

第1節 生活習慣病の予防

1 がん

(1) はじめに

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

たった一つのがん細胞が、倍々に増えていき、30回くらいの細胞分裂を繰り返した1cm大のがん細胞が、検査で発見できる最小の大きさといわれています。30回くらいの細胞分裂には10～15年の時間がかかると言われています。がんの特徴は、他の臓器にしみ込むように広がる浸潤と転移をすることです。腫瘍の大きさや転移の有無などががんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線です。早期とは5年生存率が8～9割のことをいいます。

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

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

(2) 基本的な考え方

ア 発症予防

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

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

イ 重症化予防

生涯を通じて、2人に1人は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、早期発見です。

早期発見するために、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です。

(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ています。比布町の75歳未満の年齢調整死亡率は把握できないため、75歳未満のがん死亡者数及び全年齢の部位別死亡者数をみていきます。

参考資料

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

*評価指標：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・相応の根拠がある・研究や報告が現時点では見られない

表1 比布町のがんによる死亡の状況

| | | H18 | H19 | H20 | H21 | H22 | 総数 |
|------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 早期発見に有効 | 肺 | 5 | 1 | 6 | 4 | 6 | 22 |
| | 胃 | 1 | 1 | 2 | 1 | 6 | 11 |
| | 大腸 | 1 | 3 | 5 | 1 | 0 | 10 |
| | 乳 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 子宮 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | 小計 | 7 | 6 | 14 | 6 | 12 | 45 |
| その他 | 前立腺 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 肝臓 | 2 | 0 | 4 | 1 | 5 | 12 |
| | 白血病 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 6 |
| | その他 | 7 | 5 | 7 | 6 | 5 | 30 |
| | 小計 | 11 | 8 | 11 | 8 | 11 | 49 |
| 総数 | | 18 | 14 | 25 | 14 | 23 | 94 |
| *参考* | | 7 | 8 | 11 | 5 | 8 | 39 |
| 75歳未満のがん死亡 | | (39%) | (57%) | (44%) | (36%) | (35%) | (41%) |

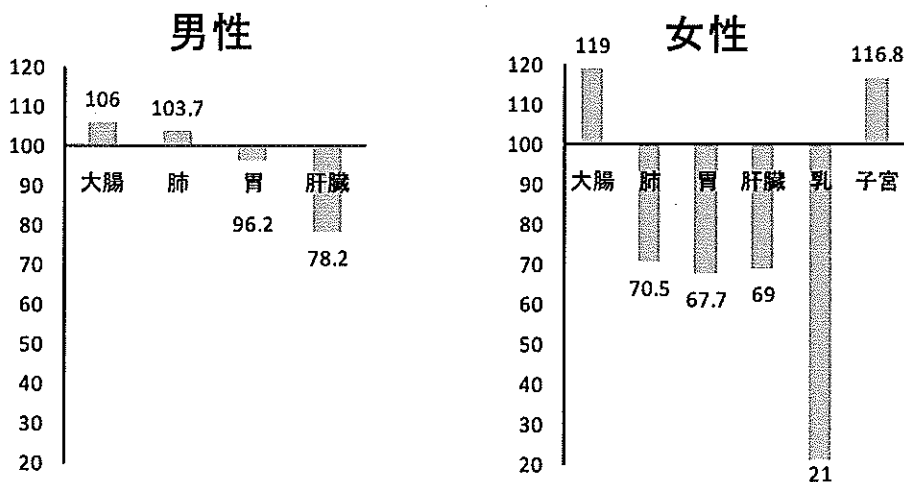
検診による死亡率の減少効果があるとされている、胃・肺・大腸・子宮頸部・乳がんでの死亡者(表1)は、5年間で45人(48%)でした。45人中22人(49%)が肺がん、11人(24%)が胃がん、10人(22%)が大腸がんによる死亡です。

75歳未満のがん死亡者数は5年間で39人(41%)でした。(表1)

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

地域の年齢構成を均一にした標準化死亡比(SMR)で平成12年から21年のがん死亡の課題をみると、男性の大腸がんと肺がん、女性の大腸がんと子宮がんの死亡率が全国に比べ高くなっています(図1)。

図1 平成12年～平成21年のがんの種類別のSMR(標準化死亡比)



イ がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率減少効果は関連性があり、がんの重症化予防は、がん検診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。

比布町のがん検診の受診率は、平成 20 年度から「がん検診事業の評価に関する委員会」で提案された計算方法で算出しており、胃がん、肺がん、大腸がん検診については、年々受診率が向上していますが、国の目標値とされている受診率（50%）には、まだその半分にも至っていないのが現状です。（表 3）

表 3 比布町のがん検診受診率の推移

| | H20 | H21 | H22 | H23 | 目標値 |
|-------|------|------|------|------|-------|
| 胃がん | 15.0 | 16.0 | 16.8 | 17.1 | 50%以上 |
| 肺がん | 14.1 | 16.1 | 16.4 | 19.1 | |
| 大腸がん | 15.5 | 16.5 | 16.8 | 20.2 | |
| 子宮頸がん | 20.0 | 22.4 | 24.4 | 20.4 | |
| 乳がん | 24.6 | 29.6 | 30.0 | 26.2 | |

(比布町がん検診結果)

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。

比布町の精密検査受診率は、平成 22 年ころから許容値を超えているものが増えていますが、目標値の 90%は超えておらず、特に大腸がん検診については、60%弱の受診率しかない状況です。

今後も精密検査の受診率の向上を図っていく必要があります。（表 4）

表 4 比布町の各がん検診の精密検査受診率とがん発見者数

| | | H20 | H21 | H22 | H23 | 事業評価指標 | |
|---------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| | | | | | | 許容値 | 目標値 |
| 胃がん検診 | 精密検査受診率 | 81.4% | 83.6% | 85.5% | 72.5% | 70%以上 | 90%以上 |
| | がん発見者数 | 0人 | 1人 | 0人 | 0人 | | |
| 肺がん検診 | 精密検査受診率 | 66.7% | 50.0% | 81.8% | 72.7% | 70%以上 | |
| | がん発見者数 | 0人 | 0人 | 2人 | 0人 | | |
| 大腸がん検診 | 精密検査受診率 | 67.7% | 54.3% | 60.7% | 59.5% | 70%以上 | |
| | がん発見者数 | 0人 | 1人 | 1人 | 0人 | | |
| 子宮頸がん検診 | 精密検査受診率 | — | — | 100.0% | — | 70%以上 | |
| | がん発見者数 | 0人 | 0人 | 1人 | 0人 | | |
| 乳がん検診 | 精密検査受診率 | 100.0% | 100.0% | 75.0% | 100.0% | 80%以上 | |
| | がん発見者数 | 1人 | 0人 | 1人 | 0人 | | |

(比布町がん検診結果)

(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（中学一年生から高校一年生に相当する年齢の女性）
- ・肝炎ウイルス検査（妊娠期・30歳以上の健康診査希望の初回受診者）
- ・HTLV-1抗体検査（妊娠期）

イ がん検診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報や地区の健康教育要請等を利用した啓発
- ・がん検診推進事業

がん検診の評価判定で「検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある」とされた、子宮頸がん検診・乳がん検診・大腸がん検診について、一定の年齢に達した方に、検診手帳及び検診無料クーポン券を配布

ウ がん検診によるがんの重症化予防の施策

- ・有効性が確立されているがん検診については、がん検診推進事業をはじめ、広報や個別相談などあらゆる機会を利用した啓発および学習を通して受診率の向上に努めます。
- ・要精検者に対しては、予防の視点でがん化をすすめないための生活習慣の見直しや、適切な時期に必要な検査の受診行動がとれる取り組みが必要です。

2 循環器疾患

(1) はじめに

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

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

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

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

(2) 基本的な考え方

ア 発症予防

循環器疾患の予防には、危険因子の管理と関連する生活習慣の改善が重要です。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、町民一人一人がこれらの生活習慣改善への取り組みを考えていく科学的根拠は、健診の受診結果によってもたらされるため、特定健診の受診率向上対策が重要になってきます。

イ 重症化予防

循環器疾患における重症化予防は、高血圧症及び脂質異常症の治療率を上昇させることです。健診結果からどれほどの値であれば治療を開始する必要があるかなどについて、自分の身体の状態を正しく理解し、段階に応じた予防ができることへの支援が重要です。

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

(3) 現状と目標

ア 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は今後も増加していくことが予測されています。循環器疾患対策の総合的な推進の評価指標は、高齢化の影響を除いた75歳未満死亡者数でみていきます。

75歳未満の脳血管疾患死亡数は横ばい傾向にあり、脳血管疾患死亡数に占める75歳未満の割合は6年間の平均で24.4%となっています。（表1）

脳血管疾患の病類別では、ほぼ毎年脳梗塞が多い状況です。脳梗塞による死亡の6年間の平均は58.5%となっており、原因の約6割を占めています。（表2）

表1 脳血管疾患死亡数(人)

(資料)道北地域保健情報年報

| 年度(平成) | 17年 | 18年 | 19年 | 20年 | 21年 | 22年 |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 総数 | 6 | 6 | 10 | 10 | 5 | 4 |
| (再掲)75歳未満 | 1 | 2 | 3 | 0 | 3 | 1 |
| (再掲)65歳未満 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 |

表2 脳血管死亡数<病態別>(人)

(資料)道北地域保健情報年報

| 年度(平成) | 17年 | 18年 | 19年 | 20年 | 21年 | 22年 |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 総数 | 6 | 6 | 10 | 10 | 5 | 4 |
| 脳梗塞 | 4 | 5 | 6 | 6 | 1 | 2 |
| 脳出血 | 2 | 0 | 4 | 3 | 3 | 0 |
| くも膜下出血 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| その他 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

平成22年度の第2号被保険者の要介護(支援)認定者の原因疾患をみると、第1位は脳血管疾患です。(表3)

若い年代から発症し、介護保険の認定を受ける重度な状態になる町民を増やすことのないよう、生活習慣病を早い段階で予防し、治療中の者においては、重症化させないための関わりが今後も重要です。

働き盛りの年代である、第2号被保険者が重度の介護状態になると、その本人及び家族の生活が一変し、辛い状況下におかれながらの生活を強いられることになり、社保から国保に加入される方も増えることとなります。

脳血管疾患発症に至るまで自覚症状はありません。そのため、若い年代から健診をうけ血管を傷つける因子や血管変化を自ら確認し、将来予測を踏まえ、生活習慣の改善に取り組みながら生活をしていくことは、将来の国保の医療費を抑制することにつながります。

現在比布町では、30歳以上39歳までの方は、加入保険に関係なく健康診査を受診できますが、30代の受診率も低いことから、予防の意識を若い時から持てるよう受診勧奨が必要であり、支援方法等について検討が必要です。

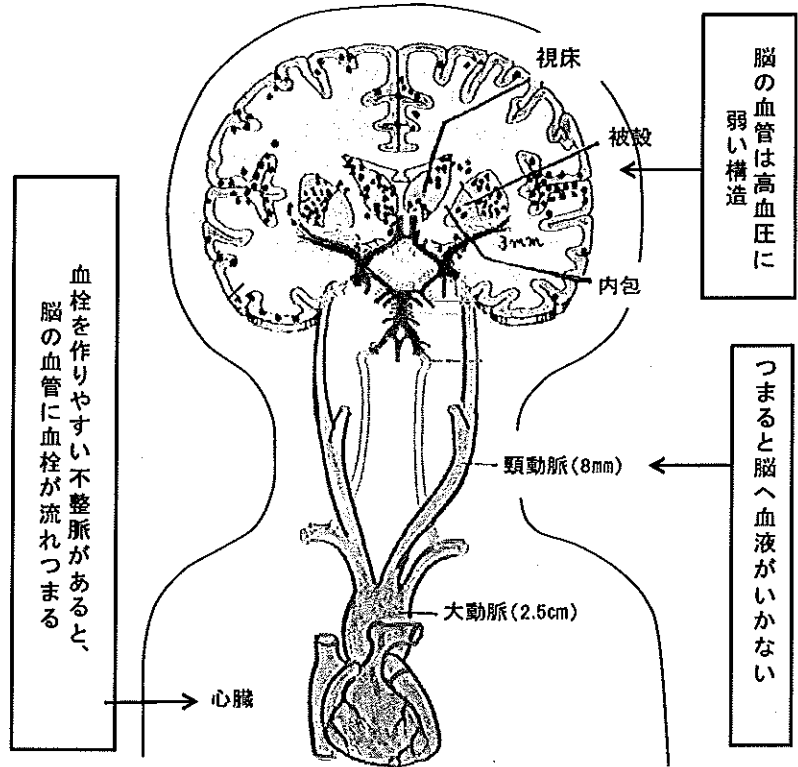
表3 平成22年度第2号被保険者の要介護(支援)認定者の原因疾患

| | 第1位 | 第2位 | 第3位 | |
|------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 原因疾患 | 脳血管疾患 | 関節疾患 | 認知症 | パーキンソン |
| 人数 | 4人(50.0%) | 2人(25.0%) | 1人(12.5%) | 1人(12.5%) |

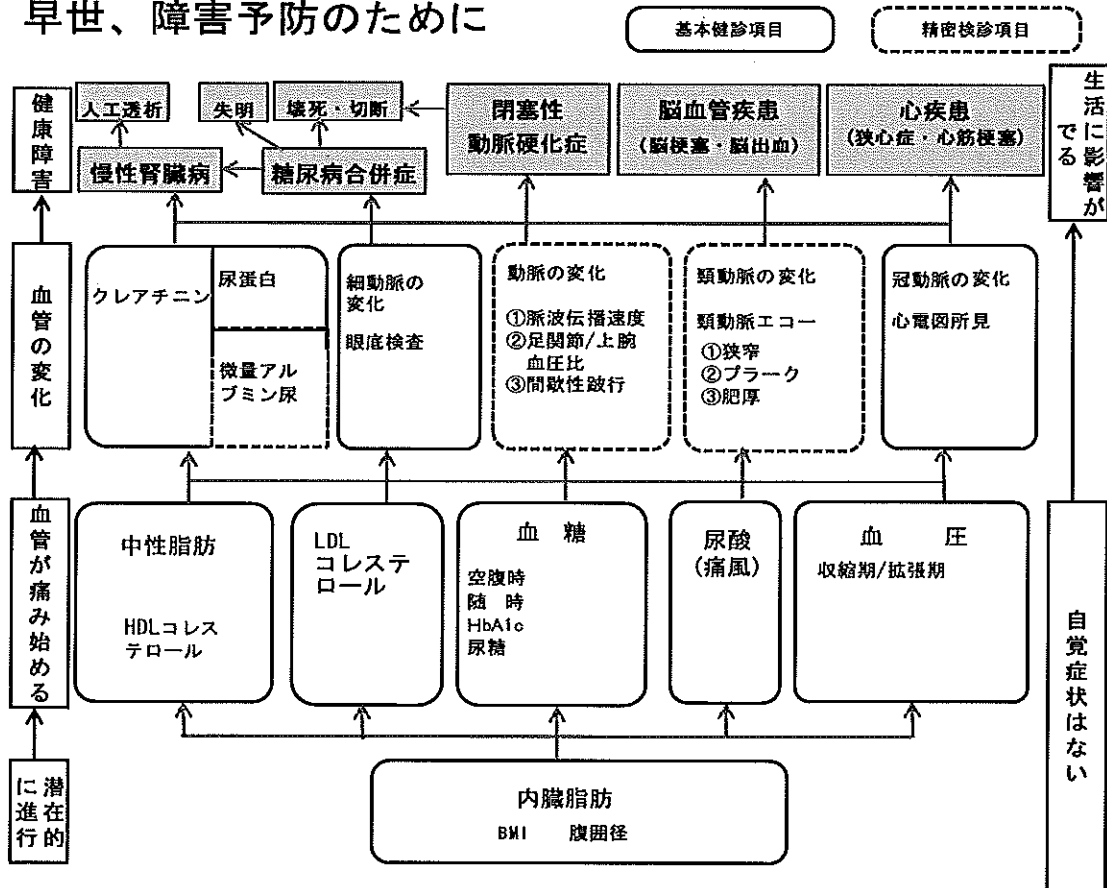
脳血管疾患の最大の危険因子は高血圧
 ☆急に大きくなった脳は血管の構造に弱点があります☆

健診を受診していても、
 健診の結果が表している意味
 が理解できなければ、重症高
 血圧を放置してしまいます。

健診結果から身体の状態を
 理解し生活習慣を振り返るな
 ど、必要な行動を自ら選択し
 決定できるための情報提示な
 ど、健診受診者全員に対して
 必要度に応じた保健指導の提
 供を継続して行うとともに、
 最新の科学的根拠に基づいた
 健診・保健指導の徹底に努め
 ます。



早世、障害予防のために



イ 虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当り）

脳血管疾患と同様に、虚血性心疾患についても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。急性心筋梗塞死亡数に占める75歳未満の割合は6年間の平均で36%となっており、特に近年は高い割合で推移しています。（表4）

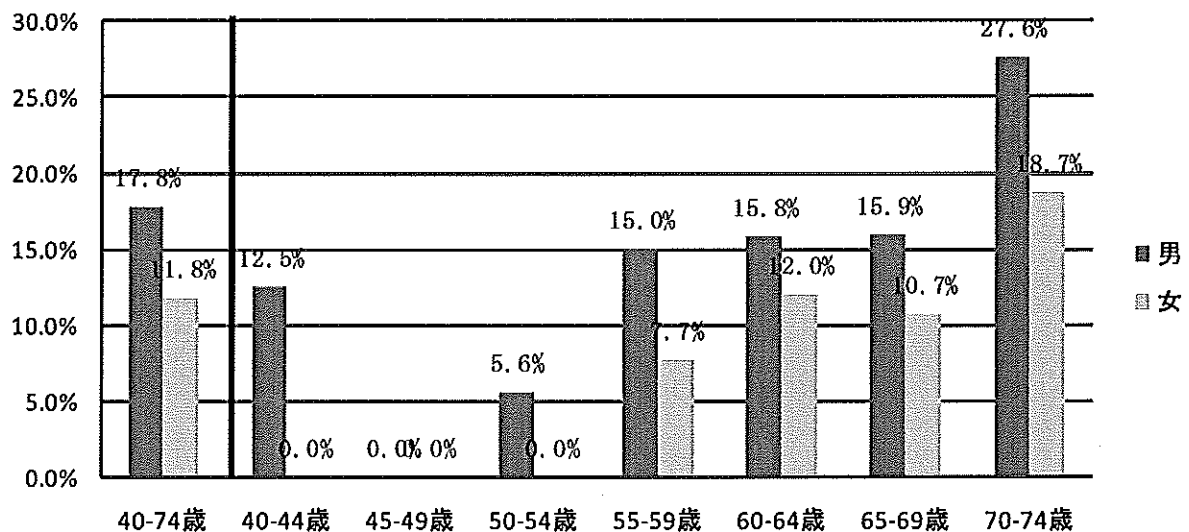
表4 急性心筋梗塞死亡数（人）

（資料）道北地域保健情報年報

| 年度（平成） | 17年 | 18年 | 19年 | 20年 | 21年 | 22年 |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 総数 | 6 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 |
| （再掲）75歳未満 | 0 | 0 | 3 | 1 | 3 | 2 |
| （再掲）65歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 |

循環器疾患の中でも、今後は、特に虚血性心疾患への対策が重要になりますが、平成20年度から開始された医療保険者による特定健診では、心電図検査は基本項目からはずれ、一定基準により医師が必要と判断した受診者のみに実施される項目となりました。しかし比布町では、個別健診の一部と集団健診受診者すべてに心電図検査を実施しています。（図1）年代が高くなると、有所見者も増えています。

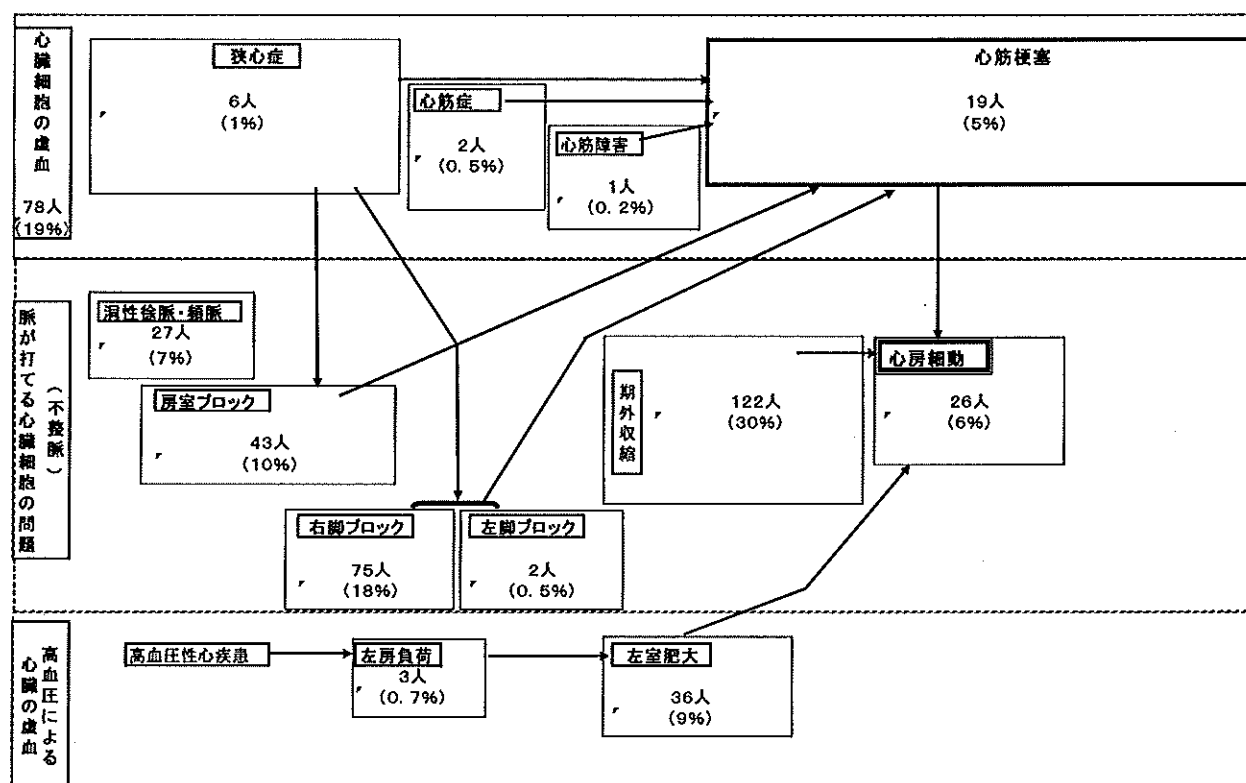
図1 心電図有所見の状況（平成22年度特定健診受診者：保険異動のある人含む）



平成20年度から23年度の間で、心電図受診者（特定健診受診者）2,197人中、412人（19%）に異常が認められました。

そのうち30%は期外収縮で、心房細動へ移行していく可能性があります。心房細動は重症な脳梗塞に結びつきやすい状態です。また、心筋梗塞へ移行していく可能性の高い、房室・右脚・左脚ブロックを合わせると28.5%となっています。これらは重症化予防をしていくことで高額な医療費を抑制できる疾患です。（図2）

図2 心電図検査の結果 H20~23の心電図検査受診者2,197人中異常者412人(19%)の状態



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。

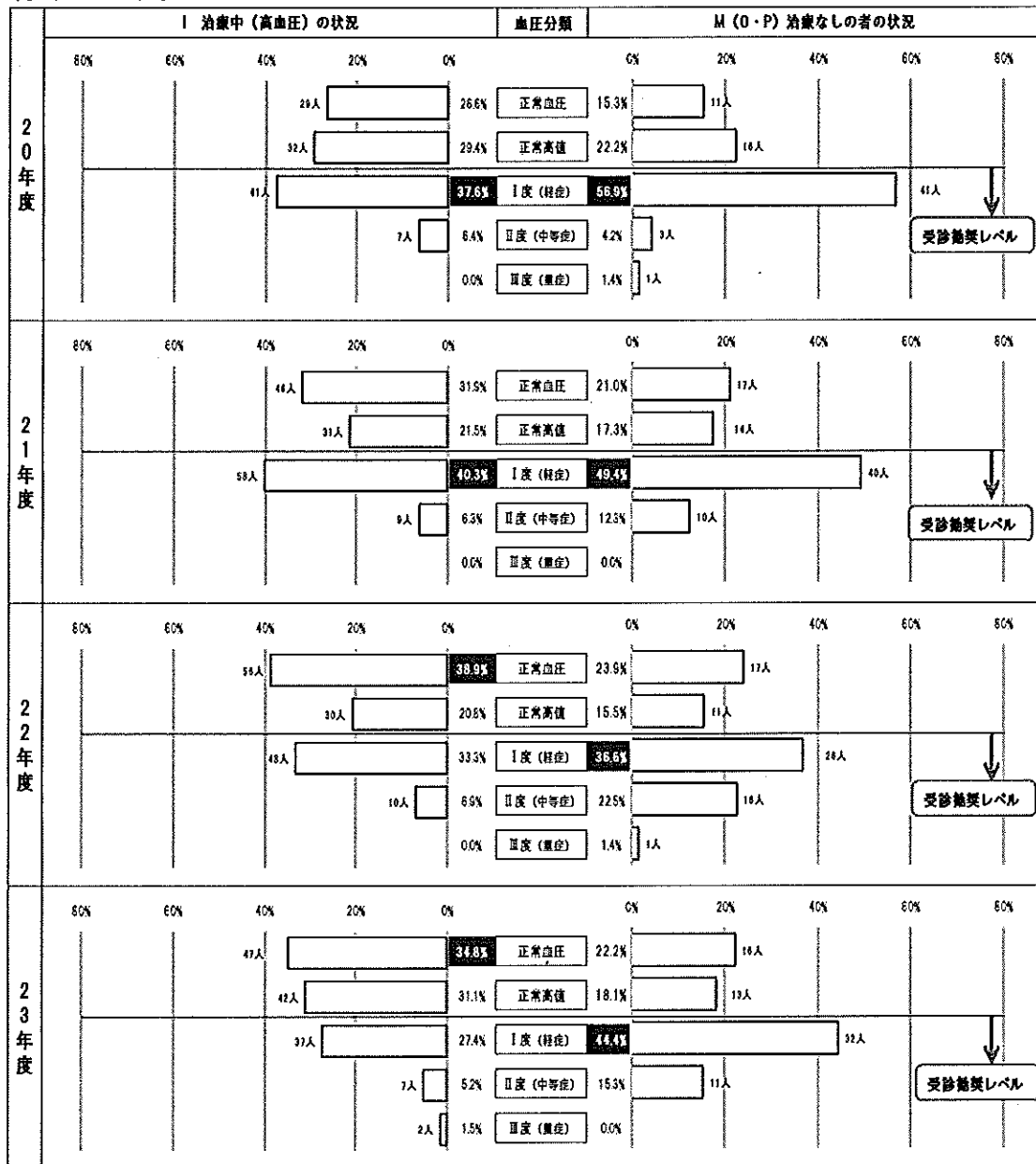
特定健診の結果から、肥満を伴う人のみでなく、高血圧治療ガイドライン2009年に記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層」などに基づき、対象者を明確にした保健指導を実施していかなければなりません。

高血圧は自覚症状がないため治療を中断したり治療に結びつかないことも少なくありません。しかし、高血圧があることで、全身の血管を傷め、脳、心臓、腎臓の主要臓器の障害が起こりやすくなってしまうため、高血圧の発症予防及び重症化予防をおこなっていきます。

特定健診受診者の高血圧治療者と治療なしの者の状況を見てみると、平成20年度、21年度は、治療者の中でI度（軽症）高血圧者の割合が多かったのですが、22年度、23年度は、正常血圧者の割合が高くなっています。一方治療なし者は、20年度～23年度全ての年度でI度高血圧者の割合が多かったです。（図3）

図3 比布町国保特定健診受診者の高血圧の状況

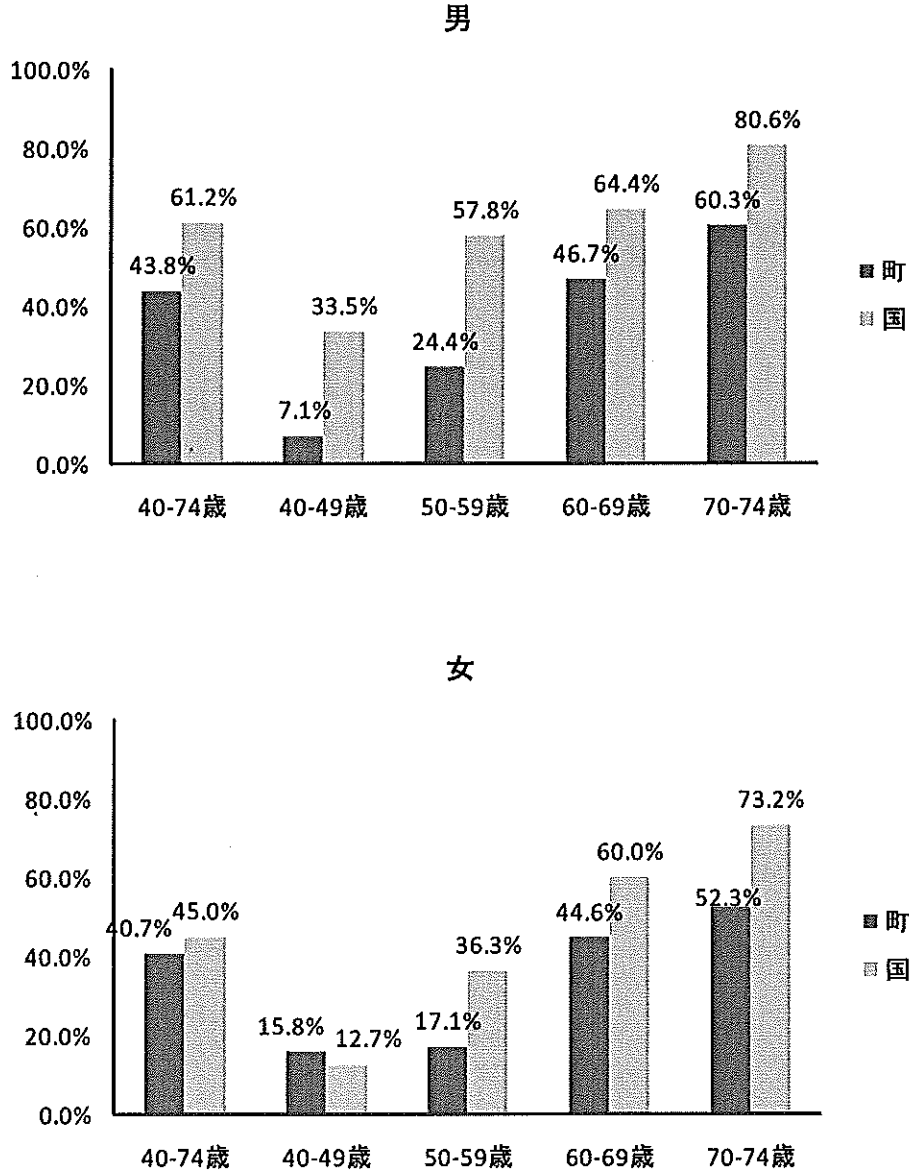
高血圧フローチャート



22年度の特定健診受診者の高血圧症有病者の割合は国民健康・栄養調査と比較し、男女ともに低い状況です。(図4)

図4 高血圧症有病者の状況

*収縮期血圧 140 mm Hg 以上、拡張期血圧 90mmHg 以上、降圧剤を服用している者のいずれかに該当するもの



(資料) 平成 22 年度比布町特定健診結果：保険異動ある人含む
平成 22 年度国民健康・栄養調査

Ⅱ度高血圧以上の者の割合は年度によってばらつきがあります。未治療者については治療につながるように、また、治療中の者については目標値に調整できることが重症化予防につながります。(表5)

健診時の血圧が高めの者については、特定健診の結果説明の際に、自動血圧計の貸出を行っています。自宅で血圧測定を試み、測定結果を再度確認させてもらいながら、受診の必要性について一緒に考えています。自分の血圧値を知ることが高血圧対策には重要です。

表5 特定健診受診者の血圧分類による血圧の状況(男女別・年度別)

| | | 発症予防 | | | | | | 重症化予防 | | | | | | | |
|----|-----|------|------|------|------|--------|------|--------|------|-------|-----|-------|-----|---------|-----|
| | | 正常判定 | | | | 保健指導判定 | | 受診勧奨判定 | | | | | | | |
| 男性 | 受診数 | 至適血圧 | | 正常血圧 | | 正常高値血圧 | | 高血圧 | | | | | | 【再掲】 | |
| | | 人 | % | 人 | % | 人 | % | Ⅰ度高血圧 | | Ⅱ度高血圧 | | Ⅲ度高血圧 | | Ⅱ度高血圧以上 | |
| 年度 | 人 | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % |
| 20 | 188 | 57 | 30.3 | 41 | 21.8 | 37 | 19.7 | 48 | 25.5 | 5 | 2.7 | 0 | 0 | 5 | 2.7 |
| 21 | 213 | 68 | 31.9 | 45 | 21.1 | 38 | 17.8 | 49 | 23.0 | 13 | 6.1 | 0 | 0 | 13 | 6.1 |
| 22 | 217 | 80 | 36.9 | 46 | 21.1 | 41 | 18.9 | 37 | 17.1 | 12 | 5.5 | 1 | 0.5 | 13 | 6.0 |
| 23 | 218 | 64 | 29.4 | 52 | 23.9 | 55 | 25.2 | 36 | 16.5 | 11 | 5.0 | 0 | 0 | 11 | 5.0 |

| | | 発症予防 | | | | | | 重症化予防 | | | | | | | |
|----|-----|------|------|------|------|--------|------|--------|------|-------|-----|-------|-----|---------|-----|
| | | 正常判定 | | | | 保健指導判定 | | 受診勧奨判定 | | | | | | | |
| 女性 | 受診数 | 至適血圧 | | 正常血圧 | | 正常高値血圧 | | 高血圧 | | | | | | 【再掲】 | |
| | | 人 | % | 人 | % | 人 | % | Ⅰ度高血圧 | | Ⅱ度高血圧 | | Ⅲ度高血圧 | | Ⅱ度高血圧以上 | |
| 年度 | 人 | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % |
| 20 | 229 | 80 | 34.9 | 48 | 21.0 | 47 | 20.5 | 48 | 21.0 | 5 | 2.2 | 1 | 0.4 | 6 | 2.6 |
| 21 | 275 | 89 | 32.4 | 55 | 20.0 | 64 | 23.3 | 59 | 21.5 | 8 | 2.9 | 0 | 0 | 8 | 2.9 |
| 22 | 258 | 82 | 31.8 | 66 | 25.6 | 49 | 19.0 | 44 | 17.1 | 17 | 6.6 | 0 | 0 | 17 | 6.6 |
| 23 | 267 | 89 | 33.3 | 61 | 22.8 | 58 | 21.7 | 48 | 18.0 | 9 | 3.4 | 2 | 0.7 | 11 | 4.1 |

(資料)比布町特定健診結果：保険異動ある人含む

エ 脂質異常症の減少

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

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

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

特定健診受診者の LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合は、男女ともに国の現状より低く女性は減少傾向にあり 34 年度の目標値も達成していますが、男性は増加傾向にあります。重症化予防に向けた取り組みが必要です。(表 6)

表 6 国保特定健診受診者の LDL コレステロール値の状況

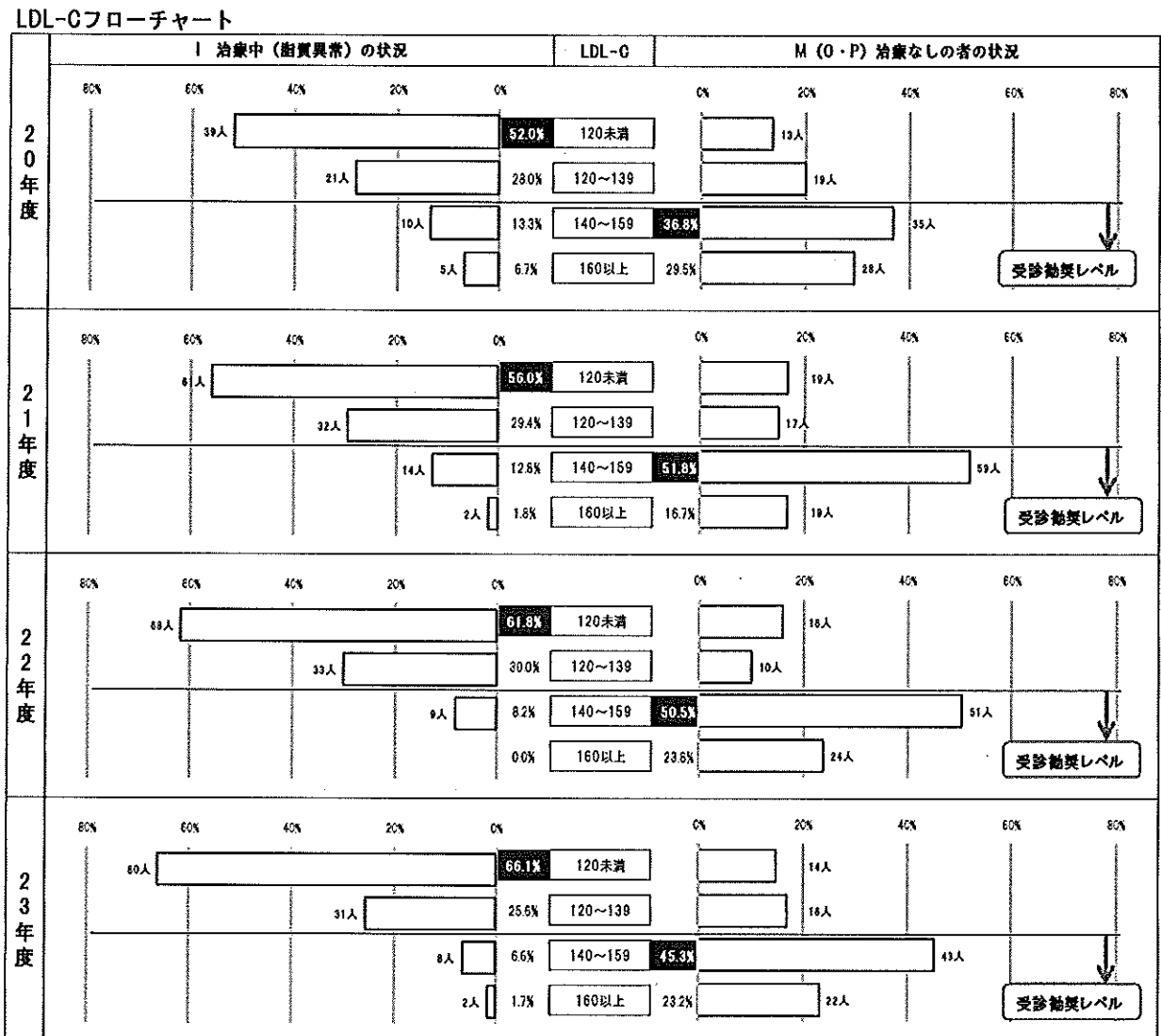
| | | | | 発症予防 | | | | 重症化予防 | | | | | |
|-----------|-----|---------------|-----|--------|------|------------------|------|------------------|------|--------|-----|----------------|-----|
| | | | | 正常域 | | 境界域 | | 高 LDL コレステロール血症 | | | | | |
| 男性 | 受診数 | 【再掲】 80 未満 | | 120 未満 | | 120 以上 140 未満 | | 140 以上 160 未満 | | 160 以上 | | 【再掲】 180 以上 | |
| 年度 | 人 | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % |
| 20 | 188 | 14 | 7.4 | 87 | 46.3 | 62 | 33.0 | 31 | 16.5 | 8 | 4.3 | 3 | 1.6 |
| 21 | 213 | 16 | 7.5 | 107 | 50.2 | 56 | 26.3 | 40 | 18.8 | 10 | 4.7 | 0 | 0 |
| 22 | 217 | 12 | 5.5 | 106 | 48.8 | 56 | 25.8 | 40 | 18.4 | 15 | 6.9 | 2 | 0.9 |
| 23 | 218 | 15 | 6.9 | 111 | 50.9 | 64 | 29.4 | 27 | 12.4 | 16 | 7.3 | 4 | 1.8 |
| 22 年度国の現状 | | | | | | | | | | | 8.3 | | |
| 34 年度国の現状 | | | | | | | | | | | 6.2 | | |

| | | | | 発症予防 | | | | 重症化予防 | | | | | |
|-----------|-----|---------------|-----|--------|------|------------------|------|------------------|------|--------|------|----------------|-----|
| | | | | 正常域 | | 境界域 | | 高 LDL コレステロール血症 | | | | | |
| 女性 | 受診数 | 【再掲】 80 未満 | | 120 未満 | | 120 以上 140 未満 | | 140 以上 160 未満 | | 160 以上 | | 【再掲】 180 以上 | |
| 年度 | 人 | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % |
| 20 | 229 | 9 | 3.9 | 110 | 48.0 | 57 | 24.9 | 37 | 16.2 | 25 | 10.9 | 8 | 3.5 |
| 21 | 275 | 15 | 5.5 | 134 | 48.7 | 80 | 29.1 | 46 | 16.7 | 15 | 5.5 | 5 | 1.8 |
| 22 | 258 | 18 | 7.0 | 141 | 54.7 | 66 | 25.6 | 35 | 13.6 | 16 | 6.2 | 1 | 0.4 |
| 23 | 267 | 13 | 4.9 | 144 | 53.9 | 68 | 25.5 | 42 | 15.7 | 13 | 4.9 | 6 | 2.2 |
| 22 年度国の現状 | | | | | | | | | | | 11.7 | | |
| 34 年度国の現状 | | | | | | | | | | | 8.8 | | |

(資料) 比布町特定健診結果：保険異動ある人含む

治療の有無により特定健診受診者の LDL コレステロールの状況を見ると、脂質異常治療者の LDL コレステロール値は 120 未満の率が年々上昇し、平成 23 年度は 66% になっています。しかし、治療なしの者は 140 以上の者が 70% 近くであり、LDL コレステロールが薬でのコントロールが可能であることが明確です。(図 5)

図 5 国保特定健診受診者の LDL コレステロール値の状況 (治療中・治療なし別)



性別・年齢階級別の LDL コレステロール値では、160mg/dl 以上の者が男性は 40 歳代、50 歳代に多く、女性は 40 歳代の 0% から 50 歳代になり急激に割合が多くなります。(表 7)

心血管疾患発症の危険性の高い家族性高コレステロール血症は早期診断と治療が重要となるため、肥満の有無に関わらず、保健指導を実施してきました。

表 7 性別・年齢階級別の LDL コレステロール値の状況<服薬者除外>

| | 受診数 | 【再掲】 80 未満 | | 正常域判定 120 未満 | | 保健指導 判定 120 以上 140 未満 | | 受診勧奨判定 | | | | 【再掲】 180 以上 | |
|---------|-----|---------------|-----|-----------------|------|--------------------------------|------|------------------|--------|----|------|----------------|-----|
| | | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % |
| 男性 | | | | | | | | 140 以上 160 未満 | 160 以上 | | | | |
| 年齢 | 人 | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % |
| 総数 | 183 | 8 | 4.4 | 87 | 47.5 | 42 | 23.0 | 39 | 21.3 | 15 | 8.2 | 2 | 1.1 |
| 40-49 歳 | 14 | 1 | 7.1 | 5 | 35.7 | 4 | 28.6 | 3 | 21.4 | 2 | 14.3 | 1 | 7.1 |
| 50-59 歳 | 38 | 2 | 5.3 | 20 | 52.6 | 8 | 21.0 | 6 | 15.8 | 4 | 10.5 | 1 | 2.6 |
| 60-69 歳 | 76 | 1 | 1.3 | 32 | 42.1 | 20 | 26.3 | 18 | 23.7 | 6 | 7.9 | 0 | 0 |
| 70 以上 | 55 | 4 | 7.3 | 30 | 54.5 | 10 | 18.2 | 12 | 21.8 | 3 | 5.5 | 0 | 0 |

| | 受診数 | 【再掲】 80 未満 | | 正常域判定 120 未満 | | 保健指導 判定 120 以上 140 未満 | | 受診勧奨判定 | | | | 【再掲】 180 以上 | |
|---------|-----|---------------|------|-----------------|------|--------------------------------|------|------------------|--------|----|------|----------------|-----|
| | | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % |
| 女性 | | | | | | | | 140 以上 160 未満 | 160 以上 | | | | |
| 年齢 | 人 | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % | 人 | % |
| 総数 | 181 | 11 | 6.1 | 91 | 50.3 | 47 | 26.0 | 27 | 14.9 | 16 | 8.8 | 1 | 0.6 |
| 40-49 歳 | 18 | 2 | 11.1 | 11 | 61.1 | 6 | 33.3 | 1 | 5.6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50-59 歳 | 30 | 1 | 3.3 | 12 | 40.0 | 8 | 26.7 | 6 | 20.0 | 4 | 13.3 | 0 | 0 |
| 60-69 歳 | 76 | 7 | 9.2 | 38 | 50.0 | 20 | 26.3 | 11 | 14.5 | 7 | 9.2 | 1 | 1.3 |
| 70 以上 | 57 | 1 | 1.8 | 30 | 52.6 | 13 | 22.8 | 9 | 15.8 | 5 | 8.8 | 0 | 0 |

(資料) 比布町特定健診結果：保険異動ある人含む

平成 24 年 7 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。

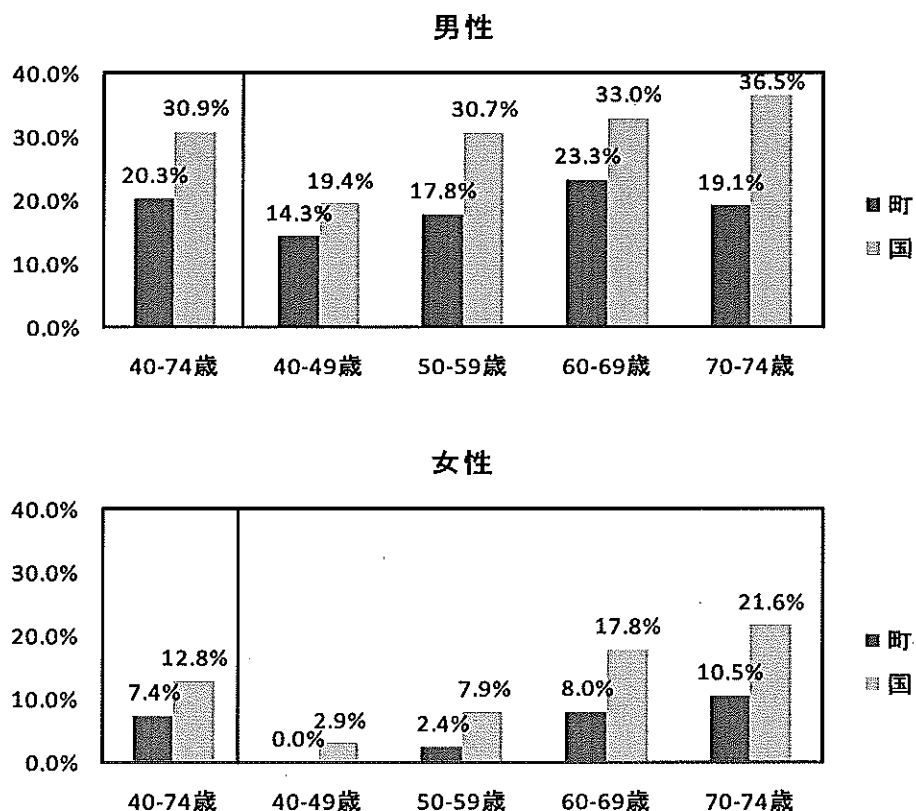
今後は、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」に基づき、保健指導対象者の状況に合わせた指導を実施していきます。

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診では、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少が評価項目の一つとされました。

平成 22 年度の特定健診受診者と国民健康・栄養調査との比較では、メタボリックシンドローム該当者は男女ともどの年代も低率となっています。(図 6)

図 6 メタボリックシンドロームが強く疑われる者(該当者)の状況(平成 22 年度)



| | 項目 | 血中脂質 | 血圧 | 血糖 |
|----|-----------------|--|--------------------------------|-----------------------|
| 服薬 | 共通 | | | |
| 基準 | 国： 国民健康・栄養調査 | ・HDL コレステロール 40mg/dl 未満 | ・収縮期血圧 130mmHg 以上 ・拡張期血圧 | ・ヘモグロビン A1c 5.5%以上 |
| | 町： メタボ診断基準 | ・HDL コレステロール 40mg/dl 未満 ・中性脂肪 150mg/dl 以上 | 85mmHg 以上 | ・空腹時血糖 110mg/dl 以上 |

(資料) 平成 22 年度比布町特定健診結果：保険異動ある人含む
平成 22 年度国民健康・栄養調査

平成20年度から23年度までの推移をみると、メタボリックシンドロームの予備群・該当者ともに横ばい状態であり、該当者は道の平均より低めですが、予備群はやや高めであり、さらに取り組みを強化していく必要があります。(表8)

表8 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

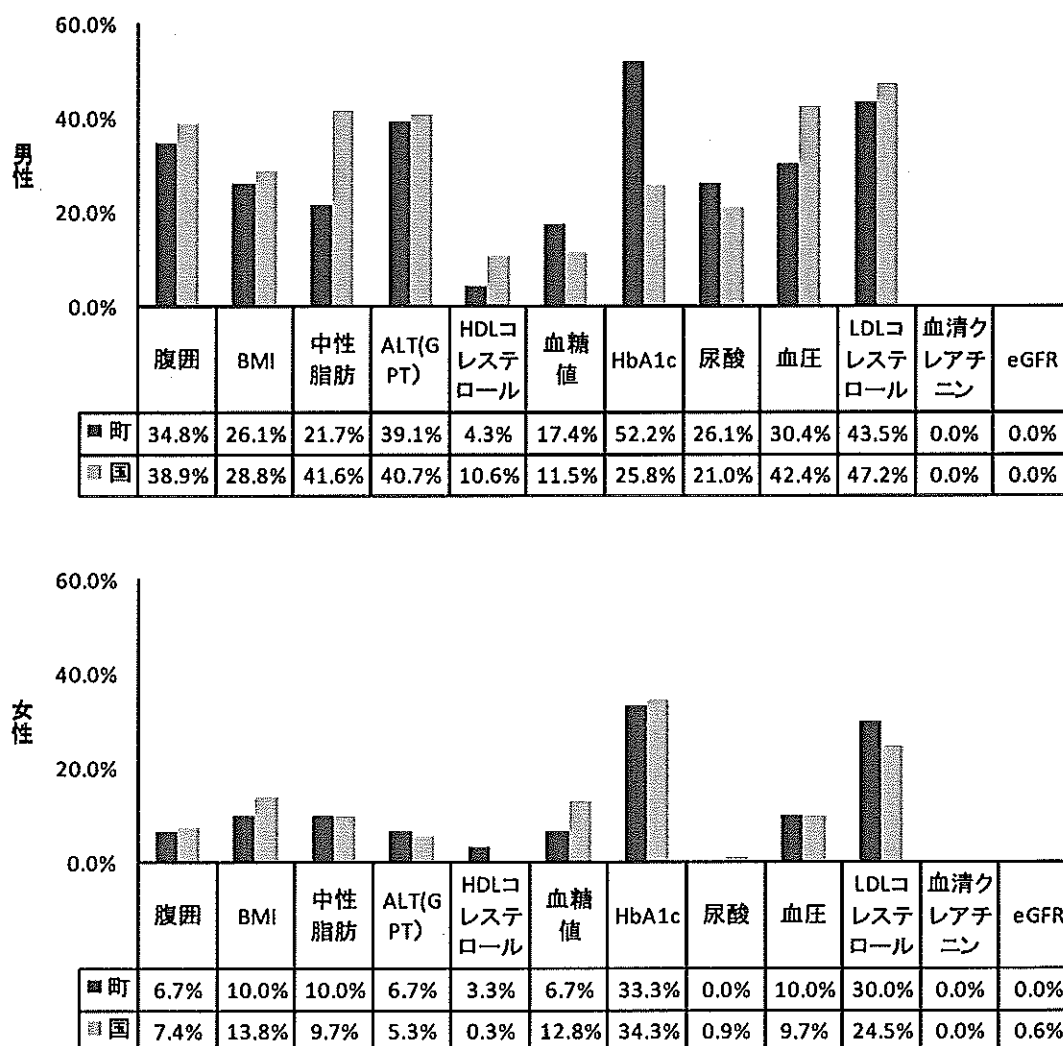
| 40-74歳の国保加入者(異動のない人) | | | | | | | |
|----------------------|-------------|-------------------|------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|
| 年度 | 対象者数 (B) | 健診 受診者数 (E) | 受診率 (F) | メタボ 該当者 (Q) | 割合 (Q/E) | メタボ 予備群 (R) | 割合 (R/E) |
| H20 | 1,095 | 391 | 35.7% | 48 | 12.3% | 51 | 13.0% |
| H21 | 1,048 | 473 | 45.1% | 62 | 13.1% | 63 | 13.3% |
| H22 | 1,018 | 459 | 45.1% | 63 | 13.7% | 50 | 10.9% |
| H23 | 993 | 453 | 45.6% | 60 | 13.2% | 56 | 12.3% |
| (参考値) H22北海道 | 964,786 | 218,140 | 22.6% | 32,825 | 15.0% | 24,912 | 11.4% |

40歳以上を対象にした特定健診では、すでに生活習慣病を発症している方が多く見られます。そのため比布町では、独自に医療保険に関係なく30歳～39歳の方を対象に健康診査を実施しています。自分のからだの状態を知り生活習慣の改善に取り組めるよう保健指導も実施しています。

国民健康・栄養調査と比較すると、性別により有所見率が高い項目が異なっており、特に男性の糖尿病に関する項目（血糖値、HbA1c）で有所見率の高さが目立ちました。

女性は有所見率の高い項目が男性より多く、特にLDLコレステロールが高めでした。（図7）

図7 30歳～39歳の健康診査有所見率



（資料）平成22年度比布町健康診査結果 平成22年度国民健康・栄養調査

カ 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

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

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

比布町は、北海道の平均受診率より高い状態で推移していますが、受診率60%の目標には達していないため、今後は検査項目や健診後の保健指導の充実等により、受診率向上に努めます。

(4) 対策

ア 健康診査及び特定健診受診率向上の施策

- ・対象者への個別案内、広報紙や地区健康教育等などを利用した啓発
- ・治療者で、特定健診未受診者が通院する医療機関との連携

イ 保健指導対象者を明確化するための施策

- ・健康診査(30歳～39歳・生活保護世帯)
- ・比布町国民健康保険特定健診

ウ 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・健診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(高血圧、脂質異常症、糖尿病のみでなく、慢性腎臓病(CKD)も発症リスクに加える)
 - *家庭訪問や健康相談、結果説明会、健康教育など、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導の実施
- ・動脈硬化予防二次健診(頸部動脈超音波検査等)実施の検討
- ・20歳～29歳の若年層の健康診査実施の検討

3 糖尿病

(1) はじめに

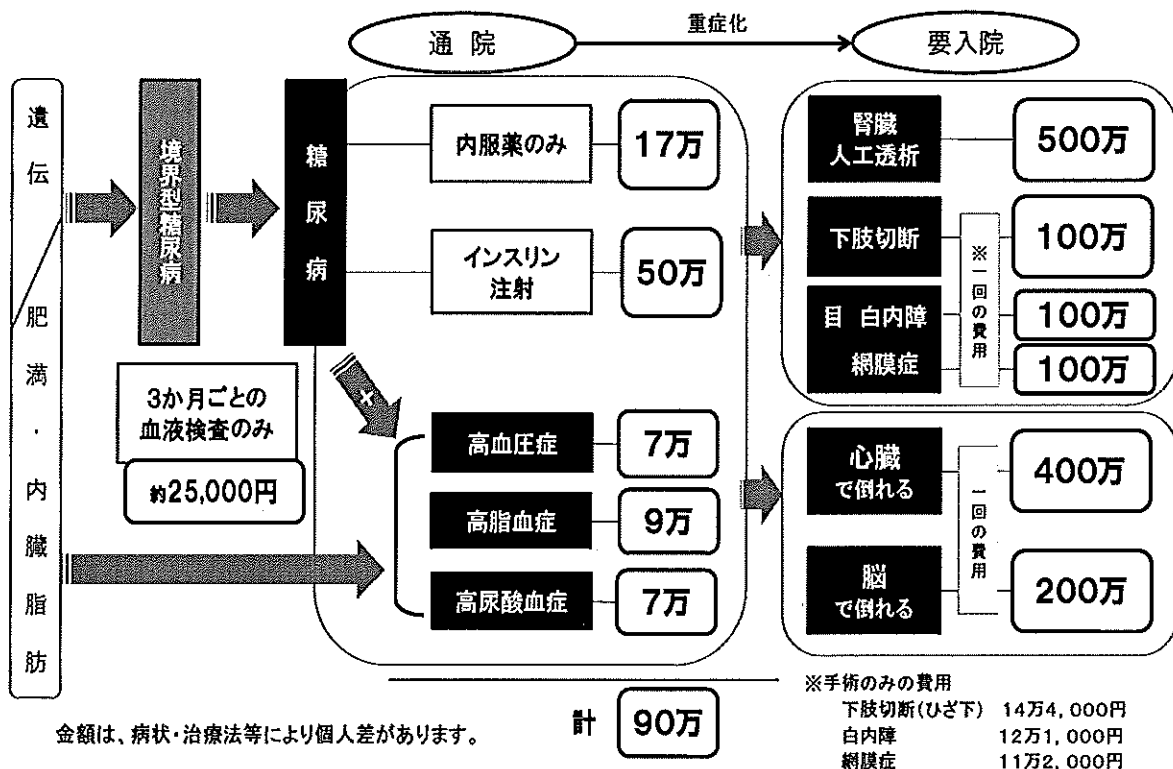
糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質(QOL: Quality of Life)に多大な影響を及ぼすのみでなく、脳血管疾患や心疾患などの循環器疾患と同様に、社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼします。

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

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

糖尿病・・・経済的な影響をみてみました

一年でかかる医療費はいくら？



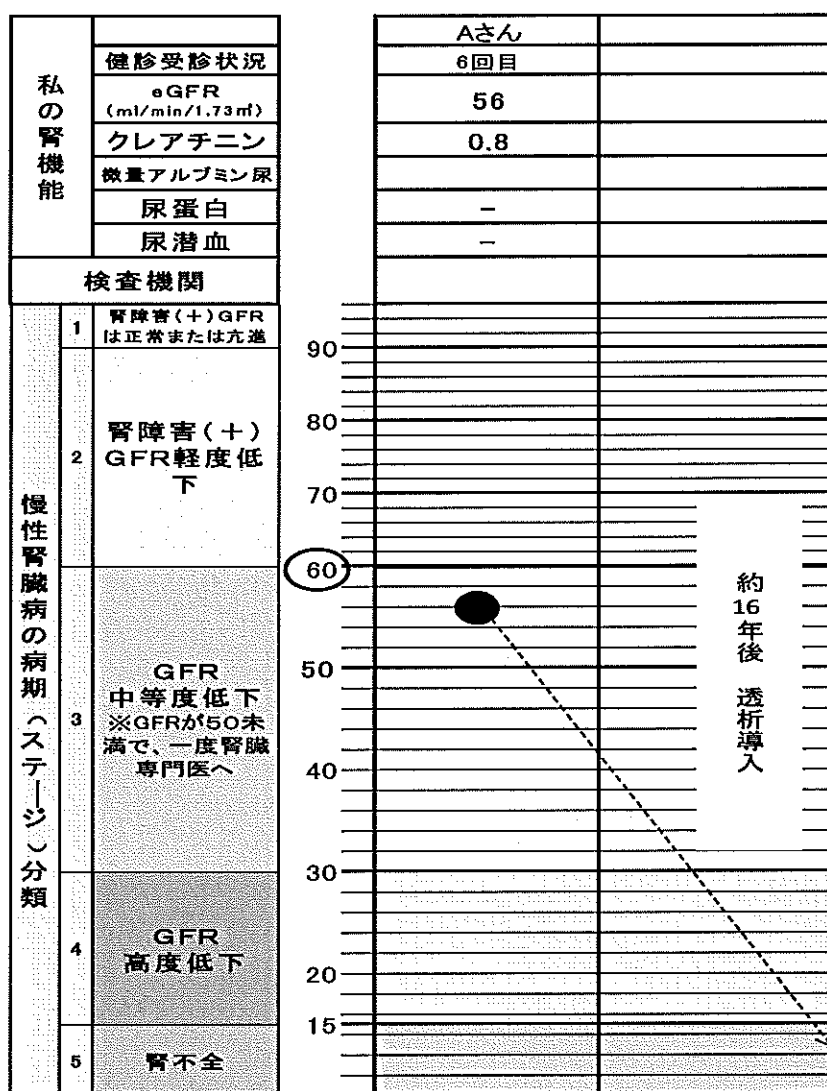
(2) 基本的な考え方

ア 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)で、これ以外にも高血圧や脂質異常も独立した危険因子で循環器疾患と同様に、危険因子の管理が重要となり、循環器疾患の予防対策が有効になります。

図2 糖尿病性腎症で人工透析に至った事例 (Aさん)

～健診受診時の腎機能の結果



<CKD診療ガイド(日本腎臓学会編)より>

平成18年度、21年度に糖尿病性腎症による新規透析導入の方は、3名とも転入者のため町の健診は受診されていませんでした。20年度に新規導入になられたAさんの場合、平成4年までは町の健診を受けていましたが、その後医療機関の通院治療での診療科の増加などにより、町の健診は未受診でした。

糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約20年間とされています。

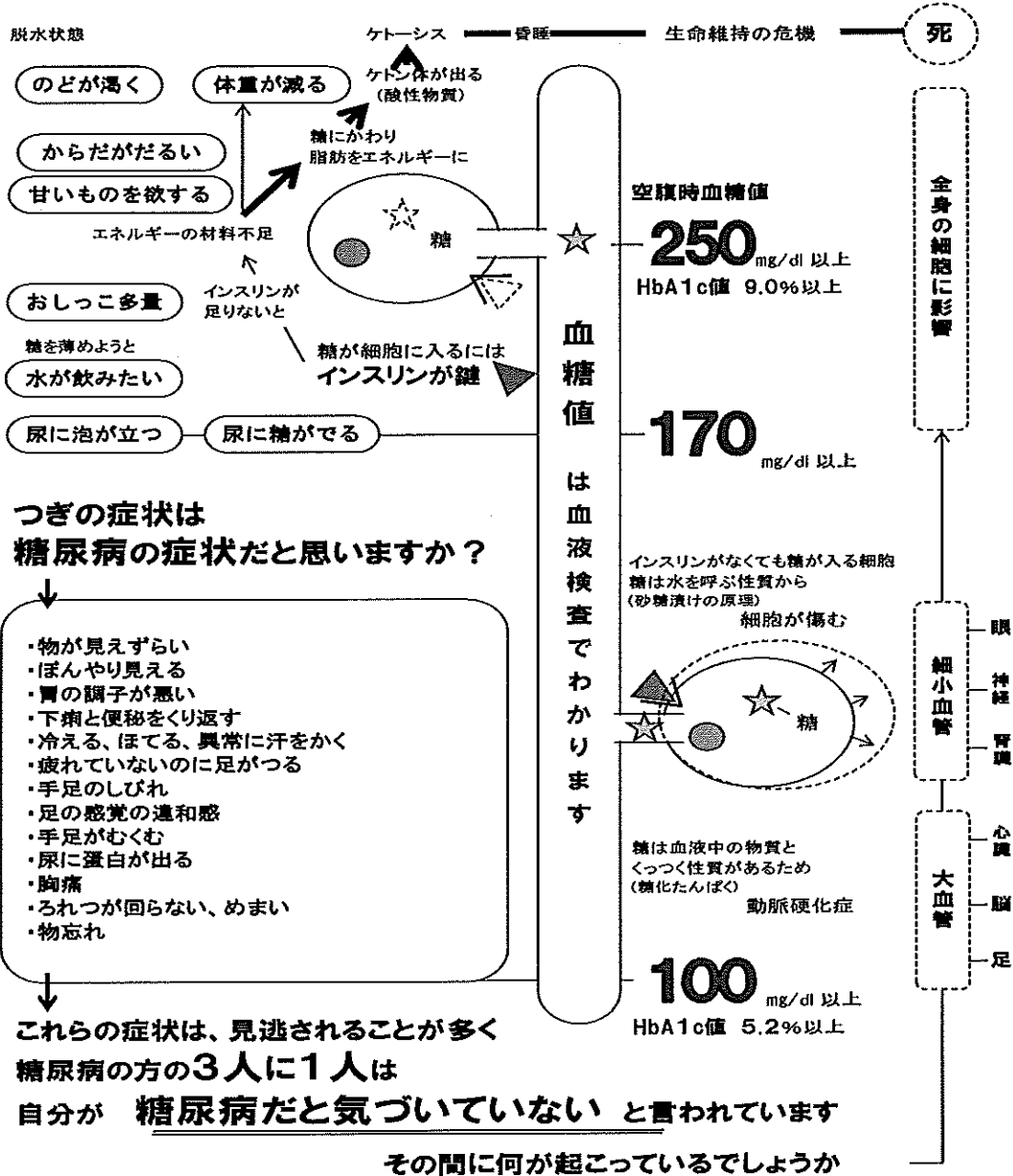
発症予防が十分可能な若年期からの健診受診体制の整備、そして糖尿病の重症化予防のために医療機関通院者の保健指導について医療との連携が欠かせません。

「糖尿病は、のどが渇くようになる、痩せてくるというイメージで、自分はまだ大丈夫」と自覚症状で糖尿病の有無を判断してしまうと、重症化し入院治療が必要な状況に至るまで糖尿病を見逃してしまいます。早い段階で血糖値の異常に気付くには、血液検査で血糖値とHbA1c値の測定が有効です。特にHbA1c値の検査は採血時間に関係なく、1～2ヵ月間の平均した血

糖値の状態がわかります。HbA1c 値 (JDS) の正常値は 5.2% 未満です。

「症状がないから大丈夫!!」 と思いませんか？

① 住民の方々が思う 糖尿病の症状は？

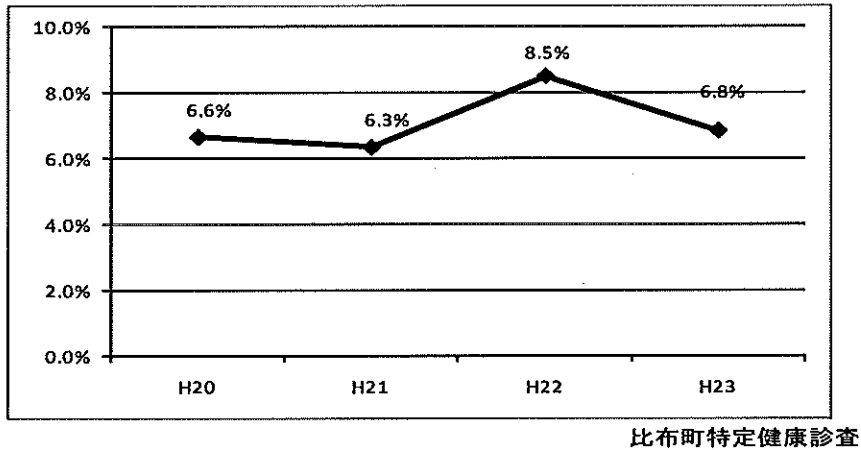


7

イ 糖尿病有病者 (HbA1c (JDS) 6.1%以上の者) の増加の抑制

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく、さまざまな糖尿病合併症を予防することにもなります。

図3 比布町の糖尿病有病者 (HbA1c6.1%以上) の推移 (JDS)



比布町特定健康診査

比布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、ほぼ横ばいとなっています。(図 3) 町の特定健診受診者の結果から、糖尿病が強く疑われる者の割合を見たところ、国民健康・栄養調査と比較し低い割合となっています。(図 4)

図4 糖尿病が強く疑われる者の割合 (平成 23 年度)

「糖尿病が強く疑われる者」の判定

・HbA1c (JDS) 値が 6.1%以上、または、質問表で「現在糖尿病の治療を受けている」と答えた者

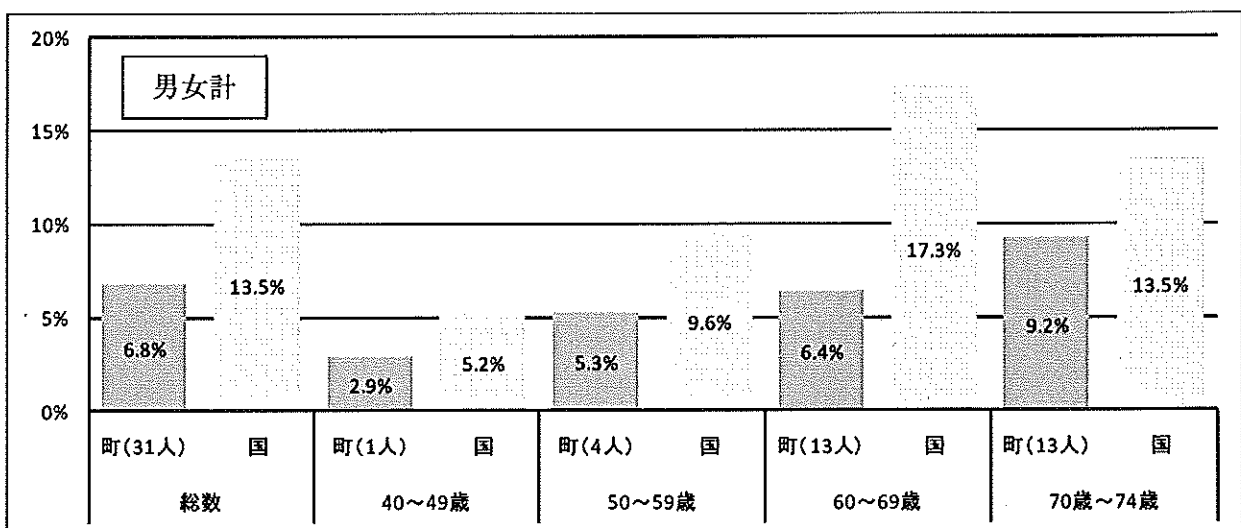
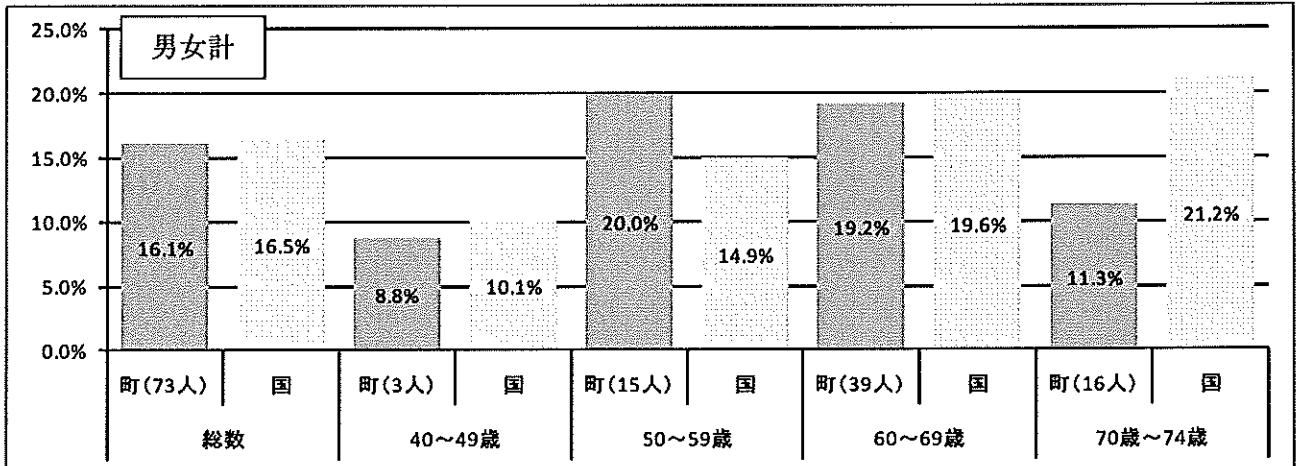


図5 糖尿病の可能性を否定できない者の割合（平成23年度）

「糖尿病の可能性を否定できない者」の判定

・HbA1c（JDS）値が5.6%以上、6.1%未満で、“糖尿病が強く疑われる者”以外の者



(資料) 平成23年度比布町特定健診受診者 平成22年度国民健康・栄養調査報告

糖尿病の可能性を否定できない者については、国とほぼ同じ状況で、50歳代は国よりも高い割合となっています。(図5)

ウ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

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

「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2010」では、血糖コントロール評価指標としてHbA1c8.0%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけられています。

血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、HbA1c8.0%以上を超えると著明に網膜症のリスクが増えるとされています。

健診の結果、HbA1cが8.0%以上の者には、未受診者はもちろん、治療中の血糖コントロール指標におけるコントロール不良者にも主治医と連携し、必要に応じて保健指導を実施していきます。

HbA1c8.0%以上の者の割合は、平成23年度0.6%と、国の平成22年度の現状値1.2%、平成34年度の目標値1.0%をすでに達成しています。(表1)

表1 特定健診受診者のHbA1c(JDS)の状況 年度別・男女計

| 年度 | 受診数 人 | HbA1c 測定 人 | 発症予防 | | | | | | 重症化予防 受診勧奨判定 | | | | | | 【再掲】 8.0以上 | |
|------|----------|------------------|------|------|--------|------|----------------|------|-----------------|-----|-------|-----|----|-----|---------------|------|
| | | | 正常判定 | | 保健指導判定 | | 6.1以上 6.5未満 | | 6.5以上 7.0未満 | | 7.0以上 | | | | | |
| | | | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % |
| H20 | 391 | 391 | 135 | 34.3 | 172 | 44.0 | 58 | 14.8 | 13 | 3.3 | 10 | 2.6 | 3 | 0.8 | 0 | 0.0 |
| H21 | 473 | 472 | 220 | 46.6 | 171 | 36.0 | 51 | 10.8 | 17 | 3.6 | 6 | 1.3 | 7 | 1.5 | 0 | 0.0 |
| H22 | 459 | 458 | 142 | 31.0 | 209 | 45.6 | 73 | 15.9 | 21 | 4.6 | 13 | 2.8 | 5 | 1.1 | 0 | 0.0 |
| H23 | 453 | 451 | 147 | 32.6 | 200 | 44.3 | 73 | 16.2 | 14 | 3.1 | 9 | 2.0 | 8 | 1.8 | 3 | 0.6 |
| 22年度 | 国の現状 | | | | | | | | | | | | | | | 1.2% |
| 34年度 | 国の目標 | | | | | | | | | | | | | | | 1.0% |

(資料) 比布町特定健診受診者

糖尿病の前段階ともいえる保健指導判定値 HbA1c5.2%～6.0%の割合が多く、22年度と、23年度では60%を超えています。特に、HbA1c値の5.6%以上6.0%未満の者の割合が増加しています(表1)

引き続き、糖尿病の発症予防は重要となります。

表2 特定健診受診者のHbA1c(JDS)の状況 平成22年度 年齢階級別・男女計

| 年代 | 受診数 人 | HbA1c 測定 人 | 発症予防 | | | | | | 重症化予防 | | | | | | | |
|-----------|----------|------------------|-------|------|----------------|------|----------------|------|----------------|-----|----------------|-----|-------|-----|---------------|------|
| | | | 正常判定 | | 保健指導判定 | | | | 受診勧奨判定 | | | | | | | |
| | | | 5.2未満 | | 5.2以上 5.6未満 | | 5.6以上 6.1未満 | | 6.1以上 6.5未満 | | 6.5以上 7.0未満 | | 7.0以上 | | 【再掲】 8.0以上 | |
| 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | 人数 | % | |
| 40～49歳 | 29 | 29 | 16 | 55.2 | 11 | 37.9 | 1 | 3.4 | 1 | 3.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 50～59歳 | 81 | 81 | 30 | 37.0 | 26 | 32.1 | 22 | 27.2 | 2 | 2.5 | 1 | 1.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 60～69歳 | 196 | 195 | 56 | 28.7 | 92 | 47.2 | 30 | 15.4 | 9 | 4.6 | 7 | 3.6 | 1 | 0.5 | 0 | 0.0 |
| 70～74歳 | 153 | 153 | 40 | 26.1 | 75 | 49.0 | 20 | 13.1 | 9 | 5.9 | 5 | 3.3 | 4 | 2.6 | 0 | 0.0 |
| 合計 | 459 | 458 | 142 | 31.0 | 204 | 44.5 | 73 | 15.9 | 21 | 4.6 | 13 | 2.8 | 5 | 1.1 | 0 | 0.0 |
| 22年度 国の現状 | | | | | | | | | | | | | | | | 1.2% |
| 34年度 国の目標 | | | | | | | | | | | | | | | | 1.0% |

(資料)比布町特定健診受診者

特定健診受診者からみる町の糖尿病有病率は、HbA1c値の状況を平成20年度と比較してみると、保健指導判定のHbA1c値5.6%以上6.1%未満の者の割合が増加。受診勧奨判定の8.0%以上の者の割合も増加しています。(表1)

また、7.0%以上の者の割合も増加が見られることから、引き続き発症予防への取り組みが重要です。

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

(表2)年齢階級別のHbA1c値の状況から、40歳代から50歳代、60歳代にかけて5.2%以上の高血糖者が増加しています。この段階(耐糖能異常・境界域)から、心血管疾患の発症に関与することが多くの研究から明らかとなっています。発症予防には、食事療法、運動療法が重要な治療となります。

乳幼児期、学齢期からの健康実態や、食生活の特徴や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。

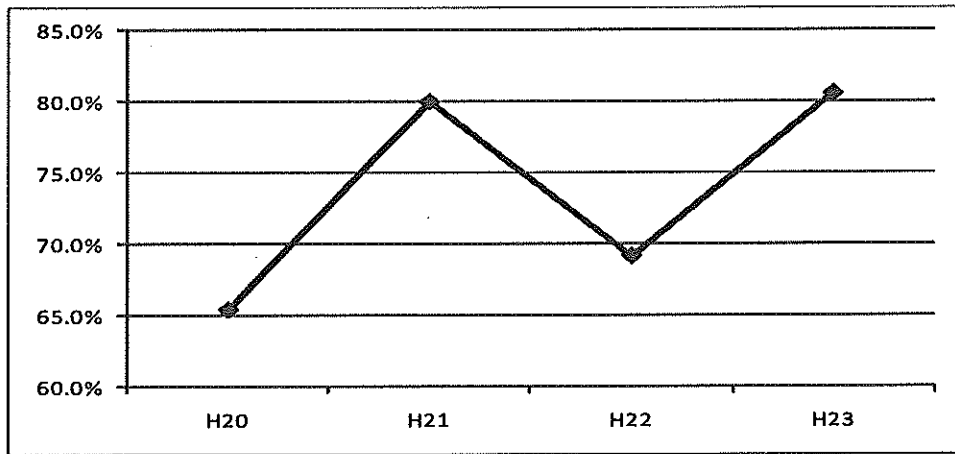
エ 治療継続者の割合の増加

糖尿病における治療中断を減少させることは、糖尿病合併症抑制のために必須です。

糖尿病の特徴的な症状には、口渇、多飲多尿、体重減少などがありますが、持続する中等度以上の高血糖状態になるまでそれらの症状はあらわれません。そのため、自覚症状がないことを理由に治療を中断し、目に違和感を感じるなど合併症が進行してから受診行動につながる実態も見られます。

比布町の糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の治療率は、常に65%以上であり、平成23年度においては、80%を超えています。(図6)

図6 比布町の糖尿病を強く疑われる人 (HbA1c6.1%以上) の治療率の推移



比布町特定健康診査

糖尿病治療の第1段階は、食事療法と運動療法ですが、「薬が出ないので、医療機関には行かなくてもよいと思った」という理由など、多くの住民は、「治療＝薬」といった意識の傾向が強いため、薬をもらいに定期受診はしても検査のための定期受診の必要性がわからないまま、治療を中断してしまう実態があります。

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・継続ができるよう、より積極的な保健指導が必要になります。主治医等とも連携しながら
中断者の減少を図ります。

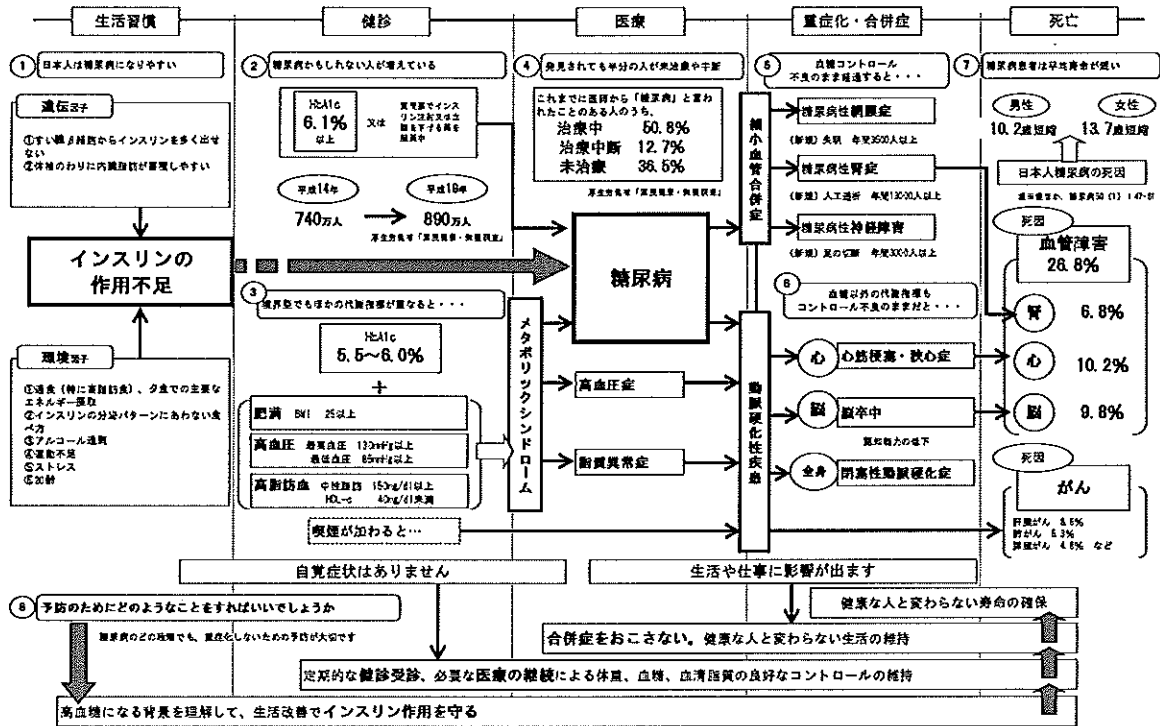
糖尿病の症状をみてもらう診療科は？

生活への影響を考えてみましょう

| 番号 | ① 症状は？ | ② どこで診てもらいますか？ | ③ 生活への影響は？ |
|----|--|----------------|---|
| 1 | 網膜症 (重症になると) 失明 | 眼科 | 車の運転は？ 通院は？ 今の仕事は続けられますか？ お金をあつかう時 — 買い物は？ 集金は？ もし、インスリン注射が必要になったら… *旅行に出かける時は インスリン注射の道具を持ち歩く 低血糖に備えブドウ糖を携帯 *インフルエンザなどが流行すると、 最も影響を受けやすい病気です |
| 2 | 腎不全 | 腎臓内科 | |
| 3 | 人工透析 | 透析科 | |
| 4 | 湿疹、水虫や火傷、足の潰瘍 | 皮膚科 | |
| 5 | 胃腸不快感、下痢や便秘 | 内科(消化器) | |
| 6 | 足のしびれや痛みなどの感覚の障害 膀胱炎、残尿 自律神経障害 | 内科(神経) | |
| 7 | 歯肉炎、歯周病 | 歯科 | |
| 8 | 不整脈、狭心症、心筋梗塞 | 内科(循環器) | |
| 9 | 脳梗塞 | 脳血管外科 | |
| 10 | 認知症状 | 精神神経科 | |
| 11 | 足の冷え、脈の衰失など下肢閉塞性動脈硬化症 (重症になると) 下肢切断 | 血管外科 整形外科 | |
| 12 | うつ状態 | 心療内科 | |
| 13 | カンジタ膣炎 | 産婦人科 | |
| 14 | 勃起障害(インポテンツ) | 泌尿器科 | |
| 16 | 悪性新生物(癌) | 放射線科 | |

なぜ糖尿病対策が必要なのでしょう？

平成20-21年度糖尿病診療指針 糖尿病対策推進協議会資料をもとに作成



(4) 対策 (循環器疾患の対策と重なるものは除く)

ア 糖尿病の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく町民一人ひとりを対象にした保健指導の推進
 - 特定保健指導及びHbA1c値に基づいた保健指導
 - 家庭訪問や結果説明会等による個別性を重視した保健指導の実施
- ・動脈硬化予防二次健診の実施の検討 (75g糖負荷検査・微量アルブミン尿検査等)
- ・医療関係者との連携

4 慢性閉塞性肺疾患（COPD）

(1) はじめに

COPD は、たばこ等の有害な空気を吸い込むことによって、空気の通り道である気道（気管支）や酸素の交換を行う肺（肺胞）等に障害が生じる病気です。空気の出し入れが難しくなり、息切れ等の症状が長期間にわたり起こります。これには、慢性気管支炎や肺気腫と言われていた疾患が含まれます。COPD の 90%以上が長期間にわたる喫煙習慣があることから、「肺の生活習慣病」、「たばこ病」とも言われています。

(2) 基本的な考え方

COPD の原因の 90%はたばこの煙で、喫煙者の約 20%が COPD を発症するとされます。COPD の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いとされています。また、COPD は、「肺の炎症性疾患」と位置づけられており、心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗しょう症、うつ病等の併存疾患が多く、COPD の抑制はこれらの疾患の低減効果も期待されています。

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

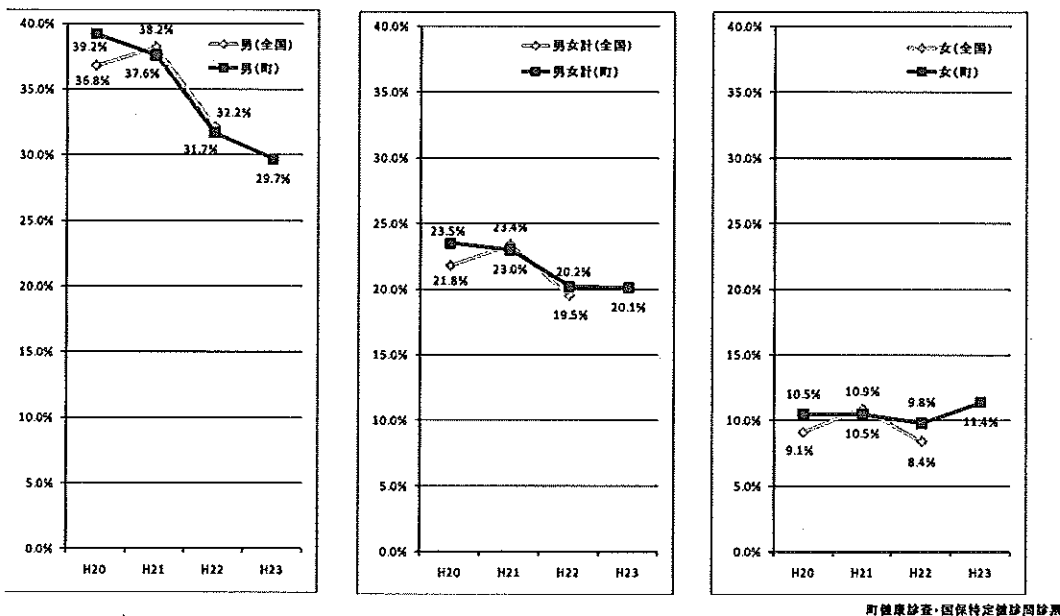
(3) 現状と目標

ア 発症予防

COPD の最大の発症リスクである喫煙に関する実態について、比布町国民健康保険特定健診受診者の喫煙率推移で見ると、男性は年々減少傾向ですが、女性の喫煙率は増加傾向にあります。(図 1)

図1 比布町国民健康保険特定健診受診者の喫煙率の推移

表1 喫煙率の推移



イ 重症化予防

比布町のがん検診は、特定健診と同日に実施できる形態は以前と変わりませんが、平成20年度から特定健診の対象者が国民健康保険加入者となり、国民健康保険以外の加入者は、特定健診とがん検診を同日実施できなくなったため、肺がん検診の受診率も平成18年度に42.1%であった受診率が平成20年度には14.1%と低下しています。

しかし、平成20年度以降は、少しずつではありますが上昇傾向にあります。また、精密検査受診率も平成20年度以降は、50~80%台で推移しています。(表1) COPDに移行させないためにも、肺がん検診及び精密検査の受診、禁煙の必要性について、理解してもらえる働きかけが重要です。

表1 肺がん検診受診率と精密検査受診率の推移

| | 平成18年度 | 平成19年度 | 平成20年度 | 平成21年度 | 平成22年度 |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 受診者数 (人) | 780 | 770 | 376 | 456 | 465 |
| 受診率 (%) | 42.1 | 41.0 | 14.1 | 16.1 | 16.4 |
| 精密検査受診率 (%) | 94.4 | 93.3 | 66.7 | 50.0 | 81.8 |

(4) 対策

- ア COPDの認知度の向上及びたばこのリスクに関する教育・啓発の推進
 - ・種々の保健事業の場での、禁煙の助言や情報提供の実施

5 次世代の健康

(1) はじめに

生涯を通じ健やかで心豊に生活するためには、妊娠中や子どもの頃からの健康、次世代の健康が重要です。

妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行うとともに、子どもの健やかな発育とより良い生活習慣を形成することで、成人期、高齢期等の生涯を通じた健康づくりを推進していくことができます。

また、子どもが成長し、やがて親となり、その次の世代をはぐくむという循環においても、子どもの健やかな発育や生活習慣の形成は、その基礎となるものです。

比布町では、比布町次世代育成支援対策地域行動計画の目標である「次世代の社会を担う子どもが健やかに生まれ、育成される環境整備をさらに充実させる」ことに基づき、取り組みを行ってきました。

今回、健康びっぷ 21 計画の対象が乳幼児期からのライフステージに応じた全町民であることから、これから父母になる思春期世代から胎児期（妊娠期）を含め、生まれてから成人するまでを次世代と位置づけます。

(2) 基本的な考え方

ア 生活習慣病予防

子どもの頃からの生活習慣病対策の重要性については、日本学術会議（2008年）も提言しているところですが、健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、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が重要です。

イ 生活習慣の確立

子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況については、子どもの体重（全出生数中の低出生体重児の割合）やう蝕有病状況等で確認できます。学齢期については今後、学校保健と連携を図りながら、実態をみていきます。

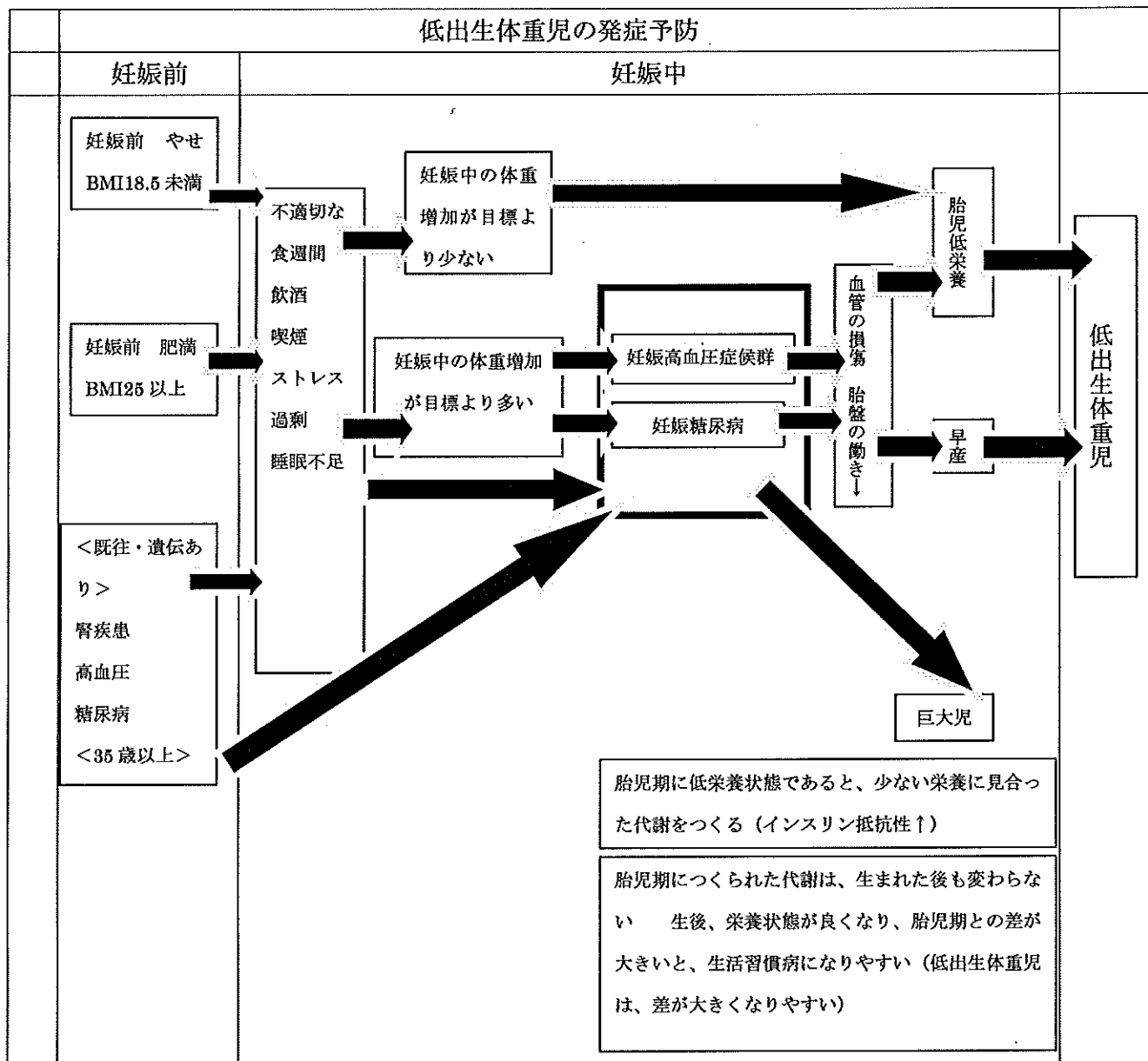
また子どもの健やかな発育のためには、妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりと基本的な生活習慣が重要であり、適正体重の維持（妊娠前の女性のやせ、肥満の減少）や妊娠中の喫煙や飲酒をしないことが必要です。

(3) 現状と目標

ア 適正体重の子どもの増加

(ア) 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

図1 低出生体重児の予防の流れ



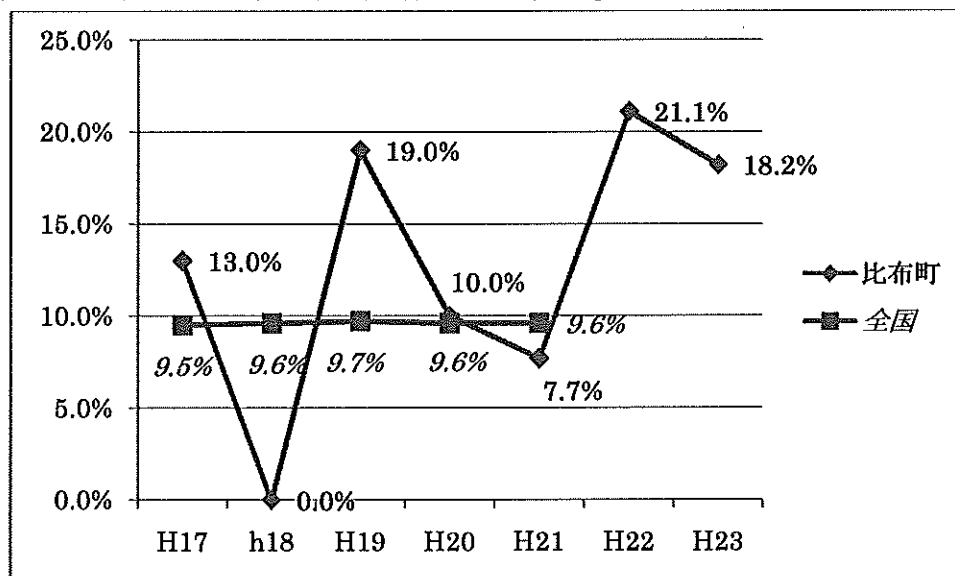
低出生体重児は、胎児期に低栄養の状態に置かれることで儉約遺伝子によって作られた体 (体質) と、生まれてからの環境 (過剰な栄養摂取など) が合わないことで、生活習慣病のリスクが高まるとの報告があります。

妊娠期から適切な生活習慣で自分の体に合わせた体重増加を図り、妊娠高血圧症候群等の異常を予防することは、低体重児の予防につながります、(図1)

比布町における低出生体重児の割合は年度によってばらつきがありますが、平成22年度は21.1%、23年度は18.2%と高い割合になっています。(図2)

低出生体重児の予防のために、ハイリスクとなる妊娠期の実態をとらえ、妊婦への支援を行うとともに、出生後は生まれた子どもの将来の生活習慣病予防についての支援が必要と考えます。

図2 比布町及び全国の低出生体重児(2,500g未満)の割合



①出生週数と胎児の発育

低出生体重児の子の出生週数をみると、正期産にも関わらず低体重であった子が60%でした。この子たちは、胎内において何らかの原因で十分な発育ができなかったと考えられます。妊婦の背景をみていく必要があります。(表1)

表1 低出生体重児の出生週数(母子保健報告システムより)

| | 人数 | 正期産 | | 早産 | | (再掲) 早産の内訳 | | |
|------------|---------------|-------|-------|-------|------|------------|--------|---|
| | | 37週以上 | | 37週未満 | | 31週未満 | 32-36週 | |
| | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 人数 | |
| 出生(H21~23) | 56 | 54 | 96.4% | 2 | 3.6% | — | 2 | |
| (再掲) 出生 | 出生体重 2500g 未満 | 5 | 3 | 60.0% | 2 | 40.0% | — | 2 |
| 未満の内訳 | 2500g 未満の内訳 | — | — | — | — | — | — | — |
| | 1000・1499g | — | — | — | — | — | — | — |
| | 1500・1999g | 1 | — | — | 1 | 100.0% | — | 1 |
| | 2000・2499g | 4 | 3 | 75.0% | 1 | 25.0% | — | 1 |

②母の妊娠前の体格

体格がやせ（BMI18.5未満）の女性は、低出生体重児を出産するリスクが高いと言われていています。やせの割合は、9.3%と全国（19.6%）より低い状況です。

しかし、BMI25以上の割合は、11.1%で全国（8.3%）より高くなっていることから、体重が多いことで、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病のハイリスクであり、また低出生体重児の出産にもつながることから、妊娠期の食習慣（食事量や内容、食べ方）や運動習慣等についての関わりが重要です。（表2）

表2 妊娠前の体格（比布町：母子保健報告システムより）

| | 妊娠前の体格（BMI） | | | | | |
|-------------------|-------------|-------|-----------|-------|------|-------|
| | やせ | | 適正体重 | | 肥満 | |
| | 18.5未満 | | 18.5～25未満 | | 25以上 | |
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| 比布町（H21～23） | 5 | 9.3% | 43 | 79.6% | 6 | 11.1% |
| 全国（H22年乳幼児身体発育調査） | — | 19.6% | — | 72.0% | — | 8.3% |

③生活習慣（飲酒・喫煙）の状況

妊娠中の飲酒、喫煙は胎児発育不全の危険因子と言われていています。

全国と比較して、飲酒の割合は低いですが、喫煙は倍以上の割合となっています。

生活習慣改善のために、胎児への影響について妊婦に伝えていくことが必要です。

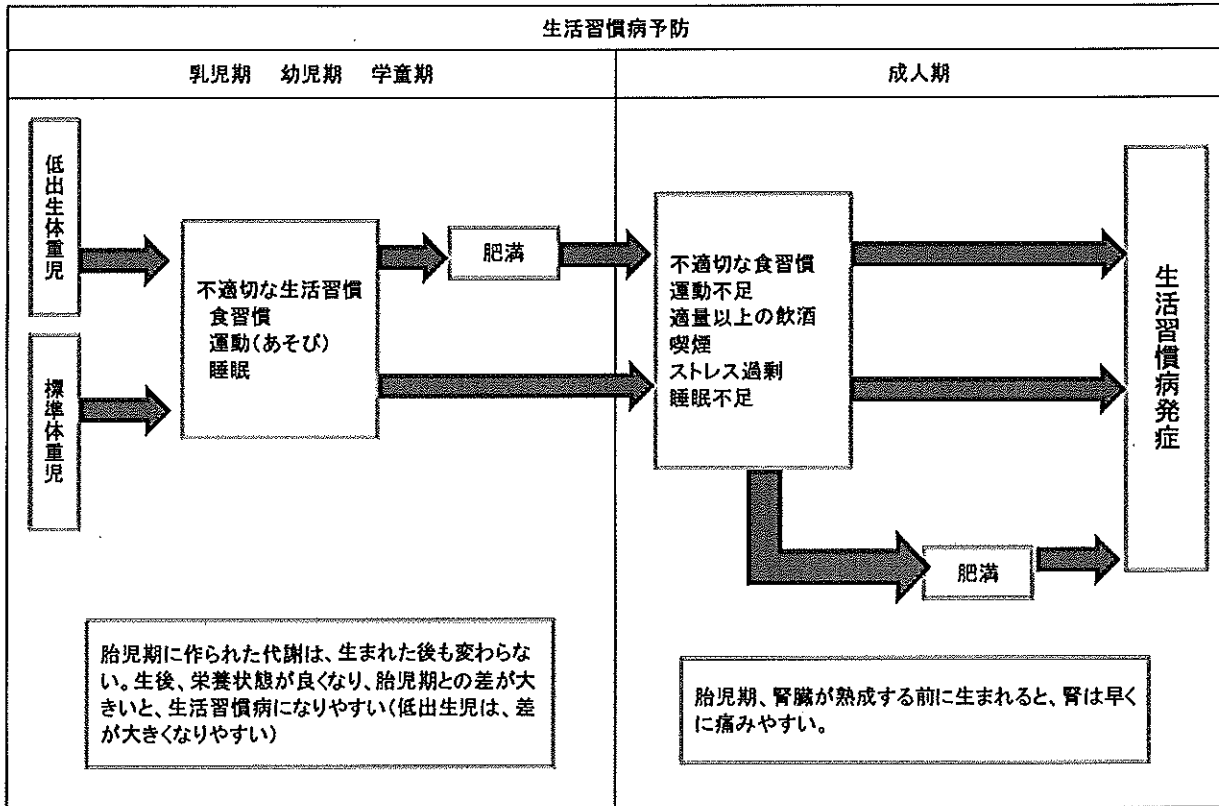
（表3）

表3 飲酒・喫煙の状況（母子保健報告システムより）

| | 比布町 (H21～23) | 全国 (H22乳幼児身体発育調査) |
|----|-----------------|----------------------|
| 飲酒 | 7.4% | 8.7% |
| 喫煙 | 11.8% | 5.0% |

(イ) 肥満傾向にある子どもの割合の減少

図3 出生から生活習慣病予防の流れ



① 乳幼児期の肥満

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

特に低出生体重児の場合は将来にわたって生活習慣病のリスクである肥満には要注意が必要です。小児の肥満とは、幼児では標準体重と比較し、15%以上、学童では同じく20%以上の体重の場合をいいます。

表4 平成23年度 1歳6ヵ月児健康診査・3歳児健康診査

| 平成23年度健康診査結果 | | 肥満 | | 適正体重 | | やせ | |
|--------------|-----|-------|-------|--------------|-------|--------|----|
| | | 15%以上 | | -14.9%~14.9% | | -15%以下 | |
| | 総数 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 |
| 1歳6ヵ月児健康診査 | 19人 | 3人 | 15.8% | 16人 | 84.2% | 0 | 0 |
| 3歳児健康診査 | 18人 | 0 | 0 | 18人 | 100% | 0 | 0 |

比布町では、新生児訪問、乳幼児健康診査・相談などの保健事業を通じ子どもの発育に関する相談を行い、乳幼児期における適正体重の維持、肥満の子の割合の減少、月齢に応じた適切な生活習慣の確立を目指しています。

本来、乳幼児期の体脂肪率は少なく、5歳～7歳に見られるアディポシティ・リバウンド（注）が3歳などの早期に現れると、成人期の肥満へ移行しやすいといわれています。

平成23年度に行った1歳6か月児健康診査では15.8%の子に小児肥満の状態が見られました。

3歳児健康診査では、小児肥満は見られませんでした。（表4）今後も月齢に応じた関わりを持ちながら、小児肥満の状況であった子どもの経過を見ていく必要があります。

（注）アディポシティ・リバウンド

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

② 学童の状況

子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいとの報告があります。

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

北海道は、肥満傾向児の出現率が高く、将来の生活習慣病の増加が予測されます。

（表5）

食生活習慣は、親から引き継がれていくものであり、妊娠期、乳幼児期から、食生活の大切さについて親と一緒に考える時間をつくりながら、親も子ども将来の生活習慣病有病者にならないよう、支援していかなければなりません。

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一環として、肥満傾向児を減少させる取り組みが行われているところですが、こうした取り組みをより効

表5 平成22年度 都道府県別肥満傾向児の出現率

学校保健統計調査

| | 小学校5年生 | | | | |
|----|--------|-------|-----|-------|----|
| | 男子 | | 女子 | | |
| 1 | 北海道 | 18.43 | 青森 | 12.64 | 1 |
| 2 | 山形 | 18.01 | 岩手 | 12.42 | 2 |
| 3 | 徳島 | 15.82 | 宮城 | 11.76 | 3 |
| 4 | 岩手 | 14.33 | 栃木 | 11.68 | 4 |
| 5 | 群馬 | 13.56 | 宮崎 | 11.10 | 5 |
| 6 | 秋田 | 13.32 | 北海道 | 10.89 | 6 |
| 7 | 大分 | 13.31 | 秋田 | 10.46 | 7 |
| 8 | 宮城 | 13.07 | 群馬 | 10.37 | 8 |
| 9 | 青森 | 12.55 | 福島 | 10.28 | 9 |
| 10 | 山梨 | 12.36 | 愛媛 | 9.66 | 10 |
| 11 | 宮崎 | 12.17 | 三重 | 9.58 | 11 |
| 12 | 愛媛 | 12.16 | 沖縄 | 9.48 | 12 |
| 13 | 栃木 | 12.15 | 山形 | 9.36 | 13 |
| 14 | 茨城 | 12.14 | 熊本 | 9.34 | 14 |
| 15 | 福島 | 11.81 | 東京 | 9.31 | 15 |
| 16 | 沖縄 | 11.81 | 福岡 | 8.81 | 16 |
| 17 | 静岡 | 11.69 | 佐賀 | 8.79 | 17 |
| 18 | 高知 | 11.66 | 大分 | 8.71 | 18 |
| 19 | 埼玉 | 11.47 | 広島 | 8.69 | 19 |
| 20 | 奈良 | 11.34 | 富山 | 8.66 | 20 |
| 21 | 千葉 | 11.30 | 鹿児島 | 8.59 | 21 |
| 22 | 佐賀 | 11.29 | 千葉 | 8.45 | 22 |
| 23 | 和歌山 | 11.25 | 埼玉 | 8.14 | 23 |
| 24 | 鹿児島 | 10.64 | ★全国 | 8.13 | 24 |
| 25 | 新潟 | 10.56 | 山梨 | 8.08 | 25 |
| 26 | 愛知 | 10.45 | 山口 | 8.08 | 26 |
| 27 | ★全国 | 10.37 | 岡山 | 7.77 | 27 |
| 28 | 石川 | 10.21 | 石川 | 7.75 | 28 |
| 29 | 広島 | 10.08 | 茨城 | 7.41 | 29 |
| 30 | 岐阜 | 9.93 | 神奈川 | 7.32 | 30 |
| 31 | 福井 | 9.79 | 徳島 | 7.28 | 31 |
| 32 | 島根 | 9.66 | 福井 | 7.03 | 32 |
| 33 | 熊本 | 9.20 | 島根 | 7.02 | 33 |
| 34 | 福岡 | 9.10 | 大阪 | 6.97 | 34 |
| 35 | 長野 | 9.04 | 滋賀 | 6.86 | 35 |
| 36 | 岡山 | 8.82 | 京都 | 6.81 | 36 |
| 37 | 三重 | 8.71 | 鳥取 | 6.79 | 37 |
| 38 | 富山 | 8.59 | 高知 | 6.74 | 38 |
| 39 | 神奈川 | 8.58 | 長崎 | 6.71 | 39 |
| 40 | 大阪 | 8.57 | 愛知 | 6.64 | 40 |
| 41 | 香川 | 8.24 | 新潟 | 6.56 | 41 |
| 42 | 長崎 | 8.18 | 奈良 | 6.32 | 42 |
| 43 | 兵庫 | 7.98 | 兵庫 | 6.16 | 43 |
| 44 | 山口 | 7.92 | 静岡 | 5.99 | 44 |
| 45 | 滋賀 | 7.77 | 岐阜 | 5.96 | 45 |
| 46 | 東京 | 7.35 | 和歌山 | 5.91 | 46 |
| 47 | 京都 | 7.13 | 香川 | 5.44 | 47 |
| 48 | 鳥取 | 5.38 | 長野 | 4.28 | 48 |

（注）肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の者である。以下の各表において同じ。

$$\text{肥満度} = (\text{実測体重} - \text{身長別標準体重}) / \text{身長別標準体重} \times 100 (\%)$$

果的にするために、今後は保健指導が必要な児を明確にするための統計のあり方を学校保健関係者と検討していく必要があります。

イ 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、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喫緊の課題であり、非常に重要な生活習慣病対策です。

子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況については、他のライフステージと同様、健診データで見えていくことが必要となり、それぞれのガイドラインに基づいた検査の予防指標も明確にされています。（表6）

比布町では、小中学生のデータが公表されていないため、実態を確認できていない状況です。

今後は、学校関係者と肥満傾向児の動向など、子どもの健康実態について、共通認識を形成するとともに、子どもの生活習慣病を予防していくために、町としてどのような取り組みができるのかを検討し、その結果に基づいた総合的な教育的アプローチを行うことが重要だと考えます。

（4）対策

ア 生活習慣病の発症予防・重症化予防のための取り組みの推進

- ・妊産婦～妊婦健診の実施、妊婦訪問・面接の実施。実態把握に基づいた学習の推進
町の健康診査（30歳～39歳）の受診勧奨
飲酒、喫煙の実態把握を母子健康手帳交付時。妊婦相談等を通じて行い、禁酒、禁煙学習の推進
- ・肥満傾向児の実態把握と個々の状況に合わせた保健指導の実施

イ 健康な生活習慣の確立のための取り組みの推進

- ・妊産婦～妊産婦相談においての自分の体に合わせた生活習慣（食事など）の学習の推進
- ・乳幼児～各種健診や相談を通じ、適正体重の維持のために栄養・運動・生活リズムの実態に基づいた学習
- ・小中学生の実態把握のために、学校保健関係者との調整と課題の共有
- ・保健所が実施する未成年者の飲酒、喫煙の実態把握や禁酒、禁煙予防活動を推進

表6 ガイドラインに基づいた検査の予防指標

| 対象年齢・時期等 | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|----------------|------------------------|----------------------|-------------|--|--|
| 項目 | 幼児 | | 小学生 | | 中学生 | 高校生 | 妊婦 | 成人 | 65歳以上 | | |
| | 3~5歳 | 6~8歳 | 9~11歳 | 12~14歳 | 15~17歳 | | | | | | |
| 内臓脂肪の蓄積 | BMI・肥満度 | 肥満度15%未満 | 肥満度20%未満 | | | 成人と同様 | 妊娠初期(6~16週) 26未満 | BMI 25未満 | | | |
| | | | | | | | 妊娠中期(17~28週) 27.2未満 | | | | |
| | | | | | | | 妊娠後期(29~40週) 28.3未満 | | | | |
| | 腹囲 | | 腹囲75cm未満 | 腹囲80cm未満 | | | | 男 85cm未満 女 90cm未満 | | | |
| | 中性脂肪 | | 120 mg/dl未満 | | | 150 mg/dl未満 | | | | | |
| | HDLコレステロール | 40 mg/dl以上 | | | | | | | | | |
| | 肝機能 | AST(GOT) | 31 IU/l未満 | | | | | | | | |
| | ALT(GPT) | 31 IU/l未満 | | | | | | | | | |
| | γ-GT(γ-GTP) | 51 IU/l未満 | | | | | | | | | |
| 血管を傷つける条件 | 血圧(mmHg) | 120/70未満 | 125/70未満 | | | 130/75未満 | 130/85未満 | | | | |
| | 尿酸 | | 5.3 mg/dl未満 | 6.2 mg/dl未満 | 7.1 mg/dl未満 | | | | | | |
| | 血糖 | 空腹時血糖 | 100 mg/dl未満 | | | | | | | | |
| | | 随時血糖 | 140 mg/dl未満 | | | | | (食後2時間) 120 mg/dl | 140 mg/dl未満 | | |
| | | HbA1c | 5.2 %未満 | | | | | 5.8 %未満 | 5.2%未満 | | |
| | | 尿糖 | (一) | | | | | | | | |
| | LDLコレステロール | LDL-C以外の主要危険因子数(※) | | | | | | 目標値(mg/dl) | | | |
| 0 | | | | | | 159以上 | | | | | |
| 1~2 | | | | | | 139以下 | | | | | |
| 3以上又は糖尿病、脳梗塞、閉塞性動脈硬化疾患の合併 | | | | | | 119以下 | | | | | |
| 冠動脈疾患の既往あり | | | | | | 99以下 | | | | | |
| 腎臓 | 血清クレアチニン(mg/dl) | 男 | 0.5未満 | 0.6未満 | 0.7未満 | 0.8未満 | 0.9未満 | 1.05未満 | | | |
| | | 女 | 0.4未満 | 0.6未満 | | 0.7未満 | 0.8未満 | 0.8未満 | | | |
| | eGFR | 正常GFR 133±27ml/分 | | | | 男子 140±30 ml/分 | 60 ml/分以上 | | | | |
| | | | | | | 女子 126±22 ml/分 | | | | | |
| | 尿蛋白 | (一) | | | | | | | | | |
| 尿潜血 | (一) | | | | | | | | | | |
| 易血栓性 | 赤血球数 | | | | | | | | | | |
| | ヘマトクリット | | | | | | | | | | |
| | ヘモグロビン | 40%未満 | | | | | | | | | |

※LDL-C以外の危険因子

- ①年齢が男性45歳以上 女性55歳以上
- ②高血圧(収縮期140以上 拡張期90以上)
- ③高血糖
- ④喫煙習慣がある
- ⑤家族の中で心筋梗塞・狭心症の人がいる
- ⑥低HDLコレステロール(40未満)