



Kekkaku

結核

Vol. 89 No.3 March 2014

第89回日本結核病学会総会 講演集／岐阜

日本結核病学会
THE JAPANESE SOCIETY FOR TUBERCULOSIS

教育講演6

結核と喫煙—命を守る禁煙支援活動と社会環境整備

中村 正和 (大阪がん循環器病予防センター 予防推進部)

わが国で本人の喫煙が原因で亡くなる人は年間約13万人、受動喫煙では約7千人と推定されています。喫煙は病気の原因の中で日本人が命を落とす最大の原因です。わが国の喫煙率は近年減少していますが、過去のたばこ消費による長期影響と急速な人口の高齢化によって喫煙が原因で亡くなる人の数は今なお増加しています。喫煙による健康被害を短期的に減らすためには、まず喫煙者の禁煙と非喫煙者への受動喫煙の防止を推進することが重要です。

このためには、わが国が批准しているWHOのたばこ規制枠組条約(FCTC)に基づいて、たばこ価格の大幅引き上げや屋内を全て禁煙とする受動喫煙防止の法規制の強化などを行なって、多くの喫煙者の禁煙の動機を高め、禁煙のきっかけを社会として提供することが必要です。たばこ価格を大幅に引き上げることは、一般成人の禁煙だけでなく、可処分所得の少ない低所得者の禁煙や青少年の喫煙防止に特に効果があることがわかっています。

さらに、喫煙の本質がニコチン依存症という病気であることを踏まえ、保健医療の場での禁煙支援・治療の取組みやそのための環境整備が必要です。具体的には、①医療や健診等の保健医療の場では出会うすべての喫煙者に禁煙のアドバイスをを行うこと、②禁煙希望者が気軽に相談できる無料の電話相談の体制の整備、③医療機関での禁煙治療や薬局・薬店での禁煙相談体制の充実が必要です。

喫煙は、がん、循環器疾患、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、糖尿病など多くの病気リスクを高めることがわかっていますが、結核対策においても重要なリスク要因であることが明らかにされています。WHOは国際結核肺疾患予防連合(IUATLD)と共同で喫煙と結核の関連について系統的な文献レビューを行い、2007年に発表したモノグラフ「A WHO/ The Union Monograph on TB and Tobacco Control」において喫煙が結核の感染、発病、再発、死亡のリスクを高めると結論づけました1)。同年に発表されたBatesらのメタアナリシス研究でも同様の結果が発表されています2) さらに、受動喫煙も結核の感染や発病のリスクを高めることから、結核対策においても喫煙者の禁煙と受動喫煙の防止が重要です。

IUATLDは2010年に「Smoking Cessation and Smokefree Environments for Tuberculosis Patients」(第2版)という医療従事者向けのガイドを作成し、医療従事者による結核患者への禁煙のアドバイスや支援、医療機関の施設の禁煙化、医療従事者への教育やトレーニング、家族感染を防止するための家庭内の禁煙化などに取組むよう呼びかけています3)。

わが国では喫煙者の約80%が1年間に医療か健診(がん検診や人間ドックを含む)のどちらかを受けていますが、禁煙のアドバイスを受ける割合は約40%と諸外国に比べて低いのが現状です。禁煙治療は

2006年度から保険適用となり、その治療成績については、中医協の効果検証により国際的にみて一定の成果をあげていることが確認されています。しかし、禁煙治療や禁煙補助剤の利用率は国際的にみて低い現状にあります。今後の課題として、治療へのアクセスを良くするための禁煙外来の増加、治療の利用促進のための医療従事者からの短時間の禁煙の声かけやメディア等による広報活動、現行の制度で対象とならない入院患者や若年者などへの保険適用の拡大があります。禁煙支援・治療の指導者養成については、効果の確認された日本禁煙推進医師歯科医師連盟によるeラーニング(「禁煙治療版」、「禁煙治療導入版」、「禁煙支援版」)の3種類はインターネットを通じて学習が可能なので、忙しい医療従事者には有用と思います。

無料の禁煙電話相談はわが国ではまだ整備が進んでいませんが、医療や健診等で禁煙を勧める取組みと連動させて、この電話相談を整備すれば、諸外国に比べて利用率が低い禁煙外来や禁煙補助薬の利用を促進することにもつながり、より効果的な禁煙支援・治療の体制が整備できると思います。

今後、喫煙による健康被害を減らすために、WHOのFCTCに基づいたたばこ対策を進めることが重要ですが、医療従事者や関係団体が身近にできる取り組みとして、日常業務の中で出会うすべての喫煙者に対して命を守る禁煙支援と医療施設の禁煙化があります。これらの取り組みを組織的に取り組むためには、学会をはじめとした関係団体や医療機関が協働することが重要です。

本講演では、わが国の喫煙による健康被害やたばこ対策の現状、結核対策における禁煙の意義として喫煙と結核との関連についてのエビデンス、医療施設としての禁煙推進活動の実際についてお話しをする予定です。

文献

1. WHO, IUATLD: A WHO/ The Union Monograph on TB and Tobacco Control. Joining efforts to control two related global epidemics. Geneva: World Health Organization & International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2007.
2. Bates MN, Khalakdina A, Pai M, et al: Risk of tuberculosis from exposure to tobacco smoke: a systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med.2007; 167(4):335-42.
3. Bissell K, Fraser T, Chiang CY, et al: Smoking cessation and smokefree environments for tuberculosis patients. Second Edition. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2010.

第22卷特別号 2014年7月1日発行

ISSN 1340-2560

日本健康教育学会誌

Japanese Journal of Health Education and Promotion

2014 Vol.22 Suppl.

第23回日本健康教育学会学術大会講演集



2014年7月12日(土)・13日(日)

札幌市教育文化会館



日本健康教育学会

*Japanese Society of
Health Education and Promotion*

eラーニングを用いた禁煙支援・治療のための指導者 トレーニングプログラムの評価

○中村正和（大阪がん循環器病予防センター）、
萩本明子（藤田保健衛生大学医療科学部）

【背景】第2次健康日本21およびがん対策推進基本計画において、2022年までに禁煙を希望する成人全てが禁煙することを想定して成人の喫煙率12%の目標が設定された。また、2006年の禁煙治療の保険適用に続いて、2013年度からの第2期特定健診・特定保健指導において、喫煙者への保健指導が強化された。今後、保健医療場での禁煙支援・治療を推進する上で指導者トレーニングの重要性やニーズはさらに高まると考えられる。

【目的】日本禁煙推進医師歯科医師連盟では、多くの参加者に個別かつ効率的な学習環境を提供できるeラーニングを活用して、禁煙支援・治療のための指導者トレーニングプログラムを開発した。本報告ではこのプログラムのプロセス評価と有効性の評価を行う。

【方法】開発したプログラムは、「禁煙治療版」（治療版）、「禁煙治療導入版」（導入版）、「禁煙支援版」（支援版）の3種類である。対象は2010～2013年にプログラムの学習参加募集により参加を申し込んだ2666名のうち、学習を開始した2187名とした。学習開始者のうち、学習内容を全て修了したのは1526名で、修了率は69.8%であった。学習修了者を対象に、学習後にプログラムに対する参加者の評価（興味、学習の難易度、学習期間、学習量、操作性、知人への紹介についての6項目）を尋ねるアンケート調査を実施し、プロセス評価を実施した。次に、有効性評価のため、参加者にeラーニング上で学習前後にテストやアンケートを実施し、禁煙支援・

治療に関する知識、態度、自信、行動の変化を調べた。

【結果】プロセス評価として実施した3つのプログラムに対する参加者の評価結果は概ね良好であった。有効性の評価結果については、3種類のプログラムとも禁煙治療の知識、自信、態度において全て有意な改善がみられた。行動については5項目中、治療版で3項目、導入版と支援版で2項目において有意な改善がみられた。

【考察】日常診療や禁煙支援の場における行動に関する5項目については、他の知識や自信、態度の指標のように全ての項目で事後に有意な改善が見られなかった。それは、事後テストが学習直後に実施されていることとも関係していると考えられる。今後、プログラムの有効性に関連する要因の分析を行う予定である。

【結論】本プログラムの学習により、プログラムの使い勝手や有効性が確認された。今後、自治体をはじめ、保険者や学会、医師会等の保健医療団体を通して普及を図る予定である。

【謝辞】本プログラムの開発及びトレーニングの実施にあたっては、日本禁煙推進医師歯科医師連盟のJ-STOPの開発メンバー（飯田真美、大島明、加藤正隆、川合厚子、繁田正子（故人）、田中英夫、谷口千枝、野村英樹、増居志津子）の協力を得た。

なお、開発したプログラムの詳細については、下記ホームページを参照されたい。

<http://www.j-stop.jp/>

(E-mail ; masa12masa12@m3.dion.ne.jp)

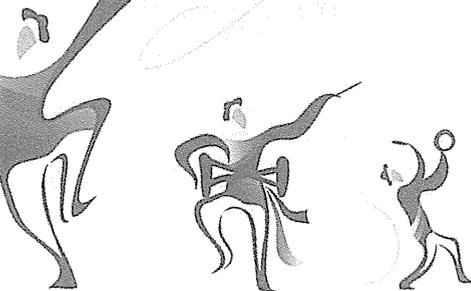


32nd

World Congress of Internal Medicine

2014 COEX, Seoul, Korea
October 24 ~ 28

“Internal Medicine & Beyond :
Toward a Healthier World”



**32nd World Congress
of Internal Medicine**



Challenge of Nicotine Dependence Treatment

Masakazu Nakamura

Osaka Center for Cancer and Cardiovascular Disease Prevention, Japan

Tobacco use remains the most important worldwide cause of preventable death and disabilities. Nicotine is the cause of addictive tobacco use, which causes serious health damages. In Japan, over 50 % of smokers say they want to quit and approximately 28 % make a quit attempt for one year between 2009 and 2010. Unfortunately, over 80 % of quit attempts are unaided, resulting in point prevalence abstinence rate at the following survey (average 6 months follow-up) of only 8 %. This illustrates the powerful force of tobacco addiction. Tobacco addiction is best considered a chronic disease with repeated interventions over time before achieving permanent abstinence.

It is important to implement tobacco dependence treatment measures synergistically with other tobacco control measures. The promotion of tobacco cessation and treatment of tobacco dependence are key components of a comprehensive, integrated tobacco control program in FCTC. Support for tobacco users in their cessation efforts and successful treatment of their tobacco dependence will reinforce other tobacco control policies.

There is clear scientific evidence that tobacco dependence treatment is effective and cost-effective. Pharmacotherapy for tobacco dependence treatment is safe and effective and significantly increases the chance for long-term smoking abstinence compared with quit attempts unaided by pharmacotherapy.

In Japan, smoking cessation treatment service in outpatients has been started under health insurance coverage since 2006. The service consists of five treatment sessions with counseling and pharmacotherapies over 12 week duration. The continuous abstinence rates at the randomly selected registered institutions were 32.6% and 29.7% respectively in 2007 and 2009 survey at 9 months after the end of treatment. Despite of the presence of effective service, the utilization is still small.

To promote smoking cessation, it is essential to: (1) increase demand for cessation treatment by promoting tobacco control including media campaigns, higher tobacco price and smoke-free environments, (2) improve the access to cessation services by increasing the number of registered medical institutions, (3) facilitate the utilization through brief interventions at routine healthcare activities and proactive quitline services as the hub of a network of cessation resources, (4) disseminate effective treatment options to increase the likelihood of success, including combination therapy, harm reduction approach based on the UK NICE guideline (June 2013) and development of innovative pharmacotherapies, (5) establish effective health professional training system.

As for the brief interventions at routine healthcare activities, there is strong evidence that interventions as brief as 3 minutes or less can increase cessation rates significantly at clinical setting. At health examination setting, there is growing evidence that shows the effects of brief intervention. According to our recent study, combination of physician advice and brief cessation support by public health nurses (1 to 2 minutes) increases cessation rates irrespective of readiness for smoking cessation among smokers.

In Japan, medical service is provided under universal health insurance coverage and health examination is widely conducted at communities and worksites under the law. 84% of smokers visited medical office or participated in health examination and cancer screening annually. However, only 37% of smokers received advice to quit from health professionals. Since 2008, specific health examination and health guidance focused on metabolic syndrome and obesity started to prevent cardiovascular disease and reduce medical costs. There was a strong criticism from medical societies that it would not lead to prevent

Saturday, October 25

Symposium 10 Smoking

cardiovascular disease totally because more than half of the population is non-metabolic and non-obese. As a result, health guidance to smokers and hypertensive patients on the day of the health examination was reinforced from April 2013 to prevent cardiovascular disease and other NCDs more effectively.

Although proactive quitline is proven to be effective and expected to act as the hub of a network of cessation resources, it is not available in Japan. It is necessary to establish quitline, especially linked with brief intervention at health examination and other routine healthcare activities.

As for the training, the Japan Medical and Dental Association for Tobacco Control has developed e-learning programs (J-STOP) to train health professional, who can then administer reimbursed smoking cessation treatment as well as proactive brief intervention and cessation supports at routine healthcare activities. The effects of the training have been examined and started to be disseminated at local prefectural level and national level. The contents of e-learning program were adopted into smoking cessation manual published by Ministry of Health, Labor and Welfare in 2013, which was developed for reinforcement of smoking cessation intervention at specific health examination and health guidance.

In this presentation, future challenges of tobacco dependence treatment based on Japanese experiences and recent international movements will be provided.

Vol.54.No.5

Oct./ 2014

ISSN 0386-9628

肺



第55回日本肺癌学会学術集会号

55th Annual Meeting

October 1-5, 2014

Shinjuku, Tokyo, Japan

Official Journal

The Japan Lung Cancer Society



特定非営利活動法人

日本肺癌学会

<http://www.haigan.gr.jp>

NSW-1 禁煙サポートに関する総論・概説

*中村 正和

大阪がん循環器病予防センター予防推進部

わが国の喫煙による超過死亡数は約 13 万人で，死亡原因としての寄与が極めて大きいことが確認されている。禁煙支援・治療の意義は，喫煙の本質であるニコチン依存症の治療だけでなく，肺癌をはじめ喫煙関連疾患の予防や予後の改善にある。

1. 日常診療での禁煙支援のポイント

禁煙しようと思っていない患者に対して禁煙の気持ちを高める上手な声かけのポイントは，患者の病状や健康への関心事などを踏まえて，患者に合った禁煙の必要性を説明しながら，禁煙すべきことを「はっきりと」伝えることと，禁煙の効果的な解決策について提案し，禁煙治療を受ければ「比較的楽に」「より確実に」「あまり費用をかけずに」禁煙できることを伝えることが大切である。

2. 禁煙専門外来での禁煙治療のポイント

2006 年から外来での禁煙治療に保険適用がなされ，現在，全国で 15000 以上の施設が禁煙外来を開設している。禁煙治療を効果的に実施するためのポイントは，まず第 1 に，禁煙したいという患者の気持ちを行動に移すための「橋渡し」をするために，禁煙開始日を具体的に話し合って決めることである。第 2 のポイントは，禁煙にあたって患者が不安に思ったり，心配していることを聞き出し，その解決策と一緒に考えることである（問題解決カウンセリング）。第 3 のポイントは，治療の一環として指導者として手段的な支援だけでなく情緒的な支援を行うことである（治療者としてのソーシャル・サポート）。第 4 のポイントは，禁煙補助薬であるニコチンパッチなどのニコチン製剤やバレニクリンの特徴をよく理解して，喫煙者に合った薬剤を選択し，その使用を積極的に勧めることである。本ワークショップでは，講義のほか，禁煙率を高めるエビデンスのある問題解決カウンセリングの演習を行う。

II-21-40 肥満を伴う血糖高値例において検査値を改善するのにどれ
くらいの減量が有効か

村本あき子, 松下まどか, 津下 一代

あいち健康の森健康科学総合センター

【目的】

肥満を伴う血糖高値例において検査値改善のために必要な体重減少量を探索すること

【方法】

BMI25.0 kg/m²以上, 空腹時血糖 (FPG) あるいはHbA1cが保健指導判定値以上に該当した2622例 (48.7±5.9歳) を対象に生活習慣改善支援を実施した. 1年後の体重減少率により1%以上増加群, ±1%変化群 (対照群), 1≤<3%減少群, 3≤<5%減少群, 5%以上減少群に分類し, 減量達成者割合を算出, 検査値変化量を群間比較した.

【結果】

対象者の54.2%が1%以上減量を達成, 33.6%が3%以上を19.6%が5%以上を達成した. 対照群と比較して, 1≤<3%減少群ではTG, LDL-C, HbA1c, AST, ALT, γ-GTP, HDL-Cが, 3≤<5%減少群ではそれに加えてSBP, DBP, FPGが有意に改善した.

【総括】

肥満を伴う血糖高値例では, 検査値改善と減量の実現可能性の点から1年後の減量目標として現体重の3%程度が妥当と考えられた. [HbA1c: NGSP値]

JAPANESE JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

日本公衆衛生雑誌

第61巻・第10号 特別附録 平成26年10月

第73回日本公衆衛生学会総会抄録集

梶 木

日本公衛誌
Jpn J Public Health

日本公衆衛生学会
Japanese Society of Public Health

10
特別附録

専門職の保健指導に関する知識・技術・自信に関する現状と課題

村本あき子 (あいち健康の森健康科学総合センター)

【目的】生活習慣病対策事業では、対象者の身体状況や生活環境、意欲等に応じた支援ができる保健指導者が求められている。専門職の知識・技術・自信について調査し、必要とされる研修について考察することを目的とする。

【方法】標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)研修ガイドラインをもとに、保健指導者の習得度に関する2種類の調査票(基礎編用、評価編用)を作成、研修会時に調査を実施した。習得度の上位・下位項目を全体と職種別、所属別、経験年数別に分析した。

【結果】基礎編943人、評価編316人の調査結果を得た。女性は約8割、30歳代~40歳代が約6割であった。基礎編では「何から改善することが可能か対象者と考える」は習得度が高いのに対し、「グループダイナミクスを活かした集団的支援」は低く、個別支援より集団支援の習得度が低い。「AUDITを用いた適正飲酒支援」、「ABC/ABR方式に基づく禁煙支援」等アルコールやたばこに関する項目の習得度が低い。職種別では、医師は全体的に習得度が高いが、「集団的支援」、「継続支援」は低い。保健師は「保健指導の目的と支援スケジュールの説明」が、管理栄養士は「食行動目標と減量効果を説明」の習得度が高い。所属別分類では、保健師、管理栄養士ともに「健保組合、企業」「健診機関、医療機関」は「市町村、保健所」に比べて習得度が高い。保健師を経験年数別に分析すると、経験年数が長いと全項目で習得度が高く、特に「健診結果と生活習慣の関連を説明」で差が大きい。評価編では基礎編に比べて全体的に習得度が低い。特に「プロセス評価」、「事業全体評価」の習得度が低く、集団や事業全体の分析・評価が不十分である。「社会資源を活用した実施体制の構築」が低く、保健事業に社会資源を活用するという視点が十分でない。職種間で習得度の上位・下位項目に明らかな違いは見られない。保健師の所属別分類では「健保組合、企業」は「市町村、保健所」に比べて習得度が高い。保健師を経験年数別に比較すると、経験年数が長いと習得度が高く、特に「対象者評価から保健指導改善」の差が大きい。

【結論】保健指導者の知識・スキルは項目により差があり、職種、所属機関、経験年数等に影響を受けることから、対象者特性を考慮して研修会を企画する必要がある。

【略歴】

1997年3月名古屋大学医学部卒
2004年よりあいち健康の森健康科学総合センター勤務
2011年から健康開発部長
専門分野は内科学(糖尿病・内分泌内科学分野)、医学博士
現在、厚生労働科学研究(津下班)に従事

協会けんぽにおける“保健指導力”向上の試み

六路 恵子 (全国健康保険協会)

協会けんぽは、特定健診・特定保健指導を最大限に推進するという基本方針を掲げ、支部保健師約80人、契約保健師・契約管理栄養士約700人(以下「保健指導者」)、合計約780人が特定保健指導に取り組んでいる。支部保健師は、保健指導の勧奨、保健指導者の育成やマネジメント等を担当し、保健指導者は特定保健指導を中心に健康づくり支援を行っている。保健指導者の平均在職年数は契約保健師7.6年、管理栄養士は2年である。前歴も様々で、保健指導スキルの個人差が大きい。

【保健指導の評価と課題】特定保健指導を実施した群と実施しなかった群、途中終了となった群について翌年の健診結果と比較し、特定保健指導の評価を行った。その結果は、厚生労働省「特定健診・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中間取りまとめ」で示された評価指標の推移と同程度であり、一定の成果は出ていると考えている。しかし、支部間差は大きく、例えば平成23年度の健診結果から積極的支援を受けた者の翌年度の収縮期血圧年齢調整平均値(男性・40-64歳)の改善状況は、最大-4.0mmHgから最小-0.71mmHgまで支部によって大きな差が生じている。支部間差の要因を分析し、成果が出ている支部の実施方法や人材育成方法を共有し、全体のレベルアップにつなげていく計画である。

【研修の評価・課題】協会けんぽでは、本部が実施する「本部研修」と各支部が実施する「支部内研修」を行なって保健指導スキルの向上に努めている。研修の目標は、対象者が確実に生活習慣・健診結果の改善に結び付くような支援・事業企画ができる人材を育てることである。協会けんぽの保健指導者は保健指導スキルの差が大きく、一律の集合研修でスキルアップを図ることは難しい。24年度に実施した禁煙支援研修では事前学習を課し、集合研修では禁煙支援の課題の抽出と解決策の検討、問題解決カウンセリングに関するQ&A演習を中心に実践的な研修を行った。今後は、保健指導者一人一人の保健指導スキルの評価と育成方法、研修を企画・運営する支部保健師の企画力の向上、支部間差を縮めて全体のレベルアップを図る取り組みが課題である。本報告では、これらの課題への取り組みについて述べたい。

【略歴】

1980年千葉大学看護学部卒業
2007年信州大学大学院経済・社会政策科学研究科修士課程修了
東京都中野区、埼玉県、長野県の保健所、社会保険健康事業財団を経て2008年から現職

都道府県及び都道府県国保連合会による市町村の“保健指導力”向上にむけた研修の実態

杉田由加里 (千葉大学大学院看護学研究科)

1. はじめに

平成25年4月に標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）が公表され、本事業も第2期がスタートし、より充実した事業展開が期待されている。保健事業のさらなる充実には、事業に従事している人材のスキル向上は必須であり、それには都道府県及び都道府県国保連合会（以下、国保連）による市町村における保健指導実施者への研修といった、バックアップ体制の充実も必要と考える。

そこで、都道府県及び国保連が実施している、市町村における特定健診・保健指導等の保健事業の充実に向けた研修の実態を明らかにし、市町村を支援する立場の都道府県および国保連に所属する職員の研修への示唆を得たいと考えた。

2. 特定健診・保健指導等の保健事業の充実に向けた研修に関する調査

調査対象者は、都道府県及び国保連にて研修を立案、実施している担当者、計94名とし、記名式の調査を実施した。有効回答数84件（89.4%）、都道府県45件（95.7%）、国保連39件（83.0%）であった。

研修の内容としては、保健指導スキルの向上、特定健診・保健指導に関する知識の習得に関する内容が多かった。

研修の評価に関しては、都道府県および国保連とも、研修の直後にアンケートを実施し評価していることが多い現状であった。

研修の立案、運営に関する課題として、保健事業の実施に関する市町村格差を考慮した研修内容の立案、研修へのニーズ把握が不十分という認識のもと、職種に見合った研修内容とすることの困難さ、グループワークの内容の充実などを捉えていた。少数意見であるが、研修の予算の確保、外部のアドバイザーの確保の難しさを課題と捉えていた。

3. まとめ

都道府県および国保連が今後、充実した研修を実施していくには、市町村格差を明確に捉え、その現状に見合った研修内容を立案、実施、評価していくことが必要であり、今まで以上に関係する機関との連携や外部のアドバイザーの活用が必要であると考えられた。都道府県および国保連の職員を対象とした中央研修において、市町村格差を捉えることができ、その現状に見合った研修を立案し、評価できるスキルを獲得できる内容を考慮していく必要がある。

【略歴】

2010年3月千葉大学大学院博士後期課程修了、博士（看護学）。

千葉大学看護学部卒業後、行政保健師として勤務。

2002年4月より千葉大学大学院看護学研究科助手、2010年4月から国立保健医療科学院にて上席主任研究官。

2012年10月から千葉大学大学院看護学研究科地域看護システム管理学准教授。

専門分野は、公衆衛生看護学。

1-1 セッション

生活習慣が内臓脂肪面積に及ぼす影響と血圧、脂質、血糖値の関連について

加藤 綾子、松下 まどか、村本 あき子、津下 一代

あいち健康の森健康科学総合センター健康開発部

■ 目的

デュアルインピーダンス法による内臓脂肪面積(VFA)に及ぼす生活習慣と、VFAと血圧、脂質、血糖の関連について検討した。

■ 対象

当施設において健診受診した55～64歳女性185名とした。

■ 方法

- i) VFAを目的変数、食事、運動、体重変化などの生活習慣13項目を説明変数とした重回帰分析。
- ii) VFAと血圧、脂質、血糖等の検査項目を年齢調整による単相関分析、BMI制御による偏相関分析。
- iii) VFA四分位(～40.9、40.9～55.7、55.7～71.4、71.4cm²～)で各検査値比較(一元配置分散分析)。

■ 結果

- i) VFAIに有意な影響を及ぼす項目は「20歳から10kg以上の体重増加」、「歩行又は身体活動1日1時間以上実施」であった。
- ii) 単相関分析では、BW、BMI、WC、SBP、DBP、TG、HDL-C、HbA1c、ALTで有意であったが、BMI制御による偏相関においてはHbA1c、ALTにて有意であった。
- iii) SBP、TG、HbA1c、ALTにおいてVFA四分位最大群が他群と比較し有意に高値で、HDL-Cは有意に低値であった。

■ 結論

VFAIは血圧、脂質、血糖、肝機能と関連が強く、BMI制御するとHbA1c、ALTと関連を認め、VFA四分位最大群でもこれらの項目との関連を認めた。またVFA増加に寄与する問診は20歳から10kg以上の体重増加、現在の身体活動量であった。

