

2 保険者の現状（被保険者を取り巻く地理的・社会的背景）

（1）保険者の周辺環境

ア 地理的・社会的背景、医療アクセスの特徴

地理的・社会的環境

寝屋川市は、大阪府の東北部、淀川左岸に位置し、淀川と市内の中心部を流れる一級河川・寝屋川の恩恵を受け発展してきたまちで、北河内地域6市すべてと市境を接するなど、その中心部に位置しています。地勢は、東部丘陵地帯と西部平坦部の二つに大別されており、東部丘陵地帯は、生駒山系の一部を成し、海拔50m前後で、最高点は石宝殿古墳周辺で約109.6mです。一方、西部平坦部は、海拔2～3mという低地となっています。

寝屋川市域の産業としては、少ない農地ながら都市型農業、中小企業によるものづくり、小売業を中心とした商業が盛んです。また、大型商業施設としては、主に京阪寝屋川市駅前や香里園駅周辺、主要幹線道路沿いなどに立地しています。主要な交通機関は京阪電気鉄道京阪本線が市中心部を、JR片町線（学研都市線）が市東部を走り、路線バスはコミュニティバスを含め京阪バスが運行しています。

都市整備面では、浸水対策事業など安全・安心なまちづくりを積極的に推進しているほか、長年進めている密集市街地の再整備に加え、都市計画道路対馬江大利線の拡幅や東部のまちづくりの推進など住みよいまちづくりに取り組んでいるところです。また、寝屋川市は、都市格向上を図るため、平成31年度の中核市移行をめざし、現在準備を進めています。

医療アクセス

寝屋川市内には、鉄道4駅周辺に複数の医療機関がありアクセスしやすく、さらに市域全域において、偏りなく病院や診療所があるため、きめ細かく必要な医療サービスを受けることができます。

寝屋川市には市民病院などの、公立医療機関はないものの、関西医科大学香里病院と地域医療連携を締結するなど、地域に密着した医療を提供することができています。また、寝屋川市医師会等を通じて、行政と病院・診療所との連携を強化するなど、良質な地域医療サービスの充実ならびに地域福祉の向上を図っています。さらに生活圏内に結核や精神科の専門医療機関もあり、安心と利便性のある医療環境にあるといえます。

【表 1】医療提供体制等の比較（平成 27 年 10 月 1 日現在）

	保険者		大阪府	全国
	実数	人口 10 万対	人口 10 万対	人口 10 万対
病院数	14	6.05	6.0	6.7
病床数	1,924	831.8	1,219.9	1,232.1
一般診療所数	183	79.1	94.4	79.5
歯科診療所数	129	55.8	62.7	54.1

※病院：病床数が 20 床以上の医療機関

診療所：入院できる施設がないか、病床数 19 床以下の医療機関

資料：医療施設調査

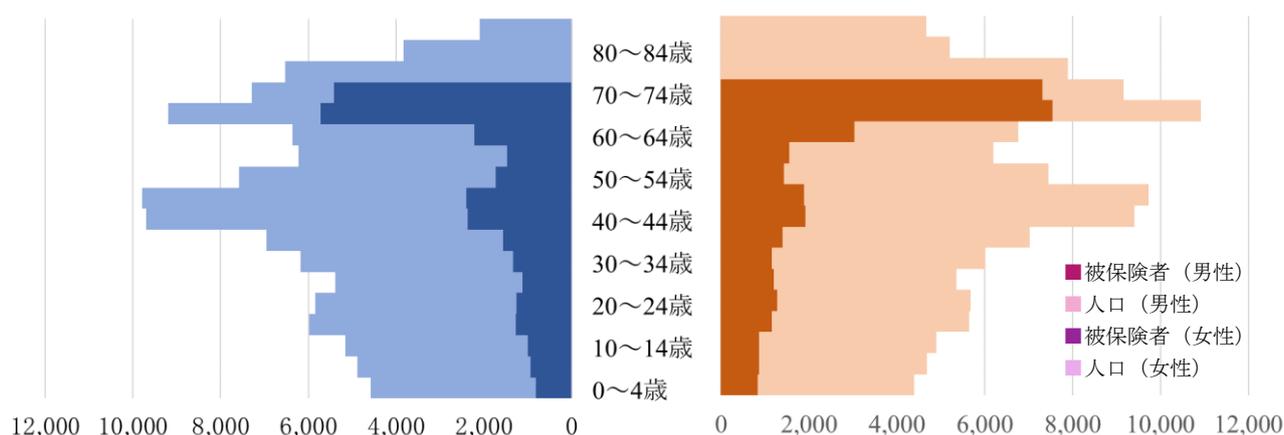
イ 人口・被保険者の状況

本市の人口分布は 65～74 歳の前期高齢者は国より多く、75 歳以上の人口は国より少ないため 65 歳以上の人口割合である高齢化率は国平均と同じ水準です。

各年齢階級別に男女の比率を確認すると、60 歳以上になると女性が男性を上回り、85 歳以上は女性が 7 割を占めていました。80 歳を超えると、男性の人口は女性と比べて減少しています。

国保の被保険者は 0～20 歳代までは年齢階級人口の約 2 割を占めますが、60 歳以上になると 3 割を超え、65 歳以上は 6 割、70 歳以上は 7 割が国保に加入していました。職域の保険から、居住地区の国保に加入する被保険者が多いことがわかります。

【図 1】性・年齢階級別の人口分布および国保被保険者分布（平成 29 年 4 月 1 日現在）

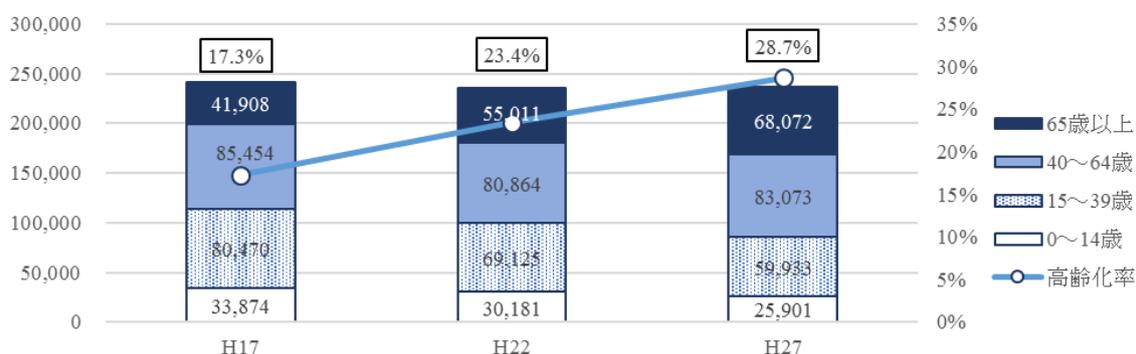


資料：年齢別推計人口および KDB システム被保険者構成（平成 xx 年 xx 月 xx 日抽出）

平成 17 年から 27 年の 10 年間で、本市の 0～14 歳の人口は 7,973 人（23.5 ポイント）減少しています。15～39 歳の年齢階級も同様に、20,537 人（25.5 ポイント）減少していました。40～64 歳は平成 22 年に 4,590 人（5.4 ポイント）減少しましたが、その後増加しています。

一方、65 歳以上は増加の一途をたどり、平成 22 年で 13,103 人（31.3 ポイント）、27 年で 26,164 人（62.4 ポイント）増加しています。若い世代が減り住民の加齢により高齢者層が増加しています。本市の高齢化率は国の 26.6% を上回る 28.7% でした。

【図 2】年齢階級別の人口分布および高齢化率の推移



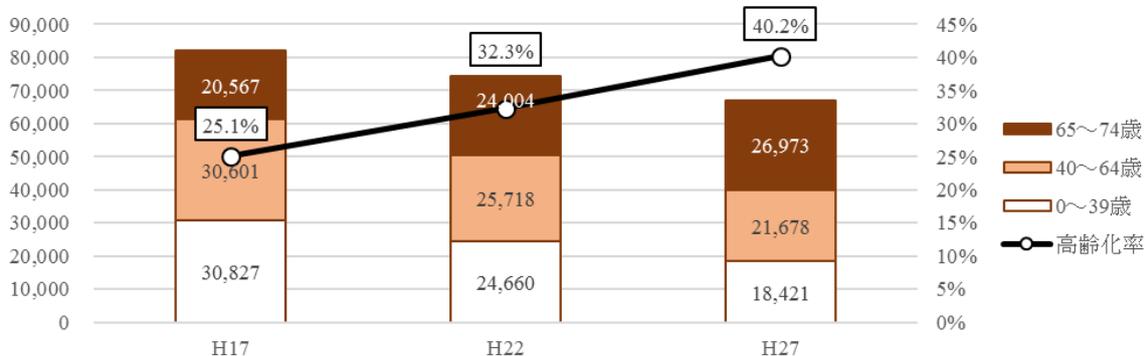
資料：国勢調査主要統計（総務省統計局）

上述のとおり、65 歳と 70 歳を境に国保加入率は上昇します。

75 歳以降は後期高齢者となるため含まれませんが、若い世代の加入率は平成 27 年で約 2 割のため、高齢化率は高くなります。

将来的に若い世代の国保加入率が上がらない場合、高齢化率はますます上昇することが予測されます。

【図 3】年齢階級別の国保被保険者分布および高齢者割合の推移



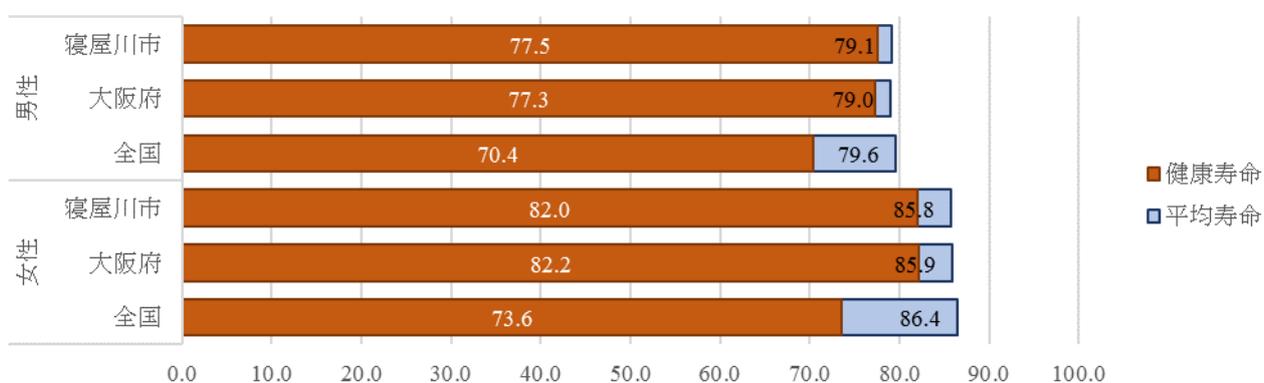
資料：大阪府国民健康保険事業状況

ウ 平均寿命・健康寿命

本市の男性の平均寿命は79.1歳、健康寿命は77.5歳で、女性の平均寿命は85.8歳、健康寿命は82.0歳です。ともに大阪府の平均寿命・健康寿命とほぼ同じ水準です。

平均寿命と健康寿命の差は、健康障害を持って過ごす期間であり、男性は1.6年、女性は3.8年です。全国の男性の平均寿命は79.6歳、健康寿命は70.4歳で、全国の女性の平均寿命は86.4歳、健康寿命は73.6歳です。平均寿命は全国の方が本市よりも長いですが、健康寿命は本市の方が男性は7.1年、女性は8.4年長いいため、健康障害を持って過ごす期間は本市の方が短いです。

【図4】男女別の平均寿命および健康寿命の比較（平成22年度）



資料：健康寿命算出方法の指針（大阪府保健医療室健康づくり課提供）

エ 標準化死亡比

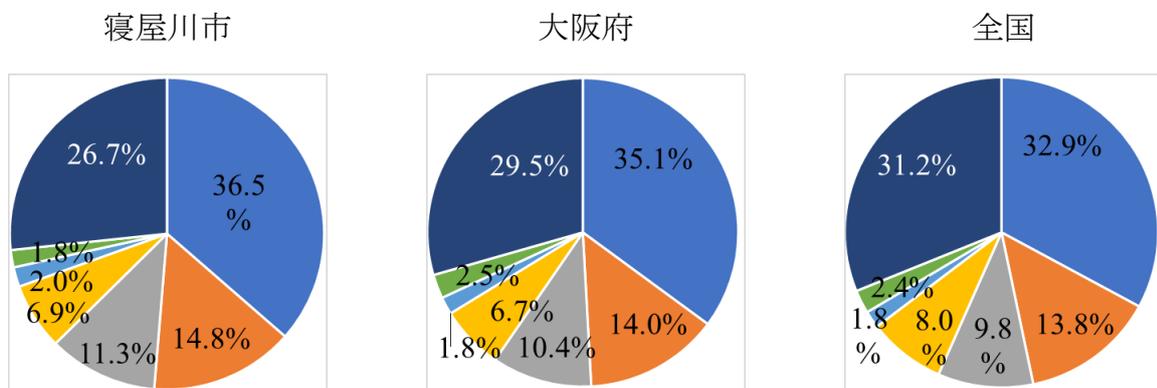
男女別の死因割合を平成 27 年度のデータで確認しました。

男性で国や府と比べて死因の割合が高いのは、「がん」(36.5%)、「心臓病」(14.8%)、「肺炎」(11.3%) でした。女性は「肺炎」(12.8%)、「自殺」(1.5%) でした。「腎不全」の死亡割合は男性 2.0%、女性 2.2%で、男女ともに国より 0.2 ポイントも高いです。

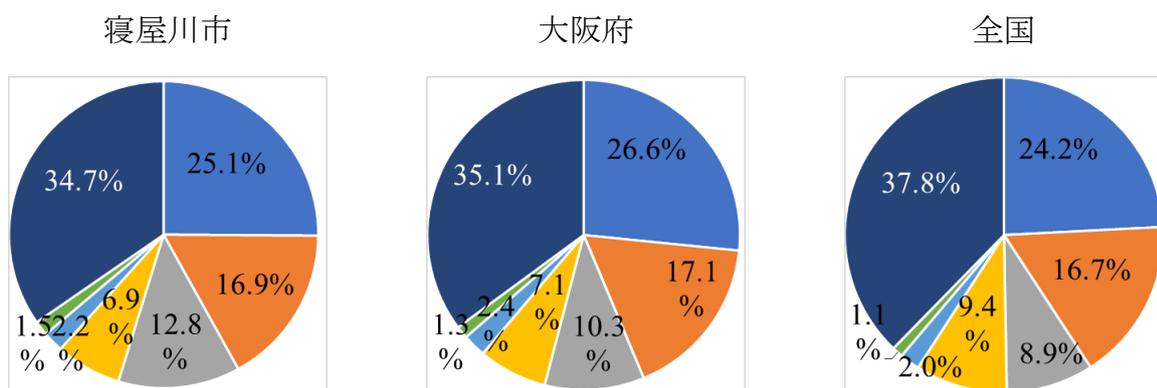
本市の人口構成は国と比べて前期高齢者の比率が高いですが、高齢者に多い死因の肺炎が府や全国よりも高いことは注目すべき点です。慢性呼吸不全や喫煙の問題、虚弱や嚥下機能障害からの誤嚥性肺炎など、喫煙から介護予防まで広い対策が必要です。

【図 5】男女別の死因割合（平成 27 年度） 寝屋川市、大阪府、全国の円グラフ

男性



女性



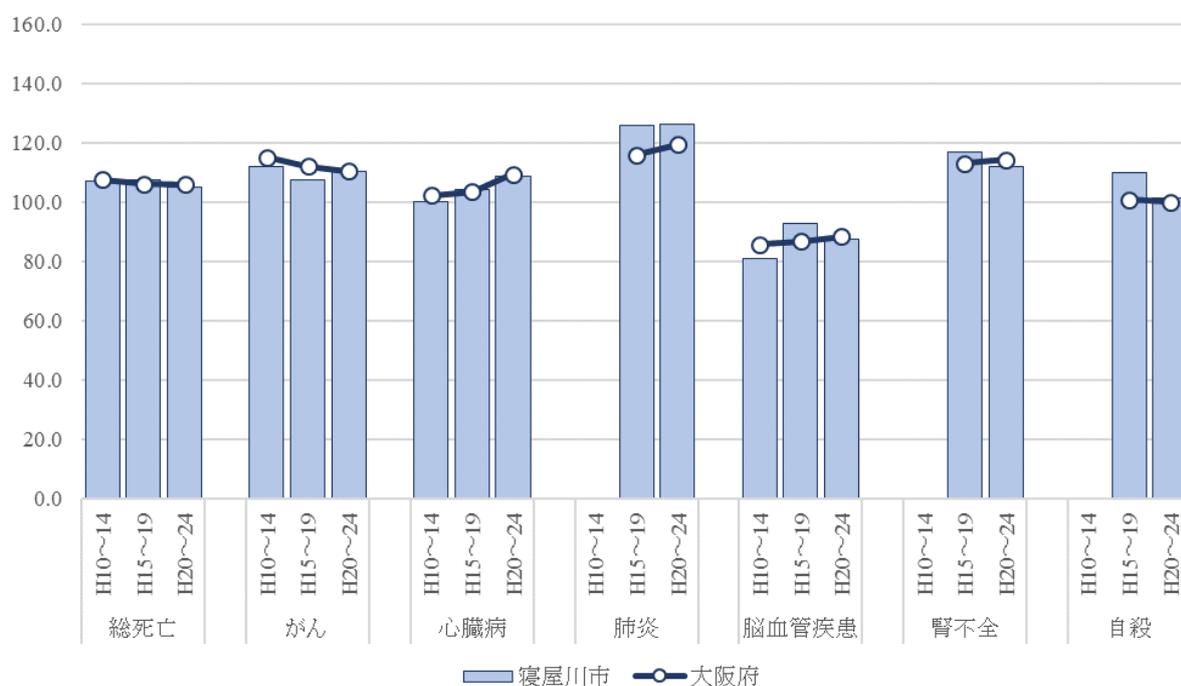
資料：人口動態統計

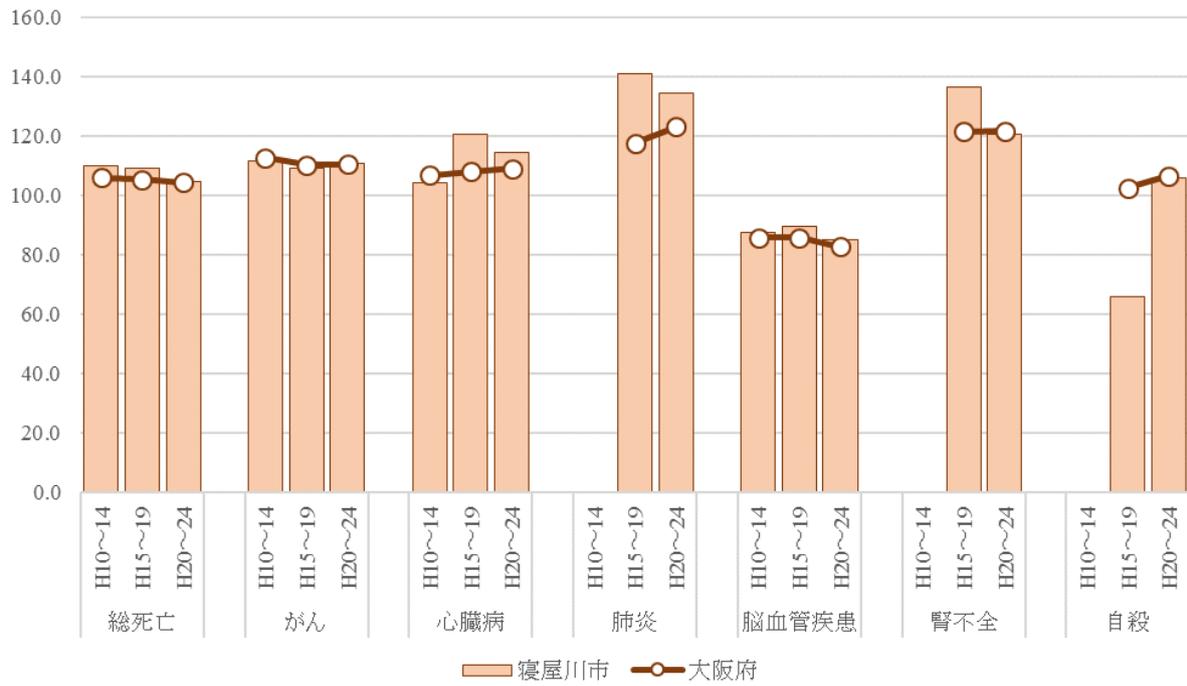
本市の標準化死亡比は男性 105.0、女性 104.6 で、男女とも全国よりも高い値です。高比率の死因疾患を確認すると、最も高いのは女性の「肺炎」で、H15～19年 141.2 から H20～24年は 134.5 に低下しました。男性においても高く、117.8 から 123.2 に上昇しています。後述の喫煙率の高さとも関与する問題と考えます。

「腎不全」も死亡比が高く、男性 112.2、女性 120.8 ですが、数値は低下しています。標準化死亡比が上がっている疾患は「心臓病」で、H20～24 で男性 108.8、女性 109.6 でした。死亡に至るまでに発症、重症化の過程を踏むので、介入によって発症予防や重症化予防の取り組みが必要です。

「がん」も男女ともに標準化死亡比が高い疾患です。数値は 110 前後で推移しています。生活習慣や感染症から予防できる面もありますが、検診により早期発見・早期治療を進める必要があります。

【図 6】 男女別の主要疾病標準化死亡比
(全国 100 に対する年齢を考慮した死亡率の比) の推移





資料：人口動態統計

オ 要介護認定状況

要介護認定は介護サービスの必要度を判断するものです。認定された対象者の病気の重さと介護度は必ずしも一致しない場合があります。

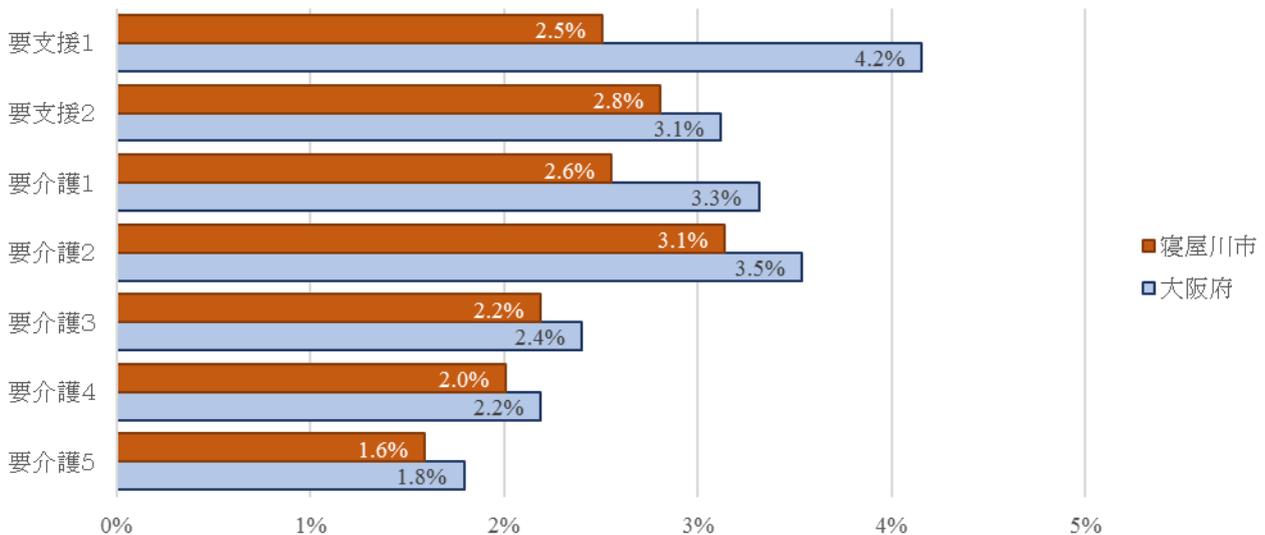
本市と大阪府の介護度別認定割合をみると、すべての介護度において本市が低いことがわかります。

大阪府は「要支援1」の認定割合が4.2%と高く、次いで「要介護2」(3.5%)、「要介護1」(3.3%)、「要支援2」(3.1%)と続きます。

本市は「要介護2」(3.1%)、「要支援2」(2.8%)、「要介護1」(2.6%)の認定割合が高くなっています。

前述の介護保険受給者の有病状況（P00【表●】参照）から、年齢層が上がると筋骨格系の有病率が高いことはわかっています。発症前の早い段階から身体活動を促進することが、介護予防につながります。また認知症も加齢に伴い該当者が増えていくため、ADL（日常生活動作）の低下を予防するためにも、運動習慣への取り組みが必要です。

【図7】 第1号被保険者全体に占める各要介護度の認定割合（平成27年度）



資料：介護保険事業状況報告

本市の第1号被保険者全体に占める要支援・要介護認定率は、平成18年度14.9%から平成27年は16.7%に増加しています。

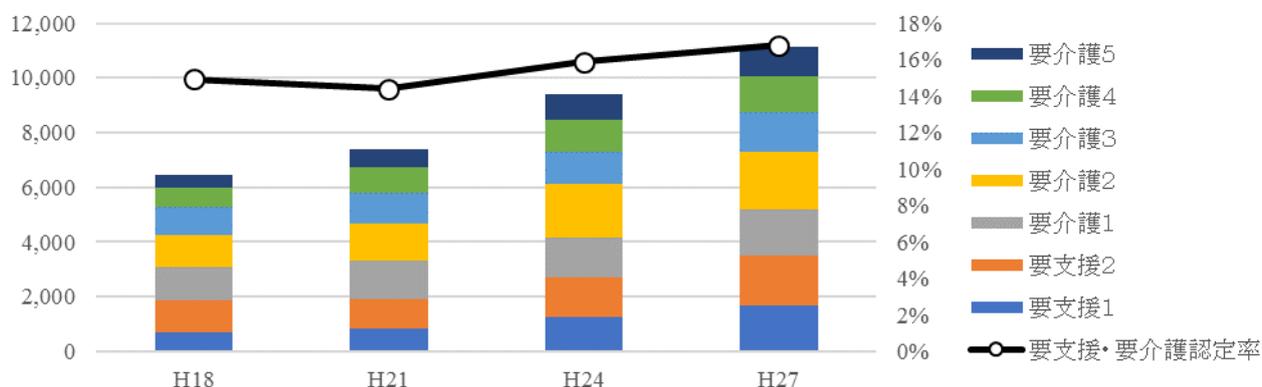
高齢化に伴い、どのレベルの要介護者も年々増加していますが、なかでも増加人数の多い要介護度は、「要支援1」と「要介護5」でした。

介護サービスを必要とする背景には、身体機能低下などに伴うADL（日常生活動作）の低下と、地域や家庭のサポートのマンパワー不足が考えられます。人口が減少しているため、個々の家庭内で介護の提供は難しく、地域ぐるみの対策検討が必要です。

身体機能の低下は疾患によるものもありますが、食事や活動など生活習慣病発症予防と重なります。要介護の原因として脳血管疾患は上位です。本市の標準化死亡比では脳血管疾患は低いですが、発症すると後遺症が残り要介護状態に陥ることが多い疾患です。

介護予防のためにも、予防対策は重要です。

【図8】 要介護認定状況の推移



資料：介護保険事業状況報告

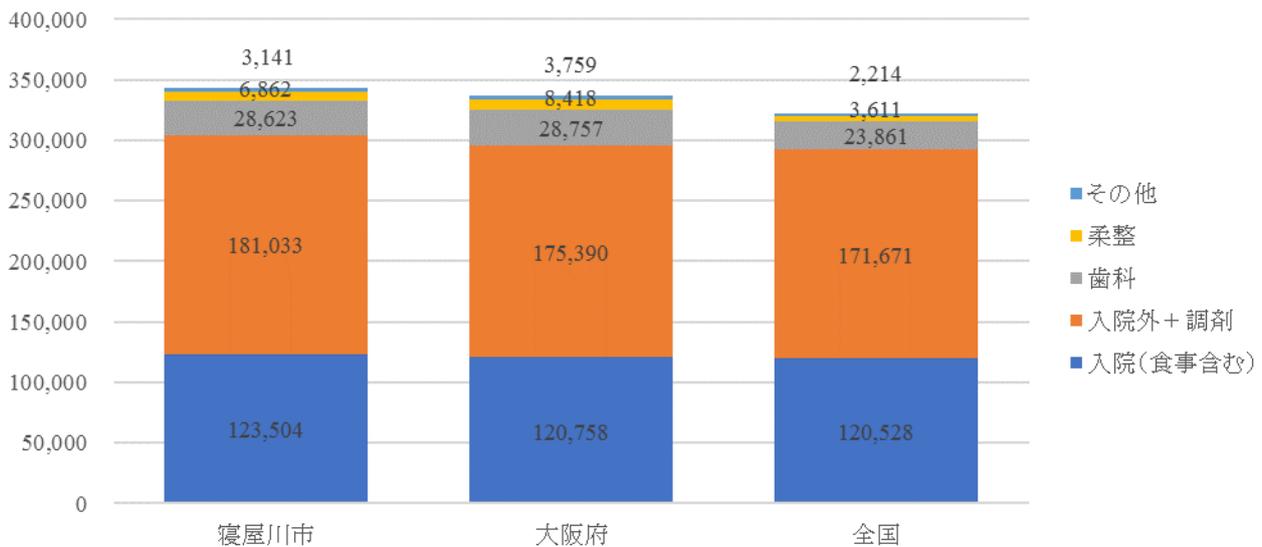
3 医療費分析

(1) 費用区分別医療費（入院、外来+調剤、歯科、柔整など）

平成 26 年度の被保険者 1 人あたり年間医療費を比較すると、本市の入院医療費は 123,504 円で、全国より 2,976 円、大阪府より 2,746 円高いです。外来医療費も同様に、本市 181,033 円であるのに対し、全国より 9,362 円、大阪府より 5,643 円高いです。

入院と調剤を含む外来医療費の比率を確認します。本市の入院 123,504 円（36.0%）と本市の入院外+調剤 181,033 円（52.8%）、全国は 120,528 円（35.8%）と 171,671 円（53.3%）で比率はほぼ同じでした。歯科と柔整について本市と全国を額面で比較すると、歯科は 1.2 倍、柔整は 1.9 倍高額でした。医療費総額 343163 円に対し歯科 28623 円、柔整 6862 円と割合的に小さく、全体に占める率は全国より 1.0 ポイントほど高めでした。

【図 9】被保険者 1 人あたり年間医療費の比較（平成 26 年度）

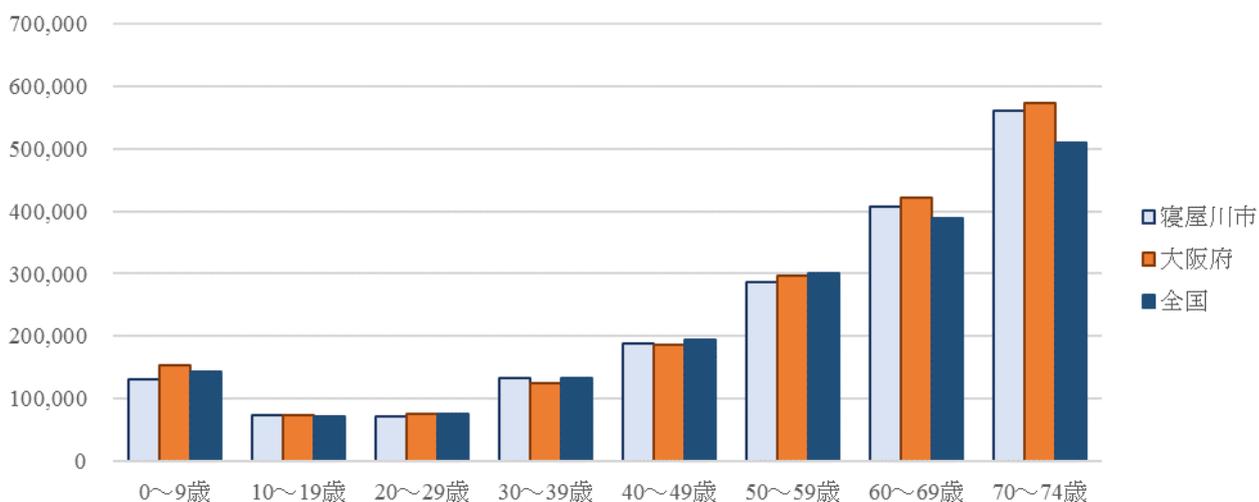


資料：大阪府国民健康保険事業状況・国民健康保険事業年報

年齢階級別の1人あたりの総医療費を比べると10～29歳の層が最も低く、年齢層が上がるにつれ高くなっています。このJカーブは全国と同じ形です。

1人あたりの医療費平均を超えるのは60～69歳で、医療費は急増していますが伸び率は国や府と同じ程度です。本市は70～74歳の医療費の伸びが大きいです。大阪府も同様であることを考慮すると、全国と比べて府や本市に多い疾患の医療費が関与していると考えられます。

【図10】年齢階級別の1人あたり総医療費の比較（平成28年度）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析から算出（平成 xx 年 xx 月 xx 日抽出）

(2) 医療費順位の主要疾患別医療費

本市の全医療費を疾病分類表（大分類）に基づいて分類し、「生活習慣病」の占める割合を確認すると 33.4%でした（**図 11 左円グラフ**）。その 33.3%を疾患別に確認したものが、右円グラフです。

右グラフには慢性腎不全を含まず、基礎疾患と動脈硬化性疾患の医療費を確認しています。最も多いのは、「がん」(46.5%) でした。続いて「糖尿病」(16.6%)、「高血圧」(13.4%)、「脂質異常症」(9.4%) で、動脈硬化の要因となる基礎疾患が並びました。

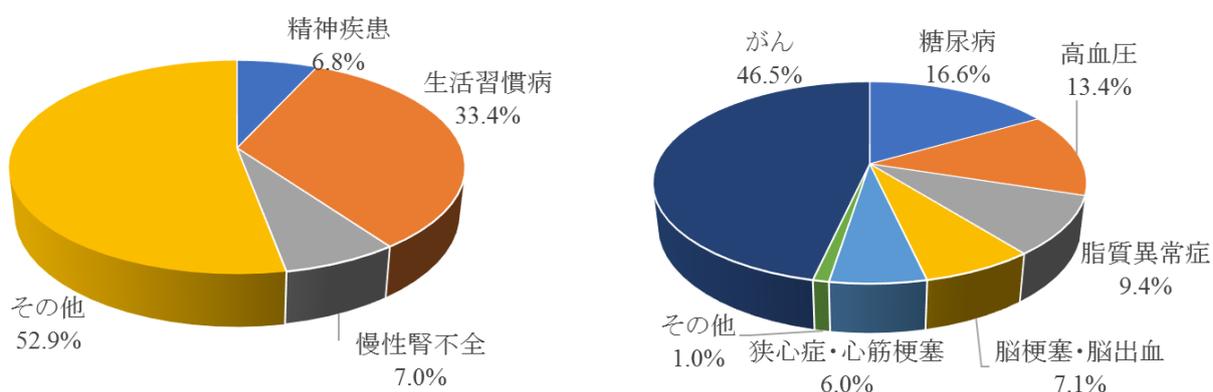
本市において標準化死亡比の低い脳梗塞・脳出血は、狭心症・心筋梗塞の医療費よりも高い割合を占めていました。死亡に至る対象は減少しているようですが、医療にかかる費用は少なくないとわかります。

疾病分類表（中分類）に基づいて、医療費の高い順に並べた表を次ページに示します。大分類と中分類は異なるため数値が一致しない箇所がありますが、本市の医療費の高い疾患をこの表で確認します。

生活習慣病のうち、医療費に占める割合が高いのは「腎不全」で 7.4% でした。腎不全には急性腎不全と慢性腎不全が含まれ、慢性腎不全が末期になると人工腎臓（透析）が必要になります。日常的に透析を行うため、外来医療費が 8 割を占めています。

続いて「糖尿病」「その他の悪性新生物」「高血圧」「その他の心疾患」となっています。糖尿病・高血圧性疾患・脂質異常症は外来治療が主体なので、外来医療費を占める割合が高くなります。

【図 11】 総医療費に占める生活習慣病の割合（平成 28 年度）



【表】 総医療費に占める生活習慣病の割合（平成 28 年度）中分類

順位	傷病名	全医療費に 占める割合	総医療費 (円)	入院医療費 (円)	外来医療費 (円)
1	腎不全	7.4	1,466,630,220	266,823,170	1,199,807,050
2	糖尿病	5.7	1,136,183,610	110,976,470	1,025,207,140
3	その他の 悪性新生物	5.1	1,007,424,000	567,649,630	439,774,370
4	高血圧性疾患	4.5	890,257,660	48,447,440	841,810,220
5	その他の心疾患	4.2	844,933,060	462,086,210	382,846,850
6	統合失調症、 統合失調症型 障害 及び妄想性障害	3.7	728,129,170	421,051,400	307,077,770
7	脂質異常症	3.1	625,303,630	15,870,760	609,432,870
8	その他の 消化器系の疾患	3.1	620,024,680	305,724,480	314,300,200
9	その他の 呼吸器系の疾患	2.5	495,436,180	302,251,620	193,184,560
10	脊椎障害 (脊椎症を含む)	2.4	478,987,980	264,203,550	214,784,430

資料：KDB システム 疾病別医療費分析（平成 xx 年 xx 月 xx 日抽出）

(3) 性別・年齢階級別の主要疾患患者数

ア 脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析

各疾患のレセプト件数を、全国・大阪府と比較します。

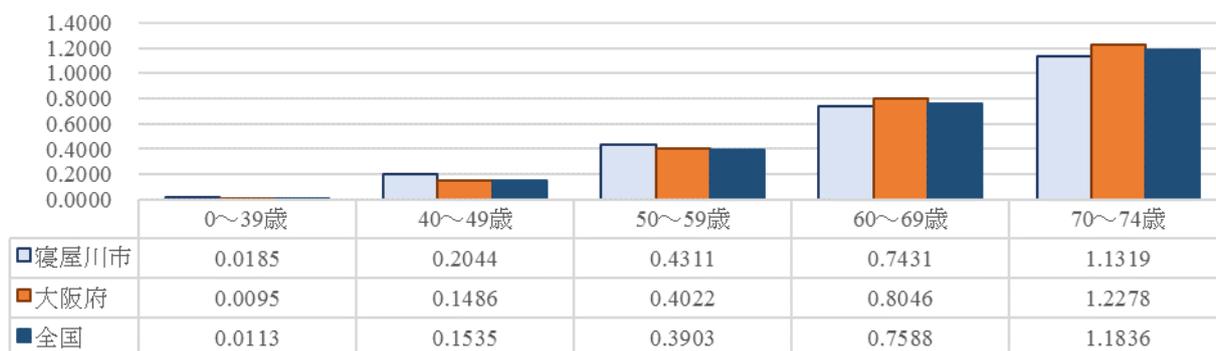
本市は40～59歳被保険者の虚血性心疾患件数がわずかに高く、この年代から発症者がいると確認できます。60～74歳のレセプト件数は全国や府と変わりません。

脳血管疾患は虚血性心疾患と比べてどの年齢階級もレセプト件数が多くなっています。標準化死亡比では低いですが(P00【図●】参照)、発症して要医療となる対象者の数は虚血性心疾患よりも多いと確認できました。

人工透析は、40～74歳で府や国と比べてレセプト件数が多いです。50～59歳は40～49歳の2倍を超え、人口千人あたりのレセプト件数は最も高いです。

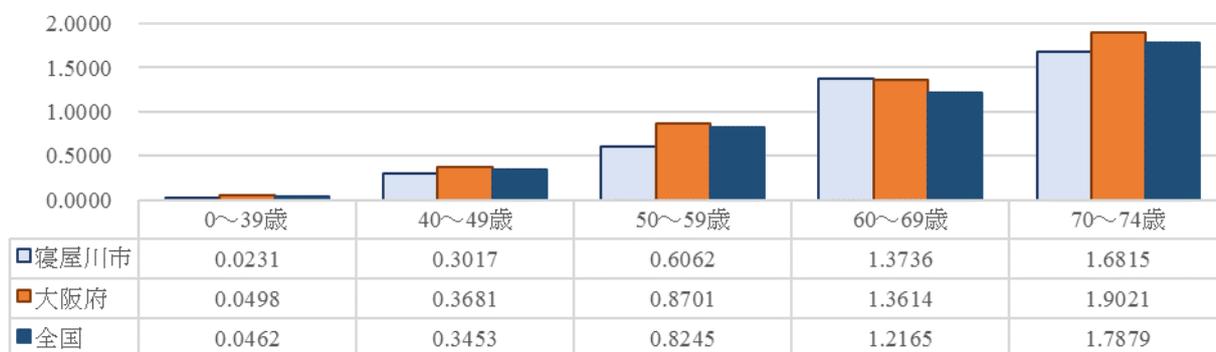
虚血性心疾患・脳血管疾患・人工透析は、重症化の結果です。40～50代から発症者がいることが確認できたので、発症予防のための取り組みが必要です。

【図12】年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（虚血性心疾患）（平成28年度）



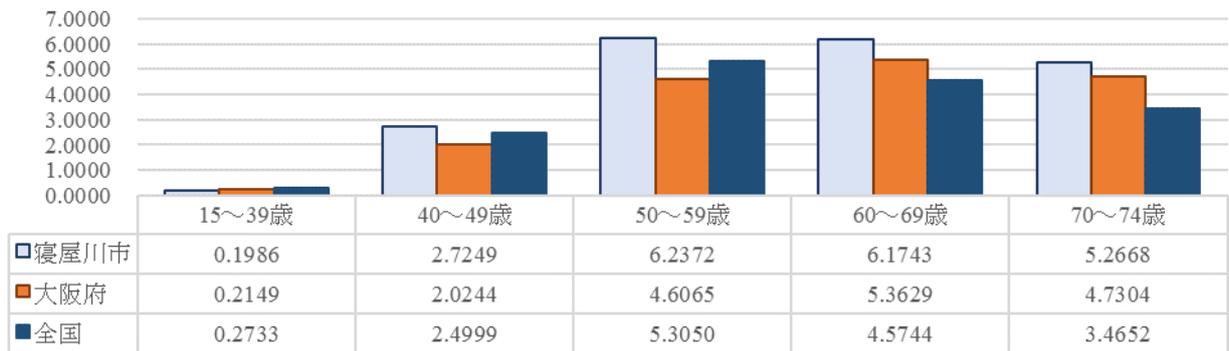
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（中分類）（平成xx年xx月xx日抽出）

【図13】年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（脳血管疾患）（平成28年度）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析（中分類）（平成xx年xx月xx日抽出）

【図 14】年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（人工透析）（平成 28 年度）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析（細小 82 分類）（平成 xx 年 xx 月 xx 日抽出）

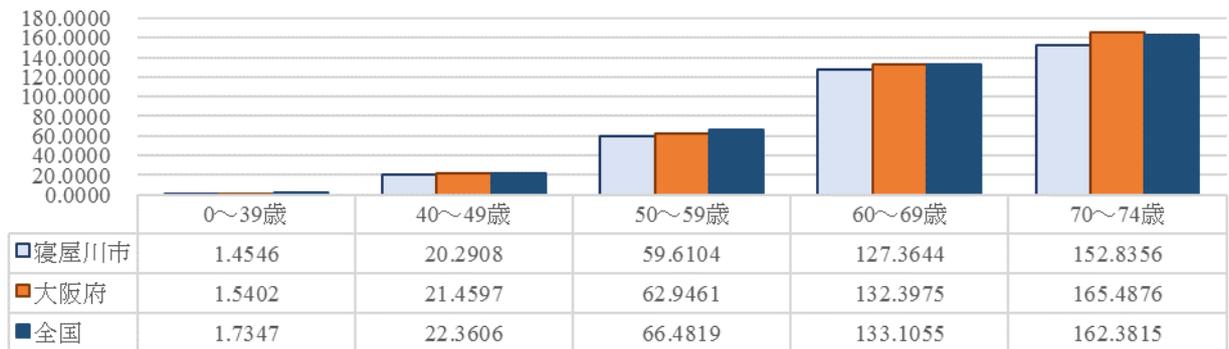
イ 高血圧・糖尿病・脂質異常症

高血圧・糖尿病・脂質異常症は、動脈硬化の基礎疾患です。ほぼすべての年齢階級において、どの疾患もレセプト件数は少ないと確認できました。

特に糖尿病は 50 歳未満のレセプト件数は国の 7 割程度で、大阪府と比べても低いと確認できます。要医療の対象者の割合が把握できないため単純比較はできませんが、40 歳代は健診未受診者も多く、実態の把握が課題です。

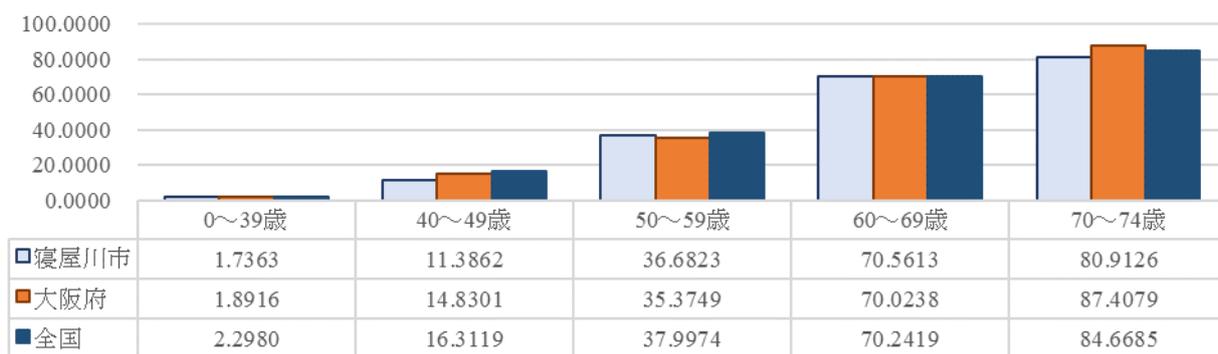
健診データと合わせて、必要な医療受診につなげることが大切です。

【図 15】年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（高血圧性疾患）（平成 28 年度）



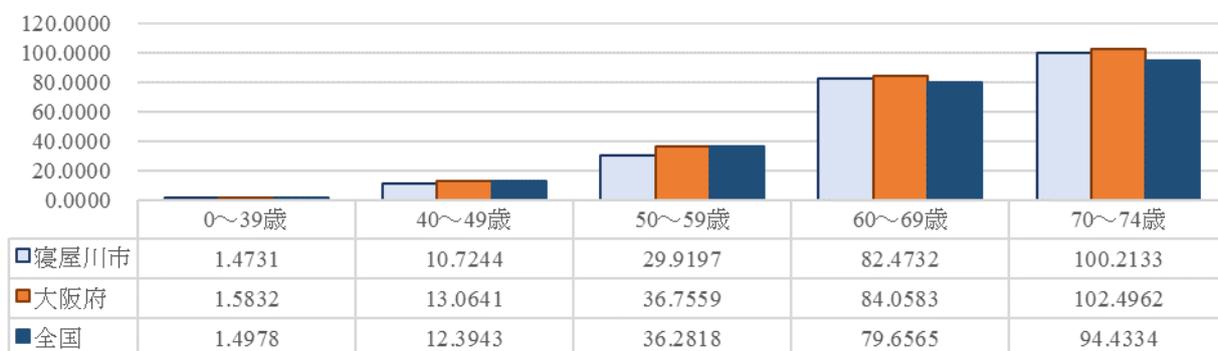
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（生活習慣病）（平成 xx 年 xx 月 xx 日抽出）

【図 16】 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（糖尿病）（平成 28 年度）



資料：KDB システム 疾病別医療費分析（生活習慣病）（平成 xx 年 xx 月 xx 日抽出）

【図 17】 年齢階級別被保険者千人当たりレセプト件数（脂質異常症）（平成 28 年度）



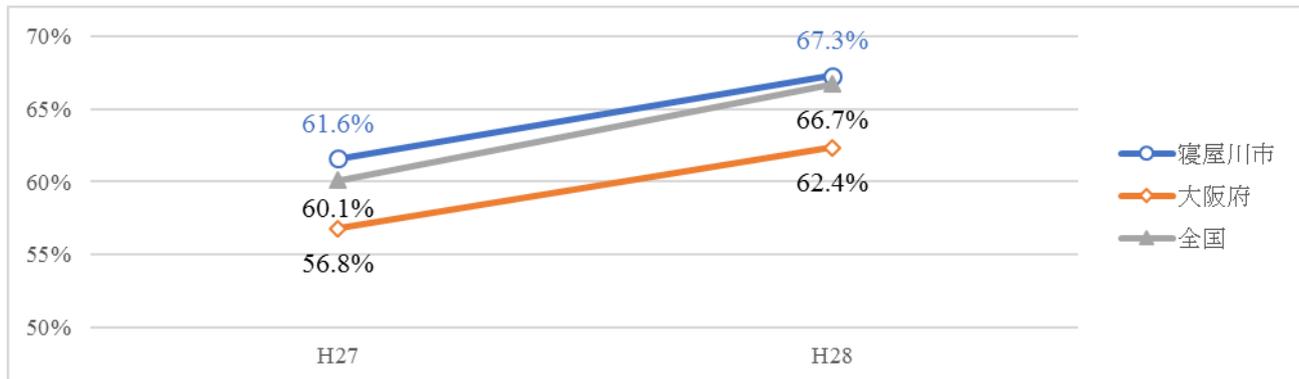
資料：KDB システム 疾病別医療費分析（生活習慣病）（平成 xx 年 xx 月 xx 日抽出）

4 後発医薬品の利用状況

本市の後発医薬品の利用率は、平成27年度61.6%、平成28年度は67.3%でした。大阪府よりも4.9ポイント高く、全国と同じ程度で利用率が上昇しています。

2020年9月までに後発医薬品シェア80%を目標とする方針が政府から出されたことから、まだまだ利用促進する必要があります。

【図18】後発医薬品利用率の推移（数量ベース）



資料：厚生労働省ホームページ（全国）・大阪府国保連合会独自集計（大阪府・寝屋川市）

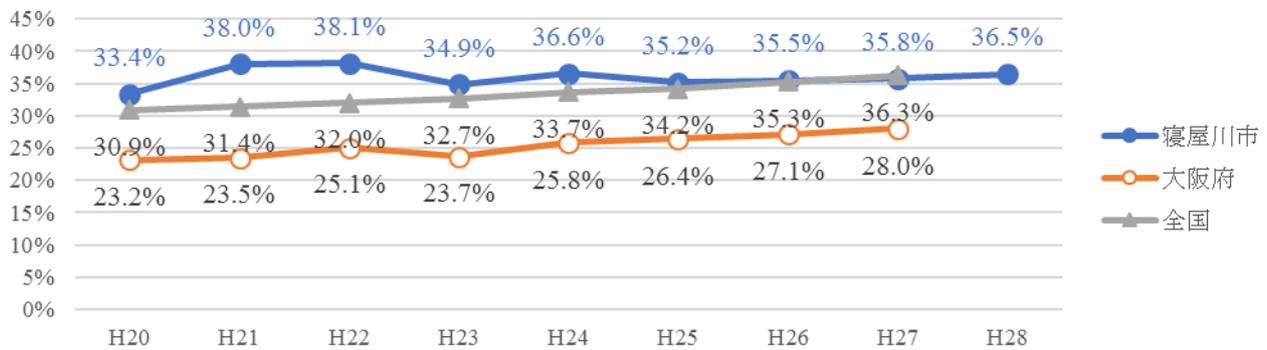
5 特定健診実施状況

(1) 特定健診受診の状況

本市の特定健診の受診率は、平成 20 年度 33.4%から昇降し、平成 28 年度の速報値では 36.5%でした。大阪府平均の受診率が低いため、7ポイント以上の差をつけ、全国平均とほぼ同じ高水準を維持しています。

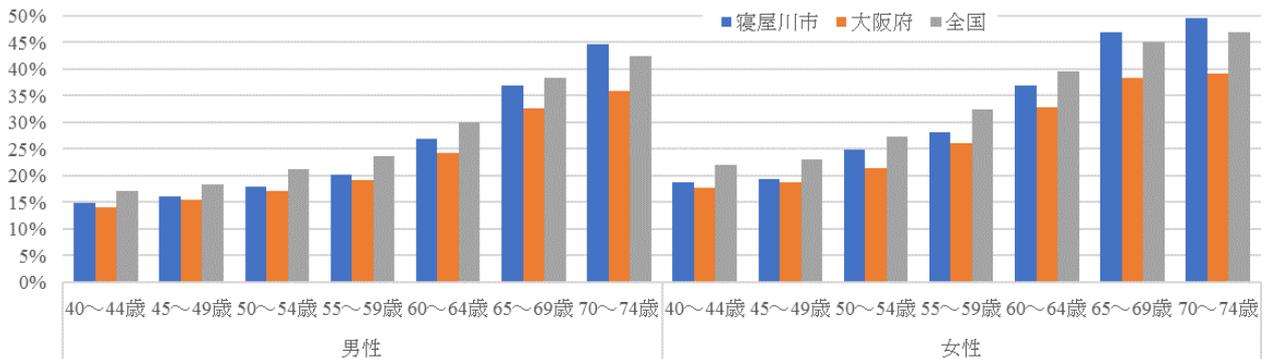
性・年齢階級別に全国の受診率と比較すると、40～64 歳までは全国より 2～4 ポイント低く、65～74 歳は全国よりも高いことがわかります。

【図 19】 特定健診受診率の推移



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

【図 20】 性・年齢階級別特定健診受診率の全国、大阪府との比較（平成 xx 年度）



資料：特定健康診査・特定保健指導 法定報告

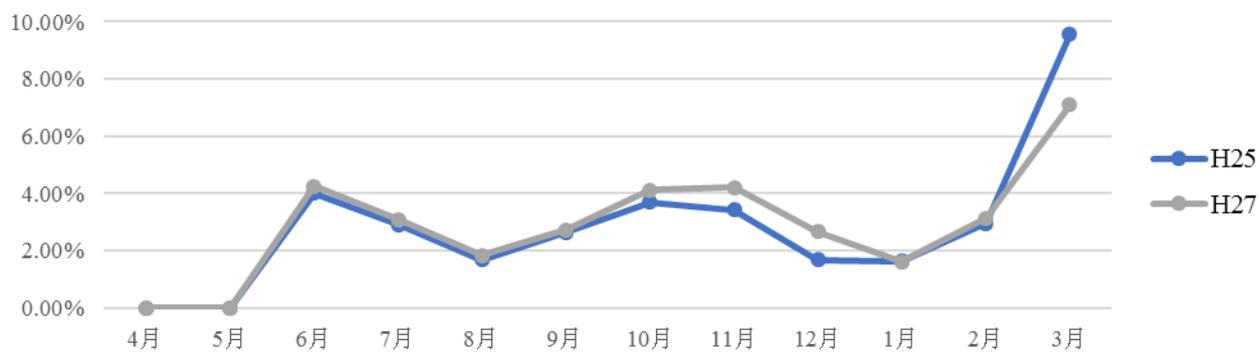
本市の特定健診は、個別医療機関で受診します。受診率が高い時期は1年の中に3回認められます。6月と10～11月、2～3月の3回です。平成25・27年ともにどう傾向がみられました。

最初のピークの6月は受診券が発送された直後であり、健康に関心の高い対象者が多く受診すると推測されます。

10～11月の頃には、未受診者対策として電話等の健診受診勧奨を実施しています。2～3月は有効期限直前であり、年度内に駆け込み受診する大きなピークがあると推測されます。

月別特定健診受診率の推移を追跡して、未受診者対策を講じていく必要があります。

【図 21】 月別特定健診受診率の推移



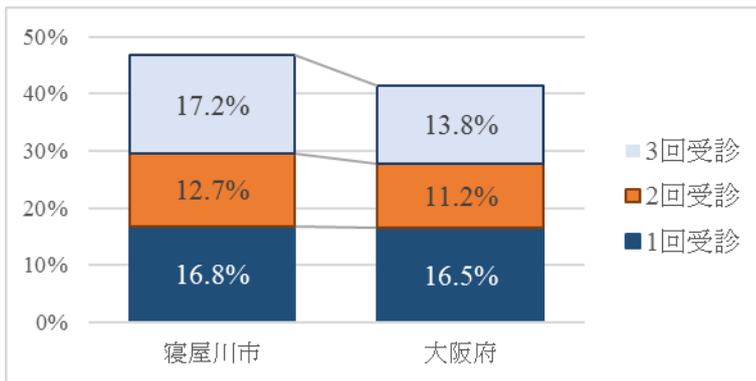
資料：特定健診等データ管理システム TKAC018 特定健診・特定保健指導進捗実績管理表

3年間の特定健診受診回数で、受診率を再集計しました。前述のように大阪府よりも受診率そのものが高いため、本市のほうが高くなります。

また、回数別でみてもどの回数も大阪府より高く、中でも本市の3回受診者の割合は17.2%で、大阪府より3.4ポイントの差をつけています。継続受診者が多いためであると考えられます。

さらに継続受診者を増やす取り組みと、未受診者の掘り起こしが、今後の課題です。

【図 22】 3年累積特定健診受診率（平成 26～28 年度）



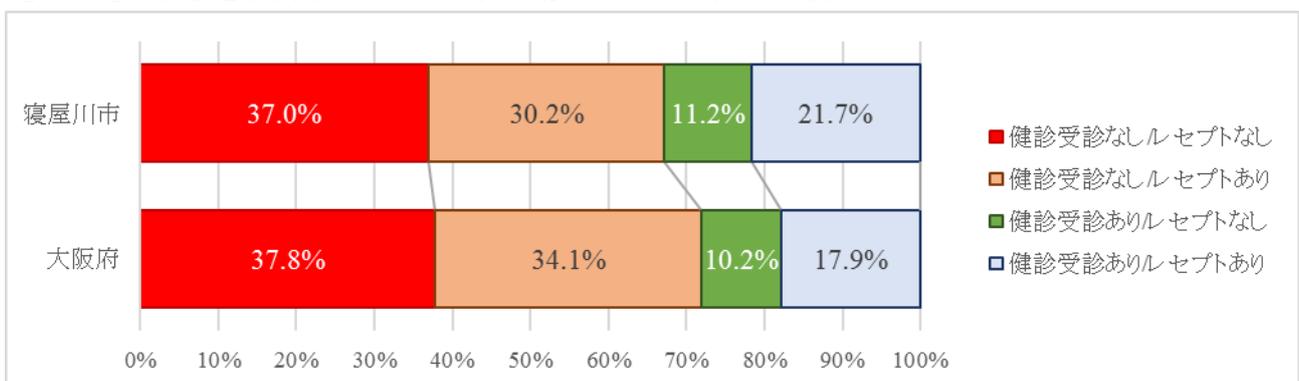
資料：KDB システム 被保険者管理台帳

本市の健診受診者は、全体の 32.9%でした。受療中（レセプトあり）の対象者は、51.9%です。本市の特定健診は医療機関で受診するため、医療機関で受診しながら特定健診を受診する人は全体の 11.2%と、大阪府よりも 1.0 ポイント多くなっています。健診も医療受診も無い方は本市 37.0%、大阪府 37.8%と同程度です。

ただし、受療中であっても健診項目に上がっている疾患で治療を受けているとは限らず、定期的な確認の必要性を啓発することは重要です。

医療機関への受診も健診も受けていない 37.0%の対象者は、健康状態の確認の優先順位が低い対象です。未受診者に対し、生活習慣病についての啓発を促進するとともに、健診受診を促す対策が必要です。

【図 23】 特定健診受診状況と医療利用状況（平成 27 年度）



資料：国民健康保険中央会独自集計（KDB システムデータから）

(2) 特定健診受診者における健康・生活習慣の状況

ア 高血圧

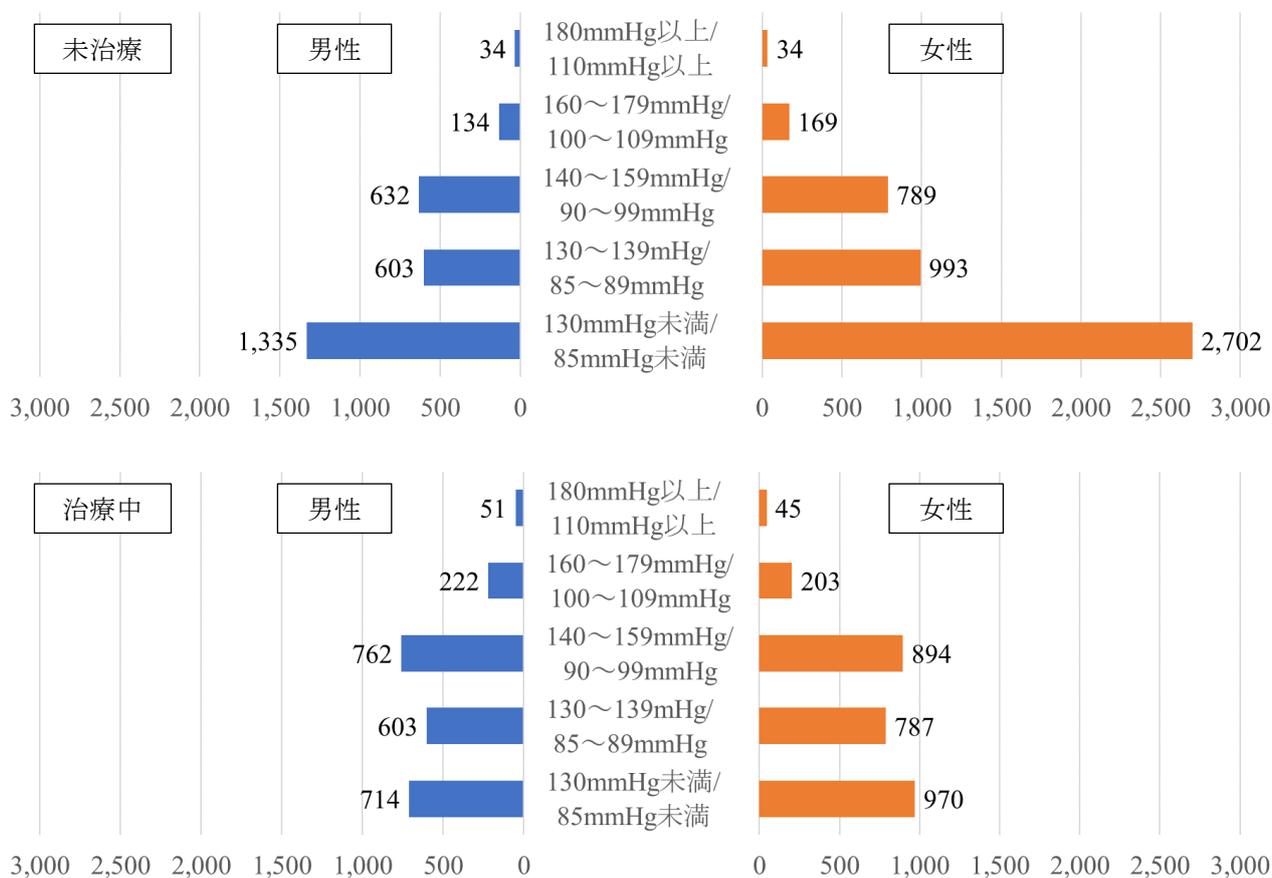
本市の血圧の有所見率は、第1期データヘルス計画の評価で述べたように、国や大阪府と比べて高いです。

治療の有無別に血圧の重症度を分類し、該当者数を確認します。

治療の必要性が高いⅡ度高血圧（収縮期血圧 160～179／拡張期血圧 100～109）以上に該当する人は、未治療者に 371 人（男 168 人、女 203 人）、治療中に 521 人（男 273 人、女 248 人）いました。健診当日に服薬していない対象者がいる可能性もあり、日々のコントロール値と健診時の値が一致しているかどうかわかりませんが、服薬中でⅡ度高血圧以上に該当する対象者は多いです。受診している対象者の服薬状況の確認や、コントロールの状況を把握することも必要です。

合併症発症予防のためには、治療と併せて生活習慣の取り組みが重要です。高血圧は自覚症状が無く値が変動するため、後述の資料で述べている通り個々の状態に応じた降圧目標にコントロールが重要で、適切な医療につなげる取り組みや生活習慣の取り組みが必要です。

【図 24】治療状況別の高血圧重症度別該当者数（平成 28 年度）



資料：KDB システム 保健指導対象者一覧（平成 xx 年 xx 月 xx 日抽出）独自集計

【表●】 降圧目標

	診察室血圧	家庭血圧
若年、中年、前期高齢者患者	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満
後期高齢者患者	150/90mmHg未満 (忍容性があれば140/90mmHg未満)	145/85mmHg未満(目安) (忍容性があれば135/85mmHg未満)
糖尿病患者	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満
CKD患者(蛋白尿陽性)	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満(目安)
脳血管障害患者 冠動脈疾患患者	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満(目安)

出典：日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会（編）
「高血圧治療ガイドライン 2014」

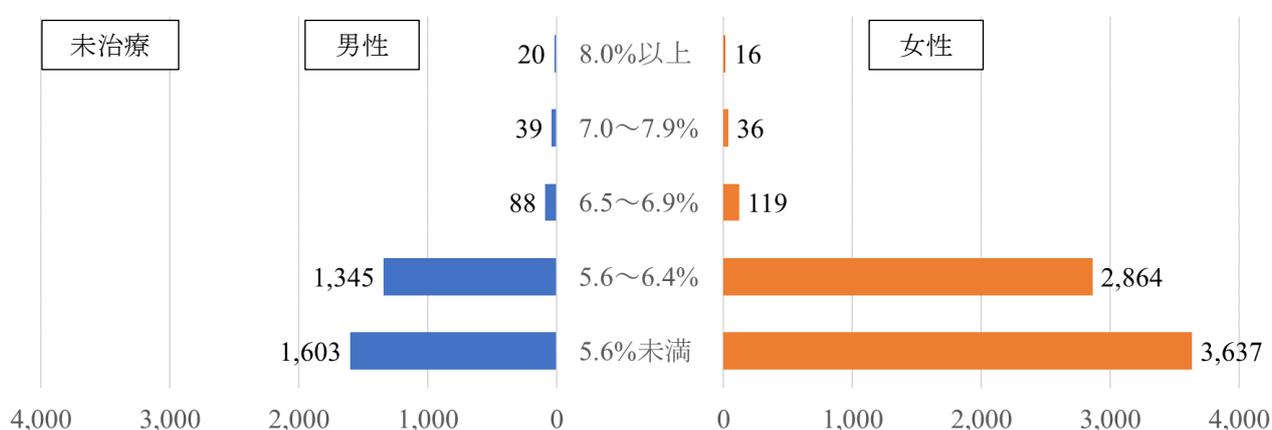
イ 糖尿病

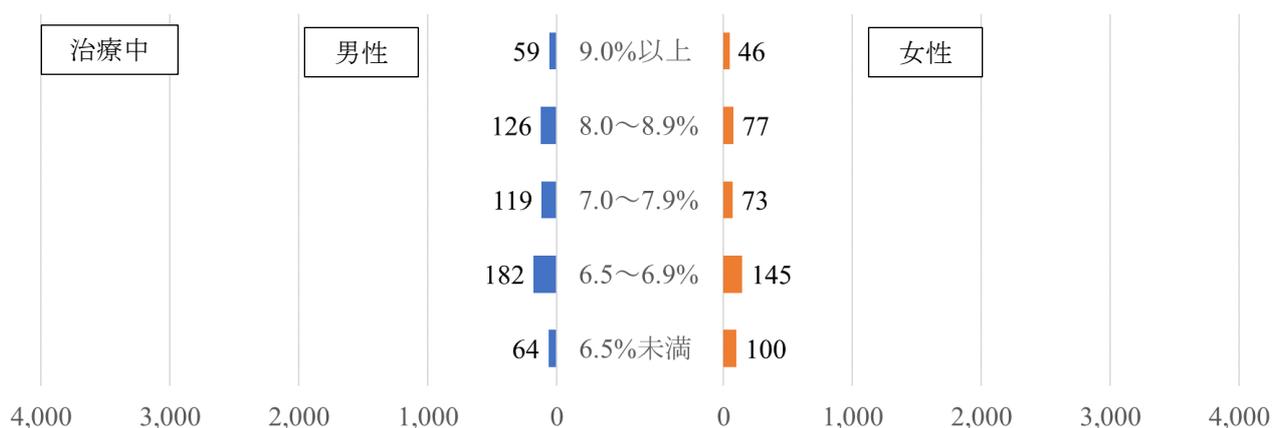
過去1～2ヵ月の血糖を反映する HbA1c を用いて、糖尿病の治療の有無別に血糖値で分類し確認しました。糖尿病と診断されるのは HbA1c 6.5 以上です。

平成 28 年度は、未治療者において男性 20 人・女性 16 人が合併症発症リスクの高いとされる HbA1c 8.0 以上でした。生活習慣の取り組みだけで改善が難しい値であり、医療受診勧奨が必要な対象者です。

治療中の対象者は男性 550 人・女性 441 人で、全体の 9.2% でした。治療中であってもコントロールが難しくなるケースがあり、HbA1c が 9.0 以上の方が 105 人（男性 59 人、女性 46 人）いました。HbA1c 8.0 以上は糖尿病による合併症発症リスクが上がると、さまざまな疫学データから指摘されています。

【図 25】 治療状況別の糖尿病重症度別該当者数（平成 28 年度）





資料：KDB システム 保健指導対象者一覧（平成 xx 年 xx 月 xx 日抽出） 独自集計

近年コントロールの指標は年齢を加味されるようになり、高齢者では低血糖のリスクを回避するために高めの値に設定されています（表●）。糖尿病のコントロールは日々の生活と密接関係します。個々の生活の個別性を考慮する必要もあり、療養生活を支えるネットワークの構築が必要です。

【表●】 血糖コントロール目標

目標	注4)		
	血糖正常化を目指す際の目標 ^{注1)}	合併症予防のための目標 ^{注2)}	治療強化が困難な際の目標 ^{注3)}
HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

- 注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。
- 注2) 合併症予防の観点から HbA1c の目標値を 7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値 130mg/dL 未満、食後 2 時間血糖値 180mg/dL 未満をおおよその目安とする。
- 注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。
- 注4) いずれも成人に対しての目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

出典：日本糖尿病学会（編・著）「糖尿病治療ガイド 2016-2017」

【表●】 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標

患者の特徴・健康状態		カテゴリーI		カテゴリーII	カテゴリーIII
		①認知機能正常 かつ ②ADL自立		①軽度認知障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下、基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など）の使用	なし	7.0%未満		7.0%未満	8.0%未満
	あり	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

出典：日本老年医学会・日本糖尿病学会（編・著）「高齢者糖尿病診療ガイドライン 2017」