

都道府県健康・栄養調査の実施について

1. 都道府県健康増進計画に盛り込む目標指標のうち 都道府県健康・栄養調査において把握する項目

(1) 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）予備軍・有病者数に関する項目

腹囲（計測）

血圧測定

血液検査（HDL-コレステロール、HbA1c）

※空腹条件による採血は、多くの場合困難。トリグリセリド及び血糖の検査値は用いない。

薬剤服用状況（問診）

(2) 健診受診率、保健指導利用率に関する項目（質問紙）

健診受診率

保健指導利用率

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を知っている人の割合

(3) 生活習慣に関連する項目

運動習慣（問診）、1日の運動量（歩数計を用いて計測）

野菜摂取量、脂肪エネルギー比率等（栄養摂取状況調査）

睡眠に関する項目、飲酒習慣、喫煙習慣（質問紙）

(4) その他必要な項目

BMI（身長、体重）（計測）

※国レベルでは、上記項目についてすべて平成18年国民健康・栄養調査において調査項目として把握する予定である。

2. 都道府県健康・栄養調査に必要な調査地区数

調査地区数は原則50単位区以上。

- 調査項目の各都道府県間比較あるいは各都道府県内の経年比較等を考慮した場合、調査結果の誤差率は10%以下が望ましい。誤差率15%以上の場合、データの信頼性を保つことが困難である。
- 内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)有病率については、30単位区で誤差率15%、50単位区で誤差率12%、70単位区で誤差率10%となる。(別紙1参照)

※国民健康・栄養調査に準じ、層化無作為抽出(クラスター抽出)を行った場合。男女30-74歳。

※協力・参考：横山徹爾「標本抽出方法及びデータ解析手法の検討」

(厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業「国民健康・栄養調査における各種指標の設定及び精度に関する研究」主任研究者 吉池信男)

指標別の誤差率と必要単位区数

指標	仮定した保有率	性別	80%の確率で目標誤差率を達成するために必要な単位区数		50%の確率で目標誤差率を達成するために必要な単位区数	
			誤差率 10%	誤差率 5%	誤差率 10%	誤差率 5%
脂肪エネルギー比率	連続変数	男女計	<5	8	<5	<5
	"	男	<5	10	<5	<5
	"	女	<5	8	<5	<5
野菜摂取量	"	男女	7	20	<5	16
	"	男	7	25	<5	18
	"	女	8	30	<5	20
日常生活における歩数	"	男女	<5	16	<5	10
	"	男	8	25	<5	20
	"	女	<5	18	<5	12
運動習慣のある者(成人)	30%	男女	35	>100	30	>100
	32%	男	70	>100	70	>100
	29%	女	45	>100	40	>100
喫煙率	25%	男女	40	>100	30	>100
	44%	男	35	>100	25	95
	11%	女	>100	>100	>100	>100
睡眠による休養が不足している者	26%	男女	30	90	20	80
	27%	男	40	>100	30	>100
	25%	女	40	>100	35	>100
大量飲酒者	-	男女	-	-	-	-
	8%	男	>100	>100	>100	>100
	-	女	-	-	-	-
肥満者の率(成人の内臓脂肪型肥満)	28%	男女	30	95	20	85
	31%	男	35	>100	30	>100
	25%	女	65	>100	65	>100
糖尿病有病者・予備群の率	34%	男女	30	>100	25	90
	32%	男	50	>100	50	>100
	34%	女	40	>100	30	>100
高血圧症有病者・予備群の率	59%	男女	14	45	8	35
	70%	男	14	45	7	35
	52%	女	25	85	20	75
内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)有病率	15%	男女	70	>100	70	>100
	17%	男	>100	>100	100	>100
	13%	女	>100	>100	>100	>100

対象年齢30～74歳

誤差率＝標準誤差÷推定値なので、例えば有病率15%で誤差率10%ならば標準誤差は15%×10%=1.5%である。

4. 国民健康・栄養調査結果と都道府県健康・栄養調査結果を併せて解析する場合の留意事項

- 国民健康・栄養調査において現在実施している都道府県別単位区数は、（別紙2）のとおりである。
- 国民健康・栄養調査と都道府県健康・栄養調査結果を併せた解析は、国民健康・栄養調査と同じ地区抽出方法及び調査手法によって実施された場合に限り可能である。
この場合、特に血液検査については、精度管理の観点から国民健康・栄養調査と同一の検査機関において分析を行う必要がある。

※例えば都道府県における国民健康・栄養調査地区が10単位区の場合
必要地区数50単位区とした場合
＝国民健康・栄養調査地区10＋都道府県健康・栄養調査地区40

都道府県別に必要な単位区数(国民健康・栄養調査も併せて解析する場合)

	追加単位区数				追加単位区数		
	平成17年 国民健康・栄養調査 実施単位区数	計50単位区の場合	計70単位区の場合		平成17年 国民健康・栄養調査 実施単位区数	計50単位区の場合	計70単位区の場合
北海道	15	35	55	滋賀県	3	47	67
青森県	3	47	67	京都府	7	43	63
岩手県	3	47	67	大阪府	23	27	47
宮城県	5	45	65	兵庫県	13	37	57
秋田県	2	48	68	奈良県	3	47	67
山形県	2	48	68	和歌山県	2	48	68
福島県	4	46	66	鳥取県	1	49	69
茨城県	6	44	64	島根県	2	48	68
栃木県	4	46	66	岡山県	4	46	66
群馬県	4	46	66	広島県	7	43	63
埼玉県	16	34	54	山口県	4	46	66
千葉県	14	36	56	徳島県	2	48	68
東京都	34	16	36	香川県	2	48	68
神奈川県	22	28	48	愛媛県	3	47	67
新潟県	5	45	65	高知県	2	48	68
富山県	2	48	68	福岡県	13	37	57
石川県	3	47	67	佐賀県	2	48	68
福井県	2	48	68	長崎県	4	46	66
山梨県	2	48	68	熊本県	4	46	66
長野県	5	45	65	大分県	3	47	67
岐阜県	4	46	66	宮崎県	3	47	67
静岡県	8	42	62	鹿児島県	5	45	65
愛知県	16	34	54	沖縄県	3	47	67
三重県	4	46	66	計	300	2050	2990

(参考)

今後の生活習慣病対策の推進について

(平成17年9月15日厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会中間とりまとめ)(抜粋)

(3)健康づくりに関する都道府県の総合調整機能の強化と都道府県健康増進計画の内容充実

- ・都道府県は、都道府県健康増進計画の策定を通じ、総合的な健康づくり施策の企画立案を行うことが求められる。
- ・また、医療保険者と市町村等の役割分担を明確にした上で、連携を一層促進していくためには、これらの関係者間の総合調整を図る者の役割が重要であり、特に職域(事業者等の労働安全衛生関係者や健康保険組合等の医療保険者等)との調整を考えれば、市町村がこれらの主体とそれぞれ調整することは困難であり、この役割を担うのは都道府県が最も適当である。

(中略)

- ・今後は、都道府県が中心となって、これらの協議組織を活用し、医療保険者、市町村等の関係者が協議した上で、共通の目標の下、それぞれの実施主体の事業内容や事業量を明確化するとともに、具体的な連携事業を推進していくことが必要である。

- ・このため、健康増進法に基づく都道府県健康増進計画の内容を充実し、

- ①「健康日本21」の代表目標項目のほか、メタボリックシンドロームの概念に対応した目標項目について、地域の実情を踏まえ、職域を含めた具体的な数値目標の設定
- ②医療保険者、市町村等の関係者の具体的役割分担と連携促進のための都道府県の総合調整機能の強化
- ③各主体の取組の進捗状況や目標の達成度の評価の徹底

といった観点から、関係者が一体となった取組を進めていくことが必要である。

- ・都道府県におけるこうした取組を支援する観点から、国は、都道府県健康増進計画改定ガイドラインを策定するほか、各地域の実情に応じた具体的な目標値設定のための現状把握や評価に資するよう、都道府県健康・栄養調査マニュアルを提示することが期待される。

- ・今後、計画改定ガイドラインの策定等に当たっては、実績としての都道府県間の地域格差をどう評価するかについて更に検討するとともに、医療計画や介護保険事業支援計画との連携を図る観点から、計画に位置付ける目標・指標の具体的項目について検討を進めるべきである。

(以下略)