

目次

はじめに	2
生活習慣病	
高血圧	4
高脂血症（脂質異常症）	8
糖尿病	12
痛風と高尿酸血症	16
感覚器（目・鼻・耳）	
白内障	20
緑内障	24
加齢黄斑変性症	28
アレルギー性鼻炎と花粉症	30
中耳炎	34
突発性難聴	36
メニエール病	38
消化器	
逆流性食道炎	40
胃潰瘍	42
大腸ポリープ	44
過敏性腸症候群	48
痔と肛門の疾患	50
肝臓・胆嚢・膵臓	
脂肪肝	54
胆嚢の疾患	56
膵炎	58
呼吸器	
肺気胸	60
内分泌・代謝	
甲状腺腫と甲状腺機能異常	62
婦人科・産科	
子宮内膜症	66
卵巣嚢腫	68
脳・神経	
頭痛	70
良性発作性頭位めまい症（BPPV）	72
顔面神経麻痺	74
三叉神経痛	76
整形外科	
腰椎椎間板ヘルニア	78
告知いただく際に気をつけたいこと	80

こう けつ あつ 高血圧

継続して治療していて
血圧値をコントロールできていること。
そして、それ以外に危険因子がないことが重要です。

厚生労働省の『患者調査』（平成26年）によると、疾患系統別の総患者数で最も多いのは「循環器系の疾患」です。循環器系の代表疾患といえば、ズバリ「高血圧」。50歳以上の日本人の2人に1人は高血圧であると推定されています。高血圧は脳卒中^{のうそうちゅう}の最も重要な危険因子であり、かつ心血管系疾患^{しんけっかんけい}（心筋梗塞^{しんきんこうそく}など）の危険因子の1つでもあります。何よりも恐ろしいのは、自覚症状がないこと（高血圧症がサイレントキラーといわれるゆえんです）。気づかずに高血圧状態を放置していると、いずれ重大疾患を引き起こすこととなります。

高血圧の状態が続くと 血管が動脈硬化を起こす

日本人の患者数を調べた厚生労働省の統計によると、全国で約4,300万人、50歳以上では2人に1人が高血圧であると推定されています。まさに“国民病”といえます。

そもそも高血圧とは、「血圧が高い」という症状です。具体的にいうと、血液が血管の中をガンガン流れて圧が高くなっている状態をいいます。血液の量が多くななくても、血管が細くなれば圧は上がります。血圧が高い状態は、常に血管に負担をかけていることとなります。血管は筋肉でできていますが、高血圧の状態が長く続くとその圧力に抵抗して疲労し、

こわばって脆く損傷しやすくなります。また、いつも張りつめた状態に置かれていることで次第に厚く硬くなります。

そして血管が動脈硬化^{どうみやくこうか}を起こし、脳卒中（高血圧は脳卒中の最も重要な危険因子です）や心筋梗塞などの原因となります。心臓にも多大な負担がかかるため、心臓肥大^{ひだい}を起こし心不全^{しんふぜん}に至ることもあります。

平成26年4月に日本高血圧学会が『高血圧治療ガイドライン2014』を公表していますが、これによると、高血圧の前段階とされる「正常高値血圧」でも心血管系疾患の発症リスクの高いことが明記されています。つまり、正常高値血圧で心血管系疾患（動脈硬化、急性心筋梗塞、狭心症^{きょうしんしょう}など）の危険因子があるならば、

■図表1 成人における血圧値の分類 (単位: mmHg)

分類		収縮期血圧		拡張期血圧
正常域血圧	至適血圧	< 120	かつ	< 80
	正常血圧	120 ~ 129	かつ/または	80 ~ 84
	正常高値血圧	130 ~ 139	かつ/または	85 ~ 89
高血圧	I度高血圧	140 ~ 159	かつ/または	90 ~ 99
	II度高血圧	160 ~ 179	かつ/または	100 ~ 109
	III度高血圧	≥ 180	かつ/または	≥ 110
	(孤立性)収縮期高血圧	≥ 140	かつ	< 90

『高血圧治療ガイドライン2014』(日本高血圧学会)

より留意して治療することを求めています(図表1、2参照)。

高血圧の主な危険因子は肥満、塩分、ストレス

では、何が原因で高血圧となるのでしょうか。高血圧には腎臓病、内分泌疾患など別の病気が原因で起こる「二次性高血圧症」と、原因が判明しない「本態性高血圧症」があります。高血圧の9割は後者の本態性高血圧症が占めています。

一般に40代後半から加齢とともに血圧値が上昇するのが本態性高血圧症です。原因が不明とはいえ、原因となる危険因子(引き金となる因子)は特定されていますので、その代表的な危険因子を3つあげて次に説明します。

肥満

肥満の人は標準体重の人に比べると、体の隅々まで血液を行き渡らせるために心臓はより高い圧力を出さなくてはなり

■図表2 診察室血圧に基づいた心血管病リスク層別化

血圧分類	I度高血圧 140~159/ 90~99 mmHg	II度高血圧 160~179/ 100~109 mmHg	III度高血圧 ≥180/ ≥110 mmHg
リスク層 (血圧以外の予後影響因子)			
リスク第一層 (予後影響因子がない)	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 (糖尿病以外の1-2個の危険因子、3項目を満たすMetSのいずれかがある)	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 (糖尿病、CKD、臓器障害/心血管病、4項目を満たすMetS、3個以上の危険因子のいずれがある)	高リスク	高リスク	高リスク

※MetSはメタボリック・シンドローム、CKDは慢性腎臓病のこと。

ません。このため、心臓から送り出される血液の量(心拍出量)が増え、血圧が高くなる原因となります。

逆に心拍出量が減れば血圧も下がります。心拍出量を減らすには体内の血液の量を減らせばよいので、肥満であれば減量するだけでも血圧が下がることとなります。体重が減った分に比例して循環している血液の量も減るからです。

塩分の摂りすぎ

ヒトの体は、体内の塩分の濃度を一定に保とうとするため、塩分(正確にはナトリウム)を摂りすぎると、水分も多く摂り込もうとします。塩辛いものを食べたあとに水が飲みたくなるのはこのためです。その結果、血液の量が増えて血圧が高くなるのです。

つまりは、食塩そのものを体外に排泄させることが、高血圧治療には有効になります。

もともと人間は外から食塩をほとんど

ルシウム拮抗薬)に作用する薬剤が、順次開発されてきました。近年の新しい降圧薬(ACE阻害薬、ARB)は、循環血液

量を減らし、血管平滑筋^{へいかつぎん}を弛緩させることで血圧を下げる働きをします。

告知の際のチェックポイント

高血圧で治療中のお客さまから告知をいただく場合は、以下を記入されるとよいでしょう。

- いつから治療を開始したのか
- 治療を開始した理由(定期健康診断で指摘されたのか、何か症状があったのか)
- 最近のコントロール状況を示すための血圧値とその測定日(血圧手帳の血圧値など)
- 定期健康診断の結果(安静時心電図検査、尿検査などの結果)
- 服薬中の薬剤名(お客さまが認識していなくとも、高血圧以外の薬を服用されている場合があります)
- 医療機関名

高血圧にははっきりとした自覚症状がないため、「血圧が高いといわれたけど症状もないので、特に病院も行っていないし薬も飲んでいない」という方のほうがより危険と見なされます。むしろ、きちんと通院して服薬治療し、血圧をコントロールしている方のほうがよいので、お客さまに治療内容をきちんと告知していただくことが大切です。

50歳前後から降圧剤の服薬治療を開始し血圧値のコントロール状況が良好ならば、標準体から軽い割増保険料などの条件付で加入できる可能性があります。また、高血圧以外に危険因子がないことを示す証拠(人間ドック成績表、定期健康診断結果通知書など)を提出されることをおすすめします。

ちなみに、生命保険の加入で診査を受ける場合、最適なのはリラックスしている休日の午前中です。逆に1日の仕事の疲れやストレスが溜まっている夕方は避けたほうがよいでしょう。

*引受基準及び告知例の実際の取扱いは、保険会社により異なります。本冊子の内容により契約・査定条件が緩和されることはありません。

高脂血症こうしけっしょう (脂質異常症しじつじょうしょう)

血液中の脂質が過剰な状態。 治療中の場合は、コレステロール値と コントロール状況の告知が大切です。

日本人は近年まで動脈硬化性疾患の発症が比較的少ない民族でしたが、食事や運動など生活習慣の欧米化にともない、日本人のLDLコレステロール（悪玉コレステロール）値は増加傾向をたどっています。現在では3人に1人、約4,200万人に「高脂血症（脂質異常症）」の疑いがあります*1。高脂血症は血液中の脂質が過剰になっている状態のことで、動脈硬化をはじめさまざまな病気を引き起こします。食生活などの生活習慣を改め、早期発見、早期治療が大切です。保険加入においては、コレステロール値とコントロール状況の告知がカギとなります。

血中のコレステロールや 中性脂肪が多すぎる

血液中の脂質にはコレステロール、中性脂肪、リン脂質、遊離脂肪酸の4種類があり、どれも私たちの体に必要不可欠なものです。

コレステロールには、悪玉といわれるLDLコレステロールと、善玉といわれるHDLコレステロールがありますが、その量が多すぎたり少なすぎたりすることで問題が起きます。高脂血症は、血液中の脂質であるコレステロールや中性脂肪（トリグリセライド）が、過剰になっている状態のことです。

具体的には血液検査で判定し、空腹時に測定したLDLコレステロール値が140

mg/dl以上、中性脂肪（トリグリセライド）値が150mg/dl以上、HDLコレステロール値が40mg/dl未満のいずれかを満たすものを高脂血症（脂質異常症）と定義しています。

善玉であるHDLコレステロールは、血液中の余分な脂肪を肝臓へ戻す働きがあります。一方、悪玉であるLDLコレステロールは、血液中に多すぎると動脈の血管壁にくっついて、そこが厚く硬くなってしまいます。動脈硬化の原因であることは明らかです。

中性脂肪は、それ自体は動脈硬化の原因にはなりません。しかし、中性脂肪が多いと善玉のHDLコレステロールが減って、悪玉のLDLコレステロールが増えやすくなり、間接的に動脈硬化を促進しま

とはほとんど不可能です。

動脈硬化の主な危険因子をまとめたのがP.9の図表1です。特に「高LDLコレステロール血症」は冠動脈疾患や脳梗塞などの重要な危険因子です。

高脂血症から脂質異常症へ

これまで周知されていた「高脂血症」という呼称ですが、じつは平成19年7月に「脂質異常症」に変更されました。なぜなら、善玉HDLコレステロールについては値が低いほうが心疾患のリスクが高いということから、ひとまとめに「高脂血症」と呼ぶのはふさわしくないという理由からです。

そして、労働安全衛生規則の改正により、平成20年4月1日から定期健康診断などにおける健康診断の項目として、これまでの「総コレステロール」に代わり、「LDLコレステロール」が導入されました。

つまり、LDLコレステロールが単独で動脈硬化の強い危険因子となることが

指摘されているためです。これにより、脂質異常症（高脂血症）の治療目標値はLDLコレステロールが主体となり、総コレステロールは参考値とされることになりました。基準値は図表2のとおりです。

治療の第一は食事と運動の指導

脂質異常症の治療として、まず重要なことは「生活習慣の改善」=食事療法、運動療法、禁煙、ストレスを減らす…etc.です。そして、コレステロール値が図表2に示す基準値に該当しないようにします。

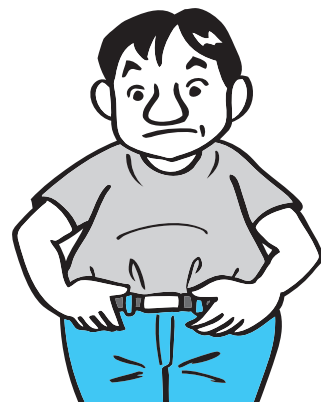
状態によっては、食事療法や運動療法と並行して、薬物療法としてコレステロール値を下げる薬が処方される場合もあります。

厚生労働省「平成18年 国民健康・栄養調査」によると、日本人のうち脂質異常症が疑われる人（HDL40mg/dl未満、服薬中）は約1,410万人、そして中性脂肪、LDLコレステロールの基準も含めると約

■図表2 脂質異常症の診断基準（空腹時血液中）

LDLコレステロール値	140mg/dl以上
HDLコレステロール値	40mg/dl未満
中性脂肪値	150mg/dl以上

厚生労働省：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」



4,220万人いると考えられています。

男性は30代から、女性は50代から脂質異常症の人の割合が増加し、特に50代以降の閉経後女性では約2人に1人が脂質異常の状態にあるといわれています。

一方、先天的なものとして、若年時より脂質異常を示す「家族性高コレステロール血症」(家族性高脂血症)があります。総コレステロール値が極端に高く500mg/

dlを超えることもあります。

この疾患はLDLコレステロール値が高くなる遺伝子を、両親もしくはどちらかから受け継ぎ発症します。子どものときから総コレステロール値が300mg/dlを超えていますので、最低でも20～30代から治療を開始することになります。一般的に保険の加入は難しいと思われます。

※1 厚生労働省「平成18年 国民健康・栄養調査」より。

※2 血糖値を正常に戻す体の機構が不良になった状態を指す。糖尿病診断基準の糖尿病と正常の間の「境界型」にあたる人。一般にいう「糖尿病予備軍」のこと。

告知の際のチェックポイント

脂質異常症で治療中のお客さまから告知をいただく場合は、以下を記入されるとよいでしょう。

- いつから治療を開始したのか
- 治療を開始した理由(きっかけ)
- 最近の検査数値(LDLコレステロール・HDLコレステロール・中性脂肪)
- 服薬中の薬剤名(お客さまが認識していなくても、脂質異常症以外の薬を服用されている場合があります)
- 医療機関名

保険に加入される際には、合併症がないということの証明が重要になるので、そのような疑いを否定するためにも、定期健康診断結果通知書や人間ドック成績表を告知書に添付して提出されることをおすすめします。

高血圧と同様、脂質異常症(高脂血症)にははっきりとした自覚症状がないため、「数値の異常を指摘されたが、通院治療をしていない」という方のほうがより危険と見なされます。

ちなみに、中性脂肪値は食事の影響を受けやすいので、検査をされる場合は前日の食事には要注意です！

*引受基準及び告知例の実際の取扱いは、保険会社により異なります。本冊子の内容により契約・査定条件が緩和されることはありません。