

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あり、予防の基本は危険因子の管理です。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、住民一人ひとりがこれらの生活習慣改善に向けた取組みを考える入り口は、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への受診が必要な値なのか、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 脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少

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)

遠軽町の脳血管疾患死亡数は横ばい傾向にあり、脳血管疾患の病類別では圧倒的に脳梗塞が多い実態がわかりました。(表2)

表1 脳血管疾患死亡数

(単位 人)

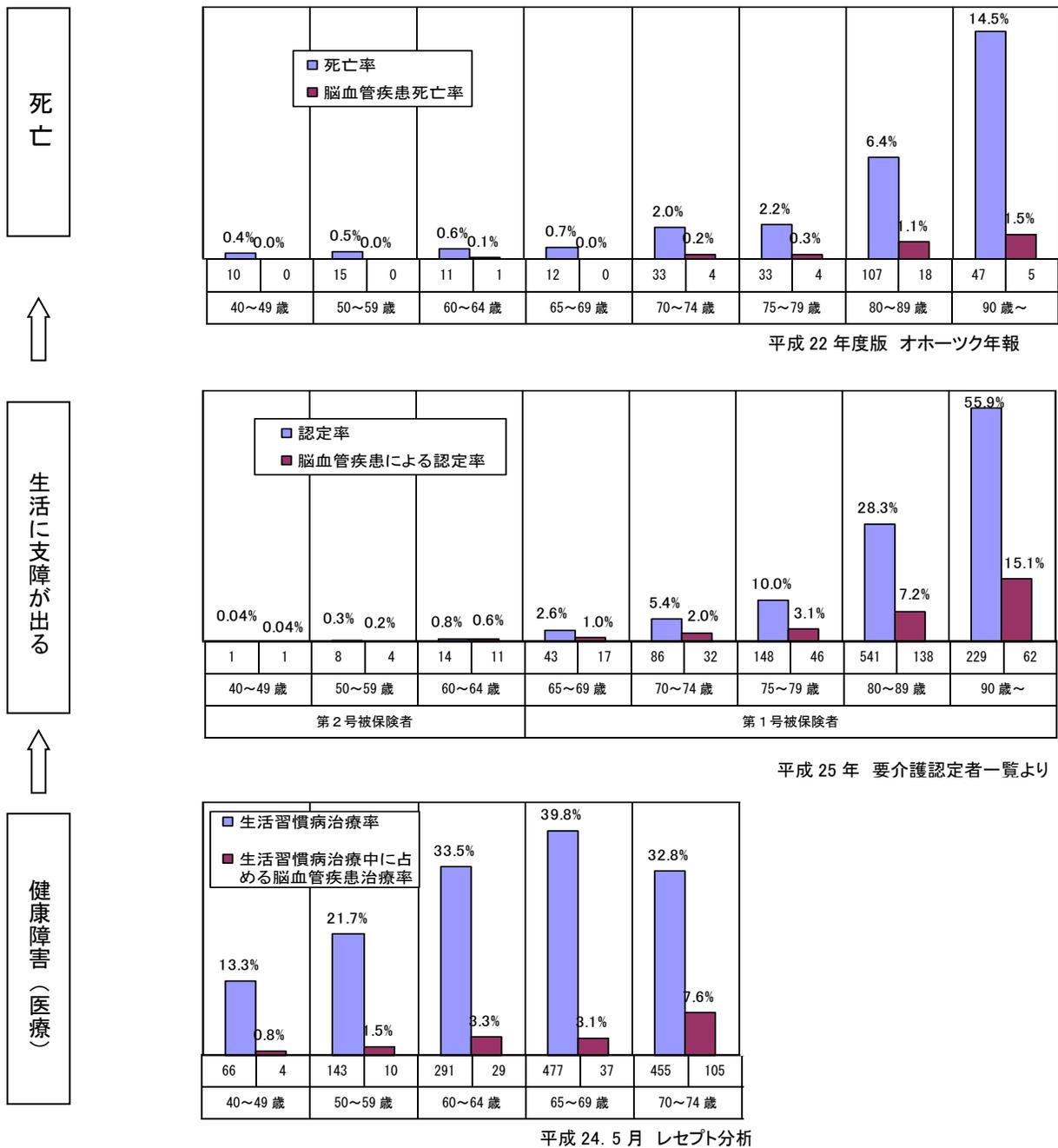
年度(平成)	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年
総数	37	27	31	44	36	25	27	26	34	29
(再掲)75歳未満	-	-	-	-	6	10	3	7	5	8
(再掲)65歳未満	-	-	-	-	2	3	2	1	1	4

表2 脳血管疾患死亡数(病態別)

(単位 人)

年度(平成)	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年
総数	37	27	31	44	36	25	27	26	34	29
脳梗塞	24	12	16	30	25	11	19	17	24	15
脳出血	7	9	6	11	8	9	8	8	6	11
くも膜下出血	5	5	4	3	3	4	0	1	3	3
その他	0	1	5	0	0	0	0	0	1	0

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、介護保険認定者の実態も重要な評価指標と考えます。

（図1）要介護認定者の実態から、第2号被保険者23人のうち16人が脳血管疾患発症者でした。また、生活習慣病治療者に占める脳血管疾患治療者は年齢が上がるにつれ高くなっています。健康寿命の延伸のためには脳血管疾患の発症予防が重要であり、既に脳血管疾患を発症している人は重症化を予防するためにも再発予防が必要です。

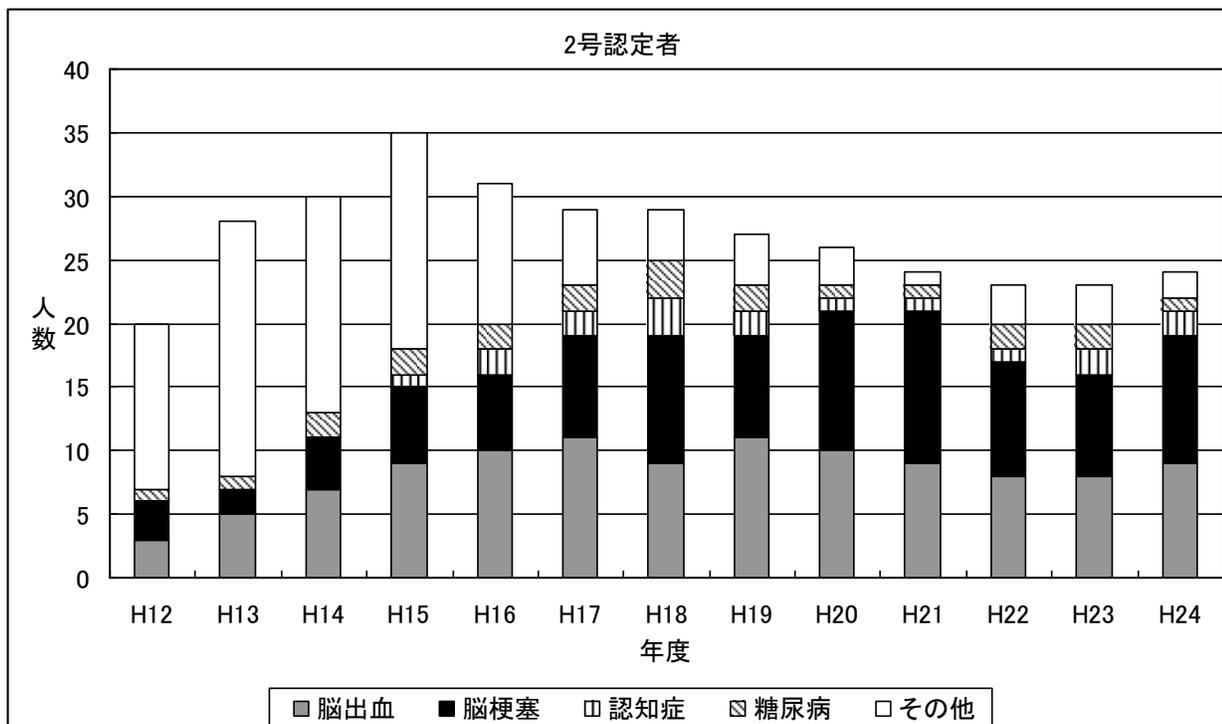
（表3）平成20~24年度に脳血管疾患を発症した第2号被保険者は13人であり、そのうち約9割が健診未受診者でした。脳血管疾患発症因子となる基礎疾患では高血圧が最も多く、ついで糖尿病が多いという実態が分かりました。

表3 平成20年～24年度 原因疾患が脳血管疾患の認定者状況(2号被保険者)

No.	性別	健診受診歴	加入保険		初回認定時		現在		脳卒中				生活習慣に関する基礎疾患							1か月医療費(万円)	1か月介護保険料(万円)				
			発症前	発症後	年齢	介護度	利用開始年度	介護度	脳出血	脳梗塞	閉塞性動脈硬化症	くも膜下出血	高血圧	脂質異常症	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	狭心症	
1	男		国保	国保	40代	支援2	H24	支援2	●				○			●								1	8
2	男		国保	国保	60代	支援1	H24	支援1	●				○		○									32	0
3	男				40代	介護1	H20	介護1		●						●								0	2
4	男			国保	50代	支援2	H23	支援2	●				○	○		●						○		9	1
5	女	○	国保	国保	60代	支援1	H24	支援1	●				●	○										2	2
6	女				50代	介護1	H21	介護1	●					○										8	3
7	女		国保	国保	60代	介護3	H22	介護3		●			○			○								0	0
8	女		国保	国保	50代	介護2	H21	支援1	●				○	○		○								6	0
9	男	○	国保	国保	60代	介護5	H24	介護5		●			○			●						○		46	0
10	男		国保	国保	60代	支援2	H20	(支援2)		●			○		○									62	1
11	女				60代	介護1	H24	(介護1)		●														2	19
12	女		国保		60代	介護1	H20	(介護1)		●														0	7
13	男		国保		60代	介護2	H20	(介護2)	●	●		●												0	5
合計(人)		2	9	8																					
率(%)		15.4	69.2	61.5						53.8	53.8		7.7	61.5	30.8	15.4							2		

市町村介護保険 第2号被()は、現在第1号被保険者 ●介護保険意見書 ○レセプト

図2 原因疾患別の状況(2号被保険者)



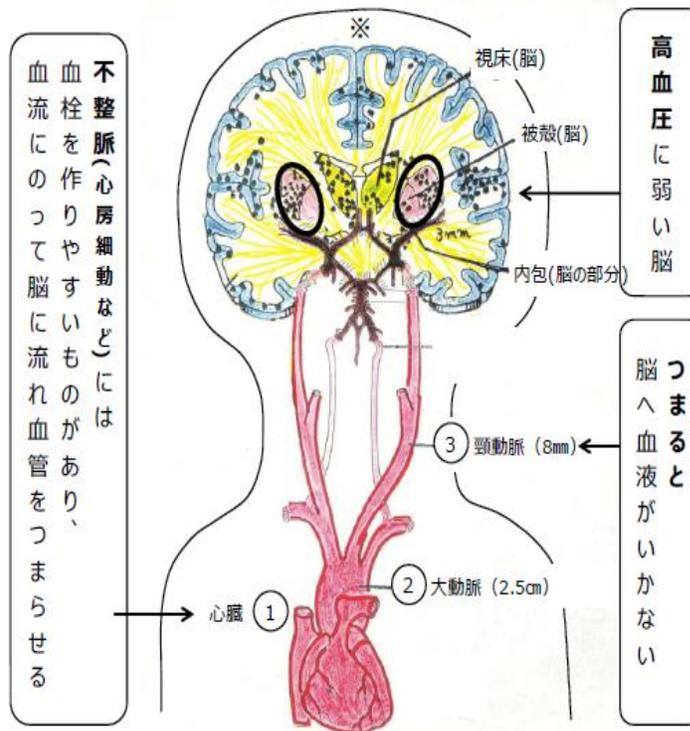
年度	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	
認定者数	20	28	30	35	31	29	29	27	26	24	23	25	24	
脳血管疾患	脳出血	3	5	7	9	10	11	9	11	10	9	8	8	9
	脳梗塞	3	2	4	6	6	8	10	8	11	12	9	8	10
	合計	6	7	11	15	16	19	19	19	21	21	17	16	19
	割合(%)	30.0	25.0	36.7	42.9	51.6	65.5	65.5	70.4	80.8	87.5	73.9	64.0	79.2
認知症	0	0	0	1	2	2	3	2	1	1	1	2	2	
糖尿病	1	1	2	2	2	2	3	2	1	1	2	2	1	
その他	13	20	17	17	11	6	4	4	3	1	3	3	2	
新規認定者数		2	5	4	4	4	3	2	4	3	1	1	4	
2号離脱・死亡			1		2		1	1		2	4	1	1	

脳血管疾患発症に至るまで自覚症状はありません。

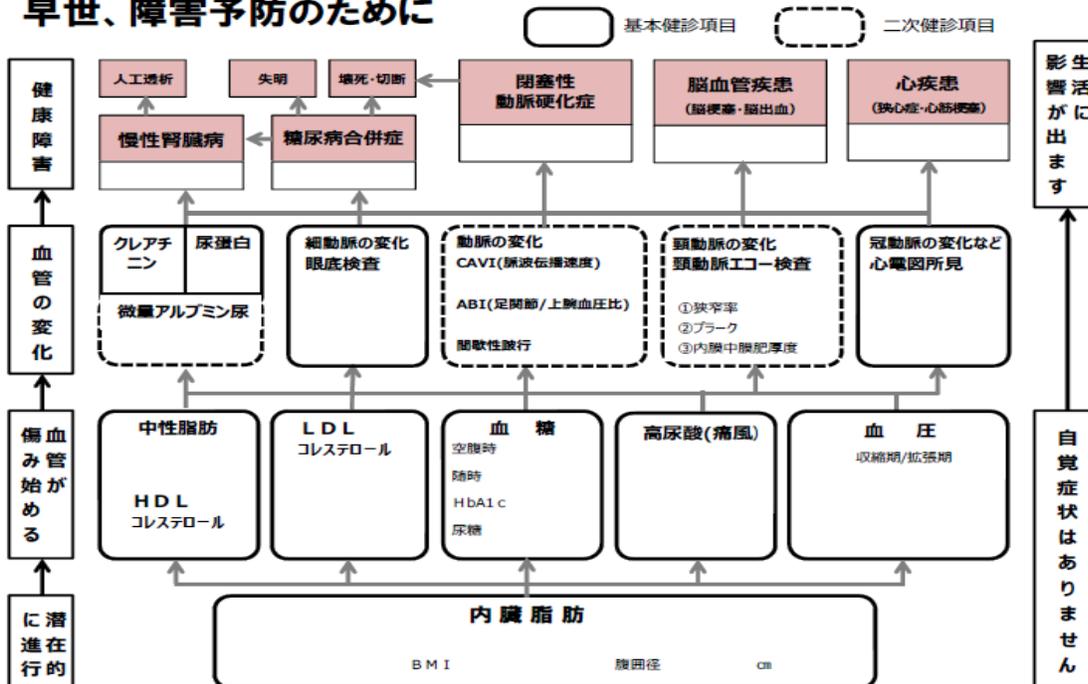
そのため、健診受診は血管を傷つける因子や血管変化を自ら確認し、将来予測を踏まえ、その改善を考えるための入り口として重要と考えます。

青壮年層を対象に実施されている保健事業は、制度間のつながりがないことから、継続的、かつ包括的な保健事業が展開できるよう、地域保健と職域保健の連携を推進するための「地域・職域連携推進協議会」などで、実態共有を図る必要があると考えます。

脳を守るために知っていて欲しいこと



早世、障害予防のために



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。

健診結果を元に、自ら選択決定できるための情報提示、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い、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。

(参考1) 脳血管障害発症の危険因子

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-

発症頻度	病型別 発症頻度 (臨床データ/パンク)	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]					
		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					
						高血圧	
	脂質異常	LDLコレステロール		LDL-C が発症リスク [久山町研究]			
						低コレステロール血症 LDL-Cが80mg/dL以下で脳 出血の頻度が増加	
		HDLコレステロール	HDL-Cは低値であるほど、脳梗塞の発症率が増加				
		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2) 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 体重 BMI	BMI 25未満		肥満症治療ガイドライン (2006)	
	内臓 脂肪 の 蓄積	腹 囲	男性 85cm 女性 90cm未満		日本消化器病学会肝機能 研究班意見書	
		ALT(GOT)	31 U/L未満			
		AST(GPT)	31 U/L未満			
		γ-GT(γ-GTP) コリンエステラーゼ	51 U/L未満			
	血管へ の影響 (動脈 硬化 の危 険因 子)	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			
		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・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以下			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130mmHg未満、 または拡張期血圧85mmHg未満		高血圧治療ガイドライン (2009)		
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 100mg/dl未満 随時血糖 140mg/dl未満		科学的根拠に基づく糖尿 病診療ガイドライン (2010)			
HbA1c (ハモグロビンエーワンシー)	HbA1c(JSD) 5.2%未満 HbA1c(NPSD) 5.6%未満					
尿 糖						
血管 変化	心 臓	心 電 図				
	脳	眼底検査				
	腎 臓	クレアチニン	男性 1.05未満 女性 0.8未満			
		eGFR算出	60以上ml/分			
		尿蛋白	(+)未満	CKD診療ガイドライン 2009		
	尿潜血	(+)				

イ 虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

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。

遠軽町の急性心筋梗塞の死亡数は、75歳未満の死亡数が全体の死亡数の約半数を占めています。

（表4）

表4 虚血性心疾患死亡数

（単位 人）

年度（平成）	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年
総数	15	18	28	13	9	21	14	15	17	14
男性	7	8	18	7	3	11	8	10	9	7
（再掲）75歳未満	-	-	-	-	2	5	3	5	3	3
（再掲）65歳未満	-	-	-	-	1	3	1	3	2	3
女性	8	10	10	1	6	10	6	5	8	7
（再掲）75歳未満	-	-	-	-	2	2	1	1	1	3
（再掲）65歳未満	-	-	-	-	0	2	0	0	0	2

（再掲）急性心筋梗塞死亡数

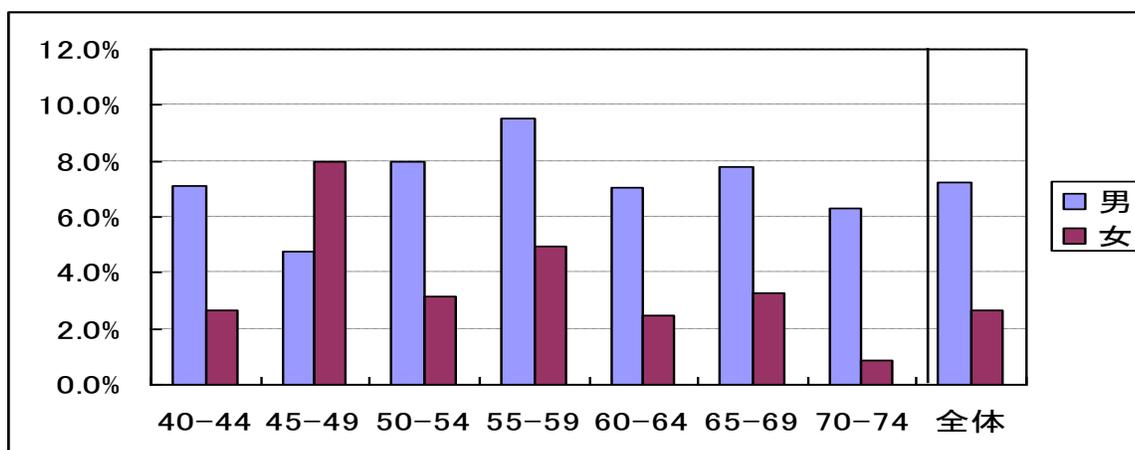
（単位 人）

年度（平成）	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年	20年	21年	22年
総数	14	16	23	12	8	21	12	9	14	10
（再掲）75歳未満	-	-	-	-	4	7	4	5	4	5
（再掲）65歳未満	-	-	-	-	1	5	1	2	2	2

（資料）道北地域保健情報年報 急性心筋梗塞死亡数（性・年齢階級別）

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、町が行う特定健診では、40歳から74歳の受診者全員に心電図検査を実施しています。（図3）

図3 心電図有所見の状況（平成24年度）



（資料）平成24年度 遠軽町特定健診受診者

心電図検査を実施した1,368人中、63人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などが発見されています。また高血圧のある人に心電図異常が多く見られています。

表 5 月 80 万円以上の高額医療となった心疾患の実態から

(平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月診療分)

No.	年齢	性別	健診受診	心電図所見	主病名	手術・処置	費用額	高血圧	脂質異常症	糖尿病	高尿酸血症
1	70代	男	○	所見なし	不安定狭心症	左心カテーテル検査	197万	●	●		
2	60代	男	○	所見なし	労作性狭心症	経皮的冠動脈ステント留置	137万	●		●	
3	60代	男			労作性狭心症	経皮的冠動脈ステント留置	142万				
4	60代	男			狭心症	ペースメーカー電池消耗	122万	●			
5	60代	男			心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置	171万	●	●	●	
6	70代	男	○	異常あり	心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置	183万	●	●	●	
7	70代	男			心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置	125万		●		
8	70代	男	○	所見なし	心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置	103万	●		●	
9	70代	男			不安定狭心症	経皮的冠動脈形成術	123万	●		●	
10	70代	男	○	心房細動	洞不全症候群	ペースメーカー移植術	208万	●		●	
11	50代	女	○	所見なし	心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置	185万	●	●		
12	70代	男			心原性脳塞栓症	脳切除術	163万				
13	70代	男			大動脈弁狭窄症	大動脈置換術	356万	●	●	●	
14	70代	女			完全房室ブロック	ペースメーカー移植術	160万	●	●		
15	70代	男			労作性狭心症	経皮的冠動脈ステント留置	103万	●	●	●	
16	60代	男	○	異常あり	うっ血性心不全	SPECT 検査	99万	●	●	●	

(資料)高額医療費の分析

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、他の危険因子と比べると発症や死亡に最も影響を与える因子と言われています。

しかし、高血圧は自覚症状がほとんどなく、血圧が高いことを自覚してい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 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化」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。

その結果、平成 24 年度の特定健診受診者の高血圧症有病者の割合は年々低くなっており、Ⅱ度高血圧以上の者の割合も平成 20 年度と比較し減少しています。(表 6)

年齢階級別に見てみると、男女とも 50 代、60 代になるとⅡ度高血圧以上の者の割合が増えていることから、若い世代からの受診勧奨や生活習慣改善に向けた保健指導は重要であり、今後も同様の方法で高血圧者の重症化予防、発症予防を継続していきます。

表 6 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)

男性	受診数	発症予防						重症化予防						【再掲】 Ⅱ度 高血圧以上	
		正常判定				保健指導判定		受診勧奨判定							
		至適血圧		正常血圧		正常高値血圧		高血圧			Ⅲ度高血圧				
年度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
20年	405	59	14.6	86	21.2	74	18.3	133	32.8	45	11.1	8	2.0	53	13.1
21年	487	77	15.8	111	22.8	76	15.6	150	30.8	55	11.3	18	3.7	73	15.0
22年	524	93	17.7	109	20.8	76	14.5	156	29.8	77	14.7	13	2.5	90	17.2
23年	511	104	20.4	126	24.7	72	14.1	147	28.8	51	10.0	11	2.2	62	12.1
24年	581	78	13.4	151	26.0	122	21.0	166	28.6	56	9.6	8	1.4	64	11.0
未治療	354	64	18.1	103	29.1	63	17.8	82	23.2	36	10.2	6	1.7	42	11.9
治療有	227	14	6.2	48	21.1	59	26.0	84	37.0	20	8.8	2	0.9	22	9.7

女性	受診数	発症予防						重症化予防						【再掲】 Ⅱ度 高血圧以上	
		正常判定				保健指導判定		受診勧奨判定							
		至適血圧		正常血圧		正常高値血圧		高血圧			Ⅲ度高血圧				
年度	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
20年	633	120	19.0	142	22.4	117	18.5	193	30.5	47	7.4	14	2.2	61	9.6
21年	699	140	20.0	177	25.3	129	18.5	184	26.3	60	8.6	9	1.3	69	9.9
22年	738	146	19.8	181	24.5	115	15.6	208	28.2	75	10.2	13	1.8	88	11.9
23年	740	147	19.9	217	29.3	124	16.8	191	25.8	52	7.0	9	1.2	61	8.2
24年	787	156	19.8	242	30.7	151	19.2	182	23.1	45	5.7	11	1.4	56	7.1
未治療	489	126	25.8	167	34.2	73	14.9	92	18.8	26	5.3	5	1.0	31	6.3
治療有	298	30	10.1	75	25.2	78	26.2	90	30.2	19	6.4	6	2.0	25	8.4

表 7 特定健診受診者の血圧分類による血圧の状況(平成 24 年度分 男女別・年齢階級別)

男性	受診数	発症予防						重症化予防						【再掲】 Ⅱ度 高血圧以上	
		正常判定				保健指導判定		受診勧奨判定							
		至適血圧		正常血圧		正常高値血圧		高血圧			Ⅲ度高血圧				
年齢	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
40~49	49	15	30.6	18	36.7	7	14.3	6	12.2	3	6.1	0	0	3	6.1
50~59	67	10	14.9	18	26.9	12	17.9	18	26.9	6	9.0	3	4.5	9	13.4
60~69	291	34	11.7	76	26.1	60	20.6	85	29.2	32	11.0	4	1.4	36	12.4
70~74	174	19	10.9	39	22.4	43	24.7	57	32.8	15	8.6	1	0.6	16	9.2

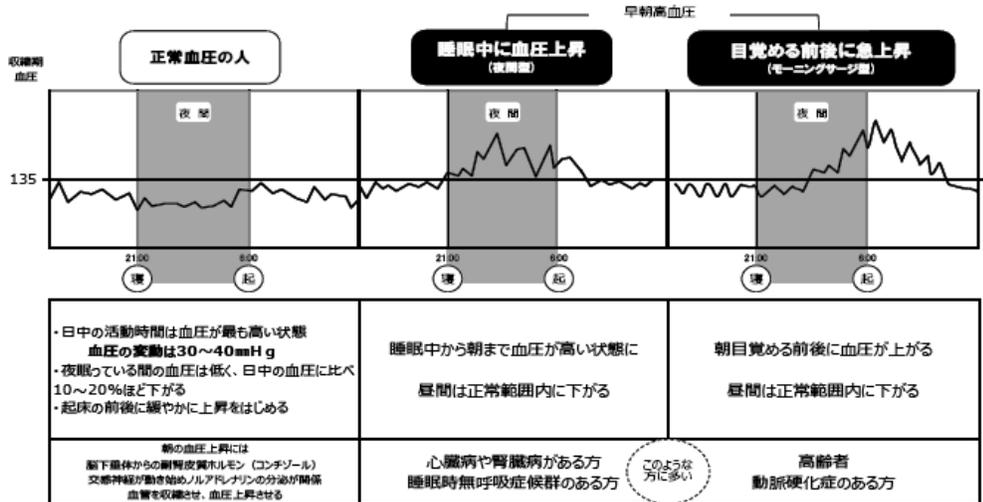
女性	受診数	発症予防						重症化予防						【再掲】 Ⅱ度 高血圧以上	
		正常判定				保健指導判定		受診勧奨判定							
		至適血圧		正常血圧		正常高値血圧		高血圧			Ⅲ度高血圧				
年齢	人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
40~49	63	26	41.3	21	33.3	10	15.9	4	6.3	2	3.2	0	0	2	3.2
50~59	93	32	34.4	29	31.2	14	15.1	9	9.7	6	6.5	3	3.2	9	9.7
60~69	406	63	15.5	133	32.8	73	18.0	107	26.4	25	6.2	5	1.2	30	7.4
70~74	225	35	15.6	59	26.2	54	24.0	62	27.6	12	5.3	3	1.3	15	6.7

健診で血圧値が高くても自覚症状がないと、一時的なものとして捉えてしまうことがあります。そのため、血圧測定を継続せず放置し、降圧治療が遅れることで血管変化を起こしている実態も多く見られます。

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



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

朝と夜に起こる「仮面高血圧」など
医療機関で月に1~2回 昼間の血圧測定ではわかりません

心臓や
脳血管の病気の
発症を防ぐ

1 血圧計の選び方は？

2 正しい測定方法は？

3 家庭血圧の基準値は？



測定のタイミング

- 1日2回(朝・夜)行う

朝

- ・起床後1時間以内
- ・トイレに行ったあと
- ・朝食の前
- ・薬をのむ前

夜

- ・寝る直前
- ・入浴や飲酒の直後は避ける

家庭で血圧を測定する場合には、上にあげた条件のもとで行うことが大切。朝は4つの条件を守るようにする。夜は、入浴や飲酒の直後は避け、必ず寝る直前に測るようにする。

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
- 座ったばかりだと、血圧が安定していないことがある。測定時には、腕の力を抜いて、リラックスすることも大切。
- カフは心臓と同じ高さで測定する
- カフが心臓よりも低い位置だと、「数値が低く出る」など、不正確になる場合がある。
- 薄手のシャツ1枚なら着たままでよい
- カフは素肌に着せつけたほうがよいが、薄手のシャツ1枚ぐらいなら、着たままで測定してもよい。

参考) 日本高血圧学会 家庭血圧測定ガイドライン

正常血圧の基準値		
家庭で測定	収縮期	拡張期
	125未満	80未満

高血圧の診断基準		
病院で	収縮期	拡張期
	140以上	90以上
家庭で測定	135以上	85以上
	降圧治療の対象	

※家庭ではリラックスして血圧を測ることができるため5mmHgずつ低い値となっている
※ただし糖尿病や腎障害がある場合は、厳格な降圧目標が決められ、この基準は用いられません。

測定記録は主治医に見てもらいましょう。高血圧が続く、または過剰な降圧がみられる場合、主治医が降圧剤の種類を変えたり、増量(減量)したりするための大切な判断材料となります。

エ 脂質異常症の減少

LDL コレステロール 160mg/dl 以上の割合の減少

脂質異常症は冠動脈疾患（心筋梗塞、狭心症など）の危険因子であり、とくに 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 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 160 mg/dl 以上の者の割合は、男女ともに減少していますが、平成 22 年度の国の現状値と比較するとほぼ同等です。（表 8）

国は平成 34 年度の目標値を男性 6.2%、女性 8.8%としています。男女とも目標値に達するには、160 mg/dl 以上の者の減少に向けた取組みの強化が必要です。

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	受診数	発症予防						重症化予防				【再掲】 180 以上	
		【再掲】		正常域		境界域高 LDL コレステロール血症		高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			
人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
20 年	405	19	4.7	189	46.7	107	26.4	70	17.3	39	9.6	12	3.0
21 年	487	38	7.8	238	48.9	130	26.7	81	16.6	38	7.8	14	2.9
22 年	524	28	5.3	222	42.4	156	29.8	82	15.6	64	12.2	27	5.2
23 年	511	31	6.1	238	46.6	133	26.0	81	15.9	59	11.5	24	4.7
24 年	581	56	9.6	313	53.9	121	20.8	99	17.0	48	8.3	13	2.2
22 年度 国の現状												8.3	
34 年度 国の目標												6.2	

女性	受診数	発症予防						重症化予防				【再掲】 180 以上	
		【再掲】		正常域		境界域高 LDL コレステロール血症		高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			
人	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
20 年	633	23	3.6	237	37.4	163	25.8	123	19.4	110	17.4	38	6.0
21 年	699	27	3.9	302	43.2	176	25.2	131	18.7	90	12.9	32	4.6
22 年	738	30	4.1	286	38.8	195	26.4	152	20.6	105	14.2	40	5.4
23 年	740	28	3.8	341	42.4	189	25.5	142	19.2	95	12.8	35	4.7
24 年	787	32	4.1	362	46.0	185	23.5	149	18.9	91	11.6	36	4.6
22 年度 国の現状												11.7	
34 年度 国の目標												8.8	

（資料）遠軽町特定健診受診者

表 9 血清 LDL コレステロール値(直接測定法)の分布 男女別・年齢階級別

男性	受診数		発症予防					重症化予防				【再掲】 180 以上		
			正常域		境界域高LDL コレステロール血症			高コレステロール血症						
	【再掲】		120 未満		120 以上 140 未満			140 以上 160 未満		160 以上		人	%	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
総数	581	56	9.6	313	53.9	121	20.8	99	17.0	48	8.3	13	2.2	
40～49	49	3	6.1	23	46.9	11	22.4	11	22.4	4	8.2	1	2.0	
50～59	67	6	9.0	31	46.3	14	20.9	14	20.9	8	11.9	3	4.5	
60～69	291	26	8.9	161	55.3	58	19.9	47	16.2	25	8.6	6	2.1	
70～74	174	21	12.1	98	56.3	38	21.8	27	15.5	11	6.3	3	1.7	

女性	受診数		発症予防					重症化予防				【再掲】 180 以上		
			正常域		境界域高LDL コレステロール血症			高コレステロール血症						
	【再掲】		120 未満		120 以上 140 未満			140 以上 160 未満		160 以上		人	%	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
総数	787	32	4.1	362	46.0	185	23.5	149	18.9	91	11.6	36	4.8	
40～49	63	7	11.1	42	66.7	10	15.9	5	7.9	6	9.5	3	4.8	
50～59	93	3	3.2	39	41.9	19	20.4	26	28.0	9	9.7	5	5.4	
60～69	406	14	3.4	177	43.6	101	24.9	71	17.5	57	14.0	22	5.4	
70～74	225	8	3.6	104	46.2	55	24.4	47	20.9	19	8.4	6	2.7	

(資料)平成 24 年度 遠軽町特定健診受診者

男女別・年代階級別の LDL コレステロール値では、男性の 50 歳代と女性の 60 歳代で 160 mg/dl 以上の者の割合が 1 割と多くなっています。(表 9)

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、受診を必要とする対象者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。

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。

表 10 メタボリックシンドロームの予備軍・該当者の推移

【メタボリックシンドローム予備軍】 腹囲：男性 85cm, 女性 90cm 以上で、3 つの項目（血中脂質, 血圧, 血糖）のうち 1 つに該当する者

年度	男 女 計			男 性			女 性		
	受診数	予備軍	%	受診数	予備軍	%	受診数	予備軍	%
20 年	1038	139	13.4	405	81	20.0	633	40	6.3
21 年	1186	140	11.8	489	80	16.4	697	60	8.6
22 年	1262	128	10.1	524	80	15.3	738	48	6.5
23 年	1251	120	9.6	511	81	15.9	740	39	5.3
24 年	1467	154	10.5	647	107	16.5	820	47	5.7

【メタボリックシンドローム該当者】 腹囲：男性 85cm, 女性 90cm 以上で、3 つの項目（血中脂質, 血圧, 血糖）のうち 2 つ以上に該当する者

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	1038	157	15.1	405	99	24.4	633	58	9.2
21 年	1186	171	14.4	489	104	21.3	697	67	9.6
22 年	1262	156	12.4	524	106	20.2	738	50	6.8
23 年	1251	166	13.3	511	109	21.3	740	57	7.7
24 年	1467	272	18.5	647	165	25.5	820	107	13.0

頸部超音波検査は、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になっています。脳梗塞発症前の頸動脈狭窄を発見し、適切な治療によって未然に脳梗塞発症を防ぐことができるため、遠軽町では平成 20 年度からメタボリックシンドローム該当者・予備群を対象に、二次検診を実施しています。

しかし、受診者は毎年数名と少なく、脳梗塞発症を未然に防ぐためにも更なる勧奨が重要だと考えます。（表 11）

表 11 頸部超音波検査の状況

(人)

年度 (平成)	対象数	実施数	受診勧奨	結果		
				プラーク有	IMT ↑	動脈硬化
20 年	190	18	2	10	6	13
21 年	102	15	0	4	0	5
22 年	108	2	0	0	0	0
23 年	128	2	0	0	2	0
24 年	140	5	1	1	5	1

40 歳以上を対象にした特定健康診査では、すでに初回受診時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 30 歳以上を対象に若年者健診を実施し、自分の身体の状態を確認や生活習慣改善に取り組めるよう、保健指導も合わせて実施しています。

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み状況を反映する指標として設定されています。

町では、受診率が全国全道に比べまだ目標値には程遠い状態で推移しています。今後も健診後の保健指導の充実を図り、受診率の向上に努めていきます。

(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するための施策

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

ウ 循環器疾患の発症及び重症化予防のための施策

- ・ 健診結果に基づいた保健指導の実施

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

- ・ 動脈硬化症予防健診（頸動脈エコー検査等）の継続実施