

第3回 健康日本21評価作業チーム

日 時：平成23年7月14日（木）
10:00～12:00

場 所：厚生労働省17階専用第21会議室

議 事 次 第

○ 議 題

- 1 健康寿命について
- 2 壮年期死亡等について
- 3 その他

○ 配付資料一覧

- | | |
|-------|---|
| 資料1 | 健康寿命の指標 |
| 資料2 | 早世に関する疫学的知見 |
| 資料3-1 | 「健康日本21」を踏まえた健康増進施策の取組状況等の調査について（依頼）（自治体向け） |
| 資料3-2 | 「健康日本21」の推進に関する取組状況等の調査について（依頼）（団体向け） |
| 資料4 | 「生活の質の向上」について |

健康日本21評価作業チーム 構成員名簿

敬称略・五十音順

氏 名	所属・役職
安藤 雄一	国立保健医療科学院 生涯健康研究部 地域保健システム研究分野 上席主任研究官
尾崎 米厚	鳥取大学医学部 環境予防医学分野 准教授
兼板 佳孝	日本大学医学部 社会医学系公衆衛生学分野
鈴木 律朗	名古屋大学医学部・大学院医学系研究科 造血細胞移植情報管理学(日本造血細胞移植学会)寄付講座 准教授
田嶋 尚子	東京慈恵会医科大学 名誉教授
辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野 教授
津下 一代	あいち健康の森 健康科学総合センター長
西 信雄	(独)国立健康・栄養研究所 栄養疫学研究部 国民健康・栄養調査研究室長
樋口 進	(独)国立病院機構久里浜アルコール症センター 院長
古井 祐司	東京大学医学部附属病院・HCC 予防医学研究センター長
三浦 克之	滋賀医科大学 社会医学講座公衆衛生学部門 教授
宮地 元彦	(独)国立健康・栄養研究所 健康増進研究部長
山本 精一郎	(独)国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報提供研究部 室長
横山 徹爾	国立保健医療科学院 生涯健康研究部長

健康寿命の指標

橋本修二

藤田保健衛生大学医学部衛生学講座

報告の内容

I. 健康寿命の指標の算定方法

II. 健康寿命の指標の算定結果

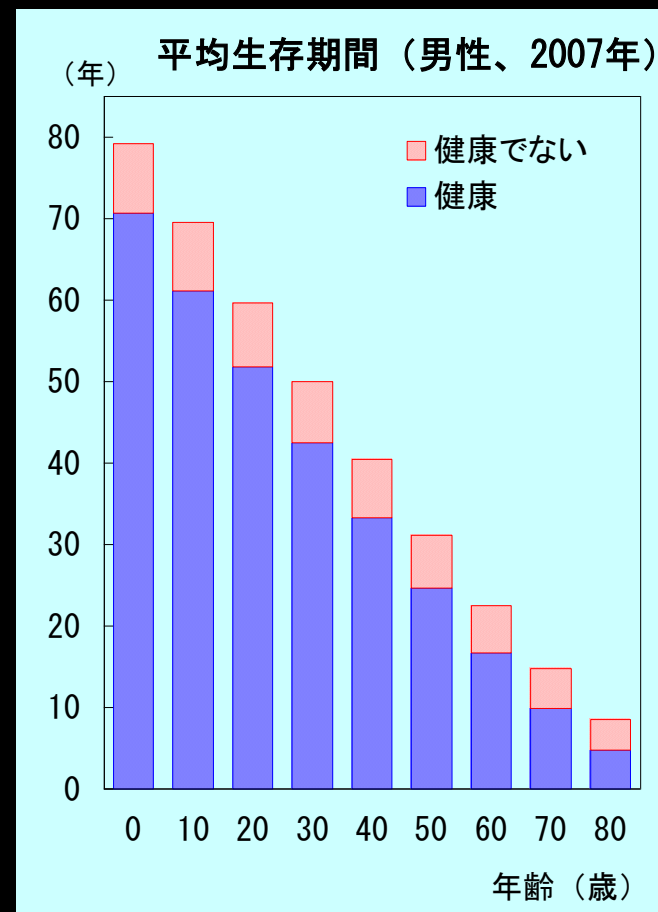
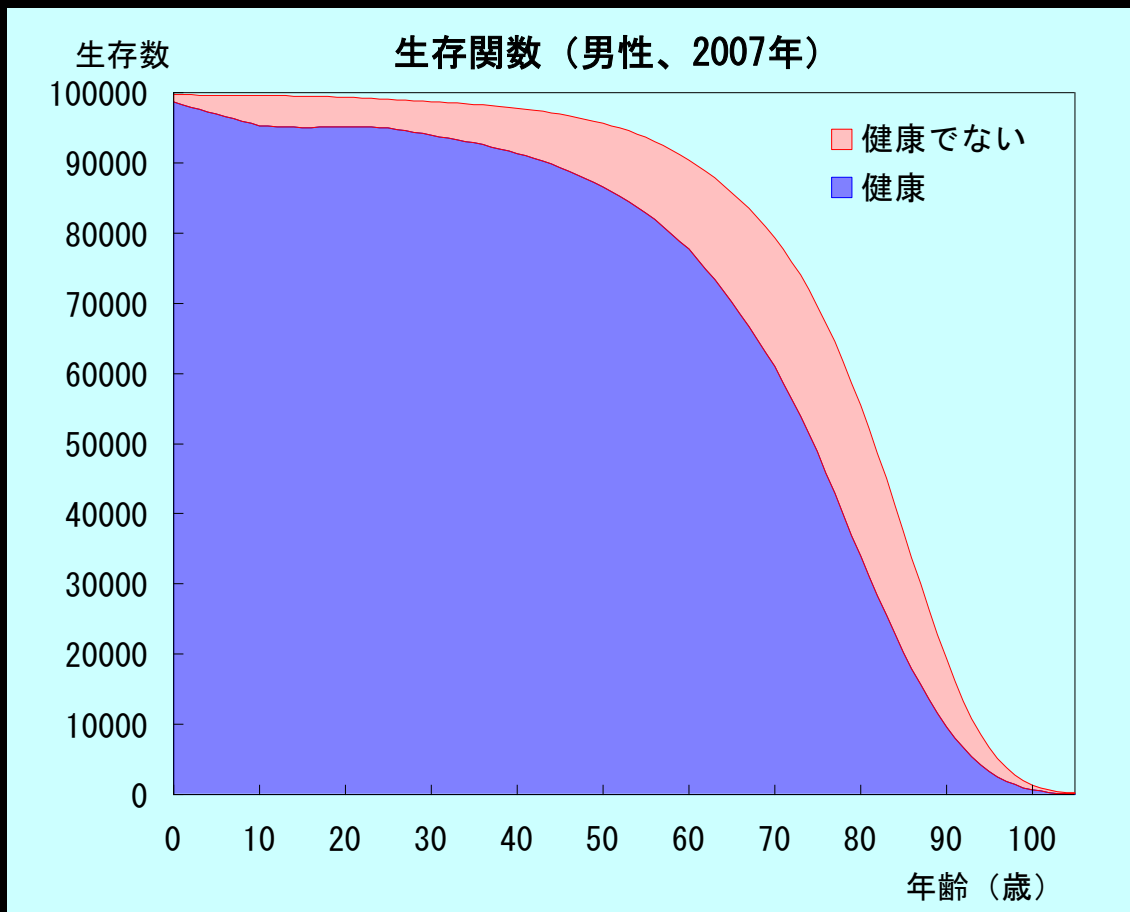
(追加) 健康寿命の年次推移、
地域分布と関連要因

I . 健康寿命の指標の算定方法

健康寿命とは

健康寿命とは、
健康な状態で生存する期間、
あるいは、その指標の総称を指す。

健康寿命の算定方法（模式図）



健康寿命の指標

健康寿命として、

様々な指標が提案・使用されている。

指標間の主な違いは下記である。

- A. 健康な状態の概念規定
- B. 健康な状態の測定方法
- C. 集団の平均の算定方法

A. 健康な状態の概念

自覚的健康 (in good or better health)
活動制限なし (without activity limitation)
介護の必要なし (without functional dependency)
慢性疾患なし (without chronic diseases)
など。

B. 健康な状態の測定：自覚的健康

日本、2001年（国民生活基礎調査）：

あなたの現在の健康状態はいかがですか。

よい、まあよい、ふつう

／あまりよくない、よくない

英国、2001年（Census）：

Over the last 12 months would you say
your health has on the whole been:
Good, fairly good / or not good?

米国、2001年（National Health Interview Survey）：

Would you say your health in general is:
Excellent, very good, good / fair or poor?

B. 健康な状態の測定：活動制限なし

日本、2001年（国民生活基礎調査）： あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか。

日常生活動作、外出、仕事・家事・学業、運動、その他のすべてなし / いずれかあり

英国、2001年（Census）：

Do you have any long-term illness, health problem or disability which limits your daily activities or the work you can do? Yes / No.

米国、2001年（National Health Interview Survey）：

日常生活動作、仕事などの活動に関する複数の質問で、すべてに制限なし / いずれかに制限あり

B. 健康な状態の測定：その他

慢性疾患なし

米国、2001年（Healthy People 2010）：

悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、
高血圧、糖尿病、腎臓病、喘息、関節炎の
すべてなし / いずれかあり

日本、2002年（患者調査）：

受療あり / 受療なし

介護の必要なし

日本、2005年（介護給付費実態調査）：

それ以外 / 要介護2～5

C. 集団の平均の算定 : DFLE vs DALE

Disability-free life expectancy (DFLE) :

集団において、各個人の生存期間を
健康／不健康の2つの状態に区分し、
健康状態にある生存期間の平均値を算定。

Disability-adjusted life expectancy (DALE) :

集団において、各個人の生存期間を
健康から不健康までの複数の状態に区分し、
健康状態での生存期間へ換算した平均値を算定。
たとえば、軽度障害の1年間＝健康状態の0.6年間
重度障害の1年間＝健康状態の0.3年間。

C. 集団の平均の算定：Sullivan法

Sullivan法：国内外で広く適用。

基礎資料として、生命表と

横断調査による不健康有病率を用いる。

「定常人口の不健康有病率が

調査集団の不健康有病率と一致する」と仮定。

Rogers法（多相生命表法）：主に小集団へ適用。

基礎資料として、追跡調査による

不健康の発生率と回復率、健康者の死亡率と
不健康者の死亡率を用いる。

Ⅱ. 健康寿命の指標の算定結果

健康寿命の指標の算定結果

健康寿命について、下記の指標が算定されている。

世界 193か国 (WHO) : 健康寿命

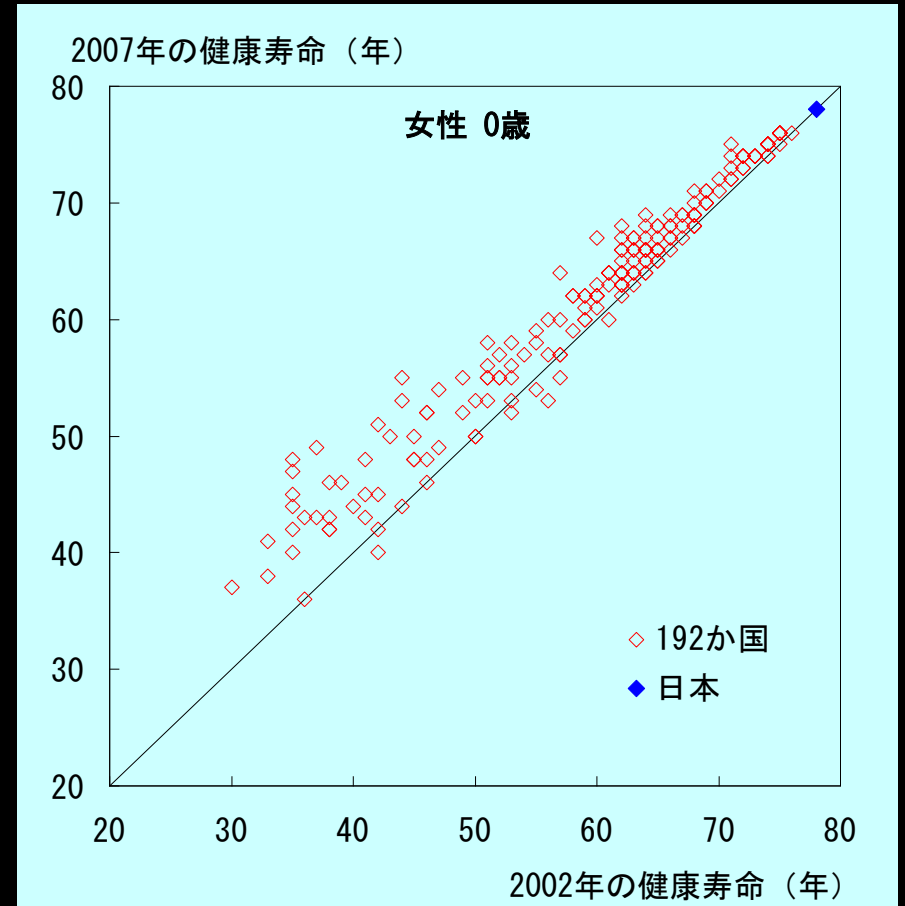
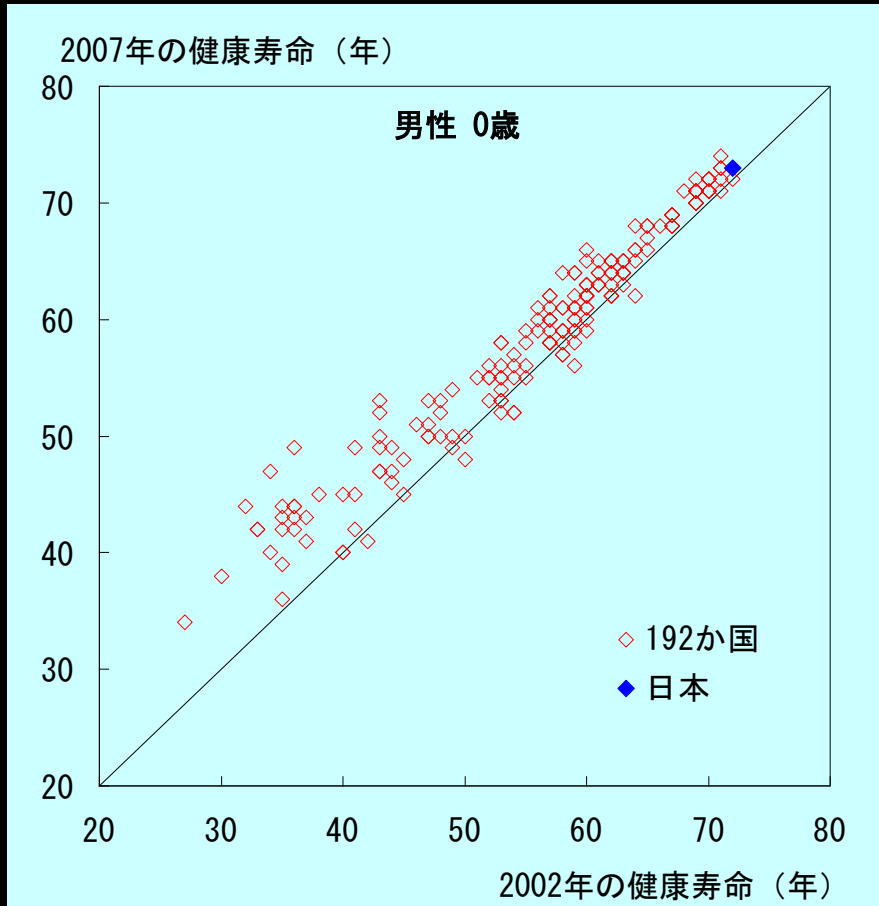
欧州 27か国 (EHMU) : 活動制限なし

英国 (Office for National Health Statistics)
: 活動制限なし、自覚的健康

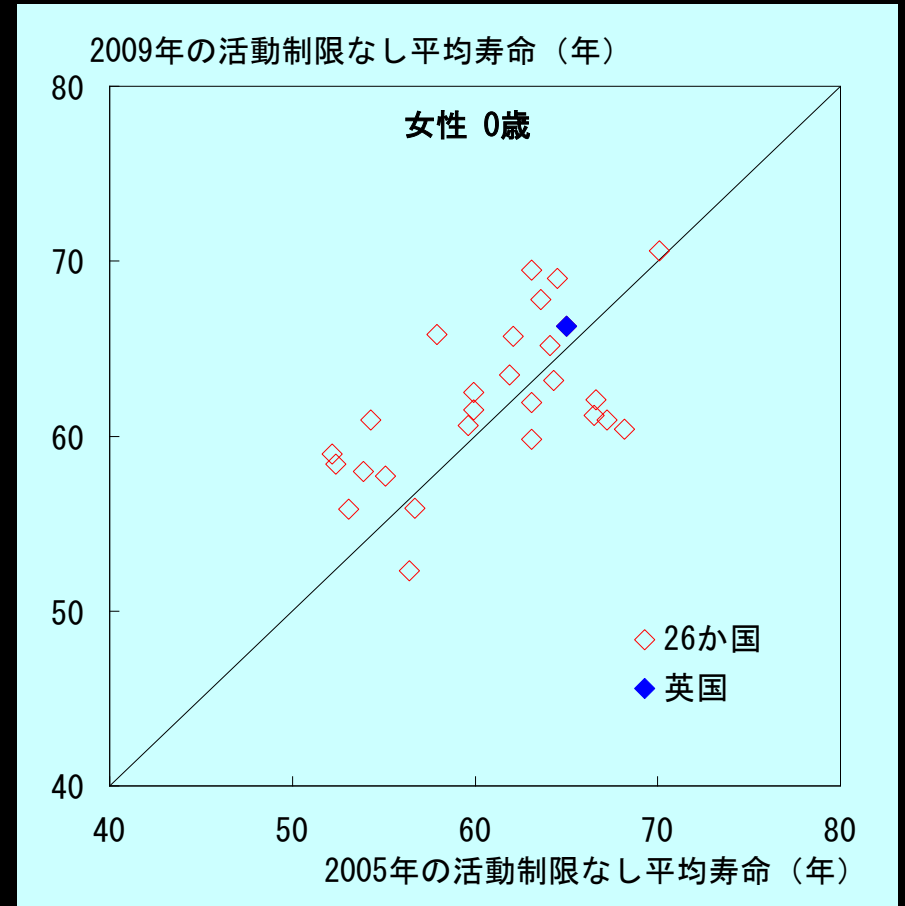
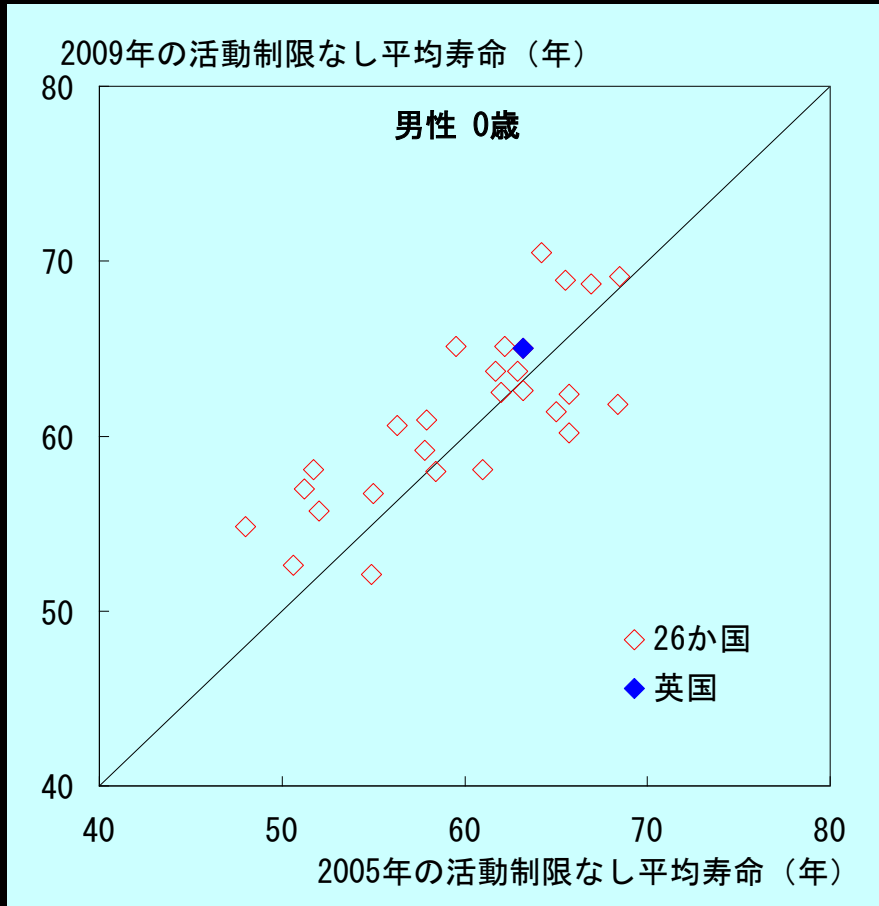
米国 (Healthy People 2010)
: 活動制限なし、自覚的健康、慢性疾患なし

日本 (厚生労働研究班)
: 活動制限なし、自覚的健康、介護の必要なし

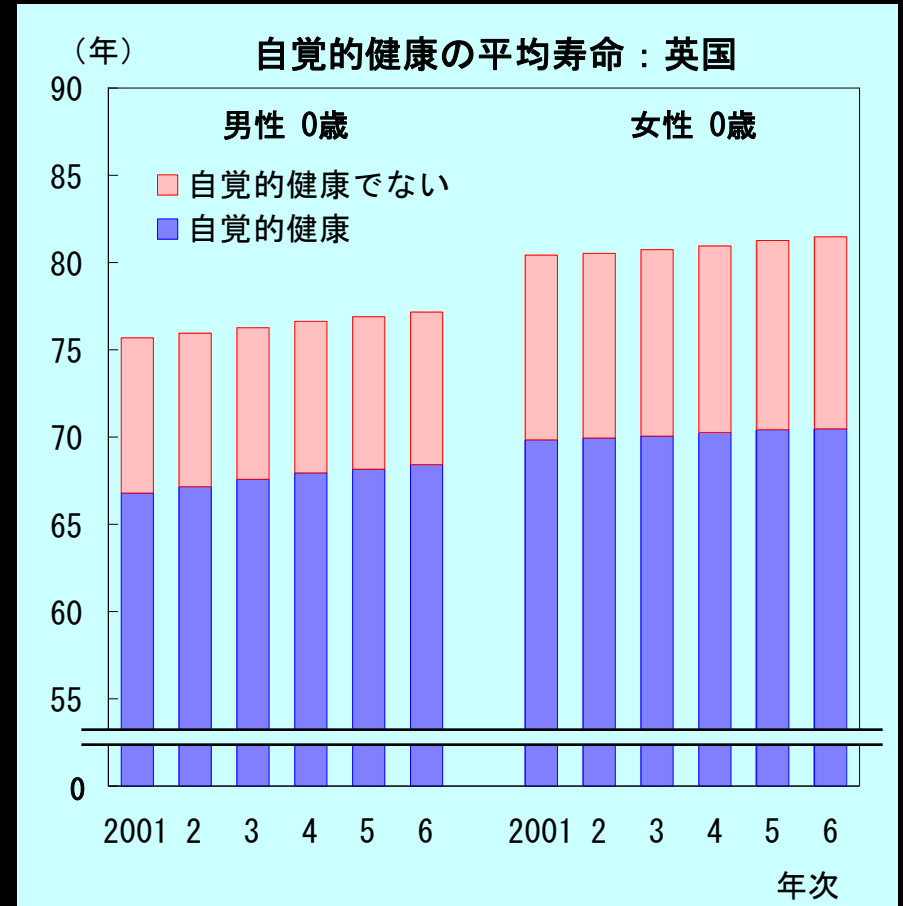
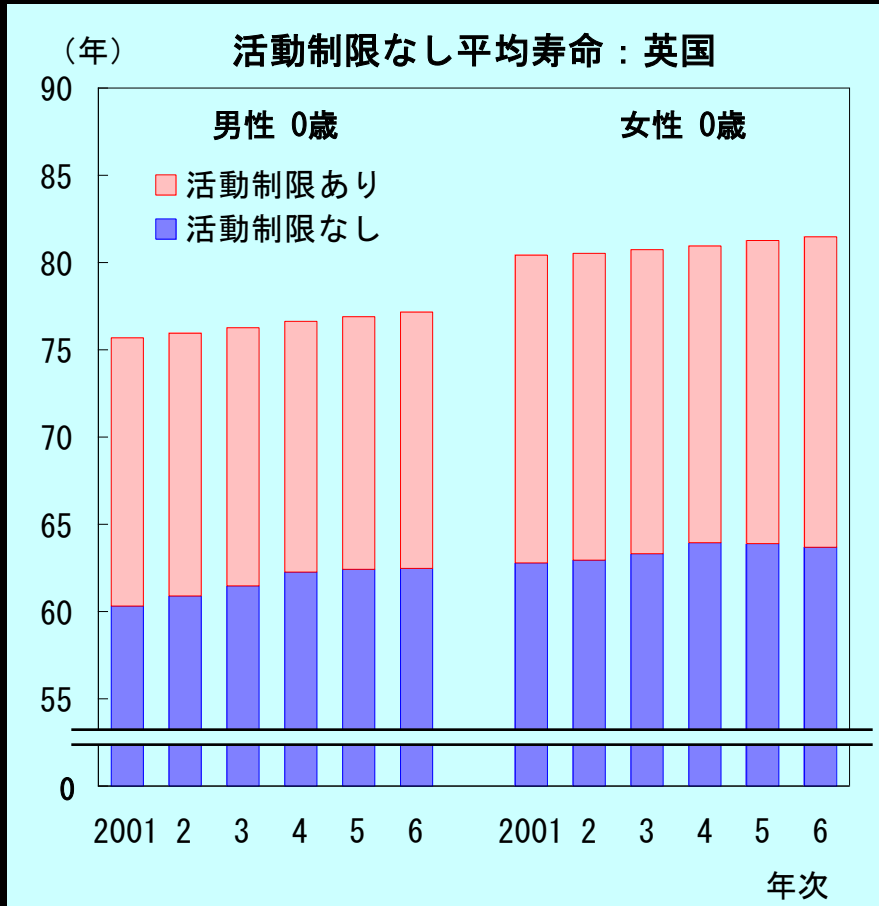
健康寿命：世界193か国



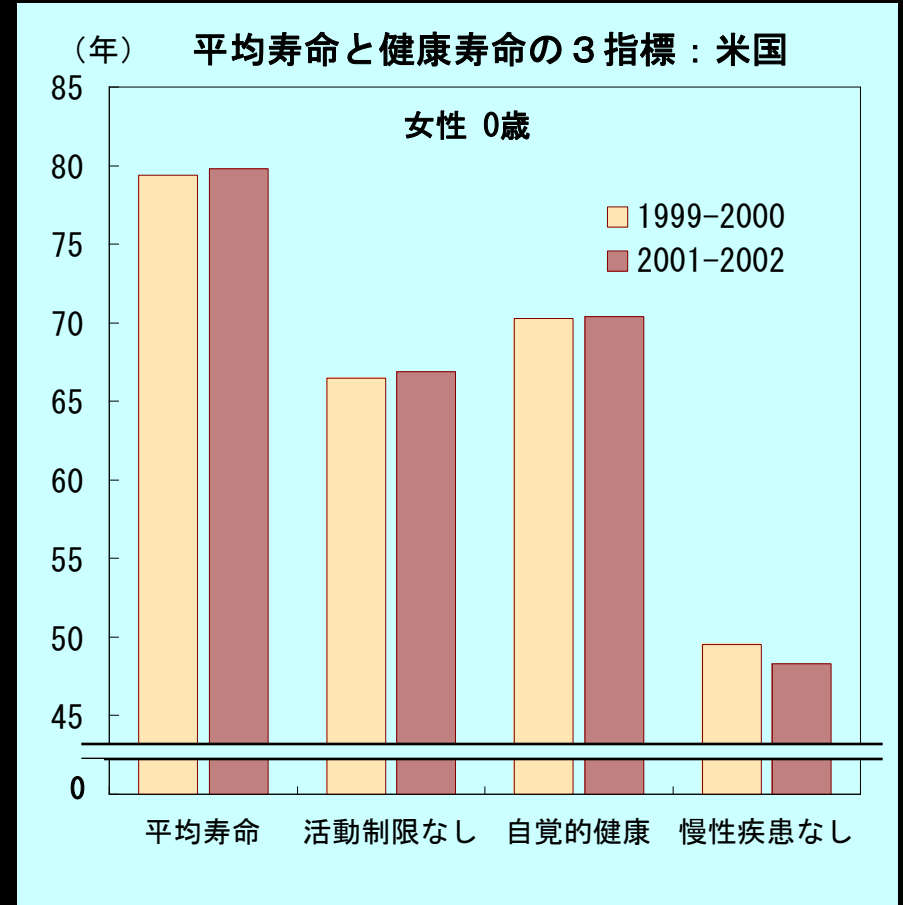
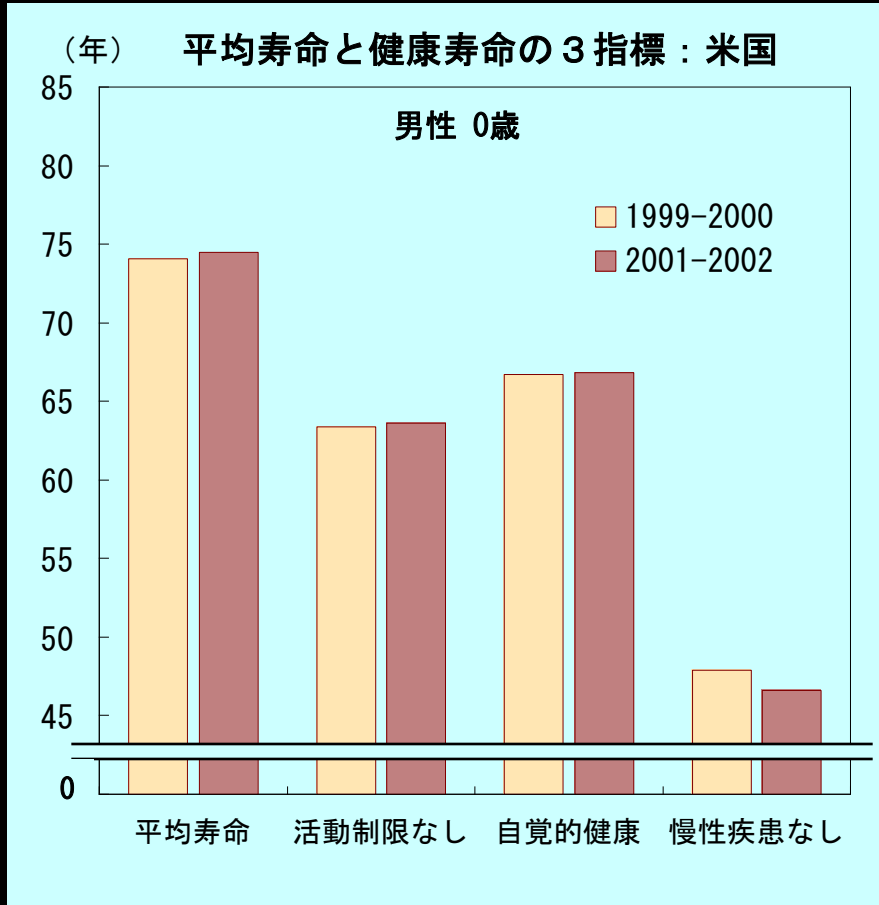
活動制限なしの平均寿命：欧州27か国



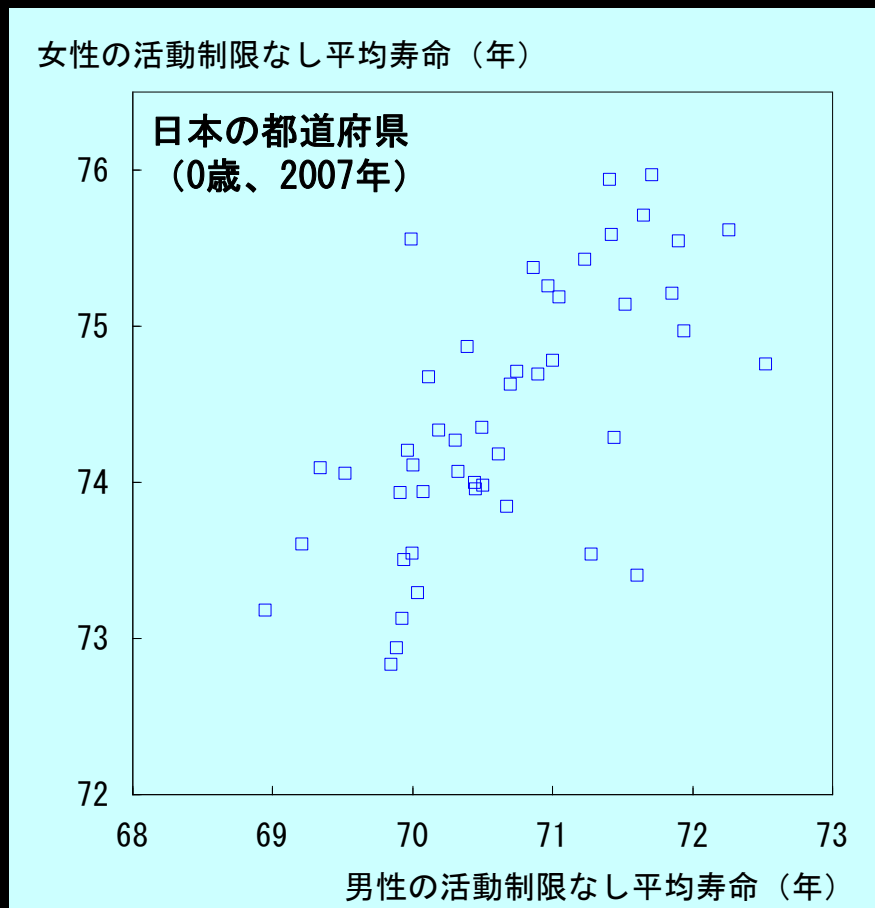
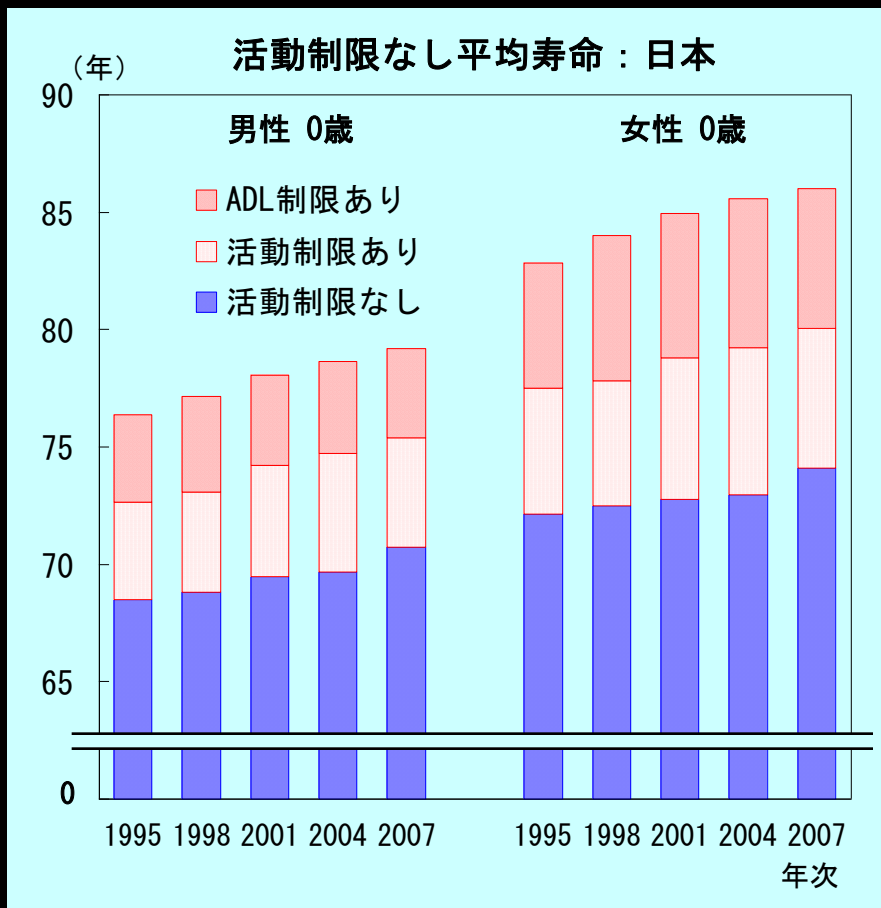
活動制限なし、自覚的健康：英国



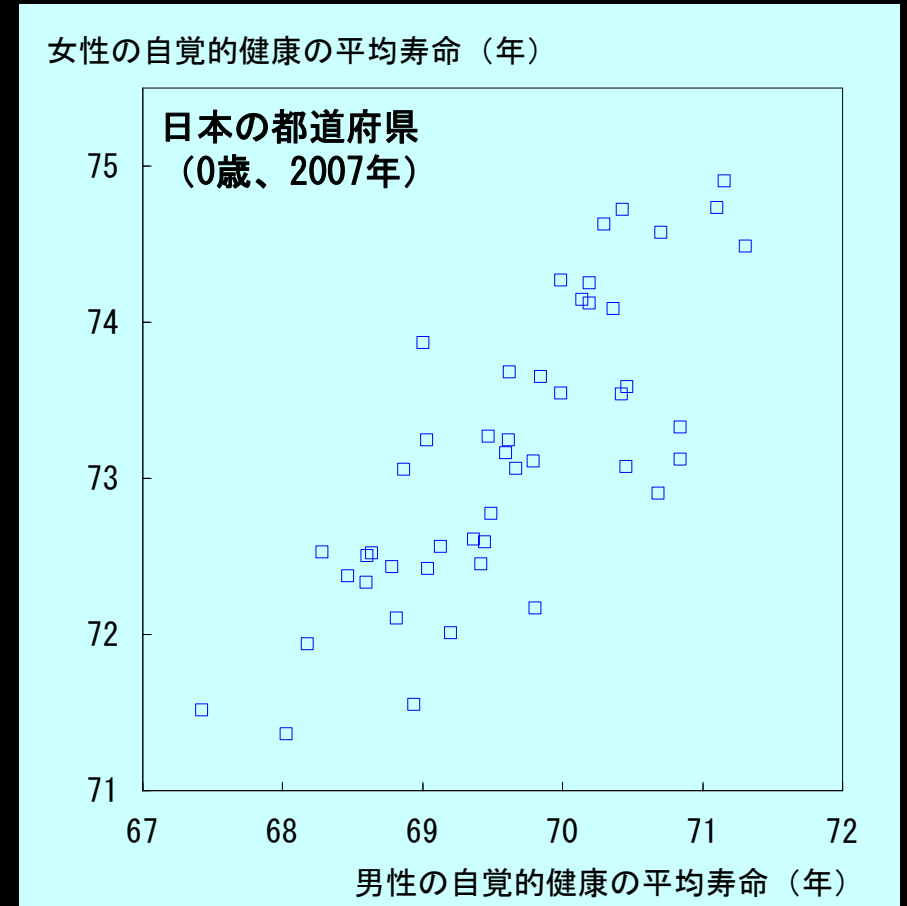
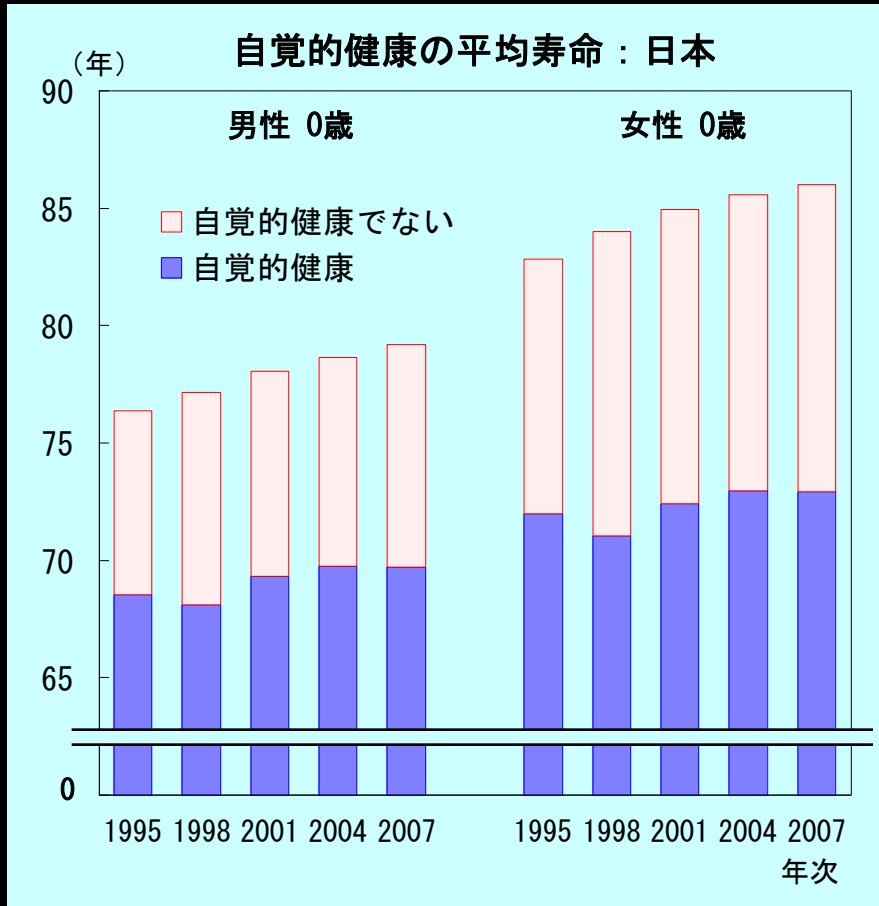
健康寿命の3指標：米国



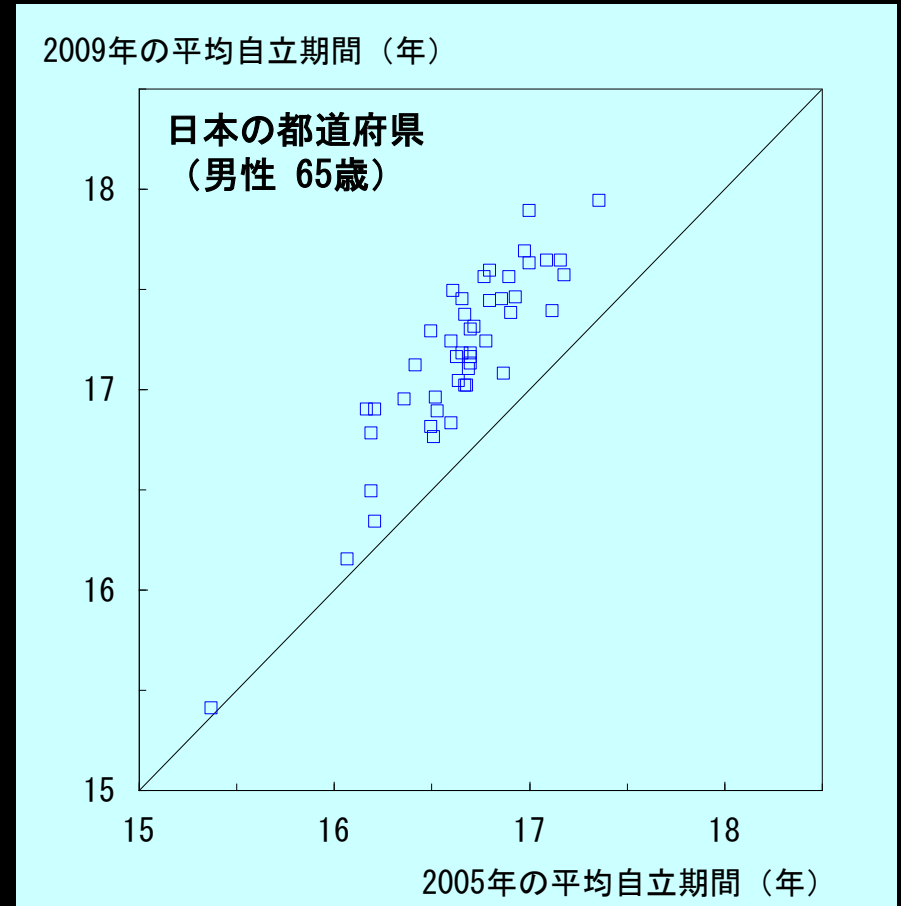
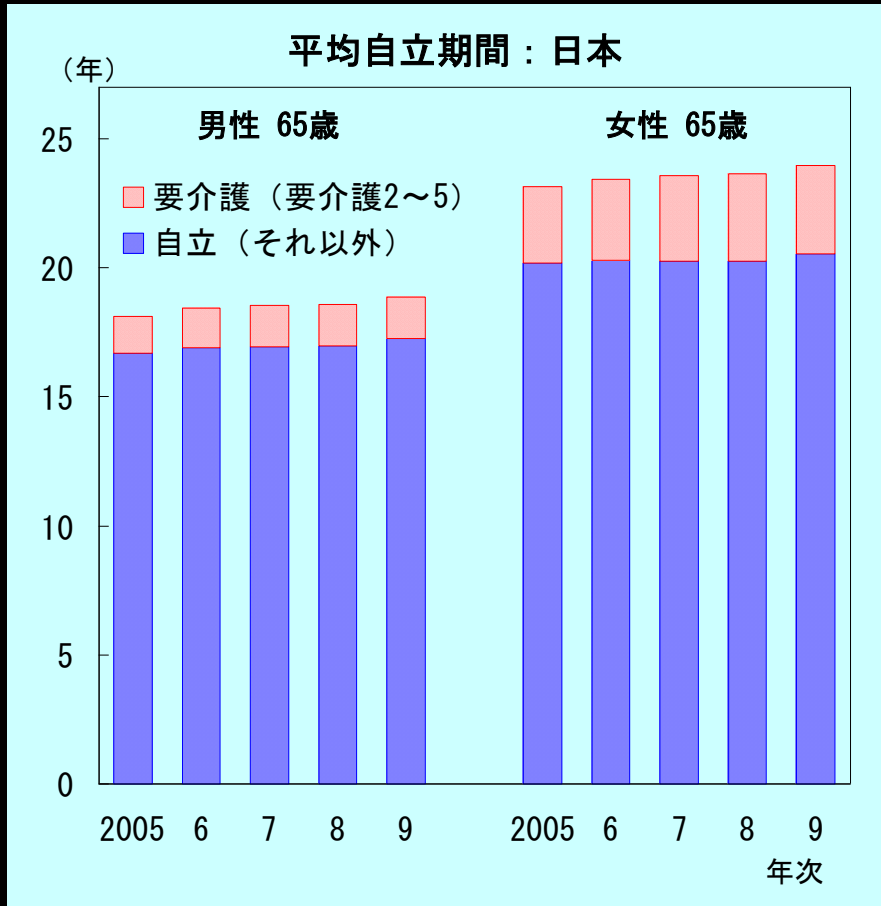
活動制限なし平均寿命：日本



自覚的健康の平均寿命：日本



平均自立期間：日本



おわりに

健康寿命の指標の算定方法において、

健康な状態の概念として、活動制限なし、自覚的健康、
介護の必要なし、慢性疾患なし等と規定されている。

健康な状態の測定として、WHO、欧州、英国、米国、

日本では、それぞれ異なる方法が使用されている。

健康寿命の指標の算定結果において、

日本では、活動制限なしと自覚的健康の平均寿命、

高齢者の平均自立期間のいずれも、

年次に伴い延伸する傾向が観察されるとともに、

都道府県間に大きい差のある傾向がみられた。

**(追加) 健康寿命の年次推移、
地域分布と関連要因**

年次推移と地域分布をみるにあたって

健康寿命は平均寿命の影響が大きい。

健康寿命の年次推移と地域分布は、
平均寿命のそれと強く相関する。

健康寿命とともに、
平均寿命に占める割合が重要な指標となる。

日本の平均寿命において、
近年、75歳以上の余命の延伸が大きい。

高年齢では、若年齢に比べて、
健康でない平均寿命が長い傾向である。

健康寿命の年次推移や地域分布をみるとき、
年齢範囲を分けることも大切である。

(75歳未満・以上など)

関連要因の検討にあたって

健康寿命は、健康、不健康、死亡の状態間の移行率により定まる。

(不健康の発生率、不健康の回復率、健康者の死亡率、不健康者の死亡率)

それぞれの移行率に対して、

要因の関連の強さが異なる可能性がある。

健康寿命の関連要因に関して、

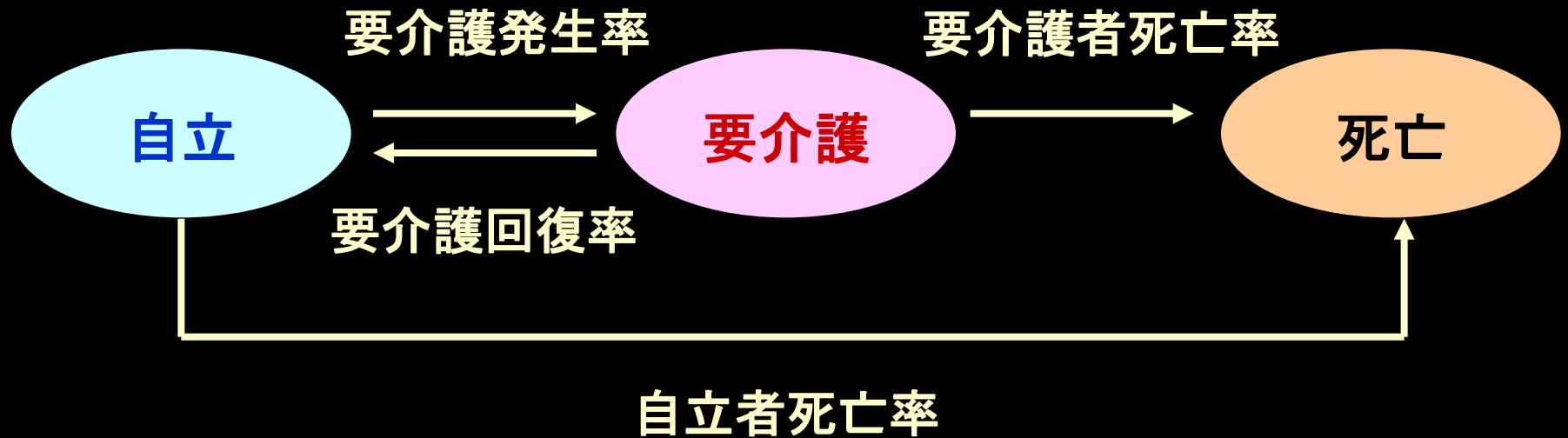
これまでに多くの知見が得られているが、一方で不詳の事項も少なくない。

今後、さらに研究を進めることが重要である。

健康寿命の関連要因の検討例

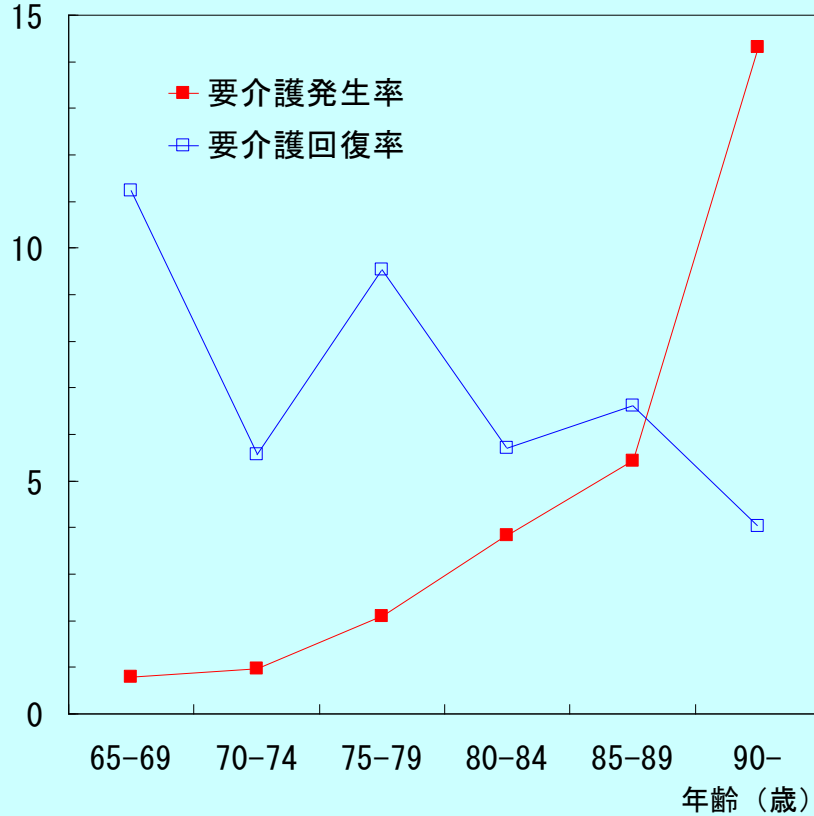
- 目的：** 平均自立期間に対する
喫煙と体格の影響を評価する。
- 資料：** 大崎コホート研究の調査情報を利用。
65歳以上の男7,175人と女9,098人を
3年間（2006年12月～2009年12月）の追跡調査。
ベースライン時の喫煙と体格、および、
その後の要介護の発生・回復と死亡状況を使用。
- 方法：** 要介護は、介護保険の要介護2以上と規定。
状態間移行率の算定、要因との関連性の検討、
多相生命表法による平均自立期間の算定。

平均自立期間の状態と移行率

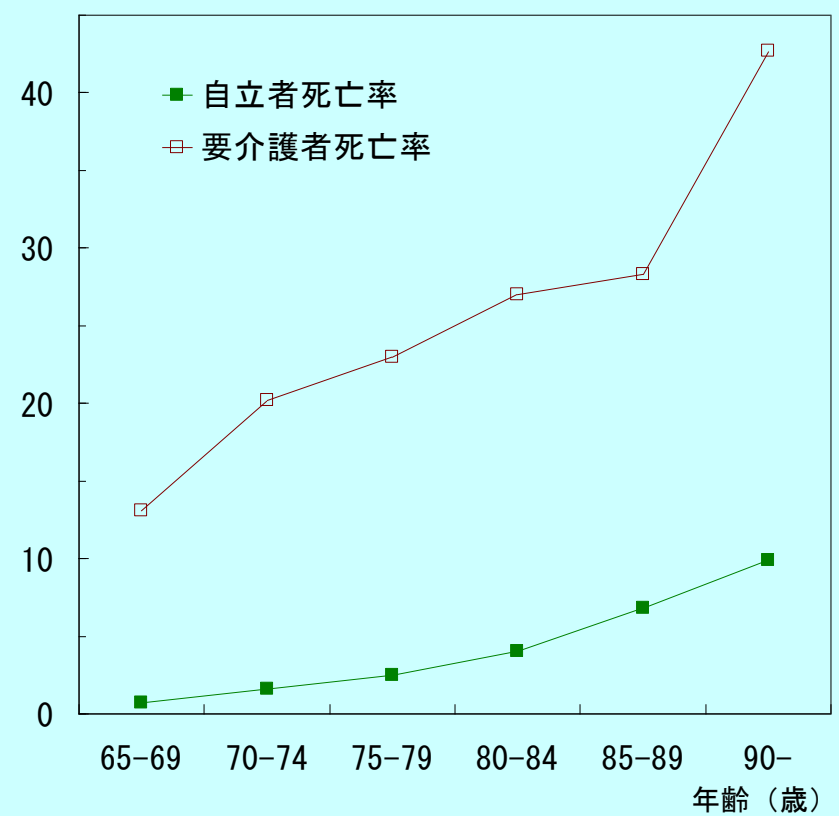


平均自立期間の状態間の移行率

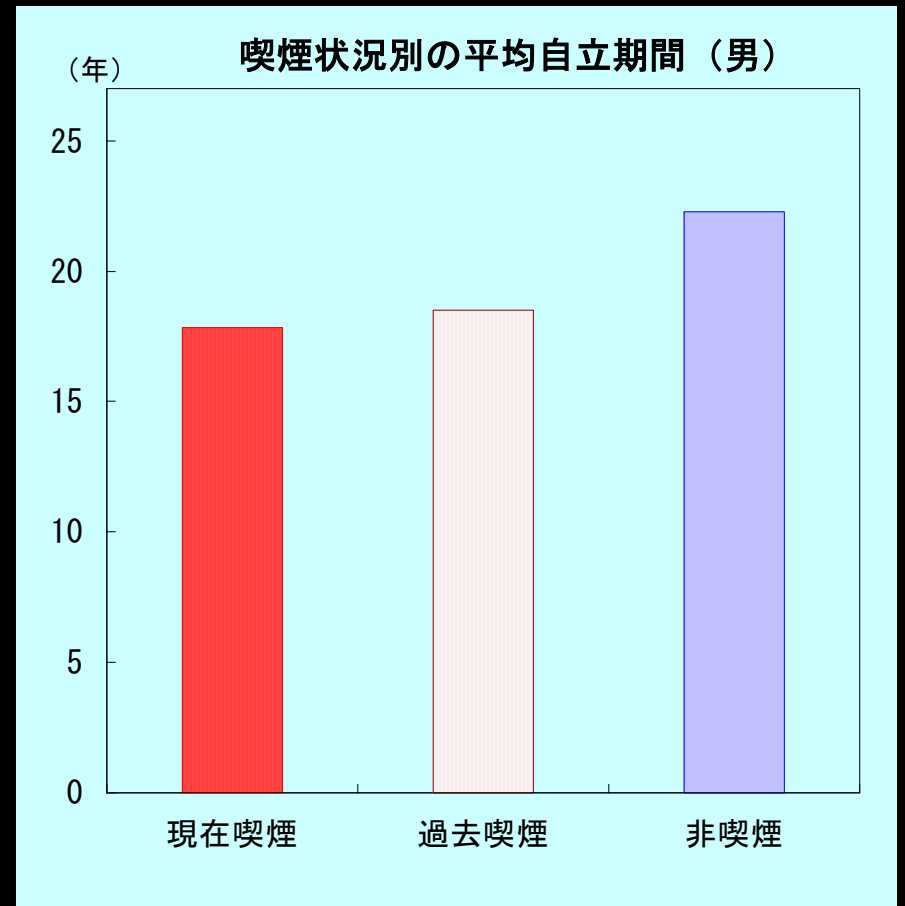
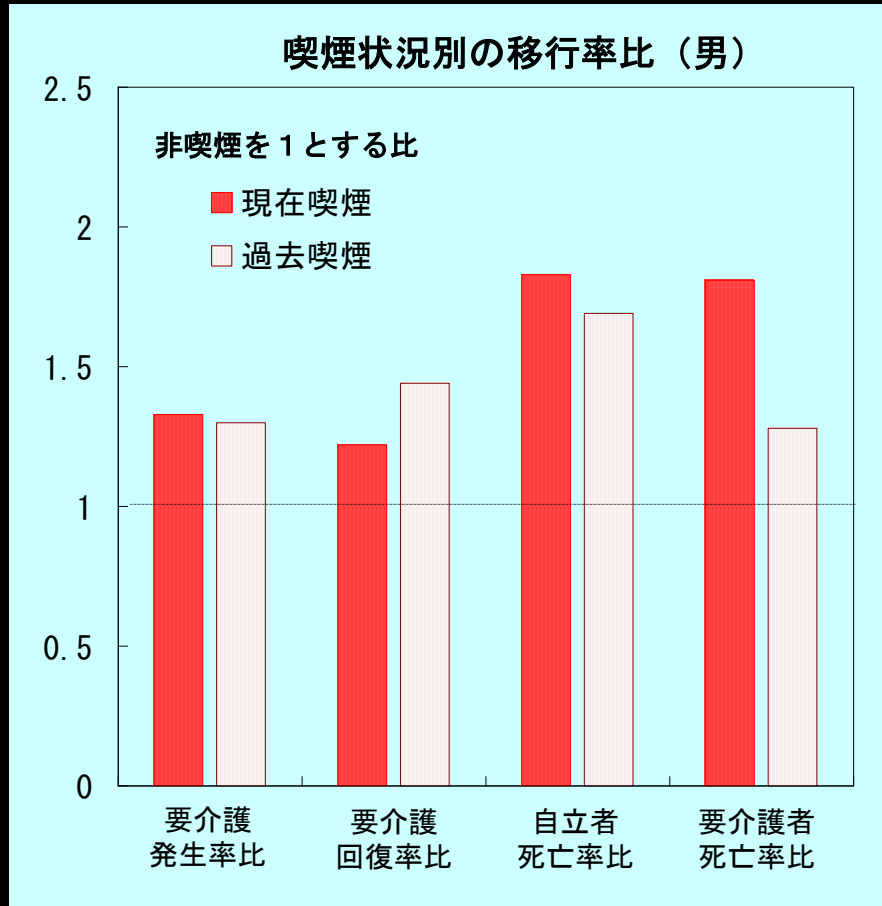
(100人年対) 要介護の発生率と回復率 (男)



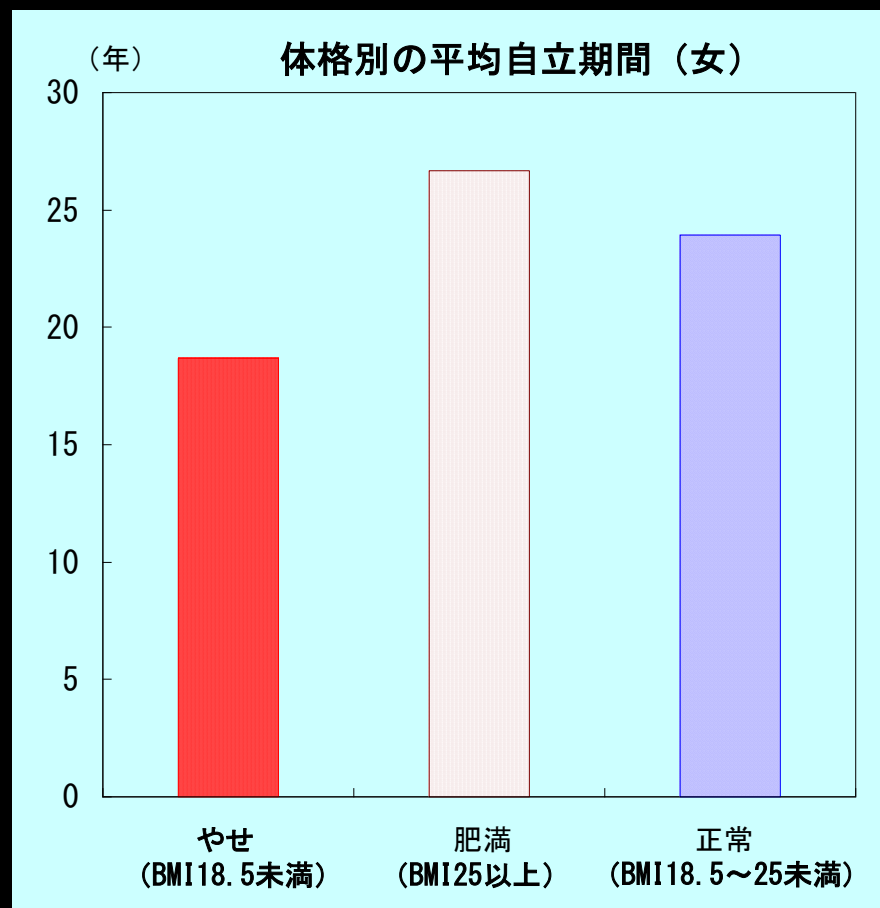
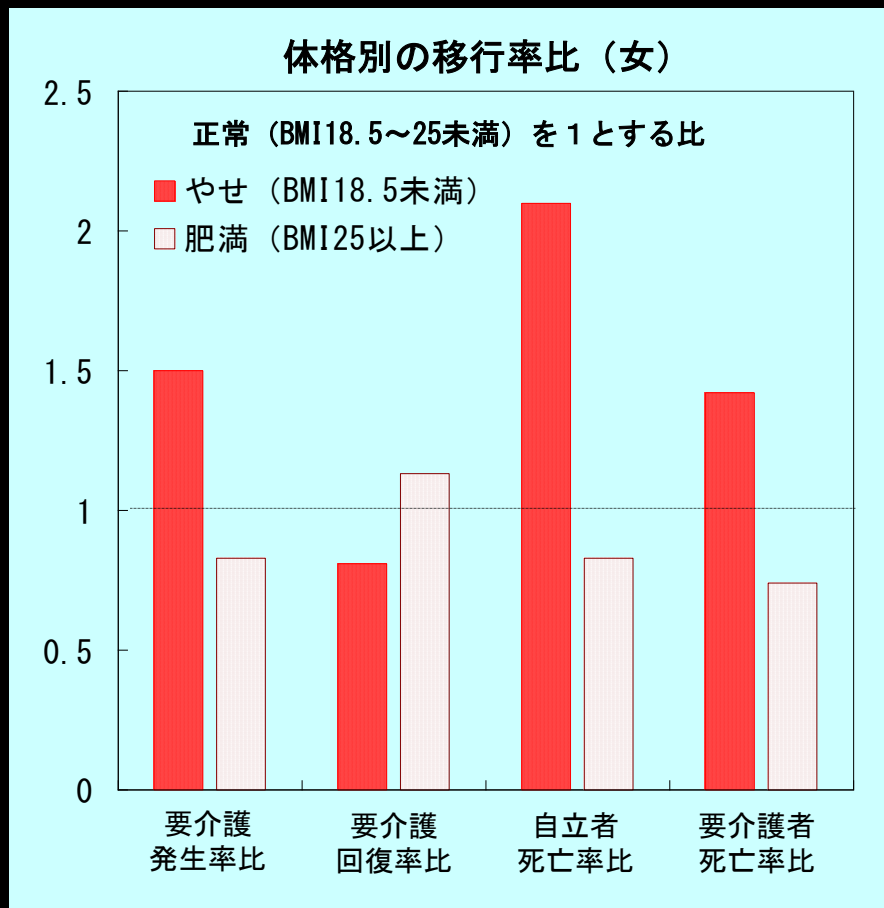
(100人年対) 自立者と要介護者の死亡率 (男)



喫煙状況別、移行率比と平均自立期間

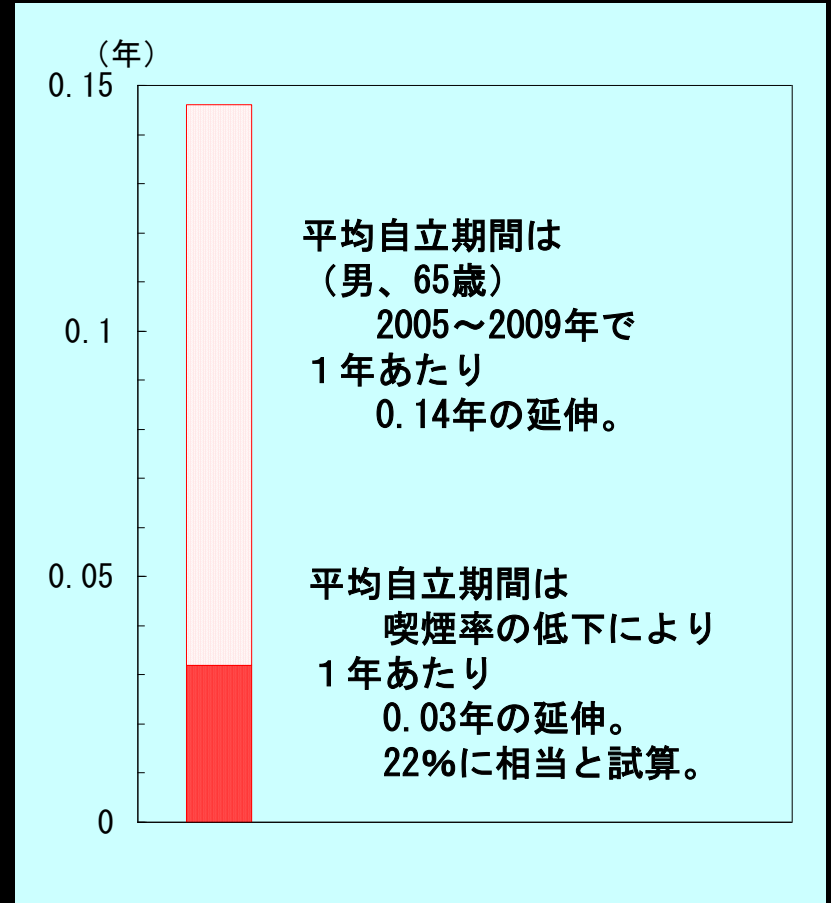


体格別、移行率比と平均自立期間



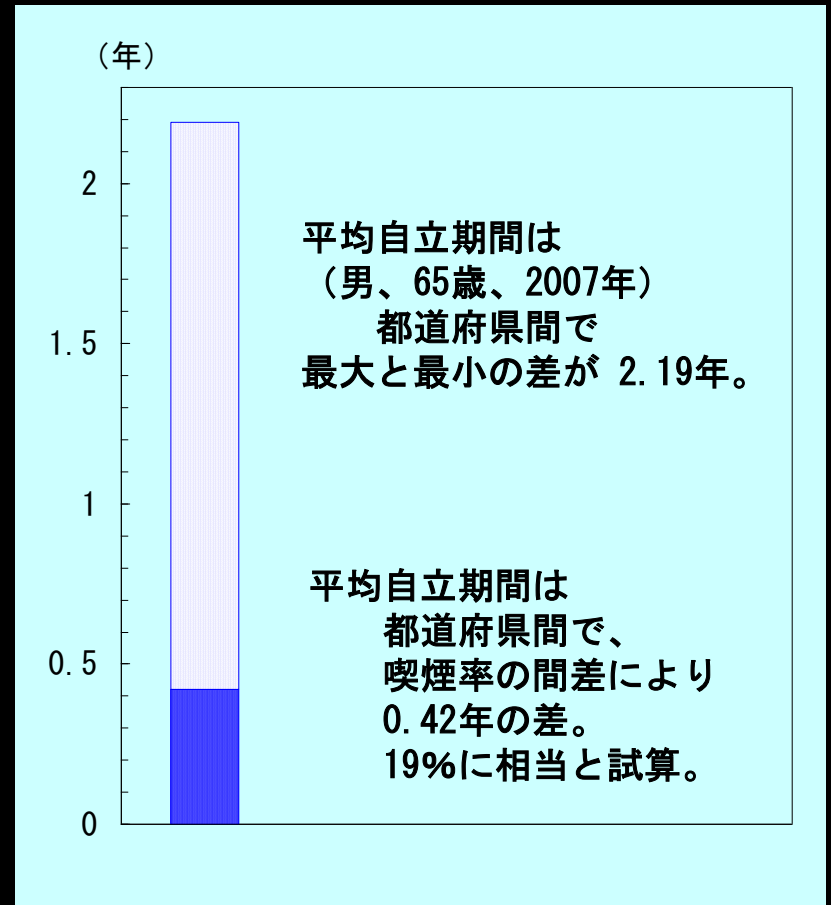
年次推移に対する喫煙の影響の試算

65歳以上の男において、
喫煙率が2001～2007年で、
1年あたり0.9%の低下。
喫煙者の平均自立期間は
非喫煙者よりも4.2歳短い。
この喫煙率の低下を
平均自立期間に換算すると
1年あたり0.03年の延伸。



年次推移に対する喫煙の影響の試算

2007年の65歳以上の男において
喫煙率は都道府県間で、
最大と最小の差が 12.0%。
喫煙者の平均自立期間は
非喫煙者よりも 4.2歳短い。
この喫煙率の間差を
平均自立期間に換算すると
0.42年の差に相当。



ご静聴ありがとうございました。

本報告は、下記2つの研究班の研究成果に基づいている。

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等
生活習慣病対策総合研究事業）による

「健康寿命の年次推移、地域分布と関連要因の
評価に関する研究班」（平成22年度）

「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の
費用対効果に関する研究班」（平成23年度）

早世に関する疫学的知見

滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門

三浦克之

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

報告書

(平成12年2月)

総論

第3章 基本戦略

第1節 基本方針

3. 目的

健康日本21の目的は、社会からみると病気や障害による社会的な負担を減らし、国民の健康寿命を延長して、活力ある持続可能な社会を築くことにある。また人の死を最終的に予防することが不可能である以上、**病気予防の重点は早世に置くべきといえる。**一方、個人からみると、早世と障害を予防し、生活の質を高めることによって、稔り豊かで満足できる生涯づくりを目指すことにある。

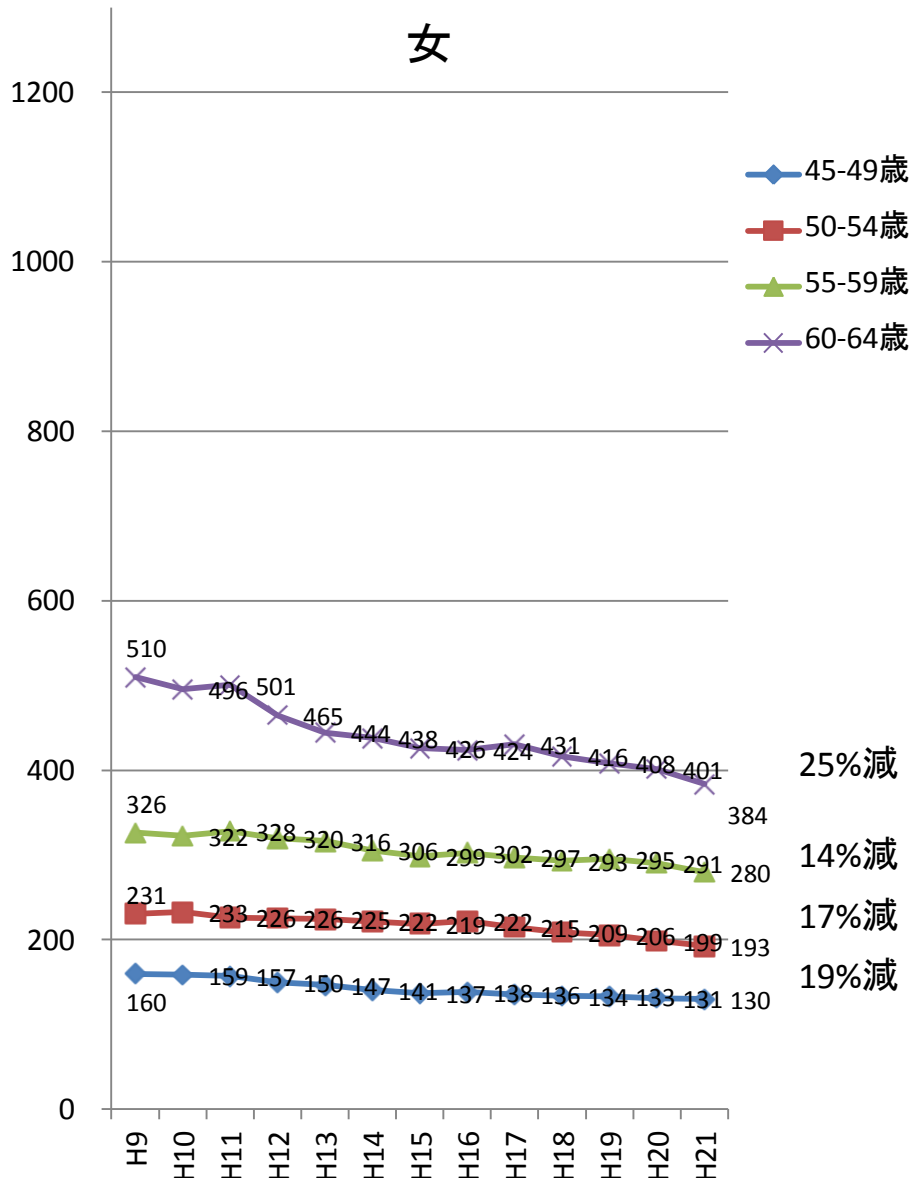
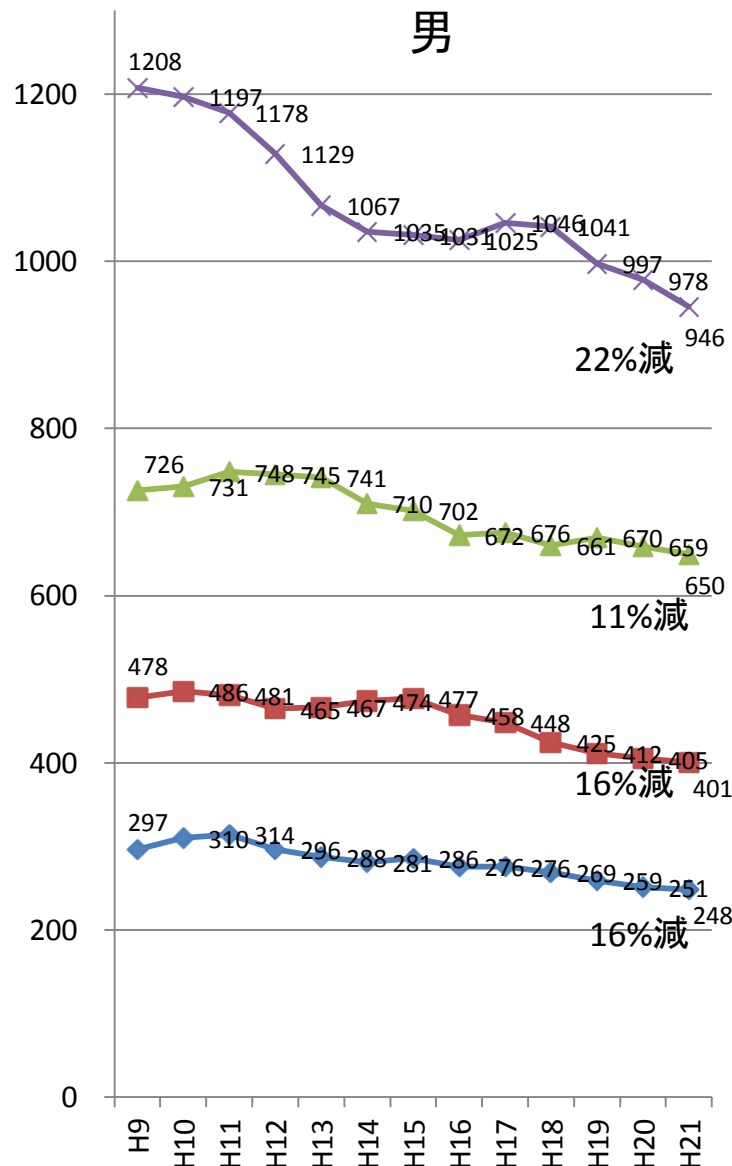
健康日本21の目的を社会全体として、あるいは個人の生涯という観点から達成していくためには、人生の段階別に課題を捉え、対策を講じていくことが必要である。健康の課題は年齢・世代によって異なっており、さらに人生の各段階の結果が次の段階、あるいは最終的な結果に影響を及ぼすからである。

早世に関連する疫学的知見

- 早世(65歳未満の死亡)、特に壮年期(25-44歳)および中年期(45-64歳)の総死亡率の推移(人口動態統計)
- 壮年期・中年期の死因別死亡率の推移(人口動態統計)
- 壮年期・中年期の総死亡に関連する要因の知見(EPOCH-JAPAN研究より)
- 壮年期・中年期の循環器疾患死亡に関連する要因の解析(NIPPON DATA80より)

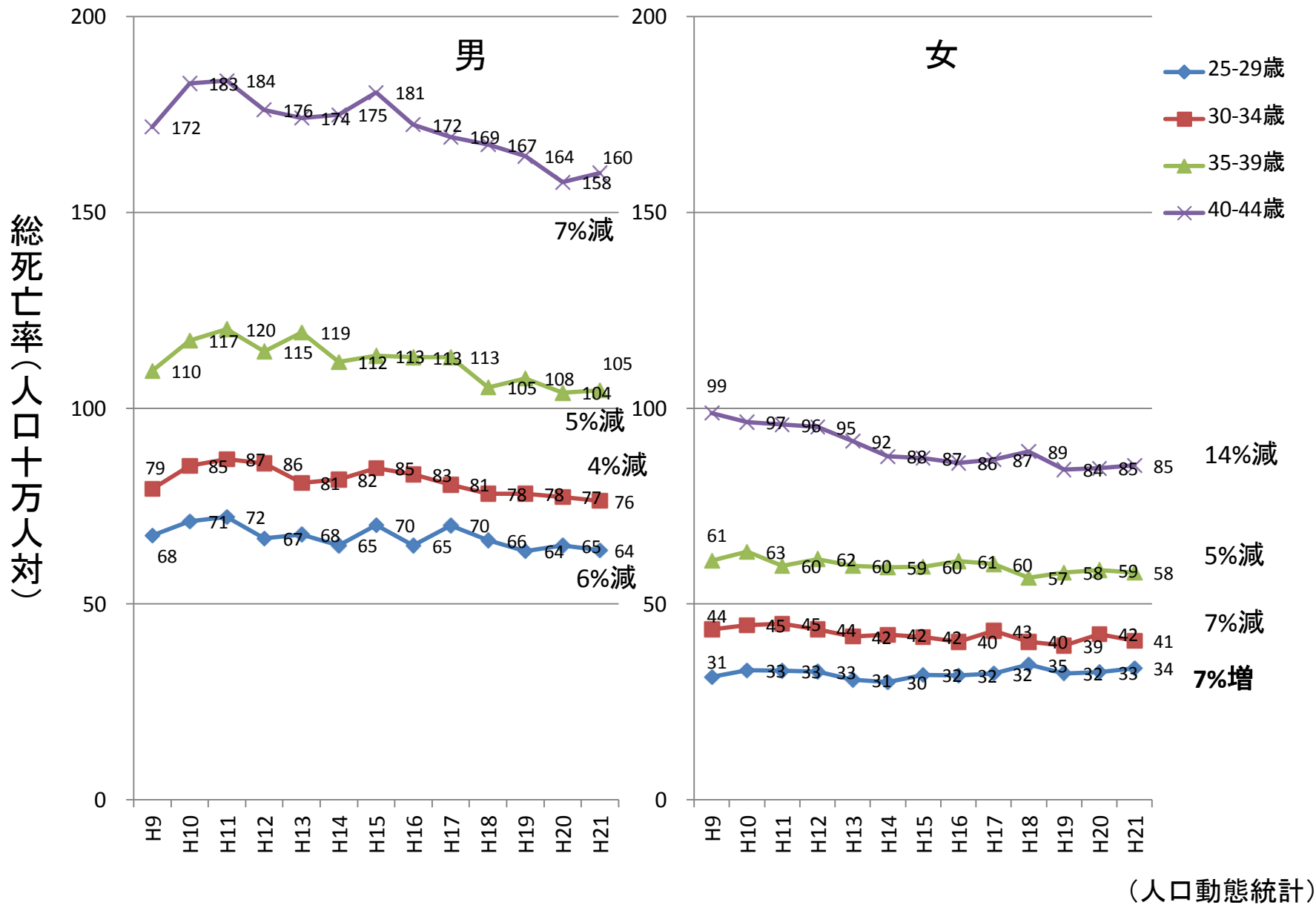
中年期(45-64歳)の総死亡率の推移と変化率(平成9~21年)

総死亡率(人口十万人対)



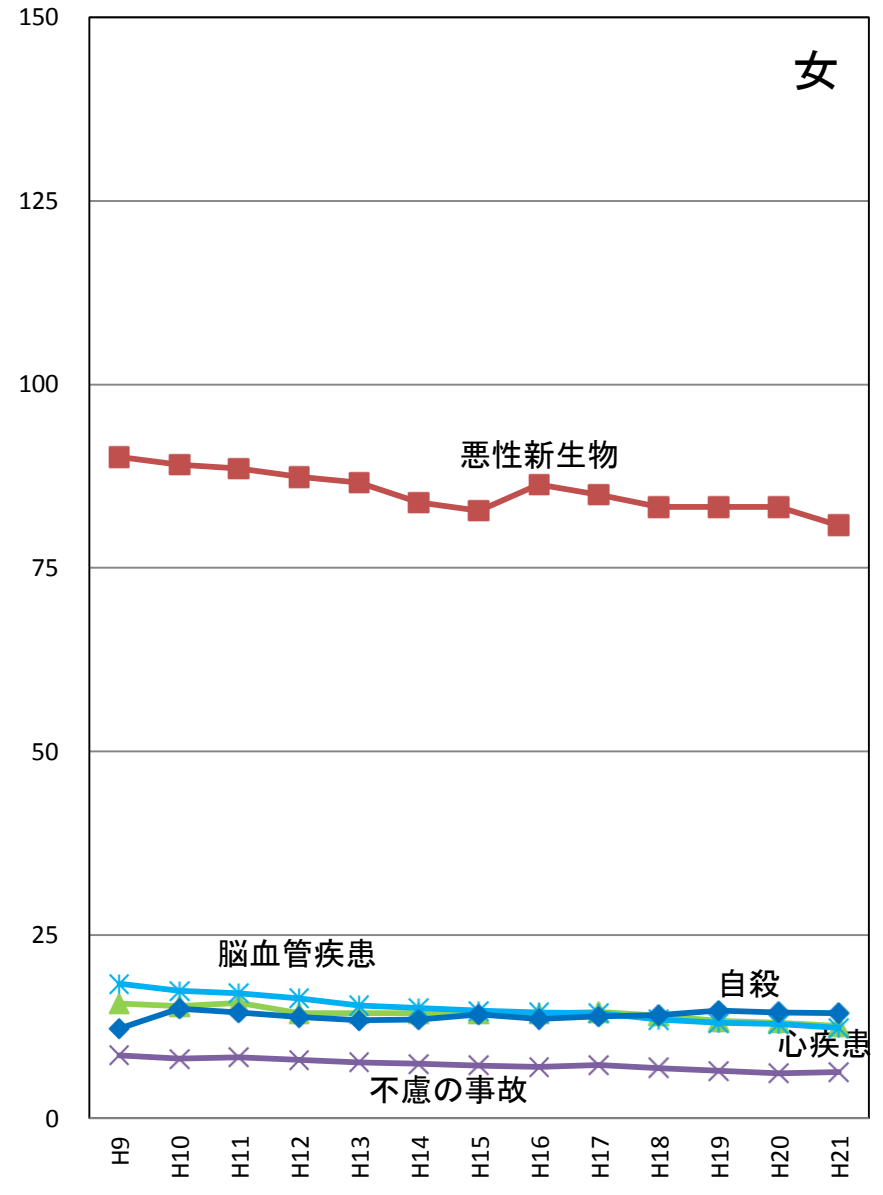
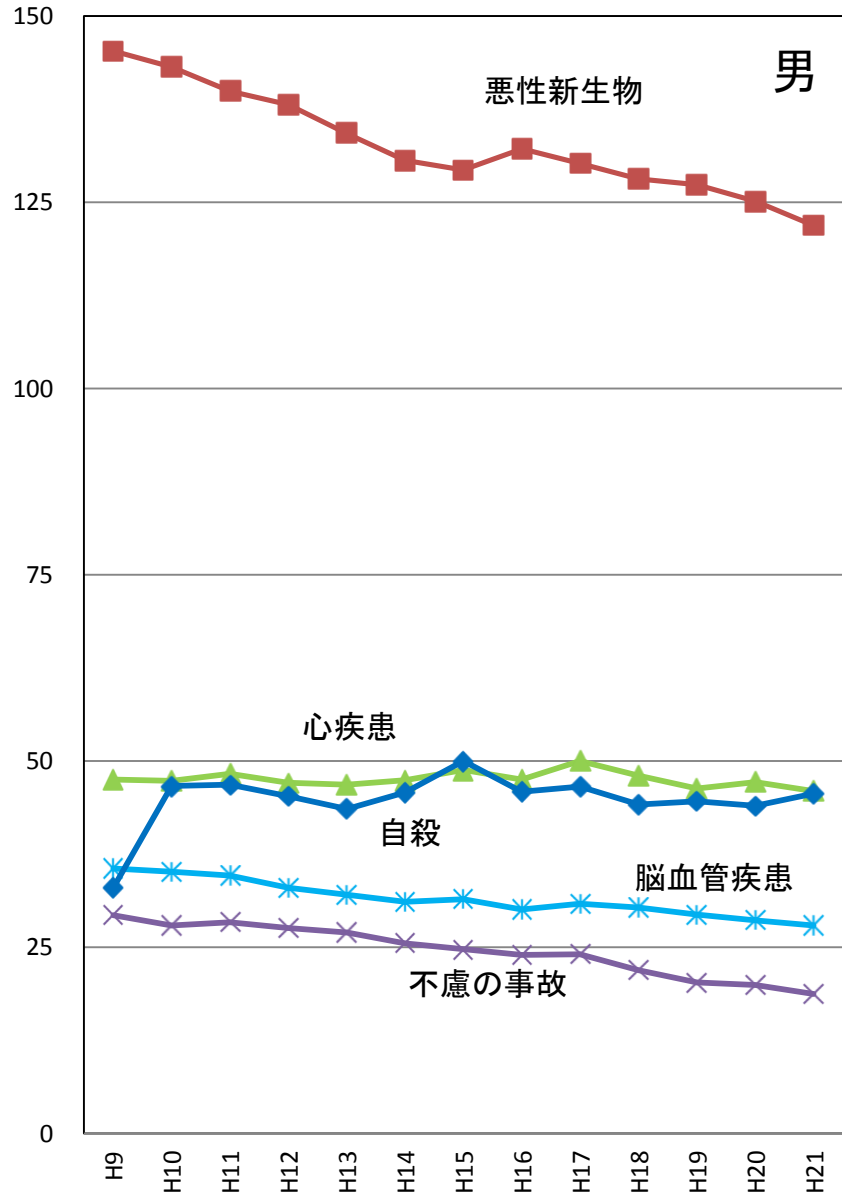
(人口動態統計)

壮年期(25-44歳)の総死亡率の推移と変化率(平成9~21年)



25-64歳の上位5死因の死亡率の推移(平成9～21年)

死亡率(人口十万人対)



(人口動態統計)

平成20-22年度厚生労働科学研究費補助金

H20－循環器等(生習)－一般－013

大規模コホート共同研究による 生活習慣病発症予防データベースの構築と その高度利用に関する研究 (EPOCH-JAPAN)

研究代表者 (所属施設) 滋賀医科大学・生活習慣病予防センター
(氏 名) 上島 弘嗣

EPOCH-JAPAN の概要

Evidence for Cardiovascular Prevention from Observational Cohorts in Japan Study

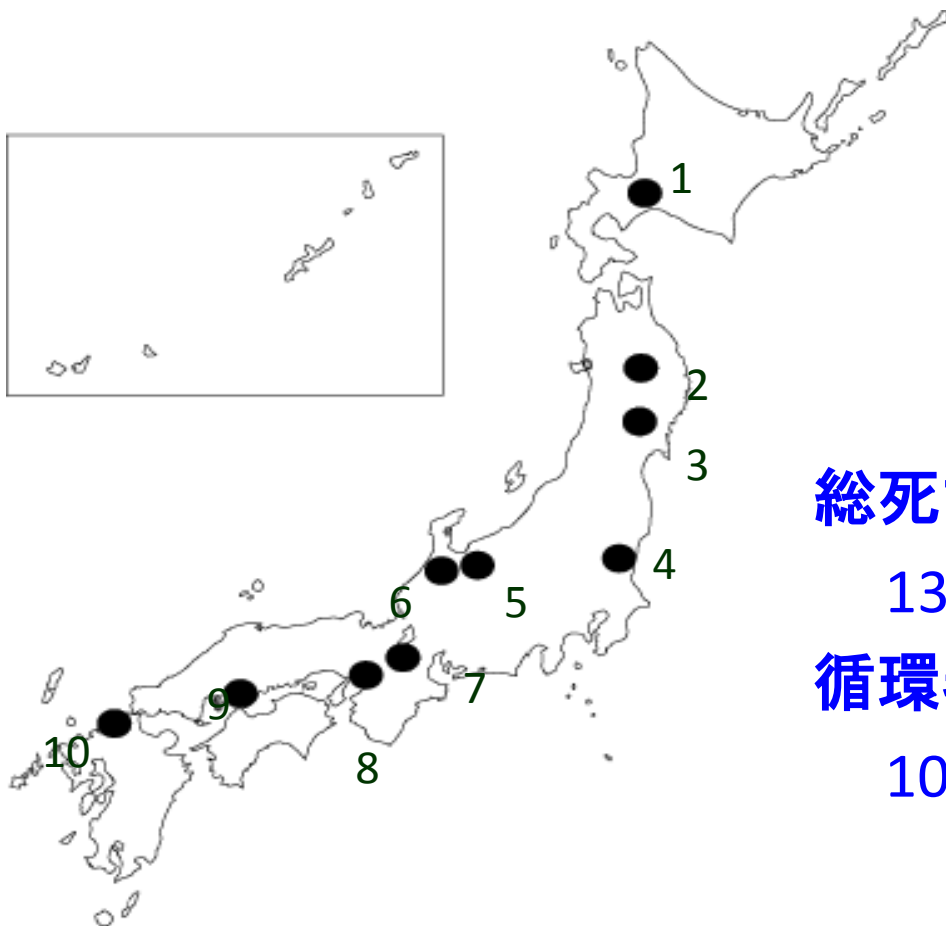
わが国におけるコホート研究のデータを個人レベルで統合、解析するプロジェクト

コホート選定基準: 健診項目がある、10年前後の追跡、1,000人以上

EPOCH-JAPAN参加コホート

1: 端野・壮瞥, 2: 大迫, 3: 大崎, 4: 茨城県,
5: YKK, 6: 小矢部, 7: 滋賀国保, 8: 吹田,
9: 放影研コホート, 10: 久山.

他、以下3つの全国規模のコホート
NIPPON DATA80, NIPPON DATA90
JACC study



総死亡データベース

13コホート、計19万人、200万人年

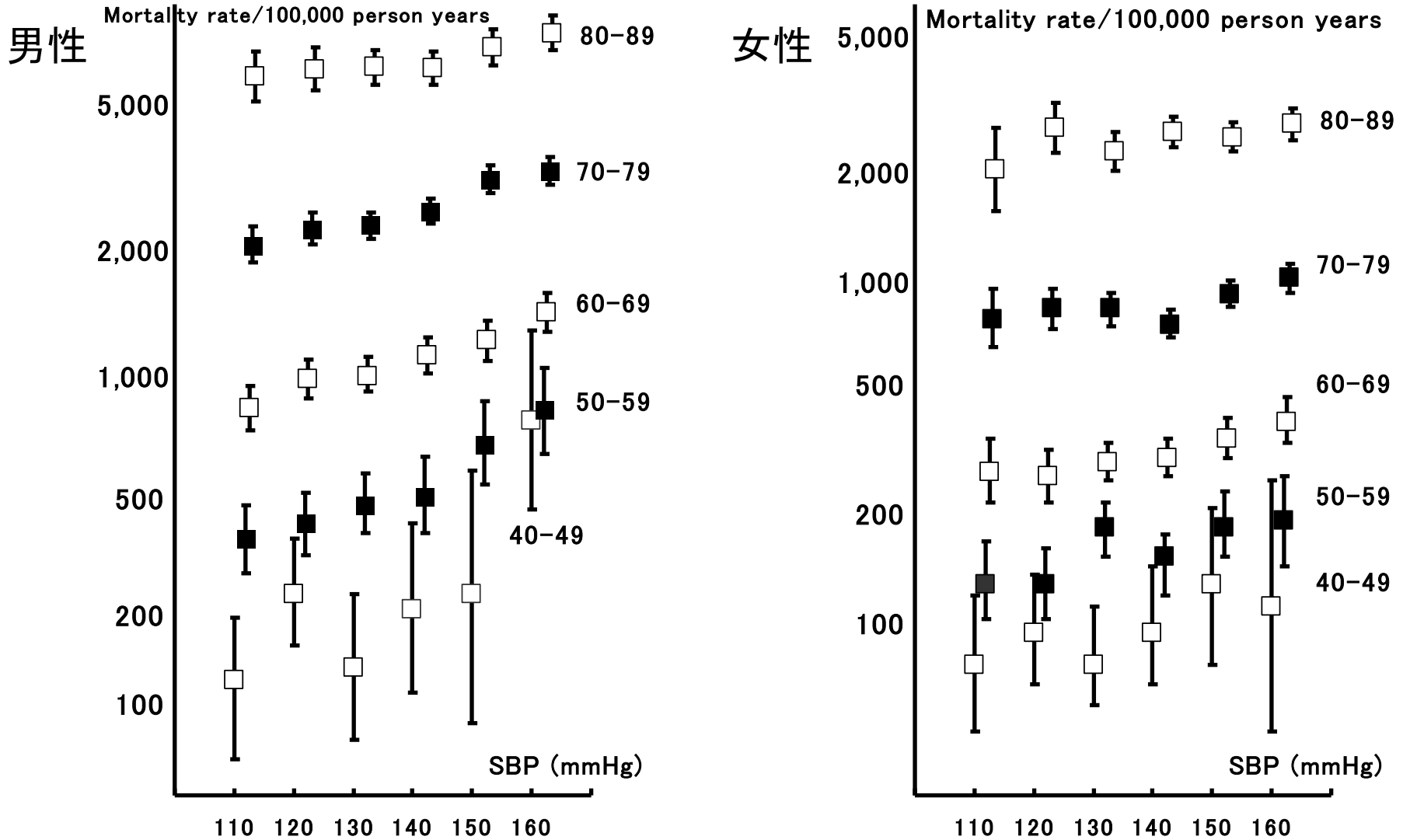
循環器死亡データベース

10コホート、計9万人、100万人年

血圧値の性・年齢階級別総死亡への影響の分析

1. 全ての解析は性・年齢階級別に実施
2. 血圧水準別の総死亡率
喫煙、飲酒、BMI、コホートの影響をポワソン回帰で調整
3. 血圧10 mmHg上昇に対する総死亡リスク上昇
4. 血圧カテゴリ別にみた総死亡リスク
5. 集団寄与危険割合：
もし血圧が至適であれば回避できた死亡の割合

収縮期血圧水準別の調整総死亡率 (EPOCH-JAPAN)

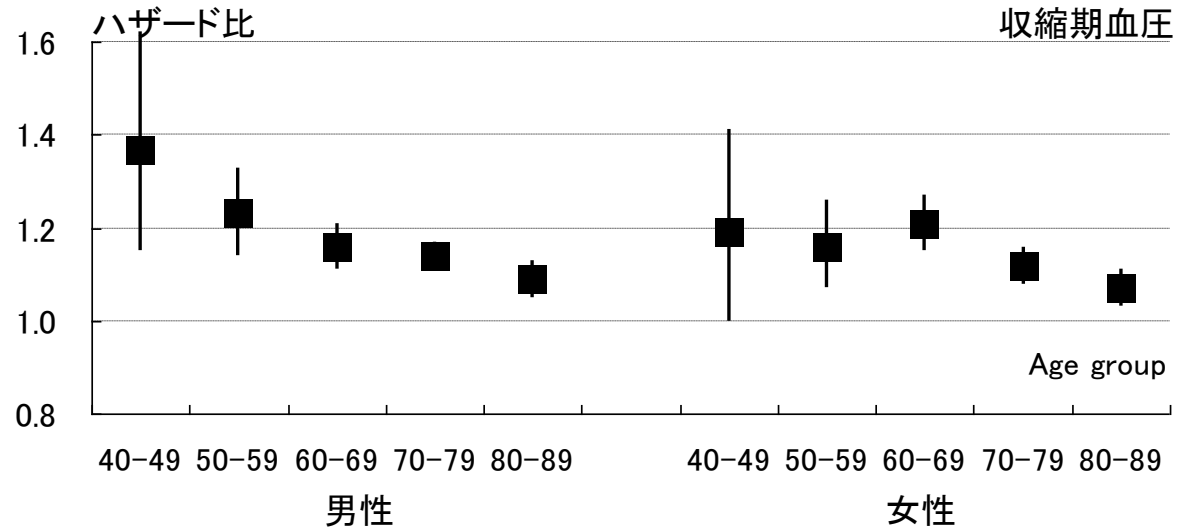


男女とも各年齢階級で、血圧上昇とともに総死亡率は直線的に増加

喫煙、飲酒、BMI、コホートの影響をポワソン回帰で調整

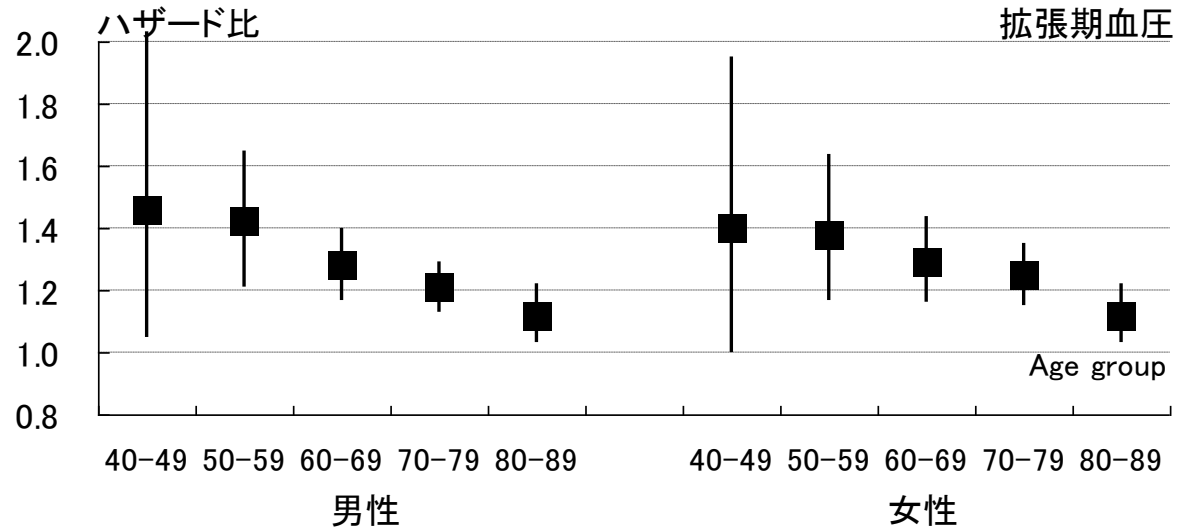
血圧10 mmHg上昇に対する総死亡リスク (EPOCH-JAPAN)

収縮期血圧



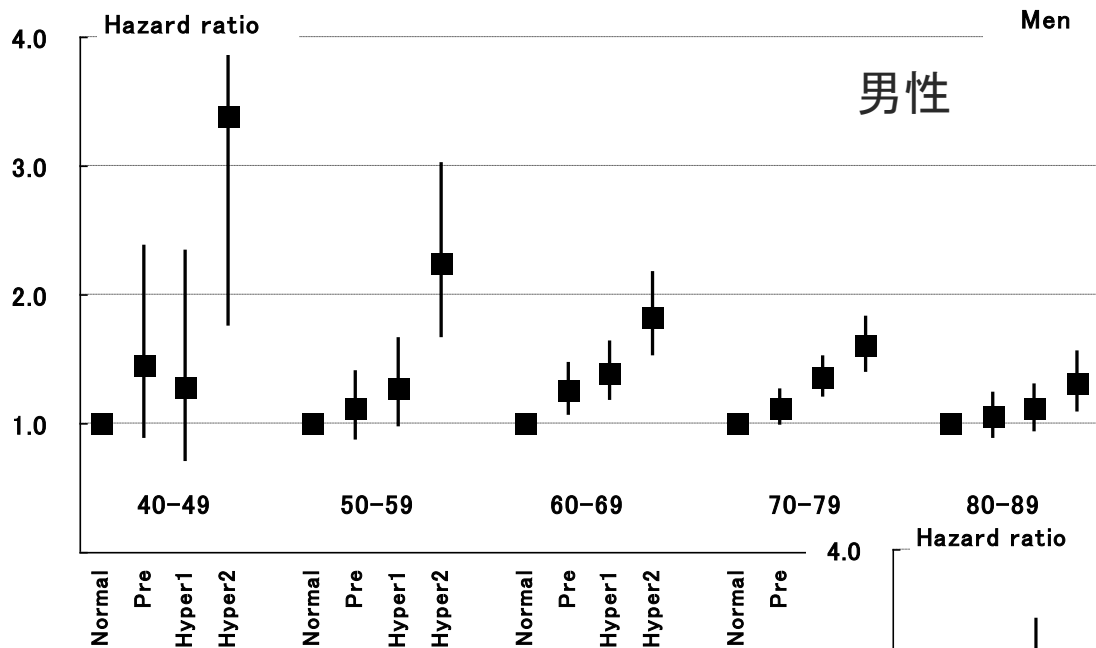
拡張期血圧

喫煙、飲酒、BMI、
コホートの影響を
ポワソン回帰で調整



40,50歳代における血圧上昇の総死亡リスクは高齢者より高い

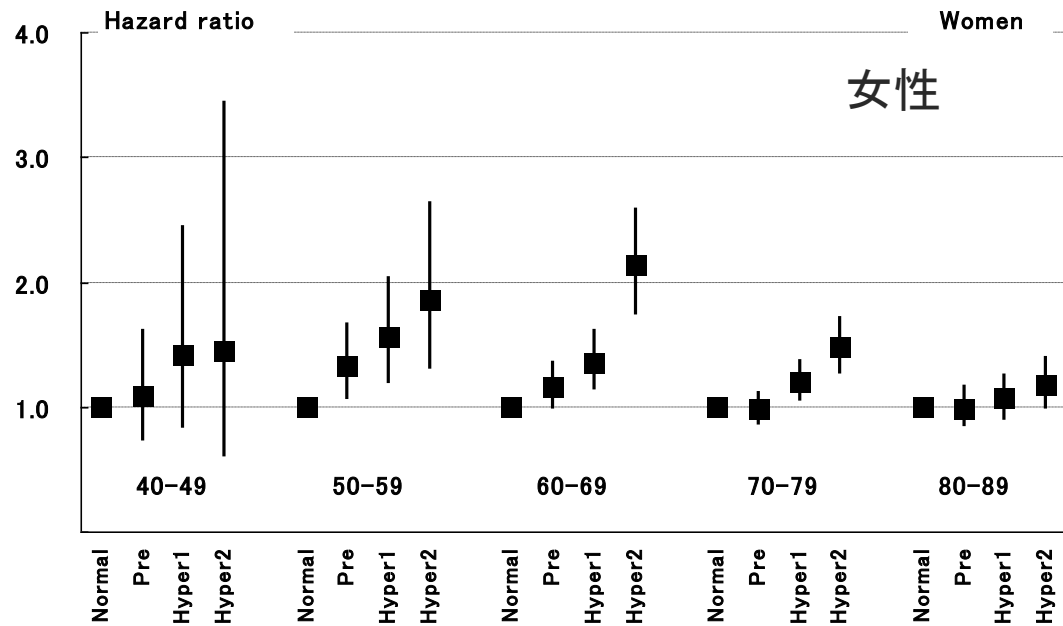
血圧分類別(JNC7)にみた調整総死亡リスク (EPOCH-JAPAN)



血圧分類の上昇による
総死亡リスク上昇は
年齢が若いほど強い

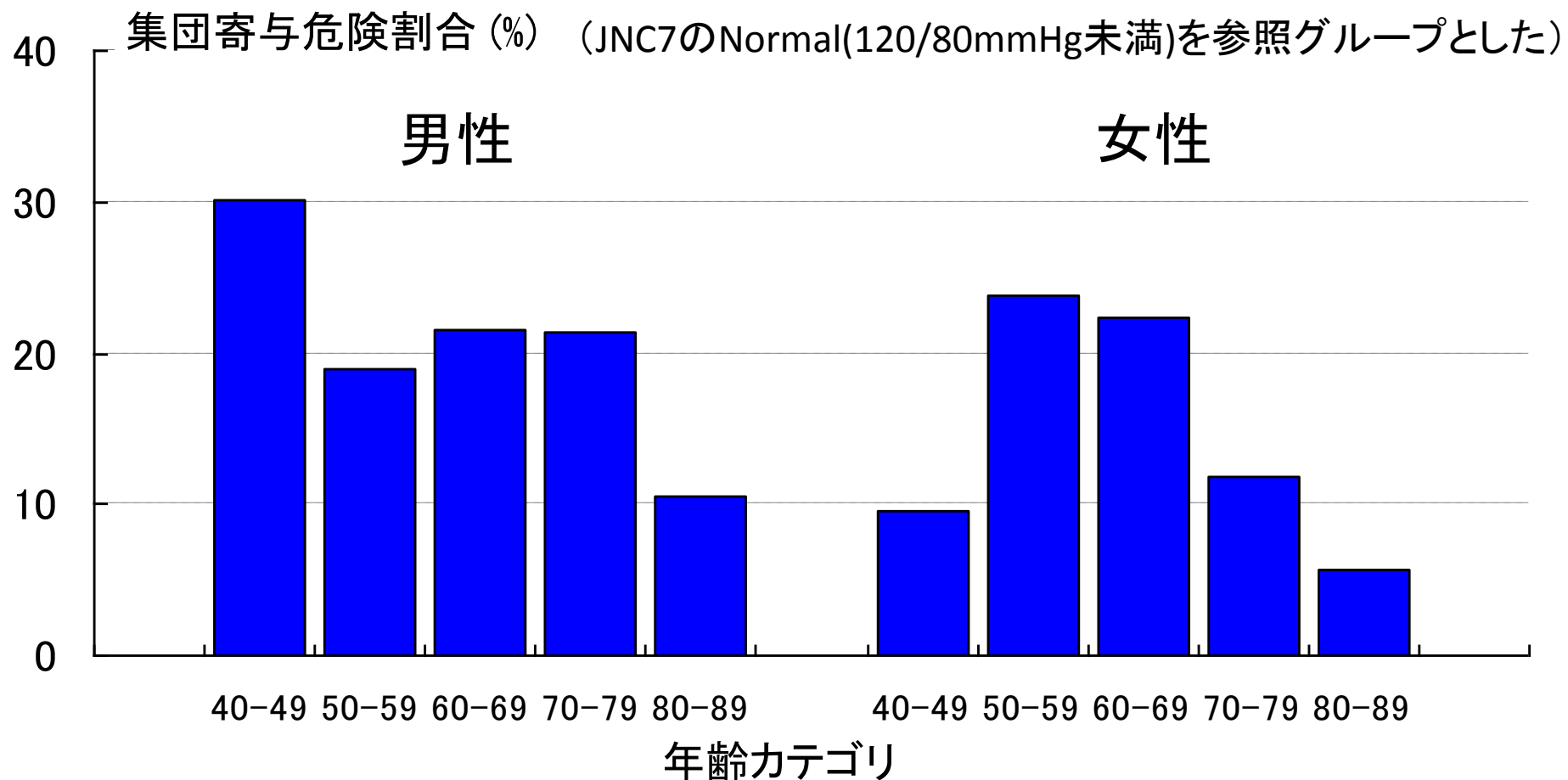
	収縮期血圧	拡張期血圧
Normal	120未満	かつ 80未満
Pre-hyper	120-39	かつ 80-89
Hyper1	140-59	かつ 90-99
Hyper2	160以上	または 100以上

単位はmmHg



喫煙、飲酒、BMI、コホートの影響をポワソン回帰で調整

血圧高値による総死亡の集団寄与危険割合 (EPOCH-JAPAN)



総死亡の約20%が120/80mmHg未満を維持することにより回避可能

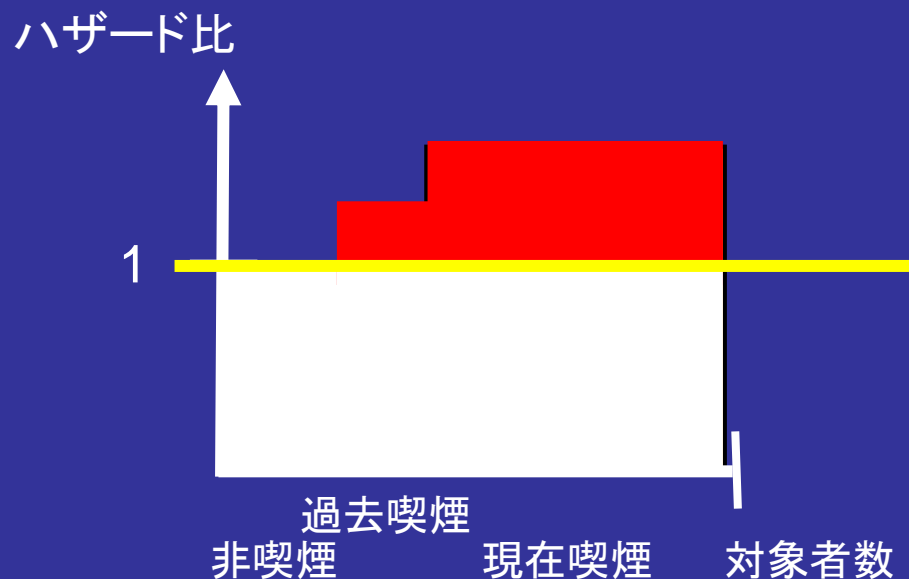
男の40-79歳、女の50-69歳での死亡については、特にこの割合が大きい

喫煙習慣の性・年齢階級別総死亡への影響の分析

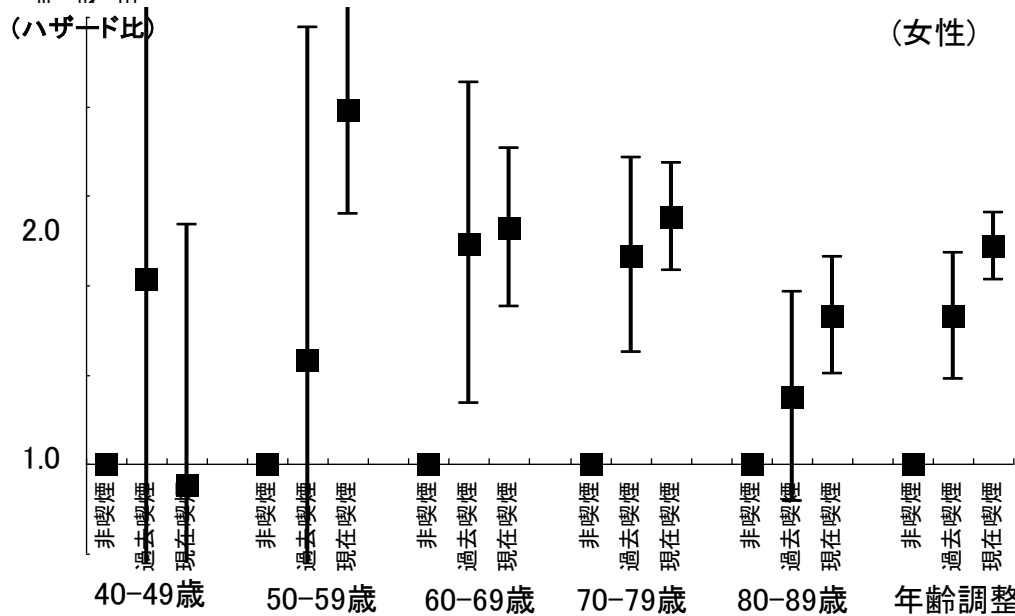
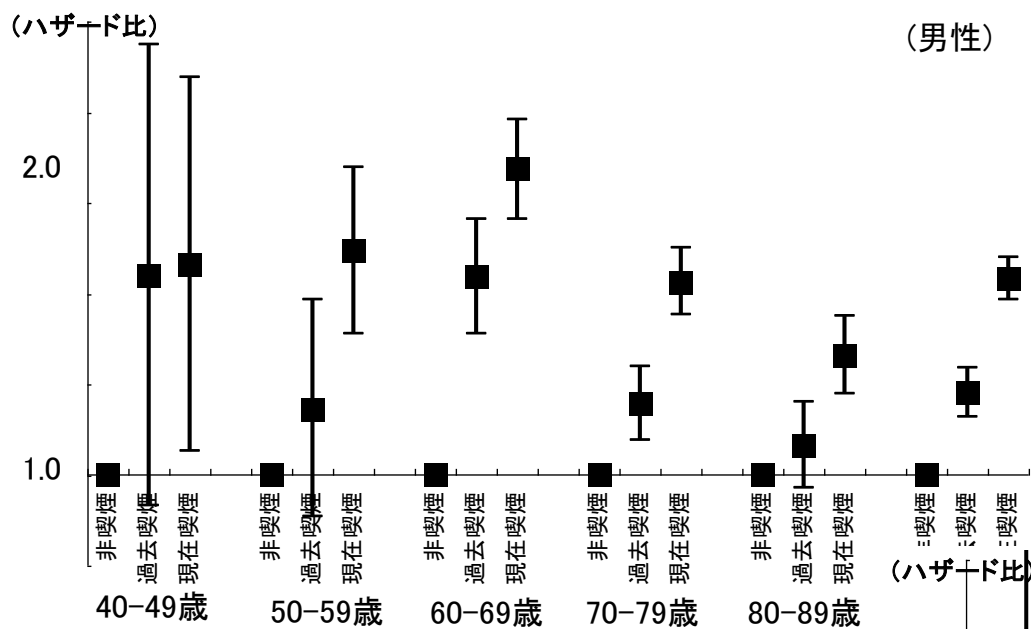
- 研究対象者：
EPOCH-JAPANの総死亡データベースから喫煙情報のある183,251人を対象した。
- 統計モデル：
性・年齢階級(40-80歳代)別にポワソン回帰モデルにより、非喫煙を参照群とした、過去、現在喫煙の多変量調整ハザード比を推定した。交絡因子は収縮期血圧、飲酒、BMI、コホートとした。
- 集団寄与危険割合(PAF):
参照グループは非喫煙として、性・年齢階級別に推定した。

集団寄与危険割合(PAF):

もし曝露しなかったら回避可能であったイベントの割合
参照グループは非喫煙として、性・年齢階級別に推定した。

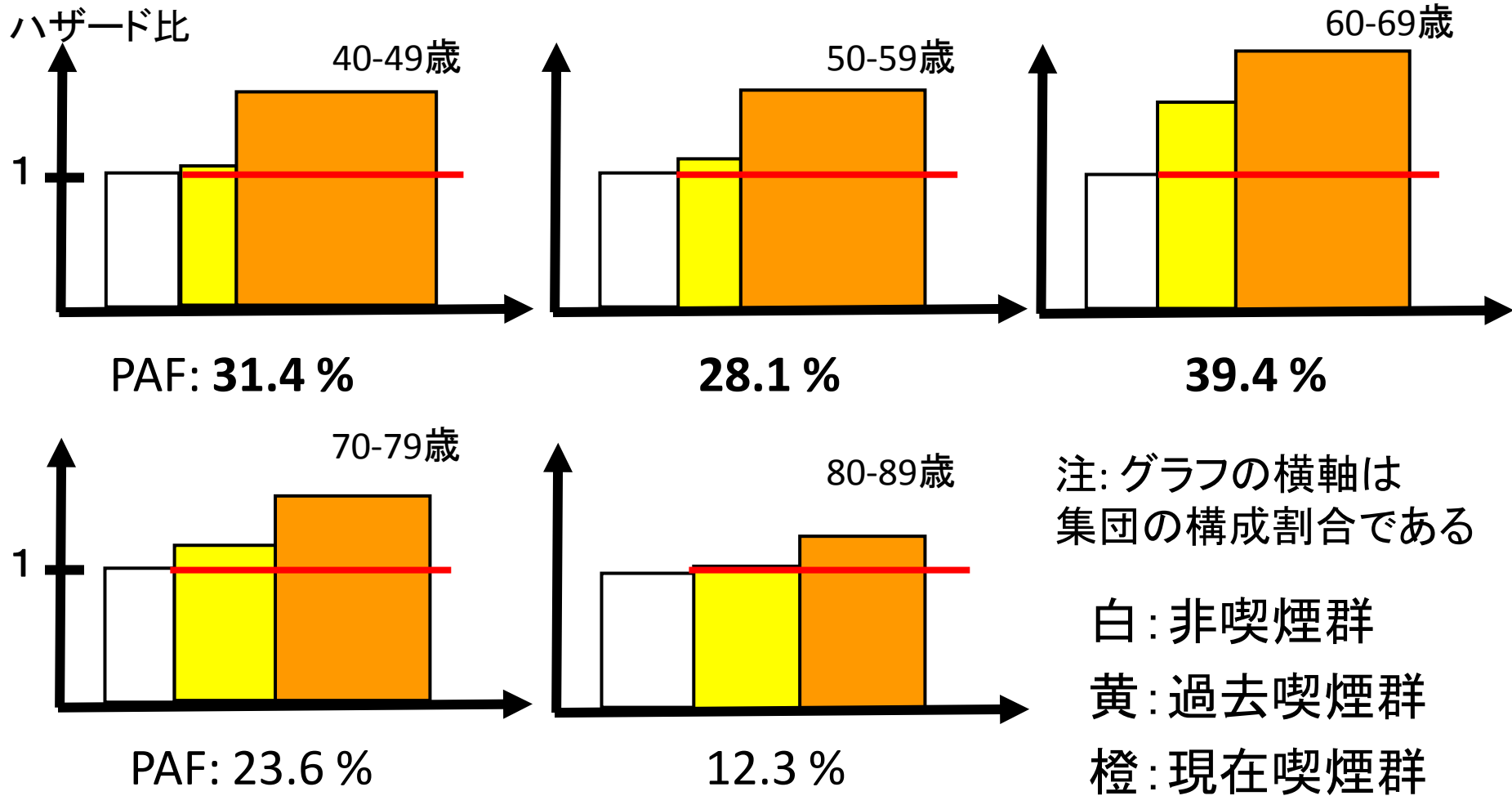


性・年齢階級別の喫煙習慣の総死亡リスク (EPOCH-JAPAN)



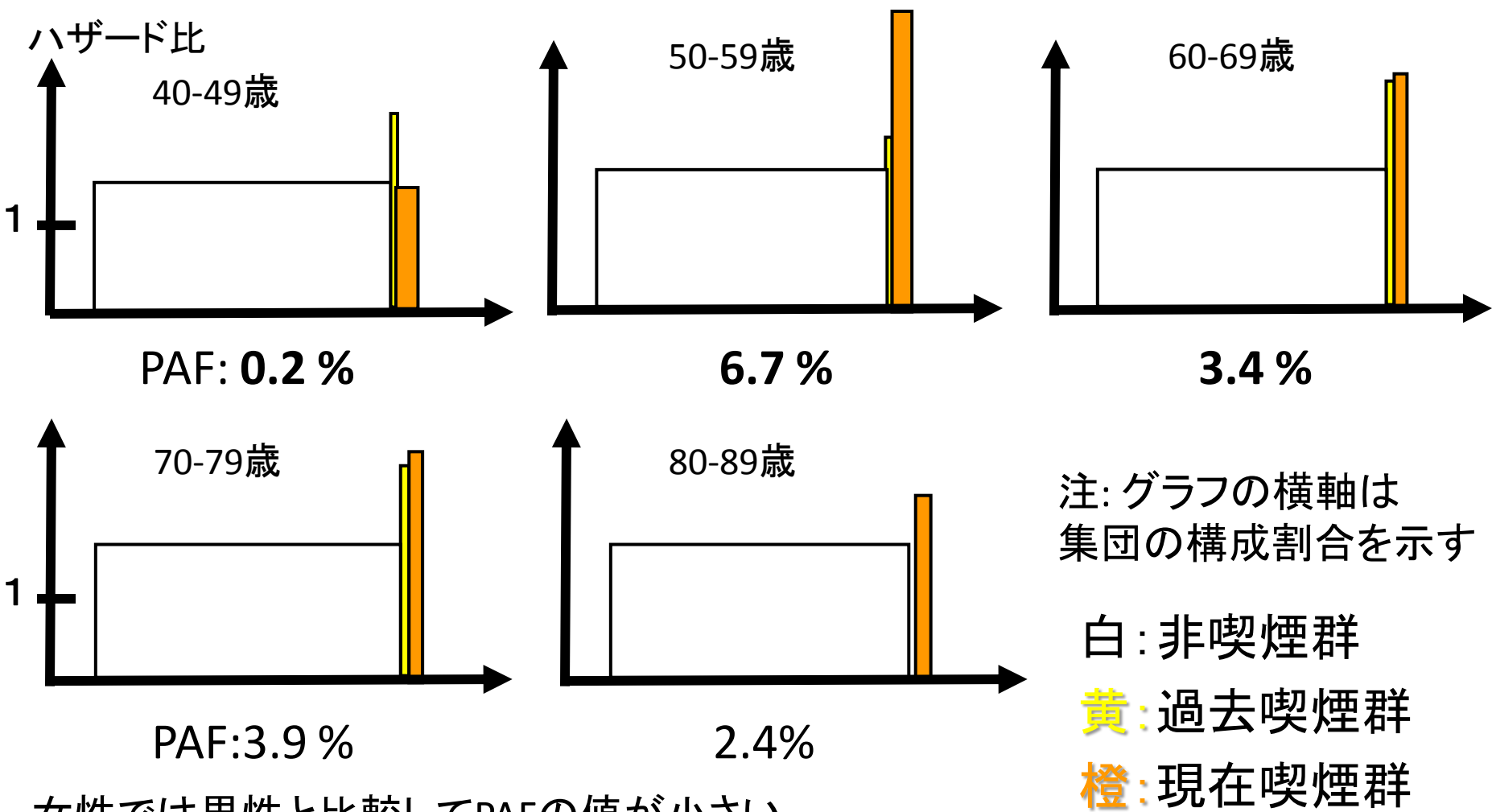
40歳代女性を除く年齢階級で
喫煙カテゴリ上昇とともに、
総死亡のハザード比が増加(p<0.01)

喫煙状況別のハザード比と集団寄与危険割合 (PAF) (EPOCH-JAPAN) (男性全体でのPAFは 23.9%)



男性では40-60歳代で30%前後、特に60歳代で高い

喫煙状況別のハザード比と集団寄与危険割合 (PAF) (EPOCH-JAPAN) (女性全体でのPAFは 3.5 %)



女性では男性と比較してPAFの値が小さい

早世に関する疫学的知見のまとめ

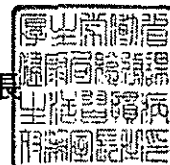
- 平成9年以降12年間において中年期の総死亡率は減少傾向。壮年期の総死亡率の低下は小さい。
- 死因別に見ると中・壮年期の悪性新生物、脳血管疾患・不慮の事故の死亡率は低下傾向。心疾患は横ばい。自殺は特に壮年期で上昇傾向。
- 中・壮年期の総死亡には血圧と喫煙が大きく影響。血圧高値と喫煙による過剰死亡割合が大きい。
- 65歳未満の循環器疾患死亡には、喫煙、高血圧、糖尿病が強く関連（NIPPON DATA80未発表データ）

健習発0628第1号

平成23年6月28日

各 都道府県
政令指定都市 健康増進計画担当課長 殿

厚生労働省健康局総務課
生活習慣病対策室長



「健康日本21」を踏まえた健康増進施策の
取組状況等の調査について（依頼）

健康増進施策につきましては、日頃からご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成12年度より開始されました、21世紀における国民健康づくり運動（「健康日本21」）が平成24年度をもって終了することを踏まえ、平成22年度より、健康日本21評価作業チームを立ち上げ、最終評価の検討を行っているところです。

そこで、各自治体の「健康日本21」を踏まえた健康増進施策の取組状況について、その現状を把握し、「健康日本21」の運動の最終評価を行うため、「健康日本21」の9分野及びその代表目標項目の取扱について、今般、調査をさせていただきますたく思います。

つきましては、別添実施要領に基づき、ご記入の上、7月22日（金）までに、電子ファイル（下記メールアドレスにエクセルファイルにて送信）にてご提出いただきますようご協力お願い申し上げます。

なお、各都道府県におかれましては、実施要領に基づき、管下市町村（但し、政令指定都市は除く。）（東京都におかれましては特別区及び管下市町村）への様式の配布並びに回収も併せてお願い申し上げます。

<お問い合わせ先・回答送付先>

厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室

原、磯

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

TEL：03-5253-1111（内線2396、2338）

FAX：03-3502-3099

E-mail：sukoyaka@mhlw.go.jp

(都道府県用)

健康増進施策の取組状況等について

健康増進計画のご担当者のお名前、所属、連絡先をご記入ください。

都道府県名	
所属・職名	
担当者名	
TEL	
FAX	
E-mail	

回答欄に必要事項を記入してください。

1 健康増進施策の推進体制について

(1) ①庁内に部局横断的な組織体制がありますか。いずれかを選択してください。

1 ある 2 ない

回答欄	該当する番号を選択してください
-----	-----------------

②あると回答した場合、そのトップは誰ですか。知事、△△部長等具体的に記述してください。

()

(2) 関係団体、民間企業、住民組織が参加した協議会・連絡会等の体制がありますか。いずれかを選択してください。

1 ある 2 ない

回答欄	該当する番号を選択してください
-----	-----------------

2 「健康日本21」地方計画(又は健康増進計画、以下同じ。)の評価について

(1) 地方計画の評価を行う体制はありますか。いずれかを選択してください。

1 ある 2 ない

回答欄	該当する番号を選択してください
-----	-----------------

(2) これまでに中間評価等の評価を行ったことがありますか。いずれかを選択してください。

1 ある 2 ない

回答欄	該当する番号を選択してください
-----	-----------------

(3) 地方計画を見直し、二次計画の策定を行いましたか。いずれかを選択してください。

1 策定した 2 策定中 3 ない

回答欄	該当する番号を選択してください
-----	-----------------

3 健康増進施策の取組状況について

「健康日本21」が策定されて以降、9分野及びその代表目標項目について、取組を充実させましたか。以下の点に注意してご回答ください。

・示された代表目標項目について、目標値をたてている項目に対し、対象者区分(性別、年齢、等)をご記入の上、目標値、ベースライン値、直近値(直近値に関しては調査年もご記入)をご記入ください。ベースライン値及び直近値に関しては、それぞれの出典調査も併せてご記入ください。

・対象者区分が複数ある場合は、適宜、行を追加し、それぞれに対象者区分をご記入の上、目標値、ベースライン値、直近値(調査年も含む)、出典調査をご記入ください。

・「充実した」、「縮小した」、「変わらない」、「未実施」に関しては、健康日本21が策定された平成12年から現在までを対象として、以下の基準により、該当する番号を回答欄に記載してください(プルダウンリストで選択できます)。

- 1 充実した : 予算の増額、条例等関係法令の整備、取組内容の見直しや関係機関との連携強化などにより、取組の質を向上させた場合、等。
- 2 縮小した : 予算額の大幅な削減、投入する労力の減少のあった場合、等。
- 3 変わらない : 「充実した」、「縮小した」にあてはまらない場合。
- 4 未実施 : その分野の目標項目を設定していない場合。

・示された代表目標項目を設定していない場合は、「対象者区分」の項目に、「未設定」とご記入ください。

① 栄養・食生活	1 充実した	2 縮小した	3 変わらない	4 未実施	回答欄	該当する番号を選択してください	
	対象者区分				目標値	ベースライン値	直近値(H.〇〇年)
					(出典調査)	(出典調査)	
・適正体重を維持している人の増加		()	()	()	()	() (H. 年)	
・脂肪エネルギー比率の減少		()	()	()	()	() (H. 年)	
・野菜の摂取量の増加		()	()	()	()	() (H. 年)	
・朝食を欠食する人の減少		()	()	()	()	() (H. 年)	
・メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)を認知している国民の割合の増加		()	()	()	()	() (H. 年)	

② 身体活動・運動	1 充実した 2 縮小した 3 変わらない 4 未実施				回答欄	該当する番号を選択してください
	対象者区分	目標値	ベースライン値	直近値(H.〇〇年)		
		()	()	()(H. 年)		
・日常生活における歩数の増加(成人、高齢者)		()	()	()(H. 年)		
・運動習慣者の増加		()	()	()(H. 年)		
		()	()	()(H. 年)		
③ 休養・こころの健康づくり	1 充実した 2 縮小した 3 変わらない 4 未実施				回答欄	該当する番号を選択してください
	対象者区分	目標値	ベースライン値	直近値(H.〇〇年)		
		()	()	()(H. 年)		
・睡眠による休養を十分にとれていない人の減少		()	()	()(H. 年)		
・自殺者の減少		()	()	()(H. 年)		
		()	()	()(H. 年)		
④ たばこ	1 充実した 2 縮小した 3 変わらない 4 未実施				回答欄	該当する番号を選択してください
	対象者区分	目標値	ベースライン値	直近値(H.〇〇年)		
		()	()	()(H. 年)		
・未成年者の喫煙をなくす		()	()	()(H. 年)		
・公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及		()	()	()(H. 年)		
・禁煙支援プログラムの普及		()	()	()(H. 年)		
・喫煙をやめたい人がやめる		()	()	()(H. 年)		
		()	()	()(H. 年)		
⑤ アルコール	1 充実した 2 縮小した 3 変わらない 4 未実施				回答欄	該当する番号を選択してください
	対象者区分	目標値	ベースライン値	直近値(H.〇〇年)		
		()	()	()(H. 年)		
・多量に飲酒する人の減少		()	()	()(H. 年)		
・未成年者の飲酒をなくす		()	()	()(H. 年)		
		()	()	()(H. 年)		
⑥ 歯の健康	1 充実した 2 縮小した 3 変わらない 4 未実施				回答欄	該当する番号を選択してください
	対象者区分	目標値	ベースライン値	直近値(H.〇〇年)		
		()	()	()(H. 年)		
・(学齢期のう蝕予防)一人平均う歯数の減少		()	()	()(H. 年)		
・(歯の喪失防止)80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加		()	()	()(H. 年)		
		()	()	()(H. 年)		

⑦ 糖尿病	1 充実した 2 縮小した 3 変わらない 4 未実施				回答欄	該当する番号を選択してください
	対象者区分	目標値	ベースライン値	直近値(H.〇〇年)		
			(出典調査)	(出典調査)		
・糖尿病検診受診後の事後指導の推進		()	()	() (H. 年)		
			()	()		
・メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者・予備群の減少		()	()	() (H. 年)		
			()	()		
・メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上		()	()	() (H. 年)		
			()	()		
・糖尿病有病者の増加の抑制(推計)		()	()	() (H. 年)		
			()	()		
⑧ 循環器	1 充実した 2 縮小した 3 変わらない 4 未実施				回答欄	該当する番号を選択してください
	対象者区分	目標値	ベースライン値	直近値(H.〇〇年)		
			(出典調査)	(出典調査)		
・健康診断を受ける人の増加		()	()	() (H. 年)		
			()	()		
・高脂血症の減少		()	()	() (H. 年)		
			()	()		
・生活習慣の改善等による循環器病の減少(推計)		()	()	() (H. 年)		
			()	()		
⑨ がん	1 充実した 2 縮小した 3 変わらない 4 未実施				回答欄	該当する番号を選択してください
	対象者区分	目標値	ベースライン値	直近値(H.〇〇年)		
			(出典調査)	(出典調査)		
・がん検診の受診者の増加		()	()	() (H. 年)		
			()	()		

4 その他(自由記載)

・都道府県における健康増進施策の取組状況について、以下の例を参考に、自由に記載してください。
 例:工夫した独自の目標項目、目標値を設定した例
 目標設定値、目標を達成するための取組が困難であった例 等

(市区町村用)

健康増進施策の取組状況等について

健康増進計画のご担当者のお名前、所属、連絡先をご記入ください。

市区町村名	
所属・職名	
担当者名	
TEL	
FAX	
E-mail	

回答欄に必要事項を記入してください。

1 健康増進施策の推進体制について

(1) ①庁内に部局横断的な組織体制がありますか。いずれかを選択してください。

1 ある

2 ない

回答欄

該当する番号を選択してください

②あると回答した場合、そのトップは誰ですか。市長、△△部長等具体的に記述してください。

(

)

(2) 関係団体、民間企業、住民組織が参加した協議会・連絡会等の体制がありますか。いずれかを選択してください。

1 ある

2 ない

回答欄

該当する番号を選択してください

2 「健康日本21」地方計画(又は健康増進計画。以下同じ。)の評価について

(1) 地方計画の評価を行う体制はありますか。いずれかを選択してください

1 ある

2 ない

回答欄

該当する番号を選択してください

(2) これまでに中間評価等の評価を行ったことがありますか。いずれかを選択してください。

1 ある

2 ない

回答欄

該当する番号を選択してください

(3) 地方計画を見直し、二次計画の策定を行いましたか。いずれかを選択してください。

1 策定した

2 策定中

3 ない

回答欄

該当する番号を選択してください

3 健康増進施策の取組状況について

「健康日本21」が策定されて以降、9分野及びその代表目標項目について、取組を充実させましたか。以下の点に注意してご回答ください。

・「充実した」、「縮小した」、「変わらない」、「未実施」に関しては、「健康日本21」が策定された平成12年から現在までを対象として、以下の基準により、該当する選択肢に1つ、○をつけてください(プルダウンリストより選択できます)。

1 充実した : 予算の増額、条例等関係法令の整備、取組内容の見直しや関係機関との連携強化などにより、取組の質を向上させた場合、等。

2 縮小した : 予算額の大幅な削減、投入する労力の減少のあった場合、等。

3 変わらない : 「充実した」、「縮小した」にあてはまらない場合。

4 未実施 : 目標項目を設定していない場合。

	充実した	縮小した	変わらない	未実施
① 栄養・食生活				
・適正体重を維持している人の増加				
・脂肪エネルギー比率の減少				
・野菜の摂取量の増加				
・朝食を欠食する人の減少				
・メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)を認知している国民の割合の増加				
② 身体活動・運動				
・日常生活における歩数の増加(成人、高齢者)				
・運動習慣者の増加				
③ 休養・こころの健康づくり				
・睡眠による休養を十分にとれていない人の減少				
・自殺者の減少				

④ たばこ				
・未成年者の喫煙をなくす				
・公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及				
・禁煙支援プログラムの普及				
・喫煙をやめたい人がやめる				
⑤ アルコール				
・多量に飲酒する人の減少				
・未成年者の飲酒をなくす				
⑥ 歯の健康				
・(学齢期のう蝕予防)一人平均う歯数の減少				
・(歯の喪失防止)80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加				
⑦ 糖尿病				
・糖尿病検診受診後の事後指導の推進				
・メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者・予備群の減少				
・メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上				
・糖尿病有病者の増加の抑制(推計)				
⑧ 循環器病				
・健康診断を受ける人の増加				
・高脂血症の減少				
・生活習慣の改善等による循環器病の減少(推計)				
⑨ がん				
・がん検診の受診者の増加				

4 その他(自由記載)

・市区町村における健康増進施策の取組状況について、以下の例を参考に、自由に記載してください。

例:工夫した独自の目標項目、目標値を設定した例
 目標設定値、目標を達成するための取組が困難であった例
 地方計画を策定していないが、それに変わる取組を行った例 等

--

健康増進施策の取組状況等の調査について

実施要領（都道府県、市区町村用）

1. 目的

都道府県及び市区町村（政令指定都市、特別区を含む。以下同じ。）において、「健康日本21」を踏まえた健康増進施策の取組状況等を把握し、「健康日本21」の最終評価（健康日本21評価作業チーム）及び次期国民健康づくり対策をはじめとする健康増進施策の推進を行う。

2. 対象地域

全都道府県及び全市区町村

（但し、東日本大震災に係る被災3県（岩手県、宮城県、福島県）においては、東日本大震災による影響を踏まえ、県のための調査とする。）

3. 対象期間

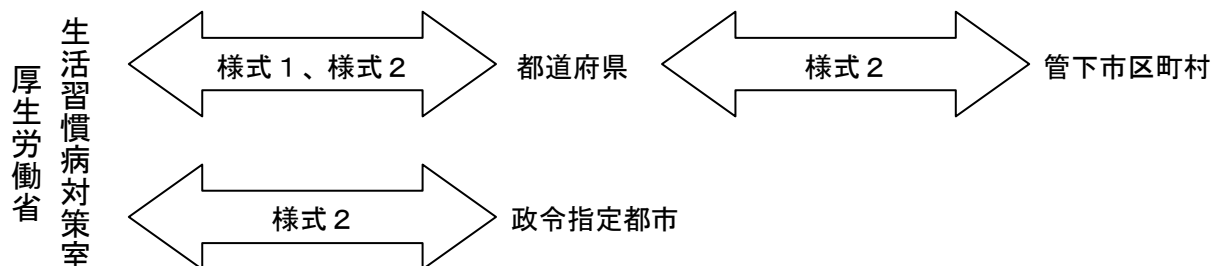
「健康日本21」が策定された平成12年から現在まで。

4. 様式

様式1：（都道府県用）健康増進施策の取組状況等について

様式2：（市区町村用）健康増進施策の取組状況等について

5. 実施の流れ



○【都道府県】

- ・ 様式 1 【(都道府県用) 健康増進施策の取組状況等について】にご回答ください。
- ・ 管下市区町村へ、様式 2 【(市区町村用) 健康増進施策の取組状況等について】の電子ファイル(エクセルファイル)の配布及びご回収をお願いいたします。(集計作業は不要です。)

○【政令指定都市】

- ・ 様式 2 【(市区町村用) 健康増進施策の取組状況等について】にご回答ください。

6. 回答の提出期限

平成23年7月22日(金)

7. 回答の提出方法

電子ファイル(エクセルファイル)にて【sukoyaka@mhlw.go.jp】までご提出をお願いいたします。

○【都道府県】

- ・ 都道府県にご回答いただいた様式 1、及び管下市区町村からご回収いただいた様式 2をご提出ください。様式 2 におきましては、シート別にして、ご提出ください。

○【政令指定都市】

- ・ ご回答いただいた様式 2をご提出ください。

8. 活用方法

ご回答いただいた調査票に関しましては、健康日本 2 1 評価作業チームの検討資料及び次期国民健康づくり対策をはじめとする健康増進施策の推進に活用させていただきます。また、必要に応じ、公開いたしますこともご留意ください。

健習発0706第1号
平成23年7月6日

健康日本21推進全国連絡協議会

御中

加入会員団体

厚生労働省健康局総務課
生活習慣病対策室長



「健康日本21」の推進に関する取組状況等の調査について（依頼）

健康増進施策につきましては、日頃からご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成12年度より開始されました、21世紀における国民健康づくり運動（「健康日本21」）が平成24年度をもって終了することを踏まえ、平成22年度より、健康日本21評価作業チームを立ち上げ、最終評価の検討を行っているところです。

そこで、健康日本21推進全国連絡協議会にご加入いただいている会員団体を対象に、「健康日本21」を踏まえた健康増進施策の取組状況について、その現状を把握し、「健康日本21」の運動の最終評価を行うため、「健康日本21」の9分野及びその代表目標項目の取扱について、今般、調査をさせていただきたく思います。

つきましては、別添実施要領に基づき、ご記入の上、7月22日（金）まで、電子ファイル（下記メールアドレスにエクセルファイルにて送信）にてご提出いただきますようご協力お願い申し上げます。

<お問い合わせ先・回答送付先>

厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室

健康指導係 原、磯

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

TEL：03-5253-1111（内線2396、2338）

FAX：03-3502-3099

E-mail：sukoyaka@mhlw.go.jp

(団体用)

「健康日本21」の推進に関する取組状況等について

ご担当者のお名前、連絡先をご記入ください。

団体名	
担当者名	
TEL	
FAX	
E-mail	

回答欄に必要事項を記入してください。

1 健康日本21の推進の取組体制について

各項目について、いずれかを選択してください。

- | | | |
|---------------------------------|------|-------|
| (1) 担当者を決めましたか。 | 1 はい | 2 いいえ |
| (2) 年度ごとに計画を立てて、取組を行いましたか。 | 1 はい | 2 いいえ |
| (3) 取組の評価を行いましたか。 | 1 はい | 2 いいえ |
| (4) 他の機関や団体との連携を図りましたか。 | 1 はい | 2 いいえ |
| (5) 自分の団体のホームページなどで取組みを公表しましたか。 | 1 はい | 2 いいえ |

2 健康増進施策の取組状況について

「健康日本21」が策定されて以降、9分野及びその代表目標項目について、それぞれの取組を実施しましたか。該当する選択肢に○をつけてください。(プルダウンリストより選択できます。)

	実施した	実施していない
① 栄養・食生活		
・適正体重を維持している人の増加		
・脂肪エネルギー比率の減少		
・野菜の摂取率の増加		
・朝食を欠食する人の減少		
・メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)を認知している国民の割合の増加		
② 身体活動・運動		
・日常生活における歩数の増加(成人、高齢者)		
・運動習慣者の増加		
③ 休養・こころの健康づくり		
・睡眠による休養を十分にとれていない人の減少		
・自殺者の減少		
④ たばこ		
・未成年者の喫煙をなくす		
・公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及		
・禁煙支援プログラムの普及		
・喫煙をやめたい人がやめる		
⑤ アルコール		
・多量に飲酒する人の減少		
・未成年者の飲酒をなくす		
⑥ 歯の健康		
・(学齢期のう蝕予防)一人平均う歯数の減少		
・(歯の喪失防止)80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加		

⑦ 糖尿病		
・糖尿病検診受診後の事後指導の推進		
・メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者・予備群の減少		
・メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上		
・糖尿病有病者の増加の抑制(推計)		
⑧ 循環器病		
・健康診断を受ける人の増加		
・高脂血症の減少		
・生活習慣の改善等による循環器病の減少(推計)		
⑨ がん		
・がん検診の受診者の増加		

3 その他(自由記載)

<p>・団体における、「健康日本21」の推進に関する取組状況について、以下の例を参考に、自由に記載してください。</p> <p>例:「健康日本21」に参加して、団体として、活性化につながった例 「健康日本21」に参加して、団体として、メリットがあった例 等</p>

「健康日本21」の推進に関する取組状況等の調査について

実施要領

(健康日本21推進全国連絡協議会 加入会員団体用)

1. 目的

健康日本21推進全国連絡協議会加入会員団体（以下、「団体」という。）において、「健康日本21」の推進に関する取組状況等を把握し、「健康日本21」の最終評価（健康日本21評価作業チーム）及び次期国民健康づくり対策をはじめとする健康増進施策の推進を行う。

2. 対象地域

健康日本21推進全国連絡協議会にご加入いただいている全会員団体

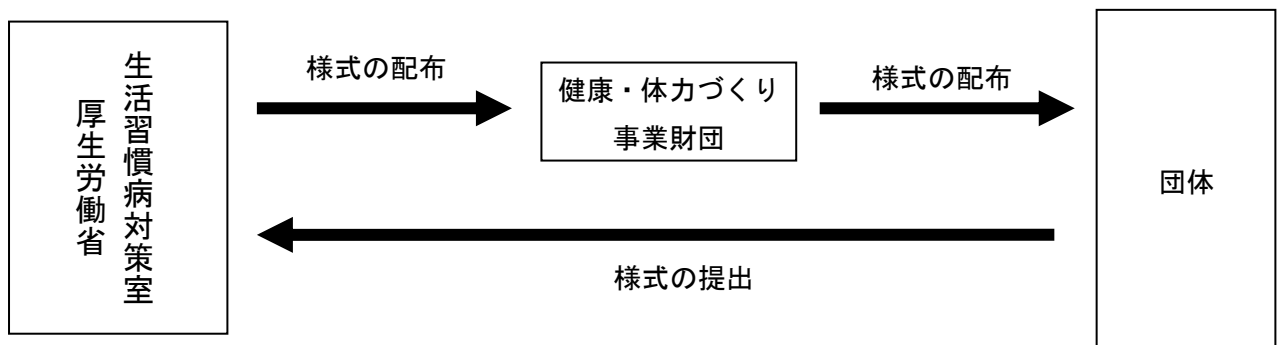
3. 対象期間

「健康日本21」が策定された平成12年から現在まで。

4. 様式

様式：（団体用）「健康日本21」の推進に関する取組状況等について

5. 実施の流れ



○健康・体力づくり事業財団より配布された様式【（団体用）「健康日本21」の推進に関する取組状況等について】にご回答ください。

6. 回答の提出期限【厚生労働省に提出する期限】

平成23年7月22日（金）

7. 回答の提出方法

電子ファイル（エクセルファイル）にて【sukoyaka@mhlw.go.jp】までご提出をお願いいたします。

8. 活用方法

ご回答いただいた調査票に関しましては、健康日本21評価作業チームの検討資料及び次期国民健康づくり対策をはじめとする健康増進施策の推進に活用させていただきます。また、必要に応じ、公開いたしますことをご留意ください。

「生活の質の向上」について

「健康日本二一」においては、「二一世紀の我が国を、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現すること」を目的としているところ。

このうち、「生活の質の向上」については、どのような指標でとらえていくべきか。

参考1 健康指標の意義と算出方法

第1節 指標計算の意義

健康日本21は、健康寿命を確保するためにその集団の健康負担を評価して、政策を決定するものである。

このためには、健康寿命を一つの基準として、健康負担を定量的に評価することが必要である。

健康寿命に対して健康負担を評価する考え方として、以下のような指標が考えられる。

1. 早世指標

健康寿命を一つの基準として、疾病傷害によって引き起こされる死亡により健康寿命がどのくらい損失しているかを示す指標である。

2. 障害指標

死亡にまで至らないが、日常生活に種々の制限が加わり健康寿命が障害されていることを定量化するものである。障害の指標としては、寝たきり率、知的・精神・身体・咀嚼・視覚・聴覚の障害が該当する。

3. 早世障害総合指標

上述の1、2の指標を統合したものであり、早世による健康負担と障害による健康負担を合計した指標であり、障害調整生存年数(Disability adjusted life years, DALY)や健康余命(Disease free life expectancy, DFLE)である。

4. QOL指標

ここでは、日常生活に障害が現れない状態であっても、生き甲斐を持って自己実現を果たせるような日常生活を過ごしているか否かを評価するものである。生活の質であるQOLがどのような状況にあるかを定量的に評価する指標が含まれる。

第2節 早世指標

早世指標として、

区間死亡確率(LSMR)

損失生存年数(PYLL)

の二つを用いて、早世による健康負担の定量的評価を行う。

1. 区間死亡確率(LSMR)

生命表による区間死亡確率(LSMR・65歳までに死亡する確率)は、平成9年(1997年)には男性で15.7%、女性で7.8%と改善してきており、今後も更に減少することが予想される。

生産年齢である15歳までの死亡確率は5%に過ぎず、区間死亡確率の大半は45歳から64歳の中年期に集中している。

2. 損失生存年数(PYLL)

疾病障害により健康寿命を全うできなかった損失生存年数を指標として算出したものである。

損失生存年数 = \sum (疾病障害による死亡率) × (死亡時点での平均余命) で表現されるものである。

従来死亡確率では、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順に表されたものが、標準早死損失年では悪性新生物、不慮の事故、自殺、心疾患、脳血管疾患の順で健康負担が表現される。働き盛りの中年期における「悪性新生物」、青年期における「自殺」や「不慮の事故」による死亡による健康負担を表現することに適した指標である。

損失生存年数の算出に当たっては、対象集団での

疾患傷害別の性別・年齢階級別死亡率

我が国の生命表から平均余命
と合わせて損失生存年数を求めることによる。

第3節 障害指標

1. 既存の資料からの障害指標

我が国の既存の統計資料から、障害指標として以下の資料が入手できる。

寝たきり率

精神障害者保健福祉手帳交付率

身体障害者手帳交付率

をもとに、対象地域における障害指標をすることが可能である。

2. 日常生活動作(activity of daily living, ADL)や手段的日常生活動作 (instrumental activity of daily living)

日常生活動作(ADL)には、

(1) 基本的日常生活動作(basic ADL=BADL)

(2) 手段的日常生活動作(instrumental ADL=IADL)

がある。

IADLとは、BADLの身の回り動作(食事、更衣、整容、トイレ、入浴等)・移動動作の次の段階である。具体的には、買い物、調整、洗濯、電話、薬の管理、財産管理、乗り物等の日常生活上の複雑な動作をいう。

基本的日常生活動作として、katzらは「入浴、更衣、移動(ベッドから椅子)、食事」の4項目を、kaiらは「入浴、更衣、排泄、起立、食事、失禁」の6項目を、Tsujiらは「食事、更衣、排泄、入浴」の4項目を使用している。

IADLとしては、

バスや電車を使って1人で外出できますか

日用品の買い物ができますか

自分で食事の用意ができますか

請求書の支払いができますか

銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか

ゲートボール、踊りなど趣味を楽しんでいますか

を用いて、手段的日常生活動作を評価している。

IADLは、ADLよりも前段階の日常生活の障害を示しており、IADLの低下が起これば、次にADLの障害が起こる。

第4節 早世障害統合指標

1. 障害調整生存年数(DALY)

傷病、機能障害、リスク要因、社会事象毎に健康に影響する大きさを定量的に取り入れた指標であり、Murrayにより提案された指標である。

この算出に当たっては、集団の健康状態を推定する共通の尺度を設定することが前提である。

障害調整生存年数は、

損失生存年数(YLL)

障害生存年数(YLD)

の合計値である。

前者の損失生存年数は、早期死亡による疾病負担を示したものである。後者の障害生存年数は日常生活への障害負担を定量化した係数により重み付けしたものであり、存命中の疾病負担を表現している。障害負担の評価には、専門家集団におけるデルファイ法による障害度の重み付けがなされている。

DALYの特徴として、

- (1) 1年間の生存に対して、年齢による重みづけ関数(25歳最大の生存価値)が行われていること

- (2) 非致死的健康結果の重みづけ指数が7段階で行われていること
 - (3) 時間割引率が行われていること
- がある。

DALYの意義

DALYは、理想的平均寿命からの質的乖離年数を示すものである。この指標により、保健医療福祉施策によりもたらされる集団における健康結果を評価する指標になることが期待される。

第5節 QOL指標

死亡や健康障害により日常生活に制限を受けることが無くても、生き甲斐を持って自己実現を果たせるような日常生活を過ごしているか否かを評価するものである。目的にしている生活の質であるQOLがどのような状況にあるかを定量的に評価する指標が含まれる。

生活の質を評価するためには、標準化された調査法が必要であり、国際的に以下のような指標が開発されている。

- (a) the Nottingham health profile (ノッティンガム・ヘルス・プロファイル)
- (b) the sickness impact profile (疾病影響プロファイル)
- (c) the short form 36(SF-36)
- (d) WHOQOL
- (e) the disability distress index
- (f) EuroQol(EQ-5D)
- (g) McMaster health utility index
- (h) quality of well-being
- (i) quality of life and health(QLHQ)

ここでは、

Medical Outcomes TrustによるSF-36

EuroQOL

について解説する。

1. SF-36

保健医療の結果を評価する目的で開発された指標であり、8項目の要素を含んだ調査法である。

- 1 Physical functioning
- 2 Role functioning Physical
- 3 Bodily pain
- 4 General health
- 5 Vitality
- 6 Social functioning
- 7 Role functioning emotional
- 8 Mental health

これらの8個の軸について、それぞれ設問が設定されており、その得点をもとに変換式を用いてスケールを算出するものである。

2. EuroQOL

1987年にヨーロッパで開発がスタートしたHealth-related quality of life (HRQOL)スコアであり、専門的知識がない者が医療機関に限らずどこでも記入できる点、5つの項目属性(移動の程度、身の回りの管理、ふだんの活動、痛み／不快感、不安、ふさぎ込み)について、VAS (visual analogue scale)によって評価している。

日本語版EuroQOL開発委員会(委員長:慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室池上直己教授)により、正規の日本語版として認定を受けたものがある。この調査結果を基に、日本独自のHRQOLを評価する換算式の開発が必要である。

QOLに関する調査法は、すでに幾つか提案された調査法が存在するが、国際的に標準化された同じ調査法を使用することが望ましく、同一の調査法を用いてQOLを測定していくことが望まれる。