

ウ 脂質異常症

脂質異常症の中でも単独で動脈硬化と関連が指摘され、虚血性心疾患のリスクとされている高 LDL 血症について、治療の有無別に確認します。

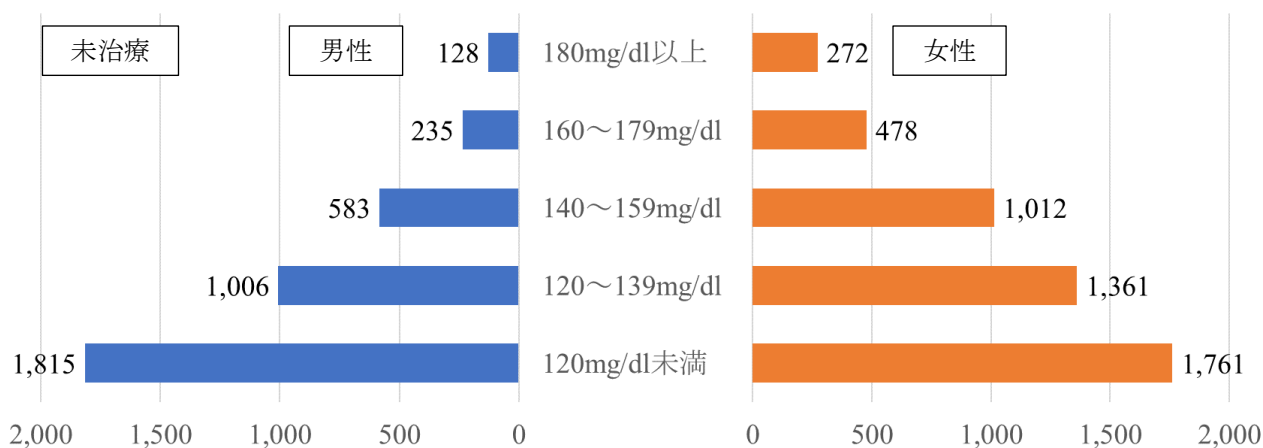
脂質異常のコントロール指標は、対象者の絶対リスクを考慮して設定されています。個々のリスク因子は把握困難なので、LDL の数値と脂質異常症の治療の有無で該当者数を確認しました。

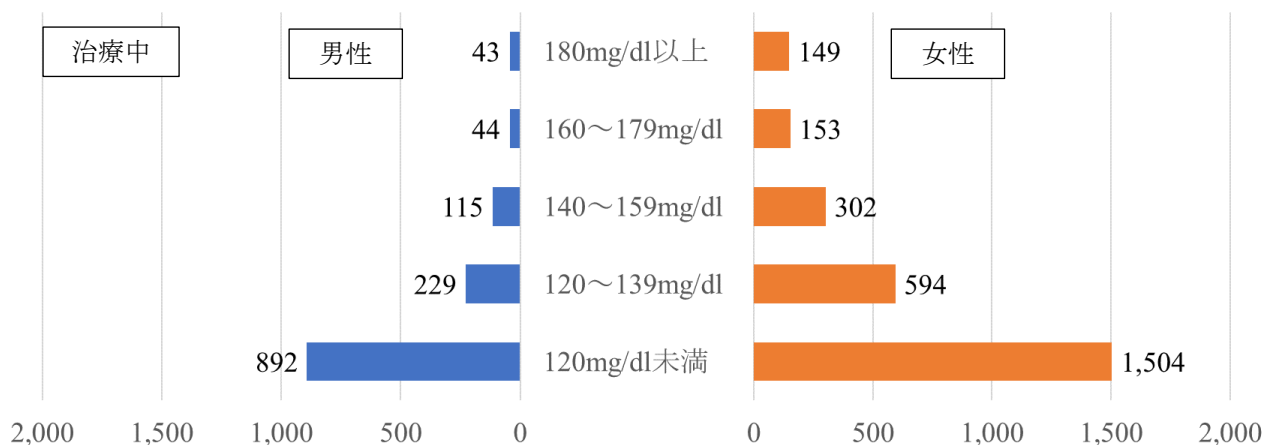
女性は更年期を境に、LDL コレステロール値は上昇します。高 LDL 血症で治療中の方は女性が多めですが、高めの値でも未治療の方の割合は女性の方が男性よりも多いです。

治療中の対象は一般的な基準値である 120 mg/dl 以下の割合が高いです。LDL コレステロールは服薬でコントロールしやすいので、個々の発症リスクや動脈硬化の状態を考慮し治療の是非を判断してもらうための受診は勧める必要があります。また家族性高コレステロール血症は遺伝性疾患であり、ヘテロ接合体は一般人口約 500 人に一人の頻度で認められています。(脂質異常治療ガイドより) 肥満の是正や飽和脂肪酸の過剰摂取・野菜摂取不足など生活習慣の取り組みも重要ですが、遺伝性疾患の場合は治療が必要なので、一定の数値の対象には医療受診勧奨が重要です。

【図 26】 治療状況別の高 LDL コレステロール血症重症度別該当者数

(平成 28 年度)





資料：KDB システム 保健指導対象者一覧（平成 xx 年 xx 月 xx 日抽出）独自集計

【表●】 脂質異常の診断基準

LDLコレステロール	140mg/dL以上	高LDLコレステロール血症
	120~139mg/dL	境界域高LDLコレステロール血症
HDLコレステロール	40mg/dL未満	低HDLコレステロール血症
トリグリセライド	150mg/dL以上	高トリグリセライド血症

出典：日本動脈硬化学会（編）「動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症治療ガイド 2013 年版」

【表●】 リスク区分別脂質管理目標値

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)			
		LDL-C	Non-HDL-C	TG	HDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適用を考慮する	低リスク	<160	<190	<150	≥40
	中リスク	<140	<170		
	高リスク	<120	<150		
二次予防 生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患の既往	<100 (<70)*	<130 (<100)*		

※家族性高コレステロール血症、急性冠症候群の時に考慮する。糖尿病でも他の高リスク病態を合併する時にはこれに準ずる。

出典：日本動脈硬化学会（編）「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017 年版」

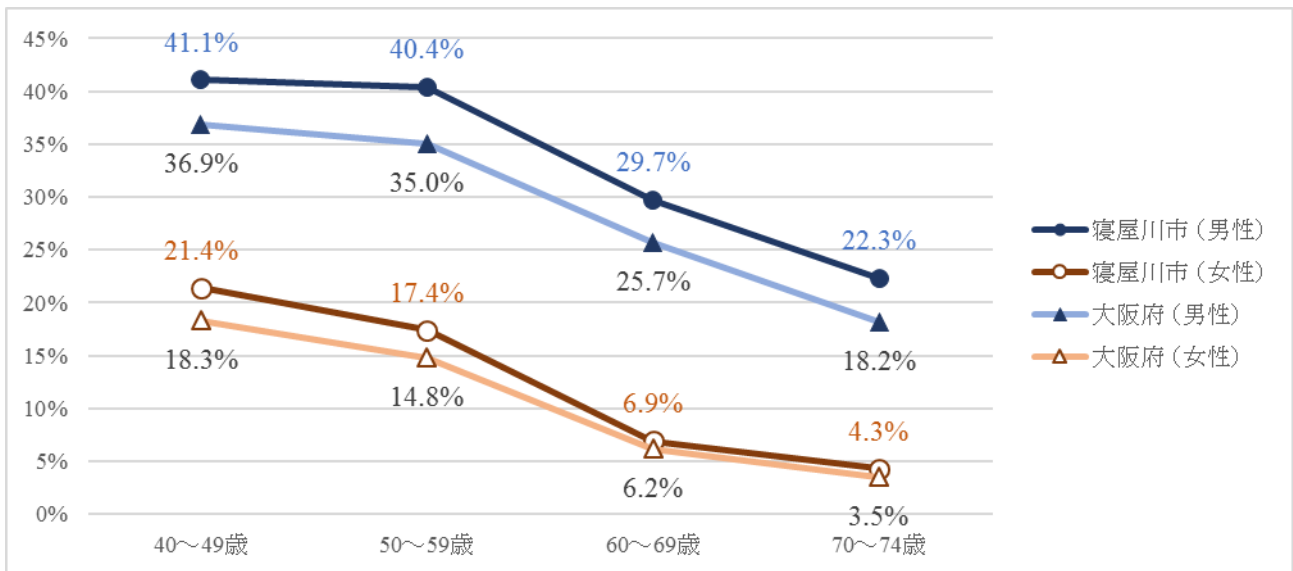
エ 喫煙

特定健診の問診からの情報によると、男性のほうが女性よりも喫煙率は高く、年齢層が上がるほど低くなっています。本市は男女とも、各年齢階級別に比べても大阪府より喫煙率が高い傾向にあります。

40～59歳の喫煙率は高く男性は41.1%と40.4%、女性は21.4%と17.4%でした。この世代は健診や保健指導の利用率が低いため、個別の介入機会は少ないと考えられます。また、たばこの値上げや禁煙治療の普及、若い世代の喫煙率低下など社会的に禁煙の取り組みが進んでいますが、喫煙は個人の嗜好品ととらえることが多いため、介入の難しさもあります。

喫煙はがん、COPD等呼吸器疾患、動脈硬化や生活習慣病との関連があるため、喫煙率の低下も本市の課題のひとつです。

【図 27】 性・年齢階級別喫煙率（平成 27 年度）



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

オ 肥満・メタボリックシンドローム

肥満度を評価する BMI の区分別の該当者数を男女別に確認します。

女性は正常値とされる BMI18.5～24.9 に約 6 割が含まれます。肥満とされる BMI25 以上該当割合は男性の方が高いです。

腹囲の基準は、男性 85.0 センチ以上、女性 90.0 センチ以上です。男性は約半数が腹囲の基準値を超え、女性では約 2 割が該当します。合わせると全体の 7 割以上が内臓脂肪有りに該当します。BMI で該当する人数よりも腹囲該当者は多く、内臓脂肪型肥満が多いと考えられます。

図 28. BMI 区分別該当者数（平成 28 年度）

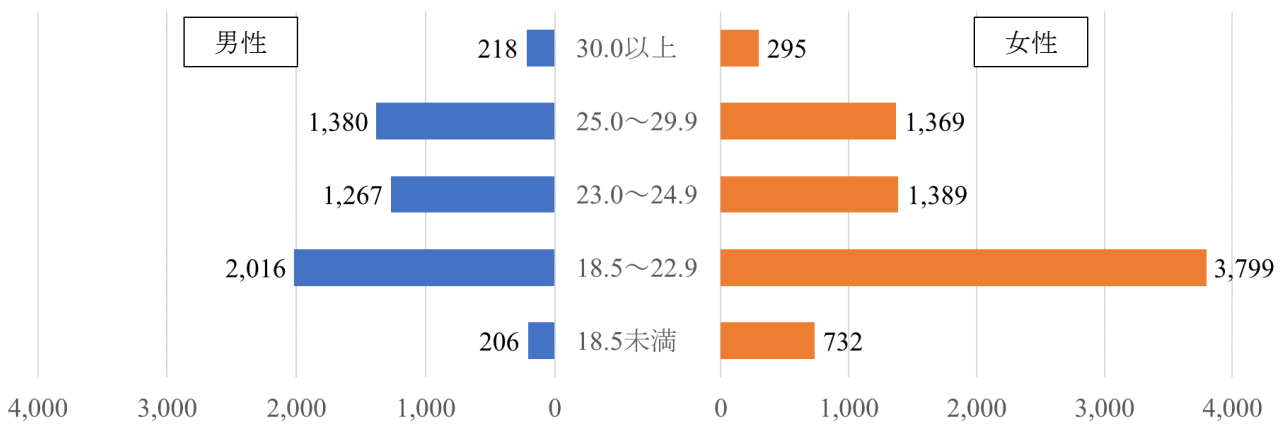
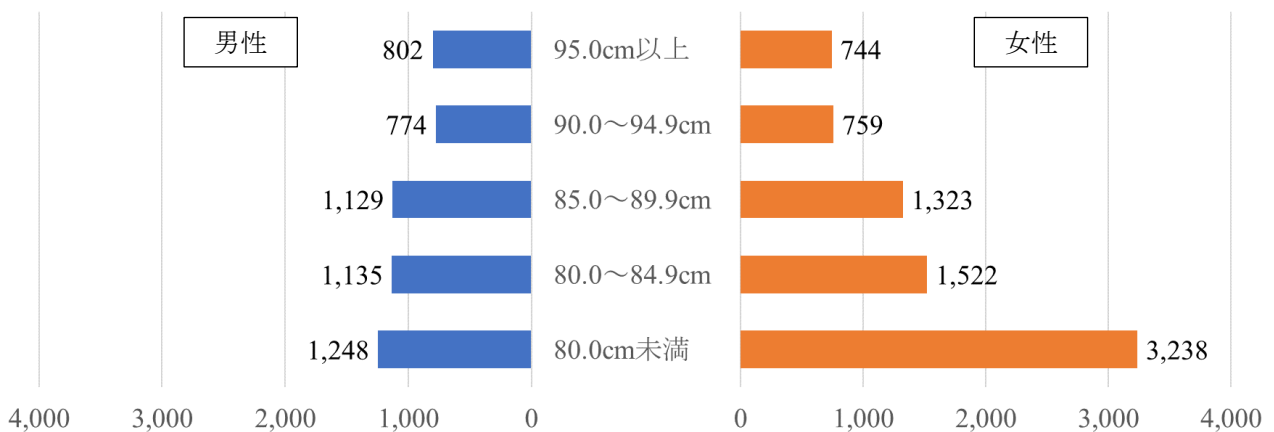


図 29. 腹囲区分別該当者数（平成 28 年度）

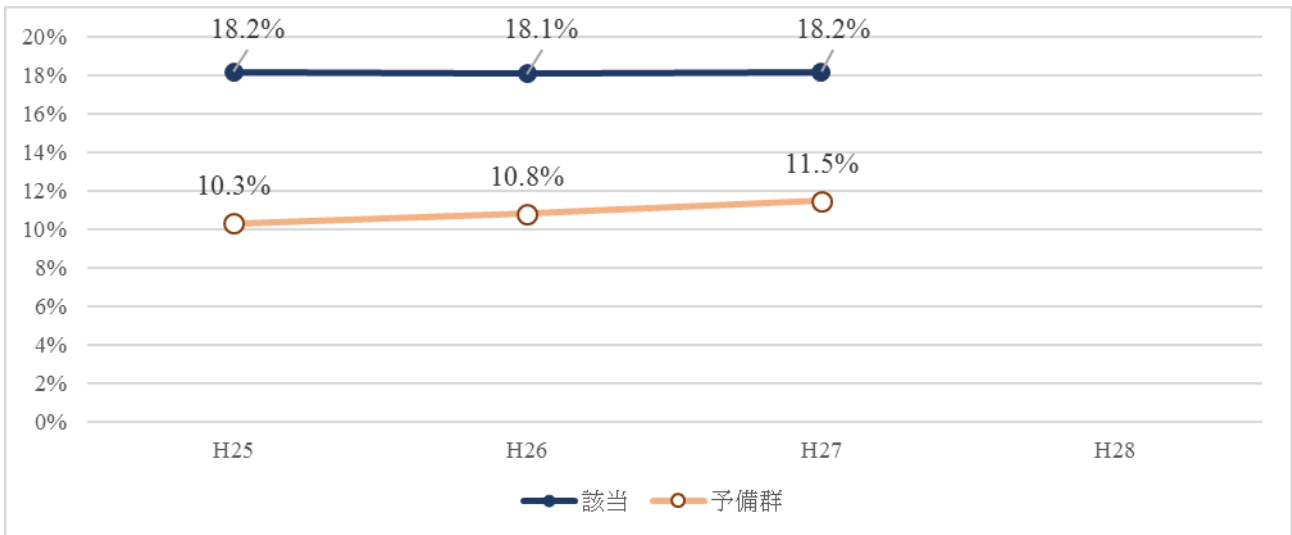


資料：KDB システム 保健指導対象者一覧（平成 xx 年 xx 月 xx 日抽出） 独自集計

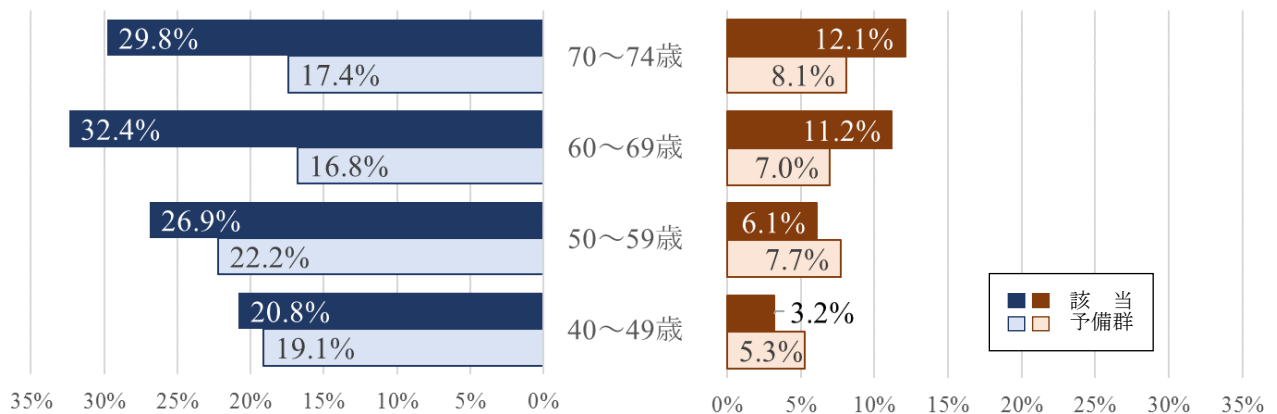
メタボ該当者と予備群出現率の推移を確認すると、平成 27 年度の該当者は 18.2%で横ばい、予備群は 11.5%と平成 25 年度に比べて 1.2 ポイント上昇していました。

年齢階級別にメタボ該当者と予備群の割合をみると、年齢とともに該当率が上昇する傾向がありました。

【図 30】メタボ該当者・予備群の出現率の推移



【図 31】性・年齢階級別メタボ該当者・予備群の割合



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

6 特定保健指導実施状況

(1) 特定保健指導利用率および実施率

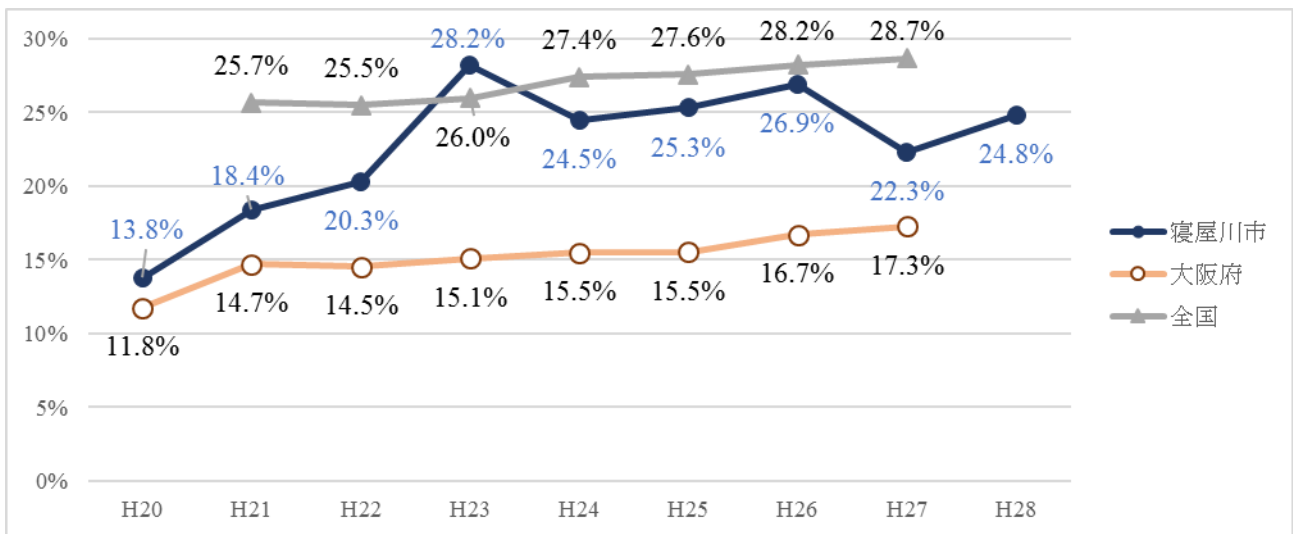
特定保健指導の利用率とは、初回面談ができた率のことをいいます。

制度が始まった平成20年度の本市の特定保健指導利用率は、13.8%でした。年々上昇し、平成23年度には28.2%まで達したものの昇降を繰り返しています。平成27年度は22.3%まで低下しましたが、平成28年度は24.8%となっています。

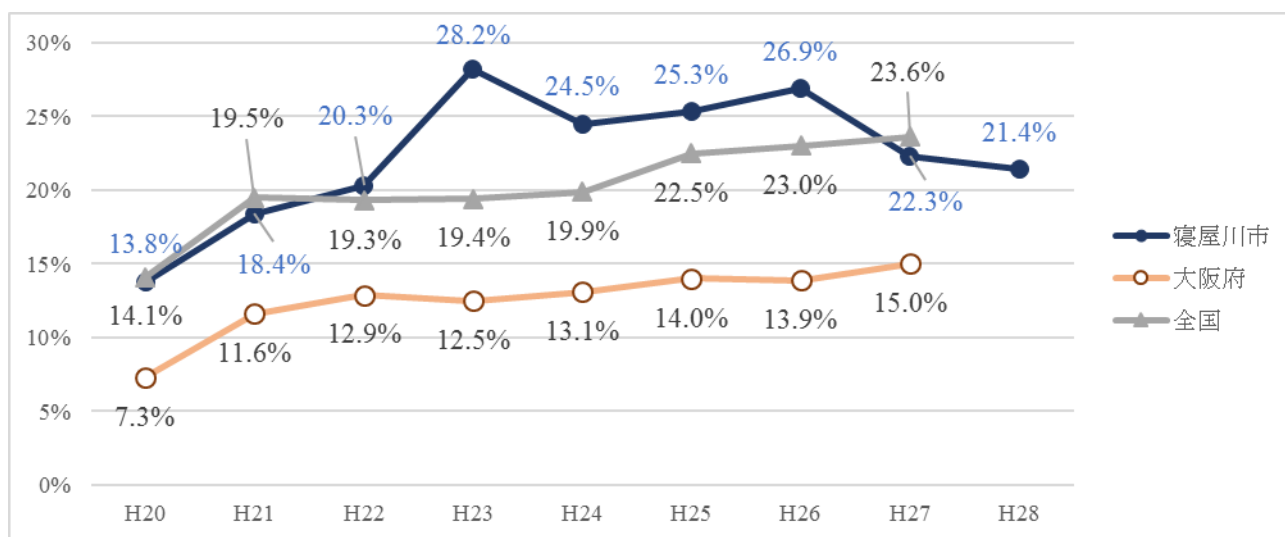
実施率は、初回面談6ヵ月後に最終評価を実施した率を表します。

利用率から実施率を引いた差が中断率となります。初年度は制度開始のため特別な状況と考え除外して考えると、大阪府は1.6~3.1%、全国は5.1~6.2%の中断率でした。本市は特定保健指導の実施率は全国を下回りますが、大阪府と比べて6.8~15.7ポイント上回っていました。

【図32】 特定保健指導利用率の推移



【図 33】 特定保健指導実施率の推移

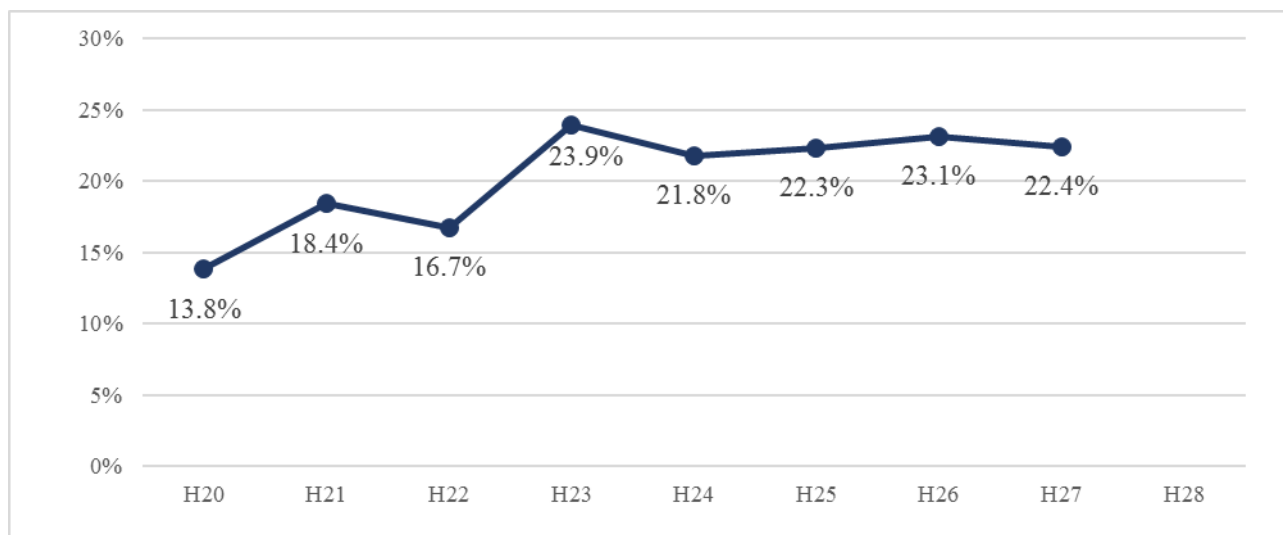


資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

(2) 特定保健指導による改善率

特定保健指導実施者が、翌年の健診の階層化で改善していた率を求めて、特定保健指導の改善率として確認しました。約2割の階層化が改善していました。

【図 34】 特定保健指導による改善率の推移



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告