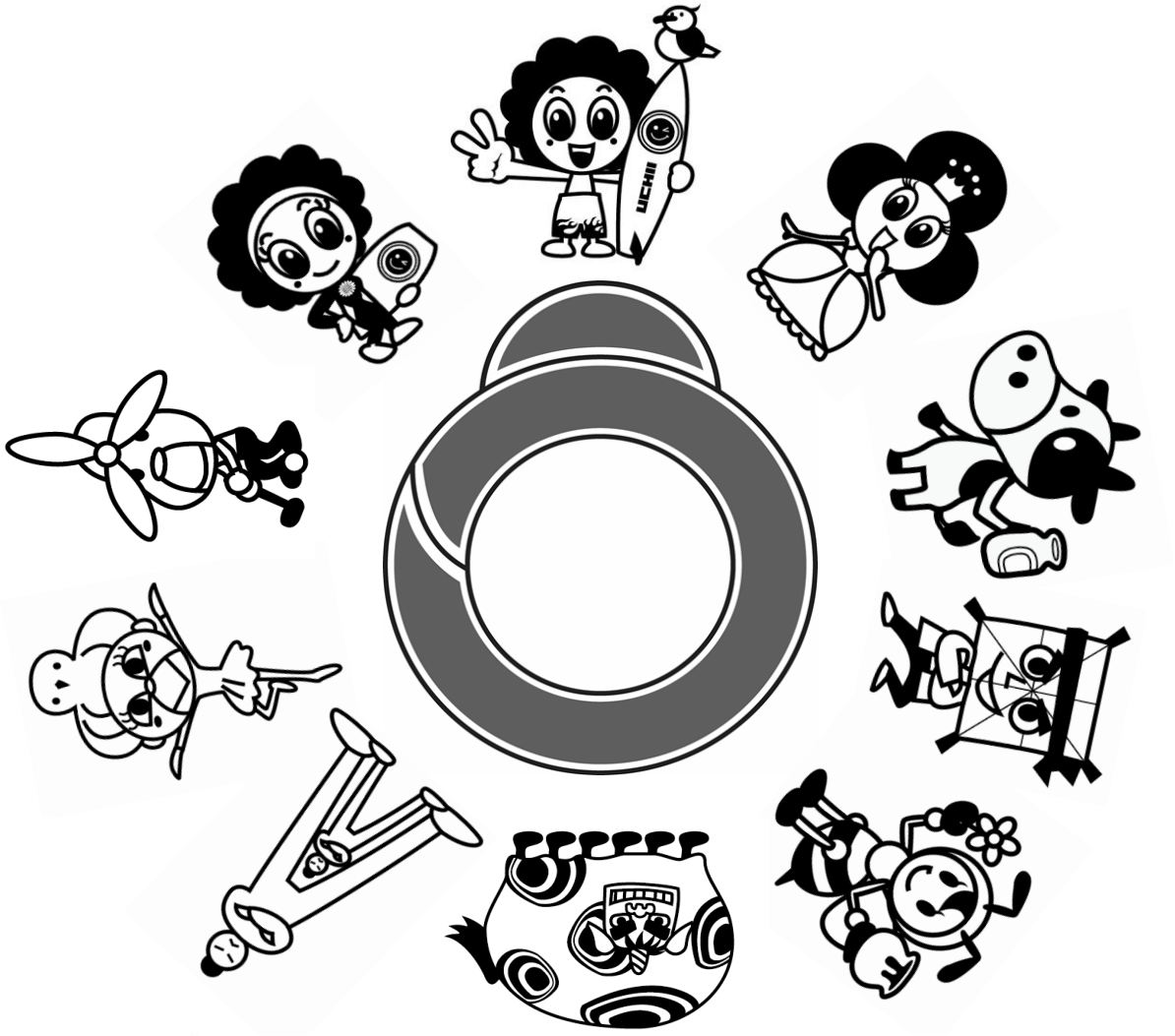
うちなだ健康プラン21
（第2次）



平成27年3月
内灘町

はじめに

健康は、すべての町民の願いです。誰もが、健康で長生きし、いきいきとした日常生活を送れるようになりたいと考えています。

しかし、近年、ライフスタイルの変化により、がんや心疾患、脳梗塞、糖尿病などの「生活習慣病」が増加し、また、高齢化の進展に伴い介護を必要とする高齢者が増加しています。生活習慣病の増加は、医療費や介護に係る負担の増大につながり、社会問題になっています。

このような状況の中、国では「健康日本 21（第 2 次)」において、国民運動として健康づくりを推進しています。本町でも、国の方針を踏まえ、健康づくりを総合的に推進するため、食育推進計画を含めた「うちなだ健康プラン 21（第 2 次)」を策定しました。

本計画では､『健康寿命を伸ばそう　～みんなでつくる活力ある生活～』をスローガンに、「生活習慣病の発症予防・重症化予防」「生涯にわたる食育の推進」「健康づくりの意識、関心の向上」を基本方針として示しております。

今後は、金沢医科大学や町内医療機関、関係団体等と連携を密接に図り、町民の皆さまとともに健康づくり施策に取り組んでまいりますので、ご理解、ご協力をお願いいたします。

結びに、本計画の策定にあたり、貴重なご意見やご提言を賜りました、健康づくり推進協議会及びワーキンググループの皆さまに厚くお礼申し上げます。

平成 27 年 3 月

内灘町長　川口　克則

目　次

序章　計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 基本的な方向性 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
3. 計画の位置づけ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
4. 計画の期間 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
5. 計画の対象 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

第１章　内灘町の概況と特性

1. 人口構成 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
2. 死亡 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
3. 介護保険 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
4. 後期高齢者医療 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
5. 国民健康保険 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
   1)　高額療養費 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
   2)　透析の状況 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
   3)　生活習慣病の受療状況 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
6. 特定健診 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
7. 出生 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24

第２章　健康指標別の実態と課題

1. 前計画の評価 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25
2. 生活習慣病の予防～現状と課題～ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
   1)　がん ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
   2)　循環器疾患 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35
   3)　糖尿病 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 43
   4)　母子保健における生活習慣病 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51
   5)　歯・口腔の健康 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 56
3. 生活習慣・社会環境の改善 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 61
   1)　栄養・食生活（食育） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 61
   2)　身体活動・運動 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 75
   3)　飲酒 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 78
   4)　喫煙 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 81
   5)　休養 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 84
4. こころの健康 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 86
5. 高齢者の健康 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 89
6. 目標値の設定 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 92

第 3 章　計画の推進

1. 健康増進に向けた取り組みの推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 96
1)　推進の視点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・96
2)　関係機関との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・96
3)　健康増進を担う人材の確保・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・97
2. 基本方針・・ 97
うちなだ健康プラン 21（第 2 次）具体的な取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 100

資料編

＜内灘町健康づくり推進協議会委員（うちなだ健康プラン 21（第 2 次）策定委員）＞・・・・102
注釈・・ 103

注意点：

・本計画書内で出典が書かれていない図表については全て内灘町による集計

序章　計画策定にあたって

1. 計画策定の趣旨

健康は、すべての町民の願いです。一人ひとりが充実した日常生活を過ごし豊かな人生を送るための基本条件であり、社会の活力を高め、発展を支えるために不可欠なものです。

町では、平成 12 年度より展開された国民健康づくり運動「健康日本 21」に基づき、平成 17 年度に「うちなだ健康プラン」を策定し、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を推進してきました。

平成 20 年度からは、医療制度改革により特定健診や特定保健指導が保険者に義務づけられ、国民健康保険の保険者としてその対策に力を注いできました。また、平成 21 年度に策定した「うちなだ食育推進計画」に基づき、子ども達への食育事業も進めてきました。

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2次国民健康づくり運動（健康日本21（第2次））」では、第一次計画の最終評価および社会背景や環境の変化を踏まえ、引き続き、生活習慣病の一次予防に重点を置くとともに、合併症の発症や症状進展などの重症化予防を重視した取り組みを推進するとされています。

この国の指針を受け、町民一人ひとりが健康で生きがいを持ち、自立した生活を送ることができるよう、「生活習慣病の発症予防と重症化予防」、「健康づくりのための生活習慣や社会環境の改善」、「生涯を通じた健康づくり」の取り組みを推進し、また、食育推進についての見直しも含め、必要な方策を明らかにするため内灘町健康増進計画「うちなだ健康プラン 21（第 2 次）」を策定します。

2. 基本的な方向性

＊人口減少社会における健康増進対策の意義＊

21世紀の日本社会は、社会保障関係費の増加による負担が極めて大きくなると考えられます。国民医療費は年々増加し、年齢階層別では65歳以上の医療費が約60%を占めています。

一方、がん、虚血性心疾患、糖尿病などの生活習慣病は、国民医療費の約30%、死亡数の約60%を占めています。また、介護保険の介護が必要となった要支援・要介護の主な原因についても、脳血管疾患をはじめとした生活習慣病が約30%を占めているとともに、認知症や高齢による衰弱や骨折・転倒が約50%を占めています。

高齢化進展により医療や介護に係る負担が一層増すと予想される一方で、これまでのような高い経済成長が望めない可能性があります。こうした状況下で活力ある社会を実現するためには、生活習慣病を予防し、社会生活を営むために必要な機能を維持向上することによって、国民の健康づくりを推進することが重要になります。

「健康日本 21（第 2 次）」では、次の 5 つの基本的な方向が示されました。また、これらの基本方針を達成するため、53 項目（図表 序-3）の現状数値と 10 年後の目標値を掲げ、目標達成に向けた取り組みがさらに強化されるようになりました。

(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
(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

【参考　基本的な方向性の概略】

(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) 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、慢性腎臓病=CKD(Chronic Kidney Disease)及び慢性閉塞性肺疾患=COPD(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)に対処するため、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進。

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

【参考　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、「非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」を策定するほか、国連におけるハイレベル会合でNCDが取り上げられる等、世界的にNCDの予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。

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

(3) 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

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

(4) 健康を支え、守るための社会環境の整備

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

(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。

3. 計画の位置づけ

この計画は、「第 4 次内灘町総合計画」を上位計画とし、町民の健康の増進を図るための基本的事項を示し、推進に必要な方策を明らかにするものです。

この計画の推進にあたっては、国の「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を参考とし、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「内灘町国民健康保険第 2 期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町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（図表 序-1）との十分な整合性を図るものとします。

図表 序-1

法律	石川県の計画	内灘町の計画
健康増進法	いしかわ健康フロンティア戦略2013	うちなだ健康プラン21（第2次）
がん対策基本法	石川県がん対策推進計画（第2次）	
食育基本法	第2次いしかわ食育推進計画	
歯科口腔保健の推進に関する法律	いしかわ健康フロンティア戦略2013	
高齢者の医療の確保に関する法律	石川県医療費適正化計画	内灘町国民健康保険 第2期特定健康診査等実施計画
介護保険法	石川県長寿社会プラン	第5期介護保険事業計画
次世代育成対策推進法	いしかわエンゼルプラン	次世代育成支援地域行動計画 （後期計画）
スポーツ基本法	教育振興基本計画	内灘町スポーツ推進計画
自殺対策基本法	自殺対策行動計画	

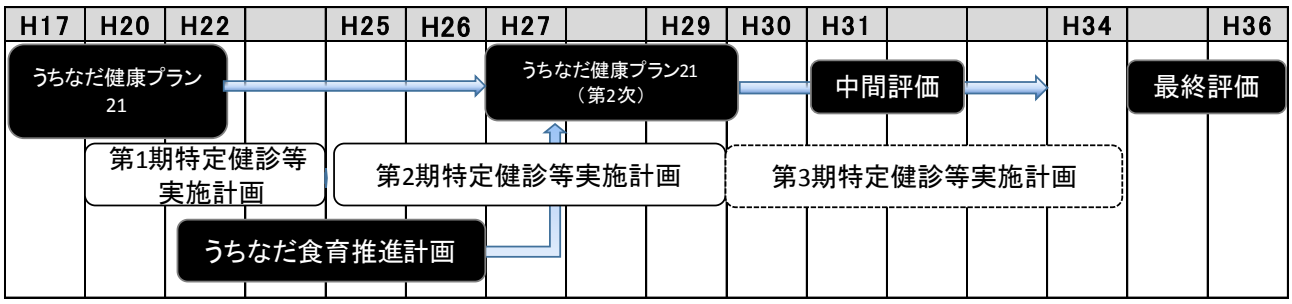
4. 計画の期間

この計画の目標年次は平成 36 年度とし、計画の期間は平成 27 年度から平成 36 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（図表 序-2）。

5. 計画の対象

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

図表 序-2



図表 序-3

健康日本21（第2次）の基本的方向性と目標項目

～『うちなだ健康プラン21（第2次）』と国の目標項目～

基本的な方向性

●健康寿命の延伸と健康格差の縮小
広 ①健康寿命の延伸
②健康格差の縮小

●社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

●生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

●栄養・食生活、身体活動、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

●健康を支え、守るための社会環境の整備

健康指標

次世代の健康　　成人の健康

胎児（妊婦）　0歳　18歳　20歳

生活習慣病の予防

がん
町 ①-1 がん検診の受診率の向上（女性がん）

循環器疾患

糖尿病

母子保健における生活習慣病
全出生数中の低出生体重児の割合の減少

歯・口腔の健康
町 ①乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加
町 ②過去1年間に歯科検診を受診した者の増加
③歯周病を有する者の割合の減少

生活習慣・社会環境の改善（NCDリスクの低減）

栄養・食生活
町 ①適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）
町 ②適正体重の子どもの増加
⑤共食の増加
町 ③適切な量と質の食事をとる者の増加
職 ⑥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増加
職 ⑦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増加

身体活動・運動
町 ①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
広 ②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
町 ③日常生活における歩数の増加
地 ④運動習慣者の割合の増加

飲酒
町 ①妊娠中の飲酒をなくす
町 ②未成年者の飲酒をなくす

喫煙
町 ①妊娠中の喫煙をなくす
町 ③未成年者の喫煙をなくす
町 ④成人の喫煙率の減少
職 ②受動喫煙の機会を有する者の割合の減少

休養
町 ①睡眠による休養を十分にとれていない者の割合の減少
職 ②過労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少

こころの健康
広 ①小児人口10万人あたりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加
町 ②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
職 ③メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の増加

個人の取組では解決できない地域社会の健康づくり

地 ①地域のつながりの強化
②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
職 ③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
広 ④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
⑤健康格差対策に取り組む自治体数の増加

○目標項目（53項目）
町・・・町で取り組むこと
地・・・地域で取り組むこと
職・・・職域で取り組むこと
広・・・県・国など広域で取り組むこと
成人の健康
高齢者の健康
死亡
40歳
65歳
75歳
①－2 がん検診の受診率の向上
町 ②75歳未満の がんの年齢調整死亡率の減少
町 ③高血圧の改善
④脂質異常症の減少
町 ⑤脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少
町 ①特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上
②メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
町 ③糖尿病有病者の増加の抑制 ⑤治療継続者の割合の増加
④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
町 ⑥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
町 ④歯の喪失防止
⑤口腔機能の維持・向上
町 ④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制
町 ⑤介護保険サービス利用者の増加の抑制
⑥足腰に痛みのある高齢者の割合の減少
地 ⑦就業又は何等かの地域活動をしている高齢者の割合の増加
広 ⑧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
町 ③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
広 ⑤COPDの認知度の向上
町 ④認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上
地
町 ⑤自殺者の減少

第 1 章　内灘町の概況と特性

1. 人口構成

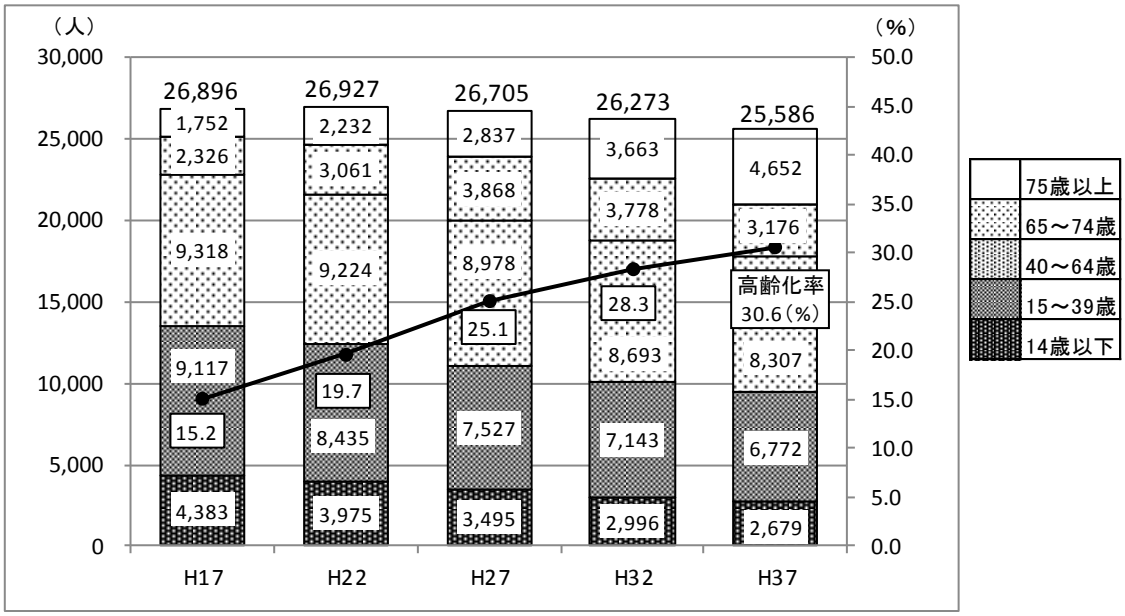
本町の人口（国勢調査）は、平成 17 年には 26,896 人でしたが、平成 22 年には 26,927 人となり横ばい傾向にありますが、平成 27 年度に向けて減少傾向となります。

人口構成は、64 歳以下人口が平成 17 年度から平成 22 年度までの 5 年間で減少しているのに対して、65 歳以上人口は同期間で 1,073 人増加しています。

高齢化率は、平成 17 年度には 15.2%でしたが、平成 22 年度には 19.7%となり、5 年間で 4.5 ポイント高くなっており、全国（23.0%）や石川県（23.7%）に比べて緩やかに進行しています。

推計では、年少人口（0～14 歳）・生産年齢人口（15～64 歳）ともに総人口に占める割合が減少傾向にあり、特に 15～39 歳の人口の減少が大きく、今後少子高齢化がますます進むと予測されます（図表 1-1）。

図表 1-1　人口の推移と推計



資料：平成 17 年、22 年　国勢調査

平成 27, 32, 37 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』（平成 25 年 3 月推計）

内灘町の人口構成を全国、石川県と比較すると、65 歳以上の高齢化率及び 75 歳以上の後期高齢化率はいずれも全国や県より低くなっています（図表 1-2）。

図表 1-2 町の健康に関する概況

項目				【国】		【石川県】		【内灘町】	
1	人口 世帯構成 H22 国勢調査			人数	割合	人数	割合	人数	割合
			総人口	128,057,352人	-	1,169,788人	-	26,927人	-
			0～14歳	16,839,170人	13.2%	159,423人	13.6%	3,975人	14.7%
			15～64歳	81,734,517人	63.8%	732,811人	62.7%	17,659人	65.6%
			65歳以上	29,483,665人	23.0%	277,554人	23.7%	5,293人	19.7%
			（再）75歳以上	14,193,639人	11.1%	141,217人	12.0%	2,232人	8.3%
			世帯数	51,950,504世帯		441,170世帯		10,018世帯	
			高齢単身世帯割合	9.22%		8.21%		6.47%	
2	死亡 H24 人口動態 統計 県衛生統 計年報 H24 国立がん センター H24 内灘町		順位	死亡原因	死亡率 （10万対） 年齢調整 死亡率(%)	死亡原因	死亡率 （10万対） 年齢調整 死亡率(%)	死亡原因	死亡率 （10万対） 年齢調整 死亡率(%)
			1位	悪性新生物	286.6 127.2	悪性新生物	302.4 124.2	悪性新生物	215.8 113.6
				胃がん	39.0 9.6	胃がん	43.9 17.3	胃がん	26.1 14.7
				肺がん	56.8 41.0	肺がん	60.4 24.3	肺がん	37.2 17.1
				大腸がん	37.5 16.4	大腸がん	37.3 14.9	大腸がん	11.2 6.3
				乳がん	10.2 11.5	乳がん	10.6 12.8	乳がん	7.2 6.7
				子宮がん	9.5 5.4	子宮がん	8.7 4.8	子宮がん	14.5 11.8
				肝がん	24.4 5.6	肝がん	22.5 9.2	肝がん	22.3 11.0
			2位	心疾患	157.9 72.4	心疾患	169.0 51.4	心疾患	111.6 54.5
			3位	肺炎	98.4 28.2	脳血管疾患	110.9 34.0	脳血管疾患	96.8 38.9
			4位	脳血管疾患	96.5 44.8	肺炎	108.1 27.6	老衰	52.1 15.7
			5位	不慮の事故	48.2 32.6	老衰	55.4 10.2	肺炎	33.5 10.2
			自殺	7位	21.0 ※1	7位	20.9 17.3	12位	3.7 1.6
3	早世死亡 H24衛生 統計年報		合計	（H22年度） 176,549人	14.7%	1,331人	12.8%	30人	15.6%
			男性	119,965人	18.9%	883人	16.6%	16人	26.1%
			女性	56,584人	10.0%	448人	8.8%	14人	18.4%
4	出生 H24衛生 統計年報		出生数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
				1,037,231人	8.2 （人口千対）	9,544人	8.2 （人口千対）	188人	7.0 （人口千対）
			低出生体重児 （2500ｇ未満）	99,311人	9.6 （出生百対）	823人	8.6 （出生百対）	21人	10.9 （出生百対）
			極低出生体重児 （1500ｇ未満）	7,985人	0.8 （出生百対）	73人	0.8 （出生百対）	3人	1.6 （出生百対）

項目			【国】		【石川県】		【内灘町】	
5	介護保険 H24介護保険事業状況報告	要介護認定者	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			5,610,950人		54,223人		832人	
		1号被保険者の認定者	5,457,084人	17.6%	53,036人	18.1%	805人	13.9%
		(再）75歳以上	4,771,375人	31.4%	47,690人	32.6%	708人	29.1%
		(再)65～74歳	685,709人	4.4%	5,346人	3.6%	97人	2.9%
		2号被保険者の認定者	153,866人	0.4%	1,187人	0.3%	27人	0.3%
		要支援～要介護2	3,564,639人	63.5%	33,642人	62.0%	516人	62.0%
		要介護3～5	2,046,311人	36.5%	20,581人	38.0%	316人	38.0%
		1人当り介護給付費	263,079円		298,775円		238,128円	
		介護給付費総額	8,139,265,695,697円		87,488,234,084円		1,376,853,723円	
		介護保険料（第4期） ※国を100%とした割合	4,972円	100.0%	5,546円	111.5%	4,900円	98.6%
6	後期高齢者医療 H24	被保険者数	14,904,992人		149,331人		2,525人	
		一人当たり医療費	919,452円		986,573円		1,092,198円	県内1位
7	国保 国保中央会 H22 国保連 H22 H23.5 診療分	被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合
			35,849,071人	-	291,713人	-	6,593人※2	-
		（再①）65～74歳	11,222,279人	31.3%	99,407人	34.1%	2,164人	32.8%
		（再②） 一般	33,851,629人	94.4%	269,882人	92.5%	6,096人	92.5%
		退職	1,997,442人	5.6%	21,831人	7.5%	497人	7.5%
		加入率	28.0%		24.9%		24.6%	
		医療費	1人当り医療費		1人当り医療費		1人当り医療費	
			299,233円		342,354円		299,409円※	県内12位
		一般	294,863円		337,002円		293,842円	県内12位
		退職	375,102円		408,510円		370,138円	県内3位
		金額	疾病名	一人当たり医療費	疾病名	一人当たり医療費	疾病名	一人当たり医療費
		1位	-	-	精神病	2,533円	精神病	1,939円
		2位	-	-	糖尿病	1,462円	虚血性心疾患	1,898円
		3位	-	-	高血圧性疾患	1,307円	高血圧性疾患	1,375円
8	特定健診（法定報告） H24 国保中央会 H22	受診者数	7,589,536人		80,158人		1,859人	
		受診率	33.7%		41.3%		44.2%	
		保健指導終了者数	199,576人		3,875人		64人	
		実施率	19.90%		44.2%		32.5%	
		有所見率	有所見項目	割合	有所見項目	割合	有所見項目	割合
		1位	LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（120～）	54.1%	HbA1c（5.2～）	59.6%	HbA1c（5.2～）	64.7%
		2位	HbA1c（5.2～）	53.0%	LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（120～）	47.7%	LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（120～）	52.7%
		3位	収縮期血圧（130～）	46.4%	収縮期血圧（130～）	42.4%	収縮期血圧（130～）	43.6%
		腎機能	尿蛋白（++～）	-	尿蛋白（++～）	0.8%	尿蛋白（++～）	1.0%
			尿酸（7.0～）	6.3%	尿酸（7.0～）	9.0%	尿酸（7.0～）	10.4%
			クレアチニン（1.3～）	0.8%	クレアチニン（1.3～）	1.1%	クレアチニン（1.3～）	1.7%
		糖尿病有病者	-	-	8,676人	12.3%	234人	13.4%
		糖尿病予備群者	-	-	17,663人	23.1%	490人	26.7%

※1.「自殺」の年齢調整死亡率は国での集計データなし
※2.内灘町の被保険者数と医療費は平成24年度の数値

2. 死亡

主要死因の変化について、全死亡に占める割合を生活習慣病である悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の合計で比較すると平成 19 年は 61.8%、平成 24 年は 59.3%といずれも全体の過半数を占めています。

また、それぞれの年齢調整死亡率は、心疾患では減少していますが、脳血管疾患では増加しています（図表 1-3）。

前計画の目的であった早世（65 歳未満）死亡の減少については、県内での順位は平成 19 年と平成 24 年ともに男女とも高く、全国平均と比較しても高い状況にあります。これには高齢化率の低さも影響していると考えられます（図表 1-4）。

図表 1-3　年齢調整死亡率

年		平成19年				平成24年			
全体		人口	死亡者総数	死亡率（10万対）		人口	死亡者総数	死亡率（10万対）	
		26,805	168	626.7		26,858	192	714.5	
死亡原因	1位	悪性新生物				悪性新生物			
		死亡者数	死亡率（10万対）	年齢調整死亡率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率（10万対）	年齢調整死亡率	全死亡に占める割合
		54	202.9	121.2	32.1	58	215.8	113.6	30.2
	2位	心疾患				心疾患			
		死亡者数	死亡率（10万対）	年齢調整死亡率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率（10万対）	年齢調整死亡率	全死亡に占める割合
		36	135.3	76.6	21.4	30	111.6	54.5	15.6
	3位	脳血管疾患				脳血管疾患			
		死亡者数	死亡率（10万対）	年齢調整死亡率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率（10万対）	年齢調整死亡率	全死亡に占める割合
		14	52.6	26.8	8.3	26	96.8	38.9	13.5
	4位	肺炎				老衰			
		死亡者数	死亡率（10万対）	年齢調整死亡率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率（10万対）	年齢調整死亡率	全死亡に占める割合
		13	48.8	21.6	7.7	14	52.1	15.7	7.3
	5位	肝疾患				肺炎			
		死亡者数	死亡率（10万対）	年齢調整死亡率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率（10万対）	年齢調整死亡率	全死亡に占める割合
		5	18.8	12	3.0	9	33.5	10.2	4.7
	自殺	7位				12位			
		死亡者数	死亡率（10万対）	年齢調整死亡率	全死亡に占める割合	死亡者数	死亡率（10万対）	年齢調整死亡率	全死亡に占める割合
		3	11.3	8.6	1.8	1	3.7	1.6	0.5

資料：平成 19 年、平成 24 年　石川県衛生統計年報

図表 1-4　早世の状況

65歳未満死亡割合							
平成19年		平成24年		平成19年		平成24年	
男		男		女		女	
川北町	27.3%	野々市市	20.3%	野々市町	17.1%	野々市市	15.9%
野々市町	25.8%	津幡町	18.5%	川北町	14.3%	**内灘町**	**15.7%**
内灘町	**25.3%**	川北町	17.4%	津幡町	12.6%	能美市	12.1%
津幡町	25.2%	★全国	17.3%	**内灘町**	**12.3%**	★全国	9.0%
かほく市	22.4%	宝達志水町	16.8%	白山市	12.0%	津幡町	8.9%
★全国	21.1%	金沢市	16.7%	金沢市	11.9%	金沢市	8.4%
金沢市	20.6%	七尾市	15.6%	★全国	11.4%	小松市	8.0%
白山市	19.6%	**内灘町**	**15.5%**	七尾市	11.0%	七尾市	7.7%
石川県	**18.2%**	加賀市	14.7%	宝達志水町	10.9%	**石川県**	**7.4%**
加賀市	17.9%	**石川県**	**14.2%**	**石川県**	**10.2%**	白山市	7.2%
能登町	16.8%	白山市	13.8%	小松市	9.8%	川北町	7.1%
小松市	16.2%	羽咋市	13.3%	かほく市	9.6%	羽咋市	6.9%
中能登町	16.1%	かほく市	12.4%	能美市	9.0%	宝達志水町	6.5%
七尾市	15.6%	中能登町	11.8%	志賀町	8.4%	中能登町	6.1%
珠洲市	14.6%	小松市	11.7%	加賀市	8.1%	加賀市	5.9%
穴水町	14.1%	輪島市	11.7%	能登町	7.7%	志賀町	4.4%
羽咋市	13.5%	穴水町	10.0%	羽咋市	7.4%	能登町	4.1%
宝達志水町	13.1%	能美市	9.8%	中能登町	6.0%	かほく市	3.8%
輪島市	11.7%	能登町	8.1%	穴水町	5.7%	穴水町	3.6%
志賀町	11.6%	珠洲市	8.1%	輪島市	5.0%	珠洲市	3.6%
能美市	10.1%	志賀町	7.8%	珠洲市	4.5%	輪島市	1.7%

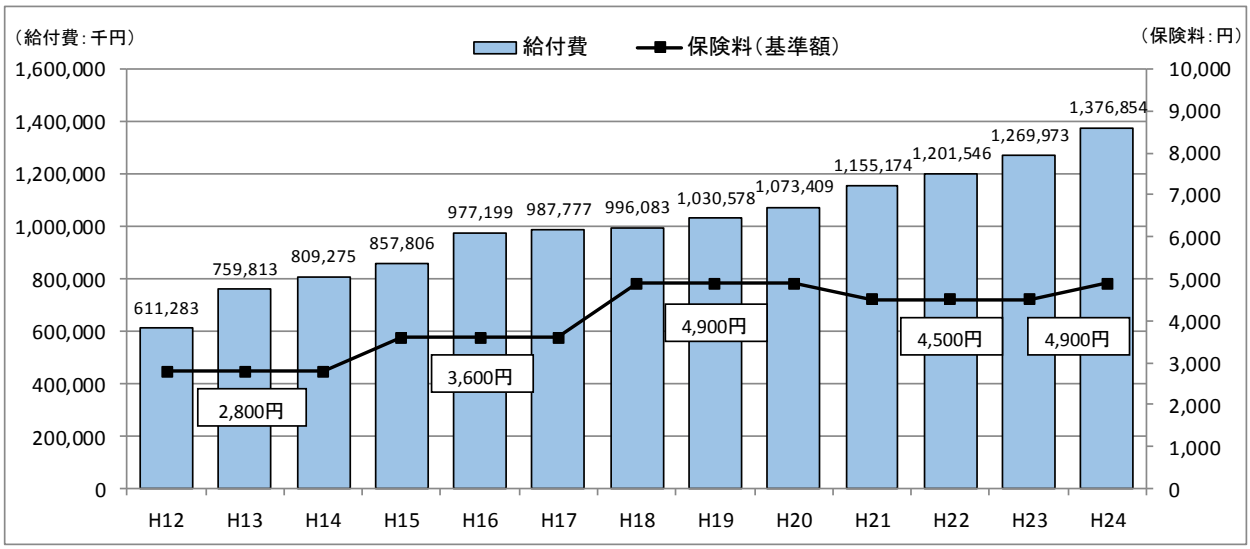
資料：平成 19 年、平成 24 年　石川県衛生統計年報

3. 介護保険

内灘町の介護保険の認定率は、表 1-2 に示した通り 65 歳以上の 1 号被保険者全体では国、県より低く、前期高齢者（65~74 歳）と後期高齢者（75 歳以上）に分けてみても、町は国よりも低い状況です。

また、介護保険給付費は平成 12 年度の制度開始時の 6.1 億円より増え続け、平成 23 年度には約 2 倍の 12.6 億円に達しており、65 歳以上の方が支払う保険料（基準月額）も平成 12 年度の 2,800 円に比べて、4,900 円と高くなっています（図表 1-5）。

図表 1-5 介護保険の給付費と保険料の推移



介護保険で要介護（支援）認定を受けた人の状況をみると、内灘町の認定率の内訳は要介護 1 までの軽度の方が 41.8%で県・国より少ない状況です。また、第 2 号被保険者の軽度認定率は、県・国よりも高くなっており、要介護 3 以上の重度の認定者は少ない状況です（図表 1-6）。

図表 1-6 要介護別認定者数（平成 23 年度）

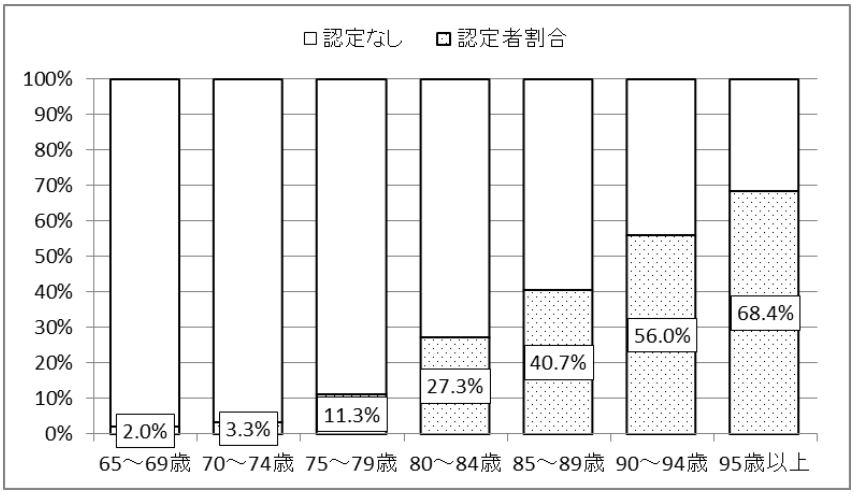
①総数		合計 <a>	要支援1 <b>	要支援2 <c>	要介護1 <d>	軽度 <b+c+d/a>	要介護2 <e>	要介護3 <f>	要介護4 <g>	要介護5 <h>	重度 <e+f+g+h/a>
内灘町	人数	749	53	70	190	313	149	104	92	91	436
	%	100.0%	7.1%	9.3%	25.4%	41.8%	19.9%	13.9%	12.3%	12.1%	58.2%
石川県	人数	51,897	5,737	7,050	9,550	22,337	9,366	7,378	6,704	6,112	29,560
	%	100.0%	11.1%	13.6%	18.4%	43.0%	18.0%	14.2%	12.9%	11.8%	57.0%
全国	人数	5,305,623	689,834	709,172	965,277	2,364,283	948,346	720,754	664,906	607,334	2,941,340
	%	100.0%	13.0%	13.4%	18.2%	44.6%	17.9%	13.6%	12.5%	11.4%	55.4%

②第2号被保険者		合計 <a>	要支援1 <b>	要支援2 <c>	要介護1 <d>	軽度 <b+c+d/a>	要介護2 <e>	要介護3 <f>	要介護4 <g>	要介護5 <h>	重度 <e+f+g+h/a>
内灘町	人数	25	2	5	7	14	3	3	1	4	11
	%	100.0%	8.0%	20.0%	28.0%	56.0%	12.0%	12.0%	4.0%	16.0%	44.0%
石川県	人数	1,211	118	195	196	509	267	141	140	154	702
	%	100.0%	9.7%	16.1%	16.2%	42.0%	22.0%	11.6%	11.6%	12.7%	58.0%
全国	人数	156,115	12,199	21,076	25,159	58,434	34,714	22,330	18,493	22,144	97,681
	%	100.0%	7.8%	13.5%	16.1%	37.4%	22.2%	14.3%	11.8%	14.2%	62.6%

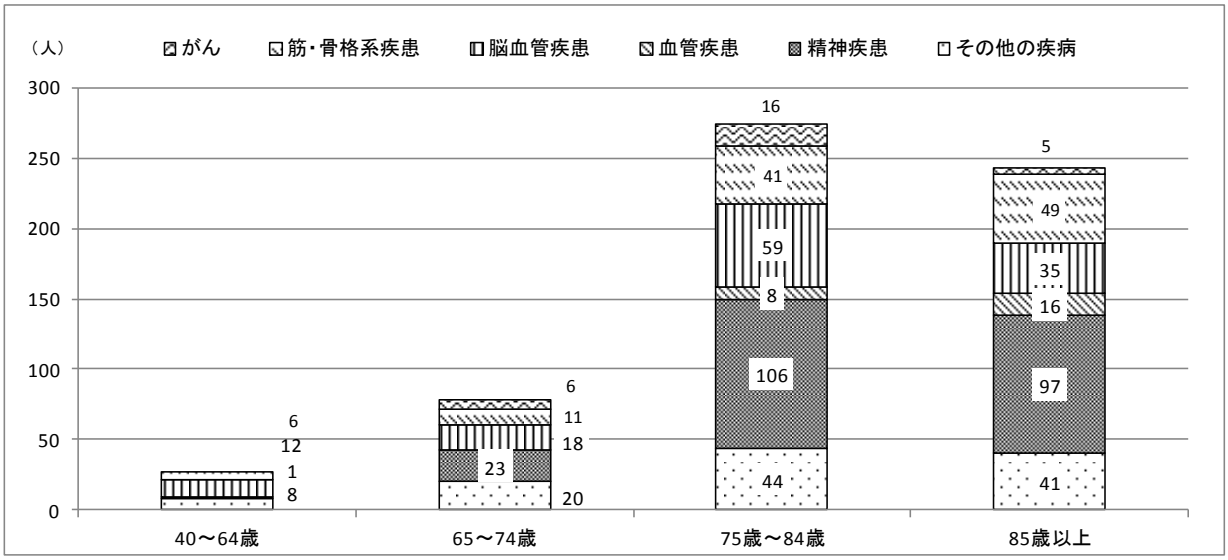
年齢階層別の認定状況をみると、85 歳以上で 40%を超えますが、95 歳以上でも 70%に満たない状況です。一方、医療費を見ると、後期高齢者医療費が高く、何らかの健康障害を有する人が多いですが、介護を要する割合は低い実態が伺えます。今後、後期高齢者医療費の分析が必要です（図表 1-7,1-12）。

また、要介護認定を受ける原因疾患をみると第 1 号被保険者の原因疾患は、精神疾患（認知症）と脳血管疾患であり、どちらもベースに生活習慣病がある方が半数を占めています（図表 1-8）。

図表 1-7　年齢階層別認定者割合（平成 23 年度）



図表 1-8　年齢別原因疾病（平成 23 年度申請分）



区分	40～64歳	65～74歳	75～84歳	85歳以上	合計
がん	0	6	16	5	27
筋・骨格系疾患	6	11	41	49	107
脳血管疾患	12	18	59	35	124
血管疾患	1	0	8	16	25
精神疾患	0	23	106	97	226
その他の疾病	8	20	44	41	113
合計	27	78	274	243	622

平成 23 年度中に申請した 40～64 歳の第 2 号被保険者で介護保険申請者は 27 人でしたが、そのうち 15 人（55.5%）が脳血管疾患によるもので、内訳は脳出血が 10 人、脳梗塞が 4 人、くも膜下出血が 1 人でした。糖尿病の合併症により、要介護状態になった人も 2 人（7.4%）いました。脳血管疾患の直接原因の多くに高血圧がありますが、脳血管疾患で要介護状態になられた方 15 人のうち、内灘町国保で診療情報が把握できる 9 人全員が基礎疾患に高血圧を有しており、また糖尿病を治療していた人も 6 人いました（図表 1-9）。

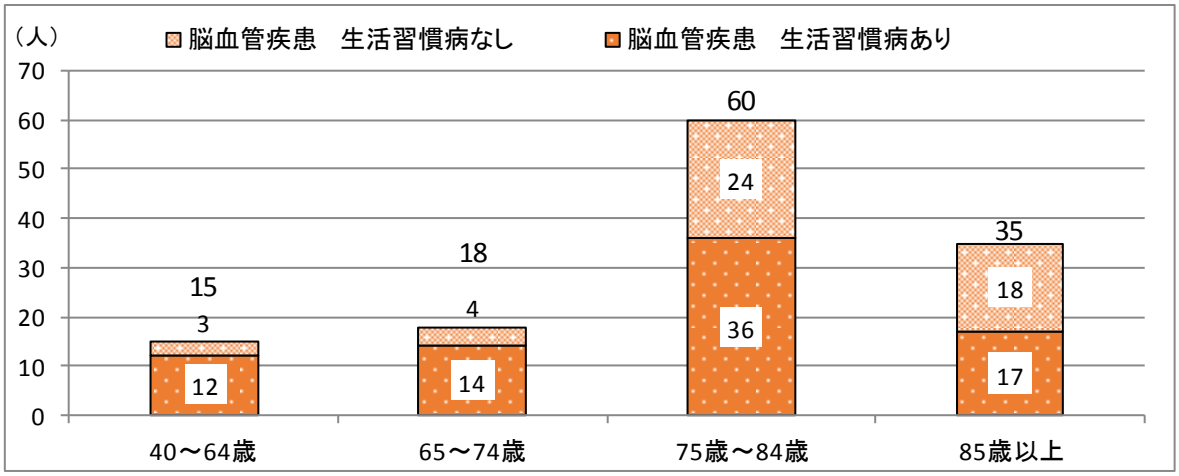
また、27 人のうち平成 23 年度新規申請者は 5 人でその内、介護保険申請時に内灘町国保の被保険者だったのは 1 人のみでした。この 5 人の方の健診受診歴があるのは 2 名でしたが、いずれも過去 10 年以上前の受診歴があるのみでした。健診の未受診は生活習慣病の重症化につながるため、特定健診の未受診者対策の強化及び継続受診率の向上対策が必要と思われます（図表 1-10,11）。

図表 1-9　平成 23 年度第 2 号被保険者の介護保険認定者の原因疾患状況

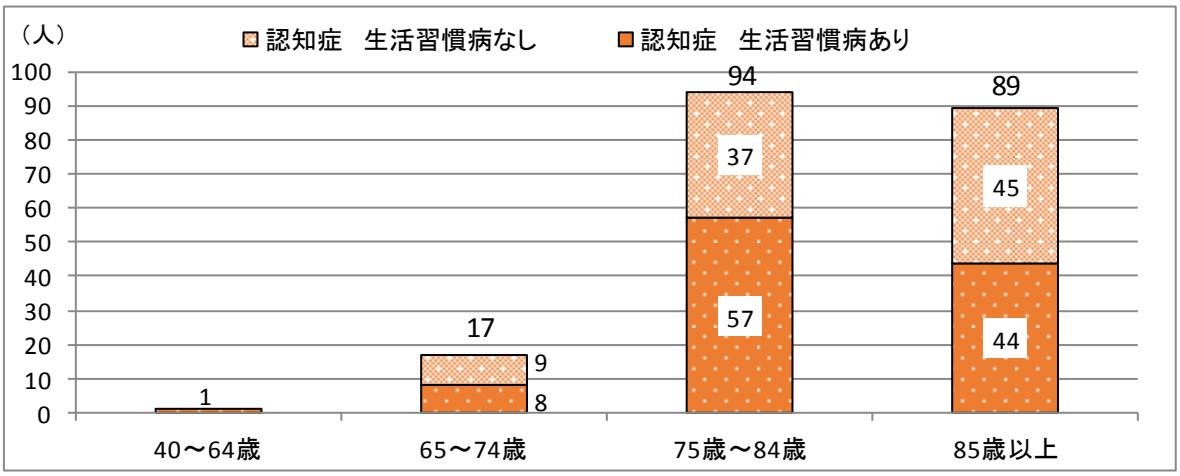
			脳血管疾患	内訳（再）			認知症	糖尿病合併症	筋・骨格系疾患	神経系疾患	外傷性疾患
				脳出血	脳梗塞	くも膜下出血					
全　数		27	15	10	4	1	1	2	6	2	1
（再）平成23年度新規認定者		5	3	2	1	0	0	0	2	0	0
合併症の状況	高血圧		9	6	2			1			
	糖尿病		6	4	2		1	2			
	脂質異常症		4	2	1			1			

※「基礎疾患の確認」：介護保険申請時の診断書への記載又は内灘町国保のレセプト（診療情報提供書）に確認による

図表 1-10　原因疾患（脳血管疾患）における生活習慣病の有無



図表 1-11　原因疾患（認知症）における生活習慣病の有無



4. 後期高齢者医療

内灘町の 1 人あたり後期高齢者医療費は、全国や石川県と比較して非常に高く、平成 22 年で 1,064,589 円となっています（図表 1-12）。

図表 1-12 後期高齢者医療費などの推移

（円）

1人あたり 一般療養諸費費用額				1人あたり 退職療養諸費費用額				1人あたり 老人療養諸費費用額		1人あたり 後期高齢者医療費	
平成17年度		平成22年度		平成17年度		平成22年度		平成17年度		平成22年度	
宝達志水町	303,066	宝達志水町	402,709	内灘町	485,636	かほく市	476,121	津幡町	990,556	金沢市	1,078,596
能登町	281,946	羽咋市	388,894	宝達志水町	434,957	加賀市	468,043	金沢市	979,812	内灘町	1,064,589
穴水町	277,926	能登町	359,853	津幡町	434,919	野々市町	466,209	野々市町	978,828	野々市町	1,034,093
志賀町	268,687	志賀町	358,133	穴水町	428,479	金沢市	441,800	内灘町	959,885	加賀市	1,030,924
輪島市	259,141	川北町	353,182	能登町	428,462	白山市	433,610	かほく市	945,437	津幡町	1,028,685
珠洲市	258,353	穴水町	352,333	金沢市	424,434	志賀町	422,329	加賀市	938,426	かほく市	984,580
中能登町	256,055	かほく市	350,718	加賀市	417,189	能美市	418,273	能美市	892,065	**石川**	**972,151**
羽咋市	255,533	金沢市	344,464	白山市	416,020	内灘町	412,140	川北町	889,385	能美市	972,051
かほく市	255,020	**石 川 県**	**337,002**	輪島市	411,828	**石 川 県**	**408,510**	**石川**	**884,502**	白山市	962,263
川北町	251,102	七尾市	335,158	野々市町	410,905	穴水町	398,819	白山市	872,507	七尾市	937,737
七尾市	249,669	中能登町	333,482	**石川**	**408,538**	津幡町	393,887	穴水町	831,861	川北町	932,289
津幡町	249,400	輪島市	331,901	能美市	408,237	★全国	375,102	★全国	826,843	宝達志水町	930,543
金沢市	247,125	加賀市	331,278	羽咋市	395,473	中能登町	370,835	宝達志水町	826,354	小松市	908,284
石川	**244,455**	珠洲市	331,109	★全国	388,321	能登町	368,648	七尾市	817,135	★全国	904,795
加賀市	241,878	小松市	324,262	かほく市	383,367	七尾市	359,062	小松市	812,355	羽咋市	901,831
小松市	235,762	白山市	322,225	川北町	381,694	小松市	354,224	羽咋市	767,914	穴水町	898,633
白山市	228,729	野々市町	320,234	七尾市	376,668	輪島市	351,908	能登町	739,561	中能登町	852,871
能美市	223,605	能美市	315,940	小松市	375,149	羽咋市	335,159	志賀町	733,681	志賀町	833,441
★全国	212,244	内灘町	310,910	志賀町	374,612	川北町	313,035	中能登町	733,320	能登町	771,443
野々市町	207,848	津幡町	304,248	中能登町	355,788	珠洲市	284,694	輪島市	693,246	輪島市	767,533
内灘町	204,335	★全国	294,863	珠洲市	317,320	宝達志水町	225,262	珠洲市	665,495	珠洲市	720,014

資料：全国以外は石川県広域連合のHP

5. 国民健康保険

内灘町の国民健康保険加入者は、石川県の平均とほぼ同じで約 25%前後で推移しています。加入者のうち、前期高齢者の占める割合は高くなっており、今後も高齢化が進む中でさらにその傾向が進むと予測されます。

一般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。

内灘町の国民健康保険加入者の平成 22 年度一人あたり医療費を石川県と比較すると、一般分と退職分は入院が低く入院外は高い状況ですが、後期分は入院、入院外共に高くなっています（図表 1-13）。

図表 1-13 医療費の推移

入院	1人あたり 一般入院費用額		1人あたり 退職入院費用額		1人あたり 老人入院 費用額	1人あたり 後期入院 医療費
年度	平成17年度	平成22年度	平成17年度	平成22年度	平成17年度	平成22年度
内灘町	76,271	118,200	203,019	147,175	487,959	579,972
石川県	103,254	141,209	152,659	155,539	452,980	524,956
全国	75,503	106,225	127,951	126,010	373,620	

入院外	1人あたり 一般入院外費用額		1人あたり 退職入院外費用額		1人あたり 老人入院外 費用額	1人あたり 後期入院外 医療費
年度	平成17年度	平成22年度	平成17年度	平成22年度	平成17年度	平成22年度
内灘町	82,602	115,369	175,997	166,240	299,671	279,051
石川県	87,303	112,868	160,016	151,037	267,416	253,243
全国	78,974	105,574	152,187	145,867	268,454	

1）高額療養費

平成 23 年度の診療報酬明細書（レセプト）について調べたところ、月額 200 万円を超えるものが延べ 45 件（実人数 38 人）ありました。この内、虚血性心疾患・脳血管疾患などの循環器疾患は 20 件（44.4%）を占めていました。この 20 件のうち、最も多いのが虚血性心疾患で 15 件（12 人）あり、金額も 1 件あたり費用が 300 万円を超えていました。また、この 12 人の年齢・性別内訳をみると 40～50 代が 6 人、60～64 歳が 2 人、65 歳～69 歳が 2 人、70～74 歳が 2 人であり、若い世代から発症していることがわかります。40～50 代の 6 人のうち、3 人は慢性腎不全も併発していました。男女別では、男性が 8 人、女性が 4 人で、男性の方が多いことがわかりました。

また、45 件のうち 36 件が包括医療支払制度（DPC）による請求となっています。予防可能な虚血性心疾患などの循環器疾患の予防によって高額医療にかかる人を減らすことが医療費の削減にとって必要です（図表 1-14）。

図表 1-14 高額レセプト分析（200 万円以上）

①疾患の状況（疾患別・費用額別）（平成23年度）　　45件（　38　人）

	循環器疾患								その他		総合計		包括医療（DPC）
	虚血性心疾患		大動脈疾患		脳血管疾患		閉塞性動脈硬化						
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数
1000万円以上													
900万円台													
800万円台													
700万円台													
600万円台	2	14.3%									2	4.4%	1
500万円台			1	100.0%					2		3	6.7%	3
400万円台													
400万円以上小計	血管に関する疾患								2	40.0%	5	11.1%	4
	件数		3		割合		60.0%						
300万円台	2	14.3%			2	40.0%			3		7	15.6%	4
200万円台	10	71.4%			3	60.0%			20		33	73.3%	28
合計	（再）血管に関する疾患								25	55.6%	45	100.0%	36
	件数		20		割合		44.4%						

②循環器疾患と基礎疾患の状況

	再掲	件数計（割合）	入院件数（割合）	費用額計	1件あたり費用額	他疾患の合併（基礎疾患及び疾病の進展）									その他
						基礎疾患				循環器疾患				腎不全	
						高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	虚血性心疾患	大動脈疾患	脳血管疾患	動脈閉塞		
						計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）	計（割合）
23年度45件（38人）	虚血性心疾患	14	14	43,982,320	3,141,594	14	10	10	6		2	2	4	4	6
		31.1%	31.1%			100.0%	71.4%	71.4%	42.9%		14.3%	14.3%	28.6%	28.6%	42.9%
	大動脈疾患	1	1	5,820,940	5,820,940	1	1	1	0	1		1	1	0	0
		2.2%	2.2%			100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%		100.0%	100.0%	0.0%	0.0%
	脳血管疾患	5	5	14,000,120	2,800,024	5	1	1	0	1	0		0	0	0
		11.1%	11.1%			100.0%	20.0%	20.0%	0.0%	20.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%
合計		20	20	63,803,380	11,762,558	20	12	12	6	2	2	3	5	4	6

③年齢階層別

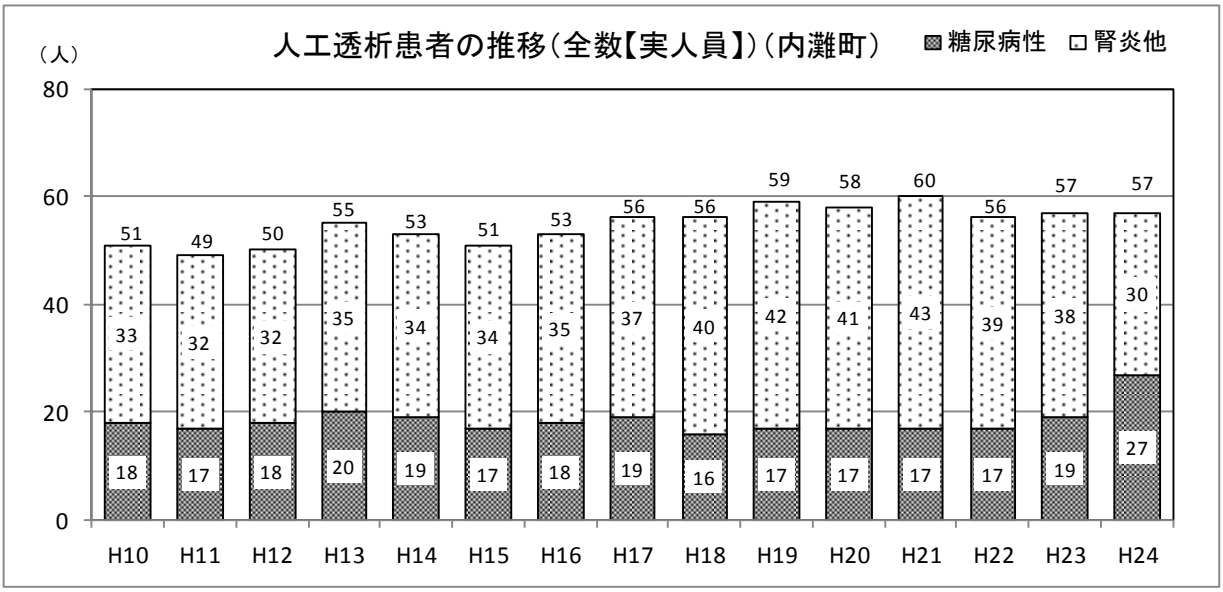
	虚血性心疾患（14件・12人）	【再掲】虚血性心疾患		大血管疾患	脳血管疾患
		男性	女性		
40～49	2	2			
50～59	4	3	1		
60～64	2		2		1
65～69	2	1	1	1	3
70～74	2	2			1
計	12	8	4	1	5

2）透析の状況

内灘町の人工透析患者数は、平成 10 年度以降約 50～60 人で推移しています（図表 1-15）。平成 23 年度の患者数は 57 名ですが、その内 25 名（43.8%）が国民健康保険の被保険者でした。透析患者数の中で糖尿病が原因疾患である割合は、平成 23 年度まで 32%前後で推移していますが、平成 24 年度には 47.4%となっています。

人工透析は年間の医療費が一人 500 万円と高額であり、患者自身の身体的負担も大きいため、透析の導入を少しでも遅らせることが医療費の増加を抑える点でも重要です。そのために、透析導入の原因疾患の多くを占める糖尿病や腎機能低下者の重症化予防に努めていくことが必要と考えます。

図表 1-15 糖尿病性腎症の割合推移



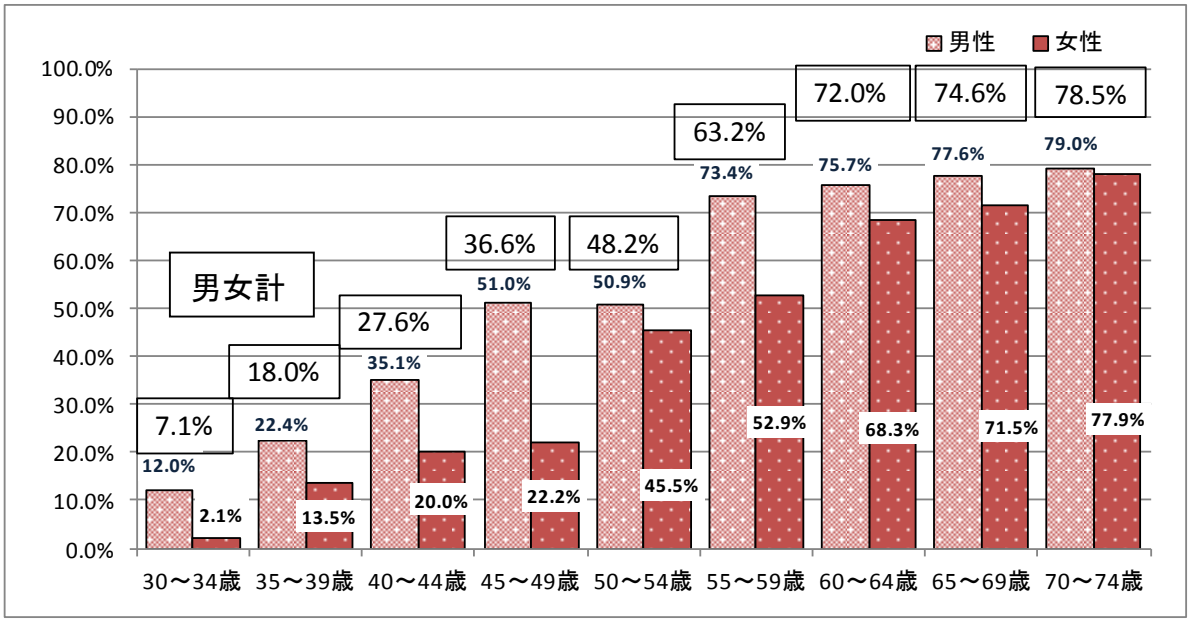
糖尿病性腎症の割合(%)	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
	35.3	34.7	36.0	36.4	35.8	33.3	34.0	33.9	28.6	28.8	29.3	28.3	30.4	33.3	47.4

3) 生活習慣病の受療状況

平成 24 年 5 月の診療報酬明細書（レセプト）を分析すると年代があがるごとに様々な病気で医療機関を受診する人が増えていく様子がわかりました。生活習慣病の受療率も年代ごとに上昇し、55 歳を超えると 60%を超え、70 歳を超えると 78%に達し、受療している人のほとんどが生活習慣病の治療を受けていることがわかります。

男女別で見ると、男性は 45～49 歳で 50%の受療率に達しており、女性は閉経後の年齢の 55～59 歳で 50%を超えています。これを見ると、男性は女性に比べると早い段階で血管が傷つき始めている様子が伺えます（図表 1-16）。

図表 1-16 生活習慣病受療率（平成 24 年 5 月診療分／対受診者実人数）



6. 特定健診

生活習慣病の発症予防・重症化予防のもっとも重要な取り組みである、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導については、県内他市町と比較できる平成 23 年度法定報告値で町の状況を確認しました。

これによると受診率は 44.6%、保健指導実施率は 38.8%でした。特定健康診査の結果については、第 1 位 HbA1c 70.3%、第 2 位は LDL コレステロール 51.9%、第 3 位収縮期血圧 42.9%が町の有所見率の上位 3 位を占め、いずれも石川県の平均値と同等かより高くなっています。また、血糖値及び HbA1c、尿酸、拡張期血圧、LDL コレステロール、尿蛋白、クレアチニンの有所見率が県平均より高くなっています。これらは血管を傷つける因子であるため重症化予防の対策が必要です。特に HbA1c と拡張期血圧、尿蛋白、クレアチニン、尿酸など腎臓や代謝に関する検査項目が経年的に県内で高い順位にあるのが内灘町の特徴です（図表 1-17）。

いずれも食生活（炭水化物、飲酒、タンパク質）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。

内灘町では、高齢者の医療の確保に関する法律の中では努力義務となっている 18～39 歳までの町民には、希望者に健康診査を実施し、平成 24 年度で 367 人（受診率:5.2%）が受けています（図表 1-18）。

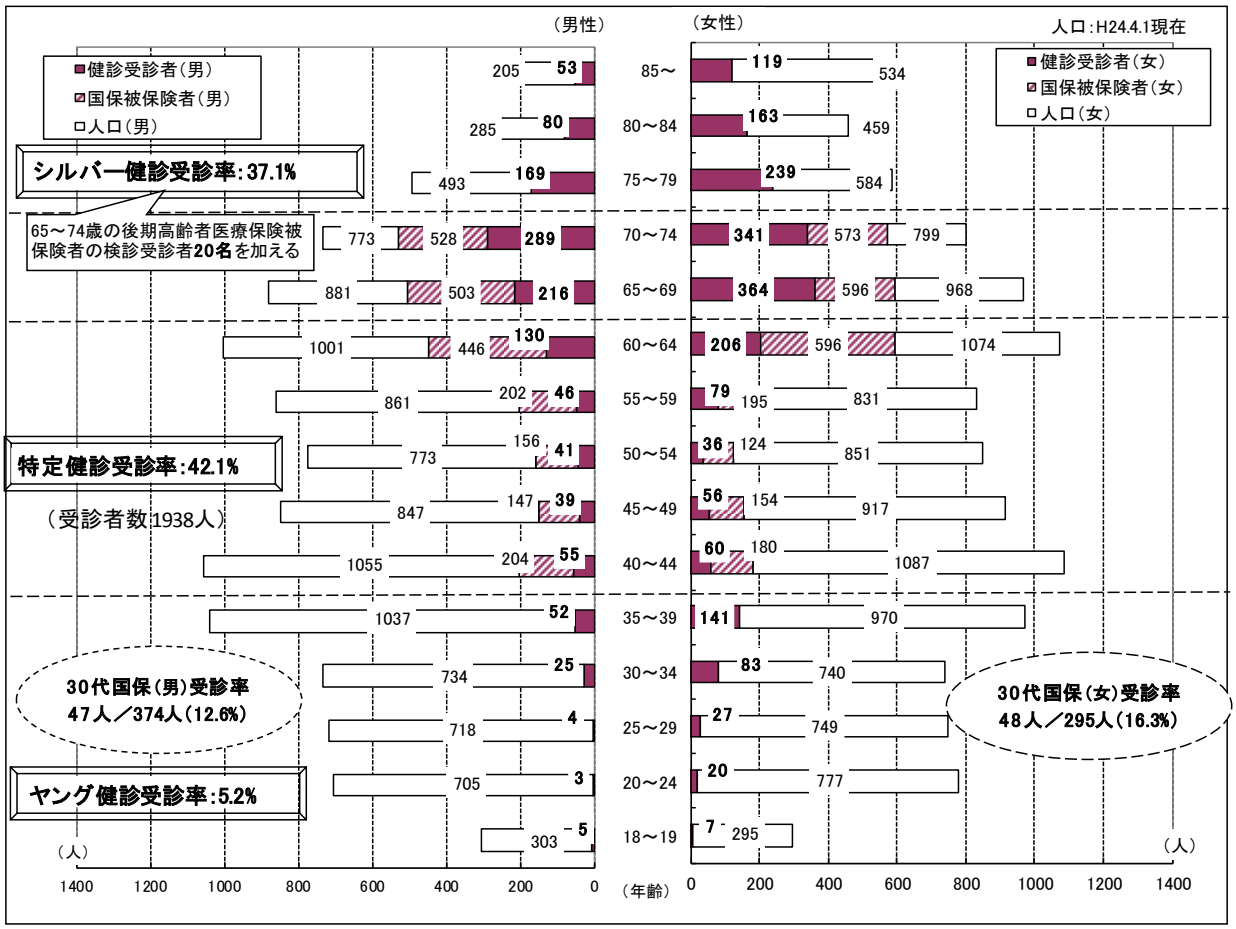
図表 1-17 健診有所見者状況(平成 23 年度)

総数(40～74歳)

特定健診			特定保健指導		摂取エネルギーの過剰													
保険者	受診者数	受診率	保険者	実施率	保険者	腹囲 男85cm以上 女90cm以上		保険者	BMI 25以上		保険者	中性脂肪 150以上		保険者	ALT(GPT) 31以上		保険者	HDL 40未満	
						人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合
宝達志水町	1,364	54.6%	羽咋市	73.9%	能登町	665	37.8%	穴水町	214	31.8%	羽咋市	561	29.1%	輪島市	419	16.8%	羽咋市	170	8.8%
能美市	3,827	51.3%	志賀町	62.0%	穴水町	241	35.8%	能登町	559	31.7%	輪島市	721	28.9%	加賀市	904	16.1%	能登町	147	8.3%
志賀町	2,375	49.8%	能美市	60.1%	羽咋市	669	34.8%	志賀町	697	29.3%	珠洲市	434	28.2%	七尾市	759	15.3%	中能登町	121	8.1%
川北町	360	49.0%	野々市市	58.0%	珠洲市	530	34.4%	七尾市	1,454	29.3%	能登町	472	26.8%	金沢市	3,526	15.1%	七尾市	400	8.1%
白山市	7,945	46.8%	七尾市	57.5%	七尾市	1,682	33.9%	羽咋市	529	27.5%	川北町	91	25.3%	宝達志水町	204	15.0%	かほく市	193	8.0%
野々市市	2,905	45.9%	宝達志水町	50.6%	宝達志水町	459	33.7%	中能登町	396	26.4%	中能登町	378	25.2%	津幡町	277	14.7%	川北町	28	7.8%
七尾市	4,963	45.5%	津幡町	49.6%	輪島市	818	32.8%	輪島市	659	26.4%	加賀市	1,385	24.7%	石川県	11,252	14.6%	小松市	601	7.3%
小松市	8,183	45.1%	小松市	44.9%	かほく市	786	32.8%	珠洲市	402	26.1%	白山市	1,938	24.4%	珠洲市	225	14.6%	珠洲市	113	7.3%
内灘町	**1,836**	**44.6%**	輪島市	44.6%	加賀市	1,823	32.5%	宝達志水町	353	25.9%	小松市	1,924	23.5%	白山市	1,145	14.4%	宝達志水町	99	7.3%
かほく市	2,400	44.1%	加賀市	41.8%	志賀町	763	32.1%	かほく市	621	25.9%	石川県	17,998	23.4%	穴水町	96	14.3%	輪島市	167	6.7%
羽咋市	1,925	41.8%	中能登町	39.8%	中能登町	481	32.1%	加賀市	1,398	24.9%	野々市市	679	23.4%	能登町	251	14.3%	石川県	5,102	6.6%
中能登町	1,498	41.8%	**内灘町**	**38.8%**	金沢市	7,412	31.7%	石川県	18,685	24.3%	金沢市	5,465	23.3%	かほく市	342	14.3%	津幡町	124	6.6%
珠洲市	1,540	40.4%	穴水町	38.8%	石川県	24,352	31.6%	**内灘町**	**439**	**23.9%**	七尾市	1,120	22.6%	羽咋市	272	14.1%	**内灘町**	**120**	**6.5%**
能登町	1,761	40.1%	石川県	37.1%	川北町	113	31.4%	津幡町	450	23.8%	宝達志水町	302	22.1%	小松市	1,143	14.0%	白山市	519	6.5%
石川県	76,960	39.9%	かほく市	36.7%	野々市市	897	30.9%	川北町	84	23.3%	かほく市	510	21.3%	能美市	528	13.8%	能美市	247	6.5%
加賀市	5,610	39.8%	川北町	31.8%	小松市	2,482	30.3%	白山市	1,853	23.3%	穴水町	142	21.1%	志賀町	324	13.6%	志賀町	152	6.4%
津幡町	1,890	38.9%	能登町	31.7%	**内灘町**	**552**	**30.1%**	金沢市	5,325	22.7%	**内灘町**	**382**	**20.8%**	川北町	48	13.3%	野々市市	185	6.4%
輪島市	2,496	33.2%	白山市	30.8%	白山市	2,340	29.5%	小松市	1,826	22.3%	志賀町	479	20.2%	野々市市	386	13.3%	加賀市	337	6.0%
金沢市	23,409	33.1%	金沢市	17.1%	津幡町	548	29.0%	野々市市	638	22.0%	津幡町	336	17.8%	**内灘町**	**242**	**13.2%**	穴水町	40	5.9%
穴水町	673	32.7%	珠洲市	13.2%	能美市	1,091	28.5%	能美市	788	20.6%	能美市	679	17.7%	中能登町	161	10.7%	金沢市	1,339	5.7%

血管を傷つける															内臓脂肪症候群以外の動脈硬化要因			臓器障害				
保険者	血糖 空腹時100以上 随時140以上		保険者	HbA1c 5.2以上		保険者	尿酸 7.0以上		保険者	収縮期血圧 130以上		保険者	拡張期血圧 85以上		保険者	LDL 120以上		保険者	尿蛋白 ＋以上		保険者	クレアチニン 男1.2以上 女1.0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		人数	割合		人数	割合
川北町	108	30.0%	珠洲市	1,186	77.0%	能美市	372	9.7%	輪島市	1,311	52.5%	輪島市	550	22.0%	津幡町	1,048	55.4%	羽咋市	117	6.1%	中能登町	74	4.9%
能美市	1,031	26.9%	川北町	271	75.3%	かほく市	232	9.7%	穴水町	353	52.5%	**内灘町**	**381**	**20.8%**	宝達志水町	726	53.2%	**内灘町**	**111**	**6.0%**	**内灘町**	**89**	**4.8%**
加賀市	1,455	25.9%	中能登町	1,113	74.3%	**内灘町**	**174**	**9.5%**	能登町	827	47.0%	七尾市	1,026	20.7%	能美市	1,985	51.9%	輪島市	141	5.6%	能登町	72	4.1%
穴水町	159	23.6%	宝達志水町	1,006	73.8%	珠洲市	136	8.8%	志賀町	1,113	46.9%	中能登町	303	20.2%	**内灘町**	**952**	**51.9%**	珠洲市	85	5.5%	珠洲市	58	3.8%
志賀町	556	23.4%	穴水町	487	72.4%	羽咋市	164	8.5%	珠洲市	692	44.9%	能登町	356	20.2%	金沢市	11,935	51.0%	加賀市	309	5.5%	能美市	142	3.7%
内灘町	**399**	**21.7%**	志賀町	1,699	71.5%	加賀市	476	8.5%	七尾市	2,207	44.5%	志賀町	471	19.8%	小松市	4,152	50.7%	七尾市	272	5.5%	川北町	13	3.6%
珠洲市	334	21.7%	かほく市	1,701	70.9%	白山市	662	8.3%	羽咋市	843	43.8%	宝達志水町	270	19.8%	穴水町	341	50.7%	金沢市	1,257	5.4%	かほく市	77	3.2%
宝達志水町	287	21.0%	津幡町	1,328	70.3%	小松市	679	8.3%	白山市	3,451	43.4%	小松市	1,548	18.9%	加賀市	2,832	50.5%	宝達志水町	72	5.3%	七尾市	159	3.2%
七尾市	1,041	21.0%	**内灘町**	**1,290**	**70.3%**	穴水町	55	8.2%	小松市	3,537	43.2%	羽咋市	357	18.5%	石川県	38,627	50.2%	野々市市	150	5.2%	宝達志水町	43	3.2%
津幡町	395	20.9%	七尾市	3,485	70.2%	宝達志水町	110	8.1%	石川県	33,099	43.0%	能美市	705	18.4%	白山市	3,979	50.1%	能登町	90	5.1%	穴水町	21	3.1%
白山市	1,621	20.4%	能美市	2,677	70.0%	石川県	6,129	8.0%	**内灘町**	**788**	**42.9%**	石川県	13,805	17.9%	野々市市	1,447	49.8%	石川県	3,848	5.0%	白山市	241	3.0%
石川県	15,659	20.3%	白山市	5,516	69.4%	中能登町	119	7.9%	金沢市	10,026	42.8%	川北町	64	17.8%	輪島市	1,229	49.2%	穴水町	32	4.8%	石川県	2,157	2.8%
かほく市	480	20.0%	羽咋市	1,326	68.9%	川北町	28	7.8%	宝達志水町	575	42.2%	白山市	1,406	17.7%	志賀町	1,157	48.7%	かほく市	114	4.8%	羽咋市	52	2.7%
金沢市	4,633	19.8%	石川県	52,203	67.8%	志賀町	183	7.7%	能美市	1,608	42.0%	津幡町	329	17.4%	珠洲市	750	48.7%	能美市	177	4.6%	志賀町	63	2.7%
輪島市	488	19.6%	能登町	1,185	67.3%	津幡町	144	7.6%	津幡町	783	41.4%	穴水町	117	17.4%	かほく市	1,168	48.7%	白山市	359	4.5%	金沢市	589	2.5%
中能登町	288	19.2%	加賀市	3,705	66.0%	金沢市	1,751	7.5%	川北町	148	41.1%	金沢市	3,948	16.9%	羽咋市	929	48.3%	志賀町	107	4.5%	小松市	204	2.5%
野々市市	541	18.6%	金沢市	15,447	66.0%	七尾市	356	7.2%	かほく市	960	40.0%	珠洲市	255	16.6%	川北町	171	47.5%	小松市	321	3.9%	加賀市	121	2.2%
小松市	1,501	18.3%	小松市	5,386	65.8%	輪島市	174	7.0%	中能登町	595	39.7%	加賀市	925	16.5%	七尾市	2,356	47.5%	津幡町	71	3.8%	野々市市	61	2.1%
能登町	282	16.0%	野々市市	1,846	63.5%	野々市市	202	7.0%	野々市市	1,130	38.9%	かほく市	365	15.2%	中能登町	683	45.6%	中能登町	53	3.5%	津幡町	37	2.0%
羽咋市	60	3.1%	輪島市	1,549	62.1%	能登町	112	6.4%	加賀市	2,152	38.4%	野々市市	429	14.8%	能登町	787	44.7%	川北町	10	2.8%	輪島市	41	1.6%

図表 1-18　特定健診・シルバー健診・ヤング健診年齢階層別受診者数
（H24 年度受診者総計(人間ドック受診者含む実績値）



図表 1-19　継続受診者と新規受診者の比較（平成 24 年度）

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				1,938 人	100.0%	1,567 人	80.9%	371 人	19.1%
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	447 人	23.1%	353 人	22.5%	94 人	25.3%
		腹囲	85or90以上	572 人	29.5%	452 人	28.8%	120 人	32.3%
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	19 人	1.0%	15 人	1.0%	4 人	1.1%
		HDLコレステロール	34以下	29 人	1.5%	22 人	1.4%	7 人	1.9%
	インスリン抵抗性	血糖 空腹時血糖	126以上	76 人	5.6%	60 人	5.5%	16 人	6.0%
		血糖 HbA1c	6.5以上	97 人	5.0%	74 人	4.7%	23 人	6.2%
		血糖 計		130 人	6.7%	98 人	6.3%	32 人	8.6%
	血管を傷つける	血圧 収縮期	160以上	0 人	0.0%	0 人	0.0%	0 人	0.0%
		血圧 拡張期	100以上	0 人	0.0%	0 人	0.0%	0 人	0.0%
		血圧 計		0 人	0.0%	0 人	0.0%	0 人	0.0%
その他の動脈硬化危険因子		LDLコレステロール	160以上	227 人	11.7%	168 人	10.7%	59 人	15.9%
腎機能		尿蛋白	2＋以上	0 人	0.0%	0 人	0.0%	0 人	0.0%
		eGFR	50or40未満	0 人	--	0 人	--	0 人	--
		尿酸	9.0以上	14 人	0.7%	9 人	0.6%	5 人	1.4%

＊空腹時血糖・HbA1c・eGFR・尿酸については検査実施者数が異なる場合、検査実施者数を分母に割合を算出

特定健診の受診者を新規受診者と継続受診者別に結果を見ると、新規受診者は継続受診者より健診結果が悪い傾向にあります（図表 1-19）。

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

7. 出生

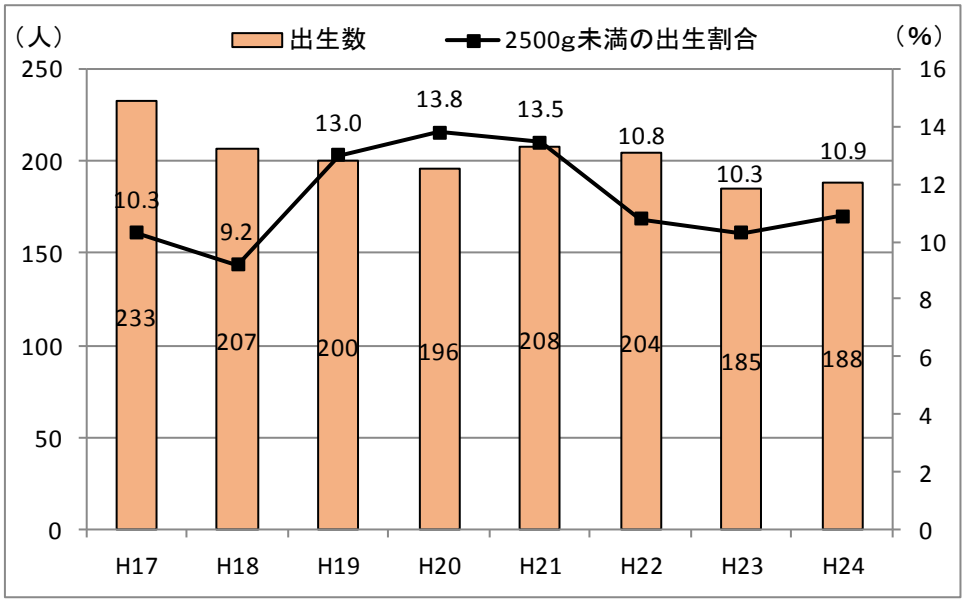
内灘町の出生率は、平成 24 年は 7.0 で全国と比べると低くなっています（図表 1-2）。

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

本町の低出生体重児の出生率は、平成 24 年度では全国・県に比べて高いですが、より体重が少ない極低出生体重児の出生率も高くなっています。

10%程度の新生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を行う必要があります（図表 1-20）。

図表 1-20 内灘町の出生数と 2,500g 未満の出生割合



資料：石川県衛生統計年報

第 2 章　健康指標別の実態と課題

1. 前計画の評価

「うちなだ健康プラン 21」（平成 17 年 3 月策定）の目標として、9 分野 20 項目を設定しました。そのうち、評価が可能である 10 項目についての達成状況を示します（図表 2-1）。

A の「目標値に達成した」と B の「目標値に達成してないが改善傾向にある」と C の「やや改善している」を合わせ、全体の 80%に改善がみられました（図表 2-2）。

図表 2-1　目標の達成評価

評価区分	該当項目数<割合>
A　目標値に達成した	6項目<60%>
B　目標値に達成していないが改善傾向にある（5%以上改善）	0項目<0%>
C　やや改善している	2項目<20%>
D　策定時から変化なし・悪化した	2項目<20%>
―　評価困難（現状値を把握できず評価不可能なもの）	10項目
合計（評価が可能である項目のみ）	10項目<100%>

「食育推進計画」（第 1 次）は、平成 25 年度までを計画期間とし、「楽しく食べて元気なうちなだっ子！～自らつかむ食の力～」を基本理念として、子ども達に伝えていきたい食育の視点（5 つ星）を基本目標に掲げ、町民、食の関係機関、行政が連携して、家庭や地域、保育所、幼稚園、学校での取組等、食育に関する普及啓発を行ってきました。また、食育推進会議の開催や、ボランティアによる食育活動などにより、食育推進体制の基盤を構築し、着実に推進してきました。うちなだ食育推進計画（第 1 次）の目標は数値として設定してありませんので、取り組み内容①から③までの事業実績を報告とします（図表 2-3）。

基本理念

楽しく食べて元気なうちなだっ子！

～自らつかむ食の力～

こども達に伝えていきたい食育視点（５つ星）

1. 食のリズムを整えよう
2. 食事を味わって楽しく食べよう
3. 積極的に食事づくりに参加しよう
4. 健康であるため、食のスキルを高めよう
5. 食を通して人とのつながりを大切にしよう

うちなだ食育推進計画の主な取り組み内容

①家族や地域みんなで食育に取り組もう
②子ども自身が食育と健康について考える機会を設けよう
③食育推進のネットワークづくりをすすめよう

図表 2-2 各評価項目の目標達成状況

評価目標			評価指標	初期値％（H17）	目標	最新値％（H24）	データソース	評価
生活習慣の改善	肥満の防止		男性の肥満の割合	27.0 (H15)	減少	27.6	特定健診問診	D
			女性の肥満の割合	20.2 (H15)	減少	20.0	特定健診問診	A
	食生活	朝食の欠食率の増加	朝食を食べない20歳代男性の割合	18.5	減少	42.9	特定健診問診	D
			朝食を食べない30歳代男性の割合	34.2	減少	31.6	特定健診問診	C
		食事の量や内容について考えている	食事の量や内容にいつも気をつけている男性の割合	16.8	増加	33.1	特定健診問診	A
			食事の量や内容にいつも気をつけている女性の割合	22.8	増加	32.8	特定健診問診	A
		満腹まで食べる人の減少	満腹まで食べる男性の割合	24.2	減少	—		—
			満腹まで食べる女性の割合	19.2	減少	—		—
		塩分の過剰摂取の防止	塩分をとり過ぎないようにいつも気にかけて実行している男性の割合	12.7	増加	—		—
			塩分をとり過ぎないようにいつも気にかけて実行している女性の割合	25.7	増加	—		—
		糖分の過剰摂取の防止	糖分をとり過ぎないようにいつも気にかけて実行している男性の割合	14.0	増加	—		—
			糖分をとり過ぎないようにいつも気にかけて実行している女性の割合	18.8	増加	—		—
		脂肪分の過剰摂取の防止	脂肪分をとり過ぎないようにいつも気にかけて実行している男性の割合	10.9	増加	—		—
			脂肪分をとり過ぎないようにいつも気にかけて実行している女性の割合	22.8	増加	—		—
	身体活動	運動・身体活動の増強	運動不足だと思う男性の割合	68.3	減少	—		—
			運動不足だと思う女性の割合	77.0	減少	—		—
			健康のため、毎日体を動かすようにしている男性の割合	19.3	増加	54.8	特定健診問診	A
			健康のため、毎日体を動かすようにしている女性の割合	19.2	増加	50.4	特定健診問診	A
受診率の向上			健診の受診率（40歳以上）	40.4 (H15)	増加	40.5	特定健診	C
			健診の受診率（シルバー健診を除く40歳以上）	22.4 (H15)	増加	44.2	特定健診	A

※目標の基準値はないため、前回と比較した値の増減により評価した。
※平成17年度の数値は意識調査によるもので、平成24年度の数値は特定健診問診および特定健診によるものであるため単純に比較することはできない。また、対象者の人数や区分も異なっている。

図表 2-3 うちなだ食育推進計画の取り組み

	胎児(妊婦)	乳幼児	保育所(園)児 幼稚園	小学生
目標	新しい家族の誕生から「食」に関心を持とう！	①早寝、早起きの習慣をつけ、 しっかり朝ごはんを食べさせよう！ ②食事を楽しく、味わって食べよう！	楽しい食事をし、食物の大切さ、感謝する気持ちを育てよう！	① 自分の食生活と健康づくりに関心を持とう！ ② 積極的に食事の準備や片づけなどの手伝いをしよう！

事業名		食育推進事業 「親子クッキング」	食育月間事業 「お口の健康と食育」	保育所キッズクッキング （向粟崎・鶴ケ丘・鶴ケ丘東）	子ども会 クッキング
対象者		0～2歳までの 乳幼児とその親	0～2歳までの 乳幼児とその親	保育所年長児	各地区の子ども会小学校1～3年生とその親
関係機関		子育て支援センター	・子育て支援センター ・食育サポーター （歯科医）	・町立保育所 ・健康づくり推進員	各地区 子ども会 健康づくり推進員会
取り組み内容や目的		子どものおやつの目的と望ましい栄養についてのミニ講話と簡単おやつ作りを体験する。	子どもの口腔機能の発達と食事の関連についての講話。また口腔機能の発達を促し、幼児に必要な栄養を考慮したおやつの試食	保育所で収穫した食材を利用し、キッズクッキングを実施。食材の調理方法や調理器具の使用方法を学び、食への感謝の心や会食の楽しさを知る。	町内全子ども会の中で希望のあった会のみ開催。クッキングを実施。この時期の成長に必要なカルシウム摂取や食事バランスやおやつの選び方などの食育ミニ講座の後、クッキング実施。調理をしてみんなで楽しく食事をすることを体験する。

H23 実施状況	実施日		6/29	6/2	向粟崎	鶴ケ丘			鶴ケ丘西	鶴ケ丘北	向粟崎	大根布	鶴ケ丘東	鶴ケ丘西
					8/5	8/26			8/1	8/8	8/10	11/20	12/10	12/17
	実人数		26	34	26	30			11	20	16	13	17	66
	内訳		親12	親16						親2	親4	親5	親3	親17
			子14	子18	子26	子30			子11	子18	子12	子8	子14	子49
合計			1回（26人）	1回（34人）	2回（56人）				6回（143人）					

H24 実施状況	実施日		6/14	6/27	向粟崎	鶴ケ丘	鶴ケ丘東	鶴ケ丘	大学	鶴ケ丘北	向陽台	鶴ケ丘東	鶴ケ丘西	
					8/7	9/1	10/19	3/14	8/1	8/2	8/9	8/25	12/22	
	実人数		20	34	36	12	24	14	27	31	27	16	70	
	内訳		親10	親16			親12		親6	親6	親5	親4	親25	
			子10	子18	子36	子12	子12	子14	子21	子25	子22	子12	子45	
合計			1回（20人）	1回（34人）	4回（86人）				5回（171人）					

保健事業	妊婦教室 「ﾌﾟﾚﾏﾏ･ﾌﾟﾚﾊﾟﾊﾟｸﾗｽ」	4か月児・1歳6か月児・3歳児 離乳食教室 「ひよこっこサークル」	5歳児健診	

※保健センターが各関係機関と連携して行ったもののみ記載

小学生	中学生
①　自分の食生活と健康づくりに関心を持とう！ ②　積極的に食事の準備や片づけなどの手伝いをしよう！	自分の身体の成長や体調を知り、食事のあり方を考え、実践できるようになろう！

町職員出前講座 （小学校食育出前講座）				県地域食育 体験ファーム 支援事業	いしかわ米粉応援団 （県事業）	
鶴ケ丘小学校 5年1組	向粟崎小学校 給食委員会	西荒屋小学校 全校生徒	大根布小学校 6年生全員	清湖学童保育クラブ	鶴ケ丘学童保育 クラブ	
小学校				食育コーディネーター 清湖学童保育クラブ	・内灘町食育コーディネーター ・鶴ケ丘学童保育クラブ ・北陸学院短期大学	
家庭科 ｹﾞｽﾄﾃｨｰﾁｬｰ 「ゆでる」調理をしよう	給食委員会	全校集会 牛乳や野菜を残さず食べよう 朝ごはんを食べよう	家庭科 ｹﾞｽﾄﾃｨｰﾁｬｰ バランスの良い食事について	体験型食育の実施。子どもの調理体験や地域の食を知ることを目的に実施。	「いしかわ米粉応援団」の北陸学院短期大学食物栄養科と町学童保育クラブの食育活動として、米粉を用いた調理実習を行う。作る楽しみと食べる大切さを考える機会とする。	
希望のあった小学校のみで実施。全校集会や委員会、家庭科の授業、授業参観等を利用し、成長期に必要な栄養やバランスの良い食事、献立の立て方などを学んだり、または調理実習を体験する。						

6/8		11/1	11/16	11/17	11/25	8/18		
32		130	31	31	32	48		
		1回（130人）	3回（94人）			1回（48人）		

	7/31	10/16	2/5	2/5	2/7		9/10	
	18	18	30	30	30		59	
		親8 子10						
	1回（18人）	1回（18人）	3回（90人）				1回（59人）	

2. 生活習慣病の予防～現状と課題～

1）がん

(1) はじめに

人体には、遺伝子の異変を防ぎ、修復する機能がもともと備わっていますが、ある遺伝子の部分に突然変異が起こり、無限に細胞分裂を繰り返し、増殖していく、それが「がん」です。

たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30 回くらいの細胞分裂を繰り返した 1cm 大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさと言われています。

30 回くらいの細胞分裂には 10～15 年の時間がかかると言われています。

がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。

腫瘍の大きさや転移の有無などのがんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線で、早期とは 5 年生存率が 80～90%のことをいいます。

がんは遺伝子が変異を起こすもので、原因が多岐にわたるため予防が難しいと言われてきましたが、生活習慣の中にがんを発症させる原因が潜んでいることも明らかになってきました。

また、細胞であればどこでもがん化する可能性はありますが、刺激にさらされやすいなど、がん化しやすい場所も明らかにされつつあります。

(2) 基本的な考え方

①発症予防

がんのリスクを高める要因としては、がんに関連するウイルス（B 型肝炎ウイルス<HBV>、C 型肝炎ウイルス<HCV>、ヒトパピローマ<HPV>、成人 T 細胞白血病ウイルス<HTLV-1>や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌<HP>）への感染、及び喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分・塩蔵食品の過剰摂取など生活習慣に関連するものがあります。

がんのリスクを高める生活習慣は、循環器疾患や糖尿病の危険因子と同様であるため、循環器疾患や糖尿病への取り組みとしての生活習慣の改善が、結果的にはがんの発症予防に繋がってくると考えられます（図表 2-4）。

図表 2-4 がんの発症予防・重症化予防

	部分	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 30% 高脂肪	食事 30% 塩分	運動 5%	飲酒 3%	肥満	家族歴	ホルモン	感染	他 △可能性あり		
科学的根拠のあるがん検診	胃	◎	○	○		○				◎ Hp		胃X線検査	Ⅰ-b
	肺	◎								△ 結核	環境汚染	胸部X線検査 喀痰細胞診	Ⅰ-b （胸部X線検査と高危険群に対する喀痰細胞診の併用）
	大腸	△	○		○	○	○	△				便潜血検査	Ⅰ-a
	子宮頸部	◎								◎ HPV		子宮頸部擦過細胞診	Ⅰ-a
	乳	△			△	○	（閉経後の肥満）○	○	○		高身長 良性乳腺疾患の既往 マンモ高密度所見	視触診とマンモグラフィの併用	Ⅰ-a（50歳以上） Ⅰ-b（40歳代）
その他	前立腺		△					○			加齢	PSA測定	Ⅲ
	肝臓	○				○				◎ HBV HCV	カビ 糖尿病罹患者	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・予防と健診
「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

②重症化予防

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

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。

早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることが必要になります。

有効性が確立しているがん検診の受診率向上施策が重要になってきます。

③現状と目標

ア. 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

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

本町の 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率は平成 19 年度から平成 21 年度をピークに増加していますが、平成 24 年度にかけて減少傾向にあります（図表 2-5）。

図表 2-5 内灘町の 75 歳未満のがんによる死亡の状況

年度		H19	H20	H21	H22	H23	H24	総数
75歳未満の年齢調整死亡率		69.9	70.4	96.0	80.7	81.1	68.0	
75歳未満の死亡者数	肺	7	5	3	5	5	3	28
	胃	4	2	6	10	2	3	27
	大腸	3	2	2	1	2	3	13
	乳	0	1	1	1	2	1	6
	子宮	1	0	0	1	2	2	6
	小計	15	10	12	18	13	12	80
	前立腺	0	0	2	0	0	1	3
	肝臓	3	3	6	2	2	3	19
	白血病	0	1	2	1	0	0	4
	その他	7	13	14	9	13	11	67
	小計	10	17	24	12	15	15	93
総数		25	27	36	30	28	27	173

今後も、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防と、検診受診率を維持又は向上していくことによる重症化予防に努めることで、75 歳未満のがんの死亡者数の減少を図ります。

イ．がん検診受診率の向上

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ます。

本町のがん検診の受診率は、対象者を石川県方式（5 歳階級別人口に雇用率を掛ける）で算出しており、検診が有効とされているがん検診については、いずれも受診率が停滞しています。

また、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、肺がん検診で目標を概ね達成している以外は、達成できていない状況です（図表 2-6）。

図表 2-6 内灘町のがん検診受診率の推移

病名	がん対策推進基本計画（H19.6-H23年度末）						次期がん対策推進基本計画案（H24-H28）	
	H20	H21	H22	H23	H24	目標値	H24	目標値
胃がん	13.2%	13.7%	14.7%	14.1%	13.7%		20.4%	*40%（当面）
肺がん	25.6%	28.7%	30.2%	31.1%	30.2%		39.3%	*40%（当面）
大腸がん	17.6%	19.2%	21.1%	22.4%	22.0%	50%以上	31.0%	*40%（当面）
子宮頸がん	26.5%	28.4%	32.1%	33.3%	32.5%		34.3%	50%
乳がん	22.1%	31.4%	34.8%	34.9%	29.0%		39.1%	50%
前立腺がん	19.3%	23.0%	25.4%	24.0%	23.2%			

※各年度石川県生活習慣病検診等管理指導協議会における課題検討会結果報告より抜粋

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。

本町の精密検査受診率は、全て許容値を超えていますが、目標値である 90%に到達している健診は年度によって異なり、特に大腸がん検診の精密検査受診率は過去 5 年間で一度も達成できていません。

がん検診受診者の人から、毎年 20 人程度にがんが見つかっているため、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（図表 2-7）。

図表 2-7 内灘町の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

検診名	割合 人数	H20	H21	H22	H23	H24	事業評価指標	
							許容値	目標値
胃がん検診	精密検査受診率(%)	90.3	81.3	89.4	90.7	100.0	70%以上	90%以上
	がん発見者数（人）	6	2	2	0	2		
肺がん検診	精密検査受診率(%)	94.7	93.9	100	82.4	95.5	70%以上	
	がん発見者数（人）	1	0	4	2	2		
大腸がん検診	精密検査受診率(%)	80.7	86.5	84.4	77.5	83.5	70%以上	
	がん発見者数（人）	4	3	5	5	3		
子宮頸がん検診	精密検査受診率(%)	84.6	83.3	89.5	96.1	86	70%以上	
	がん発見者数（人）	2	4	1	0	2		
乳がん検診	精密検査受診率(%)	89.8	84.6	92.1	85.3	94.4	80%以上	
	がん発見者数（人）	2	4	6	5	1		
前立腺がん検診	精密検査受診率(%)	66.7	60.6	77.7	65.6	66.7		
	がん発見者数（人）	4	5	1	7	7		

④対策

ア．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）
・ヘリコバクター・ピロリ菌検査（40 歳以上 5 歳刻み年齢対象）

イ．がん検診受診率向上の施策

・対象者への個別案内、広報や無線放送などを利用した啓発
・関係機関による講演会や研修会への共催
・レディース検診日の託児サービスの継続
・早朝検診、休日検診の実施
・一定の年齢到達者に、大腸がん、乳がん、子宮がん、肝炎検診の無料検査の実施及び受診率の向上

ウ．がん検診によるがんの重症化予防（早期発見）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（30 歳以上の女性）
・前立腺がん検診（50 歳以上の男性）
・肝炎ウイルス検査（40 歳以上）

エ．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
・要精検者に対して、がん検診実施機関との連携を図りながら精密検査の受診勧奨
・がん検診実施機関と行政によるがん検診症例検討会の実施

2）循環器疾患

(1) はじめに

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

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常、喫煙、糖尿病の 4 つがあります。

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

なお、4 つの危険因子のうち高血圧と脂質異常についてはこの項で扱い、糖尿病と喫煙については別項で記述します。

(2) 基本的な考え方

①発症予防

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理で、管理のためには関連する生活習慣の改善が最も重要です。

循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、町民一人ひとりがこれらの生活習慣改善への取り組みを考えていく科学的根拠は、健康診査の受診結果によってもたらされるため、特定健診の受診率向上対策が重要になってきます。

②重症化予防

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

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

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

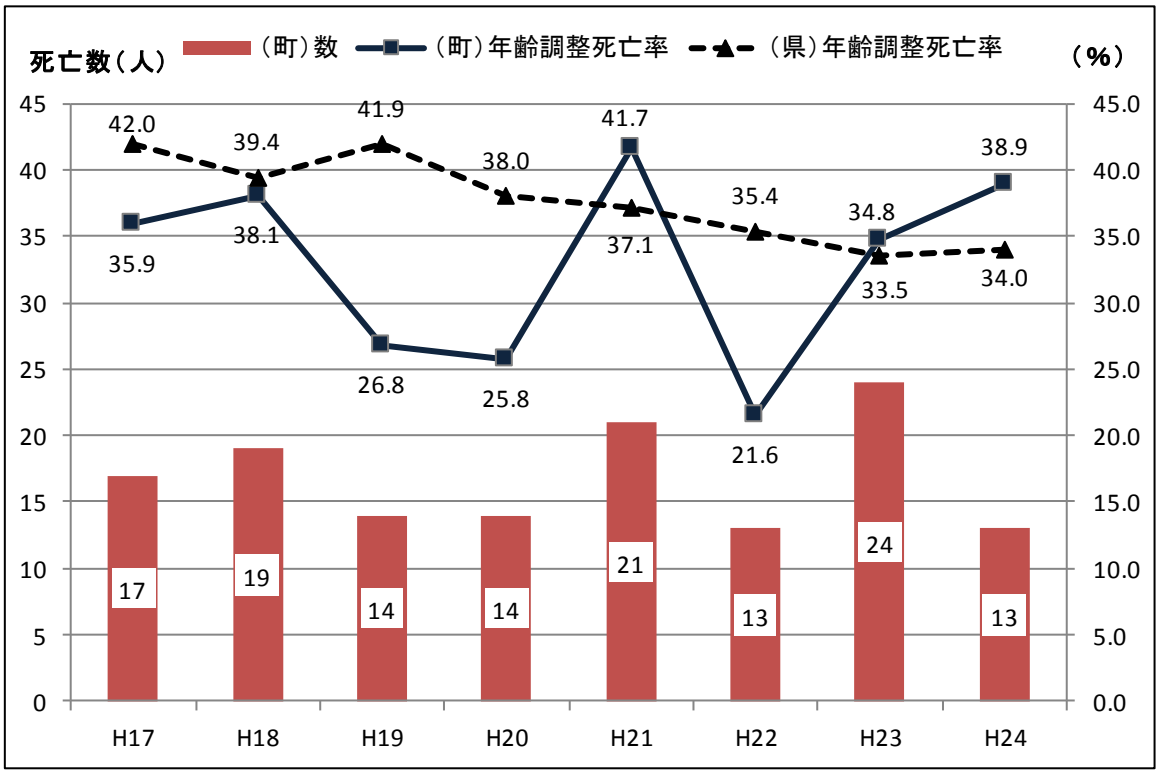
③現状と目標

ア. 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少（10 万人あたり）

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されていますが、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことを、循環器疾患対策の総合的な推進の評価指標とします。

本町の脳血管疾患の年齢調整死亡率は年によりばらつきがありますが、県は漸減傾向にあります（図表 2-8）。

図表 2-8 脳血管疾患の死亡数と年齢調整死亡率



資料：石川県衛生統計年報

同時に、介護保険の第 2 号被保険者の認定者に占める原因疾患として脳血管疾患の割合が高い傾向にありますが、平成 23 年度に介護が必要になった新規認定者 5 人のうち 3 人は脳血管疾患が原因でした（図表 2-9）。

青年層を対象に行われている保健事業は、制度間のつながりがないことから、地域全体の健康状態を把握できない、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。内灘町でも新規認定者のうち元々国保加入者は 1 名のみでしたが、健診は未受診でした。他の 2 人については、社会保険の加入者であり、健診受診状況は把握できていません。継続的、かつ包括的な保健事業を展開できるよう、地域保健と職域保健の連携を推進するための地域・職域連携推進の会議において、発症及び重症化予防のための保健指導の在り方について、共有化を図る必要があります。

また、脳血管疾患発症により、生活保護受給者となる方もおり、生活習慣病の重症化は健康格差を生み出すことにつながっていきます。

内灘町国保加入者の健診未受診者対策が非常に重要になります。

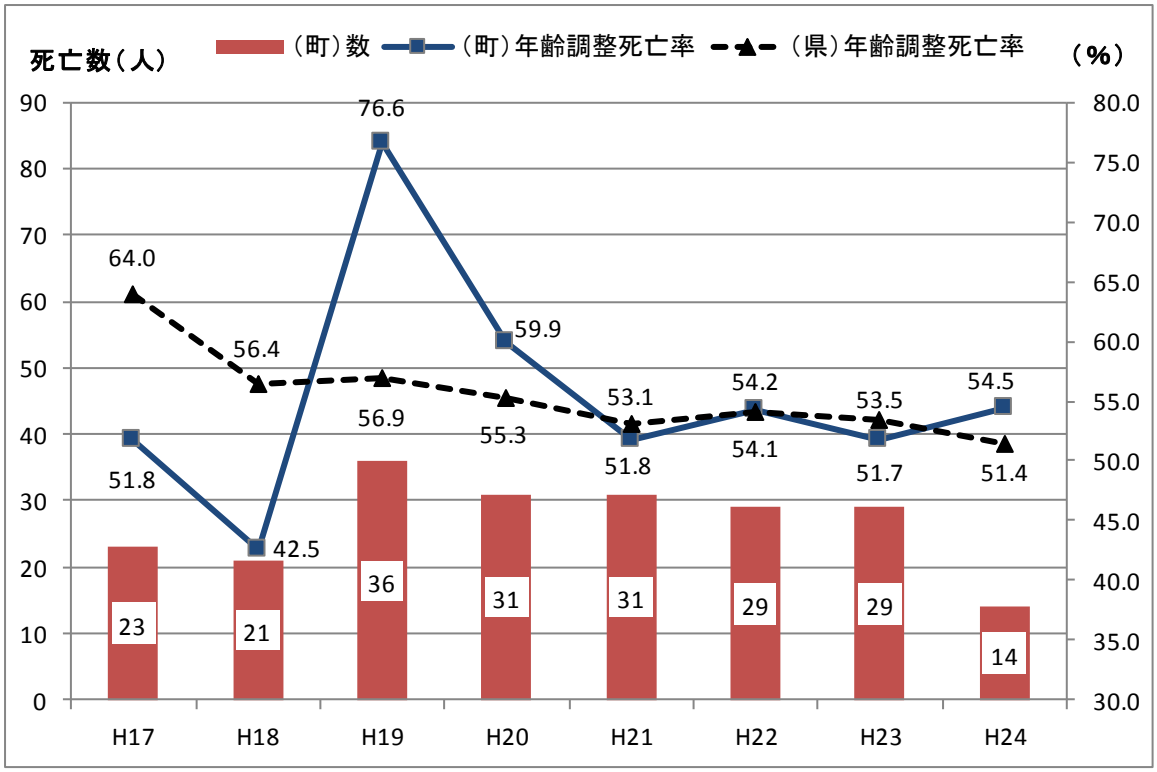
図表 2-9　平成 23 年度　介護保険第 2 号被保険者の新規認定者の状況

No	年代	性別	疾患名	介護度	加入保険			脳卒中			生活習慣に関する基礎疾患										健診履歴
					認定前	認定後		脳出血	脳梗塞	くも膜下	高血圧	高脂血症	高尿酸血症	アルコール関係	糖尿病	糖尿病性腎症	糖尿病性網膜症	インスリン注射	糖尿病からの透析	心疾患	
1	60	女	脳出血	要介護5	国保	国保→後期	介護	●							●						なし
							レセプト	○			○				○						
2	60	男	神経系の疾患	要支援1	社保	社保	介護		●					●							社保のため不明
							レセプト														
3	50	男	脳出血	要支援2	社保	社保→国保	介護	●													社保のため不明
							レセプト	○			○	○			○					○	
4	50	女	変形性股関節症	要支援1	社保	社保	介護														社保のため不明
							レセプト														
5	60	女	脊柱管狭窄症	要支援2	社保	社保	介護														社保のため不明
							レセプト				○	○			○						

イ．心疾患の年齢調整死亡率の減少（10 万人あたり）

心疾患についても、脳血管疾患と同様に、高齢化の影響を除いた死亡率を見ていくことが必要ですが、心疾患による年齢調整死亡率は、年によってバラつきはあるものの県と同様に推移しています（図表 2-10）。

図表 2-10　心疾患の死亡数と年齢調整死亡率



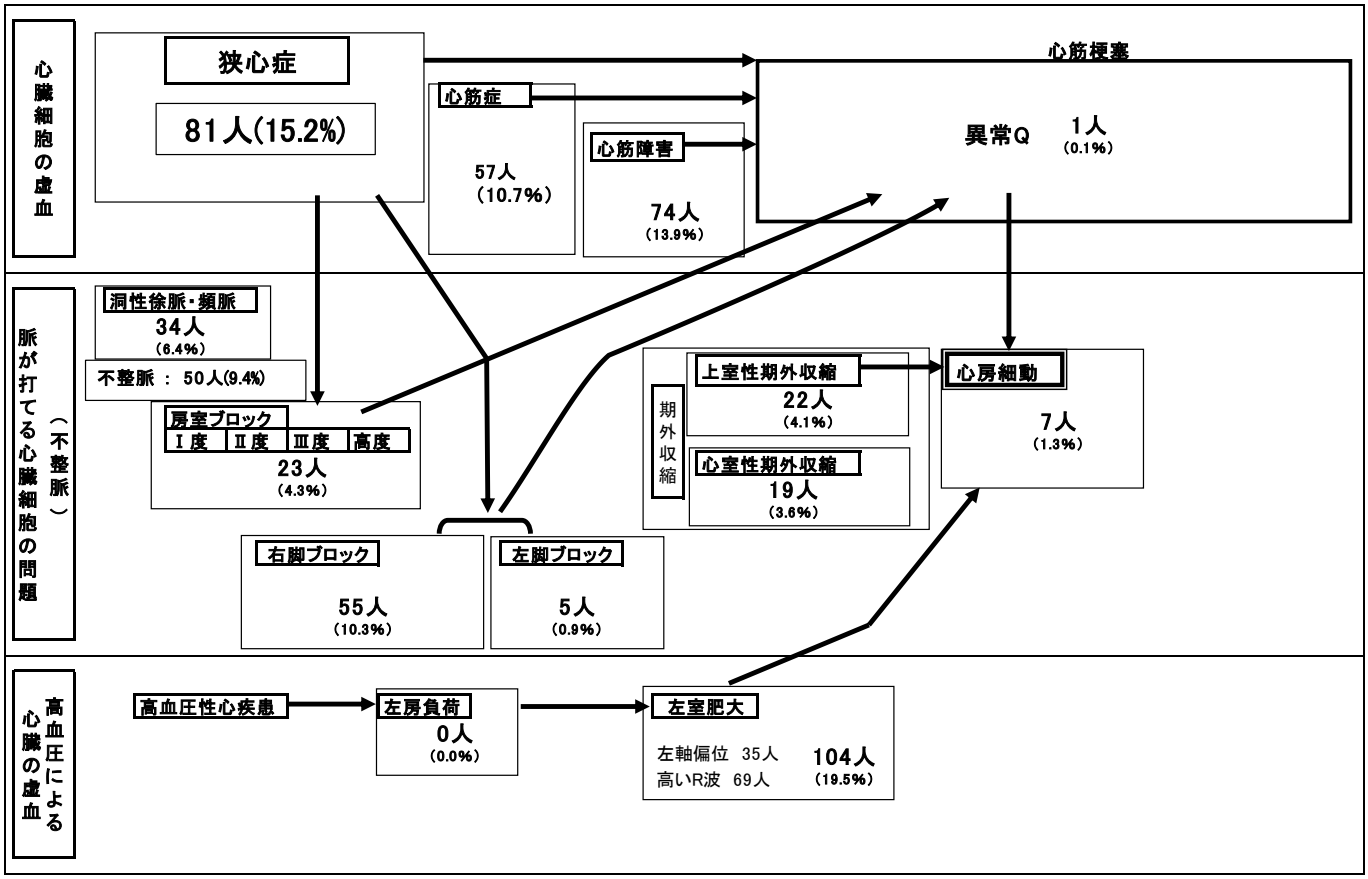
資料：石川県衛生統計年報

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。平成 20 年度から開始された医療保険者による特定健康診査では、心電図検査については詳細な検査項目となり、その選定方法については省令で定められていますが、内灘町では特定健康診査を受ける内灘町国保被保険者全数に対して、心電図検査を行っており平成 23 年度で 1,930 人が心電図検査を受診しています。

そのうち、532 人（27.6%）に異常が認められ、そのうち狭心症や心筋梗塞など重症化すれば高額な医療費が必要となる疾患や、重症な脳梗塞に結び付きやすい心房細動などが発見されています。重症化予防として必要者に保健指導をしていく必要があります（図表 2-11）。

図表 2-11 心電図検査の結果

（H23 年度健診受診者　心電図検査受診者 1,930 人中　有所見者 532 人中該当する所見を集計）

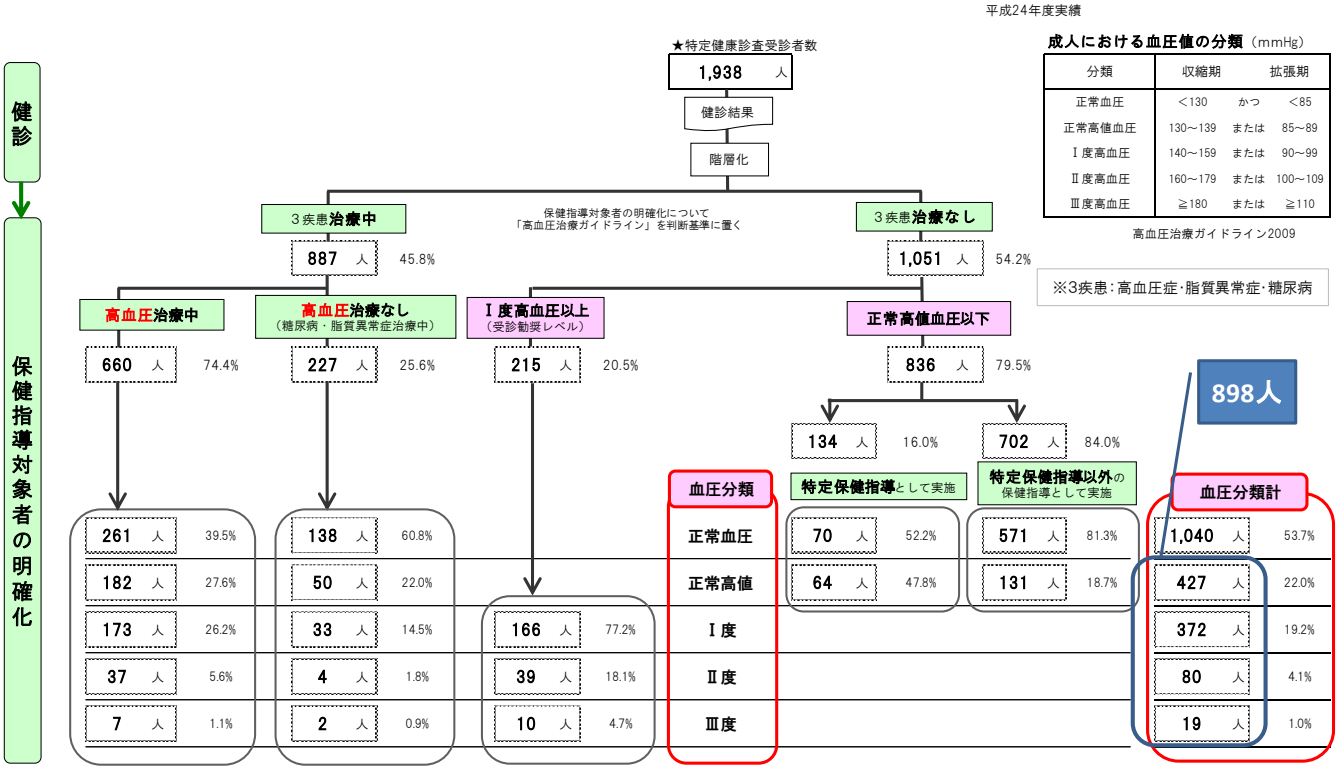


ウ. 高血圧の改善

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

・健診結果から見た高血圧の状況

図表 2-12　高血圧フローチャート



高血圧有所見者数は、平成 24 年度特定健診結果において 898 人でした。その中で糖尿病、高血圧、脂質異常症等の治療をしていない有病者（受診勧奨レベル）は、215 人でした（図表 2-12）。

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子です。

本町では、平成 20 年度から特定健診後の指導で、特定保健指導対象者以外でリスクのある方に指導を行ってきました（図表 2-13）。

平成 25 年度からは、重症化予防対策として高血圧治療ガイドライン 2014 を参考にⅢ度高血圧及び他リスクも重なるⅡ度高血圧にも指導を実施しています。今後は、ガイドライン 2014 に記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層」（図表 2-14,15）を考慮しながら、対象者を明確にしていく必要があります。

図表 2-13　特定保健指導対象者以外の者への保健指導の取り組み経過（血圧）

年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23・24年度	平成25年度
服薬なし	①正常高値以上 糖・脂質・尿酸・尿蛋白・心電図等複数リスクの重なりを持つ者 ※6ヵ月間個別指導	①Ⅰ度高血圧以上 糖・脂質・尿酸・尿蛋白・心電図等複数リスクの重なりを持つ者 ※6ヵ月間個別指導	①Ⅰ度高血圧以上 HbA1c5.5以上の重なりを持つ者 ※6ヵ月間個別指導	①Ⅱ度高血圧以上 糖・脂質・尿酸・尿蛋白・心電図等複数リスクの重なりを持つ者 ※6ヵ月間個別指導	①Ⅲ度高血圧以上 ②Ⅱ度高血圧以上 他所見の重なりを持つ者 ※受診勧奨及び保健指導
服薬あり	支援なし				

図表 2-14　血圧に基づいた脳心血管リスク階層

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定

平成24年度特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く1,278名について層別化）

リスク層（血圧以外のリスク因子）		血圧分類（mmHg）	異常なし ～129/～84	正常高値血圧 130～139/85～89	Ⅰ度高血圧 140～159/90～99	Ⅱ度高血圧 160～179/100～109	Ⅲ度高血圧 180以上/110以上
		1,278	779	245	199	43	12
			61.0%	19.1%	15.6%	3.4%	0.9%
リスク第1層 危険因子がない		186	151	21	12 ④	2	0 ①
		14.5%	19.4%	8.2%	6.0%	4.7%	0.0%
リスク第2層 糖尿病以外の1～2個の危険因子またはﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ(＊)がある		677	419	131 ④	99 ③	20	8
		53.0%	53.8%	53.7%	49.7%	46.5%	66.7%
リスク第3層		415	209	93 ③	88 ②	21	4
		32.5%	26.8%	38.1%	44.2%	48.8%	33.3%
（再掲）重複あり	糖尿病	112	59	22	24	7	0
		27.0%	28.2%	23.7%	27.3%	33.3%	0.0%
	慢性腎臓病（CKD）	223	116	48	47	8	4
		53.7%	55.5%	51.6%	53.4%	38.1%	100.0%
	ﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑ	0	0	0	0	0	0
	3個以上の危険因子	167	81	39	36	10	1
		40.2%	38.8%	41.9%	40.9%	47.6%	25.0%

正常高値血圧の高リスク群では生活習慣の修正から開始し、目標血圧に達しない場合に降圧薬治療を考慮する

優先順位別対象者			
①	②	③	④
55	88	192	143
4.3%	6.9%	15.0%	11.2%

＊ﾘｽｸ第2層のﾒﾀﾎﾞﾘｯｸｼﾝﾄﾞﾛｰﾑは予防的な観点から以下のように定義する。
正常高値以上の血圧ﾚﾍﾞﾙと腹部肥満に加え、血糖値異常
（空腹時血糖110～125mg/dl、かつ/または糖尿病に至らない耐糖能異常）
あるいは脂質代謝異常のどちらかを有するもの。両者を有する場合はﾘｽｸ第3層とする。

図表 2-15　リスクの判定のための危険因子

	項目	基準値	第1層	第2層	第3層
1	高齢	65歳以上	1～8の危険因子がない者	第1層・第3層に該当しない者	1～5の危険因子が3個以上 ただし、メタボリック(*1)において脂質異常がある者は既に3と4に該当するため、メタボリック(*2)のカウントは行わない。 または 6～8の危険因子が1個以上
2	喫煙	質問票より			
3	脂質異常症	下記の1)～4)の1項目以上が該当 1) HDL-C<40 2) LDL-C≧140 3) TG≧150 4) 治療中（問診結果による）			
4	肥満	下記のどちらか又は両方に該当 1) BMI≧25 2) 腹囲 男性≧85、女性≧90			
5	メタボリック(*1)	正常高値＋肥満（腹囲orBMI）があり、1)又は2)に該当 1) 脂質異常症 2) 血糖値異常（空腹時血糖110～125 or HbA1c5.5～6.0）			
6	メタボリック(*2)	正常高値＋肥満（腹囲orBMI）があり、1)かつ2)に該当 1) 脂質異常症 2) 血糖値異常（空腹時血糖110～125 or HbA1c5.5～6.0）			
7	糖尿病	下記の1)～3)の1項目以上が該当 1) 空腹時血糖≧126 2) HbA1c≧6.5以上 3) 治療中（問診結果による）			
8	CKD	下記のどちらか又は両方に該当 1) GFR<60 2) 尿蛋白＋以上			

エ．脂質異常症の減少

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コレステロール値は、脂質異常症の各検査項目の中でも最も重要な指標とされています。

冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのはLDLコレステロール160mg/dlに相当する総コレステロール値240mg/dl以上からが多いと言われています。

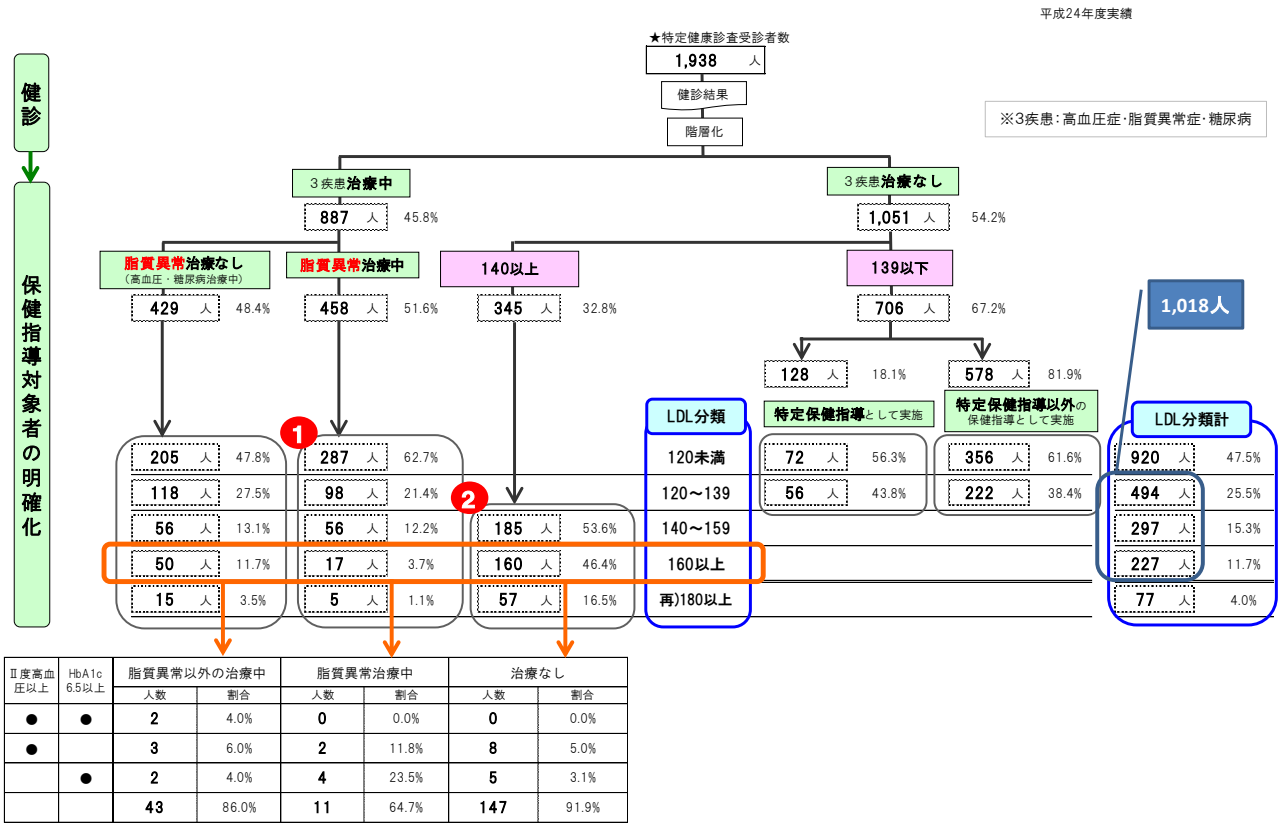
「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007」では、動脈硬化性疾患のリスクを判断する上でLDLコレステロール値が管理目標の指標とされ、平成20年度から開始された特定健康診査でも、脂質に関しては中性脂肪、HDLコレステロール及びLDLコレステロール検査が基本的な項目とされたため、町ではLDLコレステロールに注目し、肥満の有無に関わらず保健指導を実施してきました（図表2-16）。

図表 2-16　特定保健指導対象者以外の者への保健指導の取り組み経過（LDLコレステロール）

年度	平成20年度	平成21.22年度	平成23.24年度	平成25年度
服薬なし	①LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ 120mg/dl以上 ②中性脂肪 150mg/dl以上 血圧・血糖・尿酸・尿蛋白・心電図等複数リスクの重なりを持つ者 ※6ヵ月間個別指導	①LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ 140mg/dl以上 ②中性脂肪 150mg/dl以上 血圧・血糖・尿酸・尿蛋白・心電図等複数リスクの重なりを持つ者 ※6ヵ月間個別指導	①LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ 160mg/dl以上 ②中性脂肪 300mg/dl以上 ※6ヵ月間個別指導	①LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ 180mg/dl以上 ②中性脂肪 300mg/dl以上 ※受診勧奨及び保健指導
服薬あり	支援なし			

・健診結果から見た脂質異常症（LDLコレステロール）の状況

図表 2-17　LDL-コレステロールフローチャー



Ⅱ度高血圧以上	HbA1c 6.5以上	脂質異常以外の治療中 人数	脂質異常以外の治療中 割合	脂質異常治療中 人数	脂質異常治療中 割合	治療なし 人数	治療なし 割合
●	●	2	4.0%	0	0.0%	0	0.0%
●		3	6.0%	2	11.8%	8	5.0%
	●	2	4.0%	4	23.5%	5	3.1%
		43	86.0%	11	64.7%	147	91.9%

LDL コレステロール有所見者数は、平成 24 年度特定健診結果において 1,018 人でした。その中で糖尿病、高血圧、脂質異常症等の治療をしていない有病者数（受診勧奨レベル）は 345 人でした（図表 2-17）。

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

また、動脈硬化惹起性の高いリポ蛋白を総合的に判断できる指標として、non HDL コレステロール値（総コレステロール値―HDL コレステロール値）が脂質管理目標値に導入されました。加えて、頸動脈超音波検査の動脈硬化性疾患の発症予防における動脈硬化の診断法としての有用性について記載がなされました。

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必要になります。

オ. メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は証明されており、平成 20 年度から始まった生活習慣病予防のための特定健康診査では、減少が評価項目の一つとされました。

本町では平成 20 年度から平成 24 年度にかけて、メタボリックシンドロームの該当者は 14～16%と増加傾向を示し、予備群は 10%前後で推移しており、総数では健診受診者の 26%前後で推移しています。第 2 期計画では、特定保健指導の実施により、この割合を減少させていくために取り組みを強化していくことが必要になります（図表 2-18）。

図表 2-18　内灘町のメタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

年度	対象者数	健診受診者数	受診率	メタボ該当者	割合	メタボ予備群	割合	割合合計
H20	3,859	1,125	29.2%	158	14.0%	123	10.9%	24.9%
H21	3,909	1,448	37.0%	214	14.8%	152	10.5%	25.3%
H22	4,001	1,747	43.7%	317	18.1%	173	9.8%	27.9%
H23	4,116	1,836	44.6%	296	16.1%	193	10.5%	26.6%
H24	4,202	1,859	44.2%	300	16.1%	196	10.5%	26.6%
（参考値）H24石川県	194,062	80,158	41.3%	14,757	18.4%	7,977	9.9%	28.3%

④対策

ア．ヤング健診及び特定健康診査受診率向上の施策

・対象者への個別案内（未受診者案内）
・広報・ホームページ・町の事業などを利用した啓発
・追加健診の実施
・治療中者へのアプローチ…医療機関との連携による受療者の健診利用の勧奨
・ハイリスク者への受診勧奨…ハイリスク台帳によるフォロー
・地区別対策（地区管理活動）

イ．保健指導対象者を明確にするための施策

・各種ガイドラインに基づく保健指導対象者の選定

ウ．循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

・健康診査結果に基づく町民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
　特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導（糖尿病、高血圧、脂質異常症のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える）
　家庭訪問や個別相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施
・医療機関との連携

3）糖尿病

(1) はじめに

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質（QOL:Quality of Life）に多大な影響を及ぼすのみでなく、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。

糖尿病は、現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、心筋梗塞や脳卒中のリスクを 2～3 倍増加させるとされています。

全国の糖尿病有病者数は 10 年前で約 1.3 倍に増えており、人口構成の高齢化に伴って増加ベースは加速することが予想されています。

(2) 基本的な考え方

①発症予防

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

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

②重症化予防

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

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

(3) 現状と目標

①合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

我が国の透析患者数は、一貫して増え続けており 2011 年には初めて 30 万人を超えました。新規透析患者数は 2009、2010 年と減少していましたが 2011 年は再び増加に転じています。人工透析に至る原疾患は、1 位が糖尿病性腎症によるもので全体の 44.2%と高い割合を示し、第 2 位は慢性糸球体腎炎で 20.4%、第 3 位が腎硬化症で 11.7%でした。

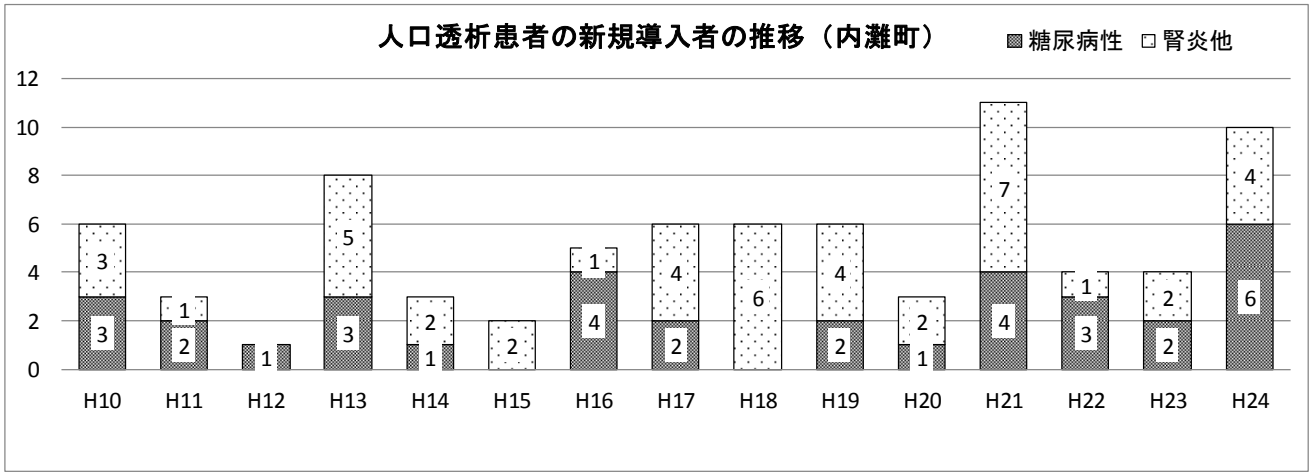
第 1 章(P.19)でもふれましたが、本町の人工透析患者数の累計は、平成 10 年度に集計を始めてから少しずつ増加し平成 24 年度末には 57 人となっています。このうち、糖尿病性腎症を原因とする者は、これまでの 33%前後から、47.4%と急増しました。（図表 1-15）

また、内灘町の糖尿病性腎症による新規透析導入は、年度によって異なりますが数年おきに増減を繰り返し、平成 24 年度新規導入者は 6 人と過去最高となっています。（図表 2-19）この 6 人について調べたところ、住民健診は一度も受診しておらず、3 人が透析開始前から内灘町国民健康保険の被保険者で国保加入から透析開始までの期間は長い人で 13 年、短い人で 4 年でした。他の残りの 3 人のうち 2 人も透析開始後に国保被保険者となっています。

健診結果から、糖尿病性腎症が合併しつつある対象者を発見し、透析に至らないように重症化予防をしていくことが重要です。

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

図表 2-19　人口透析患者の新規導入者の推移

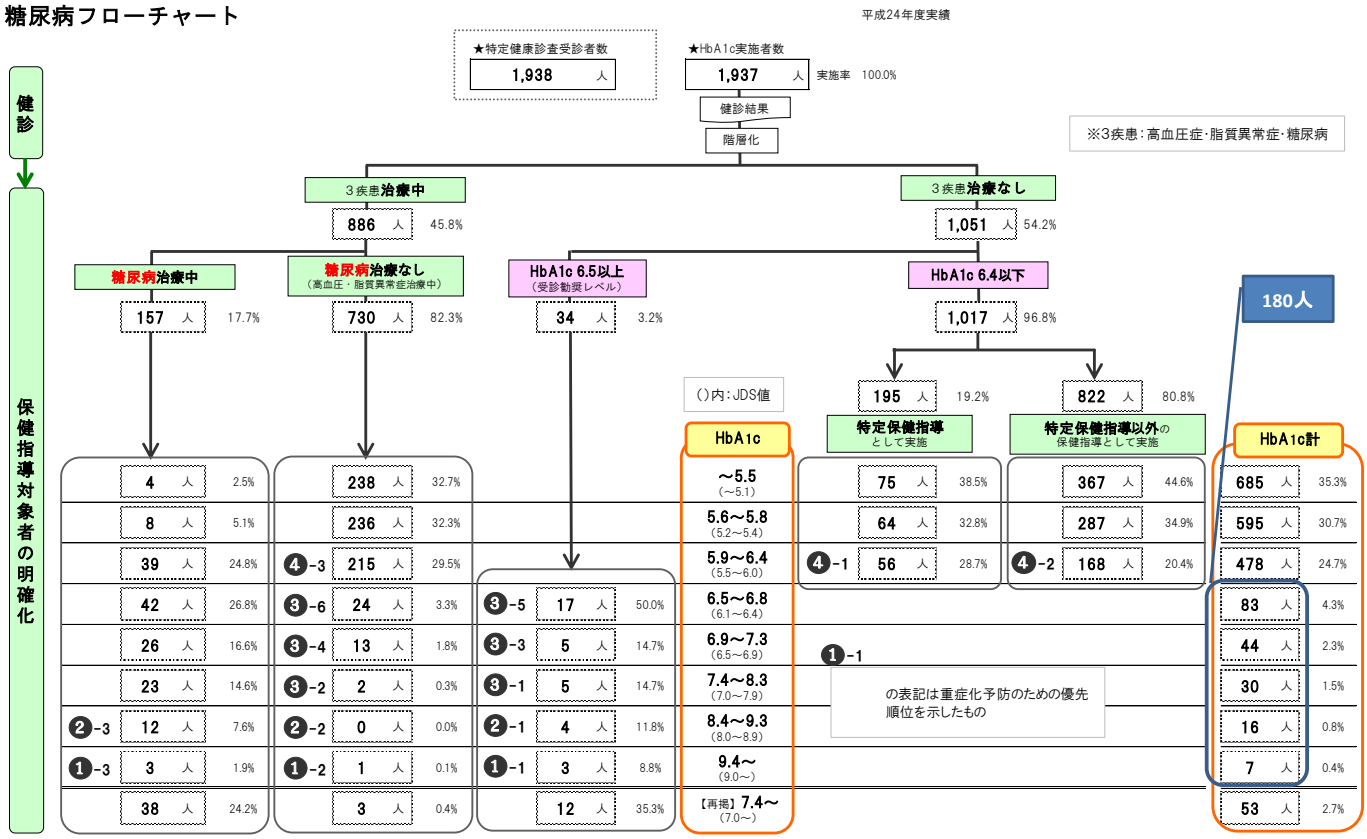


内灘町は、蛋白尿の有所見率も県内市町の中で経年的に高く推移しています。人工透析の原因としては糖尿病だけでなく高血圧も重要であることから、まずは健診受診者で蛋白尿や eGFR（推算糸球体濾過量）の有所見者についてもれなく予防していきながら、血圧や血糖値が適正にコントロールされるための支援を行うことが重要になります。

②治療継続者の割合の増加

糖尿病における治療中断を減少させることは、糖尿病合併症の抑制のために必須です（図表 2-20）。

図表 2-20　糖尿病フローチャート



糖尿病有所見者数（HbA1c 6.5%以上）は、平成 24 年度特定健診結果において 180 人でした（図表 2-20)。その中で、糖尿病、高血圧、脂質異常等の治療をしていない方は 34 人でした。この対象者については、平成 22 年度から取り組んだ国保ヘルスアップ事業の中で医療機関と連携した重症化予防体制の中でフォローを行ってきました（図表 2-21)。

図表 2-21 特定保健指導対象者以外の者への保健指導の取組み経過（糖尿病）

年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23・24年度	平成25年度
服薬なし	①HbA1c 5.6%以上 （血糖）（空）100mg/dl以上 （随）140mg/dl以上 血圧・血糖・尿酸・尿蛋白・心電図等複数リスクの重なりを持つ者 ※6ヵ月間個別指導	①HbA1c 5.9%以上 （血糖）（空）110mg/dl以上 （随）140mg/dl以上 血圧・血糖・尿酸・尿蛋白・心電図等複数リスクの重なりを持つ者 ※6ヵ月間個別指導	①HbA1c 5.9%以上 （血糖）（空）110mg/dl以上 （随）140mg/dl以上 ※6ヵ月間個別指導	①HbA1c 5.9%以上 （血糖）（空）110mg/dl以上 （随）140mg/dl以上 H23～ 糖負荷試験導入 ※6ヵ月間個別指導	①HbA1c 5.9%以上 （血糖）（空）110mg/dl以上 （随）140mg/dl以上
服薬あり	支援なし				①治療中でHbA1c7.4%以上 医療機関連携し支援

内灘町の糖尿病有病者（HbA1c 6.5%以上の者）の治療率は、平成 22 年度に糖尿病対策を開始してから増加しています（図表 2-22)。

図表 2-22 糖尿病有病者の変化

年度	6.5（JDS6.1）以上	未治療	治療
H20	79	35	44
	7.0%	44.3%	55.7%
H21	136	66	70
	9.4%	48.5%	51.5%
H22	205	102	103
	11.8%	49.8%	50.2%
H23	191	83	108
	10.4%	43.5%	56.5%
H24	180	74	106
	9.3%	41.1%	58.9%

糖尿病は「食事療法」も「運動療法」も大切な治療で、その結果の判断をするためには、医療機関での定期的な検査が必要ですが、「薬が出ないので、医療機関には行かなくて良いと思った」という理由など、糖尿病治療には段階があることがわからないまま、治療を中断している人が多くみえます（図表 2-23)。

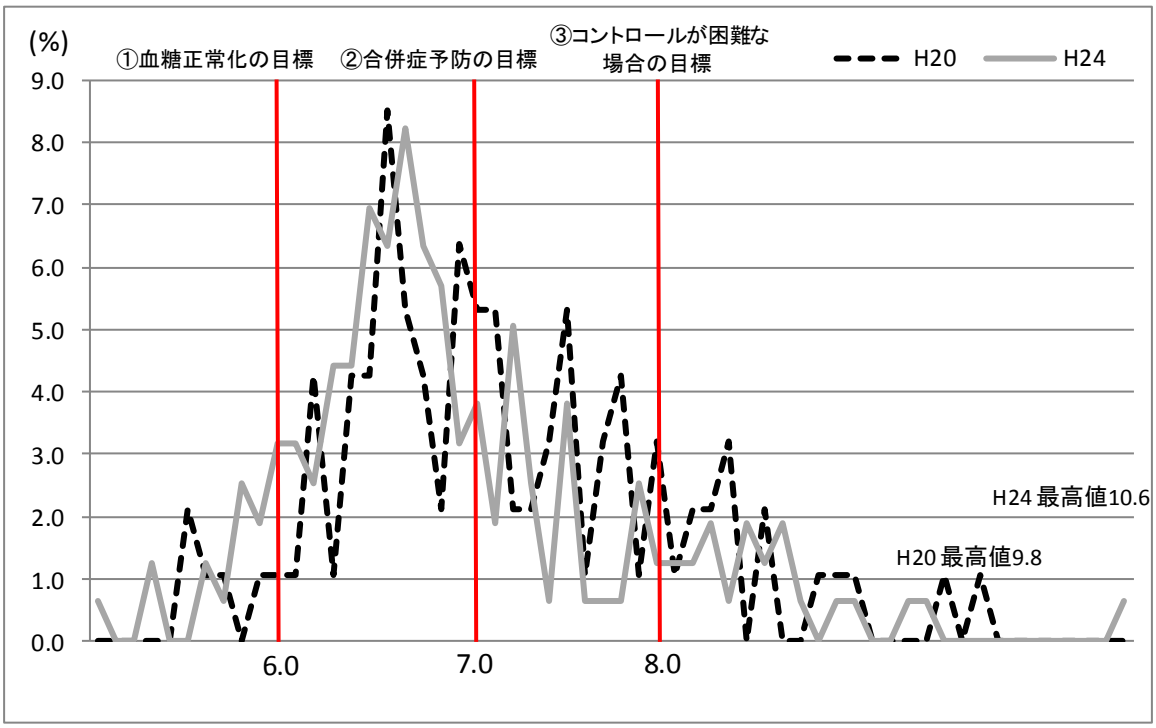
本町の糖尿病治療者の HbA1c のコントロール状況は、平成 20 年度と比較すると、HbA1c 7.0%以上はやや減っているようではありますが、全体的な分布は変化が見られないことから、今後も継続して保健指導をしていく必要があります（図表 2-24)。

図表 2-23 治療と未治療の状況

上段：NGSP値
下段：JDS値

区分		HbA1c測定		正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
						正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病									
										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 (5.1以下)		5.6～5.9 (5.2～5.5)		6.0～6.4 (5.6～6.0)		6.5～6.9 (6.1～6.5)		7.0～7.9 (6.6～7.5)		8.0以上 (7.6以上)		7.4以上 (7.0以上)		8.4以上 (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	人数	割合	人数	割合
		A'	A'/A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	H20	69	6.1%	3	4.3%	8	11.6%	14	20.3%	18	26.1%	18	26.1%	8	11.6%	14	20.3%	1	1.4%
	H21	90	6.2%	3	3.3%	2	2.2%	15	16.7%	24	26.7%	28	31.1%	18	20.0%	32	35.6%	10	11.1%
	H22	132	7.6%	2	1.5%	5	3.8%	22	16.7%	40	30.3%	49	37.1%	14	10.6%	42	31.8%	8	6.1%
	H23	143	7.8%	2	1.4%	7	4.9%	26	18.2%	37	25.9%	48	33.6%	23	16.1%	49	34.3%	12	8.4%
	H24	157	8.1%	4	2.5%	13	8.3%	34	21.7%	47	29.9%	35	22.3%	24	15.3%	38	24.2%	15	9.6%
治療なし	H20	1,056	93.9%	545	51.6%	379	35.9%	97	9.2%	27	2.6%	6	0.6%	2	0.2%	4	0.4%	2	0.2%
	H21	1,357	93.8%	425	31.3%	621	45.8%	245	18.1%	50	3.7%	11	0.8%	5	0.4%	6	0.4%	3	0.2%
	H22	1,611	92.4%	443	27.5%	749	46.5%	317	19.7%	68	4.2%	22	1.4%	12	0.7%	19	1.2%	10	0.6%
	H23	1,693	92.2%	544	32.1%	738	43.6%	328	19.4%	51	3.0%	20	1.2%	12	0.7%	19	1.1%	10	0.6%
	H24	1,780	91.9%	680	38.2%	730	41.0%	296	16.6%	49	2.8%	16	0.9%	9	0.5%	15	0.8%	8	0.4%

図表 2-24 特定健診における HbA1c の分布



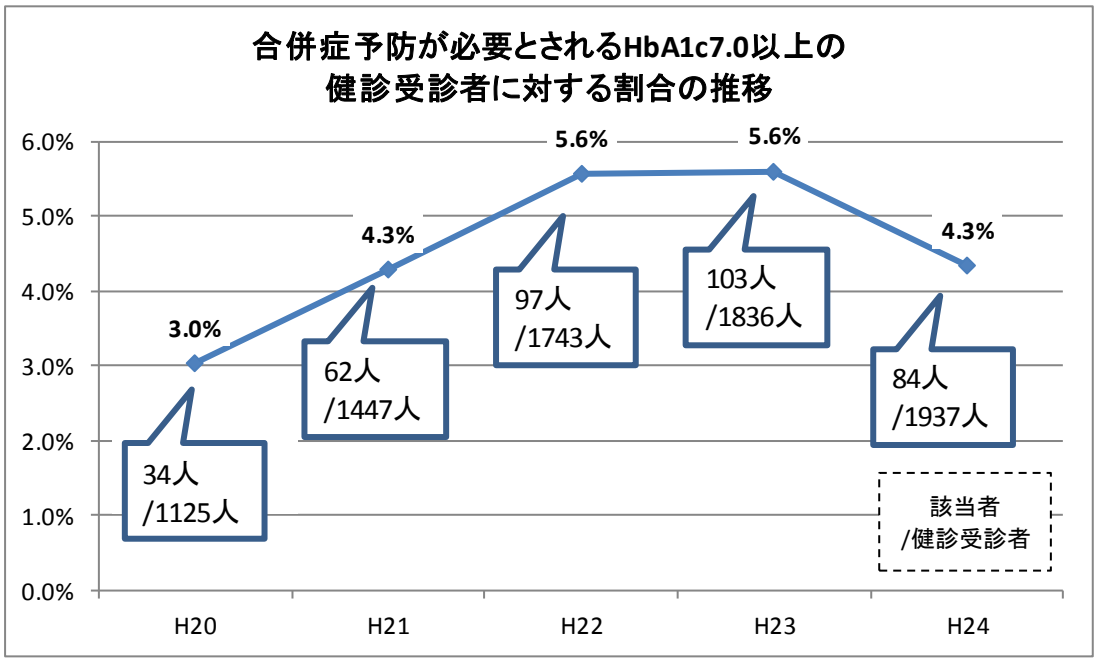
今後は、糖尿病でありながら未治療である者や、治療を中断している人を減少させるために、適切な治療の開始・継続が支援できるよう、より積極的な保健指導が必要になります。

③血糖コントロール不良者の割合の減少（HbA1c が 7.0%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 2013」では、HbA1c 6.9%未満であれば、細小血管症合併症の発現が少ないとされ、予防のための血糖コントロールの指標として 7.0%未満を目指し、年齢、心血管疾患の既往や低血糖などの理由で治療強化が難しい場合も HbA1c 8.0%未満を最低限度達成する目標値とされています。

内灘町では、平成 25 年度から糖尿病治療中で HbA1c 7.4%以上の人に対して医療機関と連携した保健指導を実施しています。経年の検診結果では HbA1c 7.0%以上の人は受診率の向上に伴って増えていきますが、平成 24 年度には減少しています（図表 2-25）。しかし、HbA1c 7.0%以上の方、84 名中 59 名(70%)は糖尿病を治療中の方です。糖尿病は、服薬治療にあわせて食事などが大切な治療ですが、ここに治療の難しさも伺えます。今後、「糖尿病診療ガイドライン 2013」に沿って医療機関と連携した保健指導を展開しながら、合併症の予防である HbA1c 7.0%未満の人の割合を増加させていく取り組みが必要です。

図表 2-25 合併症予防が必要とされる健診受診者に対する割合の推移



④糖尿病有病者（HbA1c 6.5%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。

内灘町の糖尿病有病者の推移は特定健診開始後の平成 20 年度から受診率が伸びるにつれて平成 22 年度まで伸びたあと、減少してきています（図 2-26）。

しかし、内灘町は糖尿病の前段階ともいえる HbA1c 5.6～5.9%の正常高値から HbA1c 6.0～6.4%の境界領域の割合を合わせると健診受診者の約 60%と非常に高く推移しています。

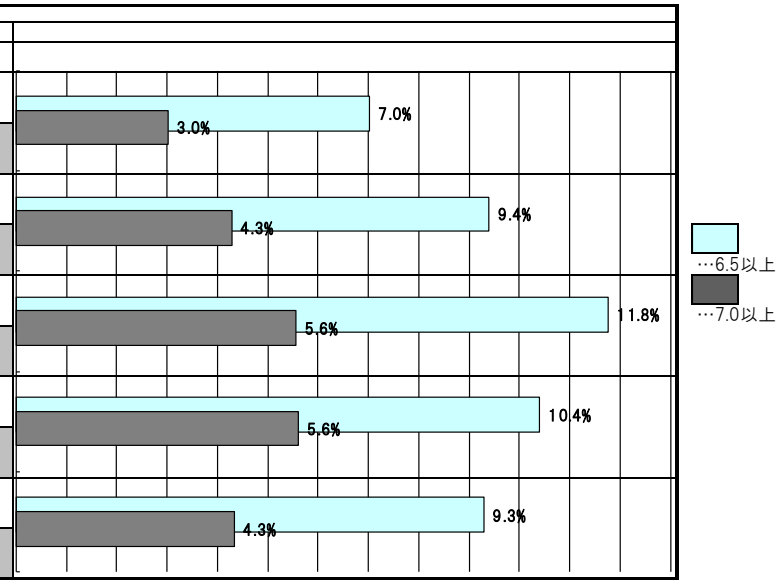
60 歳を過ぎると、インスリンの生産量が低下することをふまえると、今後、高齢化が進むことによる、糖尿病有病者の増加が懸念されます。

正常高値及び境界領域は、食生活のあり方が大きく影響しますが、食生活は、親から子へつながっていく可能性が高い習慣です。

乳幼児期、学童期から健診データによる健康実態や、町の食生活の特徴や町民の食に関する価値観などの実態を把握し、ライフステージに応じた、かつ長期的な視野に立った、糖尿病の発症予防への取り組みが重要になります。

図表 2-26　重症化しやすい HbA1c6.5 以上の方の減少～有病者の推移～

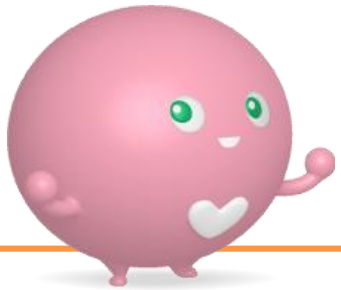
年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上	再掲	
					再）7.0以上	未治療	治療
H20	1,125	548 48.7%	387 34.4%	111 9.9%	79 7.0%	35 44.3%	44 55.7%
					34 3.0%	8 23.5%	26 76.5%
H21	1,447	428 29.6%	623 43.1%	260 18.0%	136 9.4%	66 48.5%	70 51.5%
					62 4.3%	16 25.8%	46 74.2%
H22	1,743	445 25.5%	754 43.3%	339 19.4%	205 11.8%	102 49.8%	103 50.2%
					97 5.6%	34 35.1%	63 64.9%
H23	1,836	546 29.7%	745 40.6%	354 19.3%	191 10.4%	83 43.5%	108 56.5%
					103 5.6%	32 31.1%	71 68.9%
H24	1,937	684 35.3%	743 38.4%	330 17.0%	180 9.3%	74 41.1%	106 58.9%
					84 4.3%	25 29.8%	59 70.2%



(4) 対策（循環器疾患の対策と重なるものは除く）

①糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

・健康診査結果に基づく町民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進
・特定保健指導及び HbA1c 値に基づいた保健指導
・家庭訪問や面接などによる保健指導の実施に加え、同じ状況の人たちと集団で学習できる健康教育の実施
・医療機関と連携した 2 次検査としての糖負荷試験の実施及び検査後の指導
・糖尿病性腎症の予防のための連携体制の検討
・糖尿病による新規透析導入者を減らすための取り組み
・特定健診ワーキンググループなどによる地域の医療との連携
・保健指導検討会における事例検討会



コラムその 1～予防したい糖尿病性腎症～

「糖尿病が悪くなって透析をしなければいけなくなった」などという話を耳にしたことはありませんか？私たちは、普段色々なものを食べたり飲んだりして、不要なものを尿や便として排泄しています。その“おしっこ”を作るのが腎臓の仕事ですが、糖尿病で血糖のコントロールがうまくいかず、腎臓の働きが損なわれた状態を“糖尿病性腎症”と言います。この糖尿病性腎症は糖尿病の三大合併症の一つで糖尿病を発症して 10 年、20 年と長年に渡って血糖のコントロールがうまくいかないと発症してきます。

尿を体外に出せないと、身体の中に老廃物が溜まり命に関わる状態になってしまいます。このため、人工透析という方法で老廃物を腎臓の代わりに体外に出す治療を 3 日に 1 回程度受けなければなりません。身体的にも生活にも大きな負担となります。

日本全体で糖尿病患者は年々増加しており、それに伴って糖尿病性腎症が原因で人工透析になる方も人工透析全体の 3～4 割を占め、全国で 10 万人を超えています。

もし、糖尿病と診断されても人工透析をせずにすむよう、自分に合った食事や運動療法と薬物治療をうまく組み合わせて、合併症を予防していきたいものですね。

4) 母子保健における生活習慣病

(1) はじめに

近年、「生活習慣病は胎児期から」と言われており、妊娠時からの生活習慣病予防の取組みが重要です。妊娠中の母体管理を行い、健康問題に対してこの時期から生活習慣を見直していくことが、将来的には家族全体の生活習慣病予防につながると考えます。そこで、母性が目覚めるこの時期に、生活習慣病予防について考えるきっかけになるよう支援します。

(2) 基本的な考え方

低出生体重児（2500ｇ未満）が、成人期に生活習慣病を引き起こしやすいことが明らかとなり、その要因として、妊婦の高齢化、妊娠前・中の母親のやせ志向・バランスの悪い食生活、喫煙、多胎などの因子が報告されています。また、妊娠中の高血糖や妊娠高血圧症候群は、産後数十年経過して、高血圧、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病、脂質異常症などのメタボリックシンドロームや腎疾患などに罹患する可能性が高いと言われています。

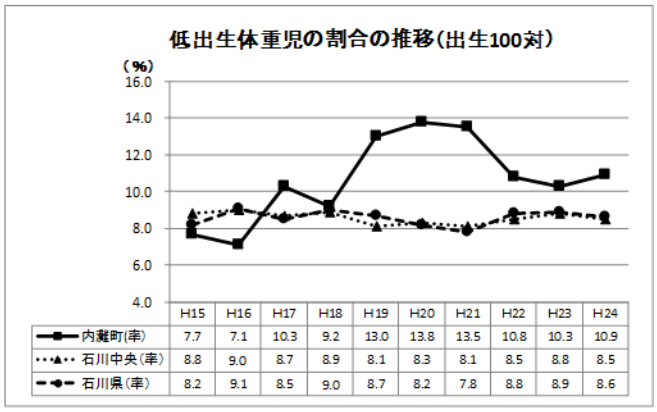
低出生体重児の予防、さらには母子の将来的な生活習慣病予防を視野に入れ、妊娠初期からの支援を行い、生活習慣病の発症予防に努めます。

(3) 現状と目標

①低出生体重児

当町の低出生体重児の 10 年間の推移をみると、増加傾向にあり、平成 22 年からは減少し横ばいで、出生の 10%を占めています（図表 2-27)。また、当町の平成 24 年における低出生体重児のうち、妊娠 37 週以降に生まれた子どもは 40%いました。妊娠前の喫煙者の割合は、妊娠届出時アンケートから 6%前後です。妊娠中の喫煙は胎児の成長発達を妨げるだけではなく、早産のリスクにもつながります（図表 2-28)。妊婦の貧血については、妊娠初期は 45%、後期は 90%を超えるなど高い傾向にあり、妊娠期の食生活の影響が考えられます（図表 2-29,30,31)。妊娠中の喫煙、食生活や適切な体重増加の重要性など正確な知識を伝えるなど、啓発や情報提供が必要です。

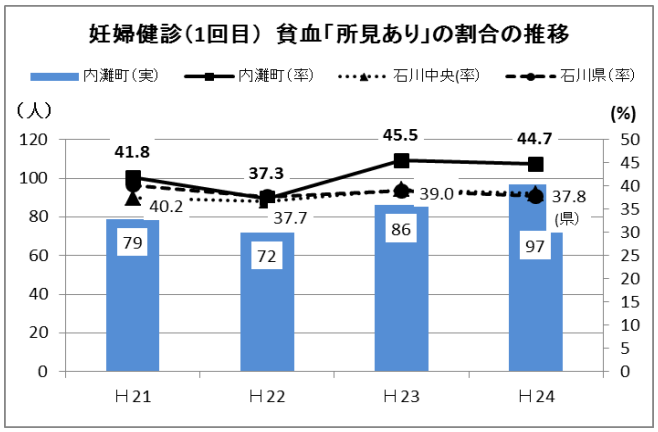
図表 2-27　低出生体重児の割合の推移率



図表 2-28　妊娠届出時喫煙

年度	H21	H22	H23	H24
内灘町(率)	3.6%	6.8%	6.2%	5.0%

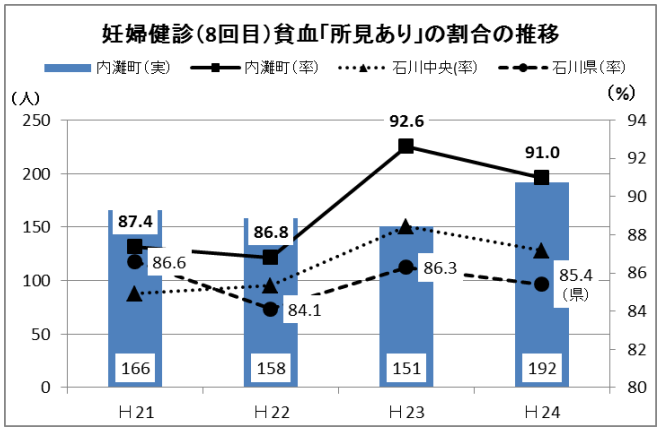
図表 2-29　妊婦健診(1 回目)貧血「所見あり」の割合の推移



妊婦①貧血　　Hb12未満

年度	H21	H22	H23	H24
内灘町(実)	79	72	86	97
内灘町(率)	41.8%	37.3%	45.5%	44.7%
石川中央(率)	37.4%	36.7%	39.2%	38.3%
石川県(率)	40.2%	37.7%	39.0%	37.8%

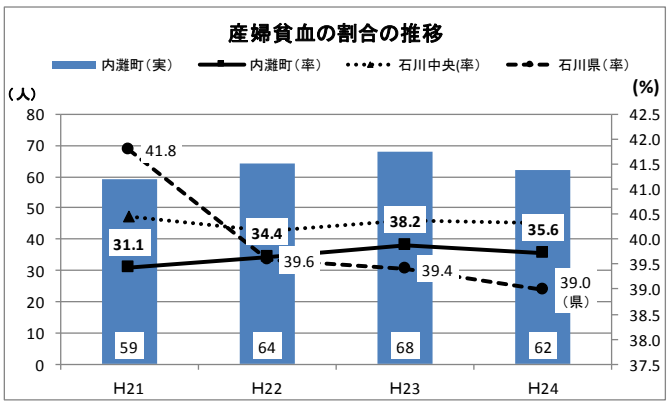
図表 2-30　妊婦健診(8 回目)貧血「所見あり」の推移



妊婦⑧貧血　　Hb12未満

年度	H21	H22	H23	H24
内灘町(実)	166	158	151	192
内灘町(率)	87.4%	86.8%	92.6%	91.0%
石川中央(率)	84.9%	85.3%	88.4%	87.2%
石川県(率)	86.6%	84.1%	86.3%	85.4%

図表 2-31　産婦貧血の割合の推移



産婦(貧血)　　Hb12未満

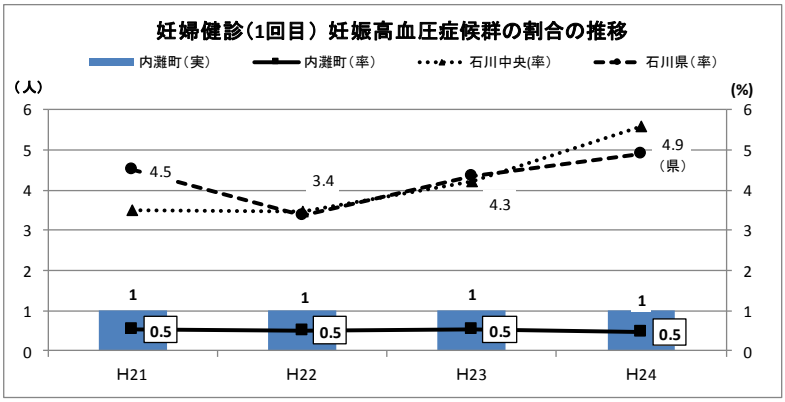
年度	H21	H22	H23	H24
内灘町(実)	59	64	68	62
内灘町(率)	31.1%	34.4%	38.2%	35.6%
石川中央(率)	47.3%	42.6%	46.0%	45.3%
石川県(率)	41.8%	39.6%	39.4%	39.0%

妊娠高血圧症候群について所見のある者が毎年数名いますが、県よりも低い割合です（図 2-32,33,34)。

次に妊娠糖尿病について経年的変化をみると、妊娠初期、後期ともに増加しています。産婦健診で糖尿病と判定を受けた産婦はいませんが、産婦健診では尿検査のみで血糖検査を実施しておらず、健康診断で継続的に経過を見ていくことが必要と思われます（図 2-35,36,37)。

石川県では、平成 23 年度から 8 回目の妊婦健診時に HbA1c 検査を実施しています。平成 24 年度妊婦健診の結果、妊娠糖尿病（疑い含む）と判定された人は妊娠初期では 11 人(5.1%)、妊娠後期は 9 人(4.3%)と減少しています。

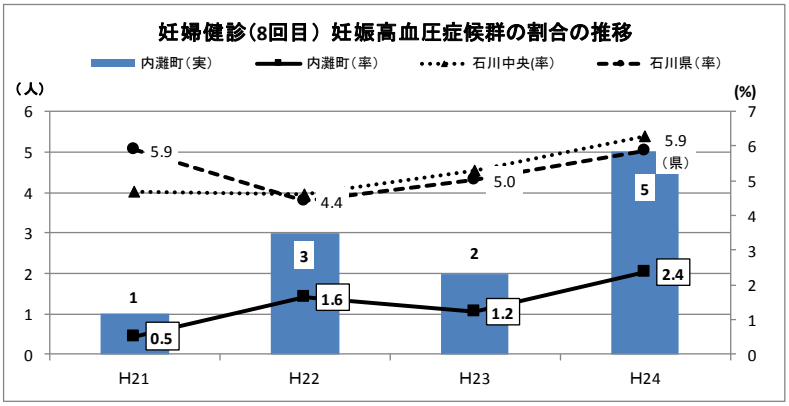
図表 2-32　妊婦健診(1 回目)妊娠高血圧症候群の割合の推移



妊婦①妊娠高血圧症候群

年度	H21	H22	H23	H24
内灘町(実)	1	1	1	1
内灘町(率)	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%
石川中央(率)	3.5%	3.5%	4.2%	5.6%
石川県(率)	4.5%	3.4%	4.3%	4.9%

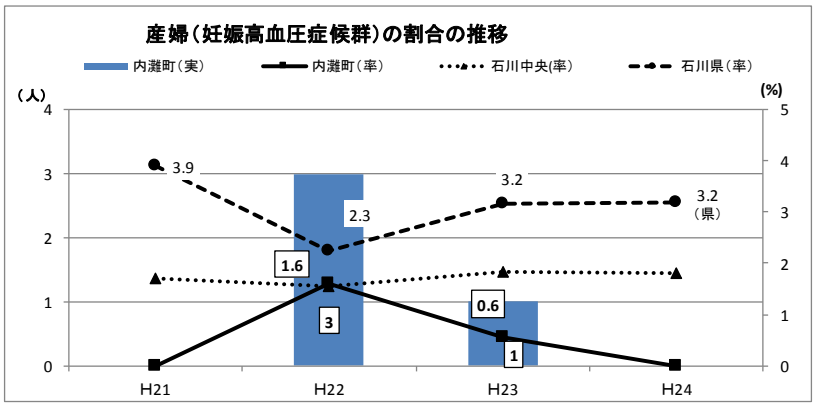
図表 2-33　妊婦健診(8 回目)妊娠高血圧症候群の割合の推移



妊婦⑧妊娠高血圧症候群

年度	H21	H22	H23	H24
内灘町(実)	1	3	2	5
内灘町(率)	0.5%	1.6%	1.2%	2.4%
石川中央(率)	4.7%	4.6%	5.3%	6.3%
石川県(率)	5.9%	4.4%	5.0%	5.9%

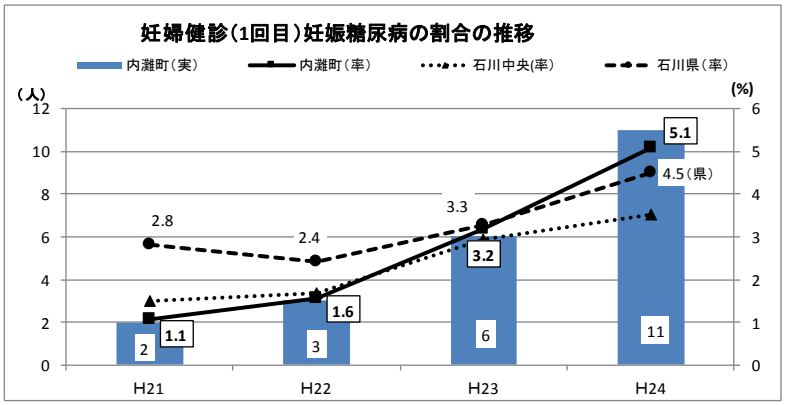
図表 2-34　産婦(妊娠高血圧症候群)の割合の推移



産婦(妊娠高血圧症候群)

年度	H21	H22	H23	H24
内灘町(実)	0	3	1	0
内灘町(率)	0.0%	1.6%	0.6%	0.0%
石川中央(率)	1.7%	1.5%	1.8%	1.8%
石川県(率)	3.9%	2.3%	3.2%	3.2%

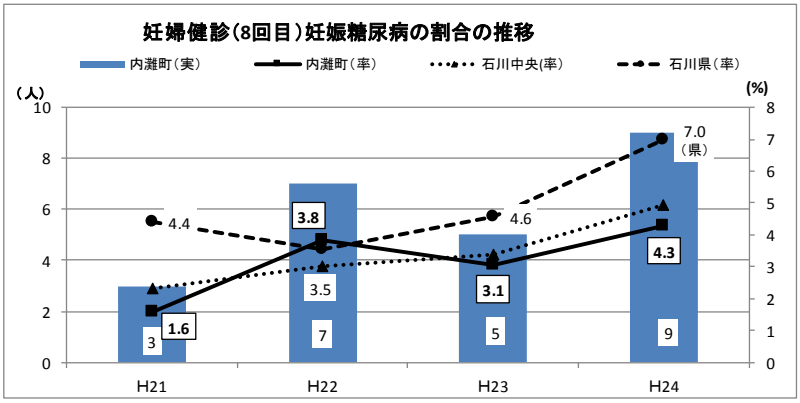
図表 2-35　妊婦健診（1 回目）妊娠糖尿病の割合の推移



妊婦①妊娠糖尿病

年度	H21	H22	H23	H24
内灘町(実)	2	3	6	11
内灘町(率)	1.1%	1.6%	3.2%	5.1%
石川中央(率)	1.5%	1.7%	3.0%	3.5%
石川県(率)	2.8%	2.4%	3.3%	4.5%

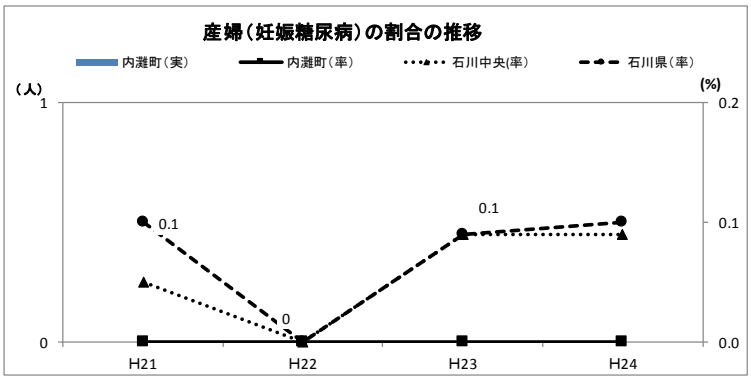
図表 2-36　妊婦健診（8 回目）妊娠糖尿病の割合の推移



妊婦⑧妊娠糖尿病

年度	H21	H22	H23	H24
内灘町(実)	3	7	5	9
内灘町(率)	1.6%	3.8%	3.1%	4.3%
石川中央(率)	2.3%	3.0%	3.4%	5.0%
石川県(率)	4.4%	3.5%	4.6%	7.0%

図表 2-37　産婦（妊娠糖尿病）の割合の推移



産婦(妊娠糖尿病)

年度	H21	H22	H23	H24
内灘町(実)	0	0	0	0
内灘町(率)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
石川中央(率)	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%
石川県(率)	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%

低出生体重児は、その後の成長発達に影響を与えるだけでなく、将来の生活習慣病のリスクを高めるおそれがあるため、適正体重の子どもを出産できるよう支援する必要があります。

また、妊産婦健康診査から、将来的に生活習慣病と関連のある妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病について妊娠中から生活習慣を見直し、生活習慣病予防への認識を持たせることが重要と考えます。妊娠中から所見のある妊婦への支援を行い、さらに産後の経過や受療の確認を行うと共に定期健康診断を促します。

(4) 対策

①低出生体重児を減らすため施策

・地域における思春期からの健康教育を、他機関と連携しながら行う。
・母子健康手帳交付時に生活を振り返り、主体的に生活習慣の改善が行えるよう指導する。
また、妊婦が自分で健康管理を行い、異常に気づいた場合、早期に適切な対応ができるよう指導する。

②妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病を減らす施策（妊娠中からの生活習慣病予防）

・母子健康手帳、妊産婦健康診査受診券交付時に、面接し保健指導を行う。
・マタニティクラスなどで生活習慣病予防について指導する。
・妊婦一般健康診査で高血糖、妊娠高血圧症候群の妊婦に対して、妊娠中に電話連絡し、生活状況を確認し保健指導を行う。必要に応じて、医療機関との連携を図る。
・母子保健における生活習慣病予防について医療、保健の連携を図る。
・経済的及び社会的困難な妊婦の早期発見に努め、無事に出産できるよう関係機関と連携を図る。

③産後の母と子どもの生活習慣病予防

・ヤング健康診査、特定健診受診勧奨。
・乳児全戸訪問を実施し、家族の健康状態の把握に努め、産婦健診結果を確認し、保健指導を行う。
・子育て中の母親が健診を受けやすくするため、託児つきの健診としてレディース健診を定着させる。
・乳幼児健康診査等で、食事やおやつ内容、量、バランスなど、生活習慣病をふまえた栄養指導を行う。
・保育園や幼稚園、学童保育クラブ、学校、地域と連携した、規則正しい生活習慣の推進を図るよう取り組む。

5）歯・口腔の健康

(1) はじめに

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

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こと、また、乳幼児期から高齢期までのそれぞれの時期における口腔とその機能の状態及び歯科疾患の特性に応じて、適切かつ効果的に歯科口腔保健を推進することが定められています。

従来から、すべての国民が生涯にわたって自分の歯を80歳で20 本以上残すことをスローガンとした8020（ハチマルニイマル）運動が展開されているところですが、超高齢社会の進展を踏まえ生涯を通じて歯科疾患を予防し、歯の喪失を抑制することは、高齢期での口腔機能の維持につながるものと考えられます。

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

また、近年のいくつかの疫学研究において、歯周病と糖尿病や循環器疾患等との密接な関連性が報告されており成人期の健康づくりにおいて「歯周病予防」の推進は不可欠と考えられます。

(2) 基本的な考え方

生涯にわたる健全な口腔保健の確立を図るためには、器質的な障害である「歯の喪失防止」に加え、機能面にも着目し「口腔機能の維持・向上」を推進する必要があり、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（図表2-38）。

①歯の喪失防止

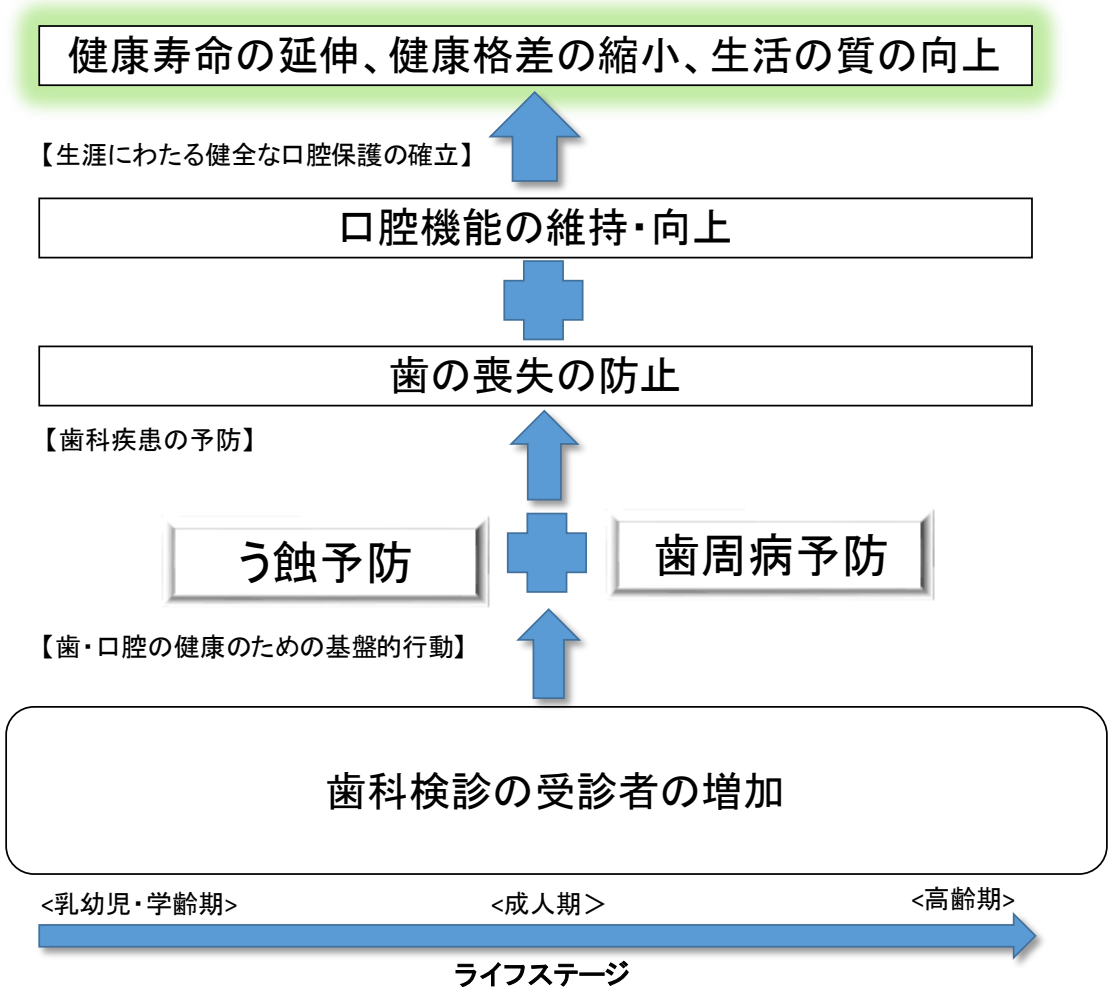
歯の喪失は器質的な障害であり、健全な摂食や構音などの生活機能にも影響を与えます。また、歯の喪失と寿命との間に有意な関連性があることは複数の疫学研究によっても明らかにされています。歯の早期喪失の防止を目指すためには、より早い年代から対策を始める必要があります。

②口腔機能の維持・向上

食べる喜び、話す楽しみ等の生活の質(QOL)の向上を図るためには、口腔機能の維持・向上が重要です。

高齢期においては、摂食・嚥下等の口腔機能が低下しやすく摂取できる食品にも影響を与え、虚弱高齢者や要介護高齢者の低栄養を招くリスク要因の一つとなっています。これを防ぐためには、特に、乳幼児期から学齢期にかけて、良好な口腔・顎・顔面の成長発育及び適切な口腔機能を獲得し、成人期・高齢期にかけての口腔機能の維持・向上を図っていくことが重要です。

図表2-38　歯・口腔の健康の考え方



(3) 現状と目標

①歯科検診受診者の増加と歯周病を有する者の減少

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、歯肉に限局した炎症が起こる病気を歯肉炎、他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっています。

また、近年、歯周病と糖尿病や循環器疾患との関連性について指摘されていることから、歯周病予防は成人期以降の重要な健康課題の一つです。

歯周炎が顕在化し始めるのは40歳以降といわれており、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。

本町では、広く住民を対象に、歯周疾患検診と歯科相談を実施しています。歯科検診の受診者数は、平成24年度は135人、歯科相談は250人受けています（図表2-39,40,41）。

定期的な歯科検診の受診や歯科相談を受けることで、自身の歯・口腔の健康状態を把握することができ、各自のニーズに応じて、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適切につながることが期待できます。今後も歯科検診と歯科相談の実施を継続し、受診勧奨をするとともに、歯周病予防に関する知識等の普及啓発を図ります。

図表2-39 成人歯科検診の受診状況（年次推移）

年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
実施回数（回）	2	3	3
受診者数（人）	90	160	135

図表2-40 成人歯科相談の相談者状況（年次推移）

年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
実施回数（回）	12	12	13	11
受診者数（人）	263	272	231	250

図表2-41 歯科検診結果

年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
A 異常なし	28	4	14
B 要指導	6	5	11
C 要精検	54	151	110

図表2-42 要精検の再掲

年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
a 歯石除去	28	138	97
(a/C×100)	51.9%	91.4%	88.2%
b 歯周治療	7	11	6
(b/C×100)	13.0%	7.3%	54.5%
c う蝕治療	24	29	12
(c/C×100)	44.4%	19.2%	10.9%
d 補綴処置	0	4	1
(d/C×100)	0.0%	2.6%	0.9%
e その他	0	9	5
(e/C×100)	0.0%	6.0%	4.5%

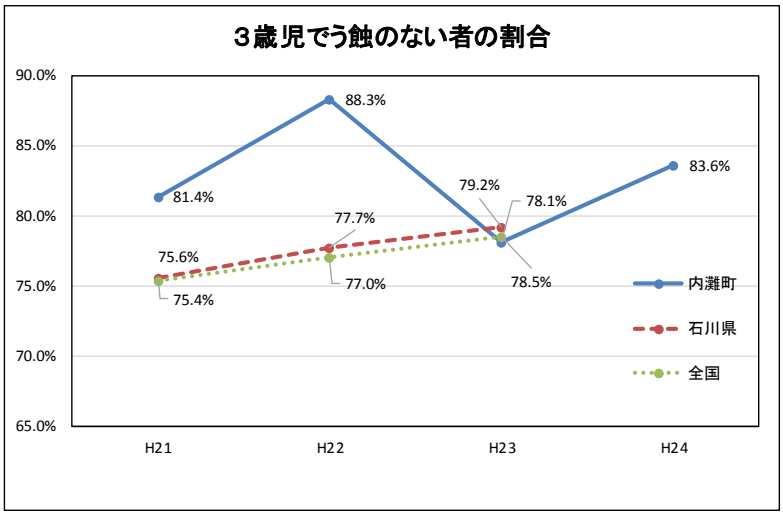
②乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

町では、1歳6か月健診、3歳児健診で歯科検診と歯科衛生士による歯科保健指導を、5歳児健診では歯科保健指導を行っています。また、子どもが食物を正しく噛むことを学習することは、子どもの咀嚼機能の発達と食育の面からみて重要なことです。口にためて飲み込まない、丸飲みをするなど食べ方に問題のある子どもは、離乳完了の頃から幼児期前半に比較的多くみられ、咀嚼機能が完成する3歳以降でも一部にみられることがあります。歯の萌出時期や咀嚼機能の発達を理解し、月齢に合わせた栄養指導を行っています。5歳児健診では、最初に生える永久歯である6歳臼歯（第1大臼歯）の大切さと、乳歯から永久歯の交換時期のう蝕予防について指導しています。

ア. 3歳児のう蝕がない者の割合

3歳児でう蝕がない者の割合は約80%で、全国や県と比べると多くなっています（図表2-43）。

図2-43　3歳児でう蝕がない者の割合（年次推移・国・県比較）



イ．小学生・中学生のう蝕がない者の割合

小学生のう蝕がない者の割合は約40%で、県と比べると多くなっています（図表2-44）。
中学生のう蝕がない者の割合は約30%で、国、県と比べると少なくなっています（図表2-45）。

図2-44　小学生のう蝕がない者の割合（年次推移・国・県比較）

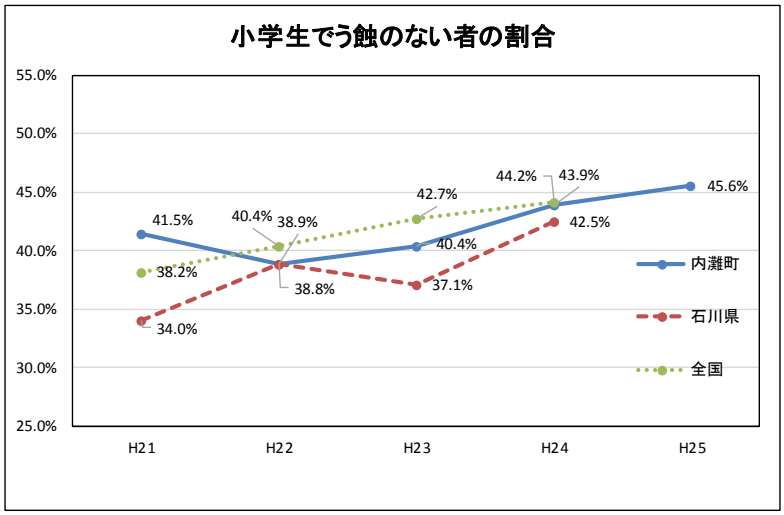
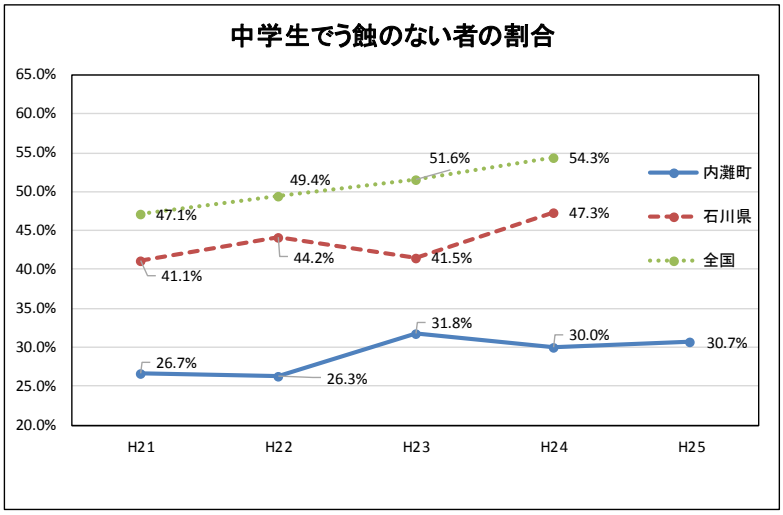


図 2-45　中学生のう蝕がない者の割合（年次推移・国・県比較）



③高齢者の口腔機能の維持・向上

町では、介護予防事業の一般普及啓発事業の中で、口腔機能向上教室を行っています。また、要介護状態の方は、デイサービスや訪問介護等で口腔ケアサービスを受けることができます。口腔ケアは、高齢期に多い誤嚥性肺炎の予防や栄養管理につながることであり、今後も取り組みを継続していきます。

・今後必要となる対策

歯・口腔の健康づくりの実現を図るためには、個人の取り組みと、地域、職場、学校、医療機関等を含めた社会全体としてその取り組みを支援することが必要です。その際、ライフステージごとの特性を踏まえて、歯・口腔に関する正しい知識の普及啓発や、個人の状況に応じた食生活の改善、歯間部清掃用器具の使用等の歯科保健指導を行うことが重要です（図表2-46）。

図2-46　ライフステージに対応した歯科保健対策の推進

		妊娠期	乳幼児期		学童期		成人	高齢者	
				保育所・幼稚園	小学校	中学校			要介護者
歯科検診	保育所・幼稚園・学校・施設等			保育所入所児（年2回）	在校生（年1回）	在校生（年1回）			
	保健センター	妊婦（医療機関）	1歳6カ月児（1歳半健診） 3歳児（3歳健診）				歯周病検診（住民健診・18歳以上） 保護者歯周病検診（1歳半健診）		
歯科健康教育・健康相談	保育所・幼稚園・学校・施設等			虫歯予防教室 昼食後の歯磨き習慣	虫歯予防教室	虫歯予防教室			口腔ケアサービス
	保健センター 包括支援センター	歯科検診時に指導	検診時に集団指導・個別相談・咀嚼教室（歯科衛生士）	5歳児検診時に集団指導・個別相談（歯科衛生士）			住民検診時に個別相談（歯科衛生士）	口腔機能向上教室（歯科医師等）	

コラムその２～お口の働きを育てましょう～

最近、保育現場や小学校から「飲み物を用意しないと食べられない」「給食時間内に食べられない」「クチャクチャ音を立てて食べる」「イカのリングやパンの耳が食べられない」などの多くの相談があります。

また、小学校の歯科検診でも、歯と歯の間に隙間がなく、乳歯より大きな永久歯が生えるスペースが不足し、歯がデコボコに生えている児童が増えています。顎の骨が小さいのではなく、歯が内側に傾いたままだから起きているのです。

これらを解決するには、乳幼児期に発育段階に合わせた適切な食べ方を学び、食べるための舌の働きをしっかりと育てることが大切です。

そして、学童期に口の働きをよくするには、飲み物で流し込まないで、大きなものを前歯で噛み切り、奥歯でしっかり咬むことです。また、床面にしっかりかかとを付けて正しい姿勢で食べることをお勧めします。

3. 生活習慣・社会環境の改善

1）栄養・食生活（食育）

⑴ はじめに

栄養・食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みであり、生活の質の向上及び社会機能の維持・向上の観点からも重要です。

また、栄養・食生活は社会的、文化的な営みでもあります。

本町でも自然環境、地理的特徴、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ます（図表 2-47）。町の現状と特性を踏まえ、生活習慣病予防のために、栄養状態を適切に保つために必要な食品を摂取することが求められています。

⑵ 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）の予防には科学的根拠があり、食品（栄養素）との具体的な関連があることがわかっています（図表 2-48）。

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

生活習慣病予防のために、ライフステージを通して、適切な食品（栄養素）摂取ができる力を育み、発揮できることが重要です。

・食育の推進

健やかな生活習慣を幼少時期から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることは重要です。

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サイクルにおいて子どもの健やかな発育や生活習慣の形成は、基礎となるものです。その生活習慣が乱れ、食の問題が生じることから、第 2 次食育推進計画（国）と併せ、次世代の健康を推進していくことが必要です。

図表 2-47　食の実態と健康課題

地域の特性

【地勢・風土】
日本海に沿って発達した内灘砂丘がある“砂丘の町”
西側を日本海、東側を河北潟に挟まれている。
河北潟は国営干拓事業により総面積の約6割が干陸。残存水面は金沢港に至る大野川と砂丘地中央を横断する河北潟放水路によって日本海に通じる。
能登と加賀の中継地である。

【歴史】
加賀地方最初の石器発見地
中世で延喜式内社である小濱神社（黒津船大権現）が現在の権現森に鎮座し近郷七箇村の中心的な位置を占め、その結合の核であった。
明治以降、漁業が著しく発展した。
大正末期に金沢駅から電車が開通。粟ヶ崎遊園が賑わい“北陸の宝塚”と言われる。
第二次世界大戦後（S27）から米軍砲弾試射場となり、基地反対運動“内灘闘争”が起こる。

【社会環境の変化】
高度経済成長とともに発達。S30以降、高度経済成長期において県営住宅の建設や土地区画整理により砂丘地での新しいまちづくりがおこなわれる。
S47金沢医科大学が開学した。
能登有料道路の開通により金沢と能登を結ぶ要衝となる。
S45～S51の6年間で一気に7千人もの人口が急増した。ベッドタウンとして栄える。能登と加賀、近隣の市町からの移住者も多い。

【風習・背景】
漁業が盛んだったため、出稼ぎ先の北海道からの移住者も多い。
加賀百万石の城下の文化も強い。いろいろな文化が混ぜ合わさっている。
●浄土真宗
仏壇大切、仏事多い→供え物必須
お寺の行事（報恩講、尼御講）
なども多い。
●祭事
加賀獅子伝承　町内でのお祭り
特に伝統的5つは歴史が古い（向粟崎、大根布、宮坂、西荒屋、室）。大根布から鶴ケ丘へ転居した住民が多く、鶴ケ丘に新しく神社ができ、町内神社数は6つとなった。

【仕事と生活】
医科大学病院が開院し、医療関係者やサラリーマンが増加した。共働きや核家族も多くなる。妊娠届出時の母親の就業率は年々増加している。

職業	H22	H23	H24
あり	65.0	71.5	75.0
なし	35.0	28.5	25.0

（%）

近隣の市町からの移住者も多く、いろいろな文化が混じり合っている。
子ども達のスポーツクラブやサークル活動が盛んである。

【人づきあい】
【地域のつながり】
町内17町会　　公民館17か所
町や町会の行事…凧揚げ大会、町民体育祭、各地区での運動会、高齢者スポーツ大会、文化祭、各地区文化祭、餅つき大会
→公民館や町会の活動活発
急速な人口増加時に公民館を中心として活動する体制づくりをした為、町内の行事が多い。
→よばれが多い。

●祭りや行事の時・集いの席
飲酒、茶菓子
寿司類…押寿司、笹寿司
オードブルなど利用する機会が多い。

●冠婚葬祭での贈り物、お礼
酒、菓子、餅、赤飯

例えば・・・
五色生菓子（婚礼）、ころころ餅（出産）、おはぎ（初誕生）、節句餅、法事の黒おこわ、42の厄餅、還暦祝い、入学など餅やまんじゅう、赤飯など配布（用途多い）

個人・家庭の食習慣

【食品】
昔から言われる内灘町の作物
らっきょう、さつまいも（砂丘地利用）

食品ランキング
（都道府県県庁所在地ランキング）

分類	食　品	全国順位
魚介類	ブリ	2位
	カニ	2位
	かれい	3位
	魚介の漬物	4位
	※アジ、イワシ、イカ、エビ、貝類なども多い	
大豆製品	豆腐	4位
	がんも	3位
野菜類	さつまいも	3位
	たけのこ	4位
	れんこん	1位
	しいたけ	3位
	※かぼちゃ、にんじん、だいこんなども多い→煮しめの材料に使用	
乾物漬け物	乾物・海藻	2位
	大根の漬け物	4位
	※漬物類は上位	
果物類	メロン	5位
菓子類	和菓子	2位
	チョコ	2位
	ﾁｮｺﾚｰﾄ菓子	4位
	カステラ	3位
	ｱｲｽ･ｼｬｰﾍﾞｯﾄ	4位
	スナック菓子	6位
	※菓子類は上位	
飲料酒類	コーヒー	3位
	清酒	6位
	ウイスキー	4位
	ビール	7位
	ワイン	6位
外食	冷凍食品	4位
	他の調理食品	3位
	てんぷら	5位
	寿司弁当	2位
	おにぎり・パン	4位

（総務省家計調査　H21～H23を整理）

≪H25年度　内灘町特定健診の問診より≫
お酒を毎日飲む人　　559人／2298人（24.3%）
１日2合以上お酒を飲む人　120人／2298人（5.2%）
※H22年度の特定健診結果では、
県内市町　　内灘町3位／20位

【食べ方】
昔は・・・保存食の知恵として、糠漬け（ニシン、イワシ、フグ）や砂丘地で収穫したラッキョウの酢漬けがある。
今でも・・・かぶらずし、大根ずしは冬場によく食べられる郷土料理などがある。

からだの実態

推測できること

脂質異常
（中性脂肪・LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ　高値）

糖質異常
（血糖値・HbA1c　高値）

塩分多い
（高血圧）

アルコール多い
（高血圧・血糖値・HbA1c　高値）

【流通・産業】
S50～H22
第1次産業　微減傾向
第2次産業　近年減少
第3次産業　微増傾向　（資料：国勢調査）

町北部地域は農業振興地域として畑作中心の農業営む。大部分は第2種兼業農家
県内で販売される河北潟の牛乳生産は5割弱

販売店	店舗数
酒屋	8
コンビニ	6
鮮魚店	4
スーパー	4
和菓子屋	3
洋菓子店	3
食品店	2
米屋	1
食肉店	1
合　計	32

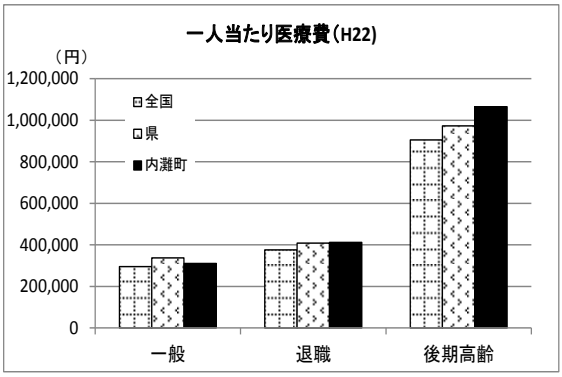
飲食店	店舗数
飲食店	28
飲み屋	25
スナック	20
ラーメン屋	10
喫茶店	5
寿司屋	2
合　計	90

※石川県内で多い外食店舗
　焼肉屋、寿司屋
※金沢市内で出店増加店
　菓子製造業、パン屋、コンビニ

≪死亡≫
◎死因順位　1位：　がん
2位：　心疾患（心筋梗塞など）
3位：　脳血管疾患（脳梗塞・脳出血など）
◎早世死亡（64歳以下の死亡）　県・国平均より高い

≪介護≫
◎認定率　県内でも低い
◎原因疾患　2号被保険者（64歳以下）の原因疾患
1位：脳出血
2位：脳梗塞　　この２つで5割以上

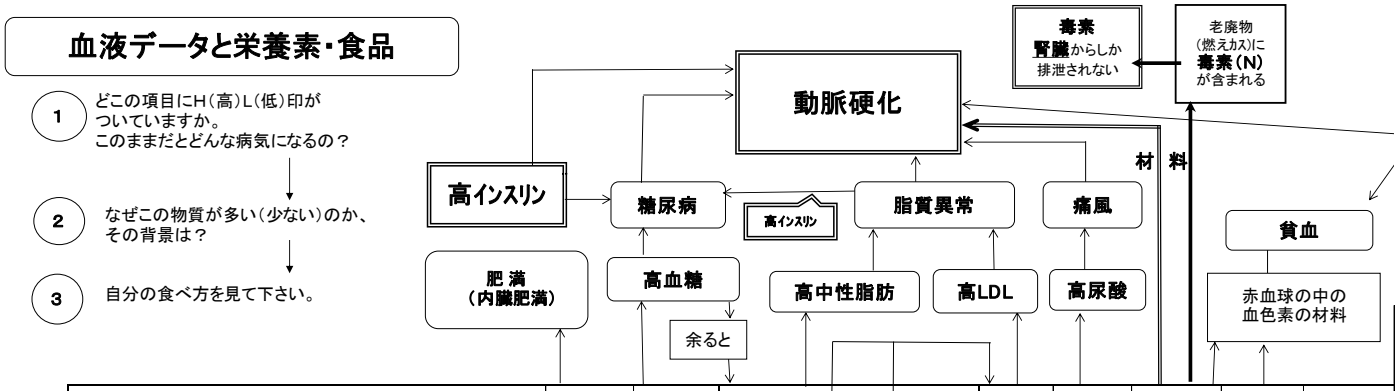
≪医療費≫
◎国保：（一般）　県内　18～19位と低い
（退職）　県平均より高い
◎後期高齢者医療費（75歳以上）　県内1～2位と高い
◎一人当たり医療費が高い疾患　1位：精神病
2位：虚血性心疾患
3位：高血圧性疾患
4位：糖尿病



≪健診≫　（国保特定健診･ヤング健診）
◎有所見率　1位：HbA1c(糖尿病)
2位：LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（脂質異常）
3位：収縮期血圧（高血圧）
◎県平均･全国的にも高い有所見率の検査項目
尿酸・ｸﾚｱﾁﾆﾝ・尿蛋白　・・・（腎臓）
◎がん検診
受診率　15～40%
（県平均より高いが目標には届いていない）

（妊婦）
妊婦健診⇒　糖尿病（疑）のある人が3.8%（県平均3.5%）
（子ども）
低出生体重児の割合　⇒　県内で2位（H22年度）
（18～39歳）
糖尿病予備軍・糖尿病の人が32.1%
貧血の人が33.6%
男性　⇒　30代から肥満率UP・　メタボ率　UP
その他の血液検査もだんだん有所見率UP
（40～74歳）
20歳時より体重10Kg以上増加・・・・・33.6%（県内3位）
1年間での体重増減±3Kg以上・・・・・19.6%（県内3位）
就寝前2時間以内の夕食3回/週以上・・・19.4%（県内9位）

図表 2-48 血液データと食品（栄養素）



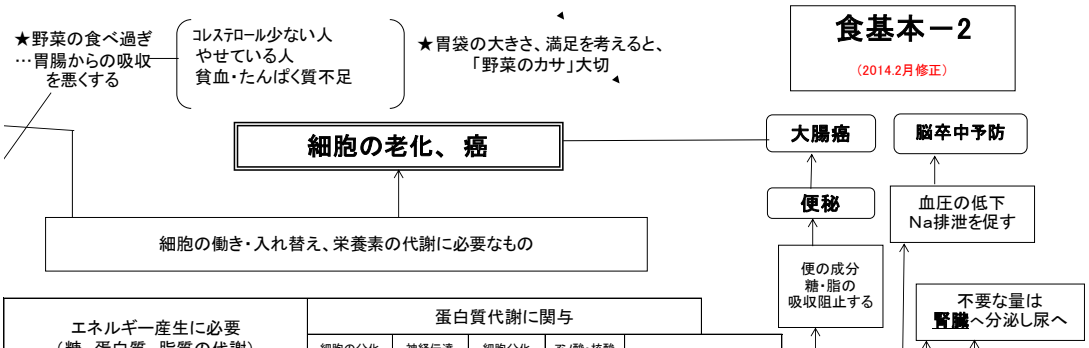
3 バランス食…人間の体をよい状態に保つためのに考えられた基準の食品とその量

1 血液中の物質名（100cc中の単位）					ない	血糖（g）	中性脂肪（mg）			（脂肪酸）	LDLコレステロール（mg）	尿酸（mg）	総蛋白 アルブミン（g）	血清鉄（mg）	カルシウム ☆
	3 食品		2 栄養素別	重量 g	エネルギー kcal	炭水化物 g	脂質 g	飽和 g	一価 g	※多価 g	コレステロール mg	総プリン体 mg	たんぱく質 g	鉄 mg	カルシウム mg
						60%	25%	30%	40%	30%			15%		
50歳代	体重60kg、 労作1.3		男		1,700	255	47.2				300	300	63.8	7.5	700
	体重53kg、 労作1.3		女		1,400	210	38.9						52.5	6.5	650
許容上限摂取量			（目安）											40	2300
1群	乳製品	牛乳（普通）	牛乳1本	200	134	9.6	7.6	4.66	1.74	0.24	24		6.6	0.0	220
	卵	卵	Mサイズ1個	50	76	0.2	5.2	1.42	1.85	0.83	210		6.2	0.9	26
2群	魚	鮭	1/2切れ	50	67	0.1	2.1	0.33	0.82	0.46	30	60	11.2	0.3	7
	肉	豚肉（もも脂身あり）	薄切り2枚	50	92	0.1	5.1	1.80	2.12	0.62	34	48	10.3	0.4	2
	大豆製品	豆腐（もめん）	1/4丁	110	79	1.8	4.6	0.81	0.92	2.32	0	22	7.3	1.0	132
3群	緑黄色野菜	人参	小1/2本	50	19	4.6	0.1	0.01	0.00	0.02	0		0.3	0.1	14
		ほうれん草	5～6株	100	20	3.1	0.4	0.04	0.02	0.17	0	55	2.2	2.0	49
	淡色野菜	大根	厚切り1切れ	40	7	1.6	0.0	0.00	0.00	0.01	0		0.2	0.1	10
		キャベツ	1枚	40	9	2.1	0.1	0.01	0.00	0.01	0		0.5	0.1	17
		玉ねぎ	1/4個	50	19	4.4	0.1	0.01	0.00	0.02	0		0.5	0.1	11
		白菜	大1枚	120	17	3.8	0.1	0.01	0.00	0.04	0		1.0	0.4	52
	いも	じゃがいも	中1個	100	76	17.6	0.1	0.01	0.00	0.02	0		1.6	0.4	3
	くだもの	みかん	Mサイズ1個	100	46	12.0	0.1	0.01	0.02	0.01	0		0.7	0.2	21
		りんご	L 1/4個	75	41	11.0	0.1	0.01	0.00	0.02	0		0.2	0.0	2
	きのこ	えのきたけ		50	11	3.8	0.1	0.01	0.01	0.04	0	25	1.4	0.6	0
	海藻	生わかめ	（塩蔵塩抜）	50	6	1.6	0.2	0.02	0.01	0.09	0		0.9	0.3	21
1～3群合計				1235	719	77.4	26.0	9.16	7.51	4.92	298	210	51.1	6.9	587
4群	主食	ごはん	中茶碗3杯	360	605	133.6	1.1	0.36	0.25	0.36	0	40	9.0	0.4	11
	砂糖	★砂糖、蜂蜜	砂糖で大さじ1	10	38	9.9	0.0	0.00	0.00	0.00	0		0.0	0.0	0
	油	油 、種実（料理に使用）	植物性 大さじ1	10	92	0.0	10.0	1.10	4.11	4.09	0		0.0	0.0	0
	★嗜好飲料 嗜好品	ビール	250cc	250	100	7.8	0.0	0.00	0.00	0.00	0	14	0.8	0.0	8
		チョコレート	3かけ	15	84	8.4	5.1	2.79	1.56	0.05	3		1.0	0.4	36
調味料		しょうゆ	大さじ1・1/2	27	19	2.7	0.0	0.00	0.00	0.00	0		2.1	0.5	8
		みそ	大さじ2/3	11	19	2.2	0.6	0.10	0.11	0.36	0		1.3	0.4	10
		食塩	小さじ1/2弱	2	0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.00	0		0.0	0.0	0
合計				1920	1676	242.0	42.8	13.51	13.54	9.8	301	264	65.3	8.6	660

☆は、健診データーにはない。

★ 砂糖、嗜好品・嗜好飲料… 糖尿病、高血糖、HbA1C6.0%（NGSP値）以上の方は 合わせて**約10g 以下／日**

※ 多価不飽和脂肪酸 N3系：N6系 ＝1：4～6



エネルギー産生に必要（糖、蛋白質、脂質の代謝）				蛋白質代謝に関与									
				細胞の分化 再生	神経伝達 物質生成	細胞分化 核酸合成	ｱﾐﾉ酸・核酸 生成	抗酸化作用					
ある ☆				ある ☆						ない	ある ☆	ある (ﾅﾄﾘｳﾑ) ☆	ある
マグネシウム mg	リン mg	ビタミンB1 mg	ビタミンB2 mg	ﾚﾁﾉｰﾙ (ﾋﾞﾀﾐﾝA) μg	ビタミンB6 mg	ビタミンB12 mg	葉酸 μg	ビタミンC mg	ビタミンE mg	食物繊維 g	カリウム mg	食塩 g	水分 g
350	1000	1.3	1.5	850	1.4	2.4	240	100	7.0	19以上	2500	9未満	2000～2500
290	900	1.1	1.2	700	1.1				6.5	17以上	2000	7.5未満	
-				3000				-			-	-	-
20	186	0.08	0.30	76	0.06	0.6	10	2	0.2	0.0	300	0.2	175
6	90	0.03	0.22	75	0.04	0.5	22	0	0.5	0.0	65	0.2	38
14	120	0.08	0.11	6	0.32	3.0	10	1	0.6	0.0	175	0.1	36
12	100	0.45	0.11	2	0.16	0.2	1	1	0.2	0.0	175	0.1	34
34	121	0.08	0.03	0	0.06	0.0	13	0	0.2	0.4	154	0.0	95
5	13	0.03	0.02	380	0.06	0.0	14	2	0.3	1.4	140	0.1	45
69	47	0.11	0.20	350	0.14	0.0	210	35	2.1	2.8	690	0.0	92
4	7	0.01	0.00	0	0.02	0.0	14	5	0.0	0.6	92	0.0	38
6	11	0.02	0.01	2	0.04	0.0	31	16	0.0	0.7	80	0.0	37
5	17	0.02	0.01	0	0.08	0.0	8	4	0.1	0.8	75	0.0	45
12	40	0.04	0.04	10	0.11	0.0	73	23	0.2	1.6	264	0.0	114
20	40	0.09	0.03	0	0.18	0.0	21	35	0.0	1.3	410	0.0	80
11	15	0.10	0.03	84	0.06	0.0	22	32	0.4	1.0	150	0.0	87
2	8	0.02	0.01	2	0.02	0.0	4	3	0.2	1.1	83	0.0	64
8	55	0.12	0.09	0	0.06	0.0	38	1	0.0	2.0	170	0.0	44
10	16	0.01	0.01	11	0.00	0.0	6	0	0.1	1.5	6	0.7	47
238	**886**	**1.29**	**1.22**	**998**	**1.41**	**4.3**	**497**	**160**	**5.1**	**15.2**	**3029**	**1.4**	**1071**
25	122	0.07	0.04	0	0.07	0.0	11	0	0.0	1.1	104	0.0	216
0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0.0	0
0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.0	0	0	1.3	0.0	0	0.0	0
18	38	0.00	0.05	0	0.13	0.3	18	0	0.0	0.0	85	0.0	232
11	36	0.03	0.06	10	0.02	0.0	3	0	0.1	0.6	66	0.0	0
18	43	0.01	0.05	0	0.05	0.0	9	0	0.0	0.0	105	3.9	18
8	17	0.00	0.01	0	0.01	0.0	7	0	0.1	0.5	38	1.2	5
0	0	0.00	0.00	0	0.00	0.0	0	0	0.0	0.0	2	2.0	0
318	**1142**	**1.40**	**1.43**	**1008**	**1.69**	**4.6**	**545**	**160**	**6.6**	**17.4**	**3429**	**8.5**	**1542**

個人によって違います

★ 嗜好品（ビール、チョコレート）を取らない場合は、ごはんで50g、 料理油（ﾏｰｶﾞﾘﾝ・種実）で5gプラスします。

(3) 現状と課題

個人にとって、適切な量と質の食事をとっているかどうかの指標は健診データです。
健診データについての目標項目については、「第２章 2.生活習慣病の予防」で掲げているため、栄養・食生活の目標については主に適正体重を中心に目標を設定します。また、幼少時の食習慣は成人期の食習慣に影響を与えるため、子どもの生活習慣の改善を食育推進と考えます。

①適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）

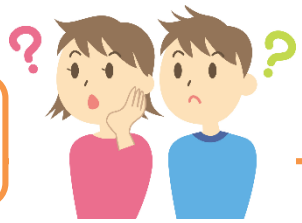
体重はライフステージをとおして、主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に肥満はがん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連、若年女子のやせは、低出生体重児出産のリスク等との関連があります。

適正体重については、ライフステージごとの目標を設定し、評価指標とします（図表 2-49）。

図表 2-49 ライフステージにおける適正体重の評価指標

ライフステージ	妊娠期	出生	学童期		青年期	壮年期	高齢期
評価指標	20歳代女性	出生児	小学5年生		20～60歳代男性	40～60歳代女性	65歳以上
	やせの者	低出生体重児	中等度･高度肥満傾向児		肥満者	肥満者	BMI20以下
国の現状	21.8% （H24年）	9.6% （H22年）	男子 4.8% （H24年）	女子 3.5% （H24年）	31.2% （H22年）	22.2% （H22年）	17.4% （H22年）
町の現状	29.8% （H24年）	10.9% （H24年）	※9.4% （H24年）	※7.1% （H24年）	32.3% （H24年）	13.2% （H24年）	18.0% （H24年）

※内灘町は、軽度肥満傾向児以上を計上。
・20%以上（軽度肥満）、30%以上（中等度肥満）、50%以上（高度肥満）



コラムその 3～適正体重って、どんな体重？～

町の健診を受けると、健診結果に「標準体重」という数値が表記されることがあります。また、健康に関するパンフレットなどでもよく「適正体重を維持しましょう」などの言葉を聞くことがあります。この適正体重、標準体重というのはどういう体重のことを指すのでしょうか。

適正体重というのは、BMI（Body Mass Index（注釈参照））が 18.5 以上、25 未満の痩せでも肥満でもない体重のことを言います。

また、BMI＝22 の時の体重を標準体重と言い、以下の計算式で求めることができます。

標準体重＝身長（m）×身長（m）×22

また、こどもの肥満度は乳幼児ではカウプ指数、学童はローレル指数で判定します。

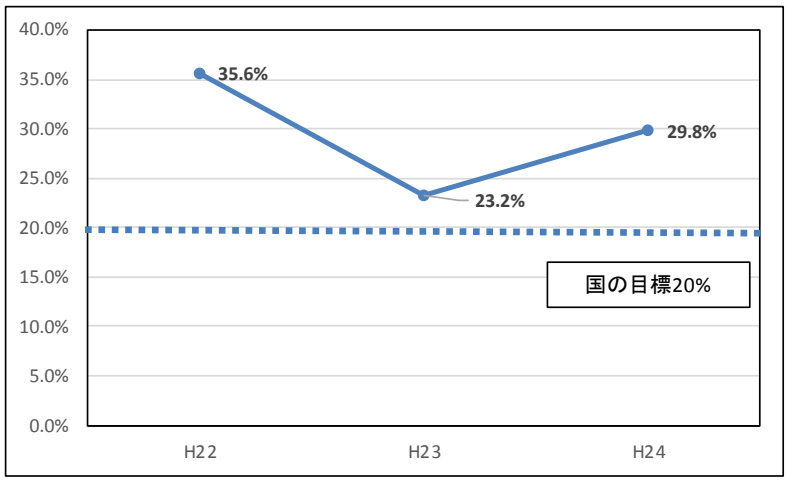
いずれにしろ、各ライフステージで身長と体重のバランスが取れている状態を維持していくことが、生活習慣病の発症を予防することにつながります。

ア. 20 歳代女子のやせの割合の減少

妊娠期の心身の健康づくりは、子どもの健やかな発育につながります。また、低体重児は、妊娠前の母親のやせが要因の一つと考えられています。

本町のヤング健診を受診した 20 歳代女性の BMI 18.5 以下の割合は 30%ほどで、国の目標値 20%を上回っています（平成 22 年度、国の現状値は 29.0%）。今後も、妊娠前、妊娠期の健康が、次の世代を育むことにつながるという啓発とともに、妊娠期におけるやせは、骨量減少、貧血、低出生体重児出産のリスクと関連があるため、妊娠前からの対策が重要です（図表 2-50）。

図表 2-50　20 歳代女子のやせの割合（ヤング健診受診者数）



年度	H22	H23	H24
総数	59	56	47
BMI18.5以下	21	13	14
割合	35.6%	23.2%	29.8%

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いう報告もあります。

本町の低出生体重児については、第 2 章の(4)「母子保健における生活習慣病」で述べています。

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。

軽度肥満傾向児については、取り組みの必要性の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、町の統計上は、肥満度 20%以上の肥満傾向児の割合をみています。

そのため国や県の指標の設定と異なり比較はできませんが、肥満傾向にあるのは小学生では男子が年々増加傾向、中学生では女子が年々増加しています。

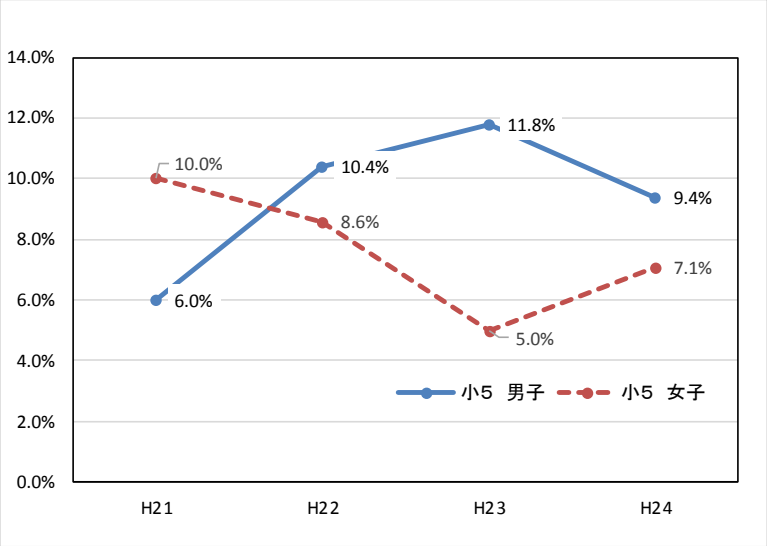
国の目標値である学童期（小学生 5 年生）の肥満率の移行は平成 22 年で男子が 10.4%、女子が 8.6%となり、男女の率が逆転しています（図表 2-51）。

小学校 1 年生から 6 年生の肥満傾向については、男子の方が高いものの、中学校 1 年生から 3 年生では、女子の方が高くなります（図表 2-52,53）。

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。

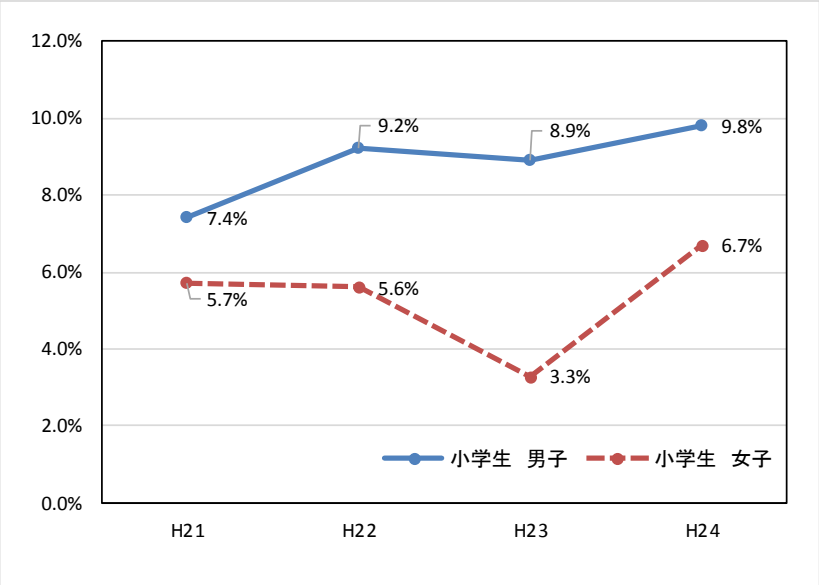
今後は保健指導が必要な児を明確にし、学校保健と課題を共有していくことが必要です。

図表 2-51　男女別・町内小学校 5 年生　肥満傾向児（軽度肥満以上）割合の推移

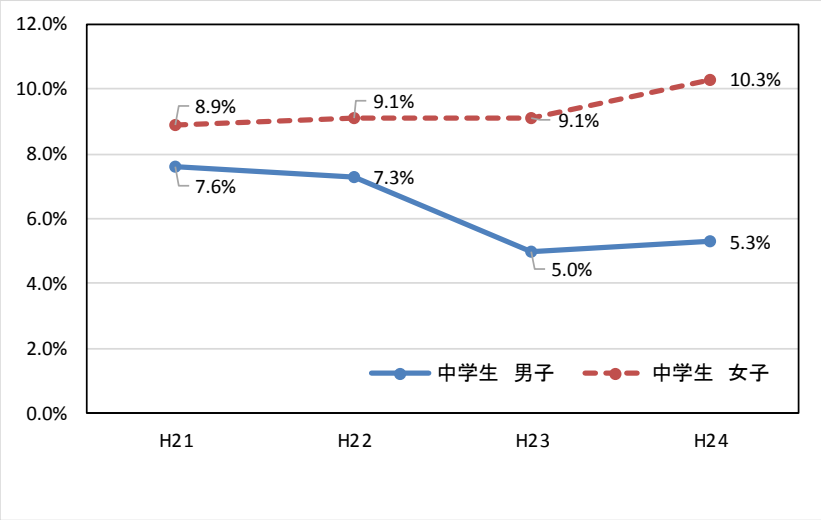


年度	H21			H22			H23			H24		
区分	総数	実数	割合	総数	実数	割合	総数	実数	割合	総数	実数	割合
小学校5年　男	150	9	6.0%	164	17	10.4%	127	15	11.8%	171	16	9.4%
小学校5年　女	140	14	10.0%	140	12	8.6%	141	7	5.0%	141	10	7.1%

図表 2-52 肥満傾向児の割合の推移（小学生）



図表 2-53 肥満傾向児の割合の推移（中学生）



※平成 21 年度までは、ローレル指数 160 以上、平成 22 年度からは肥満度 20%以上を指標に使用。

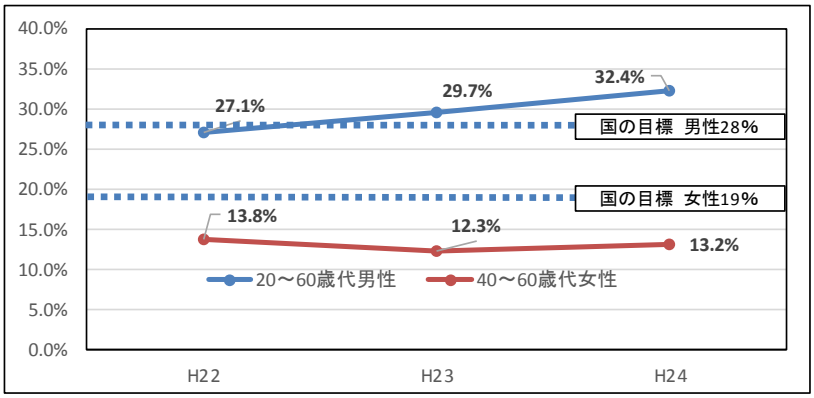
・ローレル指数＝＝体重(kg)÷身長(cm)3×107	100 未満　（やせ）
	100～115 未満（やせぎみ）
	115～145 未満（正常）
	145～160 未満（肥満ぎみ）
	160 以上　（肥満）

エ. 成人期の肥満者の割合の減少

ライフステージにおける肥満（BMI25 以上）は 20～60 歳代男性及び 40～60 歳代女性に最も多く見られるため、この年代の肥満者の減少が健康日本 21 の目標とされていましたが、最終評価では、20～60 歳代男性の肥満者は増加、40～60 歳代女性の肥満者の割合は変わらなかったため、引き続き指標として設定されています。

本町でも 20～60 歳代男性の肥満者は 32.4%(H24)で国の目標値を上回り、増加傾向にあります。40～60 歳代女性の肥満者の割合は国の目標値より下まわっています（図表 2-54）。

図表 2-54　男性（20～60 歳代）および女性（40～60 歳代）の肥満（BMI25≧）の割合の推移



●特定健康診査　より

20～60歳代男性　BMI25以上

年度	H22	H23	H24
総数	280	283	281
BMI25以上	76	84	91
割合	27.1%	29.7%	32.4%

40～60歳代女性　BMI25以上

年度	H22	H23	H24
総数	239	252	250
BMI25以上	33	31	33
割合	13.8%	12.3%	13.2%

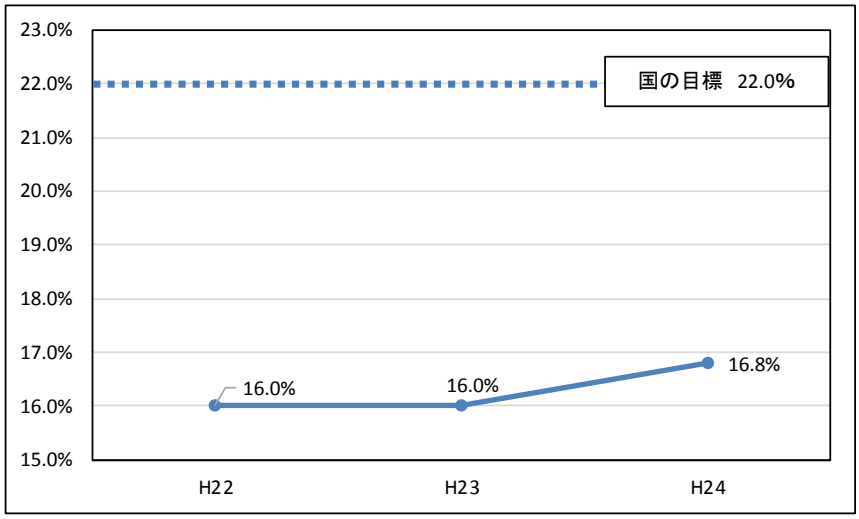
オ. 高齢者低栄養傾向（BMI20 以下）の割合の増加抑制

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する独立したリスク要因となっています。高齢者の「低栄養傾向」の基準は、要介護及び総死亡リスクが統計学的に有意に高くなる BMI20 以下が指標として示されました。

本町の 65 歳以上の BMI20 以下の割合は、国の目標値より下回っていますが、高齢化に伴って増加する可能性があるため、現状の割合を維持していくことが大切です（図表 2-55）。

図表 2-55　65 歳以上の BMI20 以下の割合の推移



●特定健康診査　より

65歳以上　BMI20以下

年度	H22	H23	H24
総数	1,717	1,884	2,038
BMI20以下	274	302	343
割合	16.0%	16.0%	16.8%

※　65歳～74歳　BMI20以下

年度	H22	H23	H24
総数	1,116	1,185	1,268
BMI20以下	167	177	207
割合	15.0%	14.9%	16.3%

※　75歳以上～　BMI20以下

年度	H22	H23	H24
総数	601	699	770
BMI20以下	107	125	136
割合	17.8%	17.9%	17.7%

②健全な生活習慣（栄養・食生活・運動）を送っている子どもの割合の増加

健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることは極めて重要な課題です。

子どもの健やかな発育や生活習慣の形成については、乳幼児健診のデータ、学齢期の学校保健安全法に基づいた検査、生活状況等の調査で見ていくことが必要です。また、小中学校での「早寝、早起き、朝ごはん」の取り組みを引き続き実施し、生活習慣の基盤を固めることも必要です。

コラムその４　～生活リズム～

「早起きは三文の徳」、「寝る子は育つ」などという言葉もあります。これにはしっかりとした科学的根拠があります。規則正しい睡眠や毎日の朝ごはんはとても大切です。

人間の体の生体時計は１日約 25 時間で動いています。このため、生体時計を１日 24 時間に調整する必要があります。脳の視交叉上核（しこうさじょうかく）という時計遺伝子があるところで、朝の太陽の光を浴びることで生体時計をリセットしているのです。そして朝食をしっかり摂ることで身体のエネルギーを補給し、脳の働きを活発にし、睡眠中は下がっていた体温を上げることで１日を元気に活発に過ごすことができます。また、夜は眠っている間に、脳の温度を下げて体を休めるホルモン「メラトニン」や、成長と細胞の新生を助ける成長ホルモンが分泌されます。その他にも、血圧、体温、脈、尿量なども調整されています。睡眠不足は、イライラする、攻撃性が高まる、などの情緒面に影響をあたえることも報告されています。

“早寝早起き朝ごはん”で子ども達に元気よく一日をスタートしてもらいたいものです。

ア. 欠食をしない子どもの割合の増加

朝食を摂ることで寝ている間に下がった体温を上げ、1 日を活動的に過ごすことができます。また欠食することで 1 日に必要な栄養素が不足し、心身の健やかな成長を阻害します。

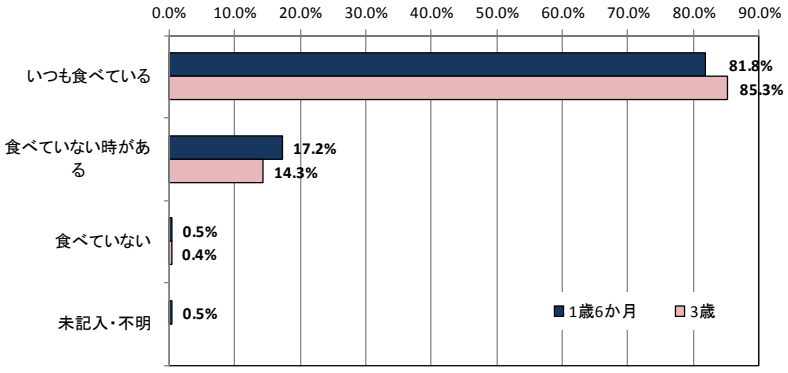
朝食をいつも食べている子どもは、1 歳 6 か月児、3 歳児ともに約 80%を超えていますが、約 15%の子どもは朝食を食べていない時があります（図表 2-56）。

また早寝早起きの習慣を身につけ、1 日のリズム＝生活習慣を正しく身につけることで、正常なインスリン分泌を促し、糖尿病などの将来の生活習慣病を予防することが出来ます。22 時以降に就寝する子どもは 1 歳 6 か月児と 3 歳児ともに約 30%います。8 時以降に起きる子どもは 1 歳 6 か月児で 13.1%となり、3 歳児の 8.4%より多くなっています（図表 2-57,58）。

図表 2-56 朝食を食べる割合

●朝食の摂取状況 1.6歳	H24	
	人	割合
いつも食べている	162	81.8%
食べていない時がある	34	17.2%
食べていない	1	0.5%
未記入・不明	1	0.5%
合計	198	100.0%

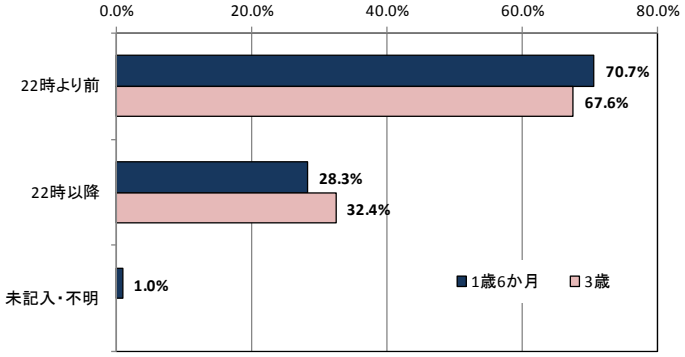
3歳	H24	
	人	割合
いつも食べている	203	85.3%
食べていない時がある	34	14.3%
食べていない	1	0.4%
未記入・不明	0	0.0%
合計	238	100.0%



図表 2-57 就寝時間

●就寝時間 1.6歳	H24	
	人	割合
22時より前	140	70.7%
22時以降	56	28.3%
未記入・不明	2	1.0%
合計	198	100.0%

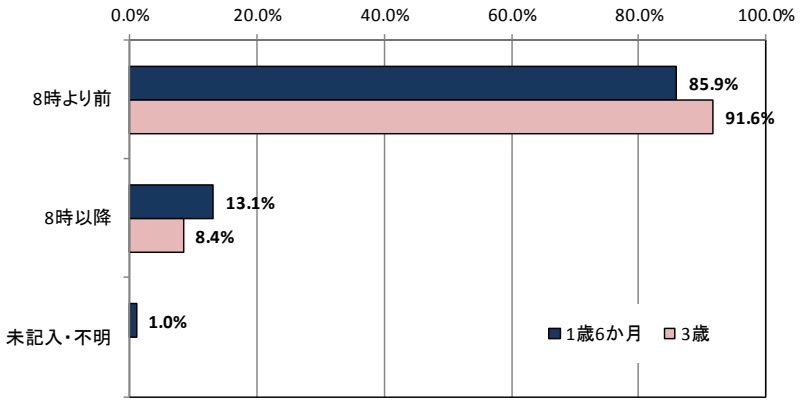
3歳	H24	
	人	割合
22時より前	161	67.6%
22時以降	77	32.4%
未記入・不明	0	0.0%
合計	238	100.0%



図表 2-58 起床時間

●起床時間 1.6歳	H24	
	人	割合
8時より前	170	85.9%
8時以降	26	13.1%
未記入・不明	2	1.0%
合計	198	100.0%

3歳	H24	
	人	割合
8時より前	218	91.6%
8時以降	20	8.4%
未記入・不明	0	0.0%
合計	238	100.0%



(4) 対策

やせや肥満が生活習慣病に関連があるため、一人ひとりが自分にあった適切な量と質の食事を選択し、保つことが出来る力を身につける取り組みが必要です。また、適切な食品（栄養素）の食事を摂っているか、健診データからの確認も必要です。

乳幼児期から学童期に関して、本町では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現在のところありません。今後は、子ども達の健康を考える関係者と保護者が健康実態についての共通認識を持って連携し、乳幼児からの生活習慣病予防を検討し、その結果に基づいたアプローチを行うことが重要です。

また、食生活はライフスタイルの多様化などにより、大きく変化しています。子どもの頃に身に付いた望ましい食習慣、生活リズムを成人期から高齢期に至るまでライフステージに応じた間断ない食育を推進することが必要です。

第２次うちなだ食育推進計画については、子ども達の健康を考える関係者と保護者が健康実態についての共通認識を持って連携し、乳幼児からの生活習慣病予防を検討し、その結果に基づいたアプローチを行うことが重要です。

国の第２次食育推進基本計画の重点課題としては、３つが掲げられています（P.98 に示すもの）。それを踏まえつつ、前計画の５つ星を取り組み指標として、引き続き目標として「第２次うちなだ食育推進計画」を推進することとします。

①生活習慣病の発症予防のための取り組みの推進

ライフステージに対応した栄養指導

- マタニティクラス（妊娠期）
- 乳幼児健康診査、乳幼児相談（乳幼児）
- 食生活改善推進員育成事業（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（青年期、壮年期、高齢期）

②生活習慣病の重症化予防のための取り組みの推進

特定健康診査結果に基づいた栄養指導

・糖尿病や慢性腎臓病など、食事療法が必要な生活習慣病に対する栄養指導の実施

③学童期への保健指導の推進

学校保健との課題の共有と検討

・学校で行われている様々な検査についての情報共有

④食育の普及

子どもに対する栄養バランスについての知識の普及

・好き嫌いなく、いろいろなもの食べられるように食べることや栄養バランスについての関心を高め、「食」に関する知識を楽しみながら深められる指導の実施
・料理教室、野菜の栽培をする機会の創出
・単に料理をする力を身につける事ではなく、「食」を通したコミュニケーションを図り、食べることへの感謝の気持ちを育む。

町民一人ひとりが食育に関心を持ち、「食」に関わる各種関係団体が連携し、食育を推進する。

家庭、保育所（園）、幼稚園、学校等、地域における食育の推進

生産者、農林漁業者等による食育・地産地消の推進

食文化の継承

・郷土料理等の継承

ボランティアの協力

2）身体活動・運動

(1) はじめに

身体活動とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを、運動とは、身体活動のうちスポーツやフィットネスなど健康・体力の維持・増進を目的として行われるものをいいます。

身体活動・運動の量が多い人は、不活発な人と比較して循環器疾患やがんなどの非感染性疾患の発症リスクが低いことが実証されています。

世界保健機構(WHO)は、高血圧、喫煙、高血糖に次いで、身体不活動を全世界の死亡に関する危険因子の第 4 位と認識し、日本でも、身体活動・運動の不足は喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡の 3 番目の危険因子であることが示唆されています。

最近では、身体活動・運動は非感染性疾患の発症予防だけでなく、高齢者の運動機能や認知機能の低下など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、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、運動器の健康への人々の意識改革と健康長寿を実現することを目指しています。

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や環境をつくること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位である関節軟骨、脊椎の椎間板、そして実際に動かす筋肉、神経系がある）の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態をいう。

・運動器の機能低下が原因で、日常生活を営むのに困難をきたすような歩行機能の低下、あるいはその危険があることを指す。

・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つながります。

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

(3) 現状と目標

①日常生活における歩数の増加

（日常生活において歩行または同等の身体活動を１日１時間以上実施する者）

歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標です。

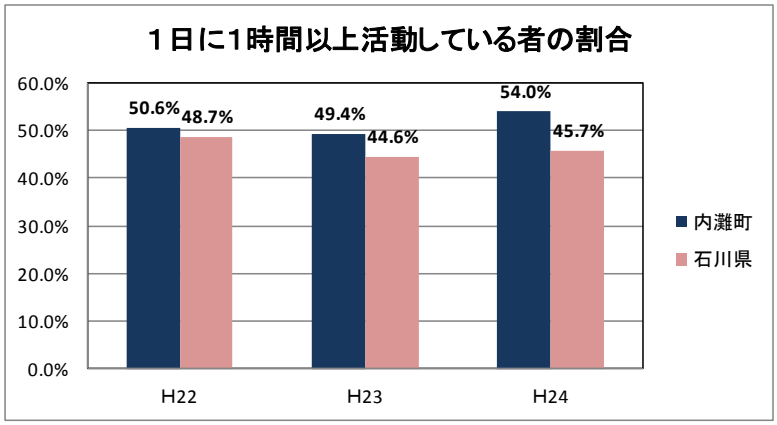
歩数の不足ならびに減少は、肥満や生活習慣病発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子でもあります。

本町では、特定健診受診者に対して、身体活動の状況を確認しています。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、県全体と比べてやや高く、全体の 50%程度となっています（図表 2-59）。

図表 2-59　１日に１時間以上活動している者の割合

年齢40～74歳

区分	内灘町		石川県	
	人	割合	人	割合
H22	890	50.6%	34,833	48.7%
H23	907	49.4%	34,698	44.6%
H24	1,003	54.0%	37,145	45.7%



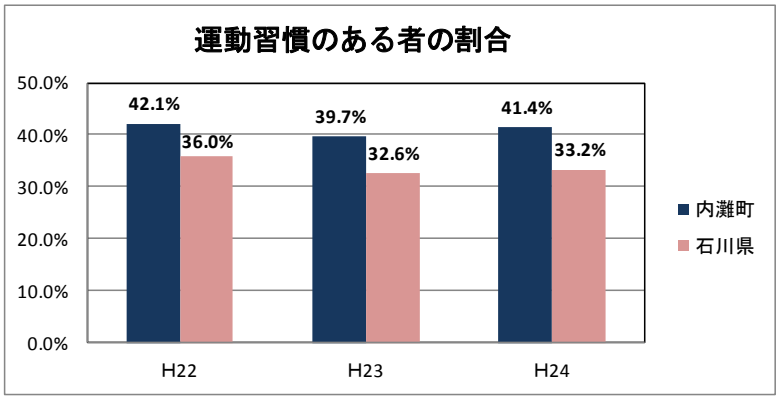
身体活動量を増やす具体的な手段は、歩行を中心とした身体活動を増加させるように心掛けることですが、町では道路の凍結や積雪等により冬期間の歩行は、転倒などの危険を伴うことが多くなるため、年間を通して安全に歩行できるなどの環境整備が必要になります。

②運動習慣者の割合の増加

運動は余暇時間に取り組むことが多いため、勤労世代（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、本町も同様の傾向です（図表 2-60,61）。

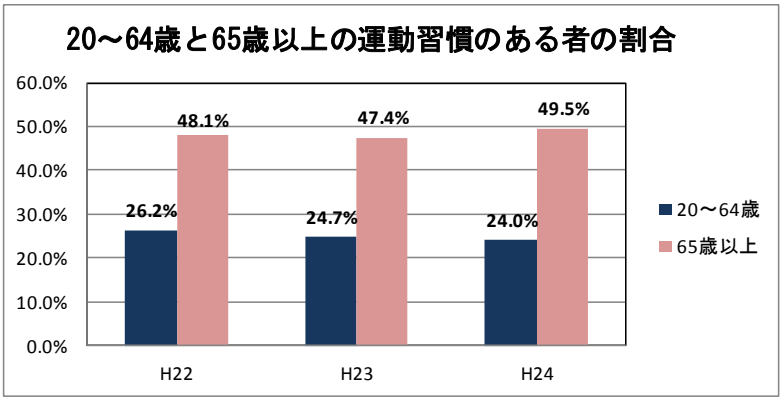
特定健診受診者の身体活動状況で、運動習慣がある者の割合は、県全体と比べ高く、40%程度となっています。

図表 2-60　運動習慣のある者の割合の推移
（1 日 30 分以上軽く汗をかく運動　週 2 日以上、1 年間以上実施）



区分	内灘町		石川県	
	人	割合	人	割合
H22	741	42.1%	25,779	36.0%
H23	729	39.7%	25,405	32.6%
H24	770	41.4%	26,997	33.2%

図表 2-61　20～64 歳と 65 歳以上の運動習慣のある者の割合の比較



区分	20～64歳			65歳以上		
	人数	総数	割合	人数	総数	割合
H22	306	1,166	26.2%	506	1,051	48.1%
H23	298	1,208	24.7%	534	1,127	47.4%
H24	266	1,108	24.0%	591	1,193	49.5%

(4) 対策

①身体活動量の増加や運動習慣の必要性についての知識の普及・啓発の推進

・ライフステージや個人の健康状態に応じた適切な運動指導

②身体活動及び運動習慣の向上の推進

・町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活用
・町の各部局や関係機関が実施している事業への勧奨
・運動関連団体との連携、活用

3）飲酒

⑴ はじめに

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

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

また、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などは、1 日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されています。

全死亡、脳梗塞及び冠動脈疾患については、男性では 44g/日（日本酒 2 合/日）、女性では 22g/日（日本酒 1 合/日）程度以上の飲酒でリスクが高くなることが示されています。

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

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

⑵ 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・母乳を授乳中の乳児への影響を含めた、健康との関連や「リスクの少ない飲酒」など、正確な知識を普及する必要があります。

(3) 現状と目標

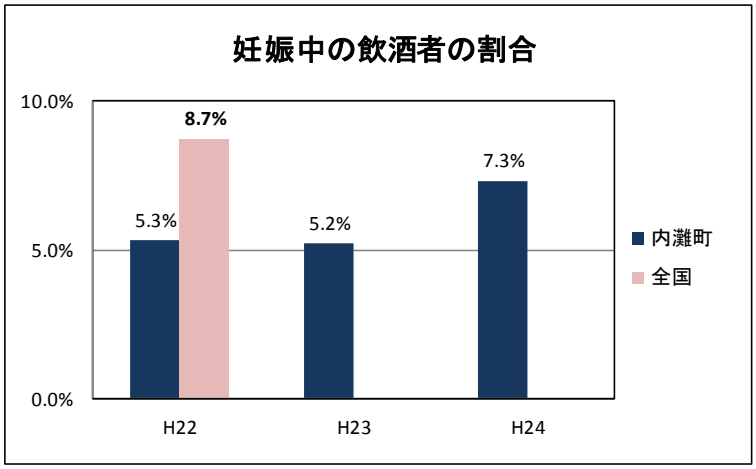
①妊娠中の飲酒をなくす

女性は男性に比べて、アルコールによる健康障害を引き起こしやすいことが知られています。また、妊娠中の飲酒は、胎児性アルコール症候群や発育障害を引き起こします。これを予防し得る安全な飲酒量はいまだわかっておらず、妊娠中あるいは妊娠しようとしている女性はアルコールを断つことが求められています。また、授乳中も血中のアルコールが母乳にも移行するため飲酒を控えるべきです。さらに、妊婦や授乳している女性本人の努力のみならず、そのような女性が飲酒しないよう、周囲の人達が理解し支援する体制づくりも必要です。

本町の妊娠中に飲酒している人の割合は、増加しています（図表 2-62）。

図表 2-62　妊娠中の飲酒者の割合

年度	内灘町			全国
	届出数	飲酒数	割合	割合
H22	206	11	5.3%	8.7%
H23	192	10	5.2%	
H24	220	16	7.3%	



②生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者）の割合の低減

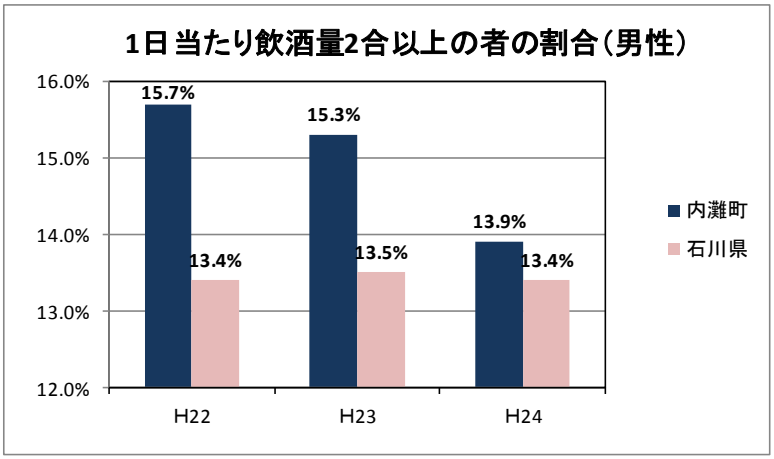
本町の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合は、男性も女性も県割合より多くなっています（図表 2-63,64）。

また、毎日飲酒する人の割合も、男女とも県より高くなっています（図表 2-65,66）。

図表 2-63　1 日当たり飲酒量 2 合以上の者の割合（男性）

特定健診対象者
年齢　40～64歳　男

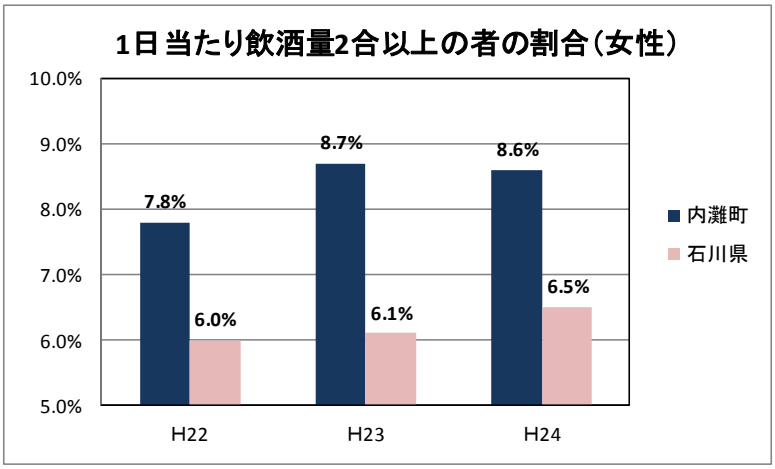
年度	内灘町		石川県	
	人数	割合	人数	割合
H22	119	15.7%	3,832	13.4%
H23	113	15.3%	4,294	13.5%
H24	108	13.9%	4,482	13.4%



図表 2-64　1 日当たり飲酒量 2 合以上の者の割合（女性）

特定健診対象者
年齢　40～64歳　女

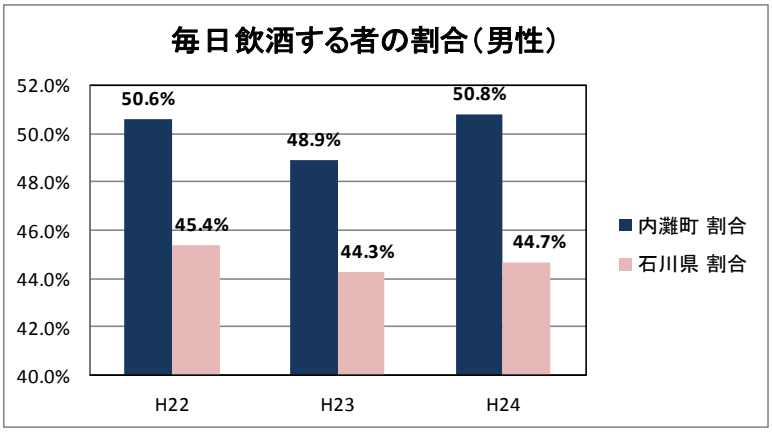
年度	内灘町		石川県	
	人数	割合	人数	割合
H22	79	7.8%	2,559	6.0%
H23	96	8.7%	2,818	6.1%
H24	94	8.6%	3,116	6.5%



図表 2-65　毎日飲酒する者の割合（男性）

特定健診対象者
年齢　40～64歳　男

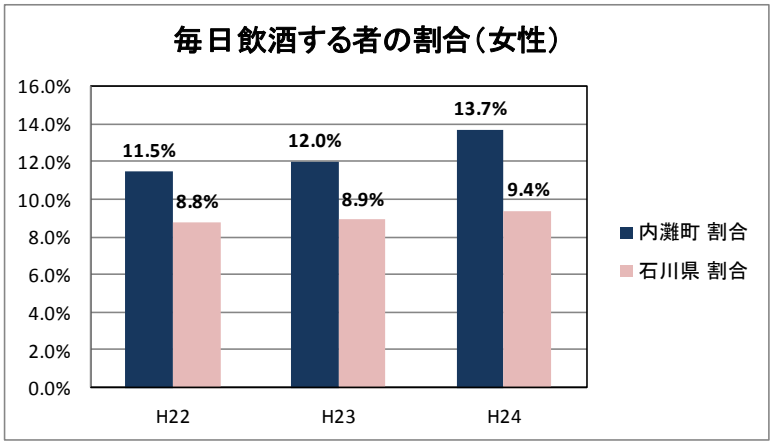
年度	内灘町		石川県	
	人数	割合	人数	割合
H22	374	50.6%	12,975	45.4%
H23	360	48.9%	14,053	44.3%
H24	395	50.8%	14,942	44.7%



図表 2-66　毎日飲酒する者の割合（女性）

特定健診対象者
年齢　40～64歳　女

年度	内灘町		石川県	
	人数	割合	人数	割合
H22	117	11.5%	3,778	8.8%
H23	132	12.0%	4,093	8.9%
H24	148	13.7%	4,484	9.4%



(4) 対策

①飲酒のリスクに関する教育・啓発の推進

・種々の保健事業の場での教育や情報提供
　母子健康手帳交付、マタニティクラス、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
・小学校等への出前授業における健康教育

②飲酒による生活習慣病予防の推進

・ヤング健診、特定健康診査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）、慢性閉塞性肺疾患=COPD(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)、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(Sudden Infant Death Syndrome)の原因になります。

たばこは、受動喫煙などの短期間の少量被曝によっても健康被害が生じますが、禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされています。

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かかわらず、新しい疾患名であることから十分認知されていませんが、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（「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。

(3) 現状と目標

①成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）

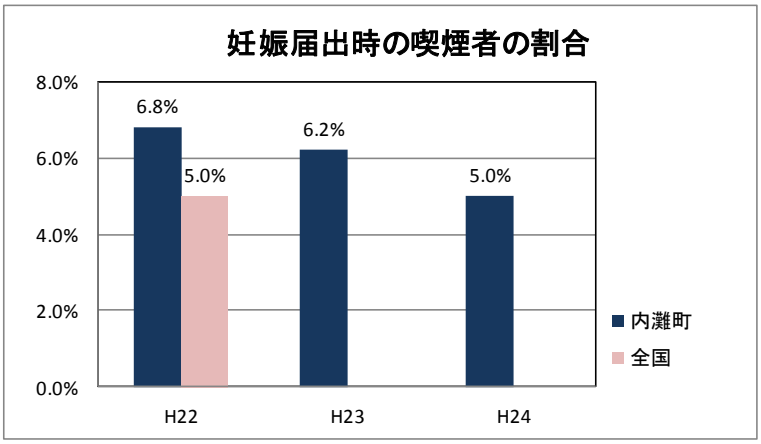
喫煙率の低下は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから指標として重要です（図表 2-67,68,69）。

本町の成人の喫煙率は、県と比較すると多く推移しており、男女ともに年々低下しています。妊娠届出時の喫煙率も年々低下しています。

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

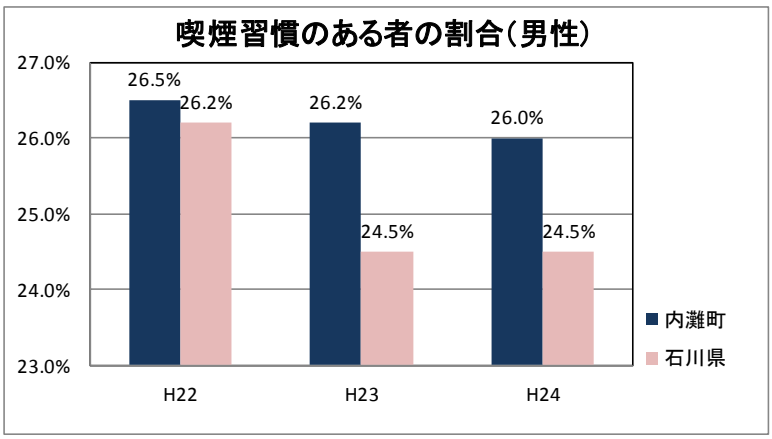
図表 2-67　妊娠届出時の喫煙者の割合

年度	内灘町			全国
	届出数	喫煙数	割合	割合
H22	206	14	6.8%	5.0%
H23	192	12	6.2%	
H24	220	11	5.0%	



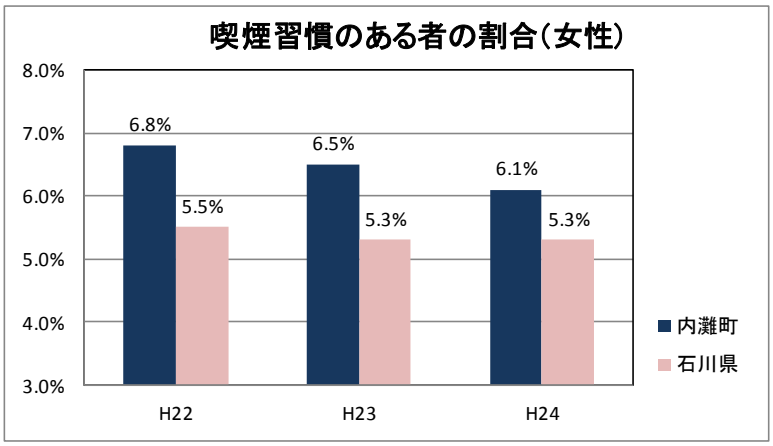
図表 2-68　喫煙習慣のある者の割合（特定健診受診者　40～64 歳　男性）

年度	内灘町		石川県	
	人数	割合	人数	割合
H22	196	26.5%	7,496	26.2%
H23	193	26.2%	7,759	24.5%
H24	202	26.0%	8,177	24.5%



図表 2-69 喫煙習慣のある者の割合（特定健診受診者 40～64 歳 女性）

年度	内灘町		石川県	
	人数	割合	人数	割合
H22	69	6.8%	2,374	5.5%
H23	72	6.5%	2,440	5.3%
H24	66	6.1%	2,558	5.3%



(4) 対策

①たばこのリスクに関する教育・啓発の推進

・種々の保健事業での禁煙の助言や情報提供

母子健康手帳交付、プレママクラス、乳幼児健診及び相談、がん検診等

・小学校等への出前授業における健康教育

②禁煙支援の推進

・ヤング健診、特定健康診査結果に基づいた禁煙支援・禁煙治療への個別指導

③受動喫煙防止対策の推進

・公共施設の建物内禁煙、無煙化の推進

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。

十分な睡眠をとりストレスと上手につきあうことは、こころの健康に欠かせない要素であり、また、良い睡眠は生活習慣病予防につながることから、休養・睡眠が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが重要です。

(2) 基本的な考え方

さまざまな面で変動の多い現代は、家庭でも社会でも常に多くのストレスにさらされ、ストレスの多い時代であるといえます。また、「24 時間社会」と言われる現代社会で昼夜の区別が希薄になる弊害から「健康睡眠」を確保できない人も少なくありません。

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。

平成 26 年改定の「健康づくりのための睡眠指針 2014～睡眠 12 箇条～」には、「良い睡眠は生活習慣病予防につながります」、「睡眠による休養感は、こころの健康に重要です」とあります。指針には、①睡眠不足や不眠は生活習慣病の危険を高める、②肥満が睡眠時無呼吸のもとであり、生活習慣病の原因になる、③眠れない、睡眠により休養感が得られない場合、こころの SOS やうつ病の可能性もあることが示されています。

生活習慣の見直しを考える際、食事や運動と併せて睡眠習慣のマネジメントも必要となります。

【参考】

「健康づくりのための睡眠指針 2014～睡眠 12 箇条～」

1. 良い睡眠で、からだもこころも健康に。
2. 適度な運動、しっかり朝食、ねむりとめざめのメリハリを。
3. 良い睡眠は生活習慣病予防につながります。
4. 睡眠による休養感は、こころの健康に重要です。
5. 年齢や季節に応じて、ひるまの眠気で困らない程度の睡眠を
6. 良い睡眠のためには、環境づくりも重要です。
7. 若年世代は夜更かし避けて、体内時間のリズムを保つ。
8. 勤労世代の疲労回復・能率アップに、毎日十分な睡眠を。
9. 熟年世代は朝晩のメリハリ、ひるまに適度な運動でよい睡眠。
10. 眠くなってから寝床に入り、起きる時間は遅らせない。
11. いつもと違う睡眠には、要注意。
12. 眠れない、その苦しみをかかえずに、専門家に相談を。

(3) 現状と目標

①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

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

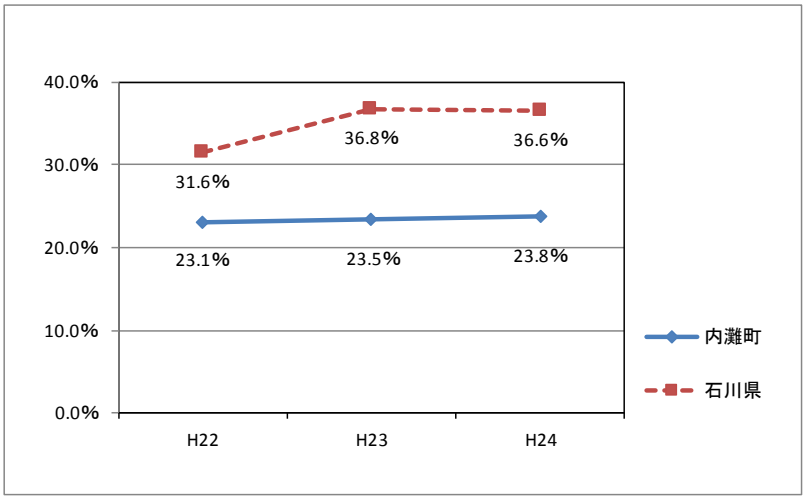
また、睡眠障害はこころの病気の症状としてあらわれることも多く、再発のリスクも高めます。

さらに近年では、睡眠不足や睡眠障害が肥満、高血圧、糖尿病の発症・悪化要因であること、心疾患や脳血管障害を引き起こし、ひいては死亡率の上昇をもたらすことも知られています。

このように、睡眠に関しては、健康との関連がデータ集積により明らかになっているため、睡眠による休養を評価指標とします。

本町では、国保特定健康診査受診者の問診で睡眠による休養が十分に取れていないと思っている人の割合は約 23%で県を下回っています（図表 2-70）。

図表 2-70 睡眠で休養が十分に取れていない人の割合の推移
（特定健診対象者年齢 40～64 歳 男女）



特定健診対象者

年齢 40～64歳 男女

年度	内灘町		石川県	
	割合	人数	割合	人数
H22	23.1%	406	31.6%	22,607
H23	23.5%	431	36.8%	28,638
H24	23.8%	442	36.6%	29,734

年齢 40～64歳 男

年度	内灘町		石川県	
	割合	人数	割合	人数
H22	20.0%	147	30.1%	8,598
H23	21.5%	158	35.5%	11,251
H24	21.9%	170	35.4%	11,840

年齢 40～64歳 女

年度	内灘町		石川県	
	割合	人数	割合	人数
H22	25.4%	259	32.6%	14,009
H23	24.8%	273	37.7%	17,387
H24	25.2%	272	37.4%	17,894

(4) 対策

①睡眠と健康との関連等に関する教育の推進

・各々の就業時間や生活リズムに合わせた休養の取り方についての情報提供をする。

②良質な睡眠時間を確保するためのワークライフバランスの推進

・町内の企業に対し、その重要性を周知する。

4. こころの健康

(1) はじめに

社会生活を営むために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康です。こころの健康とは、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が加えられ、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。

本町では自殺防止対策指針に基づく対策の一つとして、こころの健康づくりの推進に取り組んでいます。地域、学校、職場でのメンタルヘルス対策を推進するとともに、うつ病などのこころの病気に対する正しい知識や認識を啓発し、早期に適切な治療やケアが受けられるよう推進しています。

(2) 基本的な考え方

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

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

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、精神科を受診したり、相談したりすることは少ないと考えられます。

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

同時に、本人のこころの健康の不調に最初に気づくのは、家族や職場の同僚です。

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

こころの病気に伴う様々な言動や症状は、脳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。

(3) 現状と目標

①自殺者の減少（人口 10 万人当たり）

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

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

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

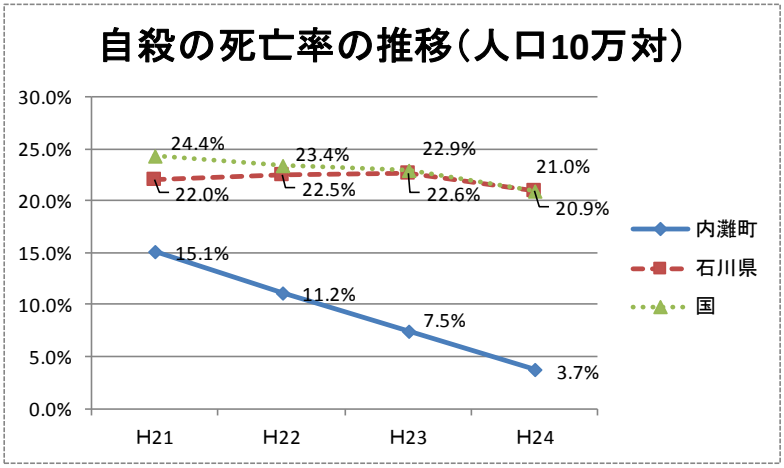
本町の自殺による死亡率は県より低くなっていますが、精神障害者手帳の交付は、平成 24 年で 108 人、自立支援医療費（精神通院）は 251 人、国保の気分障害の受療率は増加傾向にあります（図表 2-71,72,73)。

自殺の背景として、経済状況や仕事（過労）などの社会的な要因も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。今後は、うつ病などに至る事例の実態把握をし、こころの健康に対する予防対策を検討していきます。

図表 2-71　自殺の死亡率

自殺者の死亡率(人口10万対)

年度	内灘町		石川県		国	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H21	4	15.2%	254	22.0%	30,707	24.4%
H22	3	11.2%	261	22.5%	29,554	23.4%
H23	2	7.5%	261	22.6%	28,896	22.9%
H24	1	3.7%	241	20.9%	26,433	21.0%



図表 2-72　障害者手帳、自立支援医療(精神通院)年度推移

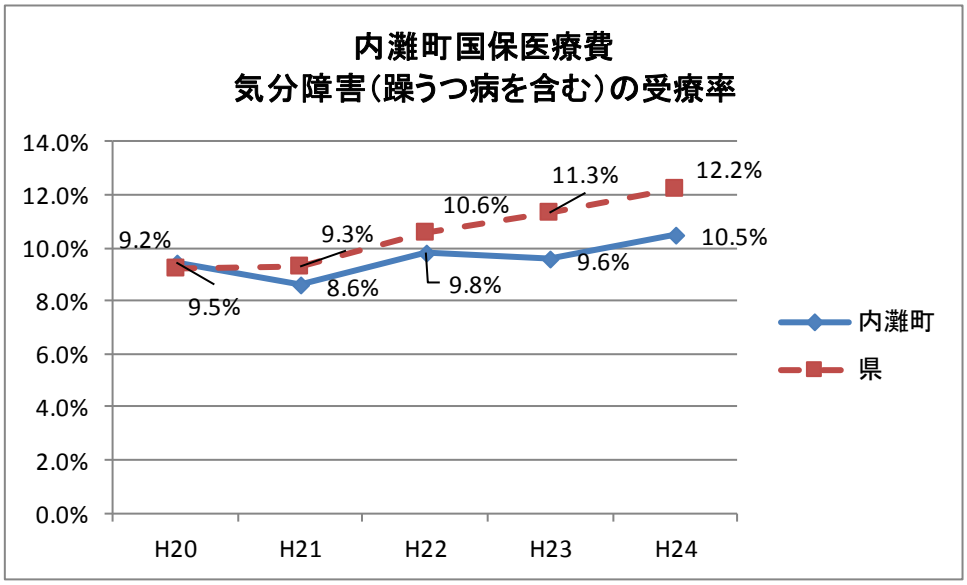
障害者手帳　年度推移

	H22年度	H23年度	H24年度
精神	97	109	108

自立支援医療(精神通院)

	H23年度	H24年度
実数	240	251

図表 2-73　国保医療費　気分障害（躁うつ病を含む）の受療率の推移



(4) 対策

①こころの健康に関する啓発・普及

・家庭や地域、職場でのうつ病等の気分障害や自殺予防に関する正しい知識の普及（健康教育・講演会等）

・相談窓口の周知、相談体制の整備

②専門家による相談事業の推進

・精神科医への相談による早期治療開始への支援

5. 高齢者の健康

(1) はじめに

わが国は世界最長寿国であるとともに少子化が同時に進行し、人口の急激な高齢化が進んでいます。今後 10 年先を見据えた時に、高齢者の健康づくりの目標として、健康寿命の更なる延伸、生活の質の向上、健康格差の縮小、さらには社会参加や社会貢献などが重要となります。健康寿命の更なる延伸に向けては、健康度の高くなっている高齢者については就労や社会参加を促進する必要があり、一方で、虚弱化を予防又は先送りすることも重要な課題となります。

いずれにしても、個々の高齢者の特性に応じて生活の質の向上が図られる必要があります。

(2) 基本的な考え方

①介護保険サービス利用者の増加の抑制

現在のわが国の要介護認定者数（要支援認定者数を含む。以下同じ）は、平成 23 年 12 月には 525 万人で、この状況は介護保険発足時の要介護認定者数から見て約 2.4 倍に増加しています。

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、介護保険サービスの利用者数の増加傾向は続くと推測されます。しかし、健康寿命の延伸を目指して生活習慣を改善し、介護予防の取り組みを推進することにより、高齢者が要介護状態となる時期を遅らせることができると期待されます。

②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上

平成 22 年の全国の 65 歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値は 15%、認知症有病者数は約 439 万人と推計されます。また、全国の MCI(Mild Cognitive Impairment)（※軽度認知障害者）の有病率推定値は 13%、MCI 有病者数は約 380 万人と推計されます。

認知症はその原因からいくつかの種類に分けられますが、最も多いのは、脳の神経細胞の異常が原因で起こる「変性性認知症」の代表であるアルツハイマー型認知症で、全体の約 50%を占め、次いで脳梗塞など脳血管の異常が原因で起こる「脳血管性認知症」約 20%となっています。

脳血管性認知症については、その原因である脳梗塞などの発症を予防することが、認知症の発症予防につながります。また、最近の研究では、アルツハイマー病の治療にも「血管リスク軽減」が重要であるといわれており、認知症の発症を 5 年遅らせることができれば、その有病率を 50%減らすことができるともいわれています。

MCI 高齢者に対して運動や趣味に関する様々な介入を行うことによって認知機能低下を抑制したりできることが明らかになっていますが、同時に、脳血管リスクの原因となる糖尿病、高血圧、脂質異常の改善が認知症発症の時期を遅らせる重要な鍵といえます。

③ロコモティブシンドローム（運動器症候群）予防の取り組み

歩行速度が速い高齢者ほど生活機能を維持しやすく余命も長いことが知られており、歩行速度は要介護状態に対する予知因子ともいえる機能です。高齢者における歩行速度は、65 歳以降緩やかで直線的な低下を示し、女性 75 歳以降、男性 80 歳以降には日常生活に不自由が生じ始めます。総合的な歩行機能の維持向上のためには、高齢者における運動器の健康維持が極めて重要になります。

ロコモティブシンドローム（運動器症候群）は、運動器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と定義されています。

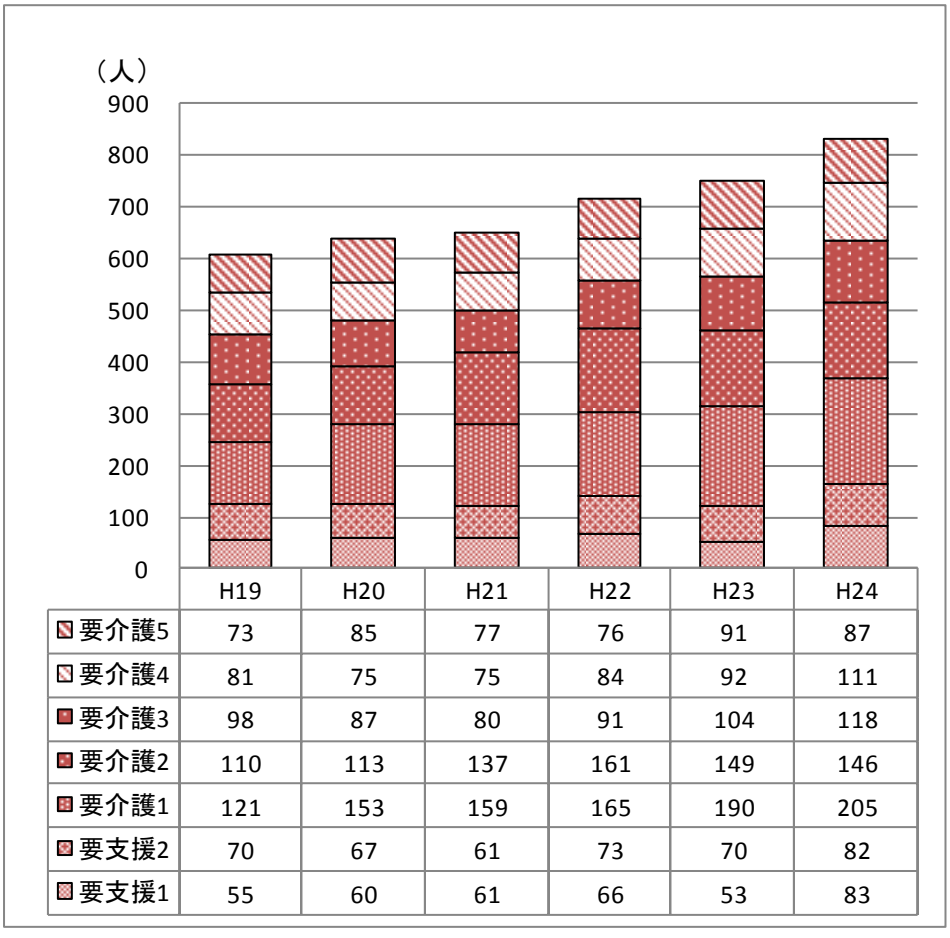
ロコモティブシンドロームの予防の重要性が認知されれば、個々人の行動変容が期待でき、国民全体として運動器の健康が保たれ、介護が必要となる国民の割合を減少させることが期待できます。

(3) 現状と目標

①介護保険サービス利用状況

本町では平成 24 年度、要介護認定者数が 832 人となり年々増加しています。また、新規要介護認定の三大原因疾患は、認知症（約 22%）、脳血管疾患（約 16%）、筋骨格系疾患（約 16%）です（図表 2-74,75）。

図表 2-74 要介護(支援)認定者の推移



	H19	H20	H21	H22	H23	H24
要介護5	73	85	77	76	91	87
要介護4	81	75	75	84	92	111
要介護3	98	87	80	91	104	118
要介護2	110	113	137	161	149	146
要介護1	121	153	159	165	190	205
要支援2	70	67	61	73	70	82
要支援1	55	60	61	66	53	83

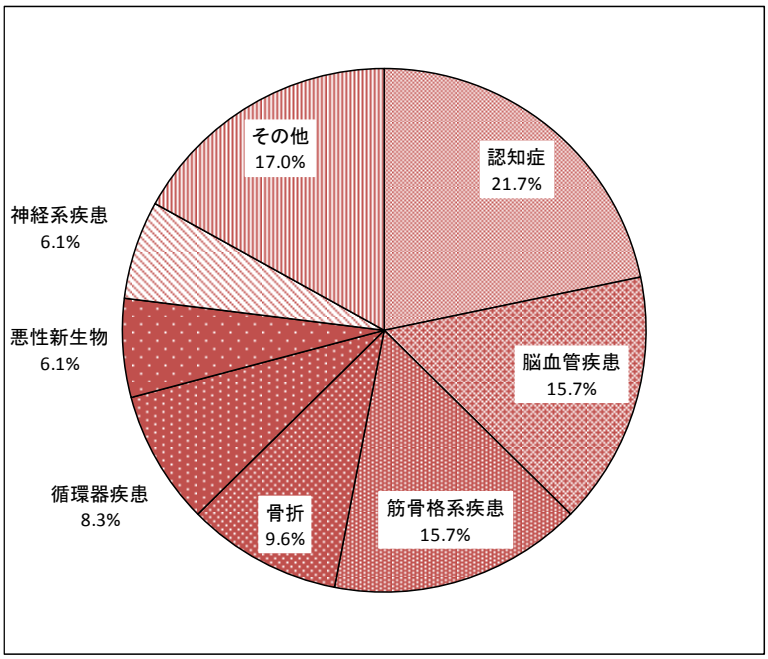
各年度末現在　単位：人、％

認定区分	平成19年度		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	
	認定者数	構成比	認定者数	構成比	認定者数	構成比	認定者数	構成比	認定者数	構成比	認定者数	構成比
要支援1	55	9.0	60	9.4	61	9.4	66	9.2	53	7.1	83	10.0
要支援2	70	11.5	67	10.5	61	9.4	73	10.2	70	9.3	82	9.9
要介護1	121	19.9	153	23.9	159	24.5	165	23.0	190	25.4	205	24.6
要介護2	110	18.1	113	17.7	137	21.1	161	22.5	149	19.9	146	17.5
要介護3	98	16.1	87	13.6	80	12.3	91	12.7	104	13.9	118	14.2
要介護4	81	13.3	75	11.7	75	11.5	84	11.7	92	12.3	111	13.3
要介護5	73	12.0	85	13.3	77	11.8	76	10.6	91	12.1	87	10.5
認定者総数	608	100.0	640	100.0	650	100.0	716	100.0	749	100.0	832	100.0

資料：町民福祉部介護福祉課　介護保険事業報告

図表 2-75　新規要介護認定原因疾患（H24 年度）

疾患名	人数（人）
認知症	50
脳血管疾患	36
筋骨格系疾患	36
骨折	22
循環器疾患	19
悪性新生物	14
神経系疾患	14
その他	39
総計	230



コラムその５　生活習慣病と認知症～脳血管リスクの管理～

認知症は、本人だけでなく、周囲の家族にとっても辛い病気です。進行を抑える薬があるものの、治療より介護が中心になります。そのため、当事者だけの問題ではなく、医療、介護の連携や認知症を理解し地域で支援していくしくみづくりが進んでいます。

では、認知症の予防はどうしたらよいのでしょう。イギリスでは、脳卒中や心臓病の予防対策が認知症発症を減らすことに効果をあげています。脳血管性認知症はもちろん、変性疾患のアルツハイマー型認知症でも、脳の血液循環を整えること、血管リスクの管理が何より重要であるといわれています。降圧剤の投与で認知症を防げたという報告もあり、血圧が高い人はしっかりとした治療が必要です。また、最近では、アルツハイマー病は「脳の糖尿病」状態であるという報告もあります。脳というのはブドウ糖が唯一の栄養源で、インスリンの作用が悪く、糖分がうまく利用できなければ神経細胞が働かなくなるわけです。いかに糖尿病を管理するかということが認知症の治療にとって重要になります。さらに、運動習慣がある人は認知症発症の危険性が 4 割減ると言われています。この様に、若いうちからの生活習慣病予防は、将来の認知症予防にもつながるわけです。

②後期高齢者健診の状況

後期高齢者健診有所見状況をみると、糖尿病と高血圧の所見が約 60%あり、適切な治療が必要です（図表 2-76）。

図表 2-76　後期高齢者健診有所見状況(H24)受診者 748 人

順位	病名	人数	割合
1位	HbA1c	466人	62.3%
2位	収縮期血圧	441人	59.0%
3位	eGFR	297人	39.7%
4位	LDLコレステロール	267人	35.7%
5位	尿たんぱく	204人	27.3%
6位	BMI	197人	26.4%
7位	中性脂肪	188人	25.1%
8位	血糖値	147人	19.7%
9位	HDLコレステロール	108人	14.4%
10位	拡張期血圧	98人	13.1%
11位	尿酸	80人	10.7%
12位	ALT（GPT）	64人	8.6%
13位	血清クレアチニン	37人	4.9%

(4) 対策

①要介護状態に至ることを予防する取り組み

・認知症、脳血管疾患の発症予防として、健診の受診勧奨と生活習慣病の改善を図る
・介護予防事業の充実と対象者の早期発見と支援
・ロコモティブシンドロームについての知識の普及や啓発とその対策

6. 目標値の設定

健康日本 21（第 2 次）では、目標の設定に当たって「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」、「実行可能である目標を設定」「既存のデータ活用により、自治体が自ら進行管理ができる目標の設定」が示されています。また、設定した目標のうち重要と考えられる指標については、中間評価を行い、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ています。

これを踏まえ、本町でも毎年の保健活動を評価し、次年度の取り組みに反映させることができる目標を設定します（図表 2-77）。

図表 2-77

＜がん＞

項目	町の現状値		町の目標値		国の現状値		国の目標値		データソース
①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人あたり）	81.1	H23	減少	H36	84.3	H22	73.9	H27	①
②がん検診の受診率の向上									
・胃がん	14.1%	H23	20.0%	当面	男性 34.3% 女性 26.3%	H22	40.0%	当面	②
・肺がん	31.1%		40.0%		男性 24.9% 女性 21.2%				
・大腸がん	22.4%				男性 27.4% 女性 22.6%				
・子宮頸がん	33.3%		50.0%	H36	32.0%		50.0%	H28	
・乳がん	34.9%				31.4%				

＜循環器疾患＞

項目	町の現状値		町の目標値		国の現状値		国の目標値		データソース
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人あたり）									
・脳血管疾患	34.8	H23	29.8	H36	男性 49.5 女性 26.9	H22	男性 41.7 女性 24.7	H34	①
・虚血性心疾患（町は心疾患）	51.7		48.2		男性 36.9 女性 15.3		男性 31.8 女性 13.7		
②高血圧の改善（140/90mmHg以上の者の割合）	24.3%	H24	H27年度から10%減少	H36					③
③脂質異常症の減少（国:40～49才,町40～74才とする）					男性 13.8%		男性 10.0%		
・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合	8.2%	H24	※1 現状維持または減少	H36	女性 22.0%	H22	女性 17.0%	H34	
・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合	11.7%		7.7%		男性 8.3% 女性 11.7%		男性 6.2% 女性 8.5%		
④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	496人（26.6%）		H20年度と比べて25%減少	H29	約2000万人	H20	H20年度と比べて25%減少	H27	
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上									
・特定健康診査の実施率	44.2%	H24	60%	H29	32.7%	H23	60.0%	H29	
・特定保健指導の終了率	32.5%		60%		21.7%		60.0%		

＜糖尿病＞

項目	町の現状値		町の目標値		国の現状値		国の目標値		データソース
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	6人	H24	3人	H36	16,271人	H22	15,000人	H34	④
②治療継続者の割合の増加（HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合）	58.9%		70.0%		63.7%		75.0%		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（町：特定健診受診者でHbA1cがNGSP値8.4%以上の者の割合の減少）	1.2%		1.0%		1.2%	H21	1.0%		
④糖尿病有病者の増加の抑制（町：特定健診受診者でHbA1c6.5%以上の者の割合）	180人（9.3%）		250人（10.0%）		890万人（7.0%）		1,000万人（8.2%）		

＜歯・口腔の健康＞

項目	町の現状値		町の目標値		国の現状値		国の目標値		データソース
①歯周病を有する者の割合の減少									
・40歳代における進行した歯周炎を有する者の減少（4mm以上の歯周ポケット）	－		－		37.3%	H17	25.0%	H34	⑤
・60歳代における進行した歯周炎を有する者の減少（4mm以上の歯周ポケット）	－		－		54.7%		45.0%		
②乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加									
・3歳児でう蝕がない者の割合の増加	83.6%	H24	※1 現状維持または向上	H36	77.1%	H21	80%以上	H34	⑥
・12歳児の一人平均う歯数の減少（町：中学生でう蝕のない者の割合の増加）	30.0%		増加		1.3歯		1.0歯未満		⑦
③過去1年間に歯科検診を受診した者の増加（町：歯周疾患検診受診者数）	135人	H24	200人		34.1%		65.0%		⑤

＜栄養・食生活＞

項目	町の現状値		町の目標値		国の現状値		国の目標値		ﾃﾞｰﾀｿｰｽ
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 （町：住民健診受診者で20代女性のやせ（BMI18.5以下）の者の割合）	29.8%	H24	20.0%	H36	29.0%	H22	20.0%	H34	⑧
・全出生数中の低出生体重児の割合の減少	10.3%	H23	減少傾向へ		9.6%		減少傾向へ	H26	①
・肥満傾向にある子どもの割合の減少 （小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合） （町：小5・中学生の肥満度20%以上（軽度～）の児の割合）	<小> 男性 9.36% 女性 7.09% <中> 男性 5.31% 女性 10.26%	H24	減少傾向へ		男性 4.60% 女性 3.39%	H23	減少傾向へ	H34	⑦
・20～60歳代男性の肥満者の割合の減少（BMI25以上）	32.3%		28%		31.2%		28.0%		
・40～60歳代女性の肥満者の割合の減少（BMI25以上）	13.2%		※1 現状維持または減少		22.2%	H22	19.0%		③
・低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制	18.0%		22%		17.4%		22.0%		

＜身体活動・運動＞

項目	町の現状値		町の目標値		国の現状値		国の目標値		ﾃﾞｰﾀｿｰｽ
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）	54.0%	H24	増加	H36		H22		H34	③
・20～64歳					男性 7,841歩 女性 6,883歩		男性 9,000歩 女性 8,500歩		
・65歳以上					男性 5,628歩 女性 4,585歩		男性 7,000歩 女性 6,000歩		
②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）									
・20～64歳	41.4%		増加		男性 26.3% 女性 22.9% 総数 24.3%		男性 36.0% 女性 33.0% 総数 34.0%		
・65歳以上					男性 47.6% 女性 37.6% 総数 41.9%		男性 58.0% 女性 48.0% 総数 52.0%		

＜飲酒＞

項目	町の現状値		町の目標値		国の現状値		国の目標値		ﾃﾞｰﾀｿｰｽ
①妊娠中の飲酒をなくす	7.3%	H24	0.0%	H36	8.7%	H22	0.0%		⑧
②生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 （一日あ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）	男性 13.9% 女性 8.6%		男性 11.0% 女性 7.6%		男性 16.4% 女性 7.4%		男性 14.0% 女性 6.3%	H34	③

＜喫煙＞

項目	町の現状値		町の目標値		国の現状値		国の目標値		ﾃﾞｰﾀｿｰｽ
①妊娠中の喫煙をなくす	5.0%	H24	0.0%	H36	5.0%	H22			⑧
②成人の喫煙率の減少	男性 26.0% 女性 6.1%		男性 25.0% 女性 5.5%		19.5%	H22	12.0%	H34	③

＜休養＞

項目	町の現状値		町の目標値		国の現状値		国の目標値		ﾃﾞｰﾀｿｰｽ
①睡眠による休養を十分とれていないものの割合の減少	23.8%	H24	20.0%	H36	18.4%	H21	15.0%	H34	③

＜こころ＞

項目	町の現状値		町の目標値		国の現状値		国の目標値		ﾃﾞｰﾀｿｰｽ
①自殺者の減少（人口10万人あたり）	7.5	H23	※1 現状維持または減少	H36	23.4	H22	H17年より20%以上減	H28	①

※自殺総合対策大綱より

＜高齢者の健康＞

項目	町の現状値		町の目標値		国の現状値		国の目標値		ﾃﾞｰﾀｿｰｽ
①介護保険サービス利用者の増加の抑制	749人	H23	第6期介護保険事業計画に基づいて設定		452万人	H24	657万人	H37	⑨

＜次世代の健康＞

項目	町の現状値		町の目標値		国の現状値		国の目標値		ﾃﾞｰﾀｿｰｽ
①欠食のない子どもの割合の増加	1.6歳 81.8% 3歳 85.3%	H24	100%に近づける	H36	84.5%	H17	100%に近づける	H34	⑥

【 データソース 】
①衛生統計年報　②がん検診　③国保特定健康診査　④身体障害者手帳交付状況　⑤健康増進事業
⑥乳幼児健康診査　⑦学校保健統計　⑧妊娠届出書・妊婦健康診査　⑨介護保険事業報告

第３章　計画の推進

1. 健康増進に向けた取り組みの推進

1）推進の視点

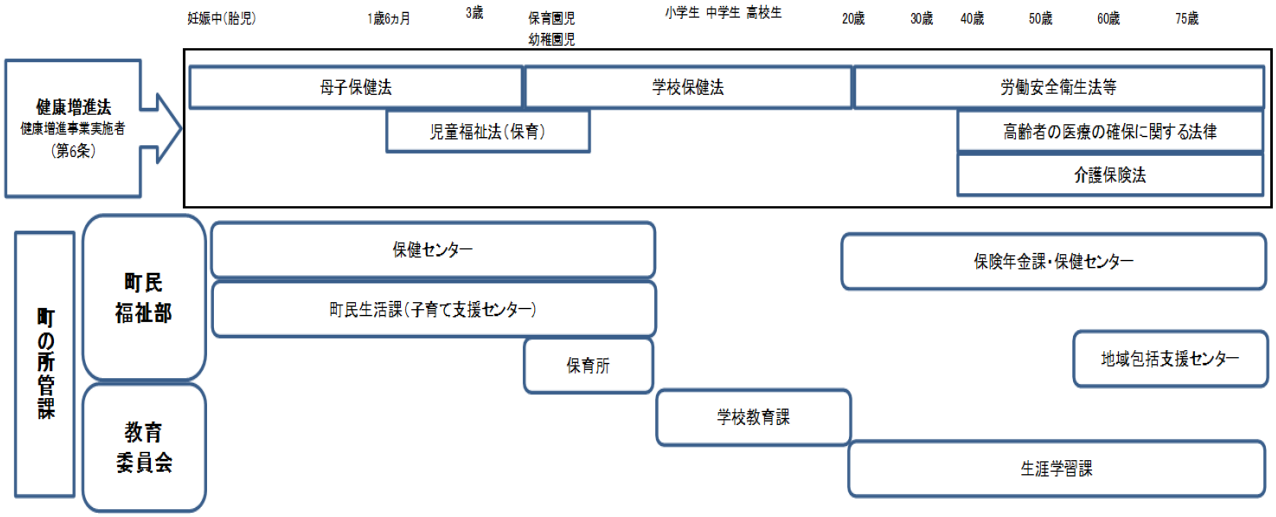
健康増進法は、第２条において各個人が生活習慣への関心と理解を深め、自らの健康状態を自覚して、生涯にわたって健康増進に努めなければならないことを、国民の責務とし、第８条において自治体はその取り組みを支援するものとして、計画化への努力を義務づけています。

町民の健康増進を図ることは、急速に高齢化が進む町にとっても、町民一人ひとりにとっても重要な課題です。

したがって、この「うちなだ健康プラン21」（第２次）を内灘町の健康づくりの重要施策として位置づけ、その推進においては、町民の健康に関する各指標を活用しながら、取り組みを推進していきます。

2）関係機関との連携（図表 3-1）

ライフステージに応じた健康の推進を図るための庁内の関係機関



母子保健法					(省令)児童福祉施設最低基準第35条		学校保健法		健康増進法	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3条)		第十九条の二	健康診断(第66条)		特定健診(第20条)	
妊婦健診			1歳6ヵ月児健診	3歳児健診			学校健診		健康診査	定期健康診断		特定健診	後期高齢者健診
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 妊娠時の母性保護」 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」		市町村における健康増進事業の実施				
8週前後	26週前後	36週前後	1歳6ヵ月	3歳	保育所	幼稚園	小学校、中学校、高等学校	大学	18～39歳	40歳未満	雇入時、35歳、40歳以上	40～74歳	75歳以上
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

健康増進事業の実施は、様々な部署にわたるため庁内関係課との連携を図ります。
また、町民１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、町内医療機関や金沢医科大学などに加え、健康づくり推進協議会の構成団体等とも十分に連携を図りながら、関係機関、関係団体、行政などが協働して進めていきます。

3）健康増進を担う人材の確保

町に暮らす人々に対して健康増進に向けた取り組みを進めていくためには、保健師や管理栄養士等の数や配置などの条件が整えればよいという訳ではありません。健康づくり運動として、より地域に密着した活動になるためには、そこに住む地域住民の力が必要です。

現在、健康増進に関する施策を推進するマンパワーとして健康づくり推進員がいます。また、地域には民生児童委員やシニアクラブ、保育ボランティアなど様々な分野でのボランティア団体があります。

まずは、その方々自身が健康で活発に活動していくために、健康づくりに関する研修会などを実施し、各々の活動の中に「健康づくりの視点」も盛り込みながら活動を進めていくことで、地域に密着した効果的な健康づくり運動がすすめられていくと考えます。

2. 基本方針

健康を実現するためには、一人ひとりが自分らしい健康観を持ち、主体的に取り組むことが大切です。また、その取り組みは地域や行政が支援することでより効果的になります。

そのため、基本方針を次のように掲げ、内灘町健康づくり月間と健康づくりのスローガンを定めました。

① 生活習慣病の発症予防、重症化予防をしよう。

不適切な食生活、運動不足、ストレス過剰、喫煙、過度の飲酒など、生活習慣病は文字通り、普段の生活習慣が発症や進行に深くかかわっています。特に、働き盛りの早世死亡を防ぐためにも、心臓病など循環器疾患、糖尿病、歯・口腔疾患の早期発見と重症化予防に積極的に取り組みます。また、介護が必要になる認知症や脳卒中などの発症を予防するうえでも、若い頃からの生活習慣病予防が重要になります。一人ひとりが暮らしの中から健康づくりを考えることができるよう支援します。

② 生涯にわたり食育を推進しよう。

適切な食習慣を身につけるには、子どもの頃から食に関心をもてるような働きかけが必要です。また、生活習慣病予防には食生活の改善が不可欠です。自分の体と食生活に関心をもち、健康的な食生活を目指しましょう。

＜うちなだ食育推進計画（第２次）＞

国の第２次食育推進基本計画の重点課題として下記に示した３つが掲げられています。それを踏まえつつ、前計画の「子ども達に伝えていきたい食育視点（5つ星）」を取り組み指標として、引き続き「うちなだ食育推進計画（第２次）」を推進することとします。「食」を通じたコミュニケーションや体験を通して、豊かな心と元気な体をはぐくむことを目標とします。

【第２次　食育推進基本計画の重点課題（国）】
- 生涯にわたるライフステージに応じた間断ない食育の推進
- 生活習慣病の予防及び改善につながる食育の推進
- 家庭における共食を通じた子どもへの食育の推進

子ども達に伝えていきたい食育の視点“5つ星”

1 食のリズムを整えよう

楽しく、美味しく、意欲的に食事ができるためには、空腹感や食欲を感じ、それを満たす心地よさを経験する事が大切です。食のリズムは、早寝早起きをすることで整えることができます。

2 食事を味わって楽しく食べよう

乳幼児期からいろいろな食品に親しみ、食べる意欲を大切にし、味覚を培い美味しく食べられるようにしましょう。よく噛んで飲み込むこと、食への感謝と食事のマナーを身につけること、食事や栄養のバランスがわかることなどが望まれます。

3 積極的に食事づくりに参加しよう

買い物をする、献立を考える、食事の準備をする、調理をする、食事の後片づけをするなど一連の食事づくりを、家庭でのお手伝いや保育所（園）、幼稚園、学校での調理実習などを通して積極的に体験しましょう。食への関心を深め、食物を大切にする気持ちを育てましょう。

4 健康であるため、食のスキルを高めよう

食のスキルとは食を営むのに必要な能力のことです。健康な身体をつくる食生活を身につけましょう。食べ方や食事づくりの技術だけでなく栄養のバランスについてなど習得し、自分に適した食べ物（食材）や量を選択できる力を育てましょう。

5 食を通して人とのつながりを大切にしよう

人との関わりによって、安心感や信頼感が育ちます。食卓を囲んでの家族の関わり、みんなで食べる給食の楽しみ、食育体験での生産者や地域の人達との交流などから、食に関する様々なことを学び、豊かな心を育てましょう。「食」を通したコミュニケーションを図り、食べることへの感謝の気持ちをはぐくむ。

③ 健康づくりの意識・関心を高めよう。

健康づくりについての知識はあってもなかなか実践に結びつきにくいものです。

きっかけづくりとして、『うちなだ健康づくり月間』を 10 月に設定します。子どもから大人まで、一人ひとりが自分なりに健康づくりを実践しましょう。町では家族や地域での取り組みを応援します。

毎年 10 月は健康づくり月間です！

〈スローガン〉

健康寿命を伸ばそう
～みんなでつくる活力ある生活～

うちなだ健康プラン21（第2次）具体的な取り組み

基本的な方向性

●健康寿命の延伸と健康格差の縮小
①健康寿命の延伸　②健康格差の縮小

●社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

●生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

●栄養・食生活、身体活動、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

●健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の取組では解決できない地域社会の健康づくり

健康指標

生活習慣病の予防：がん／循環器疾患／糖尿病／歯・口腔の健康

生活習慣・社会環境の改善：身体活動・運動／飲酒／喫煙／休養／こころの健康／栄養・食生活

基本方針と目標

生活習慣病の発症予防、重症化予防をしよう

① 脳血管疾患・虚血性心疾患・がんの年齢調整死亡率の減少
② 高血圧・脂質異常症・糖尿病有病者の減少又は増加抑制
③ 糖尿病腎症による透析、合併症の予防
④ がん検診・特定（ヤング）健診の受診率の向上と保健指導実施率の向上
⑤ 栄養、運動、飲酒、喫煙、歯・口腔に関する情報提供と社会環境の改善

生涯にわたり食育を推進しよう

① 適正体重の維持

② 生活習慣病予防と改善につながる食育の推進

③ 子どももおとなも一緒に、家庭や地域での食育推進

健康づくりの意識・関心を高めよう

① 暮らしの中から健康づくりを考える
＊栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころ、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康づくりを実践できるようになる。
② 10年後の健康な生活を描くことができる。（自分らしい健康観を持つ）

次世代の健康

胎児（妊婦）　0歳　18歳

＊妊娠中からの生活習慣病予防として、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病の早期発見と産後の継続的な保健指導を行います。

＊託児つきレディース健診やヤング健診の受診を勧めます。

＊生活習慣の改善指導を実施します。

＊若い世代から生活習慣病についての知識を普及します。

＊母子健康手帳の交付、赤ちゃん訪問など機会を捉えて適切な食生活の情報を提供します。
＊乳幼児健診でおとなの食生活も見直します。
＊保育所、学童保育クラブ、子ども会などの食育事業を充実します。
＊小中学校で食育や生活習慣病予防についての栄養士、保健師の出前授業を取入れます。
＊子どもスポーツクラブで食育事業を取入れます。
＊従来からの食育推進計画の基本理念と食育の視点（5つ星）を継続して推進します。

楽しく食べて元気なうちなだっ子！
～自らつかむ食の力～

≪食育の視点・5つ星≫
☆食のリズムを整えよう
☆食事を味わって楽しく食べよう
☆積極的に食事づくりに参加しよう
☆健康であるため、食のスキルを高めよう
☆食を通して人とのつながりを大切にしよう

＊「健康づくり月間」の設定

＊若い世代からの健康づくりの意識を高めるため、スポーツクラブなどで健康相談を行います。

＊民生児童委員協議会、シニアクラブ、女性会、各種ボランティア団体などでの健康教室を行います。

連携機関：子育て支援センター・保育所・幼稚園・小学校・中学校・学童保育クラブ・プラッツうちなだ　など

成人の健康（20歳～40歳）	高齢者の健康（65歳～75歳）
＊特定健診、がん検診の受診を勧めます。 ＊脳血管疾患、虚血性心疾患の発症予防として、高血圧、脂質異常症、糖尿病有所見者に対し、生活習慣の改善と早期からの適切な治療を勧めます。 ＊糖尿病の発症及び重症化予防として、医療機関との連携を充実します。 ＊生活習慣の改善指導、特に適度な飲酒と禁煙指導を充実します。 ＊糖尿病腎症や糖尿病による新規透析者を減らすため、栄養・保健指導を充実します。 ＊加入保険に関わらず、保健指導を実施します。	＊認知症、脳血管疾患の発症予防として、後期高齢者健診の受診を勧めます。 ＊特に前期高齢者については、生活習慣の改善と早期からの適切な治療を勧めます。
＊PTAや小中学校の行事などで、おとなも含めた家庭、地域における食育事業を勧めます。 ＊特定保健指導など個別保健指導で適正体重の維持を勧めます。	＊低栄養予防について、高齢者が集う場や教室で情報提供を行います。

スローガン

健康寿命を伸ばそう
～みんなでつくる活力ある生活～

10月はうちなだ健康づくり月間です。

子育て支援センター・保育所・幼稚園・小学校・中学校・学童保育クラブ・プラッツうちなだ　など	地域包括支援センター・シニアクラブ・プラッツうちなだ・社会福祉協議会　など

＜内灘町健康づくり推進協議会委員（うちなだ健康プラン 21（第 2 次）策定委員）＞

代表区分	氏　名	職種・所属等
保健医療関係者	茶谷　　隆	町内医療機関代表 茶谷医院院長
	森河　裕子	金沢医科大学看護学部　教授
	小島　登	町内歯科医師代表
各種団体代表	中村　敏男	町子ども会連絡協議会　会長
	河村　十郎	町公民館連絡協議会　副会長 鶴ヶ丘北公民館長
	清水 美智子	町連合女性会　顧問
	吉田　貴宏	総合型地域スポーツクラブプラッツうちなだ クラブマネージャー
	荒木 真由美	町健康づくり推進員会　副会長
福祉・教育関係	中川　訓子	(社福)鶴が丘保育園　園長
	吉國　厚子	食育ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ　管理栄養士
町職員	大徳　茂	町民福祉部長

委員任期　　平成 25 年 8 月 1 日～平成 27 年 7 月 31 日

＜うちなだ健康プラン 21（第 2 次）策定・庁内ワーキンググループ＞

ワーキング代表	氏　名	所掌事務・事業
生涯学習課　課長	上出　功	生涯学習・地域づくり・スポーツ関係
生涯学習課　主査 （プラッツ出向）	中村　友和	総合型地域スポーツクラブ関係
学校教育課 教育センター所長	岡部　朋代	学校指導管理関係
町民生活課 子育て支援センター所長	米田　美子	保育・子育て支援関係
町民生活課 向粟崎保育所長	北川　まゆみ	保育・子育て支援関係
福祉課 包括支援センター保健師	上前　久美子	高齢者・障害・介護予防関係
保険年金課　課長	下村　利郎	国民健康保険・介護保険関係

アドバイザー	氏　名	所掌事務・事業
石川中央保健福祉センター 企画調整課長	道下　篤子	管内事業連絡調整・指導

事務局　内灘町保健センター

～注釈～

区分	用語	説明
あ行		
	アルコール関連問題（かんれんもんだい）	アルコールに関係した問題の全てを指す。 多量飲酒からアルコール依存症までの幅は広いが、アルコール関連問題には様々な健康問題や社会問題が含まれ、また問題は飲酒する当人に限らず、当人を取り巻く周囲の人々や親の飲酒の影響を受けた胎児や子供などにも広がる。
	う蝕（しょく）	う歯（むし歯）のこと。
	運動器疾患（うんどうきしっかん）	骨・関節・筋肉・神経などの身体を支えたり動かしたりする組織・器官（運動器）の病気（骨折、変形性関節症、腰痛や頚部痛、肩痛、スポーツ障害など）。
か行		
	冠動脈疾患（かんどうみゃくしっかん）	心臓を取り巻く血管（冠動脈）の内壁に徐々に沈着したコレステロール等が血管内腔を狭め、心筋への血液の流れを妨げてしまう病気の総称。
	急性期治療（きゅうせいきちりょう）	病気になり始めの時期で症状が急激に現れる時期に行われる治療。 症状の経過時期・必要とされる処置内容に応じて急性期のほか回復期、慢性期、終末期などに分けられる。
	虚血性心疾患（きょけつせいしんしっかん）	心臓の筋肉に血液を送る3本の動脈が狭くなったり、塞がることで心筋に血液が送られなくなることで引き起こされる心臓の病気。心筋梗塞、狭心症など。
	クレアチニン	筋肉運動のエネルギー源となるアミノ酸の一種クレアチンの代謝後に残る終末産物で、血中にある物は尿から排泄される。基準値を超える場合には腎機能の低下を疑う。
	原疾患（げんしっかん）	もともとある病気のこと。
	構音（こうおん）	発音のこと。口から言葉を出すときにその要素である音を発すること。
	誤嚥性肺炎（ごえんせいはいえん）	病気や加齢などにより飲み込む機能や咳をする力が弱くなり、細菌が唾液や胃液と共に肺に流れ込んで生じる肺炎。
さ行		
	細小血管症合併症（さいしょうけっかんしょうがっぺいしょう）	細い血管が長年の高血糖によって動脈硬化を起こし、障害を受けるために起こる糖尿病性網膜症・糖尿病性腎症・糖尿病性腎症のことで糖尿病の「3大合併症」とも言われる。
	脂質異常症（ししついじょうしょう）	血液中にふくまれるコレステロールや中性脂肪などの脂質が、一定の基準よりも多い状態。血液中に余分な脂質が多くなると、動脈硬化を起こしやすくなり、心筋梗塞や脳卒中などのリスクが高まる。
	死亡率（しぼうりつ）	一定期間の死亡者数の人口に対する割合。人口1,000に対する年間死亡者数の割合で、その年の死亡者数をその年の人口で割り、1000倍したもの。粗死亡率ともいう。
	収縮期血圧（しゅうしゅくきけつあつ）	心臓が収縮したときの血圧。血液が心臓から全身に送り出された状態で、血圧が最も高くなるため、最高血圧とも言う。【対義語】拡張期血圧（最低血圧）
	循環器疾患（じゅんかんきしっかん）	心臓と全身の血管に関わる疾患。
	腎硬化症（じんこうかしょう）	高血圧が原因で腎臓の血管に動脈硬化を起こし、腎臓の障害をもたらす疾患。
	人工透析（じんこうとうせき）	血液中の老廃物をろ過して体外に排泄したり、電解質のバランスを取るなどの腎臓の機能を人工的に代替すること。
	心房細動（しんぼうさいどう）	心房が正常に拍動できなくなる不整脈の状態。心臓から送り出す血液が少なくなったり、流れが悪くなることで心不全や脳梗塞などの原因になることがある。
	成人T細胞白血病ウイルス（せいじんさいぼうはっけつびょう）<HTLV-1> (Human T-cell leukemia virus)	成人T細胞白血病の原因ウイルス。
	咀嚼機能（そしゃくきのう）	摂取した食物を歯で咬み、粉砕する機能。これにより消化を助け、栄養をとることができる。
た行		
	低出生体重児	・低出生体重児(Low birth weight infant:LBWI)・・・出生体重2500g未満 ・極低出生体重児(Very low birth weight infant:VLBWI)・・・出生体重1500g未満 ・超低出生体重児(Extremely low birth weight infant:ELBWI)・・・出生体重1000g未満

な行		
	にんち きのう 認知機能	理解、判断、論理などの知的機能。
	にんしんこうけつあつしょうこうぐん 妊娠高血圧症候群	妊娠中期以後になってからお母さんに高血圧、蛋白尿、浮腫(むくみや1週間に500g以上の体重増加)のいずれか一つ、あるいは2つ以上が現れる病気。 以前は「妊娠中毒症」と呼ばれていた。
	ねんれいちょうせいしぼうりつ 年齢調整死亡率	人口構成の異なる地域間の死亡の状況をひかくするために用いる指標で、その地域の各年齢階級の死亡率と昭和60年モデル人口(昭和60年人口をベースに作られた仮想人口モデル)を用いて、地域ごとの年齢構成の違いと調整した死亡率のこと。
は行		
	はちまるにいまる うんどう ８０２０運動	80歳になっても自分の歯を20本以上保とうという運動で、生涯にわたり自分の歯でものを噛むことを推奨していく運動を意味する。
	ひ かんせんせいしっかん 非感染性疾患(NCD) (Non-Communicable Diseases)	心臓血管病、がん、慢性肺疾患、糖尿病等の総称。全世界の死亡の原因の60%(3500万人)を占めており、喫煙、食習慣、運動不足などの日常生活因子、高血圧、高血糖、高脂血症などの身体的因子、うつ病、不安、急性・慢性ストレス等の社会的・精神的因子との関連が深く、NCDsの予防にはこれらの危険因子を除去することが重要。
	ヒトパピローマウイルス<HPV> (Human papillomavirus)	皮膚や粘膜に感染するウイルスで、100種類以上のタイプがあり、このうちの約15種類は子宮頸がん(しきゅうけいがん)の原因となる。
	ひまん ど きじゅん 肥満度の基準	・肥満度20%以上30%未満…「軽度肥満傾向児」 ・肥満度30%以上50%未満…「中等度肥満傾向児」 ・肥満度50%以上…「高度肥満傾向児」
	ヘリコバクター・ピロリ菌<HP> (Helicobacter pylori)	胃の中にいる細菌で、胃潰瘍や十二指腸潰瘍に関わっていると考えられています。
	包括医療支払制度 (Diagnosis Procedure Combination)	入院患者様の病名とその症状・手術(処置)施行の有無・合併症の有無等をもとに厚生労働省が定めた1日当たりの定額からなる包括部分(投薬・注射・処置・入院料等)と出来高部分(手術・麻酔・リハビリ・指導料等)を組み合わせて計算する方式です。
ま行		
	まんせいしきゅう たいじんえん 慢性糸球体腎炎	糸球体の炎症によって、タンパク尿や血尿が長期間(少なくとも1年以上)出る病気の総称。慢性腎炎とも言う。
	まんせいじんぞうびょう 慢性腎臓病	何らかの腎障害(タンパク尿、血液検査、画像診断等)が3ヶ月以上持続するもの。 腎機能の低下に伴い、心血管病(CVD)を合併する頻度が高くなる。
	まんせいへいそくせい はいしっかん 慢性閉塞性肺疾患(COPD) (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)	タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患であり、喫煙習慣を背景に中高年に発症する生活習慣病。
	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)	内臓脂肪型肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか2つ以上をあわせもった状態。内臓脂肪が過剰にたまっていると、糖尿病や高血圧症、高脂血症といった生活習慣病を併発しやすくなり、動脈硬化が急速に進行する。
ら行		
	りかん りつ 罹患率	(疾病の)発生率ともいう。一定期間に発生する患者数が全人口に占める割合を表す。
英字		
	ALT(GPT)	肝臓の細胞に多く含まれる酵素のこと。
	B型肝炎ウイルス<HBV> (Hepatitis B virus)	B型肝炎の原因ウイルス
	BMI	体重と慎重の関係から算出される、体格指数 (算出方法) BMI＝体重[Kg]÷身長[m]÷身長[m]
	C型肝炎ウイルス<HCV> (Hepatitis C virus)	C型肝炎の原因ウイルス
	eGFR(estimated Glomerular Filtration Rate)	腎臓にどれくらい老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示し、この値が低いほど腎臓の働きが悪い(推算糸球体濾過量)。
	HbA1c (ヘモグロビン・エイワンシー Hemoglobin A1c)	赤血球の中で体内に酸素を運ぶ役目のヘモグロビンと、血液中のブドウ糖が結合したもので、過去1～2ヵ月間の血糖値の状態を把握する指標となる検査項目。
	LDL-コレステロール(Low-Density Lipoprotein)	身体の組織の材料となる物質であるが、基準値を超えると血管に沈着して動脈硬化を引き起こすため、「悪玉コレステロール」とも呼ばれる。
	NCD	**非感染性疾患**の項を参照

うちなだ健康プラン 21（第 2 次）

発行年月　　平成 27 年 3 月
発行　　内灘町町民部 保健年金課 保健センター
〒920-0271
石川県河北郡内灘町字鶴ケ丘 2 丁目 161-1
TEL 076-286-6101