

## 令和7年度宮城県生活習慣病検診管理指導協議会 循環器疾患等部会 議事録

日時 令和8年2月4日 午後6時30分から午後7時30分まで  
場所 宮城県行政庁舎 第一会議室(Web 併用)  
出席者 片桐秀樹委員、齋木佳克委員、樋口香代委員、安田聡委員 (五十音順)  
欠席者 目時弘仁委員

### 事務局(司会)

本日はお忙しい中ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

ただいまから、令和7年度宮城県生活習慣病検診管理指導協議会循環器疾患等部会を開催いたします。

初めに、本日お配りしております資料を確認させていただきます。会議資料は、次第、出席者名簿、資料1から資料4、参考資料1から3でございます。皆様よろしいでしょうか。

次に、会議の成立について報告申し上げます。本日の会議には、委員5人のうち4人の委員に御出席いただいておりますので、生活習慣病検診管理指導協議会条例第4条第2項の規定によりまして、有効に成立しておりますことを御報告申し上げます。なお、目時委員からは、場合によっては出席できないかもしれないという御連絡をいただいているところでございます。

また、本部会は情報公開条例第19条の規定によりまして公開とさせていただきます、議事録と資料につきましても後日公開させていただきますので、御了承ください。

開会にあたりまして、保健福祉部健康推進課長の今野より御挨拶申し上げます。

### 健康推進課長

本日はお忙しいところ御出席いただきまして、誠にありがとうございます。また、日頃から本県の保健医療行政の推進につきまして、御指導、御支援を賜りまして、重ねてお礼申し上げます。

委員の皆様、御承知のとおりではございますが、本県はメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合が、他の都道府県に比べまして高い状況が続いてございます。また、脳血管疾患による年齢調整死亡率が高く、糖尿病や高血圧性疾患なども多く、健康課題が多数見受けられるところでございます。

この部会につきましては、脳卒中などの生活習慣病の動向や、市町村で実施する健康診査の実施状況などを把握、評価して、専門的な見地から指導を行うことで、必要な保健事業が効果的・効率的に実施されることを目的として設置しているものでございます。市町村や医療保険者に対する指導事項を御審議いただく重要な役割を担っていただいております。この後、各種データや医療保険者への調査結果、それから市町村への指導事項案を説明いたしますので、委員の皆様には専門的なお立場から忌憚のない御意見、御審議を賜り、県民の健康づくりの推進のためにお力添えをいただきますようお願い申し上げます。どうぞよろしくお願いたします。

事務局(司会)

続きまして、本日御出席いただきました委員の皆様を名簿順に紹介させていただきます。

東北大学大学院医学系研究科糖尿病代謝・内分泌内科学分野 教授 片桐秀樹委員でございます。Web でのご出席でございます。

片桐委員

よろしくお願いいたします。

事務局(司会)

東北大学大学院医学系研究科心臓血管外科学分野 教授 齋木佳克委員でございます。Web でのご出席でございます。

齋木委員

どうぞよろしくお願いいたします。

事務局(司会)

全国健康保険協会宮城支部 企画総務部長 樋口香代委員でございます。

樋口委員

よろしくお願いいたします。

事務局(司会)

目時委員は先ほど申し上げましたとおり、出席できないかもしれないという御連絡をいただいております。

東北大学大学院医学系研究科循環器内科学分野 教授 安田聡委員でございます。

安田委員(部会長)

よろしくお願いいたします。

事務局(司会)

本日出席しております事務局の紹介につきましては、お配りしております出席者名簿の記載で代えさせていただきます。

それでは、条例第 4 条第 1 項の規定によりまして、ここからの進行につきましては部会長にお願いいたします。安田部会長、よろしくお願いいたします。

安田部会長

部会長を拝命しております、東北大学循環器内科学分野の安田でございます。

本日は、委員の先生方におかれましては、お忙しい中お時間を調整していただきまして、大変ありがとうございます。それでは時間も限られておりますので、早速本日の議事に入りたいと思

います。

まず、議事の(1)報告のアからウにつきまして、事務局の方から御説明をよろしく願いいたします。

事務局(健康推進第二班長)

事務局健康推進課の青木と申します。恐れ入りますが着座にて説明させていただきます。

報告事項「ア 循環器疾患等の発症状況等について」、御説明いたします。資料 1 をお手元に御準備ください。

資料 1、スライド番号の 3 と 4 ですが、令和 6 年の人口動態統計から死亡数の割合を示したものを記載しております。次のページ、番号 5 と 6 ですが、こちらは死因別死亡率の推移を示したものでございます。死因では老衰を除きますと、昨年同様、がん、心疾患、脳血管疾患の順となりまして、いずれも全国値を上回る割合となっております。

スライド番号 7 と 8 でございます。こちらは心疾患及び脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移を示したものでございます。

スライド 9 と 10 は、心疾患及び脳血管疾患の令和 2 年の年齢調整死亡率について、他都道府県との比較を行ったものでございます。心疾患、脳血管疾患ともに、宮城県は全国値を上回っておりまして、特に脳血管疾患は全国との差が大きい状況がお分かりいただけるかと思えます。

スライド番号 11 と 12 でございます。こちらは心疾患につきまして、男女別、分類別の死亡数を示したものでございます。心疾患の死亡数の内訳では、男女ともに心不全の割合が最も高く、全国との比較では、男女ともに不整脈及び伝導障害の割合が高くなっております。

次にスライド番号 13 と 14 ですが、こちらは脳血管疾患の男女別、分類別の死亡数を示したものでございます。脳血管疾患の死亡内訳は、男女ともに脳梗塞の割合が最も高く、また全国との比較では、男女ともに脳内出血の割合が高くなっております。

続きまして、循環器疾患等の発症について御説明いたします。

スライド番号 17 から 20 は、安田部会長を会長とする宮城県急性心筋梗塞対策協議会で御報告いただきました、心筋梗塞登録から急性心筋梗塞の発症状況等を抜粋してまとめたものでございます。スライド番号 18 をご覧ください。こちらは年代別の発症状況で、男女とも年齢が上がるとともに発症数が増加しております。特に男性の発症が多く、70 代での発症が最も多い状況でございます。また、40 代の若い世代においても発症が見られております。

スライド番号 19 を御覧ください。心疾患発症者が有するリスクファクターでは、発症者全体の約 7 割が高血圧患者でございます。また、40 代以下の 67%が喫煙習慣を有しております。

続きましてスライド番号 21 から 26 でございますけれども、こちらは脳卒中の発症について、宮城県対脳卒中協会がまとめられた発症状況報告データから抜粋したものでございます。特徴といたしましては、スライド番号 23、24 の脳梗塞について折れ線グラフが示しておりますとおり、発症数が増加しております。また、スライド番号 22 の脳内出血、24 の脳梗塞、26 のくも膜下出血につきまして、いずれも 40 代以下の若い世代においても発症が見られることが示されております。

スライド番号 27 ですが、こちらは糖尿病の状況を示したものでございます。厚生労働省の患者調査による総患者数と受療率を記載しておりまして、令和 5 年の宮城県の総患者数は 12 万

4000 人であり、全国の傾向と同様に増加傾向にございます。(2)の糖尿病受療率につきましては、令和 5 年の宮城県の値は全国より高くなっております。

次のスライド番号 28 ですけれども、こちらは宮城県における人工透析の新規導入患者数の推移を示しております。直近の令和 6 年は 585 人で、このうち糖尿病腎症によるものは約 4 割にあたる 231 人でございました。

スライド番号 29 には高血圧性疾患、30 は脂質異常症の総患者数・受療率をお示ししておりますけれども、総患者数はどちらも全国同様増加傾向にございまして、受療率は高血圧性疾患が全国値を上回っております。

続きまして、「イ 特定健診・特定保健指導の実施状況」について御説明いたします。資料 2 をお手元に御準備いただければと思います。

まず 1 ページ目は特定健診の状況でございます。令和 5 年度の宮城県の受診率は 63.8%と前年より増加し、全国値よりも高い割合となっております。保険者別では市町村国保、協会けんぽの受診率が増加しております。参考といたしまして、次の 2 ページ目に令和 5 年度の保険者別の特定健診受診者数をお示しております。

次に 3 ページ目、こちらが特定保健指導の状況でございます。令和 5 年度の特定保健指導実施率は 28.6%となっております、前年度より増えて全国値を上回っております。4 ページ目に保険者別の実施率を掲載しておりますので、御確認いただければと思います。

続きまして 5 ページですが、こちらはメタボリックシンドローム該当者とその予備群の状況でございます。令和 5 年度のメタボの該当者と予備群を合わせた割合は、31.9%となり、前年からわずかに減少して順位がワースト 4 位と、15 年連続していたワースト 3 位以内から脱却はしましたが、依然として全国値より高い状態となっております。6 ページ目には、男女別、保険者別の状況を記載しております。こちらの方を見ていただくとお分かりいただけるかと思いますが、男女、保険者に関わらず全国平均を上回っております。

続きまして、7 ページから 16 ページですが、こちらは NDB オープンデータから令和 4 年度における特定健診の結果について、項目ごとに平均値の推移を年代別に示したものでございます。時間の都合上、特徴的な箇所のみ御説明申し上げます。

まず 9 ページの空腹時血糖、10 ページの HbA1c ですが、男女ともほぼ全ての年代で平均値がわずかでございますけれども、増加傾向となっております。次に 16 ページ、こちらが喫煙者の状況でございます。喫煙者の状況におきましては、男女とも全国より高い割合で推移しております、男性はやや減少傾向、女性は横ばいから微増となっております。

次に 17、18 ページですが、こちらは特定健診における保健指導判定値及び受診勧奨判定値の割合を記載したものでございます。グラフの色の濃い方が受診勧奨判定値ですけれども、そちらの割合が高い項目といたしましては、血圧、LDL コレステロールでございまして、色の薄い保健指導判定値も含めると、有所見の割合が最も高いのは HbA1c となっております。

続きまして、報告事項最後の項目になります「ウ 令和 7 年度特定健診・特定保健指導実施状況調査結果について」でございます。資料の 3-1 と 3-2 を御用意いただければと思います。こちらの資料は、県内の市町村国保をはじめとしまして、協会けんぽのほか、企業の健康保険組合

など 54 の医療保険者に対し実施した、特定健診・特定保健指導の実施体制に関するアンケート調査の結果でございます。

まず特定健康診査の状況等について御説明いたします。資料 3-1 を 1 枚おめくりいただきまして、上の段のスライド番号 3 の方を御覧いただければと思います。

特定健康診査を外部委託のみで実施している保険者が、54 団体中 38 団体と 7 割を超えている状況でございました。続いて、スライド番号 5「外部委託する際の質の確保等の取組」を御覧ください。「委託の選定基準を設けている保険者」が全体の約 6 割の 31 団体、「委託業者と定期的な打合せ、評価・改善策の検討をしている保険者」が全体の約 7 割の 39 団体と、実施している団体数が昨年度よりも増加しており、委託の質を担保しようという保険者の意識の高まりが見られます。

次にスライド番号 6 ですが、未受診者対策でございます。未受診理由を把握していない保険者は 28 団体、全体の 4 割と昨年度より減少しております。依然として一定数は未受診理由を把握できていないものの、未受診者の背景を捉え、課題を可視化しようとする動きが進んでいることが推察されます。

次に 1 枚おめくりいただきましてスライド番号 7 でございます。特定健診の受診率向上のために取り組んでいることとして、がん検診との同時受診ですとか、自己負担の無料化などの工夫を多くの保険者が実施しているとの結果でございました。

受診率向上の課題といたしましては、スライド番号 9 になりますが、「受診者の健康意識の低さや健診の必要性の理解度」、「通院を理由とした未受診」が多くの団体から挙げられております。

次にスライド番号 10 は、若年層と言われる特定健診対象者ではない 40 歳未満の方に対する健診の実施状況になっております。約 87% の 46 団体が実施していると回答いただいております。

1 枚おめくりいただき、スライド番号 11 を御覧ください。こちらは、「40 歳未満の方に対する健康意識の課題と健診等の実施率向上のための周知・啓発状況」についてです。健診に関する周知・啓発に取り組んでいる保険者は、約 8 割弱の 41 団体と昨年度より増加しており、将来の生活習慣病予防を見据えて、保険者が若年層からの健康意識醸成・健診受診促進に力を入れていることがうかがえます。

スライド番号 12 と 13 は、ここまで説明してまいりましたことにつきまして、昨年度から改善された点や対策の傾向をまとめたものでございますので、後ほど御覧いただければと存じます。

続きまして特定保健指導の状況等について御説明いたします。

スライド番号 14、「実施体制」を御覧ください。特定保健指導につきましても、特定健診と同様、9 割近くの保険者が外部委託を行っている状況でございました。

次に 1 枚おめくりいただきまして、スライド番号 15「外部委託する際の質の確保の取組状況」ですが、「委託業者との定期的な打合せ、進捗管理の実施をしている保険者」が積極的支援・動機付け支援ともに約 7 割、「委託業者と共に事業評価、改善策の検討を実施している保険者」も支援方法に関わらず約 8 割実施しておりました。いずれも団体数は増加傾向で、保険者と委託業者が状況を継続的に共有しながら事業を管理していくという体制が定着しつつあり、単なる実施にとどまらず PDCA を意識した事業運営に移行してきていることが推察されます。

次にスライド番号 16、「未利用者対策」を御覧ください。未利用理由を把握していない保険者は、積極的支援・動機付け支援ともに約 3 割となっており、未利用理由を把握する団体が増加しております。未利用の理由としては、「多忙」や「通院・治療中」が多く、理由に応じた対策を講じていくことが必要であると言えます。

次にスライド番号 17、「特定保健指導実施率向上の取組」を御覧ください。「夜間や休日に保健指導を実施」している保険者が、積極的支援・動機付け支援ともに約 5 割を超えておりまして、昨年度よりも団体数が増加しております。そのほか、「健診当日の初回面接」や 2 段目にあります「勧奨方法の工夫」、例えば案内の工夫ですとか、チラシを分かりやすくするといったことを実施している保険者は約 8 割から 9 割と高い状況が維持されておりまして、対象者の受診のしやすさを意識した取り組みが年々広がり、定着しつつあると言えます。

続きましてスライド番号 19 を御覧ください。特定保健指導実施率向上にかかる課題につきましては、健康意識の低さや保健指導の必要性への理解不足、未利用者への対応のほか、毎年特定保健指導対象者となっている、いわゆる「リピーター」への対応が課題であると挙げる保険者が多い状況でございました。

スライド番号 20 と 21 につきましては、特定保健指導に関しまして昨年度から改善された点、対策の傾向をまとめたものでございますので、後ほど御確認ください。

次に資料 3-2 をお手元に御準備いただければと思います。こちらは、ICT を活用した特定保健指導の実施状況についてまとめたものでございます。

まずスライドの 1 を御覧ください。県内の医療保険者 54 団体のうち、約 5 割にあたります 28 団体が ICT を活用した保健指導を実施しております。昨年の調査から 4 団体増加となっております、この 4 団体は全て市町村国保でございました。

次にスライド番号 3 ですけれども、こちらに ICT 機器の種類と活用方法をまとめております。Zoom 等のオンライン会議ツールを活用していると答えた保険者が最も多く、次にスマートフォンアプリとなっております。

次にスライド番号 4 を御覧ください。各保険者への実施率等をまとめたものでございます。保険者がアルファベットで記載されておりますけれども、A から F の保険者が市町村国保、G から N が被用者保険でございます。保険者によってばらつきはありますが、被用者保険の方がより活用されている傾向にあるようです。

スライド番号 6 ですけれども、こちらは ICT 活用における課題、その下のスライド番号 7 は ICT を導入していない理由、スライド番号 8 は ICT を導入するための課題についてまとめております。主に ICT になじみのない対象者が多い、機器が扱えない、また予算的な問題やニーズがないといったものが課題として挙げられておりました。

駆け足で恐縮ですが、報告事項につきましては以上でございます。

安田部会長

事務局ありがとうございました。死亡の状況、発症等の状況、それから特定健診・特定保健指導の状況について、順番にスライド等を用いながら現状の報告をしていただいたところです。

委員の先生方から御質問、あるいは御意見等ございますでしょうか。

私から1点、事前に確認しておけばよかったのですが、資料1のスライド29の高血圧性疾患について、約32万人と増加傾向であるというデータですが、高血圧性疾患というのはどういったものが含まれているかということがもし分かれば、今お答えいただければと思いますし、後ほどでも結構ですが、いかがでしょうか。血圧で加療中ということ以上のものがありますか。

事務局

今はお答えできませんので、確認して回答いたします。

〔後日回答〕

「高血圧性疾患」には、本態性(原発性)高血圧(症)、高血圧性心疾患、高血圧性腎疾患、高血圧性心腎疾患、二次性(続発性)高血圧(症)が含まれております。

(データは患者調査(厚生労働省)より引用しており、傷病分類はWHOの「疾病及び関連保健問題の国際統計分類(ICD)」に基づく「疾病、傷害及び死因の統計分類」を適用しているとのことでした。)

安田部会長

はい、後ほど教えてください。先生方、いかがでしょうか。

それでは特にないようでしたら、議事を先に進めさせていただこうと思います。

次に(2)の協議に移ります。本日のこれまでの報告を踏まえまして、市町村等への指導案について協議をしたいと思います。では事務局から御説明いただけますでしょうか。

事務局(健康推進第二班長)

資料4をお手元に御準備いただければと思います。

議事(1)の報告で説明いたしました死亡、発症、特定健診・保健指導の状況につきまして、主な事項をこの資料の表面の方にまとめております。これらを踏まえて、裏面を御覧いただきたいのですが、特定健診・特定保健指導に関する課題、対策、指導事項の案のそれぞれを、4つの項目「特定健診受診率の向上」「特定保健指導実施率の向上」「ハイリスク者等対策の強化」「PDCA サイクルに基づいた評価・改善策の整備」に分類して記載しております。昨年度から加筆している部分を赤字で記載しておりますが、参考資料1に昨年度の指導事項との対比を示しておりますので、合わせて御参照いただければと存じます。

ここからは、資料4裏面の「課題」と「指導事項案」を中心に御説明させていただきたいと思いません。

本県の健康課題でもありますメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合や、脳血管疾患の死亡率が高い状態が続いていることを踏まえまして、これらへの対策強化がより一層重要であることから、まず総論といたしまして、「高齢化に伴い糖尿病等の生活習慣病は増加しており、本県は脳血管疾患による年齢調整死亡率も高い。これらのリスク要因となるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合が高い状況は依然として改善が見られないことから、重点的にメタボリックシンドロームの予防・改善を図るため、次の事項を実施すること」と記載いたしました。

昨年度との比較でございますけれども、参考資料1を御覧いただければと思います。昨年度の

指導事項では、「特定保健指導実施率の向上」という項目のところで記載していたところでございますけれども、今年度は項目の外に出しまして強調するとともに、「重点的に」といったような文言を加えることで強めの指導といたしました。

資料 4 裏面にお戻りいただきまして、項目別に説明いたします。

1 つ目の「特定健診受診率の向上」につきましては、40 代未満の発症が少なくない状況がある一方で、被保険者の健康への意識や、検診の必要性への理解が低いことが課題としてございました。また、未受診者の中にメタボなど健康状態が良くない方が潜在している可能性があること、未利用の理由を把握できていない保険者が一定数見られること、みなし検診データを受領していない保険者が見られることも課題でございまして、これらに対応する取組を真ん中の対策欄に記載しております。

課題と対策を踏まえまして、指導事項案といたしましては、一番右側に3点挙げております。

1 点目は、「健康意識の向上のため、特定健診対象年齢に関わらず、生活習慣病発症後の影響などを踏まえた検診の必要性を周知するとともに、検診等の受診率向上や生活習慣病予防に関する普及啓発を実施すること」2 点目は「対象者の約4割は未受診であることから、その理由を把握し、夜間や休日健診の実施など受診しやすい体制の整備や、対象者の特性に合わせたより効果的な受診勧奨の実施など、受診率向上のための方策を引き続き検討すること」3 点目といたしまして、「受診率向上のため、職域やかかりつけ医との連携により健診データを確実に受領するよう努めること」といたしました。

次に 2 つ目の項目、「特定保健指導実施率の向上」でございます。こちらの課題といたしましては、依然としてメタボ該当者・予備群の割合が高い状況が続いていること、保健指導対象者の7割以上が未利用であること、また、未利用の理由を把握していない保険者数は減少してはいるものの、まだ一定数が未把握であること、保健指導未利用者のうち、健康への意識や保健指導の必要性への理解が不十分な方への対策が必要であること、働き盛り世代である40代から60代の方は「多忙」、70代の方は「通院又は治療中」を理由に保健指導を受けないなど、年代によって未利用の理由が異なること、毎年保健指導の対象となるいわゆる「リピーター」への対応が課題となっていることから、これらに対応した対策を真ん中の欄にまとめております。

指導事項の案といたしましては4点挙げておりまして、1 点目、通し番号④ですが、「対象者の7割以上が依然として未利用であることから、その理由を把握・分析し、夜間や休日健診の実施、インセンティブの付与等、分析結果に基づいた対策を講じること」2 点目、通し番号⑤といたしまして、「ICT を活用した保健指導の実施体制の整備、健診当日に初回面接を実施するなど、無関心層にも効果的な取組により実施率の向上を図ること」3 点目、通し番号⑥は、「特定保健指導の質の向上のため、委託事業者を含めた保健指導業務の従事者に必要な研修を受講させるなど、指導技術の向上に努めること」4 点目、通し番号⑦といたしまして、「新たな項目になりますけれども、「リピーターへの対応の際、必要時に受診を行うことにより、早期受診、早期治療につなげるとともに、特定保健指導対象者の減少にもつながる対策に取り組むこと」といたしました。

次に 3 つ目の項目、「ハイリスク者等対策の強化」でございます。こちらの項目の課題といたしましては、喫煙率が男女ともに全国より高く、急性心筋梗塞の発症において約4割が喫煙習慣を

有していること、特に40代以下の発症者では約7割が喫煙習慣を有していること、特定健診の結果において、血圧やLDLコレステロールの受診勧奨判定値以上の割合が高いことから、こういった方を確実に医療につなぎ、早期介入により生活習慣の改善を促す必要があること、発症の傾向として、脳梗塞や糖尿病等の患者数が増加傾向であること、死亡の状況として、心疾患や脳血管疾患の年齢調整死亡率が男女とも全国より高いことが課題であることから、それらに対応する対策を真ん中の欄に記載のとおり整理しております。

指導事項の案といたしまして2点挙げております。1点目、通し番号⑧ですが、「喫煙率が高く、喫煙は循環器疾患のリスクファクターであることから、喫煙による健康影響に関する普及啓発や保健指導等の実施により、特定保健指導対象者を減らす取り組みを実施すること。また、禁煙支援あるいは禁煙支援マニュアルに基づいた禁煙の実行・継続につながる効果的な保健指導を実施すること」

2点目、通し番号⑨といたしまして、「脳梗塞や糖尿病等の患者数が増加していることから、生活習慣病の発症予防の取組を行うとともに、ハイリスク者から優先的に受診勧奨を行うなど、データヘルス計画等に基づいた生活習慣病重症化予防の取り組みを行うこと」としております。

昨年度の指導事項との比較でございますけれども、参考資料1を御覧いただければと思います。昨年度は4項目としておりましたが、「喫煙による健康影響の啓発」と「禁煙指導」に関する2項目を⑧に、「循環器疾患等の患者数の増加に伴う生活習慣病の発症予防」と「データヘルス計画等に基づいた重症化予防」の2つの項目を⑨にまとめて、今年度は2項目としております。

最後の項目「PDCAサイクルに基づいた評価、改善体制の整備」でございます。

課題といたしまして、多くの医療保険者が特定健診・特定保健指導を外部委託しておりますが、委託事業者と事業の評価や改善策の検討を行っていない保険者が見られることから、特定健診の精度や特定保健指導の質を管理し、改善につなげるため、委託事業者との更なる連携が必要であることが挙げられ、その対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム」等に基づいた評価や改善が必要であると整理しております。

指導事項の案といたしまして、1点目、通し番号⑩として、「特定健診及び特定保健指導について、標準的な健診・保健指導プログラム」等に基づいて、PDCAサイクルに沿った適切な評価・改善を行うこと、2点目、通し番号⑪といたしまして、「委託による実施では、「標準的な健診・保健指導プログラム」等に基づいて、委託事業者の選定基準の設定や、事業の評価の場を持つなど、精度や質の管理を適切に行うこと」としております。

こちらにつきましては、指導プログラム4期の開始から2年しか経っていないことでもありますので、昨年度指導事項とほぼ同様で大きく変えたところはありません。

事務局からの説明は以上でございます。「市町村等への指導事項(案)」について、御審議賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

安田部会長

どうもありがとうございました。今、事務局の方から指導事項の案が示されております。メタボリックシンドロームということに関して非常に重要であるということに言及していただき、特定保健指導の実施率を上げるための様々な方策というものを立てていただき、指導事項案として皆さんに

提案していただいたところですが、いかがでしょうか。御意見等いただければと思いますが、もしよろしければ樋口先生いかがでしょうか。

樋口委員

協会けんぽの樋口でございます。私ども、協会けんぽの課題とかなり近い部分がありまして、一緒に協力しながら高めていければと思っているところでございます。

協会けんぽの現状を少しお話ししながら、発言させていただきたいと思っております。

まず、協会けんぽの特定健診ですが、受診率について、それなりに数字は上がってきている状況でございます。特定保健指導の実施率についても、それに付随して上がっているということでございますが、これらにつきましては、健診機関の方にもかなり協力をお願いして、健診日当日に特定保健指導を行っていただくというような、健診機関の体制を整えていただくことで数字を上げているという状況でございます。

ただ、やはり重症化になる方の割合と言いますか、ハイリスクの対象者がなかなか減っていかない。意識付けをしておりますけれども、そこまで重く受け止めていただけないなというところが、すごくもどかしい気がしております。

健診の受診率につきましても、ある程度上がってきてはおりますが、結果が悪ければ結局同じような状態を毎年続けているという傾向もございますので、健診前に「そろそろ健診ですよ」というような通知を送りまして、少し体調を整えていただいた上で健診を受診していただくという取組を行っております。

それから、令和 8 年度からは、人間ドックにつきましても補助を行う方向で始めますし、項目が増えることによって興味を持っていただける、自分の状態を確認したくなるということも期待しているところでございます。

年齢層につきましても、対象年齢を引き下げることや、節目ごとの健診の実施、それから今後の対応といたしまして、被扶養者の方につきましても、被保険者と同様の項目で受診できるような健診を行っていくという方向になりますので、これが当たり前なんだというような意識付けや、皆さんの意識を引き上げるといった取組に力を入れていきたいと思っております。

また、標準的な健診・保健指導を行っていただけるよう、スキルを上げていくということも重要になりますので、今後とも協力しながら対応をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。以上です。

安田部会長

ありがとうございました。協会けんぽとしての様々な試みとコメントいただきました。

片桐先生、いかがでしょうか。

片桐委員

資料 2 について教えていただきたいところもあります。資料 2 の 1 番最初の特定健診受診率。私もこのような会議に、もう十数年出ていますけれども、元々半分以下だった受診率から今 63.8%と、健診受診率が非常に良く上がっているということですが、順位としてはむしろ下がっています。これは、健診受診率が全国的にはもっと上がっているという理解でよろしいでしょうか。

事務局

はい。令和5年度につきましては、宮城県の伸び幅よりも、他県の伸び幅の方が少し大きかったというところで、やや順位が下がったというところかと思います。

片桐委員

ただ、経年として見ましたら、私が最初に参加させていただいた頃半分ぐらいだった受診率が、63～64%ぐらいまで上がってきて、皆様の御努力があったからであると、ありがたく思っています。その上で、これがどのぐらい健康改善に関わっているかということを考えていかなければいけないと思います。先ほどの、今回の指導案、「特定健診受診率の向上」の2点目、「特定健診対象者の約4割は未受診であることから」について、この「未受診」というのは、健診自体を受けてないということですか。

事務局

左様でございます。

片桐委員

先ほどのデータからすると63.8%の受診率なので、100から引いて約4割という理解ですね。

事務局

はい。そうです。

片桐委員

はい、分かりました。それで、未受診の理由を把握してということですが、これまでも把握されたのだと思いますが、実際どういった理由があるのでしょうか。

事務局

やはり働き盛り世代は、お仕事の関係など「多忙」で、日程が合わないという理由が多いと伺っております。

片桐委員

とするとどうすればいいんですかね。それは仕事を強制的に休んでもらうとか、あるいは仕事場でやってもらうとか。理由が単に「面倒くさい」とか、「健診に対する認識が低い」ということであれば、一生懸命その認識を啓発するということが大事なのだと思いますが、そうでないところが理由だったとすると、そこに対しては啓発以外の何かを考えないといけないと思いますが、その点はどうお考えになってますでしょうか。

事務局

指導事項案ですと、「夜間や休日の健診の実施など」と書いておりますけれども、例えば健診の

日程を増やすとか、そういった工夫をされている保険者もごございますので、他の保険者でやっていただいているようなことを検討できないかというところで、指導事項の方に記載をさせていただいたところがございます。

#### 片桐委員

ありがとうございます。お書きいただいている内容のとおりでいいのではないかと思います。

ただ、実際には、健診を受けていない人から実質発症者が増えているんですかね。健診を受けている人からも発症者が増えているとか、その辺はいかがですか。健診を勧奨して、もちろん健診を受けていただくことが大事なのは明らかなのだろうとは思いますが、逆にそのようなデータがあると、皆さんに「健診を受けることはこんなに大事なんです。受けないとうなる、受けること自体が予防につながるんですよ」というようなプロパガンダもできるのかなと思いました。

また、逆に、健診を受けたからと言って予防に必ずしもつながっていないのであれば、ここに努力するより、もっと違うところにフォーカスする必要があるのかもしれないと思ったのですが、そこに関するデータなどは何かありますか。

#### 事務局

例えば、値が高いということは健診を受けた方でないと把握できないところではありますし、実際に健診を受けてなくて、健康な方ももしかしたらいらっしゃるかもしれません。あとは、健診を受けておらず、実際にどこか具合が悪くなって受診したら、既に重症化をしまっていたという例もあるとは伺っております。ただ、そういった健診を受診していない方の健康状態が悪いかどうかというところについては、データを持ち合わせておりません。

#### 片桐委員

なかなかデータを取るのは大変で、無理を言うつもりはないのですが、例えば先ほどターゲットになっている脳血管障害などについて、それを起こされた方は、実は未受診者の方が多かったとか、そういったことがあると健診をする側もそうですし、健診を受ける側もより気が引き締まると言いますか、「受けないといけない」という気持ちが強くなると思います。

「病気になりますよ」と漠然と言うよりは、強い動機やモチベーションを持たせることにもつながるのかなと思いました。

それと、私の立場からするともう一つ大事だと思うのは、健診を受けて「受けっぱなし」にならないことです。特に、糖尿病の方をいつも拝見していると、何年も前から糖尿病だというのは健診を受けて分かっているのだけれど、その状況をそのままにしている。今回の場合は、特定保健指導を一つのゴールにされているように思いますが、もう一つは医療機関を受診するというところに、特に必要な人についてはつなげていただきたいわけです。

特に、健診を受ける・受けないもありますが、受けたところで何か指摘されても、その後の治療につながらないということになると、結局は受けていないのと同じことにもなりかねないところがありまして、健診受診率が上がり、その結果医療機関への受診率も上がるというような何かデータとかはありますでしょうか。

## 事務局

今すぐお示しできるものはないですけれども、受診勧奨の仕方なども、優先順位あるいは市町村や保険者さんのマンパワーの問題などもございますので、その辺の濃淡をつけながら実施いただくようお願いをしているところではございます。

## 片桐委員

ありがとうございます。だいぶ前のデータなので今は当てはまらないかもしれませんが、腎症で透析になる方は、糖尿病としての通院期間が約2年というデータが以前ありまして、それは決して2年で透析に進むようなひどい糖尿病があるわけではなくて、糖尿病になってから透析になるまで、おそらく20年ぐらいかかるのだと思いますが、要するに医療機関にかかってない18年のうちに透析になっていくということです。

最近ではCKD由来の透析患者さんもだんだん増えてきていますので、加齢的な影響が出てくる部分はある程度あるのですが、以前の糖尿病に基づく透析というようなことを考えると、そのようなデータとしての割合がしっかりとあります。

やはりゴールとしては、そういう合併症を起こさないことであり、その一つ手前のゴールとしては、「糸の切れた凧」にならずに、ずっと医療機関でフォローをしっかりとされていることが、それだけでかなり予防につながり得ると考えます。

健診を受けてご自分の状況が分かった対象の方を、その後、良くする方向に何らかの形で医療機関につなげていく、ルールが敷けているというような対応を進めていただけると、今の特定健診の受診率がどんどん上がって良くなってきているところを、本当に健康につなげていける、保健状況の改善につなげていけるのではないかと考えておりました。以上です。ありがとうございます。

## 安田部会長

片桐先生、ありがとうございます。受診だけではなく、きちんと指導や医療につなげていくことを徹底していかないといけないという御意見だったかと思います。貴重なご意見ありがとうございました。

齋木先生、いかがでしょうか。

## 齋木委員

健康指標に関わる具体的なデータを明らかにしていただいて、それを元にした具体的な改善策というものをそれぞれ打ち出していると思います。

その上で、基本的には私も片桐先生がおっしゃられたことに共通するところを感じておりますが、対策自体がそれを行ったことで、本当に健康寿命の延伸なり、罹患率の低下というものにつながるかということ、その方策をバリデートできているかということがやはり気になるところで、要するに実効性があるかないかということです。例えば、こういうことをすれば絶対にこの健康指標が良くなるというような取組があれば、他の自治体で、「この率が非常に高く、それとこの健康指標の改善に相関がありそうだ、少なくとも連関がありそうだ」というようなものが分かっていたら、その

改善に努めるのですが、空回りするような改善ではせっかくの努力が無駄になると思ったものですから。

例えば、間違っているかもしれませんが、長野県はなんとなくしょっぱいものいっぱい食べているようなイメージがありますが、実は平均寿命や健康寿命が長いというのを伺ったことがあります。そういう地域における指標が、宮城県と比較してこういったところが高いので、おそらくこれが健康の改善につながっているのではないかなど、そういった解析が自治体間の連携で比較検討できるかどうかが一気になったところでもあります。いかがでしょうか。

#### 事務局

人口規模などもあると思いますが、データの精査ができれば、ぜひそういったところも考えてみたいなところではございます。長野県のお話もよくうかがいますし、メタボ率で言いますと、東北の中でもお隣の山形県はかなり低いということは出ておりますので、その辺も何が違うのかとかいうところが分かったと良いと思っておるところでございます。

#### 齋木委員

コメントありがとうございます。それらの自治体も、何か先行するようなアクションがあって改善につながっている事例が多いと思うので、ぜひそれを参考にして、そうすると実効性のある改善策を打ち立てることに近づくのではないかと思ったのでコメントさせていただきました。

2点目はですね、やはり高血圧と糖尿病、これらが重大な基礎疾患になっていることは明らかだと思うのですが、いずれも言ってみればサイレントキラーと言われるような病気ですよね。合併症が出て、症状が顕在化して初めてその疾患の重要性を捉えられるけれども、一般の方にはピンとこないというのが現実かと思います。高血圧、糖尿病いずれも、そういった方を、二次検診に回す、それから片桐先生がおっしゃられたように、継続して治療が維持できるようにするというのは、仕組み・仕掛けがないと、やはり人の心理としては、甘えに陥ってしまうかなと思います。

インセンティブを持たせることができればいいと思いますが、受診率を高めるには、無料化などの方略が人の心理機転をつく有効策だと思いますが、その先ですね。何か異常が出た時にしっかりと二次検診に回すような、企業に属している者であれば、企業母体から誘導するようなインセンティブを持たせるとか。そういうことは当然資金もかかるわけで、財政的な支援も必要だと思いますけど、何かそういう、うまく人の心理を突いたインセンティブへの誘導が考えられないかなと思って聞いていましたが、いかがでしょう。

#### 事務局

そうですね、実際に、健診の無償化に取り組んでいる保険者さんも一定数おられるようですし、そこまでではなくても何かインセンティブというようことを考えていらっしゃる保険者もあるようですが、全部の保険者が実施するというのはなかなか難しい点があるかと思います。

今は、ナッジ理論を使った目をひくような工夫など、お金がかからないようなところで工夫されているという保険者さんが多いと伺っております。

#### 齋木委員

はい、分かりました。経営規模が大きいところだと産業医をつける義務があつて、小規模のところにもいずれはつけるような制度設計が準備されていると理解はしていますが、全部の企業にそれを強制できないというジレンマがまだ世の中にはあると思います。それであっても、インセンティブが難しい場合は、ペナルティですね、言葉は悪いのですが、例えば我々が所属する大学病院でも全職員必ず受けないとダメだという強制的な力が働いて、それで受けている部分もあります。ですので、小規模のところでもやはり受けないとけないという罰則規定に近いようなものがあると動くと思います。難しいということは重々承知した上であえて聞きますが、その辺の仕組み作りというのは難しいですかね。

事務局

企業の規模によって異なるという点はあると思いますが、小さい事業所ですと、声がけをするなどで、もしかしたらできるところもあるのではないかと思いますし、どちらかというとおそらく企業さんよりは、市町村国保の方で健診をきちんと受けさせるというのが難しいのかなと思っておるところでございます。

齋木委員

はい、分かりました。私から以上です。

安田部会長

齋木先生、ありがとうございます。活発な御意見、コメントいただきまして大変ありがとうございました。

多くの委員の先生方からの御意見は、この取組が何らかの形でいい影響を与えているようなものを、何かデータとしても把握できるような設計をしていく必要性和、全国あるいは東北の中でいろんな取組で好事例もあるでしょうから、そういったものを紹介しながら、いい影響を及ぼすことができるような仕組みづくりもしていくのはどうだろうかという御意見かと思ひます。そういったこともこれからの課題として、事務局の方に今後取り組んでいただく方向性を、今日委員の先生方から示していただいたものと認識をいたしました。

基本的なところといたしまして、今年度の市町村等への指導事項については事務局の案のとおりということで、細かな修正については部会長の方に一任していただきたいと思ひますが、委員の先生方よろしいでしょうか。

(一同)

(異議なし)

安田部会長

はい、ありがとうございます。それでは、そのように対応することとして協議事項を終了したいと思ひます。

それでは、(3)その他といたしまして、事務局の方から何かございますか。

事務局

特にございません。

安田部会長

委員の先生方の方から何かございますか。

(一同)

特にありません。

安田部会長

はい、ありがとうございます。ないようでしたら、本日予定しておりました議事を以上にて終了したいと思います。円滑な議事運営に御協力いただきまして大変ありがとうございました。

それでは、進行を事務局にお返しいたします。

事務局(司会)

安田部会長、議事進行いただきまして誠にありがとうございました。また委員の皆様、貴重な御意見をいただきましてありがとうございました。

本日御審議いただきました内容につきましては、3月に開催予定の生活習慣病検診管理指導協議会で安田部会長より御報告いただきまして、さらに他の各部会で御審議いただいた内容と合わせて、指導事項として取りまとめます。その後、各市町村及び検診団体等に通知することとしております。

なお、本日の内容は会議録として委員の皆様へ後日送付いたしますので、内容の確認についても御協力をよろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、令和7年度宮城県生活習慣病検診管理指導協議会循環器疾患等部会を終了いたします。本日は誠にありがとうございました。