

2. 生活習慣病の発生予防と重症化予防

(1) 糖尿病対策

糖尿病は自覚症状がないことが多く、治療せずに放置すると、脳卒中、虚血性心疾患などの心血管障害の発症や進行が促進されます。また、網膜症や腎症、神経障害などの合併症を引き起こし、失明や人工透析、足壊疽による足の切断を余儀なくされる場合もあります。

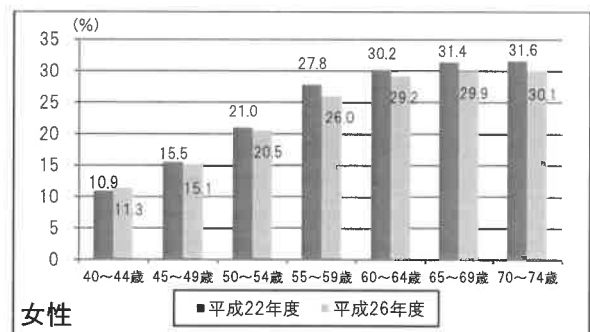
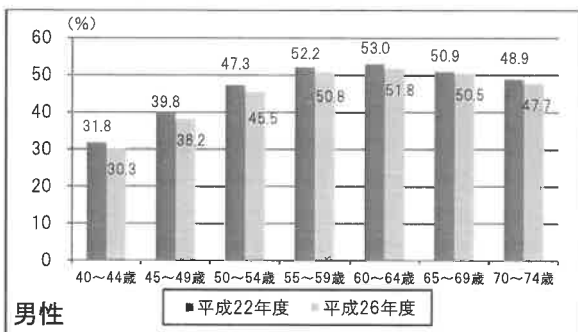
このような状況を予防するためには、糖尿病の発症や重症化、合併症予防対策が重要です。

【現状と課題】

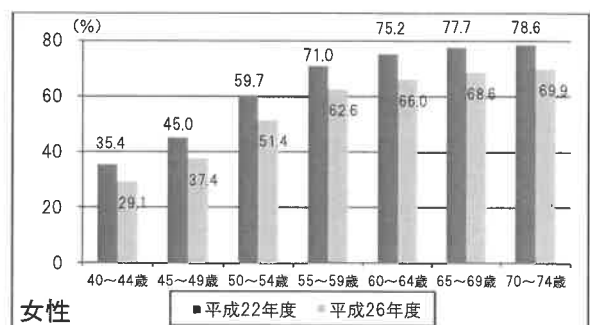
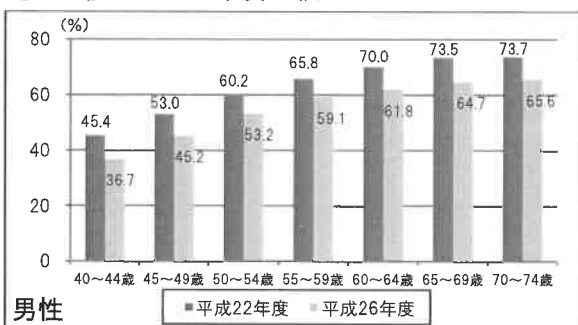
○糖尿病の疑いがある人や将来糖尿病発症のリスクのある人が多い状況です。

- ・ 本県の40歳～74歳の糖尿病有病者の推定数は7万3千人、予備群の推定数は10万6千人（平成23年度県民健康・栄養調査）です。県民の40歳～74歳の4人に1人が糖尿病有病者・予備群という状況です。
- ・ 特定健診結果で空腹時血糖及びHbA1cが保健指導や受診勧奨の対象と判定された人の割合は、平成26年度は平成22年度よりいずれも減少しています（図1，2）。しかし、全年代、男女ともに全国平均を大きく上回っており、年代別・男女別にみると、特に、40歳～44歳においては男女ともに全国平均を大きく上回っています（12ページ参照）。

【図1】空腹時血糖の年度比較



【図2】HbA1cの年度比較



出典 [図1～図2]: 厚生労働省「NDBオープンデータ」(平成29年9月16日公表分)

- ・ 糖尿病の発症予防・早期発見のために、県民一人ひとりが子どもの頃から健康な生活習慣づくりに取り組むことが必要であり、運動習慣の定着や栄養・食生活改善、たばこ対策

などの一次予防が重要です。また、糖尿病等の生活習慣病の早期発見や生活習慣改善につながる特定健診・特定保健指導体制の充実、健診後のフォローの徹底等が必要です。

○特定健診受診者のうち、医療機関受診が必要な人がいます。しかし、健診等で高血糖を指摘されても、7割は定期的な通院につながっていません。

- ・ 血糖値が高いと指摘され、治療を勧められてから「定期的に通院している」と答えた人の割合は、平成29年度調査時30.8%であり、平成23年度調査時(41.1%)より減少しています。
- ・ 平成27年度特定健診データ(熊本県保険者協議会)によると、HbA1c検査を受けた人のうち、治療をしていないが医療機関受診が必要な人(HbA1c 6.5%以上)は3.3%で、平成22年度(4.6%)より減少しています。
また、合併症の発症や進行が予測される人(HbA1c 8.4%以上)は16.3%であり、平成22年度(17.7%)より減少しています。
- ・ 特定健診・特定保健指導の実施体制の強化、受診勧奨をはじめとした健診後のフォローの徹底等が必要です。

○糖尿病治療中でも、血糖コントロール不良者がいます。

- ・ 平成27年度特定健診データ(熊本県保険者協議会)によると、HbA1c検査を受けた人のうち、治療はしているが健診結果により血糖コントロール不良と評価された人(HbA1c 8.4%以上)が8.4%います。
- ・ 血糖コントロール不良者は、糖尿病の重症化・合併症につながる可能性があるため、糖尿病の自己管理やそれを支援する適切な治療や療養指導が求められます。

○新規人工透析導入患者の原因で最も多いのは糖尿病性腎症であり、糖尿病の重症化が原因と考えられます。

- ・ 糖尿病の受療率(人口10万人対)は216で、全国平均191に比べると高い状況であり、全国で入院3位、入院外24位です(平成26年)。
- ・ 慢性人工透析患者数は6,442人です。人口100万対でみると3,545人で、全国で2番目に多い状況です(平成27年末)。
- ・ 新規人工透析導入患者数は514人で、原疾患としては糖尿病性腎症が188人と最も多い状況です(平成27年末)。

○糖尿病に係る保健医療体制の整備が進んでいます。

- ・ 熊本県糖尿病対策推進会議(事務局:県医師会)を推進母体に、熊本大学医学部附属病院糖尿病・代謝・内分泌内科(以下、「熊大病院」という。)と連携して、平成21年度より二次保健医療圏ごとに多機関・多職種による連携体制を整備しています。
- ・ 二次保健医療圏では、保健所が中核となり、郡市医師会・郡市歯科医師会・薬剤師会・栄養士会・市町村や医療保険者等との連絡会議を開催し、顔の見える関係が構築されたことにより、保健医療体制の整備が進んでいます。

○糖尿病治療や療養指導に携わる人材の育成が進んでいます。

- ・ 糖尿病専門医¹は94人、日本糖尿病療養指導士²は513人(平成29年6月末現在)と平

¹ 糖尿病専門医: 専門的知識をもとに質の高い糖尿病の診療や患者への指導を自ら行うだけでなく、糖尿病診療チームの

成 24 年度に比べて増加していますが、一人しかいない圏域もあります。

- ・ 糖尿病連携医³は 125 人（平成 29 年 6 月末現在）で、減少傾向にあります。
- ・ 平成 28 年度から養成が始まった熊本地域糖尿病療養指導士⁴は 586 人（平成 29 年 6 月末現在）で、患者に身近な地域での糖尿病療養指導の要となることが期待されます。

【施策の方向性】

○糖尿病の発症予防・早期発見の取組みの推進

- ・ まずは糖尿病にならないこと、糖尿病の発症予防が重要です。県民が糖尿病予防に関する正しい知識を身につけ、自ら健康的な生活が実践できるよう、糖尿病予防の県民運動を新たに展開し、県民一体となった取組みを推進し、社会機運の醸成を図ります。
- ・ 生活習慣改善の具体的な行動（食事は腹八分、塩分控えめ、野菜たっぷり、1 日 1 万歩運動等）をわかりやすく呼びかけ、県民、関係機関・団体、行政が一体となって健康づくりを進めるために構成された熊本県健康づくり県民会議（構成 43 団体）での取組みテーマとすることや、くまもとスマートライフプロジェクト応援団等にテーマの取組みを推進するなど、広く県民への周知を図ります。
- ・ 県民一人ひとりが、子どもの頃からのより良い生活習慣を形成し、生涯にわたってその生活習慣を維持し、必要に応じて適切な生活習慣改善ができるよう、健康づくりを支援する施策を推進します。
- ・ 特定健診・特定保健指導実施率向上を図るための施策を推進します。（P66「（4）特定健康診査・特定保健指導の体制整備による生活習慣病対策」参照）
- ・ 健診受診者を適切な保健医療サービス提供につなげるために、特定健診後に医療機関受診が必要な人への受診勧奨やその後の受診状況の確認、保健指導実施後の実践内容の把握など、保健医療関係機関と連携し、適切な治療や療養指導提供体制を整備します。また、事業者には、従業員が医療機関を受診しやすい環境整備に取り組まれるよう働きかけます。

○糖尿病重症化予防の推進

- ・ 糖尿病の重症化予防を推進するため、平成 29 年 12 月 1 日に熊本県医師会・熊本県糖尿病対策推進会議・熊本県保険者協議会・熊本県の四者で策定した「熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の普及に取り組むとともに、医療機関や医療保険者等の連携体制を整備し、患者への適切な受診勧奨や保健指導につなげます。
- ・ 糖尿病重症化予防のための医科と歯科の連携、市町村と医療保険者の連携、市町村・医療保険者と歯科医療機関との連携体制の強化を図ります。

○熊本型糖尿病保健医療連携体制（関係機関のネットワーク化）の強化

リーダーとしても医療機関内で活動するとともに、糖尿病を専門としないかかりつけ医と連携して患者の診療や診療に関する助言を行うことで、地域の糖尿病診療においても重要な役割を担う。

- 2 日本糖尿病療養指導士：糖尿病治療にもっとも大切な自己管理（療養）を患者に指導する医療スタッフであり、高度で幅広い専門知識をもち、患者の糖尿病セルフケアを支援する。
- 3 糖尿病連携医：特定健診等で糖代謝異常を指摘され、市町村や医療保険者の受診勧奨によって受診した患者に「初期・安定期治療」として期待される医療を提供するとともに、地域の糖尿病診療の窓口となることが期待される。
- 4 熊本地域糖尿病療養指導士（CDE-K）：患者に身近なかかりつけ医療機関等において、軽症糖尿病患者を対象に、生活改善を主として糖尿病治療の自己管理の重要性や日常生活に密着した食事、運動等の改善、服薬管理等の重症化予防のための療養指導を行う。

- 熊本県糖尿病対策推進会議、熊大病院と連携し、糖尿病診療や療養指導に携わる人材の育成及び多機関・多職種連携による切れ目のない保健医療サービスを県民に提供する体制を整備します。

糖尿病連携医制度の推進、診療情報提供書や医科・歯科連携診療情報提供書の活用促進、熊本糖尿病地域連携パス（DM熊友パス）の活用促進、軽症糖尿病・境界型の取り扱いの基本指針（熊本県版）の活用促進等

- 保健所を事務局とした保健医療関係機関連絡会議を開催し、地域の状況に応じた関係機関の連携体制を構築し、課題解決に向けて取り組みます。
- 医師から処方された薬を患者が確実に服薬できるよう、薬剤師が支援するなどの医科・薬科連携体制を整備します。
- 管理栄養士がない等で食事療法指導が十分に行えない診療所などの医療機関においては、管理栄養士のいる医療機関との連携や、栄養相談を実施する市町村との連携、栄養ケアステーションとの連携等の体制を整備します。

○糖尿病治療や療養指導に携わる人材の育成

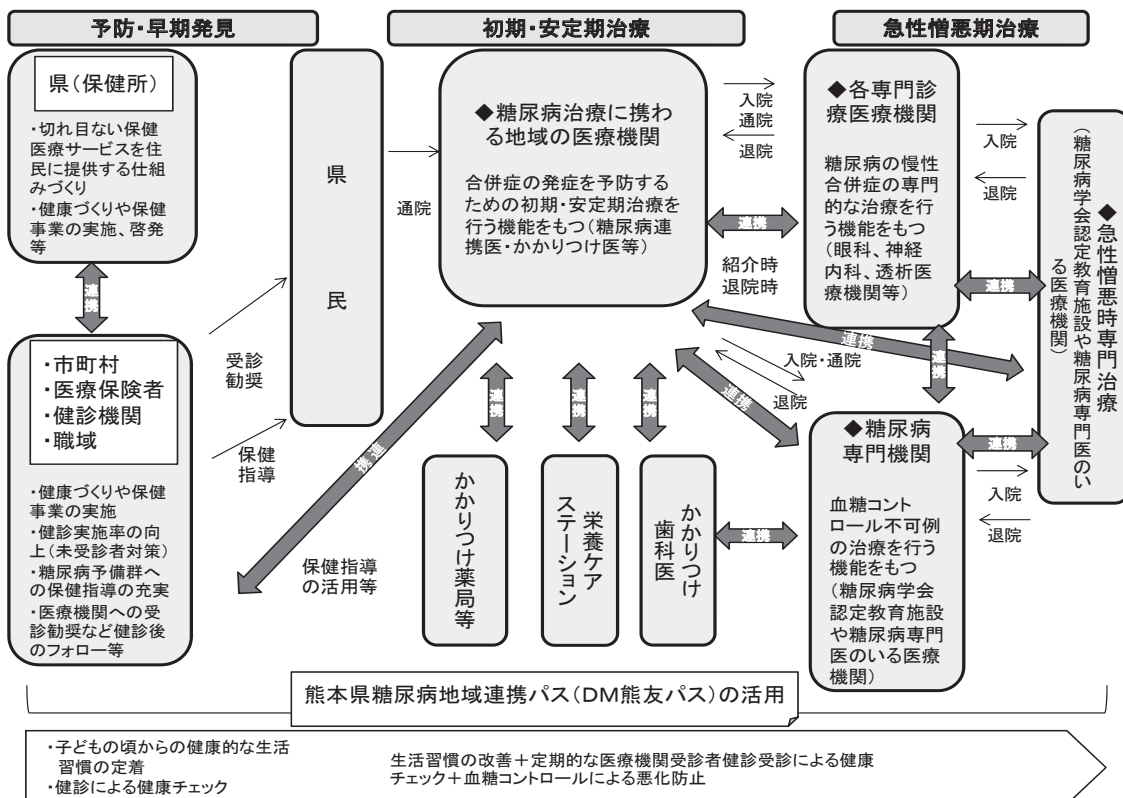
- 熊本県糖尿病対策推進会議、熊大病院と連携し、糖尿病連携医、糖尿病専門医、日本糖尿病療養指導士、熊本地域糖尿病療養指導士の育成を支援します。

【表1】糖尿病専門医数等の推移

	平成 24 年	平成 29 年（6 月）
糖尿病専門医	80 人	94 人
日本糖尿病療養指導士	460 人	513 人
糖尿病連携医	197 人	125 人

（一般社団法人日本糖尿病学会、一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構及び熊本県糖尿病対策推進会議の公表する情報を基に熊本県健康づくり推進課作成）

【参考】糖尿病保健医療提供体制図



【参考】

軽症糖尿病、境界型の取り扱いの基本指針(熊本県版)

熊本県糖尿病対策推進会議・熊本県・県医師会・
 県歯科医師会・糖尿病協会熊本支部・県栄養士会・
 日本糖尿病学会・熊本大学医学部附属病院
 (http://www.kumamoto.med.or.jp/cts15_tounyou/index.html)

特定健診等で、糖代謝異常を指摘され『医療機関受診』を勧められた患者については原則、医療機関における定期的なフォローアップを要する。

本邦における軽症糖尿病および境界型の管理の問題点

1. 健診で異常を指摘されても病院を受診しない(ことが多い)。
2. 病院を受診しても継続的に管理されていない(患者が多い)。
3. 境界型と診断されても、「まだ病気ではないから大丈夫」と自己判断し、定期検査を中断したり、指導に従わない(患者が多い)。
4. 「この位、大したことはない」「まだ大丈夫」という医療者の一言が、患者の生活習慣改善へのモチベーションを低下させているという指摘がある。

軽症糖尿病および境界型の継続的管理の意義

1. 境界型は糖尿病に進行する可能性が高い状態。
2. 食後高血糖は動脈硬化を進行させる可能性がある。
3. 肥満、高血圧、脂質異常症を合併することが多い。
4. 上記3や糖代謝異常の集積は心血管病発症リスクを高める(いわゆる“メタボリックシンドローム”)
5. 生活習慣改善は上記1~4の進行を抑制する。

経口糖負荷試験(75g-OGTT)の意義

1. 軽い糖代謝異常の有無を調べる最も鋭敏な検査。
2. 空腹時血糖値、随時血糖値、HbA1c測定で、判定が確定しない時に、糖尿病かどうかを判断する有力な情報を与える。
3. 次頁のA(糖尿病の疑いがあるグループ)やB(将来の糖尿病ハイリスクグループ)に該当する場合、糖負荷試験を行って耐糖能を確認する。
 (Aの場合は糖負荷試験が強く推奨され、Bの場合も実施することが望ましい。)

経口糖負荷試験(75g-OGTT)の必要採血項目(目的別)

	空腹時	30分	60分	120分
血糖値	判 I R	I	(判)	判
インスリン値	I R	I		

判 : 75gOGTTの型判定に必要 **I** : インスリン分泌指数の算出に必要 **R** : HOMA-Rの算出に必要

*裏面のB 将来の糖尿病発症ハイリスクグループにおいては、糖負荷試験は保険適応にならない場合がありますので
 ご注意下さい。

経口糖負荷試験(75g-OGTT)の判定基準

	正常域	糖尿病域
空腹時値	<110 mg/dl	≥126 mg/dl
75g-OGTT 2時間値	<140 mg/dl	≥200 mg/dl
75g-OGTTの判定	両者をみたまのものを 正常型とする。	いずれかをみたまのものを 糖尿病型とする。
	正常型にも糖尿病型にも属さないものを 境界型とする。	

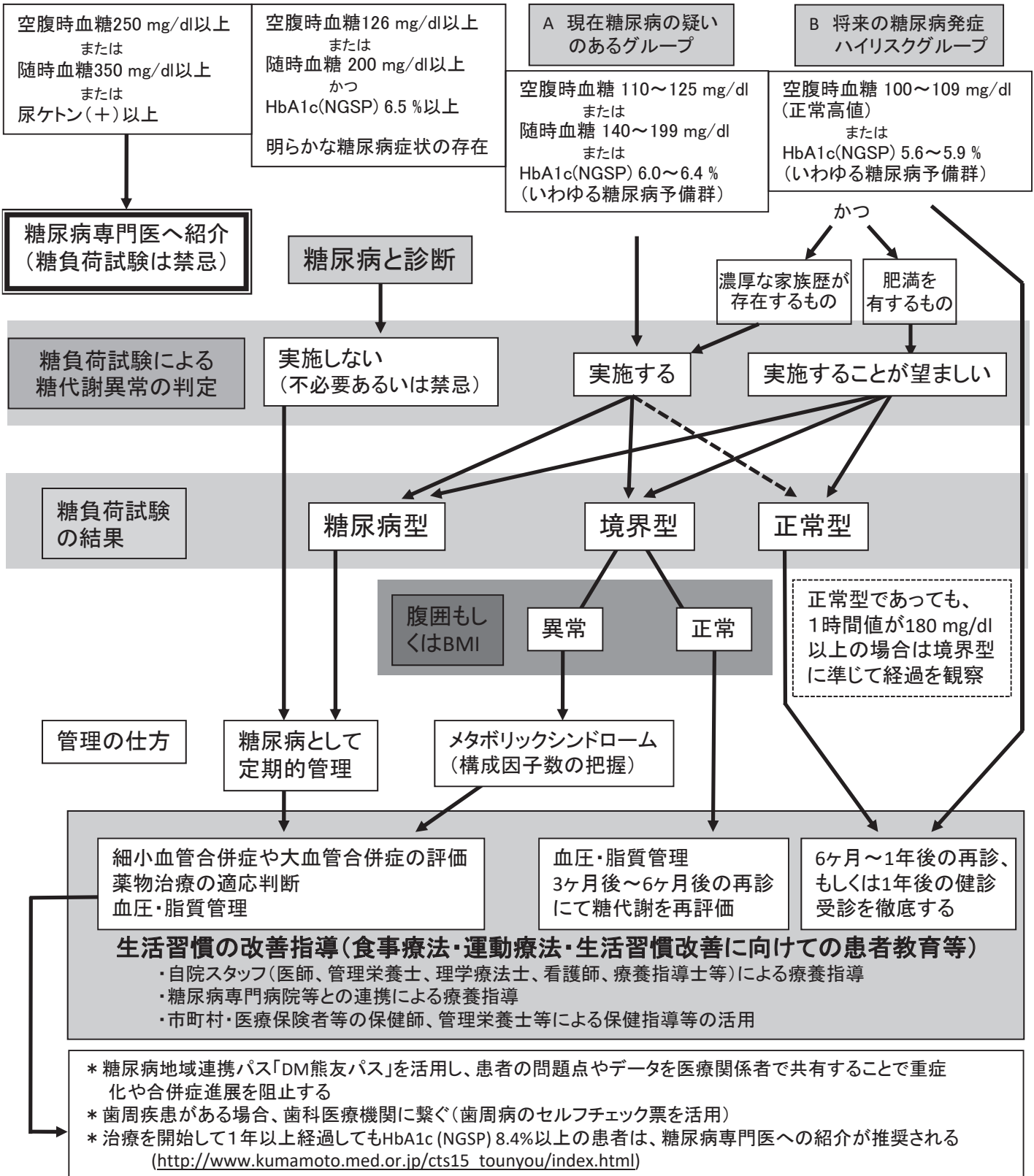
随時血糖値 ≥200mg/dl、および HbA1c(NGSP) ≥6.5% の場合も糖尿病型とみなす。

正常型であっても、1時間値が180mg/dl以上の場合には、180mg/dl未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険性が高いので、境界型に準じた取り扱い(経過観察など)が必要。

軽症糖尿病および境界型の診断・管理のためのフローチャート(熊本県版)

下記の事項は、初診時あるいは受診後早期に調べる。

1. 血糖(空腹時血糖もしくは随時血糖)、HbA1c、尿糖、尿ケトン、尿タンパク
2. 身長・体重(BMI)、腹囲、血圧
3. 血中脂質(必要なら肝機能、腎機能、ヘモグラムなどの検査も実施)
4. 生活習慣(食事・運動・ストレス・飲酒・喫煙など)の把握
5. 過去の健診データや健康手帳等を診察の際に活用



* 上記のB 将来の糖尿病発症ハイリスクグループにおいては、糖負荷試験は保険適応にならない場合がありますのでご注意ください。
* 空腹時血糖100 mg/dl未滿かつ随時血糖140mg/dl未滿かつHbA1c(NGSP) 6.5%以上の方については、血糖値の再検査あるいは75g糖負荷試験の施行をご検討ください。

評価指標

指標名	現状	目標 (H35)	指標の説明・目標設定の考え方
特定健診受診者のうち、空腹時血糖 100mg/dl 以上の人の割合	34.5% (H26 年度)	全国平均 以下	・厚生労働省「NDB オープンデータ」 (H29 年 9 月 16 日公表分) ・全国平均以下を目標とする (参考：H26 年度 30.3%)
特定健診受診者のうち、HbA1c が 5.6%以上の人の割合	56.8% (H26 年度)	全国平均 以下	・厚生労働省「NDB オープンデータ」 (H29 年 9 月 16 日公表分) ・全国平均以下を目標とする (参考：H26 年度 47%)
特定健診受診者のうち、HbA1c が 6.5%以上の人の割合	7.5% (H26 年度)	全国平均 以下	・厚生労働省「NDB オープンデータ」 (H29 年 9 月 16 日公表分) ・全国平均以下を目標とする (参考：H26 年度 6.6%)
高血糖を指摘され医療機関受診を勧められた人のうち、定期的に通院している人の割合	30.8% (H29 年度)	50%以上	・平成 29 年度熊本県健康・食生活に関する調査
糖尿病性腎症による年間新規人工透析導入患者数	231 人 (平均) ※H25 年：251 人 H26 年：256 人 H27 年：188 人	220 人以下	・一般社団法人日本透析医学会統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」(2016 年 3 月 15 日現在) ・過去 3 年間の平均患者数より減少させることを目標とする
糖尿病連携医数	125 人 (H29 年 6 月)	増加	・熊本県糖尿病対策推進会議 連携医名簿 ・糖尿病連携医数の増加をめざす
糖尿病専門医数	94 人 (H29 年 6 月)	増加	・一般社団法人日本糖尿病学会 専門医名簿 ・糖尿病専門医数の増加をめざす
日本糖尿病療養指導士数	513 人 (H29 年 6 月)	増加	・一般社団法人日本糖尿病療養指導士 認定機構 県別有資格者数一覧 ・日本糖尿病療養指導士数の増加をめざす
熊本地域糖尿病療養指導士数	586 人 (H29 年 6 月)	増加	・熊本地域糖尿病療養指導士 認定委員会 ・熊本地域糖尿病療養指導士数の増加 をめざす

(2)がん対策

がんは、昭和 55 年から本県の死亡原因の第 1 位です。がんは、初期段階で発見し適切な治療を提供することにより、高い確率で治る病気です。そのため、喫煙や不適切な食生活、運動不足等の生活習慣の改善による発症予防と併せて、がん検診受診率向上による早期発見やがんの医療提供体制の整備も重要です。

がん対策の取組みの詳細については、第 3 次熊本県がん対策推進計画に記載しています。

【現状と課題】

○がんは、本県の死亡原因の第 1 位です。

- ・ がんは昭和 55 年から、熊本県の死亡原因の第 1 位を占めています。平成 28 年の本県における死亡数 21,379 人のうち、がんによる死亡数は 5,539 人で全体の 26%を占めており、全国の 29%と比べるとやや低い状況です（図 3）。

○がんのリスク要因への対策が、がん発症予防に重要です。

がんの発症予防には、食生活や運動、喫煙といった生活習慣の改善、ウイルス等の感染予防が重要です。子どもの頃のより良い生活習慣の形成や、生涯を通じた健康づくりの推進が重要です。

○がん検診受診率は、45%程度です。

- ・ 国民生活基礎調査では、本県のがん検診の受診率は年々増加しており、全国平均を上回っています（図 5）。また、年齢階層別に見ると、男性の 7～9 割、女性の 5～8 割が職場のがん検診を受診していることや、若い世代の受診率が低い傾向にあります（図 6）。
- ・ 平成 29 年度調査において、がん検診を受診しなかった理由で多かったのは、「時間がなかったから」「費用がかかり経済的にも負担になるから」「心配な時はいつでも医療機関を受診できるから」でした。早期発見・早期治療というがん検診の目的が、十分理解されていない状況がうかがえます。

○がん検診の精度管理¹が不十分な市町村があります。

- ・ 市町村実施のがん検診精密検査受診率は 77～89%で、目標値の 90%には届いていません（図 4）。
- ・ 国、県は、精度管理のために市町村や検診機関を対象に「事業評価のためのチェックリスト」を用いて事業評価を実施しています。平成 28 年度は、非遵守項目が 8～9 個以上（C 評価以下）の市町村が 36 か所あり、精度管理の向上が求められます。

○がん治療と就労の両立支援の充実が求められます。

- ・ がんの 5 年相対生存率²は年々上昇しており、働きながら治療が受けられる可能性が高まっています。このため、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが求められています。

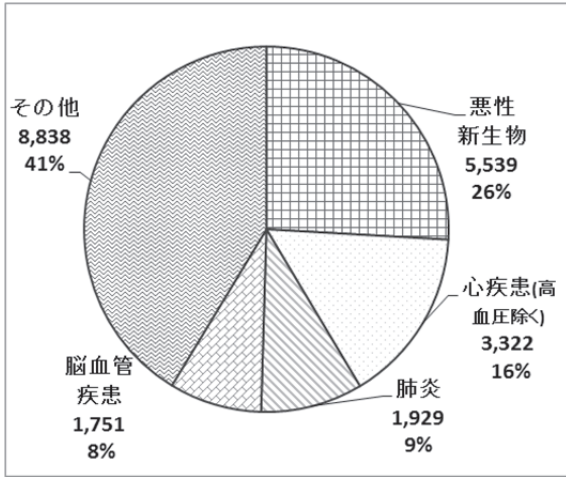
¹ 精度管理：実際に検診を実施した場合に、地域や施設によって生じるバラつきを把握(モニタリング)し、最小化することによって、安定化したサービスとしての提供体制を確立すること。

² 5 年相対生存率：がんと診断された人のうち 5 年後に生存している人の割合が、日本人全体で 5 年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかを示す指標。

○がんに対する正しい理解を広く周知する必要があります。

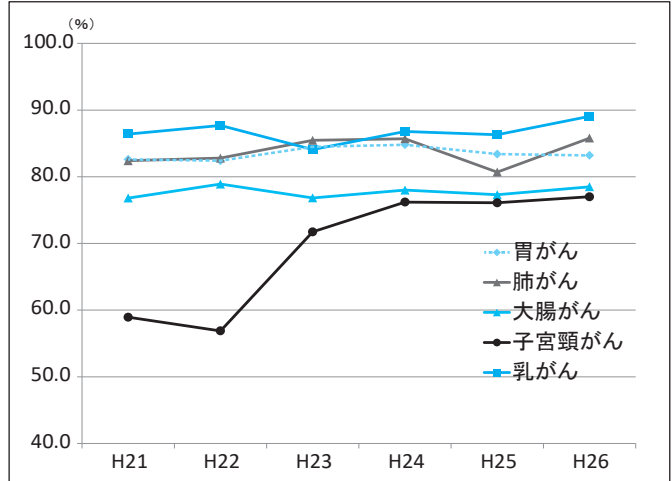
- ・ がんへの誤った認識や偏見をなくすため、がんに関する正しい情報や、5大がんだけでなく、歯科領域（口唇、口腔等）など一般的に認知度の低いがんへの予防に関する情報などを広く県民に周知する必要があります。

図3 熊本県の死亡原因割合（平成28年）



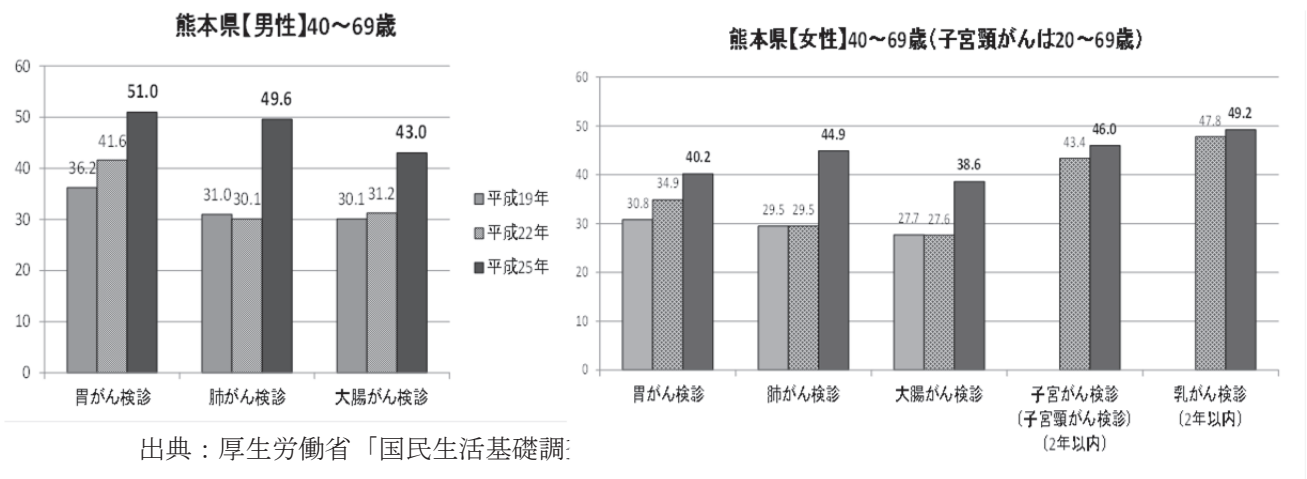
出典：厚生労働省「平成28年人口動態統計」

図4 熊本県のがん検診精密検診受診率の推移



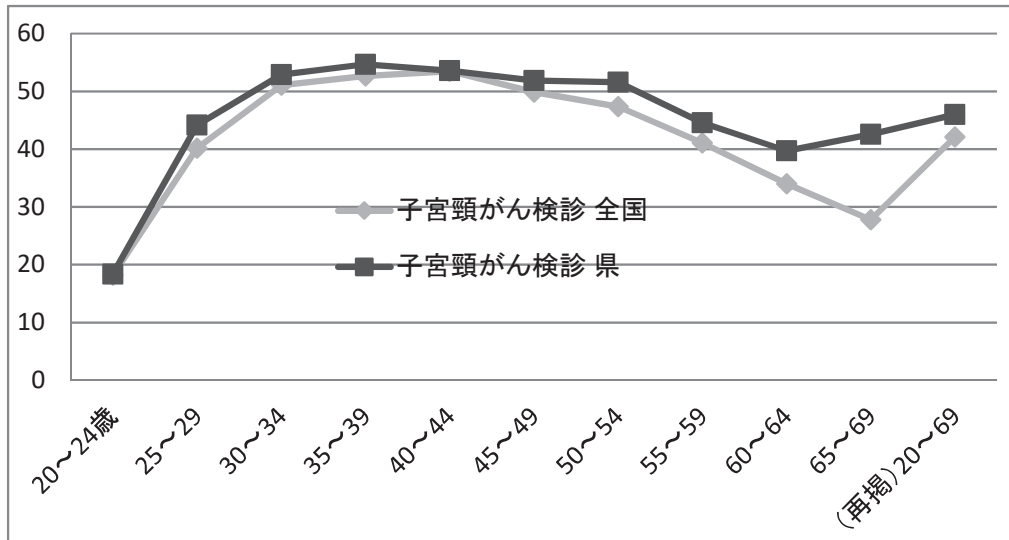
出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」

図5 熊本県の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」

図6 子宮頸がん検診年代別受診率（平成25年）



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

【施策の方向性】

○がんの一次予防（発症予防）の推進

- ・ がん予防のため、市町村や関係機関と連携し、職域等の健康診査、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上やそれに伴うメタボリックシンドロームの改善率の向上等の発症予防対策に取り組めます。また、不適切な食生活や運動不足、喫煙などの生活習慣の改善に向けた取組を推進します。

（第3章の1 より良い生活習慣の形成と健康づくりの推進を御参照ください。）

○がんの二次予防（がんの早期発見・がん検診）対策の推進

- ・ がん検診の意義や必要性をより一層啓発するため、市町村や関係機関と連携し、若い世代や働く世代へのがん研修会等を開催します。
- ・ がん検診の受診率の向上を図るため、特定健診との同時実施の促進など、受診者の利便性に配慮した実施体制を推進します。また、市町村や関係機関を対象に受診率向上に効果のある取組事例の波及に向けた研修会等を開催します。
- ・ 働く世代の受診率向上のため、企業等と連携した地域・職域連携推進事業の取組みやがん予防対策連携企業・団体³の登録拡大を推進します。
- ・ 科学的根拠に基づくがん検診の実施や精度管理を推進するため、「がん予防重点教育及びがん検診実施のための指針」に沿ったがん検診の実施や、「事業評価のためのチェックリスト」の活用を促進します。
- ・ 熊本県生活習慣病等管理指導部会により、がん検診の精度管理の向上に向けた取組を検討します。

○がん医療提供体制の整備

- ・ 県民の誰もが、どの地域に住んでいても標準的ながん医療が受けられるように、各医療圏におけるがん診療連携拠点病院の診療機能の維持・向上を図ります。

○患者等の生活の質の向上

- ・ 働く世代のがん患者の診断早期の離職を防止するため、労働局などの関係機関と連携して、就労に関する相談窓口の利用を促すなど、患者の仕事と治療の両立を支援します。また、事業者等へがん患者が働き続けられる環境の整備や配慮について働きかけを行います。

○がんに対する正しい理解の促進

- ・ 県民が、がんとがん患者に対する正しい認識を持つことができるよう、医師会、歯科医師会等の関係機関と連携し、がん相談支援センターやさまざまながん情報の周知に努めます。また、学校におけるがん教育の充実など、広く県民への周知啓発に取り組めます。

³ がん予防対策連携企業・団体：がん予防に関する知識の普及啓発及びがん検診受診促進等のがん予防対策に積極的に取組む、熊本県がん予防対策連携企業・団体として登録されている企業・団体。

評価指標

指標名	現状	目標 (H35)	指標の説明・ 目標設定の考え方
各種がん検診受診率	胃がん 男性 51.0% 女性 40.2% 肺がん 男性 49.6% 女性 44.9% 大腸がん 男性 43.0% 女性 38.6% 子宮頸がん（2年以内）46.0% 乳がん（2年以内）49.2% (H25年)	55%以上	・厚生労働省「国民生活基礎調査」 ・国が定めるがん対策推進基本計画の目標値（50%）にその1割（5%）加えた55%をめざす。
各種がん精密検診受診率	胃がん 83.2% 肺がん 85.8% 大腸がん 78.5% 子宮頸がん 77.0% 乳がん 89.1% (H26年度)	90%以上	・厚生労働省「地域保健事業・健康増進事業報告」 ・「第3次熊本県がん対策推進計画」の目標値に合わせる。
がん検診精度管理B評価以上の市町村数	9市町村 (H28年度)	増加	・がん検診「事業評価のチェックリスト」による精度管理調査 ・精度管理の取組みを推進することで増加をめざす。
がん予防対策連携企業・団体数	24企業・団体 (H29年10月)	60企業・団体	・健康づくり推進課調べ ・企業等と連携し、登録拡大をめざす。

(3)循環器疾患対策

脳血管疾患¹と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで本県の主要死因となっています。また、循環器疾患の後遺症は、本人の生活の質の低下を招く大きな要因となっており、介護が必要となる原因の約2割が循環器疾患によるものです。その予防においては、高血圧や脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が重要です。

循環器疾患の発症、重症化、再発予防には、栄養・食生活や身体活動・運動、喫煙、飲酒等の生活習慣の改善や、特定健診・保健指導の体制整備、医療提供体制整備などが求められます。

脳卒中対策

【現状と課題】

○脳血管疾患は、本県の死亡原因の第4位です。

- 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、全国平均より低い状況（表2）ですが、本県の死亡原因の第4位となっており、更に改善に取り組む必要があります。

【表2】

項目	熊本県	全国平均
脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）（男）	33.9（8位）（平成27年）	37.8（平成27年）
脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）（女）	19.2（13位）（平成27年）	21.0（平成27年）

出典：厚生労働省「平成27年人口動態統計特殊報告（都道府県別年齢調整死亡率）」

○予防対策として生活習慣の改善が重要です。

- 脳卒中の発症は、高血圧症や脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病や歯周病と密接な関係があります。発症の予防には、高血圧症等の早期発見や禁煙、運動の習慣化や食生活の改善などの生活習慣の改善が必要です。
- 平成26年度特定健診結果によると、収縮期血圧が保健指導及び受診勧奨判定値以上と判断された人の割合は、男女ともに40歳～59歳で全国平均を上回っています（P13参照）。
- 平成26年度特定健診結果によると、LDLコレステロール120mg/dl以上の有所見者の割合は、男性53.7%（全国平均53.9%）、女性55.7%（全国平均54.7%）と男女とも5割を超えている状況です。

○脳疾患による救急搬送件数は、疾患別で4番目に多い状況です。

- 本県の脳疾患²による救急搬送件数は、平成28年は4,284人と、疾患別では4番目に多い状況です。脳卒中を疑うような症状が現れた場合、本人やその家族など周囲にいる者には、救急搬送の要請など迅速な対応が求められます。

○急性期、回復期及び維持期まで関係機関の連携が重要です。

- 脳卒中に関しては、急性期、回復期及び維持期まで切れ目のない医療の提供と、在宅等への復帰に向けて関係機関の連携が重要です。

¹ 脳血管疾患：くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化（症）、その他の脳血管疾患をいう。

² 脳疾患：WHO（世界保健機関）で定める国際疾病分類（ICD10）における「IX循環器系の疾患」のうち「a-0904 脳梗塞」及び「a-0905 その他の脳疾患」をいう。

【施策の方向性】

○発症予防・早期発見対策の推進

- ・ 脳卒中の予防・早期発見のため、市町村や関係機関と連携し、職域等の健康診査、特定健診・特定保健指導の実施率の向上とそれに伴うメタボリックシンドロームの改善率の向上等の発症予防対策に取り組みます。併せて、医療機関受診勧奨等の生活習慣病の重症化予防対策や歯周病予防対策の推進に取り組みます。

(第3章の1 より良い生活習慣の形成と健康づくりの推進を御参照ください。)

○啓発・情報提供

- ・ 脳卒中を疑うような症状が現れた際に、迅速な救急搬送の要請につなげるため、関係団体と協力して脳卒中の初期症状の対処法等の啓発を実施します。
- ・ 脳卒中に関する医療機関の情報を県民に分かりやすく提供するため、医療機能に関する地域別の情報について、ホームページ³で公表します。

○医療提供体制の強化

- ・ 急性期、回復期及び維持期まで切れ目のない医療を提供するため、地域連携クリティカルパスや「くまもとメディカルネットワーク」⁴の活用の推進、「熊本県脳卒中医療推進検討会議」等を通じて、急性期、回復期及び維持期における医療提供体制の整備や関係機関の連携を推進します。

心筋梗塞等の心血管疾患対策

【現状と課題】

○心疾患は、本県の死亡原因の第2位です。

- ・ 本県の虚血性心疾患⁵の年齢調整死亡率は、全国平均より低く、大動脈瘤及び解離⁶の年齢調整死亡率は、男性は全国平均より低い状況(表3)ですが、心疾患は本県の死亡原因の第2位となっており、更に改善に取り組む必要があります。

【表3】

項目	熊本県	全国平均
虚血性心疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)(男)	16.2(2位)(平成27年)	31.3(平成27年)
虚血性心疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)(女)	6.3(3位)(平成27年)	11.8(平成27年)
大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率(人口10万対)(男)	5.9(19位)(平成27年)	6.4(平成27年)
大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率(人口10万対)(女)	3.9(39位)(平成27年)	3.3(平成27年)

出典：厚生労働省「平成27年人口動態統計特殊報告(都道府県別年齢調整死亡率)」

³ 「熊本県総合医療情報システム・くまもと医療ナビ」(URL：<http://mis.kumamoto.med.or.jp/>)に掲載している。

⁴ くまもとメディカルネットワークとは、県内の医療機関をはじめ、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス施設・事業所など関係機関をネットワークでつなぎ、患者や利用者の診療・調剤・介護に必要な情報を共有し、医療や介護サービスに活かすシステムをいう (URL：<http://kmn.kumamoto.med.or.jp/>)。

⁵ 虚血性心疾患は、冠状動脈が何らかの原因で狭くなり血流が悪くなって、心筋に十分な酸素が供給できなくなるために発作を起こす病気をいう。

⁶ 動脈硬化などで弱くなった大動脈に、こぶ状の膨らみができることがある。これを、大動脈にできた“こぶ(瘤)”、「大動脈瘤」と呼ぶ。大動脈は、外膜、中膜、内膜の3構造となっており、十分な強さと弾力を持っているが、なんらかの原因で内側にある内膜に裂け目ができ、その外側の中膜の中に血液が入り込んで長軸方向に大動脈が裂けることを大動脈解離という。

○予防対策として生活習慣の改善が重要です。

- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症は、高血圧症や脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病や歯周病と密接な関係があります。発症の予防には、高血圧症等の早期発見や禁煙、運動の習慣化や食生活の改善などの生活習慣の改善が必要です。
- ・ 平成 26 年度特定健診結果によると、収縮期血圧が保健指導及び受診勧奨判定値以上と判断された人の割合は、男女ともに 40 歳～59 歳で全国平均を上回っています(13 ページ参照)。
- ・ 平成 26 年度特定健診結果によると、LDL コレステロール 120mg/dl 以上の有所見者の割合は、男性 53.7% (全国平均 53.9%)、女性 55.7% (全国平均 54.7%) と男女とも 5 割を超えている状況です。

○心疾患による救急搬送件数は、疾患別で 3 番目に多い状況です。

- ・ 本県の心疾患等⁷による救急搬送件数は、平成 28 年は 4,983 人と、疾患別では 3 番目に多い状況です。発症した場合、家族など周囲にいる者が速やかな救急搬送の要請や、AED⁸の使用を含めた心肺蘇生を行うことが求められます。

○医療機関等が連携して社会復帰をめざすことが重要です。

- ・ 早期の回復、社会復帰のためには、急性期から社会復帰に至る一連の治療や心血管疾患リハビリテーション等が切れ目なく提供できる連携体制の構築が必要です。さらに、再発予防には、専門医とかかりつけ医等が連携して、定期的に管理・指導することが必要です。

【施策の方向性】

○発症予防・早期発見対策の推進

- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患の予防・早期発見のため、市町村や関係機関と連携し、職域等の健康診査、特定健診・特定保健指導の実施率の向上とそれに伴うメタボリックシンドロームの改善率の向上等の発症予防対策に取り組みます。併せて、医療機関受診勧奨等の生活習慣病の重症化予防対策や歯周病予防対策の推進に取り組みます。
(第 3 章の 1 より良い生活習慣の形成と健康づくりの推進を御参照ください。)

○啓発・情報提供

- ・ 迅速な救急搬送の要請や現場での心肺蘇生等により、心筋梗塞等の心血管疾患発症後の救命率を高めるため、関係団体と協力して心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防や発症時の対処法等の啓発を実施します。
- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療機関の情報を県民に分かりやすく提供するため、医療機能に関する地域別の情報について、ホームページ⁹で公表します。

⁷ 心疾患等とはWHO（世界保健機関）で定める国際疾病分類（ICD10）により分類された「IX循環器系の疾患」のうち「a-0901 高血圧性疾患」から「a-0903 その他の心疾患」まで、及び「a-0906 その他循環器系の疾患」までをいう。

⁸ AED（Automated External Defibrillator）は、自動体外式除細動器といい、裸の胸の上に貼った電極のついたパッドから自動的に心臓の状態を判断するもの。心室細動という不整脈を起こしていれば、強い電流を一瞬流して心臓にショックを与えることで、心臓の状態を正常に戻す機能を備えている。

⁹ 「熊本県総合医療情報システム・くまもと医療ナビ」（URL：<http://mis.kumamoto.med.or.jp/>）に掲載している。

○医療提供体制の強化

- 急性期から社会復帰に至るまで切れ目のない医療を提供するため、「くまもとメディカルネットワーク」の活用や「熊本県心筋梗塞等の心血管疾患医療推進検討会議」等を通じて、急性期・回復期における医療提供体制の整備や関係機関の連携を推進します。

評価指標

指標名	現状	目標 (H35)	指標の説明・目標設定の考え方
脳血管疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性 33.9 (全国平均 37.8) 女性 19.2 (全国平均 21.0) (H27年)	男性 24.2 女性 13.1	・厚生労働省「人口動態統計特殊報告」 ・発症予防・早期発見対策や医療提供体制の強化等により、全国平均を下回る年齢調整死亡率を更に改善する。
虚血性心疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性 16.2 (全国平均 31.3) 女性 6.3 (全国平均 11.8) (H27年)	男性 10.7 女性 3.8	・厚生労働省「人口動態統計特殊報告」 ・発症予防・早期発見対策や医療提供体制の強化等により、全国平均を下回る年齢調整死亡率を更に改善する。
大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性 5.9 (全国平均 6.4) 女性 3.9 (全国平均 3.3) (H27年)	男性 5.9 女性 3.9	・厚生労働省「人口動態統計特殊報告」 ・発症予防・早期発見対策や医療提供体制の強化等により、増加傾向にある現状の水準を維持する。
収縮期血圧の平均値	男性：138mmHg 女性：132mmHg (H23年度)	男性：134mmHg 女性：129mmHg	・熊本県「県民健康・栄養調査」 ・健康日本21（第2次）の目標に準じた目標
脂質異常症有病者 (総コレステロール 240mg/dl以上、もしくは服薬している人)の割合	男性：14.2% 女性：19.7% (H23年度)	男性：12.4% 女性：17.2%	・熊本県「県民健康・栄養調査」 ・健康日本21（第2次）の目標に準じた目標
脂質異常症有病者 (LDLコレステロール 160mg/dl以上、もしくは服薬している人)の割合	男性：7.3% 女性：10.1% (H23年度)	男性：6.4% 女性：8.9%	・熊本県「県民健康・栄養調査」 ・健康日本21（第2次）の目標に準じた目標

(4)特定健康診査・特定保健指導の体制整備による生活習慣病対策

糖尿病やがん、循環器疾患等の生活習慣病の発症や重症化予防のため、特定健診によりメタボリックシンドロームの該当者・予備群¹を早期に発見し、効果的な保健指導により日常生活の改善を促すことが重要です。

【現状と課題】

○特定健診・特定保健指導実施率の向上が課題です。

- 平成 27 年度の特定健診実施率は 46.7%であり、制度開始時の平成 20 年度から少しずつ向上しているものの、全国平均（50.1%）より低い状況です（図 7）。

医療保険者別では、健康保険組合や共済組合において高く、市町村国保や全国健康保険協会において低いという二極構造になっています（図 8、図 9）。

市町村国保では 40 歳～50 歳代の男性が、被用者保険では被扶養者の実施率が特に低くなっており、熊本県でも同じ傾向がみられます（表 4、表 5）。

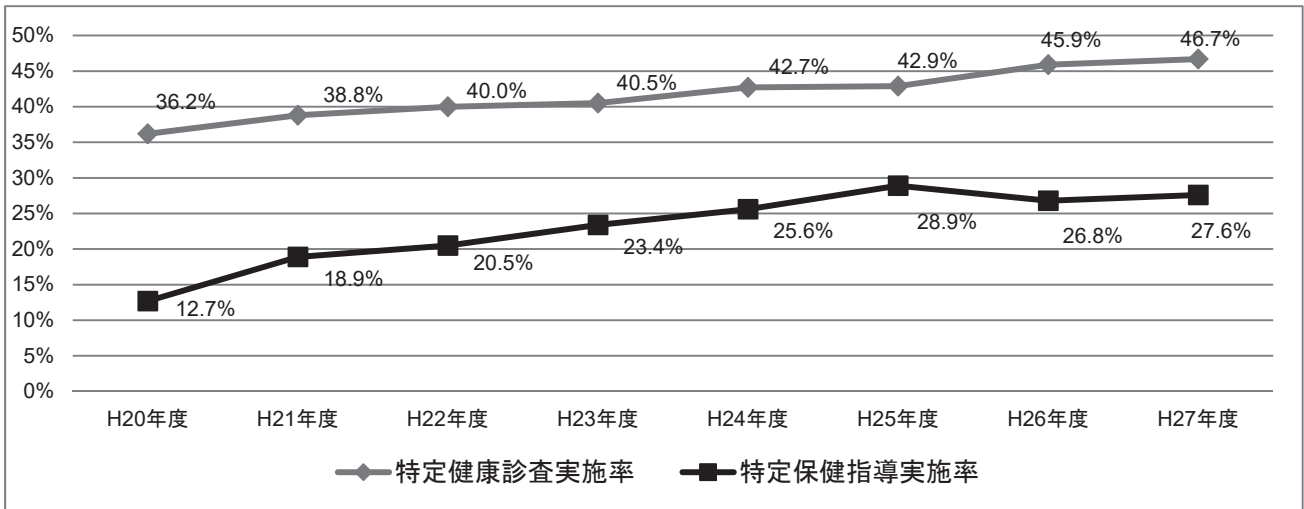
- 平成 27 年度の特定保健指導実施率は 27.6%で、全国平均（17.5%）より高いものの、目標の 45%には届いていません（図 7）。

○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群¹が多い状況です。

- 特定健診結果では、メタボリックシンドロームの該当者割合及び予備群割合はほぼ横ばいで、全国平均より高い状況が続いています（表 6）。生活習慣病の発症・重症化のリスクのある人が多い状況です。
- 空腹時血糖及び HbA1c が保健指導及び受診勧奨判定値以上と判断された人が男女ともに全国平均を大きく上回っています。
- 40 歳代を男女別に全国と比較すると、男女ともに空腹時血糖、HbA1c 及び収縮期血圧が保健指導及び受診勧奨判定値以上と判断された人が大きく上回っており、女性では腹囲も大きく上回っています。若い世代の生活習慣病の発症・重症化予防に取り組むことが必要です（図 10）。

¹ メタボリックシンドローム該当者及び予備群：腹囲（おへその高さ）が男性 85cm 女性 90cm を超え、高血圧・高血糖・脂質代謝異常の 3 つのうち、1 つ当てはまるとメタボリックシンドローム予備群、2 つ以上当てはまるとメタボリックシンドローム該当者となる。

図7 熊本県における特定健診実施率、特定保健指導実施率の状況の推移



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況（都道府県別一覧）」

図8 保険者別特定健診実施率（平成27年度）

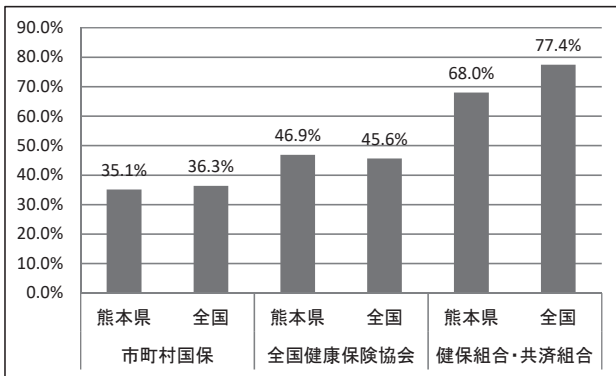
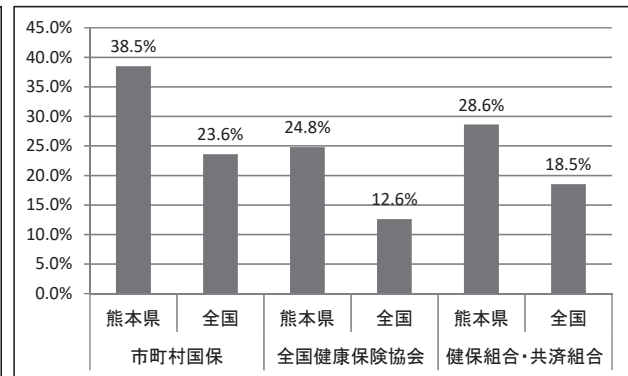


図9 保険者別特定保健指導実施率（平成27年度）



出典：厚生労働省「平成27年度特定健診・保健指導実施状況分布（都道府県別及び全国）」及び「平成27年度特定健診推計対象者数（都道府県別）」を基に健康づくり推進課にて算出

表4 特定健診の実施率（市町村国保の性・年齢別）

	全体	性別	40～74歳							
			40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	
市町村国保 (全体)	36.3%	男性	32.3%	17.2%	18.4%	21.2%	23.7%	29.9%	38.4%	42.4%
		女性	39.8%	22.1%	23.1%	27.4%	32.4%	39.6%	45.1%	46.9%

出典：厚生労働省「平成27年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」

表5 特定健診の実施率（被保険者・被扶養者別）

	被用者保険全体		全国健康保険協会		健康保険組合		共済組合					
	被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者				
27年度	60.0%	69.6%	34.5%	45.6%	53.8%	21.4%	73.9%	85.2%	47.3%	75.8%	89.1%	40.5%

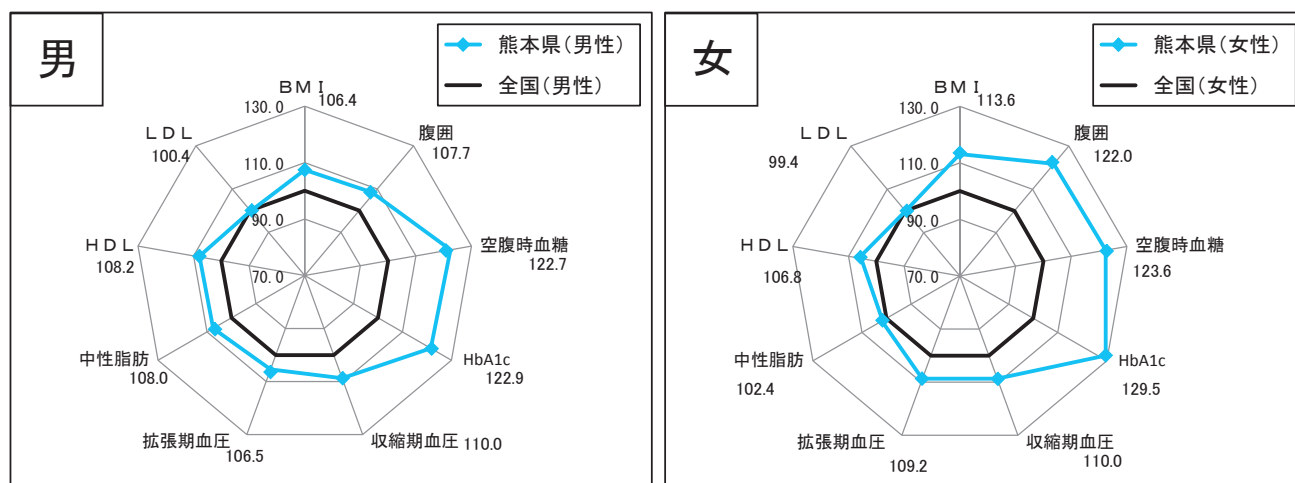
出典：厚生労働省「平成27年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」

表6 特定健診等実施状況

	特定健康診査実施率(%)	特定保健指導実施率(%)	メタリックシフト・ローム該当者割合(%)	メタリックシフト・ローム予備群割合(%)	メタリックシフト・ロームの該当者及び予備群の数(人)	特定保健指導対象者数(人)
H24年度	42.7% (全国 46.2%)	25.6% (全国 16.4%)	15.2% (全国 14.5%)	12.3% (全国 11.9%)	84,727人	54,456人
H25年度	42.9% (全国 47.6%)	28.9% (全国 17.7%)	14.9% (全国 14.3%)	12.1% (全国 11.8%)	86,040人	54,847人
H26年度	45.9% (全国 48.6%)	26.8% (全国 17.8%)	15.4% (全国 14.4%)	12.4% (全国 11.8%)	95,348人	60,094人
H27年度	46.7% (全国 50.1%)	27.6% (全国 17.5%)	15.7% (全国 14.4%)	12.3% (全国 11.7%)	97,741人	60,336人

出典：厚生労働省「平成24～27年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」

図10 特定健診結果（平成26年度） 40代・性別※全国平均を100として比較



出典：厚生労働省「NDBオープンデータ（平成29年9月16日公表分）」

【施策の方向性】

○特定健診実施率向上に向けた取組みの推進

- ・ 特定健診・特定保健指導の実施率を向上させるため、全国健康保険協会等の各保険者で構成される保険者協議会において、実施率向上に取り組んでいる保険者の好事例の取組みの共有や、保険者間で連携してできる取組みを検討し、実施します。
- ・ 働く世代の特定健診受診者を増やすために、企業が健康経営の重要課題として従業員や家族の特定健診の実施率向上に取り組まれるよう、くまもとスマートライフプロジェクト応援団登録企業の報告会や健康経営セミナー等を開催し、啓発していきます。
- ・ 二次保健医療圏域においても、行政や事業者、関係団体で構成している地域・職域連携会議等を通じて、地域の健康課題の分析と課題解決に向けた対策の検討とともに、構成機関が連携した実施率向上の取組みを推進します。

○特定健診・特定保健指導の実施体制の強化

- ・ 特定健診受診者が生活習慣を改善し生活習慣病を予防するために、保険者協議会において、健診結果の分析や生活習慣改善に関する啓発資料の作成を行い、それらの資料を

県民への周知や、健康教室、特定保健指導に活用します。

- ・ 県や保健所で開催する各種会議において、関係者で特定健診結果からみえてきた課題の共有と解決に向けた方策を協力して検討し取り組みます。
- ・ 研修会等をとおした特定保健指導に従事する専門職の人材育成等、保険者協議会における取組みを促進します。

○保健医療連携体制の強化

- ・ 特定健診の結果において、特定保健指導が必要な人には確実な保健指導の実施、医療機関受診が必要な人には確実な受診勧奨とその後の受診状況の確認など、保険者と医療機関が連携した健診後のフォロー体制を整備します。

評価指標

指標名	現状	目標 (H35)	指標の説明・目標設定の考え方
特定健康診査の実施率	46.7% (H27 年度)	70%以上	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」 ・ 第3期特定健康診査等実施計画の目標値を継続
特定保健指導の実施率	27.6% (H27 年度)	45%以上	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」 ・ 第3期特定健康診査等実施計画の目標値を継続
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 (特定保健指導対象者の減少率) (対平成 20 年度比)	15.9% (H27 年度)	25%以上	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」及び「都道府県別特定保健指導対象者減少率計算シート」 ・ 第3期特定健康診査等実施計画の目標値を継続