

I 健康づくり施策概論

1. 社会環境の変化と健康課題
2. 健康づくり施策
3. 生活習慣病とその予防

I 健康づくり施策概論

1. 社会環境の変化と健康課題

学習のねらい

現在までの社会・経済環境の背景を知る。

現在の我が国では、人々はより長くより健康に生きることができるようになり、世界でも有数の健康大国といえるが、ここに至るまでには様々な社会状況の変化や制度の改正があった。

我が国の人口は、①戦後直後の急増、②少子高齢化という人口構成の変化、③人口減少局面の到来、という順に変遷した。経済は、急速な高度経済成長から低・安定成長に移行するとともに、第1次産業から第2次、第3次産業へと産業構造が変化した。

健康課題への対策としては、戦後直後の感染症まん延防止対策に始まり、その後の高齢社会の到来と疾病構造の変化の中で、医療サービスの量的な拡大を図ってきた。また、平均寿命の延伸、高齢者世帯の増加、介護ニーズの増大等により、家族の介護負担を軽減し、高齢者が住み慣れた家庭や地域で生活することを支える仕組みとして介護保険制度が創設されている。一方、核家族世帯の増加、女性の社会進出、男女役割分業意識の変化等により、家庭での子育てを支える保育ニーズが増大し、それに対応して子育て支援策が講じられてきた。

1) 人口構造の変化

我が国の人口は明治以降急速に増加し、1868年に約3,400万人、戦後直後の1947年に約7,800万人、1967年に1億人の大台に到達した。2007年の人口約1億2,800万人は、1868年の人口の約4倍程度であり、ここ140年程度の間急速に増加してきた。

人口構成の推移を見ると、生産年齢人口(15～64歳)は、1947年の4,678万人から増加していたがその伸びは年々小さくなり、1995年の8,716万人を頂点に減少し、2006年には8,373万人になった。全人口に占める生産年齢人口の割合は、1995年の69.4%を頂点に減少し、2006年には65.5%となっている。

また、65歳以上の人口は1947年の374万人から増加し、2006年には2,660万人である。

2007年以降数年は、第1次ベビーブームの時に生まれた団塊の世代が60歳に達することから、毎年200万人以上が60歳となる。このことは、定年退職者の急増やそれによる技能継承の不安といった問題(いわゆる「2007年問題」)を引き起こし、社会・経済や雇用の面で大きな影響があるとされている。

2005年の人口動態統計(概数)によれば、出生数と死亡数の差である自然増加数は約2万人減となり、我が国は2005年より人口減少局面に入っている。出生率が急激に低下したのは1974年以降で、出生数や合計特殊出生率^(註1)の変化の原因には、晩婚化、未婚化及び夫婦一組あたりの出生児数の減少等の要因がある。

合計特殊出生率^(註1)：15歳から49歳までの女子の年齢別出生率を合計したもので、1人の女子が仮にその年次の年齢別出生率で一生涯の間に生むとしたときの子ども数である。

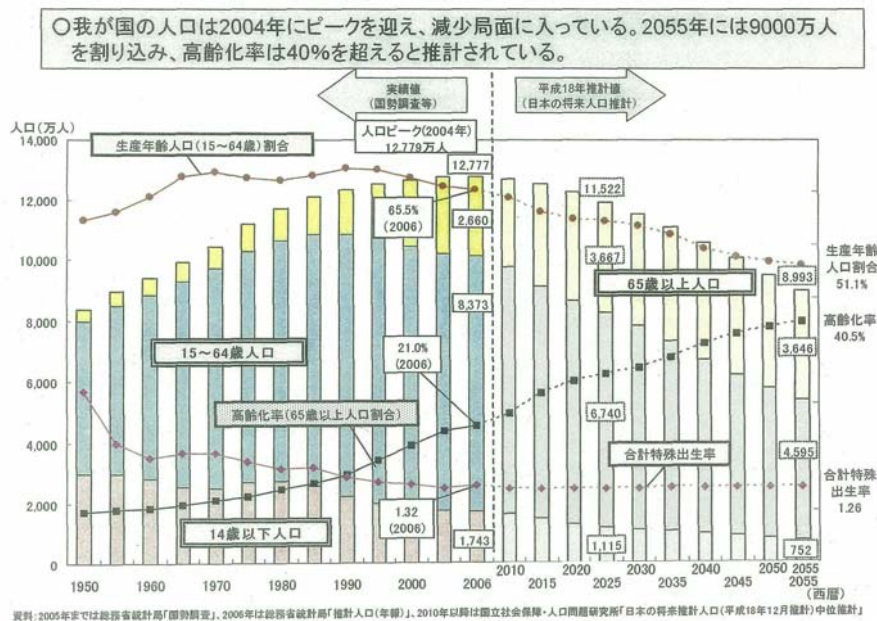


図 I-1-1.我が国の人口の推移

(出典：厚生労働省、第1回人生85年ビジョン懇談会配布資料)

合計特殊出生率は、将来的に人口を維持するためには2.1以上が必要であるが、我が国の推移を見ると、戦後から1973年まではその水準を保っていた(1966年を除く)が、1980年には1.75となっており、わずかな期間に急激な低下が起こっている。

1990年には1.57となり「1.57ショック」と呼ばれ、これを契機として少子化問題が強く認識されるに至る。これ以降、少子化の背景や対策については様々な議論が行われ、いわゆる「エンゼルプラン」や「緊急保育対策5カ年事業」(いずれも1994年策定)が始まる等具体的な取組みが始まった。しかし、2006年の合計特殊出生率は1.32にまで下がっている。

2) 経済成長と働き方の変化

我が国の雇用情勢や労働者の働き方は、景気変動、産業構造の変化、労働者の意識の多様化等に伴い大きく変化してきた。

景気変動を名目 GDP(国内総生産)の推移で見ると、我が国全体の経済の規模は、1955年から1990年頃までは毎年増加していたものの、1990年頃から増加の伸びが鈍り、1996年以降は500兆円前後で推移している。

産業別就業割合の推移を見ると、第1次産業(農林業・漁業)構成比は長期的に減少しており、第2次産業(鉱業・製造業・建設業)もやや低下している。一方、第3次産業(サービス業等)はその構成比が高まっている。第2次産業や第3次産業の企業が多く、その多くは都市部を中心に発達したことから、雇用者の増加や都市への人口集中につながっていった。

近年、若者全体の中で、不安定な雇用や失業、無業等の状況にある者が増加しており、若者の雇用が社会問題となっている。若年無業者は、1993年の40万人から、2002年には64万人に増加しており、2005年も64万人と同水準であるが、年齢階級別にみると24歳以下のものは減少している一方で25歳以上の者が増加している傾向にある。

女性の労働力率は、20歳から59歳において、1975年までは産業構造の変化等により低下したが、その後女性の社会進出等により上昇し、2005年には67.6%となっている。

また、終身雇用は崩れつつあり、一方、パートタイム労働者、フリーター、アルバイト、契約社

員・嘱託、派遣労働者(労働者派遣事業所の派遣社員)等が増加している。さらに短時間正社員、在宅労働テレワークのような新しい形態も見られるようになった。

それにより年間総実労働時間は短縮されてきたものの、一般労働者においては長時間労働が問題となっており、体調不良や仕事と家庭の両立に支障が生ずる可能性が大きくなっている。特に30歳代及び40歳代の男性において長時間労働が顕著で、労働時間の目安とされている週40時間の1.5倍である週60時間以上働く労働者の割合は20%を超えている。

3) 経済・社会情勢と疾病構造の変化

1945 年以降国民生活の再建のため、保健所法、児童福祉法等が改正された。国民の栄養水準の向上とも相まって、結核死亡率は大幅に低下し、1951 年に脳血管疾患が結核に代わって死因の第 1 位を占めるようになり、1958 年には、現在の 3 大死因である悪性新生物(がん)、心疾患、脳血管疾患が死因の上位を占めるようになった。悪性新生物(がん)、心疾患、脳血管疾患については、40 歳前後から急に死亡率が高くなり、加齢に伴い増えてくる病気ということで当時「成人病」と呼ばれ、国民の関心が高まった。

一方、1970 年代初期の石油危機(オイルショック)以降、第 2 次石油危機 (1979 年頃)、円高不況 (1986 年頃)、平成不況 (1991 年頃)と、経済成長率が年々減少していった。しかし、飽食と運動不足の社会環境は変わらず、成人病は増え続けた。食生活の欧米化、外食産業・ファーストフードの普及が広がり、小中学生にもその傾向がみられるようになった。

また、1996年に「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について(意見具申)」が公衆衛生審議会において取りまとめられ、新たに生活習慣という要素に着目して捉え直した「生活習慣病」という概念が健康づくり対策に導入された。

一方、地方分権化も進み、1995 年以降の市町村合併で 1999 年度末約 3,200 あった全国の市町村数は、2005 年度末には約 1,800 にまで急減した。さらに社会保障制度に関わる公的事業の担い手(事業所、医療機関等)の民間委託や民間企業の参入も進んできている。

表 I-1-1. 我が国の社会保障を取り巻く環境の変遷

年代	我が国の社会保障を取り巻く環境の変遷
昭和20年代 (1945～54年)	(人口)戦後5年間で1,000万人以上増加。 結核が死亡原因第1位(1947～50年) 乳児死亡率高い。(1947年76.7人/1,000人) 1947～49年第1次ベビーブーム (経済)深刻に落ち込む(戦前と戦後直後比較すると1人当たりGDPは半分) 朝鮮戦争(1950～53年)で復興の兆し (職場)大量の失業者(1945年11月で1,342万人の復員・失業者)
昭和30年代 (1955～64年)	(人口)出生数減少するも死亡数も減少し人口増加。生活習慣病が主な死因に (経済)国民の多くが貧困に苦しむ状態からは脱出 1960年「所得倍増計画」 (職場)失業率が1%前後に低下、就業者中雇用者が半数超える (家庭)世帯人員減少(1961年に4人切る)
昭和40年代 (1965～74年)	(人口)出生数は微増 1966年 ひのえうま(合計特殊出生率1.58) 1967年 人口1億人突破 1971年～74年 第2次ベビーブーム(年間出生数200万人以上) 高齢化率上昇(1970年 高齢化率7%突破) (経済)10%前後の非常に高い成長率 1973年 第1次オイルショック 1974年 戦後初めて経済成長率マイナス (職場)長い労働時間(1965年 年間2,315時間)、 失業率は第1次オイルショックで上昇(1973年1.3%→1975年1.9%) (家庭)世帯人員の減少(1965年3.75人→1975年3.35人) 1965年～73年「三種の神器」普及 (地域)三大都市圏の過密化、職住分離の進行
昭和50年代 (1975～88年)	(人口)第2次ベビーブームを頂点に出生数減少(1974年203万人→1988年131万人) 高齢化率上昇(1975年7.9%→1985年10.3%) (経済)3%～6%の高い成長率 1979年 第2次オイルショック 1980年 第2次臨時行政調査会 1987年 バブル経済 (職場)失業率は2%から微増(1975年1.9%→1987年2.8%) (家庭)世帯人員の減少(1975年3.35人→1989年3.10人) 65歳以上の者の子との同居率低下(1980年69.0%→1990年59.7%) (地域)首都圏の過密化、職住分離のさらなる進行、近所付き合いの低下
平成 (1989年～)	(人口)合計特殊出生率低下、死亡数増加 1990年「1.57ショック」 2005年 総人口が減少局面に入る 高齢化率上昇(1994年 高齢化率14%突破) (経済)マイナス成長を含め3%未満であった低成長率 1992年バブル経済崩壊 (職場)週休2日制等で労働時間減少したが長時間就業者は増加。 女性、高齢者の労働力率上昇。終身雇用慣行が変化する兆し。自由時間への希求低下 失業率は1991年に2.1%まで下がった後上昇し、1995年に初めて3%突破、2002年の5.4%を頂点に低下。 1999年 労働力人口の減少始まる (家庭)世帯人員の減少(1992年に3人切る) 三世帯世帯数減少 共働き世帯数増加 65歳以上の者の子との同居率減少(1999年に50%切る) (地域)近所付き合いのさらなる低下、ボランティア・NPO 活動盛んに

(出典: 厚生労働省、平成 18 年版厚生労働白書 持続可能な社会保障制度と支え合いの循環～「地域」への参加と「働き方」の見直し～)

4) 医療提供体制の変化

(1) 国民皆保険制度と介護保険制度の導入

我が国は1961年に、国民皆保険制度を確立した。医療費は増加の一途であるが、背景としては、医療提供体制の整備・充実等に加え高齢化や医療技術の高度化の影響が大きい。

2000年に導入された介護保険制度では、これまで高齢者福祉と老人医療の双方に分かれていた介護サービスを、一つの制度として統合した。

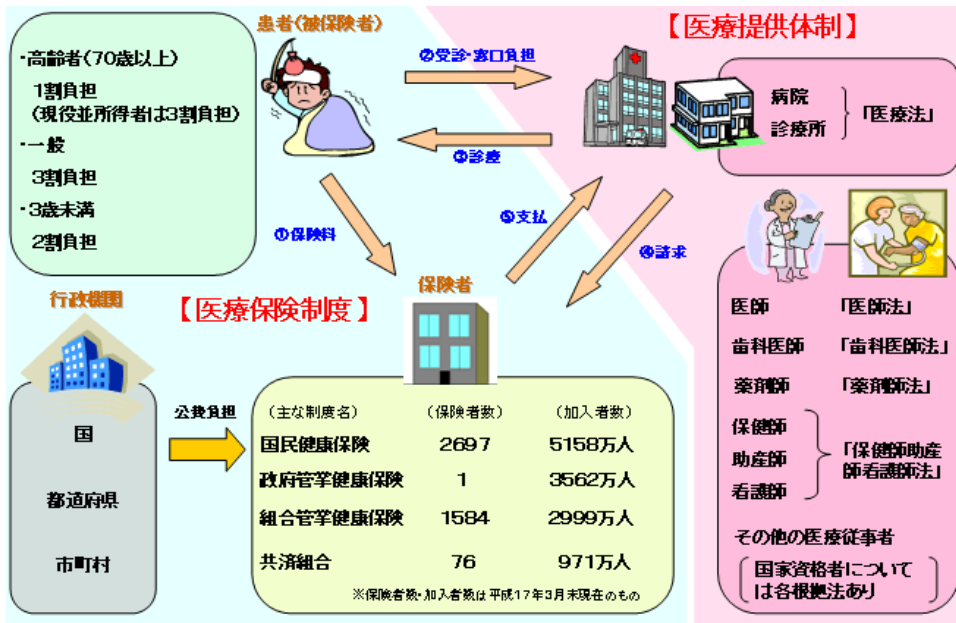


図 I-1-2. 我が国の医療制度の概要

(出典: 厚生労働省ホームページ)

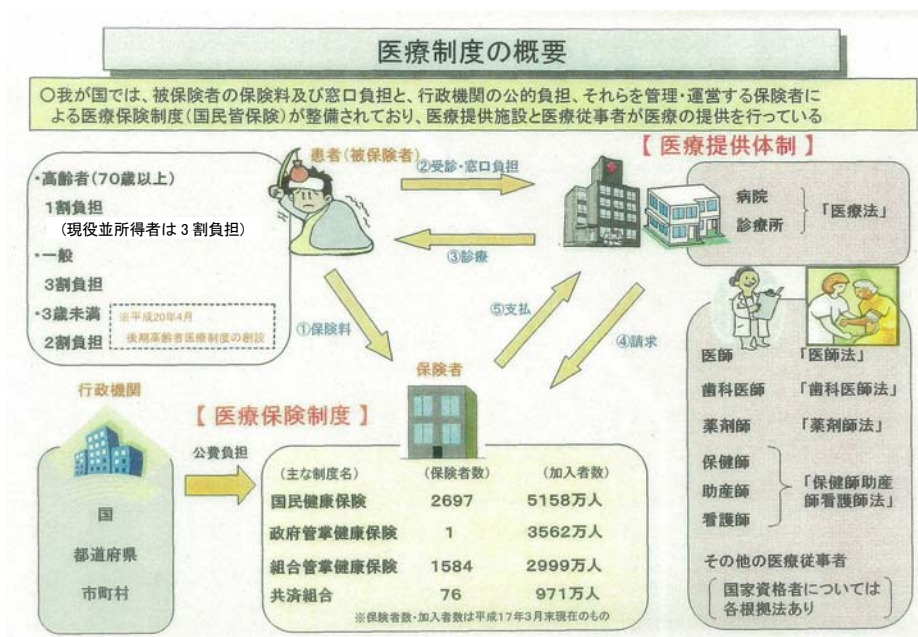


図 I-1-3. 我が国の医療制度の概要

(出典: 厚生労働省:第1回人生85年ビジョン懇談会配布資料)

介護保険制度の概要

- 介護保険制度は、国民からの保険料を財源として、要介護者等に介護サービスを提供する制度。
- 40歳以上の者全員が被保険者であり、65歳以上の者を第1号被保険者、40歳以上64歳未満の者を第2号被保険者とする。
- 65歳以上の者(第1号被保険者)は介護や支援が必要と認定(要介護認定)された場合、40歳以上64歳未満の者(第2号被保険者)は、特定の病気が原因で介護や支援が必要と認定された場合に介護サービスが利用可能となる。
- 介護サービス料の1割が自己負担で、残り9割は給付費からサービス提供者に支払われる。

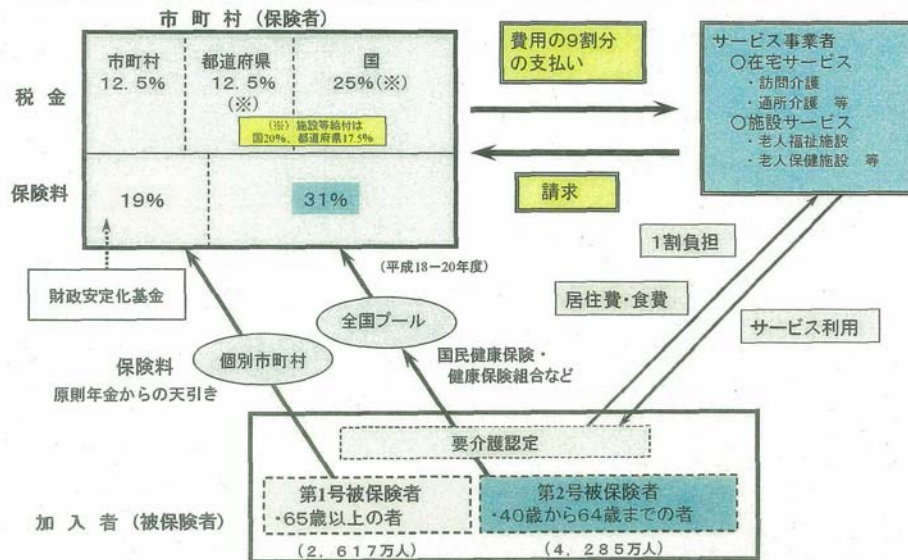


図 I-1-4. 介護保険制度の概要

出典: 厚生労働省、第1回人生85年ビジョン懇談会配布資料)

(2) 医療費の適正化と医療制度改革

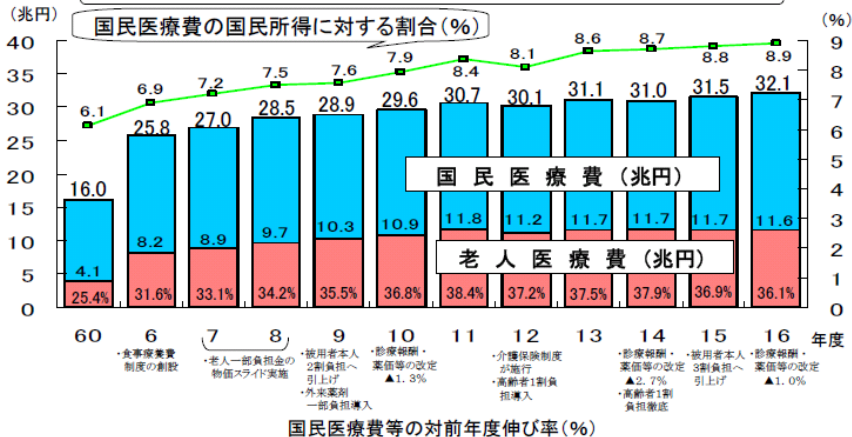
我が国では、急速な高齢化に伴い、疾病構造が変化して生活習慣病等の慢性疾患が増加し、医療費が増大し続けている。社会保障制度の給付と負担をいかに適正化していくかが大きな課題となっており、中でも医療費の適正化は大きな課題である。このような中、社会保障制度を持続的に維持していくための改革として、2006年6月に医療制度改革関連法が成立し、対策の一つとして、生活習慣病予防と入院期間短縮の対策に重点を置くことになった。前者は不健康な生活習慣から境界領域期を経て生活習慣病になり、それが重症化・合併症になることを防ぎ、入院しない様、または入院を遅らせるようにすることである。後者は、在院日数の短縮をねらい、入院後早期に治療し、早い時期にリハビリテーションを行い、元に近い状態にして在宅に帰れるようにし、結果として療養病床を減らして再編成することである。

このように医療費適正化の構図は、生活習慣病を予防し、入院するとしても最終的に高齢期の生活の質が確保できる様な国民の健康と医療のあり方を目指していくというのが基本的な考え方となる。併せて終末期医療で、多くの方が在宅・地域で最後まで暮らしたいという意向がありながら現実には医療機関で死を迎えていることを踏まえ、生活の質や尊厳を基本におき、在宅で死を迎えられるようその受け皿と連動させながら考えていこうとするものである。

糖尿病等の生活習慣病にかかる医療費は10.4兆円(2004年度)となっており、国民医療費の約30%を占める。循環器系の生活習慣病の進行を抑えるためには、境界領域期での生活習慣の改善に取り組むことが重要である。それにより、疾病の発症リスク要因を減少させることができ、生活の質(QOL)の維持とともに、結果として医療費の適正化を行うことができる。

医療費の動向

○我が国の国民医療費は国民所得を上回る伸びを示している。



	60	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
国民医療費	6.1	5.9	4.5	5.6	1.6	2.3	3.8	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8
老人医療費	12.7	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7
国民所得	7.4	1.4	0.1	1.3	1.0	▲2.7	▲1.5	1.3	▲2.9	▲1.4	0.7	0.7

注1: 国民所得は、内閣府発表の国民経済計算(2006年6月発表)による。

注2: 老人医療費は、平成14年の制度改正により、対象年齢が70歳から段階的に引き上げられており、平成16年10月より72歳以上となっている。

図 I-1-5. 医療費の動向

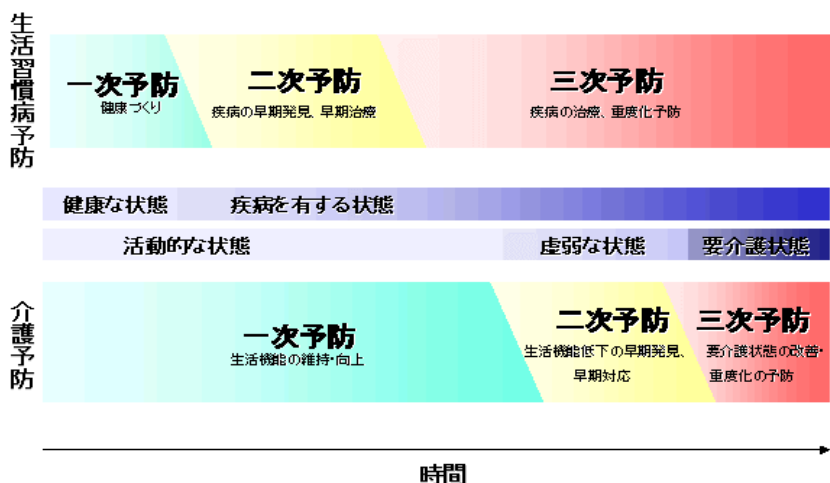
(出典: 厚生労働省、第2回医療構造改革に係る都道府県会議配布資料)

5) 健康課題

これまで、平均寿命の伸長に伴う高齢社会の到来、感染症から生活習慣病等への疾病構造の変化等に伴い、医療提供体制の見直しや国民の医療への主体的な参加等が進められてきた。一方で、健康状態の悪化を防ぎ、より確実な治療を施すために、新しい薬や治療方法、医療技術が絶えず開発されてきている。しかし、国民の健康水準をさらに向上させていくためには、行政が制度を持続可能なものにしていくことに加え、国民の健康意識の醸成の上には、地域、企業等も一体となって新たな健康課題を解決していく必要がある。

現在の疾病全体に占める生活習慣病の割合について見ると、死亡原因では約60%、医療費では約30%を占めており、国民の健康に対する大きな脅威となっている。こうした生活習慣病患者の増加の背景には、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)があり、2005年の調査では、40~74歳では男性の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が強く疑われる者または予備群と考えられる者となっている。

生活習慣病予防は、健康づくりであるとともに、介護予防にもなりうる。地域や職域全体として、生活習慣病予防と介護予防をトータルサービスで提供できるシステムを構築していくことが、中高年者の健康生活を考える際に必要になる。



注) 一般的なイメージであって、疾病の特性等に応じて上記に該当しない場合がある。

図 I-1-6. 生活習慣病予防及び介護予防の「予防」の段階

(出典: 厚生労働省、生活習慣病予防と介護予防の新たな展開に向けて(老人保健事業の見直しに関する検討会中間報告))

【引用・参考文献】

- 1) 厚生労働省編:平成 18 年版厚生労働白書 持続可能な社会保障制度と支え合いの循環～「地域」への参加と「働き方」の見直し、ぎょうせい、2006.
- 2) 厚生労働省:第 1 回人生 85 年ビジョン懇談会配布資料、2007 年 12 月 19 日、
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/12/s1219-6.html>、2007.
- 3) 厚生労働省編:平成 19 年版厚生労働白書 医療構造改革の目指すもの、ぎょうせい、2007.
- 4) 宮崎美砂子他:最新地域看護学総論、日本看護協会出版会、2006.
- 5) 辻哲夫:医療構造改革の目指すもの 医療制度改革関連法に関する都道府県説明会 7/10、保健衛生ニュース、1366(1)、2006.
- 6) OECD Health Data 2007、
http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html、2007.
- 7) 厚生統計協会編:国民衛生の動向 2007、厚生指標 54(9)、2007.
- 8) 健康保険組合連合会:社会保障年鑑、東洋経済、2007.
- 9) 厚生労働省:第 2 回医療構造改革に係る都道府県会議配布資料、2007 年 4 月 17 日、
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/04.html>、2007.

I 健康づくり施策概論

2. 健康づくり施策

学習のねらい

これまで市町村及び職域で展開されてきた健康づくり施策の現状と課題と、これからの新しい健康づくり施策の方向性について知る。

1) 市町村及び職域における保健事業の概要

国は、1978年からの「第一次国民健康づくり対策」、1988年からの「第二次国民健康づくり対策」を経て、2000年からは「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」として、健康づくり施策を推進してきた。これらの対策を通し、疾病の早期発見、早期治療のための健診体制の充実や市町村保健センター等の整備、保健活動に必要なマンパワーの確保及び適切な生活習慣に関する知識や指針の普及啓発活動の推進等が図られた。これらの活動の理念には、治療だけではなく一次予防、二次予防の観点が取り入れられている。

これら施策を推進させるための方策の一つが、健康診査及びその他の保健事業である。健康診査は、これまで老人保健法に基づき市町村が行う基本健康診査や、労働安全衛生法に基づき事業者が行う一般健康診断、そして医療保険各法に基づき医療保険者が行う一般健康診査として実施されてきた。保健事業については、老人保健法に基づく市町村の老人保健事業及び労働安全衛生法に基づく職域の産業保健事業等が実施されてきた。

市町村及び職域における主な保健事業の概要を以下に示す。

(1) 市町村健康増進事業

市町村では、1982年に制定された老人保健法に基づき、国民の健康の保持と老人福祉の増進を図るため、主として40歳以上の地域住民を対象に疾病の予防、早期発見、リハビリテーション等の各種保健事業を総合的に実施してきた。

2008年度からは、「高齢者の医療の確保に関する法律」により医療保険者による特定健康診査、特定保健指導が開始され、その他の保健事業は健康増進法による健康増進事業及び介護保険法による介護予防のための地域支援事業として位置づけられ、引き続き市町村において実施される(図I-2-1参照)。

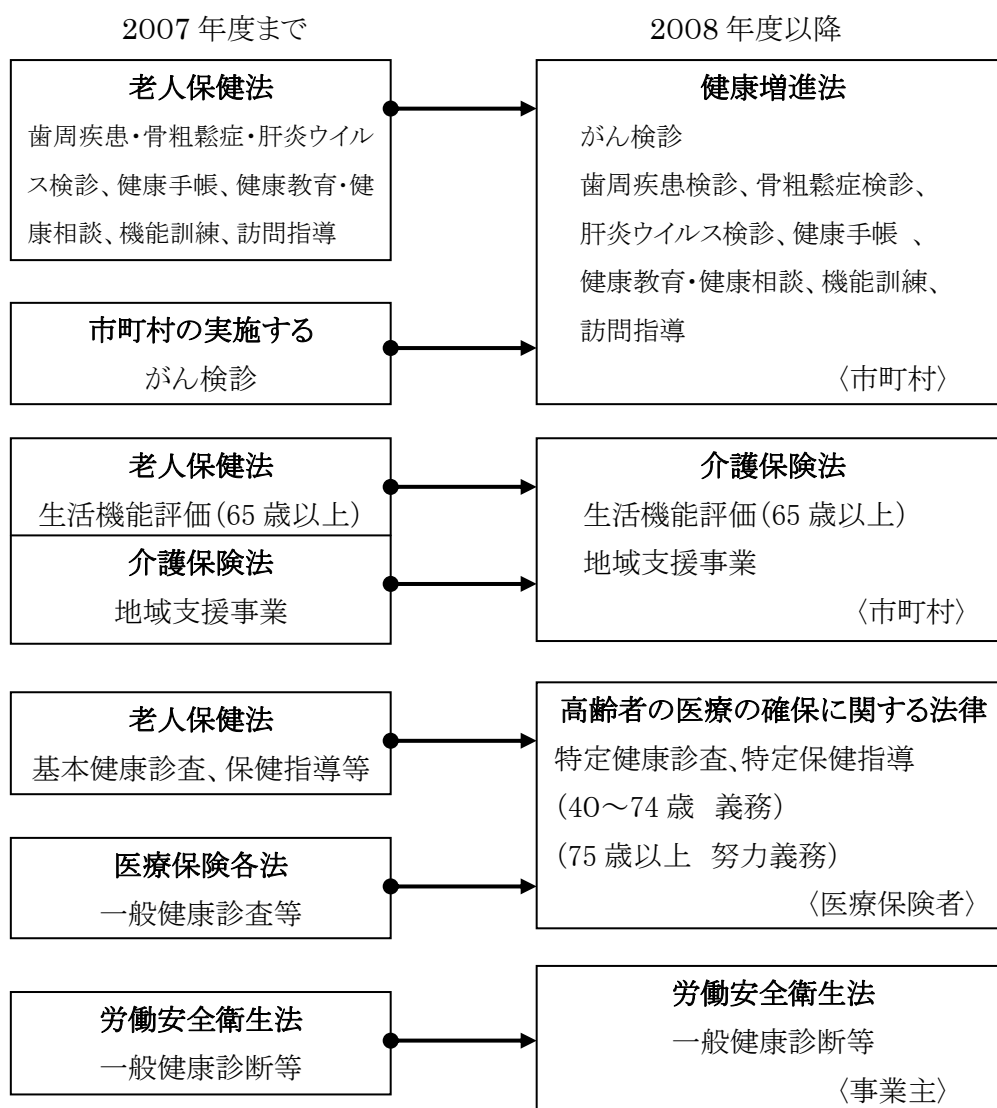


図 I-2-1:2007 年度までと 2008 年度からの各種保健事業の法的位置づけ

① 健康手帳の交付

市町村の保健福祉担当窓口や健康診査の会場等で配布される。特定健康診査をはじめ各種がん検診等の結果及び医療機関受診内容や日頃の血圧値等を記録できる。通常 5 年分の情報を経年的に記録でき、日頃の健康管理に役立てることができる。

② 健康教育

個別健康教育、集団健康教育、介護家族健康教育等がある。健康診査の結果、健康の保持に努める必要があると認められた者等を対象に、個別指導、集団指導及び講演会等の形式で実施されることが多い。また、健診結果の集計や医療機関受診状況等の分析結果から、地域の健康問題を把握した上で、生活習慣病予防や介護予防のための健康教育を実施する市町村もある。医師、保健師、管理栄養士等関係職種が連携して実施している。

③ 健康相談

住民の心身の健康や病気に関する悩み・不安に対し、相談・助言等を行う。市町村や市町村保健センター等に総合相談窓口を設置し、随時相談を行う。また、糖尿病予防、介護予防等相談のテーマや日時を予め設定して実施する場合もある。

④ 機能訓練

老化や脳血管疾患等により低下した心身機能の維持・回復及び、日常生活の自立を助け、介護予防等を図るために実施されている。市町村保健センターや地域の各種会場で実施されている。医師、保健師、理学療法士、作業療法士をはじめ、リハビリテーションに携わる専門職種が連携し、介護保険事業等と整合性を取りながら実施している。

⑤ 訪問指導

健康診査の結果や、本人・家族の要望、近所からの情報提供等に基づき保健師、管理栄養士、歯科衛生士等が自宅を訪問し、療養に必要な指導や生活習慣の指導等を行う。自宅という生活の場での援助であるため、対象者の生活の営みに即した援助を行うことができる。

⑥ 各種検診

歯周疾患検診、骨粗鬆症検診、肝炎ウイルス検診等が実施されている。また、がん検診は1998年に老人保健事業から外れたが、引き続き市町村の独自事業として実施されており、健康チェックとがんの早期発見・早期治療を目的として行われている。実施形態には、医師会または健診機関に委託する個別検診と、市町村が会場や日時を決めて直接的に行う集団検診がある。

⑦ 地域支援事業、生活機能評価

地域支援事業は、要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するための事業である。リスクの高い特定高齢者を対象としたハイリスクアプローチと、一般高齢者を対象としたポピュレーションアプローチにより構成されている。

生活機能評価は、特定高齢者の早期把握のために行うスクリーニングである。具体的には、要介護状態をもたらすおそれのある運動器疾患、口腔機能の低下、低栄養状態、認知症等生活機能の低下に対する評価を行う。主に健康診査受診時に同時実施される。

(2) 職域における保健事業

産業構造の変化、労働力人口の高齢化等、社会環境の変化に伴い、働く人々の安全と健康を確保するために健康づくりは重要な課題である。旧労働省は、1979年に「中高年労働者の健康づくり運動(シルバー・ヘルス・プラン:SHP)」を提唱し、健康教育と運動指導を柱とした健康づくり運動を推進してきた。さらに1988年には、労働安全衛生法の改正により、労働者の健康の保持増進を図るために必要な措置を講ずることが、事業主の努力義務として定められた(トータル・ヘルスプロモーション・プラン:THP)。これには「身体的な面だけではなく精神的な側面にも十分配慮した」という意味合いと、「中高年齢者だけでなく全年齢層の労働者を対象とした」という2つの意味合いが込められている。

具体的には、健康測定とその結果に基づく運動指導、メンタルヘルスケア、栄養指導、保健指導により構成されるトータルな生活指導となっており、事業場ごとの健康保持増進計画に基づき継続的かつ計画的に実施される。その主なターゲットは、生活習慣病と心理・社会的ストレス要因による精神的に不健康な状態を予防することである。

また職域では、労働安全衛生法で定められた一般健康診断が実施されている。一般健康診断は事業場ごとに行われ、健康診断の結果、特に健康の保持に努める必要があると認められた者には医師または保健師により保健指導が行われる。

① 健康測定

労働者の健康状態を把握し、その結果に基づいて運動指導、メンタルヘルスケア、栄養指導、保健指導等の健康指導を行うために実施される生活状況調査や医学的検査等のことで、疾病の早期発見に重点を置いた健康診断とは目的が異なる。結果に基づき産業医が各労働者の健康状態に応じた指導票を作成し、それに基づき保健指導等が実施される。

② 運動指導

健康測定の結果及び産業医の指導票に基づき、運動指導担当者が個々の労働者について実行可能な運動プログラムを作成し、運動実践に当たっての指導を行う。

③ メンタルヘルスケア

健康測定の結果必要と判断された場合、または問診の際労働者自身が希望する場合には、心理相談担当者が産業医の指示のもとにメンタルヘルスケアを行う。これは積極的な健康づくりを目指す人を対象に実施するものであって、ストレスに対する気付きへの援助、リラクゼーションの指導等が含まれる。

④ 栄養指導

健康測定の結果、食生活上の問題が認められた労働者に対し、産業栄養指導担当者が健康測定の結果及び産業医の指導票に基づき実施する。栄養摂取量、食習慣及び食行動の評価とその改善に向けての指導を行う。

⑤ 保健指導

勤務形態や生活習慣からくる健康上の問題を解決するために、産業保健指導担当者が健康測定の結果及び産業医の指導票に基づき実施する。睡眠、喫煙、飲酒、口腔保健等の健康的な生活への指導及び教育を行う。

3)これまでの健康づくり施策における課題

これまで市町村では、主として健康診査の事後指導的な位置づけで健康相談や健康教育が行われてきたが、自営業者や退職者、主婦層等一部の要指導者に対してのみ指導が行われることが多かった。また、事業場におけるTHP活動についても、一部の大企業では全員を対象として実施されてきたが、多くの中小企業では健康診断の要指導者に対してのみ、あるいはほとんど指導が行われていないという状況であった。

また、これまで生活習慣病に関する一次予防、二次予防に重点を置いた各種施策が推進されてきたが、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の「健康日本 21 の中間評価報告書」(2007 年)によると、脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率に改善傾向が見られ、脂肪エネルギー比率や女性の肥満者の増加に歯止めがかかる一方で、高血圧症、糖尿病等の生活習慣病の有病者は特に中高年男性で改善していない。さらに、野菜摂取量の不足、男性の肥満者割合の増加や日常生活における歩数の減少のように、健康日本 21 策定時のベースライン値より改善していない項目や、悪化している項目が見られる等、これまでの進捗状況は、全体として必ずしも十分ではない点が指摘された。

そして、全般的な課題として、ポピュレーションアプローチ及びハイリスクアプローチの観点から以下の点が挙げられた。

(1)ポピュレーションアプローチの課題

- ① 総花主義的でターゲットが明確になっておらず、「誰に何を」が不明確であった。
- ② 目標達成に向けた効果的なプログラムやツールの展開が不十分であった。
- ③ 政府全体、産業界を含めた社会全体として健康づくりを国民運動化するための取組が不十分であった。

(2)ハイリスクアプローチの課題

- ① 医療保険者と市町村等の関係者間の役割分担が不明確であったため、健診の未受診者の把握や受診勧奨の徹底が不十分であり、健診受診後の保健指導についても必ずしも十分には行われていなかった。
- ② 効果的・効率的な健診・保健指導等を行うためのプログラムやツールの提示が十分ではない点が見られたほか、健診・保健指導等の成果を評価する視点も不十分であった。
- ③ 健康づくり施策の中心として活躍すべき保健師、管理栄養士等の人材育成や、エビデンスに基づく施策展開の基盤となるデータの収集、整備が不十分であった。

このような現状を踏まえ、これらの課題を解決し、国民の健康づくりに対する意識の高まりへと結びつけるために、これまでの活動基盤の上にさらに新たな視点を取り入れた生活習慣病対策の充実・強化が必要となった。

4)これからの健康づくり施策

(1)医療制度改革

2005年12月政府・与党において医療制度改革大綱が示され、生活習慣病予防の更なる徹底を図る観点から、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、2008年4月より各医療保険者に対して特定健康診査及び特定保健指導の実施が義務づけられることとなった。また、政策目標として、2015年度には2008年度と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させること、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ること等が規定された。

この目標を達成するためには、各医療保険者において効果的・効率的な健診・保健指導が実施される必要がある。そのため厚生労働省において2007年に「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」を作成し、円滑な事業実施を図ることとしている。今後は、内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)の概念を踏まえ、特定健診では科学的根拠に基づく健診項目を実施すること、また特定保健指導では、健診により階層化された対象者に対し、個々人の生活習慣病のリスクの保有状況に応じ、生活習慣の改善のための行動変容に主眼をおいた保健指導が重点的に行われることとなる。

(2)ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの連携

これからの生活習慣病予防を効果的に推進していくためには、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの有機的な連携が必要となる。

① ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチでは、健康づくりの国民運動化に向けて、メタボリックシンドロームの概念を導入した生活習慣病予防の基本的な考え方等を広く普及するとともに、生活習慣の改善、行動変容に向けた個人の努力を社会全体として支援する環境整備が必要である。国

においては、運動習慣の徹底、食生活の改善及び禁煙の徹底がという基本的な考え方を広く普及するために、身体活動・運動については「エクササイズガイド 2006」、栄養・食生活については「食事バランスガイド」、たばこ対策については「禁煙支援マニュアル」、を策定し、さらに2008年度からは「健やか生活習慣国民運動」を展開している。

また、市町村での健康増進事業、職域でのTHP活動の推進の他、政府全体、産業界も含めた連携を図っていくことが重要である。

② ハイリスクアプローチ

ハイリスクアプローチでは、ハイリスク者の生活習慣病予防を徹底するため、医療保険者が、特定健診により生活習慣の改善の必要性が高い者を確実に抽出するとともに、行動変容につながる効果的な特定保健指導を行うこととされた。

(3) 新健康フロンティア戦略

2007年内閣官房長官主宰の新健康フロンティア戦略賢人会議において、2007年度から2016年度までの10年間を実施期間とする「新健康フロンティア戦略」がとりまとめられた。

新健康フロンティア戦略では、今後国民自らが健康づくりに取り組むべき分野として、子どもの健康、女性の健康、メタボリックシンドローム克服、がん克服、こころの健康、介護予防、歯の健康、食育、運動・スポーツの9つの分野及び、それらを支援する家庭力・地域力、人間活動領域拡張力、研究開発力の計12の柱を取り上げ、各分野において対策を進めていくこととした。特定保健指導は、このメタボリックシンドローム克服に位置づけられている。

【引用・参考文献】

- 1) 中央労働災害防止協会：産業栄養指導専門研修テキスト2003-2004.
- 2) 厚生労働省：事業場における労働者の健康保持増進のための指針、2007.
- 3) 厚生労働省：「健康日本21」中間評価報告書、2007.
- 4) 厚生労働省：標準的な健診・保健指導プログラム確定版
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/02.pdf>、2007.
- 5) 厚生労働省：健康づくりのための運動指針2006(エクササイズガイド2006
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/undou.html>、2006.
- 6) 厚生労働省・農林水産省：食事バランスガイド、
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou-syokuji.html>、2005.
- 7) 厚生労働省：禁煙支援マニュアル
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/manual/index.html>、2006.
- 8) 厚生労働省：新健康フロンティア戦略、2007.

I 健康づくり施策概論

3. 生活習慣病とその予防

学習のねらい

生活習慣と健康障害との関連を理解するとともに、主要な疾患、メタボリックシンドロームに関する基礎知識を得る。

1) 生活習慣病とは

「生活習慣病」という概念は、国民が生活習慣の重要性を認識するとともに、自主的な健康管理への意欲を促し、生活習慣改善の努力を社会全体で支援する体制を整備するために、1996年に公衆衛生審議会にて従来の「成人病」に変わる概念として提案された。従来「成人病」として加齢に着目し、二次予防に重点を置いていた対策に加えて、生活習慣の改善を目指し、一次予防を徹底するために導入した概念である。具体的には、食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が病気の発症や進行に強く関与する疾患を総称する用語であり、以下に例示するような生活習慣と疾病との関連が明らかになっている。

表 I-3-1 生活習慣に関連した疾病

食習慣	2型糖尿病、肥満症、脂質異常症(家族性のものを除く)、高血圧、高尿酸血症、心筋梗塞、大腸がん、歯周病等
運動習慣	2型糖尿病、肥満症、脂質異常症(家族性のものを除く)、高血圧等
喫煙	肺扁平上皮がん、心筋梗塞、慢性閉塞性肺疾患、歯周病等
飲酒	アルコール性肝疾患等

2) 生活習慣病の現状

現在、日本の死因の上位は、悪性新生物、脳血管疾患、虚血性心疾患である。また、図 I-3-1 に示すように生活習慣に関連した疾病は様々である。例えば、2005年の厚生労働省の報告によると糖尿病の有病者数は740万人(予備群880万人)と推計され、近年増加傾向にある。

一方、日本の医療費の総額は32兆円、国民所得の約9%を占め、今後さらに増大し続けると予測される。そこで着目されたのが、予防の重要性である。生活習慣病の患者数を抑制することができれば、長期的にみれば、脳卒中、心筋梗塞等を減らすことができ、結果的には医療費の適正化にもつながることになる。

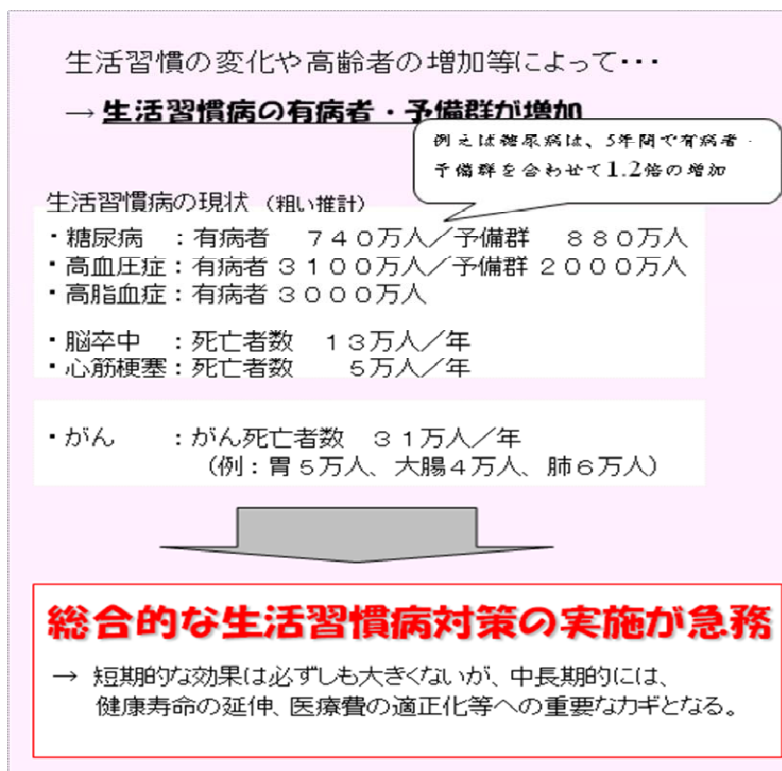


図 I-3-1 生活習慣病の現状

(出典：厚生労働省、今後の生活習慣病対策の推進について(中間とりまとめ))

3) 生活習慣病の特徴

代表的な生活習慣病の特徴としては、①病因が単一でない、②発症までに要する期間が長い、③自覚症状が少なく無症状・軽症状の時期が続く、④複数の症状を同時に持つ、あるいは次々に発症する等があげられる。例えば、若い頃から肥満傾向にあった人が脂質異常症や高血圧症になり、さらに糖尿病等を発症するケースもある。重要なことは、これらの自覚症状の少ない病気は、知らぬ間に動脈硬化が進行し、狭心症や心筋梗塞等の動脈硬化性疾患が突然起こることである。生死にかかわる重篤な疾患であると共に、経過の中で後遺症や合併症等により、生活の質(QOL)に強く影響を与える点でも予防が重要である。

また、生活習慣は小児期にその基本が身につくと言われていることから、家庭教育や学校保健教育等を通じて、小児期からの生涯を通じた健康教育が推進されることも重要である。

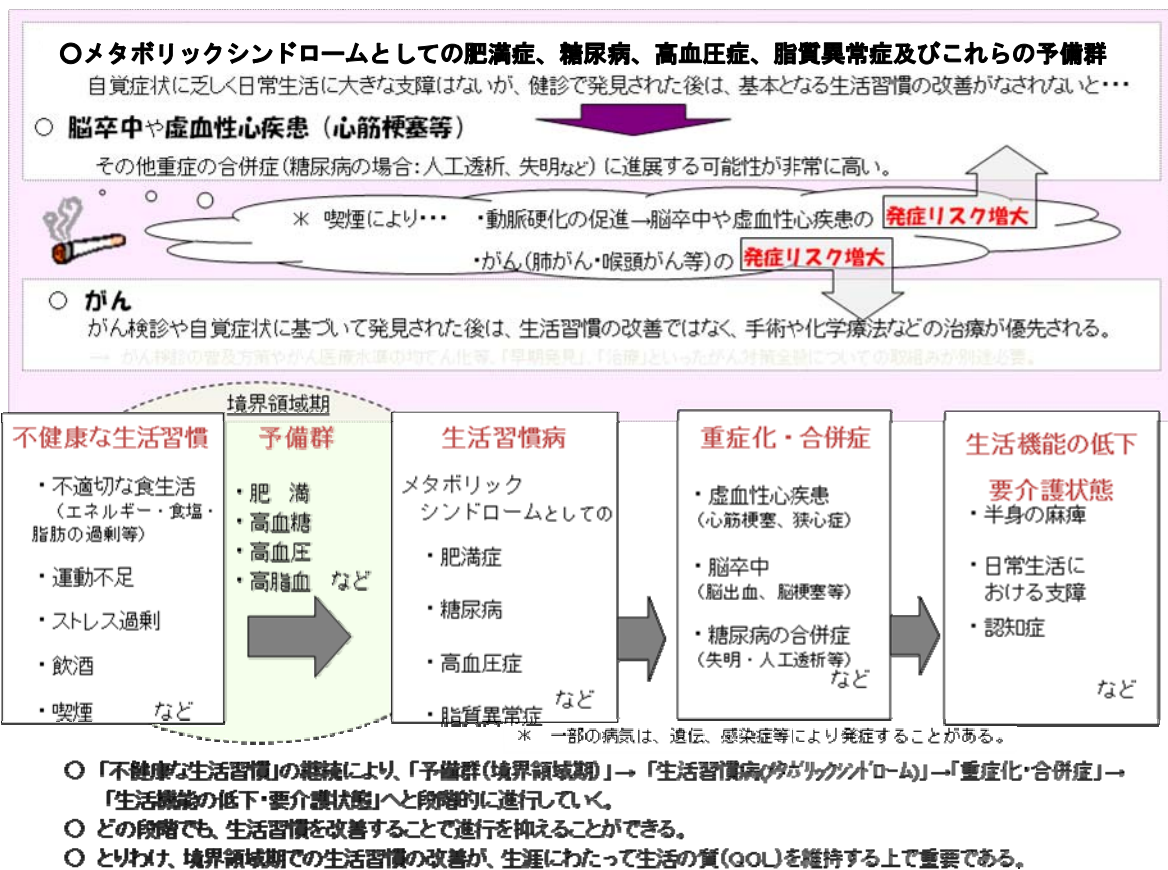


図 I-3-2 生活習慣病とは

(出典：厚生労働省、今後の生活習慣病対策の推進について(中間とりまとめ)より作成)

4) 生活習慣病の発症要因

図 I-3-3 に示すように、発症要因としては、食生活習慣、運動習慣をはじめとする「生活習慣要因」だけでなく、遺伝子の異常や加齢を含めた「遺伝的要因」、病原体、有害物質、事故等の「外部要因」等、様々な要因が複雑に関連して、疾病の発症及び予後に影響している。

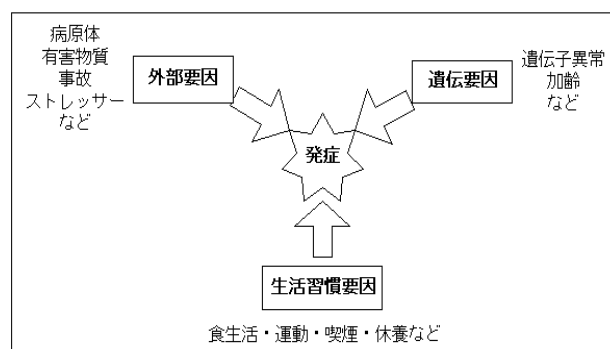


図 I-3-3 生活習慣病の発症要因

(出典：厚生労働省、今後の生活習慣病対策の推進について(中間とりまとめ))

5) 主な生活習慣病

(1) 糖尿病

① 糖尿病とは

エネルギーとして使われる血液中のブドウ糖(血糖)の濃度は、インスリン等の様々なホルモンにより一定量にコントロールされており、何らかの原因でインスリンが不足すると、血糖の濃度が濃くなる。この状態が高血糖で、持続すると糖尿病を発症する可能性が高くなる。糖尿病の診断は一時点での血糖値のみからは行わず、「型」の判定を行い、別の日に行った検査や他の自他覚的所見も併せて診断をする。糖尿病は発症のメカニズムから表 I-3-2 に示すように4つの型に分類される。

② 糖尿病の症状と関連疾患

血糖値が高くても自覚症状が現れないことも多く、検査(尿糖、血糖値、ヘモグロビンA_{1c})等で発見されることが多い。口渇、多飲、多尿、体重減少等の代謝異常の症状や、神経障害等の合併症が疑われる症状を確認することで発見されることもある。高血糖の状態が長く続くと、糖尿病神経障害、糖尿病網膜症、糖尿病腎症といった合併症を併発する。このため、厳密な血糖のコントロールが必要であり、血糖コントロールが不良の場合、糖尿病発症時から約10～15年程度でこれらの合併症が起こるといわれている。

<糖尿病神経障害>

合併症の中でも早く現れ、主に末梢神経障害による手足のしびれ、感覚低下等を起こす。

<糖尿病網膜症>

網膜の血管病変により、視力低下や失明、白内障等を起こす。

<糖尿病腎症>

腎臓の糸球体の毛細血管病変により、腎機能の低下等を起こす。

表 I-3-2 糖尿病と、それに関連する耐糖能低下*の成因分類

I. 1型 β 細胞の破壊、通常は絶対的インスリン欠乏に至る A. 自己免疫性 B. 特発性
II. 2型 インスリン分泌低下を主体とするものと、インスリン抵抗性が主体で、それにインスリンの相対的不足を伴うものなどがある
III. その他の特定の機序、疾患によるもの A. 遺伝因子として遺伝子異常が同定されたもの ①膵 β 細胞機能にかかわる遺伝子異常 ②インスリン作用の伝達機構にかかわる遺伝子異常 B. 他の疾患、条件に伴うもの ①膵外分泌疾患 ②内分泌疾患 ③肝疾患 ④薬剤や化学物質によるもの ⑤感染症 ⑥免疫機序によるまれな病態 ⑦その他の遺伝的症候群で糖尿病を伴うことの多いもの
IV. 妊娠糖尿病

*一部には、糖尿病特有の合併症をきたすかどうか確認されていないものも含まれる。

(出典: 日本糖尿病学会、糖尿病治療ガイド 2008-2009)

③ 糖尿病の予防と治療

2002年に厚生労働省の行った糖尿病実態調査では、糖尿病が強く疑われる人が約740万人となり、可能性を否定できない人(予備群880万人)を含めると1,620万人と推計されている。また、このうち現在治療を受けている人は約半数となっており、糖尿病合併症予防の観点からも疾患への関心と治療の継続が必要である。

日本人における危険因子としては、加齢、遺伝に加えて、過食(特に高脂肪食)、肥満、運動不足、ストレス等の環境因子があげられている。加齢や遺伝は避けられない因子であるが、肥満防止、適切な食事や運動は糖尿病予防の原則である。また、糖尿病の治療においても、早期であれば食事療法と運動療法を中心とし、進行すると薬物療法が必要となる。治療開始時には糖尿病教育を目的に入院することもある。

(2)脂質異常症

① 脂質異常症とは

日本動脈硬化学会は「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007年版」において、現在広く普及している「高脂血症」という疾患名を、「脂質異常症」に改めた。具体的な診断基準としては表に示す通りである。

表 I-3-3 脂質異常症の分類と診断基準(空腹時採血)

高 LDL コレステロール血症	LDL コレステロール	≥140 mg/dL
低 HDL コレステロール血症	HDL コレステロール	<40 mg/dL
高トリグリセライド血症	トリグリセライド	≥150 mg/dL

(出典:日本動脈硬化学会、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007年版)

② 脂質異常症の症状と関連疾患

脂質異常症は、高血圧症と同様に動脈硬化の重大な危険因子である。特に LDL-C が高いと、粥状硬化(アテローム硬化)と呼ばれるタイプの動脈硬化を引き起こす。動脈硬化が進展し、脳卒中、心筋梗塞等を発病することとなる。

③ 脂質異常症の予防と治療

自覚症状がないため、無症状のうちから定期的な検査で確認することが必要となる。予防としては、生活習慣の改善が必要であり、主な内容は下記の4点となる。

- i) 禁煙
- ii) 食生活の是正
- iii) 適正体重の維持
- iv) 運動の増加

治療方針については、リスク別の脂質管理目標値(表 I-3-4) が示されている。原則はまず一次予防として生活習慣の改善を行った上で薬物治療の適応を考慮することとされている。また、薬物療法を開始しても、生活習慣の改善や食事療法、運動療法等を行い、コレステロールの合成や処理のシステムの調節を継続することが重要なため、薬を飲んでいるからと安心せず、根気よく自己管理を続けていくことが必要である。

表 I-3-4 リスク別脂質管理目標値

治療方針の原則	カテゴリー		脂質管理目標値 (mg/dL)		
		LDL-C以外の主要危険因子*	LDL-C	HDL-C	TG
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物治療の適応を考慮する	I (低リスク群)	0	<160	≥40	<150
	II (中リスク群)	1~2	<140		
	III (高リスク群)	3以上	<120		
二次予防 生活習慣の改善とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患の既往		<100		

脂質管理と同時に他の危険因子(喫煙、高血圧や糖尿病の治療など)を是正する必要がある。

* LDL-C 値以外の主要危険因子

加齢(男性≥45歳、女性≥55歳)、高血圧、糖尿病(耐糖能異常を含む)、喫煙、冠動脈疾患の家族歴、低 HDL-C 血症(<40mg/dL)

- ・糖尿病、脳梗塞、閉塞性動脈硬化症の合併はカテゴリーⅢとする。
- ・家族性高コレステロール血症については、上記ガイドラインを参照のこと。

(出典: 日本動脈硬化学会、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007 年版)

(3) 高血圧症

① 高血圧症とは

血圧とは、血液が血管の中を通る時血管にかかる圧力で、心拍出量と末梢血管の抵抗とで決まる。収縮期血圧(最高血圧)と拡張期血圧(最低血圧)のいずれか若しくは両方が高ければ、高血圧症という。血圧の基準としては、WHO(世界保健機関)／ISH(国際高血圧学会)、米国高血圧合同委員会による分類があるが、日本では、日本高血圧学会では「高血圧治療ガイドライン」の中で、図 I-3-5 の分類を行っている。

また、高血圧は、原因不明の本態性高血圧と腎疾患や内分泌疾患、血管系の異常等による二次性高血圧に分けられる。危険因子としては、遺伝、肥満、耐糖能異常(糖尿病予備群)、ストレス、喫煙、塩分の多い食事、飲酒の習慣等があげられる。

表 I-3-5 成人における血圧値の分類

分類	収縮期血圧		拡張期血圧
至適血圧	<120	かつ	<80
正常血圧	<130	かつ	<85
正常高値血圧	130~139	または	85~89
軽症高血圧	140~159	または	90~99
中等症高血圧	160~179	または	100~109
重症高血圧	≥180	または	≥110
収縮期高血圧	≥140	かつ	<90

(出典: 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編、高血圧治療ガイドライン 2004)

② 高血圧症の症状と関連疾患

自覚症状はほとんどなく、人によっては、肩こり、頭痛があるが、高血圧の特有の症状ではない。そのため、定期健診等で早期発見できても、放置する人が多い。

血管を流れる血液の圧力が高くなると、つねに血管に高圧がかかり、動脈が傷みやすくなる。同時に、血液を高い圧力で送り出している心臓が多くのエネルギーを必要とし、疲れ易くなる。具体的には、動脈壁は、高い圧に抵抗し壁を厚くし、血液の成分が動脈の内壁に入りこみ、それにコレステロールが加わる等して全身の血管に動脈硬化を起こしてくる。虚血性心疾患と脳血管疾患は、いずれも大きな発作が起こると、生命にかかわる重大な疾患である。

また、動脈硬化により血液の流れが悪くなると、腎臓の機能も低下する。人工透析を受けている人の原因の第3位は高血圧等による腎硬化症(2002年)で、1993年からの10年間に約2.5倍に増加している。

③ 高血圧症の現状

2000年の第5次循環器疾患基礎調査によれば、日本人では30歳以上の人のうち男性は約51.7%、女性は39.7%が高血圧(140/90mmHg以上)となっている。高血圧は日本人に多いが、1960年代前半をピークに、男女ともに血圧の平均値は下がってきている。理由の一つに、高血圧性の病気で治療を受ける人が増えていることがあげられる。

④ 高血圧症の予防と治療

生活習慣の改善が必要な主な項目は、下記の通りである。

- i) 食塩摂取量を制限する
- ii) 適正体重を維持する
- iii) アルコール摂取量を適量にする
- iv) 適度な運動療法をする
- v) 禁煙をする
- vi) 脂質(飽和脂肪酸やコレステロール)の摂取量を制限する

日本高血圧学会の高血圧治療ガイドライン 2004年版によると、具体的な治療は、血圧の程度と、高血圧以外の心血管病リスクの程度によって3つに分類される。生活習慣改善を治療の中心とするが、低リスク群では3ヶ月後、中等リスク群では1ヶ月後に140/90mmHg以上の場

合には、降圧薬治療を合わせて行う。高リスク群と重症血圧患者は、高い血圧のまま放置すると危険なため、はじめから生活習慣の改善と薬物療法を同時に始める。

表 I-3-6 高血圧患者のリスクの層別化

血圧以外のリスク要因	血圧分類	軽症高血圧 (140~159/ 90~99mmHg)	中等症高血圧 (160~179/ 100~109mmHg)	重症高血圧 (180/ ≥110mmHg)
	危険因子なし		低リスク	中等リスク
糖尿病以外の 1~2 個の危険因子あり		中等リスク	中等リスク	高リスク
糖尿病、臓器障害、心血管病、3 個以上の危険因子、のいずれかがある。		高リスク	高リスク	高リスク

(出典: 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会、高血圧治療ガイドライン 2004)

(4) 肥満症

① 肥満症とは

日本肥満学会による定義では、肥満とは脂肪組織が過剰に蓄積した状態をいい、肥満症とは肥満に起因ないし関連する健康障害を合併するか、臨床的にその合併が予測される場合で、医学的に体重の減量を必要とする病態をいう。

現在の判定は、身長と体重から計算される体格指数 (body mass index, BMI (kg/m²)) : BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が用いられている。日本肥満学会が決めた判定基準では、統計的に最も病気にかかりにくい BMI 22 を標準とし、25 以上を肥満としている。

② 肥満と疾患の関連

肥満は、命にかかわる多くの生活習慣病のもとになりやすく、日本人の間で急激に増えている糖尿病、高尿酸血症や痛風、脂肪肝、膵炎等も、肥満との関わりが深い。

③ 肥満の現状

最近 20 年間の肥満者の割合は、男性の場合、どの世代でも肥満者の割合が増加している。特に 30 歳代から 60 歳代の肥満者は 30% を超えている。女性では、20 歳代から 50 歳代で肥満者が減っており、加齢と共に増加傾向にあり 60 歳代以上では 30% を超えている。逆に 10 代から 30 歳代のやせ傾向が指摘されている。

④ 肥満の予防

肥満の 2 大要因は、エネルギーの摂取と消費であり、両者のバランスをとるために、適切な食事と運動量の増加が予防や改善の基本となる。減量というと、運動よりも食事制限が重視されがちだが、肥満の予防や解消には、運動も重要となる。体脂肪を、運動だけで減らすのは難しいが、運動そのものによるエネルギー消費に加えて、筋肉がつき、基礎代謝量が増え、体脂肪を燃えやすくする目的もある。また、食べる量や食べ方、運動量その他、ストレスの解消や、生活のリズムに気をつけることも、肥満の予防や改善にとって重要である。

6)メタボリックシンドローム

(1)メタボリックシンドロームの定義

メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪の蓄積を背景に、高血糖や脂質異常、高血圧等の危険指数が重複して現れた状態を言う。血糖や血圧等の個々の異常は軽度でも、重複することによって心筋梗塞や脳血管疾患の危険性が高くなる。

(2)メタボリックシンドロームの診断基準

2005年に8つの学会(日本動脈硬化学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本肥満学会、日本循環器学会、日本腎臓病学会、日本血栓止血学会、日本内科学会)が合同で作成した、「メタボリックシンドロームの診断基準」が発表された(表 I-3-7)。

表 I-3-7 メタボリックシンドロームの診断基準

内臓脂肪(腹腔内脂肪)蓄積	
ウエスト周囲径	男性 $\geq 85\text{cm}$ 女性 $\geq 90\text{cm}$ (内臓脂肪面積 男女とも $\geq 100\text{cm}^2$ に相当)
上記に加え以下の2項目以上	
高トリグリセライド血症 かつ/または 低 HDL コレステロール血症	$\geq 150\text{mg/dl}$ $< 40\text{mg/dl}$ 男女とも
収縮期血圧 かつ/または 拡張期血圧	$\geq 130\text{mmHg}$ $\geq 85\text{mmHg}$
空腹時高血糖	$\geq 110\text{mg/dl}$
* CT スキャンなどで内臓脂肪量測定を行うことが望ましい。 * ウエスト径は立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。 * メタボリックシンドロームと診断された場合、糖負荷試験が薦められるが診断には必須ではない。 * 高 TG 血症、低 HDL-C 血症、高血圧、糖尿病に対する薬物治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。 * 糖尿病、高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない。	

*特定健診による特定保健指導のための分類基準では、ヘモグロビンA_{1c}5.2%以上が加わっており、空腹時血糖の値は 100mg/dl 以上とされている。

(出典:メタボリックシンドローム診断基準検討委員会、メタボリックシンドロームの定義と診断基準)

(3)メタボリックシンドローム発症のメカニズム

① エネルギー収支と内臓脂肪の蓄積

我々は食物から得たエネルギー(摂取エネルギー)を活動のエネルギー(消費エネルギー)に変えて生活している。したがって、収支バランスがとれていれば体重は変化しない。しかし、食べ過ぎや運動不足により、摂取エネルギーが消費エネルギーを上回ってしまうと、中性脂肪(トリグリセライド)として脂肪細胞に蓄えられることとなる。

② アディポサイトカイン

近年、脂肪組織は生理活性のある多くの物質を分泌する内分泌組織であることが分かってきた。脂肪細胞から、色々な生理活性物質(アディポサイトカイン)が分泌されている。アディポサイトカインには、健康状態に好都合な働きをするものと、不都合な働きをするものがあり、バランスをとって健康状態を保っている。しかし、内臓脂肪が蓄積すると、健康状態に不都合に働くアディポサイトカインの分泌が過剰となる。逆に、動脈硬化を抑制したり、インスリンの働きを改善したりというように、好都合に働くアディポネクチン(アディポサイトカインの一種)が減少し、各病態を引き起こす。

③ 内臓脂肪とインスリンの働き

内臓脂肪が蓄積すると、インスリンが正常に働かなくなる。このように、インスリン自体に問題があるのではなく、体の各組織におけるインスリンの働きが悪い(インスリンに対する反応が悪い)状態をインスリン抵抗性があるという。

【引用・参考文献等】

- 1) 厚生労働省:健康日本 21、<http://www.kenkounippon21.gr.jp/>、2000.
- 2) 日本糖尿病学会編:糖尿病治療ガイド 2008-2009、文光堂、2008.
- 3) 日本動脈硬化学会編:動脈硬化性疾患診療ガイドライン 2007 年版、日本動脈硬化学会、2007.
- 4) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編:高血圧治療ガイドライン 2004、日本高血圧学会、2004.
- 5) 肥満症治療ガイドライン作成委員会:肥満症治療ガイドライン 2006、肥満研究 12 巻臨増号、1-91,2006.
- 6) メタボリックシンドローム診断基準検討委員会:メタボリックシンドロームの定義と診断基準、日本内科学会誌、94 巻 4 号、794-809、2004.
- 7) 財団法人 健康・体力づくり事業財団(健康ネット):<http://www.health-net.or.jp/>
- 8) 安酸史子他編:成人看護学概論、メディカ出版、2006.

