

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

平成 20 年度から 22 年度の間に、省令で定められた心電図の受診者は、特定健診受診者 12,794 人(延人員)に対し、456 人(延人員)で受診者の 3.6%にすぎませんでした。

そのため、安曇野市では平成 23 年度から、特定健診受診者全員に心電図検査を実施しています。心電図検査受診者では、特定健診対象者の 36.2%の人に有所見が見られますので、特定健康診査時に全ての受診者に心電図検査を実施することで、心疾患の発症を見逃すことなく、重症化予防に繋げることができると思います。

iii 高血圧

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。

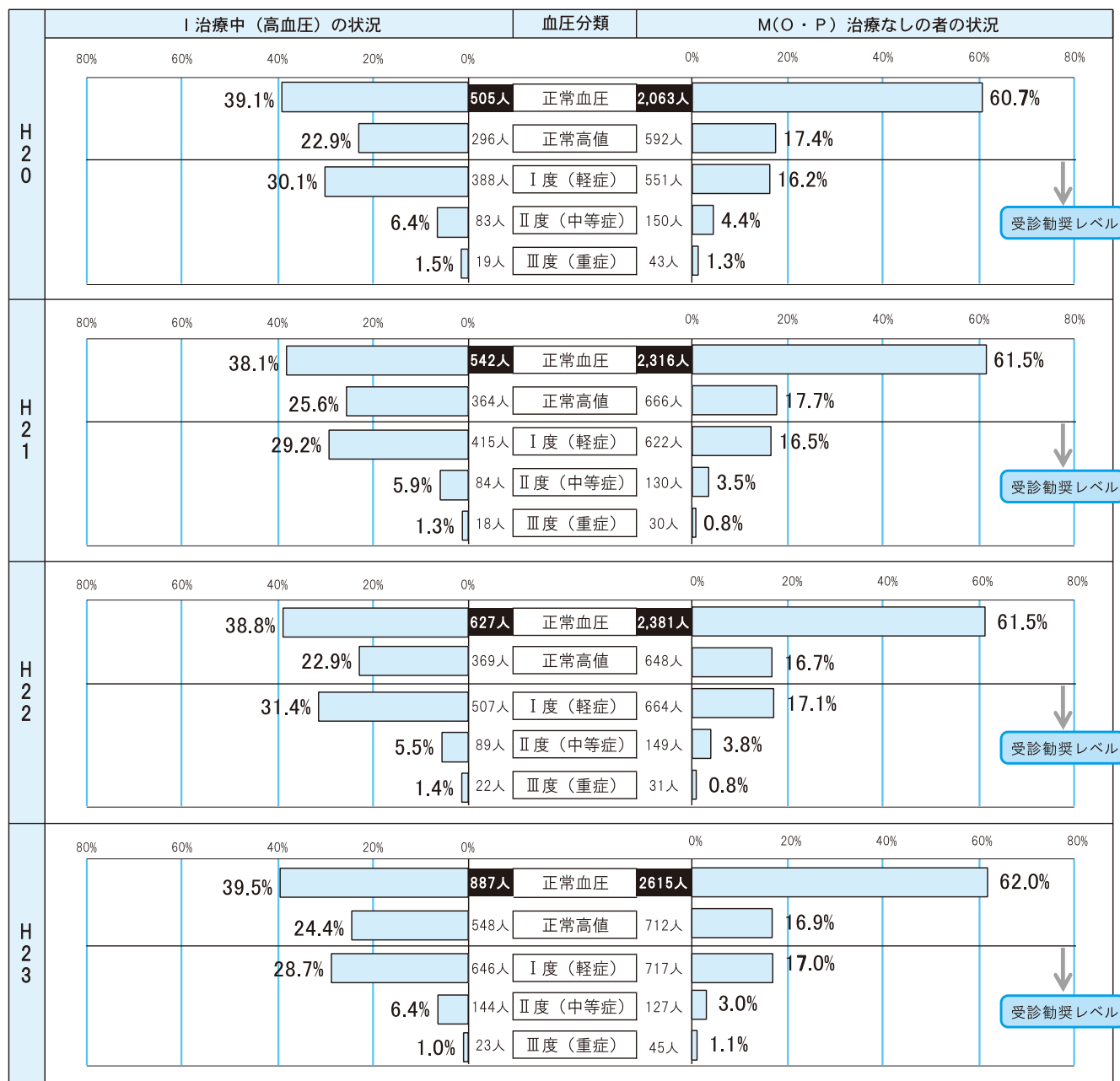
安曇野市では、特定健康診査の結果に基づき、高血圧治療ガイドライン 2009 に記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層」などに基づき、対象者を明確にした保健指導を実施しています。(表 2)

表 2 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 年度	平成 24 年度
服薬なし	①Ⅲ度高血圧 ②Ⅱ度高血圧で糖尿病のある者 ③Ⅱ度高血圧で糖尿病以外のリスクが 3 つ以上の者		①Ⅲ度高血圧 ②Ⅱ度高血圧で LDL-C120 以上		
服薬あり	①Ⅲ度高血圧者				

しかし、安曇野市ではⅢ度高血圧は減少がみられていないため、重症化予防のためにさらに重点的な取り組みが必要になります。また、治療継続者は検査値が改善してきているため、治療中断が起これないようにする必要もあります。(図 4)

図4 安曇野市国保特定健診受診者の高血圧の状況



(法定報告 年度末年齢40~74歳分)

iv 脂質異常症の減少

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

脂質異常症は冠動脈疾患の危険因子であり、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。

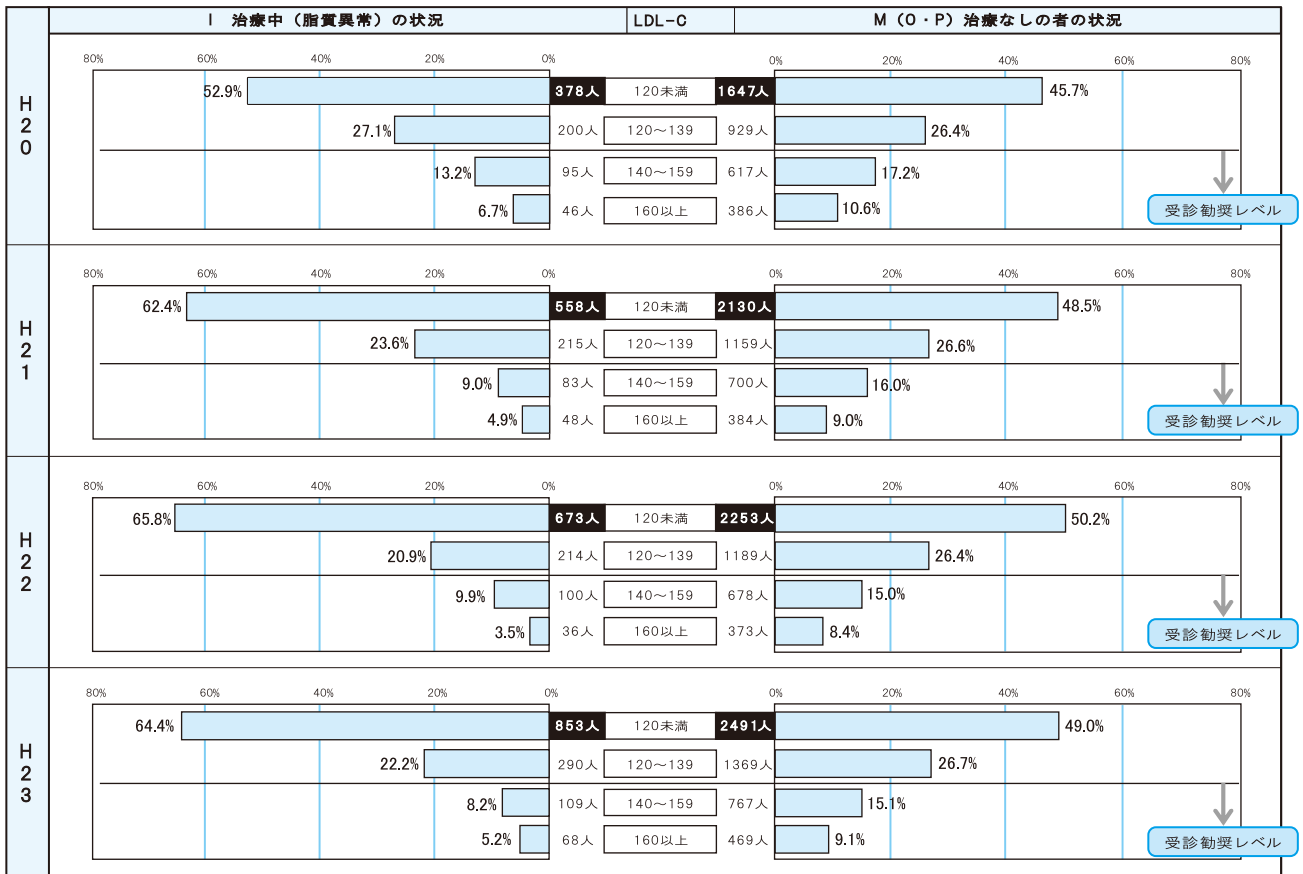
冠動脈疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのはLDL コレステロール 160mg/dl に相当する総コレステロール値 240mg/dl 以上からが多いと言われています。

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007 年版」では、動脈硬化性疾患のリスクを判断する上でLDL コレステロール値が管理目標の指標とされ、平成 20 年度から開始された、特定健康診査でも、脂質に関しては中性脂肪、HDL コレステロール及びLDL コレステロール検査が基本的な項目とされたため、市では総コレステロール検査は廃止し、LDL コレステロール値に注目し、肥満の有無に関わらず、保健指導を実施してきました。特定健診受診者のLDL コレステロールは、治療者では年々改善していますが、治療なしの人の状況はほとんど変わりがなく、160 以上の人も横ばいの状態です。(表 3・図 5)

表 3 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 (脂質異常)

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
	①LDL-C140 以上でリスク 3 つ以上の者		①LDL-C200 以上 ②中性脂肪 500 以上 ③LDL-C120~199 で高血圧 II 度		

図 5 安曇野市国保特定健診受診者の LDL-C の状況



(法定報告 年度末年齢 40 ~ 74 歳分)

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。

また、動脈硬化惹起性の高いリポ蛋白を総合的に判断できる指標として、nonHDL コレステロール値(総コレステロール値から HDL コレステロールを引いた値)が脂質管理目標値に導入されました。

今後は、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012」に基づき、検査項目や保健指導対象者の見直し等を行い、対象者の状況に合わせた指導を実施していくことが重要になります。

v メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

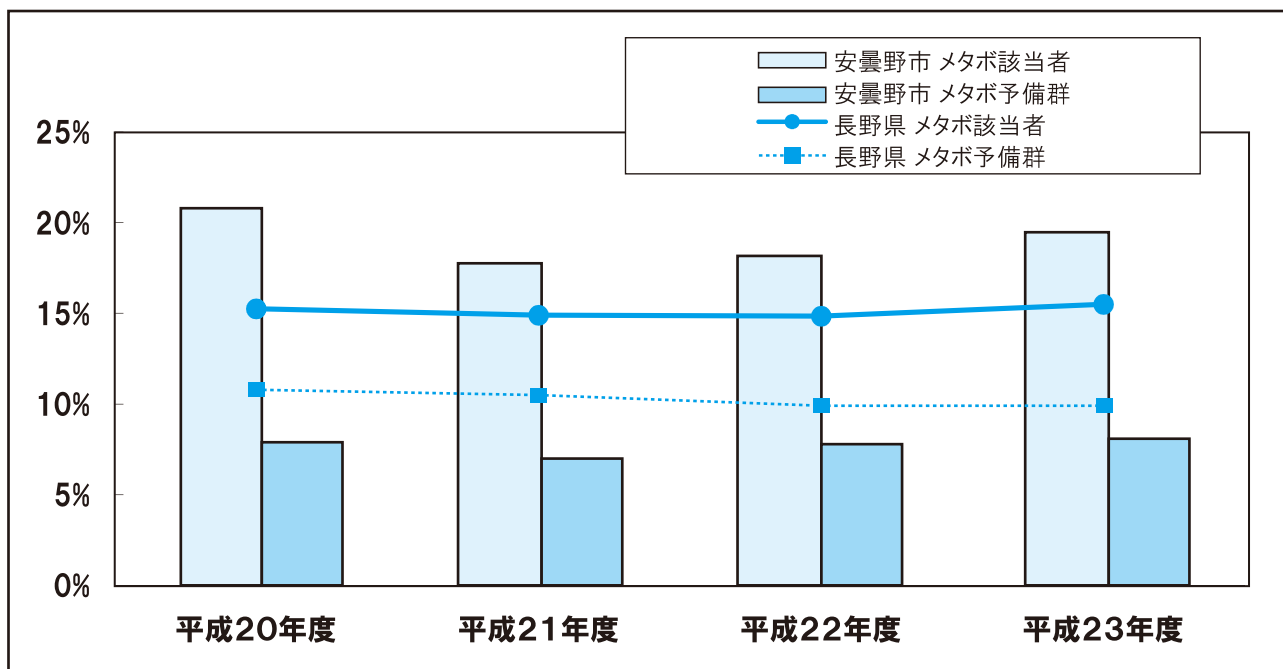
メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は証明されており、平成 20 年度から始まった生活習慣病予防のための特定健康診査では、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少が評価項目の一つとされました。

安曇野市では、該当者の割合が県に比べて高く、これらが安曇野市の課題である「血管の詰まる疾患」につながるため、取り組みが必要です。また、保健指導実施者には改善が見られるため、保健指導を強化していくことが必要になります。(表 4) (図 6)

表 4 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移

年度	健診対象者	健診受診者	健診受診率	メタボ該当者		メタボ予備群		
				人数	割合	人数	割合	
安曇野市	平成20年度	16,725 人	4,555 人	27.2%	935 人	20.8%	354 人	7.9%
	平成21年度	16,945 人	5,107 人	30.1%	905 人	17.7%	356 人	7.0%
	平成22年度	16,881 人	5,324 人	31.5%	964 人	18.1%	417 人	7.8%
	平成23年度	17,248 人	5,285 人	36.4%	1,225 人	19.5%	513 人	8.2%
長野県	平成20年度	374,312 人	144,218 人	38.5%	23,391 人	15.3%	16,577 人	10.8%
	平成21年度	376,324 人	147,915 人	39.3%	23,499 人	14.9%	16,551 人	10.5%
	平成22年度	374,592 人	149,885 人	40.0%	23,787 人	14.8%	15,865 人	9.9%
	平成23年度 *速報値	375,183 人	152,895 人	40.8%	25,568 人	15.5%	16,311 人	9.9%

図6 メタボリックシンドロームの予備群・該当者の推移



vi 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。

安曇野市では、受診率、実施率ともに、国より高い状態ですが、長野県より低い状況です。受診率は目標値に達していないため、今後は、検査項目や、健診後の保健指導の充実などによる受診率向上施策が重要になってきます。

④対策

i 健康診査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、広報や講演会などを利用した啓発
- ・ 健康づくり推進員による受診勧奨と地区での学習会
- ・ 健康診査時の若年者への個別相談の充実
- ・ 保健指導時の健診継続受診の勧め

ii 健診の実施（保健指導対象者を明確するための施策）

- ・ 健康診査(国保 35歳～39歳・生活保護世帯)
- ・ 安曇野市国民健康保険特定健康診査
- ・ 人間ドックの結果提出
- ・ 医療機関受診結果受領票の提出

iii 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・健康診査結果に基づく市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、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

- ・結果説明会の実施の検討
- ・若年者(30. 35歳)の市民の健診実施と個別指導の実施の検討
- ・動脈硬化予防健診(頸動脈超音波検査等)の検討
- ・安曇野市国民健康保険以外の希望者に対する保健指導の検討

※別表Ⅲ参照

(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。

②基本的な考え方

i 発症予防

糖尿病の危険因子は、加齢、家族歴、肥満、身体活動の低下(運動不足)、耐糖能異常(血糖値の上昇)で、これ以外に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、循環器疾患の予防対策が有効になります。

ii 重症化予防

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

そのためには、まず健康診査の受診者を増やしていくことが非常に重要になります。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経済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

i 合併症(糖尿性腎症による年間新規透析導入患者数)の減少

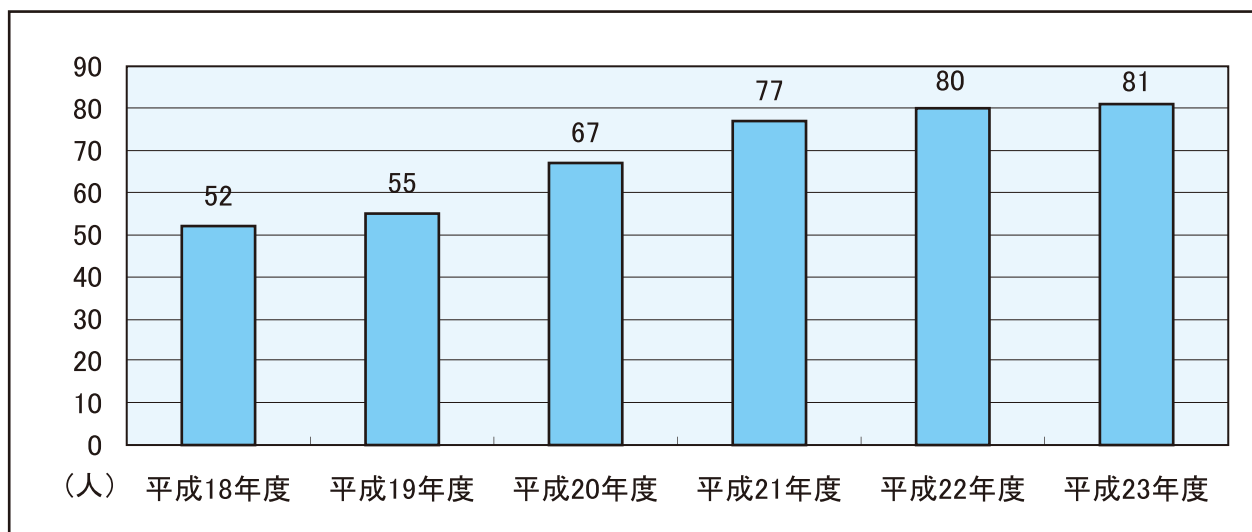
近年、全国的に糖尿病腎症による新規透析導入患者数は、増加から横ばいに転じています。増加傾向が認められない理由としては、糖尿病患者総数の増加や高齢化よりも、糖尿病治療や疾病管理の向上の効果が高いということが考えられ、少なくともこの傾向を維持することが必要です。

一方、安曇野市の糖尿病腎症による新規透析導入は、増加傾向にあります。人工透析患者の全数に占める糖尿病腎症の人数も、51.9%を占めており、現在、糖尿病治療者は少ないものの、糖尿病予備群が多いため、今後、糖尿病患者が増加し、コントロールが悪いと、人工透析の増加が懸念されます。

平成22年度に人工透析だった国保加入者80人については、過去10年のうち市での健康診査を受診したのは2名という状況でした。

糖尿病の発症から糖尿病性腎症による透析導入に至るまでの期間は、約20年間と言われていることから、健康診査受診の勧奨とともに、他の医療保険者での保健指導のあり方を確認していく必要があります。(図1)

図1 安曇野市人工透析患者の推移(国保)

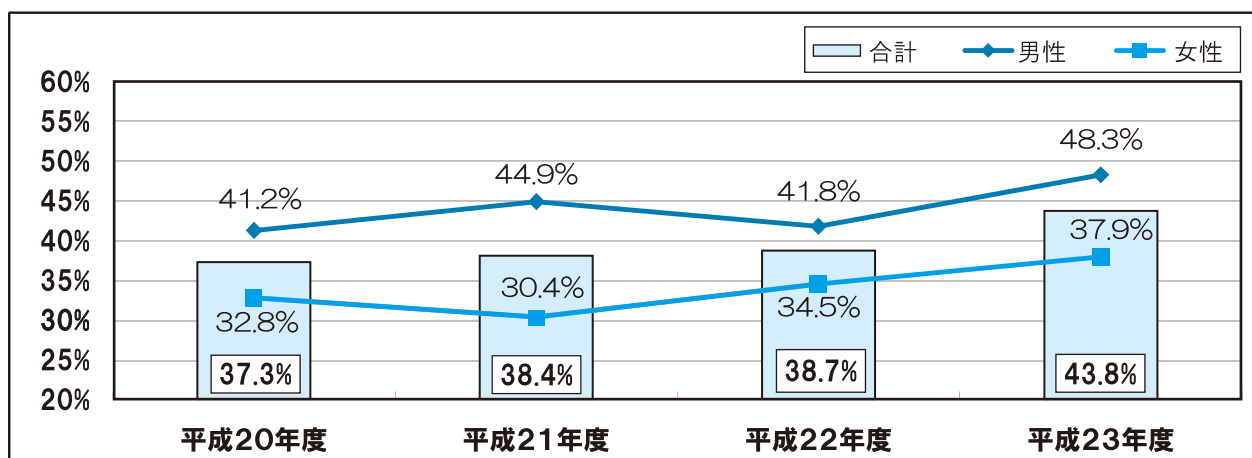


ii 治療継続者の割合の増加

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。

安曇野市の糖尿病有病者(HbA1c(JDS)6.1%以上の者)の治療率は、年々増加傾向にあります。ただ半数以下のため、今後も有病者の治療率を高める必要があります。(図2)

図2 安曇野市の糖尿病を強く疑われる人(HbA1c6.1%以上)の治療率の推移



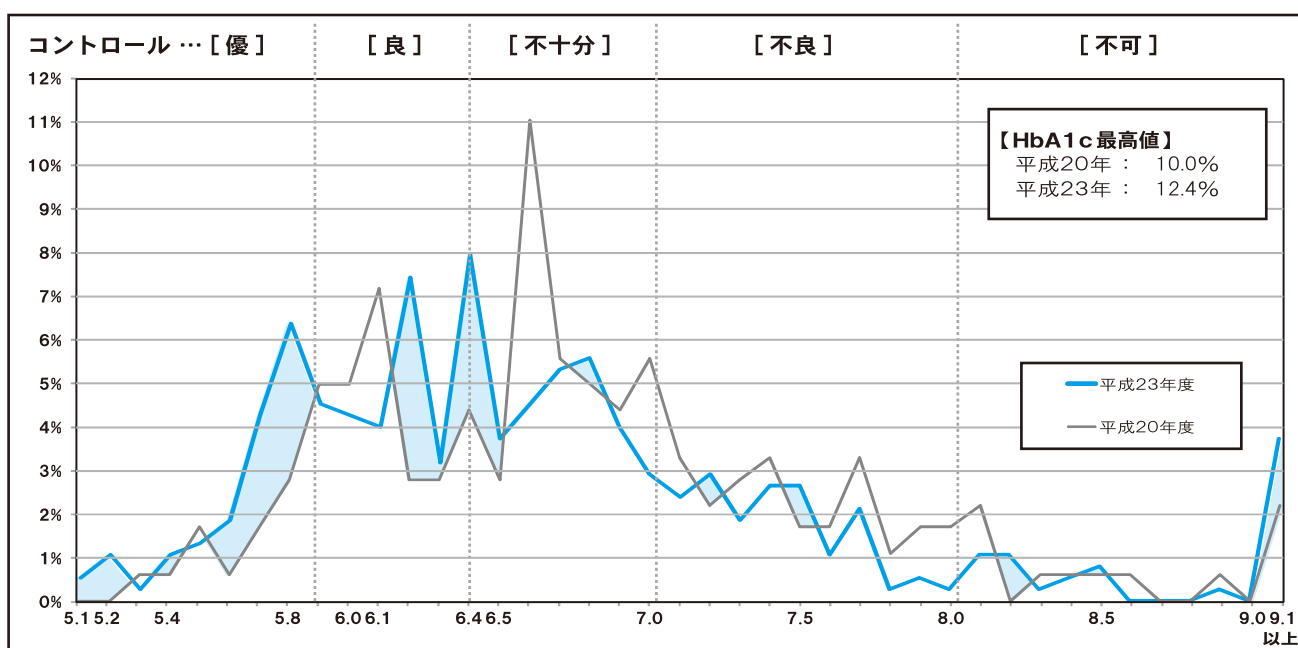
(市国保特定健診 法定報告年度末年齢40~74歳分)

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も良いと思った」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。

安曇野市の糖尿病治療者のHbA1cの分布図は、平成20年度と比較すると、23年度はHbA1c値が低いほうに推移していることから、治療が血糖コントロールに重要な役割を果たしていることがわかります。

しかし、値のばらつきが拡大していることから、同じ糖尿病治療中であっても血糖コントロール状況に差があることもわかります。(図3)

図3 糖尿病治療者のHbA1c分布図



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。

iii 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

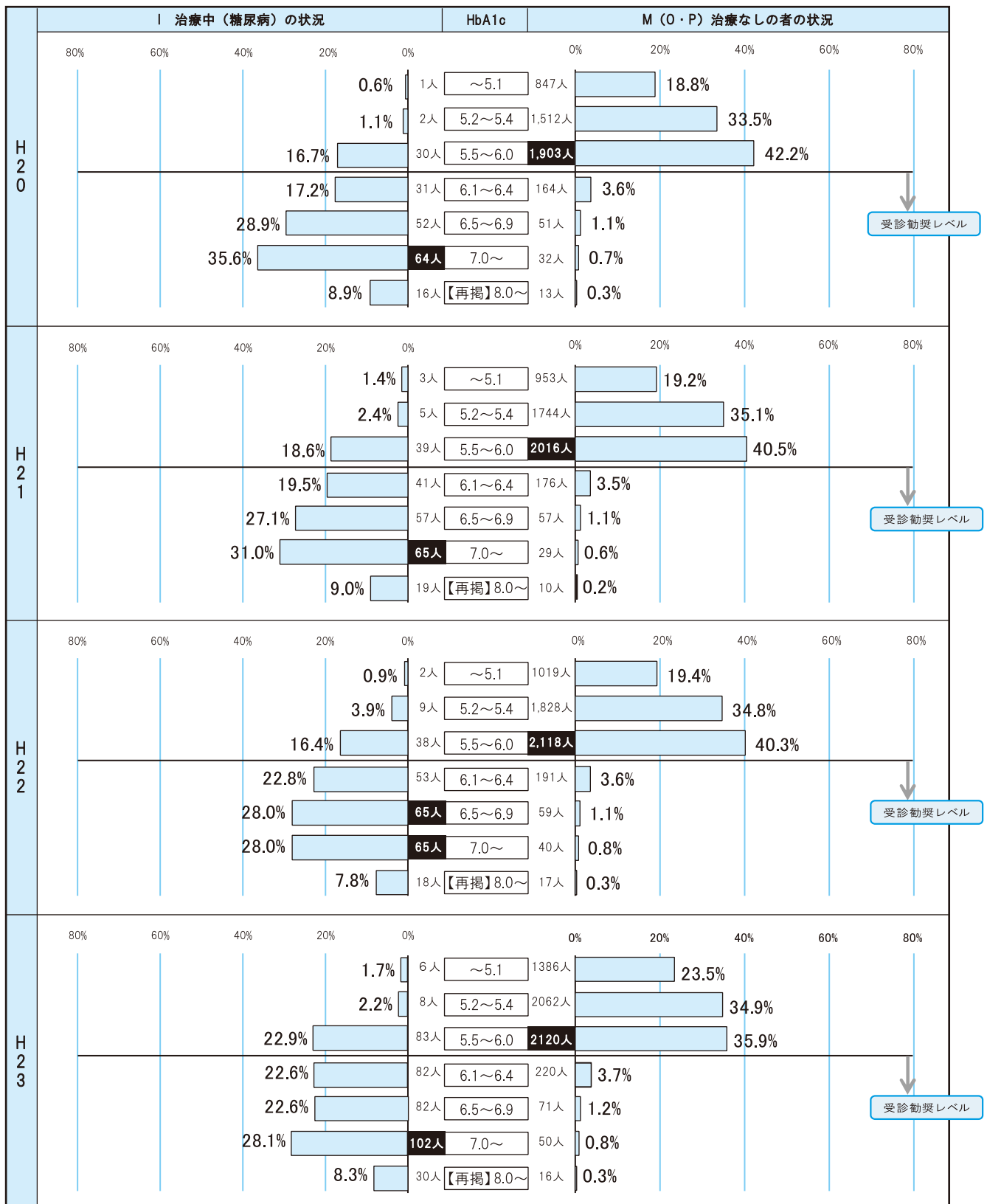
(HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値(8.4%)以上の者の割合の減少)

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

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

安曇野市では、治療中であっても保健指導を実施していますが、コントロール不可の人がいるため、今まで以上に医療機関との連携が必要です。また、治療者は値がよくなってきているため、治療中断が起こらないようにする必要があります。(図4)

図4 安曇野市国保特定健診受診者のHbA1cの状況



(法定報告 年度末年齢40~74歳分)