

平成30年3月9日	資料4-1
第11回健康日本21(第二次)推進専門委員会	

## 「健康日本21(第2次)」中間評価報告書 素案

平成30年3月9日  
厚生科学審議会 健康日本21(第二次)推進専門委員会



## 目次

第1章 健康日本21（第2次）の策定の趣旨・動向・・・・・・・・・・	3
第2章 中間評価の目的と方法・・・・・・・・・・	5
I 中間評価の目的	
II 中間評価の方法	
第3章 中間評価の結果・・・・・・・・・・	8
I 結果の概要	
II 基本的方向別の評価・課題	
1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小	
2. 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	
(1) がん	
(2) 循環器疾患	
(3) 糖尿病	
(4) COPD	
3. 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上	
(1) こころの健康	
(2) 次世代の健康	
(3) 高齢者の健康	
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	
(1) 栄養・食生活	
(2) 身体活動・運動	
(3) 休養	
(4) 飲酒	
(5) 喫煙	
(6) 歯・口腔の健康	

第4章 目標に関する整理・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 54

I 目標設定の際に準拠した計画等の改訂が行われた項目について

1. がん対策推進基本計画
2. 医療費適正化計画
3. 自殺総合対策大綱
4. 健やか親子21

II 中間評価時点における直近の実績値が既に目標に到達している項目について

III その他

第5章 中間評価の総括と今後の課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 70

## 第1章 健康日本21（第2次）の策定の趣旨・動向

日本では急速な人口の少子高齢化や生活習慣の変化により疾病構造が変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、これら生活習慣病に係る医療費の国民医療費に占める割合は約3割となっている。

2000年度（平成12年度）より国は生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善等に関する課題について目標等を選定し、国民が主体的に取り組める新たな国民健康づくり運動として「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」（以下「健康日本21」という。）を開始した。

健康日本21の計画期間（2000年度（平成12年度）～2012年度（平成24年度））の終了時に最終評価を行い、それにおいて問題提起された課題等を踏まえ、その後続く健康づくり対策の推進に反映させることとした。その検討過程で、近年の社会経済変化とともに、急激な少子高齢化が進む中で、10年後の日本の目指す姿を「すべての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会」とし、「目指す姿」の実現に向けて2013年（平成25年）4月より「21世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第2次）」（以下「健康日本21（第2次）」という。）を開始した。

健康日本21（第2次）においては、個人の生活習慣の改善及び個人を取り巻く社会環境の改善を通じて、生活習慣病の発症予防・重症化予防を図るとともに、社会生活機能低下の低減による生活の質の向上を図り、また、健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保を図るとともに、社会参加の機会の増加による社会環境の質の向上を図り、結果として健康寿命の延伸・健康格差の縮小を実現するという考えのもと、以下の5つの基本的な方向を定めた。

- 一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 二 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）
- 三 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- 四 健康を支え、守るための社会環境の整備
- 五 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

2013年度（平成25年度）から2022年度（平成34年度）までを運動期間とし、基本的な5つの方向性に基づいた具体的な目標53項目をおおむね10年間を目的として設定した。

健康日本21（第2次）の開始に際しては、厚生労働省ホームページにおいて、健康日本21（第2次）に関する大臣告示や局長通知、参考資料（全文）を掲載するとともに、普及啓発用に作成した資料もあわせて公表するなど、掲載情報の充実を図った。

個人や企業の「健康意識」と「動機付け」の醸成・向上を図り、社会全体としての国民運動に発展させるため、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体を支援する「スマート・ライフ・プロジェクト」を推進し、その参画団体数を目標項目の1つとして定めている。

また、健康日本21（第2次）の進捗を確認し着実に推進することを目的として、2014年（平成26年）7月より厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会に「健康日本21（第二次）推進専門委員会」を設置した。**（別添1参照）**そこにおいて、健康日本21（第2次）の進捗状況や目標の在り方等に関する事項や、その他の健康日本21（第2次）の推進に関する事項について、定期的に検討を行った。

●資料：健康日本21（第2次）目標項目一覧

## 第2章 中間評価の目的と方法

### I 中間評価の目的

目標の評価については、実質的な改善効果を中間段階で確認できるよう、目標設定後5年を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、目標設定後10年を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映させていくこととしている。

目標の現時点での達成状況や関連する取組の状況の評価し、目標達成のための促進・阻害要因等を検討することで今後の課題を明らかにすることがこの度の中間評価の目的である。

### II 中間評価の方法

健康日本21（第2次）の進捗を確認し着実に推進することを目的として、2014年（平成26年）7月より厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会に「健康日本21（第二次）推進専門委員会」を設置した。同委員会において評価手法について検討を行ったうえで、開始5年目にあたる2017年度（平成29年度）より中間評価を行った。

5つの基本的方向に基づいた具体的な目標53項目における中間実績値の分析・評価や、進捗のために行われている取組・課題等について整理し、本とりまとめを行った。

具体的な中間評価の方法を以下に示す。

#### <中間評価の基本的考え方>

目標に対する実績や取組の評価を行うとともに、その評価を通して値の動きや特徴的な取組について“見える化・魅せる化”する工夫を行う。

これらの評価結果を踏まえ、今後の社会状況の変化等も見据え、重点的に取り組むべき課題を検討する。

#### (1) 目標に対する実績値の評価方法について

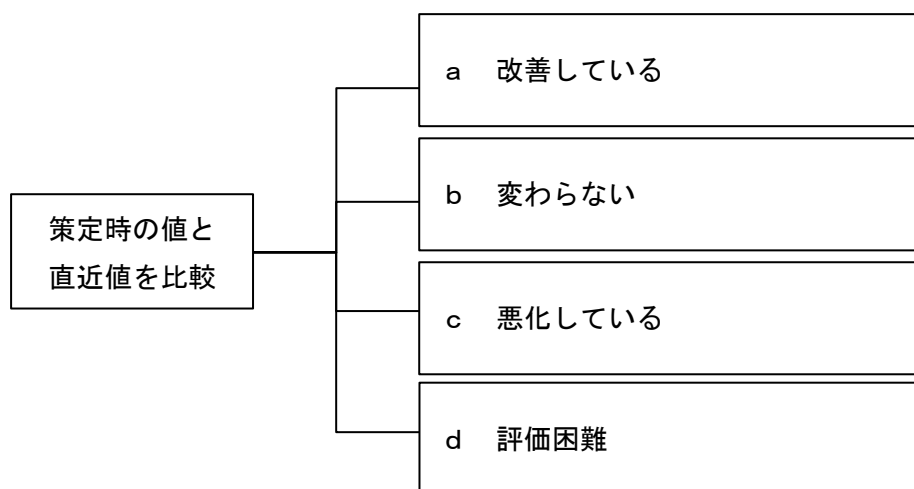
全53項目の指標について、計画策定時の値と直近の値を比較し、分析上の課題や関連する調査・研究のデータの動向も踏まえ、目標に対する数値の動きについて、分析・評価を行った。

##### ① 直近値に係るデータ分析

- ・ 直近値が、目標値に対してどのような動きになっているか分析した。
- ・ ベースライン値と直近値の比較に当たっては、可能な限り有意差検定を実施。その際、数値の変化がわかる図を合わせて作成した。
- ・ 目標に対する実績値の動きについて、目標とする値が一定程度の抑制を図ることを予測して設定されている場合などは、目標への到達に向けて現状値の動きがわかるような図とした。
- ・ 全体の値だけではなく、性、年齢、地域別などで値に差がみられるものは、それらの特徴を踏まえた分析を行った。

## ② 改善状況についての評価

- ・ 直近の実績値が目標に向けて、改善したか、不変であるか、または悪化したか等を簡潔に記載した。
- ・ 改善については、目標値に達しているのか、達成していない場合は、目標の到達に向けて予測される値の動きと比較して順調に推移しているかなどの具体を可能な限り記述した。
- ・ 評価については、以下のとおり、a, b, c, dの4段階で評価した。



## (2) 各指標の評価を踏まえた領域ごとの取組状況や今後の課題の整理について

- ① 領域ごとに、指標の状況として、指標全体の総括評価を行った。
- ② 関連した取組については、取組の全体がわかるように、また以下の点に留意して整理を行った。
  - ・ 具体の取組について、どの程度広がったかなどの評価を行う。
  - ・ 実施した取組について、指標の改善や悪化などの状況との関連を分析し、その結果を踏まえた重要な取組についての整理を行う。



- 数値目標に関して、具体的にどういうことに取り組めば目標が達成されるか、達成することが可能かについての整理を行う。
- ③ 今後の課題については、以下の点に留意して整理を行った。
- 実施した取組と指標の改善や悪化などの状況との関連を分析した結果などから、充実・強化すべき取組の整理を行う。
  - 充実・強化すべき取組を行うに当たって必要となる研究の整理を行う。
  - 今後重要になると予測される課題や要因について、現状把握が必要なものがあれば言及する。

### 第3章 中間評価の結果

#### I 結果の概要

全53項目について、その達成状況を評価・分析した結果を表3-1にまとめた。a（改善している）は32項目（60.4%）で、そのうち既に目標に到達しているのは5項目（9.4%）であった。b（変わらない）は19項目（35.8%）、c（悪化している）は1項目（1.9%）であった。また、d（評価困難）が1項目（1.9%）あった。

表3-1 指標の評価状況

策定時のベースライン値と直近の実績値を比較	全体（再掲除く）
a 改善している	32（60.4%）
b 変わらない	19（35.8%）
c 悪化している	1（1.9%）
d 評価困難	1（1.9%）
合計	53（100%）

表3-2 基本的方向毎の評価状況（※<>内は基本的方向内における割合）

基本的方向 評価	1	2	3	4	5	全体
a	2 <100%> (3.8%)	6 <50%> (11.3%)	7 <58.3%> (13.2%)	4 <80%> (7.5%)	13 <59.1%> (24.5%)	32 (60.4%)
b		6 <50%> (11.3%)	4 <33.3%> (7.5%)	1 <20%> (1.9%)	8 <36.4%> (15.1%)	19 (35.8%)
c					1 <4.5%> (1.9%)	1 (1.9%)
d			1 <8.3%> (1.9%)			1 (1.9%)
合計	2	12	12	5	22	53 (100%)

健康日本21（第2次）中間評価 結果一覧

項目	評価
<b>1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標</b>	
①健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	a
②健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）	a
<b>2. 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標</b>	
（1）がん	
①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	a
②がん検診の受診率の向上	a
（2）循環器疾患	
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	a
②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	a
③脂質異常症の減少	b
④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	b
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	a
（3）糖尿病	
①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	b
②治療継続者の割合の増加	b
③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）	a
④糖尿病有病者の増加の抑制	b
⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）	b
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	a
（4）COPD	
①COPDの認知度の向上	b
<b>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</b>	
（1）こころの健康	
①自殺者の減少（人口10万人当たり）	a
②気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	b
③メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	a
④小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	a
（2）次世代の健康	
①健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加	
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加	a
イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	
②適正体重の子どもの増加	
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	b

項目	評価
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	
<b>(3) 高齢者の健康</b>	
①介護保険サービス利用者の増加の抑制	b
②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	d
③ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加	a
④低栄養傾向（BMI 20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制	a
⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000 人当たり）	a
⑥高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）	b
<b>4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標</b>	
①地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	a
②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加	b
③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加	a
④健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	a
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）	a
<b>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</b>	
<b>(1) 栄養・食生活</b>	
①適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25 以上）、やせ（BMI 18.5 未満）の減少）	b
②適切な量と質の食事をとる者の増加	
ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加	b
イ 食塩摂取量の減少	
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	
③共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）	b
④食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	a
⑤利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	a
<b>(2) 身体活動・運動</b>	
①日常生活における歩数の増加	b
②運動習慣者の割合の増加	b
③住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	a
<b>(3) 休養</b>	
①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	b
②週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少	a
<b>(4) 飲酒</b>	
①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコール摂取量が男性 40	b

項目	評価
g 以上、女性 20 g 以上の者) の割合の減少	
②未成年者の飲酒をなくす	a
③妊娠中の飲酒をなくす	a
(5) 喫煙	
①成人の喫煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる)	a
②未成年者の喫煙をなくす	a
③妊娠中の喫煙をなくす	a
④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	a
(6) 歯・口腔の健康	
①口腔機能の維持・向上 (60 歳代における咀嚼良好者の割合の増加)	b
②歯の喪失防止	
ア 80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	a
イ 60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	
ウ 40 歳で喪失歯のない者の割合の増加	
③歯周病を有する者の割合の減少	
ア 20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	c
イ 40 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	
ウ 60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	
④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	
ア 3 歳児でう蝕がない者の割合が 80% 以上である都道府県の増加	a
イ 12 歳児の一人平均う蝕数が 1.0 歯未満である都道府県の増加	
⑤過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	a

## II 基本的方向別の評価・課題

### 1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標

#### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している	2
b 変わらない	
c 悪化している	
d 評価困難	

- 2016年（平成28年）の健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）は、2010年（平成22年）と比較して男性で1.72年、女性で1.17年増加した。
- 同期間における平均寿命は、男性で1.43年（79.55年→80.98年）、女性で0.84年（86.30年→87.14年）増加したことから、健康寿命の増加分は平均寿命のそれを上回っており、現時点で目標は達成されていると言える。
- 健康寿命の都道府県格差を最も長い県と短い県の差で見ると、男女ともに縮小傾向である。
- しかし、単純に最も長い県と短い県の差のみでは全都道府県間の格差の縮小に関する分析は十分ではなく、47都道府県間のバラツキの大きさを標準偏差（都道府県差の標準偏差）で表すことで、都道府県格差の指標（地域格差指標）となると考える。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」（研究代表者：辻一郎）において上記の地域格差指標を計算したところ、2010、2013、2016年（平成22、25、28年）それぞれ、男性は0.58、0.47、0.37年（片側トレンド  $p=0.001$ ）で都道府県格差は有意に縮小したが、女性では0.65、0.61、0.53年（片側トレンド  $p=0.083$ ）で有意な縮小ではなかった。

#### イ 関連した取組

- 健康寿命の全国値と都道府県値は、国民生活基礎調査（3年ごとに実施される大規模調査）の質問票に対する回答をもとに、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」（研究代表者：辻一郎）において計算されている。これまでに2013・2016年（平成25・28年）の国民生活基礎調査のデータを用い算出した健康寿命の値（全国、各都道府県）を公表した。

- 自治体が健康寿命を算定することを技術支援するため、研究班の研究成果として、健康寿命の算定方針、算定プログラム等を WEB サイト上に公表している。(2012 年(平成 24 年)9 月～ <http://toukei.umin.jp/kenkoujyummyou/>)
- 35 都道府県において管内市町村の健康寿命を把握している。  
(2014～2016 年(平成 26～平成 28 年) 厚生労働省健康局健康課による調査)
- 都道府県における健康格差対策への取組の実施状況
  - ①市町村の健康に関する指標や生活習慣の状況の格差の実態を把握；46 都道府県
  - ②その縮小に向けた対策を検討；42 都道府県
  - ③その検討結果に基づき格差の縮小に向けた対策を実施；40 都道府県  
(2014～2016 年(平成 26～平成 28 年) 厚生労働省健康局健康課による調査)
- なお、健康寿命の延伸や健康格差の縮小に関し、国レベルの戦略等において以下のような様々な動きがある。
  - 〔政府全体の動き〕
    - ・日本再興戦略 2016 (平成 28 年 6 月閣議決定)
    - ・健康・医療戦略 (平成 26 年 7 月閣議決定)
    - ・ニッポン一億総活躍プラン (平成 28 年 6 月閣議決定)
  - 〔省内等の動き〕
    - ・保健医療 2035 提言書 (平成 27 年 6 月「保健医療 2035」策定懇談会)
  - 〔民間主導の活動体による取組〕
    - ・日本健康会議 (平成 27 年 7 月発足)

## ウ 今後の課題

- 現状では、生活習慣・健診成績・疾病などの要因（健康日本 21（第 2 次）での取組み課題）のそれぞれが、健康寿命にどの程度の影響を及ぼしているかに関する定量的なデータが乏しい。今後、これらの調査研究を行うことにより、健康寿命の延伸・格差の縮小に向けた戦略を構築する必要がある。

## 2. 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

### (1) がん

#### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している	2
b 変わらない	
c 悪化している	
d 評価困難	

- 75歳未満の年齢調整死亡率について、2015年(平成27年)は78.0であり、2010年(平成22年)のベースライン値84.3より減少しているが、2015年(平成27年)の目標値73.9には到達なかった。
- がん検診の受診率について、2016年(平成28年)の直近値は、2010年(平成22年)のベースライン値に比べ、改善傾向はみられるが、目標値を達成していない。肺がんと男性の胃がん、大腸がんに限れば、当面の目標値には、到達している。

#### イ 関連した取組

- ① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)
- 第1期の「がん対策推進基本計画」(2007年(平成19年)6月閣議決定。以下「基本計画」という。)において、全体目標の1つに「75歳未満のがんの年齢調整死亡率を10年間で20%減」が設定され、
  - ・放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実
  - ・がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
  - ・がん診療連携拠点病院等の整備
  - ・がんの予防の推進
  - ・がんの早期発見の推進
  - ・がん研究の推進等の施策により、がん対策を実施。
- がん対策推進協議会において、「がん対策推進基本計画中間評価報告書」の取りまとめを実施。(2015年(平成27年)6月)
- がんサミット(2015年(平成27年)6月1日開催)における総理の指示を受けて、年齢調整死亡率のさらなる減少に向けて、「予防」、「治療・研究」、「がんとの共生」を3つの柱とした「がん対策加速化プラン」を策定。(2016年



(平成 27 年) 12 月)

- 第 3 期の基本計画 (2017 年 (平成 29 年) 10 月 24 日閣議決定) において、第 1 期の基本計画のように「75 歳未満のがんの年齢調整死亡率」という数値目標は設定していない。

## ② がん検診の受診率の向上

- 第 1 期の基本計画において、分野別施策の一つに「がんの早期発見」が設定され、がん検診受診率を 50% 以上にすることを目標に掲げ、がん検診クーポン券と検診手帳の配布や、企業との連携促進、受診率向上のキャンペーン、市町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施及び精度管理等に係る体制整備の推進、「がん対策推進企業等連携事業」による、職域におけるがん検診の普及啓発及び精度管理の推進等の取り組みが行われてきた。

しかしながら、がん検診の受診率は、依然として低く、この理由として「受ける時間がないから」「必要性を感じないから」「心配なときはいつでも医療機関を受診できるから」等が挙げられ、がん検診の普及啓発が不十分であること等が指摘されている。対象者全員に受診勧奨をしている市町村は約半数に満たず、これまでの施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域におけるがん検診との連携など、より効率的・効果的な施策が検討されている。

- 第 3 期の基本計画において、個別目標として、従来記載されていた「胃がん、肺がん、大腸がんは当面 40%」が削除され、「男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を 50% とする。」とされるとともに、「精密検査受診率の目標値を 90% とする。」という新たな目標が追加された。

## ウ 今後の課題

第 3 期の基本計画を踏まえ、引き続き、予防を含めた総合的ながん対策を推進するとともに、健康日本 21 (第 2 次) における目標値の見直しについて、検討する必要がある。

## (2) 循環器疾患

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している（目標達成済み）	3（1）
b 変わらない	2
c 悪化している	
d 評価困難	

- 2016年度（平成28年度）の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、予測された改善率を上回り、既に目標値を達成している。
- 2010年（平成22年）から2016年（平成28年）までの収縮期平均血圧（40～89歳）の推移は、男・女共に低下傾向を示している。この傾向は年齢調整しても同様であり、また男女別に40～49歳、50～59歳、60～69歳、70歳以上の3年間の移動平均の推移を見ても各年齢層で低下傾向を認め、この間の脳血管疾患と虚血性心疾患の年齢調整死亡率の低下に寄与したと考えられる。
- 2010年（平成22年）から2016年（平成28年）までの高コレステロール血症（40～79歳）の推移は、総コレステロール 240mg/dl以上、LDLコレステロール 160mg/dl以上いずれも男女共にほぼ変化なしと考えられる。
- 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」によると、健診受診率の調整および年齢調整を行った上で算出したメタボリックシンドロームの該当者及び予備群者は、対2008年度（平成20年度）比で2.74%減少している。しかし該当者数の推計値においては、高齢化の影響を受けて、2008年度（平成20年度）の推計値と比較して、2015年度（平成27年度）では約12万人増加と推計された。
- 該当者の割合を都道府県別に比較すると、最大県（32.1%）と最小県（23.4%）の差は全体では8.7ポイントであり、都道府県格差がみられる。
- 特定健康診査受診率は8.8ポイント（ベースラインより21%増）、特定保健指導は5.2ポイント（ベースラインより42%増）増加しているが、目標値には到達していない。
- 健診実施率を都道府県別にみると、最大（63.4%）と最小（39.3%）の差は24.1ポイントであったがどの都道府県においても2008年度（平成20年度）と比較して増加がみられる。
- 特定保健指導実施率では最大（30.4%）と最小（12.2%）の差は18.2ポイントであり、実施率には都道府県格差がみられるが、どの都道府県においても実施率の向上がみられる。

## イ 関連した取組

- 脳血管疾患・虚血性心疾患の発症リスクの低減を目指し、高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙の4つの危険因子の適切な管理を実施。
- 喫煙に関して、禁煙支援マニュアル〔第2版〕の改訂（平成25年4月）や禁煙週刊におけるイベント等の開催、「たばこ対策促進事業」等を実施した。
- 食塩摂取量の減少、野菜・果物摂取量の増加、肥満者の減少に向け、食生活指針や食事バランスガイドを通じた啓発普及をしている。
- 「健康づくりのための身体活動基準2013」及び「アクティブガイドー健康づくりのための身体活動指針ー」等を周知・広報している。
- 多量飲酒者への対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム〔改訂版〕」（平成25年4月）に減酒支援（ブリーフインターベンション）を収載した。
- 特定健診の必須項目として血圧を測定、また中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール等を測定し、健診受診者全員に対して健診結果等を「情報提供」とするとともに、その結果に応じ特定保健指導として「動機付け支援」や「積極的支援」を実施している。
- 2018年度（平成30年度）からの第3期特定健康診査等実施計画期間に向けて、厚生労働省の検討会等で検討し、健診項目や実施率向上に向けた特定保健指導の実施方法について見直しを行った。
- 厚生労働省の「生活習慣病予防のための健康情報サイト eーヘルスネット」等を通じた普及啓発を実施している。
- 循環器病に係る診療提供体制の在り方について、2017年（平成29年）7月に「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」において報告書が取りまとめられ、当該報告書を踏まえた、循環器病の診療提供体制を構築する上での留意事項等に関する通知を、2017年（平成29年）7月に健康局から都道府県向けに発出した。
- 日本脳卒中学会と日本循環器学会は、「脳卒中と循環器病克服5カ年計画」を作成し、2016年12月に公表した。この計画では、脳卒中と循環器病による年齢調整死亡率を5年間で5%減少させること、健康寿命を延伸させることを、大目標と設定し、これらの目標を達成するために、3つの疾患（脳卒中・心不全・血管病）に対し、5つの戦略（人材育成、医療体制の充実、登録事業の促進、予防・国民への啓発、臨床・基礎研究の強化）をかけた、計画を実行することとしている。
- 日本循環器病学会は2004年から循環器疾患診療実態調査：The Japanese Registry Of All cardiac and vascular Diseases (JROAD)を行っており、(1)施設概要（循環器医療の供給度）、(2)検査や治療の実施状況（循環器医療の必要度）、DPCデータの分析を行っている。この事業のデータセンターと事務局は2013年度から国立循環器病研究センターにおかれ、学会との共同研究を

推進されている。

- 「日本脳卒中データバンク」は、国内 200 施設弱が参加する脳卒中患者の登録事業で、1999 年から実施されている。2015 年 4 月より、公益社団法人日本脳卒中協会から国立循環器病研究センターに運營業務が移管された。疾患の実態や診療のベンチマークになるような登録事業である。
- 2015 年に脳・心血管疾患の危険因子の予防、治療と関連した 11 学会（日本内科学会、日本疫学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本循環器学会、日本腎臓学会、日本体力医学会、日本動脈硬化学会、日本脳卒中学会、日本肥満学会、日本老年医学会）が共同して、「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015」を作成し、個別ではなく包括的な危険因子管理の必要性を提起した。

#### ウ 今後の課題

脳血管疾患（脳卒中）と心臓病を合わせた脳・心血管疾患（広義の「循環器疾患」）は合わせると悪性新生物に迫る死亡者があり、また脳卒中は重度の要介護状態に至る原因として認知症と並んで最大の原因となっている。このように社会的な影響力、医療費への負担が大きい疾患群であるにも関わらず、疾病の予防、発症者数の実態、治療の均てん化の状況などを一体的に俯瞰できるシステムがない。また危険因子の管理については、個々の関連学会でガイドライン等が整備されているものの、それが包括的に運用されているとは言い難い。

関連した取組の多くは学会等から上記の問題点を克服するために出てきたものであり、ようやく関係者間で現状の問題点の共有化ができつつあるのが現状である。このような個々の動きを情報交換や共同事業、必要に応じて公的な制度の下で関係諸機関の力を結集して国民全体の循環器疾患対策を考えていく必要がある。

### (3) 糖尿病

#### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している (目標達成済み)	2 (1)
b 変わらない	4
c 悪化している	0
d 評価困難	

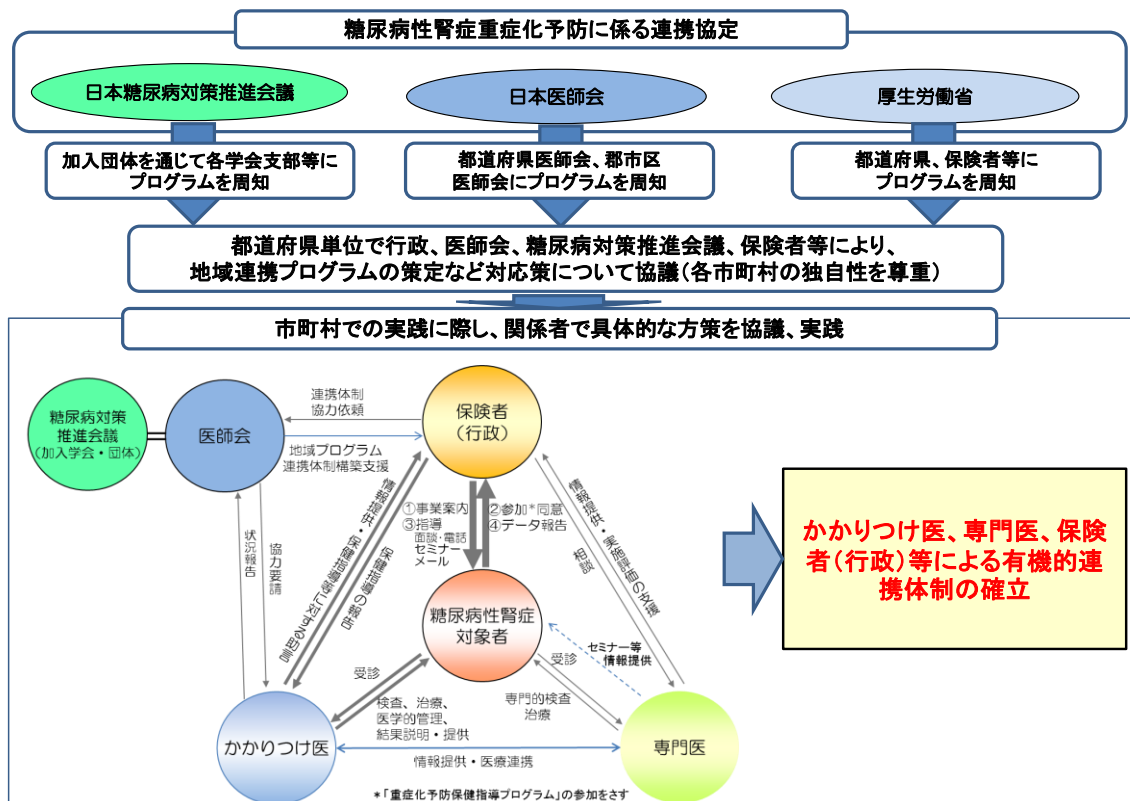
- 糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数は、2011年(平成23年)の16,803人をピークにやや減少、横ばい傾向がみられる。2016年(平成28年)は透析導入全体の43.2%を占めており、透析全体に占める割合も横ばいである。
- 国民健康・栄養調査における「糖尿病を指摘されたことがある者における、治療の状況」を見ると、ベースラインとほぼ同等であり、目標値に向けて改善したとは言えない。
- 第2回NDBオープンデータ(平成26年度実施分)によると、特定健診にてHbA1c検査実施者のうち、8.4%以上であったのは0.96%(男性1.34%、女性0.52%)であり、前年度よりさらに低下、目標の1.0%以下となった。
- 糖尿病有病者数の目標策定時の2016年(平成28年)予測値は1,200万人であるため、直近の値は200万人ほど低く抑えることができている。しかし、2022年度(平成34年度)の目標値に到達してしまっており、今後のさらなる高齢化の進展を上回る糖尿病有病率の低下が必要である。
- 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」によると、健診受診率の調整および年齢調整を行った上で算出したメタボリックシンドロームの該当者及び予備群者は、対2008年度(平成20年度)比で2.74%減少している。しかし該当者数の推計値においては、高齢化の影響を受けて、2008年度(平成20年度)の推計値と比較して、2015年度(平成27年度)では約12万人増加と推計された。(再掲)
- 該当者の割合を都道府県別に比較すると、最大県(32.1%)と最小県(23.4%)の差は全体では8.7ポイントであり、都道府県格差がみられる。(再掲)
- 特定健康診査受診率は8.8ポイント(ベースラインより21%増)、特定保健指導は5.2ポイント(ベースラインより42%増)増加しているが、目標値には到達していない。(再掲)
- 健診実施率を都道府県別にみると、最大(63.4%)と最小(39.3%)の差は24.1ポイントであったがどの都道府県においても2008年度(平成20年度)と比較して増加がみられる。(再掲)
- 特定保健指導実施率では最大(30.4%)と最小(12.2%)の差は18.2ポイントであり、実施率には都道府県格差がみられるが、どの都道府県において

も実施率の向上がみられる。(再掲)

## イ 関連した取組

- スマート・ライフ・プロジェクトにおいて4つのテーマ(運動、食生活、禁煙、健診・検診の受診)を中心とした取組を推進している。その一環として、生活習慣病予防の啓発、健康増進のための優れた取組をしている企業・団体・自治体を表彰しており、糖尿病腎症等重症化予防事業を行った市町村の表彰等による好事例の横展開を図っている。
- 保険者は、糖尿病等の発症・重症化予防や医療費適正化等を図るため、保険者共通の保健事業の取組として、特定健診・特定保健指導(法定義務)を実施している。また、後期高齢者医療広域連合においても、特定健診等に準じて健診等を実施している。
- 日本健康会議の宣言2においてかかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とすることをKPI(2020年まで)とした。重症化予防事業の実施は市町村国保等の保険者インセンティブの指標として位置付けられ、市町村国保における保険者インセンティブである保険者努力支援制度の前倒し実施では、2016年度(平成28年度)は816市町村で取組が行われていた。
- 日本糖尿病学会では2004年(平成16年)より「対糖尿病戦略5ヵ年計画」を推進しているが、第3次計画(2015年(平成27年)発表)では、「糖尿病を増やさない・悪化させない社会環境の構築」を推進している。
- 各都道府県において、「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業(都道府県保健対策推進事業の一環)」を実施している。
- 国民健康保険、後期高齢者医療における保険者インセンティブの指標として「重症化予防の取組の実施状況」を位置付けており、保険者による健診後の受診勧奨、保健指導(血糖、血圧管理、生活習慣改善指導)の取組が推進されている。

## 糖尿病腎症重症化予防の取り組み



## ウ 今後の課題

糖尿病の一次予防、二次予防、三次予防の各段階において、切れ目や漏れのない対策が重要である。

- スマート・ライフ・プロジェクトにおいて4つのテーマ（運動、食生活、禁煙、健診・検診受診）の取組をさらに推進。適切な栄養や適度な運動の推進、健診受診や糖尿病治療中断防止の啓発などを強化する必要がある。
- 特定健康診査・特定保健指導においては、第3期特定健康診査等実施計画期間（2018年度（平成30年度）～2023年度（平成35年度））に向けて、保険者の厳しい財政状況や専門職の限られた人的資源の中で、特定保健指導の質を確保しつつ、対象者の個別性に応じた現場の専門職による創意工夫や運用の改善を可能とし、効果的・効率的な保健指導を推進することにより、保険者全体の実施率の向上につながるよう、特定保健指導の実施方法を見直すこととなっている。
- 特定健康診査・特定保健指導について、特定保健指導の実施による効果（検査値の改善や医療費の比較）が示された。第3期特定健康診査等実施計画期間も引き続き効果検証を行う。

- 特定健康診査・特定保健指導の実施率は、性・年代、地域にかかわらず増加しているが、目標達成に向けて、実施率のさらなる向上が必要。
- 保健指導の効果を高めるための実施者への研修の充実や宿泊型保健指導など新たな保健指導の導入が必要。
- 治療継続者の割合をみると、60歳以上と比較して50歳代未満は低いため、健診後の受診勧奨、職域での「治療を継続しやすい環境づくり」に努める必要がある。レセプト等で抽出された治療中断者に対する保険者とかかりつけ医等で連携した効果的な対策を進める必要がある。
- HbA1c $\geq$ 8.4%の血糖コントロール不良者は減少傾向を示し、目標値を達成したが、さらに半減などの目標を掲げて取り組むことが重要である。
- 糖尿病性腎症による透析新規導入は横ばいが続いており、15,000人に目標達成は厳しい状況である。重症化予防のさらなる取り組みの推進が必要である。
- 「糖尿病予防戦略事業」、「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業」などを引き続き推進する。
- 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策実用化研究事業や腎疾患実用化研究事業において、糖尿病やCKDの病態解明や重症化予防の研究を引き続き推進する。
- メタボ該当率、特定健診・特定保健指導実施率には自治体保険者による差が大きいことから、行政、保険者、関係団体が連携した取組推進が求められる。



## (4) COPD

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している	
b 変わらない	1
c 悪化している	
d 評価困難	

- COPD 認知率は 2013 年（平成 25 年）までは連続的に順調に上昇した。しかし、その後は年々低下して 2017 年（平成 29 年）にはベースライン値に逆戻りした。認知率は「名前をきいたことがある」「どんな病気か知っている」の 2 つの質問で評価しているが、前者が同様の経年的変化を示しているのに対して、後者の質問に対する肯定的回答はベースライン値 7.1% から微増かつ漸増傾向を示し直近では 9.6% となっている。

### イ 関連した取組

- 厚生労働省の健康情報サイト e-ヘルスネット等を用いて、「COPD」の名称と疾患に関する知識の普及や禁煙により発症予防可能であることの理解を促進。
- COPD 疾患啓発のための組織
  - ・ 日本呼吸器学会主導 慢性呼吸器疾患啓発促進委員会
  - ・ 日本医師会主導 日本 COPD 対策推進会議
  - ・ GOLD 日本委員会 産学一体の NPO 法人
  - ・ COPD 啓発プロジェクト 産学一体の NPO 法人
  - ・ 慢性呼吸器疾患対策推進議員連盟 有志の国会議員による連盟
  - ・ 日本呼吸器障害者センター(J-BREATH) 患者団体

#### <具体的活動内容>

- 「肺の日」「呼吸の日」などの市民向け啓発イベント：呼吸器学会主導により各地域で開催、関東地区では日本医師会、結核予防会、日本呼吸器学会の 3 者協働による活動
- 日本医師会会員向けの啓発資料作成・配布
- “肺年齢”の導入によるスパイロメトリー検査の普及
- マスメディア（TV、新聞等）を通じた継続的な COPD 普及・啓発活動

- 屋外ビジョンによる屋外動画、全国保険薬局の一部店内モニターで動画放映、全国の病院施設・東京都庁関連800施設におけるポスター掲示
- 全国自治体による COPD 普及・啓発活動（地域による温度差大）
- 全国自治体の特定検診・肺癌検診における COPD 検診（スパイロメトリー検査）の組み入れ推進
- タバコパッケージ警告表示修正を厚生労働省・財務省に申し入れ
- 国が関与する法規、文書の疾患標記を COPD（慢性閉塞性肺疾患）に統一するよう学会主導で要望書提出

## ウ 今後の課題

これまでの上記した活発な事業展開にもかかわらず、現状のままでは目標達成は困難な状況にあると言わざるを得ない。高齢者の肺の健康という観点からは放置することはできない。産学によるなお一層の協働に加えて、以下の2点については国の積極的な関与が強く望まれる。

“国が関与する法規、文書の疾患標記を COPD（慢性閉塞性肺疾患）に統一するよう学会主導で要望書提出”という取組に関して、現行医療現場で COPD という疾患名が使われていないという現実がある（慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、慢性気管支炎等）。薬剤の添付文書、カルテ病名、DPC（診療群分類）、WHO の日本版、「疾病、傷害及び死因の統計分類」においても COPD の記載がない。また、文科省が定める医学教育モデル・コア・カリキュラムでも COPD の記載はない。タバコパッケージ警告表示修正（肺気腫を COPD と記載すべき）も急がれる。認知率 80% の目標達成は困難としても、「どんな病気かよく知っている」人の割合を増やすことは患者の受診行動を促すという観点からより実質的な意義があると思われる。現行 9.6% の数値をあと 5 年間で 20% に倍増することは実現可能な第二の目標として設定してもよいかもしれない。

### 3. 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

#### (1) こころの健康

##### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している（目標達成済み）	3（1）
b 変わらない	1
c 悪化している	
d 評価困難	

- 自殺者数（人口 10 万人当たり）は、自殺総合対策大綱による 2016 年（平成 28 年）の目標値に対して、2016 年（平成 28 年）の直近の実績値はすでに目標に到達している。
- 男女別・年代別での傾向は、男性のほうが高く、50 歳から 54 歳の年代をピークとして中高年層で高い。45－59 歳男性の自殺率は依然として人口 10 万人当たり 30 人を上回る状態が続いており、より一層の総合的な自殺対策が望まれる。
- 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者（K6 で合計点が 10 点以上のもの）の割合は経年的に大きな変化はない。
- 男女別・年代別での傾向は、女性のほうが高く、25 歳から 29 歳の年代をピークとして若年層で高い。
- メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場（メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場）の割合は、着実に増加しているが、直近は横ばいの状況になっており、より一層の取組の普及に向けた対策が望まれる。
- 小児人口 10 万人当たりの小児科医の数は増加している。人口 10 万人当たりの児童精神科医の数も緩徐であるが増加傾向である。

##### イ 関連した取組

- 2006 年（平成 18 年）6 月に自殺対策基本法が成立し、同法に基づき 2007 年（平成 19 年）6 月には政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱が策定された。2012 年（平成 24 年）8 月には同大綱の見直しが行われ、同大綱の下、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が緊密に連携して、自殺対策を総合的に推進してきた。
- こころの健康に対する取組として、国・自治体での精神疾患等の普及啓発事業、研修事業が行われた。

- 職場のメンタルヘルスに関しては、2006年（平成18年）に策定した「労働者の心の健康の保持増進のための指針」に基づき、労働基準監督署による指導等を行っているほか、産業保健総合支援センターによる支援等により、メンタルヘルス対策を推進してきた。
- また、改正労働安全衛生法に基づき、2015年（平成27年）12月1日より、労働者のメンタルヘルス不調を未然防止するため、従業員50人以上の事業者にストレスチェック等の実施を義務付けるストレスチェック制度が施行されたところである。
- 児童精神に関しては、次世代のメンタルヘルスに影響する児童への精神医学的な関与の普及に対して、小児科医・児童精神科医の増加が目標とされている。
- 地域医療介護総合確保基金において、小児科等の不足している診療科の医師確保支援についても活用できることとしており、医師の処遇改善に取り組む医療機関への財政支援を実施してきた。また、思春期精神保健対策研修会において、児童思春期の専門的な精神医療を担う人材育成に向けた研修を実施してきた。

## ウ 今後の課題

2016年（平成28年）4月1日に自殺対策基本法が改正され、新しい理念と趣旨に基づき、学際的な観点から関係者が連携して自殺対策のPDCAサイクルに取り組み、民間団体を含めた地域の自殺対策が行われることとなっている。上記の取り組みを行うために基盤となる、心理的苦痛を感じている者における要因の分析を進める必要がある。特に心理的苦痛を感じている者の割合が高い女性や若年層に関しては、妊娠・出産、更年期、就職等が影響している可能性があり、妊婦健診・こんにちは赤ちゃん事業等の母子保健、特定健診、産業保健等の取り組みと連携して、うつのスクリーニングや低強度介入を推進することが望ましい。また、取り組みの受け皿となる自治体等における基本的な相談体制・連携体制の整備が求められる。自治体の相談支援においては、精神担当部署のみならず健康部署における一般的な相談事例の背景にあるメンタルヘルスの課題の発見や対応など、自治体職員に対する教育研修等の組み合わせにより、普及啓発の受け皿機能が向上するものと考えられる。背景に、患者調査では気分障害患者が急増しているものの、本指標は変化していないことから、対応としては医療提供体制の推進ではないものが考えられる。また、身体的生活習慣病とうつ病・不安症が高率に併存するというエビデンスは確立しているので、健康日本21の他の分野（循環器、糖尿病、栄養、身体活動、禁煙、歯、等々）との連携が求められる。

職場におけるメンタルヘルス対策については、引き続き「労働者の心の健康の保持増進のための指針」に基づく事業場の取組の促進を図っていくとともに、

ストレスチェックの適切な実施を図っていく必要がある。

児童思春期精神疾患を診療する医療機関の現状を把握し、その地域偏在の解消に向けた努力が求められる。第 7 次医療計画において、現状把握とモニタリングが都道府県に求められており、より特異的な実態把握が可能になる。また、親の精神健康が子どもの精神健康にも影響を与えることから、次世代のメンタルヘルスを増進するためには児童精神科医の増加だけでなく、周産期からの取り組みが重要と考えられる。

## (2) 次世代の健康

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している（目標達成済み）	1
b 変わらない	1
c 悪化している	
d 評価困難	

- 「健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加」について、朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合はほぼ変化がなく、運動時間が60分未満の児童の割合は2010年度（平成22年度）以降年々改善がみられ、特に女子の改善率が高かった。
- 「適正体重の子どもの増加」について、全出生数中の低出生体重児の割合の減少は2010年度（平成22年度）のベースライン値に比べて、2016年度（平成28年度）は0.2ポイント減少しているが、この6年間はほぼ変化がなかった。また、小学校5年生の中等度・高度肥満は、ベースライン値の2011年度（平成23年度）と比べて2016年度（平成28年度）では男児で0.05ポイントの減少、女児で0.36ポイントの増加がみられた。年次推移としては、直近10年間でみると男女ともに緩やかな減少傾向にあり、直近5年間でみると男女ともに横ばいである。

（注）中等度肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が30%以上50%未満の者である。高度肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が50%以上の者である。

### イ 関連した取組

- 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加  
学校における食育を推進するために、スーパー食育スクール事業（2016年度（平成28年度）まで）、つながる食育推進事業（2017年度（平成29年度）より）や、食育教材の作成・配布などを実施。  
文部科学省の協力を得て、厚生労働科学研究において、小中学生の食事摂取状況に関する詳細な調査を初めて実施。この結果を踏まえ、現状把握に基づく普及啓発を展開（参照：別添）。
- 全国的な子供の体力や運動習慣等の状況を把握・分析することにより、課題や好事例等を明らかにし、各教育委員会及び各学校における子供の体力向上に向けた指導内容等の改善を支援。

女子の参加しやすい運動部活動づくりの実施や複数種目等、多様な運動部活動づくりに向けた指導内容・方法の工夫改善を支援。

幼児期に必要な多様な動きなどを指導参考資料第一集に引き続き第二集としてまとめ、DVDと冊子を全国の幼稚園保育園等に配布。

子供の体力の向上に係る、地域・学校ごとの課題をより明確にして、その課題への対応方策を検討し改善に向けた取組を実施。

#### ○ 適正体重の子どもの増加

2015年度（平成27年度）から開始した「健やか親子21（第2次）」（21世紀の母子保健における課題解決に向け、国、地方公共団体、関係団体、事業者等が一体となって推進する国民運動計画の第2次計画）において、全出生数中の低出生体重児の割合及び肥満傾向にある子どもの割合について、目標値を掲げて取組を実施している。

また、次世代育成支援対策推進法に基づく行動計画策定指針及び第3次食育推進基本計画においても、低出生体重児及び肥満の子どもに関する課題解決に向けた食育の推進に取り組んでいる。

さらに、厚生労働科学研究費補助金及び医療研究開発推進事業費補助金等による原因究明等を行っている。低出生体重児増加の要因として指摘されている妊娠中の体重増加量については、これまで「妊産婦のための食生活指針」において「体格区分別妊娠全期間を通しての推奨体重増加量」として示しているが、その内容の検証を厚生労働科学研究費補助金において行っている。

#### ウ 今後の課題

##### ○ 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

引き続き、つながる食育推進事業や食育教材を活用した指導などにより、学校における食育を推進。

厚生労働科学研究結果を踏まえ、各種基準改定や、現状把握に基づく、学校、家庭や地域への普及啓発を推進。

また、朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合に関する指標については、経年変化を確認するための評価方法について検討する必要がある。

##### ○ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加

引き続き、全国体力・運動能力、運動習慣等調査を行い、実技調査・運動習慣等調査結果を分析することで、各教育委員会・学校の子供たちの体力向上に向けた取組の点検を促し、取組改善を推進。

引き続き、指導内容・方法の研究・定着を目指し、生徒の自発的取組につながる取組を実施。

2014、2015年度（平成26、27年度）に配布した指導参考資料第一集と第二集をとおして、全国の幼稚園保育園等での運動を促進。

各自治体において、子供の体力の向上に係るP D C Aサイクルを確立し、好事例等を多くの地域・学校で活用できるよう促進。

○ 適正体重の子どもの増加

低出生体重児増加の要因としては、医学の進歩（早期産児の割合の増加）、多胎児妊娠、妊娠前の母親のやせ、妊娠中の体重増加抑制、喫煙等の因子が報告されているが、更なる研究の推進による要因分析等を行い、要因の軽減に向けた取組を国、地方公共団体、医療関係団体等が一体となった更なる取組が必要である。

子どもの肥満については、将来の大人の肥満や生活習慣病に移行する可能性が示されている上、子どもの頃からの健康的な発育や生活習慣の形成をしていくための基礎づくりとして、食生活の改善及び外遊び等の身体を動かす習慣づくりの推進など、総合的な取組が不可欠である。そのため、学校における児童・生徒のやせ及び肥満に対する健康課題への対応のほか、地域や家庭、関係機関との連携による取組の充実が求められる。

また、各種研究結果を踏まえた対応について検討をしていく必要がある。



### (3) 高齢者の健康

#### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している (目標達成済み)	3
b 変わらない	2
c 悪化している	
d 評価困難	

- 「介護保険サービス利用者の増加の抑制」については介護保険サービス利用者数だけを見れば抑制できていないように思われるが、第2号被保険者数に占める要介護（要支援）認定者の割合（認定率）は、2012年度（平成24年度）の17.6%に対し2015年（平成27年）3月末現在17.9%、2016年（平成28年）3月末現在17.9%と微増にとどまっている。第1号被保険者あたり給付費は平成24年の263千円に比べ平成27年度269千円と増加しているが、平成26年度270千円と比べ微減であり、変わらないと判断した。
- 「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」については2015年度（平成27年度）介護保険制度改正により、データソースである基本チェックリストを使用した介護予防事業は基本的には実施しない方針となり指標の把握ができなくなったため、今回の中間評価においては評価困難と判断した。（※今後の方針については「目標の整理」を参照。）
- ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合は、2012年（平成24年）調査結果に比較して2.7倍に上昇している。しかし2016年（平成28年）結果において頭打ち傾向がある。
- 「低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制」については、65歳以上を対象として低栄養傾向の高齢者の割合が、自然増により見込まれる割合（22%）を上回らないことを目標としており、2010年（平成22年）のベースライン値から2016年（平成28年）の直近の実績値に至るまで目標値を越えていない。そのため、現時点で目標を達成している。しかし年齢別にみた場合、85歳以上の高齢者のやせの割合は高く、高齢者人口のうち75歳以上高齢者の占める割合も今後増加が見込まれることに留意が必要である。
- 足腰に痛みのある高齢者（1,000人当たり）については、2010年（平成22年）に比べて2016年（平成28年）の直近の実績値は男性、女性とも低下しており、改善傾向にある。
- 高齢者の社会参加の割合は、ベースライン値（59.0%）から平成28年の直近値（58.3%）にかけて横ばいである。

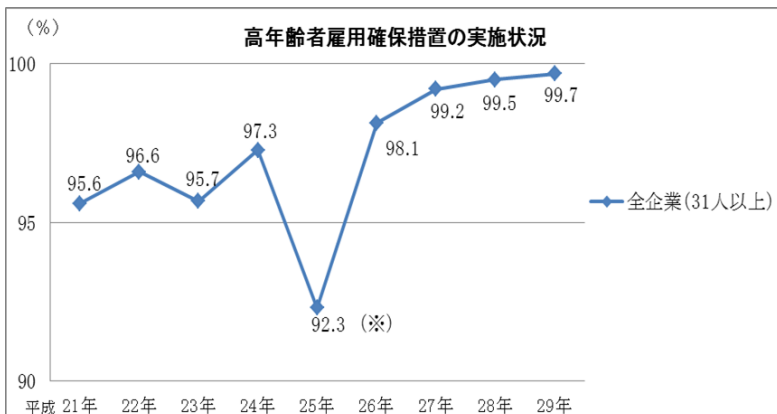
## イ 関連した取組

- 被保険者が要介護状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合において自立した日常生活を営む事ができるよう支援するため、地域支援事業を行ってきた。
- 2014年度（平成26年度）の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）」により、介護保険法（平成9年法律第123号）を改正し、地域包括ケアシステムの構築に向け、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実することとしている。
- 介護予防事業については、一次予防二次予防という枠組ではなく、高齢者の状態像にとらわれずに地域全体で介護予防を推進していくこととしている。
- ロコモティブシンドロームという言葉・概念の認知度を高めることによって、個々人の行動変容を目指している。日本整形外科学会が「ロコモ チャレンジ！協議会」を立ち上げ、公式WEBサイトや協賛企業の認定等により、ロコモティブシンドロームの広報啓発活動を推進している。
- 健康日本21（第2次）の開始に合わせ、「健康づくりのための身体活動基準2013」を2013年（平成25年）3月に策定するとともに、厚生労働省ウェブサイト等で公開している。
- 日本人の食事摂取基準（2015年版）策定検討会報告書において、低栄養と関連の深い虚弱の予防にも配慮し、高齢者（70歳以上）の目標とするBMIの範囲を提示した。また、高齢者のフレイルティやサルコペニア予防と栄養との関係についてもレビューし整理した。
- 介護保険制度の地域支援事業においては、全高齢者を対象とした健康・栄養教育、低栄養状態となるおそれの高い者等に対する栄養改善指導、地域における配食サービス等を、市町村が地域の実情に応じ、従前より実施している。
- 低栄養など高齢者の特性を踏まえた高齢者の保健指導のあり方について研究を実施。さらに2016年度（平成28年度）から低栄養など的高齢者の特性に応じた保健事業をモデル実施し、2018年度（平成30年度）から高齢者の特性に応じた保健事業の全国展開を図る予定である。
- 地域高齢者等の配食の機会を通じた健康支援の推進のため、「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理の在り方検討会」を開催し、配食事業の栄養管理の在り方を整理し、2017年（平成29年）3月に事業者向けのガイドラインを公表した。今後は、このガイドラインを踏まえた配食サービスの利活用を促進するため、配食事業者向けと配食利用者向けの支援ツールを作成し、その支援ツールを広く公表する仕組みを整備する予定である。
- 平成29年「国民健康・栄養調査」において新たに高齢者の筋肉量を把握する等、高齢者の健康・栄養状態に関する実態を明らかにする予定である。
- 高齢者の足腰の痛みは、外出や身体活動を阻害するため、「健康づくりのた

めの身体活動基準 2013」において、65 歳以上の基準を新たに設定するとともに、歩数の増加についても高齢者の目標を掲げ、取組を推進。

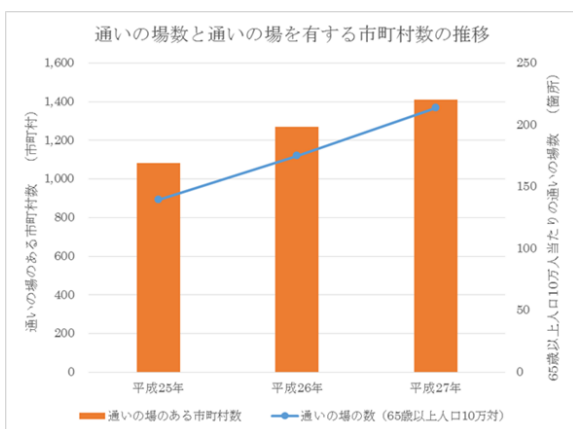
- さらに、スマート・ライフ・プロジェクトの中心となる 4 テーマ(運動、食生活、禁煙、健診・検診受診)の一つとして、『プラス 10 分の運動』を推進している。
- また、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防ともなるため、高齢者の方にも生活支援の担い手になってもらうことにより、社会的役割を果たすための取組を介護保険制度の地域支援事業において推進してきた。
- さらに、高齢者を含め、国民のボランティア活動への参加を促進する観点から、市町村社会福祉協議会等におけるボランティア活動に係る情報提供や人材育成等の取組を支援している。
- 社会参加の機会を増やすための方策として、就労の機会、ボランティアの機会、そして地域における活動の場の提供がある。
- 就労の機会に関しては平成 24 年に高年齢者雇用安定法が改正され、原則として 65 歳まで働ける仕組み導入が企業に義務付けられている。また退職者の就業機会提供の場としてシルバー人材センターが位置づけられている。2017 年(平成 29 年)の集計結果によると、「高年齢者雇用確保措置」実施済の企業(31 人以上)は 99.7%と、改正時の 92.3%より増加している。(参照：グラフ 3-1)
- 厚生労働省「国民健康・栄養調査」では、ボランティア活動に関する独立した質問がないため、その現状値は不明である。一般介護予防事業：地域介護予防活動支援事業として、介護予防に関するボランティアの育成が行われており、65 歳以上の高齢者も含まれている。平成 27 年には、累積育成人数 37,783 人中、65 歳以上はその 38.5%を占めている。
- 地域における活動に関しては、介護保険法に基づく、介護予防・日常生活支援総合事業において、高齢者に社会参加の場だけではなく社会的役割を提供する取り組みが推進されてきた。通いの場に関しては、実際に事業の一部として全国で開始された 2013 年(平成 25 年)の 43,154 箇所(1,084 市町村)から増加し、2015 年(平成 27 年)の集計結果では、通いの場の数は全国で 70,134 箇所(1,412 市町村)となった。65 歳以上の人口 1,000 対では 139(2013 年)、214(2015 年)である(65 歳以上人口は住民基本台帳人口に基づく)。(参照：グラフ 3-2)

グラフ3-1：高年齢者雇用確保措置実施済み企業の割合の年次推移



出典：厚生労働省 平成29年「高年齢者の雇用状況集計結果」

グラフ3-2：通いの場の数と通いの場を持つ自治体数の年次推移



出典：厚生労働省「介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」

## ウ 今後の課題

介護保険サービス利用者の増加の抑制について認定率は微増にとどまっているが、高齢者の増加に伴いサービス利用者が増えてくることは容易に想像できる。目標達成のためには、比較的軽度の利用者の抑制、すなわち高齢者の自立の維持が鍵となってくると考えられる。2014年度（平成26年度）に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）」により、介護保険法（平成9年法律第123号）を改正し、地高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように平地域包括ケアシステムの構築が進められている。これにより、地域全体での介護予防の推進に期待する。

ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合はベースライン値からみると3倍近くの認知率となっており改善していたがここ2年は頭打ちである。若年層にあまり浸透していないと思われ今後さらなる取り組みが必要である。日本整形外科学会が「ロコモチャレンジ！協議会」を立ち

上げ、公式WEBサイトや協賛企業の認定等により、ロコモティブシンドロームの広報啓発活動を推進している。さらに、同学会より近年ロコモの臨床判断値の提案がなされており、エビデンスに基づいた予防方法の開発やプロモーション活動に期待する。

低栄養傾向（BMI 20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制について、低栄養傾向の高齢者の割合は 2010 年度（平成 22 年度）からすでに目標値 22%を下回って 17.4%であり、直近値でも 17.9%とこの 5 年間すべてが目標値を下回っているため目標達成していると考えられる。しかし 75 歳以上の高齢者になると低栄養傾向の割合が増えてくることから、引き続き低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制を図る必要がある。2018 年度（平成 30 年度）から実施される高齢者の特性に応じた保健事業の全国展開に期待する。

足腰に痛みのある高齢者の割合（1,000 人当たり）も改善傾向にある。「健康づくりのための身体活動基準 2013」において 65 歳以上の基準の新たな設定などの新たな取り組みがなされておりその効果に期待する。

高齢者の社会参加に関しては、効果評価に必要な参加者の割合の把握及び効果評価の必要性がある。対象となる全ての高齢者および参加者の性別や年齢に係るデータのおよび縦断的データの収集が必要である。把握の徹底と通いの場への参加による効果評価に必要な縦断データの収集が必要である。

## 4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している（目標達成済み）	4（1）
b 変わらない	1
c 悪化している	
d 評価困難	

- 居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合はベースライン値に対して、2015年（平成27年）の直近実績値は増加している。2022年度（平成34年度）の目標値の達成が見込まれる。男女別で見ると、男性は女性よりも増加している。また、年齢別で見ると70歳以上を除いて全ての年齢層で改善傾向にある。
- 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合は、2012年（平成24年）27.7%から直近値平成28年の27.8%と、横ばい傾向である。
- 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数は、開始後順調に参画企業数は増加し、2022年度（平成34年度）の目標値を既に達成している。
- 健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数は増加している。
- 健康格差対策に取り組む自治体は、ベースライン値より増加し、直近の実績値は40都道府県である。増加の程度がこれまでと同じと仮定した場合に、2018年（平成30年）を目途に目標値は達成されると見込まれる。

### イ 関連した取組

- 2012年（平成24年）に一部改正された地域保健法に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」にソーシャル・キャピタルが明記されており、都道府県・市町村レベルでの対策の必要性が追加されている。
- 厚生労働省科学研究「地域保健事業におけるソーシャルキャピタルの活用に関する研究」（研究代表者：藤原 佳典）において、ソーシャル・キャピタルの発展およびその利活用についての研究が行われた。その成果の一部として、「住民組織を通じたソーシャル・キャピタル醸成・活用にかかる手引き」および「ソーシャル・キャピタルを育てる・活かす！地域の健康作り実践マニュアル」を作成した。これらの資料を、都道府県・市町村を含む関連組織が利活用できるよう、厚生労働省ホームページに一般公開している。また、

全国会議や研修会等を通して、全国の保健所長や保健師等へ研究成果の普及に努めた。

- 個人の主体的な介護予防の取り組みにつながる活動の将来及び普及のため、個人の取り組みに加えて企業・団体・自治体が一体となり、良好な社会環境の構築を推進することを目的とした「スマート・ライフ・プロジェクト」を推進している。
- スマート・ライフ・プロジェクトにおいて情報発信・広報戦略を展開している。
  - －メディア等を活用した効果的な広報戦略
  - －WEBサイトのコンテンツの制作・運用
  - －企業等及び国民向けの啓発ツール(ポスター、チラシ、アメニティ等)の作成
  - －普及啓発コンテンツの制作・運用
  - －「受動喫煙のない社会を目指して」ロゴマークの活用・展開
  - －禁煙週間や健康増進普及月間、女性の健康週間等での啓発普及イベントの実施
  - －関係団体等連携イベントの実施
  - －「いきいき健康大使」の活用
- スマート・ライフ・プロジェクトへの企業等の参画誘致や、参画企業等への取組のサポートを行っている。
- 2012年度(平成24年度)より「健康寿命をのばそう!アワード」の開催による好取組事例の表彰を行っている。2017年度(平成29年度)で第6回を迎えている。
- 「健康寿命をのばそう!サロン」の開催による、好取組事例の横展開を行っている。
- 健康格差対策に取り組む自治体についての現状把握を行った。
- 平成24年国民健康・栄養調査にて、1997年(平成9年)より5年ごとに行っている体格及び生活習慣に関する地域格差についての分析を行った。
- 厚生労働省のホームページにて、各都道府県の健康増進計画について国の示す項目と同一である内容及び都道府県独自の項目を一覧表で公開している。
- 平成28年の国民健康・栄養調査では、拡大調査を実施し、BMI、野菜摂取量、食塩摂取量、歩数、現在習慣的に喫煙している者の割合(男性)の結果を都道府県別に公表した。これらの結果等も踏まえ、健康格差の要因分析を引き続き行う必要がある。

## ウ 今後の課題

「地域のつながりの強化」における現在の指標は「あなたのお住まいの地域の人々は、お互いに助け合っている」という質問の回答結果による。そのほかに既存の質問項目もあるため、今後これらの指標の妥当性と信頼性について検

証を行う必要がある。

健康づくりを目的とした活動に主体的に関わる国民を増やすための取り組み内容のリスト化、及びそれぞれについてのプロセス・効果評価を行っていく。モニタリング指標とそれを算出するための調査の確定、およびそこから算出する指標を用いたモニタリングを行っていく必要性がある

スマート・ライフ・プロジェクトに関しては、新たな参画企業等がどのような媒体で情報を取得したかを把握しながら、より効果的な参画企業数の増加を図る。また、WEBサイトや啓発ツール等による国民への正しい情報の提供を行う。実施する各イベントのメディア露出増加により国民への正しい情報の発信及び認知度の向上により、さらなる国民運動化を図る。

都道府県・市町村レベルでの健康格差対策のため、要因解明のための研究を推進する必要がある。都道府県レベルのみならず、市町村レベルでの格差把握のため、拡大調査が望まれる。健康格差対策取り組みに至っていない自治体に向けた支援の方策をたてる必要があり、また現在取り組みを行っている自治体においても、さらなる改善の障害となっている因子を究明することが必要である。



## 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

### (1) 栄養・食生活

#### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している	2
b 変わらない	3
c 悪化している	
d 評価困難	

- 「適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25 以上）、やせ（BMI 18.5 未満）の減少）」について、20～60 歳代男性、40～60 歳代女性の肥満者の割合は統計学的に有意な変化はなく、20 歳代女性のやせの者の割合は統計学的に有意な減少を認めた。
- 「適正な量と質の食事をとる者の増加」について、
  - ・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は有意に減少
  - ・食塩摂取量の平均値は有意に減少
  - ・野菜と果物の摂取量の平均値は有意な変化なし
 であった。
- 「共食の増加（食事を 1 人で食べる子どもの割合の減少）」について、
  - ・朝食：小学生で有意に減少、中学生で有意な変化なし
  - ・夕食：小学生、中学生ともに有意な変化なし
 であった。（ただし、ベースライン値と直近の実績値でデータソースが異なり、サンプリング方法と人数が異なるため、検定結果は参考に留める。）
- 「食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加」について、食品企業登録数は目標数に到達、飲食店登録数も増加しており、現在の増加率を維持できれば目標に到達する見込みである。
- 「利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合」は有意な増加を認めた。

#### イ 関連した取組

- 日本人の食事摂取基準（2015年版）報告書のとりまとめ・公表（平成26年3月）。策定目的に生活習慣病の発症予防とともに重症化予防を加え、エネルギーの指標に体格（BMI）を採用するなどの改定を実施。
- 第3次食育推進基本計画の開始（2016～2020年度（平成28～32年度）の5年間計画）。
- 文部科学省、厚生労働省、農林水産省で策定している「食生活指針」を16年ぶりに改定（2016年（平成28年）6月）。啓発資材の作成、ホームページでの公表。
- 肥満・メタボリックシンドローム予防のための、新たな概念の導入や食事のエネルギー量を調整しやすい取組の実施など複合的な取組の推進〈別添1〉
- 特定給食施設における栄養管理の評価として、学校、事業所等健康増進を目的とした施設において「肥満及びやせに該当する者の割合の変化の状況」を把握する仕組みを新たに導入（2015年度（平成27年度）より把握）。
- 自治体への補助事業である糖尿病予防戦略事業において、事業内容の一つとして肥満予防対策を実施（2011年度（平成23年度）から実施）。
- 栄養バランスのとれた食事が入手しやすくなるよう、外食や中食（総菜等）、給食でのヘルシーメニューの提供促進に向けた給食事業者、自治体等による取組の実施〈別添2〉
- 日本人の長寿を支える「健康な食事」の普及について「健康な食事」に関する考え方を整理したリーフレットを作成し、合わせて生活習慣病予防その他の健康増進を目的として提供する食事の目安を提示（2015年（平成27年）9月）。
- 食生活改善普及運動（9月）において、「食事をおいしく、バランスよく」を基本テーマに主食・主菜・副菜の揃う食事とともに、「おいしく減塩1日マイナス2g」、「毎日プラス1皿の野菜」の普及啓発用ポスターやチラシを作成し、スマート・ライフ・プロジェクトのウェブサイトを提供（2016年度（平成28年度））。
- 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理の在り方に関する検討会報告書、配食事業者向けのガイドラインの策定・公表（2017年（平成29年）3月）。ガイドラインを踏まえた配食サービスの普及と利活用の推進に向けて、配食事業者向けと配食利用者向けの普及啓発用パンフレットを作成・公表（2018年（平成30年）1月）。
- 平成27年国民健康・栄養調査結果（20歳代女性でやせが多いことや主要な栄養素の摂取量が少ないこと）をもとに若い世代へのアプローチが推進されるよう、関係省庁、関係団体、管理栄養士・栄養士養成施設等に情報提供（2016年（平成28年）11月）。
- 減塩食品・減塩メニューの開発など企業による食品中の食塩低減に向けた取組を促進するための国、自治体、学会等の取組の推進〈別添3〉。
- 日本高血圧学会で、減塩委員会の活動として、減塩サミットの開催、掲載

基準を満たした減塩食品リストの公開、成果をあげた減塩食品のアワードの実施に取り組み、2017年（平成29年）4月から毎月17日を「減塩の日」に設定するなど、活動を充実。

- スマート・ライフ・プロジェクトでの「食塩または脂肪の含有量の低減を行っている」企業の登録について、食塩や脂肪の含有量について従来品と比べ10%以上の低減を行っていることを要件とする新たなフォーマットで登録開始（2016年（平成28年）8月）。
- 食品表示法における栄養成分表示（熱量、たんぱく質、脂質、炭水化物、ナトリウムの5項目）の義務化。ナトリウムの量は食塩相当量として表示（2015年（平成27年）施行。5年間の経過措置後2020年（平成32年）より全面義務化）。
- 共食の機会の確保とともに子どもの健やかな食習慣の定着に向けた学校、保育所、地域、NPO等による取組の実施（別添4）。
- 食生活改善推進員による地域に根ざした食育の推進。
- 行政栄養士の業務指針の改正（2013年（平成25年）3月）、業務指針を実践するための資料集の作成（2013年4月）。
- 健康日本21（第2次）の推進にあわせた国民健康・栄養調査の充実。地域格差（平成24年に続き28年実施）、所得格差（平成26年実施）などを重点テーマに設定・実施。

## ウ 今後の課題

- 肥満者の割合については、男女とも変化がなく、その目標達成に向けては、依然としてその割合が30%を超えている40～50歳代男性に対する特定健診・保健指導等の機会を通じた肥満改善に向けたアプローチ、増加傾向のみられる20歳代男性に関しては子どもも含めた若年世代への肥満予防のアプローチを強化する必要がある。
- 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事に関する状況は悪化しており、特に20～30歳代ではこれらを組み合わせた食事を食べている割合が低い。特に平成27年の国民健康・栄養調査の結果において、20～30歳代の女性では、たんぱく質、カルシウム、食物繊維及びカリウムなどの摂取量が60歳代よりも少ない傾向が明らかになっていることから、全国に約300校ある管理栄養士・栄養士養成施設の学生による同世代の人たちへの啓発活動や、学生食堂やコンビニエンスストアなど食事や食品を選択する機会を捉えた情報提供など、若い世代へのアプローチを強化していく必要がある。
- 食塩摂取量は減少したものの、減少を加速化する必要がある。食環境の目標にもある減塩の食品・料理・食事を提供する食環境は進んだが、さらに、産業界、学界、国や自治体が連携して、これらを普及することが求められる。
- 野菜の摂取量、果物の摂取量は変化がみられない。所得や経済的ゆとりな

どとの関連により摂取量に差がみられることから、価格など入手しやすい環境づくりのあり方について検討する仕組みづくりが求められる。

- 子どもの共食は変化していない。共食の増加については、世帯構造や社会環境の変化に応じた様々な支援が必要であることから、家庭とともに、学校・保育所、地域・NPO等が協働して、子どもの健やかな食習慣の定着にも資する多様な支援を生み出す環境づくりの推進に取り組む必要がある。また、共食の状況については、今後、経年変化を確認するための評価方法について検討する必要がある。
- 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業や飲食店の登録数については増加しており、特に、減塩に関する企業の取組、それを支援する学会等の取組は充実してきている。今後は、主食・主菜・副菜の揃う食事の実践に向けて、スーパーマーケットやコンビニエンスストア、飲食店、社員食堂や学生食堂など様々な場面で栄養バランスのとれた食事の提供が促進されることが望まれる。

## (2) 身体活動・運動

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している	1
b 変わらない	2
c 悪化している	
d 評価困難	

- 「日常生活における歩数の増加」について、20～64 歳と 65 歳以上の男女とも改善・悪化が見られない。目標値には大きく及ばない。
- 運動習慣者の割合は、20～64 歳と 65 歳以上の男女とも年度毎の変動が大きく、改善もしくは悪化の評価は難しいが、改善・悪化が見られない。目標値には大きく及ばない。
- 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数は、ベースライン値と比較して、増加傾向にはあるが、平成 25 年度から横ばい傾向にある。

### イ 関連した取組

身体活動・運動分野における歩数の増加ならびに運動習慣者の割合の増加は、「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」やスマート・ライフ・プロジェクトにおいて「+10メッセージ」（「毎日プラス10分身体を動かそう」というメッセージ）の普及・啓発などが取り組まれている。また、特定保健指導などを通じて減量のための運動介入などが推奨されている。また、運動しやすいまちづくりや環境整備に取り組む自治体が増加している。

### ウ 今後の課題

2013 年度（平成 26 年度）における「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」やスマート・ライフ・プロジェクトの一般国民への認知度は 9.1%と 11.2%と低値を示している。厚生労働省が身体活動や運動を推奨していることが国民に今以上伝わるよう一層の普及・啓発活動が必要である。

身体活動・運動に関する国民の認知やリテラシーの向上に加えて、身体を動かしやすい、運動しやすい町づくりや就労環境の整備が必要である。近年では、スポーツ庁や経済産業省などによる、東京オリンピック・パラリンピックの開

催や健康経営などを通じた、地域や職域の環境整備に関する取り組みが進められており、それらとの連携も必要である。

「住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加」という目標項目に対し、指標となる調査対象は都道府県となっている。自治体には市町村もあるため、市町村を対象とした調査もまた、今後必要と思われる。

取り組みが行われていない都道府県において、どのような要因が達成を阻害しているのかについての探索を行い、対処策を検討する必要がある。既に取り組んでいる都道府県においては、取り組みによる改善プロセスと成果の把握を行い、さらなる改善策を検討する必要がある。

### (3) 休養

#### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している (目標達成済み)	1
b 変わらない	1
c 悪化している	
d 評価困難	

- 「睡眠による休養を十分とれていない者の割合 (20 歳以上)」は、全体としては変化がみられなかった。この傾向に性差はないものの、年代別に分析すると、中高年者においては十分にとれていない者が微増傾向にあり、若年世代では変化は認められなかった。
- 「週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合 (15 歳以上)」はベースライン値の 9.3%から、経年的に漸減傾向にある。ただし、分析に用いたデータでは現状、性、年齢、地域別などの解析が困難なため、詳細については言及できない。

#### イ 関連した取組

##### ○健康づくりのための睡眠指針 2014 の策定

2003 年 (平成 15 年) に、「健康日本 21」の睡眠について設定された目標に向けて具体的な実践を進めていく手だてとして策定された「健康づくりのための睡眠指針」について、2014 年 (平成 26 年) に、これまでのエビデンスを踏まえて、新たに「健康づくりのための睡眠指針 2014」を策定した。

##### ○専門学会・省庁におけるガイドライン・指針等の作成・改定

睡眠に関する専門家が多く集まる日本睡眠学会では、「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」を 2013 年 (平成 25 年) に発表した他、日本神経治療学会が「標準的神経治療：不眠・過眠と概日リズム障害」を 2016 年 (平成 28 年) に発表する等、適切な診療を中心にガイドラインが公表されている。また、国土交通省が、「自動車運送事業者における睡眠時無呼吸症候群対策マニュアル～SAS 対策の必要性和活用～」を 2015 年 (平成 27 年) に改訂版を公表し、睡眠時無呼吸症候群 (SAS) による事故防止等について啓発している。

##### ○過重労働や残業への見直し

2014年（平成26年）に厚生労働大臣を本部長とする「長時間労働削減推進本部」を設置した。

2015年（平成27年）から100時間超（2016年（平成28年）から80時間超も）の残業が行われているすべての事業場等に対する、労働基準監督署からの監督指導を実施している。

2017年（平成29年）に、政府が働き方改革実行計画を策定し、罰則付きの時間外労働の上限規制導入、ならびにその導入に対して、日本経済団体連合会と日本労働組合総連合会が導入に合意した。その結果、週40時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を原則として月45時間かつ年360時間と設定し、単月では休日労働を含め100時間未満とした。

第186回国会において、過労死等防止対策推進法が制定され、2014年（平成26年）11月1日より施行された。同法を受けて、政府は「過労死等の防止のための対策に関する大綱」を2015年（平成27年）に閣議決定した。

## ウ 今後の課題

### ○睡眠指針の認知度の向上

本指針の認知度については、先行研究等も少ないが、厚生労働科学研究の研究班報告によれば中高年者で約12%であり、まずは普及啓発活動が重要となっている。

### ○実施に向けての法整備

国土交通省の発表した、「自動車運送事業者における睡眠時無呼吸症候群対策マニュアル～SAS対策の必要性と活用～」によるSAS対策は、法的な拘束力がなく、あくまで実施しを推奨しているにすぎないため、経済的に余力のある企業、業界団体が自主的にSASの早期発見・早期治療に努めている現状である。近年SASの有病率が高いこと、循環器疾患・交通事故のリスクであることが内外の報告で明らかにされてきたことから、労働衛生上の施策が求められている。

一方、過重労働・残業に関しては、労働基準法によって法整備がなされているものの、依然として勤務問題が原因での自殺者数は1998年（平成10年）から2011年（平成23年）で約700人増加し、近年漸減傾向にあるものの、総数として2,000人（2013年（平成25年）時点）と多く、整備だけでなく、順守されているかだけでなく、どのように推進していくかについても、更なる議論が必要であると考えられる。

### ○今後取り組むべき点

わが国の睡眠障害は、睡眠不足症候群（仕事、勉学、その他の活動が原因）、不眠、交代勤務、睡眠呼吸障害（睡眠時無呼吸症候群）がその大部分を占め



ると考えられる。これらの睡眠障害は、高血圧、糖尿病、循環器疾患、精神疾患、脳血管性認知症の発症リスクであることが報告されている。

一方で、睡眠障害によって起こる慢性睡眠不足状態では、必ずしも自覚的眠気を感じるものがなく、眠気を疲労、加齢と誤認していることが多いことが、生理学的研究、疫学研究で明らかにされてきた。したがって、本人の自覚が伴わずに交通事故、循環器疾患の高リスク者となりうることから、本人が体調悪化の理由を比較的自覚しやすい睡眠不足症候群、不眠、交代勤務と異なり、自覚しにくい睡眠呼吸障害への気づきを促す研究・施策が必要である。すなわち、眠気をチェックするよりも『いびきの頻度』『大きないびきの有無』『睡眠中の呼吸停止の有無』などの問診の重要性を明らかにする研究、簡便な睡眠中の呼吸モニターの開発・普及が望まれる。また、交代勤務者の割合は、わが国を含む先進諸国で労働者の約2～4割とされており、グローバル化を迎え、更に多くの労働者が従事することから休養のとり方、交代勤務による睡眠障害に関する情報の啓発が必要である。これらの睡眠障害に関する諸問題の解決が、起床時の熟睡感不全、日中の疲労・原因不明の眠気等の解決につながり、『睡眠による休養を十分とれていない者』の割合を減らすと期待される。

## (4) 飲酒

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している (目標達成済み)	2
b 変わらない	1
c 悪化している	
d 評価困難	

- 「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」は 2010 年（平成 22 年）から 2016 年（平成 28 年）の間で、男・女共にあまり変化は認められない。ただし、女性については 2015 年（平成 27 年）から 2016 年（平成 28 年）にかけて上昇する傾向もみられることから、注意深く推移を観察する必要がある。
- 未成年者の飲酒については 2010 年（平成 22 年）、2012 年（平成 24 年）、2014 年（平成 26 年）の推移で、中学 3 年生、高校 3 年生ともに、その割合は男女ともにコンスタントに下がってきている。特に、男性に比べて女性の低下が顕著に見える。
- 妊娠中の飲酒については、2010 年（平成 22 年）のベースライン値（8.7%）に比べて 2013 年（平成 25 年）の直近値（4.3%）はおよそ半分に減っている。さらに、2000 年（平成 12 年）に行われた乳幼児身体発育調査での割合が 18.1%であったことを考慮すると、妊婦の飲酒者割合は減少傾向にあると推測される。

### イ 関連した取組

2016 年（平成 28 年）5 月 31 日に閣議決定された「アルコール健康障害対策推進基本計画」には、特に向こう 5 年間で実施されるべき重点課題が 2 つ盛り込まれている。その一つ「飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防」の、向こう 5 年間に達成されるべき目標が、健康日本 2 1（第 2 次）の飲酒に関係した 3 項目と同一である。この計画に従えば、健康日本 2 1（第 2 次）の最終年度より前倒して、これら 3 項目の目標は達成されなければならないことになっている。

以上を達成するために、基本計画には以下のような対策が盛り込まれている。

- 未成年者や妊婦および教育者や保護者に対して、飲酒が未成年者や胎児・

乳児に及ぼす健康影響について啓発する。

- その際、アルコール関連問題啓発週間や未成年者飲酒防止強調月間等の機会、健康日本 21 や健やか親子 21 等の活動を通じ、国、地方公共団体、関係団体、事業者等と連携して実施する。
- 未成年者や妊婦の飲酒を防止するために、酒類提供業者に対して、未成年者への酒類の提供の禁止を周知徹底させるとともに指導・取り締まりを強化する。
- アルコール依存症を含むアルコール健康障害に関する正しい知識を普及させる。
- アルコール健康障害を予防するための早期介入方法であるブリーフインターベンションに関する調査研究を行う。

その他、以下のような取り組みがなされている。

- 多量飲酒者への対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】（平成 25 年 4 月）」に減酒支援（ブリーフインターベンション）を収載。
- 厚生労働科学研究費補助金を用い、飲酒状態も含め、未成年者の健康課題及び生活習慣に関する実態調査を実施。
- 厚生労働科学研究費補助金を活用し、減酒支援の普及を推進。
- メタボリック症候群が気になる方のための健康情報サイトである厚生労働省の e-ヘルスネット等のウェブサイトを通じた普及啓発を実施。

#### ウ 今後の課題

- 国のアルコール健康障害対策推進基本計画に基づく対策が確実に実施されていくこと。
- 各都道府県における都道府県アルコール健康障害対策推進計画が早期に策定され、確実に実施されていくこと。
- 上記基本計画に含まれていないが、アルコール健康障害を予防するためのブリーフインターベンションの広範な施行は、特に指標 1（生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少）の達成のために非常に重要である。従って、この対策を推進する。

## (5) 喫煙

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している（目標達成済み）	4
b 変わらない	
c 悪化している	
d 評価困難	

- 成人の喫煙率は策定時から横ばいで推移していたが、2015年（平成27年）の実績値から減少に転じた。しかし、策定時のベースライン値19.5%から直近（2016年（平成28年））までに1.2%しか減少しておらず、このままでは目標値12%の達成は難しい。
- 未成年者（中学1年生・高校3年生）の喫煙率は、男女ともに減少しており、このままの減少率を維持することで、2022年（平成34年）に目標値の達成が見込まれる。
- 妊娠中の喫煙率はベースライン値5.0%と比較して、直近の実績値の3.8%まで減少しているが、このままでは目標値0%の達成は難しい。
- 受動喫煙の機会を有する者の割合は、行政機関、医療機関、家庭、飲食店すべてにおいて、減少している。職場については、全面禁煙又は空間分煙を講じている職場の割合は増加しているが、わずか1.4%の増加にとどまっている。いずれの指標も改善傾向にあるが、このままでは目標値の達成には不十分である。特に飲食店と職場においては目標値の達成は難しい。

### イ 関連した取組

- 2010年10月 たばこ税・価格の引き上げ  
（たばこ税1本3.5円、価格1箱100～140円程度）
- 2012年6～7月 健康日本21（第2次）およびがん対策推進基本計画（第2期）の策定  
（成人喫煙率や受動喫煙防止等に関する数値目標の設定）
- 2013年4月 兵庫県受動喫煙防止条例の施行（罰則付き）
- 2013年4月 第二期特定健診・特定保健指導における喫煙の保健指導の強化
- 2015年6月 労働安全衛生法の改正に伴う職場の受動喫煙防止対策の推進（努力義務）
- 2017年10月 東京都子どもを受動喫煙から守る条例の成立（罰則なし）

## ウ 今後の課題

たばこ対策に関する4つの指標はいずれも改善傾向にあるが、未成年者の喫煙率を除く3指標については、改善が十分でなく、このままでは目標値の達成は難しい。今後これらの指標の大幅な改善を図るためには、たばこ規制枠組条約の趣旨に基づき、国民の健康の観点から、たばこ税の更なる引上げ、受動喫煙の防止（公共場所や職場、飲食店等の屋内全面禁煙の推進）、たばこの警告表示の強化、メディアキャンペーンの実施、たばこ広告、販売促進等の包括的禁止、医療や健診等の場での禁煙支援や禁煙治療の充実と普及、禁煙の相談を気軽にできるクイットラインの整備といった対策を組み合わせる強力に進めることが必要であり、そのための法制化等の政策実現が喫緊の課題である。

喫煙や受動喫煙について、所得等の社会経済状況の違いによる格差が明らかになっており、格差是正の観点からの対策も必要である。

## (6) 歯・口腔の健康

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している（目標達成済み）	3（1）
b 変わらない	1
c 悪化している	1
d 評価困難	

- 60歳代における咀嚼良好者の割合は、ベースライン値から増加していたが、直近の実績値では減少に転じている。現状のデータでは今後の予測が困難である。
- 歯の喪失防止の項目については、80歳、60歳、40歳のすべての年齢で改善しており、その中でも80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合と60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合は、ベースライン値から直近の実績値まで直線的に増加しており、目標をすでに達成している。
- 20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合は、ベースラインから直近の実績値まで減少しており、改善しているものの、40歳代と60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合は増加しており、悪化している。
- 3歳児のう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県数は、ベースライン値から増加している。直近の実績値は26都道府県であり、すでに目標を達成している。また、12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県数においても、ベースラインから増加しており、直近の実績値は28都道府県ですでに目標を達成している。
- 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合は増加しており、改善している。

### イ 関連した取組

- 国では、2011年（平成23年）に公布・施行された「歯科口腔保健の推進に関する法律」に基づき「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」を策定し、歯科口腔保健の推進のための具体的な目標・計画を策定している。また、市区町村が行う歯周疾患検診に対し、健康増進事業により財政支援を行っているほか、都道府県等が行う歯科疾患の予防に関する取組に対し、8020運動・口腔保健推進事業により財政支援を行っている。
- 自治体の取組について、歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している都道府県は47のうち43であり、取組は推進されている。
- 日本歯科医師会は当時の厚生省とともに、1989年（平成元年）より、「80

歳になっても 20 本以上自分の歯を保とう」という 8020（ハチマルニイマル）運動を開始しており、すべての年齢層での現在歯数の増加に取り組んでいる。また、ほとんどの都道府県でう蝕予防や歯周病予防のための啓発活動を継続してきている。

- 日本口腔衛生学会では、「今後のわが国における望ましいフッ化物応用への学術的支援」としてフッ化局所応用、及び水道水フッ化物添加法を推奨している。

#### ウ 今後の課題

乳幼児期・学齢期のう蝕歯数は減少傾向にあり、すべての年齢層での現在歯数は増加していることが確認できた。

乳幼児期・学齢期のう蝕有病状況については、改善傾向にある一方で、様々な研究において、社会経済的因子によってう蝕有病状況に健康格差が生じていることや、多数のう蝕を保有する者が増加していることなどの報告がある。さらに、一般的な疾患と比較して高い有病率であることから、集団全体のリスクを低減させるう蝕予防対策が重要である。

歯科疾患実態調査より、いずれのライフステージにおいてもう蝕有病者率は高い水準にあることに留意しつつ、継続的な歯科疾患予防に対する取組を推進することが必要である。

歯周病に関しては、平成 28 年度の具体的な指標は策定時に比較して悪化しているものの、それ以前は、状況は改善もしくは変わらない傾向にある。歯周病の予防については、日頃のセルフケアに加え専門的な指導や管理も必要なことから、健診の効率化等の工夫を図りつつ、定期的な歯科健診が普及するような取組が必要である。また、喫煙等の生活習慣が歯肉炎・歯周炎を引き起こす可能性もあることから、禁煙対策の推進の視点を含めて、歯周病予防への対策を進める必要がある。

歯周病の有病者率の増加については、歯周病検診のマニュアルが改訂され、歯周病の評価が見直されたことによる影響との指摘もあるため、新しい評価方法のもとでの有病者率の動向などについて、今後も注視する必要がある。

高齢期では、現在歯数の増加に伴い、歯周病だけでなくう蝕にも罹患する可能性が高まることから、現在歯が健全な状態や機能を維持するための取組が必要である。

歯科疾患等の地域格差について、う蝕や歯周病および口腔機能の都道府県における詳細な地域差までは明らかにできていないことや、要因分析のためのデータが十分ではないことから、今後の検討課題と思われる。

また、ライフステージに応じた取組を進めるに当たり、国、都道府県、市区町村等それぞれの単位での、関係部局との連携した施策・取組の推進が求められる。

## 第4章 目標に関する整理

### I 目標設定の際に準拠した計画等の改訂が行われた項目について

#### 1. がん対策推進基本計画

目標設定時はがん対策推進基本計画(平成24年6月)に準拠して設定された。平成29年10月24日に第3期がん対策推進基本計画(平成29年度～平成34年度)が閣議決定され、目標は以下の通りとなった。

#### 別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

##### (1) がん

目標項目	目標	第3期がん対策推進基本計画
① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少	73.9 (平成27年)	減少傾向へ (平成34年)
② がん検診の受診率の向上	50% (胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%) (平成28年)	50% (平成34年)

- がん対策推進協議会での議論を踏まえ、第3期の計画では、「75歳未満のがんの年齢調整死亡率」ではなく、がんによる死亡者を着実に低下させていくためには、がんに罹る者を減らすことが重要であることから「がん検診の受診率」等を具体的な目標としている。
- 「がん検診の受診率」については、第3期より対策型検診で行われている全てのがん種において目標値を50%としている。
- いずれの項目も、第3期がん対策推進基本計画に合わせて目標設定を変更する。



## 参考

以下の目標は設定時にがん対策推進基本計画に準拠したものではないが、関連する項目であり参考として記載する。

### 別表第五 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

#### (2) 身体活動・運動

目標項目	目標	第3期がん対策推進基本計画
② 運動習慣者の割合の増加	20～64 歳 男性：36% 女性：33% 65 歳以上 男性：58% 女性：48% (平成 34 年度)	平成 34 年度までに運動習慣のある者について、20～64 歳の男性 36.0%、女性 33.0%、65 歳以上の男性 58.0%、女性 48.0%とすることを實現することとする

#### (4) 飲酒

目標項目	目標	第3期がん対策推進基本計画
① 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 13% 女性 6.4% (平成 34 年度)	平成 34 年度までに生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者について、男性 13.0%、女性 6.4%とすることを實現することとする

#### (5) 喫煙

目標項目	目標	第3期がん対策推進基本計画
① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	12% (平成 34 年度)	平成 34 年度までに成人喫煙率を 12%とする
② 未成年者の喫煙をなくす	0% (平成 34 年度)	平成 34 年度までに 20 歳未満の者の喫煙をなくす

## 2. 医療費適正化計画

目標設定時は「第二期医療費適正化計画」（平成 25 年度～平成 29 年度）に準拠して設定された。「第三期医療費適正化計画」（平成 30 年度～平成 35 年度）が策定され、目標の設定は以下の通りである。

### 別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

#### (2) 循環器疾患

目標項目	目標	第三期医療費適正化計画
⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	平成 25 年度から開始する第 2 期医療費適正化計画に合わせて設定 (平成 29 年度)	特定健康診査の実施率 70%以上 特定保健指導の実施率 45%以上 (平成 35 年度)

#### (3) 糖尿病

目標項目	目標	第三期医療費適正化計画
⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	平成 25 年度から開始する第 2 期医療費適正化計画に合わせて設定 (平成 29 年度)	特定健康診査の実施率 70%以上 特定保健指導の実施率 45%以上 (平成 35 年度)

- 第三期医療費適正化計画において第二期と数値目標の変更はなく、合わせて目標を維持し、また、第三期医療費適正化計画は平成 35 年度までを計画期間としており、目標設定年も合わせて平成 35 年度とする方針とする。

### 3. 自殺総合対策大綱

目標設定時は「自殺総合対策大綱」（平成 24 年 8 月）に準拠し、自殺対策の数値目標は「平成 28 年までに、自殺死亡率を 17 年と比べて 20%以上減少させることを目標とする」と設定された。自殺死亡率は、平成 17 年 24.2 から平成 27 年 18.5 と 10 年間で 23.6%減少し、目標を達成した。

平成 29 年 7 月 25 日に閣議決定された「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」においては、以下の通り新たな目標が設定された。

#### 別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

##### (1) こころの健康

目標項目	目標	自殺総合対策大綱 ～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～
① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）	19.4 （平成 28 年）	平成 38 年までに、自殺死亡率を平成 27 年と比べて 30%以上減少： 自殺者（人口 10 万人当たり） 13.0 以下

○ 自殺死亡率は策定時 2010 年（平成 22 年） 23.4 から減少し、直近 2015 年（平成 27 年） 18.5 において目標に到達している。「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」に合わせて目標を変更する。また同大綱において平成 38 年までに達成する目標と定めており、目標設定年は平成 37 年とする。

#### 4. 健やか親子21

目標設定時は「健やか親子21」（平成13年～平成26年）に準拠して設定された。

現在「健やか親子21（第2次）」（平成27年度～平成36年度）が展開されており、目標の設定は以下の通りである。

#### 別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

##### （1）こころの健康

目標項目	目標	健やか親子21（第2次）
④ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	増加傾向へ （平成26年）	重点課題①【参考とする指標2】 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加

○健やか親子21（第2次）において「参考とする指標（※）」になっており具体的な数値目標設定はされていない。目指すべき目標内容に変更はなく、健康日本21（第2次）の期間に合わせて目標設定年を平成34年度に変更する。

※参考とする指標：具体的な目標値を設けないものの、データの推移等を継続的に注視する指標。

##### （2）次世代の健康

目標項目	目標	健やか親子21（第2次）
② 適正体重の子どもの増加		
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	減少傾向へ （平成26年）	基盤課題A【健康水準の指標2】 全出生数中の低出生体重児の割合 中間評価（5年後目標） 減少 最終評価（10年後目標） 減少
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 減少傾向へ （平成26年）	基盤課題B【健康水準の指標5】 児童・生徒における肥満傾向児の割合 中間評価（5年後目標） 8.0% 最終評価（10年後目標） 7.0%

○ア：健やか親子21（第2次）に合わせて現行の目標を維持し、健康日本21（第2次）の期間に合わせて目標設定年を平成34年度に変更する。

○イ：学校保健統計調査では、性別・年齢別・身長別標準体重をもとに肥満度を計算し、肥満度20%以上を「肥満傾向児」とし、肥満度20%以上30%未満を「軽度肥満傾向児」、肥満度30%以上50%未満を「中等度肥満傾向児」、肥満度50%以上を「高度肥満傾向児」と区分している。健やか親子21（第2次）においては、「児童・生徒における肥満傾向児の割合（健康水準の指標）」について、学童期からの肥満は重要な問題であることから、10歳（小学5年生）の

学校保健統計調査による肥満傾向児の男女合計値を用いることとし、目標値を設定している。

健康日本21（第2次）の策定時においては、「肥満傾向にある子どもの割合の減少」について具体的な減少幅の目標は設定せず、当時の「健やか親子21」の最終評価の動向も踏まえ、目標値の再設定を検討することとしていた。

したがって、今後は健やか親子21（第2次）に準じて「10歳（小学5年生）の肥満傾向児の割合」を正式な指標とし、目標設定を健やか親子21（第2次）の最終目標に合わせて7.0%に変更、現在指標としている「小学5年生の中等度・高度肥満傾向時の割合」を参考値として扱うこととする。また健やか親子21（第2次）の期間は平成36年度までとなっており、それに合わせて目標設定年は平成36年度に変更する。

別表第五 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

（4）飲酒

目標項目	目標	健やか親子21（第2次）
③ 妊娠中の飲酒をなくす	0% (平成26年)	基盤課題A【健康行動の指標7】 妊娠中の妊婦の飲酒率 中間評価（5年後目標） 0% 最終評価（10年後目標） 0%

（5）喫煙

目標項目	目標	健やか親子21（第2次）
③妊娠中の喫煙をなくす	0% (平成26年)	基盤課題A【健康行動の指標5】 妊娠中の妊婦の喫煙率 中間評価（5年後目標） 0% 最終評価（10年後目標） 0%

○いずれも健やか親子21（第2次）において目標が維持されている。合わせて現行の数値目標を維持し、健康日本21（第2次）の期間に合わせて目標設定年を平成34年度に変更する。

## Ⅱ 目標値に達成している項目について

### 1. 別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

#### (2) 循環器疾患

##### ① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

各危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病）の目標が達成された場合に期待される脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率の減少割合を推計した結果により設定された。

中間評価において既に目標に到達しているが、危険因子の目標が全て達成されてはならず、年齢調整死亡率の減少が予防対策のみによるものではないと考えられ、慎重な評価が必要である。

#### 目標

##### ① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

男性	脳血管疾患	41.6（平成34年度）
女性	脳血管疾患	24.7（平成34年度）
男性	虚血性心疾患	31.8（平成34年度）
女性	虚血性心疾患	13.7（平成34年度）

#### 直近の実績値（平成27年 人口動態調査）

##### 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）

男性	脳血管疾患	37.8
女性	脳血管疾患	21.0
男性	虚血性心疾患	31.3
女性	虚血性心疾患	11.7

○今後も引き続き慎重な評価が必要であり、現行の目標を維持する。

2. 別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

(3) 糖尿病

③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上における目標が達成された場合に期待される HbA1c (NGSP) 8.4%以上の者の割合の減少効果の推計をもとに設定された。

中間評価において既に目標に到達しているが、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上は目標に到達していないことから、慎重な評価が必要である。

目標

- ③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少  
1.0% (平成 34 年度)

直近の実績値 (平成 25 年度実施分 第 1 回 NDB オープンデータ)

HbA1c (NGSP) 8.4%以上の者の割合  
1.0%

○今後も引き続き慎重な評価が必要であり、現行の目標を維持する。

### 3. 別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

#### (1) こころの健康

##### ① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）

目標設定時は「自殺総合対策大綱」（平成 24 年 8 月）に準拠して設定された。

<u>目標</u>	
① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）	19.4（平成 28 年）

<u>直近の実績値（平成 27 年 人口動態調査）</u>	
自殺者（人口 10 万人当たり）	18.5

○直近の値において目標に到達している。「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」に合わせて目標を変更する。

※詳しくは「I 3. 自殺総合対策大綱」の項を参照。



#### 4. 別表第四 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

##### ③ 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加

策定時の直近2年間で Smart Life Project に登録した企業数が 500 社に近づいたことから、その後の 10 年での登録数を 2500 社と推定、策定時の登録数と合わせ 3000 社を目標とした。

中間評価において既に目標に到達している。

##### 目標

##### ③ 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加

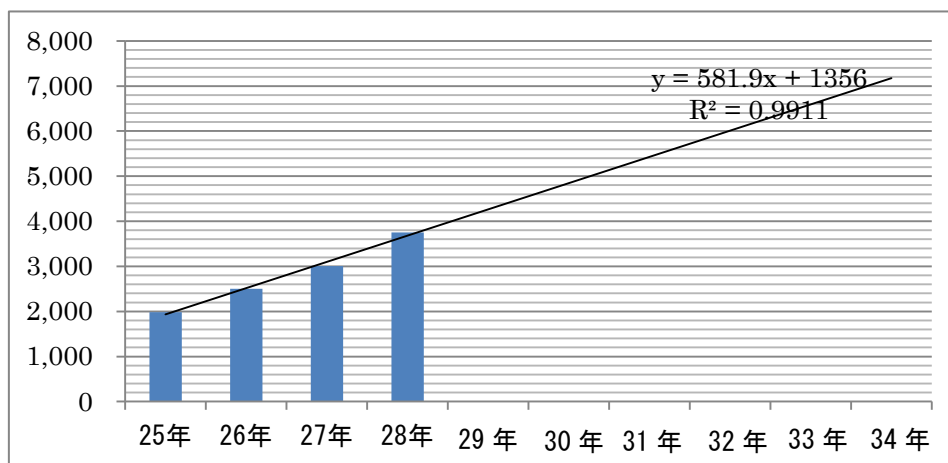
3,000 社（平成 34 年度）

##### 直近の実績値（平成 28 年）

スマートライフプロジェクトの参画企業数

3,751 社

○平成 25 年から平成 28 年のデータを元に線形近似曲線を作成し、それにより平成 34 年には約 7000 社になると予測されることから、7000 社を目標とする。



5. 別表第五 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  
(6) 歯・口腔の健康

② 歯の喪失防止

「ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合」については、歯科疾患実態調査の過去3回分のデータをもとに回帰分析による予測を行い、目標を設定した。

「イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合」については、平成5年では44.1%、平成11年では58.3%、平成17年では60.2%といった結果が示すように、増加傾向に減衰が認められたため、平成11年と平成17年のデータのみを用い、推計値を求め目標を設定した。

中間評価において既に目標に到達している。

目標

② 歯の喪失防止

ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加  
50% (平成34年度)

イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加  
70% (平成34年度)

直近の実績値 (平成28年 歯科疾患実態調査)

ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合  
51.2%

イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合  
74.4%

○ 平成17年から平成28年までの過去3回分のデータをもとに平成34年度の推計値を求めたところ、80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合は80.4%、60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合は64.2%であるため、新たな目標を次のとおりに設定する。

ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加  
60% (平成34年度)

イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加  
80% (平成34年度)

#### ④ 幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

「ア 3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加」については、3歳児健康診査の過去のデータ（平成16～21年）を用いて、3歳児でう蝕のない者の割合が80%以上であった都道府県数を年度ごとに算出し、得られたデータをもとに回帰分析による予測を行い、目標を設定した。

「イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加」については、学校保健統計調査の過去のデータ（平成19～23年）を用いて、12歳児の一人平均う歯数が1.0未満であった都道府県数を年度ごとに算出し、得られたデータをもとに回帰分析による予測を行い、目標を設定した。

中間評価において既に目標到達している。

#### 目標

##### ④ 幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

ア 3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加

23 都道府県（平成34年度）

イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加

28 都道府県（平成34年度）

#### 直近の実績値

ア 3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県

（平成27年 厚生労働省実施状況調べ（3歳児歯科健康診査））

26 都道府県

イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県

（平成28年 文部科学省「学校保健統計調査」）

28 都道府県

○ 健康格差や地域格差の縮小を目指す観点から、47 都道府県を目標とする。

### Ⅲ その他

1. 別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標
  - (2) 循環器疾患
    - ④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

現在の目標は以下の表の通りであり、既に設定年度（平成 27 年度）を過ぎて  
いる。

#### (2) 循環器疾患

目標項目	目標	変更案
④ メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群の減少	平成 20 年度と比べて 25%減少 (平成 27 年度)	平成 20 年度と比べて 25%減少 (平成 34 年度)

#### (3) 糖尿病

目標項目	目標	変更案
④ メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群の減少（再掲）	平成 20 年度と比べて 25%減少 (平成 27 年度)	平成 20 年度と比べて 25%減少 (平成 34 年度)

- 依然目標値に到達しておらず、引き続き目標達成に向けて取り組む必要が  
あり、目標設定年を健康日本 21（第 2 次）終了年に合わせて平成 34 年度に  
変更する。

## 2. 別表第三 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

### (3) 高齢者の健康

#### ② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上

認知症とはいえないが、加齢に伴う範囲を超えた認知機能低下がみられる状態の高齢者に対して、運動や趣味に関する様々な介入を行うことで、認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことを踏まえ、認知機能低下ハイリスク高齢者を介護予防事業において実態把握することが目標として設定された。

目標項目	策定時	目標	データソース
② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	0.9% (平成 21 年)	10% (平成 34 年度)	厚生労働省「介護予防事業報告」 (基本チェックリスト; 認知症関連 3 項目のうち 1 項目該当)

しかし、平成 27 年度の介護保険制度改正により、現在、基本チェックリストを使用した介護予防事業は実施していないため、指標の把握が困難となっている。したがって、今後の新たな目標として以下への差し替えを提案する。

目標項目 (案)	ベースライン値	直近の実績値	目標 (案)	データソース
② 認知症サポーター数の増加	545 万人 (平成 26 年)	880 万人 (平成 28 年度)	1200 万人 (平成 32 年度)	厚生労働省老健局 認知症施策推進室 による把握

※認知症サポーターとは：認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者。市町村や職場などで実施される「認知症サポーター養成講座」を受講した人が認知症サポーターとなる。

○ 本目標は「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)(平成 27 年 1 月 27 日策定、平成 29 年 7 月 5 日改定)における「認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進」のなかで主要な政策の数値目標の 1 つとして掲げられている。誰もが認知症とともに生きることになる可能性があり、また、誰もが介護者等として認知症に関わる可能性があるなど、認知症は皆にとって身近な病気であることを、普及・啓発等を通じて改めて社会全体として確認していくという基本的な考え方にもとづき、認知症サポーターの養成と活動の支援を推進することとしている。

○ 健康日本 2 1 (第 2 次) においては、「個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支

え、守る環境作りに努めていくことが重要である」という考えのもと、社会環境の整備に関する目標を設定している。本目標は「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」の推進の重要な要素の一つであるとされており、認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職域で認知症の人やその家族を手助けする認知症サポーターが養成されることは、社会環境の整備という視点においても「高齢者の健康」において目指すべき重要な目標であると考えられる。

3. 別表第五 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

(5) 喫煙

④ 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

昨今の受動喫煙対策に関わる動向を踏まえ、必要に応じて目標の変更を検討する。

<現状>

目標項目	目標
④ 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 0% 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% 飲食店 15% (平成34年度)

## 第5章 中間評価の総括と今後の課題

中間評価において、改善していると評価した目標は全53項目中32項目であった。なかでも基本的な方向1「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」に関する目標は、生活習慣の改善や社会環境の整備等、その他の基本的方向2～5に基づく目標の達成によって実現される最終目標と位置づけており、いずれも指標が改善していた。したがって、国民の健康増進の総合的な推進を図る本計画は全体として前進しているものとする。

しかし、策定時から変化がない項目、悪化した項目もみられるなど、目標の指標全てが順調に改善しているわけではない。

今後取り組むべき課題を考えるに当たって、基本的方向毎に全体の結果を省みると、他と比較して評価が著しく低い基本的方向は特にみられなかった。(第3章表\*基本的方向毎の評価状況 参照)

基本的方向1「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」の実現に関する目標においては、生活習慣病の予防及び社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により「健康寿命の延伸」を実現することが重要であり、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、「健康格差の縮小」を実現することが重要であるという考えに基づき目標を設定した。したがって、基本的方向2～5の目標達成に向けた取組を引き続き推進することが、これらの目標達成には不可欠である。加えて、さらなる健康寿命の延伸・健康格差の縮小を目指すためには、どのような対策がどの程度生活習慣病を減らすことが可能かなど、健康寿命の延伸の要因やそれに対する対策による健康寿命の延伸期間を具体的に推定するためのエビデンスが必要である。したがって、健康寿命に影響する因子を解明するための研究を引き続き行い、今後の生活習慣病対策等に反映していくことが必要である。

基本的方向2「主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」に関する目標においては、策定時に、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進すべきとしている。疾患毎に対する対策や合併症・重症化予防に関わる対策としては、「がん対策推進基本計画」や、「糖尿病腎症重症化予防プログラム」等が引き続き推進されていくことが期待される。

また、例えば「(2)循環器疾患 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率の減少」については、策定時に主要な危険因子(高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病)の目標が達成された場合に期待される死亡率の減少割合を推計し具体的な目標値の設定がなされた。ところが、「脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率の減



少」については目標に到達しているのに対し、その目標設定の根拠とした各危険因子に関する項目は目標に到達していない。このような現状を鑑みるに、目標設定時に想定していた健康増進を形成する基本要素の改善に基づくものとは異なる要因により目標指標の改善が進んでいる部分もあると推察される。したがって、本目標項目に限らず、現時点で改善しているものや既に目標に到達している項目についても、計画策定時に想定した改善要素以外の影響があることを踏まえ、単に順調な改善傾向と解釈することはせず、一次予防に関する対策も含め引き続き慎重に対策を継続する必要があると考える。（一次予防に関する目標については主に基本的方向5において定められているため後述する。）

基本的方向3「社会生活を営むために必要な機能の維持・向上」に関する目標においては、乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上につながる対策に取り組むとともに、子どもの頃から健康な生活習慣づくりに取り組むほか、働く世代のメンタルヘルス対策等により、ライフステージに応じた「こころの健康づくり」に取り組むことが重要であるという考えのもと設定された。こころの健康においては、「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」（平成29年7月）等、母子保健分野における取組として「健やか親子21（第2次）」等、高齢者の介護予防事業や認知症対策における「新オレンジプラン」等、各分野に関連する計画や施策が引き続き推進されていくことが期待される。

基本的方向4「健康を支え、守るための社会環境の整備」に関する目標においては、国民一人一人が主体的に社会参加しながら、支え合い、地域や人とのつながりを深めるとともに、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要であるという考えのもと目標が設定された。健康づくり対策を推進していくうえでは、行政だけでなく産業界（企業）の活動主体としての役割も重要であると考えられる。例えば、健康づくりに自発的に取り組む自治体、企業、民間団体等の活動を連携して推進していくための国の事業として「スマート・ライフ・プロジェクト」が展開されている。この事業においては、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙」「健診・検診の受診」の4つのテーマを中心とした健康づくりにつながる具体的なアクションを呼びかけており、事業に参画する団体数の増加を目標として掲げているが、経年的に順調に増加し今回の中間評価で既に目標に到達していた。一方で、「②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加」については横ばいの状態であり、今後はこうした自治体や企業等の健康づくりに関する取組が個人にも波及していくよう、一層推進していく必要があると考える。また、健康格差対策に取り組む自治体は増加傾向であり、基本的方向1でも述べた通り、今後は具体的な健康寿命延伸の要因を明らかにし、健康格差対策につながるべく分かりやすい有用な情報提供をしていくことが必要である。

基本的方向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」に関する目標は、国民の健康の増進を形成する基本要素として重要であるという考えに基づき設定された。即ち、他の基本的方向に基づく目標の達成に資する基本要素でもあるという点において、他の目標全体の進捗を支える基礎としての役割も担っている。そのため、一次予防と深く関連する「(1) 栄養・食生活 ②適切な量と質の食事をとる者の増加」や「(2) 身体活動・運動 ①日常生活における歩数の増加」など、個人の生活習慣や行動が結果として指標に反映される目標項目が複数設定されている。しかし、中間評価においてはそのほとんどにあまり変化がみられないという結果であった。

目標同士の相関関係を鑑みるに、これら基本的要素の改善が不十分な状況は、その他の目標進捗も滞る一因となる可能性が十分考えられ、より一層の目標達成に向けた取組が必要であると考えられる。

しかし、個人の生活習慣や行動が結果の反映に大きく影響する目標についても、個人が自ら気が付いて行動に移すことが可能である健康課題だけでなく、個人のみでは気が付きにくい課題や、周囲の環境による要素が大きく、仮に気が付いたとしても、個人の力だけでは取り組むことが困難な課題も含まれていることが想定される。こうした状況も踏まえ、「個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境作りに努めていくことが重要である」という考えに基づき基本的方向4の社会環境の整備に関する目標は定められている。個々の生活様式や社会経済状況が多様化している現代において、性別や世代、居住地域や、健康づくりへの関心の有無等に関わらず、一人一人が自らの健康課題に取り組むことが可能な社会の構築を図ることが、結果として基本的方向5において代表されるような個人の生活習慣や行動に関わる目標の進捗にもつながると考える。したがって、主に基本的方向4で示されている社会環境の整備に関する目標について、併行してより一層の推進を図ることが個人の生活習慣に係る目標の達成においても重要である。

以上を踏まえ、今後の健康日本21（第2次）を推進していくうえで必要な対策の方針を提示する。

○ 国、都道府県、市区町村、保険者、保健医療関係団体、産業界が連携して社会環境の整備を進めることで、社会全体としての健康づくり運動に対する気運をより一層高めていく。厚生労働省だけでなく、健康づくりに資する施策に取り組む他省庁との連携や、特定健診・特定保健指導やデータヘルス計画をはじめとした保険者が主体となる取組、健康経営をはじめとする企業主体となる

取組、また自治体等が地域の実情に応じて独自に行っている取組等を通じて、多方面からあらゆる世代、性別、社会経済状況にある国民へ、健康づくりにつながるアプローチを行っていく必要がある。その結果として、個人が健康づくりにおいて取り組むことが望ましい課題に気づきやすい環境や、自発的に行動を起こしやすい環境、個人では取り組みにくい課題についても解決できるような環境づくりを目指す。

○ 厚生労働省において健康づくりに資することを目的として策定した指針等について、認知率が低いとの指摘がある。まずは、国、自治体等においてこういった資料を活用し、健康づくりに関する有用な情報を周知していく必要がある。また、スマート・ライフ・プロジェクト等を通じて、健康づくりに取り組む企業や団体においても活用してもらうことで、情報が個人にまで届くよう、図っていく必要がある。

○ 自治体における健康づくりに対する取組は分野によって温度差があるという指摘がある。また、多くの自治体が各自の抱える健康課題へ取り組むことを検討しているものの、効果的な取組の実行に関する課題を抱えていることも少なくないと考える。効果的な取組を行っている自治体や企業・団体の事例をスマート・ライフ・プロジェクトにおける表彰活動等を通じてより広く周知していく。また、健康格差の要因分析を引き続き行い、その結果を周知することで、各自治体がより重点的に取り組むべき課題等を分かりやすくしていく必要がある。

○ 健康課題に取り組む自治体は増加傾向である一方で、取組そのものや結果に対する評価が適切に行えているのかが不明瞭であるという指摘もある。一般的には、参加人数等で評価を行っていることが少なくないようだが、そういった数字だけでは実際の参加者への波及効果が適切に評価できていない可能性もある。取組そのものだけでなく、実施した取組に対する評価のプロセスやその改善の実施方法（PDCAサイクル）についても優良な取組事例の展開を今後は図る必要がある。

○ 近年、健康経営をはじめ、健康づくりに自発的に取り組む企業・団体も増加している。スマート・ライフ・プロジェクトにおける表彰活動等を通して優良な事例を周知し、さらなる健康づくり対策への参画を広く呼びかけていく必要がある。

全ての目標項目の指標の中間実績値を踏まえ、現時点での健康日本21（第2次）の進捗状況の評価を行い、今後の目標達成に向け取り組むべき課題を整

理した。今後も全ての目標達成に向けた不断の努力が必要である。

国、都道府県、市区町村、保険者、保健医療関係団体、産業界と言った関係者が総力を上げ、健康増進に向けた対策が充実強化されることにより、最終評価までにより一層の推進を図りたい。