

# 第3次大町市健康増進計画

「健康おおまち21（第3次）」

令和6年3月

大町市



# 目 次

## 第1章 はじめに

1 「健康おおまち21（第3次）」の策定経過と趣旨	1
2 計画の性格	3
3 計画の期間	3
4 計画の対象	3

## 第2章 「健康おおまち21（第2次）」の最終評価

1 評価の趣旨	5
2 評価の方法	5
3 評価の結果	5

## 第3章 大町市の概況と特性

1 健康に関する概況	10
------------	----

## 第4章 分野別の課題と対策

1 全体目標	18
2 生活習慣病の発症予防・重症化予防	
(1) がん	19
(2) 循環器病	23
(3) 糖尿病	30
(4) COPD（慢性閉塞性肺疾患）	34
3 生活習慣の改善	
(1) 栄養・食生活	35
(2) 身体活動・運動	39
(3) 休養・睡眠	42
(4) 飲酒	43
(5) 喫煙	45
(6) 歯・口腔の健康	48
4 こころの健康の維持・向上	
(1) こころの健康	51
5 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり	
(1) 子どもの健康	53
(2) 高齢者の健康	58
(3) 女性の健康	60

6 目標の設定	6 1
<b>第5章 計画の推進</b>	
1 健康増進に向けた取組みの推進	
(1) 活動展開の視点	6 5
(2) 関係機関との連携	6 5
2 健康増進を担う人材の確保と資質の向上	6 6

## <資 料>

1 大町市健康づくり推進委員会委員名簿等	6 7
----------------------	-----

## 第1章 はじめに

### 1 「健康おおまち21（第3次）」の策定経過と趣旨

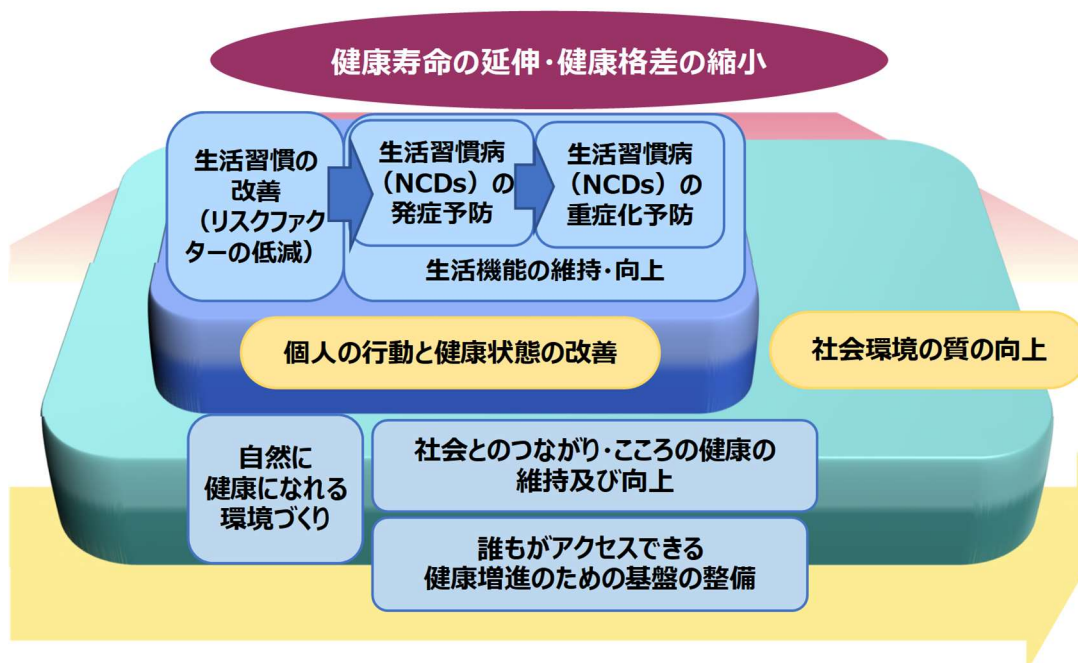
平成12年度より展開されてきた国民健康づくり運動「健康日本21」は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を目的として、健康を増進し疾病の発症を予防する「一次予防」を重視した取組みが推進されてきました。

平成25年度からは第二次国民健康づくり運動「健康日本21(第二次)」として、生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命を延長し、また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差の縮小を実現することを目標とし、実施されてきました。

令和6年度からは、国は全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現というビジョンを実現するため、①健康寿命の延伸・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の4つの基本的な方向が示されました。

#### ◆健康日本21（第三次）の概念図

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のために、以下に示す方向性で健康づくりを進める。



個人の行動と健康状態の改善及び社会環境の質の向上の取組みを進めることで、健康寿命の延伸・健康格差の縮小を目指すとしています。

大町市では平成25年3月に「健康おおまち21(第2次)」を策定し、生活習慣病予防等の発症予防・重症化予防を重視した活動を行ってきました。これまでの取組みや課題を踏まえ、「健康日本21(第三次)」における取組分野及びライフステージ別目標項目(別表I)に添い、令和6年3月に「健康おおまち21(第3次)」を策定します。

ライフステージ別目標項目

別表I

全体目標	胎児（妊婦）		妊婦・子どもの健康		高齢者の健康		死亡	
	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	75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	<input type="checkbox"/> がん検診の受診率の向上 <input type="checkbox"/> がんの年齢調整罹患率の減少						<input type="checkbox"/> 75歳未満のがんの年 齢調整死亡率の減少
	がん	<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予備群・該当者の減少						<input type="checkbox"/> 脳血管疾患・心疾患の 年齢調整死亡率の減少
	循環器病	<input type="checkbox"/> 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） <input type="checkbox"/> 脂質(LDLコレステロール)高値の者の減少						
	糖尿病	<input type="checkbox"/> 糖尿病有病者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール不良者(HbA1c8.0%以上の者の割合)の減少						<input type="checkbox"/> 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少
	COPD（慢性閉塞性肺疾患）	<input type="checkbox"/> 糖尿病有病者の増加の抑制 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール不良者(HbA1c8.0%以上の者の割合)の減少						<input type="checkbox"/> 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少 <input type="checkbox"/> COPD(慢性閉塞性肺疾患)の死亡率の減少
生活習慣病の発症予防と重症化予防	栄養・食生活	<input type="checkbox"/> 「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」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増加	<input type="checkbox"/> 児童・生徒における肥満傾向児の減少	<input type="checkbox"/> 適正体重を維持している者の増加（20～60歳代男性の肥満者の割合の減少、40～60歳代女性の肥満者の割合の減少、20～30歳代女性のやせの者の割合の減少） <input type="checkbox"/> バランスの良い食事を摂っている者の増加 主食・主菜・副菜を組み合わせさせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日 <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"/> 食塩摂取量の減少	<input type="checkbox"/> 適正体重を維持している者の増加 <input type="checkbox"/> 適正体重を維持している者の増加（BMI20以下）の高齢者の割合の減少			
	身体活動・運動	<input type="checkbox"/> 「居心地が良く歩きにくい」まちなかづくりに取り組む市町村数の増加	<input type="checkbox"/> 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの減少 1.週間の総運動時間(体育授業を除く)が60分未満の児童の割合の減少	<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				
	休養・睡眠			<input type="checkbox"/> 睡眠で休養がとれている者の増加 <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"/> 過労労働時間60時間以上の雇用者の減少				
	飲酒	<input type="checkbox"/> 妊娠中の喫煙をなくす <input type="checkbox"/> 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少	<input type="checkbox"/> 20歳未満の者の飲酒をなくす	<input type="checkbox"/> 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少				
	喫煙		<input type="checkbox"/> 20歳未満の者の喫煙をなくす					
生活機能の維持・向上	歯・口腔の健康	<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(40歳以上)がよくなる者の増加の減少						
	生活機能の維持・向上	<input type="checkbox"/> 心理的苦痛を感じている者 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診受診率の向上						<input type="checkbox"/> ロコモティブシンドロームの減少 <input type="checkbox"/> 足腰に痛みのある高齢者(65歳以上)の人数の減少 <input type="checkbox"/> 社会活動(就労・就学を含む)をしている高齢者(65歳以上)の割合の増加
生活機能の維持・向上	<input type="checkbox"/> スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加 <input type="checkbox"/> 健康経営の推進 <input type="checkbox"/> 必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加	<input type="checkbox"/> 地域社会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"/> メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加						

## 2 計画の性格

この計画は、大町市第5次総合計画を上位計画とし、市民の健康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。今回の目標項目に関連する、国・県・市で策定された各種計画との十分な整合性を図るものとします。（図表1・別表Ⅱ）

**図表1 関連する法律と各種計画**

法 律	長野県が策定した計画	大町市が策定した計画
健康増進法	第4次長野県健康増進計画	第3次大町市健康増進計画「健康おおまち21（第3次）」
高齢者の医療の確保に関する法律	第3期信州保健医療総合計画	大町市国民健康保険第4期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		長野県歯科口腔保健推進計画
母子保健法 成育基本法		第3次すこやか親子21（長野県母子保健計画）
アルコール健康障害対策基本法		長野県依存症対策推進計画（旧：アルコール健康障害対策推進計画）
医療法		第8次長野県保健医療計画
自殺対策基本法	第4次長野県自殺対策推進計画	第2次大町市いのちを守る推進計画
国民健康保険法		大町市国民健康保険第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）
次世代育成支援対策推進法	長野県子ども・若者支援総合計画	大町市子ども・子育て支援事業計画
介護保険法	長野県高齢者プラン	第9期大町市高齢者福祉計画
食育基本法	長野県食育推進計画	第4次大町市食育推進計画
		第5次大町市生涯学習推進プラン

## 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、設定した目標に対し6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組みを推進するため、全市民を対象とします。

基本とする法律の概要

健康増進計画		保健事業実施計画 (データヘルス計画)		特定健康診査等実施計画		医療費適正化計画		医療計画 (地域医療構想含む)		介護保険事業(支援)計画	
法律	健康増進法 第9条、第6条、健康増進事業実施法(※)	国民健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法	国民健康保険法 第82条、健康増進法 第150条、第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	厚生労働省 健康局 令和15年度予算 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和15年度予算 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和15年度予算 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和15年度予算 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
基本的な指針	健康増進法 第9条、第6条、健康増進事業実施法(※)	国民健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法	国民健康保険法 第82条、健康増進法 第150条、第125条	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	厚生労働省 健康局 令和15年度予算 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和15年度予算 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和15年度予算 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 健康局 令和15年度予算 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
根拠・期間	令和16～17年(12年) 2024年～2029年	令和16～11年(6年) 2024年～2029年	令和16～11年(6年) 2024年～2029年	令和16～11年(6年) 2024年～2029年	令和16～11年(6年) 2024年～2029年	令和16～11年(6年) 2024～2029年	令和16～9年(3年) 2024～2026年	令和16～11年(6年) 2024～2029年	令和16～11年(6年) 2024～2029年	令和16～9年(3年) 2024～2026年	令和16～9年(3年) 2024～2026年
計画策定者	都道府県、義務、市町村、努力義務	都道府県、義務、市町村、努力義務	都道府県、義務、市町村、努力義務	都道府県、義務、市町村、努力義務	都道府県、義務、市町村、努力義務	都道府県、義務	市町村、義務、都道府県、義務	都道府県、義務	都道府県、義務	市町村、義務、都道府県、義務	市町村、義務、都道府県、義務
基本的な考え方	全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開により実効性を持つ取組の推進を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図る。	加入者の年齢構成、地域的条件的等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	被保険者の健康の保持増進を目的に、健康・医療情報を活用しPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業実施計画を策定、保健事業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条件的等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	加入者の年齢構成、地域的条件的等の実情を考慮し、特定健康診査の効率的かつ効果的に実施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止	持続可能な運営を確保するため、保険者・医療関係者等の協力を得ながら、住民の健康保持・医療の効率的な提供の推進に向けた取組を進める。	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止	地域の実情に応じた介護給付等サービス提供体制の確保及び地域支援事業の計画的な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・重度化防止
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ(幼児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢者を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりに配慮	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢者を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりに配慮	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢者を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりに配慮	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に高齢者を迎える現在の青年期・壮年期世代の生活習慣病の改善、小児期からの健康な生活習慣づくりに配慮	40歳～74歳	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 ※初老期の認知症、早老症、骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、神経変性疾患	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 ※初老期の認知症、早老症、骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、神経変性疾患	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 ※初老期の認知症、早老症、骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、神経変性疾患	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 ※初老期の認知症、早老症、骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、神経変性疾患	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 ※初老期の認知症、早老症、骨粗鬆症、パーキンソン病関連疾患、神経変性疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症(糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	5疾病 糖尿病 脂質異常症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患	5疾病 糖尿病 脂質異常症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患	5疾病 糖尿病 脂質異常症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患	5疾病 糖尿病 脂質異常症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患	5疾病 糖尿病 脂質異常症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患
評価	慢性閉塞性肺疾患(COPD)が ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ、不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD)が ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ、不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD)が ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ、不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD)が ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ、不安)	慢性閉塞性肺疾患(COPD)が ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ、不安)	【人財医療費】 ・医療計画(地域医療構想)に基づく病床機能の分化・連携の推進の成果を反映 【外来医療費】 ①特定健診・保健指導の推進 ②糖尿病の重症化予防 ③後発医薬品の使用促進 ④医薬品の適正使用	①PDCAサイクルの活用による保険者機能強化に向けた体制等(地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等(在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化(介護給付の適正化、人材の確保)	①PDCAサイクルの活用による保険者機能強化に向けた体制等(地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等(在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化(介護給付の適正化、人材の確保)	①PDCAサイクルの活用による保険者機能強化に向けた体制等(地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等(在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化(介護給付の適正化、人材の確保)	①PDCAサイクルの活用による保険者機能強化に向けた体制等(地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等(在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化(介護給付の適正化、人材の確保)	①PDCAサイクルの活用による保険者機能強化に向けた体制等(地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等(在宅医療・介護連携、介護予防、日常生活支援関連) ③介護保険運営の安定化(介護給付の適正化、人材の確保)
補助金等	保健事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	保健事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	保健事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	保健事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	保健事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	保健事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	保健事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	保健事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	保健事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	保健事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金	保健事業支援・評価委員会(事務局、国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金



## 第2章 「健康おおまち21（第2次）」の最終評価

### 1 評価の趣旨

大町市では、「健康おおまち21（第2次）」に基づき、市民の健康づくりを推進してきました。この計画は、平成25年度から令和5年度までの11年間にわたる計画であり、最終評価を行うことにより、目標の達成状況を把握し、今後の取組みに反映することが重要です。

最終評価にあたっては、大町市第5次総合計画を上位計画とし、これまでの取組みや目標とした指標についての評価を行うとともに、市民の健康の増進を守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します。

### 2 評価の方法

最終評価では、科学的根拠に基づいた実態把握が可能な具体的目標53項目のうち、市町村が取組む目標項目について、既存のデータ等を用い評価します（別表Ⅲ）。策定時（策定時データがないものについては中間評価時）と現在の状況について、値を比較しながら目標達成状況を評価します。

### 3 評価の結果

平成25年度から令和4年度までの主な取組み内容及び課題別・項目別の評価について既存のデータ等を用い評価しました（図表2）。

評価を行った結果、「A：改善」は12項目、「B：変わらない」は8項目で、A・Bあわせると全体の47.6%にあたり、目標にむけて更なる対策が必要と思われる状況でした。

図表2 健康おおまち21（第2次）のこれまでの取り組みと評価

分野	項目	これまでの取り組み	策定時の現状値	市の目標値	中間評価値	評価	市の目標値	最終評価値	評価		
がん	① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率 (10万人当たり)	○がん検診受診率向上の取り組み ・検診無料クーポンの配布、若独自で40歳の夫婦ががんおよび、30歳の子宮頸がんを合わせて配布。 ○女性のがん検診への取り組み ・他のがんに比べて平均死亡年齢が若いため、 ①乳がんの検診モデルを活用した自己検診方法の教育の実施 ②超音波検査を主体としたより精度の高い検診の実施 ③20～30代の未申込者への受診券送付による受診勧奨	72.7	平成22年度 減少	60.0	A	減少	平成20～ 令和4年度 103.0	C		
	・胃がん ・肺がん ・大腸がん ・子宮頸がん ・乳がん(検診・マンモグラフィ)	○がん検診の精度管理への取り組み ・国のガイドラインに基づき、毎年年度別がん登録 (H26子宮頸がん判定方法変更、H28胃内視鏡検査の受診間隔変更)	男性 14.4% 女性 13.1% 男性 20.1% 女性 24.9% 男性 24.9% 女性 25.4% 女性 27.6% 女性 45.2%	平成27年度 減少	平成28年度 平成29年度 平成30年度 平成31年度 平成32年度 平成33年度 平成34年度	平成27年度 平成28年度 平成29年度 平成30年度 平成31年度 平成32年度 平成33年度 平成34年度	男性 12.3% 女性 10.8% 男性 21.6% 女性 24.0% 男性 19.0% 女性 21.2% 男性 19.1% 女性 30.4%	平成28年度 平成29年度 平成30年度 平成31年度 平成32年度 平成33年度 平成34年度	男性 26.6% 女性 25.0% 男性 20.8% 女性 24.0% 男性 21.7% 女性 24.3% 男性 22.8% 女性 32.3%	平成28年度 平成29年度 平成30年度 平成31年度 平成32年度 平成33年度 平成34年度	A C C C
循環器系	① 脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ・脳血管疾患 ・虚血性心疾患	○検診体制整備の取り組み ・検診委託機関の一本化による効果的な検診の実施 ・検診料金の自己負担無料化 ・集団検診のみならず、検診との同時実施 ・検診実施を休日・夜間に実施 ・心電図測定検査の検診料金を引き下げ ・心電図検査の個別医療機関での実施 ○特定健康診査率向上の取り組み ・年代や健康診査申込み状況に合わせた受診勧奨実施 (訪問、電話、通知、アンケート等) ・各団体への健康診査の重要性に関する普及啓発等 (健康づくり推進員、学校PTA、地区健康相談等)	男性 46.4 女性 28.7 男性 26.4 女性 11.0	平成18年～ 平成22年の 5年間 男性 41.7 女性 26.2 男性 23.8 女性 9.9	平成28年～ 平成32年の 5年間 男性 29.4 女性 20.6 男性 20.3 女性 8.2	平成23年～ 平成27年の 5年間 男性 41.7 女性 26.2 男性 23.8 女性 9.9	A A	平成28年～ 平成32年の 5年間 男性 47.3 女性 34.8 男性 64.8 女性 19.8	平成30年～ 令和4年の 5年間 C C		
	② 高血圧 ・収縮期血圧値(平均値) ・高血圧(140/90mmHg以上)の者の割合	○その他の取り組み ・国生食生活と中央健康センターの保健師、栄養士を同一係内に配置し、 一体的な取り組みを推進(H26～) ・先取り検診(18～39歳)の実施と若い世代への健康診査PR ・人間ドック加成額の一部引き上げ	28.0%	平成23年度 減少	平成34年度 減少	平成28年度 平成29年度 平成30年度 平成31年度 平成32年度 平成33年度 平成34年度	D C	平成34年度 減少	平成28年度 平成29年度 平成30年度 平成31年度 平成32年度 平成33年度 平成34年度	判定なし 判定なし 判定なし 判定なし 判定なし 判定なし 判定なし 判定なし	D C D C C C C C
糖尿病	③ 脂質異常症 ・総コレステロール値(40mg/dl以上の者の割合) ・LDLコレステロール値(160mg/dl以上の者の割合) ④ メタボリックシンドローム予備群、該当者の割合	○効果的な保健指導の取り組み ・集団検診受診者へ結果報告会(個別指導)の開催 ・個別検診受診者へ保健指導(訪問、電話等)の継続 ・検診結果に基づき、効果的な保健指導の実施、健康記録ファイル配布 ・高血圧者に尿中糖分測定の実施と減塩に関する学習会開催 ・あらゆる機会(健康相談等)を通して生活習慣病予防、 重症化予防の普及啓発(家庭血圧測定器の普及啓発、血圧手帳の配布、 心原性脳梗塞予防の普及啓発等)	8.4% 該当者 16.6% 予備群 9.1%	平成23年度 減少	平成34年度 減少	平成28年度 平成29年度 平成30年度 平成31年度 平成32年度 平成33年度 平成34年度	D C B	平成34年度 減少	平成28年度 平成29年度 平成30年度 平成31年度 平成32年度 平成33年度 平成34年度	判定なし 判定なし 判定なし 判定なし 判定なし 判定なし 判定なし 判定なし	D C B C C C C C
	⑤ 特定検診・特定保健指導の実施率 ・特定健康診査率 ・特定保健指導実施率	○その他の取り組み ・国生食生活と中央健康センターの保健師、栄養士を同一係内に配置し、 一体的な取り組みを推進(H26～) ・先取り検診(18～39歳)の実施と若い世代への健康診査PR ・人間ドック加成額の一部引き上げ	30.8% 25.2%	平成23年度 法定報告 減少	平成29年度 減少	平成28年度 法定報告 A A A C C	A A A C C	平成29年度 減少	平成28年度 法定報告 平成34年度 法定報告 A A A C C	平成28年度 法定報告 平成34年度 法定報告 平成34年度 法定報告 平成34年度 法定報告 平成34年度 法定報告	46.9% 57.2% 4人 71.6% 1.1% 10.1%

【評価区分】 A：改善 B：変わらない C：悪化 D：評価困難

分野	項目	これまでの主な取り組み	策定時の現状値	市の目標値	市の中間評価値	評価	市の目標値	最終評価値	評価
次世代の健康・食生活	① 適正体重を維持している者の割合 (肥満、やせの減少)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○低出生体重児予防の取り組み                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・妊婦届出時個別面談、ハイリスク者への保健指導の実施</li> <li>・西郷学級時保健指導、衛生教育、妊婦たよりの啓発</li> <li>・適正体重増加や栄養摂取のため栄養教育や相談、体の学習等実施</li> <li>・妊婦一般健康診査の受診勧奨</li> </ul> </li> <li>○肥満傾向にある子どもとの割合の減少への取り組み                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・小児期からの生活習慣病予防事業の実施、保健指導の実施(小5、中2)</li> <li>・学校保健委員会における体活共有</li> </ul> </li> <li>○健康状態に合わせた栄養指導・栄養教室の実施                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・各種健康診査実施後、個人の状態に応じた保健指導の実施</li> <li>・地区や市民団体での行事において、対象者の特性に応じた食と健康に関する講話や相談を実施</li> <li>・ベンチマークによる野菜摂取量測定の実施</li> <li>・広報等を通じて、市民に向けて健診や食に関する情報を普及・啓発</li> </ul> </li> </ul>	把握できず	減少	平成28年度 11.9%	D	減少	12.1%	B
	・ 20歳代女性のやせの者の割合 (妊婦届出時のやせの者の割合)		平成23年度 低体重児 5.8%	減少	平成28年度 低体重児 10.0%	C	減少	低体重児 10.0%	C
	・ 全出生数中の低出生体重児の割合		平成23年度 極低体重児 0.00%	減少	平成28年度 極低体重児 0.0%	B	減少	極低体重児 1.8%	C
	・ 肥満傾向にある子どもの割合 (小学校5年生の中等度、高体重傾向児の割合)		平成23年度 男児 4.72%	減少	平成28年度 男児 5.6%	C	減少	男児 5.1%	C
	・ 20～60歳代男性の肥満者の割合		平成23年度 女児 1.57%	減少	平成28年度 女児 5.4%	C	減少	女児 3.3%	C
	・ 40～60歳代女性の肥満者の割合		平成23年度 29.4%	減少	平成28年度 32.0%	C	減少	36.5%	C
	・ 低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合 の増加の抑制		平成23年度 17.3%	減少	平成28年度 23.3%	C	減少	23.0%	C
	② 日常生活における歩数 (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)		平成23年度 20.0%	減少	平成28年度 18.3%	A	減少	19.8%	B
	③ 運動習慣者の割合 (20～64歳)		平成23年度 65.0%	増加	平成28年度 65.4%	C	増加	65.5%	A
	④ 65歳以上		平成23年度 63.4%	増加	平成28年度 69.1%	C	増加	65.3%	C
⑤ 運動習慣者の割合 (20～64歳)	平成23年度 29.8%	増加	平成28年度 28.1%	C	増加	27.7%	B		
⑥ 65歳以上	平成23年度 21.9%	増加	平成28年度 18.7%	C	増加	22.8%	B		
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 (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)	平成23年度 11.4%	減少	平成28年度 11.2%	B	減少	15.8%	C	
	② 妊婦中の飲酒者の割合	平成23年度 7.3%	0%	平成28年度 2.7%	D	0%	14.1%	C	
	③ 未成年の飲酒者の割合	把握できず	防止する	平成28年度 中1男 16.9%	D	防止する	中1男 16.9%	A	
喫煙	① 喫煙者 (喫煙をやめた者がやめる)	平成23年度 21.0%	減少	平成28年度 28.4%	C	減少	23.1%	B	
	② 妊婦中の喫煙者の割合	平成23年度 4.1%	0%	平成28年度 6.5%	A	0%	4.2%	A	
	③ 未成年の喫煙者の割合	把握できず	防止する	平成28年度 中1男 1.1%	D	防止する	中1男 4.1%	C	

【評価区分】 A：改善 B：変わらぬ C：悪化 D：評価困難

第2章「健康おおまち21（第2次）」の最終評価

分野	項目	これまでの主な取り組み	策定時の現状値	市の目標値	市の中間評価値	評価	市の目標値	最終評価値	評価
歯・口腔の健康	① 歯周病を有する者の割合 ・ 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合(4mm以上の歯周ポケット) ・ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合(4mm以上の歯周ポケット)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○歯科保健対策の推進                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・地区の健康相談や介護予防事業における、嚥下機能・咀嚼機能の向上等、口腔機能の維持向上の教育。</li> <li>・家族全体の歯周予防、歯周病予防への意識づけのため、2歳児健診での保護者歯科検診の実施。</li> </ul> </li> <li>○専門家による定期管理と支援の推進                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定年齢へ歯周病検診及び、妊婦歯科検診の実施。</li> <li>・乳幼児歯科検診、歯科保健指導の実施。</li> </ul> </li> </ul>	37.5%	25%	52.2%	C	25%	42.9%	C
	② 乳幼児・学童期のう蝕のない者の割合 ・ 3歳児でう蝕がない者の割合 ・ 12歳児の1人平均う蝕数(永久歯)		61.1%	45%	74.1%	C	45%	63.6%	C
	③ 過去1年間に歯科検診を受診した者(歯周病疾患検診受診者数)		把握できず	増加 減少	89.0% 0.4本	平成28年 平成28年	A A	増加 減少	平成34年 平成34年
高齢者	① 健康寿命延伸による要介護認定者 ・ 介護保険サービス利用者数	<ul style="list-style-type: none"> <li>○健康寿命の延伸による要介護認定者減少への取り組み                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・健康教室や健康相談の場において生活習慣病予防や認知症予防、健康増進に向けての講話の実施</li> <li>・介護予防事業において、筋力向上のための運動や栄養、口腔機能向上に向けての講話の実施</li> </ul> </li> </ul>	1507人	1800人	1829人	C	1800人	1703人	A
こころの健康	① 自殺死亡率(人口10万人当たり)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○こころの健康に関する教育の推進                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・「グートキープ」養成講座を毎年開催。</li> <li>・心の健康と病状に対する正しい知識の普及</li> <li>・中学生を対象にSCSの出し方に関する教育の実施</li> <li>・メンタルチェックシステムによる体温計の活用</li> </ul> </li> <li>○専門医による相談事業への紹介                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師による個別相談および、関係機関への紹介。</li> <li>・関係機関との連絡会の開催。</li> </ul> </li> </ul>	13.1	減少	16.8	C	減少	18.5	C
休養	① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合	<ul style="list-style-type: none"> <li>○睡眠と健康に関する教育の推進                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診等の問診項目に基づき、必要な方への保健指導。</li> <li>・睡眠に関する講演会の実施および、有酸素運動等の啓発。</li> </ul> </li> </ul>	61.9%	減少	12.2%	D	減少	24.7%	A

【評価区分】 A：改善 B：変わらなない C：悪化 D：評価困難



# 第3章 大町市の概況と特性

## 1 健康に関する概況

図表3 国・県と比べた大町市の位置

国・県より比較し、課題となるもの

項目		国 (令和2年度)		長野県 (令和2年度)		大町市 (令和2年度)				
1	人口動態	総人口	126,146,099 人		2,048,011 人		26,029 人			
		65歳以上人口	36,026,632 人		654,562 人		10,128 人			
		75歳以上人口	18,601,808 人		355,620 人		5,588 人			
		R2国勢調査	高齢化率	28.6 %	32.0 %	38.9 %	21.5 %			
	平均寿命	男性	81.5		82.7		81.8			
	女性	87.6		88.2		88.6				
	平均自立期間 (要介護2以上)	男性	79.8		81.0		80.4			
	女性	84.0		84.9		84.7				
2	死亡の状況	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	69.6 男性:85.6 女性:54.9	1位	57.6 男性:67.9 女性:48.1	1位	82人	103.0 男性:141.1 女性:65.5	
		心疾患	2位	男性:190.1 女性:109.2	男性:2位 女性:3位	男性:169.5 女性:92.9	3位	50人	男性:187.7 女性:80.5	
		脳血管疾患	男性:3位 女性:4位	男性:93.8 女性:56.4	男性:3位 女性:4位	男性:95.9 女性:65.8	5位	20人	男性:47.3 女性:34.8	
	自殺	男性:9位 女性:順位なし	男性:22.6 女性:10.3	男性:9位 女性:順位なし	男性:24.2 女性:11.1		5人	男性:30.1 女性:9.2		
早世予防からみた死亡 (64歳以下)	合計	125,335人 9.1%		1,777人 7.0%		25人 7.0%				
	男性	82,929人 11.7%		1,144人 9.0%		17人 8.6%				
	女性	42,404人 6.4%		633人 5.0%		8人 5.0%				
3	介護保険	要介護認定者	6,818,244人		114,181人		1,773人			
		1号被保険者の認定 (1号認定者/1号人口)	6,688,653人	18.7%	112,511人	17.2%	1,745人	17.1%		
		2号被保険者の認定 (2号認定者/2号人口)	129,591人	0.31%	1,670人	0.25%	28人	0.32%		
		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)	268,100円		273,600円		295,216円			
	介護給付費総額 (1号の介護給付・予防給付)	9,437,942,416,000円		176,907,236,000円		2,883,080,716円				
4	後期高齢者医療	被保険者数	18,065,263人		356,475人		5,670人			
		1人あたり医療費	917,124円		818,902円		827,225円			
		医療費総額	16,568,085,126,000円		291,918,009,558円		4,690,365,391円			
5	国保の状況	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		うち 65~74歳	12,188,854人	41.3%	217,521人	45.7%	3,161人	50.6%		
		40~64歳	9,578,055人	32.5%	149,986人	31.5%	1,896人	30.3%		
		39歳以下	7,729,727人	26.9%	108,343人	22.8%	1,192人	19.1%		
	加入率	23.5 %		22.8 %		22.6 %				
医療費の状況	医療費の状況 (療養費 概算)	医療費総額	医療費(概算)	1人あたり	医療費(概算)	1人あたり	1人あたり			
		9,816,800,000,000円	370,371円	159,834,743,000円	364,973円	385,323円	県内15位			
		一般	9,755,910,459,792円	330,607円	159,830,978,000円	364,967円	385,321円	県内15位		
	退職	696,961,784,076円	2,600,214円	3,765,000円	1,255,119円	14,670円	県内26位			
医療の状況	医療の状況 (令和2年5月診療分レセプトより)	治療者数	全治療者に占める割合	総人数に占める割合	治療者数	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			15,749人	9.3%	3.3%	255人	11.1%	4.1%
		脳血管疾患			17,410人	10.3%	3.6%	309人	13.5%	4.9%
		脂質異常症			80,459人	47.6%	16.7%	1,143人	49.8%	18.2%
		糖尿病			47,333人	28.0%	9.8%	651人	28.4%	10.4%
		高血圧症			90,763人	53.7%	18.8%	1,273人	55.5%	20.3%
人工透析			1,529人	0.90%	0.32%	23人	1.00%	0.37%		
6	特定健診	健診受診者数	6,189,888人		130,662人		2,027人			
		受診率	33.7 %		41.5 %		45.4 %			
		令和2年度法定報告	特定保健指導終了率	197,416人		8,299人		147人		
		実施率	27.9 %		60.8 %		66.2 %			
7	出生	出生数	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		840,835人	6.8 (人口千対)	12,864人	6.4 (人口千対)	142人	5.5 (人口千対)			
		低体重児 (2,500g未満)	77,539人	9.2 (出生百対)	1,237人	9.6 (出生百対)	16人	11.2 (出生百対)		
		極低体重児 (1,500g未満)	6,228人	0.7 (出生百対)	106人	0.8 (出生百対)	0人	0.0 (出生百対)		

(1) 人口構成

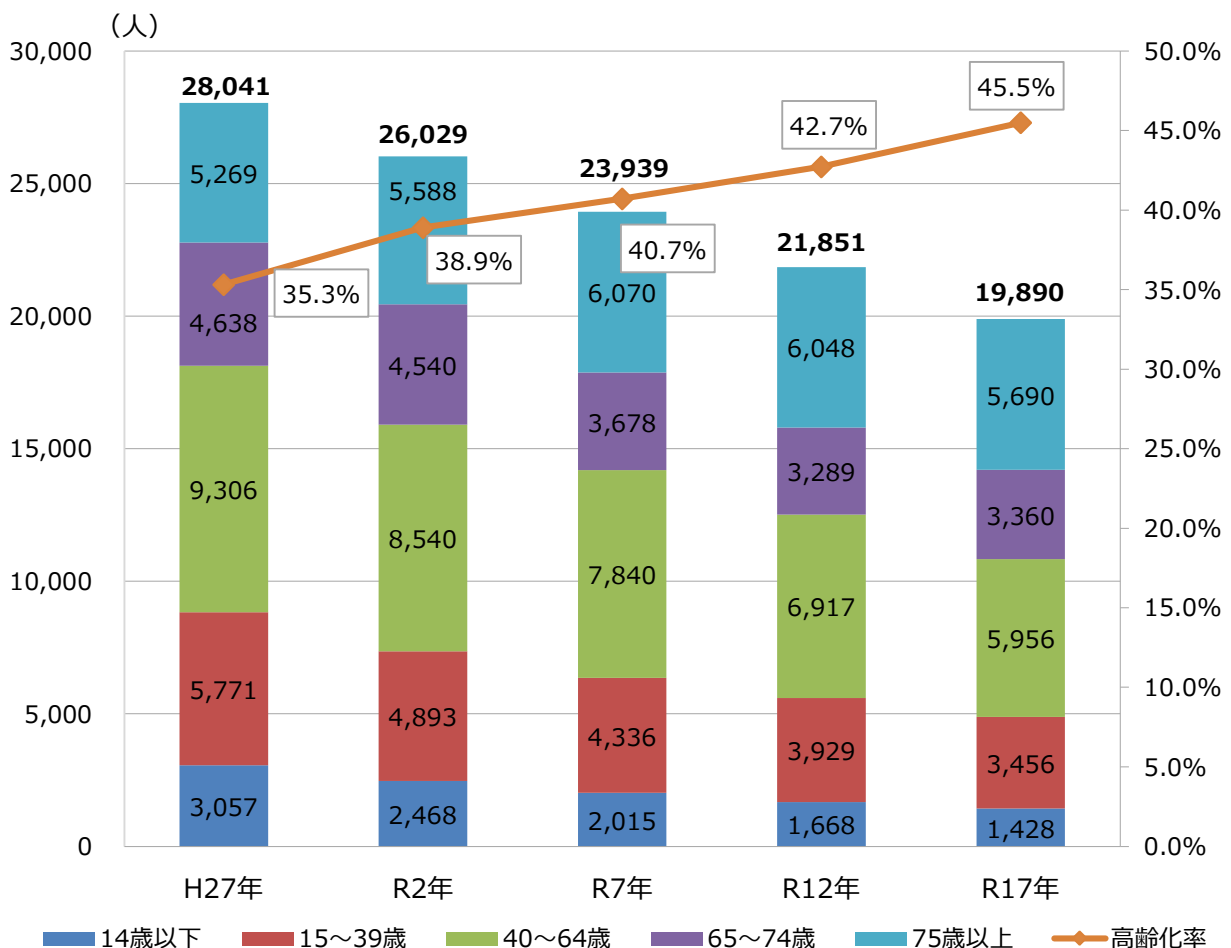
大町市の人口(国勢調査)は、平成 17 年以降減少し、令和 2 年には 26,029 人となっています。人口構成では、64 歳以下人口が平成 22 年から令和 2 年までの 10 年間に、4,766 人減少し、65 歳以上人口は同期間で 994 人増加しています。

また、高齢化率は平成 22 年には 30.6%であったものが、令和 2 年には 38.9%となり、10 年間で 8 ポイント高くなっており、全国(28.6%)や長野県(32.0%)に比べて高齢化が進行し、75 歳以上の割合も同様に国・県に比べ高くなっています。

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

今後もさらにその傾向が強まると予測されます(図表 4)。

図表 4 人口の推移と推計



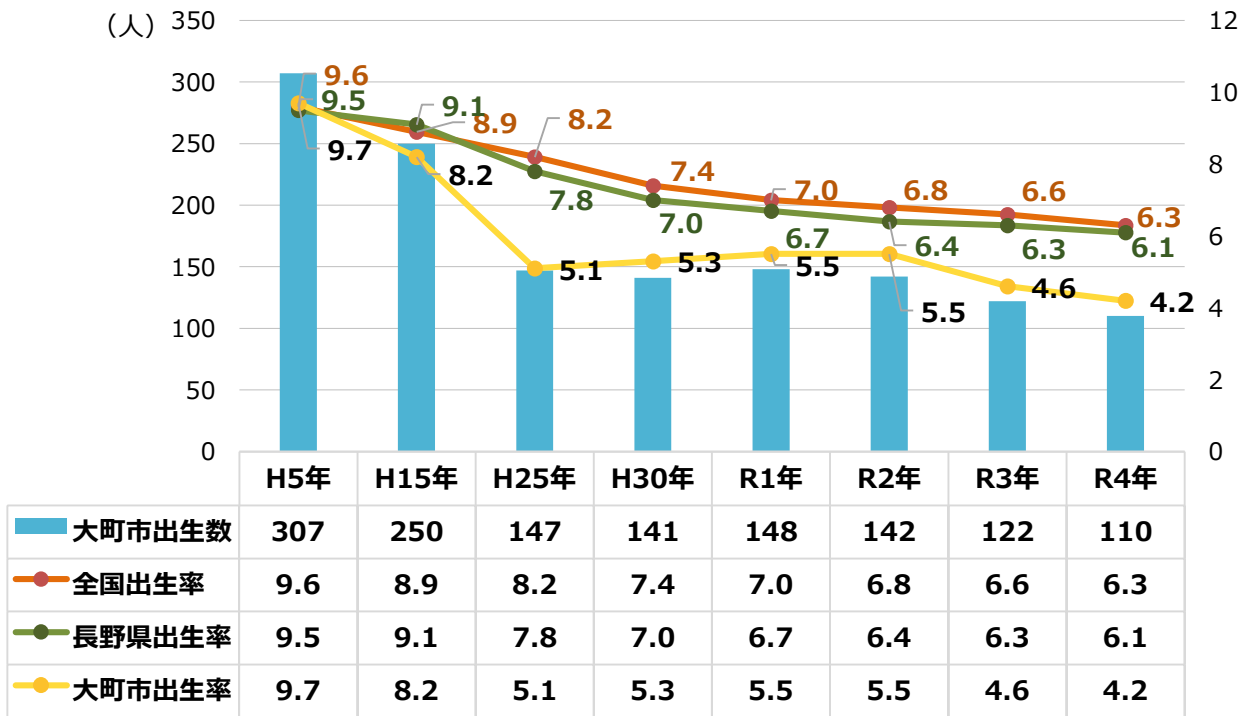
資料：平成 27・令和 2 年 国勢調査 (合計人数に年齢不詳者数含む)  
 令和 7・12・17 年 国立社会保障・人口問題研究所『日本の市区町村別将来推計人口』(令和 5 年推計)

※以降、図表中 H○、R○の表記は年度(4月から翌年3月)、H○年、R○年の表記は1月から12月

(2) 出生

出生率は、年によってばらつきはありますが、減少傾向にあります。全国・県と比較しても低い状況です（図表5）。

図表5 出生数・出生率の年次推移



(人口動態統計・長野県衛生年報・保健センター集計値)

(3) 死亡

主要死因を全国、長野県と比較すると、年齢調整死亡率<sup>1</sup>では心疾患・脳血管疾患は男女ともに低く、悪性新生物では男女共、全国、長野県より高くなっています（図表3）。

平成30年と令和4年の比較では、生活習慣病<sup>2</sup>の悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の割合は、47.1%から38.7%へと減少してきています（図表6）。

図表6 主要死因の変化

H30年					R4年						
年度	人口		死亡者総数		死亡率	年度	人口		死亡者総数		死亡率
全体	27,741		350		1261.7	全体	26,238		426		1623.6
死亡原因	疾患名	死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合		疾患名	死亡者数	死亡率	全死亡に占める割合		
	1位 悪性新生物	93	335.2	26.6%	47.1%	1位 老衰	98	373.5	23.0%	38.7%	
	2位 老衰	70	252.3	20.0%		2位 悪性新生物	83	316.3	19.5%		
	3位 心疾患	61	219.9	17.4%		3位 心疾患	66	251.5	15.5%		
	4位 肺・気管支炎	36	129.8	10.3%		4位 肺炎	40	152.5	9.4%		
	5位 脳血管疾患	11	39.7	3.1%		5位 脳血管疾患	16	61.0	3.8%		
自殺	3	10.8	0.9%		自殺	7	26.7	1.6%			

<sup>1</sup> 年齢調整死亡率：年齢構成が異なる地域間で死亡状況の比較ができるように、年齢構成を調整した死亡率

<sup>2</sup> 生活習慣病：食生活や喫煙、運動不足など生活習慣との関係が大きい病気



また、早世(64歳以下)死亡については、平成30年との比較では若干増加していますが、全国や県と比較すると低い状況となっています(図表7)。

図表7 64歳以下死亡の割合 (%)

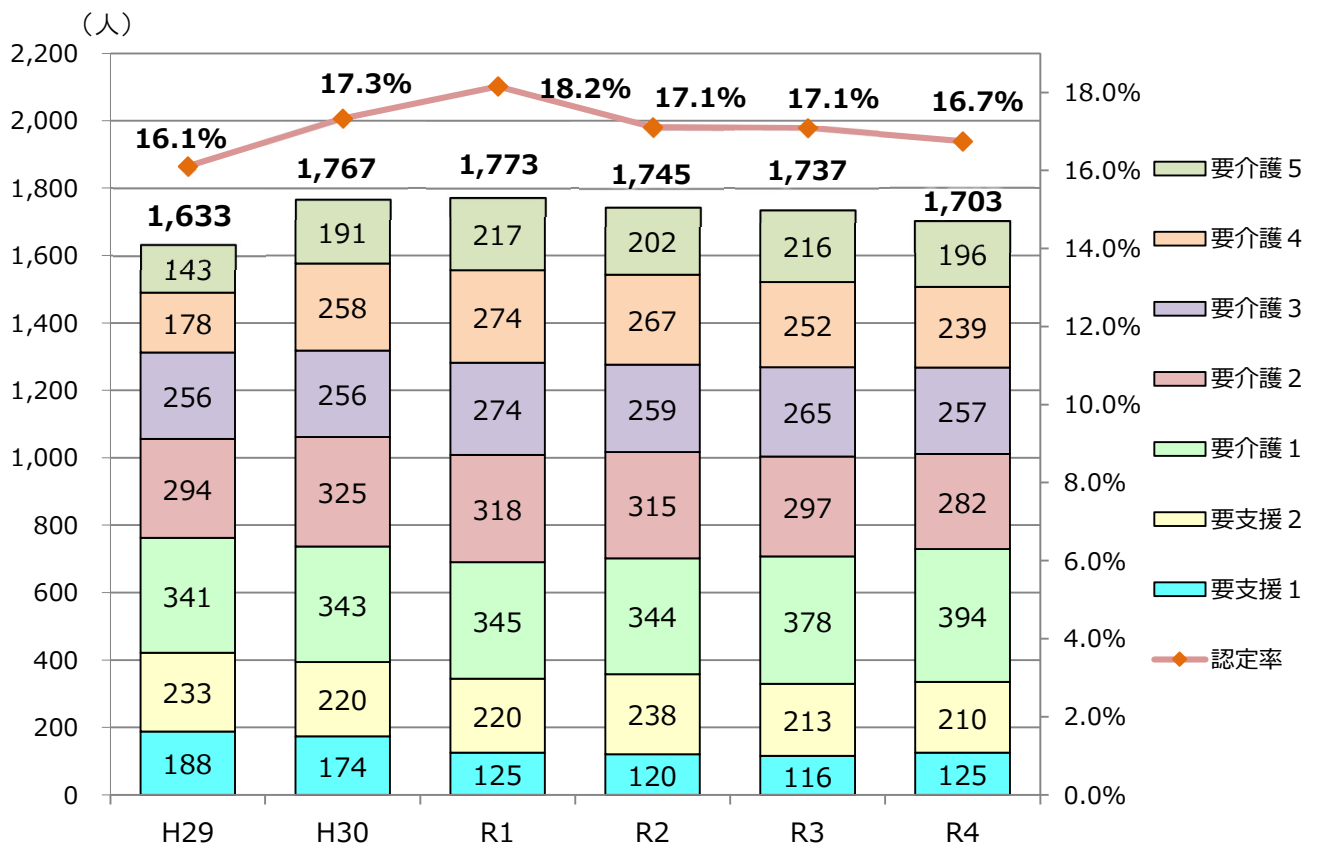
	H30年			R4年		
	総数	男性	女性	総数	男性	女性
全国	9.5	12.2	6.6	8.2	10.6	5.7
長野県	7.4	9.9	5.0	6.5	8.3	4.7
<b>大町市</b>	<b>4.9</b>	<b>7.7</b>	<b>1.8</b>	<b>5.4</b>	<b>7.8</b>	<b>2.6</b>

(大町市死亡統計)

(4) 介護保険

令和2年度介護保険認定率を国、県と比較すると1号被保険者(65歳以上)はやや低く、2号被保険者(40~64歳)はやや高めとなっています(図表3)。また1号被保険者の認定者の推移をみると令和1年度をピークに若干減少しています(図表8)。

図表8 1号被保険者の認定者の推移



(北アルプス広域連合統計)

介護保険認定者原因疾患を見ると、前期高齢者までは脳血管疾患、後期高齢者では認知症、脳血管疾患、骨・関節疾患で約6割を占めています（図表9）。

図表9 要介護認定に至った年代別原因疾患の状況（R4）

	2号被保険者			1号被保険者								
	～64歳			65～74歳			75～84歳			85歳～		
	疾患名	人数	%	疾患名	人数	%	疾患名	人数	%	疾患名	人数	%
1位	脳血管疾患	11	61.1	脳血管疾患	33	27.5	認知症	101	24.3	認知症	309	26.5
2位	骨・関節	2	11.1	精神疾患	13	10.8	脳血管疾患	74	17.8	骨・関節	267	22.9
3位	難病	2	11.1	認知症	10	8.3	骨・関節	57	13.7	脳血管疾患	153	13.1
認定者総数		18			120			416			1,167	

（大町市地域包括支援センター資料）

2号被保険者（40～64歳）の認定者数は、平成30年度から同程度で推移していますが、令和4年度は減少しました。要介護状態に至った疾患をみると、脳出血・脳梗塞の割合が60%以上と高く、特に脳出血が高い状況です（図表10）。

また、新規認定者数は年度によりばらつきがありますが、令和4年度は新規認定者がいませんでした。

図表10 2号被保険者要介護（要支援）認定者数の推移と原因疾患

年度	H30	R1	R2	R3	R4
認定者数(a) (人)	25	27	28	26	18
脳出血	10	13	14	15	9
脳梗塞	4	6	5	2	2
小計(b)	14	19	19	17	11
率(b/a) %	56.0	70.4	67.9	65.4	61.1
その他の疾患	11	8	9	9	7

新規認定者の状況

年度	H30	R1	R2	R3	R4
認定者数(人)	25	27	28	26	18
新規認定者数(a)	2	5	4	6	0
うち脳血管疾患(b)	0	4	2	4	0
率(b/a) %	0.0	80.0	50.0	66.7	0.0

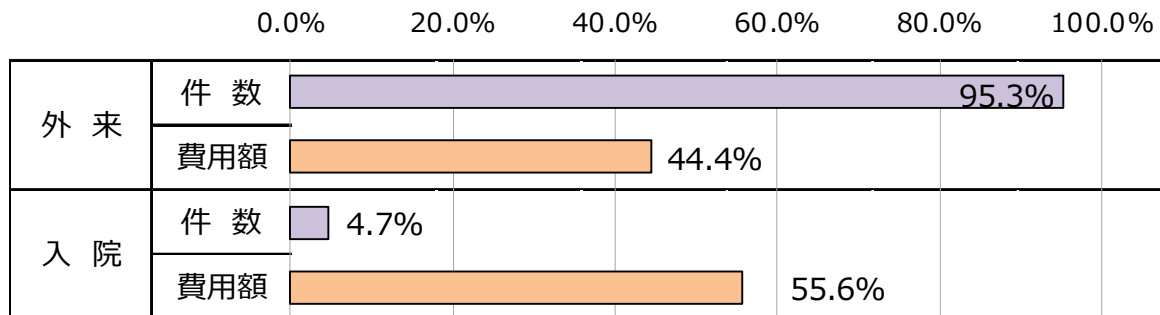
（大町市地域包括支援センター資料）

(5) 後期高齢者医療保険

後期高齢者の一人あたりの医療費は 827,225 円（県内 26 位）で全国より低くなっていますが、県と比較して一人あたり 8,323 円高くなっています（図表 3）。

令和 4 年度の入院と外来の医療費用額は、入院件数 4.7%に対し、入院費用額が 55.6%となっています（図表 11）。医療費の疾患内訳をみると入院・外来とも循環器疾患が多い状況です（図表 12）。

図表 11 後期高齢者医療保険 外来・入院件数別 医療費割合（R4）



図表 12 後期高齢者医療費の疾患内訳

入院			外来		
1位	循環器（脳梗塞、脳出血、不整脈等）	23.8%	1位	循環器（脳梗塞、脳出血、不整脈等）	21.4%
2位	筋骨格	14.8%	2位	尿路性器（腎不全、前立腺肥大等）	12.6%
3位	呼吸器	11.8%	3位	内分泌（糖尿病、脂質異常症等）	12.3%
4位	悪性新生物	10.9%	4位	筋骨格	11.4%

（令和 4 年度 KDB システム）

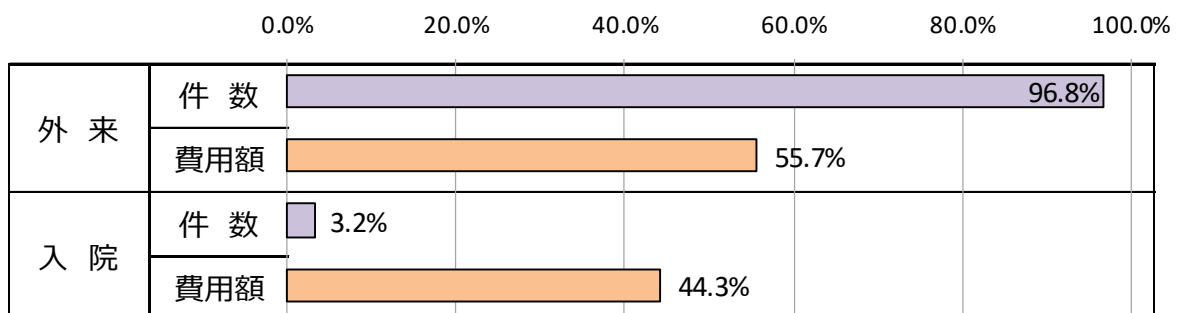
(6) 国民健康保険

大町市国民健康保険（以下「国保」という）加入者は減少傾向にあり、また、全国や県と比べ前期高齢者(65歳～74歳)の占める割合は 50.6%と高く、令和 2 年度は、平成 27 年度よりも 7.8%高くなっています（図表 3）。今後も高齢化の状況は続くと予測されます。

また、国保加入者の一人当たりの医療費は 385,323 円で、全国や県より高く、令和 2 年度は県内 15 位でした（図表 3）。

さらに、国保の令和 4 年度の医療費を入院と外来で比べると、入院では件数割合 3.2%に対し、費用額割合は全体の 44.3%が使われていました（図表 13）。

図表 13 国民健康保険 外来・入院件数別 医療費割合（R4）



（令和 4 年度 KDB システム）

令和4年度中、1ヵ月100万円以上の高額診療報酬明細（レセプト）で入院は220件でした。そのうち予防可能な循環器疾患43件の中では、脳血管疾患が21件（9.5%）で最も多く、その基礎疾患をみると、高血圧症の人が62.8%いました（図表14）。

図表14 高額医療（1ヵ月100万円以上）からみた疾患別比較（R4.3～R5.2）

		合計	循環器疾患				悪性 新生物	整形 疾患	その他
			虚血性 心疾患	脳血管 疾患	大血管	閉塞性 動脈硬化			
合計	件数	220	9	21	13	0	50	42	85
	割合	100%	4.1%	9.5%	5.9%	0.0%	22.7%	19.1%	38.6%



循環器疾患43件の基礎疾患内訳

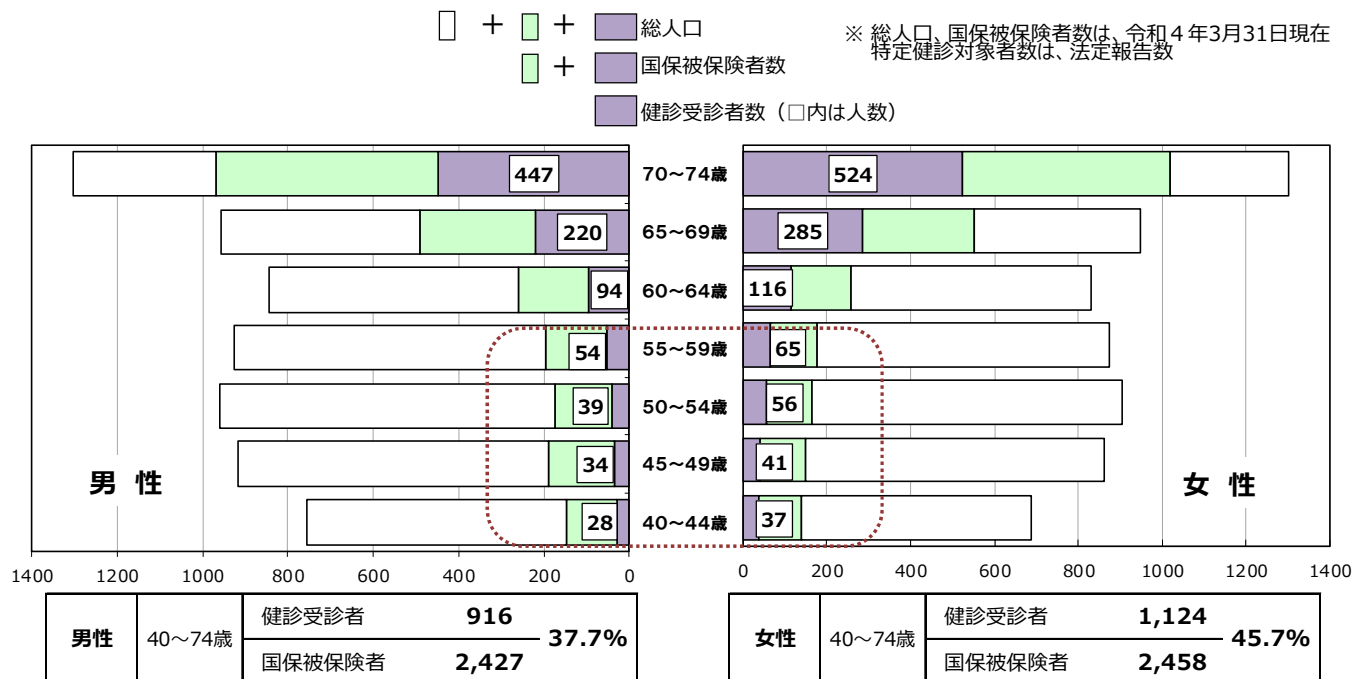
	高血圧	糖尿病	脂質異常症
人数	27	9	24
割合	62.8%	20.9%	55.8%

(7) 健康診査等（先取り健診（18歳～39歳）、健康増進法健診、国保保険者による特定健康診査（以下「特定健診」という）、後期高齢者健診）

令和4年度の健診受診状況をみると、特定健診では40～59歳の働き盛りの年代の受診者が少なく、また、職場健診を実施している人がいることも考えられますが、男性の受診者、先取り健診の受診者が少ない状況です（図表15）。

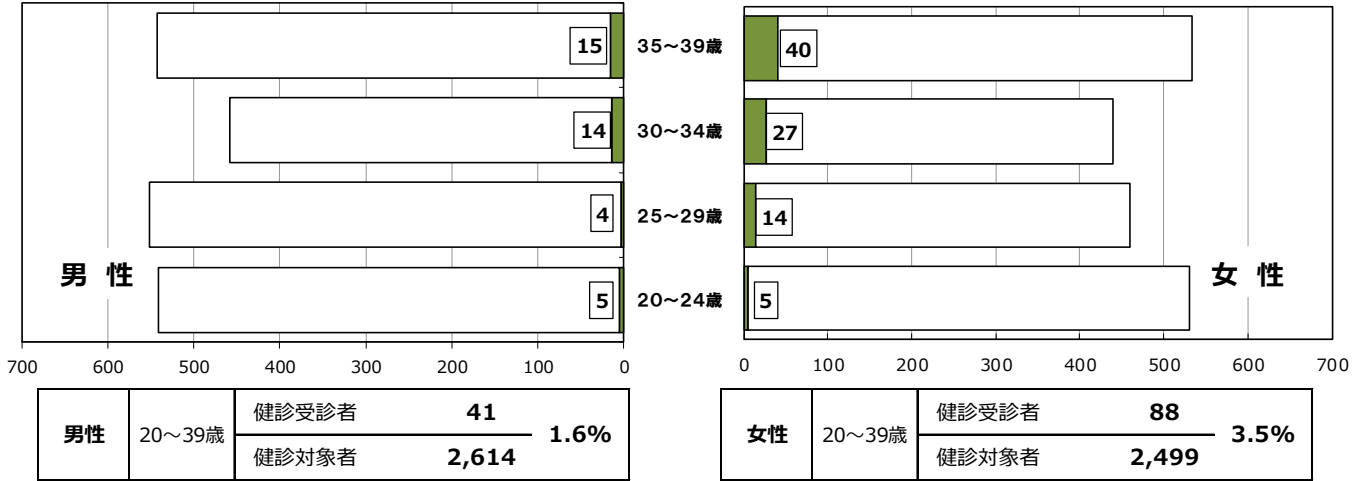
図表15 特定健診及び先取り健診の年齢別・性別受診状況

大町市の特定健診受診状況（令和4年度）



大町市の先取り健診受診状況（令和4年度）

+ ■ 総人口（健診対象者数） ※ 総人口（健診対象者数）は、令和4年3月31日現在  
■ 健診受診者数（□内は人数）



有所見者状況を見ると、特定健診では、男性・女性ともに血糖値、HbA1c の値が高い方の割合が多く、特に 40~64 歳の男性では、BMI25 以上の割合が高く、尿酸・LDL コレステロール値が高くなっています（図表 16）。先取り健診では、男性の LDL コレステロール値が高い傾向です（図表 17）。

図表 16 特定健診（40~74 歳）の有所見者状況

性別	受診者数	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国		34.2	55.3	28.1	21.4	7.2	23.547	36.8	37.042	57.9	9.031	14.1	28.324	44.2	17.341	27.1	29.660	46.3	1.550	2.4						
県		20,119	31.4	32,710	51.1	17,561	27.4	13,377	20.9	4,918	7.7	23,547	36.8	37,042	57.9	9,031	14.1	28,324	44.2	17,341	27.1	29,660	46.3	1,550	2.4	
大町市	合計	826	27.6	33.4	444	53.8	232	28.1	167	20.2	62	7.5	350	42.4	489	59.2	112	13.6	367	44.4	220	26.6	360	43.6	23	2.8
	40-64	218	85	39.0	119	54.6	70	32.1	68	31.2	19	8.7	81	37.2	93	42.7	41	18.8	74	33.9	68	31.2	114	52.3	4	1.8
	65-74	608	191	31.4	325	53.5	162	26.6	99	16.3	43	7.1	269	44.2	396	65.1	71	11.7	293	48.2	152	25.0	246	40.5	19	3.1
女性	受診者数	25以上	90以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3以上													
全国		21.4	18.8	15.6	9.0	1.2	21.9	56.6	1.8	45.4	16.9	54.0	0.3													
県		15,110	20.3	12,731	17.1	11,887	15.9	6,573	8.8	1,202	1.6	17,800	23.9	42,292	56.7	1,336	1.8	31,164	41.8	13,419	18.0	40,088	53.8	204	0.3	
大町市	合計	998	23.4	18.4	188	18.8	103	10.3	21	2.1	285	28.6	616	61.7	11	1.1	443	44.4	151	15.1	510	51.1	4	0.4		
	40-64	265	64	24.2	52	19.6	44	16.6	29	10.9	8	3.0	46	17.4	127	47.9	5	1.9	69	26.0	41	15.5	128	48.3	0	0.0
	65-74	733	170	23.2	132	18.0	144	19.6	74	10.1	13	1.8	239	32.6	489	66.7	6	0.8	374	51.0	110	15.0	382	52.1	4	0.5

図表 17 先取り健診（18~39 歳）の有所見者状況

	受診者数	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上	85以上	150以上	31以上	40未満	100以上	5.6以上	7.0以上	130以上	85以上	120以上	1.3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	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
総数	129	19	14.7	22	17.1	21	16.3	19	14.7	7	5.4	10	7.8	16	12.4	8	6.2	8	6.2	3	2.3	30	23.3	0	0.0
男性	41	12	29.3	10	24.4	11	26.8	11	26.8	4	9.8	2	4.9	5	12.2	8	19.5	1	2.4	1	2.4	21	51.2	0	0.0
女性	88	7	8.0	12	13.6	10	11.4	8	9.1	3	3.4	8	9.1	11	12.5	0	0.0	7	8.0	2	2.3	18	20.5	0	0.0

## 第4章 分野別の課題と対策

### 1 全体目標

<目標>

- ◆ 健康寿命の延伸 ◆ 健康格差<sup>3</sup>の縮小

#### (1) 基本的な考え方

健康日本 21（第三次）では、「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のため、個人の行動と健康状態の改善に加え、個人を取り巻く社会環境整備や、その質の向上を通じて健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を実現する」としています。

今後は、少子化・高齢化がさらに進み、人口減少も見込まれます。一人一人が健康で年を重ねていくことが、社会保障制度の維持につながると考えます。そのために、予防可能な生活習慣病等の発症予防・重症化予防等の取組みを継続して行い、生活機能の維持・向上の観点も踏まえた健康づくりの取組みも推進していきます。

#### (2) 現状と課題

令和2年度の平均寿命と健康寿命（日常生活動作が自立している期間の平均）を見ると、男女とも国より上回っていますが、女性の平均寿命を除いて、県よりわずかに下回っています（図表18）。

図表18 令和2年度 平均寿命・健康寿命の国・県比較

		市	県	国	
平均寿命	男性	81.8	82.7	81.5	R2 厚労省市町村別生命表
	女性	88.6	88.2	87.6	
健康寿命 (日常生活動作が自立している期間の平均)	男性	80.4	81.1	80.1	R2 国民健康保険中央会
	女性	84.7	85.2	84.4	

健康寿命の延伸のためには、個人の行動と健康状態の改善に加え、個人を取り巻く社会環境の質の向上が重要な要素といわれています。個人の健康増進を推進するためには、健（検）診を受診していただき、生活習慣の改善や、生活習慣病の発症予防及び、重症化予防を進め、社会環境の質の向上として社会参加の取組みや、こころの健康を守るための環境整備等に取り組んでいきます。

#### (3) 目標に対する取組

##### (ア) 各項目別の取組みの推進

\* 次ページ以降の各項目別の取組みをすることにより、全体目標の達成を目指します。

(2. 生活習慣病の発症予防・重症化予防 ～ 5. ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり)

<sup>3</sup> 健康格差：地域や社会環境の違いによる集団における健康状態の差のこと

## 2 生活習慣病の発症予防・重症化予防

### (1) がん

#### <目標>

- ◆ 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少
- ◆ がん検診の受診率の向上

#### ア 基本的な考え方

##### (ア) 一次予防

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<sup>4</sup> や細菌<sup>5</sup>への感染、及び喫煙（受動喫煙を含む）、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、循環器病や糖尿病の危険因子と同様であるため、循環器病や糖尿病への取組みとしての生活習慣の改善が、結果的にはがんの発症予防に繋がってくると考えられます。

##### (イ) 二次予防

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。令和5年3月に策定された第4期がん対策推進基本計画では、「科学的根拠に基づくがん検診の受診率向上が必要不可欠である」とされています。

そのため、有効性が確立しているがん検診（胃・肺・大腸・子宮頸部・乳房）の受診率向上施策が重要になってきます（図表19）。

図表19 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			その他	がん検診	推奨グレード		
		タバコ	食事					飲酒	肥満
		高脂肪	塩分						
科学的根拠のあるがん検診	胃	◎	○	○	○		◎HP感染	胃X線検査 胃内視鏡検査	B
	肺	◎					△結核感染 △環境汚染	胸部X線検査 喀痰細胞診	B（胸部X線検査と高危険群に対する喀痰細胞診の併用）
	大腸	△	○		多量飲酒◎ ○	○	△家族歴	便潜血検査	A
	子宮頸部	◎					◎HPV感染	細胞診検査 HPV検査	A
	乳	△			閉経前○ 閉経後◎	閉経後○	○家族歴、ホルモン △良性乳腺疾患の既往 △マンモ高密度所見	マンモグラフィ単独（40～74歳） 視触診とマンモグラフィの併用（40～64歳）	B

◎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 がんの発生要因と予防

<推奨グレード>

A：利益（死亡率減少効果）が不利益を確実に上回る

B：利益（死亡率減少効果）が不利益を上回るがその

差は推奨Aに比し小さい

<sup>4</sup> 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>

<sup>5</sup> 細菌：ヘリコバクター・ピロリ菌<HP>

イ 現状と課題

(ア) 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

大町市の75歳未満のがんの年齢調整死亡率は103.0で、国の令和3年の現状値(67.4)を大きく上回っています(図表20)。

図表20 75歳未満のがんによる死亡の状況

		H30年	R1年	R2年	R3年	R4年	5年間の合計
がん部位	肺	5	5	5	4	5	24
	胃	3	3	2	1	3	12
	大腸	6	10	5	4	1	26
	乳	1	3	0	2	1	7
	子宮	2	0	1	1	0	4
	小計	17	21	13	12	10	73
	肝臓	1	1	1	4	0	7
	すい臓	1	2	4	1	1	9
	前立腺	1	1	2	1	0	5
	その他	8	7	5	10	11	41
小計	11	11	12	16	12	62	
合計		28	32	25	28	22	135
悪性新生物の 75歳未満の年齢調整死亡率 (H30年~R4年)				男性	141.1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     R3年 国 67.4                 </div>	
				女性	65.5		
				男女計	103.0		

がんの部位別・男女別について全国、県と比較すると、大町市は女性の胃・すい臓を除くすべてのがんで高くなっています(図表21)。

図表21 部位別・男女別75歳未満年齢調整死亡率の全国及び長野県との比較

	肺		胃		大腸		乳	子宮	前立腺	すい臓	
	男	女	男	女	男	女	女	女	男	男	女
大町市	26.8	6.3	15.5	1.2	28.9	11.5	11.1	7.2	6.4	12.8	2.3
長野県	13.7	3.9	7.0	2.7	10.3	7.3	10.5	4.4	2.2	7.8	5.8
全国	18.4	5.8	9.6	3.9	12.4	6.9	9.9	4.9	2.1	8.7	5.4

※国及び長野県の数値は令和3年の75歳未満年齢調整死亡率を使用

※大町市は平成30年から令和4年の5年間で算出



令和元年及び4年の部位別死亡状況を見ると、乳がんは75歳未満の死亡者が占める割合が高く、肺がんと乳がんは令和4年度の平均死亡年齢が60歳代という状況でした（図表22）。若くして亡くなる方を減らしていくことが重要です。

図表 22 75歳未満の部位別死亡状況と平均死亡年齢

	悪性新生物部位	R1年			R4年			平均死亡年齢 (R4)
		総数	75歳未満		総数	75歳未満		
市の 検 診 対 象	胃	8	3	37.5%	8	3	37.5%	81.6歳
	大腸・直腸・結腸	13	10	76.9%	10	1	10.0%	
	肺	21	5	23.8%	18	5	27.8%	62.0歳
	乳房	4	3	75.0%	6	1	16.7%	69.5歳
	子宮	1	0	0.0%	0	0	-	83.0歳
	前立腺	3	1	33.3%	1	0	0.0%	
	すい臓	7	2	28.6%	12	1	8.3%	83.5歳
	肝臓	10	1	10.0%	4	0	0.0%	88.3歳
	血液・リンパ	4	1	25.0%	4	1	25.0%	
	その他	26	6	23.1%	18	10	55.6%	

市では高齢化の影響を除いたこの年齢調整死亡率をがん対策の総合的な推進の評価指標とします。

(イ) がん検診の受診率の向上

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。

大町市では国で示された69歳を上限とする受診率を算出しましたが、国の目標値を達成できていません（図表23）。

今後は、市民のがん検診受診に関する実態把握をしながら、受けやすい検診体制の整備や、効果的な受診勧奨等に取り組んでいきます。

図表 23 がん検診受診率の推移

	算出年齢	H30	R1	R2	R3	R4	国の目標
胃がん	40～69歳	29.7%	28.1%	16.0%	22.0%	25.7%	50%
大腸がん	40～69歳	27.2%	24.8%	22.4%	22.0%	23.1%	
肺がん	40～69歳	28.7%	28.4%	20.4%	23.4%	22.6%	
子宮頸がん	20～69歳	22.6%	21.9%	20.4%	19.7%	22.8%	
乳がん (視触診・マンモ)	40～69歳	36.2%	32.7%	30.2%	26.5%	32.3%	

大町市の精密検査受診率は、平成30年度から令和4年度まで大腸がんを除くがん検診において、事業評価指標における許容値を超えています。がん発見者数は毎年10人前後おり、早期がんの発見も多いことから、今後も精密検査受診率の向上を図ります（図表24）。

図表 24 各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

		H30	R1	R2	R3	R4	がん発見率 (全国・R1)	事業評価指標	
								許容値	目標値
胃がん (カメラ・バリウム)	受診率	96.7%	91.3%	94.4%	87.2%	85.4%	(50-69歳) 0.12%	70%以上	精密検査 受診率 90%以上
	発見者数	2人	3人	4人	2人	2人		0.11%以上	
	発見率	0.31%	0.51%	0.82%	0.50%	0.35%		0.13%以上	
大腸がん (便潜血反応)	受診率	83.2%	86.4%	81.6%	63.6%	82.4%	(40-69歳) 0.17%	70%以上	
	発見者数	2人	1人	2人	1人	4人		0.03%以上	
	発見率	0.14%	0.07%	0.15%	0.09%	0.20%		0.03%以上	
肺がん (レントゲン・CT)	受診率	89.3%	92.5%	88.7%	84.4%	86.9%	(40-69歳) 0.03%	70%以上	
	発見者数	4人	4人	4人	3人	4人		0.05%以上	
	発見率	0.18%	0.17%	0.22%	0.15%	0.20%		0.03%以上	
子宮頸がん (細胞診)	受診率	78.6%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	(20-69歳) 0.02%	70%以上	
	発見者数	0人	1人	0人	0人	0人		0.05%以上	
	発見率	0.00%	0.35%	0.00%	0.00%	0.00%		0.05%以上	
乳がん (視触診・マンモ)	受診率	92.3%	96.8%	88.6%	95.5%	90.5%	(40-69歳) 0.30%	80%以上	
	発見者数	2人	2人	0人	0人	0人		0.23%以上	
	発見率	0.30%	0.34%	0.00%	0.00%	0.00%		0.23%以上	

がんのリスクを高める要因としての、ウイルスや細菌への感染、生活習慣に対しては、循環器病や糖尿病などの生活習慣病予防対策と同様、生活習慣の改善に取り組むことにより、結果的にがんの発症予防に繋がってくると考えます。

#### ウ 目標達成に向けた取組み

##### (ア) がん検診の実施（がんの重症化予防）

- ・胃がん検診
- ・肺がん検診
- ・大腸がん検診
- ・子宮頸がん検診
- ・乳がん検診
- ・前立腺がん検診

##### (イ) がん検診受診率の向上

- ・対象者への検診案内、広報やケーブルテレビ等を利用した啓発
- ・一定の年齢に達した人に「がん検診推進事業」の実施
- ・がん検診の啓発
- ・個人でがん検診を受けている（人間ドック・職域等）人の実態把握

##### (ウ) がん発症の予防

- ・ウイルス感染によるがんの発症予防（肝炎ウイルス検査、HTLV-1抗体検査、及びHPVワクチン接種の実施）
- ・がんのリスクを高める因子についての啓発

##### (エ) がん検診の質の確保と向上

- ・精度管理項目を遵守できる検診機関の選定
- ・要精検者に対して、がん検診実施機関との連携を図りながら精密検査の受診勧奨
- ・「事業評価のためのチェックリスト」に基づく検診の実施

## (2) 循環器病

### <目標>

- ◆ 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）
- ◆ 心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）
- ◆ 高血圧の者の割合の減少
- ◆ 脂質異常症の減少（LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合の減少）
- ◆ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
- ◆ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

### ア 基本的な考え方

#### (ア) 発症予防

循環器病の主要な危険因子である高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等について、適切に管理することにより予防することが重要です。

また、循環器病の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、飲酒等がありますが、市民一人一人がこれらの生活習慣改善への取組みを考えていく科学的根拠は、健康診査の受診結果であるため、特定健診をはじめ職場健診などの健康診査の受診率向上が重要です。

#### (イ) 重症化予防

循環器病における脳血管疾患、心疾患、糖尿病性腎症等の重症化予防は、その血管変化における共通の危険因子となる高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の改善や治療率を上げることが重要です。健診結果から、自らの生活習慣病のリスクの保有状況を知り、放置するとどうなるか、どの生活習慣を改善するとリスクが減らせるかなど、自分の身体の状態を正しく理解し、個々人に応じた予防への支援が重要です。

イ 現状と課題

(ア) 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)

① 死亡分析

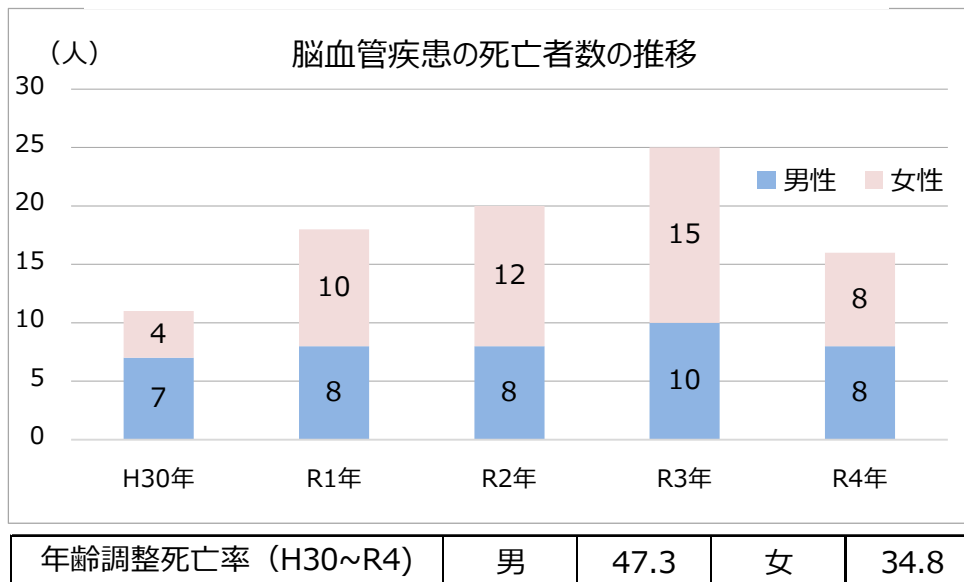
大町市の平成30～令和4年の年齢調整死亡率は男性47.3、女性34.8で国より下回っています(P10、図表3)。

脳血管疾患の死亡者数は20人前後で推移しています。令和4年は16人と減少し、男女で同数でした(図表25)。

性別・年齢別に5年間の統計をみると、75歳以上の割合が8割程を占める中、男性の64歳以下・65～74歳は脳梗塞・脳出血が多くなっています(図表26)。

今後も高齢化の影響を除いた年齢調整死亡率を、循環器病対策の総合的な推進の評価指標とします。

図表25 脳血管疾患死亡の状況



図表26 性別・年齢別 脳血管疾患病型別死亡状況

性別	男性					女性				
	脳梗塞	脳出血	くも膜下出血	その他	計	脳梗塞	脳出血	くも膜下出血	その他	計
64歳以下	2	2	0	0	4	0	0	3	0	3
65～74歳	3	2	1	0	6	1	1	0	0	2
75歳以上	16	11	4	0	31	30	5	7	2	44

(H30～R4 大町市死亡統計)

② 介護保険

介護保険の2号被保険者の認定者では、原因疾患の内訳を見ると脳梗塞・脳出血によるものが61.1%と過半数を占めています(P14、図表10)。

青壮年層の国民健康保険特定健診受診率を高めるとともに、職域健診との連携を図りながら脳血管疾患の原因となる高血圧症の発症・重症化予防に努める必要があります。

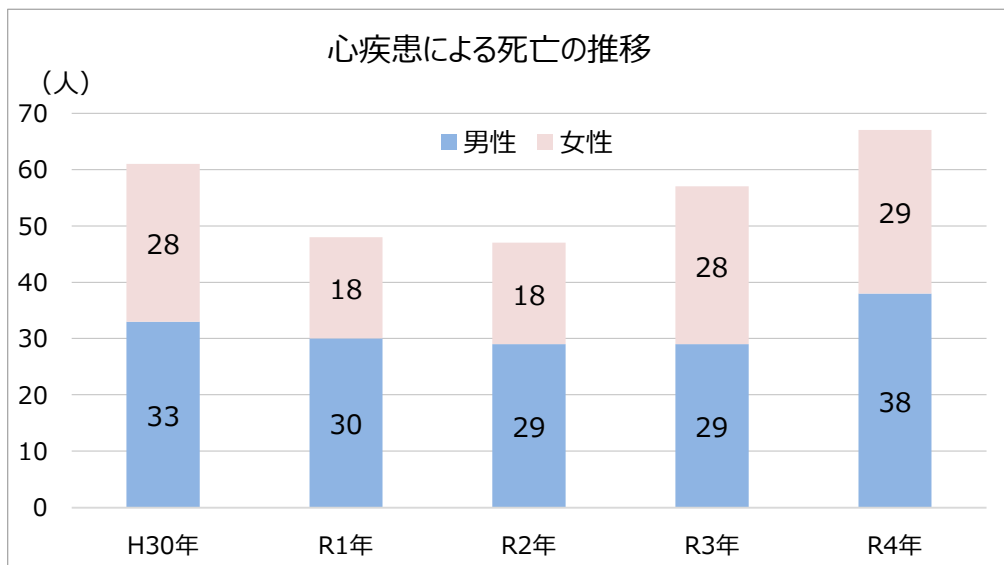
(イ) 心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)

心疾患についても脳血管疾患と同様に、高齢化の影響を除いた年齢調整死亡率を評価指標とします。

大町市の平成30～令和4年の年齢調整死亡率は男性187.7、女性80.5で国より若干下回っています（P10、図表3）。心疾患による死亡者数は令和2年より徐々に増加しています（図表27）。

性別・年齢別では、男性では67.9%、女性では89.3%が75歳以上でした。また、64歳以下の割合が10.3%（29人）で、うち44.8%（13人）が心筋梗塞によるものでした（図表28）。

図表27 心疾患死亡の状況



年齢調整死亡率 (H30～R4)	男性	187.7	女性	80.5
------------------	----	-------	----	------

図表28 性別・年齢別 虚血性心疾患死亡状況

	男性		女性		合計
64歳以下	24人	15.1%	5人	4.1%	29人
65～74歳	27人	17.0%	8人	6.6%	35人
75歳以上	108人	67.9%	108人	89.3%	216人
総数	159人		121人		280人

⇒うち13人は心筋梗塞

(H30～R4 大町市死亡統計)

(ウ) 高血圧者の割合の減少

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

特定健診の結果をみると、I度以上高血圧者の割合は、平成30年度は25.4%で、令和4年度は24.8%とほぼ横ばいです（図表29）。特に循環器病の危険度が増すII度以上高血圧者は、令和4年度では5.6%とこちらもほぼ横ばいです。高血圧はほとんど自覚症状がなく、内服期間が長期にわたることを懸念して、受診を躊躇するなどの状況がみられます。

また、家庭血圧測定を推進しており、徐々に浸透してきていると感じていますが、今後も血圧の自己管理の重要性について様々な機会を活用し啓発していきます。

図表 29 特定健診受診者の高血圧の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値						
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度		
		129以下/ 84以下		130~139/ 85~89		140~159/ 90~99		140~159/ 90~99		160~179/ 100~109		180以上/ 110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	
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
H30	2,314	671	29.0%	397	17.2%	657	28.4%	467	20.2%	102	4.4%	20	0.9%	25.4%
R2	2,206	609	27.6%	367	16.6%	645	29.2%	450	20.4%	112	5.1%	23	1.0%	↓
R4	2,012	579	28.8%	358	17.8%	576	28.6%	387	19.2%	92	4.6%	20	1.0%	24.8%

(特定健診全受診者)

(エ) 脂質異常症の減少 (LDL コレステロール 160mg/dl 以上の割合の減少)

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

特定健診受診者のうち、虚血性心疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇する LDL コレステロール 160mg/dl 以上の割合は、男女ともわずかに減少しています（図表30）。

引き続き、重症化予防に向けて、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022」をもとに、個々の動脈硬化リスクをふまえた保健指導を実施していきます。

図表 30 特定健診受診者の LDL コレステロールの状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120~139		140~159		160~179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F		F/A
総数	H30	2,314	1,080	46.7%	563	24.3%	376	16.2%	206	8.9%	89	3.8%	
	R2	2,205	1,034	46.9%	585	26.5%	349	15.8%	148	6.7%	89	4.0%	
	R4	2,012	1,046	52.0%	446	22.2%	304	15.1%	142	7.1%	74	3.7%	
男性	H30	1,022	522	51.1%	247	24.2%	150	14.7%	79	7.7%	24	2.3%	10.0%
	R2	993	505	50.9%	256	25.8%	134	13.5%	65	6.5%	33	3.3%	↓
	R4	904	504	55.8%	188	20.8%	129	14.3%	52	5.8%	31	3.4%	9.2%
女性	H30	1,292	558	43.2%	316	24.5%	226	17.5%	127	9.8%	65	5.0%	14.8%
	R2	1,212	529	43.6%	329	27.1%	215	17.7%	83	6.8%	56	4.6%	↓
	R4	1,108	542	48.9%	258	23.3%	175	15.8%	90	8.1%	43	3.9%	12.0%

(特定健診全受診者)

(オ) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

メタボリックシンドロームは内臓脂肪の蓄積を共通の要因として血糖高値や脂質異常、血圧高値をもたらす病態であり、それぞれが重複することにより、虚血性心疾患、脳血管疾患、腎不全等の発症リスクが上昇します。

特定健診結果では、メタボリックシンドローム該当者は平成 29 年度以降は増加傾向であり、県に比べても高く、メタボリックシンドローム予備群は横ばい状態が続いています（図表 31）。

また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を男女別でみると、予備群では男性は国・県より低いですが、女性は高くなっています。該当者は男女とも県より高く、国とほぼ同率になっています。

有所見状況では、該当者では血圧＋脂質を併せ持つ者が多く、予備群では高血圧が多い状況です。（図表 32）。

今後も、健診受診率向上による保健指導対象者の把握と、自分の体の状態を知り、生活習慣改善に取組むことができるよう、効果的な保健指導に取組みます。

図表 31 メタボリックシンドロームの該当者・予備群の推移

年度	メタボ該当者		メタボ予備軍		年度	メタボ該当者		メタボ予備軍			
	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合		
大町市	H29	405人	18.1%	218人	9.7%	長野県	H29	28,408人	16.7%	17,387人	10.2%
	H30	430人	18.7%	226人	9.8%		H30	28,594人	17.2%	17,208人	10.4%
	R1	413人	18.4%	216人	9.6%		R1	28,332人	17.6%	16,778人	10.4%
	R2	427人	20.6%	208人	10.0%		R2	27,246人	19.2%	14,970人	10.6%
	R3	429人	21.1%	218人	10.8%		R3	28,585人	19.2%	15,633人	10.5%
	R4	402人	20.6%	196人	10.0%		R4	27,706人	18.9%	15,517人	10.6%

(特定健診法定報告数)

図表 32 メタボリックシンドローム該当者の有所見状況

	健診受診者		有所見の重複状況																		
			メタボリック該当者				(腹囲+2項目or3項目)						メタボリック予備群								
			3項目全て		血糖+血圧		血圧+脂質		血糖+脂質		血圧		血糖		脂質						
A	B/A	B	B/A	C	C/(B+G)	D	D/(B+G)	E	E/(B+G)	F	F/(B+G)	G	G/A	H	H/(B+G)	I	I/(B+G)	J	J/(B+G)		
男性	国			32.0									17.9								
	県			29.1									16.7								
	総数	918	39.6%	296	32.2%	100	22.9%	49	11.2%	126	28.8%	21	4.8%	141	15.4%	87	19.9%	10	2.3%	44	10.1%
	40代	62	19.7%	10	16.1%	1	5.0%	0	0.0%	6	30.0%	3	15.0%	10	16.1%	2	10.0%	1	5.0%	7	35.0%
	50代	93	27.4%	25	26.9%	6	14.6%	5	12.2%	11	26.8%	3	7.3%	16	17.2%	7	17.1%	1	2.4%	8	19.5%
	60代	314	35.0%	107	34.1%	35	22.4%	19	12.2%	47	30.1%	6	3.8%	49	15.6%	33	21.2%	4	2.6%	12	7.7%
70-74	449	58.8%	154	34.3%	58	26.4%	25	11.4%	62	28.2%	9	4.1%	66	14.7%	45	20.5%	4	1.8%	17	7.7%	
女性	国			11.0									5.9								
	県			10.1									5.3								
	総数	1,130	46.4%	120	10.6%	39	20.7%	18	9.6%	58	30.9%	5	2.7%	68	6.0%	39	20.7%	7	3.7%	22	11.7%
	40代	80	33.2%	5	6.3%	1	9.1%	1	9.1%	2	18.2%	1	9.1%	6	7.5%	2	18.2%	0	0.0%	4	36.4%
	50代	122	43.1%	7	5.7%	1	4.2%	1	4.2%	4	16.7%	1	4.2%	17	13.9%	9	37.5%	1	4.2%	7	29.2%
	60代	402	38.4%	30	7.5%	11	21.6%	2	3.9%	15	29.4%	2	3.9%	21	5.2%	13	25.5%	1	2.0%	7	13.7%
70-74	526	60.7%	78	14.8%	26	25.5%	14	13.7%	37	36.3%	1	1.0%	24	4.6%	15	14.7%	5	4.9%	4	3.9%	

(令和4年度特定健診全受診者)

(R4 特定健診全受診者)

(カ) 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

大町市では、受診率向上等に重点的に取組み、令和4年度の特定健診受診率は46.9%、特定保健指導率は57.2%となっており、コロナウイルス感染症により令和2年度に減少した状況から徐々に上昇していますが、令和元年度の受診率には戻っていない状況です（図表33、34）。

特に40、50歳代男性の特定健診受診率は20%台と低く、健診受診の有無や、職場健診等での結果把握ができていない状況です（図表35）。

また、健診未受診者の状況を見てみると、医療機関受診中の未受診者は35.8%で1,506人（図表36、①+③）、医療機関にかかっていない未受診者（健康実態不明の者）は20.9%で882人（図表36、②+④）います（図表36）。

健診受診者と健診未受診者の生活習慣病にかかる医療費を比較すると、健診未受診者は約29,000円高い状況です（図表37）。

今後も、若年期から健診への理解や関心を高めるとともに、対象に合わせた受診勧奨の実施、健診後の保健指導の充実、医療機関等との連携等を通し、新規受診者や継続受診者の増加・保健指導率向上に取り組めます。

図表33 特定健診受診率の推移

	H29	H30	R1	R2	R3	R4
大町市	46.0%	48.9%	49.0%	45.4%	45.8%	46.9%
長野県	47.1%	47.7%	47.6%	42.3%	45.6%	47.4%
県内順位	54位	45位	45位	40位	53位	52位

(国保特定健診法定報告数)

図表34 特定保健指導率の推移

	H29	H30	R1	R2	R3	R4
大町市	56.5%	62.7%	64.4%	66.2%	52.6%	57.2%
長野県	50.4%	52.2%	53.7%	54.2%	53.8%	54.3%
県内順位	51位	47位	46位	41位	60位	54位

(国保特定健診法定報告数)

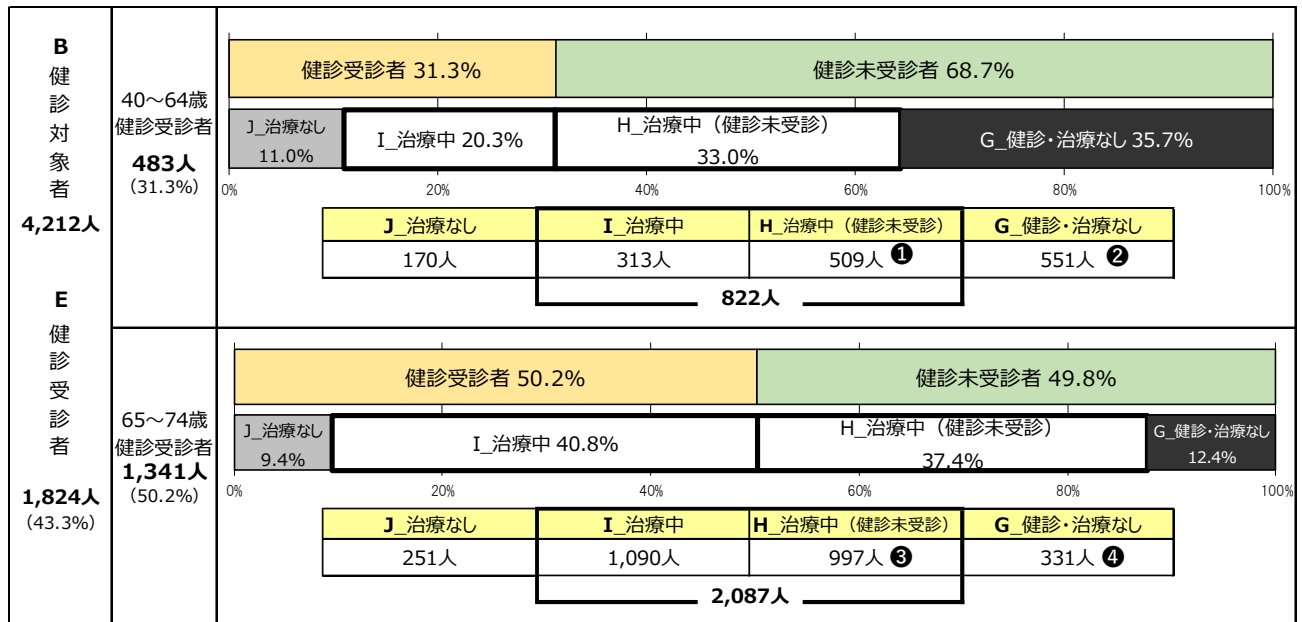
図表35 特定健診の性別・年代別受診率

	40歳代	50歳代	60歳代	70～74歳	全体
男性	22.2%	28.7%	47.0%	52.3%	43.0%
女性	31.0%	39.6%	54.6%	55.8%	50.7%

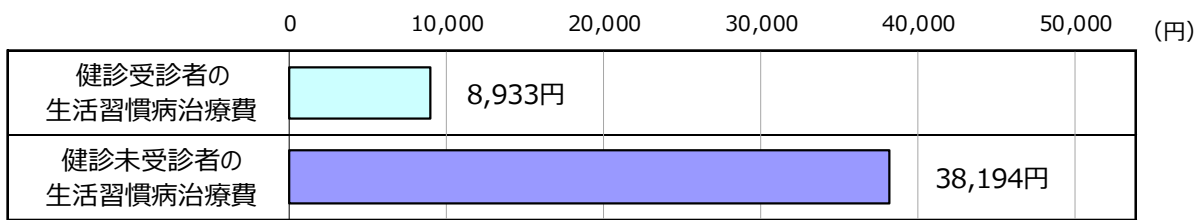
(国保特定健診法定報告数)



図表 36 健診未受診者の状況



図表 37 健診受診者・未受診者別 生活習慣病治療費



(令和4年度 KDB システム)

ウ 目標の達成に向けた取組・対策

(ア) 健康診査及び特定健康診査受診率の向上

- ・若い世代に対する健診受診の必要性の啓発
- ・年代や対象者に応じた健診未受診者への受診勧奨
- ・保健指導による継続受診の重要性の意識づけ
- ・健診実施体制の整備
- ・医療機関との連携

(イ) 健康診査の実施 (生活習慣病の発症予防)

- ・先取り健康診査(18歳～39歳) ・健康増進法健診 (生活保護世帯)
- ・大町市国民健康保険特定健康診査 ・後期高齢者健康診査
- ・社会保険被扶養者への健診機会の提供

(ウ) 循環器病の発症及び重症化の予防

- ・健康診査結果に基づいた保健指導
- ・医療機関への受診勧奨及び連携 ・お薬手帳の活用の推進
- ・各ガイドライン等により、科学的根拠に基づく保健指導の実施
- ・大町市国民健康保険加入者以外の市民に対する保健指導の実施
- ・家庭血圧測定の実施

### (3) 糖尿病

#### <目標>

- ◆ 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少
- ◆ 治療継続者の割合の増加
- ◆ 血糖コントロール不良者の割合の減少  
（HbA1cが8.0%以上の者の割合の減少）
- ◆ 糖尿病有病者（HbA1c6.5%以上の者）の増加の抑制

#### ア 基本的な考え方

##### (ア) 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、偏った食生活などで、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子であるとされています。

循環器病と同様、重要なのは危険因子の管理であるため、循環器病対策が有効になります。

##### (イ) 適切な治療による合併症の予防

糖尿病の未治療や治療中断は合併症の増加につながることが示されています。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・継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで、合併症の発症を抑制することにつながります。

##### (ウ) 合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善

合併症のひとつである糖尿病性腎症は、人工透析導入者の4割以上を占める疾患で、患者や家族にとっても身体的・精神的な苦痛のみならず、行動の制限、金銭的支出など大きな負担になります。また、虚血性心疾患や脳血管疾患という合併症も引き起こします。

合併症・臓器障害を予防するためには、まず健康診査の受診者を増やしていくことが大変重要になります。同時に、治療を継続し良好な血糖コントロール状態を維持できるよう支援していくことが必要です。

#### イ 現状と課題

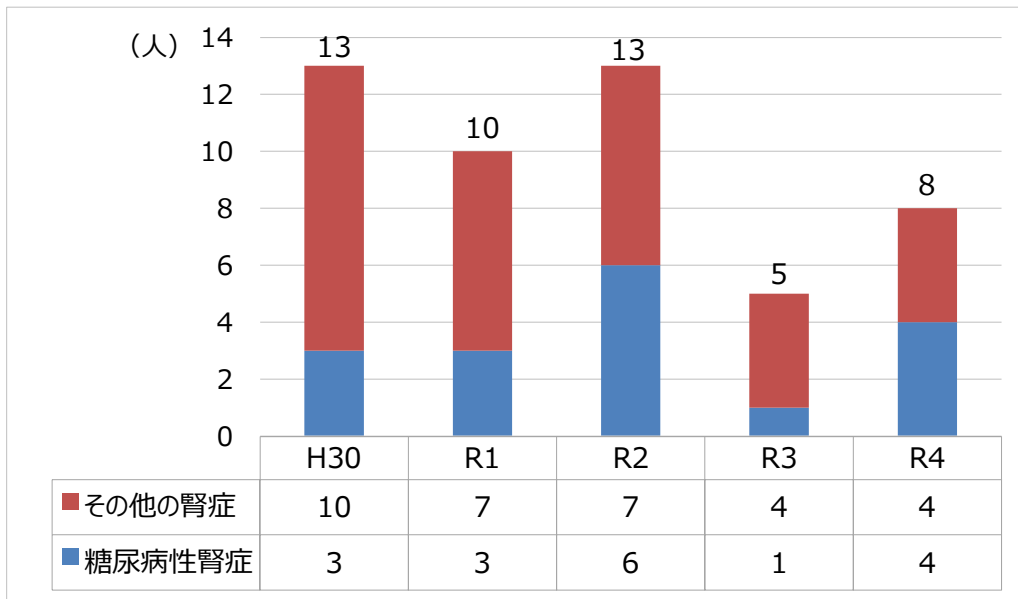
##### (ア) 合併症（糖尿性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

糖尿病性腎症による1年間の新規透析導入者は、令和2年には6人と多く、年によりばらつきはありますが、数名で推移しています（図表38）。

令和4年に新規透析導入となった8人の内、糖尿病性腎症の人の割合は4人で50%でした。

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年間と言われていいます。発症予防が十分可能な若年期からの健診受診体制の整備、個人の状況に合わせた保健指導、そして、糖尿病の重症化予防のために医療機関受診者の保健指導について医療機関との連携が重要です。

図表 38 新規人工透析患者の推移



(障害者台帳)

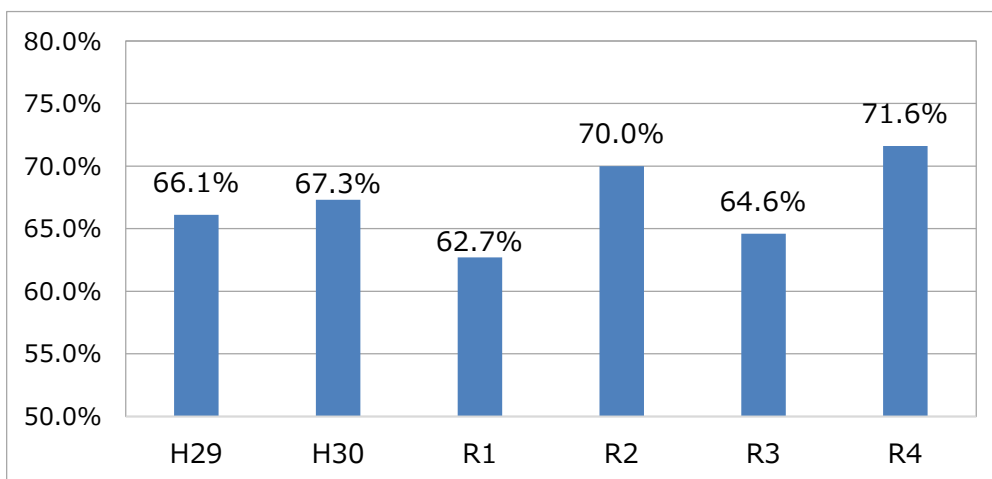
(イ) 治療継続者の割合の増加

特定健診の結果より、HbA1c 値 6.5%以上の者のうち糖尿病治療者は、平成 29 年度に比べ令和 4 年度は 7 割と増加傾向です。

糖尿病は「食事・運動療法」が基本的な治療で、疾病管理の良否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。

まずは、HbA1c6.5%以上の医療機関未受診者に対し、受診や治療の重要性を保健指導により伝え、受診勧奨を行います。また、受診中の患者で 1 年以上経過して受診歴のない者に対し、受診勧奨を行い治療中断者の減少に取り組めます(図表 39)。

図表 39 HbA1c6.5%以上の者で糖尿病治療中者の割合



(特定健診問診項目)

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

日本糖尿病学会の「糖尿病診療ガイドライン 2019」では、血糖コントロール 8.0%を超えると、糖尿病細小血管症の発症が増え、網膜症のリスクが増えるとされています。

HbA1c 値 8.0%以上の人の割合は、平成 29 年度は 1.6%、令和 4 年度は 1.1%で減少傾向です(図表 41)。国(令和元年度: 1.32%)の現状値よりは低くなっていますが、令和 14 年度の目標値(1.0%)には届いていません。特定健診の受診率が低いため、未受診者の中に HbA1c 値 8.0%以上の潜在者がいる可能性が考えられ、特定健診の受診率向上と健診実施後の保健指導の充実が重要となります。

(エ) 糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上の者)の増加の抑制

特定健診の結果より、糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上)は横ばいが続いており、令和 4 年度は 10.1%でした(図表 41)。また、先取り健診の結果では、受診者数の減少によりばらつきが大きくなっています(図表 40)。

糖尿病有病者の増加を抑制することは、糖尿病合併症等の重症化予防にもつながります。

60 歳を過ぎるとインスリンの生産量が低下することを踏まえると、今後、高齢化や食生活の変化による糖尿病有病者の増加がさらに懸念されます。正常高値及び糖尿病の可能性が否定できない者は、食生活のあり方が大きく影響しますが、食生活は親から子へつながっていく可能性が高い習慣です。乳幼児期、学童期から健診データによる健康実態や、市民の食生活の特徴や価値観などの実態を把握するとともに、長期的な視野に立ちライフステージに応じた糖尿病の発症予防に対する保健指導や健康教育等、効果的な方法で取組みます。

図表 40 先取り健診受診者(18~39才)のHbA1cの状況

	HbA1c 測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病					
								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	
		5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上	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	
H29	183	144	78.7%	32	17.5%	5	2.7%	2	1.1%				
H30	170	124	72.9%	35	20.6%	9	5.3%					2	1.2%
R 1	176	142	80.7%	31	17.6%	2	1.1%	1	0.6%				
R 2	144	121	84.0%	17	11.8%	5	3.5%			1	0.7%		
R 3	138	111	80.4%	20	14.5%	6	4.3%	1	0.7%				
R 4	129	113	87.6%	15	11.6%	1	0.8%						

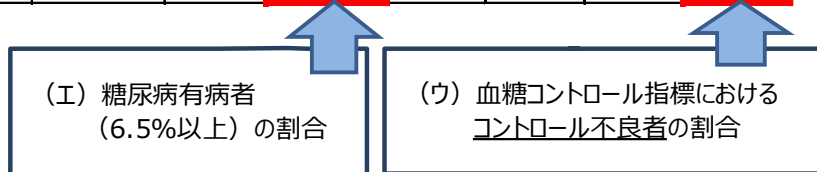
(先取り健診受診者)

図表 41 特定健診受診者（40～74才）のHbA1cの状況

	HbA1c 測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値					
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病					
		5.5以下		5.6～5.9		6.0～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	
H29	2,275	674	29.6%	916	40.3%	440	19.3%	122	5.4%	86	3.8%	37	1.6%
H30	2,261	690	30.5%	856	37.9%	440	19.5%	146	6.5%	90	4.0%	39	1.7%
R1	2,295	721	31.4%	858	37.4%	480	20.9%	126	5.5%	84	3.7%	26	1.1%
R2	2,172	742	34.2%	782	36.0%	405	18.6%	120	5.5%	86	4.0%	37	1.7%
R3	2,116	778	36.8%	729	34.5%	386	18.2%	110	5.2%	86	4.1%	27	1.3%
R4	2,017	761	37.7%	687	34.1%	365	18.1%	104	5.2%	78	3.9%	22	1.1%

(特定健診全受診者)

NGSP値	HbA1c 測定者	6.5以上		7.0以上		8.0以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
		A	B/A	D	D/A	J	J/A
H29	2,275	245	10.8%	123	5.4%	37	1.6%
H30	2,261	275	12.2%	129	5.7%	39	1.7%
R1	2,295	236	10.3%	110	4.8%	26	1.1%
R2	2,172	243	11.2%	123	5.7%	37	1.7%
R3	2,116	223	10.5%	113	5.3%	27	1.3%
R4	2,017	204	10.1%	100	5.0%	22	1.1%



ウ 目標の達成に向けた取組・対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

(ア) 糖尿病の発症及び重症化の予防に向けた取組み

発症予防

- ・特定健康診査等の受診率の向上
- ・健康診査結果に基づいた保健指導
- ・ライフステージに応じた健康教育の実施
- ・糖尿病有病者（HbA1c6.5%以上）増加の要因の分析

重症化予防

- ・治療中断者や医療機関未受診者に対する受診勧奨
- ・健康診査、レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨・保健指導
- ・治療中の患者に対する医療機関と連携した保健指導

## (4) COPD（慢性閉塞性肺疾患）

### <目標>

#### ◆ COPD（慢性閉塞性肺疾患）の死亡率の減少

### ア 基本的な考え方

COPD（慢性閉塞性肺疾患）は、咳・痰・息切れを主訴とした呼吸障害で、徐々に進行し、やがては日常生活にも支障をきたす肺の炎症性疾患です。

COPDの原因としては、50～80%程度にたばこ煙が関与し、喫煙者では20～50%がCOPDを発症するとされています。また、子どもの受動喫煙や未成年者の喫煙は肺の正常な発達を著しく妨げ、成人してから喫煙することでさらにCOPDを発症しやすいと言われています。肺の臓器が出来上がる胎児期も含め、妊娠中から喫煙や受動喫煙の危険性について、理解を深めていくことが大切です。

ライフステージに応じた喫煙対策により発症を予防するとともに、早期発見と禁煙や治療介入により、増悪や重症化を防ぐことが重要です。

### イ 現状と課題

COPDの死亡率を見ると、国・県に比べて低い状況です（図表42）。国民健康保険被保険者の受診状況を見ると、特に男性の65歳以上から受診件数が増えています（図表43）。

COPDは、症状が進むと安静時でも息切れが起こり、酸素の利用が不可欠になります。

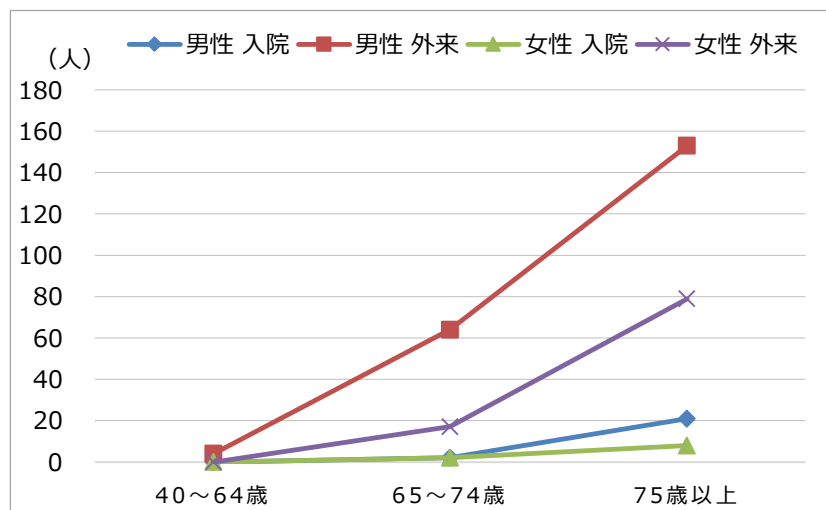
生活の質を保ち、健康的に過ごすためにも、疾病に対する正しい理解を広く市民に周知する必要があります。

図表42 COPDの死亡率  
(人口10万人当たり)

	H28	R3
国	12.5	13.3
県	14.1	14
市	2.8 (H25～29)	5.2 (H30～R4)

(厚労省人口統計 大町市死亡統計)

図表43 年齢別入院・外来件数 (R4)



### ウ 目標達成に向けた取組

- (ア) COPDに対する正しい知識の普及・啓発
  - ・広報や有線放送での周知
  - ・地区健康相談等での知識の普及
- (イ) 禁煙への取組み
  - 3 生活習慣の改善 (5) 喫煙の項目 参照

### 3 生活習慣の改善

#### (1) 栄養・食生活

##### <目標>

- ◆ 適正体重を維持している者の増加
  - ①20～60 歳代男性の肥満者の割合の減少
  - ②40～60 歳代女性の肥満者の割合の減少
  - ③20～30 歳代女性のやせの者の割合の減少
  - ④低栄養傾向の高齢者（65 歳以上）の割合の減少
- ◆ 児童・生徒における肥満傾向児の減少

#### ア 基本的な考え方

栄養・食生活は生命の維持に加え、子どもが健やかに成長し、人々が心豊かに生活を送るために欠くことのできない営みです。そして、多くの生活習慣病の発症予防・重症化予防、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。

健やかな生活習慣を幼少期から身に付けることは、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康的な生活習慣を継続するために不可欠な要素です。からだに必要な栄養素を過不足なくするためには、主食・主菜・副菜を組み合わせたバランスのよい食事をとること、野菜摂取量の増加、食塩摂取量の減少等が大切です。

栄養・食生活は、自然環境や地理的な特徴、歴史的条件が相まって地域間での特徴も大きく異なります。望ましい食習慣を形成し生活習慣病を予防するためには、栄養素や食品の摂取量だけでなく、食べ方や地域の食習慣も含めて、からだと食事のそれぞれの実態を結びつけてみる必要があります。

また、市の課題としては、医療費を上げる原因と考えられる生活習慣病、とりわけ脳血管疾患や心疾患の基礎疾患である、高血圧や高血糖の改善を図ることが重要です。これらの基礎疾患が増加した背景には、歴史的な地域の食文化として「保存食文化」や「穀物文化」が原因の一つと考えられます。また、生活スタイルの変化や家族構成の変化、社会的環境の変化などにより生活習慣が変化していることも大きく関係していると考えられます。

#### イ 現状と課題

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

体重は、ライフステージを通して日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがん、循環器病、2 型糖尿病等の生活習慣病との関連、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ます。また、高齢者のやせは、肥満よりも死亡率が高くなっています。

適正体重については、ライフステージごとの目標を設定し、評価指標とします（図表 44）。

図表 44 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	学童期	成人期		高齢期
評価指標	20～39歳 女性	小学校5年生	20～69歳 男性	40～69歳 女性	65歳以上
	BMI 18.5未満	肥満傾向児 (肥満度20%以上)	BMI 25以上	BMI 25以上	BMI 20以下
国の現状	18.1%	10.96% 男子：12.58% 女子：9.26%	35.1%	22.5%	16.8%
	(令和1年)	(令和3年)	(令和1年)	(令和1年)	(令和1年)
大町市の現状	17.0%	10.60% 男子：11.1% 女子：7.5%	36.9%	23.0%	19.8%
	(令和4年度)	(令和4年度)	(令和4年度)	(令和4年度)	(令和4年度)
データソース	先取り健診	学校保健委員会	先取り健診・特定健診結果		特定健診・後期 高齢者健診結果

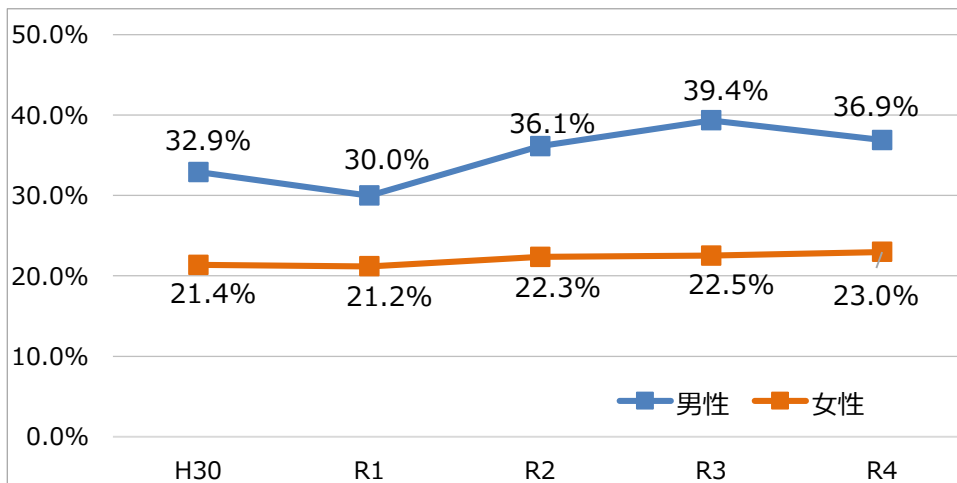
- ①20～60 歳代男性の肥満者の割合の減少
- ②40～60 歳代女性の肥満者の割合の減少

国においては、ライフステージにおける肥満は、20～60 歳代男性に増加傾向があり、40～60 歳代女性は有意な増減は見られない状況です。

大町市の特定健診及び先取り健診結果をみると、全国と同様、男性は増加傾向にあり女性は20%程度を継続しています（図表 45）。

肥満は生活習慣病のリスクとなるため、男女とも、適正体重の維持や適切な食生活・運動習慣の実践など、現状の改善に向けた取組みが必要です。

図表 45 男性（20～60 歳代）及び女性（40～60 歳代）の肥満（BMI25 以上）の割合の推移



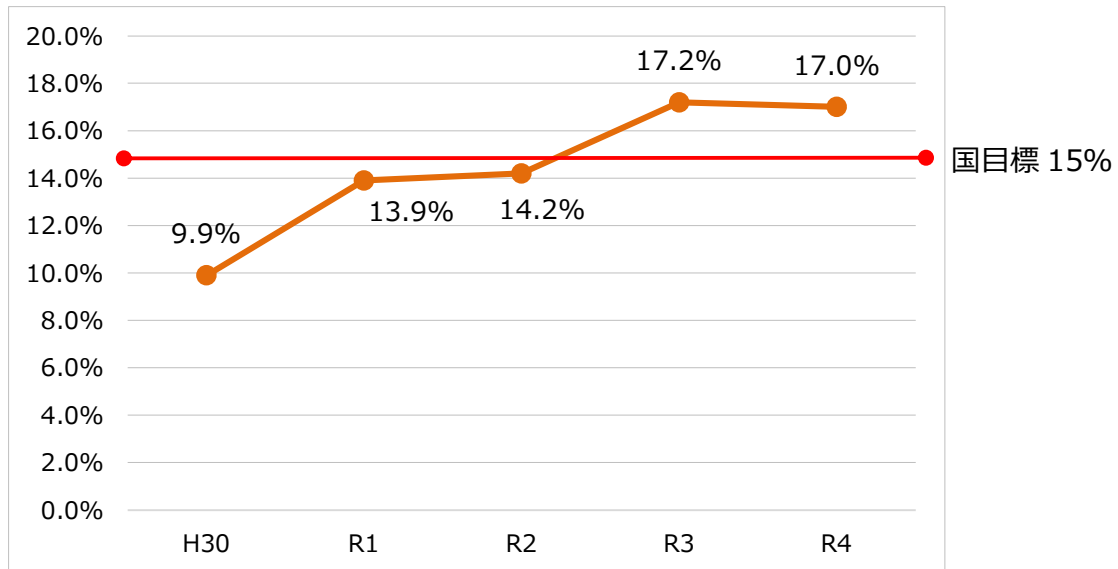
(大町市先取り健診・特定健診結果)



③20～30 歳代女性のやせの者の割合の減少

若年女性のやせの割合は年々増加傾向にあります（図表 46）。国よりは低くなっていますが（図表 44）、国の目標は 15%未滿となっていること、また、これから出産を迎える女性にとって、低出生体重児のリスク因子となり得るため、早期からの保健指導が必要です。

図表 46 BMI18.5 未滿 やせの女性（18～39 歳）の割合の推移



（大町市先取り健診結果）

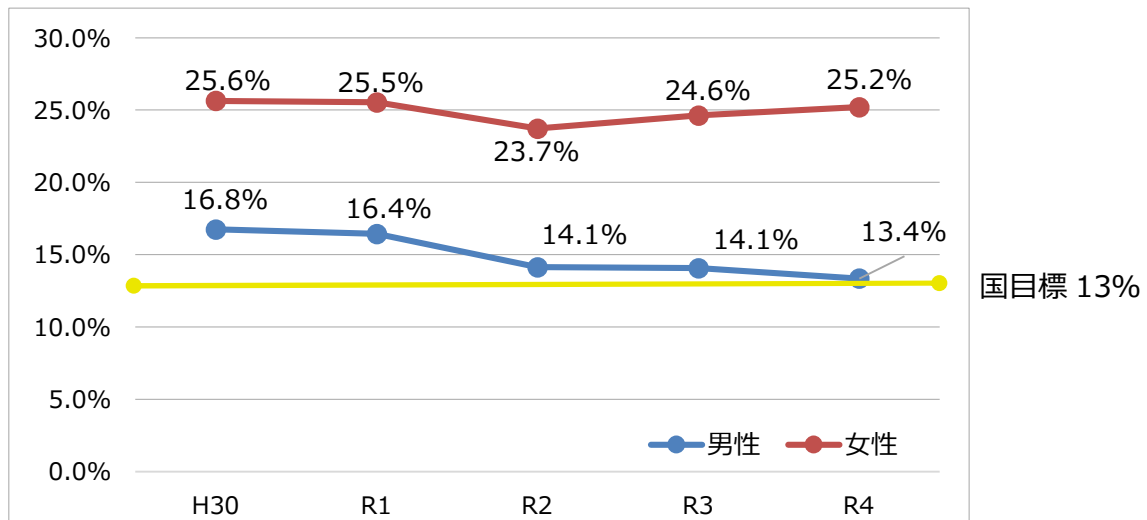
④低栄養傾向の高齢者（65 歳以上）の割合の減少

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

日本人の高齢者においては、やせ・低栄養が、要介護及び総死亡に対する独立したリスク要因となっており、BMI20 以下がそれらのリスクが統計学的に有意に高くなる指標として示されています。

大町市の健康診査を受けている高齢者（65 歳以上）のうち、BMI20 以下の人の割合をみると、国では男女合わせて目標値を 13%未滿としています。市では 19.8%となっており、女性でみると 25%前後で推移しています（図表 47）。今後も高齢化が進むに伴い、生活習慣病予防のみでなく、低栄養予防に向けた取組みも必要と考えられます。

図表 47 BMI20 以下の高齢者（65 歳以上）の割合の推移

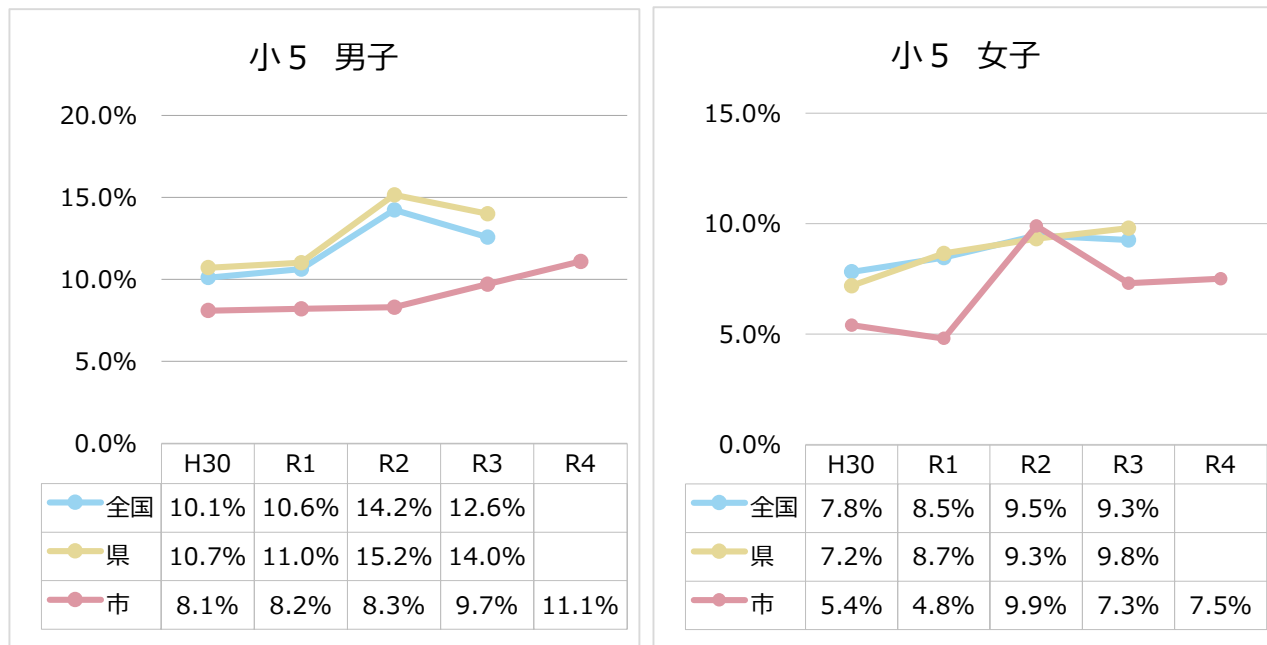


（大町市特定健診・後期高齢者健診結果）

(イ) 児童・生徒における肥満傾向児の減少

小学5年生の肥満傾向児の状況を国・県と比較すると、低めで推移しています。しかし、コロナ禍による影響も考えられますが、令和元年度より若干上昇傾向となっています（図表48）。

図表48 肥満傾向児の割合（小学5年生）



（学校保健統計）

**ウ 目標の達成に向けた取組・対策**

**(ア) 適正体重を維持するための保健指導の推進**

ライフステージに対応した保健指導

- ・両親学級（妊娠期）
- ・小児期からの生活習慣病予防事業の推進（学童期）
- ・健康診査及び特定健康診査結果に基づいた保健指導（成人期・高齢期）

**(イ) バランス食等による適正な栄養素摂取量の推進**

- ・健康診査及び特定健診結果に基づいた保健指導の推進
- ・様々な機会を捉えた健康教育、健康相談の実施

**(ウ) 関係機関との連携**

- ・福祉課
- ・子育て支援課
- ・学校教育課・生涯学習課等

## (2) 身体活動・運動

### <目標>

#### ◆ 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増加)

#### ◆ 運動習慣者の割合の増加

(1日30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上1年以上実施する者の増加)

### ア 基本的な考え方

身体活動・運動の量が多い人は、少ない人と比較して2型糖尿病、循環器病、がん、ロコモティブシンドローム、うつ病、認知症等の発症・罹患リスクが低いことが報告されています。また、身体活動量の減少は、肥満や生活習慣病発症の危険因子となることに加え、高齢者の自立度の低下や虚弱の危険因子にもなります。

身体活動や運動習慣は、個々人の抱える健康問題を効率的に改善することができるとされ、慢性疾患や障害のある人を含め、様々な人々に対して健康効果が得られるとされています。一方で、機械化や自動化など身体活動量が減少しやすい社会環境にあることを踏まえ、身体活動・運動の意義と重要性を広く認知し、実践していくことが重要です。

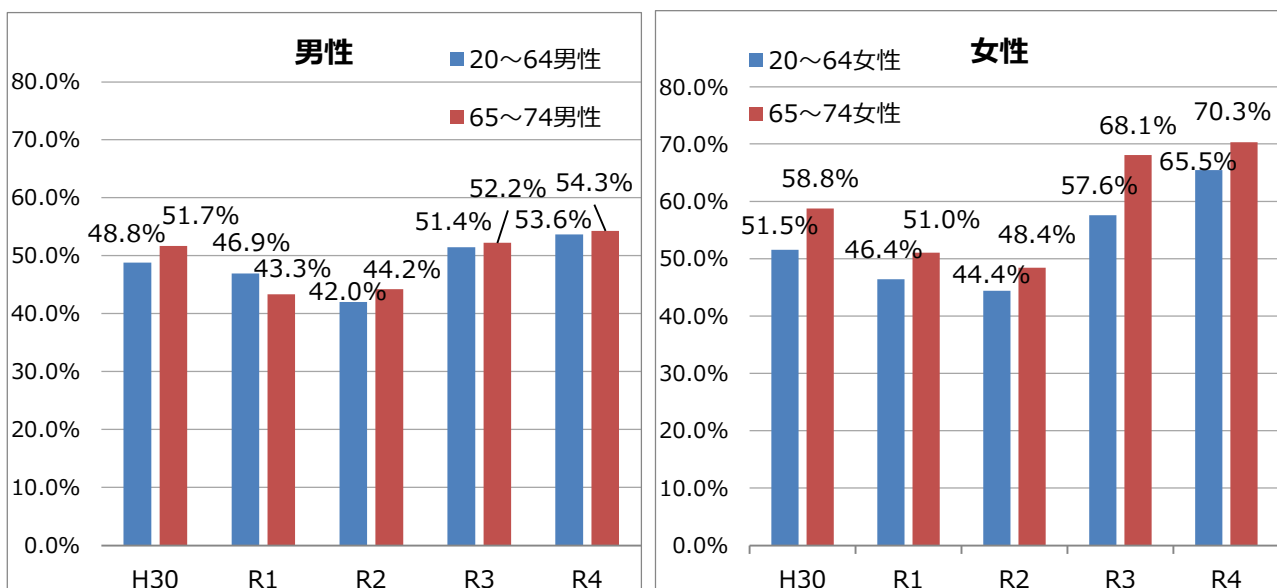
子どもについても、身体活動が身体的・心理的・社会的に良い影響を及ぼすことが報告されています。運動習慣をつけることで、心身の健康と健やかな成長につながると考えられることから、実施に向けた支援が必要です。

### イ 現状と課題

#### (ア) 日常生活における歩数の増加

日常生活においてよく体を使っていると意識している人は、男女共コロナ禍で減少していた状況から、増加傾向となりました。また、女性では20～64歳に比較して65歳以上の人によく体を使っていると意識している割合が高くなっています(図表49)。

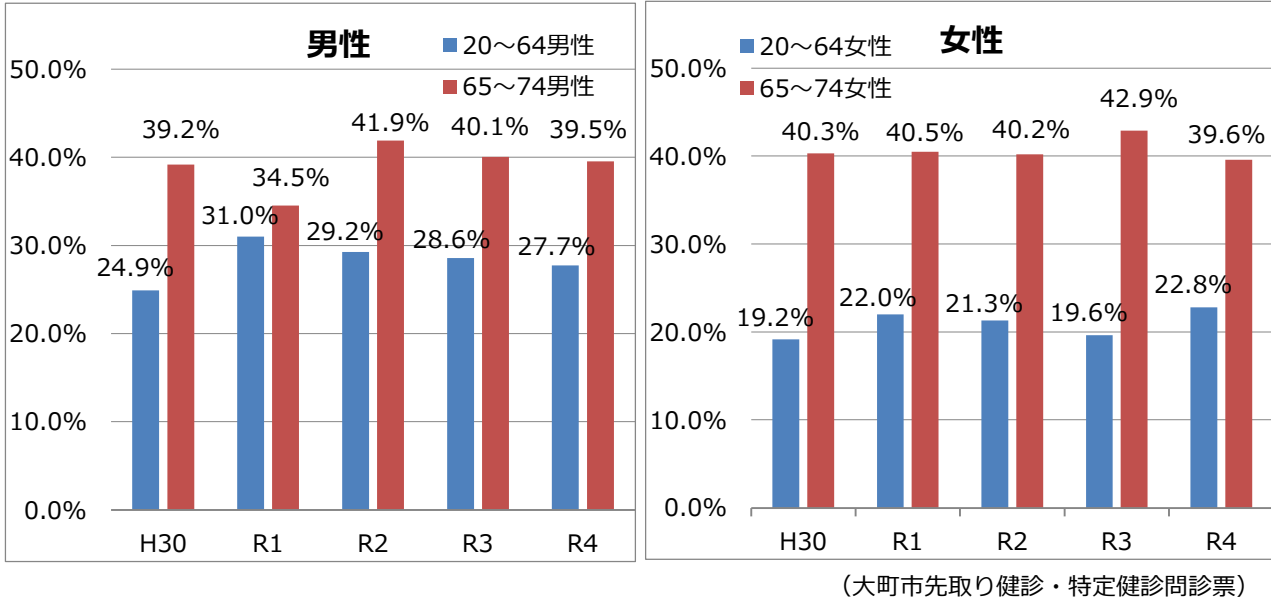
図表49 性別・年代別の体をよく使っている人の推移



(イ) 運動習慣者の割合の増加

運動習慣者の割合は、年代別にみると20～64歳より65歳以上の方が高い状況が続いています。男女共、年齢別にみても運動習慣者の割合はほぼ横ばいとなっています（図表50）。

図表50 性別・年代別の運動習慣者の割合の推移



20～64歳までの就労世代は、運動の必要性は理解しているもののなかなか行動に移せない人や、忙しくて運動する時間がない人たちが大半と思われます。今後運動習慣をつけていくためには、個人の能力や体力に応じたメニューが選択できたり、安心して安全に運動に取り組める環境を整えることが必要です。

また、加齢とともに要介護状態となる主な原因の1つに、筋肉や骨関節等が関係する運動器疾患により、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があります。ライフステージの中で骨・筋力・神経は成長発達し、高齢期には機能低下に向かいますが、それぞれのステージに応じた運動を行うことが最も重要になります。運動習慣が身につくためには、継続してできる運動への支援が重要です（図表51）。

図表51 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								開眼片足立ち（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				運動習慣のある人の割合が低い			
	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、すべての年代において、運動を行うことが重要

参考：長野県松川町保健活動計画等

## ウ 目標の達成に向けた取組・対策

### (ア) 身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発

- ・ライフステージや個人の健康状態に応じた運動指導
- ・「ロコモティブシンドローム」についての知識の普及

### (イ) 身体活動及び運動習慣の向上に向けた取組み

- ・気軽に歩くことができるコース等の紹介
- ・市各部局や関係機関が実施している事業の啓発・連携  
スポーツ推進事業（スポーツ課）、介護予防事業（福祉課）、公民館（生涯学習課）等
- ・乳幼児期・学童期からの運動習慣確立における他部署との事業の連携

### (ウ) 運動をしやすい環境の整備

- ・健康増進施設の周知及び活用への協力

### (3) 休養・睡眠

<目標>

◆ 睡眠で休養がとれている者の割合の増加

#### ア 基本的な考え方

日常生活において、十分な睡眠や余暇活動は心身の健康に欠かせないものです。睡眠不足は日中の眠気や疲労に加え、事故等の重大な結果を招く場合もあります。また、睡眠の問題が慢性化すると、肥満、高血圧、糖尿病、心疾患、脳血管障害の発症リスクの上昇と症状悪化に関連し、不眠自体が精神疾患の発症リスクを高めます。

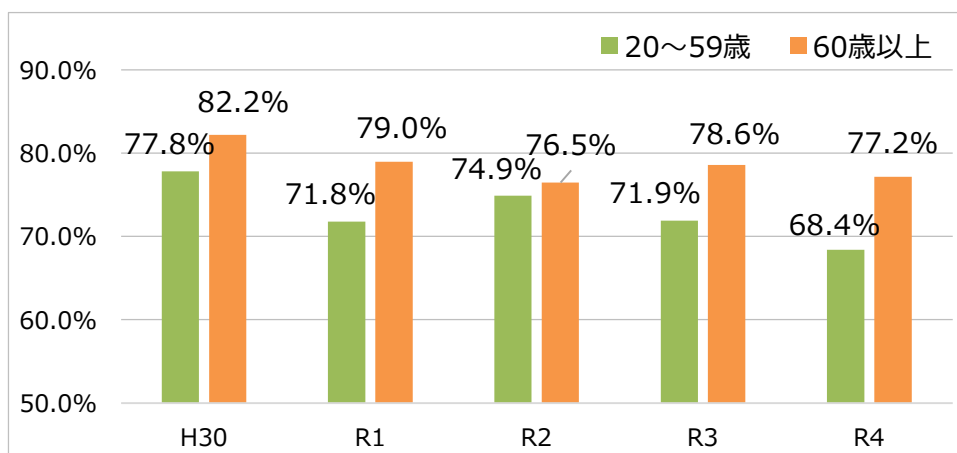
睡眠や余暇が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが、健康増進において重要な課題となっています。

#### イ 現状と課題

(ア) 睡眠による休養がとれている者の増加

先取り健診・国保特定健康診査受診者に対する「睡眠で休養が十分とれている」の問診項目をみると、全体的に減少傾向であり、特に働き盛り世代にその傾向が強く見られます（図表 52）。

図表 52 睡眠で休養が十分にとれている者の割合



(先取り健診・国保特定健診問診票)

睡眠障害は、肥満や高血圧、糖尿病等の発症・悪化要因であるばかりではなく、こころの健康の一症状として表れることも多いことから、今後も睡眠と休養に関する実態把握をしながら、必要な情報等を市民に啓発していきます。

#### ウ 目標を達成するための取組・対策

##### (ア) 大町市の睡眠と休養に関する実態の把握

- ・先取り健診・特定健診問診
- ・他事業の中での睡眠に関する実態把握

##### (イ) 睡眠と健康との関連等に関する教育の推進

- ・種々の保健事業の場での教育や情報提供

## (4) 飲酒

### <目標>

- ◆ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者）の割合の減少
- ◆ 20 歳未満の者の飲酒をなくす

### ア 基本的な考え方

アルコールは、様々な健康障害（肝炎・膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等）との関連が指摘されており、加えて、不安やうつ、自殺、事故といったリスクとも関連していると言われています。

生活習慣病のリスクを高める飲酒量（純アルコール量）として、男性では 1 日 40g 以上、女性では 1 日 20g 以上と定義し、アルコールによる健康影響に関する知識の普及啓発が必要です。

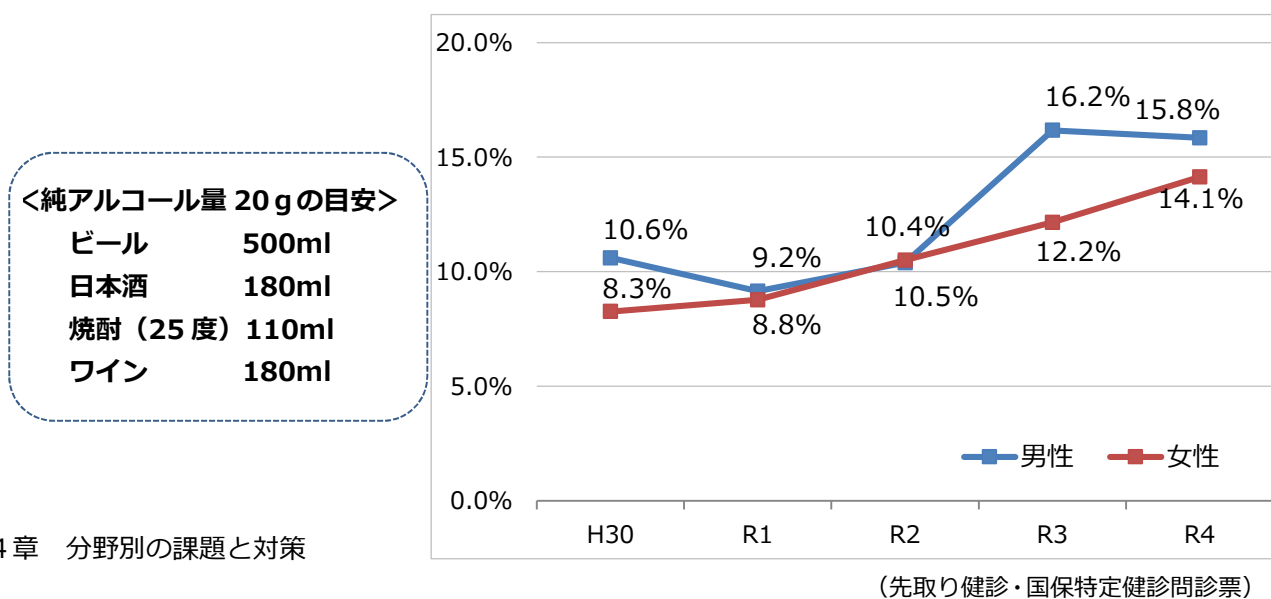
また、20 歳未満の者の身体は発達する過程にあるため、体内に入ったアルコールが身体に悪影響を及ぼし健全な成長を妨げること、臓器の機能が未完成であるためにアルコールの分解能力が低く、影響を受けやすいこと等について、分かりやすい普及啓発の継続が重要です。

### イ 現状と課題

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

大町市の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、男女共に増加傾向となっています（図表 53）。

図表 53 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



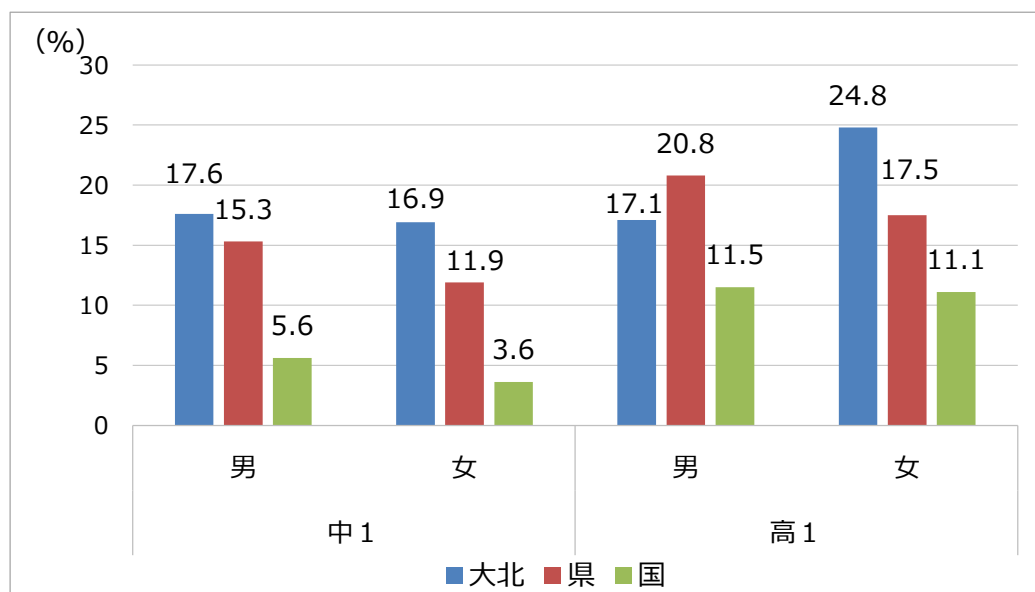
飲酒の習慣は、個人の価値観だけではなく、地域や社会全体の価値観が影響していると考えられ

ます。また、大量飲酒に至るまでは身体的・精神的・社会的様々な生活背景が複雑に重なり合っていることも考えられます。飲酒に対する判断基準など個人や地域の価値観を把握した上での指導も重要になります。

### (イ) 20歳未満の者の飲酒をなくす

令和3年度の県の調査によると、大北管内の飲酒経験率は、全国と比較して全てが高くなっており、高1の男子以外は県よりも割合が高い状況でした（図表54）。

図表 54 飲酒経験率



(大北・長野県 令和3年度未成年者の喫煙・飲酒状況等調査)

(国：喫煙飲酒等生活習慣の実態把握及び生活習慣の改善に向けた研究)

今後も関係機関と連携を取りながら、飲酒による健康被害について啓発や情報提供を行います。

## ウ 目標の達成に向けた取組・対策

### (ア) 飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

- ・種々の保健事業の場での教育や情報提供
- ・20歳未満の者への教育・情報提供
- ・様々な機会を通じた適正飲酒の啓発活動

### (イ) 適正飲酒に関する知識の普及を通じ、生活習慣病の予防の推進

- ・先取り健診、国保特定健診の結果に基づいた、適度な飲酒への個別指導



## (5) 喫煙

### <目標>

- ◆ 喫煙率の減少
- ◆ 20歳未満の者の喫煙をなくす
- ◆ 妊娠中の喫煙をなくす

### ア 基本的な考え方

喫煙は、がん、循環器疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患等)、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、糖尿病、周産期の異常(早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等)の原因になり、受動喫煙も、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息や呼吸器感染症、乳幼児突然死症候群(SIDS)の原因になります。

併せて、20歳未満からの喫煙は健康への影響が大きく、かつ成人期を通じた喫煙継続につながりやすいと報告されています。

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

喫煙対策は「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。

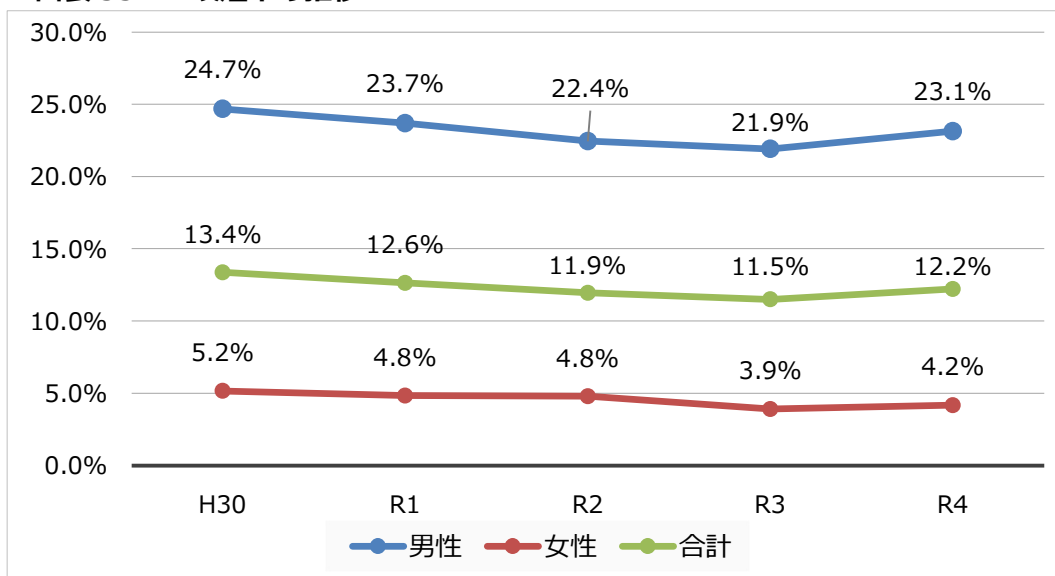
喫煙と受動喫煙は、いずれも多くの疾患の確立した原因であり、その対策により、がん、循環器病、COPD、糖尿病等の予防において、大きな効果が期待できるため、たばこ健康について正確な知識を普及する必要があります。

### イ 現状と課題

#### (ア) 20歳以上の喫煙率の減少

20～64歳までの喫煙率は、全国(男27.1%、女7.6%)及び県(男27.7%、女8.2%)と比較すると低く推移しています。それぞれの喫煙率をみると、男女共、徐々に減少傾向にありましたが、令和4年度は上昇しています(図表55)。

図表55 喫煙率の推移



(先取り健診・国保特定健診問診票)

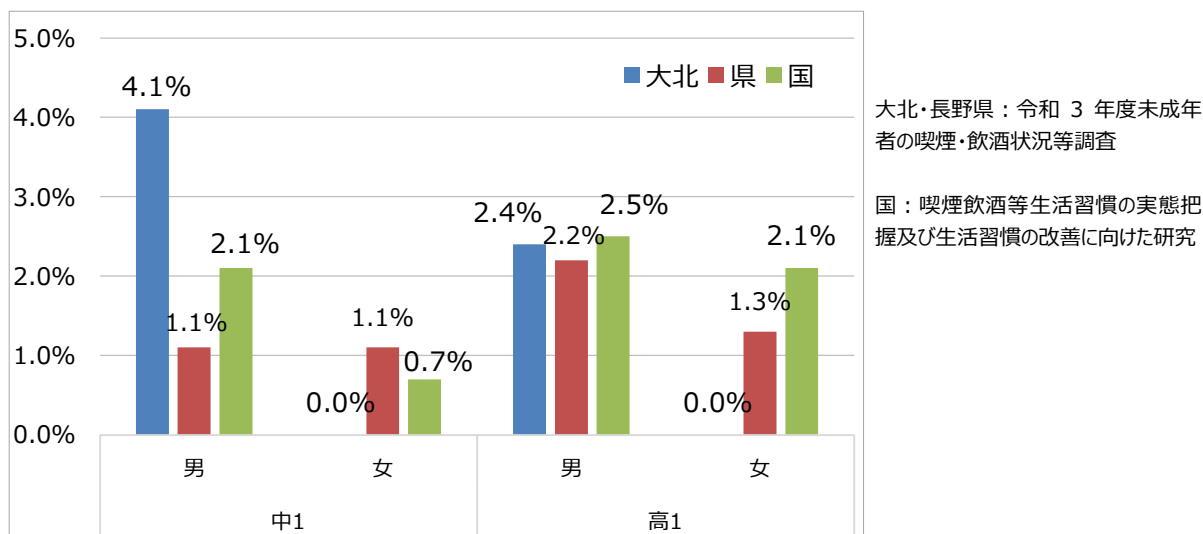
たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意思だけではやめたくてもやめられないことが多いですが、今後は喫煙をやめたい人に対する禁煙支援と同時に、健診データに基づき、喫煙によるリスクがより高い人への支援が重要になります。

(イ) 20歳未満の者の喫煙をなくす

令和3年度の県の調査によると、大北管内の20歳未満の者の喫煙経験率は、県と比べ女子は低かったものの、男子は県より高い状況です（図表56）。

今後、関係機関と連携を取りながら喫煙による健康被害について啓発、情報提供を行います。

図表56 喫煙経験率

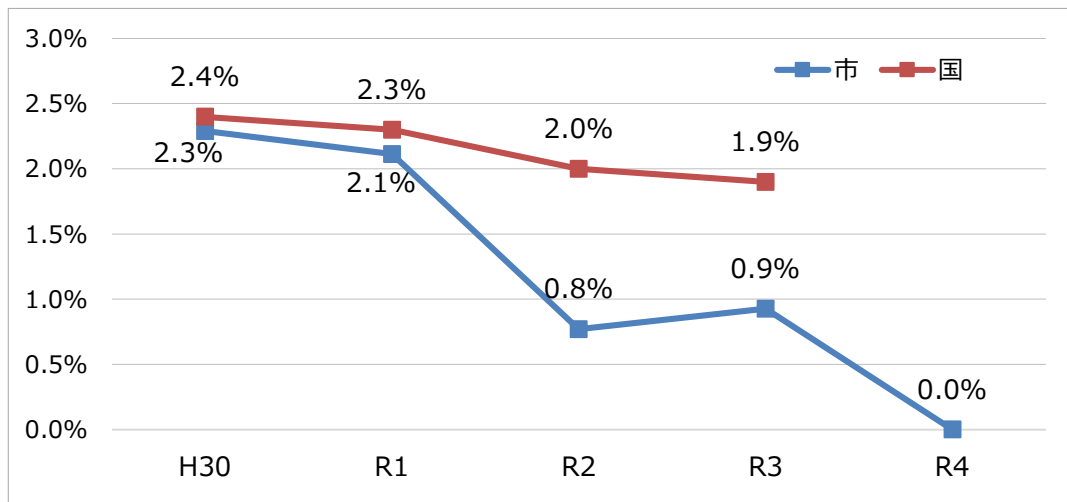


(ウ) 妊娠中の喫煙をなくす

妊娠届出時のアンケート結果では、妊娠前の喫煙率は令和4年度1.6%でしたが、健やか親子21（第2次）のアンケートでは、妊娠中の喫煙率は0.0%と、妊娠を機に禁煙する方があり、また、妊娠中の喫煙率は年々低下しています（図表57）。

たばこの害は、母体及び胎児の健康に大きな影響を及ぼすことから、妊娠中の喫煙をなくすこと及び周囲の人が与える喫煙の害についての啓発に努めます。

図表57 妊娠中の喫煙ありと回答した人の割合



（健やか親子21 アンケート調査から）

## ウ 目標達成に向けた取組・対策

### (ア) たばこのリスクに関する教育・啓発

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

### (イ) 受動喫煙の防止を推進し、禁煙への取組みの支援

- ・健康診査、国保特定健診の結果に基づいた、禁煙支援・禁煙治療への個別指導
- ・行政機関・公共施設での敷地内禁煙の推進
- ・禁煙治療は医療保険が適応されることについての情報提供

## (6) 歯・口腔の健康

### <目標>

- ◆ 歯周病を有する者の割合の減少（40歳以上）
- ◆ よく噛んで食べることができる者の増加（50歳以上）
- ◆ 過去1年間に歯科検診を受診した者の増加  
（歯周病検診受診者数の増加）

### ア 基本的な考え方

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、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、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になっています。

特に、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明らかになり、その予防は生涯を通じての重要な健康課題のひとつと言われています。

また、口腔機能は摂食や構音等に密接に関連しており、生活の質の向上にも影響が大きいことから、生涯を通じて口腔機能の獲得・維持・向上を図ることが重要です。

歯の喪失の主要な原因疾患は、う蝕(むし歯)と歯周病であることから、幼児期や学齢期でのう蝕予防や、成人における歯周病予防の推進、高齢期における口腔ケアの推進が不可欠です。

### イ 現状と課題

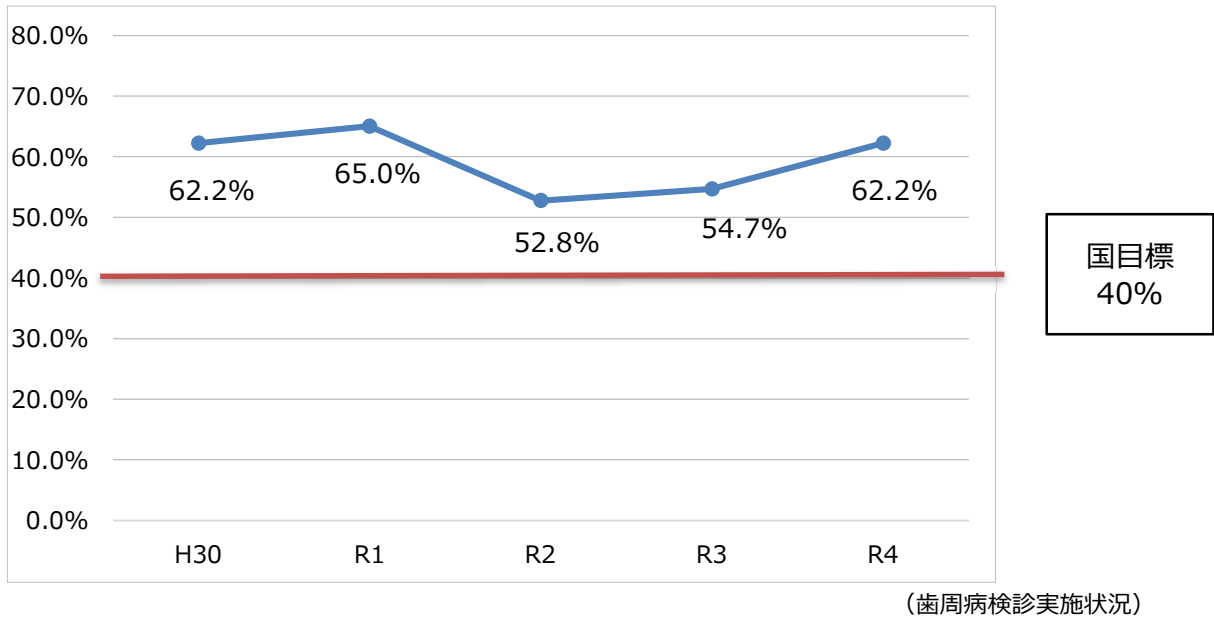
#### (ア) 歯周病を有する者の割合の減少

歯周病の一つである歯周炎が顕在化し始めるのは40歳以降と言われています。しかし、歯周病の発症予防については若年層からの歯肉炎の対策が重要です。

市では、健康増進法に基づく節目年齢に30歳を追加して歯周病検診を実施していますが、歯周炎を有する人は60%前後で横ばいの状況が続いており、国の目標値を上回っています(図表58)。

今後も節目の年齢での歯周病検診を実施し、その受診を勧奨するとともに、歯周病の原因や予防法などの知識の普及を継続していきます。

図表 58 40歳以上の進行した歯周炎を有する者の割合

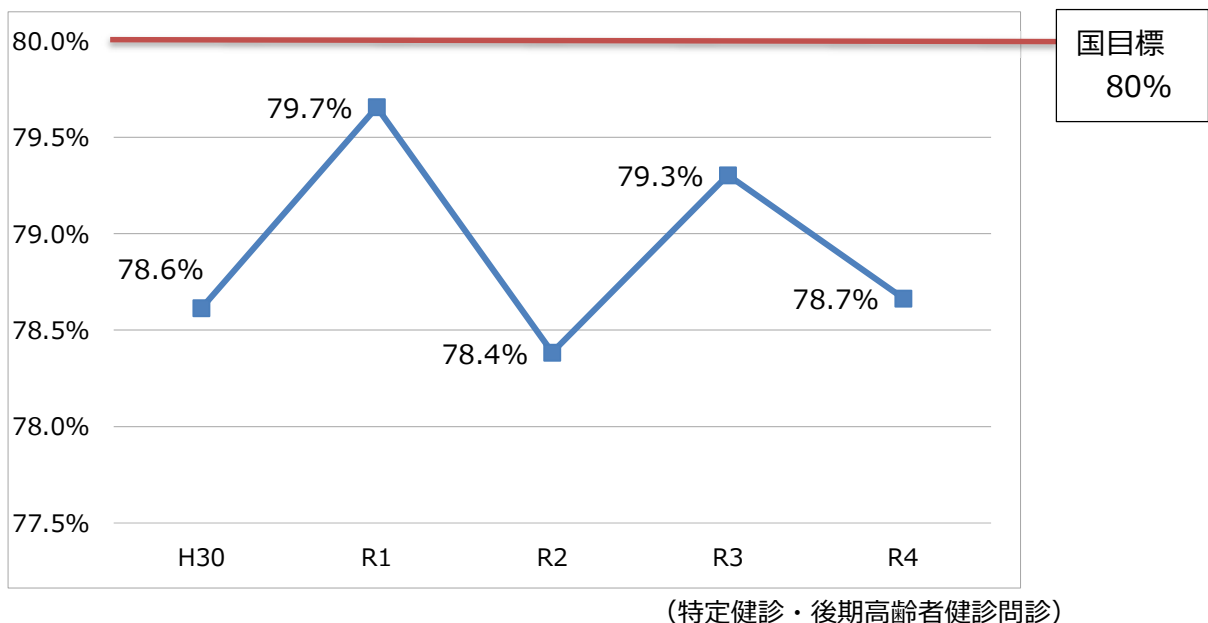


### (イ) よく噛んで食べることができる者（50歳以上）の増加

口腔機能が低下すると、肉・魚介類・野菜といった食品の摂取が減少し、炭水化物・穀類・菓子類等の摂取割合が増えるという報告があります。これは、食事のバランスが悪くなり、糖尿病や高血圧といった生活習慣病の発症や重症化のリスクが高くなることを示唆します。また、口腔機能の低下によって食事や会話に支障をきたすと、対人関係に困難を感じるようになり、社会とのつながりが減少し、身体的・精神的に活動が不活発になり、要介護状態へつながっていくとも言われています。

健診における咀嚼の質問では、よく噛んで食べることができる者の割合が70%後半で推移し、国の目標の80%には届いていません。口腔機能を維持、または回復するための情報提供を行っていく必要があります。(図表 59)

図表 59 50歳以上におけるよく噛んで食べることができる者の割合

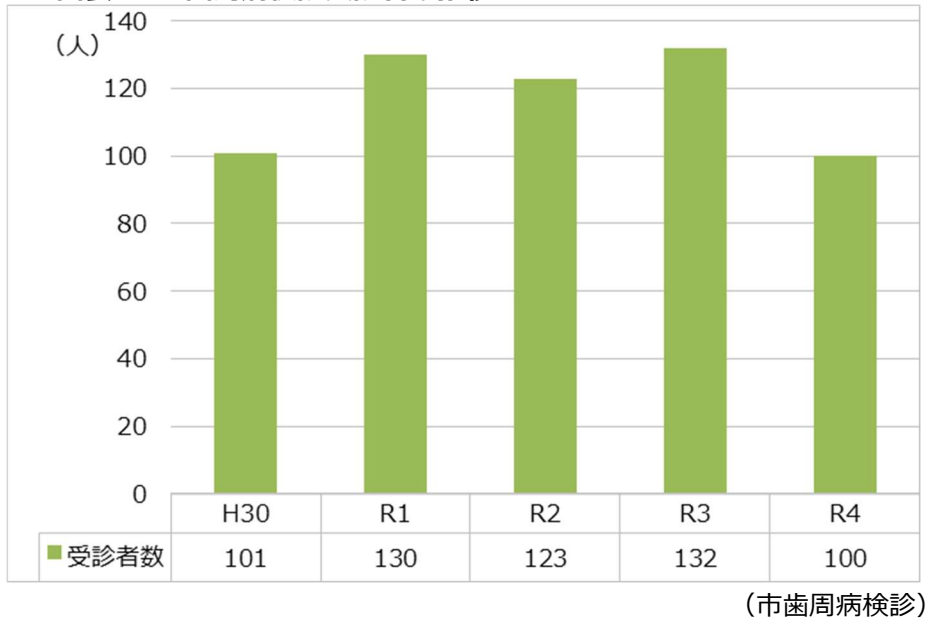


**(ウ) 過去1年間に歯科検診を受診した者の増加**

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

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担っていますが、歯周病検診の受診者は伸び悩んでいるのが現状です(図表 60)。今後も、歯周病検診の必要性を周知し、定期的な歯科検診へのきっかけづくりとなるよう取組みを進めます。

**図表 60 歯周病検診受診者の推移**



**ウ 目標達成に向けた取組・対策**

**(ア) 歯科保健対策の推進**

- ・乳幼児健診における歯科相談
- ・市内幼稚園・保育園、小中学校における歯科保健指導
- ・中年期・高齢期における歯周病と全身疾患の関わりと口腔ケアの普及・啓発

**(イ) 専門家による定期管理と支援の推進**

- ・妊婦歯科検診
- ・幼児歯科検診 (1歳6か月児、2歳児、3歳児)
- ・歯周病検診 (20歳、30歳、40歳、50歳、60歳、70歳)

## 4 こころの健康の維持・向上

### (1) こころの健康

#### <目標>

- ◆ 自殺者の減少（人口10万人当たり）

#### ア 基本的な考え方

社会生活を営むためには、身体の健康と共に重要なのが、こころの健康です。

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

こころの病気で代表的な「うつ病」は、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患です。自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されています。うつ病は、不安障害やアルコール依存症などとの合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になります。

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

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

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

こころの健康を損ない、気分が落ち込んだときや自殺を考えている時に、精神科の受診や他者への相談をすることが少ない現実があります。

命や暮らしの危機に陥った場合には誰かに助けを求めていいという理解の促進や、周囲の人が悩みを抱えている人の存在に気づき、話を聴き、必要に応じて専門家につないで、見守るといったことについて理解を深め、実践できるよう普及啓発が必要です。

また、精神疾患の正しい理解や、自殺に対する誤った認識の払拭等普及啓発を進めます。

#### イ 現状と課題

##### (ア) 自殺者の減少(人口10万人当たり)

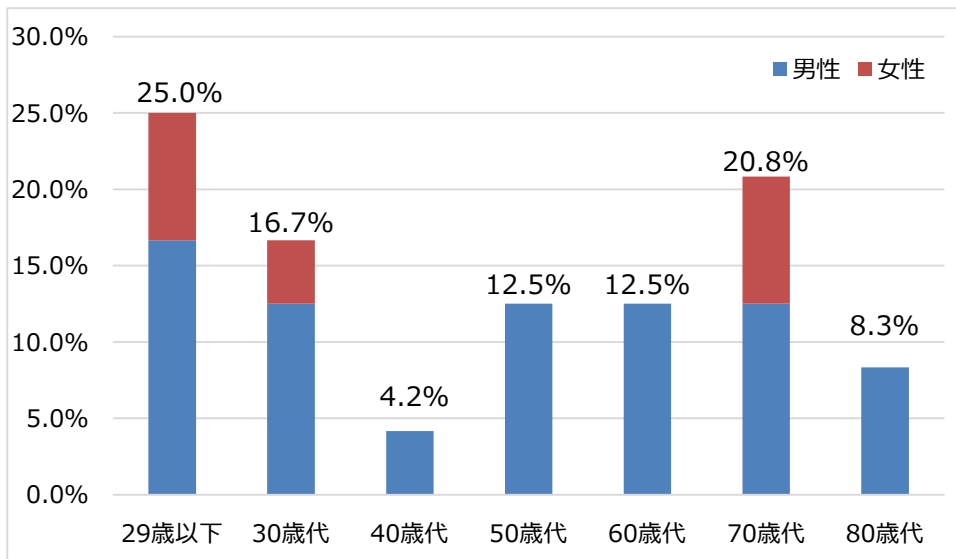
国は、平成28年4月自殺対策基本法を改正し、令和4年10月には新たな自殺総合対策大綱が閣議決定され、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す」を基本理念とし、自殺を社会の問題としてとらえ対策を講じることが求められています。

大町市における自殺の現状としては、年によってばらつきはありますが、男女とも高齢者が多い一方で、最近5年間を見ると20～30歳代の若い年代が多くなっている状況です（図表61）。

この年代の自殺者の背景としては、経済状況や仕事（職場の人間関係・過労）などの社会的要因が大きいと考えられているため、自殺のリスクを抱えた人を適切な支援につなげるため、人材育成や相談支援機関の情報提供等、産業保健分野との連携が必要です。

また、最近では発達障がい二次障害や、産後のホルモンバランスの乱れによるうつ病等も増えており、多様な関わりが必要なケースが多くなっています。

図表 61 年代別自殺者の状況（平成30年～令和4年）



大町市の死亡統計（H30～R4年）より

世界保健機構（WHO）によると、うつ病、アルコール依存症、統合失調症の3つの精神疾患については治療法が確立しているため、早期発見・治療により、自殺率を下げる事ができるとされています。より積極的に治療につながるよう、本人だけではなく周囲の人達へ病気の理解をすすめていくと同時に、本人のこころの健康の不調に最初に気づくのは、家族や職場の同僚が多いので、家族や職場の同僚が、精神疾患についての正しい理解を深め、精神疾患に関する偏見をなくすことが重要です。

今後は、大町市いのちを守る推進計画と整合性をとりながら、こころの健康に関する対策を進めていきます。

## ウ 目標を達成するための取組・対策

### (ア) こころの健康に関する教育の推進

- ・関係機関との連携と実態の共有
- ・精神疾患に関する正しい知識の普及
- ・地域でこころの不調に気づき、声かけなどをする人材の育成
- ・小中学校におけるSOSの出し方教育の実施

### (イ) 専門医・専門機関による相談事業の紹介

- ・大町保健福祉事務所と協力・連携
- ・各種相談の周知
- ・メンタルチェックシステム「こころの体温計」の活用



## 5 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

### (1) 子どもの健康

#### <目標>

#### ◆ すべての子どもが健やかに生まれ育つ

##### (ア) 適正体重の子どもの増加

- ① 全出生数中の低出生体重児の割合の減少
- ② 肥満傾向にある幼児の割合の減少
- ③ 児童・生徒における肥満傾向児の減少（再掲）

##### (イ) 心身ともに健やかな子どもの育ちの推進

- ① 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの減少
- ② 20歳未満の者の飲酒をなくす（再掲）
- ③ 20歳未満の者の喫煙をなくす（再掲）

#### ア 基本的な考え方

生涯を通じ健やかで心豊かに生活するためには、妊娠中や子どもの頃からの健康づくりが重要です。妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行うとともに、子どもの健やかな発育とより良い生活習慣を形成することで、生涯を通じた健康づくりを推進していくことができます。また、子どもが成長し、やがて親となり、その次の世代を育むという循環においても、子どもの健やかな発育や生活習慣の形成は、その基礎となるものです。

子どもや妊婦にかかる母子保健分野の取組みとして、国民運動計画である健やか親子21、成育医療等基本方針においても取組みや目標を示しており、協同しつつ、子どもの健康を育むことを目的とした施策や取組みを推進します。

子どもの健やかな発育・生活習慣の形成については、子どもの体重（全出生中の低出生体重児の割合・肥満傾向にある幼児の割合）や生活習慣、う蝕有病状況、運動習慣等でみていくことができます。

また、子どもの健やかな発育のためには、妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりと基本的な生活習慣が重要であり、適正体重の維持や妊娠中に喫煙や飲酒をしないことも重要です。

#### イ 現状と課題

##### (ア) 適正体重の子どもの増加

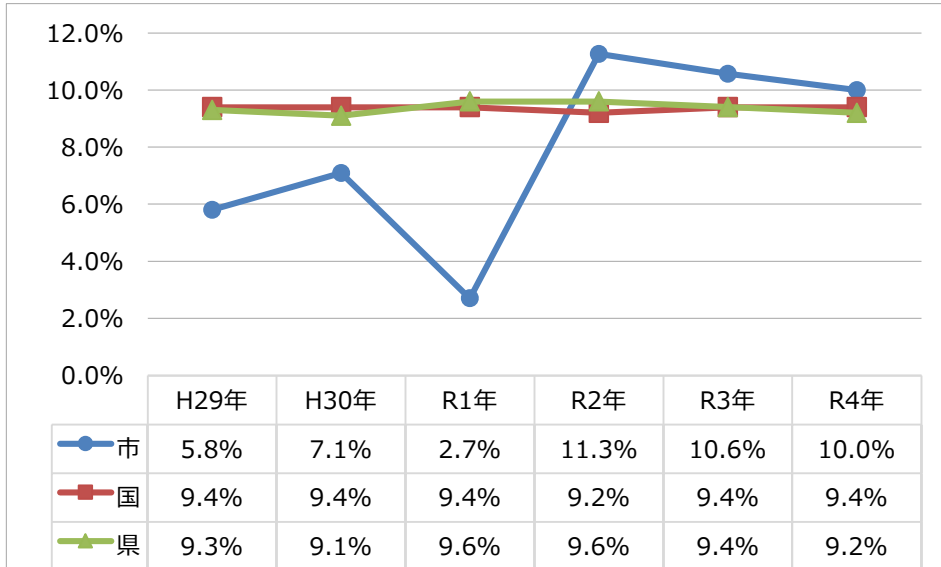
- ① 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

大町市の低出生体重児の割合は、年によるばらつきはあるものの令和2年から約1割で推移し、県・国よりも高い傾向にあります（図表62）。

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

妊娠期からの適切な生活習慣で、自分の体に合わせた体重増加を図りながら、より良い母体環境を整えることが、低出生体重児の予防につながります。

図表 62 低出生体重児の割合



(人口動態統計・長野県衛生年報・保健センター集計値)

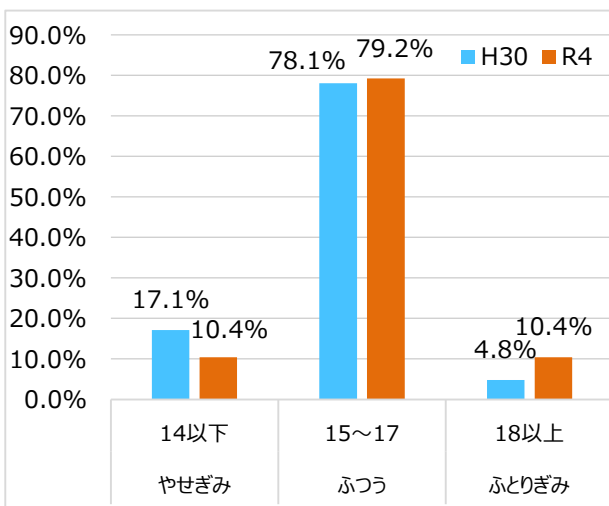
② 肥満傾向にある幼児の割合の減少

子どもの肥満は、学童・思春期の肥満に移行しやすく、さらに成人期に肥満になることもあり、将来の生活習慣病に結びつきやすいという報告があります。

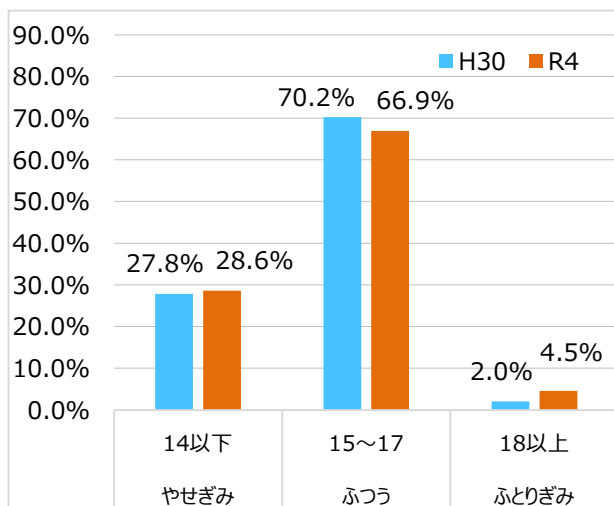
特に低出生体重児の場合は、将来にわたって適正体重を維持していくことで、生活習慣病予防への取組みが重要です。

平成 30 年度と令和 4 年度の状況をみると、カウプ指数 18 以上の肥満傾向にある幼児は、1 歳 6 か月児健康診査、3 歳児健康診査ともに増加しています（図表 63）。3 歳児では、やせ気味の児が一定数おり、適正体重の児が 7 割以下の状況です。

図表 63 1 歳 6 か月児のカウプ指数の比較



3 歳児のカウプ指数の比較



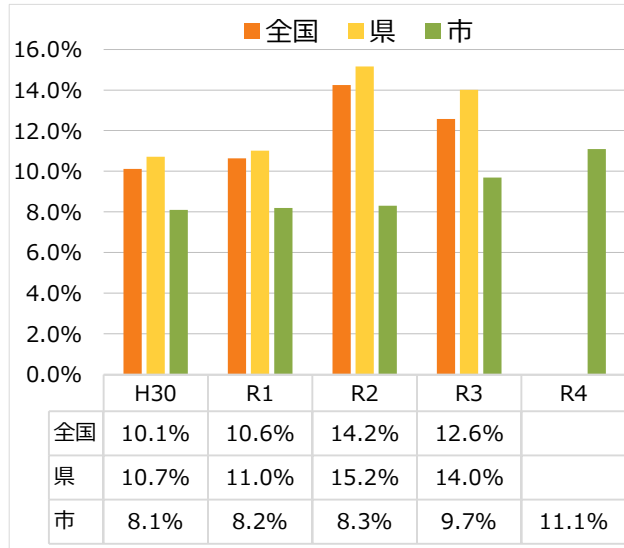
(大町市保健事業結果)

③ 児童・生徒における肥満傾向児の減少

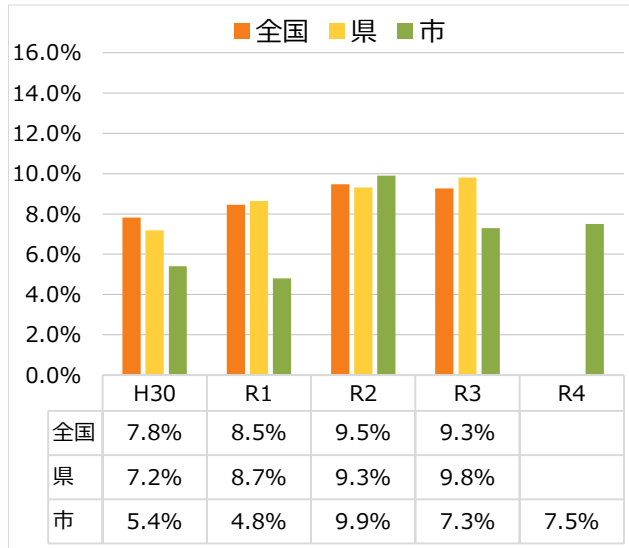
小学5年生の肥満の状況をみると、男児は増加傾向にありますが、国・県よりは低い状況です。女児は、年によるばらつきが大きいですが、コロナ前と比較して増加傾向にあります（図表64）。

中学2年生では、男児は令和2年に国・県と同様に大きく増加し、その後は変動が大きくなっています。女児は大きな変動はありませんが、国・県と比較して高い状況です（図表65）。

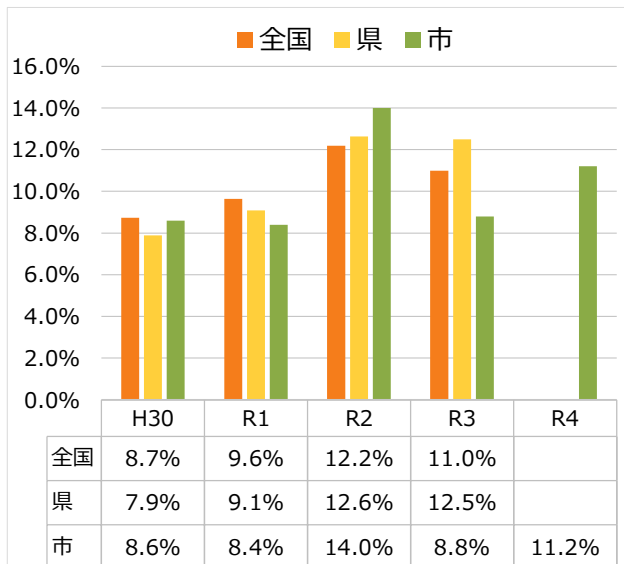
図表64 小学5年生男子の肥満傾向児の割合



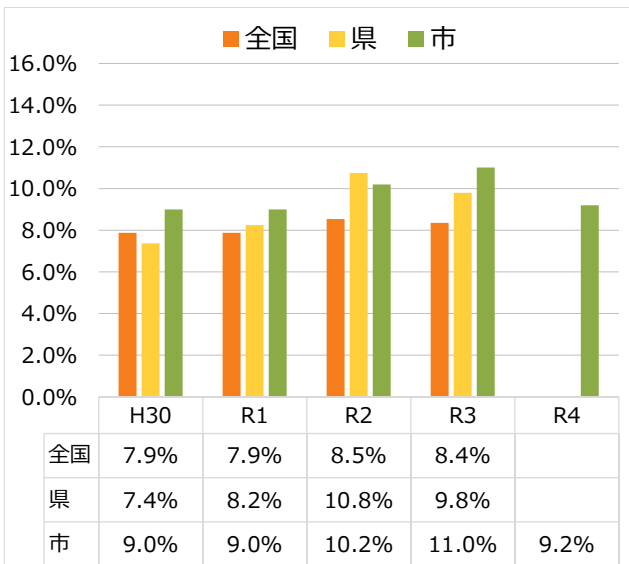
小学5年生女子の肥満傾向児の割合



図表65 中学2年生男子の肥満傾向児の割合



中学2年生女子の肥満傾向児の割合



子どもの健やかな発育・生活習慣の形成については、他のライフステージと同様健康診査の結果でみていく必要があります（図表66）。

今後も、血液検査結果等に基づき、保健指導を継続しながら、幼少期から健やかな生活習慣を身に付け、保護者も含めた生活習慣病予防の取組みを継続していく必要があります。

図表 66 令和4年度 小学5年生及び中学2年生検査結果 有所見者数

区分	基準値	肥満度				脂質		血圧		血糖		その他
		腹囲	腹囲/ 身長比	肥満度		中性脂肪	HDL	収縮期	拡張期	血糖	HbA1c	LDL
	小学生75cm 中学生80cm以上		0.5以上	20%以上	-15%以下	120mg/dl以上	40mg/dl未満	125mmHg以上	70mmHg以上	100mg/dl以上	5.6%以上	140mg/dl以上
小学校	有所見者数	9	15	19	14	12	2	8	3	10	51	5
	割合	5.8%	9.7%	12.3%	9.0%	7.7%	1.3%	5.2%	1.9%	6.5%	32.9%	3.2%
中学校	有所見者数	5	5	12	16	15	5	48	30	14	42	5
	割合	2.9%	2.9%	7.0%	9.4%	8.8%	2.9%	28.1%	17.5%	8.2%	24.6%	2.9%

(令和4年度小児期からの生活習慣病予防事業)

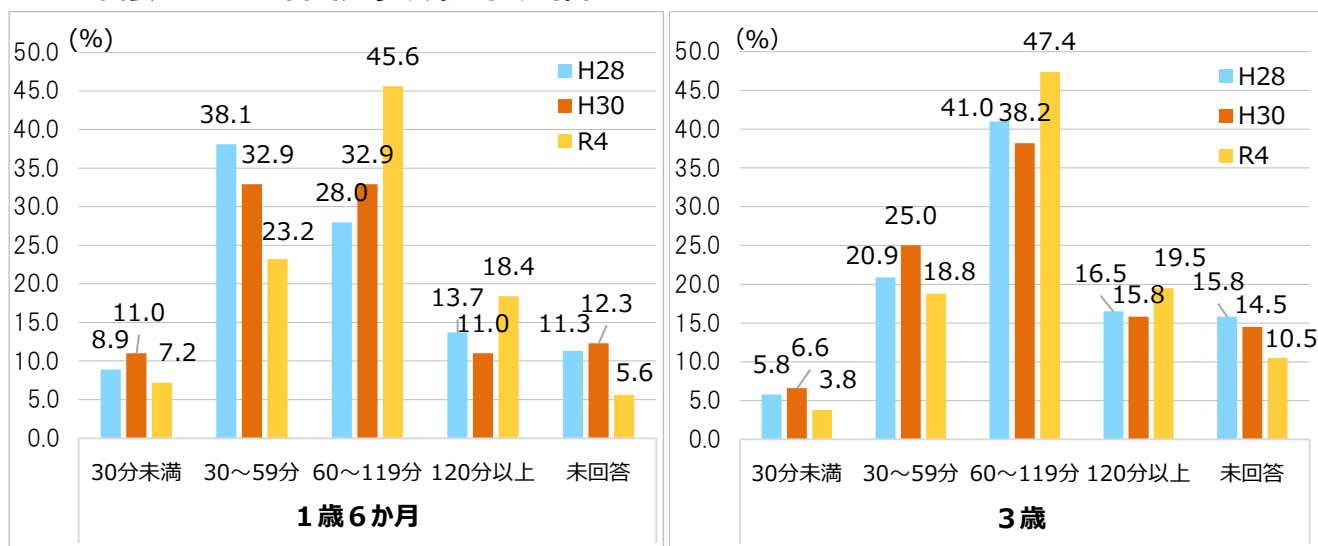
(イ) 心身ともに健やかな子どもの育ちの推進

① 運動やスポーツを習慣的に行ってない子どもの減少

1歳6か月児と3歳児の1日当たりの外遊びの時間の状況を経年で見てみると、30分未満の割合が減少し120分以上が増えていました。半分以上の子どもは60分以上の外遊びができています(図表67)。しかし、新型コロナウイルス感染症の流行により外出が制限された影響や社会環境や生活様式の変化などにより、運動の機会の減少や生活習慣の乱れが生じてきており、子どもの体力・運動能力は長期的に低下傾向にあるとされています。

体を動かすことによって得られる体力は、人間の活動の源であり、病気への抵抗力を高めることなどによる健康の維持のほか、意欲や気力の充実に大きくかかわっており、人間の発達・成長を支える基本的な要素です。また、より豊かで充実した人生を送るためにも必要な要素です。

図表 67 1日当たりの外遊びの時間



## ウ 目標に向けた取組

### (ア) 適正体重の子どもの増加

- ・母子健康手帳交付時の個別相談や健康教育の実施
- ・妊婦一般健康診査や先取り健診の受診勧奨、保健指導
- ・両親学級での健康学習・健康教育の実施
- ・乳幼児健診・相談事業等での健康学習・個別相談の実施
- ・小児期からの生活習慣病予防事業における保健指導の実施

### (イ) 健やかな子どもの育ちのための取組みの推進

- ・母子保健事業での個別相談の充実
- ・乳幼児健診・相談事業での健康学習・健康教育の実施
- ・妊娠期から出産・子育て期を通した切れ目ない相談・支援の充実

### (ウ) 関係機関との連携

- ・庁内関係部署・小中学校養護教諭・栄養教諭・地域関係機関・医療機関等との  
課題共有・連携

## (2) 高齢者の健康

### <目標>

- ◆ **低栄養傾向の高齢者の減少（再掲）**  
(BMI20 以下の高齢者（65 歳以上）の割合の減少)
- ◆ **要介護認定率の減少**

### ア 基本的な考え方

大門市においても国・県同様に高齢化が進み、令和4年4月1日現在で高齢化率は39.6%、県下19市中1位となっています。今後の10年後を見据えると、健康寿命の延伸、健康格差の縮小等が重要になってきます。

高齢期のやせは、健康障害へのリスクが高いとされ、今後75歳以上人口が増加し、要介護者の増加と共に、介護の担い手が不足することが見込まれる中で、低栄養傾向の高齢者の増加を抑制することは、健康寿命の延伸・介護認定者の減少につながると考えます。

介護保険認定者の原因疾患として年々増加している認知症と運動器疾患については早い時期からの予防が重要になります。

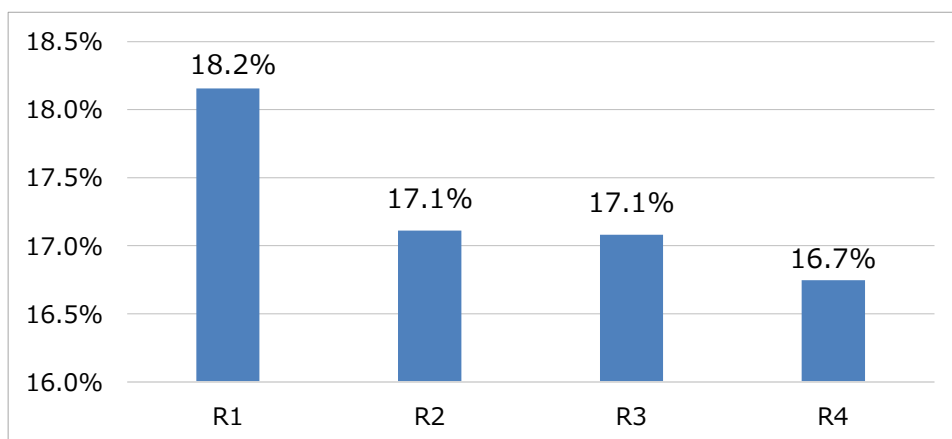
### イ 現状と課題

介護認定率の推移を令和元年からみると、徐々に低下しています。令和2年の国の認定率(18.7%)よりも低い状況です(図表68)。

要介護状態となった主な疾患は、認知症が1位となっており、ここ数年変化はありません(図表69)。高齢化の進行に伴い、今後も認知症高齢者は増加することが予測されています。認知症を早期に発見するためには、認知症は脳の病気であるという認識を持ち、認知症を理解するための学習が必要になります。また、認知症の基礎疾患と言われる脳血管疾患、糖尿病などの発症予防・重症化予防を推進することや、加齢とともに起こる運動機能や生活機能の低下による、ロコモティブシンドローム、フレイル<sup>6</sup>に対する対策を進めることにより、認定者の減少に努めます。

<sup>6</sup> フレイル：加齢とともに、心身の活力（運動機能、認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現する状態だが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態をいう

図表 68 介護認定率の推移



図表 69 要介護状態となった主な疾患

R1	人数	R2	人数	R3	人数	R4	人数
認知症	405	認知症	427	認知症	322	認知症	420
骨折以外の 骨筋関節関係	355	骨折以外の 骨筋関節関係	347	骨折以外の 骨筋関節関係	291	骨折以外の 骨筋関節関係	324
脳血管疾患	302	脳血管疾患	273	脳血管疾患	204	脳血管疾患	260

## ウ 目標に向けた取組み

### (ア) 健康状態に合わせた保健指導の推進

- ・後期高齢者健診に基づいた保健指導
- ・様々な機会を捉えた健康教育、健康相談の実施
- ・高齢者に関わる機関などとの協力・連携

### (イ) フレイル対策の推進

- ・生活習慣病予防対策の推進※
- ・運動機能の維持・向上のための取組み  
「ロコモティブシンドローム」「フレイル」「オーラルフレイル」について知識の普及
- ・口腔ケアの推進

※詳細については、第4章 2. 生活習慣病の予防 (2) 循環器病 (3) 糖尿病  
3. 生活習慣の改善 (1) 栄養・食生活 (2) 身体活動・運動を参照

### (3) 女性の健康

<目標>

- ◆ 若年女性のやせの減少（再掲）  
(BMI18.5未満の20～30歳代女性の割合の減少)
- ◆ 骨粗しょう症検診受診率の向上
- ◆ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している女性の減少（再掲）  
(1日あたりの純アルコール摂取量が20g以上の女性の割合の減少)

#### ア 基本的な考え方

女性は各ライフステージにおいて女性ホルモンが変化するという状況を踏まえ、その特性に応じた対応が必要になります。

特に、痩せている若年女性は、女性ホルモンの分泌低下や骨量減少と関連するといわれ、妊娠前に痩せていた女性は、低出生体重児を出産するリスクが高いことが報告されており、胎内での低栄養状態は成人期に2型糖尿病、冠動脈疾患等を発症するリスクが高まることも知られています。

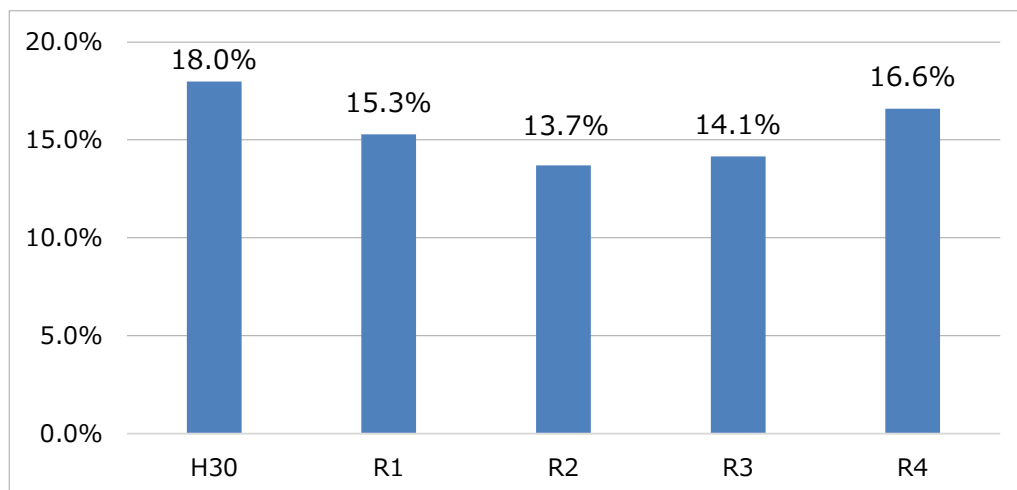
また、女性の発症率が高い骨粗しょう症は自覚症状がないことが多く、検診受診により早期の対策が立てられ、骨折等の予防が可能です。要介護状態とならずに健康に年齢を重ねていくためにも、検診受診を勧めていくことが大切です。

アルコールに関しては、一般に女性は男性に比べて肝臓障害等の飲酒による臓器障害を起こしやすく、アルコール依存症に至るまでの期間も短いことが知られています。特に妊娠中の飲酒は胎児への悪影響を引き起こします。アルコールによる健康影響に関する正しい知識の普及啓発が必要です。

#### イ 現状と課題

骨粗しょう症検診は年によってばらつきはありますが、15%前後の受診率となっています（図表70）。国の目標値が15%であることから、今後も普及啓発を進めていきます。

図表70 骨粗しょう症検診受診率の年次推移



(骨粗しょう症検診)



## ウ 目標に向けた取組み

### (ア) 女性のライフステージに応じた健康に関する知識の普及

- ・妊婦・先取り健診受診者等への保健指導
- ・骨粗しょう症やロコモティブシンドロームの知識の普及
- ・適正飲酒に関する知識の普及

### (イ) 女性のライフステージに合わせた保健指導

- ・女性のからだ相談の充実
- ・健診等の結果に合わせた相談の実施※

※ 第4章 3. 生活習慣の改善 (1) 栄養・食生活 (4) 飲酒 参照

## 6 目標の設定

国民健康づくり運動は、健康増進法に基づき行われるものであること、健康寿命の延伸が健康日本 21（第三次）における最終目標とされていることを踏まえ、目標項目は健康（特に健康寿命の延伸や生活習慣病の予防）に関する科学的なエビデンスがあることを原則とし、データソースは公的統計を利用することとされています。

また、前回の健康日本 21（第二次）における、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踏襲されています。

これらを踏まえ、国の目標値が公表され次第、市の最終年度に向けた目標設定を再度行うとともに、年度ごとに保健活動を評価し、次年度の取組みに反映させていきます（図表 71）。

図表 71 市の目標設定

分野	項目	国の現状値		市の現状値		国の目標値		市の目標値		データソース
		令和1年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和14年度	令和10年度	令和17年度	令和12～16年	
全体目標	①健康寿命の延伸									①
	・平均寿命	男性 81.41歳 女性 87.45歳	令和1年度	男性 81.8歳 女性 88.6歳	令和2年度	平均寿命の増加 分を上回る健康 寿命の増加	令和14年度	平均寿命の増加 分を上回る健康 寿命の増加	令和17年度	
	・健康寿命	男性 72.68歳 女性 75.38歳	令和1年度	男性 80.4歳 女性 84.7歳	令和2年度	平均寿命の増加 分を上回る健康 寿命の増加	令和14年度	平均寿命の増加 分を上回る健康 寿命の増加	令和17年度	①
がん	① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率(10万人当たり)	110.1	令和3年	103.0	平成30年～令和4年	減少	令和10年	減少	令和12～16年	①
	② がん検診の受診率									
	・胃がん	男性 48.0% 女性 37.1%	令和1年度	男性 26.6% 女性 25.0%	令和4年度	60%	令和10年度	40%	令和17年度	②
	・肺がん	男性 53.4% 女性 45.6%	令和1年度	男性 20.8% 女性 24.0%	令和4年度	60%	令和10年度	40%	令和17年度	②
	・大腸がん	男性 47.8% 女性 40.9%	令和1年度	男性 21.7% 女性 24.3%	令和4年度	60%	令和10年度	40%	令和17年度	②
	・子宮頸がん	女性 43.7% 女性 47.4%	令和1年度	女性 22.8% 女性 32.3%	令和4年度	60%	令和10年度	40%	令和17年度	②
	・乳がん(超音波・マンモグラフィ)		令和1年度		令和4年度		令和10年度		令和17年度	
	① 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率									
	・脳血管疾患	男性 93.7 女性 55.1	令和3年	男性 47.3 女性 34.8	平成30年～ 令和4年の 5年間	減少	令和10年	減少	令和12年～ 令和16年の 5年間	①
	・心疾患	男性 193.8 女性 110.2	令和3年	男性 187.7 女性 80.5	平成30年～ 令和4年の 5年間	減少	令和10年	減少	令和12年～ 令和16年の 5年間	①
循環器病	② 高血圧									
	・収縮期血圧値(平均値)	男性 133.9mmHg 女性 129.0mmHg	令和1年度	策定なし	令和4年度	5mmHgの 低下	令和14年度	策定なし	策定なし	③
	・高血圧(140/90mmHg以上)の者の割合	策定なし	令和1年度	24.8%	令和4年度	策定なし	令和14年度	策定なし	令和17年度	③
	③ 脂質異常症									
	・LDLコレステロール値160mg/dl以上の者の割合	11.0%	令和1年度	10.7%	令和4年度	25%減少	令和14年度	8.0%	令和17年度	③
糖尿病	④ メタボリックシンドローム予備群・該当者の割合	約1,619万人	令和3年度	該当者 20.6% 予備群 10.0%	令和4年度		令和14年度	減少	令和17年度	③
	⑤ 特定健診・特定保健指導の実施率									
	・特定健診受診率	56.5%	令和3年度	46.9%	令和4年度 法定報告			60%	令和17年度	③
	・特定保健指導実施率	24.6%	令和3年度	57.2%	令和4年度			75%	令和17年度	③
	① 糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数	15,271人	令和3年度	4人	令和4年度	12,000人	減少	令和17年度	減少	④
COPD	② 治療継続者の割合 (HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合)	67.6%	令和3年度	71.6%	令和4年度	75%	令和14年度	75%	令和17年度	③
	③ 血糖コントロール不良者(HbA1c8.0%以上)の割合	1.3%	令和1年度	1.1%	令和4年度	1.0%	令和14年度	1.0%	令和17年度	③
	④ 糖尿病有病者(HbA1c6.5%以上)の割合	約1,000万人	令和1年度	10.1%	令和4年度	1,350万人	減少	令和14年度	減少	③
	① COPDの死亡率	13.3%	令和3年	5.2	平成30年～ 令和4年の 5年間	10.0	令和14年	減少	令和12年～ 令和16年の 5年間	①

分野	項目	国の現状値		市の現状値		国の目標値		市の目標値		データソース
		令和1年度	令和3年度	令和1年度	令和4年度	令和1年度	令和4年度	令和14年度	令和17年度	
食生活・栄養	①適正体重を維持している者の割合 (BMI18.5以上25未満(65歳以上はBMI20を超え25未満)の者の割合)	60.3%	令和1年度	57.0%	令和4年度	66%	令和14年度	66%	令和17年度	③
	・ 20～60歳代男性の肥満者の割合	35.1%		36.9%		30%未満		30%未満		
	・ 40～60歳代女性の肥満者の割合	22.5%		23.0%		15%未満		15%未満		
	・ 20～30歳代女性のやせの者の割合	18.1%		17.0%		15%未満		15%未満		
	・ 低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合	16.8%		19.8%		13%未満		13%未満		
身体活動・運動	② 児童・生徒における肥満傾向児の割合(小学5年生男女総計)	10.96% 男子:12.58% 女子:9.26%	令和3年度	10.60% 男子:11.1% 女子:7.5%	令和4年度			減少	令和17年度	⑥
	① 日常生活における歩数 (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)	6,278歩	令和1年度	策定なし	令和14年度	7,100歩	策定なし	策定なし		
	・ 20～64歳	男性 7,864歩 女性 6,685歩	令和1年度	男性 53.6% 女性 65.5%	令和4年度	男性 8,000歩 女性 8,000歩	増加	増加	令和17年度	
	・ 65歳以上	男性 5,396歩 女性 4,656歩	令和1年度	男性 54.3% 女性 70.3%	令和4年度	男性 6,000歩 女性 6,000歩	増加	増加	令和17年度	
	② 運動習慣者の割合	28.7%	令和1年度	33.7%	令和14年度	40%	増加	増加	令和17年度	
睡眠	③ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合 (1週間の総運動時間(体育授業を除く。)が60分未満の児童の割合)	小5女子:14.4% 小5男子:8.8%	令和3年度		令和17年度		減少	減少	令和17年度	③
	① 睡眠で休養がとれている者の割合	78.3%	平成30年度	75.3%	令和4年度	80%	80%	80%	令和17年度	
	・ 20～59歳	70.4%		68.4%		75%	75%	75%	令和17年度	
	・ 60歳以上	86.8%		77.2%		90%	85%	85%	令和17年度	
	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 (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)	11.8% 男性 14.9% 女性 9.1%	令和1年度	14.9% 男性 15.8% 女性 14.1%	令和4年度	10%	減少	減少	令和17年度	
喫煙	② 20歳未満の者の飲酒者の割合	2.2%	令和1年度	大北 19.5%	令和3年度	0%	0%	0%	令和17年度	⑦
	① 喫煙率(喫煙をやめたい者がやめる)	16.7%	令和1年度	男性 23.1% 女性 4.2%	令和4年度	12%	減少	減少	令和17年度	
	② 20歳未満の者の喫煙者の割合	0.6%	令和3年度	1.5%	令和4年度	0%	0%	0%	令和17年度	
歯・口腔の健康	③ 妊娠中の喫煙者の割合	1.9%	令和3年度	0%	令和4年度				令和17年度	⑤
	① 歯周病を有する者の割合 (40歳以上における歯周炎を有する者の割合)	57.2%	平成28年	62.2%	令和4年度	40%	40%	40%	令和17年度	
	② よく噛んで食べることができる者(50歳以上)の割合	71.0%	令和1年度	78.7%	令和4年度	80%	80%	80%	令和17年度	
こころの健康	③ 過去1年間に歯科検診の受診状況 (歯周病疾患検診受診者数・受診率)	52.9%	平成28年	101人(6.4%)	令和4年度	95%	増加	増加	令和17年度	⑧
	① 自殺死亡率(人口10万人当たり)	16.4	令和2年	18.5	平成30年～ 令和4年の 5年間	13.0以下 (自殺総合対策大綱)	13.0以下	13.0以下	令和5年～ 令和9年の 5年間	

第4章 分野別の課題と対策

分野	項目	国の現状値		市の現状値		国の目標値		市の目標値		データソース	
		小5女子:14.4% 小5男子:8.8%	令和3年度					減少	令和17年度		
子どもの健康	① 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの割合(再掲)		令和3年度					減少	令和17年度	⑥	
	② 児童・生徒における肥満傾向児の割合(再掲)	10.96%	令和3年度	10.6%	令和4年度			減少	令和17年度	⑦	
	③ 20歳未満の者の飲酒の割合(再掲)	2.2%	令和1年度	大北 19.5%	令和3年度	0%	令和14年度	0%	0%	令和17年度	⑦
	④ 20歳未満の者の喫煙者の割合(再掲)	0.6%	令和3年度	1.5%	令和3年度	0%	令和14年度	0%	0%	令和17年度	③
高齢者の健康	① 低栄養傾向の高齢者の割合(BMI20以下の65歳以上者の割合)(一部再掲)	16.8%	令和1年度	19.8%	令和4年度	13%未満	令和14年度	13%未満	令和17年度	⑩	
	② 要介護認定率			16.7%	令和4年度			減少	令和17年度		
女性の健康	① 若年女性のやせの割合(一部再掲) (BMI18.5未満の20~30歳代の女性の割合)	18.1%	令和1年度	17.0%	令和4年度	15%	令和14年度	15%未満	令和17年度	③	
	② 骨粗鬆症検査受診率	5.3%	令和3年度	16.6%	令和4年度	15%	令和14年度	増加	令和17年度	⑨	
	③ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している女性の割合(一部再掲) (1日あたりの純アルコール摂取量が20g以上の女性の割合)	9.1%	令和1年度	14.1%	令和4年度	6.4%	令和14年度	10%	令和17年度	③	

【データソース】

- ①: 市人口動態統計
- ②: 市がん検診
- ③: 市健康診査(特定健診・先取り健診・後期高齢者健診)
- ④: 市国保レセプト・障害者手帳交付状況等
- ⑤: 市歯周疾患検診
- ⑥: 市骨粗鬆症検診
- ⑦: 市学校保健統計
- ⑧: 市歯周疾患検診
- ⑨: 市骨粗鬆症検診
- ⑩: 北アルプス広域連合介護保険資料
- ⑪: 厚生労働省市区町村別生命表

## 第5章 計画の推進

### 1 健康増進に向けた取組みの推進

#### (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。

大町市では、健康増進施策を重要な行政施策として位置づけ、健康おおまち21（第3次）の推進においては、市民の健康に関する各種指標を活用し、取組みを推進していきます。

取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組みを重視して、健康増進を図ることが基本になります。

市としては、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。

また、個人の生活習慣や価値観の形成の背景となる、家族や地域の習慣や特徴など、共通の実態把握にも努めながら、健康課題について、市民が協働して取組みを考え合うことによって、個々の気づきが深まり、健康実現に向かうことができる地域づくりを目指します。

#### (2) 関係機関との連携

ライフステージに応じた健康増進の取組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。

大町市における健康増進事業実施は、様々な部署にわたるため、庁内関係各課との連携を図ります。

また、市民の生涯を通じた健康の実現を目指し、市民一人ひとりの主体的な健康づくり活動を支援していくために、医師会や歯科医師会、薬剤師会などに加え、身近な地域における健康なまちづくりを目指し、ボランティア組織や健康づくり推進員等との協働により進めていきます。

## 2 健康増進を担う人材の確保と資質の向上

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

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

地域の生活背景も含めた健康実態と特徴を明確化し、地域特有の文化や食習慣と関連付けた解決可能な健康課題を抽出し、市民の健康増進に関する施策を推進するためには、保健師の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。

国では保健師等の健康増進を担う人材の確保については、予防接種などと同様、必要な社会保障という認識がされています。単に個人の健康を願うのみでなく、個人の健康状態が社会にも影響を及ぼすと捉え、今後も健康改善の可能性や経済的効率を考えながら優先順位を決定し、業務に取り組んでいくためには、人材確保がとても重要です。

さらに、健康増進に関する施策を推進するためには、専門職一人ひとりの資質の向上が不可欠です。

「公衆衛生とは、健康の保持増進に役立つ日進月歩の科学技術の研究成果を、地域社会に住む一人一人の日常生活の中にまで持ち込む社会過程」(橋本正己)です。

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

1 大町市健康づくり推進委員会委員名簿等

大町市健康づくり推進委員会委員名簿

任期：令和5年6月28日～令和7年3月31日 (順不同)

区 分	氏 名	所 属 等	備 考
(1) 民間諸団体の代表者	中澤 治彦	一般社団法人大北医師会	
	佐藤 悟	一般社団法人大北歯科医師会	
	西村 彦一	大北薬剤師会	
	遠藤 智久	大北農業協同組合	
	中島 喜一	大町市連合自治会	
	中村 勝彦	大町市社会福祉協議会	
	松山 明正	大町市民生児童委員協議会	
	佐藤 ひふみ	長野県農村生活マイスター協会 北 安 曇 支 部	
	中村 友里	大町市スポーツ推進委員会	
	吉田 信司	大町市健康づくり推進員会	
	越山 令子	大町市食育健康ボランティア	
(2) 関係行政機関の代表者	大久保 初恵	大町保健福祉事務所 健康づくり支援課長	
	藤本 圭作	市立大町総合病院院長	
	太田 三博	大町市教育委員会教育次長	
幹 事	久保田 肇	大町市民生部福祉課長	
	井沢 公一	大町市民生部子育て支援課長	
事務局	西 澤 勲	市民課 中央保健センター 所長	
	吉原 かおり	市民課 健康推進係 係長	
	小日向 勲	市民課 保健予防係 係長	
	佐藤 日和	市民課 健康推進係 主任保健師	