

第Ⅱ章

課題別の実態と対策

第Ⅱ章 課題別の実態と対策

第1節 町の過去と現在

各分野・項目で過去と最近の数値を比較したところ、胃・肺・大腸がん検診受診率の向上やメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少、喫煙率の低下等の改善がみられる一方で、特定健診受診率・特定保健指導終了率の低下や糖尿病有病者の割合増加等、悪化している状況もみられます。

表1 分野・項目ごとの過去との比較

分野	項目	町の過去		町の現状		データソース
がん	がん検診受診率（各がん検診受診者数/対象年齢人口）					地域保健健康増進事業報告
	・胃がん	男性：7.4% 女性：4.3% * 5.4%	H21	男性：7.4% 女性：4.6% * 5.8%	H25	
	・肺がん	男性：8.3% 女性：5.1% * 6.3%		男性：10.1% 女性：7.9% * 8.8%		
	・大腸がん	男性：7.8% 女性：4.5% * 5.7%		男性：11.1% 女性：8.5% * 9.6%		
	・子宮頸がん	9.3%	H22	9.0%		
	・乳がん	12.4%		11.0%		
循環器疾患	高血圧（中等度（Ⅱ度）高血圧 160/100mmHg以上）	男性：6.9% 女性：7.9%	H20	男性：7.0% 女性：5.1%	H25	雄武町特定健診結果
	脂質異常症（LDL-C 160mg/dl以上）	男性：15.2% 女性：12.6%		男性：6.4% 女性：2.0%		(H20) 雄武町特定健診結果 (H25) KDBシステム様式6-1
	メタボリックシンドローム 該当者	男性：24.0% 女性：14.4%		男性：22.8% 女性：11.1%		
	予備群	男性：18.0% 女性：11.5%		男性：17.5% 女性：6.7%		
	特定健康診査受診率	33.8%		33.1%		
特定保健指導終了率	10.0%	8.5%				
糖尿病	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	2人	H17			
	血糖コントロール不良者の割合（HbA1c（NGSP）8.0%以上）	男性：2.1% 女性：1.7%	H20	男性：3.7% 女性：0.7%	H25	雄武町特定健診結果
	糖尿病有病者の割合（HbA1c（NGSP）6.5%以上）	男性：10.6% 女性：5.8%		男性：14.1% 女性：7.6%		
次世代	妊娠届出時のやせの人の割合（BMI18.5以下）			17.6%	H25	雄武町妊婦台帳
	低出生体重児の割合（出生体重2,500未満）	12.5%	H20	12.1%		雄武町乳幼児台帳
	肥満傾向にある子どもの割合（小学5年生）			男子：16.7% 女子：40.0%		雄武町小学生身体計測結果
身体活動・運動	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施する人の割合		H22		H25	一般健診・特定健診・後期高齢者健診等問診票
	・20～69歳	男性：35.8% 女性：29.1% * 31.4%		男性：42.7% 女性：28.9% * 33.8%		
	・70歳以上	男性：59.7% 女性：37.5% * 47.1%		男性：55.3% 女性：37.3% * 43.6%		
	運動習慣がある人の割合					
	・20～69歳	男性：25.2% 女性：21.3% * 22.6%		男性：27.0% 女性：17.4% * 20.8%		
・70歳以上	男性：47.0% 女性：28.4% * 36.7%	男性：49.3% 女性：28.0% * 37.2%				
喫煙	喫煙者の割合			22.1%	H25	(H25) KDBシステム様式6-1
飲酒	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（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g、女性20g以上）	男性：15.9% 女性：4.7% * 9.0%	H22	男性：12.2% 女性：3.2% * 6.6%	H25	一般健診・特定健診・後期高齢者健診等問診票
歯	3歳でう歯がない人の割合			78.8%	H24	乳幼児台帳
高齢	介護給付費（1件当たり）			91,042	H25	(H25) KDBシステム様式6-1
心	自殺による死亡の割合			4.5%	H25	(H25) KDBシステム様式6-1
休養	睡眠による休養を十分とれていない人の割合	20.8%	H24	25.1%	H25	心の健康づくり事業評価

これらの状況を踏まえ、本計画を推進するための「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」で示された目標項目を、表2のように取り組む主体のライフステージごとに区分し、健康増進は最終的には個人の意識と行動の変容にかかっていると捉え、それを支援するための雄武町の具体的な取組を以下項目別にまとめ、それぞれ推進します。

表 2

「健康おうちむ 21」の基本的方向性と目標項目 乳幼児から高齢者まで ～ライフステージに応じた計画を考える～

全体目標	次世代の健康				成人		高齢者		死亡
	胎児（妊婦）	0歳	18歳	20歳	40歳	65歳	75歳		
◆健康寿命の延伸 ◆健康格差の縮小									
がん									□75歳未満のがんの 年齢調整死亡率の減少
循環器疾患									□特定健診・特定保健指導の実施率の向上 □メタボリックシンドローム予備群・該当者の減少 □適正体重を維持している人の増加 （肥満、やせの減少） □高血圧の改善 （中等症（Ⅱ度）以上高血圧の人の割合の減少） □脂質異常症の減少
糖尿病									□糖尿病有病者の増加の抑制 □血糖コントロール不良者の割合の減少 （HbA1cがNGSP値8.0%以上の人の割合の減少） □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
慢性閉塞性肺疾患									
栄養・食生活									□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 ア 朝・昼・夜・の三食を必ず食べている子どもの割合の増加 イ 肥満傾向にある子供の割合の減少
生活習慣病の発症予防の徹底									□適切な量と質の食事を摂る人の割合（主食・主菜・副菜） □食塩摂取量の減少
身体活動・運動									□運動習慣がある人の割合の増加
飲酒									□妊娠中の飲酒をなくす □未成年者の飲酒をなくす □生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている人の割合の減少 （毎日、純アルコール男性40g以上・女性20g以上）
喫煙									□妊娠中の喫煙をなくす □受動喫煙の機会を有する人の割合の減少 □未成年者の喫煙をなくす □成人の喫煙率の減少
歯・口腔の健康									□乳幼児・学齢期のう歯のない人の増加
高齢者の健康									□低栄養傾向（BMI<20）の高齢者の割合の減少 □介護給付費の増加の抑制
こころの健康									□自殺者数の減少
休養									□睡眠による休養を十分にとれていない人の減少
社会生活の維持・必要向上									

第2節 生活習慣病予防と重症化予防

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、増殖して行く、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て約 1 cm 大のがん細胞となります。1 cm 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いわれています。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、がんの進行度が、がんが治るか治らないかの境界線といわれています。

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いわれてきましたが、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があります、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、種々の化学物質への暴露や、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〉、ヒトパピローマウイルス〈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〉）への感染の他に、喫煙（受動喫煙含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、加工食品（肉類等）の過剰摂取など生活習慣に起因するものがあります。

喫煙が種々のがんの死亡率を高めることは様々な疫学的検討から明らかになっています（表 1）。

雄武町の特定健診結果から推測すると、喫煙率の高さや肥満など、がんのリスクとなる課題があると考えられます（図 1、図 2）。

禁煙 30%、食事 30%、運動 5%、飲酒 3%と、計 68%は生活習慣の改善によりがん発症を予防することができると考えられていることから、循環器疾患や糖尿病などの生活習慣病対策と同様、生活習慣改善による発症予防に努めることが重要です（表 2）。

表 1 部位別に見た喫煙者のがん死亡リスク

	男性		女性	
	死亡率比		死亡率比	
全部位のがん	1.65	**	1.32	**
喉頭がん	32.50	**	3.29	**
肺がん	4.45	**	2.34	**
咽頭がん	3.29	*		
口腔がん	2.85	*	1.40	
食道がん	2.24	**	1.75	**
膀胱がん	1.61	*	2.29	*
膵臓がん	1.56	**	1.44	**
肝臓がん	1.5	**	1.66	**
胃がん	1.45	**	1.18	**

煙者のがんによる死亡率が何倍になるかを示している。

*,**はそれぞれ有意差5%,1%で有意

(平山 雄、予防がん学 その新しい展開、
メディサイエンス社(東京)、1987年を改変)

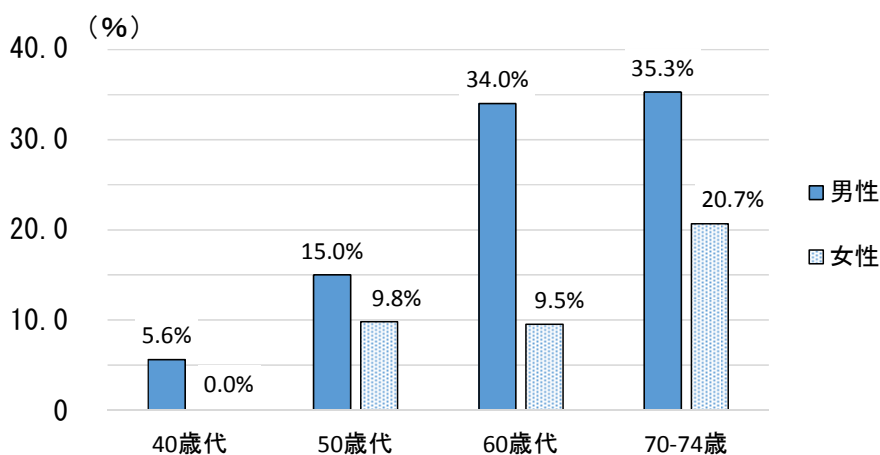


図 1 雄武町の男女別メタボリックシンドローム該当者割合(平成 25 年度特定健診結果)

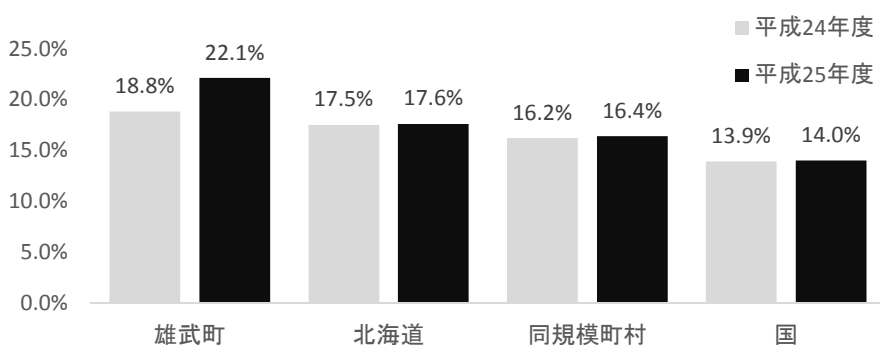


図 2 特定健診受診者の喫煙率 (KDB 平成 24~25 年年度累計)

表2 生活習慣等とがん発生の関連について

		生活習慣 68%						その他			
		タバコ 30%	食事 30%		運動 5%	飲酒 3%	肥満	家族歴	ホルモン	感染	他 △可能性あり
			高脂肪	塩分							
科学的根拠のあるがん検診	胃	◎	○	○		○	○			◎ ピロリ菌	
	肺	◎								△ 結核	環境汚染
	大腸	△	○		○	○	○	△			
	子宮頸部	◎								◎ HPV	
	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
その他	前立腺		△					○			加齢
	肝臓	○				○				◎ HBV HCV	カビ 糖尿病り患者
	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

① 喫煙

タバコの煙の中には、わかっているだけで数十種類もの発がん性をもつ化学物質が含まれています。この発がん物質が細胞の遺伝子に傷をつけることで、細胞ががん化すると考えられています。住民自身が、喫煙が及ぼす身体への影響、禁煙の効果を理解し、実践できる取組を継続します。

② 高脂肪食

脂質の多い食品は、肥満の原因であり、また胃がん、大腸がんの発症リスクです(表2、図3)。脂質の多い食品を摂取すると、消化に時間がかかり、胃酸分泌量が多くなります。胃酸は、食物の消化に加え、食物と同時にいった細菌等を殺菌する働きをもつ強い酸なので、分泌量が増加すると胃粘膜に障害を起こしががん化を促します。また、脂質の多い食品、特に肉類を食べると、胆汁酸の分泌量が増え、その結果発がん物質である二次胆汁酸も増え、大腸粘膜のがん化を起こします。肥満はもちろん、高脂肪食が与える胃や大腸の粘膜への影響を理解し、どのような食品を選択することががん予防につながるか学習することが必要です。

③ 野菜不足

がん予防に有効なビタミンや食物繊維を効率的に摂取できる食品は野菜です。健康日本21では、成人1日あたりの野菜摂取量の増加(1日350g以上)を目標に、また国立がん研究センターで出されている科学的根拠に基づいた日本人のためのがん予防法では、野菜・果物合わせて1日400g以上の摂取を推奨しています。緑黄色野菜の摂取は胃がん、大腸がん、肺がん、子宮がん等の多くの部位のがんのリスクを低下させる可能性が指摘されています。なぜ野菜が必要なのか、自分の食べている野菜ががん予防に効果的なのかを理解し、選択できる学習が必要です。

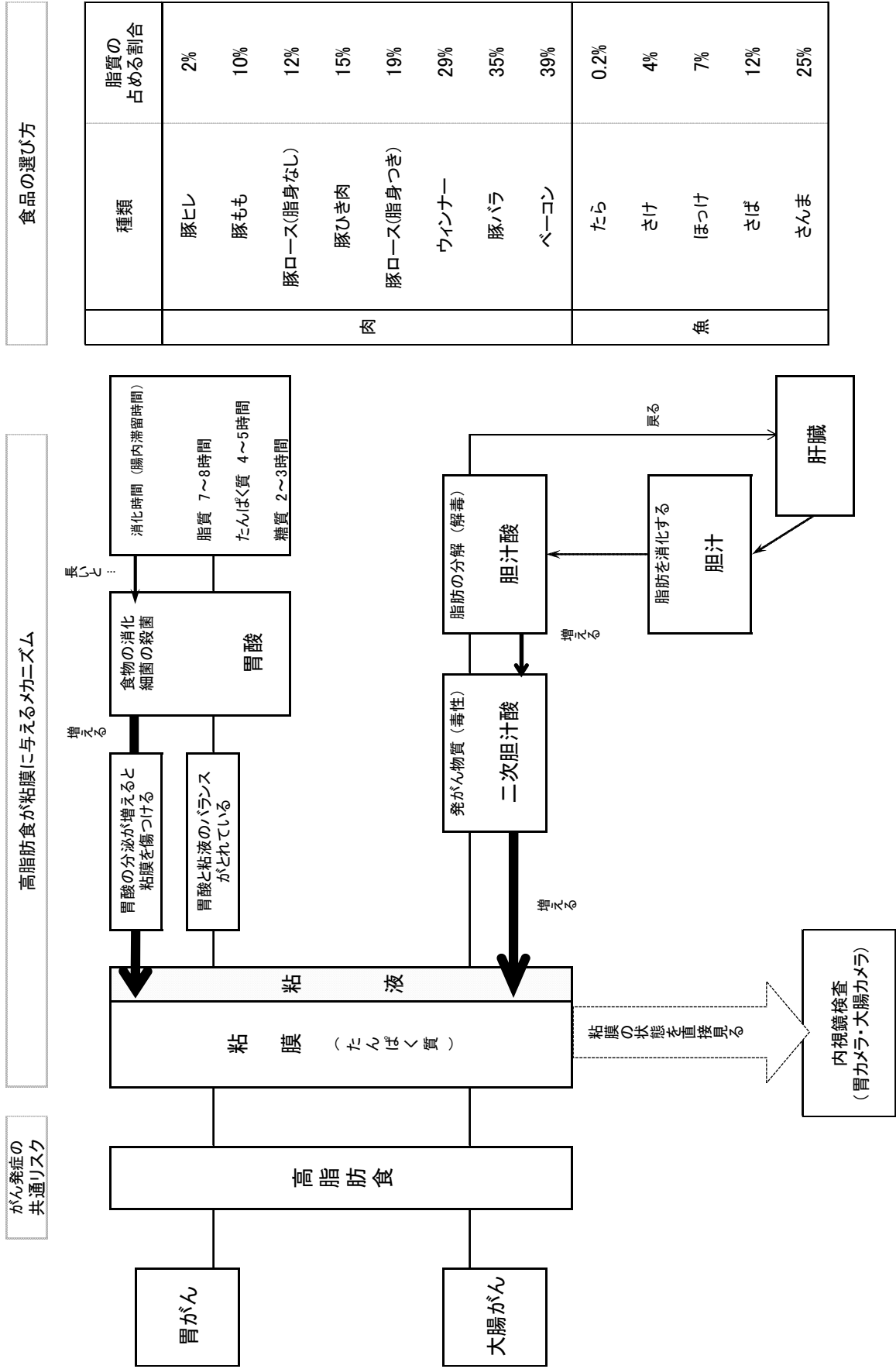


図3 がん予防のために生活習慣でできること

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。

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。

早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に科学的根拠のあるがん検診を受けることと、自覚症状がある場合は、いち早く医療機関を受診することが必要になります。

科学的根拠のあるがん検診をできるだけ多くの町民に受診してもらえよう、受診率向上に向けた施策が重要です（表3）。

また、有効性が確立されているがん検診については、がん検診推進事業（検診手帳及び検診無料クーポン券の配布）をはじめ、広報や出前講座、個別相談などあらゆる機会を利用した啓発及び学習を通しての受診率の維持・向上に努めます。

また、要精検者に対しては、“受けたか”“受けないか”だけではなく、がん化の予防という視点で考え、前がん病変を明らかにすることが重要です。禁煙、肥満の解消等のがん化を進めないための生活習慣の見直し、適切な時期に必要な検査を受診してもらう取組が必要です。

表3 がんの発症予防・重症化予防

	部位	対象	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	40歳以上	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	40歳以上	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	40歳以上	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	妊娠期 20歳以上の女性	子宮頸部擦過細胞診	十分	細胞診 コルポスコプ MRI
	乳	40歳以上の女性	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	50歳以上の男性	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	妊娠期 40歳以上	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	妊娠期	HTLV-1抗体検査		

※評価指導 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・現時点では研究や報告が見られない

(3) 現状と目標

ア がんの死亡率の減少

戦後、日本人のがん死亡は増加を続け、1981年以降、がんは脳血管疾患や心疾患を抜いて日本人の死亡原因の1位となっています。ただし、年齢調整死亡率という、高齢化などによる年齢構成の変化の影響を取り除いた死亡率推移をみると、男性は1980年代後半までは増加しているものの、1990年代後半からは減少傾向にあり、女性はゆるやかな減少傾向が続いていることから（図4）、高齢化の進行ががん死亡の増加の主な原因となっていると考えられます。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るため、国においては、がん対策の総合的な推進の評価指標として、高齢化の影響を除いた年齢調整死亡率を用いることとなっています。

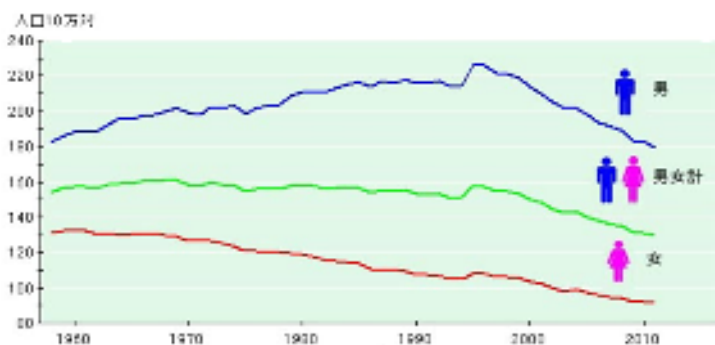


図4 日本人におけるがんの年齢調整死亡率(全部位・性別)の推移

(国立がん研究センターがん研究対策情報センター)

雄武町の死因別死亡率（10万人対）では、がんによる死亡が第1位を占めており、全国や北海道と比較しても高い割合となっています（表4）。また、75歳未満の若い年代においても、がん（悪性新生物）による死亡が最も多い状況です（表5）。

雄武町においては、年齢調整死亡率の把握はできないため、75歳未満のがんによる死亡者数をがん予防の評価指標とします。

表4 主な死因

	全国		北海道		雄武町	
	死亡原因	死亡率 (10万対)	死亡原因	死亡率 (10万対)	死亡原因	死亡率 (10万対)
1位	悪性新生物	283.2	悪性新生物	331.8	悪性新生物	391.3
2位	心疾患	154.5	心疾患	171.9	心疾患	217.4
3位	肺炎	98.9	肺炎	100.8	脳血管疾患	195.7
4位	脳血管疾患	98.2	脳血管疾患	96.8	肺炎	65.2
5位	不慮の事故	47.1	不慮の事故	30.8	老衰・糖尿病・不慮の事故	21.7

(全国・北海道：平成23年北海道統計年報、雄武町：平成23年度オホーツク地域保健情報年報)

表5 雄武町の75歳未満の主な死因と死亡数(人) (オホーツク地域保健情報年報)

(人)	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
悪性新生物	9	14	9	6	8
心疾患	3	2	2	3	2
脳血管疾患	1	2	2	2	0
不慮の事故	0	2	1	1	1
自殺	1	1	2	1	0
その他	5	5	3	5	5
合計	19	26	19	18	16

肺、胃、大腸、乳、子宮がんにおいては、早期発見による治療について、科学的根拠に基づいた死亡率減少効果があるとされています。雄武町におけるこれらの5大がんでの死亡者は5年間で52人で、肺がんがその46%（24人）、胃・大腸がんがそれぞれ23%（12人）、乳がんが6%（3人）、2%（1人）が子宮がんによる死亡でした。

特に肺がんによる死亡が増加傾向にあることから、がんの早期発見・早期治療が今後も重要です。検診受診率を維持、向上させることで重症化予防に努め、がんによる死亡者の減少を図ります。

表6 雄武町のがんによる死亡状況部位別（人）（平成23年度オホーツク地域保健情報年報）

		平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	合計
早期発見に有効	肺	8	1	3	4	8	24
	胃	4	3	0	3	2	12
	大腸	1	2	1	6	2	12
	乳	1	0	1	0	1	3
	子宮	0	1	0	0	0	1
	小計	14	7	5	13	13	52
その他	前立腺	1	2	1	0	2	6
	肝臓	3	2	1	2	2	10
	膵臓	3	2	5	0	0	10
	胆嚢	2	0	0	1	1	4
	食道	2	1	0	4	0	7
	小計	11	7	7	7	5	37
総数	25	14	12	20	18	89	

イ がん検診の受診率の向上

がん検診受診率と死亡率の減少効果には関連性があり、がんの重症化予防は、がん検診により行われています。

雄武町の平成25年度における5大がんの検診受診率は、平成24年度と比較していずれも増加していますが、国のがん対策推進基本計画が目標とする受診率（40.0%）には達していません（図5）。

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、国の方針を参考に様々な取組と、精度管理を重視したがん検診を今後も推進します。

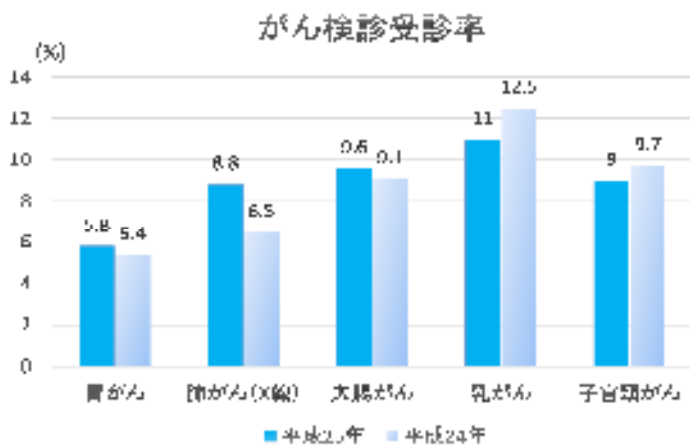


図5 平成24～25年度 雄武町のがん検診受診率
※地域保健・健康増進計画事業と同様の方法で算出

早期発見の有効性が確立している5大がんについて、検診受診者の実態から課題を分析します。

① 大腸がん

大腸がんは、検査方法（便潜血2日法）が簡単で苦痛を伴うことが少なく、5年生存率が高いがんの一つです。受診者数は平成23年から増加していますが、受診率の目標値は達成できていません（図5、6）。受診率の向上とともに、精検対象者が適切な受診につながる働きかけが重要です。

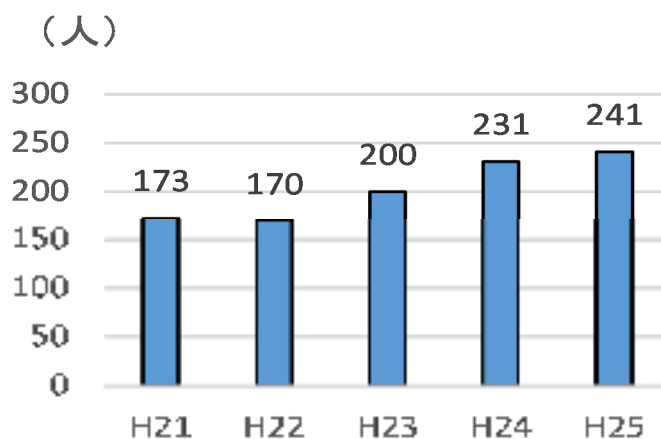


図6 大腸がん検診受診者数の推移

② 肺がん

肺がん検診の受診者数は増加し、受診率は目標値を達成していないものの伸びがみられます（図5、7）。これは、検査方法が本人の苦痛を伴わないこと、特定健康診査と同時実施することで継続受診が定着してきたなどの背景が考えられます。

肺がんは、種類によっては進行が早く転移しやすい予後不良のがんもあり、5年生存率が5大がんの中でもっとも低いがんです。

肺がんの最大の危険因子である喫煙状況の把握、受診率の維持、向上とともに、発症予防の視点から禁煙対策が重要です。

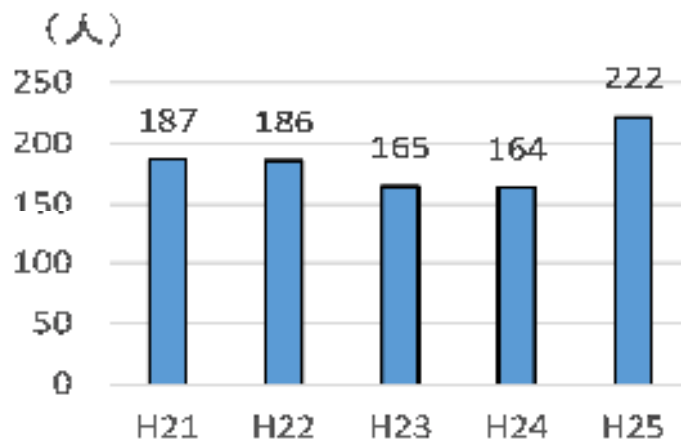


図7 肺がん検診受診者数の推移

③ 胃がん

胃がん検診の受診者数は減少傾向にあり、受診率も目標値を達成していません（図5、8）。

胃粘膜の状態を確認するための方法として、町の一次検診、もしくは医療機関における詳細な検査の受診等の必要性を見極め、重症化予防の視点をもつことが重要です。

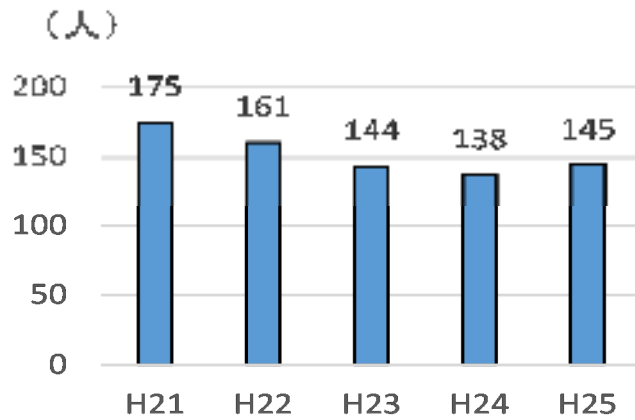


図8 胃がん検診受診者数の推移

④ 乳がん

乳がん検診の受診者数は、平成22年から平成23年にかけて伸びがみられていましたが、平成23年から24年にかけて受診者が約20人減少しています（図9）。これは、厚生労働省の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で2年に1度の検診でも有効性が十分保たれるという理由から本町においても原則2年に1度の受診を勧めていることが背景にあると考えます。

町の検診では、平成21年から平成25年の5年間で乳がんが数人発見されていますが、その全員が現在まで健在であることから、検診の有効性は明らかです。

定期的な検診の受診はもちろん、自己触診の普及啓発についても取り組むことが重要です（図10）。

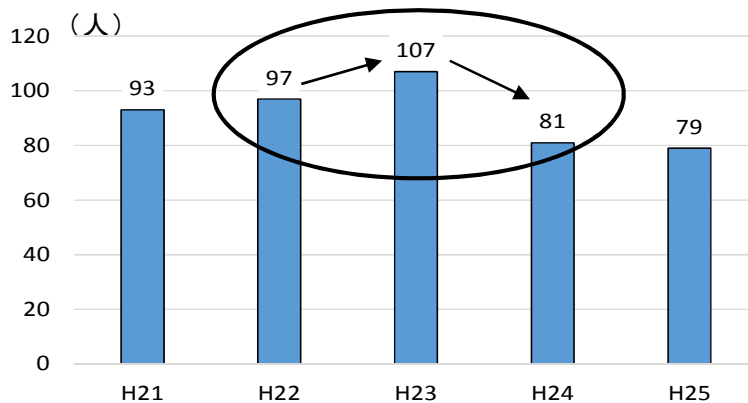


図9 乳がん検診受診者数の推移

マンモグラフィで発見		視触診（自己触診）で発見可能		
石灰化	小さいしこり	1.0cm	2.0cm	2.5~3.0cm

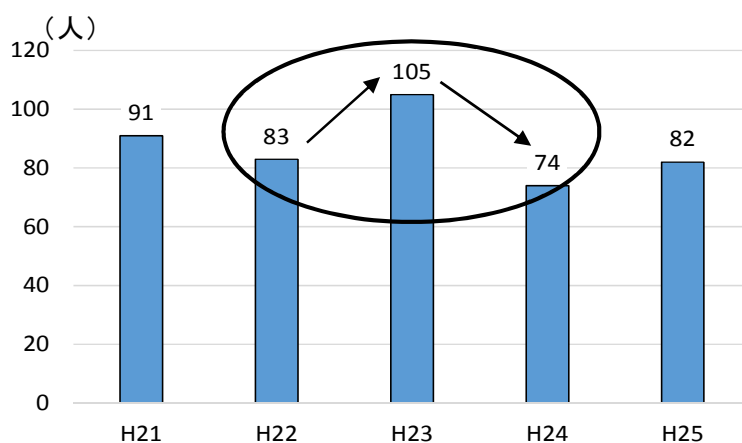
図10 乳がん細胞の発見のための手段と大きさ

⑤ 子宮頸がん

子宮頸がん検診の受診者数も、平成 22 年から平成 23 年にかけては伸びがみられていましたが、平成 23 年から平成 24 年にかけて受診者が約 30 人減少しています(図 11)。乳がん検診と同様、厚生労働省の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で 2 年に 1 度の検診でも有効性が十分保たれるという理由から、雄武町においても原則 2 年に 1 度の受診を勧めていることが背景にあると考えられます。

町の集団検診では、乳がん検診と同様、平成 21 年から平成 25 年の 5 年間で子宮頸がんが数人発見されていますが、その全員が現在まで健在であることから、検診の有効性は明らかなです。

定期的な検診の受診はもちろん、子宮頸がんの知識の普及についても取り組むことが重要です。



ウ がん検診推進事業 無料クーポン利用率の向上

国は平成 21 年から平成 25 年まで子宮頸がんのり患者の若年化を受けて、節目年齢対象者(20、25、30、35、40 歳)に無料クーポン券を配布するがん検診推進事業に取り組んできました。

町も、平成 21 年度から国の施策である無料クーポン券の配布を実施していますが、利用率は 40 歳代で 36.1%、30 歳代で 29.2%、20 歳代で 43.8%にとどまっているため、今後もクーポン利用の働きかけを行っていく必要があります(表 7)。

表 7 平成 25 年度 がん検診推進事業 無料クーポン券年代別使用割合

乳がん検診				子宮頸がん検診			
年齢	対象者数(人)	受診者数(人)	使用割合(%)	年齢	対象者数(人)	受診者数(人)	使用割合(%)
40 歳	36	13	36.1	20 歳	8	3	37.5
45 歳	31	8	25.8	25 歳	10	5	50.0
50 歳	39	7	18.0	30 歳	15	4	26.7
55 歳	30	5	16.7	35 歳	19	6	31.6
60 歳	36	5	13.9	40 歳	36	13	36.1
合計	172	38	22.1	合計	88	31	35.2
(平成 24 年度使用割合)			29.6	(平成 24 年度使用割合)			30.7

工 がん検診の精密検査受診率の向上

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。

雄武町のがん検診の精密検査受診率は、年度やがんの種類で差異がみられますが、町のがん検診受診者からもがんが発見されているため、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12）。

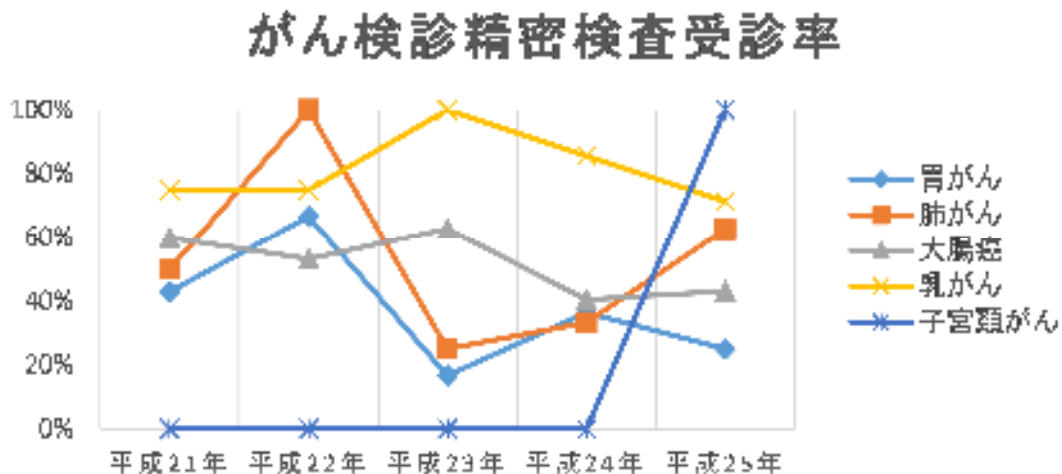


図12 平成21～25年度 5大がん精密検査受診状況 (人)

(4) 対策

国の示す方針を参考に施策の推進を図ります。

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
- ・肝炎ウイルス検査（妊娠期・40歳以上）
- ・HTLV-1（成人T細胞白血病ウイルス）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
- ・がん検診推進事業、働く世代の女性支援のためのがん検診推進事業
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

- ・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（妊娠期、20歳以上の女性）
- ・乳がん検診（40歳以上の女性）
- ・前立腺がん検診（50歳以上の男性）

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
- ・がん相談窓口の紹介、広報

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を増大させています。

循環器疾患は、血管の損傷によって起こる疾患で、予防の基本は危険因子の管理であり、確立した危険因子には、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、健診結果で複合的、関連的に見て、改善を図っていくことにあります。

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となります。循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣には、栄養、運動、喫煙、飲酒がありますが、住民一人一人がこれらの生活習慣改善に向けた取組を考える入口は、健康診査の受診結果と考えます。特定健診をはじめ、職場健診など健康診査の受診率の維持・向上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げることです。健診結果から自分の数値が医療機関受診を要する値なのか、このまま放置していることで予測されることは何かなど、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ための支援が重要です。

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ることから、肥満の有無に関係なく保健指導を実施していくことが必要になります。

(3) 現状と目標

ア 脳血管疾患の減少

高齢化に伴い、脳血管疾患の死亡者は、今後増加していくことが予測されます。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(表1)。

雄武町の脳血管疾患死亡数はほぼ横ばいです。脳血管疾患の病類別では、脳梗塞が多い実態があります(表2)。

表1 脳血管疾患死亡数

(単位 人)

年度(平成)	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	21年	22年
総数	10	9	14	9	9	10	9	12	5	9	8
再掲) 75歳未満	3	1	4	3	4	3	2	2	1	2	2
再掲) 65歳未満	2	0	1	2	3	2	0	1	1	2	0

オホーツク地域保健情報年報 脳血管疾患死亡数(年齢階級別)

表2 脳血管疾患死亡数(病態別)

(単位 人)

年度(平成)	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	21年	22年
総数	10	9	14	9	9	10	9	12	5	9	8
脳梗塞	8	5	10	6	6	5	6	7	3	6	4
脳出血	1	2	4	1	1	3	2	4	2	1	2
くも膜下出血	1	1	0	2	2	2	1	1	0	2	1
その他	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1

オホーツク地域保健情報年報 脳血管疾患死亡数(病態別)

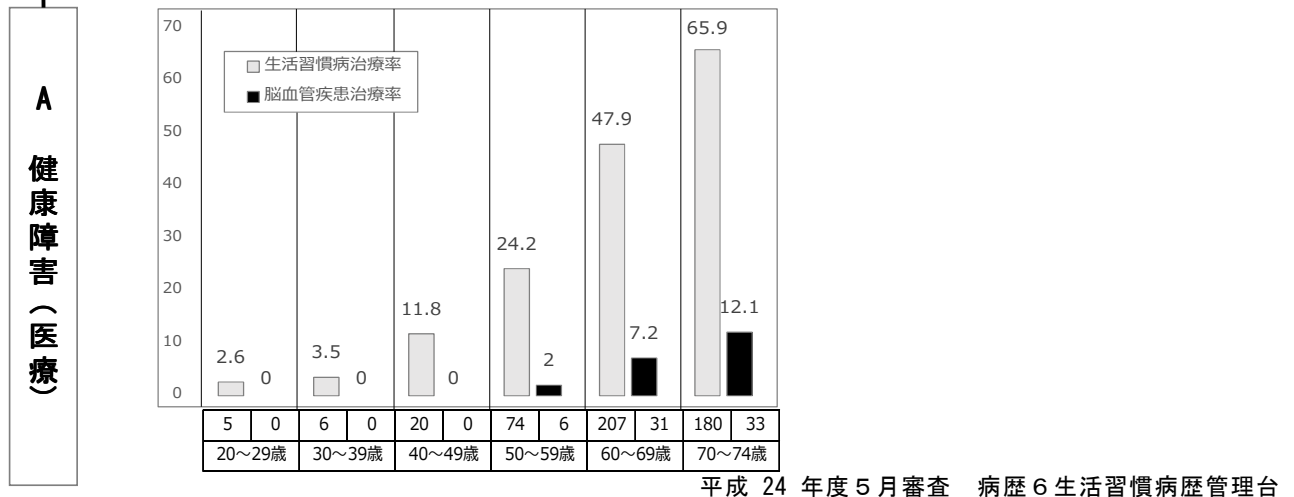
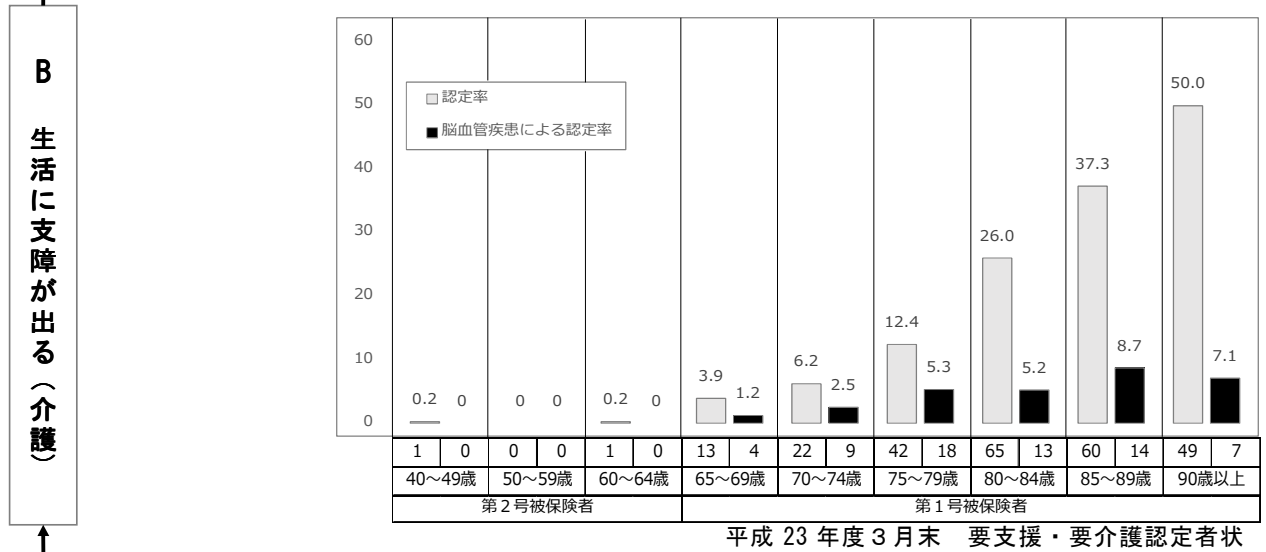
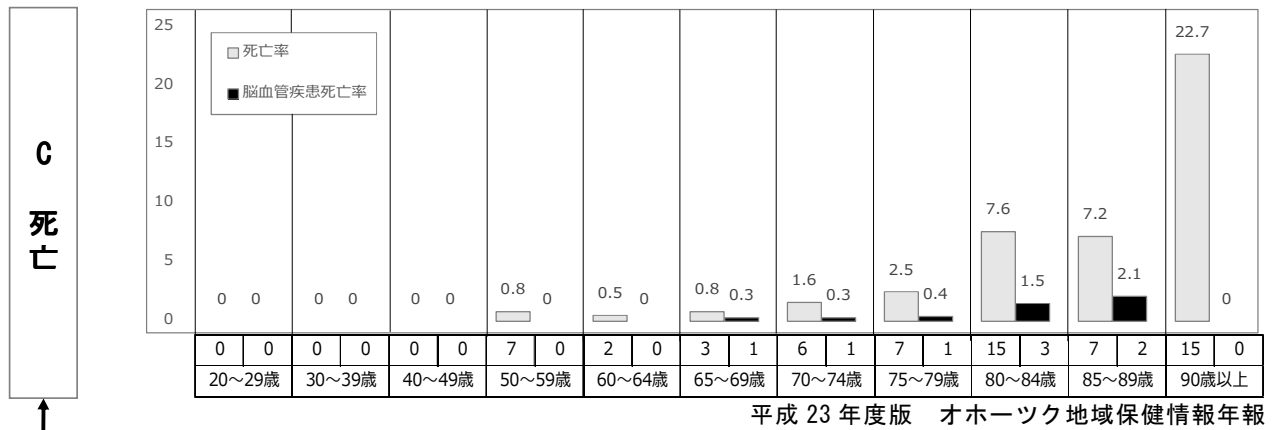


図1 死亡・介護・医療からみた脳血管疾患発症者の実態

急性期医療の進歩により、脳血管疾患の死亡の減少が可能となってきましたが、後遺症による日常生活の質の低下を招くことも少なくありません。そのため、脳血管疾患予防の視点では死亡数だけでなく、要支援・要介護認定者の実態も重要な評価指標と考えます。

脳血管疾患が原因で介護が必要となった人の割合は、加齢に伴って高くなっています。生活習慣病治療者に占める脳血管疾患治療者の割合は、50歳～59歳での発症を始めとし、加齢に伴って高くなっています（図1）。健康寿命の延伸のためにも脳血管疾患の発症予防が重要であり、脳血管疾患をすでに発症している人については、重症化しやすい再発の予防が必要です。

平成23年度末の時点で介護認定を受けている75歳未満の人のうち、脳血管疾患が主な原因となっている人は30人です。そのうち19人は70歳未満での発症でした。脳血管疾患のリスクとなる基礎疾患では高血圧が最も多く、男性19人中5人（26.3%）、女性11人中5人（45.5%）でした。糖尿病は男性2人、女性4人で女性における合併が多く、心疾患の合併は5人のうち4人が男性でした。また、脳血管疾患により介護が必要になった30人のうち、19人（63.3%）は健診未受診者でした（表3）。高血圧や糖尿病、心房細動などの脳梗塞発症につながる疾患は、健康診断で見つけることができます。

表3 平成23年度 介護認定の原因疾患が脳血管疾患の認定者状況

性別	年代	発症年代	健診受診歴	脳血管疾患			生活習慣に関する基礎疾患						要介護度		
				脳出血	脳梗塞	くも膜下出血	高血圧	脂質異常症	糖尿病	狭心症	心筋梗塞	その他心疾患		動脈疾患	
男	60	60	○		●										介2
男	70	60	○	●			●								支1
男	70	60	○		●					●					支2
男	80	70	○	●	●		●								介1
女	70	70	○		●		●			●			●		支2
女	80	70	○		●		●								介1
女	80	70	○		●										支1
男	80	70	○		●			●							介2
女	70	70	○	●								●			介2
男	70	70	○		●							●			介4
女	70	70	○			●									支1
女	60	30	×	●											介2
男	70	50	×			●	●						●		介1
女	60	50	×		●				●						介5
女	60	50	×	●			●								支2
女	70	50	×		●		●								介3
男	80	50	×												介3
男	70	60	×		●									●	介2
男	70	60	×	●											支1
男	70	60	×		●								●		介1
男	70	60	×		●					●					介3
男	70	60	×		●					●					介4
女	70	60	×		●					●					介2
男	70	60	×		●										介4
男	70	60	×		●										介5
男	70	60	×		●		●								介2
男	80	60	×		●		●								介2
男	80	70	×		●										介2
男	70	70	×		●									●	支2
女	80	70	×		●		●		●						介4
合計				5	23	2	10	1	6	1	1	3	2		

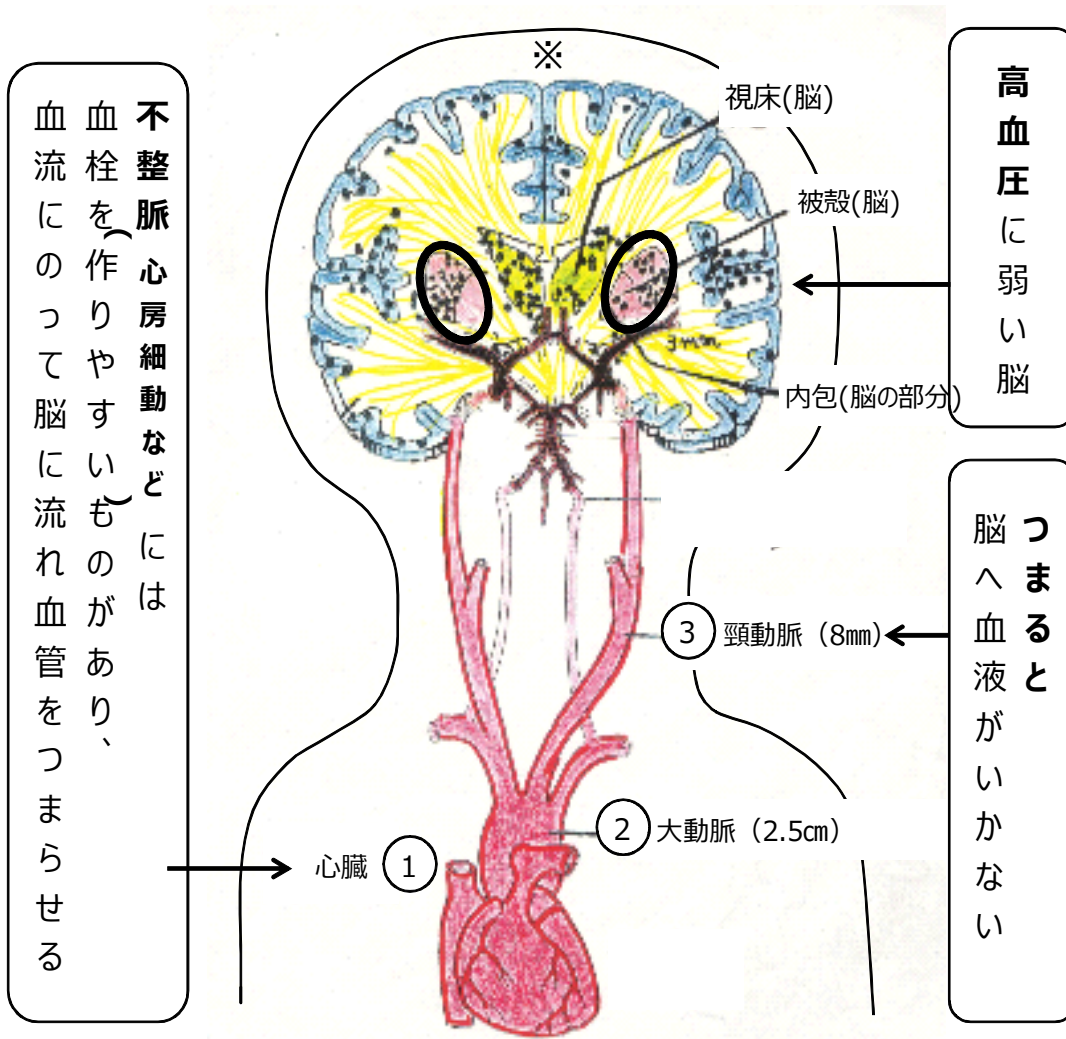
健診未受診者
19人 (63.3%)

平成23年 要支援・要介護認定者状況（かかりつけ医意見書）

脳血管疾患は、発症に至るまで自覚症状がありません。そのため、健診受診は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、その改善を考えるための入口として重要です。

血管変化は 20 年、30 年という時間をかけて現れるので、若いうちから血管変化などの自分の体の状態や、血管を傷つける要因となるような生活習慣を知ることが、将来の健康のためにとっても大切です。

脳を守るために知っていて欲しいこと

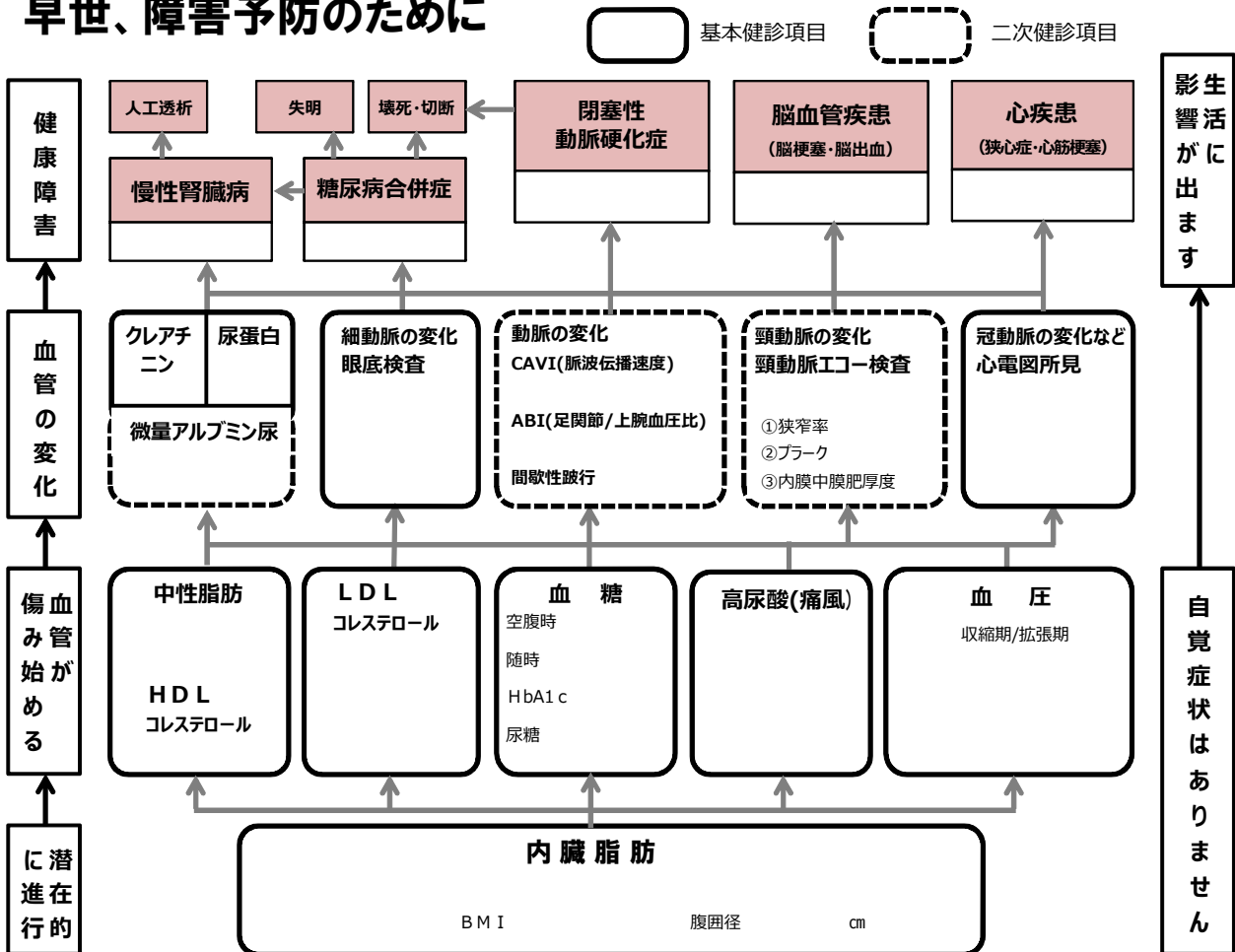


参考 脳を守るために知っていて欲しいこと

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するために、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



参考 早世、障害予防のために

発症頻度	病型別 発症頻度 (脳卒中データベース)	脳梗塞			脳出血	くも膜下出血
		75%			18%	7%
		ラクナ梗塞	アテローム 血栓性脳梗塞	心原性 脳塞栓症		
	(久山町研究)	50%	30%弱	20%強		
発症 の 危険 因子	高血圧	ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、女性の心原性脳塞栓症は 血圧の影響が強い [久山町研究]			高血圧	
		心原性脳塞栓症を含む脳梗塞の主たる危険因子は 高血圧 [諸外国の報告]				
		アテローム血栓性脳梗塞を含む脳梗塞の主たる危険因子は 高血圧				
	脂質異常	LDL コレステロール		LDLコレステロール が発症リスク [久山町研究]		低コレステロール血症 LDL-C 80mg/dl 以下で脳出血の 頻度が増加
		HDL コレステロール	HDLコレステロールが 低いほど、脳梗 塞発症率が増加			
		中性脂肪	食後の高中性脂肪血症 男女ともに虚血性脳血管障害の頻度が増加			
		心房細動			心臓内血栓 心房細動	
		脳動脈瘤				脳動脈瘤 の存在
		喫煙				
	高血糖					
		動脈硬化を基礎病態とする非心原性 脳梗塞を予防するための管理基準は、 虚血性心疾患予防の管理基準に 準ずることが望ましい				

1 血圧コントロール
2 脂質管理
3 心房細動の適切な対応

参考 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012 年版 (日本動脈硬化学会) 第 14 章 P97~

雄武町の健康診断の各項目基準値は、科学的根拠に基づいた各種ガイドラインに則して設定しています（表4）。

表4 生活習慣病予防のための指標

検査項目		成人	高齢者		根拠		
		18-64歳	65-74歳	75歳以上			
健 診 項 目	身体 の 大 き さ	身長 BMI	BMI 25未満			肥満症治療ガイドライン (2010)	
		腹 囲	男性：85cm未満 女性：90cm未満				
	内 臓 脂 肪 の 蓄 積	AST (GOT)	31 IU/L未満			日本消化器病学会関連 研究会 肝機能研究班	
		ALT (GPT)	31 IU/L未満				
		γ-GT (γ-GTP)	51 IU/L未満				
		中性脂肪	空腹時 150 mg/dl未満 食 後 200 mg/dl未満			動脈硬化性疾患予防 ガイドライン (2012年版)	
		HDLコレステロール	40 mg/dl以上				
	血 管 へ の 影 響 (動 脈 硬 化 の 危 険 因 子)	LDLコレステロール	LDL-C以外の主要危険因子数 (※1)		LDL-C目標値 (mg/dl)		
			0		160未満		
		1~2		140未満			
		3以上 または 糖尿病、脳梗塞、 閉塞性動脈硬化疾患の合併		120未満			
		冠動脈疾患の既往あり		100未満			
		(※1) LDL-C以外の主要危険因子数 ①年齢が 男性45歳以上、女性55歳以上 ②高血圧 ③高血糖 ④喫煙習慣がある ⑤家族の中で、心筋梗塞や狭心症の人がいる ⑥低HDLコレステロール (40mg/dl未満)					
			尿酸	7.1 mg/dl未満			高尿酸血症・痛風治療 ガイドライン第2版 (2010)
			血 圧	正常血圧 収縮期血圧 130 mmHg 未満 または 拡張期血圧 85 mmHg 未満			高血圧治療ガイドライン (2014)
			ヘマトクリット	46%以上で脳梗塞の出現頻度が高くなる			脳卒中治療ガイドライン (2009)
			血 糖	空腹時血糖 100 mg/dl未満 随時血糖 140 mg/dl未満			糖尿病治療ガイド (2012 - 2013)
		HbA1c (ヘモグロビンエーワンシー)	5.6%未満 (NGSP) ※5.2%未満 (JDS)				
		尿 糖	(一)				
	血 管 変 化	心 臓	心電図				
脳		眼底検査					
腎 臓		クレアチニン	男性：1.0未満 女性：0.7未満			CKD診療ガイド (2012)	
		eGFR	60 ml/min/1.73m ²				
		尿蛋白	(一)				
	尿潜血	(一)					

イ 虚血性心疾患の減少

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。急性心筋梗塞は虚血性心疾患のひとつであり、雄武町における死亡数は、年度による差はありますが、ほぼ横ばいとなっています（表5）。

表5 急性心筋梗塞死亡数 (単位 人)

年度(平成)	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	21年	22年
総数	13	15	9	7	14	6	10	11	11	10	14
再掲) 75歳未満	2	6	4	2	7	1	6	3	3	2	3
再掲) 65歳未満	0	4	1	2	3	0	1	0	1	2	1

オホーツク地域保健情報年報 心疾患死亡数(年齢階級別)

虚血性心疾患を発症し、医療費が月30万円以上となった人の状況を見ると、高血圧症や糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病を有していることがわかります(表6)。

基礎疾患の予防や早期発見・治療により、重症疾患の発症を防ぐことが重要です。

表6 月30万円以上の高額医療となった虚血性心疾患の実態

年代	性別	疾患名	バイパス・ステント手術	費用額	有病状況					
					高血圧症	糖尿病	脂質異常症	高尿酸血症	脳血管疾患	動脈閉塞性疾患
60	男	急性心筋梗塞 狭心症	●	280万円	●		●			●
60	男	狭心症 心筋梗塞	●	245万円	●		●			
60	女	狭心症	●	200万円	●	●	●			
40	女	狭心症	●	160万円	●		●			
70	男	狭心症	●	150万円	●	●				
70	男	狭心症	●	150万円		●	●		●	
60	男	狭心症		65万円		●	●	●		
60	男	狭心症		55万円		●	●			
60	男	心不全		37万円		●			●	●

KDB 厚労省様式1-1(平成24年6月~平成26年5月審査分集計)

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外れ、一定基準の下に医師が必要と判断した受診者においてのみ実施となりました。しかし、心電図検査は心臓の変化をみる重要な項目であるため、雄武町では、一般健診、特定健診、後期高齢者健診すべての健診で実施しています。

平成 25 年度の特定健診における心電図検査の結果、全ての年代で男性の有所見率が高い状況でした。有所見率は男性では 45-49 歳、60-64 歳、70-74 歳で特に高く、女性では 55-59 歳から徐々に高くなる傾向がみられました（図 2）。

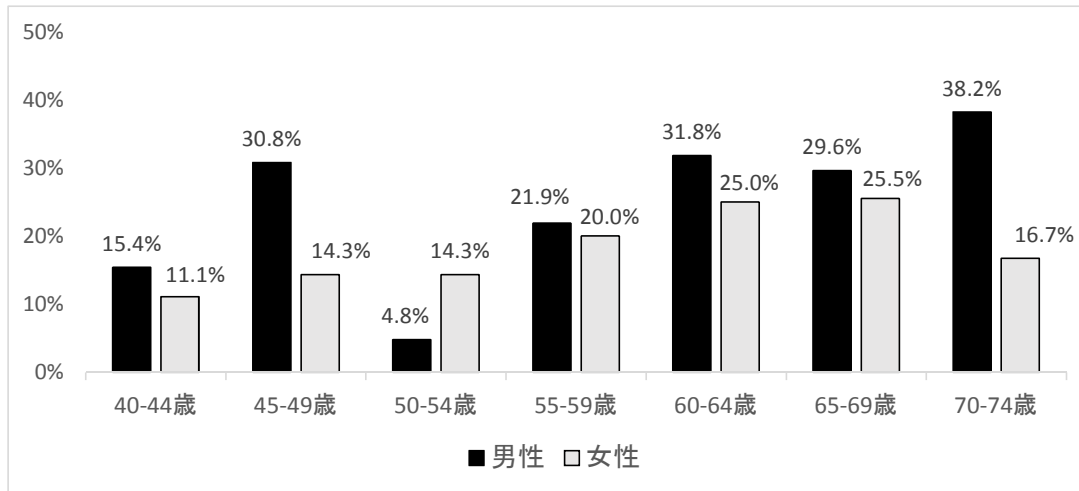


図 2 心電図有所見の状況 (平成 25 年度 雄武町特定健診結果)

心電図検査を実施した 375 人中、95 人(25.3%)に所見が出ています。その 6 割以上は不整脈で、脳梗塞(心原性脳塞栓症)を引き起こしやすい心房細動も発見されています。

高血圧のない人にも心電図異常が多く見られており、血糖や脂質等のコントロールも重要です(図 3)。

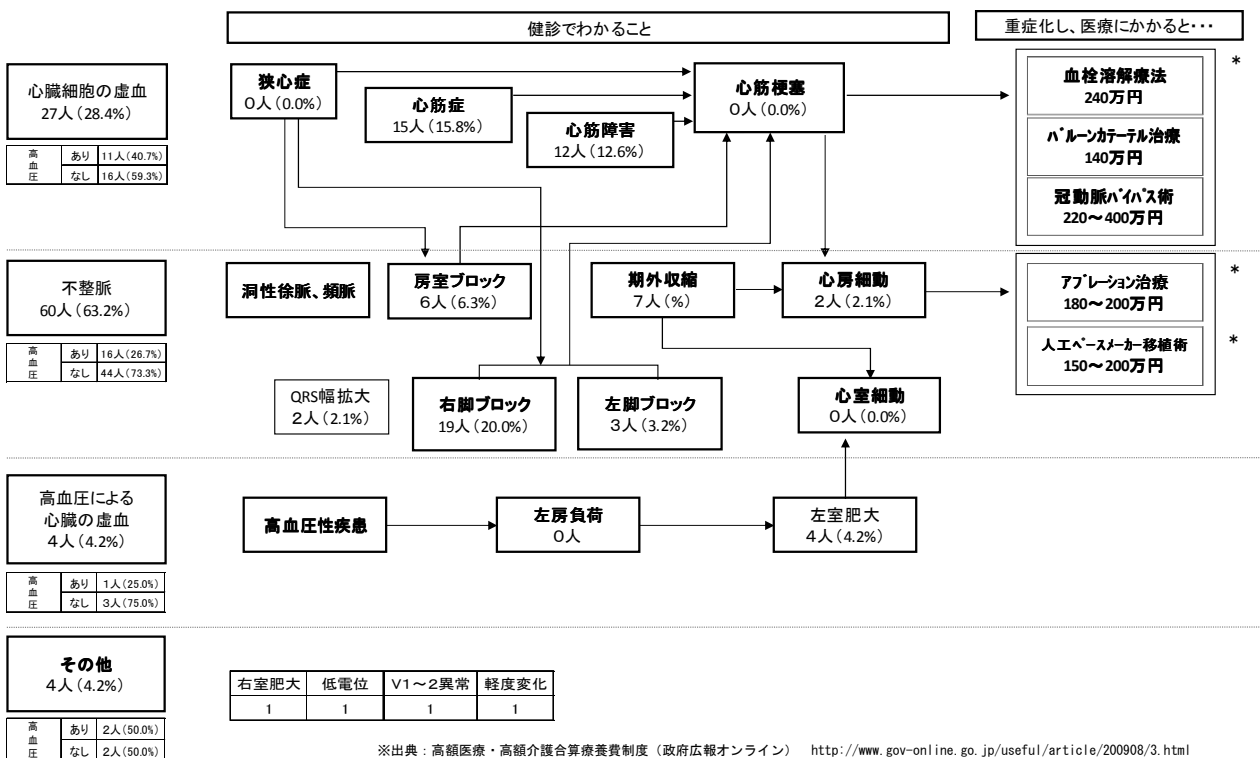


図 3 心電図検査の結果 (平成 25 年度 心電図検査受診者 375 人中異常者 95 人 (25.3%) の状態)

ウ 高血圧の改善（中等症（Ⅱ度）160/100mmHg 以上高血圧の減少）

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最大の危険因子であり、発症や死亡に大きな影響を与えます。

しかし、高血圧の自覚症状はほとんどなく、血圧の測定値が高くても受診行動につながらない、治療を中断してしまうなどの実態が多く見られます。

町では特定健診受診者を対象に、高血圧治療ガイドラインをもとに、血圧値だけでなく、個々の血圧以外の危険因子を考慮した保健指導を実施しています。

平成 24 年度特定健診における高血圧症有病者の割合を国民健康・栄養調査と比較すると、男性では 70-74 歳の年代で、女性では 40-49 歳の若い年代で全国よりも高い状況です（図 4）。

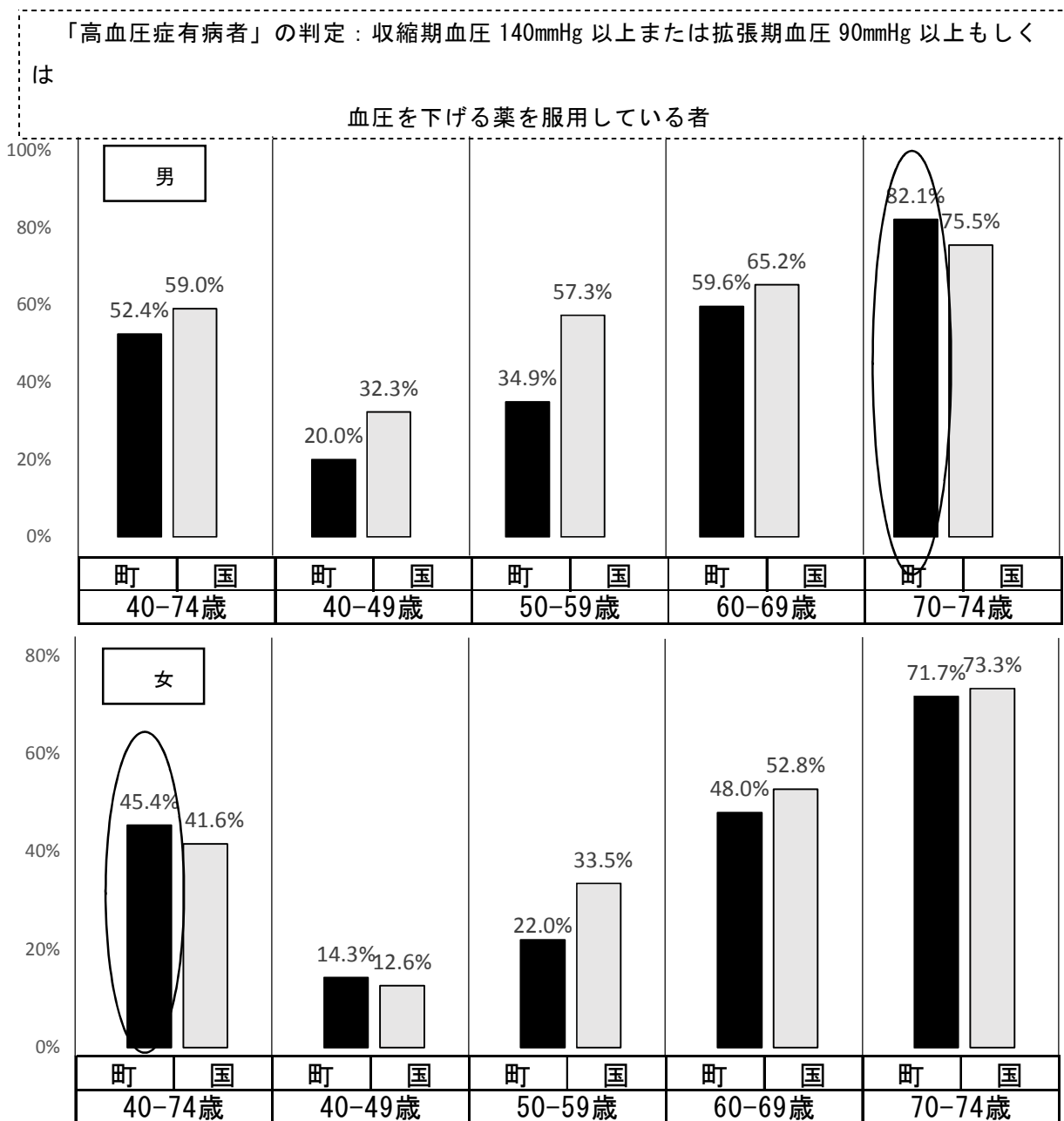


図 4 高血圧症有病者の状況 男女別

(平成 24 年度 雄武町特定健診結果、平成 24 年度 国民健康・栄養調査報告)

平成 20 年度から平成 24 年度までの特定健診における血圧の状況をみると、男性では正常血圧の人の割合が減り、正常高値の人の割合が増えています。女性でも、年度による差異はありますが、正常高値の人の割合が微増しています（表 7）。

正常高値の人は正常血圧を目指し、高血圧に移行しないよう発症予防の継続が必要です。また、重症化しやすい中等症（Ⅱ度）高血圧以上の人の割合は年度による差異が大きい状況で、個別の経年変化を把握し、確実な重症化予防を図るためにも、健診の継続受診が重要と考えます。

表 7 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

性別	年度	血圧測定者	発症予防				重症化予防							
			正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						【再掲】	
					正常高値		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	H20	216	97	44.9%	38	17.6%	62	28.7%	14	6.5%	5	2.3%	19	8.8%
	H21	187	77	41.2%	36	19.3%	57	30.5%	15	8.0%	2	1.1%	17	9.1%
	H22	183	65	35.5%	37	20.2%	55	30.1%	22	12.0%	4	2.2%	26	14.2%
	H23	176	70	39.8%	41	23.3%	35	19.9%	23	13.1%	7	4.0%	30	17.0%
	H24	153	54	35.3%	42	27.5%	47	30.7%	9	5.9%	1	0.7%	10	6.5%

性別	年度	血圧測定者	発症予防				重症化予防							
			正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						【再掲】	
					正常高値		Ⅰ度高血圧		Ⅱ度高血圧		Ⅲ度高血圧		Ⅱ度高血圧以上	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	H20	277	125	45.1%	63	22.7%	65	23.5%	22	7.9%	2	0.7%	24	8.7%
	H21	290	111	38.3%	64	22.1%	80	27.6%	30	10.3%	5	1.7%	35	12.1%
	H22	264	122	46.2%	52	19.7%	67	25.4%	19	7.2%	4	1.5%	23	8.7%
	H23	238	108	45.4%	55	23.1%	59	24.8%	14	5.9%	2	0.8%	16	6.7%
	H24	229	107	46.7%	57	24.9%	43	18.8%	19	8.3%	3	1.3%	22	9.6%

平成 20 年度～平成 24 年度 雄武町特定健診結果

【血圧値の分類】

Ⅰ度高血圧（軽症高血圧）：収縮期血圧 140－159mmHg または拡張期血圧 90－99mmHg
 Ⅱ度高血圧（中等症高血圧）： “ 160－179mmHg または “ 100－109mmHg
 Ⅲ度高血圧（重症高血圧）： “ 180mmHg 以上 または “ 110mmHg 以上



健診で血圧値が高くても、「たまたま、高かっただけ」「緊張すると上がる」など一時的なものとして捉えてしまい、その後、血圧測定の継続がないまま放置してしまう実態が多くみられます。

また、「頭痛もないし、体調が良いので大丈夫」「忙しくて病院に行けない」「血圧の薬は一度飲むと止められないと聞いたので、できるだけ飲まないでいたい」等の理由で、降圧治療の開始が遅れ、血管変化を起こしている実態も多くみられます。

自分の血圧値を知ること、自分の基準値を確認できることが高血圧対策には重要です。

血圧の基準は一人一人違います。
自分の基準値を確認しましょう！



血圧以外の危険因子等の有無で降圧治療の必要性を判断します。

当てはまるものにチェックを		質問内容		血圧値 (診察室血圧値)						
チェックの数は何個でしたか？	<input type="checkbox"/>	年齢は65歳以上ですか		高血圧						
	<input type="checkbox"/>	家族(血族)に、50歳未満で 心筋梗塞、狭心症を発症された方はいますか		I 度 (軽症)			II 度 (中等症)		III 度 (重症)	
	<input type="checkbox"/>	タバコを吸いますか		血圧	収縮期	140~159	160~179	180~		
	<input type="checkbox"/>	どちらか	-		拡張期	90~99	100~109	110~		
	<input type="checkbox"/>	□*	BMIが25以上		血圧以外の危険因子、臓器障害・心血管病の有無	① 低リスク	危険因子なし	3か月間生活習慣改善で140/90mmHg以上なら降圧薬治療	直ちに降圧療法の開始あわせて生活習慣改善を	
	<input type="checkbox"/>	-	LDLコレステロール値が ^g 140mg/dl 以上							
<input type="checkbox"/>	どちらか	□	HDLコレステロール値が ^g 40mg/dl 未満							
<input type="checkbox"/>	-	中性脂肪が 150mg/dl 以上								
<input type="checkbox"/>	-	□	空腹時血糖値が100~125mg/dl または 耐糖能異常							
個	個			② 中等リスク	糖尿病以外の危険因子 1~2 個	メタボリック 腹囲径+血圧 +1 項目 (脂質又は血糖)	1か月間生活習慣改善で140/90mmHg以上なら降圧薬治療			
結果		0 個	★ なし	→						① リスクなし
		1-2 個	★ と 1 個	→	② 中等リスク					
		3 個以上	★ と 2 個	→	③ 高リスク					
<p><input type="checkbox"/>に入ったチェックの数に関係なく、下のどれかに1つでも当てはまる人は</p> <p>③「高リスク」になります</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 糖尿病である <input type="checkbox"/> 尿蛋白(+)以上、微量アルブミン尿が30mg以上 <input type="checkbox"/> 糸球体ろ過量 (eGFR) 60未満 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病・腎疾患 (糖尿病性・腎不全など) がある <input type="checkbox"/> 眼底検査で動脈硬化性 (高血圧性) 眼底変化がある <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー検査で内膜-中膜肥厚 (1.0mm以上)、プラークがある <input type="checkbox"/> 脳出血・脳梗塞 (一過性脳虚血発作) になったことがある <input type="checkbox"/> 左室肥大・狭心症・心筋梗塞・心不全がある <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈疾患 										

参考 血圧の基準

(高血圧治療ガイドライン 2014 日本高血圧学会「診察室血圧に基づいた心血管病リスク層別化」、「初診時の高血圧管理計画」)

家庭で
血圧測定をする
目的は

ふだんの血圧の状態を正確に知ること
 狂の血圧が止んでお、
 早朝に血圧が高くなるなどの「仮血高血圧」が分かります

脳卒中や心臓、
腎臓の病気の
発症を防ぐこと

1 血圧計の選び方は？

上腕式タイプ

おすすめ

上腕式入タイプ

おすすめ

手首式タイプ

おすすめ

※日本高血圧学会
 家庭血圧測定ガイドライン

2 正しい測定方法は？

測定するタイミング
 ● 1日2回(朝・夜)行う
 ① 起床後1時間以内
 ・トイレに行ったあと
 ・朝食の前
 ・薬を飲む前
 ② 寝る直前
 ・入浴や飲酒の直後は避ける

測定するときのポイント
 いすに座って1〜2分
 たってから測定する
 カフは心臓と同じ高さで
 測定する
 静かな場所で測定する
 腕の袖を脱ぎ、腕を
 静かに伸ばして測定する

※測定は定期的に、正確に測定してもらいましょう。高血圧が疑い、または異常な血圧が認められる場合、医師が血圧測定の頻度を増やし、測定回数が増えるための大切な測定法となります。

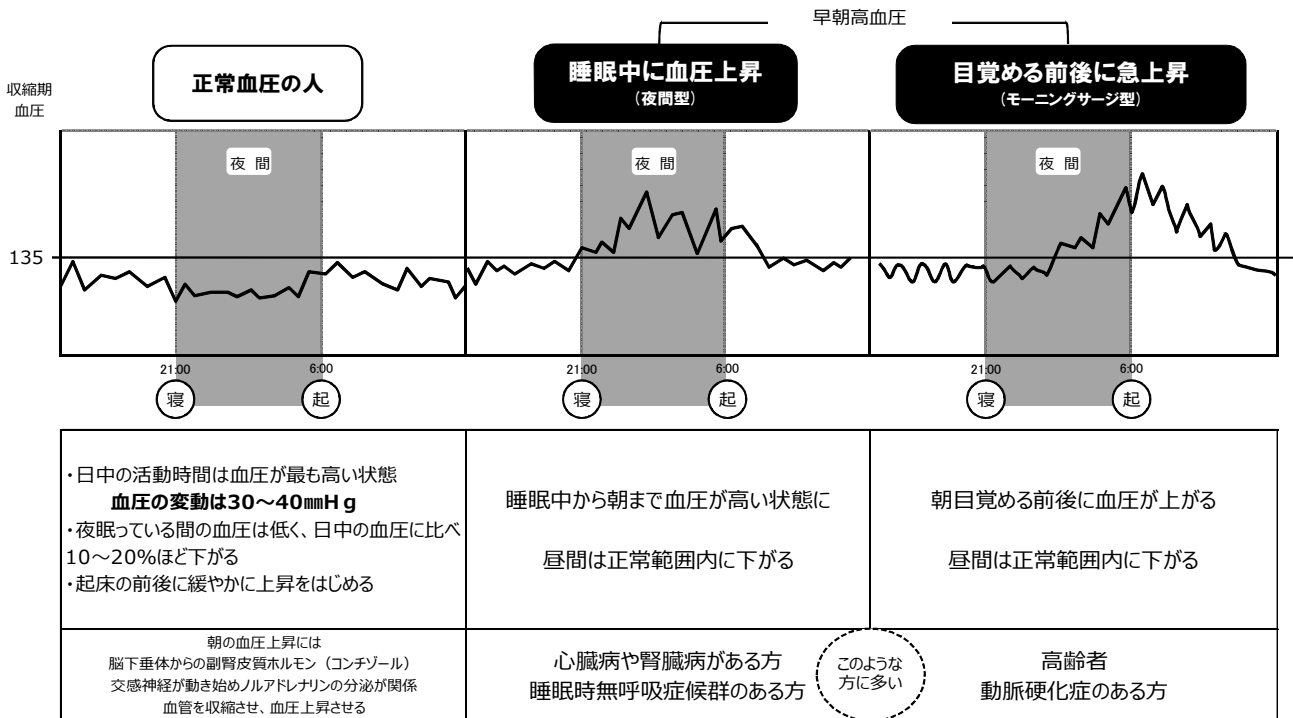
正常血圧の基準値	
収縮圧	拡張圧
125未満	80未満
高血圧の診断基準	
収縮圧	拡張圧
140以上	90以上
135以上	85以上
特に治療の対象	

※ただし治療前や治療中がある場合は、医師が血圧目標を決められ、この基準は適用されません。

参考 家庭血圧測定

血圧は1回の測定で判断できません

昼間の血圧が正常な人でも、2人に1人 早朝高血圧 が見逃されています



参考 血圧測定継続の必要性

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（心筋梗塞、狭心症など）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以上とされています。

町の特定健診受診者のLDLコレステロール160mg/dl以上の人の割合は、男性では減少傾向にあります。女性では増加傾向がみられます。しかし、男女とも平成22年度の国の現状値と比較して低く、平成34年度の国の目標値を達成している状況であり、今後も減少・維持を目指していくことが重要です（表8）。

表8 国保特定健診受診者のLDLコレステロール値の状況

男性	LDLコレステロール測定者	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		高LDLコレステロール血症					
		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	%
H20	213	92	43.2%	54	25.4%	34	16.0%	22	10.3%	11	5.2%
H21	188	96	51.1%	51	27.1%	23	12.2%	13	6.9%	5	2.7%
H22	182	102	56.0%	39	21.4%	26	14.3%	12	6.6%	3	1.6%
H23	175	80	45.7%	46	26.3%	30	17.1%	14	8.0%	5	2.9%
H24	153	78	51.0%	38	24.8%	26	17.0%	8	5.2%	3	2.0%
22年度 国の現状								8.3%			
34年度 国の目標								6.2%			

女性	LDLコレステロール測定者	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		高LDLコレステロール血症					
		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	%
H20	278	113	40.6%	82	29.5%	48	17.3%	15	5.4%	20	7.2%
H21	290	141	48.6%	72	24.8%	47	16.2%	18	6.2%	12	4.1%
H22	265	140	52.8%	71	26.8%	31	11.7%	17	6.4%	6	2.3%
H23	238	116	48.7%	59	24.8%	36	15.1%	18	7.6%	9	3.8%
H24	229	87	38.0%	66	28.8%	45	19.7%	17	7.4%	14	6.1%
22年度 国の現状								11.7%			
34年度 国の目標								8.8%			

平成20年度～平成24年度 雄武町特定健診結果

平成 25 年度の雄武町特定健診の結果では、LDL コレステロールについて服薬治療を行っていない人のうち、男性で 38 人（31.7%）、女性で 63 人（35.2%）が高 LDL コレステロールという状況でした。性別・年齢階級別にみると、男性では 40 代において LDL コレステロール値 160 mg/dl 以上の人の割合が最も多く、女性では男性よりも値が高い人の割合が多い傾向にあります（表 9）。

また、女性の 40 代から 50 代にかけて値の分布が変化しています（図 5）。

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、受診を要する人への受診勧奨を行うとともに、加齢に伴う代謝等の変化に合わせた生活習慣の見直しが重要となります。

表 9 血清 LDL コレステロール値の分布 男女別・年齢階級別 [服薬者除外]

性別	LDLコレステロール測定者数	正常域				境界域高LDLコレステロール血症		高LDLコレステロール血症					
		【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	
年齢階級	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
総数	120	5	4.2%	54	45.0%	28	23.3%	21	17.5%	17	14.2%	7	5.8%
40-49歳	17	2	11.8%	8	47.1%	3	17.6%	1	5.9%	5	29.4%	3	17.6%
50-59歳	36	0	0.0%	12	33.3%	7	19.4%	10	27.8%	7	19.4%	3	8.3%
60-69歳	43	2	4.7%	23	53.5%	8	18.6%	8	18.6%	4	9.3%	1	2.3%
70-74歳	24	1	4.2%	11	45.8%	10	41.7%	2	8.3%	1	4.2%	0	0.0%

性別	LDLコレステロール測定者数	正常域				境界域高LDLコレステロール血症		高LDLコレステロール血症					
		【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	
年齢階級	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
総数	179	2	1.1%	59	33.0%	57	31.8%	29	16.2%	34	19.0%	16	8.9%
40-49歳	19	1	5.3%	9	47.4%	3	15.8%	5	26.3%	2	10.5%	0	0.0%
50-59歳	57	1	1.8%	16	28.1%	23	40.4%	8	14.0%	10	17.5%	5	8.8%
60-69歳	67	0	0.0%	17	25.4%	21	31.3%	10	14.9%	19	28.4%	10	14.9%
70-74歳	36	0	0.0%	17	47.2%	10	27.8%	6	16.7%	3	8.3%	1	2.8%

平成 25 年度 雄武町特定健診結果

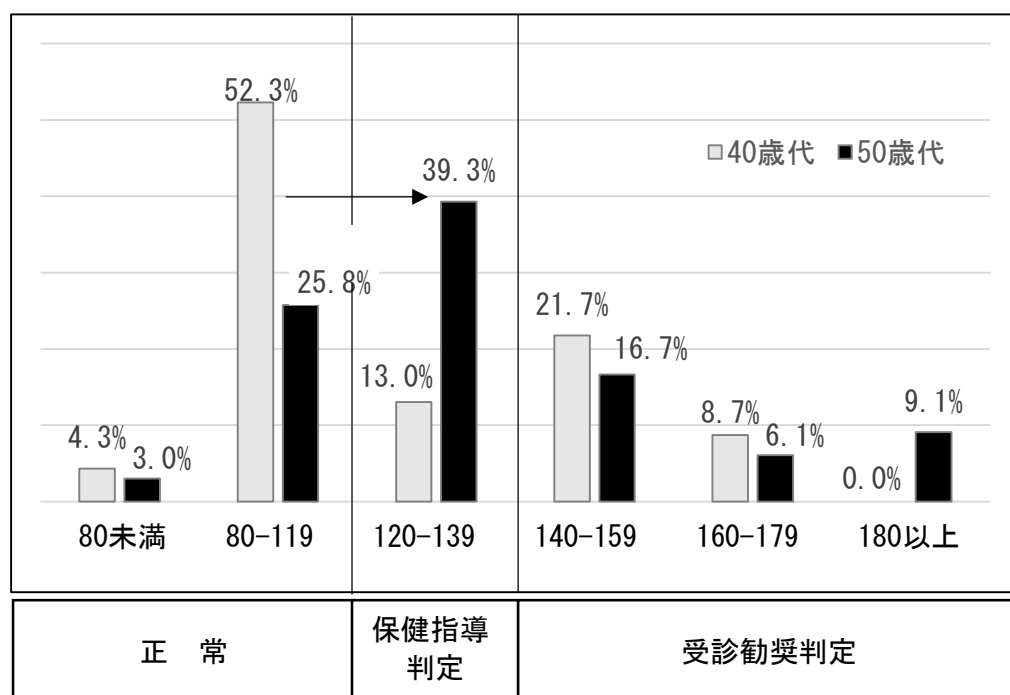
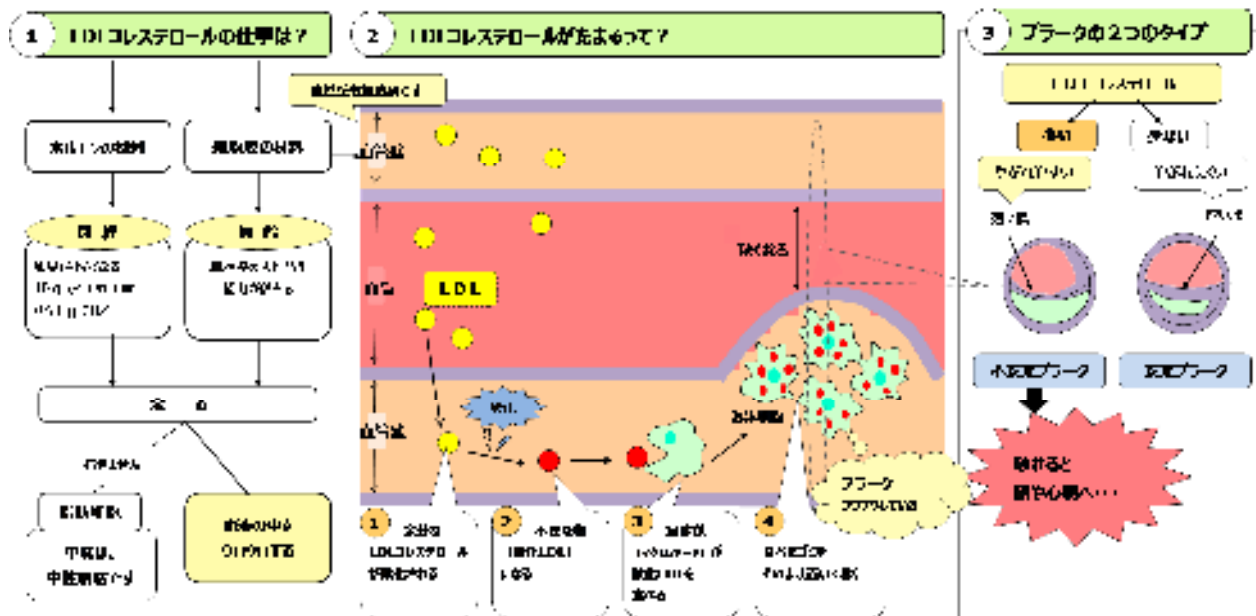


図 5 40 代から 50 代の LDL コレステロール値の変化(女性) (平成 25 年度 雄武町特定健診結果)

平成 24 年に発行された「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」の中では、動脈硬化惹起性の高いリポ蛋白を総合的に判断できる指標として、nonHDL コレステロール値（総コレステロール値から HDL コレステロールを引いた値）が脂質管理目標値に導入されました。

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保健指導を実施していきます。

私のLDLコレステロールは？



参考 私の LDL コレステロールは？

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、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 24 年度の町特定健診結果と国民健康・栄養調査との比較では、男性の 40 歳代・60 歳代と女性の 50 歳代でメタボリックシンドローム該当者が高率となっています（図 6）。

「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）」の判定

・ 腹囲が男性 85 cm、女性 90 cm 以上で、3 つの項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち 2 つ以上の項目に該当する人

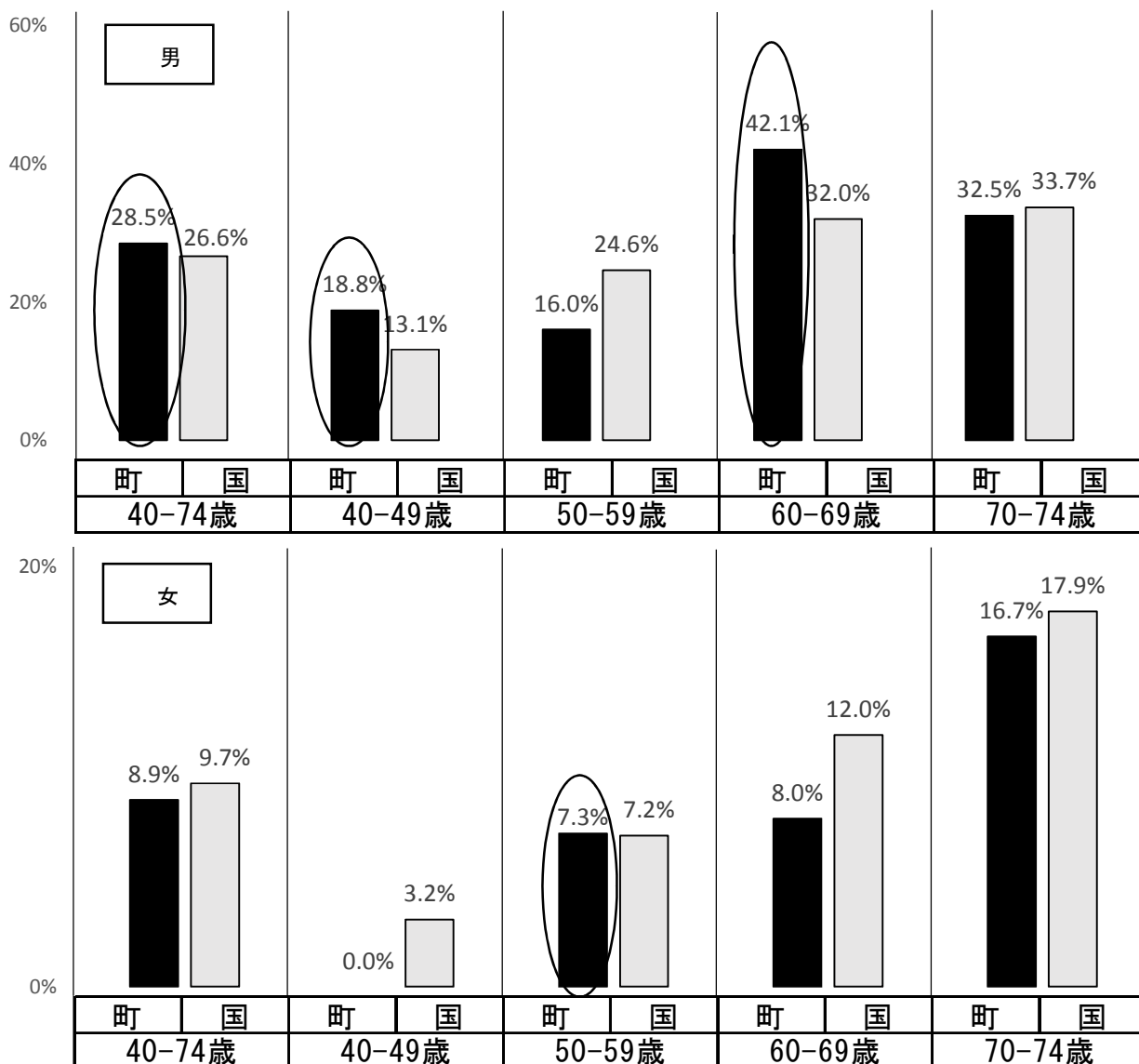


図 6 メタボリックシンドローム該当者の状況

(平成 24 年度 雄武町特定健診結果、平成 24 年度 国民健康・栄養調査報告)

平成 20 年度からの町特定健診におけるメタボリックシンドローム該当者・予備群の変化をみると、予備群は男女ともに減少していますが、該当者は男性で増加しています（表 10）。

メタボリックシンドローム該当者では、男女とも血中脂質・血圧・血糖の 3 項目すべてに該当する人の割合が増加しています。次いで多い組み合わせは「血糖＋血圧」「血圧＋脂質」で、予備群においても、血圧の該当者が最も多い状況です（表 11）。

表 10 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

【メタボリックシンドローム該当者】

腹囲が男性 85cm、女性 90cm 以上で、3 項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち 2 つ以上に該当する人

年度	男女計			男性			女性		
	受診数	該当者	%	受診数	該当者	%	受診数	該当者	%
20年	495	92	18.6%	217	52	24.0%	278	40	14.4%
21年	479	77	16.1%	188	47	25.0%	291	30	10.3%
22年	449	68	15.1%	183	49	26.8%	266	19	7.1%
23年	416	60	14.4%	176	44	25.0%	240	16	6.7%
24年	382	68	17.8%	153	46	30.1%	229	22	9.6%

【メタボリックシンドローム予備群】

腹囲が男性 85cm、女性 90cm 以上で、3 項目（血中脂質、血圧、血糖）のうち 1 つに該当する人

年度	男女計			男性			女性		
	受診数	予備群	%	受診数	予備群	%	受診数	予備群	%
20年	495	71	14.3%	217	39	18.0%	278	32	11.5%
21年	479	58	12.1%	188	30	16.0%	291	28	9.6%
22年	449	45	10.0%	183	27	14.8%	266	18	6.8%
23年	416	50	12.0%	176	33	18.8%	240	17	7.1%
24年	382	37	9.7%	153	23	15.0%	229	14	6.1%

平成 20 年度～平成 24 年度 雄武町特定健診結果

表 11 メタボリックシンドローム項目の組み合わせ

		メタボリック (腹囲+2項目or3項目)								メタボリック (腹囲+1項目)									
		該当者		3項目全て		血糖+血圧		血圧+脂質		血糖+脂質		予備群		血圧		血糖		脂質	
男性	H21	56	25.2%	13	13.8%	21	22.3%	18	19.1%	4	4.3%	38	17.1%	28	29.8%	1	1.1%	9	9.6%
	H22	57	25.9%	13	14.6%	19	21.3%	24	27.0%	1	1.1%	32	14.5%	21	23.6%	2	2.2%	9	10.1%
	H23	58	26.9%	18	18.2%	13	13.1%	21	21.2%	6	6.1%	41	19.0%	24	24.2%	4	4.0%	13	13.1%
	H24	51	28.5%	13	16.5%	17	21.5%	18	22.8%	3	3.8%	28	15.6%	18	22.8%	3	3.8%	7	8.9%
	H25	39	23.1%	15	21.4%	11	15.7%	11	15.7%	2	2.9%	31	18.3%	19	27.1%	5	7.1%	7	10.0%
女性	H21	31	10.1%	13	22.0%	4	6.8%	13	22.0%	1	1.7%	28	9.2%	25	42.4%	2	3.4%	1	1.7%
	H22	19	6.8%	7	18.9%	4	10.8%	8	21.6%	0	0.0%	18	6.4%	15	40.5%	1	2.7%	2	5.4%
	H23	16	6.3%	3	9.1%	7	21.2%	5	15.2%	1	3.0%	17	6.7%	13	39.4%	2	6.1%	2	6.1%
	H24	22	8.9%	3	8.3%	8	22.2%	11	30.6%	0	0.0%	14	5.7%	12	33.3%	0	0.0%	2	5.6%
	H25	29	11.2%	9	20.0%	11	24.4%	9	20.0%	0	0.0%	16	6.2%	11	24.4%	1	2.2%	4	8.9%

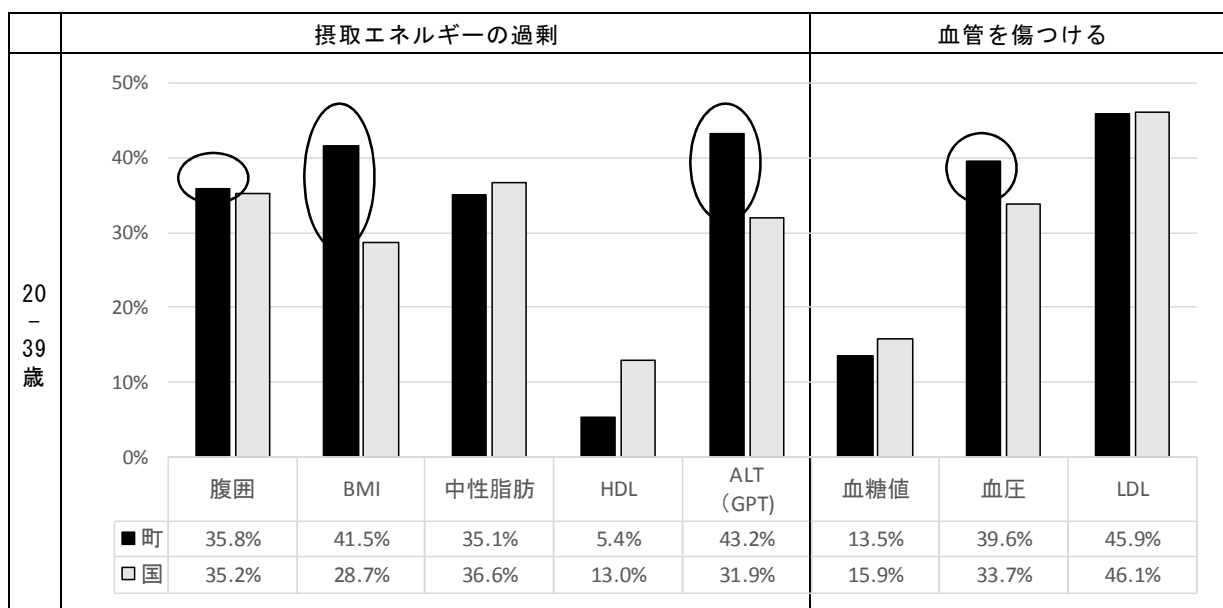
平成 21 年度～平成 25 年度 雄武町特定健診結果

雄武町では、メタボリックシンドローム該当者・予備群を対象に、独自の二次健診を実施しています。頸動脈エコー検査は動脈硬化の早期診断に有効であることが、多くの研究で明らかとなっています。健診結果から、二次健診の受診が有効であると判断される対象者について、積極的な受診と検査結果の健康管理への有効活用を支援していくことが重要と考えます。

40歳以上を対象にした特定健康診査では、初回受診時にはすでに生活習慣病を発症している実態が多く見られます。そのため、町では独自に医療保険に関係なく、30代健診や32歳・36歳の女性への健診無料クーポンの配布を実施し、自分の身体の状態を確認する機会の充実を図るとともに、生活習慣改善に取り組んでもらえるための保健指導も合わせて実施しています。

国民健康・栄養調査と比較すると、20歳～39歳の男女ともに、腹囲径・BMIの有所見者が高率となっています。また、男性のALT（GPT）、女性のLDLコレステロールの有所見者が高率です（図7）。

男性



女性

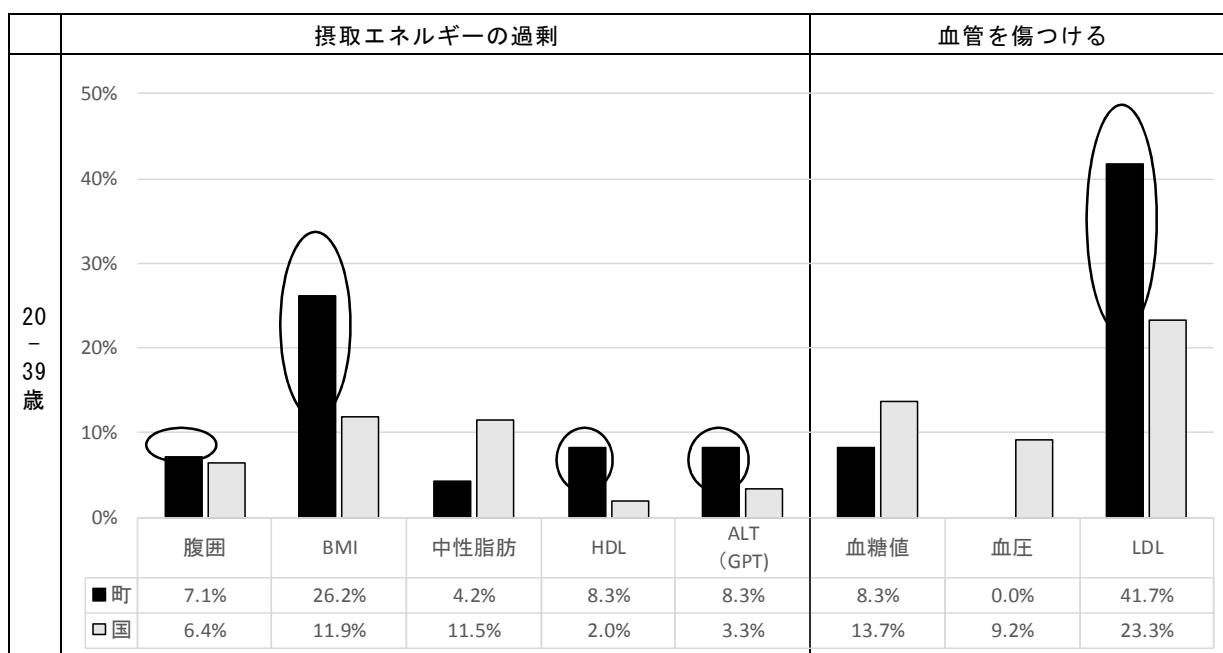


図7 20～39歳 若年者健診でみる検査項目別の有所見率（男女別）

（平成24年度 雄武町20歳代・30歳代健診結果、平成23年度 国民健康・栄養調査報告）

町の 20 代・30 代女性の BMI の状況を見ると、やせ・肥満ともに全国よりも高率です（図 8）。

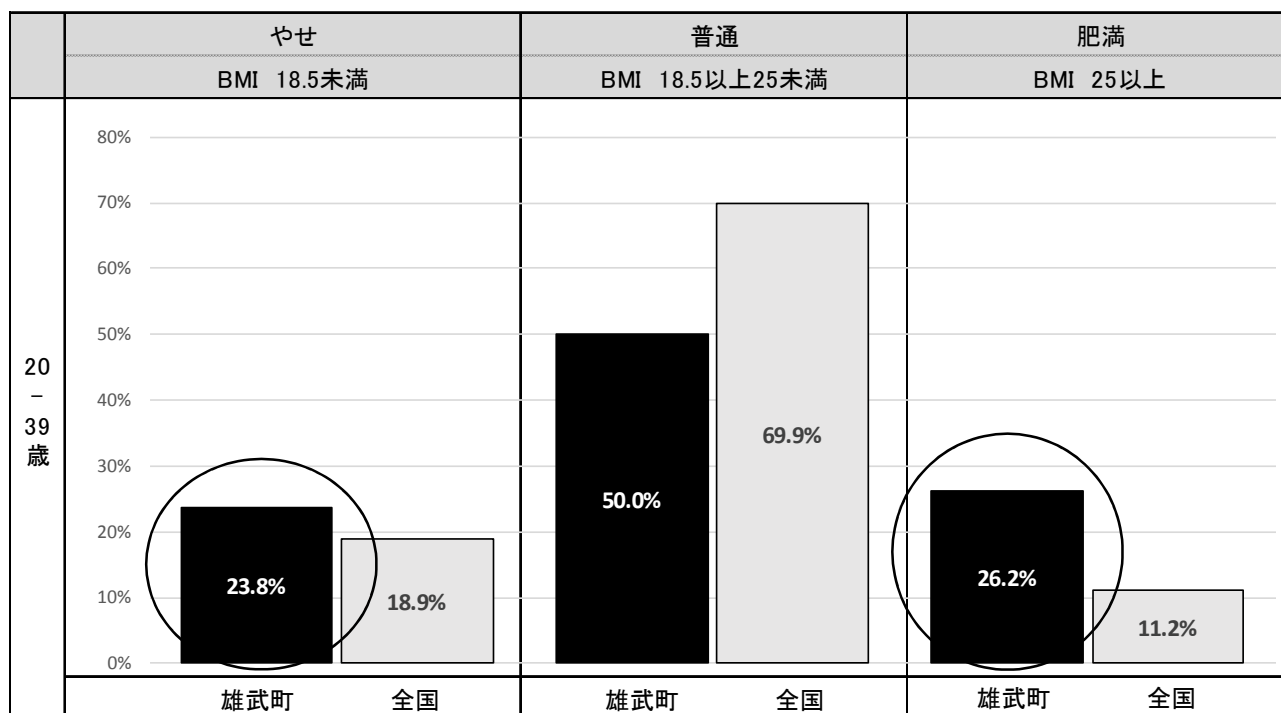


図 8 20 歳代・30 歳代女性の BMI の状況

（平成 24 年度 雄武町 20 歳代・30 歳代健診結果、平成 24 年度 国民健康・栄養調査報告）

近年、様々な研究によって、「生活習慣病の発症は胎児期から始まる」ということが明らかになってきています。

胎児は母体から胎盤を通じて栄養や酸素をもらい、成長します。ところが、母親がやせや肥満であると、質の良い胎盤が作られず、栄養や酸素を運ぶ血流が十分に行き届かないなどの状況が起こり、低体重での出生リスクとなることがわかっています。また、妊娠中に低栄養状態であると、胎児は「少ない栄養でも生きていける体」になって発育するため、出生後は肥満等の生活習慣病のリスクが高くなります。

血液の老廃物をろ過する腎臓の糸球体という組織の数は、低体重で生まれた赤ちゃんほど少ないことがわかっています。腎臓の糸球体が少ないと腎機能障害が起こりやすく、高血圧症になりやすいと考えられます。この腎臓糸球体の数は胎児期に決まり、出生後は増えません。

このように、低栄養で胎児が発育すると、様々な変化が起こります。妊娠期からの生活習慣病予防に加え、乳幼児期、学童期からの適切な生活習慣の重要性を意識できる学習の機会が必要です。

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組状況を反映する指標として設定されています。

町の特定健診受診率は全道平均より高い状態で推移していますが、低下傾向にあります(表 12)。また、保健指導実施率は全道・全国と比べると高いものの、実際には 8.5%と低い状況です(表 13)。今後も健診や保健指導の充実を図り、受診率や保健指導実施率の維持・向上に努めていきます。

表 12 年度別特定健診受診率(順位) 法定報告

	平成20年度				平成21年度				平成22年度				平成23年度						
	市町村名	対象者数	受診者数		受診率	市町村名	対象者数		受診者数	受診率	市町村名		対象者数	受診者数	受診率	市町村名	対象者数	受診者数	受診率
1	和寒町	1,118	835	74.7%	1	和寒町	1,102	793	72.0%	1	上富良野町	2,229	1,631	73.2%	1	和寒町	1,045	752	72.0%
2	上富良野町	2,315	1,629	70.4%	2	上富良野町	2,283	1,622	71.0%	2	和寒町	1,066	779	73.1%	2	上富良野町	2,208	1,551	70.2%
3	音威子府村	163	109	66.9%	3	剣淵町	1,016	689	67.8%	3	幌加内町	404	280	69.3%	3	剣淵町	959	630	65.7%
49	雄武町	1,166	409	35.1%	51	雄武町	1,150	423	36.8%	59	雄武町	1,116	392	35.1%	66	雄武町	1,119	372	33.2%
	北海道	980,826	205,182	20.9%		北海道	973,924	209,814	21.5%		北海道	964,786	218,140	22.6%		北海道	969,539	227,765	23.5%
178	三笠市	2,717	233	8.6%	177	古平町	2,390	29	1.2%	177	三笠市	2,390	277	11.6%	177	興部町	943	125	13.3%
179	興部町	977	70	7.2%	178	京極町	3,581	0	0.0%	178	釧路町	3,581	402	11.2%	178	北斗市	9,438	1,103	11.7%
180	京極町	666	32	4.8%	179	興部町	885	0	0.0%	179	苫前町	885	94	10.6%	179	三笠市	2,328	290	12.5%

表 13 平成 25 年度 特定保健指導実施率

雄武町	北海道	全 国
8.5%	4.6%	4.3%

(KDB システム 様式 6-1)

(4) 対策

ア 健康診査及び特定健康診査受診率の維持・向上のための施策

- ・ 対象者への個別案内、広報などを利用した啓発
- ・ 医療機関通院者におけるデータ受領等の医療との連携

イ 保健指導対象者を明確化するための施策

- ・ 健康診査(20代・30代健診、女性の健康づくりクーポン、医療機関からのデータ受領等)
- ・ 雄武町国民健康保険特定健康診査
- ・ 町の健康課題に基づいた、健康診査における検査項目の検討・見直し
- ・ 科学的根拠に基づいた健診結果の読取りとリスクの分析

ウ 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・ 特定保健指導及び発症リスクに基づいた保健指導を実施
(高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病(CKD)等の発症リスクを分析)
- ・ 家庭訪問、健康相談、健康教育等の多様な形式と、個別・地区別・産業集団別等の多様な対象選定により、それぞれの特徴を生かしたきめ細やかな保健指導を実施
- ・ 重症化予防のための二次健診(頸動脈エコー検査、75g糖負荷検査等)の継続実施
- ・ 雄武町国民健康保険加入者以外の希望者に対する特定保健指導の実施

3 糖尿病

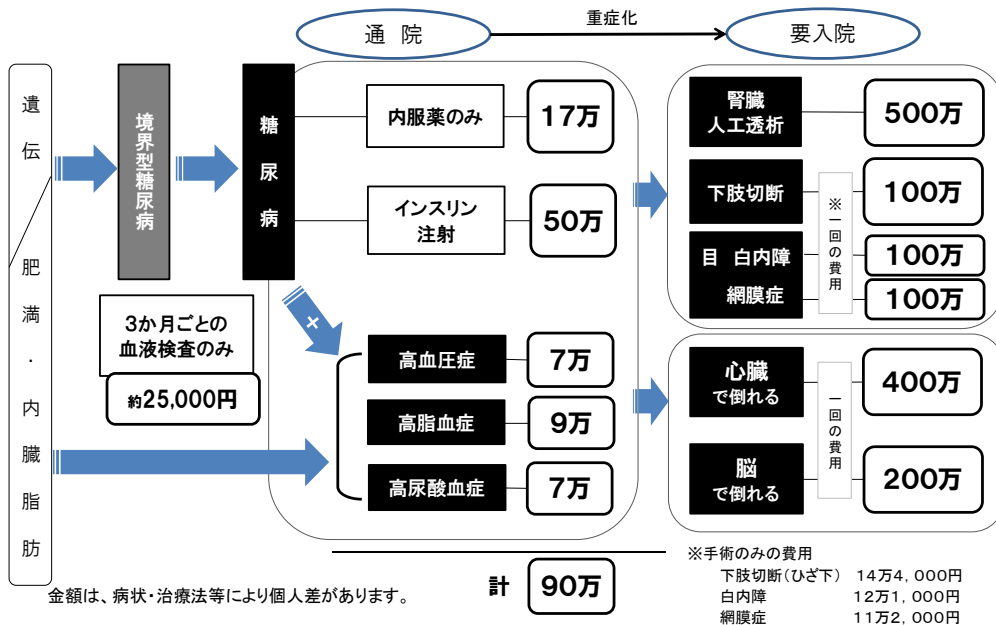
(1) はじめに

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によって、生活の質（QOL）に多大な影響を及ぼす疾患です。同時に、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も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、循環器疾患（心筋梗塞や脳血管疾患）の発症リスクを2～3倍増加させることがわかっています。

全国の糖尿病有病者数は10年間で約1.3倍に増加しており、人口構成の高齢化に伴って、有病者の増加が加速すると予想されています。

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？



(参考 糖尿病による経済的な影

(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す。循環器疾患と同様、危険因子の管理と、循環器疾患対策を講じていくことが重要です。

イ 重症化予防

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

そのためには、まず健診受診者を増やし、血糖値等が把握できる習慣を作ることが重要となります。それと同時に、糖尿病の未治療や治療中断によって合併症の発症に至ることがないように、治療継続による良好な血糖コントロール状態を維持することが重要です。

(3) 現状と目標

ア 合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者の減少）

近年、全国的に糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は、増加から横ばいに転じています。町の新規人工透析導入数及び全数に占める糖尿病性腎症においても同様の傾向が見られます。昭和63年～平成25年度末までの26年間に、糖尿病を原疾患にもつ人工透析導入者は23人でした(図1)。

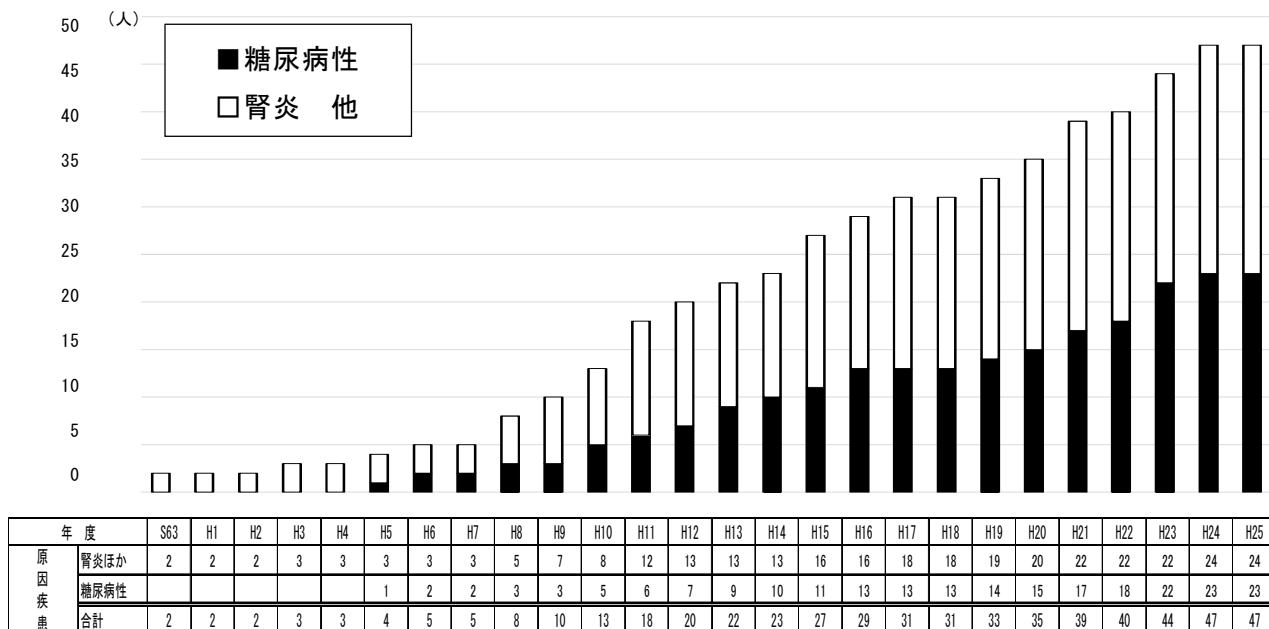


図1 国保・後期高齢者加入者・生保の全数 人工透析患者の推移

(雄武町人工透析患者状況)

糖尿病性腎症で人工透析に至った者のうち、町健康診査を受診されていたのは6人、17人は町健康診査を受診されていませんでした。健康診査を受診されていた6人のうち、5人(A, B, C, D, F)には腎機能低下所見や尿蛋白所見が見られており、他の1人(F)は初回受診時にHbA1c11%を超える糖尿病が見つかりました(図2)。

	年代	健診受診状況				透析までの期間
		健診受診歴	GFR	Cre	尿蛋白	
Aさん	60歳代	初回	56	0.8	-	5年後 → 透析
Bさん	70歳代	初回	55	1.1	++	5年後 → 透析
Cさん	60歳代	初回	14	0.9	+++	6年後 → 透析
Dさん	70歳代	初回	47	1.2	++	8年後 → 透析
Eさん	70歳代	初回	93	0.5	-	9年後 → 透析
Fさん	70歳代	初回	95	0.5	++	14年後 → 透析

図2 糖尿病性腎症で人工透析導入に至った事例(初回健診受診時の腎機能の結果)

(雄武町人工透析患者状況)

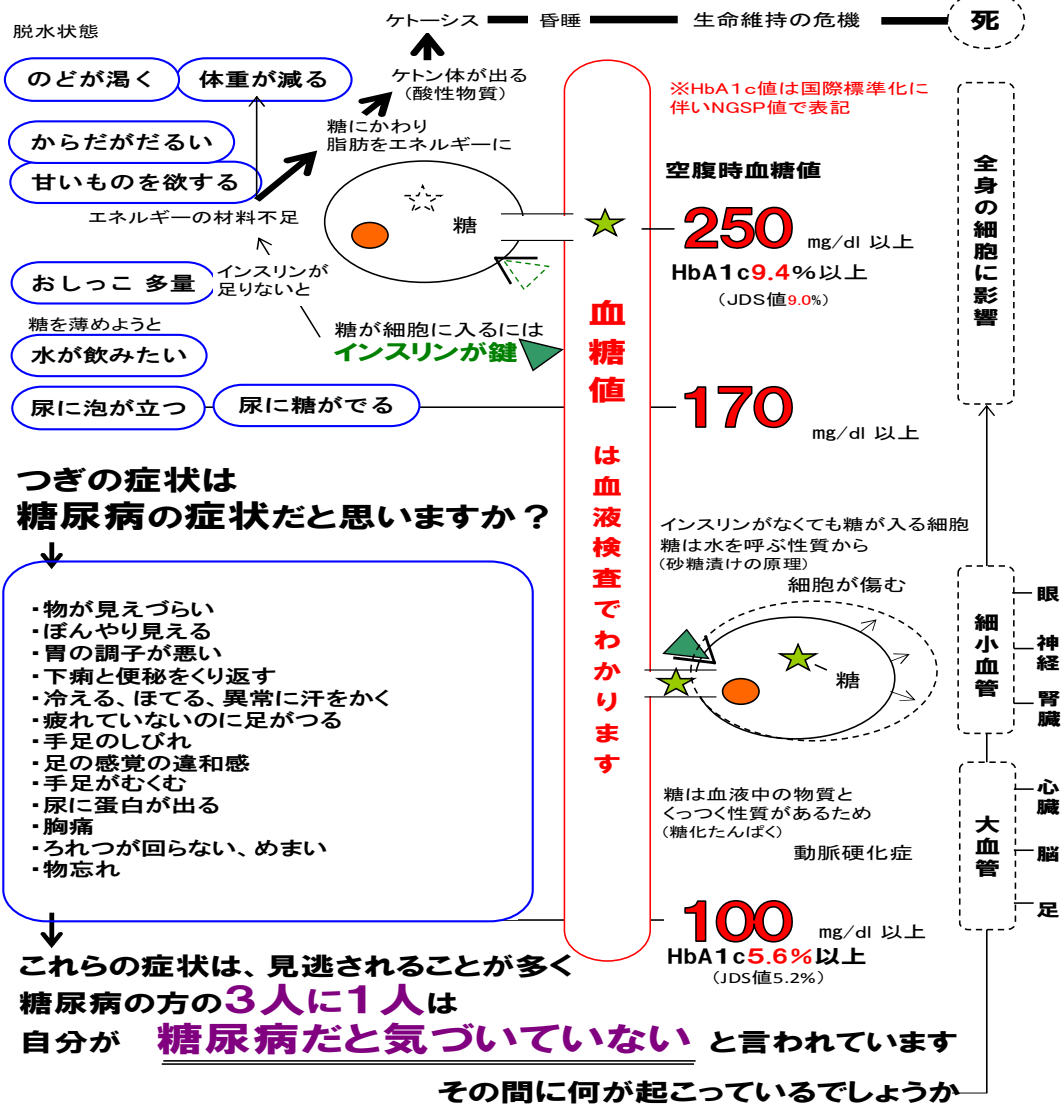
糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約 20 年とされています。発症予防が十分可能な若年期からの健診受診体制の整備、他の医療保険者への保健指導、加えて、重症化予防を目標に糖尿病治療中の方へ保健指導を実施していくためには、医療機関と連携し、新規透析患者導入者を作らないことが重要です。

「糖尿病はやせてくる病気、まだやせてないので大丈夫」、「おしっこに泡が立ったら糖尿病」と自覚症状のみで糖尿病の有無を判断すると、重症化し、入院治療が必要な状況に至るまで糖尿病を放置することになります。

早期の段階で高血糖に気付くためには、血液検査で血糖値と HbA1c を知ることが重要です。HbA1c は採血時間に関係なく、1～2か月の平均した血糖値の状態を把握することができます。HbA1c (NGSP) の正常値は 5.5%未満です。

「症状がないから大丈夫!!」 と思っていませんか？

① 住民の方々が思う 糖尿病の症状は？



(参考 「糖尿病の症状がないから大丈夫!!」 と思っていませんか？)

イ 糖尿病有病者（HbA1c（NGSP）6.5%以上）の増加の抑制

糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病だけでなく、糖尿病からの合併症を予防することもできます。

平成 21～25 年度の町の特健診受診者の結果によると、重症化しやすい HbA1c6.5%以上の人の割合は、7～10%前後を推移しており、全国（13.5%）、北海道（男性 14.8%、女性 7.1%）に比べて現在のところは低率となっています（図 3）。

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6～5.9	6.0～6.4	6.5以上			割合
					再) 7.0以上	未治療	治療	
H21	502	196 39.0%	206 41.0%	55 11.0%	45 9.0%	21 46.7%	24 53.3%	9.0%
					22 4.4%	6 27.3%	16 72.7%	4.4%
H22	477	175 36.7%	200 41.9%	65 13.6%	37 7.8%	15 40.5%	22 59.5%	7.8%
					21 4.4%	6 28.6%	15 71.4%	4.4%
H23	440	171 38.9%	175 39.8%	60 13.6%	34 7.7%	17 50.0%	17 50.0%	7.7%
					18 4.1%	7 38.9%	11 61.1%	4.1%
H24	401	133 33.2%	172 42.9%	57 14.2%	39 9.7%	21 53.8%	18 46.2%	9.7%
					18 4.5%	8 44.4%	10 55.6%	4.5%
H25	405	178 44.0%	138 34.1%	47 11.6%	42 10.4%	22 52.4%	20 47.6%	10.4%
					21 5.2%	12 57.1%	9 42.9%	5.2%

図 3 特定健診受診者の HbA1c の状況 (平成 21～25 年度 雄武町特定健診結果)

男女・年齢別で比較すると、ほとんどの年代で加齢とともにその割合は上昇し、特に男性は 40、50 代のうちから有病者が多く見られている現状があります（表 1）。

表 1 平成 25 年度 特定健診受診者の HbA1c（NGSP）6.5%の状況 男女・年齢計

	男性			女性		
	受診者数	有病者数	割合	受診者数	有病者数	割合
40代	18	6	33.3%	16	2	12.5%
50代	39	16	41.0%	61	21	34.4%
60代	46	25	54.3%	91	40	44.0%
70-74	33	20	60.6%	57	23	40.4%

(平成 25 年度 雄武町特定健診結果)

ウ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者（HbA1c（NGSP）8.0%以上）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、諸外国の目標値も考慮して HbA1c7.0%未満と設定することとしています。更には、HbA1c6.0%は血糖値正常化への目標値であり、低血糖などの副作用がなくこの数値を達成できればより理想的な血糖コントロールといえること、HbA1c8.0%は年齢、心血管合併症の既往や低血糖などの理由で治療の強化が難しい場合においても最低限達成が望ましい目標値であるとしています。

雄武町では、現在、HbA1c8.0%以上の人へは、未治療者はもちろん、治療中の血糖コントロール不良者へも主治医と連携し、必要に応じて保健指導を実施しています。

国・道では、コントロール不良者の指標を HbA1c8.4%以上としその割合を示していますが、本計画ではガイドラインの改定に従い、HbA1c8.0%以上の者の割合の変化を注視していくこととします。平成 21～25 年度で HbA1c8.0%以上の者の割合は特定健診受診者全体の 1～2 割を示しており、合併症の危険が大きくなるよう、より厳重な血糖コントロールが望まれる状況にあります(表 2)。

表 2 平成 21～25 年度 特定健診受診者の HbA1c 分布状況

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	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H21	502	196	39.0%	206	41.0%	55	11.0%	23	4.6%	14	2.8%	8	1.6%	13	2.6%	6	1.2%
H22	477	175	36.7%	200	41.9%	65	13.6%	16	3.4%	15	3.1%	6	1.3%	15	3.1%	4	0.8%
H23	440	171	38.9%	175	39.8%	60	13.6%	16	3.6%	8	1.8%	10	2.3%	14	3.2%	8	1.8%
H24	401	133	33.2%	172	42.9%	57	14.2%	21	5.2%	13	3.2%	5	1.2%	12	3.0%	3	0.7%
H25	405	178	44.0%	138	34.1%	47	11.6%	21	5.2%	14	3.5%	7	1.7%	13	3.2%	7	1.7%

(平成 21～25 年度 雄武町特定健診結果)

加えて、健診結果で血糖値または HbA1c で保健指導判定値該当者に、二次健診 (75 g 糖負荷検査) を実施したところ、平成 20～25 年度までで延 50 人が検査受診し、糖尿病型 2 人、境界型 5 人が発見されました。そのうち、内臓脂肪細胞が脂肪を過剰に蓄積し肥大化することで呈するインスリン抵抗性あり (HOMA-R2.5 以上) と判定された人が 4 人、インスリンの追加分泌遅延を示すインスリン反応 (I. I 値) が初期分泌反応低下 (0.4 未満) を示した人が 5 人いました。

膵臓を疲弊させる生活習慣の見直し、インスリンを自身で守っていきけるような学習を今後も町民とともに継続していきます。

工 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上記の症状は発現しません。そのため、自覚症状がないことを理由に治療を中断し、糖尿病性網膜症による見えづらさ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。

糖尿病でありながら未治療である方や治療中断している方を減少させるために、適切な治療の開始・継続のための、より積極的な保健指導が必要になります。

糖尿病治療中であっても、HbA1c8.0%以上である人の割合が1割以上を占めている年度もあり、治療中の扱いであっても中断や内服薬の自己調整などが背景に隠れていることが予測できます（表3）。今後も、医療機関等と、糖尿病治療等に関する課題の共有を図りながら、コントロール不良者の減少を図っていくこととします。

表3 平成21～25年度 糖尿病治療・未治療の状況

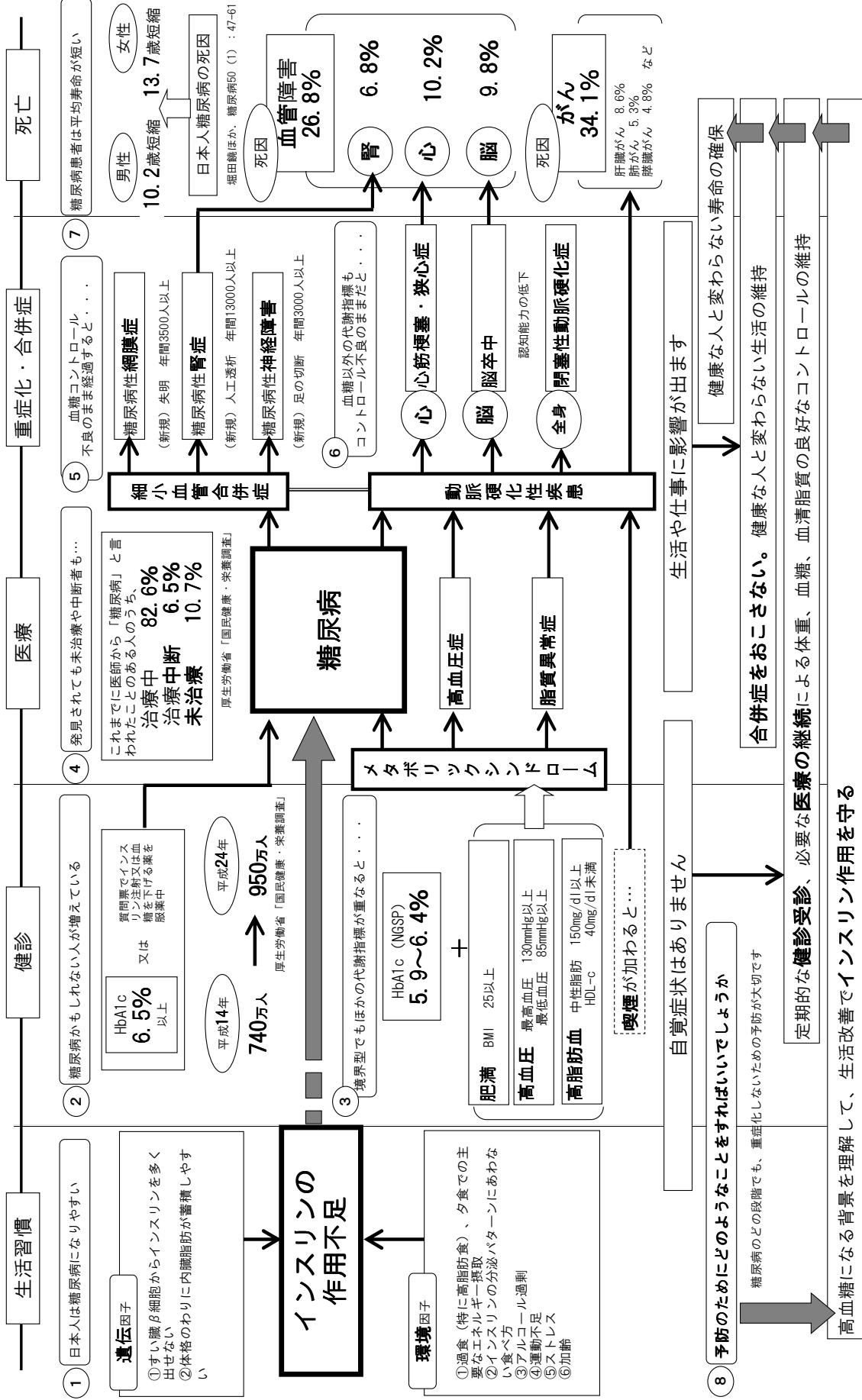
上段：NGSP値 下段：JDS値

	HbA1c測定		正常						保健指導判定値						受診勧奨判定値						再掲			
			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)		糖尿病									
															正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標		合併症の危険が 更に大きくなる	
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	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	H21	32	6.4%	0	0.0%	3	9.4%	5	15.6%	8	25.0%	11	34.4%	5	15.6%	10	31.3%	4	12.5%					
	H22	30	6.3%	0	0.0%	3	10.0%	5	16.7%	7	23.3%	11	36.7%	4	13.3%	11	36.7%	2	6.7%					
	H23	30	6.8%	1	3.3%	1	3.3%	11	36.7%	6	20.0%	6	20.0%	5	16.7%	9	30.0%	4	13.3%					
	H24	24	6.0%	0	0.0%	1	4.2%	5	20.8%	8	33.3%	10	41.7%	0	0.0%	5	20.8%	0	0.0%					
	H25	31	7.7%	1	3.2%	3	9.7%	7	22.6%	11	35.5%	5	16.1%	4	12.9%	7	22.6%	4	12.9%					
治療なし	H21	470	93.6%	196	41.7%	203	43.2%	50	10.6%	15	3.2%	3	0.6%	3	0.6%	3	0.6%	2	0.4%					
	H22	447	93.7%	175	39.1%	197	44.1%	60	13.4%	9	2.0%	4	0.9%	2	0.4%	4	0.9%	2	0.4%					
	H23	410	93.2%	170	41.5%	174	42.4%	49	12.0%	10	2.4%	2	0.5%	5	1.2%	5	1.2%	4	1.0%					
	H24	377	94.0%	133	35.3%	171	45.4%	52	13.8%	13	3.4%	3	0.8%	5	1.3%	7	1.9%	3	0.8%					
	H25	374	92.3%	177	47.3%	135	36.1%	40	10.7%	10	2.7%	9	2.4%	3	0.8%	6	1.6%	3	0.8%					

(平成21～25年度 雄武町特定健診結果)

なぜ糖尿病対策が必要なのでしょう？

平成20・21年度徳島県医師会 糖尿病対策推進講習会資料をもとに作成したものを



(参考) なぜ糖尿病対策が必要なのでしょう

(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

- ・ 健診結果に基づき、個別性を重視した保健指導の推進
特定保健指導及び血糖値、HbA1cに基づいた保健指導
家庭訪問や来所相談による保健指導の実施に加え、職域、地区別などでの健康教育の実施
- ・ 二次健診の実施（75 g 糖負荷検査・微量アルブミン尿検査等）
- ・ 医療機関との連携