

都道府県健康増進計画改定ガイドライン
(確定版)

(案)

厚生労働省健康局

目 次

1	都道府県健康増進計画の内容充実の背景	
	(1) 都道府県健康増進計画の内容充実に関する動き	3
	(2) 都道府県計画改定ガイドラインの検討経緯	5
2	都道府県健康増進計画の内容充実の基本的な方向性	6
3	都道府県健康増進計画改定の進め方	
	(1) 都道府県健康増進計画改定の流れ	7
	(2) 目標項目の設定	10
	(3) 地域の実態の把握（各都道府県における調査の実施）	13
	(4) 地域の実情を踏まえた目標値の設定	16
	(5) 目標値を達成するために必要な取組の検討	17
	(6) 関係者の役割分担と連携促進に向けた協議	21
	(7) 実績の評価	23
	(8) 計画の見直し（次期計画の策定）	25
参考	糖尿病等の生活習慣病の発症予防・重症化予防の流れに対応した 客観的評価指標	26
別紙1	都道府県健康増進計画参酌標準	27
別紙2	目標値設定に係る性・年齢調整の方法	28
別紙3	評価における性・年齢調整の方法	34

1 都道府県健康増進計画の内容充実の背景

(1) 都道府県健康増進計画の内容充実に関する動き

①「今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）」（平成17年9月）

生活習慣病対策を充実強化していくため、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会において平成16年10月より審議を開始し、平成17年9月に、「今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）」がとりまとめられた。

中間とりまとめにおいては、生活習慣病対策を推進していく上で以下のような課題が指摘された。

- ・ 生活習慣病予備群の確実な抽出と保健指導の徹底が不十分
- ・ 科学的根拠に基づく健診・保健指導の徹底が必要
- ・ 健診・保健指導の質の更なる向上が必要
- ・ 国としての具体的な戦略やプログラムの提示が不十分
- ・ 関係者を総合調整する都道府県の役割が不十分
- ・ 現状把握・施策評価のためのデータの整備が不十分

これを受け、メタボリックシンドロームの概念を導入し、健康づくりの国民運動化と網羅的・体系的な保健サービスの推進により、生活習慣病対策を総合的に推進していくため、医療保険者による保健事業への取組を強化するとともに、都道府県が総合調整機能を発揮すべく、都道府県健康増進計画の内容充実の必要性が指摘された。

②「医療制度構造改革厚生労働省試案」（平成17年10月）

その後、平成17年10月に公表された「医療制度構造改革厚生労働省試案」において、生活習慣病予防のための本格的な取組として、上記の中間とりまとめを踏まえ、

- ① 糖尿病・高血圧症・高脂血症の予防に着目した健診及び保健指導の充実
- ② 都道府県、市町村による国民の生活習慣改善に向けた普及啓発等の充実
- ③ 健やか生活習慣国民運動推進会議（仮称）の設置

を盛り込んだ。

また、中長期的な医療費適正化を推進するため、平成27（2015）年度に向けた政策目標（全国目標）として、糖尿病等の患者・予備群の減少率を、平成20（2008）年と比べて25%減少させることを盛り込んだ。

③「医療制度改革大綱」（平成17年12月）

さらに、政府・与党医療改革協議会において平成17年12月にとりまとめられた「医療制度改革大綱」では、「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」として、治療重点の医療から、疾病の予防を重視した保健医療体系へと転換を図ることとされた。

また、急速な少子高齢化の進展の中で、国民の安心の基盤である皆保険制度を維持し、将来にわたり持続可能なものとするため、医療費について過度の増大を招かないよう、経済財政と均衡がとれたものとしていく必要があることから、糖尿病等の患者・予備群の減少等の計画的な医療費の適正化対策を推進することとされた。

特に、生活習慣病の予防は、国民の健康の確保の上で重要であるのみならず、治療に要する医療の減少にも資することとなることから、

- ・ 国民運動の展開として、糖尿病、高血圧症、高脂血症といった生活習慣病の予防を国民運動として展開し、運動習慣や、「食育」の推進を含め、バランスのとれた食生活の定着を図ること、
- ・ 生活習慣病予防のための取組体制として、都道府県の健康増進計画の内容を充実し、運動、食生活、喫煙等に関する目標を設定し、国民の生活習慣改善に向けた普及啓発を積極的に進めること、また、健診・保健指導実施率等の目標を設定し、その達成に向けた取組を促進すること、
- ・ 生活習慣病の予防についての医療保険者の役割を明確化し、被保険者・被扶養者に対する効果的・効率的な健診・保健指導を義務づけるなど、本格的な取組を展開すること

などが位置付けられた。

④「医療制度改革関連法」（平成18年6月）

医療制度改革大綱に基づく医療制度改革関連法が平成18年6月に公布され、医療保険者による糖尿病等の予防に着目した健診・保健指導（特定健診・特定保健指導）の実施や、国及び都道府県の医療費適正化計画の策定等については、平成20年度からの施行とされた。

医療制度改革関連法において、都道府県医療費適正化計画は、都道府県健康増進計画、医療計画等と調和を保たれたものでなければならないこととされた。

なお、昨年成立したがん対策基本法においても、都道府県がん対策推進計画は、都道府県健康増進計画と調和が保たれたものでなければならないこととされた。

⑤「健康日本21中間評価報告書」（平成19年4月）

平成12年から9分野70項目にわたる目標を設定し、国民運動として推進している「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」については、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会において中間評価を行い、本年4月〇日に「健康日本21」中間評価報告書を公表した。

当報告書においては、健康日本21の各分野の代表的な目標項目を選定し、普及啓発に積極的に活用するとともに、都道府県増進計画において目標を設定し、具体的な施策を推進することとされた。

(2) 都道府県健康増進計画改定ガイドラインの検討経緯

本ガイドラインは、こうした状況を踏まえ、平成19年度の各都道府県における都道府県健康増進計画の改定作業に資するよう、いくつかの都道府県（平成17年度：北海道、千葉県、東京都、富山県、兵庫県、高知県、福岡県、鹿児島県、平成18年度：千葉県、東京都、富山県、兵庫県、福岡県、鹿児島県）に参画いただいた勉強会において御意見をうかがいながら、基本的な考え方や進め方等をまとめたものである。

このため、地域の実情を踏まえ、より工夫した手続等を各都道府県の判断で採ることを妨げるものではない。

2 都道府県健康増進計画の内容充実の基本的な方向性

生活習慣病対策の本格的な取組を推進していく上で、都道府県健康増進計画の内容を充実したものとし、都道府県が中心となって、以下の基本的な方向性に沿った取組を進めていくことが重要である。

① 地域の実情を踏まえた具体的な目標値の設定

「健康日本21」の代表目標項目を始めとして、地域の実情を踏まえた地域住民にわかりやすい目標値を提示することが必要である。

具体的には、内臓脂肪型肥満に着目し、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率や、健診・保健指導の実施率の目標、その他、運動、食生活、喫煙等に関する目標を設定することとする。

② 関係者の役割分担・連携促進のための都道府県の総合調整機能の強化

都道府県の総合調整の下、地域・職域連携推進協議会等を活用し、関係者が協議して、健診・保健指導や普及啓発等の具体的施策に即し、医療保険者、市町村等の具体的な役割分担を明確化するとともに、関係者間の連携を促進することが必要である。

このため、都道府県が中心となって協議する場として、地域・職域連携推進協議会を開催することとする。

③ 各主体の取組の進捗状況や目標の達成度の評価の徹底

各主体の健診・保健指導や普及啓発等の取組の進捗状況や目標の達成状況について、都道府県が中心となって定期的に管内の状況を評価し、その後の取組等に反映させていくことが必要である。

3 都道府県健康増進計画改定の進め方

(1) 都道府県健康増進計画改定の流れ

- 基本的な方向性を踏まえ、次の手続きを経て、都道府県健康増進計画の改定を行う。
 - ①目標項目の設定
 - ②地域の実態の把握（各都道府県における調査の実施）
 - ③地域の実情を踏まえた目標値の設定
 - ④目標値を達成するために必要な取組の検討
 - ⑤関係者の役割分担と連携促進に向けた協議
 - ⑥計画の策定

- 都道府県が新たに策定する都道府県医療費適正化計画においても、生活習慣病予防に係る目標及び推進方策を盛り込むこととなるが、その内容は、都道府県健康増進計画と整合性を取る必要がある。そのため、都道府県健康増進計画の改定作業は、都道府県医療費適正化計画の策定作業の一環として一体的に進められる必要がある。

- 平成19年度の具体的な計画改定のスケジュールを例示すると次のとおりである。なお、具体的な時期や協議会の開催回数等については、各都道府県ごとに工夫することは当然必要である。

(計画改定スケジュールのイメージ)

	都道府県 (地域・職域連携推進協議会等)	医療保険者、市町村等
第1四半期（ 19年4～6月）	【目標項目の確定】 <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県全体の目標項目及び目標案、施策方針等の全体方針を議論 ・各都道府県内の関係者に目標項目を提示し、確定 ・医療保険者、市町村等の関係者に都道府県全体の目標案を踏まえたそれぞれの目標値の検討を要請 	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県全体の目標案を踏まえ、医療保険者、市町村等各実施主体それぞれの計画案の検討

第2四半期（ 19年7～9 月）	【目標値等の検討】 ・各関係者の各目標値についての検討を踏まえ、必要な修正を加えた都道府県全体の目標値を議論 ・目標達成に向けた役割分担の議論と併せ、目標の再検討が必要な関係者に対する要請	・2次医療圏単位の協議会等で、それぞれの役割分担を踏まえた具体的な連携方策等の議論
第3四半期（ 19年10～ 12月）	【目標値等の確定】 ・都道府県全体及び各関係者における目標値の確定 ・各関係者の役割分担を踏まえた連携方策について、都道府県の計画に盛り込むべき内容を議論 ※国からの技術的助言（10月及び12月頃に地方厚生(支)局へ健康増進計画改定案の提出）	・医療保険者、市町村等の各実施主体の計画内容の検討
第4四半期（ 20年1～3 月）	都道府県健康増進計画の改定の上承	・医療保険者、市町村等の各実施主体の事業実施計画の策定

- 計画策定後は、インターネットや広報誌等の活用や説明会の開催等により、都道府県民や各都道府県内の関係者に対し、広く普及啓発していくことが必要である。

(参考) 医療保険者における特定健康診査等実施計画の策定スケジュール

① 計画策定に向けた事前整理（平成18年度中）

- * 40歳以上74歳以下の対象者の年齢構成（市町村国保においては75歳以上も）
- * 対象者の居住地（被扶養者は不明でも可）
- * 健診の過去の受診状況（受診者数、受診場所）

② 目標値の設定

- * 国が示す参酌標準に即して5年後の平成24年度における目標値を設定（平成19年6月までをメドに）
- * 特定健診・特定保健指導の実施率については、平成24年度の目標値到達までの平成20年度から24年度までの各年度における目標値を設定（平成19年7月までをメドに）
- * 関係都道府県に上記目標値を報告し、都道府県の求めに応じ、適宜調整（平成19年8月～10月メド）

③実施方法の整理

- *①②に基づく対象者数の推計（平成19年4月～6月）
- *直接実施、委託（集合契約・個別契約）等の判断（平成19年4月～8月）
- *他の医療保険者へ委託する場合の申し込み、健診・保健指導機関へ委託する場合の委託先の決定（平成19年9月～12月）
- *対象者（特に被扶養者）への周知・案内の方法（平成19年8月～9月）
- *他の健診データの受領方法（平成19年8月～9月）
- *毎年度の実施スケジュールの作成（平成19年7月～8月）、等

④上記①～③を基に（その他の必須記載事項も含めて）、特定健診等実施計画の原案作成（平成19年7月～9月）

⑤費用等の検討

- *自己負担率、上限設定（必要があれば）の決定（平成19年10月～12月）
- *公費による助成予定の内容及び各健診機関等の単価（他の医療保険者への委託の場合を含む。）を踏まえ、必要な費用及びその内訳を算出（平成20年1月～2月）
- *保険料率の設定（平成20年1月～2月）

⑥医療保険者自身により特定保健指導を実施する場合はその体制の整備（研修の実施、非常勤の保健師・管理栄養士の採用準備、ステーション作り等）。（平成19年6月頃～平成20年3月）

⑦特定健診等実施計画案の策定（平成20年1月～2月）

⑧承認手続き（国保における予算・保険料率等の承認）

- *理事会や運営協議会での手続き（平成20年1月～2月）
- *市町村議会での承認（平成20年2月～3月）

⑨特定健診等実施計画の公表（平成20年4月初旬）

(2) 目標項目の設定

- 国として示す下記目標項目に加え、地域の実情に応じ、独自の目標項目を追加し、各都道府県の健康増進計画に位置付ける目標項目を設定する。
- 例えば平成20年度に改定を予定している等、平成19年度中の改定が困難な場合は、内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病の有病者・予備群の数及び健診・保健指導の実施に関する目標項目についてのみ対応する。
 なお、都道府県がん対策推進計画との調和に関する事項については、がん対策基本計画等の検討状況を踏まえ、提示する予定である。

○内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病の発症予防・重症化予防の流れに対応した目標項目一覧

		指 標	
① 日頃の 生活習慣	適切な生活習慣を有する率	栄養・食生活	<ul style="list-style-type: none"> ・脂肪エネルギー比率 ・野菜摂取量 ・朝食欠食率
		身体活動・運動	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活における歩数 ・運動習慣のある者の割合
		休養	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠による休養が不足している者の割合
		たばこ	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙する者の割合
		アルコール	<ul style="list-style-type: none"> ・多量飲酒者の割合
		普及啓発による知識浸透率	<ul style="list-style-type: none"> ・メタリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念を知っている人の割合

		指 標
② 境界領域期・有病期	内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病の有病者・予備群の数	肥満者の推定数（成人・小児）
		<u>メタリックシンドローム（内臓脂肪症候群）予備群の推定数</u>
		糖尿病予備群の推定数
		高血圧症予備群の推定数
		<u>メタリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者の推定数</u>
		糖尿病有病者の推定数
		高血圧症有病者の推定数
		高脂血症有病者の推定数
		メタリックシンドローム（内臓脂肪症候群）新規該当者の推定数
		糖尿病発症者の推定数
		高血圧症発症者の推定数
		高脂血症発症者の推定数
	健診・保健指導の実施	<u>特定健診実施率</u>
		<u>特定保健指導実施率</u>
医療機関受診率		
③ 重症化・合併症	疾患受療率	脳血管疾患受療率
		虚血性心疾患受療率
	合併症率	糖尿病による失明発症率
		糖尿病による人口透析新規導入率
④ 死亡	死亡率	脳卒中による死亡率
		虚血性心疾患による死亡率
	健康寿命	平均自立期間
		65歳、75歳平均自立期間
		（平均寿命）

	(65歳、75歳平均寿命)
--	---------------

※下線を引いた項目は、医療費適正化計画にも位置付ける目標項目

○上記には含まれないが、「健康日本21」の代表目標項目のうち健康指標として都道府県健康増進計画に位置付けるべき目標項目

指 標	
がん	・がん検診受診者数
こころの健康	・自殺者数
歯の健康	・8020の人数

○ なお、「メタボリックシンドローム新規該当者の推定数」、「糖尿病発症者の推定数」、「高血圧発症者の推定数」、「高脂血症発症者の推定数」については、平成20年度及び平成21年度の健診データがそろった時点で目標を設定することとなる。

(3) 地域の実態の把握（各都道府県における調査の実施）

- 都道府県は、設定したそれぞれの目標項目について、地域の実情を踏まえた目標値を設定するため、「都道府県健康・栄養調査マニュアル」に基づく国民健康・栄養調査の上乗せ調査等を踏まえ、地域の実態を把握する。
- 特に、内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病の有病者・予備群の数及び健診・保健指導の実施に関する目標項目については、平成19年度中に実態を把握することが必要である。

① 内臓脂肪型肥満に着目した糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の数

(留意点)

- ・メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者・予備群数のほか、糖尿病、高血圧症、高脂血症の有病者・予備群数、肥満者数について、都道府県内の状況を把握する。
- ・40～74歳の男女別推定数の他、20歳代から70歳代までの各年代等の推定数を把握し、各都道府県の実態を把握することが必要。

(参考) メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）該当者・予備群数の整理例

	男性	女性
20～29歳	〇〇人（〇％）	〇〇人（〇％）
30～39歳	・	・
40～44歳	・	・
45～49歳	・	・
50～54歳	・	・
55～59歳	・	・
60～64歳	・	・
65～69歳	・	・
70～74歳	・	・
75歳～	・	・
40～74歳推計値	〇〇人（〇％）	〇〇人（〇％）

②健診実施率、保健指導実施率

(留意点)

- ・健診については、市町村の老人保健事業の基本健診の受診率だけでなく、職場での事業者による健康診断、医療保険者が行う健診や人間ドックの実施状況等も含め、対象者によるばらつき（※市町村健診の受診は自営業者や主婦等に偏る可能性がある）のないよう配慮し、各都道府県内の実態を把握することが望ましい。
- ・保健指導については、その内容も含め、把握することが必要。詳細については、調査マニュアルにおいて、アンケート調査を行う場合の様式例を示しているので参照していただきたい。

(参考) 健診実施率の整理例

	国保	政管健保	健保組合	共済組合	合計
20～29歳	〇〇人(〇%)	〇〇人(〇%)	〇〇人(〇%)	〇〇人(〇%)	〇〇人(〇%)
30～39歳	・	・	・	・	・
40～44歳	・	・	・	・	・
45～49歳	・	・	・	・	・
50～54歳	・	・	・	・	・
55～59歳	・	・	・	・	・
60～64歳	・	・	・	・	・
65～69歳	・	・	・	・	・
70～74歳	・	・	・	・	・
75歳～	・	・	・	・	・
	〇〇人(〇%)	〇〇人(〇%)	〇〇人(〇%)	〇〇人(〇%)	〇〇人(〇%)
男性	・	・	・	・	・
※年齢区分は上記のとおり	・	・	・	・	・
女性	・	・	・	・	・
※年齢区分は上記のとおり	・	・	・	・	・

- 都道府県健康・栄養調査等で把握する上記の項目のほか、国保連のレセプトから得られるデータ、その他の調査から得られるデータ等を用い、各都道府県内の健康課題を分析・整理する。その際には、全国平均数値との比較や、他の都道府県との比較を行うとともに、可能な限り、各都道府県内の市町村間の比較等も行う。

- その際には、個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報の保護に関する法律、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十八号)、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十九号)、個人情報の保護に関する法律第十一条第一項の趣旨を踏まえて地方公共団体において制定される条例等の遵守し、個人情報を適正に取り扱うこと。

(参考)

- ・ 国保連(国保・老人)レセプト(5月診療分)ベース
糖尿病、高血圧症、高脂血症の医療費・通院者数
脳血管疾患、虚血性心疾患の医療費・通院者数・入院者数
- ・ その他の調査ベース
脳血管疾患受療率、虚血性心疾患受療率(患者調査)
糖尿病、脳血管疾患、虚血性心疾患の入院、入院外の人口10万人対患者数(患者調査等)
糖尿病による失明発症率(社会福祉行政業務報告)
糖尿病による人工透析新規導入率(日本透析医学会:図説「わが国の慢性透析療法の現況」の「引用利用提供依頼書」により都道府県別のデータを得ることが可能)
脳卒中、虚血性心疾患による死亡率(人口動態統計)

(4) 地域の実情を踏まえた目標値の設定

- 参酌標準（別紙1）を勘案し、地域の実情を踏まえた具体的な目標値を設定する。
- 都道府県の人口構成は、年月とともに変化するため、生活習慣病の有病者・予備群等の減少の目標値を設定する上では、将来の推計人口をもとに、性・年齢調整を行う必要がある。詳細な性・年齢調整の方法については別紙2参照。
- 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病の有病者・予備群の数及び健診・保健指導の実施に関する目標項目については、平成24年度までの目標値を設定することとする。
それ以外の目標項目で、既存の目標項目と重複するものについては、参酌標準を踏まえた新規目標に更新する。
当然、既存の目標項目が既に参酌標準を踏まえたものであれば、変更する必要はなく、また、既存目標との並記する方法も可能である。
なお、都道府県がん対策推進計画との調和に関する事項については、がん対策基本計画等の検討状況を踏まえ、提示する予定である。
- 目標値については、地域・職域連携推進協議会において案を提示し、意見を聴取することなどを通じ、関係者間での合意形成を図ることが重要である。また、地域住民に対し、パブリックコメント等の手続を採ることも考えられる。

(5) 目標値を達成するために必要な取組の検討

- 適切な生活習慣の習得、不適切な生活習慣の改善を通じて、生活習慣病の予防や重症化を防止することが可能となる。(参考を参照)
- 生活習慣病対策に係る目標値を達成するためには、医療保険者、市町村、都道府県等は、対象者の年齢、状態等に応じて、ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチを効果的・効率的に組み合わせて実施する必要がある。
- また、産業保健、学校保健の分野における健康診断、健康相談等も、生活習慣を改善するきっかけとして重要である。市町村、医療保険者は、事業者等の職域と連携する必要がある。
- 生活習慣病対策におけるポピュレーションアプローチ及びハイリスクアプローチについては、それぞれ以下の考え方に基づき取り組むことが必要である。
(ポピュレーションアプローチ)
 - ・ポピュレーションアプローチは、基本的に全年齢を対象として実施する。一方で、住民の年齢や職業、生活スタイルに応じて、普及啓発の内容等は異なることから、どのような集団に対して、どのような方法を用いて、どのような行動変容を促すことを目的とし、どのようなメッセージを伝えるのかを、具体的な対象者をイメージしながら考え、普及啓発等を行う。
 - ・40～74歳の者に対して、特定健診・保健指導を実施することとなるが、生活習慣病有病者・予備群を減少させるためには、40歳未満の時期においても、適切な生活習慣を身につけておくことが重要である。そのため、市町村等は、40歳未満の者に対し、適切な生活習慣を身につけるための普及啓発等を行うことが必要である。
 - ・また、市町村等は、不規則な生活習慣による生活習慣の発症・悪化を防止する観点から、40歳以降も対象として、普及啓発等を行う必要がある。
 - ・これらの取組を総合的に行うことにより、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の発症を防止し、生活習慣病の有病者・予備群を減少させることができると考えられる。

(ハイリスクアプローチ)

- ① 糖尿病等の生活習慣病に対するハイリスクアプローチ
 - ・ハイリスクアプローチは、年齢毎の特性に配慮し、生活習慣の改善による予防効果が最も期待できる世代に、重点的に実施する。
 - ・医療保険者は、40～74歳に対して、特定健診を実施し、脳・心臓疾患のハイリスク者を抽出するとともに、それらの者に対して、特定保健指導を実施することにより、生活習慣の改善を促し、生活習慣病の発症を予防する。
 - ・医療保険者が、特定健診・特定保健指導を実施するに当たっては、比較的若

い年代で生活習慣を改善することが生活習慣病を予防する上で効果的である。

- ・市町村、医療保険者等は、医療機関受診が必要であるが、受診していない者に対する対策、治療中断者対策に取り組むことにより、人工透析の導入、脳卒中や心筋梗塞などの重篤な脳・心臓疾患の発症を防止することができる。
- ・また、市町村、医療保険者等は、医療機関を受診していたとしても、生活習慣病のコントロールが困難な者については、かかりつけ医と連携した対応を行うことが重要である。
- ・腹囲が基準値未満であること等の理由から、特定保健指導の対象とならなかった者であっても、血圧等の健診結果によっては、生活習慣の改善が必要な場合があるため、市町村、医療保険者等においては、従来から行っている保健事業を継続的に行うことも考えられる。
- ・医療保険者が、節目健診として、30歳、35歳時に、健診・保健指導を実施することは、将来的な生活習慣病の発症を予防する上で有用である。
- ・高齢者では、QOLの低下に配慮した無理のない生活習慣の改善が重要であるとともに、介護予防のニーズが高まってくるため、地域支援事業による介護予防対策との連携が重要である。

② 糖尿病等以外の生活習慣病に対するハイリスクアプローチ

- ・これまで老人保健事業として市町村において実施されてきた健康診査等（特定健診等へ移行する部分を除く。）については、市町村において健康増進法を根拠に実施することとされている。これに伴い、市町村は、原則として市町村健康増進計画に当該事業を位置づけ、計画的に実施することとする。
- ・なお、改正後の健康増進法において、国は、都道府県健康増進計画又は市町村健康増進計画に基づいて住民の健康増進のために必要な事業を行う都道府県又は市町村に対し、予算の範囲内において、当該事業に要する費用の一部を補助することができることとされている。

- 設定した各目標の達成のために必要な施策の整理を行い、管内の施策の実施主体となる関係者を具体的に把握する。関係者については、地域・職域連携推進協議会の場等を活用し、幅広く把握に努める。

(参考) 必要な施策等の整理例

目標項目	必要な施策	関係者 ※具体的に把握
<ul style="list-style-type: none"> 野菜摂取量の増加 	<ul style="list-style-type: none"> 健診後の栄養指導の充実 「食事バランスガイド」等の普及啓発 ヘルシーメニューの提供や栄養成分表示等の食環境整備の推進 食育と連動した国民運動の推進 行政における管理栄養士の配置などの体制整備 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県、各市町村、県栄養士会、ボランティア団体〇〇 〇〇商工会議所 スーパー〇〇 〇〇新聞、〇〇テレビ
<ul style="list-style-type: none"> 日常生活における歩数の増加 	<ul style="list-style-type: none"> 健診後の運動指導の充実 「エクササイズガイド」の普及啓発 運動指導者の育成の促進 身体活動量を増加するための環境整備 骨粗鬆症検診の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県、市町村、学校 〇〇フィットネスクラブ
<ul style="list-style-type: none"> 睡眠による休養が不足している者の割合の減少 	<ul style="list-style-type: none"> 睡眠指針の普及・啓発 精神保健福祉センターの相談体制の充実 事業所における労働者のこころの健康づくりのための指針の普及・啓発 地域産業保健センターにおける相談体制の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県、各市町村、関係団体〇〇、・・・ 〇〇新聞、〇〇テレビ
<ul style="list-style-type: none"> 喫煙する者の割合の減少 	<ul style="list-style-type: none"> たばこの健康影響についての普及啓発 未成年者の喫煙防止 受動喫煙対策のための環境整備 禁煙指導の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県、各市町村、関係団体〇〇、・・・ 〇〇新聞、〇〇テレビ
<ul style="list-style-type: none"> 多量飲酒者の割合の減少 	<ul style="list-style-type: none"> アルコール保健指導マニュアル活用による適正飲酒の普及 多量飲酒の弊害やその予防に関する啓発活動 多量飲酒している人の早期発見、治療、社会復帰体制の充実・強化 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県、各市町村、関係団体〇〇、・・・ 〇〇新聞、〇〇テレビ

<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念を知っている人の割合の増加 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果通知時におけるパンフレット等の情報提供 ・月間、週間等を活用したイベントの開催・生活習慣改善サポーター、健康応援団等による普及活動 ・メディア等を活用したメタボリックシンドロームの概念、予防法に関する普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ・〇〇健保、〇〇市町村国保、〇〇事業者、・・・ ・都道府県、各市町村、関係団体〇〇、・・・ ・〇〇新聞、〇〇テレビ
<ul style="list-style-type: none"> ・健診実施率、保健指導実施率の向上 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施主体による未受診者の受診勧奨 ・イベントの機会等を活用した普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ・〇〇健保、〇〇市町村国保、〇〇事業者、・・・ ・都道府県、各市町村、関係団体〇〇、・・・
<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病等の有病者数の減少 ・糖尿病等の新規発症者の減少 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診等に関する普及啓発 ・特定健診・特定保健指導の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・〇〇健保、〇〇市町村国保 ・都道府県、各市町村
<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病による人工透析導入率の減少 ・糖尿病による失明発症率の減少 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関未受診者対策、治療中断者対策 ・生活習慣病のコントロールが不良の者に対する、かかりつけ医と連携した対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・〇〇健保、〇〇市町村国保 ・市町村
<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診受診者の増加 	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診の普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県、各市町村、関係団体〇〇、・・・
<ul style="list-style-type: none"> ・8020の人数の増加 	<ul style="list-style-type: none"> ・歯周疾患検診の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県、各市町村、関係団体〇〇、・・・

(6) 関係者の役割分担と連携促進に向けた協議

- 各都道府県ごとに設定した目標値の達成に向け、管内の医療保険者、事業者、市町村その他の関係者が、
 - ① どのような役割分担で、
 - ② どのような取組をそれぞれが行い、
 - ③ どのような連携方策を講じていくか、等について、都道府県が総合調整機能を発揮し、関係者間で協議する。これらの役割分担、連携促進方策について都道府県健康増進計画に具体的に明記する。

(保険者協議会における協議)

- 具体的には、まず、各医療保険者が、健診・保健指導に関する事業量や実施方策について検討する。その際には、例えば、被扶養者に対する健診・保健指導を医療保険者が連携して実施する方法等について、各都道府県単位で設置される保険者協議会等の場を活用して調整する。

(参考) 保険者協議会の活動内容例

- ・各都道府県ごとの医療費の調査、分析、評価
- ・被保険者に対する普及啓発、保健指導等の保健事業の共同実施
- ・保健師、管理栄養士等のマンパワーに対する研修、保険者間の物的・人的資源の共同利用
- ・各医療保険者間の効果的な保健事業に関する情報交換
- ・外部委託先の民間事業者の評価

(地域・職域連携推進協議会における協議)

- その上で、地域・職域連携推進協議会において、保険者協議会の協議結果を踏まえ、
 - ① 都道府県健康増進計画や各関係者ごとの事業実施計画に位置付ける目標値
 - ② 各関係者が行う健診・保健指導全体の推進方策
 - ・保健師、管理栄養士等のマンパワーの育成方策
 - ・健診・保健指導のアウトソーシング先となる民間事業者の育成方策 等
 - ③ 各関係者が行う普及啓発事業の連携促進等の推進方策
 - ④ 市町村が中心となるポピュレーションアプローチと、医療保険者が中心となるハイリスクアプローチの連携の確保方策
 - ⑤ 生活習慣病予防施策と介護予防施策との連携方策等について協議する。

- なお、ポピュレーションアプローチの推進等の観点から、地域・職域連携推進協議会への地域住民の代表や産業界の関係者の参加を図ることも必要である。

(参考) 地域住民の参加方法の例

- ・ 地域・職域連携推進協議会への住民代表の参画
- ・ 計画改定に関する県民意識調査等の実施
- ・ 計画改定案に対するパブリックコメントの実施
- ・ 県政モニターの活用
- ・ 広報の活用や、県民説明会の開催

- これらの協議を踏まえ、都道府県が関係者の役割分担と連携促進について総合調整を行うほか、都道府県には特に次のような役割が期待される。

- ・ 保健指導については、質を確保しつつ、民間事業者の積極的な活用が今後求められるが、民間事業者の育成等についても、都道府県が中心となって行うことが必要である。具体的には、健診・保健指導機関にかかる情報をとりまとめ、国へ情報提供を行うことや、国、医療保険者、関係団体等と連携し、保健師、管理栄養士、運動の専門家等に対する研修の計画的な実施を進めること等が考えられる。
- ・ 健診の精度管理の推進について、都道府県が中心的な役割を担う。

(参考) 都道府県単位の地域・職域連携推進協議会の構成メンバー例

- ・ 地域保健関係（都道府県、保健所、市町村等）
- ・ 職域保健関係（国民健康保険団体連合会、健康保険組合連合会、社会保険事務局、社会保険健康事業財団、共済組合連合会、事業者代表、労働局、産業保健推進センター、商工会議所、商工会連合会等）
- ・ その他の関係者（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、医療機関（健診機関）、労働衛生機関、住民代表、大学・研究機関等）

(7) 実績の評価

- 各実施主体は、毎年度、前年度の普及啓発や健診・保健指導等の事業の実施状況について把握し、経年的な傾向など、分析評価を行う。
- 都道府県医療費適正化計画に関しては、計画作成年度の翌々年度（平成20年度から平成24年度までの第1期計画については、平成22年度）に、まず計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表することとされている。

また、計画の終了年度の翌年度（第1期計画については、平成25年度）に、医療費適正化計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、計画の実績に関する評価を行い、その結果を厚生労働大臣に報告するとともに、これを公表することとされている。
- 健康増進計画に関しても、医療費適正化計画にも盛り込む内容（メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率、健診・保健指導の実施率等に関する目標及びこれらの目標達成に向けた施策）については、上記の時期と同じ時期に、計画の進捗状況や実績に関し、評価を行うことが必要である。

このため、都道府県において、管内の各実施主体における実施状況等を把握し、地域・職域連携推進協議会において管内全体の状況を分析評価する。
- その際、目標値の設定と同様に、必要な項目については、性・年齢調整を行う必要がある。詳細な性・年齢調整の方法については別紙3参照。
- 医療保険者による健診・保健指導等に関するデータについては、以下の流れを基本とする。
 - ・医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第142条に基づき、特定健診・特定保健指導の実施状況に関するデータを社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）を通じて国に提出する。
 - ・国は、支払基金を通じて、医療保険者から健診・保健指導の実施状況に関するデータの提出を受け、都道府県ごとに分類した上、全国及び都道府県単位での健診・保健指導に関する分析及び比較・検討を行う。
 - ・都道府県は、国が公表した都道府県単位の健診・保健指導等に関するデータや、高齢者の医療の確保に関する法律第15条（※）に基づく資料提出の協力要請により独自に医療保険者等から取得したデータを活用し、当該都道府県における関連する医療情報等と併せた分析・評価を行う。

（※）高齢者の医療の確保に関する法律第15条では、都道府県は、医療費適正化計画の作成や施策の実施に関して必要がある場合には、医療保険者、医療機関等の関係者に必要な協力を求めることができるとされている。

- また、健康増進法第19条の4に基づき、国又は都道府県は、市町村が行うがん検診や普及啓発事業等の実施状況を把握することができることとしており、平成20年度以降、従来の地域保健・老人保健事業報告の内容を見直す予定であるが、がん検診や健康増進関係の内容については、引き続き都道府県を通じた国への報告を求めることを予定している。

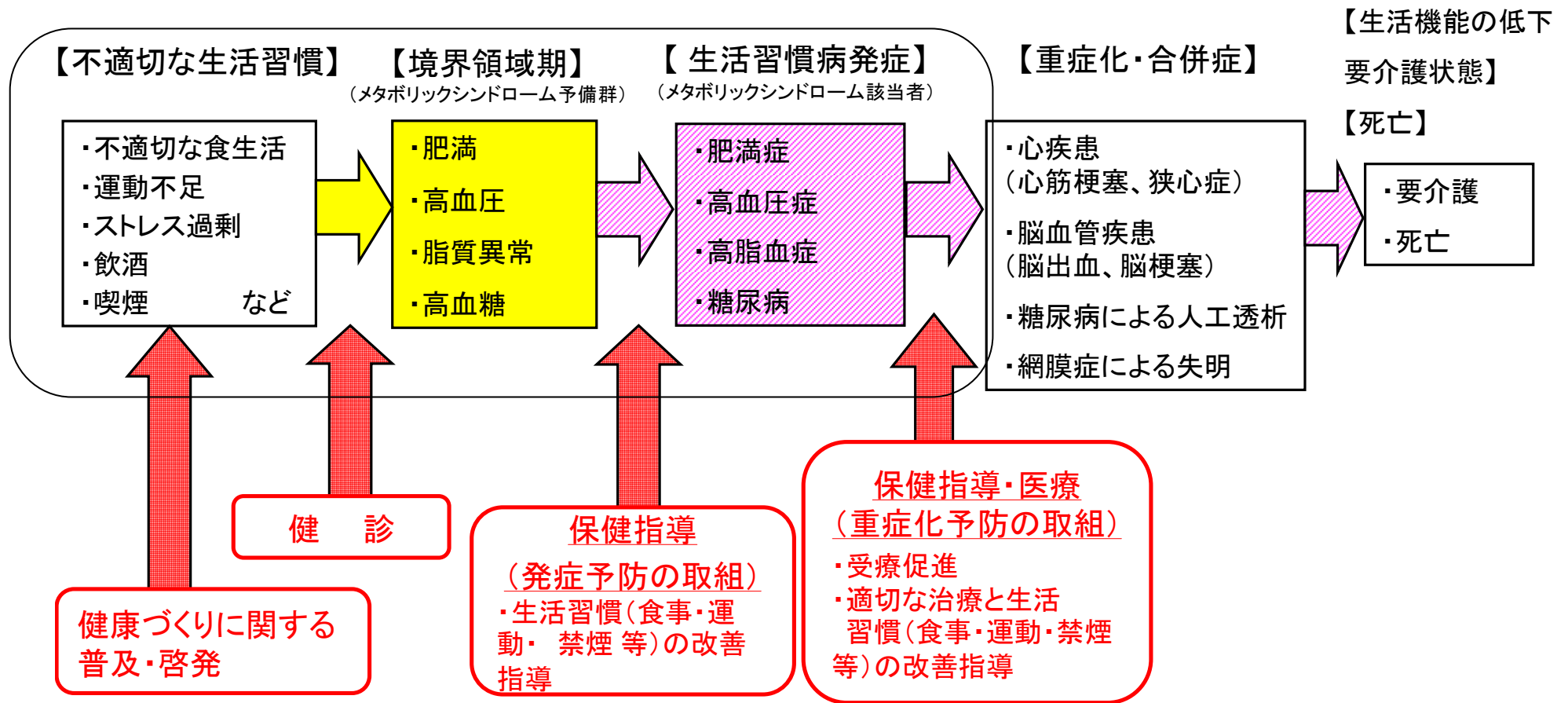
(8) 計画の見直し（次期計画の策定）

- 現行の都道府県健康増進計画の多くは、国の「健康日本21」と合わせる形で、平成22年度を終期としている場合が多い。
- 一方、今回の改革において、国及び都道府県は、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画を平成20年度から5年ごとに5年計画として策定する（第1期計画の終期は平成24年度）こととし、都道府県医療費適正化計画は、都道府県の健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画と調和を保つこととされ、定期的な評価を行っていくこととされている。

国においても、「健康日本21」の取組と全国医療費適正化計画の取組の整合性を図る必要があり、運動期間（終期）について整合性を図る予定であるが、各都道府県でも、健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画、医療費適正化計画、がん対策推進計画の整合性を図りつつ、定期的な評価も総合的に進めていくことが望まれる。

糖尿病等の生活習慣病の発症予防・重症化予防の流れに対応した客観的評価指標

- | | | | |
|----------------|-----------------------|------------------|------------|
| ○脂肪エネルギー比 | ○メタボリックシンドローム予備群・該当者数 | ●虚血性心疾患新規受診率 | ●虚血性心疾患死亡率 |
| ○野菜摂取量 | ・肥満度測定結果(腹囲、BMI) | ●脳血管疾患新規受診率 | ●脳血管疾患死亡率 |
| ○日常生活における歩数 | ・血压測定結果 | ●糖尿病による視覚障害新規発症率 | ●平均自立期間 |
| ○運動習慣のあるものの割合 | ・脂質測定結果 | ●糖尿病による人工透析新規導入率 | |
| ○睡眠による休養不足者の割合 | ・血糖測定結果 | | |
- 等



- | | | | | |
|----------------------|--------|----------|----------|-------------------------|
| ○メタボリックシンドロームの概念の浸透度 | ○健診実施率 | ○保健指導実施率 | ○医療機関受診率 | ○メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少 |
|----------------------|--------|----------|----------|-------------------------|

	指標	定義	データソース	目標設定の考え方	
日頃の生活習慣	適切な生活習慣を有する率	脂肪エネルギー比率	国民健康・栄養調査に準じた食物摂取状況調査を実施し、その結果として1日当たりの脂肪摂取量を求め、総エネルギーに占める割合を算出する。	都道府県健康・栄養調査	健康日本21の目標(20歳～40歳の1日当たりの平均摂取量25%以下)を参考に、地域の実情に応じて目標を設定する。 目標設定の方法として、平均脂肪摂取割合を数値目標にする考え方と、脂肪エネルギー比率25%以下の者の割合を数値目標にする方法が考えられる。
		野菜摂取量	国民健康・栄養調査に準じた食物摂取状況調査を実施し、その結果として1日当たりの野菜の摂取量を求める。	都道府県健康・栄養調査	健康日本21の目標(成人の1日当たりの平均摂取量350g以上)を参考に地域の実情に応じて設定する。
		朝食欠食率	国民健康・栄養調査に準じた食物摂取状況調査を実施し、その結果として、調査日の朝食の状況が、「菓子、果物、乳製品、嗜好飲料などの食品のみ食べた場合」、「錠剤・カプセル・顆粒状のビタミン・ミネラル、栄養ドリンク剤のみの場合」、「食事をしなかった場合」の合計を欠食とする。	都道府県健康・栄養調査	健康日本21及び食育推進基本計画の目標(20歳代男性、30歳代男性:15%以下)を参考に地域の実情に応じて設定する。
		日常生活における歩数	歩数計を用いて測定した1日の歩行数。	都道府県健康・栄養調査	健康日本21の目標(成人男性:9,200歩以上、成人女性:8,300歩以上)を参考に地域の実情に応じて設定する。 目標設定の方法として、平均歩数を数値目標にする考え方と、歩数が健康日本21の目標値以上の者の割合を数値目標にする方法が考えられる。
		運動習慣のある者の割合	運動を「週2日以上、1回30分以上、1年以上継続」している者。	都道府県健康・栄養調査	健康日本21の目標(成人男性:39%以上、成人女性35%以上)及びこの目標設定を行った考え方(10%程度の増加を目指す)を参考に、地域の実情に応じて設定する。
		睡眠による休養が不足している者の割合	自記式質問票の「ここ1ヶ月間、あなたは睡眠で休養が充分とれていますか。」という質問に対して、「あまりとれていない」「まったくとれていない」と回答した者。	都道府県健康・栄養調査	健康日本21の目標(取れない人の割合:21%以下)及びその考え方(1割の減少を目指す)を参考に、地域の実情に応じて設定する。
		ストレスを感じた人の割合	自記式質問票の「ここ1ヶ月間に不満、悩み、苦勞などによるストレスがありましたか。」という質問に対し、「大いにある」「多少ある」と回答した者。	都道府県健康・栄養調査	健康日本21の目標(ストレスを感じた人の割合:49%以下)及びその考え方(1割の減少を目指す)を参考に、地域の実情に応じて設定する。
		喫煙する者の割合	「これまでに合計100本以上、または6ヶ月以上吸っていて」かつ「この1ヶ月間に、毎日もしくは時々吸っている」者の割合。	都道府県健康・栄養調査	健康日本21の目標(喫煙をやめたい人がやめる)の考え方を参考に、都道府県の実情に応じて設定。
		多量飲酒者の割合	国民健康・栄養調査と同一の方法(自記式質問票)により、1週間における飲酒の頻度と、1日当たりに飲む量を把握し、それらから「1日に純アルコールで約60gを超えて多量に飲酒する者」の割合を求める。 具体的には、以下のいずれかに該当する者を「多量飲酒者」とする。 ①飲酒日1日当たりの飲酒量が5合以上※ ②飲酒日1日当たりの飲酒量が4合以上5合未満で、飲酒の頻度が週5日以上 ③飲酒日1日当たりの飲酒量が3合以上4合未満で、飲酒の頻度が毎日 ※ 平均の飲酒量は明らかではないが、1日の酒量自体に問題があるため定義に加えた。	都道府県健康・栄養調査	健康日本21の目標(男性:3.2%以下、女性:0.2%以下)及びその考え方(2割以上の減少を目指す)を参考に、地域の実情に応じて設定する。
		普及啓発による知識浸透率	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の概念を知っている人の割合	自記式質問票により、「内臓脂肪が蓄積することによって、血圧、血糖が高くなったり、血中の脂質異常をおこしたりして、食事や運動などの生活習慣を改善しなければ、心筋梗塞や脳卒中などが起こりやすくなる状態」のことです。この内容を知っていますか。」という問に対して、「内容を知っている」と回答した者。	都道府県健康・栄養調査
	肥満者の推定数(成人)(*)	国民健康・栄養調査における方法により身長測定、体重測定を行い、次の3項目に該当する者の割合をそれぞれ求める。 ①BMI25以上で腹囲男性85cm以上、女性90cm以上 ②BMIのみ25以上 ③腹囲のみ基準値以上(男性85cm以上、女性90cm以上)	都道府県健康・栄養調査 健診データ	健康日本21の目標(20～60歳代の男性:15%以下、40～60歳代の女性:20%以下)を参考に、地域の実情に応じて設定する。	

	指標	定義	データソース	目標設定の考え方
境界領域期・有病期	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)予備群の推定数(*)	ウエスト周囲径[男性85cm以上、女性90cm以上]かつ、次の3項目のうち1つ該当する者(40~74歳)。 ①中性脂肪150mg/dl以上、または、HDLコレステロール40mg/dl未満、若しくはコレステロールを下げる薬服用※1 ②収縮期血圧130mmHg以上かつ/または拡張期血圧85mmHg以上、若しくは血圧を下げる薬服用 ③空腹時血糖110mg/dl以上またはHbA1c5.5%以上、若しくはインスリン注射または血糖を下げる薬服用※2	都道府県健康・栄養調査健診データ	健康日本21のメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少目標(10%減少)を踏まえ10%削減(H20比)とする。
	糖尿病予備群の推定数(*)	空腹時血糖100mg/dl以上126mg/dl未満又はHbA1c 5.5以上6.1未満の者。但し、インスリン使用・血糖を下げる薬の服用者を除く(40~74歳)。※2		健康日本21のメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少目標(10%減少)を参考に、地域の実情に応じて設定する。
	高血圧症予備群の推定数(*)	①収縮期血圧が130mmHg以上140mmHg未満かつ拡張期血圧が90mmHg未満である者 ②収縮期血圧が140mmHg未満かつ拡張期血圧が85mmHg以上90mmHg未満である者。ただし、血圧を下げる薬の服用者を除く(40~74歳)。		
	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)該当者の推定数(*)	ウエスト周囲径[男性≥85cm、女性≥90cm]かつ、次の3項目のうち2つ以上に該当する者(40~74歳)。 ①中性脂肪150mg/dl以上、または、HDLコレステロール40mg/dl未満、若しくはコレステロールを下げる薬を服用※1 ②収縮期血圧130mmHg以上かつ/または拡張期血圧85mmHg以上、若しくは血圧を下げる薬を服用 ③空腹時血糖110mg/dl以上またはHbA1c5.5%以上、若しくはインスリン注射または血糖を下げる薬を服用※2	都道府県健康・栄養調査健診データ	健康日本21のメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少目標(10%減少)を踏まえ10%削減(H20比)とする。
	糖尿病有病者の推定数(*)	空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.1%以上であるか、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している者(40~74歳)。		
	高血圧症有病者の推定数(*)	収縮期血圧が140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上の者、若しくは血圧を下げる薬服用者(40~74歳)。		健康日本21のメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少目標(10%減少)を参考に、地域の実情に応じて設定する。
	高脂血症有病者の推定数(*)	中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロールが40mg/dl未満、または、LDL140mg/dl以上、若しくはコレステロールを下げる薬を服用している者(40~74歳)。※3		
	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)新規該当者の推定数(*)	ウエスト周囲径[男性≥85cm、女性≥90cm]かつ、次の3項目のうち2つ以上に該当する者で、かつ前年までの健診結果等でメタボリックシンドロームに該当していない者(40~74歳)。 ①中性脂肪150mg/dl以上、または、HDLコレステロール40mg/dl未満、若しくはコレステロールを下げる薬を服用※1 ②収縮期血圧130mmHg以上かつ/または拡張期血圧85mmHg以上、若しくは血圧を下げる薬を服用。 ③空腹時血糖110mg/dl以上またはHbA1c5.5%以上、若しくはインスリン注射または血糖を下げる薬を服用している者※2		
	糖尿病発症者の推定数(*)	空腹時血糖126mg/dl以上、またはHbA1c6.1%以上であるか、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用している者で、かつ前年までの健診結果等で糖尿病と診断されない者(40~74歳)。※2	都道府県健康・栄養調査健診データ	健診データの収集により、該当者の推定数が把握できるようになった時点で、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少目標(10%減少)を参考に、地域の実情に応じて設定する。
	高血圧症発症者の推定数(*)	収縮期血圧が140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上の者、若しくは血圧を下げる薬服用者で、かつ前年までの健診結果等で高血圧症と診断されない者(40~74歳)。		

	指標	定義	データソース	目標設定の考え方	
	高脂血症発症者の推定数(*)	中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロールが40mg/dl未満、または、LDLコレステロール140mg/dl以上、若しくは、コレステロールを下げる薬服用者で、かつ前年までの健診結果等で高脂血症と診断されない者(40~74歳)。※3			
	健診・保健指導の実績	健診実施率	過去1年間に、特定健康診査を受診した者の割合(40~74歳)。平成19年度における計画策定にあたっては、都道府県健康・栄養調査等において、過去1年間に、健診(健康診断や健康診査)を受診した者の割合を求める。 平成20年度以降は健診データにより、特定健診受診者の割合を求める。	都道府県健康・栄養調査健診データ	健康日本21の目標を踏まえ70%とする。
		保健指導実施率	特定健康診査において、保健指導(動機づけ支援又は積極的支援)の対象となった者のうち、特定保健指導を受けた者の割合。平成19年度における計画策定にあたっては、都道府県健康・栄養調査等において、過去1年間に健診を受けた者で、肥満、高血圧、高血糖、脂質異常に関する指摘を受けたことについて、保健指導(食事や生活習慣の改善の指導)を受けた者の割合を求める。 平成20年度以降は健診データにより、健診受診者で要保健指導者のうち保健指導の受診者及び終了者の割合を求める※4。動機づけ支援と積極的支援を別々に算出。	都道府県健康・栄養調査健診データ	健康日本21の目標を踏まえ45%とする。
		医療機関受診率	特定健診において要医療と判定された者のうち、医療機関を受診した者の割合。 都道府県健康栄養調査の自記式質問票(健診後、医療機関を受診するように勧められた者であって、「その後、医療機関に行きましたか。」)において、「はい」と回答した者の割合。平成20年度以降は医療保険者が健診データとレセプトを突合させることにより把握することも可能となる。	都道府県健康・栄養調査レセプト	受診率100%を最終目標に、地域の実情に応じて設定する。
重症化・合併症	疾患受療率	脳血管疾患受療率(*)	脳血管疾患により医療機関を受診している者の割合。	患者調査	健康日本21のメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少目標(10%減少)、健康フロンティア戦略の目標(脳卒中・心疾患の死亡率を25%減少させる)を参考に、地域の実情に応じて設定する。
		虚血性心疾患受療率(*)	虚血性心疾患により医療機関を受診している者の割合。	患者調査	
	合併症率	糖尿病による失明発症率	糖尿病網膜症による新規に視覚障害者となる者の割合。福祉行政報告例における糖尿病網膜症により身体障害者手帳を交付される者の割合(平成18年度より報告様式が改正され、把握できるようになる予定)。	社会福祉行政業務報告	平成19年度以降に、現状値を把握して国の目標を設定する。
		糖尿病による透析新規導入率	糖尿病腎症により新規に透析を導入される患者の割合。わが国の慢性透析療法の現況における糖尿病性腎症による導入患者数(日本透析医学会)の都道府県別の導入患者数を人口で割ったもの。	日本透析医学会	健康日本21における目標設定の考え方(生活習慣の介入により約36%減少)を参考に、地域の実情に応じて設定する。
死亡	死亡率	脳卒中による死亡率(*)	人口動態統計により把握される、脳卒中により死亡する者の率。	人口動態統計	健康フロンティア戦略の目標(脳卒中の死亡率を25%減少させる)を参考に、地域の実情に応じて設定する。
		虚血性心疾患による死亡率(*)	人口動態統計により把握される、虚血性心疾患により死亡する者の率。	人口動態統計	健康フロンティア戦略(心疾患の死亡率を25%減少させる)を参考に、地域の実情に応じて設定する。
	健康寿命	平均自立期間	研究班にてその定義・算出方法を検討	都道府県生命表(5年ごと)レセプト	研究班で検討した定義・算出方法を下に、平成19年度以降に現状値を把握し、目標を設定する。
		65歳、75歳平均自立期間		都道府県生命表(5年ごと)レセプト	
(平均寿命)		—	都道府県生命表(5年ごと)	平均自立期間の目標設定を行う上での参考値。	
	(65歳、75歳平均余命)	—	都道府県生命表(5年ごと)		
がん	がん検診受診者数	がん検診を受診する者の数。	国民生活基礎調査(3年ごと)	がん対策推進基本計画と調和。平成19年度以降に検討。	

	指標	定義	データソース	目標設定の考え方
	こころの健康	自殺者数	人口動態統計	健康日本21の目標を参考に地域の実情に応じて設定。
	歯の健康	8020の人数	都道府県歯科疾患実態調査、都道府県健康栄養調査	健康日本21の目標(75～84歳で20%以上、55～64歳で24歯以上)を参考に地域の実情に応じて設定する。
		進行した歯周炎を有する人の割合	都道府県歯科疾患実態調査、都道府県健康栄養調査	健康日本21の目標(40歳:22%以下、50歳:33%以下)及びその考え方(3割の減少を目指す)を参考に、地域の実情に応じて設定する。

※1:都道府県健康・栄養調査など、空腹時における採血が徹底できていない場合には、中性脂肪を用いない。

※2:空腹時血糖とHbA1cの両者を測定している場合には、空腹時血糖を用いる。

※3:LDLコレステロールを測定していない場合には、総コレステロールを用いる。

※4:特定保健指導の受診者とは、初回面接を受診した者をいう。また、特定保健指導の終了者とは、6ヶ月評価まで終了した者をいう。

(*)の指標の目標値設定、評価に際しては、性・年齢調整を行うことが必要。

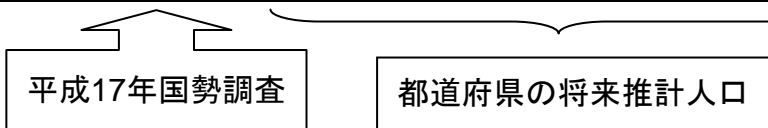
目標値設定に係る性・年齢調整の方法

1. 将来人口の推計

- 将来の人口の推計には、総務省が公表している平成17年度国勢調査 (<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/kihon1/index.htm>) 及び国立社会保障・人口問題研究所が算出している都道府県の将来推計人口 (URL:<http://www.ipss.go.jp/pp-fuken/j/fuken2002/Gaiyo02.asp>)を用いる。

(参考：北海道 (男性))

年齢 (歳)	2005 年	2010 年	2015 年	2020 年
40～44	171	169	193	171
45～49	172	167	166	189
50～54	206	168	163	162
55～59	224	198	162	158
60～64	175	214	191	156
65～69	159	162	201	179
70～74	145	141	146	182



- 国立社会保障・人口問題研究所が推計人口を算出していない間の4年間は、以下の方法により、人口を推計する。

(例)

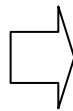
男性	2010 年	2015 年	男性	2012 年
40-44	A1	B1	40-44	$C1 = (B1-A1) \times 2/5 + A1$
45-49	A2	B2	45-49	$C2 = (B2-A2) \times 2/5 + A2$
・	・	・	・	
・	・	・	・	
70-74	A7	B7	70-74	$C7 = (B7-A7) \times 2/5 + A7$
女性			女性	
40-44	A8	B8	40-44	$C8 = (B8-A8) \times 2/5 + A8$
45-49	A9	B9	45-49	$C8 = (B8-A8) \times 2/5 + A8$
・	・	・	・	
・	・	・	・	
70-74	A14	B14	70-74	$C14 = (B14-A14) \times 2/5 + A14$
合計	A0	B0	合計	C0

2. 将来の生活習慣病の有病者・予備群の推計

- 上記で求めた将来の推計人口及び現時点の生活習慣病の有病者・予備群の割合（ガイドラインP 13参照）を用いて、将来の生活習慣病の有病者・予備群を各目標項目毎に推計する。

（例：2012年の場合）

男性	計画策定時の 該当者の割合※	2012年の 推計人口
40-44	D1	C1
45-49	D2	C2
・	・	・
・	・	・
70-74	D7	C7
女性		
40-44	D8	C8
45-49	D9	C9
・	・	・
・	・	・
70-74	D14	C14
合計	D0	C0



男性	2012年の生活習慣病 有病者・予備群を推計
40-44	$E1 = D1 \times C1$
45-49	$E2 = D2 \times C2$
・	
・	
70-74	$E7 = D7 \times C7$
女性	
40-44	$E8 = D8 \times C8$
45-49	$E8 = D9 \times C9$
・	
・	
70-74	$E14 = D14 \times C14$
合計	E0

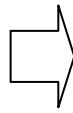
※ 「都道府県健康・栄養調査」等により、現時点での生活習慣病有病者・予備群の割合を算出

3. 目標値の設定

- 上記で求めた将来の生活習慣病の有病者予備群の推計値及び減少目標（割合）を用いて、減少目標値を設定

(例：削減目標 25% の場合)

男性	2012 年の 生活習慣病有病者 ・予備群を推計	削減目標 (割合)
40-44	E1	0.75
45-49	E2	0.75
・	・	・
・	・	・
70-74	E7	0.75
女性		
40-44	E8	0.75
45-49	E9	0.75
・	・	・
・	・	・
70-74	E14	0.75
合計	E0	0.75



男性	2012 年の生活習慣病 有病者・予備群目標値
40-44	$F1 = E1 \times 0.75$
45-49	$F2 = E2 \times 0.75$
・	
・	
70-74	$F7 = E7 \times 0.75$
女性	
40-44	$F8 = E8 \times 0.75$
45-49	$F8 = E9 \times 0.75$
・	
・	
70-74	$F14 = E14 \times 0.75$
合計	E0

評価における性・年齢調整の方法

1. 対策を講じなかった場合の生活習慣病の有病者・予備群の数の推計

- 計画の終了年度における実際の年齢構成に、計画開始時の生活習慣病の有病者・予備群の割合をかけて、対策を講じなかった場合の有病者・予備群の数を算出する。

(例)

男性	2008年時の 該当者の割合※	2012年の 人口
40-44	A1	B1
45-49	A2	B2
・	・	・
・	・	・
70-74	A7	B7
女性		
40-44	A8	B8
45-49	A9	B9
・	・	・
・	・	・
70-74	A14	B14
合計	A0	B0

男性	対策を講じなかった場合の 有病者・予備群の数
40-44	$C1 = A1 \times B1$
45-49	$C2 = A2 \times B2$
・	
・	
70-74	$C7 = A7 \times B7$
女性	
40-44	$C8 = A8 \times B8$
45-49	$C8 = A9 \times B9$
・	
・	
70-74	$C14 = A14 \times B14$
合計	C0

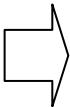
※ 「都道府県健康・栄養調査」等により、現時点での生活習慣病有病者・予備群の割合を算出

2. 計画終了時の生活習慣病有病者・予備群の推計

- 計画の終了年度における実際の年齢構成に、計画終了時の生活習慣病の有病者・予備群の割合をかけて、計画終了時の有病者・予備群の数を算出する。

(例)

男性	2012年時の 該当者の割合※	2012年の 人口
40-44	D1	B1
45-49	D2	B2
・	・	・
・	・	・
70-74	D7	B7
女性		
40-44	D8	B8
45-49	D9	B9
・	・	・
・	・	・
70-74	D14	B14
合計	D0	B0



男性	実際の有病者・予備群の数
40-44	E1 = D1 × B1
45-49	E2 = D2 × B2
・	
・	
70-74	E7 = D7 × B7
女性	
40-44	E8 = D8 × B8
45-49	E9 = D9 × B9
・	
・	
70-74	E14 = D14 × B14
合計	E0

※ 「都道府県健康・栄養調査」等により、現時点での生活習慣病有病者・予備群の割合を算出

3. 生活習慣病の有病者・予備群の減少率

$$\text{生活習慣病の有病者・予備群の減少率} = \frac{C0 - E0}{C0}$$