

令和4年2月28日	参考資料4
第17回健康日本21（第二次）推進専門委員会	

自治体等の取組状況の評価のための調査

（令和4年2月28日版）

1 都道府県調査

（1）健康増進計画の策定状況……………P2

（2）健康増進施策の取組状況……………P8

2 市区町村調査

（1）健康増進計画の策定状況……………P17

（2）健康増進施策の取組状況……………P22

3 団体調査

（1）健康増進施策の取組状況……………P29

4 指標の達成状況と推進に関する取組状況の比較

5 結果のまとめ

自治体等の取組状況の評価のための調査

調査概要

(1) 調査目的

本調査は、健康日本 21（第二次）策定時及び中間評価時に設定された目標について、関連する取組の状況の評価するとともに、次期健康づくり運動プラン策定に向け、健康増進に取り組む上での問題や課題を明らかにすることを目的として実施した。

(2) 調査対象

本調査は、全国の都道府県、市区町村、健康日本 21 推進全国連絡協議会加入団体を対象として悉皆で実施した。

表 1：自治体等の取組状況の評価のための調査 調査対象

調査対象区分	調査対象数
都道府県	47 都道府県
市区町村	1,741 市区町村
健康日本 21 推進全国連絡協議会加入団体 (令和 3 (2021) 年 6 月時点)	142 団体

(3) 調査対象期間

本調査は、「健康日本 21（第二次）」が開始された平成 25（2013）年度から令和 3（2021）年 7 月末時点までの取組を調査対象として実施した。

(4) 調査実施期間

本調査は、令和 3（2021）年 8 月～10 月の期間に実施した。

(5) 回収結果

本調査は、47 都道府県、1,371 市区町村（うち有効回答 1,369 市区町村）、88 団体から回答を得た。

表 2：自治体等の取組状況の評価のための調査 回収結果

調査対象区分	回収数（率）
都道府県（全 47 都道府県）	47（100.0%）
市区町村（全 1,741 市区町村）	1,371（78.7%）
うち有効回答	1,369（78.6%）
健康日本 21 推進全国連絡協議会加入団体（全 142 団体）	88（62.0%）

1 都道府県調査

(1) 健康増進計画の策定状況

都道府県においては、令和3（2021）年7月末時点で全ての都道府県で健康増進計画が策定されていた。なお、健康日本21最終評価においても、全ての都道府県で健康増進計画が策定された。

表 3：健康増進計画策定状況（都道府県）

	策定数（割合）
都道府県（全47都道府県）	47（100.0%）

出典：健康日本21（第二次）分析評価事業（国立健康栄養研究所）

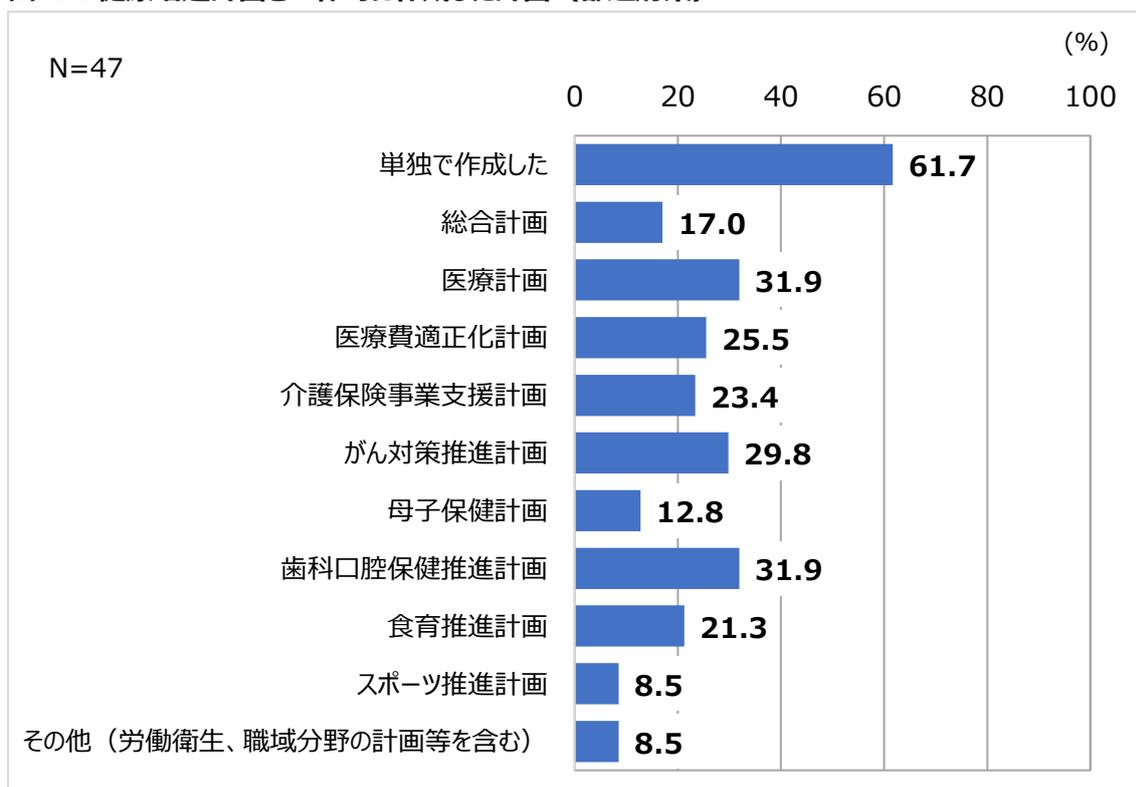
表 4：自治体における健康増進計画策定状況（健康日本21最終評価）

	策定数（割合）
都道府県（全47都道府県）	47（100.0%）
市区町村（全1,750市区町村）	
平成18（2006）年7月1日時点	1,001（54%）
平成22（2010）年12月1日時点	1,333（76%）

出典：「健康日本21」最終評価（平成23年10月 健康日本21評価作業チーム）

健康増進計画と一体的に作成した計画について、単独で作成したと回答した割合が 61.7%、次いで医療計画と回答した割合が 31.9%、同じく歯科口腔保健推進計画と回答した割合が 31.9%であった。

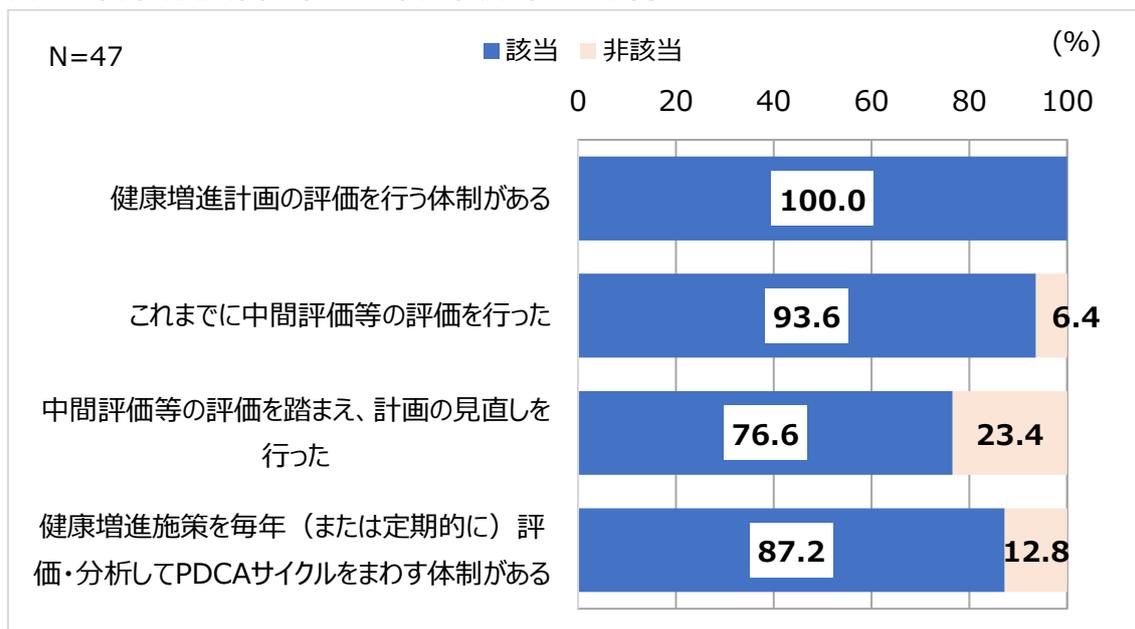
図 1：健康増進計画と一体的に作成した計画（都道府県）



健康増進計画の策定と評価の状況について、健康増進計画の評価を行う体制があると回答した割合は 100.0%（前回 98%）、これまでに中間評価を行ったと回答した割合は 93.6%（前回 98%）、中間評価等の評価を踏まえ、計画の見直しを行ったのは 76.6%であった。

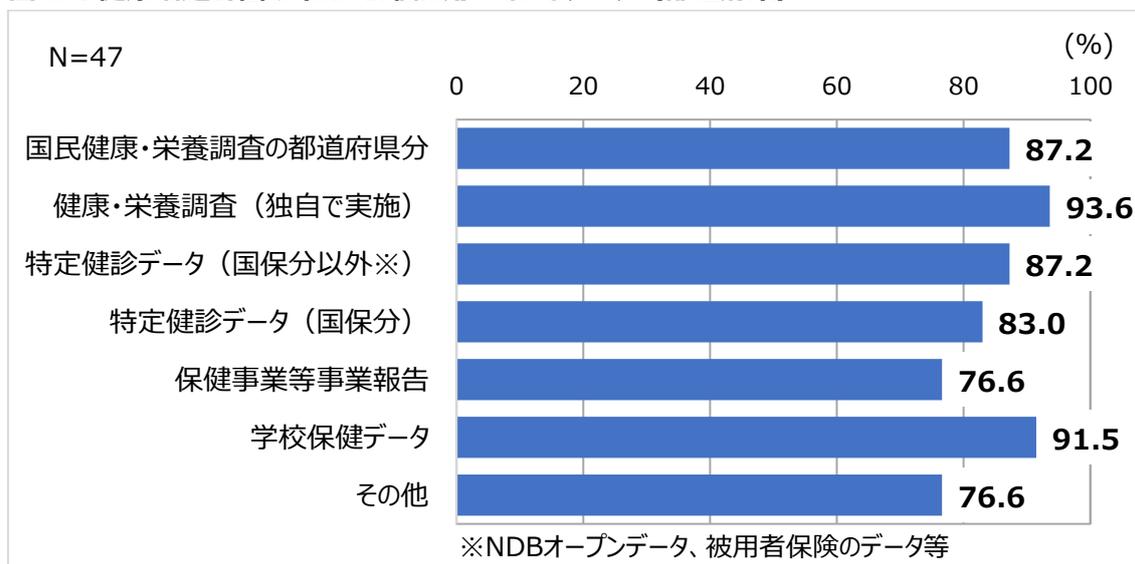
また、健康増進施策を毎年（または定期的に）評価・分析して PDCA サイクルをまわす体制があると回答した割合は 87.2%であった。

図 2 : 健康増進計画の策定と評価の状況（都道府県）



健康増進計画の策定・評価に用いているデータについて、健康・栄養調査（独自で実施）と回答した割合は 93.6%と最も大きく、次いで学校保健データと回答した割合が 91.5%、国民健康・栄養調査の都道府県分、また特定健診データ（国保分以外※）と回答した割合が 87.2%であった。

図 3 : 健康増進計画の策定・評価に用いているデータ（都道府県）



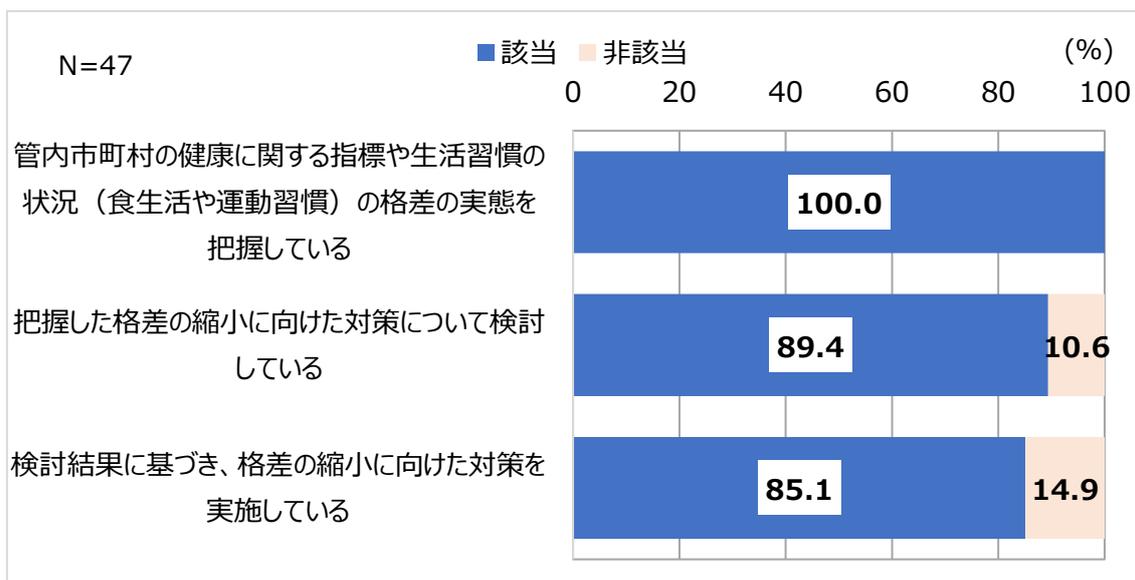
所得や教育、職業等、社会経済的要因による健康格差を把握していると回答した割合は 12.8%であった。

図 4：健康格差の把握（都道府県）



なお、厚生労働省が令和 3 年 8 月に都道府県を対象に実施した調査によると、全ての都道府県が管内市町村の健康に関する指標や生活習慣の状況の格差の実態を把握していると回答した。また、格差の縮小に向けた対策について検討していると回答した都道府県は 89.4%、検討結果に基づき、格差の縮小に向けた対策を実施していると回答した割合は 85.1%であった。

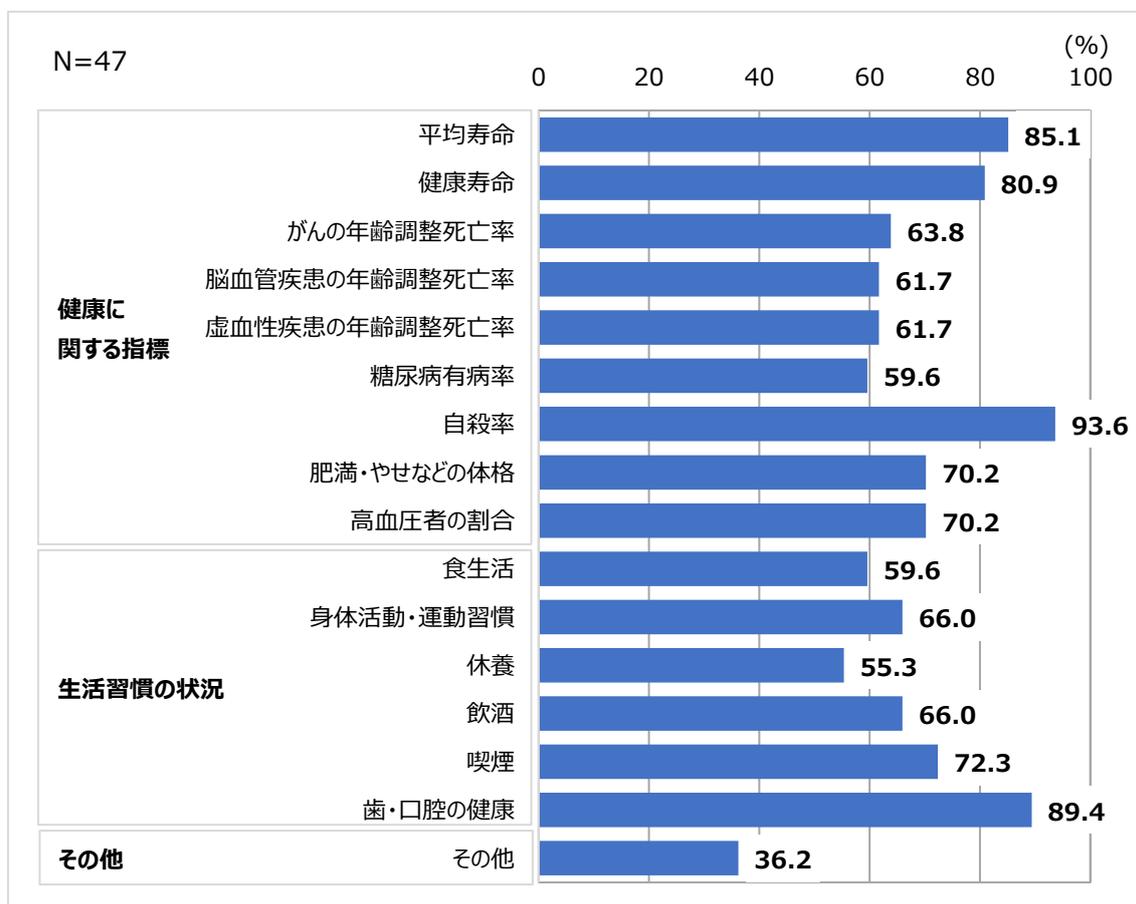
図 5：参考 健康格差の把握と対応の状況（都道府県）



出典：「健康日本 21（第二次）の目標項目設定に係る自治体の取組状況」調査（厚生労働省健康局健康課）※令和 2 年度末の状況について回答。

また、同調査によると、都道府県が健康格差について把握している指標としては、自殺率と回答した割合が93.6%と最も多く、次いで歯・口腔の健康が89.4%、平均寿命が85.1%であった。

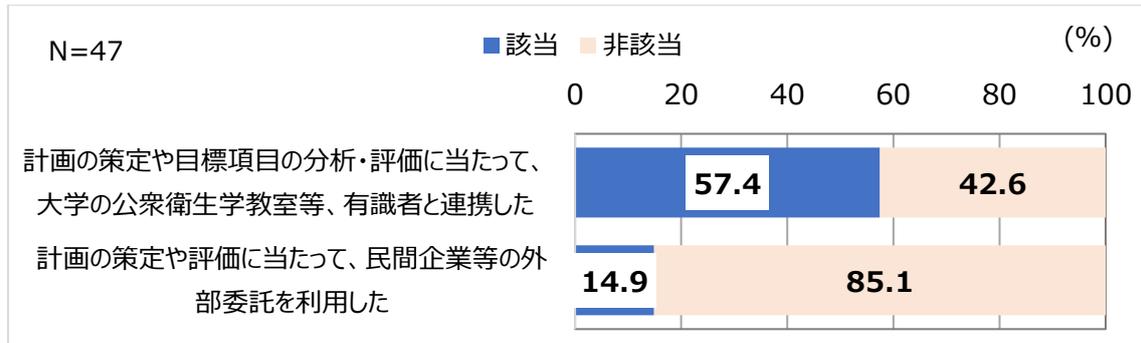
図 6 : 参考 健康格差について把握している指標 (都道府県)



出典：「健康日本 21（第二次）の目標項目設定に係る自治体の取組状況」調査（厚生労働省健康局健康課）

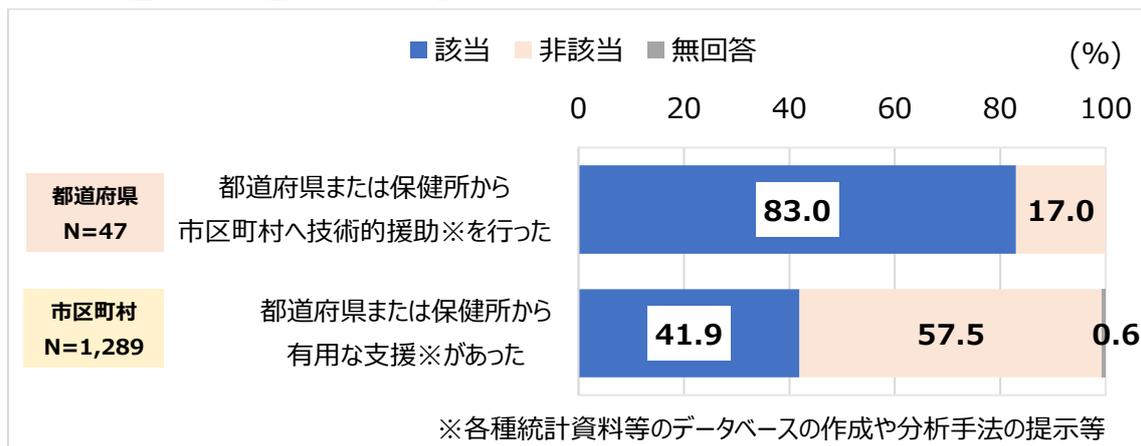
健康増進計画の策定と評価のための外部連携の状況について、計画の策定や目標項目の分析・評価に当たって、大学の公衆衛生学教室等、有識者と連携したと回答した割合は 57.4%、計画の策定や評価に当たって、民間企業等の外部委託を利用したと回答した割合は 14.9%であった。

図 7：健康増進計画の策定と評価のための外部連携の状況（都道府県）



市区町村の計画策定に向けた支援の状況について、都道府県または保健所から市区町村へ技術的援助を行ったと回答した割合は83.0%であった。一方、市区町村を対象とした調査において、市区町村が、都道府県または保健所から有用な支援があったと回答した割合は41.9%であった。

図 8 : 市区町村の計画策定に向けた支援の状況



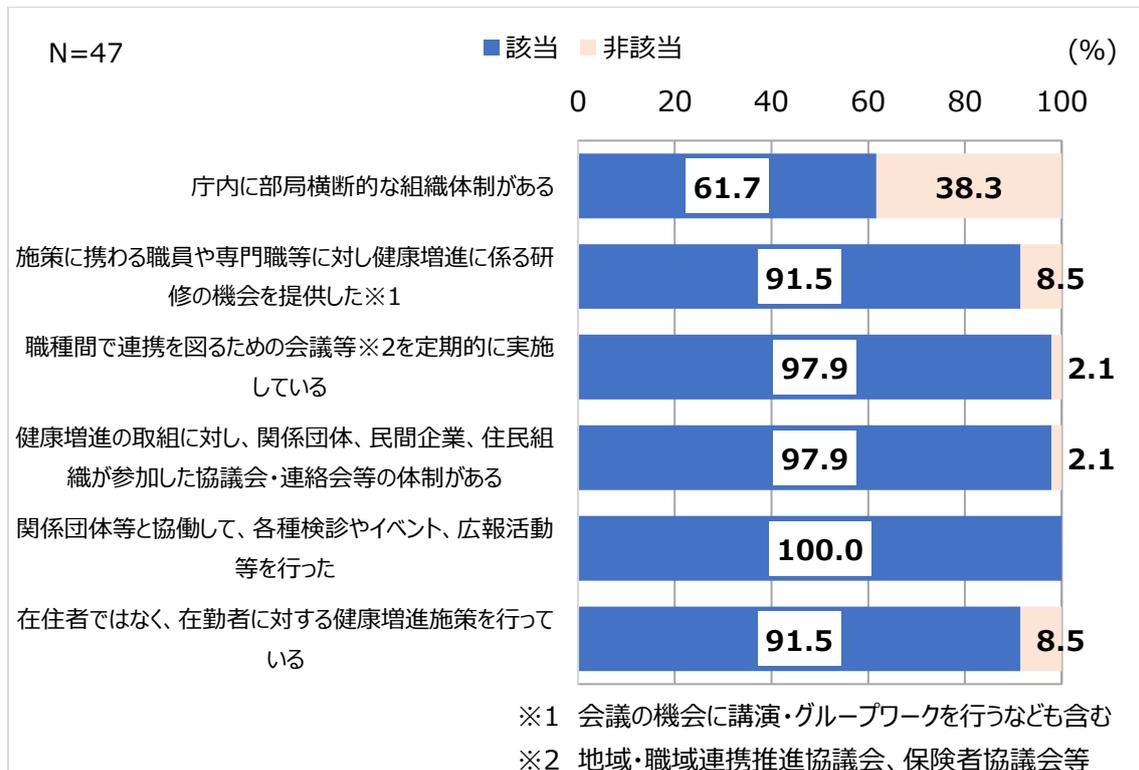
(2) 健康増進施策の取組状況

健康増進の取組に対する推進体制について、庁内に部局横断的な組織体制があると回答した割合は61.7%（前回32%）、施策に携わる職員や専門職等に対し健康増進に係る研修の機会を提供したと回答した割合は91.5%、職種間で連携を図るための会議等を定期的実施していると回答した割合は97.9%であった。

健康増進の取組に対し、関係団体、民間企業、住民組織が参加した協議会・連絡会等の体制があると回答した割合は97.9%（前回98%）、関係団体等と協働して、各種検診やイベント、広報活動等を行ったと回答した割合は100.0%であった。

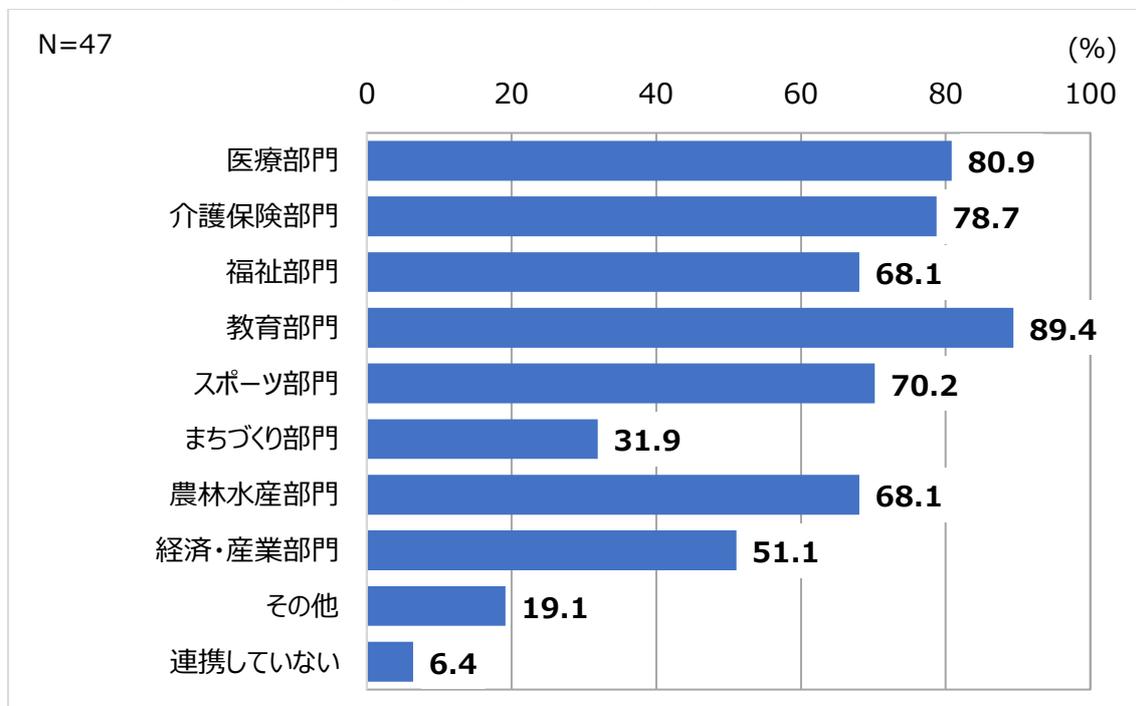
また、在住者ではなく、在勤者に対する健康増進施策を行っているという割合は91.5%であった。

図9：健康増進の取組に対する推進体制（都道府県）



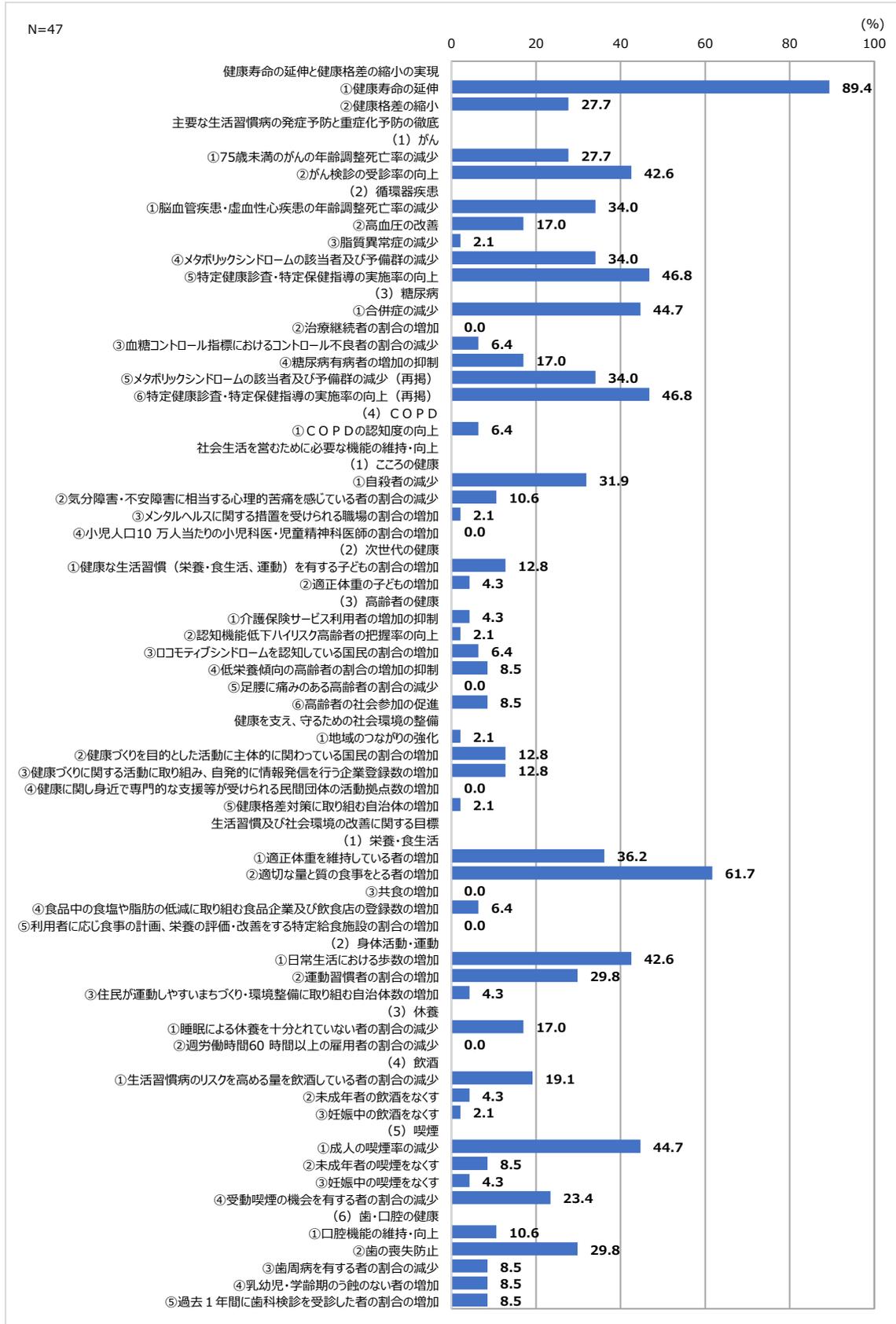
庁内で連携して施策を行った部門について、教育部門と回答した割合が 89.4%と最も大きく、次いで医療部門と回答した割合が 80.9%、介護保険部門と回答した割合が 78.7%であった。

図 10 : 庁内で連携して施策を行った部門（都道府県）



計画策定において重要だと考えた項目（最大 10 項目まで選択）について、健康寿命の延伸と回答した割合が 89.4%と最も大きく、ついで適切な量と質の食事をとる者の増加と回答した割合が 61.7%、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上と回答した割合が 46.8%であった。

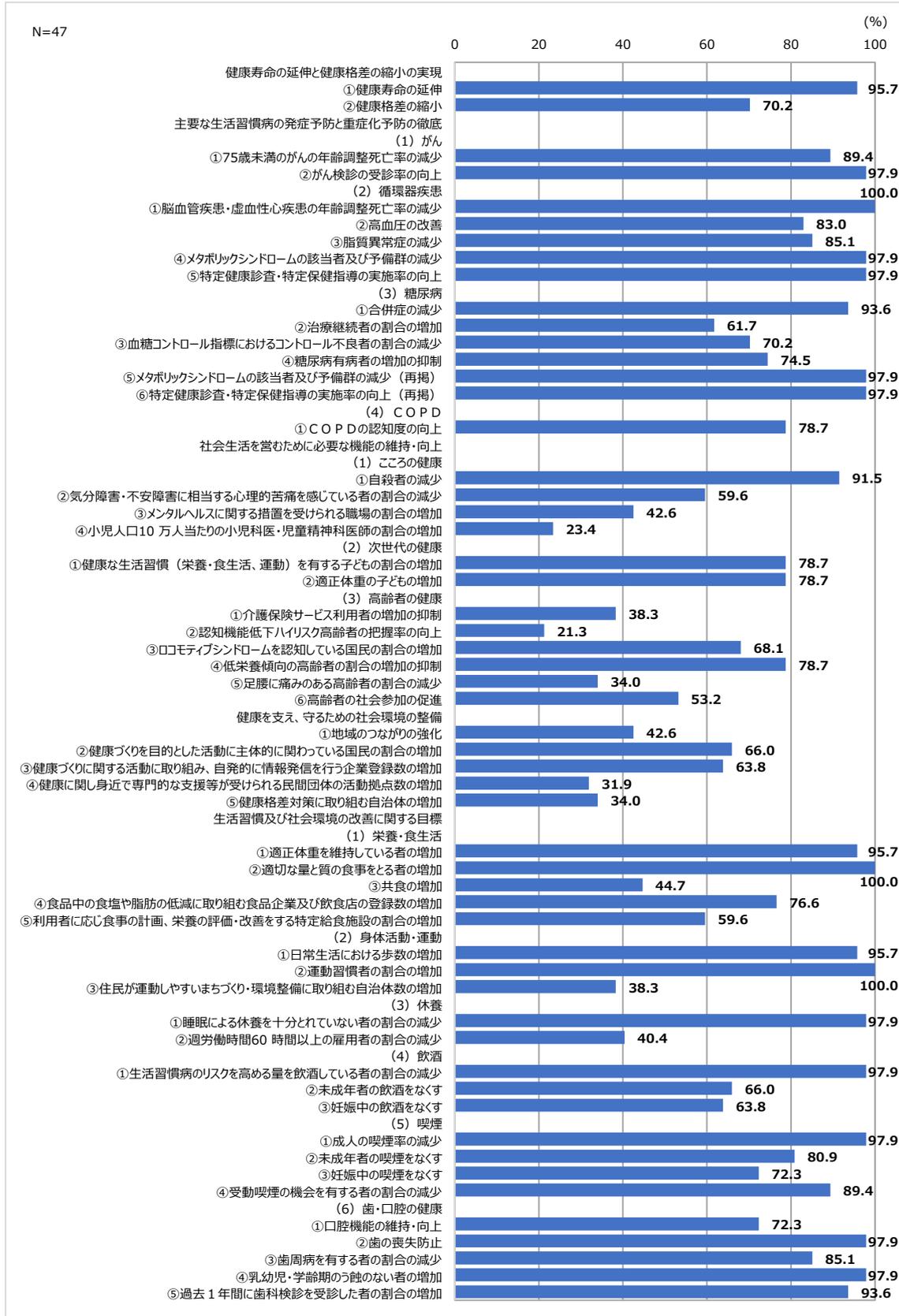
図 11：計画策定において重要だと考えた項目（最大 10 項目まで）（都道府県）



健康増進計画の目標として設定した項目について、全ての都道府県で目標設定された項目は、脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少、適切な量と質の食事をとる者の増加、運動習慣者の割合の増加の3項目であった。

このほか9割以上で設定された項目は、健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現については健康寿命の延伸（95.7%）、主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底についてはがん検診の受診率の向上（97.9%）、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（97.9%）、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（97.9%）、（糖尿病の）合併症の減少（93.6%）、社会生活を営むために必要な機能の維持・向上について自殺者の減少（91.5%）、生活習慣及び社会環境の改善に関する目標について適正体重を維持している者の増加（95.7%）、日常生活における歩数の増加（95.7%）、睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少（97.9%）、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少（97.9%）、成人の喫煙率の減少（97.9%）、歯の喪失防止（97.9%）、乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加（97.9%）、過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加（93.6%）であった。

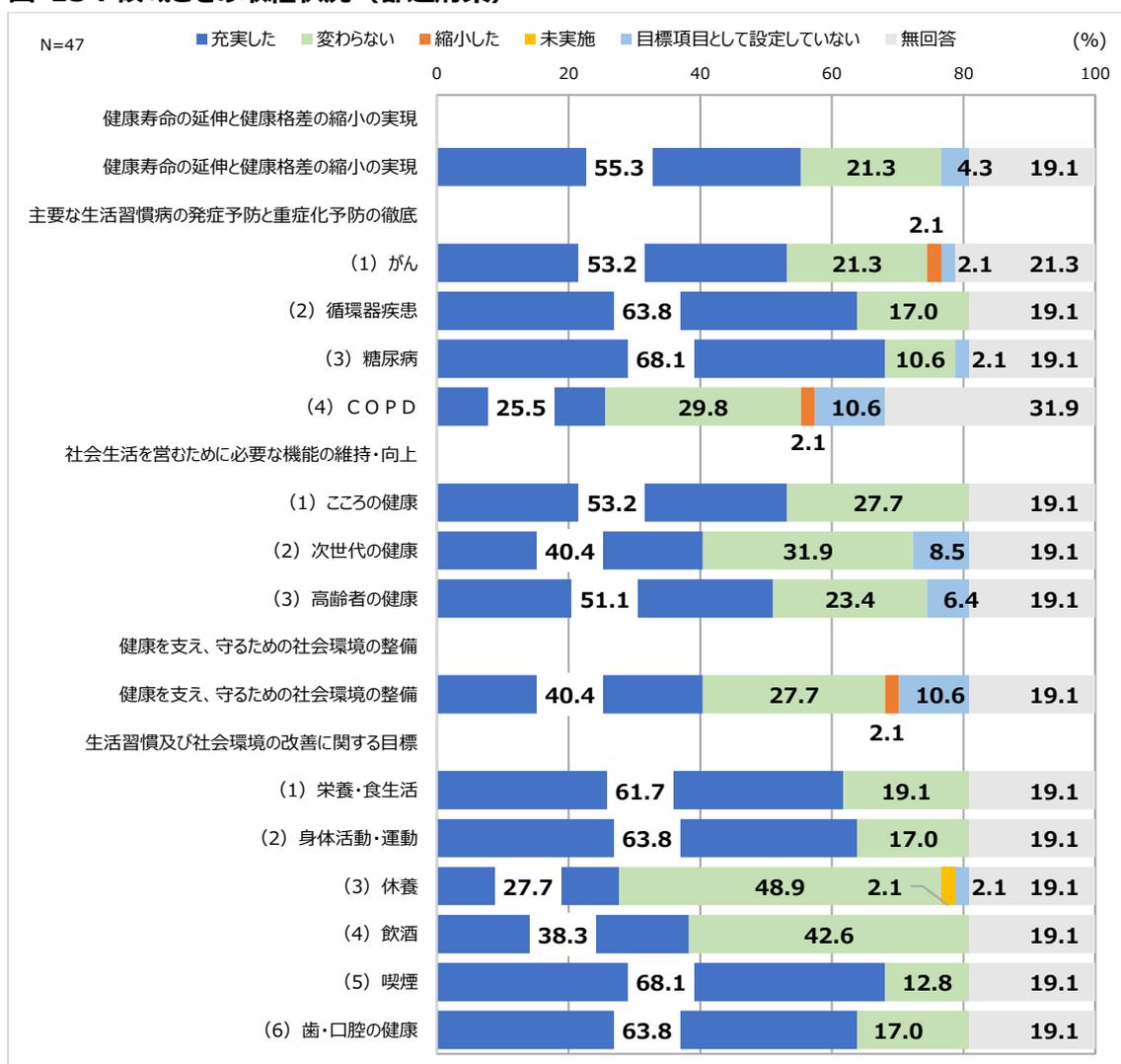
図 12 : 健康増進計画の目標として設定した項目（都道府県）



領域ごとの取組状況について、充実したと回答した割合が高かったのは、糖尿病（68.1%）、喫煙（68.1%）循環器疾患（63.8%）、身体活動・運動（63.8%）、歯・口腔の健康（63.8%）、栄養・食生活（61.7%）であった。

一方、充実したと回答した割合が5割を下回ったのは、COPD（25.5%）、休養（27.7%）、飲酒（38.3%）、次世代の健康（40.4%）、健康を維持支え、守るための社会環境の整備（40.4%）であった。

図 13：領域ごとの取組状況（都道府県）



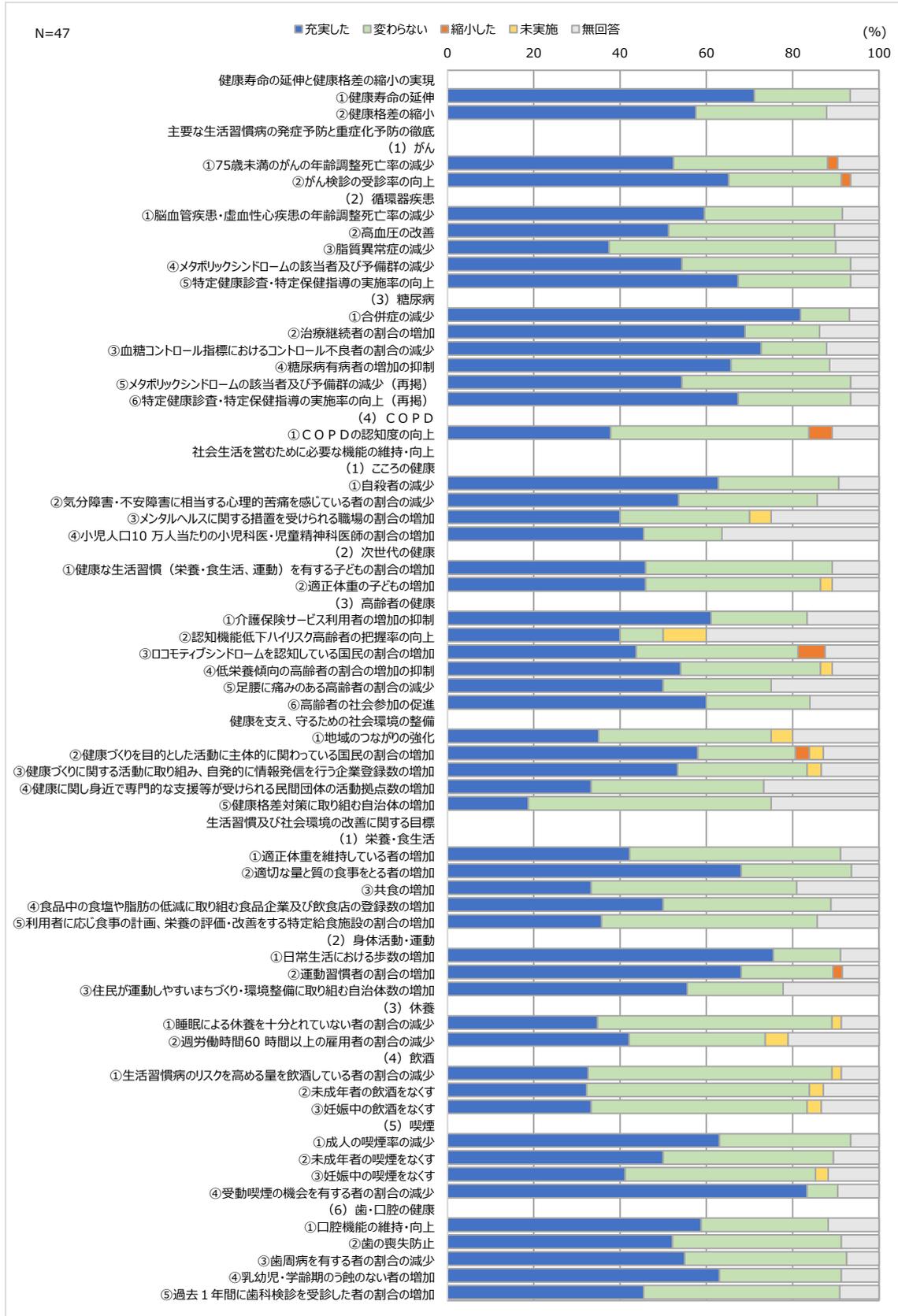
目標項目ごとの取組状況について、各項目を目標に設定した都道府県のうち、充実したと回答した割合が高かったのは、受動喫煙の機会を有する者の割合の減少（83.3%）、（糖尿病の）合併症の減少（81.8%）、日常生活における歩数の増加（75.6%）であった。

一方、充実したと回答した割合が3割を下回ったのは、健康格差対策に取り組む自治体の増加（18.8%）であった。

表 5 : 目標項目ごとの取組状況 (都道府県)

	割合(%)					実数 母数
	充実した	変わらない	縮小した	未実施	無回答	
健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現						
①健康寿命の延伸	71.1	22.2	0.0	0.0	6.7	45
②健康格差の縮小	57.6	30.3	0.0	0.0	12.1	33
主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底						
(1)がん						
①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少	52.4	35.7	2.4	0.0	9.5	42
②がん検診の受診率の向上	65.2	26.1	2.2	0.0	6.5	46
(2)循環器疾患						
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	59.6	31.9	0.0	0.0	8.5	47
②高血圧の改善	51.3	38.5	0.0	0.0	10.3	39
③脂質異常症の減少	37.5	52.5	0.0	0.0	10.0	40
④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	54.3	39.1	0.0	0.0	6.5	46
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	67.4	26.1	0.0	0.0	6.5	46
(3)糖尿病						
①合併症の減少	81.8	11.4	0.0	0.0	6.8	44
②治療継続者の割合の増加	69.0	17.2	0.0	0.0	13.8	29
③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少	72.7	15.2	0.0	0.0	12.1	33
④糖尿病有病者の増加の抑制	65.7	22.9	0.0	0.0	11.4	35
⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少(再掲)	54.3	39.1	0.0	0.0	6.5	46
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上(再掲)	67.4	26.1	0.0	0.0	6.5	46
(4)COPD						
①COPDの認知度の向上	37.8	45.9	5.4	0.0	10.8	37
社会生活を営むために必要な機能の維持・向上						
(1)こころの健康						
①自殺者の減少	62.8	27.9	0.0	0.0	9.3	43
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	53.6	32.1	0.0	0.0	14.3	28
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	40.0	30.0	0.0	5.0	25.0	20
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	45.5	18.2	0.0	0.0	36.4	11
(2)次世代の健康						
①健康な生活習慣(栄養・食生活・運動)を有する子どもの割合の増加	45.9	43.2	0.0	0.0	10.8	37
②適正体重の子どもの増加	45.9	40.5	0.0	2.7	10.8	37
(3)高齢者の健康						
①介護保険サービス利用者の増加の抑制	61.1	22.2	0.0	0.0	16.7	18
②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	40.0	10.0	0.0	10.0	40.0	10
③ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加	43.8	37.5	6.3	0.0	12.5	32
④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制	54.1	32.4	0.0	2.7	10.8	37
⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少	50.0	25.0	0.0	0.0	25.0	16
⑥高齢者の社会参加の促進	60.0	24.0	0.0	0.0	16.0	25
健康を支え、守るための社会環境の整備						
①地域のつながりの強化	35.0	40.0	0.0	5.0	20.0	20
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	58.1	22.6	3.2	3.2	12.9	31
③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加	53.3	30.0	0.0	3.3	13.3	30
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	33.3	40.0	0.0	0.0	26.7	15
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加	18.8	56.3	0.0	0.0	25.0	16
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						
①適正体重を維持している者の増加	42.2	48.9	0.0	0.0	8.9	45
②適切な量と質の食事をとる者の増加	68.1	25.5	0.0	0.0	6.4	47
③共食の増加	33.3	47.6	0.0	0.0	19.0	21
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	50.0	38.9	0.0	0.0	11.1	36
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	35.7	50.0	0.0	0.0	14.3	28
(2)身体活動・運動						
①日常生活における歩数の増加	75.6	15.6	0.0	0.0	8.9	45
②運動習慣者の割合の増加	68.1	21.3	2.1	0.0	8.5	47
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	55.6	22.2	0.0	0.0	22.2	18
(3)休養						
①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	34.8	54.3	0.0	2.2	8.7	46
②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	42.1	31.6	0.0	5.3	21.1	19
(4)飲酒						
①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	32.6	56.5	0.0	2.2	8.7	46
②未成年者の飲酒をなくす	32.3	51.6	0.0	3.2	12.9	31
③妊娠中の飲酒をなくす	33.3	50.0	0.0	3.3	13.3	30
(5)喫煙						
①成人の喫煙率の減少	63.0	30.4	0.0	0.0	6.5	46
②未成年者の喫煙をなくす	50.0	39.5	0.0	0.0	10.5	38
③妊娠中の喫煙をなくす	41.2	44.1	0.0	2.9	11.8	34
④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	83.3	7.1	0.0	0.0	9.5	42
(6)歯・口腔の健康						
①口腔機能の維持・向上	58.8	29.4	0.0	0.0	11.8	34
②歯の喪失防止	52.2	39.1	0.0	0.0	8.7	46
③歯周病を有する者の割合の減少	55.0	37.5	0.0	0.0	7.5	40
④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	63.0	28.3	0.0	0.0	8.7	46
⑤過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	45.5	45.5	0.0	0.0	9.1	44

図 14 : 目標項目ごとの取組状況 (都道府県)



特に力を入れて実施した取組について、「主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」に関連して、検診・健診の受診率向上に向けた取組、特定保健指導の実施率向上に向けた取組、糖尿病の重症化予防に関する取組、COPDに関する啓発・受診勧奨が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた。

表 6 : 「主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」に関する主な取組（都道府県・市区町村）

領域	内容	説明
(1) がん (2) 循環器疾患	検診・健診の受診率向上 ：受診しやすい検診（健診）環境	時間の拡大（夕方・休日検診の実施、個別検診の実施、メール予約・ウェブ予約の導入）
		費用負担の軽減（クーポン・助成（脳ドック等）、一部の無料化（女性のがん検診）、ワンコイン検診）
		検診車、会場までの送迎 胃内視鏡や低線量CT、エコー検査等選択肢を増やすことでの受診環境整備 インセンティブの付与（商品券、地域のポイント）
	検診・健診の受診率向上 ：個別の受診勧奨（コール・リコール）	はがき、電話、訪問 AIを活用した対象者の抽出 関係課との連携（国保等）
		協会けんぽとの連携（協会けんぽが発送している特定健診受診券に被扶養者向けのがん検診チラシを同封） 事業所との連携（健診（検診）に関する実態把握、事業所健診時の個別指導、事業所と連携したがん検診受診体制の整備、事業所での健康教育） ナッジ理論を踏まえた郵送物の内容の工夫
		検診・健診の受診率向上 ：特定の層へのアプローチ 若年世代、働き盛り世代・子育て世代、女性・妊産婦等に着目した健診環境の見直しや受診勧奨
	特定保健指導：対象者の抽出の工夫	健診結果やレセプト、KDBの活用（受診歴や服薬の確認等）
	特定保健指導：対象者の拡大	委託による体制強化（国保等の特定保健指導を医師会及び業者に委託し、これまで受けていなかった者にも特定保健指導を実施できる体制とした）
高血圧予防：減塩	実態・対象者把握（特定健診時に尿検査による推定食塩摂取量検査）	
(3) 糖尿病	対象者の抽出の工夫	KDBの活用（ハイリスク者の抽出）
	個別支援	-
	体制強化	医師会との連絡票を作成、CKD認定医育成
(4) COPD	受診勧奨・啓発	対象者を抽出しはがきを送付（国保特定健診受診者で喫煙歴がある者）
	COPD検診	COPD検診を開始

「社会生活を営むために必要な機能の維持・向上」に関連して、各分野に対して教室・講座・講演の実施が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた。

表 7 : 「社会生活を営むために必要な機能の維持・向上」に関する主な取組（都道府県・市区町村）

領域	内容	説明
(1) こころの健康	中高生へのアプローチ	SOSの出し方（教師側の受け止め方）に関する講座
	ゲートキーパー養成	-
	相談窓口の周知	-
(2) 次世代の健康	各分野の教室・講演	食育、肥満防止、生活リズム（早寝・早起き）、こころの健康、未成年飲酒防止、未成年喫煙防止、歯科
	親子へのアプローチ	スポーツイベント、クッキングイベント
(3) 高齢者の健康	生きがい・通いの場づくり	-
	フレイル予防	普及啓発、フレイル予防教室、体操やウォーキング
	オーラルフレイル予防	健診実施
	認知症	認知症簡易チェック、認知症サポーター養成、認知症サポーター医の増加

「健康を支え、守るための社会環境の整備」に関連して、事業所・企業との連携強化、健康になるまち・体制づくりが特に力を入れて実施した取組として挙げられていた。

表 8 : 「健康を支え、守るための社会環境の整備」に関する主な取組（都道府県・市区町村）

領域	内容	説明
健康を支え、守るための社会環境の整備	事業所・企業との連携	健康的な食事の提供、受動喫煙防止等の呼びかけ、連携したイベント、健康ポイント事業の実施、健康経営認定制度
	まちづくり	健康・スポーツのまち宣言、歩きやすい・運動しやすい環境づくり、市内連携のための会議体の組成、モデル地区を選定しての実態把握

「生活習慣及び社会環境の改善に関する目標」に関連して、各分野に対して教室・講座・講演の実施等の普及・啓発、当事者への支援の実施等が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた。

表 9 : 「生活習慣及び社会環境の改善に関する目標」に関する主な取組（都道府県・市区町村）

領域	内容	説明
(1) 栄養・食生活	中高生への教室	食育教室（カロリーバランス、ベジファースト）
	飲食店等企業との協働	健康的な商品のアピールや開発、地産地消の推進
	健康的なレシピの普及	野菜レシピ、減塩レシピ、朝食レシピ等の配布、コンテスト
	市民運動・スローガンによる広報	-
(2) 身体活動・運動	ウォーキングの推進	ウォーキングマップ、ウォーキングイベント、活動量計の配布
	ポイント・インセンティブ	歩数や活動量に応じたインセンティブ（商品券等）、スマホアプリの活用、セルフモニタリングの推奨
	体操の周知	ご当地体操の作成と周知
	骨粗鬆症対策	教室や口座の開催等普及啓発、骨量測定、受診勧奨
	市民運動・スローガンによる広報	-
(3) 休養	睡眠に関する普及啓発	事業所での健康教育
	産前産後～育児のメンタルヘルス対策	切れ目のない支援を実施する拠点の設置
(4) 飲酒	未成年者飲酒防止	中高生への啓発教室
	依存症患者への支援	自助グループ、家族会
(5) 喫煙	未成年者喫煙防止	中高生への啓発教室
	受動喫煙防止	喫煙防止区域の設定、店舗への啓発や禁煙に協力する店舗の認定、屋外分煙施設設置、条例の制定
	禁煙相談・禁煙教室	相談窓口や教室の実施、禁煙外来への女性、妊産婦や親に向けた啓発
(6) 歯・口腔の健康	歯周疾患検診の受診率向上	対象年齢拡大（若年者、妊産婦）、クーポン・一部の無料化（20歳）特定健診実施との連携（同時に実施、特定健診受診者にクーポンの送付）
	子どもへのアプローチ	幼児の歯科検診、幼稚園や小学校でのフッ化物洗口、フッ素塗布、ブラッシング指導
	歯科に関する知識の普及啓発	8020運動、歯周病と健康、フロスの普及

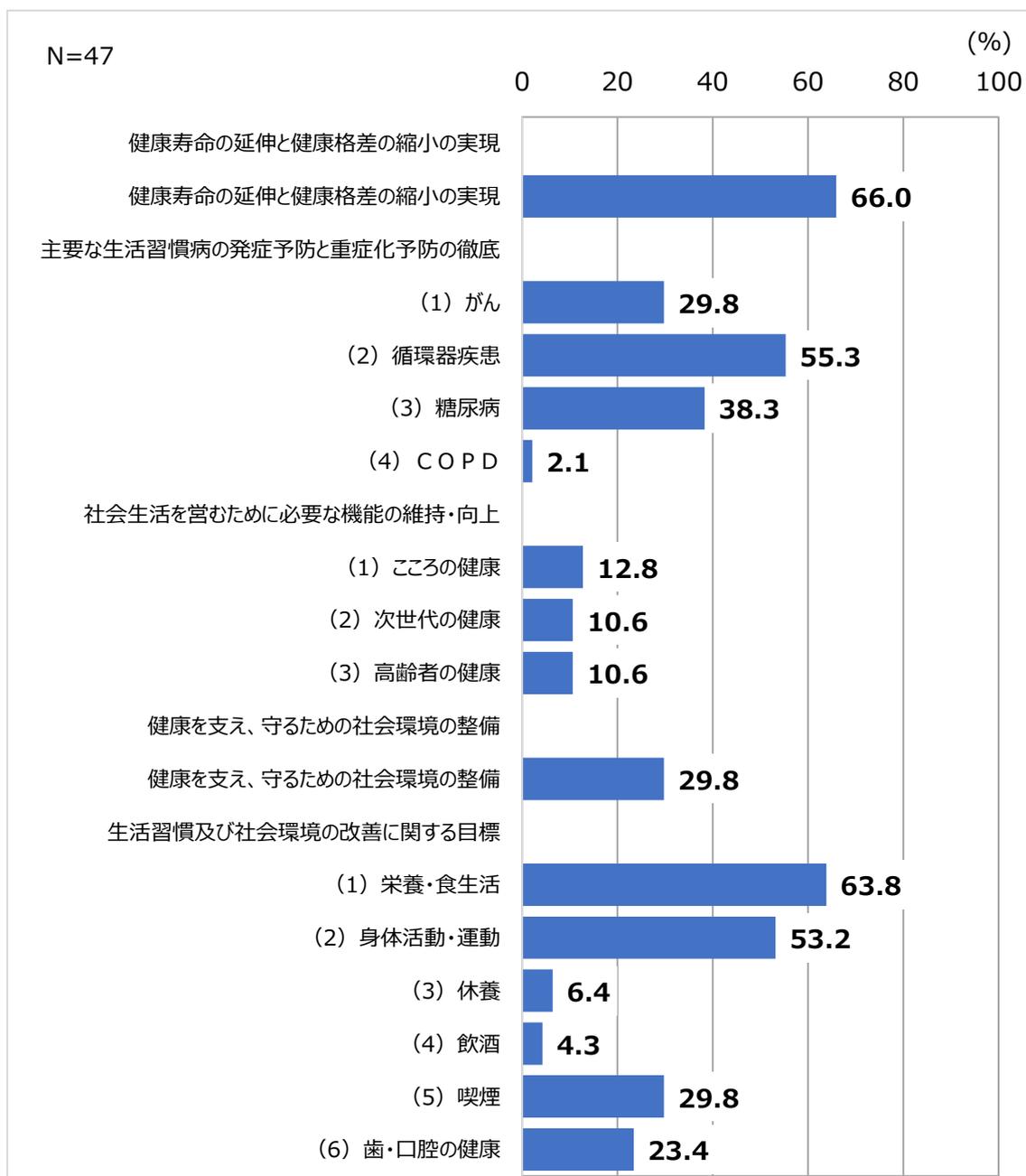
健康日本 21（第二次）の目標項目以外に、「働き盛り世代・職域への取組」「庁内で連携した取組」「大学と連携した取組」等が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた。

表 10：健康日本 21（第二次）の目標項目以外に関連した取組（都道府県・市区町村）

主な意見	内容の例
働き盛り世代・職域への取組	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病予防の取組みを働き盛り世代から行うことができるよう、企業に出向いておこなう出前健康講座、消防団健康教室を開催した。 比較的若い30代以降からの壮年期男性をターゲットに、商工会議所などの職域にも働きかけて対象者を募集しオンラインを取入れた健康教育や保健指導を実施している。 働き盛りの年代への対策として企業・団体と町とで協定の締結の推進を図り、企業等の健康宣言への取り組みを進めた。
庁内で連携した取組	<ul style="list-style-type: none"> 計画推進にあたり、市役所全庁横断的に組織した推進プロジェクトや市民関係機関ワーキングで計画の進捗状況を確認しながら全体の底上げしてきた。 母子保健計画を一体的に取り込むことで、子どもの健康、こころの健康（産後うつや育児不安）、歯・口腔の健康の母子分野の取組と運動して取り組んでいる。 生活習慣病の重症化予防では、…（中略）…重症化予防保健指導を強化した。その推進の中で、庁内の関係課と連携し、若い頃からの予防・健康づくりの推進と、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施などを総合的に予防・健康づくりを進める体制づくりができた。
大学と連携した取組	<ul style="list-style-type: none"> 健康寿命の延伸に向けた取組に関する協定を大学と締結し、市の特徴や傾向、原因の分析を行った。 大学と包括的連携協定を締結し、ウォーキングや筋力トレーニングの普及啓発に力を入れました。 町内の大学と連携して健康教育を実施した。 肝疾患対策として、…（中略）…大学のセンターの医師による肝炎データ分析、講演、個別相談を実施し、肝炎受検率の向上と肝疾患死亡数の減少を目指した。 大学、保健所と連携したアンケート調査。

今後重点的に取り組みたい領域（最大 5 項目まで選択）について、栄養・食生活と回答した割合が 63.8%と最も大きく、次いで健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現が 66.0%、循環器疾患が 55.3%、身体活動・運動が 53.2%であった。

図 15：今後重点的に取り組みたい領域（最大 5 項目まで選択）（都道府県）



健康増進の取組を進めるに当たっての課題・改善点として、「健康格差の縮小」「健診・検診受診率の向上」「無関心層の行動変容」「働き盛り世代・職域に向けた取組」、「分野横断的取組・連携の強化」「データの活用」「適切な指標設定・評価」「機運の醸成」が主な内容として都道府県から挙げられた。

表 11：健康増進の取組を進めるに当たっての課題・改善点（都道府県）

主な意見	内容の例
健康格差の縮小	<ul style="list-style-type: none"> 平均寿命、健康寿命の男女格差、圏域格差。 健康格差の要因としては、所得や教育、職業等の様々な要因があると思われるが、それらを把握し施策として取組んでいくことがとても難しいことだと感じた。 健康格差の縮小に向けたモニタリング・具体的な事業展開ができていない。
健診・検診受診率の向上	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査、がん検診の受診率等の一層の向上 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、がん検診受診率が低下していることから、早期に発見できたはずのがんが進行した状態で発見される事例が増えているという報告がある。死亡率の減少を目指す上でも、がん検診の受診率をコロナ前の状況に回復させる必要がある。
無関心層の行動変容	<ul style="list-style-type: none"> 健康無関心層へいかにして効果的にアプローチしていくかが課題。 無関心層を含めた県民の行動変容につながるような取組が必要である。 キャンペーンや資料配付、セミナー形式等による普及啓発は、主に健康に関心がある層には有効であるが、無関心層にメッセージを届けることは難しく、そのこと自体が健康格差を広げてしまうことにも繋がりがねないと感じた。その改善のためには、自然に健康行動につながる環境を作ることが必要と考える。
働き盛り世代・職域に向けた取組	<ul style="list-style-type: none"> 若年層、働き盛り世代への健康意識の醸成、健診への受診勧奨、生活習慣病対策等の対策を行っているが、なかなか成果が出ていない。 行政の働きかけが届きにくい20歳代～60歳未満の住民に対して、健康増進を進めることが必要であることから、職域との連携が必要と感じながらも、なかなか進まないことは課題と感じている。
分野横断的取組・連携の強化	<ul style="list-style-type: none"> 目標が多岐に渡り、関係各課との連携は必須。 行政だけでなく、保険者や企業が主体となる取組等ともより連携を進め、多方面からあらゆる世代へ健康づくりにつながるアプローチが必要である。 医療保険者からデータ提供の協力が得にくい。得られたとしても限定的で、手続きが困難である。
データの活用	<ul style="list-style-type: none"> 経年評価や都道府県比較ができるデータが少ない。全保険者を含む市町村や都道府県データがKBDデータのように閲覧できるとよい。 区市町村支援のために必要な調査が少ない。 関連データが膨大で、有効に活用しきれない可能性がある。 国データの更新の間隔があいているため、施策の効果を図りにくい。
適切な指標設定・評価	<ul style="list-style-type: none"> 1年ごとに施策を評価・分析しPDCAを回していく際の評価指標の設定が難しい。…（中略）…数年おきの調査や、事業の成果が結果として見えてくるのが数年後となるものもあるため事業の評価が行いにくい。 評価の視点からは、数値が把握できなくなった（一時的な調査だった、調査がなくなった等）ためにデータソースの変更を行ったものがあつたため、確実かつ効果的に評価できる項目を設定したい。 指標の変動に対し、社会情勢や年齢構成などの要因の影響度、行政施策の寄与度の判定が困難であり、実施している施策に効果があるのか評価ができない。 モニタリングや中間評価で改善できていない指標に結び付くような対策を講じようにも、各機関・団体の優先課題が同じではないため、指標の設定も難しい。
機運の醸成	<ul style="list-style-type: none"> 地域における課題の優先度や担当者の経験値、視点等、それぞれに特徴を持った取組が進められている一方で、一体感が薄れてきたと感じる。 市町の取組の底上げ等のための全県的な機運醸成 11年間の長期計画であり、計画策定時の考え方や目標項目の設定方法、関連施策の紐づけについて等、担当者が変わることに認識が薄れていくことを感じた。特に、関連部署等では、各取組における本計画との関連性の認識が薄れてしまう。…（中略）…記録・引継ぎを行っていく必要性があるとともに、毎年度の進捗管理及び中間評価による見直しが必要だと感じた。

次期健康増進計画策定に当たって国に求める支援として、「データ提供の内容や仕組みの改善」「取組のエビデンス・事例の提供」「技術的支援・助言」「指標の考え方の共有」「財政的支援」が主な内容として都道府県から挙げられた。

表 12：次期健康増進計画策定に当たって国に求める支援（都道府県）

主な意見	内容の例
データ提供の内容や仕組みの改善	<ul style="list-style-type: none"> 国民健康栄養調査の各都道府県データについて、…（中略）…各都道府県においてn数を単年度でも分析可能なくらいの標本数にできるようにいただきたい。 計画策定のための数値・データソースは、NDBオープンデータなど公表されているもので示して頂きたいと考えます。（NDBオープンデータ等であれば、都道府県比較も可能であるため） NDBオープンデータにおける保健所圏域・市町村ごとのデータ提供。 各種調査の目的外使用の手続きを簡素化してほしい。 例えば特定健診・特定保健指導の集計分析結果を活用できる形で提供いただくなど、既存のデータを活用できる仕組みを作ってください。
取組のエビデンス・事例の提供	<ul style="list-style-type: none"> 自然に健康行動につながる環境づくりについて、エビデンスや事例の集積と提供をお願いしたい。 コロナ禍における生活習慣の変化などに関する調査を実施していただき、できるだけ細かな粒度で調査データを提供いただきたい。 行動変容に有効な施策の事例提供。
技術的支援・助言	<ul style="list-style-type: none"> データを使っての施策立案に対し、国のバックアップをいただきたい。 健康寿命の延伸等、各指標について要因分析の支援 評価のための、統計学的検定を行うツールの提供をお願いしたい。 都道府県計画策定時、中間評価時、最終評価時等の節目に厚生労働省職員の派遣等があり御助言いただけるとありがたい。
指標の考え方の共有	<ul style="list-style-type: none"> 健康日本21（第二次）の最終評価の実施方法や次期計画策定に向けた健康づくり施策の取組の方向性、目標項目設定の考え方や手法等、わかりやすく伝えていただける機会を提供していただきたい。 個別目標項目ごとの、目標数値の設定の考え方、設定根拠、設定方法（算出のための計算式等）を示していただきたい。 特に新型コロナウイルス感染症の影響を受けた項目の最終評価の手法については、早い時期に御教示いただきたいです。
財政的支援	<ul style="list-style-type: none"> 計画策定にあたって、県民健康調査などを行うための予算措置が欲しい。 健康増進計画目標達成に向けた事業補助（都道府県の健康課題に応じて柔軟に対応いただけるもの） 地域における健康格差の把握および是正にかかる経費等の財政的支援をお願いしたい。 事業所、企業等が地域の県民に向けて健康増進事業をさらに促進する取組をされる場合に、積極的な助成金を準備してほしい。

健康づくり運動計画はどのように役立ったかについて、「指標を示したことで、評価や事業推進の意識や体制が改善された」「関係者の意識が向上した・健康増進の優先度が上昇した」「個人への取組だけでなく、社会環境の整備の重要性を意識した」等の意見が都道府県から挙げられた。

表 13：健康づくり運動計画はどのように役立ったか（都道府県）

主な意見	内容の例
指標を示したことで、評価や事業推進の意識や体制が改善された	<ul style="list-style-type: none"> 目標値の設定、評価のための専門委員会を設置し、指標をモニタリングしながら評価するようになった。 全国的な指標との比較ができ、本県の健康格差対策を意識しながら施策の計画策定、施策の遂行ができた。 指標をモニタリングし評価するようになり、各施策の取組を行っていく上で、計画に位置付けた客観的データを基に事業展開を進めるようになった。 指標をモニタリングし、評価するようになったことで、計画と健康増進施策をしっかりと結び付けて考えるようになった。 市町村や関係機関においても、目標指標を掲げ、PDCAを意識して取組を行うところが増えた。
関係者の意識が向上した・健康増進の優先度が上昇した	<ul style="list-style-type: none"> ●行政 <ul style="list-style-type: none"> 政策全体の中で、健康寿命や健康格差を意識するようになった。 本県の政策全体の中で健康づくりの優先度が上がった。 ●関連機関・民間団体・企業 <ul style="list-style-type: none"> 県や市町村、事業所等の長により健康宣言が実施され、各団体での健康づくりの推進につながった。 関係機関と連携して健康づくり施策を推進（研修会、協議会等）できるようになった。 職域等へも健康づくりの必要性の理解が進んだ。 ●住民 <ul style="list-style-type: none"> 平成12年の健康日本21策定時にはヘルスプロモーションの考え方に基づき、住民が計画策定に参画することにより「健康づくり施策」を主体的に考えることができるきっかけとなったと思う。計画をきっかけとしいろいろな住民グループが立ち上がり、主体的に健康づくりに取り組むようになったことは素晴らしい。 計画を策定し目標を掲げて中長期的な取組を進めてきたことにより健康づくりに対する県民の意識が向上した。
個人への取組だけでなく、社会環境の整備の重要性を意識した	<ul style="list-style-type: none"> 個人の生活習慣の改善だけでなく、環境の整備を合わせた健康増進対策の考え方が進み、個人の健康づくりを支援する社会環境づくりが進んだ。 健康づくり施策を進める上で、普及啓発だけでなく、インセンティブ事業や健康な職場づくりの推進等、環境面の整備に向けた取り組みの推進に繋がった。

今後の健康づくり運動計画はどうあるべきかについて、「無関心層を含め、だれもが自然に健康になれる環境づくりを重視する」「働き盛り世代・職域への取組を重視する」「コロナウイルス感染症流行を踏まえた健康増進の在り方を示す」等の意見が都道府県から挙げられた。

表 14：今後の健康づくり運動計画はどうあるべきか（都道府県）

主な意見	内容の例
無関心層を含め、だれもが自然に健康になれる環境づくりを重視する計画	<ul style="list-style-type: none"> 健康無関心層を取り残さないよう、社会全体で健康づくりに取組む機運の醸成や環境整備に力を入れていく必要があると考える。 平成12年と比べると、住民間の格差は拡大しており、考え方は多様化している。社会環境を整備することで、幅広い住民や多様な考え方の層に働きかけて行く必要がある。 個人の努力だけではなく、自治体、地域、団体、企業はもちろん民間の力、社会環境が一体的に取り組んでいく気運の醸成が必要。…（中略）…健康部局を超えた環境づくりプロジェクトとして国が方針を示してほしい。
働き盛り世代・職域への取組を重視する計画	<ul style="list-style-type: none"> やはり働き盛り世代への対策を重点的に考えるべきであり、とりわけ職域での取組推進につながる方向性を明確にしていくべきである。 今後は職域との連携を強化し、行政のみではアプローチしにくい世代への働きかけを強化するため、必要な予算を確保しながら、県が取り組むべき「健康づくり」事業のあり方や成果、ゴールを見据えて取り組んでいかなくてはならない。
コロナウイルス感染症流行を踏まえた健康増進の在り方を示す計画	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染拡大に伴い懸念される健康課題とその対策の明記が必要と考える。 今回の新型コロナウイルス感染症パンデミックのような状況が今後も起こることを前提とした「日々の健康づくり」の必要性等が盛り込まれるとよいと考える。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の医療の確保に関する法律の施行以降、地域保健と職域保健（医療保険）の役割分担が生じているが、被扶養者など隙間が生じないような施策が国レベルで必要。 関係省庁や関係機関との連携の方向性（どことどのように連携するのか）についてお示し頂きたい。 データヘルス計画など、医療保険の計画との2本立ては、県・市町村の負担となっている。健康施策と医療保険側の施策の取組を一体化して欲しい。 各種計画と整合性を図り、目標項目をスリム化する。 都道府県を含む健康・栄養調査の実施方法の見直し（コロナ禍で中止となったことを教訓に、ビッグデータの活用検討や食事調査方法の見直し、ITの更なる活用等）。 言葉の認知度については、10年計画では言葉自体が古いものとなったり、より広義の言葉のほうが重要となったりするため、指標としないほうがよいのではないか。（例：ロコモ→今はより広義のフレイルのほうが重要では）

2 市区町村調査

(1) 健康増進計画の策定状況

市区町村においては、調査に回答した 1,369 市区町村のうち、1,289 市区町村で健康増進計画が策定されていた。これは、全 1,741 市区町村のうち 74.0%にあたる。なお、健康日本 21 最終評価においては、全 1,750 市区町村のうち、76%にあたる 1,333 市区町村で健康増進計画が策定された。

表 15：健康増進計画策定状況（市区町村）

	策定数（割合）
市区町村（全 1,741 市区町村）	
令和 3（2021）年 7 月 31 日時点	1,289（74.0%）
（参考値）令和 3（2021）年 7 月 31 日時点 未策定	80（4.6%）
（参考値）調査未回答	372（21.4%）

表 16：自治体における健康増進計画策定状況（健康日本 21 最終評価）

	策定数（割合）
都道府県（全 47 都道府県）	47（100.0%）
市区町村（全 1,750 市区町村）	
平成 18（2006）年 7 月 1 日時点	1,001（54%）
平成 22（2010）年 12 月 1 日時点	1,333（76%）

出典：「健康日本 2 1」最終評価（平成 23 年 10 月 健康日本 2 1 評価作業チーム）

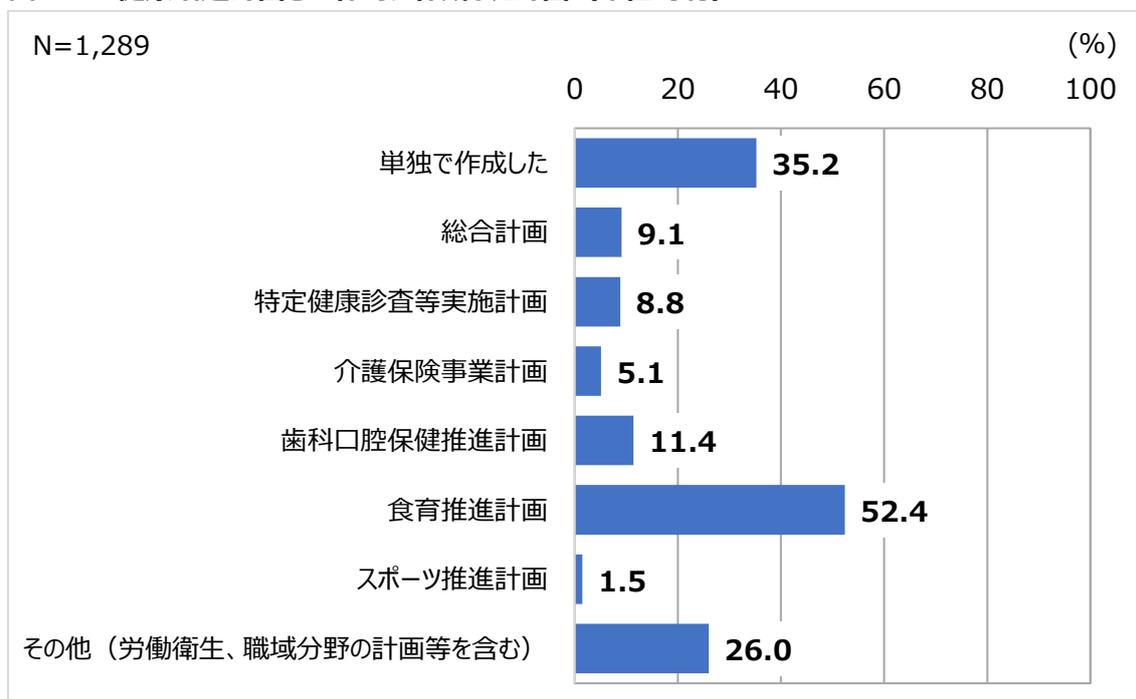
調査に回答した 1,369 市区町村のうち、市町村健康増進計画を作成していると回答した割合は 94.2%であった。

図 16：健康増進計画の策定状況（市区町村）



市町村健康増進計画を作成していると回答した 1,289 市区町村のうち、健康増進計画と一体的に作成した計画について、食育推進計画と回答した割合が 52.4%と最も大きかった。単独で作成したと回答した割合は 35.2%であった。

図 17：健康増進計画と一体的に作成した計画（市区町村）



作成した計画を市区町村のホームページで公開していると回答した割合は 78.0%であった。



健康増進計画の策定と評価の状況について、健康増進計画の評価を行う体制があると回答した割合は 94.2%（前回 60%）、これまでに中間評価を行ったと回答した割合は 74.0%（前回 45%）、中間評価等の評価を踏まえ、計画の見直しを行ったのは 63.1%であった。

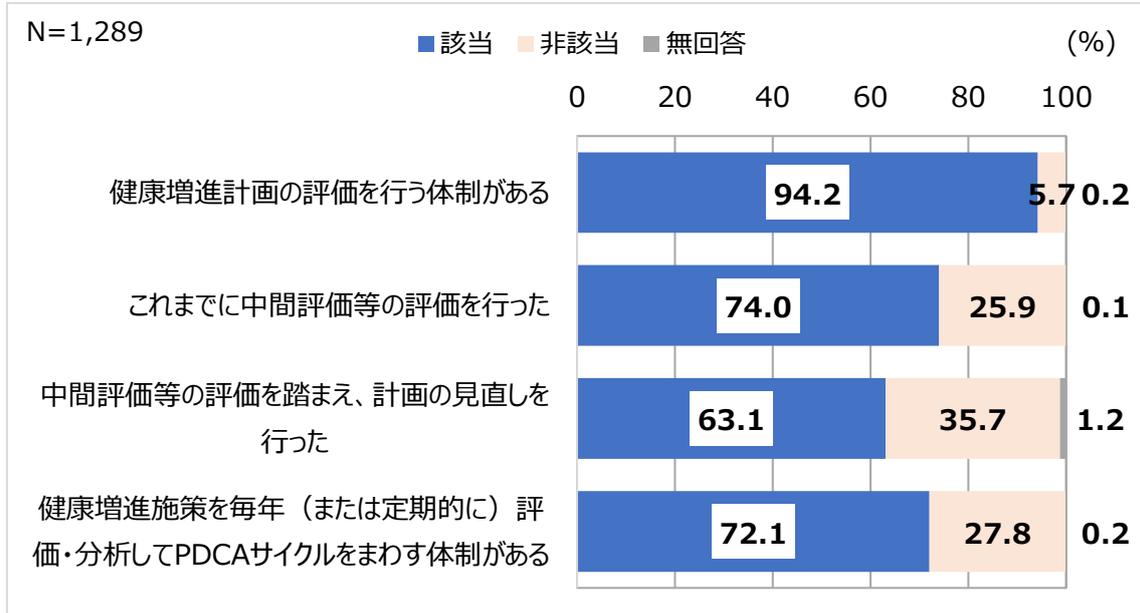
また、健康増進施策を毎年（または定期的に）評価・分析して PDCA サイクルをまわす体制があると回答した割合は 72.1%であった。

令和3（2021）年7月31日時点で市区町村が健康増進計画を策定していない理由として、「マンパワーの不足（優先度が低い）」「他計画で代替しているため」といった理由が挙げられた。

表 17：計画を策定していない理由（市区町村）

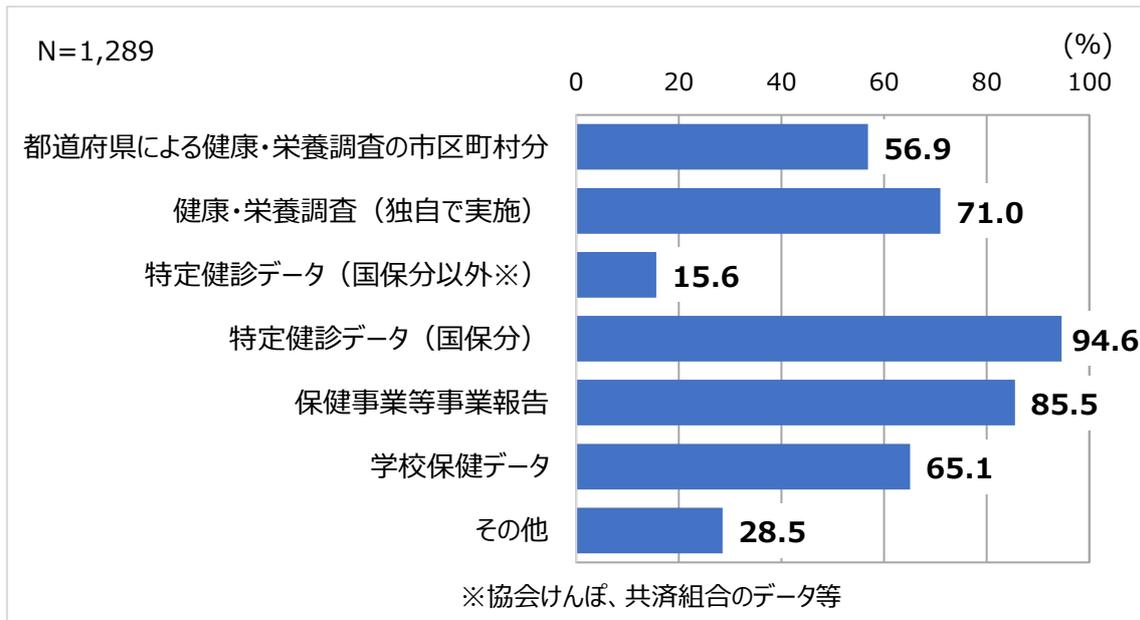
主な意見	内容の例
マンパワーが不足しているため （優先度が低い）	<ul style="list-style-type: none"> • 人の入れ替わりにより、組織体制づくりや住民サービスの安定した提供を優先し、計画策定までの余力がなかったため。 • 調査分析等の人的、時間的余裕がないため策定できていない。 • 他の計画策定、事業実施のなか業務多忙かつ努力義務なため。 • 推進体制や予算等が確立されていないため。
他計画で代替しているため	<ul style="list-style-type: none"> • 町の総合計画の中に健康に関する記載もあるため。 • 他の計画と一体的に作成とまではいかないが、データヘルス計画や介護保険事業計画等、健康増進に関わる部分が盛り込まれている計画もあり、マンパワー的にも健康増進計画を作成することが難しいため。 • 以前は作成していたが、国保のデータヘルス計画とデータや目標が重複するため、データヘルス計画の一本化とした。 • 他の計画で町の健康状態の把握や循環器疾患の対策、がんの対策、心の健康、歯科保健事業について取組を行っているため。
今後策定する予定	<ul style="list-style-type: none"> • 今年度、策定中。 • その他計画と整合性を図り来期より策定したい。

図 18 : 健康増進計画の策定と評価の状況 (市区町村)



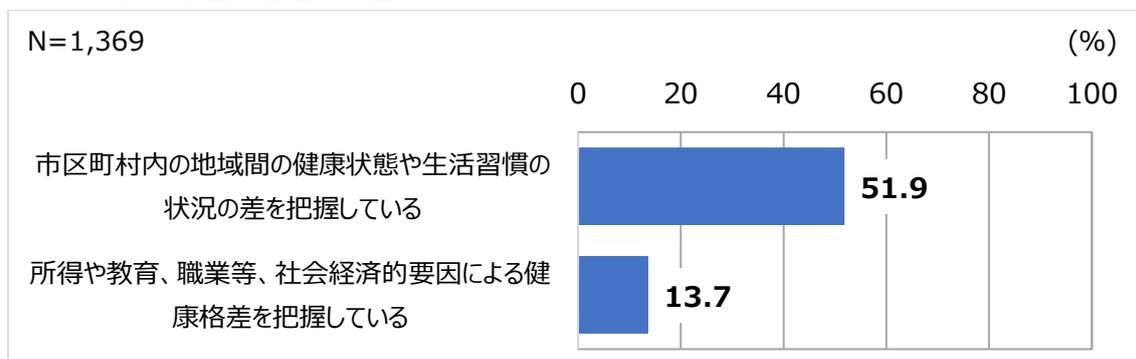
健康増進計画の策定・評価に用いているデータについて、特定健診データ (国保分) と回答した割合が 94.6%と最も大きく、次いで保健事業等事業報告と回答した割合が 85.5%、健康・栄養調査 (独自で実施) と回答した割合が 71.0%であった。

図 19 : 健康増進計画の策定・評価に用いているデータ (市区町村)



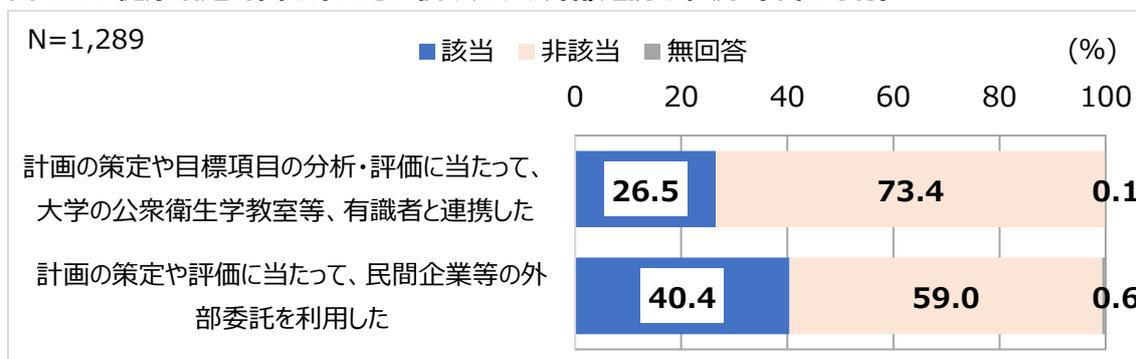
なお、調査に回答した 1,369 市区町村において、市区町村内の地域間の健康状態や生活習慣の状況の差を把握していると回答した割合は 51.9%、所得や教育、職業等、社会経済的要因による健康格差を把握していると回答した割合は 13.7%であった。

図 20 : 健康格差の把握 (市区町村)



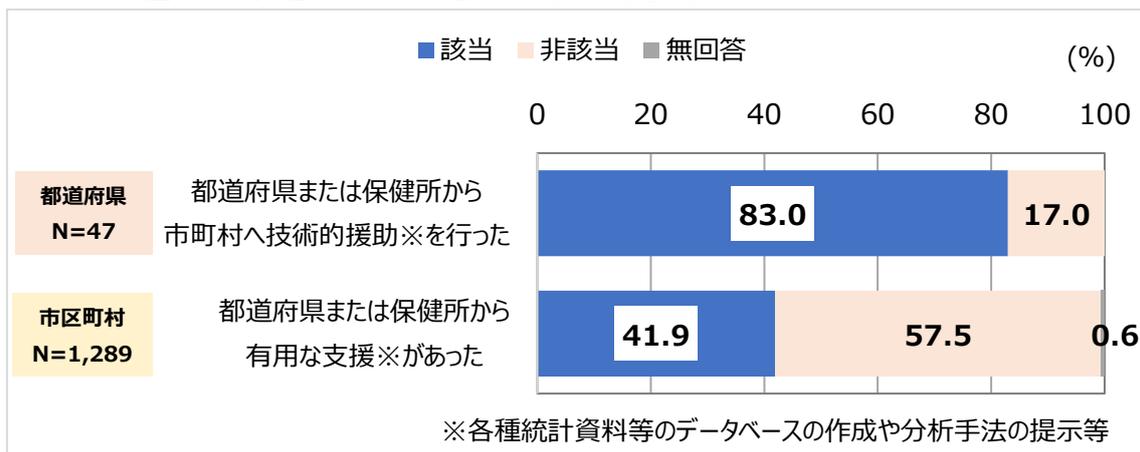
市町村健康増進計画を作成していると回答した 1,289 市区町村のうち、健康増進計画の策定と評価のための外部連携の状況について、計画の策定や目標項目の分析・評価に当たって、大学の公衆衛生学教室等、有識者と連携したと回答した割合は 26.5%、計画の策定や評価に当たって、民間企業等の外部委託を利用したと回答した割合は 40.4%であった。

図 21 : 健康増進計画の策定と評価のための外部連携の状況 (市区町村)



市区町村の計画策定に向けた支援の状況について、市区町村が、都道府県または保健所から有用な支援があったと回答した割合は41.9%であった。一方、都道府県を対象とした調査において、都道府県が、都道府県または保健所から市区町村へ技術的援助を行ったと回答した割合は83.0%であった。

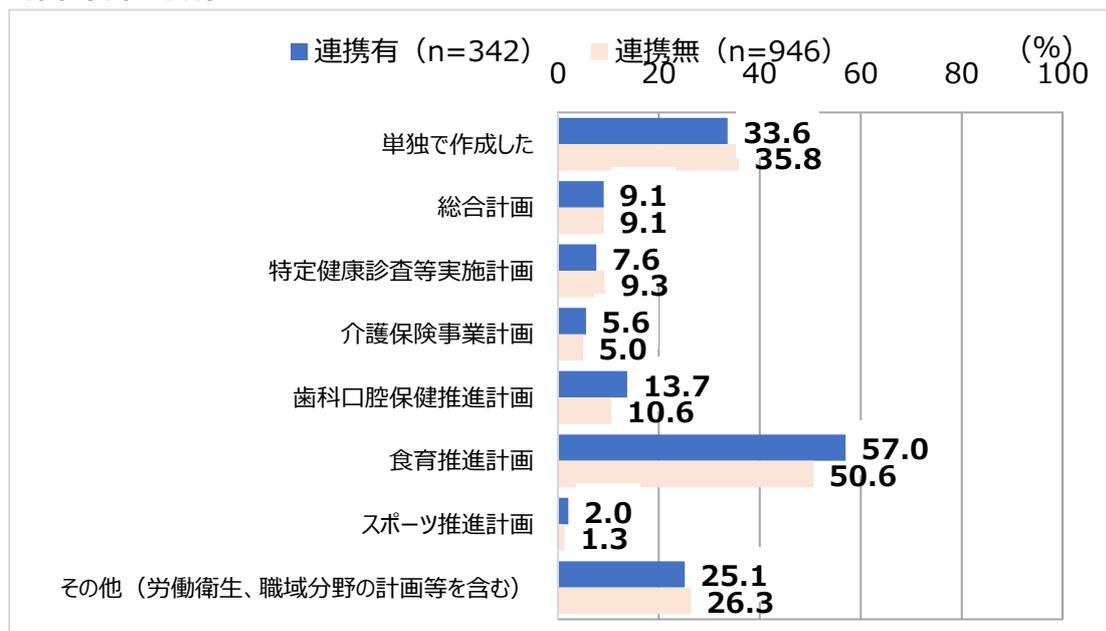
図 22 : 市区町村の計画策定に向けた支援の状況 (再掲)



(参考集計) 外部連携の状況別の計画策定状況、連携状況

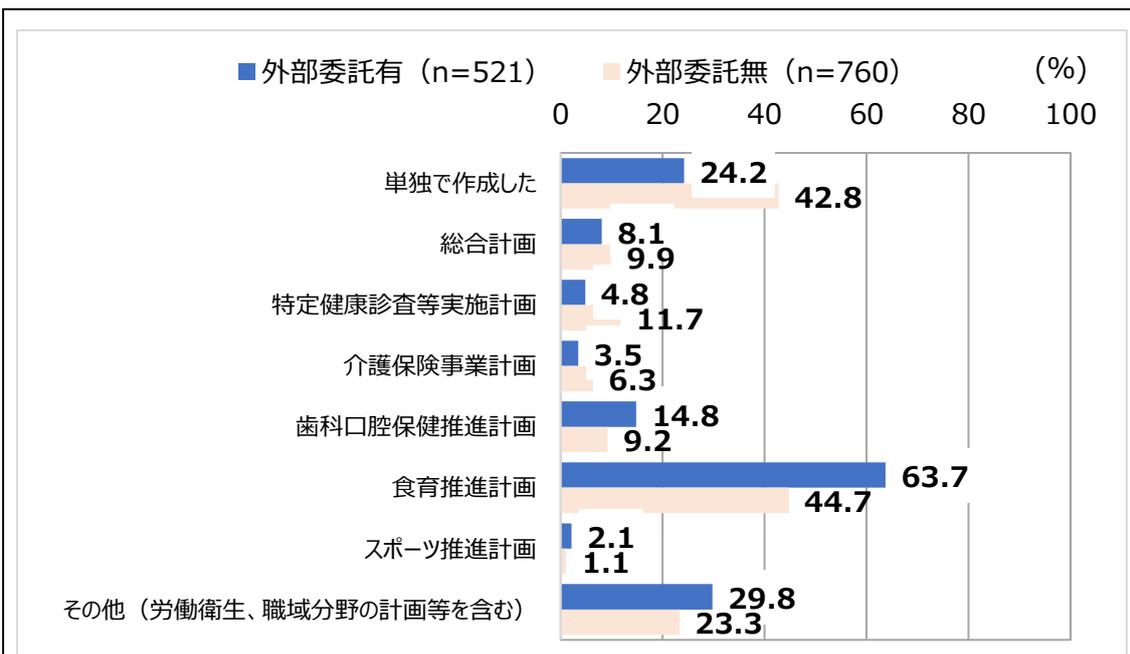
外部連携の状況について、有識者との連携の有無、外部委託の有無別に一体的に作成した計画を見ると、計画の策定や評価において有識者と連携した市区町村とそうでない市区町村間では、いずれの項目についても 10 ポイント未満の差であった。

図 23 : 計画の策定と評価における有識者との連携有無別 健康増進計画と一体的に作成した計画 (市区町村)



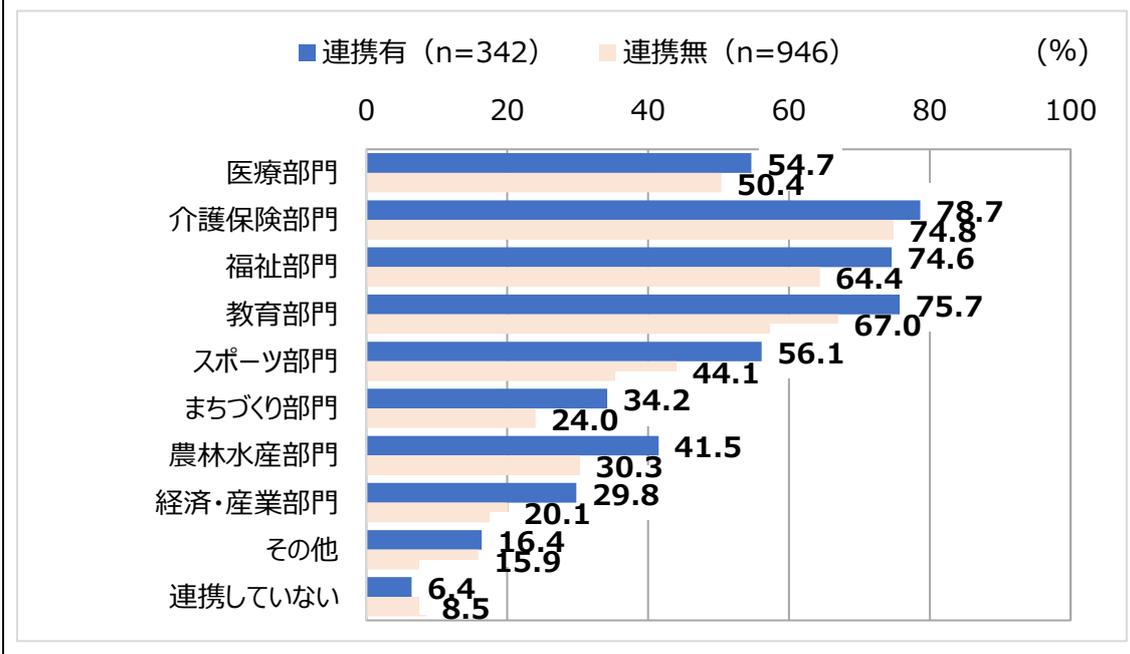
計画の策定や評価において外部委託を利用した市区町村は、計画を単独で作成したと回答した割合が 24.2%と、外部委託を利用していない市区町村の 42.8%に比べ、18.6 ポイント高かった。

図 24 : 計画の策定と評価における外部委託の有無別 健康増進計画と一体的に作成した計画 (市区町村)



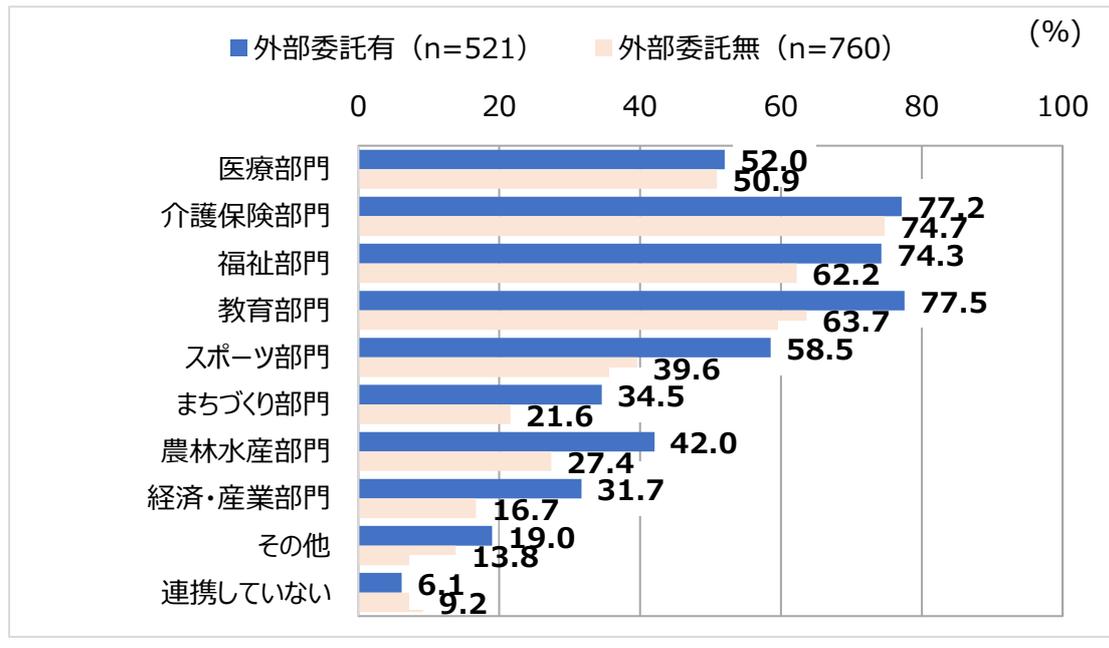
外部連携の状況について、有識者との連携の有無、庁内で連携して施策を行った部門を見ると、計画の策定や評価において有識者と連携した市区町村は、そうでない市区町村に比べ、福祉部門、スポーツ部門、まちづくり部門、農林水産部門と連携したと回答した割合が10ポイント以上高かった。

図 25 : 計画の策定と評価における有識者との連携有無別 庁内で連携して施策を行った部門 (市区町村)



計画の策定や評価において外部委託を利用した市区町村は、そうでない市区町村に比べ、医療部門、介護保険部門以外の部門と連携したと回答した割合が10ポイント以上高かった。

図 26 : 計画の策定と評価における外部委託の有無別 庁内で連携して施策を行った部門（市区町村）



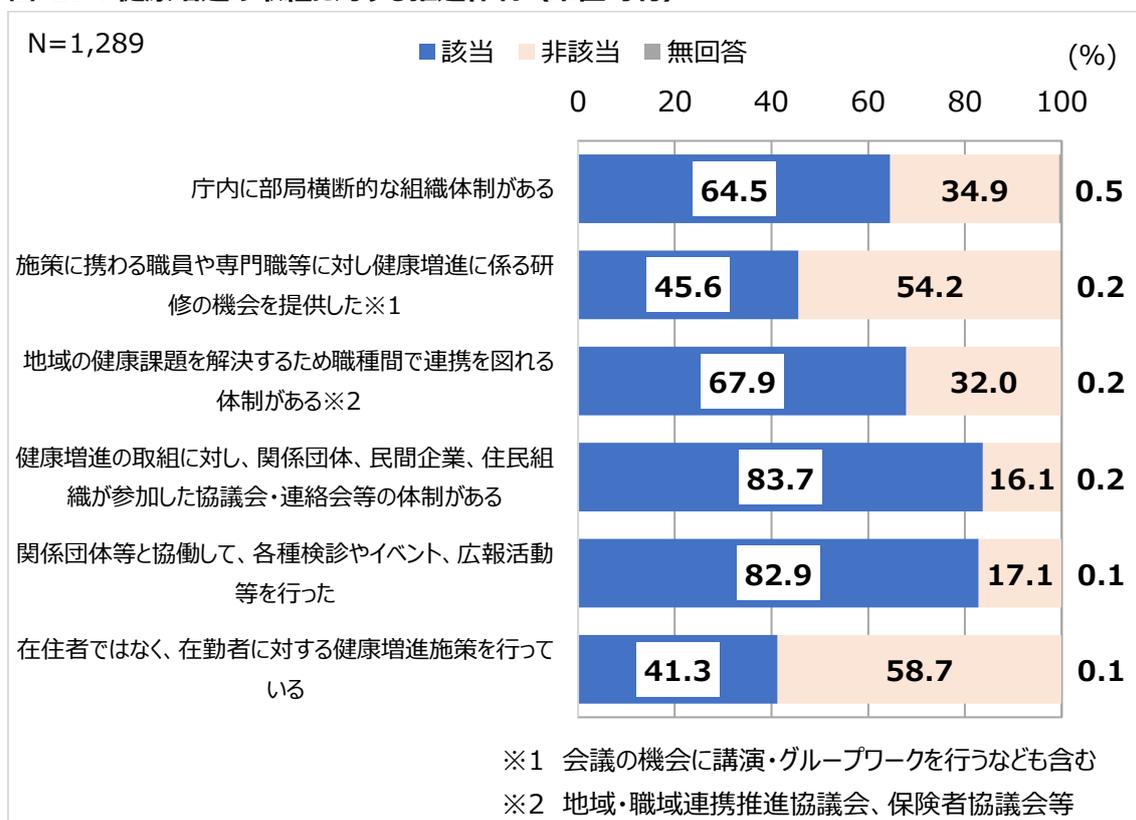
(2) 健康増進施策の取組状況

健康増進の取組に対する推進体制について、庁内に部局横断的な組織体制があると回答した割合は64.5%（前回25%）、施策に携わる職員や専門職等に対し健康増進に係る研修の機会を提供したと回答した割合は45.6%、地域の健康課題を解決するため職種間で連携を図れる体制があると回答した割合は67.9%であった。

健康増進の取組に対し、関係団体、民間企業、住民組織が参加した協議会・連絡会等の体制があると回答した割合は83.7%（前回67%）、関係団体等と協働して、各種検診やイベント、広報活動等を行ったと回答した割合は82.9%であった。

また、在住者ではなく、在勤者に対する健康増進施策を行っているという回答した割合は41.3%であった。

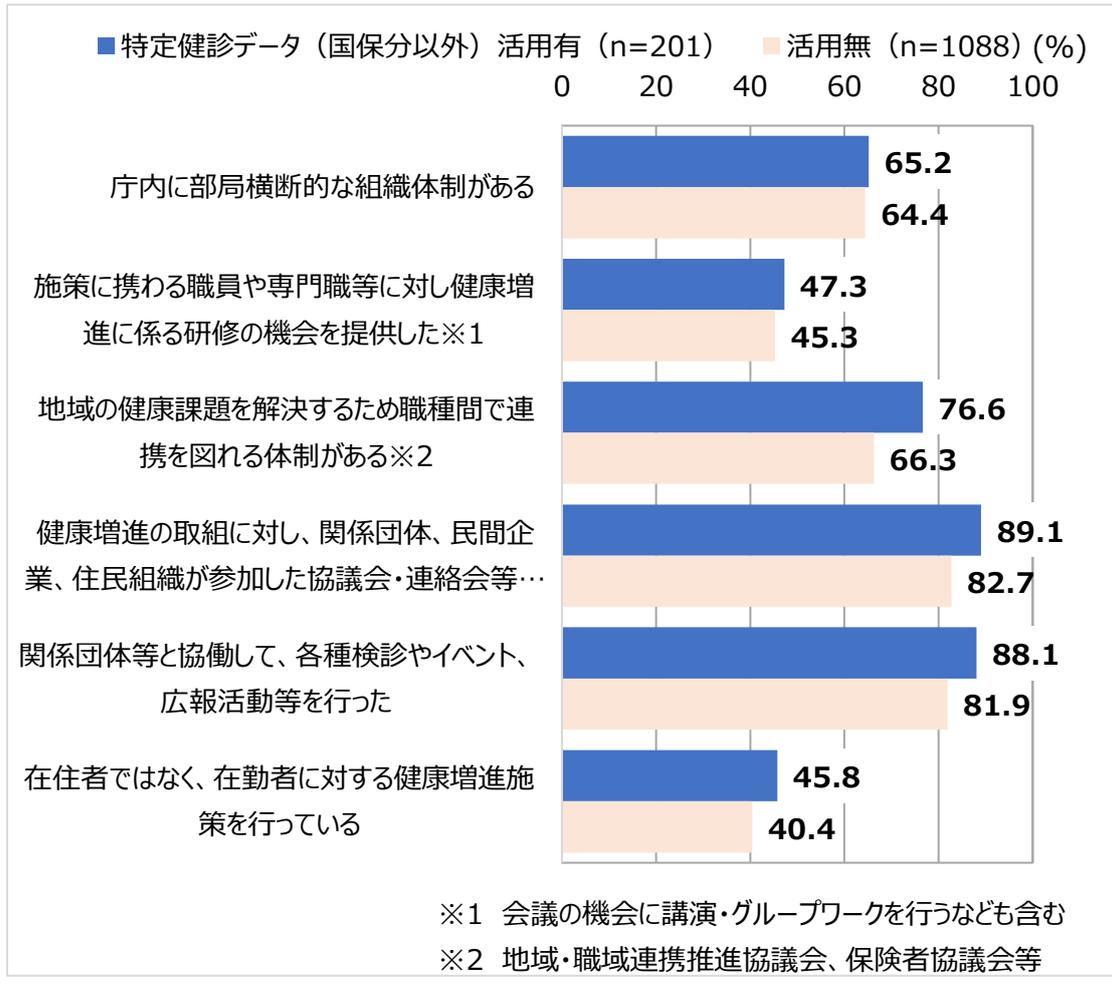
図 27：健康増進の取組に対する推進体制（市区町村）



(参考集計) 特定健診データ(国保分以外)の活用有無別 在勤者への施策

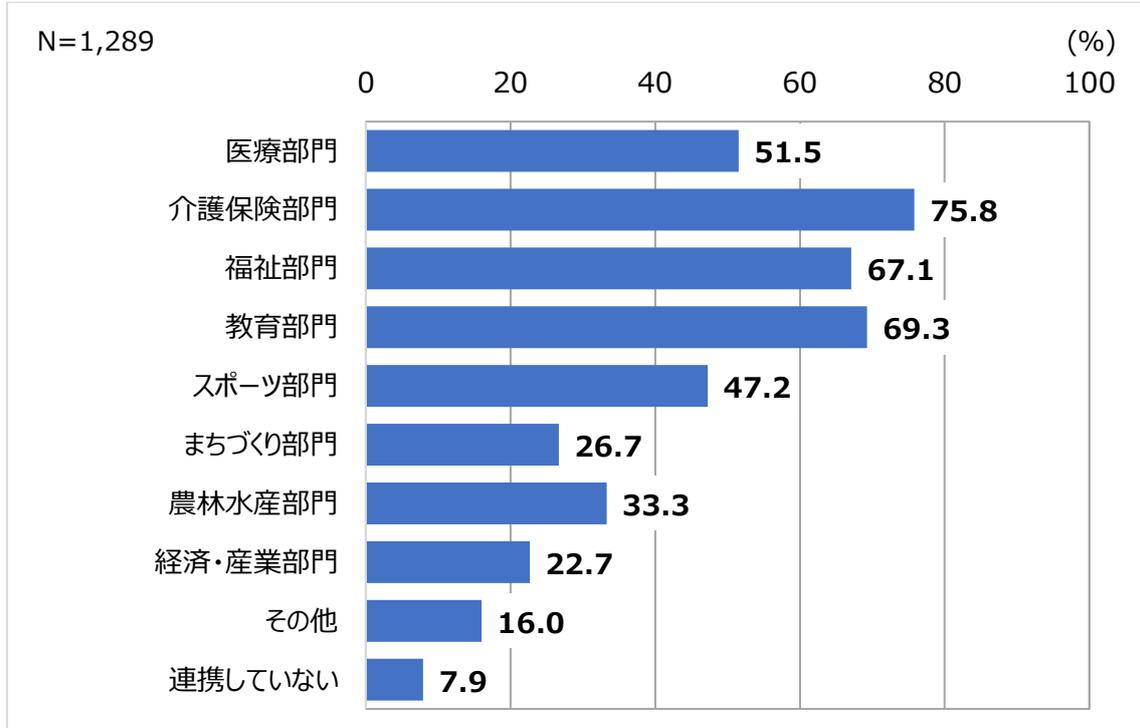
在勤者に対する施策を行っていると回答した割合は、計画の策定・評価に特定健診データ(国保分以外)を活用している市区町村で45.8%、活用していない市区町村で40.4%であった。

図 28 : 特定健診データ(国保分以外)の活用有無別 健康増進の取組に対する推進体制(市区町村)



庁内で連携して施策を行った部門について、介護保険部門と回答した割合が75.8%と最も大きく、次いで教育部門と回答した割合が69.3%、福祉部門と回答した割合が67.1%であった。

図 29 : 庁内で連携して施策を行った部門（市区町村）



(参考集計) 一体的に策定した計画別 庁内で連携して施策を行った部門

計画を単独で策定した市区町村は、庁内で連携して施策を行った部門について「連携していない」と回答した割合が 10.1%と、何らかの計画と一体的に策定した市区町村の回答割合に対して高かった。

表 18 : 一体的に策定した計画別 庁内で連携して施策を行った部門 (市区町村)

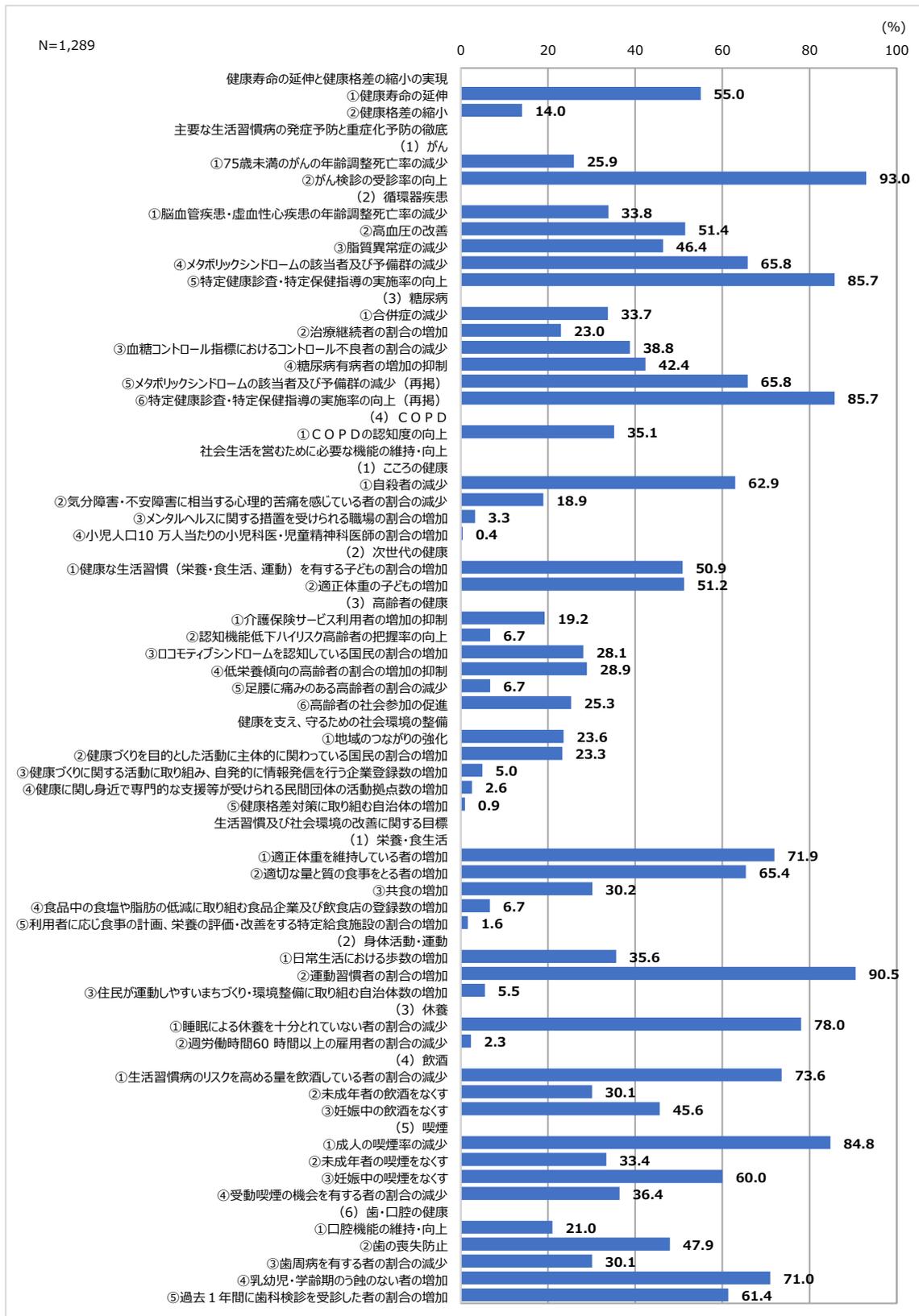
	該当 市区町村数	庁内で連携して施策を行った部門									
		連携して いない	医療部門	介護保険 部門	福祉部門	教育部門	スポーツ 部門	まちづくり 部門	農林水産 部門	経済・産業 部門	その他
単独で策定	454	10.1	54.2	74.2	61.0	63.0	42.5	22.2	24.9	18.1	13.9
総合計画	117	5.1	53.0	77.8	68.4	69.2	47.9	29.1	33.3	24.8	18.8
特定健康診査等実施計画	114	4.4	54.4	84.2	70.2	62.3	38.6	24.6	24.6	19.3	15.8
介護保険事業計画	66	0.0	63.6	90.9	77.3	74.2	48.5	31.8	30.3	25.8	19.7
歯科口腔保健推進計画	147	5.4	60.5	78.9	79.6	80.3	64.6	38.8	48.3	34.0	19.0
食育推進計画	675	6.4	51.3	76.9	70.8	75.3	51.6	29.3	40.6	26.5	16.9
スポーツ推進計画	19	5.3	73.7	84.2	89.5	84.2	84.2	47.4	57.9	31.6	26.3
その他	335	5.7	52.2	79.1	72.5	73.7	47.8	30.7	37.3	24.5	19.4

一体的に策定した計画

※列ごとに、連携を行った割合が高いものを緑、低いものを赤に着色した。
※スポーツ推進計画と一体的に策定した市区町村については、Nが19と小さいため参考値である。

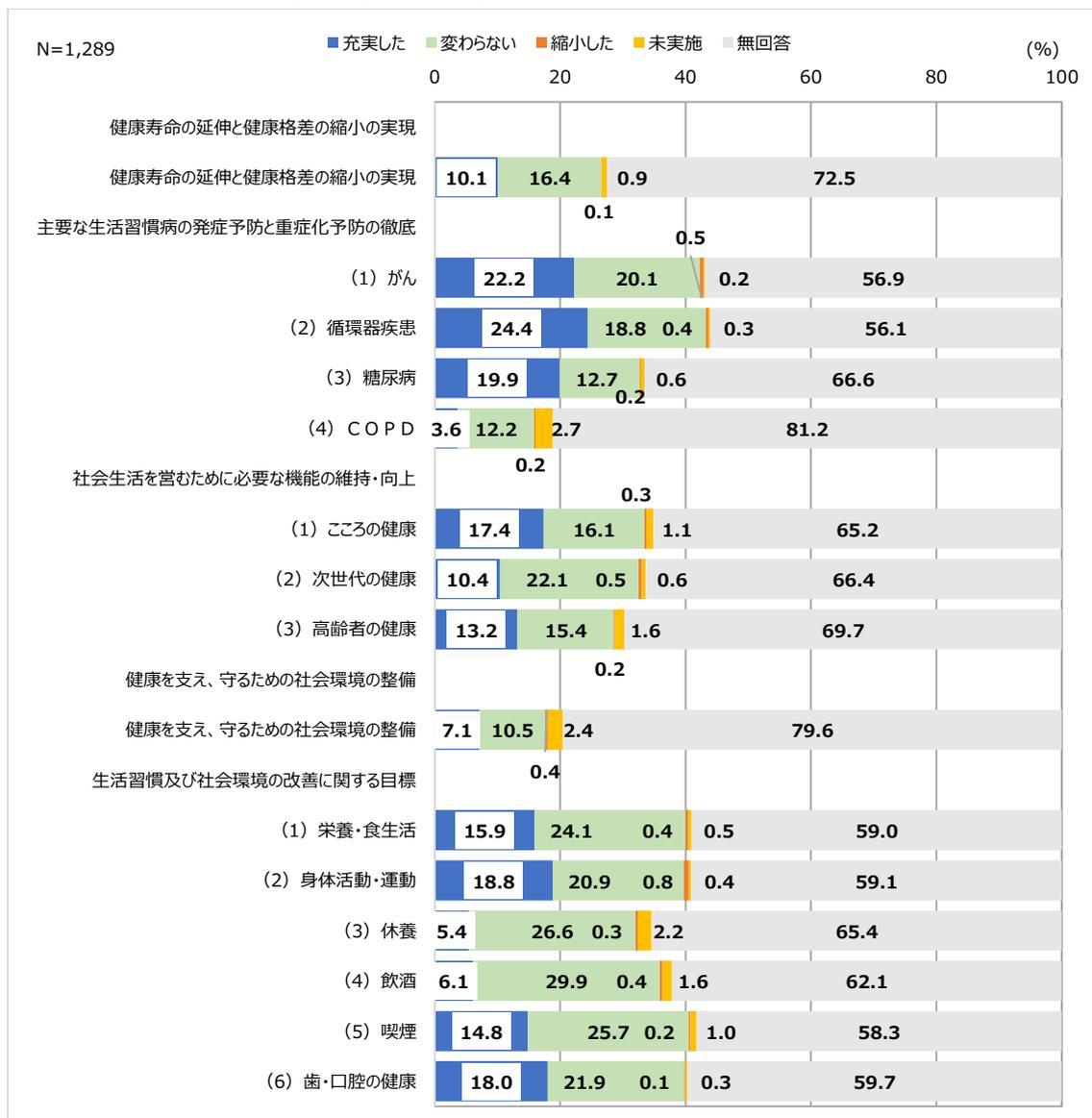
健康増進計画の目標として設定した項目について、8割以上で設定された項目は、がん検診の受診率の向上(93.0%)、運動習慣者の割合の増加(90.5%)、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上(85.7%)、成人の喫煙率の減少(84.8%)であった。

図 30 : 健康増進計画の目標として設定した項目 (市区町村)



領域ごとの取組状況について、充実したと回答した割合が高かったのは、循環器疾患（24.4%）、がん（22.2%）であった。

図 31：領域ごとの取組状況（市区町村）



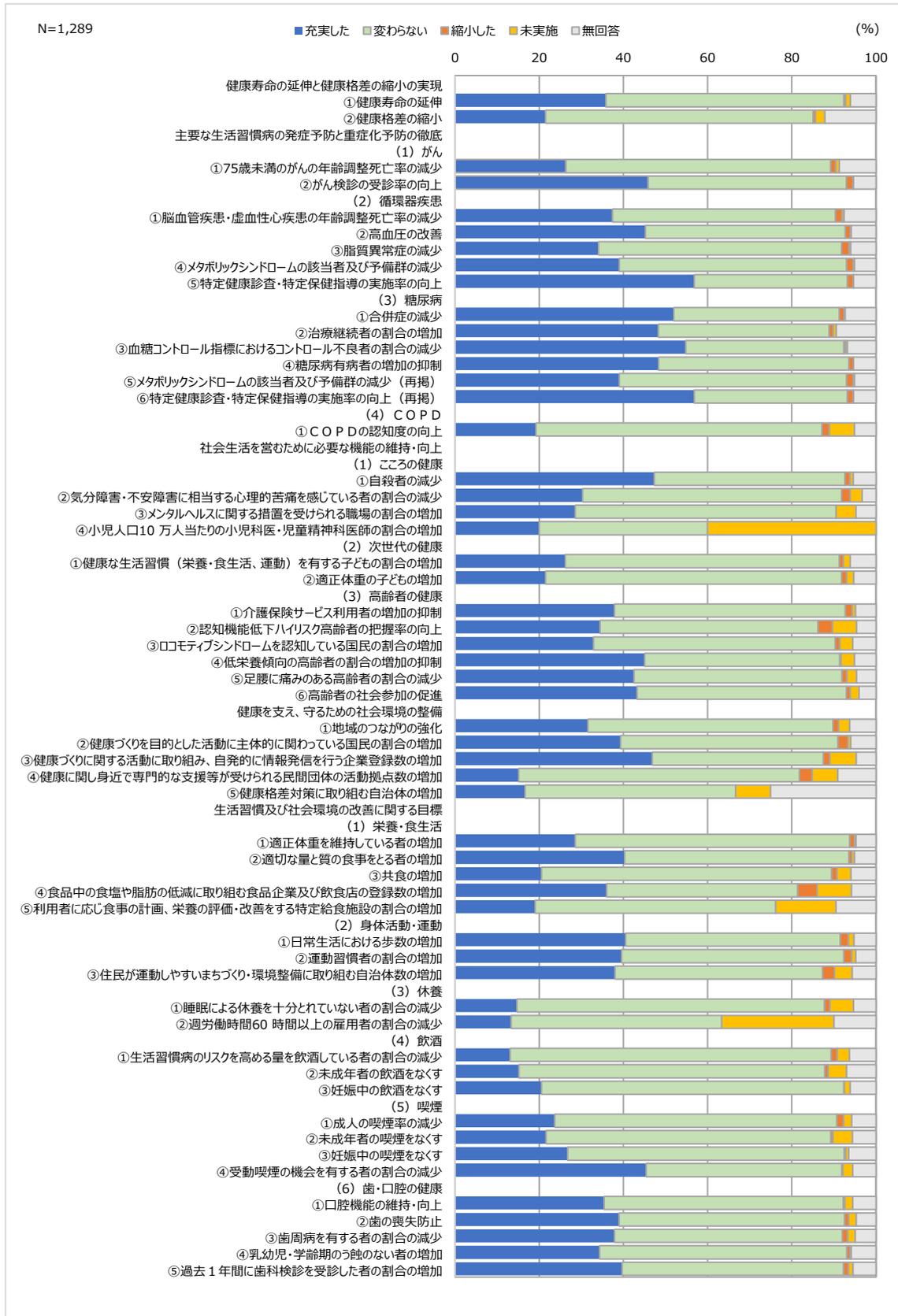
目標項目ごとの取組状況について、各項目を目標に設定した市区町村のうち、充実したと回答した割合が高かったのは、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（56.8%）、（糖尿病の）合併症の減少（52.0%）、血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（54.8%）であった。

一方、充実したと回答した割合が3割を下回ったのは、健康格差対策に取り組む自治体の増加（18.8%）であった。

表 19 : 目標項目ごとの取組状況 (市区町村)

	割合(%)					実数 母数
	充実した	変わらない	縮小した	未実施	無回答	
健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現						
①健康寿命の延伸	35.8	56.6	0.4	1.1	6.1	709
②健康格差の縮小	21.5	63.5	0.6	2.2	12.2	181
主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底						
(1)がん						
①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少	26.3	62.9	1.2	0.9	8.7	334
②がん検診の受診率の向上	45.9	47.1	1.5	0.2	5.3	1199
(2)循環器疾患						
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	37.4	53.0	1.6	0.5	7.6	436
②高血圧の改善	45.2	47.5	1.2	0.2	5.9	663
③脂質異常症の減少	34.1	57.7	1.8	0.3	6.0	598
④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	39.0	54.0	1.5	0.4	5.1	848
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	56.8	36.4	1.4	0.1	5.3	1105
(3)糖尿病						
①合併症の減少	52.0	39.3	1.1	0.2	7.4	435
②治療継続者の割合の増加	48.3	40.5	1.0	0.7	9.5	296
③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少	54.8	37.6	0.4	0.4	6.8	500
④糖尿病有病者の増加の抑制	48.4	45.2	1.1	0.0	5.3	546
⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少(再掲)	39.0	54.0	1.5	0.4	5.1	848
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上(再掲)	56.8	36.4	1.4	0.1	5.3	1105
(4)COPD						
①COPDの認知度の向上	19.2	68.0	1.8	6.0	5.1	453
社会生活を営むために必要な機能の維持・向上						
(1)こころの健康						
①自殺者の減少	47.3	45.3	1.2	0.7	5.4	811
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	30.3	61.5	2.0	2.9	3.3	244
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	28.6	61.9	0.0	4.8	4.8	42
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	20.0	40.0	0.0	40.0	0.0	5
(2)次世代の健康						
①健康な生活習慣(栄養・食生活・運動)を有する子どもの割合の増加	26.2	65.1	0.9	1.7	6.1	656
②適正体重の子どもの増加	21.5	70.3	1.2	1.7	5.3	660
(3)高齢者の健康						
①介護保険サービス利用者の増加の抑制	37.9	54.8	1.6	0.8	4.8	248
②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	34.5	51.7	3.4	5.7	4.6	87
③ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加	32.9	57.5	1.1	3.0	5.5	362
④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制	45.0	46.4	0.3	3.2	5.1	373
⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少	42.5	49.4	1.1	2.3	4.6	87
⑥高齢者の社会参加の促進	43.3	49.7	0.9	2.1	4.0	326
健康を支え、守るための社会環境の整備						
①地域のつながりの強化	31.6	58.2	1.3	2.6	6.3	304
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	39.3	51.7	2.3	0.7	6.0	300
③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加	46.9	40.6	1.6	6.3	4.7	64
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	15.2	66.7	3.0	6.1	9.1	33
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加	16.7	50.0	0.0	8.3	25.0	12
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						
①適正体重を維持している者の増加	28.6	65.2	1.1	0.4	4.7	927
②適切な量と質の食事をとる者の増加	40.3	53.3	0.7	0.6	5.1	843
③共食の増加	20.6	68.9	1.3	3.3	5.9	389
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	36.0	45.3	4.7	8.1	5.8	86
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	19.0	57.1	0.0	14.3	9.5	21
(2)身体活動・運動						
①日常生活における歩数の増加	40.5	51.0	2.0	1.3	5.2	459
②運動習慣者の割合の増加	39.6	52.8	1.9	0.9	4.8	1167
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	38.0	49.3	2.8	4.2	5.6	71
(3)休養						
①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	14.7	73.1	1.3	5.6	5.4	1006
②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	13.3	50.0	0.0	26.7	10.0	30
(4)飲酒						
①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	13.1	76.3	1.5	2.8	6.3	949
②未成年者の飲酒をなくす	15.2	72.7	0.8	4.4	7.0	388
③妊娠中の飲酒をなくす	20.6	71.8	0.2	1.4	6.1	588
(5)喫煙						
①成人の喫煙率の減少	23.7	67.0	1.6	1.9	5.8	1093
②未成年者の喫煙をなくす	21.6	67.7	0.5	4.7	5.6	430
③妊娠中の喫煙をなくす	26.7	65.8	0.3	0.8	6.5	774
④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	45.4	46.5	0.2	2.3	5.5	469
(6)歯・口腔の健康						
①口腔機能の維持・向上	35.4	56.8	0.4	1.8	5.5	271
②歯の喪失防止	39.0	53.6	1.0	1.8	4.7	618
③歯周病を有する者の割合の減少	37.9	54.1	1.3	1.8	4.9	388
④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	34.3	58.8	0.8	0.2	5.9	915
⑤過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	39.7	52.6	1.1	1.1	5.4	791

図 32 : 目標項目ごとの取組状況 (市区町村)



特に力を入れて実施した取組について、「主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」に関連して、検診・健診の受診率向上に向けた取組、特定保健指導の実施率向上に向けた取組、糖尿病の重症化予防に関する取組、COPDに関する啓発・受診勧奨が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた。

表 20 : 「主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」に関する主な取組（都道府県・市区町村）（再掲）

領域	内容	説明
(1) がん (2) 循環器疾患	検診・健診の受診率向上 ：受診しやすい検診（健診）環境	時間の拡大（夕方・休日検診の実施、個別検診の実施、メール予約・ウェブ予約の導入）
		費用負担の軽減（クーポン・助成（脳ドック等）、一部の無料化（女性のがん検診）、ワンコイン検診）
		検診車、会場までの送迎
	検診・健診の受診率向上 ：個別の受診勧奨（コール・リコール）	胃内視鏡や低線量CT、エコー検査等選択肢を増やすことでの受診環境整備
		インセンティブの付与（商品券、地域のポイント）
		はがき、電話、訪問
		AIを活用した対象者の抽出
		関係課との連携（国保等）
	検診・健診の受診率向上 ：特定の層へのアプローチ	協会けんぽとの連携（協会けんぽが発送している特定健診受診券に被扶養者向けのがん検診チラシを同封）
		事業所との連携（健診（検診）に関する実態把握、事業所健診時の個別指導、事業所と連携したがん検診受診体制の整備、事業所での健康教育）
特定保健指導：対象者の抽出の工夫	ナッジ理論を踏まえた郵送物の内容の工夫	
特定保健指導：対象者の拡大	若年世代、働き盛り世代・子育て世代、女性・妊産婦等に着目した健診環境の見直しや受診勧奨	
特定保健指導：対象者の拡大	健診結果やレシピ、KDBの活用（受診歴や服薬の確認等）	
特定保健指導：対象者の拡大	委託による体制強化（国保等の特定保健指導を医師会及び業者に委託し、これまで受けていなかった者にも特定保健指導を実施できる体制とした）	
高血圧予防：減塩	実態・対象者把握（特定健診時に尿検査による推定食塩摂取量検査）	
(3) 糖尿病	対象者の抽出の工夫	KDBの活用（ハイリスク者の抽出）
	個別支援	-
	体制強化	医師会との連絡票を作成、CKD認定医育成
(4) COPD	受診勧奨・啓発	対象者を抽出しはがきを送付（国保特定健診受診者で喫煙歴がある者）
	COPD検診	COPD検診を開始

「社会生活を営むために必要な機能の維持・向上」に関連して、各分野に対して教室・講座・講演の実施が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた。

表 21 : 「社会生活を営むために必要な機能の維持・向上」に関する主な取組（都道府県・市区町村）（再掲）

領域	内容	説明
(1) こころの健康	中高生へのアプローチ	SOSの出し方（教師側の受け止め方）に関する講座
	ゲートキーパー養成	-
	相談窓口の周知	-
(2) 次世代の健康	各分野の教室・講演	食育、肥満防止、生活リズム（早寝・早起き）、こころの健康、未成年飲酒防止、未成年喫煙防止、歯科
	親子へのアプローチ	スポーツイベント、クッキングイベント
(3) 高齢者の健康	生きがい・通いの場づくり	-
	フレイル予防	普及啓発、フレイル予防教室、体操やウォーキング
	オーラルフレイル予防	健診実施
	認知症	認知症簡易チェック、認知症サポーター養成、認知症サポーター医の増加

「健康を支え、守るための社会環境の整備」に関連して、事業所・企業との連携強化、健康になるま

ち・体制づくりが特に力を入れて実施した取組として挙げられていた。

表 22 : 「健康を支え、守るための社会環境の整備」に関する主な取組（都道府県・市区町村）（再掲）

領域	内容	説明
健康を支え、守るための社会環境の整備	事業所・企業との連携	健康的な食事の提供、受動喫煙防止等の呼びかけ、連携したイベント、健康ポイント事業の実施、健康経営認定制度
	まちづくり	健康・スポーツのまち宣言、歩きやすい・運動しやすい環境づくり、庁内連携のための会議体の組成、モデル地区を選定しての実態把握

「生活習慣及び社会環境の改善に関する目標」に関連して、各分野に対して教室・講座・講演の実施等の普及・啓発、当事者への支援の実施等が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた。

表 23 : 「生活習慣及び社会環境の改善に関する目標」に関する主な取組（都道府県・市区町村）（再掲）

領域	内容	説明
(1) 栄養・食生活	中高生への教室	食育教室（カロリーバランス、ベジファースト）
	飲食店等企業との協働	健康的な商品のアピールや開発、地産地消の推進
	健康的なレシピの普及	野菜レシピ、減塩レシピ、朝食レシピ等の配布、コンテスト
	市民運動・スローガンによる広報	-
(2) 身体活動・運動	ウォーキングの推進	ウォーキングマップ、ウォーキングイベント、活動量計の配布
	ポイント・インセンティブ	歩数や活動量に応じたインセンティブ（商品券等）、スマホアプリの活用、セルフモニタリングの推奨
	体操の周知	ご当地体操の作成と周知
	骨粗鬆症対策	教室や口座の開催等普及啓発、骨量測定、受診勧奨
	市民運動・スローガンによる広報	-
(3) 休養	睡眠に関する普及啓発	事業所での健康教育
	産前産後～育児のメンタルヘルス対策	切れ目のない支援を実施する拠点の設置
(4) 飲酒	未成年者飲酒防止	中高生への啓発教室
	依存症患者への支援	自助グループ、家族会
(5) 喫煙	未成年者喫煙防止	中高生への啓発教室
	受動喫煙防止	喫煙防止区域の設定、店舗への啓発や禁煙に協力する店舗の認定、屋外分煙施設設置、条例の制定
	禁煙相談・禁煙教室	相談窓口や教室の実施、禁煙外来への女性、妊産婦や親に向けた啓発
(6) 歯・口腔の健康	歯周疾患検診の受診率向上	対象年齢拡大（若年者、妊産婦）、クーポン一部の無料化（20歳）特定健診実施との連携（同時に実施、特定健診受診者にクーポンの送付）
	子どもへのアプローチ	幼児の歯科検診、幼稚園や小学校でのフッ化物洗口、フッ素塗布、ブラッシング指導
	歯科に関する知識の普及啓発	8020運動、歯周病と健康、フロスの普及

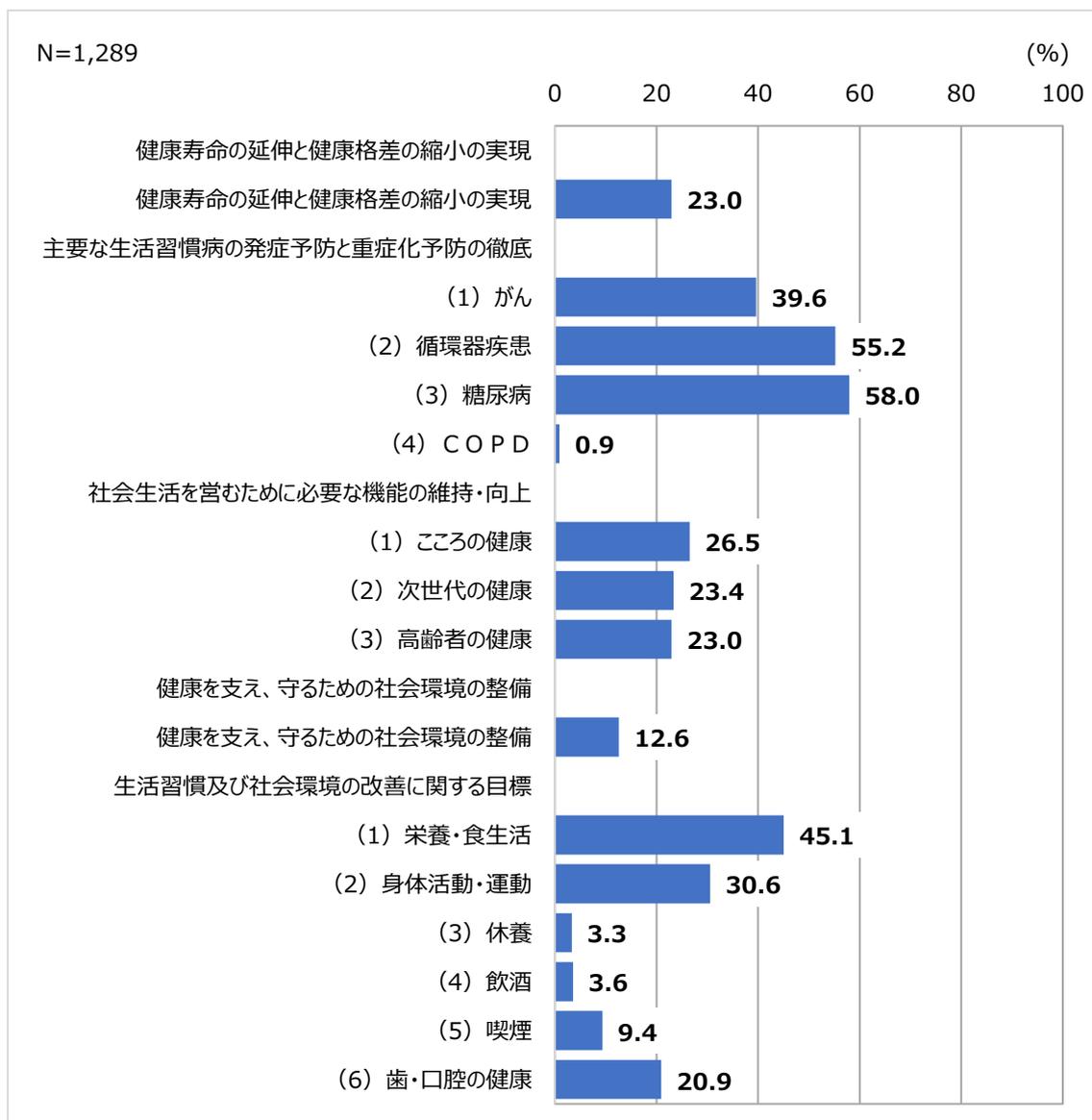
健康日本 21（第二次）の目標項目以外に、「働き盛り世代・職域への取組」「庁内で連携した取組」「大学と連携した取組」等が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた。

表 24 : 健康日本 21（第二次）の目標項目以外に関連した取組（都道府県・市区町村）（再掲）

主な意見	内容の例
働き盛り世代・職域への取組	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病予防の取組みを働き盛り世代から行うことができるよう、企業に出向いておこなう出前健康講座、消防団健康教室を開催した。 比較的若い30代以降からの壮年期男性をターゲットに、商工会議所などの職域にも働きかけて対象者を募集しオンラインを取入れた健康教育や保健指導を実施している。 働き盛りの年代への対策として企業・団体と町とで協定の締結の推進を図り、企業等の健康宣言への取り組みを進めた。
庁内で連携した取組	<ul style="list-style-type: none"> 計画推進にあたり、市役所全庁横断的に組織した推進プロジェクトや市民関係機関ワーキングで計画の進捗状況を確認しながら全体の底上げをしてきた。 母子保健計画を一体的に取り込むことで、子どもの健康、こころの健康（産後うつや育児不安）、歯・口腔の健康の母子分野の取組と連動して取り組んでいる。 生活習慣病の重症化予防では、…（中略）…重症化予防保健指導を強化した。その推進の中で、庁内の関係課と連携し、若い頃からの予防・健康づくりの推進と、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施などを総合的に予防・健康づくりを進める体制づくりができた。
大学と連携した取組	<ul style="list-style-type: none"> 健康寿命の延伸に向けた取組に関する協定を大学と締結し、市の特徴や傾向、原因の分析を行った。 大学と包括的連携協定を締結し、ウォーキングや筋力トレーニングの普及啓発に力を入れました。 町内の大学と連携して健康教育を実施した。 肝疾患対策として、…（中略）…大学のセンターの医師による肝炎データ分析、講演、個別相談を実施し、肝炎受検率の向上と肝疾患死亡数の減少を目指した。 大学、保健所と連携したアンケート調査。

今後重点的に取り組みたい領域（最大 5 項目まで選択）について、糖尿病と回答した割合が 58.0%と最も大きく、次いで循環器疾患が 55.2%、栄養・食生活が 45.1%であった。

図 33：今後重点的に取り組みたい領域（最大 5 項目まで選択）（市区町村）



健康増進の取組を進めるに当たっての課題・改善点として、「分野横断的な取組・連携」「若い世代・働き盛り世代に向けた取組」「無関心層への取組・社会環境の整備」「マンパワー・予算の確保」「適切な指標の設定」「適切な評価の実施」「地域の力向上（高齢化、少子化）」等が主な内容として市区町村から挙げられた。

表 25：健康増進の取組を進めるに当たっての課題・改善点（市区町村）

主な意見	内容の例
分野横断的な取組・連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 庁内外問わず、関係機関との共通認識を持つことの難しさや温度感の違いを感じることがあり、難しいと感じた。 ・ 関係機関（医療機関や職域、食品企業や飲食店等）との問題意識の共有や連携の在り方。 ・ 意識をしなくても健康になれるような環境づくりができるのが理想。そのためには、企業や関係機関との連携を図りたい。 ・ 事業を継続的に実施するため、地域との協働の視点をもちすすめて行くことが肝要だと思われる。
若い世代・働き盛り世代に向けた取組	<ul style="list-style-type: none"> ・ 壮年期を重点世代とする取り組み（運動習慣づくり、休養・心の健康づくり、喫煙・飲酒対策）を強化し継続することと、壮年期を見据えた青年期への取り組み。 ・ 子育て世代、働く世代に健康づくりへの取組に関心を持ってもらうためのアプローチの仕方。 ・ 国保加入者に関わることは多いが、社保加入者との関わりがほとんどないため、…（中略）…その穴をどう埋めるのかが課題。
無関心層への取組・社会環境の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康づくり等の講座・教室への参加者の固定化。 ・ 健康を意識していない人の行動変容は難しく感じます。健康づくりに取り組んでいる方は、時間や経済的に余裕のある方に多く見られ、余裕のない方は、安価でお腹が満たされる糖質の多い食品の摂取に偏りやすく、野菜不足になられています。 ・ 「自然に健康になれる食環境づくり」、「自然に歩いてしまう（歩かされる）まちづくり」など無意識に健康的な行動が選択できる環境づくりが必要であるが、市独自で行うには事業規模が大きく、困難さを感じる。
マンパワー・予算の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康増進計画を推進する中、食育計画、自殺対策計画など、様々な計画の策定が求められ、計画の作成・評価に時間が取られてしまい、マンパワーが不足している中で全ての計画の推進は厳しと感じている。 ・ 計画策定にあたり、業者委託・調査費用など財政的な負担が大きい。また、分析等に時間がかかり、マンパワー的な負担も大きかった。 ・ 市民の行動変容を促していく為に、本市では保健指導に携わる保健師や管理栄養士等が市民と協働して取組を進めております。…（中略）…これらの専門職のマンパワーの確保と、スキルアップは重要な課題と考えます。
適切な指標の設定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各項目の目標値の多くを国の目標値に合わせたが、実現可能性のある目標値ではなく、現状との差がありすぎた。 ・ 国の目標項目とは別に独自に設定した項目が多い。国や県の目標項目と整合性をとった計画を作成する必要があると感じる。 ・ 健康寿命の算出において、国・県の算出方法及び各市町の算出方法に違いがあり、比較が困難。また、各市町の算出方法は、変動しやすく指標として用いにくい。 ・ 次期計画では、短期指標（データ取得しやすいもの）、中長期指標などを設定し、評価方法も具体的な標記があるとよい。 ・ 健康増進計画には、自死計画やデータヘルス計画、食育計画等重なるところが多く、本計画の位置づけやすみわけなど整理が必要だと思う。 ・ 計画期間が長い場合、健康に関する個人の考え方の変化や社会情勢の変化等に対応しにくい部分がある。
適切な評価の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国の計画を参考に設定しているが、市町村で毎年把握できる数値とそうでない数値があるため、計画期間中の進行管理が複雑で、比較分析や評価が十分にできない不完全さと業務効率の観点で負担感がある。 ・ データ分析等が出来る項目もあるが、出来ない項目については、PDCAサイクルの実施が難しく、評価としてアウトプットになり、アウトカムにならないため、事業効果の有無が見えにくい。 ・ 事業について一定の利用者からの満足度は高くても費用対効果がわかりづらくPDCAを回すのが難しい。 ・ 国保以外の医療・健（検）診データが入手しづらく、全市の健康課題の把握がしづらい。…（中略）…また地域レベルだと、より国保データの母数が少なく、活用しづらい。 ・ 計画策定時の目標として認定した項目が数値で出ておらず評価不良になることが多い。 ・ 目標値の設定について、市民アンケートを元に本市独自に設定しているが、客観的なデータで評価できるようにしたい。
地域の力向上（高齢化、少子化）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小規模の自治体のため、人口減少に伴いアンケート対象者も減っているため、調査結果の比較の結果が適正かどうかの判断が難しい。また、同様に事業を行う際も対象者も少なく事業評価も難しくなっている。 ・ 健康づくり推進員（ボランティア団体）の高齢化。 ・ 知識の普及啓発を進めていく上で、地区活動は重要です。しかし、地区活動推進を担うリーダーの不足や保育所統合等による活動の場の減少にどのように対応していくべきか検討が必要です。 ・ 数字だけで評価されるものではないと考えるが、数字以外でどのように評価をしていくことができるのか、市民の方にどのように伝えられるのか、課題と感じる。

次期健康増進計画策定に当たって国に求める支援として、「データ提供の内容や仕組みの改善」「取組のエビデンス・事例の提供」「技術的支援・助言」「指標の考え方の共有」「財政的支援」が主な内容として都道府県から挙げられた。

表 26 : 次期健康増進計画策定に当たって国に求める支援（市区町村）

主な意見	内容の例
財政的支援	<ul style="list-style-type: none"> 法的計画でないため、計画策定の予算を確保できない。計画の進捗管理を行ううえで有識者と連携を図りたいが、予算確保、有識者の選定等が困難である。 健康増進計画策定時に課題等の評価を、客観的に行い、多角的に進めていきたいため、それらを他機関等に依頼する際の財政的な支援があると、より健康課題やそれに伴う施策が具体的に深められると考える。 市民の健康づくりアンケート調査を評価指標と比較するため、次期計画策定時に実施することとしているが、実態調査に係る予算化が年々困難となってきている。 健診については、一定の財政的支援があるが、疾病の予防を目的に実施している「食生活」「運動」「いきがい(交流)」といった一般的な予防や健康づくりの施策については単独事業となっている。…（中略）…抑制効果が得られているエビデンスある健康づくり施策に対しては、事業費の一部を財政支援していただきたい。
技術的支援	<ul style="list-style-type: none"> 計画策定に向けた最新の知見、方向性等についての研修。助言を受ける機会。 国や県との比較など、計画の評価がしやすいように統一的な評価指標をどのように設定するか悩む。評価指標の設定やデータの入手方法などの技術的な助言や統一的な体制整備について支援してほしい。 健康増進計画は、周知・啓発等の取組みが多く、効果判定が難しいと感じているので評価に関する技術的支援を望む。 アンケート調査票のひな型や分析の仕方などが提示されれば、同規模他市町とも比較でき、評価もしやすくなる。
データの提供	<ul style="list-style-type: none"> 国の調査の市町村別のデータを提供いただきたい。 評価のためのデータ収集や分析に職員の負担感があるので、次期計画の目標設定は、優先度を踏まえデータが市町村でも把握しやすいシンプルな項目にし、同規模の市町と比較できるデータやデータ入手元の出典などを詳細に示していただけるとありがたい。 国保データベース(KDB)システム等を活用して…（中略）…現状分析を行っているが、年少人口・生産年齢口の多くが国民健康保険以外の健康保険加入者である。他保険の場合、都道府県単位でのデータ入手はできるが、町民のデータを抽出することはできない。町民全体の状況を把握できれば地域の健康課題の把握や健康施策に役立てられる。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 自治体の規模に応じた取組事例（好事例）の公表（せっかくの事例も、規模の差が大きいと自分の自治体と重ねて検討できないため。）国民の健康課題や課題解決のための取り組みが組織を超えて可能となる体制。（特に自治体は子供の健康課題を解決する際、教育担当課とこれらを共有する必要がありますが、「文科省から通知が来ていない」等の理由から、進みにくい現状があります。） 第三次計画策定にあたり、二次と変更する点や新たな方針があれば早めに提示してもらえると、計画に反映させやすい。

健康づくり運動計画はどのように役立ったかについて、「関係者の意識が向上した」「進捗を管理・評価するようになった」「事業の計画の検討に役立った」等の意見が市区町村から挙げられた。

表 27 : 健康づくり運動計画はどのように役立ったか（市区町村）

主な意見	内容の例
関係者の意識が向上した	<ul style="list-style-type: none"> ●行政 ● 健康格差対策を意識するようになった。 ● 市の総合計画の中でも、健康増進計画が上位計画として位置づけられ、多くの所管と連携しながら推進することができた。 ●住民 ● 単に病院で長く生きるのではない、「健康寿命」の概念が普及した。 ● 計画策定時に、町民を交えて意見交換する中で、健康づくりとして重点的に取り組むべき対策が見えた。
進捗を管理・評価するようになった	<ul style="list-style-type: none"> ● 国から健康づくりの方向性が示されたことにより、目指す姿を描き、目標や指標を立てて、モニタリング評価するとう体制づくりにつながった。 ● 事業を実施するにあたり目標値を設定することで、PDCAサイクルを意識するようになった。できることから実施し、評価・改善を継続していくことを実践している。また、既存事業での事業の相乗りなど、発想の意識改革にもつながった。 ● 健康づくり計画の成果指標を関係各課に確認し、計画の進捗管理を年1回実施するようになった。
事業の計画の検討に役立った	<ul style="list-style-type: none"> ● 計画に対する事業の位置づけの整理、事業を実施するうえで何をターゲットとして実施しなければならないかの整理につながった。 ● 様々な保健活動を整理し、優先度の見直しを行う良い機会になった。保健活動の目的が明確になり、事業の組み立てがしやすくなった。 ● 健康づくり施策において、国全体と市の状況との比較を行い、弱い分野の補強や強い分野の強化につなげる施策を企画する上で参考となった。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● メタボという言葉を多くの人が認知するようになり、肥満が生活習慣病に関与していること、また、生活習慣の改善により病気の予防が可能であること、病気は治療するものから、病気を予防するという考え方が広く人々に浸透したと思います。 ● 受動喫煙対策のように、それまで、個人だけに委ねられ、地域により差が生まれるような取り組みが、全国で標準化された。 ● 健康であるためには、日常生活を見直すことが必要であるという健康観の変化に繋がった。栄養・運動・休養・たばこ・アルコール・歯といった健康に関する視点を明確にしたことも、健康意識の改革に役立った。

今後の健康づくり運動計画はどうあるべきかについて、「無関心層を含め、だれもが自然に健康になれる環境づくりを重視する」「科学的根拠に則った計画」「他分野と連携しやすくなる計画」「時代の変化に柔軟に対応した計画」等の意見が市区町村から挙げられた。

表 28：今後の健康づくり運動計画はどうあるべきか（市区町村）

主な意見	内容の例
無関心層を含め、だれもが自然に健康になれる環境づくりを重視する計画	<ul style="list-style-type: none"> • 今後は、健康に関心がない市民も含めて健康づくりができるよう、ナッジ理論等のような手法を取り入れた施策の提唱や、市民一人ひとりが常に健康を意識した行動がとれるよう、継続した啓発活動と更なる社会環境の整備をお願いしたい。 • 健康に対する意識は個人差があり、その差を埋めるための働きかけ方として、地域格差を生まないためにも、国が一定の規則を決めることにより、実効性のある計画になるのではないかと考える。
科学的根拠に則った計画	<ul style="list-style-type: none"> • 今後の健康づくり運動計画についても、持続可能な保障制度の維持を目的として、科学的根拠に則り、計画を立案していくべきと考える。そのためには、データヘルスの考え方が必要です。 • 主要死因・生活習慣病のリスクファクターとその背景・誘因に対する健康づくりの計画立案が必要ではないかと感じる。
他分野と連携しやすくなる計画	<ul style="list-style-type: none"> • 市民への健康づくりには、健康づくり分野以外の他課との連携も必須である。他課連携がしやすくなるような計画の必要性を感じる。 • 今後については、生活習慣改善による、健康寿命の延伸等の方向性は継続とし、健康保健分野だけでなく、他の分野の取り組みとリンクさせた計画が望ましい。
時代の変化に柔軟に対応した計画	<ul style="list-style-type: none"> • フレイル等新たな健康施策が話題となってきているので、時代に合わせた柔軟な計画であるべきだと考える。 • 今後については、基本的な目的・目標は継続しつつ、社会情勢の変化（コロナ禍など）に対応できる柔軟性が必要になるのではないかと考える。 • 生活スタイルや価値観の多様化に伴うアプローチ方法の検討（SNSの活用など）
その他	<ul style="list-style-type: none"> • 計画年度や計画期間も併せてより他計画との整合性を図る必要があるのではないかと考える。 • 科学的裏付けや、幅広く実施したアンケートにより策定された計画だからこそ、もっと市民の皆様が目にする機会を作ってはどうかと感じます。 • 健康づくり運動計画は広く住民に取り組めるものであるべきと思う。「今日から実践したい」と思える健康行動をシンプルにわかりやすく伝えられるとよいと考える。 • 市民参加型の計画作りができれば良い。 • 今後、健康づくり施策が医療費適正化ありきで進められるのではないかとの懸念がある。

3 団体調査

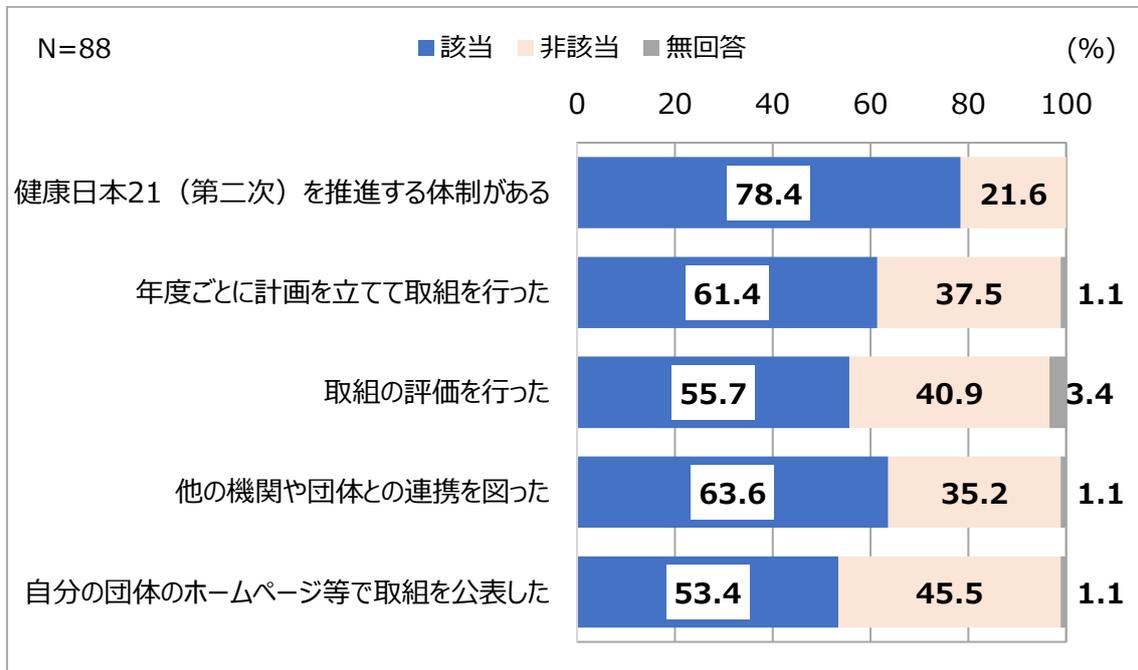
(1) 健康増進施策の取組状況

健康日本 21（第二次）を推進する体制があると回答した割合は 78.4%であった。

年度ごとに計画を立てて取組を行ったと回答した割合は 61.4%（前回 60%）、取組の評価を行ったと回答した割合は 55.7%（前回 39%）であった。

他の機関や団体との連携を図ったと回答した割合は 63.6%（前回 65%）、自分の団体のホームページ等で取組を公表したと回答した割合は 53.4%（前回 58%）であった。

図 34：健康増進施策の取組の状況（団体）



健康日本 21（第二次）を推進する体制がないと回答した団体（19 団体）のうち、今後健康づくり運動の体制を整備する予定があると回答した割合は 10.5%であった。

図 35：現在推進体制がない場合の、今後の整備予定（団体）



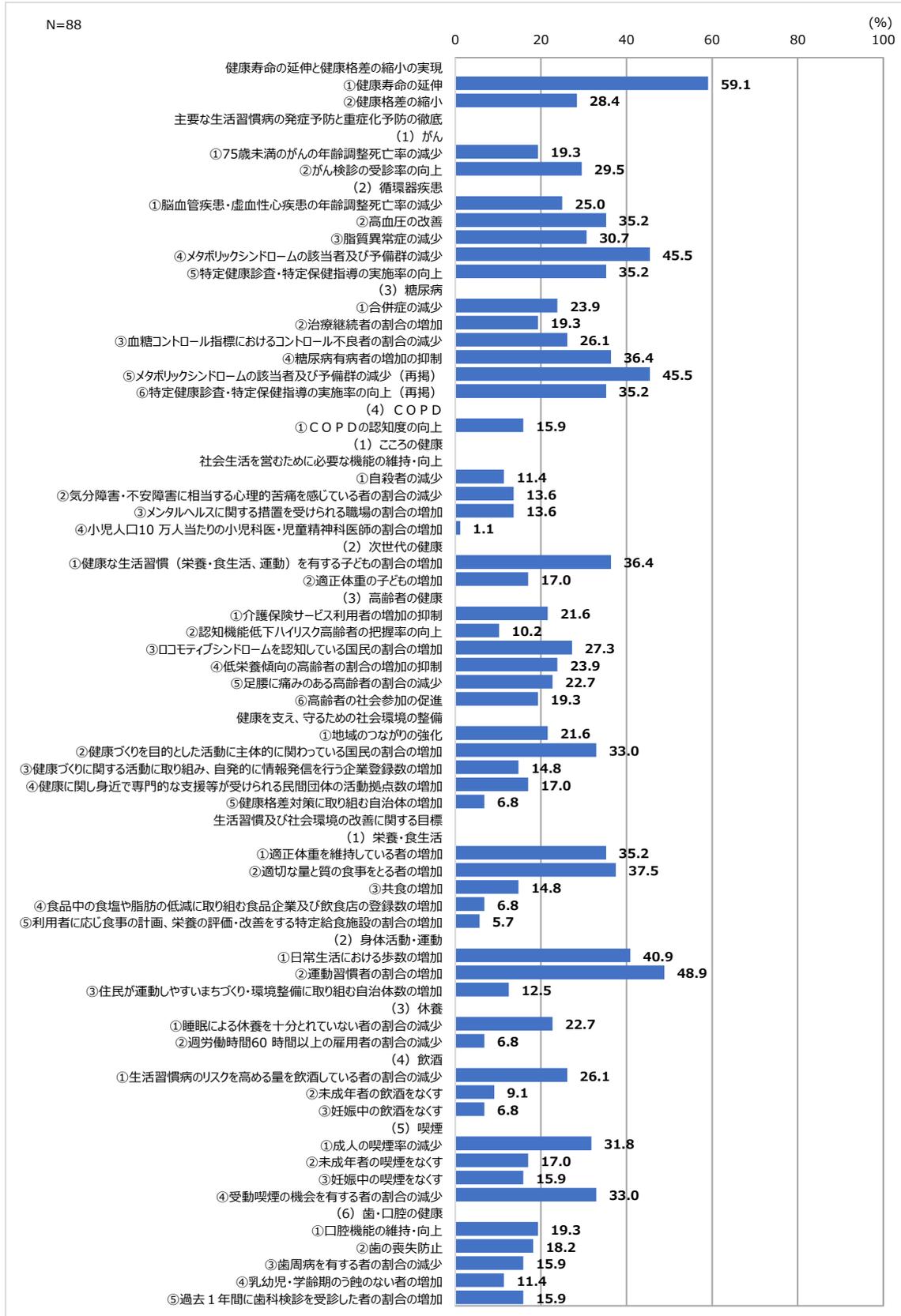
健康日本 21（第二次）の推進に関する取組を実施する上で、国からの情報提供が役に立ったと回答した割合は 65.9%であった。

図 36：国からの情報提供の有用性（団体）



目標項目ごとの取組状況について、充実したと回答した割合が高かったのは、健康寿命の延伸（59.1%）、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（45.5%）、日常生活における歩数の増加（40.9%）、運動習慣者の割合の増加（48.9%）であった。

図 37 : 取組を充実した目標項目 (団体)



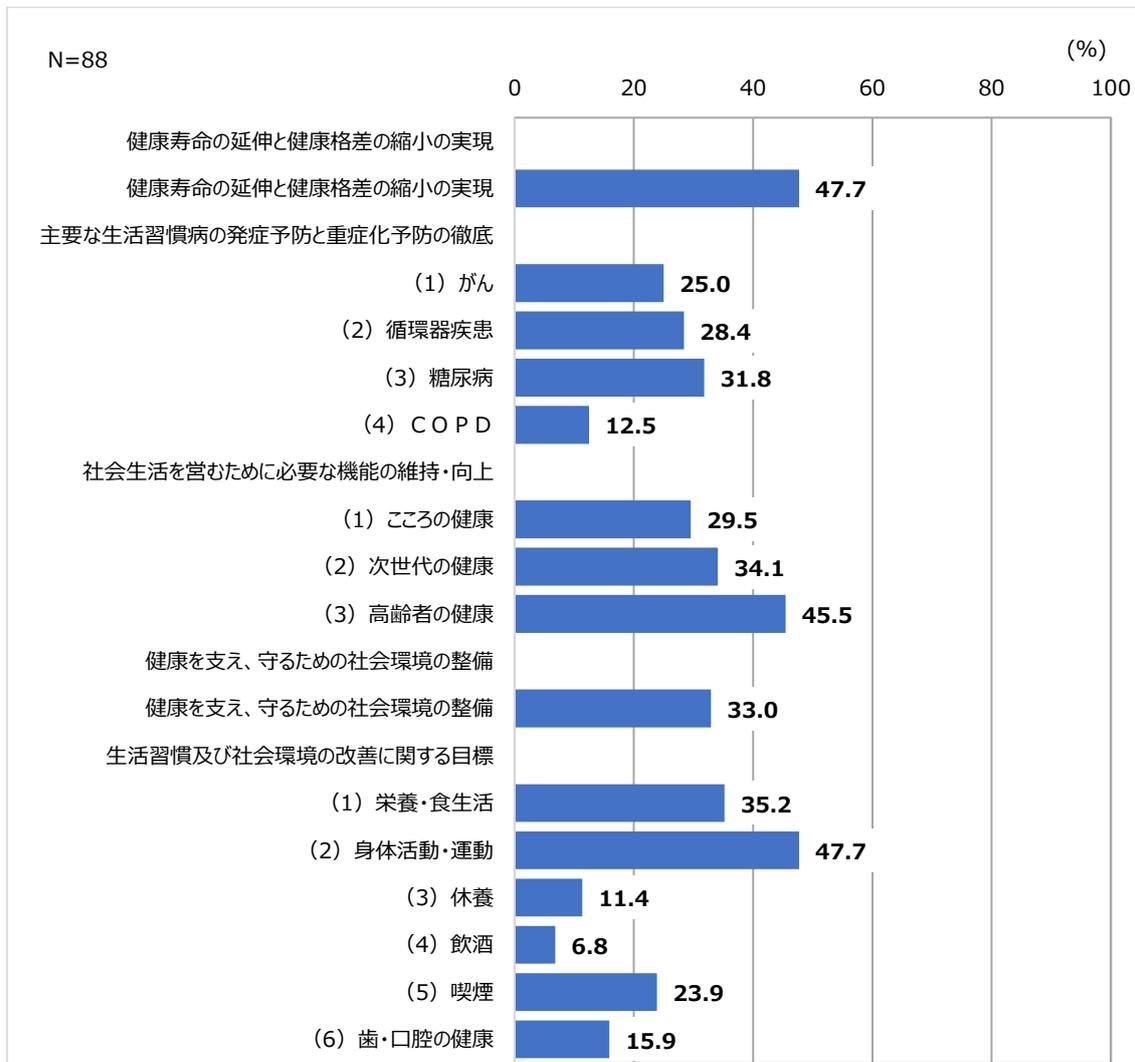
特に力を入れて実施した取組について、健康日本 21 推進全国連絡協議会会員団体においては、各団体の専門とする領域において、「普及啓発・活動拠点の設置」、「指導者等人材の育成」「エビデンスの作成（調査研究・ガイドライン等作成）」が挙げられていた。

表 29：特に力を入れて実施した取組（団体）

主な意見	内容の例
普及啓発・活動拠点の設置	<ul style="list-style-type: none"> • スローガン川柳の募集、啓発ポスター、リーフレットの作成と無償提供（ダウンロード）、市民公開講演会（無料）を開催しています。 • 女性と高齢者への適正飲酒の普及啓発資料の作成。現在20歳未満の飲酒防止の啓発普及のため、小・中・高校生向けの啓発資料の開発・制作をしている。 • 管理栄養士・栄養士の行う栄養ケアの地域拠点の設置・活用を推進した。 • 健康サポート薬局の推進により、国民の健康の保持増進の支援を進めている。
指導者等人材の育成	<ul style="list-style-type: none"> • 運動指導の専門家（健康運動指導士・健康運動実践指導者）の養成（資格付与）に取り組んだ。 • eラーニングを用いた禁煙治療・支援のための指導者トレーニングの開発・普及のプロジェクトに取り組んできた。 • フレイル予防を担う新たな主体を育成するため、中山間地が多い県のバス会社と連携して、フレイル予防のサポーター養成を行い、事業展開を開始した。
エビデンスの作成（調査研究・ガイドライン等作成）	<ul style="list-style-type: none"> • 安全な健診環境を作り、国民が安心して健診を受けることが出来るように、健診施設のためのガイドラインの提唱。健診受診者動向を調査し、結果を分析・公表した。 • 図書の発行によって、自治体に対して数多くのエビデンスを提示し、都道府県や市町村での円滑な齧齶予防事業の推進に寄与した。 • 厚労科研の研究代表者として、わが国のたばこ対策の現状分析や今後の対策に役立つ政策の検討を行い、対策の推進に寄与した。
その他	<ul style="list-style-type: none"> • 保険者努力支援制度において、KDBシステムを活用して保険者が事業を進められるよう保険者の支援を行っている。 • 地域ケア会議における他職種連携推進事業などに取り組んでいる。

今後重点的に取り組みたい領域（最大 5 項目まで選択）について、充実したと回答した割合が高かったのは、健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現（47.7%）、身体活動・運動（47.7%）、高齢者の健康（45.5%）であった。

図 38 : 今後重点的に取り組みたい領域（最大 5 項目まで選択）（団体）



次期健康増進計画策定に当たって国に求める支援として、「連携支援」「財政的支援」「研究・データの分析・公表」「情報発信・広報」等が主な内容として団体から挙げられた。

表 30 : 次期健康増進計画策定に当たって国に求める支援（団体）

主な意見	内容の例
連携支援	<ul style="list-style-type: none"> 推進団体の連携のきっかけづくり。 国や自治体からの情報提供と、情報交換をする機会、勉強会・セミナーなどの開催をお願いしたい。 協議会の所属団体が連携して、国民へ直接的に健康増進等を普及・啓発するイベントを開催するための支援を、国や行政が行うことを望みます。
財政的支援	<ul style="list-style-type: none"> 誰一人取り残さず、貧困者、傷病者、高齢者等への健康づくりを推進するためには、自治体だけでなく、それに関わる団体の活動へも政府からの財政支援が必要である。 国・地方自治体・教育機関・地元住民の連携が促進されるために、人的・情動的・予算的のご支援があること。 ボランティア団体が普及啓発活動していくためには、行政からの予算面も含めた支援体制が望まれる。
研究・データの分析・公表	<ul style="list-style-type: none"> 国が責任をもって、データに基づいた対策を立てることが重要。支援するのは我々ボランティア団体が実践し、国の対策を支援する。そのため、国は、データ分析できる研究所に十分な支援が必要（国が対策を立て、国民が実践する。その結果を専門家が分析して、評価することが望ましいと考える）。 厚労省、文科省などから全国調査の実施やその結果の開示、学会主導の調査や研究への支援。
情報発信・広報	<ul style="list-style-type: none"> 国や自治体での取り組みだけでなく、もっと多くの民間の会社や組織を巻き込んだり、テレビCMなどを利用して、健康づくりを推進する必要性をアピールされると良い。 「簡単かつ、これだけはやる」という運動習慣を1つに絞って取り組むアドバイスをする運動・スポーツの専門家、わかりやすい標語をつくることに習熟したPR・マーケティング分野の専門家による支援。

また、第二次計画期間において国から提供されて役立った情報としては、各種統計調査や公表される指針、取組事例の共有等が挙げられた。

表 31 : 国から提供されて役立った情報

主な意見	内容の例
国から提供されて役立った情報	<ul style="list-style-type: none"> 各種統計・調査（e-stat等） ・健康日本21や健やか親子21のホームページ上に掲載されている各種指針、中間報告 各種ポスター・リーフレット（アクティブガイド、健康日本21（第二次）普及啓発用資料等） 健康日本21推進全国連絡協議会のセミナー・講演、会員に向けた情報共有 取組事例の共有（スマート・ライフ・プロジェクト（健康寿命をのばそうアワード）等） ・e-ヘルスネット

4 指標の達成状況と推進に関する取組状況の比較

目標項目ごとに、指標の達成状況と、都道府県及び市区町村、団体の推進に関する取組状況を整理した。

都道府県や市区町村が目標設定した割合の高さや、取組を充実したと回答した割合の高さは、必ずしも健康日本 21（第二次）最終評価における指標の達成状況の評価の高さとつながっていない。都道府県や市区町村、団体の取組を推進するとともに、取組が健康増進に対するエビデンスに則ったものとなるよう、明らかになったデータや事例を迅速に共有するとともに、エビデンスを構築するための研究や分析を推進する必要がある。

表 32 : 指標の達成状況と推進に関する取組状況の比較

指標の達成状況	割合(%)					
	都道府県		市区町村		団体	
	目標設定した割合	目標設定した市区町村のうち、取組を充実した割合	目標設定した割合	目標設定した市区町村のうち、取組を充実した割合		
健康寿命の延伸と健康格差の縮小の表現						
①健康寿命の延伸	A	95.7	71.1	55.0	35.8	59.1
②健康格差の縮小	C	70.2	57.6	14.0	21.5	28.4
主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底						
(1)がん						
①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少	A	89.4	52.4	25.9	26.3	19.3
②がん検診の受診率の向上	B*	97.9	65.2	93.0	45.9	29.5
(2)循環器疾患						
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	A	100.0	59.6	33.8	37.4	25.0
②高血圧の改善	B*	83.0	51.3	51.4	45.2	35.2
③脂質異常症の減少	C	85.1	37.5	46.4	34.1	30.7
④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	D	97.9	54.3	65.8	39.0	45.5
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	B*	97.9	67.4	85.7	56.8	35.2
(3)糖尿病						
①合併症の減少	C	93.6	81.8	33.7	52.0	23.9
②治療継続者の割合の増加	C	61.7	69.0	23.0	48.3	19.3
③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少	A	70.2	72.7	38.8	54.8	26.1
④糖尿病有病者の増加の抑制	E	74.5	65.7	42.4	48.4	36.4
⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少(再掲)	D	97.9	54.3	65.8	39.0	45.5
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上(再掲)	B*	97.9	67.4	85.7	56.8	35.2
(4)COPD						
①COPDの認知度の向上	C	78.7	37.8	35.1	19.2	15.9
社会生活を営むために必要な機能の維持・向上						
(1)こころの健康						
①自殺者の減少	B	91.5	62.8	62.9	47.3	11.4
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	59.6	53.6	18.9	30.3	13.6
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*	42.6	40.0	3.3	28.6	13.6
④小児人口10万人当たり小児科医・児童精神科医師の割合の増加	A	23.4	45.5	0.4	20.0	1.1
(2)次世代の健康						
①健康な生活習慣(栄養・食生活・運動)を有する子どもの割合の増加	B*	78.7	45.9	50.9	26.2	36.4
②適正体重の子どもの増加	D	78.7	45.9	51.2	21.5	17.0
(3)高齢者の健康						
①介護保険サービス利用者の増加の抑制	B*	38.3	61.1	19.2	37.9	21.6
②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	A	21.3	40.0	6.7	34.5	10.2
③ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加	C	68.1	43.8	28.1	32.9	27.3
④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制	A	78.7	54.1	28.9	45.0	23.9
⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少	B*	34.0	50.0	6.7	42.5	22.7
⑥高齢者の社会参加の促進	E	53.2	60.0	25.3	43.3	19.3
健康を支え、守るための社会環境の整備						
①地域のつながりの強化	C	42.6	35.0	23.6	31.6	21.6
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	66.0	58.1	23.3	39.3	33.0
③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加	B	63.8	53.3	5.0	46.9	14.8
④健康に関し身近で専門的な支援等が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	E	31.9	33.3	2.6	15.2	17.0
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加	B	34.0	18.8	0.9	16.7	6.8
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						
①適正体重を維持している者の増加	C	95.7	42.2	71.9	28.6	35.2
②適切な量と質の食事をとる者の増加	C	100.0	68.1	65.4	40.3	37.5
③共食の増加	E	44.7	33.3	30.2	20.6	14.8
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*	76.6	50.0	6.7	36.0	6.8
⑤利用者に応じた食事の計画、栄養の評価・改善をする特定給食施設の割合の増加	B*	59.6	35.7	1.6	19.0	5.7
(2)身体活動・運動						
①日常生活における歩数の増加	C	95.7	75.6	35.6	40.5	40.9
②運動習慣者の割合の増加	C	100.0	68.1	90.5	39.6	48.9
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*	38.3	55.6	5.5	38.0	12.5
(3)休養						
①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	D	97.9	34.8	78.0	14.7	22.7
②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	B*	40.4	42.1	2.3	13.3	6.8
(4)飲酒						
①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	D	97.9	32.6	73.6	13.1	26.1
②未成年者の飲酒をなくす	B	66.0	32.3	30.1	15.2	9.1
③妊娠中の飲酒をなくす	B	63.8	33.3	45.6	20.6	6.8
(5)喫煙						
①成人の喫煙率の減少	B*	97.9	63.0	84.8	23.7	31.8
②未成年者の喫煙をなくす	B	80.9	50.0	33.4	21.6	17.0
③妊娠中の喫煙をなくす	B*	72.3	41.2	60.0	26.7	15.9
④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	B*	89.4	83.3	36.4	45.4	33.0
(6)歯・口腔の健康						
①口腔機能の維持・向上	(評価中)	72.3	58.8	21.0	35.4	19.3
②歯の喪失防止	(評価中)	97.9	52.2	47.9	39.0	18.2
③歯周病を有する者の割合の減少	(評価中)	85.1	55.0	30.1	37.9	15.9
④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	(評価中)	97.9	63.0	71.0	34.3	11.4
⑤過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	(評価中)	93.6	45.5	61.4	39.7	15.9

5 結果のまとめ

(1) 健康増進の体制構築の推進

- 健康日本 21（第二次）最終評価において、都道府県と市区町村における健康増進計画の策定率は健康日本 21 の最終評価時点と比べてほぼ変わらない。
- 計画の評価の進捗¹及び健康増進施策の推進体制の構築²については、健康日本 21 の最終評価時点と比べて推進された。
- 今後、引き続き計画の策定・評価の実施を推進する観点では、人員が限られる市区町村であっても十分に計画策定や評価を実施することができるよう、技術的な支援を充実するとともに、次期計画策定時点において、市区町村レベルでの標準的な指標の提示を検討する余地がある。
- より市区町村の実情にあった質の高い計画の策定を推進する観点では、既存の調査における市区町村単位で使用可能な関連データの整備、特定健診のうち国民健康保険分以外のデータとの連携等、市区町村が個別に検討・活用できるデータの充実が求められている。

(2) 健康格差への対策・「誰一人取り残さない」環境づくり

- 厚生労働省の調査によると、全ての都道府県が管内市区町村の健康に関する指標や生活習慣の状況の格差の実態を把握していると回答した³。また、本アンケート調査において市区町村内の地域間の健康状態や生活習慣の状況の差を把握している市区町村は 51.9%であった。また、所得や教育、職業等の社会経済的要因による健康格差を把握している都道府県は 12.8%、市区町村では 13.7%であった。
- 都道府県の健康増進計画において、「健康格差の縮小」を目標とした都道府県が 70.2%あるものの、「健康格差対策に取り組む自治体の増加」を目標としているのは 38.3%、そのうち取組を充実した都道府県は 18.8%であった。
- 一方で、今後の健康づくり運動計画のあるべき姿について、無関心層を含め誰もが自然に健康になれる環境づくりを重視する意見が、都道府県、市区町村から挙げられた。
- 今後、「誰一人取り残さない」環境づくりを推進するには、医療部門、介護保険部門、福祉部門だけでなく、まちづくり部門や経済・産業部門、スポーツ部門、教育部門等、国民の生活環境に関連する他の部門と幅広く連携することが必要である。そのため、都道府県や市区町村、関連団体が、他の関係者と協働しやすくなるような働きかけが求められている。

1 「健康増進計画の評価を行う体制がある」「これまでに中間評価等の評価を行った」

2 「庁内に部局横断的に組織体制がある」「関係団体、民間企業、住民組織が参加した協議会・連絡会等の体制がある」

3 「健康日本 21（第二次）の目標項目設定に係る自治体の取組状況」調査（厚生労働省健康局健康課）

(3) 若年層・働き盛り世代を含めた全世代の健康増進

- 健康増進計画の策定・評価に特定健診データ（国保分以外）を用いている都道府県は 87.2%である一方、市区町村は 15.6%であった。また、在勤者に対する施策を行っている都道府県は 91.5%、市区町村は 41.3%であった。
- 経済・産業部門と連携して施策を行った都道府県は 51.1%、市区町村は 22.7%であった。また、まちづくり部門と連携して施策を行った都道府県は 31.9%、市区町村は 26.7%であった。
- 健康増進の取組を進めるに当たっての課題・改善点や、今後の健康づくり運動計画のあるべき姿について、働き盛り世代に向けた取組を充実すべきとの意見が挙げられた。
- 今後、働き盛り世代に向けて取り組むにあたり、他部門との連携や、保険者間連携によるデータ活用等を推進する必要がある。

(4) 取り組みやすい目標指標の設定

- 領域や目標項目の間で、充実された割合の差が開いた。例えば、糖尿病、喫煙等、多くの都道府県で充実された領域があった一方で、COPD、休養、飲酒等、充実した都道府県が 5 割に満たない領域もあった⁴。
- 領域や目標項目間で差が生まれた理由の 1 つとして、目標指標の評価が難しいことや、都道府県や市区町村の健康部門単独で取り組みにくいこと等が考えられる。
- 今後、全ての領域において取組を促進していくためには、次期計画の策定時点で、都道府県・市区町村・関連団体や国民の理解しやすさ、取り組みやすさといった観点も考慮して目標指標を設定するよう留意すべきである。

⁴ 「領域ごとの取組状況」より