

2 医療制度改革における 生活習慣病対策の意義

厚生労働省健康局

総務課生活習慣病対策室長

矢 島 鉄 也

医療制度改革における

生活習慣病対策の意義

厚生労働省 生活習慣病対策室

室長 矢島 鉄也

-1-

医療制度構造改革のポイント

生活習慣病対策が一丁目一番地

- 糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群25%の削減目標を設定
- 健診・保健指導にメタボリックシンドロームの概念を導入
- 医療保険者に健診・保健指導を義務化

-2-

25%削減の目標を達成するためには

- 標準的な評価のシステムが必要
- 標準的な健診・保健指導プログラムの作成
 - 健診項目を標準化(血液検査項目、質問項目等)
 - 健診項目の判定基準を標準化
 - 血液検査の精度管理を標準化するための標準物質の開発
 - 保健指導の対象者階層化基準を標準化
 - 健診・保健指導データを電子的に提出する様式の標準化
 - 医療保険者において健診・保健指導データとレセプトを突合したデータの分析
 - 都道府県健康増進計画と都道府県医療費適正化計画による進捗状況の評価
- 健診・保健指導のアウトソーシング
 - 医師、保健師、管理栄養士の役割
- ポピュレーションアプローチの展開(食育、禁煙等)
- 国民に分かりやすい学習教材の開発

-3-

メタボリックシンドロームの概念を導入

- 保健指導のターゲットが明確になった。
 - 内臓脂肪を減少するための生活習慣の改善
- 腹囲という誰でもわかりやすい基準を示した。
- 保健指導を必要とする者を抽出できる健診項目を設定した。
 - 健診は保健指導対象者を抽出するための重要な役割を担う
- リスクの数に基づき優先順位をつけて保健指導ができる。
 - 情報提供、動機付け支援、積極的支援
- リスクの重複がある対象者に早期介入し、行動変容につなげることができる。
- 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、行動変容につなげることができる。

-4-

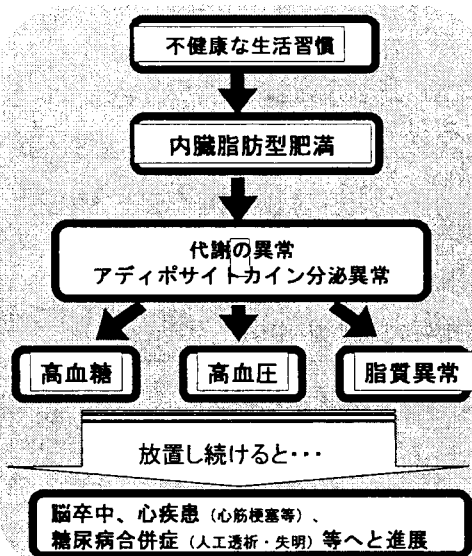
医療保険者に健診・保健指導を義務化

- 対象者が明確になるため受診率、健診・保健指導の成果等を評価することができる。
- 健診・保健指導データとレセプトを突合したデータの分析を行うことにより計画作成および予防事業の効果を評価できる。また、どの部分に焦点を絞って、疾病予防・重症化予防を行うのが効果的かを検討することができる。
- 未受診者、治療中断者を把握し、疾病予防・重症化防止ができる。
- 後期高齢者医療制度への支援金の加算・減算システムを導入した。

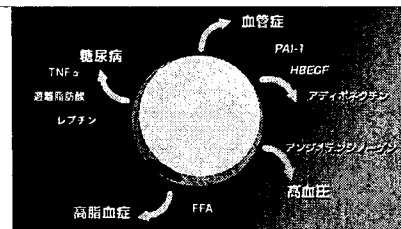
-5-

メタボリックシンドロームの疾患概念の確立

～ 脳卒中や心疾患の発症を予防するカギとなる考え方が提唱されている ～

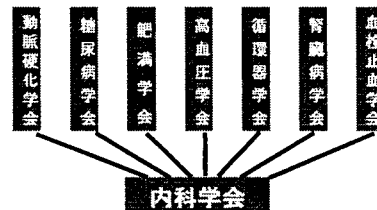


○脂肪細胞から多彩な生理活性物質が分泌される



○8学会が合同で疾患概念と診断基準を策定した
(平成17年4月 日本内科学会総会で公表)

メタボリックシンドローム診断基準検討委員会



-6-

Gender Difference in Abdominal Fat Distribution

48 y.o. Male

56 y.o. Female



Waist (cm) 86.5
VFA (cm²) 155
SFA (cm²) 118

90.5
81
308

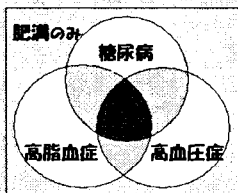
-9-

(財)住友病院・院長 松澤先生より資料提供

メタリックシンドロームを標的とした対策が有効と考えられる3つの根拠

第1の根拠

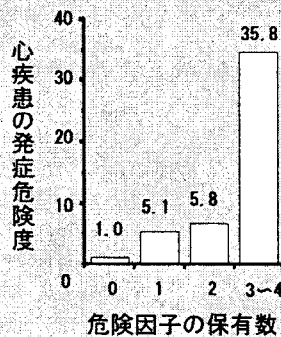
肥満者の多くが複数の危険因子を併せ持っている



肥満のみ	約20%
いずれか1疾患有病	約47%
いずれか2疾患有病	約28%
3疾患すべて有病	約5%

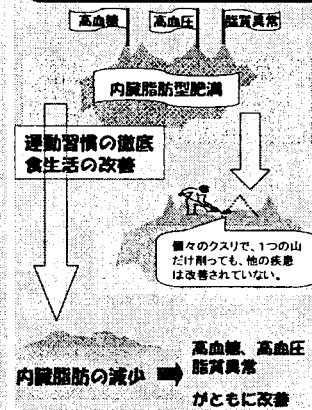
第2の根拠

危険因子が重なるほど脳卒中、心疾患を発症する危険が増大する



第3の根拠

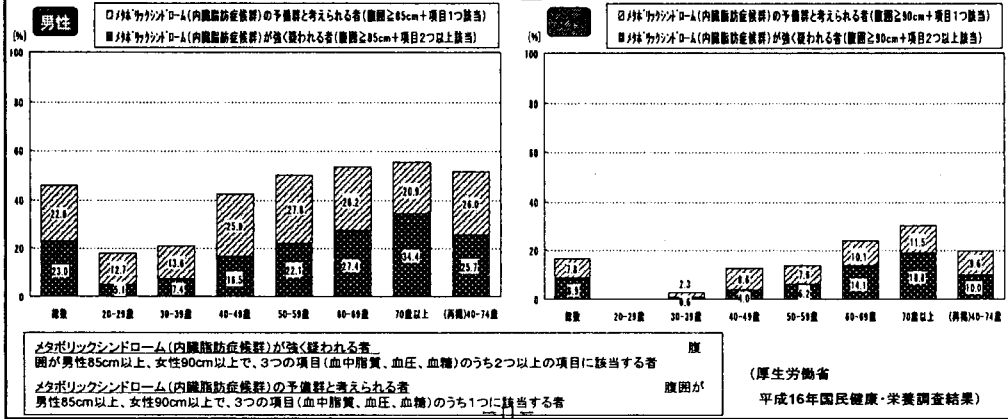
生活習慣を変え、内臓脂肪を減らすことで危険因子のすべてが改善



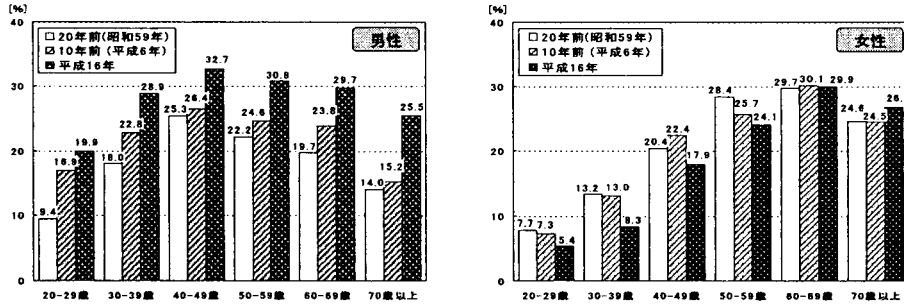
-10-

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)有病者・予備群の状況

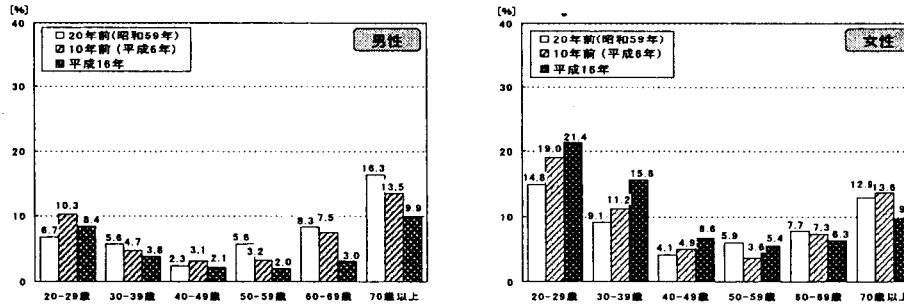
40~74歳については、男性の2人に1人、女性の5人に1人が、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)が強く疑われる者又は予備群と考えられる者であり、有病者数 約940万人 予備群者数 約1,020万人 併せて 約1,960万人 と推定される。



肥満者(BMI ≥ 25)の割合 (20歳以上)



低体重(やせ)の者(BMI < 18.5)の割合 (20歳以上)



脳・心臓疾患に至る経過

血管障害を起している職員ほとんどがこのような経過を辿っている

A氏 54歳 脳梗塞

	34歳	35歳	36歳	37歳	38歳	39歳	40歳	41歳	42歳	43歳	44歳	45歳	46歳	47歳	48歳	49歳	50歳	51歳	52歳	53歳	54歳	
検査結果											BMI25以上(肥満)											
											高中性脂肪											
											高血圧											
											高尿酸											
治療											高LDL											
											一過性脳虚血治療											
											脳梗塞治療											

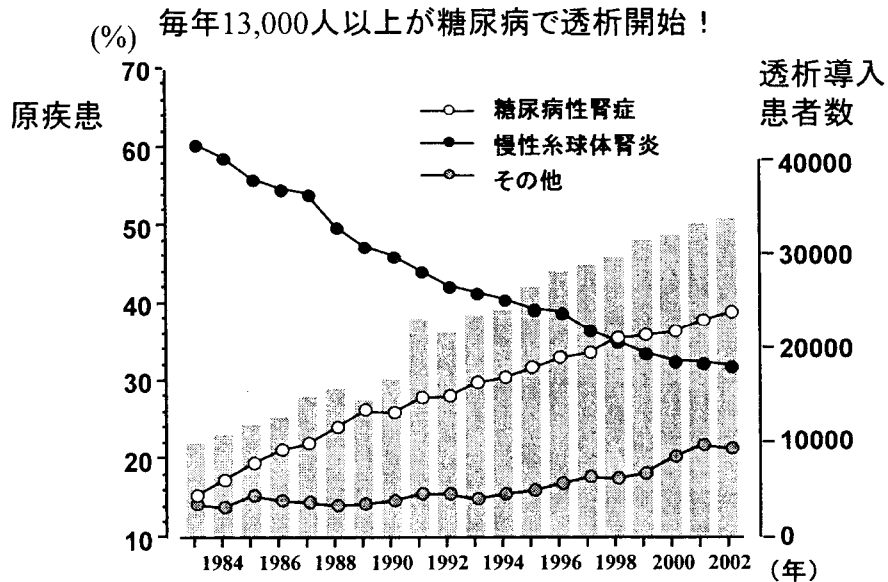
B氏 57歳 心筋梗塞

	37歳	38歳	39歳	40歳	41歳	42歳	43歳	44歳	45歳	46歳	47歳	48歳	49歳	50歳	51歳	52歳	53歳	54歳	55歳	56歳	57歳	
検査結果											BMI25以上(肥満)											
											高GPT											
											高血圧											
											高中性脂肪											
心電図											低HDL											
											高血糖											
治療											降糖薬											
											反時計方向回転											
											ST-T異常											
											異常Q波											
											慢性心筋梗塞治療											

(生活習慣病健診・保健指導の在り方に関する検討会 尼崎市野口緑氏提出資料より)
二一三

新規透析導入患者の原疾患(日本透析医学会)

熊本大学医学部 荒木教授提供

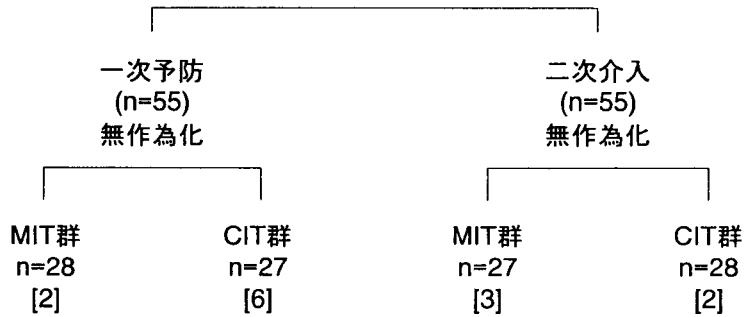


血糖の厳格なコントロールは、 糖尿病合併症の発症・進展を阻止できるか？

Kumamoto Study (1987-1998)

患者割り付け

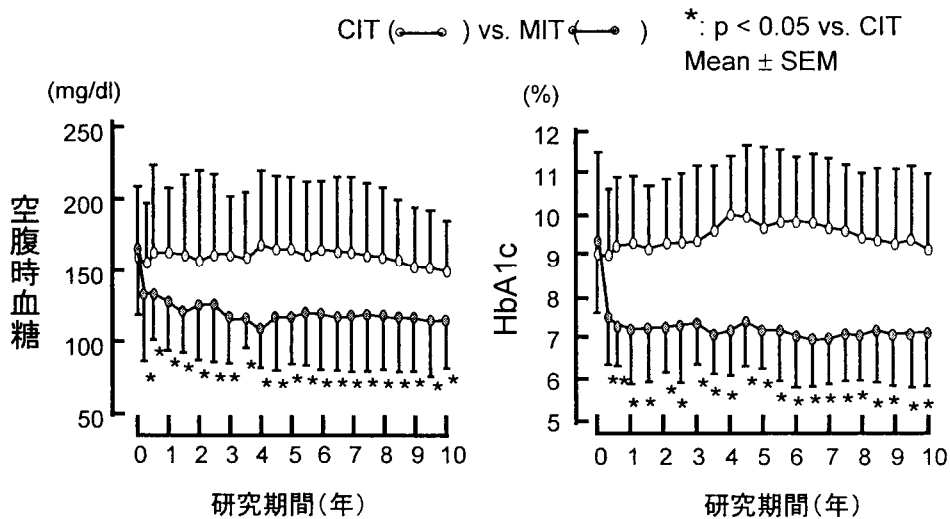
2型糖尿病患者(110名)



MIT群: 頻回インスリン療法群, CIT群: 従来インスリン療法群, []: 脱落例

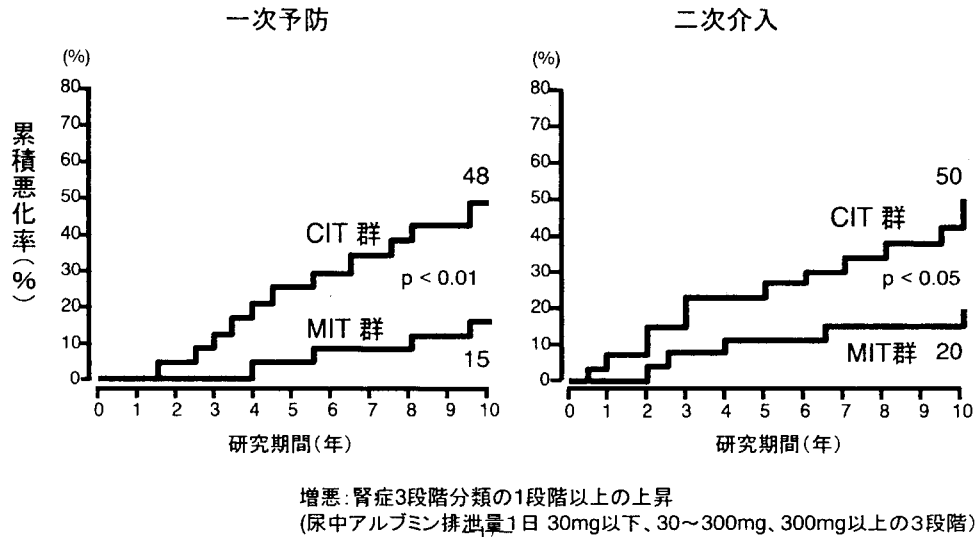
-15-

MIT 群、CIT 群における血糖コントロール状態 — Kumamoto Study 10年間のDataより —



-16-

糖尿病性腎症の推移 — Kumamoto Study 10年間のDataより—



田原坂スタディ

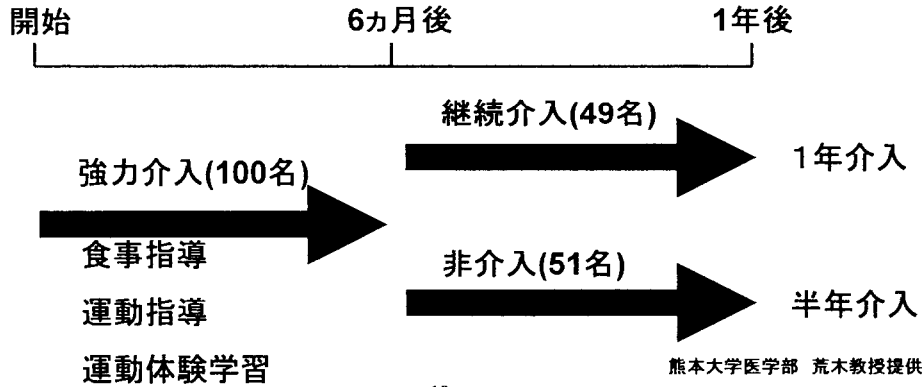
(植木町国保ヘルスアップモデル事業)

対象者: プレ-メタボリックシンドローム

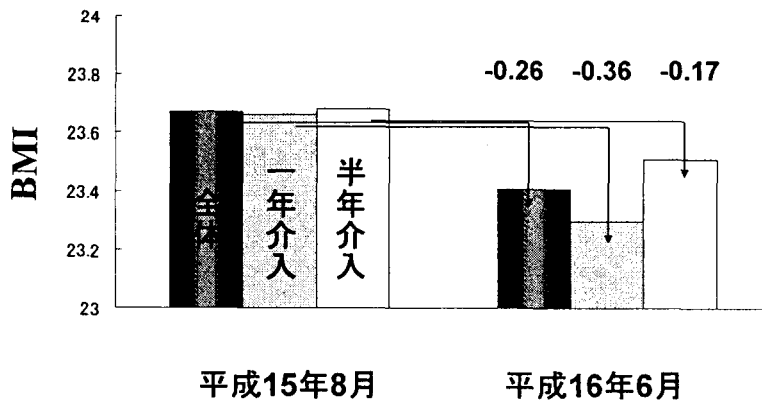
(健診受診者より、耐糖能低下、脂質代謝異常、高血圧症、肥満の中で1項目以上で異常所見を認めたもの。)

対象患者数: 100名

対象者年齢: 30-70歳

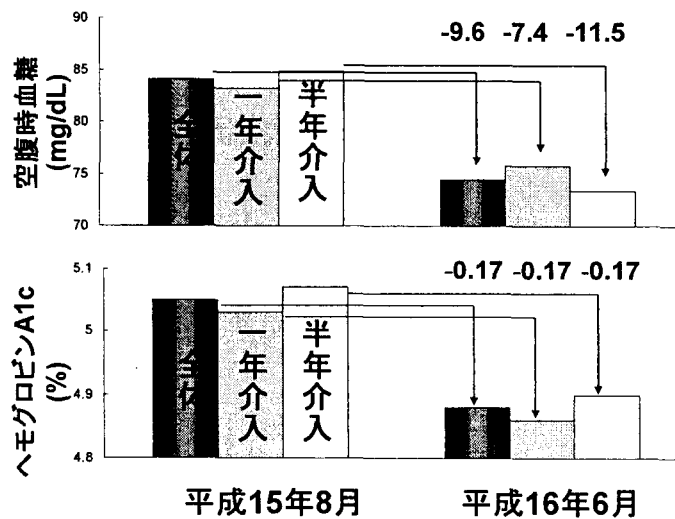


生活習慣改善によるBody Mass Indexへの効果
 一田原坂スタディー
 (kg/m²)



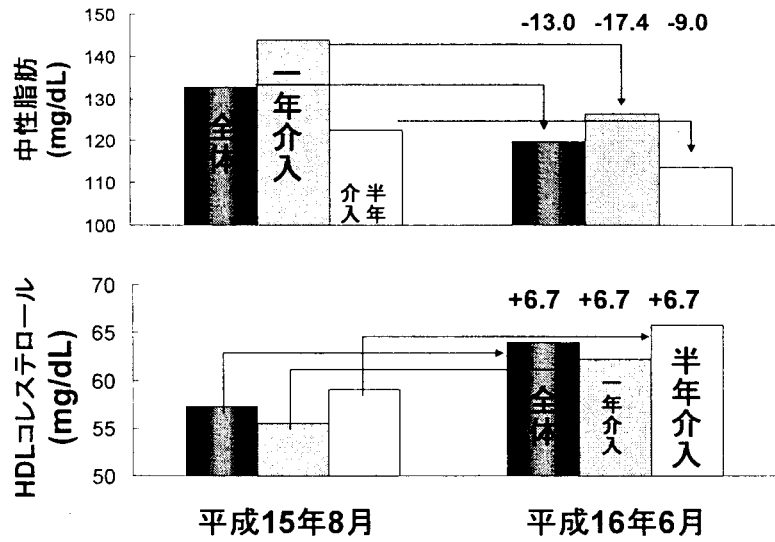
-19-

生活習慣改善による糖代謝への効果
 一田原坂スタディー



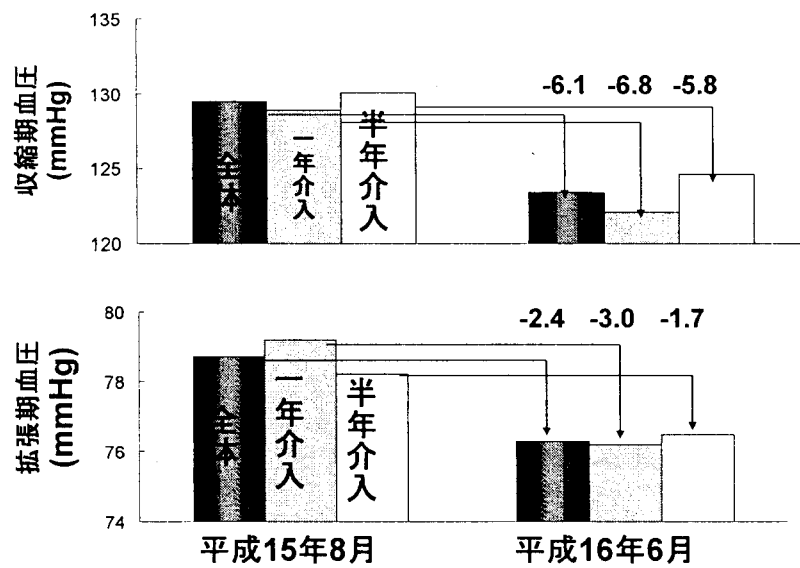
-20-

生活習慣改善による脂質代謝への効果
一田原坂スタディー



-21-

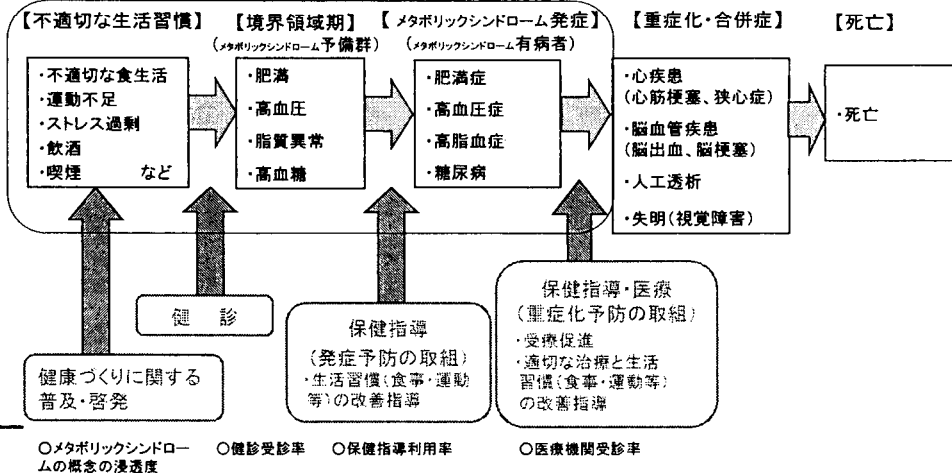
生活習慣改善による血圧への効果
一田原坂スタディー



-22-

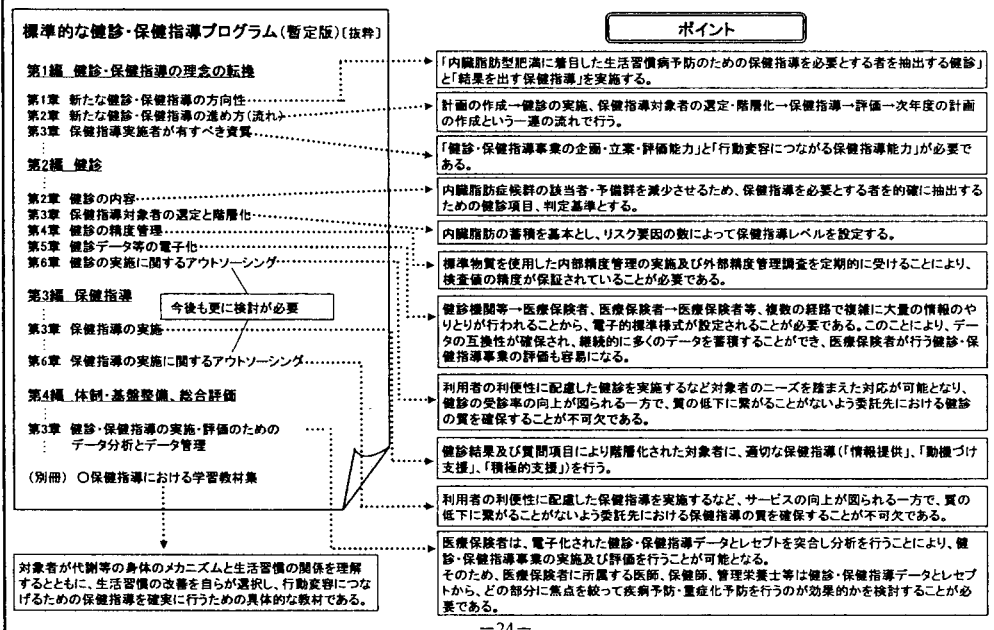
メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の発症予防・重症化予防の流れに対応した指標

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○脂肪エネルギー比 ○野菜摂取量 ○日常生活における歩数 ○運動習慣のあるものの割合 ○睡眠による休養不足者の割合 | <ul style="list-style-type: none"> ○メタボリックシンドローム予備群・有病者数 ・肥満度測定結果(腹囲、BMI) ・血圧測定結果 ・脂質測定結果 ・血糖測定結果 | <ul style="list-style-type: none"> ●虚血性心疾患受療率 ●脳血管疾患受療率 ●糖尿病による視覚障害発症率 ●糖尿病による人工透析新規導入率 | <ul style="list-style-type: none"> ●虚血性心疾患死亡率 ●脳血管疾患死亡率 ●平均自立期間 |
|---|--|---|--|



3 標準的な健診・保健指導プログラムについて

(1) 標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)のポイント



正誤表

○ 医療制度改革における生活習慣病対策の意義

訂正箇所	誤	正
27ページ中段	HgA1c	HbA1c

保健指導対象者の選定と階層化の方法

高血圧、高血糖、脂質異常共通の原因として、上流にある内臓脂肪の過剰蓄積が考えられるという内臓脂肪症候群の概念から、内臓脂肪が蓄積すればするほどリスクが増え、また心疾患などが発症しやすくなる。一方リスクが多ければ多いほど心疾患等の発症が高くなる。従って、対象者の選定は、内臓脂肪蓄積の程度と、リスクの多さに着目することが重要となる。従って、内臓脂肪の蓄積量(腹囲及びBMI)を基本とし、追加リスクのカウントによる保健指導レベルを設定してはどうか。
なお、内臓脂肪蓄積などの生活習慣の蓄与が、比較的少ないと考えられる、体質を基礎とする高血圧、高血糖等については、減量等を中心とした生活習慣改善をメニューとする保健指導とは異なる手法の保健指導としてはどうか。

ステップ1 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定してはどうか

・腹囲 M \geq 85cm、F \geq 90cm	→(1)
・腹囲 M<85cm、F<90cm かつ BMI \geq 25	→(2)
・(1)、(2)以外	→(3)

ステップ2 検査結果、問診結果より追加リスクをカウントしてはどうか

①血糖 a 空腹時血糖110mg/dl以上 又は b 随時血糖140mg/dl以上 又は c HbA1c 5.5%以上 又は d 薬剤治療歴	
②脂質 a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール 40mg/dl未満 又は c 薬剤治療歴	
③血圧 a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療歴	
④LDLコレステロール 120mg/dl以上	
⑤質問票 喫煙歴	
⑥尿酸 7.0mg/dl以上	
④～⑥は①～③のリスクが1以上の場合のみカウントする	

ステップ3 ステップ1、2から保健指導対象者をグループ分けしてはどうか

(1)の場合 ステップ2のリスクのうち追加リスク数が 2以上の対象者は	積極的支援レベル(内臓脂肪症候群基準適合者)	
0または1の対象者は	動機付け支援レベル	
(2)の場合 ステップ2のリスクのうち追加リスク数が 3以上の対象者は	積極的支援レベル	
1または2の対象者は	動機付け支援レベル	
0の対象者は	情報提供レベル	
(3)の場合 ステップ2のリスクのうち追加リスク数が 4以上の対象者は	積極的支援レベル	
1から3の対象者は	動機付け支援レベル	※ 質問票により生活習慣改善の必要性を判断し追加的に保健指導のレベルを判定する。
0の対象者は	情報提供レベル	

※(3)の場合の支援法は、「内臓脂肪減少」を目的としたプログラムではなく、個人個人の病 態に応じた対応が必要。

-25-

