

第3回 健診・保健指導の在り方に関する検討会 議事概要（未定稿）

平成24年2月6日（月）15:00-17:15

議題1 特定保健指導の対象とならない者への対応について

島本構成員）高血圧の方への対応については、特定健診・保健指導のスタートに合わせて学会で整理し、I度の軽症高血圧は原則として保健指導とし、1年間は「情報提供」のみで受診勧奨をしないこととした。

学会ガイドラインでは、3か月は生活習慣改善を指導することとしていたもので、1年間は少なくとも情報提供を行うとしたが、今回の見直しで何らかの形で特定保健指導に入れていただくことを前提として考えていた。

情報提供についても、高血圧という病気をしっかりと認識させること、運動と減塩の必要性をしっかりと伝えること、次回の健診を必ず受診し数値が高ければ医療機関を受診することなどをすべて伝えていただくことを前提としていた。

今回の見直しに当たっては、I度の他のリスクのない低リスク高血圧の方は特定保健指導のいずれかに位置づけていただきたい。また、非肥満でCゾーンの方のうち、血圧に加えて脂質や血糖のリスクがある方は中度～高リスクで、受診勧奨となるので、Cゾーンも多様であり、そこをどうするかも十分に御議論いただきたい。

山門構成員）判定区分Cの方への対応は、2004年の高血圧学会ガイドラインでは、6か月の生活習慣改善指導を行い、それでも高血圧であった者は受診勧奨ということだったが、2009年版は生活習慣改善指導が3か月に短縮されている。今の話は、それを1年間猶予するということか。

島本構成員）そのとおり。生活習慣改善指導の3ヶ月を長めに解釈し、特定健診は一年毎の実施であることからやむを得ず情報提供とした。学会としては好ましいと思っていない。

保坂構成員）厚労省は健診について科学的に検討すべきであって、費用など他の要因に縛られているように感じる。抜本的な見直しが必要ではないか。

島本構成員）軽症高血圧の方は受診しても薬を飲まない方やそもそも受診しない方も多いので、特定保健指導の制度にのせられれば大きな意義がある。

保坂構成員）特定保健指導にのせられたらよいが、財源の問題もあるだろう。まずは動機付け支援のようなことをして、その後の経過をみて指導を行うなり、特定保健指導の仕組みの中に入れるなり、こういった方への対応が抜け落ちないようにしてもらいたい。

門脇構成員）特定健診・保健指導は生活習慣病の発症予防が目的であり、発症したら、生活

習慣指導も含め医療の対象ではないか。制度創設時の検討では、血糖値がDゾーンの方は糖尿病なので、保健指導ではなく受診勧奨にした経緯がある。

肥満なしでBゾーンだと情報提供になるが、日本人は非肥満からの糖尿病の発症が約半分を占めているので、非肥満の糖尿病予備軍も生活習慣の保健指導の対象にすべきである。

また、Bゾーンは広い領域であり、2009年の日本糖尿病学会の新しい診断基準では、空腹時血糖110mg/dl以上、ヘモグロビンA1c 5.60%以上は特に糖尿病の発症リスクが高いので、予防的な介入をすべきと規定している。非肥満でも介入は有効であることがわかっているので、ここへの対応について議論していただきたい。

事務局) すべて政策は財源あつてのものであり、総合的に判断して決めていることについて誤解がないようにしてほしい。

竹村構成員) 実施者レベルでは、保健指導のリソースが少ないため、「することができる」「したほうが望ましい」というものは後回しになってしまう。議論されたものがすべて特定保健指導の対象としてカウントできるようにしないと、良い指針を作っても肥満を中心とした保健指導の中ではこぼれ落ちてしまう。

野口構成員) 尼崎市では、軽症者にも保健指導の網をかけているが、特定保健指導の実施に加え、非肥満でも非常に重症の方を必ず医療機関につなげることに重点を置くことが重要である。現状の「情報提供」では、一律に健診結果を送るだけにとどまっているところもあるが、そうではないことを「標準プログラム」に盛り込み整理することが現実的ではないか。

山門構成員) 日本肥満学会ではBMI 25以上を肥満としているが、内臓脂肪型肥満という概念では、内臓脂肪100cm³以上が肥満である。BMI 25未満であっても、内臓脂肪100cm³以上のいわゆる隠れ肥満では、非常にリスクが高い。非肥満者についても、生活習慣の修正はどのくらい必要か、情報提供でよいのか、あるいは特定保健指導に入れるのか議論してほしい。

荒木田構成員) 受診勧奨のところもまずは保健指導を優先すべきことが明確になったことはありがたい。ただし、糖尿病に関しては、非肥満でBレベルを情報提供にとどめるのはリスクであり、血糖値110mg/dl以上については、一度は保健指導がしっかり提供されるようにしてもらいたい。

野口構成員) 「情報提供」は特定保健指導ではないけれど保健指導の一つなので、この「情報提供」の提供方法などについて具体的にプログラムの中に盛りこむことが現実的である。保健指導の数が増えると大切なところへの対応もできなくなってしまうという現場の実情を勘案していただきたい。

島本構成員) 高血圧では、Cゾーンの場合でも情報提供になっている。血圧高値と境界型の糖尿については、できるだけ保健指導の対象とするように議論していただきたい。血圧Cゾーンを情報提供にとどめることは極めてまずいということを理解して

もらいたい。

津下構成員) 非肥満に対する保健指導もやるべきだと思うが、保険者に義務づけた特定保健指導の場合、どれだけの効果があるのかを考える必要があり、制度導入時にかなり問われた。そのような議論に耐えるエビデンスがあるプログラムをどう入れていけるのかという観点も必要。保険者を納得させるエビデンスを示せるのが課題の一つとして認識しておくべきである。

宮崎構成員) Cゾーンの方々への保健指導は重要であり、特定保健指導の中に新たに位置づけた方が、しっかりやっていく意味で意義がある。血圧がCゾーンの方の多くは受診せずに放置されていたと思うので、そこをきちんと方向づけをしていく意味では、単なる情報提供というより、特定保健指導の制度に取り込むように打ち出すことが重要だと思う。

津下構成員) Cゾーンは、服薬治療への移行率が高いため、保健指導をしっかり行うことで服薬率の変化を検証でき、保険者が納得できるデータは出せると思う。臨床経験からいうと、この範囲は疾病予防効果が高いため、肥満をベースとした保健指導とは違う保健指導プログラムを作成し、しっかりと保健指導をする必要がある。

宮地構成員) 新しいプログラムを考える場合、効果に対するエビデンスだけでなく、食事や身体活動の保健指導を行ったときにどんなリスクがあるかを押さえた上で、枠組みの中に入れるかを議論すべきである。新しいカテゴリーの対象者を入れる場合には、保健指導を受けて事故が起こらないかという観点でよく精査し、検討する必要がある。

保坂構成員) リスクを勘案すると、個々の状況に合わせた保健指導が必要となるため、医療機関を受診して個々の身体状態を把握した上で保健指導を実施するという方向を目指すべきである。

津下構成員) 肥満の方には減量できれば効果をフィードバックできるが、肥満でない方には何をもって評価とするか難しい。Cゾーンの方に保健指導を行った場合、6か月評価のときに、血圧、血糖等の再検査をすると非肥満者への保健指導の効果を確かめることができる。

保坂構成員) 数値も大事だが、保健指導を続けるべきか否かの判断は、他のいろんな要素を含めて行う必要があり、医療と保健指導を組み合わせることができるようにないと良い。

永井座長) 非肥満でリスクがある方は重大なイベントがまだ起こっていないため、動機づけがなかなか難しい。

山門構成員) そのような対象者を特定保健指導に位置づけるとそれなりの対価や医療費も発生するので、その点も十分に考慮したうえの判断になる。

保坂構成員) Cゾーンで医療機関にかかった場合、当然この数値では、保健指導を行い継続して受診することを進めるものだと理解しているがどうか。

島本構成員) そのとおり。ただし、血压に関しては、リスクが全くない軽症高血圧の場合には、すぐに薬を使わないで3か月は生活習慣改善の指導を行うことになる。

保坂構成員) 特定健診で血压のリスクが判明した人に対しては、そのレベルの対応もしていないように感じるがどうか。

島本構成員) 病院に行かなければ、当然そのレベルに行っていないのではないか。

保坂構成員) つまり受診勧奨や保健指導をしておらず、抜け落ちているということであり是正すべきである。医療機関にかかっているならば定期的な指導や検査をされるが、特定健診では何も言われずに見逃されているというのは何とかしなければならぬ。

野口構成員) 情報提供は保健指導のひとつであり、単に健診結果を送りつけることが本来の姿ではない。健診の目的や検査項目の意味を説明する中で、対象者個人が自分の健康状態を認識できるようにすることが本来の情報提供であること、結果の通知だけで済ませてはいけないことについて、標準プログラムの中に明文化していく必要がある。きちんとやっているところもあるので理解いただきたい。

門脇構成員) 尼崎市は先進的な取り組みをしている。非肥満でも糖尿病発症のリスクが高い対象者については予防的な生活習慣改善指導をしている。このように、志が高く、マンパワーのあるところでは、非肥満者に対しても取り組んでいるが、多くのところはマンパワーが不足し、実際にはあまり介入できていないのが実態である。それは制度上では情報提供となっているから、尼崎市のような取り組みがもつとなされるよう、制度に書き加える必要がある。

津下構成員) 標準的な健診・保健指導プログラムでは、情報提供とは全員に画一的な情報を提供するのではなく、対象者個人に合わせた情報提供を行うなど、しっかりと情報提供すべきことが書き込まれている。しかし保険者に示された手引きでは、このような細かい内容が記載されておらず、検査結果の数字を渡すというような表現になっているので、標準プログラムに盛り込み、情報提供の重要性が伝わるようにしてもらえればよいと思う。

竹村構成員) 例えば国保では、県レベルで情報を統一している。我々が見てもわかりにくい内容だが、市に話をしても県で作成しているから我慢してくれと言われてしまう。細かく指針で示してもらえれば、県も見直すのではないか。

永井座長) 事務局としてはどこまで踏み込むのか。何か意見があるか。

事務局) いただいた意見を踏まえて、座長と相談して整理させていただきたい。

永井座長) 費用の問題ではないといっても当然関係するであろうし、どこかで線をひくことになるので、次回、事務局と相談して提案させていただく。

井伊構成員) 保険者によって、熱心に情報提供しているところとそうではないところがあ

る。特定保健指導の対象ではない者については、健康増進法による保健指導で取り組んでいる市町村もあるので、このような取組の実施状況についての資料も提供していただき検討できたらより良い。

保坂構成員) 特定健診・保健指導以外の生活習慣病対策として、市町村が別途健康増進に取り組んでいるものもある。このような課題が出たときに、保険者の費用負担の話を言われればそれで終わりになってしまうが、健康局の検討会なので、それ以外の仕組みも含めて、国としてどうすべきかを検討してもらいたい。

島本構成員) 高血圧者への対応は市町村が実施している健康増進事業において個別健康教育で対応できると書かれているが、自治体により取組みの温度差が大きく、やりたくてもやれないところが多いと思うので、もう一步踏み込んでもらいたい。

保坂構成員) 「〇〇できますよ」では現場は動かないので、仕組みを作って、具体的なやり方とセットで保険者や市町村に示すべきである。特定健診の受診率や、特定保健指導の実施率が上がらない中、被扶養者の健診を市町村で行うことも含めて、よりよい健診、保健指導になるよう知恵を絞っていききたい。

議題2 高血圧者、喫煙者に対する特定保健指導について

野口構成員) 改善率の高い方は、複数のリスクの集積結果を踏まえて説明を受けて、自分の体の中で起こっていることのトータルで具体的なイメージがわくことで、効果が上がっている。血圧や喫煙を切り分けて保健指導をした場合、十分にデータの読み解きをせず、モグラ叩きの保健指導になりかねないため、改善が見込めるか疑わしい。

禁煙指導については、トータルで体を理解してもらった上で禁煙指導に持っていくやり方にしている。喫煙だけで入ると、健診そのものに対する抵抗感が高まり、継続受診や保健指導への影響が懸念される。

津下構成員) できるだけ早い時期に本人と会うことは重要で、問診や行動変容ステージの確認ができ、過去の検査結果が手元があれば健診当日に話すことで、信頼関係をつくるのにプラスにもなる。

禁煙指導をして拒否されるかどうかは、保健指導のスキルに関わってくる。初回によい人間関係をいかに築けるかが重要であり、そういうことから考えると、初回面接を分けて行うことには全面反対ではない。

ただし、健診当日に喫煙者、高血圧者すべてに保健指導をしていくとなると、実施体制面の不安はある。

荒木田構成員) 小規模事業所では、健診の時間をとるだけで精一杯で、健診のデータが揃って保健指導を行うのが望ましいが、再度時間をとるのは難しいのが現状。このため、健診当日に判明しているリスクに着目して保健指導を行うことには賛成である。

喫煙者に対しては、健診当日が最も意識が高いのでその機会を逃さず、希望者

だけに実施するという形もあるかもしれない。

また、健診終了後、保健指導を始めるまでにかなりの方は体重が増えることから、健診当日に動機づけとして関わるのは重要である。

山門構成員) ドック健診では健診当日に医師が結果を説明し、保健師等が保健指導のスケジュールを作成する。初回面接は極めて重要である。健診当日に全ての検査結果が揃う場合に限り、当日に面接をして良いことにしてもらいたい。今は個別契約に限って認められているが、集合契約においても条件が揃えば可能としてほしい。

また、禁煙については、公衆衛生学会、人間ドック学会を含めた16学会で構成する禁煙推進学術ネットワークで、特定健診・保健指導での対応の重要性を厚労省大臣、各局長あてに発している。最も重要なのは禁煙指導であり、実施上のスキルは専門家に考えてもらうとして、禁煙指導を初回面接に組み込むことを是非考えてもらいたい。

永井座長) 初回は早めに面接して、2回目に結果が出てからは対面によらなくてよいのではないかという事務局の提案はどうか。

保坂構成員) 検査結果が出てからの保健指導を電話で実施することは絶対反対である。それを基準にすると保健指導のよい点が失われるので、結果が出てからも対面でやるべきである。

初回面接を2回実施した場合、費用はどうなるのか。保健指導実施者の立場を考えると、2回に分けて実施することで1回分しか支払ってもらえない場合が発生することになるが、そのことも考えて提案しているのか。

事務局) 未定であり、やり方が決まれば、費用の支払いについて議論したい。

宮地構成員) 初回面接を行うまでには、健診結果、問診で得られた身体活動や食事状況を踏まえて相応の準備をして臨んでいる。保健指導実施者が初回面接に勝負をかけて行っていることでこの制度が確立しているので、健診結果が揃わない段階の保健指導はまずあり得ないと思う。

松岡構成員) 初回面接では、対象者の気持ちの受けとめ方、危機感の感じ方、行動ステージの把握が重要である。標準プログラムによると初回面接20分の中で目標設定することになるが、検査結果の説明などで終わってしまい、気持ちの聞き取りが十分にできていない。当日にそろっているデータだけでも、前回のデータとの皮革で本人の危機感を聞き取ることはできる。その後、各個人のステージに応じた目標設定を行うというプログラムの流れや、問診票の見直しも必要でないか。電話か面接かは今後の課題か。

島本構成員) 例えば非肥満で糖尿病があると、血圧の管理の保健指導が変わってくる。データが揃っていない1回目を主体にするのは不可能であるし、検査結果が出てから

本格的に実施するとしても電話で行うのは難しいのではないか。Cゾーンの対象者は多様であるので、血圧、喫煙以外のリスクが分からない段階で、最終的な保健指導はできない。

野口構成員) 継続的に健診を受けている人はデータ量が多いが、それでも体重や血圧の変化だけでなく、血液検査の結果により生活習慣を読み解き介入しているので、トータルで情報がないと保健指導の組立てができない。また、それを電話でやるには相当のスキルがないと難しい。

議題3 特定保健指導の課題について

津下構成員) 研究班での分析では、行動変容に至るまでには継続的に働きかけることが重要で、1回だけの情報提供では確実な効果にはつながらず、一定量の継続支援ができる仕組みが有効であることが確認できた。一方、会社での健康キャンペーン、繰り返しの情報提供、食堂の環境整備など、必ずしもポイントによらずに結果を出している例もあるが、継続的に対象者を支援する仕組みが重要である。これらから、制度として保健指導の実施を確認するために、一定の目標を立てる仕組みが必要と感じている。

荒木田構成員) ポイント数と成果については年齢調整も関連するので、今後も継続的な検討が必要だが、保健指導の質を担保する上でもポイント制は必要である。支援Bの必須要件を外すのは納得する。

初回面接者と評価者については、一定の要件下で同一者でなくてもよいとすることは現実的な対応で賛成である。

宮崎構成員) 若い世代には支援Aを中心に実施してもよいが、年齢の高い方、特に男性に対しては、支援を継続するための励ましや共感が重要である。そういう点で支援Bは重要であり、事務局の提案が支援Bを重視しないということの意味するのであれば疑問である。

6か月後の評価は、行動目標に対する到達状況をみる視点と、保健指導のプロセスを検証し見直す視点の二つのポイントがある。後者の保健指導のプロセスの振り返りについては、担当した者が自ら行うことが重要であるので、やはり原則の同一者であるべきという点は外さない方がよい。

井伊構成員) 最低限の保健指導を実施する考えからは、ポイント制は必要と思う。支援Bの必須要件を外すのも賛成である。

特定健診・保健指導制度の開始以降、本会で3年間継続支援している事例を集めており、3年間で17回支援した20～30例のうち、特定保健指導で関わっているのは5回であった。特定保健指導以外の健康増進法によるポピュレーションアプローチや働きかけでコントロールできる例があり、ポイント制でこれらの取組みが評価できるような仕組みにしてほしい。

初回面接者と評価者については、「同一であることを原則」あるいは「同一であるべき」という表現にしていだきたい。保健指導のやりっ放しにならないことが保健指導の質の担保になるので、同一者であるべきとすべきである。

事務局) 保健指導の柔軟な対応については、現在、工夫して取り組んでいるところもあり、好事例として事例集等で示したい。

また、支援Bはそのものを無くす趣旨ではなく、支援Aのみでポイントを達成してもよいという意味であるため、現在、支援Aと支援Bを効果的に組み合わせることで成果を上げているところについては、引き続き取り組んでいだきたい。

6か月後の評価には、次への振り返りの視点があるというご指摘はごもっともであり、原則は同一者であるべきというご意見も含め、評価のフィードバックという視点を補足しつつ整理したい。

津下構成員) 保健指導の記録を標準化し、個人としてのフィードバックだけではなく、組織・チームとしてのフィードバックも非常に重要である。それが資質向上や仕組みの改善につながるので、「評価の見える化」を行うとよりよい仕組みになると思う。

三浦構成員) 共通書式による情報の共有化は、成果を客観的な視点でみるのに有効である。そのような環境があれば、初回面接者と評価者が異なっても、チームでの対応は十分である。

野口構成員) 保険者としては、外部委託の一定の尺度がないと困るし、価格を均一に設定するためにもポイント制は必要ではないかと思う。180ポイントをクリアしようとすると、尼崎の場合、2回程度の対面による保健指導を行うこととなるが、そうすると改善率は高くなることから、指標としては理にかなっている。

180ポイントや支援Bの要件をクリアするための計画を立てるような状況があれば本末転倒であり、支援Bの必須要件を外すことに賛同する。

本来のリスク改善、肥満改善ではなく、ポイントの確保に意識が向いている現状は問題である。今後の課題として、特定保健指導対象者の減少なども併せて報告させるなど、ポイントだけに意識を奪われないような仕組みを検討してほしい。

松岡構成員) ポイントにとらわれ過ぎているのが現状で、(支援Bのポイントを稼ぐために) 電話を何回もかけると相手から拒否されて受診率の低下につながるという声がある。

ポイント制の枠にはまりすぎて困っている保健指導実施者もいるので、柔軟性が持てるように検討してほしい。

宮地構成員) ポイントが多ければ多いほど効果があるのは感じているが、保健指導を受ける方はどう感じているのか、途中で脱落していないかという観点でも検討が必要。

津下構成員) 初回面接できちんと説明して、対象者自身が本気になって取り組もうとする意識を引き出すことができるかが重要であり、300ポイントを実施すると脱落率が高いとかの話ではないと思う。対象者にやらされ感があり、また、実施者

側もポイントにとらわれた保健指導を行うといい関係は築けないので、最初の説明は非常に重要である。

宮地構成員) 180ポイントの保健指導を受けなければならないことが、実施率を低迷させているという事実はないのか。

津下構成員) 例えば、制度スタート前に120ポイントでも効果が出ているところもあった。地域、職域との違いもあり、一律に180ポイントでよいかということもある。様々な可能性があるので、ナショナルデータベースで保健指導のポイントと効果について検証した上で考える必要がある。

門脇構成員) ポイントはプロセス指標であり、真に大事なのはアウトカム指標である。保健指導による改善状況も個々人で異なることから、180ポイントにこだわらず、アウトカム指標も取り入れて、そろそろ効率的に柔軟に評価する方向に見直すべきである。

野口構成員) 尼崎市では、特定保健指導を完了した者と途中脱落した者の次年度の改善率を見てみると似通っていた。ポイント制は委託契約上の枠組み、目安として必要であるが、今後、アウトカム指標も含めて、どういう評価の仕組みが必要か検討していただきたい。

山門構成員) 保険局の検討会では、客観的な評価ができるのであれば初回面接者と評価者を同一者でなくてもよいと決定されたと理解している。

人間ドックでは、必ず3年間の経年的な実績をもとに対面で保健指導を行っているので、経年受診者に対する特定保健指導の仕組みも構築してほしい。

宮澤構成員) 健診項目として、腎臓学会からクレアチニン検査を入れてほしいという意見を聞いている。腎臓学会ではCKD対策に力を入れて取り組んでおり、また、透析患者が増加し莫大な医療費もかかっていることから、クレアチニン検査の意義は大きい。

腎臓学会の先生と議論したところ、血清クレアチニンが上昇する前に尿中にアルブミンが増えてくるが、大多数が高血圧、糖尿病の患者であり、血圧や血糖などを測定していること、また尿蛋白検査はかなり手間暇がかかることから、限られた財源を考慮すると、CKDを拾い上げる意味においても、クレアチニン検査だけでよいのではないかと思う。

永井座長) 健診項目の見直しは、どこで議論するのか。

保坂構成員) 歯科、眼科などの健診項目について、今後この検討会で検討するものと理解しているがどうか。

事務局) この検討会は、特定健診・保健指導の在り方、次期国民健康づくり運動の基本的方向性を踏まえた検討の2つの視点で検討しており、特定健診の項目の取扱についても今後検討したいと考えている。

佐藤構成員) 問診票の見直しのスケジュールについて教えてほしい。

事務局) 問診票についての意見があればこの検討会の中で議論していただきたい。

議題4 次期国民健康づくり運動プラン骨子(案)について

議題5 平成22年国民健康・栄養調査結果について

林構成員) 厚労省にはたくさんの委員会や計画があるが、これが国の健康づくりの憲法という位置づけか。

事務局) 健康づくりの関連での検討の場はいくつもあるが、このプランの検討は健康増進法に基づいて実施している。また、単に健康局の分野だけではなく、他部局に意見を伺いながら実施しており、全体的に健康というのをどのように考えるか、という位置付けでの一つの基本となるものと考えている。

林構成員) 質問の意図は、健康の問題は健康づくりの運動だけで自己完結できるものではないということである。健康格差の縮小などを考えた場合、経済環境やインフラの問題もある。ひとつの例として、ミネソタ州のミネソタマイルストーンでは、健康指標の他に、環境、経済、民主主義の指標というように5つ分野がある。つまり、健康格差を縮小するには健康のことだけ論じても難しく、次期国民健康づくり運動という大きな位置付けであれば、もっと全体的で横断的な指標を他省庁の協力を得て立てていく必要があり、地域で実施していく上でも他部局との連携や協力が必要になる。

事務局) 諸外国でも健康に与える社会的な決定因子を重視しており、今回の健康づくり運動プランは、社会対策的な要素を少し強めた形で健康づくりを実施したいという考え。国民健康栄養調査の結果に現れていたように、広い観点から取り組まなければならない、厚生労働省だけでは限界があるので、省庁間や地域との連携、地域内での一致した取組みという観点を具体化していきたいと考えている。

林構成員) ここに社会環境に関する指標がほとんど入っていないのが気になった。それらを横にらみにしながら健康指標と併せて鳥瞰的に見ていく必要があるのではないか。

事務局) 地域のつながりの強化、健康格差対策に取り組む自治体の増加などを指標としてあげている。また、歩道や公園などの運動しやすい環境づくりに取り組む自治体の数といった広めの指標を考えている。不足している視点についてはよくご議論いただきたい。

大井田構成員) 壮年期死亡の減少という目標をなぜ除いたのか。

事務局) 健康日本21は元々40歳から75歳をターゲットにしており、健康寿命の延伸、健康格差の縮小という言葉の中に全体の目標として含まれている。健康づくり

自体がそれを目指していくと解釈して、壮年期の死亡の減少、生活の質の向上というのを今回は書き込まなかった。子どもから高齢者まで全ての国民が共に支えあい、希望や生きがいを持ち、ライフステージに応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現することを目標としている。

議題6 ヘモグロビンA1cの国際基準への対応について

(質疑なし)

平成24年2月24日 第7回保険者による 健診・保健指導等に関する検討会	資料4
--	-----

事務連絡

平成24年2月〇〇日

(別記) 御中

厚生労働省健康局総務課

厚生労働省保険局総務課

平成24年度における特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（案）

特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診等」という。）の推進につきましては、平素から格段の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

電磁的方法により作成された特定健診等に関する記録の取扱いについては、「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成20年3月28日 健発第0328028号 保発第0328007号。）」でお示ししております。

この特定健診等に関する記録の取扱いについては、昨年10月13日に開催された「第5回 保険者による健診・保健指導等に関する検討会」において、別紙1のとおり、平成24年度における取扱いについての方針を公表したところです。

これを踏まえ、平成24年度から日常の臨床においてヘモグロビンA1c検査が実施された場合の結果については、原則として、従来から使用していたJDS値と国際的な認証を受けたNGSP値（従来のJDS値に基づき、 $NGSP = 1.02 \times JDS + 0.25$ で表される値）が併記されることとなる予定です（注1）。

当該年度における特定健診等に関する記録については、従来どおりJDS値を用いることとしますが、具体的な取扱いを下記のとおりとしますので、御了知の上、貴管下関係団体又は市町村への周知を図られるとともに、実施に遺漏なきようお願いいたします。

（注1）ヘモグロビンA1c検査の検査値の表記を国際標準値へ移行することについては、昨年に開催された「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」第2回、第3回、第5回及び第6回会合において議論がなされておりますので、経緯等についてはこちらをご参照下さい。

（ホームページ：<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000amvy.html>）

（注2）日常臨床等における取扱いに関係学会等の発表については、別紙2のとおり、「平成24年度4月1日以降のHbA1c国際標準化について」（平成24年1月20日 日本糖尿病学会、日本糖尿病協会、日本糖尿病対策推進会議）もご参照下さい。

記

1 特定健診等の実施を委託する場合において、当該受託者が電磁的方法により保険者に対して提出すべき特定健診等に関する記録の内容となるヘモグロビン A1c 検査の表記は、従来どおり JDS 値とすること。

また、保険者から特定健診等の実施について委託を受けた者（以下 1 において「受託者」という）がヘモグロビン A1c 検査を登録衛生検査所等に再委託した場合においては、登録衛生検査所等から受託者への結果の報告を表記する際についても、当事者間で特段の取り決めがないかぎり、JDS 値とすること。なお、この場合、受託者は登録衛生検査所等に対し、当該ヘモグロビン A1c 検査の再委託が特定健診等の実施のためのものであることを確認するとともに、必ず JDS 値による表記である旨を明示した報告を行うことを求めること。

2 労働安全衛生法に基づく健康診断（以下「事業主健診」という。）を事業主が行う場合であって、事業主健診の結果を特定健康診査に代えるときは、当該事業主が保険者に対して提出する事業主健診に関する記録の内容となるヘモグロビン A1c 検査の結果は、JDS 値による表記とし、必ず JDS 値による表記である旨を明示したものとすること。

したがって、この場合に、事業主から事業主健診の実施を委託するときにおいて、当該委託を受けた者（以下 2 において「受託者」という）が事業主に対して提出すべき事業主健診に関する記録の内容となるヘモグロビン A1c 検査の表記は、当事者間で特段の取り決めがないかぎり、JDS 値とすること。事業主から事業主健診について委託を受けた者がヘモグロビン A1c 検査を登録衛生検査所等に再委託した場合においては、登録衛生検査所等から受託者への結果の報告を表記する際についても、当事者間で特段の取り決めがないかぎり、JDS 値とすること。なお、これらの場合、事業主は受託者に対し、受託者は登録衛生検査所等に対し、それぞれ当該ヘモグロビン A1c 検査の委託又は再委託が特定健康診査の実施に代える事業主健診のためのものであることを確認するとともに、必ず JDS 値による表記である旨を明示した報告を行うことを求めること。

3 人間ドック健診等の特定健康診査以外の健康診断（以下「その他健診」という）について、保険者がその結果を特定健康診査に代える目的で行う場合においては上記 1 に、事業主がその結果を事業主健診として利用する場合で、その結果を保険者が特定健康診査に代えるときには上記 2 に、それぞれ準じた取扱いとすること。

なお、事業主等その他の保険者以外の主体がその他健診を実施した場合において、保険者が当該その他健診の結果を特定健康診査に代えるときは、その他健診の実施主体から保険者へ提出するその他健診に関する記録の内容となるヘモグロビン A1c 検査の表記についても、保険者が行う国への特定健康診査等の結果の報告についてのヘモグロビン A1c の表記が JDS 値で行うこととなっていることを踏まえ、適切に対応すること。

HbA1c 表記見直しへの対応について(案)

HbA1c 表記の国際標準化に向けて、関係者間での調整状況を踏まえ、本検討会としては、以下の方針を基本として、詳細な事項については、実務担当者によるワーキンググループにおいて検討することとしたい。

また、その検討の結果、本検討会に諮る必要が生じた場合には、その都度、議題として取り上げることとしたい。

○基本方針

(1)平成 24 年度(24 年4月から 25 年3月まで)の対応

- ① 特定健診・保健指導については、受診者に対する結果通知及び保険者への結果報告のいずれも、従来通り JDS 値のみで行う。検査機関(登録衛生検査所)が特定健診・保健指導の報告様式に結果を記載して医療機関に送付する場合も JDS 値のみで行う。

労働安全衛生法に基づく事業主健診の実施によって、特定健診の実施に代える場合には、事業主健診の事業主への結果報告及び事業主から保険者への結果報告は、従来通り JDS 値のみで行う。この場合、検査機関(登録衛生検査所)が事業主健診の結果を医療機関に送付する場合も JDS 値のみで行う。

- ② 日常臨床においては、JDS 値と国際標準値(NGSP 相当値)とを併記する。検査機関(登録衛生検査所)が結果を併記して提出することが前提となる。

(2)平成 25 年4月1日以降の対応

特定健診・保健指導についての受診者に対する結果通知及び保険者への結果報告における HbA1c の表記に関しては、日常臨床における対応状況も踏まえ、国際標準値(NGSP 相当値)で行うことについて、今後、関係者間で協議する。

[PRESS RELEASE]



平成 24 年 4 月 1 日以降の HbA1c 国際標準化について

平成 24 年 1 月 20 日

日本糖尿病学会

日本糖尿病協会

日本糖尿病対策推進会議

1) HbA1c 測定値表記における国内外の相違とその問題点

HbA1c (ヘモグロビンエーワンシー) は、これまで広く行われてきた多くの糖尿病研究に基づく様々なエビデンスを根拠として、慢性的な高血糖を主徴とする糖尿病の非常に重要な測定項目と考えられており、欧米はもとより近年特に糖尿病患者数の増勢が著しいアジア・アフリカ諸国を含む世界各国で糖尿病治療の指標や臨床研究・疫学研究の評価項目として用いられるとともに、最近では米国糖尿病協会 (ADA) や世界保健機構 (WHO) などにより糖尿病の診断基準への導入も進められている。

我が国においても、特定健診・特定保健指導をはじめとする検診・健康診断や、糖尿病実態調査及び国民健康・栄養調査などの疫学調査においても HbA1c は広く活用されてきた。また、日本糖尿病学会は国内の研究成果に基づいて合併症等の観点から HbA1c の治療目標を提示し、これまでも広く日常臨床の用に供すると共に、平成 11 年 (1999 年) から世界に先駆けて糖尿病診断の補助基準としていた HbA1c を、平成 22 年 7 月 1 日より施行した新診断基準では正式な基準として導入し糖尿病の早期診断・早期治療を図るなど、HbA1c の利用は一層広がりつつある。

このように HbA1c が日本を含む世界各国で汎用されている理由としては、①HbA1c が採血時点から過去約 1-2 か月間の平均的な血糖値を反映するため糖尿病やその疑い状態を判断する上で非常に有用と考えられ且つそのことが様々なエビデンスで証明されていること、が挙げられるがさらに、②測定の方法標準化 (検体処理方法・測定方法・標準物質・校正などに一定の規定を設けて順守することにより、ある測定標準化のもとで測定された結果の精度を担保すること) が世界各所で進められ、測定結果の信頼性向上の努力が積み重ねられてきたこと、も①に勝るとも劣らぬ重要な点である。

一方、HbA1c 測定標準化が世界各国で必ずしも統一的には行われてこなかったという歴史的経緯により、HbA1c には標準化方法に依存する複数の測定値表記が存在し、同じ検体を測定しても測定値表記により結果の数値が異なる。実際、我が国では平成 6 年 (1994 年) 開始の HbA1c 測定標準化により構築された測定値表記である Japan Diabetes Society (JDS) 値が使用され、世界的に見ても良好な測定精度を国内全域で達成しているが、我が国以外のほとんどの国々では、昭和 58 年 (1983 年) から主に米国で行われた大規模臨床研究での使用を端緒とする National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) 値が用いられ、現時点で NGSP 値が事実上の世界標準となっている。また、同じ検体を測定しても JDS 値と NGSP 値とでは値が異なり、JDS 値は NGSP 値より約 0.4% 小さい値となる。このこと

は次のような懸念を惹起する。

近年、世界の糖尿病患者数増加が顕著であることから糖尿病研究・調査や創薬・治療法開発のグローバル化が急速に進展すると共に、世界各国の研究や創薬に関わる情報は紙媒体のみならずインターネット上で瞬時にして世界を駆け巡り、比較されるようになった。これは、患者個人や患者団体から発せられる様々な情報についても同様のことが言える。このように、多様な情報の世界的な比較が常態化すると、我が国のHbA1c測定値表記のみが他の国々と異なっていることは、日本発の情報に対する海外の不信・無視や、海外発の情報を国内で誤判断する事態を招きかねず、我が国の糖尿病研究・治療にとって重大な不利益となる可能性がある。

2) HbA1c国際標準化の骨子及び注意すべき点

2-1) 平成22年7月1日のHbA1c国際標準化の骨子

この懸念に鑑み、平成19年12月より日本糖尿病学会では常設委員会である「糖尿病関連検査の標準化に関する検討委員会」を中心として、関係諸団体の意見も傾聴しつつHbA1cの国際標準化について検討を進めてきた。その検討内容を踏まえ、平成22年7月1日より、国内で用いられているHbA1cの測定値表記であるJDS値に0.4%を加えたものを「国際標準値」と称し、事実上の世界標準であるNGSP値に相当するHbA1cの測定値表記として、主に著作・論文・発表の中で用いることを開始した。

これにより、著作物領域において存在していたHbA1c測定値表記の齟齬に関しては一定の解決を見たものの、それ以外の日常臨床や特定健診・特定保健指導におけるHbA1cの測定値表記を変更することはその影響が甚大であり、殊に特定健診・特定保健指導においては、保険者を通じた大量の電子データ取り扱いに関わるソフトウェア改修やHbA1cを用いた層別化・判定システムへの影響を考慮する必要があった。このため、平成22年7月1日時点では、日常臨床や特定健診・特定保健指導における国際標準化は見送って従来通りJDS値を用いることとし、さらなる検討・協議の上であらためて国際標準化の日程を定めることとなった。

2-2) 平成24年4月1日以降のHbA1c国際標準化の骨子

その後、HbA1c測定のさらなる標準化・最適化と併せて、厚生労働省・日本糖尿病協会・日本医師会・保険者団体を初めとする関係諸団体との協議を重ね、慎重に検討を進めた結果、今般、平成24年4月1日以降のHbA1c国際標準化の実施方法が確定した。その骨子は以下のA)~C)の通りである。

- A)日常臨床においては、平成24年4月1日よりHbA1cの測定値表記としてNGSP値を用い、当面の間、JDS値も併記する。
- B)特定健診・特定保健指導においては、システム変更や保健指導上の問題を避けるため、平成24年4月1日～平成25年3月31日の期間は、受診者への結果通知及び保険者への結果報告のいずれも従来通りJDS値のみを用いる。平成25年4月1日以降の取り扱いについては、関係者間で協議し検討する。
- C)著作・論文・発表等におけるHbA1cの表記については、NGSP値を用いることとなるが、詳細は添付資料【1】「日常臨床及び特定健診・保健指導におけるHbA1c国際標準化の基本方針及びHbA1c表記の運用指針」の「●国際標準化HbA1c表記の運用指針」に従う。

A)において、平成24年4月1日以降 NGSP 値を用いることとしたのは、平成23年10月1日付で、我が国の HbA1c 測定用標準物質による JDS 値と NGSP 値との関係が、

$$\text{NGSP 値 (\%)} = 1.02 \times \text{JDS 値 (\%)} + 0.25\% \quad \dots (1)$$

という換算式で表現されることが確定し、JDS 値を (NGSP 相当値ではなく) 正式な NGSP 値に容易に換算できるようになったことによる。式(1)を実際に計算すると (小数点以下第三位まで計算し第二位を四捨五入)、JDS 値で 5.0~9.9%では、

$$\text{NGSP 値 (\%)} = \text{JDS 値 (\%)} + 0.4\% \quad \dots (2)$$

とさらに簡明となり、臨床主要な領域では従来の「国際標準値」の定義と一致する (従来の「国際標準値」と NGSP 値との詳細な関係については別添資料「日常臨床及び特定健診・保健指導における HbA1c 国際標準化の基本方針及び HbA1c 表記の運用指針」の「●国際標準化 HbA1c 表記の運用指針 2. 今回認証された NGSP 値と従来の HbA1c (国際標準値) との関係」を参照されたい)。これに伴い、従来の「国際標準値」は使用を中止する。さらに、日常臨床における混乱のリスクを減らし且つ過去のデータとの比較を行いやすくするため、JDS 値の併記も行うこととする。また、HbA1c を用いた診断基準・コントロール目標・判定基準等は、従来の値を NGSP 値に換算したものをを用いる。

一方、B)に示したように、特定健診・特定保健指導においてはシステム変更や保健指導などさらに検討や調整を要する問題があるため、平成24年度については従来通り JDS 値を用いることとした。

2-3) 平成24年4月1日以降の HbA1c 国際標準化に伴う利点・注意点

2-2) の骨子に基づく HbA1c 国際標準化により、以下のような利点が挙げられる。

- ・日常臨床においても事実上の国際標準である NGSP 値を用いることにより、糖尿病の臨床においてもその主要な領域での HbA1c 測定値表記は海外との齟齬が解消される
- ・日本発の著作・論文・発表等における HbA1c は従来通りそのまま海外の HbA1c と比較可能である
- 一方、次のような注意点が考えられ、あわせて対策を記す。
 - ・日常臨床において、0.4%の差がある NGSP 値と JDS 値が混在することになり、医療従事者・患者が混乱する可能性がある
 - ⇒日本糖尿病協会・日本糖尿病対策推進会議を通じて、医療従事者・患者向けのポスター・説明パンフレットを作成し全国的に配布し、これを機に NGSP 値と JDS 値の差異のみならず、HbA1c に関する知識の普及や診断・診療への有効な利用の向上をはかる。また、今回の国際標準化に関する詳細な Q&A を作成・配布するとともに、日本糖尿病学会・日本糖尿病協会など関連団体のホームページにも掲載する。
 - ・平成24年4月1日より NGSP 値の使用を開始するべく準備中である
 - ⇒実際には、一定の移行期間を設け、その期間内に各施設で日程調整を行い NGSP 値に切り替えていくこととなる。
 - ・(一般健診を含む) 日常臨床は NGSP 値に移行する一方で、特定健診・特定保健指導では、受診者への結果通知及び保険者への結果報告を JDS 値で行う必要があり、両者を分別して正しい値を報告する必要がある
 - ⇒当該の HbA1c の測定値表記が NGSP 値・JDS 値のいずれであるかを明瞭に表示・記載すること

を全国の検査機関・検査部署に周知し徹底をお願いするとともに、特定健診・特定保健指導に関わる諸団体を通じての対応も図ってゆく。

平成 24 年 3 月 31 日までの間はもとより、4 月 1 日以降も HbA1c 国際標準化について必要な連絡・周知を繰り返し広く行ってゆく必要があると考えられる。報道各社におかれましても是非ご協力を賜りたく、ここにお願ひ申し上げる次第である。

3) 添付資料

- 【1】 日常臨床及び特定健診・保健指導における HbA1c 国際標準化の基本方針及び HbA1c 表記の運用指針（当日掲出・配布）
- 【2】 広報資料：ポスター・リーフレット（当日掲出・配布）

《本件に関するお問合せ先》

社団法人日本糖尿病学会 事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷 5-25-18

ハイテク本郷ビル 3F

TEL : 03-3815-4364 FAX : 03-3815-7985

事務連絡「平成 24 年度における特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて」に関する Q&A（案）

（1）今回の事務連絡は、どのような先に送付されるのか。事業主への周知はどのように考えているのか。

A.

今回の事務連絡については、

- ①保険者及びその中央団体
- ②事業主及び事業主健診の実施団体
- ③都道府県
- ④医療機関等の健診を実施する機関
- ⑤医療機関等から一部の検査の実施を委託される登録衛生検査所
- ⑥特定健診・保健指導の費用決裁を行う代行機関

といった先について周知を図ることとしており、事業主健診については、厚生労働省の労働部局とも連携の上、送付することとしている。

（2）事務連絡本文 1 項の「当事者間で特段の取り決めがないかぎり」、特定健診に係る登録衛生検査所等から医療機関等への HbA1c の報告は JDS 値とする、とされているが、この「特段の取り決め」とはどのようなものを想定しているのか。

A.

1. 日本糖尿病学会の方針では、平成 24 年 4 月 1 日より、日常臨床における HbA1c 検査の結果表記については、JDS 値と NGSP 値の併記となることとされているが、一方で、特定健診に関する保険者への報告については JDS 値により行うこととしており、日常臨床と特定健診の保険者への報告との間で異なる取扱いが行われることとなることから、厳に正確なデータの授受が当事者間で行われる必要がある。
2. こうしたことから、HbA1c の表記について、平成 24 年度においては、特定健診・保健指導におけるデータの取扱いは、従来通り JDS 値を用いることとし、特定健診に係る HbA1c 検査を医療機関等から外部委託された登録衛生検査所等においても原則として JDS 値を用いることとしている。
3. 一方で、登録衛生検査所等と医療機関等とのデータ授受方法については、当事者間で様々な形態があると想定され、医療機関等において特定健診に関連する検査であっても JDS 値と NGSP 値が併記されて報告されることを望む場合などが考えられる。

4. こうしたことから、登録衛生検査所等から医療機関等への特定健診に係る HbA1c 検査の報告については、JDS 値による表記を原則としつつ、当事者間での取り決めにより、JDS 値と NGSP 値の併記などによる報告もありうることにしているが、いずれにせよ、どの値が JDS 値であるかを明示した方法で報告がなされることが必要である。

(3) 仮に医療機関等への報告様式上、「JDS 値による表記」を明示できない登録衛生検査所等があった場合、どのような対応をする必要があるか。

A.

1. 仮に特定健診の実施を受託した者から、JDS 値又は NGSP 値といった表記がなく、HbA1c 検査の結果報告が保険者に対し1つの値でなされた場合、保険者においては、その値が JDS 値による表記なのか、NGSP 値による表記なのか確認ができないこととなるため、登録衛生検査所等から医療機関等への報告においても、JDS 値を明示した報告を行うことが必要である。
2. そのため、登録衛生検査所等から医療機関等への報告様式上、どの値が JDS 値かが明示された形式で報告がなされることが原則であるが、どうしても報告様式に記載できない場合においても、自らの報告する値が JDS 値であることを示す書面を別に医療機関等へ配るなど、何らかの方法により医療機関等に対して自らの結果報告の値が JDS 値であることを明示することが必要である。

(4) この事務連絡の内容にも係らず、JDS 値であることを明示されていない報告が登録衛生検査所等から医療機関等へあった場合の対応はどのようにするのか。

A.

平成 24 年度において、仮に JDS 値なのか、NGSP 値なのかの表記が全くなされず、その他の代替手法もとられずに、HbA1c 検査の結果表記が1つの値により登録衛生検査所等から医療機関等へなされた場合は、この登録衛生検査所等が 24 年度における取扱いを了知していない可能性が高いため、医療機関等は、登録衛生検査所等に当該値が JDS 値であるか否かを確認する必要がある。

(5) HbA1c の表記を JDS 値で行うことができることが、平成 24 年度の保険者からの特定健診の委託要件となるのか。

A.

保険者から特定健診の委託を受けた受託者については、「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて（平成20年3月28日健発第0328024号・保発第0328003号健康局長・保険局長通知）」において、JDS値表記によるHbA1cの検査項目に付番されたJLAC10コードを指定して、保険者に報告を行うことを求めており、平成24年度においては、保険者から特定健診の実施を委託される受託者は、HbA1c表記についてJDS値で行わなければならない。

(6) JDS値で出力できない受託者を用いた場合、保険者の健診受診率の算定対象外となるのか。

A.

上記(5)のとおり、保険者から特定健診の実施を委託された受託者は、平成24年度においては、HbA1c検査の結果についてJDS値で報告を行わなければならないが、仮にJDS値以外のJLAC10コードが付番された表記による報告を行ったとしても、システム上、保険者は報告を受け取ることができないことから、受診率の算定には含まれないこととなる。

(7) JDS値を出力できない受託者に対する特定健診の実施に係る費用決済はどのようなになるのか。

A.

平成24年度においては、保険者はシステム上、JDS値以外の表記によるHbA1c検査の結果を受領することができないことから、JDS値を出力できない受託者については、その特定健診の結果報告を保険者に行うことはできず、したがって保険者から特定健診の実施に係る費用の支払いを受けることもできない。

この場合、当該受託者はJDS値以外で表記された検査結果を、JDS値に換算したうえで報告することにより、保険者から特定健診の実施に係る費用の支払いを受けることができる。

(8) 特定健診の実施について、平成24年度においてはJDS値で出力できない受託者を用いた場合、国庫補助の対象外となるのか。

A.

現行、特定健診の国庫補助については、保険者において実施率に算定しているか否かに係らず、特定健診の実施基準に定められた項目の検査を実施したか否かに基づい

て交付することとなるため、受託者が JDS 値による出力をできないことによって、直ちにその受託者が実施した特定健診について国庫補助の対象外となることはない。

ただし（６）のとおり、JDS 値で出力ができない受託者については、保険者への特定健診の結果報告を行うことができず、そのため実施に係る費用の支払いも行われな
いことから実質的に国庫補助は行われな
いこととなる。

国庫補助の対象となるには、上記（７）のとおり、受託者は JDS 値以外で表記された検査結果を、JDS 値に換算したうえで報告することが必要となる。

（９）事業主健診の委託先選定において JDS 値出力できることは、必須要件とならな
いと理解して良いか

A.

現行、事業主健診についての委託先選定の基準は特に定められておらず、JDS 値による出力ができることを事業主健診の委託先の必須要件とはしないが、保険者においては JDS 値による表記以外の報告はシステム上データを受け取ることができないことから、事業主から保険者への事業主健診の結果報告については、JDS 値による表記で行われることが必要である。

（１０）「労働安全衛生法に基づく健康診断（以下「事業主健診」という。）を事業主が行う場合であって、事業主健診の結果を特定健康診査に代えるときは、当該事業主が保険者に対して提出する事業主健診に関する記録の内容となるヘモグロビン A1c 検査の結果は、JDS 値による表記である旨を明示したものとすること」とあるが、事業主健診が NGSP 値の表記によって行われた場合、事業主が NGSP 値を JDS 値に変換して保険者に健診結果を報告することになるのか。

A.

1. 事業主から保険者への事業主健診のデータ提供については、仮に NGSP 値のみによる表記で行われた場合、保険者において換算を行い、データを NGSP 値から JDS 値に修正することは困難である。
2. 一方で、平成 24 年度から日常臨床については、NGSP 値と JDS 値が併記されて HbA1c 検査の報告がなされることが想定され、事業主健診においては、日常臨床との関係から NGSP 値と JDS 値が併記される場合も多くあると考えられる。
3. そもそも事業主から保険者へのデータ提供については紙媒体によるものも多いなど、その提供の形式には様々なものがあると考えられるが、保険者においては、シ

システム上、JDS 値以外の表記による HbA1c 検査の報告は受け取ることができないことから、事業主においては、どの値が JDS 値かを明示してデータ提供を行う必要がある。

4. そのため、事業主健診においても、特定健診に代えるために行うものについては、事業主から医療機関等の委託者に対し、又、医療機関等が HbA1c 検査を登録衛生検査所等に外部委託する場合には、医療機関等から登録衛生検査所等に対し、どの値が JDS 値であることを明示して報告することを求めた上で、保険者に対しても JDS 値を明示して報告を行う必要がある。

(参考) 保険者が事業主から提供をうける事業主健診の結果様式 (平成 22 年度厚生労働省保険局医療費適正化対策推進室調べ) (複数回答可)

	XML	XML 以外の加工可能電子媒体	XML 以外の加工不可能電子媒体	紙媒体	その他	無回答
被用者保険 (1,702)	74.1%	33.1%	1.5%	55.3%	1.2%	0.3%
市町村国保 (1,757)	7.5%	10.1%	0.7%	85.7%	0.6%	0.6%

(11) 今般、JDS 値による HbA1c 検査に付された JLAC10 コードは変更されるのか。また、新たに導入される NGSP 値によって表記される HbA1c 検査の結果には、新たに JLAC10 コードが付されるのか。

A.

- 従来から利用されてきた JDS 値による HbA1c 検査の JLAC10 コードの変更は行われず同様のコードが利用されることとなる。
- 一方、臨床の現場で新たに導入される NGSP 値の表記による HbA1c 検査の結果については、以下のような新たな JLAC10 コードが付されることとなると聞いている (平成 24 年 1 月 23 日時点)。

【NGSP 値に付される新設コード (予定)】

●新設分析物コード : 3D0446

●新設分析物名称 : グリコヘモグロビンA1c(NGSP)

([分析物名(2)] HbA1C(NGSP))

NGSP値	JLAC10コード	JDS	JLAC10コード	項目名
3D046 0000 019 062 02		3D045 0000 019 062 02		[062(ラテックス凝集比濁法)]
3D046 0000 019 204 02		3D045 0000 019 204 02		[204(HPLC)]
3D046 0000 019 271 02		3D045 0000 019 271 02		[271(可視吸光度法)]
3D046 0000 019 999 02		3D045 0000 019 999 02		[999(その他)]

(12) 今回の事務連絡は、平成 24 年度の取扱いのみを規定しているが、平成 25 年度以降の特定健診・保健指導に関する HbA1c の取扱いはどのようになるのか。

A.

1. 平成 25 年度以降の取扱いについては、平成 24 年度における日常臨床での NGSP 値の普及状況を勘案した上で、今後、関係者間で協議して決定することとしている（平成 23 年 10 月 13 日「第 5 回保険者による健診・保健指導等に関する検討会」資料 1 参照）。
2. なお、方針の決定時期については、システム改修等に必要な期間を考慮して、24 年度の前半までに、関係者間での議論を経て決定したいと考えている。

(13) 今後、HbA1c 検査について検査機器から打ち出される検査値等が NGSP 値となることが想定される。

このような場合、24 年度における特定健診・保健指導に関する報告について、NGSP 値を JDS 値に変換して行う必要があると考えるがそれで良いか。また、決められた変換式はあるのか。

A.

1. 御指摘のとおり、24 年度における特定健診・保健指導の保険者への結果報告については JDS 値で行う必要があるため、検査機器から打ち出される値が NGSP 値である場合等においては、登録衛生検査所等において NGSP 値から JDS 値に変換を行って報告をする必要がある。
2. NGSP 値から JDS 値への変換式については、「日常臨床及び特定健診・保健指導における HbA1c 国際標準化の基本方針及び HbA1c 表記の運用指針」（平成 24 年 1 月 5 日平成 24 年 1 月 23 日修正 日本糖尿病学会 糖尿病関連検査の標準化に関する検討委員会）において、
$$\text{JDS 値 (\%)} = 0.980 \times \text{NGSP 値 (\%)} - 0.245\%$$
という換算式が示されていることから、この式によって変換が行われる必要がある。

平成 24 年 2 月 15 日

「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」 ～健康日本 21（第 2 次）～ （素案）

この方針は、二十一世紀の我が国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、中年期等の人々の生涯における各段階をいう。以下同じ。）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現することができるよう、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次）」（以下「国民運動」という。）を推進するものである。

第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防及び社会生活を営むために必要な機能の維持・向上等により、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間をいう。）の延伸を実現する。

また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差（個人の生活習慣や社会環境の違いにより生じる健康の集団特異的な違いをいう。）の縮小を実現する。

二 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）

食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等を予防することをいう。）に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進する。

三 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

自立した日常生活を営むことを目指し、若年期から高齢期まで、全てのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上に取り組む。

また、生活習慣病を予防し、又はその発病を遅らせることができるよう、子どもの頃から健康な生活習慣づくりに取り組む。さらに、働く世代のストレス対策等により、ライフステージに応じた心の健康づくりに取り組む。

四 健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、国民の健康を実現するためには、社会全体としても健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要である。このため、行政のみならず、広く国民の健康増進を支援する民間団体等の積極的な参加協力を得るなど、国民が主体的に行うことのできる健康増進の取組を総合的に支援していく環境を整備することが必要である。

また、地域や世代間の相互扶助など地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活を確保できない者や、健康づくりに関心のない者なども含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備することが必要である。

五 多様な関係者による連携のとれた効果的な健康増進の取組の推進

1 多様な経路による情報提供

健康増進は、最終的には、国民一人一人の意識と行動の変容にかかっていることから、国民の主体的な健康増進の取組を支援するためには、国民に対する十分かつ的確な情報提供が重要である。このため、各種の情報伝達手段や保健事業における健康相談、健康教育等の多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細かな情報提供を推進する必要がある。

2 ライフステージや性差等に応じた健康増進の取組の推進

乳幼児期から高齢期までのライフステージや性差等の対象者セグメント（単位）に着目し、対象者の特性やニーズ、健康課題等を十分に把握することが重要である。その上で、その内容に応じて、生活習慣病を発病する危険度の高い集団への働きかけを重点的に行うとともに、社会環境が国民の健康に影響を及ぼすことも踏まえて、地域や職場等を通じた国民全体に対する働きかけを行うことにより、健康増進の取組を効果的に推進することが重要である。また、女性の生涯にわたる健康についても、性差に着目した対策が講じられるよう配慮すべきである。

3 多様な主体における連携

健康増進の取組を進めるに当たっては、健康づくり対策、母子保健、精神保健、介護予防及び産業保健の各分野における対策並びに医療保険の保険者が実施する対策を含めた厚生労働行政分野における健康増進に関する対策（食育の推進を含む。）のみならず、学校保健対策、産業医の保健指導、ウォーキングロード（遊歩道等の人の歩行の用に供する道をいう。）の整備などのまちづくり対策、森林等の豊かな自然環境の利用促進対策、総合型地域スポーツクラブの活用などの生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、関係行政分野、関係行政機関等が十分に連携をとって国民の健康増進を図っていく必要がある。

また、国、都道府県、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、健康増進事業実施者、

医療機関、教育機関その他の関係者は、国民の健康増進の総合的な推進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努める必要がある。さらに、運動や休養に関係する健康増進関連事業者、健康関連機器事業者や食品関連事業者等は、国民の健康の増進を図るための自主的な取組に努めるとともに、国は、こうした産業界との連携を一層図ることが必要である。

第二 国民の健康の増進の目標に関する事項

一 目標の設定と評価

1 目標の設定主体

国は、国民の健康増進について全国的な目標を設定し、広く関係者等に対してその目標を周知するとともに、継続的に健康指標の推移等の調査及び分析を行い、その結果に関する情報を還元することにより、関係者をはじめ広く国民一般の意識の向上及び自主的な取組を支援するものとする。

地方公共団体においては、全国的な健康増進の目標を参考に、それぞれの実情に応じて、関係者間で共有されるべき目標を設定する必要がある。

また、地域、職場、学校等においても、これらの目標を参考としつつ、地域等の実情に応じて目標を設定し、そのための計画を策定することが望まれる。

2 目標の設定方法及び評価

健康増進の取組を効果的に推進するためには、健康づくりに関わる多くの関係者が情報を共有しながら、現状及び課題について共通の認識を持った上で、課題を選択し、科学的根拠に基づいた実態の把握が可能な具体的目標を設定する必要がある。

なお、具体的目標については、おおむね10年後を達成時期として設定することとし、当該目標を達成するための取組を計画的に行うものとする。

また、目標設定後5年を目途に中間評価を行うとともに、目標設定後10年を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映させていくこととする。

二 健康増進を推進するための目標

国が国民の健康増進について設定する全国的な目標は、別表に掲げる項目ごとに定める目標値等とし、国はこの目標に基づき、国民運動に取り組むものとする。

第三 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項

一 健康増進計画の目標の設定と評価

都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画（以下「健康増進計画」という。）の策定に当たっては、地方公共団体は、人口動態、医療・介護に関する統計、特定健

診データ等の地域住民の健康に関する各種指標を活用し、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に評価及び改定を実施すべきである。

特に、都道府県においては、国が策定した目標のうち、代表的なものについて、地域の実情を踏まえた住民に分かりやすい目標を提示する必要がある。

また、市町村においては、国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な各種の施策、事業、基盤整備等に関する目標に重点を置いて設定することも考えられる。

二 計画策定の留意事項

健康増進計画の策定に当たっては、次の事項に留意する必要がある。

- 1 都道府県は、市町村、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等の一体的な取組を推進する観点から、健康増進計画の策定及びこれらの関係者の連携の強化について中心的な役割を果たすこと。このため、都道府県は、都道府県単位で健康増進事業実施者、医療機関その他の関係機関等から構成される地域・職域連携推進協議会等を設置・活用し、関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について協議を行い、健康増進計画に反映させること。

なお、都道府県が地域・職域連携推進協議会等を設置・活用するに当たっては、必要に応じて都道府県労働局に参加を要請するなど、連携を図ること。

- 2 都道府県健康増進計画の策定に当たっては、都道府県が策定する医療法（昭和23年法律第205号）に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する都道府県介護保険事業支援計画、がん対策基本法（平成18年法律第98号）に規定する都道府県がん対策推進計画等の都道府県健康増進計画と関連する計画及び都道府県が定める歯科口腔保健の推進に関する法律（平成23年法律第95号）に規定する基本的事項との調和に配慮すること。

また、都道府県は、市町村健康増進計画の策定支援を行うとともに、必要に応じ、市町村ごとの分析を行い、地域間の健康格差の是正に向けた目標を設定するよう努めること。

- 3 保健所は、地域保健の広域的、専門的かつ技術的拠点として、健康格差の縮小を図ること等を目的とした健康情報を収集分析し、提供するとともに、地域の実情に応じ、市町村における計画策定の支援を行うこと。
- 4 市町村は、市町村健康増進計画を策定するに当たっては、都道府県や保健所と連携しつつ、事業の効率的な実施を図る観点から、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定する特定健康診査等実施計画と市町村健康増進計画を一体的に策定するなど、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図るとともに、市町村が策定する介護保険法に規定す

る市町村介護保険事業計画等の市町村健康増進計画と関連する計画との調和を図るよう留意すること。

また、市町村は、健康増進法に基づき実施する健康増進事業について、市町村健康増進計画において位置付けるよう留意すること。

- 5 都道府県及び市町村は、国の目標設定期間を勘案しつつ、一定の期間ごとに計画の評価及び改定を行い、継続的な取組に結びつけること。評価に当たっては、都道府県又は市町村自らによる取組だけでなく、管内の医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等における取組の進捗状況や目標の達成状況について評価し、その後の取組等に反映するよう留意すること。
- 6 都道府県及び市町村は、健康増進のための目標の策定や、目標を達成するまでの過程及び目標の評価において、住民が主体的に参加し、その意見を積極的に反映できるよう留意すること。

第四 国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項

一 健康増進に関する施策を実施する際の調査の活用

国は、国民の健康の増進を推進するための目標等を評価するため、効率的に国民健康・栄養調査等の企画を行い、実施する。この際、生活習慣病の改善のほか、社会環境の改善に関する調査研究についても併せて推進していく。

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査や都道府県健康・栄養調査、国民生活基礎調査、健康診査、保健指導、地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計、診療報酬明細書(レセプト)の情報その他の収集した情報等を基に、現状分析を行うとともに、健康増進に関する施策の評価を行う。この際、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(平成15年法律第57号)、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第58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15年法律第59号)、統計法(平成19年法律第53号)、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律の趣旨を踏まえて制定される条例等を遵守するほか、各種調査の結果等を十分活用するなどにより、科学的な根拠に基づいた健康増進に関する施策を効率的に実施していくことが重要である。

また、こうした調査等により得られた情報については、積極的な公表に努める。

さらに、国、地方公共団体は、ICT(情報通信技術)を活用して、健診結果等の健康情報を個人が活用するとともに、全国規模で健康情報を収集・分析し、効果的な生活習慣病対策を実施することができる仕組みを構築するよう努める。

二 健康の増進に関する研究の推進

国及び地方公共団体においては、国民の社会環境や生活習慣と生活習慣病との関連等に関する研究を推進し、研究結果に関して的確かつ十分な情報の提供を行うことにより、個人の効果的な健康増進の支援を行っていくことが必要である。

第五 健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項

各保健事業者は、質の高い保健サービスを効果的かつ継続的に提供するため、特定健診・特定保健指導、がん検診、労働者を対象とした健康診断等の徹底を図るとともに、転居、転職、退職等にも適切に対応し得るよう、保健事業の実施に当たって、既存の組織の有効活用のほか、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、共同事業の実施等保健事業者相互の連携の促進を図ることが必要である。

具体的には、がん検診や特定健診など各種検診の実施主体間で、個人の健康情報の共有を図るなど、健康に関する対策を効率的かつ効果的に実施することが考えられる。さらに、がん検診や特定健診等の健康診査を同時に実施することにより、受診者の利便性を向上させることや、受診率の目標達成に向けて、各種の検診実施事業者の参加による受診率の向上に関するキャンペーンを実施するなどの工夫を行うことが考えられる。

なお、健康診査の実施等に係る健康増進事業実施者間の連携については、これらによるほか、健康増進法に基づく健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針の定めるところによる。

第六 食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項

一 基本的な考え方

生活習慣に関する情報の提供については、マスメディアやICTのほか、健康増進に関するボランティア団体や、産業界、学校教育等多様な経路を活用するとともに、対象集団の特性に応じた効果的な働きかけを、複数の方法を組み合わせて行っていくことが重要である。また、情報提供の内容は、科学的知見に基づいたものであるとともに、分かりやすく、取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫する必要がある。さらに、国、地方公共団体等は、生活習慣の各分野に関し、指針の策定、普及等に取り組む必要がある。

なお、生活習慣に関する正しい知識の普及に当たっては、家庭、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めることができるよう工夫する。

また、情報提供に当たっては、誤った情報や著しく偏った不適切な情報が提供されないよう留意する必要がある。

二 健康増進普及月間等

国民運動の一層の推進を図るため、九月を健康増進普及月間とし、国民一人一人の自覚を高めるほか、社会全体で健康づくりを支え合う環境を醸成するための健康増進の取組を一層促進するよう健康日本二十一全国大会を実施するなどの広報を行うこととする。

また、こうした取組が一層効果的となるよう、併せて、食生活改善普及運動を九月に実施する。

第七 その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

一 地域の健康課題を解決するための効果的な推進体制

健康増進に係る機関及び団体等がそれぞれ果たすべき役割を認識するとともに、地域の健康課題を解決するため、市町村保健センター、保健所、医療保険者、医療機関、地域包括支援センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等から構成される中核的な推進組織が、市町村保健センター、保健所を中心として、各健康増進計画に即して、当該計画の目標を達成するための行動計画を設定し、各機関及び団体等の取組をそれぞれ補完し合うことにより、効果的な取組が図られることが望ましい。

また、国は、地方公共団体が健康増進計画の策定等を行う際に、各種統計資料等のデータベースの作成や分析手法の提示等の技術的援助を行い、都道府県も市町村に対し同様の技術的援助を行うことが必要である。

二 多様な主体による自発的取組の推進

健康づくりに関する活動に取り組む企業、NGO、NPO等の団体は、国民一人一人の健康増進に向けた取組を一層推進させるための自発的取組を行うとともに、その取組について国民に情報発信を行うことが必要である。また、国、地方公共団体等は、そうした取組の中で、優れた取組を行う企業等を評価するとともに、当該取組が国民に広く知られるよう、積極的に当該取組の広報を行うなど、健康づくりに取り組む企業等が増加するような動機付けを与えることが必要である。

三 健康増進を担う人材

地方公共団体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、喫煙、飲酒、歯・口腔の健康等の生活習慣全般についての保健指導及び住民からの相談を担当する。

国及び地方公共団体は、健康増進に関する施策を推進するための保健師、管理栄養士等の確保及び資質の向上、健康スポーツ医や健康づくりのための健康運動指導士等

の運動指導者との連携、食生活改善推進員、禁煙普及員等のボランティア組織や健康づくりのための自助グループの支援体制の構築等に努める必要がある。

このため、これらの人材について、国において総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図るとともに、都道府県において市町村、医療保険者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体等と連携し、地方公共団体の職員だけでなく、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく研修の充実を図ることが必要である。

また、地域保健担当者、学校保健担当者等は、国民の健康増進のために相互に連携を図るよう努める必要がある。

別表

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標

項目	現状	目標（平成 35 年）
①健康寿命の延伸		
ア 日常生活に制限のない期間の平均	男性 70.42 年 女性 73.62 年 (平成 22 年)	平成 19 年と平成 35 年と比較した場合における平均寿命の増加分を上回る健康寿命であること
イ 自分が健康であると自覚している期間の平均	男性 69.90 年 女性 73.31 年 (平成 22 年)	
②健康格差の縮小		
ア 日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差	男性 3.58 年 女性 3.13 年 (平成 19 年)	都道府県格差を縮小すること
イ 自分が健康であると自覚している期間の平均の都道府県格差	男性 3.88 年 女性 3.54 年 (平成 19 年)	

(注) 上記②の目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むものである。

2 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防に関する目標

(1) がん

項目	現状	目標（平成 35 年）
①75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）	84.3 (平成 22 年)	次期がん対策推進基本計画に合わせて設定
②がん検診の受診率の向上	胃がん 男性 34.3% 女性 26.3% 肺がん 男性 24.9% 女性 21.2% 大腸がん 男性 27.4% 女性 22.6% 子宮がん 女性 32.0% 乳がん 女性 31.4% (平成 22 年)	次期がん対策推進基本計画に合わせて設定

(2) 循環器疾患

項目	現状	目標 (平成 35 年)
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 (10 万人当たり)	脳血管疾患 男性 49.5 女性 26.9 虚血性心疾患 男性 36.9 女性 15.3 (平成 22 年)	脳血管疾患 男性 37.7 女性 23.1 虚血性心疾患 男性 28.9 女性 12.8
②高血圧の改善 (最高血圧の平均値の低下)	男性 138.1mmHg 女性 133.4mmHg (平成 20 年)	男性 134.1mmHg 女性 129.4mmHg
③脂質異常症の減少 (総コレステロール 240mg/dl 以上の割合)	16.4% (平成 20 年)	12.3%
④メタボ予備群・メタボ該当者の減少	1,400 万人 (平成 20 年)	平成 25 年度から開始する第二期医療費適正化計画の策定時期に合わせて設定 (P)
⑤特定健診・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の終了率 12.3% (平成 21 年)	平成 25 年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせて設定

(3) 糖尿病

項目	現状	目標 (平成 35 年)
①合併症 (糖尿病性腎症による年間新規透析導入率) の減少	0.18% (平成 19 年)	0.165%
②治療継続者の割合の増加	53.5% (平成 21 年)	100%
③糖尿病有病者の増加の抑制	890 万人 (平成 19 年)	自然増により見込まれる人数 (1010 万人) から 40 万人の減少

④メタボ予備群・メタボ該当者の減少（再掲）	1,400万人 （平成20年）	平成25年度から開始する第二期医療費適正化計画の策定期間に合わせて設定（P）
⑤特定健診・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の終了率 12.3% （平成21年）	平成25年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせる

（4）慢性閉塞性肺疾患（COPD）

項目	現状	目標（平成35年）
①COPDの知識の普及	今後把握予定	現状を踏まえ設定

3 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

（1）こころの健康

項目	現状	目標（平成35年）
①自殺者数の減少（人口10万人当たり）	23.4 （平成22年）	自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定
②強いうつや不安を感じている人の割合の減少（気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の減少）	10.4% （平成22年）	9.4%
③メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	33.6% （平成19年）	100% （平成32年）
④子どもの心の支援環境の充実		
ア 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合	小児科医：89.5 （平成20年） 児童精神科医：10.6 （平成21年）	増加傾向へ
イ スクール・カウンセラーを配置している中学校（一定の規模以上）の割合	84.3% （平成20年）	100% （平成26年）

（2）次世代の健康

項目	現状	目標（平成35年）
----	----	-----------

①健康な生活習慣（栄養・食生活、運動） を有する子どもの割合の増加		
ア 朝・昼・夜の三食を必ず食べることに 気をつけて食事をしている子どもの割合	84.5% (平成17年度)	100%に近づける
イ 運動やスポーツをほとんど毎日（週に 3日以上、週に7時間以上）している子ども の割合	週に3日以上 小学校5年生 男子 61.5% 女子 35.9% (平成22年) 週に7時間以上 9歳から11歳 男子 72.0% 女子 59.0% (平成18年)	増加傾向へ
②全出生数中の極低出生体重児・低出生体 重児の割合の減少	極低出生体重児 0.8% 低出生体重児 9.6% (平成22年)	減少傾向へ (平成26年)

(3) 高齢者の健康

項目	現状	目標（平成35年）
①要介護状態の高齢者の割合の減少	16.8% (平成21年)	自然増により見込まれる割合（19%） から2%減少 (平成32年)
②認知機能低下ハイリスク高齢者の発見 率の向上	0.9% (平成21年)	10%
③ロコモティブシンドローム（運動器症候 群）を認知している国民の割合の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定
④就業又は何らかの地域活動をしている 高齢者の割合の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定

4 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

項目	現状	目標（平成35年）
----	----	-----------

①地域のつながりの強化（居住地域で互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	平成 23 年国民健康・栄養調査で把握	平成 23 年国民健康・栄養調査結果を踏まえて設定
②健康づくりを目的とした住民活動の増加（健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加）	今後把握予定	現状を踏まえ設定
③健康づくりに関する情報発信に自発的に取り組む企業数の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定
④健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）	今後把握予定	現状を踏まえ設定

5 国民の健康の増進を推進するための生活習慣の改善及び社会環境の改善（NCDリスクの低減等）に関する目標

（1）栄養・食生活

項目	現状	目標（平成 35 年）
①適正体重を維持している人の増加（肥満、やせの減少）	20～60 歳代男性の肥満者の割合 31.7% 20 歳代女性のやせの者の割合 22.3% (平成 21 年)	20～60 歳代男性の肥満者の割合 28% 20 歳代女性のやせの者の割合 20%
②適切な量と質の食事をする人の増加		
ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が 1 日 2 回以上の日がほぼ毎日の者の割合	70.3% (平成 22 年)	80%
イ 食塩摂取量の減少	10.7g (平成 21 年)	8g
ウ 野菜と果物の摂取量・適切な量を摂取する割合の増加	1 日当たり摂取量の平均値	1 日当たり摂取量の平均値

	野菜 295g 果物 115g 適切な量を摂取する割合 野菜 350 g 以上摂取する者の割合 30.9% 果物 100 g 以上摂取する者の割合 41.0% (平成 21 年)	野菜 50g 増加 果物 50g 増加 適切な量を摂取する割合 野菜 350 g 以上摂取する者の割合 60% 果物 100 g 以上摂取する者の割合 70%
③食事を 1 人で食べる子どもの割合の減少	朝食 小学生 14.8% 中学生 33.8% 夕食 小学生 2.2% 中学生 6.9% (平成 17 年)	減少傾向へ
④健康増進を目的として食品中の栄養成分の改善に取り組む食品企業等の増加（食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業の数及び飲食店の数の増加）	今後把握予定	現状を踏まえ設定
⑤利用者の身体状況や栄養状態に応じた栄養・食事管理を実施している特定給食施設の割合の増加(P)	今後把握予定	現状を踏まえ設定

(2) 身体活動・運動

項目	現状	目標（平成 35 年）
①日常生活における歩数の増加	男性 7,136 歩 女性 6,117 歩 70 歳以上男性 4,890 歩 70 歳以上女性 3,872 歩 (平成 22 年)	男性 8,500 歩 女性 8,000 歩 70 歳以上男性 6,000 歩 70 歳以上女性 5,000 歩
②週当たり 1 時間以上の運動習慣者の割合の増加	男性 34.8% 女性 28.5%	男性 60% 女性 55%

	70歳以上男性 45.0% 70歳以上女性 35.7% (平成22年)	70歳以上男性 65% 70歳以上女性 60%
③安全に歩行可能な高齢者の増加(腰痛や手足の関節が痛む者の割合の減少(千人当たり))	男性 265人 女性 371人 (平成22年)	男性 200人 女性 300人
④住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数	今後把握予定	現状を踏まえ設定

(3) 休養

項目	現状	目標(平成35年)
①十分な睡眠の確保(睡眠による休養を十分とれていない者の減少)	18.6% (平成21年)	14.7%
②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	9.3% (平成23年)	5.0% (平成32年)

(4) 喫煙

項目	現状	目標(平成35年)
①成人の喫煙率の低下(喫煙をやめたい人がやめる)	19.5% (平成22年)	12.2%
②未成年者の喫煙をなくす	中学1年生 男子 1.6% 女子 0.9% 高校3年生 男子 8.6% 女子 3.8% (平成22年)	0%
③妊娠中の喫煙をなくす	5.0% (平成22年)	0% (平成26年)
④受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関)の割合の低下(受動喫煙の機会を有する者の減少)	行政機関 16.9% 医療機関 13.3% (平成20年) 職場 64% (平成23年) 家庭 10.7%	行政機関 0% 医療機関 0% (平成35年) 職場 受動喫煙の無い 職場の実現 (平成32年)

	飲食店 50.1% (平成 22 年)	家庭 3% 飲食店 15% (平成 35 年)
--	------------------------	-------------------------------

(5) 飲酒

項目	現状	目標 (平成 35 年)
①ハイリスク飲酒者の割合の低減	平成 22 年国民健康・ 栄養調査結果を再解 析	現状を踏まえ設定
②未成年者の飲酒をなくす	中学 3 年生 男子 8.0% 女子 9.1% 高校 3 年生 男子 21.0% 女子 18.5% (平成 22 年)	0%
③妊娠中の飲酒をなくす	8.7% (平成 22 年)	0%

(6) 歯・口腔の健康

項目	現状	目標 (平成 35 年)
①口腔機能低下の軽減 (60 歳代で咀嚼 に支障がある者の割合の減少)	26.6% (平成 21 年)	20%
②歯の喪失防止		
ア 80 歳で 20 歯以上の歯を有する者 の増加	25.0% (平成 17 年)	50%
イ 60 歳で 24 歯以上の歯を有する者 の増加	60.2% (平成 17 年)	70%
ウ 40 歳で喪失歯のない者の増加	54.1% (平成 17 年)	75%
③歯周病を有する者の割合の減少		
ア 20 歳代における歯肉に炎症所見 を有する者の割合	平成 21 年国民健康・ 栄養調査結果を再解 析	現状を踏まえて設定
イ 40 歳代における進行した歯周炎 を有する者の割合	37.3% (平成 17 年)	25%

ウ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合	54.7% (平成17年)	45%
④幼児・学齢期のう蝕のある者の減少・地域格差の縮小		
ア 3歳児のう蝕有病者率が20%未満である都道府県の割合の増加	12.8% (平成21年)	50%
イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0未満である都道府県の割合の増加	12.8% (平成22年)	80%
⑤歯科検診の受診者の増加(過去1年間に歯科健康診査を受診した者の割合の増加)	34.1% (平成21年)	65%

(参考)

基本的な方向		目 標						
①健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現		全体目標	①健康寿命の延伸 ②健康格差の縮小					
②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底		生活習慣の改善・社会環境の改善						
			栄養・食生活	身体活動・運動	休養	喫煙	飲酒	歯・口腔の健康
がん		①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 ②がん検診の受診率の向上						
NCDの予防								
循環器疾患		①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 ②高血圧の改善(最高血圧の平均値の低下) ③脂質異常症の減少(総コレステロール240mg/dl以上の割合)						
糖尿病		④メタボ予備群・メタボ該当者の減少 ⑤特定健診・特定保健指導の実施率の向上						
慢性閉塞性肺疾患(COPD)		①合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入率)の減少 ②治療継続者の割合の増加 ③糖尿病有病者の増加の抑制						
慢性閉塞性肺疾患(COPD)		①COPDの知識の普及						
③社会生活を営むために必要な機能の維持・向上								
社会生活に必要な機能の維持・向上		①自殺者数の減少 ②強いうつや不安を感じている人の割合の減少 ③メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加 ④子どもへの心の支援環境の充実	①適正体重を維持している人の増加(肥満、やせの減少) ②適切な量と質の食事をとる人の増加(主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の増加、食塩摂取量の減少、野菜・果物摂取量の増加) ③共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少) ④健康増進を目的として食品中の栄養成分の改善に取り組む食品企業等の増加 ⑤利用者の身体状況や栄養状態に応じた栄養・食事管理を実施している特定給食施設の割合の増加	①日常生活における歩数の増加 ②週当たり1時間以上の運動習慣者の割合の増加 ③安全に歩行可能な高齢者の増加 ④住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	①十分な睡眠の確保 ②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	①成人の喫煙率の低下 ②未成年者の喫煙をなくす ③妊娠中の喫煙をなくす ④受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関)の割合の低下	①ハイリスク飲酒者の割合の低減 ②未成年者の飲酒をなくす ③妊娠中の飲酒をなくす	①口腔機能低下の軽減 ②歯の喪失防止 ③歯周病を有する者の割合の減少 ④幼児・学齢期のう蝕のある者の減少・地域格差の縮小 ⑤歯科検診の受診者の増加
次世代の健康		①健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加 ②全出生数中の極低出生体重児・低出生体重児の割合の減少						
高齢者の健康		①要介護状態の高齢者の割合の減少 ②認知機能低下ハイリスク高齢者の発見率の向上 ③ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加 ④就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加						
④健康を支え、守るための社会環境の整備								
地域の絆による社会づくり		①地域のつながりの強化 ②健康づくりを目的とした住民活動の増加 ③健康づくりに関する情報発信に自発的に取り組む企業数の増加 ④健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加 ⑤健康格差対策に取り組む自治体数の増加						
⑤多様な分野における連携								

「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」骨子(案)

歯科口腔保健の推進に関する法律(平成 23 年法律第 95 号)第 12 条第 1 項の規定に基づき、歯科口腔保健の推進に関する国及び地方公共団体の施策を総合的に推進するための基本的事項を次のように定める。

この基本的事項は、高齢化の進展が進む中で将来を見据え、乳幼児期からの歯科疾患の予防、口腔機能の獲得・保持等により、すべての国民が心身ともに健やかで心豊かな生活ができる社会を実現することを目的に、保健、医療、社会福祉、労働衛生、教育その他の関連施策及びその関係者との連携を図り、歯科口腔保健の推進に関する国及び地方公共団体の施策を総合的に推進するための基本的な事項を示すものである。

第一 歯科口腔保健の推進のための基本的な方針

1. 口腔の健康の保持・増進、歯科口腔保健に関する健康格差の縮小

- ・口腔の健康の保持・増進が健康で質の高い生活を営むうえで基礎的かつ重要な役割を果たしていることから、歯科口腔保健の推進を通じて、国民保健の向上に寄与する。
- ・歯科疾患の発症のリスクが高い集団に対する取組と環境を整備して生活習慣の改善等ができるようにする取組を組み合わせることにより、口腔の健康の保持・増進を実現する。
- ・口腔の健康の保持・増進は、個人が主体的に取り組む課題であるが、個人の行うケアに加え、家庭、地域、職場、医療機関(病院歯科・歯科診療所を含む)等を含めた社会全体としてもその取組を支援し、さらに歯科専門職が行うケアも組み合わせることで、口腔の健康の保持・増進及び歯科口腔保健に関する健康格差の縮小を実現する。
- ・口腔の健康の保持・増進及び歯科口腔保健に関する健康格差の縮小のための取組を適切かつ効果的に行うために、ライフステージごとの特性等を踏まえることが重要である。
- ・口腔の健康の保持・増進、歯科口腔保健に関する健康格差の縮小のために、平成元年(1989年)より、日本人の平均寿命である80歳で20本以上の歯を残すことをスローガンに取り組んできた「8020(ハチマルニイマル)運動」は引き続き推進する。

2. 歯科疾患の予防

- ・う蝕や歯周病等の歯科疾患がない社会を目指して、歯科疾患の成り立ちや予防方法について普及啓発を行うとともに、健康を増進する一次予防に重点を置いた対策を推進する。

3. 生活の質の向上に向けた口腔機能の獲得・向上及び低下の軽減
 - ・食べる喜び、話す楽しみ等の QOL (生活の質) の向上を図るためには、口腔機能の獲得・向上及び低下の軽減が重要である。
 - ・高齢期においては、摂食・嚥下等の口腔機能が低下しやすく、これを防ぐためには、特に、乳幼児期から学齢期 (高等学校を含む。) にかけて、良好な口腔・顎・顔面の成長発育及び適切な口腔機能を獲得し、成人期・高齢期にかけて口腔機能の向上及び低下の軽減を図っていくことが重要である。
 - ・口腔機能の獲得・向上及び低下の軽減を図るには、口腔機能に影響を与える習癖等の除去等を歯科保健指導等により促進することが重要である。
4. 定期的な歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者
 - ・障害者、介護を必要とする高齢者その他の者で、定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対しては、その状況に応じた支援をしたうえで歯科疾患の予防等による口腔の健康の保持・増進を推進していく必要がある。
5. 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備
 - ・歯科口腔保健に携わる人材の育成を推進していく必要がある。
 - ・ライフステージごとの特性等に応じた多様な歯科口腔保健を推進するために、地方公共団体に歯科専門職を配置することが望ましい。
 - ・歯科口腔保健に関する施策を総合的に推進していくために、口腔保健支援センターを設置することが望ましい。
 - ・歯科に関する疾患の早期発見及び早期治療を行うため、定期的に歯科に係る検診を受けることの勧奨を行う。

第二 歯科口腔保健を推進するための目標、計画に関する事項

1. 目標、計画設定と評価の考え方
 - ・歯科口腔保健にかかわる多くの関係者が共通の認識として持つ科学的根拠に基づいた、実態把握が可能な具体的目標を設定することを原則とする。
 - ・アウトカムとしての目標と、その目標を実現するためのプロセスとしての計画を設定する。
 - ・「歯科疾患の予防」及び「生活の質の向上に向けた口腔機能の獲得・向上及び低下の軽減」のための目標、計画は、ライフステージごとの特性を踏まえたものとする。
 - ・対象期間を 10 年に設定した上で必要な目標、計画を設定する。
 - ・歯科口腔保健の推進にかかる施策の成果については、基本的事項の策定後 5 年を目途に中間評価を行うとともに、最終年度に再度評価を行うことにより、そ

の後の歯科口腔保健の推進にかかる施策に反映できるようにする。

2. 歯科口腔保健を推進するための目標

(1) 口腔の健康の保持・増進、歯科口腔保健に関する健康格差の縮小に関する目標

- ・口腔の健康の保持・増進
- ・歯科口腔保健に関する健康格差の縮小

(2) 歯科疾患の予防における目標、計画

① 乳幼児期

- 【目標】 ・健全な歯・顎骨の成長・育成(う蝕のない者の割合の増加)
- 【計画】 ・普及啓発(歯科疾患、口腔の外傷等に関する知識)
- ・歯科保健指導の実施(う蝕予防のための食生活、発達の程度に応じた歯口清掃等)
- ・う蝕予防方法(フッ化物、小窩裂溝填塞法(シーラント)、定期的な歯科検診等)
- ・その他

② 学齢期(高等学校等を含む)

- 【目標】 ・口腔の状態の向上(う蝕のない者の割合の増加、歯肉炎のない者の割合の増加、歯牙障害件数の割合の減少)
- 【計画】 ・普及啓発(歯科疾患、口腔の外傷等に関する知識)
- ・歯科保健指導の実施(う蝕予防のための食生活、歯口清掃等)
- ・う蝕予防方法(フッ化物、小窩裂溝填塞法(シーラント)、定期的な歯科検診等)
- ・歯周病予防方法(歯口清掃、定期的な歯科検診等)
- ・その他

③ 成人期(妊産婦を含む)

- 【目標】 ・健全な口腔状態の維持(歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少、進行した歯周炎を有する者の割合の減少、未処置歯を有する者の割合の減少、喪失歯のない者の割合の増加)
- 【計画】 ・普及啓発(歯周病と糖尿病・喫煙・早産等の関係性、口腔がん等に関する知識)
- ・歯科保健指導の実施(う蝕予防のための食生活、歯口清掃等)
- ・う蝕予防方法(フッ化物、定期的な歯科検診等)
- ・歯周病予防方法(歯口清掃、定期的な歯科検診等)
- ・生活習慣の改善(禁煙支援)
- ・その他

④ 高齢期

- 【目標】 ・ 歯の喪失防止(進行した歯周炎を有する者の割合の減少、自分の歯を有する者の割合の増加、未処置歯を有する者の割合の減少)
- 【計画】 ・ 普及啓発(根面う蝕、口腔がん等に関する知識)
・ 歯科保健指導の実施(う蝕予防のための食生活、歯口清掃等)
・ う蝕予防方法(フッ化物、定期的な歯科検診等)
・ その他

(3) 生活の質の向上に向けた口腔機能の獲得・向上及び低下の軽減における目標、計画

① 乳幼児期、学齢期(高等学校等を含む)

- 【目標】 ・ 口腔機能の獲得(不正咬合等が認められる者の割合の減少)
- 【計画】 ・ 普及啓発(口腔・顎・顔面の成長発育等に関する知識)
・ 歯科保健指導の実施(口腔機能獲得に影響を及ぼす習癖等の除去、食育等)
・ その他

② 成人期、高齢期

- 【目標】 ・ 口腔機能の回復・向上及び低下の軽減(咀嚼に支障がある者の割合の減少)
- 【計画】 ・ 普及啓発(口腔の状態と全身の健康との関係等に関する知識)
・ 歯科保健指導の実施(歯口清掃、入れ歯の手入れ、食育等)
・ 口腔機能の回復・向上に関する取組の推進
・ その他

(4) 定期的な歯科検診、歯科医療を受けることが困難な者における目標、計画

① 障害者・要介護高齢者

- 【目標】 ・ 【P】 定期歯科検診の実施率の増加
※平成 23 年度厚生労働科学研究(特別研究)により記載予定
- 【計画】 ・ 【P】 ○○に関する実態把握(上記厚労科研で対応可能か)
・ 普及啓発(歯科疾患、医療・介護サービス、摂食・嚥下機能、口腔ケア等に関する知識)
・ その他

(5) 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備における目標、計画

- 【目標】 ・ 歯科口腔保健の推進体制の整備(歯科検診を受診した者の割合の増加、う蝕の地域格差の縮小、歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している都道府県の増加)
- 【計画】 ・ 歯科に係る検診の勧奨、実施体制の整備

- ・ 口腔保健支援センターの設置
- ・ 歯科口腔保健法に基づく基本的事項の策定
- ・ 医療計画に歯科医療機関の位置付けを記載
- ・ 歯科専門職の配置、地域歯科口腔保健の推進のための人材の確保及び育成
- ・ 歯科医師、歯科衛生士、医師、看護師、准看護師、保健師、薬剤師、管理栄養士、栄養士、介護福祉士等の研修の充実
- ・ その他

第三 都道府県及び市町村の歯科口腔保健の基本的事項の策定に関する基本的な事項

1. 歯科口腔保健の基本的事項の目標、計画の設定と評価
 - ・ 都道府県は歯科口腔保健の推進に関する法律に基づき講ぜられる施策につき、それらの総合的な実施のための方針、目標、計画その他の基本的事項を定めるよう努めなければならない。
 - ・ 都道府県及び市町村は、歯科口腔保健の基本的事項の策定に当たり、第二に掲げた目標、計画を勘案してかつ、地域の状況に応じて、独自に到達すべき目標、計画等を設定し、定期的に評価及び改定を実施するよう努めるものとする。
2. 目標、計画策定の留意事項
 - ・ 地域の歯科口腔保健の状況を把握するよう努めるものとする。
 - ・ ライフステージの区分等は、国が策定する基本的事項を参考に、地域の実情を踏まえて設定することが望ましい。
 - ・ 地域の連携体制にのっとりした歯科口腔保健の推進計画を策定するよう努めるものとする。
 - ・ 基本的事項の策定に当たっては、大学等研究機関及び地域住民等と連携するよう努めるものとする。

第四 調査及び研究に関する基本的な事項

1. 調査の実施及び活用
 - ・ 国は、歯科口腔保健を推進するための目標、計画を適切に評価する観点から、歯科疾患実態調査等の企画については、その時期に配慮して5年毎に実施する。
 - ・ 国、地方公共団体等は、歯科疾患実態調査、国民健康・栄養調査、学校保健統計調査、健康診査、保健指導、診療報酬明細書その他の各種統計等を基に、個人情報保護に留意しつつ、現状分析を行うとともに、これらを歯科口腔保健の推進に関する施策の評価に十分活用する。
 - ・ 地方公共団体等は、各種統計等から得られた情報を、個人の歯科口腔保健の推進に活用できる形で地域住民に提供するよう努めるものとする。

- ・国は各地域で行われている施策等を把握し、情報提供するよう努めるものとする。

2. 研究の推進

- ・国及び地方公共団体は、国民の歯科口腔保健の状況に応じて、口腔の状態と全身の健康との関係、歯科疾患と生活習慣との関係、歯科口腔保健と医療保険との関係等についての研究を推進し、その研究結果を的確かつ十分に情報提供するものとする。
- ・国は、科学的根拠にもとづく歯科口腔保健を推進するために、歯科口腔保健に関するデータベースを構築するよう努めるものとする。
- ・地方公共団体は、地域における歯科口腔保健の状況を把握するために、歯科口腔保健に関するデータベースを構築するよう努めるものとする。

第五 その他歯科口腔保健の推進に関する重要事項

1. 歯科口腔保健に関する正しい知識の普及に関する事項

- ・情報提供はマスメディア、ボランティア、産業界、学校教育等多様な経路を活用し、かつ、その内容は科学的知見に基づき分かりやすく、取組に結びつきやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫する。
- ・生活習慣に関する正しい知識の普及に当たっては、家庭、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めることができるよう工夫する。
- ・情報提供に当たっては、特定の内容が強調され、誤った情報として伝わることのないよう留意する。

2. 歯科口腔保健の推進を行う者間における連携および協力に関する事項

- ・医科・歯科の連携（特に、口腔・顎・顔面の発育不全を有する者、糖尿病を有する者、禁煙を希望する者、妊産婦、周術期管理が必要な者等において）を図ることが望ましい。
- ・歯科専門職、医師、看護師、准看護師、保健師、薬剤師、管理栄養士、栄養士、介護福祉士、地域保健担当者、学校保健担当者等が連携し、情報共有することが望ましい。
- ・医療保険者、医療機関（病院歯科、歯科診療所を含む）、保健所、市町村保健センター、教育関係機関、児童相談所、マスメディア、企業、ボランティア団体等は、国及び地方公共団体が歯科口腔保健の推進に関して講ずる施策に協力するとともに、これら関係機関等から構成される中核的な推進組織を設置する等、互いに連携して、歯科口腔保健を推進することが望ましい。
- ・特に、障害者・要介護高齢者においては、高次医療機関と地域の歯科診療所等

の連携と役割分担を図ることが望ましい。

「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」骨子(案)に関する目標一覧(案)

(1) 口腔の健康の保持・増進と歯科口腔保健に関する健康格差の縮小の実現					
目標		指標			
口腔の健康の保持・増進 歯科口腔保健に関する健康格差の縮小					
ライフステージ	(2) 歯科疾患の予防		(3) 生活の質の向上に向けた口腔機能の獲得・向上及び低下の軽減		(4) 定期的な歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者
	目標	指標	目標	指標	目標
	①乳幼児期	健全な歯・顎骨の成長・育成	口腔機能の獲得	不正咬合等が認められる者の割合の減少	【P】定期歯科検診の実施率の増加
	②学齢期(高等学校等を含む)	口腔の状態の向上			
	③成人期(妊産婦を含む)	健全な口腔状態の維持	口腔機能の回復・向上及び低下の軽減	咀嚼に支障がある者の割合の減少	
④高齢期	歯の喪失防止	【P】定期歯科検診の実施率の増加			
(5) 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備					
目標		指標			
歯科口腔保健の推進体制の整備		・歯科検診を受診した者の割合の増加 ・う蝕の地域格差の縮小 ・歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している都道府県の割合の増加			

※目標値については、平成23年度厚生労働科学研究(特別研究)「歯科口腔保健の推進に関する総合的な研究」(主任研究者:国立保健医療科学院 三浦宏子)において設定。

(2) 歯科疾患の予防

	目標	具体的指標 (現状値→目標値)	データソース	
ライフ ステージ	①乳幼児期	健全な歯・顎骨の成長・育成 3歳児でのう蝕のない者の割合の増加 【P】77.1%→95.0% ※「健やか親子21」では、平成26年度の目標値80%以上	・厚生労働省 母子保健課・歯科保健課調べ	
	②学齢期(高等学 校等を含む)	口腔の状態の向上	12歳児でのう蝕のない者の割合の増加 【P】54.6%→75.0%	・学校保健統計調査
			中学生・高校生で歯肉炎のない者の割合の増加 【P】26.0%→15.0%	・学校保健統計調査 ・歯科疾患実態調査
			高校生で歯牙障害件数の割合の減少 【P】22.0%→5.0%	・日本スポーツ振興センター 障害見舞金給付件数
	③成人期(妊産婦 を含む)	健全な口腔状態の維持	20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少 【P】0%→0%	・国民健康・栄養調査
			・40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少 37.3%→25.0%	・歯科疾患実態調査
			・40歳(35～44歳)の未処置歯を有する者の割合の減少 40.3%→10.0%	・歯科疾患実態調査
			・40歳(35～44歳)で喪失歯のない者の割合の増加 54.1%→75.0%	・歯科疾患実態調査
	④高齢期	歯の喪失防止	・60歳(55～64歳)の未処置歯を有する者の割合の減少 37.6%→10.0%	・歯科疾患実態調査
			・60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少 54.7%→45.0%	・歯科疾患実態調査
			・60歳(65～74歳)で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加 60.2%→70.0%	・歯科疾患実態調査
			・80歳(75～84歳)で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加 26.8%→50.0%	・歯科疾患実態調査

※目標値については、平成23年度厚生労働科学研究(特別研究)「歯科口腔保健の推進に関する総合的な研究」(主任研究者:国立保健医療科学院 三浦宏子)において設定。

(3) 生活の質の向上に向けた口腔機能の獲得・向上及び低下の軽減

		目標	具体的指標 (現状値→目標値)	データソース
ライフ ステージ	①乳幼児期	口腔機能の獲得	・3歳児での不正咬合等が認められる者の割合の減少 12.3%→10.0%	・厚生労働省 母子保健課・歯科保健課調べ
	②学齢期(高等学校等を含む)			
	③成人期(妊産婦を含む)	口腔機能の回復・向上及び低下の軽減	・60歳代で咀嚼に支障がある者の割合の減少 26.6%→20.0%	・国民健康・栄養調査
	④高齢期			

※目標値については、平成23年度厚生労働科学研究(特別研究)「歯科口腔保健の推進に関する総合的な研究」(主任研究者:国立保健医療科学院 三浦宏子)において設定。

(4) 定期的な歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者

		目標	具体的指標 (現状値→目標値)	データソース
ライフステージ	①乳幼児期	【P】定期歯科検診の実施率の増加	【P】障害者(児)入所施設と介護保険施設における定期歯科検診(健診)の実施率の増加 障害者(児)入所施設での実施率(参考値):80.0%→100.0% 介護保険施設での実施率(参考値):41.1%→80.0%	【P】栃木県要介護高齢者・障害児者の歯科保健医療に関する実態調査
	②学齢期(高等学校等を含む)			※左記のデータはともに、平成23年・栃木県要介護高齢者・障害児者の歯科保健医療に関する実態調査でのデータ
	③成人期(妊産婦を含む)			※目標値については、参考値から暫定的に設定したものである。厚労科研での研究結果によって、全国データが集計でき次第、参考値と暫定目標値を、現状値とそれに基づく目標値に置き替えることとする。
	④高齢期			

※目標値については、平成23年度厚生労働科学研究(特別研究)「歯科口腔保健の推進に関する総合的な研究」(主任研究者:国立保健医療科学院 三浦宏子)において設定。

(5) 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備

目標	具体的指標 (現状値→目標値)	データソース
歯科口腔保健の推進体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> 過去1年間に歯科検診を受診した20歳以上の者の割合の増加 34.1%→65.0% 	<ul style="list-style-type: none"> 国民健康・栄養調査
	<ul style="list-style-type: none"> 3歳児のうち蝕有病者率が【P】20%未満である都道府県の割合の増加 12.8%→50.0% 	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省 母子保健課・歯科保健課調べ
	<ul style="list-style-type: none"> 12歳児の一人平均歯数が1.0未満である都道府県の割合の増加 12.8%→80.0% 	<ul style="list-style-type: none"> 学校保健統計調査
	<ul style="list-style-type: none"> 歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している都道府県の割合の増加 48.9%→80.0% 	<ul style="list-style-type: none"> 各都道府県公式ホームページ 日本歯科医師会地域保健・産業保健・介護保険担当理事連絡協議会資料

※目標値については、平成23年度厚生労働科学研究(特別研究)「歯科口腔保健の推進に関する総合的な研究」(主任研究者:国立保健医療科学院 三浦宏子)において設定。

性・年代別 クレアチニン⇒eGFR早見表

年齢	男性	CRE	eGFR Cal
70	1	0.6	100.22
70	1	0.7	84.67
70	1	0.8	73.16
70	1	0.9	64.32
70	1	1	57.31
70	1	1.1	51.64
70	1	1.2	46.95
70	1	1.3	43.01
70	1	1.4	39.66
70	1	1.5	36.78
70	1	1.6	34.27
70	1	1.7	32.07
70	1	1.8	30.13
70	1	1.9	28.40
70	1	2	26.85
70	1	2.1	25.45
70	1	2.2	24.19
70	1	2.3	23.04
70	1	2.5	14.56

年齢	女性	CRE	eGFR Cal
70	2	0.5	90.41
70	2	0.6	74.06
70	2	0.7	62.57
70	2	0.8	54.07
70	2	0.9	47.53
70	2	1	42.35
70	2	1.1	38.16
70	2	1.2	34.70
70	2	1.3	31.79
70	2	1.4	29.31
70	2	1.5	27.18
70	2	1.6	25.33
70	2	1.7	23.70
70	2	1.8	22.27
70	2	1.9	20.99
70	2	2.6	14.89

年齢	男性	CRE	eGFR Cal
60	1	0.6	104.76
60	1	0.7	88.50
60	1	0.8	76.47
60	1	0.9	67.23
60	1	1	59.91
60	1	1.1	53.97
60	1	1.2	49.07
60	1	1.3	44.96
60	1	1.4	41.46
60	1	1.5	38.44
60	1	1.6	35.82
60	1	1.7	33.52
60	1	1.8	31.49
60	1	1.9	29.68
60	1	2	28.06
60	1	2.1	26.61
60	1	2.2	25.28
60	1	2.3	24.08
60	1	2.6	14.75

年齢	女性	CRE	eGFR Cal
60	2	0.5	94.50
60	2	0.6	77.41
60	2	0.7	65.40
60	2	0.8	56.51
60	2	0.9	49.68
60	2	1	44.27
60	2	1.1	39.89
60	2	1.2	36.27
60	2	1.3	33.22
60	2	1.4	30.64
60	2	1.5	28.41
60	2	1.6	26.47
60	2	1.7	24.77
60	2	1.8	23.27
60	2	1.9	21.94
60	2	2.7	14.93

年齢	男性	CRE	eGFR Cal
50	1	0.6	110.38
50	1	0.7	93.25
50	1	0.8	80.58
50	1	0.9	70.84
50	1	1	63.12
50	1	1.1	56.87
50	1	1.2	51.71
50	1	1.3	47.37
50	1	1.4	43.69
50	1	1.5	40.51
50	1	1.6	37.75
50	1	1.7	35.33
50	1	1.8	33.18
50	1	1.9	31.28
50	1	2	29.57
50	1	2.1	28.03
50	1	2.2	26.64
50	1	2.3	25.38
50	1	2.8	14.65

年齢	女性	CRE	eGFR Cal
50	2	0.5	99.58
50	2	0.6	81.57
50	2	0.7	68.91
50	2	0.8	59.55
50	2	0.9	52.35
50	2	1	46.65
50	2	1.1	42.03
50	2	1.2	38.21
50	2	1.3	35.01
50	2	1.4	32.28
50	2	1.5	29.94
50	2	1.6	27.90
50	2	1.7	26.11
50	2	1.8	24.52
50	2	1.9	23.11
50	2	2.9	14.55

年齢	男性	CRE	eGFR Cal
40	1	0.6	117.68
40	1	0.7	99.42
40	1	0.8	85.91
40	1	0.9	75.52
40	1	1	67.30
40	1	1.1	60.64
40	1	1.2	55.13
40	1	1.3	50.51
40	1	1.4	46.57
40	1	1.5	43.19
40	1	1.6	40.24
40	1	1.7	37.66
40	1	1.8	35.38
40	1	1.9	33.35
40	1	2	31.53
40	1	2.1	29.89
40	1	2.2	28.41
40	1	2.3	27.06
40	1	2.4	14.77

年齢	女性	CRE	eGFR Cal
40	2	0.5	106.17
40	2	0.6	86.97
40	2	0.7	73.47
40	2	0.8	63.49
40	2	0.9	55.81
40	2	1	49.73
40	2	1.1	44.81
40	2	1.2	40.74
40	2	1.3	37.33
40	2	1.4	34.42
40	2	1.5	31.92
40	2	1.6	29.74
40	2	1.7	27.83
40	2	1.8	26.14
40	2	1.9	24.64
40	2	2.3	14.95

90以上
60-89
45-59
30-44
15-29
<15

各eGFR相当のクレアチニン

		eGFR <60			eGFR <45			eGFR <30		
男	40歳	1.2	1.5	2.1	0.9	1.1	1.6	0.8	1.1	1.6
	50歳	1.1	1.4	2.0	0.8	1.1	1.5	0.8	1.1	1.5
	60歳	1.0	1.3	1.9	0.8	1.0	1.5	0.8	1.0	1.5
	70歳	1.0	1.3	1.8	0.8	1.0	1.4	0.8	1.0	1.4
女	40歳	0.9	1.1	1.6	0.8	1.1	1.5	0.8	1.1	1.5
	50歳	0.8	1.1	1.5	0.8	1.0	1.5	0.8	1.0	1.5
	60歳	0.8	1.0	1.5	0.8	1.0	1.5	0.8	1.0	1.5
	70歳	0.8	1.0	1.4	0.8	1.0	1.4	0.8	1.0	1.4

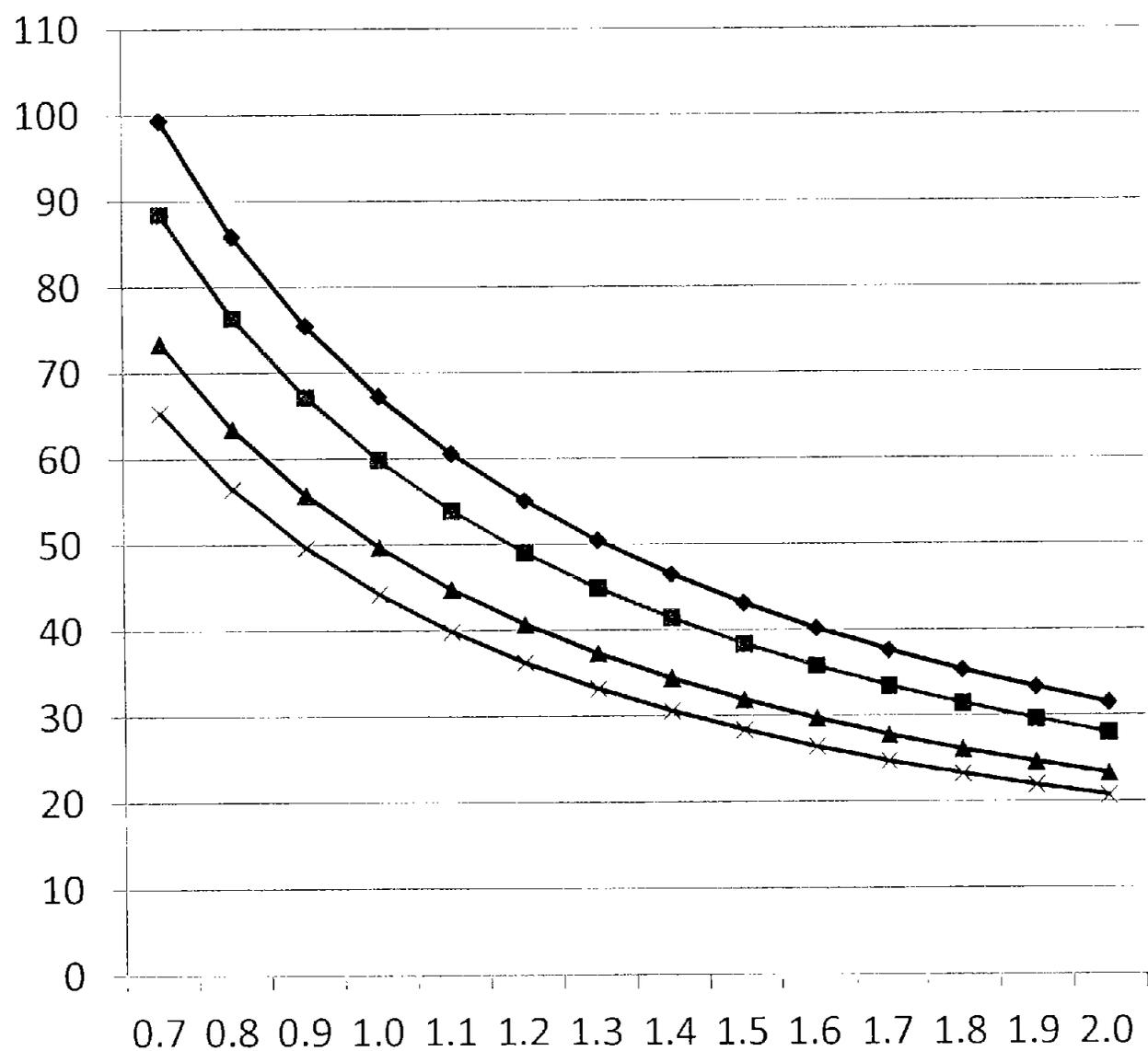
クレアチニンとeGFRの関係

$$eGFR = 194 \times Cr^{-1.094} \times Age^{-0.287}$$

(女性の場合) $\times 0.739$
(ml/min/1.73m²)

eGFR(ml/min/1.73m²)

◆ 男性(40) ■ 男性(60) ▲ 女性(40) ✕ 女性(60)



血清 クレアチニン (mg/dl)