健康日本21（第二次）
地方計画推進のために

地方自治体による効果的な健康施策展開のための既存データ（特定健診データ等）活用の手引き

はじめに

2013年（平成25年）から、健康日本21（第二次）がスタートします。本格的な超高齢社会を迎え、社会保障費の増大が社会問題となっているわが国においては、長期にわたる組織的かつ戦略的な健康づくりの取り組みが不可欠です。これは個人の幸福だけでなく、医療費適正化により社会経済的にも好影響をもたらすものとして期待されます。

振り返りますと、13年前に始まった健康日本21（第一次）において、「目標の設定と評価」を基本方針の一つとして掲げ、一次予防を中心とする健康づくりの取り組みが始まりました。国においては中間評価、最終評価を行った結果、それまでの約10年間の成果や課題を明らかにすることができ、第二次の策定へと進化させることができました。

一方、保健活動の実施主体である地方自治体、特に市町村においては、国や県に準じて目標設定をしたもののその評価が難しい傾向がみられます。地方自治体でモニタリングできる指標には限界があること、21評価のために調査を行う予算やマンパワーが不足していること、一般衛生部局（健康担当課等）だけで取り組み、介護や医療の状況を把握できていないこと等がその要因ではないかと考えられます。その結果、目標と保健事業がうまくリンクしていないという状況もみられました。

しかし、第一次がスタートした頃と比較すると、現在は格段に大量かつ詳細な情報を入手しやすい環境が整ってきました。総務省、厚生労働省のホームページからは、人口動態、健康、医療、介護等の地方自治体別等の数値がエクセル等でダウンロードできます。2008年度から始まった特定健康診査（特定健診）では、共通の検査項目や問診を全国の2,200万人以上が受診し、毎年そのデータが蓄積する環境が整いつつあります。

このような状況のもと、私たちの研究班では、既存の統計データを活用したり、特定健診のデータを分析したりすることにより、健康日本21（第二次）の指標を毎年チェックできる仕組みを構築すべく検討を進めてきました。

本書では、「21」関連指標を中心に、性・年齢階級別平均値、有所見率、年齢調整、地域格差、年次推移など、比較的単純な手法で整理し、グラフで「見える化」を試みました。簡単な解説をつけていますので、グラフからどんなことが読み取れるのか、ぜひ考えてみてください。

付属のDVDには、本研究にて作成した特定健診のデータを活用したグラフ作成システムを収録しています。今回は2013年3月15日公表の暫定的なデータを用いた試験的なソフトですが、各県と全国または他県の平均値、有所見率についてグラフにて比較できる機能や、各検査項目の年齢調整平均値等で色分けしたマップ表示機能を搭載しています。健診受診者を対象とした暫定的なデータであるという制約はあるものの、地域の現状を知る上でお役に立てるのではないかと期待しています。

DVDにはそのほか、本書に掲載されているグラフ、健康日本21（第二次）の関連資料（英語版を含む）等パワーポイントで作成されたデータや、健康日本21大臣告示（英語版）、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の研究班の成果である啓発用教材等をあわせて収録しています。

健康日本21（第二次）及び医療費適正化を推進するためには、多くの関係者に地域の健康上の課題をわかりやすく伝え、共に考え行動していかねばなりません。皆様の保健活動に本書やDVDをご活用いただければ幸いです。

最後になりましたが、本書作成にあたりご協力いただきました厚生労働省健康局がん対策・健康増進課、愛知県、福井県、大阪府等の自治体関係者、循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業の研究班の皆様、あいち健康の森健康科学総合センター職員に深く感謝致します。

2013年3月　研究代表者　津下一代

目　次

※本文中、PPTを付記したものについては、パワーポイントデータでDVDに収録。

❶地に足がついた健康政策の必要性

超高齢化の進展、生活習慣病等の要因により、日本では医療費・介護費が増え続けており、財政を圧迫している状況です。そのようななか、地域住民には「病気や障害のある状態となっても、高齢となっても安心して暮らせるまち」へのニーズが高まっています。

地方自治体には、これらの問題を解決する効果的な健康政策の展開が求められています。

これからの健康政策を考える際のポイント

- ●保健・医療・介護の連続した流れの中で全体を俯瞰した戦略づくり
- ●評価を組み込んだ、効果的かつ効率的な保健事業の推進
- ●保健活動的な「健康なまちづくり」にとどまらない、社会環境づくりへの展開

❷健康日本21(第二次)に求められる視点

健康日本21（第二次）では、根拠に基づく政策推進を目指しており、地方自治体が健康施策を展開するにあたっては、既存データを活用しながら効果的かつ効率的に推進していくことを推奨しています。

「健康日本21（第二次）の推進に関する参考資料」（厚生労働省：2012年7月）の144ページにおいても『都道府県、市町村は地域住民の健康に関する各種指標の状況や地域の社会資源等の実情を踏まえ、目標を設定すること』とした上で、地方自治体が活用可能な統計の具体例が示されています。

第二次に求められる視点

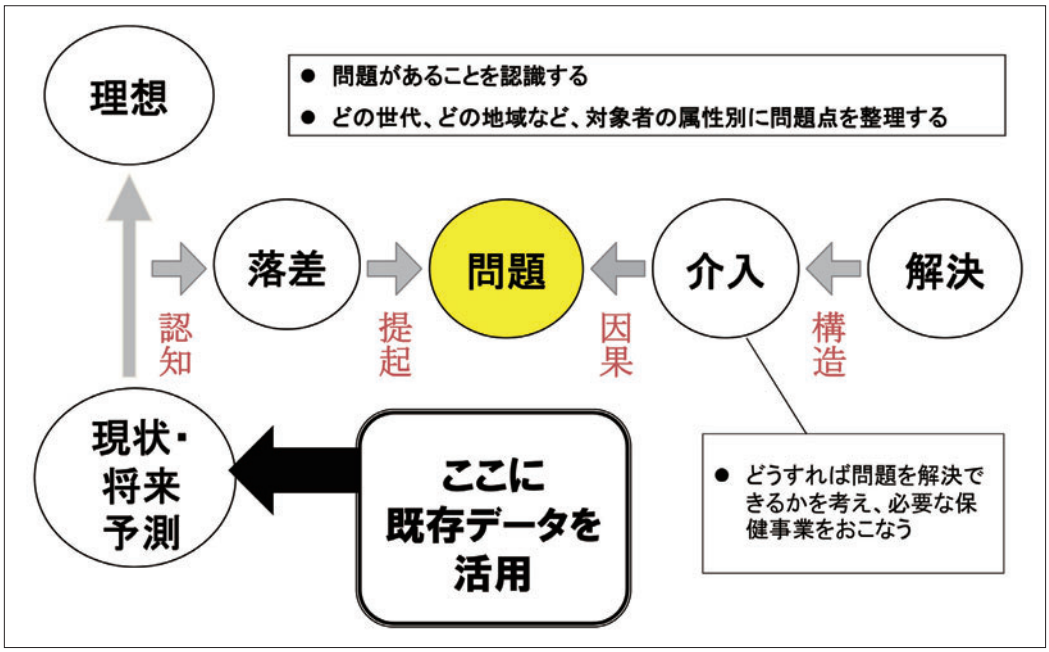
①日本の特徴を踏まえ10年後を見据えた計画の策定
　10年後の人口動態を見据えた計画の策定
　長期的計画のもとに、短期的な課題解決が可能な枠組とする。
②目指す姿の明確化と目標達成へのインセンティブを与える仕組みづくり
　最終的に目指す姿から具体的な内容を位置づけていく構造に。
　自治体や企業、関係機関の長が積極的に進めようとする目的意識や
　目標達成へのインセンティブとなる仕掛けを組み込む。
③自治体等関係機関が自ら進行管理できる目標の設定
　既存データの活用により、自治体等が自ら進行管理できる目標の設定
④国民運動に値する広報戦略の強化
　民間企業等を巻き込んだ強力な広報戦略が必要
　健康に関する誤解を減らし、より理解しやすいメッセージとする
⑤新たな理念と発想の転換
　これまでの9分野の分類設定や理念にとどまらない発想の転換。
　「一病息災アプローチ」や、「個人の健康設計への転換」等

PPT

❸根拠に基づく健康政策のためにデータをみよう

将来を見据えた戦略を練るためには、まず現状を正しく把握し、理想とする社会とのギャップを認識する必要があります。このことによって、解決すべき問題点がおのずと明らかになるからです。

地域の現状を把握するための手法には、調査・アンケート、インタビュー等さまざまありますが、手軽に入手できる既存の統計データを使用する方法（グラフによる地域の見える化）は、簡便かつスピーディで確証の高い方法です。



PPT

既存の統計データを使うメリット等

- ●目標を達成するために、どのような保健事業等が必要なのか、どんな保健事業等がこの指標を改善するために役立つのか、を意識することができる。
- ●モニタリングして指標の推移をみることで、対策が機能しているのか、他の対策を打つべきなのかを考えることにつながる。
- ●介護保険認定状況を確認することで、生活習慣病対策が疾病の発生だけでなく、介護状態の予防につながっているのかを検証しうる（部局横断的分析）。

参考

「対策」も他部局と連携して

健康日本21（第二次）を推進するためには、さまざまな関係者と連携して、人々に情報を届けたり、新しいサービスの提供や健康的な環境づくりが必要です。

自治体内での情報交換や事業の共同実施など、できることから始めたいものです。国においても厚生労働省以外に、21推進に役立ちそうなメニューが提示されています。例えば、農林水産省の「『農』のある暮らしづくり交付金」、「都市農村共生・対流総合対策交付金」、経済産業省の「地域ヘルスケア構築推進事業」など。

住民がいつまでも健康的に過ごせる社会を構築するため、他部局と連携した取り組みを積極的に推進することが期待されています。

既存の統計データによる現状把握の例

●全国平均との比較

●相似性の高い他の自治体との比較

●もっともよい（または、気になる）自治体との比較

●（人口規模、高齢化率、産業構造など）似た自治体の例示

●現状と将来予測（高齢化進展）の比較（今の有病率のままで高齢化が進むとどうなるのか）

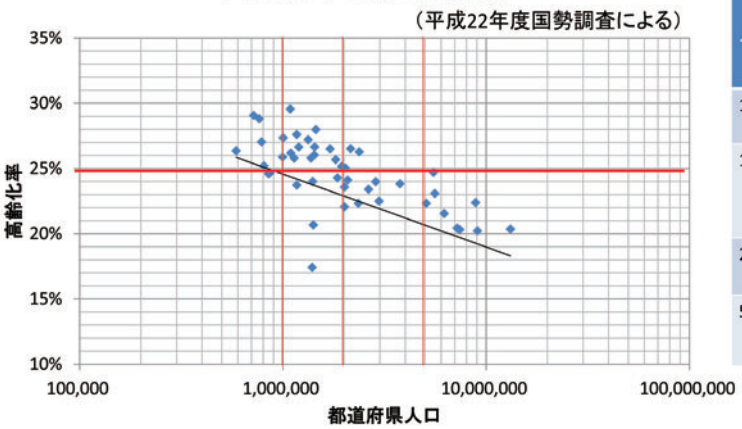
例 10年後の人口予測値（年齢階級別人口）に、現在の各年齢の有病率、医療費などをかけあわせて推計してみる、等）

〈似た自治体を探してみよう〉

都道府県人口と高齢化率 PPT

（平成22年10月1日現在）

（平成22年度国勢調査による）



都道府県人口が小さいほど、高齢化率が高い傾向。似た自治体を選ぶ参考になる。

都道府県別人口と高齢化率 PPT

人口	高齢化率	
	25%未満	25%以上
100万未満	山梨、佐賀	島根、高知、徳島、鳥取、香川、福井
100～200万	三重、奈良、石川、滋賀、沖縄	秋田、山口、山形、和歌山、岩手、愛媛、大分、鹿児島、富山、長崎、青森、宮崎、熊本、岡山
200～500万	岐阜、広島、静岡、群馬、京都、茨城、宮城、栃木	長野、新潟、福島
500万以上	兵庫、大阪、福岡、千葉、埼玉、東京、愛知、神奈川	北海道

（平成22年）

人口規模と高齢化率のデータから、似ている自治体を探してみましょう。同じような特徴や問題点があるかもしれません。

都道府県内、市区町村を同じように人口・高齢化率で分けてみると比較対照としたい自治体がみつかることでしょう。

（右：愛知県市町村グループ）

例示 愛知県市町村グループ 例（人口・高齢化率別）

（平成22年国勢調査、区は名古屋市）

人口	18%未満	18～21%	21～25%	25～30%	30%以上
1万人未満				飛島村	東栄町、豊根村 設楽町
1万人以上 5万人未満	大治町 幸田町 東郷町 高浜市	豊山町、大口町 蟹江町、武豊町 岩倉市、東浦町	吉良町、一色町 美浜町、阿久比町 扶桑町、弥富市	幡豆町 南知多町 新城市	
5万人以上 10万人未満	長久手町 みよし市 知立市 日進市 大府市	清須市、豊明市 碧南市、中区 尾張旭市 北名古屋市 知多市	常滑市、田原市 熱田区、愛西市 津島市、東区 犬山市、蒲郡市 あま市、江南市	中村区 南区	
10万人以上 20万人未満	刈谷市 名東区 安城市	西尾市、東海市 半田市、小牧市 港区、天白区 守山区	瑞穂区、昭和区 瀬戸市、稲沢市 西区、千種区 北区、豊川市		
20万人以上	豊田市 岡崎市	中川区、緑区 春日井市 豊橋市	一宮市 （名古屋市全体）		

注）表は平成22年

❹地域で活用できる指標としての既存データ

人口動態、死亡、介護、医療等の情報は、e-Stat（政府統計の総合窓口　e-Stat: http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do）から入手可能です。厚生労働省ホームページにも、詳細な保健、医療、介護関係の統計資料が公開されています（http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/ ）。

性・年齢別、都道府県・市町村別の各データが閲覧できますし、エクセルでダウンロードして二次加工することもできます。

以下に、保健事業に関連する指標とそれに対応する既存データを挙げました。

ここに示した指標の他にも、市町村等においては保健事業の参加率や効果分析などのデータも活用できます。社会資源については、施設の状況などを統計表から抽出することができます。

地域で活用できる指標の例 PPT

生・死
- 人口動態（高齢化率、地域差、将来予測）
- 死亡の状況（年齢、原因とその推移、標準化死亡比）

疾病・障害
- 介護情報を活用する（認定率、理由、給付費）
- 医療データを活用する（医療費、それに及ぼす要因）

予防対策
- 特定健診・特定保健指導問診・データの活用
- （国民健康・栄養調査　都道府県分）

保健事業
- 保健事業評価　（プロセス・アウトプット・アウトカム）

日頃の保健活動の実績データを活用して、事業のカバー率（参加割合）、参加者の性・年齢階級別分布、参加による効果等を見える化します。

既存データの有効活用のポイント

●グラフ化して視覚に訴える資料を作る。
●データとデータとの関連性を考える。
●グラフ化で将来を視覚的に予測する。

データを利用すればよいことはよくわかるのですが、現場では「データが豊富すぎてどれをみればよいかわからない」「数字の羅列でどのような意味をくみ取ればよいのかわからない」という声がよく聞かれます。

そこで次章では、既存データを使った比較的簡単な見える化事例を示します。

既存データの見える化と読みとる際のポイント

◎加齢や生活習慣病の進行過程にあわせてデータを整理する。

▼整理の例

- 乳幼児期→学齢期→青年期→壮年期→高年期
- 健康→予備群→罹患→重症化・障害

〈注意したいポイント〉

- 既存のデータだけでは因果関係までわかるわけではない。
- 解釈のためには、病態の理解、病因、データの持つ意味、発症・重症化の流れ（病因→データ異常→合併症等の流れ）を押さえることが大切。
- 国の「健康日本21（第二次）」における活用法を参考に対策を検討する。

◎その数字が「いいのか・悪いのか」を判断するために、“基準”と比較する必要がある。

▼“基準”との比較の例

- 性・年代（5歳階級）ごとの有所見率や平均値を全国・県内比較する。→40歳代前半男性の肥満者が多い等
- 高齢化の影響を除くために年齢調整後の数値が、全国平均と比較してどうなのか判断する。→年齢調整死亡率が高い等
- トレンド（年次推移）をとらえる。→前年と比較して増加している、全国平均の増加の伸びよりも大きい等

◎関連するどのデータも一貫して同じ方向性かどうかを確認する。

例1：運動不足者が多い→メタボが多い→糖尿病治療中の患者が多い→糖尿病による透析患者が多い等
例2：男女、各年齢層とも運動不足者が多い→環境（地域）の影響を考える

◎データを地区ごとに分けて、医療・介護・教育・産業など多部門の社会資源との関連を考えることができる。

例：運動施設、医療機関、介護施設等の数や活用実績を調べてみる。

◎解釈するときには、保健活動の実感を大切にする。

「あの地区に肥満者が多いというのはもっともだ。公共交通機関が少なく、車で移動している地域だから」
「あの地区は健康づくり活動が盛んなので、健診受診率も高いのだろう」

◎データには限界があることを認識して活用する。

【生活習慣調査】調査対象に偏りはないのか、客体数は十分か（n数が100未満の場合は、注意して活用）

▼気をつけたい偏り

①選び方の偏り：ある企業や教室参加者だけのデータだけを用いる
②方法による偏り：インターネット調査：インターネット使用者の声しか聞けない（年代、志向の偏り）
③数の不足：一階級のデータ数が一定数に達していない

【特定健診データ】健診受診者の結果に限られる。全国での受診率は43%（平成22年）。未受診者は受診者よりも健康状態が悪い可能性に留意。

【医療データ（レセプト等）】治療者のデータに限られ、未受診者・中断者のデータがない。レセプト（診療報酬明細書）に記載された病名が必ずしも本人の健康状態を示しているわけではない。

【介護保険認定】介護認定状況やサービス提供状況に地域差がある、家族による支援状況等サポート体制により自治体間格差がある可能性がある。

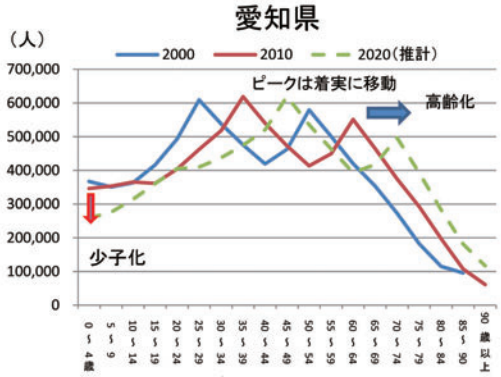
【患者登録】透析、がんなどにおいて、登録の信頼度が高まってはいるが、医療機関等の協力状況による。登録されていない患者もいることに留意する。

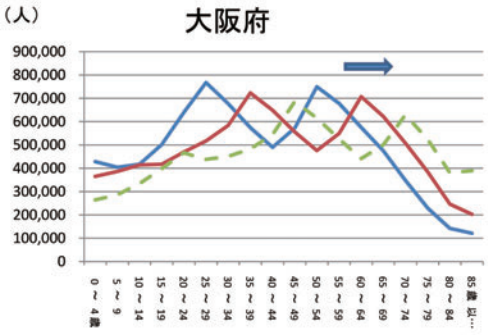
見える化① 人口変動の状況

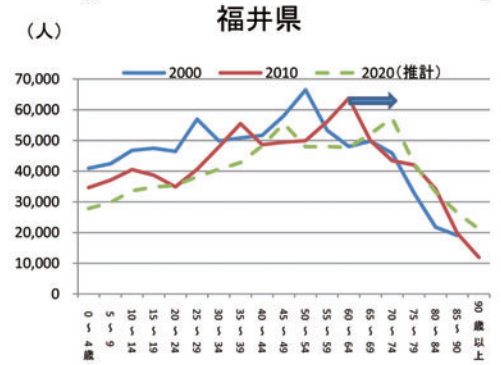
◆どう見るか◆
- 実数で見る
- 年齢別に見る
- 年次推移で見る

年齢別人口の推移 （2000年→2010年→ 2020年推計）

		65歳以上	75歳以上	85歳以上
愛知	2000	102万(14.5%)	39万(5.6%)	9.5万(1.4%)
	2010	149万(20.3%)	65万(8.8%)	16万(2.1%)
	2020*	189万(25.7%)	98万(13.2%)	30万(4.1%)
福井	2000	17万(20.5%)	7.4万(8.9%)	1.9万(2.3%)
	2010	20万(25.2%)	11万(13.3%)	3.1万(3.9%)
	2020*	23万人(30.5%)	12万(16.2%)	4.8万(6.2%)
大阪	2000	132万(14.9%)	49万(5.6%)	12万(1.4%)
	2010	196万(22.1%)	83万(9.4%)	20万(2.3%)
	2020*	242万(29.0%)	129万(15.5%)	39万(4.7%)







2000,2010　国勢調査、 2020年推計＊：国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」（平成19年5月推計）

PPT

地域の人口構造をみることで、対象集団の全体像を意識することができます。高齢化率といった数字だけよりも、実感をもって高齢化の実態を知ることができます。また、グラフが年々右に移動していくことから、10年後の地域の人口構造を想像することができます。

◆データを見てわかること

○高齢化は福井県が最も先行していますが、大阪府、愛知県も今後急速な高齢者人口の増加が予想されます。
○大阪府は10年後には現在よりも後期高齢者が50万人多くなります。
○愛知県、大阪府の方が人口の起伏が大きいことから、急激な医療・介護ニーズの変化が起こることが予想されます。
○2020年には、愛知県、大阪府の85歳以上は倍増すると予想されます。福井県は1.5倍です。

あなたの地域は？
チェックポイント

□高齢者数の数字からみたインパクトと、人口の山の動きからみたインパクトの違いは？
□高齢化率は一定に進むのではない。今後65歳以上になる層がどのくらいなのか、予想していますか？
□支える若年層のピークもこの10年間で右にシフト、生活習慣病好発年齢にさしかかることがわかる。若年層の生活習慣病対策に力を入れていますか？
□介護や医療費などの課題が大きくなるのは75歳以上。75歳以上の割合の推移にも注意していますか？

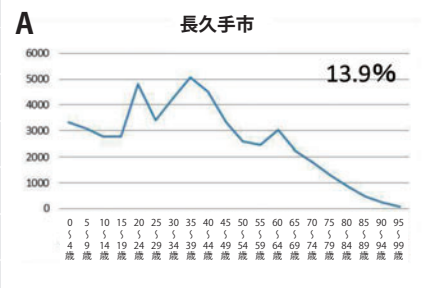
STEP UP

市町村データで考える

今度は、あなたの県内の市町村の年齢別人口を確認してみましょう。以下の例は愛知県内市町の人口分布ですが、自治体間差が大きいことがわかります。産業構造の変化（急激な都市化、ベッドタウン化）、大学等の設置などの条件により、特徴的なパターンがみられます。

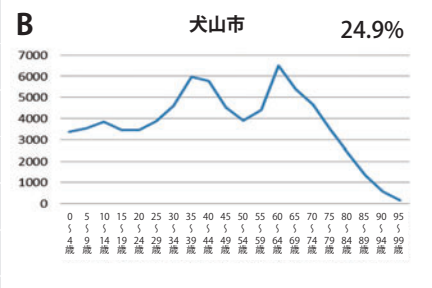
下のグラフから、どんなまちかイメージできますか？　一市町村だけでなく、近隣市町村全体（医療圏など）でどのような人口構成になっているのか、今後はどのようになっていきそうなのかを推測することは、これからの健康政策を考えるうえで重要です。

愛知県内市町の年齢別人口比較（平成24年10月）



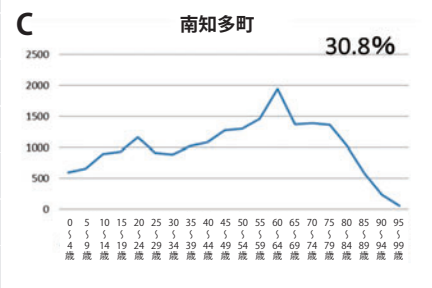
A　長久手市　高齢化率 13.9%

長久手市は名古屋市の東部に位置し、住宅地として人口が増加してきました。1971年（昭和46年）町制施行、2012年（平成24年）に市制へ移行した若いまちです。人口構造では従来の農村人口に加え、若年者の居住が増加し、出生数も増加しています。市内に4つの大学があるため、学生の層も突出しています。



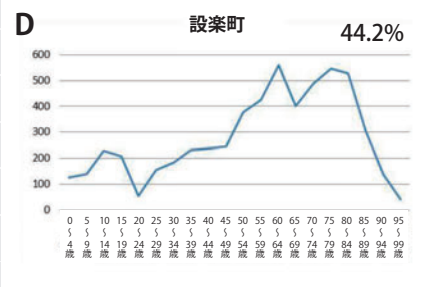
B　犬山市　高齢化率 24.9%

犬山市の人口構造のパターンはおおむね全国の平均的な形になっており、65歳を中心とする団塊の世代とそのジュニア世代の二峰性となっています。古代より小集落が発展、犬山城を中心とする城下町でした。現在は市街地、農村、明治村等の観光地のほか、工場等をかかえ、若年層の雇用を確保しています。



C　南知多町　高齢化率 30.8%

南知多町は知多半島南部に位置し、半島の先端と沖合いに浮かぶ篠島・日間賀島などの島々からなっています。三河湾国定公園と南知多県立自然公園に指定されており、観光、漁業のまちです。みかんを中心とした農業にも特徴があります。隣町に大学があることや知多半島道路を通って名古屋圏までの通勤、通学が可能なことから若年層も一定数確保できています。

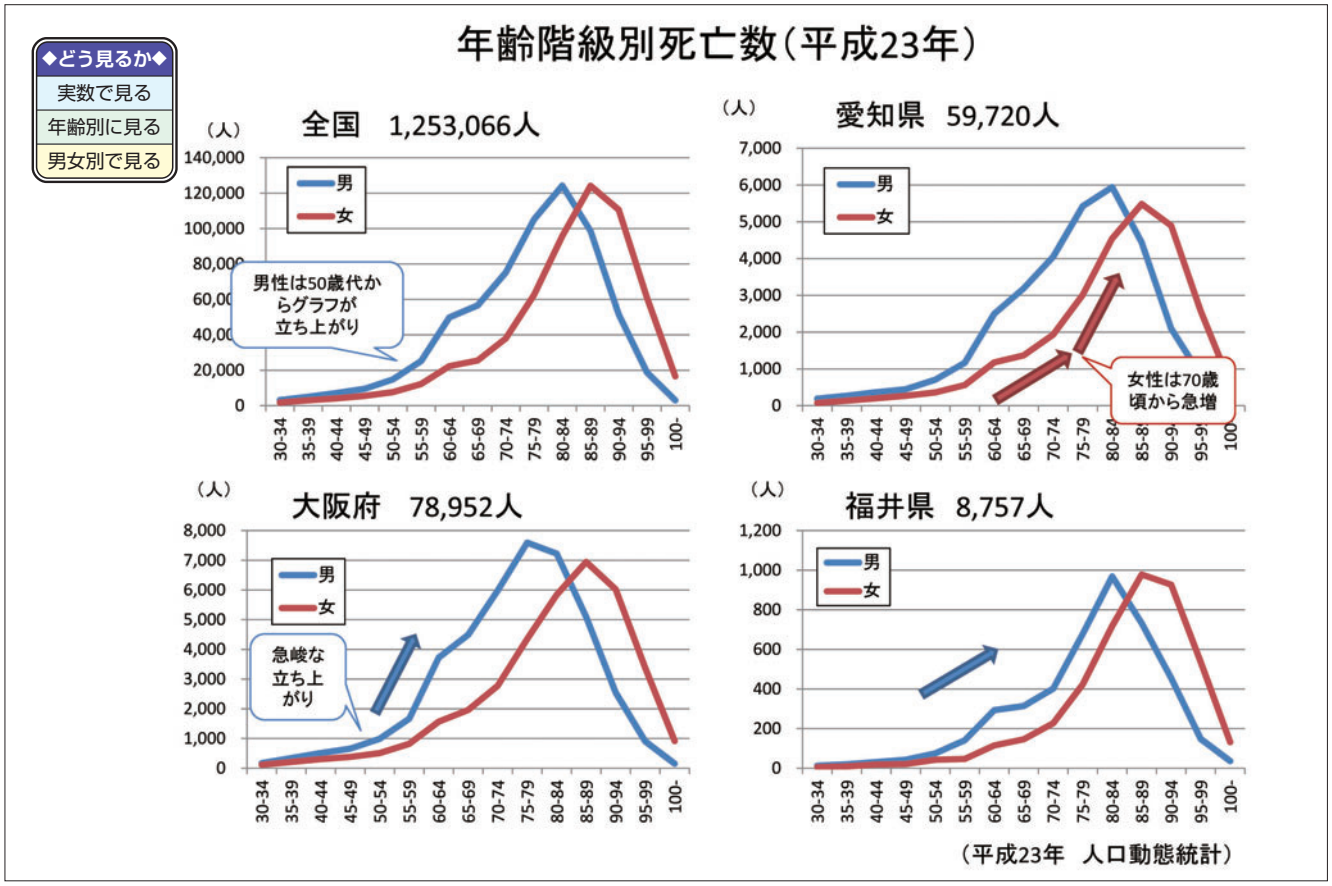


D　設楽町　高齢化率 44.2%

設楽町は、まちの約9割を森林が占めています。年間出生25人、死亡129人、転入120人、転出183人など、人口流出が続き、65歳未満人口はこの50年間漸減しています（町要覧より）。高齢者は農業等を営みながらできるだけ住み慣れた家ですごしたい、と助け合って暮らしています。子どもたちは高校、大学進学、就職時にまちを離れることが多いようです。

「高齢化率」という数字を見るだけでなく、パターンを見ることで、今後10年間に町の様子がどのように変わっていきそうか、推定できます。健康づくり政策も、まちの実態にあわせて考える必要があります。

見える化②死亡の状況



PPT

死亡の現状を知るため、人口動態統計で年齢階級ごとにみた死亡数について検討してみましょう。

◆データを見てわかること

○性・年代別に死亡者数をみると、愛知県、大阪府とも、男性では壮年期死亡の立ち上がりがみられます。
○都道府県で比較すると、壮年期の立ち上がりの角度に自治体間差がみられます。
○働き盛り世代であるので、職域と地域が連動した対策が必要であると考えられます。
○女性の死亡は70歳より急増します。

【データソース】
人口動態統計「死亡数」性・年齢・都道府県別、市町村別も可能。

【方　法】
CSVファイルをダウンロード、男女年齢別の折れ線グラフ作成。

【グラフの読み方】
各自治体で何名の人が何歳で死亡したかを示した単純なグラフ。死亡率ではないので、人口構造の影響を受けます。たとえば愛知県では福井県よりも若年者人口が多いために、死亡数の立ち上がりも大きいという結果が出ます。

まちの健康のレベルをはかる指標としては次ページの年齢階級別死亡率を用いる必要がありますが、各自治体の健康政策を考える上では、死亡者数の実数を把握することで必要な保健・医療サービス量を考えることができます。また、「%」ではなく、「人」であることから、一般の方へ強く訴えることができます。（例えば、「男性は女性に比べて50歳から死亡が多くなっています。例えば、福井県の場合は、60歳前半の男性の死亡者数は、女性の約3倍となる300人となっています。働き盛り世代の死亡を防ぐために、原因の分析や対策が必要です」など。）

以下のグラフは、年齢階級別の死亡率のグラフです。

【方　法】

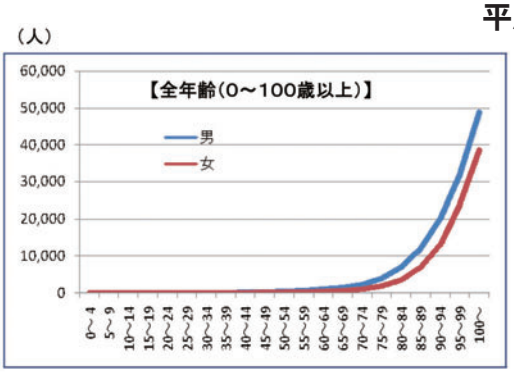
死亡数を年齢階級別人口で割り、10万をかけあわせることによって、「人口10万人対」の死亡率を算出することができます。各自治体の人口構成にかかわらず、同じ年齢の人同士で死亡率を比較することができますので、健康状態を表す指標として活用できます。

【留意点】

小規模自治体では各年齢階級の死亡数が少ないために、グラフがスムーズにならなかったり、年によって傾向に違いがみられたりします。5年分のデータを集計するなどの方法が必要です。

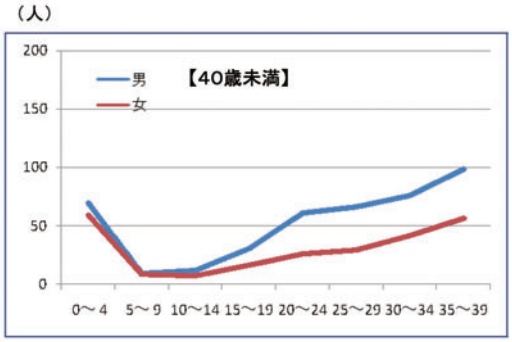
年齢階級別死亡率（人口10万人対）PPT

平成22年人口動態統計より



全年齢（0歳～100歳以上）

男性の方が死亡率の立ち上がりが早い。男女とも80歳以降で急速に死亡率が高まることがわかります。

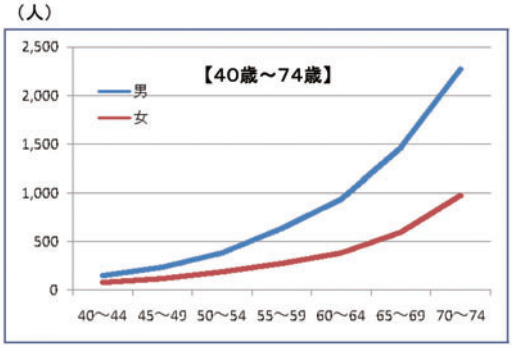


40歳未満

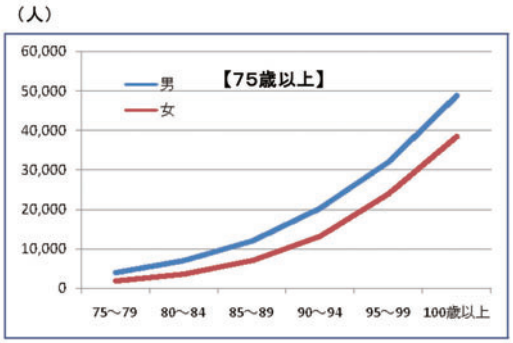
10歳代後半より、徐々に死亡率が増加しはじめます（男性＞女性）。
主要な死因として、不慮の事故、自殺、がんが三大死因となっています。

▼対策の例

学校や警察等と連携した事故対策、自殺対策が必要です。子どもたちが安心して暮らせるよう、教育やサポート、環境づくりが必要です。小児がん等に対する適切な医療の提供や生活の支援などが求められます。



スケールの違いに注意！



壮年期～前期高齢者

50歳代～70歳代にかけて、男女の死亡率の差が開いています。

がん、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病が上位を占めています。

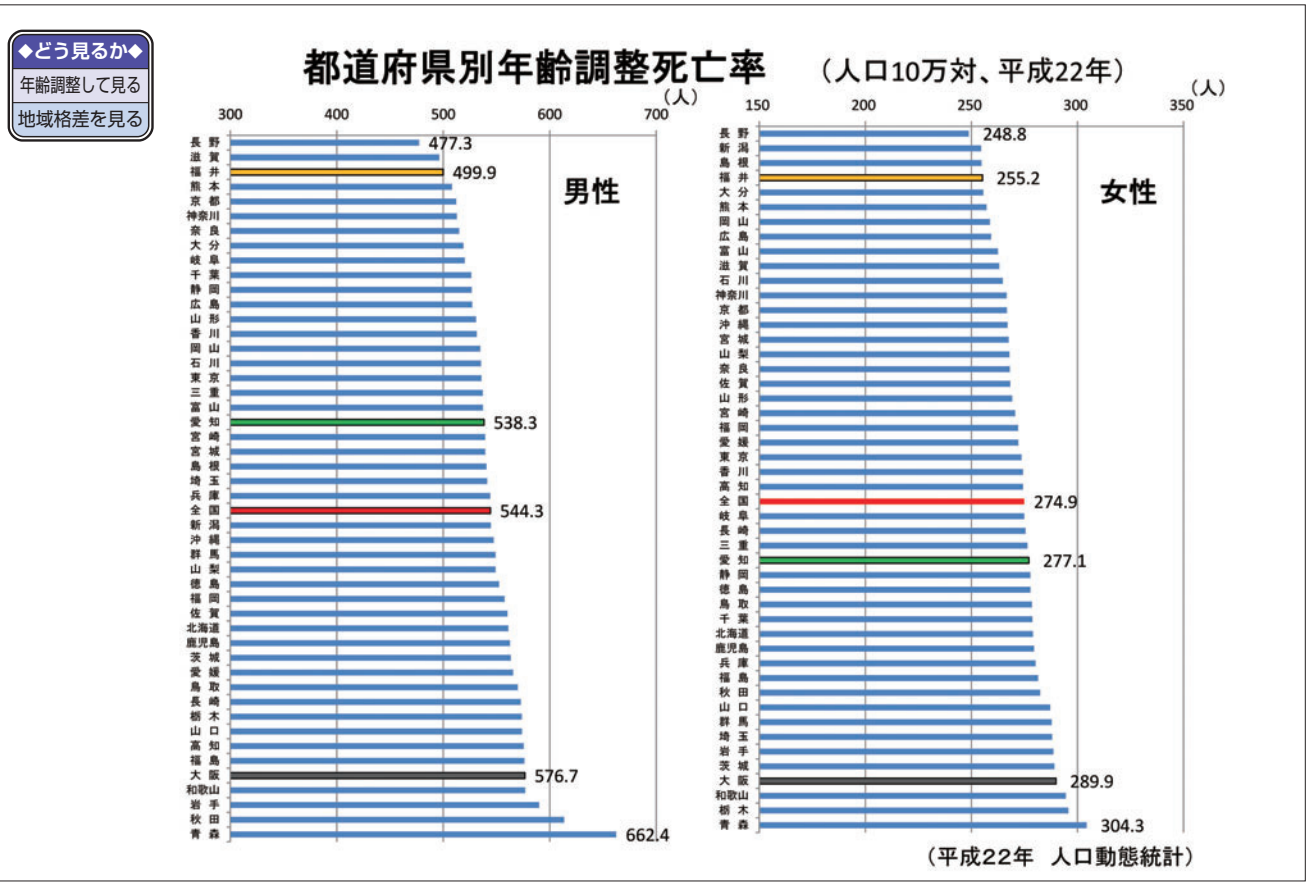
▼対策の例

健康日本21（第二次）に掲げたNCD対策（生活習慣病対策）は、まさにこの世代の死亡率低下を目指したアクションプランです。若年期からの健康づくりの推進、喫煙・肥満対策、適切な医療等により、壮年期死亡を減らすことが重要な課題であることを共通の認識とします。死亡率の年次推移を比較すると確実に改善している世代であるので、今後も対策を強化することで年齢階級別死亡率を減らせると期待されます。

後期高齢者

80歳代になると、人口10万対1万（10%）を超え、死亡率が急速に高まっていきます。

肺炎、心疾患、老衰などが死因の多くを占めています。



PPT

死亡率を年齢調整し（昭和60年モデル人口）、男女別、都道府県別にみたものです。

◆データを見てわかること

○男性は全国では人口10万人対544.3人ですが、最も死亡率の少ない県（477.3人）と多い県（662.4人）の間に185.1の人の開きがあります。

○女性は全国では人口10万人対274.9人と男性の約半数であり、少ない県（248.8人）と多い県（304.3人）の格差が小さい（55.5人）ことがわかります。

○男女とも福井県が良好、愛知県がほぼ中位、大阪府が下位に位置しています。

1985年（昭和60年）を基準年とするのは、年次推移などを比較をするために基準を定める必要があるからで、厚生労働省の統計では1985年（昭和60年）を基準年とする「調整」がよく用いられています。

都道府県別の年齢調整死亡率は厚生労働省ホームページに公開されていますので、簡単に閲覧することができます。（http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/other/10sibou/）

年齢調整死亡率は、死亡全体だけでなく、各死因別に計算することができますから、どのような病気で死亡する傾向が強いかを知ることができます。

年齢調整死亡率を実際に計算する方法は以下の通りです。

たとえば 2010 年（平成 22 年）の年齢調整死亡率を計算するためには、5 歳刻みの死亡率を算出し、下記の式に当てはめます。

{(昭和60年モデル人口の0～4歳の人数×平成22年の0～4歳の死亡率)
＋（昭和60年モデル人口の5～9歳の人数×平成22年の5～9歳の死亡率）
＋（昭和60年モデル人口の10～14歳の人数×平成22年の10～14歳の死亡率）
＋・・・・・（昭和60年モデル人口の85歳以上の人数×平成22年の85歳以上の死亡率)}
÷昭和60年モデル人口総数

年齢調整死亡率を使えば、その自治体を代表する死亡率の数字が得られますので、都道府県間の比較が可能です。

ただし、市町村において各階級の死亡数が少ない場合には死亡率の変動が大きいため信頼度の高い数値を得ることが難しくなります。

その場合には「標準化死亡比（SMR)」を用います。

標準化死亡比は、もし、Aという自治体の年齢階級別死亡率が全国値とまったく同じであったら何人死亡していたか、を計算、実際の死亡数がこれより多いか少ないかで判断します。

A自治体の標準化死亡比＝A自治体の実際の死亡者数÷
｛（A自治体の0～4歳の人口×全国の0～4歳の死亡率）＋（A自治体の5～9歳の人口×全国の5～9歳の死亡率）＋・・・＋（A自治体の100歳以上の人口×全国の100歳以上の死亡率）｝×100

この数字が100よりも大きければ全国よりも死亡率が高い自治体であると考えられます。

参考 年齢調整死亡率の基準人口とは？

年齢調整死亡率は、基準人口を用いて算出します。国の人口動態統計では、基準人口として「昭和60年モデル人口」〔1985年（昭和60年）の国勢調査人口を基に補正した人口〕を用いています。本書の特定健診データの標準化では、基準人口として2010年（平成22年）の男女計の人口を用いました。

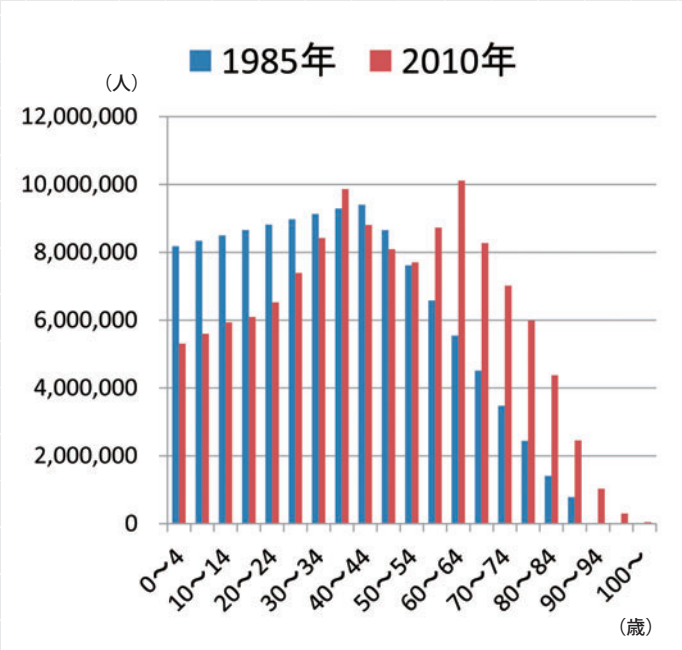
参考までに基準人口と、2010年（平成22年）国勢調査時の年齢別人口パターンの違いを図示しました。

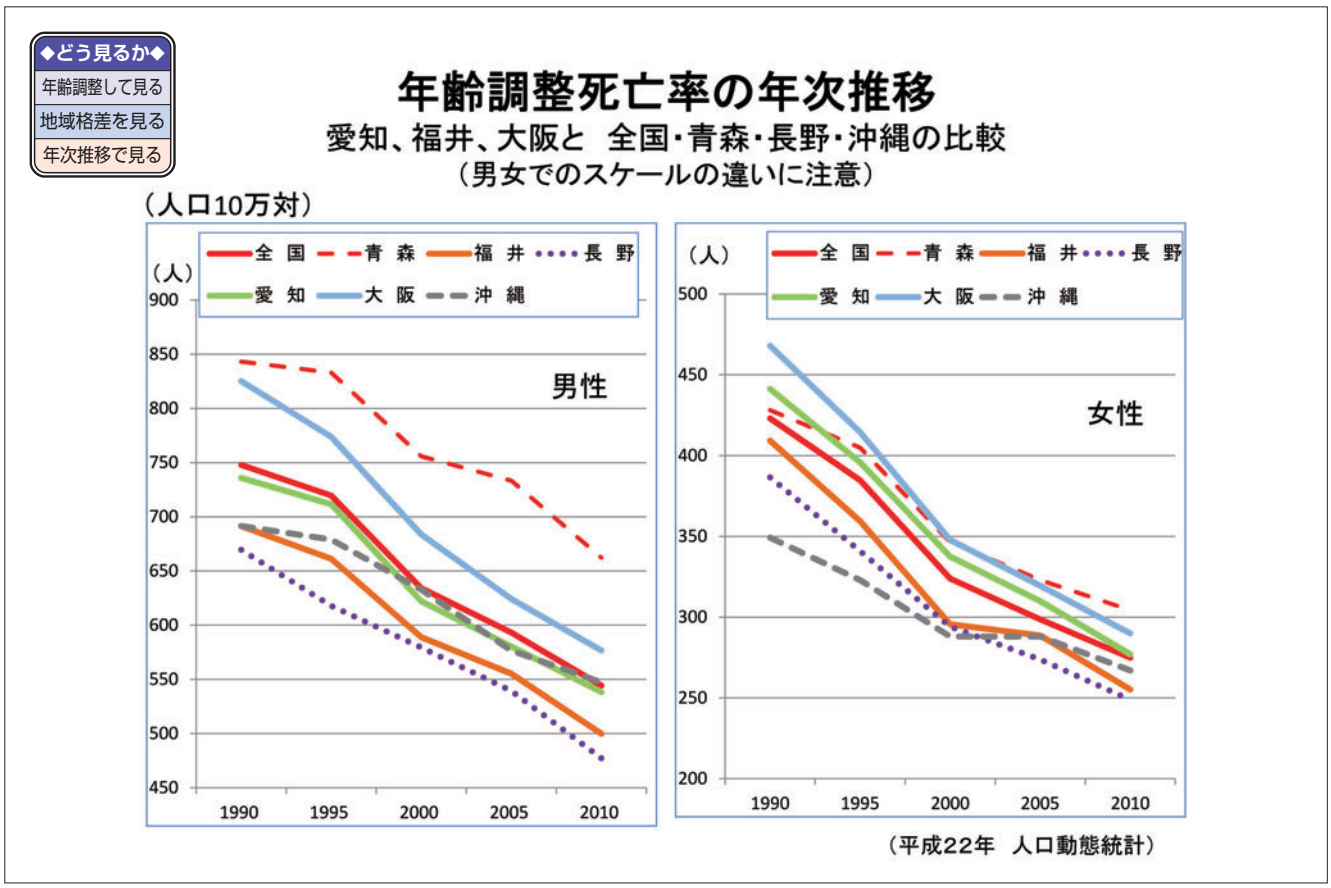
※国の年齢調整死亡率は、昭和60年モデル人口をもとに算出されている。
※※本書の特定健診データの標準化では、2010 年（平成22年）人口を用いた。

1985年（昭和60年）と2010年（平成22年）の基準人口を重ね合わせたのが下のグラフです。

この25年間に高齢者層が増加し、30歳未満の若年層が減少していることがわかります。

現在の死亡率を1985年（昭和60年）の人口を用いて調整すると、若年者の死亡率の過大評価、高齢者の死亡率の過小評価になっていることに留意する必要があります。





PPT

年齢調整死亡率の年次推移について、全国、及びいくつかの都道府県の間で比較してみたグラフです。

◆データを見てわかること

○どの自治体も一貫して死亡率の低下傾向がみられますが、改善の角度としては、沖縄県がやや緩やかな状況です。これは若年層の生活習慣病が多く、死亡率が高いために、年齢調整死亡率の改善がみられにくい現状を反映しています。

○都道府県格差は、女性では縮小する傾向がみられますが、男性では依然格差が大きい状況です。

○長野県が年齢調整死亡率が最も低いのですが、全国平均も福井県も同じような角度で改善してきているのがわかります。

○平均寿命ランキングでは最低位の青森県においても、着実に死亡率が低下していることがわかります。これは都道府県間のランキングだけみていてもわからない事実です。

○2010年（平成22年）の男性の全国平均は、5年前の長野県と同程度、また2010年（平成22年）の青森県は、10年前の全国平均と同程度の数値となっています。

年齢調整死亡率は、もし年齢の構造がすべて同じなら10万人当たり何人死亡しているかをみる指標であり、健康に関する総合的な指標の一つといえます。全国と自分の自治体、または他の自治体と比較することにより、どの程度の水準にあるのかを知ることができるとともに、さらに良好な自治体に追いつくためには何をすべきかを考える材料となります。

また、このように年次推移をみることにより、過去の取り組みや環境の変化などの影響をみることができます。

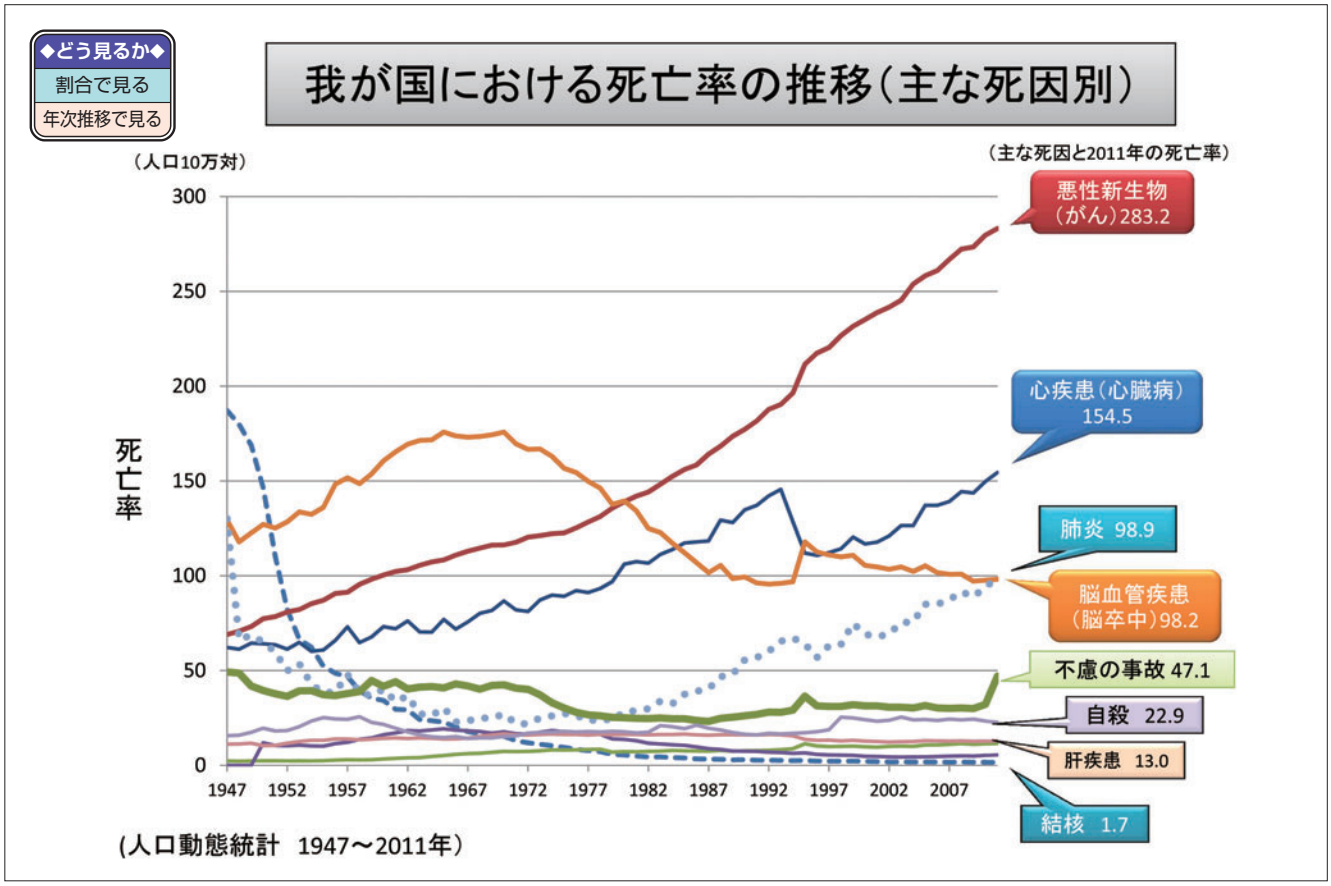
ここでは、全国と平均寿命が最も長い長野県を水準として、他の自治体の比較を試みました。

健康日本21（第二次）では、健康格差の縮小を目指しています。健康格差対策のためには各自治体の現状を確認するところから始めてもよいのではないでしょうか。

参考 地方自治体が活用できる指標（参考となる資料）

分野、指標	参考となる資料
1．健康寿命の延伸と健康格差の縮小	人口動態統計 厚生労働科学研究　健康寿命のページ http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/
2．主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	人口動態統計、国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査、国民医療費、患者調査
がん	国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」 http://ganjoho.jp/public/statistics/index.html
循環器疾患、糖尿病	特定健診データ 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施結果に関するデータ」 http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryuouseido01/info02a-2.html
糖尿病合併症 （糖尿病腎症による透析）	日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」 http://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html
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	
こころの健康	人口動態統計、警視庁自殺統計、 特定健診データ（標準的な質問票「睡眠」）、国民医療費
次世代の健康	学校保健統計、体力・運動能力調査 （文部科学省）
高齢者の健康	国民生活基礎調査、介護保険事業状況報告 特定健診データ、基本チェックリスト
4．健康を支え、守るための社会環境の整備	国民生活基礎調査、地域保健・健康増進事業報告、 自治体統計・総合計画等
5．栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標	国民健康・栄養調査、国民生活基礎調査、学校保健統計 特定健診データ（標準的な質問票、肥満等）

見える化③ 死亡の原因



PPT

◆データを見てわかること

人口動態統計をみると、がん、心疾患、脳血管疾患、肺炎等の頻度が高いこと、近年増加傾向にあることがわかります。

留意点など

このグラフを解釈するときには年齢構造の変化を意識しなければなりません。

1950年の日本人の平均寿命は約60歳、結核や感染症等で若い人が多く亡くなっていたのです。

経済成長とともに低栄養状態が改善、衛生環境も整い、長生きできるようになると、高エネルギー、高脂質の食事や運動不足により生活習慣病が増加しています。現在、開発途上国では脳卒中や心筋梗塞が非常に増加しているのですが、これは日本の1970～80年代に相当する現象です。

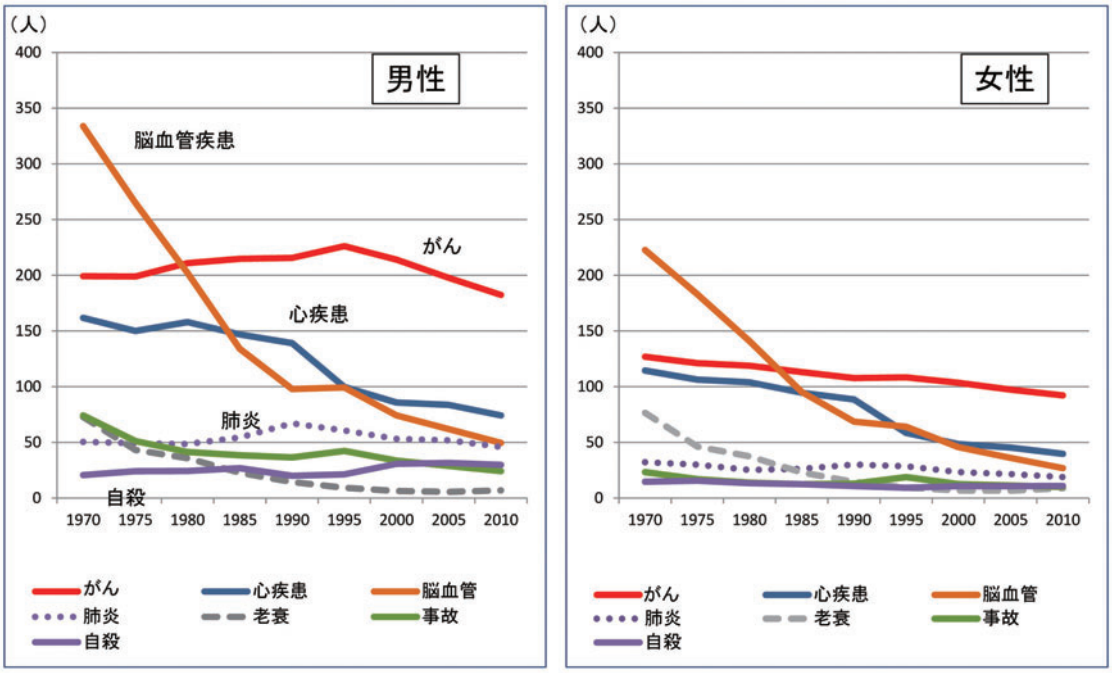
医療の普及により血圧等の健康管理が良好となったため、循環器疾患が減少し、長生きできるようになりました。がんが増えたのは、長生きできるようになったことも要因の一つです。がんは遺伝子の損傷が原因でおこってくる病気であり、60年以上生きることにより急速に有病率が増加するからです（ただし、喫煙や肥満などの修飾因子により早期に発病することは予防可能）。がんが抑制されたとしても、加齢に伴う心身機能の低下のため容易に肺炎を起こしやすくなります。

死因の年次推移はこのような疾病の歴史を物語っています。

◆どう見るか◆
年齢調整して見る
年次推移で見る

死因別年齢調整死亡率の年次推移

（人口10万対）



（平成22年人口動態統計：1985年基準人口による年齢調整）

PPT

◆データを見てわかること

上図はP.16と同じ方法で、1985年（昭和60年）の人口構造だったら、10万人当たり何人死亡しているのかを示したグラフです。高齢化の影響を排除して、純粋に死亡率がどう変化しているのかをみるためには大切な手法です。

これによるとがん（男性）においても1995年以降は徐々に低下していることがわかります。各年齢の死亡率が低下しているため、年齢調整死亡率は年々低下しているけれど、高齢者人口が増加しているために、P.18で示したようにがんがどんどん増加しているようにみえるのです。脳血管疾患、心疾患をはじめ多くの疾病の年齢調整死亡率は低下し続けています。

わが国の保健・医療政策がうまく機能してきたといえるデータと考えます。

参考

人口動態統計の死亡分類について

人口動態統計は死亡診断書に記載された病名を集計したものです。

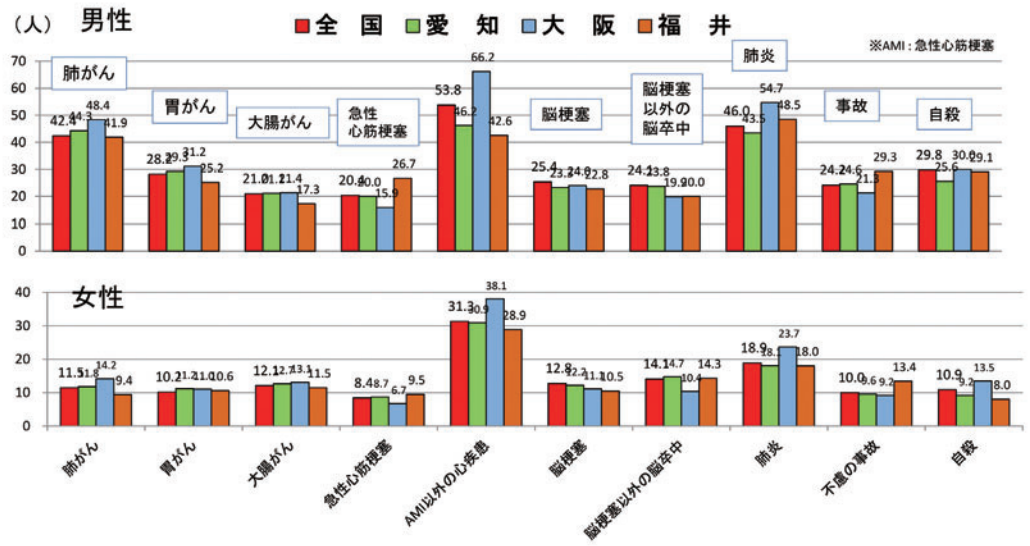
死亡診断書の病名は死因の国際比較ができるよう、1995年（平成7年）1月1日から「ICD－10に準拠した疾病及び死因に関する分類表」が使用されるようになりました。「我が国の人口動態」（厚生労働省大臣官房統計情報部）には、1995、1996年の心臓病の低下は、新しい死亡診断書（死体検案書）（1996年1月施行）における「死亡の死因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください。」という注意書きの、事前周知の影響によるものと考えられる、と記載されています。

その結果、それ以前の病名とのつけ方の違いがあり、心不全等が減少しています。

地域の医療提供体制の違いにより、どこまで検査をして病名をつけるのかの相違もあります。老衰として看取るのか、徹底的にがんを検索するのかでも異なる死因が記載されることになります。そのような限界を知りつつ活用する必要があります。

◆どう見るか◆
年齢調整して見る
地域格差を見る

都道府県別にみた死因別男女別年齢調整死亡率
全国、愛知県、大阪府、福井県の比較　（人口10万対）



(平成22年人口動態統計)

PPT

◆データを見てわかること

○肺がん、胃がんは大阪府、愛知県では全国よりも男女とも多いのに対し、福井県は少ないです。
○福井県は急性心筋梗塞による死亡が多いです。
○愛知県は自殺が男女とも少ないです。
○ちなみに、全国の順位では、大阪府は肺がんにおいて男性5位、女性1位です。女性の肺炎もワースト1です。

予防可能な疾病については、対策を講じる必要があります。
ただし、このような統計データの限界として終末期の医療提供体制や死亡診断書の記載状況に依存することに留意します。

各死因について年齢調整死亡率が公表されています。死因ごとに分けた年齢調整死亡率は、厚生労働省ホームページ（http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/other/10sibou/）で知ることができます。都道府県単位のデータとしても公表されています。
全国や他県の年齢調整死亡率と比較することで、自分の地域で過剰にかかりやすい病気を発見することができます。また、10万人対の死亡人数ですから、死亡におよぼす各疾患の重みを知ることができます。
全国との格差の大きい疾患、死亡数の多い疾患などについて、対策の可能性を考えてみる必要があります。

参考　肺炎の死亡率はなぜ高い？

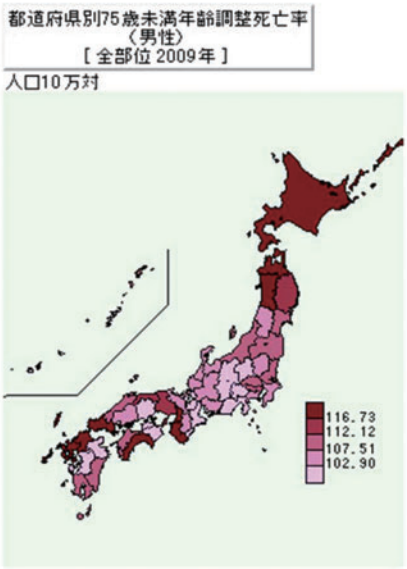
肺炎は若年者では抗生剤（抗菌薬）等でほとんどの場合治癒可能ですが、高齢者や免疫機能の低下した状態では重症化し死亡につながることがあります。とくにほとんど寝たきりの高齢者では誤嚥性肺炎を起こしやすく、死因の上位に食い込むようになってきました。
免疫機能が低下した人や高齢者が、がんや脳卒中など他の病気で入院したのに、最終的に肺炎を併発して死亡に至った場合、死因として「肺炎」と記載されるために、原疾患が表に出にくいという現状があります。

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターのホームページ（http://ganjoho.jp/professional/statistics/index.html）にある「がん情報サービス」では、部位別の都道府県ごとの年齢調整死亡率やがん検診受診率などが掲載されています。年別や部位別など、さまざまに条件を変えて死亡率を検索することができます。

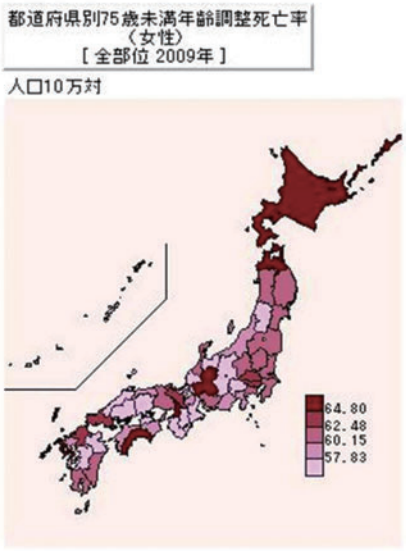
以下のようにマップで表示すると、視覚的にわかりやすくなります。高低が一目瞭然であること、さらに近隣の地域との関連もわかります。たとえば、東北地方、九州地方など、集合体としての傾向を知ることができます。
白地図ソフトを活用して、身近な統計を表現するとインパクトがあるでしょう。

がんにおいては、死亡率だけではなく罹患率も重要な指標ですが、正確な算出のためには「がん登録」の精度向上が欠かせません。
今後、正確な罹患率を把握し、検診受診率との関連を明らかにすることが期待されます。

75歳未満年齢調整死亡率（全部位　がん）PPT



資料:独立行政法人国立がん研究センター がん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Japan



資料:独立行政法人国立がん研究センター がん対策情報センター
Source: Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Japan

見える化④ 循環器疾患・糖尿病の状況

特定健診のデータを有効活用しよう

循環器疾患・糖尿病対策を考えるにあたっては、特定健康診査・特定保健指導（特定健診）で収集されたデータが役立ちます。そこで、循環器疾患・糖尿病の状況を把握する指標として特定健診データを用いた見える化事例を示します。

特定健診の結果については、翌年の11月までに社会保険診療報酬支払基金へ報告されることとなっており、特定健診の対象となる40～74歳の特定健診データが年間約2千万人分収載されています。

本研究班では、2013年（平成25年）3月15日厚生労働省から公表された「特定健康診査・特定保健指導の実施結果に関するデータ」（http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryuouseido01/info02a-2.html）を用い、グラフによる見える化をはかりました。本書掲載のデータは、付属DVDのソフトにて簡単に作成することができます。自県と全国、他県との比較にご活用ください。

メリット

- **法律で健診実施が義務づけられていること、当該年齢の全員を対象としていることから、客体数が大きい。**
- **1つに集約した上で居住地ごとに整理しなおすため、国保だけでなく被用者保険等の加入者のデータも含まれる。**
- **性・年齢階級、地域（都道府県、市町村）別の分析が可能。**
- **全国、他の自治体等との比較が可能（同一の方法で分析できる）。**
- **毎年、データが蓄積するため、年次推移を検証できる。**
- **生活習慣等に関する質問票のデータも含まれるため、生活習慣調査の代用となる。**
- **健診受診率を高めることがより適切な地域の現状把握につながる等、実際の保健事業との関連性が高い。**

留意点など

データを活用する際の課題として、健診受診者の偏りがあることによりバイアスがかかる可能性に留意する必要があります。

- **協会けんぽ、国保等、健診受診率の低い集団において未受診者層の方がリスクが高い傾向が推測される。**
- **長期入院者等では対象とならないなど、すべての住民をカバーできているわけではない。**

しかし、このような条件は全国で共通であることから、相対的な比較においては役立つと考えられます。

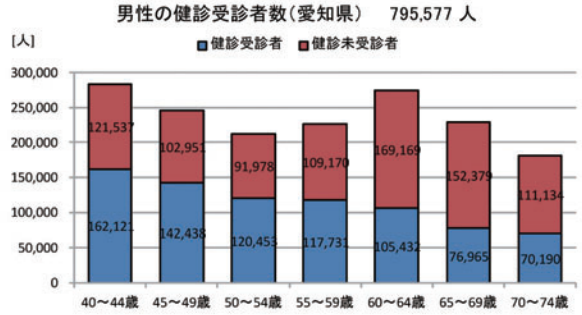
次ページから指標として取り上げたのは、特定健診の検査項目の中でも健康日本21（第二次）の目標値に関するものです。例示は、小数点以下の取り扱い等、今後修正が必要な事項が含まれていることから、暫定値としてご覧ください。

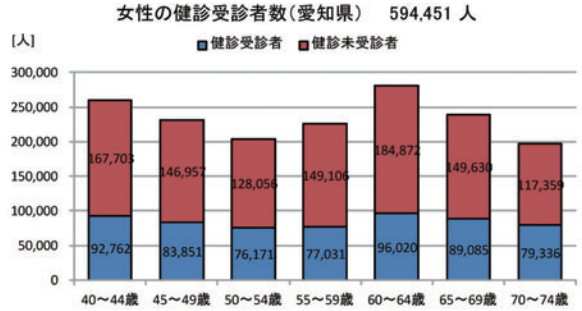
全国のみのグラフ、数値は資料編（P.81～）に掲載しました。

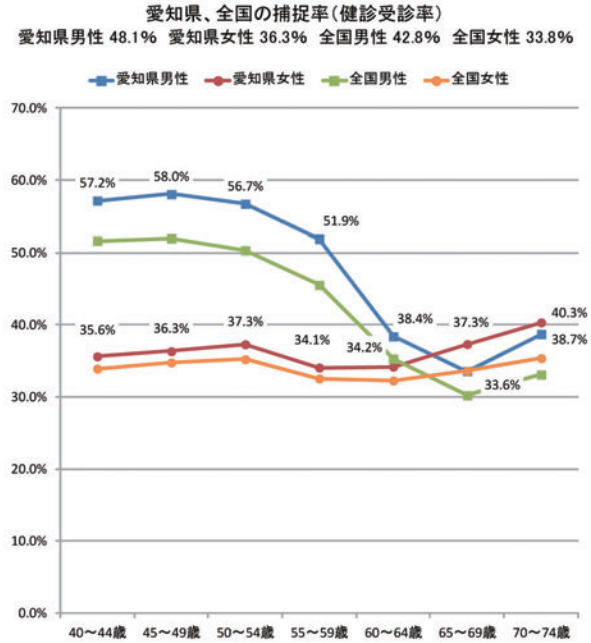
◆どう見るか◆
実数で見る
割合で見る

特定健診データを活用した地域の見える化

2010年度
愛知県　40～74歳　329 万人中　139 万人のデータ　（捕捉率42.2%）
全国　40～74歳　5,873 万人中　2,245 万人のデータ　（捕捉率38.2%）







PPT

まずは、健診受診者数、健診受診率の性・年齢階級別分布を確認します。

上図のグラフは愛知県の例です。右図の受診率（捕捉率）は、「特定健康診査・特定保健指導の実施結果に関するデータ」（http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryuouseido01/info02a-2.html）より、性・年齢階級別・検査項目別における最大有効回答数を総計したものを受診者数とし、これを平成22年国勢調査の性・年齢階級別人口で割って算出したものです。したがって、特定健診の法定報告とは一致するものではありません。

健康日本21目標値

特定健康診査の実施率の向上
41.3%（平成21年度）▶平成25年から開始する第2期医療適正化計画に合わせて設定（平成29年度）

◆データを見てわかること

○全国平均では、健診受診率はおおよそ男性＞女性です。
○男性の全国平均では、40～50歳代の就労期間の健診受診率は比較的高いものの、60歳代以上では低下しています。
○女性の全国平均では、年代によらず、ほぼ一定の傾向がみられます。

ランキングマップの見方

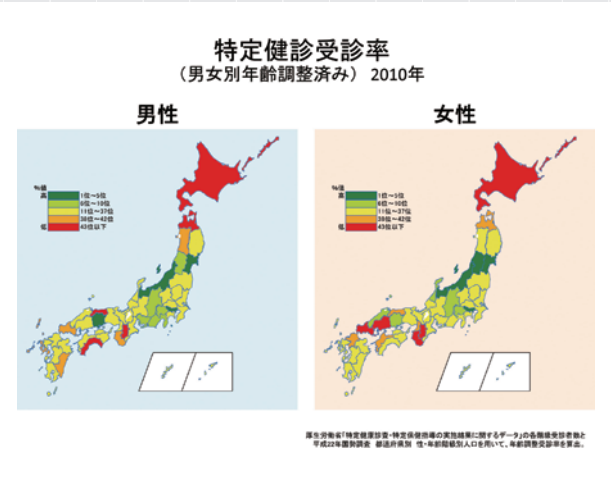
付属の DVDソフトを使用すると、各項目の都道府県ランキングをマップ表示することができます。

マップ表示は、多くの方に関心をもってもらいやすい、データの「見える化」の一つです。

ただし、現段階データでは以下のような注意が必要です。

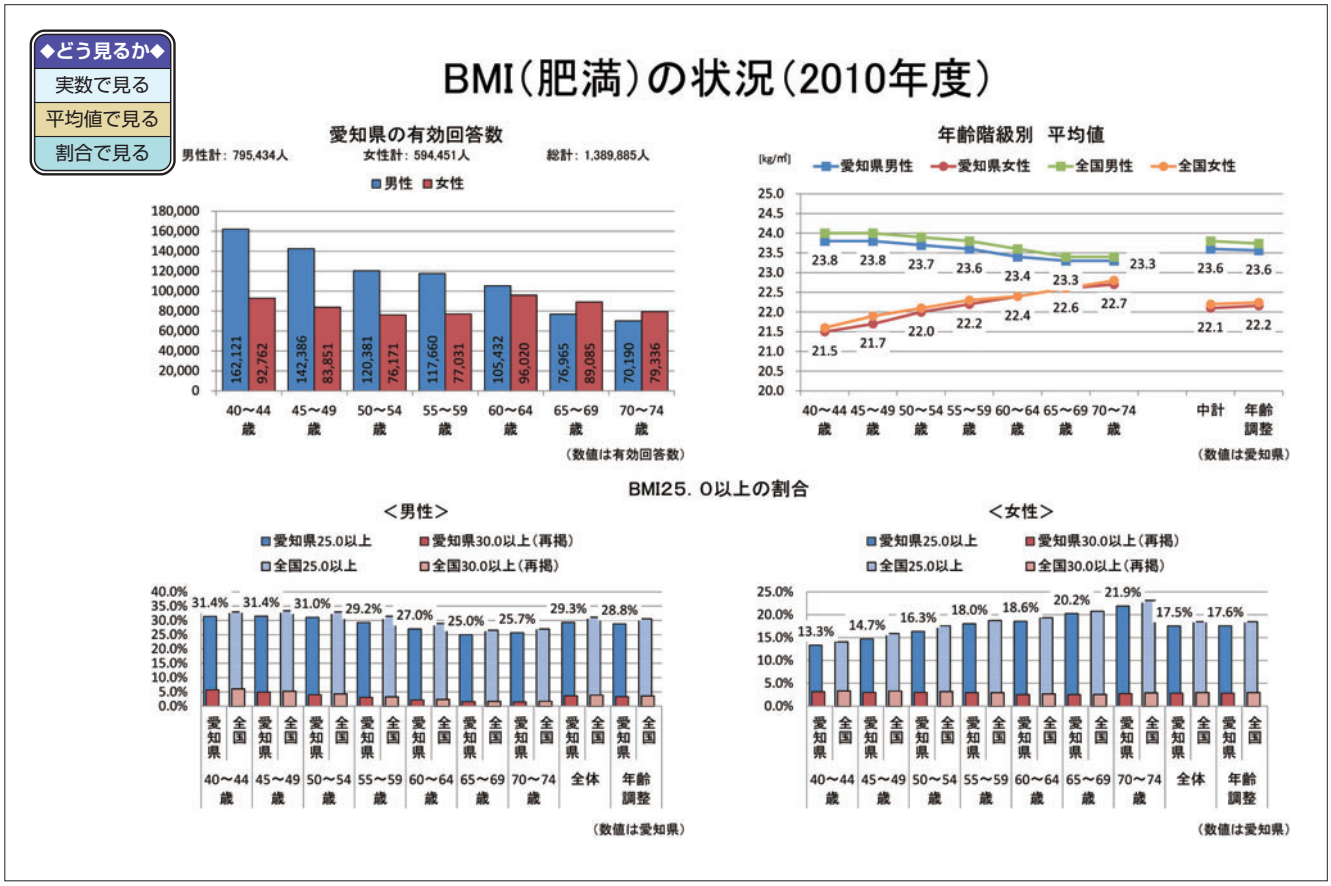
○低受診率の地域では、集団の偏りがでている可能性がある（「健康無関心層」のデータが反映されないなど）
○小規模自治体では順位が変動しやすい

また、暫定値データであることに留意して活用してください。



PPT

❶BMI（肥満）



PPT

検査の意味

BMIとはBody Mass Indexの略で国際的に通用する体格指数です。
体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)で計算し、やせ、普通体重、肥満を判定します。

判　定　値

18.5	25.0	30.0	35.0	40.0
18.5未満 やせ (低体重)	18.5以上 25.0未満 普通体重	25.0以上 30.0未満 肥満（1度）	30.0以上 35.0未満 肥満（2度）	35.0以上 40.0未満 肥満（3度）	40.0以上 肥満（4度）

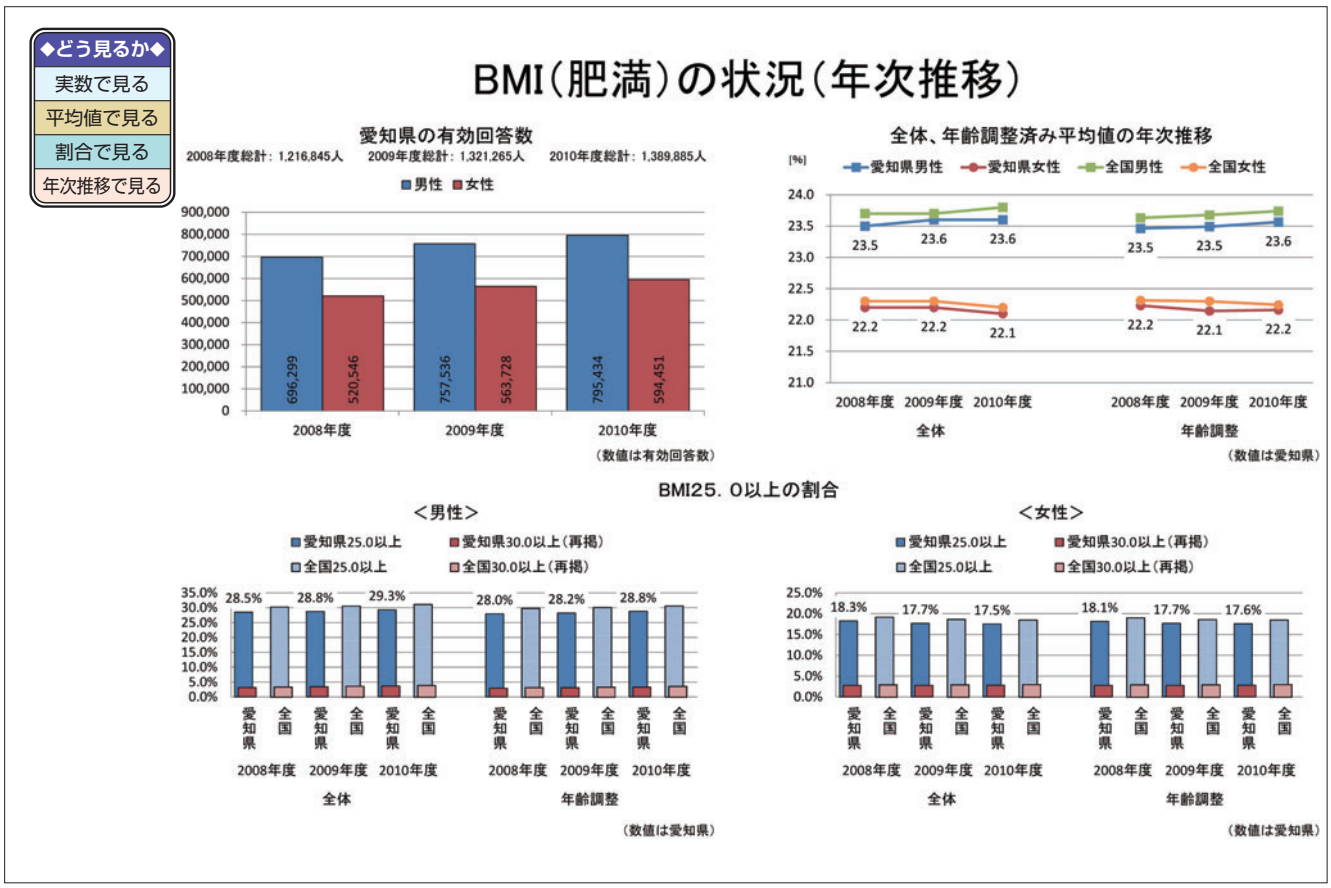
健康日本21目標値

20歳～60歳代男性の肥満者の割合
31.2%（平成22年）▶28%（平成34年度）

40歳～60歳代女性の肥満者の割合
22.2%（平成22年）▶19%（平成34年度）

◆データを見てわかること

○BMIは特定健診の必須項目であることから、有効回答率のグラフより県内で約140万件のデータを保有しており、各性・年齢階級において捕捉率が高いことを示しています。
○平均値のグラフ：男性においては40歳代の平均値が最も高く、加齢とともにやや低下する傾向がみられます。
女性においては40歳代の方が平均値が低く、加齢とともに高くなる傾向がみられます。
愛知県は性・年齢階級別にみて、全国平均よりもやや平均値が低く、年齢調整値も低くなっています。
○BMI25以上の割合：男性においては有所見率も40歳代で高く、加齢とともに低下、女性においては有所見率は加齢とともに上昇する傾向がみられます。各年齢階級において、愛知県は全国よりも有所見率が低くなっています（年齢調整値：愛知県男性28.8%、女性17.6%）。
○全国の平均値は健康日本21（第二次）の現状値よりも低い値となっています。これは特定健診受診者のデータに限定されることから、対象者の偏りがある可能性があり、判断には注意を要します（健診未受診者の方がBMIが高い可能性あり）。



PPT

年次推移

○3年間の平均値、有所見率の推移をみたグラフです。年々、健診受診者数の微増がみられます。
○年齢調整済み平均値の年次推移：2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男女ともほぼ安定した数値となっています。
○BMI25以上の年齢調整済み有所見率は男性ではやや増加傾向、女性では減少傾向がみられます。
○BMI30以上については、男性の3.3%、女性の2.8%が該当し、3年間での変化はみられません。
○平均値の変化と有所見率の変化を総合すると、男性においては肥満については横ばいかやや増加傾向であるが、女性では横ばいかやや減少傾向であることがわかります。愛知県は全国よりも肥満者が男女ともやや少ない状況です。

ひとこと・ヒント

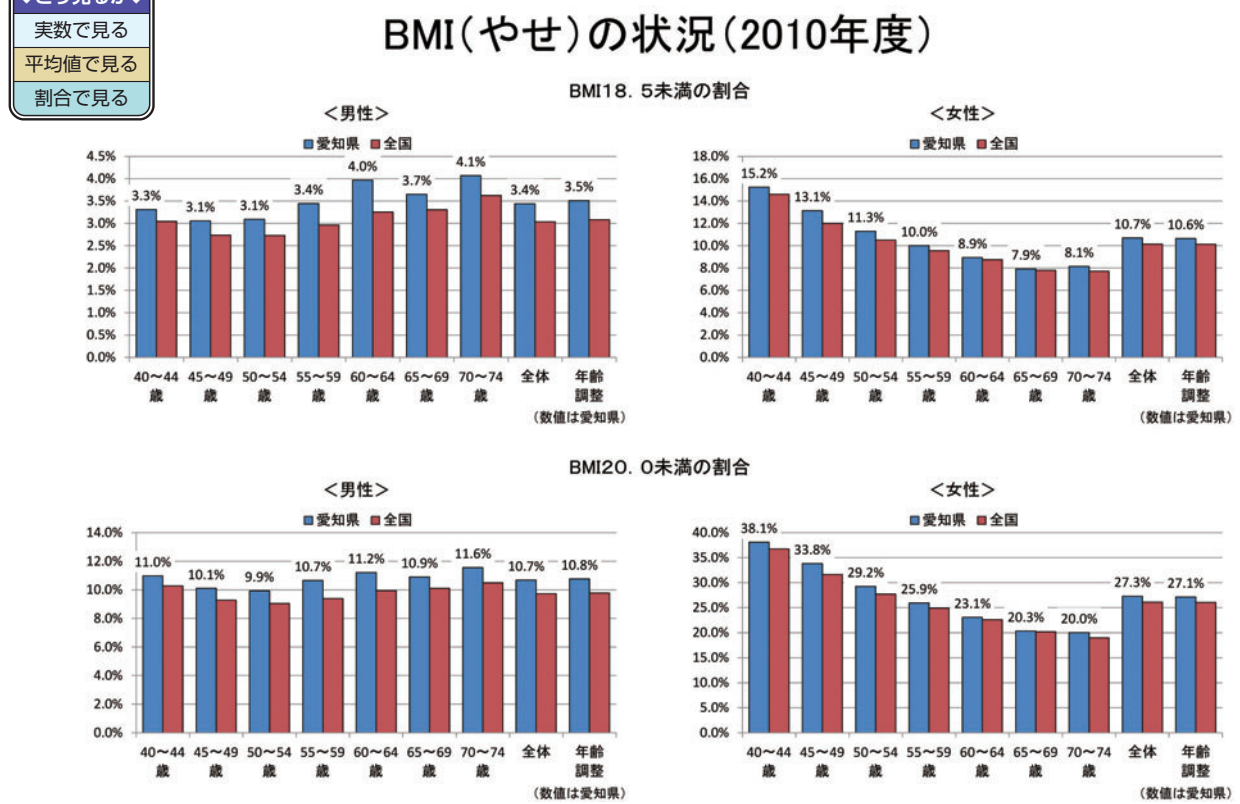
○肥満は高血圧、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症などの原因となるだけでなく、腰痛や膝関節障害などロコモティブシンドロームのもとになるなど、健康寿命の延伸を損なう要因となります。
○40～70歳の男性において改善傾向がみられないこと、すでに40歳代でBMI有所見率が高いことから40歳未満への対策が必要です。女性では全体の有所見率は低下していますが、BMI30以上は変わらないなど、高度肥満者への対応も必要です。

あなたの地域は？ チェックポイント

□どの年齢階級も偏りなくデータがありますか。
□年齢調整値が全国と比較して高い？　低い？
□各性・年齢階級で全国よりも高い階級がありますか。
□この3年間の平均値、有所見率の変化は？
□特定健診メタボ該当率や標準問診の食生活、運動習慣、飲酒習慣などの結果を確認し、その原因について話し合ってみましょう。

❷BMI（やせ）

◆どう見るか◆
実数で見る
平均値で見る
割合で見る



PPT

◆データを見てわかること

○40歳代女性のやせ：BMI18.5未満の女性は年齢が低いほど多い傾向にあり、愛知県の40～44歳階級で15.2％です。国民健康・栄養調査の40歳代平均値（11.3％）よりも有所見率が高くなっています。

○国民健康・栄養調査では20歳代の方が40歳代よりもやせが多い（20歳代29.0％、40歳代11.3％）ことから、愛知県の20歳代女性はさらに多いことが予想されるため、高校、大学等の健診データを活用して調査することが必要です。

○高齢者のBMI20未満については男性で約10％、女性で20％程度、18.5未満の低栄養と考えられる人は男性で約4％、女性で8％であり、愛知県では全国よりもやや高い結果となっています。介護予防（栄養改善）につなげる必要があります。

健康日本21目標値

20歳代女性のやせの者の割合
29.0％（平成22年）▶20％（平成34年度）

低栄養傾向（ＢＭＩ20以下）の高齢者の割合の増加の抑制
17.4％（平成22年）▶22％（平成34年度）

特定健診では20歳代のデータがないため、40歳代の数値を参考にしてください。
高齢者では65～74歳の数値を参考値としますが、75歳以上で低栄養状態が増加することに留意します。

ひとこと・ヒント

○女性では体型と認識のずれがあることが指摘されています。若い女性のやせ願望に警鐘を鳴らす必要があります。また拒食症（神経性食欲不振症）では低血糖、肝機能障害、電解質異常等で命にかかわる場合もある上、骨粗鬆症や不妊の原因ともなることから早く専門医への受診につなげます。

○高齢期の低栄養状態は、閉じこもり、うつ傾向などとも関係があります。食の大切さについての啓発や介護予防、食環境の改善などの対策につなげます。

あなたの地域は？ チェックポイント

□40歳前半女性のやせの割合に注目。全国と比較して高いですか。

□年次推移グラフで増加傾向があれば、より若年者のデータを調べる必要がある。大学、高校、職域のデータを取り寄せて確認してみましょう。

□高齢者のやせの状態についてはBMI20未満で要注意レベル。対象者をまずは一次予防事業につなげる必要があります。要因について話し合ってみましょう。

STEP UP

愛知県における「見える化」事例

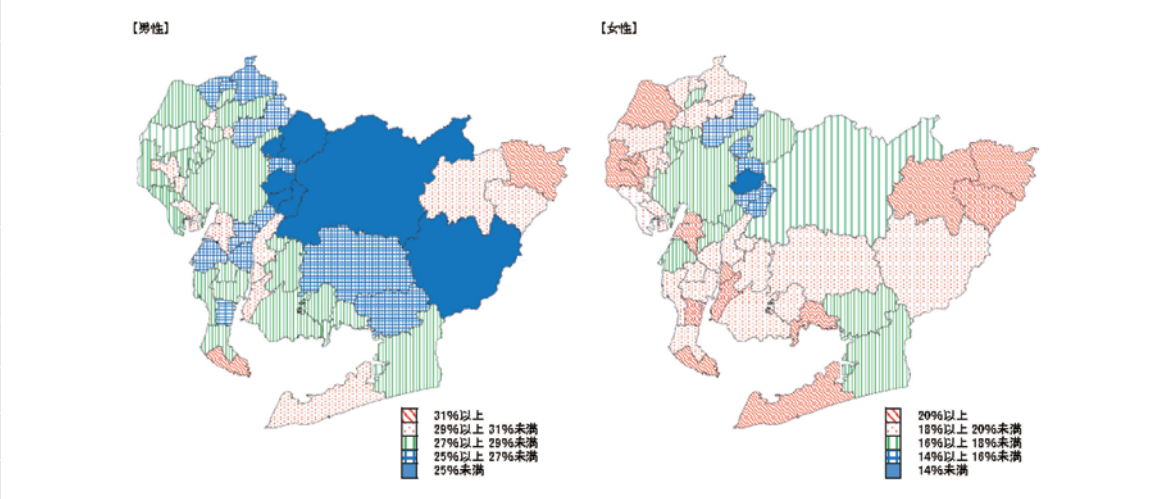
愛知県では特定健診制度開始と同時に、地域職域連携協議会、衛生研究所の協力のもと、特定健診データの分析・評価事業を開始しました。平成21年度には県下の全市町村国保（54）、全国保組合（5）、健康保険組合（75/104）、共済組合（2/5）、全国健康保険組合愛知県支部より917,555件分のデータを収集し、性・年齢階級別の有所見率、年齢調整済の地域別有所見率を算出し、市町村、保険者等に提供してきました。

以下の図は、ＢＭＩ25以上の割合、メタボ・予備群該当率をマップ表示したものです（男女で配色が異なることに留意してください）。

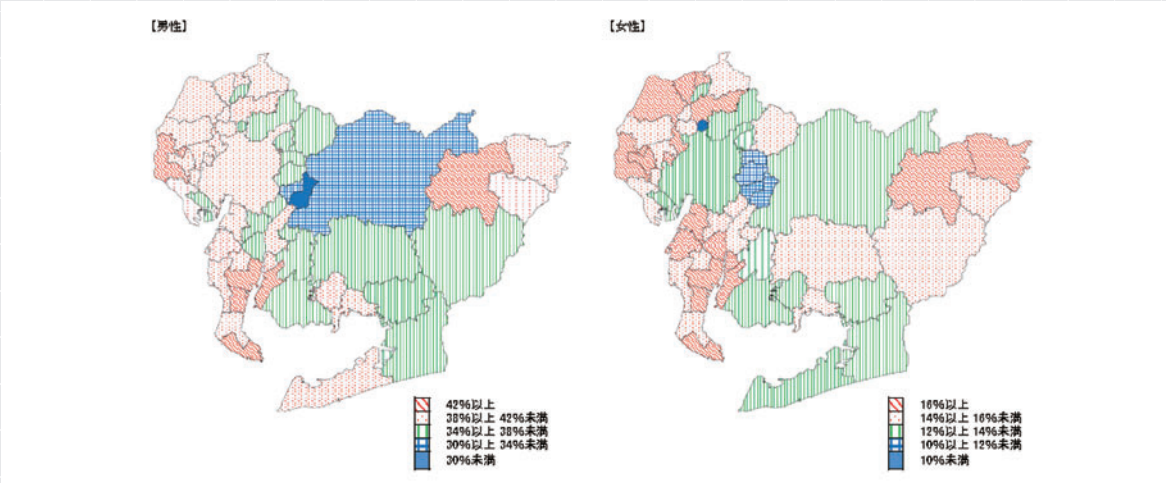
これによると、知多半島、渥美半島などに肥満者が多い傾向にあること、女性では比較的尾張東部地区も肥満者の割合が高いことがわかります。

県内でも食習慣や運動習慣、考え方などの違い、保健サービスの提供状況に違いがあることから、このようなデータをもとに、各市町村ではこれから重点化すべき対策を考えています。

BMI 25以上の割合（年齢調整済）

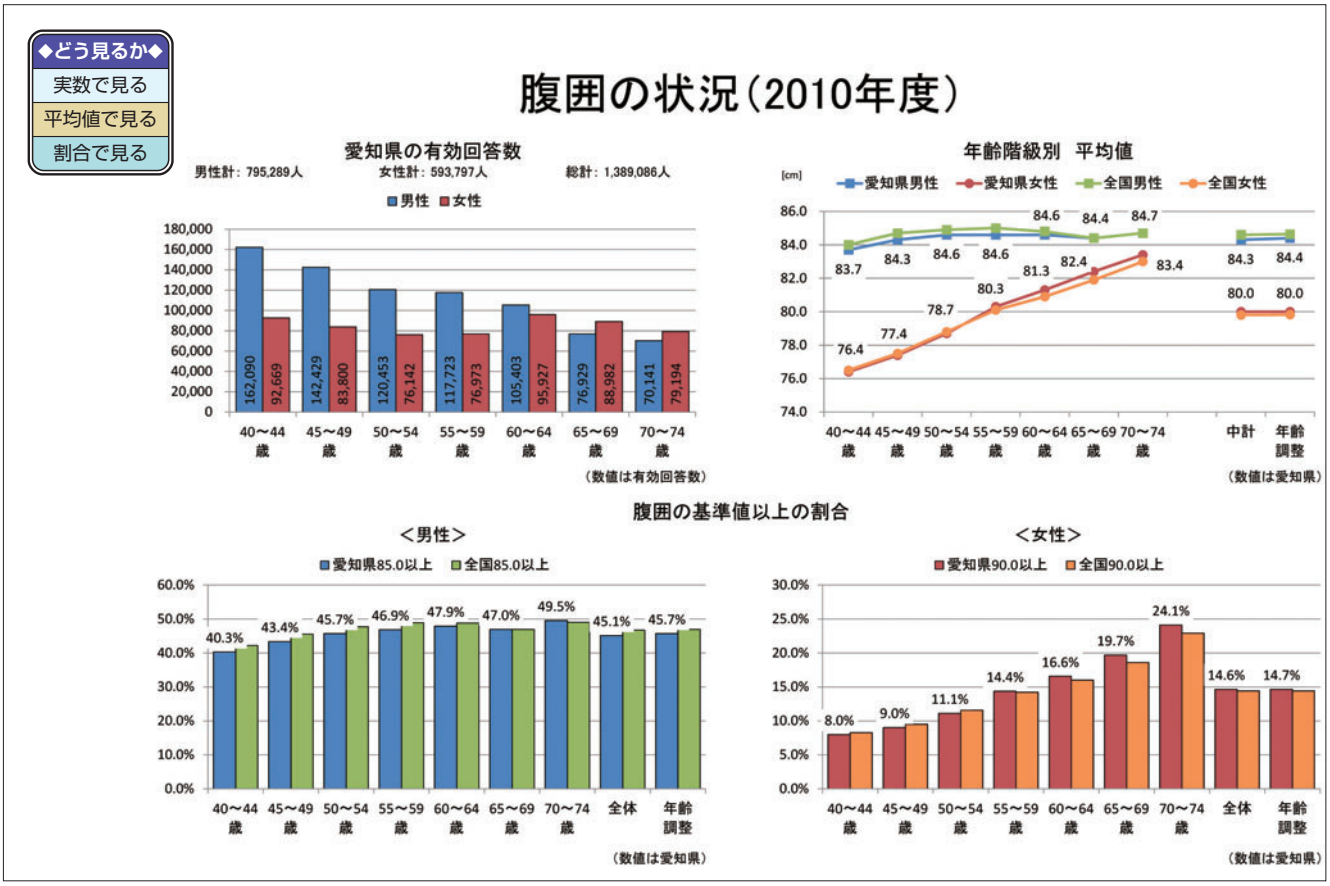


「メタボ該当＋予備群」該当率



資料：平成 21 年愛知県「特定健診・特定保健指導情報データ分析・評価」

❸腹囲（肥満）



PPT

検査の意味

メタボリックシンドロームの原因となる内臓脂肪を簡便に測定する方法として腹囲を測定*。測定方法はおへその高さで測ったウエスト周囲長で、洋服のウエストサイズとは違います。

＊両足を揃えた立位、両腕を身体の脇に自然に垂らす。腹壁の緊張を取り除き、息を吐いた状態で計測。

判　定　値

男性85cm以上、女性90cm以上（内臓脂肪面積が100cm^{2}に相当）を内臓脂肪の蓄積とする。これは日本内科学会など８学会により、メタボリックシンドロームの診断基準の必須項目である内臓脂肪の蓄積の指標として、CT検査より簡便にスクリーニングする方法として示されたものである。（女性の相対リスクとして「80cm以上」は要注意：P.29のひとこと・ヒント参照）

健康日本21目標値

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

1,400万人（平成20年度）▶

平成20年度と比べて25％減少（平成27年度）

腹囲についての目標値はありませんが、BMI 25以上を補完する指標として確認してください。メタボリックシンドロームの該当者及び予備群については、平成20年と比べて25％の減少をめざしています。

◆データを見てわかること

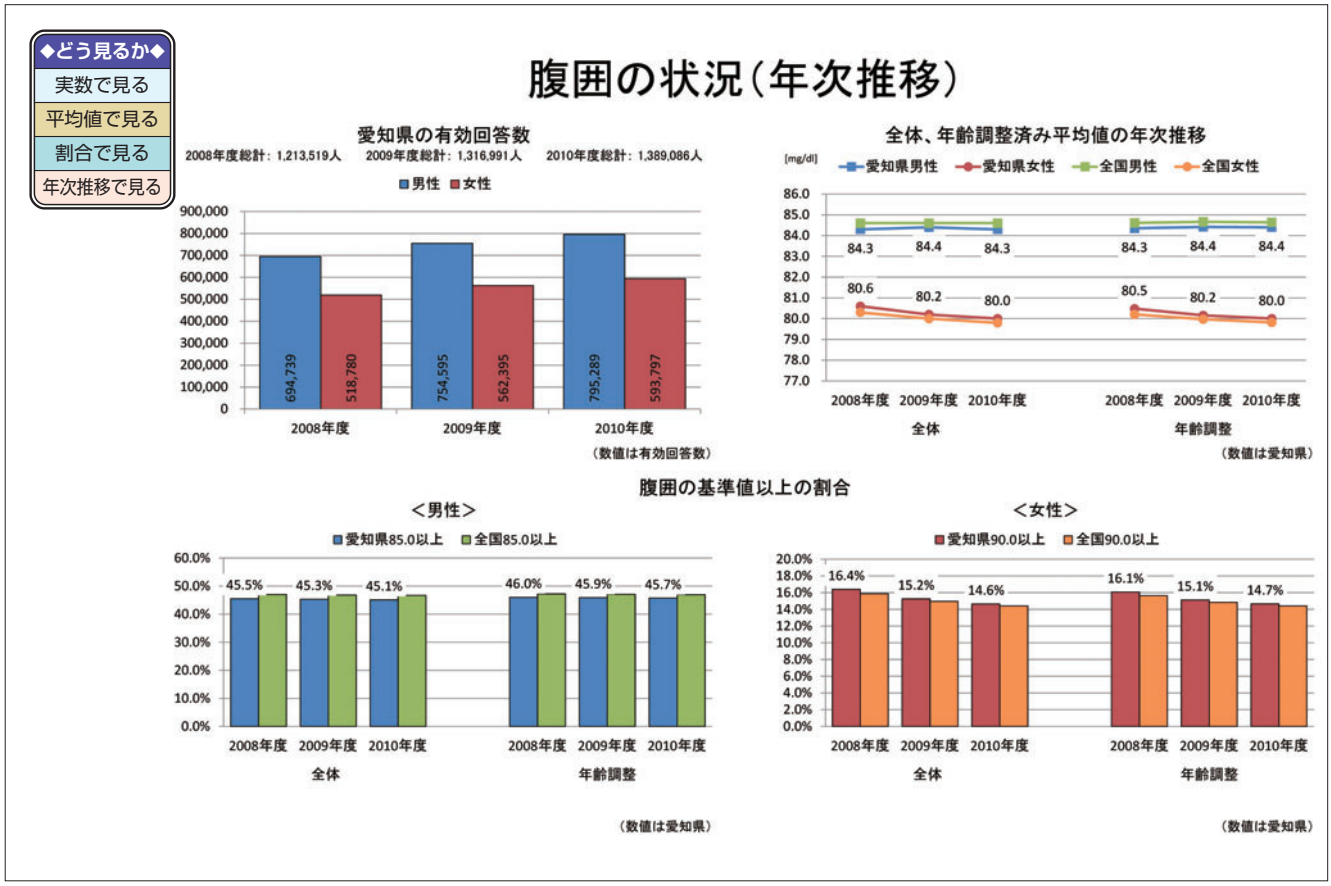
○腹囲は特定健診の必須項目であることから、有効回答率のグラフより県内で約140万件のデータを保有しており、各性・年齢階級において捕捉率が高いことを示しています。

○平均値のグラフ：男性においては40歳代よりも50歳代の方が腹囲の平均値が大きく、BMIとは異なるパターンを示しています。腹囲は内臓脂肪量の増加を示すのに対し、BMIは筋肉量を含む体重の指標であることがその要因と考えられます（加齢とともに筋肉量が減少し、内臓脂肪が増加する）。

○愛知県は性・年齢階級別にみて、男性では全国平均よりもやや平均値が低く、年齢調整値も低くなっています。女性では60～70歳代でやや内臓脂肪型肥満が高い傾向がみられます。

○腹囲が基準値以上の割合：男性においては加齢とともに有所見率が高くなる傾向がみられ、約半数が基準該当となっています。BMIによる有所見率とは異なった結果が得られている理由は上述の通りです。女性においては有所見率は加齢とともに上昇する傾向がみられます。

○各年齢階級において、愛知県は男性の有所見率は全国より低いですが、中高年女性ではやや高くなっています。中高年女性では肥満対策が必要な可能性を示唆しています。



PPT

年次推移

○3年間の平均値、有所見率の推移をみたグラフです。年々、健診受診者数の増加がみられます。

○年齢調整済み平均値の年次推移：2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男性では変化がありませんが、女性ではやや低下傾向がみられます。メタボについて女性の方が敏感に反応している可能性があります（若年層から非肥満女性が多く流入している可能性も考慮する必要があります）。

○年齢調整済み有所見率は、全国では男性はやや増加傾向、女性は減少傾向がみられます。

○平均値の変化と有所見率の変化を総合すると、男性においては内臓脂肪型肥満については横ばいですが、女性では横ばいかやや減少傾向であることがわかります。

○愛知県は全国よりも男性は内臓脂肪型肥満者が少なめ、女性ではやや多めの傾向が3年間の一貫した結果として観察されました。

ひとこと・ヒント

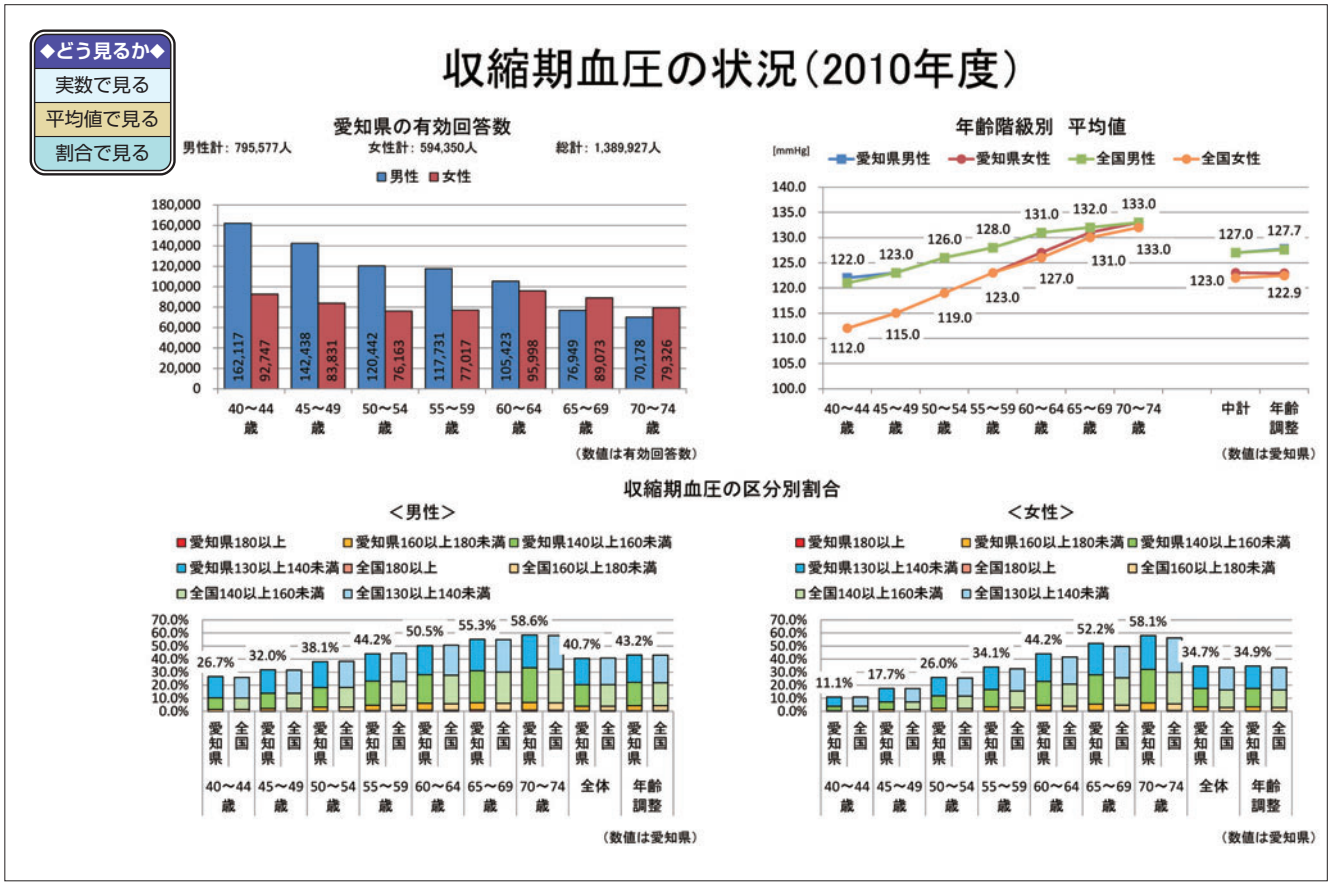
腹囲について、女性では年齢が低い方が平均値が低く、加齢とともに直線的に大きくなる傾向がみられます。循環器疾患リスクを男女合わせてみると、男性85cmと同程度のリスクで考えると女性は90cmですが、女性だけで比較すると、80cmを超えると循環器疾患リスクが増えてくることが指摘されています。

あなたの地域は？ チェックポイント

□腹囲は「健康日本21（第二次）」の指標ではありませんが、食生活、運動習慣と密接な関係があることから、性・年齢階級別の有所見率、平均値の変化をチェック。

□男性では40歳代前半で、すでに40%が腹囲85cm以上に該当していることから、40歳未満をターゲットにした対策を。

❹収縮期血圧



PPT

検査の意味

血圧とは、心臓が全身に血液を送り出したときに血管壁にかかる圧力のこと。収縮期血圧は心臓が収縮したときの数値で、最高血圧ともいわれます。心臓から押し出される血液の量（循環血液量）が多い、血管が硬くて広がりにくい場合に収縮期血圧は高くなります。食塩摂取量が多い、腎機能が低下したなどの理由で循環血液量が増加します。運動により心拍数が増加すると一時的に血圧が上昇しますので、血圧測定は数分間の安静を保ってから測定します。

判　定　値

※血圧値は変動しやすく、信頼あるデータ分析のためにも測定現場での精度管理が重要です。

130mmHg		140mmHg	160mmHg	180mmHg
保健指導判定値		受診勧奨判定値		
正常血圧	正常高値血圧	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧

健康日本21目標値

高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下)

男性138mmHg　女性133mmHg
(平成22年)

▼

男性134mmHg　女性129mmHg
(平成34年度)

関連項目
①栄養分野（食塩、野菜、果物の各摂取量、肥満）
②運動(歩数、習慣者)
③飲酒（多量飲酒者）

◆データを見てわかること

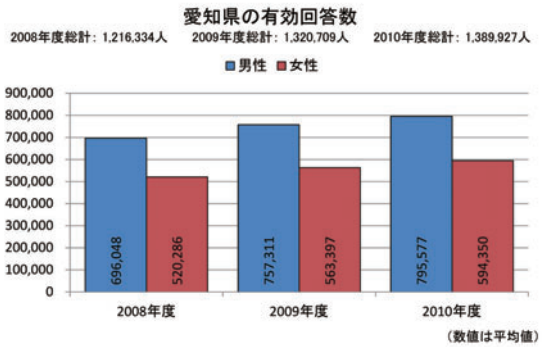
○平均値のグラフ：男性では女性より高く、40歳代の平均値がすでに至適血圧を超え、加齢とともにほぼ直線的に上昇、60歳代では平均値が正常高値（保健指導判定値）に入っています。女性では40歳代の平均値は低いのですが加齢とともに上昇、高齢者では男性とほぼ同等の数値にまで高くなります。

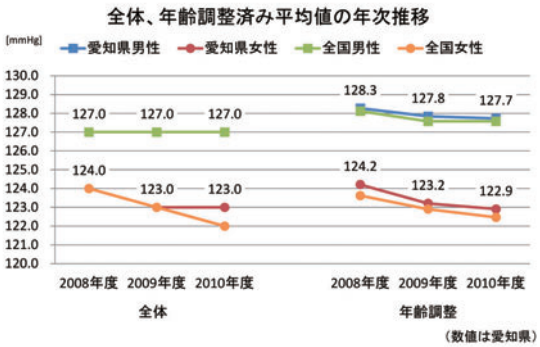
○有所見率も加齢とともに上昇、男性では140 mmHg以上の高血圧症と考えられる人が40歳代では約10%、50歳代では約20%、60歳代では30%であり、高齢者の約半数が血圧異常値であることがわかります。

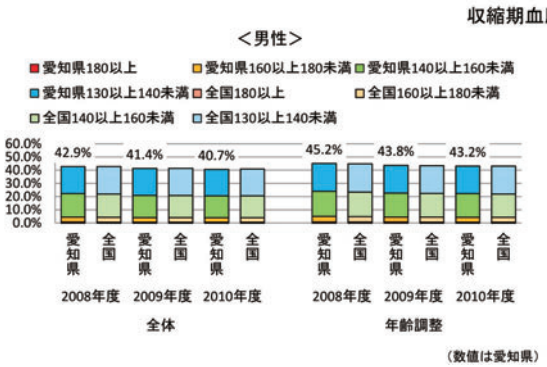
○国民健康・栄養調査（平成22年）では、高血圧症有病者を「収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上、もしくは血圧を下げる薬を服用している人」と判定していますが、上記の結果は服薬の有無によらず、収縮期血圧の値だけで判定していることに留意してください。特定健診データの全国の平均値は健康日本21（第二次）の現状値よりも低い値となっていますが、それはこうした調査項目の違いを反映していると考えられます。

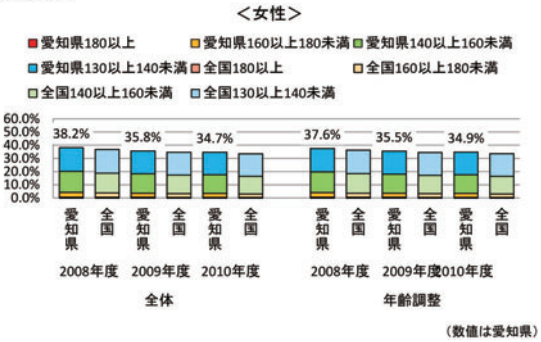
◆どう見るか◆
- 実数で見る
- 平均値で見る
- 割合で見る
- 年次推移で見る

収縮期血圧の状況（年次推移）









PPT

年次推移

○3年間の平均値、有所見率の推移をみたグラフです。年々、健診受診者数の増加がみられます。

○年齢調整済み平均値の年次推移：2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男性では変化がありませんが、女性ではやや低下傾向がみられます。

○年齢調整済み有所見率は男女ともやや減少傾向がみられます。
160mmHg以上のハイリスク者が5％程度、140mmHg以上が20％程度であることから、健診後の保健指導、受診勧奨の徹底が必要です。

○平均値の変化と有所見率の変化を総合すると、血圧については男女ともやや改善傾向であると考えられます。

○愛知県は、男女とも全国とほぼ同様の結果が観察されました。

ひとこと・ヒント

○血圧は脳血管疾患、虚血性心疾患のリスク因子であり、十分な管理が求められます。至適血圧と比較して、Ⅰ度高血圧では約3倍、Ⅱ度では約5倍、脳卒中や心臓病を起こしやすいこと、喫煙、糖尿病、脂質異常症などの重複により発症頻度が高まることに留意します。

○食塩摂取量は現状の1日10.6gから8.0gへ2.6gの減少を目指しています。このためには、個人の努力だけでは限界があり、加工食品中の食塩の低減や地域の飲食店での減塩メニューの推進、及び栄養成分表示の普及など環境整備が不可欠です。

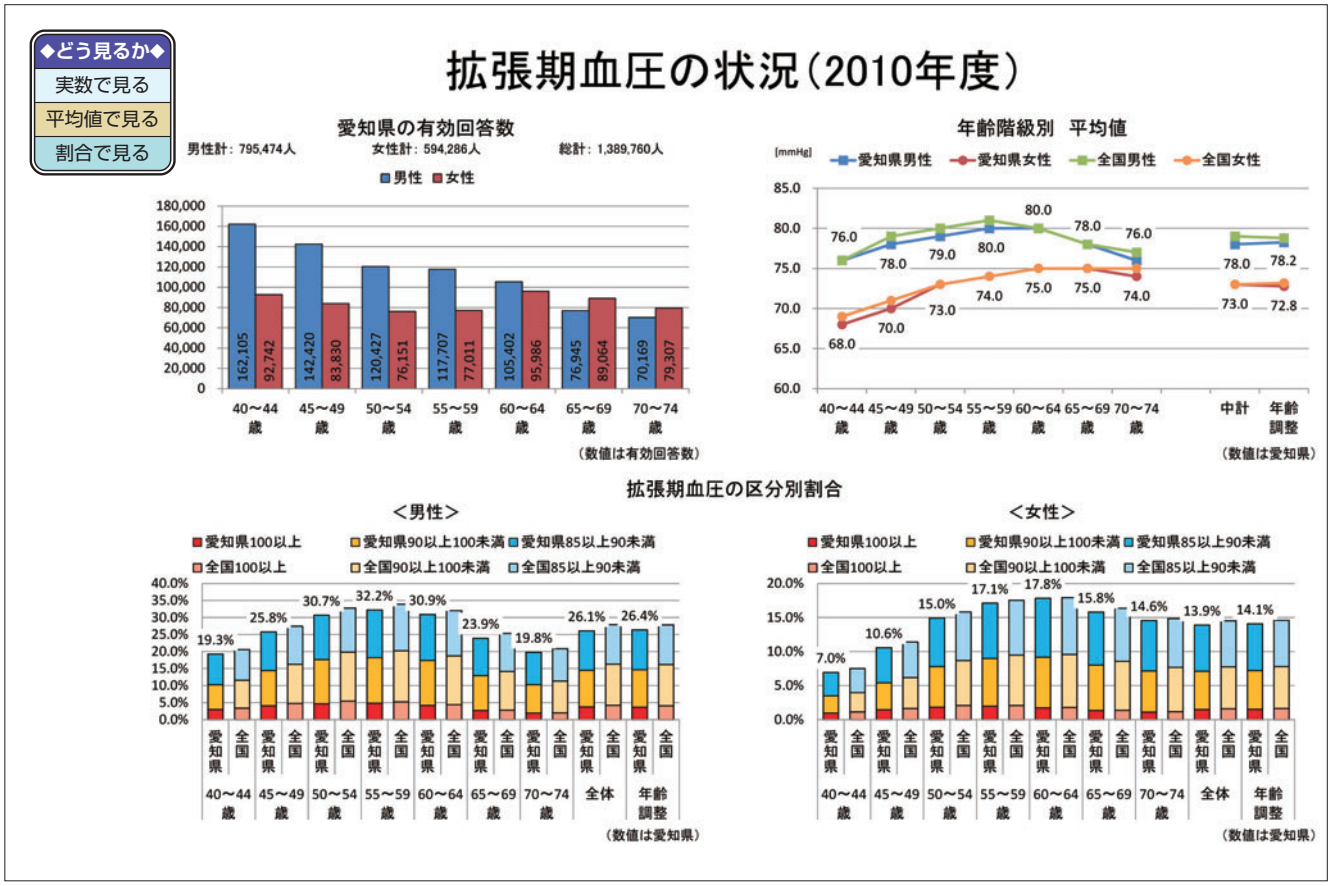
あなたの地域は？ チェックポイント

□血圧は循環器疾患を予防するための指標として、また食生活や運動習慣、飲酒、服薬などの総合的な生活習慣病対策の結果指標として重要。他の指標の状況もあわせて確認を。

□男性では40歳代前半ですでに正常高値血圧（保健指導判定値）が多いことから、40歳未満のデータも確認できるとよいでしょう。

□血圧の測定値について、精度管理できていますか。

❺拡張期血圧



PPT

検査の意味

拡張期血圧（最低血圧、下の血圧）とは、心臓が収縮を終えて心室が広がり、全身から心臓へ血液が戻っていく時の血圧です。収縮期血圧と同様、循環血液量の増加と血管抵抗により高くなります。拡張期血圧は高くなると注意が必要ですが、高齢期になると、血管の弾力性が失われ、低下する傾向がみられます。

健康日本21目標値

拡張期血圧についての目標値はありませんが、収縮期血圧を補完する指標として確認してください。

判　定　値

※血圧値は変動しやすく、信頼あるデータ分析のためにも測定現場での精度管理が重要です。

85mmHg	90mmHg		100mmHg	110mmHg
保健指導判定値	受診勧奨判定値			
正常血圧	正常高値血圧	Ⅰ度高血圧	Ⅱ度高血圧	Ⅲ度高血圧

◆データを見てわかること

○平均値のグラフ：男性では40歳代で女性より高く、50歳代後半にピークを迎えています。60歳代後半以降で低下の傾向がみられますが、これは血管の弾力性の低下によるものと考えられ、脈圧（収縮期と拡張期の差）の増大をきたしていると考えられます（高齢者高血圧の特徴）。女性では40歳代の平均値は低いのですが加齢とともに上昇しています。愛知県は性・年齢階級別平均値、年齢調整値では、全国平均と同等の結果でした。

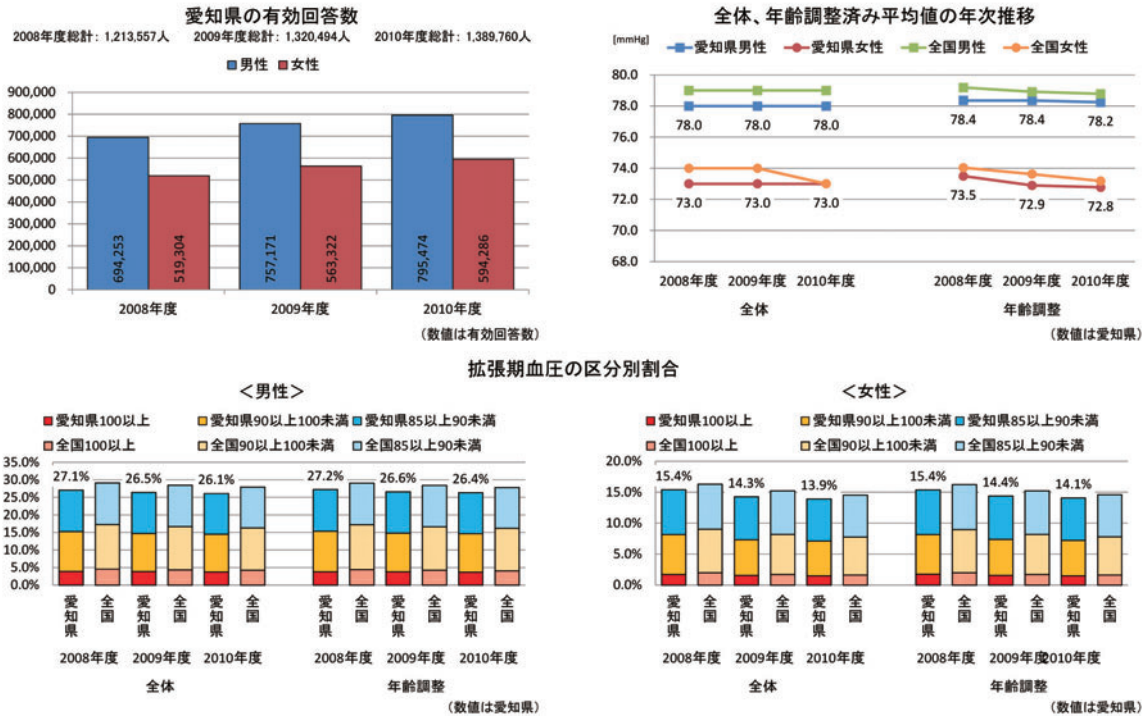
○有所見率も加齢とともにいったんは上昇しますが、高齢期ではやや低下傾向を認めます。

○血圧値は変動しやすく、信頼あるデータ分析のためにも測定現場での精度管理が重要です。とくに高齢者では血圧動揺や白衣高血圧が多いことが指摘されています。

○上記結果は血圧値だけの判定です。服薬率を考慮した検証も必要です。

◆どう見るか◆
- 実数で見る
- 平均値で見る
- 割合で見る
- 年次推移で見る

拡張期血圧の状況（年次推移）



PPT

年次推移

○3年間の平均値、有所見率の推移をみたグラフです。年々、健診受診者数の増加がみられます。

○年齢調整済み平均値の年次推移：2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男性では変化がありませんが、女性ではやや低下傾向がみられます。

○年齢調整済み有所見率も男性では横ばいですが、女性ではやや減少傾向がみられます。
100mmHg以上のハイリスク者が男性で5％、女性で2％程度、90mmHg以上が男性で15％程度、女性で8％程度であることから、健診後の保健指導、受診勧奨の徹底が必要です。

○平均値の変化と有所見率の変化を総合すると、血圧については男女とも横ばいか、やや改善傾向であると考えられます。

○愛知県は、男女とも全国とほぼ同様の結果が観察されました。

ひとこと・ヒント

○健診や診察時だけ血圧が高い白衣高血圧、健診時は正常だけれども普段の血圧が高い仮面高血圧。仮面高血圧が脳・心血管疾患に結びつくリスクが高いことに注意します。健診時だけでなく、普段の血圧（職場での血圧）を知ることが健康管理には有効です。

○白衣高血圧の診断のためには家庭血圧の測定が必要です。白衣高血圧は無害というわけではなく、将来真性高血圧への移行確率が高いことをお知らせしましょう。

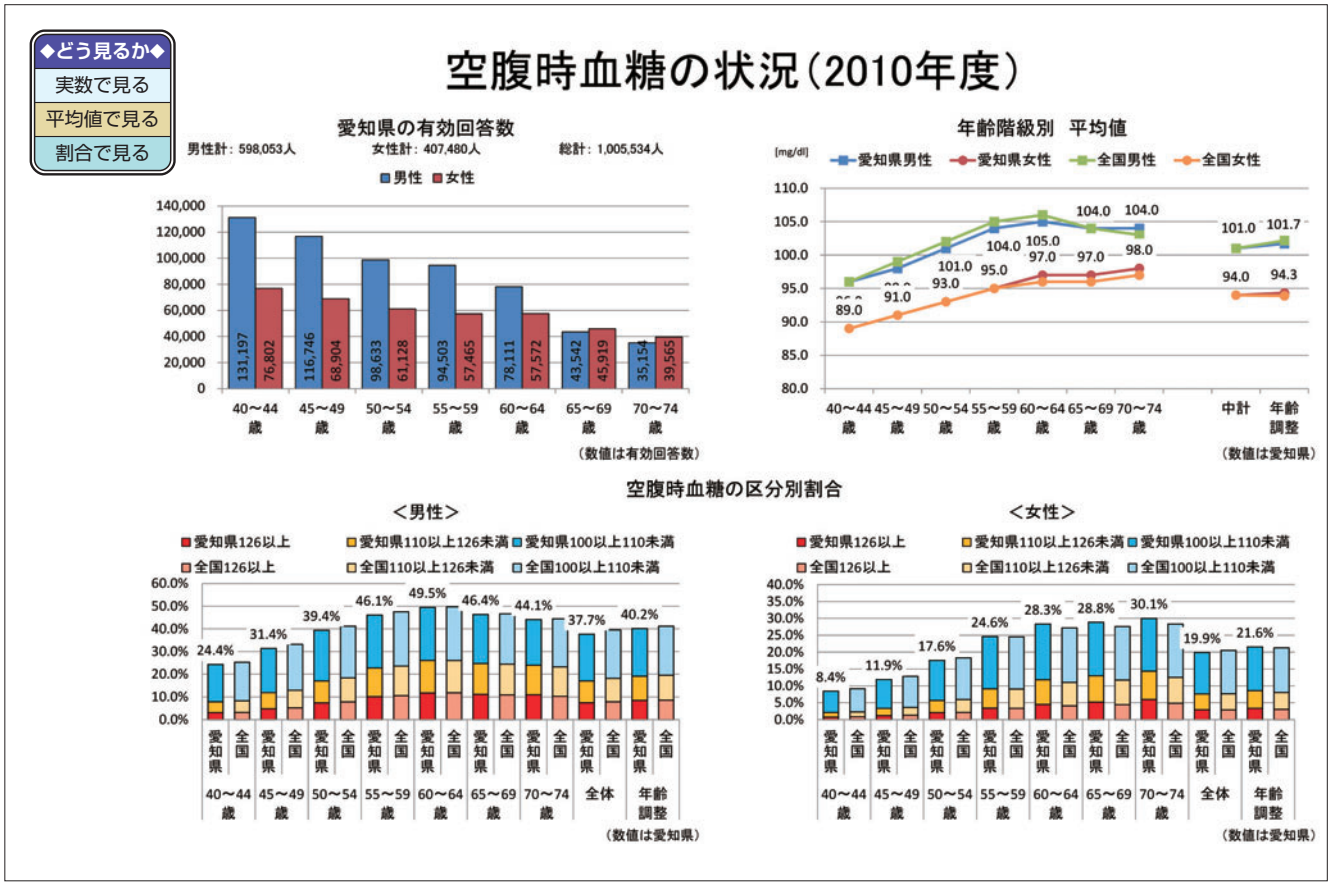
あなたの地域は？ チェックポイント

□拡張期血圧は「健康日本21（第二次）」の指標ではないが、食生活、運動習慣と密接な関係があることから、性・年齢階級別の有所見率、平均値の変化をチェック。

□個人データがある場合には、脈圧（収縮期血圧－拡張期血圧）を計算し、性・年齢階級別分布をみると、動脈硬化度が高い集団がわかります。

□健診時だけでなく、家庭血圧や職場などでの血圧測定を普及させるにはどうすればよいかなど話し合いましょう。

❻空腹時血糖



PPT

検査の意味

血液中のブドウ糖である血糖の濃度を測定します。血糖が高い状態が続くと血管が傷みやすく、そのまま放置すると糖尿病腎症、糖尿病網膜症、糖尿病神経障害など患者のQOLを大きく下げる病気を引き起こします。また医療費も増大します。

判　定　値

空腹時血糖≧126mg/dl とHbA1c（NGSP値)≧6.5%（2010年度まで使用したJDS値では6.1%）の両者を満たす場合、糖尿病と判定、いずれか一方の場合には再検査にて判定する。空腹時血糖110～125mg/dlを境界型、100～109mg/dlを正常高値とする。

特定健診の判定値

保健指導判定値　100mg/dl以上　受診勧奨判定値　126mg/dl以上

健康日本21目標値

糖尿病合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少

16,247人（平成22年）
▶15,000人（平成34年度）

糖尿病の治療継続者の割合の増加

63.7%（平成22年）
▶75%（平成34年度）

糖尿病有病者の増加の抑制

890万人（平成19年）
▶1000万人（平成34年度）

◆データを見てわかること

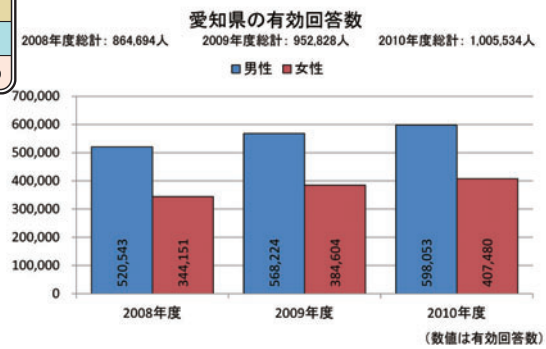
○特定健診では空腹時血糖またはHbA1cのいずれかを必須としていることから、空腹時血糖の捕捉率はBMI、腹囲、血圧と比較して低くなっています。とくに国保加入者であることが多い高齢者では低い傾向にあることに留意します。

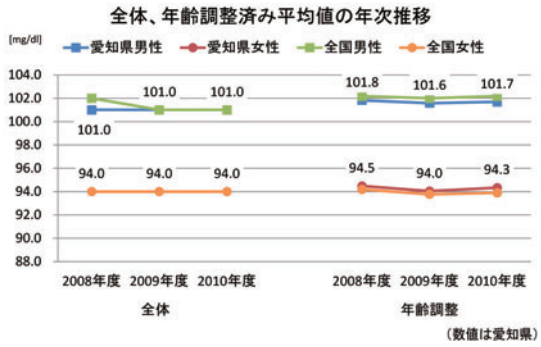
○平均値のグラフ：男性では女性より40歳代から一貫して高く、50歳代の平均値が正常高値を超えています。60歳代後半～70歳代にかけてやや低下していますが、その原因として、①糖尿病になった人の健診からの脱落（重大疾病等の発症、医療機関にて検査を受けているために健診を受診しない）、②退職後にストレスの減少、運動習慣の増加など健康的なライフスタイルに変わった、または医療機関を受診するようになってコントロールが改善したなどの理由が考えられます。女性では加齢とともに上昇しています。

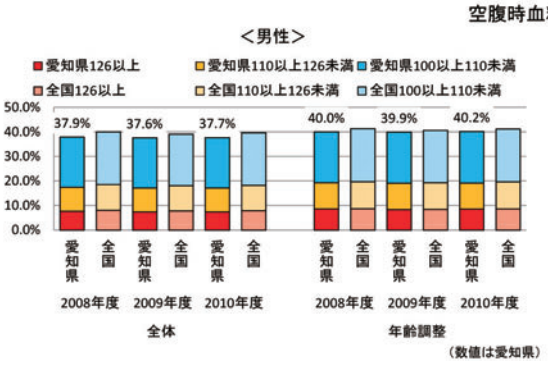
○有所見率をみると、男性では40歳代から予備群（高値正常）が多く、加齢とともに境界域、糖尿病域が増加しています。

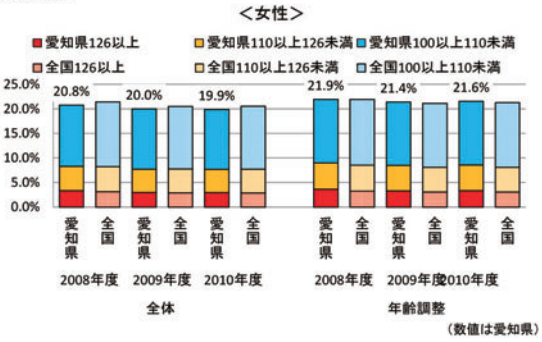
◆どう見るか◆
- 実数で見る
- 平均値で見る
- 割合で見る
- 年次推移で見る

空腹時血糖の状況（年次推移）









PPT

年次推移

○3年間の平均値、有所見率の推移をみたグラフです。年々、健診受診者数の増加がみられますが、空腹時血糖測定の実施割合はやや低下しており、HbA1c単独実施または食後のために採用されなかったためと考えられます。

○年齢調整済み平均値の年次推移：2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男女ともほぼ横ばいでした。

○年齢調整済み有所見率は、男女も3年間であまり変化がなく、126mg/dl以上の人の減少もみられていません。

○平均値の変化と有所見率の変化を総合すると、血糖値の改善がみられていないことを示しています。

○愛知県は、男女とも全国とほぼ同様の結果が観察されました。

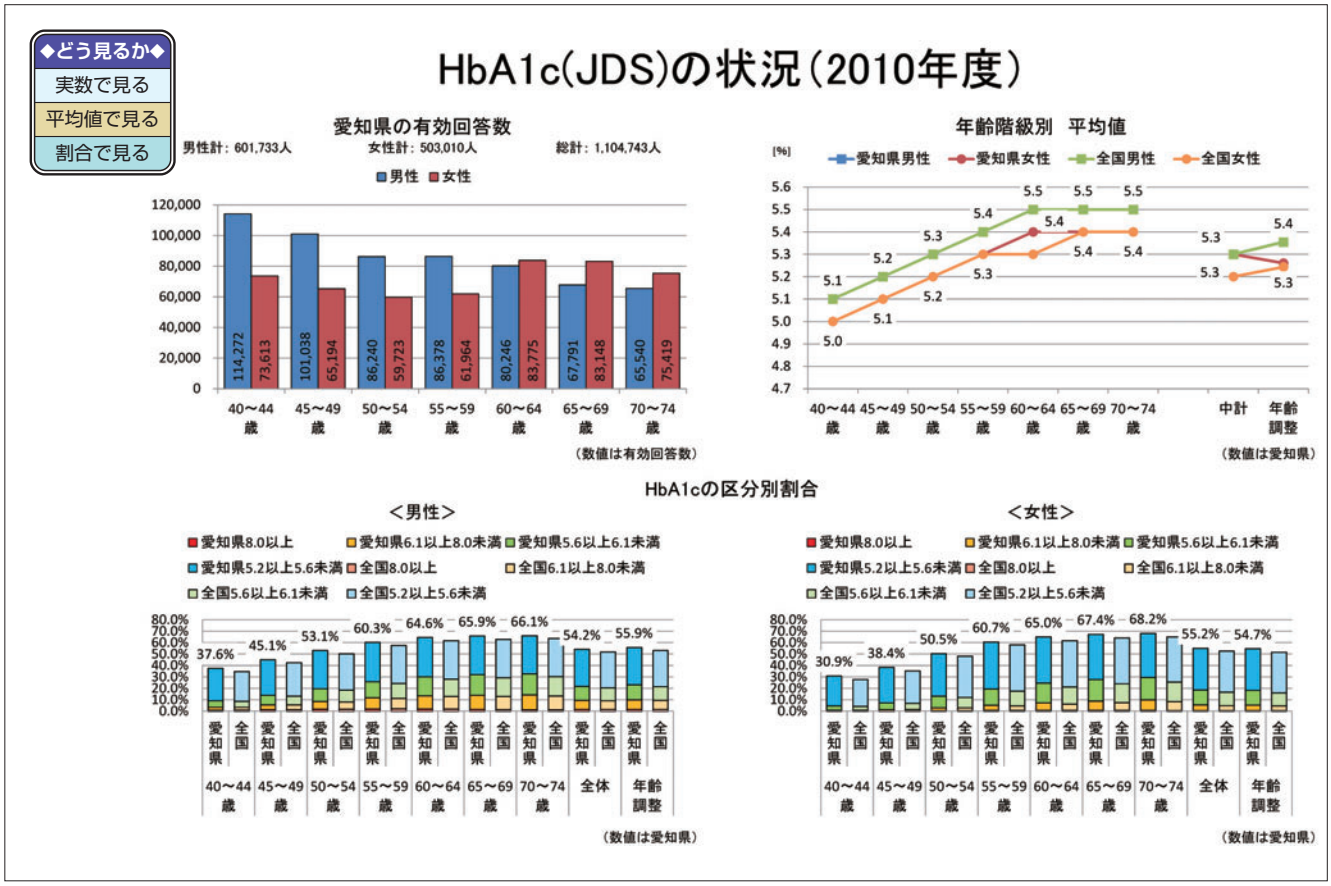
ひとこと・ヒント

愛知県の特定健診データを用いて、治療中の患者さんの血糖コンロトール状況を検討したところ、ＨｂA1c（JDS値)8.0％以上が糖尿病治療中の人の13％、ＨｂA1c（JDS値)7.0％以上が34％もありました。糖尿病合併症を減らすためには治療中の患者さんの血糖コントロール状況の改善が重要であり、治療を継続しやすい環境づくりや糖尿病患者さんへの食事や身体活動などの生活習慣改善支援などがもっと必要です。

あなたの地域は？ チェックポイント

- □血糖の平均値、有所見率は全国と比較して高くありませんか？
- □性・年齢階級別にみて、とくに気になる階級は？
- □血糖の高い人について、未治療者では受診勧奨を徹底していますか？
- □糖尿病に対する地域の関心度は？　患者さんだけでなく、一般住民への啓発事業を行っていますか？
- □治療を継続しやすい環境づくりをするためにはどうすればいいか、工夫について地域で検討していますか。

❼HbA1c



PPT

◆データを見てわかること

○特定健診では空腹時血糖またはHbA1cのいずれかを必須としていることから、HbA1cの捕捉率はBMI、腹囲、血圧と比較して低くなっています。国保加入者であることが多い高齢者では実施率が高い傾向にあることに留意します。

○平均値のグラフ：男性では女性よりも各年齢階級で0.1％程度高く、60歳前半まで加齢とともに高くなっていきます。愛知県も全国と同様の結果です。

○有所見率をみると、40歳代から予備群（5.2以上5.6％未満）が男女とも多く、加齢とともに5.6％以上が増加しています。

○糖尿病の合併症は、血糖コントロールと罹病期間に関係しています。糖尿病と診断後10年ごろから合併症が急増するため、40歳～50歳代で6.1％（JDS値）以上の場合、網膜症や腎症につながる恐れが大きいと考えられます。

○脳卒中、心筋梗塞のリスクファクターとしては、軽症糖尿病でも脂質異常症、高血圧症、喫煙と重複することによりリスクが高まります。個別リスクだけでなく、リスク重複に着目した分析も必要です。

健康日本21目標値

糖尿病合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少
16,247人（平成22年）
▶15,000人（平成34年度）

糖尿病の治療継続者の割合の増加
63.7%（平成22年）
▶75%（平成34年度）

糖尿病有病者の増加の抑制
890万人（平成19年）
▶1000万人（平成34年度）

ひとこと・ヒント

○肥満者では、インスリン抵抗性のため長期間にわたるインスリンの過剰分泌を引き起こします。そのため、膵β細胞の疲弊をきたし、インスリン分泌低下へと進行、糖尿病の発症に至ります。
一方、肥満ではない糖尿病では、加齢・遺伝によるインスリン分泌能の低下、身体活動量や筋肉量の低下などが原因です。タイプにあわせた対策が必要です。

○高齢者では低血糖も高血糖も認知症の危険因子です。

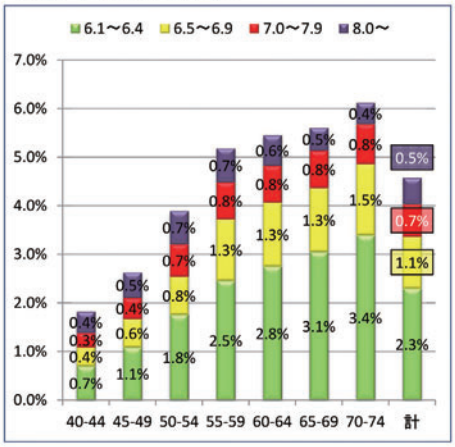
STEP UP

糖尿病の重症化を防ぐために

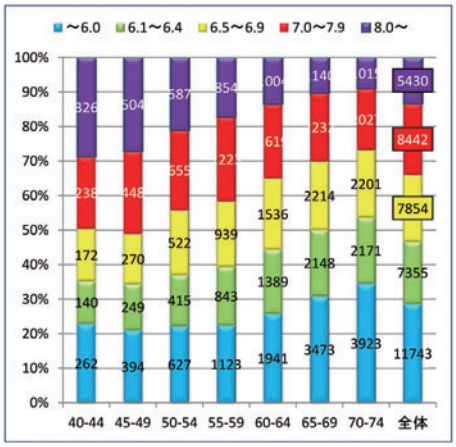
特定健診問診における「インスリン注射又は血糖を下げる薬の現在の使用」の有無別にみたHbA1c区分の状況です（愛知県特定健診データ分析・評価より）。治療を受けていない人を区別して、糖尿病について治療中である患者さんの血糖コントロール状況をみることができます。

糖尿病治療の有無別HbA1c(JDS)の状況

糖尿病の薬物治療を行っていない人のHbA1c



糖尿病の薬物治療を行っている人のHbA1c



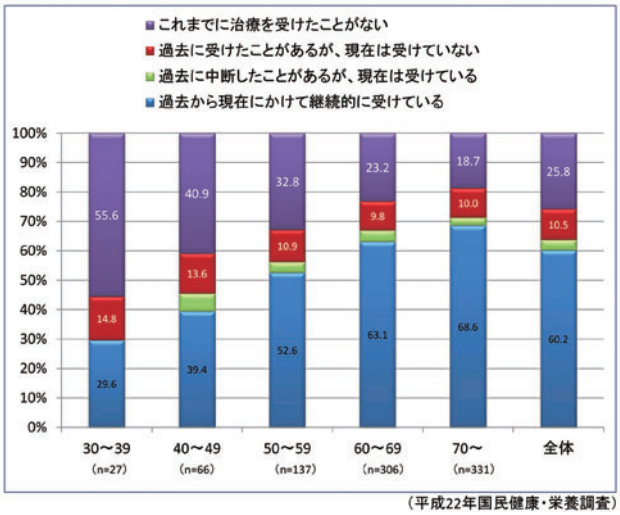
（平成21年愛知県「特定健診・特定保健指導情報データ分析・評価」）

PPT

○上図の左のグラフについて、糖尿病の薬物治療を現在行っていない人約69万人のうち、4.58％がHbA1c6.1％（JDS値、NGSP値では6.5％）以上に該当していました。糖尿病の薬物治療を行っていない人のなかにもHbA1c7.0％以上のコントロール不良者が1.2％（8,318人）に上りました。国民健康・栄養調査によれば、「糖尿病といわれたことがある」人の3分の1以上が治療を受けていない状況であり、健診の機会を活用した受診勧奨が必要です。

○上図の右グラフは糖尿病の薬物治療を行っている人約4万人の血糖コントロール状況を示したものです。
治療中でもHbA1c（JDS値）7％以上が34%、8%以上も13%もあることから、治療中の人のコントロール改善が望まれます。薬物治療だけでなく、食事・身体活動・禁煙・減酒など生活習慣改善支援を確実に行える体制が必要です。

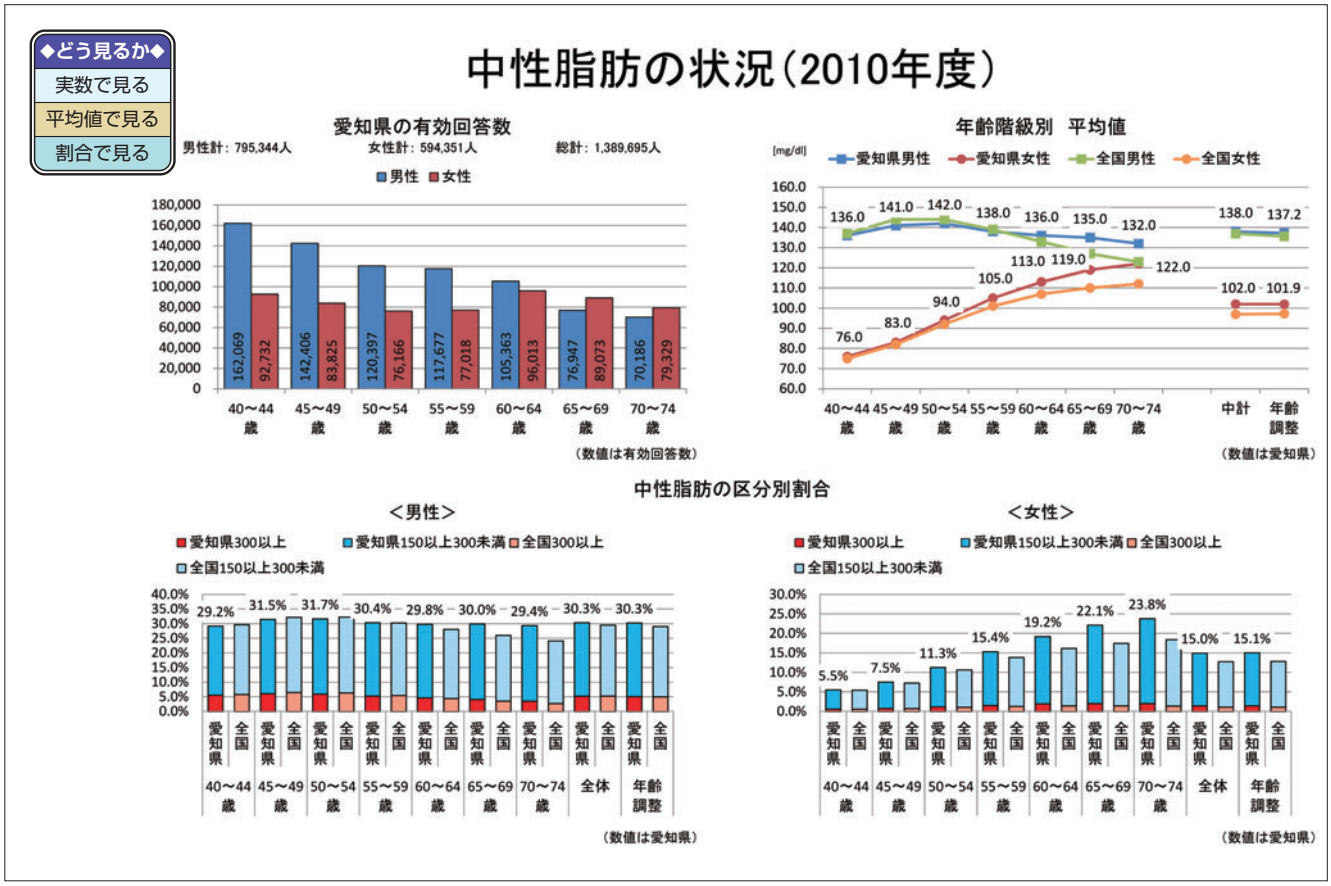
医療機関や健診で糖尿病といわれたことがある者における治療の状況



（平成22年国民健康・栄養調査）

PPT

❽中性脂肪



PPT

検査の意味

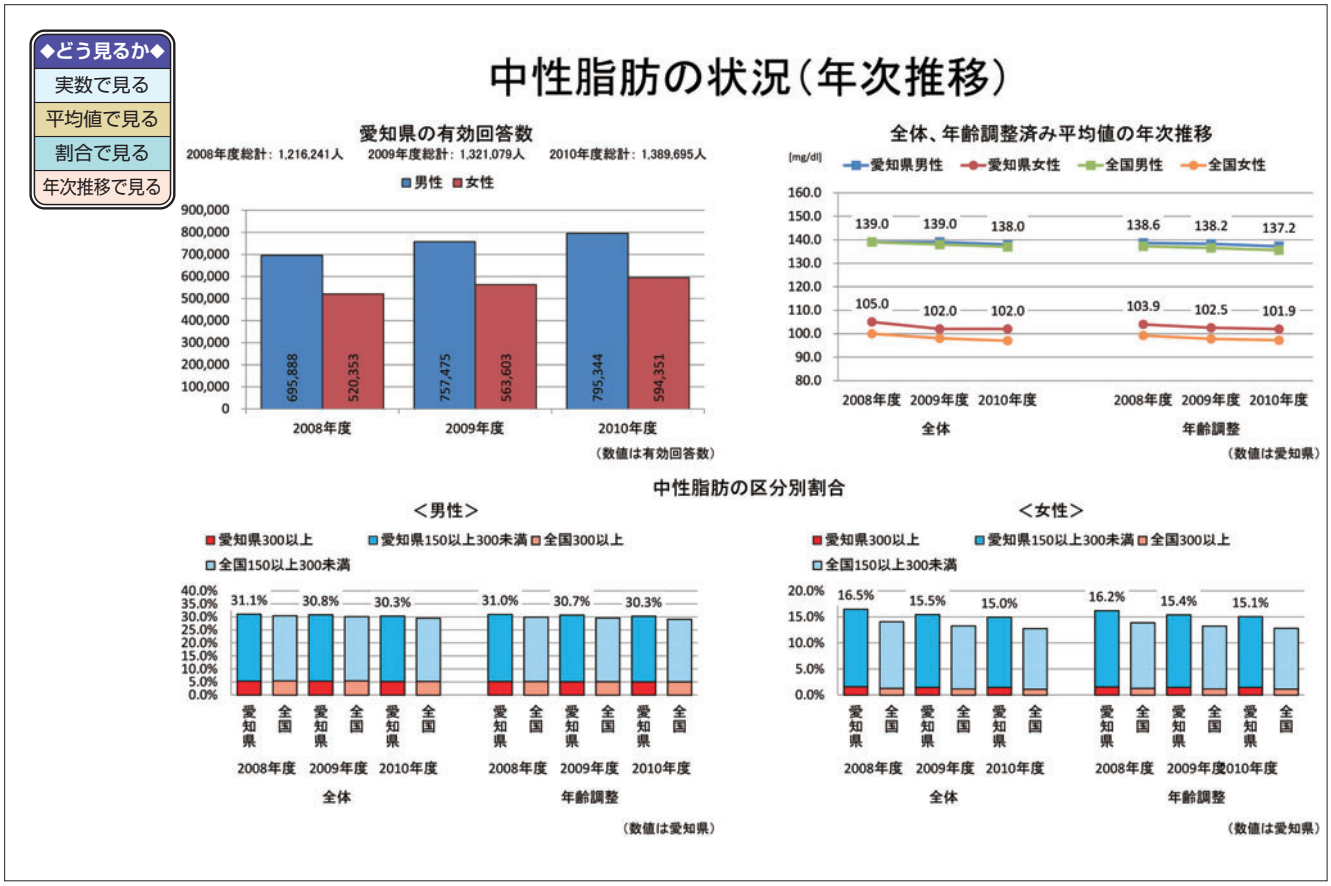
血液中の中性脂肪はエネルギー収支の短期的な動向を示します。メタボリックシンドローム構成要素の一つです。食事や前日のアルコールの影響を受けるため、12時間以上の絶食下で採血することが大切ですが、食後の上がりやすさには個人差があります。

判　定　値

脂質異常症の診断基準（薬物治療の開始基準ではない）
　中性脂肪（トリグリセライド：TG）≧150mg/dl
特定健診の判定値
　保健指導判定値　150mg/dl以上　　受診勧奨判定値　300mg/dl以上

◆データを見てわかること

○特定健診では中性脂肪（TG）を必須としていることから、捕捉率は良好です。
○中性脂肪を上昇させる要因として、摂取エネルギー過多、アルコールや炭水化物、脂肪の量と質が代表的です。アルコールは中性脂肪に転換されることに注意します。
○平均値のグラフ：男性では40～50歳代で中性脂肪が高く、高齢化とともに低下する傾向がみられます。摂取エネルギー量の減少を反映しているものと考えられます。女性では加齢とともに増加しています。BMIや腹囲の変化と同様の動きで、エネルギー消費量の減少のため、相対的に摂取過剰になっている可能性があります。愛知県も全国と同様の結果です。
○有所見率をみると、男性では年齢階級によらずほぼ一定で30％程度ですが、女性では加齢とともに有所見率が高くなっています。愛知県では各年齢階級において全国よりも高い傾向です。



PPT

年次推移

○3年間の平均値、有所見率の推移をみたグラフです。年々、実施者数の増加がみられます。
○年齢調整済み平均値の年次推移：2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男女ともやや低下傾向を示しています。
○年齢調整済み有所見率は全国では男女ともやや減少傾向です。
○平均値の変化と有所見率の変化を総合すると、高中性脂肪血症はやや減少方向です。
○愛知県は、男女とも全国よりも有所見率がやや高い傾向がみられました。食生活、飲酒等の生活習慣の状況の確認が重要です。

ひとこと・ヒント

中性脂肪は食生活の変化を反映しやすく、減量や飲酒量の減少の結果として改善してきます。保健指導の効果判定として有用な検査です。高中性脂肪血症自体が動脈硬化を促進させるかは未だ意見が分かれているところですが、高中性脂肪血症ではsmall dense LDL-Cが増加しやすく、マクロファージの泡沫化が進みやすいため、動脈硬化を進展させる恐れがあります。

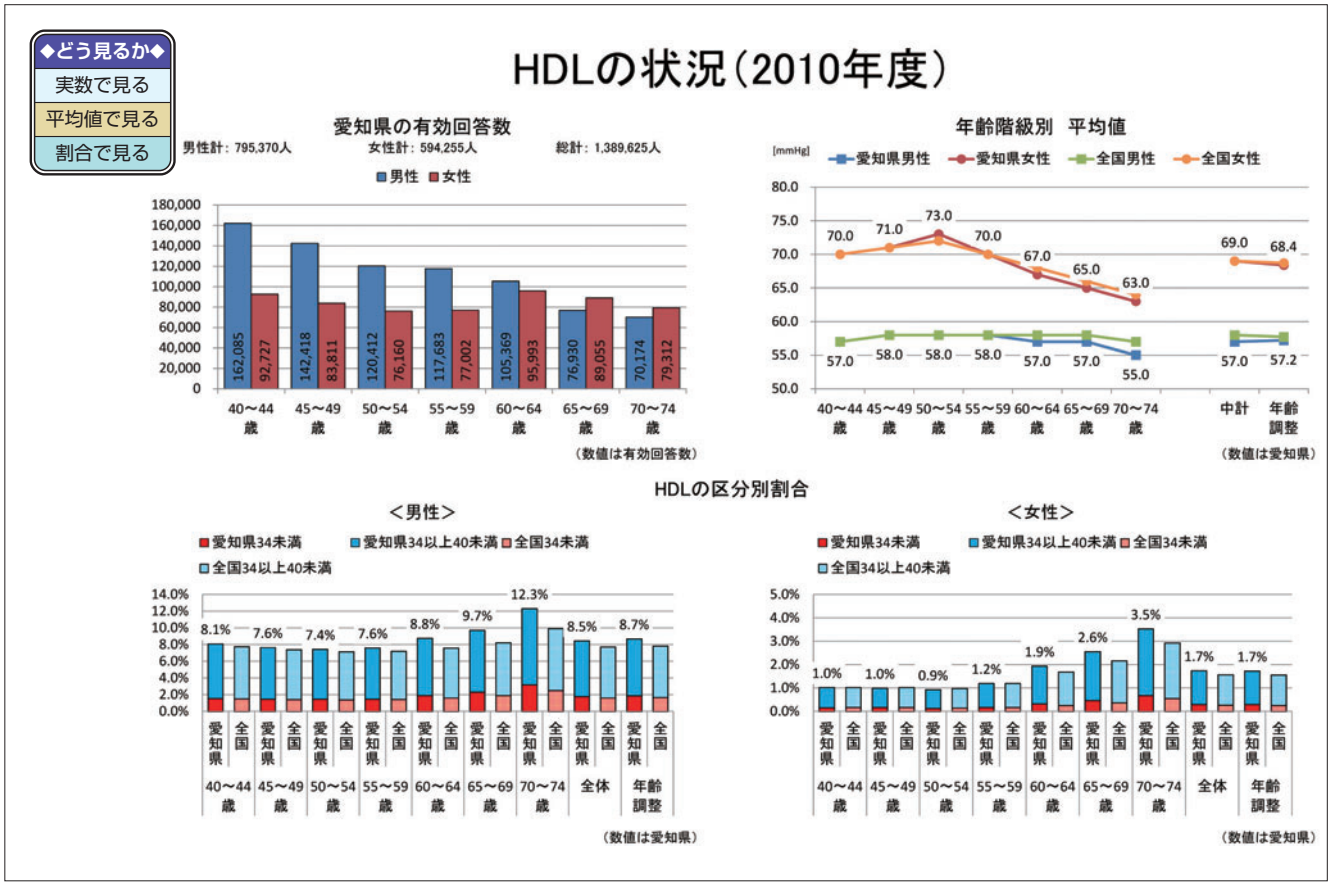
あなたの地域は？ チェックポイント

□中性脂肪の平均値、有所見率は全国と比較して高くありませんか？

□性・年齢階級別にみて、とくに気になる階級は？ 有所見率が高い場合、食生活や飲酒量などの要因の確認を。中性脂肪とγ-GTPの両者が高い人では飲酒過多の可能性がありますが、頻度を把握していますか？

□脂質異常症の服薬率を確認していますか？

❾HDLコレステロール



PPT

検査の意味

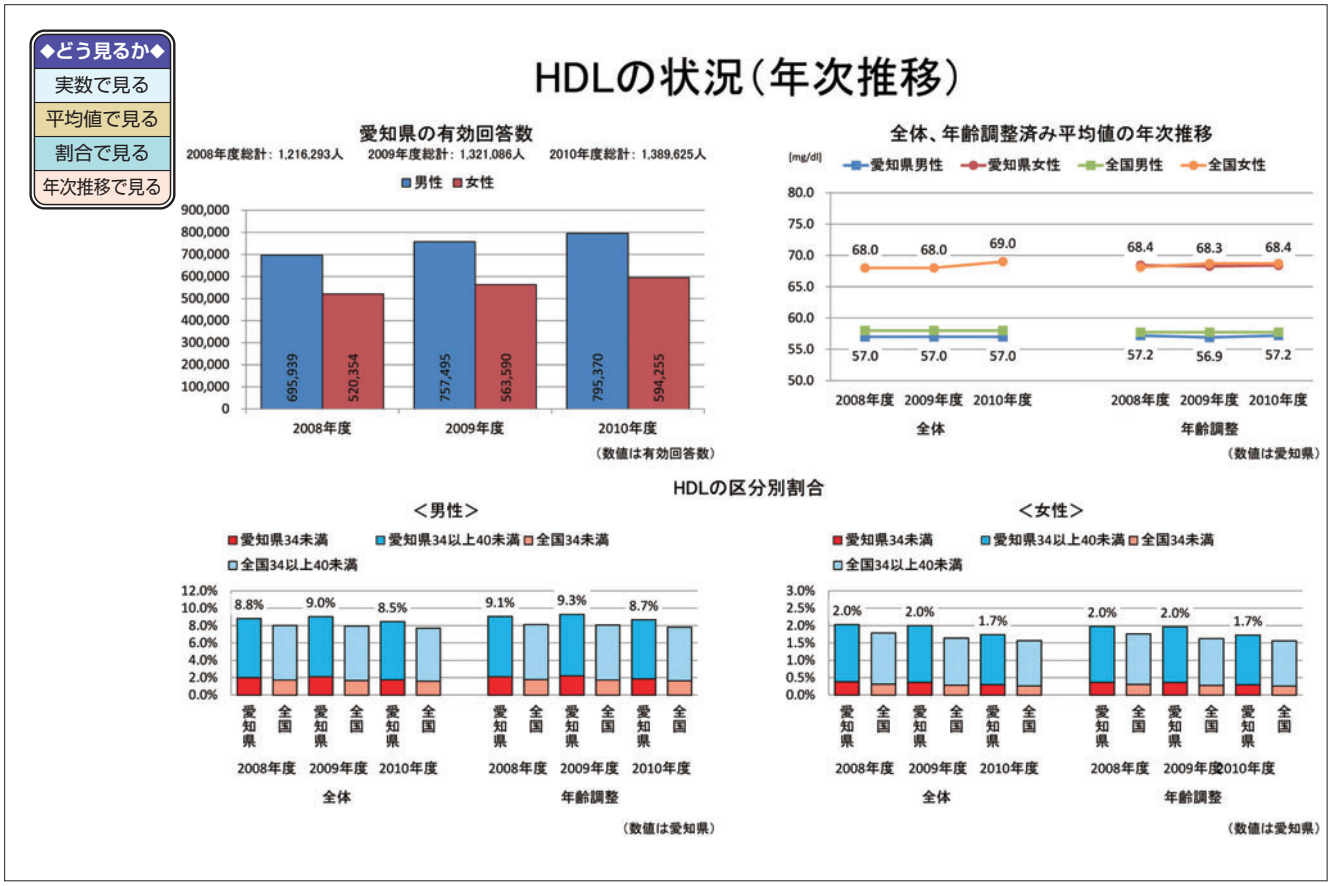
HDLコレステロール（以下HDL-C）は、余分なコレステロールを回収し、肝臓に戻すという動脈硬化を抑制する働きをするため、善玉コレステロールとも呼ばれます。検査値が低いと動脈硬化が進行することを意味します。

判　定　値

脂質異常症の診断基準（薬物治療の開始基準ではない）
　HDL-C＜40mg/dl
特定健診の判定値
　保健指導判定値　39mg/dl以下　受診勧奨判定値　34mg/dl以下

◆データを見てわかること

○特定健診ではHDL-Cを必須としていることから、捕捉率は良好です。
○HDL-Cを低下させる要因として、摂取エネルギーの過剰、運動不足、喫煙が代表的です。HDL-Cは一般的に善玉といわれています。HDL-Cを増加させる要因として、運動、飲酒、遺伝等が知られています。ただし、過度の飲酒に伴って増加するHDL-Cには抗動脈硬化作用がないことが指摘されています。
○平均値のグラフ：女性は男性よりもHDL-Cが高値ですが、更年期以降低下する傾向がみられます（女性ホルモン減少の影響）。しかし70歳代においても、依然男性より高値です。男性では年齢階級によらず、ほぼ一定の値をとっています。愛知県も全国と同様の結果です。
○有所見率をみると、男性では65歳まではほぼ一定で8％程度ですが、高齢者では低HDL-Cが増加する傾向があります。高齢期には高LDL-Cが減少する傾向がみられており、食事摂取量の低下によるコレステロールプール全体の縮小を反映している可能性があります。女性では低HDL-C血症を呈する人は中年では1％程度ですが、高齢期には同様に増加しています。
○脳血管疾患（脳卒中）、心疾患（心臓病）のリスクファクターとしては、低HDL-Cは重要な因子です。HDL-Cを高める薬はなく、禁煙、身体活動不足の解消が欠かせません。



PPT

年次推移

○3年間の平均値、有所見率の推移をみたグラフです。年々、実施者数の増加がみられます。
○年齢調整済み平均値の年次推移：2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男女ともほぼ横ばいでした。
○年齢調整済み有所見率は全国では男女もやや減少傾向です。
○平均値の変化と有所見率の変化を総合すると、低HDL-Cはほぼ横ばいかやや減少方向です。
○愛知県は、男女とも全国よりも有所見率がやや高い傾向がみられました。身体活動を増やし、禁煙を推進することが必要です。

ひとこと・ヒント

コレステロールは動脈硬化を引き起こす悪者のように思われますが、細胞膜やホルモンの材料として、なくてはならない成分です。コレステロールを体内で合成するだけでは足りないので、リサイクルして使われます。LDL-Cは肝臓から出て細胞へ運ぶ方のリポ蛋白（Low Density Lipoprotein）で、脂肪を満載しているために比重が軽いのですが、末梢細胞で脂肪を抜き取られ、肝臓へ戻るほうのHDL-Cは脂肪含有量が少なく、比重が重くなる（High Density Lipoprotein）のです。

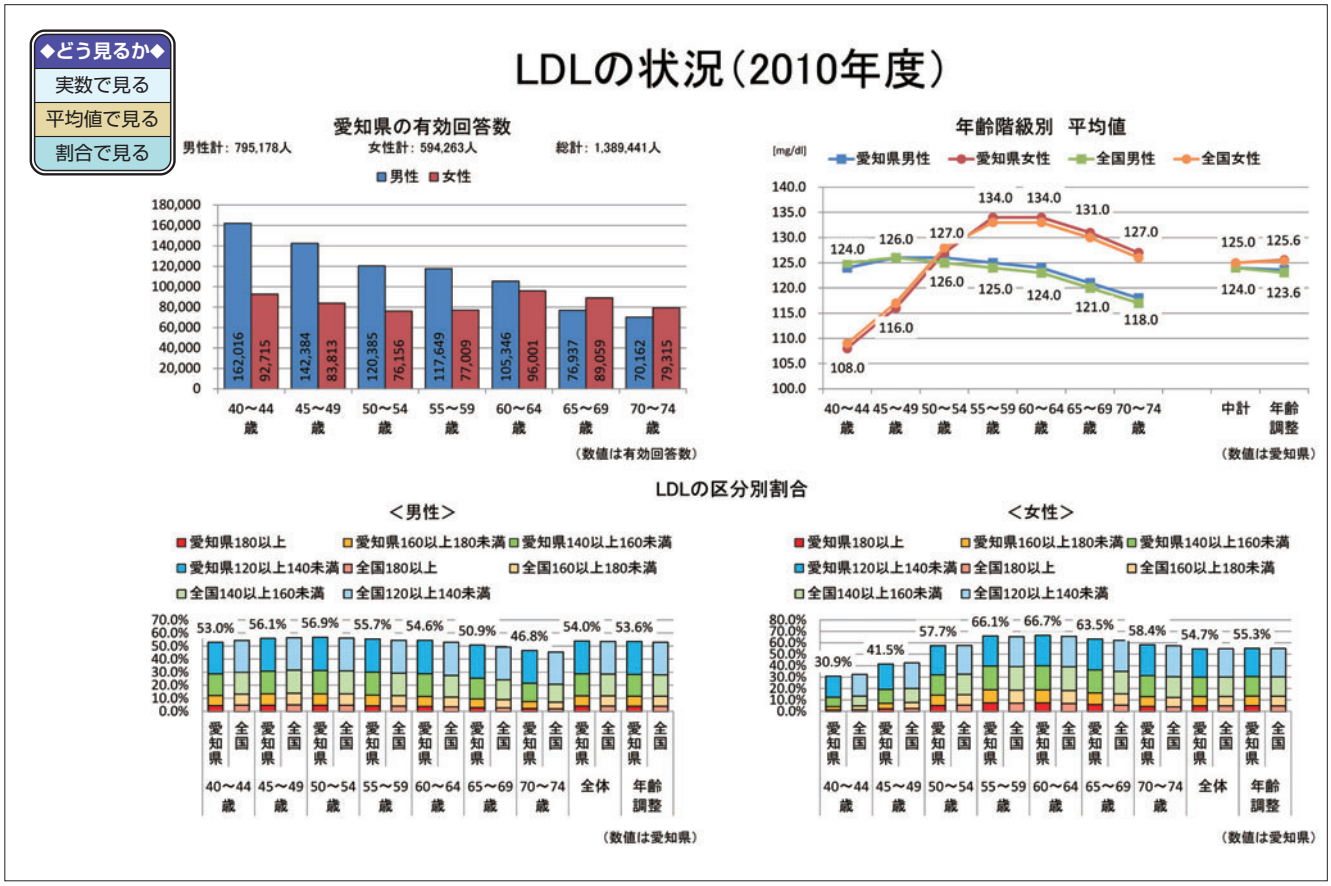
あなたの地域は？ チェックポイント

□HDL-Cの平均値、有所見率は全国と比較して高くありませんか。

□性・年齢階級別にみて、とくに気になる階級は？ 有所見率が高い場合、喫煙や運動習慣などの要因の確認を。

□高齢者では総コレステロール低下に伴うHDL-C低下の可能性もありますが、有所見率はどうなっていますか。

⑩LDLコレステロール



PPT

検査の意味

LDLコレステロール（以下LDL-C）は、コレステロールを全身に運ぶ役割をしています。増えすぎると、血管壁にたまり、動脈硬化を進行させるため、悪玉コレステロールとも呼ばれます。

判　定　値

脂質異常症の診断基準（薬物治療の開始基準ではない）
　LDL-C≧140 mg/dl
特定健診の判定値
　保健指導判定値　120mg/dl以上　受診勧奨判定値　140mg/dl以上

健康日本21目標値

脂質異常症の減少

総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合

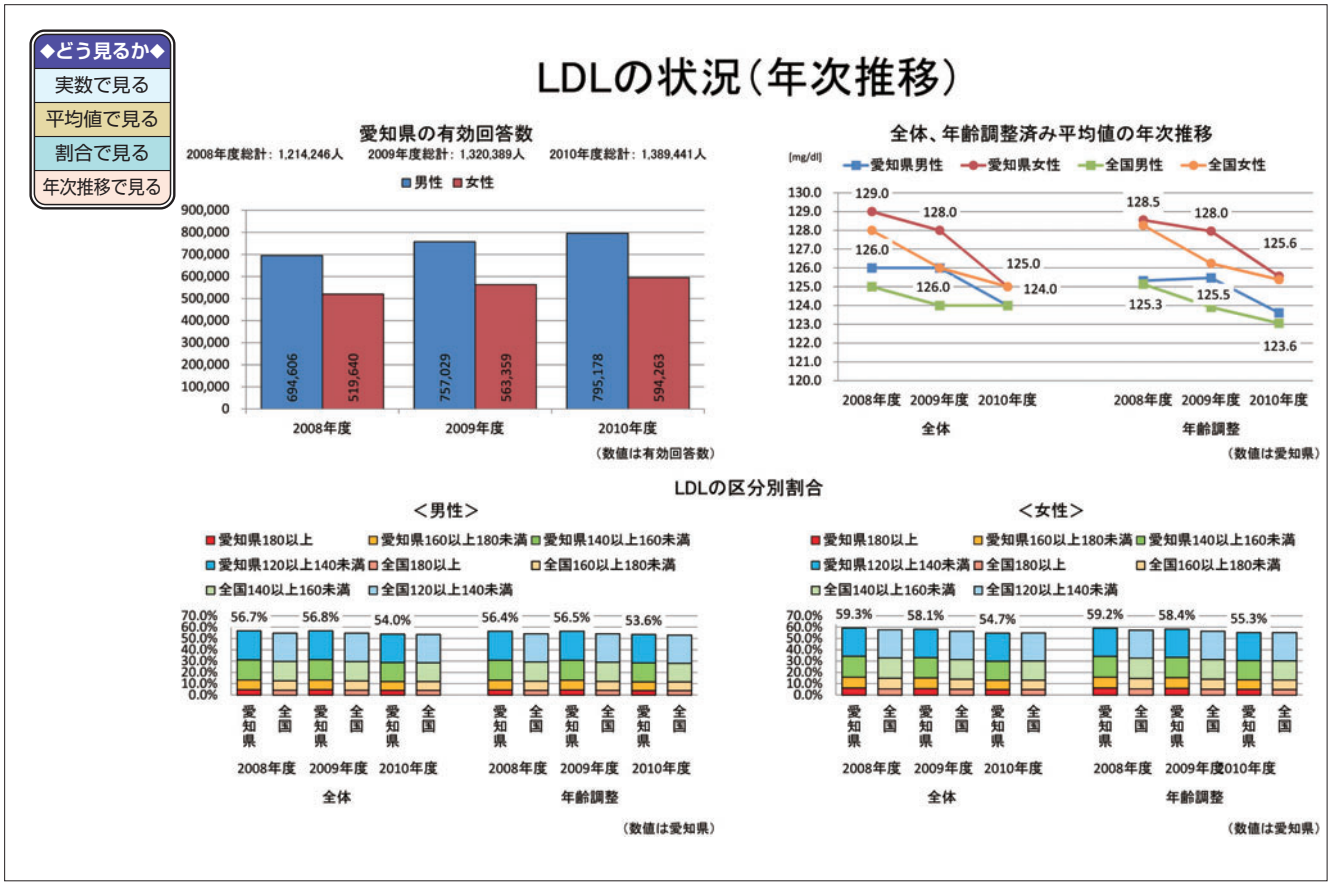
男性13.8%　女性22.0%（平成22年）
▶男性10%　女性17%（平成34年度）

LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合

男性8.3%　女性11.7%（平成22年）
▶男性6.2%　女性8.8%（平成34年度）

◆データを見てわかること

○特定健診ではLDL-Cを必須としていることから、捕捉率は良好です。
○LDL-Cを上昇させる要因として、摂取エネルギー過多、摂取した脂肪の量と質、コレステロールならびに食物繊維の摂取量が代表的です。原発性高脂血症など、遺伝子異常に基づき発症するタイプもあることに注意します。
LDL-Cは直接測定法のほか、空腹時採血をしていて、中性脂肪が400を超えていなければ以下の式で計算できます（Friedewald式）。
LDL-C＝総コレステロール － HDL-C －（中性脂肪÷５）
○平均値のグラフ：男性では40～50歳代でLDL-Cが高く、高齢化とともに低下する傾向がみられます。摂取エネルギー量の減少を反映しているものと考えられます。女性では40～50歳代に急上昇しています。女性ホルモン減少の影響やBMIや腹囲の変化と関連があります。愛知県も全国と同様の結果です。
○有所見率をみると、男性では50歳代が最も高く、女性では60歳代が最も高くなっています。



PPT

年次推移

○3年間の平均値、有所見率の推移をみたグラフです。年々、実施者数の増加がみられます。
○年齢調整済み平均値の年次推移：2010年全国基準人口をもとに算出した年齢調整済み平均値の年次推移をみると、男女ともやや低下傾向を示しています。
○年齢調整済み有所見率は全国では男女もやや減少傾向です。
○平均値の変化と有所見率の変化を総合すると、高LDL-C血症はやや減少方向です。
○愛知県は、男女とも全国よりも有所見率がやや高い傾向がみられました。服薬率もあわせて検討する必要があります。

ひとこと・ヒント

○LDL-C以外にも、VLDLレムナント、small dense LDL、Lp（a）、変性LDLなどが動脈硬化を促進します。
そこで nonHDL-C（総コレステロール－HDL-C）を指標として管理されることがあります。
nonHDL-Cの管理目安としては「130mg/dl以下」が提唱されています。
○脂質異常症の治療開始は、LDL-C値だけでなく、性・年齢、高血圧、糖尿病、喫煙等、他のリスクの保有状況にあわせて考慮します。特定健診の受診勧奨判定値が、即薬物治療の対象ではないことに留意します。詳しくは「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」のフィードバック文例集を参照してください。

あなたの地域は？ チェックポイント

□LDL-Cの平均値、有所見率は全国と比較して高くありませんか。

□性・年齢階級別にみて、とくに気になる階級は？

□脂質異常症の服薬率を確認していますか？

□脂質異常症では生活習慣改善が第一であることを啓発していますか？

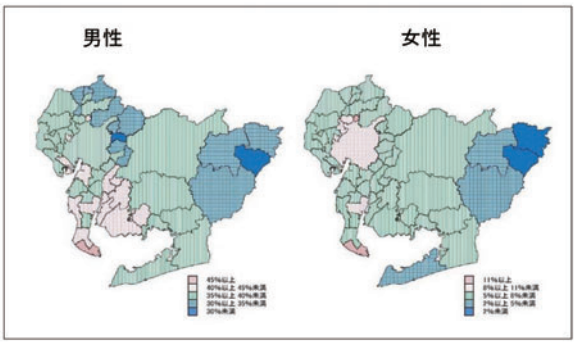
□生活習慣を改善してもLDL-Cが180mg/dl以上の場合薬物治療を考慮します。健診・保健指導の現場でそのような対応していますか。

⓫生活習慣

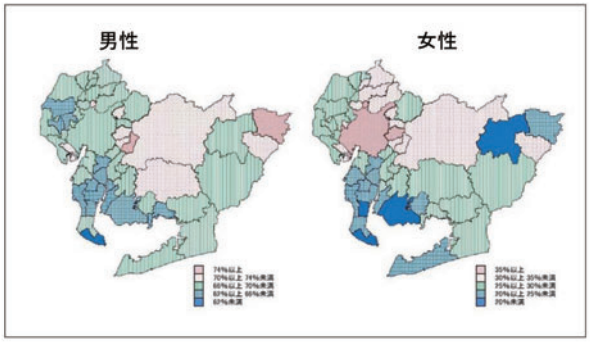
◆どう見るか◆
年齢調整して見る
地域格差を見る

喫煙・飲酒習慣

喫煙率



飲酒者割合（毎日）飲む+ときどき飲む



（愛知県　平成22年　特定健診データ分析）

生活習慣の状況を把握するためには、これまでアンケート調査を実施しなければなりませんでした。特定健診では「標準的な質問票」により、形式をそろえたデータが取得可能です。

この分野においての分析はこれからなので、今回は愛知県「特定健診・特定保健指導情報データ分析・評価」の結果を掲載します。

本分析では、該当率について年齢調整後マップ表示を行っています。

喫　煙

特定健診の「標準的な質問票」では、喫煙に関する問診として「現在、たばこを習慣的に吸っている」かどうかについて個々人に確認しています。

この結果についても、いずれ公表されるものと思います。

今回は愛知県での分析例を示します。性・年齢階級別喫煙率、年齢調整該当率を算出し、マップ表示しました。男性では南部（海寄り）で、女性では名古屋市など都市部で喫煙率の高い傾向がみられました。

飲　酒

飲酒についての問診は必須項目ではないため、回答率が低いことに留意します。

今回は、習慣的に飲酒していると答えた人の割合を比較しましたが、飲酒量もあわせて分析する必要があります。女性では、名古屋市の飲酒者割合が高い傾向がみられました。

健康日本21目標値

＜喫煙＞

成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）
19.5％（平成22年）▶12％（平成34年度）

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％（平成34年度）

妊娠中の喫煙をなくす
5.0％（平成22年）▶0％（平成26年）

受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少
行政機関：16.9％（平成20年）
医療機関：13.3％（平成20年）
職　　場：64％（平成23年）
家　　庭：10.7％（平成22年）
飲 食 店：50.1％（平成22年）
▼
行政機関：0％（平成34年度）
医療機関：0％（平成34年度）
職　　場：受動喫煙の無い職場の実現（平成32年）
家　　庭：3％（平成34年度）
飲 食 店：15％（平成34年度）

＜飲酒＞

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g 以上、女性20g 以上の者）の割合の減少
男性15.3％　女性7.5％（平成22年）
▼
男性13％　女性6.4％（平成34年度）

未成年者の飲酒をなくす
中学3年生：男子10.5％　女子11.7％
高校3年生：男子21.7％　女子19.9％（平成22年）
▼
0％（平成34年度）

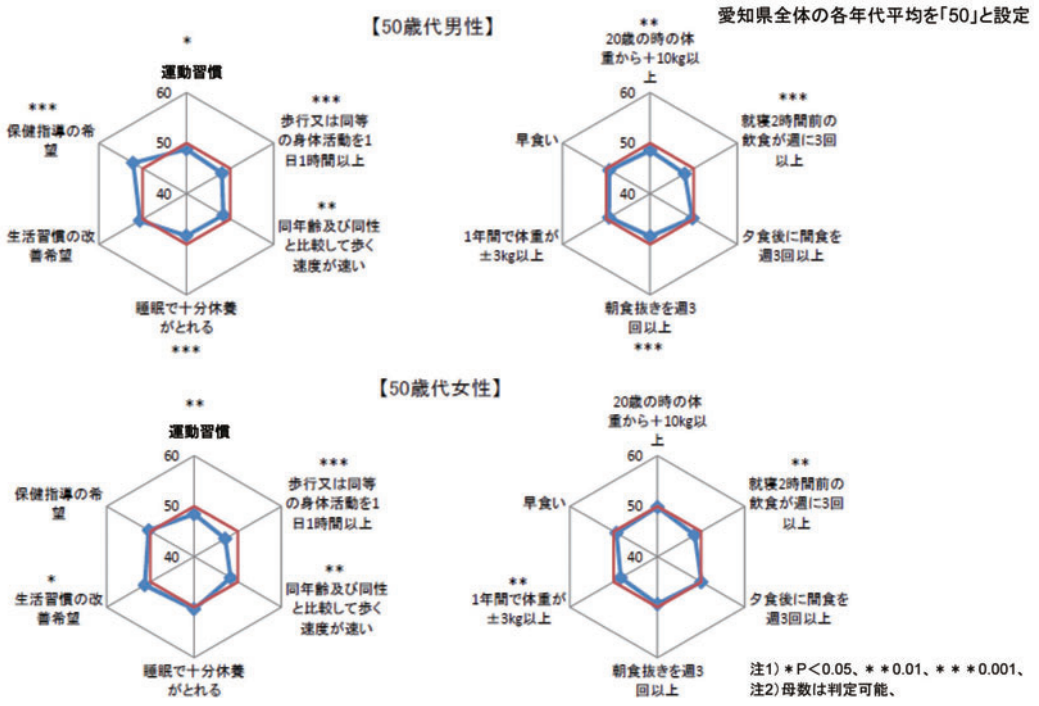
妊娠中の飲酒をなくす
8.7％（平成22年）▶0％（平成26年）

●主な酒類の換算の目安

お酒の種類	アルコール度数	純アルコール量
ビール（中瓶1本500ml）	5％	20g
清　酒（1合180ml）	15％	22g
ウイスキー・ブランデー（ダブル 60ml）	43％	20g
焼酎（25度）（1合180ml）	25％	36g
ワイン（1杯120ml）	12％	12g

◆どう見るか◆
年齢調整して見る
地域格差を見る

健診受診者（50歳代）の生活習慣（平成21年度）



（愛知県　平成22年　特定健診データ分析）

栄養・食生活　身体活動・運動　休　養　特定保健指導

栄養・食生活、身体活動・運動、休養等の各目標値も、特定健診「標準的な質問票」から情報を得ることができます。ただし、これらの項目も必須ではないことからデータ数、偏りに留意しなければなりません。

上図は、愛知県での分析例です。県全体の平均値（赤色の線）とある自治体の平均値（青色の線）について一目で比較することができます。この結果から、この自治体では男女とも県平均より歩行習慣が少ない傾向があることがわかり、対策を進めることになりました。

健康日本21目標値

＜栄養・食生活＞

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の増加
68.1％（平成23年度）▶80％（平成34年度）

食塩摂取量の減少
10.6g（平成22年）▶8g（平成34年度）

野菜と果物の摂取量の増加
野菜摂取量の平均値282g　果物摂取量100g未満の者の割合61.4％（平成22年）
▼
野菜摂取量の平均値350g　果物摂取量100g未満の者の割合30％（平成34年度）

＜身体活動・運動＞

日常生活における歩数の増加
20歳～64歳：男性7,841歩　女性6,883歩
65歳以上　：男性5,628歩　女性4,584歩（平成22年）
▼
20歳～64歳：男性9,000歩　女性8,500歩
65歳以上　：男性7,000歩　女性6,000歩（平成34年度）

運動習慣者の割合の増加
20歳～64歳：男性26.3％　女性22.9％
65歳以上　：男性47.6％　女性37.6％（平成22年）
▼
20歳～64歳：男性36％　女性33％
65歳以上　：男性58％　女性48％（平成34年度）

＜休養＞

睡眠による休養を十分にとれていない者の割合の減少
18.4％（平成21年）▶15％（平成34年度）

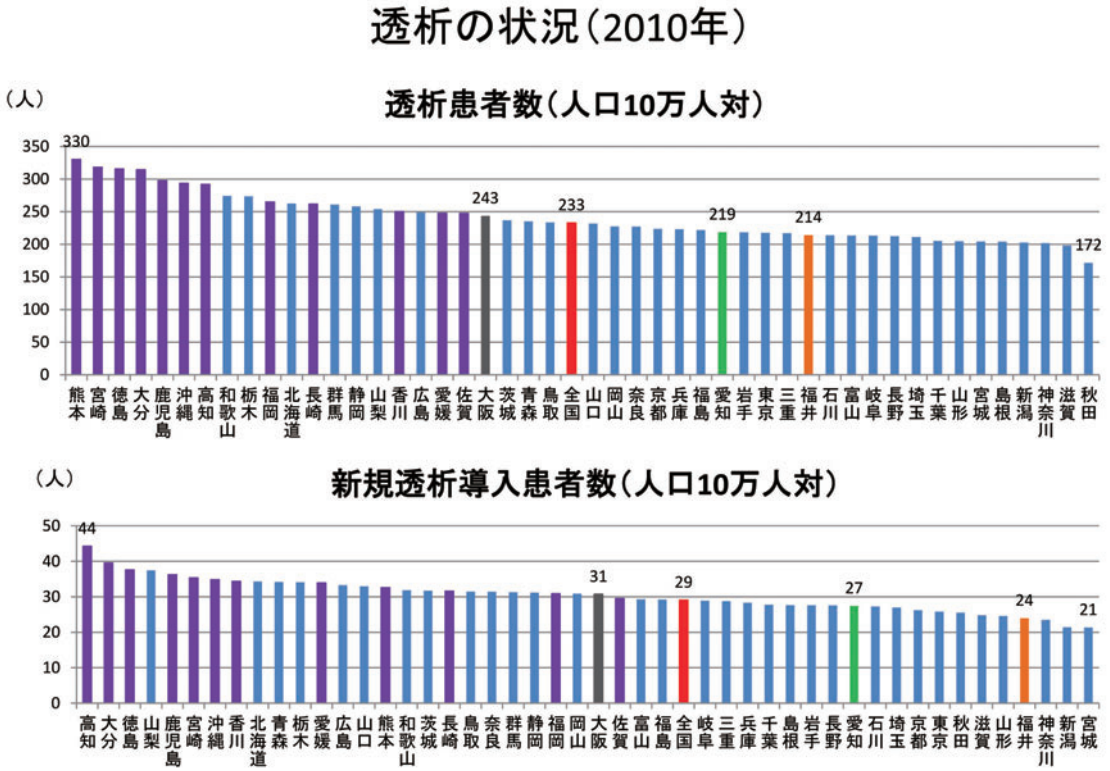
週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少
9.3％（平成23年）▶5.0％（平成32年）

＜特定保健指導＞

特定保健指導の実施率の向上
12.3％（平成21年度）▶平成25年から開始する第2期医療費適正化計画に合わせて設定（平成29年度）

見える化⑤ 人工透析の状況

◆どう見るか◆
実数で見る
割合で見る
地域格差を見る



PPT

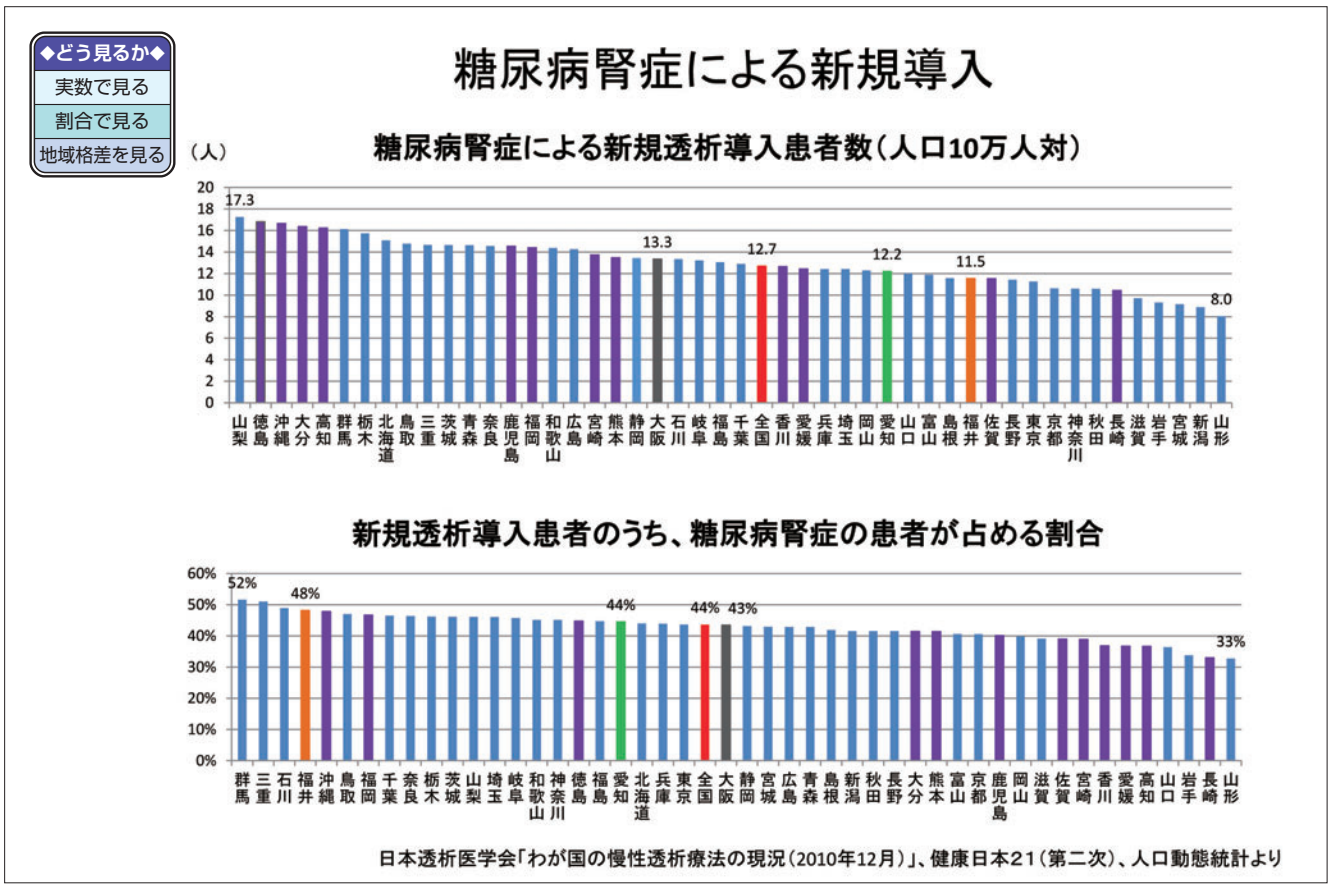
糖尿病性腎症における治療の一つである人工透析（血液透析療法）に関するデータは、糖尿病の重症化予防対策を考える上で重要です。まずは原因を限定せず、すべての人工透析の患者数と新規導入数について、都道府県ごとにそれぞれグラフ化しました。

◆データを見てわかること

○10万人対透析患者数、新規導入数には、地域差が大きいです。
【透析患者数】
多 い 県　①熊本　②宮崎　③徳島
少ない県　①秋田　②滋賀　③神奈川
【新規導入数】
多 い 県　①高知　②大分　③徳島
少ない県　①宮城　②新潟　③神奈川
○透析患者数は九州地区、四国地区（棒グラフの紫色で示した）に多く、東北地区、北陸地区で少ない傾向がみられます。
○平成22年度に新規に透析導入に至った人は、四国、九州地区で高い傾向がみられます。
○透析導入の原因疾病は、①糖尿病腎症（44.2%）、②慢性糸球体腎炎（20.4%）、③腎硬化症（11.7%）等で、この3つの疾患により全透析の3/4以上を占めます。腎硬化症は、主に高血圧を原因として発症する腎臓病で、徐々に増加しています。

健康日本21目標値

糖尿病合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少
16,247人（平成22年）
▼
15,000人（平成34年度）



PPT

次に挙げたのは、糖尿病（腎症）による人工透析導入に関するデータです。

糖尿病による導入が多い地域では、糖尿病対策（健診・保健指導の実施率向上、受診勧奨徹底、治療中断防止キャンペーンなど）が必要です。血糖ならびに血圧のコントロールが不良の場合、特に腎不全に至りやすいため、糖尿病の管理だけでなく、血圧の管理も重要です。

◆データを見てわかること

○糖尿病が原因で透析に至る割合についても、都道府県格差がみられます。

【糖尿病による新規導入】
多 い 県　①山梨　②徳島　③沖縄
少ない県　①山形　②新潟　③宮城

【糖尿病腎症による透析の割合】
多 い 県　①群馬　②三重　③石川
少ない県　①山形　②長崎　③岩手

九州・四国地域は、全体の透析患者数、新規透析導入患者数は多いですが、沖縄県、福岡県、徳島県を除き、透析導入に占める糖尿病腎症の割合は比較的低く、ほかの理由での透析導入が多い可能性が考えられます。

参考

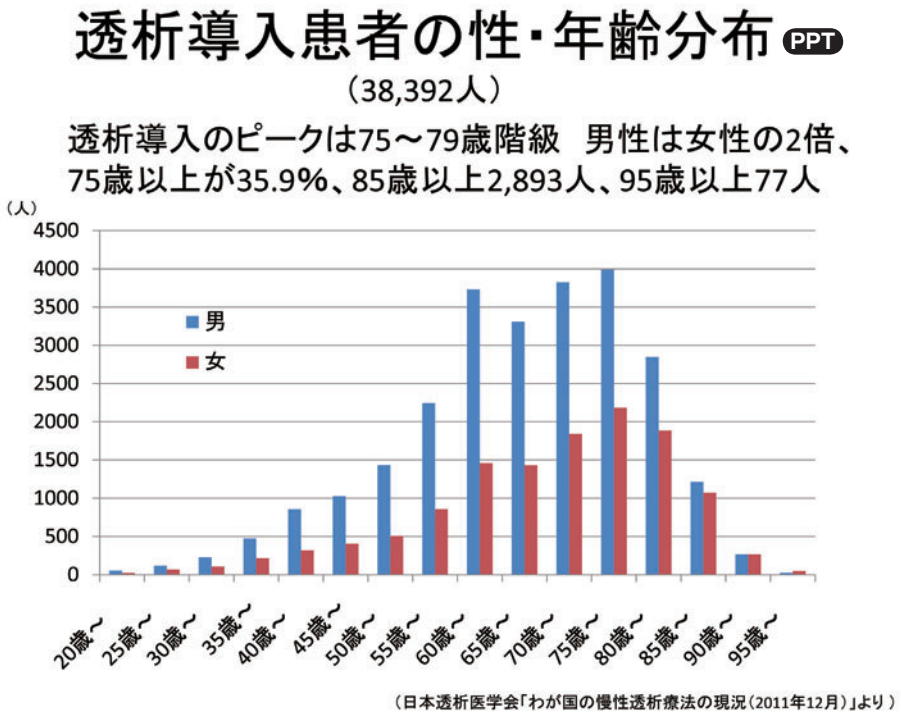
知っておきたい　透析導入、その後

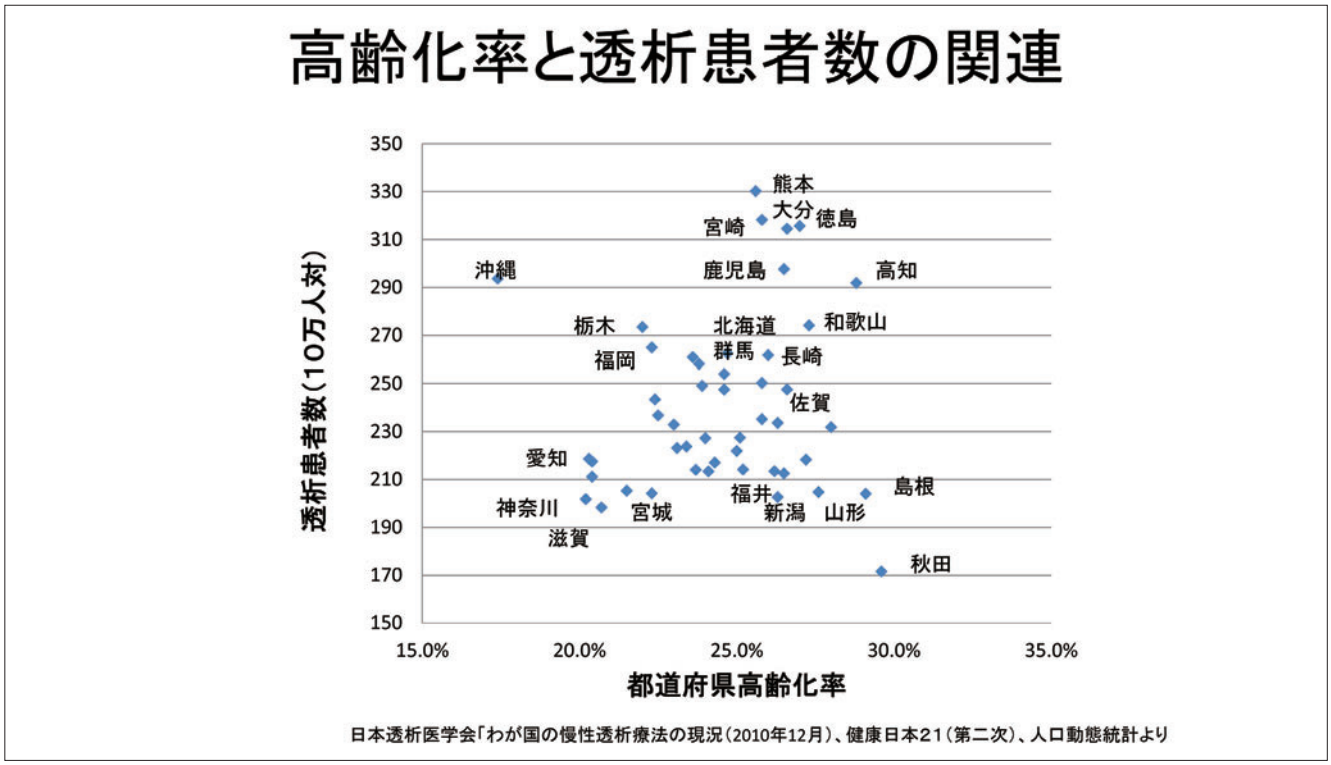
慢性腎不全による人工透析：1人月額医療費約40万円（年間約500万）、年間医療費総額約1.4兆円（2009年）「第13回透析医療費実態調査報告（日本透析医学会）」より

透析期間は、5年以上10年未満は 25.3%、10年以上15年未満は 12.7%、15年以上20年未満は 6.6%、20年以上は 7.6%で、5年以上の長期透析患者は全体の 52.2%であり、漸増傾向が認められています。

25年以上の長期透析患者は 11,802人で前年度より 569人増加しています。（日本透析医学会、「わが国の慢性透析療法の現況、2011年末の慢性透析患者に関する基礎集計」より）

透析の新規導入は、高齢者に多いことから、高齢化による影響も考えられます。
腎不全のどの段階で透析導入しているのか、何歳まで透析導入の適応としているのかといった要素のほか、透析施設数などによる影響も考えられます。また、透析導入時の患者の年齢は、年々高齢化しています。





これは都道府県の高齢化率を横軸に、人口10万人対透析患者数を縦軸にとって作成した散布図です。
高齢化率が高いほど透析患者が多いのでは、という予測に反して、両者の相関はみられず、きわめてばらつきの大きい状況であることがわかりました。
透析の多い地域では、その原因を医療、予防、サービス提供体制など、さまざまな観点で分析していく必要があります。

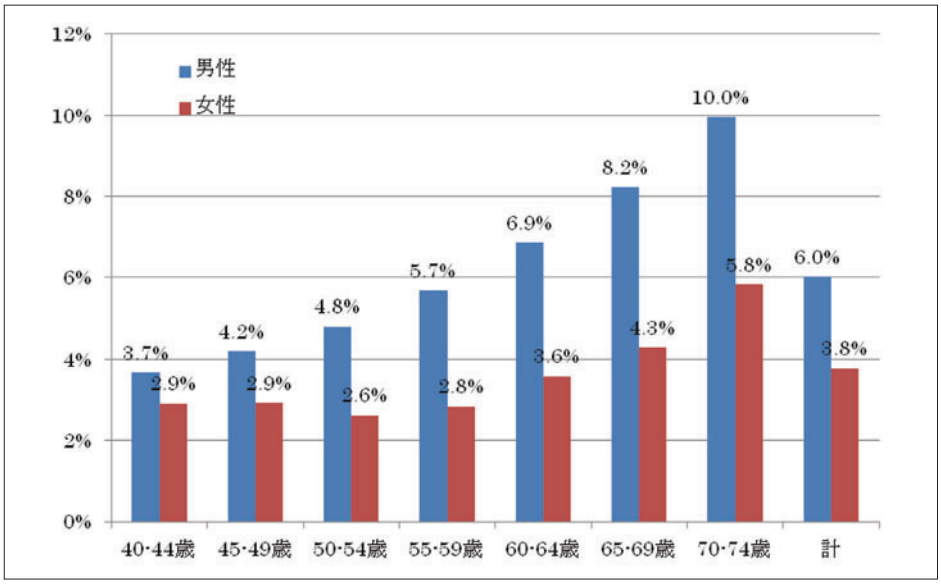
ひとこと・ヒント

腎不全を予防するために

特定健診では尿蛋白検査が必須項目であり、（＋）以上の場合にはすぐに医療機関受診を勧めます。クレアチニンを測定している場合には、尿蛋白が陰性でもeGFRが50mL/min/1.73m²未満の場合、医療機関受診を勧めます。医療機関では、腎臓障害のステージにあわせて、糖尿病や高血圧の管理、減塩や低たんぱく食、運動制限を行い、腎機能の悪化を防ぎます。詳細は「CKD診療ガイド」を参照してください。日本腎臓学会ホームページ（http://www.jsn.or.jp/）から閲覧、ダウンロードできます。

特定健診データ分析からみた性・年齢階級別有所見率（＋以上）は以下の通りです。

特定健診における尿たんぱく陽性率（平成22年度　愛知県882,425人のデータ分析結果より）



参考　透析の見合わせについての学会提言

○日本透析医学会は、2012年度（平成24年度）に『「慢性血液透析療法の非導入／継続中止（見合わせ）」に関する血液透析療法ガイドラインワーキンググループからの提言（案）2012』を発表しました。

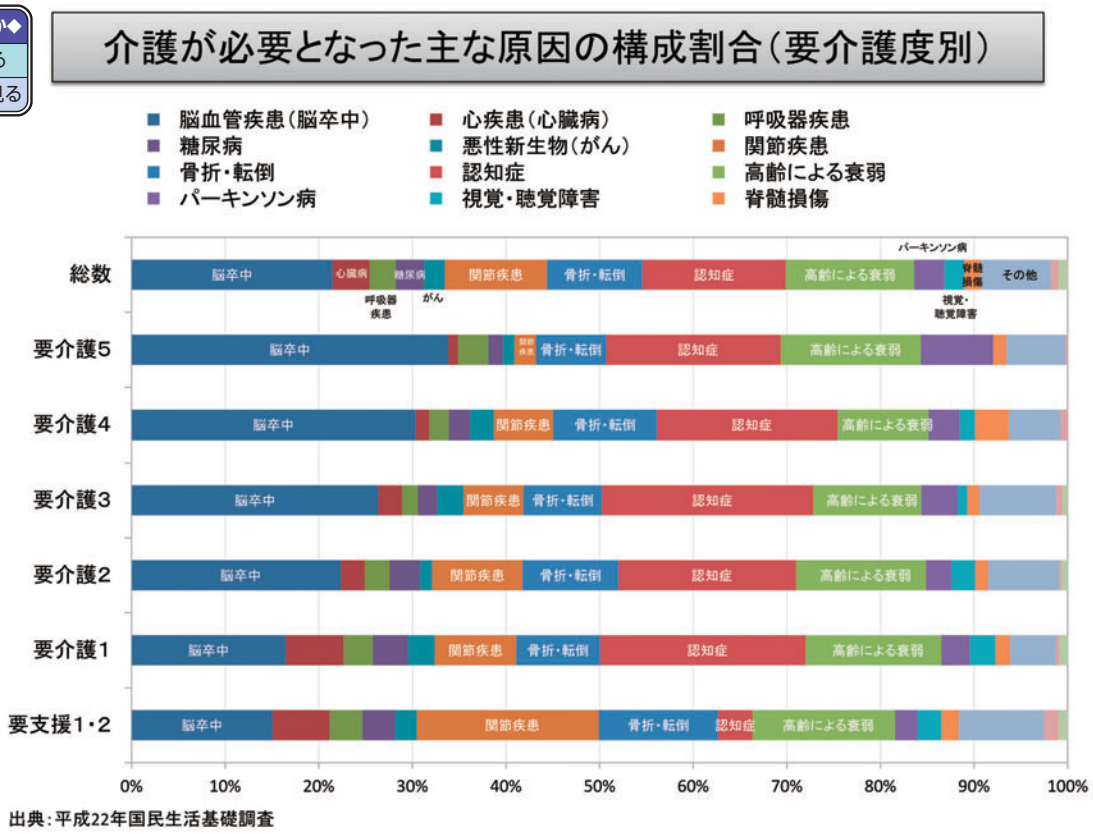
○この提言案では、透析導入にあたり、①十分な情報提供と自己決定の援助　②自己決定の尊重・事前指示書の作成　③同意書の取得が必要、としています。

○一定の状況を満たす終末期患者では、透析療法の導入または継続を見合わせることを提案しています。すなわち、①医療チームがあらゆる対策を講じても透析が医療技術的に危険か困難で、実施することが生命予後へ悪影響を及ぼす　②意思決定能力のある患者が透析を拒否している　③意思決定能力がない患者の家族が透析を拒否している場合、などにおいて、一定の検討プロセスを経て見合わせ、効果的な緩和ケアを提供することを提案しています。

○詳細は、日本透析医学会ホームページ（http://www.jsdt.or.jp/）を参照してください。

見える化⑥ 要介護の状況

◆どう見るか◆
割合で見る
地域格差を見る



PPT

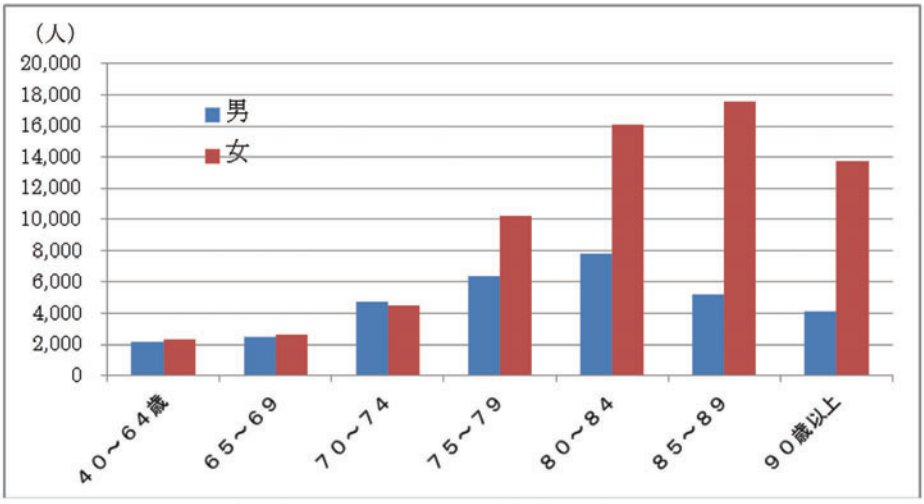
生活習慣病は、要介護状況と関連があります。そこで介護に関するデータから、要介護状況について調べます。

◆データを見てわかること

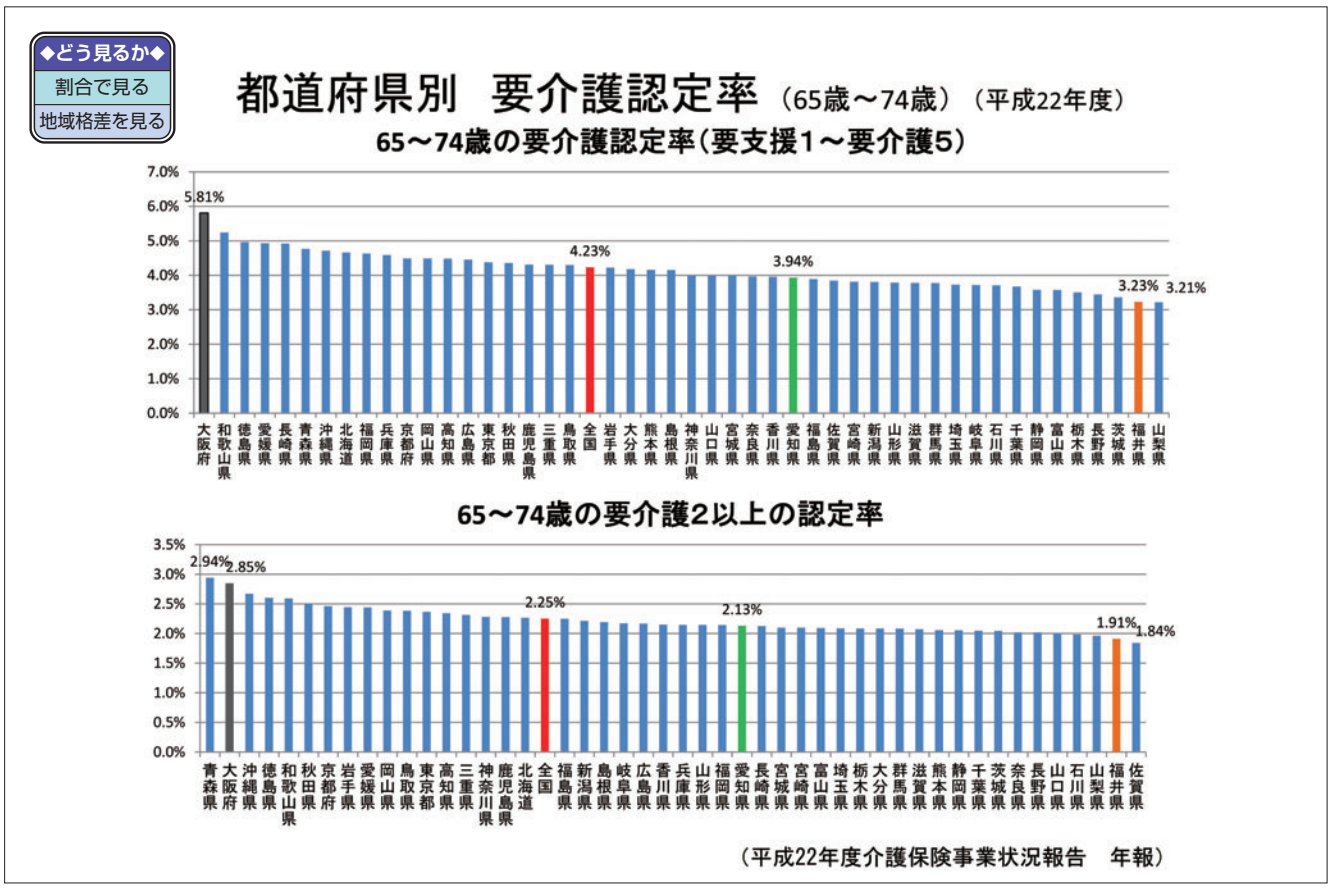
介護を要する原因として、①脳血管疾患（脳卒中）、②認知症、③高齢による衰弱、④関節疾患、⑤骨折・転倒の順ですが、要介護3以上の重度では脳血管疾患（脳卒中）、認知症、高齢による衰弱が多いのに対し、軽度では関節疾患が多い傾向がみられます。

介護を要する人の性・年齢階級別内訳を示すグラフ（下図）から前期高齢者では男性がやや多く、後期高齢者では女性が多いことがわかります。全体では、介護を要する人の67％は女性です。

介護を要する人の性・年齢階級別内訳（介護を要する人口10万人対）



（平成22年　国民生活基礎調査）



PPT

65～74歳の介護状況です。健康寿命の算定には「要介護2以上にならない」ことを定義としているものもあることから、要介護2以上の認定率について、都道府県格差をグラフ化しました。

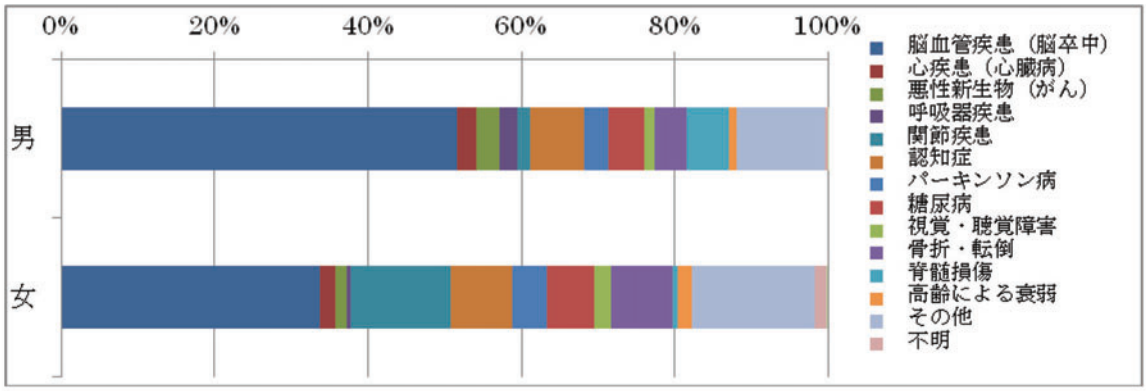
◆データを見てわかること

○前期高齢者（65～74歳）での要介護認定は、大阪府、和歌山県、徳島県などで高いです。
○要介護2以上の認定率で見ると、青森県、大阪府、沖縄県の順となっています。

75歳未満で要介護認定を受けた人の原因をみると（下のグラフ参照）、男女とも脳血管疾患（脳卒中）が最も多く、男性では50％を超えています。脳血管疾患（脳卒中）は高血圧、糖尿病などの生活習慣病や喫煙、食塩摂取過多、多量飲酒等が主要な原因ともなっていることから生活習慣病対策が重要です。

女性では関節疾患の割合も高くなっており、ロコモティブシンドローム予防対策の重要性を示しています。

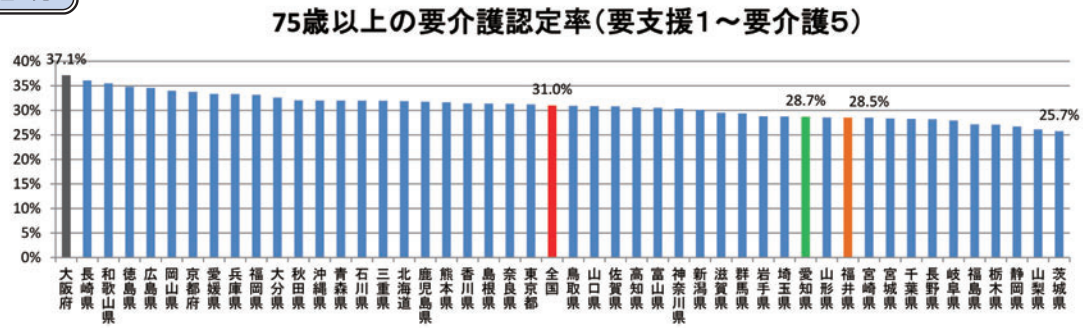
介護が必要となった主な原因（65 ～ 74歳）

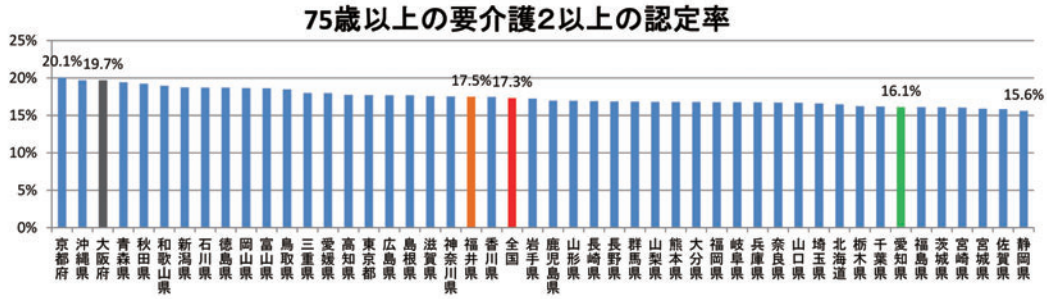


（平成22年　国民生活基礎調査）

◆どう見るか◆
割合で見る
地域格差を見る

都道府県別　要介護認定率（75歳以上）（平成22年度）





（平成22年度介護保険事業状況報告　年報）

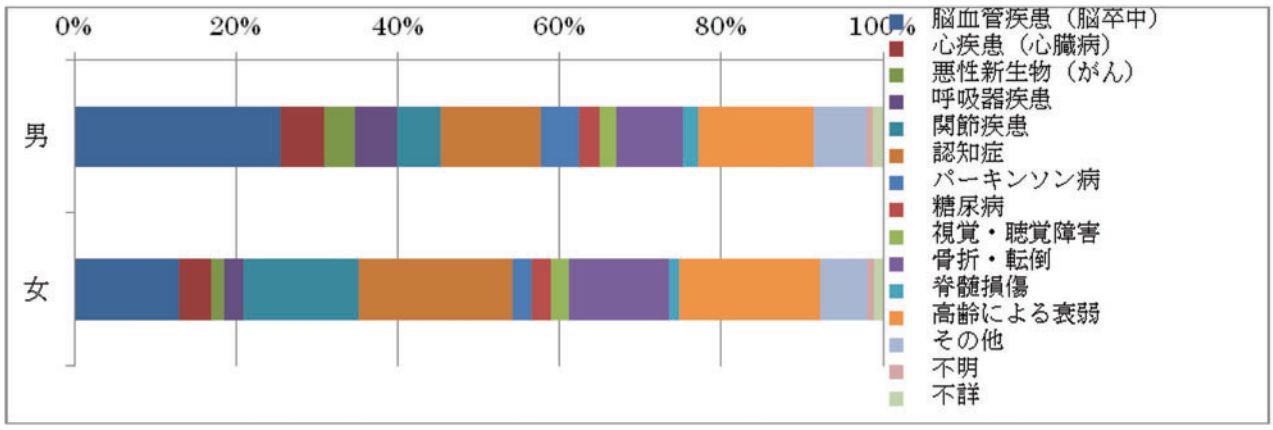
PPT

75歳以上の介護状況（2010年度）についてもグラフ化しました。

◆データを見てわかること

75歳以上に限定してみると
○要介護認定率が高いのは大阪府、長崎県、和歌山県の順となっています。
○要介護2以上では京都府、沖縄県、大阪府の順となっています。
○大阪府は前期高齢者、後期高齢者とも要介護認定率が高く、「2以上」の割合も多いことが課題と考えられます。
　要介護認定を受けやすい社会基盤となっているのか、高齢者の生活機能が実際に低下しているのか、検証が必要ではないかと考えられます。
○福井県は前期高齢者の要介護認定率は低いが、75歳以上の割合では中位となってます。
○75歳以上人口に占める85歳以上人口の割合が高い（P.10）こともその要因として考えられます。

介護が必要となった主な原因（75歳以上）

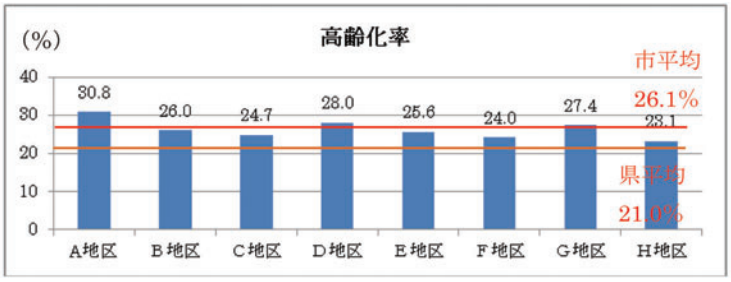


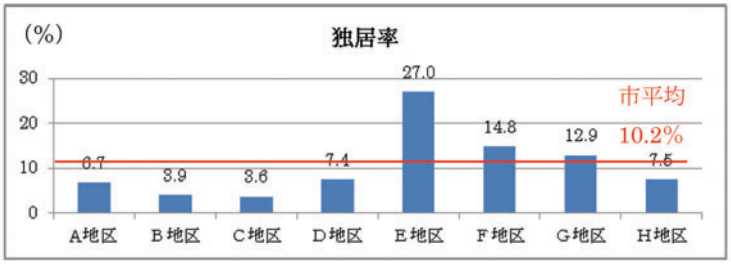
（平成22年　国民生活基礎調査）

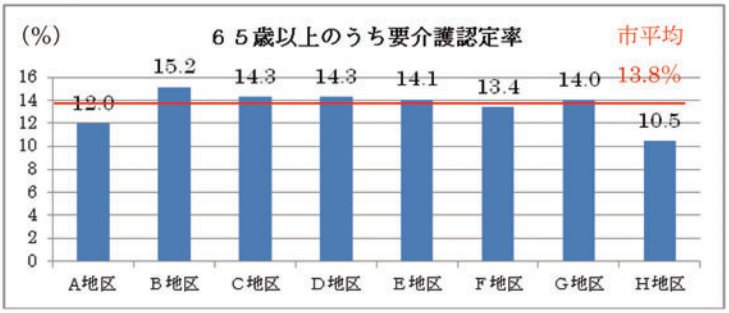
STEP UP

地域の介護保険データ等を活用した分析例（愛知県蒲郡市の取り組み）

蒲郡市は人口8万2千人、高齢化率25.3%で、県下では高齢化が進んだ地域です。近年の高齢化の進展による社会保障費の増大や、県全体と比較して透析患者数、糖尿病等の受療率、メタボ該当率が高いことから、健康日本21の策定をよい機会として、健康づくり対策を見直すことになり、庁内で部局横断的にデータを持ち寄り、地域の健康課題を考えることになりました。高齢化率、独居率、要介護認定率の地区別分析や、国保医療費、特定健診データで県平均よりも多い病気などを抽出、対策につなげていきます。





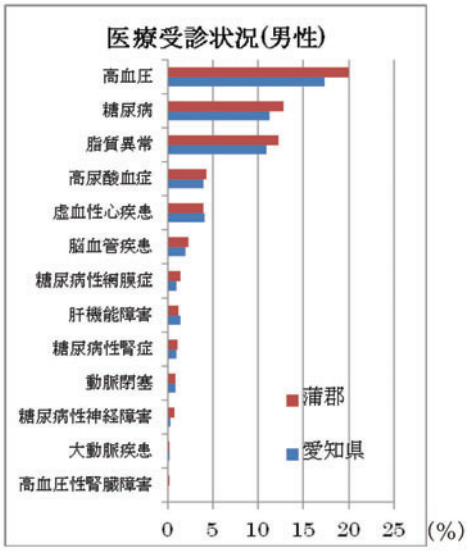


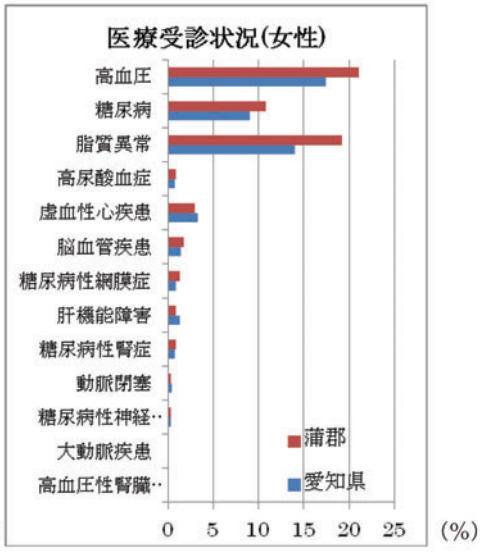
○A地区は漁業を主体とする地区で、高齢化率は市内で最も高いが、独居率は比較的低い。そのためか要介護認定率も低い。

○Ｂ地区では高齢者の施設が増えてきている。その結果、独居率は低いが、要介護認定率が高くなっているのではないか。

○E地区は町の中心部で、独居率が高い。要介護1までの軽度な認定を受けている人が多い（少しの援助で独居生活が可能な地域ともいえる）。

○H地区は新興住宅地があるので高齢化率は市内では低い。





市全体では特定健診結果でメタボ率が高いこと、高血圧、糖尿病等の受療率も高いこと、健診受診率に地域差があるなどの課題があり、食生活や運動習慣への働きかけが必要。

（市の勉強会 2013.02.07 より）

3章　既存データを活用した市町村支援の事例

市町村の健康づくり施策推進の支援をすることも、都道府県にとって重要な役割の一つです。本章では、既存データを用いた効果的な市町村支援の事例について紹介します。

事例1　福井県

健康指標のデータベース化により、市町ごとの健康課題を明確化し、生活習慣病の発症・重症化予防の対策につなげる。

●福井県がデータに基づく健康課題の分析を実施

都道府県は、国が全国的な目標を定めた健康日本21（第二次）を勘案し、地域の実情を踏まえて地域住民にわかりやすい目標を設定して都道府県健康増進計画に盛り込むともに、必要に応じて市町村ごとの分析を行い、市町村健康増進計画の策定の支援を行うこととしています。

福井県は、東京大学高齢社会総合研究機構との共同研究事業であるジェロントロジー（総合長寿学）の研究成果を応用し、特定健診データと医療費レセプトデータを個人ベースで接合したデータベースを構築しました。

平成24年度から「わがまち健康づくり推進プロジェクト」（地域健康度診断システム）を開始し、市町ごとに健康度分析を行い、健康課題の分析と健康づくり対策の立案・評価を実施しています。

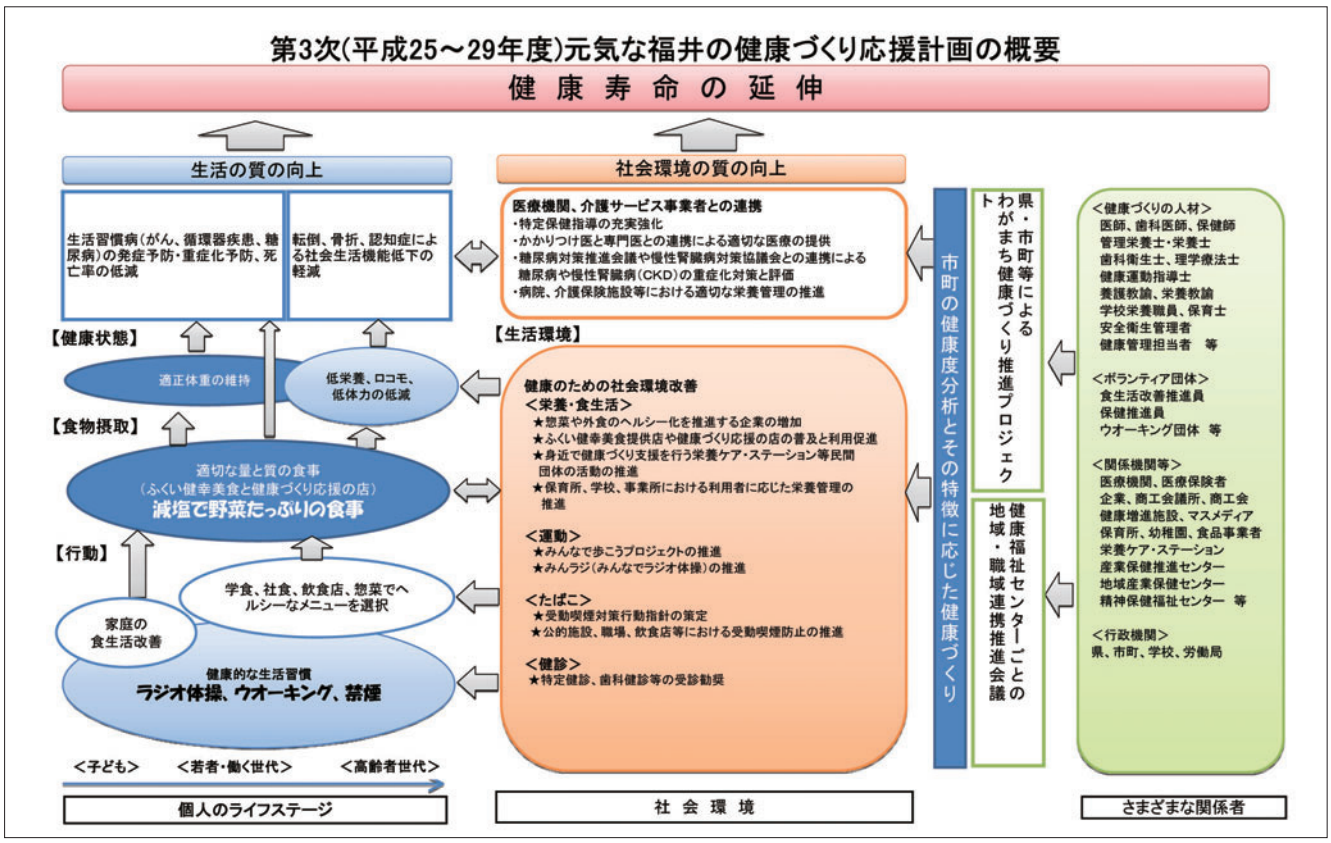
●分析結果に基づく健康づくり対策

データベースは、2008～2010年の３年間に市町の国民健康保険が実施する特定健診を受診した約6.5万人を対象に、個人毎に接続した特定健診の結果（28項目）と医療費レセプトデータで構成されています。

福井県高浜町では、このデータベースの分析結果に町のデータやグループインタビューの結果等をあわせて地区診断を行い、健康づくりの方向性を絞り「野菜の摂取量を増やす」ことを重点対策としました。これらのデータを町内の各団体や関係機関と共有し重点対策の重要性を理解することにより、協働による町の健康づくりへと発展させています。

また、福井県美浜町では、データから見える町の健康課題（高血圧が多い）を住民と行政が共有することで、住民が生活習慣病予防の必要性を理解し、食生活を中心とした生活習慣の改善に取り組む運動が始まっています。

県は毎年、市町を対象にデータベースの分析および評価方法について研修を実施し、市町が地域の特徴に応じた健康づくり対策が実施できるよう支援していきます。また、データベースでは医療費レセプトデータが接続されていることから、長期的な健康づくり対策がどのように反映されたのか評価も行っていく予定です。



わがまち健康づくり推進プロジェクト
（福井県地域健康度診断支援システム）

1 「わがまち健康づくり推進プロジェクト」とは

東京大学の研究成果（ジェロントロジー）により、県が主導して全市町の共同データベースを構築し、市町の健康課題の分析と健康づくり対策の立案・評価を支援

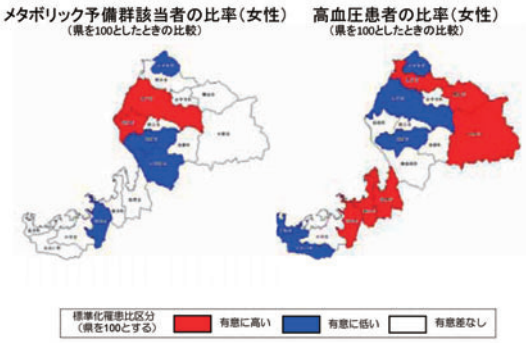
2 プロジェクトによるメリット

① 個人ごとの健康づくり対策の評価が可能

- ○ 東京大学の研究事業の成果により、医療費や特定健診のデータを個人ごとに接続して分析する手法を確立
- ○ これにより、個人毎の経年変化を分析し、どのような保健指導が健康づくりに役立つのか明らかにすることが可能

② 市町ごとの特徴に応じた健康づくり対策が可能

- ○ 市町ごとにデータベースを構築するため、分析の結果により市町の特徴に応じた健康づくりが可能
- ○ 例えば、高血圧患者の割合が高い市町であれば、減塩対策を強化することにより、効果的な保健活動を実施



メタボ対策必要

・メタボ予備群多い　・高血圧罹患者少ない

運動量を増やす取組みを重点化
・ウォーキングイベント、ラジを体操開催
・保健推進員による直接指導　など

→ メタボ人口の抑制

高血圧対策必要

・メタボ予備群少ない　・高血圧罹患者多い

食生活を改善する取組みを重点化
・低塩で野菜が多い料理教室の開催
・飲食店と連携したヘルシーメニューの提供　など

→ 高血圧人口の抑制

事例 2

大阪府

市町村国保の医療費と特定健診等データを分析、健康課題を明らかにして改善策の提案・実践までをトータルに支援する

●行動変容推進事業

大阪府は、循環器病の調査・研究機関である大阪がん循環器病予防センターと共に、府内の市町村国民健康保険に関する医療費や特定健診データを分析して、府内市町村（国保）の健康・医療に係る課題を明確化し、課題に対する取り組みを提案するとともに実践を支援していく「行動変容推進事業（2010~2013年度）」を行っています。

各市町村が「医療費が高い」「受診率が低い」「ハイリスク者が多い」などの現状を正しく認識し、改善策を計画・実行・評価というPDCAサイクルを実施することに加え、被保険者、保険者、関係者などの問題意識を高め行動変容につなげることで、予防の推進、受診率向上、医療費の適正化を図ることを目的とした取り組みです。

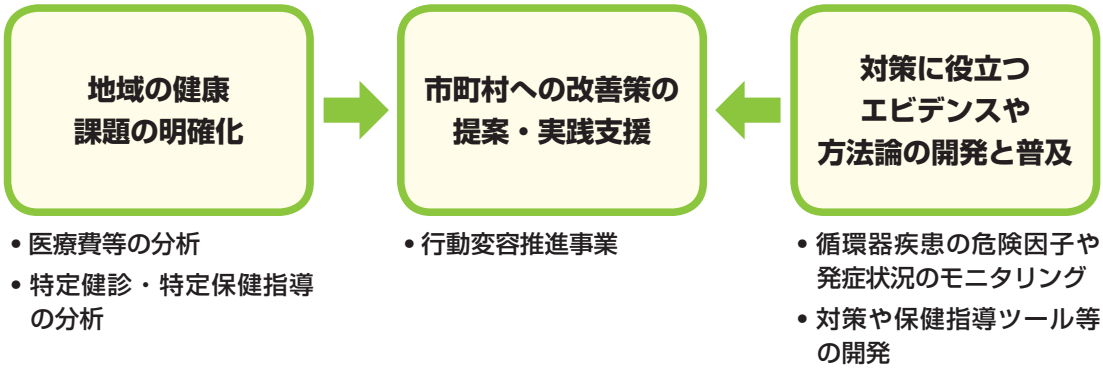
●医療費と特定健診データ分析から始まる行動変容推進事業の取り組み経過

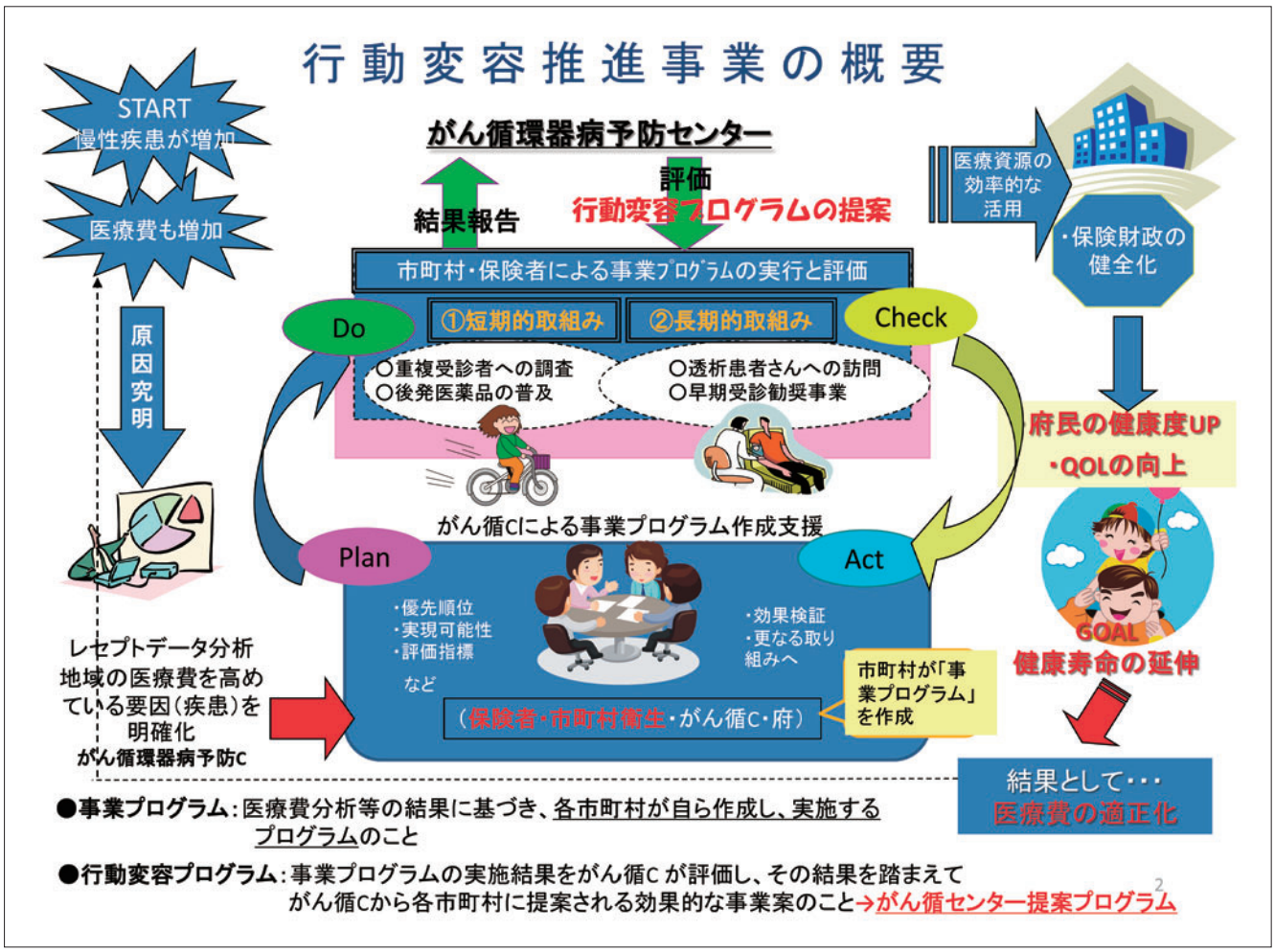
2010~2011年度については、モデル事業として、泉佐野市等9市町で先行実施しました。医療費分析の結果、各保健所圏域、あるいは各市町村において、調剤医療費や柔整の医療費が高いといった医療種別の傾向や、腎不全や脳卒中の医療費が高いといった疾患別の特徴などが明らかとなり、それらの課題解決のための実態調査や背景調査を実施しました。その結果を、大阪がん循環器病予防センターと共に評価し、新たな取り組みへと繋げました。

翌2012年度は、本事業の対象を府内の全市町村に拡大し、全市町村別の医療費と特定健診データを分析し、その読み取り方についての研修と共に各市町村に結果を返しました。そして課題の明確化や課題解決に必要な取り組みを保健所と共に検討できるよう、保健所へも管内市町村のデータを提供しました。

各市町村は課題解決に必要な取り組みを実施・評価し、その結果をがん循環器病予防センターが確認して、最終的に専門的知見を踏まえた取り組みの提案をすることとなっています。

2013年度は、引き続き課題解決のためのフォローアップをはじめ、事業の評価結果を踏まえた汎用性の高いプログラムの開発を進めていく予定です。





H22年度からの行動変容推進事業経過　　※行動変容プログラムは「プログラム」と略す

月	22年		23年			24年			25年（案）
日	9-12月	1-3月	9-11月	12-1月	2-3月	4-7月	8-11月	12-3月	通年
泉佐野HC（6市町） 寝屋川HC（1市）	データ分析の結果を踏まえ、プログラムの提案と各市町村での実施方法の検討	市町村でのプログラム（長期・短期）の実施	研修等により、実施したプログラムを他市町村へ紹介（事業の普及）	各市町でプログラムを実施した結果明らかとなった課題解決のための取り組みを検討		課題解決のための取り組みを実施・評価。大阪がん循環器病予防センターの過去の知見等を踏まえ政策提言を含めた助言・評価			
【以下、2市の選定理由】 1. 実施のなかった圏域に拡大 2. 医療費分析に意欲的で、衛生部門で生活習慣病予防への取り組みが積極的に実施されている 3. 南高安地区での効果の確認と市内の他地域への効果の波及									
箕面市（池田HC） 八尾市（八尾HC）			データ分析の結果を踏まえ、プログラムの提案と各市での実施方法の検討	市町村でのプログラム（長期・短期）の実施	実施したプログラムの結果を評価	実施したプログラムの結果を他市町村へ報告	プログラムを実施した結果明らかとなった課題解決のための取り組みを実施		・評価結果を踏まえ、汎用性の高いプログラムを開発 ・報告書の作成 ・フォローアップ研修
【府内全域へ拡大理由】 1. 当初からの3年計画で全市町村への拡大を目指す 2. 25年度の各保険者における特定健診等実施計画の評価に役立てる 3. 同じフォーマットで府下の全市町村の分析を実施することで正しく比較ができる									
モデル実施以外の29市町村（残り5市町）						全市町村分のデータ分析の結果を提示。モデル市の報告や府の循環器予防施策に係る研修会を開催。	各市町村で分析結果を読み取り、必要な事業を計画してもらうための研修をがん循環器病予防センター主催で府内4か所でブロック別に開催。	各市町村で事業を計画、実施、評価大阪がん循環器病予防センターよりプログラムの提案	

事例 3

愛知県

健康づくり技術を活用した派遣型の支援によって、市町村の健康づくり技術の向上及び市町村間の健康格差の縮小を図る。

●あいち健康プラザの技術を活用した市町村健康づくり技術支援事業

愛知県は、「あいち健康の森健康科学総合センター（通称：あいち健康プラザ）」を健康づくりの中核施設と位置付け、①運動施設の運営による一人ひとりに合った健康づくりプログラムの研究開発や提案、②研究成果や情報を活用した行政・企業・健康保険組合・民間施設への指導者の養成、交流支援などの取り組みを行っています。

平成24年度から、「あいち健康プラザ」で培われた健康づくり技術等を活用し、市町村に対して健康づくり施策に関する全面的な相談や技術支援を行い、県民の健康づくりの環境整備を図っています（P.59参照）。

●市町村の求めに応じたタイプ別の技術支援

市町村健康づくり技術支援事業は、「あいち健康プラザ」より医師・運動指導員・管理栄養士等の多職種チームを市町村へ派遣し、市町村の健康づくり事業や健診データ分析・評価、市町村健康増進計画の見直し、健康関連施設の有効活用等に関して助言を行います。

事前に、市町村より種別に応じた「希望調書」の提出及び実施団体の選定を行います。事業開始にあたっては現状調査・ヒアリング等により支援プランの検討を行い、検討結果に基づき、派遣された多職種チームが市町村職員と一緒に実践活動を行います。

平成24年度は、選定の結果、県内54市町村のうち8市町村（「希望調書」の提出は15市町村）、種別B：2団体、種別C：6団体に対して支援を行っています。

次年度からは、新たな健康づくり計画がスタートすることから、新体制（P.59参照）によって構造的に取り組みます。

平成24年度の主な支援内容

種別B
- 健康づくり推進員を養成するための効果的な活用方法の検討
- 効果的な保健指導プログラムの検討

種別C
- 市町村健康増進計画の評価策定にあたってのデータ収集、分析方法への助言
- 部局横断的な健康づくり施策の取り組み支援
  （市町村幹部職員及び他課を含めた勉強会、講演会の実施）
- 糖尿病予防対策事業の評価方法の支援

市町村健康づくり技術支援事業イメージ

ステップ①
希望調書の提出・実施団体の選定

ステップ②
現地調査打ち合わせ

ステップ③
目標達成に向けた助言・指導

種別Ａ：健康づくり技術新規導入支援事業（新規導入型）

○新たに健康増進・運動施設を建設又は改修し、健康づくり技術を導入する市町村に対する技術支援

・新しい運動施設の建設を考えている。
・健康度評価を取り入れたい。
・目玉になるような新技術を導入したい。

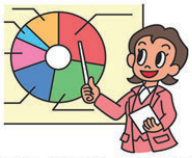
種別Ｂ：保健事業実践・リニューアル事業（リニューアル型）

○既存の健康増進・運動施設に新たな機器や健康づくりプログラムを導入する市町村に対する技術支援

・教室の運営が上手くいかない、参加者が少ない。
・成果の見えるプログラムにしたい。
・ボランティアを十分に活用したい。

種別Ｃ：健康づくり施策・市町村健康増進計画支援事業（政策立案型）

○市町村の健康づくり施策や市町村健康増進計画策定に対する助言・指導、健診データ分析を含めた地域診断等の技術支援



・市町村健康増進計画の助言がほしい。
・データの分析について指導してほしい。
・新計画の策定支援。

「健康日本２１あいち新計画」の推進（関係機関の役割）

衛生研究所
○研究・疫学調査
○データ処理・解析

がんセンター
がん予防のための調査・研究

精神福祉保健センター

教育関係機関

医療機関・薬局

国立長寿医療研究センター

県
○計画の策定
○推進方策の検討・進行管理
○健康情報の収集・分析
○市町村支援
○指導者の育成・支援

あいち健康の森 健康科学総合センター
（通称：あいち健康プラザ）
○研究開発実践機能
○指導者養成機能
○研究開発機能
○交流・支援機能

あいち小児保健医療総合センター
○研究・疫学
○データ処理・解析

民間業者・ＮＰＯ・ボランティア団体

医療保険者

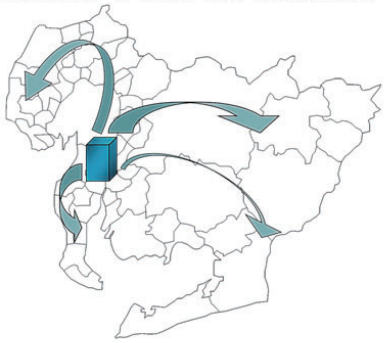
保健所

市町村

栄養ケアステーション

圏域健康づくり推進特別事業（H25 年度～）
・・・基幹的保健所による圏域内の健康格差縮小への取組

市町村健康づくり技術支援事業（H24 年度～）
・・・市町村健康増進計画の推進や改定に伴う健康づくり施策について、相談や技術的支援を行う。

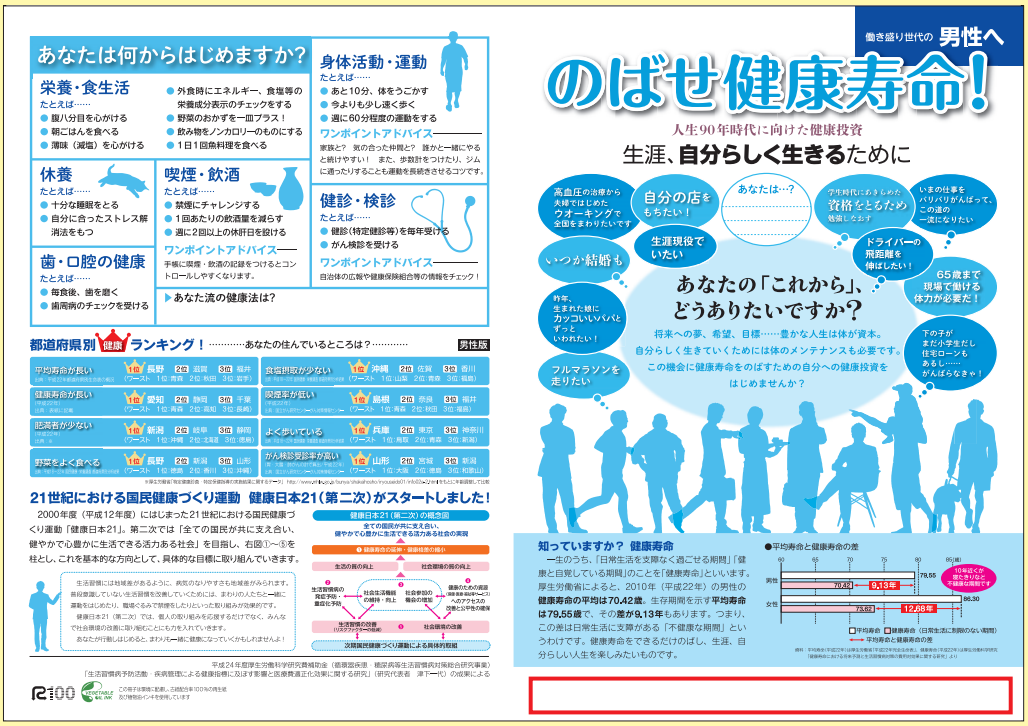


4 章　既存データを活用したツール

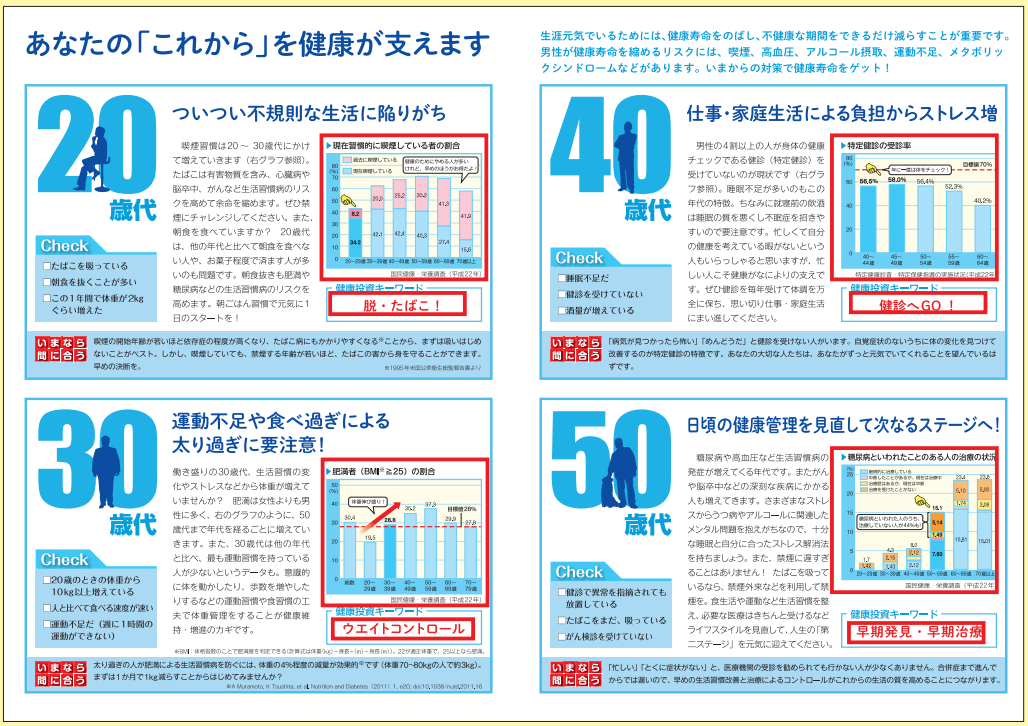
健康日本 21（第二次）を推進するためには、住民一人ひとりの心に届くメッセージが必要です。本研究班ではおおよそ 20 ～ 50 歳代の男性及び女性に向けたリーフレットを作成しました。

基本データは、付録の DVD に収録されています。このまま使用することができますが、既存データ（グラフ）の部分等を、市町村のオリジナルデータに差し替えてカスタマイズして使用いただくこともできます。ぜひ、ご活用の上、配付対象者からの反響等お知らせください。

(1) 健康づくり啓発リーフレット（男性版）

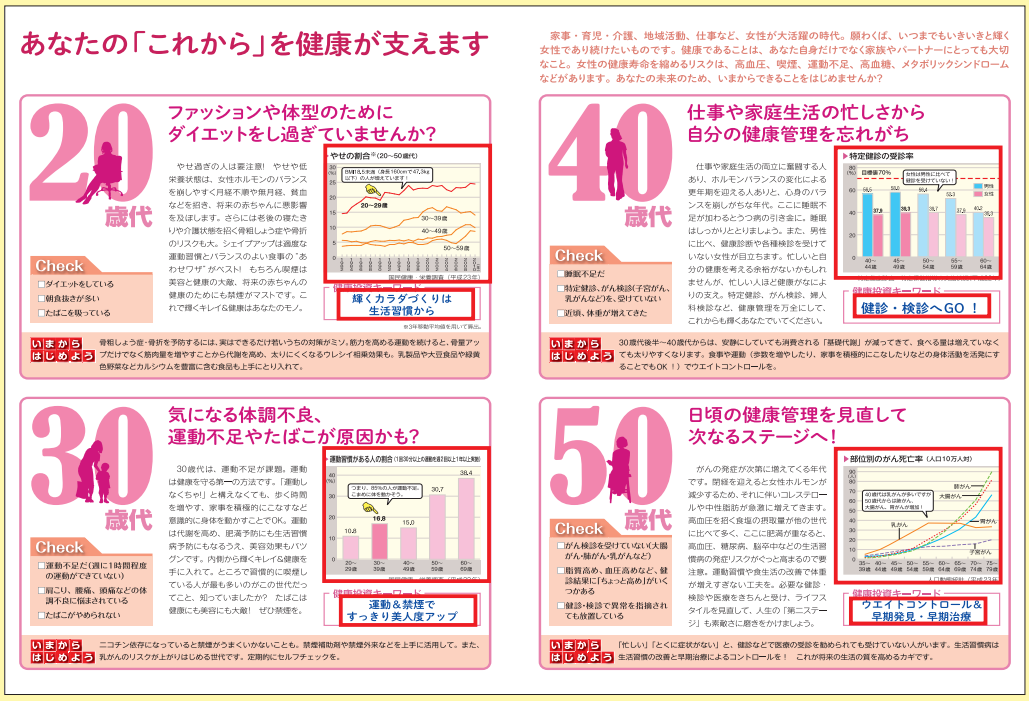


の部分は市町村独自のデータに入れ替えることができます。



(2)健康づくり啓発リーフレット(女性版)

[　　]の部分は市町村独自のデータに入れ替えることができます。



資料編

※内容はすべて付属DVDに収録。

以下は、表題のみの掲載です。内容については付属 DVD をご覧ください。

●健康日本21（第二次）参考資料関係スライド集

●健康日本21（第二次）参考資料関係スライド集（英語版）

●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の研究班による市民啓発ツール

健康日本21（第二次）推進の一環として、自治体等における生活習慣病対策の取り組みを支援するため、これまでに様々な研究班が研究成果として作成した啓発ツール（電子媒体）を収録しました（以下は一覧表）。厚生労働省 健康局 がん対策・健康増進課から平成23 ～ 24年度の研究代表者にご協力を依頼し、任意で提供いただいた電子媒体をとりまとめています。市民講座や健康教室、各種健診・検診会場での配布等にご活用ください。ただし、著作権は各研究班にありますので、この内容のお問い合わせは研究代表者（または各電子媒体に明記のある連絡先）にお願いします。なお、無断で営利目的の冊子等へ転載することは禁じられています。

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の研究班による市民啓発ツール一覧表

番号	研究代表者（所属）	研究課題名	啓発ツールの内容 キーワード　等
1	三浦　克之（滋賀医科大学）	2010年国民健康・栄養調査対象者の追跡開始（NIPPON DATA2010）とNIPPON DATA80／90の追跡継続に関する研究	NIPPON DATA リスク評価チャート 循環器疾患危険因子、長寿、ADL
2	磯　博康（大阪大学）	離島・農村地域における効果的な生活習慣病対策の運用と展開に関する研究（H21 ～ 23）	糖尿病、脳卒中等危険度予測シート、受診勧奨、脳卒中予防対策と医療費
3	岡村　智教（慶應義塾大学）	大規模コホート共同研究の発展による危険因子管理の優先順位の把握と個人リスク評価に関するエビデンスの構築	喫煙、血圧、コレステロールと死亡率、冠動脈疾患死亡等
4	大井田　隆（日本大学）	未成年の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究	中高生の喫煙及び飲酒行動の実態と関連要因
5	大和　浩（産業医科大学）	わが国の今後の喫煙対策と受動喫煙対策の方向性とその推進に関する研究	職場内禁煙マニュアル

番号	研究代表者 （所属）	研究課題名	啓発ツールの内容 キーワード　等
6	徳留　信寛 （国立健康・栄養研究所）	日本人の食事摂取基準の改定と活用に資する総合的研究	食事摂取基準を知る、使う、伝える（専門家向け）
7	門脇　孝 （東京大学）	特定健診・保健指導におけるメタボリックシンドロームの診断・管理のエビデンス創出に関する横断・縦断研究	心血管疾患発症を効果的に予防するためのウエスト周囲長等の最適基準値の検討
8	津下　一代 （あいち健康の森 健康科学総合センター）	生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究	保健指導のエッセンス 運動指導の安全対策
9	北川　道弘 （国立成育医療研究センター）	女性における生活習慣病戦略の確立－妊娠中のイベントにより生活習慣病ハイリスク群をいかに効果的に選定し予防するか	妊娠中の高血糖、高血圧の人に対する産後配布用リーフレット
10	宮本　恵宏 （国立循環器病研究センター）	慢性期ハイリスク者、脳卒中および心疾患患者に適切な早期受診を促すための地域啓発研究	糖尿病予防啓発ポスター、AED 関連ホームページの紹介等
11	豊田　一則 （国立循環器病研究センター）	急性期脳卒中への内科複合治療の確立に関する研究	脳卒中の予防、治療に関する講演（PDF）
12	野々木　宏 （国立循環器病研究センター）	急性心筋梗塞に対する病院前救護や遠隔医療等を含めた超急性期診療体制の構築に関する研究	心臓発作啓発リーフレット 心肺蘇生法
13	峰松　一夫 （国立循環器病研究センター）	一過性脳虚血発作（TIA）の診断基準の再検討、ならびにわが国の医療環境に則した適切な診断・治療システムの確立に関する研究	TIA に関する講演資料
14	飯原　弘二 （国立循環器病研究センター）	包括的脳卒中センターの整備に向けた脳卒中の救急医療に関する研究	脳卒中医療の救急体制（実態調査）（専門家向け）
15	吉永　正夫 （国立病院機構 鹿児島医療センター）	未成年者、特に幼児、小・中学生の糖尿病等の生活習慣病予防のための総合検診のあり方に関する研究	小児のメタボリックシンドローム
16	田村　功一 （横浜市立大学）	肥満を伴う高血圧症に対する防風通聖散の併用投与による、24時間自由行動下血圧及び糖脂質代謝・酸化ストレスの改善効果についての研究	肥満を伴う高血圧症（専門家向け）
17	陳　和夫 （京都大学）	肥満残存高血圧合併睡眠時無呼吸患者に対する防風通聖散及び大柴胡湯の治療効果の比較と病態生理の解明	睡眠呼吸障害（専門家向け）

（敬称略、順不同）

A Basic Direction for Comprehensive Implementation of National Health Promotion

This direction, under aging population with falling birth rate and transition of disease structure of our nation in the 21st century, through improvement of lifestyle and social environment, aiming all of citizens from infant to elderly to have hope and meaning for living under supporting each other, aiming to achieve a vibrant society with healthy and spiritually rich lives according to life stages (i.e. each stage of human life such as infancy, childhood, adolescence, adulthood, older ages and so on), and then aiming social security system to become sustainable, declares basic matters for comprehensive implementation of national health promotion, and promote "The second term of National Health Promotion Movement in the twenty first century (Health Japan 21 (the second term))" (National Movement) from 2013 fiscal year to 2022 fiscal year.

1. Basic goals for implementation of National Health Promotion

A) Extension of healthy life expectancy and decrease in health disparities

Addressing issues associated with the rapid increase of the aging population and change of diseases structure, through prevention of life-style related diseases, and improvement and maintenance of healthy body functions, we will extend healthy life expectancy (length of life that an individual is fully functional for daily activities).

Furthermore, through development of social environment which supports health life at every life stage, we decrease health disparities (gap in health status created by socioeconomic status within a community).

B) Primary and secondary prevention of life-style related diseases (prevention of NCD*)

This goal is intended to prevent various cancers, cardiovascular diseases, diabetes and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The emphasis is on lifestyle behaviors, such as eating healthy diet and getting habitual exercise, as well as primary and secondary prevention of NCD.

* Cancer, cardiovascular disease, diabetes, and COPD are categorized as lifestyle-related chronic diseases. These diseases are coded as non-communicable diseases (NCD) internationally, and are particularly responsive to lifestyle modification strategies.

C) Improvement and maintenance of function for social abilities

This policy was developed to address issues that contribute to the maintenance of function at every life stage from infants to elderly people. It is also important to address mental health issues at workplace.

D) Establishment of a social environment where health of individuals is protected and supported

As health of the individual is affected by social environment of family, schools, the community, and workplaces, it is important to endeavor to develop environment which support and protect health of

individuals as overall society. Therefore, we establish a supportive environment not only provided by the government, but also by corporations and non-profit organizations.

Furthermore, by promoting mutual benefit and social ties, both in the community and occupational setting, this policy is intended to help organize a supportive and inclusive environment where the health of everyone is advanced.

E) Nutrition and healthy diet, physical activity and exercise, proper rest, alcohol drinking, tobacco smoking, and oral health.

To accomplish the four targets above, it is important to improve nutrition and healthy diet, physical activity and exercise, proper rest, alcohol drinking, tobacco smoking, and oral health as basic factors related to health promotion of citizens. For the effective establishment of health promotion programs, it is crucial to segment the target populations based on socioeconomic status, life stage, and gender differences and incorporate distinctive characteristics, needs, and health issues.

In addition, we specially conduct measures to improve life styles among high-risk population of life-style related diseases or adolescences and middle-aged adults who will be elderly during period when proportion of elderly population becomes largest in accordance with the context, and also reinforce health promotion among citizens through communities and workplaces, based on effect of social environment on health of citizens.

2. Targets for health promotion among citizens

A) Targets setting and evaluation

National government provides an infrastructure that increases awareness of health promotion among Japanese professionals in related fields. In addition, conducting continuous research and analysis of health measures and providing the results to the public enhances the field of health promotion in the country and therefore contributes to optimizing health status at the individual level.

In order to encourage Japanese to take part in health promotion activities, health professionals with a wide range of specialties should collaborate to develop evidence-based targets that last up to approximately 10 years. These targets should be based on the experts' knowledge, experience, and shared values regarding current situations and problems.

Consecutive analysis and follow-up research should be conducted, especially for major targets, so that health disparities and differences in lifestyle that may be present among regions can be accurately identified. Furthermore, conducting mid-term evaluations after five years and final evaluations after 10 years of execution of the policies is essential to determine the effectiveness of specific activities for each target.

B) Concepts on target setting

In order to optimize extension of healthy life expectancy and decrease in health disparities, this policy encourages the primary and secondary prevention of life-style related diseases, the development

of healthier lifestyles, and a better social environment.

① **Extension of healthy life expectancy and decrease in health disparities**

Extension of healthy life expectancy and decrease in health disparities are the final targets that this policy intends to achieve by improving lifestyles and organizing the social environment. The specific targets are shown in appendix table 1, based on indicator of length of life that an individual is fully functional for daily activities. In addition, the execution of comprehensive health promotion plans and cooperation among a wide range of fields, such as medical care and nursing care, are needed to achieve these targets.

② **Primary and secondary prevention of life-style related diseases (prevention of NCD*)**

For extension of healthy life expectancy of citizens, it is important to conduct measures to diabetes whose number of patients is increasing and which leads to serious complications, and COPD, whose umber of death is predicted to be increasing in the near future, as well as measures to cancer and cardiovascular disease as major causes of death in our nation.

For cancer, the target is increment in participation rate of cancer screening especially for promotion of early detection as well as reduction of age-adjusted mortality rate, in viewpoint of comprehensive promotion of prevention, diagnosis treatment and others.

For cardiovascular disease, the target is improvement of hypertension and reduction of dyslipidemia, which are risk factors of incidence of cerebrovascular disease and ischemic heart disease, and reduction of mortality due to these diseases.

For diabetes, the target is adequate control of blood glucose levels, reduction of patients to suspend the treatment and reduction of complications to prevent becoming severe, as well as halt of people with it by prevention of incidence. .

For COPD, the target is raising awareness of COPD, because early detection is important, and because we can prevent by smoking cessation as tobacco smoking is the strongest risk factor,

The specific targets we mentioned above are shown in appendix table. To achieve these targets, national government conducts promotion of behavior change such as healthy diet, adequate exercise, smoking cessation and others and establishment of a social environment as well as promotes partnership among health care providers and conducts specific health checkups and specific health guidance.

③ **Improvement and maintenance of health status in regard to maintaining social functions**

With the low birth rate and rapid increase of the aged population, it is important for the Japanese to maintain their health status, which enables them to maintain social functioning as long as possible.

Maintaining mental health is as important as physical health. Mental health is an important component of quality of life. In other words, by supporting a society where people's healthy state of mind is protected, this policy aims to reduce the suicide rate and prevalence of serious depressive conditions, improve the occupational environment, and decrease children's mental and physical conditions.

Moreover, this policy stresses the importance of promoting the health of pregnant women and children, who are the future of citizens. Thus, this policy aims to increase the number of children who maintain a healthy lifestyle and proper weight throughout their lives.

In addition, for the purpose of delaying the deterioration of body functions associated with aging, focusing on health promotion among the elderly is also crucial because it is directly related to a decrease in nursing-care service users and the prevention of deterioration of cognitive function and locomotive syndrome. In turn, helping the elderly maintain nutrition intake and physical activity increases the likelihood that they will actively take part in society as they age.

The specific targets we mentioned above are shown in appendix table 3. National government conducts improvement of measures to mental health, measures to health promotion for pregnant women and children, and measures to prevention and support in nursing care.

④ **Establishment of a social environment where the health status of the individual is protected and supported**

It is important to include individuals, private corporations, non-profit organizations, and non-governmental organizations to establish a social environment where the health status of the individual is not only protected but also supported. The specific targets are shown in appendix table 4. This policy aims to empower communities, increase the number of individuals who participate in activity for health promotion, encourage corporations to proactively disseminate health-related information, and increase access to local facilities where individuals can obtain health information or counseling. The specific targets are shown in appendix table 4. As a result, this holistic effort enables people to identify health disparity issues that may occur locally and to induce more local governments to make efforts to solve health-related issues.

⑤ I**mprovement of lifestyles and social environment related to nutrition and healthy diet, physical activity and exercise, proper rest, alcohol drinking, tobacco smoking and oral health**

The targets of, nutrition and healthy diet, physical activity and exercise, proper rest, alcohol drinking, tobacco smoking, and oral health are shown in appendix Table 5, based on following viewpoints.

1. Nutrition and healthy diet

Nutrition and healthy diet play a crucial role in the prevention of NCDs, improvement and maintenance of health to preserve social function and the improvement of quality of life. Thus, targets for nutrition and healthy diet include a wide range of issues including focusing on the next generation and elderly, adherence to proper weight and appropriate diet at every life stage, and development of a supportive social environment, such as promotion of a low-salt diet and specific food service facilities (food service facilities providing meals continuously to a large number of specific people; the same applies hereinafter).

In order to achieve these targets, the government is developing guidelines and standards on nutrition and healthy diet, encouraging related organizations to increase awareness of healthy diets,

promoting *shoku-iku* (term used for "dietary education or food education"), educating professionals, and organizing collaboration among private corporations and non-profit organizations.

2. Physical activity and exercise

Physical activity and exercise play a crucial role in the prevention and control of NCDs and improvement of the quality of life. Thus, targets for physical activity and exercise include a wide range of issues, including special focus on the next generation and elderly, development of physically active habits, increase in the level of physical activity, and development of a supportive social environment where individuals can easily engage in physical activity and exercise.

In order to achieve these targets, references and guidelines of exercise for health promotion are revised and improved, and the government is engaged in organizing collaboration among private corporations and non-profit organizations.

3. Proper rest

Proper rest is an essential factor for a good quality of life. It is very important to get adequate sleep on a daily basis for optimal mental and physical functioning. Targets are primarily set to promote adequate sleep and to decrease the ratio of employees who work 60 hours or more per week. In order to achieve these targets, the government is engaged in improving guidelines on proper rest in relation to health promotion.

4. Alcohol drinking

Consumption of alcohol greater than recommended limits not only raises the risk of medical conditions such as certain life-style related diseases and depression, but it also has adverse effects on society, such as underage drinking and trauma associated with drunk driving. Targets are set to decrease the number of individuals who consume alcoholic beverages above the recommended level and to prevent children and pregnant women from drinking alcoholic beverages.

In order to achieve these targets, the government is engaged in raising awareness especially among children with accurate information regarding the alcohol drinking.

5. Tobacco smoking

Because tobacco smoking is the strongest yet preventable factor for NCD such as cancer, cardiovascular disease, diabetes and COPD as well as increment of infants with low birth weight, and because passive smoking also causes numerous diseases, it is important to prevent health issues caused by tobacco smoking. Targets are set to decrease the prevalence of smoking among adults and minors and passive smoking.

To achieve these targets, the national government is engaged in measures to prevent passive smoking, support of smoking cessation for smokers who want to quit smoking, measures to prevent start smoking among minors, education related to health effect of tobacco and smoking cessation, raising awareness and others.

6. Oral health

Oral health is crucial for proper food intake and articulation; therefore it contributes to good

quality of life. Targets are set to prevent periodontal disease, dental caries, and tooth loss, and to maintain oral function so that long-lasting oral health is promoted.

In order to achieve these targets, the government is engaged in distributing information on oral health and devoting more efforts to programs like the "8020 campaign" (keep 20 or more teeth at the age of 80).

3. Basic Concepts for Prefecture- and Community-Based Health Promotion Plans

A) Setting targets and evaluation for health promotion plans

For the establishment of prefecture- and community-based health promotion plans, local governments need to decide which issues to work on and set targets to solve those issues based on information from various sources, including population statistics, medical and nursing care, data of specific health checkups, and existing social resources in the community. It is also necessary to periodically evaluate and revise the health promotion plan.

Prefecture-based health promotion plans are usually based on national targets. However, they should also focus on local issues so that targets are community oriented and are easily understood.

In addition, local governments should make efforts to examine health status and health disparities that may exist among population groups in the community.

B) Applications on development of health promotion plans

It is important to take the following items into consideration while developing health promotion plans:

① Prefectures play a central role in coordinating activities with organizations and individuals so that health promotion plans are implemented efficiently and effectively. Key participants may include health promotion program leaders, medical facilities, school nurses, occupational health directors, health-related corporations and their directors, and nonprofit organizations. Prefectures should take advantage of local associations that are composed of liaisons with such organizations and individuals so that each organization is assigned specific tasks based on its capabilities. This strategy would be more likely to result in better execution of the health promotion plans.

② At the prefecture level, the health promotion plan should exist in consonance with the following: medical plan that is defined in paragraph 1 in article 30-4 of the medical law (law item 80, 1948); prefectural medical cost adjustment plan that is defined in paragraph 1 in article 9 of the law for providing medical care for elderly (item 80, 1982); Prefectural Insured Long-Term Care Service Plan that is defined in paragraph 1 in article 118 of Long-Term Care Insurance Act-(Act No.123, 1997); prefectural cancer prevention plan that is defined in item 1 in article 11 of the Cancer Control Basic Act (paragraph 98, 2006) and other health promotion plans and associated plans; and Basic Matters Related to the Promotion of Dental and Oral Health that are defined in paragraph 1 in article 12 of the Law of Promotion of Dental and Oral Health (item 95, 2011).

In the prefectural health promotion plans, moreover, components addressing the efforts of prefectures to assist with the development of local-level health promotion plans and to conduct analysis on identifying and improving local health disparity issues should be included.

③ Public health centers should play a role in improving community health, providing professional and technical services, collecting and analyzing local health information to solve health disparity issues, and providing information to the residents and other related organizations, and assisting in the process of developing a local health promotion plan as needed.

④ For the development of health promotion plans in municipalities, local governments should work with the prefecture and public health centers to efficiently distribute tasks. As a medical insurer, municipalities should aim to establish integrated health programs such as a health promotion plan that includes specified health checkups that are defined in paragraph 1 in article 19 of the law for providing medical care for elderly. Simultaneously, municipalities should incorporate health promotion plans into other local health plans and Municipal Insured Long-Term Care Service Plan, which are defined in paragraph 1 in article 117 of Long-Term Care Insurance Act. Furthermore, municipalities should be aware that health promotion plans that are established based on article 19-2 and 17 of the Health Promotion Act (item 103, 2002) should be labeled as health promotion plans of them.

⑤ Prefectures, as well as municipalities, should periodically conduct evaluations and make modifications of health promotion plans according to national targets, while continuously being devoted to improving the health status of residents. In addition, programs provided by the prefectures or municipalities as well as the medical insurer in districts of prefectures and city, town and village, people related to school health , people related to occupational health, and private corporations should undergo evaluation in order to identify ongoing issues and ways to achieve targets and make constructive modifications for better outcomes.

⑥ Prefectures and municipalities should make certain that the voices of the residents are reflected in the development of targets and evaluation processes for better outcomes.

4. Basic Concepts for National Health and Nutrition Survey and Other Health-Promotion -Related Surveys and Researches

A) Utilization of surveys for health promotion measurement

National Health and Nutrition Survey should be conducted effectively so that relevant targets are evaluated for the purpose of improving the health status of the citizens of Japan. In addition, research to investigate the social environment associated with the improvement of lifestyle is also encouraged.

The national government, local governments, and independent policy corporations should conduct

analysis and evaluations on health promotion plans according to a wide range of resources including the following: National Health and Nutrition Survey; Comprehensive Survey of Living Conditions; health examinations; health guidance; report from local cancer registry activities; various statistics on diseases and illnesses; and medical insurance claims. In doing so, confidentiality of participants should be primarily and strictly protected, and regulations including the law on protection of personal information (Act No. 57 of 2003), protection of personal information owned by administrative agencies (Act No. 58 of 2003), protection of personal information owned by independent policy corporations (item 59, 2003), protection of personal information owned by local governments, which is defined in paragraph 11 in article 11, and statistics law (item 53, 2007) should be followed. Also, it is important to conduct evidence-based health promotion measurements by utilizing results from such resources. Information collected from these surveys should be published.

National and local governments should be committed to utilizing Information and Communication Technology (ICT) because ICT enables individuals to obtain their own health information to enable pursuit of personal health as well as to collect and analyze nationwide health-related data for preventing life-style related diseases.

B) Encouragement of health promotion research

The nation, local governments, and independent policy corporations are engaged in conducting research associated with essential factors for health promotion, such as the social environment and lifestyle related diseases, and publishing accurate and adequate amount of information based on the research. Moreover, new research outcomes should be reflected in the revision of policies and also contribute to more effective implementation of health promotion programs.

5. Basic concepts for liaison and cooperation among individuals who work in health promotion

In order to provide high-quality health care services more effectively and continuously, various health screenings including specific health checkups and specific health guidance, cancer screening, and health checkups based on Industrial Safety and Health Act should be enforced. Moreover, when health-related programs are offered, relevant organizations should collaborate by forming a liaison or utilizing an existing one so that problems that may occur when people are relocated, switch jobs, or retire are more appropriately solved.

For example, it is more likely that screenings will be carried out efficiently and effectively if organizations that provide them circulate health information among themselves. Moreover, providing a number of screenings in one location would be more convenient for participants and would increase the participation rate. Developing a campaign to raise the participation rate for screenings, with the cooperation of organizers, would also be effective.

In addition to the facts with regard to liaison and cooperation that were mentioned above, the Health Promotion Act, paragraph 1 in article 9, describes the guidelines for health promotion program providers on conducting health screenings.

6. Basic concepts for improving health literacy on nutrition, physical activity, proper rest, alcohol drinking, tobacco smoking, and oral health

A) Basic concept

Because health promotion requires behavioral change along with awareness, it is necessary to assist citizens with health promotion activities and to provide adequate and appropriate information. In doing so, health information should be scientifically proven, easily understood, applicable to daily lifestyle, effective, and efficient. Moreover, health information should be provided to raise awareness that each component of the society such as households, preschools, schools, workplaces, and community play an important role in health promotion.

In terms of providing information regarding lifestyle, it is important to integrate numerous hannels including ICT, mass media, voluntary organizations, business sector, schools, medical insurers, and health counselors in order to reach the target population effectively.

B) National Health Promotion Month

For the purpose of promoting a national movement, National Health Promotion month takes place in September. National and local governments, corporations, and non-profit organizations hold different types of events and promotions primarily to raise awareness of health, but also to help further enhance the health status of individuals.

Furthermore, National Nutrition month is also held in September to produce a synergistic effect for the two movements.

Both National Health Promotion and Nutrition months encourage local communities to identify local health-related issues and to hold health campaigns that strive to include less interested residents. In addition to communities, national and local governments, corporations, and non-profit organizations also collaborate on a nationwide event to promote more focused and effective implementation.

7. Other Facts Regarding Health Promotion

A) Establishment of an effective structure to solve community health issues

Health centers of cities, towns, and villages should play a central role in formulating core health promotion liaisons, which may include medical insurers, medical institutions, pharmacies, community support centers, educational institutions, mass media, corporations, and voluntary organizations, in order to establish comprehensive action plans to accomplish relevant health targets based on each organization's health promotion plan. This would strengthen coordination among organizations, which would foster more productive and effective implementation of health promotion programs.

B) Encouragement of programs and liaisons constructively derived from various organizations

Corporations that support the concept of health promoting activities, such as good nutrition, physical activity, and proper rest, in their services and/or products, and non-governmental organizations and non-profit organizations that are devoted to working on health should continuously strive to contribute to the health of individuals, and should publicize appropriate information regarding their services and

products. National and local governments should consider recognizing organizations that can show positive outcomes in the area of health promotion. Specifically, advocating for excellence by helping with public relations activities and offering incentives would increase the number of corporations who contribute to a healthy social environment. Furthermore, if corporations that provide health-related services partner with other organizations such as those that provide health screenings or diagnostic testing, more efficient and effective services could be provided. Combining such programs creates a health promotion market where high quality services are provided based on individual needs.

Health promotion includes a wide range of health-related issues. There are measures that are specifically mentioned by the Ministry of Health, Labor, and Welfare, which include *shoku-iku* (dietary and food education), maternal and prenatal health, mental health, nursing care prevention, occupational health, and health promotion programs provided by health guidance instructors and medical insurers. However, there are other essential measures such as school health, development of sidewalks and walking trails, exposure to the natural environment, participation in life-long sports by utilizing local resources such as comprehensive community sports clubs, and improvement of the health industry. All these measures are essential to health promotion and the relevant political fields and institutions should be devoted to improving such measures.

C) Professionals involved in health promotion

In local governments, physicians, dentists, pharmacists, nurses, public health nurses, midwives, registered dietitians, dietitians, and dental hygienists should be assigned to counsel and educate individuals on lifestyle issues like nutrition, physical activity, proper rest, mental health, alcohol drinking, tobacco smoking, and oral health, based on their profession.

National and local governments should also aim to increase the number and quality of public health nurses and registered dietitians, who implement health promotion plans, to assist the development of liaisons between physical health instructors and sports medicine doctors, to develop health-related voluntary organizations that are committed to working on lifestyle issues such as healthy diet, physical activity, and tobacco use, as well as to create a supportive structure for the development of self-help groups.

To accomplish this, the national government should develop a comprehensive plan, educate health professionals on how to work collaboratively across disciplines field, and provide seminars on professional development. Prefectures, cities, towns, and villages should be required to partner with associations of physicians, dentists, pharmacists, nurses, and dietitians in order to provide up-to-date science-based seminars not only for staff members of local governments, but also for local health professionals who are involved in the implementation of health promotion plans.

Community and school health staff should also collaborate to promote the health of individuals.

Appendix

Table 1

Targets for achieving extension of healthy life expectancy and decrease in health disparities

Indicators	Current data	Target
1. Extension of healthy life expectancy (average period of time spent without restrictions in daily activities)	Male 70.42 years Female 73.62 years (2010)	Increase healthy life expectancy more than the increase of life expectancy (2022)
2. Decrease in health disparities (differences among prefectures in average period of time spent without restrictions in daily activities)	Male 2.79 years Female 2.95 years (2010)	Decrease in differences among prefectures (2022)

Note: To accomplish (1) above, not only the "average period of time spent without restrictions," but "average period of time individuals consider themselves as healthy" should also be taken account.

Furthermore, to accomplish (2), each prefecture should aim to extend their healthy life expectancy with the longest healthy life expectancy among all prefectures being the target.

Table 2

Targets for the prevention of the development and worsening of major life-style related diseases

(1) Cancer

Indicators	Current data	Target
1. Decrease in age-adjusted mortality rate of cancer under age 75 (per 100,000)	84.3 (2010)	73.9 (2015)
2. Increase in participation rate of cancer screenings	Gastric cancer Male 34.3% Female 26.3% Lung cancer Male 24.9% Female 21.2% Colorectal cancer Male 27.4% Female 22.6% Cervical cancer Female 32.0% Breast cancer Female 31.4% (2010)	50% (40% for gastric, lung, and colorectal cancer) (2016)

Note: These rates represent individuals who are between 40 and 69 years old (cervical cancer is between 20 and 69 years old).

(2) Cardiovascular Disease

Indicators	Current data	Target
1. Decrease in adjusted mortality rate of cerebrovascular disease (CVD) and ischemic heart disease (IHD) (per 100,000)	CVD Male 49.5 Female 26.9 IHD Male 36.9 Female 15.3 (2010)	CVD Male 41.6 Female 24.7 IHD Male 31.8 Female 13.7 (2022)

2. Improvement of hypertension (decrease in systolic blood pressure)	Male 138 mmHg Female 133 mmHg (2010)	Male 134 mmHg Female 129 mmHg (2022)
3. Decrease in percentage of adults with dislypidemia	Those with total cholesterol over 240 mg/dl Male 13.8% Female 22.0% Those with LDL cholesterol over 160 mg/dl Male 8.3% Female 11.7% (2010)	Those with total cholesterol over 240mg/dl Male 10% Female 17% Those with LDL cholesterol over 160 mg/dl Male 6.2% Female 8.8% (2022)
4. Decrease definite and at-risk people with metabolic syndrome	14,000,000 (2008)	25% less than 2008 (2015)
5. Increase in participation rates of specific health checkups and specific health guidance	Specific health checkups 41.3% Specific health guidance 12.3% (2009)	Will be set based on the second term of medical cost adjustment plan starting in 2013 (2017)

(3) Diabetes

Indicators	Current data	Target
1. Decrease in complications (number of patients newly introduced dialysis due to diabetic nephropathy)	16,247 (2010)	15,000 (2022)
2. Increase in percentage of patients who continue treatment	63.7% (2010)	75% (2022)
3. Decrease in percentage of individuals with elevated blood glucose levels (HbA1c(NGSP)≧8.4%)	1.2% (2009)	1.0% (2022)
4. Prevent the increase in diabetic patients	8,900,000 (2007)	1,000,000 (2022)
5. Decrease in metabolic syndrome patients and those at risk	14,000,000 (2008)	25% less than 2008 (2015)
6. Increase in participation rates of specific health checkups and health guidance	Specific health checkups 41.3% Specific health guidance 12.3% (2009)	Will be set based on the second period of medical cost adjustment plan starting in 2013 (2017)

(4) COPD

Indicators	Current data	Target
1. Raise awareness of COPD	25% (2011)	80% (2022)

Table 3

Targets for maintenance and improvement in necessary functions to live social life

(1) Mental health

Indicators	Current data	Target
1. Decrease in suicide rate (per 100,000)	23.4 (2010)	Will be set based on modified suicide prevention plan
2. Decrease in percentage of individuals who suffer from mood disorders or anxiety disorders	10.4% (2010)	9.4% (2022)
3. Increase in percentage of occupational settings where interventions for mental health are available	33.6% (2007)	100% (2020)
4. Increase in percentage of pediatricians and child psychiatrists per 100,000 children	Pediatricians: 94.4 (2010) Child psychiatrists: 10.6 (2009)	To increase (2014)

(2) Children's health

Indicators	Current data	Target
1. Increase in percentage of children who maintain healthy lifestyle (nutrition, healthy diet, physical activity)		
A. Increase in percentage of children who eat three meals a day	5th grade 89.4% (2010)	To reach 100% (2022)
B. Increase in percentage of children who exercise regularly	(Ref) Three times a week or more 5th grade (2010) Male 61.5% Female 35.9%	To increase (2022)
2. Increase in percentage of children with proper weight		
A. Decrease in percentage of low birth weight infants	9.6% (2010)	To decrease (2014)
C. Decrease in percentage of children who tend to be obese	5th graders who are overweight or obese (2011) Male 4.60% Female 3.39%	To decrease (2014)

(3) Health of elderly

Indicators	Current data	Target
1. Restraint of the increase in Long-Term Care insurance service users	4,520,000 (2012)	6,570,000 (2025)
2. Increase in identification rate of high-risk elderly with low cognitive function	0.9% (2009)	10% (2022)
3. Increase in percentage of individuals who know about locomotive syndrome	(Ref.) 17.3% (2012)	80% (2022)

4. Restraint of the increase in undernourished elderly	17.4% (2010)	22% (2022)
5. Decrease number of elderly with back or foot pain (per 1,000)	Male 218 Female 291 (2010)	Male 200 Female 260 (2022)
6. Participation in society (employed or in community activities)	(Reference) Those who are involved in any form of community activities Male 64.0% Female 55.1% (2008)	80% (2022)

Note: the target for 1. is set based on the results from the Outline basic and integrated Reform Plan for Social Welfare and Tax

Table 4

Targets for establishing a social environment where health is supported and protected

Indicators	Current data	Target
1. Strengthen community ties	(Ref.) "There is a strong bond between myself and community." 45.7% (2007)	65% (2022)
2. Increase in percentage of individuals who are involved in health promotion activities	(Ref.) Health or medical service volunteer 3.0% (2008)	25% (2022)
3. Increase in number of corporations that deal with health promotion and educational activities	420 (2012)	3,000 (2022)
4.Increase in number of organizations that offer accessible opportunities for health promotion support or counseling	(Reference) Reported by the organizations 7,134 (2012)	15,000 (2022)
5. Increase in number of local governments that make efforts to solve health disparity issues (number of prefectures that identify problems and have intervention programs for those in need)	11 (2012)	47 (2022)

Table 5

Targets for improvement of social environment and lifestyle factors such as nutrition, healthy diet, physical activi exercise, proper rest, alcohol drinking, tobacco smoking, and oral health

(1) Nutrition and healthy diet

Indicators	Current data	Target
1. Increase in percentage of individuals with proper weight (Decreased percentage of obese individuals [BMI 25 and more] and underweight individuals [BMI less than 18.5])	Obese males in their 20's to 60's 31.2% Obese females in their 40's to 60's 22.2%	Obese males in their 20's to 60's 28% Obese females in their 40's to 60's 19%

	Underweight females 20-29 years old 29.0% (2010)	Underweight females 20-29 years old 20% (2022)
2. Increase in percentage of individuals who consume appropriate quality and quantity of food		
A. Increase in percentage of individuals who eat balanced diet with staple food, main dish and side dish more than twice a day	68.1% (2011)	80% (2022)
B. Decrease in salt intake	10.6 g (2010)	8 g (2022)
C. Increase in consumption of vegetables and fruits	Mean daily intake of vegetables 282g Individuals who consume less than 100 g of fruits per day 61.4% (2010)	Mean daily intake of vegetables 350g Individuals who consume less than 100 g of fruits per day 30% (2022)
3. Increase in dining with family regularly (decrease in percentage of children who eat alone)	Breakfast School child Elementary 15.3% School student Junior high 33.7% Dinner School child Elementary 2.2% School student Junior high 6.0% (2010)	To decrease (2022)
4. Increase in number of corporations in food industry that supply food product low in salt and fat	Food corporations: 14 corporations Restaurants 17,284 locations (2012)	Food corporations: 100 corporations Restaurants: 30,000 locations (2022)
5. Increase in percentage of specific food service facilities that plan, cook, and evaluate and improve nutritional content of the menu based on the needs of the clients	(Ref.) Facilities with registered dietitians or dietitians 70.5% (2010)	80% (2022)

(2) Physical activity and exercise

Indicators	Current data	Target
1. Increase in daily number of steps	20-64 years old Male 7,841 steps Female 6,883 steps Over 65 years old Male 5,628 steps Female 4,584 steps (2010)	20-64 years old Male 9,000 steps Female 8,500 steps Over 65 years old Male 7,000 steps Female 6,000 steps (2022)
2. Increase in percentage of individuals who regularly exercise	20-64 years old Male 26.3% Female 22.9%	20-64 years old Male 36% Female 33%

	Over 65 years old Male 47.6%　Female 37.6% (2010)	Over 65 years old Male 58%　Female 48% (2022)
3. Increase in number of local governments that offer community development and organizations to promote physical activity	17 prefectures (2012)	47 prefectures (2022)

(3) Proper rest

Indicators	Current data	Target
1. Decrease in percentage of individuals who do not get adequate rest	18.4% (2009)	15% (2022)
2. Decrease in percentage of employees who work 60 hours or more per week	9.3% (2011)	5.0% (2020)

(4) Alcohol drinking

Indicators	Current data	Target
1. Decrease in percentage of individuals who consume alcohol over recommended limits (male > 40 g, female > 20 g per day)	Male 15.3%　Female 7.5% (2010)	Male 13%　Female 6.4% (2022)
2. Eradication of underage drinking	Third grade of junior high school Male 10.5%　Female 11.7% Third grade of high school Male 21.7%　Female 19.9% (2010)	0% (2022)
3. Eradication of alcohol consumption among pregnant women	8.7% (2010)	0% (2014)

(5) Tobacco smoking

Indicators	Current data	Target
1. Decrease in percentage of adult smoking rate (quit smoking among smokers who want to quit smoking)	19.5% (2010)	12% (2022)
2. Eradication of smoking among minors	First grade of junior high school Male 1.6%　Female 0.9% Third grade of high school Male 8.6%　Female 3.8% (2010)	0% (2022)
3. Eradication of smoking among pregnant women	5.0%　(2010)	0%　(2014)

4. Decrease in percentage of facilities where exposure to secondhand smoke is present	Governmental institutions 16.9% Health institutions 13.3% (2008) Workplace 64% (2011) Household 10.7% Restaurants 50.1% (2010)	Governmental institutions 0% Health institutions 0% (2022) Workplace--no secondhand smoke (2020) Household 3% Restaurants 15% (2022)

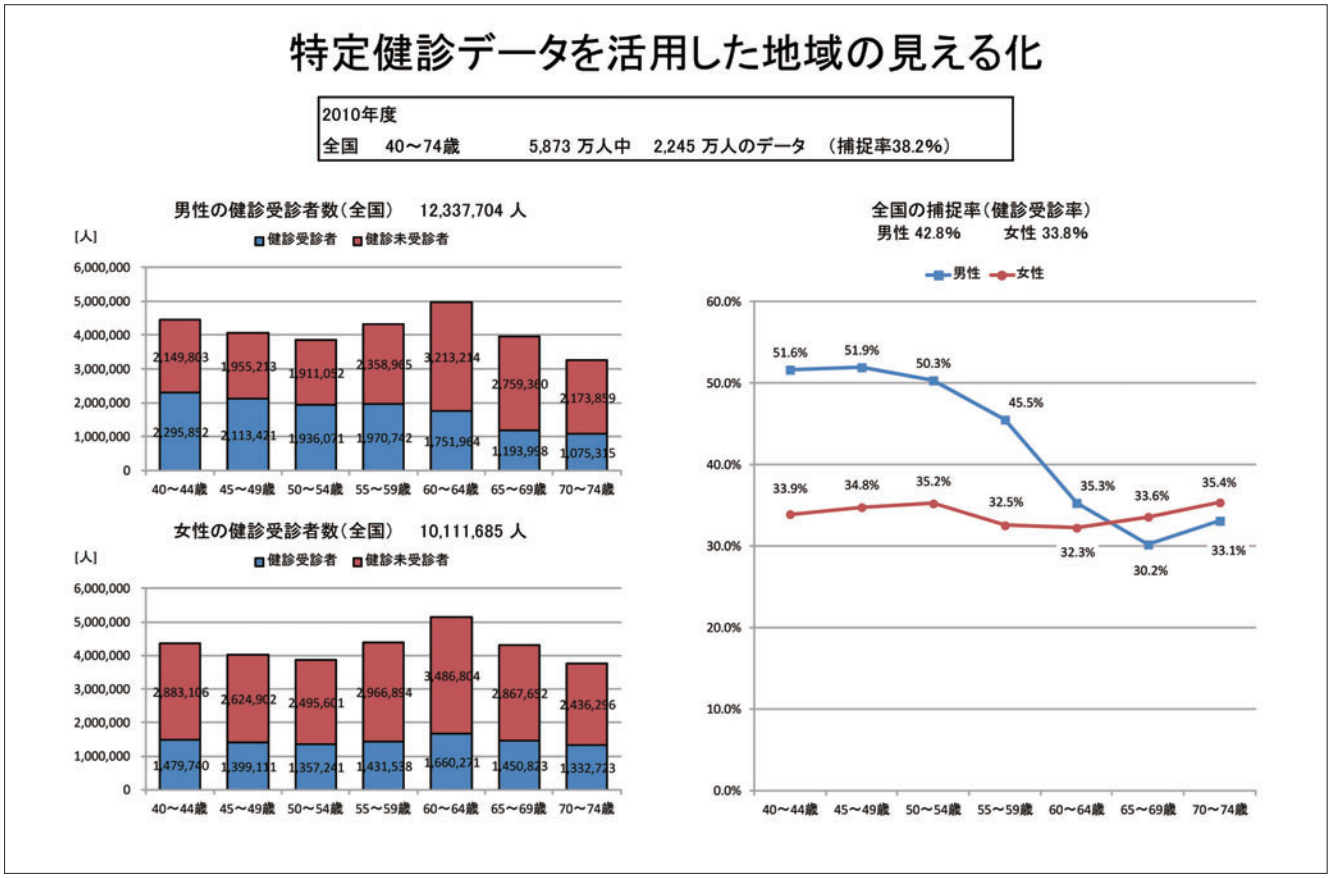
(6) Oral health

Indicators	Current data	Target
1. Maintenance and improvement of oral function (increase in percentage of individuals over the age 60 with good mastication)	73.4% (2009)	80% (2022)
2. Prevention of tooth loss		
A. Increase in percentage of 80-year-old individuals with over 20 teeth remaining	25% (2005)	50% (2022)
B. Increase in percentage of 60-year-old individuals with over 24 teeth remaining	60.2% (2005)	70% (2022)
C. Increase in percentage of 40-year-old individuals with all teeth remaining	54.1% (2005)	75% (2022)
3. Decrease in percentage of individuals with periodontal disease		
A. Decrease in percentage of individuals in 20s with gingivitis	31.7% (2009)	25% (2022)
B. Decrease in percentage of individuals in 40s with periodontitis	37.3% (2005)	25% (2022)
C. Decrease in percentage of individuals in 60s with periodontitis	54.7% (2005)	45% (2022)
4. Increase in number of children without dental caries		
A. Increase in number of prefectures where over 80% of 3-year-old children have no dental caries	6 prefectures (2009)	23 prefectures (2022)
B. Increase in number of prefectures where 12-year-old children have less than 1 cavity	7 prefectures (2011)	28 prefectures (2022)
5. Increase in percentage of individuals who participated in dental check-up in the past 1 year	34.1% (2009)	65% (2022)

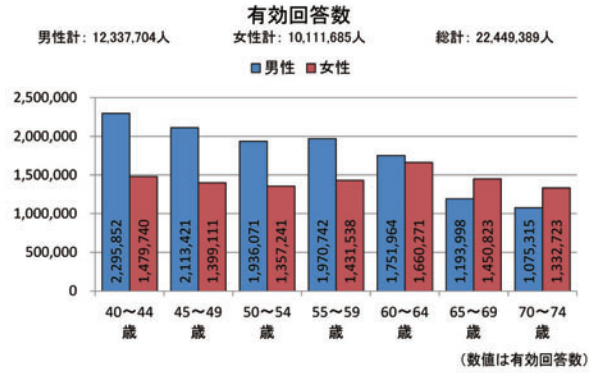
特定健診データ（全国版）PPT

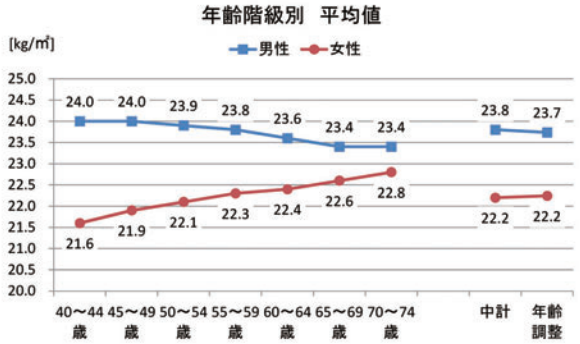
地域の状況を的確に知るためには、全国や他地域との比較、過去からの推移の検討が必要です。本研究班では、特定健診データ（厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施結果に関するデータ」http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryuouseido01/info02a-2.html）をもとに、簡単に都道府県別グラフを作成できるソフト（付属DVDに収録）を開発しました。

各検査値について、有効回答数、年齢階級別平均値、有所見率を“見える化”しています。
年齢調整有所見率についてマップ表示も可能です。
以下（P.81～95）は、全国データのグラフ一覧です。ラベル表示には全国の値が表示されていますので、比較対照の際にご活用ください。

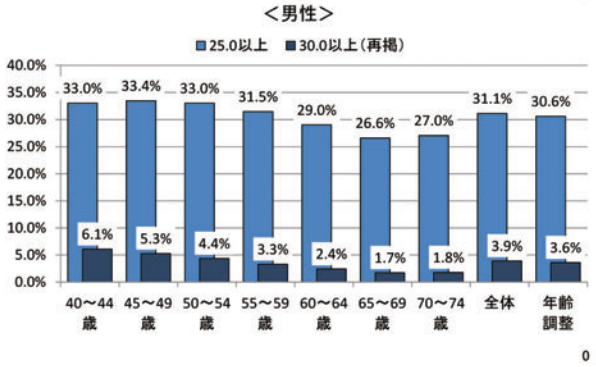


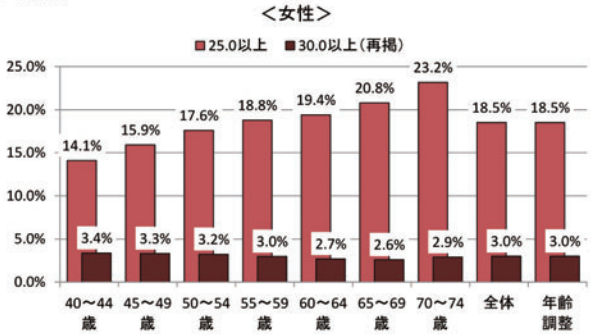
全国のBMI（肥満）の状況（2010年度）





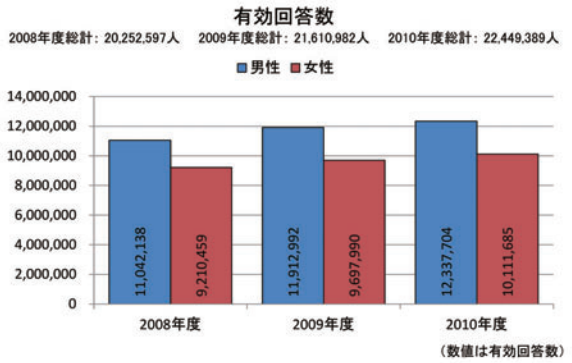
BMI25．0以上の割合

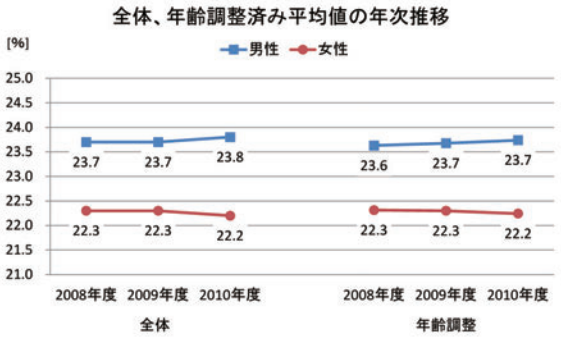




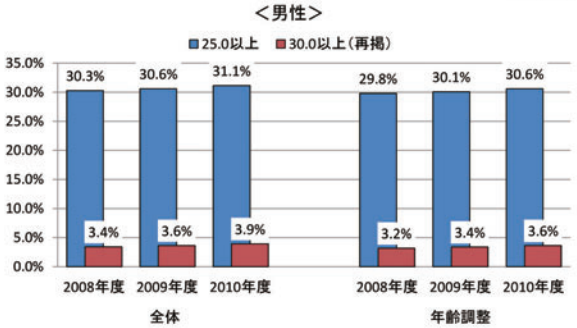
0

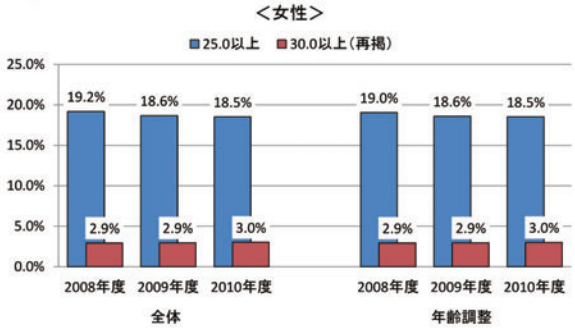
全国のBMI（肥満）の状況（年次推移）





BMI25．0以上の割合

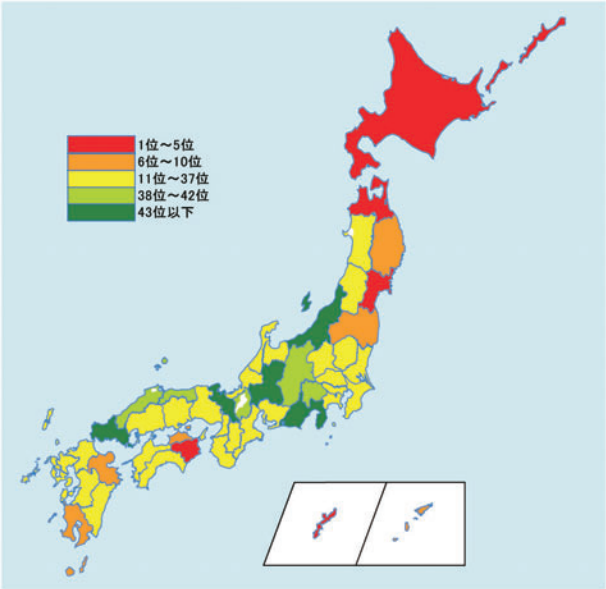




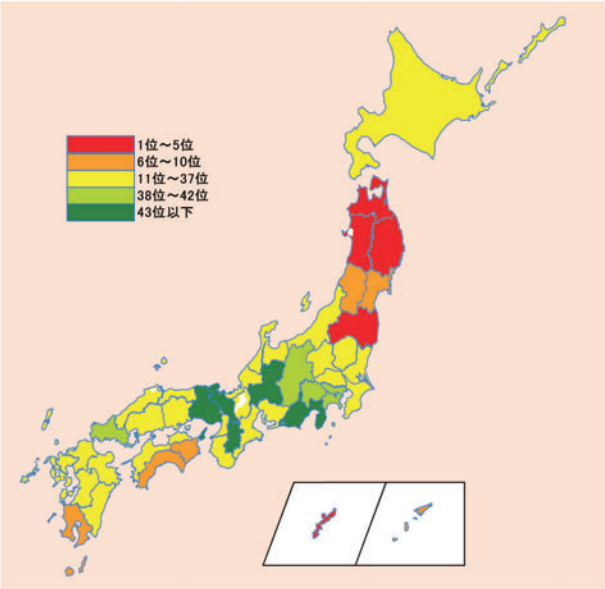
肥満者（BMI25以上）の割合

（男女別年齢調整済み） 2010年

男性

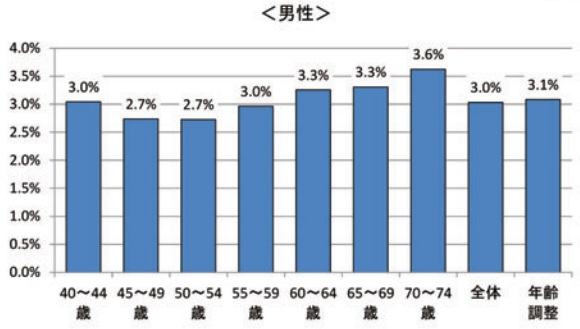


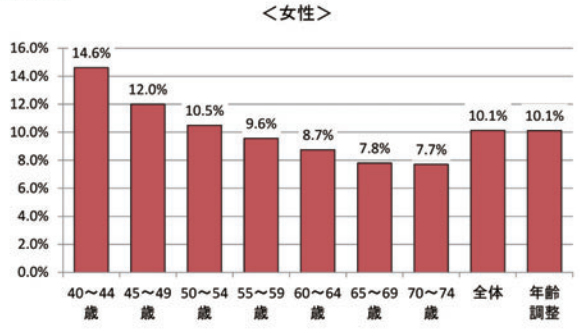
女性



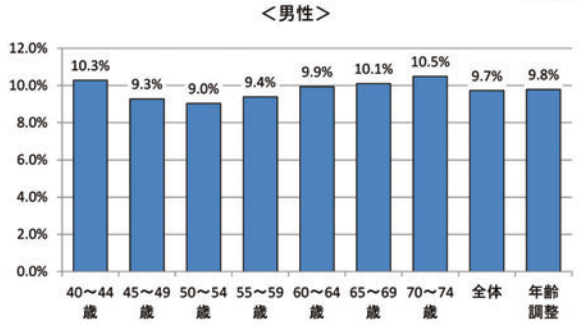
全国のBMI（やせ）の状況（2010年度）

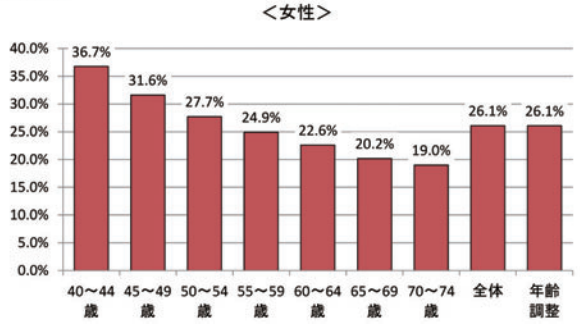
BMI18．5未満の割合



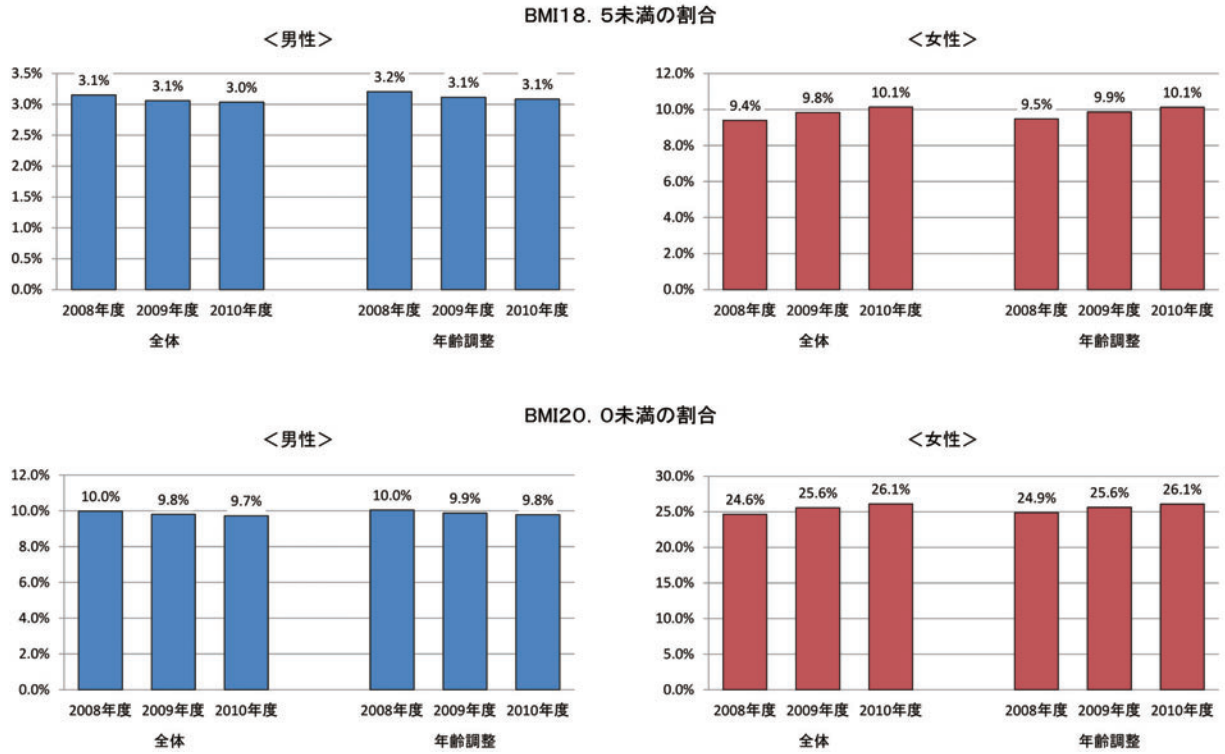


BMI20．0未満の割合





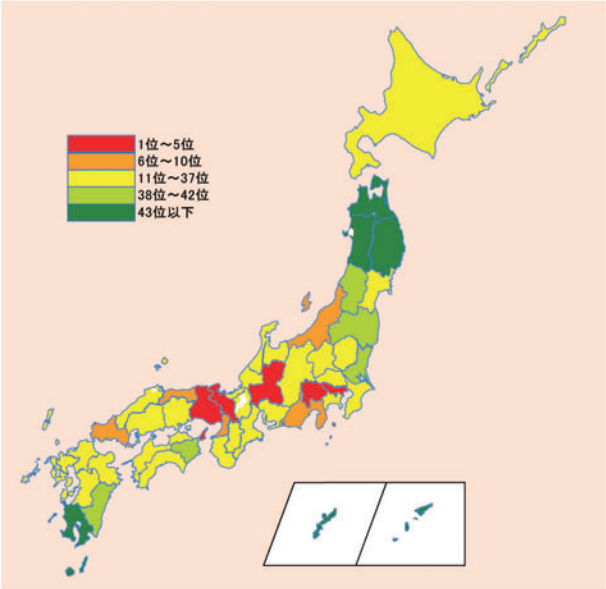
全国のBMI（やせ）の状況（年次推移）



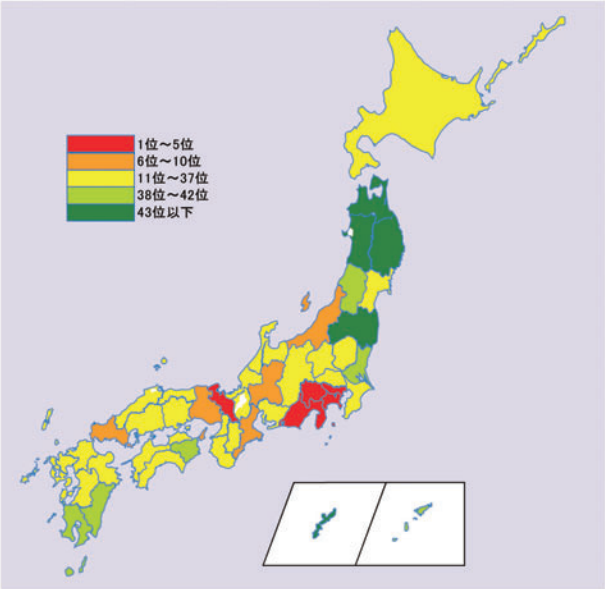
女性のやせ（BMI　18.5未満）の割合

（年齢調整、40～44歳）　2010年

女性　年齢調整

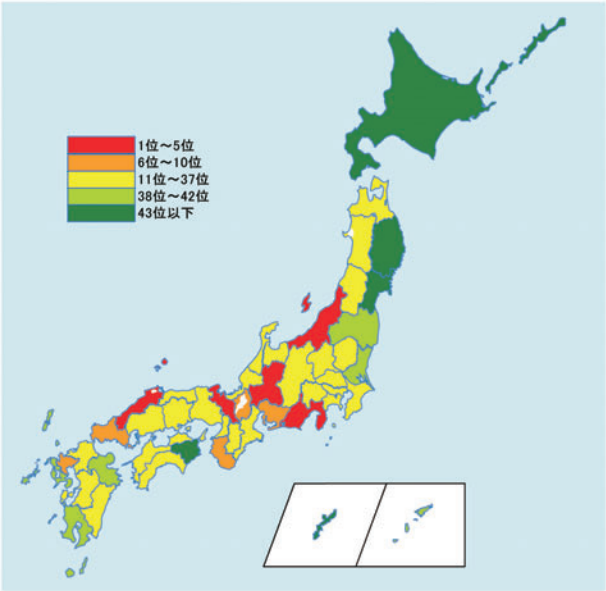


女性　40～44歳

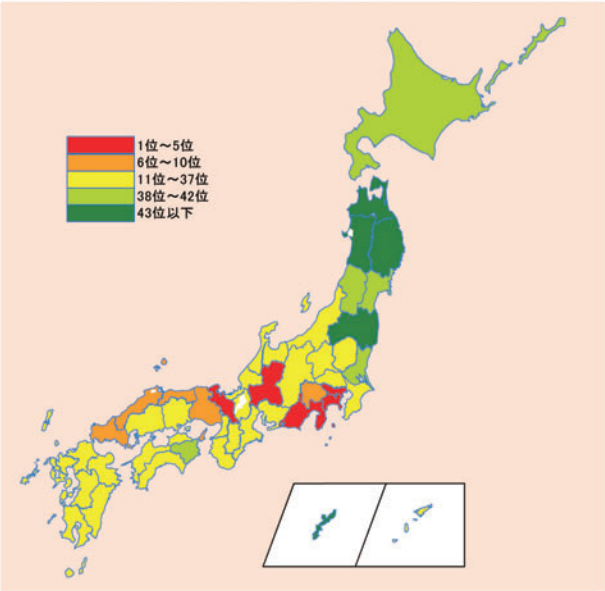


やせ傾向（BMI20未満）の高齢者
（70～74歳）

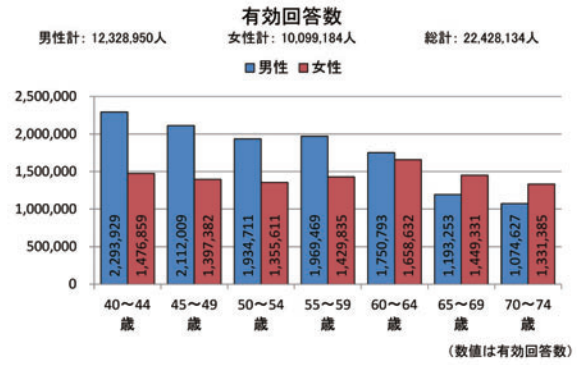
男性

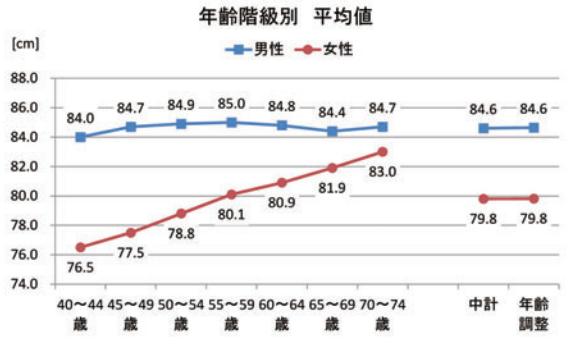


女性

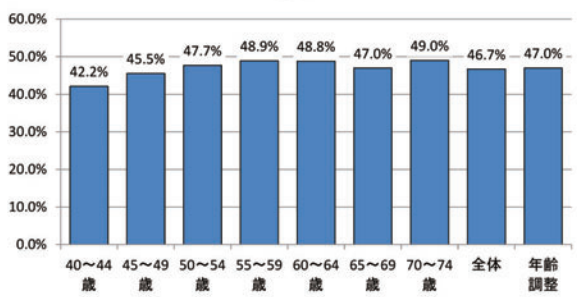


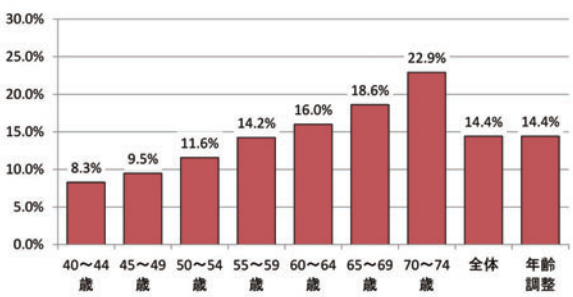
全国の腹囲の状況（2010年度）



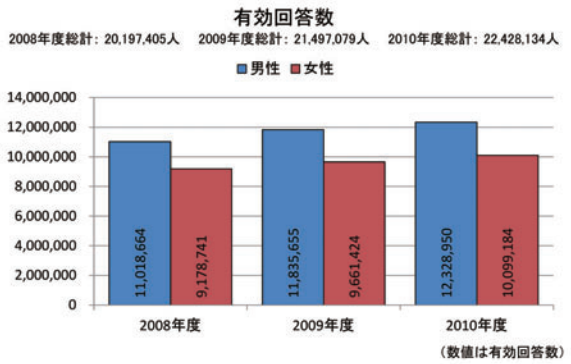


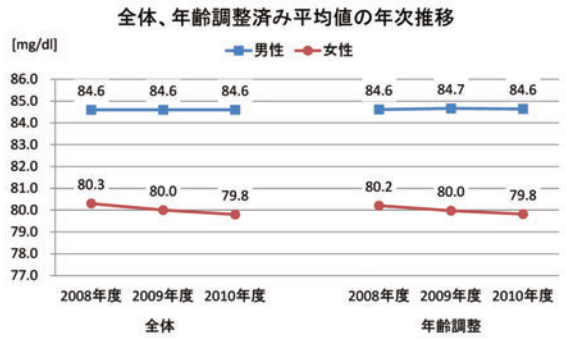
腹囲の基準値以上の割合

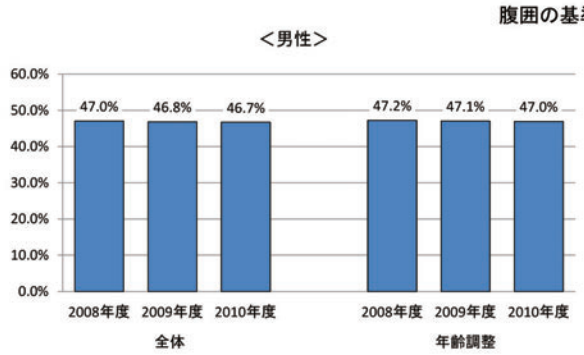


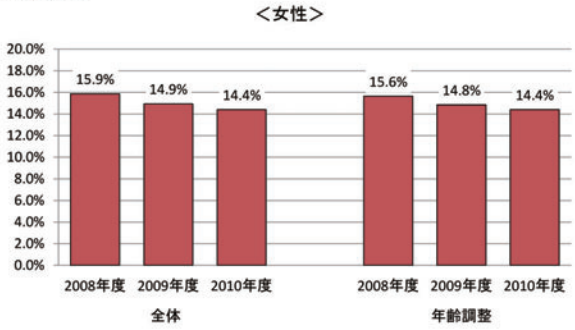


全国の腹囲の状況（年次推移）





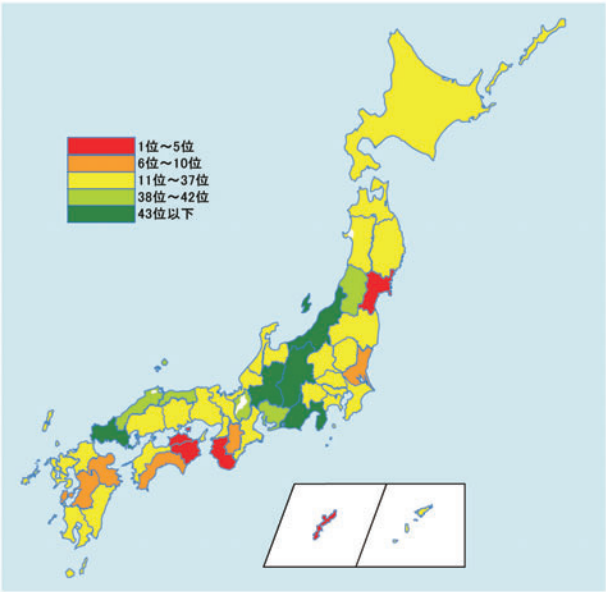




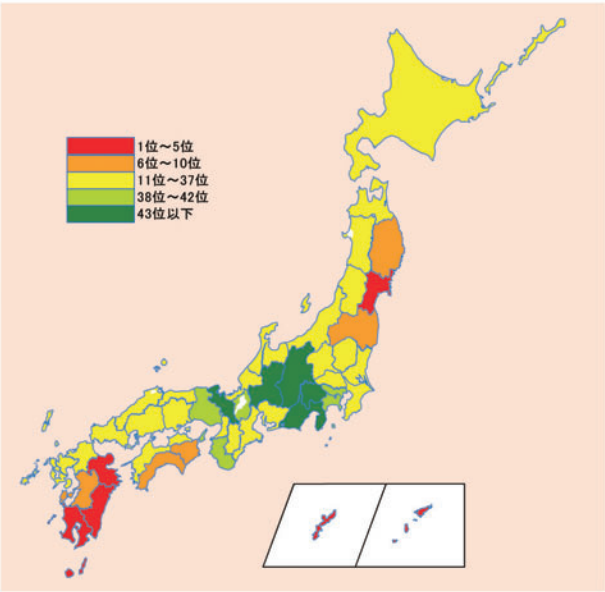
腹囲が基準値以上の割合

（男女別年齢調整済み）2010年

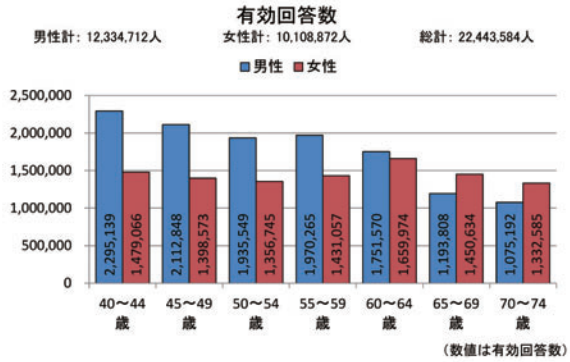
男性

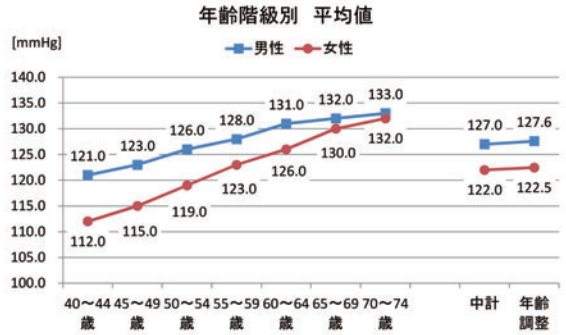


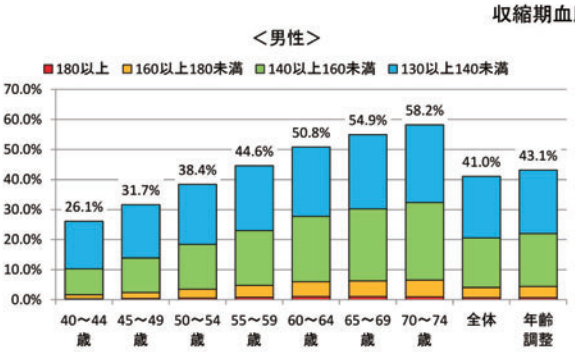
女性

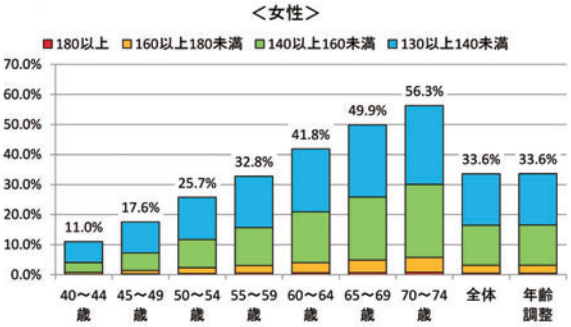


全国の収縮期血圧の状況（2010年度）

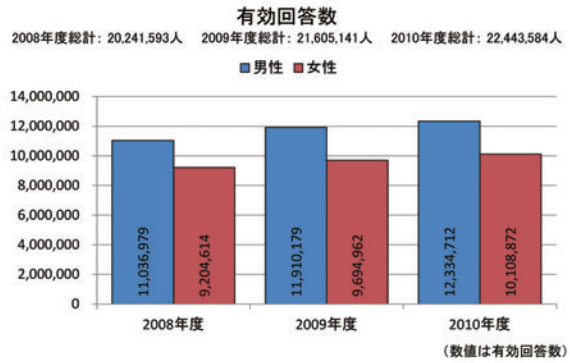


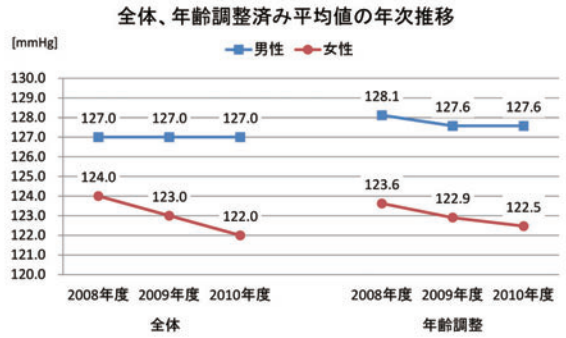


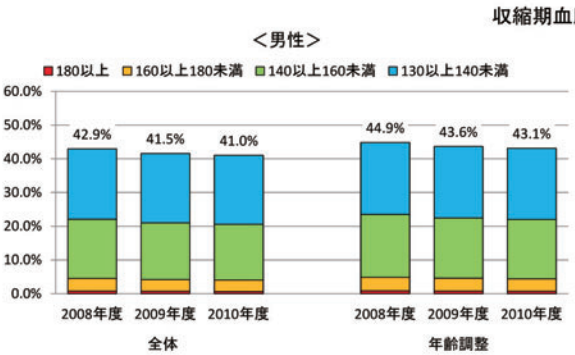


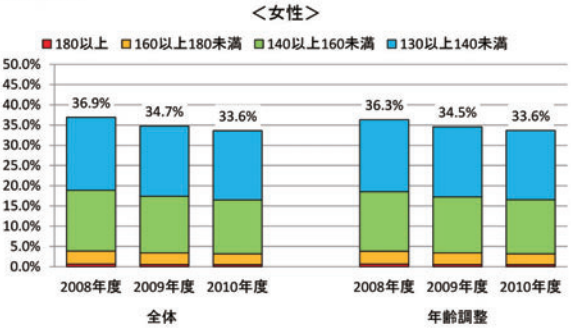


全国の収縮期血圧の状況（年次推移）





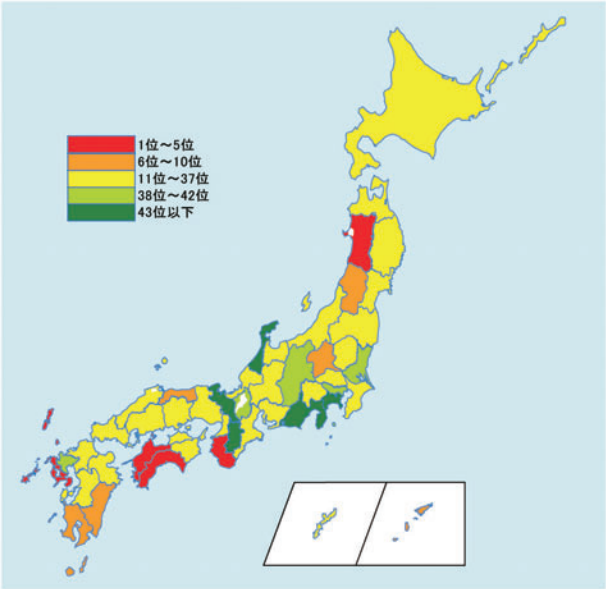




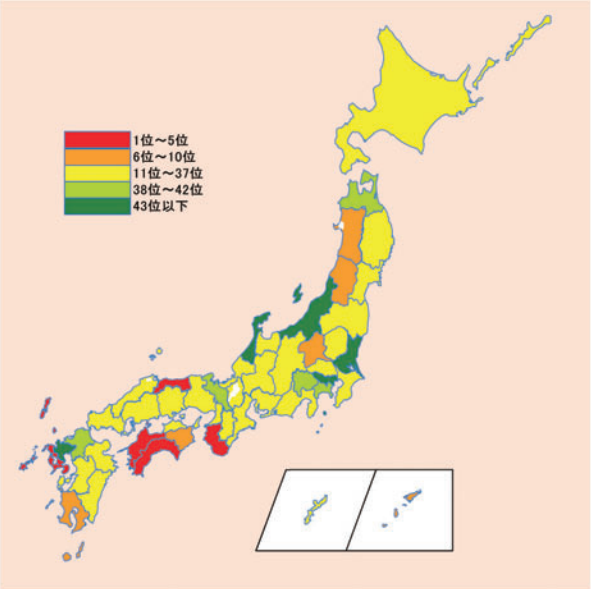
血圧高値（収縮期血圧140mmHg以上）の割合

（男女別年齢調整済み） 2010年

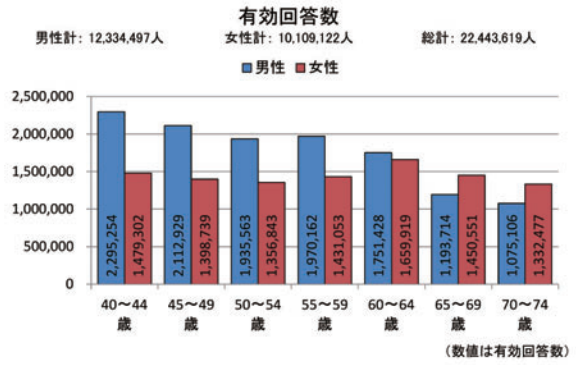
男性

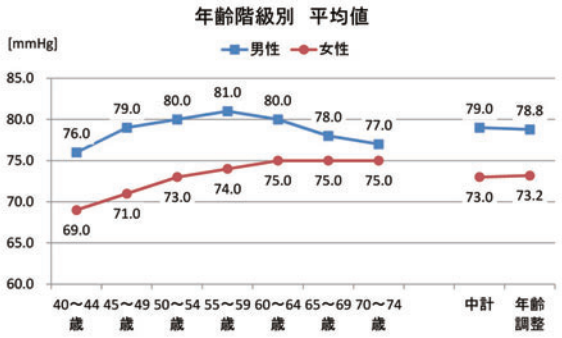


女性

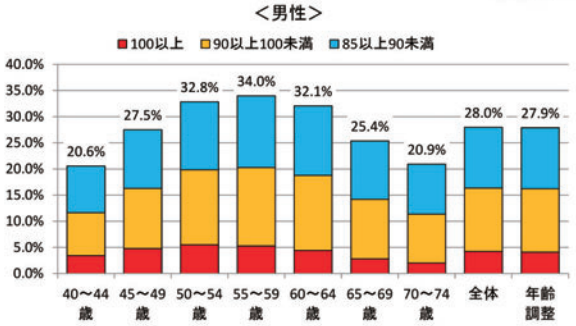


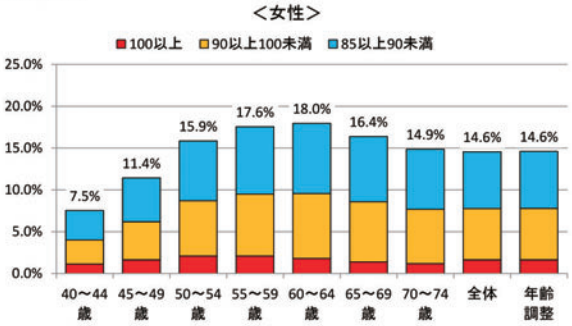
全国の拡張期血圧の状況（2010年度）



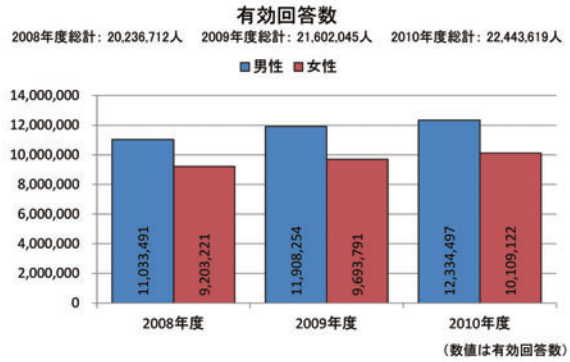


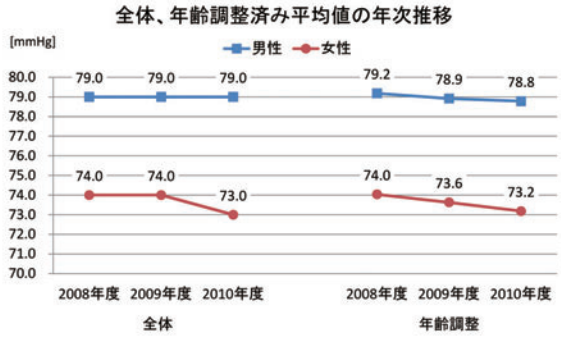
拡張期血圧の区分別割合



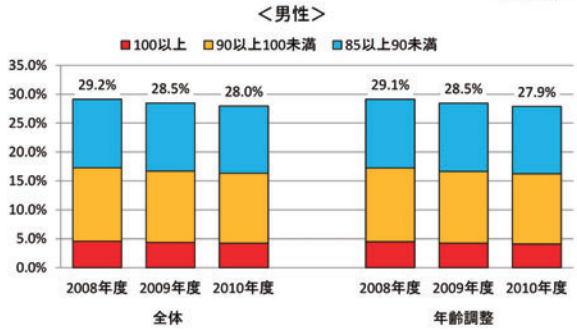


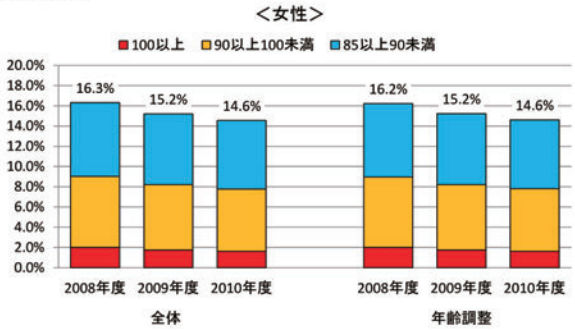
全国の拡張期血圧の状況（年次推移）



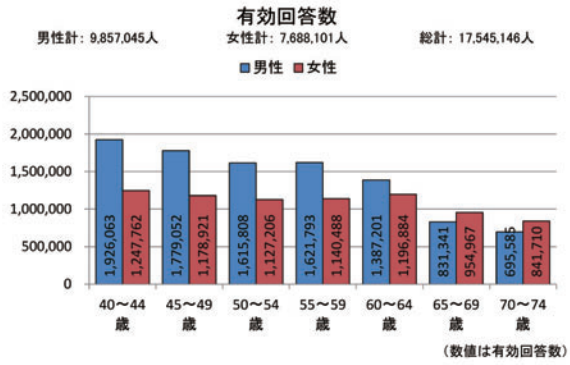


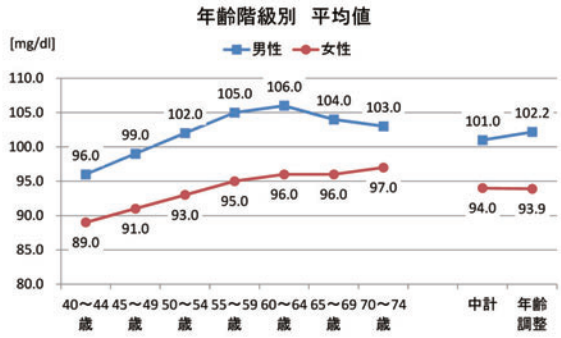
拡張期血圧の区分別割合



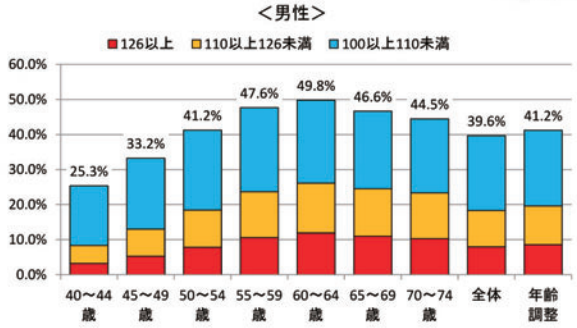


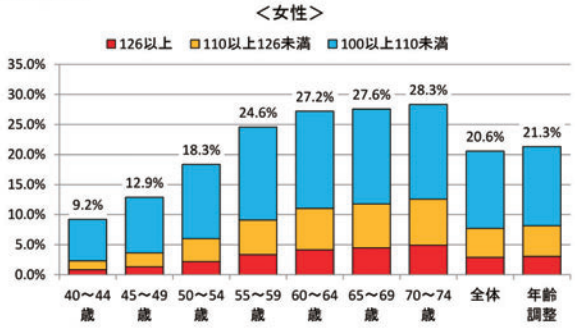
全国の空腹時血糖の状況（2010年度）



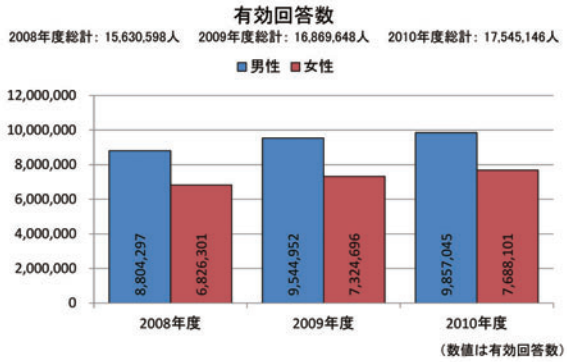


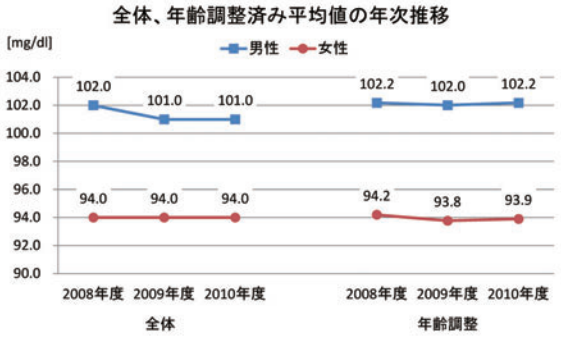
空腹時血糖の区分別割合



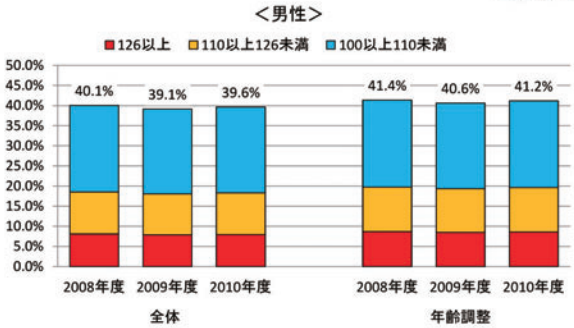


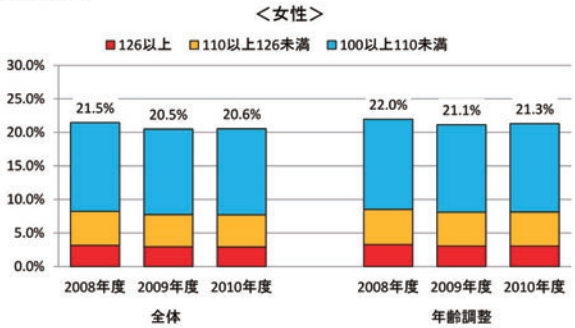
全国の空腹時血糖の状況（年次推移）





空腹時血糖の区分別割合

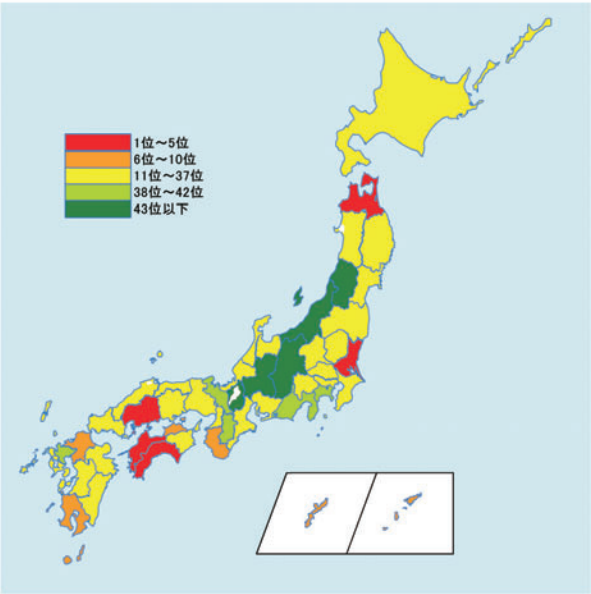




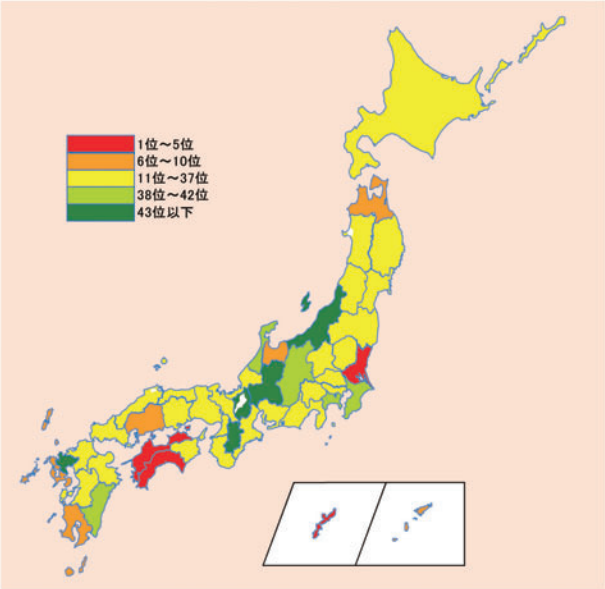
血糖高値（空腹時血糖126mg/dl以上）の割合

（男女別年齢調整済み）　2010年

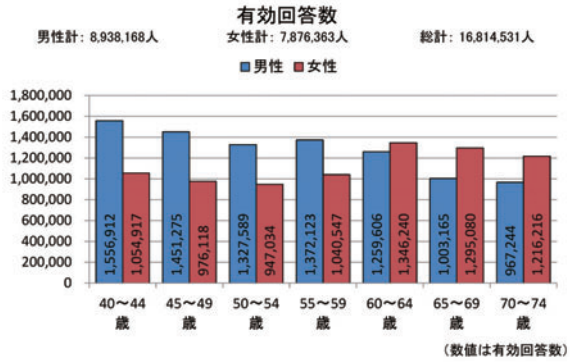
男性

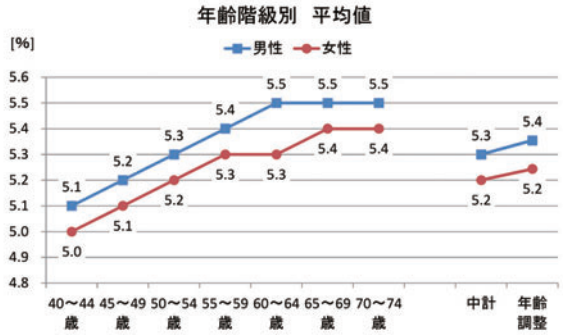


女性

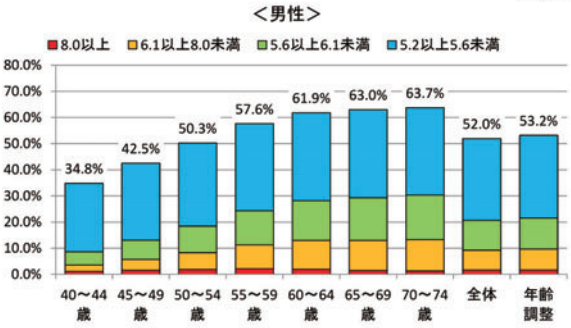


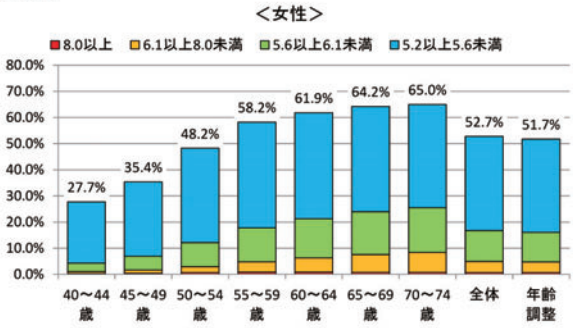
全国のHbA1c(JDS)の状況（2010年度）



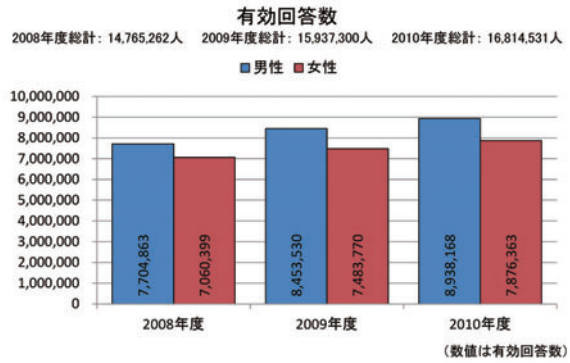


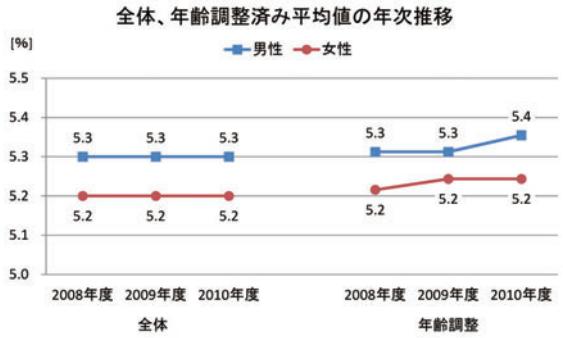
HbA1cの区分別割合



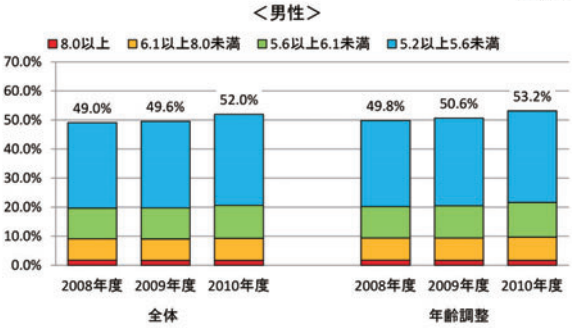


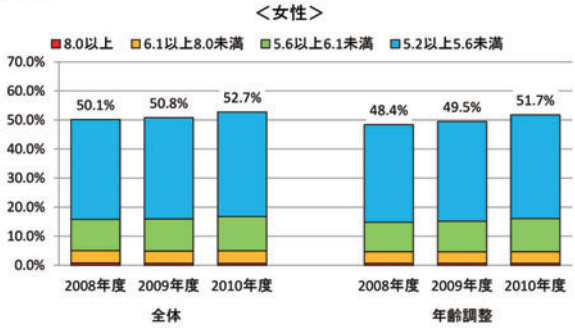
全国のHbA1c(JDS)の状況（年次推移）



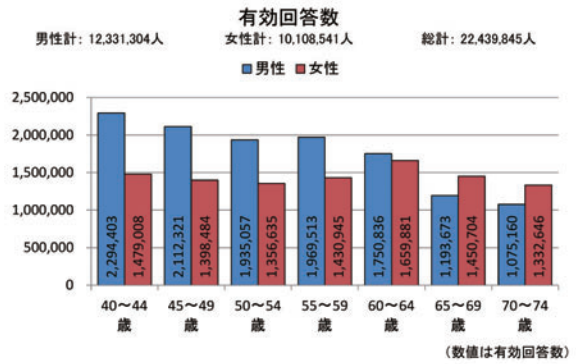


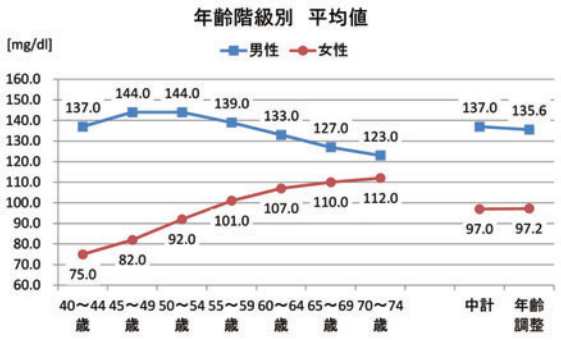
HbA1cの区分別割合



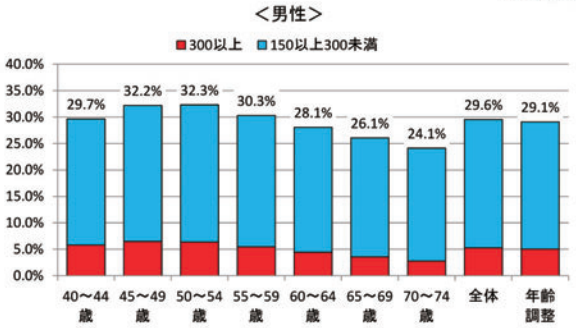


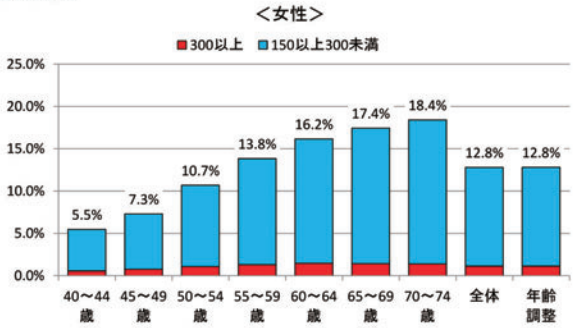
全国の中性脂肪の状況（2010年度）



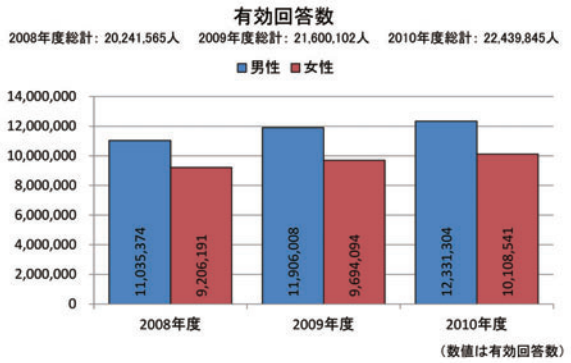


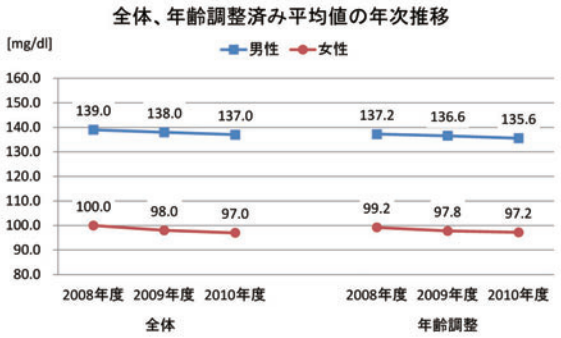
中性脂肪の区分別割合



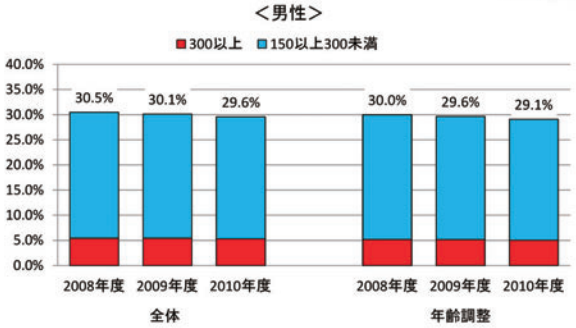


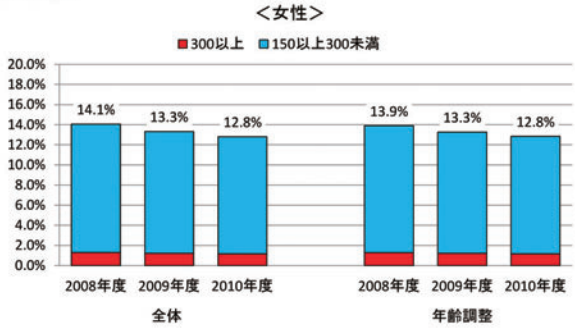
全国の中性脂肪の状況（年次推移）





中性脂肪の区分別割合

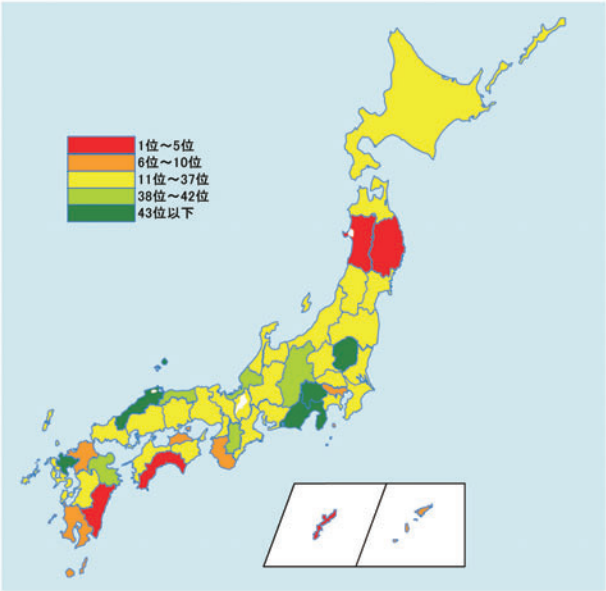




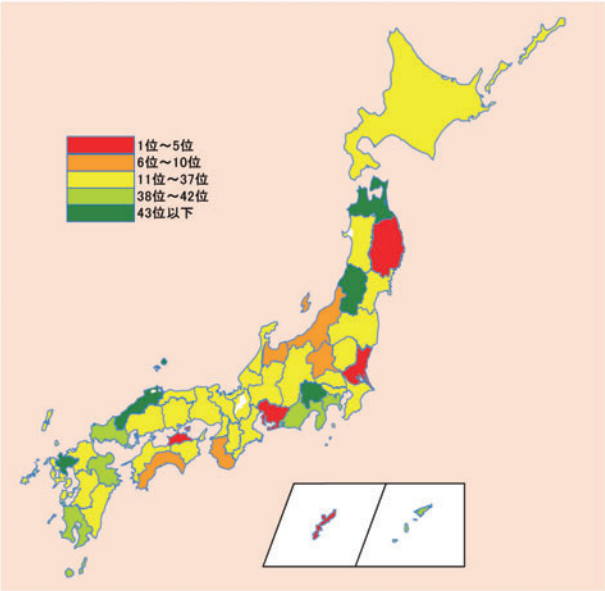
中性脂肪高値（300mg/dl以上）の割合

（男女別年齢調整済み） 2010年

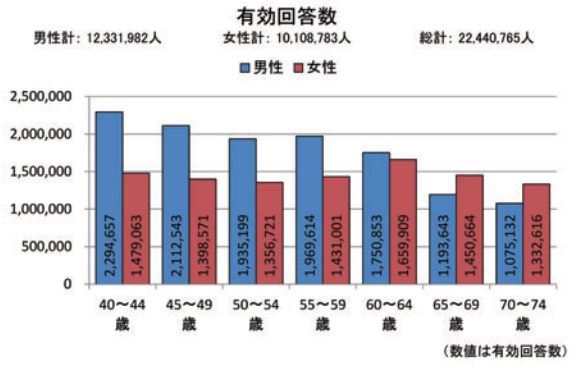
男性

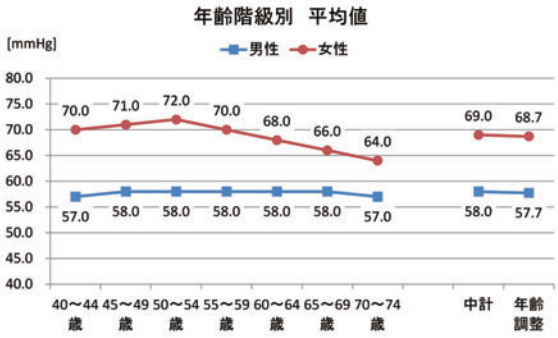


女性

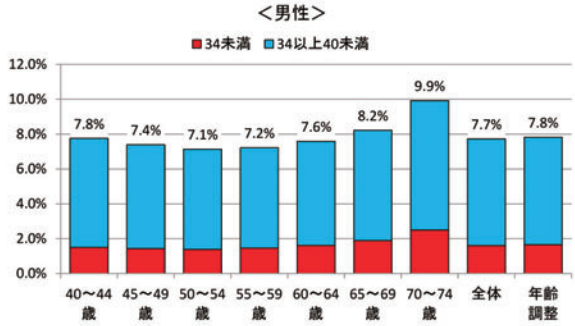


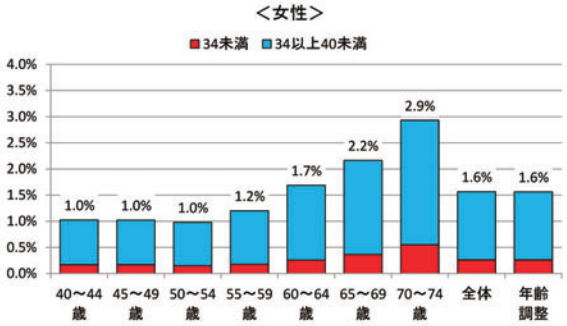
全国のHDLの状況（2010年度）



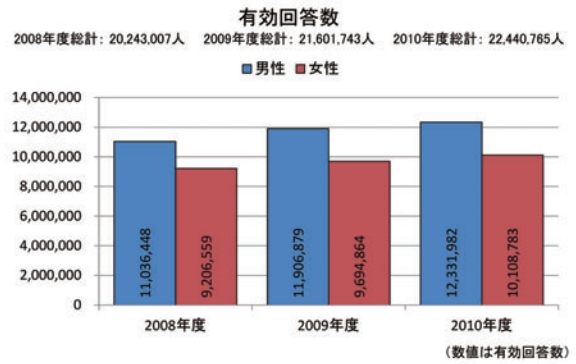


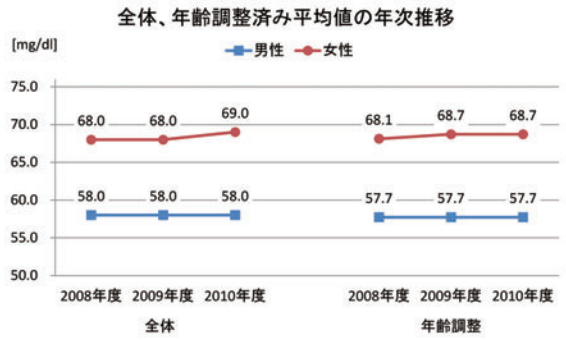
HDLの区分別割合



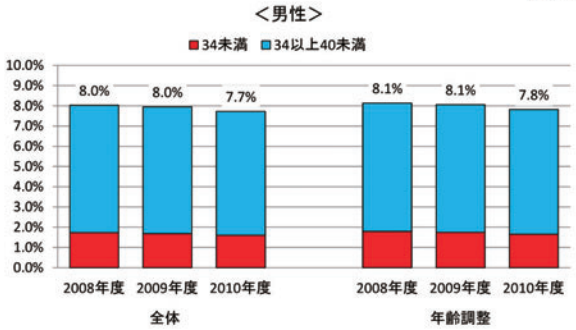


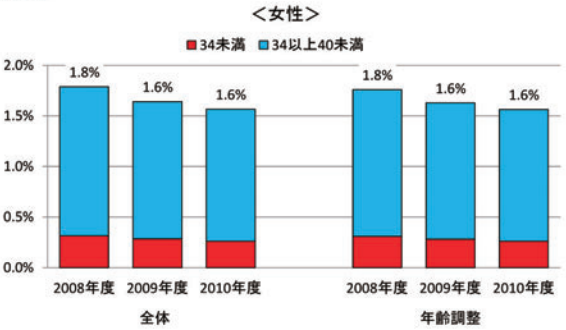
全国のHDLの状況（年次推移）



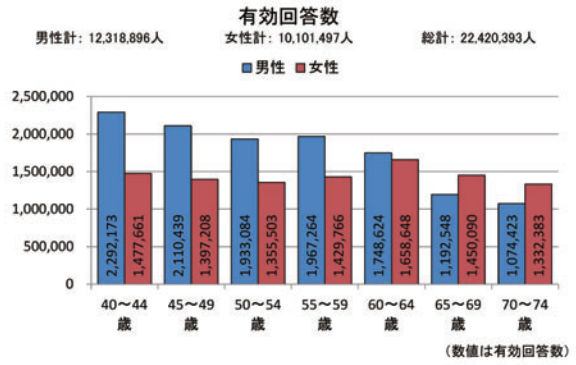


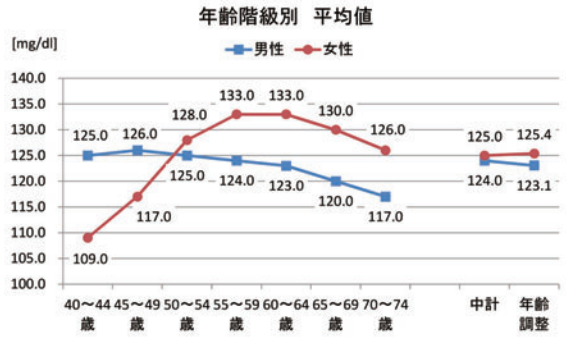
HDLの区分別割合



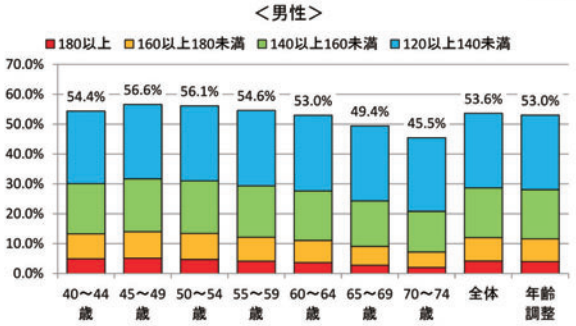


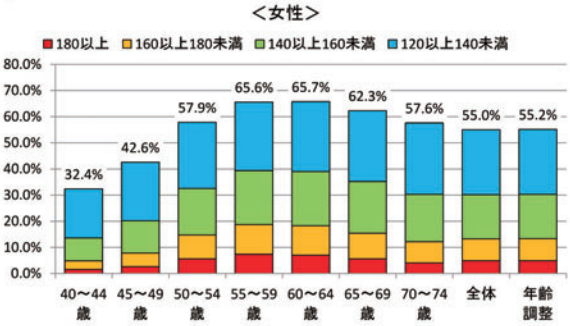
全国のLDLの状況（2010年度）



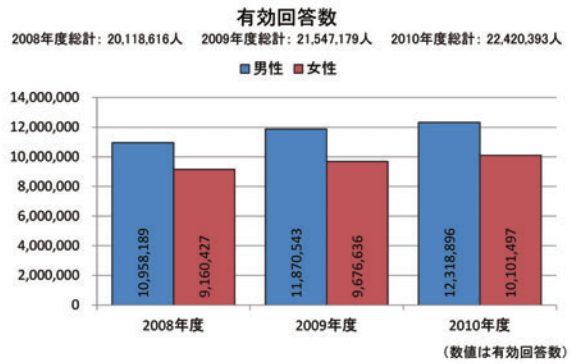


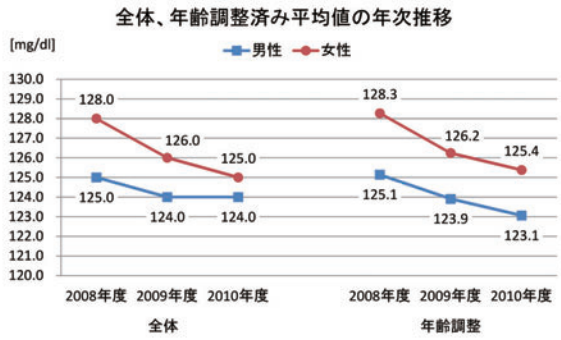
LDLの区分別割合



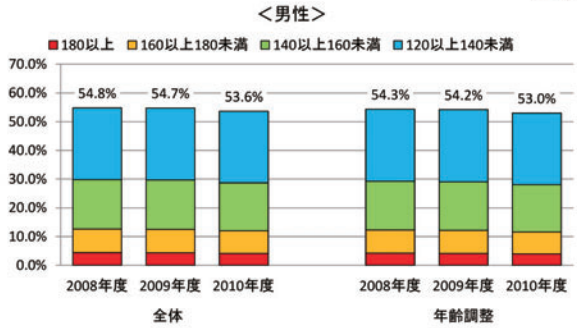


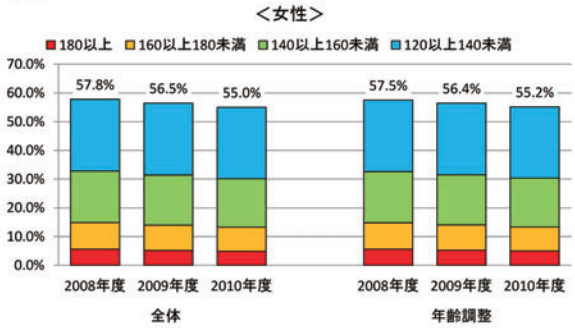
全国のLDLの状況（年次推移）





LDLの区分別割合

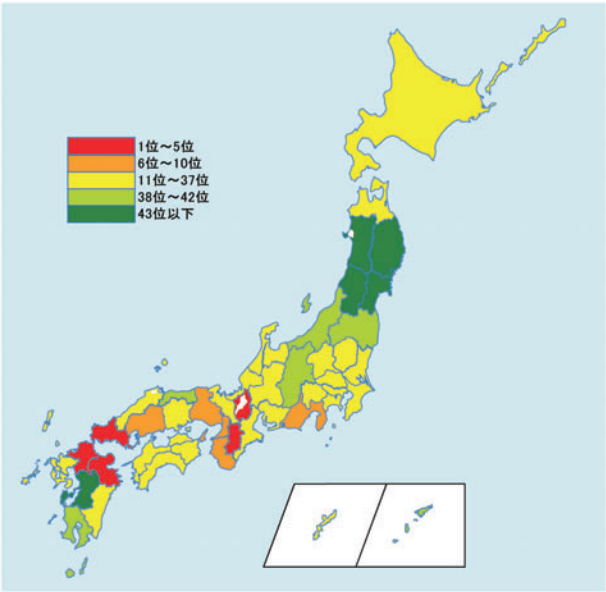




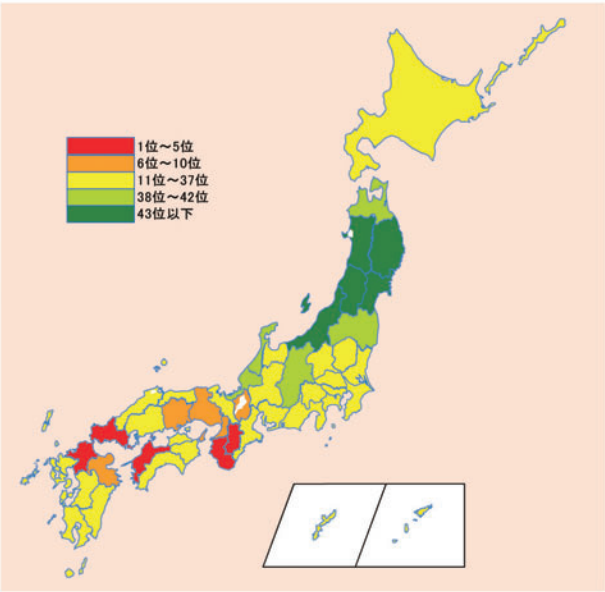
LDL高値（160mg/dl以上）の割合

（男女別年齢調整済み）　2010年

男性



女性



平成 24 年度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）
「生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究」
（追加研究）

研究代表者　津下　一代　（あいち健康の森健康科学総合センター）

研究分担者　中村　正和　（大阪がん循環器病予防センター）

宮地　元彦　（独立行政法人国立健康・栄養研究所）

村本　あき子　（あいち健康の森健康科学総合センター）

研究協力者　辻　一郎　（東北大学 公衆衛生学）

横山　徹爾　（国立保健医療科学院）

武見　ゆかり　（女子栄養大学）

中田　勝己　（福井県健康福祉部健康増進課）

四方　啓裕　（福井県嶺南振興局 若狭健康福祉センター）

愛知県健康福祉部健康担当局健康対策課

大阪府健康医療部 保健医療室 健康づくり課

DVD 資料提供　厚生労働省健康局 がん対策・健康増進課

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 研究代表者

健康日本 21（第二次）地方計画推進のために
地方自治体による効果的な健康施策展開のための既存データ（特定健診データ等）活用の手引き

発行：2013 年 3 月