

都留市の生活習慣病予防の取り組み

都留市福祉保健部健康子育て課（健康推進室）健康づくり担当
保健師 三浦 絵美 さん



都留市は人口約30,200人（平成31年度4月1日現在）であり、特定健診の受診率は47.9%となっています。令和元年度の特定健診の受診者の中で、長年健診を受けていなかった方が入院治療に至った事例を紹介します。

【事例紹介】

60歳代の男性。健診を受けることはめんどくさいと過去20年間健診を受けていなかったが、近所の人が糖尿病で、口喝、疲れやすいという症状が自分にも当てはまるため、今年久々に市の健診を受診しました。結果は**至急返却**となり、保健師が連絡をとって来所してもらいました。

検査データ：腹囲81.5cm、血圧117mmHg/71mmHg、血糖340mg/dl、**HbA1c14.5%**、尿蛋白ー、尿糖3+、中性脂肪213mg/dl、HDLコレステロール39mg/dl、LDLコレステロール151mg/dl。

食生活や運動習慣など生活背景を中心に具体的に聞きながら健診を受けたことを労うと、「早めに受診します。受診できる病院を教えてください。」と話していました。その1か月後、再度本人が来所し、「保健指導後すぐに紹介してくれた病院を受診し入院になった」と報告があり、その後も定期的な受診につながっています。令和元年度の特定健診受診者の受診履歴を調べたところ、3年連続で受診していた方は60%に留まっており、3年以上未受診だった方は13%でした。事例と受診者の受診履歴をみる中で、定期的な健診受診の啓発普及が大きな課題だと感じました。

いきいき動かし隊の健康ジム



【健康づくり事業の取り組みについて】

本市では受診率向上に向けた取り組みに合わせ、平成30年7月より生活習慣病予防の取り組みとして、健康づくり事業「いきいき動かし隊」を実施していますので、紹介したいと思います。

対象者は特定健診の結果、生活習慣の改善を指摘された方で、具体的には血糖（HbA1cが5.6%以上）、血圧（収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧110mmHg以上）、脂質（中性脂肪150mg/dl以上またはHDL40mg/dl未満）の人で、医師より運動制限の指示がない方、また継続して2年間のプログラムに参加できる方としています。事業内容として株式会社タニタヘルスリンクの管理栄養士によるタニタレシピの調理実習や健康セミナー、また都留市健康ジムの委託している「株式会社ミズノ」のスタッフによる運動指導の実施、また日々の活動状況がわかる活動量計を身につけること、体組成計で測定することで自分の身体の様子を知り、そのデータを分析した結果を参加者が確認できるしくみとなっています。このように「測る→知る→わかる→変わる」をモットーに活動を進めています。終了後には地域の健康づくりのリーダーとして活躍できることを目指しています。1年目を終えての評価として血液検査をした結果、参加者のうち66%が中性脂肪やHbA1c等の改善が見られました。



課題としては参加者の中心は60歳代が多く、40歳代50歳代の参加が見込めるような工夫が必要であることや、セミナーや実習参加率は45%～70%で少ない状況となっているため、継続的な参加が求められています。現在保健師と管理栄養士が参加者を受け持ち制とし個別に電話をかけるなど、参加への意欲向上を支援しながら事業を展開しています。

本事業は開始してから2年目を迎えています。今後は40歳代50歳代の働き盛りの方が参加しやすくなるように、地域職域との連携を図りながら健康づくりの啓発活動を推進していきたいと思えます。

連携ケースレポート

Vol. 03

～ステロイドに免疫抑制剤を併用して改善したネフローゼ症候群の例～

認定医から専門医へ：秋山脳外科 秋山 巖 先生

患者様は当院で高血圧、脂質異常症にて良好にコントロールしていた症例ですが、下肢の浮腫が出現し、定期検査で総蛋白低下(7.1g/dl → 4.8g/dl)と総コレステロール上昇(228mg/dl → 391mg/dl)、尿蛋白3+が判明しました。「ネフローゼ症候群」の病名を思い出して専門医へ紹介しました。

専門医から連携認定医へ：山梨大学医学部第3内科 小西 真樹子 先生

高血圧症、脂質異常症、頸椎症で前医に通院していた73歳女性です。2年ほど前に、約1ヵ月前からの下腿浮腫、低アルブミン血症のため蕪崎市立病院にご紹介いただきました。

初診時、尿TP/Cr 4.9g/gCrと高度の蛋白尿および低アルブミン血症(Alb 1.1g/dL)を認めたことからネフローゼ症候群と診断しました。山梨大学医学部附属病院で腎生検を施行したところ、光学顕微鏡では所見に乏しく、蛍光抗体法では基底膜にIgGの顆粒状沈着を認めるのみでした。後日判明した電子顕微鏡の結果で、糸球体基底膜上皮下に高電子密度沈着物を認めることより、stage I-II(早期)の膜性腎症の確定診断に至りました。プレドニゾロン内服による治療を開始し、蛋白尿は一旦減少傾向となったものの、経過中にネフローゼ症候群が再燃したため、プレドニゾロンに加えて免疫抑制薬を併用したところ完全寛解に至りました。なお、ネフローゼ症候群、特に膜性腎症は背景に悪性腫瘍が存在することがあるため、上下部内視鏡やCT等で悪性腫瘍スクリーニングを行いました。異常所見はありませんでした。ほか二次性膜性腎症の原因となるような感染症や膠原病もないことより、本症例は特発性(一次性)膜性腎症であると考えられました。以降、蕪崎市立病院で治療を継続しており、前任医師より引き継ぎ、現在も完全寛解を維持しています。

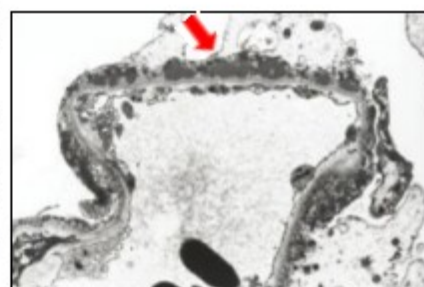
膜性腎症は、中高年の一次性ネフローゼ症候群の原疾患で最も多いといわれています。蛋白尿の増加や浮腫の出現は、次いで多い微小変化型ネフローゼ症候群と比較すると緩徐です。多くは原因がはっきりしない特発性ですが、一部に悪性腫瘍、感染症、膠原病等を合併した二次性(続発性)膜性腎症があり、背景疾患の検索も必要となります。特発性膜性腎症の約30%は非ネフローゼであり、約30%は自然寛解する反面、ネフローゼ症候群が持続する場合はステロイドや免疫抑制薬が必要となることがあります。二次性の場合には原疾患の治療により、蛋白尿が改善する例もあります。

ステロイドや免疫抑制薬の長期使用による感染症発症などのデメリットが多いと考えられる症例や蛋白尿が軽度の症例では、利尿薬や腎保護目的のRAS阻害薬などの補助療法で経過をみるのも一つの選択肢とされています。本症例においては、高度の蛋白尿、低アルブミン血症が進行していたことより、末期腎不全に至るリスクが高いと判断し、免疫抑制治療の適応と考えました。

今回は、かかりつけの先生のご紹介により、速やかに膜性腎症の診断をすることができ、治療で完全寛解に至った症例を提示させていただきました。

前述の通り高齢者や全身状態、背景疾患によっては、必ずしも積極的な治療適応とならない場合もありますが、本症例のように治療が奏功する症例も少なくありません。

二次性膜性腎症のように、ネフローゼ症候群を契機に悪性腫瘍など他疾患が明らかになる症例もあります。膜性腎症は発症が緩徐であることが多く、気づきにくい疾患ではありますが、経時的な蛋白尿の増加、それに伴う低アルブミン血症の進行、浮腫の悪化等を認めた際には、速やかに腎臓専門医にご紹介いただけますと幸いです。



➡ は上皮下沈着物です