

わが国の保健行政の動向について



令和4年10月6日(木)
厚生労働省健康局健康課



1 新型コロナウイルス感染症者数の変動と 保健所の体制のあり方について

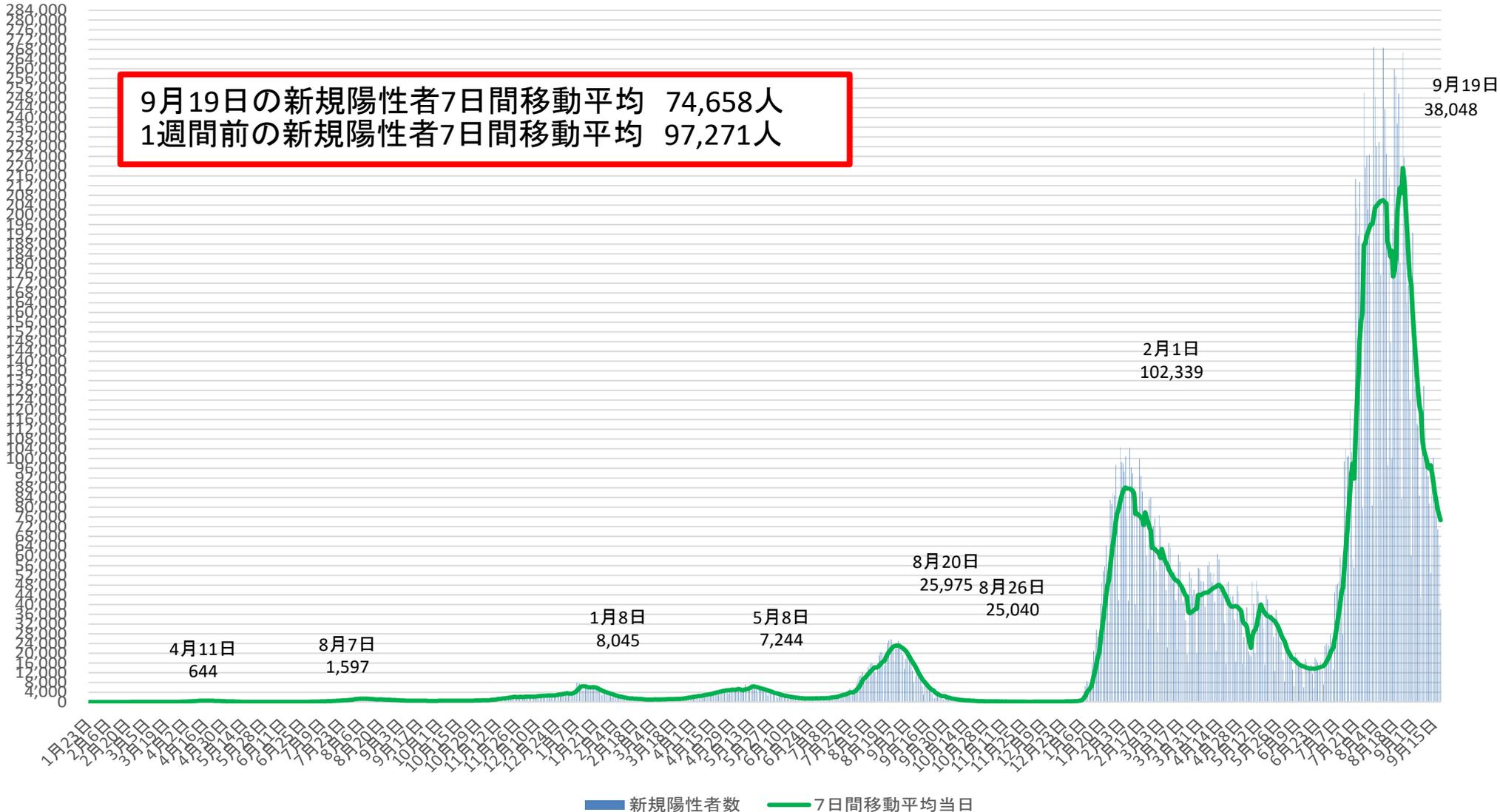
2 健康日本21

3 特定健診・保健指導

新型コロナウイルス感染症の国内発生動向

報告日別新規陽性者数

令和4年9月19日24時時点



※1 都道府県から数日分まとめて国に報告された場合には、本来の報告日別に過去に遡って計上している。なお、重複事例の有無等の数値の精査を行っている。

※2 令和2年5月10日まで報告がなかった東京都の症例については、確定日に報告があったものとして追加した。

※3 各自治体のプレスリリース及びHER-SYSデータを基に集計しているため、自治体でデータの更新が行われた場合には数値が変動することとなる。

直近の感染状況を踏まえた追加的な取組について

BA.5系統への置き換わりが進む中で、感染が急拡大している状況を踏まえて、社会経済活動をできる限り維持しながら、重症化リスクのある高齢者を守ることに重点を置いた対策を確実に実施していくため、「全体像」に基づく保健医療提供体制の確保に万全を期すとともに、追加的な取組を行う。

1. 病床の確保等

- 7月5日の都道府県に対する要請後、即応病床数は、7月6日の3.0万床から20日には3.5万床に増加。引き続き、感染状況に応じて「全体像」の最大確保病床数約5万床のフル稼働に向けた取組を要請。更に、各自治体における臨時の医療施設等の整備を促す。

2. 発熱外来自己検査の体制整備

- 症状が軽く、重症化リスクが低いと考えられる有症状者に対して、発熱外来等で抗原定性検査キットを配付し、自ら検査した結果を健康フォローアップセンター※等に連絡することをもって、発熱外来を受診することに代えて、健康観察を受ける体制の整備を図る。
※自治体が設置する医師が配置される相談窓口であって、当該医師が発生届を提出。

3. 医療機関・保健所の負担軽減

- 都道府県等において、体調悪化時等に連絡ができるコールセンターを設置し、その連絡先を診療した医療機関等で患者に伝える等、患者に連絡先を伝達する体制が構築されている場合に、下記の対応を可能とする。
 - ① 65歳以上及び65歳未満の重症化リスクのある者を除き、感染症の発生届（ハース）の届出時の入力事項を最小化する。
 - ② 重症化リスクの低い方の健康観察について、本人からの体調悪化等の連絡があった場合に健康観察を行う。

4. 濃厚接触者の待機期間の短縮等

- 濃厚接触者の待機期間を7日間から5日間に短縮する。（抗原定性検査で2日目と3日目に2回続けて陰性を確認した場合、3日目に解除）
※7日間を経過するまでは、検温などご自身による健康状態の確認等を行っていただく。
- 家庭内や医療機関・高齢者施設等を除き、濃厚接触者の特定・行動制限を行わないことを徹底する。

5. 財政支援の延長

- 7月末を期限としていた医療機関等への各種財政支援措置の特例について、当面9月末まで延長する。

6. ワクチン

- ワクチンの3回目接種（自治体への更なる働きかけ、好事例の横展開等）、4回目接種（高齢者施設等における接種促進、接種対象者の医療従事者等への拡大を促進する。

7. 治療薬

- 他の治療薬が投与できない場合の選択肢として投与が可能となった中和抗体薬口ナブリーブの活用を図る。

新型コロナウイルス患者の発生届の簡略化

- 現在、BA.5系統へ置き換わりが進む中で、感染が急拡大しており、療養者数は増加し、病床使用率も総じて上昇傾向にある。また、在宅で療養する軽症や無症状の者が増加するとともに、濃厚接触者が急増し、社会機能維持に影響が生じかねない地域も出てきている。
- 15日に決定した「BA.5系統への置き換わりを見据えた感染拡大への対応」においてお示ししている、医療への負荷に直結する重症化リスクのある高齢者を守ることに重点をおいた対策を確実に実施していくため、これまでも実施している保健所等による在宅療養者の健康観察の重点化を更に推し進め、保健所等の体制を重症化リスクのある者への対応に最大限振り向けることを目指す。

1. 発生届の簡略化

➤ 都道府県等において、体調悪化時等に確実に繋がる健康フォローアップセンター等を設置していることを確認した場合に以下の対応を可能とする。

①65歳以上の高齢者及び65歳未満の重症化リスクのある者(※)：従前どおり実施

※ 2月9日の事務連絡で示している重点対象者(40歳以上65歳未満の者のうち、重症化のリスク因子となる疾病等を複数持つ者又は妊娠している方)を基本として、自治体で決定

②上記以外の者：氏名・性別・生年月日・連絡先・診断日の記入で提出可能

2. 健康観察の重点化

➤ 健康観察については、2月9日に重症化リスクの高い者に重点的に実施することをお示ししており、これらの者を確実に健康観察を行う観点から、以下のとおり更に重点化を進める。

①65歳以上の高齢者及び65歳未満の重症化リスクのある者に対しては、従前通り、MyHER-SYSの活用等により適切に健康観察を実施。

②上記以外の者に対しては、健康フォローアップセンター等を設置し、その連絡先を陽性者に確実に伝達する仕組みが整っている場合は、当該センターが陽性者本人からの体調悪化の相談に応じ、健康観察を実施。

新型コロナウイルス感染症 発生届

報告年月日 2 0 年 月 日

診断(検出)した年(西暦)の欄(※)

1. 患者(確定例)、2. 無症状発症者、3. 軽症発症者(※1)、4. 重症化リスクのある者(※2)の欄に記入する

性別(※)

1. 男、2. 女、3. その他

生年月日(西暦)

※3 月日は0を記入し、右側に記入

連絡先電話番号(※4)

※4 届出時点で当該者が居住している住所を記入

基礎疾患等(※5)

※5 電話番号は、連絡が取りうる番号(※6)を記載し、左側に記入(ハイフンは不要)

※6 保護者氏名および電話番号は、患者が未成年の場合のみ記入

診断(検出)年月日

※7 発症(検出)年月日は、診断(検出)年月日を入力

ワクチン接種回数(※8)

※8 接種回数(※9)は、接種(検出)年月日を入力

基礎疾患等(※10)

※10 基礎疾患(※11)は、診断(検出)年月日を入力

届出時点の症状等(※12)

※12 届出時点の症状等(※13)は、診断(検出)年月日を入力

届出時点の入院の要否(※14)

※14 届出時点の入院の要否(※15)は、診断(検出)年月日を入力

1. 要、2. 不要

1. ②の者は届出時省略可(ワクチン接種回数除く)

ワクチン接種回数以外のワクチン接種の詳細

基礎疾患等の詳細

届出時点の症状等

新型コロナウイルス感染症に係る発生届の限定について（緊急避難措置）

- 現下の感染拡大への対応については、重症化リスクのある高齢者を守ることに重点を置いて、効果が高いと見込まれる感染対策に、国・地方が連携して機動的・重点的に取り組むこととしている。
- 現在の感染状況によって、感染症法に基づく医師の届出（発生届）に係る事務負担が増加し、適切な医療の提供等が難しくなっているとの声があることから、**発熱外来や保健所業務が極めて切迫した地域において、緊急避難措置として、発生届を重症化リスクのある方に限定**することを可能とする。
 （ただし、感染動向を追えなくならないよう、陽性者数の総数の把握は簡便な形で継続する）
- 具体的には、**都道府県から厚生労働大臣に届出があった場合には、感染者数の総数と年代別の総数を毎日公表していただくことを前提に、当該都道府県の新型コロナウイルス感染症の届出の対象を限定**する。
 ⇒ 改正省令・告示を速やかに公布し、厚生労働大臣に届け出た都道府県から順次、実施可能とする予定。
 ※届出の対象者は健康観察を実施。届出対象とならない方は、健康フォローアップセンター等に連絡・相談が可能。
 ※全国ベースでの全数届出の見直しについても、感染状況の推移等を見極めた上で検討。

都道府県知事

以下のいずれにも該当する場合、厚生労働大臣に対し、その旨を届け出ることができる。

※あらかじめ、保健所設置市等の長の意見を聴いた上で届出。

- ①届出に関する事務を医師及び自治体が処理することとした場合に患者が良質かつ適切な医療を受けることが困難になるおそれがあると認める場合
- ②当該都道府県知事が、新型コロナウイルス感染症の患者を診断した医師の報告に基づき、日ごとの当該患者の総数及び日ごとの当該患者の年代別の総数を毎日公表する場合

厚生労働大臣

都道府県知事から届出を受けたときは、当該都道府県の名称を告示する。

厚生労働大臣が告示した都道府県では、当分の間、感染症法第12条に基づく発生届の対象を限定する。

- 発生届の重点化**
- ①65歳以上の方
 - ②入院を要する方
 - ③重症化リスクがあり、コロナ治療薬の投与又は酸素投与が必要と医師が判断する方
 - ④妊婦の方

新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた 次の感染症危機に備えるための対応の具体策（概要）

令和4年9月2日
新型コロナウイルス感染症対策本部

- 次の感染症危機に備え、感染の初期段階から、より迅速に、より効果的に対策を講ずるための司令塔機能の強化や保健・医療提供体制等の方向性を本年6月に決定したところ、本決定に係る具体的対応を以下のとおり定めるとともに、今後、更に内容等の詳細を検討し、法律案を順次国会に提出する。

1. 次の感染症危機に備えた感染症法等の改正

(1) 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等〔感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等〕

i 平時からの計画的な保健・医療提供体制の整備と感染症発生・まん延時における確実な医療の提供

感染症法に基づき都道府県が定める**予防計画**に沿って、医療機関等と、**病床や発熱外来等**に関する**協定を締結**（**公立・公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務付け、その他の病院との協定締結を含めた都道府県医療審議会における調整の枠組みを創設**）する仕組みを法定化。保険医療機関等は、国・地方公共団体が講ずる措置に協力。都道府県等は、医療関係団体に対し協力要請できる。

初動対応を行う協定締結医療機関に対して**流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置**（流行初期医療確保措置）を実施。協定の履行状況等の公表、協定に沿った対応をしない医療機関等への**勧告・指示・公表**（特定機能病院及び地域医療支援病院については指示に従わない場合は**承認取消**）を行う。

（注）流行初期医療確保措置：診療報酬の上乗せや補助金による支援が充実するまでの暫定的な支援。公費とともに、保険としても負担

ii 自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保

自宅療養者等への健康観察の医療機関等への委託を法定化。健康観察や食事の提供等の生活支援について市町村に協力を求め、**都道府県・市町村間の情報共有**を推進。宿泊施設確保のための協定を締結する仕組みを法定化。**外来・在宅医療の公費負担制度**を創設する。

iii 広域での医療人材派遣の仕組みの創設等

国による広域での医療人材の派遣や患者搬送等の調整の仕組み、都道府県間の医療人材派遣の仕組みを創設。都道府県知事の求めに応じて派遣される医療人材（**DMAT**等）の養成・登録の仕組みを整備する。

iv 地域における関係者間の連携強化と行政権限の見直し

都道府県、保健所設置市、特別区その他関係者で構成する**連携協議会**を創設、緊急時の入院勧告・措置について都道府県知事の指示権限を創設する。

v 保健所の体制・機能の強化

保健師等の専門家が**保健所業務を支援する仕組み**（IHEAT）を整備、都道府県、保健所設置市、特別区は、**地方衛生研究所**等、専門的知識・技術を必要とする調査研究・試験検査等を行うための体制を整備する。

vi 情報基盤の強化と医薬品等の研究開発促進

医療DXの取組との整合性を図りつつ、医療機関による**発生届の電磁的入力**や入院患者の重症度等に係る届出等を強力に推進、レセプト情報等との**連結分析**、匿名化の上**第三者提供**を可能とする仕組みを整備する。

vii 感染症対策物資等の確保の強化

医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時の国から**事業者への生産要請・指示、必要な支援**等とともに、平時から事業状況の報告を求めることができる仕組みを整備する。

※ 新たに創設する事務に関し都道府県等で生じる費用は、国が法律に基づきその一定割合を適切に負担

(2) 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等〔予防接種法、特措法等〕

i **厚生労働大臣が都道府県知事又は市町村長に指示し、臨時接種**を行う仕組みを整備（費用は国負担）。医療DXの取組の一環として、個人番号カードによる接種対象者の確認の仕組みを導入するほか、予防接種の有効性・安全性の調査・研究のための**データベースを整備**する。

ii 感染症発生・まん延時、厚生労働大臣及び都道府県知事の要請により、**医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種**を行うことができる仕組みを整備する。

(3) 水際対策の実効性の確保〔検疫法等〕

感染したおそれのある者に**居室等での待機を指示**できるとし、待機状況の報告に応じない場合等の罰則を創設する。

○ **速やかに必要となる法律案の提出を図る。**

2. 新型インフルエンザ等対策特別措置法の効果的な実施

- **法に基づく要請については科学的エビデンスを十分踏まえたものとし、国民の納得を得られるようにするため、説明の充実・強化を図るとともに、要請等の実効性の向上策について、引き続き検討を進める。**
- **政府対策本部設置時から、国・地方を通じて迅速な措置を講じ得るようにするとともに、クラスターの発生等により行政機関が機能不全とならないよう備えを拡大する。**
- **地方公共団体が感染拡大防止措置に係る財源を確保しやすくなるよう、地方債の特例規定の創設を含め必要な措置を検討する。**
- **まん延防止等重点措置や緊急事態措置に関する新型インフルエンザ等の病状要件について、重篤な症例の発生頻度以外の考慮対象について検討する。**
- **必要となる法律案を次期通常国会に提出することを目指す。**

3. 次の感染症危機に対応する政府の司令塔機能の強化

- 感染症対応に係る司令塔機能を担う組織として「**内閣感染症危機管理統括庁（仮称）**」を設置し、**感染症対応に係る総合調整を、平時・有事一貫して所掌する。総理・官房長官を直接助ける組織として内閣官房に設置し、長は官房副長官クラス、内閣官房副長官補を長の代行とし、厚生労働省の医務技監を次長相当とする等、必要な体制を整備する。**
- **統括庁は、平時から、感染症危機を想定した訓練、普及啓発、各府省庁等の準備状況のチェック等を行う。**
- **緊急事態発生時は初動対応を一元的に担う。**（内閣危機管理監と連携して対応。）
- **特措法適用対象となる感染症事案発生時は、同法の権限に基づき、各府省庁等の対応を強力に統括する。**各府省庁の幹部職員を庁と兼務させる等により、**政府内の人材を最大限活用する。**これら有事の際の招集職員はあらかじめPMT化し十分な体制を確保する。
- **平時・有事を通じて、4. に掲げる厚生労働省の新組織とは密接な連携を保ち、感染症対応において中核的役割を担う厚生労働省との一体的な対応を確保する。**
- **必要となる法律案を次期通常国会に提出し、令和5年度中に設置することを目指す。**

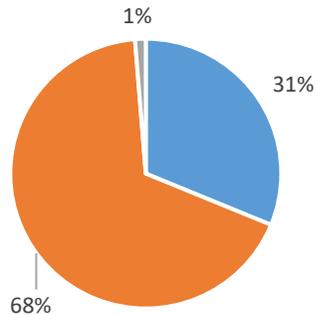
4. 感染症対応能力を強化するための厚生労働省の組織の見直し

- 厚生労働省における平時からの感染症対応能力を強化するため、健康局に「**感染症対策部（仮称）**」を設置し、内閣感染症危機管理統括庁（仮称）との連携の下、**平時からの感染症危機への対応準備に係る企画立案や、感染症法等に係る業務を行う。**
- 国立感染症研究所と国立研究開発法人国立国際医療研究センターを統合し、**感染症等に関する科学的知見の基盤・拠点、国際保健医療協力の拠点、高度先進医療等の総合的な提供といった機能を有する新たな専門家組織を創設する。**
- 上記の感染症対応能力の強化とあわせて、厚生労働省から、**食品衛生基準行政を消費者庁へ、水道整備・管理行政を国土交通省（水質基準の策定等については環境省）へ移管する。**
- **必要となる法律案を次期通常国会に提出し、感染症対策部の設置及び厚生労働省の一部業務移管は令和6年度の施行、新たな専門家組織の創設については令和7年度以降の設置を目指す**（感染症等に関する科学的知見の基盤整備は、感染症法等の改正も反映させつつ早期に取り組む。）。

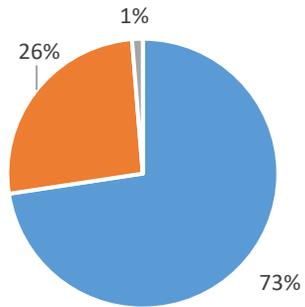
保健所体制の確保状況調査結果より

外部委託、都道府県による一元化の実施状況

発生届入力



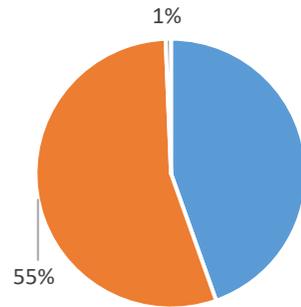
健康観察



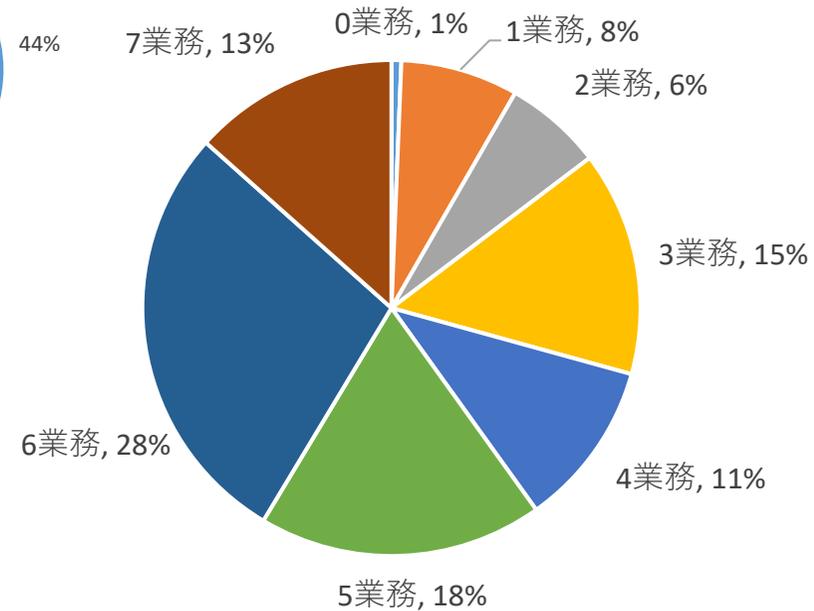
電話相談



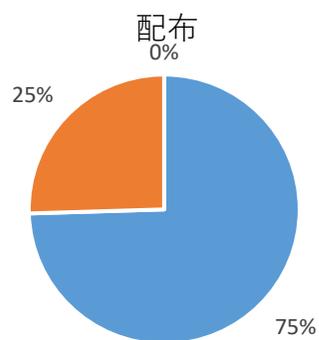
証明書発行



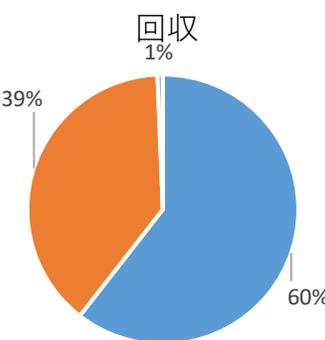
自治体において外部委託または一元化している業務の数 (n=157)



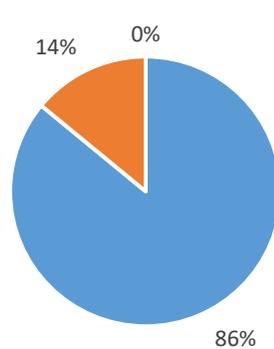
パルスオキシメーター



パルスオキシメーター



配食



半数以上の自治体で、5業務以上を外部委託または一元化している

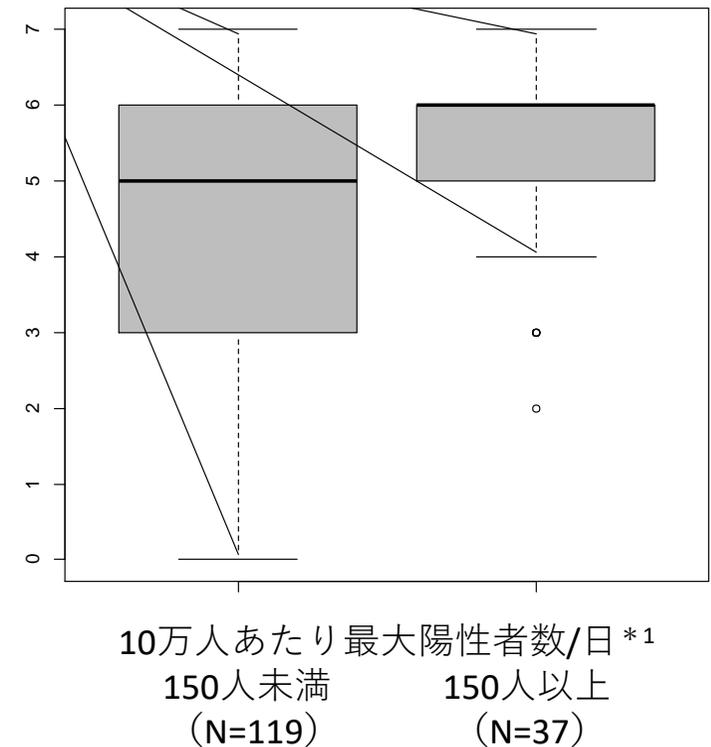
保健所体制の確保状況調査結果より

感染状況ごとの外部委託、都道府県による一元化の状況

外部委託または
一元化している
業務数

	外部委託または 一元化業務数 中央値（四分位）
10万人あたり最大陽性 者数150人未満*1	5.0 (3.0-6.0)
10万人あたり最大陽性 者数150人以上*1	6.0 (5.0-6.0)

p -value = 0.005



*1 オミクロン株による感染拡大時

陽性者数が多い自治体では、外部委託または一元化している業務数が有意に多い

体制確保に関するヒアリング

【目的】

- ・ 新型コロナウイルス感染症対応に係る体制確保の状況を確認する（アンケート調査では見えてこない実態など）。
- ・ 好事例があれば参考とする。
- ・ 今後の保健所体制のあり方を検討する上での参考とする。

【実施】

- ・ 都道府県単位（都道府県、保健所設置市、保健所）
- ・ 6月6日～7月6日、全都道府県のフォローアップ終了

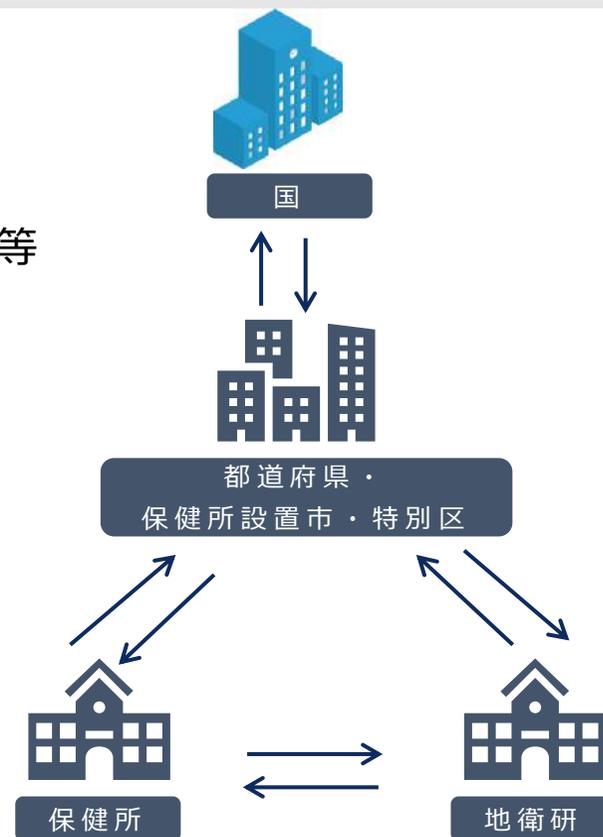
今後の保健所の体制のあり方について

今般の新型コロナウイルス感染症に係る保健所の対応を振り返りつつ、今後の体制のあり方について総合的に検討を行う。また、その際の地方衛生研究所との連携体制等について、実態を把握する。

〔 令和4年度厚生労働省委託事業「地方衛生研究所の在り方に関する調査等」
委託先：PwCコンサルティング合同会社 〕

保健所における課題

- 平時・有事（初動・長期化）
平時から有事への切り替え、業務の一元化・外部委託等
- 人材確保・人材育成
- 情報通信の活用・調査研究機能
- リスクコミュニケーション
- 医療と保健の連携
- 健康危機管理体制
- 組織体制
- その他



今後の保健所の体制のあり方について

保健所の実態把握のための調査

■課題に対する実態把握のため、以下の調査を実施する。

保健所体制及び保健所における検査体制に関する調査

- 目的：保健所体制及び保健所における検査体制を把握・分析し、国の施策に反映させること
- 対象：全ての保健所(468カ所)
- 配布：5月27日(金)
- 提出期限：6月10日(金)
- 主な事項：
- 保健所体制（施設基盤、組織運用・管理等）
 - 検査（実施状況、マニュアル、人員体制、地衛研との役割等）

保健所等体制に関する調査

- 目的：保健所体制を把握・分析し、国の施策に反映させること
- 対象：北海道、埼玉県、千葉県、神奈川県、東京都、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、広島県、福岡県、沖縄県（計12都道府県）の都道府県・保健所設置市・特別区の本庁および保健所
- 調査票配布：6月13日(月)
- 提出期限：6月27日(月)
- ヒアリング：7月26日(火)～(調整中)
- 主な事項：
- 組織運営・管理、人材育成、保健所業務、連携等

保健師の人材確保・人材育成の状況等に関する調査

- 目的：保健師の人材確保・人材育成を把握・分析し、国の施策に反映させること
- 対象：都道府県、保健所設置市、特別区（計157自治体）の統括保健師
- 配布：6月15日(水)
- 提出期限：6月29日(水)
- 主な事項：
- 統括保健師の現状配置状況、求められる能力や役割等
 - 保健師の人材確保・人材育成実施状況、キャリアラダー策定状況等

1 新型コロナウイルス感染症者数の変動と 保健所の体制のあり方について

2 健康日本21

3 特定健診・保健指導

我が国における健康づくり運動

1980
1990
2000
2012

S53～ 第1次国民健康づくり
健康診査の充実
市町村保健センター等の整備
保健師などのマンパワーの確保

S63～ 第2次国民健康づくり
～アクティブ80ヘルスプラン～
運動習慣の普及に重点をおいた対策
(運動指針の策定、健康増進施設の推進等)

H12～ 第3次国民健康づくり
～健康日本21～
一次予防の重視
健康づくり支援のための環境整備
具体的な目標設定とその評価
多様な実施主体間の連携

H25～ 第4次国民健康づくり
～健康日本21(第2次)～



- H15 健康増進法の施行**
- H17 メタボ診断基準 (関係8学会)
- H17 今後の生活習慣病対策の推進について (中間とりまとめ)
- H18 医療制度改革関連法の成立
- H19 健康日本21中間評価報告書
- H20 特定健診・特定保健指導 開始
- H23 「スマート・ライフ・プロジェクト」開始**
- H30 健康日本21(第2次) 中間評価
- H30 健康増進法の改正 <受動喫煙対策強化>

健康日本21（第二次）の概要

健康増進法 第7条 厚生労働大臣は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針を定めるものとする。

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針

(平成24年厚生労働省告示第430号)

二十一世紀における第二次国民健康づくり運動：健康日本21（第二次）

健康の増進に関する基本的な方向

- ① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- ② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）
- ③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- ④ 健康を支え、守るための社会環境の整備
- ⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

健康日本21（第二次）の概念図

全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現

①

健康寿命の延伸・健康格差の縮小

生活の質の向上

社会環境の質の向上

②

生活習慣病の発症予防・重症化予防

③

社会生活機能の維持・向上

社会参加の機会の増加

④

健康のための資源（保健・医療・福祉等サービス）へのアクセスの改善と公平性の確保

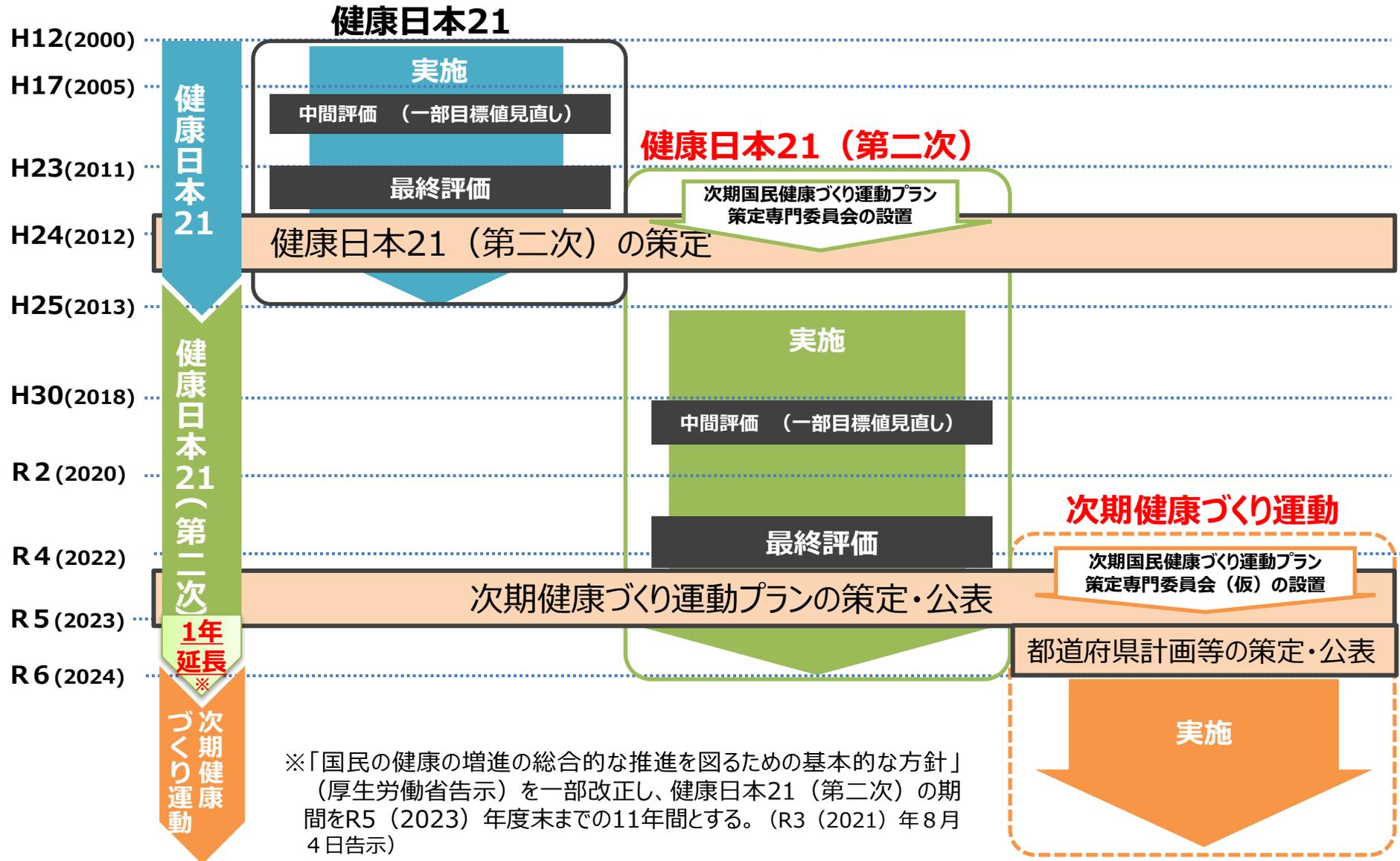
生活習慣の改善
(リスクファクターの低減)

⑤

社会環境の改善

健康日本21（第二次）に関する具体的な取組

最終評価及び次期国民健康づくり運動プランの検討スケジュール

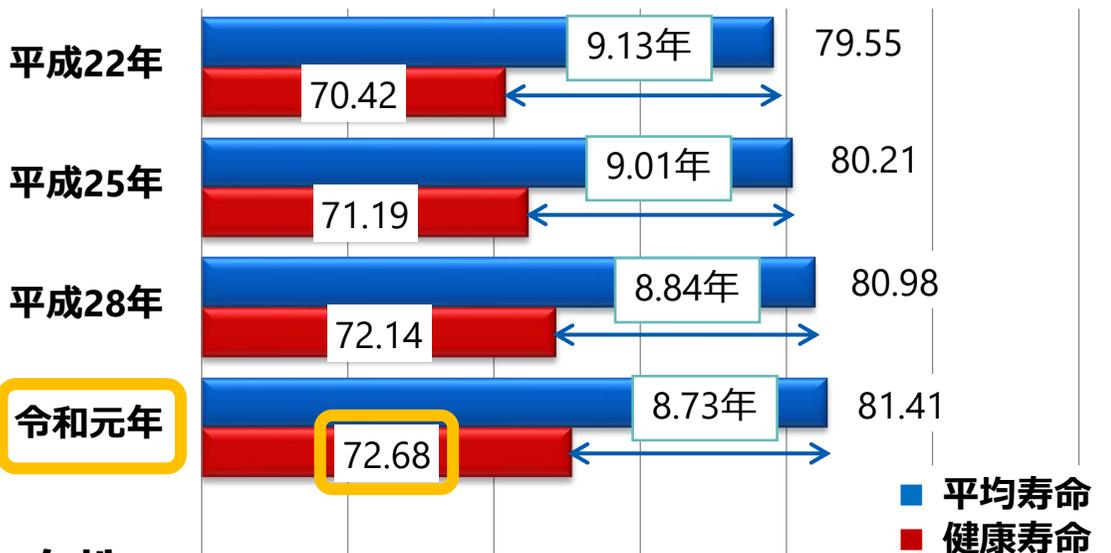


健康日本21(第二次)最終評価について(暫定)

項目	策定時	目標	直近値
健康寿命	男性：70.42年 女性：73.62年 (2010年)	延伸 (2022年)	男性：72.68年 女性：75.38年 (2019年)
健康寿命の 都道府県差	男性：2.79年 女性：2.95年 (2010年)	縮小 (2022年)	男性：2.33年 女性：3.90年 (2019年)
脳血管疾患・ 虚血性心疾患の年 齢調整死亡率 (10万人当たり)	脳血管疾患 男性：49.5 女性：26.9 (2010年)	男性：41.6 女性：24.7 (2022年)	男性：33.2 女性：18.0 (2019年)
	虚血性心疾患 男性：37.0 女性：15.3 (2010年)	男性：31.8 女性：13.7 (2022年)	男性：27.8 女性：9.8 (2019年)

健康寿命の推移

男性



女性

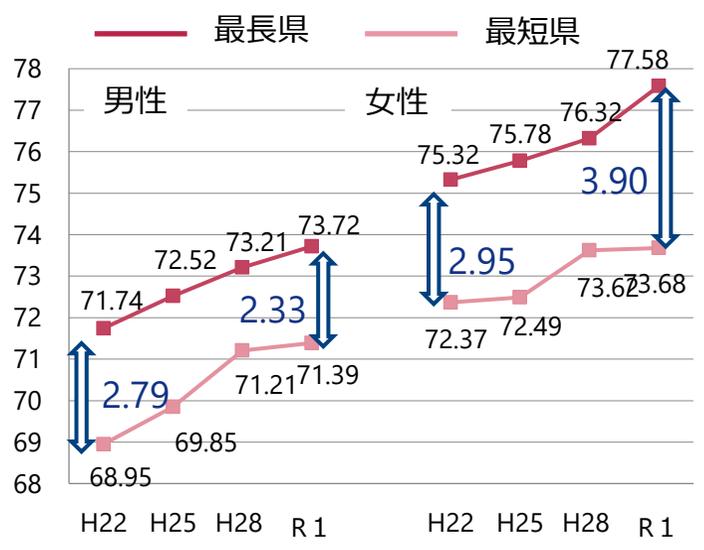


○ 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

H22からの増加分	男性	女性
健康寿命	+2.26	+1.76
平均寿命	+1.86	+1.15

○ 都道府県格差※の縮小

※日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差

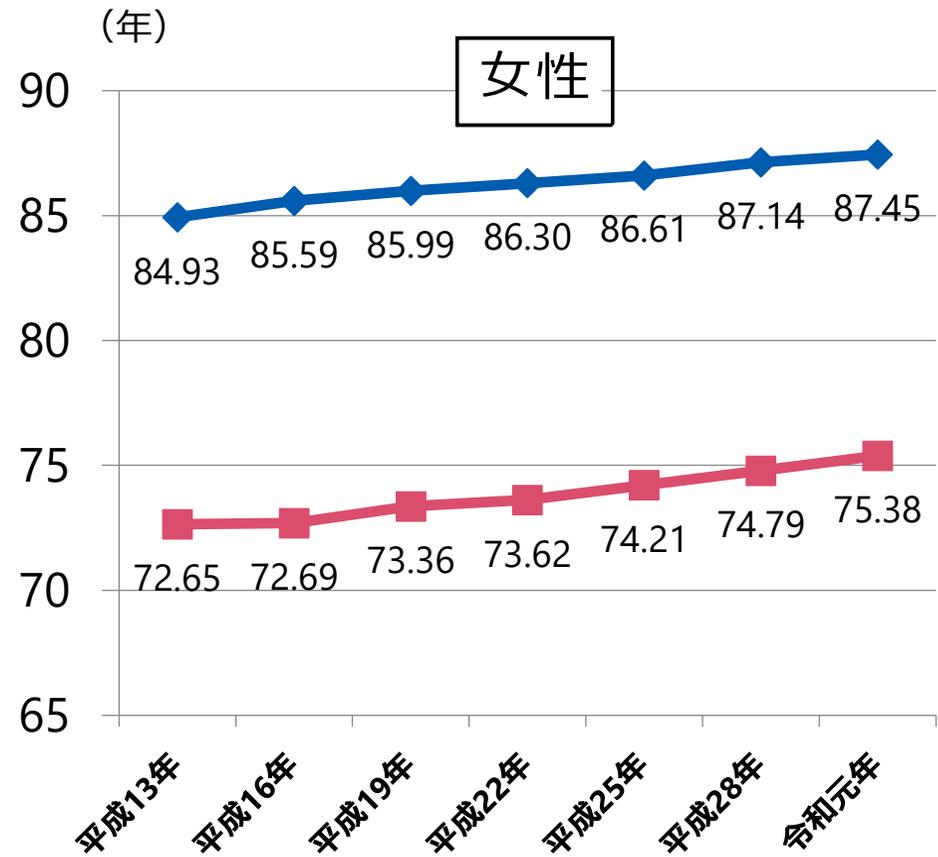
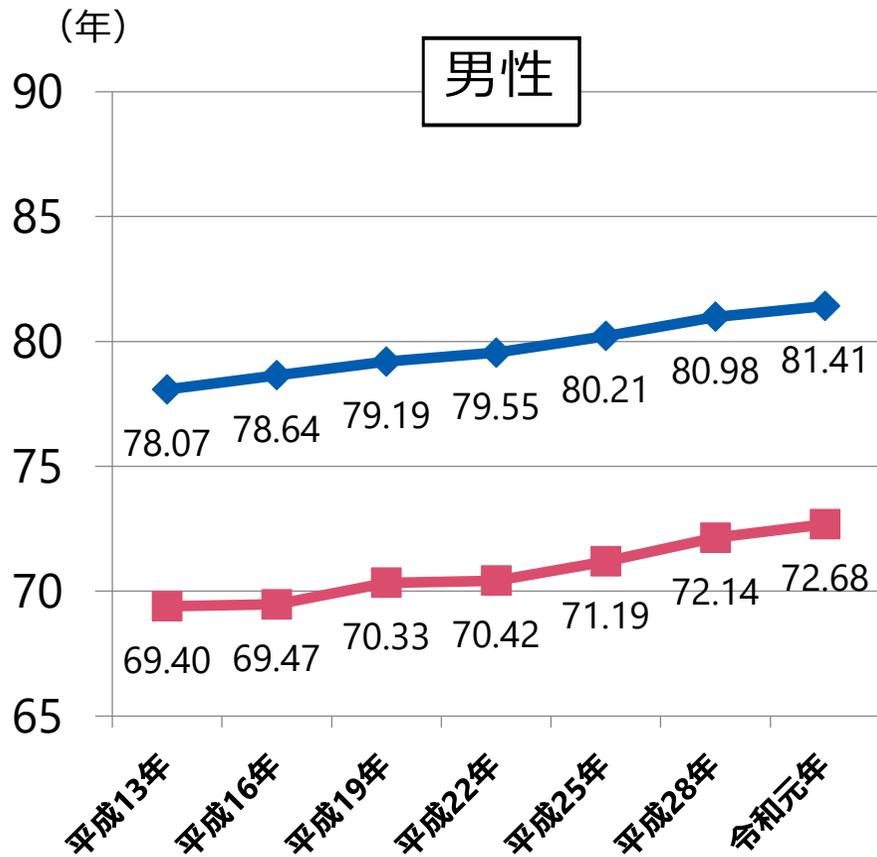


※厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」
「健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）において算出
■健康日本21（第二次）の目標：平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（令和4年度）
■健康寿命延伸プランの目標：健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、75歳以上とする（2040年）

○平均寿命:厚生労働省「平成22年完全生命表」
「平成25年/平成28年/令和元年簡易生命表」
○健康寿命:厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年簡易生命表」
厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年人口動態統計」
厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年国民生活基礎調査」※
総務省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年推計人口」より算出
※平成28年（2016）調査では熊本県は震災の影響で調査なし。

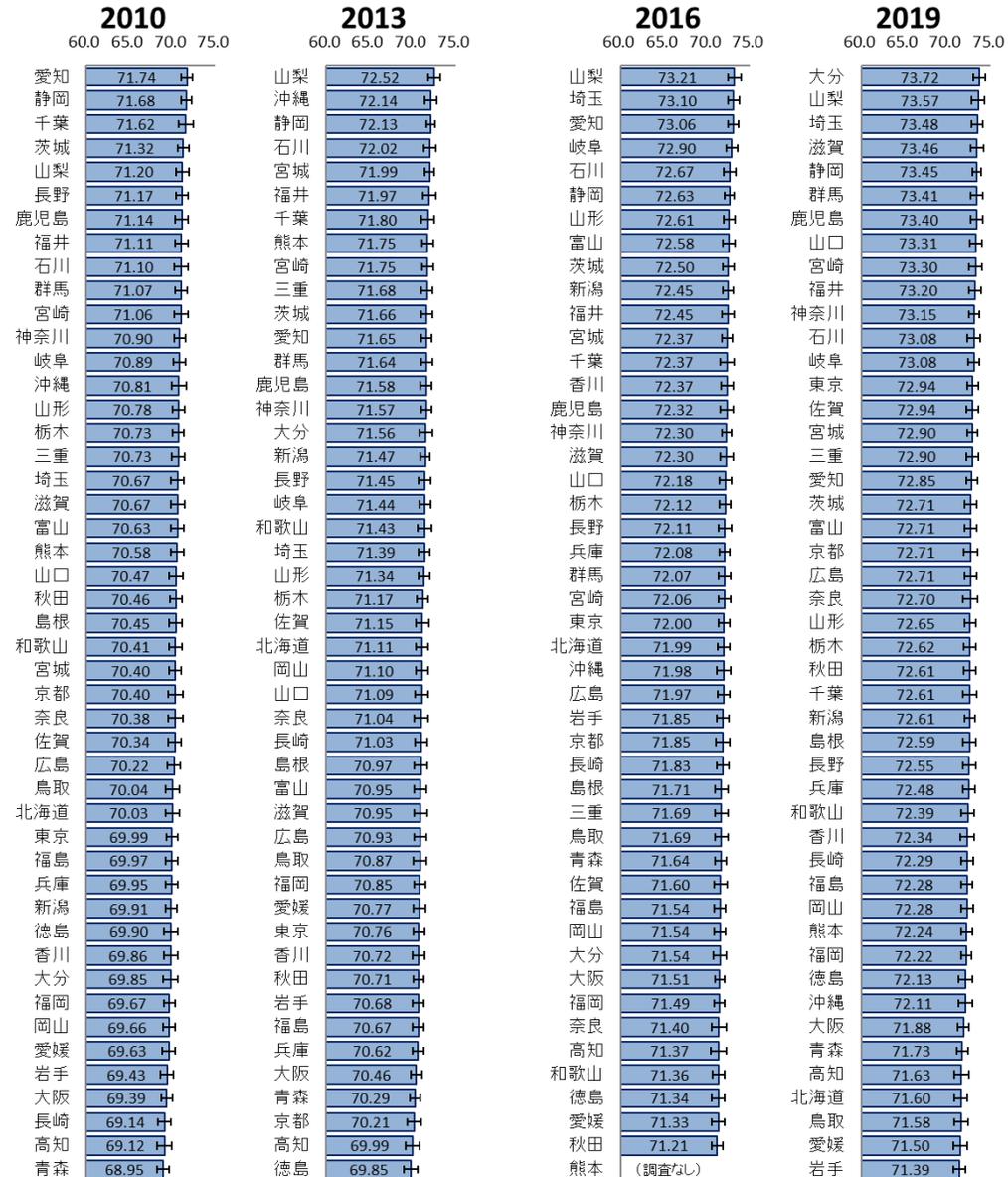
平均寿命と健康寿命の推移

◆ 平均寿命 ■ 健康寿命



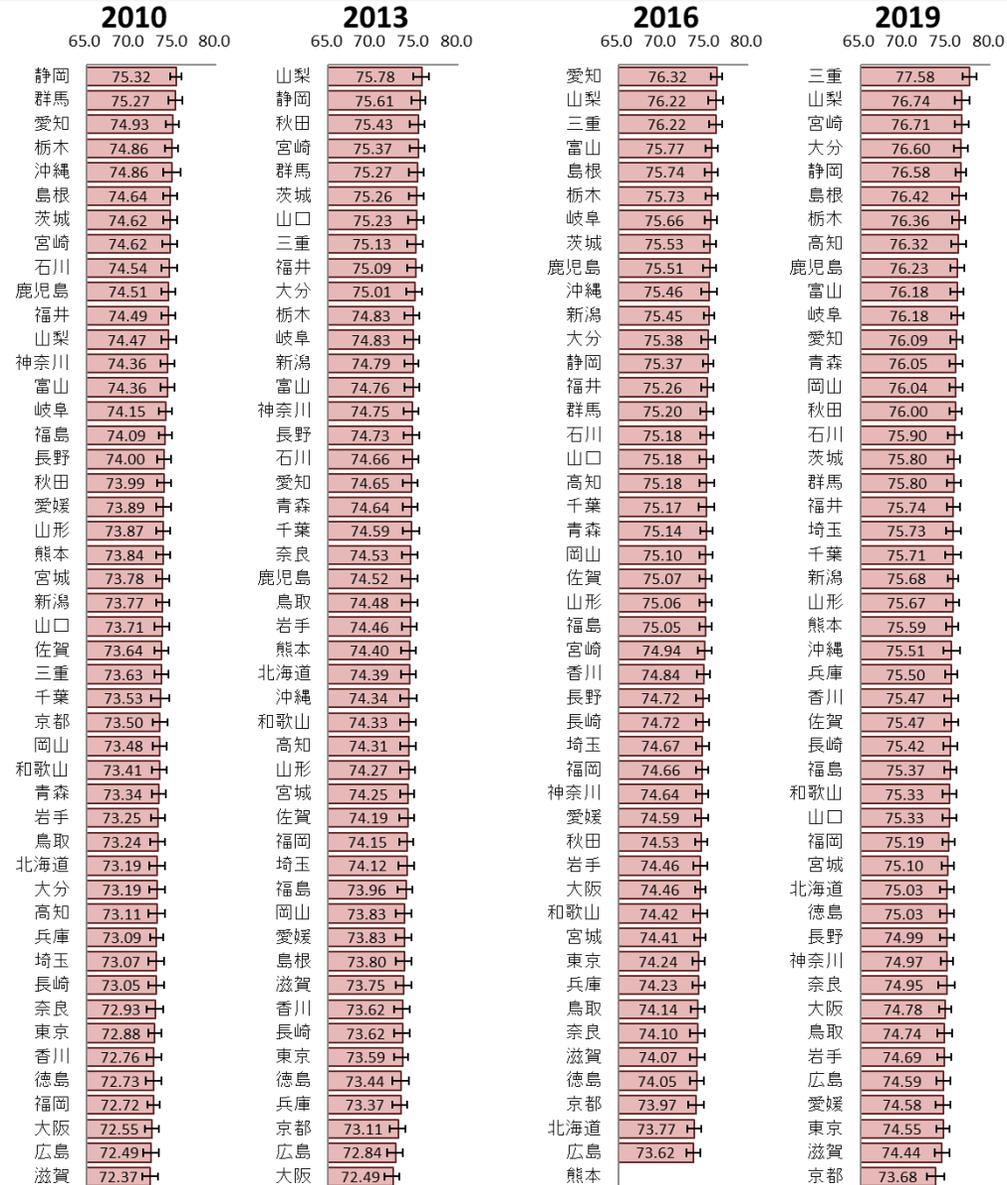
【資料】平均寿命：平成13・16・19・25・28・令和元年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」

都道府県別の健康寿命（男性）



※図の誤差範囲は95%信頼区間を示した。健康寿命の算出においては算出上の誤差が含まれるため、数値間の比較においては95%信頼区間も考慮して検討する必要がある。

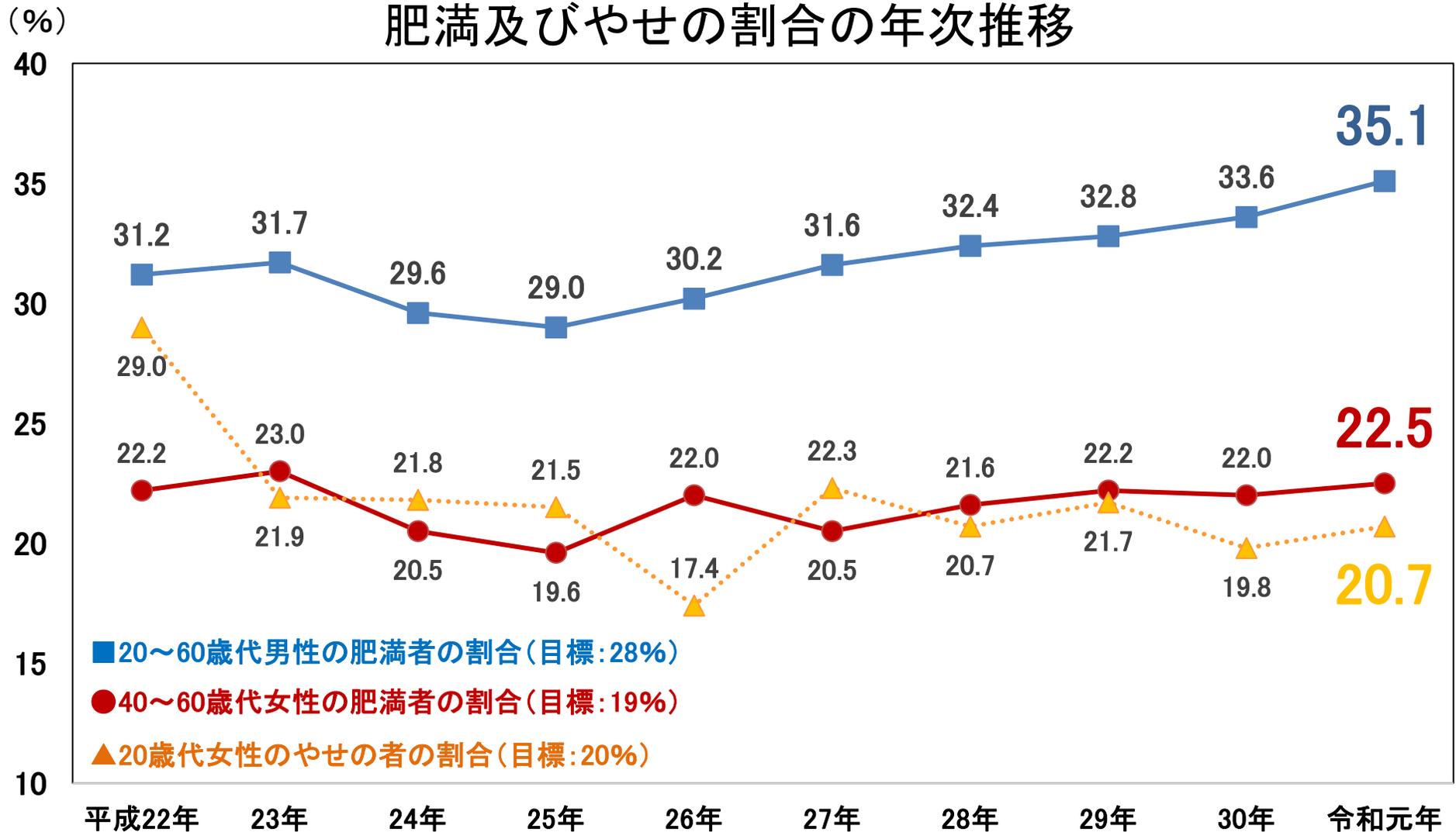
都道府県別の健康寿命（女性）



※図の誤差範囲は95%信頼区間を示した。健康寿命の算出においては算出上の誤差が含まれるため、数値間の比較においては95%信頼区間も考慮して検討する必要がある。

適正体重を維持している者の増加

肥満及びやせの割合の年次推移

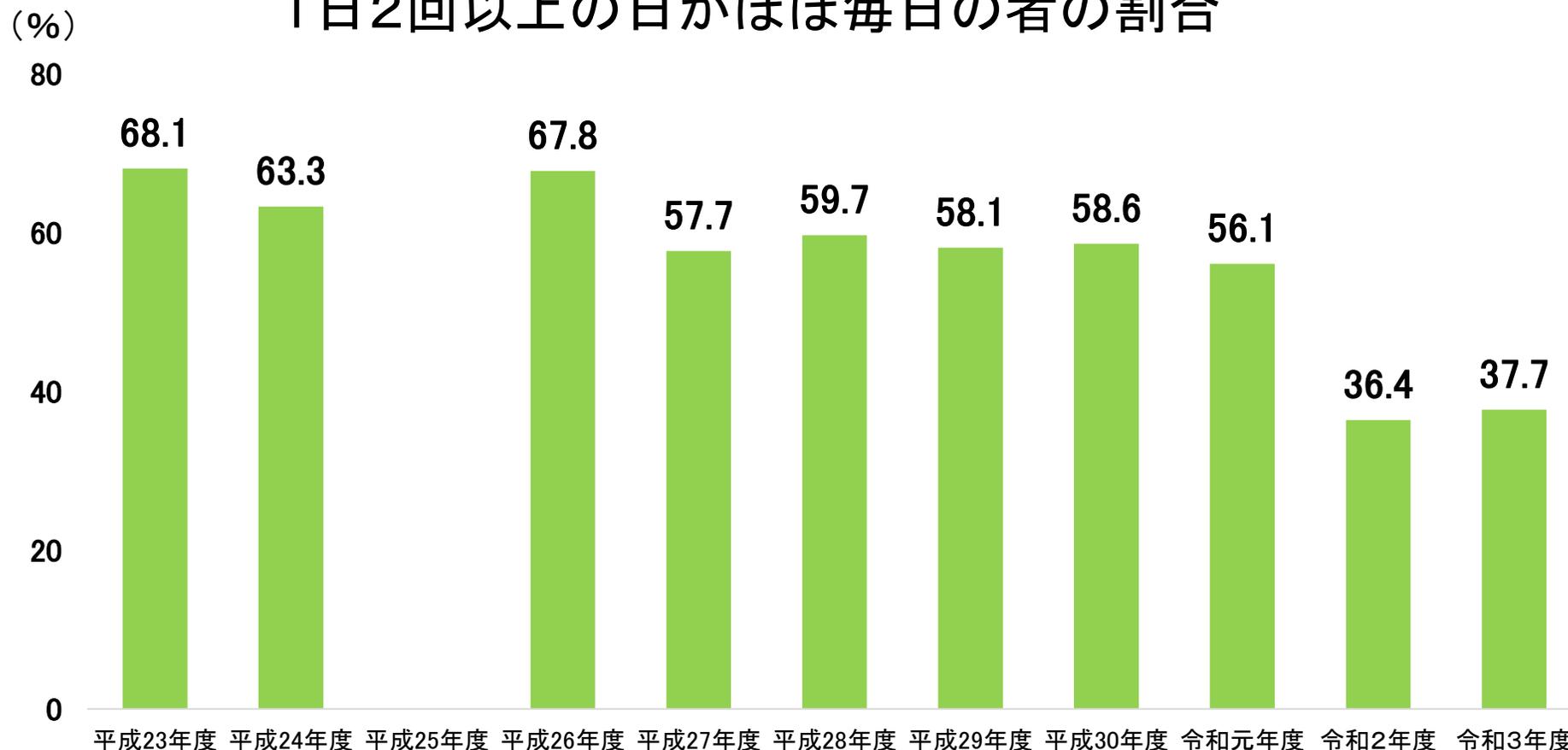


※平成24年、28年は全国補正值。

資料: 厚生労働省「国民健康・栄養調査」

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

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

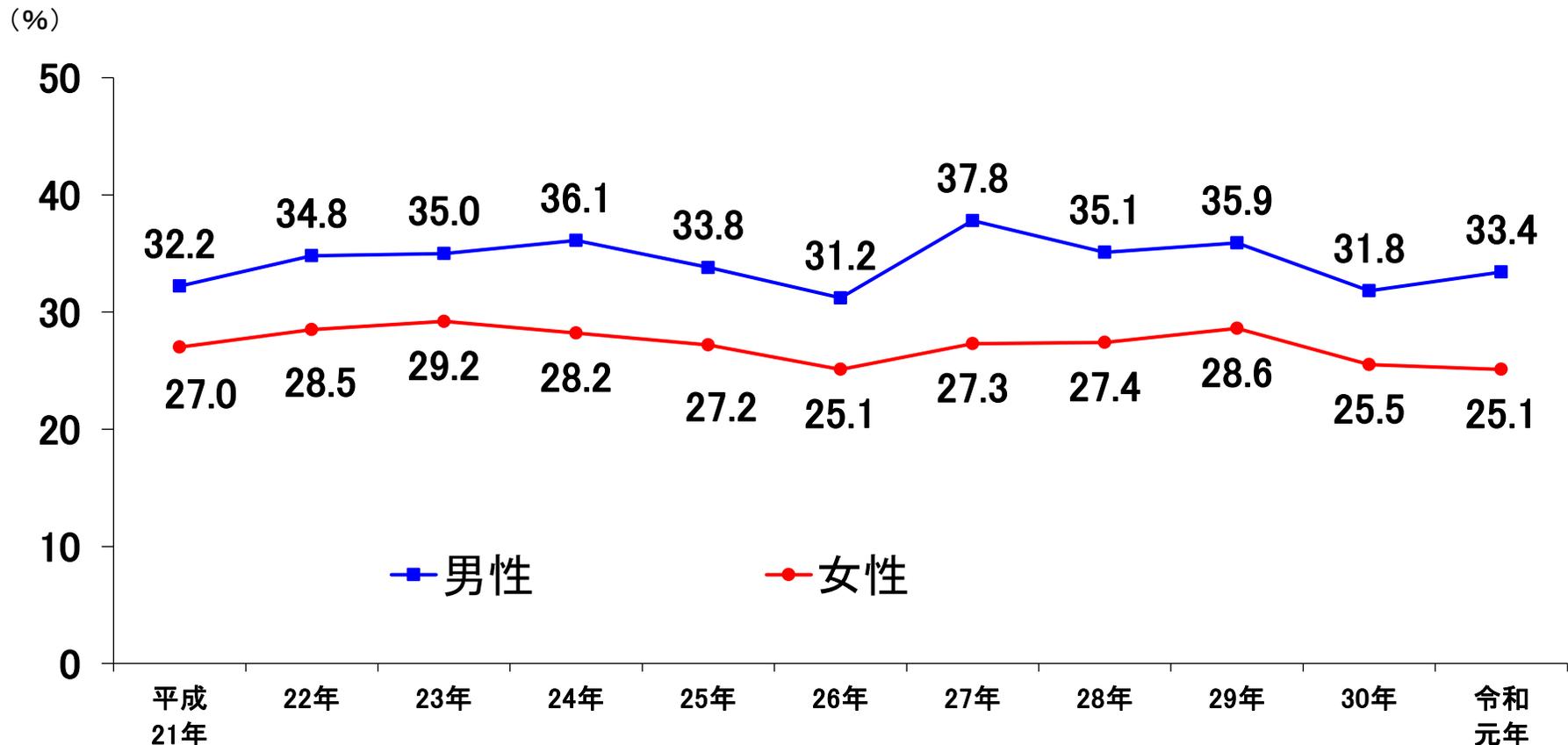


資料:平成27年度までは内閣府、平成28年度以降は農林水産省「食育に関する意識調査」

運動習慣者の状況

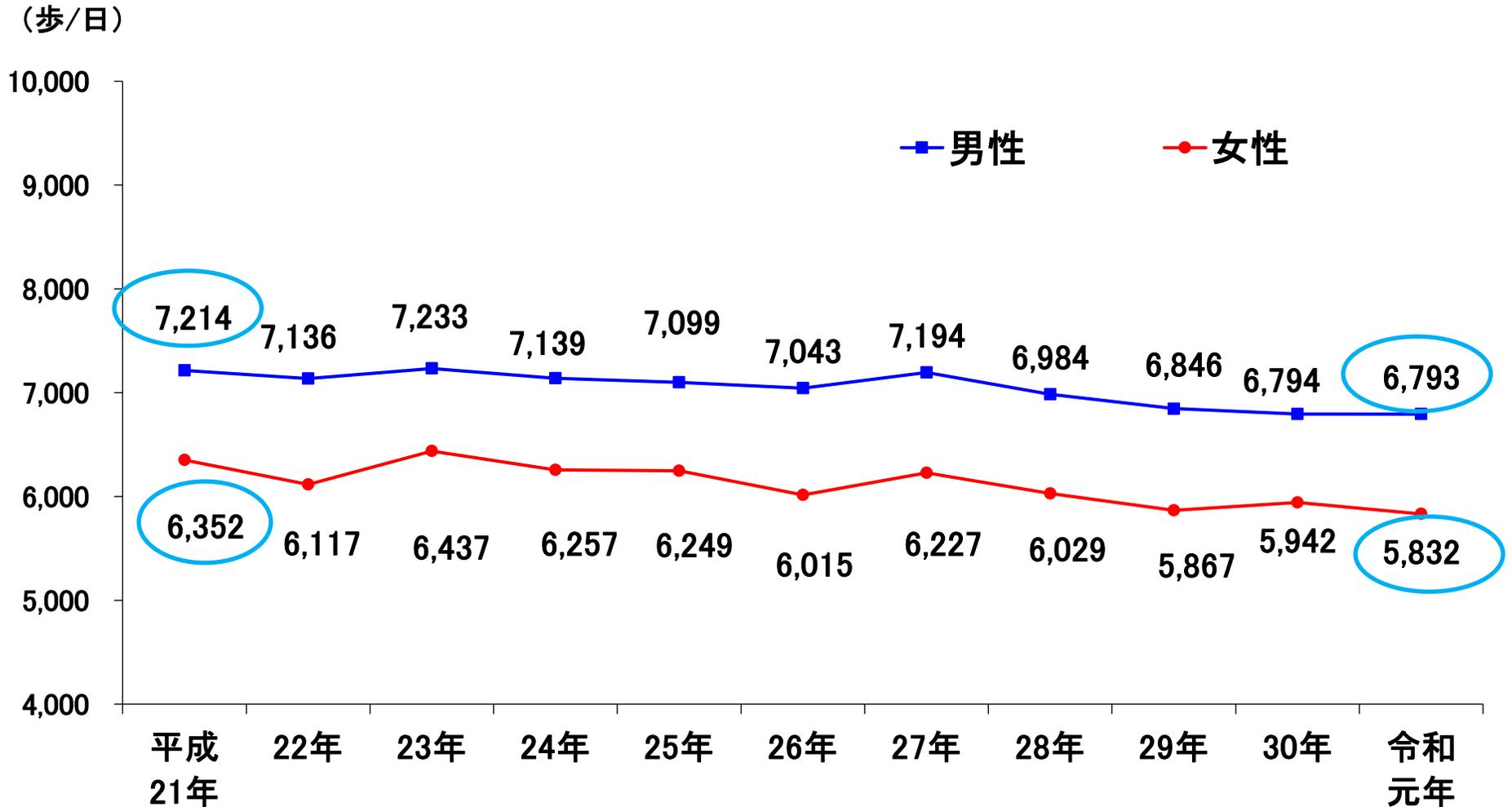
▽運動習慣のある者の割合の年次推移

※「運動習慣のある者」とは、1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している者。



歩数の状況

▽日常生活における歩数の年次推移



※平成24年以降は、100歩未満又は5万歩以上の者は除く。

資料:厚生労働省「国民健康・栄養調査」

国民健康・栄養調査の実施

【調査の目的】

健康増進法（平成14年法律第103号）に基づき、国民の身体の状態、栄養摂取量及び生活習慣の状況を明らかにし、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料を得るために実施

令和4年調査は、新型コロナウイルス感染症感染拡大前後の健康・栄養状態の比較を行うため、また、健康日本21（第二次）の次期プランの推進に必要な資料を得るため、非常に重要な調査となります。**調査実施について御理解と御協力をお願いいたします。**

（保健所の事務負担軽減策の一環として、新型コロナウイルス感染症の対応状況を考慮し、地域の実情に応じて柔軟に調査を実施できるよう、調査時期を令和4年11月から12月（例年より約1か月延長）とし、調査票等の提出期限を令和5年2月（例年より約2か月延期）とする予定です。）

【調査客体】

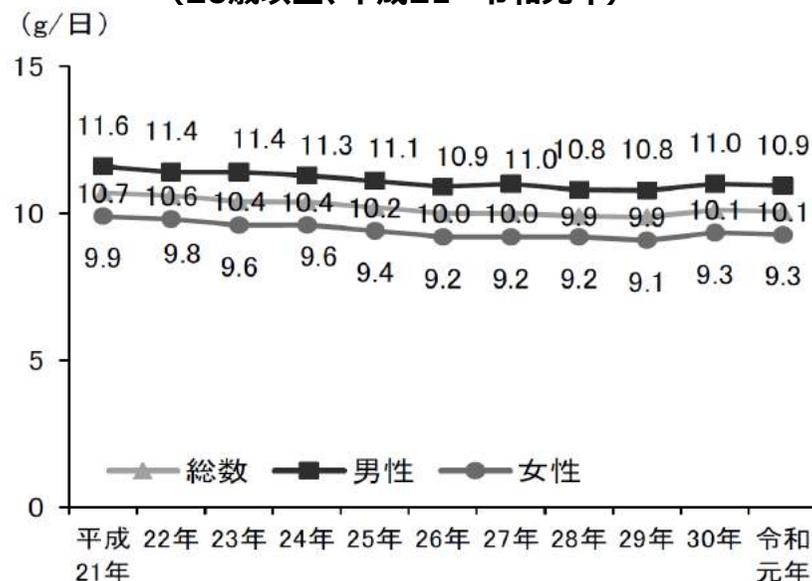
国民生活基礎調査により設定された単位区から無作為抽出した300単位区内の世帯（約6,000世帯）及び当該世帯の1歳以上の世帯員（約15,000人）

【調査項目】

- ① 身体状況調査票
 - ・ 身長、体重（1歳以上）
 - ・ 腹囲、血圧測定、血液検査、問診〈服薬状況、糖尿病の治療の有無、運動習慣〉（20歳以上）
- ② 栄養摂取状況調査票
 - ・ 世帯状況、食事状況〈欠食・外食等〉、食物摂取状況〈栄養素等摂取量、食品摂取量等〉（1歳以上）
 - ・ 1日の身体活動量〈歩数〉（20歳以上）
- ③ 生活習慣調査票
 - ・ 食生活、身体活動、休養（睡眠）、飲酒、喫煙、歯の健康等に関する生活習慣全般（20歳以上）

※ 毎年の調査の企画及び解析方針については、「国民健康・栄養調査企画解析検討会」において検討

調査結果の例*：食塩摂取量の平均値の年次推移
（20歳以上、平成21～令和元年）



（参考）「健康日本21（第二次）」の目標
食塩摂取量の減少
目標値：1日当たりの食塩摂取量の平均値 8g

* 本調査結果は、「健康日本21（第二次）」の目標値のモニタリング等で幅広く利用されている。

**1 新型コロナウイルス感染症者数の変動と
保健所の体制のあり方について**

2 健康日本21

3 特定健診・特定保健指導

特定健康診査・特定保健指導に係る法令について

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（抄）

（特定健康診査等基本指針）

第十八条 厚生労働大臣は、特定健康診査（糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。）及び特定保健指導（特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものが行う保健指導をいう。以下同じ。）の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「特定健康診査等基本指針」という。）を定めるものとする。

高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号）（抄）

（法第十八条第一項に規定する政令で定める生活習慣病）

第一条 高齢者の医療の確保に関する法律（以下「法」という。）第十八条第一項に規定する政令で定める生活習慣病は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病であって、内臓脂肪（腹腔内の腸間膜、大網等に存在する脂肪細胞内に貯蔵された脂肪をいう。）の蓄積に起因するものとする。

- 特定健康診査・特定保健指導は、平成20年度から上記法令に基づき、40歳から74歳までの被保険者・被扶養者に対して、保険者が実施している。

特定健康診査の健診項目について

○ 基本的考え方

特定保健指導が必要な、糖尿病や脳・心血管疾患（脳卒中や虚血性心疾患等）等の生活習慣病、特にメタボリックシンドロームの該当者及び予備群を、的確に抽出するための検査項目を健診項目とする。

	内容	具体例
特定健診の基本的な項目	健診対象者全員が受ける。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 質問票（服薬歴、喫煙歴 等） ○ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） ○ 理学的検査（身体診察） ○ 血圧測定 ○ 血液検査 <ul style="list-style-type: none"> ・脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール*¹） ・血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c、やむを得ない場合は随時血糖*²） ・肝機能検査（AST、ALT、γ-GTP） ○ 検尿（尿糖、尿蛋白）
特定健診の詳細な健診の項目	生活習慣病の重症化の進展を早期にチェックするための項目。一定の基準の下、医師が必要と判断した場合に選択的に実施する。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 心電図検査 ○ 眼底検査 ○ 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） ○ 血清クレアチニン検査 （※一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施）

* 1：中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合には、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール（総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの）で評価してもよい。

* 2：やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。なお、空腹時とは絶食10時間以上、食直後とは食事開始時から3.5時間未満とする。

制度の創設

- 平成18年の医療制度改革により医療保険者による特定健診・特定保健指導の制度を創設

第1期

- 平成20年4月 第1期特定健診等実施計画（2008年度～2012年度）の開始。特定健診実施率70%、特定保健指導実施率45%を目標設定。

第2期

- 平成25年4月 第2期特定健診・特定保健指導（2013年度～2017年度）の開始。（特定保健指導に係るポイント制の要件緩和等の運用見直し。）
- 平成30年3月 保険者別の特定健診・特定保健指導の実施率の公表

第3期

- 平成30年4月 第3期特定健診・特定保健指導（2018年度～2023年度）の開始（質問票に「かんで食べる時の状態」、検査項目に「血清クレアチン検査」を追加等の運用見直し。特定保健指導のモデル実施の導入（⇒資料1-3））
- 令和元年4月 大規模実証事業（特定健診・特定保健指導）の開始
- 令和2年3月 2019年度特定健診・特定保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのWG
- 令和3年2月 新型コロナの影響を踏まえた特定保健指導の運用見直し
- 令和3年3月 特定健診・特定保健指導の効果的な実施方法のとりまとめ（令和2年度大規模実証事業）⇒資料1-2

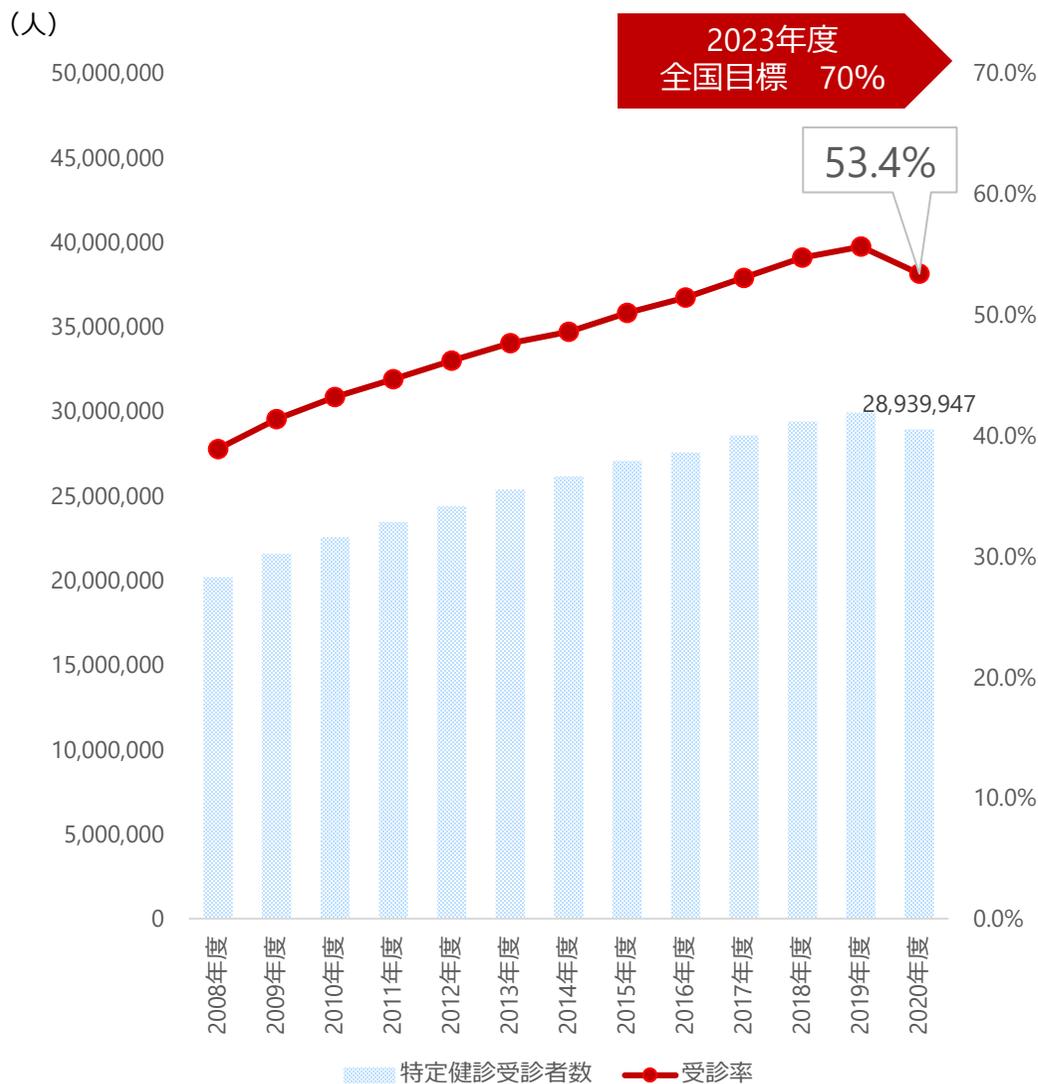
特定健診受診者数・受診率の推移

令和4年6月28日

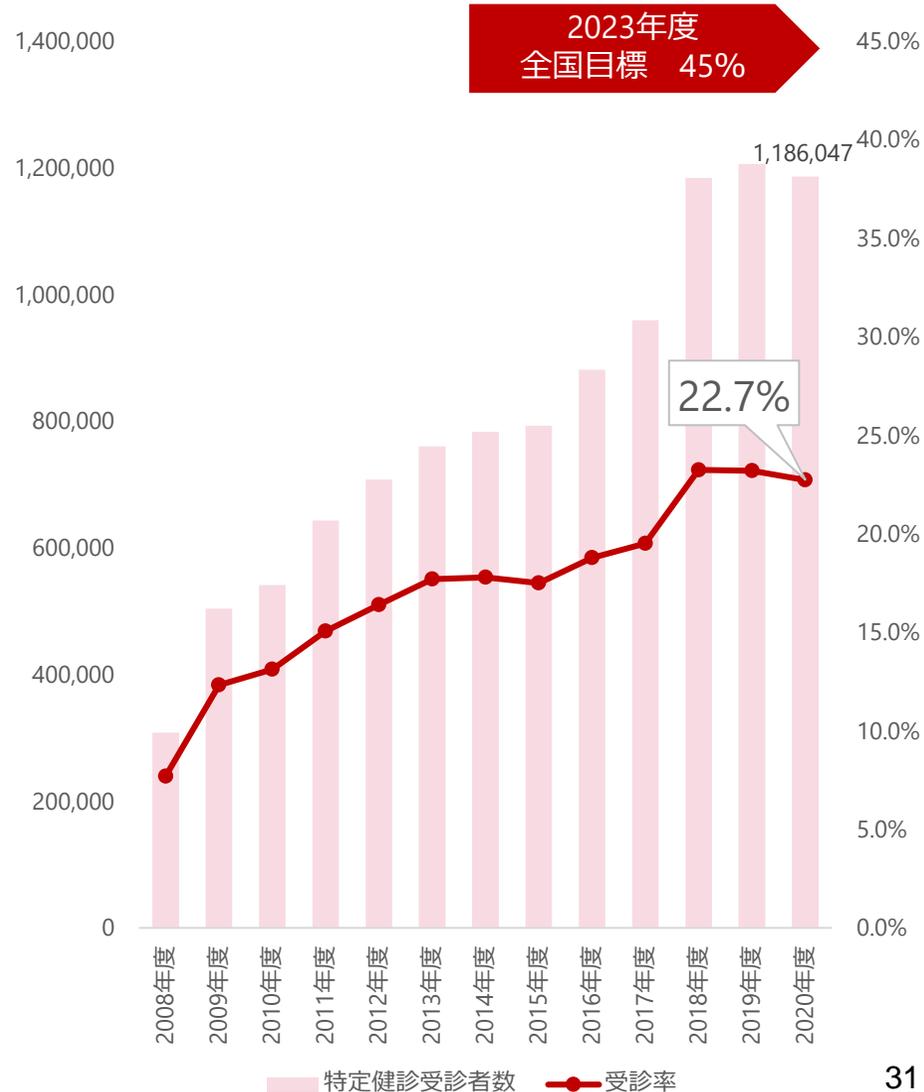
第4回 効果的・効率的な実施方法等に関する
ワーキング・グループ

資料2

【特定健診受診者数・特定健診受診率】



【特定保健指導終了者数・特定保健指導実施率】



新たなWGの設置と検討の方向性（案）

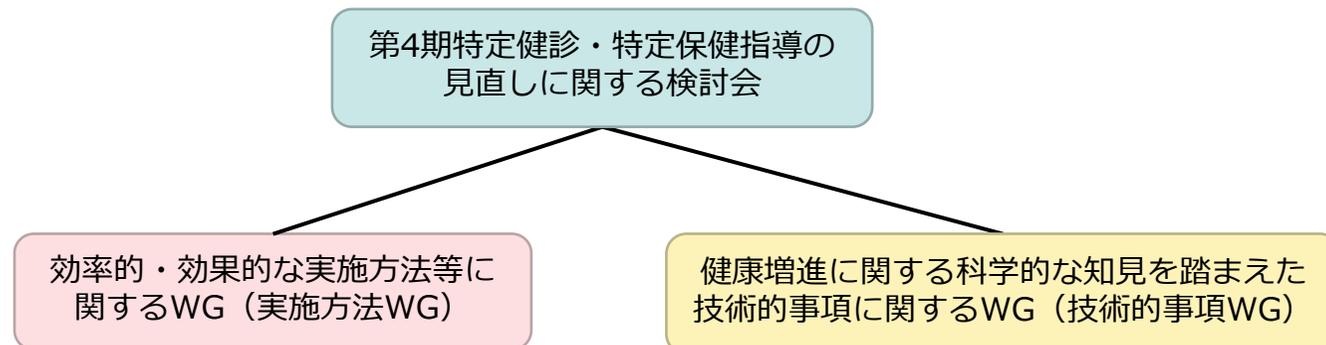
新たに設置するWGについて

- 健康増進に関する科学的な知見を踏まえた技術的事項に関するワーキンググループ（以下「技術的事項WG」という。）を設置する。

技術的事項WGにおける検討の方向性について

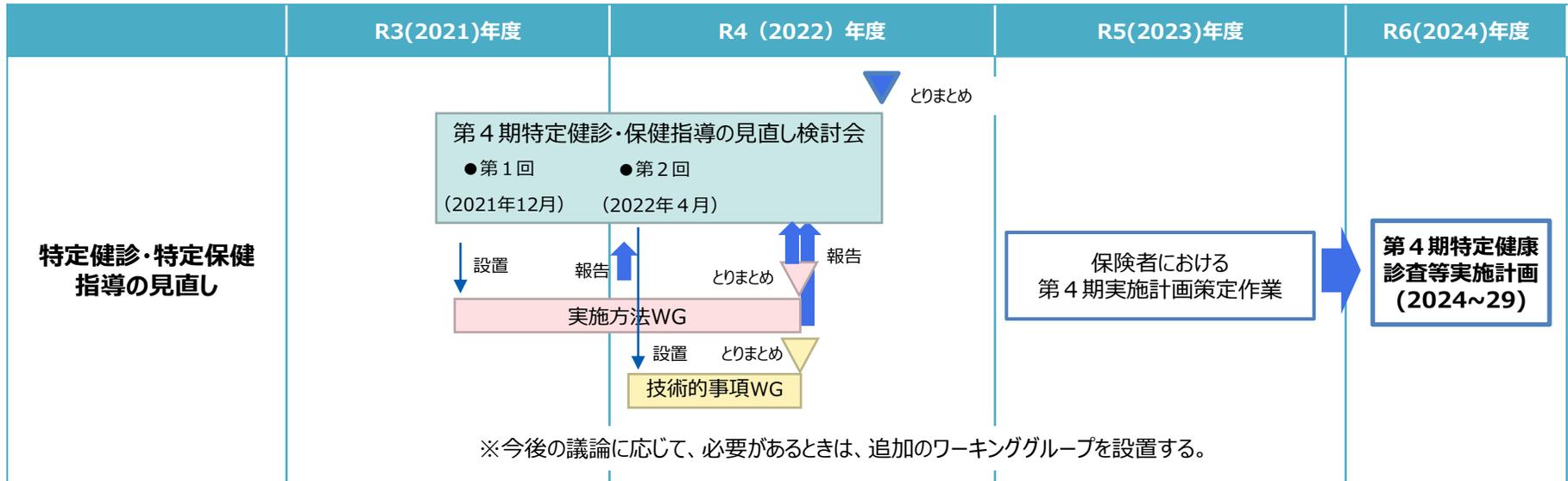
- これまでの厚生労働科学研究等の科学的知見や診療ガイドラインの改正等を踏まえ、技術的事項について検討すべきではないか。
 - 最新の知見等を踏まえつつ、生活習慣病に係るリスク評価の精緻化や個人に対する生活習慣の問題点に関する注意喚起等に資する方向で質問項目や健診項目等について検討してはどうか。

【今後の検討体制】



今後のスケジュール等（案）

特定健診・特定保健指導の見直しスケジュール（案）について



第3期特定健康診査の見直しにおける議論の振り返り

特定健康診査の目的及び健診項目について

- 特定健康診査の目的は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の危険因子である糖尿病、脂質異常症、高血圧症を評価すること、危険因子の増悪によって惹起される生活習慣病の重症化の進展を早期に評価することである。
- 特定健康診査の健診項目は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の危険因子である糖尿病、脂質異常症、高血圧症を評価する基本的な項目と、危険因子の増悪によって惹起される生活習慣病の重症化の進展を早期に評価する詳細な健診の項目で、かつ介入可能なもので構成される。
- 健診項目は検査可能なだけでなく介入可能である必要があり、基本的な項目は主として保健指導により生活習慣の改善を行うものであり、詳細な健診の項目は主として受診勧奨を行うものである。

(平成28年11月8日 第8回特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会 参考資料1 を再編)

健診項目の見直しについて

- 健診項目等の検討に際しては、科学的エビデンスに基づき検討することを原則とし、現時点でエビデンスが不十分なものは、現時点でのエビデンスを前提に、可能な範囲で論理的に検討していく必要がある。
- 科学的知見の整理を前提としつつ、これに加えて、生活習慣病対策全体を俯瞰した視点、実施体制、実現可能性と効率性、実施率、費用対効果といった視点を踏まえ検討を行う。
- また、労働安全衛生法に基づく定期健康診断等の見直しの議論を踏まえ、整合性の取れた健診項目とする。

(平成28年11月8日 第8回特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会 参考資料1、
平成29年1月19日 第27回保険者による健診・保健指導等に関する検討会資料1 を再編)

見直しの方向性（案）－①喫煙に関する質問項目について－

見直しの方向性（案）

- データ活用における継続性の観点から、「現在、習慣的に喫煙している者」の定義を可能な限り維持した上で、分かりやすい表現に修正してはどうか。
- 回答選択肢の順序について、回答者が分かりやすいように工夫してはどうか。

見直しのイメージ（案）

- 以下のように修正してはどうか。

赤字：第1回技術的WGで提示した修正案

青字：第2回技術的WGで提示した修正案

緑字：今回追加で提示する修正案

		質問項目	回答
8	現行	現在、たばこを習慣的に吸っている。 （※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者）	①はい ②いいえ
	修正案	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	①はい（条件1と条件2を両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③いいえ（①②以外）

見直しの方向性（案）－②飲酒に関する質問項目について－

見直しのイメージ（案）

- 飲酒量の目安について、回答者が分かりやすいように工夫してはどうか。

赤字：第1回技術的WGで提示した修正案
青字：第2回技術的WGで提示した修正案
緑字：今回追加で提示する修正案

		質問項目	回答
18	現行	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない（飲めない）
	修正案	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない（飲めない）
19	現行	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（180ml）の目安：ビール500ml、焼酎（25度（110ml））、ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3合以上
	修正案	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安：ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、ワイン（同14度、約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上

見直しの方向性（案）－③保健指導に関する質問項目について－

見直しのイメージ（案）

- WGにおける議論を踏まえて、保健指導の受診歴を確認する質問項目としてはどうか。

		質問項目	回答
22	現行	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	①はい ②いいえ
	修正案	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ

健診の基本的な項目について 保健指導判定値・受診勧奨判定値及び特定保健指導の選定基準について

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」において、保健指導判定値及び受診勧奨判定値は下記の値となっている。
- 特定保健指導の選定基準（階層化に用いる標準的な数値基準）において、メタボリックシンドロームに係る追加リスクの判定では下記の値を用いている。

項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値	単位
収縮期血圧	130	140	mmHg
拡張期血圧	85	90	mmHg
中性脂肪	150	300	mg/dl
HDLコレステロール	39	34	mg/dl
LDLコレステロール	120	140	mg/dl
Non-HDLコレステロール	150	170	mg/dl
空腹時血糖	100	126	mg/dl
HbA1c (NGSP)	5.6	6.5	%
随時血糖	100	126	mg/dl
AST	31	51	U/L
ALT	31	51	U/L
γ-GT	51	101	U/L
e-GFR	60	45	ml/分 /1.73 m ²
ヘモグロビン値	13.0(男性) 12.0(女性)	12.0(男性) 11.0(女性)	g/dl

特定保健指導の選定基準				
腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
			40-64歳	65-74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上 該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	1つ該当	あり なし		
上位以外で BMI≥25	3つ該当	/	積極的 支援	動機付け 支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

追加リスク	
①血圧高値	収縮期血圧 130 mmHg以上 又は 拡張期血圧 85 mmHg以上
②脂質異常	中性脂肪 150 mg/dl以上 又は HDLコレステロール 40 mg/dl未満
③血糖高値	空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖） 100 mg/dl以上 又は HbA1c (NGSP) 5.6% 以上

第4期に向けた見直しのイメージ（案）

見直しのイメージ（案）

- 特定健診・特定保健指導に係る学会等のガイドラインの変更があった際は、制度の見直しのタイミングでエビデンスの確認、階層化に与える影響、特定保健指導への影響や効果の観点等を踏まえ、多角的に検討を行うこととしてはどうか。
- 第3期特定健診から随時採血が認められた経緯を踏まえ、食事の影響が大きい中性脂肪についても、随時採血時の基準値を定めてはどうか。
- 拡張期血圧の基準値の変更については、特定健診の対象年齢層やメタリックシンドロームの対象者に係る有効性や費用対効果等も考慮した検証等を進めた上で、今後の検討課題としてはどうか。
- 「標準的な健診・保健指導プログラム」について「健診検査項目の保健指導判定値」を下記のとおり修正してはどうか。

	保健指導判定値	
	変更前	変更後（変更は赤字）
中性脂肪	150 mg/dl	空腹時150 mg/dl
		随時175 mg/dl

- 階層化に用いる標準的な数値基準を下記のとおり修正してはどうか。

追加リスク		
	変更前	変更後（変更は赤字）
②脂質異常	中性脂肪 150 mg/dl以上 又は HDLコレステロール 40 mg/dl未満	空腹時中性脂肪 150 mg/dl以上 (やむを得ない場合は随時中性脂肪 175 mg/dl以上) 又は HDLコレステロール 40 mg/dl未満

標準的な健診・保健指導プログラムにおける「受診勧奨判定値」に係る記載の見直しについて（案）

見直しの方向性（案）

○ 「標準的な健診・保健指導プログラム」の構成等について、フィードバック文例集の活用がより一層進むよう見直しはどうか。

項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値（※） （※判定値を超えるレベルの場合、再検査や生活習慣改善指導等を含め医療機関での管理が必要な場合がある。）	単位
収縮期血圧	130	140	mmHg
拡張期血圧	85	90	mmHg
空腹時中性脂肪	150	300	mg/dl
随時中性脂肪	175	300	mg/d
HDL	39	-	mg/dl
LDL	120	140	mg/dl
Non-HDL	150	170	mg/dl
空腹時血糖	100	126	mg/dl
HbA1c	5.6	6.5	%
随時血糖	100	126	mg/dl
AST	31	51	U/L
ALT	31	51	U/L
γ-GT	51	101	U/L
e-GFR	60	45	ml/分 / 1.73m ²
ヘモグロビン値	13.0(男性) 12.0(女性)	12.0(男性) 11.0(女性)	g/dl

※ 受診勧奨判定値を超えるレベルの場合、健診受診者本人に健診結果を通知する等の対応の際には、フィードバック文例集を参照・活用下さい。

血圧

⇒ 血圧については○ページを参照

イメージ

健診判定		対応	
		肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	①すぐに医療機関を受診を	②生活習慣を改善する努力をした上で、数値が改善しないなら医療機関を受診を
	保健指導判定値を超えるレベル	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を	④生活習慣の改善を
正常 ↓	正常域	⑤今後も継続して健診受診を	

⇒ 脂質については△ページを参照

健診判定		対応	
		肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑	LDL ≥ 180mg/dL（又はNon-HDL ≥ 210mg/dL）又はTG ≥ 500mg/dL	①すぐに医療機関を受診を	
	140mg/dL ≤ LDL < 180mg/dL（又は170mg/dL ≤ Non-HDL < 210mg/dL）又は300mg/dL ≤ TG < 500mg/dL	②生活習慣を改善する努力をした上で、数値が改善しないなら医療機関を受診を	
↓	保健指導判定値を超えるレベル	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を	④生活習慣の改善を
	正常域	⑤今後も継続して健診受診を	

⇒ 血糖については□ページを参照

健診判定			対応				
			肥満者の場合		非肥満者の場合		
異常 ↑	空腹時血糖 随時血糖 (mg/dL)	HbA1c (NGSP)(%)	糖尿病治療中	糖尿病未治療	糖尿病治療中	糖尿病未治療	
			受診勧奨判定値を超えるレベル	126~	6.5~	①受診継続、血糖コントロールについて確認、相談を。	②定期的に医療機関を受診していなければすぐに医療機関を受診を。
↓	保健指導判定値を超えるレベル	110~125	6.0~6.4	④受診継続。	⑤特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を、また、精密検査を推奨。	⑥受診継続。	⑦生活習慣の改善を。ぜひ精密検査を。
		100~109	5.6~5.9				⑧生活習慣の改善を。リスクの重複等あれば精密検査を。
正常	正常域	~99	~5.5	⑨肥満改善と健診継続を。	⑩今後も継続して健診受診を。		

円滑な受診に向けた対応について（案）

見直しの方向性（案）

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」の中に、医療関係者への情報提供を目的とした医療機関持参用文書（案）を掲載し、健診受診者が医療機関を受診する際に持参・活用していただいてはどうか。
- これにより健診受診者本人及び医療関係者が、医療機関の受診目的を共有することができるとともに、医療関係者側への周知にもつながるのではないか。
- また、医療機関の受診に関しては、健診受診者の状態に応じて、まずはかかりつけ医等を受診し、今後の治療方針等について相談するなどの方向性についても、「標準的な健診・保健指導プログラム」に記載することを検討してはどうか。

イメージ

特定健康診査で血糖高値のため医療機関の受診を勧められています。

※医療機関受診時に、この用紙をご持参ください。

空腹時血糖（ ）mg/ HbA1c（ ）%(NGSP)

氏名	受診年月日
生年月日 西暦 年 月 日生（ 歳）	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女

厚生労働省健康局の策定した「標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】」P.●●フィードバック文例集では、以下のように医療機関での対応をお勧めしています。

健診判定			対応				
		空腹時血糖 随時血糖 (mg/dl)	HbA1c (NGSP) (%)	肥満者の場合		非肥満者の場合	
				糖尿病 治療中	糖尿病 未治療	糖尿病 治療中	糖尿病 未治療
異常 ↑	受診勧奨 判定値を 超える レベル	126~	6.5~	①受診継続、 血糖コント ロールにつ いて確認・ 相談を。	②定期的に医 療機関を受 診していな ければす ぐに医療機 関受診を。	③受診継続、 血糖コント ロールにつ いて確認・ 相談を。	②定期的に医 療機関を受 診していな ければす ぐに医療機 関受診を。
	保健指導 判定値を 超える レベル	110~125	6.0~6.4	④受診継続	⑤特定保健指 導の積極 的な活用 と生活習 慣の改善 を、また、 精密検査 を推奨。	⑥受診継続。	⑦生活習慣 の改善を。 ぜひ精密 検査を。
		100~109	5.6~5.9				⑧生活習慣 の改善を。 リスクの 重複等あ れば精密 検査を。
正常 ↓	正常域	~99	~5.5	⑨肥満改善 と健診継続 を。	⑩今後も 継続して 健診受診 を。		

ご参考：糖尿病診断基準（糖尿病標準診療マニュアル2021）

