

令和3年9月3日	資料3-2
第14回健康日本21（第二次）推進専門委員会	

評価シート 様式2（案）

（令和3年9月3日版）

別表第二：

主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

- (1) がん.....P1
- (2) 循環器疾患.....P18
- (3) 糖尿病.....P33
- (4) COPD.....P56

様式2（案）令和3年9月3日版

(領域名) (1) がん

背景

- がんは、昭和 56（1981）年以降、日本人の死因の第一位となり、令和元（2019）年の死亡者は、37 万 6 千人を超え、全死亡の 3 分の 1 と占める国民にとっての重要疾患となっている。こうした背景から平成 18（2006）年 6 月には、がん対策を総合的かつ計画的に推進するため、「がん対策基本法」（以下この章において「基本法」という。）が策定された。基本法に基づき、平成 19（2007）年 6 月がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）を閣議決定し、がん対策を推進している。基本法は、平成 28 年 12 月に改正され、基本計画は、平成 24（2012）年 6 月、平成 30（2018）年 3 月に改訂されて、現在は第 3 期となっている。
- 第 3 期基本計画（平成 30（2018）年 3 月）では、全体目標のひとつに「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」が挙げられ、その中で「がんを予防する方法を普及啓発するとともに、研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現する。」とされており、「がんの死亡者の減少」を目標とした。さらに、分野別施策の「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」の個別目標として「国は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を 50%とする。」とされており、これを目標とした。

1 目標項目の評価状況

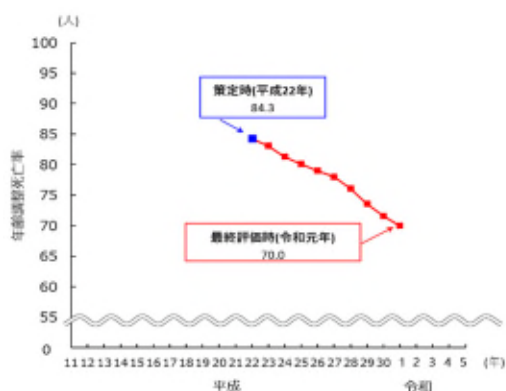
評価	項目数
A 目標値に達した	1
B 現時点で目標値に達していないが、改善している	1
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内0)
C 変わらない	0
D 悪化している	0
E 評価困難	0

目標項目	評価
① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	A
② がん検診の受診率の向上	B
胃がん検診受診率 男性	(B)
胃がん検診受診率 女性	(B*)
肺がん検診受診率 男性	(A)
肺がん検診受診率 女性	(B)
大腸がん検診受診率 男性	(B)
大腸がん検診受診率 女性	(B*)
子宮頸がん検診受診率	(B*)
乳がん検診受診率	(B)

① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

75歳未満の年齢調整死亡率の目標は、目標設定時、第2期基本計画に準拠して「73.9（平成27（2015）年）」と設定されたが、健康日本21（第二次）中間評価の時点で、平成30（2018）年3月に閣議決定された第3期基本計画にあわせ「減少傾向へ（令和4（2022）年）」と目標設定が変更された。令和元（2019）年の実績値は人口10万人当たり70.0と、ベースライン値（平成22（2010）年）の84.3より減少しており、目標を達成している。

図1：75歳未満のがんの年齢調整死亡率（10万人当たり）



出典：厚生労働省「人口動態統計」

② がん検診の受診率の向上

がん検診の受診率の目標は、目標設定時「50%（胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%（平成28（2016）年）」とされたが、健康日本21（第二次）中間評価の時点では、第3期基本計画に合わせて「50%（令和4（2022）年）」へ変更されている。

令和元年の受診率は、ベースラインの平成22（2010）年値よりは有意に改善しているものの、男性の肺がんを除いて、目標値の50%には達しておらず、目標項目全体としてB「現時点では目標値に達していないが、改善傾向にある」と評価される。中でも、女性の胃がん検診と大腸がん検診、子宮頸がん

検診の受診率は目標設定年度の令和4（2022）年度までの目標到達が危ぶまれる（B*）。

図2：胃がん検診受診率（男性）

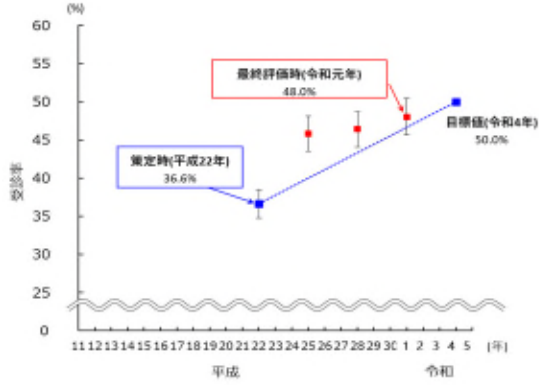


図3：胃がん検診受診率（女性）

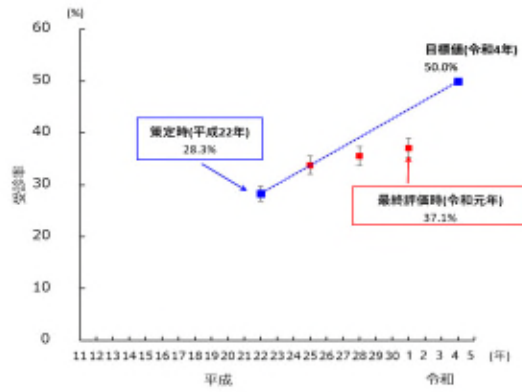


図4：肺がん検診受診率（男性）

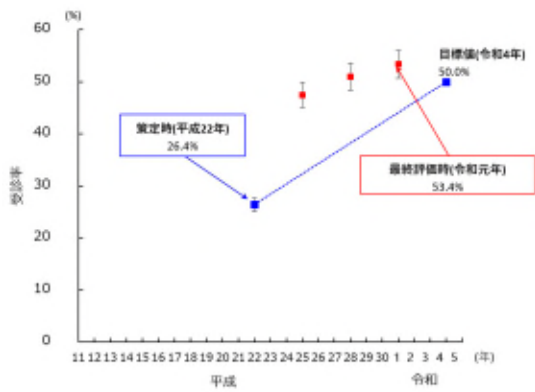


図5：肺がん検診受診率（女性）

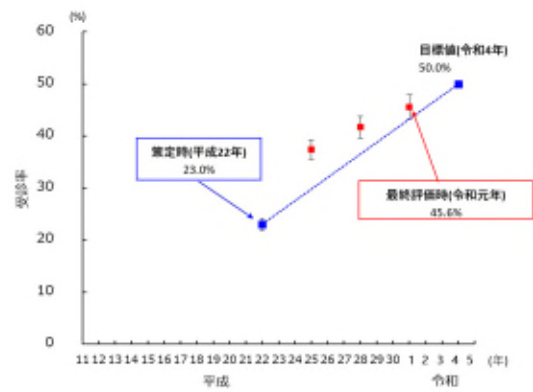


図6：大腸がん検診受診率（男性）

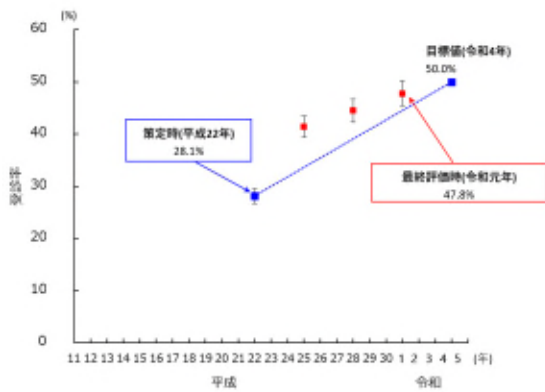
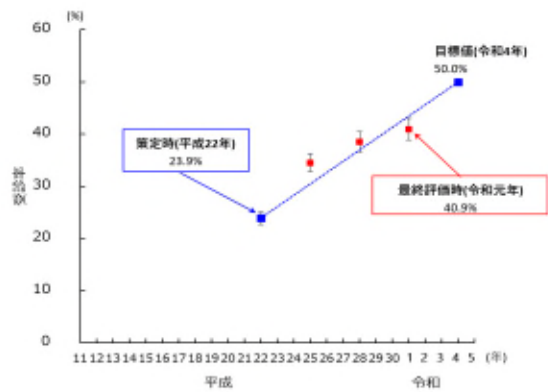


図7：大腸がん検診受診率（女性）



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

図8：子宮頸がん検診受診率

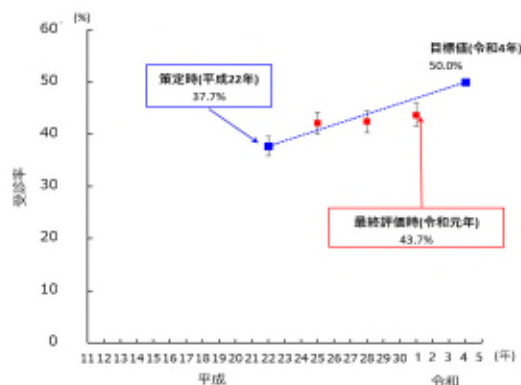
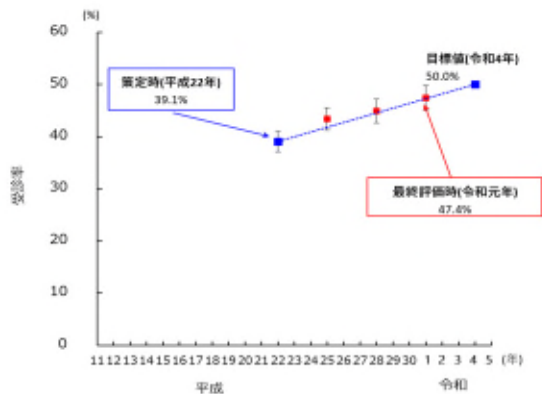
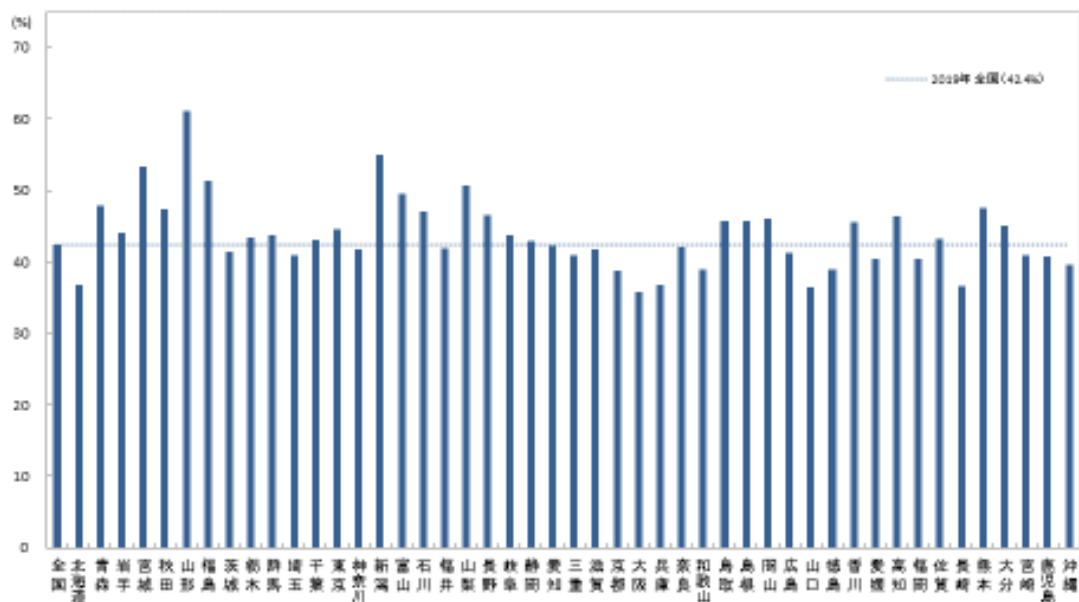


図9：乳がん検診受診率



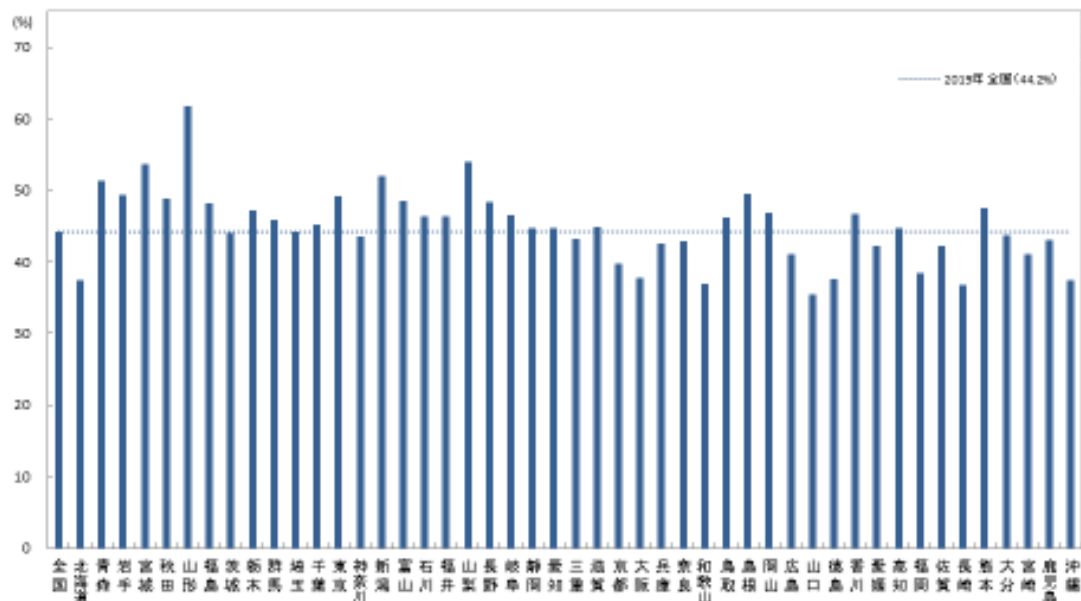
出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

図10：胃がん検診受診率（40～69歳 男女計）令和元（2019）年



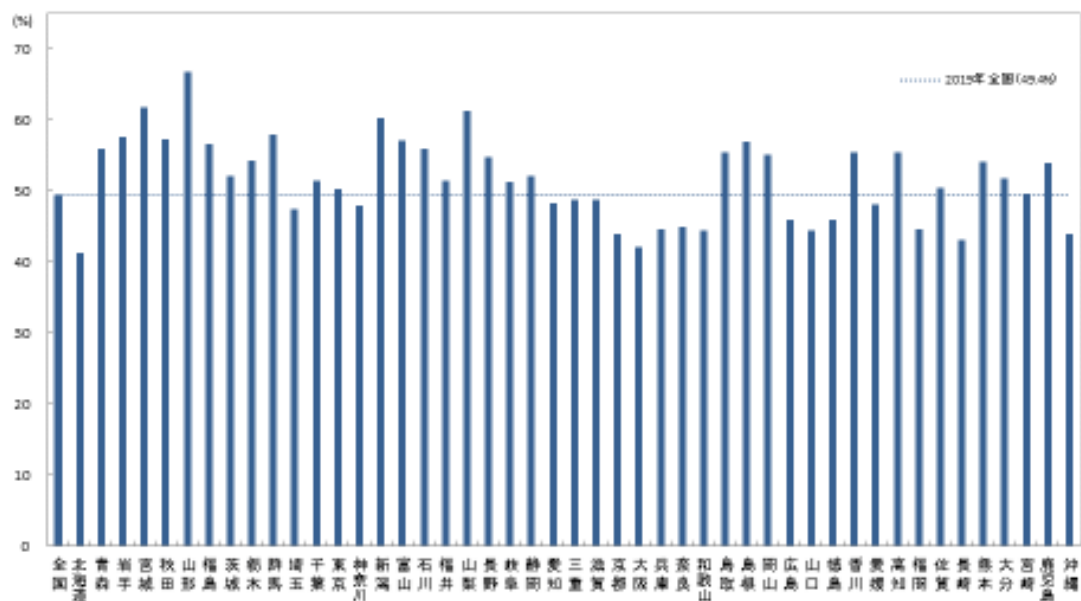
出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（国立がん研究センターがん対策情報センターHPよりグラフ引用）

図 11：大腸がん検診受診率（40～69歳 男女計）令和元（2019）年



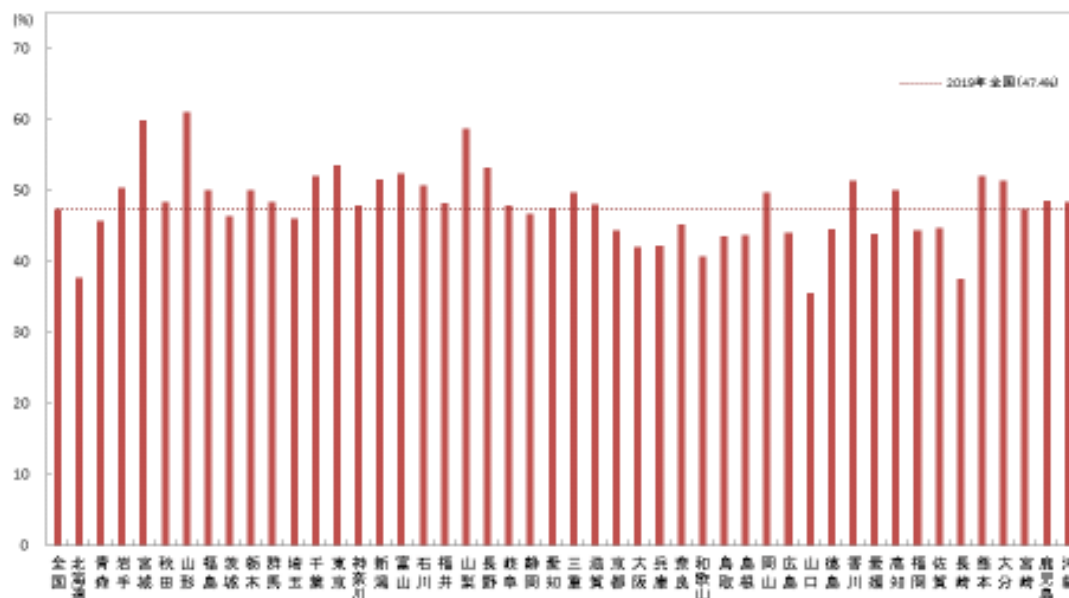
出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（国立がん研究センターがん対策情報センターHPよりグラフ引用）

図 12：肺がん検診受診率（40～69歳 男女計）令和元（2019）年



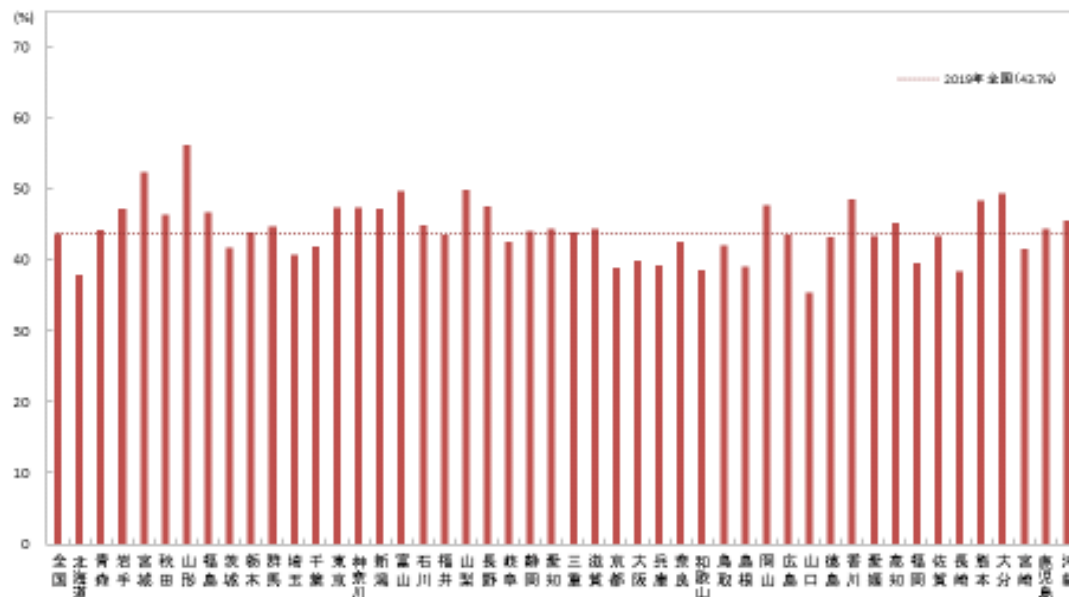
出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（国立がん研究センターがん対策情報センターHPよりグラフ引用）

図 13 乳がん検診受診率（40～69歳 女性）令和元（2019）年



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（国立がん研究センターがん対策情報センターHPよりグラフ引用）

図 14：子宮(頸)がん受診率（20～69歳 女性）令和元（2019）年



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（国立がん研究センターがん対策情報センターHPよりグラフ引用）

図 15 : 都道府県別がん受診率年次推移 胃がん (40~69 歳 男性)

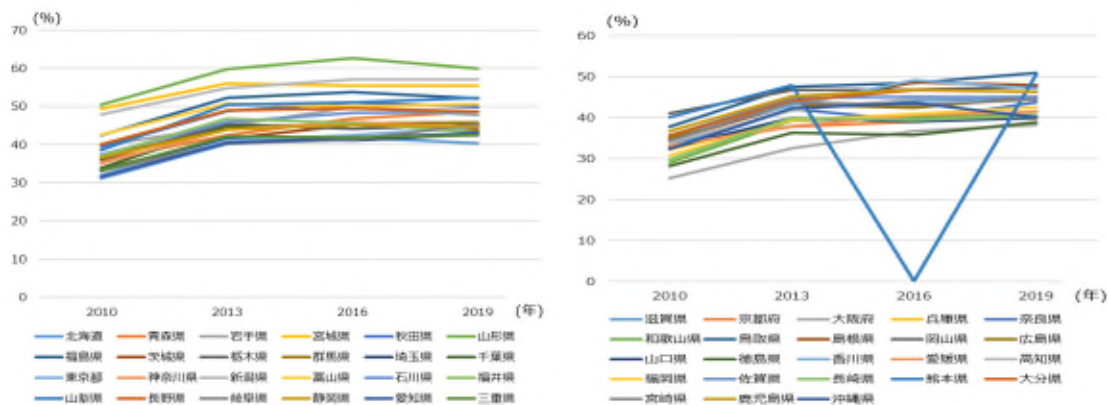


図 16 : 都道府県別がん受診率年次推移 胃がん (40~69 歳 女性)

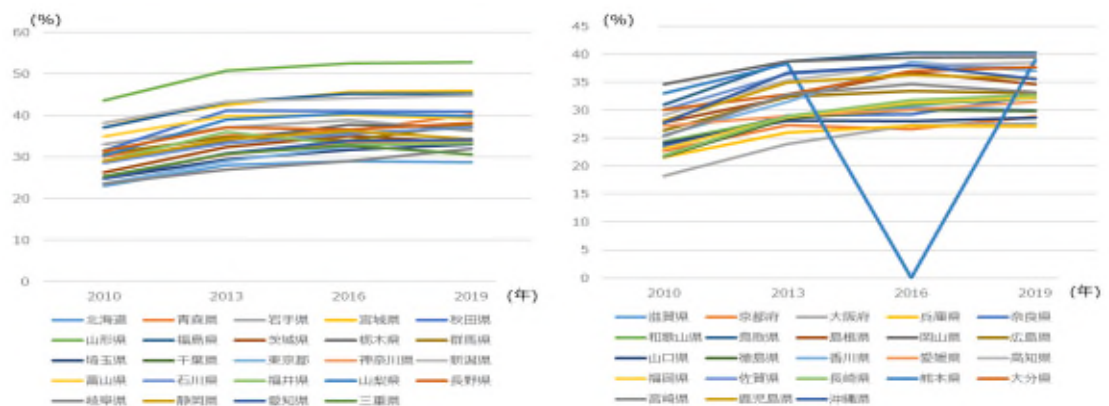
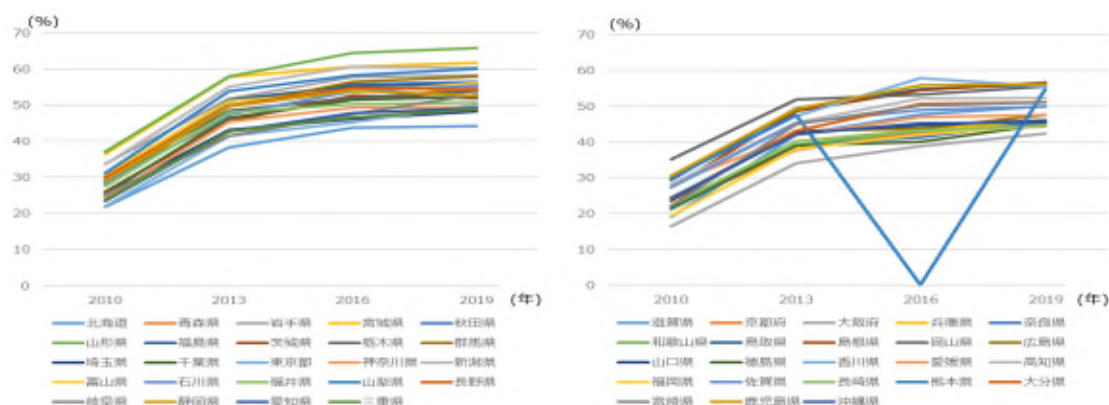


図 17 : 都道府県別がん受診率年次推移 肺がん (40~69 歳 男性)



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（国立がん研究センターがん対策情報センター）

図 18 : 都道府県別がん受診率年次推移 肺がん (40~69 歳 女性)

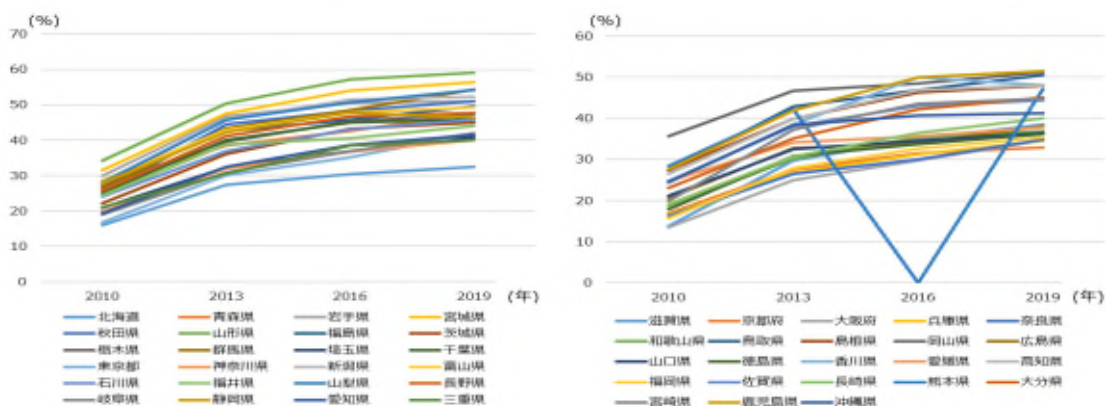


図 19 : 都道府県別がん受診率年次推移 乳がん (40~69 歳 過去 2 年)

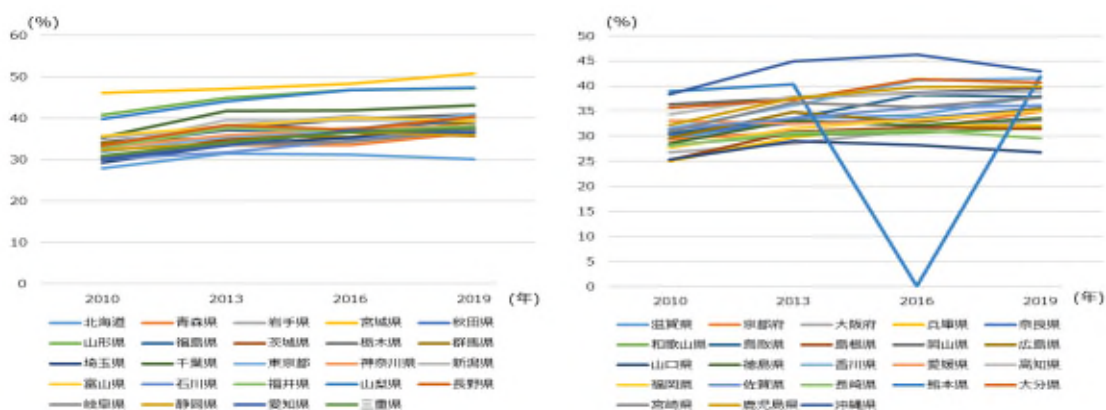
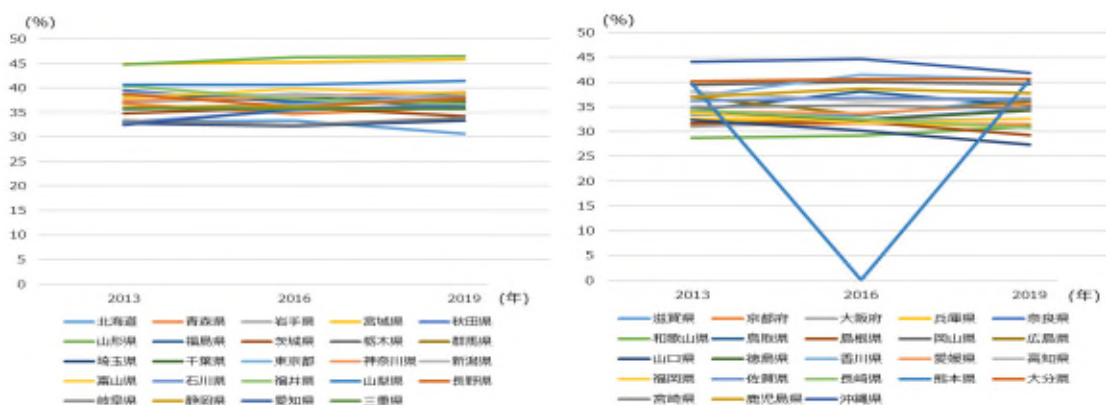


図 20 : 都道府県別がん受診率年次推移 子宮頸がん (20~69 歳 過去 2 年)



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（国立がん研究センターがん対策情報センター）

図 21：都道府県別がん受診率年次推移 大腸がん（40～69 歳 男性）

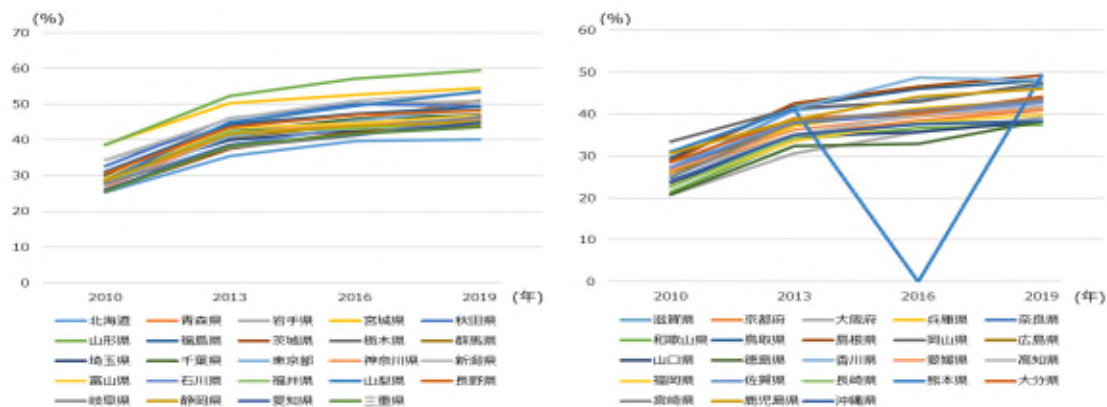
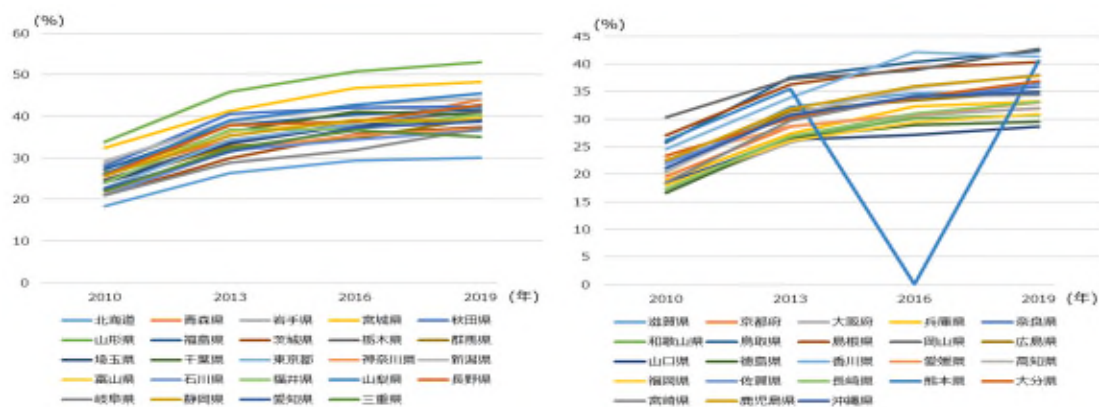
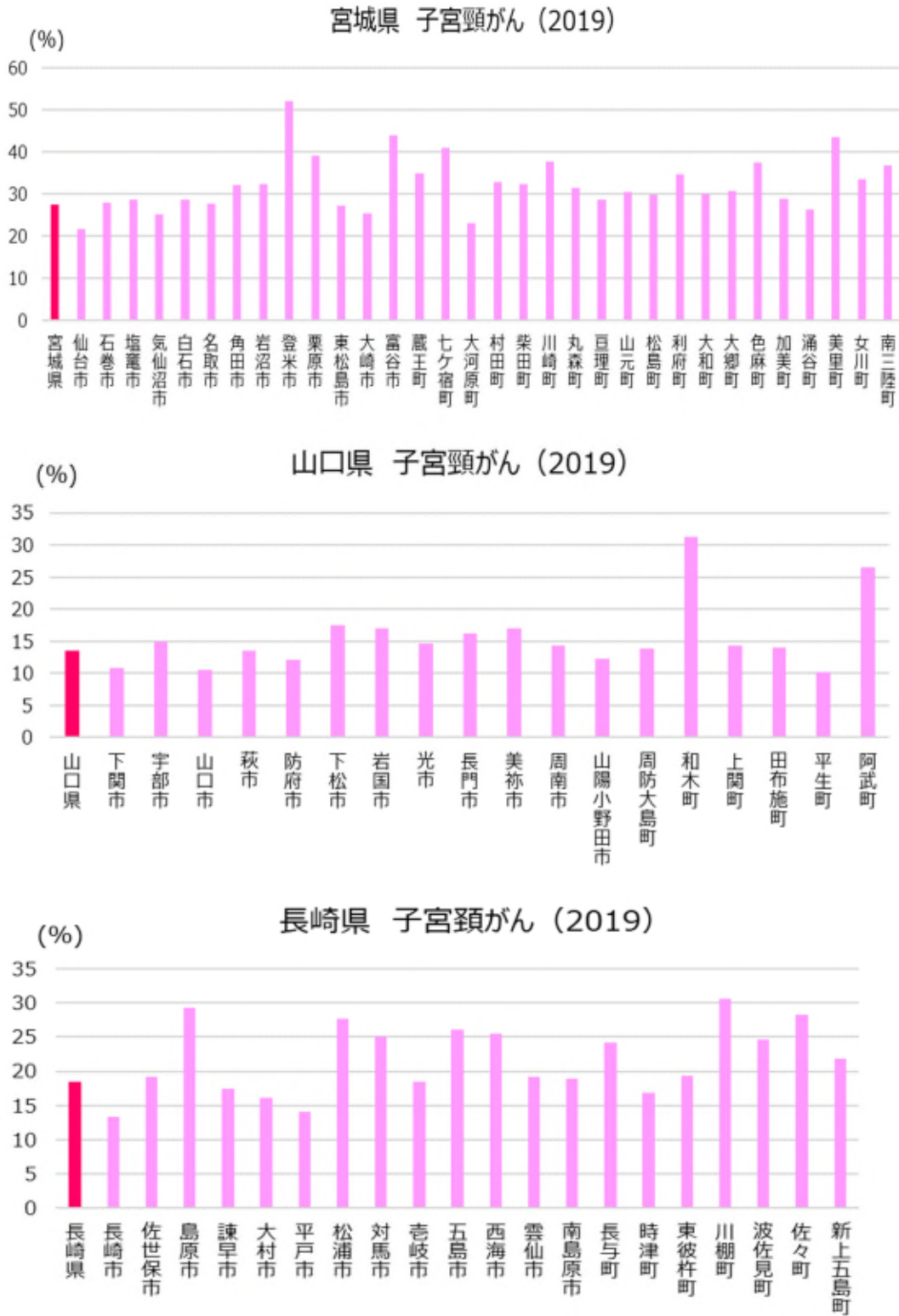


図 22：都道府県別がん受診率年次推移 大腸がん（40～69 歳 男性）



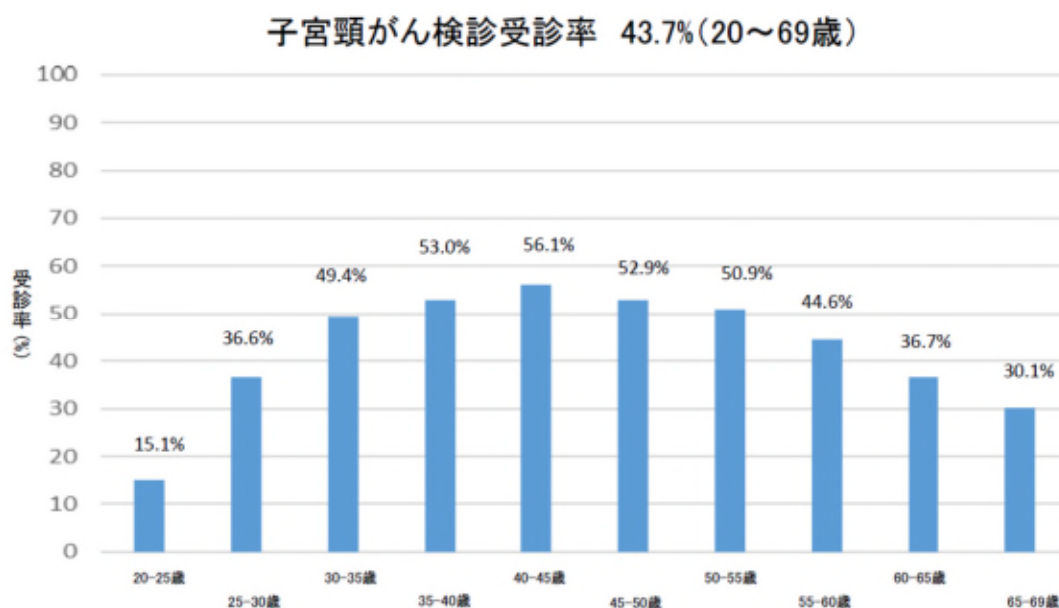
出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（国立がん研究センターがん対策情報センター）

図 23 : 市町村別住民がん検診受診率（国民健康保険の被保険者対象）



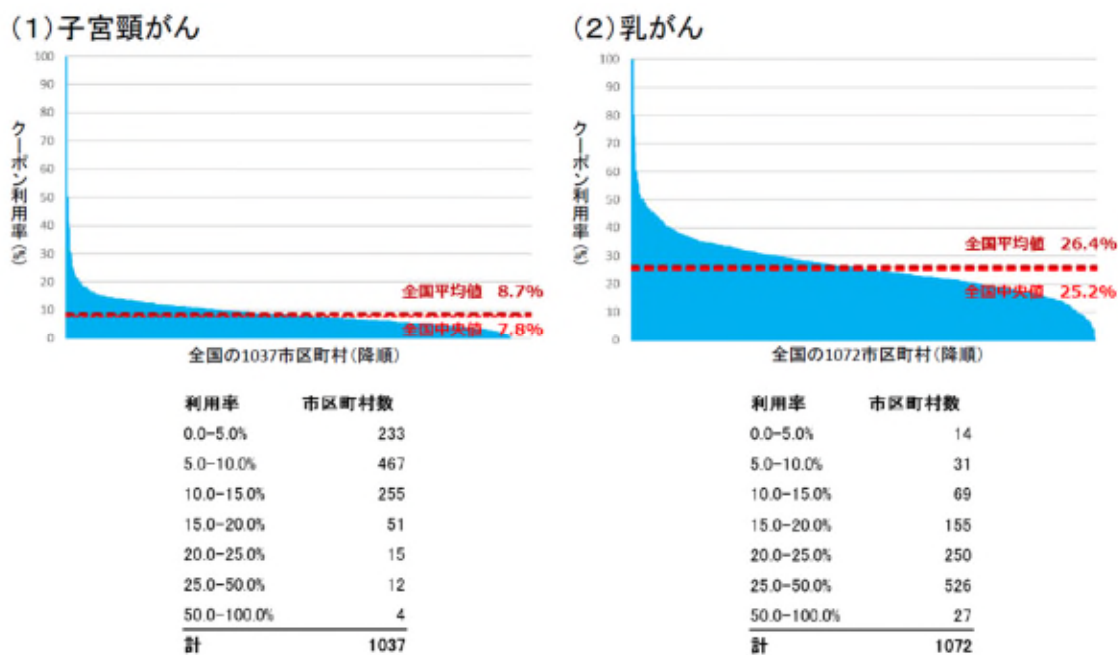
出典：令和元（2019）年度 地域保健・健康増進事業報告

図 24 : 年齢階級別子宮頸がん検診受診率 (令和元 (2019) 年)



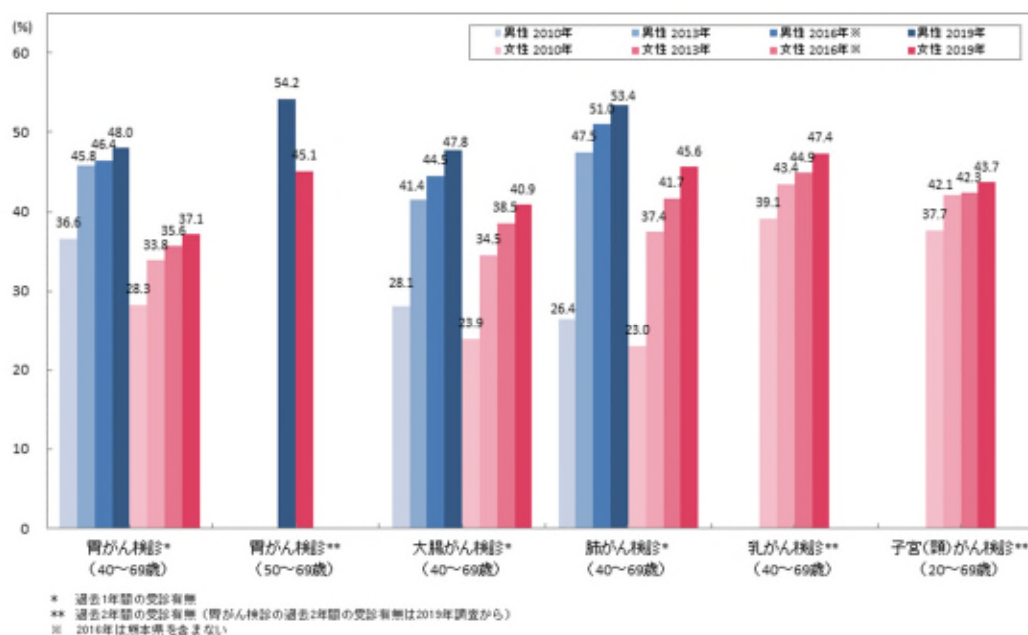
出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」(令和元 (2019) 年)

図 25 : クーポン券利用率



出典：第 33 回がん検診のあり方に関する検討会 資料 3

図 26：男女別がん検診受診率の推移



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」(国立がん研究センターがん対策情報センターHP よりグラフ引用)

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

- 平成 18 (2006) 年 6 月 がん対策基本法が成立。
- 平成 19 (2007) 年 6 月 第 1 期がん対策推進基本計画 閣議決定。
- 平成 24 (2012) 年 6 月 第 2 期がん対策推進基本計画 閣議決定。
- 第 2 期基本計画 (平成 24 (2012) 年 6 月閣議決定) に基づき、
 - 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成
 - がんと診断された時からの緩和ケアの推進
 - がん登録の推進
 - 働く世代や子供へのがん対策の充実
 等の施策により、がん対策を実施。
- 平成 25 (2013) 年 12 月 がん登録等の推進に関する法律が成立。
- 平成 26 (2014) 年 4 月「がん研究 10 カ年戦略」開始。
- がん対策推進協議会において「がん対策推進基本計画中間評価報告書」(平成 27 (2015) 年 6 月) のとりまとめを実施し、喫煙率減少、がん検診受診率向上をはじめとしたがん対策のより一層の推進が必要と報告された。
- がんサミット (平成 27 (2015) 年 6 月 1 日開催) における総理の指示を受けて、年齢調整

死亡率のさらなる減少に向けて、「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」を3つの柱とした「がん対策加速化プラン」（平成28（2016）年12月）を策定（第2期計画の加速のためのプラン）。

- 平成30（2018）年3月 がん対策推進基本計画（第3期）閣議決定。
 - ※平成29（2017）年度～令和4（2022）年度までの6年程度を目安。
- がん対策推進協議会において、現在、第3期がん対策基本計画の中間評価を実施中。
- 第3期基本計画（平成30（2018）年3月9日閣議決定）においても、がんの罹患者や死亡者の減少を実現することを目標としている。基本計画に基づき、下記の施策等によりがん対策を実施。
 - がん予防
 - がん医療の充実
 - がんとの共生
 - これらを支える基盤の整備

<各目標項目に係る取組>

① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

がんによる死亡者を減少させるために、がんの一次予防により、避けられるがんを防ぐことが重要である。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙を含む。）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染など、様々なものがある。このなかで、がんにもっと大きく寄与する因子は喫煙であり、「成人の喫煙率の減少」や「未成年者の喫煙をなくす」こと等について目標を定め、取組が進められている。健康増進法の改正により、望まない受動喫煙を防ぐ取り組みとして、多数の人が利用する施設は、令和2（2020）年4月から原則屋内禁煙となるなど、受動喫煙対策が強化された。

さらに、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙について2番目に、女性では最も発がんに大きく寄与する因子となっている。感染症対策として、HPVワクチンのあり方、肝炎対策の総合的な推進等について、取り組んでいる

【がんの一次予防】

- 喫煙（受動喫煙含む）対策
 - 様々な企業・団体と連携し、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動を一層推進
 - 様々な機会を通じて、禁煙希望者に対する禁煙支援を実施
 - 禁煙支援を行う者が、実際の支援に活用できるよう、「禁煙支援マニュアル（第二版増補改訂版）」を周知
 - 健康増進法の改正に基づき、受動喫煙対策を徹底
 - 家庭における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発活動や、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を推進

- がん診療連携拠点病院において、「たばこクイットライン」事業を開始し、電話等による禁煙相談を実施。
- 診療報酬におけるニコチン依存症管理料について、情報通信機器を用いた診療に係る評価がなされるとともに、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件を見直し。
- 喫煙率を下げるために、たばこの段階的な税率増加を実施
- たばこパッケージの注意文言の表示面積を 30%→50%以上に拡大
- 身体活動（詳細は身体活動・運動領域に記載）
「健康づくりのための身体活動基準2013」及び「アクティブガイド－健康づくりのための身体活動指針－」等を周知・広報を続けている。近年は室内でも取り組める体操などについても「e-ヘルスネット」で発信している。
- 栄養・食生活（詳細は栄養・食生活領域で評価）
食塩摂取量の減少、野菜・果物摂取量の増加、肥満・やせの減少等に向け、食生活指針や食事バランスガイドを通じた啓発普及をしている。

② がん検診の受診率の向上

がんの早期発見及びがん検診（2次予防）においては、受診率向上対策について、検診の受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨、職域で受診機会のない者に対する受診体制の整備、受診対象者の名簿を活用した個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨など、順次取組を進めことに取り組んでいる。さらに、がん検診の精度管理の推進や職域におけるがん検診についても科学的根拠に基づくがん検診の実施を進めている。

- 第1期及び第2期基本計画において、分野別施策の一つに「がんの早期発見」が設定され、がん検診受診率を50%以上にすることを目標に掲げ、各種取組（下記）が行われてきた。
- 第3期基本計画において、個別目標として、従来、記載されていた「胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%」が削除され、「男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を50%とする。」とされるとともに、「精密検査受診率の目標値を90%とする。」という新たな目標が追加された。
- がんの早期発見を目的として、検診受診率50%の達成を目指し、具体的には、
 - 検診受診率向上キャンペーン
 - がん検診クーポン券や検診手帳の配布
 - 企業との連携促進
 - 市町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施及び精度管理等に係る体制整備の推進
 - 「がん対策推進企業等連携事業」による、職域のがん検診における普及啓発及び精度管理の推進等の取組を実施
 - 保険者や事業主ががん検診を実施するに当たっての検査項目や検診間隔等の参考となるよう、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を作成・公表（平成30（2018）年3月）。
 - ナッジ理論に基づいた好事例を紹介した「受診率向上施策ハンドブック第2版」を公表

等を実施。

- 職域におけるがん検診は、保険者や事業者が福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」等を参考にして実施いただくよう進めていく。
- 令和元（2019）年 5 月に策定された健康寿命延伸プランにそって下記の取組を推進。
 - ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨
 - 保険者インセンティブの強化

<関連する取組>

がんによる死亡者を減少させるためには、予防、早期発見に加え、適切な医療を受けられる体制を充実させることも重要であり、第 3 期基本計画「患者本位のがん医療の実現」において、①がんゲノム医療、②がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実、③チーム医療の推進、④がんのリハビリテーション、⑤支持療法の推進、⑥希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）、⑦小児がん、AYA 世代のがん及び高齢者のがん対策、⑧病理診断、⑨がん登録、⑩医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組を上げて推進している。

また、これらを支える基盤の整備では、「がん研究」の推進による診断・治療技術の進歩によるがん死亡者数の減少、「がん教育・がんに関する知識の普及啓発」において、がんに関する知識の普及啓発により、がん予防や早期発見の重要性を認識し、適切な予防行動につながることを目指している。

<その他関連する取組>

第 3 期基本計画について、がん対策推進協議会において、策定された指標に基づき、中間評価報告に向けた討議が行われている。令和 2（2020）年 10 月に実施された第 74 回がん対策推進協議会では、がん予防分野の中間評価に向けた整理（案）について、討議され、75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については、着実に減少していることが示された。一方、がん種別の年齢調整死亡率は、平成 29（2017）年から平成 30（2018）年にかけて胃がん・大腸がん・肝がんは減少していることが確認されたが、子宮頸がん・乳がんについては、横ばいとなっているなど、がんの種類によって年齢調整死亡率の推移は異なった傾向がみられていることが示された。

3 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

- 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については、着実に減少しており、目標を達成している。
- がん検診の受診率については、男性の肺がんのみが目標を達成していた。その他は、現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある状態であった。なかでも、女性の胃がん検診と大腸がん検診、子宮頸がん検診は、目標年度までに目標達成が危ぶまれる状況である。達成できなかった要因の一つとして考えられることとして、都道府県間の受診率の差（図 10-14）さらには、市区町村間に受診率の差（図 23）があると考えられ、各都道府県において、受診率が低い自治体の洗い出しと、受診率向上に向けた支援が必要と考える。
- 年次推移を見ると、受診率が低い県は、低値が継続されており、重点的な取り組みが必要と考える。子宮頸がん検診においては、20～25 歳の受診率が低い（図 24）。さらに、初回検診の受診勧奨

を目指したクーポン券についても、利用率は高くない。(図 25)

- 令和元(2019)年度市町村におけるがん検診実施状況調査では、コールリコールを実施している市区町村の割合として、平成30(2018)年度の個別受診勧奨では、胃がん83.3%、肺がん82.3%、大腸がん85.2%、乳がん86.7%、子宮頸がん85.4%と、8割を超える自治体で実施されているが、個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨(全員または一部)を実施した自治体は、胃がん46.1%、肺がん44.7%、大腸がん52.5%、乳がん60.2%、子宮頸がん58.5%と、一部の自治体に限られている状況であった。

4 今後の課題

<各目標項目に係る課題>

①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

- 今後も75歳未満のがんの年齢調整死亡率を着実に低下させていくためには、がんに罹る国民を減らすことが重要であり、がん予防のための施策を一層充実させていく必要がある。また、がんに罹った場合にも、早期発見・早期治療に繋がるがん検診は重要であり、その受診率を向上させていく。
- 令和3(2021)年度中に「第3期がん対策推進基本計画(平成30(2018)年3月9日閣議決定)」の中間評価報告書を取りまとめる。

②がん検診の受診率の向上

- がん検診受診率に関しては、全ての指標でベースラインより向上しているものの、男性の肺がん以外の検診については受診率50%の目標には到達していないため、第3期基本計画の内容を踏まえ、検診の精度の管理の徹底とともに、個別の受診勧奨・再勧奨等を推進していく。
- がん検診の受診率が低い理由として「受ける時間がないから」「必要性を感じないから」「心配なときはいつでも医療機関を受診できるから」等が挙げられ、がん検診の普及啓発が不十分であること等が指摘されている。対象者全員に受診勧奨をしている市町村は約半数程度であり、これまでの施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域におけるがん検診との連携など、より効率的・効果的な施策を実施する。
- 英国内閣府の傘下に設置された組織である The Behavioural Insights Team(BIT)が、ナッジ理論を実際の現場で使いやすい手法のフレームワークとして発表した「EAST」(Easy, Attractive, Social, Timely)を活用することでがん検診受診に対する抵抗感を低減し、受診行動に導くことが期待される。
- 都道府県別の受診率の推移(図15-22)では、受診率が低い県は、低い値で経過しており、対策の強化が求められる。そのアプローチとしては、市区町村別、年齢階級別など、全体の受診率を下げている集団を割り出し、コールリコールの実施やスモールメディアなど、受診率向上効果が科学的に確認されている手法を積極的に実施することが有効であると考えられる。

<指標設定やデータに係る課題>

- 死亡数の減少に関しては、全がんのモニタリングのみならず、がん種別のモニタリングと減少幅が小さいがん種別の対策強化が必要であると考え。また、全国がん登録による罹患情報の精度が安定してくれば、診断時の進行度から検診の有効性の評価が可能となってくると考える。
- がん検診受診率に関しては、国民生活基礎調査をデータソースとしており自己申告による調査に基づいて把握されているが、職域検診も含めた受診状況より、より正確な受診率を用いることが求められると考える。
- また、平成 28（2016）年から内視鏡による胃がん検診が 50 歳以上隔年で実施出ようになったが、従来の 40 歳以上毎年の胃 X 線検査も当面の間実施できるとされており、2 通りの受診率が算出される状態となっている（図 26）。今後の胃がん検診の受診率の提示方法についても検討が必要と考える。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 検診実施機関等により令和 2（2020）年度の検診件数の減少が、がん治療施設から治療件数の減少が報告されている。医療機関・検診受診控えに対してはリーフレットやホームページ等を通して受診推奨を啓発する取組を引き続き実施する。
- 実際の新型コロナウイルス感染症の影響を測るには、がん登録によるがん罹患数、罹患時の進行度、さらには、死亡数から確認する必要があると考える。死亡数への影響が及ぶまでには、タイムラグもあるが、断片的なデータだけで判断するのではなく、様々なデータを踏まえて影響を評価することが重要であると考え。

<参考文献・URL>

- がん対策基本法
https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=418AC1000000098_20161216_428AC0000000107
- がん対策推進基本計画
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html>
- がん情報サービスがん統計サイト がん検診受診率
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/screening.html
- がん情報サービスがん統計サイト グラフデータベース検診受診率
https://gdb.ganjoho.jp/graph_db/gdb8?graphId=804
- e-Stat 地域保健・健康増進事業報告
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450025>

様式2 (案) 令和3年9月3日版

(領域名) (2) 循環器疾患

背景

- 循環器疾患（この章では脳血管疾患と心疾患を合わせて循環器疾患と定義している）は、悪性新生物（がん等）について日本人の主要死因の大きな一角を占めており、平成 30（2018）年の人口動態統計によると、心疾患は死亡原因の第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせると、悪性新生物（がん）に迫り、年間 31 万人以上の国民が亡くなっている。また令和元（2019）年「国民生活基礎調査」によると、介護が必要となった主な原因のひとつである（要介護の原因の 20.6%を占めている）。
- 循環器疾患の予防は基本的には危険因子の管理であり、国際的に確立している危険因子としては、制御できない性、年齢を除くと、高血圧、脂質異常症（特に高 LDL コレステロール血症）、喫煙、糖尿病の4つがある。循環器疾患の予防はこれらの危険因子の管理が中心となるため、それぞれの改善を図り、その結果として循環器疾患の予防対策を進めて行くという視点で健康日本 21、健康日本 21（第二次）が展開されてきた。健康日本 21 ではこれらのうち喫煙以外の3つを指標としていたが、健康日本 21（第二次）ではこれら4つのすべてを指標としていた。このうち喫煙はほぼあらゆる疾患の発症リスクを高めるため独立した章で評価され、糖尿病は循環器疾患以外の独自の合併症（細小血管障害など）があるため、これも独立した章で評価されている。そのためここでは4つの主要危険因子のうち、高血圧と脂質異常症（高コレステロール血症）について評価し、これらと喫煙と糖尿病の推移を参考にしながら循環器疾患の年齢調整死亡率等の評価を行った。

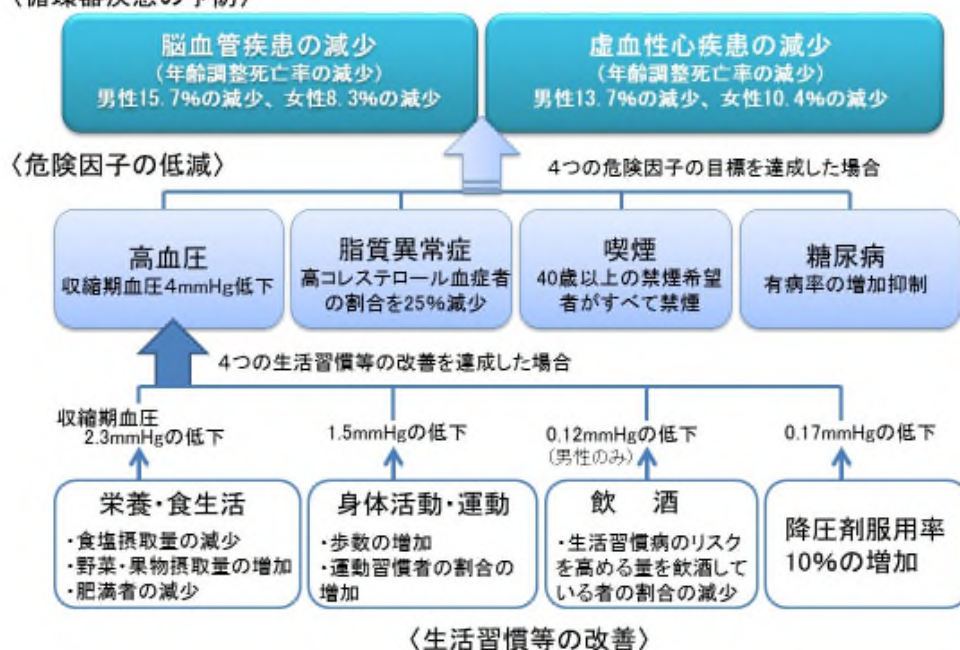
1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	1
B 現時点で目標値に達していないが、改善している	2
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内2)
C 変わらない	1
D 悪化している	1
E 評価困難	0

目標項目	評価
① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	A
脳血管疾患の年齢調整死亡率 男性	(A)
脳血管疾患の年齢調整死亡率 女性	(A)
虚血性心血管疾患の年齢調整死亡率 男性	(A)
虚血性心血管疾患の年齢調整死亡率 女性	(A)
② 高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下)	B*
収縮期血圧の平均値 男性	(B*)
収縮期血圧の平均値 女性	(B)
③ 脂質異常症の減少	C
総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 男性	(C)
総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 女性	(D)
L D Lコレステロール 160mg/dl 以上の者の割合 男性	(C)
L D Lコレステロール 160mg/dl 以上の者の割合 女性	(C)
④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	D
⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	B*
特定健康診査の実施率	(B*)
特定保健指導の実施率	(B*)

循環器疾患の目標設定の考え方

〈循環器疾患の予防〉

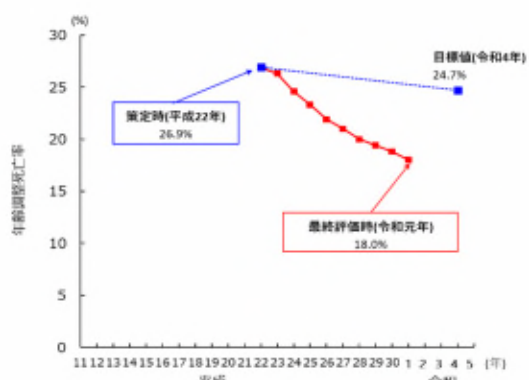
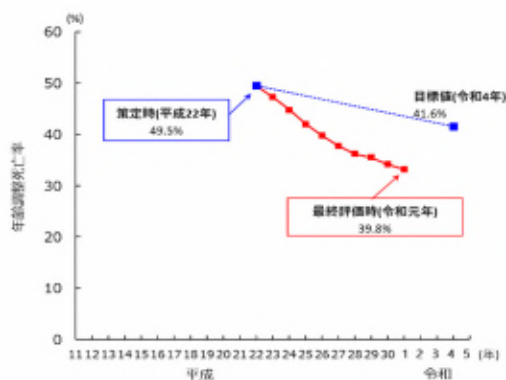


① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

男性、女性ともに脳血管疾患の年齢調整死亡率は既に目標を達成している。同じく男性、女性とも虚血性心疾患の年齢調整死亡率も既に目標を達成している。

図 1：脳血管疾患の年齢調整死亡率（男性）

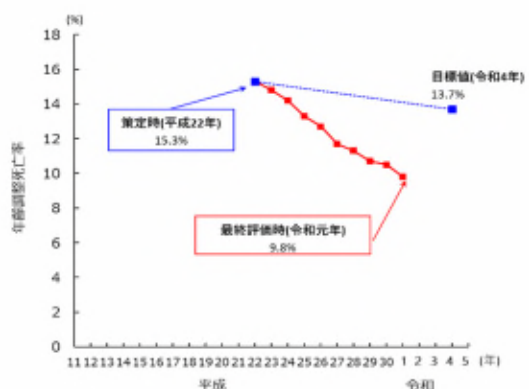
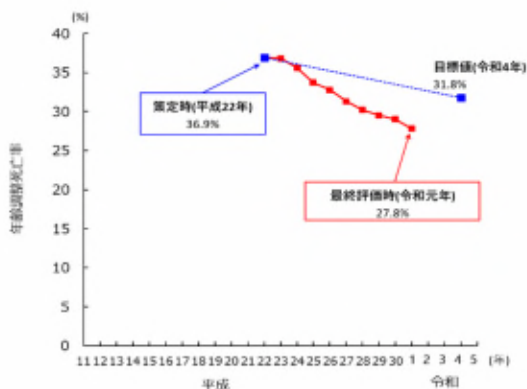
図 2：脳血管疾患の年齢調整死亡率（女性）



出典：厚生労働省「人口動態統計」

図 3：虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男性）

図 4：虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女性）



出典：厚生労働省「人口動態統計」

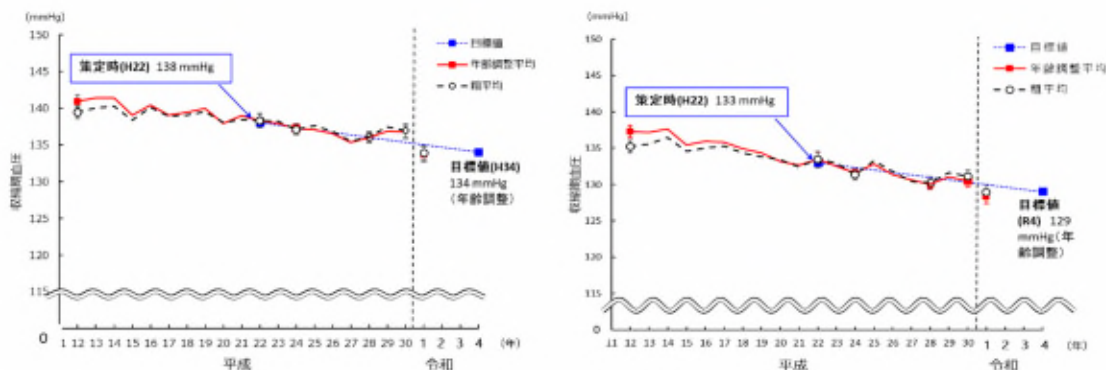
② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）

本検討での年齢調整の基準人口は、平成 22（2010）年調査実施人数としており、年齢調整は 40-49 歳、50-59 歳、60-69 歳、70-89 歳の 4 区分で実施している。男性、女性ともに現時点で目標値には達していないが、改善傾向にある。男性は、平成 22～27（2010～2015）年は減少したが、平成 28～30（2016～2018）年は逆に増加傾向を示した。女性は、平成 22～30（2010～2018）年で一貫して減少していた。男性については目標年度までの目標達成は厳しいと考えられた。なお、評価に使用可能な直近の国民健康・栄養調査は令和元（2019）年度であるが、この年から血圧計が水銀血圧計から電子圧力柱血圧計に変更されているため、血圧の評価は平成 30（2018）年度までの調査結果を用いて実施した。

次に年齢階級別の収縮期血圧の推移も示した。年齢階級別の人数が少ないためここでは 3 年幅

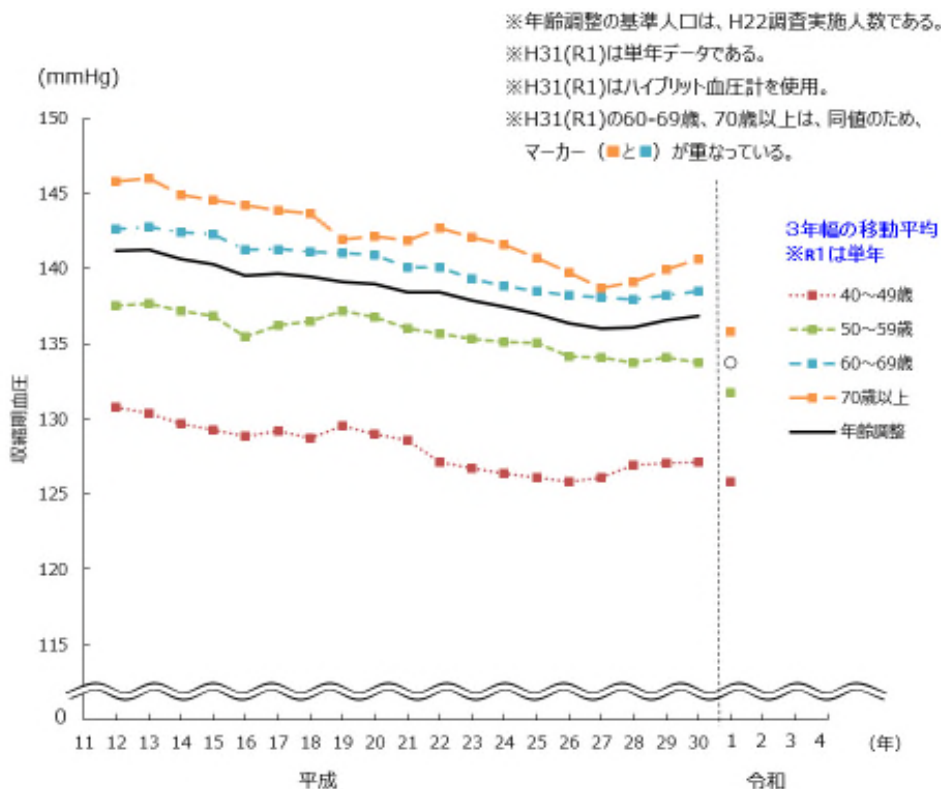
の移動平均を示している。ただし令和元（2019）年は移動平均ではなく単年度平均で示している。平成22（2010）年からの推移は基本的に男女とも減少基調であるが、平成29（2017）年と平成30（2018）年において、男性では、60～69歳と70歳以上、女性では70歳以上でやや増加する傾向を示した。

図5：収縮期血圧の平均値の推移（男性）40-89歳 図6：収縮期血圧の平均値の推移（女性）40-89歳



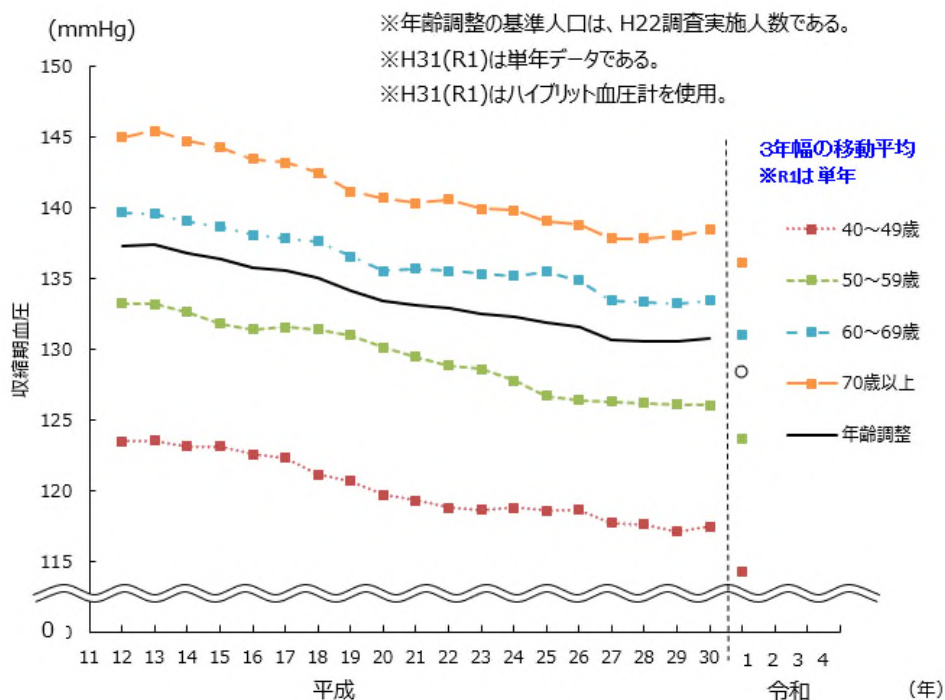
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図7：収縮期血圧の平均値の推移（男性）年齢階級別



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 8 : 収縮期血圧の平均値の推移 (女性) 年齢階級別



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

③ 脂質異常症の減少

○ 指標設定の背景

健康日本 21 (第二次) では、脂質異常症の指標として総コレステロールと LDL コレステロールの 2つの指標が採用されている。

脂質異常症の指標は、諸外国ではスクリーニングやリスク評価には主に総コレステロールが用いられている。総コレステロールは測定精度も良好で正確に測定でき、古くからある指標であるため、日本人の長期的な脂質異常症の推移の評価に適している。また、総コレステロールは、LDL コレステロール、HDL コレステロール、その他のコレステロールで構成されているが、通常、LDL コレステロールが最も多くを占めるため LDL コレステロールの代用指標として使われてきた (一般的に総コレステロールが高い者では LDL コレステロールも高い)。

もう 1つの指標となっている LDL コレステロールは、国際的にはフリードワルド式で総コレステロール、トリグリセリド、HDL コレステロールから計算式で求めるのが標準であり、その際のトリグリセリドは空腹時の測定を要求される。一方、LDL コレステロールの直接測定法は日本で開発され、国内では広く用いられているが、精度には国際的に疑義が提起されており、ある程度の解決をみたのは平成 29 (2017) 年であったため、平成 28 (2016) 年までの LDL コレステロールの測定結果を見る際には注意が必要である。特定健診では、フリードワルド式と直接法のいずれを用いて LDL コレステロールを測定してもよいことになっており、現実にはほとんどの保険者が直接法を用いていると推測される。

上記の通り、健康日本 21 (第二次) 策定時にはいずれの指標も一長一短があるため、2つの

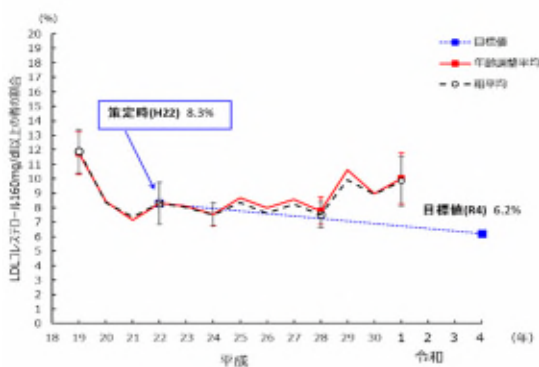
指標が目標値として設定されていた。なお、総コレステロールと LDL コレステロールの目標値の差が 80mg/dl であるのは、一般的に総コレステロールと LDL コレステロールの差がこの程度とされているためである。LDL コレステロールのカットオフ値も、動脈硬化性疾患予防ガイドライン平成 29（2017）年版のスクリーニング基準の 140mg/dl（特定健診では受診勧奨値とされている値）ではなく、低リスク者の管理目標値である 160mg/dl に設定されている。

○ 今回の評価

最終評価ではいずれの指標を用いても脂質異常症の代表的な指標である高コレステロール血症者（総コレステロール 240 mg/dl 以上の者、LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者）の割合は、男女とも目標に達しておらず、横ばいもしくは悪化傾向であり、総コレステロール 240mg/dl 以上の割合は、女性でベースラインと比較してむしろ悪化傾向であった。

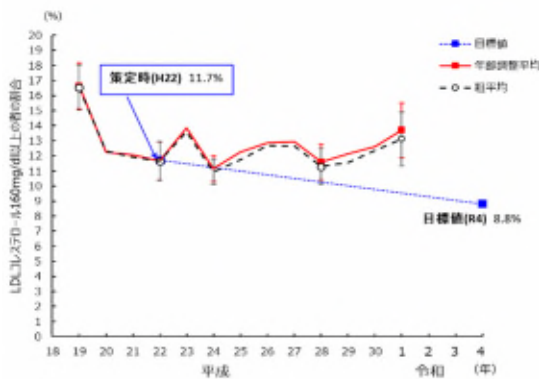
項目全体としては 4 つの指標の評価を総括し、「C 変わらない」と評価される。

図 9：LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合の推移（男性）40-79 歳



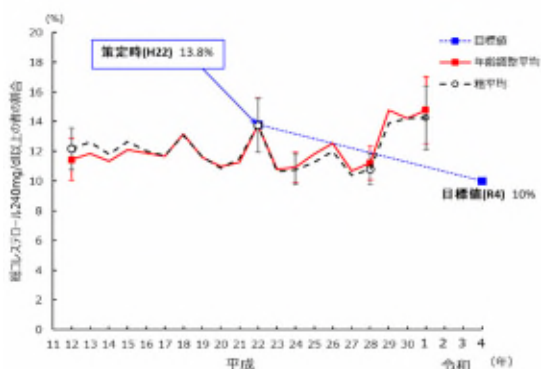
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 10：LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合の推移（女性）40-79 歳



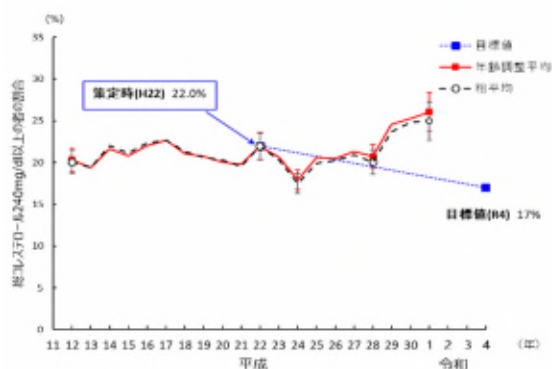
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 11：総コレステロール 240 mg/dl 以上の者の割合の推移（男性）40-79 歳



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 12：総コレステロール 240 mg/dl 以上の者の割合の推移（女性）40-79 歳



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

- ④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少：糖尿病領域に記載
- ⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上：糖尿病領域に記載

2 関連する取組

<循環器疾患に対する行政の取組>

- 循環器病に係る診療提供体制の在り方について、平成 29（2017）年 7 月に「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」において報告書が取りまとめられ、当該報告書を踏まえた、循環器病の診療提供体制を構築する上での留意事項等に関する通知を、平成 29（2017）年 7 月に発出した。
- 上記報告書を踏まえ、循環器病の診療提供体制の評価に資する指標の確立に向けた研究班や、24 時間専門的な診療を提供できる急性期診療体制における施設間連携体制構築の研究班、地域におけるかかりつけ医等と専門的医療を行う施設との連携体制構築に関する研究班などを設置

している。

- 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について、平成 30（2018）年 4 月に「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」において報告書が取りまとめられ、平成 30（2018）年 5 月に通知を発出した。現在、緩和ケアを推進するため、心不全学会が行っている心不全の緩和ケア講習会（HEPT）を推進するための事業を実施中である。
- 上記の研究成果や報告書を踏まえ、各都道府県の診療提供体制の整備状況等を確認しながら、必要な循環器疾患対策の検討を行った。
- 「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」（平成 30（2018）年 12 月に成立）に基づいて、令和 2（2020）年 1 月から 7 月にかけて循環器病対策推進協議会を開催し「循環器病対策推進基本計画」を策定、令和 2（2020）年 10 月に閣議決定された。
- 厚生労働省・経済産業省は「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」を実施し、そのうち「食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業」の実証事業者として令和 2（2020）年 11 月に日本高血圧学会を選定した。この事業を通じて尿中ナトリウム・カリウム測定による減塩と野菜摂取増加のための保健指導及び食環境整備の手法を開発している。

<循環器疾患と関連する関係学会等の取組>

- 日本脳卒中学会と日本循環器学会が中心となり、「脳卒中と循環器病克服 5 カ年計画」を作成し、平成 28（2016）年 12 月に公表した。この計画では、脳卒中と循環器病による年齢調整死亡率を 5 年間で 5 %減少させること、健康寿命を延伸させることを大目標として設定し、これらの目標を達成するために、3 つの疾患（脳卒中・心不全・血管病）に対し、5 つの戦略（人材育成、医療体制の充実、登録事業の促進、予防・国民への啓発、臨床・基礎研究の強化）を掲げ、計画を実行することとしている。令和 3（2021）年 3 月からは循環器対策推進基本計画も踏まえ、「脳卒中と循環器病克服第二次 5 カ年計画」が公表された。なお、現在、第一期の 5 ヶ年計画の評価が進行中である。
- 日本循環器学会は、平成 16（2004）年から循環器疾患診療実態調査（The Japanese Registry Of All cardiac and vascular Diseases（JROAD））を行っており、(1)施設概要（循環器医療の供給度）、(2)検査や治療の実施状況（循環器医療の必要度）、DPC データの分析を行っている。この事業のデータセンターと事務局は平成 25（2013）年度から国立循環器病研究センターに設置され、学会との共同研究を推進している。
- 「日本脳卒中データバンク」は、国内の 130 施設（令和 3（2021）年 1 月現在）が参加する脳卒中患者の登録事業で、平成 11（1999）年から実施されている。平成 27（2015）年 4 月より、公益 社団法人日本脳卒中協会から国立循環器病研究センターに運営業務が移管された。疾患の実態や診療のベンチマークになるような登録事業である。
- 日本脳卒中協会は、平成 17（2005）年に社団法人として設立され、（平成 24（2012）年から公益社団法人）、脳卒中に関する正しい知識の普及および社会啓発によって新たな脳卒中

発症の減少に寄与すると同時に、脳卒中患者・家族に対する情報提供、自立のための支援を促進する事業を継続している。

- 令和 3（2021）年に一般社団法人日本循環器協会が設立され、循環器病の予防や治療に関する普及啓発等、基本法の実現に向けた活動を開始した。
- 平成 27（2015）年に脳・心血管疾患の危険因子の予防、治療と関連した 11 学会（日本内科学会、日本疫学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本循環器学会、日本腎臓学会、日本体力医学会、日本動脈硬化学会、日本脳卒中学会、日本肥満学会、日本老年医学会）が共同して、「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015」を作成し、個別ではなく包括的な危険因子管理の必要性を提起した。（現在、令和元（2019）年版が公開されている。）
- 日本高血圧学会は、令和元（2019）年に「高血圧治療ガイドライン 2019」を公表し、高血圧の診断基準や降圧目標値などをアップデートした。また令和元（2019）年から「高血圧ゼロのまちづくり」モデルタウンの募集を行った。
- 日本動脈硬化学会は、平成 29（2017）年に「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017 年版」を公表し、LDL コレステロールのスクリーニング基準と管理目標値を示している。現在、令和 4（2022）年に改訂版を公表すべく作業が進行中である。

<循環器疾患の危険因子の管理に関する取組>

- 喫煙対策（詳細は喫煙領域に記載）
 - 喫煙に関して、禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版の策定（平成 30（2018）年 5 月）や禁煙週間におけるイベント等の開催、「たばこ対策促進事業」等を実施。
 - 診療報酬におけるニコチン依存症管理料について、情報通信機器を用いた診療に係る評価がなされるとともに、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件が見直された。
 - たばこパッケージの注意文言の表示面積を 30%以上から 50%以上に拡大した他、たばこの段階的な税率増加を行った。
- 栄養・食生活（詳細は栄養・食生活領域で評価）
 - 食塩摂取量の減少、野菜・果物摂取量の増加、肥満・やせの減少等に向け、食生活指針や食事バランスガイドを通じた啓発普及をしている。
 - 平成 27（2015）年 4 月 1 日に「食品表示法」が施行され、ナトリウムは食塩相当量に換算したものと表記することが義務付けられた。
 - 「健康な食事・食環境」コンソーシアム（日本栄養改善学会、日本給食経営管理学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本肥満学会、日本公衆衛生学会、健康経営研究会、日本健康教育学会、日本腎臓学会、日本動脈硬化学会、日本補綴歯科学会、日本産業衛生学会、日本がん予防学会）は、平成 30（2018）年に外食、中食（持ち帰り弁当）、事業所給食で、「スマートミール」を継続的に健康的な空間（栄養情報の提供や受動喫煙防止等に取り組んでいる環境）で提供している店舗や事業所を認証する制度を創設し、審査・認証を行っている。

- 運動（詳細は身体活動・運動領域に記載）
 - 「健康づくりのための身体活動基準 2013」及び「アクティブガイド－健康づくりのための身体活動指針－」等の周知・広報実施。近年は室内でも取り組める体操などについても「e-ヘルスネット」で発信している。
- 肥満対策（取組の詳細は糖尿病領域及び栄養・食生活領域に記載）
 - 循環器病の発症要因の一つであるメタボリックシンドロームに関する対策として、肥満を始めとする栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙の生活習慣の改善等の対策として、総合的に実施している。
 - メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣の改善を目的として、特定健診・特定保健指導を実施。
- 飲酒対策（詳細は飲酒領域に記載）
 - 多量飲酒者への対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」（平成 30（2018）年 4 月）に減酒支援（プリーフインターベンション）を収載した。
 - 「アルコール健康障害対策推進基本計画」の第二期計画を閣議決定（令和 3（2021）年 3 月）。
- 厚生労働省の生活習慣病予防のための健康情報サイト e-ヘルスネット等を通じた普及啓発を実施している。
- スマート・ライフ・プロジェクトにより、関係企業・団体を通じて、「適度な運動」、「適切な食生活」、「禁煙」と「健診・検診の受診」の普及を推進している。

3 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

循環器疾患領域の評価において最も重要な指標と考えられる脳血管疾患と虚血性心疾患の年齢調整死亡率は、策定時（平成 22（2010）年）から 3～5 年を経過した時点で既に目標を達成しており一貫して減少基調である。

もともと脳血管疾患と虚血性心疾患の年齢調整死亡率の目標値は、収縮期血圧、喫煙率、脂質異常症（高コレステロール血症）及び糖尿病の有病率という主要な 4 つの危険因子を改善させることによる効果として設定されており、これらの危険因子と脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡との関連は、厚生労働科学研究[※]におけるコホート研究における危険因子と循環器系疾患死亡の関連から算出されている。実際の 4 つの危険因子のうち、最終評価時点である程度改善を認めた因子は収縮期血圧の平均値と喫煙率であり、高コレステロール血症や糖尿病の割合は増加もしくは横ばいである。これらの危険因子の今回評価時の値を元の回帰式に入れてみると、年齢調整死亡率は減少傾向にはなるものの実際の死亡率の改善は予測値を上回っていた。

② 高血圧の改善

収縮期血圧の平均値については男女とも 10 年の推移でみた場合は減少基調だが、直近の 2 年間（平成 29（2017）年と平成 30（2018）年）は男性で少し上昇基調を認めた。これは 60～69 歳と 70 歳以上の群で特に観察されたが、層化した年齢区分内の年齢構成がさらに高齢に偏ることなどの影響も受けるため、このサンプル数で増加しているかどうかを判断することは難しい。女性

でも 70 歳以上は同じような動きを示しており、今後の計画で引き続き推移をみていく必要がある。

③ 脂質異常症の減少

複数ある脂質異常症の検査項目のうち、病態生理学的に動脈硬化の成因として最も重要で、かつ発症予測や予防治療介入の効果で最もエビデンスが蓄積されている LDL コレステロールを指標として用いることは妥当であると考えられる。総コレステロールには動脈硬化性疾患の発症と負の関連を示す HDL コレステロールも含まれるため、LDL コレステロールの測定が正確であるという前提を置けば、本項目の評価指標としては LDL コレステロールの結果が優先されることが望ましい。

今回の最終評価では、4 つの指標の評価を総括し、項目全体としては「C 変わらない」と評価されたが、これは、LDL コレステロールの測定が正確であるという前提の下、評価指標として LDL コレステロールの結果を優先して評価した場合と同じ結果（「C 変わらない」）である。上記の理由から、測定精度上平成 28（2016）年までの LDL コレステロールの測定結果を見る際には注意が必要であるが、総コレステロールを用いた場合の評価も、性別、年齢区分で層化しても同様の傾向を示し、どの層でも「変わらない」という解釈で問題ないと考えられる。

現行の特定健診・特定保健指導では、メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪と関連が強いトリグリセライドと HDL コレステロールを特定保健指導の階層化に用いているが、もともとメタボリックシンドロームという概念が、スタチンで LDL コレステロールを下げて動脈硬化性疾患を発症しやすい状態の探索から生まれた「残余リスク」に由来するものであるため、階層化基準となっているトリグリセライドと HDL コレステロールとは別に LDL コレステロールのコントロールに関する対策も必要である。

LDL コレステロールの重要性に関しては、改めて「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」にも記載されたが、今後対策を強化するため、循環器疾患の対策に関わる者等への理解を促していく必要がある。

※「大規模コホート共同研究の発展による危険因子管理の優先順位の把握と個人リスク評価に関するエビデンスの構築（平成 23～25（2011～2013）年度：研究代表者 岡村 智教）

4 今後の課題

<領域全体として>

脳血管疾患（脳卒中）と心臓病を合わせた脳・心血管疾患（広義の「循環器疾患」）の死亡者数は、第 2 位の死亡原因であり悪性新生物に迫る疾患群である。また脳卒中は重度の要介護状態に至る原因として認知症と並んで最大の原因となっている。健康日本 21（第二次）における本領域は、生活習慣→危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病）→脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率、という 3 層構造の目標設定になっており、最終的かつ最も重要な指標が脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率であることは言うまでもない。この指標が順調に低下していたことは大きな成果である。

しかしながら死亡率の低下は実際の危険因子の推移から予測されるよりも大きく低下している。もともと健康日本 21（第二次）の計画策定に用いた推計モデルは、EPOCH-JAPAN 研究の危険因子と死亡率の関連から単純な推計をしており、治療などによる同一個人の長期的な危険因子の

推移などは考慮していない。これは推計できるエビデンスがないということと、無理にモデルを作ると仮定しなければならない事象が多くなり過ぎて、かえって予測が怪しい結果になる可能性が高かったためである。そのため単純に危険因子のレベルが異なる別の母集団での推計を示すという最もシンプルなモデルとしたため、現実とのズレが何で生じているかという検証には困難が伴う。

また根本的な理由として、予防対策の評価は発症率で見るときであり死亡率で見るとは限界があるということもある。死亡率は、発症率と発症後の致命率の積で決まるが、通常、前者は社会環境や生活習慣の改善や予防対策の効果として、後者は医療技術の進歩によってなされる。したがって健康日本 21（第二次）の評価は本来発症率で行うべきであるが、残念ながらわが国には脳血管疾患や虚血性心疾患の発症率を知る手段がない。日本における 35～85 歳の年代における 30 年間の虚血性心疾患死亡の推移を特殊な統計モデルで推計した研究では、高齢化による死亡率の増加がかなり抑制されており、増加を抑制できたと考えられる虚血性心疾患死亡者のうち 56%は治療の進歩、35%は生活習慣等の改善による危険因子の変化が寄与していると推計されている。しかし健康日本 21（第二次）で用いたモデルでは治療の進歩の影響は評価できていない。

また平成 22（2010）年から 10 年が経過すると人口自体が高齢化していき、年齢調整の影響を過度に受けている可能性も考えられる。循環器系の死亡は高齢者になるほど等比級数的に高くなる。健康日本 21 の評価に用いた基準人口は、昭和 60（1985）年モデル人口を用いており、高齢者の割合が現在とまったく異なっている。当時は 75 歳以上の人口も少なく、85 歳以上は僅少であった。そのため高齢層の分母が激減するため直接法で年齢調整を行うと死亡者数が非常に低く算出される。令和 2（2020）年に漸く次の年齢調整死亡率の基準人口（平成 27（2015）年モデル人口）が厚生労働省から示され、令和 2（2020）年「人口動態統計（確定数）」から新基準人口を用いて公表される予定である（公表は令和 3（2021）年度予定）。各年の年齢調整死亡率は遡及して計算される予定であり、それをを用いた評価もしておく必要がある。

このように社会的な影響力、医療費への負担が大きい疾患群であるにも関わらず、循環器病には、疾病の予防、発症者数の実態（発症登録）、治療の均てん化の状況などを一体的に俯瞰できるシステムがなかった。特に評価という点ではがん登録のような発症登録システムの整備が不可欠である。これらの問題点を克服するべく「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が平成 28（2018）年 12 月に成立し、基本法に基づく循環器病対策基本計画（令和 2（2020）年 10 月閣議決定）の中で、「循環器病対策全体の基盤の整備として、診療情報の収集・提供体制を整備し、循環器病の実態解明を目指す」と、データベースの構築が進められている。

さらに予防においては、一次予防、二次予防、三次予防の各段階において、切れ目や漏れのない対策が必要である。引き続き「スマート・ライフ・プロジェクト」の普及・啓発により、「適度な運動」、「適切な食生活」、「禁煙」と「健診・検診の受診」の取組を進め、高血圧・脂質異常症の改善や、健診の受診率の向上を推進していく必要がある。

<各目標項目に関して>

① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

- 循環器病対策推進基本計画に基づき「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実」、「循環器病の研究推進」に取り組むことにより、年齢調整死亡率の減少を目指すこととしている。なお現在、国の循環器病対策推進基本計画を元に都道府県が循環器対策推進計画を作成中であり、すべての都道府県における策定状況等を引き続き注視していく必要がある。また国は、生活習慣や社会環境の改善を通じて、生活習慣病の予防を推進するべく、日本脳卒中学会・日本循環器学会へ委託し「普及啓発事業」を進めている。
- 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少は、目標を達成しているものの、危険因子である高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病について対策を引き続き進め、循環器疾患の発症予防と重症化予防を一層推進していく必要がある。
- なお健康日本 21（第二次）では、脳血管疾患・虚血性心疾患をターゲットにしているが、平成 30（2018）年の人口動態統計の循環器疾患死亡者数のうちこの両疾患が占める割合は約 50%であり、残りの約半分（全体の 25%）が心不全である。これを加えたとの循環器疾患死亡者の約 75%をカバーすることができるが、心不全については危険因子との因果関係が複雑かつ一次予防介入のエビデンスが明確でないため、専門医療的な色彩が強く、健康日本 21 のような健康増進計画の俎上に載せるのが適切かどうか引き続き議論が必要である。

② 高血圧の改善

- 収縮期血圧の平均値は、男女ともに策定時から改善傾向にはあるが、目標には達していない。引き続き栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒の生活習慣の改善等の各取組をさらに推進するとともに、スマート・ライフ・プロジェクトを通じて、関係企業・団体を通じて、適切な栄養と適度な運動の普及をさらに推進していく必要がある。
- 関連団体の取り組みとして日本高血圧学会は厚生労働省・経済産業省の「食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業」の実証事業者として、尿中のナトリウム・カリウム比を用いた保健指導等の技法を開発している。
- 日本栄養改善学会が中心となり、生活習慣病関連の学会や関連企業等の「健康な食事・食環境」コンソーシアムが「健康な食事・食環境（スマートミール）」の認証を行っており、食塩相当量が認証基準に含まれている。
- 日本脳卒中学会と日本循環器学会の「脳卒中と循環器病克服第二次 5 年計画」では、予防・国民への啓発の 3 つの重点施策の一つとして社会的予防としての減塩対策を掲げている。ここでは循環器疾患の既往者は 3 グラム／日、非既往者は 1.5 グラム／日の減塩を目指しており、ナッジ理論を用いた減塩政策の推進、産官学の連携による加工食品中の塩分含有量の減少を目標としている。
- いずれの取り組みも個々の理念と方向性には共通点があるが、現状ではそれぞれの活動の横のつながりが薄く、国（厚労省以外の農林水産省や経済産業省も含む）、都道府県、市町村などの行政機関、大学などの教育・研究機関、医療機関、民間企業で行われている取組についての情報

共有、相互の連携が必要である。減塩や野菜摂取（カリウム摂取源）の促進に関しては俯瞰的に社会全体として進めていくことが必要と考える。

③ 脂質異常症の減少

- 最終評価における脂質異常症の評価は「変わらない」という結果であり、前述の分析の通り、LDL コレステロールコントロールすることの重要性について周知・啓発を進める必要があると考えられる。
- 今後は、スマート・ライフ・プロジェクト等を通じて、適切な栄養摂取と適度な運動をさらに推進していく必要があるが、LDL コレステロールをコントロールするためには、肥満の管理、エネルギー摂取量の抑制や運動量の増加だけでなく、食事の脂肪の質の調整（多価不飽和脂肪酸と飽和脂肪酸のバランス）が極めて重要になる等、メタボ系（肥満や糖尿病と近縁）の脂質であるトリグリセライドや HDL コレステロールと、非メタボ系（脂肪の質、動脈硬化と近縁）の脂質である LDL コレステロールでは、必要な情報発信や保健指導、受診勧奨の内容がかわってくるため、対策を分けて考える必要がある。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- COVID-19 は、感染力が強く、法令では新型インフルエンザ等感染症とされているためその診療には制度的な制約が多く、何よりも通常診療の遂行を妨げるという点で大きな問題を抱えている。がんや循環器病（脳血管疾患と心臓病）で毎日 2000 人弱の国民が死亡していることを踏まえると、これらの疾患に対する医療に大きなしわ寄せがいかないようにすることが必要である。
- COVID-19 感染症による健診受診控えに対してリーフレットを通して受診勧奨を啓発。
- 新型コロナウイルス感染症に対応した健診に関して厚生労働科学研究を通じて実施。
- 日本脳卒中学会・日本循環器学会は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が拡大する現状に対し、脳卒中・循環器病の救急医療体制維持に強い危機感を抱き、令和 2（2020）年 4 月に学会共同声明を発出している。そこには、①地域医療圏における医療供給情報の共有と有効利用、②COVID-19 の発生数を減らす有効な対策の実現、③脳卒中・循環器病救急医療施設間での院内感染対策を含む情報共有 COVID-19 対策に必要な、感染症に限らない幅広い診療科間での密な連携、が記載されている。

<参考文献・URL>

Miida T, Nishimura K, Hirayama S, Miyamoto Y, Nakamura M, Masuda D, Yamashita S, Ushiyama M, Komori T, Fujita N, Yokoyama S, Teramoto T. Homogeneous Assays for LDL-C and HDL-C are Reliable in Both the Postprandial and Fasting State. J Atheroscler Thromb 2017; 24: 583-599.

Satoh M, Ohkubo T, Asayama K, Murakami Y, Sakurai M, Nakagawa H, Iso H, Okayama A, Miura K, Imai Y, Ueshima H, Okamura T. Combined effect of blood pressure and total cholesterol levels on long-term risks of subtypes of cardiovascular death: Evidence for Cardiovascular Prevention from Observational Cohorts in Japan. Hypertension 2015; 65: 517-24.

Ogata S, Nishimura K, Guzman-Castillo M, Sumita Y, Nakai M, Nakao YM, Nishi N, Noguchi T, Sekikawa A, Saito Y, Watanabe T, Kobayashi Y, Okamura T, Ogawa H, Yasuda S, Miyamoto Y, Capewell S, O'Flaherty M. Explaining the decline in coronary heart disease mortality rates in Japan: Contributions of changes in risk factors and evidence-based treatments between 1980 and 2012. Int J Cardiol 2019; 291: 183-188.

○基準人口の改訂に向けた検討会

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07161.html

○ 禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版

<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/manual2/addition.html>

○ 特定健診・保健指導について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>

○ 標準的な健診・保健指導プログラム【平成30 年度版】（平成30 年4月）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>

○ スマート・ライフ・プロジェクト

<http://www.smartlife.mhlw.go.jp/>

○ e-ヘルスネット

<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>

○ 脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000173149.pdf>

○ 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204785.html>

様式2（案）令和3年9月3日版

(領域名) (3) 糖尿病

背景

- 糖尿病は、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症の併発、心筋梗塞や脳卒中などの心血管疾患のリスクを高めるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることが明らかにされている。生活の質への影響、社会経済的活力と社会保障資源への影響が大きく、適切な対策が必要である。
- 糖尿病への対策としては、食生活や運動不足など生活習慣の見直し、肥満の是正、健診による早期発見と保健指導、適切な医療などが確実に切れ目なく行われることが重要である。これらは健康な環境づくり、地域・職域の保健事業、健診・保健指導、医療の各段階における対策の強化と連携が必要である。
- 健康日本 21（第二次）では、合併症（①糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）、糖尿病の適切なコントロール（②治療継続者の割合、③コントロール不良者の減少）、発症予防（④有病者の増加抑制、⑤メタボリックシンドローム該当者予備群の減少）、対策（⑥特定健診・特定保健指導実施率向上）の各指標を掲げている。

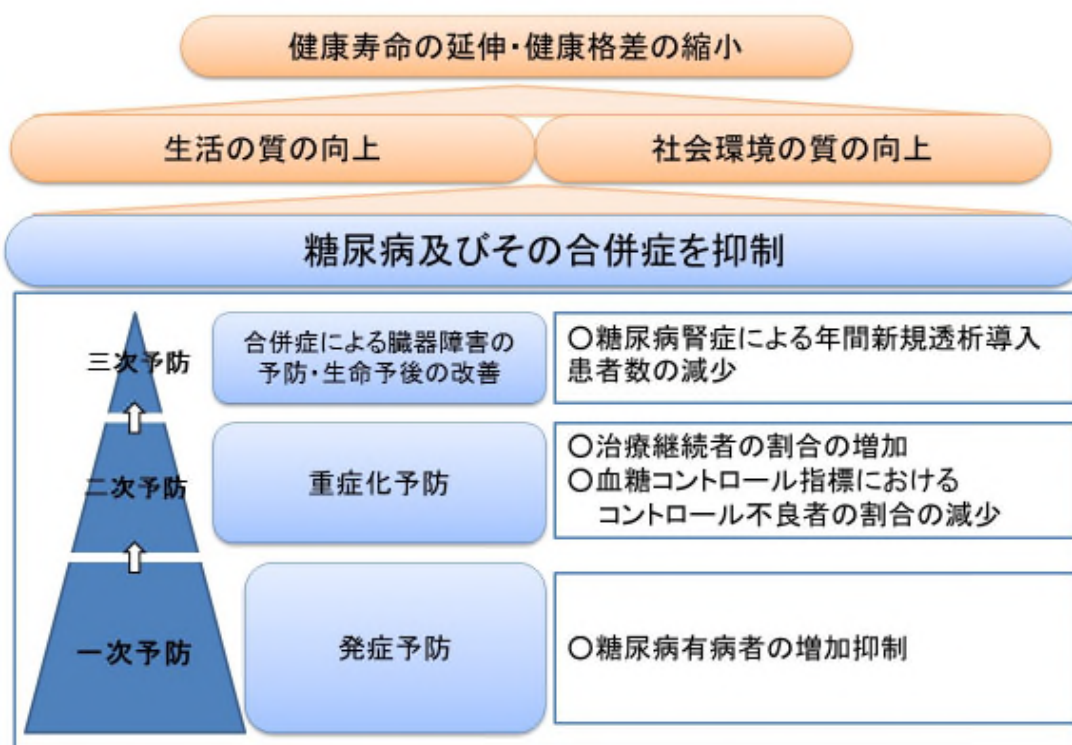
1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	1
B 現時点で目標値に達していないが、改善している	1
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内1)
C 変わらない	2
D 悪化している	1
E 評価困難	1

目標項目	評価
① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	C
② 治療継続者の割合の増加	C
③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 （HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）	A
④ 糖尿病有病者の増加の抑制	E

⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）	D
⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	B*
特定健康診査実施率	(B*)
特定保健指導実施率	(B*)

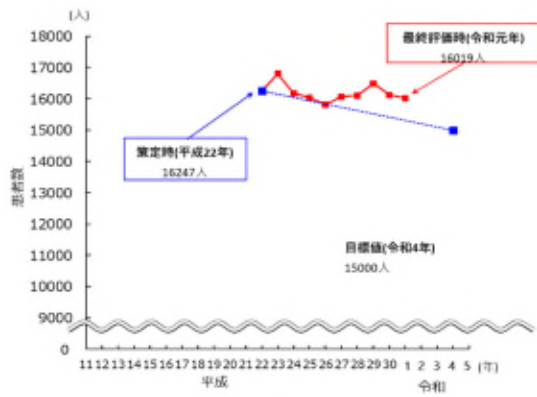
糖尿病の目標設定の考え方



① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数は、ベースラインからわずかに減少しつつあるが、相対的変化は 1.4%の減少にとどまり、目標値の 15,000 人には到達していない。ただし、導入平均年齢は年々高齢化ヘシフトしており、75 歳以上の導入が増えていることから、糖尿病等の管理改善により導入年齢が遅くなってきたことが示唆される。糖尿病腎症による透析導入患者のうち、7 割以上は男性である。参考として、都道府県別の糖尿病腎症による透析導入患者数を見ると、同程度の高齢化率の都道府県でも、人口 100 万人対の導入患者数に 2 倍程度の格差が存在している。

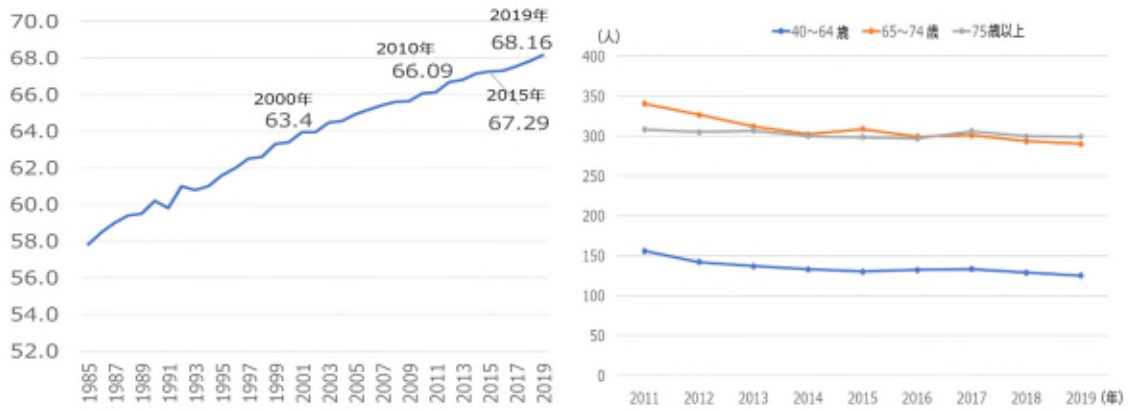
図 1：糖尿病腎症による年間透析導入患者数



出典：日本透析学会「我が国の慢性透析療法の現状」

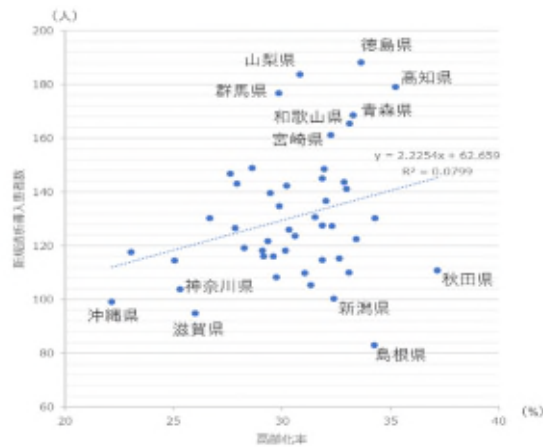
図 2 - 1：糖尿病腎症による透析導入時の平均年齢・年齢分布の推移

図 2 - 2：糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数（人口 100 万人当たり、年齢階級別）



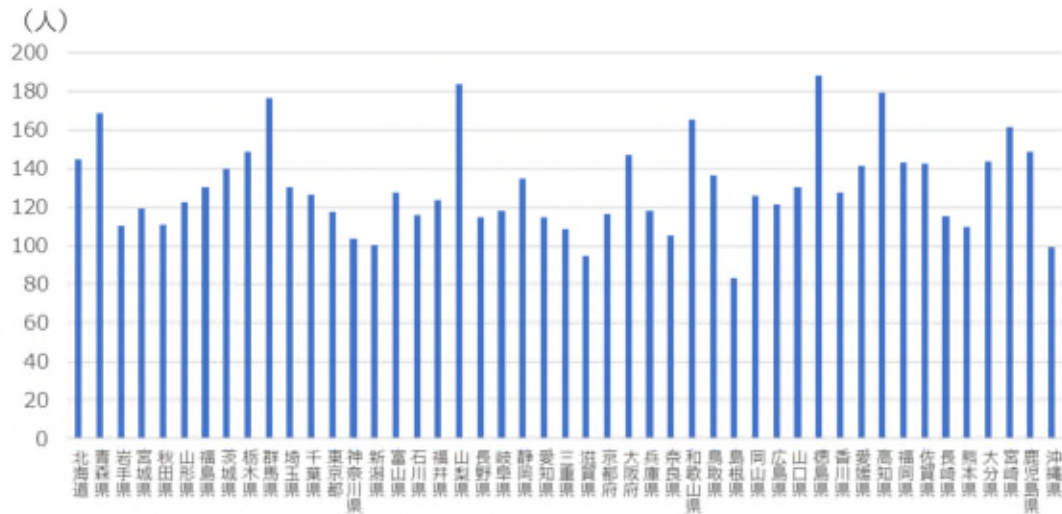
出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

図 3：高齢化率と糖尿病腎症による新規透析導入患者数（人口 100 万人当たり）



出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

図4：人口100万人対新規透析導入患者数

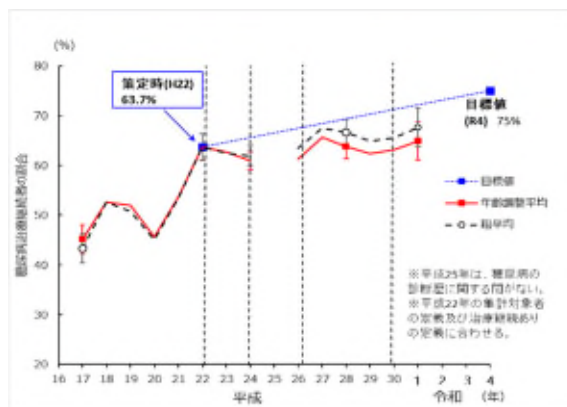


出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

② 治療継続者の割合の増加

直近値とベースラインの比較では、有意な増減はなく、経年的な推移の分析でも有意な増減はなかった。

図5：糖尿病治療継続者の割合の推移（男女計）20歳以上



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図6：糖尿病を指摘されたことがある人における、治療の状況の推移（性・年齢階級別）

男性

		40-49 歳		50-59 歳		60-69 歳		70 歳以上	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
平成 22 年 (2010 年)	総数	45		91		188		184	
	あり	20	44.4	51	56.0	133	70.7	121	65.8
	なし	25	55.6	40	44.0	55	29.3	63	34.2
令和元年 (2019 年)	総数	15		27		85		136	
	あり	5	33.3	19	70.4	65	76.5	107	78.7
	なし	10	66.7	8	29.6	20	23.5	29	21.3

女性

		40-49 歳		50-59 歳		60-69 歳		70 歳以上	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
平成 22 年 (2010 年)	総数	21		46		118		147	
	あり	10	47.6	26	56.5	72	61.0	115	78.2
	なし	11	52.4	20	43.5	46	39.0	32	21.8
令和元年 (2019 年)	総数	12		21		60		118	
	あり	2	16.7	11	52.4	33	55.0	84	71.2
	なし	10	83.3	10	47.6	27	45.0	34	28.8

出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」（特別集計）

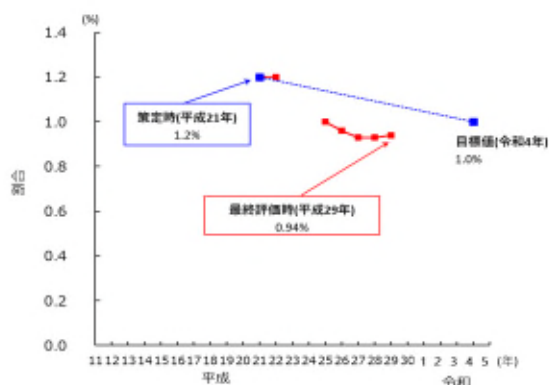
平成 22 年は、これまでに医療機関や健診で糖尿病（境界型である、糖尿病の気がある、糖尿病になりかけている、血糖値が高いなどを含む）といわれたことがあると回答した者のうち、糖尿病の治療（通院による定期的な検査や生活習慣の改善指導を含む）を「過去から現在にかけて継続的に受けている」又は「過去に中断したことがあるが、現在は受けている」と回答した者を「あり」、「過去に受けたことがあるが、現在は受けていない」又は「これまでに治療を受けたことがない」と回答した者を「なし」とした。

③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

ベースラインと比較して改善しており（相対的変化：-21.7%）、目標を達成している。

性・年齢別の分析では、平成 29（2017）年度の男女・年齢区分別のコントロール不良者の割合は、どの年代においても、男性より女性が低く、男性全体では 1.33%、女性全体では 0.51%であった。男性ではとくに 50～64 歳で高く、1.5%を超えていた。

図 7：血糖コントロール不良者の割合

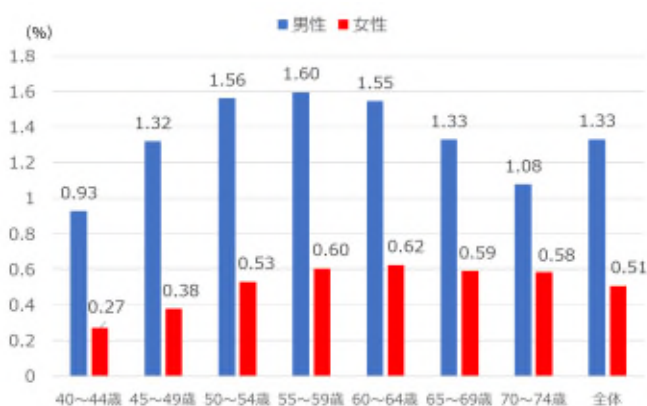


※注：血糖コントロール不良者 = HbA1c が JDS 値 8.0%（NGSP 値(8.4%)）以上の者

出典：平成 22（2010）年以前は特定健診・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況

平成 25（2013）年以降は NDB オープンデータ

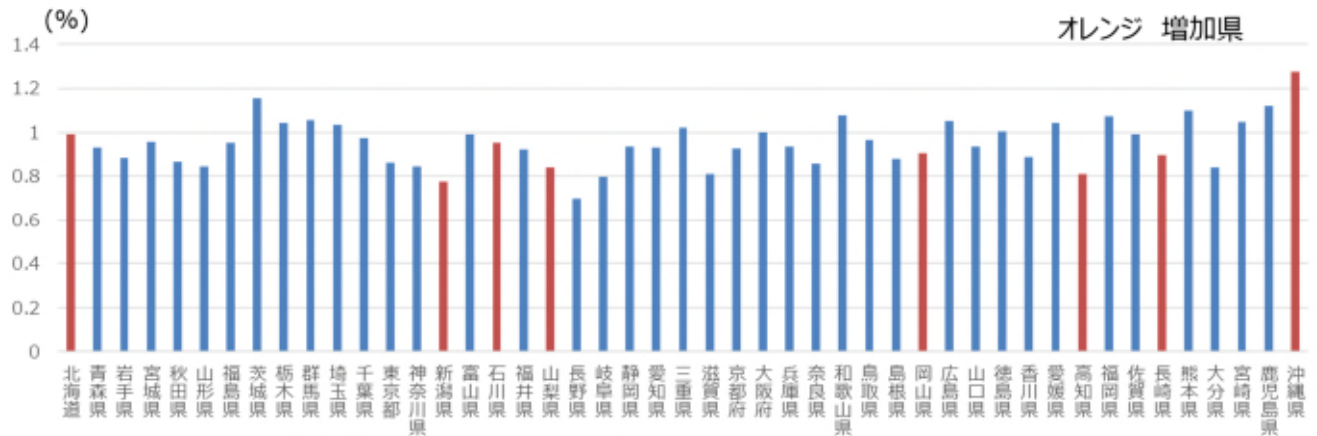
図 8：性・年齢階級別のコントロール不良者（HbA1c \geq 8.4%）の割合（平成 29（2017）年度）



出典：NDB オープンデータ

都道府県別にみると、コントロール不良割合が1%を超えていたのは、沖縄（1.27）、鹿児島（1.21）、茨城（1.15）、熊本（1.10）、和歌山（1.08）、福岡（1.07）、群馬（1.06）、宮崎（1.05）、広島（1.05）、愛媛（1.04）、栃木（1.04）、埼玉（1.03）、三重（1.02）、徳島（1.01）の各県であった（平成29年度）。

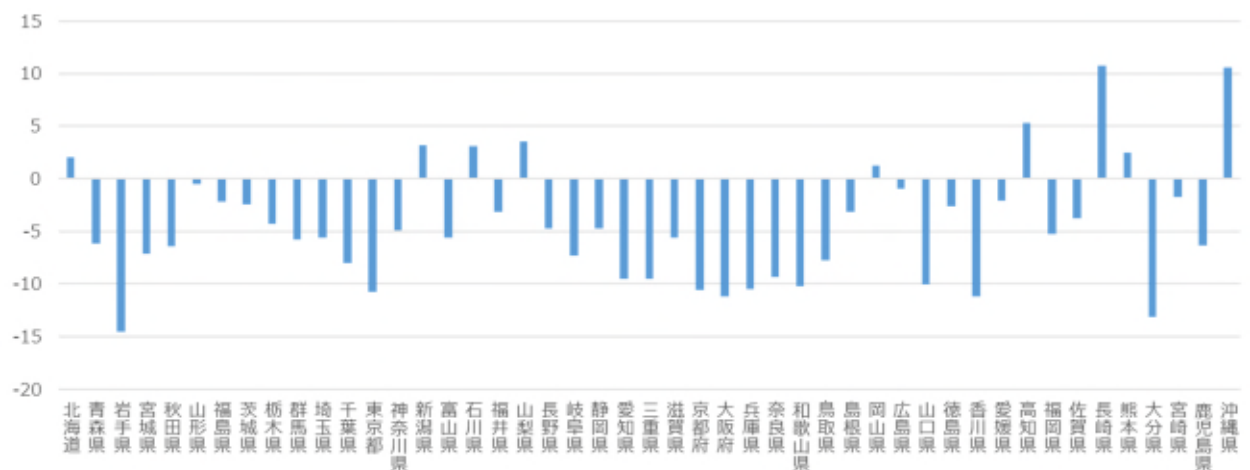
図9：血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合（HbA1c8.4%以上の人の割合）



出典：NDB オープンデータ

平成25（2013）年度と平成29（2017）年度の比較において、沖縄、長崎では10%増加、高知では5%増加、山梨、新潟、石川では3%以上の増加がみられた。

図10：特定健診受診者のうち、HbA1c 8.4%以上の人の割合の変化率（平成25～29（2013～2017年））



出典：NDB オープンデータ

NDB オープンデータベースでは、特定健診受診者のデータを用いているため、受診率等の影響を受けることに留意する必要がある。特に、受診率向上策により掘り起こしが行われ、これまで健診を受けてなかったコントロール不良な人が新たに健診を受けるなどの状況がある場合に、一時的にコントロール不良者が増加する可能性がある。一方、治療中断などの状況がないかどうかの確認が必要である。

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

(本指標の設定方法)

本指標は、平成 9 (1997) 年、平成 14 (2002) 年、平成 19 (2007) 年のデータに基づき、この期間の性・年齢階級毎の傾向が今後も続くと仮定した上で、性・年齢階級別糖尿病有病率を logit 変換し一次近似して推計したものであり、令和 5 (2023) 年の糖尿病有病者数の予測値は 1,410 万人に達するとされていた。生活習慣の改善を含めた糖尿病に対する総合的な取組の結果、平成 19 (2007) 年時点の性・年齢階級別糖尿病有病率を維持できれば、糖尿病有病者数は約 1000 万人への増加にとどまると推計されることから、この値を目標値として設定されているところである。(1,410 万人の予測値に対し、目標値の 1,000 万人は約 30%の抑制に相当する。)

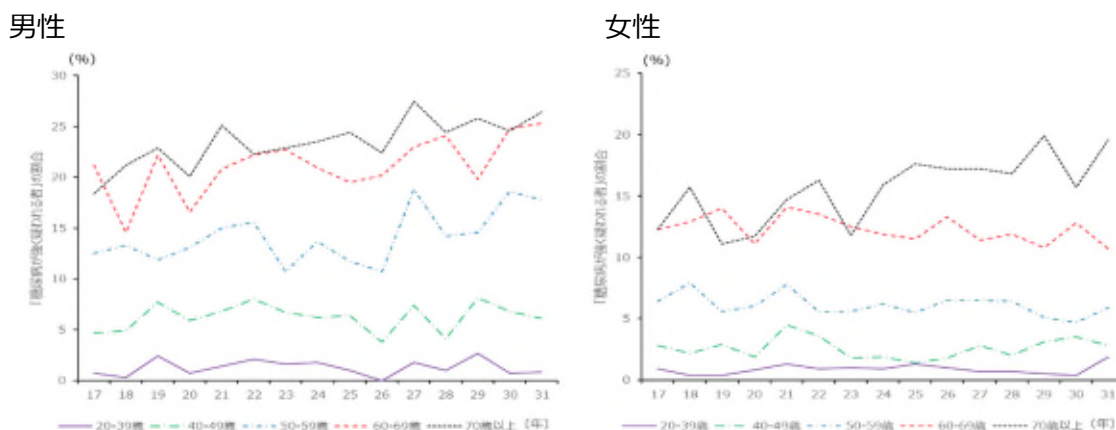
(今回の評価)

糖尿病有病者数の推計については、国民健康・栄養調査の大規模年に推計が行われているが、中間評価で使われた平成 28 (2016) 年以降のデータの更新がないため、現状「E 評価が困難」と判定される。(現在研究班で推計方法を検討中。)

国民健康・栄養調査における「糖尿病が強く疑われる者」(HbA1c (NGSP) の値が 6.5%以上、もしくは「現在、糖尿病治療の有無」で「あり」と回答) の割合について重回帰分析を用いて年齢調整 (20-39 歳、40-49 歳、50-59 歳、60-69 歳、70 歳以上の 5 区分) を行い、平成 22 (2010) 年を基準とした比較を行った結果、平成 22 (2010) 年と平成 28 (2016) 年の比較では有意な増減なし ($p=0.74$)、平成 22 (2010) 年と令和元 (2019) 年の比較においても有意な増減なし ($p=0.24$) であった。平成 19 (2007) 年時点の性・年齢階級別糖尿病有病率を維持できているという点では、悪化していないといえる。

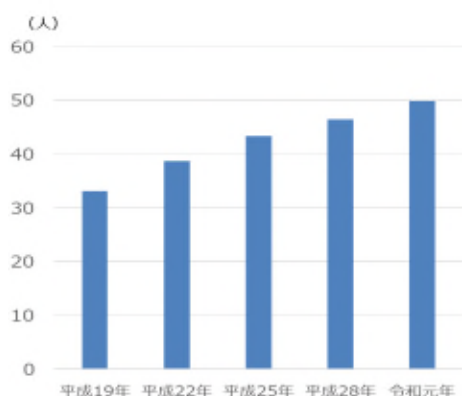
参考として、患者調査、国民生活基礎調査にて通院の状況を確認したところ、患者数の増加が観察されている。

図 11 : 「糖尿病が強く疑われる者」の割合の年次推移 (20 歳以上、男女年齢区分別)



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 12 : 糖尿病通院者率 (人口千人対)



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

図 13 : 年齢階級別 通院者率の推移 (人口千人対)



⑤ **メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 (循環器領域と共通の目標項目)**

ベースラインと比較して悪化しており、目標値にも達していない (ベースラインからの相対的変化: +8.3%)

性・年齢区分別の変化 (ベースライン、中間、最終評価) を見ると、男性では 60 歳～69 歳で一貫して増加、他の年齢区分では中間ではいったん減少・変化なしの傾向を見せるも、中間評価以降増加、最終評価ではどの年齢区分でも増加した。

中間評価から最終評価の変化について保険者別にみても、すべての保険者で増加傾向 (悪化) が見られた。

図 14 : メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍

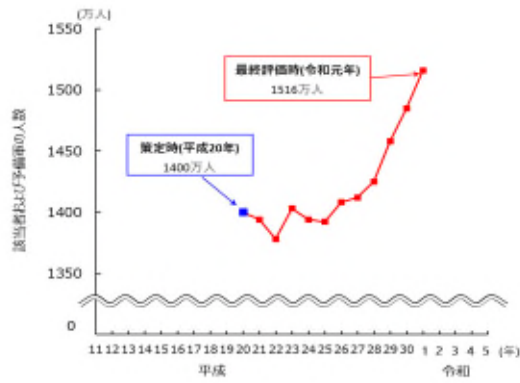
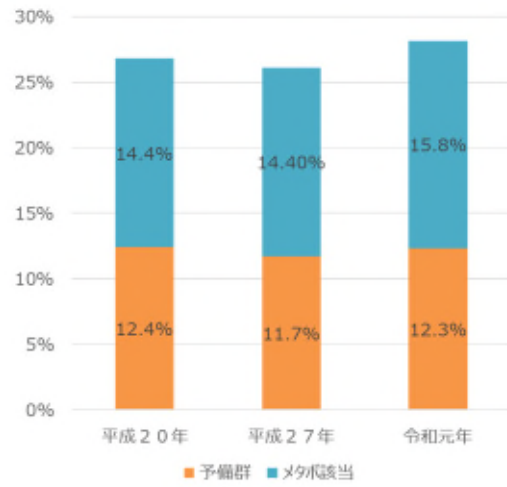
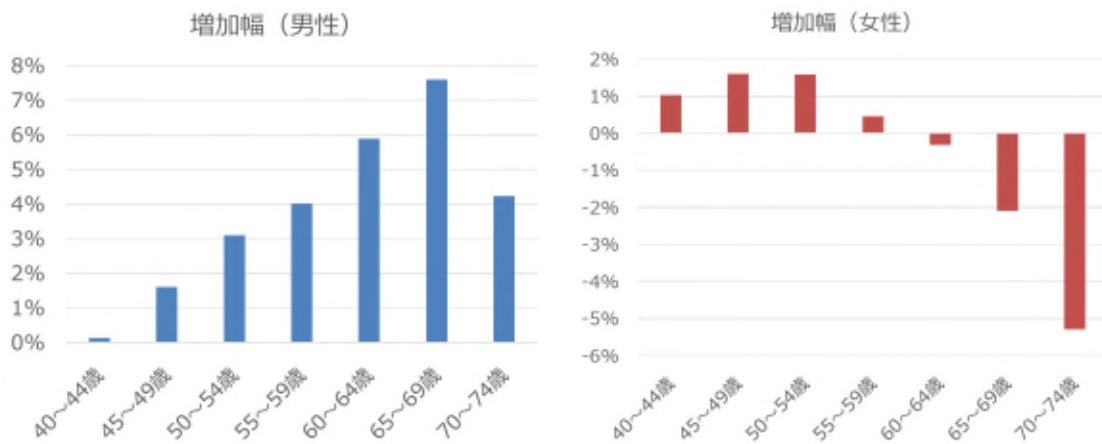


図 15 : メタボ該当・予備軍の割合の変化



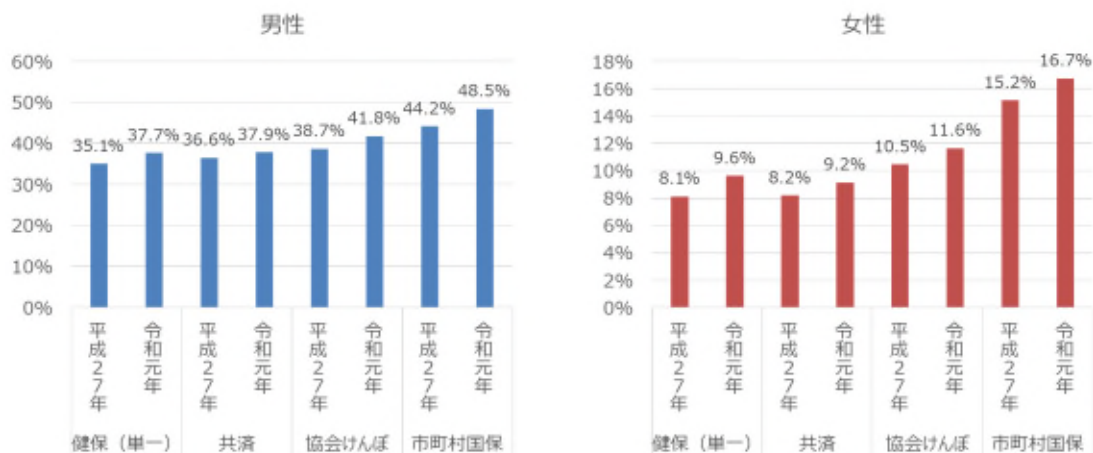
出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

図 16 : メタボリックシンドローム該当者+予備群の割合の変化（最終評価値—ベースライン値）



出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

図 17：保険者別のメタボ（該当・予備群）割合の変化（中間評価～最終評価）



出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（循環器領域と共通の目標項目）

特定健康診査、特定保健指導の実施率は、ベースラインと比較して改善しているものの、目標値に達していない。

図 18：特定健康診査の実施率

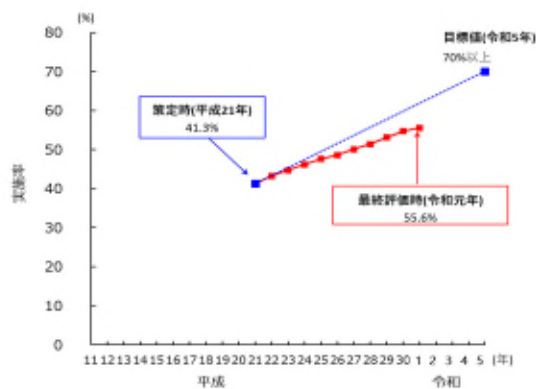
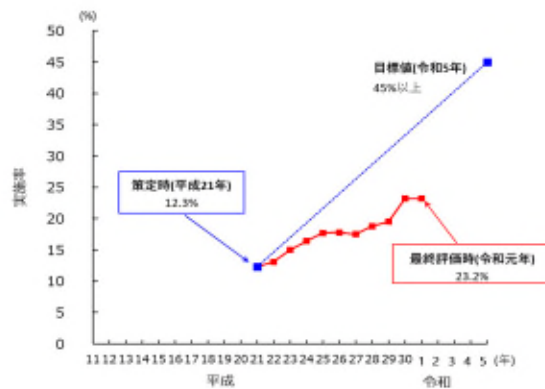


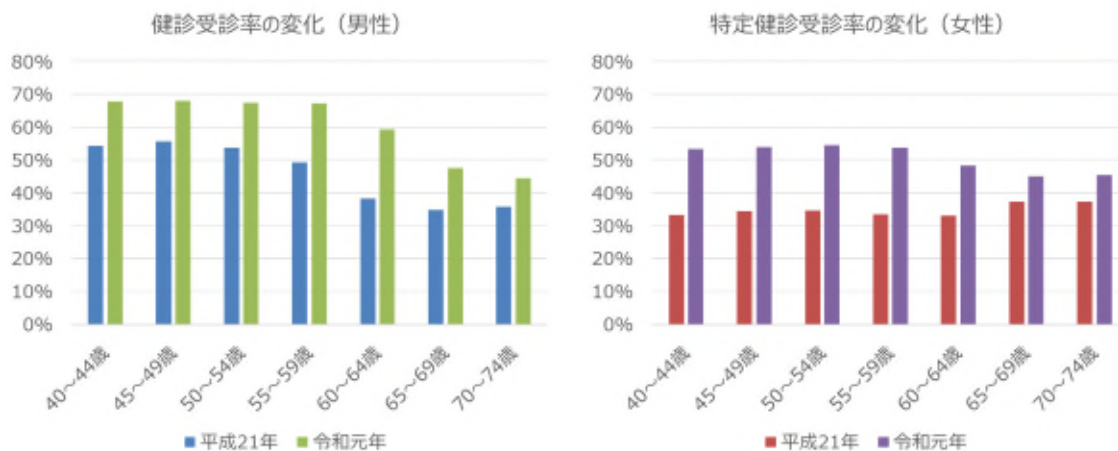
図 19：特定保健指導の実施率



出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

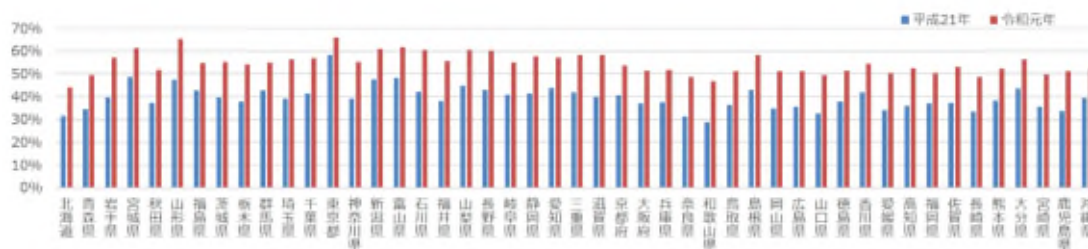
性・年齢区分別にみると、どのセグメントにおいても特定健診、特定保健指導の実施率は高くなっている。男性の40～59歳の健診受診率は約7割に近づいているが、男性の65～74歳及び女性についてはセグメントでは5割程度である。

図 20：特定健診受診率の変化（ベースライン・最終評価）



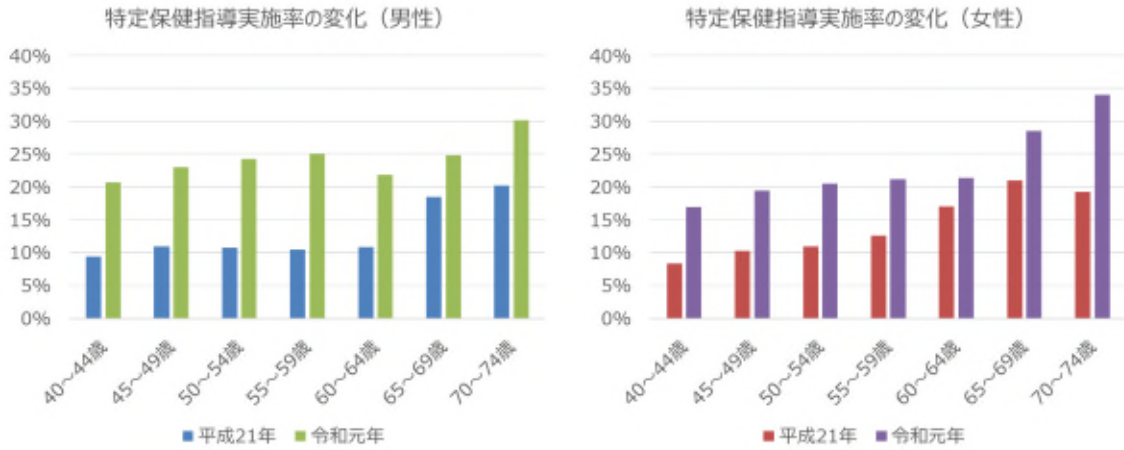
出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

図 21：特定健診受診率の変化（都道府県別 ベースライン・最終評価）



出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

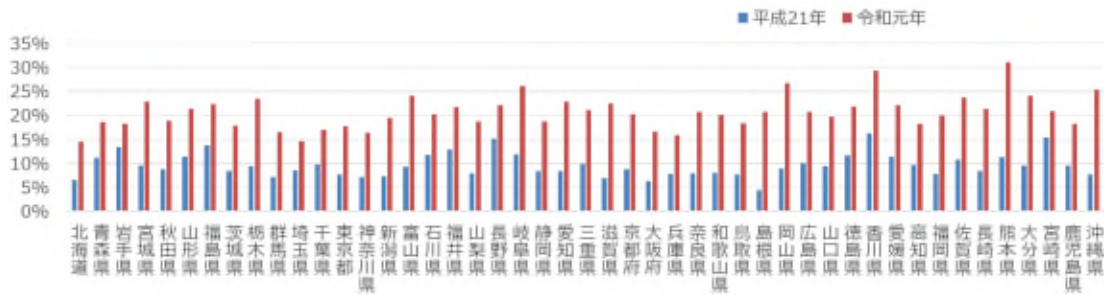
図 22：特定保健指導実施率の変化（都道府県別 ベースライン・最終評価）



出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

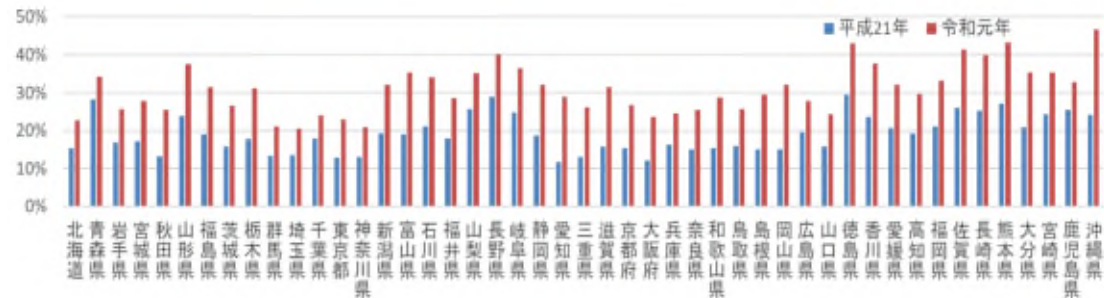
特定保健指導は積極的支援、動機付け支援とも増加しているが目標には達していない。また、特定健康診査、特定保健指導の実施率はすべての都道府県で増加している。

図 23：特定保健指導実施率の変化（積極的支援）



出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

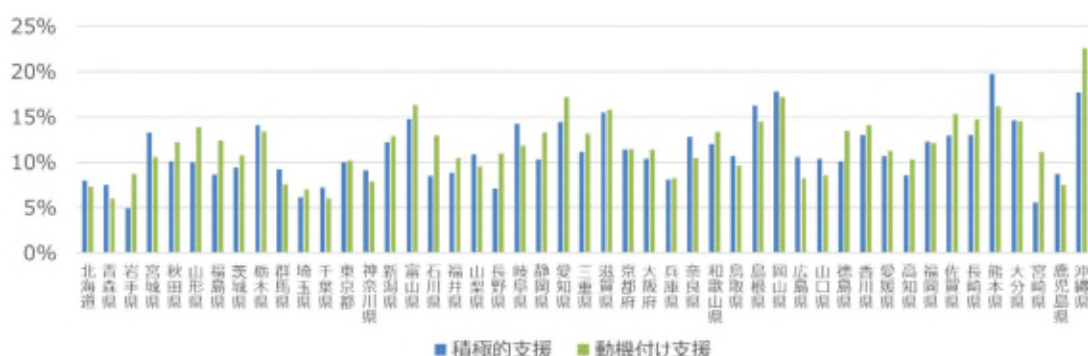
図 24：特定保健指導実施率の変化（動機付け支援）



出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

図 25：積極的支援・動機づけ支援の伸び幅（都道府県別）

（令和元（2019）年—平成 21（2009）年）



2 関連する取組

【発症予防】

- スマート・ライフ・プロジェクトを通じて、適切な食生活と適度な運動、禁煙、健診・健診の受診を推進。ポスターや優良事例の表彰などを通じた健康的な生活習慣についての普及・啓発活動を実施。
- 厚生労働省の「生活習慣病予防のための健康情報サイト e-ヘルスネット」等を通じた普及啓発を実施している。
- 健康増進事業（健康教育、健康相談、健康診査、訪問指導等）を通じた健康づくりの推進。
- 適切な食生活（詳細は栄養・食生活領域で評価）
 - 適切な食生活、肥満者の減少にむけ、食生活指針や食事バランスガイドを用いた啓発をしている。
 - 「健康な食事・食環境」コンソーシアム（日本栄養改善学会、日本給食経営管理学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本肥満学会、日本公衆衛生学会、健康経営研究会、日本健康教育学会、日本腎臓学会、日本動脈硬化学会、日本補綴歯科学会、日本産業衛生学会 日本がん予防学会）は、平成 30（2018）年からスマートミールの審査・認証を行っている。
- 適度な運動（詳細は身体活動・運動領域に記載）
 - 「+ 1 0（プラステン）：もう10分身体を動かそう」をテーマに、例えば通勤時の歩行を10分多く歩くことを推奨した“smart walk”を提唱するなど、周知・広報を続けているところ。
 - 「健康づくりのための身体活動基準 2013」及び「アクティブガイド－健康づくりのための身体活動指針－」等を周知・広報。
 - 近年は室内でも取り組める体操などについても「e-ヘルスネット」で発信。
- 飲酒対策（詳細は飲酒領域に記載）
 - 多量飲酒者への対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」（平成 30（2018）年 4 月）に減酒支援（ブリーフインターベンション）を収載した。
 - 「アルコール健康障害対策推進基本計画」の第二期計画を閣議決定（令和 3（2021）年 3 月）。

- 喫煙対策（詳細は喫煙領域に記載）
 - 喫煙に関して、禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版の策定（平成 30（2018）年 5 月）や禁煙週間におけるイベント等の開催、「たばこ対策促進事業」、たばこクイットライン事業及び診療報酬上のニコチン依存症管理料に係る評価（加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件見直し）等を実施した。
 - たばこパッケージの注意文言の表示面積を 30%→50%以上に拡大した他、たばこの段階的な税率増加を行った。
 - 喫煙率の低下のため、MPOWER 政策パッケージに則った施策を実行、強化。

【健診：早期発見・保健指導・受診勧奨】

- 医療保険者は、糖尿病等の発症・重症化予防や医療費適正化等を図るため、保険者共通の保健事業の取組として、特定健診・特定保健指導（法定義務）を実施。また、後期高齢者医療広域連合においても、高齢者保健事業として特定健診等に準じて健診等を実施。
- 特定健診の必須項目として、空腹時血糖・随時血糖または HbA1c を測定し、その結果に応じて「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の保健指導を実施。
- 特定健診においては、血糖・HbA1c が保健指導判定値以上の場合、詳細健診としてクレアチニン（eGFR）を、受診勧奨判定値以上の場合、眼底検査を、医師が必要と判断した場合には実施し、合併症の早期発見を行った。

【重症化予防】

- 日本健康会議宣言 2（重症化予防）にあわせ、平成 28（2016）年 3 月に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議と厚生労働省で糖尿病性腎症重症化予防の連携協定を締結、同年 4 月に国レベルでプログラムを策定。平成 31（2019）年 4 月に当該プログラムを改定。国は糖尿病腎症重症化予防の取組への財政支援を推進するとともに、研究事業で効果判定を実施。

【自治体・保険者の取り組みを後押しする対策】

- 各都道府県において、「糖尿病予防戦略事業（健康的な生活習慣づくり重点化事業の一環）」（糖尿病予防に取り組みやすい環境を整備として① 地域特性を踏まえた糖尿病予防対策、② 飲食店、食品関連企業等と連携した「健康な食事」の普及、③ 配食の機会を通じた栄養管理の支援）等を推進。
- 各都道府県において、「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業（都道府県保健対策推進事業の一環）」を実施。
- 保険者等に対し、糖尿病腎症重症化予防の取組への財政支援を実施。
- 国民健康保険、後期高齢者医療制度等における保険者インセンティブの指標として「重症化予防の取組の実施状況」を位置付けており、保険者による受診勧奨、保健指導等の取組を推進。

【糖尿病領域全体に係る研究の推進】

- 栄養・食生活、身体活動・運動等の各生活習慣に関する研究を推進。
- IoT 活用による糖尿病重症化予防法の開発を目指した研究。 ※スマートフォンアプリ「七福神」
- 厚生労働科学研究※において、学会横断的な研究（学会横断的ガイドライン作成）の推進。
第 7 次医療計画の中間見直しに向け指標の検討や糖尿病有病者数の推移に影響を与える因子を検討実施。
- ※「今後の糖尿病対策と医療体制提供のための研究」：平成 29～令和元（2017～2019）年度、
研究代表者 門脇孝）
- 厚生労働科学研究※において、第 8 次医療計画に向けた糖尿病対策の指標を検討
- ※「糖尿病の実態把握と環境整備のための研究」（令和 2～令和 4（2020～2022）年度、
研究代表者 山内敏正）

【関連団体・学会の取組】

- 日本糖尿病学会では平成 16（2004）年より「対糖尿病戦略 5 カ年計画」を推進しているが、第 3 次計画（平成 27（2015）年発表）では、「糖尿病を増やさない・悪化させない社会環境の構築」を推進している。
- 令和 2（2020）年には（1）糖尿病患者と非糖尿病患者の寿命を更に短縮させる、（2）糖尿病患者の生活の質を改善させる、ことを目標に第 4 次「対糖尿病戦略 5 カ年計画」を作成」（令和 2（2020）年 8 月公表）
- 日本肥満学会は、肥満に起因ないし関連する健康障害を保有する状態を「肥満症」と定義し、関連の学会とも領域横断的な取組を推進している。
- 小児肥満症診療ガイドラインでは、小児肥満症、小児メタボリックシンドロームの診断基準を示し、医療だけでなく、学校（学校医、栄養教諭、養護教諭）向けに情報発信を行っている。
- 平成 17（2005）年 2 月に日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会の三者で日本糖尿病対策推進会議を設立。その後、日本歯科医師会も幹事団体に加わり、現在では理念に賛同した関係団体の参加のもと、計 18 団体で構成されている。この取組は 47 都道府県に広がり、都道府県版の対策会議が設置されている。

<個別の各指標ととくに関連する対策>

- ①合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少
- ③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c が JDS 値 8.0%（NGSP 値 8.4%）以上の者の割合の減少）
- 透析導入のリスク低減を目的として、糖尿病、高血圧の改善の取組を実施。
- スマート・ライフ・プロジェクトでは糖尿病腎症等重症化予防事業を行った市町村の表彰等による好事例の横展開を図っている。（第 2 回呉市）
- 日本健康会議の宣言 2 においてかかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を 800 市町村、広域連合を 24 団体以上とすることを KPI（令和 2（2020）年まで）

とした。平成 28（2016）年度は 654 市町村及び 14 広域連合、令和 2（2020）年 3 月（令和元（2019）年度）には 1,716 市町村のうち 1,292 市町村、45 広域連合が取組を実施した。（令和元（2019）年度より目標を 1500 市町村、47 広域連合に上方修正。）

- 腎疾患政策研究事業、腎疾患実用化研究事業において、慢性腎臓病(CKD)対策として、新規透析導入患者の減少を目指して、診療連携体制の構築や、CKD の病態解明や重症化予防の研究を実施中。
- 糖尿病腎症も含めた腎疾患対策の更なる推進について、「腎疾患対策検討会」において報告書とりまとめ（平成 30（2018）年 7 月）。当該報告書を踏まえた、腎疾患対策の取組の通知を、自治体や関係団体向けに発出。
- 糖尿病透析予防指導管理料の算定条件に、保険者による保健指導に協力する事項が追加。生活習慣病管理料の算定要件に眼科受診に関する事項が追加（令和 2（2020）年 4 月診療報酬改定）

＜関係する研究＞

- 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策実用化研究事業や腎疾患実用化研究事業において、糖尿病や CKD の病態解明や重症化予防の研究を引き続き推進する。
- 厚生労働省の戦略研究の一環として、糖尿病合併症を抑制するための介入研究（J-DOIT3）を実施、長期にわたる包括的な血糖、血圧、脂質の管理、生活習慣改善により腎症をはじめとする糖尿病合併症の予防効果を示した。
- 厚生労働科学研究で、糖尿病腎症重症化予防プログラム開発のための研究および効果検証のための研究を実施（平成 28～平成 29（2016～2017）年度及び平成 30～令和 2（2018～2020）年度 研究代表者 津下一代）。大規模実証事業にて評価継続中。

②治療継続者の割合の増加

- 特定健診の必須項目として、空腹時血糖または HbA1c を測定し、「受診勧奨」の判定になった者について、その時点で糖尿病治療を行っている者には治療継続を推奨、糖尿病治療を行っていない者には受診勧奨を実施。
- 厚生労働科学研究（「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究－合併症予防と受診中断抑止の観点から」研究代表者 野田光彦）のワーキンググループにおいて「糖尿病受診中断対策包括ガイド」を作成（平成 26（2014）年 5 月）
- 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインに係る参考資料「企業・医療機関連携マニュアル」に糖尿病の事例を追加（令和 3（2021）年 3 月）
- 保険者によっては、生活習慣病の重症化予防事業の取組として、かかりつけ医等と連携しながら相談・保健指導の実施や、生活習慣病等の受診中断者、未受診者の把握と受診勧奨を実施。

⑤メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少（循環器領域と共通の目標項目）

- メタボリックシンドロームに関する対策は、肥満を始めとする栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙の

生活習慣の改善等の対策として、総合的に実施。

- メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣の改善及び生活習慣病の予防を目的として、特定健診・特定保健指導を実施。
 - 特定健診の必須項目として血圧、中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール等を測定。健診受診者全員に対して健診結果等を「情報提供」とともに、結果に応じ特定保健指導として「動機付け支援」や「積極的支援」を実施している。
 - 特定健診・特定保健指導の効果検証について、「特定健診・特定保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ」において検討を進め、平成 27 年 7 月に最終取りまとめを報告した。
 - 平成 30 年（2018）年度からの第 3 期特定健康診査等実施計画期間に向けて、厚生労働省の検討会等で検討し、健診項目や実施率向上に向けた特定保健指導の実施方法について見直しを行い、平成 30 年（2018）年度より第 3 期特定健康診査等実施計画期間（平成 30 年～令和 5（2018～2023）年度）が開始された。
 - 平成 30（2018）年からの第 3 期特定保健指導において、特定保健指導の質を確保しつつ、対象者の個別性に応じた現場の創意工夫や運用改善を可能とし、効果的・効率的な実施により、実施率の向上に繋がるよう、特定保健指導の運用ルールを緩和。
 - 「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」（平成 30（2018）年 4 月）において、特定保健指導の対象とならない非肥満の脳・血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善指導や、従来の保健指導では十分に効果が得られなかった者に対する保健指導の方法の 1 つとして、体験学習や相談の機会の増加、グループダイナミクスの相乗効果等を特徴とする宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムについての記載が追加された。
- 厚生労働省の「生活習慣病予防のための健康情報サイト e-ヘルスネット」等を通じた普及啓発を実施している。

⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（循環器領域と共通の目標項目）

- スマート・ライフ・プロジェクトの中心となる 4 つのテーマ（運動、食生活、禁煙、健診・検診受診）の一つとして、健診の受診勧奨を推進。
- 保険者機能の責任を明確化するため、平成 29（2017）年度の実績から、各保険者別に特定健診・特定保健指導の実施率を公表。

3 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

腎症による透析導入患者数の減少にむけて、糖尿病医療の質の向上、受診中断や未受診者の減少、健診による確実な発見と対応が重要である。

今回の評価結果では導入患者数の減少をみることはできなかったが、導入時の平均年齢が高齢化していることから、導入までの期間延長が図られたものと考えられ、一定の効果があったものと

考えられる。しかし、いまだ年間約 16,000 人の新規導入患者がいること、糖尿病の継続治療率の向上やコントロール改善により更なる減少を期待できることから、引き続き高い目標をもって対策を勧めることが重要である。

糖尿病において医療機関を適切に受診している者を増やすには、国民への啓発、健診受診後の対応、治療と仕事の両立など各分野の活動と深くかかわっている。自治体や保険者における重症化予防事業の中で、未治療および治療中のコントロール不良者が発見されており、適切な受診に向けて丁寧に働きかけを続けることの必要性を関係者が認識することができた。レセプトと健診データを用いたハイリスク者の抽出は、保健事業として広く実施されるようになってきている。

合併症の減少を表す指標として、健康日本 21（第二次）では糖尿病腎症による透析導入者数を評価しているが、糖尿病の細小血管症としては、腎症と並んで、視覚障害の原因となる糖尿病網膜症が上げられる。網膜症については、厚生労働省「平成 26～平成 30（2014～2018）年度及び厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患等政策研究事業）」（山下英俊、森實祐基）において、平成 27（2015）年に新たに視覚身体障害と認定された者（12,505 人）のうち、糖尿病網膜症は第 3 位（12.8%）であったとしており、血糖コントロール改善と治療の向上により糖尿病網膜症を原因とする失明は減少傾向にある。

以上、腎症、網膜症の現状を考慮すると、本目標項目である「合併症の減少」に関して、一定程度の評価ができると考えられる。

② 治療継続者の割合の増加

糖尿病の治療継続者は 65%にとどまり、策定時より増加していない。健診後の受診勧奨や治療中断者への働きかけ、仕事と治療の継続のための取組を更に推進する必要がある。自覚症状がなく本人が軽く考えていることへの対応、事業所の通院への配慮の必要性があげられている。仕事と治療の両立支援ガイドにも「糖尿病に対する誤った理解や知識から、職場における理解・協力、必要な配慮等が妨げられる場合がある」ことが指摘されている。重症化予防事業では、医療費負担の面で治療を中断している者が少なくないことが自治体より報告されている。

③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

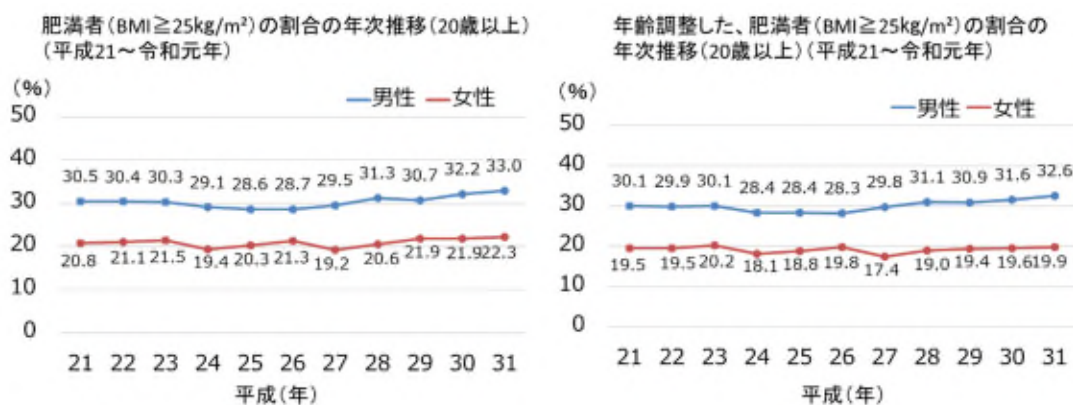
ベースラインと比較して改善しており（相対的変化：-21.7%）、目標を達成している。HbA1c への理解が進んだことや、低血糖の危険が少ない新たな薬剤の投入によりコントロール不良者が減少した可能性がある。

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

⑤ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少（循環器領域と共通の目標項目）

糖尿病有病者の年齢調整値は増加していないが、高齢化にともない有病者数は増加している。この結果は国民生活基礎調査や患者調査の結果と合致する。また、メタボリックシンドローム該当者・予備群者についても、中間評価以降の増加がみられている。⑥に示すように、特定健康診査の受診

率が高まり、掘り起こし効果があることは否定できないが、国民全体として糖尿病、メタボの増加抑制がかかっていない。国民健康・栄養調査にみるように、BMI \geq 25 について平成 26（2014）年頃までは低下傾向がみられたが、以降は上昇に転じていることと関係があることが考えられる。



近年サルコペニア、フレイル、やせ、低栄養などの対策の重要性にも注目が集まっており、生活習慣病等の慢性疾患の発症予防・重症化予防に加え、フレイルや低栄養防止等の心身機能の低下に伴う疾病の予防・改善に着目した対策も求められている。個人の状態にあった適切な情報発信が必要である。

また特定健診第 3 期より保健指導の弾力化が進められているが、改めてメタボ対策を検討すべきと考えられる。どの対象者にどのメッセージを出すべきかを十分に配慮する必要がある。

⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上（循環器領域と共通の目標項目）

この指標については、自治体、保険者、関係機関の努力により向上しているが、目標には到達していない。実施率向上には受診方法の改善（集合契約等の広がり）、保険者間の協力、啓発や通知の工夫（ナッジ）、メディアによる周知広報活動など様々な手法を用いて向上策を図ってきた。実施率には保険者格差がみられるが、保険者インセンティブ制度等により保険者の取組の推進を図っている。

4 今後の課題

<領域全体の課題>

- 糖尿病の一次予防、二次予防、三次予防の各段階において、切れ目や漏れのない対策が重要。
- 引き続き「スマート・ライフ・プロジェクト」の普及・啓発により、「適度な運動」、「適切な食生活」、「禁煙」と「健診・検診の受診」の取組を進め、糖尿病の発症・重症化予防や適切な体重の維持、健診の受診率の向上を推進していく。
- 健診受診や糖尿病治療中断防止の啓発などを強化する必要がある。
- 「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業」を更に推進。

- 食環境づくりを含め栄養・食生活に関する事業を引き続き推進。
- 健康増進事業を引きつづき実施。
- 引き続き、栄養・食生活、身体活動・運動等の各生活習慣に関する研究を推進
- 糖尿病患者の高齢化に伴い、高齢者の糖尿病対策について自治体等への周知が必要。
内臓脂肪蓄積だけでなく、サルコペニア、身体活動の低下の影響が大きくなる。
保健事業の対象者抽出や保健指導方法についても検討が必要。
認知症のある糖尿病患者への支援の在り方、治療目標・方法の修正など
- がんや認知症と糖尿病についての研究・対策の推進。
- 糖尿病と歯周病の関係性についても引き続き周知していく。

【重症化予防】

① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

- 糖尿病腎症による年間新規透析新規導入者数は横ばいが続いており、年間 15,000 人の目標達成は厳しい状況である。目標達成に向け重症化予防の更なる取り組みの推進が必要である。
- 医療保険者に対し、糖尿病腎症重症化予防の取組について保険者インセンティブを含めた財政支援を継続予定。また令和 2（2020）年度から実施している大規模実証事業で糖尿病腎症重症化予防プログラムの効果検証を実施し、その結果を糖尿病腎症重症化予防プログラムに反映予定。
- 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策実用化研究事業や腎疾患実用化研究事業、腎疾患政策研究事業において、糖尿病や CKD の病態解明や重症化予防、診療連携体制構築に関する研究を引き続き推進。
- （健康寿命延伸プラン）2028 年度までに年間新規透析導入患者数（糖尿病腎症以外の要因含む）を 3.5 万人以下にすることを目標として、慢性腎臓病診療連携体制を全国展開する。
- 今後の糖尿病腎症も含めた腎疾患対策の更なる推進について、平成 30（2018）年 7 月に「腎疾患対策検討会」において報告書がとりまとめられ、当該報告書を踏まえた、腎疾患対策の取組の通知を、自治体や関係団体向けに発出したところ。今後は、この報告書に基づき、糖尿病が重症化し、糖尿病腎症に病態が進行したとしても、早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続することにより、重症化予防を徹底するため、行政、関係学会、関係団体等の地域における関係者が連携して対策に取り組めるよう体制を整備し、普及啓発、医療提供体制整備等の対策に取り組む。
- 「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業」を更に推進。
- 厚生労働科学研究で、（糖尿病学会・日本医師会）大規模糖尿病診療データベースの構築（J-DREAMS※ 1、J-DOME※ 2）を用いた研究を実施。
※ 1：大規模レジストリ・大規模臨床試験の分析による合併症予防に有効な標準糖尿病診療のための研究（令和元～令和 3（2019～2021）年度 研究代表者 植木浩二郎）
※ 2：糖尿病など生活習慣病対策の地域格差把握とその改善－日本医師会かかりつけ医

データベース J-DOME を活用して－（令和 3～令和 5（2021～2023）年度 研究代表者 野田光彦）

② 治療継続者の割合の増加

- 治療継続者の割合は、策定時より増加が認められない。目標達成に向け、治療継続の推奨並びに受診勧奨等の取組を更に推進。
- 保険者が作成する「データヘルス計画」等に基づき、適切な治療を継続できるよう取り組む保険者もあり、保険者が行う生活習慣病等の重症化予防や未治療・治療中断者に対する受診勧奨等の取組について引き続き支援。

③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

- 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少は、目標を達成しているが、引き続き関連する取組を推進。
- 学会ガイドラインと整合を取り、HbA1c \geq 8.0%の減少へと、更に目標を厳しくしていくことが重要。
- 保険者が作成する「データヘルス計画」等に基づき、糖尿病等のコントロール不良者への保健事業に取り組む保険者もみられ、保険者が行う生活習慣病等の重症化予防等の取組について引き続き支援。
- メタボリックシンドローム該当率、特定健診・特定保健指導実施率には自治体や保険者で差が生じていることから、行政、保険者、関係団体が連携した取組推進が求められる。

【発症予防】

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

⑤ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少（循環器領域と共通の目標項目）

⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上（循環器領域と共通の目標項目）

- 糖尿病有病者数、メタボリックシンドロームの該当者・予備群者の減少を目指し、更なる取組を推進していく必要がある。
- 保険者が作成する「データヘルス計画」において、特定健診実施率・特定保健指導実施率の更なる向上を目指した保健事業に取り組む保険者は多く、保険者が行う保健事業について引き続き支援。
- より充実した保健指導を行えるよう「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」（平成 30（2018）年 4 月）の周知啓発を行っていく。
- 令和 6（2024）年度より第 4 期特定健診・特定保健指導を開始予定。より効果的な特定健診・特定保健指導のあり方を検討していく予定。
- 特定健診・特定保健指導について、令和 2～令和 4（2020～2022）年度にかけて行う大規模実証事業の中で、健康増進効果等を引き続き検証しており、事業の結果等を踏まえて第 4 期計画に向けて適切な見直しを行っていく。
- 厚生労働科学研究を通して、意義のある特定健診のあり方や効果的な保健指導の方法について

検討予定。

- 糖尿病や肥満症、メタボリックシンドロームに対する Stigma に対して是正していくことが求められる。
- 健康なまちづくり・職場づくりを推進し、健康的なライフスタイル（運動や食生活）が享受できることを広げていく（日本健康会議の活用）。
- ICT を活用し、自らの健康状態をモニタリングできるしくみづくりなど、新たな方策に積極的に取り組んでいくことにより、本人にあった適切な方法で予防を進められることが肝要。
- 科学的根拠の乏しいいわゆる健康番組や商品などから消費者（国民）を守る規制が必要。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 外出自粛に伴う活動量の低下や、喫煙、飲酒量増加による生活習慣の悪化などが懸念される。
- 治療中断による糖尿病コントロールの悪化が懸念される。
- 糖尿病は COVID-19 の重症化リスクとされている。
- 糖尿病等の基礎疾患のある方に対しては優先的にワクチン接種を進めていく。
- ワクチン接種の待ち時間などに、コロナ対策としても生活習慣改善の取り組みを合わせて実施していくことの大切さを伝える。
- 自治体は地域の感染状況に応じて、住民に対しフェーズに合わせた感染対策の具体的な方法を示していく。
- 令和3（2021）年度特別研究※において、新型コロナウイルスが糖尿病のコントロールや診療に与える影響を検討し、今後の診療体制を提案するための研究を実施。
※「新型コロナ感染症流行による糖尿病患者の生活様式・受診行動の変化が重症化に及ぼす影響の解析と今後の診療体制構築のための研究」（研究代表者 植木浩二郎）
- 新型コロナウイルス感染症による健診受診控えに対してリーフレットを通して受診勧奨を啓発。

<参考文献・URL>

- 特定健診・特定保健指導について
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>
- 標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】（平成30年4月）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>
- スマート・ライフ・プロジェクト
<http://www.smartlife.mhlw.go.jp/>
- e-ヘルスネット
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>
- 腎疾患対策検討会報告書
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000172968_00002.html
- 参考文献追加予定

様式2（案）令和3年9月3日版

(領域名) (4) COPD

背景

- COPDは主として喫煙等の有害物質を長期に吸入曝露することにより生ずる咳、痰、息切れを特徴とする肺疾患であり、主に高齢者に発症する。COPDの病態は肺気腫病変と気道病変がさまざまに混合して起こる。
- 平成16（2004）年に発表されたNICE studyによると、無作為に抽出された一般住民調査による大規模な疫学調査で40歳以上の日本人のCOPD有病率は8.6%、40歳以上の約530万人、70歳以上の約210万人と推定された。
- 一方、厚生労働省の患者調査によれば、COPD患者数は健康日本21（第二次）が始まる平成24（2012）年当時は20数万人前後で推移しており、この患者数推計格差から多くの診断されていないCOPD患者の存在が推定された。また、平成24（2012）年当時、年間COPD死亡数は約16,000人であり、死亡原因として全体の9位、男性では8位であった。高齢者人口の増加によりこの死亡数も年々増加していくものと予想された。
- 以上の背景から健康日本21（第二次）において、主に喫煙者の生活習慣病のひとつとしてCOPDが取り上げられた。一般市民の認知率を高めることを通して、早期発見、早期治療介入に結び付け、その結果として健康寿命の延伸、COPD死亡数の減少に寄与するものと期待された。

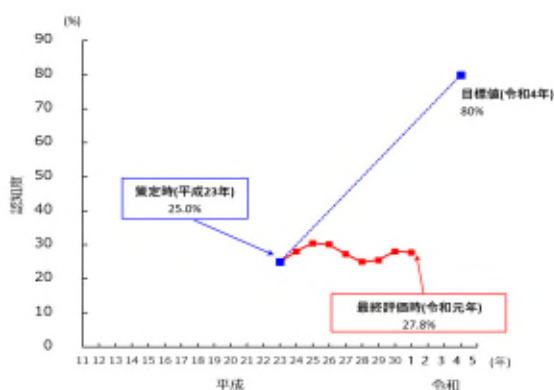
1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	0
B 現時点で目標値に達していないが、改善している	0
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	0
C 変わらない	1
D 悪化している	0
E 評価困難	0

目標項目	評価
⑥ COPDの認知度の向上	C

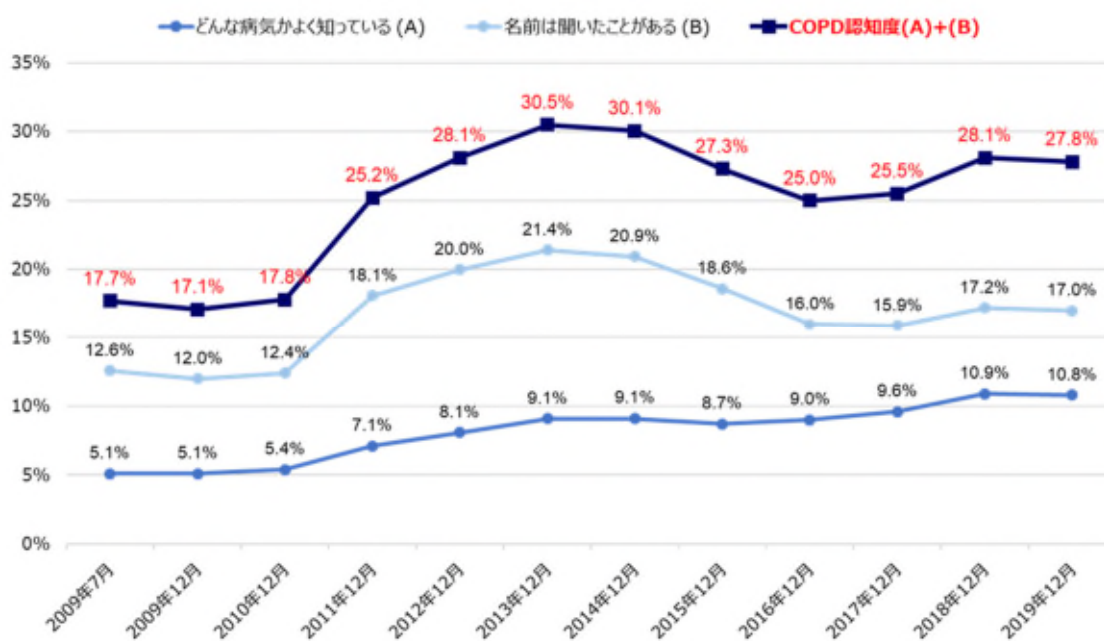
- 健康日本 21（第二次）終了時点で認知度 80%まで高めるという目標に比べ、令和元（2019）年時点では 27.8%に留まっており遠く及ばない。ベースラインの 25.2%からメディアを使った啓発によりいったん 30.5%まで上昇した。しかし、その後 25.0%に逆戻りし、最終的に 27.8%に再上昇した。この間、「どんな病気か知っている」と答えた割合は 7.1%から 10.8%に上昇しており一定の評価はできる。年齢別にみると認知率は 20 歳代で 30%を超えており最も高く、高齢者世代ほど低下する傾向があり 60 歳以上では 25%を下回っている。COPDが高齢者の疾患であることを鑑みると問題点として指摘しうる。

図 1：COPDの認知度



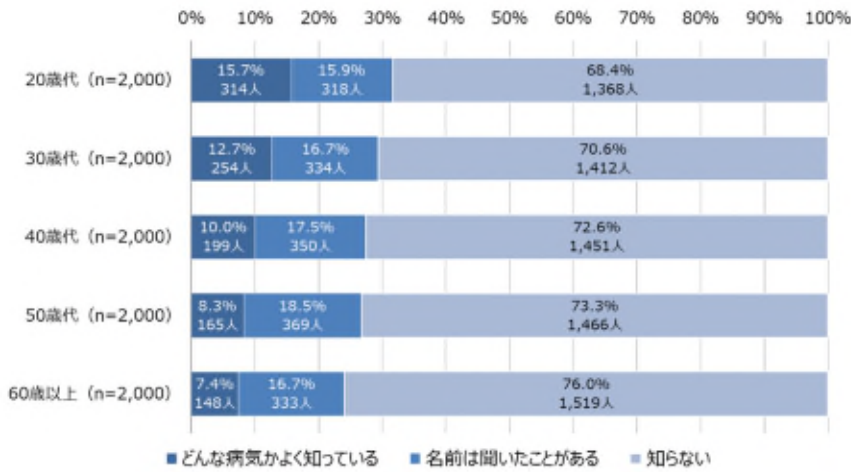
出典：一般社団法人GOLD日本委員会「COPD認知度把握調査」

図 2：COPD認知度の推移



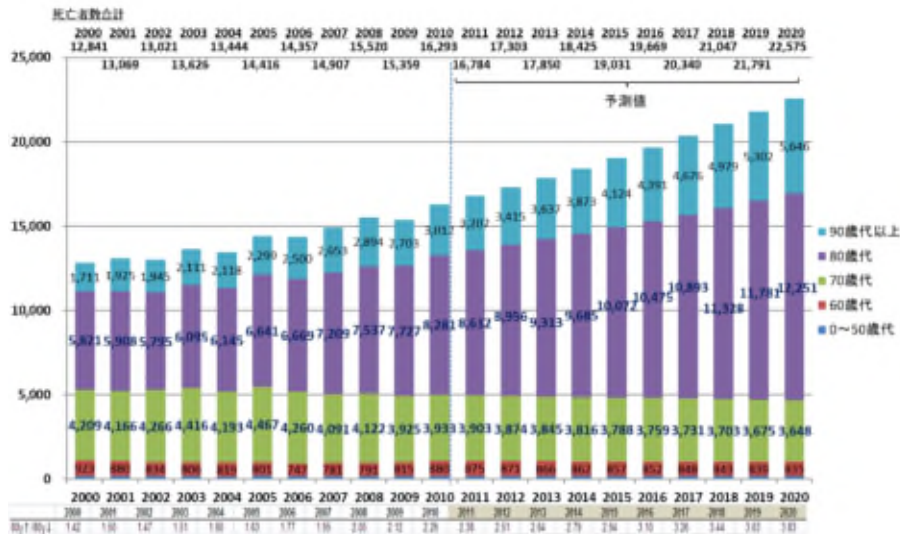
出典：一般社団法人GOLD日本委員会「COPD認知度把握調査」

図3：COPDの認知度（年齢別）



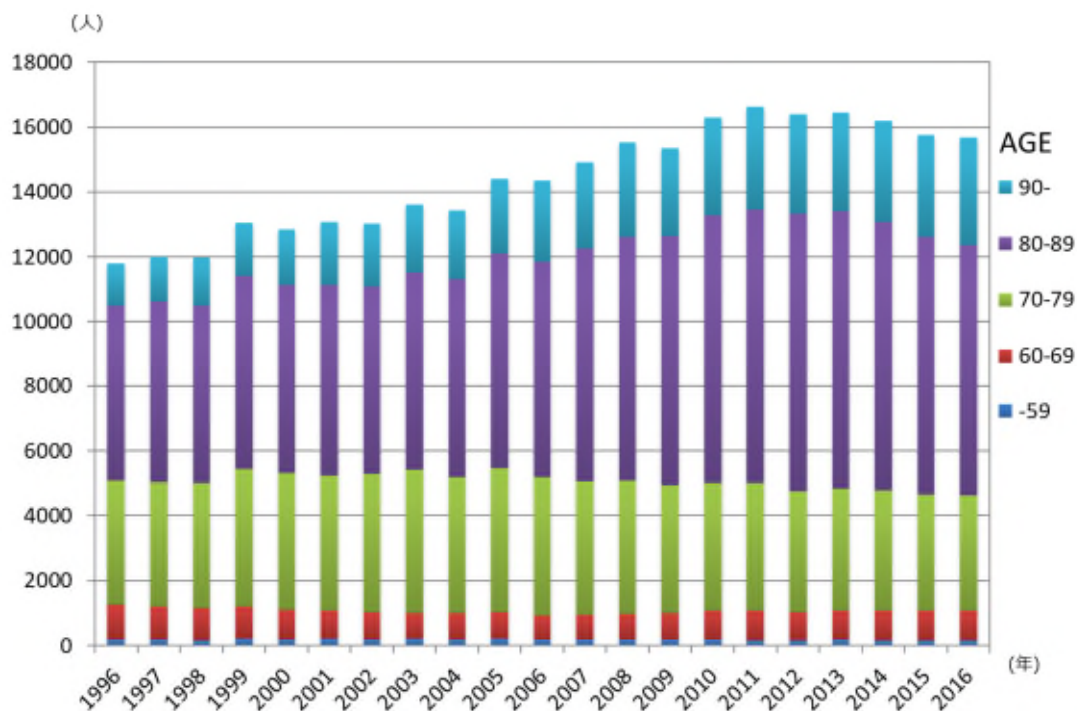
出典：一般社団法人GOLD日本委員会「COPD認知度把握調査」

図4：COPD死亡者数の推計



出典：厚生労働省「人口動態統計」

図5：COPD死亡者数の推移（1996年—2016年）



出典：厚生労働省「人口動態統計」

2 関連する取組

<国の取り組み>

- 厚生労働省の健康情報サイトe-ヘルスネット等を用いて、「COPD」の名称と疾患に関する知識の普及や禁煙により発症予防可能であることの理解を促進。
- 日本呼吸器学会市民公開講座の後援に入り、COPD周知に取り組んだ。
- 「スマート・ライフ・プロジェクト」において「禁煙」、「適度な運動」、「適切な食生活」、「健診・検診の受診」に対する取組を推進しているところであり、禁煙の重要性や喫煙によって生じるリスク等について情報を発信。
- 喫煙（受動喫煙含む）対策（詳細は喫煙領域に記載）
 - 喫煙に関して、禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版の策定（平成30（2018）年5月）や禁煙週間におけるイベント等の開催、「たばこ対策促進事業」等を実施。
 - がん診療連携拠点病院において、「たばこクイットライン」事業を開始し、電話等による禁煙相談を実施。
 - 診療報酬におけるニコチン依存症管理料について、情報通信機器を用いた診療に係る評価がなされるとともに、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件を見直し。
 - たばこパッケージの注意文言の表示面積を30%→50%以上に拡大。また、たばこパッケージ

標記に関して、従来の「肺気腫を悪化させる危険があります」から「慢性閉塞性肺疾患（COPD）を悪化させる危険があります」に修正。

- たばこの段階的な税率増加を実施。

< COPD疾患啓発のための組織 >

- 慢性呼吸器疾患啓発促進委員会（日本呼吸器学会）
- 日本COPD対策推進会議（日本医師会）
- GOLD日本委員会（産学一体のNPO法人）
- COPD啓発プロジェクト（産学一体のNPO法人）
- 慢性呼吸器疾患対策推進議員連盟（有志の国会議員による連盟）
- 日本呼吸器障害者センター（J-BREATH）（患者団体）

< 関連する団体・学会の具体的活動内容 >

- 「肺の日」「呼吸の日」等の市民向け啓発イベント：呼吸器学会主導により各地域で開催、関東地区では日本医師会、結核予防会、日本呼吸器学会の3者協働による活動
- 日本医師会員向けの啓発資料作成・配布
- “肺年齢”の導入によるスパイロメトリー検査の普及
- マスメディア（TV、新聞等）を通じた継続的なCOPD普及・啓発活動
- 屋外ビジョンによる屋外動画、全国保険薬局の一部店内モニターで動画放映、全国の病院施設・東京都庁関連800施設におけるポスター掲示
- 全国自治体によるCOPD普及・啓発活動（地域による温度差大）
- 全国自治体におけるCOPD検診（スパイロメトリー検査）の組み入れ推進。
- COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン第5版を作成（平成30（2018）年4月発刊、日本呼吸器学会）
- 「禁煙治療のため御標準の手順書（第8版）」の公開（令和2（2020）年4月、日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会、日本呼吸器学会）

3 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

- 認知率の上昇が目標に遠く及ばなかった原因として、COPDという横文字病名が国民に浸透しづらいという背景があるかもしれない。特に年齢階層別の認知率をみると、高齢になるほど低いという傾向があり、これも横文字病名の問題が背景にある可能性がある。
- 一方、COPDの病型・病態とも言うべき「肺気腫」「慢性気管支炎」という病名については令和元（2019）年の調査で認知率はそれぞれ69.1%、63.0%とかなり高いことが判明した（ただしCOPDの日本語訳である慢性閉塞性肺疾患の認知率はわずか24.7%と低い）。つまり、COPDという病名としての認知率は低い、本疾患によって起こる症候や病態については国民の半数以上に認知されていることを示している。

- COPDという病名の認知率向上に関して目標達成は困難な状況にあるが、さまざまなCOPD啓発活動の取り組みは一定の成果があったと考える。そのひとつの客観的事実は急速な高齢者人口の増加とそれに伴うCOPD死亡数の増加という平成 22（2010）年当時の厚労省の予測にもかかわらず、COPD死亡数は年齢調整死亡でみても毎年減少しており、平成 23（2011）年をピークに絶対数でみても減少の傾向にある（ICD-10（平成 25（2013）年版）に準拠した死因統計分類の適応により、2017 年にいったん上昇しているが、その後再び減少に転じている）。また、その死亡年齢もより高齢にシフトしていることが挙げられる。

4 今後の課題

- COPDの認知度は、ほぼ横ばいで推移しており、現状のままでは目標達成は困難な状況にある。COPDの認知度向上は大きな課題であり、特にCOPDが「どんな病気か知っている」者の増加が患者の受診行動を促す上でも意義がある。
- 目標達成に向け、喫煙が最大の発症要因であり、禁煙により発症予防が可能であることや早期発見が重要であること等、普及啓発・認知度の向上に向けて取組を推進する。
- 喫煙によるCOPDのリスクや正しい知識について、学校教育や、健診・保健指導、健康増進事業における「慢性閉塞性肺疾患（COPD）健康教育」や「喫煙者個別健康教育」等を通じて、あらゆる世代により一層の普及啓発を図っていく必要がある。
- COPDは肺炎や肺癌の危険因子として重要であり、軽症であっても高齢者の肺の健康という観点から重大な疾患であることを周知する。
- COPD対策において重要となる、たばこ対策を推進していく。
- 「スマート・ライフ・プロジェクト」において「禁煙」、「適度な運動」、「適切な食生活」、「健診・検診の受診」に対する取組を推進しているところであり、禁煙の重要性や喫煙によって生じるリスク等について引き続き情報発信を行うとともに、スマート・ライフ・プロジェクトに参画している企業・団体・自治体と協力・連携し、国民運動として禁煙をさらに推進する。
- COPDとフレイルや併存症の関係等も周知していく
- COPDの早期発見に向けて、スパイロメトリー検査の更なる普及・実施に努める。（コロナ禍においては下記⑤の参考情報参照）
- 医療現場でCOPDという疾患名が使われず、慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、慢性気管支炎等とされている、さらに、薬剤の添付文書、カルテ病名、DPC（診療群分類）、「疾病、傷害及び死因の統計分類」においてもCOPDの記載がないというのがわが国の現状である。行政と学会が協働した普及啓発活動が求められている。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 新型コロナ感染症の重症化因子であることの周知
 - 新型コロナ感染症診療の手引き第5版に記載されているとおり、COPDは新型コロナ感染症の重症化因子であることが世界的に認知されている。一般人口において未診断COPDが多数潜在している現状を鑑みると、新型コロナ感染症で重症化・死亡した症例にも多数の未診断COPDが潜在していたことが想定される。新型コロナ感染症の知識普及と共に、COPDの認知度を向上させることの重要性は極めて高いと考える。

<参考文献、URL>

コロナ禍において、スパイロメトリーが施行困難である状況を鑑み、スパイロメトリーを用いない診断治療の作業手順を提唱。

[Statement from the Japanese Respiratory Society: Working diagnosis and initial management of COPD during the COVID-19 pandemic.](#)

Shibata Y, Muro S, Yokoyama A, Hashimoto S. *Respir Investig.* 2021 Jul;59(4):385-388.

- 禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/manual2/addition.html>
- スマート・ライフ・プロジェクト
<http://www.smartlife.mhlw.go.jp/>
- e-ヘルスネット
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>
- 新型コロナ感染症診療の手引き第5版
<https://www.mhlw.go.jp/content/000785119.pdf>