

令和3年10月18日	資料3-2
第15回健康日本21(第二次)推進専門委員会	委員作成資料

評価シート 様式2 (案) 委員作成資料

(令和3年10月18日版)

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……………P2
- (2) 次世代の健康……………P15
- (3) 高齢者の健康……………P29

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……………P51

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

- (1) 栄養・食生活……………P71
- (2) 身体活動・運動……………P102

様式 2

(領域名) (1) こころの健康

背景

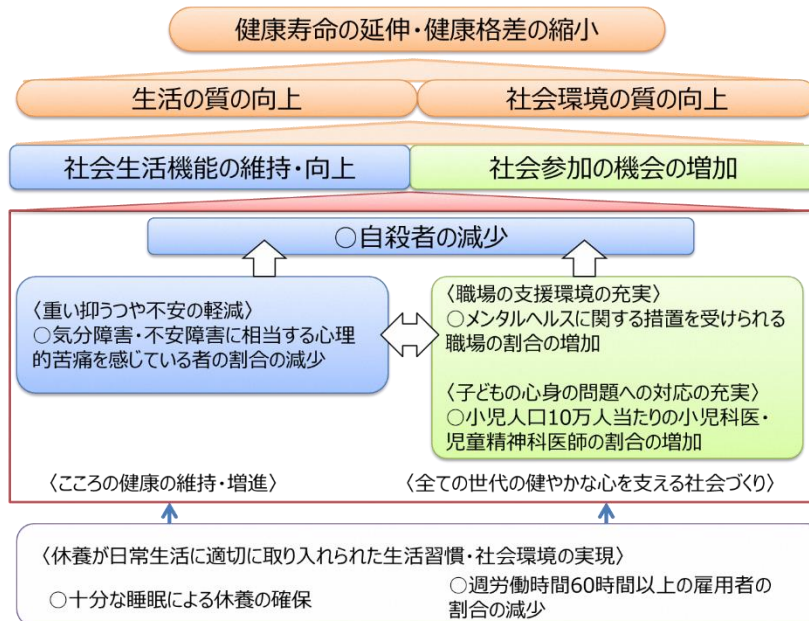
- 「こころの健康なくして健康なし」と言われるように¹⁾、こころの健康と身体の健康は相互に深く関わっており、身体健康や健康寿命延伸を考える上でもこころの健康は極めて重要である。
- 健康日本 21（第二次）では、基本的方向 3 の「社会生活を営むために必要な機能の維持・向上」のために精神健康が重要であるという考えのもとに、「こころの健康」について、「自殺者の減少（人口 10 万人当たり）」、「気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少」、「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加」及び「小児人口 10 万人当たりの小児科医・児童精神科医の割合の増加」の 4 つが目標として定められた。
- このうち「自殺者の減少（人口 10 万人当たり）」は自殺総合対策大綱に基づいて、「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」は労働安全衛生法の改正とストレスチェック制度の創設に基づいて、それぞれ目標値が設定された。

1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	1
B 現時点で目標値に達していないが、改善している	2
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内 1)
C 変わらない	1
D 悪化している	0
E 評価困難	0

目標項目	評価
① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）	B
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	C
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	B*
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
小児人口 10 万人当たりの小児科医師の割合	(A)
小児人口 10 万人当たりの児童精神科医師の割合	(A)

こころの健康の目標設定の考え方

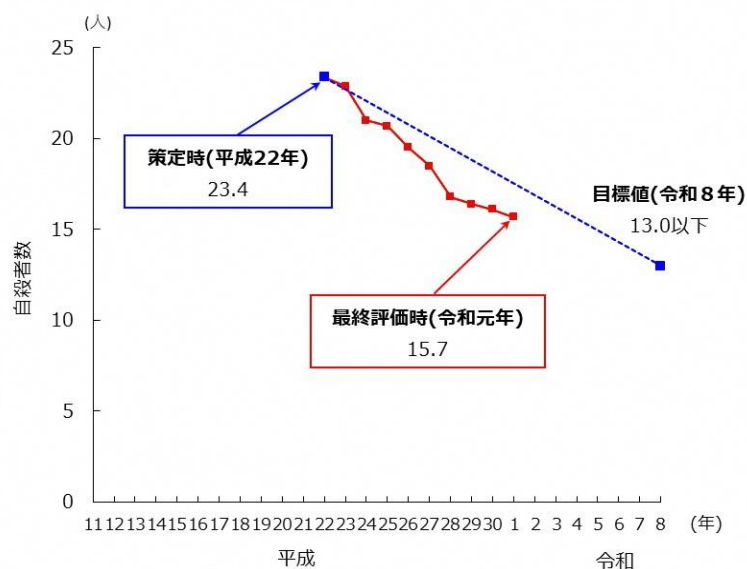


出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

① 自殺者の減少（人口10万人当たり）

自殺総合対策大綱では当初、人口10万人当たりの自殺者数について、平成17（2005）年の24.2を平成28（2016）年までに20%減となる19.4にすることが目標とされていた。しかし自殺者数は平成17（2005）年をピークに減少を続け、平成28（2016）年の時点で目標値を上回り16.8となった。そのため中間評価時に目標値が変更され、現在は令和8（2026）年までに平成27（2015）年の30%減となる13.0とすることが目標とされている。直近値である令和元（2019）年の自殺者数は10万人当たり15.7であり、依然として減少傾向ではあるものの、令和元（2019）年の最終評価時には新しい目標値には到達していない。なお、自殺死亡率の減少はすべての都道府県で認められている。

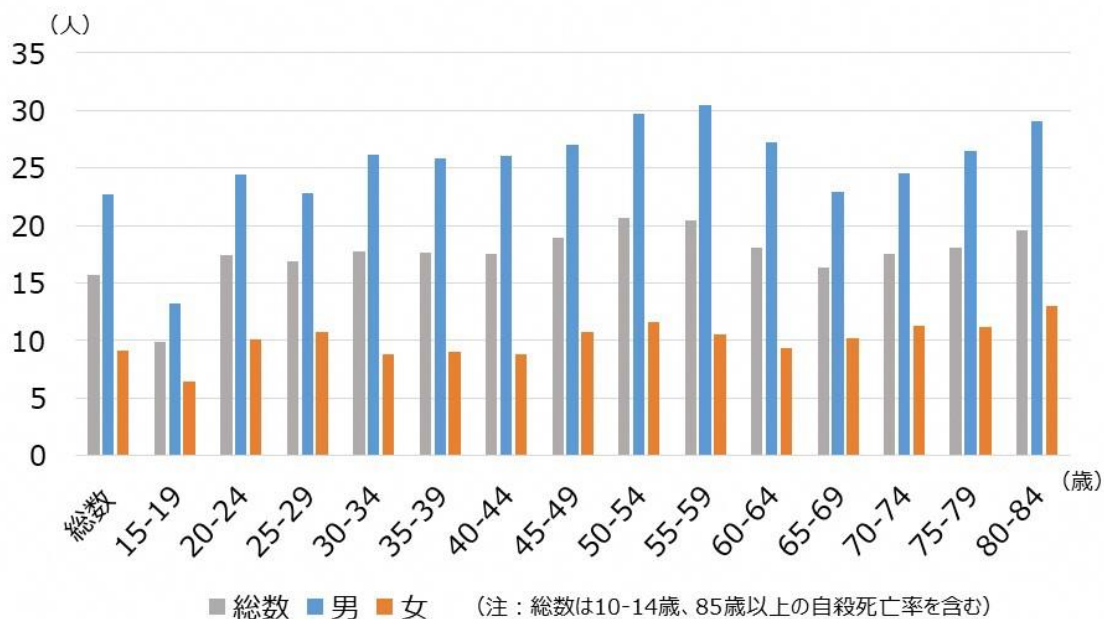
図1：自殺者数（人口10万人当たり）



出典：厚生労働省「人口動態調査」

下図のとおり性別では男性に多く、年齢階級別では50歳代が最も多い。なお、20歳以上のすべての年齢階級で自殺死亡率の減少が認められているが、15-19歳は平成22（2010）年の7.5から令和元（2019）年の9.9に上昇している（男性は9.7から13.2へ、女性は5.1から6.4へ）。また、自殺は依然として15歳から39歳の死因の1位となっている。

図2：性・年齢階級別の自殺死亡率（人口10万人あたり）



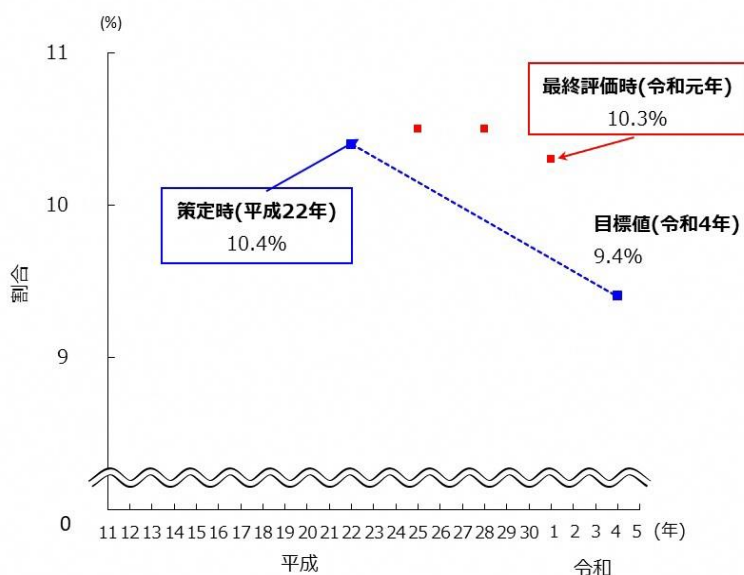
出典：厚生労働省「人口動態調査」

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

国民生活基礎調査の調査項目には、うつ・不安症状を評価する K6 という自己記入式質問紙が含まれている。K6 は 6 項目で 0 点から 24 点の範囲をとるが、そのうち合計点が 10 点以上のものを気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者として、その割合を指標にしている。

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の割合は、ベースラインの平成 22 (2010) 年は 10.4% であり、令和 4 (2022) 年までにその 1% 減となる 9.4% という目標値が設定されたが、直近値である令和元 (2019) 年の値は 10.3% であり、ほとんど変化が認められていない。

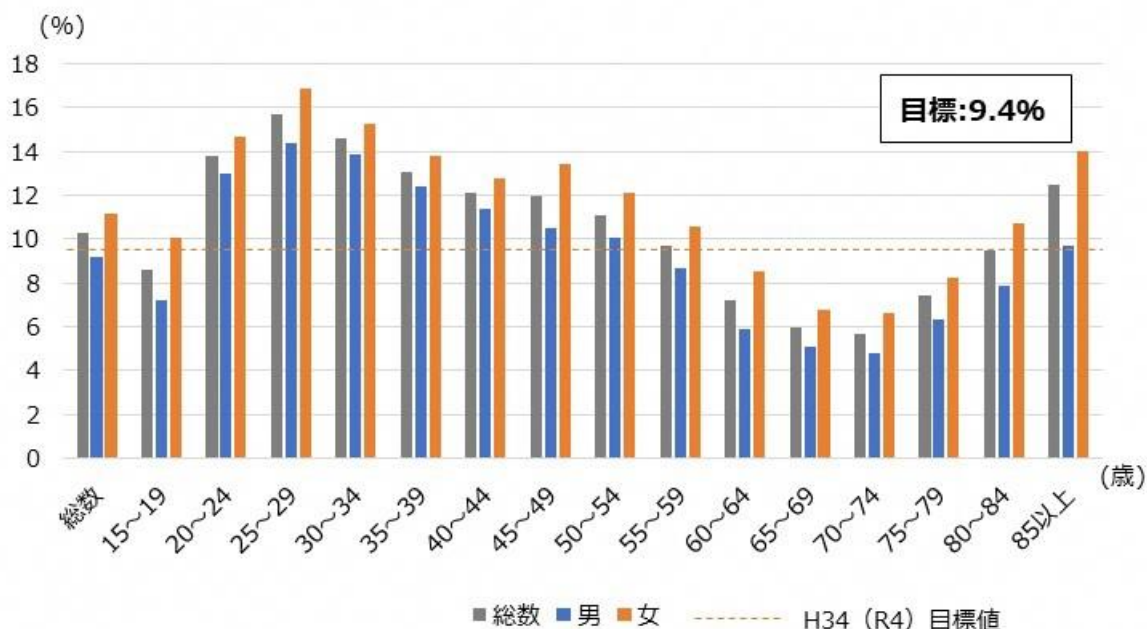
図 3 : 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

下図のとおり性別ではすべての年齢階級で女性の方が心理的苦痛を感じる者の割合は高い。年齢階級別では男女とも 25-29 歳をピークとして若年層で高くなっている。

図4：心理的苦痛を感じている者の割合 令和元（2019）年の性・年齢階級別のK6≥10の割合



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

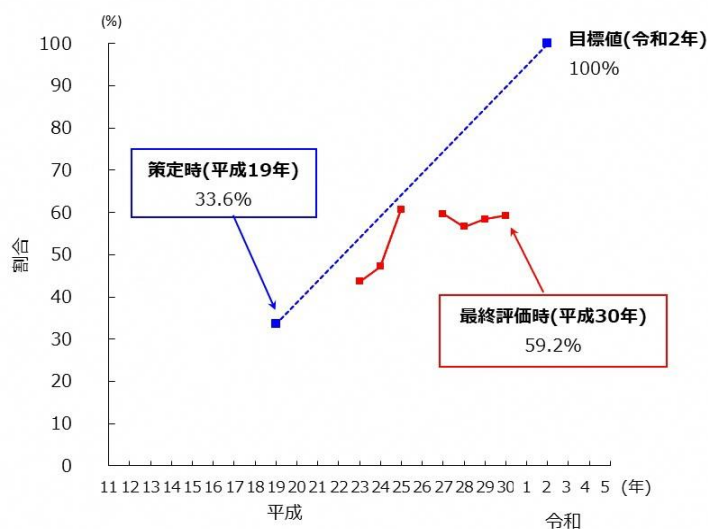
③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加

職場におけるメンタルヘルス対策については、平成 26（2014）年 6 月の労働安全衛生法改正により、ストレスチェック制度が創設（平成 27（2015）年 12 月 1 日施行）され、常時 50 人以上の労働者を使用する事業場においては毎年 1 回ストレスチェックの実施が義務付けられた。このような背景もあり、メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合を 100%とする目標が設定された。

しかし、直近値である平成 30（2018）年の値は 59.2%であり、明らかな増加傾向にあるものの、令和 2（2020）年までに 100%という目標値の達成は困難な状況である。

なお、事業場の規模別では、50 人以上の事業場においてメンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合は平成 30（2018）年で 90.7%であるが、30~49 人の事業場では 65.3%、10~29 人の事業場では 51.6%となっている。（参考値：令和 2（2020）年の値は 61.4%（事業場の規模別では、50 人以上の事業場で 92.8%、30~49 人の事業場では 69.1%、10~29 人の事業場では 53.5%）となっている。）

図5：メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合

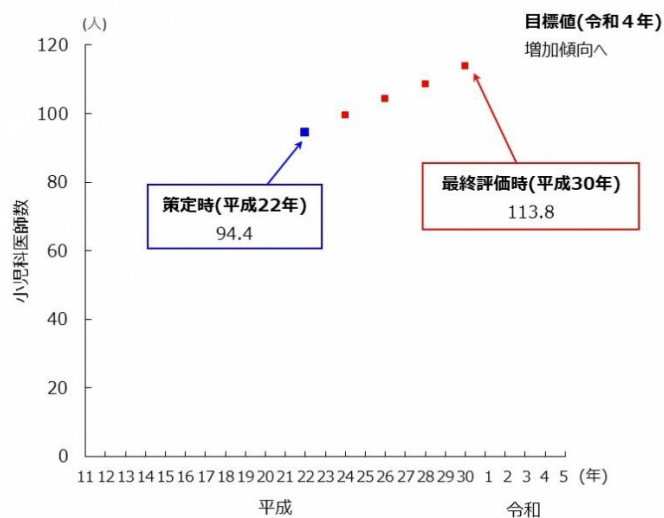


出典：厚生労働省「労働安全衛生調査（実態調査）」
 （平成24（2012）年以前は「労働者健康状況調査」）

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（小児人口10万人当たりの小児科医師の割合・小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合）

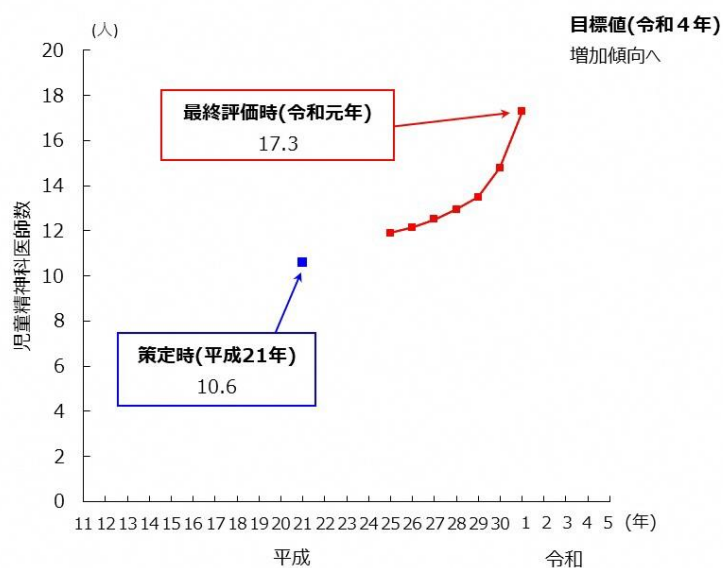
子どものこころの健康は、子ども期はもちろんのこと、成人後の精神疾患発症予防の観点からも重要であることから、小児科医・児童精神科医の増加が目標として掲げられた。直近値は、小児人口10万人当たりの小児科医師の割合は平成30（2018）年に113.8、児童精神科医の割合は令和元（2019）年に17.3と明らかな増加傾向にあり、いずれも目標に達している。

図6：小児人口10万人当たりの小児科医師の割合



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

図7：小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合



出典：日本児童青年精神医学会調べ

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

- 精神保健医療福祉領域においては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を政策理念として掲げている。このシステムは、精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労等）、地域の助け合い、普及啓発（教育等）の包括的な確保を目指すものとされている。健康日本 21（第二次）と関連が深いものとして、このなかで地域住民全体を対象とした普及啓発、スティグマの減少、総合的な相談支援等の一次予防策が必要とされており、厚生労働省ではそのために令和15（2023）年までに100万人の心のサポーター養成を目指す「心のサポーター養成事業」を開始している。

<各目標項目に係る取組>

① 自殺者の減少（人口10万人当たり）

- 平成18（2006）年6月に成立した自殺対策基本法に基づき、平成19（2007）年6月には自殺対策の指針として自殺総合対策大綱が策定された。平成24（2012）年8月には同大綱の見直しが行われ、第2次自殺大綱の下、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。
- 平成28（2016）年の自殺対策基本法の改正等を踏まえ平成29（2017）年7月に改定された第3次大綱においては、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目指すことを基本理念として、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を図る必要性、具体

的施策として若年層向けの対策や自殺未遂者向けの対策を充実すること、国、地方公共団体、関係団体及び民間団体等の取組相互の連携・協力を推進することを掲げ、関係府省で連携し自殺対策に一層強力に取り組んでいくこととなった。

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

- 厚生労働省のHP内に「みんなのメンタルヘルス総合サイト」、「こころもメンテしよう」を開設。
- 保健所において、普及啓発、研修、相談、訪問指導、社会復帰及び自立と社会参加への支援、市町村への協力及び連携等、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を実施。
- 精神保健福祉センターにおいて、人材育成、普及啓発、精神保健福祉相談等を実施。
- かかりつけ医等こころの健康対応力向上研修事業において、かかりつけ医、小児科かかりつけ医、看護師等を対象としたうつ病に関する研修、かかりつけ医と精神科医との連携会議を実施。
- 認知行動療法研修事業において、医師、公認心理師等を対象とした認知行動療法の研修を実施。
- 平成29（2017）年度より、産後うつ予防や新生児への虐待予防等を図る観点から、出産後間もない時期の産婦に対する健康診査である産婦健康診査の費用を助成することにより、産後の初期における母子に対する支援を強化している。

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

- 平成26（2014）年6月に労働安全衛生法が改正され、ストレスチェック制度が創設（平成27（2015）年12月1日施行）され、常時50人以上の労働者を使用する事業場においては毎年1回ストレスチェックの実施が義務付けられた。
- 平成30（2018）年4月より「第13次労働災害防止計画」（平成30（2018）年3月19日公示）を開始。
- 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」事業における相談窓口の増設。
- 産業保健総合支援センターやその地域窓口による、特に小規模事業場を対象にした産業保健サービスの提供や労働者健康安全機構による産業保健関係助成金の支給。

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

（小児人口10万人当たりの小児科医師の割合・小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合）

- 令和元（2019）年度に各都道府県が小児科医師確保計画を策定しており、同計画に基づいて医療圏の見直しや医師の派遣調整、医師の養成等を実施。
- 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。
- 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。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

① 「自殺者の減少（人口10万人当たり）」

本目標項目の評価は「B：現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」であった。改善傾向にある要因としては、自殺総合対策大綱の下、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とが挙げられる。また自殺対策に加えて、失業率の減少等も自殺者の減少に寄与した可能性がある。

一方、目標を達成しなかった要因としては、目標値が下方に修正されたことが挙げられる。

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」

評価は「C：変わらない」であった。この間に患者数は増加しており精神疾患を抱えている者における受診割合は高くなったと考えられるが、それにも関わらずこの指標が改善しなかった要因として、医療機関・公的機関への受診・相談が増えても、それが心理的苦痛を感じる者の割合の減少には必ずしもつながらないこと²⁾が挙げられる。

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」

評価は「B*：現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」であった。改善傾向にある要因としては、労働者50人以上の事業場におけるストレスチェックの義務化のほか、働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」事業における相談窓口の増設や、産業保健総合支援センターやその地域窓口による、特に小規模事業場を対象にした産業保健サービスの提供、労働者健康安全機構による産業保健関係助成金の支給が挙げられる。一方、目標未達となった要因として、上記の「目標項目の評価状況」でも述べたように、労働者50人未満の事業場においてはメンタルヘルス対策に取り組めていない場合が少なくないことが挙げられる。

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

（小児人口10万人当たりの小児科医師の割合・小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合）」

評価は「A：目標値に達した」であった。その要因として、小児科等の不足している診療科の医師確保支援のために、地域医療介護総合確保基金を活用することが可能になったことが挙げられる。また、発達障害の頻度の高さや影響の大きさ等が広く知られるようになり、小児科・児童精神科の重要性が以前より認知されてきたことも要因の一つとなった可能性がある。

ただ、当該領域に関心を持つ医師は増加しているものの、児童精神科医療に中心的に関与する専門性の高い医師の不足は依然として指摘されており、それは児童精神科医療や発達障害診療における診療待機の長さ等にも反映されている。サブスペシャリティとしての児童精神医学の専門性の確立や、専門的人材の育成は今後も強く求められる。

＜領域全体としての評価＞

- 「小児科医・児童精神科医の増加」に関しては目標を達成し、「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の増加」に関しては目標値には到達していないものの改善傾向にある等、全ての世代の巢健やかなところを支える社会づくりに関する目標項目は改善しており、「自殺者の減少」も改善が見られる。一方でこころの健康の維持・増進に関わる目標項目である「心理的苦痛を感じている者の割合の減少」に関してはベースラインから変化を認めず、この目標を達成することは特に次期に向けた大きな課題と考えられる。

4 今後の課題

＜領域全体としての課題＞

- 上述したように、精神保健医療福祉領域においては「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が政策理念として掲げられている。このシステムは、精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが安心して自分らしく暮らせる地域共生社会を目指すものである。そのために、地域住民全体を対象とした普及啓発、スティグマの減少、総合的な相談支援等の一次予防策、計画的な地域の基盤整備、市町村ごとの協議の場を通じた精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者等との重層的な連携による支援体制を構築していくことが求められる。
- 虐待・犯罪被害・DV 等の暴力の減少、経済的困窮者の減少、雇用率（及び正規雇用率）の上昇、住居の確保（ホームレスの減少）、住環境の確保（大気・環境汚染、室温、緑地等）、教育の確保、メンタルヘルスリテラシーの向上、地域のつながりの強化といった社会的決定因子がメンタルヘルスに好影響をもたらすことが指摘されており³⁾、このような社会環境の整備が求められる。
- 特に虐待等に代表される逆境的小児期体験（Adverse Childhood Experiences: ACEs）が、心身にわたる広範な影響を与えることは広く知られるようになってきている。モニタリング可能な指標の検討やトラウマインフォームドケア等の対策の普及が求められる。
- 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おり、健康日本 21 の他の分野（循環器疾患、糖尿病、食生活・栄養、身体活動・運動、喫煙、歯・口腔の健康等）との連携が求められる。
- 依存症は本人、家族に与える心理的苦痛や日常生活・社会生活への影響が大きく、その予防と対策には適切な医療の提供や社会的な取組等が必要と考えられる。特にギャンブル依存症に関しては、平成 30（2018）年 7 月にギャンブル等依存症対策基本法が成立し、より一層の普及・啓発活動と対策、研究開発が求められている。また、違法薬物に関しては犯罪であるとともに薬物依存症という疾病という側面があり、本人が地域で孤立しないように国民に対する啓発を進めるとともに、治療・回復のための社会資源を増やし、社会資源へのアクセスを促進する必要がある。なお、WHO による国際疾病分類の最新版「ICD-11」において、「ゲーム障害」が正式に病名として認められている。

<各目標項目に係る課題>

① 自殺者の減少（人口10万人当たり）

- 目標の達成に向けて、引き続き自殺総合対策大綱に基づく取組を推進していく。
- なお、大綱は概ね5年を目途に見直しを行うこととされており、令和4（2022）年度に見直しが予定されている。

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

- 精神疾患を持つ人における受診者の割合を増やす（treatment gapをうめる）ことだけでなく、受診後の治療の格差の解消（quality gapをうめる）や、一次予防法の開発・普及（prevention gapをうめる）が必要であることが指摘されている²⁾。
- Quality gapに関しては、精神科医に対して治療ガイドラインの教育の講習を行い、ガイドラインの効果を検証する研究を行うEGUIDEプロジェクトが国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神疾患病態研究部によって開始されている。
- 厚生労働省の心のサポーター養成事業で多くの心のサポーター養成が期待される。
- 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。例えば、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、就職等が心理的苦痛等に影響している可能性があり、妊産婦健診・産後ケア等の母子保健、特定健診、産業保健等の取組と連携して、メンタルヘルス増進策を推進することが望ましい。

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

- 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。
- ストレスチェック制度が実施義務となっていない労働者50人未満の事業場に対しても労働者健康安全機構による産業保健関係助成金制度等の支援策を通じて、実施促進を図る。
- 平成30（2018）年4月より始まった「第13次労働災害防止計画」（2018年3月19日公示）で取り上げられている、ストレスチェックの集団分析結果を活用した職場環境改善等を通して、メンタルヘルス対策の取組を推進する。
- 事業場における、ストレスチェックを含むメンタルヘルス対策を推進するため、産業保健総合支援センターにおいて、事業場の人事労務担当者・産業保健スタッフ等への研修、啓発セミナー等を実施する。特に安全衛生管理体制が必ずしも十分でない小規模事業場に対しては、産業保健総合支援センターの地域窓口において、労働者からの相談対応、個別訪問指導等を実施する。
- 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」事業における、メンタルヘルス不調、過重労働による健康障害に関する相談窓口の周知を実施する。

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

(小児人口10万人当たりの小児科医師の割合・小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合)

- 引き続き上記（関連する取組欄）の事業を実施し、小児科医・児童精神科医師の割合の増加に努める。
- 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、より詳細な実態把握が可能になるため、児童思春期精神疾患を診療する医療機関の現状の把握や、地域偏在の解消に向けた努力が求められる。
- 上述のとおり、サブスペシャリティとしての児童精神医学の専門性の確立や、専門的人材の育成は今後も強く求められる。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 自殺者数は令和2（2020）年に増加に転じた。若年者と女性において自殺者数の増加が認められており、今後も注視が必要である。
- 心理的苦痛を感じている者の割合は、コロナ後の国民生活基礎調査が令和4（2022）年に実施予定であるため直接の比較は現時点ではできないものの、重度の精神的苦痛を抱えている者の割合が大幅に増加している可能性が示唆されており^{4) 5)}、今後の注視が必要である。

<参考文献・URL>

- 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25日閣議決定）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunits uite/bunya/0000131022.html>
- 職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunits uite/bunya/0000153869.html>
- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書。2021。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000755200.pdf>

1.Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. Lancet. 2007;370(9590):859-77.

2.Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association. 2017;16(1):90-9.

3.Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a

systematic review of reviews. *The lancet Psychiatry*. 2018;5(4):357-69.

4.Nishi D, Susukida R, Usuda K, Mojtabai R, Yamanouchi Y. Trends in the prevalence of psychological distress and the use of mental health services from 2007 to 2016 in Japan. *Journal of affective disorders*. 2018;239:208-13.

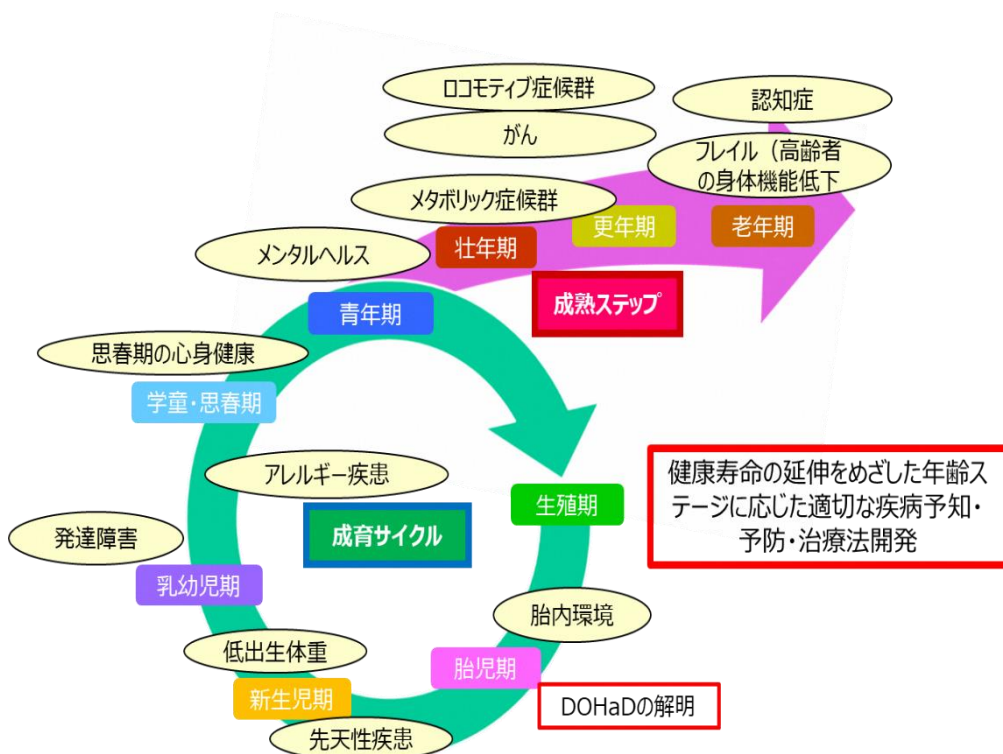
5.Yoshioka T, Okubo R, Tabuchi T, Odani S, Shinozaki T, Tsugawa Y. Factors associated with serious psychological distress during the COVID-19 pandemic in Japan: a nationwide cross-sectional internet-based study. *BMJ Open*. 2021;11(7):e051115.

様式 2

(領域名) (2) 次世代の健康

背景

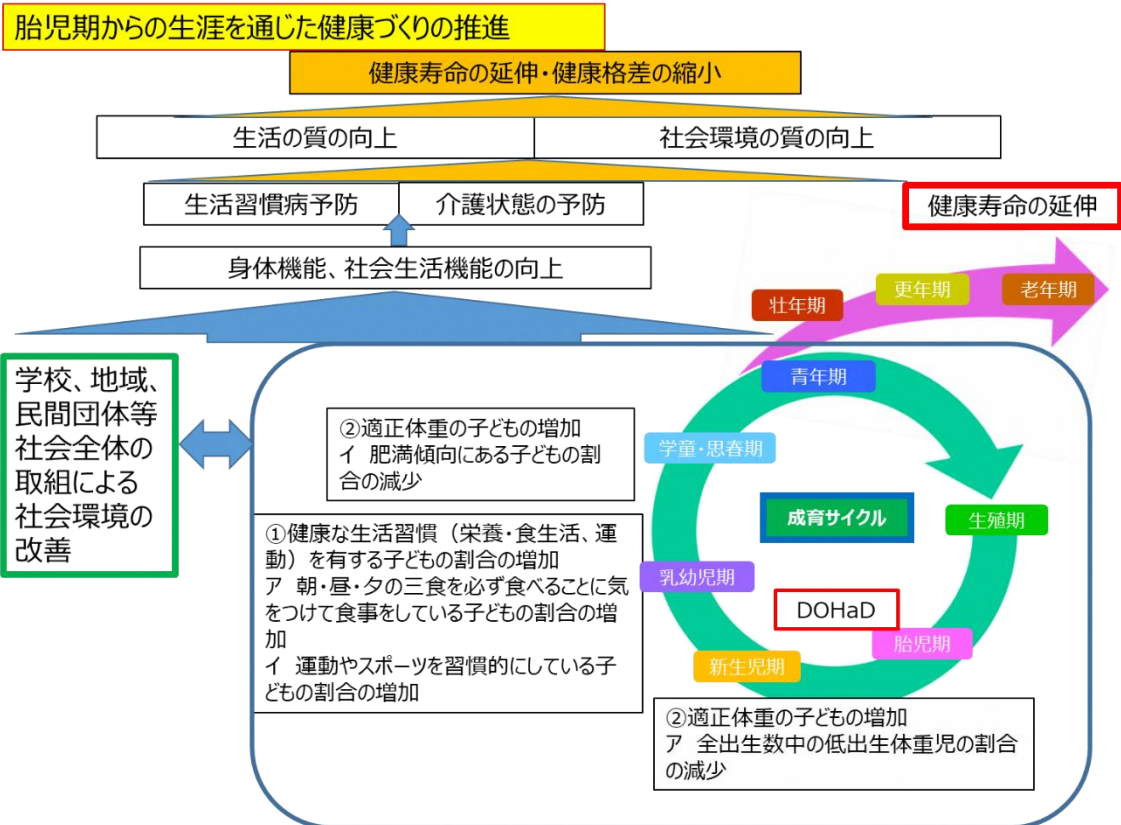
- 将来を担う次世代の健康を支えるため、妊婦や子どもの健康増進が重要であり、子どもの頃からの健全な生活習慣の獲得及び適正体重の子どもの増加を目標とする。
- 背景として、子どもの朝食欠食、孤食などの食生活の課題や遊びを含む運動習慣のある子どもの減少、肥満の割合の高止まりややせの増加がある。さらに、胎児期から乳児期の環境が将来の健康に及ぼす影響（DOHaD: Developmental Origins of Health and Disease）の概念が注目される中、胎児期からの生活習慣病予防の視点からも、成育期サイクルにおける健康増進と生活習慣の獲得は成人期、高齢期の健康の基盤として重要である（図）。
- 指標は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、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）と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、イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少）である。



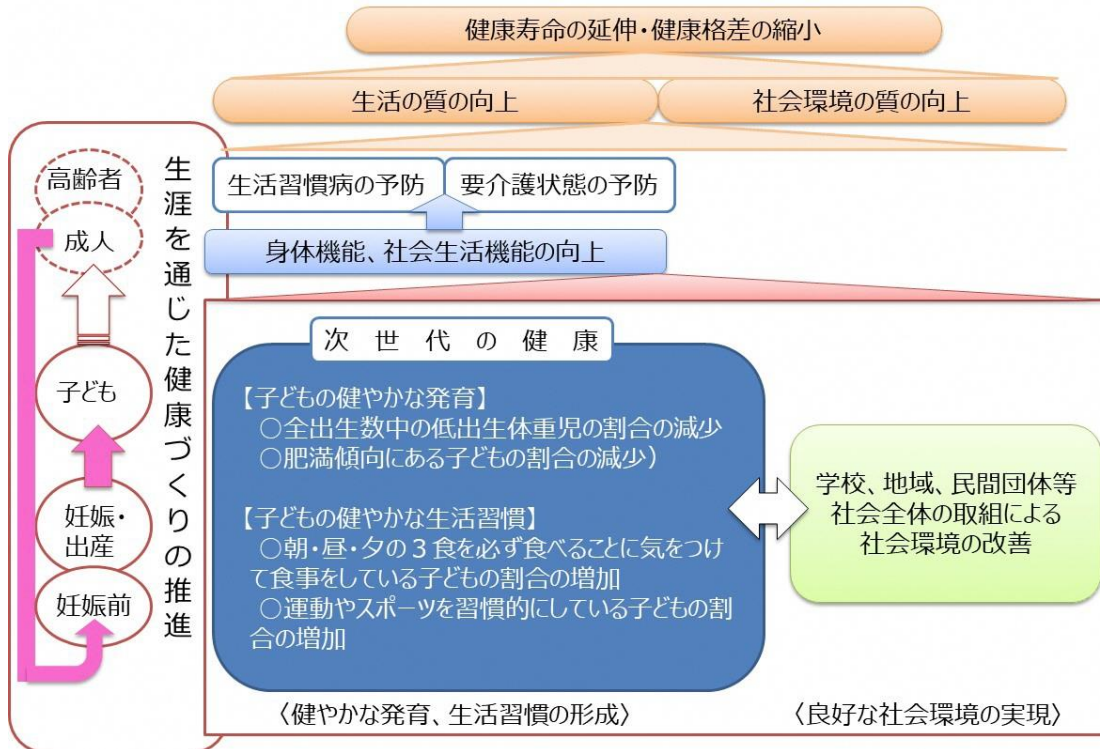
1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	0
B 現時点で目標値に達していないが、改善している	1
	B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの
	(内1)
C 変わらない	
D 悪化している	1
E 評価困難	0

目標項目	評価
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	B*
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	(E)
イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の増加	(B*)
一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生男子	(B*)
一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生女子	(B*)
② 適正体重の子どもの増加	D
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	(C)
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	(D)



次世代の健康の目標設定の考え方



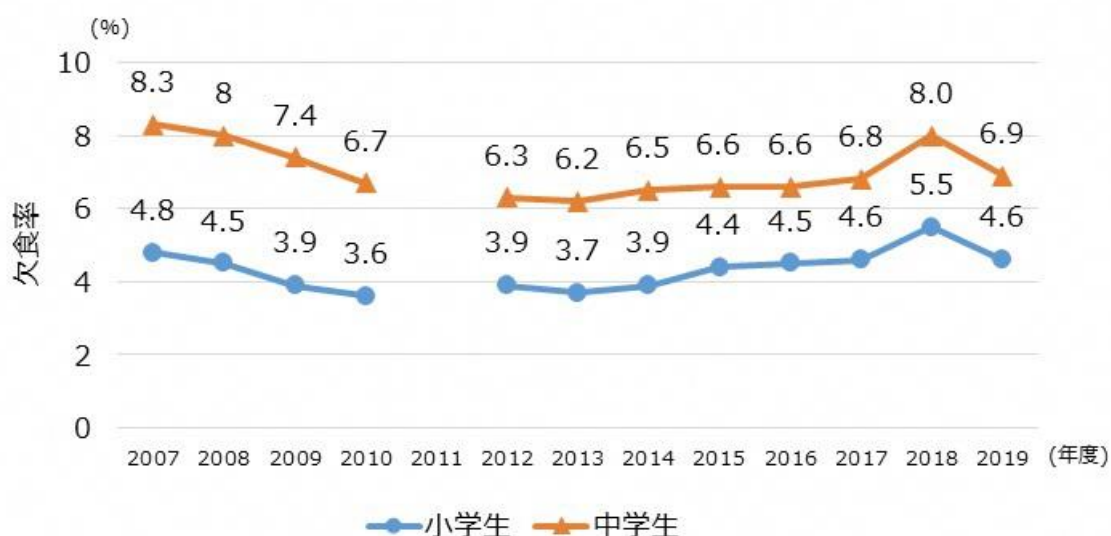
出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

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

- 中間評価以降指標の算出が行われていなかったために、評価困難と判定した。
- 朝食欠食については、農林水産省の食育白書2021では文部科学省「全国学力・学習状況調査」の調査結果から、横ばいと評価している
(https://www.maff.go.jp/j/syokuiku/wpaper/attach/pdf/r2_index-5.pdf)。
- 本指標のデータは現在把握できておらず、E（評価困難）と判定される。本項目を評価するための参考となる調査や指標について検討中である。

図1：小・中学生の朝食欠食率の推移



出典：文部科学省「全国学力・学習状況調査」

注：

- 1) 平成23（2011）年度は、東日本大震災の影響等により、調査の実施を見送り
- 2) 令和2（2020）年度は新型コロナウイルス感染症の影響等により、調査の実施を見送り
- 3) 「朝食を毎日食べていますか」という質問に対して、「あまりしていない」、「全くしていない」と回答した割合の合計（選択肢）「している」、「どちらかといえばしている」、「あまりしていない」、「全くしていない」
- 4) 小学校6年生、中学校3年生が対象

イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少

一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生男子

一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生女子

- 男女ともにベースラインからは減少しているが、中間評価から微増しており、B*（目標を達成しているが目標年までに目標達成が危ぶまれる）と判定した。
- 男子は平成24（2012）年調査から平成26（2014）年調査にかけて改善がみられたが、そ

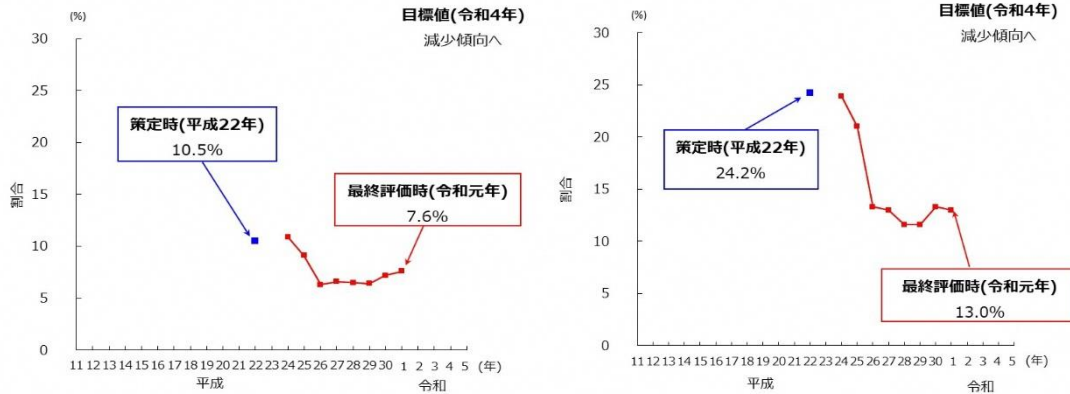
の後横ばいとなり、平成30（2018）年、令和元（2019）年は増加している。

- 女子は平成24（2012）年調査から平成29（2017）年まで減少していたが、平成30（2018）年に増加している。

図2：1週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合

小学5年生男子

小学5年生女子



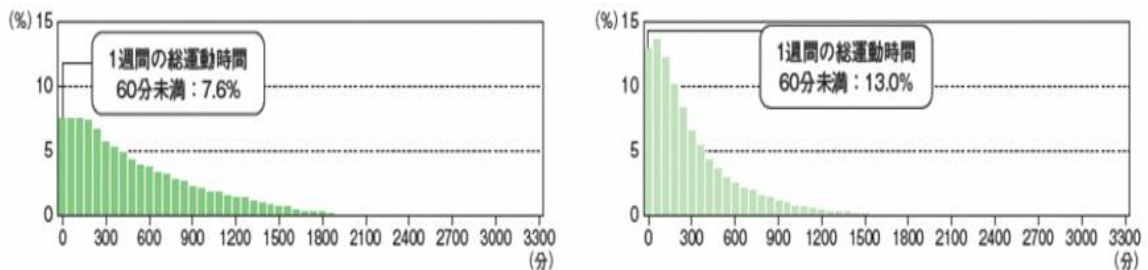
出典：文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」

- この指標は文部科学省の「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」の結果である (https://www.mext.go.jp/sports/content/20191225-spt_sseisaku02-000003330_1.pdf)。分布は図のようであり、男子の中央値は1週間あたり360-420分（1日あたり51-60分）であるが、女子は240-300分にあり、女子の運動量が少ない。Global Recommendations on Physical Activity for Health（世界保健機関(WHO)平成22（2010）年）では、健康づくりのための身体活動の推奨レベルとして、「5-17歳に分類される子ども・未成年者は、1日当たり60分の中～高強度の身体活動を毎日行うこと」とされている。

図3：運動時間別児童生徒割合

小学5年生男子

小学5年生女子



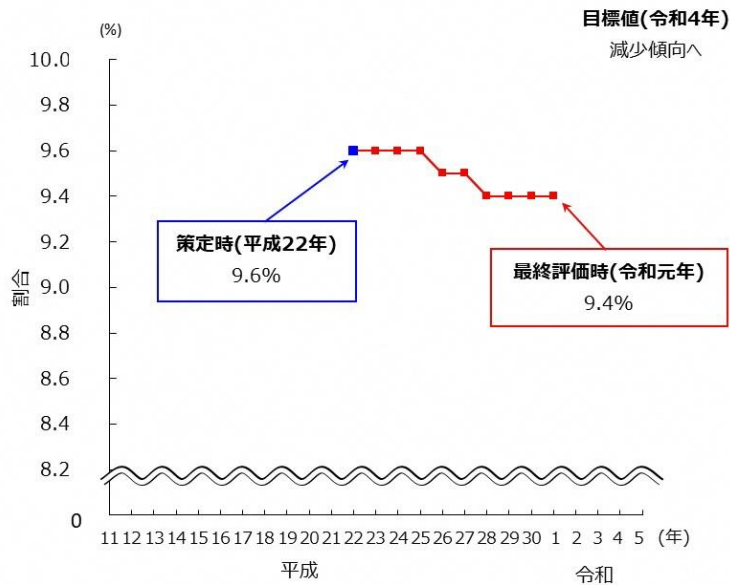
出典：文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査（令和元（2019）年度）」

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

- 全出生数中の低出生体重児の割合は、ベースラインからは減少しているが、中間評価以降は4年連続同じ値であり、変化がない。ベースラインからの相対的変化率は-2.1%と5%未満であることからC（変わらない）と判定した。

図4：全出生数中の低出生体重児の割合

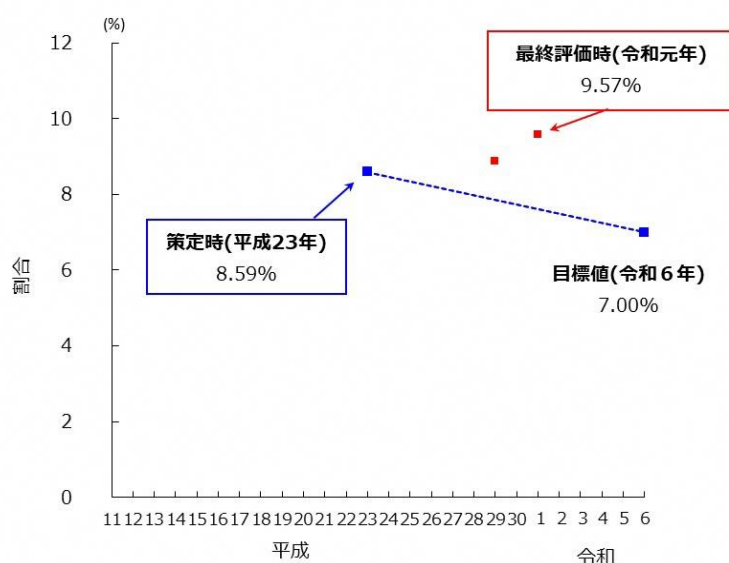


出典：人口動態統計

イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少

- 小学5年生の肥満傾向児の割合は、ベースラインの8.59%から令和元（2019）年には9.57%に増加しており、ベースラインからの相対的変化率が11.4%であることから、D（悪化している）と判定した。

図5：小学5年生の肥満傾向児の割合



出典：文部科学省「学校保健統計調査」

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

子どもや妊婦における母子保健分野における取組としては、母子保健の国民運動計画であり「健康日本 21」の一翼を担うものとして策定された「健やか親子 2 1」（平成 13（2001）年～平成 26（2014）年度）及び「健やか親子 2 1（第 2 次）」（平成 27（2015）年度～令和 6（2024）年度）（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 21 世紀における取組の方向性と目標が示されており、健康日本 21 及び健康日本 21（第二次）と協同しつつ取組を進めてきた。

<各目標項目に係る取組>

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

- 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（平成28（2016）年度まで）や、つながる食育推進事業（平成29（2017）年度より）、食育教材の作成・配付などを実施。
- 文部科学省の協力を得て、平成 26（2014）年～平成 28（2016）年度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。その中で補足的に当該項目についても把握。結果を踏まえ、現状把握に基づく普及啓発を展開。
- 子どもの健やかな成長を期して、基本的な生活習慣を育成し、生活リズムの向上を図るための

取組を推進し、社会的な機運を醸成するため、「早寝早起き朝ごはん」全国協議会と連携して、「早寝早起き朝ごはん」国民運動を展開。

- 平成24（2012）年～平成26（2014）年度厚生労働科学研究において、世帯収入と子どもの食生活に関する調査を実施。その結果、世帯収入が少ない世帯の子どもは、それ以外の世帯の子どもに比べて、朝食欠食者が多く、野菜や外食の摂取頻度が低く、魚、肉の加工品、インスタント麺の摂取頻度が高いことが示され、日本において、世帯収入と子どもの食生活は関連することが明らかとなった。
- 令和3（2021）年2月に閣議決定された「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」において、子どもの健やかな成長及び発達並びに健康の維持及び増進のため、「早寝早起き朝ごはん」国民運動や「健やか親子21（第2次）」の普及啓発等を通じて、乳幼児期においては保育所、幼稚園等と、学童期及び思春期においては学校等と、家庭や地域等がそれぞれ連携した食育を推進することが定められた。

イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少

一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生男子

一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生女子

- 全国的な子ども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どもの体力向上に向けた体育授業の改善や休み時間等の授業外における取組を支援。
- 運動部活動の実施に当たっては、生徒の怪我防止や教師の働き方改革を推進するため、活動時間・休養日の基準を示したガイドラインを公表するとともに、教師に代わって生徒の部活動指導や大会への引率等を担う部活動指導員の配置を促進するための補助金の創設等を通じて、生徒がよりよい環境の中で運動できる機会の充実を図っている。
- 平成24（2012）年3月に策定した幼児期運動指針に基づき、幼児期に必要な多様な動きなどを指導参考資料として冊子とDVDにまとめ、第一集を平成27（2015）年3月に、第二集を平成28（2016）年3月に全国の幼稚園や保育園等に配布。
- 地域の様々な人的資源を効果的に活用して、子どもの体力向上のための総合的且つ継続的な取組などを支援。
- 全国的な子ども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ども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。（平成28（2016）年度まで）
- 子ども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。（平成29（2017）年度まで）

② 適正体重の子どもの増加

- 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取組を実施。

ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

- 「健やか親子21」及び「健やか親子21（第2次）」において、指標「全出生数中の極低出生体重児の割合、全出生中の低出生体重児の割合」を設定し、関係者や関係団体、国民、地方公共団体、国等が一体となって目標達成に向けて取り組んできた。
- 低出生体重児増加の要因の1つ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」として示してきた。本指針は令和3（2021）年3月に改定し、名称を「妊娠前からはじめる妊産婦のための食生活指針」とするとともに、「妊娠中の体重増加指導の目安」（令和3（2021）年3月8日日本産科婦人科学会）を参考として提示した。また、妊娠中に望ましい食生活を実践するためのポイントを取りまとめた冊子を作成すること等により、普及啓発を行っている。

イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少

- 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やつながる食育推進事業、食育教材の作成・配付を実施。
- 「学校保健統計調査」において、児童生徒の肥満傾向児の割合を把握。
- 「健やか親子21」及び「健やか親子21（第2次）」において、指標「児童・生徒における肥満児の割合」を設定し、関係者や関係団体、国民、地方公共団体、国等が一体となって目標達成に向けて取り組んでいる。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

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」の総合評価は「B*：現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標達成が危ぶまれる）」であった。「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の増加」については、指標の算出がなされておらず参考指標を検討する必要がある。運動に関しては、ベースラインよりは改善していたが、直近3-4年は横ばいもしくは悪化している。昨今のインターネットの利用やゲームに費やす時間の増加が、運動のみならず子どもの生活全体の時間を圧迫しているようである。

② 「適正体重の子どもの増加」の総合評価は「D：悪化している」であった。低出生体重の割合については、悪化は抑制できており、これは、満期産の減少や妊娠中の体重増加の適正化によるものと思われる。一方で、横ばい状態で改善できていない要因については妊娠前のやせの問題などにさらに分析を行って、要因を明らかにする必要がある。児童の肥満については、運動不足が悪化の要因と思われる。

<領域全体としての評価>

- 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は、改善しているもの目標到達は危ぶまれる結果であり、適正体重の子どもの増加はむしろ悪化していた。これらの結果は、身体活動量（通学、遊ぶを含む）の低下による影響が大きいと考えられる。領域全体として、明らかな改善と目標の達成には至っておらず更なる取組が必要である。

4 今後の課題

<領域全体としての課題>

- 子どもが健康であるためのモチベーションとなる夢や希望が持てる社会の構築
- 子どもの貧困にかかる健康問題の解析
- DOHaD 概念の理解とそれに基づく対策の推進
- 子どものメンタルヘルスについての現状把握と対策
- ICT やゲーム依存と子どもの健康についての知見と科学的根拠に基づく対策

【今後の取組】

- 教職員向けの指導書である「食に関する指導の手引」を活用した学校を中核とした家庭、地域での食育の取組を推進、児童生徒向けの食育教材を活用した学校における食育の推進。
- 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。
- 科学的根拠に基づいた子どもの生活習慣の実態について、21 世紀出生児縦断調査やエコチル調査（子どもの健康と環境に関する全国調査）などの、データが継続的に現状を把握して、対策とその評価をすることが必要と考えられる。

<各目標項目に係る課題>

- 子どもの心の健康、ネット依存などの課題にどのように取り組むか検討する必要がある。
- 健康の視点からのインターネットの活用やゲームの時間について子どもと一緒に考えて行動する必要がある。
- 「アウトメディア」活動（テレビ、ゲーム、スマホなどのメディアを使う時間を減らす取組）が、学校を中心に地域で行われるようになってきているが、このような取り組みに期待する。アウトメディア活動は地域全体での取り組みが効果を上げる。

【今後の取組】

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

- 引き続き、「早寝早起き朝ごはん」全国協議会と連携して、「早寝早起き朝ごはん」国民運動により全国的な普及啓発を推進する。

イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少

一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生男子

一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生女子

- 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・学校の子ども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する。
- 運動部活動の実施に当たっては、引き続き国が示したガイドラインに基づく適切な部活動を実現するとともに、令和5（2023）年度以降から段階的に休日の部活動を学校から地域に移行し、地域スポーツの中で、子ども達が専門的な指導を受けながら、運動を実施できるよう環境整備を進めていく。
- 平成26（2014）年度に配布した指導参考資料第一集と、平成27年（2015）度に配布した第二集を通じて、全国の幼稚園や保育園等での運動を促進していく。
- 子ども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するとともに、幼児期の運動遊びの重要性について、幼稚園教諭、保護者等への啓発も検討していく。

＜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＞

- 運動遊びプログラム（日本スポーツ協会の「アクティブ・チャイルド・プログラム」（ACP）等）のプレイリーダー（遊びの先導役）やインストラクター（プレイリーダーの指導者）の資質の向上も視野に入れつつ養成し、普及を図るとともに、有資格者の活用を促進。

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

- 「健やか親子21（第2次）」（平成27（2015）年度～令和6（2024）年度）においても、「全出生数中の低出生体重児の割合」を設定し、低出生体重児と極低出生体重児の割合が減少することを目指して、引き続き取組を一層推進していく。

イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少

- 引き続き、「学校保健統計調査」において、児童生徒の肥満傾向児の割合をモニタリングする。
- 「健やか親子21（第2次）」（平成27（2015）年度～令和6（2024）年度）においても、「児童・生徒における肥満傾向児の割合」を設定し、この割合が減少することを目指して、引き続き取組を一層推進していく。

<適正体重の子どもの増加>

- 低出生体重児の要因としては、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、増加した要因は、過期産の減少と妊娠中の体重増加の適正化などが考えられ、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実施する。
- 低出生体重で生まれた子どもの生涯にわたる疾病負担に関する研究を実施し、予後を踏まえた対策についても、国、地方公共団体、医療関係団体等が一体となった取組が必要である。
- また、胎児期から乳児期の環境が将来の健康に及ぼす影響（DOHaD）の視点からも、成育期サイクルにおける健康増進と生活習慣の獲得は成人期、高齢期の健康の基盤として重要である。
- 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。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- スティホームによる生活習慣の乱れやゲーム依存
- 健康危機を経験した子どもの精神発達、社会性の発達や将来の健康への影響
- 経済格差が拡大していると言われており、そのことが子どもの健康にあたる影響等が懸念されており、注視が必要である。

<参考文献・URL>

- 1) 健やか親子21（厚生労働省）<http://sukoyaka21.jp/>
- 2) 提言 出生前・子どものときからの生活習慣病対策 日本学術会議 臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同生活習慣病対策分科会 2008年8月28日
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t62-4.pdf>
- 3) 令和元年年国民健康・栄養調査
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_14156.html
- 4) D.J.P. Barker, C. Osmond, P.D. Winter, B. Margetts, S.J. Simmonds, Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. Lancet, 1989, 2(8663) 577-580

- 5) Barker DJ. Developmental origins of chronic disease. *Public Health* 2012; 126(3) 185-189
- 6) Simpson JW, Lawless RW, Mitchell AC. Responsibility of the obstetrician to the fetus. II Influence of prepregnancy weight and pregnancy weight gain on birthweight. *Obstet Gynecol* 1975;45:8 1-7
- 7) Power C, Jefferis BJ. Fetal environment and subsequent obesity: a study of maternal smoking. *Int J Epidemiol.* 2002; 31(2):413-9
- 8) Mizutani T, Suzuki K, Kondo N, Yamagata Z. Association of maternal lifestyles including smoking during pregnancy with childhood obesity. *Obesity (Silver Spring).* 2007 Dec; 15(12):3133-9.
- 9) Suzuki K, Kondo N, Sato M, Tanaka T, Ando D, Yamagata Z. Gender differences in the association between maternal smoking during pregnancy and childhood growth trajectories: multilevel analysis. *Int J Obes (Lond).* 2011; 35(1): 53-9
- 10) Kotani K, Nishida M, Yamashita S, et al. Two decades of annual medical examinations in Japanese obese children: do obese children grow into obese adults? *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1997;21:912-21.
- 11) Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH: Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med.* 1997; 337: 869-73
- 12) Guo SS, Roche AF, Chumlea WC, Gardner JD, Siervogel RM: The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35y. *Am J Clin Nutr.*59:810-819 (1994)
- 13) Mossberg H-O: 40-year follow-up of overweight children. *Lancet.*26:491-493 (1989)
- 14) Vanhala M, Vanhala P, Kumpusalo E, Halonen P, Takala J: Relation between obesity from childhood to adulthood and the metabolic syndrome: population based study. *BMJ.*317:319 (1998)
- 15) 文部科学省 学校保健統計

http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/1268826.htm

16) 日本学術会議臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同生活習慣病対策分科会 生活習慣病予防のための良好な成育環境・生活習慣の確保に係る基盤づくりと教育の重要性 2020年
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-24-t293-3.pdf>

17) Horiuchi S, Shinohara R, Otawa S, Akiyama Y, Ooka T, Kojima R, Yokomichi H, Miyake K, Yamagata Z. Caregivers' mental distress and child health during the COVID-19 outbreak in Japan. *PLoS One*. 2020 Dec 10;15(12):e0243702. doi: 10.1371/journal.pone.0243702. eCollection 2020.

18) Caroppo E, Mazza M, Sannella A, Marano G, Avallone C, Claro AE, Janiri D, Moccia L, Janiri L, Sani G. Will Nothing Be the Same Again?: Changes in Lifestyle during COVID-19 Pandemic and Consequences on Mental Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 10;18(16):8433. doi: 10.3390/ijerph18168433.

19) Suarez-Lopez JR, Cairns MR, Sripada K, Quiros-Alcala L, Mielke HW, Eskenazi B, Etzel RA, Kordas K; International Society for Children's Health and the Environment. COVID-19 and children's health in the United States: Consideration of physical and social environments during the pandemic. *Environ Res*. 2021 Jun;197:111160. doi: 10.1016/j.envres.2021.111160. Epub 2021

様式 2

(領域名) (3) 高齢者の健康

背景

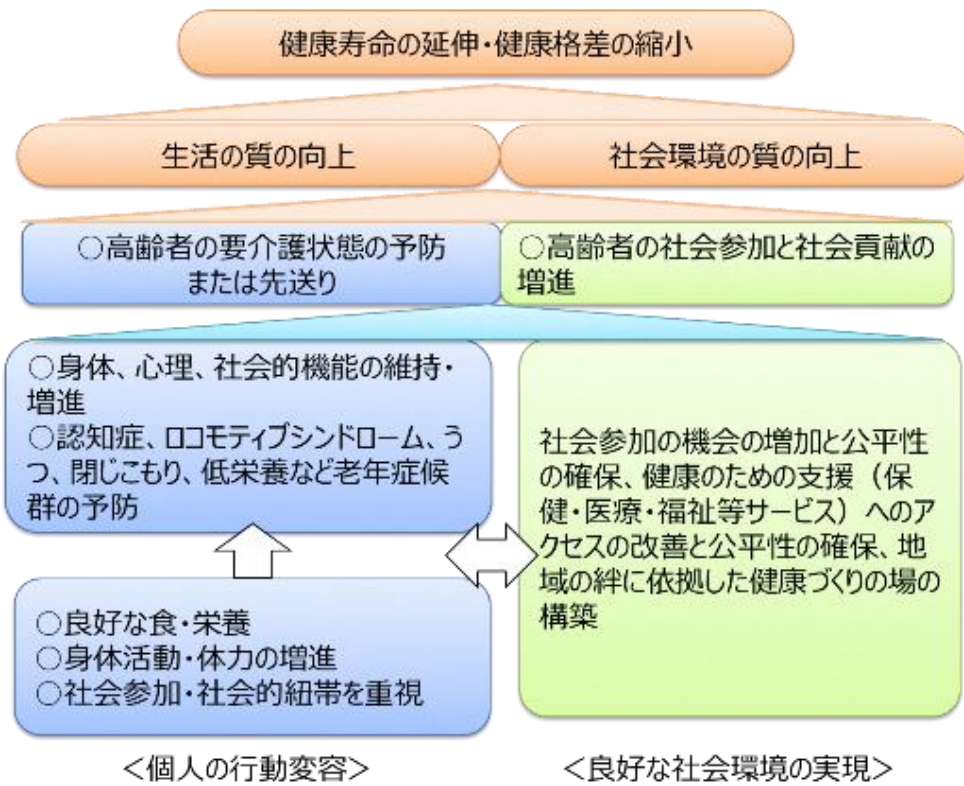
わが国は世界最長寿国であるとともに少子化が同時に進行し、人口の急激な高齢化が進んでおり、高齢者の健康づくりの目標として、健康寿命の更なる延伸、生活の質の向上、健康格差の縮小、さらには社会参加や社会貢献などが重要となっている。健康寿命の更なる延伸に向けては、健康度の高くなっている高齢者については就労や社会参加を促進する必要があり、一方で、虚弱化を予防又は先送りすることも重要な課題となる。個々の高齢者の特性に応じて生活の質の向上が図られる必要があり、健康日本 21（第二次）においては、次の 6 つを高齢者の健康領域の目標項目として設定した。

1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	2
B 現時点で目標値に達していないが、改善している	2
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内2)
C 変わらない	1
D 悪化している	0
E 評価困難	1

目標項目	評価
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制	B*
② 認知症サポーター数の増加 ※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」より変更	A
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	C
④ 低栄養傾向（BMI20 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（千人当たり）	B*
足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 男性	(B*)
足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 女性	(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）	E
高齢者の社会参加の状況 男性	
高齢者の社会参加の状況 女性	

高齢者の健康の目標設定の考え方

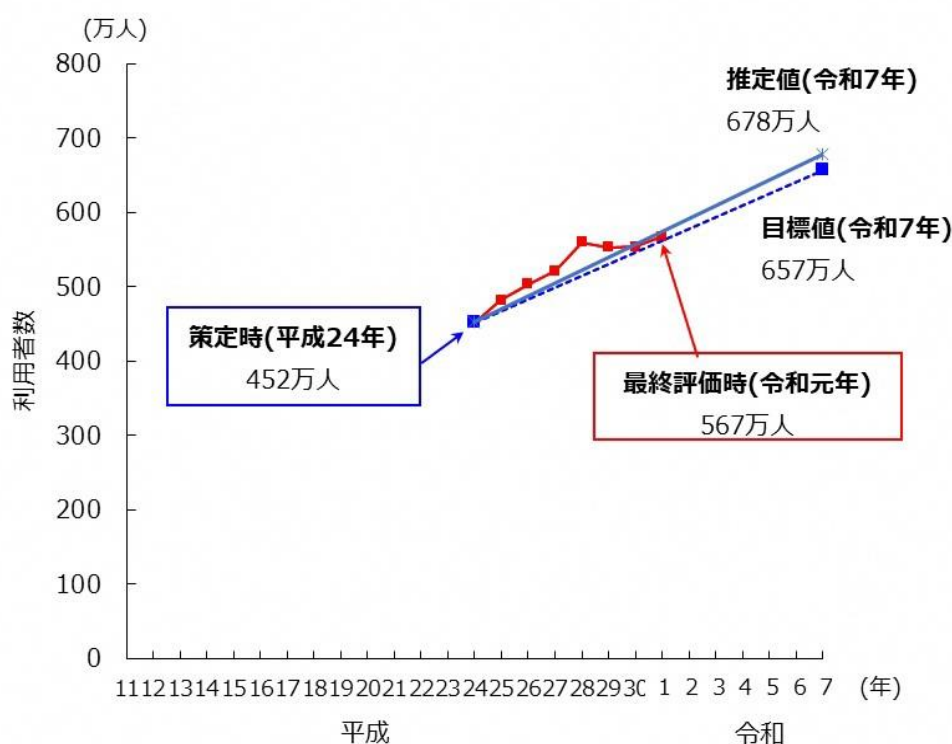


出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

① 介護保険サービス利用者の増加の抑制

- 本目標項目の評価指標である介護保険サービス利用者数は、健康日本 21（第二次）策定時に高齢化に伴いベースラインの 452 万人から増加傾向が続くと推測されており、増加の抑制を目標として目標値の 657 万人（令和 7（2025）年）が設定された。最終評価における実績値は 567 万人（令和元（2019）年）と、ベースラインと目標値を結ぶ直線のレベルまでは抑制されていないものの、ベースラインと目標年度の推定値を結ぶ直線よりは低値となっており（図 1）、「B*：現時点で目標値に達していないが改善傾向にある（目標年度までに目標達成が危ぶまれる）」と評価した。
- 「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第 1 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、平成 24（2012）年度の 17.6%に対し平成 27（2015）年 3 月末現在 17.9%、平成 28（2016）年 3 月末現在 17.9%と微増にとどまっている。
- 日本老年学的評価研究 2019 参加市町村を対象とした分析で、総合事業の導入以降、一部の保険者では、要介護認定率の抑制が進んでいる。これが、高齢者が望む馴染みのある近隣の「通いの場」などへの継続参加の希望を尊重した望ましい抑制なのかどうか、利用したい人が適切に介護保険サービスを利用できているのかということも含め、状況把握と今後の課題を検討していく必要がある。（図 S1）

図 1：介護保険サービス利用者数



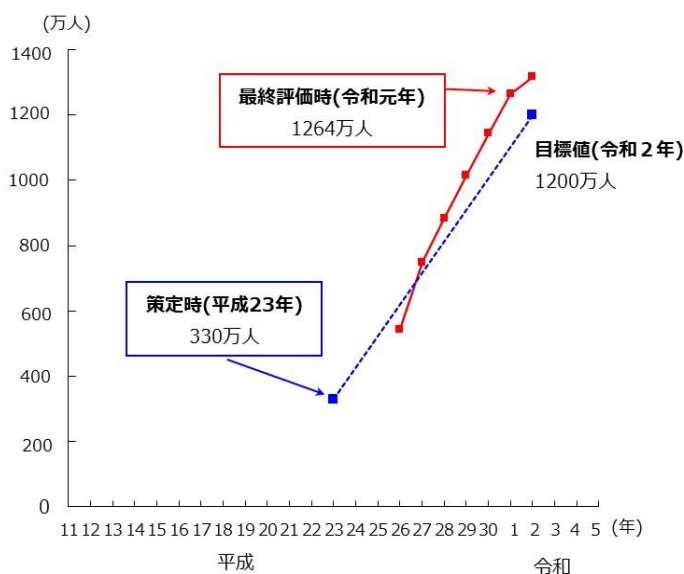
出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

② 認知症サポーター数の増加

※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」から目標項目を変更

- 健康日本 21（第二次）の策定時には、本領域の目標項目の一つとして「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」を設定しており、介護予防事業報告の基本チェックリストによりデータを把握していたが、平成 27（2015）年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ったため指標の把握ができなくなった。（中間評価においては評価困難と判断。）
- そのため、中間評価時点で目標項目を「認知症サポーター数の増加」に変更して、評価指標を「認知症サポーターの人数」とし、目標値を 1,200 万人（令和 2（2020）年度）と設定していたが、令和元（2019）年の実績値は 1,264 万人であり目標値に達した。（令和 2（2020）年の実績値は 1,317 万人）

図 2：認知症サポーター数



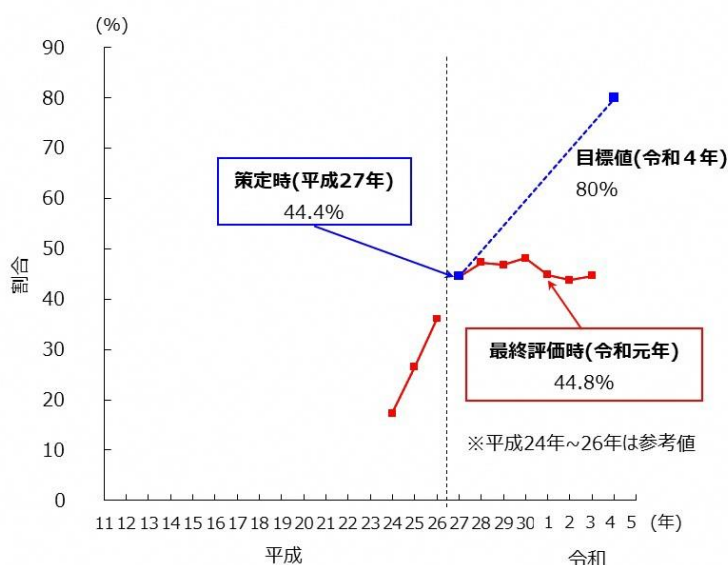
出典：令和 2（2020）年度介護保険事業費補助金（認知症サポーター等推進事業）実績報告

- 介護保険サービスの代わりに導入された住民主体の「通いの場」への参加率は増えている。変更前の目標項目である「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」に関する参考データとしては、7 市町村の通いの場に参加している高齢者を対象にした分析では、参加者の約半数は認知症リスクがあると判定される高齢者であり、通いの場への参加の促進は要介護リスク者を包含する可能性がある、という報告がある。（図 S 2）

③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群、ロコモ）を認知している国民の割合の増加

- 本目標項目の評価指標は、インターネット調査における「ロコモティブシンドローム（運動器症候群）という言葉聞いたことがある」者（「言葉も意味も知っている」「言葉も知っていたし、意味も大体知っていた」「言葉は知っていたが、意味はあまりしならなかった」または「言葉は聞いたことがあるが、意味は知らなかった」者の合計）の割合で認知度を評価している。
- 健康日本 21（第二次）開始年である平成 24（2012）年の調査結果（17.3%）に比べると、認知度は 2.6 倍に上昇しているが、調査方法が変更となった平成 27（2015）年 44.4% をベースラインとすると、平成 28（2016）年の 47.3% 以来、平成 29（2017）年 46.8%、平成 30（2018）年 48.1%、令和元（2019）年 44.8%、令和 2（2020）年 43.8%、令和 3（2021）年 44.6% と横ばいである。

図 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



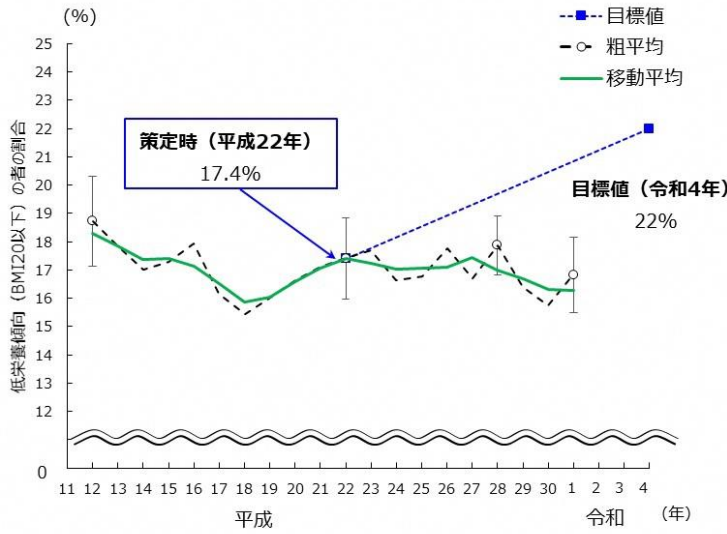
出典：公益財団法人「運動器の 10 年・日本協会（現 運動器の健康・日本協会）」によるインターネット調査（平成 27（2015）年以降）

※平成 24（2012）年～平成 26（2014）年は参考値（日本整形外科学会によるインターネット調査）

④ 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制

- 「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（22.2%）を上回らないことを目標として、目標値 22%（令和 4（2022）年度）が設定された。自然増により見込まれる割合がベースラインから目標値へ単純推移すると仮定すると、実績値はベースラインの平成 22（2010）年から直近の令和元（2019）年に至るまで、ベースラインと目標値を結ぶ青の点線で示す予測値を越えておらず（図 4）、現時点で目標を達成している（増加を抑制している）と評価できる。

図4：低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の推移



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

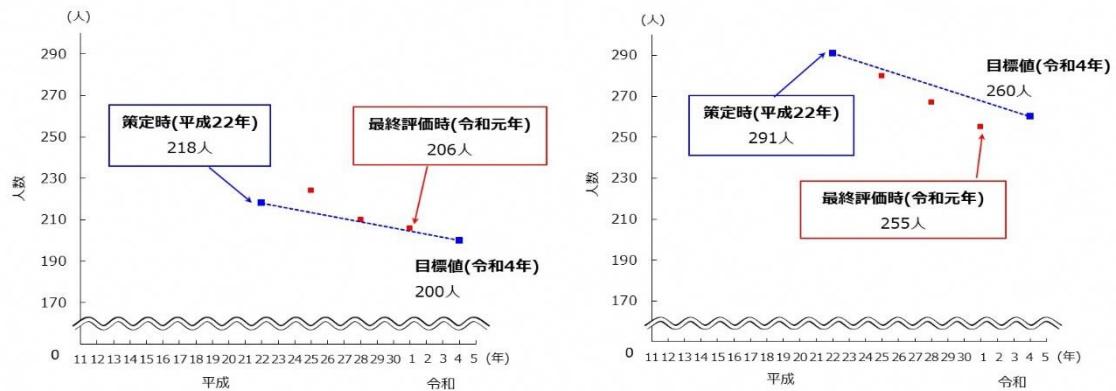
⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）

- 足腰に痛みのある高齢者（1,000人当たり）については、平成22（2010）年に比べて直近の実績値は男性、女性とも低下していた。男性は現時点では目標に達していないが改善傾向にあり、女性は現時点で既に目標年度の目標値に達している。

図5：足腰に痛みのある高齢者の割合（1,000人当たり）

男性

女性



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

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）

- 平成30（2018）年9月の「健康日本21（第二次）」中間評価報告書では、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（58.3%）にかけて横ばいであるとされ、高齢者の社会参加に関して、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

があるとした。本指標は、国民健康・栄養調査の大規模調査年に調査されていたが、平成 28 (2016) 年以降国民健康・栄養調査の大規模調査が実施されていないことから最終評価時点では評価困難となっている。

- 中間評価以降の高齢者の社会参加の促進を表す調査としては、社会参加が進んでいることを示唆する調査結果が、内閣府の高齢社会白書に示されている。
- 高齢社会白書によると、60 歳以上の人の社会参加活動は、「特に活動していない」の割合が平成 28 (2016) 年度と比較して、令和元 (2019) 年度は 6.6%ポイント低下していることがわかる。この低下割合を年齢階級別にみると、75 歳以上 (7.7%ポイント)、60~64 歳 (7.6%ポイント)、65~74 歳 (6.4%ポイント) の順に低下の割合が多く、後期高齢者において、特に活動していない人が減った割合が多かった。以上のように活動していない人が減っていることから、社会参加を行う高齢者が増え、活動を継続できている可能性がある。

図 6 : 現在行っている社会的な活動 (複数回答) (年齢別)

		自治会、町内会などの自治組織の活動	まちづくりや地域安全などの活動	趣味やスポーツを通じたボランティア社会奉仕などの活動	伝統芸能・工芸技術などを伝承する活動	生活の支援・子育てなどの活動	その他	特に活動はしていない
全体	令和元年度	21.8	3.6	16.9	1.4	1.7	3.9	63.3
	平成28年度	18.9	3.5	11.0	1.2	1.5	2.9	69.9
60~64歳	令和元年度	22.9	3.9	14.7	0.8	2.3	4.3	61.2
	平成28年度	21.4	4.5	8.6	1.5	1.8	2.7	68.8
65~74歳	令和元年度	26.4	4.2	18.2	1.8	1.9	3.7	59.8
	平成28年度	21.6	4.3	12.4	1.3	1.9	3.0	66.2
75歳以上	令和元年度	16.3	3.0	16.3	1.3	1.3	4.0	68.0
	平成28年度	13.9	2.1	10.1	0.9	0.9	2.8	75.7

出典：内閣府「高齢者の経済生活に関する調査」(令和元 (2019) 年度)

内閣府「高齢者の経済・生活環境に関する調査」(平成 28 (2016) 年度)

(注) 調査対象は、いずれも全国の 60 歳以上の男女。ただし平成 28 (2016) 年度は大分県と熊本県を除く。

- また別の調査では、平成 22 (2010) 年度から平成 28 (2016) 年度にかけて、社会参加割合はすべての年齢階層で増加していたとの報告もある。内訳をみると就労割合は 65~79 歳でより大きく (3.9~9.0%) 増加し、グループ活動参加割合は後期高齢者でより大きく (4.9~11.5%) 増加していたという報告がある。同報告では、最もグループ活動参加している年齢階層が 6 年間で高年齢化していることが明らかになっている。(図 S3,S4)
- 高齢者の就労率も向上しており、就労を含む高齢者の社会参加は徐々に進んでいる可能性が高い。

2 関連する取組

<各目標項目に係る取組>

① 介護保険サービス利用者の増加の抑制

- 高齢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ことができるよう支援するため、地域支援事業を行ってきた。
- 令和元（2019）年5月に策定された「健康寿命延伸プラン」において、介護予防の観点から通いの場の拡充を図ることとし、令和2（2020）年度までに通いの場の参加率を6%まで引き上げることが目標に取組を推進してきた。令和元（2019）年度時点で通いの場の参加率は6.7%と目標を超えており、新型コロナウイルス感染症の感染防止にも配慮しつつ、更なる取組の推進を図っている。

② 認知症サポーター数の増加

※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」から目標項目を変更

- 認知機能の低下に関しては、基本チェックリストの認知症関連3項目のうち1項目該当があれば「認知機能が低下している」と定義し、「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」の指標としていた。この基準の推移を見ると、平成21（2009）年の0.9%を基準とすると平成23（2011）年4.4%と把握率は向上したが、その後横ばい傾向にあった。（平成26（2014）年の実績値は3.7%であり、その後のデータは把握されていない。）
- 平成27（2015）年度の介護保険制度改正により、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ったため、代替データソースの検討が必要となった。目標項目を変更し、新しく指標とした「認知症サポーターの人数」の目標値を1,200万人（令和2（2020）年に設定したところ、令和元（2019）年の実績値は1,264万人であり既に目標値に達している。（令和2（2020）年の実績値は1,317万人。）
- 新オレンジプランの具体的な施策として、2005年から認知症サポーターの養成が行われている。具体的には、認知症サポーター等養成事業（認知症サポーターキャラバン、全国キャラバン・メイト連絡協議会）により、自治体や全国規模の企業・団体等と協催して養成されたキャラバン・メイトの講座受講を通じて、認知症サポーターを養成している。この講座については、令和2（2020）年度第2次補正予算によるオンライン受講用の研修教材の作成や配信用サイトの構築等により、受講機会の拡大を図っている。
- 健康日本21（第二次）策定時に目標項目としていた「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」は、前述の通り、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ったため指標データの把握ができなくなったが、関連する取組としては、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施の手引きにおいて、個人を追跡して効果評価等ができるようにする目的で、個人識別可能な形での実施方針が示された。そのため、保険者は、ニーズ調査で認知症リスクありと判定された個人を特定して支援することは可能である。ただし、悉皆調査を行っていない保険者においては、公平性の問題などで実施が困難な可能性がある。

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

- ロコモティブシンドローム（ロコモ）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、公式ウェブ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（第二次）の開始に合わせ、「健康づくりのための身体活動基準2013」を平成25（2013）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。
- 厚生労働省ウェブサイト（e-ヘルスネット）等でロコモ度テストを公開している。
- 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・健診受診）の一つとして、『プラス10分の運動』を推進している。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等において、運動・転倒を含む高齢者の特性を踏まえた健康状態を把握し、保健指導等の実施や必要な支援につなげるため「後期高齢者の質問票」の活用を推進することや、必要な財政支援等を行っている。
- ロコモチャレンジ協議会では、平成28（2016）年には整形外科専門医以外のロコモ啓発に熱心な医師向けにロコモサポートドクター認定制度を設定し運用開始した。令和2（2020）年にはロコモパンフレットを改定し、公開した。
- 平成29（2017）年度より「健康に与えるロコモの影響に関する研究」を行っており、ロコモティブシンドロームによる運動機能低下の程度と介護リスクとの関係を明らかにし、効果的な対策を資する基礎的な資料を作成している。
- ロコモの判断基準として、日本整形外科学会は平成27（2015）年にロコモ度1、ロコモ度2を策定し、令和2（2020）年には、運動器が原因となる身体的フレイルに相当する基準として、ロコモ度3を策定、公表した。
- ロコモチャレンジ！推進協議会では、2017年～2019年に、ロコモ度テストに関する10,000人全国調査を行い、ロコモの性・年代別基準値を発表し、ロコモパンフレット2020に掲載した。
- 日本整形外科学会と日本運動器科学会は、令和3（2021）年にロコモ診療ガイド2021を作成し、出版した。
- 令和元（2019）年、人生100年時代における健康寿命延伸のための医療対策として、フレイル・ロコモへの適切な介入を実施することによる生活機能維持・改善を目指し、日本医学会連合の中に領域横断的なフレイル・ロコモ対策の推進に向けたワーキンググループ（WG）が設置された。このWGは日本整形外科学会、日本運動器科学会、日本老年医学会、日本サルコペニア・フレイル学会の代表、日本リハビリテーション医学会の委員をはじめとするフレイルとロコモに関わる主要なメンバーから構成されている。

④ 低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制

- 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。
- 低栄養等高齢者の特性を踏まえた高齢者の保健指導の在り方について研究を実施。さらに平成28（2016）年度から低栄養等の高齢者の特性に応じた保健事業をモデル実施。平成30（2018）年度に、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を策定し、高齢者の特性に応じた保健事業の全国展開を図ってきた。
- 令和2（2020）年度から開始されている高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等において、低栄養による心身機能の低下の予防を行うため、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」で栄養（低栄養）に関するプログラム例を紹介するとともに、当該プログラムの実施に際して必要な財政支援等を行っている。
- 平成29（2017）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した。
- 「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、高齢者のフレイルやサルコペニア予防と栄養の関係についても、レビューし整理した。「日本人の食事摂取基準（2020年版）」では、高齢者の低栄養予防やフレイル予防も視野に入れて策定を行うこととし、フレイル予防を目的として摂取量の基準を設定できる栄養素については、生活習慣病の発症予防を目的とした量とは区別して示した。
- フレイル対策にも資する新たな食事摂取基準の活用を図るため、令和元（2019）年度に普及啓発用動画及びパンフレット「食べて元気にフレイル予防」を作成した。
- 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立ち上げ、検討内容を踏まえ報告書及び配食事業者向けガイドラインを平成28（2016）年度末にとりまとめた。また、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し、自治体等に周知するとともに厚生労働省ウェブサイトに掲載した。
- 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、地域高齢者等の健康支援を推進する食環境の整備を設定。
- 一般社団法人日本老年医学会、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターからフレイル診療ガイド2018年版（荒井秀典編集主幹、株式会社ライフ・サイエンス出版）が刊行された。
- 前述のとおり、フレイル・ロコモへの適切な介入を実施することによる生活機能維持・改善を目指し、日本医学会連合の中に領域横断的なフレイル・ロコモ対策の推進に向けたワーキンググループ（WG）が設置された。

⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）

- 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。

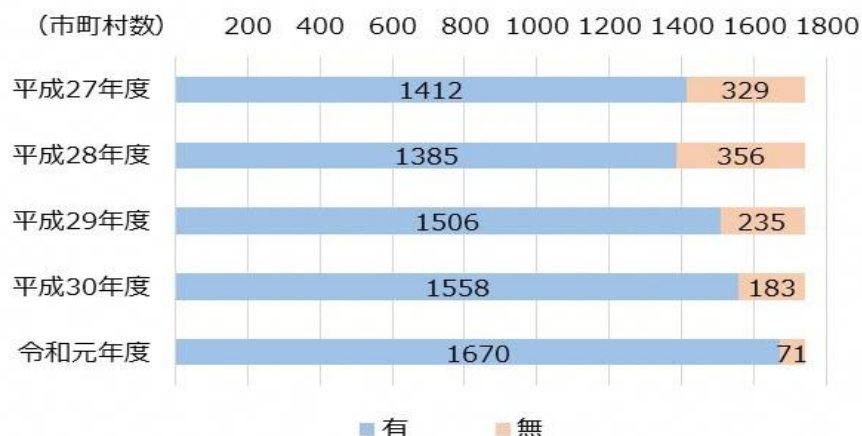
- スマート・ライフ・プロジェクトの中心となる4テーマ（運動、食生活、禁煙、健診・検診受診）の一つとして、『プラス10 分の運動』を推進している。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等において、運動・転倒を含む高齢者の特性を踏まえた健康状態を把握し、保健指導等の実施や必要な支援につなげるため「後期高齢者の質問票」の活用を推進することや、必要な財政支援等を行っている。

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）

- 高齢者の就業については、高年齢者雇用安定法が令和2（2020）年に改正され（令和3（2021）年4月1日施行）、65歳までの雇用確保（義務）に加え、70歳までの就業機会確保が事業主の努力義務となった。また、企業を退職した高年齢者が地域で活躍ができるよう、シルバー人材センターにて多様なニーズに応じた就業機会の提供を行っている。令和2（2020）年の集計結果によると、「高年齢者雇用確保措置」を実施済の企業（31人以上）は99.9%となっている。
- 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。
- 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。
- 令和元（2019）年国民健康・栄養調査によると、年に数回以上ボランティア活動に参加している者の割合は、60歳-69歳が17.9%（男性:17.6%、女性:18.1%）、70歳以上が19.2%（男性:21.3%、女性:17.5%）であった。
- 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28（2016）年度は累積育成人数101,984人中、65歳以上は70,915人であった。令和元（2019）年度には、累積育成人数352,014人まで増加し、65歳以上は160,413人と倍以上の増加であった。
- 地域における活動に関しては、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組が推進されてきた。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平成25（2013）年の43,154箇所（1,084市町村）から増加し、平成27（2015）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人当たりでは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）。
- 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によると、通いの場の数と参加人数の推移に着目して見ると、平成28（2016）年度は1,385市町村・76,492箇所で開催者実人数が478,328人であったが、令和元（2019）年度は1,670市町村・128,768箇所で開催者実人数が722,839人に増加していることが明らかになっている。特に、

参加する75歳以上の高齢者が平成28（2016）年度は62.8%であったことに対して、令和元（2019）年度は68.1%に増加している。

図7：通いの場の有無の別市町村数



出典：厚生労働省「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（令和元（2019）年度実施分）に関する調査結果」（令和元（2019）年度）

図8：社会活動に参加している者の割合（20歳以上、男女別）

		総数		20-29歳		30-39歳		40-49歳		50-59歳		60-69歳		70歳以上		
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
町内会や地域行事などの活動	男性	総数	2,652	100	221	100	252	100	424	100	413	100	561	100	781	100
		参加している	1,134	42.8	38	17.2	86	34.1	176	41.5	177	42.9	272	48.5	385	49.3
		参加していない	1,518	57.2	183	82.8	166	65.9	248	58.5	236	57.1	289	51.5	396	50.7
	女性	総数	2,998	100	223	100	298	100	464	100	478	100	598	100	937	100
		参加している	1,301	43.4	33	14.8	113	37.9	224.0	48.3	205.0	42.9	298.0	49.8	428.0	45.7
		参加していない	1,697	56.6	190	85.2	185	62.1	240	51.7	273	57.1	300	50.2	509	54.3
ボランティア活動	男性	総数	2,652	100.0	221	100	252	100	424	100	413	100	561	100	781	100
		参加している	432	16.3	17.0	7.7	33.0	13.1	58.0	13.7	59.0	14.3	99.0	17.6	166.0	21.3
		参加していない	2,220	83.7	204	92.3	219	86.9	366	86.3	354	85.7	462	82.4	615	78.7
	女性	総数	2,998	100	223	100	298	100	464	100	478	100	598	100	937	100
		参加している	447	14.9	20	9.0	28	9.4	55	11.9	72	15.1	108	18.1	164	17.5
		参加していない	2,551	85.1	203	91.0	270	90.6	409	88.1	406	84.9	490	81.9	773	82.5
スポーツ関係のグループ活動	男性	総数	2,652	100	221	100	252	100	424	100	413	100	561	100	781	100
		参加している	552	20.8	61	27.6	50	19.8	93	21.9	72	17.4	121	21.6	155	19.8
		参加していない	2,100	79.2	160	72.4	202	80.2	331	78.1	341	82.6	440	78.4	626	80.2
	女性	総数	2,998	100	223	100	298	100	464	100	478	100	598	100	937	100
		参加している	558	18.6	25	11.2	41	13.8	80	17.2	78	16.3	128	21.4	206	22
		参加していない	2,440	81.4	198	88.8	257	86.2	384	82.8	400	83.7	470	78.6	731	78
趣味関係のグループ活動	男性	総数	2,652	100	221	100	252	100	424	100	413	100	561	100	781	100
		参加している	596	22.5	63	28.5	49	19.4	81	19.1	78	18.9	134	23.9	191	24.5
		参加していない	2,056	77.5	158	71.5	203	80.6	343	80.9	335	81.1	427	76.1	590	75.5
	女性	総数	2,998	100	223	100	298	100	464	100	478	100	598	100	937	100
		参加している	702	23.4	46	20.6	45	15.1	68	14.7	109	22.8	153	25.6	281	30
		参加していない	2,296	76.6	177	79.4	253	84.9	396	85.3	369	77.2	445	74.4	656	70
その他のグループ活動	男性	総数	2,652	100	221	100	252	100	424	100	413	100	561	100	781	100
		参加している	421	15.9	27	12.2	34	13.5	53	12.5	59	14.3	100	17.8	148	19
		参加していない	2,231	84.1	194	87.8	218	86.5	371	87.5	354	85.7	461	82.2	633	81
	女性	総数	2,998	100	223	100	298	100	464	100	478	100	598	100	937	100
		参加している	519	17.3	25	11.2	36	12.1	57	12.3	71	14.9	111	18.6	219	23.4
		参加していない	2,479	82.7	198	88.8	262	87.9	407	87.7	407	85.1	487	81.4	718	76.6

出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」（令和元（2019）年）を基に作成

※「参加している」は「年に数回」「月1～3回」「週1回」「週2～3回」「週4回以上」と回答した者の合計

図9：高年齢者雇用確保措置の実施状況



出典：厚生労働省「高年齢者の雇用状況」（令和2（2020）年）

※平成25（2013）年4月に制度改正（継続雇用制度の対象者を限定できる仕組みの廃止）があったため、平成24（2012）年と平成25（2013）年の数値は単純比較できない。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

① 「介護保険サービス利用者の増加の抑制」

本目標項目の評価は「B*：現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標達成が危ぶまれる）」であった。目標達成には至らなかったが改善傾向にある要因として、高齢者の就業をはじめとする社会参加が進んでいると推定される。これらが、要介護認定を受けるリスクの抑制要因であることから、これらが要介護認定率の抑制要因である可能性がある。（図 S5、S6）

② 認知症サポーター数の増加

※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」から目標項目を変更

本目標項目については、中間評価以降に評価指標を「認知症サポーターの人数」（目標値1,200万人（令和2（2020）年度）に変更し、変更後の指標の最終評価は「A：目標値に達した」であった。認知症高齢者支援として厚生労働省が取り組んできた施策の一つに、認知症サポーター等養成事業がある。平成17（2005）年から開始された養成事業が継続されていることが今回1,200万人の目標達成の要因に挙げられる。

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」

本目標項目の評価は「C：変わらない」であった。平成24（2012）年の調査結果に比べると、認知度は2.7倍に上昇しているが、調査方法変更後のベースラインとして設定した平成27（2015）年の44.4%と比較すると、平成28（2016）年の47.3%以来、平成29（2017）年の46.8%、平成30（2018）年の48.1%、令和元（2019）年の44.8%、令和2（2020）年

の 43.8%、令和 3（2021）年の 44.6%と 50%の壁に阻まれており、目標の 80%には達しそうにない。最終評価で用いる令和元（2019）年の調査結果の年代別の内訳をみると、20～40 代（n=5,002）で 35.9%、50 代以上（n=4,998）で 53.8%と若世代で認知率が低い一方、60 代女性では 65.3%、70 代以上女性では 67.3%と「理解」「認知」が高くなっていることがわかる。

認知率の低い年代（若者）に対する PR を強化するとともに、全年代に向けても継続的な PR が必要である。

④ 「低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制」

本目標項目は「A：目標値に達した」と評価した。この項目の判定指標は、65 歳以上を対象者として、低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制が目標項目だが、目標値は低栄養傾向の高齢者の割合で判定している。

ベースラインから目標値へ単純推移すると仮定した際には、直近値はベースラインから目標値への推移値を下回っている（増加が抑制されている）ため、変化率からみても高齢者の割合の増加は抑制されていると考えられる。

目標を達成した要因としては、前述の取組の成果が出てきたこと、日本老年病学会が提唱するサルコペニア・フレイルや骨粗鬆症のリスクとしてのやせ等の情報の拡散等が考えられる。

⑤ 「足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）」

本目標項目の評価指標は女性で「A：目標値に達した」、男性で「B*：現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」の評価であり、総合評価も「B*：現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」であった。現時点で目標値には達していないものの、改善した要因として前述の取組の成果が出てきたことが考えられる。

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）」

本目標項目の評価は「E：評価困難」であった。新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和 2（2020）年度国民健康・栄養調査が中止となったことや、平成 28（2016）年度以降の社会参加活動の対象者及び質問内容が変更になったことから、経年変化を正確に把握し、評価することは容易ではない。ただし、当初指標としていたものとは別の複数の調査からすると、社会参加する高齢者が増えている可能性は高い。

4 今後の課題

<各目標項目に係る課題>

①介護保険サービス利用者の増加の抑制

- 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思われる。平成 26（2014）年度の介護保険法改正により、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、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される。
- 前述したように総合事業の導入以降、一部の保険者では、要介護認定率の抑制が進んでいる。これが、高齢者が望む馴染みのある近隣の「通いの場」などへの継続参加の希望を尊重した望ましい抑制の結果なのか、利用したい人が適切に介護保険サービスを利用できているのか、ということも含め、状況把握と今後の課題を検討していく必要がある。
- 通いの場の取組について、高齢者がそれぞれの状態やニーズ等に応じて参加できるよう、行政が介護保険による財政的支援を行っているものに限らず、多様な取組が含まれるものとして、更なる取組の推進を図る。
- 一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会のまとめで示されたように、PDCA サイクルを回すためには評価が重要であり、要介護認定率の抑制と関連する要因の分析が期待される。
- 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金や、研修会の開催、好事例の横展開等を通じて、自治体における介護予防の取組を支援する。

② 認知症サポーター数の増加

※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」から目標項目を変更

- 認知症サポーターの人数は順調に増えていると言える。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、支援する応援者の数が増えていることは、認知症への社会の理解を深めるための大きな力になる。今後これらのサポーターが単にライセンスを取ったのみにとどまらず、認知症患者が社会の中で尊重され、できるかぎり地域社会で共存できるようにサポーターの適切な活用につながるような施策を行うことが必要となる。
- 引き続き、認知症サポーターの養成を進める。
- 変更前の目標項目である「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」に関する今後の課題としては、PDCAサイクルを回すための評価方法の一つとして、認知症リスク者で「通いの場」に参加している高齢者が高齢者人口に占める割合などをモニタリングすることを検討する等が考えられる。

③ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加

④低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制

⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000 人当たり）

- 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調査初回からみると3倍近くの認知率となっており改善していたが、平成 27（2015）年以降横ばいである。若年層にあまり浸透していないと思われるが、若年層にリソースを振り向ける PR 活動を行うと、今まで浸透していると思われていた高齢層の認知率が落ちるといった課題がある。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、同学会よりロコモの臨床判断値の改訂がなされており、令和 2（2020）年から要介護のハイリスクであるロコモ度 3 が追加された。これらロコモの臨床判断基準が示されたことは疾病予防にとって有益である。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（BMI20 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平成 22（2010）年度からすでに目標値 22%を下回って 17.4%であったが、最終評価値も 16.8%となり、調査期間すべてが目標値を下回っており、直近は更に低下傾向にあった。低栄養への回避の取組の成果が現れていると考えられる。サルコペニア・フレイル学会の設立や日本老年医学会におけるフレイルへの取組等も追い風となっている。
- 足腰に痛みのある高齢者の 1,000 人当たりの割合も改善傾向にあり、さまざまな取組の成果が現れてきたものと考えられるが、ロコモティブシンドロームの認知度はまだ低いと思われるため、更に取組の継続を期待する。

<運動器の健康維持>

- 日常生活における歩数の増加を目指し、健康増進普及月間（9月）に加え、世界禁煙デー（5月31日）や女性の健康週間（3月1～8日）等の機会に地方自治体やスマート・ライフ・プロジェクトに参画する企業・団体と連携し、「アクティブガイド-健康づくりのための身体活動指針-」等を周知・広報し、『プラス10分の運動』（1,000歩の増加）を引き続き推進していく。
- ロコモティブシンドロームの認知度は令和元（2019）年度で43.8%とほぼ横ばいの推移である。気軽に家庭でも可能なロコモチェックを啓発するなど引き続き認知度向上に努める。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等において、運動等に関する必要な支援を講じるため、引き続き「後期高齢者の質問票」の活用を推進するとともに、必要な財政支援等を行う。

<低栄養の回避>

- 平成28（2016）年度に作成したガイドラインを踏まえ、配食事業者や配食利用者を円滑に橋渡しする仕組みを検討する。関係部局と連携した体制の強化を図る。
- また、市町村での各種好事例の収集や共有などを通じて、市町村による効率的・効果的な地域支援事業の実施を引き続き支援していく。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等において、低栄養による心身機能の低下の予防を行うため、引き続き「後期高齢者の質問票」の活用を推進するとともに、必要な財政支援等を行う。

- 食生活と関連する要因として、孤食や食料品店へのアクセスの善し悪しがあることが報告されている。環境要因に目を向けた取組が今後の課題である。

<研究>

- ロコモティブシンドロームに対して、運動機能の維持・向上や栄養状態の維持・改善のための効果的な介入方法についての研究を開始する。

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）

- 高齢者の就業については、事業主への周知・啓発を行い、改正高齢者雇用安定法の着実な施行に努めていく。また、シルバー人材センターの機能強化により、企業を退職した高齢者が地域で活躍できるよう多様なニーズに応じた就業機会の提供を行う。
- 高齢者の地域の社会的な活動への参加については、引き続き推進を行い、高齢者自身の生きがいや介護予防の取組を進めていく。
- 引き続き国民のボランティア活動への参加が促進されるよう、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する。
- 行政や住民、企業、専門職団体の意識的な努力によって、少なくとも一部で高齢者の社会参加が進んだと思われる。一方で、高齢者の性別や年齢、地域、参加の種類別に係るデータの経年比較ができるデータの収集がなければ、好事例や政策効果の検証、関連要因の分析に基づく今後の政策の重点を明らかにすることは困難である。まずは政府が掲げる通いの場づくりと参加促進の進捗状況や効果評価に必要な縦断データ収集・活用から進め、データ収集対象の拡大が望まれる。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 令和元（2019）年5月に策定された「健康寿命延伸プラン」においても、介護予防の観点から通いの場の拡充を図ることしており、新型コロナウイルス感染症の感染防止にも配慮しつつ、通いの場の拡充への更なる取組の推進を図っている。
- ロコモチャレンジ協議会では、コロナ禍にあっては、ホームページ上で特設サイト「コロナに勝つ、ロコモに勝つ」を作成し、コロナ禍での健康二次被害であるロコモリスクと対処法を啓発している。
- 整形外科学会のプロジェクト研究として、令和3（2021）年～令和5（2023）年にかけて、コロナ禍における全国横断運動器調査を実施している。

<参考文献・URL>

- 内閣府、令和2年版高齢社会白書 第1章高齢化の状況第2節高齢期の暮らしの動向（3）、
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/s1_2_3.html
(アクセス可能.2021.09.17)
- 渡邊良太、辻大士、井手一茂、林尊弘、斎藤民、尾島俊之、近藤克則：地域在住高齢者における社会参加割合変化—JAGES6年間の繰り返し横断研究—、厚生指標68（3）、2-9、2021.
- 厚生労働省、令和元年国民健康・栄養調査、
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyuu/r1-houkoku_00002.html (アクセス可能.2021.09.17)
- 厚生労働省、令和2年「高年齢者の雇用状況」集計結果を公表します、
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15880.html
(アクセス可能.2021.09.22)
- 厚生労働省、平成28年度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、
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00004.html
(アクセス可能.2021.09.22)
- 厚生労働省、令和元年度介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和元年度実施分）に関する調査結果
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00007.html
(アクセス可能.2021.09.22)
- Atsushi Nakagomi, Koichiro Shiba, Katsunori Kondo, and Ichiro Kawachi. Can Online Communication Prevent Depression Among Older People? A Longitudinal Analysis. Journal of Applied Gerontology. 2020. doi: 10.1177/0733464820982147
- Kondo N, Koga C, Nagamine Y editors. Ota A, Shobugawa Y, Cable N, Tajika A, Nakagomi A, Chishima I, Ide K, Ueno T, Fujihara S, Fujinami Y, Yasufuku Y, and Ando Y. Understanding the Role of Internet Access on Health and Health Equity toward Healthy Ageing in the Western Pacific Region. 2021, ISBN 978-4-9910804-3-2

- 通いの場参加者の半数は認知症リスク者
https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=3333&room_id=549&cabinet_id=224&file_id=9156&upload_id=11289
- 孤食者は食生活が乱れる 添付ファイル（未定稿）
- 環境と健康の関連を示す論文
近隣に食料品店が少ないと生鮮食品の摂取少ない
https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=2652&room_id=549&cabinet_id=174&file_id=7573&upload_id=9169

- 飲食店が近くなると肥満(オッズ)約 1.4 倍

https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=1900&room_id=549&cabinet_id=155&file_id=7579&upload_id=9175

- 近隣に食料品店がないと要介護になるリスクが 1.2 倍高い

https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=2652&room_id=549&cabinet_id=174&file_id=7564&upload_id=9160

-

https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=3333&room_id=549&cabinet_id=224&file_id=9257&upload_id=11756

- 歩道の多いウォーカブルな地域では認知症リスク半減

-

https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=2652&room_id=549&cabinet_id=174&file_id=7575&upload_id=9171

- 近隣に食料品店が少ないと認知症リスク 1.5 倍

[<https://www.jages.net/images/cabinet/default/file.gif>]

-

https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=1900&room_id=549&cabinet_id=155&file_id=7580&upload_id=9176

- 近隣に食料品店が少ないと死亡リスク 1.6 倍

- ウォーカブルな歩きたくなるまちで ひざ痛は 15%少ない

https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=2652&room_id=549&cabinet_id=174&file_id=7147&upload_id=8265

-

https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=3333&room_id=549&cabinet_id=224&file_id=9156&upload_id=11289

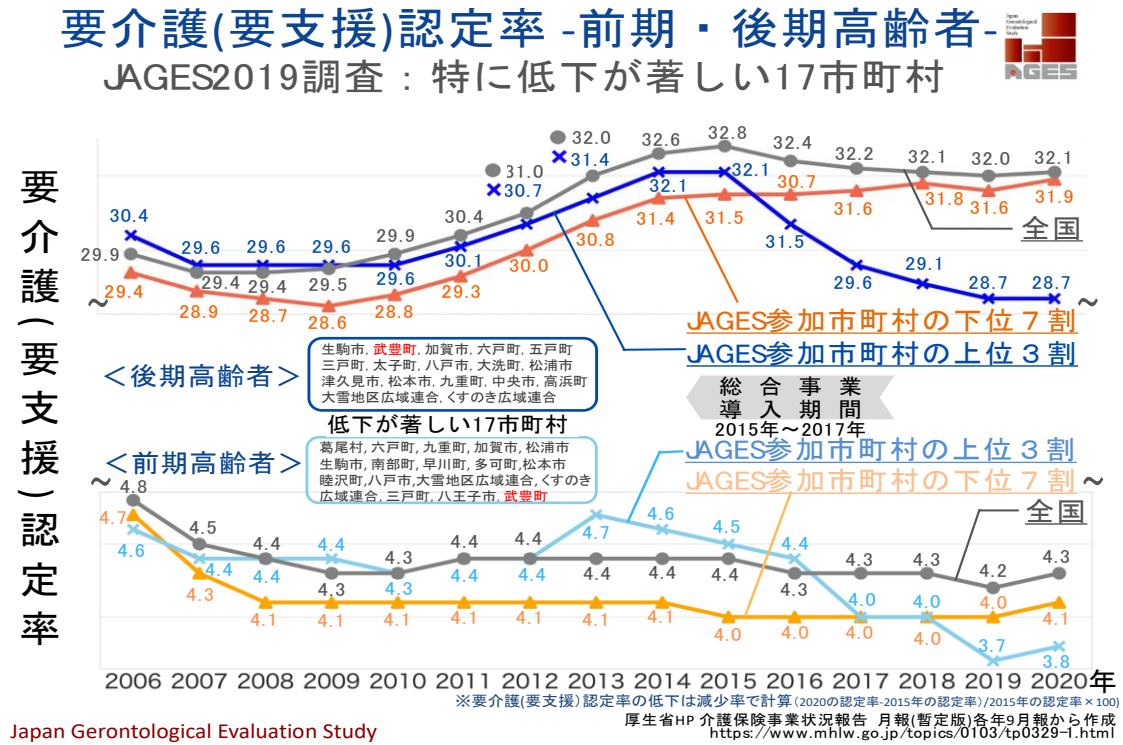
-

https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=3333&room_id=549&cabinet_id=224&file_id=7215&upload_id=8736

-

(参考グラフ) (3) 高齢者の健康 (近藤委員提出資料)

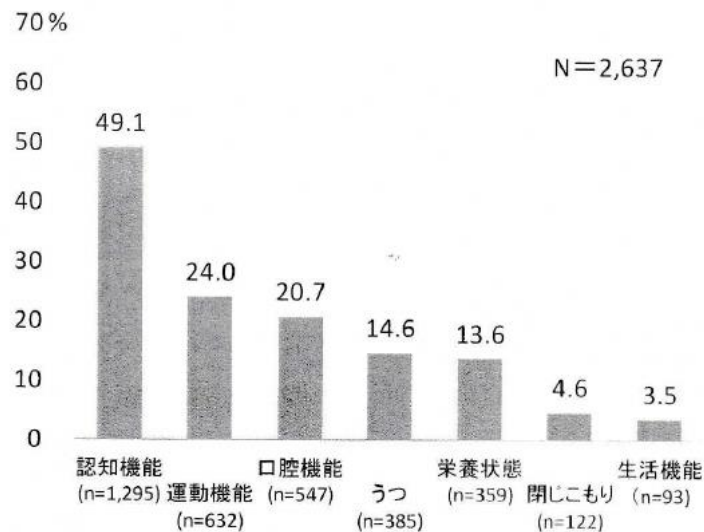
図 S1 : 要介護 (要支援) 認定率 前期・後期高齢者



Japan Gerontological Evaluation Study

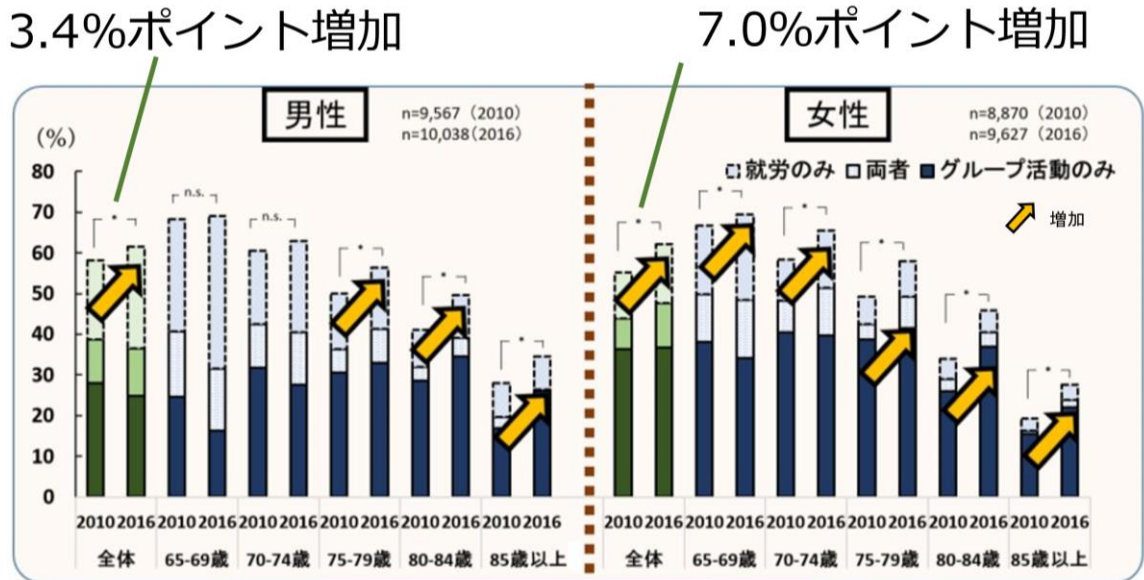
出典：日本老年学的評価研究 厚生労働省「介護保険事業状況報告」から作成

図 S2 : 7種の要介護リスク指標別リスク者割合



出典：日本老年学的評価研究

図 S3 : 社会参加（就労+グループ活動）割合変化



6年間で男女とも社会参加割合増加

社会参加：就労，グループ活動のいずれか一つ以上参加で参加あり

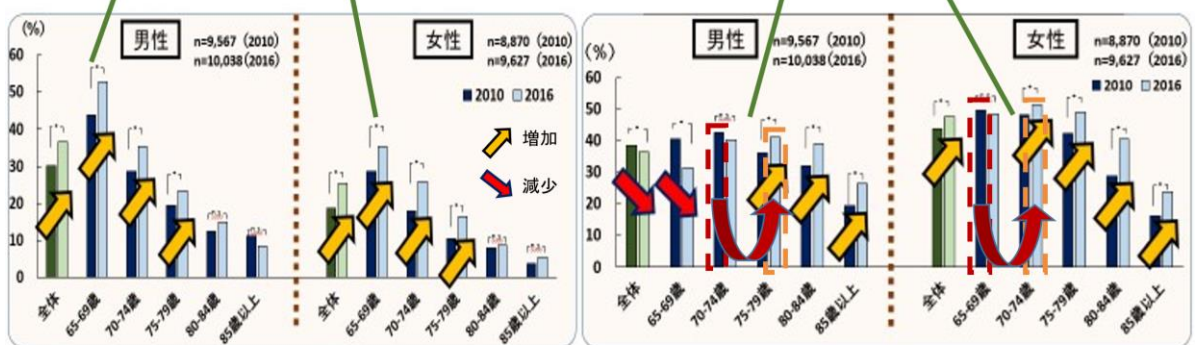
渡邊良太，辻大士，井手一茂，林尊弘，斎藤民，尾島俊之，近藤克則地域在住高齢者における社会参加割合変化-JAGES6年間の繰り返し横断研究一，厚生省の指標。（印刷中）

出典：日本老年学的評価研究

図 S4 : 就労割合変化、グループ活動割合変化

65-69歳の割合
男性：9.0%ポイント増加
女性：6.6%ポイント増加

最も参加割合が高い年齢階層
男性：70-74歳→75-79歳
女性：65-69歳→70-74歳



男女とも65-79歳で就労割合増加

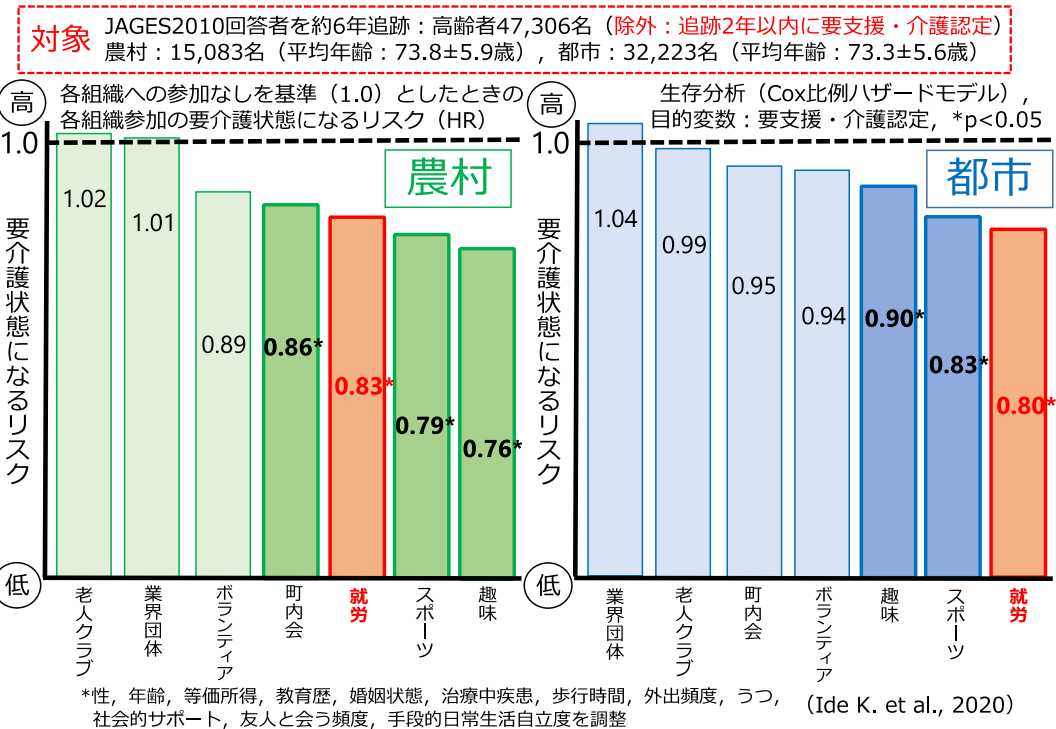
男75歳、女70歳以上でグループ活動増加

グループ活動：ボランティア，スポーツ，趣味の会のいずれか一つでも1回以上参加で参加あり

渡邊良太，辻大士，井手一茂，林尊弘，斎藤民，尾島俊之，近藤克則地域在住高齢者における社会参加割合変化-JAGES6年間の繰り返し横断研究一，厚生省の指標。（印刷中）

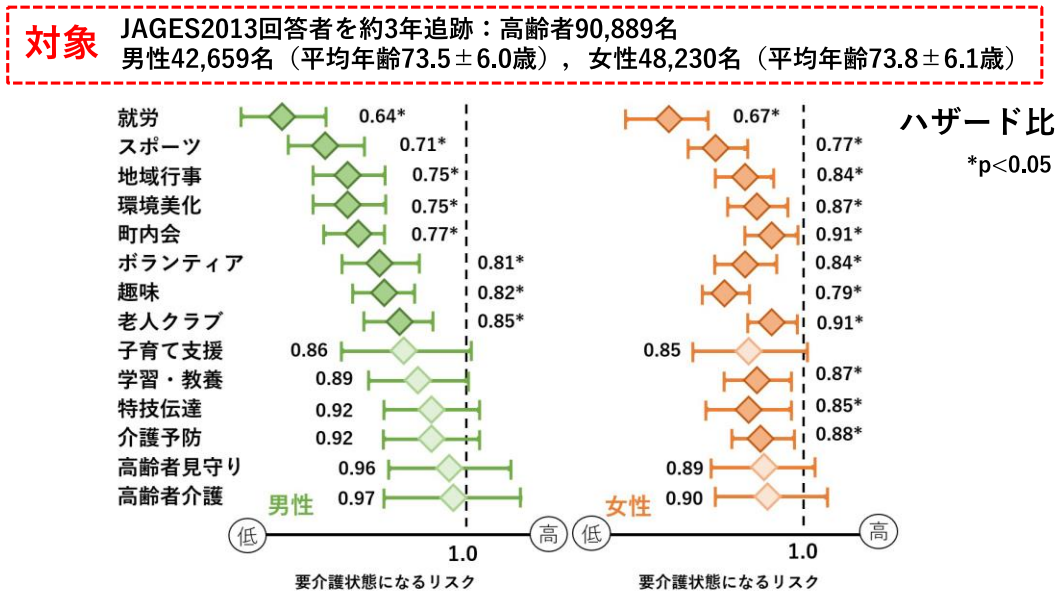
出典：日本老年学的評価研究

図 S5 : 社会参加と要介護認定 農村・都市比較



出典：日本老年学的評価研究

図 S6 : 参加している組織の種類と要介護リスク



各組織への不参加を基準(1.0)とし, 要介護リスク(%)を数値化

年齢, 等価所得, 教育歴, 婚姻状況, 健康状態, 喫煙, 飲酒, うつ, IADL, 可住地人口密度を調整済み

東馬場要, 井手一茂, 渡邊良太, 飯塚玄明, 近藤克則. 高齢者の社会参加の種類・数と要介護認定発生の関連 - JAGES2013 2016 縦断研究. 総合リハビリテーション 49(9). 印刷中

出典：日本老年学的評価研究

様式 2

(領域名) 健康を支え、守るための社会環境の整備

背景

人々の健康は、社会経済的環境の影響を受けることから、健康に関心を持ち、健康づくりに取り組みやすいよう、健康を支える環境を整備するとともに、時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な人や健康づくりに関心のない人等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、健康を守るための環境を整備することが必要である。近年、社会における相互信頼の水準や相互扶助の状況を意味するソーシャル・キャピタル や人間関係を通じた支援を意味するソーシャルサポートと健康との関連に関する報告¹⁾²⁾ がみられるとともに、健康格差に関する研究が進み、国内外でその存在が指摘されている³⁾⁶⁾。また、未曾有の被害をもたらした東日本大震災の発生、その復旧や復興においては、家族や地域の絆や助け合いの重要性が再認識されることとなった。健康づくりへの取組は、従来、個人の健康づくりへの取組が中心だったが、今後は、個人の取組では解決できない地域社会の健康づくりに取り組むことが必要となる。

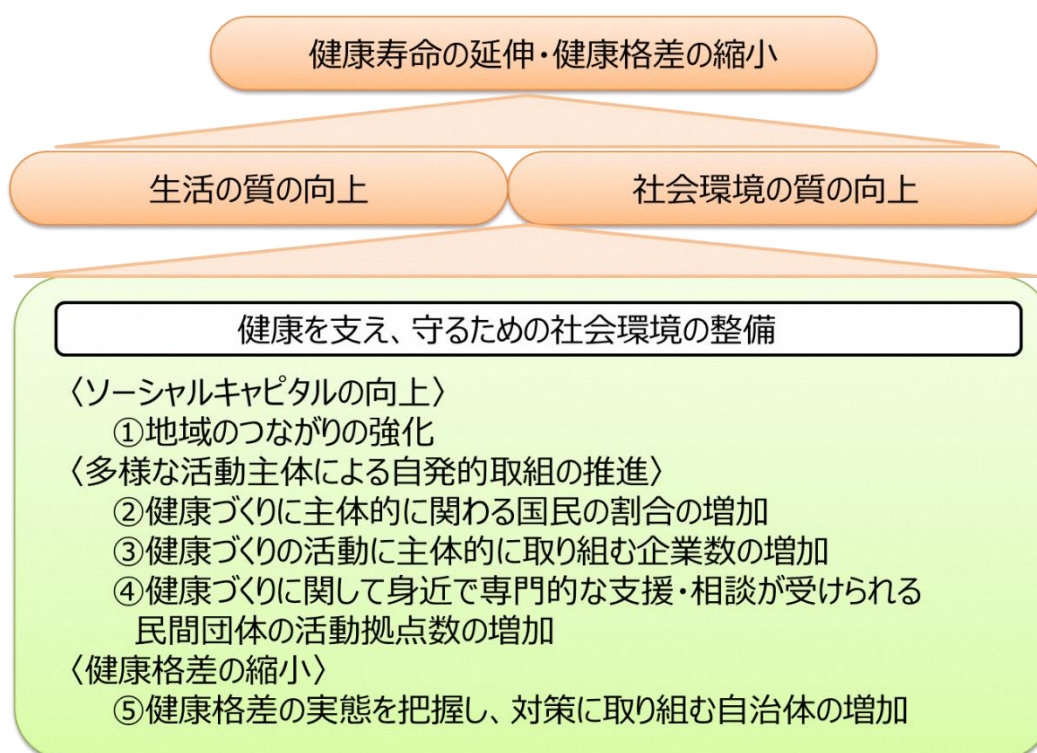
健康日本 21（第二次）開始前の健康づくりの取組は、住民全体を対象とした働きかけとして進められてきたが、健康に無関心な層、社会経済的に不利な層、地理的に保健医療サービスへのアクセスが悪い層等へのアプローチは十分行われてきたとはいえなかった。健康格差として、社会経済等の条件が不利な集団に健康問題が多く、また、社会経済等の状況に格差が大きい地域に住む人に、健康問題が多いことも報告されているため、この層の健康状態の向上は、国全体の健康状態の向上に寄与し得る。こうした課題は、個人への対策では解決できないものであり、特に公的部門の役割として地域社会の健康づくりに取り組むことが重要であるであり、本領域の目標項目は下記の通り設定された。

1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	0
B 現時点で目標値に達していないが、改善している	2
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内0)
C 変わらない	1
D 悪化している	0
E 評価困難	2
目標項目	評価
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)	C
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	E

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 企業等登録数の増加	B
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	E
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）	B

「健康を支え、守るための社会環境の整備」の目標設定の考え方



出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

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）

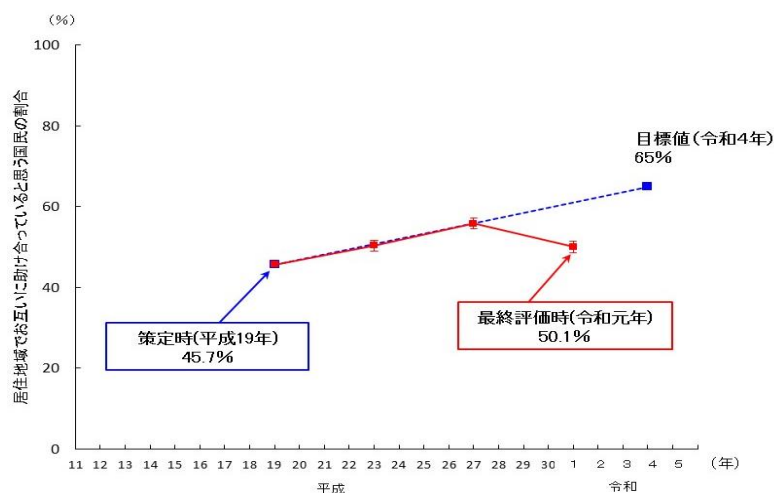
【健康日本 21（第二次）作成時における目標設定の考え方】

地域のつながりが健康に影響することについて、ソーシャル・キャピタルと健康との関連が報告されている¹⁾²⁾。ソーシャル・キャピタルとは、ある社会における相互信頼の水準や相互利益、相互扶助に対する考え方（規範）の特徴である。また、健康でかつ医療費が少ない日本の地域の背景に、「いいコミュニティ」があることが指摘されている。したがって、地域のつながりの強化（ソーシャルキャピタルの水準を上げること）、「いいコミュニティ」づくりは、健康づくりに貢献すると考えられる。ソーシャル・キャピタルの指標としては、様々な指標が用いられているが、今後は、健康日本 21（第2次）では、継続的に調査が可能である国民健康・栄養調査の調査項目である「居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合

（平成 23 年調査）」を指標として設定する。なお、現時点では、平成 19（2007）年の少子化対策と家族・地域のきずなに関する意識調査（内閣府）で、自分と地域の人たちのつながりについて「強い方だと思う」と答えた者の割合が 45.7%（「強い方だと思う」15.3%+「どちらかといえば強い方だと思う」30.4%）であることから、この設問及び回答率を、参考値とすることとした。また、自分と地域の人たちのつながりについて「強い方だと思う」と答えた者の割合について、性・年齢階級別 でみたところ、70 歳以上で男性 66.7%、女性 65.4%と最も高いことから、全世代がこの 割合に達することを目指して、目標は 65%とすることとした。

- 策定時のベースライン50.4%から中間評価時には、55.9%と増加したが、令和元（2019）年度には50.1%と、ベースラインと同水準となった。
- 地域のつながり（ソーシャル・キャピタル）には、橋渡し型や結束型、連結型等の側面があるという論議がなされている。第二次で採用された指標は、ソーシャル・キャピタルの認知的な側面を捉えていると思われるが、橋渡し型や結束型のうちどちらを、あるいは両者を捉えているのか、指標の内的妥当性を検証した科学的な知見があるのか不明である。
- ソーシャル・キャピタルと健康との関連を示す報告は増えているが、健康日本21（第二次）で用いられた指標が、健康指標と関連するのかどうか、（予測）妥当性等に関する科学的知見があるのか明らかではない。
- これらの妥当性が検証されていないのであれば、用いた指標が改善していないことだけをもって、評価を下すことには十分な科学的な根拠があるとは言いがたい。

図 1：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推移



出典：内閣府「少子化対策と家族・地域のきずなに関する意識調査」（平成 19 年）、厚生労働省「国民健康・栄養調査」（平成 23 年、27 年、令和元年）

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

【健康日本 21（第二次）作成時における目標設定の考え方】

従来の行政主導型の健康づくりの場だけでなく、新たな方向性として、住民が楽しく主体性を発揮で

きる健康づくりの場が必要である。住民の主体的な活動を把握する指標として、「ボランティア活動」がある。平成 18（2006）年の社会生活基本調査（総務省）で、「健康や医療サービスに関係したボランティア活動」の行動者率は 3.0%であり、これを参考値とすることとした。なお、住民の主体的な活動は、健康づくりを目的とした活動に限られるものではなく、高齢者や子どもを対象とした活動、まちづくりのための活動、安全な生活のための活動、自然や環境を守るための活動等にも、健康づくりの視点が加わることも重要であり、こうした内容に関係したボランティア活動（その他の活動のみ除く）の行動者率が 24.3%であることから、25%を目標とすることとした。今後は、「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」を指標とし、近隣の人への手助けや支援を含め、生活習慣改善のための活動にとどまらず、まちづくりや防災に関係した活動、子どもや高齢者を対象とした活動、自然や環境を守るための活動等、幅広い年代層において、それぞれの年代で日常的に実施可能な活動に主体的に関わっている国民の割合を把握することとする。

- 健康日本 21（第二次）策定時は、健康や医療サービスに関係したボランティア活動をしている割合（総務省調査により把握）を参考値として目標設定を行い、健康日本 21（第二次）開始後、評価指標を「健康づくりに関係した何らかのボランティア活動を行っている割合」に変更している。本指標は国民健康・栄養調査の大規模調査年に調査を行っていたが、平成 28 年以降大規模調査が行われていないことから、中間評価以降データが更新されていない。
- 策定時に参考値としていた総務省の調査も、平成 28（2016）年が最新値であり、中間評価以降の評価に使えるような参考指標が入手できていない。
- そのため、現在「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」が増えたかどうかについては評価が困難である。
- 一方、この指標が健康増進と関連を示すのかどうかについても明らかでなく、①と同様、今後指標に関する検証が必要と思われる。

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等登録数の増加

【健康日本 21（第二次）作成時における目標設定の考え方】

国民の健康づくり対策を積極的に推進していく上で、行政と産業界（企業）や産業界間の連携は不可欠であり、健康づくりを国民運動として、より実効性あるものとするためには、国民の健康意識の向上や行動変容をサポートする関連情報を積極的に発信する活動主体（発信源）としての企業の役割が重要である。このため、「健康づくりに関する活動に自発的に取り組む企業数の増加」を指標とすることとした。現在、「健康日本 21」推進の一つの事業として、企業連携を主体とした Smart Life Project において、「適度な運動・適切な食生活・禁煙」を推進する国民運動の呼びかけに賛同し、登録している企業は 420 社であり、これを現状とすることとした。これまでの 2 年間の取組で 500 社に近づいたことから、今後 10 年での登録数を 2,500 社と推定し、現行の登録数と合わせ、3,000 社を目標とすることとした。

- 全国健康保険協会による「健康スコアリングレポート」に始まり、組合健保でも取組が広がった。日本健康会議によるモニタリングでも健康経営に取り組む企業等の目標数値も超過達成されてお

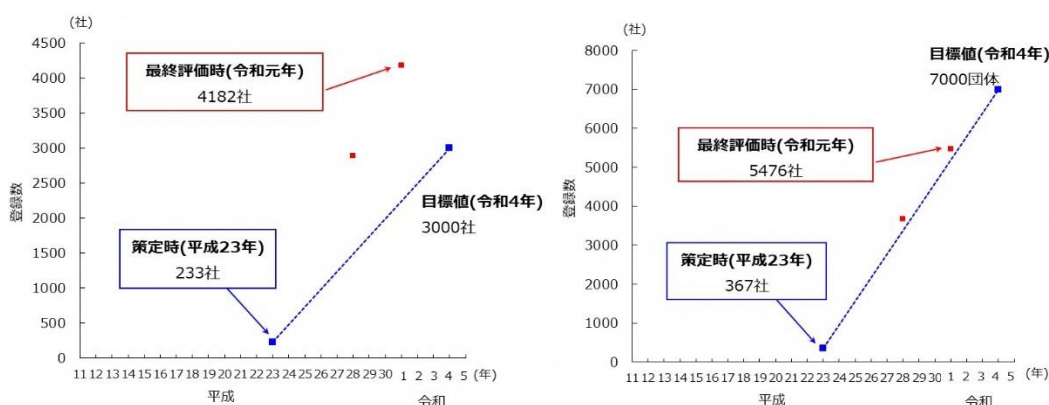
り、企業における健康への取組が広がったことは間違いない。

- ワークライフバランスの推進や長時間労働の是正に向けた論議や合意形成は進んだ。
- 人員等の資源に余裕のある大企業での取組は大きく進み、協会けんぽでも一定の前進はある。一方で、中小零細企業の一部には「ブラック企業」が見られる等、企業の規模間格差を指摘する声は多い。日本全体の企業数は、359万社（2016年、中小企業庁※ 1、2019年版中小企業白書※ 2）であることを鑑みると、目標を超過達成したとは言え、いまだ一部企業の取組に留まっていると言える。
- また、この間に進んだ取組が、どの程度国民の健康増進に寄与しているのか、の健康経営等の効果が数字として示されるのは海外の企業の事例は多いものの、国内での効果の評価が望まれる。

図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等登録数

参画企業数

参画団体数



出典：厚生労働省健康局健康課による把握（スマート・ライフ・プロジェクトの参画企業・団体数）

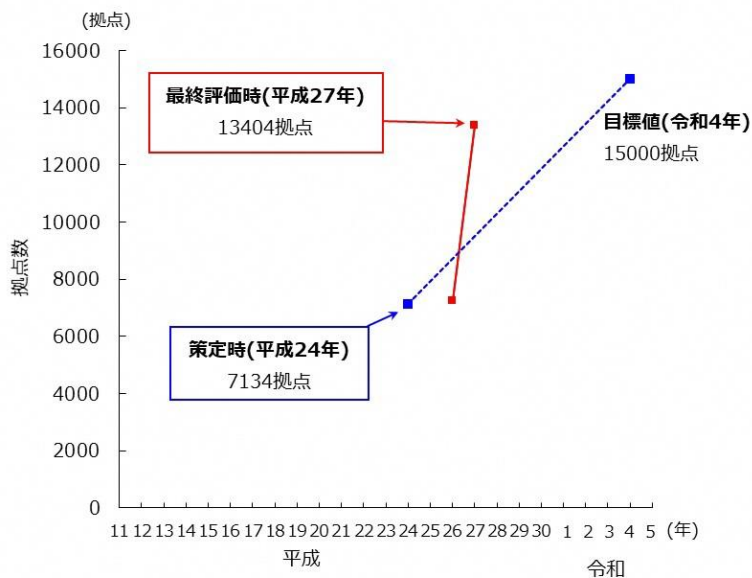
④ 健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加

【健康日本 21（第二次）作成時における目標設定の考え方】

地域住民の健康・栄養に関して専門的な支援・相談が受けられる活動拠点として、現在、民間団体の取組として、地域住民のための食生活支援活動の拠点である栄養ケア・ステーションや地域住民にとって身近な医療提供施設である薬局においては、地域における健康づくり支援等の機能が充実してきている。こうした地域住民が身近で専門的な支援・相談が受けられる拠点を、民間ベースで増やしていくことは、住民のニーズに応じた健康づくりを進めるに当たって効果を発揮していくものと思われる。そこで、「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」を指標することとした。平成 24 年 2 月現在、地域住民に対して専門的な知識・技術をもとに栄養支援を行う栄養ケア・ステーション（社団法人日本栄養士会）、地域住民の健康支援・相談等を行い、その旨を積極的に地域住民に周知している薬局（公益社団法人日本薬剤師会）として、各団体から報告を受けた数の合計は 7,134 であることから、この値を参考値とする。今後は、多様な民間団体による活動拠点が拡大していくことを目指し、現状の 2 倍となる 15,000 を目標とすることとした。

- 薬剤師・栄養士等の保健医療の専門職団体による取組は広がっている。
- それらの取組が、どの程度国民の健康増進に寄与しているのかの評価が望まれる。

図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



出典：各民間団体からの報告を基に厚生労働省健康局健康課が算出

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）

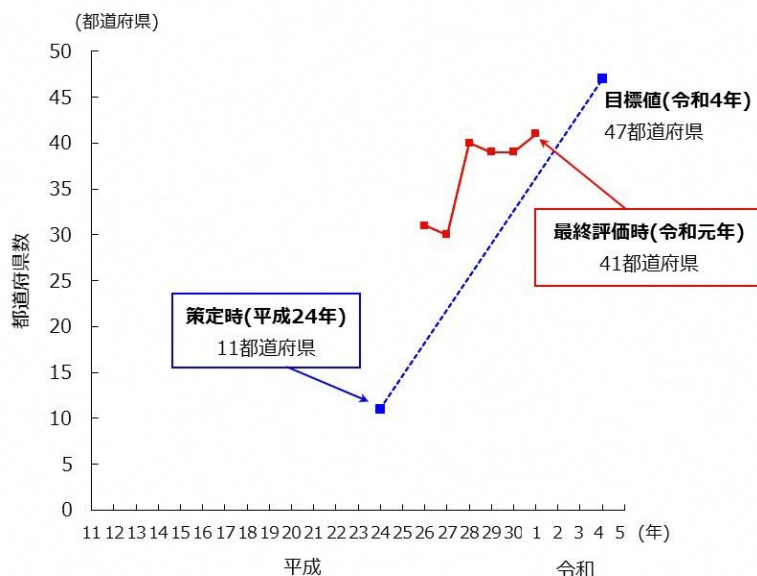
【健康日本 21（第二次）作成時における目標設定の考え方】

日本における健康の社会的・経済的決定要因や健康格差については、地域、職業、経済力、世帯構成等による、健康状態やその要因となる生活習慣の差が報告されている⁷⁾⁻²⁰⁾。また、保健医療施設や食料品店等の資源の地域的偏在化は、健康状態の地域差につながる可能性がある。これらに対する対策がない場合、健康格差は今後も増大することが予想される。特に、都道府県においては、①市町村の健康に関する指標（平均寿命や健康寿命、がん・脳血管疾患・虚血性疾患の年齢調整死亡率、糖尿病有病者率、自殺率、肥満ややせ等の体格、高血圧者の割合等）や生活習慣の状況（食生活、身体活動・運動習慣、喫煙等）の格差の実態を把握し、②その縮小に向けた対策を検討し、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することが重要であることから、これを指標とすることとした。都道府県の取組状況では、47 都道府県のうち、平成 24（2012）年 5 月現在、①格差の実態を把握しているのが 33、②格差の縮小に向けた対策を検討しているのが 15、③その検討結果を踏まえ対策を実施しているのが 11 であることから、①健康格差の実態の把握から③格差の縮小に向けた対策の実施まで行っている 11 都道府県を現状とし、目標は全都道府県とした。

- 令和元（2019）年では 47 都道府県中 41 都道府県で健康格差対策に取り組んでいる。

- 各自治体で行われた対策の広がりや進捗具合、取組による健康格差の縮小効果についての検証が望まれる。
- 今後は市町村間格差や所得階層や教育歴、職業階層等の集団間格差の縮小に向けたモニタリングや縮小のための対策の効果評価が望まれる。

図 5：健康格差対策に取り組む自治体数



出典：厚生労働省健康局健康課による把握

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

- 平成 24（2012）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、平成 25（2013）年度～平成 27（2015）年度）において、ソーシャル・キャピタルの発展及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」及び「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。
- 個人の主体的な予防の取組につながる活動の将来及び普及のため、個人の取組に加えて企業・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
 - W E B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」ロゴマークの作成・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、コンテンツの制作・発信
 - 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。
- 平成 24（2012）年度より毎年、「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。令和 3（2021）年度で第 10 回を迎える予定。
- 「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（2012）年国民健康・栄養調査にて、平成 9（1997）年より 5 年ごとにデータを収集して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（2016）年の国民健康・栄養調査では、拡大調査を実施し、B M I、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。

<各目標項目に係る取組>

- 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）**
 - 地方自治体において地域包括ケアや地域共生社会づくりの担当部署の整備が進んだ。
 - 全国市町村における地域包括ケアや地域共生社会に関わる協議体の整備が進んだ。
 - 東日本大震災後の復興に向けた住民や NPO 等の中で「絆」という言葉がよく使われた。
- 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**
 - 前述の厚生労働科学研究（平成 25（2013）年度～平成 27（2015）年度）によりソーシャル・キャピタルの醸成・活用について研究し、「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」及び「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、さらに 2 自治体における実証としてソーシャル・キャピタル醸成の事例を展開した。
 - 地域保健総合推進事業（平成 28（2016）年度）により、事例集及びソーシャル・キャピタルを活用した地域保健対策の推進のための具体的なヒント等をまとめた。

- 全国会議、研修会等において、全国の保健所長、保健師等を対象に上記研究成果を周知。
- 厚生労働省及び経済産業省による「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」において、令和 3（2021）年度より「健康にやさしいまちづくりのための環境整備に係る実証事業」を開始。

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等登録数の増加

- スマート・ライフ・プロジェクト参画企業等の当プロジェクトにかかる情報の取得媒体等を把握し以下の取組等を推進。
 - スマート・ライフ・プロジェクト Web サイトを刷新
 - 禁煙週間や女性の健康週間等の啓発イベントの実施、コンテンツの制作・発信
 - 企業・団体等が開催するイベントにおいてブースや新聞等の媒体での広報
 - 健康寿命をのばそう！アワード等の実施によるテレビや Web 等メディアへの露出
 - 「食事バランス教室」等の食生活改善特設 Web コンテンツ、健康普及月間オンラインイベント、睡眠コンテンツ、スマートミール探訪、授賞事例研究、健康づくりの知恵袋などのコンテンツの掲載
- 日本健康会議の取組が進み、数値目標が超過達成された。

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

- 本目標項目の評価指標は、地域住民の健康支援・相談等を行い、その旨を積極的に地域住民に周知している薬局（公益社団法人日本薬剤師会）の数、地域住民に対して専門的な知識・技術をもとに栄養支援を行う栄養ケア・ステーション（公益社団法人日本栄養士会）の数、及び助産師による、妊娠・出産・子育てをはじめ、思春期、更年期、不妊の悩み等幅広く対応している子育て・女性健康支援センターの数を合計して把握していた。
- 地域住民の健康支援・相談等を行い、その旨を積極的に地域住民に周知している薬局の数は、平成 27（2015）年 10 月時点で 13,115 であり、策定時の 7,087 から約 2 倍となっているが、平成 28（2016）年以降はデータが把握されていない。
- 平成 28（2016）年に創設された健康サポート薬局は、かかりつけ薬剤師・薬局としての基本的な機能を有し、要指導医薬品等及び健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言、健康の保持増進に関する相談並びに適切な専門職種又は関係機関への紹介等に関する研修を修了した薬剤師が常駐して対応するなど、地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援している。健康サポート薬局の届出数は創設時より経時的に増加しており、令和 3（2021）年 3 月末時点で 2,515 件となっており、健康サポート薬局が本項目の評価の参考となると考えられる。
- 地域住民に対して専門的な知識・技術をもとに栄養支援を行う栄養ケア・ステーションの数は、令和 3（2021）年 4 月 1 日時点で 356 であり、策定時の 47 から約 7.5 倍となっている。
- 上記の他、助産師による、妊娠・出産・子育てをはじめ、思春期、更年期、不妊の悩み等幅広く対応している子育て・女性健康支援センターも「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」として新たに集計対象となった（活動拠点数 47）。
- その他、本目標に関連する取組として、日本医師会の認定健康スポーツ医制度等が挙げられる。

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）

- 健康格差対策に取り組む自治体について現状を把握。
- 平成 24（2012）年及び平成 28（2016）年の国民健康・栄養調査において、地域間の健康格差について調査を実施。
- 各都道府県の健康増進計画について、国と同一である項目と都道府県が独自に定めた項目がわかるように整理し、厚生労働省ホームページ「健康日本 21（第二次）分析評価事業」のページ（http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21/zoushinkeikaku/todoufukun.html）に掲載。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

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）」

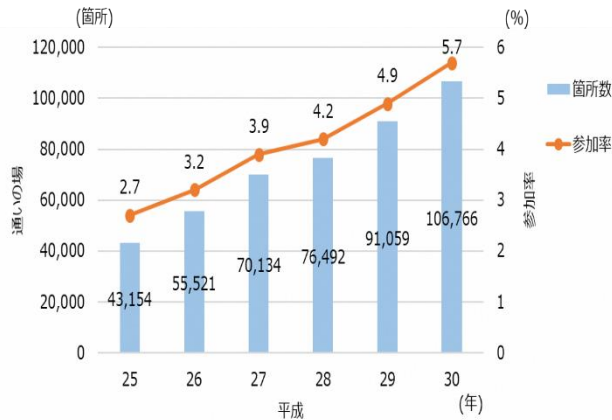
本目標項目の評価指標の評価は「C：変わらない」であった。地域包括ケアや地域共生社会という言葉が、保健医療介護の専門職や地域包括支援センターや社会福祉協議会職員、一部の住民ボランティア等の間で認知が進み、また東日本大震災後等、被災後の復興に向けた取組の中で「絆」という言葉がメディアでもよく使われた。加えて、子どもの貧困やそれへの対応として子ども食堂等、認知症対策としての認知症カフェ等の取組が広がった。しかし、これらが、この指標にどの程度寄与したのかは不明である。

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」

本項目の評価は、中間評価以降指標のデータ更新がないことから「E：評価困難」となった。

厚生労働白書にも「ソーシャル・キャピタル」という言葉が使われる等、この言葉は専門職には知られる言葉となった。高齢者においては、「通いの場」づくりが進み、その拠点数と参加者数は増えている。

図6：通いの場の数と参加率の推移



出典：厚生労働省老健局「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（令和元年度実施分）に関する調査」

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等登録数の増加」

評価指標の評価は「B：現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」であった。「健康経営」や「ブラック企業」の対極にある「ホワイト企業」等の言葉がメディア等を通じて広がり、大学生の就職活動等でも使われるようになった。こうした言葉や取組を意識する企業は増えたことが一定の寄与をしたと思われる。

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」の

前述のとおり、平成28（2016）年4月以降、健康日本21（第二次）策定時に設定していたデータ把握が困難となっており、最終評価における評価は「E：評価困難」となった。

ただし、地域住民の健康支援・相談等を行い、その旨を積極的に地域住民に周知している薬局（中間評価時点までの把握）、栄養ケア・ステーション、子育て・女性健康支援センターの数はそれぞれ増加しており、参考として健康サポート薬局も制度開始以降増加している。その要因として各専門職団体が、社会からの期待に応えようと努力し活動拠点数の増加に努めたこと等が考えられる。

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）」

本目標項目の評価は「B：現時点で目標値に達していないが改善傾向にある」であった。その要因として、国が、健康格差の縮小を図るといった基本的方向を明示し、それに取り組む都道府県数を数値目標として掲げ、その進捗状況を追跡調査したこと等によって、都道府県の取組の必要性の理解と対策の実施を促したこと等が考えられる。

<領域全体としての評価>

- 行政や住民、企業、専門職団体等の意識的な努力によって、一部で取組が進んだことは間違いのないと思われる。一方で、その広がりや、それによる国民の健康行動や健康状態への波及効果がどの程

度なのか、その評価は、必要なデータの整備が進んでいないため容易ではない。

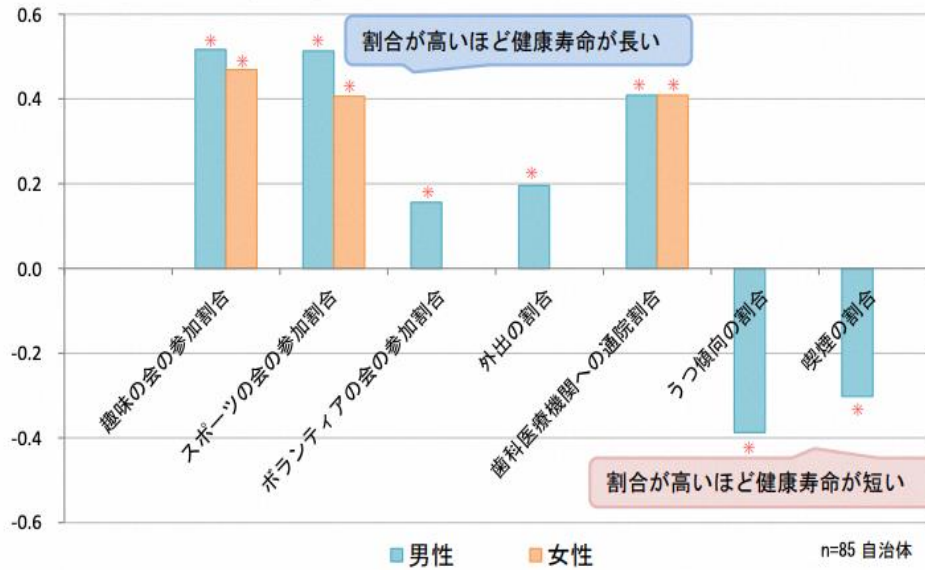
- 指標に関する妥当性の検証、取組による国民の健康増進のモニタリングが可能なデータの整備が望まれる。

4 今後の課題

<領域全体としての課題>

- 健康日本 21（第二次）においては、身体活動や野菜の摂取等、生活習慣に関し目標に達成してない項目がある。生活習慣の改善は健康寿命の延伸に寄与することが示されていることから、健康寿命の延伸のためには、この分野への取組を強化することが必要である。そのためには、これまでの施策で行動変容が生じてないと思われる無関心層へのアプローチが課題であり、たとえば、平成 30（2018）年 6 月 15 日閣議決定の骨太の方針にも、「日本健康会議について、都道府県レベルでも開催の促進等、多様な主体の連携により無関心層や健診の機会が少ない層を含めた予防・健康づくりを社会全体で推進する。」「事業所、地方自治体等の多様な主体が参加した国民全体の健康づくりの取組を各地域において一層推進する。」と記載されているように、関係省庁と連携し、無関心層が意識せずとも自然に健康になるような、社会全体として個人の健康を支え、守る環境やまちづくりに努めていくことが必要である。
- 地方自治体においては、自らの健康増進計画の評価・見直しを行い、より一層の健康増進を図っていく必要がある。
- また事業所、地方自治体等の多様な主体が参加した国民全体の健康づくりの取組を各地域において一層推進することが必要であり、その中において、経済産業省における「健康経営の取組」やスポーツ庁の「FUN+WALK PROJECT」、また、厚生労働省の「健康寿命を延ばそう！アワード」の受賞事例や前述の厚生労働科学研究による「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」等で紹介されている好事例を広めることで、予防・健康づくりを社会全体で推進していくことが考えられる。
- 平成 30（2018）年 5 月に開催された日本健康会議は、健康保険組合等の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等をスコアリングして経営者に通知する「健康スコアリング」の詳細設計について報告書を取りまとめた。健康スコアリングは、企業、健保組合、労働組合、産業医等の産業保健スタッフ等の横断的な推進体制を構築することで、被用者保険における加入者の予防・健康作りを効果的に実施することが期待される。
- スマート・ライフ・プロジェクトに関しては、参画企業数の増加を効果的に図るために、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、参画要因は何か等を把握し、周知方法の改善を継続して図ると共に、健康づくりに積極的に取り組むことにより企業のイメージが向上する等の参画することによる企業のメリットを発信していく。さらに、メディアとの協力等による国民認知度の向上を通じ、さらなる国民運動化を図ることが必要である。
- 生活習慣の改善が健康寿命の延伸に寄与することは先行研究により示されているものの、都道府県・市町村レベルでの健康格差の確固たる要因の把握については、さらなる研究が必要である。しかし、生活習慣を改善することは健康寿命の延伸に寄与することが示されているため、都道府県・市町

図 8 : 健康寿命と高齢者の生活要因との関連



※ 上記の値は、重回帰分析の標準化回帰係数（* 有意差がみられた値のみ）を示しています。値が大きいほど関連が強いことを意味します。

出典：日本老年学的評価研究

<各目標項目に係る課題>

- 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）**
 - 地域包括ケア・地域共生社会の一層の推進が望まれる。
 - 推進の進捗管理に用いることができる、妥当性が検証された指標の開発が望まれる。
- 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**
 - 引き続き「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」及び「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」の普及促進を図るとともに、好事例の周知により、各地域での活動の推進を促す。
 - 優れた住民組織活動等について健康寿命アワードでの表彰や、健康日本 21 関連のホームページ等での紹介を行う。
 - 引き続き「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」における「健康にやさしいまちづくりのための環境整備に係る実証事業」を実施し、令和 4（2022）年度以降、成果の政策への反映を健康する。
- 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等登録数の増加**
 - 今後も、スマート・ライフ・プロジェクトへの新たな参画企業等の参画経緯を把握しながら、より効果的な普及活動（スマート・ライフ・プロジェクト Web サイトから情報や啓発ツールの提供、参画企業への働きかけ等）を行う。
 - 実施する各イベントのメディア等への露出増加により、国民の認知や参画企業数を増加させる。

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

- 引き続き、活動拠点数の増加を図るとともに、新たな民間団体の参画の促進を図る。

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）

- 健康格差対策に取り組む自治体について、今後も定期的に調査を実施する。
- 健康格差対策に取り組む自治体の事例について、今後情報発信する方向で検討。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 新型コロナウイルス感染症の流行への対策として、外出制限及びそれに伴い社会参加や友人・知人との交流を控えた人は多い。調査によると、高齢者では約 6 割の回答者が、新型コロナウイルス感染症の流行前に比べ、社会参加の頻度が減ったと回答している（JAGES AMED 調査 2021）。新型コロナウイルス感染症対策のために、①地域のつながりや、②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わる国民の数は減少したと考えられる。失職を含む就業状況の変化や、収入の減少、感染への不安等他の要因もあって、新型コロナウイルス感染症以外の二次的な健康被害として、こころの健康、自殺、高齢者におけるフレイルの増加等が懸念される。
- 新型コロナウイルス感染リスクを上昇させることなく、交流や社会参加する方法として、インターネットを用いた活動が、少しずつ広がりを見せている。しかし、低所得者・低学歴者・農村的地域・高齢者等で、インターネット利用率が低いという「デジタルデバイド」が指摘されている（総務省 通信白書 2021、JAGES WPRO 2021）。インターネット利用者は、うつ発症や糖尿病発症が 2～3 割少ないことや、令和 2（2020）年 4～5 月の緊急事態宣言期間中にビデオ通話のインターネットを介したコミュニケーション等を増やした高齢者では、令和 2（2020）年 12 月～令和 3（2021）年 2 月におけるうつやフレイルが少ないこと等、インターネット利用による健康維持効果を示唆する報告が相次いでなされた。今後、さらに検証が必要だが、デジタルデバイドが、新たな健康格差の要因になっている可能性がある。
- デジタルデバイドを緩和するための体験講習会や公的施設の Wi-Fi 環境の整備等が勧められているが、これらの効果を検証しつつ、インターネット利用の普及を加速することが今後の課題と思われる。

<参考文献・URL>

- ソーシャル・キャピタル関連資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000092042.html>

- スマート・ライフ・プロジェクト

<http://www.smartlife.go.jp/>

- 1) イチロー・カワチ他. ソーシャル・キャピタルと健康、日本評論社、2008.

- 2) 今村晴彦他.コミュニティのちから－“遠慮がち”なソーシャル・キャピタルの発見、慶応義塾大学出版会、2010.
- 3) イチロー・カワチ、ブルース・P・ケネディ. 不平等が健康を損なう. 日本評論社、2004.
- 4) 近藤克則. 健康格差社会-何が心と健康を蝕むのか. 東京：医学書院、2005.
- 5) 川上憲人、小林廉毅、橋本英樹編. 社会格差と健康－社会疫学からのアプローチ、東京：東京大学出版会、2006.
- 6) 近藤克則. 「健康格差社会」を生き抜く. 東京：朝日新聞出版社、2010.
- 7) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Socioeconomic pattern of smoking in Japan: income inequality and gender and age differences. *Ann Epidemiol.* 2005; 15(5):365-372.
- 8) Takao S, Kawakami N, Ohtsu T. Occupational class and physical activity among Japanese employees. *Soc Sci Med* 2003; 57(12): 2281-2289.
- 9) Murakami K, Hashimoto H, Lee JS, Kawakubo K, Mori K, Akabayashi A. Distinct impact of education and income on habitual exercise: A cross-sectional analysis in a rural city in Japan. *Soc Sci Med.* 2011 Dec;73(12):1683-8.
- 10) Murakami K, Sasaki S, Takahashi Y, Uenishi K. Neighborhood socioeconomic disadvantage is associated with higher ratio of 24-hour urinary sodium to potassium in young Japanese women. *J Am Diet Assoc.* 2009; 109(9): 1606-1611.
- 11) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Accumulation of health risk behaviours is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan. *BMC Public Health* 2005;5(1): 53.
- 12) Nishi N, Makino K, Fukuda H, et al. Effects of socioeconomic indicators on coronary risk factors, self-rated health and psychological well-being among urban Japanese civil servants. *Soc Sci Med* 2004; 58(6): 1159-1170.
- 13) Nishi N, Sugiyama H, Hsu WL, et al. Differences in mortality and incidence for major sites of cancer by education level in Japanese population. *Ann Epidemiol* 2008; 18(7): 584-591.
- 14) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Higher mortality in areas of lower socioeconomic position measured by a single index of deprivation in Japan. *Public Health* 2007;121:163-73.
- 15) Murata C, Kondo K, Hirai H, et al. Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). *Health Place* 2008; 14(3): 406-414.

- 16) Kawakami N, Haratani T, Kobayashi F, et al. Occupational class and exposure to job stressors among employed men and women in Japan. *J Epidemiol* 2004; 14(6): 204-211.
- 17) Sekine M, Chandola T, Martikainen P, et al. Socioeconomic inequalities in physical and mental functioning of British, Finnish, and Japanese civil servants: role of job demand, control, and work hours. *Soc Sci Med* 2009; 69(10): 1417-1425.
- 18) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Cause-specific mortality differences across socioeconomic position of municipalities in Japan, 1973–1977 and 1993–1998: increased importance of injury and suicide in inequality for ages under 75. *Int J Epidemiol* 2005;34:100–9.
- 19) Fujimoto Y, Tamakoshi A, Iso H, et al. A nationwide cohort study of educational background and major causes of death among elderly population in Japan. *Prev Med* 2005; 40(4): 444-451.
- 20) Hirokawa K, Tsutusmi A, Kayaba K. Impacts of educational level and employment status on mortality for Japanese women and men: the Jichi Medical School cohort study. *Eur J Epidemiol* 2006;21:641–51.

※ 1 : https://www.chusho.meti.go.jp/koukai/chousa/chu_kigyocnt/index.htm

※ 2 :

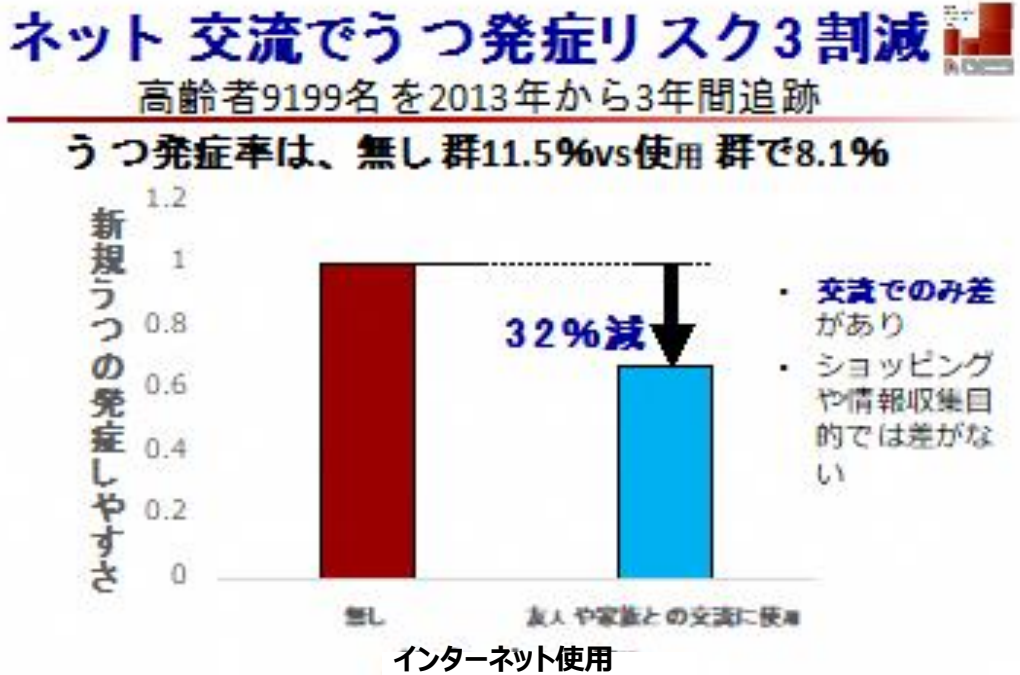
https://www.chusho.meti.go.jp/pamflet/hakusyo/2019/PDF/chusho/00Hakusyo_zentai.pdf

Atsushi Nakagomi, Koichiro Shiba, Katsunori Kondo, and Ichiro Kawachi. Can Online Communication Prevent Depression Among Older People? A Longitudinal Analysis. *Journal of Applied Gerontology*. 2020. doi: 10.1177/0733464820982147

Kondo N, Koga C, Nagamine Y editors. Ota A, Shobugawa Y, Cable N, Tajika A, Nakagomi A, Chishima I, Ide K, Ueno T, Fujihara S, Fujinami Y, Yasufuku Y, and Ando Y. *Understanding the Role of Internet Access on Health and Health Equity toward Healthy Ageing in the Western Pacific Region*. 2021, ISBN 978-4-9910804-3-2

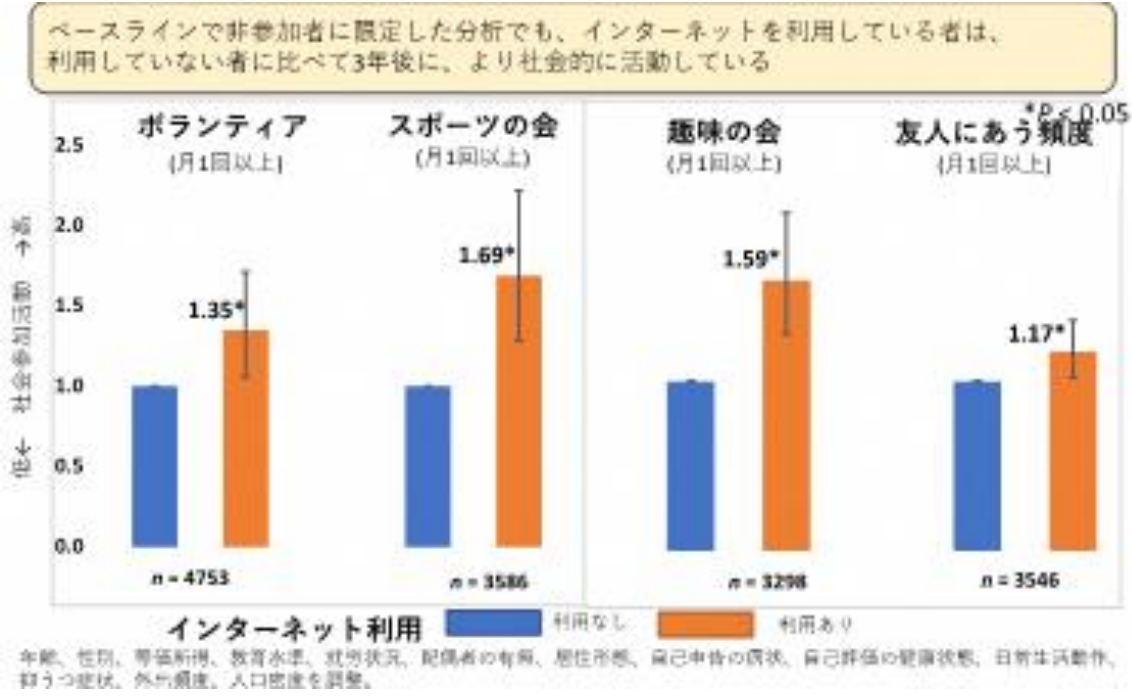
(参考グラフ) 健康を支え、守るための社会環境の整備 (近藤委員提出資料)

図 S1 : インターネット交流とうつ発症リスク



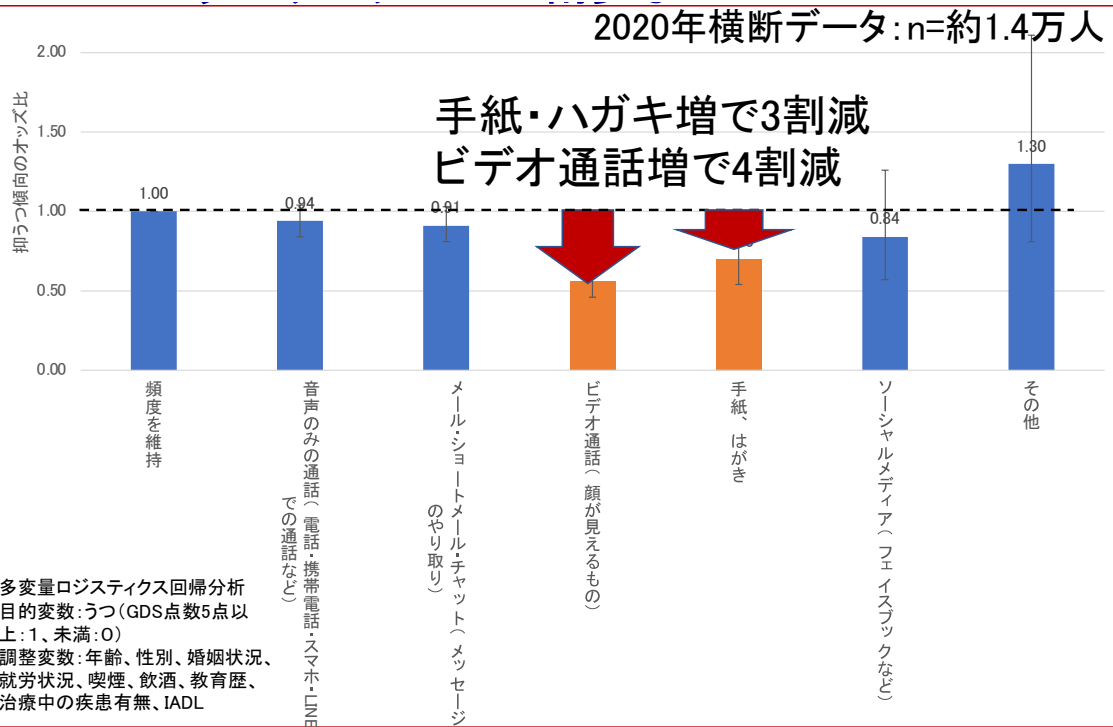
出典：日本老年学的評価研究

図 S2 : インターネット利用と社会参加



出典：日本老年学的評価研究

図 S3 : 手紙・はがき・ビデオ通話利用とうつリスク



出典：日本老年学的評価研究

様式 2

(領域名) (1) 栄養・食生活

背景

- 栄養・食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みであり、多くの生活習慣病の予防のほか、生活の質の向上及び社会機能の維持・向上の観点から重要である。
- 生活の質の向上のために、主要な生活習慣病（がん、循環器疾患、糖尿病）予防の科学的根拠があるものを中心に、栄養状態、食物摂取、食行動、食環境の目標を設定した。
- 社会環境の質の向上のために、食生活の面からも「社会参加の機会の増加」と「健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保」をすることで寄与できる。これについては、健康を支え、守るための社会環境の整備に含まれる。ここで食環境の目標としてあげた 2 項目は、個人の行動変容を支援するための「環境づくり」として個人の生活の質の向上に寄与すると同時に、健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保に寄与することで、社会環境の質の向上にも寄与する。

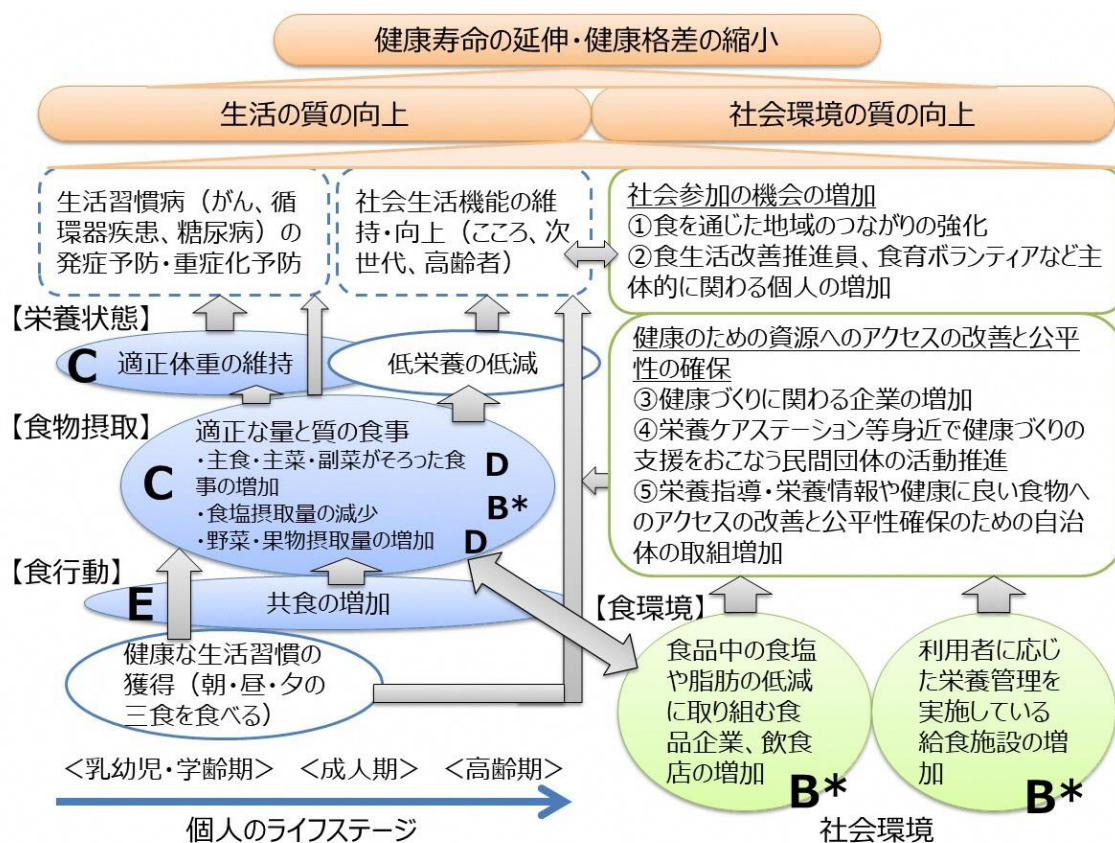
1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	0
B 現時点で目標値に達していないが、改善している	2
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内2)
C 変わらない	2
D 悪化している	0
E 評価困難	1

目標項目	評価
① 適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25 以上）、やせ（BMI18.5 未満）の減少）	C
② 適切な量と質の食事をとる者の増加	C
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	(D)
イ 食塩摂取量の減少	(B*)
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	(D)
野菜摂取量の平均値	(C)
果物摂取量 100g 未満の者の割合	(D)

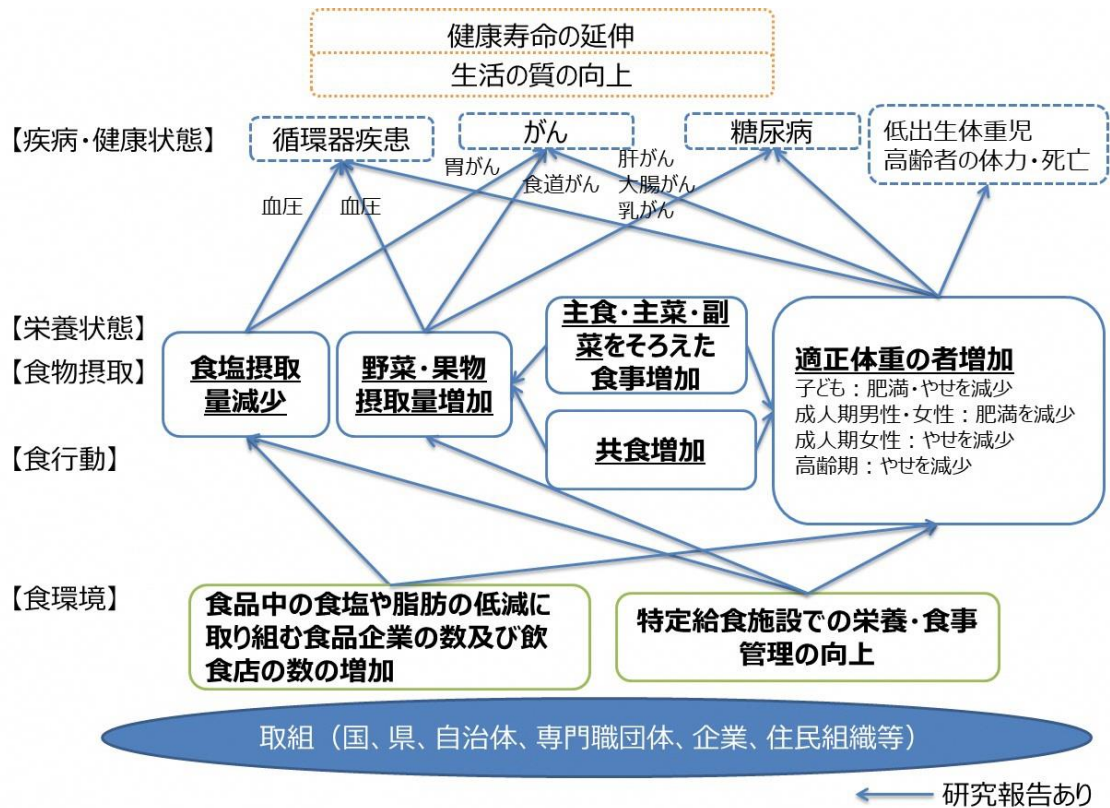
③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）	E
朝食小学5年生	(E)
朝食中学2年生	(E)
夕食小学5年生	(E)
夕食中学2年生	(E)
④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	B*
食品企業登録数	(A)
飲食店登録数	(B*)
⑤ 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	B*

図1：栄養・食生活の目標設定の考え方及び最終評価結果



出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料に最終評価結果を追記

図 2 : 生活習慣病等と栄養・食生活の目標の関連



出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

① 適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25 以上）、やせ（BMI18.5 未満）の減少）

○ 指標設定の背景

体重は、ライフステージを通して、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強い。肥満はがん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連がある^{1) 2)}。若年女性のやせは骨量減少³⁾、低出生体重児出産⁴⁾のリスク等との関連がある。

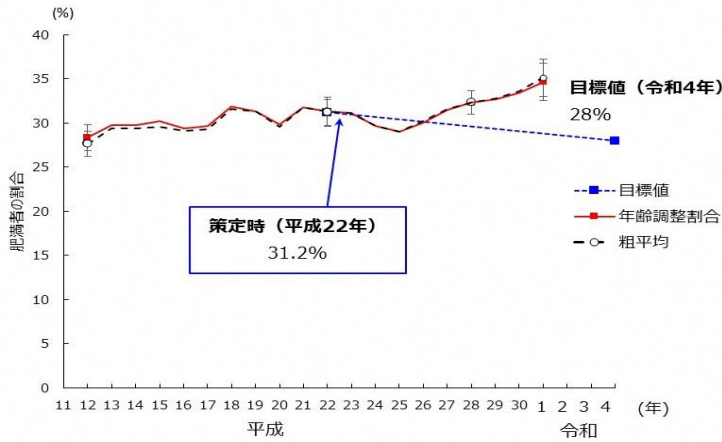
○ 今回の評価

<20 歳～60 歳代男性の肥満者の割合>

20 歳～60 歳代男性の肥満者の割合（平成 22（2010）年の調査実施人数を基準とした年齢調整割合）は、ベースラインの 31.2%（平成 22（2010）年）と比較して 34.7%（令和元（2019）年）と有意に増加し、悪化した。経年的な推移の分析では、平成 22（2010）年 31.2%から平成 25（2013）年 29.1%までは有意に減少したものの、平成 25（2013）年～令和元（2019）年 34.7%と有意に増加した。いずれの年代も同様の傾向であった。

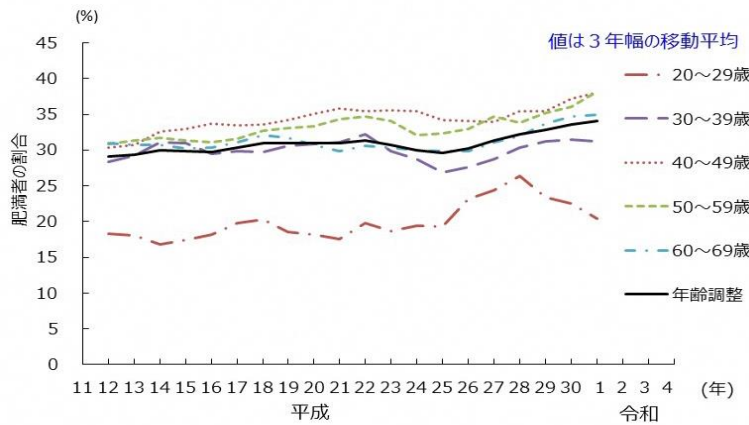
都道府県別の BMI の値について、平成 24（2012）年と平成 28（2016）年調査を比較した。都道府県間の差には大きな変化はなかった。

図3：20歳～60歳代男性の肥満者の割合の推移



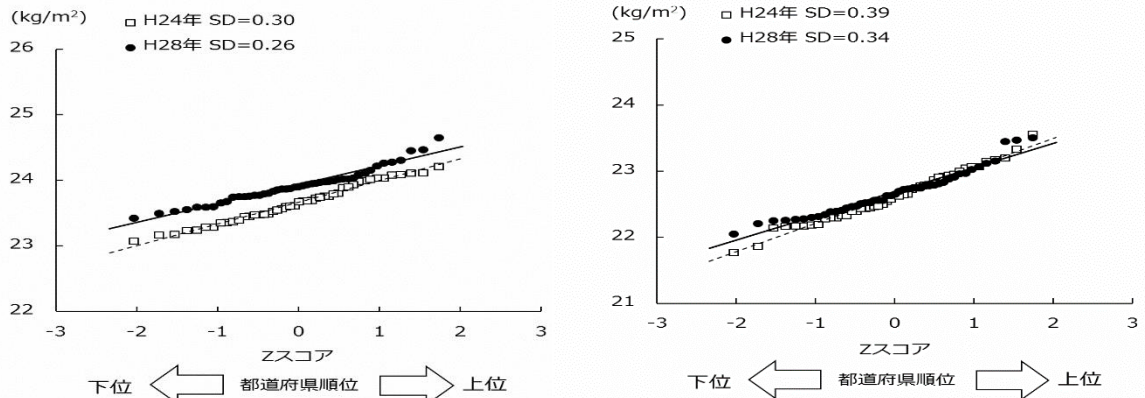
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図4：20歳～60歳代男性の肥満者の割合の推移（年齢階級別）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図5：BMIの都道府県別結果の年次比較（平成24（2012）年、平成28（2016）年）
 男性（年齢調整平均）（20～69歳） 女性（年齢調整平均）（40～69歳）

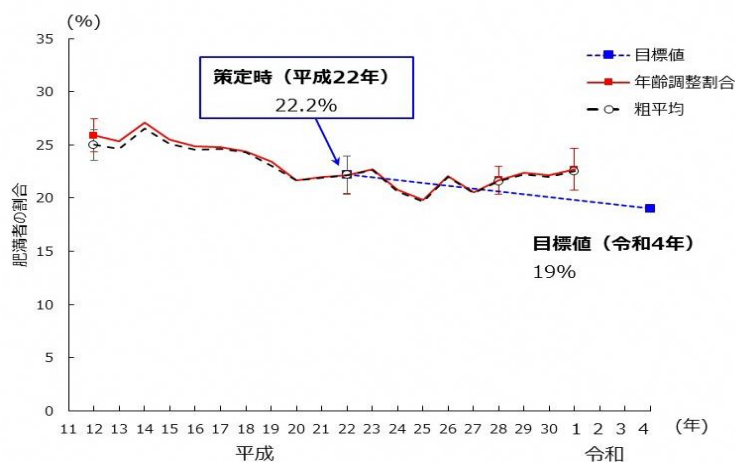


出典：厚生労働省「平成28年国民健康・栄養調査報告の概要」別紙

<40 歳～60 歳代女性の肥満者の割合>

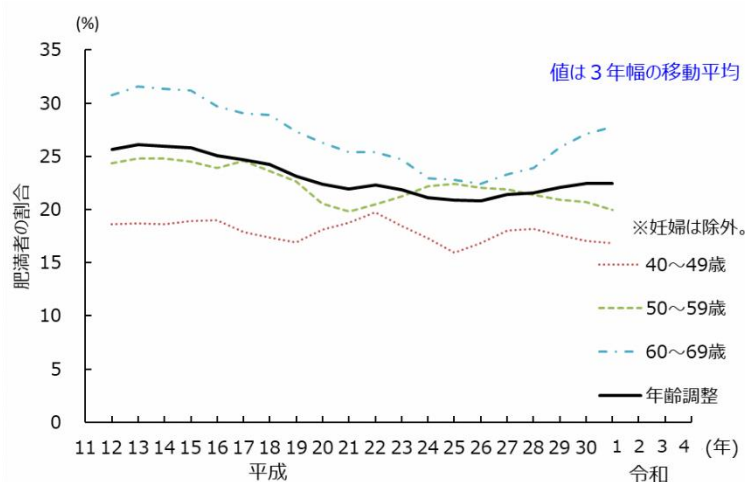
40 歳～60 歳代女性の肥満者の割合（平成 22（2010）年の調査実施人数を基準とした年齢調整割合）は、ベースライン 22.2%（平成 22（2010）年）と比較して 22.7%（令和元（2019）年）で有意な変化は無く、目標値に達していない。経年的な推移の分析でも有意な増減は無い。

図 6：40 歳～60 歳代女性の肥満者の割合の推移



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 7：40 歳～60 歳代女性の肥満者の割合の推移（年齢階級別）

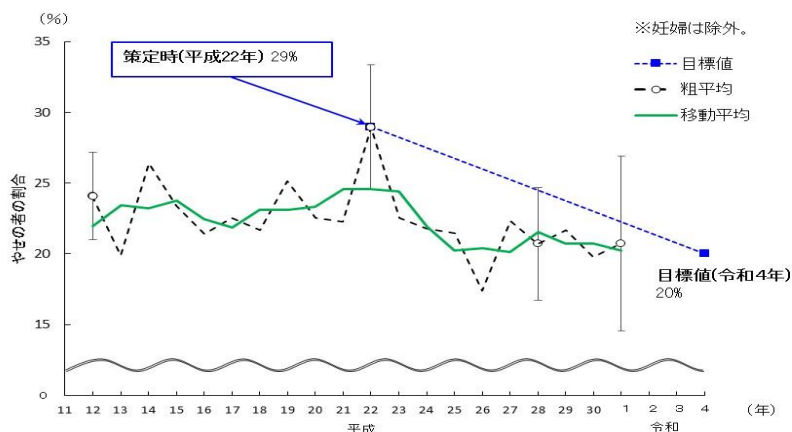


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

<20 歳代女性のやせの割合>

20 歳代女性のやせの割合は、ベースラインの平成 22（2010）年 29.0%と比較して 20.7%（令和元（2019）年）と有意な変化は無く、目標値に達していない。しかし、経年的な推移の分析では、有意に減少しており、現時点では目標に達していないが改善傾向にある。対象者数が少なくばらつきが大きいいため結果の解釈に注意が必要である。

図8：20歳代女性のやせの割合の推移



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

② 適切な量と質の食事をとる者の増加

○ 指標設定の背景

適切な量と質の食事は、生活習慣病予防の基本の1つである。食事全体の栄養バランスの指標として、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事をとりあげた。個別の指標として、生活習慣病との関連についての科学的根拠が多い食塩摂取量、野菜・果物摂取量をとりあげた。

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

主食・主菜・副菜を組み合わせた食事は日本の食事パターンであり、良好な栄養素摂取量、栄養状態につながる事が報告されている^{5) -7)}。1日2食、主食・主菜・副菜がそろっている場合、それ以下と比べて、栄養素摂取量(たんぱく質、脂肪エネルギー比、ミネラル、ビタミン)が適正となる事が報告されている⁵⁾。また、食生活指針、食事バランスガイドでも主食・主菜・副菜等の料理で1日の適量が示されており、個々の栄養素の目標を設定するよりも包括的で、国民にとっても実践しやすい目標である。

イ 食塩摂取量の減少

減塩が血圧を低下させ、結果的に循環器疾患を減少させることについては、立証されている⁸⁾。また消費者の啓発や食品中の塩分量の規制が、高血圧対策において費用対効果が高いこと⁹⁾、さらに、食塩・高塩分食品摂取が胃がんのリスクを上げることも示されている¹⁰⁾。

ウ 野菜と果物の摂取量の増加

野菜・果物の摂取量の増加は、体重コントロールに重要な役割があること¹¹⁾、循環器疾患、2型糖尿病の一次予防に効果があること¹²⁾が報告され、日本でも、果物摂取と循環器疾患との関連が報告されている¹³⁾。また、野菜・果物は、消化器系のがん、果物は肺がんに予防的に働くことが報告され¹⁴⁾、日本でも、食道がん、胃がんとの関連が示され、不足しないことが推奨されている¹⁰⁾。

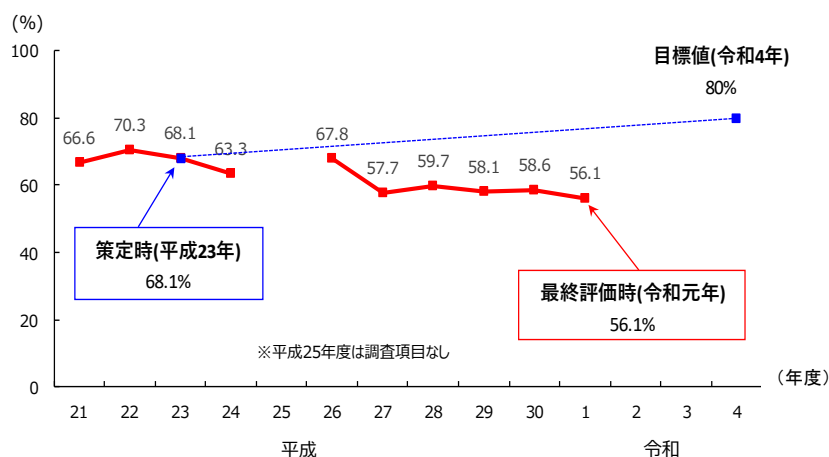
○ 今回の評価

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

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、ベースラインの平成23(2011)年と比較して減少傾向であり(相対的変化-17.6%)、悪化した。

性・年代別にみると、年代による差が見られ、男女ともに 20 歳代、30 歳代、40 歳代で、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事をする人の割合が低い。しかし、推移をみると 50 歳代以上でもこの割合が低下しており（女性の 70 歳代を除く）、このままでは全体として低下傾向が続くことが予想される。

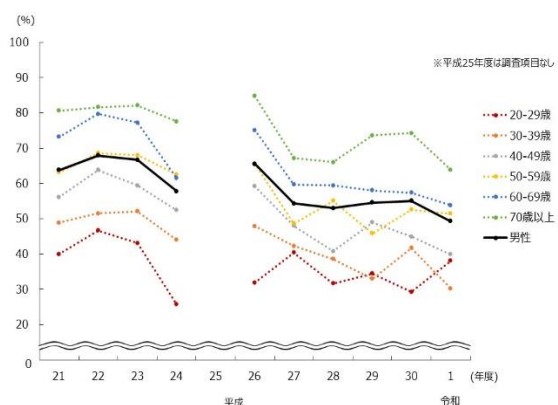
図 9：主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が 1 日 2 回以上の日がほぼ毎日の者の割合（20 歳以上）



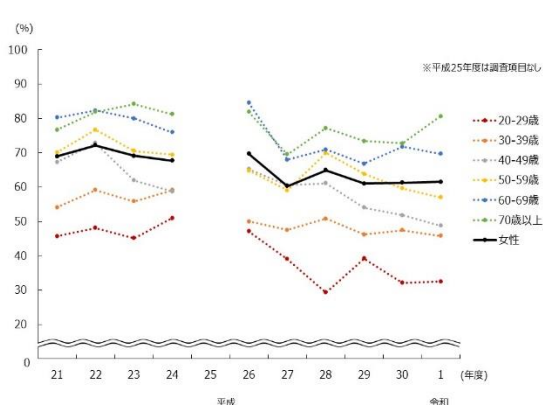
出典：内閣府「食育の現状と意識に関する調査」（平成 21～22 年度）、
内閣府「食育に関する意識調査」（平成 23～27 年度）、
農林水産省「食育に関する意識調査」（平成 28 年度～）

図 10：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（年齢階級別）

男性



女性



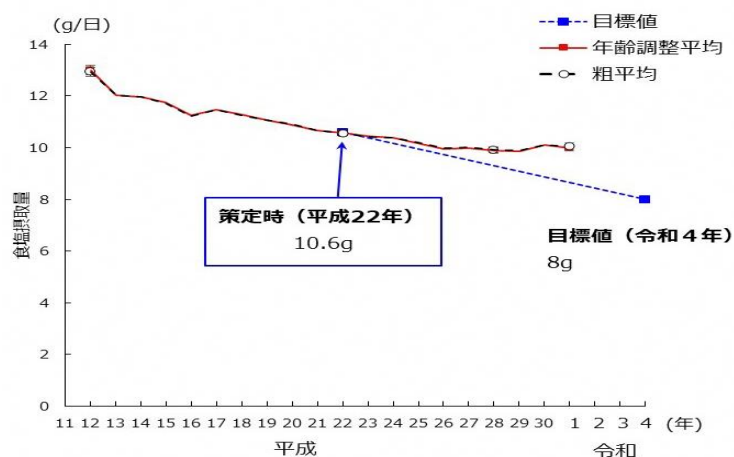
出典：内閣府「食育の現状と意識に関する調査」（平成 21～22 年度）、
内閣府「食育に関する意識調査」（平成 23～27 年度）、
農林水産省「食育に関する意識調査」（平成 28 年度～）

イ 食塩摂取量の減少

食塩摂取量の平均値（平成 22（2010）年の調査実施人数を基準とした年齢調整平均）は、ベースラインの平成 22（2010）年と比較して有意に減少したものの、目標値には達していない。また、目標年度までに目標達成することが危ぶまれる。経年的な推移の分析では、平成 22（2010）年～平成 28（2016）年は有意に減少し、平成 28（2016）年～令和元（2019）年は有意な増減が無い。男女別では、男性では平成 22（2010）年～令和元（2019）年まで一貫して有意に減少したが、女性では平成 22（2010）年～平成 27（2015）年は有意に減少し、平成 27（2015）～令和元（2019）年は有意な増減は無い。

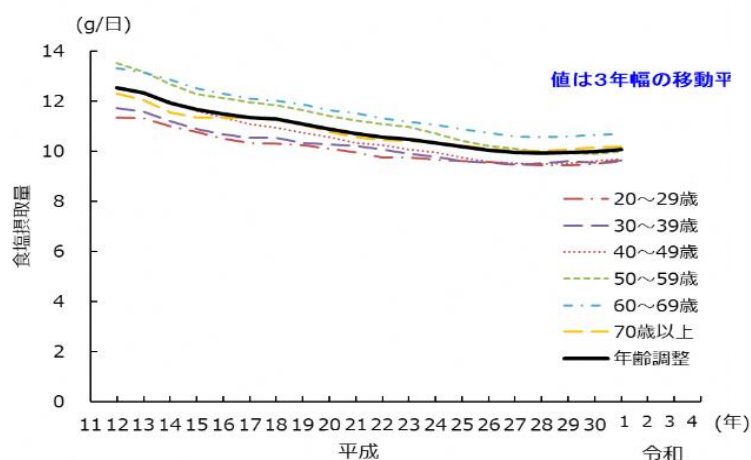
都道府県別の食塩摂取量の値について、平成 24（2012）年と平成 28（2016）年と比較すると、男性では都道府県間の差が縮小し、女性では大きな変化はない。

図 11：食塩摂取量の平均値の推移（20 歳以上）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

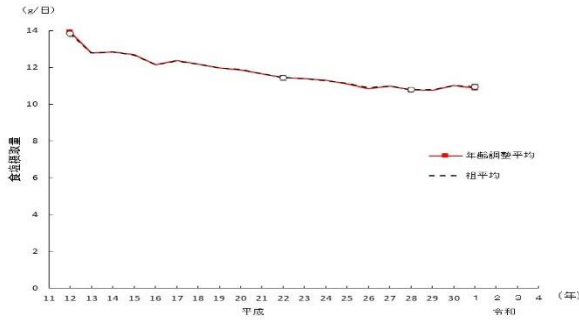
図 12：食塩摂取量の平均値の推移（年齢階級別）



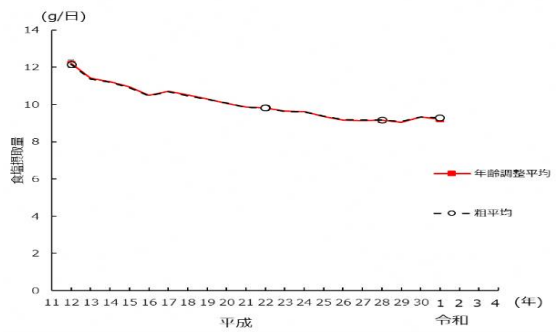
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 13：食塩摂取量の平均値（20 歳以上、性別）

男性



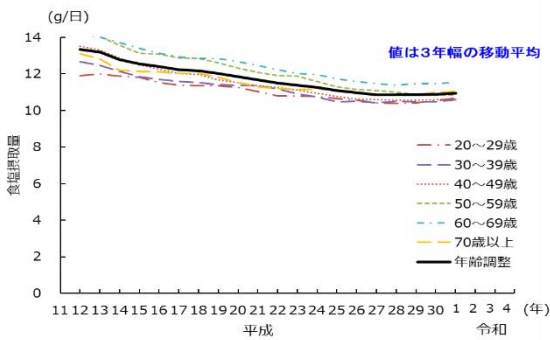
女性



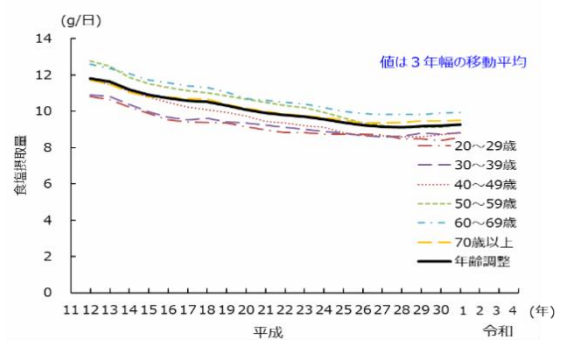
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 14：食塩摂取量の平均値（性・年齢階級別）

男性



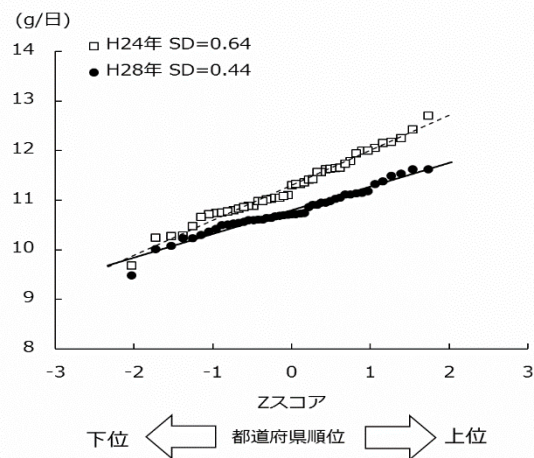
女性



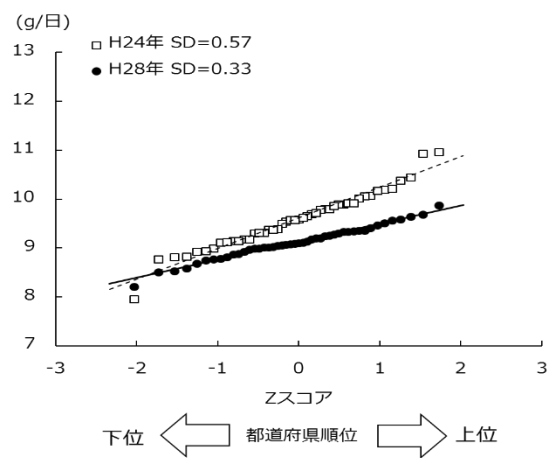
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 15：食塩摂取量の都道府県別結果の年次比較（平成 24（2012）年、平成 28（2016）年）

男性（年齢調整平均）（20 歳以上）



女性（年齢調整平均）（20 歳以上）



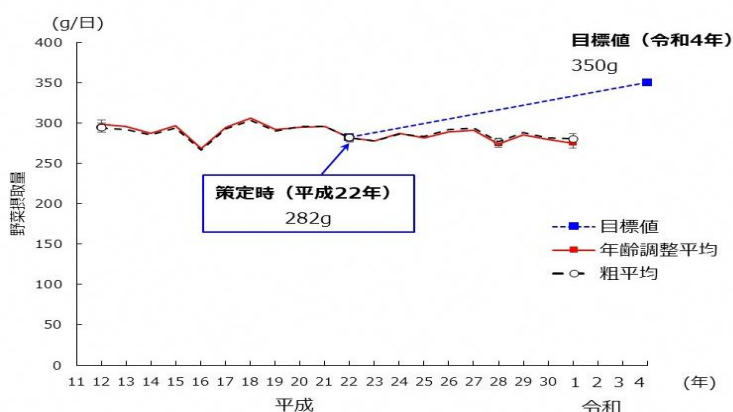
出典：厚生労働省「平成 28 年国民健康・栄養調査結果の概要」別紙

ウ 野菜と果物の摂取量の増加

野菜摂取量の平均値（平成 22（2010）年の調査実施人数を基準とした年齢調整平均）は、ベースラインの平成 22（2010）年と比較して、有意な変化は無く、目標値に達していない。経年的な推移の分析でも有意な変化は無い。いずれの年代でも推移は同様であるが、摂取量は 20 歳代、30 歳代、40 歳代が平均値よりも少ない。男女ともに有意な変化は無かった。

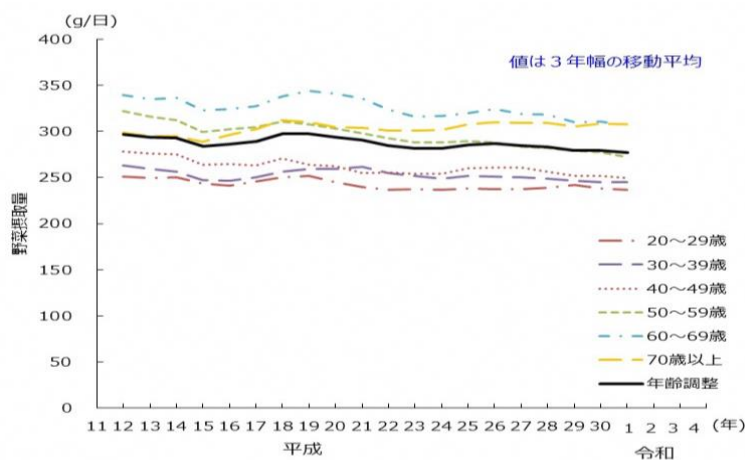
果物摂取量が 100g 未満の者の割合（平成 22（2010）年の調査実施人数を基準とした年齢調整割合）は、ベースラインの平成 22（2010）年と比較して、有意に増加し、悪化した。経年的な推移の分析でも有意に増加した。ただし、年齢調整していない粗データの相対的な変化は 5%以内であり、公衆衛生学的に意味のある変化幅とは言い難い。70 歳代以外の年代では推移は同様である。100g 未満の者の割合は、20 歳代、30 歳代、40 歳代が平均値より高い。男女別にみると、ベースラインとの比較、平成 22（2010）年から令和元（2019）年の経年変化は男女ともに有意に増加した。

図 16：野菜摂取量の平均値の推移（20 歳以上）



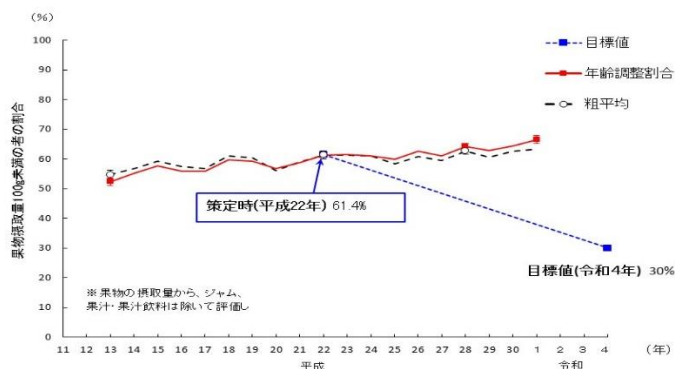
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 17：野菜摂取量の平均値の推移（年齢階級別）



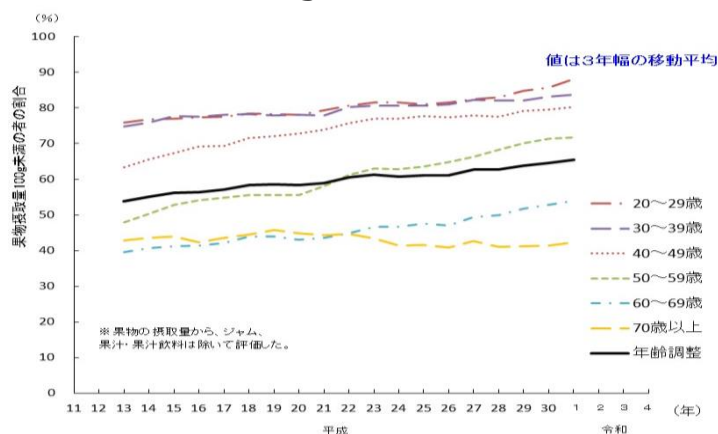
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 18：果物摂取量 100g 未満の者の割合の推移（20 歳以上）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 19：果物摂取量 100g 未満の者の割合の推移（年齢階級別）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）

○ 指標設定の背景

国内外の研究で家族との共食頻度が低い児童生徒で肥満・過体重が多いことが報告されている¹⁵⁾-¹⁷⁾。日本人について、孤食頻度が高い中学生は、自覚的症状の訴えが多いこと¹⁸⁾、共食頻度が高い者は、野菜・果物・ご飯を「よく食べる」者が多い等食物摂取状況が良好な傾向にあることが報告されている¹⁹⁾。欧米では、共食頻度が高い児童・生徒ほど、野菜・果物摂取量が多く、清涼飲料水の摂取量が低く、ビタミン、ミネラルの摂取量が多いことが報告されている²⁰⁾²¹⁾。また、思春期の共食頻度の高さがその後の食物摂取状況とも関連することが報告されている²²⁾²³⁾。したがって、学童・思春期の共食を推進することは、健康状態、栄養素等摂取量等、食習慣の確立等につながると考えられる。

○ 今回の評価

食事を1人で食べる子どもの割合は、データが無いため現時点では評価困難であるが、代替調査を検討しているところである。

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

○ 指標設定の背景

海外の研究で、食品中の塩分量の規制が、高血圧対策において費用対効果が高いことが示されている⁹⁾。市販食品や外食の栄養成分の改善は、多くの人に影響を与え、特に食生活に対して無関心な層や時間等の条件により実行しにくい層に大きな影響をもたらすことが期待できる。

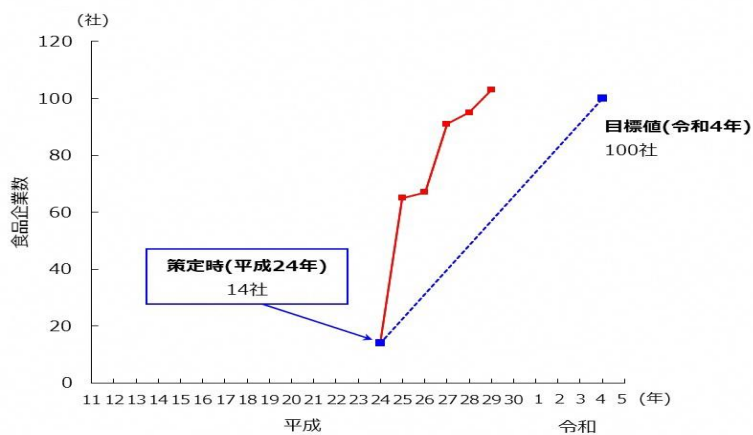
○ 今回の評価

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は、食品企業と飲食店に分けて集計している。

食品企業については、食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み、スマート・ライフ・プロジェクトに登録のあった企業数を把握し、中間評価の時点で目標達成した。中間評価以降の値については、今後、把握予定。

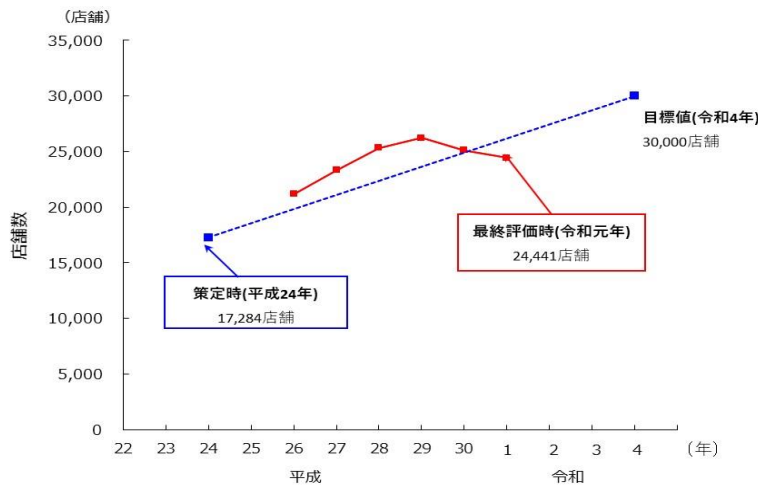
飲食店については、自治体からの報告（エネルギーや塩分控えめ、野菜たっぷり・食物繊維たっぷりといったヘルシーメニューの提供に取り組む店舗数）で把握し、ベースラインからの相対的变化率+141%であり5%を超えて改善しているが、目標を達成していない。平成 30（2018）年、令和元（2019）年と減少しており、目標達成が危ぶまれる。

図 20：食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業の登録数



出典：厚生労働省健康局健康課による把握（スマート・ライフ・プロジェクトの登録企業数）

図 21：食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む飲食店の登録数



出典：自治体からの報告

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

○ 指標設定の背景

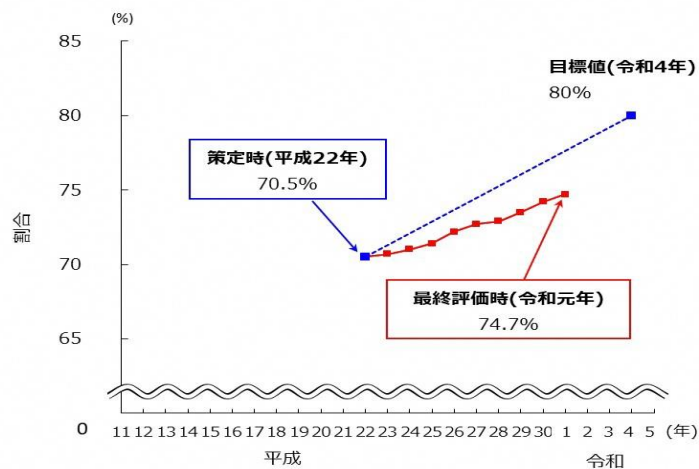
給食施設は、日本全国で約8万4千施設（平成22（2010）年度衛生行政報告例）に上り、保育所、学校、事業所、病院、高齢者施設までを含む。また健康増進法において、特定給食施設（継続的に1回100食以上又は1日250食以上の食事を供給する施設）における栄養管理が規定されている。日本の研究では、職場の給食や栄養管理の改善（提供する食事の量と質、栄養成分表示等の利用者の食事選択のための情報提供や栄養教育）が、利用者の血中脂質改善²⁴⁾、体重コントロールや関連する知識・態度・行動・食事内容の改善²⁵⁾⁻²⁸⁾に有効であることが報告されている。海外でも同様の報告がみられ²⁹⁾⁻³¹⁾、食塩摂取量減少への効果についても報告されている³²⁾。

○ 今回の評価

参考値として、管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合を指標としている。この割合は、ベースラインからの相対的変化率+6%であり5%を超えて改善しているが目標を達成していない。一方で、増加の傾きから、目標年度までに目標達成が危ぶまれる。

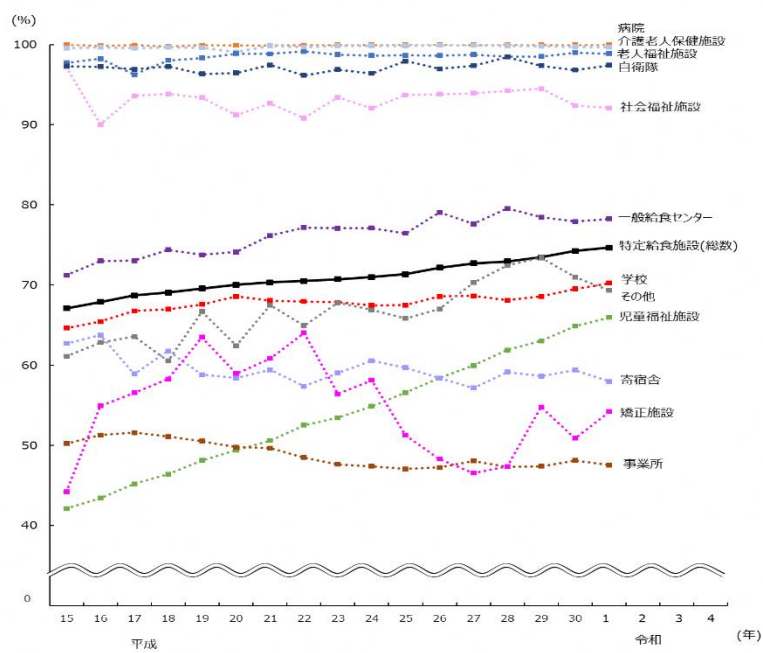
施設別の配置率の推移では、児童福祉施設、学校への配置率が増加しているのに対して、事業所は低いまま増加しておらず、改善度の差が大きい。

図 22：管理栄養士・栄養士を配置している特定給食施設の割合



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

図 23：管理栄養士・栄養士を配置している特定給食施設の割合（施設の種類の別）



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

2 関連する取組

<栄養・食生活に関する取組>

国、自治体、学術団体、職能団体（栄養士会、調理師会等）、保育所、学校、病院、高齢者施設、福祉施設、事業所（職場）、食品企業、飲食店、スーパー、メディア等多様な主体が、栄養・食生活の同じ課題について、重層的に、かつ相互に支援をしながら活動を促進し合い、国民の栄養・食生活の改善をねらった。

<各目標項目に係る取組>

① 適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）

- 「日本人の食事摂取基準（2015年版）策定検討会」において、報告書を取りまとめ（平成 26（2014）年 3 月）。同報告書において、エネルギーについては、摂取量及び消費量のバランスの維持を示す指標として、新たに体格（BMI）を採用。
- 日本人の食事摂取基準（2020年版）においても BMI 使用を踏襲し、普及を図っている。
- 食生活指針について、肥満予防に加えて若年女性のやせ、高齢者の低栄養を予防する観点から、適正体重に関する項目の内容について「適度な運動とバランスのよい食事で、適正体重の維持を。」に変更（平成 28（2016）年 6 月改定）。
- 国民健康・栄養調査（平成 24（2012）、平成 28（2014）年）において、都道府県別の BMI 値を公表。
- 平成 27（2015）年国民健康・栄養調査結果において、20 歳代女性ではやせが多いこと、主要な栄養素の摂取量が少ないことが明らかとなったことから、本調査結果を関係省庁、関係団体、管理栄養士・栄養士養成施設等に情報提供。
- 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（平成23（2011）年度から実施）。
- 都道府県健康増進計画において肥満者の割合の減少に関する目標を設定し、地域の実情を踏まえた取組を実施（47 自治体中 44 自治体で設定（令和元（2019）年³³⁾）。
- 食生活改善推進員等による BMI 計算尺度やメタボメジャーを活用した普及啓発の実施。
- 食品関連事業者等による外食、中食（惣菜等）、給食等でのヘルシーメニューの提供促進。

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

- 食生活指針や食事バランスガイドを通じた啓発普及。
- 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（平成 27（2015）年 9 月）。健康な食事への接点拡大として、「健康な食事」の考え方を活用した取組を「スマートミール探訪」で紹介。
- 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」を基本テーマとして普及啓発用のポスターやポップ等を作成し、スマート・ライフ・プロジェクトのウェブサイトを提供。

- 平成 27（2015）年国民健康・栄養調査結果から、若い世代ほど主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が食べられていない傾向にあり、また外食や中食の利用割合が高いことが明らかになったことから、本調査結果を関係省庁、関係団体、管理栄養士・栄養士養成施設等に情報提供。
- 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、民間産業と連携した栄養バランスのとれた食事を入手しやすい環境整備、若い世代への栄養バランスのとれた食事の実践支援活動を設定。
- 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（平成 29（2017）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（平成 30（2018）年 1 月）するとともに、事業者及び地方公共団体における先行事例を収集し、事業者及び地方公共団体向けの参考事例集を作成・公表（平成 31（2019）年 3 月）。
- 各自治体で、ヘルシーメニューの提供促進のための事業者の登録制度を普及促進（都道府県及び保健所設置市 153 自治体中 124 自治体回答、96 自治体 77.4%実施³⁴⁾）。
- 給食事業者、飲食店、中食（惣菜）事業者によるヘルシーメニューの提供。
- 「健康な食事・食環境」コンソーシアム（日本栄養改善学会、日本給食経営管理学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本肥満学会、日本公衆衛生学会、健康経営研究会、日本健康教育学会、日本腎臓学会、日本動脈硬化学会、日本補綴歯科学会、日本産業衛生学会、日本がん予防学会）は、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や事摂取基準等の基準を用いて、健康的な食環境整備の一環として、平成 30（2018）年からスマートミール（健康づくりに役立つ栄養バランスのとれた食事）の審査・認証を行っている（令和 3（2021）年 8 月現在、認証事業者数は 536）。

イ 食塩摂取量の減少

- 食事摂取基準において、高血圧予防の観点から望ましいとされている 6g/日未満に近づけるため、ナトリウム（食塩相当量）の目標量を低減。平成 22（2010）年版、平成 27（2015）年版、令和 2（2020）年版の順に、成人男性 9.0g 未満、8g 未満、7.5g 未満、成人女性 7.5g 未満、7g 未満、6.5g 未満に変更。
- 栄養バランスのとれた食事が様々な食事の提供場面で広がりをもって展開されるよう、「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」を策定し、食塩含有量の目安も提示（平成 27（2015）年 9 月）。
- 食生活改善普及運動（9 月）において、テーマの一つとして「食塩摂取量の減少」を設定し、「おいしく減塩 1 日マイナス 2g」の普及啓発ツールを作成しスマート・ライフ・プロジェクトのウェブサイトを提供するとともに、自治体や企業の取組事例を紹介。
- 国民健康・栄養調査（平成 24（2012）年、平成 28（2016）年）において、都道府県別の食塩摂取量の状況を公表。
- 「自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会」（令和 3（2021）年 2

月設置)において、産学官等の連携体制の下、効果的な減塩アプローチ等の推進について検討。

- 予防・健康づくりに関する大規模実証事業（令和2（2020）年度～令和4（2022）年度予定）において、食塩含有量が多い外食や加工食品等を頻繁に利用している働きざかり世代を主な対象とし、特定健診の機会を活用した「尿中塩分測定（ナトリウム/カリウムの比率等）とその結果を用いた保健指導」及び「食環境整備」による食行動の変容に関する実証を実施。
- 食品表示法において、ナトリウムの量を食塩相当量として表示することを義務化（平成27（2015）年施行。5年間の経過措置後、令和2（2020）年度より全面義務化）。
- 第4次食育推進基本計画（令和3（2021）年3月決定）の目標として、「1日当たりの食塩摂取量の平均値」を設定。
- 全都道府県の健康増進計画で食塩摂取量の減少に関する目標設定。
- 外食・中食を通じたヘルシーメニュー（塩分控えめメニュー等）の提供促進の中で、減塩の食環境整備の促進。
- 各地域の食塩摂取についての実態把握と分析を通じた、対策の立案、実施、評価。
- 保育所、学校等における給食を通じた減塩の促進。
- 食品関連事業者による減塩食品・減塩メニューの開発、販売。
- 日本高血圧学会は、減塩委員会の活動として減塩サミットを開催し、減塩食品リストを公開、減塩化の推進に成果をあげた製品の表彰（減塩食品アワード）、毎月17日を「減塩の日」（平成29（2017）年4月開始）等を実施。
- 国立循環器病研究センターは、循環器予防のための「かるしおプロジェクト」（減塩プロジェクト）として、かるしおレシピの開発、かるしお認定制度等を実施。
- 「健康な食事・食環境」コンソーシアムは、スマートミール（一食の中で、主食・主菜・副菜が揃い、野菜がたっぷりて食塩のとり過ぎにも配慮した食事）の審査・認証を行っている。

ウ 野菜と果物の摂取量の増加

- 食生活指針、食事バランスガイドを通じた啓発普及。
- 栄養バランスのとれた食事が様々な食事の提供場面で広がりをもって展開されるよう、「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」を策定し、副菜からの野菜摂取量の目安を提示。
- スマート・ライフ・プロジェクトにおいて、食生活の具体的なアクションとして、1日に+1皿（約70g）の野菜をとることを推奨。
- 食生活改善普及運動（9月）において、テーマの一つとして「野菜と果物の摂取量の増加」を設定し、「毎日プラス1皿の野菜」の普及啓発ツールを作成しスマート・ライフ・プロジェクトのウェブサイトを提供するとともに、自治体や企業の取組事例を紹介。
- 第4次食育推進基本計画の目標として、「1日当たりの野菜摂取量の平均値」及び「1日当たりの果物摂取量100g未満の者の割合」を設定。
- 全都道府県の健康増進計画で野菜・果物の摂取量の増加に関する目標設定³³⁾。
- 各自治体で、ヘルシーメニューの提供促進のための事業者の登録制度を普及促進（都道府県と保

健所設置市 153 自治体中 124 自治体回答、96 自治体 77.4%実施³⁴⁾。

- 給食事業者、飲食店、中食（惣菜）事業者によるヘルシーメニュー（野菜たっぷり・食物繊維たっぷりメニュー等）の提供。

③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）

- 「第3次食育推進基本計画」（平成 23（2011）～平成 27（2015）年度の5年計画）の重点課題の一つとして、「家庭における共食を通じた子どもへの食育の推進」が掲げられたことを踏まえ、関係府省と連携した取組を実施。「第4次食育推進基本計画」（令和 3（2021）～令和 7（2025）年度の5年計画）でも引き続き、朝食又は夕食を家族と一緒に食べる「共食」の回数を増やすことを目標とされている。
- 「健やか親子 21(第二次)」(平成 27（2015）年 4 月開始)において、「家族等誰かと食事をする子どもの割合」を参考とする指標として設定。

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

- 食生活改善普及運動（9月）において、テーマの一つとして「食塩摂取量の減少」を設定し、「おいしく減塩 1 日マイナス 2 g」の普及啓発ツールを作成しスマート・ライフ・プロジェクトのウェブサイトを提供するとともに、自治体や企業の取組事例を紹介。
- 「自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会」（令和 3（2021）年 2 月設置）において、関係省庁との連携の下、産学官等の連携体制による効果的な減塩アプローチ等の推進について、検討し報告書を取りまとめた（令和 3（2021）年 6 月）。
- 各自治体で、ヘルシーメニューの提供促進のための事業者の登録制度を普及促進（都道府県と保健所設置市 153 自治体中 124 自治体回答、96 自治体 77.4%実施³⁴⁾）。
- 食品事業者による減塩食品・減塩メニューの開発、販売。
- 給食事業者による減塩メニューの提供普及。
- 日本高血圧学会で、減塩委員会の活動として、減塩サミットを開催し、減塩食品リストを公開、減塩化の推進に成果をあげた製品の表彰（減塩食品アワード）、毎月 17 日を「減塩の日」（平成 29（2017）年 4 月開始）等を実施。
- 国立循環器病研究センターで、循環器予防のための「かるしおプロジェクト」（減塩プロジェクト）として、かるしおレシピの開発、かるしお認定制度等を実施。

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

- 「地域における行政栄養士による健康づくり及び栄養・食生活の改善の基本指針」（平成 25（2013）年 3 月 29 日厚生労働省健康局がん対策・健康増進課長通知）及び「特定給食施設における栄養管理に関する指導・支援等について」（令和 2（2020）年 3 月 31 日厚生労働省健康局健康課長通知）において、特定給食施設における管理栄養士・栄養士の配置促進に関する取組を推進することについて都道府県等に対し技術的助言を行っている。

- 保育所保育指針に食育の推進を位置づけ（平成 20（2008）年）、保育所等での食育の取組を促進。その後、保育所等における栄養管理加算の創設及び拡充により栄養士の配置や栄養管理（アレルギー対応、食育）の推進。
- 学校における食育の推進。「食育基本法」（平成 17（2005）年）、「食育基本計画」（平成 18（2006）年）の策定に伴い、「学習指導要領」（平成 20（2008）年改訂）に「食育の推進」が盛り込まれるとともに、「学校給食法」（平成 21（2009）年施行）により、給食の目的に「食育の推進」が位置付けられた。栄養教諭（平成 17（2005）年導入）の配置促進。
- 都道府県、保健所設置市において、健康増進法に基づき、栄養指導員による特定給食施設への指導・支援を実施。
- 都道府県等において、給食施設に対する研修会の実施。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

① 適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25以上）、やせ（BMI18.5未満）の減少）

本目標は、3つの指標からなり、全体の評価は、「C：変わらない」であった。

- 20歳～60歳代男性の肥満者の割合は、「D：悪化している」であった。
- 40歳～60歳代女性の肥満者の割合は、「C：変わらない」であった。

20歳～60歳代男性の肥満者の割合は、健康日本21（第一次）では、24.3%（平成9（1997）年）から31.7%（平成21（2009）年）に有意に増加し、健康日本21（第二次）が始まって以降、平成22（2010）年31.2%から平成25（2013）年29.1%までは、有意に減少したものの、平成25（2013）年から令和元（2019）年34.7%へ有意に増加した。40歳～60歳代女性の肥満者の割合は、健康日本21（第一次）では、25.2%（平成9（1997）年）から21.8%（平成21（2009）年）に有意に減少し、健康日本21（第二次）では、変化が見られなかった。

取組との関係では、メタボリックシンドロームの概念の導入と浸透、平成20（2008）年の特定健診・保健指導の制度導入により、平成22（2010）年～平成25（2013）年までの減少に寄与した可能性がある。その後の増加についての要因は明らかではないが、平成25（2013）年～令和元（2019）年の国民健康・栄養調査でみた年代別エネルギー摂取量が一貫して増加しているものではないため、エネルギー消費量の減少が要因の一つであると考えられる。

食事摂取基準の改定、食生活指針の改定、食品表示法の施行等の施策展開や、自治体の健康増進計画での目標設定及び推進だけでは、エネルギー消費量を上げて肥満を予防・改善することへの行動変容が起こらなかったためと考えられる。また、都道府県間の差は縮小せず、依然として差が見られ、見える化のみでは格差の縮小効果が見られないと考えられる。

- 20 歳代女性のやせの割合は、「C：変わらない」であった。

健康日本 21（第一次）では、23.3%（平成 9（1997）年）から 22.3%（平成 21（2009）年）で変化は見られなかった。健康日本 21（第二次）では、ベースラインの平成 22（2010）年の値が 29.0%と高かったため、令和元（2019）年の 20.7%と比較して改善傾向にあると判定された。しかし、健康日本 21（第一次）の開始時からほぼ 20%前後で推移していることから大きな改善はしていないと考えられる。

令和元（2019）年国民健康・栄養調査結果において、20 歳台及び 30 歳台の若年女性のやせの者の栄養・食生活の状況は、普通体重及び肥満の者に比べて肉類の摂取量が少なく、乳類の摂取量が多い傾向がみられ、その他のエネルギー・栄養素及び食品群別摂取量では体格による顕著な違いはみられなかった。一方、食習慣改善の意思については、体格による違いがみられ、食習慣改善の意思がない者の割合は、やせの者で最も高く 7 割を超えており、若年女性のやせの者では、やせていることを健康問題ととらえていない可能性が示唆される。また、食生活に影響を与えている情報源については、やせ及び普通の者では「家族」・「テレビ」と回答した者の割合が高く、肥満の者では「ソーシャルメディア」・「家族」と回答した者の割合が高かった。若年女性においては、体格にかかわらず、身近な人間関係やメディアを始め、多様な情報源が食習慣に影響を与える可能性があることに鑑み、こうした多様な情報源から正しい情報提供が行われることが重要と考えられる（自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会報告書）。

取組との関係では、国では食事摂取基準の改定や自治体等への国民健康・栄養調査結果の周知、食生活指針の改定がなされたが、若年女性が改善に向けた行動変容に至るまでの取組がなされなかったことによると考えられる。

② 「適切な量と質の食事をとる者の増加」

本目標は、3つの指標からなり、全体の評価は、「C：変わらない」であった。

- 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が 1 日に 2 回以上の日がほぼ毎日の者の割合は、「D：悪化している」であった。

特に若い年代で、この割合が低く、男女とも全ての年代（70 歳代女性を除く）でこの割合が低下していることが要因である。

取組との関係では、若い年代が利用することを考慮し、食環境整備による給食や外食等でのヘルシーメニュー提供が促進されたものの、選択されていない可能性がある。

- 食塩摂取量の平均値は、「B*：現時点では目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標達成が危ぶまれる）」であった。

健康日本 21（第一次）では、13.5g（平成 9（1997）年）から 10.7g（平成 21 年）に有意に減少した。さらに、健康日本 21（第二次）では、10.6g（平成 22（2010）年）から 10.1g（令和元（2019）年）に有意に減少した。男女別では、男性では平成 22（2010）年～令和元（2019）年まで一貫して有意に減少したが、女性では平成 22（2010）年～平成 27（2015）年は有意に減少し、平成 27（2015）～令和元（2019）年は有意な増減は無い。都道府県別に改善度に差がみられ、平成 24（2012）年に摂取量が多かった都道府県で改善し

たため、格差が縮小したと考えられる。

取組との関係では、国、自治体、事業者、学会が一連の取組を実施したことが減少につながった可能性がある。特に、平成 24（2012）年に摂取量が多かった都道府県で平成 28（2016）年に減少していることから、国が都道府県別の食塩摂取量を出したことを受けて、都道府県での取組が進んだことが考えられる。

- 野菜と果物の摂取量の増加については、2つの指標からなり、「D：悪化している」であった。
- 野菜摂取量の平均値は、「C：変わらない」であった。

健康日本 21（第一次）では、292g（平成 9（1997）年）から 295g（平成 21（2009）年）と有意な変化は見られなかった。健康日本 21（第二次）では、282g（平成 22（2015）年）から 275g（令和元（2019）年）と有意な変化は見られなかった。全ての年代で目標（350g）に達しておらず、変化していないことが要因である。また、若い年代で摂取量が少ないことが平均値を下げている。

取組との関係では、国、自治体、事業者等で、食環境整備、行動変容のための取組が実施されたが、実際の行動変容や摂取量の増加には影響していないと考えられる。

- 果物摂取量 100g 未満の者の割合は、「D：悪化している」であった。
70 歳代以外の全ての年代で、100g 未満の者の割合が増加していることが要因である。
果物に特化した取組は少ないことから、果物摂取量の増加に貢献する効果が見られていないと考えられる。

③ 共食の増加（食事を 1 人で食べる子どもの割合の減少）

評価のためのデータを収集する調査が、ベースライン後に無くなったため、中間評価も別の調査に質問を入れることで対応したが、最終評価に当たっても該当する調査が無く、「E：評価が困難」であった。

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

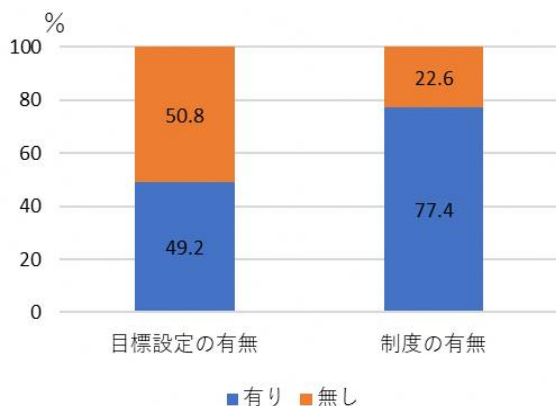
本目標は、2つの指標からなり、全体の評価は「B*：現時点で目標に達していないが、改善傾向にある（目標年までに目標達成が危ぶまれる）」であった。

- 食品企業登録数
食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み、スマート・ライフ・プロジェクトに登録のあった企業数は目標に達した。この要因としては、企業が食品中の食塩の低減を推進することを、国、学会等が後押ししたことが効果的であったと考えられる。また、学会等では、日本高血圧学会が減塩食品リスト公表や減塩サミット開催、国立循環器病研究センターがかるしおプロジェクト実施し、食品中の減塩の必要性を普及した。国では、スマート・ライフ・プロジェクトでの表彰、食品の栄養成分表示の義務化（ナトリウムは食塩相当量での表示）を実施した。
- 飲食店登録数
食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み、自治体から報告された店舗数（エネルギーや塩分控え

め、野菜たっぷり、食物繊維たっぷりといったヘルシーメニューの提供に取り組む店舗数）は、現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある。しかし、近年、登録数が減少しており、目標年度までに目標達成が危ぶまれる。改善傾向にある要因として、飲食店等がヘルシーメニューを提供することを、自治体、国、学会等が後押ししたことが効果的であったと考えられる。加えて、国は、健康日本 21（第二次）の実施とともに、自治体の栄養士向けに、行政栄養士の業務指針を改定し、自治体での実態把握と分析を強化し、都道府県と保健所設置市の役割として食環境整備の推進を位置付けた。自治体では、全都道府県の健康増進計画で食塩摂取量の減少に関する目標設定がされた。また、令和 2（2020）年に厚生労働省の研究班が実施した調査では、全国の都道府県と保健所設置市のうち 77% で外食・中食を通じたヘルシーメニューの提供促進の制度があり、制度がある場合の対象は外食 97.9%、中食（持ち帰り弁当や総菜）90.6%と、ともに高かった。

また、国は、健康な食事の普及の一環として、事業者等が生活習慣病予防・健康づくりを目的として提供する食事の目安を提示（650kcal 未満の場合、1 食当たり食塩相当量 3g 未満）した。健康な食事を展開する学会等の取組として、日本栄養改善学会・日本給食経営学会等 13 学会のコンソーシアムによる「健康な食事・食環境」認証制度が開始された。

図 24：飲食店における健康的な食事や健康・栄養情報の提供



出典：令和 2（2020）年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「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）分担研究報告書 食行動・栄養摂取の地域格差縮小に向けた研究—自治体における飲食店等を対象とした食環境整備制度の設定状況と関連要因（都道府県、保健所設置市 153 自治体に調査票を郵送し 124 自治体から回答を得た）

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

本目標の評価は、参考指標である「管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合」を用いて評価し、「B*：現時点で目標に達していないが、改善傾向にある（目標年までに目標達成が危ぶまれる）」である。改善傾向にある要因として、児童福祉施設、学校で、配置が促進されたことがある。

一方で、目標年までの達成が危ぶまれる要因として、事業所では配置が進んでいないことがある。

取組との関係では、給食施設での管理栄養士・栄養士の配置を促進する自治体、国の後押しがあったことが影響していると考えられる。都道府県・保健所設置市では、健康増進法に基づき特定給食施設の栄養管理を指導・支援し、また栄養管理報告書の提出を求めており、その一環として、管理栄養士・栄養士の配置が進められた。国は、都道府県・保健所設置市から特定給食施設の管理栄養士・栄養士の配置等の報告を求めており、モニタリングしている。特に、児童福祉施設では、保育所等での食育の位置づけや栄養管理加算の拡充等による配置促進、学校では食育の推進や栄養教諭制度の確立により配置促進が進んだと考えられる。一方、事業所で配置が進まない背景に、健康増進法では、継続的に1回500食以上又は1日1,500食以上提供する給食施設では管理栄養士を配置しなければならないとされているが、それに満たない事業所での配置が進まないことが考えられる。

<領域全体としての評価>

- 健康日本 21（第一次）から継続して目標として設定されている適正体重、食塩摂取量、野菜摂取量に関しては、一貫して、食塩摂取量は減少、野菜摂取量は変化無しであった。適正体重については、20～60歳代男性の肥満は第一次で増加し、第二次に入って一時減少したものの増加に転じた。40歳～60歳代女性の肥満は第一次で改善し、第二次に変化無しに、20歳代女性のやせは第一次で変化無しから第二次で改善したがこの20年間の割合に大きな変化はみられない。
- 健康日本 21（第二次）で追加設定された食環境に関する目標 2 項目は、改善傾向にある。食物摂取では、食塩摂取量は改善傾向にあるが、主食・主菜・副菜をそろえた食事、野菜・果物摂取量の増加は変化無し又は悪化した。栄養状態としての適正体重の維持は、変化無しであった。
- 食環境の目標である、食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業、飲食店の増加については、特に食塩の低減について自治体や学会等でも多くの取組が実施されたことが影響した可能性がある。そのことが全体として、食塩摂取量の減少につながった可能性がある。また、国が都道府県ごとに食塩摂取量を把握公表したことは、摂取量が多かった自治体の取組を促進した可能性がある。
- 適正体重の維持は、特に20歳～60歳代男性の肥満者割合で平成 25（2013）年から増加が見られたことについて、増加した自治体の特徴の把握、集団の特徴の把握等の要因分析が必要である。
- 主食・主菜・副菜をそろえた食事、野菜・果物摂取量の増加は、国全体の一貫した運動として十分でなかったと考えられる。また、主食・主菜・副菜をそろえた食事、野菜・果物の摂取量が多い食事は、食費がかかる（Fukuda, Ohkubo）。そのため、特に所得が低い世帯では成人、子どもともに副菜の材料である野菜類、主菜の材料である肉類、魚介類の摂取量が少ないことが示されており（Nishi N, Murayama N）、国全体の運動だけでは改善できない可能性がある。

<文献>

Fukuda Y, Hiyoshi A. High quality nutrient intake is associated with higher household expenditure by Japanese adults. *BioScience Trends*. 2012; 6(4):176-182.

Ohkubo H, Murakami K, Sasaki S. Monetary value of self-reported diets and associations with sociodemographic characteristics and dietary intake among Japanese adults: analysis of nationally representative surveys. *Public Health Nutr*. 2016; 19(18): 3306-3318.

Nishi N, Horikawa C, Murayama N. Characteristics of food group intake by household income in the National Health and Nutrition Survey. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2017; 26(1): 156-159.

Murayama N, Ishida H, Yamamoto T, Hazano S, Nakanishi A, Arai Y, Nozue M, Yoshioka Y, Saito S, Abe A. Household income is associated with food and nutrient intake in Japanese schoolchildren, especially on days without school lunch. Public Health Nutr. 2017; 20(16): 2946-2958.

4 今後の課題

<領域全体としての課題>

- 実態把握と分析として、都道府県間等の地域間格差の把握の他、多様な社会経済背景やライフスタイルの中でどのような集団に課題が大きいのかの把握をさらに進めることが必要である。国民全体とともに、課題が大きい集団に焦点をあてた対策が必要である。
- 取組と効果のモニタリングの仕組みが必要である。どのような取組が効果があり、効果が無かったかの分析、特に食環境整備の効果の把握が課題である。
- 各主体の取組がつながるような仕組みが必要。健康日本 21（第二次）の減塩の取組の例では、国、自治体、学会が事業者の取組を後押し、減塩の食環境整備につながっている。
- 誰もが自然に健康になれる社会環境（食環境を含む）と、国民の行動変容につながる取り組みが課題である。健康寿命延伸プラン（令和元（2019）年5月）には、栄養サミット2020を契機とした食環境づくりに取り組むこと、令和2（2020）年、令和3（2021）年の「成長戦略フォローアップ」には、健康無関心層も含め自然に健康になれる食環境づくりの推進に向けて産学官等の連携体制を構築し、総合的な施策を講じていくことが記載されており、その確実な実施が求められている。
- 寿命の延伸に向けた身体機能の維持・向上のために、国民にとって参加・継続しやすい栄養・運動・休養の複合型の取組が促進されることが必要である。

<各目標項目に係る課題>

① 適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）

【強化すべき取組】

- 食事摂取基準を改正（令和2（2020）年度より運用開始）するとともに普及促進を図る。
- 特定健診・保健指導における肥満者への保健指導の充実。
- 課題が大きい集団に焦点化した取組の強化。
- 女性のやせは、若い世代だけでなく40～50代でも一定数いることが明らかになっており、フレイル予防の観点からも対策が必要。

【必要となる研究】

- 肥満、やせについて、どのような集団で課題が大きいかの分析（医療保険者間、地域差、社会経済条件による差等）及び対策の効果検証。

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

【強化すべき取組】

- 外食や中食事業者に対して、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の提供が促進されるよう、取組事例を収集して横展開を進めていく等、外食・中食を通して栄養バランスのとれた食事を入手しやすい環境づくりの推進を図る。
- 「第4次食育推進基本計画」を踏まえ、取組を充実。具体的には、食品関連事業者等は、様々な体験活動の機会の提供や、健康に配慮した商品メニューの提供等に、「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について（目安）」等も活用しつつ、積極的に取り組むよう努める。あわせて、地域の飲食店や食品関連事業者等の連携を通じて、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事や地域の食文化を反映させた食事を入手しやすい食環境づくりに取り組むよう努める。

【必要となる研究】

- 生活習慣病予防に資する適切な量と質の食事に関する指標の開発の検討。

イ 食塩摂取量の減少

【強化すべき取組】

- 食事摂取基準（2020年版）の普及促進
- 減塩に取り組む企業の活動を支援する学会の取組（減塩食品リストの掲載、減塩食品アワードの開催等）との連携を強化。
- 「自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会」を踏まえ、減塩を軸に、健康に資する食育に対する無関心層への啓発を含め、適切な栄養・食生活情報の提供方法の開発等自然に健康になれる食環境づくりを、産学官等が連携して推進する仕組みを検討する。
- 「第4次食育推進基本計画」（令和3（2021）年3月決定）を踏まえ、取組を充実。具体的には、食品関連事業者等は、様々な体験活動の機会の提供や、健康に配慮した商品メニューの提供等に、「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について（目安）」等も活用しつつ、積極的に取り組むよう努める。

【必要となる研究】

- 国民健康・栄養調査の食事記録では、市販されている食品中の減塩がされても、摂取量に反映しにくい課題があることから、減塩食品の状況を反映する食塩摂取量の把握方法の検討。
- 効果的な食環境整備に関する介入研究の開発。

ウ 野菜と果物の摂取量の増加

【強化すべき取組】

- 「健康な食事」等を通じた普及促進。
- スマート・ライフ・プロジェクトや食生活改善普及運動等各種運動を通じた普及促進。

- 「第4次食育推進基本計画」を踏まえ、取組を充実。具体的には、食品関連事業者等は、様々な体験活動の機会の提供や、健康に配慮した商品メニューの提供等に、「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について（目安）」等も活用しつつ、積極的に取り組むよう努める。あわせて、地域の飲食店や食品関連事業者等の連携を通じて、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事や地域の食文化を反映させた食事を入手しやすい食環境づくりに取り組むよう努める。また、野菜や果物摂取を促すため、カット野菜、カットフルーツ等新たな需要に向けて、とりわけ現在食べていない人が手に取りやすい食環境づくりの充実。

【必要となる研究】

- 生活習慣病等の予防のために必要な1日当たりの野菜及び果物摂取量の検討。
- 野菜及び果物の適切な摂取を促すために効果的な取組手法の開発。

③ **共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）**

今後の目標に入れるか検討が必要。

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の増加**

【強化すべき取組】

- 「自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会」を踏まえ、減塩を軸に、健康に資する食育に対する無関心層への啓発を含め、適切な栄養・食生活情報の提供方法の開発等自然に健康になれる食環境づくりを、産学官等が連携して推進する仕組みを検討する。
- 自治体の食環境整備の取組の実態を踏まえ、上記の国、学会の取組との連携を検討する。

【必要となる研究】

- 減塩のための食環境整備に関する政策研究（何をするとどれだけ食塩量が低減し、健康に寄与するか）の推進とともに、食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品関連事業者や飲食店の状況をモニタリングできる仕組みの開発。

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**

【強化すべき取組】

- 都道府県等を通じ管理栄養士・栄養士の配置を促進する。
- 特に、栄養管理加算等の配置の促進に資する制度を活用し、児童福祉施設での配置の促進
- 配置率が低い、事業所給食への対応の検討。

【必要となる研究】

- 特定給食施設の栄養管理と健康アウトカムとの関連の研究。

(5) 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題)

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う外出自粛や新しい生活様式の適用等により、国民の栄養・食生活の状況が変化している可能性があることから、その影響等を把握するために、令和2(2020)年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)において栄養・食生活に関する調査研究を実施したところ、世帯所得が少ない集団や自身の食生活の状況が悪くなったと評価している集団において、栄養・食生活の状況に課題が生じている可能性が示唆された(図25、26)。

図25：新型コロナウイルス感染症流行前後における親子の栄養・食生活の変化及びその要因の解明のための研究

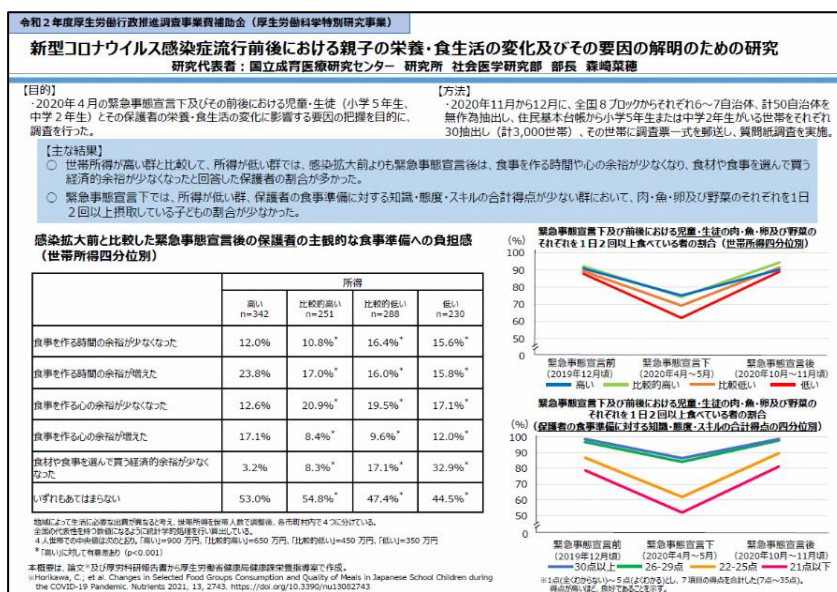
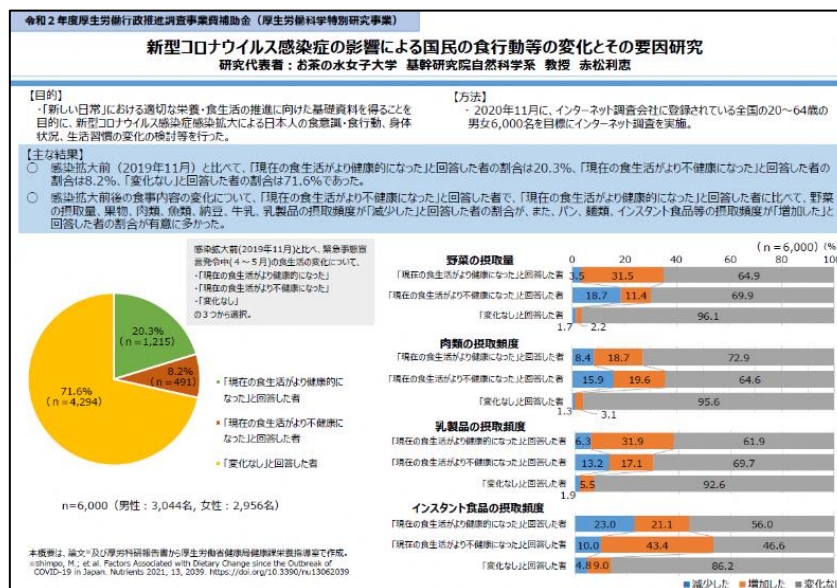


図26：新型コロナウイルス感染症の影響による国民の食行動等の変化とその要因研究



- 栄養格差の縮小に向けては、都道府県等の健康増進部局だけではなく、福祉部局等他の部局との連携による取組が必要になることから、「新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う生活の変化を踏まえた栄養・食生活支援の推進について（依頼）」（令和3（2021）年9月8日事務連絡）を発出し、部局間の連携を図り、民間団体等の協力も得ながら、地域の実情に応じた栄養・食生活支援が推進されるよう依頼した。
- 令和2（2020）年度「食育に関する意識調査」の結果を公表。新型コロナウイルス感染症の拡大で、「自宅で食事を食べる回数」が「増えた」と回答した人の割合が高いなど、特に若い世代の食生活が変化したと報告。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に対応するため栄養・食関係の団体から様々な情報発信が行われた。公益社団法人日本栄養士会では、例えば一般の方向けには栄養バランスのとれた食事をとることの大切さや感染症の予防に役立つ食事としての「予防めし」の提案など、食事の面から感染症を予防することの重要性を広く呼びかける取組を、専門家向けには国連食糧農業機構（FAO）が示した「健康な食生活を維持する方法」についての日本語訳と補足情報を加えてウェブサイト上で紹介した。特定非営利活動法人日本栄養改善学会では、「新しい生活様式」への提案として、栄養学のエビデンスに基づいた情報「家で食事をつくると、こんないいことあるよ！」を発信し、食事を作る経験は子供の食意識と自尊感情を高めることや、子供の頃から調理をしていると大人になってより健康的な食生活が送れること等を紹介した。公益社団法人日本栄養・食糧学会では、「新型コロナウイルス感染症への栄養面での対処～日本栄養・食糧学会からのお願い～」として、が外出自粛により室内で過ごすことが増えることによって栄養状態が悪化する状況が懸念されることから、規則正しい生活の中でバランスのよい食事をとることや高齢者のフレイルを予防すること等を呼び掛けるお知らせを発出した。国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所国立健康・栄養研究所では、新型コロナウイルスに関連した情報を整理した特設サイトを開設するとともに、「新型コロナウイルス感染症対策としての栄養・身体活動（運動）について」（一般向けリーフレット）を作成し、健康管理のための栄養と身体活動（運動）についてのポイントを紹介した。

新型コロナウイルス感染症拡大の栄養・食生活への影響の研究から、環境変化に対する栄養・食生活面での対応力には人による違いがあり、格差が拡大することが示唆された。健康にとって良くない方向に栄養・食生活が変化することに、経済的な要因や知識・態度・スキルの要因が関わっていたことから、それらの要因に対する対策が必要である。

<文献>

Horikawa C, Murayama N, Kojima Y, Tanaka H, Morisaki N. Changes in selected food groups consumption and quality of the meal in Japanese school children during the COVID-19 pandemic. *Nutrients*. 2021; 13(8):2743. doi.org/10.3390/nu13082743

Shimpo M, Akamatsu R, Kojima Y, Yokoyama T, Okuhara T, Chiba T. Factors Associated with Dietary Change since the Outbreak of COVID-19 in Japan. *Nutrients*. 2021; 13(6):2039. doi: 10.3390/nu13062039.

<参考文献・URL>

- 日本人の食事摂取基準
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyuu/syokuji_kijyun.html
- 食生活指針
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000128503.html>
- 食生活改善普及運動
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000089299_00003.html
- 日本人の長寿を支える「健康な食事」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000129246.html>
- 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
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158814.html>
- 自然に健康になれる持続可能な食環境づくり
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyuu/syokuji_kijyun_00005.html
- スマート・ライフ・プロジェクト
<http://www.smartlife.go.jp/>
https://www.smartlife.mhlw.go.jp/minna/kenkou_shokuji/
- 第4次食育推進基本計画
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyuu/syokuji_kijyun_00006.html

<参考文献>

- 1) フランク・B・フー、小林身哉、八谷寛、小林邦彦監訳。肥満の疫学。2010。名古屋大学出版会。
- 2) Crawford D, Jeffery RW, Ball K, and Brug J. Obesity epidemiology 2nd ed.: From aetiology to public health. 2010. Oxford University Press.
- 3) Blum M, Harris SS, Must A, Phillips SM, Rand WM, Dawson-Hughes B. Weight and body mass index at menarche are associated with premenopausal bone mass. *Osteoporos Int* 2001;12(7):588-94.
- 4) Han Z, Mulla S, Beyene J, Liao G, McDonald SD; Knowledge Synthesis Group. Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses. *Int J Epidemiol* 2011;40(1):65-101.
- 5) 足立己幸。料理選択型栄養教育の枠組としての核料理とその構成に関する研究。民族衛生1984 ; 50 (2) : 70-107.
- 6) 針谷順子。料理選択型栄養教育を踏まえた一食単位の食事構成力形成に関する研究－「弁当箱ダイエット法」による食事の適量把握に関する介入プログラムとその評価。栄養学雑誌2003 ; 61 (6) : 349-356.
- 7) 嶋田雅子、小林陽子、坂口寄子他。小学6年生における「弁当箱ダイエット法」を用いたランチバイキング学習前後の食物選択の改善。日本健康教育学会誌2008 ; 16 (3) : 94-109.
- 8) Reducing salt intake in populations. Report of a WHO forum and technical meeting.

Geneva, World Health Organization, 2007.

9) Wang G, Labarthe D. The cost-effectiveness of interventions designed to reduce sodium intake. *J Hypertens* 2011; 29: 1693-1699.

10) 国立がん研究センター. 生活習慣改善によるがん予防法の開発に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金第三次対がん総合戦略研究事業報告書, 2011.

11) Tohill BC. Dietary intake of fruit and vegetables and management of body weight. Background paper for the joint FAO/WHO Workshop on Fruit and Vegetables for Health, 1-3 September 2004, Kobe, Japan. World Health Organization, 2005.

12) Bazzano LA. Dietary intake of fruit and vegetables and risk of diabetes mellitus and cardiovascular diseases. Background paper for the joint FAO/WHO Workshop on Fruit and Vegetables for Health, 1-3 September 2004, Kobe, Japan. World Health Organization, 2005.

13) Takachi R, Inoue M, Ishihara J, Kurahashi N, Iwasaki M, Sasazuki S, Iso H, Tsubono Y, Tsugane S, JPHC Study Group. Fruit and vegetable intake and risk of total cancer and cardiovascular disease: Japan Public Health Center-Based Prospective Study. *Am J Epidemiol* 2008;167(1):59-70.

14) World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research: Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective, 2007.

15) Hammons, A & Fiese, B. Is Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents? *Pediatrics* 2011 ; 127 : e1565-e1574.

16) Gable S, Chang Y, Krull JL. Television watching and frequency of family meals are predictive of overweight onset and persistence in a national sample of school-aged children. *J Am Diet Assoc* 2007 ; 107 : 53-61.

17) Yuasa K, Sei M, Takeda E, et al. Effects of lifestyle habits and eating meals together with the family on the prevalence of obesity among school children in Tokushima, Japan: a cross-sectional questionnaire-based survey. *The Journal of Medical Investigation* 2008 ; 55 : 71-77.

18) 小西史子, 黒川衣代. 子どもの食生活と精神的な健康状態の昼中比較(第1報)食事状況と精神的な健康状態の関連. *小児保健研究* 2001 ; 60 : 739-748.

19) Kusano-Tsunoh A, Nakatsuka H, Satoh H et al. Effects of Family-Togetherness on the Food Selection by Primary and Junior High School Students: Family Togetherness Means Better Food. *Tohoku J Exp Med* 2001; 194: 121-127.

20) Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, et al. Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc* 2003 ; 103 : 317-322.

21) Gillman M, Rifas-Shiman SL, Frazier A et.al. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of Family Medicine* 2000; 9: 235-240.

22) Burgess-Champoux TL, Larson N, Neumark-Sztainer D et al. Are Family Meal Patterns Associated with Overall Diet Quality during the Transition from Early to Middle Adolescence? *J Nutr Educ Behav* 2009; 41: 79-86.

23) Larson NI, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M. Family meals during adolescence are associated with higher diet quality and healthful meal patterns during young adulthood. *J Am Diet Assoc* 2007; 107: 1502-1510.

24) Okamura T, Tanaka T, Takebayashi T, et al. Methodological issues for a large-scale intervention trial of lifestyle modification: interim assessment of the high-risk and population strategy for occupational health promotion (HIPOP-OHP) study. *Environ Health and Prev Med*

2004; 9: 137-143.

25) Yoshita K, Tanaka T, Kikuchi Y, et al. The evaluation of materials to provide health-related information as a population strategy in the worksite: the high-risk and population strategy for occupational health promotion (HIPOP-OHP) study. *Environ Health and Prev Med* 2004; 9: 144-151.

26) 澤田樹美、武見ゆかり、村山伸子他。職場におけるトランスセオレティカルモデルを応用した食環境介入と栄養教育の統合プログラムの開発と評価。日本健康教育学会誌2009; 17(2): 54-70.

27) 由田克士、中川芽衣子、杉森裕子他：管理栄養士が中心となって職場において実施したメタボリックシンドローム改善のための付加の小さな減量プログラムの効果について。日本栄養士会雑誌 2009; 52(9): 17-26.

28) 入山八江、村山伸子。職場における男性を対象とした栄養教育と食環境介入が体重コントロールに及ぼす効果-無作為化比較試験による検討-。栄養学雑誌2012 ; 70 (2) 83-98.

29) Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, et al. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *Am J Prev Med* 2009; 37: 340-357.

30) Beresford SA, Thompson B, Bishop S, et al. Long-term fruit and vegetable change in worksites: Seattle 5 a Day follow-up. *Am J Health Behav* 2010; 34: 707-720.

31) Steenhuis I, Van Assema P, Van Breukelen G, et al. The impact of educational and environmental intervention in Dutch Worksite cafeterias, *Health Promot Int* 2004; 19: 335-343.

32) Geaney F, Harrington J, Fitzgerald AP, et al. The impact of a workplace catering initiative on dietary intakes of salt and other nutrients: a pilot study. *Public Health Nutr* 2011; 14: 1345-1349.

33) 松本麻衣他：都道府県健康増進計画の目標項目設定及び中間評価の状況についての整理。栄養学雑誌 2020; 78 (3) 121-130.

34) 令和 2 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「健康日本 2 1（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）分担研究報告書 食行動・栄養摂取の地域格差縮小に向けた研究—自治体における飲食店等を対象とした食環境整備制度の設定状況と関連要因

様式 2

(領域名) (2) 身体活動・運動

背景

- 身体活動とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きのことである。
- 産業構造の変化、機械化・自動化の進展、移動手段の発達等、国民の身体活動量が減少しやすい社会環境に変化し続けている。
- 「健康づくりのための身体活動基準2013」策定時に実施したシステマティックレビューの結果は、身体活動の実施によって、2型糖尿病、循環器疾患、がん、ロコモティブシンドローム、うつ、認知症等に罹患するリスクを下げることを示している。
- さらに、令和2（2020）年にWHOが発表した身体活動・座位行動のガイドラインは、身体活動の実施によって心臓病、2型糖尿病、がんが予防され、うつや不安の症状が軽減され、思考力、学習力、総合的な幸福感を高められると報告している。また、身体活動によって妊婦及び産後の女性、慢性疾患や障害のある人を含むすべての人が健康効果を得られるとしている。
- 「身体活動」は、日常生活における身体活動である「生活活動」と、体力の維持・向上を目的として計画的・継続的に実施される「運動」の2種類に分類される（図1）。このため、国民健康・栄養調査で実測している歩数を「生活活動」の指標に、質問紙調査で把握している運動習慣者の割合を「運動」の指標にして、それぞれの目標値を設定した。また、身体活動を促進するための環境の整備が重要であることから、身体活動しやすいまちづくりや環境整備に関する目標を設定した（表1）。
- 情報通信技術（ICT）の発達に伴い、今まで以上に身体活動が減少しやすい社会環境に変化し、ますます身体活動不足が蔓延する可能性がある。このため、身体活動の意義と重要性を広く国民に周知し、適切な身体活動が実践されるよう啓発するとともに、身体活動を実施しやすい環境をあらゆる場面において整備していくことが重要である（図2）。

図 1：身体活動の定義（身体活動は「生活活動」と「運動」から構成される）



表 1：健康日本 21（第二次）における身体活動・運動分野の目標

		現状（平成 22 年）	目標（令和 4 年度）
① 日常生活における歩数の増加	20～64 歳	男性：7,841 歩 女性：6,883 歩	男性：9,000 歩 女性：8,500 歩
	65 歳以上	男性：5,628 歩 女性：4,584 歩	男性：7,000 歩 女性：6,000 歩
② 運動習慣者の割合の増加(※)	20～64 歳	男性：26.3% 女性：22.9%	男性：36% 女性：33%
	65 歳以上	男性：47.6% 女性：37.6%	男性：58% 女性：48%
※：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			
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		17 都道府県 (平成 24 年)	47 都道府県

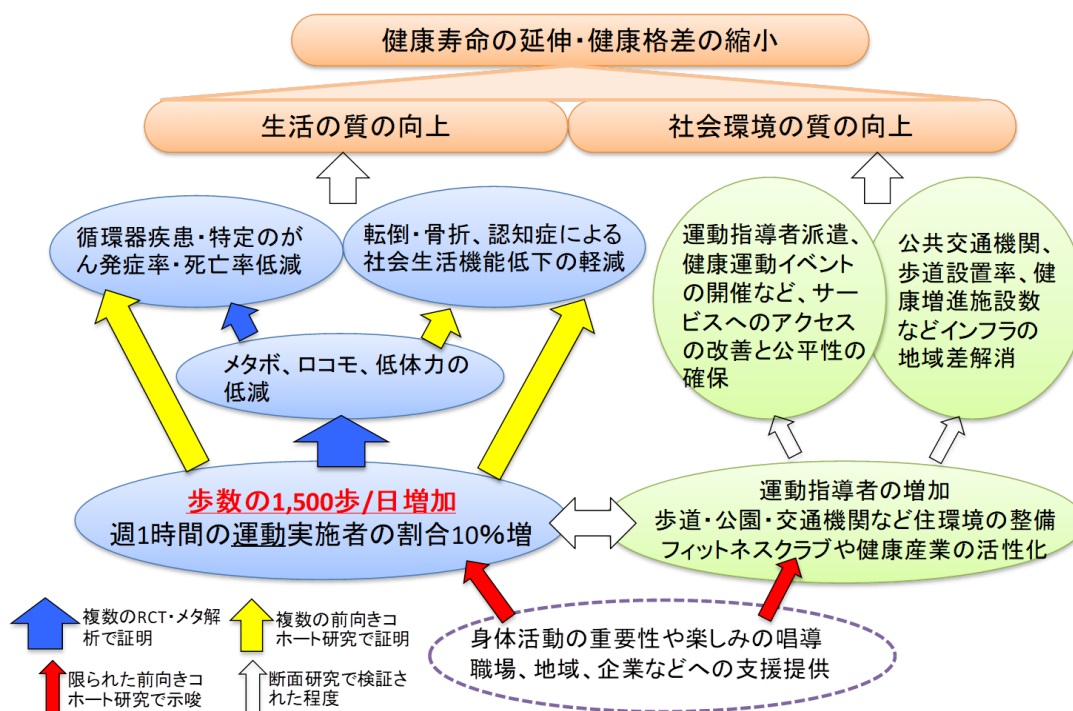
出典：

1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	0
B 現時点で目標値に達していないが、改善している	1
B* Bの中で目標年度までに目標到達が危ぶまれるもの	0
C 変わらない	2
D 悪化している	0
E 評価困難	0

目標項目	評価
① 日常生活における歩数の増加	C
20歳～64歳 男性	(C)
20歳～64歳 女性	(C)
65歳以上 男性	(C)
65歳以上 女性	(C)
② 運動習慣者の割合の増加	C
20歳～64歳 男性	(C)
20歳～64歳 女性	(D)
65歳以上 男性	(C)
65歳以上 女性	(C)
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	B*

身体活動・運動分野に関する目標設定の考え方



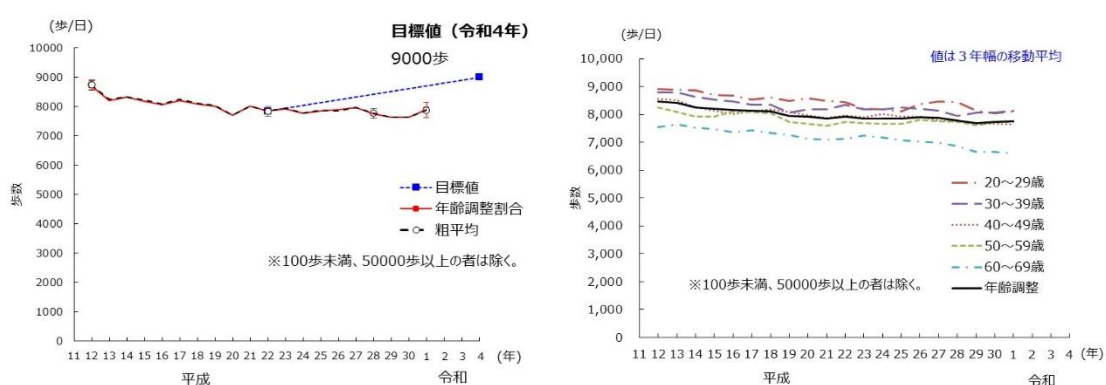
(健康日本21(第二次)の推進に関する参考資料P107 一部改変)

出典：健康日本21(第二次)の推進に関する参考資料

① 日常生活における歩数の増加

- 本目標項目の評価指標のデータはいずれも最終評価時点で目標値に達しておらず、またベースラインとの比較においても有意な差が認められず「C（変わらない）」と判断される。
- 20～64歳女性の経年的な推移の解析結果は、統計的に有意な低下傾向を示していた（ $p=0.02$ ）（図3）。
- 今回の解析結果から、目標年度までの目標達成は困難だと考えられる。

図2：歩数の平均値の推移 男性 20～64歳 （右側）年齢階層別

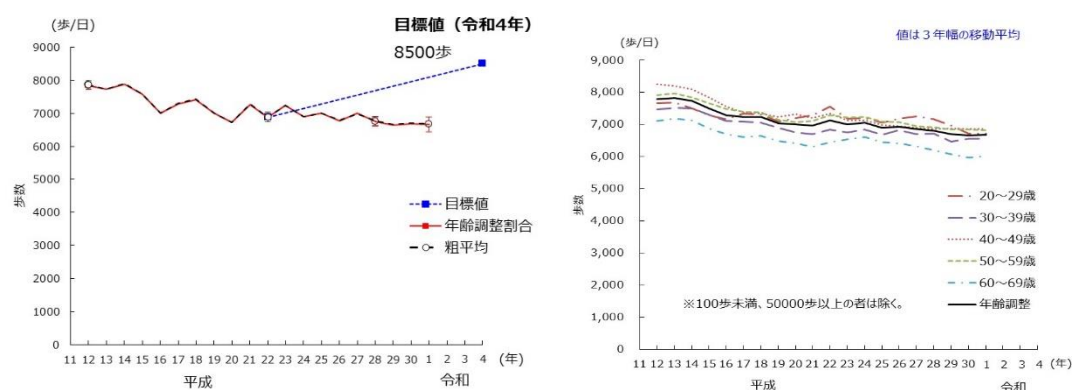


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図2-左側 平均歩数の推移（男性：20～64歳）

図2-右側 平均歩数の推移（男性：20～64歳の年齢階層別）

図3：歩数の平均値の推移 女性 20～64歳 （右側）年齢階層別

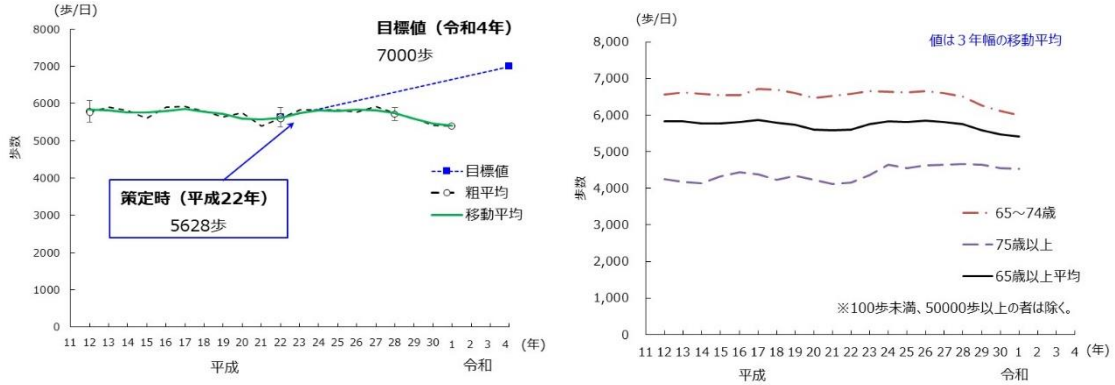


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図3-左側 平均歩数の推移（女性：20～64歳）

図3-右側 平均歩数の推移（女性：20～64歳の年齢階層別）

図4：歩数の平均値の推移 男性 65歳以上 （右側）年齢階層別

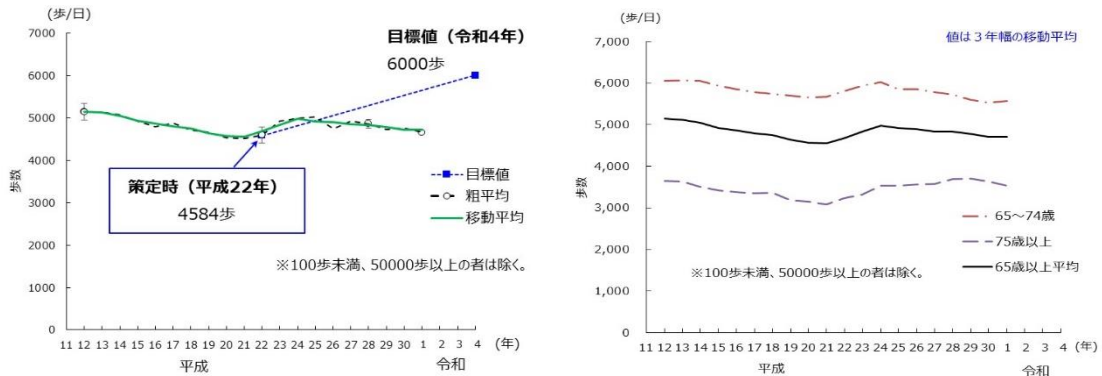


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図4-左側 平均歩数の推移（男性：65歳以上）

図4-右側 平均歩数の推移（男性：65歳以上の年齢階層別）

図5：歩数の平均値の推移 女性 65歳以上 （右側）年齢階層別



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図5-左側 平均歩数の推移（女性：65歳以上）

図5-右側 平均歩数の推移（女性：65歳以上の年齢階層別）

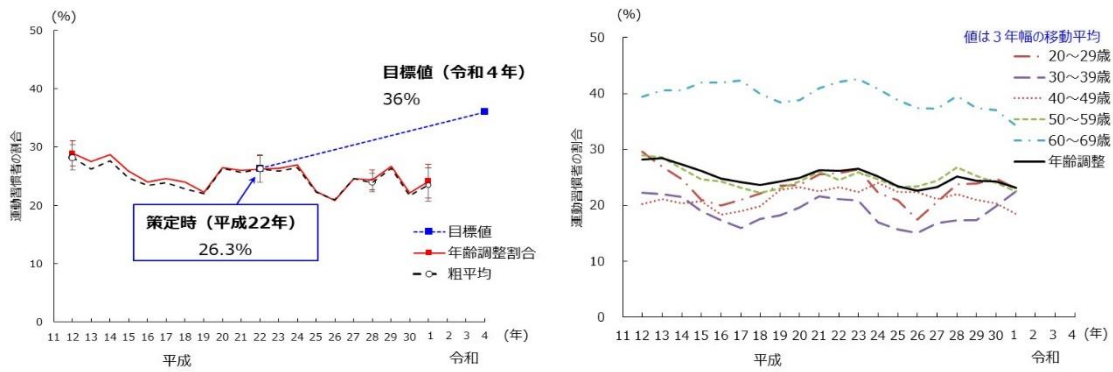
② 運動習慣者の割合の増加

- 20～64歳女性は直近値（令和元（2019）年）と比較してベースライン値（平成22（2010）年）が統計的に有意に低い値を示していたことから(p<0.01)、「D：悪化している」と判定した（図7）。
- 65歳以上の女性及び全年代の男性は、いずれも統計的に有意な関係が観察されなかったことから「C：変わらない」と判定した（図6、図8～9）。
- 「D」を2点、「C」を3点と換算して平均値を算出した結果、平均値が3点であったことから、「運

運動習慣者の割合の増加」に関する総合評価も「C:変わらない」と判定した。

- 今回の解析結果から、目標年度までの目標達成は困難だと考えられる。

図6：運動習慣者の割合の推移 男性 20～64歳 （右側）年齢階層別

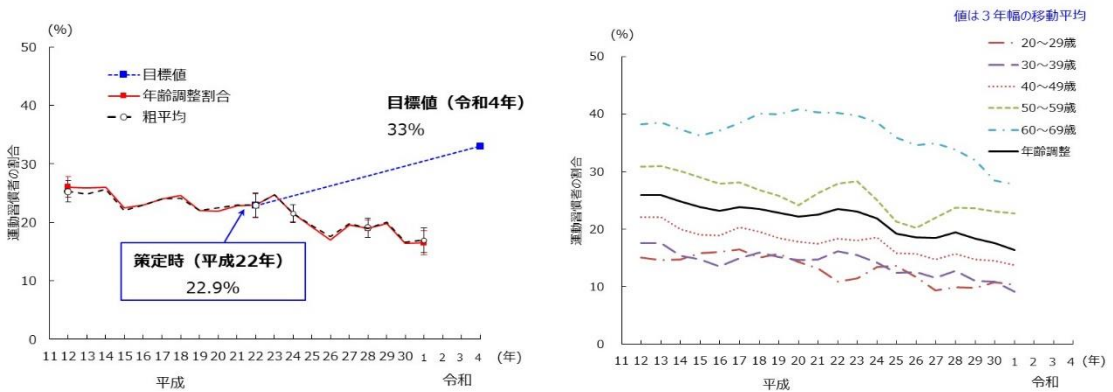


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図6-左側 運動習慣者の割合の推移（男性：20～64歳）

図6-右側 運動習慣者の割合の推移（男性：20～64歳の年齢階層別）

図7：運動習慣者の割合の推移 女性 20～64歳 （右側）年齢階層別

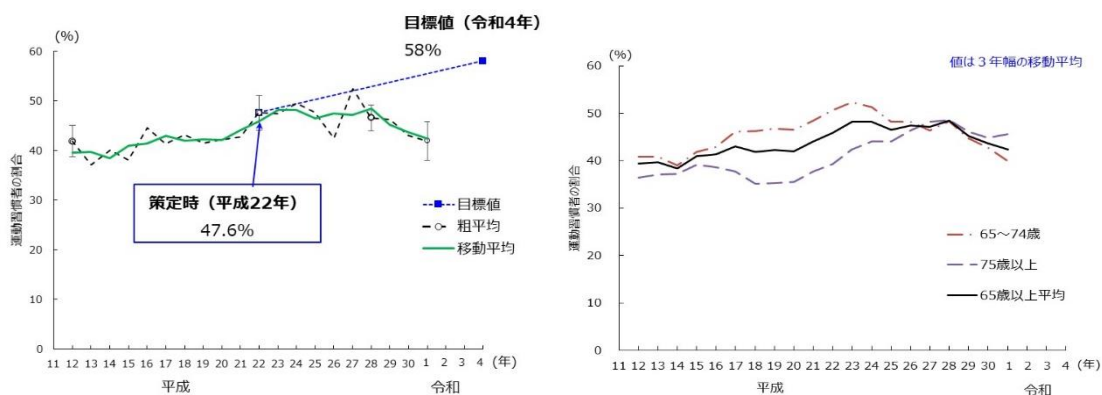


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図7-左側 運動習慣者の割合の推移（女性：20～64歳）

図7-右側 運動習慣者の割合の推移（女性：20～64歳の年齢階層別）

図8：運動習慣者の割合の推移 男性 65歳以上 (右側) 年齢階層別

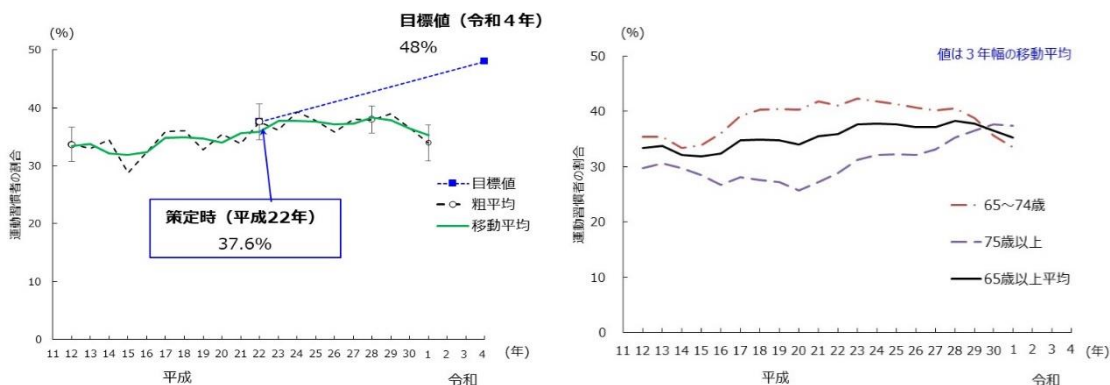


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図8-左側 運動習慣者の割合の推移 (男性：65歳以上)

図8-右側 運動習慣者の割合の推移 (男性：65歳以上の年齢階層別)

図9：運動習慣者の割合の推移 女性 65歳以上 (右側) 年齢階層別



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図9-左側 運動習慣者の割合の推移 (女性：65歳以上)

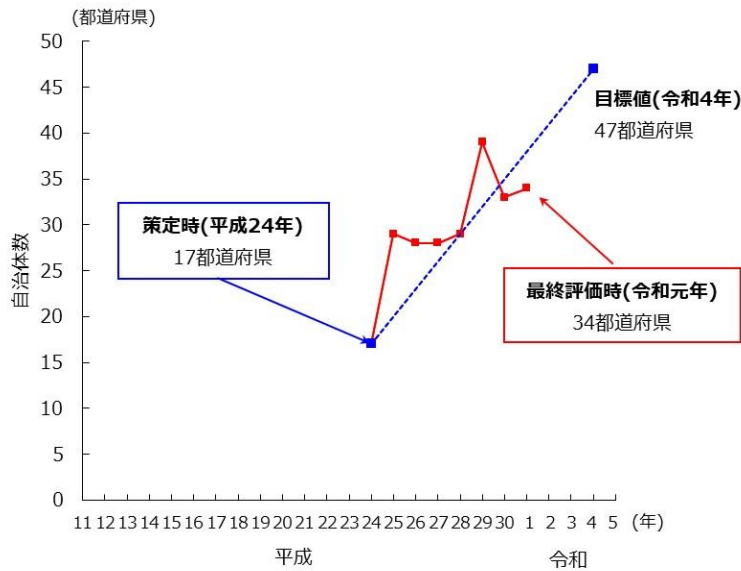
図9-右側 運動習慣者の割合の推移 (女性：65歳以上の年齢階層別)

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

- データのバラつきが大きいものの、取り組んでいる都道府県数は着実に増加している。
- 今回の解析結果及び新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受けて、改目標年度までの目標達成は厳しいと考えられる。
- これらのことから、総合評価は「B:現時点で目標に達していないが、改善傾向にある」とした。

図 10：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推移

出典：厚生労働省健康局健康課による把握



2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

- 平成23（2013）年の健康日本21(第二次)の開始に合わせて、「身体活動基準2013」及び「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」（以下「アクティブガイド」という。：図11）を策定し、厚生労働省ウェブサイトやe-ヘルスネット、スマート・ライフ・プロジェクト等で周知・啓発。
- 特定保健指導において身体活動促進に向けた指導を実施。
- 職域において「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」に基づいて身体活動促進に向けた取組を展開。

図 11：健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）

表面

裏面



出典：厚生労働省ホームページ

＜各目標項目に係る取組＞

① 日常生活における歩数の増加

- 「日常生活における歩数の増加」目標を達成するためのツールとして作成したアクティブガイドと、アクティブガイドのメインメッセージである「プラス・テン」をスマート・ライフ・プロジェクト等のさまざまなメディアを通じて周知することによって生活の中で歩くことも啓発。
- 「階段利用キャンペーン」の展開。
- スポーツ庁の「FUN+WALK PROJECT」と連携・協力を図り、生活の中で歩くことを奨励。

② 運動習慣者の割合の増加

- 健康増進施設認定規程に基づいて、健康増進施設や、指定運動療法施設を認定。
- 健康増進施設、指定運動療法施設に対して医療機関が運動処方せんを交付しやすいように、「標準的な運動プログラム」（図12）を作成するとともに、厚生労働省のウェブサイトで周知。
- 国民や全国の運動施設・スポーツクラブが「標準的な運動プログラム」を参照できるように、e-ヘルスネットに公開。
- 「標準的な運動プログラム」を実証するための大規模実証事業を実施。
- 運動施設における運動プログラムの作成や運動指導を担う、健康運動指導士等の運動指導者を育成。
- スマート・ライフ・プロジェクトにおいて、「おうちで+10（プラステン）超リフレッシュ体操」特設Webコンテンツ公開等「毎日プラス10分の身体活動」を奨励。
- e-ヘルスネットにおいて「新しい生活様式」における体を動かす工夫として、自宅でできる運動の動画やテレビ番組、リンク集、リーフレットを紹介。
- スポーツ庁の「第2期スポーツ基本計画」や、国土交通省の「第二次自転車活用推進計画」（令和3（2021）年5月）等、関連省庁の取組との連携・協力を図り、運動を奨励。
- 健康増進普及月間でナイトヨガ体験や「おうちで+10（プラステン）超リフレッシュ体操」特設

Webコンテンツ公開等の啓発イベント等を開催。

＜関係学会等の取組＞

- 日本医師会は平成3（1991）年から認定健康スポーツ医制度を発足させ、これまで延べ23,000人の認定健康スポーツ医を養成。平成20（2008）年度から保険者に義務付けられた特定健康診査、特定保健指導において健康増進を担う人材として認定健康スポーツ医が位置付けられており、安全に効果的な運動を指導するために、認定健康スポーツ医と運動指導者の連携に向けた取組を強化。

図12：高齢者を対象にした運動プログラム

表面

裏面

出典：厚生労働省ホームページ

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

- 都道府県に対して「住民が運動しやすいまちづくり・環境整備」の取組状況に関する調査を実施し、その結果を公表するとともに（平成26（2014）年7月）、調査を継続して実施。
- 「健康寿命をのばそう！アワード」の生活習慣病予防分野において「住民が運動しやすいまちづくり・環境整備」に取り組む自治体を表彰し、好事例の横展開を図る。
- 国土交通省の「まちづくり」や、経済産業省の「健康経営」、「健康寿命延伸産業創出推進事業」等、関連省庁の取組との連携・協力を図り、運動しやすい環境整備を推進。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

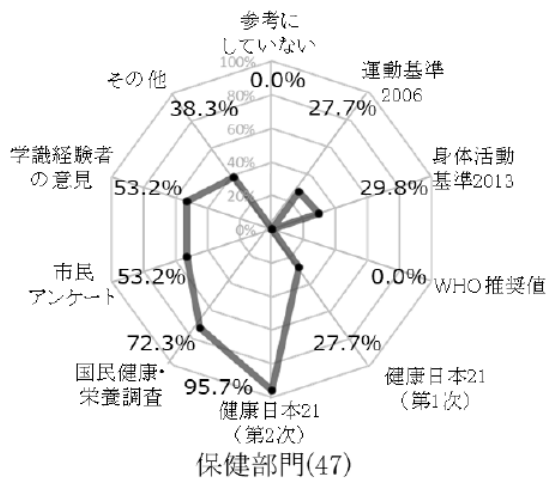
① 「日常生活における歩数の増加」

総合評価は「C：変わらない」であった。目標を達成できなかった要因としては、歩数の増加を目的としたさまざまな活動を展開したにも関わらず、機械化・自動化の進展や移動手段の発達等、生活環境の変化が労働場面、家庭場面、移動場面における歩行機会の減少をもたらしたことが考えられる。特に、経年的な推移の分析においては20～64歳の女性で有意に減少しており、20～64歳の女性は歩数に関して生活環境の変化の影響を強く受けている可能性がある。

- 日常生活における歩数は「生活活動」を反映していると考えられ、労働場面・家庭場面・移動場面における歩数の総数である。
- 健康日本21（第一次）における「日常生活における歩数の増加」の最終評価は「悪化している」であり、男女ともに約1,000歩減少していた。この結果を受け、健康日本21（第二次）においては性別、各年齢階層別にいずれも約1,500歩の増加を目標に掲げたが、目標達成は困難な状況である。しかしながら、第一次と異なって歩数の減少が観察されなかった点に着目する必要がある。
- 平成18（2006）年に策定した身体活動ガイドラインは、「健康づくりのための運動指針2006（エクササイズガイド）」であり、「運動」に焦点を当てたガイドラインであった。第一次において歩数が減少したことを受けて、健康日本21（第二次）の開始に合わせて作成したアクティブガイドは、「運動」から「身体活動」に焦点を移して、生活の中で歩くことを奨励した。さらに、「プラス・テン」（10分の歩行は約1,000歩に相当）をメインメッセージにして生活の中でこまめに動くことを奨励した。
- 以上のような取組により、歩数の減少速度を抑制している可能性が考えられる。しかしながら、平成11（1999）年から令和元（2019）年までのトレンドを見ると男女とも、また、いずれの年代においても平均歩数がゆるやかに低下しており、引き続き、生活の中で歩くこと啓発していく必要がある。
- 健康日本21（第二次）の目標を達成するためのツールとして策定したアクティブガイドの都道府県における政策立案時における利用率は約30%と低く（図14）、全国の7,000人の成人を対象に実施したインターネット調査の結果、アクティブガイドの認知度は約15%であったと報告されており（原田和弘ら、2020）、自治体や国民への周知が課題である。
- 性別・年代別に平均歩数を見ると、男女ともに60歳を境に著しく減少している（図15）。また、都道府県別にみた平均歩数は公共交通機関が発達している地域が多いことや、その傾向は女性と比較して男性において顕著である（図16）。このことから、定年退職に伴って労働場面や移動場面における歩行の減少が60歳以降の歩数の減少に影響していると考えられる。
- また、機械化・自動化の進展や移動手段の発達が「家庭場面」の身体活動に影響を及ぼし、そのことが20～64歳の女性の歩数の減少をもたらしている可能性が考えられる。

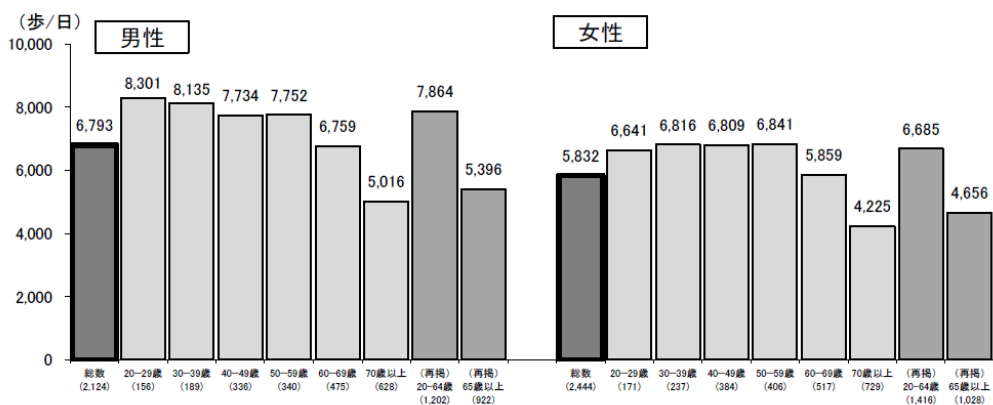
- これらのことから、日常生活における歩数は、労働場面・家庭場面・移動場面における歩数の影響が大きいと推測される。今後も職域や家庭における機械化・自動化の進展や移動手段の発達、さらには職域におけるテレワークの普及が歩数を減少させる可能性があり、これらの可能性を踏まえた政策立案が重要である。また、高齢者においては年齢とともに歩数が大幅に減少している現状を踏まえた政策立案が必要である。
- 生活活動だけでなく運動の奨励や、歩けなくなる原因としてのロコモティブシンドロームの予防を含めた対策強化が必要である。

図13：保健部門における行動計画策定及び目標設定における科学的根拠の利用



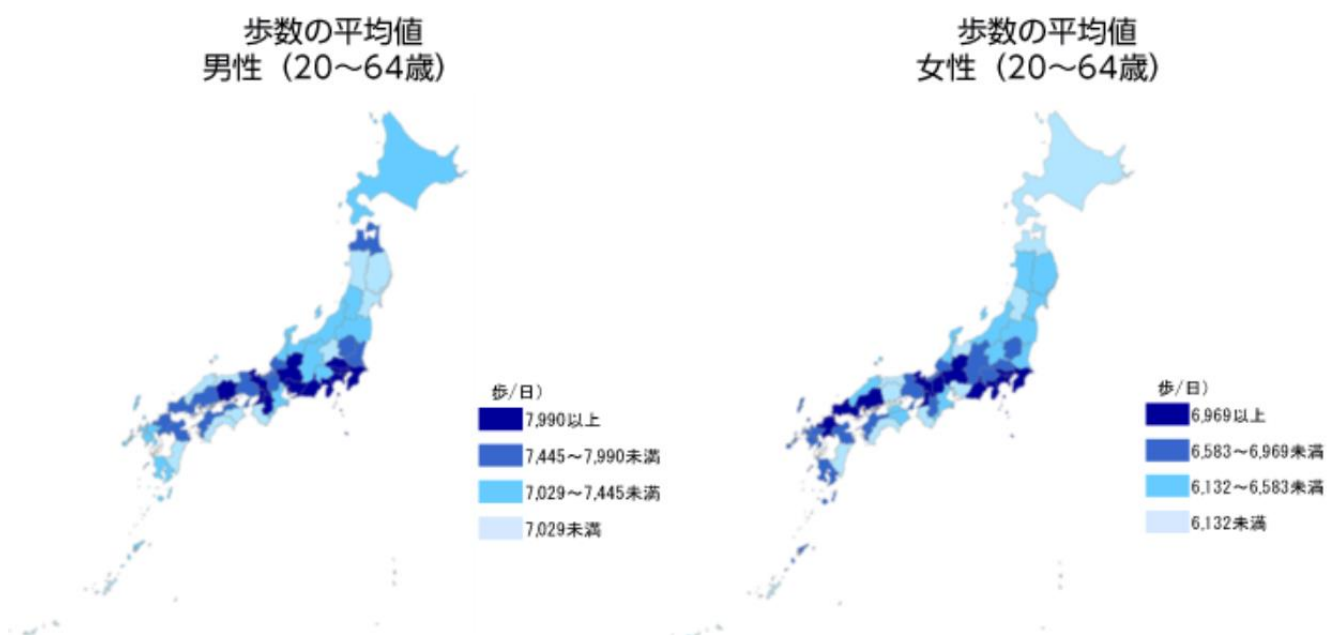
出典：武田典子ほか、2019

図14：歩数の平均値（20歳以上、性別・年齢階級別）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 15：性別・都道府県別にみた歩数の平均値（20～64歳）



出典：厚生労働省「平成 28（2016）年 国民健康・栄養調査」

② 「運動習慣者の割合の増加」

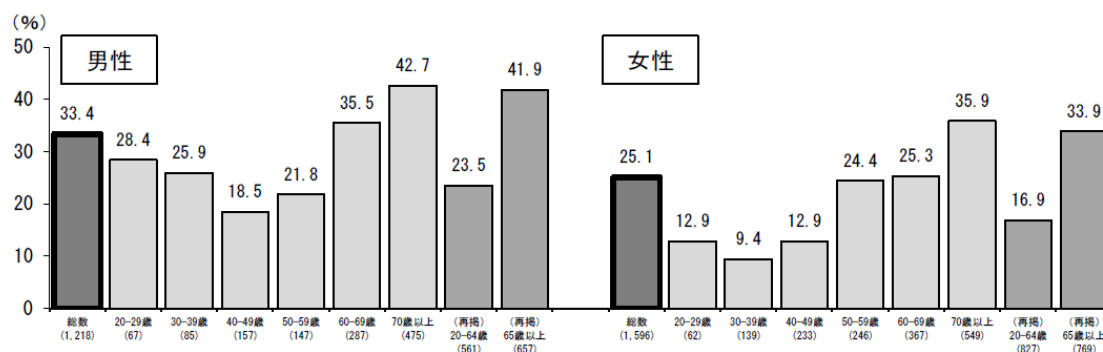
総合評価は「C：変わらない」であった。運動（余暇場面における身体活動）を増加させるためには、運動を実施するための余暇時間や動機・環境が必要であるが、啓発あるいは環境整備に向けた働きかけが十分でなかったことが「C：変わらない」ことの一因だと考えられる。そして、歩数の目標と同様に、20～64歳の女性における評価は「D：悪化している」であり、運動についても20～64歳の女性にターゲットを絞った取組が必要だと考えられる。

- 健康日本21（第一次）における「運動習慣者の割合」の最終評価は「変わらない」であった。この結果を受け、第二次では性別、各年齢階層別にそれぞれ約10%の増加を目標に掲げたが、第二次においても目標達成は困難な状況である。
- 運動習慣者の割合は、国民健康・栄養調査における身体状況調査票を用いて調査した値である。調査時に、回答者に「運動とは、スポーツやフィットネスなどの健康・体力の維持・向上を目的として、計画的・定期的に行うもの」と伝えた。集計においては、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を「運動習慣のある者」とした。
- 「運動」は「生活活動」とは異なる定義であるが、生活の場面別に分類すると、余暇場面の身体活動となる。
- 性別・年代別に運動習慣者の割合を見ると、男性では60歳代から、女性は50歳代から運動習慣者の割合が増加しており（図16）、その原因として男性においては定年退職、女性においては

家庭環境の変化や定年退職にともなう余暇時間の増加があると推測される。

- 平成22（2010）年から令和元（2019）年におけるトレンドは、20～64歳の女性を除いて統計的に有意な傾向は確認できないが、平成11（1999）年から令和元（2019）年までのトレンドは男女ともに20～64歳についてはゆるやかに低下している。また、20～64歳の女性においては平成22（2010）年と比較して令和元（2019）年は統計的に有意に低い割合を示していた($p < 0.01$)。一方で、65歳以上については男女ともにゆるやかに増加している。
- これらのことから、20～64歳における運動習慣者が少ない現状を踏まえた政策が必要である。また、65歳以上においては20～64歳とは逆に、運動習慣者が比較的多い状況である。しかしながら、高齢者は年齢とともに歩数が著しく減少する傾向にあり、生活活動と運動の両面から、総合的に身体活動量を増加させていくための政策が必要である。

図 16：運動習慣のある者の割合（20歳以上、性別・年齢階級別）



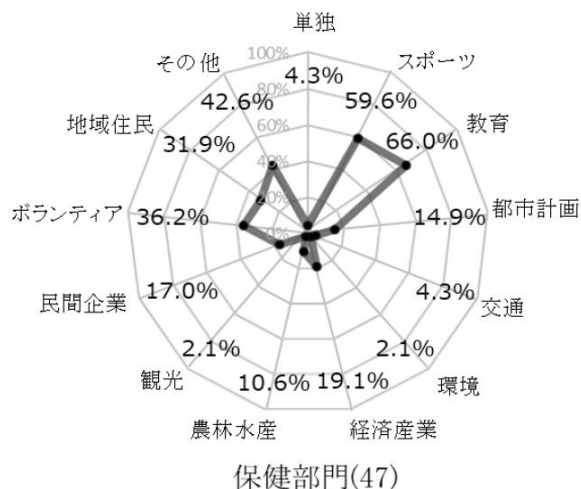
出典：厚生労働省「令和元年 国民健康・栄養調査」

※ 運動習慣のある者：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

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」

本目標の評価は「B：現状で目標に達していないが、改善傾向にある」であった。身体活動促進に関するまちづくり・環境整備については部門間連携が重要と考えられるが、現状では部門間連携は十分とは言えず（図 17）、部門間連携の不足が目標達成の阻害要因のひとつだと考えられる。さらに、自治体間における身体活動促進に関するまちづくりや環境整備の具体例に関する情報共有が十分でないために、取組方法がわからなかったり、取組内容のハードルを高く設定し過ぎてしまい、その結果として取り組めないという自治体が存在している可能性があり、今後の課題である。

図 17：保健部門における身体活動促進に関する行動計画策定における部門間連携率



出典：武田典子ほか、2019

<領域全体としての評価>

- 「日常生活における歩数の増加」と「運動習慣者の割合の増加」に関する目標については「C：変わらない」という結果であり、「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」については「B：現時点で目標値に達していないが、改善している」という結果であった。
- 「歩数の増加」については、労働・家庭・移動場面における歩数が減少する方向に環境が変化している現代において「C：変わらない」という結果であったことは一定の評価を与えられる。しかしながら、いずれの年代においても長期的には平均歩数がゆるやかに低下しており、今後も引き続き、生活の中における身体活動の意義や重要性を広く国民に周知・啓発し、生活の中のさまざまな場面における歩数の減少を食い止めるとともに増加の方向に向かうための取組を実施していく必要がある。
- 運動習慣者の割合の増加については、20～64歳の男女、とりわけ女性の減少傾向に着目し、運動習慣者を増やすための啓発や環境整備に取り組んでいく必要がある。
- 身体活動の重要性を意識していないまちづくり、環境整備は住民の身体活動を大きく減少させることに繋がる。移動や余暇場面の身体活動は環境に大きく依存することが知られており、「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」について「B：現時点で目標値に達していないが、改善している」という結果は望ましいものである。今後も引き続き、身体活動促進のためのまちづくり・環境整備の意義や重要性を自治体に周知・啓発していくことが重要である。

4 今後の課題

<領域全体としての課題>

- 健康日本21（第二次）における「日常生活における歩数の増加」目標を達成するためのツールとしてアクティブガイドを作成したが、次回の改定においては「日常生活における歩数の増加」だけで

なく「運動習慣者の割合の増加」や「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」の目標を達成するためのツールとなるよう取り組んでいく。

- 特定保健指導における身体活動に関する指導を継続して実施する。
- 近年、座位行動と健康の関係を報告する研究が増加している（図18）。座位行動（sedentary behaviour）とは、座位及び臥位におけるエネルギー消費量が1.5メッツ以下のすべての覚醒行動のことであり、長時間の座位行動がさまざまな健康被害をもたらすとことが知られている（図18）。WHOが令和2（2020）年に公表したガイドライン「WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour」では、座位行動に関する指針を公表して座位行動時間増加に伴う健康被害の増加を防止しようと試みている。世界20ヶ国における平日の座位行動時間を比較した研究では、日本人の座位行動時間が他国より長いことが報告されており、多くの日本人が長時間の座位行動によって健康被害を被っている可能性があると考えられる（図19）。これらのことから、身体活動分野における新たな課題として座位行動問題に取り組む必要があると考えらえる。

図 18：座位行動と2型糖尿病罹患の関係

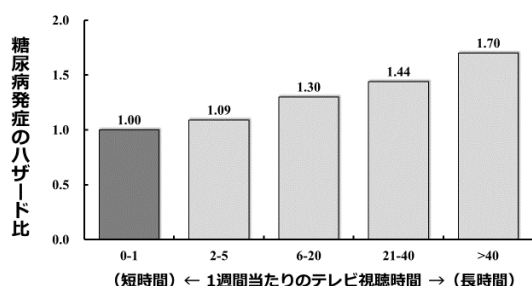


図 19：座位行動と循環器死亡の関係

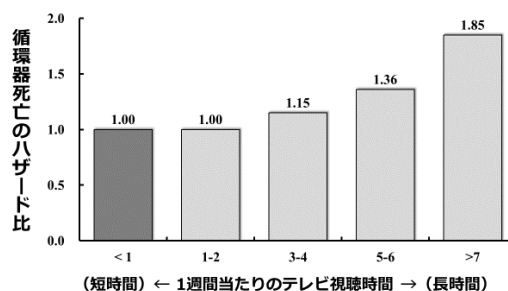
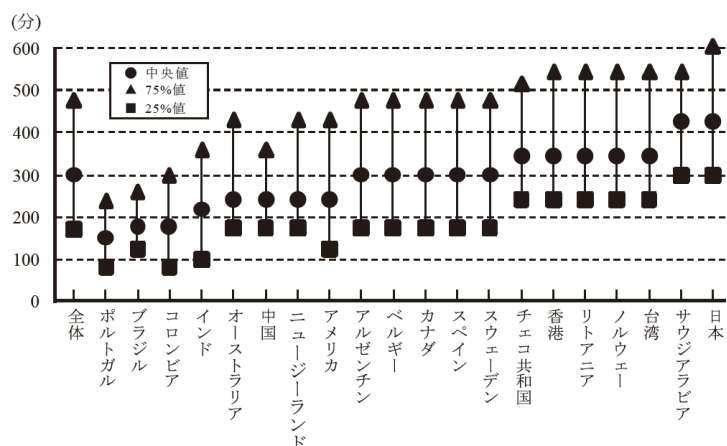


図 18-右側 座位行動と2型糖尿病罹患の関係 (Fu FB et al. 2003)

図 19-左側 座位行動と循環器死亡の関係 (Matthews CE et al. 2012)

図 20：世界20ヶ国における平日の座位行動時間



出典：岡浩一朗ほか, Bauman らの文献をもとに作成, 2013

＜各目標項目に係る課題＞

① 日常生活における歩数の増加

【充実・強化すべき取組】

- 長期的に見た20歳以上の平均歩数は男女とも横ばいから減少傾向にある。そして、令和元（2019）年度のデータをみると20-29歳の女性の歩数は6,641歩で、60歳以上の女性の歩数に次ぐ低さとなっている。このため、若年女性層歩数の低さに関する原因と背景にある課題及びを調査するとともに、若年女性層をターゲットに含んだ啓発活動に取り組んで改善を目指す。
- アクティブガイドの改定においても、日常生活における歩数の増加を目指した「毎日＋10（プラステン）の身体活動」をメインメッセージに据え、国民だけでなく、自治体の政策立案者、健康指導者、教育者等に積極的に周知して、あらゆる生活の場（労働場面・教育場面・家庭場面・移動場面）で歩数を増やすことの重要性を啓発する。
- 特定保健指導において生活の中で歩くことの効果や重要性を指導する。

【周知・啓発】

- 厚生労働省が展開している「階段利用キャンペーン」を広く周知し、天候に影響されず、「毎日＋10（プラステン）」のコンセプトとも合致する階段利用に伴う歩数の増加を図っていく。
- 日常生活における歩数の増加を目指し、健康増進普及月間（9月）等の各種イベントの機会に地方自治体やスマート・ライフ・プロジェクトに参画する企業・団体と連携し、アクティブガイド等を周知・広報し、「毎日プラス10分（プラステン）の身体活動」（1000歩の増加等）を引き続き推進する。
- スマート・ライフ・プロジェクトを通じて「毎日＋10（プラステン）の身体活動」メッセージを周知する。
- 厚生労働省のホームページにおいて、「毎日＋10（プラステン）の身体活動」について周知する。
- e-ヘルスネットにおいて生活の中で歩くことの健康効果や「毎日＋10（プラステン）の身体活動」に関するエビデンスを紹介する。

【関連省庁との連携】

- 歩かないで生活できるように生活環境が整備され続けている現代、日常生活における歩数を増加させることは困難な状況となっており、日常生活における歩数を増加させるためには個人に対するアプローチ以上に、意識せずに歩けるような環境を作るなど、生活環境に対するアプローチがより重要になってきている。
- 自治体や国土交通省と連携・協力し、より安全に・より楽しく・より自然に歩ける環境を広げる。
- スポーツ庁が推進している「FUN＋WALK PROJECT」と連携・協力を図り、歩く文化を醸成する。
- 【次期プラン策定に向けたデータや関連する研究】
- 身体活動量を定量的に評価するための新たな手法の開発に関する研究及び妥当性評価に関する研究に取り組むことを検討する。

② 運動習慣者の割合の増加

【充実・強化すべき取組】

- 令和元（2019）年度における成人（40～49歳）の運動習慣者の割合は男女とも低い割合であるが、20～29歳、30～39歳の女性の割合が12.9%、9.4%と特に低い割合である。歩数と同様、調査の継続による課題の抽出及び若年女性層をターゲットに含んだ啓発活動に取組を発展させることにより、本課題の改善を目指す。
- 厚生労働大臣認定健康増進施設の増加を図るとともに、指定運動療法施設の増加を図り、全国各地で安全で効果的な運動療法を受けられる環境整備に引き続き取り組む。
- 「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」に基づき、事業場に対して働く人に対する運動の効果や重要性の啓発に取り組むとともに、運動ができる人的・物的・時間的環境の整備に取り組むよう啓発する。
- 高齢者の保健事業と介護予防の取組において、運動の奨励に取り組む。

【周知・啓発】

- アクティブガイドを用いて「毎日＋10分（プラス・テン）の身体活動」をメインメッセージに掲げてきた。この基本的な姿勢は維持しながらも、「1回30分以上の運動を週2回以上実施、1年以上継続」と定義されている運動習慣者を増加させるための啓発活動を積極的に展開する。

【関連省庁との連携】

- 自治体や国土交通省と連携・協力し、より安全に・より楽しく運動できる環境を広げていく。
- スポーツ庁が推進する「第2期スポーツ基本計画」と連携・協力を図って、スポーツ人口を増やしていく。
- 経済産業省が推進する「健康寿命延伸産業創出推進・体力づくり事業」と連携・協力を図って運動習慣を定着させるための環境を増やしていく。

【関連機関との連携】

- 高齢者や健康に課題を持つ人にも適切な運動習慣を持ってもらうため、健康・体力づくり事業財団等と連携・協力を図って、健康運動指導士等の安全で効果的な運動の実施をサポートできる運動指導者を増やす。
- 日本医師会と連携・協力を図って、「日本医師会認定健康スポーツ医」の増加と、安全に効果的な運動を実践するための健康スポーツ医と運動指導者の連携強化に取り組む。
- 健康増進施設認定制度に基づく運動型健康増進施設の活性化を図り、運動型健康増進施設が地域における運動習慣者増加の増加に今以上に貢献できる体制を構築する。

【次期プラン策定に向けたデータや関連する研究】

- 国土交通省が推進する「第二次自転車活用推進計画」と連携・協力を図って、自転車通勤をはじめとした自転車利活用による健康増進の効果に関する科学的知見を収集するなど必要な調査・研究を進めるとともに、当該調査・研究の結果を活用しながら、自転車を利用した健康づくりに関する広報啓発を進める。

③ 住民が身体活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

【充実・強化すべき取組】

- 都道府県に対して、さまざまな生活場面で身体活動が促進される環境整備の取組状況に関する調査を継続して行い、取組が行われていない都道府県については、取組を阻む要因に関する調査を行い、阻害要因の排除に向けた対策を検討する。

【周知・啓発】

- 「健康寿命をのばそう！アワード」の生活習慣病予防分野において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を表彰し、取組の横展開を図る。

【関連省庁との連携】

- 国土交通省が推進している健康増進効果に着目した立地適正化計画等の策定がさらに推進されるよう連携・協力を図る。

【次期プラン策定に向けたデータや関連する研究】

- 住民が身体活動しやすいまちづくりや環境整備の状況や進展度合いを定量的に把握するための指標に関する研究に取り組むことを検討する。
- まちづくりや環境整備と身体活動の関連について、どのようなまちづくりや環境整備が身体活動促進に効果的であるかに関する研究に取り組むことを検討する。

④ 座位行動時間の減少

【充実・強化すべき取組】

- アクティブガイドの改定にあわせて座位行動の基準策定を検討する。

【周知・啓発】

- 改定版アクティブガイドの周知に合わせて、「座位行動」という用語を普及させるとともに、健康のために座位行動時間を減少させることが重要であることを啓発する。
- 長時間の座位行動を避け、時々、座位行動を中断する（ブレイクする）ことの重要性を啓発する。

【関連省庁との連携】

- 経済産業省が推進する「健康経営」と連携・協力を図り、就業時間中における「座位行動問題」に対する対策を展開していく。

【次期プラン策定に向けたデータや関連する研究】

- 次期国民運動プランの策定に向けて、全国的な座位行動の現状把握に関する研究に取り組むことを検討する。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

【新型コロナウイルス感染症と身体活動に関する日本人を対象とした研究報告】

- 令和2（2020）年4月に国内の高齢者1,600人を対象に実施したインターネット調査によると、新型コロナウイルス感染症拡大前後（令和2（2020）年1月との比較）で1週間当たりの身体活動時間が約60分（約3割）減少していることが報告された(Yamada M et al. J Nutr Health Aging,2020)。
- 第1波収束後の令和2（2020）年6月に上記1,600人を対象に再度実施したインターネット調査によると、身体活動時間はほぼ元の状態に回復していたが、独居で近隣住民との交流が少ない高齢者の回復が遅いことが報告された(Yamada M et al. J Nutr Health Aging,2020)。
- 横浜市民18,817人の歩数を緊急事態宣言前後で比較したところ、男性より女性、高齢者より非高齢者が減少していたことや、高齢の女性においては大きい公園の近くに住んでいると歩数減少の影響が少ないことが報告された(Hino K and Asami Y. Health Place, 2021)。
- 働く人1,239人を対象に令和2（2020）年7月～8月に実施したインターネット調査によると、テレワークを実施している人はテレワークを実施していない人と比較して身体活動量が少なく、勤務時間中の座位行動が長いことが報告された(Fukushima N et al. J Occup Health, 2021)。

【充実・強化すべき取組】

- 国内外の研究報告をレビューし、外出自粛や行動制限が人々の健康にどのような影響を与えたのかを確認するとともに、身体活動・運動の分野において今後取り組むべき対策について検討する。
- 「新しい生活様式」に対応した情報発信・普及啓発について、継続的に取り組んでいく。
(実績)
 - e-ヘルスネットにおいて「新しい生活様式」における体を動かす工夫として、自宅でできる運動の動画やテレビ番組、リンク集、リーフレットを紹介する。
 - 健康増進普及月間オンラインイベント「おうちで+10超リフレッシュ体操」開催する。

<参考文献・URL>

- 「健康づくりのための身体活動基準2013」及び「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」（厚生労働省）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xple.html>
- アクティブガイド（プラス・テン）（厚生労働省）
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xple-att/2r9852000002xpr1.pdf>
- エクササイズガイド2006（厚生労働省）
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/undou01/pdf/data.pdf>

- 階段利用キャンペーン（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/undou/undou03/index.html
- スマート・ライフ・プロジェクト（厚生労働省）
<http://www.smartlife.go.jp/>
- 健康増進施設認定制度（厚生労働省）
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/undou04/>
- 健康運動指導士（公益財団法人 健康・体力づくり事業財団）
http://www.health-net.or.jp/shikaku/dantai/pdf/new_undoshidosha.pdf
- 日本医師会認定健康スポーツ医（日本医師会）
<http://www.med.or.jp/doctor/ssi/>
- まちづくりにおける健康増進効果を把握するための歩行量（歩数）調査のガイドライン（国土交通省都市局）
<http://www.mlit.go.jp/common/001186372.pdf>
- FUN+WALK PROJECT（スポーツ庁）
<http://funpluswalk.go.jp/>
- 健康経営（経済産業省）
http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkou_keiei.html
- 健康寿命延伸産業創出推進事業（経済産業省）
<http://www.meti.go.jp/information/publicoffer/kobo/k180309003.html>
- 国立健康・栄養研究所：健康日本 21(第二次)分析評価事業
<https://www.nibiohn.go.jp/eiken/kenkounippon21/>
- WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- Series from the Lancet journals: Physical Activity 2012. Lancet, 2012
<https://www.thelancet.com/series/physical-activity>
- Series from the Lancet journals: Physical Activity 2016; Progress and Challenges. Lancet, 2016
<https://www.thelancet.com/series/physical-activity-2016>
- 武田典子ほか. 都道府県における身体活動促進を目的とした行動計画の策定及びその実施状況：量的記述. 運動疫学研究. 21: 113-135, 2019
- 原田和弘. アクティブガイドの認知度調査結果：その1. 厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書. 2020
- Sedentary Behaviour Research Network. Standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". Appl Physiol Nutr Metab 37: 540-542,

2012

- 岡浩一朗ほか. 座位行動の科学：行動疫学の枠組みの応用. 日健教誌 21: 142-153, 2013
- Bauman AE et al. The descriptive epidemiology of sitting: A 20-country comparison using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Am J Prev Med 41: 228-235, 2011
- Holtermann A et al. The physical activity paradox: six reasons why occupational physical activity (OPA) does not confer the cardiovascular health benefits that leisure time physical activity does. Br J Sports Med 52: 149-150, 2018
- 健康・体づくり事業健康・体づくり事業財団. 貯筋運動プロジェクト
<http://www.health-net.or.jp/tyousa/tyokin/index.html>
- Yamada M et al. Effect of the COVID-19 Epidemic on Physical Activity in Community-Dwelling Older Adults in Japan: A Cross-Sectional Online Survey. J Nutr Health Aging 24(9): 948-950, 2020
- Yamada M et al. Letter to the Editor: Recovery of Physical Activity among Older Japanese Adults since the First Wave of the COVID-19 Pandemic. J Nutr Health Aging 24(9): 1036-1037, 2020
- Hino K and Asami Y. Change in walking steps and association with built environments during the COVID-19 state of emergency: A longitudinal comparison with the first half of 2019 in Yokohama, Japan. Health Place 69: 102544, 2021
- Fukushima N et al. Associations of working from home with occupational physical activity and sedentary behavior under the COVID-19 pandemic. J Occup Health 63(1): e12212, 2021
- 厚生労働省. e-ヘルスネット. 「新しい生活様式」において体を動かす工夫
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/exercise/s-09-001.html>
- 日本運動疫学会. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)と身体活動に関する研究の紹介 <http://jaee.umin.jp/news210420.html>