

4. 參考資料

参考資料

本書を用いて対策を検討するにあたり、地域の死因別死亡の状況や、死因に関連するリスク要因、介入効果が高い対策について参考資料を掲載する。

1. 沖縄県の死亡の状況

平成30年の本県の死因別死亡割合は全年齢では悪性新生物、循環器疾患（心疾患・脳血管疾患）が約50%を占めている（図1-1）。20～64歳の働き盛り世代では、悪性新生物、循環器疾患に次いで、肝疾患の割合が高い（図1-2）。

図1-1 沖縄県死因別死亡の割合 全年齢・男女（死亡総数12,157人）

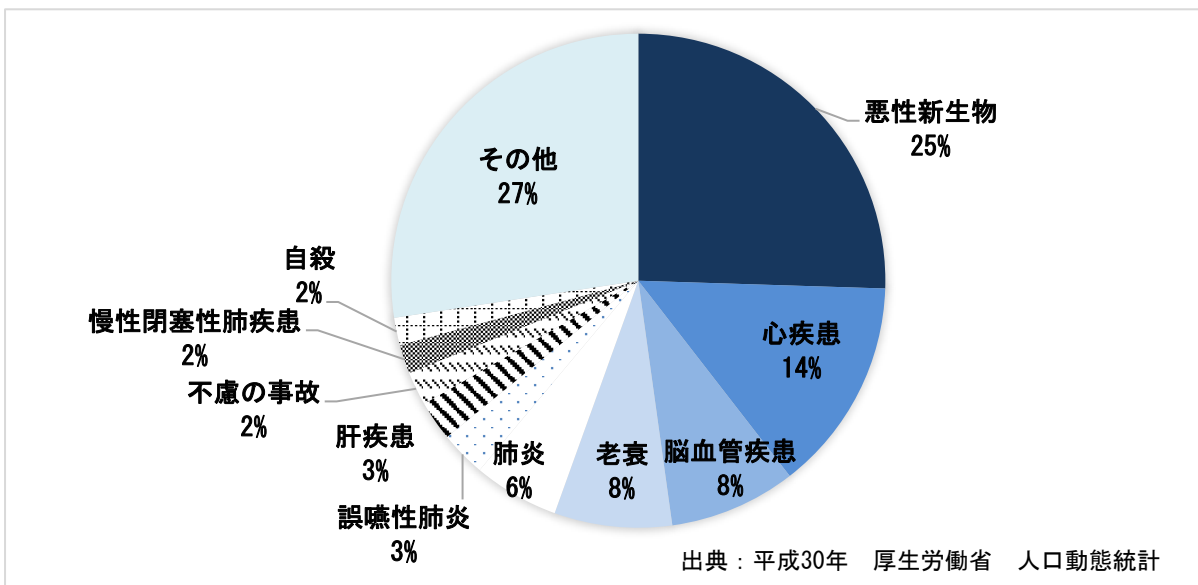
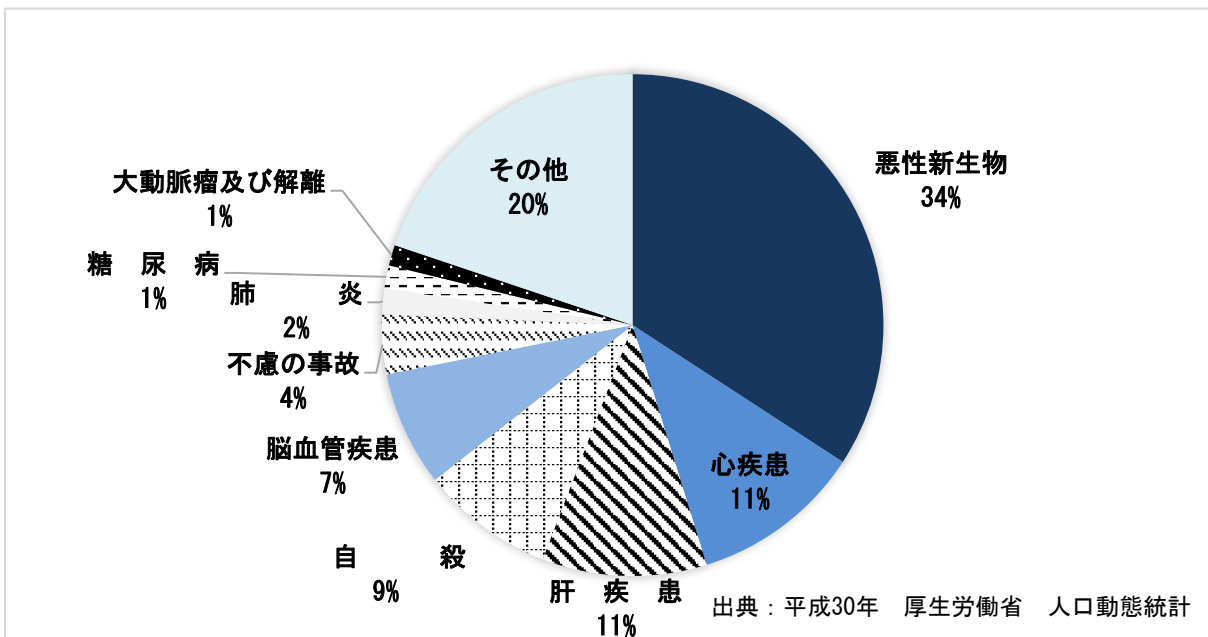


図1-2 沖縄県死因別死亡の割合 20～64歳・男女（死亡総数1,875人）



2. 年齢調整死亡率および特定死因を除去した場合の平均寿命の延び

年齢調整死亡率および特定死因を除去した場合の平均寿命の延びは、男女とも悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順になっている（表1）。

表1 【沖縄県】死因別死亡確率および特定死因を除去した場合の平均寿命の延び

	年齢調整死亡率 (人口10万対)		特定死因を除去した場合の 平均寿命の延び(年)	
	男	女	男	女
悪性新生物	153.0	86.2	3.5	2.9
心疾患	61.5	30.5	1.5	1.3
脳血管疾患	38.1	17.5	0.8	0.7
肺炎	33.3	14	0.8	0.6
自殺	28.6	8.5	0.7	0.3
不慮の事故	19.9	6.2	0.5	0.2
肝疾患	18.7	6	0.4	0.2
慢性閉塞性肺疾患	9.3	1.6	データなし	
腎不全	6.8	4.2	0.2	0.2
糖尿病	6.7	3.9	0.2	0.1

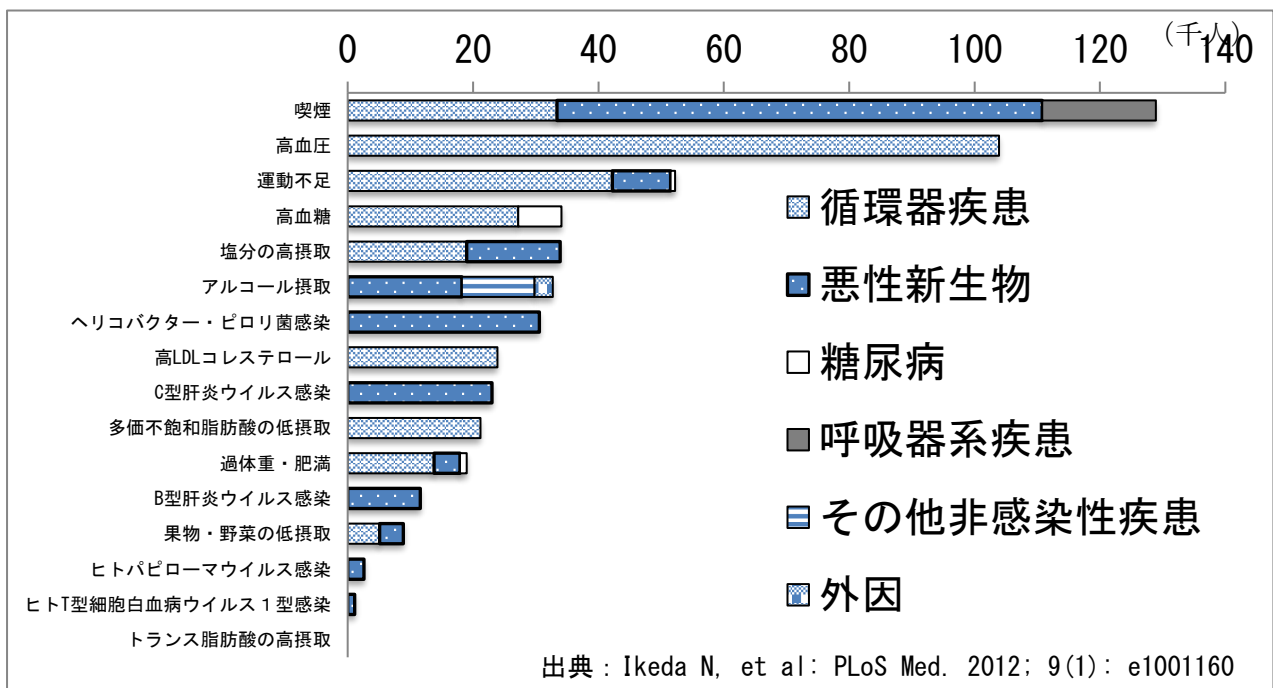
(出典：平成27年度都道府県別生命表の概況)

3. 各リスク要因に関連した非感染性疾患および外因死亡者数

各リスク要因に関連した死亡者数は喫煙、高血圧、運動不足、高血糖、塩分の高摂取、アルコール摂取の順に多い。特に喫煙は悪性新生物、高血圧は循環器疾患に強く影響している（図2）。

*生活習慣の改善により予防可能な疾患

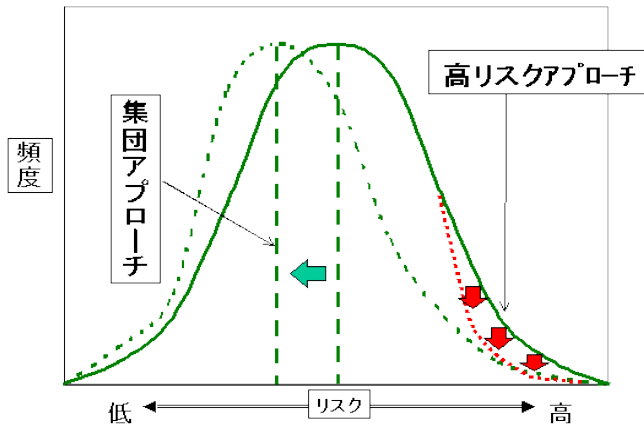
図2 わが国におけるリスク要因別の関連死亡者数－2007年日本・男女計 2007年



4. 高リスクアプローチと集団アプローチ（健康日本 21（総論）より引用）

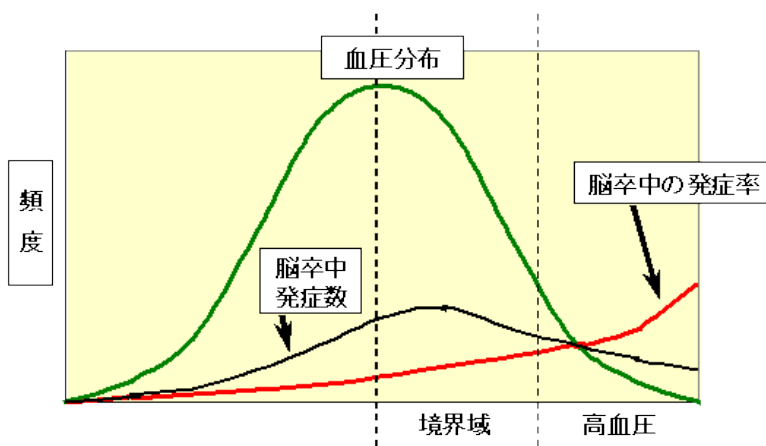
健康障害を起こす危険因子を持つ集団の中で、より高い危険度を有する者に対して、その危険を削減することによって疾病を予防する方法を高リスクアプローチ (High risk approach) と呼び、集団全体で危険因子の頻度を下げる方法を集団アプローチ (Population approach) と呼ぶ。(図 3-1)

図 3-1 高リスクアプローチと集団アプローチ



例えば、高血圧の場合、臨床的高血圧のグループを見つけ出し、強力な治療、例えば降圧剤で血圧を下げることによって、そのグループの合併症の罹患率を低下させることができる。しかし、将来、脳卒中などの重大な合併症に罹る人数は、現在高血圧域の人より境界域の人からの方が圧倒的に多い。従って全体の血圧を下げた方が防げる合併症の数は大きい（図 3-2）。

図 3-2 危険因子と合併症の発生数



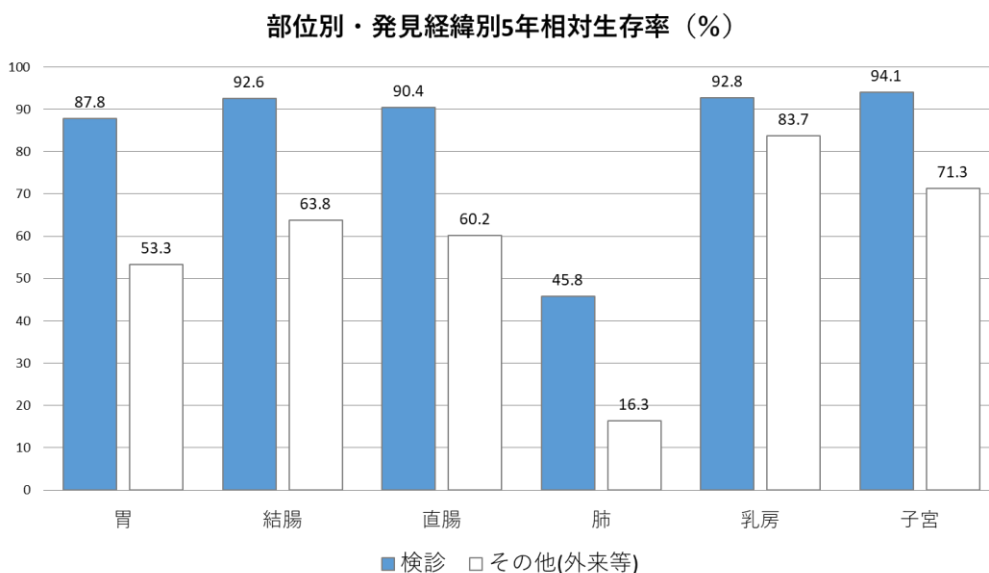
高リスクアプローチは方法論が明確で対象も明確にしやすいが、予防効果の量は限られている。一方、集団全体の予防効果の大きさからすれば、集団アプローチも必要である。しかし、一般に集団アプローチは社会全体への働きかけを必要とし、効果を定量化しにくいことが多い。高リスクアプローチと集団アプローチを適切に組み合わせて、対策を進めることが必要である。

5. がん検診について

悪性新生物（がん）対策においては生活習慣の改善に加えて、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（平成20年3月31日厚生労働省健康局長通知）」に基づくがん検診を実施し、検診の受診率を向上させることが重要である。「がんの統計05'（公益財団法人がん研究振興財団 平成18年3月）」によると、検診で発見された場合とその他で発見された場合で5年相対生存率に差がみられる（図4）。また、「令和元年度 沖縄県がん登録事業報告（令和2年3月）」において、検診でがんが発見された場合は、検診以外で発見された場合と比べて上皮内がん及び限局がんの割合が高くなっていることが報告されている（図5）。

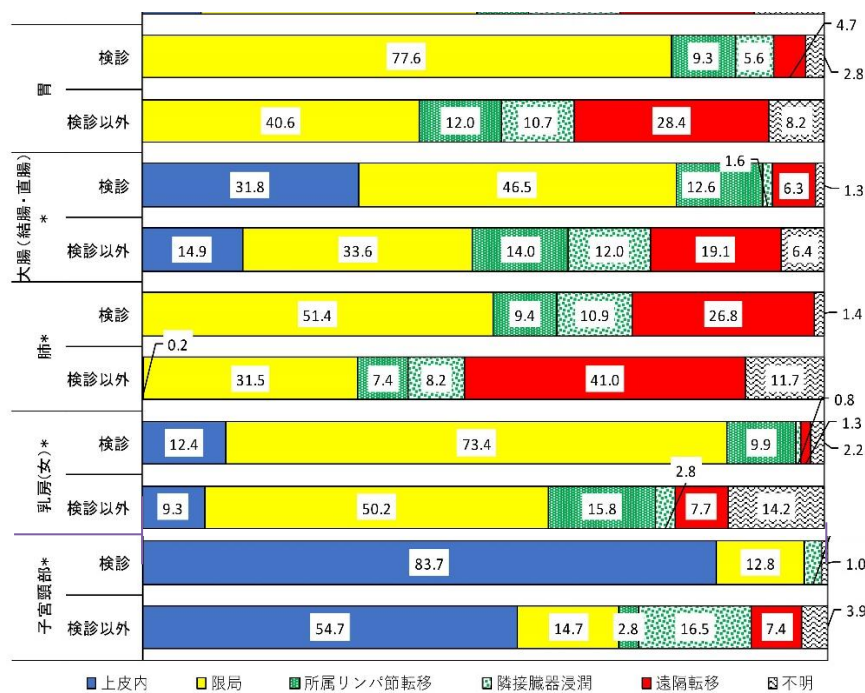
がん検診は、「がんがある」「がんがない」ということが判明するまでのすべての過程を指す。「精密検査が必要」と判断された場合は精密検査を受診し、「異常なし、または良性の病変」であったときは次回の検診を受診し、「がん」と判定された場合は治療を受けることが必要である（図6）。

図4 部位別・発見経緯別 5年相対生存率



出典：がんの統計05'
1993～96年診断患者。
6登録（宮城・山形・新潟・福井・大阪・長崎）集計結果

図5 発見経緯別の臨床進行度



検診: がん検診、健診・人間ドック

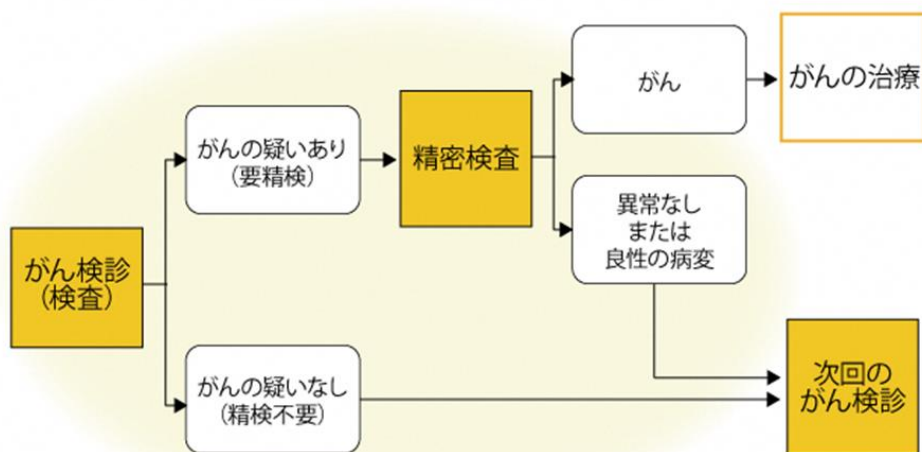
検診以外: 他疾患の経過観察中、剖検発見、その他・不明(症状受診を含む)

*上皮内がんを含む。大腸の上皮内には粘膜がんを含む。子宮頸部の上皮内は、CIN3を含む。

DCO および進行度 777 該当せずを除く。

(出典: 令和元年度 沖縄県がん登録事業報告(平成28年(2016年)の罹患集計)から一部改編)

図6 がん検診の流れ



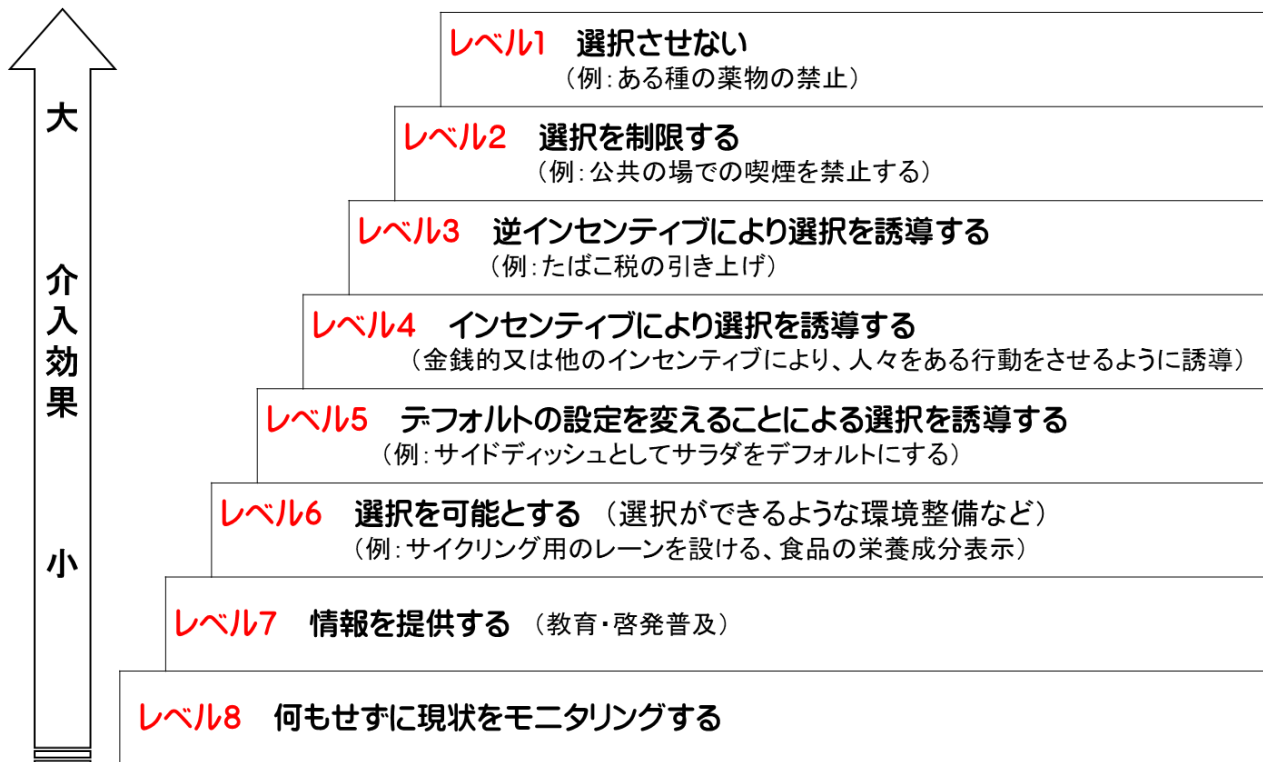
出典: 国立がん研究センター がん情報サービス

https://ganjoho.jp/public/pre_scr/screening/about_scr01.html

6. 介入のはしご

対策は「介入のはしご」(図7)の上位レベルほど効果が高い。必要な情報提供を行いながら、さらに上のレベルを目指すことで介入効果を大きくすることができる。

図7 <介入のはしご>



出典) 武見ゆかり. 健康日本21(第2次)は「介入のはしご」を上れるか. 日健教誌 第21巻 第2号 2013年
(Healthy Lives, Healthy People: Our strategy for public health in England 2010)

沖縄県 健康づくり支援資料

発行 令和2年8月
発行・編集 沖縄県保健医療部健康長寿課
沖縄県那覇市泉崎1丁目2番2号
Tel 098-866-2209
Fax 098-866-2289
編集 沖縄県衛生環境研究所企画管理班
沖縄県うるま市字兼箇段17番地1
Tel 098-987-8212
Fax 098-987-8210
指導・助言 琉球大学大学院医学研究科
衛生学・公衆衛生学講座
教授 中村 幸志
