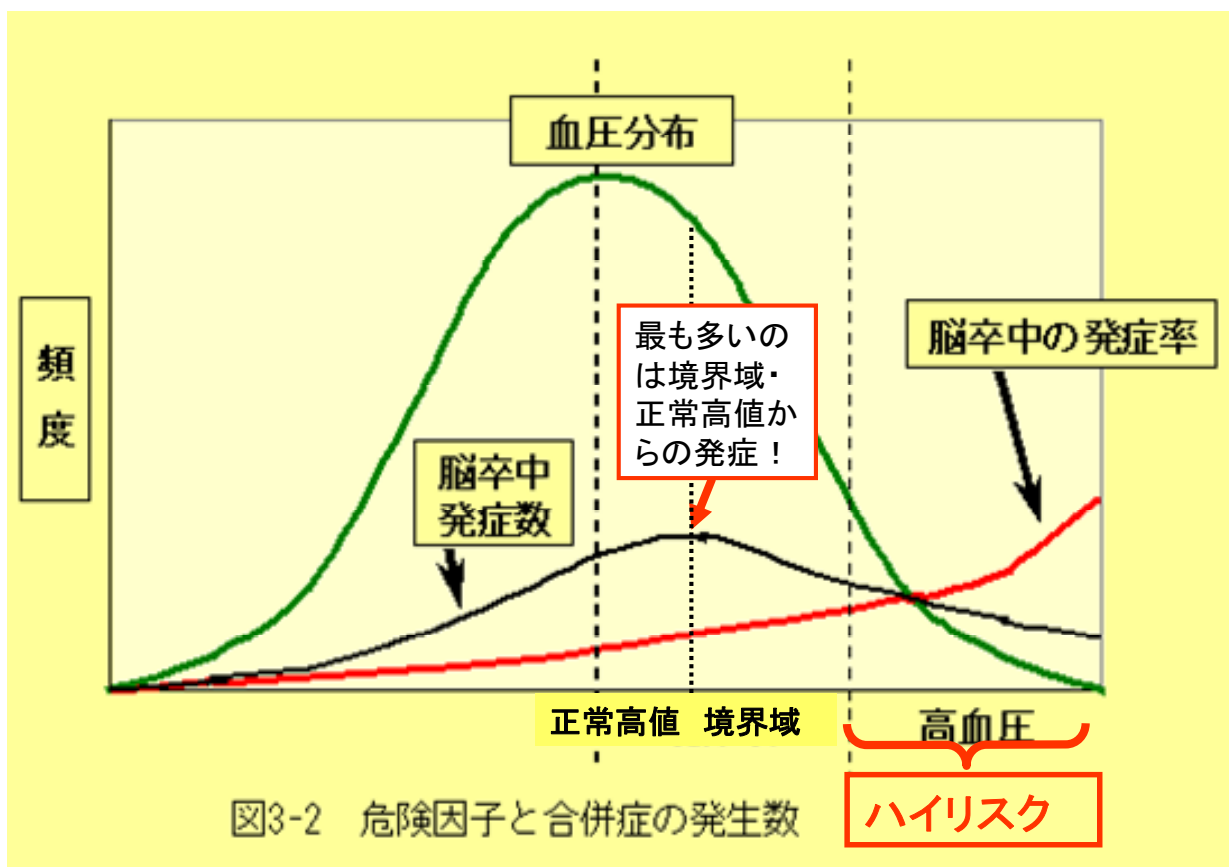
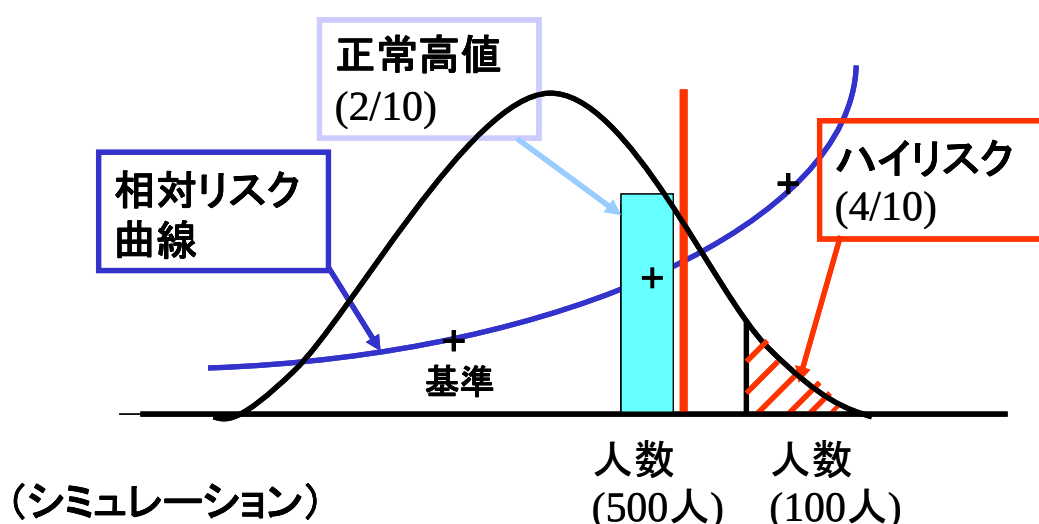




小さなリスクを背負った多数の集団からの患者数 > 大きなリスクを背負った少数の集団からの患者数



罹患数(ハイリスク) = リスク(4/10) × 人数(100) = 40人

罹患数(正常高値) = リスク(2/10) × 人数(500) = 100人

(水嶋春朔: 地域診断のすすめ方: 根拠に基づく生活習慣病対策と評価、医学書院、2006)

分布の実際

W.P. Castelli / Atherosclerosis 124 Suppl. (1996) S1-S9

S3

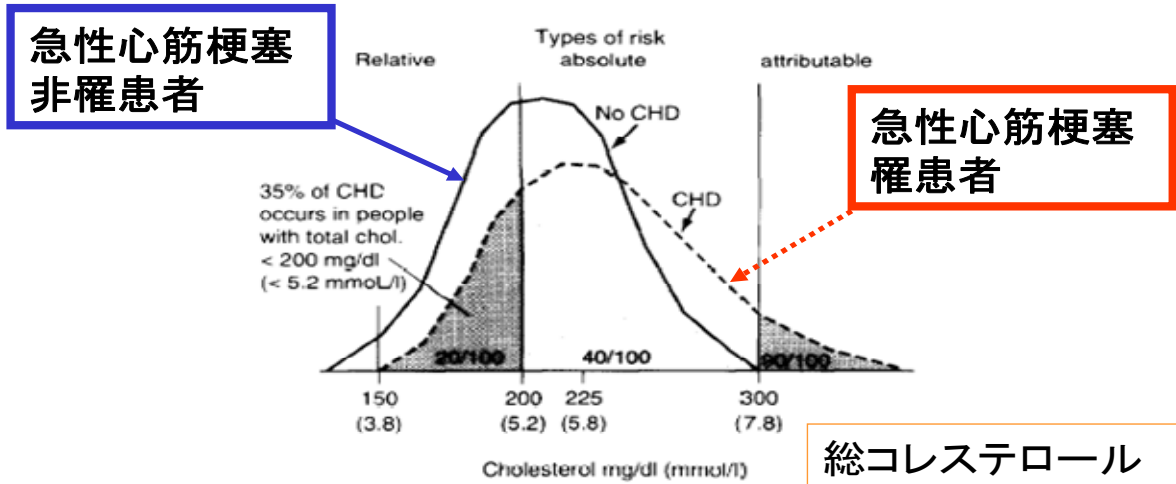


Fig. 1. The incidence of MI in relation to total cholesterol levels in the Framingham Study, 26 year follow-up. Taken from [29].

フラミンガム研究における血清総コレステロール値と急性心筋梗塞罹患率(26年追跡)の関係

罹患者、死亡者の内訳は？！

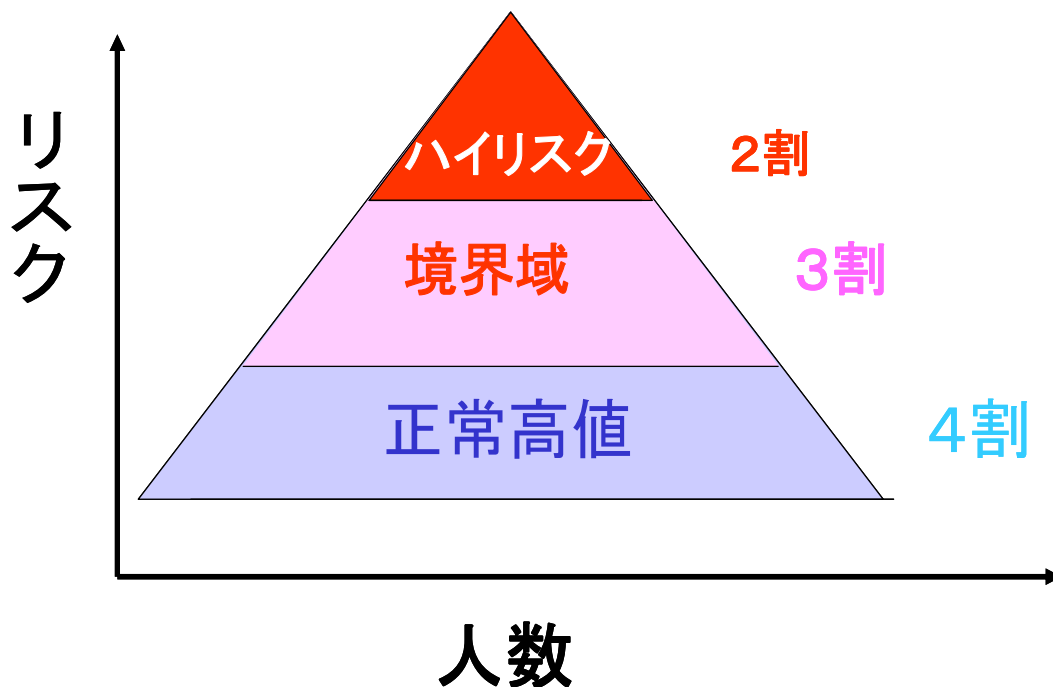
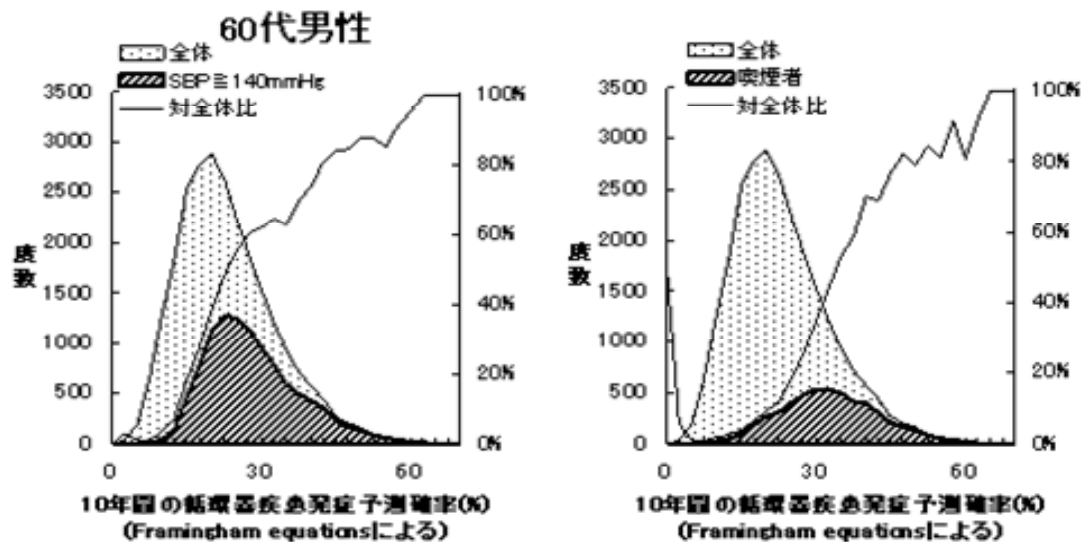
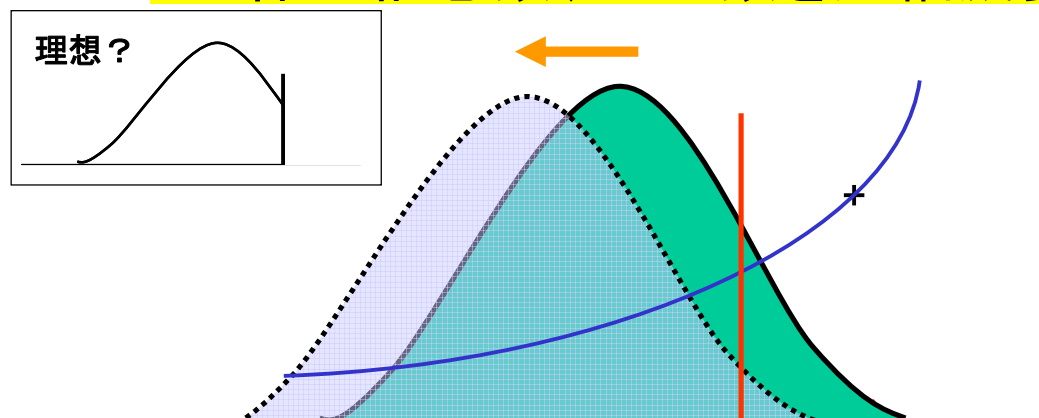


図1. Y市60歳代男性における循環器疾患発症予測確率の分布と個々の危険因子保有者の占める分布内の位置。
折れ線は全体に占める危険因子保有者の割合。



平成17年度 厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）
地域保健における健康診査の効率的なプロトコールに関する研究
総括・分担研究報告書（主任研究者：水嶋春朔、分担研究者：横山徹爾）

**ポピュレーション・ストラテジーでは
全体の罹患数、死亡数を大幅減少**



集団全体の分布をシフトさせる

- ハイリスク、境界域、正常高値の減少
- 全体の罹患数、死亡数の大幅減少