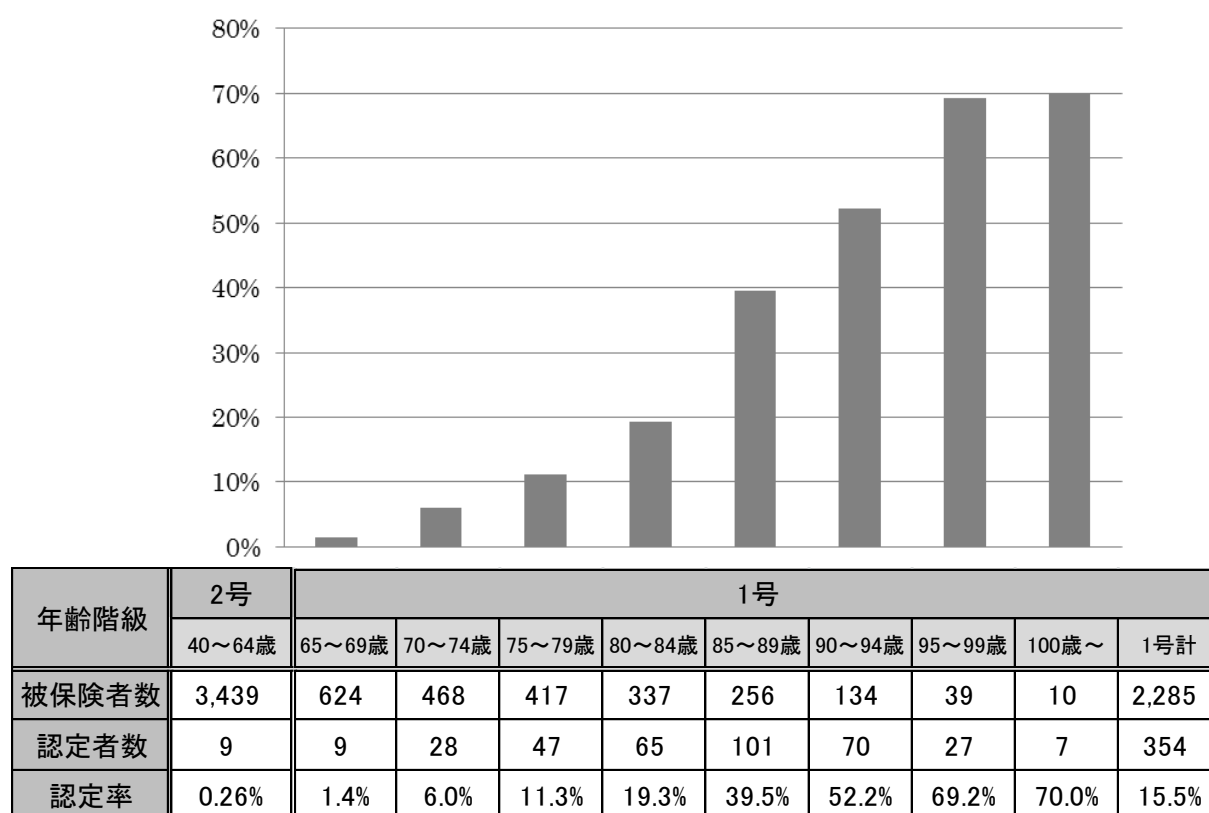
白馬村の介護保険の認定率は、第1号被保険者及び第2号被保険者ともに全国や長野県より低くなっています。

白馬村の平成24年10月の要介護（支援）認定者数は363人であり、介護度が現在の区分となった平成18年10月の人と比べ5人増加しています。

介護給付費は北アルプス広域連合全体で、介護保険制度開始当初21億円から52億円へと2.6倍に増加しています。

要介護（支援）認定者の状況は85歳から認定者が増え、90歳以上では半数以上の人がかの介護保険サービスを利用しています。（図4）

図4 要介護（要支援）認定者の状況（平成24年10月1日）



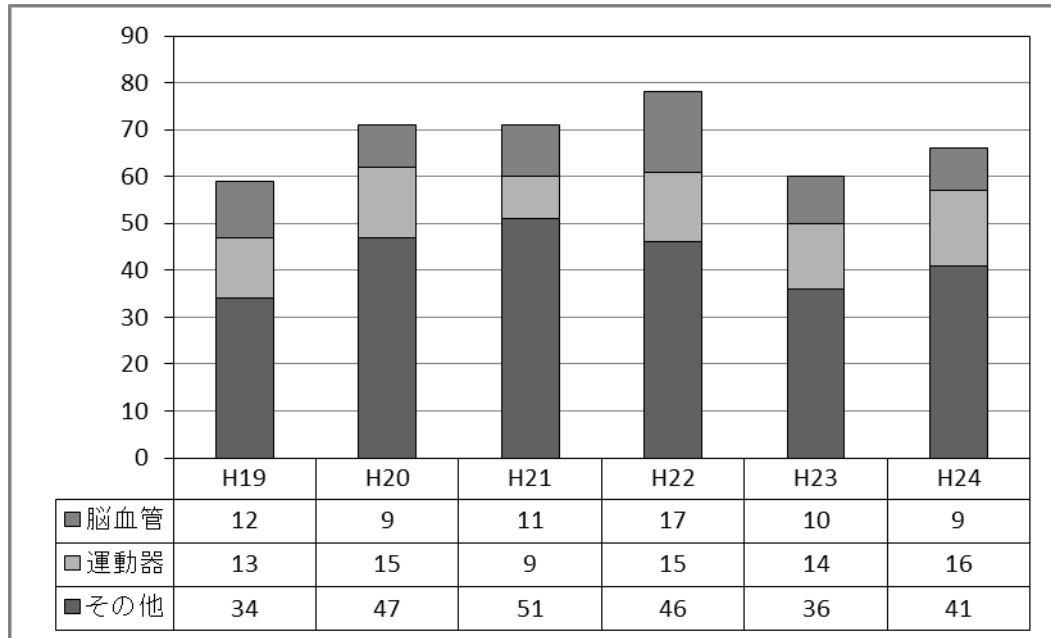
介護保険で要介護（支援）認定を受けた人の状況を見ると、要支援～要介護1、2の軽度認定者の割合が、白馬村では長野県に比べやや高く全国に比べると低い割合となっています。また、最重度である要介護5の認定者の割合が高くなっています。（表3）

表3 要介護（要支援）度別認定者数（平成24年10月）

		合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	軽度	要介護3	要介護4	要介護5	重度
白馬村	人数	363	35	39	80	62	216	49	42	56	147
	%	100	9.6%	10.7%	22.1%	17.1%	59.5%	13.5%	11.6%	15.4%	40.5%
長野県	%	100	9.7%	12.3%	19.2%	17.9%	59.1%	14.0%	14.2%	12.8%	40.9%
全国	%	100	13.0%	13.4%	18.2%	17.9%	62.4%	13.6%	12.5%	11.4%	37.6%

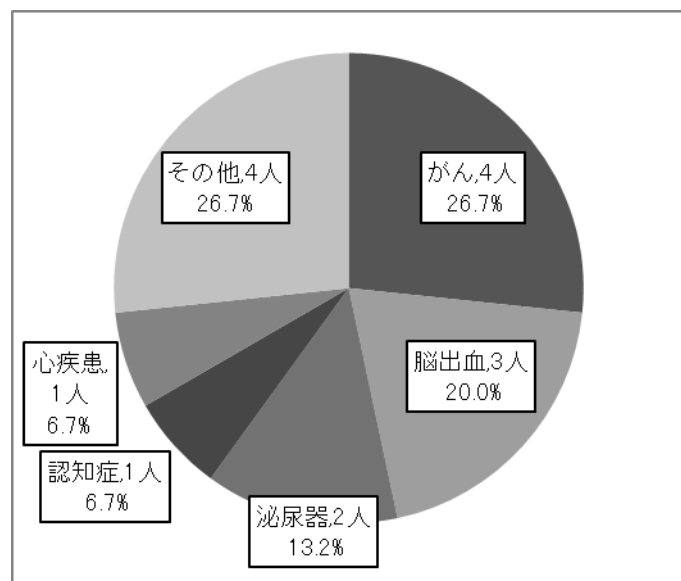
新規認定者の状況を見ると、脳血管疾患によるもの、運動器系疾患がそれぞれ1位、2位となっています。（図5）

図5 新規認定者の原因疾患



また、平成20年～平成24年の5年間に認定された2号被保険者の原因疾患の状況を見ると、総数15名のうち、がんが4人、脳出血が3人と約半数を占めています。（図6）

図6 第2号被保険者要介護（支援）認定者の原因疾患（H20～H24）



(4) 後期高齢者医療

白馬村の後期高齢者の1人あたりの医療費（平成23年）767,958円は、全国の918,206円や長野県の783,039円と比較して低い金額となっています。

(5) 国民健康保険

白馬村の国民健康保険加入者は、全国28.1%、長野県27.2%と比較して高く40.5%となっています。また加入者のうち前期高齢者（64歳～74歳）が占める割合は24.3%ですが、今後高齢化の進展によりさらに高くなると予測されます。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。

白馬村の国民健康保険加入者一人あたりの医療費総額は全国、長野県と比較して低くなっていますが、退職者の状況は長野県より高く、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脂質異常症で長野県より低くなっており、このことが医療費の低さに繋がっていると考えられます。（表4）

表4 医療の状況

		国		長野県			白馬村							
		(平成23年度)		(平成23年度)			(平成24年度)							
医療費の状況	医療費総額 (療養諸費 概算) 平成23年度(国・県医療費:1人あたり医療費×各被保険者数による概算)	医療費(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		
		10,943,860,998,596 円		305,276 円		175,296,182,597 円		304,162 円		906,503,704 円	252,860 円	68位		
		一般		10,293,501,791,433 円		304,077 円		160,062,591,369 円		301,781 円		816,236,813 円	245,116 円	69位
		退職		759,136,201,922 円		380,054 円		15,101,413,351 円		328,785 円		90,266,891 円	353,988 円	22位
医療の状況	(平成23年5月診療分レセプト)	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		全治療者に占める割合	総人数に占める割合	治療者数		全治療者に占める割合	総人数に占める割合	
		虚血性心疾患				22,167		7.24	3.84	76		3.28	2.12	
		脳血管疾患				22,159		7.24	3.84	90		3.88	2.50	
		脂質異常症				84,806		27.71	15.85	405		5.52	11.30	
		糖尿病				55,585		18.16	14.70	237		10.22	6.61	
		高血圧症				112,479		36.75	19.50	451		19.46	12.58	
		人工透析				1,517		0.49	0.26	6		0.26	0.17	

(6) 健康診査等

生活習慣病の発症予防、重症化予防の最も重要な取り組みとして医療保険者による特定健康診査・特定保健指導がありますが、白馬村では平成23年度の法定報告で受診率が48.3%、保健指導実施率が66.7%となっており、全国、長野県と比較して高くなっています。

特定健康診査の結果については、糖尿病の正常高値及び境界領域、LDL コレステロール、 γ -GTP の異常率が長野県の平均値より高くなっています。（表5）

いずれも食生活（炭水化物、飲酒、蛋白質）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。

白馬村では「高齢者の医療の確保に関する法律」の中で努力義務となっている、18歳から39歳までの村民に対して健康診査を実施していません。これについては今後実施について検討が必要となります。（図7）

特定健康診査の受診回数別結果を見ると、初めての受診者ではほぼ全ての健診データにおいて、継続受診者より悪い状態です。（表6）

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であると考えます。

表5 長野県村国保における特定健康診査結果（平成23年度）

項目別保険者比較（平成23年度特定健診・保健指導結果法定報告より）

受診率（％）	内臓脂肪該当者（％）	内臓脂肪予備軍（％）	高血圧服薬者（％）	脂質異常服薬者（％）	糖尿病服薬者（％）	内臓脂肪該当者 減少率（％）	保健指導対象者 減少率（％）	積極の支援対象者数 （％）	積極の支援利用者数 （％）	積極の支援終了者数 （％）	動機づけ支援 対象者数（％）	動機づけ支援 利用者数（％）	動機づけ支援 終了者数（％）	終了者 （積極的＋動機付）の 割合（％）																	
喬木村	70.4	売木村	23.2	南木曽町	13.3	天龍村	50.0	天龍村	30.7	泰阜村	14.5	泰阜村	50.0	北相木村	44.4	川上村	8.0	北相木村	100.0	売木村	100.0	平谷村	12.5	北相木村	242.9	北相木村	171.4	北相木村	109.1		
高山村	65.8	東御市	22.8	野沢温泉村	12.8	売木村	46.4	売木村	27.5	天龍村	13.0	天龍村	45.9	木祖村	44.0	平谷村	7.5	東御市	11.7	東御市	11.7	東御市	11.7	東御市	11.7	小川村	108.3	小川村	103.3	小川村	103.3
麻績村	65.1	長和町	21.5	筑北村	12.8	麻績村	41.0	南木曽町	25.8	南木曽町	12.2	南木曽町	37.0	下條村	38.9	南相木村	6.6	南木曽町	100.0	木曽町	83.0	木曽町	11.6	木曽町	100.0	池田町	100.0	平谷村	87.5	平谷村	87.5
大鹿村	60.6	上田市	19.5	泰阜村	12.7	筑北村	40.1	泰阜村	9.8	野沢温泉村	35.0	豊丘村	33.3	豊丘村	33.3	宮田村	6.1	麻績村	100.0	喬木村	72.7	大鹿村	11.3	大鹿村	100.0	平谷村	92.3	池田町	86.0	池田町	86.0
北相木村	60.1	安曇野市	19.5	信濃町	12.7	喬木村	39.6	阿南町	9.8	松川村	34.2	宮田村	30.1	宮田村	30.1	小谷村	6.1	池田町	100.0	信濃町	71.4	下諏訪町	11.1	下諏訪町	100.0	根羽村	92.0	木曽町	85.7	木曽町	85.7
池田町	58.7	天龍村	19.3	茅野市	12.6	小布施町	39.2	筑北村	9.0	王滝村	33.3	山形村	29.8	山形村	29.8	阿智村	5.9	野沢温泉村	100.0	伊那市	71.3	王滝村	10.4	王滝村	100.0	売木村	87.7	木祖村	80.0	木祖村	80.0
豊丘村	57.8	南木曽町	18.7	平谷村	12.5	木祖村	38.2	小布施町	8.9	阿智村	33.3	富士見町	29.7	富士見町	29.7	平谷村	5.8	信濃町	100.0	平谷村	68.2	上田市	10.1	上田市	99.9	麻績村	96.9	南箕輪村	76.9	信濃町	76.9
小谷村	57.4	千曲市	18.7	川上村	12.4	平谷村	37.5	千曲市	23.6	売木村	8.7	大鹿村	33.3	大鹿村	33.3	野沢温泉村	28.2	売木村	100.0	小布施町	67.9	大町市	10.0	大町市	95.4	白馬村	82.7	喬木村	74.6	喬木村	74.6
松川町	57.3	松本市	17.7	上松町	12.0	上松町	37.1	松本市	23.4	下條村	8.5	南相木村	31.6	南相木村	31.6	白馬村	28.1	栄村	100.0	白馬村	66.7	小川村	10.0	小川村	94.2	信濃町	80.3	飯田市	74.3	飯田市	74.3
南相木村	56.3	長野市	17.1	坂城町	11.8	須坂市	36.7	喬木村	22.6	高山村	8.2	飯島町	31.1	飯島町	31.1	栄村	26.7	高山村	93.5	池田町	65.4	飯山市	9.8	飯山市	92.3	岡谷市	79.3	伊那市	73.7	伊那市	73.7
下條村	55.4	小布施町	16.9	王滝村	11.7	長野市	36.7	長野市	22.5	東御市	7.7	富士見町	31.1	喬木村	26.0	宮田村	5.5	宮田村	90.9	宮田村	63.8	朝日村	9.8	朝日村	90.8	飯田市	79.1	箕輪町	73.6	箕輪町	73.6
野沢温泉村	55.4	山形村	16.7	飯島町	11.6	松本市	36.4	高森町	21.9	千曲市	7.6	木島平村	30.6	木島平村	30.6	南牧村	25.9	飯山市	90.9	喬木村	63.2	茅野市	9.6	茅野市	89.5	箕輪町	78.6	富田村	73.1	富田村	73.1
中川村	55.2	川上村	16.6	小諸市	11.4	泰阜村	36.4	岡谷市	21.7	大桑村	7.5	豊丘村	29.8	豊丘村	29.8	諏訪市	24.6	信濃町	90.5	信濃町	61.5	生坂村	9.6	生坂村	89.3	喬木村	75.5	南箕輪村	72.7	南箕輪村	72.7
天龍村	54.2	大町市	16.5	高山村	11.3	高山村	36.3	南箕輪村	21.4	喬木村	7.4	南箕輪村	29.3	南箕輪村	29.3	池田町	24.4	伊那市	90.2	栄村	60.0	木島平村	9.6	木島平村	89.2	中川村	75.0	宮田村	71.4	小布施町	71.4
阿南町	53.6	生坂村	16.4	飯綱町	11.3	木曽町	36.2	木曽町	21.4	御代田町	7.3	原村	29.1	立科町	23.8	軽井沢町	4.7	飯田市	86.4	箕輪町	59.5	飯綱町	9.5	飯綱町	88.9	天龍村	75.0	白馬村	66.7	白馬村	66.7
平谷村	53.4	喬木村	16.1	小海町	11.3	東御市	35.9	松本市	21.4	大桑村	7.1	麻績村	29.1	原村	23.5	南牧村	4.7	飯田市	84.6	千曲市	58.9	安曇野市	9.5	野沢温泉村	88.1	伊那市	74.7	天龍村	66.7	天龍村	66.7
筑北村	53.4	筑北村	15.9	下諏訪町	11.2	安曇野市	35.1	安曇野市	21.0	安曇野市	21.0	長野市	7.1	山形村	28.7	信濃町	22.5	東御市	94.2	上松町	58.3	青木村	9.4	青木村	87.9	信濃町	72.5	千曲市	66.5	千曲市	66.5
山ノ内町	52.3	根羽村	15.9	千曲市	11.1	南木曽町	35.1	坂城町	20.8	北相木村	6.9	信濃町	28.7	信濃町	28.7	松川町	22.4	阿南町	4.7	飯島町	55.2	千曲市	9.4	千曲市	87.8	木島平村	72.3	飯島町	66.4	飯島町	66.4
諏訪市	52.2	北相木村	15.8	山ノ内町	11.0	阿南町	34.8	諏訪市	20.3	塩尻市	6.9	飯島町	22.4	飯島町	22.4	中野市	4.6	中野市	82.6	飯島町	54.8	高山村	9.4	高山村	86.9	高山村	72.1	高山村	66.3	高山村	66.3
富士見町	50.9	山ノ内町	15.6	須坂市	11.0	北相木村	34.7	北相木村	20.3	須坂市	6.9	池田町	28.6	池田町	28.6	南相木村	22.2	山形村	4.5	南相木村	54.5	阿南町	9.3	阿南町	85.3	伊那市	75.0	中川村	66.0	中川村	66.0
宮田村	50.6	市町村国保計	15.5	飯山市	11.0	千曲市	34.6	千曲市	20.1	青木村	6.9	白馬村	28.3	中野市	21.8	中野市	4.2	王滝村	80.0	南箕輪村	48.0	飯島町	9.3	飯島町	83.3	上松町	82.7	御代田町	71.2	麻績村	64.4
川上村	49.8	麻績村	15.3	南牧村	10.9	下條村	34.5	南牧村	20.0	長野町	6.8	阿南町	27.5	南箕輪村	21.6	南箕輪村	4.2	松川村	80.0	中野市	47.9	飯島町	9.3	飯島町	82.7	飯田市	70.5	豊丘村	63.3	豊丘村	63.3
赤木村	49.3	軽井沢町	15.3	軽井沢町	10.7	生坂村	34.5	大町市	20.0	上松町	6.7	栄村	26.9	須坂市	21.3	北相木村	4.0	箕輪町	76.2	山ノ内町	47.5	大桑村	9.3	御代田町	81.8	上松町	70.0	岡谷市	62.8	岡谷市	62.8
白馬村	48.3	信濃町	15.3	青木村	10.7	青木村	34.3	池田町	19.8	木祖村	6.7	宮田村	26.6	長野市	21.2	木島平村	3.9	御代田町	75.0	阿智村	47.4	山ノ内町	9.2	南木曽町	80.5	野沢温泉村	69.0	南木曽町	60.4	南木曽町	60.4
木曽町	47.9	坂城町	15.3	東御市	10.7	南相木村	34.2	南相木村	19.3	小川村	6.6	上松町	26.5	松川村	21.0	松川村	3.8	南木曽町	71.4	南木曽町	46.5	下諏訪町	9.1	下諏訪町	88.9	飯島町	75.6	茅野市	59.0	茅野市	59.0
立科町	47.9	立科町	15.1	小布施町	10.6	上田市	34.2	中野市	19.2	小諸市	6.6	下諏訪町	26.4	木曽町	20.6	木曽町	3.8	千曲市	68.8	信濃町	46.2	泰阜村	9.1	泰阜村	89.3	飯島町	75.6	茅野市	58.5	御代田町	58.5
小布施町	47.5	小谷村	15.0	高山村	10.6	塩尻市	34.1	阿智村	19.2	長和町	6.4	坂城町	25.8	阿智村	20.3	坂城町	3.7	小布施町	67.9	南牧村	45.0	長和町	9.1	長和町	89.2	南相木村	75.0	中川村	57.1	阿南町	57.1
高森町	47.3	佐久市	15.0	諏訪市	10.5	坂城町	33.8	坂城町	19.1	筑北村	19.1	坂城町	6.4	諏訪市	25.8	駒ヶ根市	20.3	佐久穂町	67.4	下諏訪町	40.0	茅野市	8.7	茅野市	90.0	天龍村	75.0	南木曽町	56.7	山ノ内町	56.7
木島平村	46.8	平谷村	15.0	佐久市	10.5	佐久穂町	33.8	小布施町	19.1	大鹿村	6.3	大鹿村	25.6	小布施町	20.2	須坂市	20.2	泰阜村	66.7	松川村	40.0	飯島町	8.9	飯島町	74.5	木島平村	63.5	松川村	55.9	松川村	55.9
長野市	46.7	岡谷市	15.0	山形村	10.4	松川町	33.8	立科町	18.9	立科町	6.2	木曽町	25.3	立科町	20.2	立科町	3.7	軽井沢町	65.3	岡谷市	40.0	下條村	8.8	岡谷市	73.1	豊丘村	63.4	小海町	53.6	小海町	53.6
飯島町	46.7	須坂市	15.0	木島平村	10.4	長和町	33.8	長和町	18.9	飯田市	6.1	松川町	25.3	松川町	20.0	中川村	3.7	岡谷市	64.7	天龍村	40.0	上松町	8.8	上松町	73.0	山ノ内町	62.3	中野市	53.3	中野市	53.3
松川村	46.5	諏訪市	14.9	高森町	10.4	諏訪市	33.7	諏訪市	18.7	駒ヶ根市	25.1	駒ヶ根市	25.1	岡谷市	19.9	大町市	3.7	豊丘村	38.9	長和町	38.9	小布施町	8.7	小布施町	72.5	南牧村	52.8	南牧村	52.8	南牧村	52.8
生坂村	46.2	上松町	14.9	辰野町	10.3	中川村	33.3	中川村	18.7	豊丘村	6.1	大桑村	25.0	大桑村	19.8	坂城町	3.6	茅野市	63.1	坂城町	38.3	佐久穂町	8.7	佐久穂町	71.7	千曲市	57.6	阿智村	52.6	阿智村	52.6
飯綱町	46.1	中野市	14.9	小谷村	10.2	豊丘村	33.0	豊丘村	18.3	豊丘村	6.1	安曇野市	24.7	安曇野市	20.2	飯田町	3.5	飯島町	62.1	飯島町	37.5	長和町	8.6	長和町	70.6	原村	57.5	上松町	52.4	上松町	52.4
佐久穂町	45.4	小諸市	14.6	赤木村	10.1	小諸市	33.0	小諸市	18.2	東御市	6.0	立科町	24.7	立科町	19.6	飯田町	3.5	中野市	60.6	坂城町	36.8	飯田市	8.5	飯田市	70.0	中野市	56.5	原村	51.7	原村	51.7
南牧村	45.3	木島平村	14.5	大鹿村	10.1	高山村	33.0	高山村	18.0	南木曽町	5.9	南木曽町	24.7	南木曽町	19.6	飯島町	3.5	山ノ内町	60.4	大鹿村	36.4	軽井沢町	8.5	茅野市	69.1	阿智村	55.3	木島平村	51.5	木島平村	51.5
須坂市	45.2	塩尻市	14.4	大桑村	10.0	市町村国保計	32.9	市町村国保計	24.6	御代田町	19.6	御代田町	24.6	飯田町	19.6	岡谷市	3.4	坂城町	59.6	安曇野市	36.1	飯綱町	8.5	辰野町	66.9	辰野町	55.2	売木村	50.0	売木村	50.0
小川村	45.0	青木村	14.3	朝日村	9.8	飯綱町	32.7	飯綱町	17.8	小川村	17.8	小川村	17.8	安曇野市	19.6	市町村国保計	19.6	市町村国保計	55.9	市町村国保計	35.9	市町村国保計	8.3	市町村国保計	65.5	市町村国保計	54.8	市町村国保計	49.7	市町村国保計	49.7
長和町	44.9	下條村	14.2	大町市	9.8	高森町	32.5	南箕輪村	17.6	南箕輪村	5.6	松本市	24.5	松本市	19.3	高山村	3.4	阿南町	54.5	辰野町	35.9	諏訪市	8.4	諏訪市	66.4	飯綱町	53.4	軽井沢町	47.8	軽井沢町	47.8
阿智村	44.7	佐久穂町	14.2	佐久市	9.8	大町市	32.5	小諸市	17.5	佐久市	5.6	小諸市	24.4	小諸市	19.1	山ノ内町	3.4	南相木村	50.0	南相木村	35.6	小布施町	8.3	小布施町	65.5	市町村国保計	52.9	下諏訪町	47.6	下諏訪町	47.6
小海町	44.5	木曽町	14.2	大曽町	9.8	小諸市	32.0	信濃町	17.3	高森町	5.5	高森町	24.2	辰野町	19.1	生坂村	3.4	原村	50.0	軽井沢町	34.7	小諸市	8.3	小諸市	65.3	筑北村	52.3	筑北村	47.6	筑北村	47.6
市町村国保計	44.5	小川村	14.1	御代田町	9.7	大桑村	31.7	阿南町	17.2	南牧村	5.5	飯綱町	24.1	阿南町	19.0	佐久市	3.4	大相村	50.0	生坂村	33.3	飯田市	8.3	飯田市	64.2	下諏訪町	51.1	野沢温泉村	45.2	野沢温泉村	45.2
中野市	44.0	御代田町	13.8	佐久市	9.7	御代田町	17.0	御代田町	17.0	大町市	5.4	飯田町	24.0	飯田町	18.8	筑北村	3.3	下條村	50.0	安曇野市	47.6	飯島町	32.6	白馬村	8.3	市町村国保計	50.4	南相木村	44.4	南相木村	44.4
松本市	43.8	高山村	13.4	松川町	9.7	栄村	31.2	松川町	16.8	王滝村	16.9																				

特定健診実施結果有所見者状況（保健指導判定値以上） 保険者（市町村国保）比較

肥満度			
BMI 25.0以上		腹囲 85・90cm以上	
保険者名	割合	保険者名	割合
川上村	32.7%	東御市	37.2%
南木曽町	31.2%	南木曽町	37.1%
南相木村	30.9%	長和町	34.1%
売木村	30.4%	千曲市	33.5%
野沢温泉村	28.9%	売木村	33.3%
生坂村	28.2%	信濃町	32.9%
木祖村	28.1%	川上村	32.9%
筑北村	27.5%	小布施町	31.9%
王滝村	27.3%	根羽村	31.7%
泰阜村	27.3%	上田市	31.3%
東御市	26.8%	筑北村	31.1%
北相木村	26.7%	平谷村	30.8%
麻績村	26.2%	坂城町	30.7%
上松町	26.0%	山ノ内町	30.3%
佐久穂町	26.0%	軽井沢町	30.3%
立科町	25.3%	長野市	29.9%
山ノ内町	25.2%	安曇野市	29.8%
松川村	24.7%	小諸市	29.7%
高山村	24.6%	松本市	29.6%
朝日村	24.6%	佐久市	29.4%
小川村	24.5%	大町市	29.4%
小海町	24.5%	須坂市	29.3%
小谷村	24.4%	松川村	29.1%
長和町	24.3%	諏訪市	29.0%
松本市	24.2%	飯山市	29.0%
木曽町	24.0%	野沢温泉村	28.9%
坂城町	23.9%	木島平村	28.9%
木島平村	23.8%	佐久穂町	28.9%
佐久市	23.8%	山形村	28.8%
須坂市	23.6%	王滝村	28.6%
千曲市	23.4%	市町村国保計	28.5%
小諸市	23.3%	茅野市	28.5%
山形村	23.2%	立科町	28.4%
長野市	23.2%	御代田町	28.0%
阿南町	23.1%	小谷村	27.8%
信濃町	23.0%	高山村	27.6%
小布施町	22.9%	中野市	27.6%
天龍村	22.9%	木曽町	27.2%
大町市	22.8%	朝日村	27.2%
喬木村	22.5%	岡谷市	27.2%
中野市	22.4%	生坂村	27.1%
大鹿村	22.4%	塩尻市	26.7%
市町村国保計	22.4%	小海町	26.4%
上田市	22.3%	下諏訪町	26.2%
御代田町	22.2%	松川町	26.2%
根羽村	22.2%	喬木村	26.0%
飯綱町	22.2%	上松町	25.7%
安曇野市	22.1%	駒ヶ根市	25.7%
飯山市	21.9%	麻績村	25.7%
塩尻市	21.6%	阿南町	25.5%
諏訪市	21.4%	飯島町	25.4%
軽井沢町	21.3%	飯綱町	25.4%
飯島町	21.0%	辰野町	25.3%
岡谷市	20.9%	豊丘村	25.0%
辰野町	20.8%	中川村	24.8%
松川町	20.5%	大桑村	24.6%
栄村	20.3%	大鹿村	24.5%
伊那市	20.1%	白馬村	24.4%
下條村	19.7%	高森町	24.2%
中川村	19.5%	青木村	24.0%
池田町	19.5%	池田町	23.8%
茅野市	19.3%	小川村	23.7%
白馬村	19.2%	阿智村	23.5%
富士見町	19.1%	南牧村	23.5%
青木村	18.9%	天龍村	23.4%
箕輪町	18.3%	飯田市	23.0%
原村	18.2%	下條村	23.0%
駒ヶ根市	18.2%	南箕輪村	22.8%
高森町	18.1%	伊那市	22.6%
飯田市	17.9%	富士見町	22.5%
南牧村	17.3%	泰阜村	21.8%
下諏訪町	17.3%	北相木村	21.8%
宮田村	17.2%	箕輪町	21.5%
大桑村	17.1%	富田村	21.4%
南箕輪村	17.0%	木祖村	21.2%
阿智村	16.9%	南相木村	21.1%
豊丘村	16.0%	栄村	20.9%
平谷村	15.4%	原村	17.7%

血圧			
収縮期血圧 130mmHg以上		拡張期血圧 85mmHg以上	
保険者名	割合	保険者名	割合
青木村	62.6%	青木村	40.3%
売木村	58.0%	原村	38.5%
茅野市	57.0%	上松町	36.8%
天龍村	56.3%	野沢温泉村	35.8%
富士見町	55.8%	山ノ内町	34.3%
上松町	53.5%	富士見町	33.6%
生坂村	52.5%	大桑村	29.9%
原村	52.2%	王滝村	29.9%
下諏訪町	51.1%	長和町	29.4%
泰阜村	50.9%	泰阜村	29.1%
上田市	50.5%	茅野市	29.1%
長和町	49.6%	豊丘村	28.9%
山ノ内町	49.3%	平谷村	28.2%
須坂市	49.1%	富田村	28.1%
飯綱町	49.0%	飯島町	27.1%
小布施町	48.7%	信濃町	26.7%
諏訪市	48.5%	麻績村	26.7%
麻績村	48.1%	小海町	26.4%
王滝村	48.1%	南相木村	26.3%
大町市	47.7%	喬木村	26.3%
山形村	47.2%	木曽町	26.3%
木祖村	47.0%	辰野町	25.4%
岡谷市	46.9%	伊那市	25.0%
下條村	46.3%	下條村	24.9%
長野市	46.2%	立科町	24.9%
平谷村	46.2%	飯綱町	24.7%
小谷村	45.6%	箕輪町	24.3%
野沢温泉村	43.9%	須坂市	24.3%
筑北村	43.5%	駒ヶ根市	24.0%
安曇野市	43.5%	天龍村	24.0%
松本市	43.4%	木島平村	23.8%
松川町	43.2%	坂城町	23.8%
市町村国保計	43.2%	下諏訪町	23.8%
千曲市	43.2%	大町市	23.5%
喬木村	42.7%	南牧村	23.5%
辰野町	42.5%	南箕輪村	22.8%
木曽町	42.3%	山形村	22.7%
佐久穂町	41.9%	高森町	22.6%
信濃町	41.9%	阿南町	22.5%
宮田村	41.0%	小谷村	22.5%
駒ヶ根市	40.8%	安曇野市	22.2%
塩尻市	40.3%	木祖村	21.7%
坂城町	40.2%	筑北村	21.3%
立科町	40.2%	松川町	21.2%
東御市	40.0%	岡谷市	21.1%
泰阜村	39.9%	生坂村	20.9%
伊那市	39.8%	上田市	20.9%
中川村	39.5%	北相木村	20.8%
小諸市	39.4%	市町村国保計	20.8%
阿智村	39.4%	根羽村	20.6%
南箕輪村	38.0%	佐久市	20.2%
箕輪町	37.8%	小布施町	20.1%
飯島町	37.7%	御代田町	20.0%
高森町	37.5%	佐久穂町	19.9%
阿南町	37.2%	千曲市	19.7%
松川村	36.8%	小諸市	19.7%
北相木村	36.6%	軽井沢町	19.6%
飯田市	36.4%	塩尻市	19.5%
軽井沢町	36.4%	松川村	19.0%
豊丘村	35.9%	阿智村	18.7%
木島平村	35.8%	川上村	18.7%
栄村	35.8%	東御市	18.5%
御代田町	35.3%	長野市	18.3%
大鹿村	34.9%	飯山市	18.3%
南相木村	34.9%	大鹿村	18.2%
小海町	34.7%	飯田市	18.2%
飯山市	34.5%	松本市	17.3%
佐久市	34.2%	朝日村	17.1%
中野市	33.7%	諏訪市	16.9%
朝日村	33.5%	中川村	16.4%
小川村	33.2%	中野市	16.4%
高山村	32.2%	南木曽町	16.1%
池田町	31.5%	白馬村	16.1%
南木曽町	30.6%	高山村	15.7%
根羽村	30.2%	栄村	15.0%
白馬村	28.8%	池田町	14.8%
川上村	24.3%	売木村	11.6%
南牧村	23.5%	小川村	10.4%

脂質					
中性脂肪 150mg/dl以上		HDLコレステロール 39mg/dl以下		LDLコレステロール 120mg/dl以上	
保険者名	割合	保険者名	割合	保険者名	割合
青木村	35.1%	根羽村	9.5%	下諏訪町	66.8%
麻績村	33.3%	大桑村	9.3%	原村	66.3%
長和町	31.6%	麻績村	9.0%	茅野市	64.2%
生坂村	31.1%	木島平村	7.9%	朝日村	60.1%
安曇野市	31.0%	木祖村	7.8%	長和町	60.0%
東御市	31.0%	平谷村	7.7%	中川村	60.0%
山形村	30.1%	南木曽町	7.6%	諏訪市	59.7%
売木村	29.0%	池田町	7.4%	南箕輪村	59.5%
王滝村	28.6%	東御市	7.0%	富士見町	58.9%
川上村	28.5%	北相木村	6.9%	山形村	58.4%
上田市	28.3%	立科町	6.8%	岡谷市	57.8%
天龍村	27.1%	山形村	6.7%	佐久市	57.8%
岡谷市	26.9%	阿南町	6.6%	佐久穂町	57.6%
松本市	26.7%	辰野町	6.5%	箕輪町	57.4%
木島平村	26.7%	安曇野市	6.3%	阿智村	57.4%
南相木村	26.3%	小川村	6.2%	青木村	57.1%
南木曽町	25.8%	青木村	6.0%	王滝村	57.1%
小川村	25.7%	坂城町	6.0%	南牧村	56.9%
平谷村	25.6%	南相木村	5.9%	阿南町	56.7%
大町市	25.6%	千曲市	5.8%	須坂市	56.6%
千曲市	25.4%	喬木村	5.7%	小海町	56.5%
大鹿村	25.0%	富士見町	5.7%	軽井沢町	56.1%
北相木村	24.8%	信濃町	5.5%	飯田市	56.0%
阿智村	23.3%	山ノ内町	5.5%	川上村	55.9%
小諸市	23.1%	野沢温泉村	5.4%	筑北村	55.8%
市町村国保計	22.8%	塩尻市	5.3%	伊那市	55.8%
茅野市	22.8%	長野市	5.2%	野沢温泉村	55.7%
長野市	22.4%	小海町	5.2%	南相木村	55.3%
軽井沢町	22.2%	天龍村	5.2%	白馬村	55.2%
小海町	22.2%	駒ヶ根市	5.2%	売木村	55.1%
諏訪市	22.2%	佐久市	5.2%	上松町	55.0%
駒ヶ根市	22.1%	大町市	5.2%	辰野町	54.9%
佐久市	22.1%	下諏訪町	5.1%	立科町	54.6%
立科町	22.1%	宮田村	5.1%	泰阜村	54.5%
木曽町	21.9%	諏訪市	5.0%	宮田村	54.3%
松川町	21.4%	岡谷市	5.0%	飯島町	54.3%
大桑村	21.4%	市町村国保計	5.0%	信濃町	54.3%
塩尻市	21.2%	木曽町	4.9%	小諸市	53.8%
富士見町	20.9%	飯島町	4.9%	松川町	53.8%
佐久穂町	20.7%	飯山市	4.9%	大桑村	53.4%
御代田町	20.7%	中野市	4.9%	上田市	53.2%
根羽村	20.6%	上田市	4.7%	塩尻市	53.2%
野沢温泉村	20.5%	松本市	4.7%	飯山市	53.0%
筑北村	20.1%	大鹿村	4.7%	市町村国保計	53.0%
中野市	20.1%	上松町	4.7%	駒ヶ根市	53.0%
泰阜村	20.0%	豊丘村	4.7%	木島平村	52.7%
須坂市	20.0%	御代田町	4.6%	飯綱町	52.7%
飯綱町	19.9%	小諸市	4.5%	池田町	52.6%
小谷村	19.7%	箕輪町	4.5%	松川村	52.5%
下諏訪町	19.7%	南箕輪村	4.4%	御代田町	52.2%
山ノ内町	19.6%	佐久穂町	4.4%	坂城町	52.1%
白馬村	19.6%	筑北村	4.4%	山ノ内町	51.8%
中川村	19.3%	茅野市	4.4%	大鹿村	51.6%
伊那市	18.7%	栄村	4.3%	高森町	50.9%
阿南町	18.7%	川上村	4.2%	小布施町	50.8%
飯島町	18.5%	阿智村	4.2%	高山村	50.7%
木祖村	18.4%	白馬村	4.2%	長野市	50.3%
坂城町	18.0%	高山村	4.1%	小谷村	50.0%
高山村	17.9%	原村	4.0%	小川村	49.8%
飯山市	17.9%	生坂村	4.0%	松本市	49.5%
宮田村	17.7%	伊那市	3.9%	北相木村	49.5%
飯田市	17.5%	王滝村	3.9%	東御市	49.4%
喬木村	17.4%	中川村	3.9%	中野市	49.1%
南箕輪村	17.4%	下條村	3.8%	千曲市	48.8%
辰野町	17.3%	小谷村	3.8%	大町市	48.4%
箕輪町	17.3%	軽井沢町	3.8%	喬木村	48.4%
小布施町	17.2%	高森町	3.8%	木曽町	48.2%
豊丘村	17.2%	飯綱町	3.8%	栄村	48.1%
池田町	17.0%	飯田市	3.7%	安曇野市	47.7%
原村	16.9%	松川町	3.6%	麻績村	47.6%
松川村	16.6%	松川村	3.6%	根羽村	47.6%
南牧村	16.4%	小布施町	3.5%	南木曽町	47.6%
信濃町	16.0%	須坂市	3.4%	豊丘村	47.6%
上松町	15.8%	南牧村	3.3%	木祖村	46.1%
朝日村	14.7%	長和町	2.5%	天龍村	45.3%
高森町	14.1%	売木村	1.4%	生坂村	45.2%
下條村	13.4%	朝日村	0.9%	下條村	44.7%
栄村	10.2%	泰阜村	—	平谷村	35.9%

肝機能					
GOT(AST) 31U/l以上		GPT(ALT) 31U/l以上		γ-GTP 51U/l以上	
保険者名	割合	保険者名	割合	保険者名	割合
小谷村	19.5%	北相木村	19.8%	泰阜村	18.2%
栄村	19.3%	売木村	17.4%	川上村	17.9%
小川村	18.3%	長和町	16.8%	北相木村	17.8%
大桑村	17.8%	大町市	16.7%	大桑村	17.4%
佐久穂町	17.2%	南木曽町	16.7%	売木村	17.4%
駒ヶ根市	16.8%	小谷村	16.3%	下條村	17.0%
木祖村	16.6%	佐久穂町	16.2%	長和町	16.8%
下條村	15.9%	大桑村	16.0%	山形村	16.6%
伊那市	15.8%	川上村	15.9%	生坂村	16.4%
高森町	15.8%	南相木村	15.8%	小海町	16.3%
須坂市	15.4%	大鹿村	15.6%	佐久穂町	16.3%
長和町	15.4%	軽井沢町	15.5%	軽井沢町	16.3%
小諸市	15.4%	小海町	15.5%	飯島町	15.9%
立科町	15.3%	朝日村	15.3%	木曽町	15.7%
小海町	15.3%	塩尻市	15.3%	大鹿村	15.6%
上田市	15.3%	御代田町	15.0%	佐久市	15.6%
塩尻市	15.2%	佐久市	14.8%	信濃町	15.6%
大町市	15.2%	小諸市	14.7%	野沢温泉村	15.5%
筑北村	15.1%	松本市	14.6%	阿南町	15.3%
北相木村	14.9%	松川村	14.6%	木島平村	15.1%
売木村	14.5%	玉滝村	14.3%	松本市	15.0%
朝日村	14.5%	上田市	14.2%	喬木村	15.0%
富士見町	14.3%	筑北村	13.9%	阿智村	14.9%
御代田町	14.3%	茅野市	13.8%	松川村	14.9%
松川村	14.3%	立科町	13.7%	小諸市	14.8%
松本市	14.2%	山形村	13.7%	塩尻市	14.8%
野沢温泉村	14.2%	伊那市	13.7%	立科町	14.8%
生坂村	14.1%	駒ヶ根市	13.5%	南木曽町	14.7%
岡谷市	14.1%	南牧村	13.5%	筑北村	14.7%
南木曽町	13.9%	須坂市	13.5%	駒ヶ根市	14.7%
東御市	13.9%	木島平村	13.4%	上田市	14.7%
阿南町	13.8%	東御市	13.4%	南牧村	14.7%
市町村国保計	13.8%	市町村国保計	13.2%	白馬村	14.7%
安曇野市	13.7%	小布施町	13.2%	小川村	14.5%
上松町	13.7%	安曇野市	13.2%	高森町	14.4%
長野市	13.7%	阿南町	13.2%	伊那市	14.4%
木島平村	13.6%	上松町	13.2%	小谷村	14.4%
川上村	13.6%	下條村	13.2%	上松町	14.3%
茅野市	13.6%	長野市	12.9%	茅野市	14.3%
佐久市	13.6%	高森町	12.7%	松川町	14.1%
阿智村	13.5%	岡谷市	12.6%	御代田町	14.0%
大鹿村	13.5%	阿智村	12.5%	諏訪市	13.9%
豊丘村	13.5%	富士見町	12.4%	市町村国保計	13.9%
木曽町	13.4%	白馬村	12.4%	東御市	13.8%
中野市	13.3%	千曲市	12.3%	安曇野市	13.7%
軽井沢町	13.3%	栄村	12.3%	大町市	13.6%
飯山市	13.2%	木曽町	12.1%	下諏訪町	13.6%
南相木村	13.2%	原村	12.1%	池田町	13.6%
高山村	13.1%	箕輪町	12.1%	飯山市	13.5%
白馬村	13.0%	池田町	12.0%	須坂市	13.4%
辰野町	13.0%	中野市	11.9%	木祖村	13.4%
飯綱町	13.0%	諏訪市	11.8%	朝日村	13.3%
床瀬村	13.0%	南箕輪村	11.6%	坂城町	13.2%
箕輪町	12.8%	高山村	11.6%	富士見町	13.2%
平谷村	12.8%	天龍村	11.5%	中野市	12.9%
諏訪市	12.7%	飯田市	11.4%	長野市	12.9%
小布施町	12.7%	麻績村	11.4%	箕輪町	12.9%
松川町	12.5%	生坂村	11.3%	平谷村	12.8%
千曲市	12.4%	松川町	11.3%	飯山市	12.6%
宮田村	12.0%	信濃町	11.3%	原村	12.6%
信濃町	12.0%	辰野町	11.2%	豊丘村	12.5%
南箕輪村	11.9%	喬木村	11.1%	南相木村	12.5%
喬木村	11.8%	下諏訪町	10.9%	天龍村	12.5%
玉滝村	11.7%	飯島町	10.6%	千曲市	12.5%
天龍村	11.5%	山ノ内町	10.6%	宮田村	12.5%
山ノ内町	11.4%	野沢温泉村	10.5%	岡谷市	12.4%
坂城町	11.4%	坂城町	10.5%	辰野町	12.2%
山形村	11.4%	飯山市	10.5%	山ノ内町	12.2%
飯田市	11.0%	宮田村	10.4%	山ノ内町	12.1%
南牧村	10.7%	小川村	10.4%	南箕輪村	11.9%
原村	10.6%	平谷村	10.3%	高山村	11.7%
池田町	10.5%	中川村	9.7%	玉滝村	11.7%
飯島町	10.4%	飯綱町	9.3%	根羽村	11.1%
下諏訪町	10.3%	木祖村	9.2%	飯綱町	10.9%
中川村	10.1%	泰阜村	9.1%	栄村	10.7%
泰阜村	9.1%	豊丘村	8.0%	小布施町	10.6%
青木村	8.9%	青木村	6.6%	麻績村	10.1%
根羽村	3.2%	根羽村	6.3%	青木村	9.1%

図7 白馬村の特定健康診査・健康診査受診者数（平成24年度）

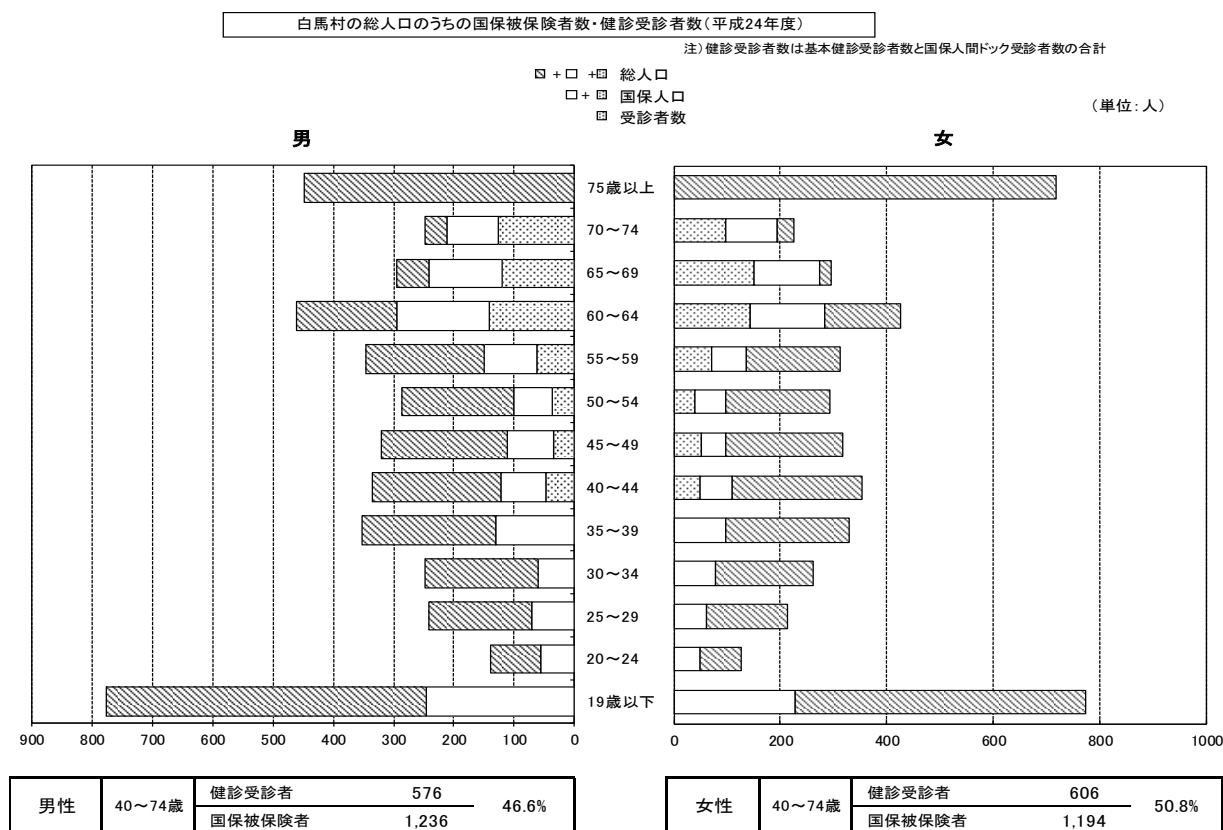


表6 平成24年度 特定健康診査受診者の受診回数別結果

受診勧奨値のうちガイドラインを踏まえた受診勧奨対象者				全体		継続受診者 過去に1回以上受診がある者		H24年度 初めて受診者		
受診者数				1,019 人	100.0%	898 人	88.1%	121 人	11.9%	
項目			基準値	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
身体の大きさ		BMI	25以上	182 人	17.9%	157 人	17.5%	25 人	20.7%	
		腹囲	85or90以上	229 人	22.5%	197 人	21.9%	32 人	26.4%	
血管が傷む (動脈硬化の 危険因子)	内臓脂肪	中性脂肪	400以上	13 人	1.3%	10 人	1.1%	3 人	2.5%	
		HDLコレステロール	34以下	12 人	1.2%	9 人	1.0%	3 人	2.5%	
	インスリン 抵抗性	血糖	空腹時血糖	126以上	25 人	2.9%	21 人	2.7%	4 人	4.0%
			HbA1c	6.5以上	32 人	3.1%	26 人	2.9%	6 人	5.0%
			計		40 人	3.9%	33 人	3.7%	7 人	5.8%
	血管を 傷つける	血圧	収縮期	160以上	24 人	2.4%	21 人	2.3%	3 人	2.5%
			拡張期	100以上	12 人	1.2%	11 人	1.2%	1 人	0.8%
			計		29 人	2.8%	26 人	2.9%	3 人	2.5%
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	85 人	8.3%	74 人	8.2%	11 人	9.1%	
腎機能		尿蛋白	2+以上	6 人	0.6%	3 人	0.3%	3 人	2.5%	
		eGFR	50or40未満	19 人	1.9%	18 人	2.0%	1 人	0.8%	
		尿酸	9.0以上	11 人	1.1%	9 人	1.0%	2 人	1.7%	

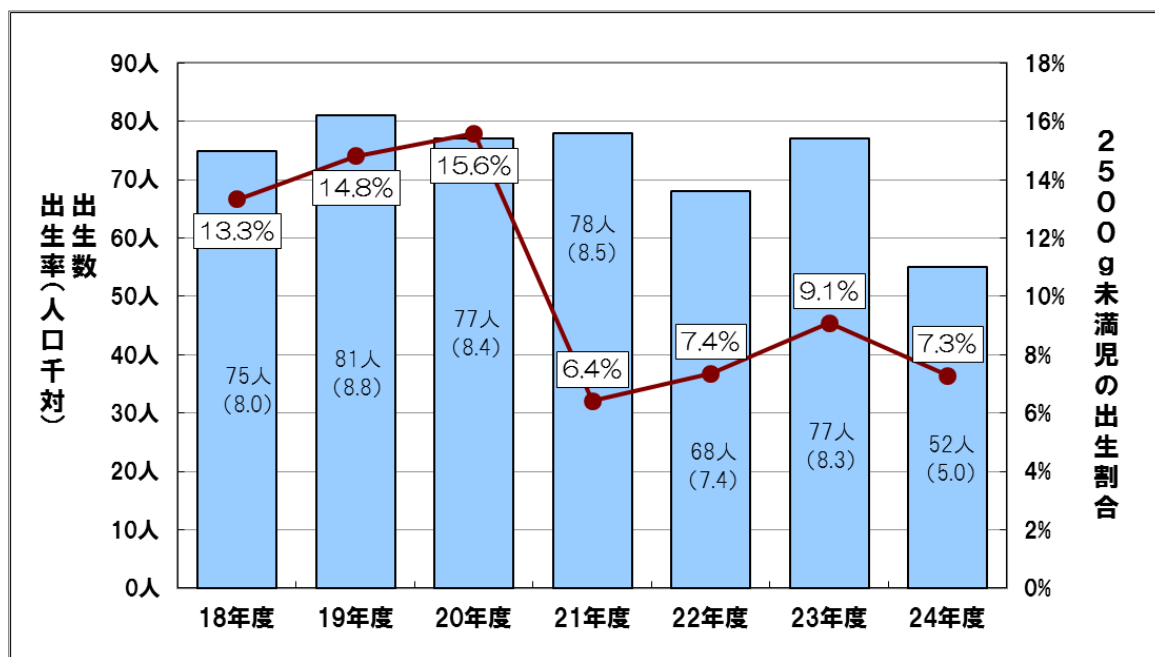
(7) 出生

白馬村の出生率は平成 24 年度に 5.0 と激減し、全国の 8.2、長野県 7.9 より低い値となりました。

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

白馬村の低出生体重児の出生率は全国や長野県と比較して少ない状況ではありますが、毎年 6～15%の児が低体重の状態で出生していることから、妊娠前、妊娠期の心身の健康づくりについて支援する必要があります。(図 8)

図 8 出生数及び出生時の体重が 2,500g 未満の出生割合の年次推移



3. 村の財政状況に占める社会保障費

白馬村においては平成 25 年度の予算で医療、介護、生活保護の社会保障費の予算が約 12 億円となっています。（表 1）

今後さらに高齢化が急速に進展する中で、いかに白馬村の社会保障費を抑制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ひとりの健康増進に対する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います。

表 1 白馬村の財政状況と社会保障

	歳入（一般会計）47 億円	歳出（一般会計）47 億円
1 位	地方交付税 17 億円（35.2%）	民生費 10 億円（22.1%）
2 位	村税 13 億円（28.4%）	土木費 7 億 7000 万円（16.3%）
3 位	国庫支出金 2 億 6700 万円（5.7%）	総務費 6 億 9500 万円（14.8%）

H25 白馬村の社会保障費			
	医療	介護	生活保護
特別会計（国保・後期高齢）	10 億円	—	—
一般会計	1 億 9800 万円	1 億 6800 万円	—

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

1. 前計画の評価

前計画の目標項目について、項目を別表Ⅰの順序に合わせ達成状況の評価を行なった結果、21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6割で一定の改善がみられました。（表1）

表1 前計画の評価

		指 標		白馬村の現状値			達成状況	
		項 目	区 分	H20	最新値	テ-タ-ス		
生活習慣病の予防	がん	がん検診受診率の増加	胃がん	14.0%	15.4%	H24年度	B	
			大腸がん	18.9%	23.8%			
			子宮頸がん	24.2%	24.5%			
			乳がん	10.5%	9.9%			
			肺がん	17.8%	28.1%			
		悪性新生物壮年期(75歳未満)死亡者の減少	胃がん	6人	6人	H24	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		52.3%	48.3%	H23年度	D	
		特定保健指導実施率の増加		27.2%	66.5%		A	
		内臓脂肪症候群の該当・予備群の減少	該当者	9.3%	8.0%	H24年度	B	
			予備群者	11.2%	8.8%		B	
		高血圧者の減少(40～74歳)	男性	20.5%	15.5%		B	
			女性				B	
		脂質異常症(LDL-C)の減少(40～79歳)	男性	14.4%	12.6%	H24	A	
			女性				A	
	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 16.5% 女性 9.1%	男性 14.1% 女性 8.3%	H24年度	B	
			糖尿病の可能性が否定できない人	男性 24.9% 女性 25.0%	男性 16.7% 女性 20.6%		B	
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		3人	0人	H24年度	A			
歯・口腔の健康		歯周病疾患健診受診者の増加		実施なし	実施なし		E	
	進行した歯周疾患の減少	40歳 50歳	実施なし	実施なし	E			
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	35.2%	35.2%	H24年度	D	
			女性	25.9%	25.3%			
	飲酒	多量飲酒者の減少	男性	5.7%	3.7%	H24年度	B	
			女性	0.3%	0.6%			
		肝機能異常者(γ-GTP)の減少	男性	23.7%	23.4%			B
			女性	6.7%	5.0%			
	喫煙	公共の場や職場での分煙の推進	官公庁			H24年度	A	
		喫煙する者の減少	男性 女性	27.3% 5.2%	20.6% 4.8%			
	休養	十分な睡眠がとれている者の増加	男性	91.6%	87.8%	H24年度	D	
			女性	88.7%	87.6%			
	こころの健康	自殺者の減少	男性	2人	1人	H24年度	B	
			女性	0人	0人			

評価区分	評価項目数
A 目標値に達した	5項目
B 目標値に達していないが改善傾向にある	9項目
C 変わらない	1項目
D 悪化している	3項目
E 評価が困難である	3項目
合計	21項目

14項目 66.7%

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表2のように取り組む主体別に区分し、健康増進は最終的に個人の意識と行動の変容にかかっていると捉え、それを支援するための本村の具体的な取り組みとして次のように推進します。

表2 取り組み主体別 目標項目

ライフステージ 主な法律 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 ― 壮 年 期 ― 高 齢 期 ― 死 亡											
				働く世代(労働者)											
				胎児(妊婦)	0才		18才	20才	40才		65才	75才			
				母子保健法		食育基本法		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		介護保険法	
個人で達成すべき目標	白馬村・医療保険者（白馬村国民健康保険）	個人・家庭	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	□高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下) ----- □脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 □脂質異常症の減少											
			糖尿病	□特定健康診査・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 □糖尿病有病者の増加の抑制 □治療継続者の割合の増加 ----- □合併症の減少 □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 （糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数） (HbA1c がJDS値8.0%以上の者の割合の減少)											
			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											
			栄養・食生活	□適正体重を維持している人の増加(肥満・やせの減少) □適正体重の子どもの増加 □共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少) □適切な量と質の食事をとる者の増加 □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											
			身体活動・運動	□日常生活における歩数の増加 ----- □介護保険サービス利用者の増加の抑制 □運動習慣者の割合の増加 □足腰に痛みのある高齢者の割合の減少											
			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の割合の減少											
			喫 煙	□妊娠中の喫煙をなくす ----- □未成年者の喫煙をなくす ----- □成人の喫煙率の減少											
			休 養 こころの健康	□睡眠による休養を十分とれていない者の減少 ----- □自殺者数の減少 □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 □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 □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												
	職域	企 業 飲食店 特定給食施設 民間団体 等	□受動喫煙の機会を有する者の割合の減少 □週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 □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 □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 □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		□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 □健康増進対策に取り組む自治体数の増加 □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 □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を認知している国民の割合の増加												

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備わっていますが、ある遺伝子の部分に突然変異が起こり無限に細胞分裂を繰り返し増殖していく、それが“がん”です。

たった1つのがん細胞が倍々に増えていき、30回程度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言われています。このとき、30回程度の細胞分裂には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等のがんの進行度は、がんが治るか治らないかの境界線であり、早期がんとは5年の生存率が8～9割のものを指します。

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等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

i 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等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予防に対する取り組みとしての生活習慣改善が、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。（表1）

ii 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て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。（表1）

表1 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腺検査	I－b
	肺	◎								△ 結核	環境汚染	胸部X腺検査 喀痰細胞診	I－b (胸部X腺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

「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

「がんはどこまで治せるのか」「がんの正体」「がんの教科書」

評価判定 I－a: 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

I－b: 検診による死亡率減少効果があるとする、相応な根拠がある

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

③現状と目標

i 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で、総合的ながん対策を推進していくうえで評価指標とすることができると考えられます。

白馬村の75歳未満のがんの年齢調整死亡率は低い傾向にあり、国が平成27年までに掲げた目標値をすでに下回っていますが、女性に比べ男性で高い割合となっています。（表2）

表2 白馬村の75歳未満のがんによる死亡の状況

		平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	5年間の合計
がん部位	肺	2	3				5
	胃	2	1			2	5
	大腸	1	1		2	1	5
	乳				1		1
	子宮					1	1
		5	5	0	3	4	17
	肝臓			1			1
	すい臓						0
	前立腺			1			1
	白血病						0
	その他	2	2	5	3	2	14
		2	2	7	3	2	16
合 計		7	7	7	6	6	33
悪性新生物の 75歳未満の年齢調整死亡率 (H20～H24)			男性	72.6	H27国の目標値 73.9		
			女性	22.0			
			男女計	48.2			

今後も循環器疾患や糖尿病等の生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と検診受診率の維持、又は向上を図り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。

ii がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率減少効果は関連性があり、がんの重症化予防はがん検診の実施により行われています。

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ていきます。

白馬村のがん検診の受診率はいずれも上昇傾向にありますが、次期がん対策基本計画案で示された 69 歳を上限とする受診率ではいずれも平成 28 年の目標値を達成できていません。

(表 3)

表 3 白馬村の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	平成24年度	国の目標
胃がん	40～69歳	12.5%	16.2%	17.2%	18.2%	16.7%	40% (当面)
大腸がん	40～69歳	16.5%	21.4%	22.9%	27.2%	25.0%	
肺がん	40～69歳	20.7%	27.7%	29.0%	28.7%	26.8%	
子宮頸がん	20～69歳	8.9%	14.9%	18.4%	15.2%	14.6%	50%
乳がん	40～69歳	14.0%	24.2%	24.3%	21.3%	23.0%	

がん検診で精密検査が必要となった人の精密検査受診率は、がん検診に関する事業評価指標の一つとなっています。

白馬村の精密検査受診率は全て許容値を超えています。目標値である 90%には達していません。がん検診受診者の中から毎年がんが発見されているため、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。(表 4)

表 4 白馬村の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		平成 20年度	平成 21年度	平成 22年度	平成 23年度	平成 24年度	許容値
胃がん	精密検査受診率	83.6%	78.3%	83.3%	82.9%	94.1%	70%以上
	がん発見者数	0人	1人	0人	1人	1人	○ ※
大腸がん	精密検査受診率	77.6%	67.3%	69.5%	60.7%	89.1%	70%以上
	がん発見者数	1人	0人	1人	1人	3人	○
肺がんXP	精密検査受診率	77.2%	74.0%	81.8%	81.3%	76.7%	70%以上
	がん発見者数	2人	0人	2人	2人	0人	○
子宮頸がん	精密検査受診率	100.0%	50.0%	100.0%	100.0%	75.0%	70%以上
	がん発見者数	0人	0人	0人	2人	0人	○
乳がん (視触診・マンモ)	精密検査受診率	96.3%	88.9%	89.5%	90.6%	88.4%	70%以上
	がん発見者数	1人	1人	0人	1人	2人	○

※ 国の基準とする許容値を超えているものは○

④対策

- i ウイルス感染によるがんの発症予防の施策
 - ・子宮頸がん予防ワクチン接種（中学１年生から高校１年生に相当する年齢の女性）
 - ・肝炎ウイルス検査（妊娠期、40 歳以上）
 - ・HTLV-1 抗体検査（妊娠期）
- ii がん検診受診率向上の施策
 - ・対象者への案内、広報等を利用した啓発
 - ・関係機関による講演会や研修会の共催
 - ・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。
- iii がん検診によるがんの重症化予防の施策
 - ・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（20 歳以上の女性）
 - ・乳がん検診（40 歳から 74 歳の女性）
 - ・前立腺がん検診（50 歳以上の男性）
- iv がん検診の質の確保に関する施策
 - ・精度管理項目を遵守できる検診機関の選定
 - ・要精検者に対する、がん検診実施機関との連携を図った精密検査の受診勧奨
 - ・がん検診実施機関及び精密検査実施機関と行政によるがん検診検討会
- v がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上に関する施策
 - ・がん診療連携拠点病院との連携（がん相談窓口）

(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、予防は危険因子の管理が基本となり確立した危険因子として高血圧、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

i 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。村民一人ひとりがこうした生活習慣改善に取り組めるように考えるための科学的根拠は、健康診査の受診結果で得られることから特定健康診査の受診率向上対策が重要になります。

ii 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等について、自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防が可能となるような支援が重要です。

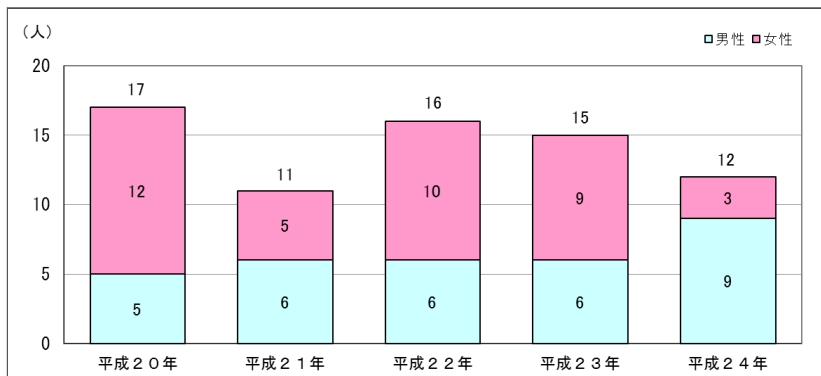
また、高血圧症及び脂質異常症の危険因子は肥満を伴わない場合にも多く認められますが、循環器疾患の発症リスクは肥満を伴う場合と遜色がないため、肥満以外で危険因子を持つ人に対する保健指導が必要になります。

③現状と目標

i 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ることから、高齢化の影響を除いた死亡率(年齢調整死亡率)が、循環器疾患対策の総合的な推進の評価指標になると考えられます。白馬村の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男女ともに全国、県に比べて低い状況にあります。(図表1)

図表 1 白馬村の脳血管疾患死亡の状況



年齢調整死亡率	男性	女性
白馬村 H20～24	47.6	14.8
長野県 H22	53.9	32.3
全 国 H22	49.5	26.9

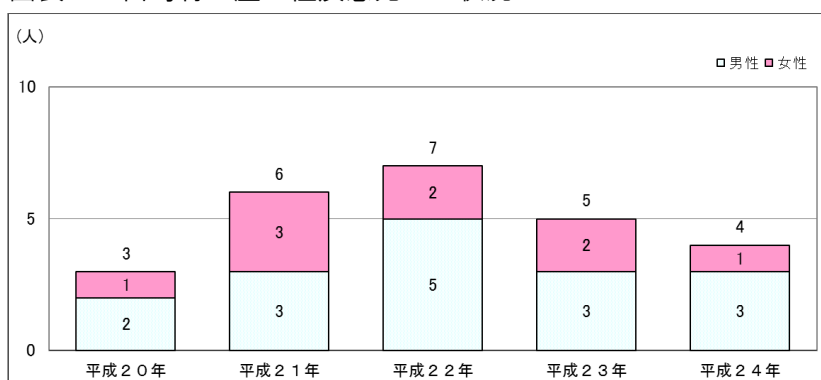
青壮年層を対象に行われている保健事業は、制度間の繋がりが少ないことから地域全体の健康状態を把握できなかつたり、退職後の保健事業が継続できないといった問題が指摘されています。継続的かつ包括的な保健事業を展開ができるよう、地域保健と職域保健の連携を推進するための「地域・職域連携推進協議会」等を通し、発症及び重症化予防のための保健指導のあり方について共有化を図る必要があります。

白馬村国民健康保険加入者の未受診者対策も非常に重要になります。

ii 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ことが必要ですが、年齢調整死亡率はこちらも男女ともに全国、長野県に比べて低い状況にあります。（図表 2）

図表 2 白馬村の虚血性疾患死亡の状況



年齢調整死亡率	男性	女性
白馬村 H20～24	20.4	7.4
長野県 H22	27.3	11.5
全 国 H22	36.9	15.3

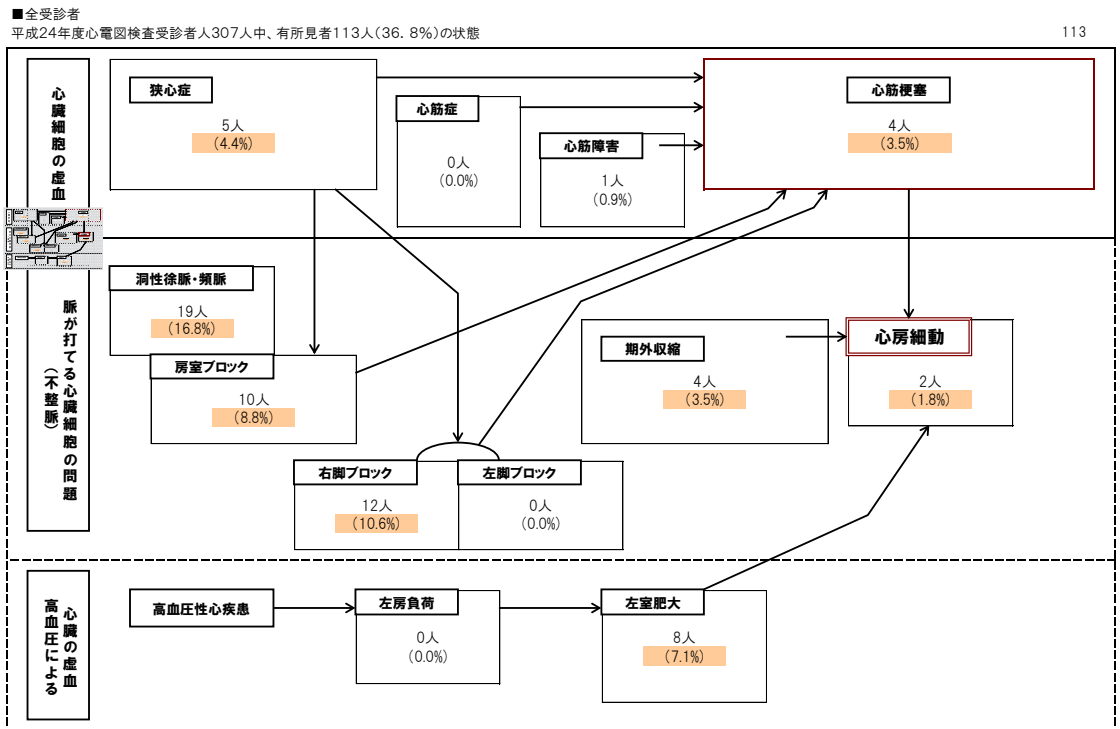
循環器疾患の中でも今後は特に虚血性心疾患への対策が重要になりますが、平成 20 年度から開始された医療保険者による特定健康診査において、心電図検査については詳細な健康診査項目となり、その選定方法については省令で定められています。

特定健康診査受診者の中で、省令で定められた心電図の受診者は 2. 9%にすぎません。

循環器疾患の発症は肥満を伴う場合と遜色がないため、白馬村では希望者に対し心電図検査を実施していますが、平成 24 年度の心電図受診者は 307 人であり 30. 1%にとどまっています。

また心電図検査全受診者の 36. 8%で異常が認められ、そのうち 14. 1%は狭心症や心筋梗塞等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等が発見されています。(図 1)

図 1 心電図検査の結果 H24 の心電図検査受診者 307 人中異常者 113 人(36.8%)の状態



省令で定められた心電図検査受診者では 31. 8%の人に有所見が見られますが、その他の検査受診者の中でも 26. 2%の有所見が見られることから、心疾患の発症を見逃すことなく重症化予防に繋げるためにも、特定健康診査時に全受診者に対する心電図検査の実施を検討していく必要があると考えます。

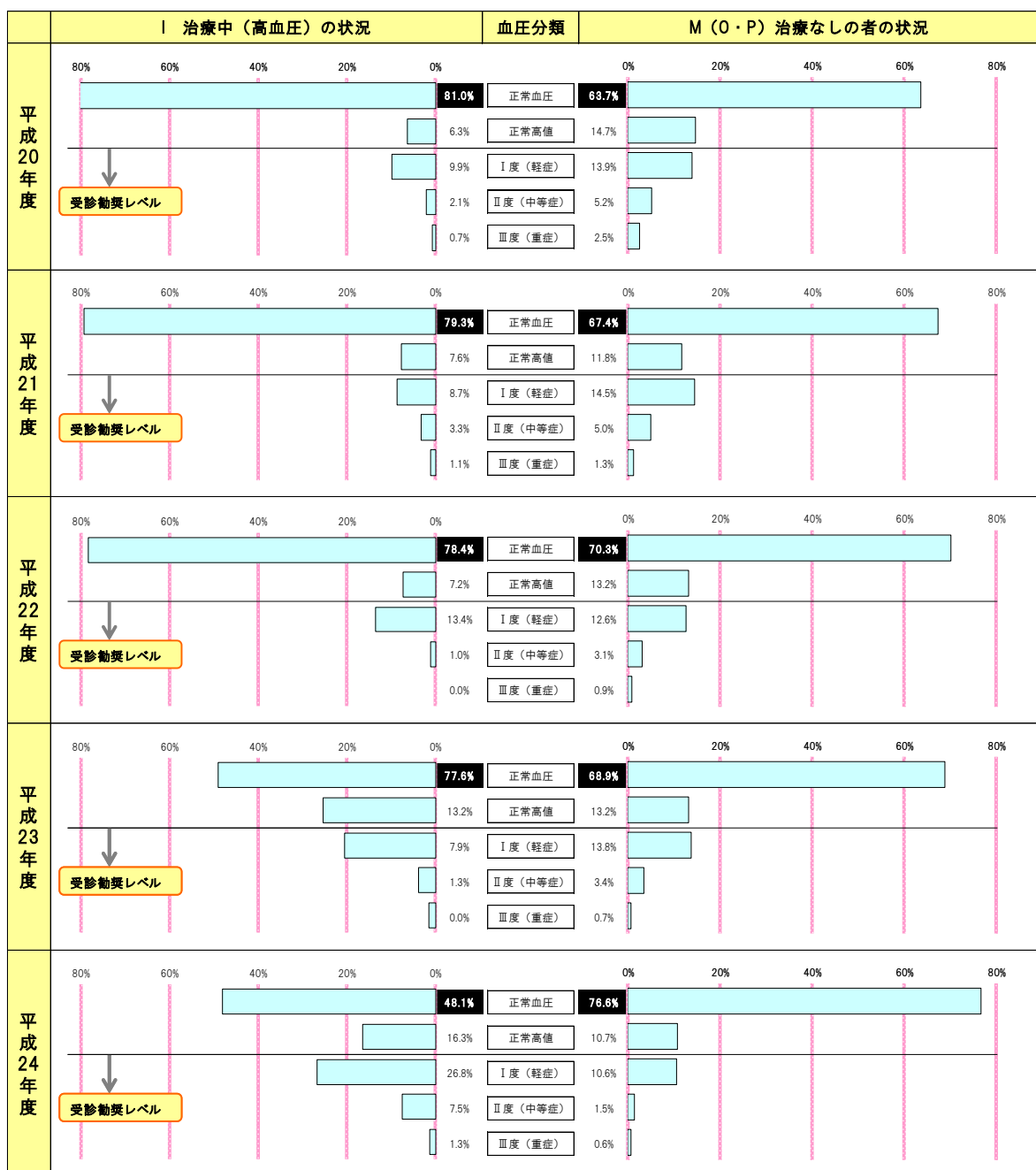
iii 高血圧の改善

高血圧は脳血管疾患や虚血性心疾患等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、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。

白馬村では特定健康診査の結果をもとに、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」等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。

その結果、特定健康診査受診者の血圧には改善が認められたため今後も同様の方法で保健指導を継続することが必要です。(図2)

図2 白馬村国保特定健康診査受診者の高血圧の状況



iv 脂質異常症の減少

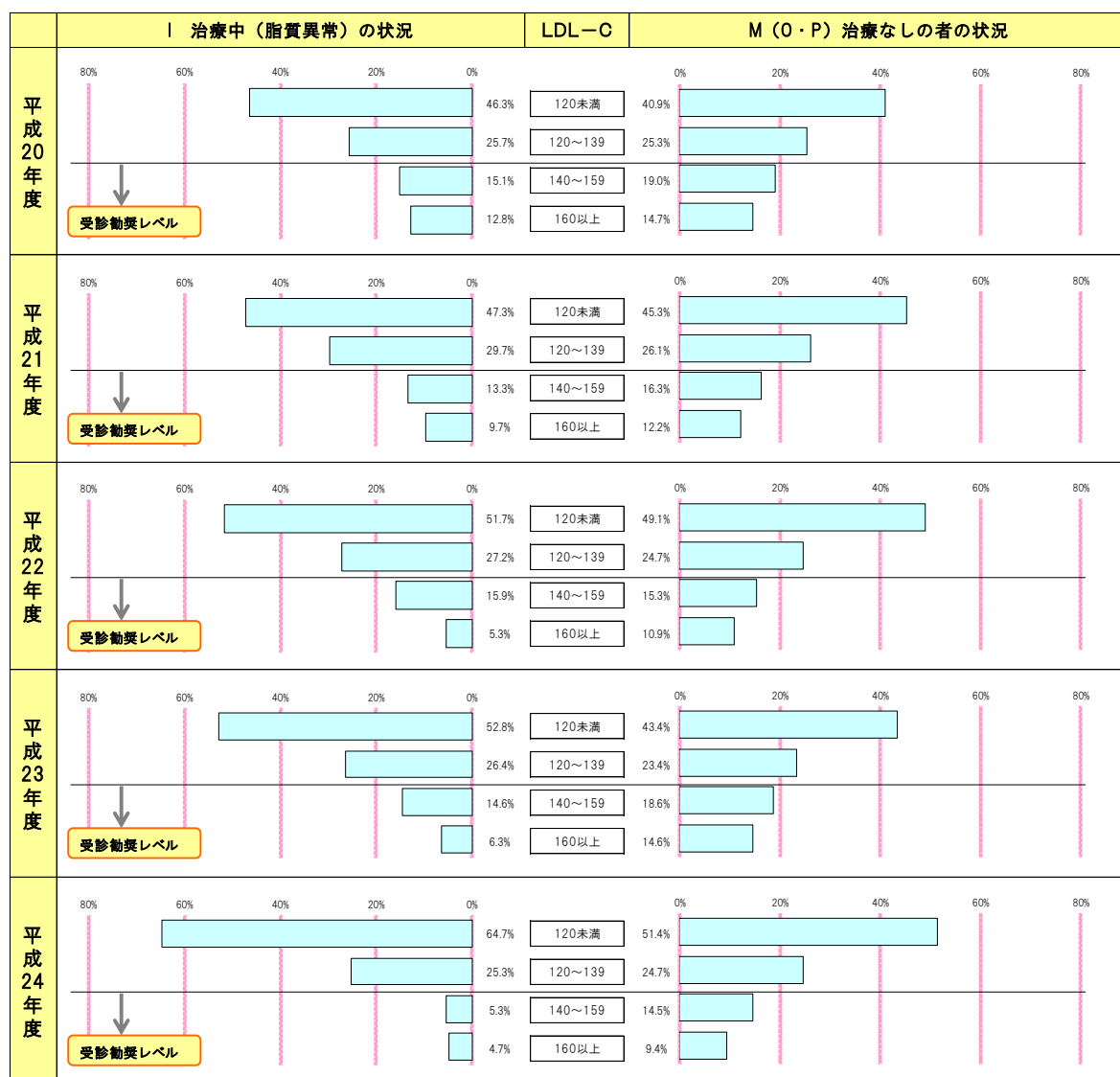
〔総コレステロール 240mg/dl (LDL コレステロール 160mg/dl) 以上の割合の減少〕

脂質異常症は冠動脈疾患の危険因子であり、特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 以上で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、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。特定健康診査受診者の LDL コレステロールは全国の現状値に比べて低く、改善傾向にあります。(図 3)

図 3 白馬村国保特定健診受診者の LDL コレステロール (LDL-C) の状況



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踏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、治療法等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、現在白馬村で実施していませんが、頸動脈超音波検査は動脈硬化性疾患発症予防のための診断法としてその有用性についての記載がなされました。

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。

Ⅴ 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すでに証明されており、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、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少が評価項目の一つとされています。

白馬村では、平成 24 年度までの達成目標として平成 20 年度からのメタボリックシンドローム該当者及び予備軍の 10%減少を掲げてきましたが、未だ達成できていないためさらに取り組みを強化していく必要があります。（表 1）

表 1 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

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
白馬村	平成20年度	2,411人	1,205人	50.0%	112人	9.3%	113人	9.3%
	平成21年度	2,239人	1,125人	50.2%	98人	8.7%	118人	10.5%
	平成22年度	2,234人	1,056人	47.3%	118人	11.2%	101人	9.6%
	平成23年度	2,505人	1,041人	41.6%	110人	10.7%	93人	8.9%
	平成24年度	2,430人	1,182人	48.6%	108人	9.1%	103人	8.7%
参考値	H23長野県	397,831人	164,949人	41.5%	25,568人	15.5%	16,311人	9.9%

vi 特定健康診査・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康診査と保健指導を医療保険者に義務付ける、特定健康診査・特定保健指導の制度が導入されました。

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

白馬村では受診率、実施率ともに全国、長野県に比べて非常に高い状態で推移していますが、平成 24 年度までの受診率は目標値の 60%に達していないため、今後は検査項目や健康診査後の保健指導の充実等による受診率向上施策が必要となります。

④対策

i 特定健康診査受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報等を利用した啓発

ii 保健指導対象者を明確にするための施策

- ・白馬村国民健康保険特定健康診査
- ・特定健康診査において、受診者全員に対する心電図検査の実施検討

iii 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、健康教育等多様な経路により、それぞれの特徴を活かしたきめ細やかな保健指導

(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等によって生活の質（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等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倍増加させると言われています。

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今後も加速することが予想されます。

②基本的な考え方

i 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も有効であると考えられます。

ii 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。あわせて糖尿病の未治療、あるいは治療中断により合併症の増加に繋がることが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、個人の生活の質とともに医療経済への影響が大きいとされる糖尿病の合併症発症抑制が必要になります。

③現状と目標

i 合併症の減少（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による影響よりも、糖尿病治療や疾病管理の向上による効果が高いためと考えられ、少なくともこの傾向を維持していくことが必要です。

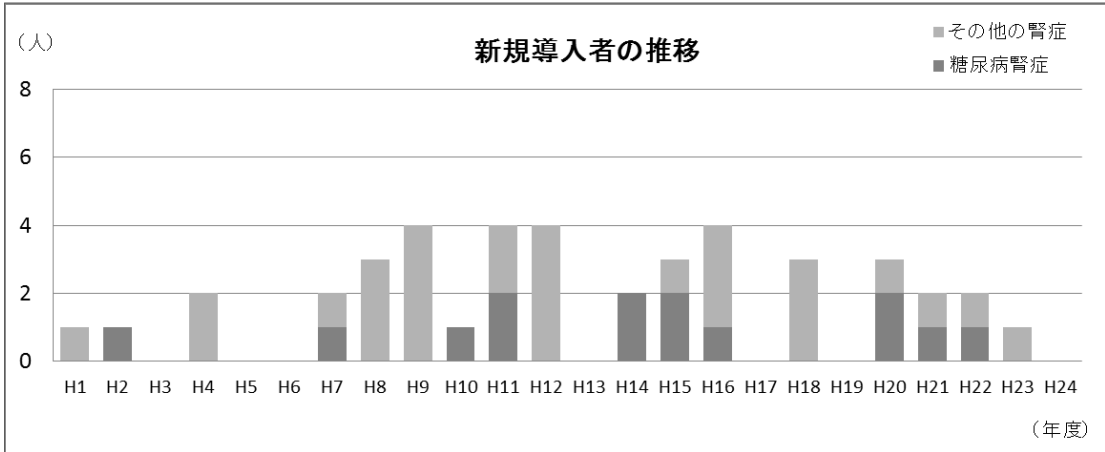
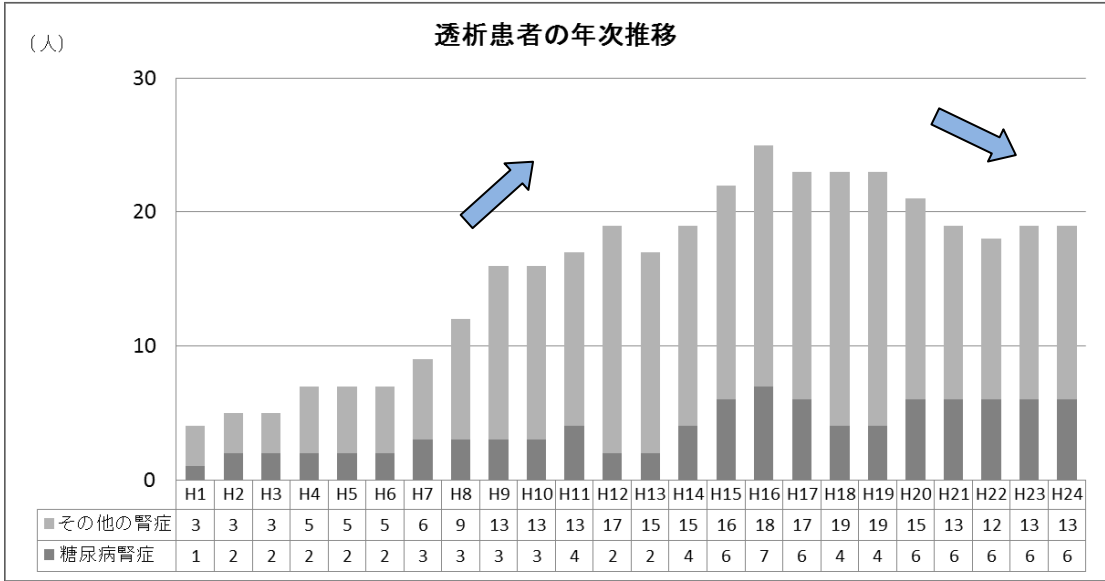
白馬村の新規透析導入は平成9年度、11年度、12年度、16年度の4人が最高となっており、以降は減少傾向にあります。

平成24年度の人工透析患者全数に占める糖尿病腎症の割合は31.6%ですが、近年は糖尿病性腎症の割合が多くなってきています。

糖尿病における新規透析導入者の経過を見ても、白馬村での健康診査を一度も受診しておらず、糖尿病を指摘されてからも治療に至らず放置されていたものが多くなってきています。

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。(図1)

図1 白馬村人工透析患者の状況

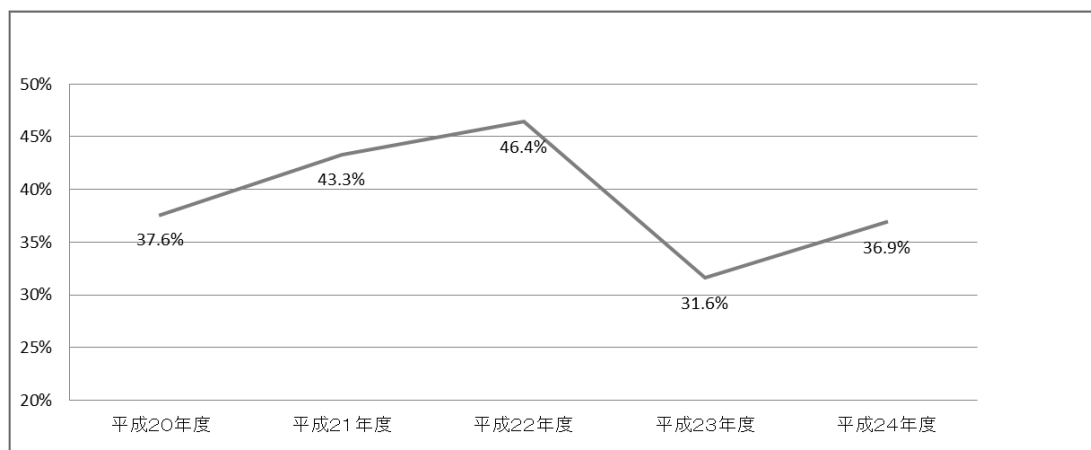


ii 治療継続者の割合増加

糖尿病における治療中断者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。

白馬村の糖尿病有病者〔HbA1c（JDS）6.1%以上の者〕の治療率は平成24年度が36.9%であり、平成20年度とほぼ同程度になっています。（図2）

図2 白馬村で糖尿病を強く疑われる人（HbA1c6.1%以上）の治療率推移



糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も大切な治療で、その結果を判断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」という理由等、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も多くいることが考えられます。

今後は、糖尿病でありながら未治療である人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。

iii 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

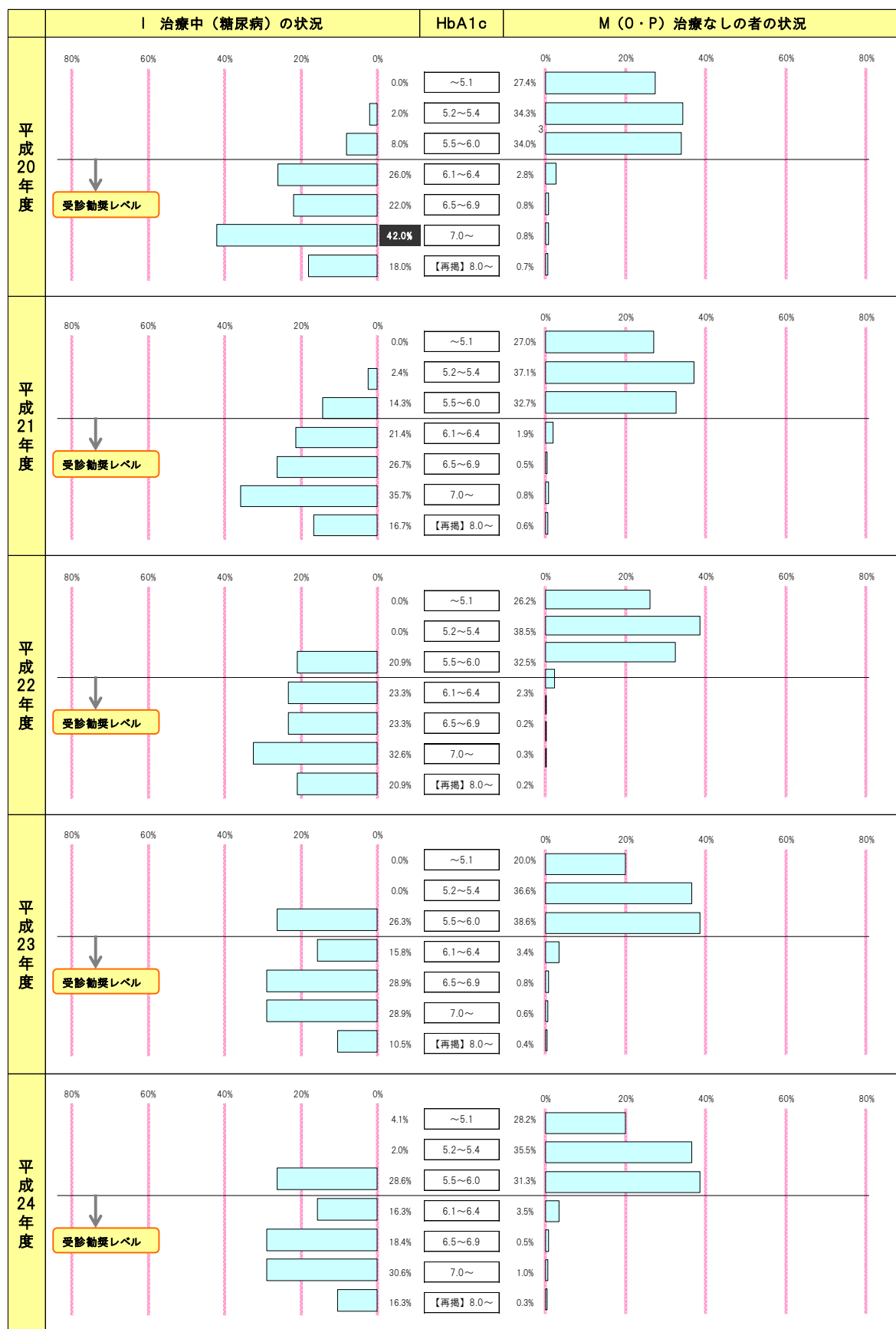
[HbA1c が JDS 値 8.0%（NGSP 値 8.4%）以上の者の割合の減少]

「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。

同ガイドラインにおいて血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、治療法の再検討を含めて何らかのアクションを起こす必要がある場合を指し、HbA1c8.0%以上を超えると著明に網膜症のリスクが増えるとされています。

白馬村では、健診の結果で HbA1c8.0%以上の人に対し、未受診者はもちろん治療中の人についても主治医と連携しながら必要に応じ保健指導を実施してきた結果、HbA1c8.0%以上の人の割合は 0.3%まで低下し平成 34 年度の全国目標値を達成しています。（図3）

図3 白馬村国民健康保険特定健康診査受診者のHbA1cの状況



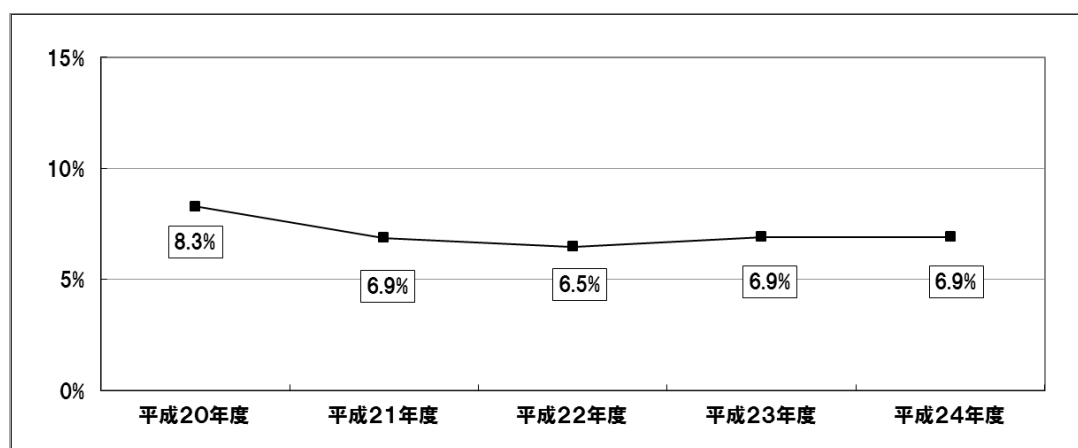
iv 糖尿病有病者〔HbA1c（JDS）6.1%以上の者〕の増加の抑制

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。

白馬村の糖尿病有病者の推移は、特定健康診査開始後の平成 21 年度以降ほぼ横ばいとなっています。（図 4）

図 4 白馬村の糖尿病有病者（HbA1c6.1%以上）の推移



しかし、白馬村では糖尿病の前段階とも言える HbA1c5.2～5.4%の正常高値、あるいは HbA1c5.5～6.0%の境界領域の割合が非常に高く、長野県内でも上位を推移しています。

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れば、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繋がっていく可能性が高い生活習慣です。

乳幼児期、学童期からの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等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になります。

④対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

i 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とともに、同様の疾病状態にある集団の中で学習できるような健康教育
- ・糖尿病予防活動検討会等による医療関係者との連携
- ・糖尿病専門医による健康教育

(4) 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・口腔の健康は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、全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繋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が必須の項目です。

幼児期や学齢期でのう蝕予防をはじめ、近年いくつかの疫学研究において報告がなされている糖尿病や循環器疾患等との密接な関連性をもつとされる成人の歯周病についても、予防の推進が不可欠であると考えられます。

②基本的な考え方

i 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り歯・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。

ii 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等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。

i 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言い、これら2つが大きな疾患となっています。

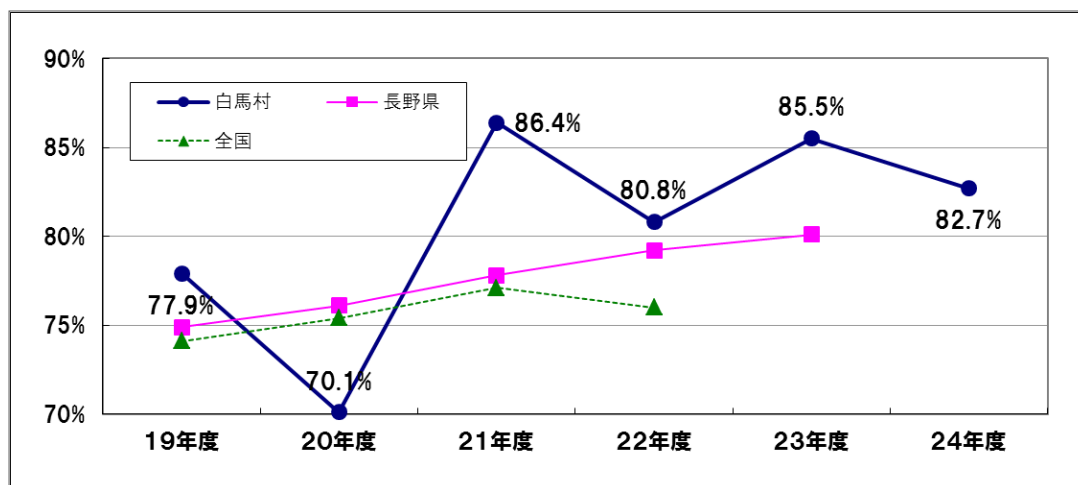
また、近年では歯周病と糖尿病や循環器疾患との関連性について指摘されていることから、歯周病予防は成人期以降の健康課題の1つです。

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。

ii 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

白馬村の3歳児でう蝕がない児の割合は微増していますが、全国や長野県と比べると高い割合になっています。(図1)

図1 3歳児でう蝕がない者の割合の推移



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・乳児健診から歯科指導を行うとともに、幼児歯科健診とあわせ幼少期から口腔衛生に興味をもてるような保育園・幼稚園での健康教育を継続します。

iii 過去1年間に歯科検診を受診した者の増加（歯周疾患検診受診者数の増加）

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。検診を受けることで自身の歯・口腔の健康状態を把握することができるとともに、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、まずは一定の年齢を対象とした歯周疾患節目検診の受診を促し、定期的な歯科検診受診のきっかけとなるよう、今後検診の対象者を拡大しながら実施を継続していきます。

④対策

i ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

- ・健康教育（妊婦教室、保育園、幼稚園）
- ・歯科相談（10 か月児、1 歳 6 か月児、2 歳児、3 歳児）

ii 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、2 歳児、3 歳児）
- ・歯周疾患節目検診（40、50、60、70 歳）

3. 生活習慣・社会環境の改善

(1) 栄養・食生活

①はじめに

栄養・食生活は、生命の維持だけでなく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、多くの生活習慣病における予防の観点から重要となります。同時に栄養・食生活は社会的、文化的な営みでもあります。

白馬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いると言えます。（図1）

生活習慣病予防の実現のためには、白馬村の特性を踏まえながら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ます。

②基本的な考え方

主要な生活習慣病（がん、循環器疾患、糖尿病）予防のための科学的根拠があるものと食品（栄養素）との具体的な関連は表1のとおりです。

食品（栄養素）の欠乏または過剰については、個人の健康診査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当てたライフステージごとの食品の目安量は表1のとおりです。

生活習慣病予防のためには、全てのライフステージを通して適正な食品（栄養素）摂取が実践できる力を十分に育み、発揮できることが重要になってきます。

図1 白馬村の食習慣の背景

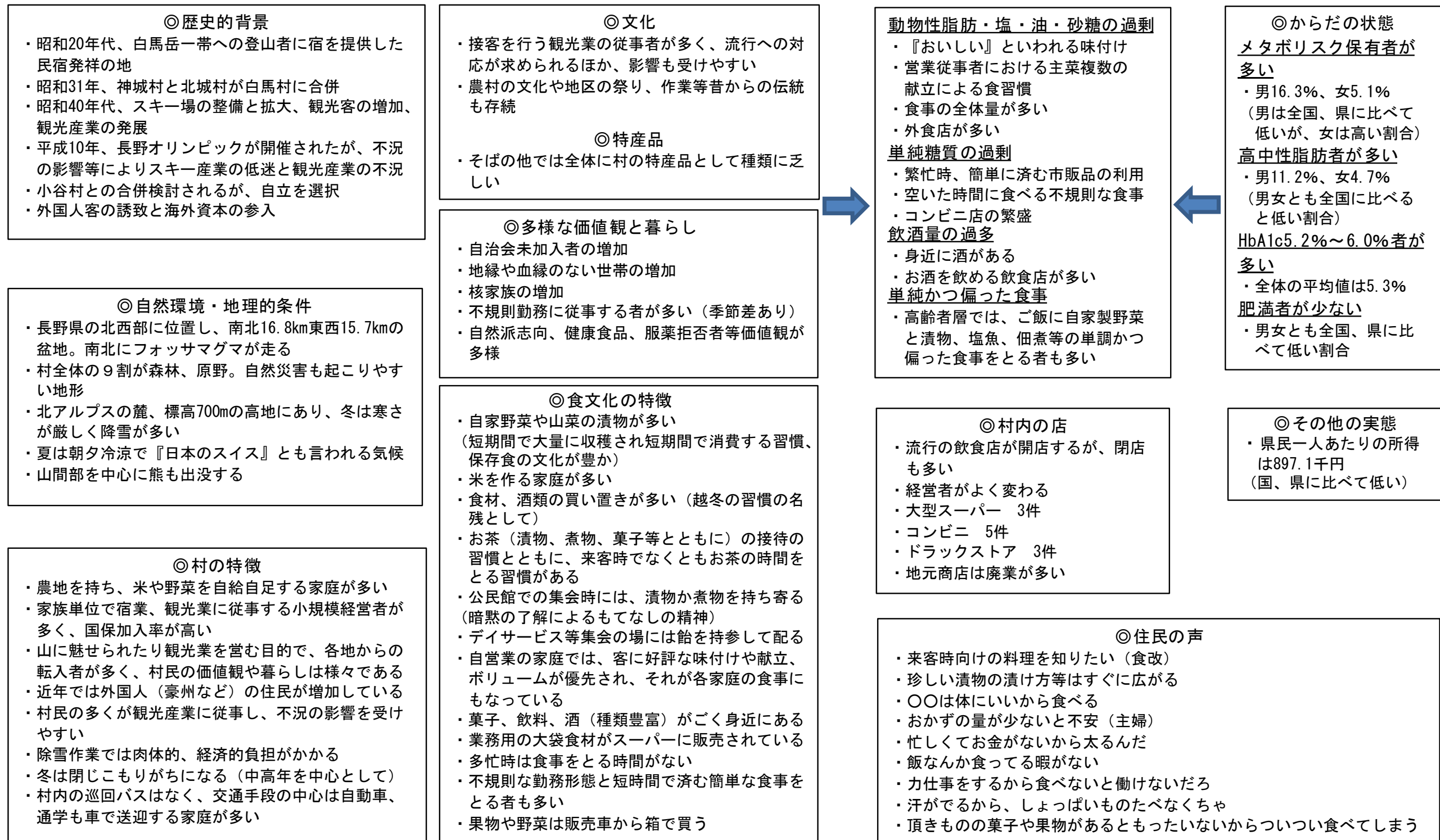


表1 ライフステージごとの食品の目安量

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	中期	後期	妊娠 高血糖	妊娠 高血圧症候群			6か月	8か月	11か月	3歳	5歳	6～8歳	9～11歳		12～14歳		15～17歳			70歳以上	
							0～16週 未満	16～28 週未満		28～40 週	尿糖(+)	尿糖(-)				尿糖(±) 以上	開始 2カ月	開始 4カ月	開始 7カ月	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	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	個人に より まちまち	個人に より まちまち	個人に より まちまち	個人に より まちまち	個人に より まちまち	個人に より まちまち	個人に より まちまち	個人に より まちまち	個人に より まちまち	個人に より まちまち	個人に より まちまち	個人に より まちまち	個人に より まちまち	個人に より まちまち	
	砂糖類	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	20	20
	酒類(アルコール)		禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	禁酒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	20	20

③現状と目標

個人において、適切な量と質の食事がとれているかどうかを見る指標は健康診査のデータです。

健康診査のデータに関する目標項目は「2. 生活習慣病の予防」の項で掲げているため、栄養・食生活については白馬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。

i 適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）

体重は全てのライフステージにおいて、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがんや循環器疾患、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。（表2）

表2 ライフステージにおける適正体重の評価指標

＼ライフステージ	妊娠期	出生	学童期	成人期		高齢期
評価指標	20歳代女性	出生児	小学校5年生	20～60歳男性	40～60歳女性	65歳以上
	やせの者	2,500g未満の低体重児	中等度・高度肥満傾向児（肥満度30%以上）	肥満者	肥満者	BMI20以下
国の現状	29.0%	8.7%	男子:4.60%	31.2%	22.2%	17.4%
			女子:3.39%			
	（平成22年）	（平成24年）	（平成23年）	（平成22年）	（平成22年）	（平成22年）
白馬村の現状	記録なし	7.2%	男子:2.2%	23.1%	11.3%	25.4%
			女子:6.4%			
		（平成24年度）	（平成23年度）	（平成24年度）	（平成24年度）	（平成24年度）
データソース	妊娠届出時	新生児台帳	学校保健委員会	特定健診結果		特定健診・後期高齢者健診結果

ア. 20歳代女性のやせの者の割合の減少（妊娠時のやせの者の割合の減少）

妊娠前、妊娠期の心身の健康づくりは、子どもの健やかな発育に繋がります。

低出生体重児は妊娠前の母親のやせが要因の1つと考えられています。

白馬村では妊娠前の母親におけるBMIの把握ができていないため、その把握に努めるとともに適切な保健指導を実施していきたいと考えます。

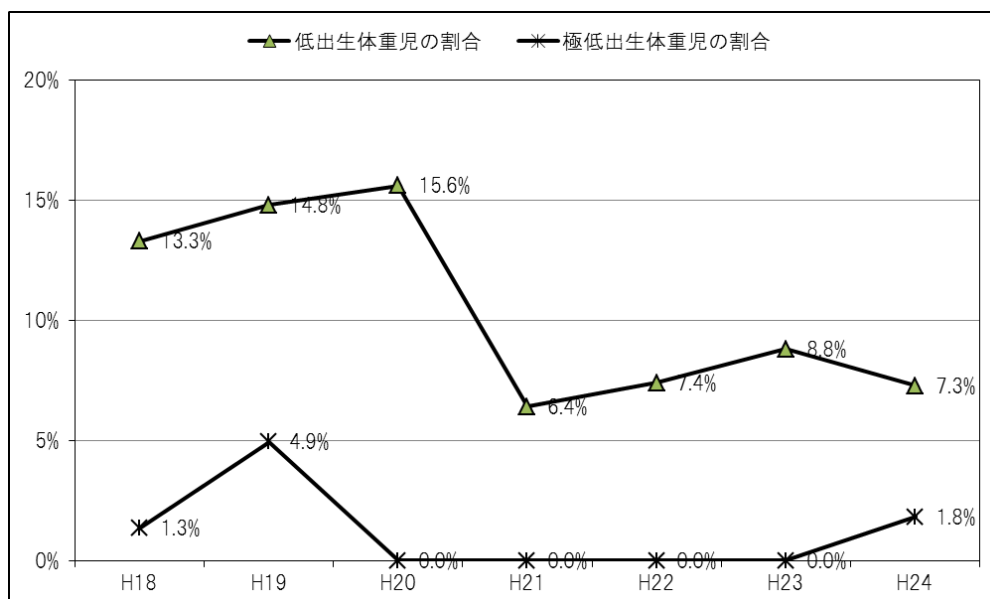
あわせて、ライフステージや一人ひとりの健康診査のデータに基づきながら、適切な保健指導を行っていくことが必要であると考えます。

イ. 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

低出生体重児については、神経学的・身体的合併症の他、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいとの報告もあります。

白馬村では毎年10人前後が低出生体重の状態生まれてきていますが、低出生体重児の出生率を下げる対策とともに、低出生体重で生まれてきた子どもの健やかな発育、発達への支援や、将来の生活習慣病の発症予防のための保健指導も必要になります。(図2)

図2 白馬村の低出生体重児・極低出生体重児(再掲)の割合の推移



ウ. 肥満傾向にある子どもの割合の減少

子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

学校保健統計調査において、肥満傾向児とは肥満度20%以上の者を指すものとされており、さらに肥満度20%以上30%未満の者は「軽度肥満傾向児」、肥満度30%以上50%未満の者は「中等度肥満傾向児」、肥満度50%以上の者は「高度肥満傾向児」と区分されています。

軽度肥満傾向児は取り組みの必要性に関する判断が難しいとされており評価指標の対象とはなっていませんが、白馬村の統計では肥満度20%以上を基準とした肥満傾向児の割合のみしか把握できていません。

国の指標の設定対象である小学校5年生(10歳)における白馬村の肥満傾向児は、男子で2.2%(平成24年度)と全国4.6%(平成23年度)に比べて低いものの、女子は6.4%と全国3.4%に比べて出現率が高くなっています。

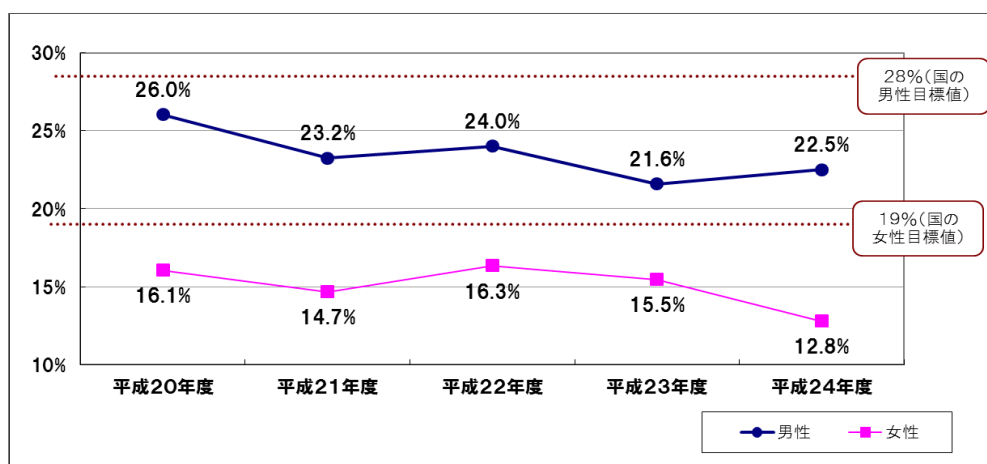
子どもの肥満については、従来から学校における健康診断に基づく健康管理指導や体育等の教育の一環として、肥満傾向児を減少させる取り組みが行われているところですが、こうした取り組みをより効果的にするために、今後は保健指導が必要な児を明確にするための統計のあり方等について養護教諭と検討していく必要があります。

- エ. 20～60 歳代男性の肥満者の割合の減少 及び
 オ. 40～60 歳代女性の肥満者の割合の減少

ライフステージごとにみた肥満では、20～60 歳代男性及び 40～60 歳代女性で最も多く認められるため、この年代の肥満者の減少が健康日本 21 の目標とされていましたが、最終評価において 20～60 歳代男性の肥満者は増加、40～60 歳代女性の肥満者は変化が認められなかったことから、引き続き評価指標として設定されました。

白馬村では、20～60 歳代男性及び 40～60 歳代女性の肥満者の割合はいずれも横ばいであり、いずれについても平成 34 年度の目標値を達成しています。(図 3)

図 3 20～60 歳代男性、及び 40～60 歳代女性の肥満者（BMI25 以上）の割合の推移



- カ. 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加抑制

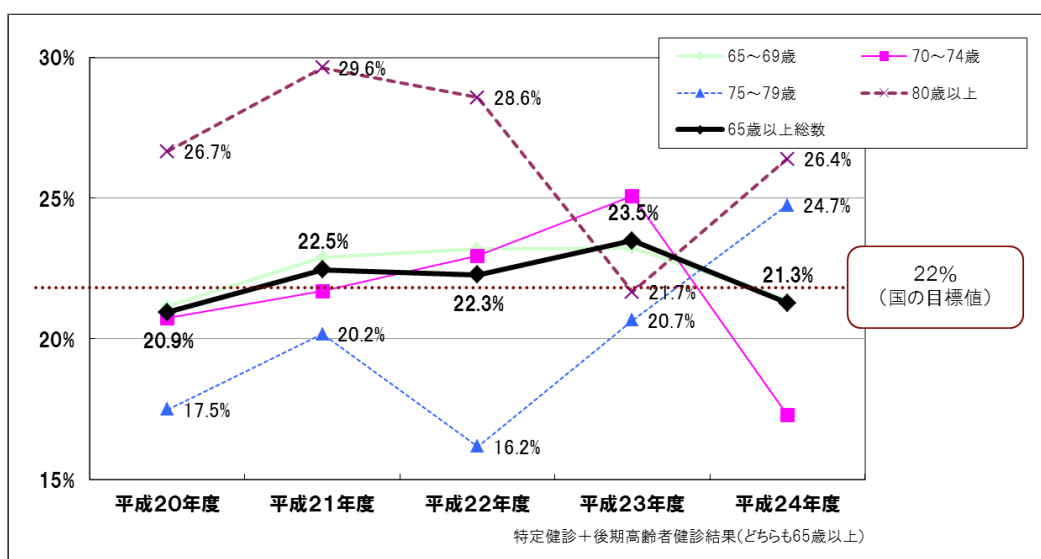
高齢期の適切な栄養は、生活の質（QOL）のみならず身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要です。

日本人の高齢者においては、やせ・低栄養が要介護及び総死亡に対して独立したリスク要因となっています。

高齢者の「低栄養傾向」の基準は、要介護及び総死亡リスクが統計学的に有意に高くなる BMI20 以下を指標として示しています。

白馬村の 65 歳以上における BMI20 以下の者の割合は平成 34 年度の国の目標値を下回っているものの、高齢化に伴い割合が増加する可能性も考えられるため、現状の割合を維持していくことが重要です。(図 4)

図4 65歳以上のBMI20以下の割合の推移



ii 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

健やかな生活習慣を幼少期から身に付け、生活習慣病予防の基盤を固めて生涯にわたり健康的な生活習慣を継続できるようにすることは喫緊の課題であり、非常に重要な生活習慣病対策です。

子どもの健やかな発育や生活習慣形成の状況については、他のライフステージと同様健康診査のデータを見ることが必要となり、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。（表3）

白馬村では学童期における学校保健安全法に基づいた検査に加えて、中学生では貧血検査を実施していますが、生活習慣病に関連した検査項目が少ないため、子どもが健康な生活習慣を有するかどうかの客観的な評価指標が未だありません。

今後は、学校関係者とともに肥満傾向児の動向等子どもの健康実態について共通認識を形成しながら、子どもの生活習慣病健診の実施について検討し、その結果に基づいた総合的な教育的アプローチを行うことが重要であると考えます。

表3 ライフステージにおける健康診査項目一覧表

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か月児 健診	3歳児 健診			学校健診		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か月児	3歳児	保育所	幼稚園	小学校 中学校	高等学校	大学	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	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80cm未満			男 85cm未満													●	●		
			腹囲/身長比 0.5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(JDS)	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個																		159以下
						1～2個																		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																
	eGFR	正常GFR 133±27 ml/分				男子 140±30 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									●	●	●				☆			●	☆	☆			
	ヘマトクリット									●	●	●				☆			●	☆	☆			
	ヘモグロビン					46%未満				●	●	●				☆			●	☆	☆			

④対策

i 生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

ライフステージに応じた栄養指導の実施

- ・ 妊婦教室（妊娠期）
- ・ 乳幼児健診、乳幼児相談（乳幼児期）
- ・ 食生活改善推進員教育事業（青年期、壮年期、高齢期）
- ・ 健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導
- ・ 家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育等、多岐にわたってそれぞれの特徴を活かしたきめ細やかな栄養指導（青年期、壮年期、高齢期）
- ・ 国民の健康づくり推進事業（全てのライフステージ）
- ・ 家庭訪問、健康教育、健康相談（全てのライフステージ）

ii 生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

- ・ 管理栄養士による高度な専門性を発揮した栄養指導の推進
- ・ 健康診査及び特定健康診査結果に基づいた栄養指導
- ・ 糖尿病や慢性腎臓病等、医療による薬物療法と同様に食事療法が重要な生活習慣病の重症化予防に向けた栄養指導

iii 学齢期への保健指導の推進

- ・ 小中学校の養護教諭との課題の共有
（現在学校で実施している様々な検査に関する情報共有、肥満傾向児の詳細な実態把握）
- ・ 学齢期の生活習慣病健診導入に向けた検討

(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指すのに対し、運動とは身体活動の中でスポーツやフィットネス等、健康・体力の維持、増進を目的として行われるものを言います。

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等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、日本においても身体活動・運動量の不足は喫煙、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を示唆しています。

最近では身体活動・運動は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等と関係することも明らかになってきました。

また高齢者の運動器疾患が急増しており、要介護となる理由として運動器疾患が重要になっていることから、日本整形外科学会は2007年に要介護となる危険の高い状態を示す言葉としてロコモティブシンドローム※を提案しました。

運動器の健康が長寿に追いついていないことを広く社会に訴え、運動器の健康に対する人々の意識改革と健康長寿の実現を目指しています。

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ならびに環境づくりが求められています。

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要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や脊椎の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系があり、これらの要素が連携することにより歩行可能となる）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指す
- ・運動器の機能低下が原因で日常生活を営むのに困難をきたすような歩行機能の低下、あるいはその危険があることを指す
- ・ロコモティブシンドロームはすでに運動器疾患を発症している状態からその危険のある状態を含んでいる

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繋がります。

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難とならないようにするためにも身体活動・運動が重要です。

③現状と目標

i 日常生活における歩数の増加

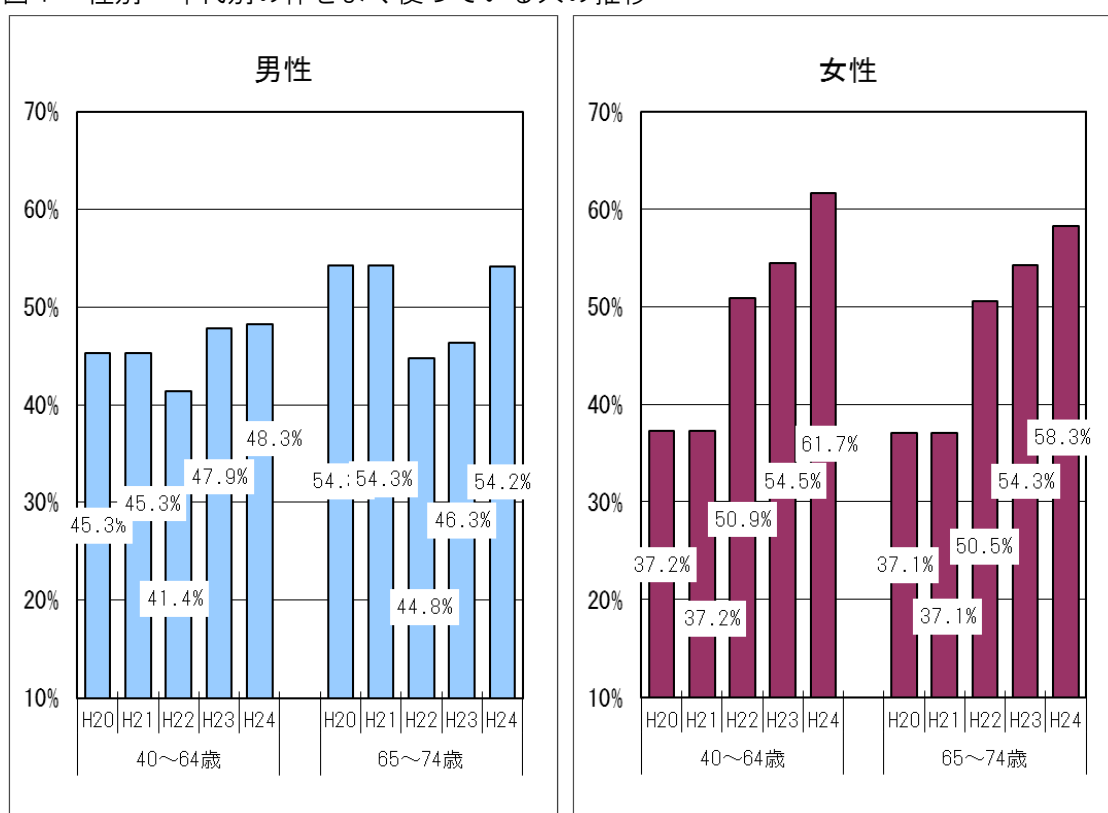
（日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する者の割合の増加）

歩数は比較的活発な身体活動の客観的指標です。

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。

白馬村では、健康診査・白馬村国民健康保険特定健康診査受診者に対し、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の割合は、いずれの年代においても女性で増加傾向にあります。（図1）

図1 性別・年代別の体をよく使っている人の推移



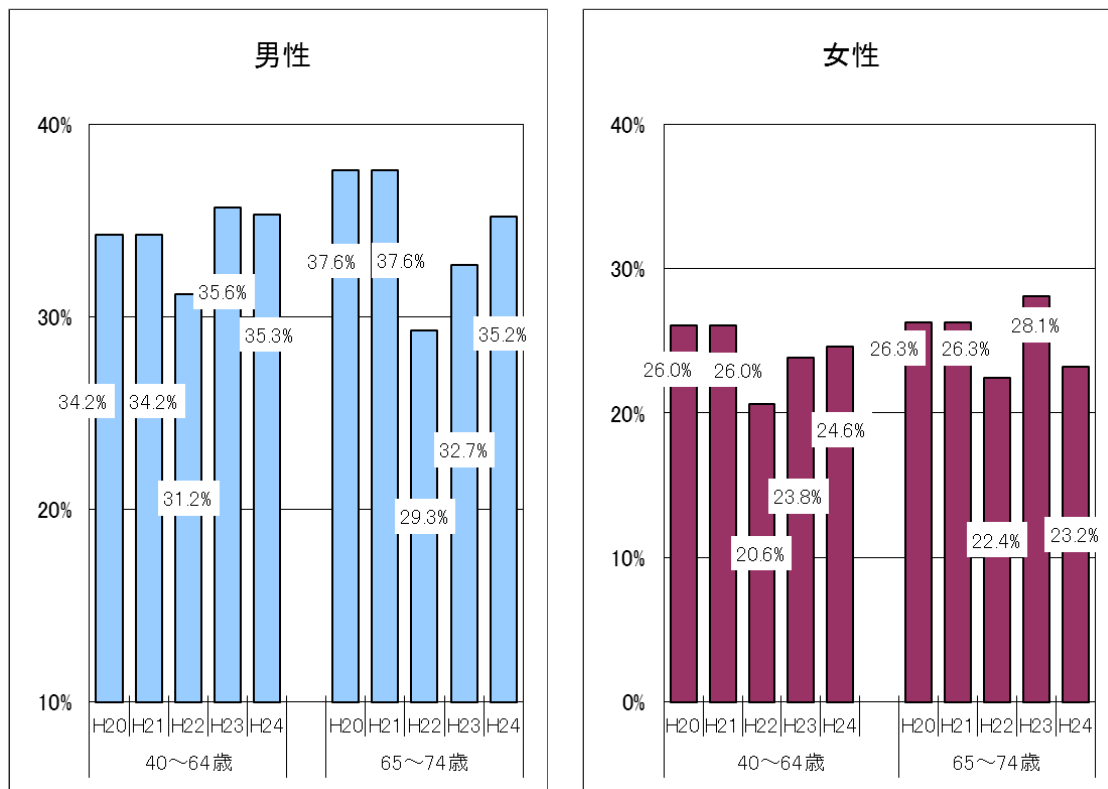
身体活動量を増やすための具体的な手段としては、歩行を中心とした身体活動を増加させるように心掛けることですが、白馬村は道路の凍結等により冬期間の歩行は転倒等の危険を伴うことが多くなるため、年間を通して安全に歩行等の身体活動ができる環境整備が必要になります。

ii 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、白馬村では自営業従事者等退職世代でも就労している人が多いため、世代による大きな違いはみられません。

また、女性では就労世代、退職世代ともに女性の運動習慣者は少ない傾向にあります。（図2）

図2 性別・年代別の運動習慣者の割合の推移



運動習慣者が今後増加していくためには、身近な場所で運動できる環境や、歩行と同様積雪や路面の凍結等により冬期における屋外での運動が制限される点も考慮しながら、年間を通じて運動ができる施設の整備等、多くの人が気軽に運動を取り組めるような環境を整えることが必要です。

iii 介護保険サービス利用者の増加の抑制

白馬村の要介護認定者数は平成24年10月に363人となり、1号被保険者に対する割合は15.5%となっています。

平成18年10月の要介護認定者数353人と比較して5人増加しています。

今後は高齢化の進展に伴い、より高い年齢層の高齢者が増加することから、要介護認定者数の増加傾向が続くと推測されています。

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等が大きな特徴で、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・神経は成長発達した後、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。(表1)

表 1 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				運動習慣ありの人の割合が低い					
		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

参考：長野県松川町保健活動計画等

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が、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歩行、体操と言った運動が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。

④対策

i 身体活動量の増加や運動習慣の必要性に関する知識の普及、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」や「歩育」についての知識の普及

ii 身体活動及び運動習慣の向上、推進

- ・村の各部局や関係機関と連携し、気軽に歩くことができるウォーキングロードの環境整備
- ・村の各部局や関係機関が実施している事業への勧奨

（白馬総合型スポーツクラブ事業、白馬村体育協会事業、NPO 健學塾事業等）

iii 運動をしやすい環境の整備

- ・健康増進施設の整備方向の検討

体力づくりや健康増進、生活習慣病・運動器疾患の発症及び重症化予防等、様々な健康課題に応じた運動が誰でも気軽に通年実施できる施設整備の検討

(3) 飲酒

①はじめに

アルコール飲料は生活や文化の一部として親しまれている一方で、到酔性、慢性影響による臓器障害や依存性、妊婦から胎児への影響等、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 60g を超える飲酒者」と定義して、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、脂質異常症等の発症は、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。

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る他、一般的に女性は男性に比べて肝臓障害等飲酒による臓器障害を起こしやすいことで知られています。

世界保健機構（WHO）のガイドラインではアルコール関連の問題リスク上昇の域値について、男性は 1 日 40 g を超える飲酒、女性は 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て、女性は男性の 1/2 から 2/3 の量としています。

そのため国の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 以上と定義されています。

②基本的な考え方

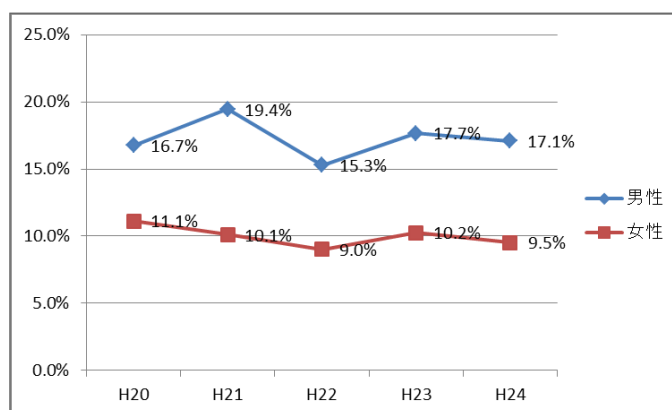
飲酒については、アルコールと健康の問題について適切な判断ができるよう、未成年者の発達や健康への影響、胎児や母乳授乳中の乳児への影響を含めた健康との関連、「リスクの少ない飲酒」等正確な知識を普及する必要があります。

③現状と目標

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

白馬村では、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、男性、女性とも横ばいです。（図 1）

図1 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている人の割合の推移



飲酒量と関係が深い健康診査のデータである γ -GTP（肝機能を示す）値について、異常者の割合は横ばいです。（表1）

表1 γ -GTP 異常者の推移

① γ -GTP が保健指導判定値者の割合（51U/l 以上）

	H20	H21	H22	H23	H24
男性	19.5%	22.6%	20.9%	23.1%	22.4%
女性	5.7%	5.6%	7.3%	5.8%	5.2%

② γ -GTP が受診勧奨判定値者の割合（101U/l 以上）

	H20	H21	H22	H23	H24
男性	4.6%	6.4%	5.0%	7.3%	7.6%
女性	0.8%	1.1%	1.3%	1.2%	1.2%

γ -GTP の受診勧奨判定値者の飲酒習慣は男性で 63.6%、女性で 2.1%に見られます。（図2）

図2 γ -GTP 受診勧奨判定値者の飲酒習慣の状況

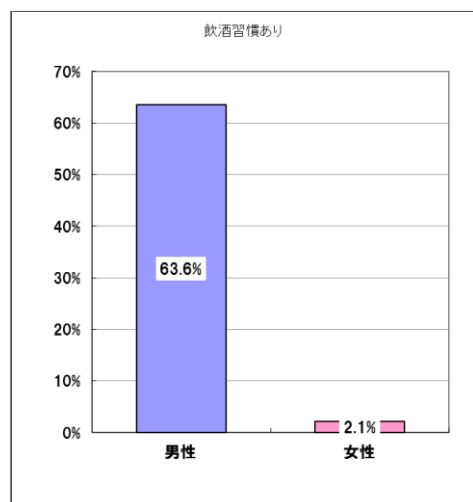
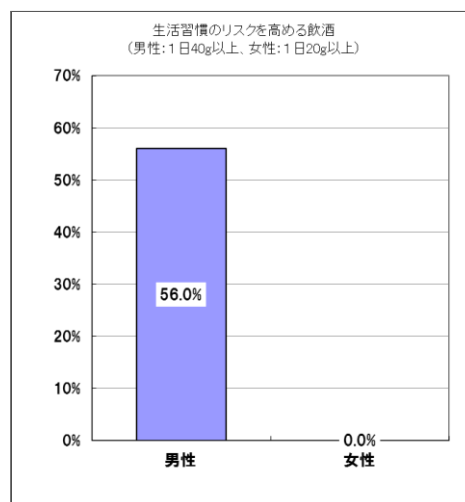


図3 γ -GTP 受診勧奨判定値かつ飲酒習慣者のアルコール摂取量



現在、 γ -GTP が受診勧奨値を超えている人については個別の指導を行っていますが、今後も個人の健康診査のデータと飲酒量の関連について確認した上での支援が必要になります。

同時に、白馬村における飲酒の習慣は地理・地形、気候や歴史等を背景とした文化や食生活の中で形成されてきたとも考えられるため、飲酒に関する判断基準等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。

④対策

- i 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進
 - ・ 種々の保健事業における教育や情報提供
(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)
 - ・ 地域特性に応じた健康教育
- ii 飲酒による生活習慣病予防の推進
 - ・ 健康診査、白馬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、受動喫煙によっても虚血性心疾患や肺がんに加え、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。

たばこは受動喫煙等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ます。

特に、長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で咳・痰・息切れを主訴として緩徐に呼吸障害が進行するCOPDは、国民にとってきわめて重要な疾患であるにも関わらず、新しい疾患名であることから十分認知されていません。その一方で発症予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙するほど有効性は高くなること〔「慢性閉塞性肺疾患（COPD）の予防・早期発見に関する検討会」の提言〕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。

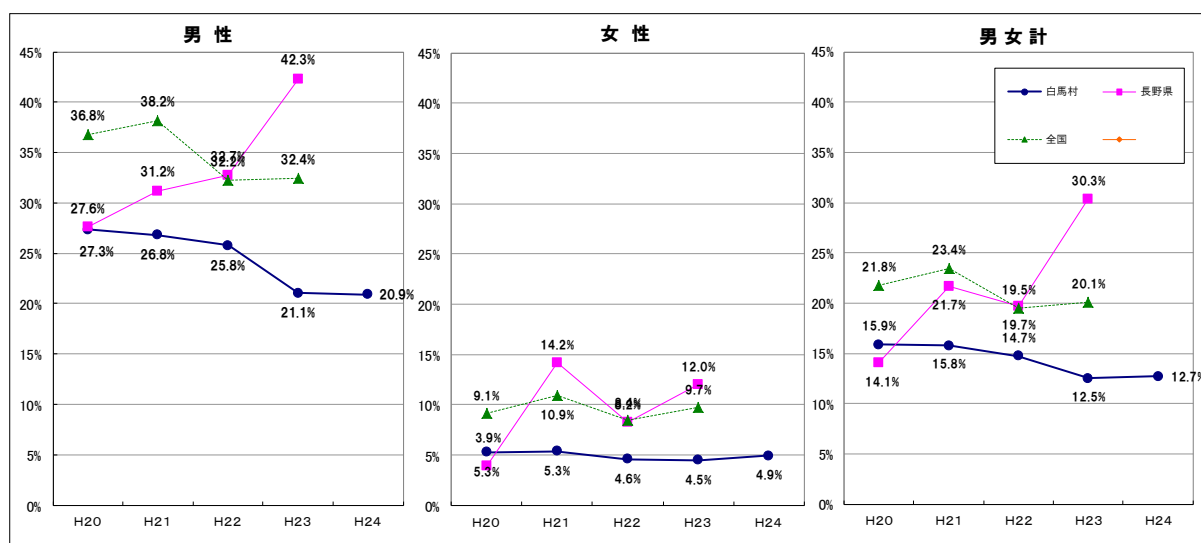
① 現状と目標

i 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。

白馬村の成人の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。（図1）

図1 喫煙率の推移



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止めたくても止められないことが多いですが、今後は喫煙を止めたい人に対する禁煙支援と同時に、健診データに基づき喫煙によるリスクがより高い人に対する支援が重要になります。

④対策

i たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

・ 種々の保健事業における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)

ii 禁煙支援の推進

・ 健康診査、白馬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) 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。十分な睡眠をとリ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、休養を日常生活の中に適切に取り入れた生活習慣の確立が重要です。

②基本的な考え方

様々な面で変動の多い現代で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

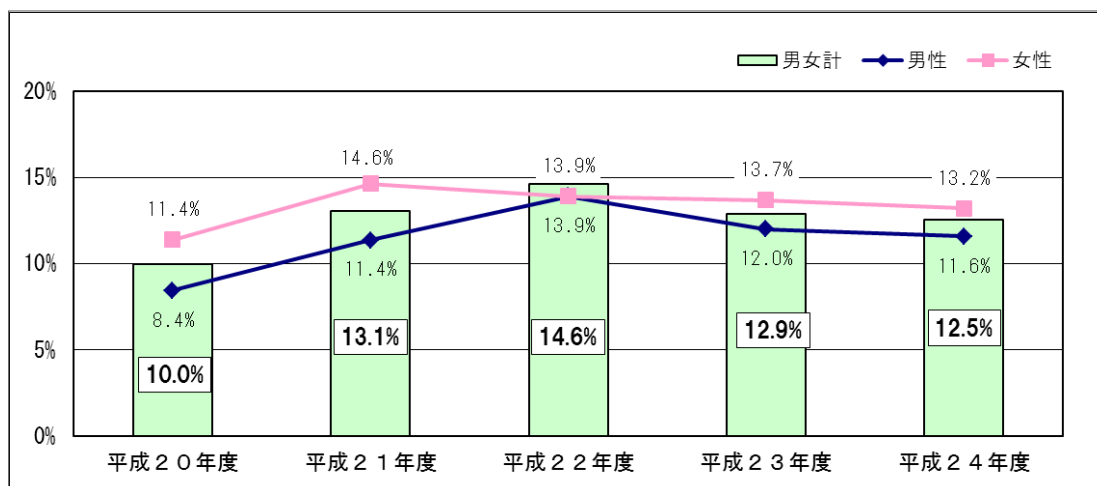
i 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

睡眠不足は疲労感や情緒の不安定をもたらす他、適切な判断を鈍らせたり事故のリスクを高める等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現れることも多く、再発や再燃リスクも高めます。さらに近年では睡眠不足・睡眠障害が肥満、高血圧、糖尿病の発症・悪化要因となる他、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。

白馬村では、健康診査・白馬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」という問診項目において睡眠に関する実態把握をしてきましたが、約 12.5%の人が「いいえ」と回答しています。(図1)

図1 睡眠で休養が十分にとれない人の割合の推移



今後は、睡眠による休養がとれているかどうかに関する実態把握を行うため、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」という問診項目に着目し、国等と正確な比較を行った上で対策を検討していく必要があります。

④対策

- i 白馬村における睡眠と休養に関する実態の把握
 - ・問診項目の変更
 - ・問診の結果と健診データとの突合により、白馬村の睡眠と健康に関連する事項について明確化する
- ii 睡眠と健康との関連等に関する教育の推進
 - ・種々の保健事業における教育や情報提供

4. こころの健康

①はじめに

社会生活を営むために身体と健康と共に重要なものが、こころの健康です。

こころの健康とは、人がいきいきと自分らしく生きるための重要な条件です。

こころの健康を保つには多くの要素があり、適度な運動やバランスのとれた栄養・食生活は、身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となります。これらに心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養を加えたものが、健康のための3つの要素とされてきました。特に十分な睡眠をとりストレスと上手につきあうことは、こころの健康に欠かせない要素となっています。

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

こころの病気の代表的なうつ病は、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患です。自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。うつ病は不安障害やアルコール依存症等との合併も多く、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あり、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当てます。

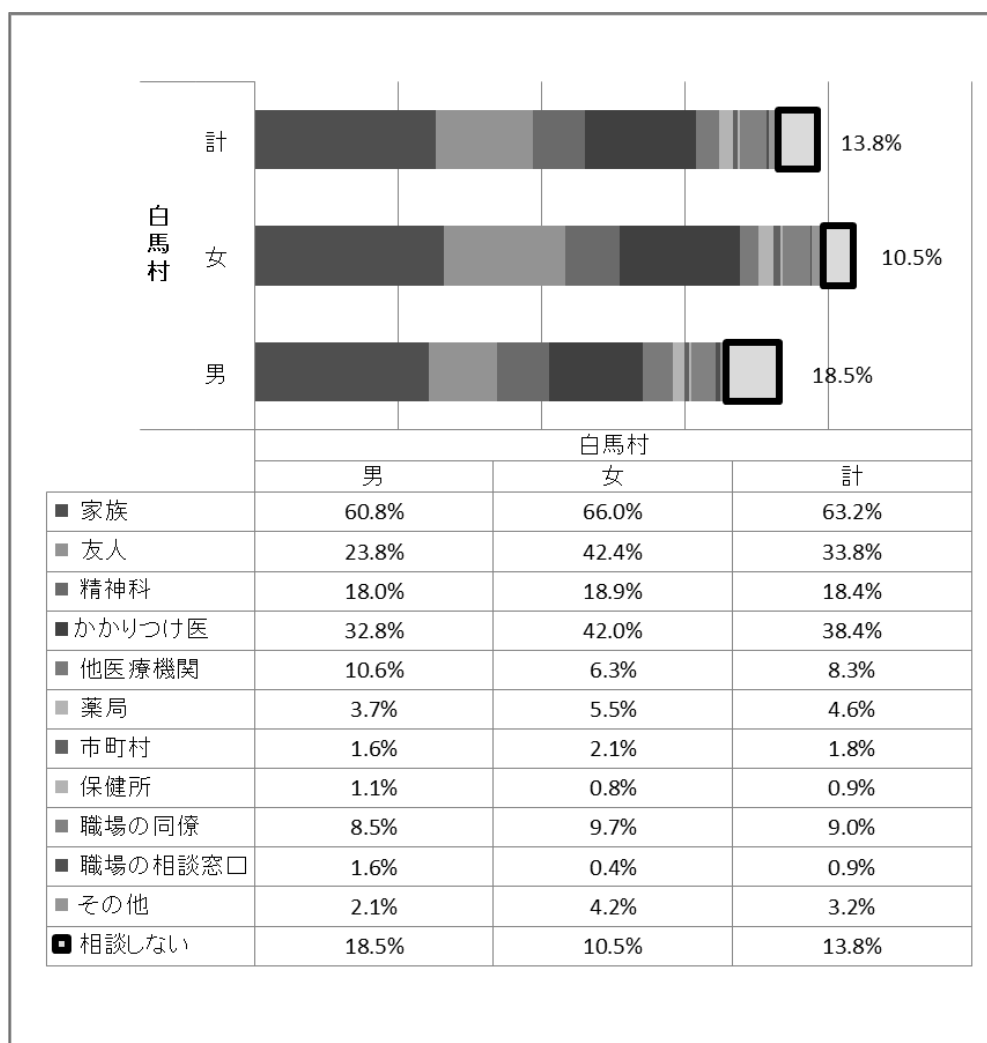
②基本的な考え方

現代社会はストレス過多の社会であり、少子高齢化や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こころの健康問題の重要性を認識するとともに、自らのこころ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。

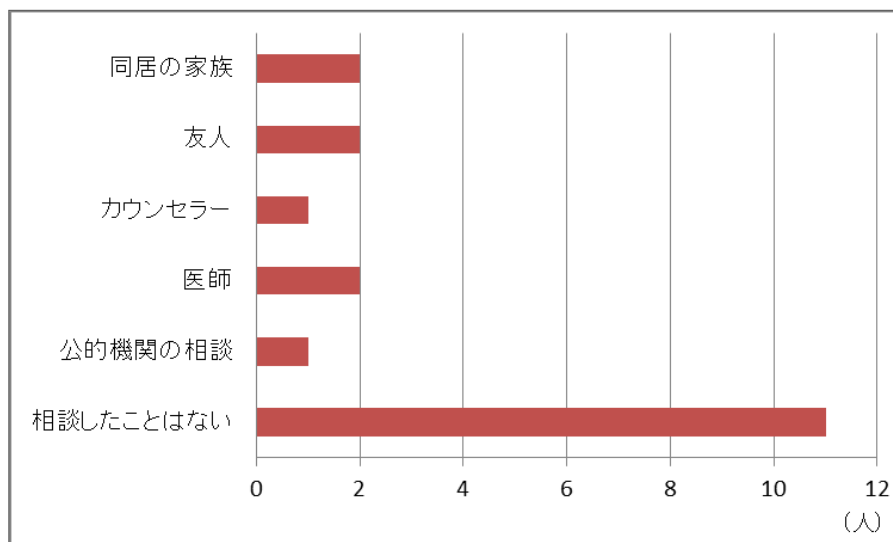
こころの健康を損ない、不眠状態が続いたときや自殺を考えているときに精神科を受診したり誰かに相談する人は少ない現状にあります。(図1・2)

図1 2週間以上不眠が続いたときの相談先



H22 こころの健康づくりに関する基礎調査より

図2 自殺したいと思ったときの相談先



H22 こころの健康づくりに関する基礎調査より

悩みを抱えたとき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

i 自殺者の減少（人口10万人当たり）

自殺の原因としては、うつ病等こころの病気の占める割合が高いことから、自殺を減少させることと、こころの健康の増進とは密接に関係しています。

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3種の精神疾患を早期発見、早期治療することにより、自殺率を引き下げることができるとされています。

しかし現実にはこころの病気にかかった人の一部しか医療機関を受診しておらず、精神科医の診療を受けている人はさらに少ないとの報告があります。

相談や受診に結びつかない原因としては、前述したように本人及び周囲の人達の精神疾患への偏見があるためと言われています。

体の病気の診断は血液検査等の「客観的な」根拠に基づいて行われますが、うつ病等こころの病気は本人の言動・症状等で診断する他なく、血液検査や画像検査といった客観的な指標・根拠がありませんでした。

このことが、周囲の人の病気に対する理解が進まないことや病気に対する偏見等に繋がっている現状もあります。

こころの健康とは、脳の働きによって左右されます。

うつ病等の、より客観的な診断を目指した脳の血流量を図る検査の研究等も進みつつあります。（図3）

図3 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)

【検査の原理】

脳を働かせる課題を行う際の前頭葉の血液量変化を測定し、脳の機能の状態を検討する

【検査の実際】

「あ」で始まる名詞を思いつく限り言う等の簡単な課題に答える

【検査で明らかになること】

健康な人：課題が始まると脳がすぐに反応して血液量が急増

課題に答えている間中、血液量は高いレベルを維持する

うつ病患者：すぐに反応するものの、血液量はあまり増えない

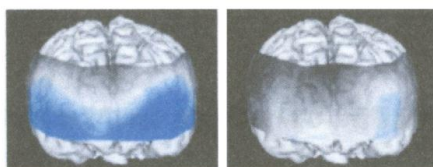
※ NIRS で捉えた精神疾患の前頭葉賦活反応性

	NIRS 波形	賦活反応性
健康な人		明瞭（賦活に応じて）
うつ病		減衰（初期以降）

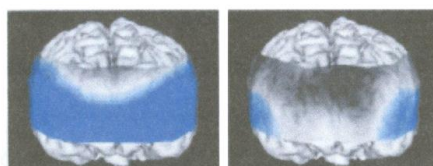
※ NIRS データのトポグラフィー

課題開始 10 秒後

課題開始10秒後 0.2 0.0 [mMmm]



課題開始 50 秒後



健康者

大うつ病

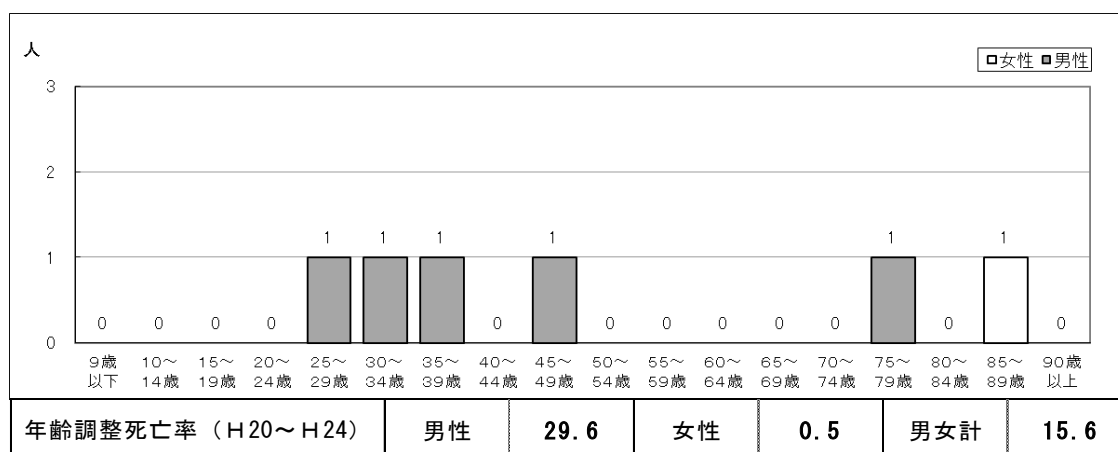
NIRS とは…近赤外線分光鏡（near-infrared spectroscopy）の保険収載名である

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

同時に、日本における自殺は、どの国にでも共通して見られるような加齢に伴う自殺率の上昇とあわせて、男性では50歳代の自殺率でもう一つのピークが形成されていることも特徴です。

白馬村においても、自殺による死亡者数の累計は25～49歳の働き盛りの世代で多くなっています。（図4）

図4 白馬村の自殺者の状況（H20～H24の5年間）



この年代で自殺者数が増加したのは平成10年以降であり、背景としては経済状況や仕事（過労）等の社会的要因が大きいと考えられていますが、予防対策を考えるための実態把握は不十分な状況です。

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等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が必要となります。

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あるため、こうした周囲の人達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であるということを客観的に捉え、早期治療等専門家に繋げたり、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重要になります。

④対策

- i こころの健康に関する教育の推進
 - ・種々の保健事業における教育や情報提供
- ii 専門家による相談事業の推進
 - ・保健師・カウンセラーによる相談

5. 目標の設定

国民運動では、目標の設定に当たり「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、中間評価や最終評価を行う年以外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、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についても例示が出されました。

これらを踏まえ、白馬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。（表１）

表 1 白馬村目標項目

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	48.2	平成24年度	73.9	平成27年	維持	平成35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 15.7% 女性 17.7%	平成24年度	40%	当面の間	男性 20% 女性 20%	平成35年度	②
	・ 肺がん	男性 24.9% 女性 21.2%		男性 22.8% 女性 30.8%				男性 30% 女性 40%		
	・ 大腸がん	男性 27.4% 女性 22.6%		男性 21.5% 女性 28.5%				男性 30% 女性 40%		
	・ 子宮頸がん	女性 32.0%		女性 14.7%		50%	平成28年	女性 20%	平成35年度	
	・ 乳がん(マンモグラフィー)	女性 31.4%	女性 23.0%	女性 30%						
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 47.6 女性 14.8	平成24年～平成22年の5年間	男性 41.7 女性 26.2	平成34年度	男性 40.0 維持	平成29年～平成34年の5年間	①
	・ 虚血性心疾患	男性 36.9 女性 15.3		男性 20.4 女性 7.4		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		15.5%	平成24年度	策定なし		14.0%	平成35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%		20.9%	平成24年度	7.7%		15.0%	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 8.0% 予備群 8.8%	平成24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	48.3%	平成23年度 法定報告	60%	平成29年度	60.0%	平成34年度	③	
・ 特定保健指導実施率	12.3%		66.5%		60%		維持			
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	0人	平成24年度	15,000人	平成34年度	維持	平成35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	36.9%	平成24年度	75%	平成34年度	50.0%	平成35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	1.2%		1.0%		1.0%		
	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		6.9%		1,000万人		6.0%		
歯・ 健康 口腔 の	① 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加									
	・ 3歳児でう蝕がない者の割合の増加	77.1%	平成21年	82.7%	平成24年度	80%以上	平成34年度	維持	平成35年度	⑤
	・ 12歳児の1人平均う歯数(永久歯)の減少	1.3本		0.4本		1.0本未満				⑥
	② 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%		65.0%	平成35年度	⑦

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	
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	25.0%	平成35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 7.3% 極低体重児 1.8%	平成24年度	減少傾向へ	平成26年	減少へ	平成35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 8.1% 女児 5.4%	平成23年度	減少傾向へ	平成34年度	減少へ	平成35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	36.3%	平成24年度	28%	平成34年度	30.0%	平成35年度	③	
	・ 40～60歳代女性の肥満者の割合の減少	22.2%		9.2%		19%		維持			
	・ 低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	17.4%		21.3%		22%		17.5%			
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 48.3% 女性 61.7%	平成24年度	男性 9,000歩 女性 8,500歩	平成34年度	男性 55% 女性 65%	平成35年度	③	
	・ 65歳以上	男性 5,628歩 女性 4,585歩		男性 54.2% 女性 58.3%		男性 7,000歩 女性 6,000歩		男性 55% 女性 65%			
	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 35.3% 女性 24.6% 総数 30.0%	平成24年度	男性 36% 女性 33% 総数 34%	平成34年度	男性 36% 女性 33% 総数 34%	平成34年度	③	
	・ 65歳以上	男性 47.6% 女性 37.6% 総数 41.9%		男性 35.2% 女性 23.2% 総数 29.2%		男性 58% 女性 48% 総数 52%		男性 40% 女性 35% 総数 38%			
	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	363人	平成24年3月末	657万人	平成37年度	600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24年度	男性 200人 女性 260人	平成34年度	350人	平成34年度	⑪
飲酒	① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低減 (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 17.1% 女性 9.5%	平成24年度	男性 14.0% 女性 6.3%	平成34年度	男性 15.0% 女性 8.0%	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24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35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 20.9% 女性 4.9%	平成24年度	12%	平成34年度	減少へ	平成35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24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	① 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	12.5%	平成24年度	15%	平成34年度	維持	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	21.3%	平成20年～平成24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：村住民福祉課死亡台帳	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・後期高齢者健診)	⑨：北アルプス広域連合介護保険資料
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 計画の推進

第Ⅲ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

健康増進法第2条においては、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、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白馬村の重要な行政施策として位置づけ、健康白馬 21（第2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進めていきます。

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を深め、確かな自己管理能力が身につくための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、共に生活を営む家族や地域の習慣、特徴等地域における共通性・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り、個々の気付きを深めながら健康実現に向かう地域づくりができるような地域活動を目指します。

これらの活動により、国民運動の5つの基本的な方向を実現させることが可能であると考えます。

(2) 関係機関等との連携

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6条で規定された、健康増進事業実施者との連携が必要です。

白馬村における健康増進事業の実施は様々な部署に渡るため、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、薬剤師会等に加え、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。

2. 健康増進を担う専門職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、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等の社会的条件の中で作られていきます。

地域における生活背景も含め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、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。

白馬村の保健師設置数は、常勤保健師1人当たりの人口が県内の村の中で最も多くなっています。国においては、保健師等が予防接種等と同様必要な社会保障であるという認識がなされている中で、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、保健師等の年齢構成にも配慮した退職者の補充や配置の検討を進めていきます。

さらに、健康増進に関する施策を推進するためには資質の向上が不可欠です。

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

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

また、地域での健康づくりに重要な役割を担う住民組織の活動を支援します。

< 資 料 >

1. 白馬村健康づくり推進協議会名簿

選出区分	職 名	氏 名
住民代表	公募委員	長谷川 恒信
医療機関	大北医師会 代表	栗田 裕二
医療機関	大北歯科医師会 代表	小田 高平
各種団体	白馬村保健補導員会 会長	吉澤 聖子
各種団体	白馬村食生活改善推進協議会 副会長	太田 政枝
各種団体	白馬村老人クラブ連合会 会長	吉澤 豪俊
各種団体	白馬総合型地域スポーツクラブ 会長	下澤 弘嘉
各種団体	大北農業協同組合 生活指導員	柳沢 まゆみ
行政機関	大町保健福祉事務所健康づくり支援課 課長	小山田 茂
行政機関	白馬村教育委員会教育課 課長	松澤 忠明
行政機関	白馬村健康福祉課 課長	吉田 久夫

2. 白馬村健康づくり推進協議会の開催状況

期 日	開 催 内 容
10 月 7 日(月)	第 1 回白馬村健康づくり推進協議会
11 月 26 日(火)	第 2 回白馬村健康づくり推進協議会