令和４年６月24日	参考資料３－２
第11回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会	

暫定版

健康日本 21（第二次）最終評価報告書（案）

（令和４年６月１６日暫定版）

令和４年６月 16 日

厚生科学審議会　健康日本 21（第二次）推進専門委員会

目次

第１章　はじめに・・・

第４章　21 世紀の健康づくり運動全体としての評価と次期国民健康づくり運動プランに向けての課題　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・445
Ⅰ　21 世紀の健康づくり運動全体としての評価
１．現状
２．国内外の健康づくり運動に関する動向
３．その他（国民の健康意識の変容、新型コロナウイルスの影響等）
４．20 年の評価のまとめ
Ⅱ　次期国民健康づくり運動プランに向けての課題

健康日本 21（第二次）推進専門委員会設置要綱・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（P）
健康日本 21（第二次）推進専門委員会構成員名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（P）
健康日本 21（第二次）推進専門委員会の開催状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（P）
健康日本 21（第二次）推進専門委員会における最終評価のスケジュール概要・・・・・・・・・・・（P）

参考資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

第 1 章 はじめに

Ⅰ 健康日本 21（第二次）の策定の趣旨・経過

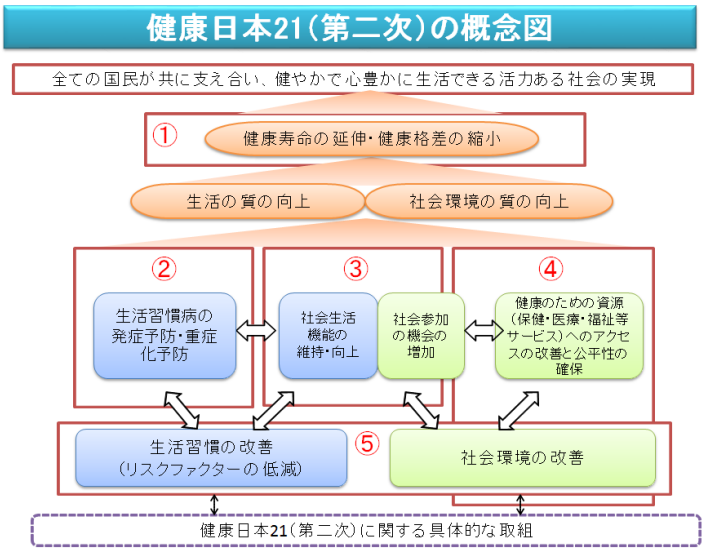
日本では急速な少子高齢化や生活習慣の変化に伴う疾病構造の変化により、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、国民医療費に占めるこれら生活習慣病に係る医療費の割合は約 3 割となっている。

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

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

健康日本 21（第二次）においては、個人の生活習慣の改善及び個人を取り巻く社会環境の改善を通じて、生活習慣病の発症予防・重症化予防を図るとともに、社会生活機能低下の低減による生活の質の向上を図り、また、健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保を図るとともに、社会参加の機会の増加による社会環境の質の向上を図り、結果として健康寿命の延伸・健康格差の縮小を実現するという考えのもと、以下の５つの基本的な方向を定めた。

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



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

さらに、健康日本 21（第二次）の開始に際しては、厚生労働省ホームページにおいて、健康日本 21（第二次）に関する大臣告示や局長通知、参考資料（全文）を掲載するとともに、普及啓発用に作成した資料もあわせて公表するなど、掲載情報の充実を図った。

健康日本 21（第二次）では個人や企業の「健康意識」と「動機付け」の醸成・向上を図り、社会全体としての国民運動に発展させるため、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体を支援する「スマート・ライフ・プロジェクト」の参画団体数を目標項目の１つとして定め、推進してきた。

また、健康日本 21（第二次）の進捗を確認し着実に推進することを目的として、平成 26（2014）年７月より厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会に「健康日本 21（第二次）推進専門委員会」を設置した。専門委員会において、健康日本 21（第二次）の進捗状況や目標の在り方等に関する事項や、その他の健康日本 21（第二次）の推進に関する事項について、定期的に検討を行ってきた。平成 30（2018）年には中間評価報告書をとりまとめ、中間評価の結果も踏まえてそれぞれの取組を引き続き推進してきた。

令和３（2021）年 8 月には、関連する他の計画と計画期間を一致させるため、健康日本 21（第二次）の計画期間を１年延長し、令和５（2023）年度末までの 11 年間とした（令和３（2021）年８月４日告示）。

Ⅱ．健康日本 21（第二次）中間評価の概要

健康日本 21（第二次）の開始５年目にあたる平成 29（2017）年度より、健康日本 21（第二次）推進専門委員会において評価手法について検討を行った上で中間評価を行った。中間評価では、５つの基本的方向に基づいた具体的な目標 53 項目における中間実績値の分析・評価

や、進捗のために行われている取組・課題等について整理し、平成 30（2018）年にとりまとめを公表した。

（1）結果の概要

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

表 1　指標の評価状況

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

表 2　基本的方向ごとの評価状況（※<>内は基本的方向内における割合）

基本的方向※ / 評価	1	2	3	4	5	全体
a（内 a*）	2（0） <100%>	6（3） <50%>	7（3） <58.3%>	4（0） <80%>	13（6） <59.1%>	32 （12）
b		6 <50%>	4 <33.3%>	1 <20%>	8 <36.4%>	19
c					1 <4.5%>	1
d			1 <8.3%>			1
合計	2	12	12	5	22	53

※基本的な方向

1：健康寿命の延伸と健康格差の縮小

2：生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD の予防）

3：社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

4：健康を支え、守るための社会環境の整備

5：栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

表３ 健康日本 21（第二次）中間評価 結果一覧

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

項目	評価
ア　全出生数中の低出生体重児の割合の減少	b
イ　肥満傾向にある子どもの割合の減少	
（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
②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	d
③ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加	a
④低栄養傾向（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（1,000 人当たり）	a＊
⑥高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)	b
４．健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標	
①地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	a
②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加	b
③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加	a
④健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	a
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）	a
５．栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標	
（１）栄養・食生活	
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）	b
②適切な量と質の食事をとる者の増加	
ア　主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が１日２回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加	b
イ　食塩摂取量の減少	
ウ　野菜と果物の摂取量の増加	
③共食の増加（食事を１人で食べる子どもの割合の減少）	b
④食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	a
⑤利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	a＊
（２）身体活動・運動	
①日常生活における歩数の増加	b
②運動習慣者の割合の増加	b
③住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	a
（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	b

項目	評価
②週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少	a *
（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（一日当たりの純アルコール摂取量が男性 40ｇ以上、女性 20ｇ以上の者）の割合の減少	b
②未成年者の飲酒をなくす	a
③妊娠中の飲酒をなくす	a *
（５）喫煙	
①成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	a *
②未成年者の喫煙をなくす	a
③妊娠娠中の喫煙をなくす	a *
④受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少	a *
（６）歯・口腔の健康	
①口腔機能の維持・向上（60 歳代における咀嚼良好者の割合の増加）	b
②歯の喪失防止	
ア 80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	a
イ 60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	
ウ 40 歳で喪失歯のない者の割合の増加	
③歯周病を有する者の割合の減少	
ア 20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	c
イ 40 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	
ウ 60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	
④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	
ア ３歳児でう蝕がない者の割合が 80%以上である都道府県の増加	a
イ 12 歳児の一人平均う歯数が 1.0 歯未満である都道府県の増加	
過去１年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	a

a*：現状のままでは最終評価までに目標到達が危ぶまれるもの。（計 12 項目）

※最終評価の結果は後述

（参考）目標、データソース等が再設定された項目一覧

① 基本計画等の改訂や他委員会による目標変更に伴う変更			
項　目		変更前の目標値	変更後の目標値
第3期がん対策推進基本計画（2017年度～2022年度）			
75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少		73.9（2015年）	減少傾向（2022年）
がん検診の受診率の向上		50%（胃がん、肺がん、大腸がんは40%（2016年）	50% （2022年度）
受動喫煙の機会を有する者の割合の減少		医療機関０%、行政機関：０%、家庭３%、飲食店15%（2022年度）、受動喫煙の無い職場の実現（2020年）	望まない受動喫煙のない社会の実現 （2022年度）
第三期医療費適正化計画（2018年度～2023年度）			
特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上		特定健康診査の実施率　70%以上 特定保健指導の実施率　45%以上 （2017年度）	特定健康診査の実施率　70%以上 特定保健指導の実施率　45%以上 （2023年度）
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～			
自殺者の減少（人口10万人当たり）		19.4（2016年）	13.0以下（2025年度）
健やか親子２１（第２次）（2015年度～2024年度）			
小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加		増加傾向へ （2014年）	増加傾向へ （2022年度）
適正体重の子どもの増加	ア　全出生数中の低出生体重児の割合の減少	減少傾向へ（2014年）	減少傾向へ（2022年）
	イ　肥満傾向にある子どもの割合の減少	小学５年生の中等度・高度肥満傾向児の割合減少傾向へ（2014年）	児童・生徒における肥満傾向児の割合 7.0%（2024年度）
妊娠中の飲酒をなくす		０%（2014年）	０%（2022年度）
妊娠中の喫煙をなくす		０%（2014年）	０%（2022年度）
歯科口腔保健の推進に関する専門委員会			
80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加		50%（2022年度）	60%（2022年度）
60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加		70%（2022年度）	80%（2022年度）
３歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加		23都道府県（2009年）	47都道府県（2022年度）
12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加		28都道府県（2011年）	47都道府県（2022年度）

② その他		
変更前の目標	変更後の目標	理　由
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群2008年度と比べて25%減少（2015年度）	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群2008年度と比べて25%減少（2022年度）	元々の目標が2015年度で設定されていたため目標年度を最終年度の2022年度まで変更
認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率　10%（2022年度）	認知症サポーター数　1200万人 （2020年度）	2015年度の介護保険制度改正により、基本チェックリストでの介護予防事業は必須項目ではなくなったため、目標を差し替え
スマート・ライフ・プロジェクト （以下ＳＬＰ） 参画企業数3,000社（2022年度）	ＳＬＰ参画企業数3,000社 ＳＬＰ参画団体数7,000団体（追加） （2022年度）	地域のつながりは企業のみならず自治体や組合等の相互互助が重要であるため、自治体や組合等の団体参画数も目標として追加した

第２章　評価の目的と方法

Ⅰ　最終評価の目的

健康日本 21（第二次）の推進を定める「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成 24 年厚生労働省告示第 430 号）」では、健康日本 21（第二次）の目標に関し、「目標設定後５年を目処に全ての目標について中間評価を行うとともに、目標設定後 10 年を目処に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する」こととしている。

最終評価の目的は、健康日本（第二次）開始 10 年を目途に、目標に対する実績値の評価や諸活動の成果の評価を行うとともに、健康日本 21（第二次）に先だって行われた健康日本 21 を含め、我が国でこれまでに行われてきた 21 世紀の健康づくり運動全体についての評価を行い、得られた課題等を令和６（2024）年度以降の次期国民健康づくり運動プランに反映させることである。

健康日本 21（第二次）開始 9 年目にあたる令和３（2021）年より健康日本 21（第二次）推進専門委員会において最終評価の検討を開始し、健康日本 21（第二次）開始 10 年目の令和４（2022）年度に本報告書を取りまとめた。

Ⅱ　最終評価の方法

最終評価においては、以下の 3 点を中心に評価を行う。

１．目標に対する実績値の評価
　各領域における目標項目の実績値の評価及び関連する取組状況を踏まえた分析
２．諸活動の成果の評価
　国、地方公共団体、企業や団体等の取組（成果）の評価
３．21 世紀の健康づくり運動全体としての評価と次期国民健康づくり運動プランに向けての課題の整理

１．目標に対する実績値の評価（各領域の評価）

様式１（別添）を用いて、各目標項目における目標に対する実績値の評価を行う。また、様式２（別添）を用いて、関連する取組の整理や、各目標項目の評価を踏まえた領域全体の状況、今後の課題について整理する。

（１）目標に対する実績値の評価方法について（別添：様式１）

各目標項目（53 項目）について、計画策定時の値と直近の値を比較し、分析上の課題や関

連する調査・研究のデータの動向も踏まえ、目標に対する数値の動きについて、分析・評価を行う。

なお、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響を受けて、令和２（2020）年及び令和３（2021）年の国民健康・栄養調査等が中止となり、入手できる直近の値が令和元（2019）年のデータである指標が多いことや、健康日本 21（第二次）が 11 年という長い計画期間で行われている計画であること等を考慮し、最終評価における目標に対する実績値の評価は、新型コロナウイルス感染症の影響を受ける前の令和元（2019）年までのデータを用いて行うこととした。（新型コロナウイルス感染症の影響に関しては、後述する各領域の様式２及び第 4 章の中で述べる。）

直近値に係るデータ分析

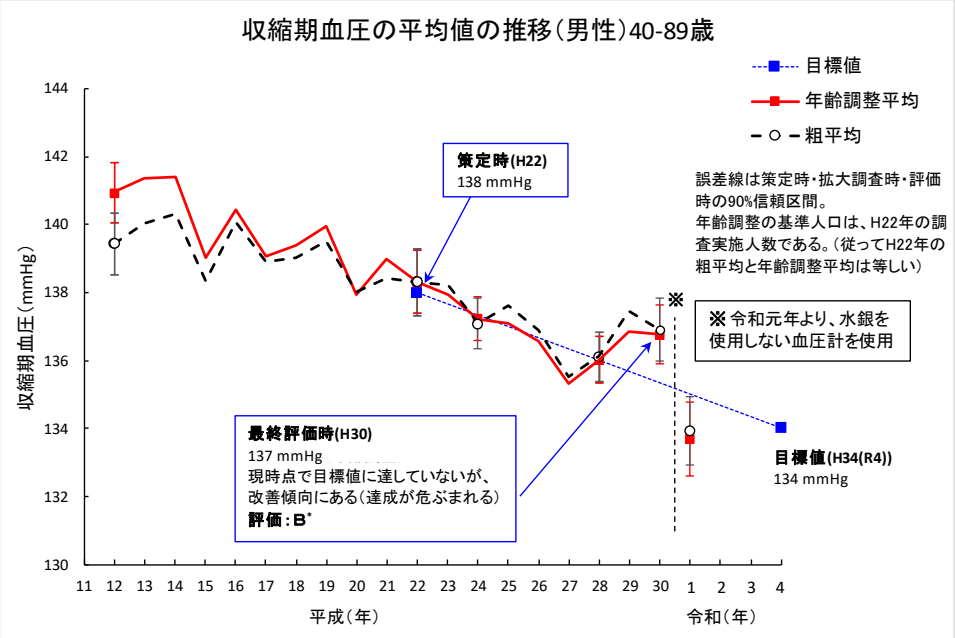
直近値が、目標値に対してどのような動きになっているかについて分析する。有意差検定を行った場合は結果を様式１に記載する。

計画策定時のベースライン値と直近値の比較に当たっては、原則として有意差検定を実施し、その際、数値の変化がわかる図を併せて作成する（様式１に添付）。データソースが国民健康・栄養調査である場合は、ベースラインの調査実施人数で年齢調整した値で有意差検定を行う。

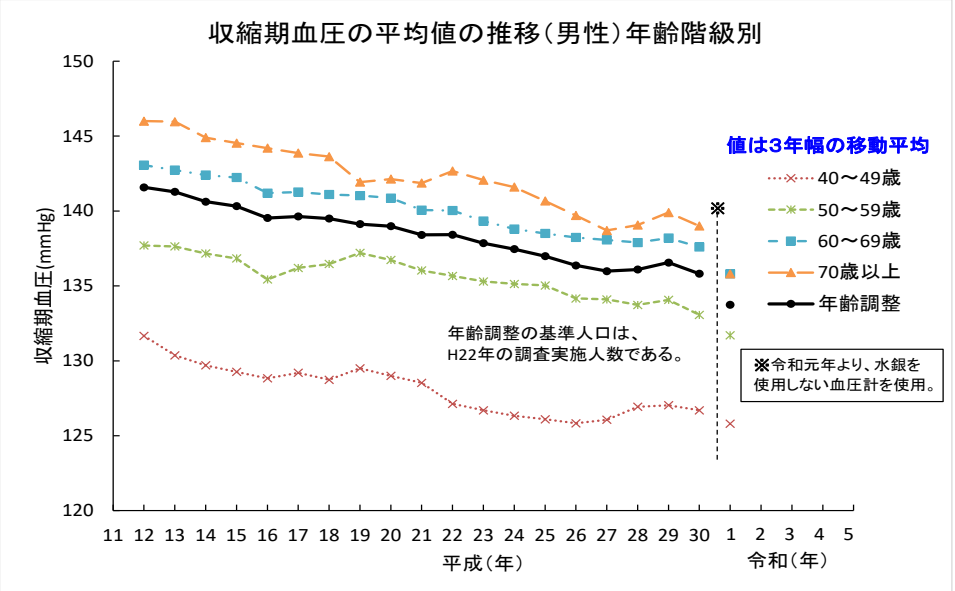
目標に対する実績値の動きについて、目標とする値が一定程度の抑制を図ることを予測して設定されている場合等は、目標への到達に向けて現状値の動きがわかるような図とする（以下の例１「収縮期血圧の平均値の推移」参照）。その際、有意差検定を実施するとともに図の現状値に 95%（片側検定の場合は 90%）信頼区間を示すエラーバーをつける。

全体の値だけではなく、性、年齢、地域別等で値に差がみられるものは、それらの特徴を踏まえた分析を行う。（例２参照）

（例１）



（例２）



平成 12（2000）年以降継続してデータを収集しているものは、平成 12（2000）年以降の状況も併せて分析を行う。分析が可能なものにおいては、粗データでの変化と平成 22（2010）年国勢調査データ（国民健康・栄養調査の場合は調査実施人数、必要に応じて他の基準人口も考慮する）で年齢調整した値の変化を検討する。

調査・データ分析に係る課題

ベースラインから指標や目標値が変更になっている目標項目や、直近の指標のデータが把握できない項目に関しては、代替となる指標や調査結果等を用いて分析を行う。

各目標項目の評価に当たっては、関連する調査・研究等の動向も補助的に活用する。

分析に基づく評価

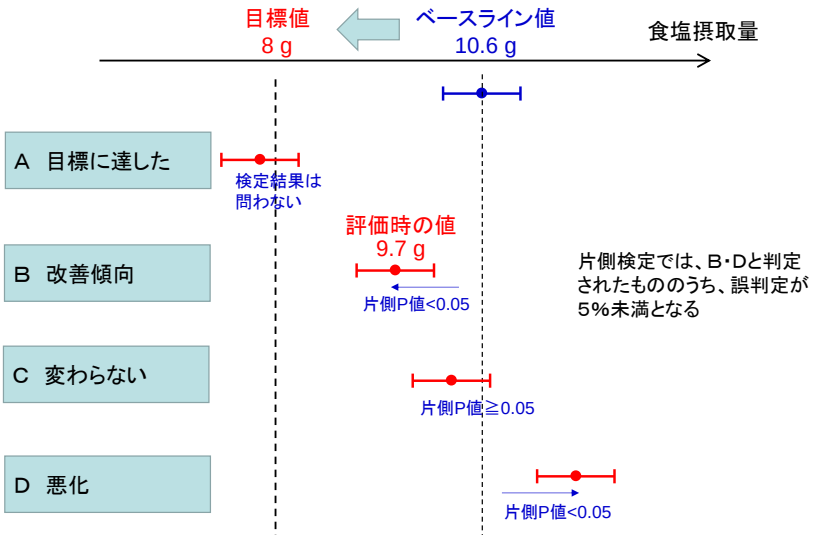
直近の実績値が目標に達したか、達していないかを記載する。

目標に達していない項目については、目標に向けて改善したか、不変又は悪化したか等を簡潔に記載する。

改善している項目については、目標の到達に向けて予測される値の動きと比較して、順調に推移しているか等の具体的な内容を記載する。

例）食塩摂取量　成人８ｇ/日未満

標準誤差（信頼区間）の大きさ⊢⊣を考慮して評価する。



評価については、以下のとおり、Ａ，Ｂ，Ｃ，Ｄ，Ｅの５段階で評価する。

Ａ　目標値に達した

検定結果は問わない。

Ｂ　現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある

ベースライン時に比べて有意（片側Ｐ値＜0.05）に改善した。

➢ そのうち、設定した目標年度までに目標に達しそうなものを「Ｂ」、目標達成が危ぶまれるものを「Ｂ＊」として評価する。（次ページ図）

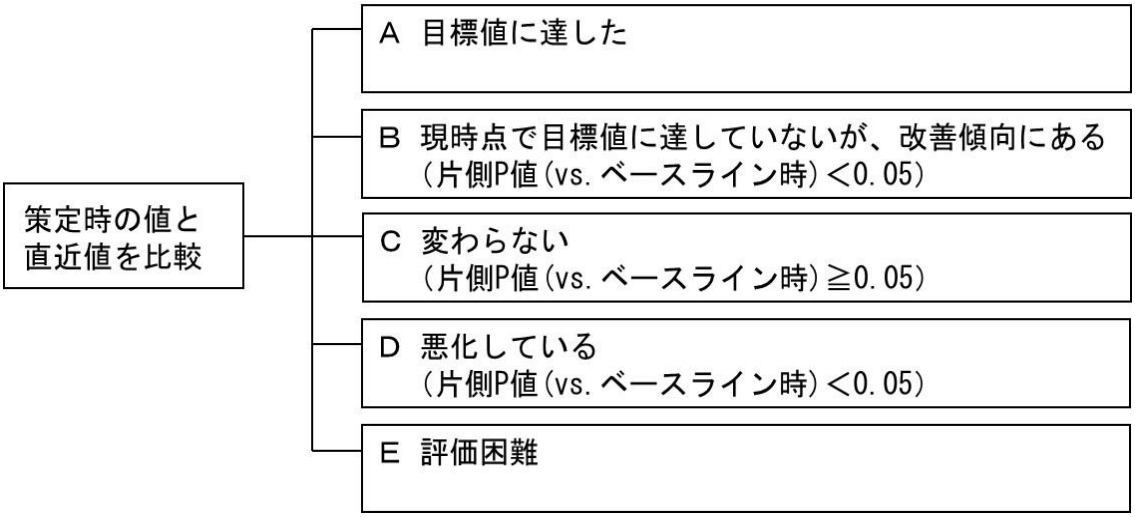
Ｃ　変わらない

ベースライン時に比べて有意な変化がない（片側Ｐ値≧0.05）（Ａ，Ｂ，Ｄ以外）

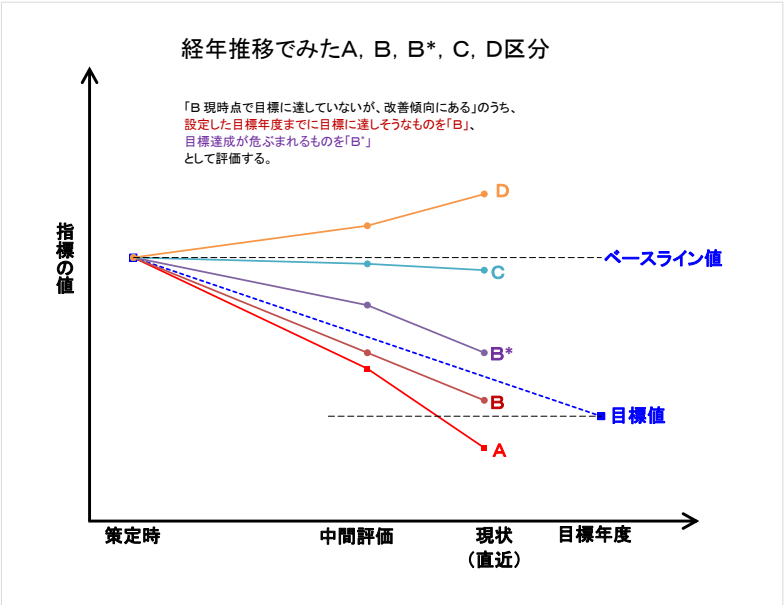
Ｄ　悪化している

ベースライン時に比べて有意（片側Ｐ値＜0.05）に悪化した。

＜評価区分（案）＞



※「Ｂ　現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」のうち、設定した目標年度までに目標に達しそうなものを「Ｂ」、目標達成が危ぶまれるものを「Ｂ*」として評価する。（指標の評価に当たっては、直近値がベースライン値と目標値を結んだ線の上か下かで判定する。）



一つの目標項目の中に複数の項目がある目標項目に関しては、まず各項目に関してＡ，Ｂ，Ｃ，Ｄ，Ｅの５段階で評価する。その上で、Ａ＝５点、Ｂ＝４点、Ｃ＝３点、Ｄ＝２点と換算して平均を算出し（小数点以下五捨六入、Ｅは除く。）、目標項目全体としても５段階で評価する。各項目にさらに男女別や年齢別の指標がある場合についても、各々同様に平均を算出することで項目ごとの評価を行う。

（例）別表第五（１）栄養・食生活　（下記評価は説明用の仮想判定である）

② 適切な量と質の食事をとる者の増加 → 評価：Ｃ ※

ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が → 評価：Ｄ
１日２回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加

イ 食塩摂取量の減少 → 評価：Ｂ

ウ 野菜と果物の摂取量の増加 → 評価：Ｃ

※ 平均の算出：（Ｄ＋Ｂ＋Ｃ）/３項目 ＝ （２＋４＋３）/３ ＝ ３：Ｃ

目標項目全体の評価としても、設定した目標年度までに目標に達しそうなもの（目標年度にＡとなりそうなもの）を「Ｂ」、目標達成が危ぶまれるもの（目標年度にＢとなりそうなもの）を「Ｂ*」として評価する。

（例）Ａ＋Ｂ → 目標年度にＡ＋Ａで全体としてＡになる見込み →「Ｂ」と評価
Ａ＋Ｂ*→ 目標年度にＡ＋Ｂで全体としてＢになる見込み →「Ｂ*」と評価

○ 解釈の補助のための経年的な推移の分析

- 長期的な経年推移を図示する。
- 年齢調整あり／なしの両方を作成する。
- 性・年齢階級別についても同様に分析する。
- 経年的推移及びその過程の変化を調べるために、可能なものは Joinpoint regression で検定を行う。

➢ 国民健康・栄養調査の経年推移の分析で用いている。

✧ 経年的に有意な変化があるか（トレンド検定）

✧ 途中で変化の状態が有意に変わっているか（折れ線グラフで折れ曲がっているか）

➢ トレンド検定の結果も参考として示す。

○ 検定を行わない指標の場合

- 全数調査の指標
- 標準誤差が計算できない調査による指標

➢ Ａは検定せず区分

- Ｂ、Ｄの区分は、相対的に５％以上の変化を目安とするが、公衆衛生学的に意味のある変化幅であるか等を指標ごとに判断することも可とする。
  例）25%→28%に変化（相対的に 12%増加）したが、目標 80%に対してわずかな変化幅→Ｃ

（２）関連する取組状況を踏まえた分析と今後の課題の整理について（別添：様式２）

領域ごとに目標項目の評価状況をまとめる。

領域ごとに目標項目の評価状況を示す図を作成し添付する。

健康日本 21（第二次）の目標設定の際、目標項目が３つ以上ある領域に関しては、領域ごとに「目標の設定の考え方」の図を示しているので、目標項目間の関連にも配慮し、図中にＡ，Ｂ，Ｃ，Ｄ，Ｅの評価を入れた図を作成し添付する。

関連する取組に関しては、以下の点に留意して整理を行う。

各目標項目に係る取組、領域全体に係る取組、その他関連する取組について記載する。

具体の取組については、どの程度広がったか等の評価を行う。

取組の全体像や重要な取組、特徴的な取組について、“見える化”して整理する（資料を添付）。

特に、社会環境の整備に関する取組等は、複合的な取組として他の取組と連動して動いているので、その構造がわかるように図で示す等工夫する。

各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

実施した取組について、指標の改善や悪化等の状況との関連を分析する。

数値目標に関しては、具体的にどういったことに取り組めば目標が達成できたかについての整理を行う。

各目標項目の評価を踏まえ、領域全体としての評価を記載する（現行の指標の妥当性含む）。

健康日本 21（第二次）に先だって行われた健康日本 21 から続く指標や取組に関しては、健康日本 21 からの流れも考慮して記載する。

今後の課題については、以下の点に留意して整理を行う。

上記分析結果等から、今後、充実・強化すべき取組の整理を行う。

充実・強化すべき取組を行うに当たって必要となる研究の整理を行う。

今後、重要になると予測される課題や要因について、現状把握が必要なもの、特に次期国民健康づくり運動プラン策定に向けて新たに必要なデータがあれば言及する。

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流行の影響を受けていると想定される領域においては、新型コロナウイ

ルス感染症流行後の指標のデータ（入手可能な場合）や、関連する調査・研究結果等を踏まえ、今後の課題として新型コロナウイルス感染症の影響に言及する。

〈基本的考え方〉

目標に対する実績値や取組の評価を行うとともに、その評価を通して値の動きや特徴的な取組について“見える化・魅せる化”する工夫を行う。また国、地方公共団体、企業・団体の諸活動の成果について整理・評価する。

これらの評価結果をもとに、健康日本 21（第二次）の総合的な評価やこれまでに行われてきた我が国の健康づくり運動の全体的な評価を行うとともに、次期国民健康づくり運動プラン策定に向けた検討の視点や方向性について整理する。

２．諸活動の成果の評価

国、地方公共団体、企業・団体等の取組状況の整理・評価を行う。

（１）健康日本 21（第二次）の計画期間中に行われた国、地方公共団体、企業・団体の特徴的な取組を整理する。

・健康日本 21（第二次）に関連する主な施策の整理
（健康寿命延伸プラン、がん対策推進基本計画等）
・スマート・ライフ・プロジェクトで成果の出ている取組の整理
・民間主導の活動による取組の整理（日本健康会議等）

（２）都道府県、市町村及び健康日本 21 推進全国連絡協議会に属する団体に対して調査を実施し、取組状況を評価する。

・健康日本 21（第二次）計画期間中の取組状況を把握・評価する。
・健康日本 21 最終評価時と現在の状況を比較し評価する。
・次期国民健康づくり運動プランに向けての課題を把握する。

15

３．21 世紀の健康づくり運動全体としての評価と次期国民健康づくり運動プランに向けての課題の整理

各領域の実績値の評価、諸活動の成果の評価も踏まえ、健康日本 21（第二次）の総合的な評価を行うとともに、健康日本 21 から続く大きな流れの中で我が国の健康づくり運動を評価し、次期国民健康づくり運動プランに向けての課題を整理する。

（１）健康日本 21（第二次）の総合的な評価

目標に対する実績値の評価や関連する取組の整理、諸活動の成果の評価も踏まえ、健康日本 21（第二次）の総合的な評価を行う。

（２）21 世紀の健康づくり運動全体としての評価

これまでの国民健康づくり運動が国民の健康意識や行動変容等にどのような影響を与えてきたかも含め、健康日本 21 から続く大きな流れの中で、我が国の健康づくり運動全体を国際的な公衆衛生施策の潮流も踏まえながら評価する。

（３）次期国民健康づくり運動プランに向けての課題の整理

上記評価を踏まえ、健康づくり対策を取り巻く技術的進歩や社会的変化、制度の変更等も考慮して、次期国民健康づくり運動プラン策定に向けた検討の視点や方向性について整理する。

16

第３章　最終評価の結果

Ⅰ　結果の概要

全 53 項目について、その達成状況を評価・分析した結果を表 1 にまとめた。A（目標値に達した）は 8 項目（15.1%）であった。B（現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある）は 21 項目（39.6%）で、そのうち目標設定年度までに目標達成見込みである目標は 8 項目（15.1%）、目標設定年度までに達成が危ぶまれる項目（B*）は 13 項目（24.5%）であった。C（変わらない）は 13 項目（24.5%）、D（悪化している）は 4 項目（7.5%）であった。また、E（評価困難）が 7 項目（13.2%）あった。

表 1　目標項目の評価状況

策定時のベースライン値と直近の実績値を比較	項目数（再掲除く）
A　目標値に達した	8（15.1%）
B　現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	21（39.6%）
C　変わらない	13（24.5%）
D　悪化している	4（ 7.5%）
E　評価困難	7（13.2%）
合計	53（100.0%）

※割合は丸めた数字であるため総計が 100 にならない

＜参考＞

健康日本 21 最終評価における指標の評価状況（平成 23 年 10 月）

策定時※の値と直近値を比較	項目数（再掲除く）
A　目標値に達した	10（16.9%）
B　目標値に達していないが改善傾向にある	25（42.4%）
C　変わらない	14（23.7%）
D　悪化している	9（15.3%）
E　評価困難	1（ 1.7%）
合計	59（100.0%）

※中間評価時に策定された指標については、中間評価時の値と比較

表２　基本的な方向ごとの評価状況（<>内は基本的な方向内における割合）

	＜基本的な方向※＞					
評価	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**全体**
A	1 <50%> (1.9%)	3 <25.0%> (5.7%)	3 <25.0%> (5.7%)		1 <4.5%> (1.9%)	**8** **(15.1%)**
B		3 <25.0%> (5.7%)	5 <41.7%> (9.4%)	2 <40%> (3.8%)	11 <50.0%> (20.8%)	**21** **(39.6%)**
C	1 <50%> (1.9%)	4 <33.3%> (7.5%)	2 <16.7%> (3.8%)	1 <20%> (1.9%)	5 <22.7%> (9.4%)	**13** **(24.5%)**
D		1 <8.3%> (1.9%)	1 <8.3%> (1.9%)		2 <9.1%> (3.8%)	**4** **(7.5%)**
E		1 <8.3%> (1.9%)	1 <8.3%> (1.9%)	2 <40%> (3.8%)	3 <13.6%> (5.7%)	**7** **(13.2%)**
合計	**2**	**12**	**12**	**5**	**22**	**53**

※基本的な方向

１：健康寿命の延伸と健康格差の縮小

２：生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD の予防）

３：社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

４：健康を支え、守るための社会環境の整備

５：栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

表３　目標達成状況の概要

項目	評価
１．健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標	
①健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	A
②健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）	C
２．主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標	
（１）がん	
①75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）	A
②がん検診の受診率の向上	B
（２）循環器疾患	
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）	A
②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	B*
③脂質異常症の減少	C
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
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	B*
（３）糖尿病	
①合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	C
②治療継続者の割合の増加	C
③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c がＪＤＳ値 8.0%（ＮＧＳＰ値 8.4%）以上の者の割合の減少）	A
④糖尿病有病者の増加の抑制	E※（参考 B*）
⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）	D
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	B*
（４）ＣＯＰＤ	
①ＣＯＰＤの認知度の向上	C
３．社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標	
（１）こころの健康	
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
（２）次世代の健康	
①健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加	
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加	B*
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	
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	D
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	

項目	評価
（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*
②認知症サポーター数の増加	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（1,000 人当たり）	B*
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※（参考 B）
４．健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標	
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（参考 B）
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
５．栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標	
（１）栄養・食生活	
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	
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	C
イ 食塩摂取量の減少	
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	
③共食の増加（食事を１人で食べる子どもの割合の減少）	A
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*
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*
（２）身体活動・運動	
①日常生活における歩数の増加	C
②運動習慣者の割合の増加	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*
（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
②週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少	B*
（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（一日当たりの純アルコール摂取量が男性 40ｇ以上、女性 20ｇ以上の者）の割合の減少	D
②未成年者の飲酒をなくす	B
③妊娠中の飲酒をなくす	B

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

※新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

Ⅱ　各領域の評価：評価シート【様式 2】

22

様式２

（領域名）健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現

背景

○「健康寿命の延伸」は健康日本 21（第二次）の中心課題である。我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防及び社会生活を営むために必要な機能の維持・向上等により、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）の延伸を実現することが重要である。健康寿命の定義については、客観性の強い「日常生活に制限のない期間の平均」を主指標に、主観性の強い「自分が健康であると自覚している期間の平均」を副指標としている[1)]。

○ 平均寿命と健康寿命の差に着目し、平均寿命の延び以上に健康寿命を延ばす（不健康な状態になる時点を遅らせる）ことを目指している。この差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味する。疾病予防と健康増進、介護予防、社会環境の改善等によって、平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぎ、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現に寄与するとともに、医療費や介護給付費等社会保障負担の軽減も期待できる。

○ 健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義される。健康日本 21（第二次）では地域格差に焦点を置き、日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小を目指している。自治体の間での健康格差の実態を明らかにし、その縮小に向けた取組を強化する際の指標としては、様々なものが考えられるが、最も重要な指標は健康寿命である。各自治体にとって、健康寿命の格差の要因を把握・分析し、それを延ばす戦略を考えることは、健康づくりを推進する上で重要である。

１　目標項目の評価状況

評価		項目数
A　目標値に達した		1
B　現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある		0
	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		0

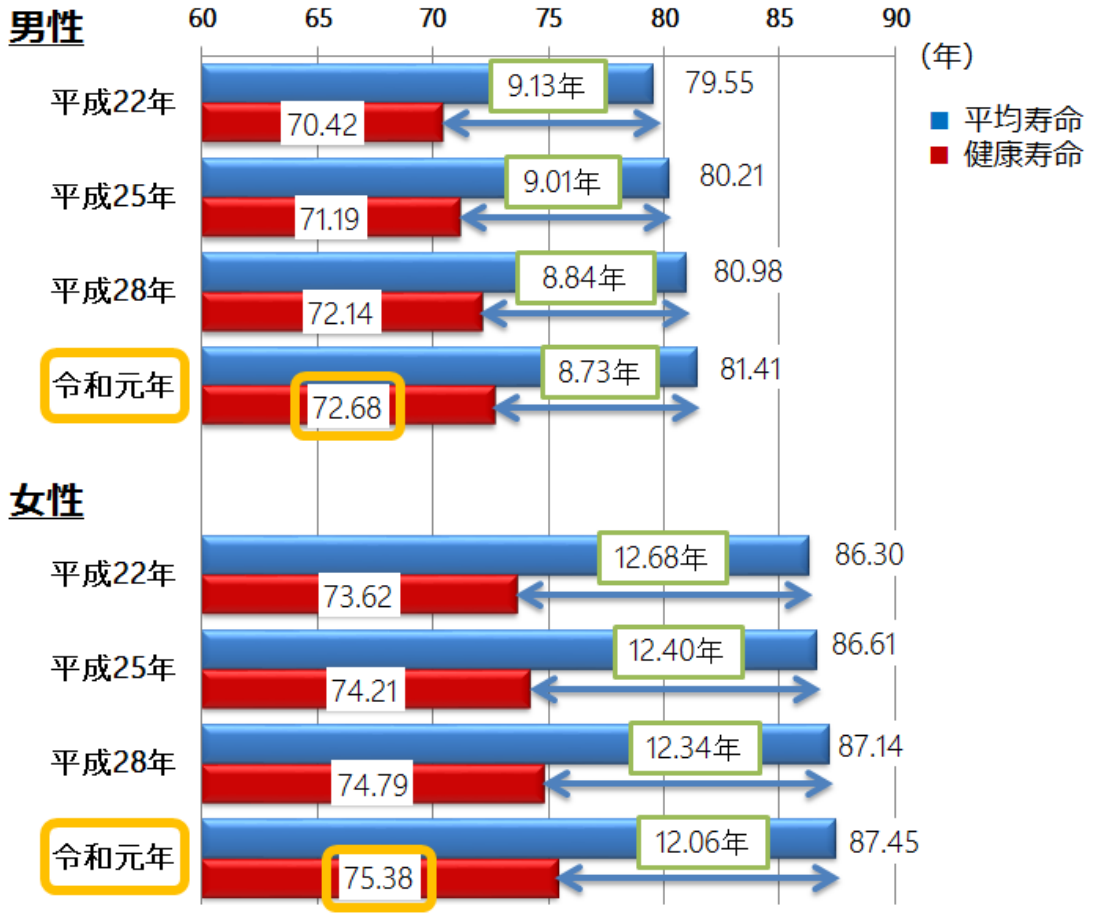
目標項目	評価
① 健康寿命の延伸 （日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	**A**
健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 男性	（A）
健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 女性	（A）
② 健康格差の縮小 （日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）	**C**
健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の最も長い県と短い県の差 男性	（A）
健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の最も長い県と短い県の差 女性	（D）

① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）

○ 令和元（2019）年の健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）は、平成 22（2010）年と比較して男性で 2.26 年（70.42 年→72.68 年、$p<0.001$）、女性で 1.76 年（73.62 年→75.38 年、$p<0.001$）増加した。

○ 同期間における平均寿命は、男性で 1.86 年（79.55 年→81.41 年）、女性で 1.15 年（86.30 年→87.45 年）増加したことから、健康寿命の増加分は平均寿命のそれを上回っており、男女ともに目標である「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」を達成したといえる。

図表 1：健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」の推移（男女別）



出典：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（研究代表者 辻一郎）、「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）において算出 [2) 3)]

注 1：平均寿命：厚生労働省「平成 22 年完全生命表」
厚生労働省「平成 25 年/平成 28 年/令和元年簡易生命表」
健康寿命：厚生労働省「平成 22 年/平成 25 年/平成 28 年/令和元年簡易生命表」
厚生労働省「平成 22 年/平成 25 年/平成 28 年/令和元年人口動態統計」
厚生労働省「平成 22 年/平成 25 年/平成 28 年/令和元年国民生活基礎調査」
総務省「平成 22 年/平成 25 年/平成 28 年/令和元年推計人口」より算出

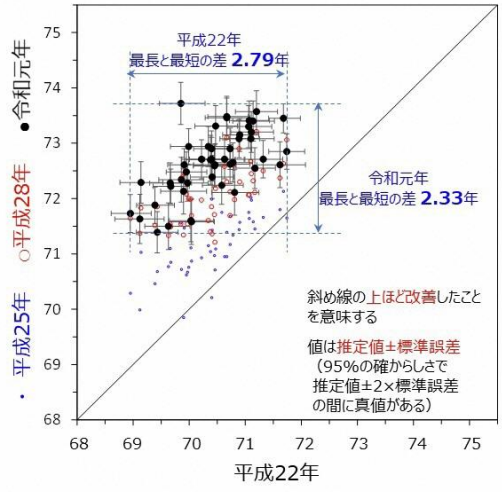
注 2：厚生労働省「令和元年国民生活基礎調査」の平成 28 年（2016）調査では熊本県は震災の影響で調査なし

② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）

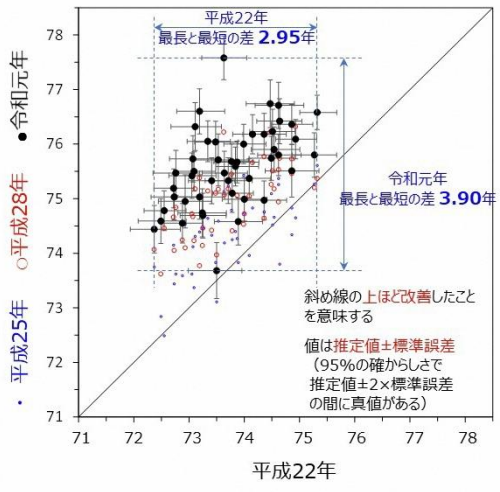
○ 健康寿命の都道府県格差を最も長い県と短い県の差でみると、ベースラインの平成 22（2010）年と比較して、直近値の令和元（2019）年のデータで男性では縮小傾向であるが、女性では拡大している。最終評価は男性で「A 目標値に達した」、女性で「D 悪化した」となり、総合評価としては「C 変わらない」と評価された。

○ 令和元（2019）年のデータでは女性の健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の最も長い県と短い県の差が 3.90 年と大きいが、これは他都道府県と比べてそれぞれが著しく長い・短いためである。なお、2 番目に長い県と 2 番目に短い県の差は、ベースラインと比較して 0.48 年（2.78 年→2.30 年）短縮している。

図表 2－1：都道府県別健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」（推定値）の平成 22 年と平成 25 年、平成 28 年、令和元年との比較（男性）



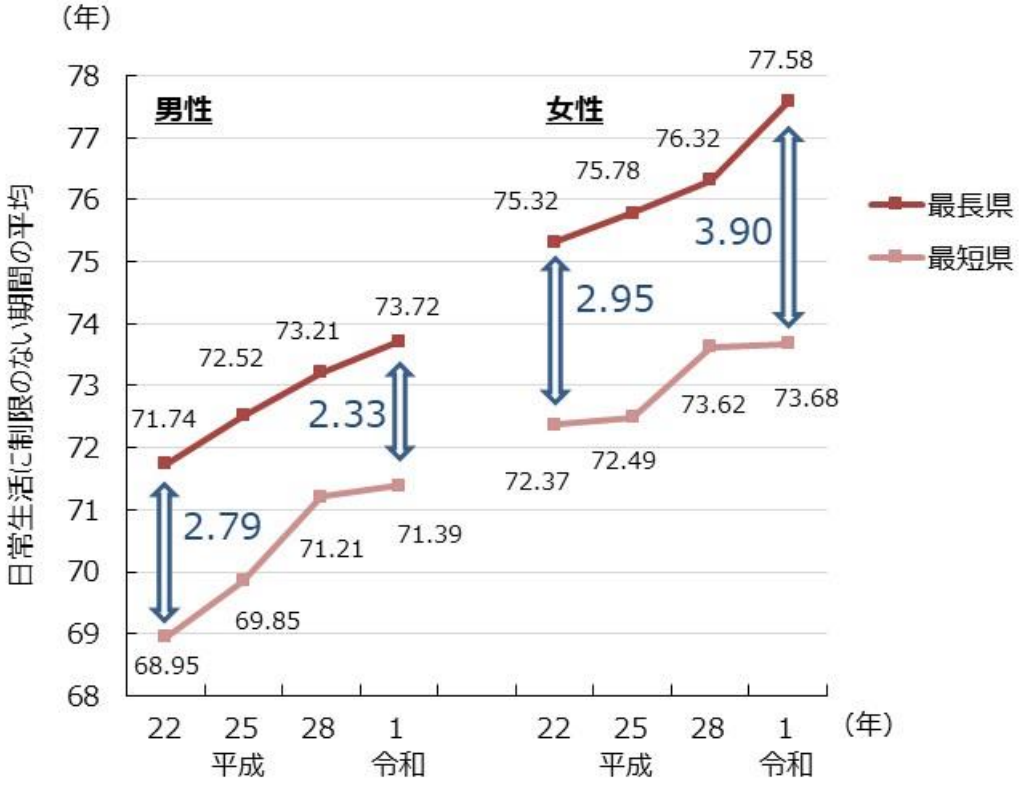
図表 2－2：都道府県別健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」（推定値）の平成 22 年と平成 25 年、平成 28 年、令和元年との比較（女性）



出典：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（研究代表者 辻一郎）、「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）において算出 [2) 3)]

注 ：平成 28（2016）年は、国民生活基礎調査が熊本地震により熊本県を調査対象としていないため、熊本県が含まれていない

図表 3：健康寿命の都道府県格差（注）の縮小



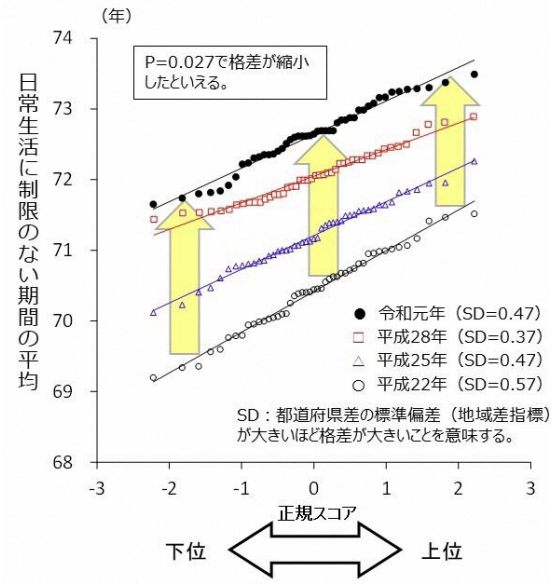
出典：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（研究代表者 辻一郎）、「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）において算出 [2) 3)]

注　：※日常生活に制限がない期間の平均の都道府県格差

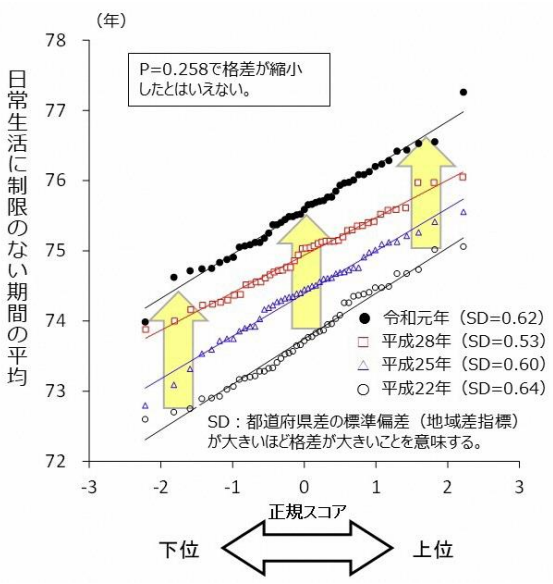
○ このようなことからも、単純に最も長い県と短い県の差のみでは全都道府県間の格差の縮小に関する分析は十分ではなく、47 都道府県間のバラツキの大きさを標準偏差（都道府県差の標準偏差）で表すことで、都道府県格差の指標（地域格差指標）となると考える。

○ 厚生労働科学研究「健康日本 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」（令和元（2019）年～令和 3（2021）年度、研究代表者：辻一郎）において上記の地域格差指標を計算したところ、平成 22、25、28、令和元年（2010、2013、2016、2019 年）はそれぞれ、男性は 0.57、0.47、0.37、0.47 年（片側トレンド p=0.027）、女性は 0.64、0.60、0.53、0.62 年（片側トレンド p=0.258）となり、健康格差の縮小目標は、男性では目標達成といえるが、女性では目標達成とはいえないと判定された。

図表 4－1：都道府県別健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」の分布の平成 22 年~令和元年の推移（男性）



図表 4－2：都道府県別健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」の分布の平成 22 年~令和元年の推移（女性）

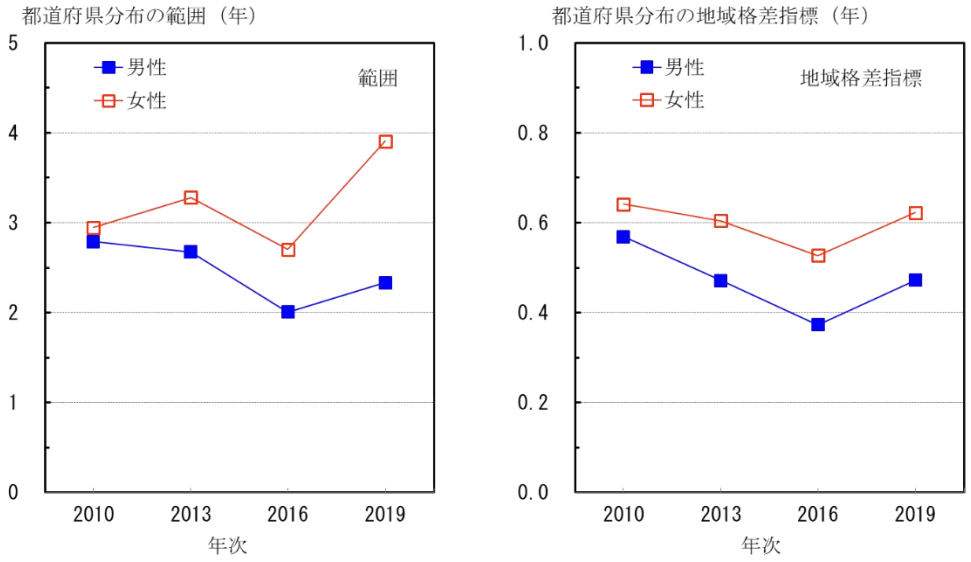


出典：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（研究代表者 辻一郎）、「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）において算出 [2) 3)]

注１：標本誤差による偶然変動の影響を補正した値を用いているため、都道府県別健康寿命の公表値とは異なる

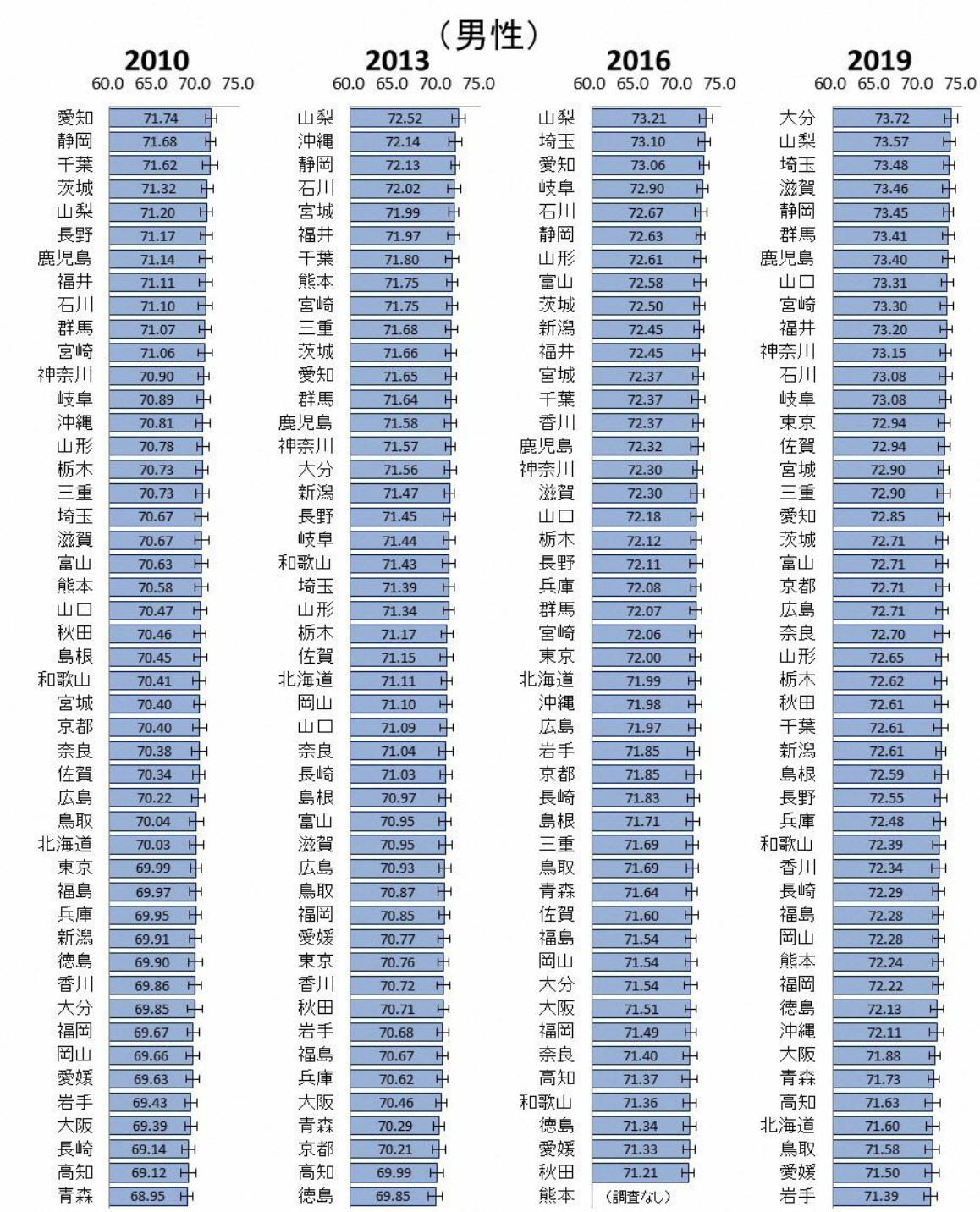
注２：平成 28（2016）年は、国民生活基礎調査が熊本地震により熊本県を調査対象としていないため、熊本県が含まれていない

図表 5：都道府県分布の範囲と地域格差指標



出典：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（研究代表者 辻一郎）、「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）において算出 [2) 3)]

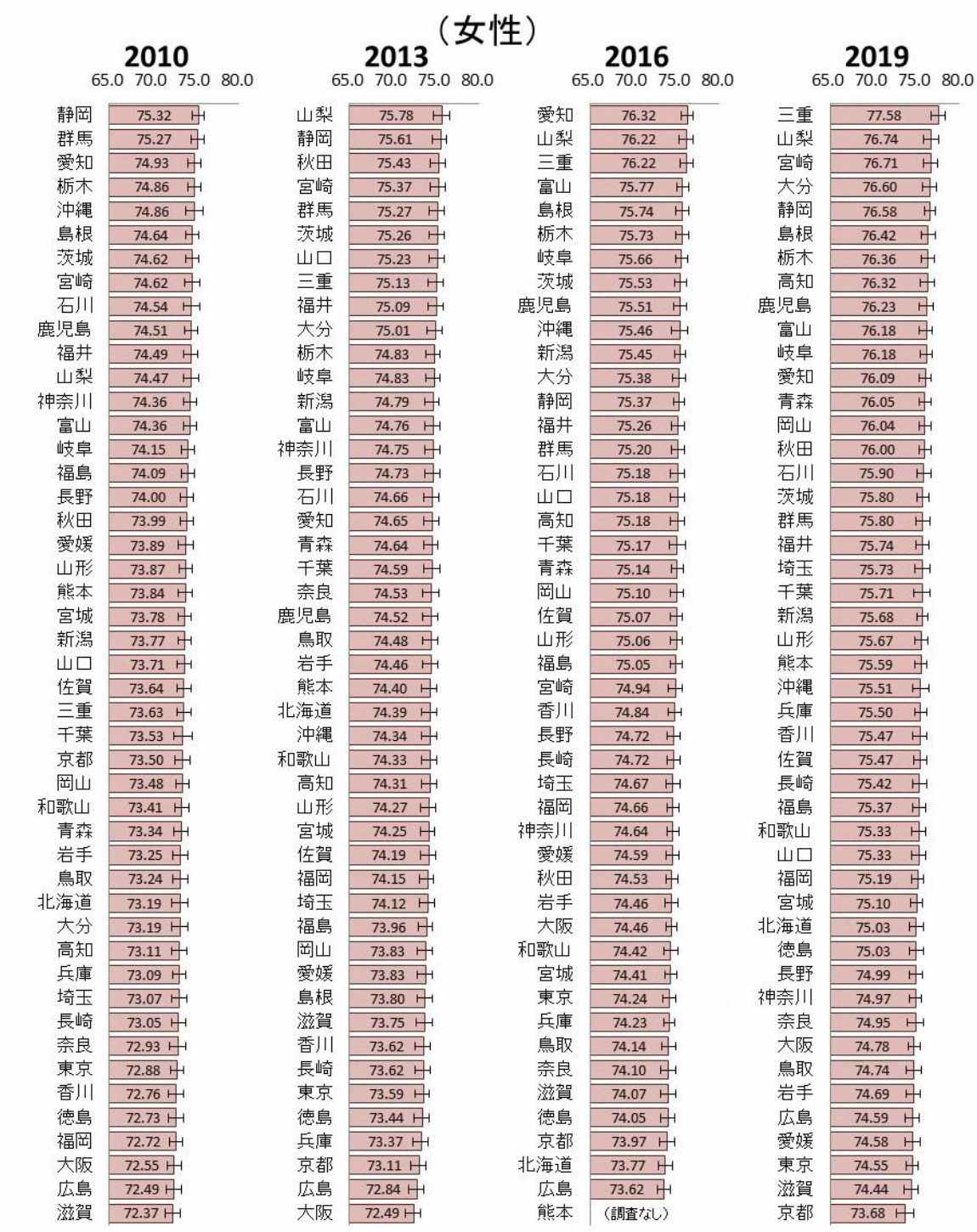
図表 6－1：日常生活に制限のない期間の平均（都道府県別）男性



出典：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（研究代表者 辻一郎）、「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）において算出 [2) 3)]

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

図表 6－2：日常生活に制限のない期間の平均（都道府県別）女性



出典：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（研究代表者 辻一郎）、「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）において算出 2）3）

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

2　関連する取組

＜領域全体に係る取組＞

○ 健康寿命の全国値と都道府県値は、国民生活基礎調査（３年ごとに実施される大規模調査）の健康調査票における質問「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」に対する回答をもとに、厚生労働科学研究において計算されている[2) 3)]。

○ 国においては、平成 25（2013）年、平成 28（2016）年、令和元（2019）年の国民生活基礎調査のデータを用いて算出した健康寿命の値（全国、各都道府県及び政令指定都市）を公表した（令和元（2019）年の政令指定都市の値は今後公表予定）[4)]。

○ 自治体が健康寿命を算定することを技術支援するため、研究班の研究成果として、健康寿命の算定方針、算定プログラム等を WEB サイト上に公表している（平成 24（2012）年９月～）[5)]。

○ 研究成果として、地方自治体よる効果的な健康施策展開のための既存データ（特定健診データ等）の活用の手引きを公表（平成 25（2013）年３月）[6)]。

関連する動き

○ 健康寿命の延伸や健康格差の縮小に関し、国レベルの戦略等において以下のような様々な動きがある。

【政府全体の動き】

- 日本再興戦略 2016（平成 28（2016）年６月閣議決定）[7)]
- 健康・医療戦略（第 1 期：平成 26（2014）年７月閣議決定、第 2 期：令和２（2020）年３月閣議決定）[8)]
- ニッポン一億総活躍プラン（平成 28（2016）年６月閣議決定）[9)]
- 経済財政運営と改革の基本方針 2019 ～「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦～（令和元（2019）年６月 21 日閣議決定）[10)]
- 成長戦略フォローアップ（2019：令和元（2019）年 6 月 21 日閣議決定、2020：令和２（2020）年７月 17 日閣議決定）[11)]
- 新経済・財政再生計画 改革工程表（2018：平成 30（2018）年 12 月 20 日閣議決定、2019：令和元（2019）年 12 月 18 日閣議決定、2020：令和２（2020）年 12 月 18 日閣議決定）[12)]

【厚生労働省等の動き】

- 保健医療 2035 提言書 （平成 27（2015）年６月「保健医療 2035」策定懇談会）[13)]
- スマート・ライフ・プロジェクト（健康寿命をのばそう！サロン、健康寿命を延ばそう！アワード）

【民間主導の活動体による取組】[14)]

- 日本健康会議（平成 27（2015）年７月発足）[15)]

- 日本健康会議 2021（令和 3（2021）年～）[15)]

○「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」において、健康寿命の定義や妥当性、目標等について整理を行い、報告書をとりまとめた（平成 31（2019）年 3 月）[16)]。

○ 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部において、健康寿命延伸プランを策定し、2040 年までに健康寿命を男女とも 3 年延伸し（2016 年比）、75 歳以上とすることを目指すこととした（令和元（2019）年 5 月「2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部」）[17)]。

関連する研究

○ 健康寿命の延伸に関連して以下のような研究結果が報告されている[2)]。

- ５つの生活習慣※1と健康寿命の関係について検証したところ、健康寿命の中央値は最低群（０～１つ該当）と比較して最高群（５つ該当）が 25.4 ヶ月と、２年程度の差が認められた。
- 肥満・高血圧レベルによらず、非喫煙群の健康寿命は喫煙群より健康寿命が短かった。
- BMI25～27 の者に比べ、BMI23 未満又は BMI29 以上の者で健康寿命が有意に短かった。

○ 引き続き厚生労働科学研究で、健康寿命の延伸・短縮要因に関する研究[3)]、健康寿命の予測因子や地域間格差の要因分析の研究[18)]を推進していく。

○ 健康格差に関しては、地域間格差だけでなく、社会経済的要因による健康格差も指摘されており、平成 22（2010）年や平成 30（2018）年の国民健康・栄養調査において所得と生活習慣等に関する状況の調査を行っている。

○ 健康日本 21（第二次）分析評価事業（受託者：国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所）において[19)]、国民健康・栄養調査結果の特別集計により健康日本 21（第二次）実施期間中の体格及び生活習慣に関する都道府県格差の状況の変化を評価したところ、食塩摂取量について、都道府県格差が縮小していた。また、世帯収入と生活習慣等の状況の違いを評価したところ、望ましい変化は見られなかった。（p.18～p.31 参照）

○ ６NC コホート連携事業で「疾患横断的エビデンスに基づく健康寿命の延伸のための提言（第一次）」を作成（令和 3（2021）年 3 月）[20)]。

＜各目標項目に係る取組＞

① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）

② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）

○ 40 都道府県において管内市町村の健康寿命を把握している。（令和元（2019）年末時点、

※1 ①喫煙：非喫煙又は禁煙５年以上、②身体活動：１日平均歩行時間 30 分以上、③睡眠時間：１日平均睡眠時間６～８時間、④野菜摂取量：中央値以上、⑤果物摂取量：中央値以上

厚生労働省健康局健康課による調査）

○ 国保データベース（ＫＤＢ）システムでは、市町村・二次医療圏別の平均自立期間を信頼区間とともに毎年算出し、国・県・同規模市と比較可能となっている。[21)]

○ その他、健康寿命の都道府県格差以外の格差を含めた都道府県における健康格差対策への取組の実施状況としては、

①市町村の健康に関する指標や生活習慣の状況の格差の実態把握を実施；47 都道府県

②その縮小に向けた対策を検討；43 都道府県

③その検討結果に基づき格差の縮小に向けた対策を実施；41 都道府県

であった。（令和元（2019）年末時点、 厚生労働省健康局健康課による調査）

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 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）

評価は「A 目標値に達した」であった。厚生労働科学研究「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（令和元（2019）年～令和 3（2021）年度、研究代表者：辻一郎）において、健康寿命の平成 22（2010）～令和元（2019）年の推移について分析したところ、死亡率低下による延伸分が男性で約 5 割、女性で約 3 割であり、悪性新生物、虚血性心疾患、脳血管疾患の 3 疾患による死亡の減少がそのうちのかなりの割合を占めた。不健康割合低下による延伸分がその残りであり、上記 3 疾患、関節疾患及び他の疾患の受療者数の減少と受療者の不健康割合低下とともに受療なし者（集団全体の 6 割）の不健康割合の低下が大きく関与した。不健康寿命の平成 22（2010）～令和元（2019）年の推移において、死亡率低下による延伸分を、不健康割合低下による短縮分が上回っていたため、不健康寿命は短縮した。

② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）

評価は男性が「A 目標値に達した」、女性が「D 悪化している」であり、総合して「C 変わらない」であった。健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の都道府県格差は、男性では平均寿命と不健康寿命（日常生活に制限のある期間の平均）両方の格差の影響が大きく（令和元（2019）年都道府県別の健康寿命との相関係数：平均寿命 0.48、不健康寿命-0.41）、女性では不健康寿命の格差の影響が大きい（同：平均寿命-0.10、不健康寿命-0.85）。女性が「D 悪化している」のは、健康寿命が最も長い県と短い県が、他都道府県と比べて著しく長い・短いためである。健康寿命が最も短い県は、平均寿命は全国の上位である（長い）一方で不健康寿命も最も長い。ただし、不健康寿命の標準誤差が全国で最も大きいことから、解釈は慎重にすべきである。引き続き厚生労働科学研究で、地域格差の要因に関する研究を推進していく必要がある。

＜領域全体としての評価＞

期間中、男女ともに平均寿命の増加を上回る健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）

の増加が一貫して認められ、その結果、不健康な期間（日常生活に制限のある期間の平均）は減少した。男女ともに平均寿命と「日常生活に制限のない期間の平均」はすべての都道府県で延伸傾向であり、「日常生活に制限のある期間の平均」は多くの都道府県で短縮傾向である。しかし、「日常生活に制限のない期間の平均」の最も長い県と最も短い県の差でみると、男性では短縮傾向であるが、女性では拡大した。これは、最も長い県と短い県が、他都道府県と比べて著しく長い・短いためであり、２番目に長い県と２番目に短い県の差は、ベースラインと比較して短縮している。

４　今後の取組と課題

＜領域全体としての課題＞

○ 生活習慣の改善が健康寿命の延伸に寄与することは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・市町村においては、住民の生活習慣改善を目指し、社会全体で予防・健康づくりを進める環境づくりに努めていく必要がある。

○ 健康寿命延伸プランにおいては[22)]、「健康寿命延伸に向けた取組」として「次世代の健やかな生活習慣形成等（健やか親子施策）」、「疾病予防・重症化予防（がん対策・生活習慣病対策）」、「介護・フレイル予防（介護予防と保健事業の一体的実施）」を重点取組分野とし、①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域間の格差の解消という２つのアプローチから健康寿命の延伸を目指すこととしている。また、骨太の方針（平成 30（2018）年６月 15 日閣議決定）において[23)]、「社会全体の活力を維持していく基盤として、健康寿命を延伸し、平均寿命との差を縮小することを目指す。」とされていることを踏まえ、今後目標の達成に向けた具体的な施策をとりまとめ実施していく必要がある。

○ 国としては、引き続き各都道府県の健康寿命を算定して公表し、その動向と関連要因を検討するべきである。都道府県においては各市町村での健康寿命を算定することが望ましい。また、都道府県が各種の調査・統計を活用することにより、都道府県内の市区町村における健康格差の実態を解明し、その縮小に向けた取組を行うことが望ましい。ただし、その実施に当たっては、生命表を用いた計算方法や人口規模の小さな自治体におけるデータの取扱い等の点で統計学上の高度な知識・技術が必要となるので、都道府県に対する技術支援（研修会等による人材育成、算定ソフトの提供等）を行うことが望ましい。

○ 健康寿命の算出にあたっては算出上の誤差が含まれるため、特に都道府県間の比較をする場合等には 95%信頼区間も考慮して検討する必要がある。

○ 健康寿命の延伸という課題に取り組むに当たって、健康増進・疾病予防が担う役割は極めて大きいものであるが、それに加えて疾病の早期発見、適切な治療管理による疾病の重症化予防、さらには介護予防や介護サービス等、様々な取組が必要となる。住民一人一人の健康レベルやリスク、さらには保健医療福祉介護ニーズに応じて、これらの取組を切れ目なく総合的に提供できるシステム（地域包括ケア）の構築が求められる。

○ 健康寿命以外の観点から健康格差を把握することも検討する必要がある。国が実施している各

種調査（人口動態調査、国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査、患者調査、介護給付費実態調査等）について、各都道府県における生活習慣・健康状態・疾病・介護保険の利用等に関する状況を比較できるように集計し、その結果を公表することが望ましい。

○ 食塩摂取量は全体として減少し、都道府県間の格差は縮小した。これには国が都道府県別の食塩摂取量を公表したことを受けて、都道府県での取組が進んだことが考えられる（p.18～p.31「参考」および p.●「栄養・食生活」参照）。BMI、野菜摂取量、喫煙率に関しては都道府県格差の望ましい縮小（全体として改善し、かつ格差が縮小する）は認められなかったが、引き続き都道府県での取組が推進されるように集計結果の公表について工夫していくことが望ましい。

○ 健康寿命の延伸や都道府県格差の縮小の評価に当たっては、健康日本21（第二次）の各領域の評価や取組状況との関係を検討するとともに、生活習慣等の変化から健康寿命の延伸に至るまでにかかるタイムラグも含めて検討が必要であると考えられる。

＜各目標項目に係る課題＞

① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）

○ 国民生活基礎調査（大規模調査）の３年ごとの調査データを用い、引き続き健康寿命を算出する。

○「日常生活動作が自立している期間の平均」（要介護２以上になるまでの期間）を補完的指標として用いる。

○ 都道府県においては各市町村での健康寿命（「日常生活動作が自立している期間の平均」等）を算定することが望ましい。各都道府県による独自の計算のほか、国保データベース（ＫＤＢ）システムの利用も可能である。

○ 都道府県が各種の調査・統計を活用することにより、都道府県内の市区町村における健康格差の実態を解明し、その縮小に向けた取組を行うことが望ましい。

○ 厚生労働科学研究で、健康寿命の予測因子や地域間格差の要因を分析し取りまとめ、次期国民健康づくり運動プランへの提言を行う予定である[18)]。

○ 健康寿命の延伸要因については研究途上にあり、引き続き研究を推進する必要がある。

○ 令和元（2019）年に策定された健康寿命延伸プランにそって[22)]、2040 年までに健康寿命を男女ともに３年以上延伸し 75 歳以上とすることを目指して、各種取組を推進する。

○ 疾病や障害を有したとしても、日常生活への制限が最小限にとどまり、主観的健康観を保つことができる社会づくりりや福祉の充実等によって、日常生活に制限のない期間を延ばすことが望まれる。

② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）

○ 厚生労働科学研究費補助金にて、健康寿命の全国推移と地域格差の算定と評価方法の研究を行う。また、健康日本 21（第二次）の主要目標項目のうち都道府県データから得られる指標についての分析及び各指標の地域格差の要因分析についての研究を行う。

○ 健康格差対策に取り組む都道府県は、令和元（2019）年末時点で 41 都道府県となっており、引き続き目標項目である「健康格差対策に取り組む自治体の増加(目標;47 都道府県）」を達成するために取組を推進していく。
○ 厚生労働科学研究で、健康寿命の予測因子や地域間格差の要因を分析してとりまとめ、次期国民健康づくり運動プランへの提言を行う[18)]。
○ 令和元（2019）年に策定された健康寿命延伸プランにそって、健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進や地域・保険者間の格差解消に向け、各種取組を推進する。
○ 健康日本 21（第二次）においては、健康格差の指標として健康寿命の都道府県格差をみているが、今後は国においても都道府県格差のみでなく、市町村格差等より小さい単位での地域間格差も把握し、対策を検討する必要がある。
○ 健康寿命の都道府県格差の縮小は、全ての都道府県で健康寿命が延伸するのと同時に、健康寿命が短い県ほどより大きく延伸することによって達成されるべきである。都道府県格差の指標は最も長い県と短い県の差だけでなく、都道府県全体の格差の縮小に関する指標も考慮する必要がある。
○ また、地域間格差のみでなく、保険者間格差や、所得・学歴・職業等の社会経済的要因による集団間格差等も把握していく必要があると考える。
○ 国が実施している各種調査（国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査、患者調査、介護給付費実態調査等）について、各都道府県における生活習慣・健康状態・疾病・介護保険の利用等に関する状況を比較できるように集計し、その結果を公表することが望ましい。

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下において、健康格差が拡大しているという懸念があり対策の検討が必要である。
○ 健康寿命の延伸は、生活習慣病の予防及び社会生活を営むために必要な機能の維持・向上等により達成を目指すものであるから、新型コロナウイルス感染症の流行下における各分野の動向を注視していく必要がある。
○ 新型コロナウイルス感染症による死亡は、令和２（2020）年の平均寿命を、男性で 0.03 年、女性で 0.02 年、短縮する方向に寄与したと考えられる（令和２（2020）年簡易生命表）[24)]。

＜参考文献・URL＞

1) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会. 健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料. 平成 24 年７月. https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf
2) 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（令和１～３（2019

～2021）年度、研究代表者 辻一郎）総括・分担研究報告書.
https://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/report.html
3) 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」（令和１～３（2019～2021）年度、研究代表者 辻一郎）総括・分担研究報告書.
https://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/report.html
4) 厚生科学審議会（健康日本 21（第二次）推進専門委員会）. 第 16 回健康日本 21（第二次）推進専門委員会 資料. 令和３年 12 月.
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_22740.html
5) 厚生労働科学研究 健康寿命のページ（グループ代表 橋本修二）.
http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/
6) 厚生労働科学研究「健康日本２１（第二次）地方計画推進のために地方自治体による効果的な健康施策展開のための既存データ（特定健診データ等）活用の手引き」（研究代表者 津下一代）平成 25 年３月.
https://ktsushita.com/wp-content/uploads/2022/05/tebiki.pdf
7) 日本再興戦略
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/kettei.html
8) 健康・医療戦略
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/senryaku/
9) ニッポン一億総活躍プラン
https://www.kantei.go.jp/jp/headline/ichiokusoukatsuyaku/
10) 経済財政運営と改革の基本方針 2019
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2019/decision0621.html
11) 成長戦略フォローアップ
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/portal/follow_up/
12) 新経済・財政再生計画 改革工程表
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/
13) 保健医療 2035 提言書. 平成 27 年６月.
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000088369.html
14) スマート・ライフ・プロジェクト
https://www.smartlife.mhlw.go.jp/
15) 日本健康会議
https://kenkokaigi.jp/about/
16) 健康寿命のあり方に関する有識者研究会
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04074.html
17) 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakaihosyou_306350_00001.html
[18] 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究「生活習慣病及び社会生活が健康寿命に及ぼす影響の解析とその改善効果についての研究」（令和１～３（2019～2021）年度、研究代表 近藤尚己）
[19] 国立研究開発法人医薬基盤・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/
[20] 国立高度専門医療研究センター6 機関．疾患横断的エビデンスに基づく健康寿命の延伸のための提言（第一次）
https://www.ncc.go.jp/jp/icc/cohort/040/010/
[21] 国民健康保険中央会．国保データベース（ＫＤＢ）システム
https://www.kokuho.or.jp/hoken/kdb.html
[22] 厚生労働省.第 2 回 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部 資料 4 健康寿命延伸プラン
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000101520_00002.html
[23] 経済財政運営と改革の基本方針 2018
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2018/decision0615.html
[24] 厚生労働省．令和２年簡易生命表
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life20/index.html

【参考】　　体格及び生活習慣に関する都道府県格差の状況

～健康日本 21（第二次）分析評価事業（受託先：国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所）より～

健康日本 21（第二次）では、基本的な方向の一つとして「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を掲げている。健康格差の縮小に関する目標として設定されている項目は「日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小」であるが、体格及び生活習慣に関する目標項目についても健康日本 21（第二次）の実施期間中に都道府県格差が縮小又は拡大したかを評価することを目的に国民健康・栄養調査結果の特別集計を行った。

※集計方法等の詳細は、第 16 回健康日本 21（第二次）推進専門委員会資料３－６を参照

○BMI の全国平均値は、平成 24 年と比較して平成 29～令和元年は、男性ではやや増加（23.6kg/m^2⇒24.0 kg/m^2）しており、女性では大きな差はみられなかった（22.5 kg/m^2⇒22.6 kg/m^2）。都道府県間の格差は、男女ともに平成 24 年と平成 29～令和元年の２時点間で有意な変化はなかった（図 1-1、図 1-2）。

図 1-1：BMI の分布の推移（20-69 歳男性）

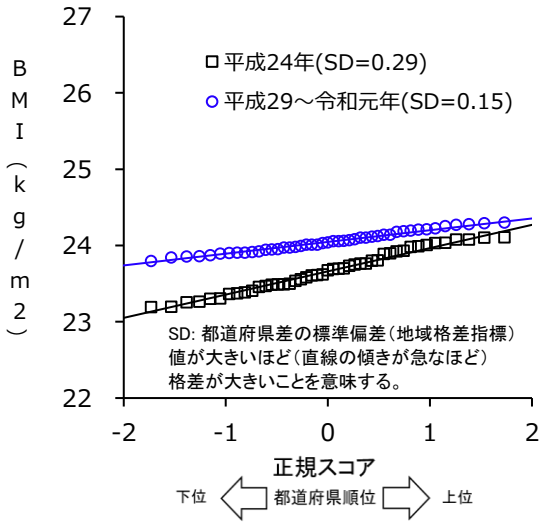
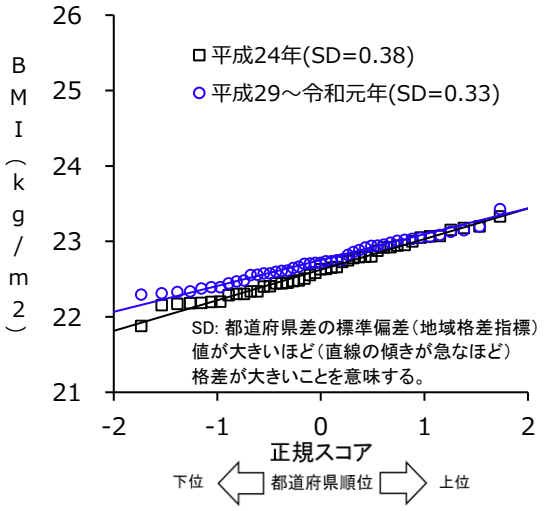
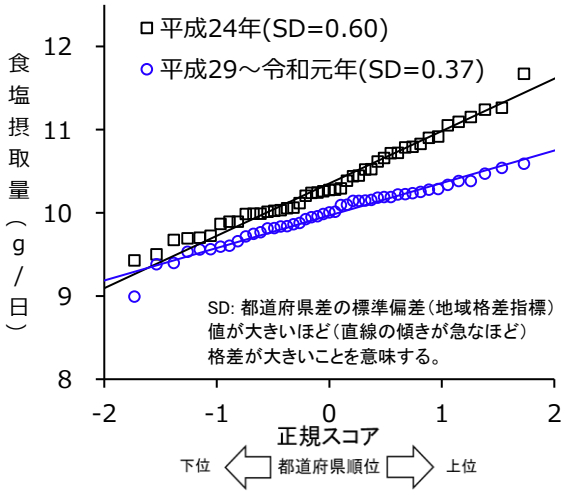


図 1-2：BMI の分布の推移（40-69 歳女性）



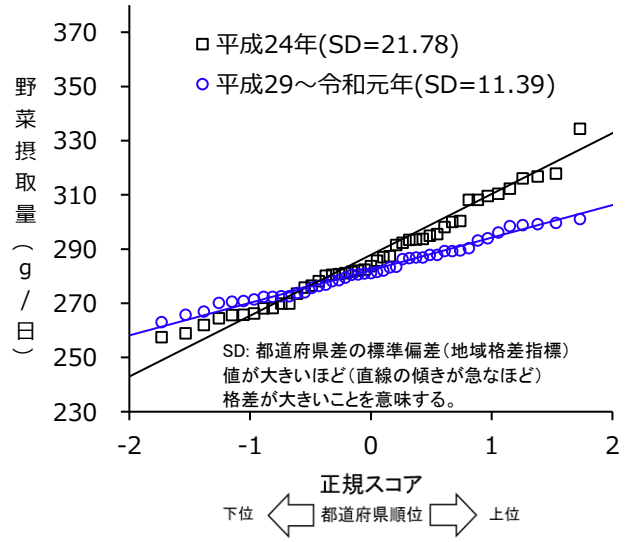
○食塩摂取量の全国平均値は、平成 24 年と比較して平成 29～令和元年では減少し、改善傾向が見られた（10.4g/日⇒10.0g/日）。また、都道府県間の格差も縮小した（図２）。

図 2：食塩摂取量の分布の推移（20 歳以上、男女計）



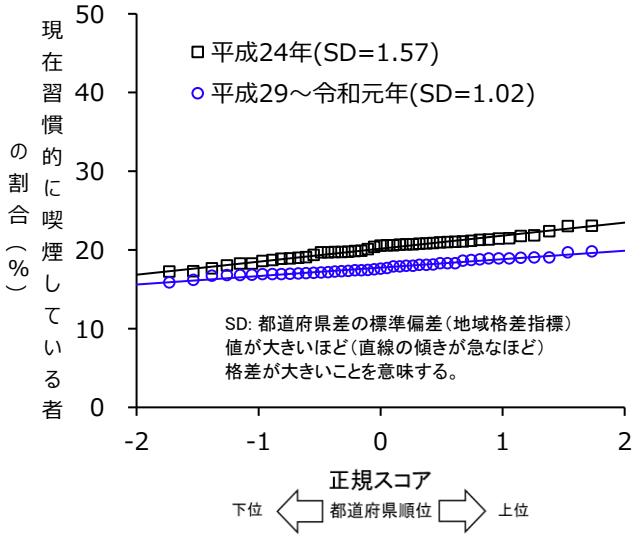
○野菜摂取量の全国平均値は、平成２４ 年に摂取量が多かった上位の数県を除き大きな変化はなく、改善傾向は見られなかった（288g/日⇒281g/日）。高摂取の都道府県ほど大きく減少する傾向にあったため、平成２４ 年と平成 29～令和元年の２時点間で都道府県間の格差は縮小したが、望ましい変化ではなかった（図３）。

図３：野菜摂取量の分布の推移（20 歳以上、男女計）



○現在習慣的に喫煙している者の全国平均割合は、平成 24 年と比較して平成 29～令和元年で減少し、改善傾向が見られた（20.2%⇒17.8%）。都道府県間の格差は、平成 24 年と平成 29～令和元年の２時点間で有意な変化はなかった（図４）。

図４：現在習慣的に喫煙している者の割合の分布の推移
（20 歳以上･男女計）



＜参考：グラフの見方＞

平成 24 年（大規模年）と平成 29～令和元年（通常年のプールデータ）の都道府県格差の指標の変化を視覚的に把握しやすいよう、X 軸を都道府県順位の正規スコア、Y 軸を都道府県別補正値として正規プロットで図示した（誤差分散を補正した値であり単純な年齢調整平均値とは異なる。）。直線が上方に移動していれば全体として値が上昇したことを意味し、直線の傾きが急なほど都道府県の差が大きいことを意味する。

【参考】　世帯収入と生活習慣等に関する状況

１．集計の目的

健康日本 21（第二次）の 10 の目標項目について、健康日本 21（第二次）の実施期間に世帯収入カテゴリ間の生活習慣等の状況の違いが年次によって変化したかどうかの評価をした。評価した項目は、エネルギー調整済み食塩摂取量の平均値、野菜摂取量の平均値、果物摂取量が 100g 未満の者の割合、運動習慣のある者の割合、歩数の平均値、現在習慣的に喫煙している者の割合、生活習慣病リスクを高める量を飲酒している者の割合、睡眠による休養が十分にとれていない者の割合、肥満の者の割合、やせの者の割合である。

２．集計の対象年度、対象者

国民健康・栄養調査の生活習慣調査において、平成 22 年、平成 23 年、平成 26 年、平成 30 年に世帯収入を調査した。今回の集計では、健康日本 21（第二次）のベースライン（平成 22 年）と、平成 26 年、平成 30 年データを用いた。

世帯主または世帯の代表者が、過去 1 年間の年間世帯収入について回答した。平成 22 年と平成 26 年は、「200 万円未満」「200 万円以上～600 万円未満」「600 万円以上」「わからない」の 4 択から、平成 30 年は、「200 万円未満」「200 万円以上 400 万円未満」「400 万円以上 600 万円未満」「600 万円以上」「わからない」の 5 択から回答した。

世帯収入の質問に対して、「わからない」以外の回答をした世帯における 20 歳以上の世帯員であって、性別・年齢の情報が明らかな者を集計対象とした。また目標項目ごとに、各項目の情報が得られなかったものを除外した。

３．集計方法

集計対象者を「200 万円未満」「200 万円以上～600 万円未満」「600 万円以上」のいずれかの所得群に分類し、性別・年度別・所得群別に各評価項目の調整平均値又は調整割合を算出した。値は、「平成 22 年国勢調査による基準人口の年齢区分（20-29 歳、30-39 歳、40-49 歳、50-59 歳、60-69 歳、70 歳以上の 6 区分）」と世帯員数（連続値）で調整した。平成 30 年調査では世帯主または世帯の代表者が世帯員数の質問に回答しているが、平成 22 年と平成 26 年は、世帯人数を調査していない。そのため、全ての調査年で世帯あたりの国民健康・栄養調査参加人数を世帯員数として用いた。

また調査年によって調整平均値又は調整割合に違いがあるかを評価するために、調査年をカテゴリー変数とした重回帰分析によって p 値（年次間の一様性）を算出し、調整平均値又は調整割合の線形経年変化の傾向を評価するために、調査年を連続変数とした重回帰分析によって p 値（年次間の傾向性）を算出して検定を行った。

世帯収入カテゴリ間の違いが年次により縮小または拡大したかどうかは、調査年カテゴリ、収入カテゴリ、調査年カテゴリー×収入カテゴリーの交互作用、年齢カテゴリ、世帯員数を含むモデルを用いて、調査年カテゴリー×収入カテゴリーの交互作用の p 値（以下、交互作用 p 値）に基づき検定した。

４．結果

4-1. 男性における結果（表１・図１）

① エネルギー調整済み食塩摂取量の調整平均値は、所得に関わらず有意に減少していたため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.72）。

② 野菜の摂取量の調整平均値は、所得に関わらず、平成 22 年、平成 26 年、平成 30 年の間に有意な違いがあったが、線形経年変化はみられず、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.26）。

③ 果物摂取量 100g 未満の者の調整割合は、所得に関わらず、有意に増加していたため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.71）。

④ 運動習慣のある者の調整割合は、所得に関わらず、有意に減少していたため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値＝0.52）。

⑤ 歩数の調整平均値は、所得に関わらず、有意な増減はなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.07）。

⑥ 現在習慣的に喫煙している者の調整割合は、所得に関わらず、有意な増減はなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.47）。

⑦ 生活習慣病リスクを高める飲酒をしている者の調整割合は、所得に関わらず、有意な増減はなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.11）。

⑧ 睡眠による休養が十分にとれていない者の調整割合は、所得に関わらず、平成 22 年と平成 26 年で有意な違いはなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.73）。

⑨ 肥満の者の調整割合は、所得に関わらず、平成 22 年、平成 26 年、平成 30 年の間に有意な違いがあったが、線形経年変化はみられず、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.60）。

⑩ やせの者の調整割合は、所得に関わらず、有意な増減はなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.83）。

4-2. 女性における結果（表１・図１）

⑪ エネルギー調整済み食塩摂取量の調整平均値は、所得に関わらず、有意に減少していたため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.85）。

⑫ 野菜摂取量の調整平均値は、平成 22 年、平成 26 年、平成 30 年の間に有意な違いがあった。平成 26 年は 200 万円未満で 306.7g/日、600 万円以上で 351.9g/日であり 45.1g/日の差があったが、平成 30 年は 200 万円未満で 310.8g/日、600 万円以上で 313.2g/日で 2.4g/日の差があった。600 万円以上で減少したため、収入カテゴリ間の違いとしては有意に小さくなった（交互作用ｐ値=0.03）。

⑬ 果物摂取量 100g 未満の者の調整割合は、所得に関わらず、有意に増加していたため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.37）。

⑭ 運動習慣のある者の調整割合は、所得に関わらず、有意に減少していたため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.35）。

⑮ 歩数の調整平均値は、所得に関わらず、有意な増減はなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.24）。

⑯ 現在習慣的に喫煙している者の調整割合は、所得に関わらず、有意な増減はなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.34）。

⑰ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の調整割合は、所得に関わらず、有意に増加していたため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.91）。

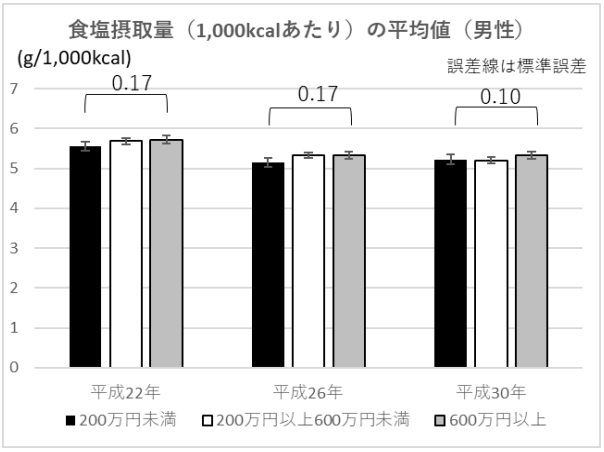
⑱ 睡眠による休養が十分にとれていない者の調整割合は、所得に関わらず、平成 22 年と平成 26 年で有意な違いはなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.48）。

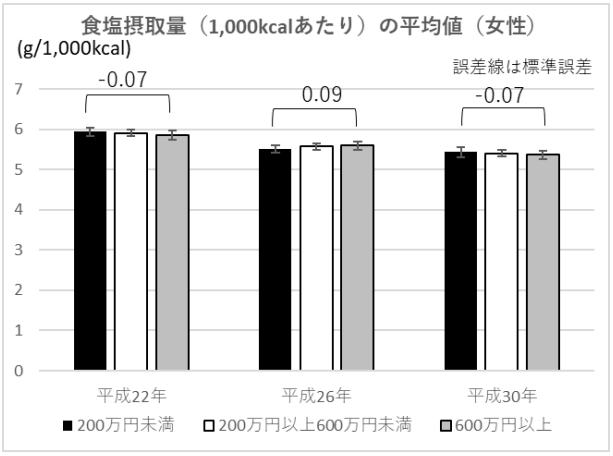
⑲ 肥満の者の調整割合は、平成 22 年、平成 26 年、平成 30 年の間に有意な増減がなかった。平成 22 年は 200 万円未満で 22.3%、600 万円以上で 11.5%であり－10.8%の差があったが、平成 30 年は 200 万円未満で 16.8%、600 万円以上で 15.2%であり－1.6%の差があった。200 万円未満で減少したものの 600 万円以上では増加したため、収入カテゴリ間の違いとしては有意に小さくなった（交互作用ｐ値=0.01）。

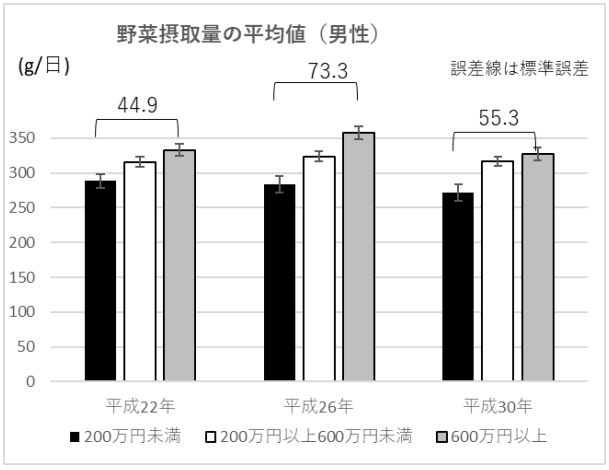
⑳ やせの者の調整割合は、所得に関わらず、有意な増減はなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった（交互作用ｐ値=0.23）。

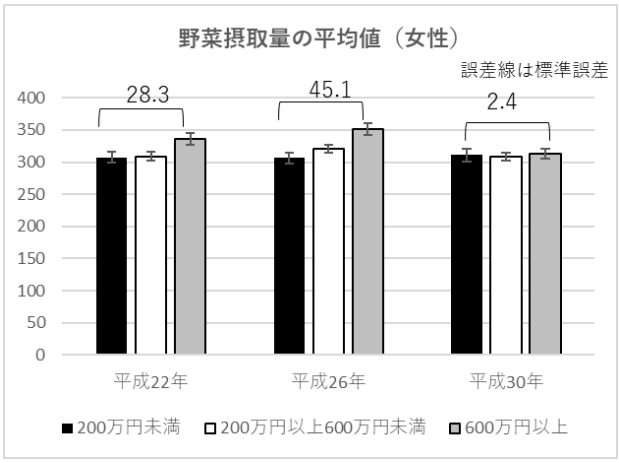
※本集計は、「健康日本 21（第二次）分析評価事業」（受託者：国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所）において実施

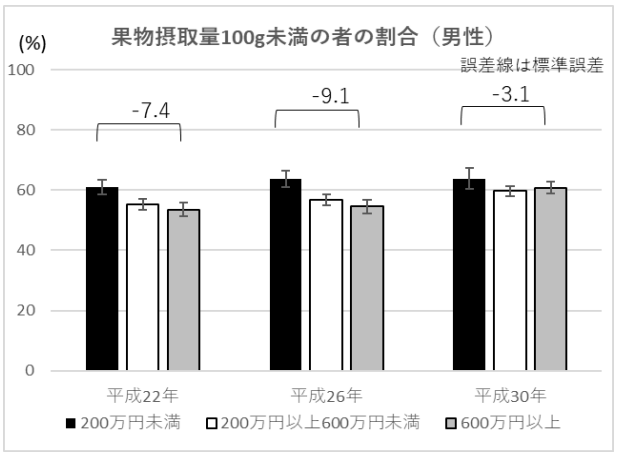
図 1. 健康日本 21（第二次）の実施期間における世帯収入カテゴリ間の生活習慣等の状況の違い

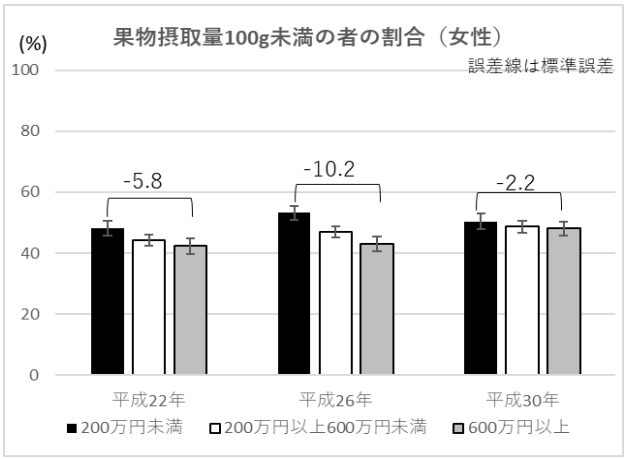


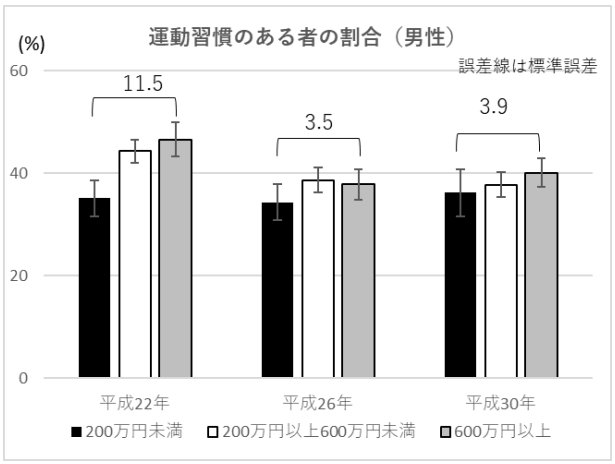


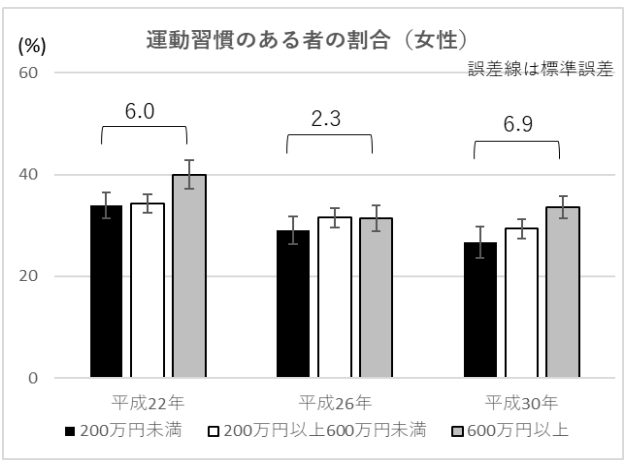


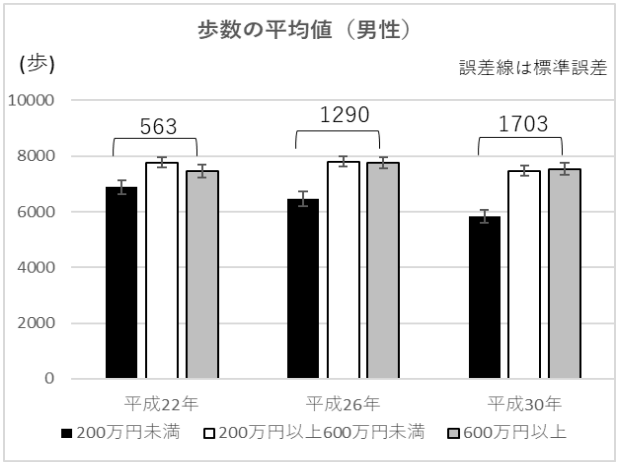


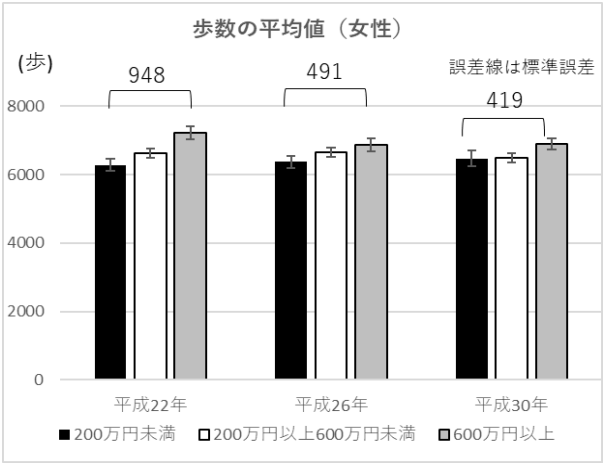


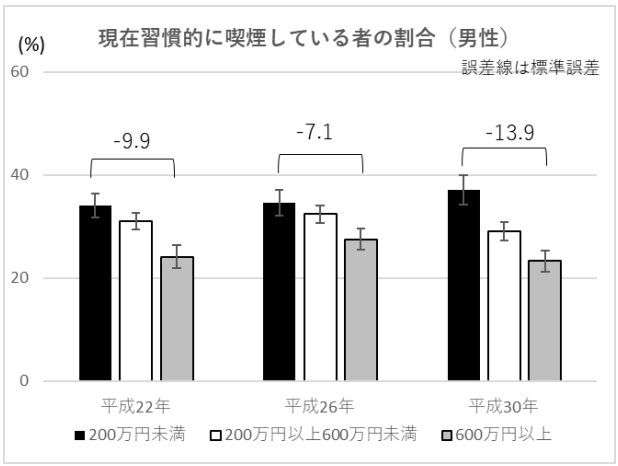


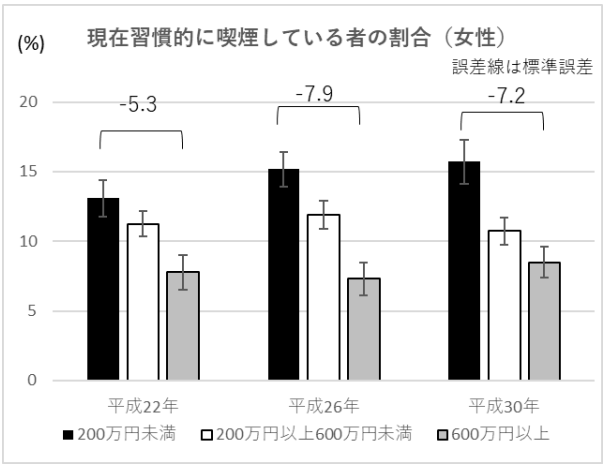

運動習慣のある者の割合（男性）
(%)
誤差線は標準誤差
60
40
20
0
11.5
3.5
3.9
平成22年
平成26年
平成30年
200万円未満
200万円以上600万円未満
600万円以上

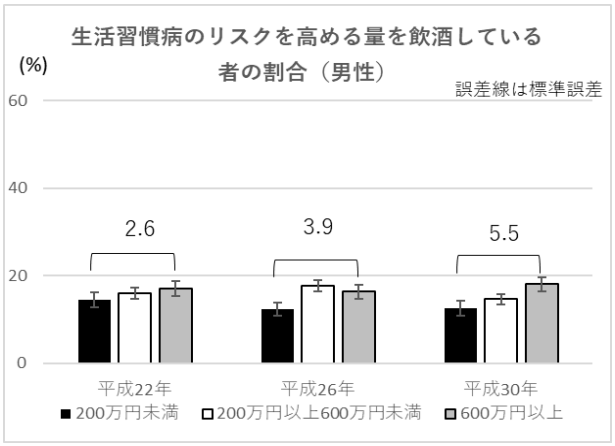

運動習慣のある者の割合（女性）
(%)
誤差線は標準誤差
60
40
20
0
6.0
2.3
6.9
平成22年
平成26年
平成30年
200万円未満
200万円以上600万円未満
600万円以上

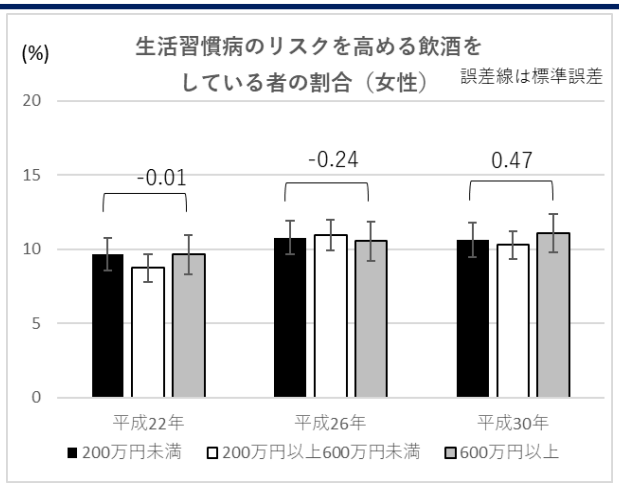

歩数の平均値（男性）
(歩)
誤差線は標準誤差
10000
8000
6000
4000
2000
0
563
1290
1703
平成22年
平成26年
平成30年
200万円未満
200万円以上600万円未満
600万円以上

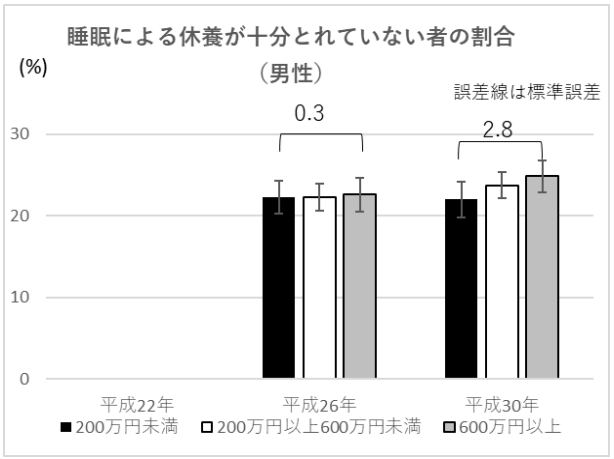

歩数の平均値（女性）
(歩)
誤差線は標準誤差
8000
6000
4000
2000
0
948
491
419
平成22年
平成26年
平成30年
200万円未満
200万円以上600万円未満
600万円以上

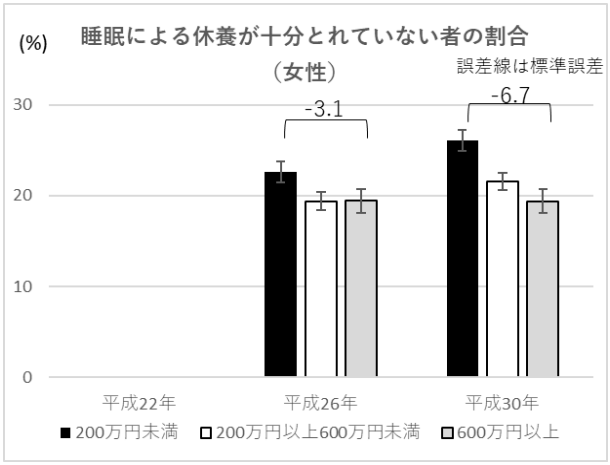

現在習慣的に喫煙している者の割合（男性）
(%)
誤差線は標準誤差
60
40
20
0
-9.9
-7.1
-13.9
平成22年
平成26年
平成30年
200万円未満
200万円以上600万円未満
600万円以上

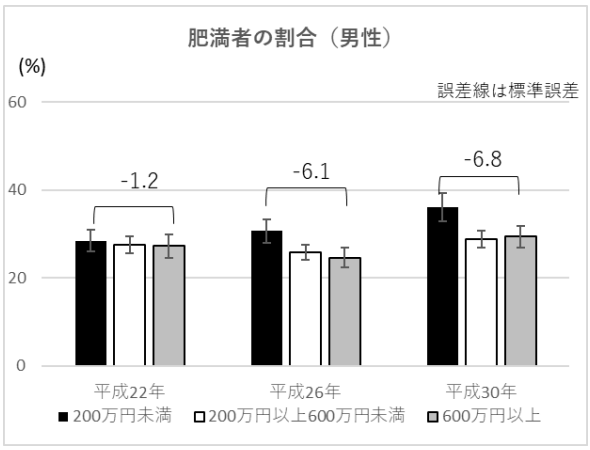

現在習慣的に喫煙している者の割合（女性）
(%)
誤差線は標準誤差
20
15
10
5
0
-5.3
-7.9
-7.2
平成22年
平成26年
平成30年
200万円未満
200万円以上600万円未満
600万円以上

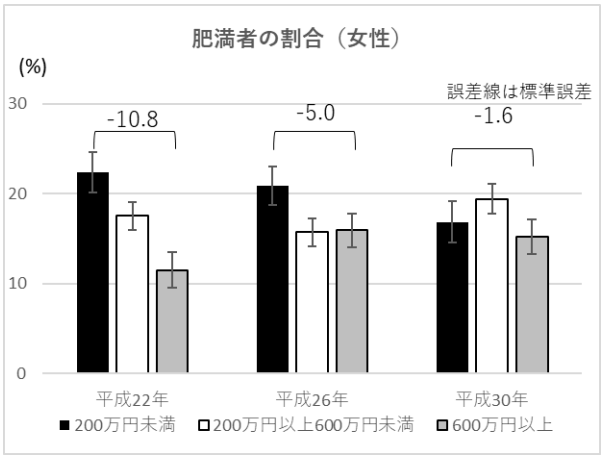

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（男性）
(%)
誤差線は標準誤差
60
40
20
0
2.6
3.9
5.5
平成22年
平成26年
平成30年
200万円未満
200万円以上600万円未満
600万円以上

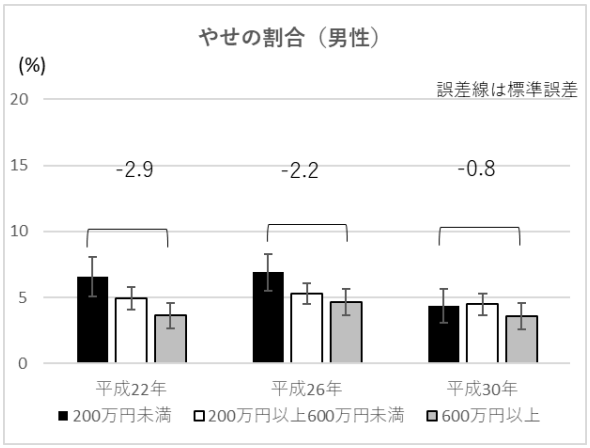

生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合（女性）
(%)
誤差線は標準誤差
20
15
10
5
0
-0.01
-0.24
0.47
平成22年
平成26年
平成30年
200万円未満
200万円以上600万円未満
600万円以上


睡眠による休養が十分とれていない者の割合（男性）
(%)
誤差線は標準誤差
30
20
10
0
0.3
2.8
平成22年
平成26年
平成30年
200万円未満
200万円以上600万円未満
600万円以上


睡眠による休養が十分とれていない者の割合（女性）
(%)
誤差線は標準誤差
30
20
10
0
-3.1
-6.7
平成22年
平成26年
平成30年
200万円未満
200万円以上600万円未満
600万円以上


肥満者の割合（男性）
(%)
誤差線は標準誤差
60
40
20
0
-1.2
-6.1
-6.8
平成22年
平成26年
平成30年
200万円未満
200万円以上600万円未満
600万円以上


肥満者の割合（女性）
(%)
誤差線は標準誤差
30
20
10
0
-10.8
-5.0
-1.6
平成22年
平成26年
平成30年
200万円未満
200万円以上600万円未満
600万円以上


やせの割合（男性）
(%)
誤差線は標準誤差
20
15
10
5
0
-2.9
-2.2
-0.8
平成22年
平成26年
平成30年
200万円未満
200万円以上600万円未満
600万円以上

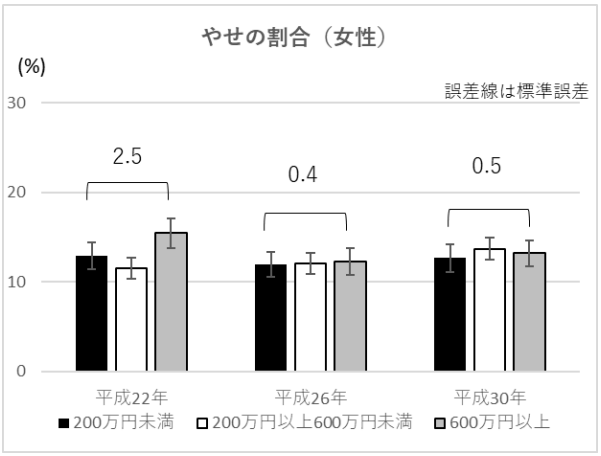

やせの割合（女性）
(%)
誤差線は標準誤差
30
20
10
0
2.5
0.4
0.5
平成22年
平成26年
平成30年
200万円未満
200万円以上600万円未満
600万円以上

表 1. 健康日本 21（第二次）の実施期間における世帯収入カテゴリ間の生活習慣等の状況の違い[注1～3)]

	200 万円未満			200 万円以上 600 万円未満			600 万円以上			調査年と収入の交互作用の p 値（群間の差の経年変化）[注4)]
	人数	割合又は平均値	標準誤差	人数	割合又は平均値	標準誤差	人数	割合又は平均値	標準誤差	
男性										
エネルギー調整済み食塩摂取量の平均値（g/1000kcal）										0.72
平成 22 年	455	5.55	0.11	1,716	5.68	0.08	755	5.72	0.10	
平成 26 年	423	5.16	0.11	1,623	5.33	0.07	758	5.32	0.09	
平成 30 年	283	5.23	0.13	1,259	5.20	0.08	828	5.32	0.09	
p 値（年次間の一様性）					<0.0001					
p 値（年次間のトレンド）					<0.0001					
野菜摂取量の平均値										0.26
平成 22 年	455	288.2	10.1	1,716	315.8	6.8	755	333.1	8.2	
平成 26 年	423	283.8	11.8	1,623	323.6	7.5	758	357.0	9.4	
平成 30 年	283	271.6	12.0	1,259	316.1	6.8	828	327.4	8.8	
p 値（年次間の一様性）					0.03					
p 値（年次間のトレンド）					0.51					
果物摂取量 100g 未満の者の割合										0.71
平成 22 年	455	60.9	2.4	1,716	55.2	1.7	755	53.5	2.2	
平成 26 年	423	63.7	2.6	1,623	56.7	1.8	758	54.6	2.3	
平成 30 年	283	63.8	3.4	1,259	59.7	1.7	828	60.8	2.0	
p 値（年次間の一様性）					0.0004					
p 値（年次間のトレンド）					0.0001					
運動習慣のある者の割合										0.52
平成 22 年	302	35.1	3.5	1,050	44.3	2.3	381	46.6	3.4	
平成 26 年	267	34.3	3.5	973	38.7	2.4	393	37.8	3.0	
平成 30 年	180	36.2	4.7	731	37.8	2.4	408	40.1	2.8	
p 値（年次間の一様性）					0.009					
p 値（年次間のトレンド）					0.008					

歩数の平均値										0.07
平成 22 年	403	6,892	250	1631	7,776	184	721	7,455	239	
平成 26 年	383	6,469	254	1537	7,807	171	743	7,759	208	
平成 30 年	255	5,830	229	1189	7,476	179	806	7,533	217	
p 値（年次間の一様性）					0.05					
p 値（年次間のトレンド）					0.06					
現在習慣的に喫煙している者の割合										0.47
平成 22 年	498	34.1	2.4	1,897	31.0	1.7	816	24.2	2.3	
平成 26 年	498	34.6	2.5	1,853	32.4	1.7	867	27.5	2.0	
平成 30 年	340	37.1	2.8	1,441	29.1	1.7	934	23.3	2.1	
p 値（年次間の一様性）					0.09					
p 値（年次間のトレンド）					0.52					
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										0.11
平成 22 年	497	14.5	1.6	1,898	16.0	1.3	816	17.1	1.7	
平成 26 年	502	12.4	1.6	1,853	17.6	1.3	867	16.3	1.7	
平成 30 年	341	12.6	1.7	1,442	14.6	1.2	936	18.1	1.6	
p 値（年次間の一様性）					0.54					
p 値（年次間のトレンド）					0.50					
睡眠による休養が十分とれていない者の割合										0.73
平成 22 年										
平成 26 年	502	22.3	2.0	1,855	22.3	1.6	867	22.6	2.1	
平成 30 年	341	22.0	2.2	1,443	23.7	1.6	936	24.8	2.0	
p 値（年次間の一様性）					0.19					
肥満者の割合										0.60
平成 22 年	380	28.5	2.5	1,438	27.6	1.9	600	27.3	2.7	
平成 26 年	383	30.7	2.7	1,457	25.9	1.7	659	24.6	2.3	
平成 30 年	262	36.2	3.2	1,160	28.9	1.9	735	29.4	2.4	
p 値（年次間の一様性）					0.02					
p 値（年次間のトレンド）					0.11					

やせの者の割合										0.83
平成 22 年	380	6.6	1.5	1,438	4.9	0.9	600	3.6	1.0	
平成 26 年	383	6.9	1.4	1,457	5.3	0.8	659	4.7	1.0	
平成 30 年	262	4.4	1.3	1,160	4.5	0.8	735	3.6	1.0	
p 値（年次間の一様性）					0.19					
p 値（年次間のトレンド）					0.38					
女性										
エネルギー調整済み食塩摂取量の平均値（g/1000kcal）										0.85
平成 22 年	678	5.93	0.10	1,880	5.90	0.08	829	5.86	0.12	
平成 26 年	620	5.50	0.10	1,776	5.57	0.08	842	5.59	0.10	
平成 30 年	455	5.43	0.12	1,389	5.40	0.08	906	5.36	0.10	
p 値（年次間の一様性）					<.0001					
p 値（年次間のトレンド）					<.0001					
野菜摂取量の平均値										0.03
平成 22 年	678	307.7	8.5	1,880	309.2	6.6	829	336.0	8.5	
平成 26 年	620	306.7	8.4	1,776	320.9	6.4	842	351.9	9.0	
平成 30 年	455	310.8	10.6	1,389	308.8	6.4	906	313.2	8.2	
p 値（年次間の一様性）					0.005					
p 値（年次間のトレンド）					0.27					
果物摂取量 100g 未満の者の割合										0.37
平成 22 年	678	48.1	2.3	1,880	44.1	1.8	829	42.3	2.5	
平成 26 年	620	53.2	2.3	1,776	46.9	1.8	842	43.0	2.3	
平成 30 年	455	50.3	2.6	1,389	48.6	1.9	906	48.1	2.3	
p 値（年次間の一様性）					0.004					
p 値（年次間のトレンド）					0.0009					
運動習慣のある者の割合										0.35
平成 22 年	492	34.0	2.6	1,315	34.3	1.8	505	39.9	2.8	
平成 26 年	417	29.1	2.7	1,146	31.5	1.9	546	31.4	2.5	
平成 30 年	327	26.7	3.0	917	29.4	1.9	563	33.6	2.2	
p 値（年次間の一様性）					0.001					
p 値（年次間のトレンド）					0.0004					

歩数の平均値										0.24
平成 22 年	608	6,276	181	1813	6,615	137	800	7,225	187	
平成 26 年	570	6,371	175	1673	6,661	137	813	6,862	191	
平成 30 年	398	6,471	227	1305	6,480	137	874	6,890	163	
p 値（年次間の一様性）					0.51					
p 値（年次間のトレンド）					0.26					
現在習慣的に喫煙している者の割合										0.34
平成 22 年	719	13.1	1.3	2,034	11.2	0.9	878	7.8	1.2	
平成 26 年	703	15.2	1.3	1,996	11.9	1.0	935	7.3	1.2	
平成 30 年	532	15.7	1.6	1,573	10.7	1.0	1,008	8.5	1.1	
p 値（年次間の一様性）					0.64					
p 値（年次間のトレンド）					0.51					
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										0.91
平成 22 年	719	9.6	1.1	2,037	8.7	0.9	877	9.6	1.3	
平成 26 年	705	10.8	1.1	1,996	10.9	1.0	936	10.5	1.3	
平成 30 年	531	10.6	1.2	1,572	10.3	0.9	1,008	11.1	1.3	
p 値（年次間の一様性）					0.02					
p 値（年次間のトレンド）					0.03					
睡眠による休養が十分とれていない者の割合										0.48
平成 22 年										
平成 26 年	705	22.6	1.7	1,997	19.4	1.6	937	19.4	2.1	
平成 30 年	532	26.1	1.9	1,570	21.5	1.5	1,006	19.4	2.0	
p 値（年次間の一様性）					0.08					
肥満者の割合										0.01
平成 22 年	587	22.3	2.3	1,634	17.5	1.6	686	11.5	1.9	
平成 26 年	576	20.9	2.2	1,565	15.7	1.6	750	15.9	1.9	
平成 30 年	434	16.8	2.3	1,241	19.4	1.6	809	15.2	1.9	
p 値（年次間の一様性）					0.65					
p 値（年次間のトレンド）					0.49					

やせの者の割合										0.23
平成 22 年	587	12.9	1.5	1,634	11.5	1.2	686	15.5	1.7	
平成 26 年	576	11.9	1.4	1,565	12.0	1.2	750	12.3	1.5	
平成 30 年	434	12.7	1.6	1,241	13.7	1.2	809	13.2	1.5	
p 値（年次間の一様性）					0.39					
p 値（年次間のトレンド）					0.64					

注1）世帯主又は世帯の代表者が、生活習慣調査票の世帯員数についての質問（平成 30 年のみ、問 12）と、世帯収入についての質問（平成 22 年問 29、平成 26 年問 10、平成 30 年問 13）に回答した世帯における 20 歳以上の世帯員を集計対象とした。なお、同一世帯で複数の世帯員が世帯員数（平成 30 年のみ）または世帯収入に関する質問に回答した世帯、及び世帯収入の質問に「わからない」と回答した世帯は集計から除外した。

注2）世帯員数は、世帯あたりの調査参加人数を世帯員数として代用し、世帯員全員に当てはめた。

注3）推定値は、「平成 22 年国勢調査による基準人口（20–29 歳、30–39 歳、40–49 歳、50–59 歳、60–69 歳、70 歳以上の6区分）」と世帯員数（連続値）での調整値。

注4）3時点の格差が縮まったかは、調査年（平成 22 年、平成 26 年、平成 30 年のダミー変数）と、収入（「200 万円未満」「200 万円以上～600 万円未満」「600 万円以上」のダミー変数）の相互作用項の有意性に基づき判定した。

※果物摂取量は、ジャム、果汁・果汁飲料を除く。 ※「運動習慣のある者の割合」とは、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）。 ※「現在習慣的に喫煙している者」とは、喫煙の状況が「毎日吸う」又は「時々吸う」と回答した者。 ※「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、1日当たりの純アルコール摂取量が男性で 40g 以上、女性 20g 以上の者とし、以下の方法で算出した。①男性：「毎日×2合以上」＋「週5～6日×2合以上」＋「週3～4日×3合以上」＋「週1～2日×5合以上」＋「月1～3日×5合以上」②女性：「毎日×1合以上」＋「週5～6日×1合以上」＋「週3～4日×1合以上」＋「週1～2日×3合以上」＋「月1～3日×5合以上」 ※「睡眠で休養が充分とれていない者」とは、睡眠で休養が「あまりとれていない」又は「まったくとれていない」と回答した者。 ※「肥満者」とは、BMI 25.0 以上の者。「やせの者」とは、BMI 18.5 未満の者。

様式２（案）

（領域名）（１）がん

背景

○ がんは、昭和 56（1981）年以降、日本人の死因の第 1 位となり、令和２（2020）年の死亡者は、37 万 8 千人を超え、全死亡の 3 分の 1 を占める国民にとっての重要疾患となっている。こうした背景から平成 18（2006）年 6 月には、がん対策を総合的かつ計画的に推進するため、「がん対策基本法」（以下この章において「基本法」という。）が策定された[△2)]。基本法に基づき、平成 19（2007）年 6 月がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）[△3)]を閣議決定し、がん対策を推進している。基本法は、平成 28（2016）年 12 月に改正され、基本計画は、平成 24（2012）年 6 月、平成 30（2018）年 3 月に改訂されて、現在は第 3 期となっている。

○ 第 3 期基本計画（平成 30（2018）年 3 月）では、全体目標のひとつに「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」が挙げられ、その中で「がんを予防する方法を普及啓発するとともに、研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現する。」とされており、「がんの死亡者の減少」を目標とした。さらに、分野別施策の「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」の個別目標として「国は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を 50%とする。」とされており、これを目標とした。

１　目標項目の評価状況

評価		項目数
A　目標値に達した		1
B　現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある		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０）
C　変わらない		0
D　悪化している		0
E　評価困難		0

目標項目	評価
① 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）	**A**
② がん検診の受診率の向上	**B**
胃がん検診受診率　男性	(B)
胃がん検診受診率　女性	(B*)
肺がん検診受診率　男性	(A)
肺がん検診受診率　女性	(B)
大腸がん検診受診率　男性	(B)
大腸がん検診受診率　女性	(B*)
子宮頸がん検診受診率	(B*)
乳がん検診受診率	(B)

① 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）

75 歳未満の年齢調整死亡率の目標は、目標設定時、第２期基本計画に準拠して「73.9（平成 27（2015）年）」と設定されたが、健康日本 21（第二次）中間評価の時点で、平成 30（2018）年 3 月に閣議決定された第３期基本計画にあわせ「減少傾向へ（令和４（2022）年）」と目標設定が変更された。令和元（2019）年の実績値は人口 10 万人当たり 70.0 と、ベースライン値（平成 22（2010）年）の 84.3 より減少しており、目標を達成している。

○ 国際的に見ると、全がんの年齢調整死亡率の減少については、概ね諸外国と同様である（図表 ２－１、図表 ２－２）。

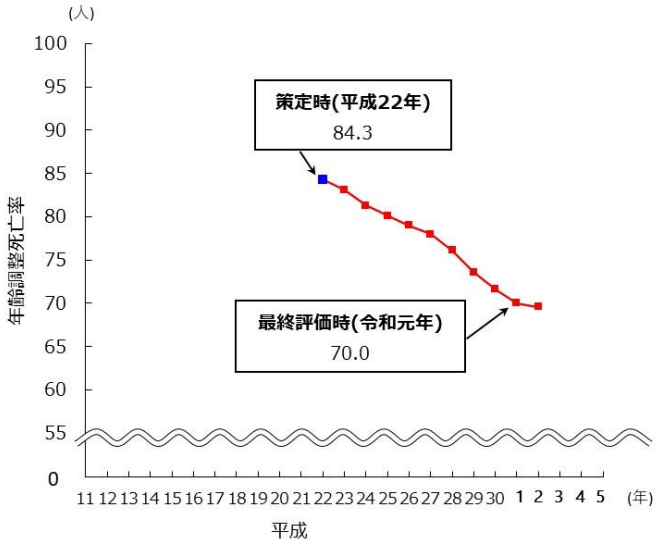
○ わが国の減少には、胃がん、肝臓がん、男性肺がんが主として寄与している[1)]（図表 ３－１，図表 ３－２，図表 ５－１，図表 ５－２，図表 ６－１，図表 10－１，図表 10－２）。

○ 大腸がん、肺がんは、欧米諸国より減少率が鈍く、かつて欧米諸国より低かった死亡率が逆転、あるいは同レベルになっている（図表 ４－１、図表 ４－２、図表 ６－１、図表 ６－２、）。

○ 女性乳がんは、死亡率は低いが欧米諸国が減少しているなか、増加している（図表 ７－２）。

○ 子宮頸がんは諸外国と対照的に増加しており、死亡率は欧米諸国を抜いて、第一位に転じている（図表 ８－１）。

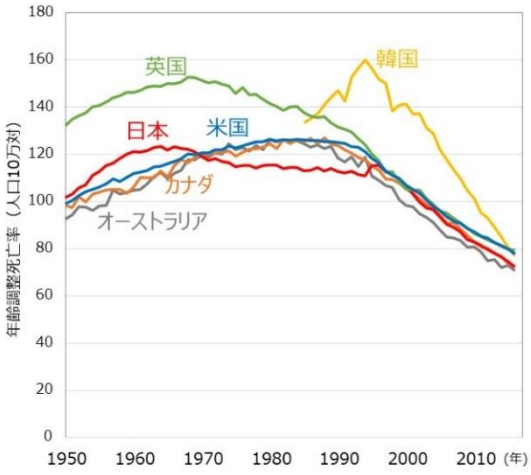
図表 1：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率（10 万人当たり）



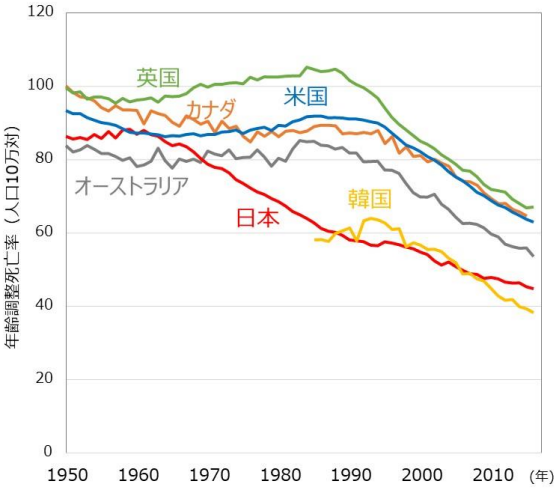
出典：国立がん研究センターがん対策情報サービス「がん統計」

注　：厚生労働省「人口動態調査」をもとに算定

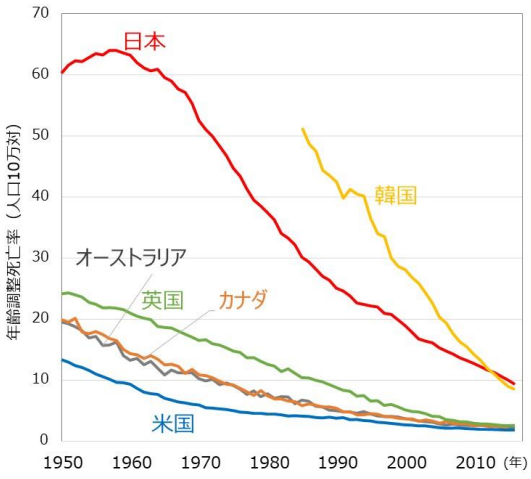
図表 2－1：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 全がん（男性）



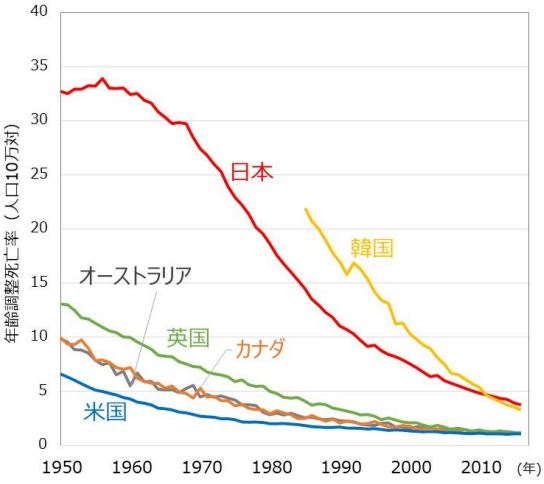
図表 2－2：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 全がん（女性）



図表 3－1：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 胃がん（男性）

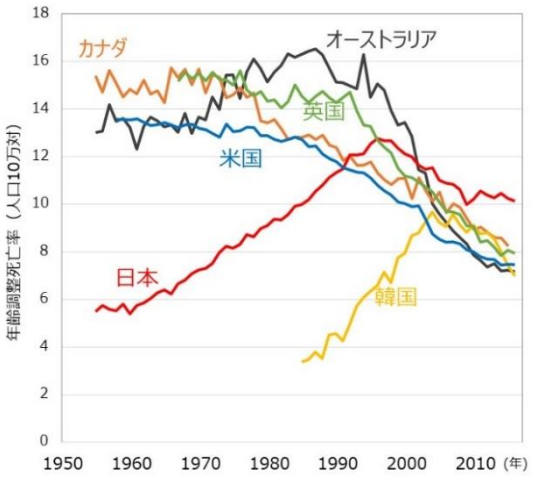


図表 3－2：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 胃がん（女性）

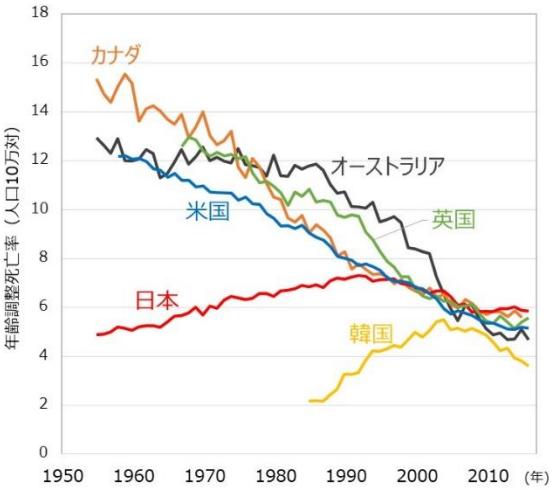


出典（図表 2－1、図表 2－2、図表 3－1、図表 3－2）：
WHO Cancer Mortality Database (https://www-dep.iarc.fr/WHOdb/.htm)

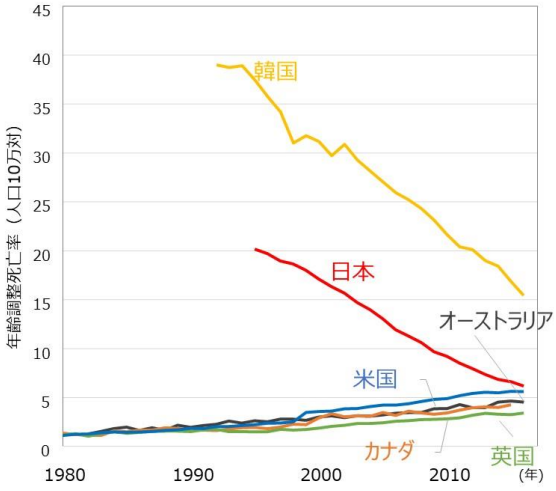
図表 4－1：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 大腸がん（男性）



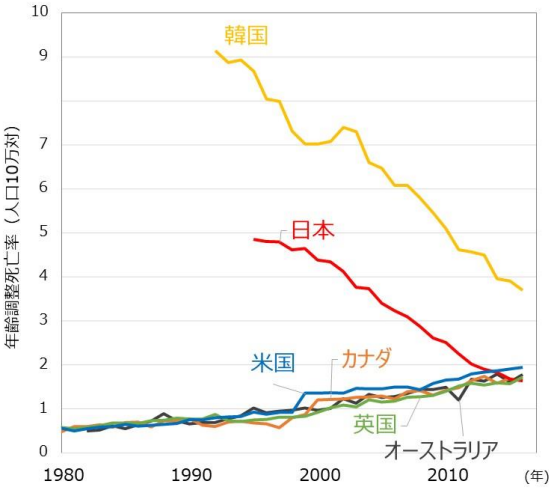
図表 4－2：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 大腸がん（女性）



図表 5－1：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 肝臓がん（男性）

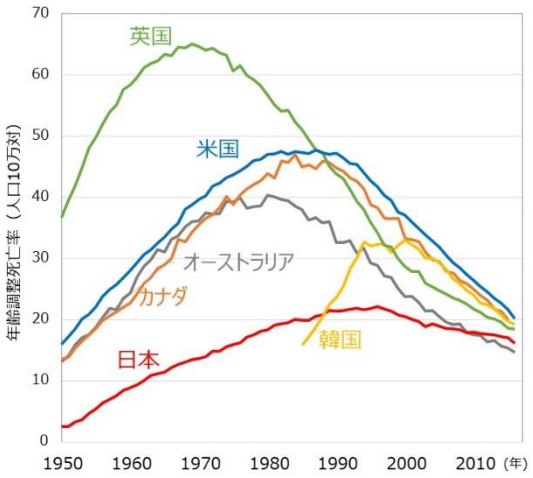


図表 5－2：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 肝臓がん（女性）

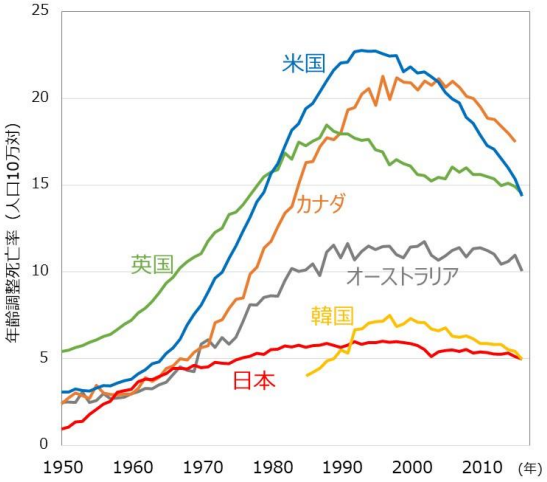


出典（図表 4－1、図表 4－2、図表 5－3、図表 5－4）：
WHO Cancer Mortality Database (https://www-dep.iarc.fr/WHOdb/.htm)

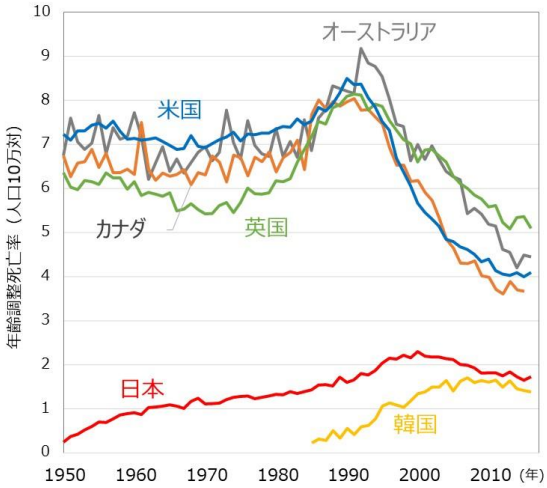
図表 6－1：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 肺がん（男性）



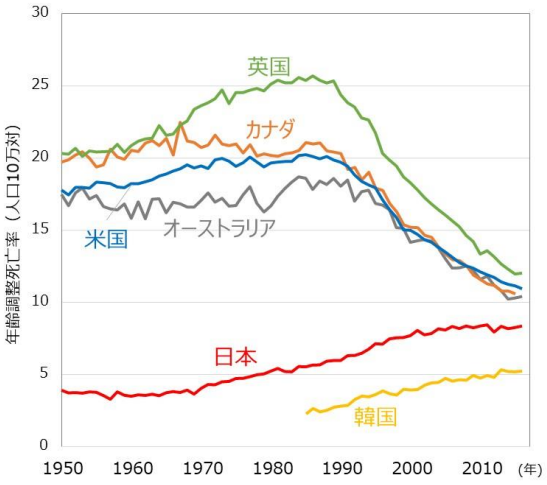
図表 6－2：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 肺がん（女性）



図表 7：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 前立腺がん

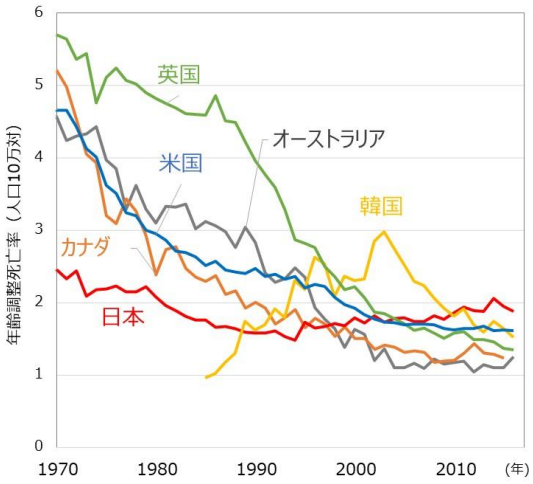


図表 7－2：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 乳がん

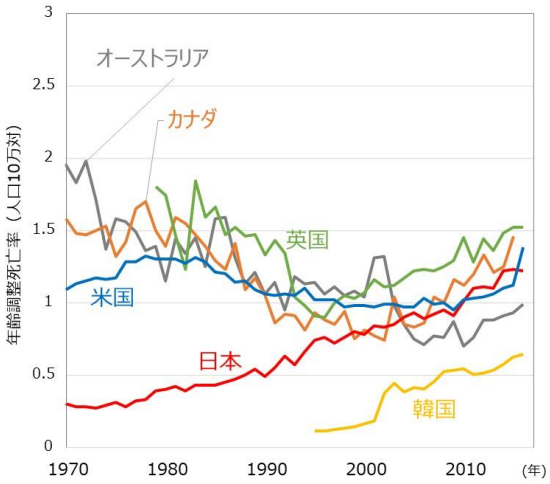


出典（図表 6－1、図表 6－2、図表 7－1、図表 7－2）：
WHO Cancer Mortality Database (https://www-dep.iarc.fr/WHOdb/.htm)

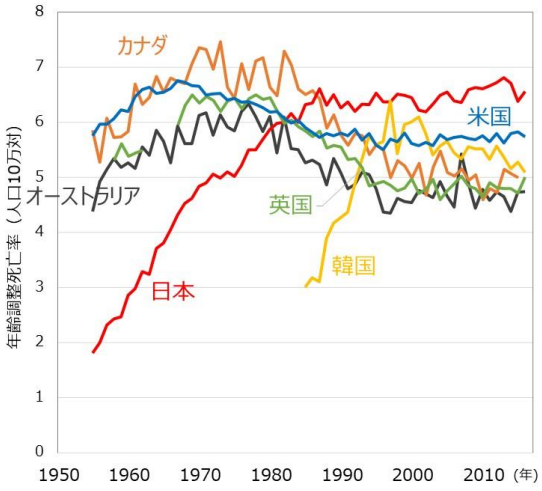
図表 8－1：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 子宮頸がん



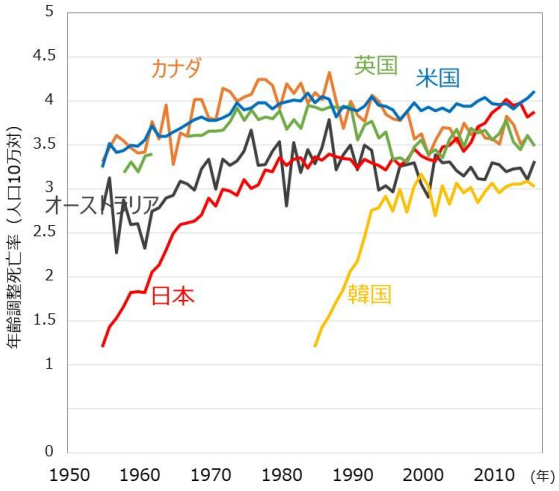
図表 8－2：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 子宮体がん



図表 9－1：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 膵がん（男性）

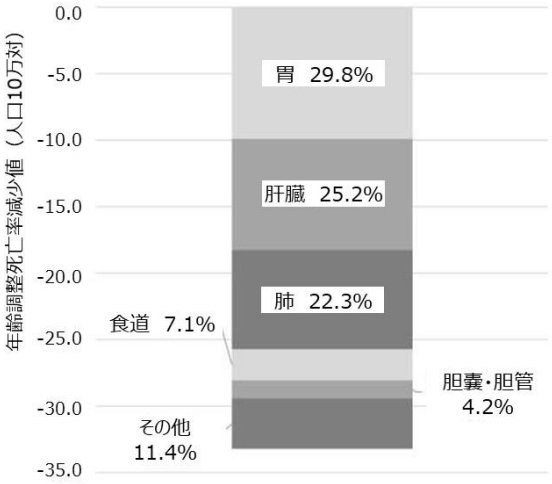


図表 9－2：75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 膵がん（女性）

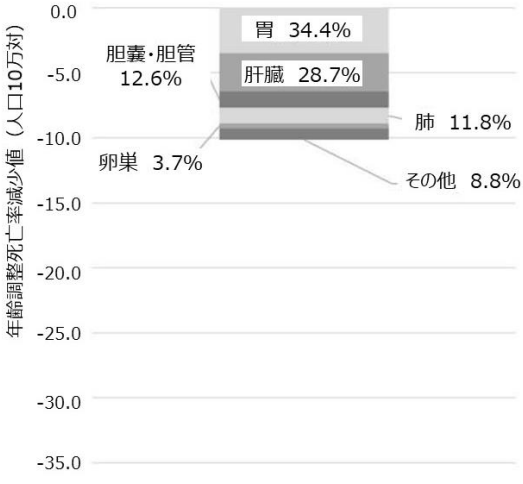


出典（図表 8－1、図表 8－2、図表 9－1、図表 9－2）：
WHO Cancer Mortality Database (https://www-dep.iarc.fr/WHOdb/.htm)

図表 10－1：全がん年齢調整死亡率減少に寄与したがん種の内訳（男性）



図表 10－2：全がん年齢調整死亡率減少に寄与したがん種の内訳（女性）



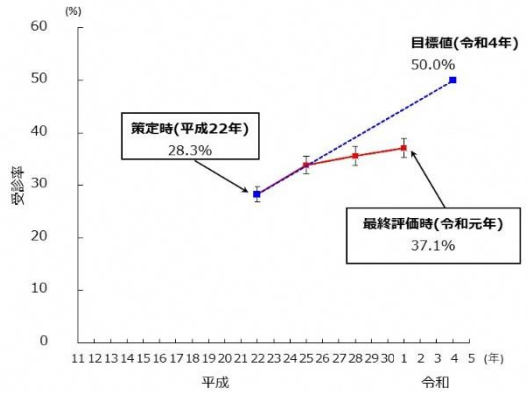
出典（図表 10－1、図表 10－2）：Katanoda K.et al Journal of Epidemiology [1)]

② がん検診の受診率の向上

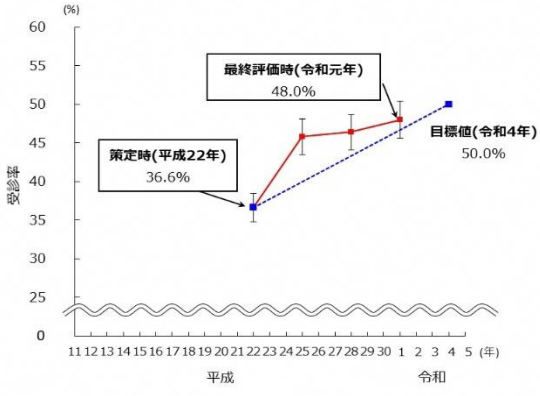
がん検診の受診率の目標は、健康日本 21（第二次）の目標設定時「50%（胃がん、肺がん、大腸がんは当面 40%（平成 28（2016）年））」とされたが、健康日本 21（第二次）中間評価の時点では、第 3 期基本計画に合わせて「50%（令和 4 （2022）年）」へ変更されている。

令和元年の受診率は、ベースラインの平成 22（2010）年値よりは有意に改善しているものの、男性の肺がんを除いて、目標値の 50%には達しておらず、目標項目全体として「B　現時点では目標値に達していないが、改善傾向にある」と評価される。中でも、女性の胃がん検診と大腸がん検診、子宮頸がん検診の受診率は目標設定年度の令和 4 （2022）年度までの目標到達が危ぶまれる（B*）。

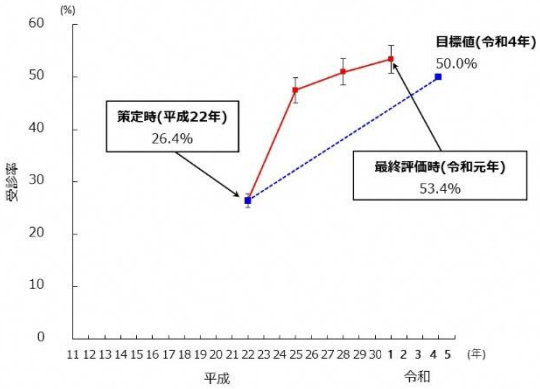
図表 11－1：胃がん検診受診率（男性）



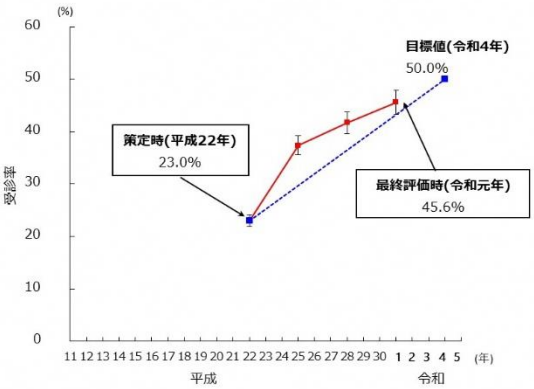
図表 11－2：胃がん検診受診率（女性）



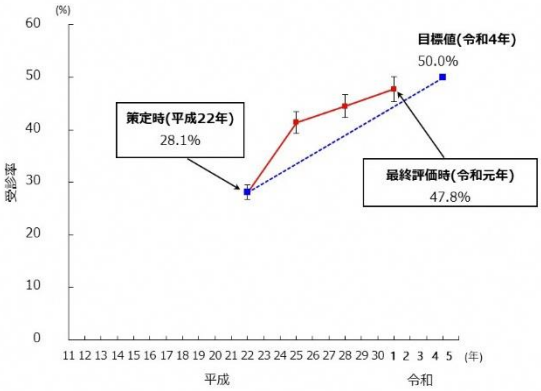
図表 12－1：肺がん検診受診率（男性）



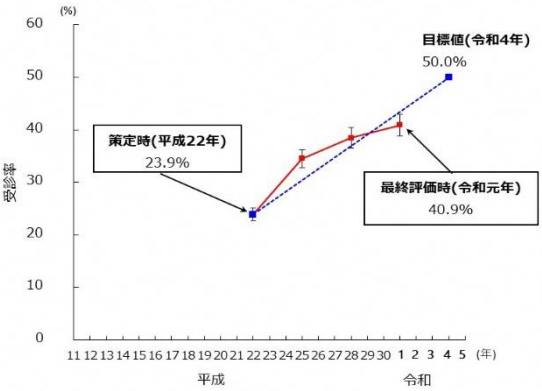
図表 12－2：肺がん検診受診率（女性）



図表 13－1：大腸がん検診受診率（男性）

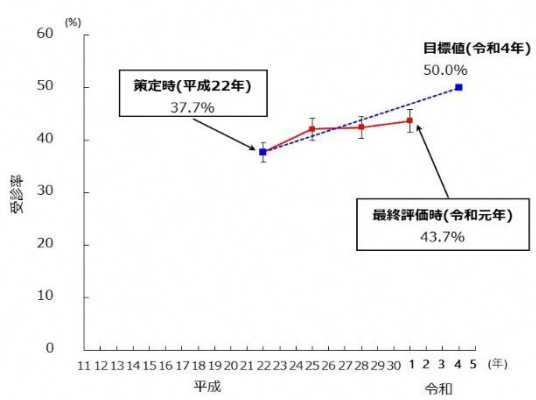


図表 13－2：大腸がん検診受診率（女性）

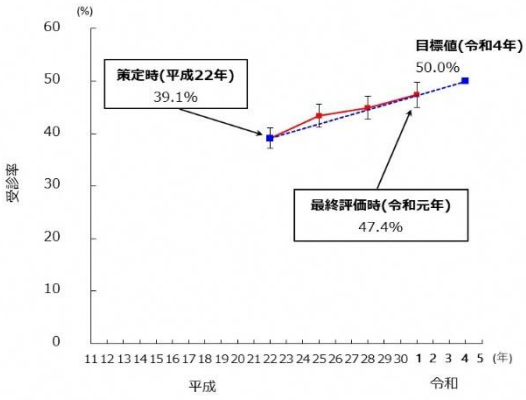


出典（図表 11－1、図表 11 －2、図表 12－1、図表 12－2、図表 13－1、図表 13－2）：厚生労働省「国民生活基礎調査」

図表 14：子宮頸がん検診受診率

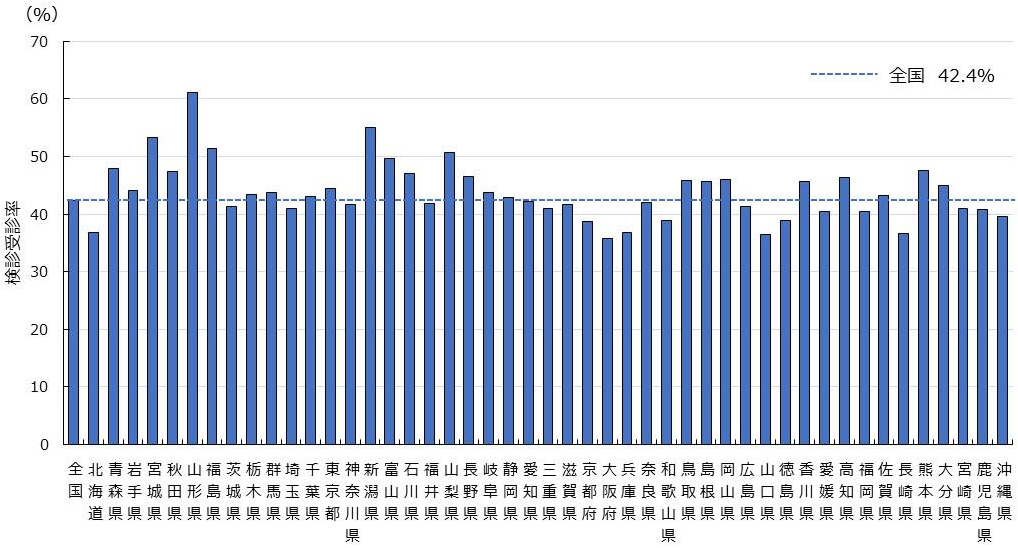


図表 15：乳がん検診受診率



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

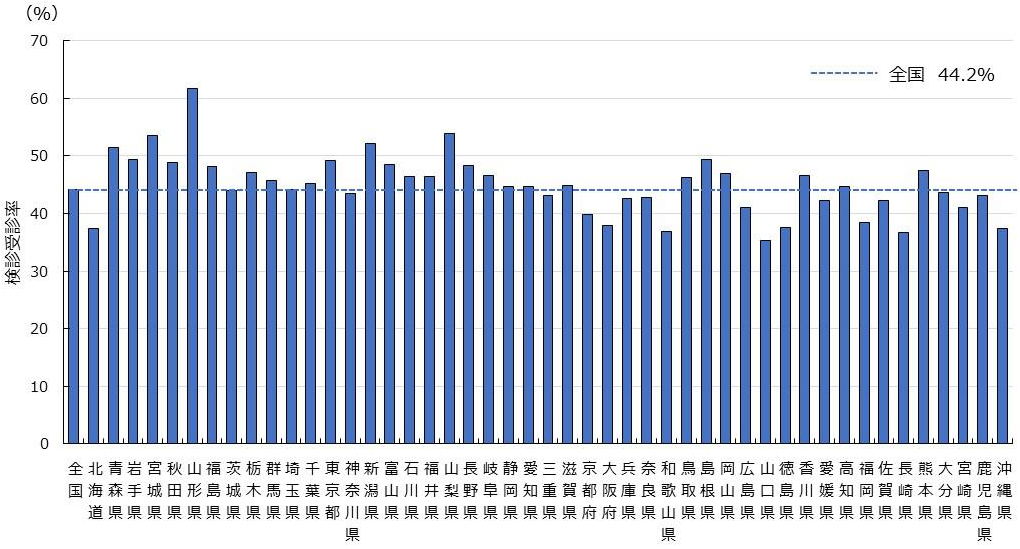
図表 16：都道府県別胃がん検診受診率（40～69 歳 男女計）令和元（2019）年



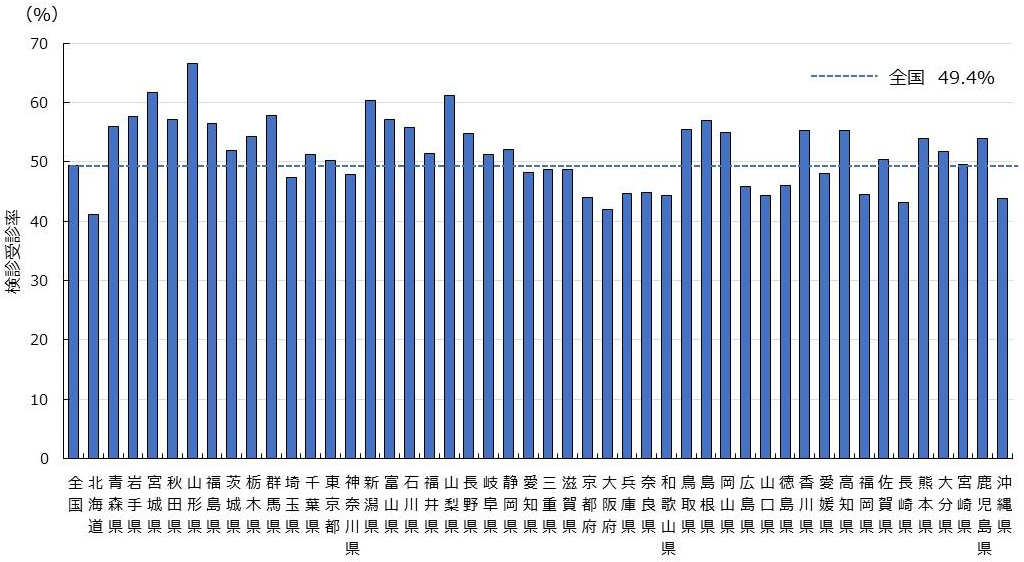
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」△4,△5）

注　：国民生活基礎調査より国立がん研究センターがん対策情報センターにて算出

図表 17：都道府県別大腸がん検診受診率（40～69 歳 男女計）令和元（2019）年



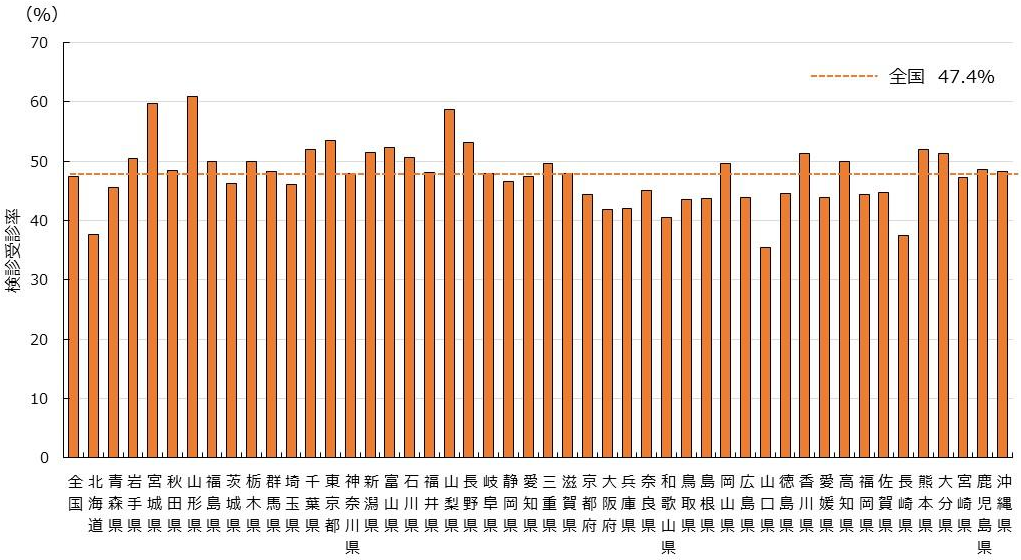
図表 18：都道府県別肺がん検診受診率（40～69 歳 男女計）令和元（2019）年



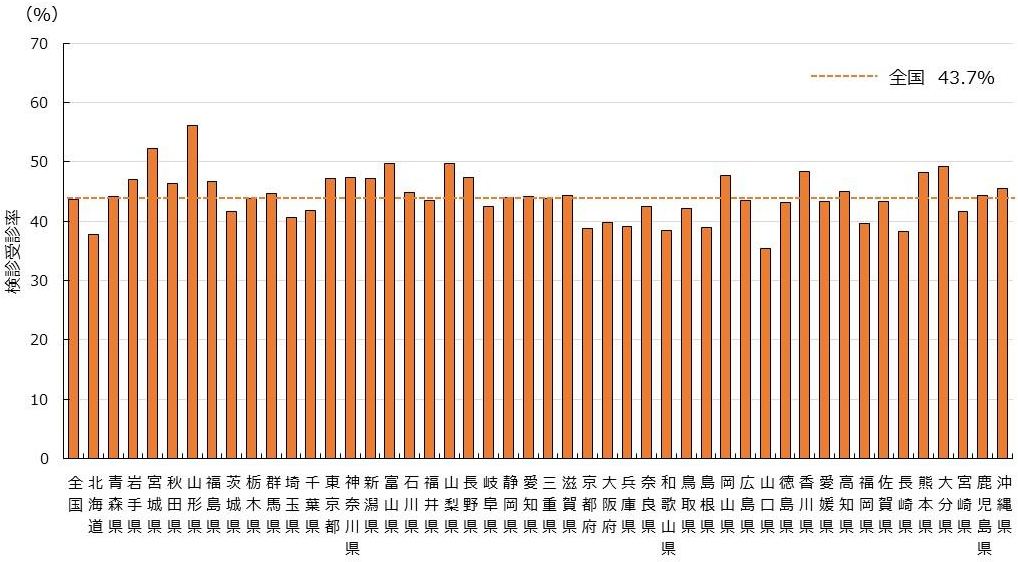
出典（図表 17、図表 18）：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

注　：国民生活基礎調査より国立がん研究センターがん対策情報センターにて算出

図表 19：都道府県別乳がん検診受診率（40～69 歳 女性）令和元（2019）年



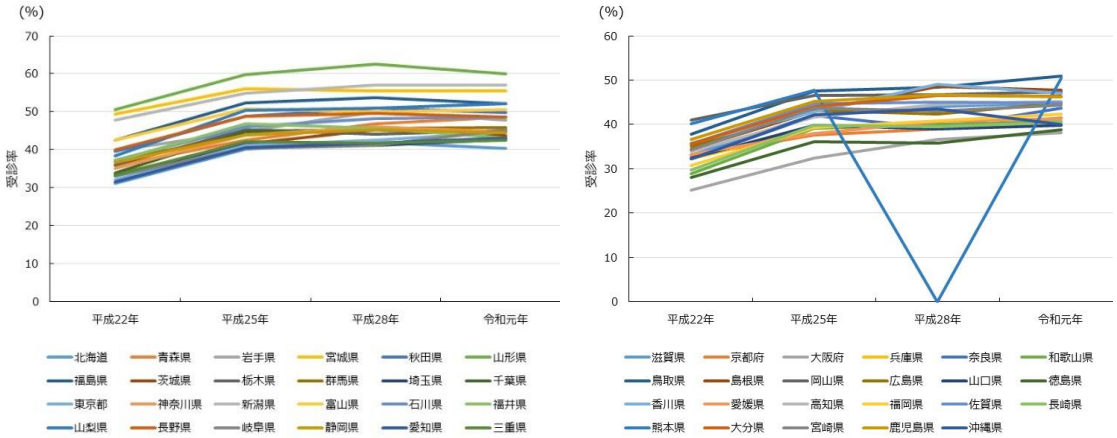
図表 20：都道府県別子宮(頸)がん検診受診率（20～69 歳 女性）令和元（2019）年



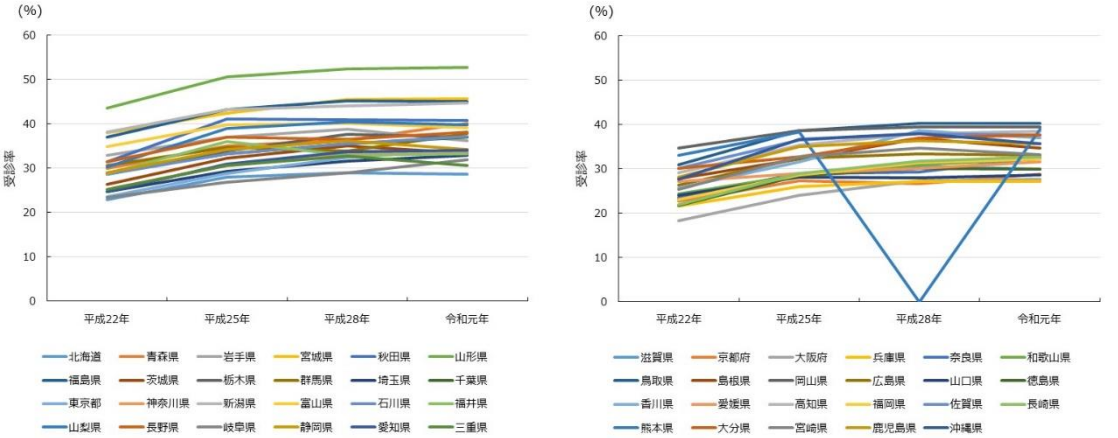
出典（図表 19、図表 20）：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

注　：国民生活基礎調査より国立がん研究センターがん対策情報センターにて算出

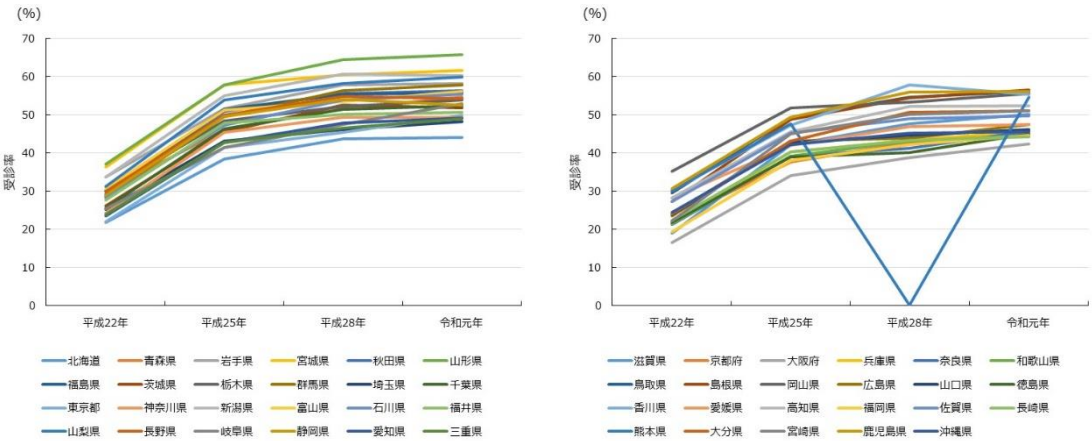
図表 21－1：都道府県別がん検診受診率年次推移 胃がん（40～69 歳 男性）



図表 21－2：都道府県別がん検診受診率年次推移 胃がん（40～69 歳 女性）



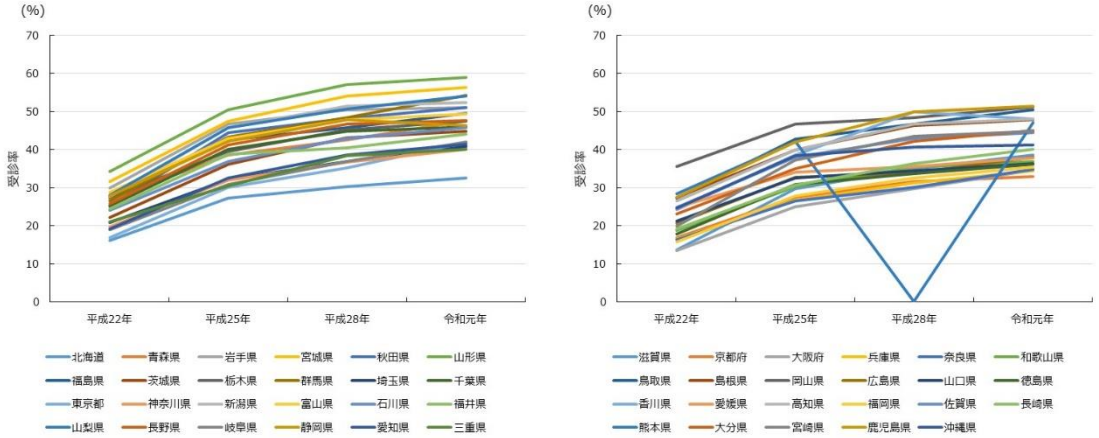
図表 22－1：都道府県別がん検診受診率年次推移 肺がん（40～69 歳 男性）



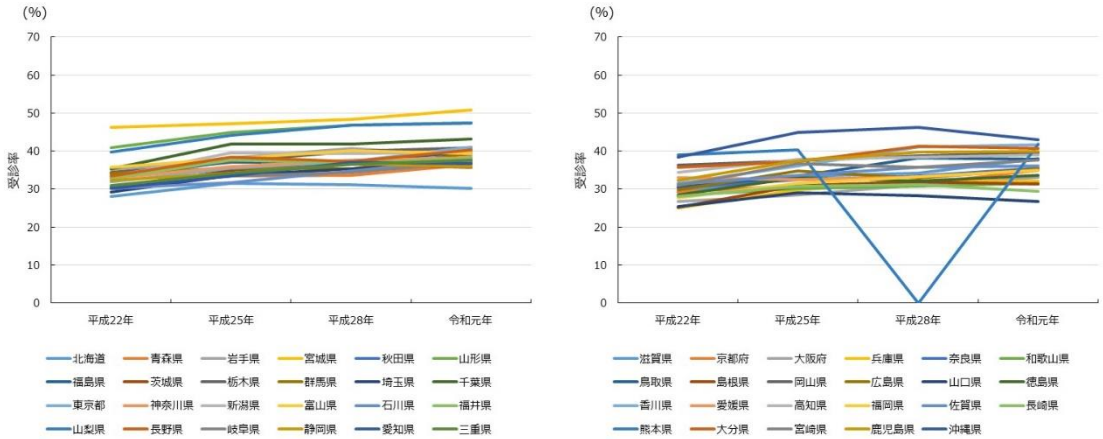
出典（図表 21－1、図表 21－2、図表 22－1）：厚生労働省「国民生活基礎調査」
（国立がん研究センターがん情報センターサービス）

注　：平成 28（2016）年調査では熊本県は震災の影響で調査なし

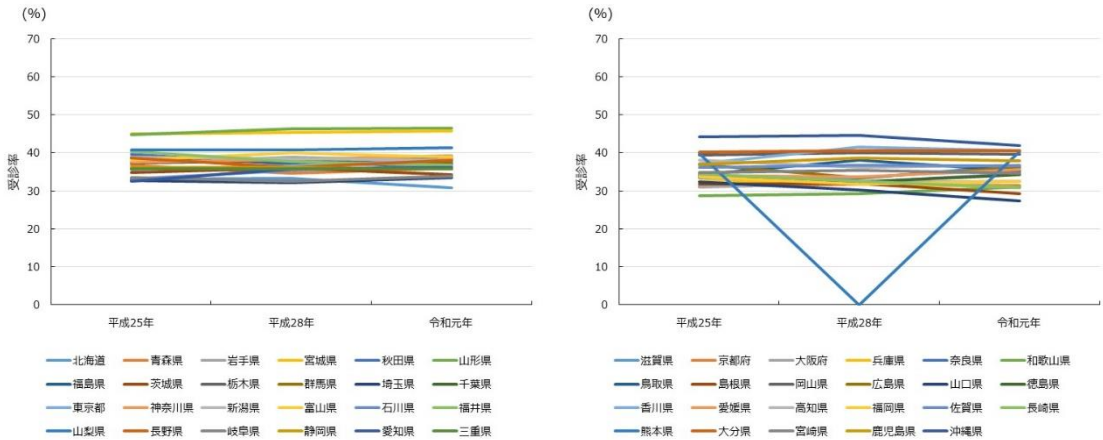
図表 22－2：都道府県別がん検診受診率年次推移 肺がん（40～69 歳 女性）



図表 23：都道府県別がん検診受診率年次推移 乳がん（40～69 歳 過去 2 年）



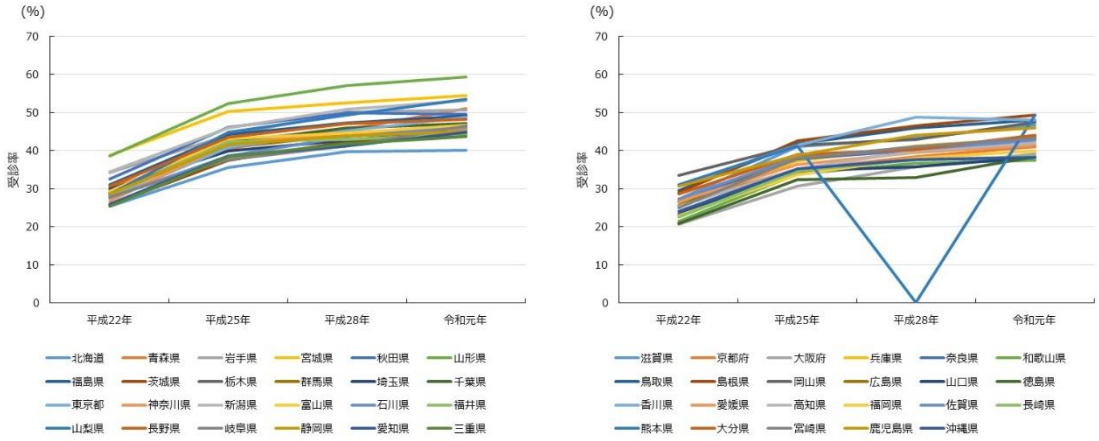
図表 24：都道府県別がん検診受診率年次推移 子宮頸がん（20～69 歳 過去 2 年）



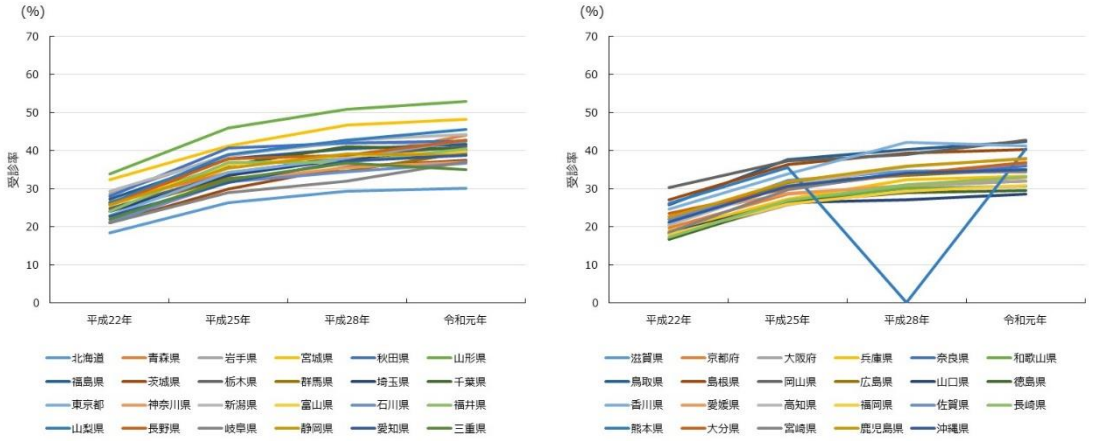
出典（図表 22－2、図表 23、図表 24）：厚生労働省「国民生活基礎調査」
（国立がん研究センターがん情報サービス）

注 ：平成 28（2016）年調査では熊本県は震災の影響で調査なし

図表 25－1：都道府県別がん検診受診率年次推移 大腸がん（40～69 歳 男性）



図表 25－2：都道府県別がん検診受診率年次推移 大腸がん（40～69 歳 女性）



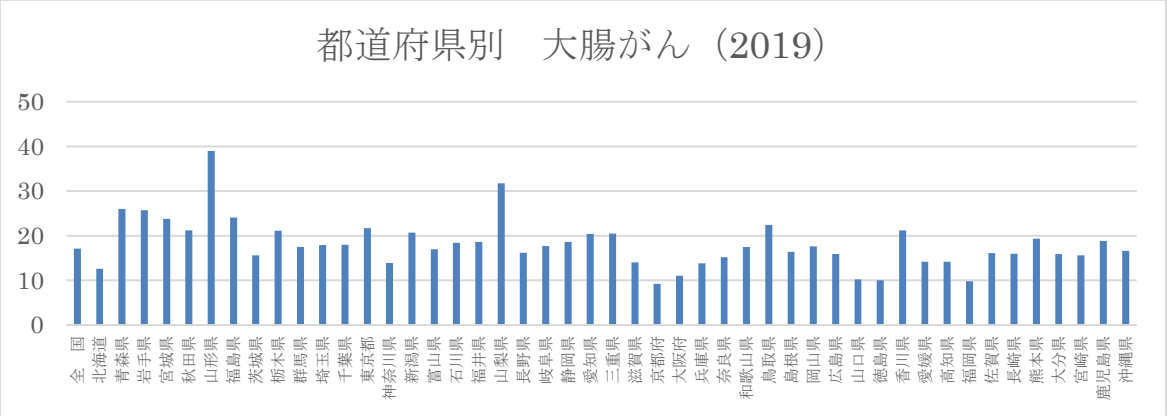
出典（図表 25－1、図表 25－2）：厚生労働省「国民生活基礎調査」（国立がん研究センターがん情報サービス）

注　：平成 28（2016）年調査では熊本県は震災の影響で調査なし

図 26：都道府県別･市町村別住民がん検診受診率（国民健康保険の被保険者対象）

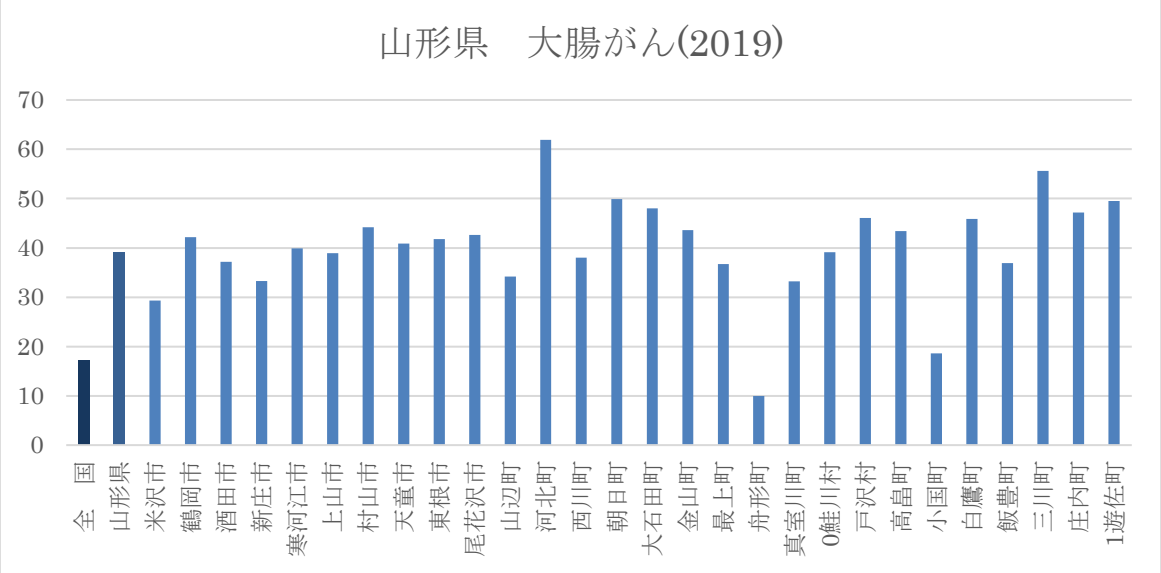
40-69 歳

図表 26－1：都道府県別

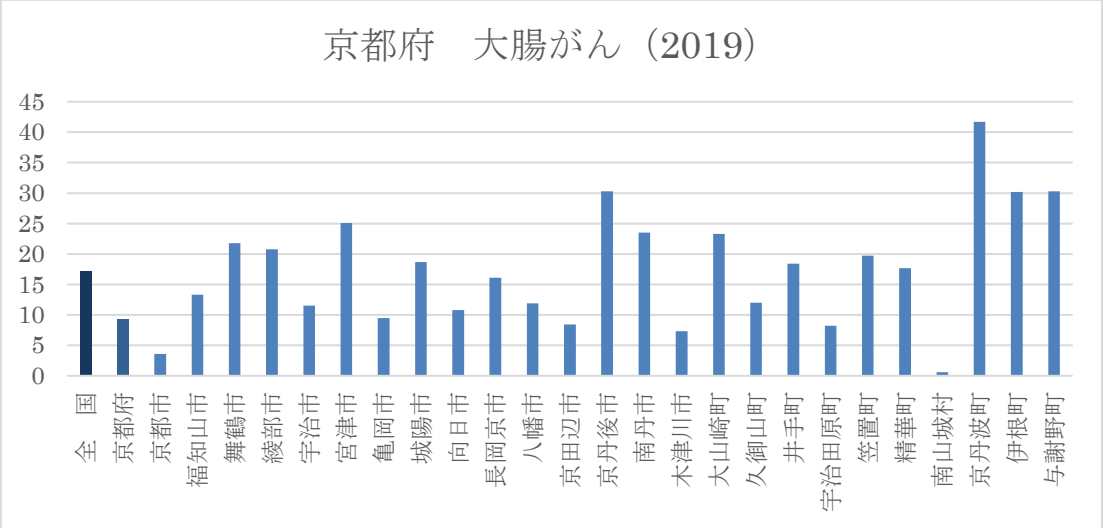


図表 26－2：市町村別住民がん検診受診率（国民健康保険の被保険者対象）（山形県）

40-69 歳

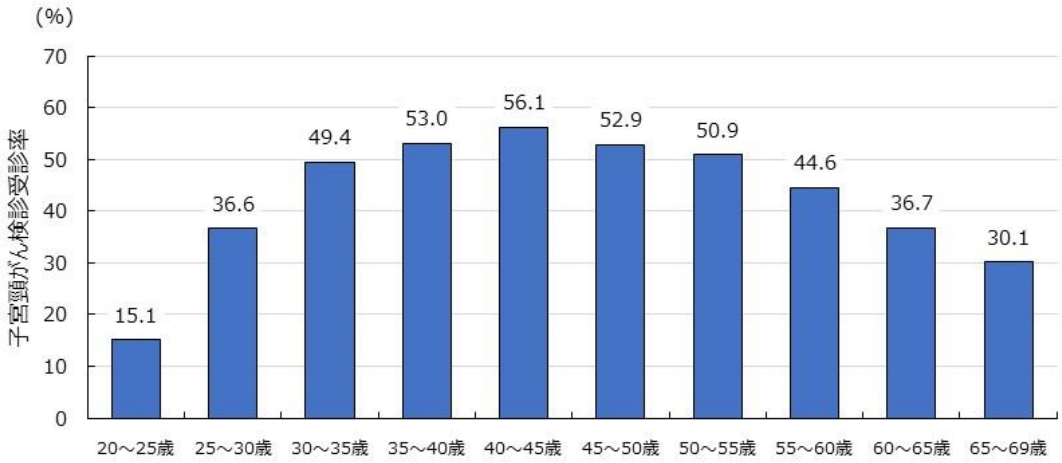


図表 26－3：市町村別住民がん検診受診率（国民健康保険の被保険者対象）（京都府）
40-69 歳



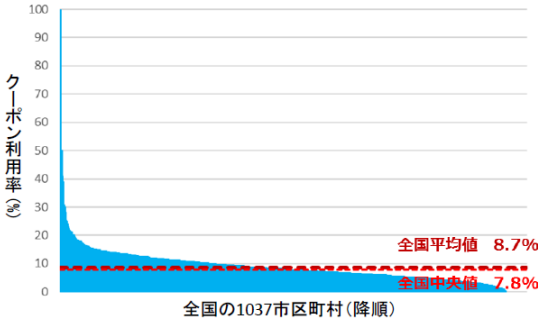
出典（図表 26－1、図表 26－2、図表 26－3）：令和元（2019）年度 地域保健･健康増進事業報告[△6)]

図表 27：年齢階級別子宮頸がん検診受診率（令和元（2019）年）



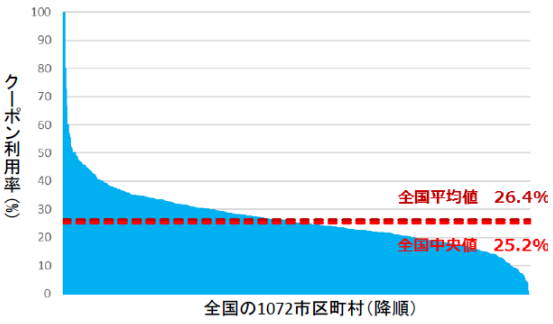
出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（令和元（2019）年）

図表 28－1：クーポン券利用率（子宮頸がん）



利用率	市区町村数
0.0–5.0%	233
5.0–10.0%	467
10.0–15.0%	255
15.0–20.0%	51
20.0–25.0%	15
25.0–50.0%	12
50.0–100.0%	4
計	1037

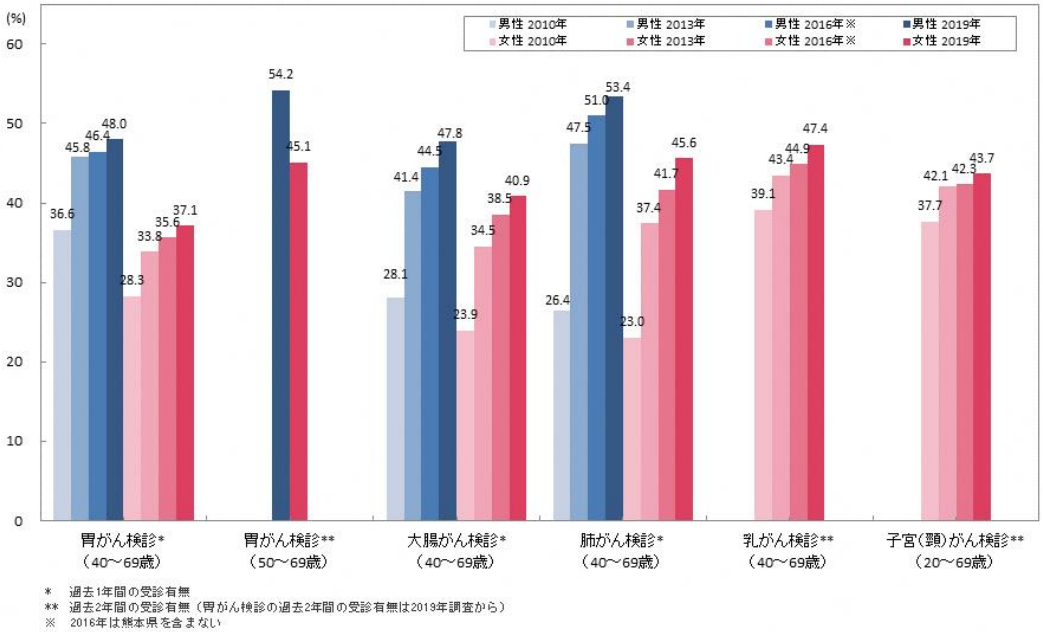
図表 28－2：クーポン券利用率（乳がん）



利用率	市区町村数
0.0–5.0%	14
5.0–10.0%	31
10.0–15.0%	69
15.0–20.0%	155
20.0–25.0%	250
25.0–50.0%	526
50.0–100.0%	27
計	1072

出典：第 33 回がん検診のあり方に関する検討会[△8)]　資料 3

図表 29：男女別がん検診受診率の推移



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」
（国立がん研究センターがん情報サービス HP よりグラフ引用）

2 関連する取組

＜領域全体に係る取組＞

○ 平成 18（2006）年６月にがん対策基本法が成立した。
○ 平成 19（2007）年６月に第１期がん対策推進基本計画が閣議決定された。
○ 平成 24（2012）年６月に第２期がん対策推進基本計画が閣議決定された。
○ 第２期基本計画（平成 24（2012）年６月閣議決定）に基づき、がんによる死亡者の減少（75 歳未満の年齢調整死亡率の 20%減少）、全てのがん患者及び家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上、がんになっても安心して暮らせる社会の構築を全体目標として掲げ、がん医療、がん医療に関する 相談支援・情報提供、小児がん等の医療施策に加え、公衆衛生的施策として、下記の施策等により、がん対策を実施した。

- がん登録
- がんの予防
- がんの早期発見
- がん研究
- がんの教育・普及啓発
- がん患者の就労を含めた社会的な問題

○ 平成 25（2013）年 12 月にがん登録等の推進に関する法律が成立した。
○ 平成 26（2014）年４月に「がん研究 10 カ年戦略」を開始した。
○ がん対策推進協議会[△7)]において「がん対策推進基本計画中間評価報告書」（平成 27（2015）年６月）のとりまとめを実施し、喫煙率減少、がん検診受診率向上をはじめとしたがん対策のより一層の推進が必要と報告された。
○ がんサミット（平成 27（2015）年６月１日開催）における総理の指示を受けて、年齢調整死亡率のさらなる減少に向けて、「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」を３つの柱とした「がん対策加速化プラン」（平成 27（2015）年 12 月）を策定した（第２期計画の加速のためのプラン）。
○ 平成 30（2018）年３月にがん対策推進基本計画（第３期）が閣議決定された。実行期間については、平成 29（2017）年度～令和４（2022）年度までの６年程度を目安として定められている。

第３期基本計画（平成 29（2017）年３月９日閣議決定）においても、がんの罹患者や死亡者の減少を実現することを目標としている。基本計画に基づき、下記の施策等によりがん対策を実施した。

- がん予防
- がん医療の充実
- がんとの共生
- これらを支える基盤の整備

○ 第３期基本計画について、がん対策推進協議会において、策定された指標に基づき、中間評価報告に向けた討議が行われている。令和２（2020）年 10 月に実施された第 74 回がん対策推

進協議会では、がん予防分野の中間評価に向けた整理（案）について、討議され、75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については、着実に減少していることが示された。一方、がん種別の年齢調整死亡率は、平成 29（2017）年から平成 30（2018）年にかけて胃がん・大腸がん・肝がんは減少していることが確認されたが、子宮頸がん・乳がんについては、横ばいとなっている等、がんの種類によって年齢調整死亡率の推移は異なった傾向がみられていることが示された。

＜各目標項目に係る取組＞

① 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）

がんによる死亡者を減少させるために、がんの一次予防により、避けられるがんを防ぐことが重要である。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染等、様々なものがある。このなかで、がんに最も大きく寄与する因子は喫煙であり、「成人の喫煙率の減少」や「未成年者の喫煙をなくす」こと等について目標を定め、取組が進められている。健康増進法の改正により、望まない受動喫煙を防ぐ取組として、多数の人が利用する施設は、令和２（2020）年 4 月から原則屋内禁煙となる等、受動喫煙対策が強化された。

さらに、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙について２番目に、女性では最も発がんに大きく寄与する因子となっている。感染症対策として、HPV ワクチンのあり方、肝炎対策の総合的な推進等について、取り組んでいる。

がんによる死亡者を減少させるためには、予防、早期発見に加え、適切な医療を受けられる体制を充実させることも重要であり、第 3 期基本計画「患者本位のがん医療の実現」において、①がんゲノム医療、②がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実、③チーム医療の推進、④がんのリハビリテーション、⑤支持療法の推進、⑥希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）、⑦小児がん、AYA 世代[※1]のがん及び高齢者のがん対策、⑧病理診断、⑨がん登録、⑩医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組を上げて推進している。

また、これらを支える基盤の整備では、「がん研究」の推進による診断・治療技術の進歩によるがん死亡者数の減少、「がん教育・がんに関する知識の普及啓発」において、がんに関する知識の普及啓発により、がん予防や早期発見の重要性を認識し、適切な予防行動につながることを目指している。

がんの一次予防

○ 喫煙（受動喫煙含む）対策

- 様々な企業・団体と連携し、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動を一層推進。
- 様々な機会を通じて、禁煙希望者に対する禁煙支援を実施。
- 禁煙支援を行う者が、実際の支援に活用できるよう、「禁煙支援マニュアル（第二版増補改訂版）」を周知。

※1 AYA 世代：脚注を入れる予定。

- 健康増進法の改正に基づき、受動喫煙対策を徹底。
- 家庭における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発活動や、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を推進。
- がん診療連携拠点病院において、「たばこクイットライン」事業を開始し、電話等による禁煙相談を実施。
- 診療報酬におけるニコチン依存症管理料について、情報通信機器を用いた診療に係る評価がなされるとともに、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件を見直し。
- 喫煙率を下げるために、たばこの段階的な税率増加を実施。
- たばこパッケージの注意文言の表示面積を 30%→50%以上に拡大。

○ 身体活動（詳細は身体活動・運動領域に記載）

- 身体活動量が少ない者の割合を低下させるため、スマート・ライフ・プロジェクト、「健康づくりのための身体活動基準 2013」、健康増進普及月間等を通じた普及啓発等の取組を積極的に推進する。

○ 栄養・食生活（詳細は栄養・食生活領域で評価）

- 食塩摂取量の減少、野菜・果物摂取量の増加、肥満・やせの減少等に向け、食生活指針や食事バランスガイドを通じた啓発普及をしている。

○ 感染症対策

- ＨＰＶワクチンについては、接種のあり方について、国は、科学的知見を収集した上で総合的な判断に基づき、積極的な勧奨を差し控えることとした取扱いを終了し、個別の接種勧奨を基本的に 2022 年４月から順次実施することとされた。 さらに、積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方に対しては、公平な接種機会を確保する観点から、2022 年度から３年間、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行う「キャッチアップ接種」が実施されている。
- 肝炎対策については、肝炎の治療促進のための環境整備、肝炎ウイルス検査の促進、肝炎に係る診療及び相談体制の整備、国民に対する肝炎に係る正しい知識の普及啓発並びに肝炎に係る研究の推進の５本の柱からなる肝炎総合対策を進めている。
- 成人Ｔ細胞白血病と関連するヒトＴ細胞白血病ウイルス１型（ＨＴＬＶ―１）については、2010 年に取りまとめられたＨＴＬＶ―１総合対策に基づき対策を進めている。

② がん検診の受診率の向上

がんの早期発見及びがん検診（２次予防）においては、受診率向上対策について、検診の受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨、職域で受診機会のない者に対する受診体制の整備、受診対象者の名簿を活用した個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨等、順次取組を進めことに取り組んでいる。さらに、がん検診の精度管理の推進や職域におけるがん検診についても科学的根拠に基づくがん検診の実施を進めている。

○ 第１期基本計画において、分野別施策の一つに「がんの早期発見」が設定され、がん検診受診率を 50%以上にすることを目標とされた。

○ 第２期基本計画では、個別目標を「胃がん、肺がん、大腸がんは当面 40%」と変更された。
○ 第３期基本計画において、第２期計画で記載された「胃がん、肺がん、大腸がんは当面 40%」が削除され、「男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を 50%とする。」とされるとともに、「精密検査受診率の目標値を 90%とする。」という新たな目標が追加された。
○ がんの早期発見を目的として、検診受診率 50%の達成を目指し、具体的には、以下の取組を行った。
- 検診受診率向上キャンペーン。
- 企業との連携促進。
- 市町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施及び精度管理等に係る体制整備の推進。
- 「がん対策推進企業等連携事業」による、職域のがん検診における普及啓発及び精度管理の推進等の取組。
- ナッジ理論に基づいた好事例を紹介した「受診率向上施策ハンドブック第２版」の公表等。
- 「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」内の「がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業」（令和２～４年度）において、効果的な受診率向上策の検証中。
- がん検診の実施効果を高めるため、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下、「指針」という。）内の、がん検診の受診対象者について、受診を特に推奨する者について明示。

○ 住民検診の受診率の市区町村で比較可能な受診率の指標の確立
- 住民検診において、職域検診受診者の割合の影響を取り除き、自治体間の受診率を比較可能にするために、対象者を国民健康保険被保険者に絞って算定する手法を平成 30 年から追加。

○ 令和元（2019）年５月に策定された健康寿命延伸プランにそって下記の取組を推進した。
- ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨。
- 保険者インセンティブの強化。

○ 新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業を推進した。
- がん検診の受診対象者に対する個別受診勧奨（コール）・個別受診再勧奨（リコール）の推進（コールは約８割、リコールは約５割の自治体で実施され、いずれの実施割合も増加傾向）。
- 子宮頸がん検診・乳がん検診の受診クーポン券の配布等。

<がん検診に関連する取組>

がん検診の精度管理

○ 都道府県は、指針に示される５つのがんについて、指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、必要な働きかけを行う。その際に生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図ることを進めている。
○ 精密検査未受診者への郵送や電話等による個別受診再勧奨の取組が、自治体において行

われている。

○ がん検診の「事業評価のためチェックリスト」等によりチェックリストの実施状況を把握することとしている。自治体においては、チェックリストの全項目のうち、60～80%の項目が実施されており、実施率は向上している。

○ 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（平成 20 年３月、がん検診事業の評価に関する委員会報告）について、令和３年度中に見直し予定。

○ がん検診の受診対象者に対し、がん検診の利益・不利益を説明する重要性について、指針内で明確化。

○ 科学的根拠に基づいたがん検診の精度管理方法等については、厚生労働科学研究等で検討している。

職域におけるがん検診

○ 「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」の報告書として、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を平成 30 年３月に公表し、科学的根拠に基づくがん検診の普及啓発に取り組んでいる。

○ 職域における検診受診状況の把握や、精度管理、について、厚生労働科学研究において研究を進めている。

<その他、がん領域全体に関連する取組>

○ がん等の治療と仕事の両立を支援するため、企業向けのガイドラインとして、平成 28（2016）年２月に「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を作成し、参考資料として、がんに関する基本情報や支援に当たっての留意事項を「がんに関する留意事項」としてまとめた。また平成 30（2018）年 3 月にはガイドライン掲載の様式例に沿って作成のポイントを示した「企業・医療機関連携マニュアル（事例編：がん）」が作成された。

3 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

○ 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については、着実に減少しており、目標を達成している（図表 1）。

○ がんの年齢調整死亡率の低下の要因としては、この 10 数年間の治療の進歩も考えられる。

○ がん検診の受診率については、男性の肺がんのみが目標を達成していた。その他は、現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある状態であった。一方、女性の胃がん検診と大腸がん検診、子宮頸がん検診は、目標年度までに目標達成が危ぶまれる状況である。達成できなかった要因の一つとして考えられることとして、都道府県間の受診率の差（図表 16～図表 20）～さらには、市区町村間に受診率の差（図表 26）があると考えられ、各都道府県において、受診率が低い自治体の洗い出しと、受診率向上に向けた支援が必要と考える。

〇 現在、がん検診受診率は、国民生活基礎調査により、住民検診、職域検診、人間ドックなどを

あわせたものとして、算出しているが、都道府県別の集計はされるが、市区町村別の比較をするのは、、住民検診で比較することが必要となる。この際に自治体間の受診率を比較可能にするために、対象者を国民健康保険被保険者に絞って算定する手法が平成 30 年から追加された。（図表 26）。

〇 都道府県別受診率において、3カテゴリーの合算しひょうである国民生活基礎調査（図表 17）と住民検診の比較可能な指標である地域保健・健康増進事業報告国保者対象（図表 26）の差異を確認できる。

○ 年次推移を見ると、受診率が低い県は、低値が継続されており、重点的な取組が必要と考える。子宮頸がん検診においては、20～25 歳の受診率が低い（図表 27）図表 。さらに、初回検診の受診勧奨を目指したクーポン券についても、利用率は高くない（図表 28）。

○ 令和元（2019）年度市町村におけるがん検診実施状況調査では、コールリコールを実施している市区町村の割合として、平成 30（2018）年度の個別受診勧奨では、胃がん 83.3%、肺がん 82.3%、大腸がん 85.2%、乳がん 86.7%、子宮頸がん 85.4%と、8 割を超える自治体で実施 されているが、個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨（全員又は一部）を実施した自治体は、胃がん 46.1%、肺がん 44.7%、大腸がん 52.5%、乳がん 60.2%、子宮頸がん 58.5%と、一部の自治体に限られている状況であった。

4 今後の取組と課題

<各目標項目に係る課題>

① 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

○ 今後も 75 歳未満のがんの年齢調整死亡を着実に低下させていくためには、がんに罹る国民を減らすことが重要であり、がん予防のための施策を一層充実させていく必要がある。また、がんに罹った場合にも、早期発見・早期治療に繋がるがん検診は重要であり、その受診率を向上させていく。

○ 令和４（2022）年度初頭に「第３期がん対策推進基本計画（平成 30（2018）年３月９日閣議決定）」の中間評価報告書を取りまとめる。

○ 全がんでの年齢調整死亡率の減少は、感染率が減少している、胃がん、肝臓がんの減少に基づくもので、他は諸外国より減少率が低く、特に子宮頸がんは諸外国と対照的に増加に転じており、がん種別の状況をモニタリングして、がん種毎の対策を実施する必要がある。

○ 再開された HPV ワクチンの個別勧奨を確実に実施し、国民の理解のもと、接種率を向上させていくことが重要である。

② がん検診の受診率の向上

○ がん検診受診率に関しては、全ての指標でベースラインより向上しているものの、男性の肺がん以外の検診については受診率 50%の目標には到達していない（図表 11～図表 15）～ため、第 3 期基本計画の内容を踏まえ、検診の精度の管理の徹底とともに、個別の受診勧奨・再勧奨等を推進していく。

○ がん検診の受診率が低い理由として「受ける時間がないから」「必要性を感じないから」「心配なと

きはいつでも医療機関を受診できるから」等が挙げられ、がん検診の普及啓発が不十分であること等が指摘されている。対象者全員に受診勧奨をしている市町村は約半数程度であり、引き続き、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域におけるがん検診との連携等、より効率的・効果的な施策を実施する。

○ 都道府県別の受診率の推移（図表 21～図表 25）～では、受診率が低い県は、低い値で経過しており、対策の強化が求められる。そのアプローチとしては、市区町村別、年齢階級別等、全体の受診率を下げている集団を割り出し、コールリコールの実施やスモールメディア等、受診率向上効果が科学的に確認されている手法を積極的に実施することが有効であると考える。

〇 受診率と加入している医療保険との関連の分析では、学歴や既婚、失業等の社会的要因と独立して有意な関連が認められ、市町村国民健康保険（国保）加入者は、共済組合加入者よりも約 25~40 ポイント低いことが確認され、市町村国民健康保険（国保）加入者、被用者保険被扶養者等へのアプローチ強化が提案されている [2)]。

○・子宮頸がんの罹患は、20 歳代で上昇するため、この年齢層での子宮頸がん検診受診率の向上は重要な課題である（図表 27）図表 。

○ 子宮頸がん検診のクーポン券利用率は全国平均で 10% を下回っている状況であり、クーポン券を配布された 20 歳の方ががん検診の必要性等についての理解を促進させる、居住地と住民票が異なる等の理由により、クーポン券が本人の手元に速やかに届かずに利用の機会を逃している可能性に対する検討が必要である（図表 28）。

○ 精密検査受診率は、多くのがん種で十分ではない。また、精密検査未把握率や精密検査未受診率については、依然として一定の水準で推移している。引き続き、がん検診の受診者に、精密検査受診の必要性を説明し、自治体に、精密検査実施機関等からの精密検査結果の把握を徹底する等、精密検査実施率の改善に向けた対策を検討する必要がある。

○ 指針に基づかないがん検診の実施率は、85.4%と高い状況が続いていたことから、市区町は指針に基づいたがん検診の適切な実施に努め、都道府県は、管轄する市区町村のがん検診の実施状況を踏まえ、市区町村に対し必要な指導・助言等を行うよう体制を整備していくことが必要である。

○ 職域におけるがん検診については、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」等の普及状況や活用に当たっての課題等の把握を行いつつ、マニュアルの普及に取り組むことが必要である。

○ 職域におけるがん検診は、明確な法的根拠に基づき実施されているものではなく、保険者や事業主により福利厚生として実施されている一方、有効性・安全性が確認された科学的根拠に基づく検診が実施されることが望ましいことから、厚生労働科学研究班等の結果を踏まえつつ、職域の関係者を踏まえた、幅広い対策を検討することが必要である。

○ 職域における検診受診状況の把握や精度管理を可能とするため、将来的には、統一化されたデータ・フォーマットの作成や、データの集約について検討していくことも視野に入れることが必要である。

○ 英国内閣府の傘下に設置された組織である The Behavioural Insights Team（BIT）が、ナッジ理論を実際の現場で使いやすい手法のフレームワークとして発表した「EAST」（Easy、Attractive、 Social、 Timely）を活用することでがん検診受診に対する抵抗感を低減し、受

診行動に導くことが期待される。

<指標設定やデータに係る課題>

○ 死亡数の減少に関しては、全がんのモニタリングのみならず、がん種別のモニタリングと減少幅が小さいがん種別の対策強化が必要であると考える。また、全国がん登録による罹患情報の精度が安定してくれば、診断時の進行度から検診の有効性の評価が可能となってくると考える。

○ がん検診受診率に関しては、わが国におけるがん検診は、住民検診、職域検診、人間ドックなどが実施されているが、その全体の受診率を正確に計測する手段がないことが大きな課題であると考える。

○ 現在、全体を把握するために、国民生活基礎調査をデータソースとしており自己申告によるサンプリング調査に基づいて把握されている。そのため、回答者の記憶違い（数年前にうけたものを 1 年以内に受けたものと記憶等）や誤認（診療として受けた検査を検診と認識等）する場合もあり、正確な検診受診率が計測されていないことも考え得る。今後、住民検診及び職域検診において、対象者を把握した上で、受診者数より、より正確な受診率を算出することが求められると考える。福井県において、地域・職域全数調査と比較した結果、国民生活基礎調査が、胃がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんにおいて、6～12 ポイント過大評価となるという結果も報告されている [3)]。

○ 現状使われている国民生活基礎調査基礎調査では、職域検診を受けている者の割合や経済的状況の格差、住民検診のコールリコールの温度差など、様々な要因が複雑に絡み合っている状況でり、地域格差を議論するには、データ不足で困難であると考える。今後、住民検診及び職域検診において、対象者を把握した上で、受診者数より、より正確な受診率を算出することが求められると考える。

○ また、平成 28（2016）年から内視鏡による胃がん検診が 50 歳以上隔年で実施出るようになったが、従来の 40 歳以上毎年の胃 X 線検査も当面の間実施できるとされており、2 通りの受診率が算出される状態となっている（図表 29）。今後の胃がん検診の受診率の提示方法についても検討が必要と考える。

○ がん検診による死亡率減少を目指すためには、受診率のみでなく、検診の精度管理についても、目標を設定し、適切に管理することが必要である。 第 3 期がん対策推進基本計画では、精検受診率 90%以上を個別目標として設定しているが、2016 年度時点で、全ての検診において達成されていない状況である。また、指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合は 2018 年度で、85.4%もあり、有限のリソースを指針に基づくがん検診に集中し、「事業評価のためのチェックリスト」の実施等、精度管理状況を指標として、評価していることが重要である。

○ さらに、職域におけるがん検診については、平成 30 年（2018 年）3 月に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が策定されたところであるが、職域におけるがん検診の実態も把握できていない状況であり、まずは、指針に基づくがん検診の実施を進め、受診率を測定するとともに、精度管理を進めていく必要がある。

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

○　検診実施機関等により令和２（2020）年度のがん検診件数の減少が、がん治療施設から治療件数の減少が報告されるともに、院内がん登録全国集計によって、がん治療開始件数の減少も確認されている。医療機関・検診受診控えに対してはリーフレットやホームページ等を通して受診推奨を啓発する取組を引き続き実施する。

○ 令和２（2020）年度のがん検診受診率は、緊急事態宣言が発出されていた 4 月、5 月に大幅に、6 月以降は前年同月とおよそ同程度に回復を認めた。住民検診においては、胃癌で16.3%と減少が大きかった。（第 33 回 がん検診のあり方に関する検討会 （令和３（2021年））

○ 令和 3 年 11 月公表された 2020 年集計の報告書では、がん診療連携拠点病院等を含む863 施設の 1,040,379 例のデータにより、2020 年の新型コロナウイルス感染症流行下におけるがん診療の状況について、報告がなされている。前年と比較すると、594 施設で全登録数（新規にがんの診断や治療を受けた例）が減少（平均 4.6%減、60,409 件）、肝臓は男女ともほぼ横ばいであるのに対し、特に男性で胃・大腸、女性で乳房・胃の登録数が減少が確認された。

○ 実際の新型コロナウイルス感染症の影響を測るには、全国がん登録によるがん罹患数、罹患時の進行度、死亡数から確認する必要があると考える。全国がん登録による罹患数の確定や死亡数への影響が及ぶまでには、タイムラグもあるが、断片的なデータだけで判断するのではなく、様々なデータを踏まえて影響を評価することが重要であると考える。

○ 一方、院内がん登録に基づく罹患数は、全国がん登録より早く集計が可能であるが、感染症の影響をよりタイムリーに把握するためには、新たな罹患情報の集計システムについて、検討する必要があると考える。

<参考文献・URL>

1) K. Katanoda; M. Hori; E. Saito; A. Shibata; Y. Ito; T. Minami; S. Ikeda; T. Suzuki; T. Matsuda. Updated Trends in Cancer in Japan: Incidence in 1985-2015 and Mortality in 1958-2018-A Sign of Decrease in Cancer Incidence. J Epidemiol. 2021 Jul 5;31(7):426-450. doi: 10.2188/jea.JE20200416.

2) 田淵貴大、中山富雄、津熊秀明。 日本におけるがん検診受診格差―医療保険のインパクトー。日本医事新報。2012 7.28;4605:84-88.

3) 松田一夫。便潜血検査による大腸がん検診の現状と課題~新しいスクリーニング法への期待を含めて~HEP.2016;43(5):595-600.

△２）■ がん対策基本法
https://elaws.e-

gov.go.jp/document?lawid=418AC1000000098_20161216_428AC0000000107

△３）■がん対策推進基本計画

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html

△４）■がん情報サービスがん統計サイト　がん検診受診率

https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/screening.html

△５）■がん情報サービスがん統計サイト　グラフデデータベース検診受診率

https://gdb.ganjoho.jp/graph_db/gdb8?graphId=804

△６）■ｅ－Stat　地域保健・健康増進事業報告

https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450025

△７）■がん対策推進協議会

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-gan_128235.html

△８）■がん検診のあり方に関する検討会

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou_128563.html

○　院内がん登録全国集計

https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/hosp_c/hosp_c_registry.html

様式２（案）

（領域名）（２）循環器疾患

背景

○ 循環器疾患（この章では脳血管疾患と心疾患を合わせて循環器疾患と定義している）は、悪性新生物（がん等）についで日本人の主要死因の大きな一角を占めており、平成 30（2018）年の人口動態統計によると、心疾患は死亡原因の第２位、脳血管疾患は第４位であり、両者を合わせると、悪性新生物（がん）に迫り、年間 31 万人以上の国民が亡くなっている。また令和元（2019）年「国民生活基礎調査」によると、介護が必要となった主な原因のひとつである（要介護の原因の 20.6%を占めている）。

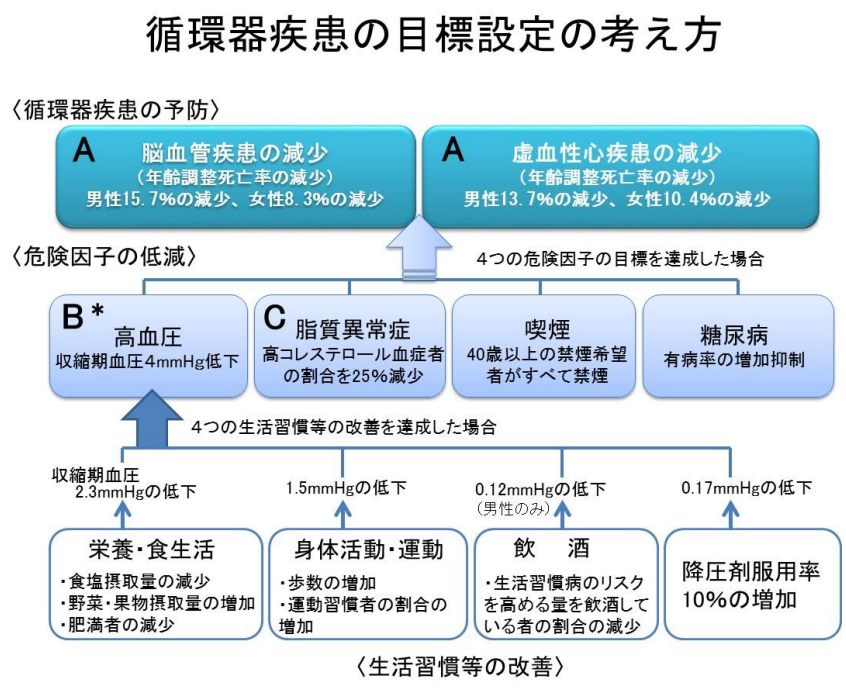
○ 循環器疾患の予防は基本的には危険因子の管理であり、国際的に確立している危険因子としては、制御できない性、年齢を除くと、高血圧、脂質異常症（特に高 LDL コレステロール血症）、喫煙、糖尿病の４つがある。循環器疾患の予防はこれらの危険因子の管理が中心となるため、それぞれの改善を図り、その結果として循環器疾患の予防対策を進めて行くという視点で健康日本 21、健康日本 21（第二次）が展開されてきた。健康日本 21 ではこれらのうち喫煙以外の３つを指標としていたが、健康日本 21（第二次）ではこれら４つのすべてを指標としていた。このうち喫煙はほぼあらゆる疾患の発症リスクを高めるため独立した章で評価され、糖尿病は循環器疾患以外の独自の合併症（細小血管障害等）があるため、これも独立した章で評価されている。そのためここでは４つの主要危険因子のうち、高血圧と脂質異常症（高コレステロール血症）について評価し、これらと喫煙と糖尿病の推移を参考にしながら循環器疾患の年齢調整死亡率等の評価を行った。

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、改善傾向にある	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	1
E　評価困難	0

目標項目	評価
① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）	**A**
脳血管疾患の年齢調整死亡率　男性	(A)
脳血管疾患の年齢調整死亡率　女性	(A)
虚血性心血管疾患の年齢調整死亡率　男性	(A)
虚血性心血管疾患の年齢調整死亡率　女性	(A)
② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	**B***
収縮期血圧の平均値　男性	(B*)
収縮期血圧の平均値　女性	(B)
③ 脂質異常症の減少	**C**
総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合　男性	(C)
総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合　女性	(D)
ＬＤＬコレステロール 160mg/dl 以上の者の割合　男性	(C)
ＬＤＬコレステロール 160mg/dl 以上の者の割合　女性	(C)
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**
⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	**B***
特定健康診査の実施率	(B*)
特定保健指導の実施率	(B*)

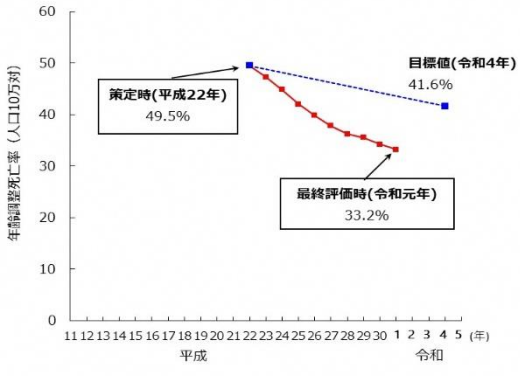
図表 1：循環器疾患の目標設定の考え方及び目標項目の評価



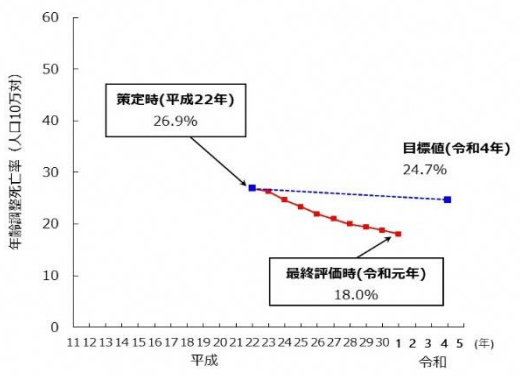
① 脳血管疾患･虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）

男性、女性ともに脳血管疾患の年齢調整死亡率は既に目標を達成している。同じく男性、女性とも虚血性心血管疾患の年齢調整死亡率も既に目標を達成している。

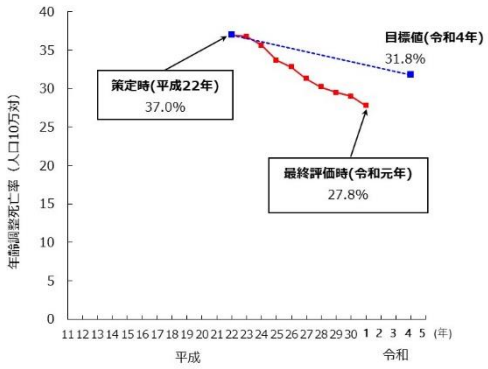
図表 2－1：脳血管疾患の年齢調整死亡率（男性）



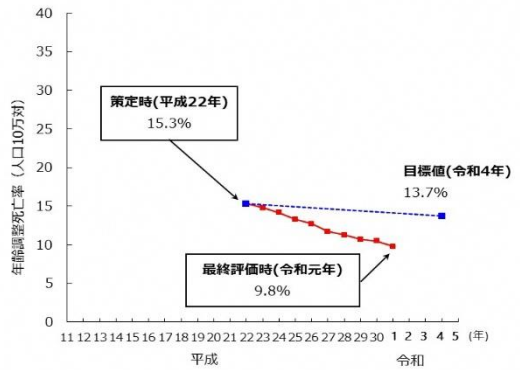
図表 2－2：脳血管疾患の年齢調整死亡率（女性）



図表 3－1：虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男性）



図表 3－2：虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女性）



出典（図表 2－1、図表 2－2、図表 3－1、図表 3－2）：厚生労働省「人口動態統計」

② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）

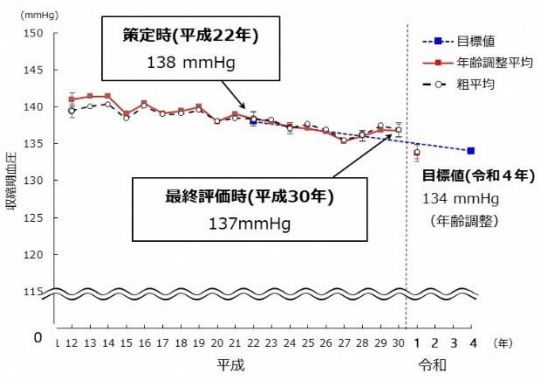
本検討での年齢調整の基準人口は、平成 22（2010）年調査実施人数としており、年齢調整は 40-49 歳、50-59 歳、60-69 歳、70-89 歳の４区分で実施している。男性、女性ともに現時点で目標値には達していないが、改善傾向にある。男性は、平成 22（2010）～27（2015）年は減少したが、平成 28（2016）～30（2018）年は逆に増加傾向を示した。女性は、平成 22（2010）～30（2018）年で一貫して減少していた。男性については目標年度までの目標達成

は厳しいと考えられた。なお、評価に使用可能な直近の国民健康・栄養調査は令和元（2019）年度であるが、この年から血圧計が水銀血圧計から電子圧力柱血圧計に変更されているため、血圧の評価は平成 30（2018）年度までの調査結果を用いて実施した。

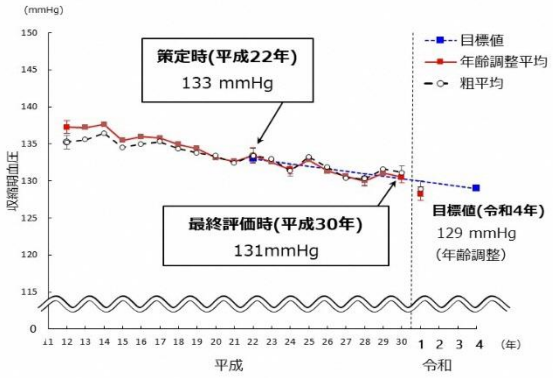
次に年齢階級別の収縮期血圧の推移も示した。年齢階級別の人数が少ないためここでは 3 年幅の移動平均を示している。ただし令和元（2019）年は移動平均ではなく単年度平均で示している。平成 22（2010）年からの推移は基本的に男女とも減少基調であるが、平成 29（2017）年と平成 30（2018）年において、男性では、60～69 歳と 70 歳以上、女性では 70 歳以上でやや増加する傾向を示した。

なお、本目標項目の指標は健康日本 21（第二次）が始まる前から継続してデータが収集されているが、平成 12（2000）年のデータと比較しても、男女ともに低下している。

図表 4－1：収縮期血圧の平均値の推移（男性）40-89 歳

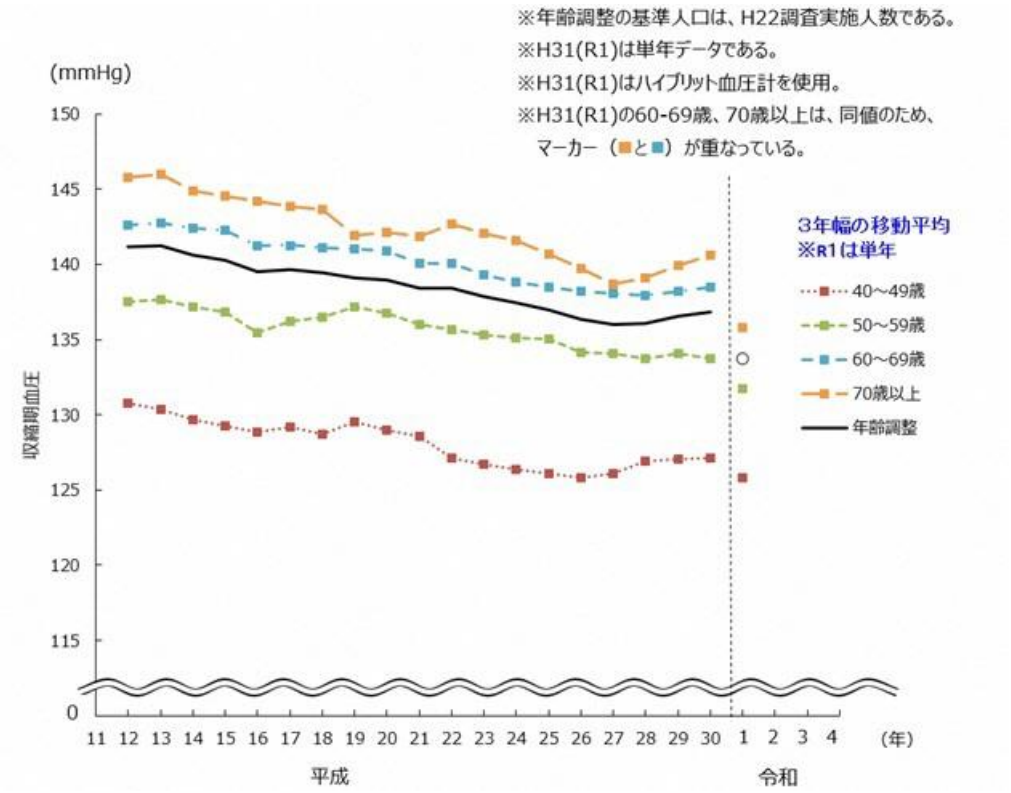


図表 4－2：収縮期血圧の平均値の推移（女性）40-89 歳

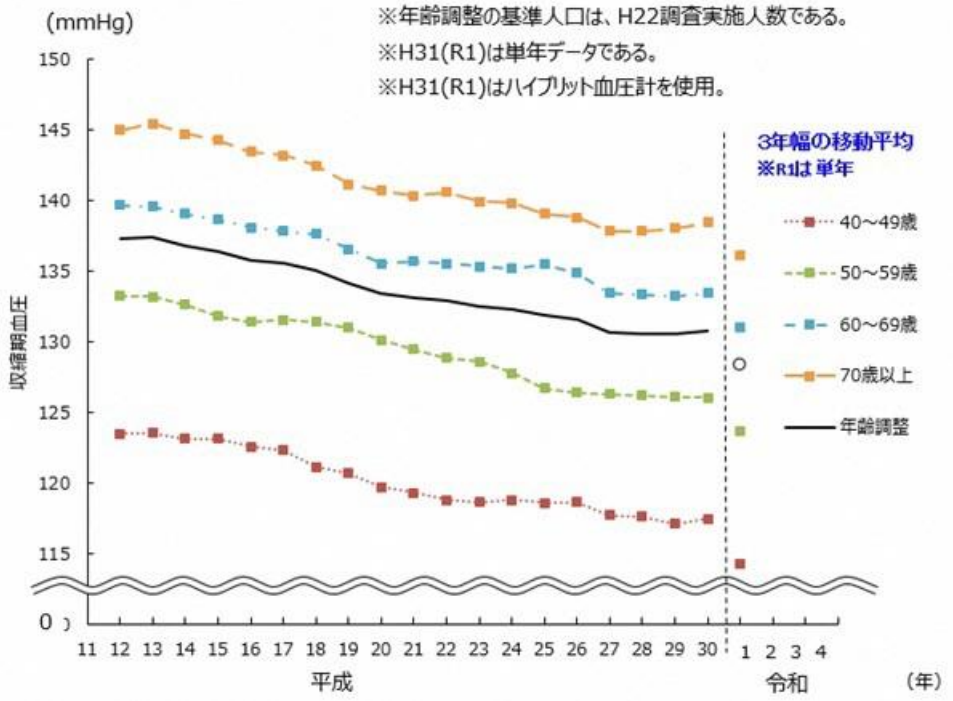


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 5－1：収縮期血圧の平均値の推移（男性）年齢階級別



図表 5－2：収縮期血圧の平均値の推移（女性）年齢階級別



出典（図表 5－1、図表 5－2）：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

③ 脂質異常症の減少

指標設定の背景

健康日本 21（第二次）では、脂質異常症の指標として総コレステロールと LDL コレステロールの２つの指標が採用されている。

脂質異常症の指標は、諸外国ではスクリーニングやリスク評価には主に総コレステロールが用いられている。総コレステロールは測定精度も良好で正確に測定でき、古くからある指標であるため、日本人の長期的な脂質異常症の推移の評価に適している。また、総コレステロールは、LDL コレステロール、HDL コレステロール、その他のコレステロールで構成されているが、通常、LDL コレステロールが最も多くを占めるため LDL コレステロールの代用指標として使われてきた（一般的に総コレステロールが高い者では LDL コレステロールも高い）。

もう１つの指標となっている LDL コレステロールは、国際的にはフリードワルド式で総コレステロール、トリグリセライド、HDL コレステロールから計算式で求めるのが標準であり、その際のトリグリセライドは空腹時の測定を要求される。一方、LDL コレステロールの直接測定法は日本で開発され、国内では広く用いられているが、測定精度には国際的に疑義が提起された経緯があり、ほぼ解決をみたのは平成 29（2017）年であったため[1)]、平成 28（2016）年までの LDL コレステロールの測定結果を見る際には注意が必要である。特定健診では、フリードワルド式と直接法のいずれかを用いて LDL コレステロールを測定してもよいことになっているが、現実にはほとんどの保険者が直接法を用いていると推測される。

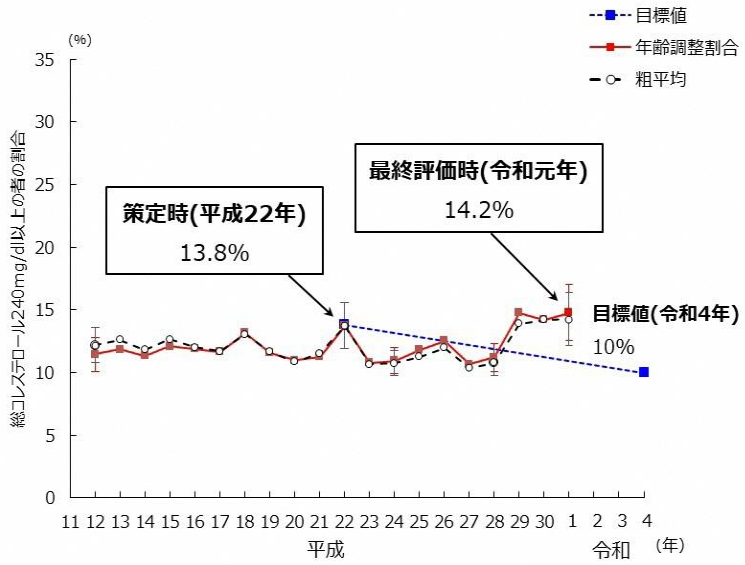
上記の通り、健康日本 21（第二次）策定時にはいずれの指標も一長一短があるため、２つの指標が目標値として設定されていた。なお、総コレステロールと LDL コレステロールの目標値の差が 80mg/dl であるのは、日本動脈硬化学会のガイドラインで総コレステロールと LDL コレステロールの一般的な差がこの程度とされているためである。LDL コレステロールのカットオフ値も、動脈硬化性疾患予防ガイドライン平成 29（2017）年版のスクリーニング基準の 140mg/dl（特定健診では受診勧奨値とされている値）ではなく、低リスク者の管理目標値である 160mg/dl に設定されている[2)]。

今回の評価

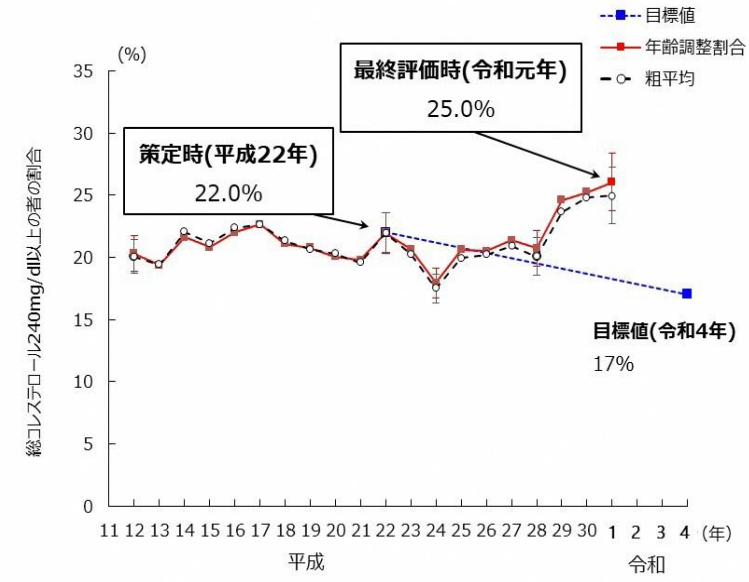
最終評価ではいずれの指標を用いても脂質異常症の代表的な指標である高コレステロール血症者（総コレステロール 240 mg/dl 以上の者、LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者）の割合は、男女とも目標に達しておらず、横ばいもしくは悪化傾向であり、総コレステロール 240mg/dl 以上の割合は、女性でベースラインと比較してむしろ悪化傾向であった。

項目全体としては４つの指標の評価を総括し、「C 変わらない」と評価される。

図表 6－1：総コレステロール 240 ㎎/dl 以上の者の割合の推移（男性）40-79 歳

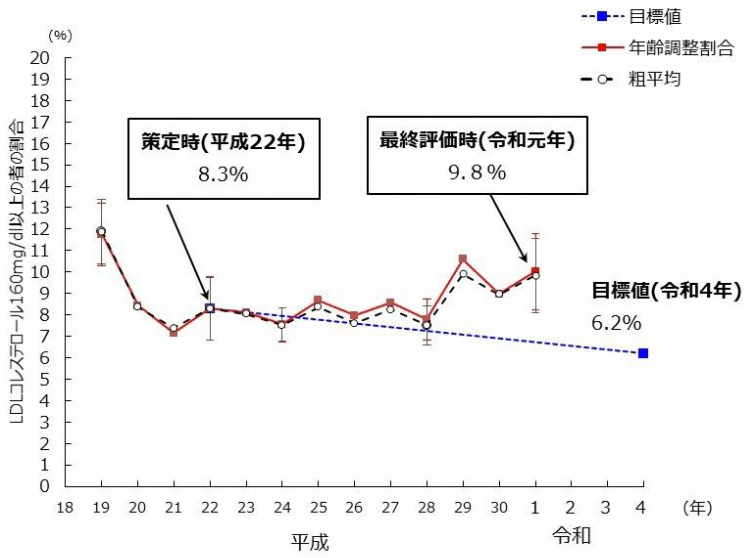


図表 6－2：総コレステロール 240 ㎎/dl 以上の者の割合の推移（女性）40-79 歳

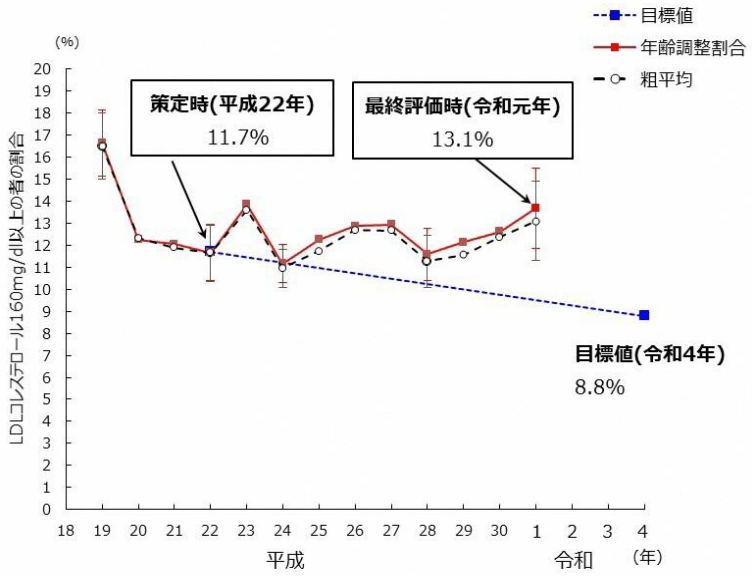


出典（図表 6－1、図表 6－2）：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 7－1：LDL コレステロール 160 ㎎/dl 以上の者の割合の推移（男性）40-79 歳



図表 7－2：LDL コレステロール 160 ㎎/dl 以上の者の割合の推移（女性）40-79 歳



出典（図表 7－1、図表 7－2）：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

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：糖尿病領域に記載

⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上：糖尿病領域に記載

2　関連する取組

循環器疾患に対する行政の取組

○ 循環器病に係る診療提供体制の在り方について、平成 29（2017）年７月に「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」[△11)] において報告書が取りまとめられ、当該報告書を踏まえた、循環器病の診療提供体制を構築する上での留意事項等に関する通知を、平成 29（2017）年７月に発出した。

○ 上記報告書を踏まえ、循環器病の診療提供体制の評価に資する指標の確立に向けた研究班や、急性期診療体制における施設間連携体制構築の研究班、地域におけるかかりつけ医等と専門的医療を行う施設との連携体制構築に関する研究班等を設置している。

○ 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について、平成 30（2018）年４月に「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」において報告書が取りまとめられ[△12)]、平成 30（2018）年５月に通知を発出した。現在、緩和ケアを推進するため、心不全学会が行っている心不全の緩和ケア講習会（HEPT）を推進するための事業を実施中である。

○ 上記の研究成果や報告書を踏まえ、各都道府県の診療提供体制の整備状況等を確認しながら、必要な循環器疾患対策の検討を行った。

○ 「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」(平成 30（2018）年 12 月に成立)に基づいて、令和２（2020）年 1 月から７月にかけて循環器病対策推進協議会を開催し「循環器病対策推進基本計画」を策定、令和 2（2020）年 10 月に閣議決定された。

○ 厚生労働省・経済産業省は「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」を実施し、そのうち「食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業」の実証事業者として令和 2（2020）年 11 月に日本高血圧学会を選定した。この事業を通じて尿中ナトリウム・カリウム測定による減塩と野菜摂取増加のための保健指導及び食環境整備の手法を開発している。

循環器疾患と関連する関係学会等の取組

○ 日本脳卒中学会と日本循環器学会が中心となり、「脳卒中と循環器病克服５カ年計画」を作成し、平成 28（2016）年 12 月に公表した。この計画では、脳卒中と循環器病による年齢調整死亡率を５年間で５％減少させること、健康寿命を延伸させることを大目標として設定し、これらの目標を達成するために、３つの疾患（脳卒中・心不全・血管病）に対し、５つの戦略（人材育成、医療体制の充実、登録事業の促進、予防・国民への啓発、臨床・基礎研究の強化）を掲げ、計画を実行することとしている。令和３（2021）年 3 月からは循環器対策推進基本計画も踏まえ、「脳卒中と循環器病克服第二次５カ年計画」が公表された。なお、現在、第一期の５ヶ年計画の評価が進行中である。

○ 日本循環器学会は、平成 16（2004）年から循環器疾患診療実態調査（The Japanese Registry Of All cardiac and vascular Diseases（JROAD））を行っており、（1）施設

概要（循環器医療の供給度）、（2）検査や治療の実施状況（循環器医療の必要度）、DPC データの分析を行っている。この事業のデータセンターと事務局は平成 25（2013）年度から国立循環器病研究センターに設置され、学会との共同研究を推進している。

○「日本脳卒中データバンク」は、国内の 130 施設（令和３（2021）年１月現在）が参加する脳卒中患者の登録事業で、平成 11（1999）年から実施されている。平成 27（2015）年４月より、公益社団法人日本脳卒中協会から国立循環器病研究センターに運営業務が移管された。疾患の実態や診療のベンチマークになるような登録事業である。

○ 日本脳卒中協会は、平成 17（2005）年に社団法人として設立され、（平成 24（2012）年から公益社団法人）、脳卒中に関する正しい知識の普及及び社会啓発によって新たな脳卒中発症の減少に寄与すると同時に、脳卒中患者・家族に対する情報提供、自立のための支援を促進する事業を継続している。

○ 令和３（2021）年に一般社団法人日本循環器協会が設立され、循環器病の予防や治療に関する普及啓発等、基本法の実現に向けた活動を開始した。

○ 平成 27（2015）年に脳・心血管疾患の危険因子の予防、治療と関連した 11 学会（日本内科学会、日本疫学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本循環器学会、日本腎臓学会、日本体力医学会、日本動脈硬化学会、日本脳卒中学会、日本肥満学会、日本老年医学会）が共同して、「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015」を作成し、個別ではなく包括的な危険因子管理の必要性を提起した（現在、令和元（2019）年版が公開されている。）。

○ 日本高血圧学会は、令和元（2019）年に「高血圧治療ガイドライン 2019」を公表し、高血圧の診断基準や降圧目標値等をアップデートした。また令和元（2019）年から「高血圧ゼロのまちづくり」モデルタウンの募集を行った。

○ 日本動脈硬化学会は、平成 29（2017）年に「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017 年版」を公表し、LDL コレステロールのスクリーニング基準と管理目標値を示している。現在、令和４（2022）年に改訂版を公表すべく作業が進行中である。

循環器疾患の危険因子の管理に関する取組

○ 厚生労働省の生活習慣病予防のための健康情報サイト「ｅ－ヘルスネット」[△10)] 等を通じた普及啓発を実施している。

○ スマート・ライフ・プロジェクトにより、関係企業・団体を通じて、「適度な運動」、「適切な食生活」、「禁煙」と「健診・検診の受診」の普及を推進している。

【喫煙対策】（詳細は喫煙領域に記載）

- 「禁煙支援マニュアル」（平成 18（2006）年作成）を、平成 25（2013）年に「禁煙支援マニュアル（第二版）」に改訂した。また、平成 30（2018）年５月に増補改訂を行った[△6)]。

- 保健指導の現場で上記マニュアルを用いた指導を実施した。
- 禁煙週間におけるイベント等の開催、「たばこ対策促進事業」等を実施した。
- 診療報酬におけるニコチン依存症管理料について、情報通信機器を用いた診療に係る評価がなされるとともに、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件が見直された。
- たばこパッケージの注意文言の表示面積を 30%以上から 50%以上に拡大した他、たばこの段階的な税率増加を行った。

【栄養・食生活】（詳細は栄養・食生活領域に記載）

- 食塩摂取量の減少、野菜・果物摂取量の増加、肥満・やせの減少等に向け、食生活指針や食事バランスガイドを通じた啓発普及をしている。
- 平成27（2015）年４月１日に「食品表示法」が施行され、ナトリウムは食塩相当量に換算したものと表記することが義務付けられた。
- 「健康な食事・食環境」コンソーシアムは、平成 30（2018）年に外食、中食（持ち帰り弁当）、事業所給食で、「スマートミール」を継続的に健康的な空間（栄養情報の提供や受動喫煙防止等に取り組んでいる環境）で提供している店舗や事業所を認証する制度を創設し、審査・認証を行っている。

【身体活動】（詳細は身体活動・運動領域に記載）

- 「＋１０（プラステン）：もう１０分身体を動かそう」をテーマに、例えば通勤時の歩行を 10 分多く歩くことを推奨した”smart walk”を提唱する等、周知・広報を続けているところ。
- 「健康づくりのための身体活動基準 2013」及び「アクティブガイド－健康づくりのための身体活動指針－」等を周知・広報。
- 近年は室内でも取り組める体操等についても「e-ヘルスネット」で発信。

【肥満対策】（取組の詳細は糖尿病領域及び栄養・食生活領域に記載）

- 循環器病の発症要因の一つであるメタボリックシンドロームに関する対策として、肥満を始めとする栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙の生活習慣の改善等の対策として、総合的に実施している。
- メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣の改善を目的として、特定健診・特定保健指導[△7)]を実施。

【飲酒対策】（詳細は飲酒領域に記載）

- 多量飲酒者への対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」（平成 30（2018）年４月）に減酒支援（ブリーフインターベンション）を収載した[△8)]。
- 「アルコール健康障害対策推進基本計画」の第二期計画を閣議決定（令和３（2021）年３月）。

3　各目標項目の評価に係る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 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

循環器疾患領域の評価において最も重要な指標と考えられる脳血管疾患と虚血性心疾患の年齢調整死亡率は、策定時（平成 22（2010）年）から 3～5 年を経過した時点で既に目標を達成しており一貫して減少基調である。

もともと脳血管疾患と虚血性心疾患の年齢調整死亡率の目標値は、収縮期血圧、喫煙率、脂質異常症（高コレステロール血症）及び糖尿病の有病率という主要な４つの危険因子を改善させることによる効果として設定されており、これらの危険因子と脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡との関連は、厚生労働科学研究※で行ったコホート研究における危険因子と循環器系疾患死亡の関連から算出されている。実際の４つの危険因子のうち、最終評価時点である程度改善を認めた因子は収縮期血圧の平均値と喫煙率であり、高コレステロール血症は増加もしくは横ばいである。これらの危険因子の今回評価時の値を元の回帰式に入れてみると、年齢調整死亡率は減少傾向にはなるものの実際の死亡率の改善は予測値を上回っていた。死亡率の減少には危険因子の管理だけでなく急性期治療の進歩等も貢献していることが推測された。

② 高血圧の改善

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。

収縮期血圧の平均値については男女とも 10 年の推移でみた場合は減少基調だが、直近の 2 年間（平成 29（2017）年と平成 30（2018）年）は男性で少し上昇基調を認めた。これは 60～69 歳と 70 歳以上の群で特に観察されたが、層化した年齢区分内の年齢構成がさらに高齢に偏ること等の影響も受けるため、このサンプル数で増加しているかどうかを判断することは難しい。女性でも 70 歳以上は同じような動きを示しており、今後の計画で引き続き推移をみていく必要がある。

「循環器疾患の目標設定の考え方」に示すように、高血圧の改善には、栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒等の生活習慣の変化が関与していると考えられる。また、降圧剤の服薬率も上昇しており、本目標項目の改善の要因の一つと考えられる。

③ 脂質異常症の減少

評価は「C　変わらない」であった。

複数ある脂質異常症の検査項目のうち、病態生理学的に動脈硬化の成因として最も重要で、かつ発症予測や予防治療介入の効果で最もエビデンスが蓄積されている LDL コレステロールを指標として用いることは妥当であると考えられる。総コレステロールには動脈硬化性疾患の発症と負の関連を示す HDL コレステロールも含まれるため、LDL コレステロールの測定が正確であるという前提を置けば、本項目の評価指標としては LDL コレステロールの結果が優先されることが望ましい。

今回の最終評価では、4 つの指標の評価を総括し、項目全体としては「C 変わらない」と評価されたが、これは、LDL コレステロールの測定が正確であるという前提の下、評価指標として LDL コレステロ

ールの結果を優先して評価した場合と同じ結果（「C 変わらない」）である。上記の理由から、測定精度上平成 28（2016）年までの LDL コレステロールの測定結果を見る際には注意が必要であるが、総コレステロールを用いた場合の評価も、性別、年齢区分で層化しても同様の傾向を示し、どの層でも「変わらない」という解釈で問題ないと考えられる。

現行の特定健診・特定保健指導では、メタボリックシンドロームに着目し、内臓脂肪と関連が強いトリグリセライドと HDL コレステロールを特定保健指導の階層化に用いているが、もともとメタボリックシンドロームという概念が、スタチンで LDL コレステロールを下げても動脈硬化性疾患を発症しやすい状態の探索から生まれた「残余リスク」に由来するものであるため、階層化基準となっているトリグリセライドとＨＤＬコレステロールとは別に LDL コレステロールのコントロールに関する対策も必要である。

LDL コレステロールの重要性に関しては、改めて「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」にも記載されたが、今後対策を強化するため、循環器疾患の対策に関わる者等への理解を促していく必要がある。

LDL コレステロールを低下させる具体的な方法として、「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」に、多価不飽和脂肪酸と不飽和脂肪酸の摂取割合に着目した指導の重要性等が記載されている[3)]。

４　今後の取組と課題

＜領域全体としての課題＞

○ 脳血管疾患（脳卒中）と心臓病を合わせた脳・心血管疾患（広義の「循環器疾患」）の死亡者数は、第２位の死亡原因であり悪性新生物に迫る疾患群である。また脳卒中は重度の要介護状態に至る原因として認知症と並んで最大の原因となっている。健康日本 21（第二次）における本領域は、生活習慣→危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病）→脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率、という 3 層構造の目標設定になっており、最終的かつ最も重要な指標が脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率であることは言うまでもない。この指標が順調に低下していたことは大きな成果である。

○ しかしながら死亡率の低下は実際の危険因子の推移から予測されるよりも大きく低下している。もともと健康日本 21（第二次）の計画策定に用いた推計モデルは、EPOCH-JAPAN 研究の危険因子と死亡率の関連から単純な推計をしており、治療等による同一個人の長期的な危険因子の推移等は考慮していない。これは推計できるエビデンスがないということと、無理にモデルを作ると仮定しなければならない事象が多くなり過ぎて、かえって予測が怪しい結果になる可能性が高かったためである。そのため単純に危険因子のレベルが異なる別の母集団での推計を示すというシンプルなモデルとしたため、現実とのズレが何で生じていたかという検証には困難が伴う。

○ また根本的な理由として、予防対策の評価は発症率で見るべきであり死亡率で見るのは限界があるということもある。死亡率は、発症率と発症後の致命率の積で決まるが、通常、前者は社会環境や生活習慣の改善や予防対策の効果として、後者は医療技術の進歩によってなされる。したがって健康日本 21（第二次）の評価は本来発症率で行うべきであるが、残念ながらわが国には脳血管疾患や虚血性心疾患の発症率を知る手段がない。日本における 35～85 歳の年代における

30 年間の虚血性心疾患死亡の推移を特殊な統計モデルで推計した研究では、高齢化による死亡率の増加がかなり抑制されており、増加を抑制できたと考えられる虚血性心疾患死亡者のうち56%は治療の進歩、35%は生活習慣等の改善による危険因子の変化が寄与していると推計されている[4)]。しかし健康日本 21（第二次）で用いたモデルでは治療の進歩の影響は評価できていない。

○ また平成 22（2010）年から 10 年が経過すると人口自体が高齢化していき、年齢調整の影響を過度に受けている可能性も考えられる。循環器系の死亡は高齢者になるほど等比級数的に高くなる。健康日本 21 の評価に用いた基準人口は、昭和 60（1985）年モデル人口を用いており、高齢者の割合が現在とまったく異なっている。当時は 75 歳以上の人口も少なく、85 歳以上は僅少であった。そのため高齢層の分母が激減するため直接法で年齢調整を行うと死亡者数が非常に低く算出される。令和 2 （2020）年に漸く次の年齢調整死亡率の基準人口（平成 27（2015）年モデル人口）が厚生労働省から示され、令和 2 （2020）年「人口動態統計（確定数）」から新基準人口を用いて公表される予定である（公表は令和 3 （2021）年度予定）[△5)]。各年の年齢調整死亡率は遡及して計算される予定であり、それを用いた評価もしておく必要がある。

○ このように社会的な影響力、医療費への負担が大きい疾患群であるにも関わらず、循環器病には、疾病の予防、発症者数の実態（発症登録）、治療の均てん化の状況等を一体的に俯瞰できるシステムがなかった。特に評価という点ではがん登録のような発症登録システムの整備が不可欠である。これらの問題点を克服するべく「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が平成 28（2018）年 12 月に成立し、基本法に基づく循環器病対策基本計画（令和 2 （2020）年 10 月閣議決定）の中で、「循環器病対策全体の基盤の整備として、診療情報の収集・提供体制を整備し、循環器病の実態解明を目指す」と、データベースの構築に関する検討が進められている。

○ さらに予防においては、一次予防（健康増進、疾病予防）、二次予防（早期発見・早期治療、重症化予防）、三次予防（再発予防やリハビリテーション）の各段階において（ここでの予防は「公衆衛生」での定義に従う）、国民の理解や切れ目や漏れのない対策が必要である。引き続き「スマート・ライフ・プロジェクト」[△9)] 等の普及・啓発等により、「適度な運動」、「適切な食生活」、「禁煙」と「健診・検診の受診」の取組を進め、高血圧・脂質異常症の改善や、健診の受診率の向上を推進していくとともに、基本法に基づいたシームレスな対策を進めていく必要がある。

＜各目標項目に関して＞

① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

○ 循環器病対策推進基本計画に基づき「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実」、「循環器病の研究推進」に取り組むことにより、年齢調整死亡率の減少を目指すこととしている。なお現在、国の循環器病対策推進基本計画を元に都道府県が循環器対策推進計画を作成中であり、すべての都道府県における策定状況等を引き続き注視していく必要がある。また国は、生活習慣や社会環境の改善を通じて、生活習慣病

の予防を推進するべく、日本脳卒中学会・日本循環器学会へ委託し「普及啓発事業」を進めている。

○ 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少は、目標を達成しているものの、危険因子である高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病について対策を引き続き進め、循環器疾患の発症予防と重症化予防を一層推進していく必要がある。

○なお健康日本 21（第二次）では、脳血管疾患・虚血性心疾患をターゲットにしているが、平成 30（2018）年の人口動態統計の循環器疾患死亡者数のうちこの両疾患が占める割合は約 50%であり、残りの約半分（全体の 25%）が心不全である。これを加えると循環器疾患死亡者の約 75%をカバーすることができるが、心不全については危険因子との因果関係が複雑かつ 1 次予防介入のエビデンスが明確でないため、専門医療的な色彩が強く、健康日本 21 のような健康増進計画の俎上に載せるのが適切かどうか引き続き議論が必要である。

② 高血圧の改善

○ 収縮期血圧の平均値は、男女ともに策定時から改善傾向にはあるが、目標には達していない。引き続き栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒の生活習慣の改善等の各取組をさらに推進するとともに、スマート・ライフ・プロジェクトを通じて、関係企業・団体を通じて、適切な栄養と適度な運動の普及をさらに推進していく必要がある。

○ 高血圧改善のための取組として、次のような取組が挙げられる。

- 関連団体の取組として日本高血圧学会は厚生労働省・経済産業省の「食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業」の実証事業者として、尿中のナトリウム・カリウム比を用いた保健指導等の技法を開発している。
- 日本栄養改善学会が中心となり、生活習慣病関連の学会や関連企業等の「健康な食事・食環境」コンソーシアムが「健康な食事・食環境（スマートミール）」の認証を行っており、食塩相当量が認証基準に含まれている。
- 日本脳卒中学会と日本循環器学会の「脳卒中と循環器病克服第二次 5 カ年計画」では、予防・国民への啓発の 3 つの重点施策の一つとして社会的予防としての減塩対策を掲げているが、ここでは循環器疾患の既往者は 3 グラム／日、非既往者は 1.5 グラム／日の減塩を目指しており、ナッジ理論を用いた減塩政策の推進、産官学の連携による加工食品中の塩分含有量の減少を目標としている。

○ いずれの取組も個々の理念と方向性には共通点があるが、現状ではそれぞれの活動の横のつながりが薄く、国（厚生労働省以外の農林水産省や経済産業省も含む）、都道府県、市町村等の行政機関、大学等の教育・研究機関、医療機関、民間企業で行われている取組についての情報共有、相互の連携が必要である。減塩や野菜摂取（カリウム摂取源）の促進に関しては俯瞰的に社会全体として進めていくことが必要と考える。

③ 脂質異常症の減少

○ 最終評価における脂質異常症の評価は「変わらない」という結果であり、前述の分析の通り、LDL

コレステロールをコントロールすることの重要性について周知・啓発を進める必要があると考えられる。

○ 今後は、スマート・ライフ・プロジェクト等を通じて、適切な栄養摂取と適度な運動をさらに推進していく必要があるが、LDL コレステロールをコントロールするためには、肥満の管理、エネルギー摂取量の抑制や身体活動量の増加だけでなく、食事中の脂肪の質の調整（適正な総エネルギー摂取量のもとで飽和脂肪酸を減らす、又は飽和脂肪酸を多価不飽和脂肪酸に置き換えること）が極めて重要になる等、メタボ系（肥満や糖尿病と近縁）の脂質であるトリグリセライドや HDL コレステロールと、非メタボ系（脂肪の質、動脈硬化と近縁）の脂質である LDL コレステロールでは、必要な情報発信や保健指導、受診勧奨の内容がかわってくるため、対策を分けて考える必要がある。

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

○ COVID-19 は、感染力が強く、法令では新型インフルエンザ等感染症とされているためその診療には制度的な制約が多く、何よりも通常診療の遂行を妨げるという点で大きな問題を抱えている。がんと循環器病（脳血管疾患と心臓病）で毎日 2000 人弱の国民が死亡していることを踏まえると、これらの疾患に対する医療に大きなしわ寄せがいかないようにすることが必要である。

○ COVID-19 感染症による健診受診控えに対してリーフレットを通して受診勧奨を啓発する。

○ 新型コロナウイルス感染症に対応した健診に関して厚生労働科学研究を通じて実施する。

○ 日本脳卒中学会・日本循環器学会は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が拡大する現状に対し、脳卒中・循環器病の救急医療体制維持に強い危機感を抱き、令和２（2020）年 4 月に学会共同声明を発出している。そこには、①地域医療圏における医療供給情報の共有と有効利用、②COVID-19 の発生数を減らす有効な対策の実現、③脳卒中・循環器病救急医療施設間での院内感染対策を含む情報共有 COVID-19 対策に必要な、感染症に限らない幅広い診療科間での密な連携、が記載されている。

＜参考文献・URL＞

[1] Miida T, Nishimura K, Hirayama S, et al. Homogeneous Assays for LDL-C and HDL-C are Reliable in Both the Postprandial and Fasting State. J Atheroscler Thromb 2017; 24: 583-599. DOI: 10.5551/jat.40006

[2] Kinoshita M, Yokote K, Arai H, et al. Japan Atherosclerosis Society (JAS) Guidelines for Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Diseases 2017. J Atheroscler Thromb. 2018; 25: 846-984. DOI: 10.5551/jat.GL2017

[3]「大規模コホート共同研究の発展による危険因子管理の優先順位の把握と個人リスク評価に関するエビデンスの構築」（平成 23（2011）～25（2013）年度：研究代表者 岡村 智教）

[4] Ogata S, Nishimura K, Guzman-Castillo M, et al. Explaining the decline in coronary heart disease mortality rates in Japan: Contributions of changes in risk factors and evidence-based treatments between 1980 and 2012. Int J Cardiol 2019; 291: 183-

188. DOI: 10.1016/j.ijcard.2019.02.022

△５）■基準人口の改訂に向けた検討会
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07161.html
△６）■禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版
http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/manual2/addition.html
△７）■特定健診・保健指導について
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html
△８）■標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】（平成 30（2018）年４月）
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html
△９）■スマート・ライフ・プロジェクト
http://www.smartlife.mhlw.go.jp/
△10）■ｅ－ヘルスネット
https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/
△11）■脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000173149.pdf
△12）■循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204785.html

様式２（案）

（領域名）（３）糖尿病

背景

○ 糖尿病は、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症の併発[1,2]、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスクを高める[3]ほか、認知症[4]や大腸がん[5]等の発症リスクを高めることが明らかにされている。生活の質への影響、社会経済的活力と社会保障資源への影響が大きく[6]、適切な対策が必要である[7,8]。

○ 糖尿病と生活習慣の関連をみると、食生活の乱れ（総エネルギー摂取量、糖質・飽和脂肪酸の過剰摂取、食物繊維の不足、多量飲酒）[9]、身体活動量の低下[10]等が２型糖尿病の発症、増悪の危険因子[11]であることが報告されている。また、受動喫煙を含めた喫煙[12,13]、睡眠の質・量の低下[14,15]、うつ傾向や精神的ストレス[16,17]が発症の危険因子であることが報告されている。

○ 高血圧や脂質異常症、高尿酸血症、非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）[18]等との併存や歯周病[19]との関連がみられている。

○ 糖尿病への対策としては、生活習慣の見直し、肥満の是正、健診による早期発見と保健指導、適切な医療等が確実に切れ目なく行われることが重要である[20-23]。これらは健康な環境づくり[24]、地域・職域の保健事業、健診・保健指導、医療の各段階における対策の強化と連携が必要である。

○ 健康日本 21（第二次）では、合併症（①糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）、糖尿病の適切なコントロール（②治療継続者の割合、③コントロール不良者の減少）、発症予防（④有病者の増加抑制、⑤メタボリックシンドローム該当者予備群の減少）、対策（⑥特定健診・特定保健指導実施率向上）の各指標を掲げている。

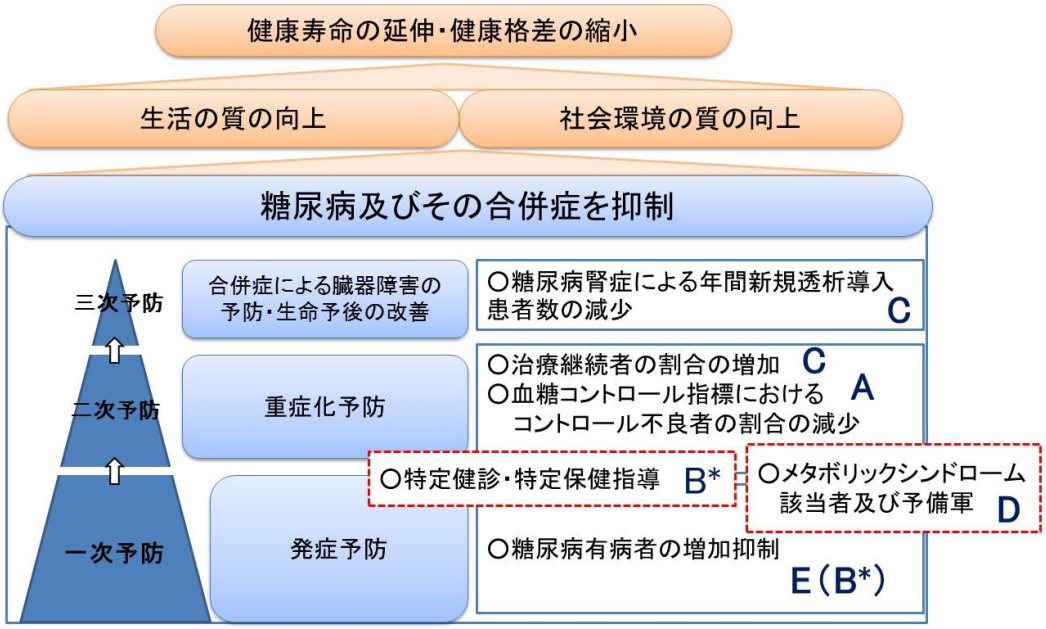
１　目標項目の評価状況

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、改善傾向にある		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		2
D　悪化している		1
E　評価困難		1

目標項目	評価
① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	**C**
② 治療継続者の割合の増加	**C**
③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c が JDS 値 8.0%（NGSP 値 8.4%）以上の者の割合の減少）	**A**
④ 糖尿病有病者の増加の抑制	**E※ (参考 B*)**
⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）	**D**
⑥ 特定健康診査･特定保健指導の実施率の向上（再掲）	**B***
特定健康診査実施率	(B*)
特定保健指導実施率	(B*)

※新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

図表 1：糖尿病の目標設定の考え方及び目標項目の評価



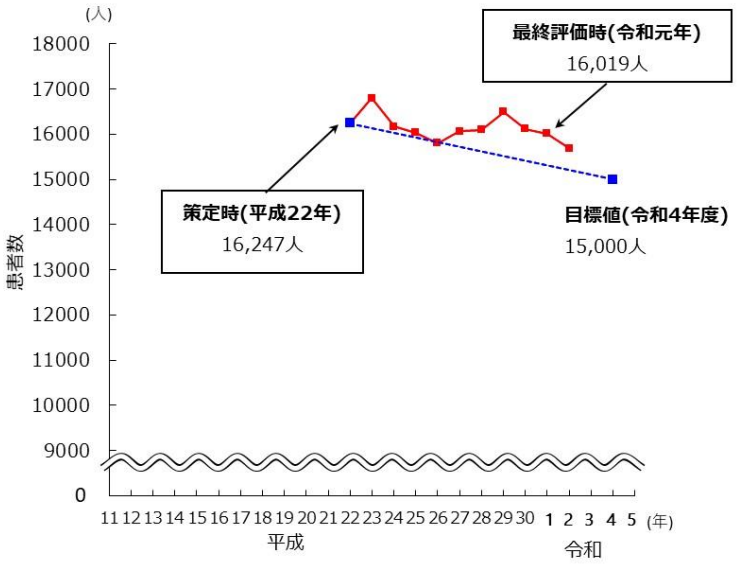
① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数は、ベースライン（平成 22（2010）年）16,247 人、最終評価時（令和元（2019）年）16,019 人であり 228 人の減少、相対的変化は 1.4%の減少にとどまり、目標値の 15,000 人には到達していない[25)]。

ただし、年齢区分別にみると、75 歳未満の透析導入患者数は平成 23（2011）年 12,283

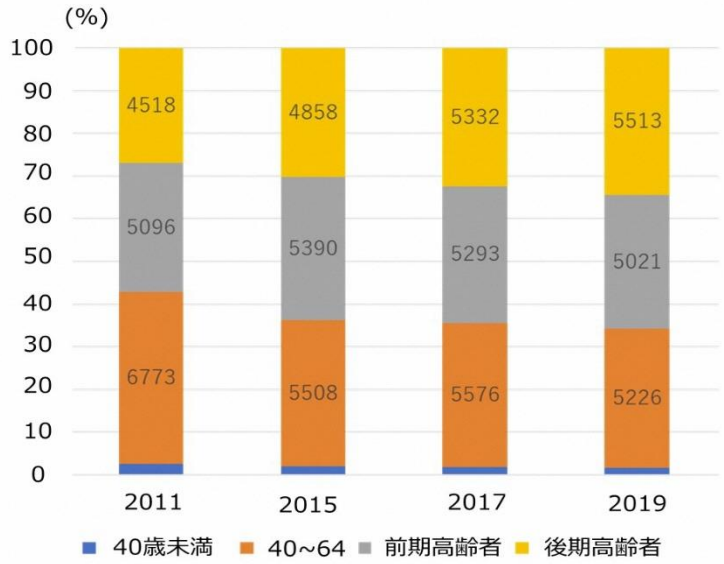
人から最終評価時 10,506 人へと 1,777 人（14.5%）の減少がみられた（図表 3）。糖尿病腎症による透析導入患者のうち、7 割以上は男性であった。参考として、都道府県別の糖尿病腎症による透析導入患者数を見ると、同程度の高齢化率の都道府県でも、人口 100 万人対の導入患者数に 2 倍程度の格差が存在していた（図表）。

図表 2：糖尿病腎症による年間透析導入患者数



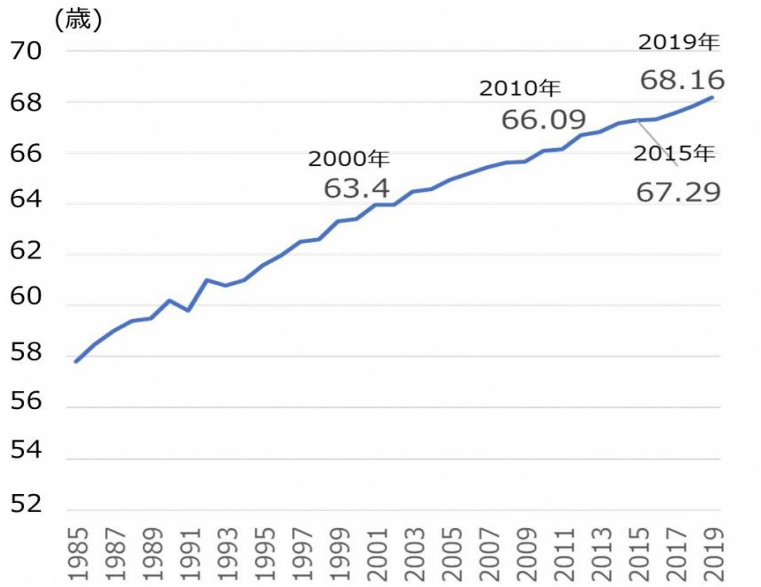
出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」より作図 [25)]

図表 3：糖尿病腎症による透析導入時の年齢区分分布の推移



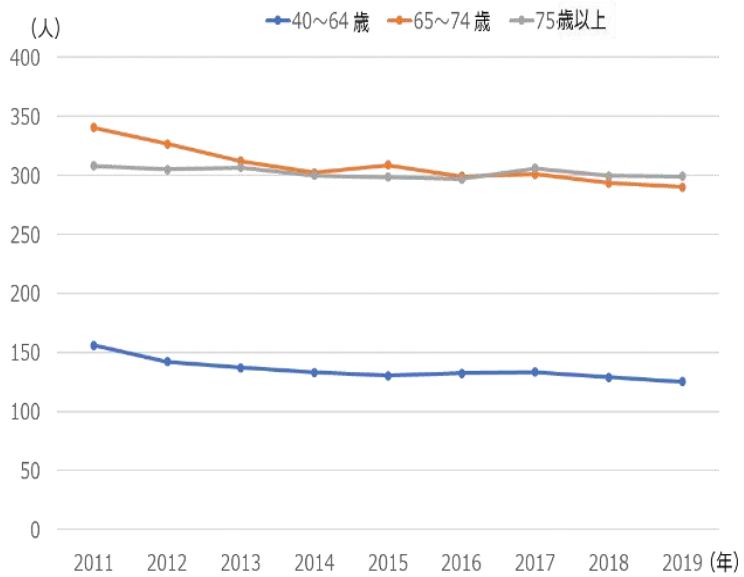
出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」より作図 [25)]

図表 4：糖尿病腎症による透析導入時の平均年齢の推移



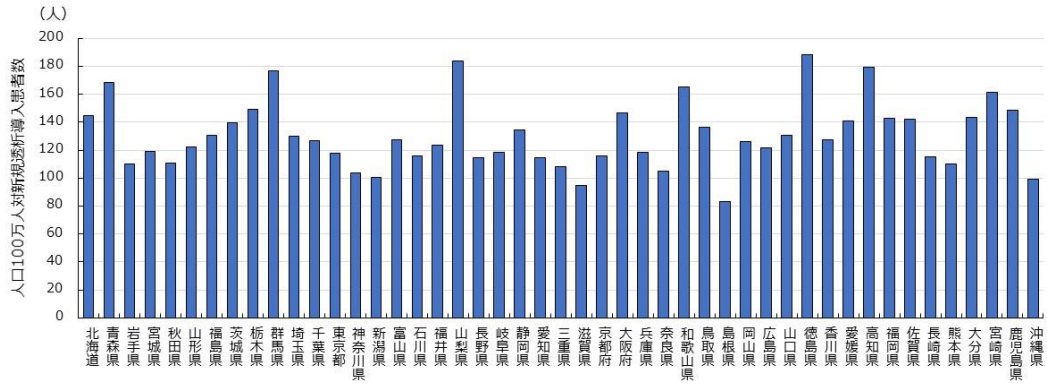
出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

図表 5：糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数（人口 100 万人当たり、年齢区分別）の推移



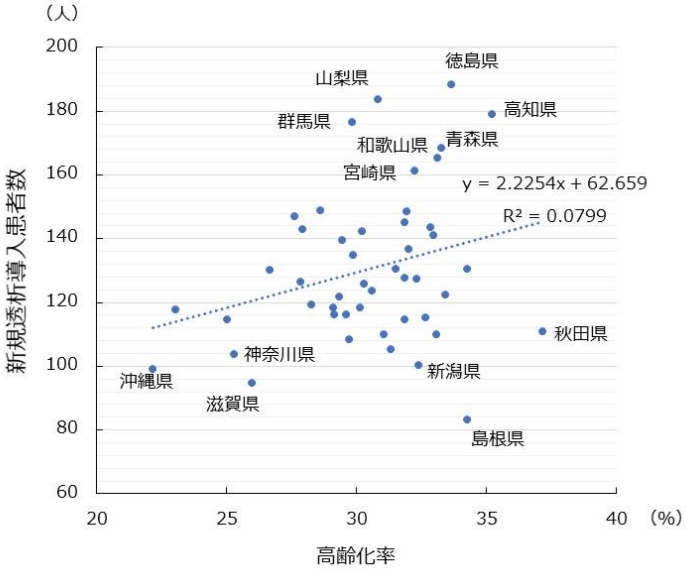
出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

図表 6：人口 100 万人対新規透析導入患者数



出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

図表　6→7：高齢化率と糖尿病腎症による新規透析導入患者数（人口 100 万人当たり）

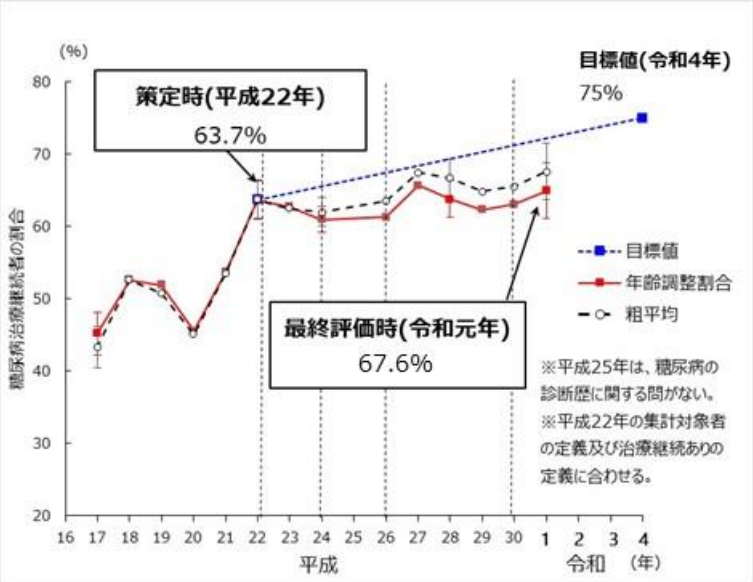


出典：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」2019 年度

② 治療継続者の割合の増加

糖尿病治療継続者はベースラインの平成 22（2010）年は 63.7%、最終評価時の令和元（2019）年は 64.9%であり、直近値とベースラインの比較では有意な増減はなく、経年的な推移の分析でも有意な増減はなかった。

図表 6：糖尿病治療継続者の割合の推移（男女計）20 歳以上



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」[26)]

平成 22（2010）年は、これまでに医療機関や健診で糖尿病（境界型である、糖尿病の気がある、糖尿病になりかけている、血糖値が高い等を含む）といわれたことがあると回答した者のうち、糖尿病の治療（通院による定期的な検査や生活習慣の改善指導を含む）を「過去から現在にかけて継続的に受けている」又は「過去に中断したことがあるが、現在は受けている」と回答した者を「あり」、「過去に受けたことがあるが、現在は受けていない」又は「これまでに治療を受けたことがない」と回答した者を「なし」とした。（図表９－１、図表９－２）

図表 7－1：糖尿病を指摘されたことがある人における、治療の状況の推移

（年齢階級別、男性）

		40-49 歳		50-59 歳		60-69 歳		70 歳以上	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
平成 22 年（2010 年）	総数	45		91		188		184	
	あり	20	44.4	51	56.0	133	70.7	121	65.8
	なし	25	55.6	40	44.0	55	29.3	63	34.2
令和元年（2019 年）	総数	15		27		85		136	
	あり	5	33.3	19	70.4	65	76.5	107	78.7
	なし	10	66.7	8	29.6	20	23.5	29	21.3

図表 7－2：糖尿病を指摘されたことがある人における、治療の状況の推移

（年齢階級別、女性）

		40-49 歳		50-59 歳		60-69 歳		70 歳以上	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
平成 22 年（2010 年）	総数	21		46		118		147	
	あり	10	47.6	26	56.5	72	61.0	115	78.2
	なし	11	52.4	20	43.5	46	39.0	32	21.8
令和元年（2019 年）	総数	12		21		60		118	
	あり	2	16.7	11	52.4	33	55.0	84	71.2
	なし	10	83.3	10	47.6	27	45.0	34	28.8

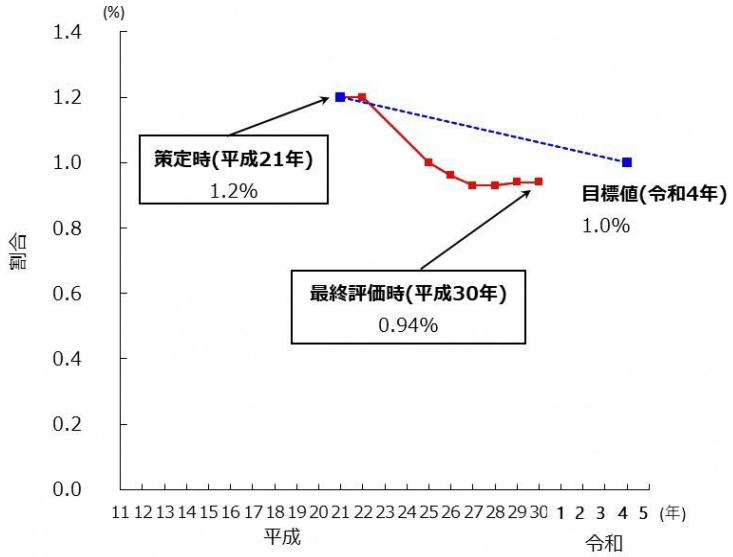
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」（特別集計）

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

血糖コントロール不良者の割合は、最終評価時の平成 30（2018）年は 0.94%であった。ベースライン（平成 21（2009）年）の 1.2%と比較して改善しており（相対的変化：-21.7%）、目標を達成している。

性・年齢別の分析では、平成 29（2017）年度の男女・年齢区分別のコントロール不良者の割合は、どの年代においても、男性より女性が低く、男性全体では 1.33%、女性全体では 0.51%であった。男性では特に 50～64 歳で高く、1.5%を超えていた。

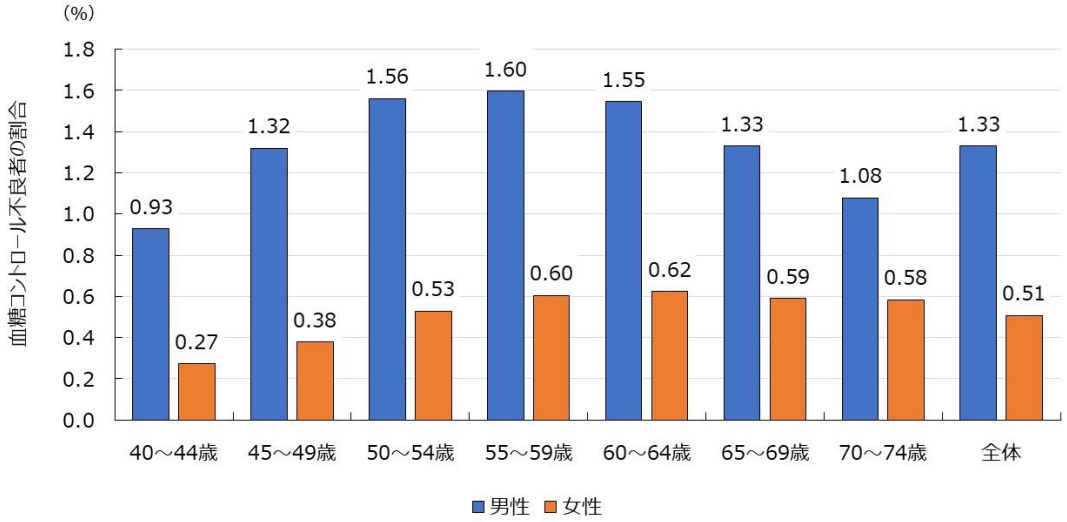
図表 8：血糖コントロール不良者の割合



出典：平成 22（2010）年以前は特定健診・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況
平成 25（2013）年以降は NDB オープンデータ [27)]

注　：血糖コントロール不良者＝HbA1c が JDS 値 8.0%（NGSP 値(8.4%）)以上の者

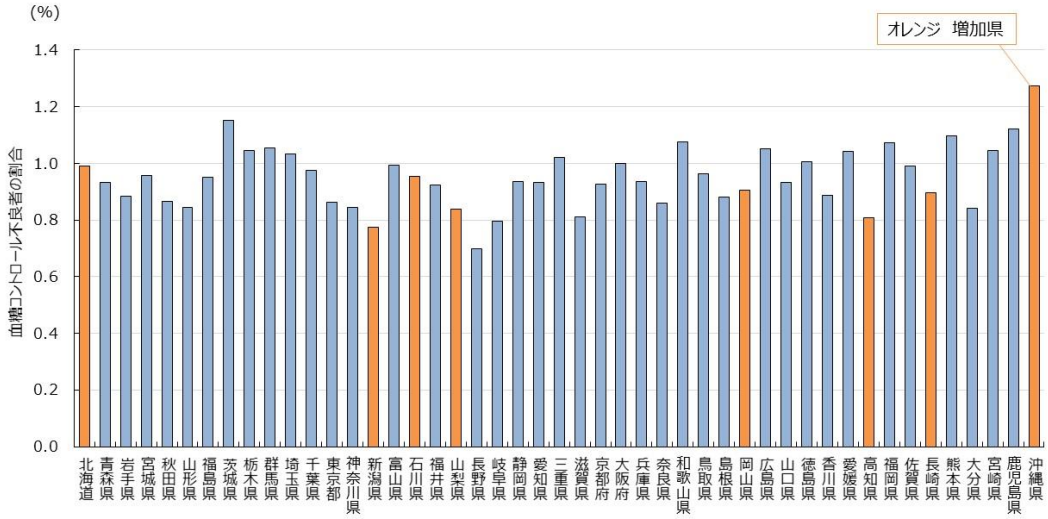
図表 9：性･年齢階級別のコントロール不良者（HbA1c≧8.4%）の割合
（平成 29（2017）年度）



出典：NDB オープンデータ

都道府県別にみると、コントロール不良割合が１%を超えていたのは、沖縄（1.27）、鹿児島（1.21）、茨城（1.15）、熊本（1.10）、和歌山（1.08）、福岡（1.07）、群馬（1.06）、宮崎（1.05）、広島（1.05）、愛媛（1.04）、栃木（1.04）、埼玉（1.03）、三重（1.02）、徳島（1.01）の各県であった（平成 29（2017）年度）。

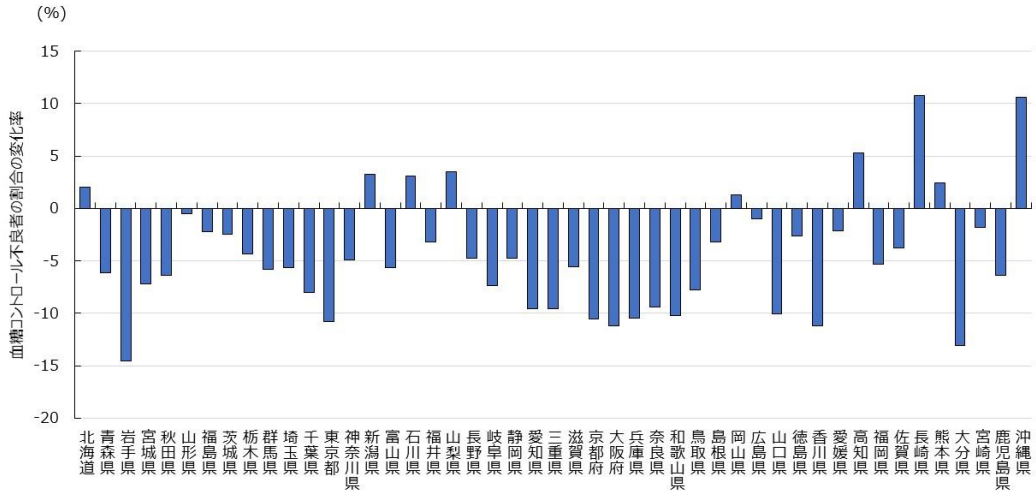
図表 10：血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合
（HbA1c8.4%以上の人の割合）



出典：NDB オープンデータ

平成 25（2013）年度と平成 29（2017）年度の比較において、沖縄、長崎では 10%増加、高知では 5%増加、山梨、新潟、石川では 3%以上の増加がみられた。

図表 11：特定健診受診者のうち、HbA1ｃ8.4%以上の人の割合の変化率
（平成 25（2013）～29（2017）年）



出典：NDB オープンデータ

NDB オープンデータベースでは、特定健診受診者のデータを用いているため、受診率等の影響を受けることに留意する必要がある。特に、受診率向上策により掘り起こしが行われ、これまで健診を受けていなかったコントロール不良な人が新たに健診を受ける等の状況がある場合に、一時的にコントロール不良者が増加する可能性がある。一方、治療中断等の状況がないかどうかの確認が必要である。

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

本指標の設定方法

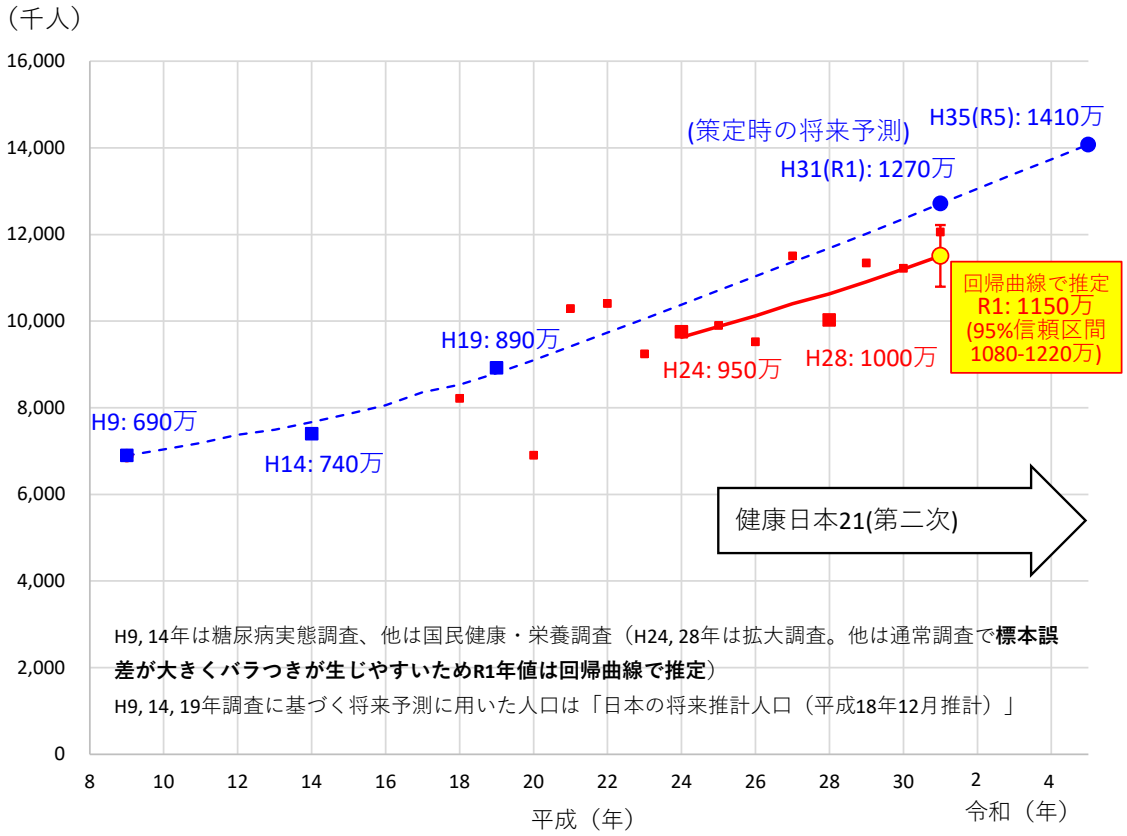
本指標は、平成 9 （1997）年、平成 14（2002）年、平成 19（2007）年のデータに基づき、この期間の性・年齢階級毎の傾向が今後も続くと仮定した上で、性・年齢階級別糖尿病有病率を logit 変換し一次近似して推計したものであり、令和 5 （2023）年の糖尿病有病者数の予測値は 1,410 万人に達するとされていた。生活習慣の改善を含めた糖尿病に対する総合的な取組の結果、平成 19（2007）年時点の性・年齢階級別糖尿病有病率を維持できれば、糖尿病有病者数は約 1,000 万人への増加にとどまると推計されることから、この値を目標値として設定されているところである（1,410 万人の予測値に対し、目標値の 1,000 万人は約 30%の抑制に相当する）。

今回の評価

糖尿病有病者数の推計については、国民健康・栄養調査の大規模年に推計が行われているが、新型コロナウイルス感染症の流行のため、令和２（2020）年と令和３（2021）年の国民健康・栄養調査が中止となったことから、中間評価で使われた平成 28（2016）年以降データの更新がなく「E 評価が困難」と判定された。

こうした状況の中で、本来の推計方法の代替案として、大規模調査年の調査結果から糖尿病有病者数を推計するかわりに、大規模調査年以外の年も含めた国民健康・栄養調査のデータを用いて、令和元（2019）年の糖尿病有病者数を厚生労働科学研究において推計した [39)]。平成 24（2012）年～令和元（2019）年の各年の性・年齢階級別の糖尿病有病者等割合を用いたロジスティック回帰を用いて、令和元（2019）年「糖尿病が強く疑われる者」の人数を推計したところ、約 1150 万人（95%信頼区間：1080 万人～1220 万人）となり、目標値の 1000 万人を上回ったが、目標策定時に予測された 1270 万人（令和元（2019）年）よりは少なく、「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）」相当と考えられた。（図表Ｓ１）

図表 S1「糖尿病が強く疑われる者」の平成 9、14、19 年調査に基づく策定時の将来予測（青線）と平成 24～令和元年調査に基づく令和元年推計（赤線）。

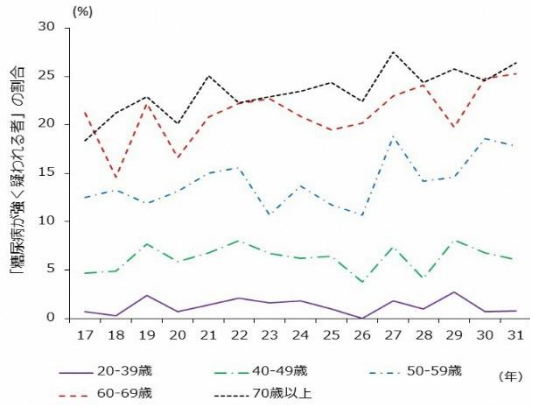


その他本目標項目に関連するデータとしては、各年の「糖尿病が強く疑われる者」の割合や、患者調査、国民生活基礎調査における通院（受療）の状況などが参考となると考えられる。

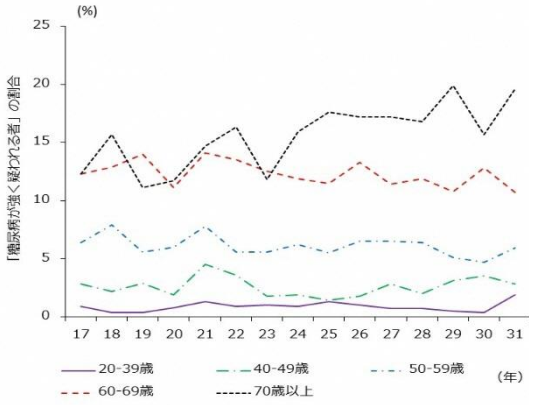
国民健康・栄養調査における「糖尿病が強く疑われる者」（HbA1 c （NGSP）の値が 6.5%以上、もしくは「現在、糖尿病治療の有無」で「あり」と回答）の割合について重回帰分析を用いて年齢調整（20-39 歳、40-49 歳、50-59 歳、60-69 歳、70 歳以上の 5 区分）を行い、平成 22（2010）年を基準とした比較を行った結果、平成 22（2010）年と平成 28（2016）年の比較では有意な増減なし（p=0.74）、平成 22（2010）年と令和元（2019）年の比較においても有意な増減なし（p=0.24）であった。平成 19（2007）年時点の性・年齢階級別糖尿病有病率を維持できているという点では、悪化していないといえる。

参考として、患者調査、国民生活基礎調査にて通院の状況を確認したところ、患者数の増加が観察されている。

図表 12－1：「糖尿病が強く疑われる者」の割合の年次推移（20 歳以上、男性）

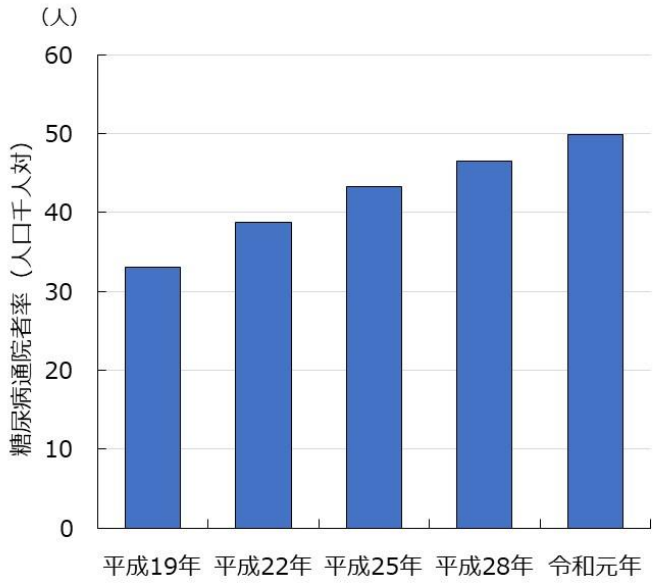


図表 12－2：「糖尿病が強く疑われる者」の割合の年次推移（20 歳以上、女性）



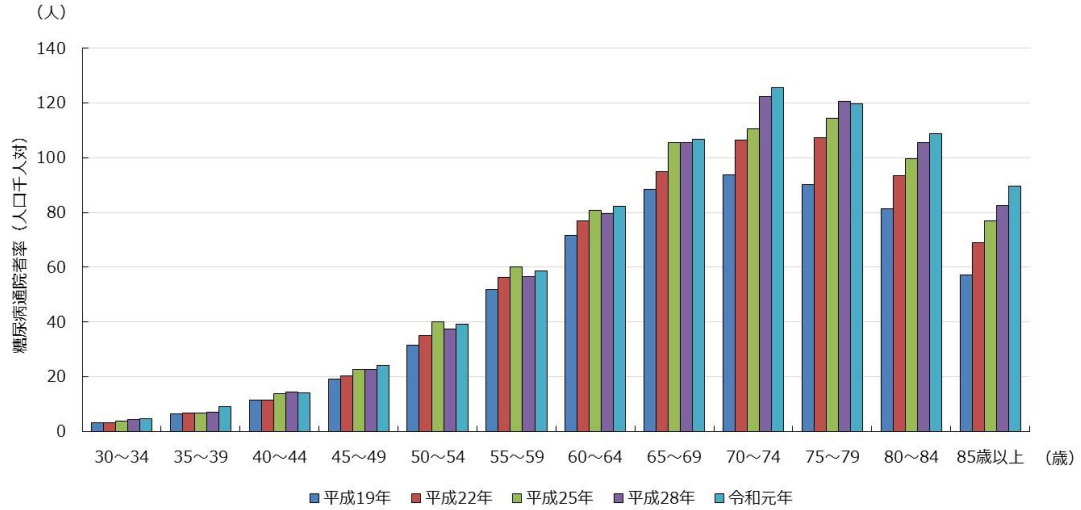
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 13：糖尿病通院者率（人口千人対）



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

図表 14：年齢階級別 通院者率の推移（人口千人対）



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

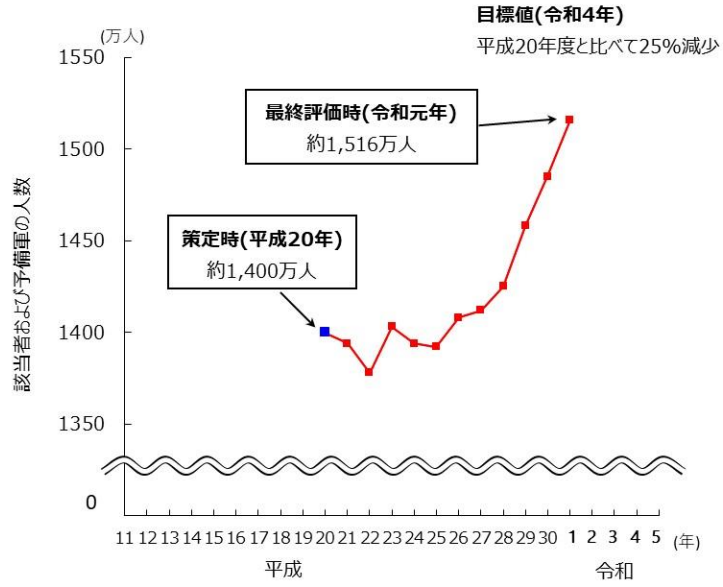
⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（循環器領域と共通の目標項目）

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数は、最終評価時点の令和元（2019）年には約 1,516 万人であった。ベースラインと比較して悪化しており、目標値にも達していない（ベースラインからの相対的変化：＋8.3%）（図表 15、図表 16）。

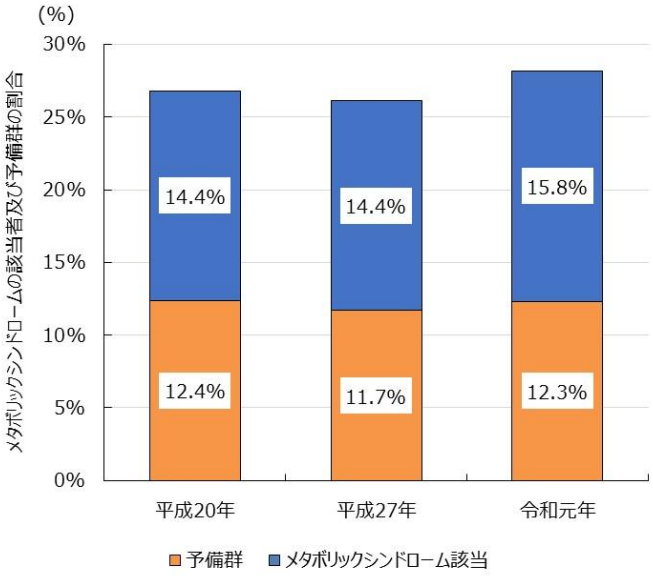
性・年齢区分別の変化（ベースライン、中間評価、最終評価）を見ると、男性では 60 歳～69 歳で一貫して増加、他の年齢区分では中間ではいったん減少・変化なしの傾向を見せるも、中間評価時点の平成 27（2015）年以降増加、最終評価時点の令和元（2019）年ではどの年齢区分でも増加した（図表 17－１～図表 17－4）。

中間評価から最終評価の変化について保険者別にみてみると、すべての保険者で増加傾向（悪化）が見られた（図表 18－1、図表 18－2）。

図表 15：メタボリックシンドロームの該当者及び予備群

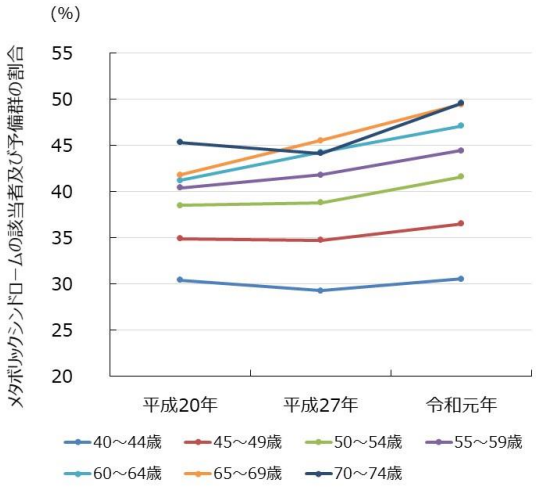


図表 16：メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の変化

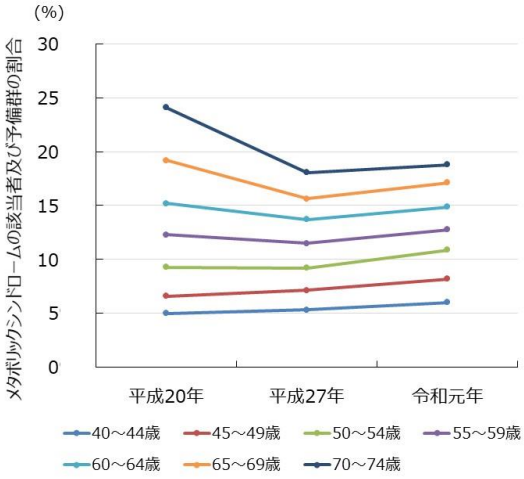


出典（図表 15、図表 16）：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」より作図 [28)]

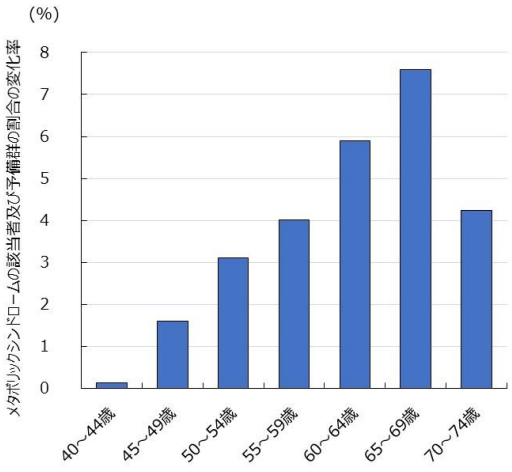
図表 17－1，：メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の変化（男性）



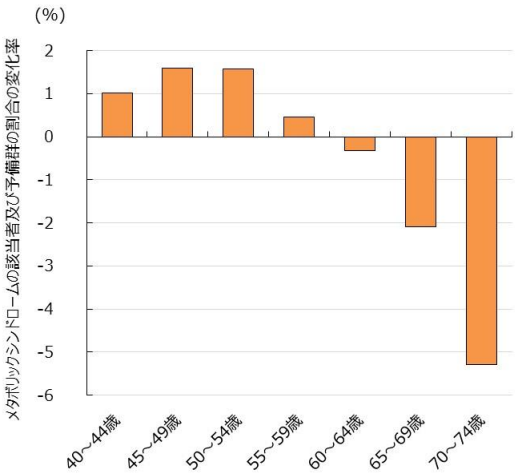
図表 17－2：メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の変化（女性）



図表 17－3：メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の変化 増加幅（男性）（最終評価値―ベースライン値）

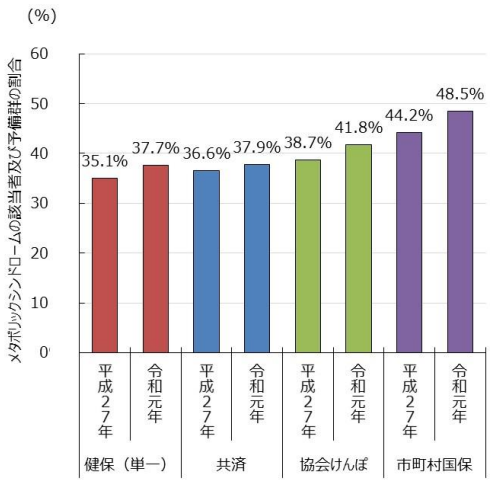


図表 17－4：メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の変化 増加幅（女性）（最終評価値―ベースライン値）

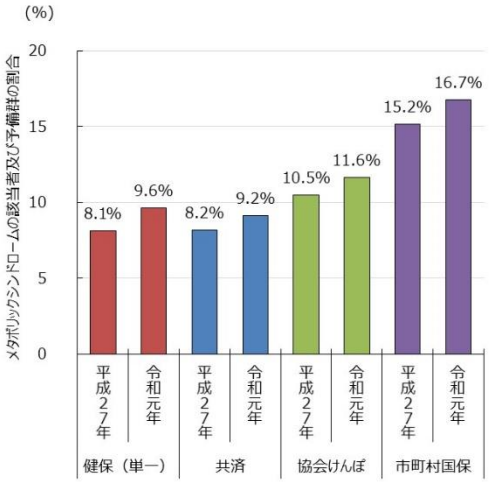


出典（図表 17－1、図表 17－2、図表 17－３，図表 17－４）：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」より作図

図表 18－1：保険者別のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の変化（最終評価－中間評価）（男性）



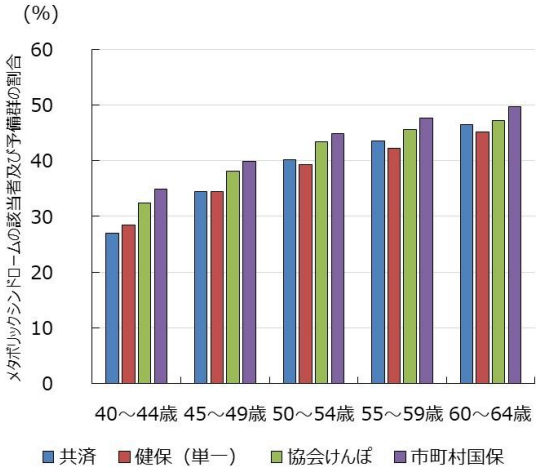
図表 18－２：保険者別のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の変化（最終評価－中間評価）（女性）



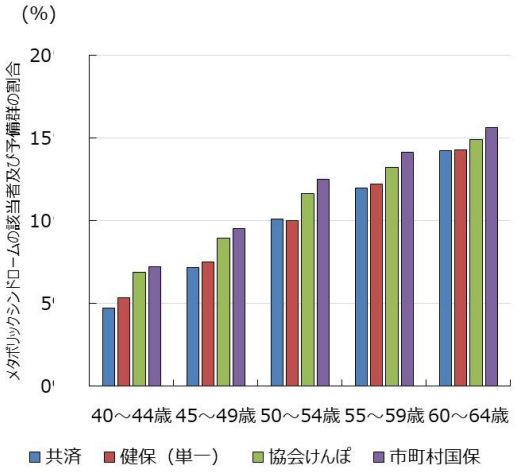
出典（図表 18－1、図表 18－2）：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」より作図

最終評価時のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合を保険者種別に見ると、男女とも保険者種別による差がみられた（図表 20－1、図表 20－2）。

図表 19－1 ：保険者種別のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合（令和元年度）特定健診受診者のうちの割合（男性）



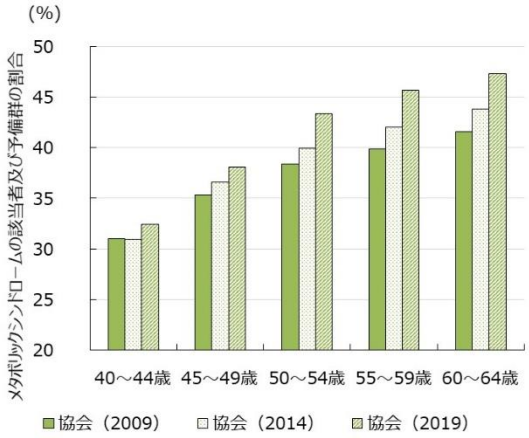
図表 19－2：保険者種別のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合（令和元年度）特定健診受診者のうちの割合（女性）



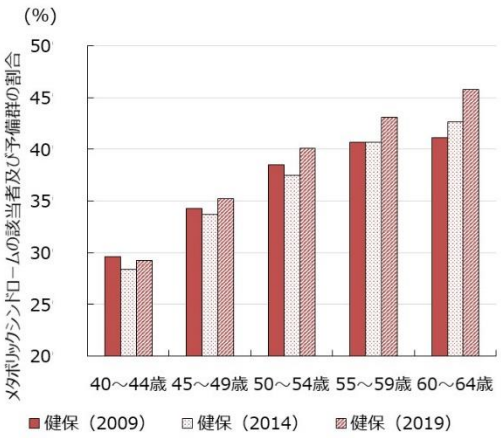
出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」より作図

図表 19－1、図表 19－2 に協会けんぽと健保組合（単一・総合）における男性のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の平成 21（2009）年からの年次推移を示した。健保組合では平成 26（2014）年時点でいったん減少傾向がみられた年齢区分もあるものの最終評価時点の令和元（2019）年ではやや増加に転じた。協会けんぽでは各年齢区分とも増加を示した。ただし、協会けんぽでは健診受診率がこの間 31.3%から 53.7%へと伸びており、対象者の掘り起こしが進んだことが影響している可能性も考えられる。（図表 S2）

図表 20－1：メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の推移
協会けんぽ
（男性･年齢階級別）



図表 20－2：メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の推移
健保組合（単一･総合）
（男性･年齢階級別）

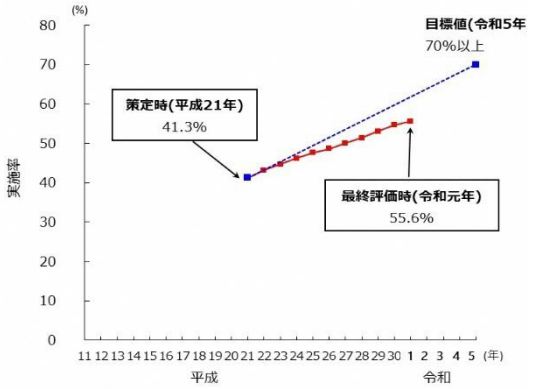


出典：厚生労働省「特定健康診査･特定保健指導の実施状況」より作図

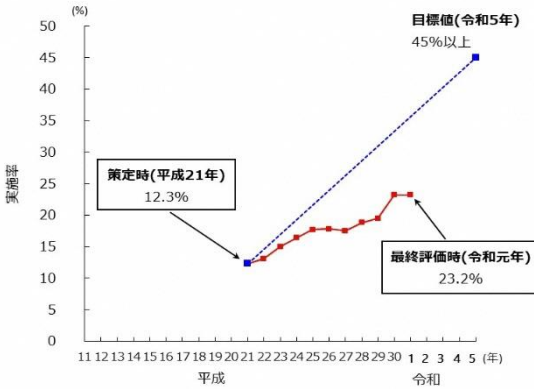
⑥ 特定健康診査･特定保健指導の実施率の向上（循環器領域と共通の目標項目）

特定健康診査、特定保健指導の実施率は、最終評価時（令和元（2019）年）それぞれ、55.6%と 23.2%であり、いずれもベースライン時点の平成 21（2009）年と比較して改善しているものの、目標値に達しておらず、目標年（令和 5（2025）年）までの目標達成も危ぶまれる。

図表 21：特定健康診査の実施率



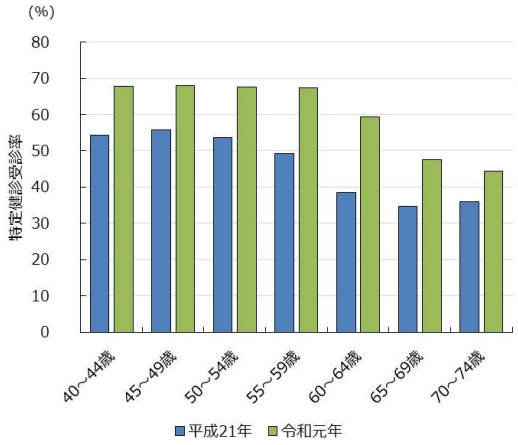
図表 22：特定保健指導の実施率



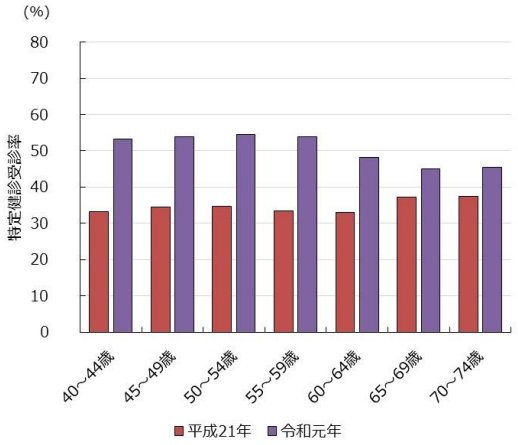
出典（図表 21、図表 22）：特定健康診査･特定保健指導の実施状況

性･年齢区分別にみると、どのセグメントにおいても特定健診、特定保健指導の実施率はベースライン時点と比較して高くなっている。男性の 40～59 歳の健診受診率は約 7 割に近づいているが、男性の 65～74 歳及び女性については 5 割程度である。

図表 23－1：特定健診受診率の変化（ベースライン･最終評価）（男性）

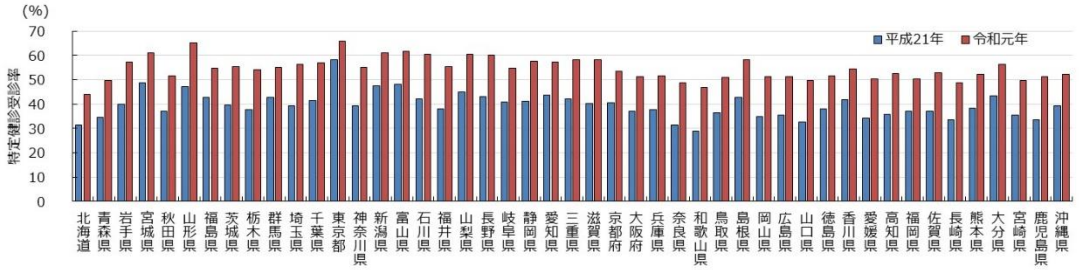


図表 23－２：特定健診受診率の変化（ベースライン･最終評価）（女性）



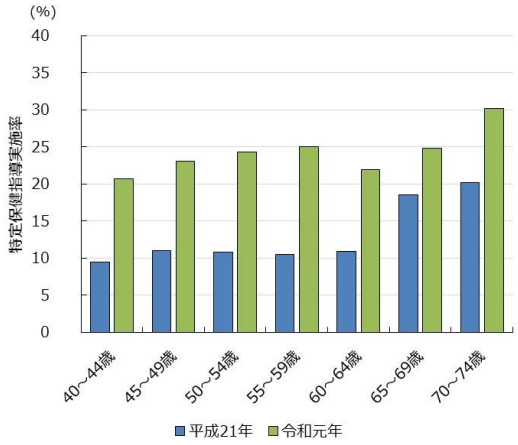
出典：厚生労働省「特定健康診査･特定保健指導の実施状況」より作図

図表 24：特定健診受診率の変化（都道府県別 ベースライン･最終評価）

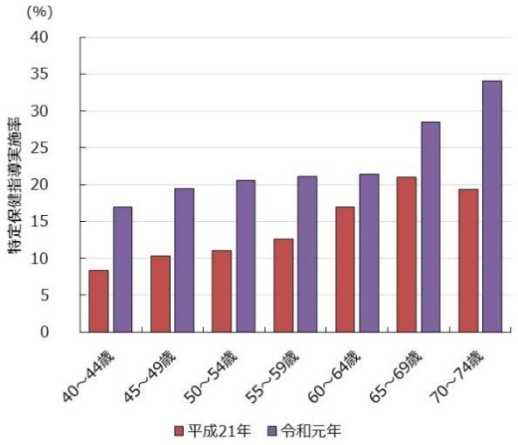


出典（図表 24）：厚生労働省「特定健康診査･特定保健指導の実施状況」より作図

図表 25－1：特定保健指導実施率の比較（ベースライン･最終評価）（男性）



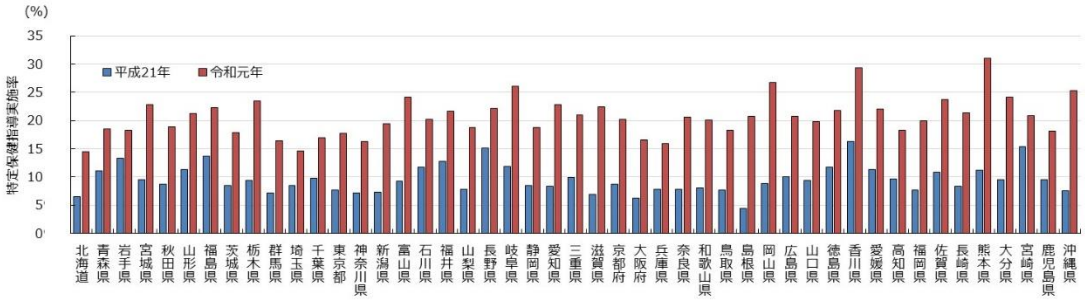
図表 25－２：特定保健指導実施率の比較（ベースライン･最終評価）（女性）



出典（図表 25－1、図表 25－2）：厚生労働省「特定健康診査･特定保健指導の実施状況」より作図

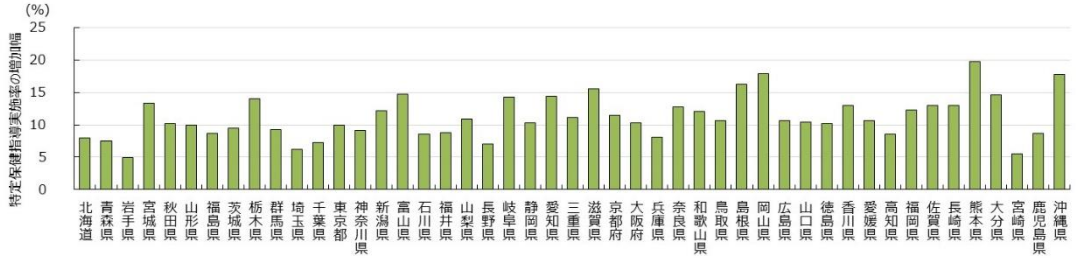
特定保健指導は積極的支援、動機付け支援とも増加しているが目標には達していない。また、特定健康診査、特定保健指導の実施率はすべての都道府県で増加している。

図表 26：特定保健指導実施率の比較（積極的支援）（都道府県別）（ベースライン･最終評価）



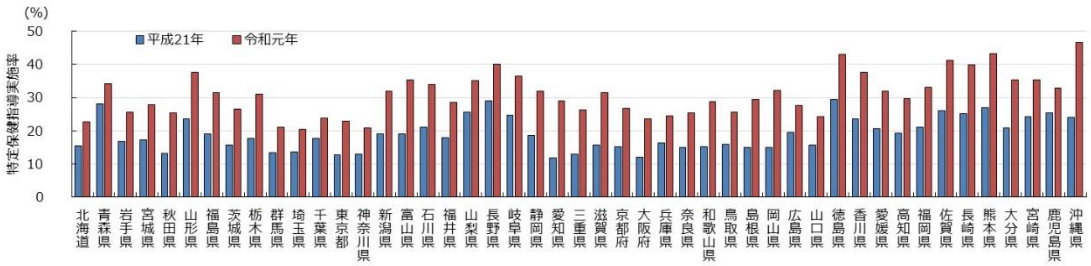
出典：厚生労働省「特定健康診査･特定保健指導の実施状況」より作図

図表 27：特定保健指導（積極的支援）の増加幅（都道府県別）（令和元年－平成 21 年）



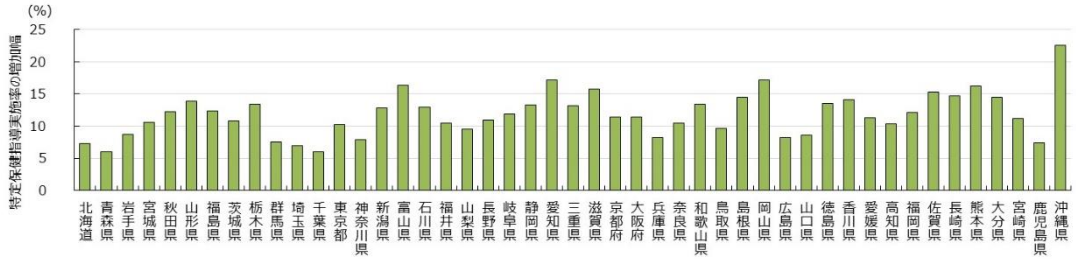
出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」より作図

図表 28：特定保健指導実施率の比較（動機付け支援）（都道府県別）（ベースライン・最終評価）



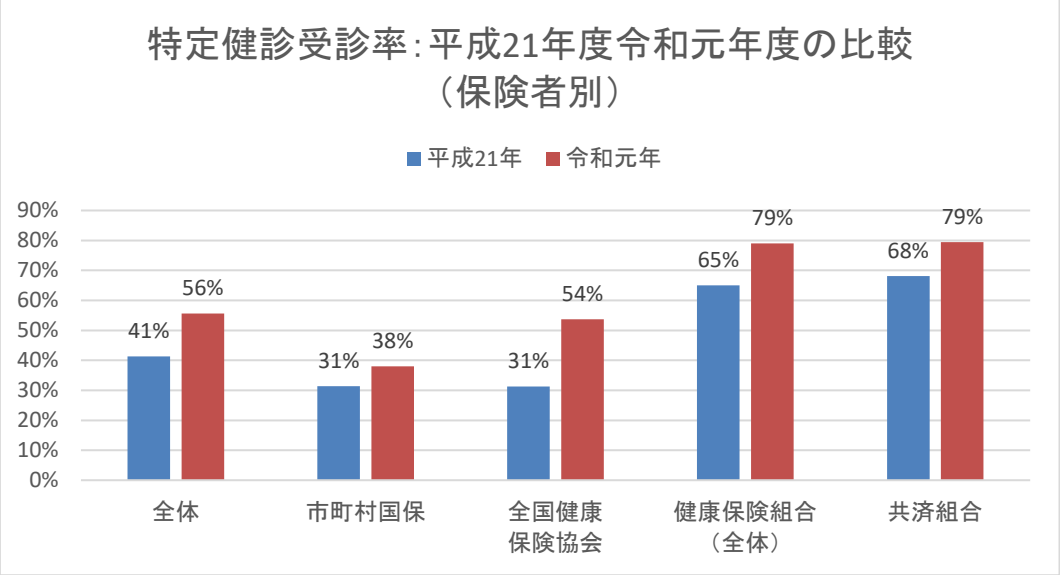
出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」より作図

図表 29：特定保健指導（動機付け支援）の増加幅（都道府県別）（令和元年－平成 21 年）



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」より作図

図表 S１ 保険種別の特定健診受診率



2 関連する取組

＜領域全体に係る取組＞

発症予防（④ 糖尿病有病者の増加の抑制に係る取組）

○ スマート・ライフ・プロジェクト [29] を通じて、適切な食生活と適度な運動、禁煙、健診・検診の受診を推進。ポスターや優良事例の表彰等を通じた健康的な生活習慣についての普及・啓発活動を実施した。

○ 厚生労働省の「生活習慣病予防のための健康情報サイト e－ヘルスネット [30]」等を通じた普及啓発を実施している。

○ 健康増進事業（健康教育、健康相談、健康診査、訪問指導等）を通じた健康づくりを推進した。

【適切な食生活】（詳細は栄養・食生活領域で評価）

○ 適切な食生活、肥満者の減少にむけ、食生活指針や食事バランスガイドを用いた啓発をしている。

○ 「健康な食事・食環境」コンソーシアムは、平成 30（2018）年からスマートミールの審査・認証を行っている。

【身体活動】（詳細は身体活動・運動領域に記載）

○ 「＋１０（プラステン）：もう１０分身体を動かそう」をテーマに、例えば通勤時の歩行を１０分多く歩くことを推奨した”smart walk”を提唱する等、周知・広報を続けている。

○ 「健康づくりのための身体活動基準 2013」及び「アクティブガイド－健康づくりのための身体活動

指針－」等を周知・広報している。
○ 近年は室内でも取り組める体操等についても「e-ヘルスネット」で発信している。

【飲酒対策】（詳細は飲酒領域に記載）
○ 多量飲酒者への対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」（平成 30（2018） 年４月）に減酒支援（ブリーフインターベンション）を収載した。
○ 「アルコール健康障害対策推進基本計画」の第二期計画を閣議決定した（令和３（2021）年３月）。

【喫煙対策】（詳細は喫煙領域に記載）
○ 喫煙に関して、禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版の策定（平成 30（2018）年５月）や禁煙週間におけるイベント等の開催、「たばこ対策促進事業」、たばこクイットライン事業及び診療報酬上のニコチン依存症管理料に係る評価（加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件見直し）等を実施した。
○ たばこパッケージの注意文言の表示面積を 30%→50%以上に拡大した他、たばこの段階的な税率増加を行った。
○ 喫煙率の低下のため、MPOWER 政策パッケージに則った施策を実行、強化した。

健診：早期発見・保健指導・受診勧奨
○ 医療保険者は、糖尿病等の発症・重症化予防や医療費適正化等を図るため、保険者共通の保健事業の取組として、特定健診・特定保健指導（法定義務）を実施。また、後期高齢者医療広域連合においても、高齢者保健事業として特定健診等に準じて健診等を実施。
○ 特定健診の必須項目として、空腹時血糖・随時血糖または HbA1c を測定し、その結果に応じて「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の保健指導[32,33]を実施。
○ 特定健診においては、血糖・HbA1c が保健指導判定値以上の場合、詳細健診としてクレアチニン（eGFR）を、受診勧奨判定値以上の場合、眼底検査を、医師が必要と判断した場合には実施し、合併症の早期発見を行った。

重症化予防
○ 日本健康会議の「健康なまち・職場づくり宣言 2020」の宣言２（重症化予防）にあわせ、平成 28（2016）年３月に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議と厚生労働省で糖尿病性腎症重症化予防の連携協定を締結し、同年 4 月に国レベルでプログラムを策定した[34]。平成 31（2019）年４月に当該プログラムを改定。国は糖尿病腎症重症化予防の取組への財政支援を推進するとともに、研究事業で効果判定を実施[35]。

自治体・保険者の取組を後押しする対策
○ 各都道府県において、「糖尿病予防戦略事業（健康的な生活習慣づくり重点化事業の一

環）」（糖尿病予防に取り組みやすい環境の整備として① 地域特性を踏まえた糖尿病予防対策、② 飲食店、食品関連企業等と連携した「健康な食事」の普及、③ 配食の機会を通じた栄養管理の支援）等を推進。

○ 各都道府県において、「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業（都道府県保健対策推進事業の一環）」を実施。

○ 保険者等に対し、糖尿病腎症重症化予防の取組への財政支援を実施。

○ 国民健康保険、後期高齢者医療制度等における保険者インセンティブ [36)]の指標として「重症化予防の取組の実施状況」を位置付けており、保険者による受診勧奨、保健指導等の取組を推進。

糖尿病領域全体に係る研究の推進

○ 栄養・食生活、身体活動・運動等の各生活習慣に関する研究を推進。

○ IoT 活用による糖尿病重症化予防法の開発を目指した研究を実施（スマートフォンアプリ「七福神」[37)]）。

○ 厚生労働科学研究において、学会横断的な研究（学会横断的ガイドライン作成）を推進した。

○ 第 7 次医療計画の中間見直しに向け、指標の検討や糖尿病有病者数の推移に影響を与える因子の検討を実施した [38)]。

○ 引き続き、厚生労働科学研究において、第 8 次医療計画に向け糖尿病対策の指標の見直し案等を検討している [39)]。

関連団体・学会の取組

○ 日本糖尿病学会では平成 16（2004）年より「対糖尿病戦略 5 ヵ年計画」を推進しているが、第３次計画（平成 27（2015）年発表）[40)] では、「糖尿病を増やさない・悪化させない社会環境の構築」を目指して糖尿病対策を推進してきた。

○ 令和２（2020）年には（１）糖尿病患者と非糖尿病患者の寿命の差を更に短縮させる、（２）糖尿病患者の生活の質を改善させる、ことを目標に第４次「対糖尿病戦略５カ年計画」[41)] を作成し（令和２（2020）年 8 月公表）、引き続き糖尿病対策に係る取組を推進している。

○ 日本肥満学会は、肥満に起因ないし関連する健康障害を保有する状態を「肥満症」と定義し、関連の学会とも領域横断的な取組を推進している [42)]。

○ 小児肥満症診療ガイドライン [43)] では、小児肥満症、小児メタボリックシンドロームの診断基準を示し、医療だけでなく、学校（学校医、栄養教諭、養護教諭）向けに情報発信を行っている。

○ 平成 17（2005）年２月に日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会の三者で日本糖尿病対策推進会議 [44)] を設立。その後、日本歯科医師会も幹事団体に加わり、現在では理念に賛同した関係団体の参加のもと、計 18 団体で構成されている。この取組は 47 都道府

県に広がり、都道府県版の対策会議が設置されている。

＜個別の各指標と特に関連する対策＞

① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c が JDS 値 8.0%（NGSP 値 8.4%）以上の者の割合の減少）

○ 透析導入のリスク低減を目的として、糖尿病、高血圧の改善の取組を実施した。

○ スマート・ライフ・プロジェクトでは糖尿病腎症等重症化予防事業を行った市町村の表彰等による好事例の横展開を図っている（第２回呉市）。

○ 日本健康会議の「健康なまち・職場づくり宣言 2020」の宣言２においてかかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を 800 市町村、広域連合を 24 団体以上とすることを KPI（令和２（2020）年まで）とした。平成 29（2017）年度は 654 市町村及び 14 広域連合、令和元年（2019 年）は、1180 市町村、32 広域連合が取組を実施した（参考値：令和２（2020）年度には 1,716 市町村のうち 1,292 市町村、45 広域連合が取組を実施。（令和元（2019）年度より目標を 1,500 市町村、47 広域連合に上方修正。））。

○ かかりつけ医等での糖尿病診療の質の向上のための取組が日本糖尿病学会を中心に全国的に実施され、低血糖をおこしにくい新規の薬剤（DPP４阻害薬、SGLT2 阻害薬等）の処方割合が増加した[45)]。

○ 腎疾患政策研究事業、腎疾患実用化研究事業において、慢性腎臓病(CKD)対策として、新規透析導入患者の減少を目指して、診療連携体制の構築や、CKD の病態解明や重症化予防の研究を実施中である。

○ 糖尿病腎症も含めた腎疾患対策の更なる推進について、「腎疾患対策検討会」において報告書をとりまとめた[46)]（平成 30（2018）年７月）。当該報告書を踏まえた、腎疾患対策の取組の通知を、自治体や関係団体向けに発出した。

○ 糖尿病透析予防指導管理料の算定条件に、保険者による保健指導に協力する事項が追加された。生活習慣病管理料の算定要件に眼科受診に関する事項が追加された（令和２（2020）年４月診療報酬改定）。

関係する研究

○ 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策実用化研究事業や腎疾患実用化研究事業において、糖尿病や CKD の病態解明や重症化予防の研究を引き続き推進する。

○ 厚生労働省の戦略研究の一環として、糖尿病合併症を抑制するための介入研究（J-DOIT3）を実施、長期にわたる包括的な血糖、血圧、脂質の管理、生活習慣改善により腎症をはじめとする糖尿病合併症の予防効果を示した。

○ 厚生労働科学研究で、糖尿病腎症重症化予防プログラム開発のための研究および効果検証のための研究を実施（平成 28（2016）～29（2017）年度及び平成 30（2018）～令

和２（2020）年度 研究代表者 津下一代）。大規模実証事業にて評価継続中である。

② 治療継続者の割合の増加

○ 特定健診の必須項目として、空腹時血糖または HbA1c を測定し、「受診勧奨」の判定になった者について、その時点で糖尿病治療を行っている者には治療継続を推奨、糖尿病治療を行っていない者には受診勧奨を実施である。

○ 厚生労働科学研究（「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究－合併症予防と受診中断抑止の観点から」研究代表者 野田光彦）のワーキンググループにおいて「糖尿病受診中断対策包括ガイド」[47] を作成した（平成 26（2014）年５月）。

○ 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン [48] に係る参考資料「企業・医療機関連携マニュアル [49] に糖尿病の事例を追加した（令和３（2021）年３月）。

○ 保険者によっては、生活習慣病の重症化予防事業の取組として、かかりつけ医等と連携しながら相談・保健指導の実施や、生活習慣病等の受診中断者、未受診者の把握と受診勧奨を実施した。

⑤ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少（循環器領域と共通の目標項目）

○ メタボリックシンドロームに関する対策は、肥満を始めとする栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙の生活習慣の改善等の対策として、総合的に実施している。

○ メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣の改善及び生活習慣病の予防を目的として、特定健診・特定保健指導を実施している。

○ 厚生労働省の「生活習慣病予防のための健康情報サイト ｅ－ヘルスネット」等を通じた普及啓発を実施している。

特定健診・特定保健指導

○ 特定健診の必須項目として血圧、中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール等を測定した。健診受診者全員に対して健診結果等を「情報提供」するとともに、結果に応じ特定保健指導として「動機付け支援」や「積極的支援」を実施している。

○ 特定健診・特定保健指導の効果検証について、「特定健診・特定保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ」において検討を進め、平成 27 年 7 月に最終取りまとめ [50] を報告した。

○ 平成 30（2018）年度からの第３期特定健康診査等実施計画期間に向けて、厚生労働省の検討会等で検討し、健診項目や実施率向上に向けた特定保健指導の実施方法について見直しを行い、平成 30（2018）年度より第３期特定健康診査等実施計画期間（平成 30（2018）年～令和５（2023）年度）が開始された。

○ 平成 30（2018）年からの第３期特定保健指導において、特定保健指導の質を確保しつつ、対象者の個別性に応じた現場の創意工夫や運用改善を可能とし、効果的・効率的な実施によ

り、実施率の向上に繋がるよう、特定保健指導の運用ルールを緩和した。

○「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）[32)]」（平成 30（2018）年４月）において、特定保健指導対象者や糖尿病予備群（特定保健指導の対象とならない非肥満者を含む）といった脳血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善指導や、従来の保健指導では十分に効果が得られなかった者に対する保健指導の方法の１つとして、体験学習や相談の機会の増加、グループダイナミクスの相乗効果等を特徴とする宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムについての記載が追加された。

⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（循環器領域と共通の目標項目）

○ スマート・ライフ・プロジェクトの中心となる４つのテーマ（運動、食生活、禁煙、健診・検診受診）の一つとして、健診の受診勧奨を推進した。

○ 保険者機能の責任を明確化するため、平成 29（2017）年度の実績から、各保険者別に特定健診・特定保健指導の実施率を公表した。

３ 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

評価は「C 変わらない」であった。

腎症による透析導入患者数の減少にむけて、糖尿病医療の質の向上、受診中断や未受診者の減少、健診による確実な発見と対応が重要である。

今回の評価結果では導入患者数の減少をみることはできなかったが、導入時の平均年齢が高齢化していることから、導入までの期間延長が図られたものと考えられ、一定の効果があったものと考えられる。しかし、いまだ年間約 16,000 人の新規導入患者がいること、糖尿病の継続治療率の向上やコントロール改善により更なる減少を期待できることから、引き続き高い目標をもって対策を進めることが重要である。糖尿病において医療機関を適切に受診している者を増やすには、国民への啓発、健診受診後の対応、治療と仕事の両立等各分野の活動と深くかかわっている。自治体や保険者における重症化予防事業の中で、未治療及び治療中のコントロール不良者が発見されており、適切な受診に向けて丁寧に働きかけを続けることの必要性が関係者に認識されるようになってきたと考えられる。レセプトと健診データを用いたハイリスク者の抽出は、保健事業として広く実施されるようになってきている。

合併症の減少を表す指標として、健康日本 21（第二次）では糖尿病腎症による透析導入者数を評価しているが、糖尿病の細小血管症としては、腎症と並んで、視覚障害の原因となる糖尿病網膜症が上げられる。網膜症については、厚生労働省「平成 26（2014）～30（2018）年度及び厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患等政策研究事業）」（山下英俊 [51)]）において、平成 27（2015）年に新たに視覚身体障害と認定された者（12,505 人）のうち、糖尿病網膜症は第 3 位（12.8%）であったとしており、血糖コントロール改善と治療の向上により糖尿病網膜症を原因とする失明は減少傾向にある。

以上、腎症、網膜症の現状を考慮すると、本目標項目である「合併症の減少」に関して、一定

程度の評価ができると考えられる。

今後糖尿病領域における指標に関しては、「糖尿病有病者数の増加の抑制」から合併症の抑制（糖尿病腎症による年間透析導入患者数の減少）に至るまでの時間差等も考慮して、継続的な評価を行うとともに、指標間の関係性や評価の方法についても検討していく必要がある。

② 治療継続者の割合の増加

本目標項目の評価結果は「C 変わらない」であった。

糖尿病の治療継続者は 65%にとどまり、策定時より増加していない。健診後の受診勧奨や治療中断者への働きかけ、仕事と治療の継続のための取組を更に推進する必要がある。自覚症状がなく本人が疾患を軽く考えていることへの対応や、事業所の通院への配慮の必要性等があげられている。仕事と治療の両立支援ガイドにも「糖尿病に対する誤った理解や知識から、職場における理解・協力、必要な配慮等が妨げられる場合がある」ことが指摘されている。また、重症化予防事業においては、医療費負担の面で治療を中断している者が少なくないという自治体からの報告もあり、糖尿病の治療中断の要因として経済的な要因についても今後検証していく必要がある。

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

本目標項目の指標はベースラインと比較して改善しており（相対的変化：-21.7%）、「A 目標値に達した」と評価された。

HbA1c への理解が進んだことや、自治体・保険者等による重症化予防対策（適切な治療の必要性を啓発）、低血糖をおこしにくい新たな糖尿病薬の使用拡大等より、コントロール不良者が減少した可能性が考えられる。

性・年齢階級別に見ると、男性で女性より割合が高いこと、男性においては 65 歳以降徐々に割合が低下傾向にあることから（図表 9）、働き盛り男性でコントロール不良者が多い理由として、女性より肥満が多く、飲酒・身体活動不足・ストレスなどの生活習慣の影響が考えられることや、働き世代において治療中断率が高いこと等も本指標の結果に影響している可能性が考えられる。

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

令和 2（2020）年度の国民健康・栄養調査（大規模調査）が中止となったため、糖尿病有病者の推計値は中間評価時の平成 28（2016）年度データから更新されておらず、「E 評価困難」である。

健康日本 21（第二次）の最終評価や各種計画の進捗フォローアップのため厚生労働科学研究 [39] において参考となる代替指標について検討し、これまでの国民健康・栄養調査の結果から代替の推計方法で令和元（2019）年の有病者数を推計したところ約 1,150 万人と推計された。目標の 1,000 万人には達しなかったが、当初予想されていた令和元年の有病者数 1,270 万人と比較すると一定程度増加は抑制されていると考えられる。

その他糖尿病有病者数の参考となる他の調査として、国民生活基礎調査や患者調査では糖尿病有病者の増加が確認されている。これらの調査において、年齢調整値は増加していないが、高齢

化にともない有病者数は増加している可能性がある。

⑤ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少（循環器領域と共通の目標項目）

「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少」の評価は「D 悪化している」であり、中間評価以降の増加がみられている。

平成 20（2008）年度に特定健診・特定保健指導が開始されたが、制度開始当初にはマスコミ等でも「メタボ」が話題になることが多く、認知度が一気に高まったことが中間評価までのメタボリックシンドローム抑制効果に関連している可能性がある。一方、中間評価以降についてはポピュレーションアプローチとして不十分だった可能性も考えられる。10 年間の世代の移行や体重が増加しやすい世代を考慮し、40 歳未満の人への働きかけの強化も必要であったと考えられる。

また、この指標は特定健診・特定保健指導の実施状況をデータソースとしているが、ランダムサンプリングではないため、健診受診率の影響を受けることに留意する必要がある。目標項目⑥に示すように、この期間の健診受診率は上昇しており、今までは健診を受けなかった方々が受けるようになった影響（掘り起こしの効果）等も含まれている可能性がある。この影響については、ベースラインから健診受診率が大幅に伸びた協会けんぽでは影響が大きく、ベースラインから既に健診受診率が高かった健保組合では新たな掘り起こしの影響は小さいと考えられ、本目標項目の結果について保険者間でのトレンドに違いがみられたことの一因ではないかと考えられる。

さらに、メタボリックシンドロームの構成要素は、内臓脂肪型肥満があることと、高血圧・糖尿病・脂質異常症の二つ以上に該当すること、となっている。肥満については、国民健康・栄養調査において肥満者（BMI≧25kg/m^2）の割合が平成 26（2014）年頃までは低下傾向がみられたが、以降は上昇に転じおり（図表 30－1、図表 30－2）、肥満の改善がみられていないことが本目標項目の悪化の要因の一つであると考えられる。

一方、メタボリックシンドロームの構成要素の各疾患については、循環器領域の目標項目である「高血圧の改善」、「脂質異常症の減少」の評価それぞれ B*と C となっており、ベースラインからの悪化は認めていない。関連する目標項目間で評価結果が異なっている要因としては、まず、メタボリックシンドロームの構成要素としての脂質異常症には中性脂肪を用いているが、健康日本 21（第二次）における脂質異常症の指標には総コレステロールと LDL コレステロールを用いており、見ている指標が異なっているという要因が考えられる。また、健康日本 21（第二次）における高血圧、脂質異常症の指標については、国民健康・栄養調査の検査値（収縮期血圧の平均値、総コレステロール・LDL コレステロールが基準値以上の者の割合）で評価しており、データの算出においては薬物療法の有無を考慮していない。すなわち、薬物治療によって検査値が低下している者のデータも含めて平均値や検査結果が基準値以下の者の割合を算出しているため、メタボリックシンドロームの構成要素としての高血圧や脂質異常症とは服薬者の扱いが異なっている点に留意する必要がある。（メタボリックシンドロームの判定基準においては、薬物療法を行っていれば数値が基準範囲内でもリスク保有としてカウントされる。）

図表 S２ メタボリックシンドロームの判定基準の図

表9 メタボリックシンドロームの判定基準

腹囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	
≧85cm（男性） ≧90cm（女性）	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

＊追加リスクの基準値は以下のとおり。

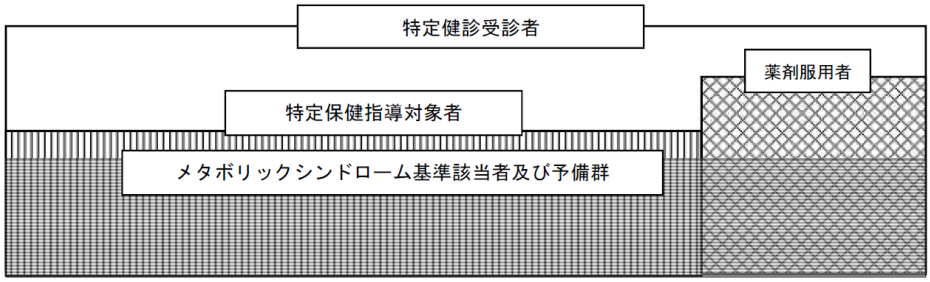
①血糖：空腹時血糖が 110mg/dl 以上

②脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上、または HDL コレステロール 40mg/dl 未満

③血圧：収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上

＊糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

(参考)メタボリックシンドローム基準該当者及び予備群と特定保健指導対象者の関係（イメージ図）



＊メタボリックシンドローム基準該当者・予備群と特定保健指導対象者の範囲は以下の点で相違する。

①特定保健指導対象者からは服薬中の者を除外している。

②特定保健指導対象者には、以下の者を含めている。

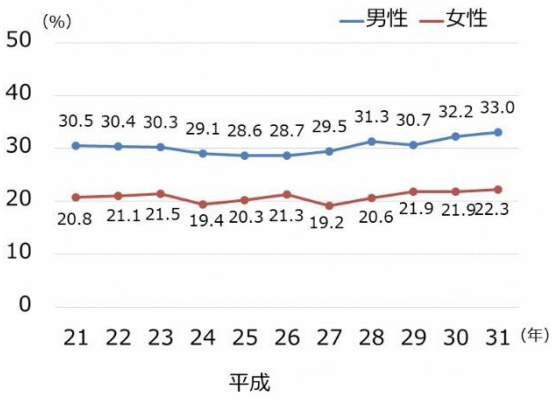
・BMI が 25 kg/㎡以上の者(メタボリックシンドローム基準該当者・予備群は腹囲基準のみで判定)

・血糖値が 100～109 mg/dl の者(メタボリックシンドローム基準該当者・予備群では血糖値 110 mg/dl 以上)

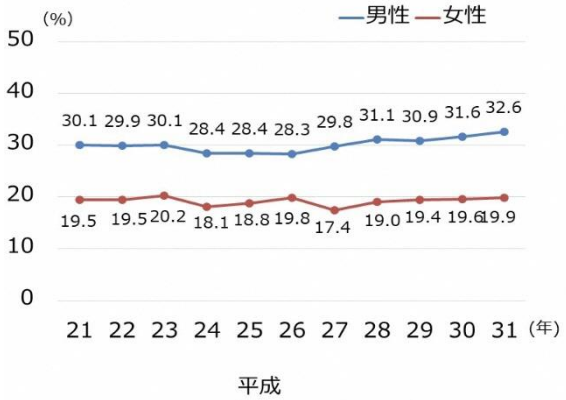
※なお、特定保健指導対象者を階層化する際には、喫煙歴を用いていることもメタボリックシンドローム基準該当者・予備群の判定基準と異なる。

出典：特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の 検証のためのワーキンググループ 最終取りまとめ（平成 27 年３月） P34－35
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000090330.pdf

図表 30－1：肥満者(BMI≧25 kg/m²)の割合の年次推移（20 歳以上）
平成 21~令和元年　年齢調整前



図表 30－2：肥満者(BMI≧25 kg/m²)の割合の年次推移（20 歳以上）
平成 21~令和元年　年齢調整後



近年サルコペニア、フレイル、やせ、低栄養等の対策の重要性にも注目が集まっており、生活習慣病等の慢性疾患の発症予防・重症化予防に加え、フレイルや低栄養防止等の心身機能の低下に伴う疾病の予防・改善に着目した対策も求められている。肥満や痩せ等、個人の状態にあった適切な情報発信が必要である。

また特定健診第 3 期より保健指導の弾力化が進められているが、改めてメタボリックシンドローム対策を検討すべきと考えられる。どの対象者にどのメッセージを出すべきかを十分に配慮する必要がある。

⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上（循環器領域と共通の目標項目）

本目標項目の評価結果は「B* 改善傾向にあるが、目標達成が危ぶまれる」であった。

この指標については、自治体、保険者、関係機関の努力により向上しているが、目標には到達していない。実施率向上には受診方法の改善（集合契約等の広がり）、保険者間の協力、啓発や通知の工夫（ナッジ）、メディアによる周知広報活動等様々な手法を用いて向上策を図ってきた。実施率には保険者格差がみられるが、保険者インセンティブ制度等により保険者の取組の推進を図っている。

＜領域全体としての評価＞

糖尿病分野全体を見てみると、血糖コントロールの改善（目標項目④ A 評価）、75 歳未満における糖尿病腎症の新規透析導入者数が減少しており、重症化予防の取組や糖尿病医療の進歩が寄与した可能性が示唆される。糖尿病の治療継続者は横ばいであり、受診勧奨の在り方について検討すべきと考えられた。糖尿病有病者数は、中間評価以降大規模調査による推計が行われていなかったが、今回の最終評価において通常調査年のデータも活用する代替手法による推計を

厚生労働科学研究にて行ったところ [39]、目標値には達していないものの一定程度増加は抑制されていると考えられた。特定健診・特定保健指導実施率はこの 10 年間に顕著な上昇を認めたが、設定された目標の到達には至らなかった。メタボリックシンドロームについては中間評価以降悪化傾向があり、次期国民健康づくり運動プラン及び今後の特定健診・特定保健指導においてより効果的な戦略を用いる必要性が示唆された。なお、健康日本 21（第二次）の指標としての「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の人数」には服薬者が含まれているが、服薬者は特定保健指導の対象外となっている。服薬中のメタボリックシンドローム該当者等に対する対策は不十分であるので、今後は服薬中のメタボリックシンドローム該当者（肥満症）についての対策も進めていくことも重要である。

4 今後の取組と課題

＜指標の設定に係る課題＞

指標の立て方として、①糖尿病腎症による新規透析導入については、年齢区分を設ける、もしくは年齢調整値で評価する必要があること、④糖尿病有病者数については国民健康・栄養調査の大規模調査が実施できず、ベースライン・中間評価と同様の方法で評価できなかったこと、⑥のメタボリックシンドローム該当者・予備群については、健診受診率の影響をどう扱うか、また薬物治療者の扱いをどうするのか、検討すべきと考えられた。

＜領域全体の課題＞

○ 糖尿病の一次予防、二次予防、三次予防の各段階において、切れ目や漏れのない対策が重要である。
○ 引き続き「スマート・ライフ・プロジェクト」の普及・啓発により、「適度な運動」、「適切な食生活」、「禁煙」と「健診・検診の受診」の取組を進め、糖尿病の発症・重症化予防や適切な体重の維持、健診の受診率の向上を推進していく。
○ 健診受診や糖尿病治療中断防止の啓発等を強化する必要がある。
○ 「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業」を更に推進する。
○ 食環境づくりを含め栄養・食生活に関する事業を引き続き推進する。
○ 健康増進事業を引き続き実施する。
○ 引き続き、栄養・食生活、身体活動・運動等の各生活習慣に関する研究を推進する。
○ 糖尿病患者の高齢化に伴い、高齢者の糖尿病対策について自治体等への周知が必要である。
- 内臓脂肪蓄積だけでなく、サルコペニア、身体活動の低下の影響が大きいこと。
- 保健事業の対象者抽出や保健指導方法についての検討の必要性。
- 認知症のある糖尿病患者への支援の在り方、治療目標・方法の修正等。

○ がんや認知症と糖尿病についての研究・対策を推進する。
○ 糖尿病と歯周病の関係性についても引き続き周知していく。
○ 糖尿病や肥満症、メタボリックシンドロームに対するスティグマに対して是正していくことが求められ

る [56]。糖尿病患者ではうつ状態の合併が多いこと、わが国では心理的サポートが不十分であることが指摘されており、心理面に配慮した対策が必要である。

＜各目標項目に係る課題＞

【重症化予防に係る目標項目】

① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

○ 糖尿病腎症による年間新規透析新規導入者数は横ばいが続いており、年間 15,000 人の目標達成は厳しい状況である。目標達成に向け重症化予防の更なる取組の推進が必要である。

○ 医療保険者に対し、糖尿病腎症重症化予防の取組について保険者インセンティブを含めた財政支援を継続予定である。また令和 2 （2020）年度から実施している大規模実証事業で糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証を実施し、その結果を糖尿病性腎症重症化予防プログラムに反映予定である。

○ 実証事業の結果等を踏まえ、今後の糖尿病対策として、自治体で介入すべき対象者の範囲を明確にしていく必要がある。

○ 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策実用化研究事業や腎疾患実用化研究事業、腎疾患政策研究事業において、糖尿病や CKD の病態解明や重症化予防、診療連携体制構築に関する研究を引き続き推進する。

○ （健康寿命延伸プラン）令和 10（2028）年度までに年間新規透析導入患者数（糖尿病腎症以外の要因含む）を 3.5 万人以下にすることを目標として、慢性腎臓病診療連携体制を全国展開する。

○ 今後の糖尿病腎症も含めた腎疾患対策の更なる推進について、平成 30（2018）年 7 月に「腎疾患対策検討会」において報告書がとりまとめられ、当該報告書を踏まえた、腎疾患対策の取組の通知を、自治体や関係団体向けに発出したところ。今後は、この報告書に基づき、糖尿病が重症化し、糖尿病腎症に病態が進行したとしても、早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続することにより、重症化予防を徹底するため、行政、関係学会、関係団体等の地域における関係者が連携して対策に取り組めるよう体制を整備し、普及啓発、医療提供体制整備等の対策に取り組む。

○「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業」を更に推進する。

○ 厚生労働科学研究で、（糖尿病学会・日本医師会）大規模糖尿病診療データベースの構築（J-DREAMS[52]、J-DOME[53]）を用いた研究を実施する。

② 治療継続者の割合の増加

○ 治療継続者の割合は、策定時より増加が認められない。目標達成に向け、治療継続の推奨並びに受診勧奨等の取組を更に推進する。

○ 保険者が作成するデータヘルス計画 [54] 等に基づき、適切な治療を継続できるよう取り組む保険者もあり、保険者が行う生活習慣病等の重症化予防や未治療・治療中断者に対する受診勧奨

等の取組について引き続き支援する。

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

○ 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は、目標を達成しているが、引き続き関連する取組を推進する。

○ 日本糖尿病学会ガイドラインと整合を取り、本指標について HbA1c≧8.0%の減少へと、更に目標を厳しくしていくことが重要である。日本糖尿病学会・日本老年医学会合同委員会において、75 歳以上高齢者もしくは手段的 ADL が低下した者、軽度認知症者におけるコントロール目標値として、SU 剤・インスリン等重症低血糖が危惧される薬剤使用中の高齢者におけるコントロール目標は、8.0%未満、下限値は 7.0%している [55] ことを考慮しても、「8.0%以上の者を減らす」目標を設定するのは妥当と考えられる。

○ 保険者が作成する「データヘルス計画」等に基づき、糖尿病等のコントロール不良者への保健事業に取り組む保険者もみられ、保険者が行う生活習慣病等の重症化予防等の取組について支援を継続予定である。

○ メタボリックシンドローム該当率、特定健診・特定保健指導実施率には自治体や保険者で差が生じていることから、行政、保険者、関係団体が連携した取組推進が求められる。

○ 労働局の「治療と仕事の両立支援」、コントロールが安定した患者へのオンライン診療の普及等により、治療中断を防ぐことが大切である。

【発症予防に係る目標項目】

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

⑤ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少（循環器領域と共通の目標項目）

⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上（循環器領域と共通の目標項目）

○ 糖尿病有病者数、メタボリックシンドロームの該当者・予備群者の減少を目指し、更なる取組を推進していく必要がある。

○ 肥満者の割合は中間評価以降増加傾向であり、改めて効果的な肥満対策について検討・推進していく必要がある。

○ 保険者種別に見て、健診受診率・保健指導実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群割合等に差がみられたことより、特に中小規模事業所の加入する保険者における取組の強化を検討する必要がある。地域・職域連携の推進、糖尿病の治療と仕事の両立支援、健康経営の推進等を通じて、事業主や就労者に対する働きかけ支援の強化を検討していく必要がある。

○ 保険者が作成する「データヘルス計画」において、特定健診実施率・特定保健指導実施率の更なる向上を目指した保健事業に取り組む保険者は多く、保険者が行う保健事業について適切なインセンティブ付与等の支援を継続予定である。

○ 働き盛りにも受け入れられやすい ICT を活用した予防プログラムの普及が必要である。

○ より充実した保健指導を行えるよう標準的な健診・保健指導プログラムの周知啓発を行っていく。

○ 令和 6 （2024）年度より第 4 期特定健診・特定保健指導を開始予定。より効果的な特定

健診・特定保健指導のあり方を検討している。

○ 特定健診・特定保健指導について、令和２（2020）～４（2022）年度にかけて行う大規模実証事業の中で、健康増進効果等を引き続き検証しており、事業の結果等を踏まえて第４期計画に向けて適切な見直しを行っていく。

○ 厚生労働科学研究を通して、意義のある特定健診のあり方や効果的な保健指導の方法について検討予定である。

○ 健康なまちづくり・職場づくりを推進し、健康的なライフスタイル（身体活動・運動や食生活）が享受できることを広げていく（日本健康会議の活用）。

○ パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）等、ICT を活用し、自らの健康状態をモニタリングできる仕組みづくり等、新たな方策に積極的に取り組んでいくことにより、本人にあった適切な方法で予防を進められることが肝要である。

○ ICT 活用により特定保健指導の初回面接の実施率が高まったという報告もあり、保健指導への ICT 活用を普及することが必要である。

○ 健診データの分析結果を分かりやすく示した健康スコアリング等、集団としてのデータ分析結果の保健事業への活用（データヘルス計画等）のさらなる進展が期待される。

○ 科学的根拠の乏しいいわゆる健康番組や商品等から消費者（国民）を守る仕組みが必要である。

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

○ 外出自粛に伴う活動量の低下や、喫煙、飲酒量増加による生活習慣の悪化等が懸念される。

○ 治療中断による糖尿病コントロールの悪化が懸念される。

○ 糖尿病は COVID-19 の重症化リスク[57)]とされている。

○ 糖尿病等の基礎疾患のある方に対しては優先的にワクチン接種を進めていく。

○ ワクチン接種の待ち時間等に、コロナ対策としても生活習慣改善の取組を合わせて実施していくことの大切さを伝える。

○ 自治体は地域の感染状況に応じて、住民に対しフェーズに合わせた感染対策の具体的な方法を示していく。

○ 令和３（2021）年度特別研究[58)]において、新型コロナウイルスが糖尿病のコントロールや診療に与える影響を検討し、今後の診療体制を提案するための研究を実施する。

○ 新型コロナウイルス感染症による健診受診控えに対してリーフレットを通して受診勧奨を啓発する。

＜参考文献･URL＞

1) Yooyama H, Araki SI, Kawai K, et al. Declining trends of diabetic nephropathy, retinopathy and neuropathy with improving diabetes care indicators in Japanese patients with type 2 and type 1 diabetes (JDDM 46). BMJ Open Diabetes Res Care. 2018. PMID: 29892340

2) Kawasaki R, Tanaka S, Tanaka S, et al. Japan Diabetes Complications Study Group Incidence and progression of diabetic retinopathy in Japanese adults with type 2 diabetes: 8 year follow-up study of the Japan Diabetes Complications Study (JDCS). Diabetologia 2011;54:2288–2294

3) Sone H, Tanaka S, Tanaka S, et al. Leisure-time physical activity is a significant predictor of stroke and total mortality in Japanese patients with type 2 diabetes: analysis from the Japan Diabetes Complications Study (JDCS). Japan Diabetes Complications Study Group.Diabetologia. 2013 May;56(5):1021-30. doi: 10.1007/s00125-012-2810-z.

4) Xue M, Xu W, Ou YN,et al. Diabetes mellitus and risks of cognitive impairment and dementia: A systematic review and meta-analysis of 144 prospective studies.Ageing Res Rev. 2019 Nov;55:100944. doi: 10.1016/j.arr.2019.100944.

5) Sasazuki S, Charvat H, Hara A, et al. Diabetes mellitus and cancer risk: pooled analysis of eight cohort studies in Japan. Cancer Sci 2013; 104: 1499–1507.

6) Williams R, Karuranga S, Malanda B, et al. Global and regional estimates and projections of diabetes-related health expenditure: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. Diabetes Res Clin Pract. 2020;162:108072 doi: 10.1016/j.diabres.2020.108072.

7) Edward Gregg, et al. WHO: the Diabetes Targets Expert Consultation Group. Improving Health Outcomes of People with Diabetes Mellitus; Target Setting to Reduce the Global Burden of Diabetes Mellitus by 2030. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/india/health-topic-pdf/noncommunicable-diseases/eb150---annex-2-(diabetes-targets)---final-(for-web).pdf?sfvrsn=c2fa5e2c_3&download=true

8) Araki E, Goto A, Kondo T et al. Japanese Clinical Practice Guideline for Diabetes 2019. J Diabetes Investig. 2020. PMID: 33021749

9)「日本人の食事摂取基準」策定検討会．糖尿病．日本人の食事摂取基準（2020 年版）p461-475. 令和元年12月. https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000586553.pdf

10) Aune D, Norat T, Leitzmann M,et al. Physical activity and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis. Eur J Epidemiol.

2015 Jul;30(7):529-42. doi: 10.1007/s10654-015-0056-z.
11) Hemmingsen B, Gimenez-Perez G, Mauricio D, et al. Diet, physical activity or both for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in people at increased risk of developing type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Dec 4;12(12):CD003054. doi: 10.1002/14651858.CD003054.pub4.
12) An Pan, PhD* , Yeli Wang, MSc* , Mohammad Talaei, et al. Relation of active, passive, and quitting smoking with incident diabetes: a meta-analysis and systematic review. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015 December ; 3(12): 958–967. doi:10.1016/S2213-8587(15)00316-2.
13) Akter S, Goto A, Mizoue T. Smoking and the risk of type 2 diabetes in Japan: A systematic review and meta-analysis. J Epidemiol. 2017 Dec;27(12):553-561. doi: 10.1016/j.je.2016.12.017.
14) Itani O, Jike M, Watanabe N, et. al. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Sleep Med. 2017(32)246-256. doi: 10.1016/j.sleep.2016.08.006.
15) Jike M, Itani O, Watanabe N, et. al. Long sleep duration and health outcomes: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. Sleep Med Rev. 2018 Jun;39:25-36. doi: 10.1016/j.smrv.2017.06.011.
16) Moulton CD, Pickup JC, Ismail K. The link between depression and diabetes: the search for shared mechanisms Lancet Diabetes Endocrinol. 2015 Jun;3(6):461-471. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00134-5.
17) Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. J Affect Disord. 2012 Oct;142 Suppl:S8-21. doi: 10.1016/S0165-0327(12)70004-6.
18) Ito T, Ishigami M, Zou B, et al. The epidemiology of NAFLD and lean NAFLD in Japan: a meta-analysis with individual and forecasting analysis, 1995-2040. Hepatol Int . 2021;15(2):366-379. doi: 10.1007/s12072-021-10143-4.
19) Katagiri S, Nitta H, Nagasawa T, et al. Effect of glycemic control on periodontitis in type 2 diabetic patients with periodontal disease. J Diabetes Investig 2013; 4: 320–325
20) Sakane N, Kotani K, Suganuma A, et al. Effects of obesity, metabolic syndrome, and non-alcoholic or alcoholic elevated liver enzymes on incidence of diabetes following lifestyle intervention: A subanalysis of the J-DOIT1. J Occup Health. 2020 Jan;62(1):e12109. doi: 10.1002/1348-9585.12109.
21) Sakane N. Diabetes prevention in the real world: Insights from the JDPP and J-DOIT1. J Gen Fam Med. 2017;18:325–330. https://doi.org/10.1002/jgf2.85
22) Hayashino Y, Suzuki H, Yamazaki K,et. al. A cluster randomized trial on the effect

of a multifaceted intervention improved the technical quality of diabetes care by primary care physicians: The Japan Diabetes Outcome Intervention Trial-2 (J-DOIT2). Diabet Med. 2016 May;33(5):599-608. doi: 10.1111/dme.12949.
23) Ueki K, Sasako T, Okazaki Y, et al. Effect of an intensified multifactorial intervention on cardiovascular outcomes and mortality in type 2 diabetes (J-DOIT3): an open-label, randomised controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol 2017; 5: 951–964.
24) Christine PJ, Auchincloss AH, Bertoni AG, Longitudinal Associations Between Neighborhood Physical and Social Environments and Incident Type 2 Diabetes Mellitus: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). JAMA Intern Med. 2015 Aug;175(8):1311-20. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.2691.
25) 日本透析医学会．わが国の慢性透析療法の現況.
https://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html
26）厚生労働省．国民健康・栄養調査.
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html
27）厚生労働省．NDB オープンデータ.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html
28）厚生労働省．特定健康診査・特定保健指導の実施状況.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173202_00008.html
29）スマート・ライフ・プロジェクト http://www.smartlife.mhlw.go.jp/
30） e －ヘルスネット
https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/
31）特定健診・特定保健指導について
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html
32） 標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】（平成 30 （2018）年４月）
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html
33) Tsushita K, S Hosler A, Miura K, et al : Rationale and descriptive analysis of Specific Health Guidance: the nationwide lifestyle intervention program targeting metabolic syndrome in Japan. J Atheroscler Thromb. 2017 Dec 12. doi: 10.5551/jat.42010.
34 ）日本医師会 日本糖尿病対策推進会議 厚生労働省．糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成 31 年 4 月 25 日改定）
https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/program.pdf
35）厚生労働科学研究「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証と重症化予防のさらなる展開を目指した研究」（平成 28（2016）～29（2017）年度及び平成 30（2018）～令和２（2020）年度、研究代表者 津下一代）
36）厚生労働省．国民健康保険制度の保険者努力支援制度の集計結果について.

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_10745.html
37) Kobayashi T, Tsushita K, Nomura E et al .Automated Feedback Messages With Shichifukujin Characters Using IoTSystem-Improved Glycemic Control in People With Diabetes: A Prospective, Multicenter Randomized Controlled Trial. J Diabetes Sci Technol. 2019 Jul;13(4):796-798.
38 ）厚生労働科学研究「今後の糖尿病対策と医療体制提供のための研究」（平成 29（2017）～令和元（2019）年度、研究代表者 門脇孝）
39) 厚生労働科学研究 「糖尿病の実態把握と環境整備のための研究」（令和 2 （2020）～4 （2022）年度、研究代表者 山内敏正）
40）日本糖尿病学会．対糖尿病戦略 5 ヵ年計画 第 3 次計画
http://www.jds.or.jp/uploads/files/education/plan_5years_3rd.pdf
41）日本糖尿病学会．対糖尿病戦略 5 ヵ年計画 第 4 次計画
http://www.fa.kyorin.co.jp/jds/uploads/plan_5years_4th.pdf
42）日本肥満学会．肥満症診療ガイドライン 2016.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/naika/107/2/107_262/_pdf/-char/ja
43）日本肥満学会．小児肥満症診療ガイドライン 2017
44）日本医師会．糖尿病対策.
https://www.med.or.jp/doctor/diabetes/
45）Tanaka H, Sugiyama T, Ihana-Sugiyama N, et al. Changes in the quality of diabetes care in Japan between 2007 and 2015: A repeated cross-sectional study using claims data. Diabetes Res Clin Pract . 2019 Mar;149:188-199. doi: 10.1016/j.diabres.2019.02.001
46) 腎疾患対策検討会報告書
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000172968_00002.html
47) 厚生労働科学研究．糖尿病受診中断対策包括ガイド（平成 26 年．研究代表者 野田光彦）
https://human-data.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/07/dm_jushinchudan_guide43_e.pdf
48）厚生労働省．事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン．糖尿病に関する留意事項．（令和 4 年 3 月改訂版）
https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000912019.pdf
49）厚生労働省．企業・医療機関連携マニュアル．事例編糖尿病．（令和 3 年 3 月改訂版）
https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000780069.pdf
50）厚生労働省．特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ取りまとめ．2020 年 3 月
https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000616588.pdf
51）厚生労働科学研究「網膜脈絡膜・視神経萎縮症に関する調査研究班」（平成 26（2014）～

30（2018）年度難治性疾患等政策研究事業」（研究代表者　山下英俊）
52）厚生労働科学研究「大規模レジストリ・大規模臨床試験の分析による合併症予防に有効な標準糖尿病診療のための研究」（令和元（2019）～３（2021）年度　研究代表者　植木浩二郎）
53）厚生労働科学研究「糖尿病等生活習慣病対策の地域格差把握とその改善－日本医師会かかりつけ医データベース J-DOME を活用して」（令和 3（2021）～5（2023）年度　研究代表者　野田光彦
54）厚生労働省保険局、健康保険組合連合会．データヘルス計画作成の手引き（改訂版）平成 29 年
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000201969.pdf
55）日本糖尿病学会・日本老年医学会の合同委員会．高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 2016
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/tool_01.html
56）清野裕，他．糖尿病とスティグマ－Cure，Care から Salvation（救済）へ．医学のあゆみ．273 巻 2 号　2020 年
57）Terada M, Ohtsu H, Saito S et al. Risk factors for severity on admission and the disease progression during hospitalisation in a large cohort of patients with COVID-19 in Japan. BMJ Open 2021. doi: 10.1136/bmjopen-2020-047007
58）厚生労働科学研究「新型コロナ感染症流行による糖尿病患者の生活様式・受診行動の変化が重症化に及ぼす影響の解析と今後の診療体制構築のための研究」（令和３（2021）年度特別研究．研究代表者　植木浩二郎）

様式２（案）

（領域名）（４）ＣＯＰＤ

背景

○ ＣＯＰＤは主として喫煙等の有害物質を長期に吸入曝露することにより生ずる咳、痰、息切れを特徴とする肺疾患であり、主に高齢者に発症する。ＣＯＰＤの病態は肺気腫病変と気道病変がさまざまに混合して起こる。

○ 平成 16（2004）年に発表された NICE study によると、無作為に抽出された一般住民調査による大規模な疫学調査で 40 歳以上の日本人のＣＯＰＤ有病率は 8.6%、40 歳以上の約 530 万人、70 歳以上の約 210 万人と推定された。

○ 一方、厚生労働省の患者調査によれば、ＣＯＰＤ患者数は健康日本 21（第二次）が始まる平成 24（2012）年当時は 20 数万人前後で推移しており、この患者数推計格差から多くの診断されていないＣＯＰＤ患者の存在が推定された。また、平成 24（2012）年当時、年間ＣＯＰＤ死亡数は約 16,000 人であり、死亡原因として全体の９位、男性では 8 位であった。高齢者人口の増加によりこの死亡数も年々増加していくものと予想された。

○ 以上の背景から健康日本 21（第二次）において、主に喫煙者の生活習慣病のひとつとしてＣＯＰＤが取り上げられた。一般市民の認知率を高めることを通して、早期発見、早期治療介入に結び付け、その結果として健康寿命の延伸、ＣＯＰＤ死亡数の減少に寄与するものと期待された。

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、改善傾向にある		0
	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		1
D　悪化している		0
E　評価困難		0

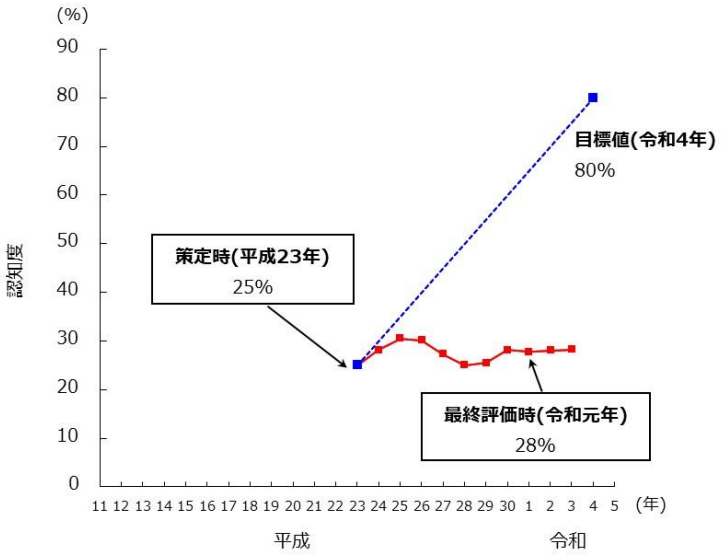
目標項目	評価
①　ＣＯＰＤの認知度の向上	**C**

① ＣＯＰＤの認知度の向上

健康日本 21（第二次）終了時点で認知度 80%まで高めるという目標に比べ、令和元（2019）年時点では 27.8%に留まっており遠く及ばない。ベースラインの 25.2%からメディアを使った啓発によりいったん 30.5%まで上昇した。しかし、その後 25.0%に逆戻りし、最終的に 27.8%に再上昇した。ベースラインからの相対変化は＋10.3%であり 5%を超えて改善しているものの、目標値 80%に対してわずかな変化幅であることから、「C 変わらない」と評価した。

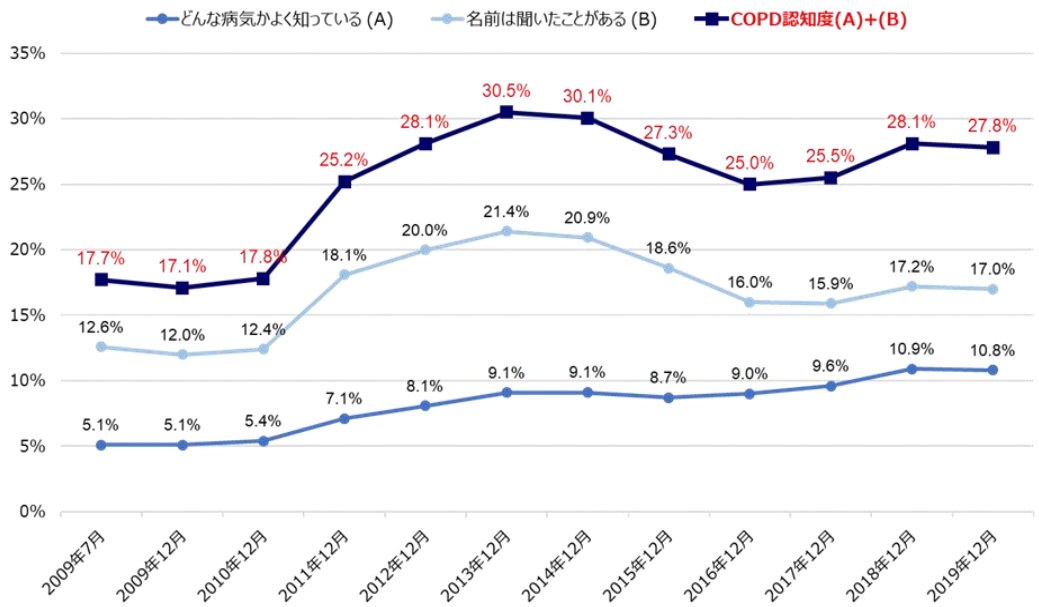
この間、「どんな病気か知っている」と答えた割合は 7.1%から 10.8%に上昇しており一定の評価はできる。年齢別にみると認知率は 20 歳代で 30%を超えており最も高く、高齢者世代ほど低下する傾向があり 60 歳以上では 25%を下回っている。ＣＯＰＤが高齢者の疾患であることを鑑みると問題点として指摘しうる。

図表 1：ＣＯＰＤの認知度



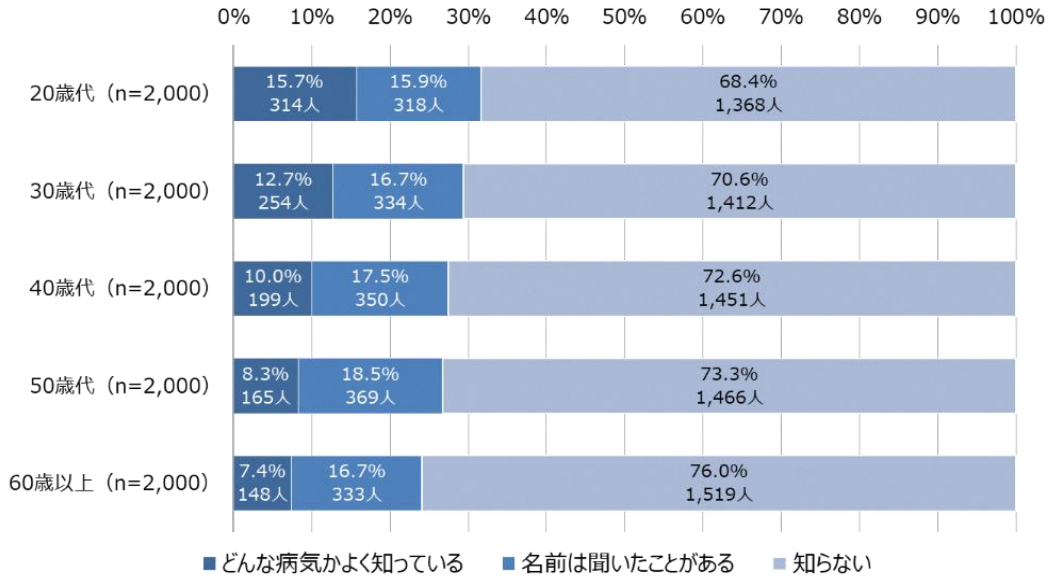
出典：一般社団法人ＧＯＬＤ日本委員会「ＣＯＰＤ認知度把握調査」

図表 2：ＣＯＰＤ認知度の推移



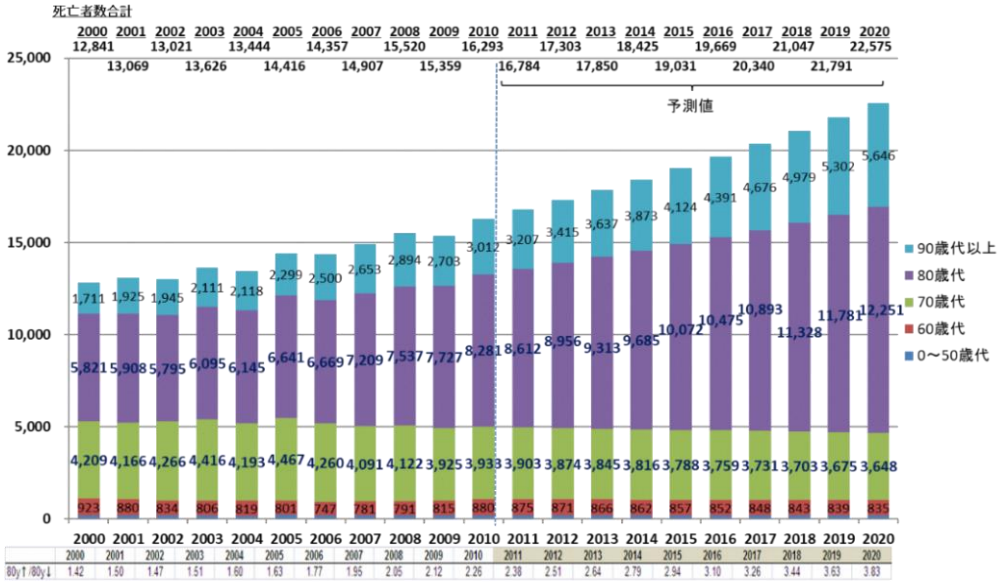
出典：一般社団法人ＧＯＬＤ日本委員会「ＣＯＰＤ認知度把握調査」

図表 3：ＣＯＰＤの認知度（年齢別）

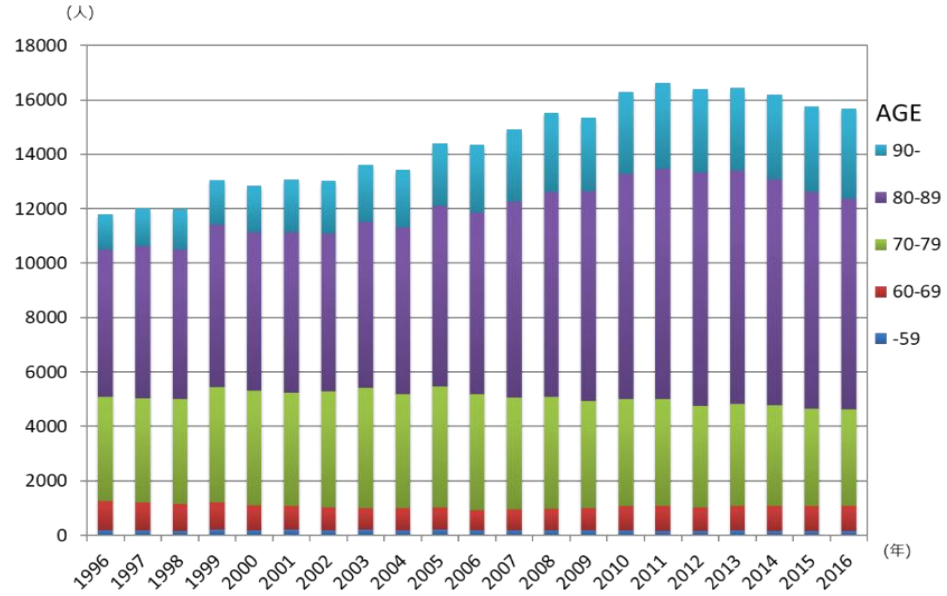


出典：一般社団法人ＧＯＬＤ日本委員会「ＣＯＰＤ認知度把握調査」（2019 年 12 月調査）

図表 4：ＣＯＰＤ死亡者数の推計

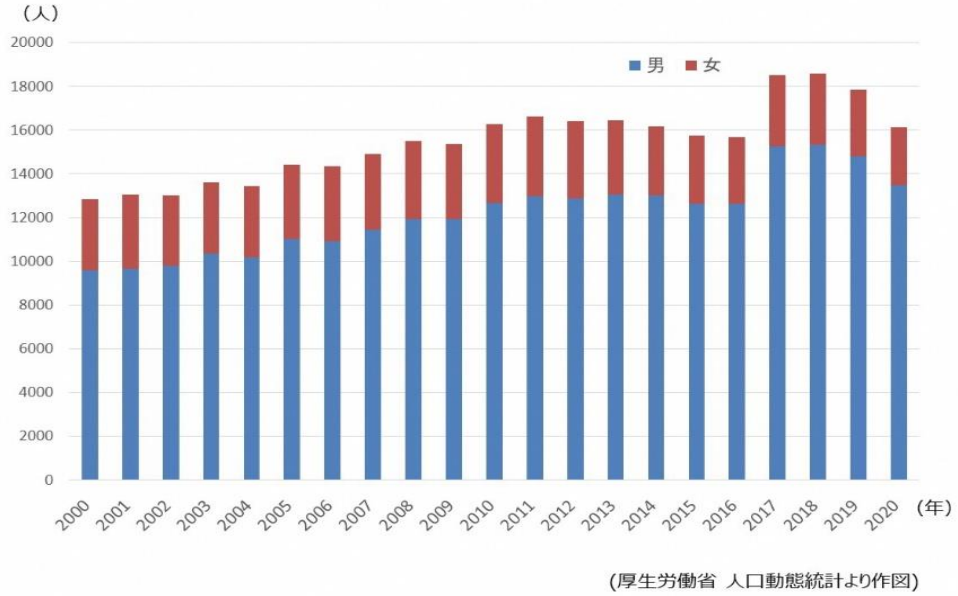


図表 5：ＣＯＰＤ死亡者数の推移（1996 年―2016 年）



出典（図表 4、図表 5）：厚生労働省「人口動態統計」

図表 6：日本のＣＯＰＤ死亡者数の推移（2000 年―2020 年）



(厚生労働省 人口動態統計より作図)

出典：厚生労働省「人口動態統計」

2　関連する取組

＜国の取組＞

○ 厚生労働省の健康情報サイトｅ－ヘルスネット[△4)] 等を用いて、「ＣＯＰＤ」の名称と疾患に関する知識の普及や禁煙により発症予防可能であることの理解を促進した。

○ 日本呼吸器学会市民公開講座の後援に入り、ＣＯＰＤ周知に取り組んだ。

○ 「スマート・ライフ・プロジェクト」[△3)] において「禁煙」、「適度な運動」、「適切な食生活」、「健診・検診の受診」に対する取組を推進しているところであり、禁煙の重要性や喫煙によって生じるリスク等について情報を発信した。

○ 受動喫煙含む喫煙対策（詳細は喫煙領域に記載）に取り組んだ。

- 喫煙に関して、禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版の策定（平成 30（2018）年５月）[△2)] や禁煙週間におけるイベント等の開催、「たばこ対策促進事業」等を実施。
- がん診療連携拠点病院において、「たばこクイットライン」事業を開始し、電話等による禁煙相談を実施。
- 診療報酬におけるニコチン依存症管理料について、情報通信機器を用いた診療に係る評価がなされるとともに、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件を見直し。
- たばこパッケージの注意文言の表示面積を 30%から 50%以上に拡大。また、たばこパッケージ標記に関して、従来の「肺気腫を悪化させる危険があります」から「慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）を悪化させる危険があります」に修正。
- たばこの段階的な税率増加を実施。

＜ＣＯＰＤ疾患啓発のための組織＞

- 慢性呼吸器疾患啓発促進委員会（日本呼吸器学会）
- 日本ＣＯＰＤ対策推進会議（日本医師会）
- ＧＯＬＤ日本委員会（産学一体のＮＰＯ法人）
- ＣＯＰＤ啓発プロジェクト（産学一体のＮＰＯ法人）
- 慢性呼吸器疾患対策推進議員連盟（有志の国会議員による連盟）
- 日本呼吸器障害者センター（Ｊ－ＢＲＥＡＴＨ）　（患者団体）

＜関連する団体・学会の具体的活動内容＞

- 「肺の日」「呼吸の日」等の市民向け啓発イベント：呼吸器学会主導により各地域で開催、関東地区では日本医師会、結核予防会、日本呼吸器学会の３者協働による活動。
- 日本医師会員向けの啓発資料作成・配布。
- “肺年齢”の導入によるスパイロメトリー検査の普及。
- マスメディア（テレビ、新聞等）を通じた継続的なＣＯＰＤ普及・啓発活動。
- 屋外ビジョンによる屋外動画、全国保険薬局の一部店内モニターで動画放映、全国の病院施設・東京都庁関連 800 施設におけるポスター掲示。
- 全国自治体によるＣＯＰＤ普及・啓発活動（地域による温度差大）。

- 全国自治体におけるＣＯＰＤ検診（スパイロメトリー検査）の組み入れ推進。
- ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン第５版を作成（平成 30（2018）年４月発刊、日本呼吸器学会）。
- 「禁煙治療のための標準的手順書（第８版）」の公開（令和２（2020）年４月、日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会、日本呼吸器学会）。

３ 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

①「ＣＯＰＤの認知度の向上」

評価は「C 変わらない」であった。認知率の上昇が目標に遠く及ばなかった原因として、ＣＯＰＤという横文字病名が国民に浸透しづらいという背景があるかもしれない。特に年齢階層別の認知率をみると、高齢になるほど低いという傾向があり、これも横文字病名の問題が背景にある可能性がある。

一方、ＣＯＰＤの病型・病態とも言うべき「肺気腫」「慢性気管支炎」という病名については令和元（2019）年の調査で認知率はそれぞれ 69.1%, 63.0%とかなり高いことが判明した（ただしＣＯＰＤの日本語訳である慢性閉塞性肺疾患の認知率はわずか 24.7%と低い)。つまり、ＣＯＰＤという病名としての認知率は低いが、本疾患によって起こる症候や病態については国民の半数以上に認知されていることを示している。

ＣＯＰＤという病名の認知率向上に関して目標達成は困難な状況にあるが、さまざまなＣＯＰＤ啓発活動の取組は一定の成果があったと考える。そのひとつの客観的事実は急速な高齢者人口の増加とそれに伴うＣＯＰＤ死亡数の増加という平成 22（2010）年当時の厚労省の予測にもかかわらず、ＣＯＰＤ死亡数は年齢調整死亡でみると、この 10 年間毎年着実に減少しており、絶対数でみても平成 23（2011）年をピークに減少の傾向にある。なお、ICD-10（平成 25（2013）年版）に準拠した死因統計分類の適応により、2017 年にいったん死亡数は増加したが、その後再び減少に転じている。また、その死亡年齢も経年的により高齢にシフトしていることが挙げられる。

４ 今後の取組と課題

○ ＣＯＰＤの認知度は、ほぼ横ばいで推移しており、現状のままでは目標達成は困難な状況にある。ＣＯＰＤの認知度向上は大きな課題であり、特にＣＯＰＤが「どんな病気か知っている」者の増加が患者の受診行動を促す上でも意義がある。

○ 次期プラン策定に向けての課題として、ＣＯＰＤ認知度の上昇だけではなく、年齢調整死亡率の減少等の指標設定についても検討が必要である。

○ 目標達成に向け、喫煙が最大の発症要因であり、禁煙により発症予防が可能であることや早期発見が重要であること等、普及啓発・認知度の向上に向けて取組を推進する。

○ 喫煙によるＣＯＰＤのリスクや正しい知識について、学校教育や、健診・保健指導、健康増進事業における「慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）健康教育」や「喫煙者個別健康教育」等を通じて、あらゆる世代により一層の普及啓発を図っていく必要がある。

○ 加熱式たばこの普及により従来たばこに比較して健康上の被害が遥かに少ないとの誤解がある。

加熱式たばこによっても肺の障害をきたすとする報告が相次いでおり、禁煙啓発活動のなかでは従来たばこと同等に扱うべきである。

○ ＣＯＰＤは肺炎や肺癌の危険因子として重要であり、軽症であっても高齢者の肺の健康という観点から重大な疾患であることを周知する。

○ ＣＯＰＤ対策において重要となる、たばこ対策を推進していく。

○「スマート・ライフ・プロジェクト」において「禁煙」、「適度な運動」、「適切な食生活」、「健診・検診の受診」に対する取組を推進しているところであり、禁煙の重要性や喫煙によって生じるリスク等について引き続き情報発信を行うとともに、スマート・ライフ・プロジェクトに参画している企業・団体・自治体と協力・連携し、国民運動として禁煙をさらに推進する。

○ ＣＯＰＤとフレイルや併存症の関係等も周知していく。

○ ＣＯＰＤの早期発見に向けて、スパイロメトリー検査の更なる普及・実施に努める（コロナ禍においては、スパイロメトリーが施行困難である状況を鑑み、スパイロメトリーを用いない診断治療の作業手順が提唱されていることも参照されたい[1)]）。

○ 医療現場でＣＯＰＤという疾患名が使われず、慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、慢性気管支炎等とされている、さらに、薬剤の添付文書、カルテ病名、DPC（診療群分類）、「疾病、傷害及び死因の統計分類」においてもＣＯＰＤの記載がないというのがわが国の現状である。行政と学会が協働した普及啓発活動が求められている。

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

○ 新型コロナ感染症の重症化因子であることを周知する。新型コロナ感染症診療の手引き第５版[△5)]に記載されているとおり、ＣＯＰＤは新型コロナ感染症の重症化因子であることが世界的に認知されている。一般人口において未診断ＣＯＰＤが多数潜在している現状を鑑みると、新型コロナ感染症で重症化・死亡した症例にも多数の未診断ＣＯＰＤが潜在していたことが想定される。新型コロナ感染症の知識普及と共に、ＣＯＰＤの認知度を向上させることの重要性は極めて高いと考える。

＜参考文献、URL＞

[1)] Shibata Y, Muro S, Yokoyama A, Hashimoto S. Statement from the Japanese Respiratory Society: Working diagnosis and initial management of COPD during the COVID-19 pandemic. Respir Investig. 2021 Jul;59(4):385-388.DOI:10.1016/j.resinv.2021.03.004

△２）■ 禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版
http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/manual2/addition.html

△３）■ スマート・ライフ・プロジェクト
http://www.smartlife.mhlw.go.jp/

△４）■ ｅ－ヘルスネット

https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/

△５）■ 新型コロナ感染症診療の手引き第５版

https://www.mhlw.go.jp/content/000785119.pdf

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、身体の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。

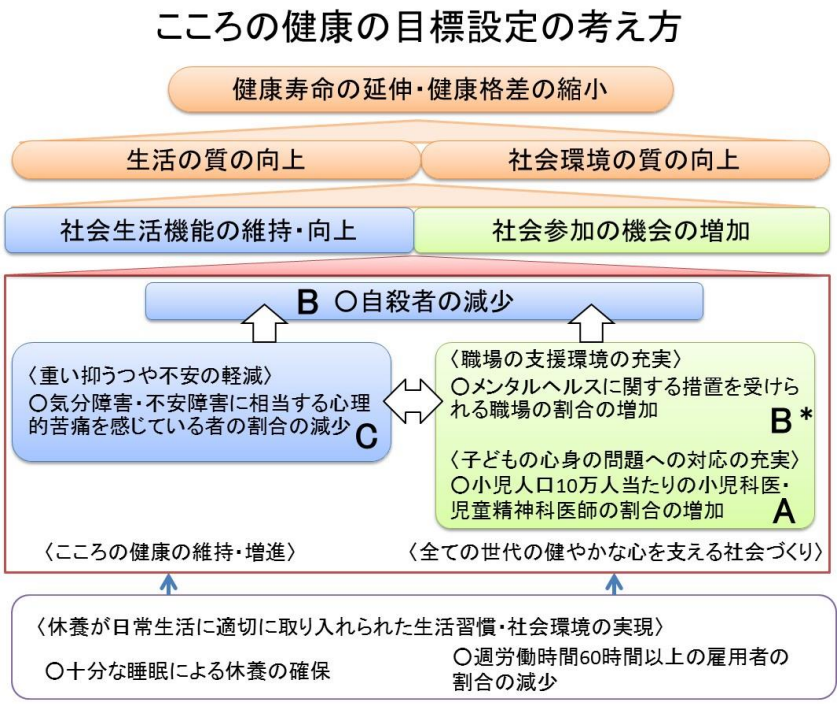
○ このうち「自殺者の減少（人口 10 万人当たり）」は自殺総合対策大綱[△9)]に基づいて、「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加」は労働安全衛生法の改正とストレスチェック制度の創設に基づいて、それぞれ目標値が設定された。

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、改善傾向にある		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）

図表 1：こころの健康の目標設定の考え方及び目標項目の評価

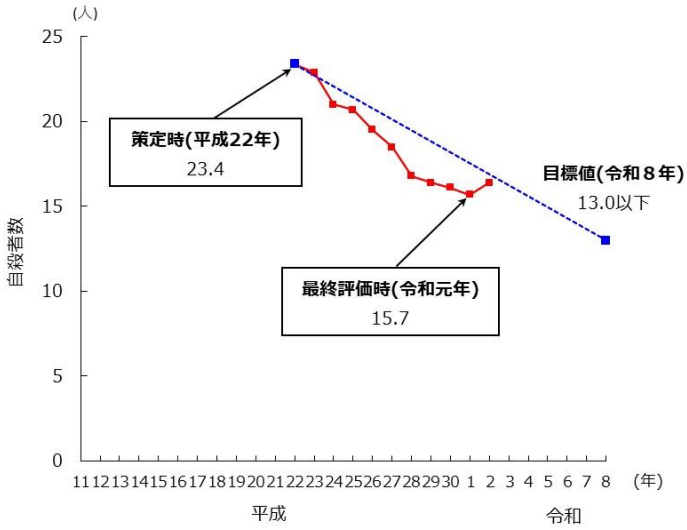


出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

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 以下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 となっており、図表 2（次頁）をみると、策定時から目標値までの点線を実績値は下回って推移しており、目標達成に向けた動きとなっている。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。

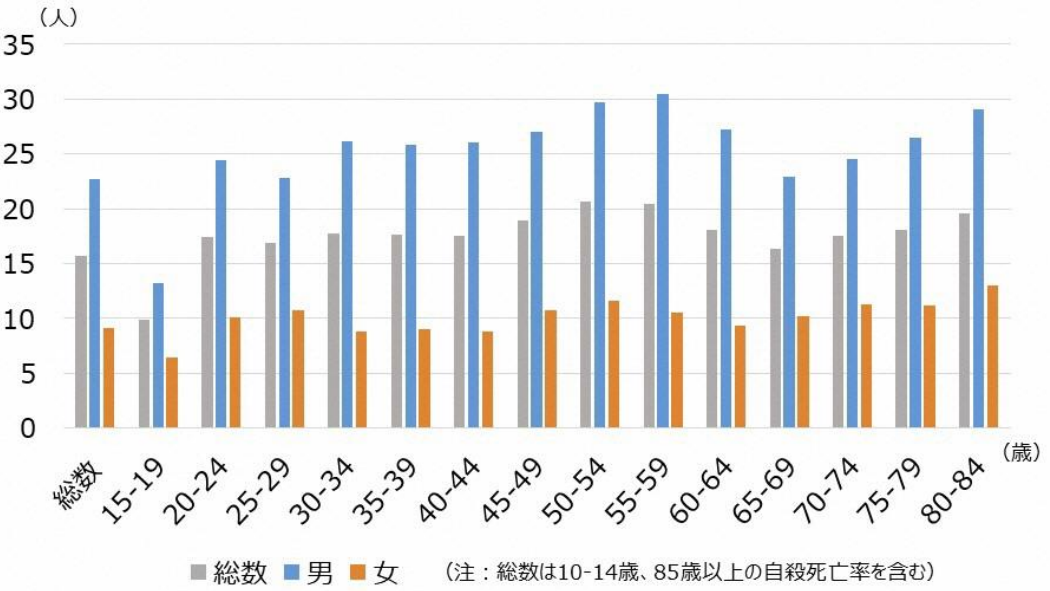
図表 2：自殺者数（人口 10 万人当たり）



出典：厚生労働省「人口動態調査」

図表 3 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。

図表 3：性･年齢階級別の自殺死亡率（人口 10 万人あたり）



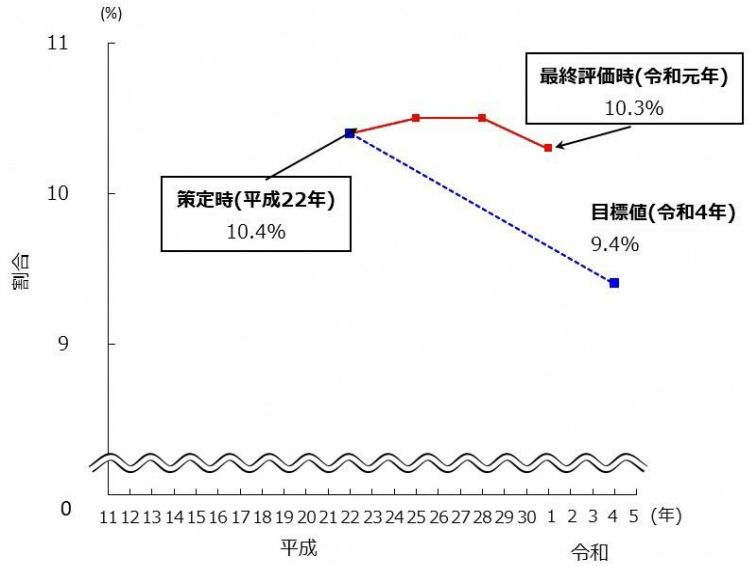
出典：厚生労働省「人口動態調査」

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。

図表 4：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」

図表 5 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。

図表 5：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」

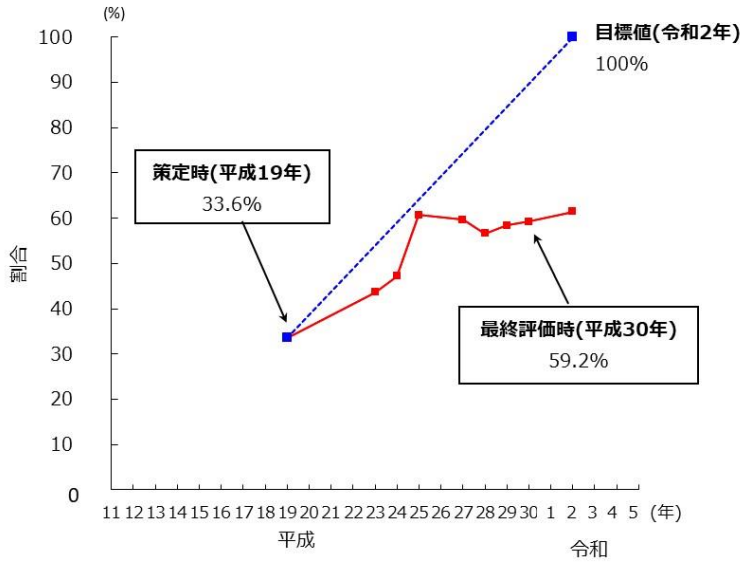
③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加

職場におけるメンタルヘルス対策[△10)] 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。）。

図表 6：メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合



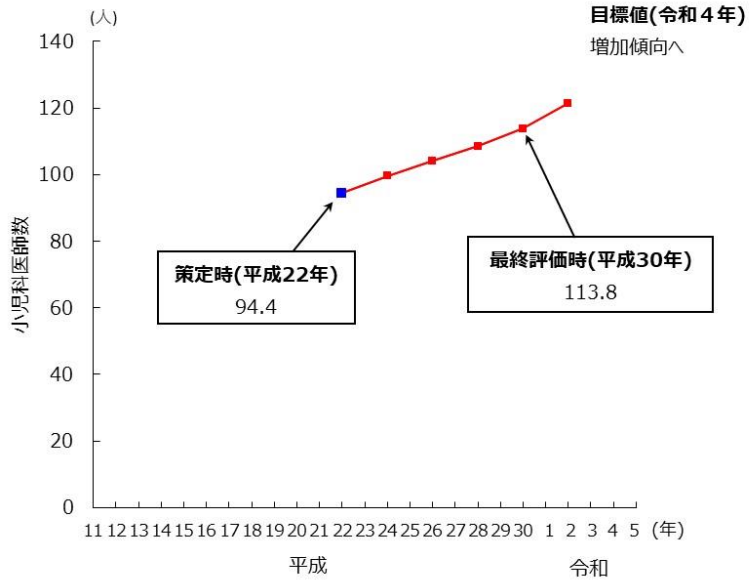
出典：厚生労働省「労働安全衛生調査（実態調査）」
（平成 24（2012）年以前は「労働者健康状況調査」）

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。（参考値：令和 2（2020）年の小児人口 10 万人当たりの小児科医師数は 119.7、児童精神科医は●●はである。となっている。）なお小児人口は 15 歳未満人口を使用している。

本指標が微増した要因には、指標の分母である小児人口の減少も影響しているが、分子である小児科医及び日本児童青年精神医学会加入者数の内の医師会員数も増加している。

図表 7：小児人口 10 万人当たりの小児科医師の割合



出典：小児人口（平成 22 年）：国勢調査

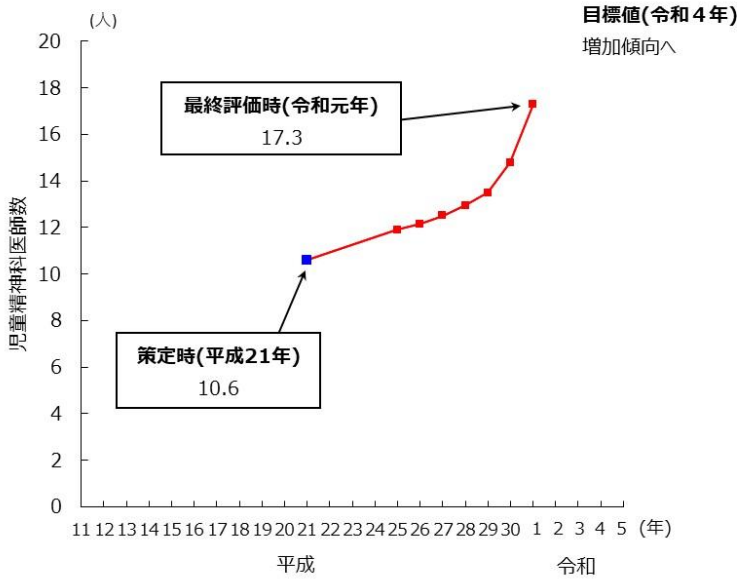
小児人口（平成 21 年、平成 28 年、平成 30 年、令和２年）：人口動態統計

注 総務省「人口推計（10 月１日現在）」から引用

小児科医師数（平成 22 年、平成 28 年）：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

小児科医師数（平成 30 年、令和２年）：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

図表 8：小児人口 10 万人当たりの児童精神科医師の割合



出典：小児人口（平成 28 年、平成 30 年）：人口動態統計
注　総務省「人口推計（10 月 1 日現在）」から引用
児童精神科医師数：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[△11)]。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（2033）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」を開設した。

○ 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した。

○ 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した。

○ 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した。

○ 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した。

○ 平成 29（2017）年度より、産後うつの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）~~を開始した。

○ 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を増設した。

○ 産業保健体制が不十分な労働者数 50 人未満の小規模事業場に対する支援として、産業保健総合支援センターの地域窓口（地域産業保健センター）において、健康診断の結果に対する相談、長時間労働者に対する面接指導、脳・心臓疾患のリスクの高い労働者に対する保健指導、メンタルヘルス不調者への相談指導等を実施している。

○ さらに、独立行政法人労働者健康安全機構において、小規模事業場に対するストレスチェックの

実施や職場環境改善計画の実施等に対して費用の助成を行っている。

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）

○ 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した。

○ 地域医療介護総合確保基金において、小児科等の不足している診療科の医師確保支援についても活用できることとしており、医師の処遇改善に取り組む医療機関への財政支援を実施した。

○ 思春期精神保健対策研修会において、児童思春期の専門的な精神医療を担う人材育成に向けた研修を実施した。

○ 関係学会の取組として、、、、した。

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）

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（地域産業保健センター）による、特に労働者 50 人未満の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 人未満の小規模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。サブスペシャル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、全ての世代の健やかなこ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　今後の取組と課題

＜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てられている。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１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しうることが指摘されており[2)]、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※1等の対策の普及が求められる。

○ 身体の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（第二次）の他の分野（循環器疾患、糖尿病、飲酒、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。

※1 被支援者のケアを行う際に、過去にその人がトラウマを体験した可能性や、現在の症状・不適応的な行動がトラウマの苦痛を和らげようとして生じている可能性を想定して支援者が関わること。

○ 今後本指標の評価にあたっては、年齢調整の必要性も含め検討する必要がある。

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、1 次予防法の開発・普及（prevention gap をうめること）が必要であることが指摘されている[3)]。

○ 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、こんにちは赤ちゃん事業、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数 50 人未満の小規模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」（平成 30（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。

○ 平成 17（2005）年の労働安全衛生法改正で、長時間労働を行う労働者に対して医師による面接指導が事業者に義務づけられており、引き続き適切な実施を図っていく必要がある。

○ 令和元（2019）年 5 月、「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律」が成立し、パワーハラスメント防止のための事業主の雇用管理上の措置義務等が新設され、セクシュアルハラスメント等の防止対策について事業主及び労働者の責務が明確化されており、これらの対策を引き続き推進していく必要がある。

○ 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労働者数 50 人未満の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（地域産業保健センター）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、サブスペシャル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

○ 経済的な困難、孤立・孤独の増加等、様々な要因によって、コロナ禍はこころの健康に無視できない悪影響を与えている可能性が考えられている。

○ 警察庁「自殺統計」によると、自殺者数は令和２（2020）年は前年から増加に転じた。特に、女性や学生・生徒等における自殺者数の増加が目立っており、今後も注視が必要である。

○ 新型コロナウイルス感染拡大前と比べて、世界中でうつ病は 5,320 万人（27.6%）、不安症は 7,620 万人（25.6%）増加したと推定されている[4)]。日本におけ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コロナ前との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[5, 6)]、今後の注視が必要である。

○ 精神疾患からの回復のための社会資源の変化によって精神疾患が悪化している可能性もある。たとえば、依存症を持つ人が感染の恐怖から自助グループへの参加を中断したり、感染拡大防止の観点から自助グループの開催が中止されたりして、そのことが依存症の増悪につながっている可能性が指摘されている[7)]。

○ 海外では、コロナ禍で子どもの行動上の問題も増えていることが指摘されている[8)]。

＜参考文献・URL＞

[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. PubMed PMID: 17804063.

2 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. Epub 2018/03/28. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30060-9. PubMed PMID: 29580610.

3 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. doi: 10.1002/wps.20388. PubMed PMID: 28127925; PubMed Central PMCID: PMCPMC5269479.

4 Covid-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet. 2021;398(10312):1700-12. Epub 2021/10/12. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7. PubMed PMID: 34634250; PubMed Central PMCID: PMCPMC8500697 Flaxman holds stock in Agathos, and consults and advises Janssen, SwissRe, Sanofi, and Merck for Mothers on simulation modeling, outside of the submitted work. S Nomura reports support from the Ministry of Education,

Culture, Sports, Science and Technology of Japan. All other authors declare no competing interests.
5 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. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.016. PubMed PMID: 30025309.
6 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. Epub 2021/07/07. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051115. PubMed PMID: 34226236; PubMed Central PMCID: PMCPMC8260284.
7 Volkow ND. Collision of the COVID-19 and Addiction Epidemics. Annals of internal medicine. 2020;173(1):61-2. Epub 2020/04/03. doi: 10.7326/M20-1212. PubMed PMID: 32240293; PubMed Central PMCID: PMCPMC7138334.
8 Lebrun-Harris LA, Ghandour RM, Kogan MD, Warren MD. Five-Year Trends in US Children's Health and Well-being, 2016-2020. JAMA Pediatr. 2022. Epub 2022/03/15. doi: 10.1001/jamapediatrics.2022.0056. PubMed PMID: 35285883; PubMed Central PMCID: PMCPMC8922203.

△９）■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（2017）年７月 25 日閣議決定）
http://wwwmhlw.go.jp/stf/seisakunits.uite/bunya/0000131022.html
△10）■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/seisakunitsuite/bunya/0000153869.html
△11）■「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

様式２

（領域名）（２）次世代の健康

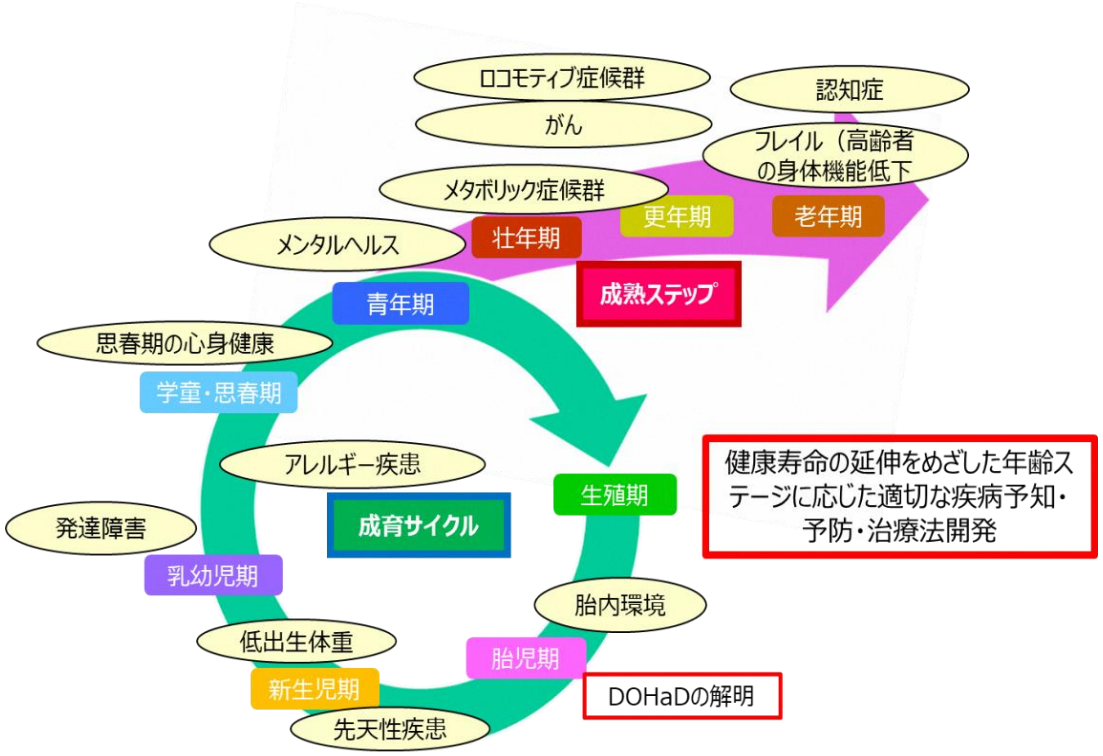
背景

○ 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、孤食等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 Heath and Disease）の概念[1, 2, 3]が注目される中、胎児期からの生活習慣病予防の視点[4),5)]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（図表 1）[6)]。

○ 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。

図表 1：胎児期から乳児期の環境が将来の健康に及ぼす影響

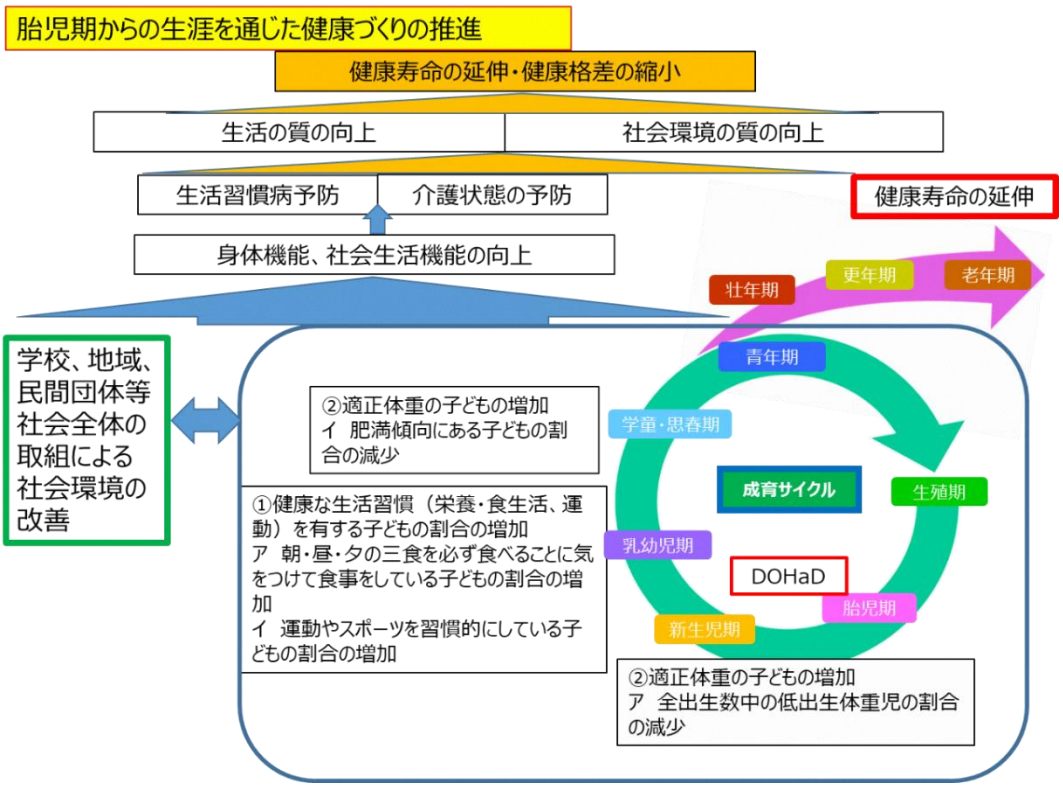


1　目標項目の評価状況

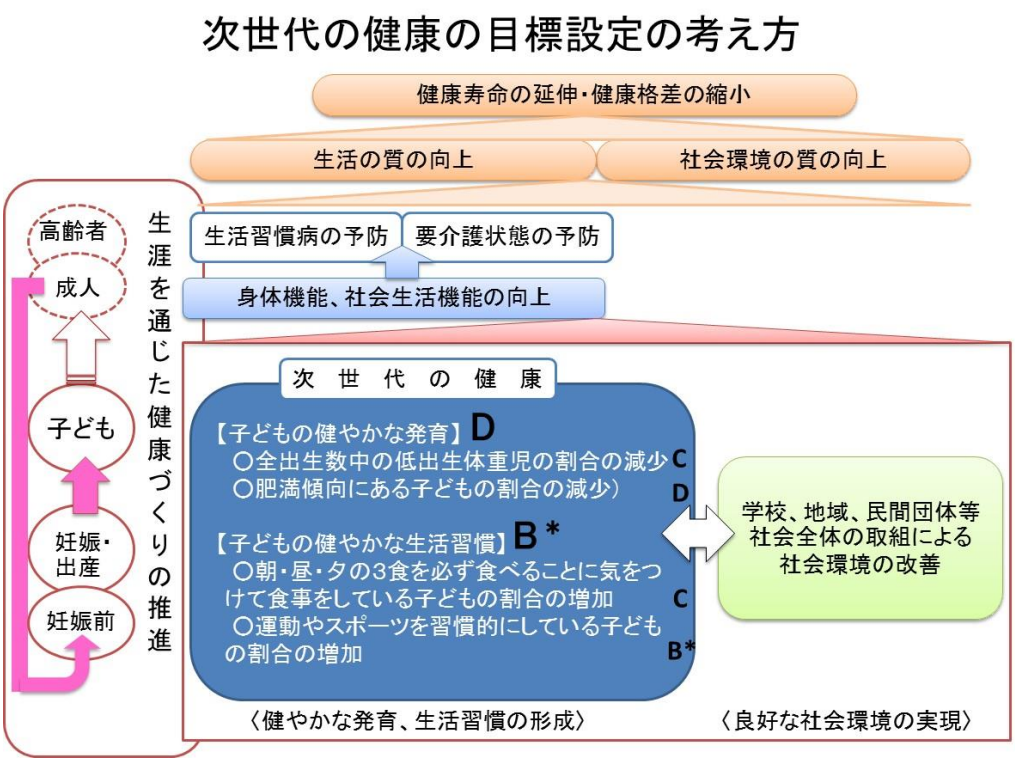
評価		項目数
A　目標値に達した		0
B　現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある		1
	B＊　Bの中で目標年度までに目標到達が危ぶまれるもの	（内１）
C　変わらない		0
D　悪化している		1
E　評価困難		0

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	(C)
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)

図表 2：胎児期からの生涯を通じた健康づくりの推進



図表 3：次世代の健康の目標設定の考え方及び目標項目の評価



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

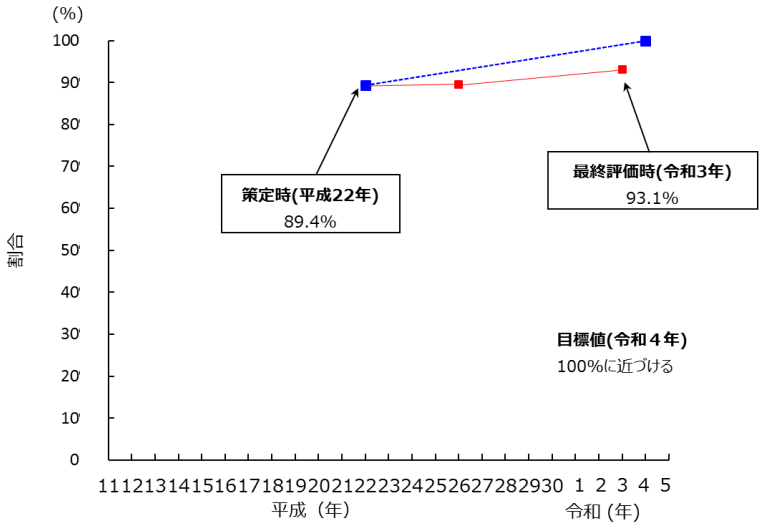
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加

朝・昼・夕三食必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合は、ベースライン 89.4%と比較して 93.1%、相対的変化は 4.1%と５%未満であることから、C（変わらない）と判定した。

ベースラインは日本スポーツ振興センターによる調査で把握したが、その後、調査が行われていないことから中間評価及び最終評価は、研究で実施した調査結果を用いて評価した。データソースが異なり、サンプリング方法と人数が異なることに留意が必要である。

朝食欠食については、令和２年度食育白書では、文部科学省「全国学力・学習状況調査」の調査結果から、近年は横ばい傾向と評価している。

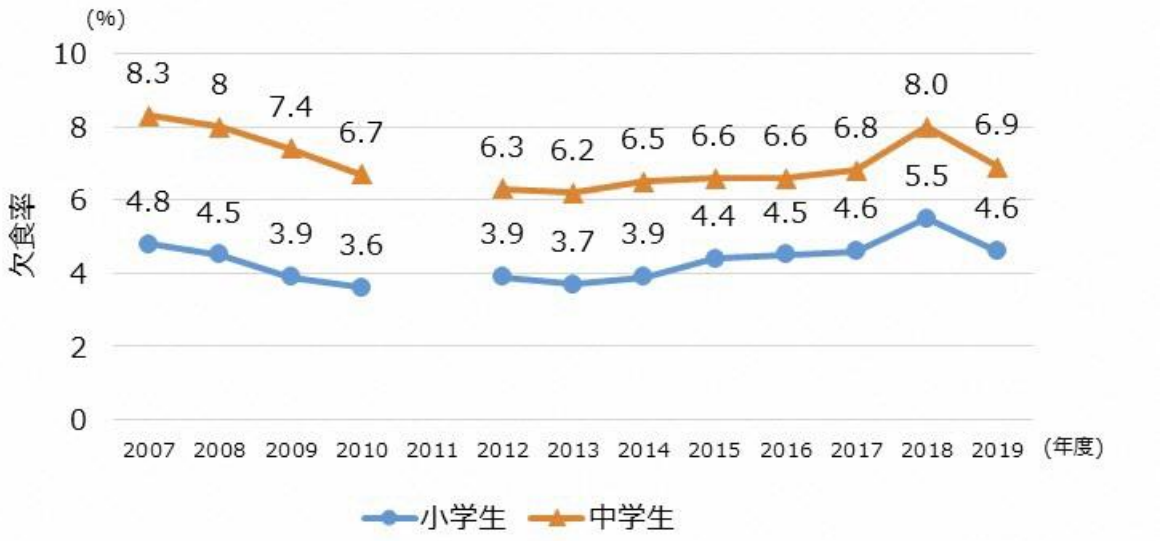
図表 ４：朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合



出典：日本スポーツ振興センター「児童生徒の食生活等実態調査」（平成22（2010）年度）
厚生労働科学研究費補助金「食事摂取基準を用いた食生活改善に資するエビデンスの構築に関する研究」（平成26（2014）年度）
科学技術振興機構戦略的国際共同プログラム「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による青少年の生活および健康への影響およびその関連因子に関する日欧比較研究」（令和３（2021）年度）

注：小学校５年生が対象

図表 5：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

注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

注 ３：「朝食を毎日食べていますか」という質問に対して、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」のうち、「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

注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

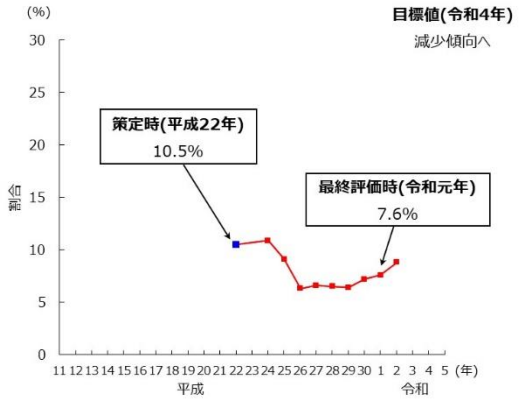
一週間の総運動時間が 60 分未満の子どもの割合 小学５年生女子

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。

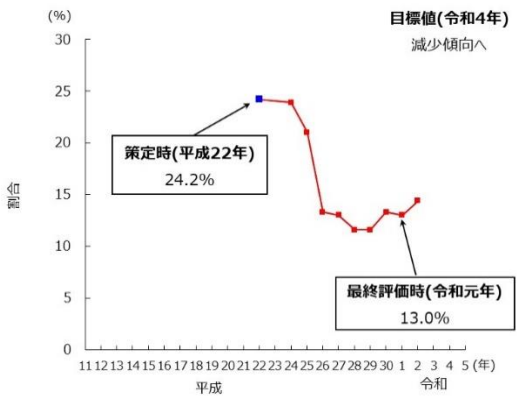
男子は平成 24（2012）年調査から平成 26（2014）年調査にかけて改善がみられたが、その後横ばいとなり、平成 30（2018）年、令和元（2019）年は増加している。

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。

図表 6－1：1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）



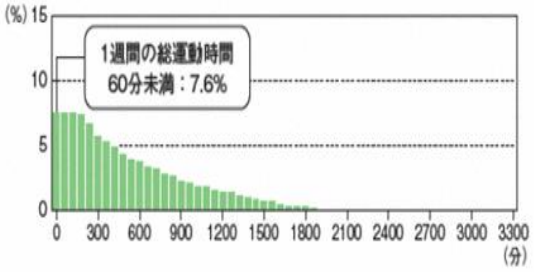
図表 6－2：1週間の総運動時間が60 分未満の子どもの割合（小学５年生女子）



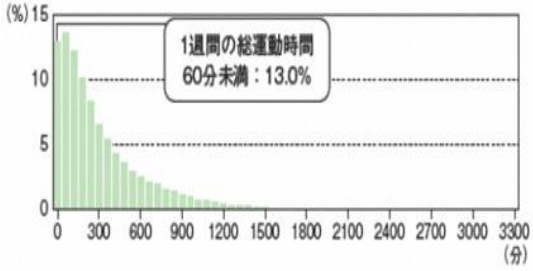
出典：文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」

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[7)]。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[8)]。

図表 7－1：運動時間別児童生徒割合（小学５年生男子）



図表 7－2：運動時間別児童生徒割合（小学５年生女子）



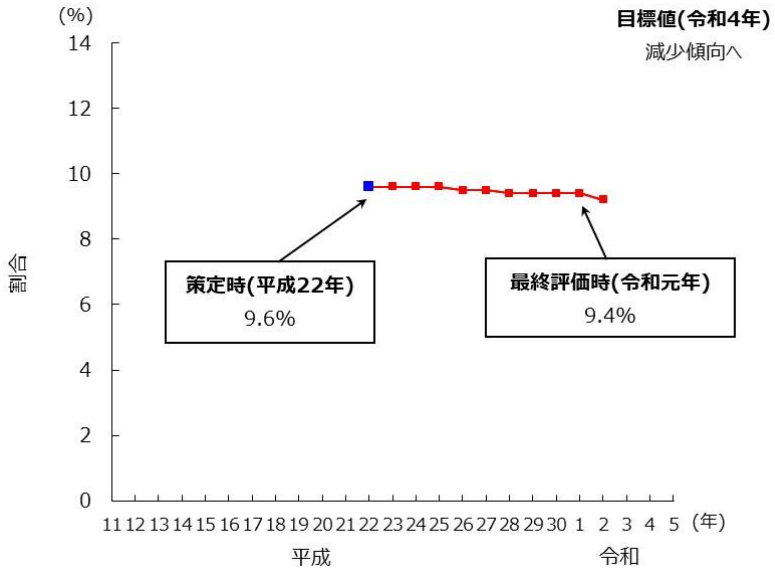
出典：文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査（令和元（2019）年度）」

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（参考値：令和２（2020）年 9.2%）。

図表 8：全出生数中の低出生体重児の割合

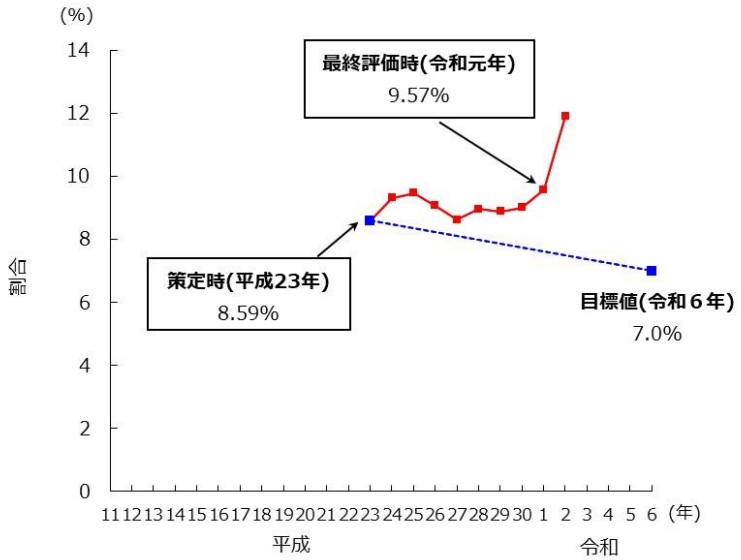


出典：厚生労働省「人口動態統計」

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。

図表 9：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」[△17)]

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 21」（平成 13（2001）年～平成 26（2014）年度）及び「健やか親子 21（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[9)]。

＜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・配付等を実施した。

○ 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した。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した。

○ 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」国民運動を展開している。

○ 児童福祉施設においては、入所している子どもの望ましい食習慣及び生活習慣の形成を図るため、「児童福祉施設における食事の提供ガイド」等を活用した取組を推進している。

○ 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した。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、野菜の摂取頻度が低く、魚や肉の加工品、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」[10)]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している。

○ 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等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した。

○ 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等を支援した。

○ 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した（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した（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している。

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[11)]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、妊娠期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・配付を実施した。

○「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が把握されている。

○「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」

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、増加している。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可能性がある[12)]。

②「適正体重の子どもの増加」

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、正期産の増加や妊娠中の体重増加の適正化による可能性がある。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等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、遊びを含む）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　今後の取組と課題

＜領域全体としての課題＞

○ 子どもが健康でい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と対策。

○ DOHaD（Developmental Origins of Heath and Disease）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。

○ WHO において子どもや青少年における長時間の座位行動（座りすぎ）が健康課題となっており

S1)、日本においても注意が必要。

○ 子どもの身体活動基準についても今後検討が必要。

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を推進する。

○ 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する。

○ 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）等の、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、ネット依存等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[1]が、学校を中心に地域で行われるようになっているが、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。

○ 引き続き、「児童福祉施設における食事の提供ガイド」等を活用し、家庭や地域、児童福祉施設等において、望ましい食習慣及び生活習慣の形成を図るための取組を推進する。

○ 世帯の経済状況は、日常の食品の入手、保護者の子どもの健康維持に適した量とバランスに関する知識と関連していることが指摘されており、子どもの食生活に直結する要因として重要であることから、栄養格差の縮小に向けた取組の検討が必要である。

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・学校の子どもたちの体力向上に向けた取組の点検を促し、取組改善を推進する。

○ 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

[1] テレビ、ゲーム、スマホ等のメディアを使う時間を減らす取組

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（2015）年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する。

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～）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、妊娠前からはじめる妊婦のための食生活指針活用すること等により、引き続き取組を一層推進していく。

○ 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等が考えられ、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。

○ 社会的にハイリスクな妊婦に対しては、地域医療機関と連携しながら支援を行っていく必要がある。

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。

○ 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等、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

○ 新型コロナウイルス感染症によるさまざまな影響が懸念されており、注視が必要である。

- ステイホームによる生活習慣の乱れ（運動不足、睡眠リズムや食習慣の乱れ等）やインターネットやゲーム時間の増加による健康影響[13,14)]。
- 健康危機を経験した子どもの精神発達、社会性の発達への影響[15)]。具体的には、マスクによって保育者等の表情を読み取れないことによる影響や人や社会との交流の減少による影響。
- 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える影響。
- 令和 2 年度は未成年の自殺が増加しており、健康危機に対する恐怖や不安、日常生活の制限による心の健康への影響。
- 不登校やオンライン授業等の児童生徒の学校との関わりの多様化が健康に及ぼす影響。
- 健康危機による保護者の心身の健康の変化が子どもの健康に及ぼす影響。

＜参考文献・URL＞

[1] 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. doi: 10.1016/s0140-6736(89)90710-1.

[2] Barker DJ. Developmental origins of chronic disease. Public Health 2012; 126(3) 185-189. doi: 10.1016/j.puhe.2011.11.014.

[3] 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. doi: 10.1038/oby.2007.373.

[4] 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. doi: 10.1056/NEJM199709253371301.

[5] 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). doi: 10.1093/ajcn/59.4.810.

[6] 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). doi: 10.1136/bmj.317.7154.319.

[7] 文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」 https://www.mext.go.jp/sports/content/20191225-spt_sseisaku02-000003330_1.pdf

[8] Global Recommendations on Physical Activity for Health（世界保健機関（WHO）平成22（2010）年）

https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/52834/retrieve

[9] 厚生労働省「健やか親子 21」
https://sukoyaka21.mhlw.go.jp/

[10] 厚生労働省「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方針」
https://www.mhlw.go.jp/content/000735844.pdf

[11] Simpson JW, Lawless RW, Mitchell AC. Responsibility ofthe ohstetrician to the fetus. II Influence of prepregnancy weight and pregnancy weight gain on birthweight. Obstet Gynecol 1975;45:8 1-7

[12] Kojima R, Sato M, Akiyama Y, Shinohara R, Mizorogi S, Suzuki K, Yokomichi H, Yamagata Z. Problematic Internet use and its associations with health-related symptoms and lifestyle habits among rural Japanese adolescents. Psychiatry Clin Neurosci. 2019 Jan;73(1):20-26. doi: 10.1111/pcn.12791. Epub 2018 Dec 4.

[13] 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.

[14] 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.

[15] 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:

△16）■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_iryou/kenkou/eiyou/r1-houkoku_00002.html

△17）■文部科学省「学校保健統計」
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/1268826.htm

△18）■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「提言『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』」令和 2（2020）年 8 月 11 日
http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-24-t293-3.pdf

△19）■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「提言『出生前・子どものときからの生活習慣病対策』」平成 20（2008）年 8 月 28 日
http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t62-4.pdf

S1) WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020
https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128

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等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。

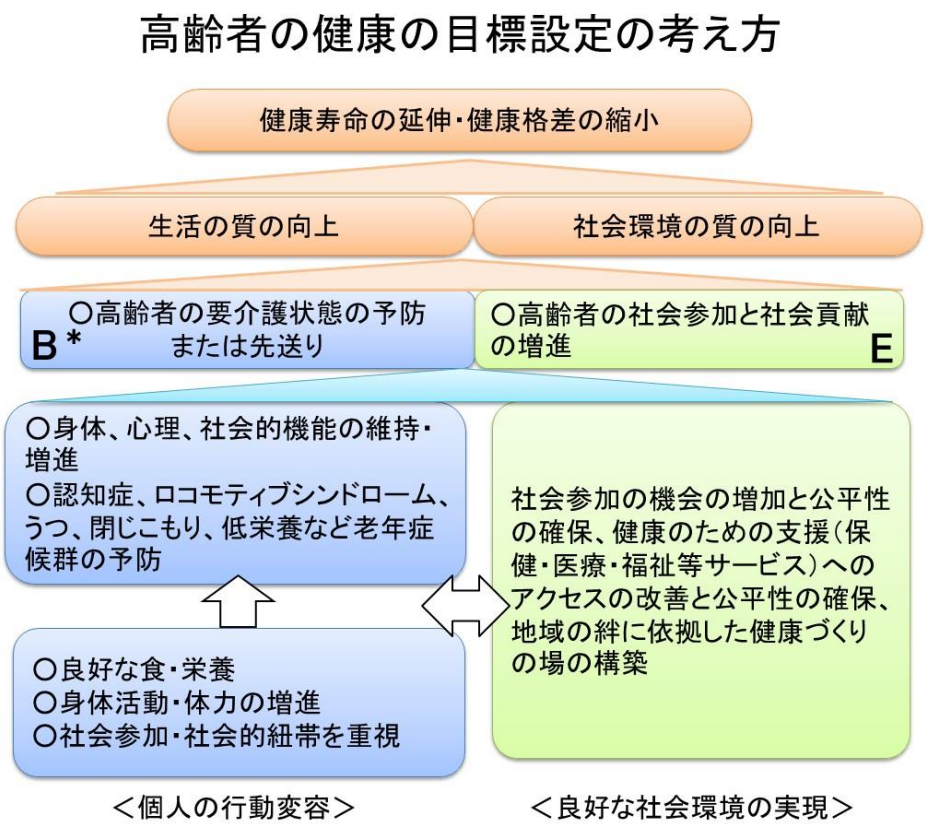
１　目標項目の評価状況

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、改善傾向にある		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※ (参考 B)**
高齢者の社会参加の状況　男性	（E）
高齢者の社会参加の状況　女性	（E）

※新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

図表 1：高齢者の健康の目標設定の考え方及び目標項目の評価



出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

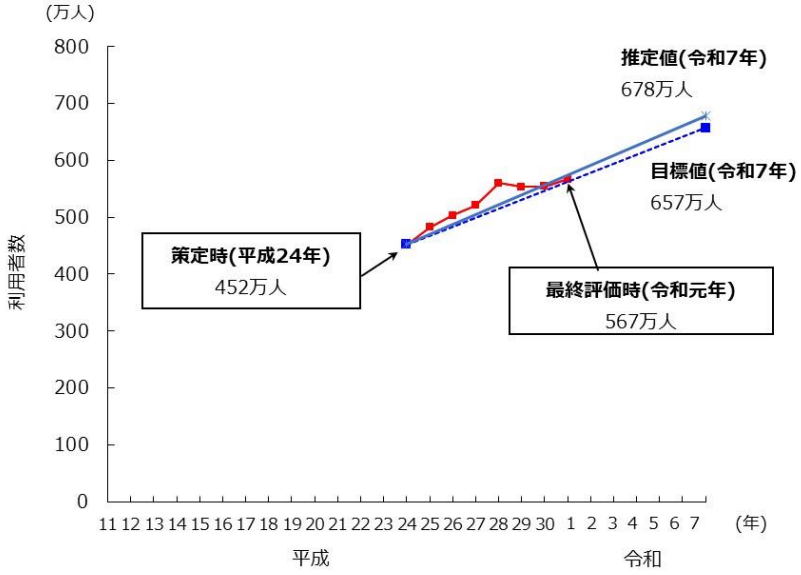
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制

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（図表 2）、「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）年度末の 17.6%に対し平成 27（2015）年 3 月末で 17.9%、令和元（2019）年度末で 18.4%と微増にとどまっている。

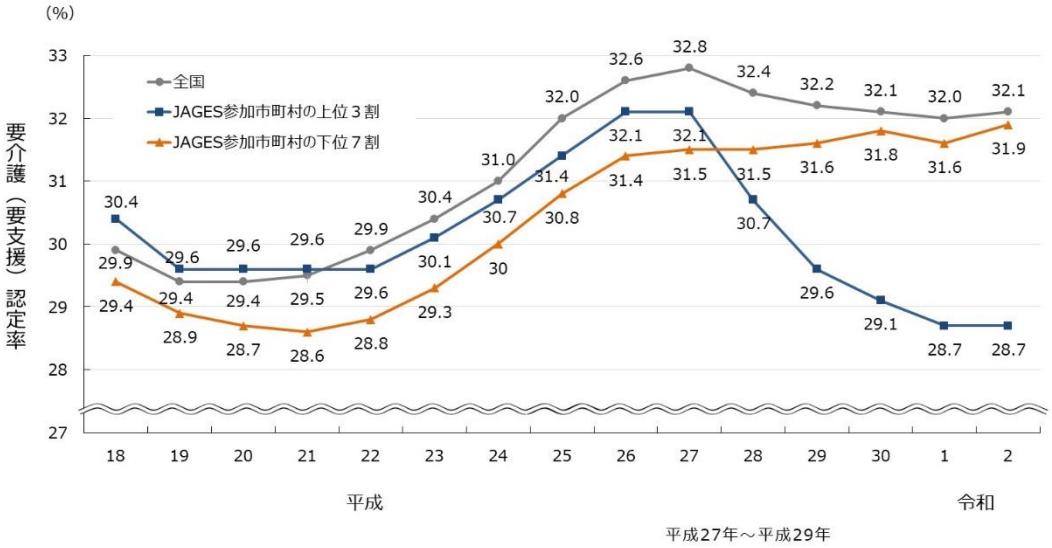
日本老年学的評価研究 2019 参加市町村を対象とし、令和 2 年 3 月末の要支援・要介護認定率の低位 3 割と高位 7 割保険者における認定率の推移をみた分析において、介護予防・日常生活支援総合事業[△12),△13),△14)] の導入以降、低位 3 割の保険者では、要介護認定率が低下していることを示すデータもある（図表 3）。引き続き状況把握や要因分析を行う必要がある。

図表 2：介護保険サービス利用者数

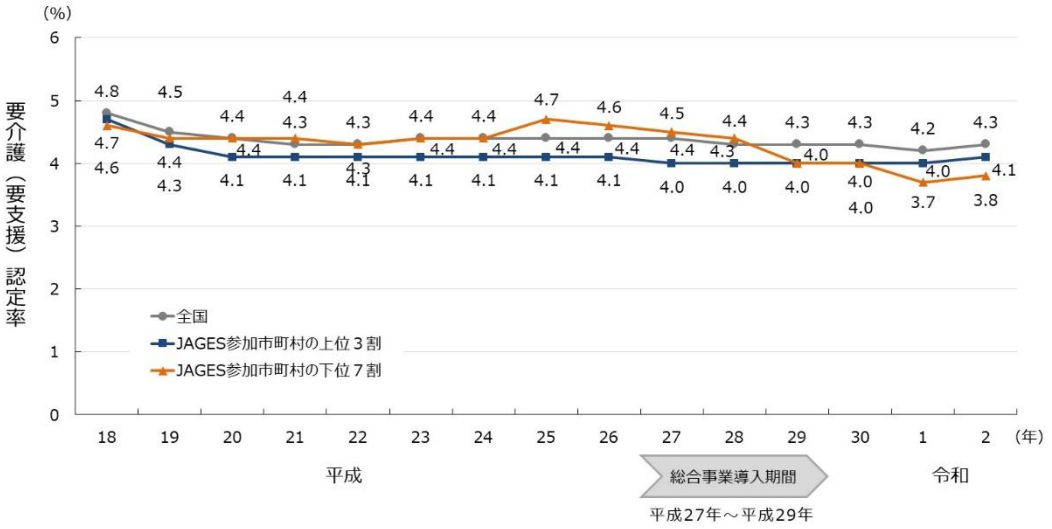


出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

図表 3－1：要介護（要支援）認定率の低位３割と高位７割保険者における認定率の推移
令和２年（2020 年）（後期高齢者）



図表 3－2：要介護（要支援）認定率の低位３割と高位７割保険者における認定率の推移
令和２年（2020 年）（前期高齢者）



出典（図表 3－1、図表 3－2）：厚生労働省「介護保険事業状況報告」より，日本老年学的評価研究 2019 に参加した市町村で作成

注　：要介護(要支援）認定率の低下は減少率で計算（2020 の認定率-2015 年の認定率）/2015 年の認定率×100)

② **認知症サポーター数の増加**

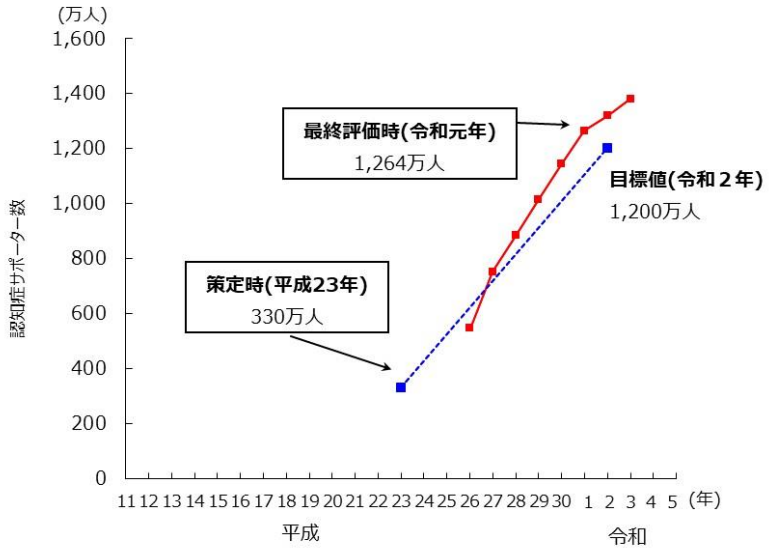
※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」から目標項目を変更

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%。）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。平成 26 年以降本データは把握されておらず、中間評価においては評価困難と判断されている。

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。（参考値：令和 2（2020）年の実績値は 1,317 万人）（図表 4）

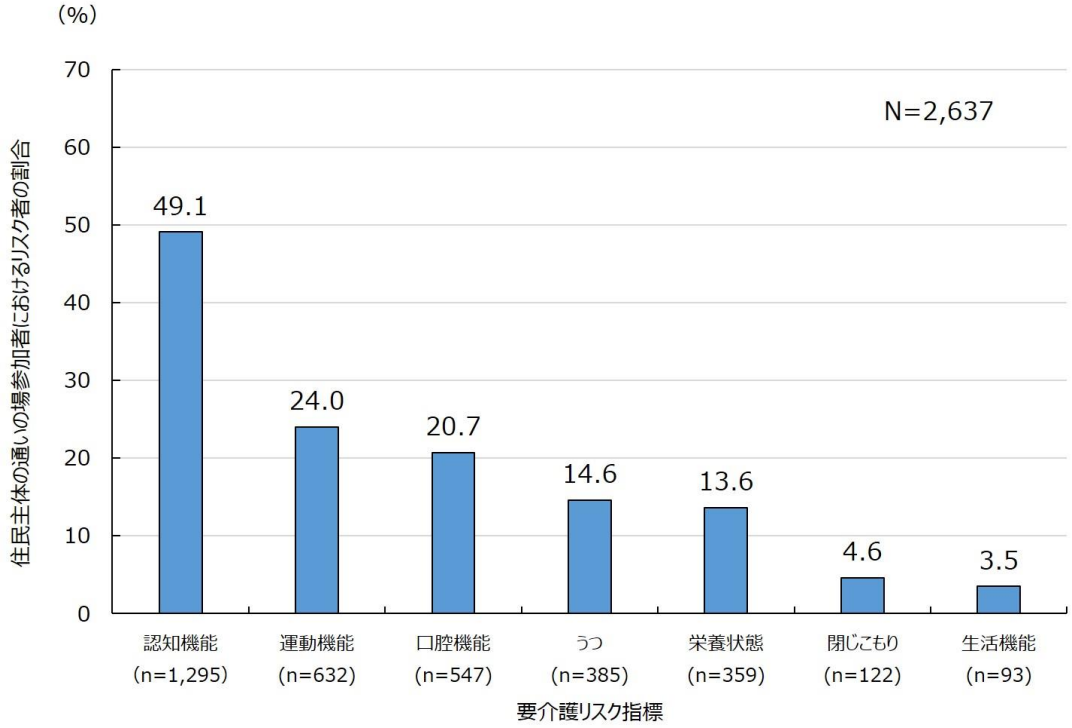
認知機能低下の予防など介護予防の観点から推進している住民主体の「通いの場」への参加率は令和元年度まで上昇傾向であった。変更前の目標項目である「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」に関する参考データとしては、7 市町村の通いの場に参加している高齢者を対象にした分析では、参加者の約半数は認知症リスクがあると判定される高齢者であり、通いの場への参加の促進は要介護リスク者を包含する可能性がある、という報告がある [1)]。（図表 5）

図表 4：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

図表 5：住民主体の通いの場参加者における 7 種の要介護リスク指標別リスク者割合



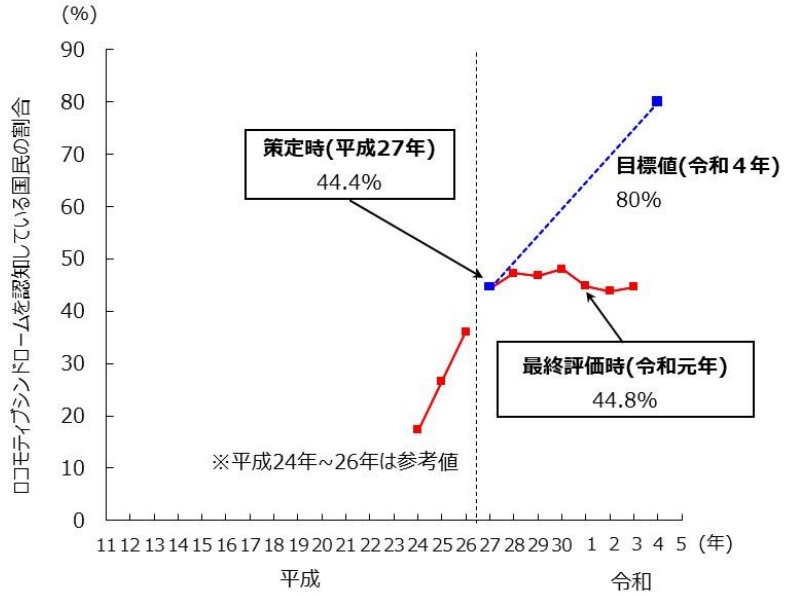
出典：加藤清人ら，介護予防制度改正による二次予防対象者割合の変化：複数市町データによる検討—JAGES 横断分析 https://doi.org/10.11477/mf.5003201254

② ロコモティブシンドローム（運動器症候群、ロコモ）を認知している国と民の割合の増加

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）という言葉を聞いたことがある」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、意味はあまり知らなかった」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%と横ばいで推移している（参考値：令和 2（2020）年 43.8%、令和 3（2021）年 44.6%。）。

図表 6：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



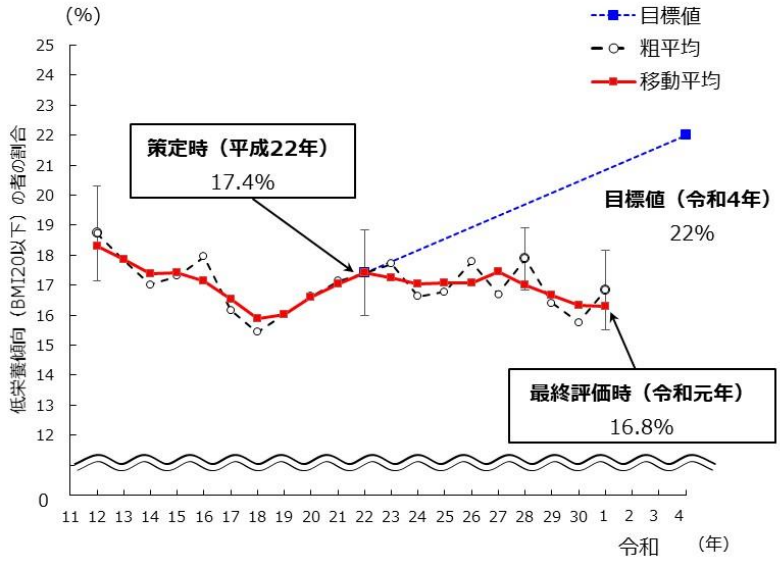
出典：公益財団法人「運動器の 10 年・日本協会（現 運動器の健康・日本協会）」によるインターネット調査（平成 27（2015）年以降）

注　：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、後期高齢者の増加による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（図表 7）、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。

図表 7：低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の推移

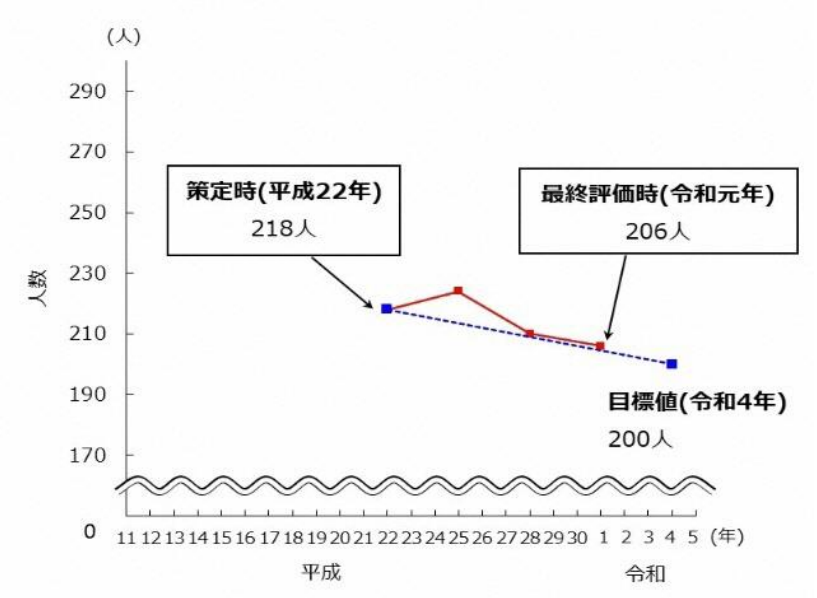


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000 人当たり）

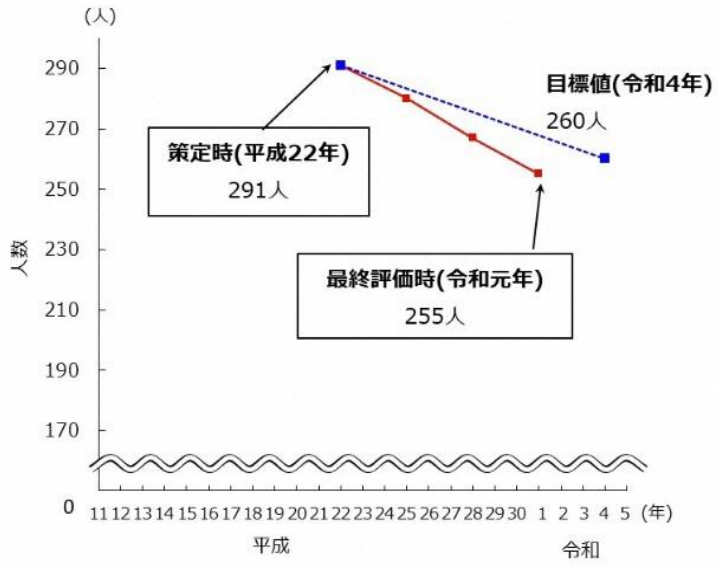
足腰に痛みのある高齢者（1,000 人当たり）については、平成 22（2010）年に比べて直近の実績値は男性、女性とも低下していた。男性は現時点では目標に達していないが改善傾向にあり、女性は現時点で既に目標年度の目標値に達している。

図表 8－1：足腰に痛みのある高齢者の割合（1,000 人当たり）男性



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

図表 8－2：足腰に痛みのある高齢者の割合（1,000 人当たり）女性



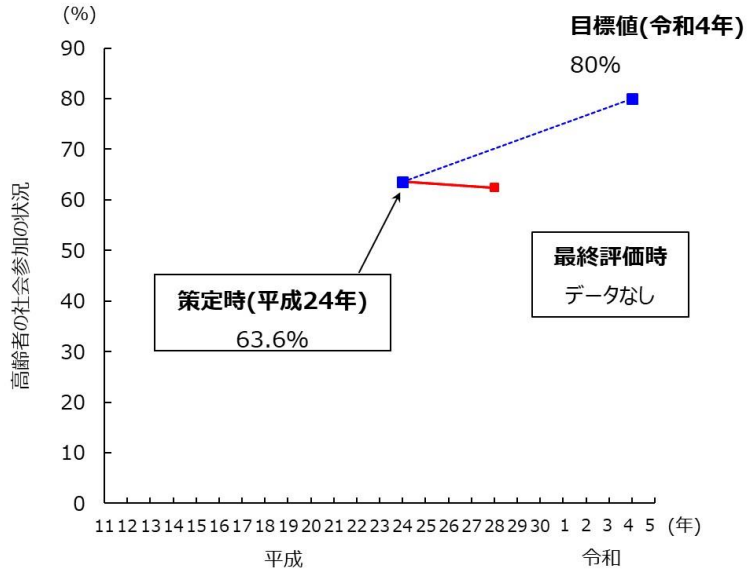
出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

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、評価に必要な参加者の割合の把握及び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（図表 9－1、図表 9－2）。

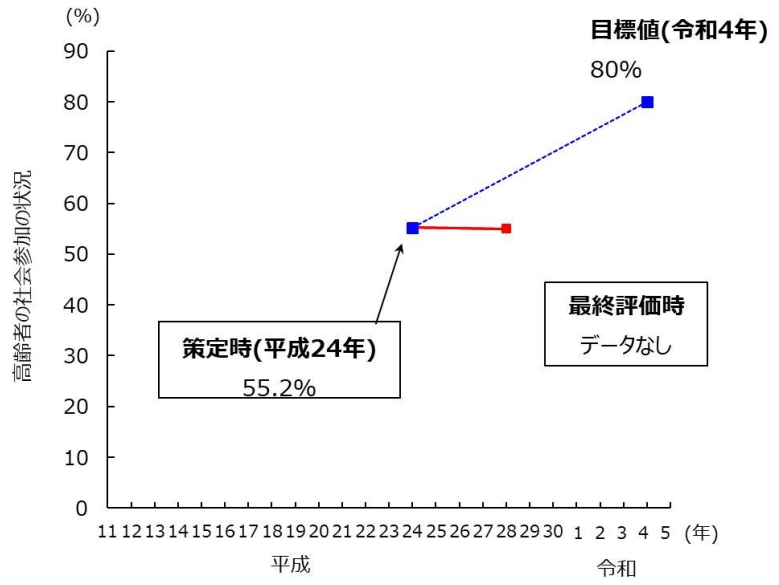
中間評価以降の高齢者の社会参加の促進を表す調査としては、社会参加が進んでいることを示唆する調査結果が、内閣府の令和 2 年度高齢社会白書[△8)] に示されている。高齢社会白書によると、60 歳以上の人の社会参加活動は、「特に活動していない」の割合が平成 28（2016）年度と比較して、令和元（2019）年度は 6.6%ポイント低下していることがわかる。この低下割合を年齢階級別にみると、75 歳以上（7.7%ポイント）、60～64 歳（7.6%ポイント）、65～74 歳（6.4%ポイント）の順に低下の割合が多く、後期高齢者において、特に活動していない人が減った割合が多かった（図表 10）。以上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。

図表 9－1：高齢者の社会参加の状況（男性）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 9－2：高齢者の社会参加の状況（女性）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 10：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

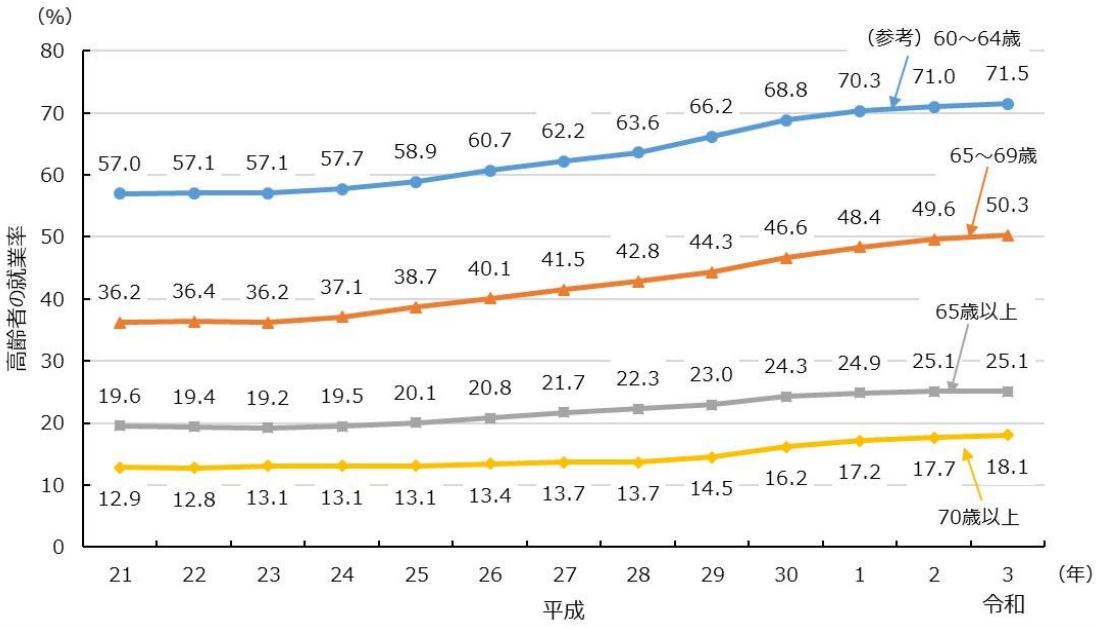
出典：内閣府「高齢者の経済生活に関する調査」（令和元（2019）年度）
内閣府「高齢者の経済・生活環境に関する調査」（平成 28（2016）年度）

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[2)-△9)]。

○ 高齢者の就業率も向上しており（図表 11）、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。

図表 11：高齢者の就業率の推移



出典：総務省統計局「労働力調査」（基本集計）

注 1：年齢階級別就業率は、各年齢階級の人口に占める就業者の割合。

注 2：2011 年は、東日本大震災に伴う補完推計値。

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を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%と目標を超えていた（参考値：令和２（2020）年度の通いの場の参加率（運営主体が住民のもの）は 4.5%であった。）。

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）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

跡して効果評価等を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が、悉皆調査を行っていない保険者も存在する。

○ 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。

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

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（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！推進協議会」を立ち上げ、公式ウェブサイト△6）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、取組を推進している。

○ さらに、スマート・ライフ・プロジェクトの中心となる４テーマ（運動、食生活、禁煙、健診・検診受診）の一つとして、『プラス 10 分の運動』を推進している。

○ 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！推進協議会では、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）年にロコモティブシンドローム診療ガイド 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。

○ 令和 4（2022）年、日本医学会連合の領域横断的なフレイル・ロコモ対策の推進に向けた WG を中心として、日本医学会連合および日本医学会連合加盟の 57 学会、非加盟の 23 学会・団体からなる 80 団体から、「フレイル・ロコモ克服のための医学会宣言」[△7),△15)] が発出された。宣言はフレイルとロコモ(ロコモティブシンドローム)の概念の説明と予防・改善による効果の説明、国民の健康長寿の達成に貢献するという決意表明で、国民に向けた活動目標として「80GO(ハチマルゴー)」運動の展開からなる。

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。

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（図表 12）。

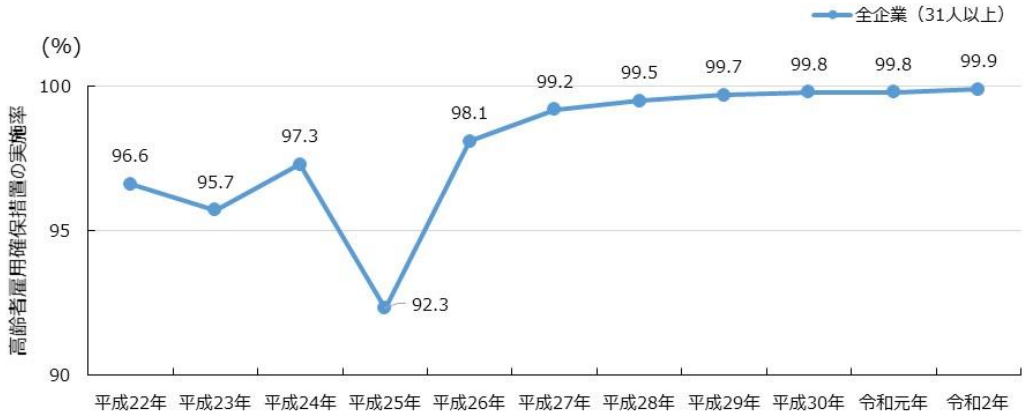
○ 高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防ともなるため、高齢者の方にも生活支援の担い手になってもらうことにより、社会的役割を果たすための取組を介護保険制度の地域支援事業において推進してきた。

○ 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[△10)] 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（図表 13）。

○ 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。（参考値：令和 2（2020）年度は、累積育成人数 320,781 人、65 歳以上は 137,745 人であった。）

図表 12：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）[△11)]

注　：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。

図表 13：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

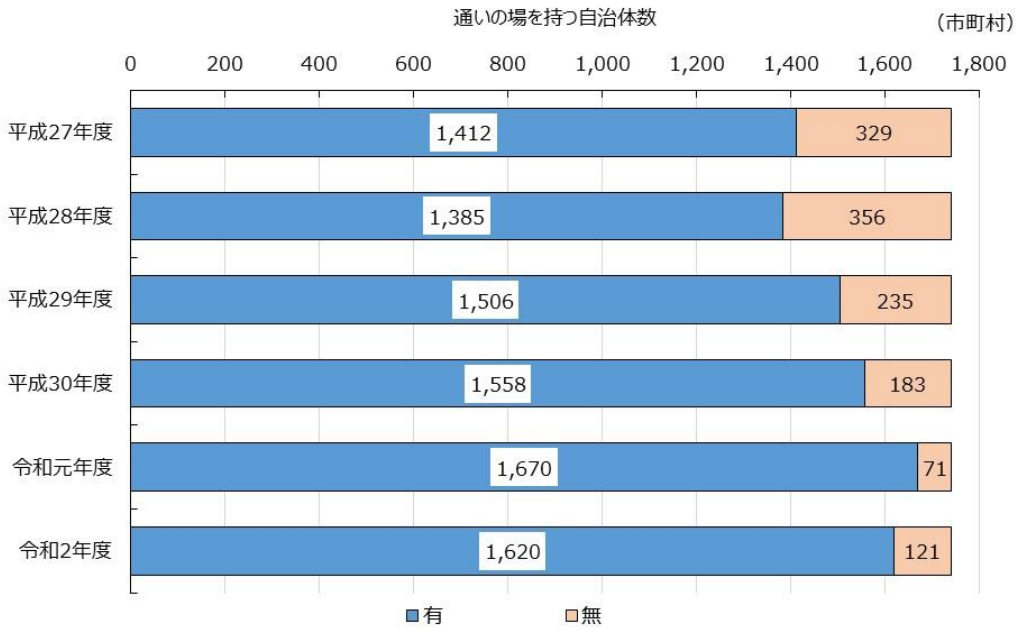
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」（令和元（2019）年）を基に作成

注　：「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

○ 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。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）年度の 1,084 市町村・43,154 箇所から増加し、平成 27（2015）年度の集計結果では、全国で 1,412 市町村・70,134 箇所（平成 28（2016）年度は 1,385 市町村・76,492 箇所）、令和元（2019）年度には 1,670 市町村・128,768 箇所となった。（参考値：令和 2（2020）年度の調査結果では、通いの場の数は全国で 1,620 市町村・113,886 箇所。）（図表 14，図表 15）65 歳以上の人口 10 万人当たりでは 139 箇所（2013 年度）、214 箇所（2015 年度）、○○箇所（2019 年年度）である（65 歳以上人口は住民基本台帳人口に基づく）。

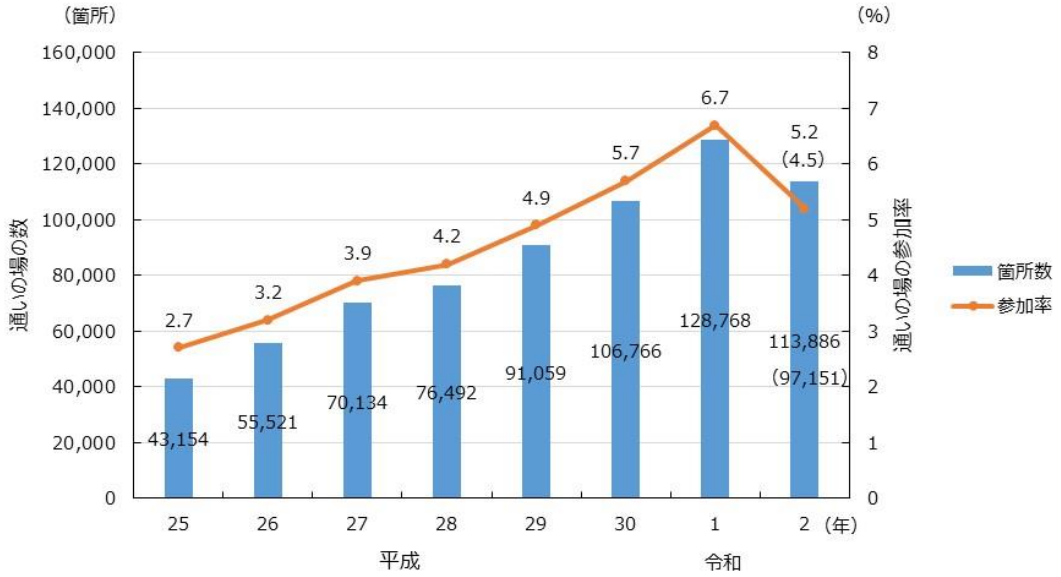
○ 通いの場の~~数と~~参加者実人数の推移に着目して見ると、平成 28（2016）年度には通いの場の参加者実人数が 1,439,910 人であったのに対し、令和元（2019）年度は 2,374,726 人に増加していることが明らかになっている（参考値：令和 2（2020）年度の通いの場の参加者実人数は 1,870,658 人。）。把握している参加者実人数の内訳を年齢区分別にみると、75 歳以上の高齢者の割合が、平成 28（2016）年度の 62.8%に対して、令和元（2019）年度は 68.1%に増加している（参考値：令和 2（2020）年度も 68.1%）。

図表 14：通いの場を持つ自治体数の年次推移



出典：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和 2 年度実施分）に関する調査結果」（令和 2 年度）

図表 15：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（2018）年度実施分）に関する調査）」

注１：（）内の数値は運営主体が住民のもの。令和元年度までは全て住民主体。

注２：通いの場の参加率は参加実人数を高齢者（65 歳以上）人口で除して算出した。

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*　改善しているが、目標年度までの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の一つとして、高齢者の就業をはじめとする社会参加が考えられるが、他の要因を含め更なる分析が必要である。

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

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%と若い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、日本老年医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* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」の評価であり、総合評価も「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」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、評価することが困難である。ただし、当初指標のデータソースとしていた調査とは別の調査（内閣府「高齢差の経済生活に関する調査」）などからすると、社会参加する高齢者が増えている可能性は高いことが示唆される。

4　今後の取組と課題

＜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が期待される。

○ 前述したように介護予防・日常生活支援総合事業の導入以降、一部の保険者では、要介護認定率が低下していることを示すデータもあり、引き続き状況把握と要因分析を行う必要がある。

○「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ」（令和元（2019）年 12 月）で示されたように、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ことや、PDCA サイクルを回すための評価を行うことが重要である。

○ 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る応援者の数が増えていることは、地域における認知症へ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受講のみにとどまらず、認知症の人が社会の中で尊重され、自分らしく暮らし続けることが出来るよう、例えば「チームオレンジ」の整備を促進するなど、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。

○ 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。

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言った課題がある。日本整形外科学会が「ロコモ チャレンジ！推進協議会」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。

○膝痛や腰痛がある高齢者の割合は、市町村間で 2 倍以上の差があることから、歩きやすさ（Walkability）をはじめとする建造環境による影響を示唆する報告もある(3)。環境に目を向けた研究の蓄積や国土交通省などと連携した取組の検討も課題である。

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等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等を通じて、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(4)や食料品店へのアクセスの善し悪し(5)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の早期対策の実践に資する包括的な研究を開始する。

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)

○ 高年齢者の就業については、事業主への周知・啓発を行い、改正高年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、企業を退職した高年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、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

○ コロナ感染症流行後の自粛生活によって高齢者の活動量や社会参加が減少し、心身の機能低下という健康二次被害が見られることが複数の調査で報告されている。

○ 住民主体の「通いの場」への参加率についても、令和元年度（6.7%）までは上昇傾向であったが、新型コロナウイルス感染症流行下の令和 2 年度は 4.5%と低下していることが明らかとなった（図表 15）。

○ 令和元（2019）年５月に策定された「健康寿命延伸プラン」においては、介護予防の観点から通いの場の拡充を図ることとしており、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！推進協議会では、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。

○ 日本整形外科学会も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。

○ 厚生労働省では、感染防止に配慮した通いの場や認知症カフェ等の取組を実施するための留意事項や取組事例の周知を行っている。さらに、高齢者の健康維持に参考となる情報や好事例等を掲載する特設 Web サイトを活用した情報発信、広報の強化等により、感染防止に配慮しつつ、高齢者の健康支援に取り組んでいる。

○ 今後は、これらの周知拡大等、感染防止に配慮した高齢者の健康支援の拡大が望まれる。

＜参考文献・URL＞

1.加藤清人，竹田徳則，林尊弘，平井寛，鄭丞媛，近藤克則．介護予防制度改正による二次予防対象者割合の変化：複数市町データによる検討―JAGES 横断分析．地域リハビリテーション．2020;15(5):382-8. doi: https://doi.org/10.11477/mf.5003201254.

2.渡邉良太，辻大士，井手一茂，林尊弘，斎藤民，尾島俊之，et al．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–．厚生の指標. 2021;68(3):2-9.

3.Okabe D, Tsuji T, Hanazato M, Miyaguni Y, Asada N, Kondo K. Neighborhood Walkability in Relation to Knee and Low Back Pain in Older People: A Multilevel Cross-Sectional Study from the JAGES. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(23). Epub 2019/11/24. doi: 10.3390/ijerph16234598. PubMed PMID: 31756959; PubMed Central PMCID: PMC6926577.

4.谷友香子，近藤克則，近藤尚己．日本人高齢者の孤食と食行動および Body Mass Index との関連 JAGES(日本老年学的評価研究)の分析結果．厚生の指標. 2015;62(13):9-15..

5.Yamaguchi M, Takahashi K, Hanazato M, Suzuki N, Kondo K, Kondo N. Comparison of Objective and Perceived Access to Food Stores Associated with Intake Frequencies of Vegetables/Fruits and Meat/Fish among Community-Dwelling Older Japanese. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(5). Epub 2019/03/06. doi: 10.3390/ijerph16050772. PubMed PMID: 30832455; PubMed Central PMCID: PMC6427395.

△６） ■ロコモを知ろう。ロコモオンライン/ロコモチャレンジ！推進協議会
https://locomo-joa.jp/locomo/

△７） ■「フレイル・ロコモ克服のための医学会宣言」
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

△８） ■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)

△９） ■渡邉良太、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―、厚生の指標 68（3）、2－9、2021.
△10） ■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_iryou/kenkou/eiyou/r1-houkoku_00002.html（アクセス可能.2021.09.17）
△11） ■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）
△12） ■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)
△13） ■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)
△14） ■厚生労働省,令和２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２年度実施分）に関する調査結果 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00008.html (アクセス可能.2022.05.23)
△15） ■フレイル・ロコモ克服のための医学会宣言（日本医学会連合、日本医学会連合加盟学会(57学会)、日本医学会連合非加盟団体（23 団体））https://www.jmsf.or.jp/uploads/media/2022/04/20220401211609.pdf

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△29) や人間関係を通し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(1-3)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(4-6)。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。

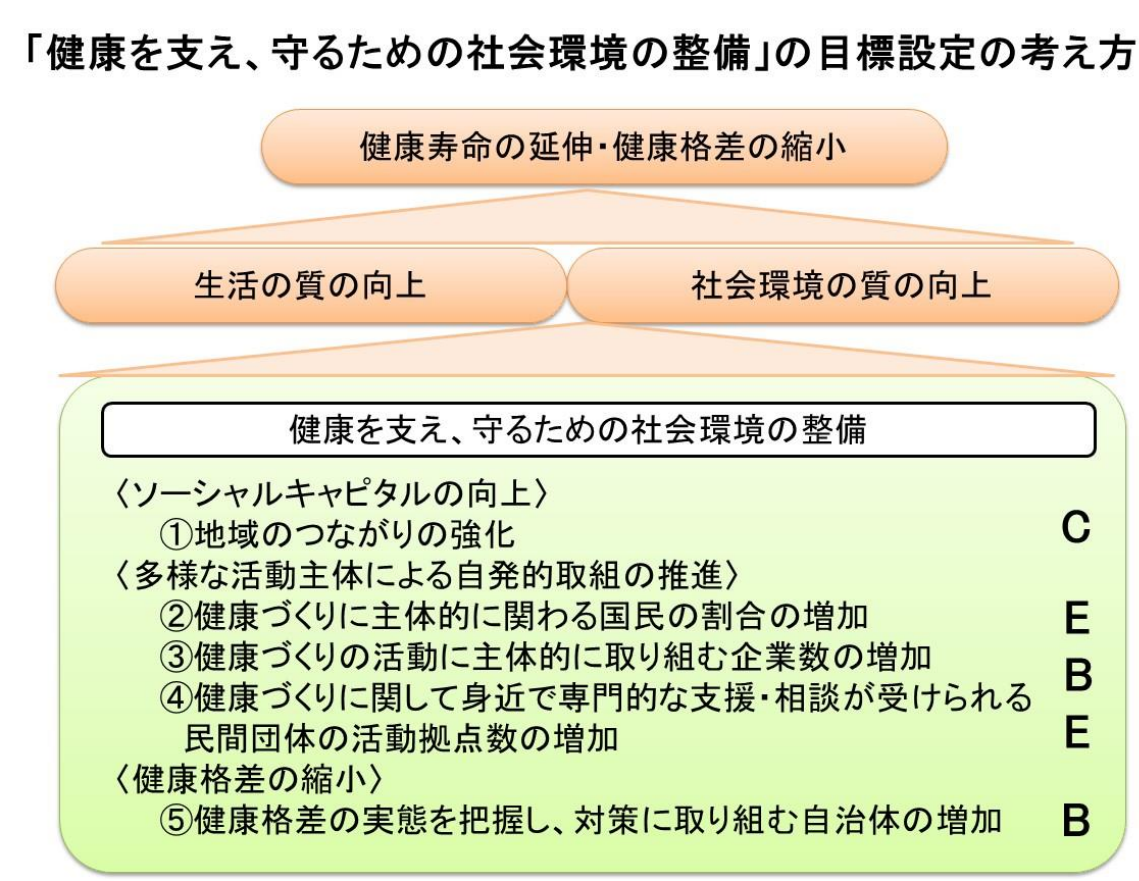
○ 健康日本 21（第二次）開始前の健康づくりの取組は、住民全体を対象とした働きかけとして進められてきたが、健康に無関心な層、社会経済的に不利な層、地理的に保健医療サービスへのアクセスが悪い層等へのアプローチは十分行われてきたとはいえなかった。健康格差として、社会経済等の条件が不利な集団に健康問題が多く、また、社会経済等の状況に格差が大きい地域に住む人に、健康問題が多いことも報告されているため、この層の健康状態の向上は、国全体の健康状態の向上に寄与し得る。こうした課題は、個人への対策では解決できないものであり、特に公的部門の役割として地域社会の健康づくりに取り組むことが重要であり、本領域の目標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

図表 1：「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及び目標項目の評価



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）

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(1-3)。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）やネットワークの豊かさの特徴である。また、健康でかつ医療費が少ない日本の地域の背景に、「良いコミュニティ」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）、「良いコミュニティ」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（第二次）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（2011）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。

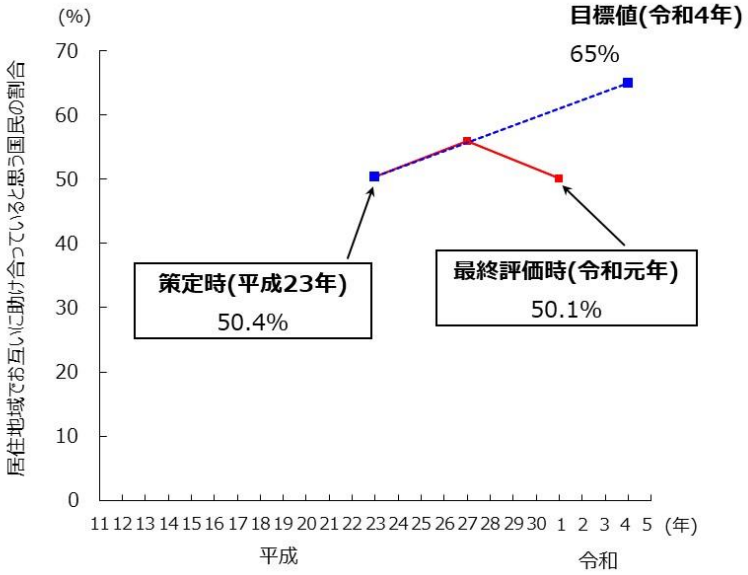
また、自分と地域の人たちのつながりについて「強い方だと思う」と答えた者の割合について、性・年齢階級別でみたところ、70 歳以上で男性 66.7%、女性 65.4%と最も高いことから、全世代がこの割合に達することを目指して、目標は 65%とすることとした。

○ 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。健康日本 21（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、（将来の）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段階では、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。

図表 2：居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

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

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が重要であり、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。

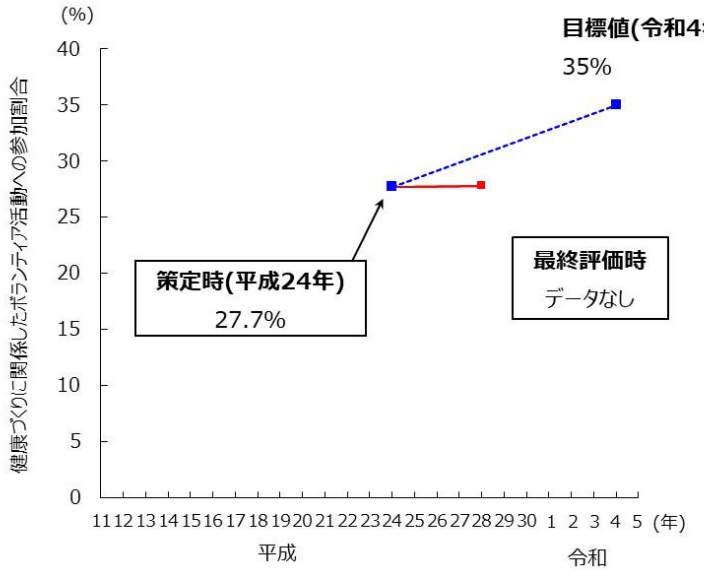
○ 策定時に参考値としていた総務省の調査も、平成 28（2016）年が最新値であり、中間評価

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。

図表 3：健康づくりに関係したボランティア活動への参加割合



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

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

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。

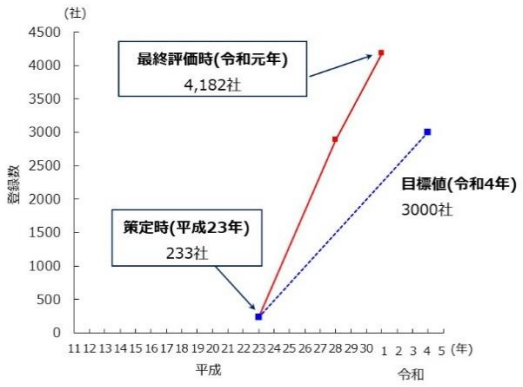
現在、「健康日本 21」推進の一つの事業として、企業連携を主体としたスマート・ライフ・プロジェクト[△30)] において、「適度な運動・適切な食生活・禁煙」を推進する国民運動の呼びかけに賛同し、登録している企業は 420 社であり、これを現状とすることとした。これまでの 2 年間の取組で 500 社に近づいたことから、今後 10 年での登録数を 2,500 社と推定し、現行の登録数と合わせ、3,000 社を目標とすることとした。

その後、平成 30（2018）年の「健康日本 21（第二次）」中間評価時に、健康を支え、守るための社会環境の整備には、企業のみならず自治体等の役割も重要であることから、スマート・ライフ・プロジェクトに参画した企業等（自治体や組合も含む）の登録数（以下、「参画団体数」という。」

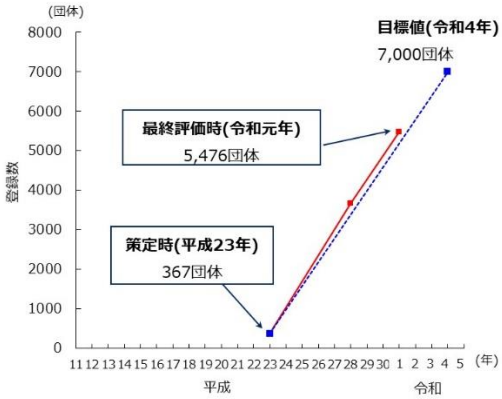
にも目標を設定することとし、平成 25 年から平成 28 年の参画団体数のデータを元に線形近似線を作成し、それにより平成 34 には約 7,000 団体になると予測されることから、7,000 団体を目標とすることとした。

○ 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（平成 28（2016）年、中小企業庁※ 1 [△27)]、2019 年版中小企業白書※ 2 [△28)]）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が多く、国内での効果の評価が望まれる。

図表 ４：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



図表 ４－２：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）

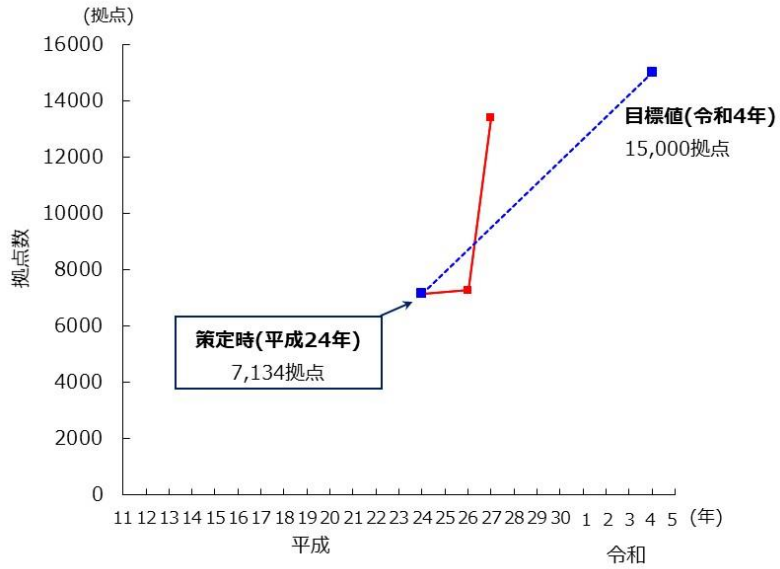
④ 健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加

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（2012）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。

図表 5：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）

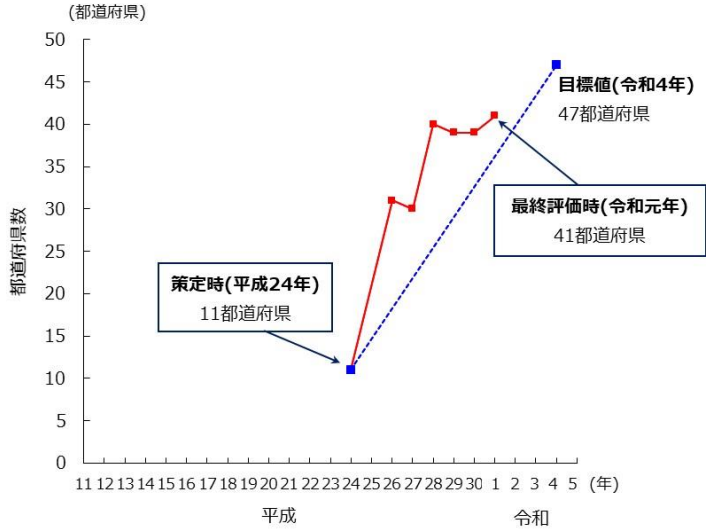
日本における健康の社会経済的決定要因や健康格差については、地域、職業、経済力、世帯構成等による、健康状態やその要因となる生活習慣の差が報告されている(7-20)。また、保健医療施設や食料品店等の資源の地域的偏在化は、健康状態の地域差につながる可能性がある(21)。これらに対する対策がない場合、健康格差は今後も増大することが予想される。

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、歯周疾患検診の受診率等）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。

図表 6：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

＜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）

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

○ 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！地域の健康づくり実践マニュアル」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。

○ 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 等の間で「絆」という言葉がよく使われた。

○ 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！地域の健康づくり実践マニュアル」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した。

○ 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」を開始した。

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

○ 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
- WEB サイトのコンテンツの制作・運用
- 企業等及び国民向けの啓発ツール（ポスター、チラシ等）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

○ 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 回を迎えた。

○ 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。

○ 「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。

○ 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した。

- 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 等メデイアへの露出
- 「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）年から届出制度が開始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、医薬品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、健康サポート機能を有する薬局として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制度開始から経年的に増加しており、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。

○ 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と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・ステーションの他に、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、中間評価時点で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。

○ 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した。

○ 平成 28（2016）年の国民健康・栄養調査では、拡大調査を実施し、BMI、野菜摂取量、食塩摂取量、歩数、現在習慣的に喫煙している者の割合（男性）の結果を都道府県別に公表した。これらの結果等も踏まえ、健康格差の要因分析を引き続き行う必要がある。

○ 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

ジに掲載した[1]。

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）

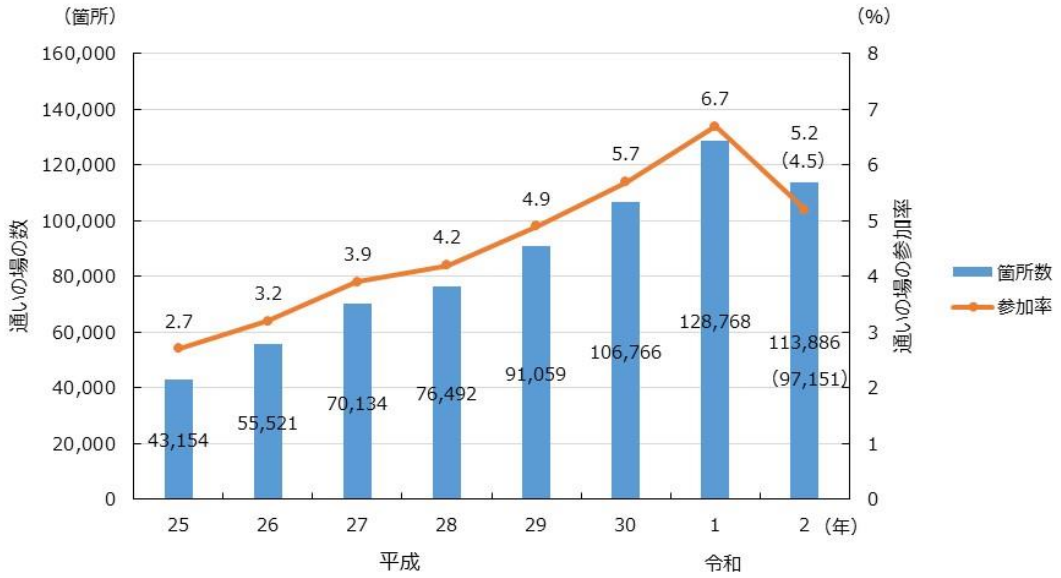
本目標項目の評価指標の評価は「C 変わらない」であった。地域包括ケアや地域共生社会という言葉が、保健医療介護の専門職や地域包括支援センターや社会福祉協議会職員、一部の住民ボランティア等の間で認知が進み、また東日本大震災後等、被災後の復興に向けた取組の中で「絆」という言葉がメディアでもよく使われた。加えて、子どもの貧困やそれへの対応として子ども食堂等、認知症対策としての認知症カフェ等の取組が広がった。しかし、これらが、この指標にどの程度寄与したのかは不明である。

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、住民主体の「通いの場」づくりが進み、その箇所数と参加率は令和元年度まで増加・上昇傾向であった。

図表 7：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（2018）年度実施分）に関する調査）」

注１：（）内の数値は運営主体が住民のもの。令和元年度までは全て住民主体。

注２：通いの場の参加率は参加実人数を高齢者（65 歳以上）人口で除して算出した。

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

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う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 今後の取組と課題

＜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、社会環境の整備の領域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る。

○ 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。

○ そのため、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、社会環境整備の観点からも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、保険者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「健康寿命をのばそう！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！地域の健康づくり実践マニュアル」等で紹介されている好事例を広めることなど、予防・健康づくりを社会全体でさらに推進していくことが考えられる。

○ 健康まちづくりに関する大規模実証を実施しており、今後も他省庁と連携して健康まちづくりの取組を推進していく。

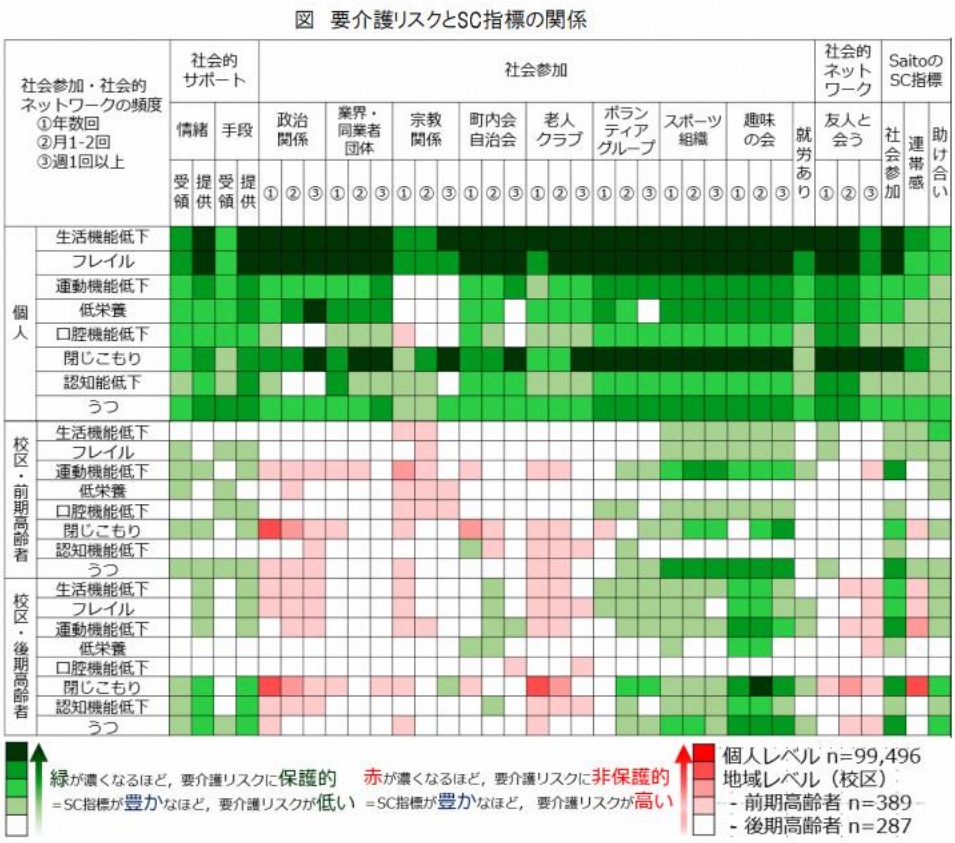
○ 平成 30（2018）年５月に開催された日本健康会議は、健康保険組合等の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等をスコアリングして経営者に通知する「健康スコアリング」の詳細設計について報告書をとりまとめた。健康スコアリングは、企業、健保組合、労働組合、産業医等の産業保健スタッフ等の横断的な推進体制を構築することを促し、被用者保険における加入者の予防・健康づくりを効果的に実施することが期待される。

○ 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・市町村においては、住民の生活習慣改善を目指し、社会全体で予防・健康づくりを進める環境づくりに努めていく必要がある。

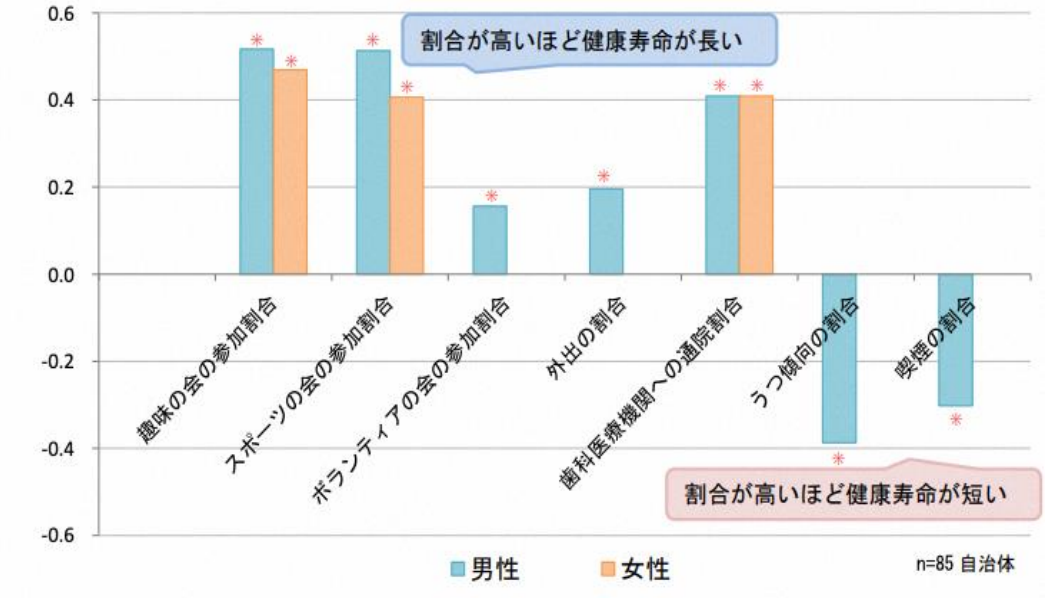
○ 一例を下に示すように、ソーシャルキャピタル関連指標の中でも健康指標との関連は指標によって様々な結果が示されており、地域診断指標は一部の指標に留まる(22)ことから、今後の指標の設定に当たっては、エビデンスに基づいて下(図表 9 23)に示すような健康寿命等、「健康日本 21（第二次）」が掲げる指標との関連のあるソーシャルキャピタル指標を検討することが望まれる。

図表 8：要介護リスクと SC 指標の関係



出典：日本老年学的評価研究

図表 9：健康寿命と高齢者の生活要因との関連



出典：日本老年学的評価研究

注　：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）を示している。値が大きいほど関連が強いことを示す

＜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！地域の健康づくり実践マニュアル」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検討する。

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。拠点数だけでなく、拠点における活動内容やそれによる利用者の変化等の把握が望まれる。

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、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。

○ 通いの場の箇所数と参加率も、令和元年まで上昇・増加傾向であったが、令和 2 年度はいずれも減少・低下を認めた（図表 7）。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。

○ 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、(24,25)）。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(24-26)や、コロナ感染症流行下で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、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。

doi はこのリストに入っています

＜参考文献・URL＞

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. doi: 10.1016/j.annepidem.2004.09.003.

8）Takao S, Kawakami N, Ohtsu T. Occupational class and physical activity among Japanese employees. Soc Sci Med 2003; 57(12): 2281-2289. doi: 10.1016/s0277-9536(03)00134-5.

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. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.09.024.

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. doi: 10.1016/j.jada.2009.06.391.

11) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Accumulation of health risk behaviours is associated wuth lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan. BMC Public Health 2005;5(1): 53. doi: 10.1186/1471-2458-5-53.

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. doi: 10.1016/s0277-9536(03)00287-9.

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. doi: 10.1016/j.annepidem.2008.02.003.

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. doi: 10.1016/j.puhe.2006.10.015.

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. doi: 10.1016/j.healthplace.2007.08.007.
16) Kawakami N, Haratani T, Kobayashi F, et al. Occupational class and exposure to jpo stressors among employed men and women in Japan. J Epidemiol 2004; 14(6): 204-211. doi: 10.2188/jea.14.204.

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. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.08.022.

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. doi: 10.1093/ije/dyh283.

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. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.07.002.
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. doi: 10.1007/s10654-006-9049-2.

△27) ※1 :
https://www.chusho.meti.go.jp/koukai/chousa/chu_kigyocnt/index.htm
△28) ※2 :
https://www.chusho.meti.go.jp/pamflet/hakusyo/2019/PDF/chusho/00Hakusyo_zentai.pdf

21) Nakagomi A, Shiba K, Kondo K, and Kawachi I. Can Online Communication Prevent Depression Among Older People? A Longitudinal Analysis. Journal of Applied Gerontology. 2020. doi: 10.1177/0733464820982147

22) 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

△29）○ ソーシャルキャピタル関連資料
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000092042.html
△30）○ スマート・ライフ・プロジェクト
http://www.smartlife.go.jp/

以下は新しい文献リストです．doi が一部入っていません

1. イチロー・カワチ，リサ・バークマン．ソーシャル・キャピタルと健康．In: リサ・バークマン，イチロー・カワチ，マリア・グリモール，editors. 社会疫学 第 2 版 ＜上＞: 大修館書店（Oxford University Press）; 2017（2014）. p. 339-83.
2. 今村晴彦，園田紫乃，金子郁容，. 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: 慶應義塾大学出版会; 2010.
3. 近藤克則, editor. ソーシャル・キャピタルと健康・福祉: ミネルヴァ書房; 2020.
4. 近藤克則．健康格差社会－何が心と健康を蝕むのか 第 2 版: 医学書院; 2022.
5. Kawachi I, Kennedy B. The Health of Nations: Why inequality is harmful to your health （西信雄ほか監訳：不平等が健康を損なう，日本評論社，2004）. New York: The New Press; 2002.
6. 川上憲人，小林廉毅，橋本英樹，, editors. 社会格差と健康 社会疫学からのアプローチ: 東京大学出版会; 2006.
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):365-72. PubMed PMID: 15840550.
8. 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. PubMed PMID: 15921512.
9. 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(3):163-73. PubMed PMID: 17222876.
10. 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(1):100-9. PubMed PMID: 15561754.
11. Takao S, Kawakami N, Ohtsu T. Occupational class and physical activity among Japanese employees. Soc Sci Med. 2003;57(12):2281-9. PubMed PMID: 14572837.
12. Nishi N, Makino K, Fukuda H, Tatara K. 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):1159-70. PubMed PMID: 14723910.

13. Nishi N, Sugiyama H, Hsu WL, Soda M, Kasagi F, Mabuchi K, et al. Differences in mortality and incidence for major sites of cancer by education level in a Japanese population. Ann Epidemiol. 2008;18(7):584-91. Epub 2008/05/20. doi: S1047-2797(08)00046-X [pii]

10.1016/j.annepidem.2008.02.003. PubMed PMID: 18486486; PubMed Central PMCID: 2527034.

14. Murata C, Kondo K, Hirai H, Ichida Y, Ojima T. Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). Health Place. 2008;14(3):406-14. Epub 2007/10/05. doi: 10.1016/j.healthplace.2007.08.007. PubMed PMID: 17913562.

15. Kawakami N, Haratani T, Kobayashi F, Ishizaki M, Hayashi T, Fujita O, et al. Occupational class and exposure to job stressors among employed men and women in Japan. J Epidemiol. 2004;14(6):204-11. Epub 2004/12/25. PubMed PMID: 15617394.

16. Sekine M, Chandola T, Martikainen P, Marmot M, Kagamimori S. Socioeconomic inequalities in physical and mental functioning of British, Finnish, and Japanese civil servants: Role of job demand, control, and work hours. Social Science & Medicine. 2009;69(10):1417-25.

17. Fujino Y, Tamakoshi A, Iso H, Inaba Y, Kubo T, Ide R, et al. A nationwide cohort study of educational background and major causes of death among the elderly population in Japan. Prev Med. 2005;40(4):444-51. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.07.002. PubMed PMID: 15530597.

18. 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(9):641-51. Epub 20061018. doi: 10.1007/s10654-006-9049-2. PubMed PMID: 17048083.

19. 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;73(12):1683-8. Epub 20111010. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.09.024. PubMed PMID: 22033375.

20. Murakami K, Sasaki S, Takahashi Y, Uenishi K, Japan Dietetic Students' Study For N, Biomarkers G. Neighborhood socioeconomic disadvantage is associated with higher ratio of 24-hour urinary sodium to potassium in young Japanese women. Journal of the American Dietetic Association. 2009;109(9):1606-11. doi: 10.1016/j.jada.2009.06.391. PubMed PMID: 19699842.

21. Tani Y, Suzuki N, Fujiwara T, Hanazato M, Kondo N, Miyaguni Y, et al. Neighborhood food environment and mortality among older Japanese adults: results from the JAGES cohort study. The international journal of behavioral nutrition

and physical activity. 2018;15(1):101. Epub 2018/10/21. doi: 10.1186/s12966-018-0732-y. PubMed PMID: 30340494; PubMed Central PMCID: PMC6194719.

22. 井手一茂, 宮國康弘, 中村恒穂, 近藤克則. 個人および地域レベルにおける要介護リスク指標とソーシャルキャピタル指標の関連の違い：JAGES2010 横断研究. 厚生の指標. 2018;65(4):31-8.

23. 細川陸也, 近藤克則, 山口知香枝, 岡田栄作, 尾島俊之. 健康寿命および平均寿命に関連する高齢者の生活要因の特徴. 厚生の指標. 2020;67(7):31-9. PubMed PMID: 2020387424.

24. Kondo N, Koga C, Nagamine Y, , editors. Understanding the Role of Internet Access on Health and Health Equity toward Healthy Ageing in the Western Pacific Region2021.

25. 古賀千絵, 近藤克則, 近藤尚己. 高齢者のインターネット利用と健康ーJAGES 縦断研究の結果より. 社会保険旬報. 2021(2836):14-22.

26. Nakagomi A, Shiba K, Kondo K, Kawachi I. Can Online Communication Prevent Depression Among Older People? A Longitudinal Analysis. J Appl Gerontol. 2020:733464820982147. Epub 2020/12/24. doi: 10.1177/0733464820982147. PubMed PMID: 33356760.

[1] 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」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kenkounippon21/zoushinkeikaku/todoufuken.html

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。

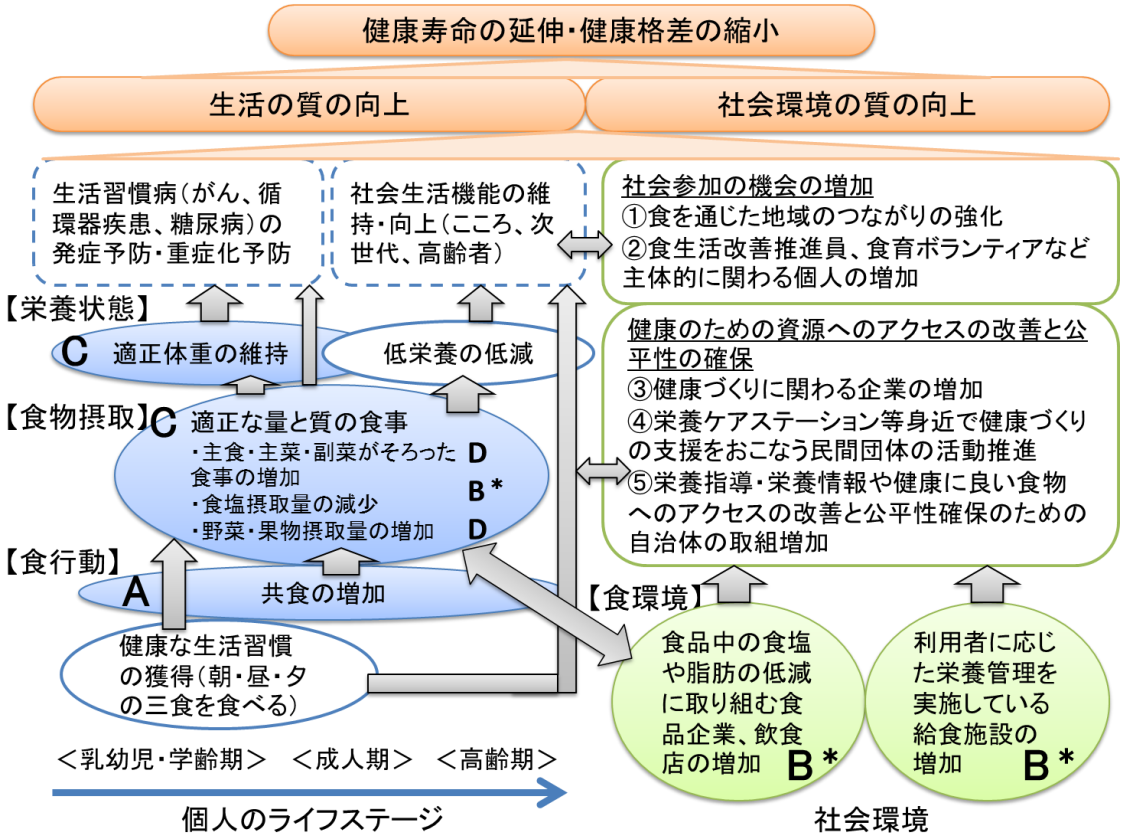
○ 社会環境の質の向上のために、食生活の面からも「社会参加の機会の増加」と「健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保」をすることで寄与できる。これについては、健康を支え、守るための社会環境の整備に含まれる。ここで食環境の目標としてあげた２項目は、個人の行動変容を支援するための「環境づくり」として個人の生活の質の向上に寄与すると同時に、健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保に寄与することで、社会環境の質の向上にも寄与する。

１　目標項目の評価状況

評価		項目数
A　目標値に達した		1
B　現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある		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		0

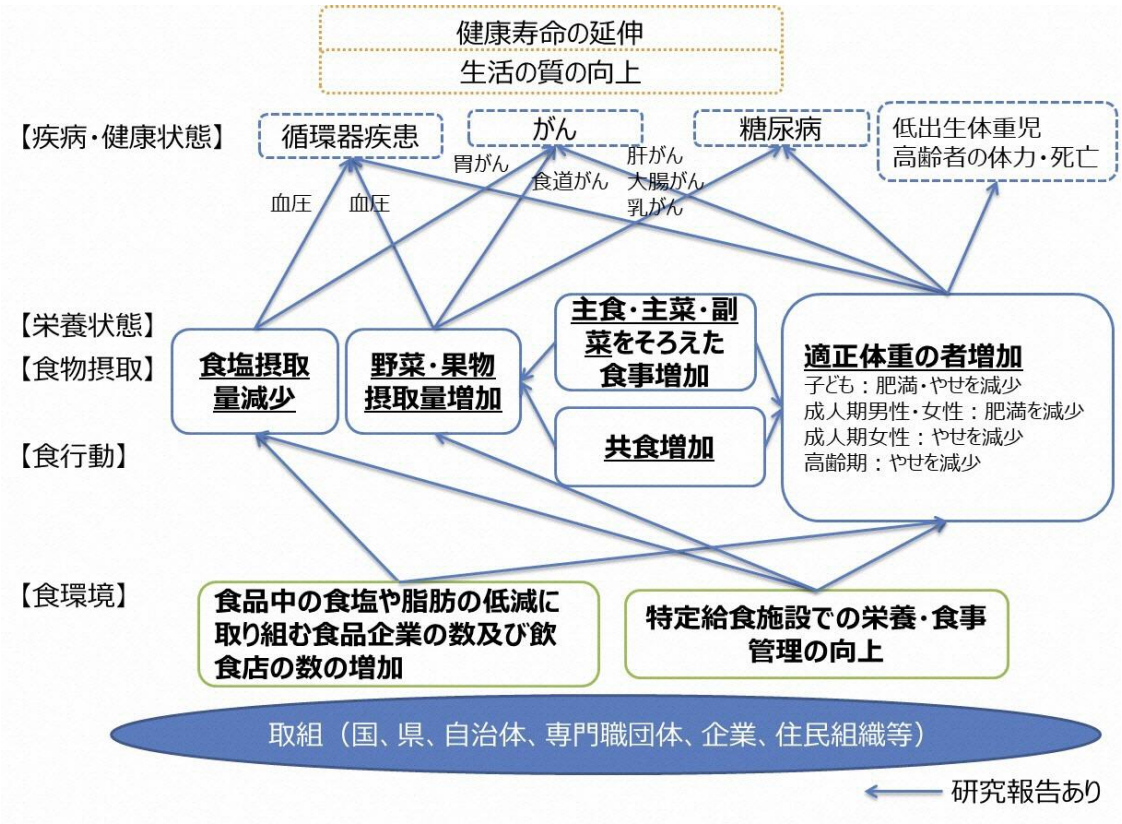
目標項目	評価
① 適正体重を維持している者の増加 （肥満（BMI25 以上）、やせ（BMI18.5 未満）の減少）	**C**
② 適切な量と質の食事をとる者の増加	**C**
ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が１日２回以上の日が ほぼ毎日の者の割合の増加	(D)
イ 食塩摂取量の減少	(B*)
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	(D)
野菜摂取量の平均値	(C)
果物摂取量 100ｇ未満の者の割合	(D)
③ 共食の増加（食事を１人で食べる子どもの割合の減少）	**A**
朝食小学５年生	A
朝食中学２年生	A
夕食小学５年生	A
夕食中学２年生	A
④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組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***

図表 1：栄養・食生活の目標設定の考え方及び目標項目の評価



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

図表 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。

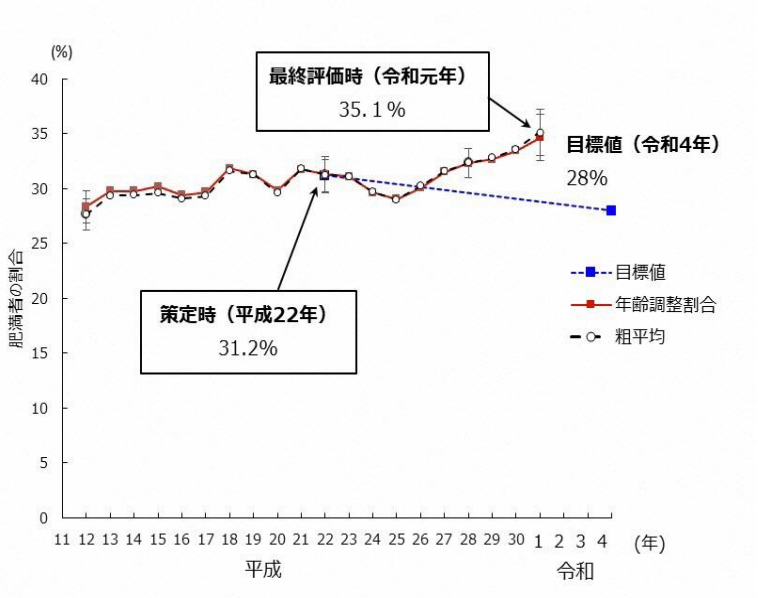
今回の評価

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）年から令和元（2019）年は有意に増加した。いずれの年代も同様の傾向であった。

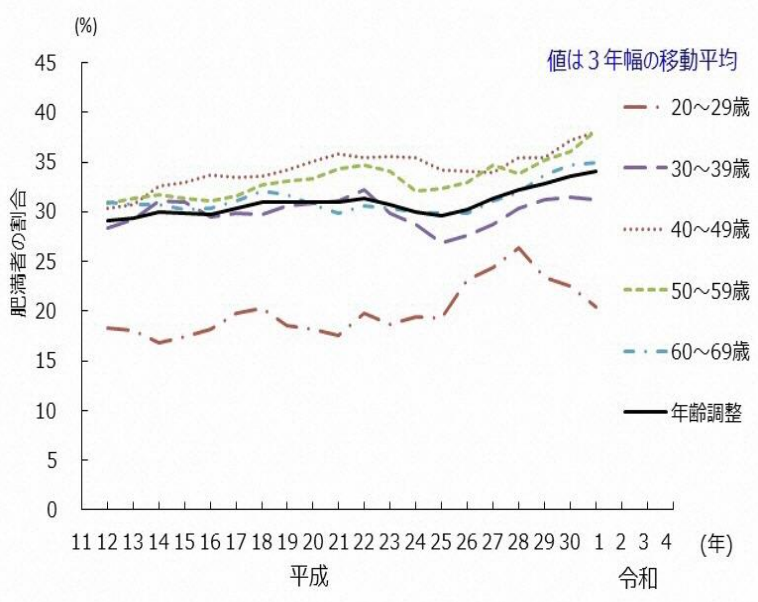
なお、本目標項目の指標は、平成 12 年に開始した健康日本 21 以降、継続してデータを把握しており、平成 12（2000）年と比較すると、20~64 歳男性では、増加傾向である。

図表 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」

図表 4：20 歳～60 歳代男性の肥満者の割合の推移（年齢階級別）

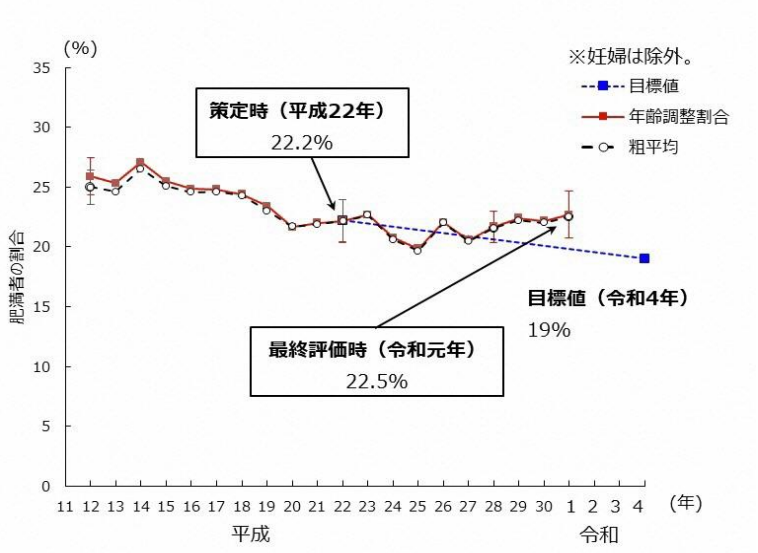


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

40 歳～60 歳代女性の肥満者の割合

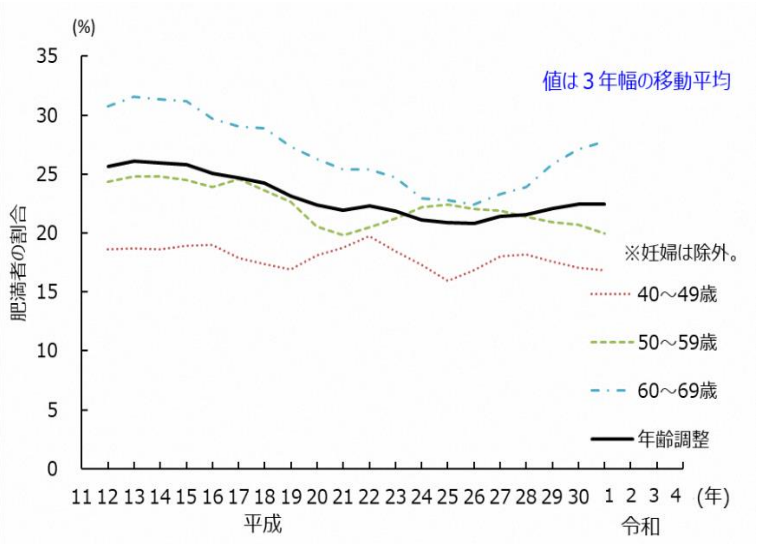
40 歳～60 歳代女性の肥満者の割合（平成 22（2010）年の調査実施人数を基準とした年齢調整割合）は、ベースライン 22.2%（平成 22（2010）年）と比較して 22.7%（令和元（2019）年）で有意な変化は無く、目標値に達していない。経年的な推移の分析でも有意な増減は無い。

図表 5：40 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」

図表 6：40 歳～60 歳代女性の肥満者の割合の推移（年齢階級別）



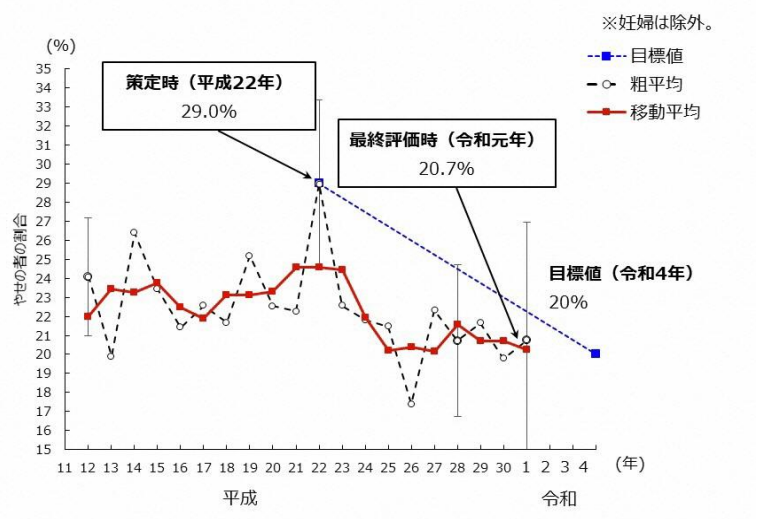
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

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ため結果の解釈に注意が必要である。

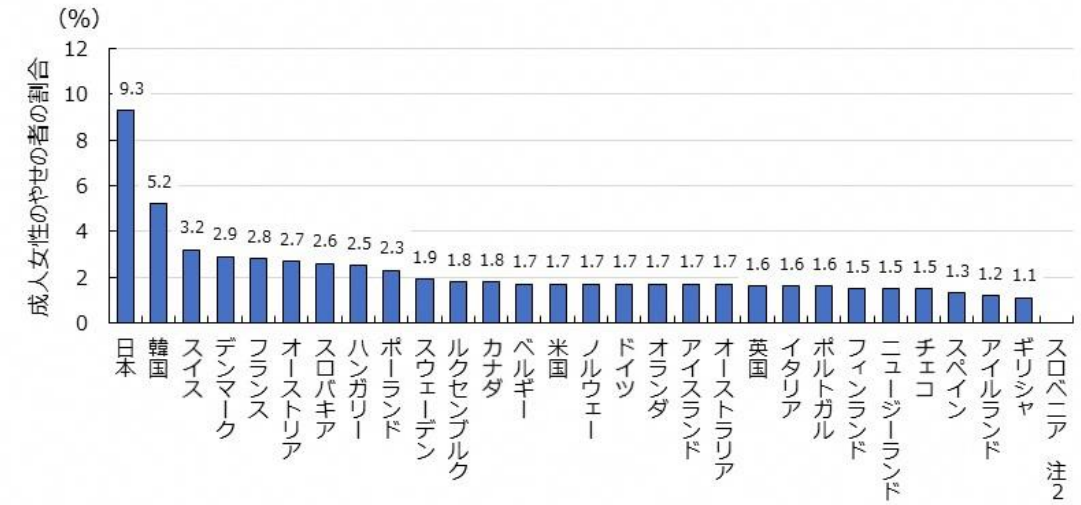
また、我が国の成人女性のやせの者の割合は、主な先進国の中でも最も高い（図表 8）。

図表 7：20 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」

図表 8：成人女性のやせの者（BMI18.5kg/m^2 未満）の割合の国際比較（2016 年）



出典：吉池信男ほか．肥満研究．2018;24(1):16-21.を基に厚生労働省健康局健康課栄養指導室で作図

注１：主な先進国として、経済協力開発機構（OECD）開発援助委員会（DAC）加盟国のみ表示
注２：スロベニアのデータは不明

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ことが報告されている[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）が適正となることが報告されている[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食塩量の規制が、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)]。

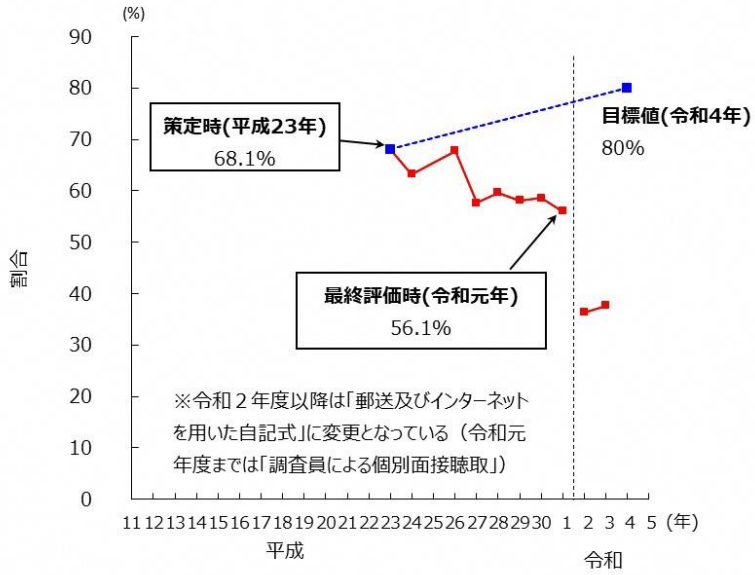
今回の評価

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。

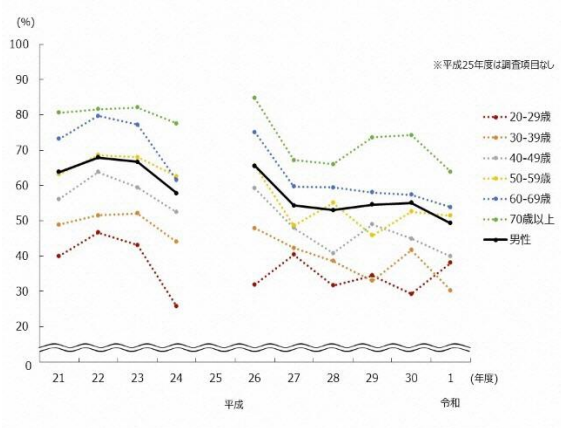
性・年代別にみると、年代による差が見られ、男女ともに 20 歳代、30 歳代、40 歳代で、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事をする人の割合が低い。しかし、推移をみると 50 歳代以上でもこの割合が低下しており（女性の 70 歳代を除く）、このままでは全体として低下傾向が続くことが予想される。

図表 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）

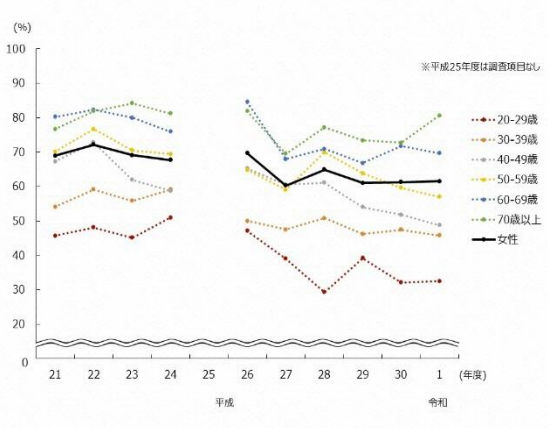


出典：内閣府「食育の現状と意識に関する調査」（平成 21～22 年度）
内閣府「食育に関する意識調査」（平成 23～27 年度）
農林水産省「食育に関する意識調査」（平成 28 年度～令和元年度）

図表 10－1：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）



図表 10－２：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、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～令和元年度）

イ 食塩摂取量の減少

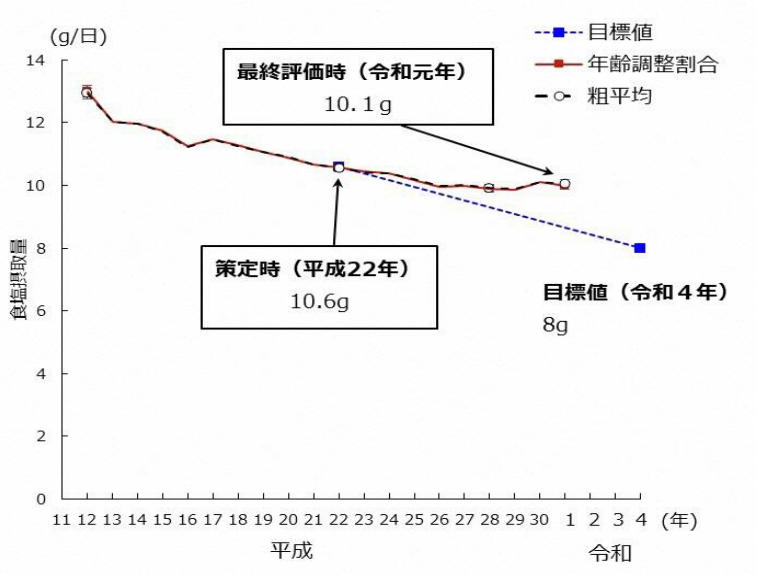
食塩摂取量の平均値（平成 22（2010）年の調査実施人数を基準とした年齢調整平均）は、ベースラインの平成 22（2010）年と比較して有意に減少したものの、目標値には達していない。また、目標年度までに目標達成することが危ぶまれる。経年的な推移の分析では、平成 22（2010）年から平成 28（2016）年は有意に減少し、平成 28（2016）年から令和元（2019）年は有意な増減が無い。男女別では、男性では平成 22（2010）年～令和元（2019）年まで一貫して有意に減少したが、女性では平成 22（2010）年～平成 27（2015）年は有意に減少し、平成 27（2015）～令和元（2019）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

なお、本目標項目の指標は、平成 12 年に開始した健康日本 21 以降、継続してデータを把握しており、平成 12（2000）年と比較すると、減少傾向である。

食塩摂取源について、自宅で調理した料理（自宅調理）、加工食品、外食のそれぞれからナトリウム摂取割合等を検討した研究 [15] によると、自宅調理からの摂取が最も多かった（男性 52.3%、女性 57.1%）。また、総ナトリウム摂取量に対し寄与率の高い食品群をみると、男女とも調味料類が最も高く、次いで魚介類であった（図表 15）[15]。

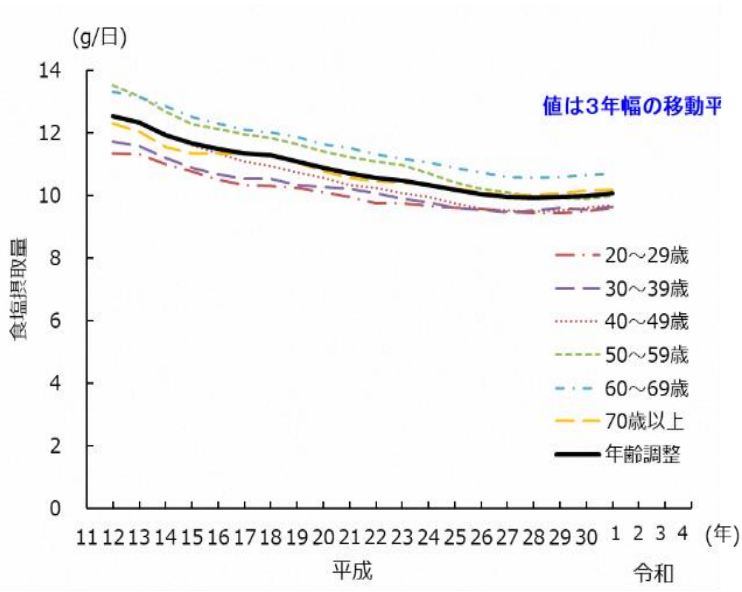
食塩摂取量の都道府県間の格差の状況については、別表第一：健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標の「【参考】体格及び生活習慣に関する都道府県格差の状況」を参照。

図表 11：食塩摂取量の平均値の推移（20 歳以上）



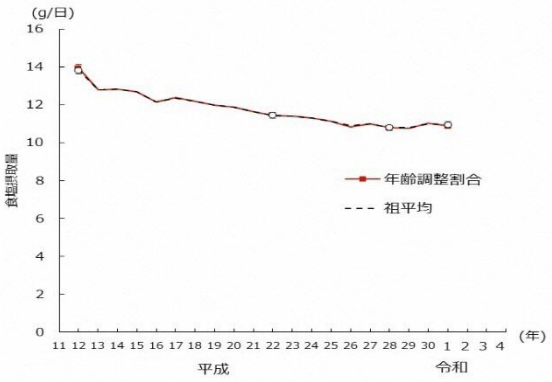
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 12：食塩摂取量の平均値の推移（年齢階級別）

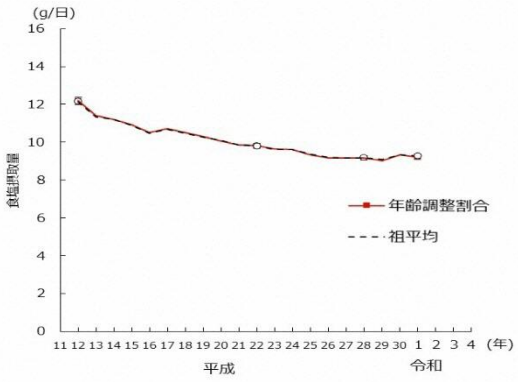


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 13－1：食塩摂取量の平均値（20 歳以上、男性）

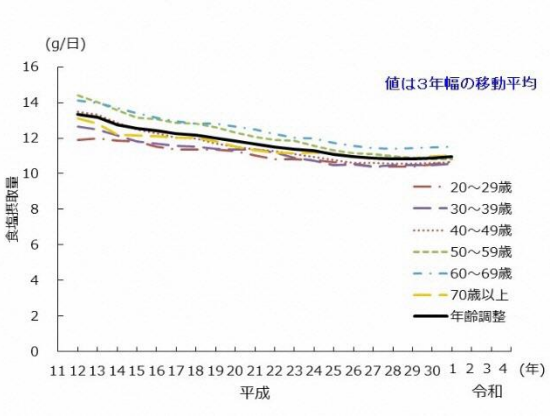


図表 13－2：食塩摂取量の平均値（20 歳以上、女性）

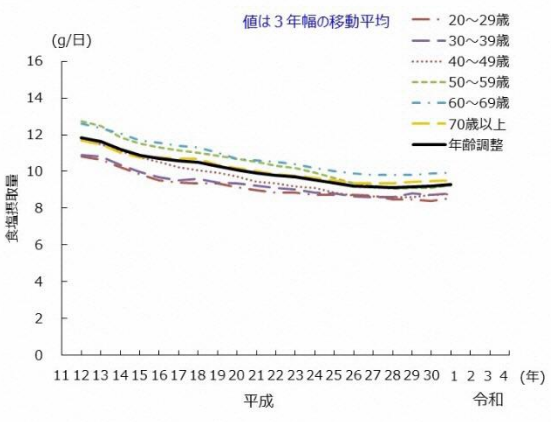


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 14－1：食塩摂取量の平均値（年齢階級別、男性）

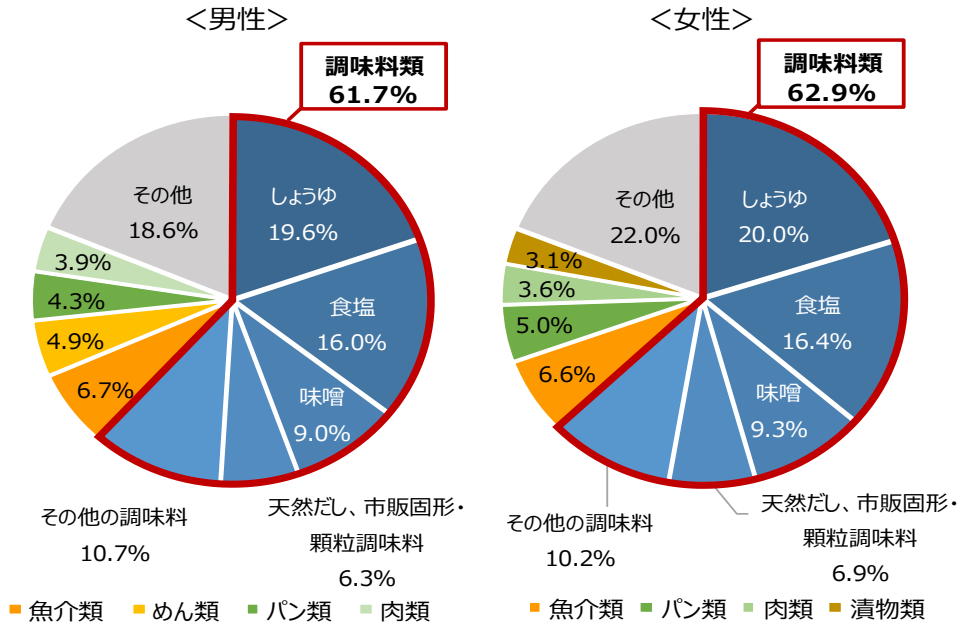


図表 14－2：食塩摂取量の平均値（年齢階級別、女性）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 15：各食品群からのナトリウム摂取割合（上位５食品群抜粋）



出典：Asakura K, *et al*. Public Health Nutr. 2016;19(11):2011-23.

ウ 野菜と果物の摂取量の増加

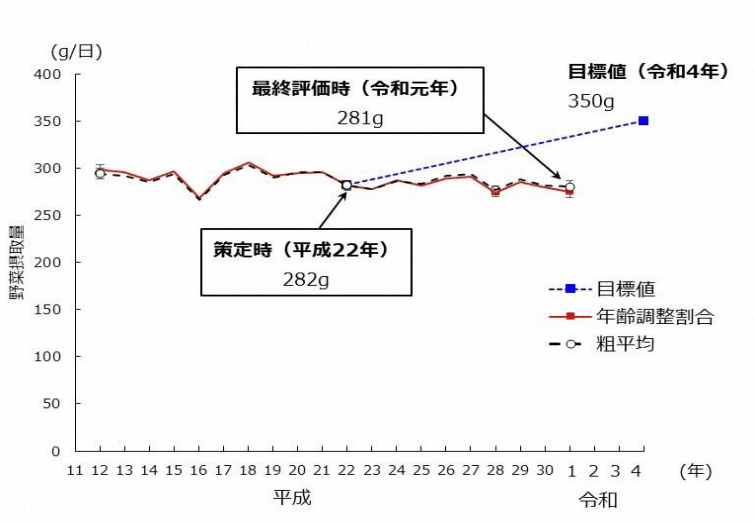
野菜摂取量の平均値（平成 22（2010）年の調査実施人数を基準とした年齢調整平均）は、ベースラインの平成 22（2010）年と比較して、有意な変化は無く、目標値に達していない。経年的

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。

野菜摂取量の都道府県間の格差の状況については、別表第一：健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標の「【参考】体格及び生活習慣に関する都道府県格差の状況」を参照。

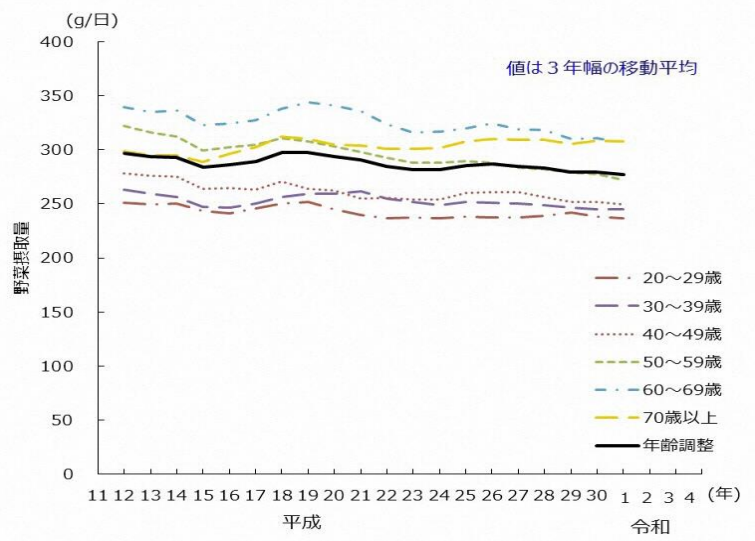
果物摂取量が 100g 未満の者の割合（平成 22（2010）年の調査実施人数を基準とした年齢調整割合）は、ベースラインの平成 22（2010）年と比較して、有意に増加し、悪化した。経年的な推移の分析でも有意に増加した。ただし、年齢調整していない粗データの相対的な変化は５％以内であり、公衆衛生学的に意味のある変化幅とは言い難い。70 歳代以外の年代では推移は同様である。100g 未満の者の割合は、20 歳代、30 歳代、40 歳代が平均値より高い。男女別にみると、ベースラインの平成 22（2010）年から令和元（2019）年の経年変化は男女ともに有意に増加し、悪化した。

図表 16：野菜摂取量の平均値の推移（20 歳以上）



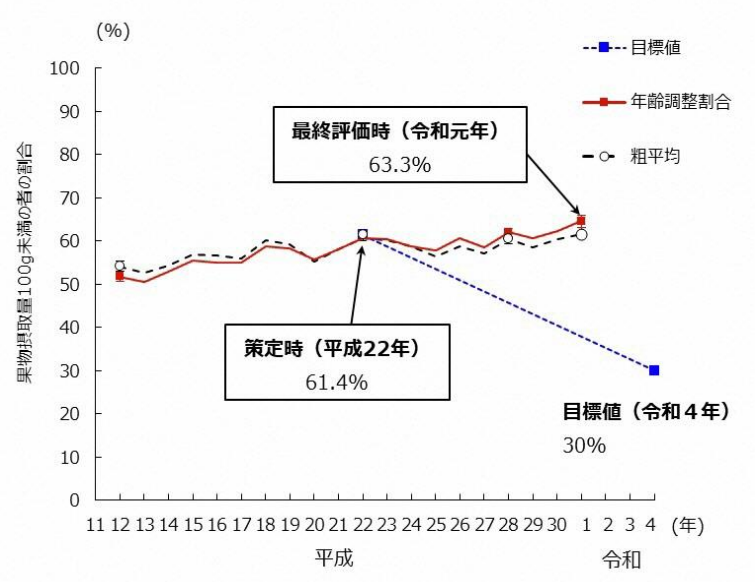
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 17：野菜摂取量の平均値の推移（年齢階級別）



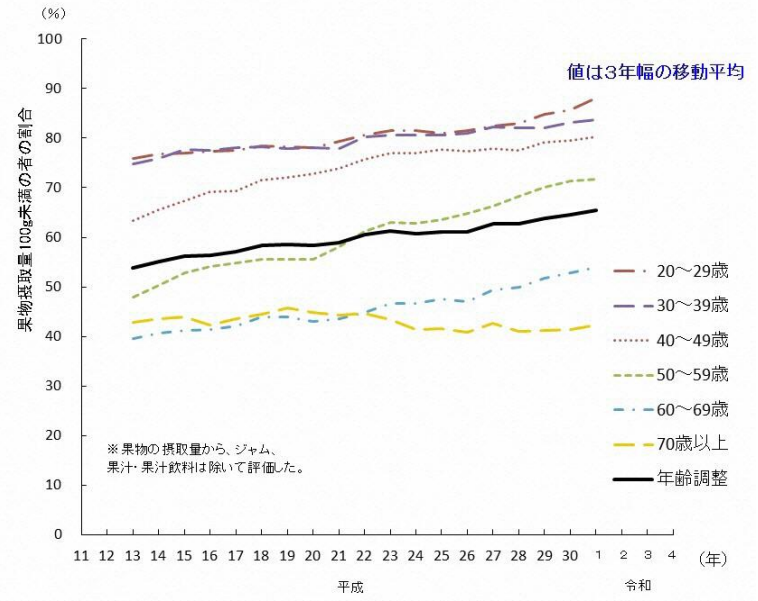
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 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」

図表 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

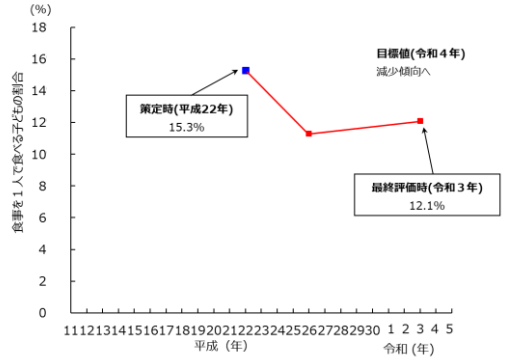
国内外の研究で家族との共食頻度が低い児童生徒で肥満・過体重が多いことが報告されている[16)-18)]。日本人について、孤食頻度が高い中学生は、自覚的症状の訴えが多いこと[19)]、共食頻度が高い者は、野菜・果物・ご飯を「よく食べる」者が多い等食物摂取状況が良好な傾向にあることが報告されている[20)]。欧米では、共食頻度が高い児童・生徒ほど、野菜・果物摂取量が多く、清涼飲料水の摂取量が低く、ビタミン、ミネラルの摂取量が多いことが報告されている[21), 22)]。また、思春期の共食頻度の高さがその後の食物摂取状況とも関連することが報告されている[23), 24)]。したがって、学童・思春期の共食を推進することは、健康状態及び栄養素等摂取量の改善、食習慣の確立等につながると考えられる。

今回の評価

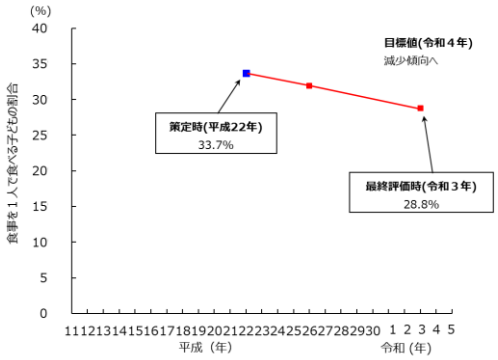
食事を１人で食べる子どもの割合は、ベースラインの平成 22（2010）年度と比較して、朝食は小学生と中学生のそれぞれ 15.3%、33.7%から 12.1%、28.8%と減少（相対的変化－20.9%、－14.5%）した。夕食は、小学生と中学生のそれぞれ 2.2%、6.0%から 1.6%、4.3%と減少（相対的変化－27.3%、－28.3%）した。食事を１人で食べる子どもの割合は、朝食、夕食ともに減少しており、目標に達した。

ベースラインは日本スポーツ振興センターによる調査で把握したが、その後、調査が行われていないことから中間評価及び最終評価は、研究で実施した調査結果を用いて評価した。データソースが異なり、サンプリング方法と人数が異なることに留意が必要である。

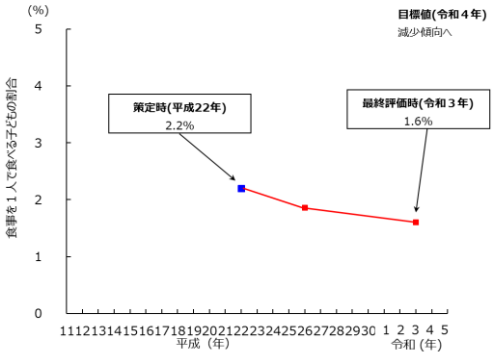
図表 20－1：食事を 1 人で食べる子供の割合（朝食 小学 5 年生）



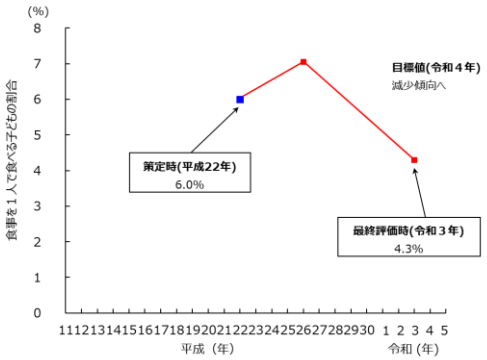
図表 20－2：食事を 1 人で食べる子供の割合（朝食 中学 2 年生）



図表 20－3：食事を 1 人で食べる子供の割合（夕食 小学 5 年生）



図表 20－4：食事を 1 人で食べる子供の割合（夕食 中学 2 年生）



出典：日本スポーツ振興センター「児童生徒の食生活等実態調査」（平成 22（2010）年度）
厚生労働科学研究費補助金「食事摂取基準を用いた食生活改善に資するエビデンスの構築に関する研究」（平成 26（2014）年度）
科学技術振興機構戦略的国際共同プログラム「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による青少年の生活および健康への影響およびその関連因子に関する日欧比較研究」（令和３（2021）年度）

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、食品中の食塩量の規制が、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。

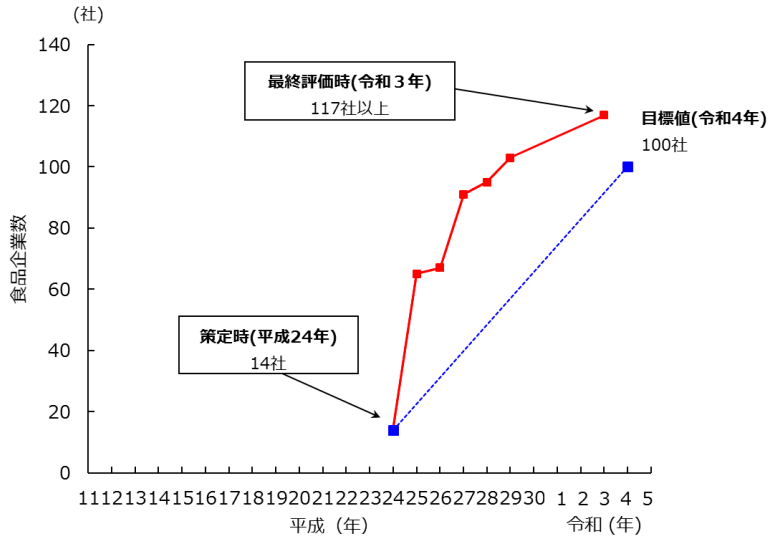
今回の評価

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を達成した。中間評価以降は把握されていなかったため、最終評価に際し、スマート・ライフ・プロジェクト参画企業へのアンケートを実施した（令和４年３月）。食品中の食塩又は脂肪の含有量について従来品と比べて 10%以上の低減を行っていると回答した食品企業のうち中間評価時点で計上されていた企業を除くと 14 社であったため、少なくとも 117 社は食品中の食塩や脂肪の低減に取り組んでいると考えられる。

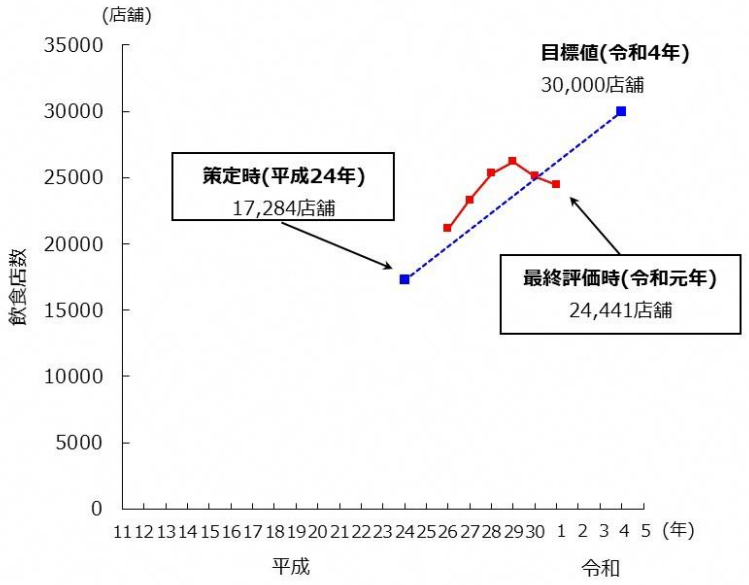
飲食店については、自治体からの報告（エネルギーや食塩控えめ、野菜たっぷり・食物繊維たっぷりといったヘルシーメニューの提供に取り組む店舗数）で把握し、ベースラインからの相対的変化率＋141%であり５%を超えて改善しているが、目標を達成していない。平成 30（2018）年、令和元（2019）年と減少しており、目標達成が危ぶまれる。

図表 21：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）

図表 22：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

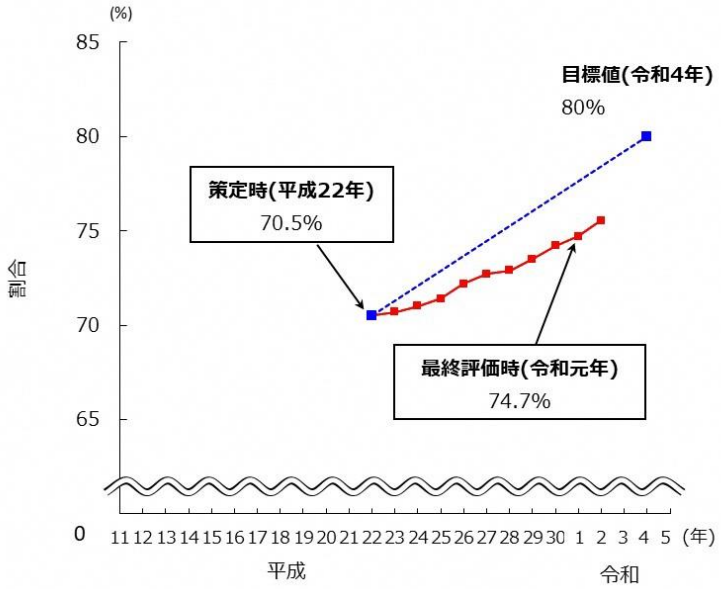
給食施設は、日本全国で約８万４千施設（平成 22 （2010）年度衛生行政報告例）に上り、保育所、学校、事業所、病院、高齢者施設までを含む。また健康増進法において、特定給食施設（継続的に１回 100 食以上又は１日 250 食以上の食事を供給する施設）における栄養管理が規定されている。日本の研究では、職場の給食や栄養管理の改善（提供する食事の量と質、栄養成分表示等の利用者の食事選択のための情報提供や栄養教育）が、利用者の血中脂質改善 [25]、体重コントロールや関連する知識・態度・行動・食事内容の改善 [26)-29)]に有効であることが報告されている。海外でも同様の報告がみられ [30)-32)]、食塩摂取量減少への効果についても報告されている [33)]。

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。

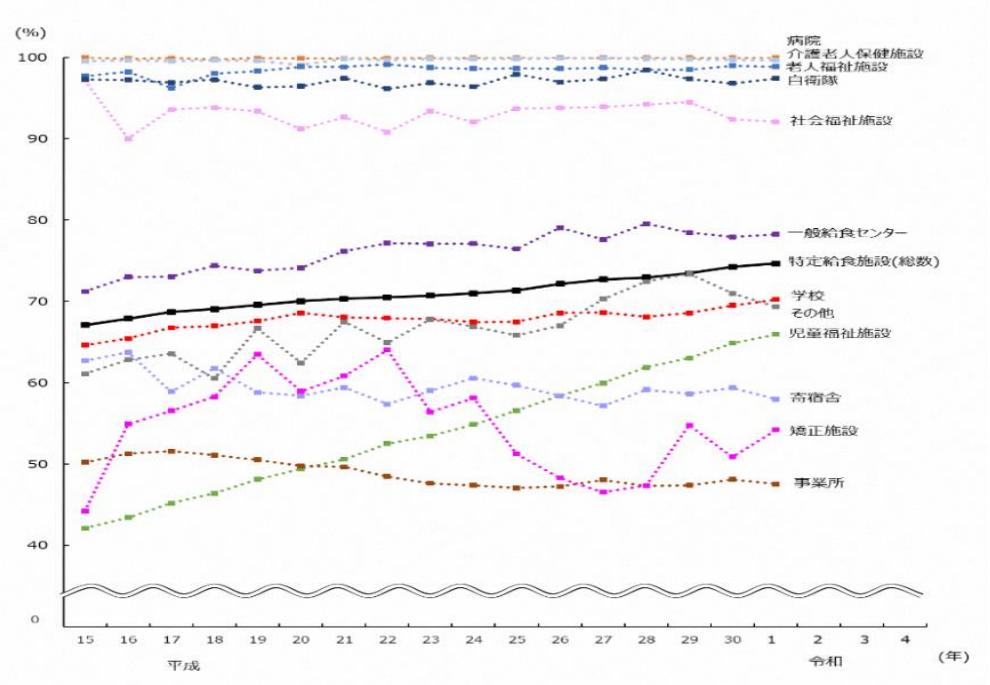
施設別の配置率の推移では、児童福祉施設、学校への配置率が増加しているのに対して、事業所は低いまま増加しておらず、改善度の差が大きい。

図表 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



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

図表 24：管理栄養士･栄養士を配置している特定給食施設の割合（施設の種類別）



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

2　関連する取組

＜領域全体に係る取組＞

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）、食品関連事業者、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。

○ 食生活指針や食事バランスガイドを通して普及啓発を実施している。
○ 食事摂取基準を策定し、普及啓発を実施している。
○ 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」、「毎日プラス１皿の野菜」、「おいしく減塩 1 日マイナス２ｇ」等をテーマとし、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で提供するとともに、自治体や企業の取組事例を紹介している。
○ 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、「主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を１日２回以上ほぼ毎日食べている者の割合」、「１日当たりの食塩摂取量の平均値」、「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」を設定した。
○ 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 BMI 値、野菜摂取量及び食塩摂取量の状況を公表した。
○ 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、事業内容として、肥満予防対策、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し、実施している。
○ 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した（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)]）。
○ 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を促進している。
○「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。一食の中で、主食・主菜・副菜が揃い、野菜がたっぷりで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（令和３（2021）年８月現在、認証事業者数は 536）。

図表 25：スマートミール認証事業者数

2021年8月現在　認証事業者総数*

認証事業者数	外食	中食	給食
536	107	66	363

*認証後に失効した事業者があるため事業者総数は，第1回から第5回の合計数にはなりません。

回数	認証事業者数	認証件数		
		外食	中食	給食
第5回	145	28	22	95
第4回	129	18	15	96
第3回	116	22	9	88
第2回	120	31	16	73
第1回	68	25	11	34

※ 複数部門で認証されている場合があり，認証事業者数と認証件数の合計は一致しません。

出典：「健康な食事・食環境」コンソーシアム　ウェブサイト

＜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た（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。」に変更した（平成 28（2016）年６月改定）。

○ 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した。

○ 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、女性特有の健康課題(やせ・低栄養)に関するスクリーニング及び介入方法検証に関する実証を行っている。

○ 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）[35)]）。

○ 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を実施している。

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

○ 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、あ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」としてスマート・ライフ・プロジェクトのウェブサイトで紹介した。

○ 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・公表した（平成 31（2019）年３月）。

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 未満に変更した。

○ 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した（平成 27（2015）年９月）。

○「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し報告書を取りまとめた（令和３（2021）年６月）。

○ 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行っている。

○ 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した（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）。

○ 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を設定した。

○ 各地域の食塩摂取についての実態把握と分析を通じた、対策を立案、実施、評価した。

○ 保育所、学校等における適切な栄養管理による給食の提供を実施した。

○ 食品関連事業者による減塩食品・減塩メニューを開発、販売した。

○ 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）等を実施した。

○ 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した。

ウ 野菜と果物の摂取量の増加

○ 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した。

○ スマート・ライフ・プロジェクトにおいて、食生活の具体的アクションとして、1日に＋1皿（約 70ｇ）の野菜をとることを推奨した。

○ 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を設定した [35)]。

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２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した。「第 3 次食育推進基本計画」（平成 28（2016）年度～令和２（2020）年度）及び「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して設定した。

○「健やか親子 21（第２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した。

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

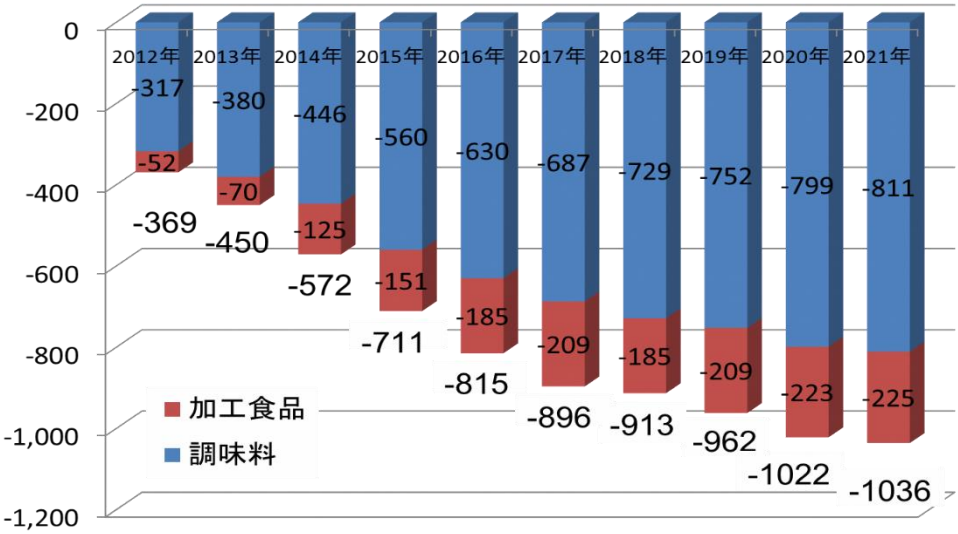
○「自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会」（令和３（2021）年２月設置）において、関係省庁との連携の下、産学官等の連携体制による効果的な減塩アプローチ等の推進について、健康関心度等の程度にかかわらず、誰もが自然に健康になれるようにする視点に加え、この食環境づくりに参画する事業者の取組が社会に広く評価され、事業機会の拡大にもつながり得る視点を踏まえて検討し、報告書を取りまとめた（令和３（2021）年６月）。同報告書や東京栄養サミット 2021 での日本政府コミットメント（誓約）を受け、「健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ」を始動（令和４（2022）年３月～）。「食塩の過剰摂取」を始め、全世代や生涯の長きにわたり国民に大きく影響し得る栄養面の課題等について、産学官等が連携して取り組んでいく。

○ 食品事業者による減塩食品・減塩メニューの開発、販売がされている。

○ 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。日本高血圧学会が減塩食品リストに掲載された製品の販売状況調査を行ったところ、2021 年度のリスト掲載品（28 社 124 製品）が食塩摂取量を減らしたと考えられる値は 1,036t であり、2013 年以降の累計（40 社 277 製品）は 7,736t と推計された（図表 25）。

○ 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した。

図表 25：日本高血圧学会減塩食品リスト掲載品の相対的減塩量（t）



	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	
企業数	12	17	22	22	25	29	32	33（32）	31	29	2022年4月 28社 124品
品種数	34	55	81	105	136	178	209	207（206）	138	133	

※2019年度は1社1製品未報告のため32社206品の合計数値

出典：日本高血圧学会ウェブサイト

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）を推進した。

○ 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）の配置を促進した。

○ 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・支援を実施した。

○ 都道府県等において、給食施設に対する研修会を実施した。

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

40 歳～60 歳代女性の肥満者の割合

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。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、「C 変わらない」であった。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、データの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

評価は「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 歳代及び 30 歳代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。

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

評価は「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、カバー率が十分でないことや消費者に選択されていないなどの可能性がある。令和元年の国民健康・栄養調査では、食習慣の改善に「関心がない」「関心はあるが改善するつもりはない」者（無関心層）が男性 40%、女性 35%いたことから一定の層では意識の課題が考えられる。一方で、健康な食習慣の妨げとなる点として、無関心層では「特にない」が多く、「改善するつもりである」層は「仕事（家事育児）が忙しくて時間がない」が多いことから、改善意欲があっても環境的な要因でできないことも考えられる。

食塩摂取量の平均値

評価は「B＊　改善傾向にあるが、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）年から令和元（2019）年まで一貫して有意に減少したが、女性では平成 22（2010）年から平成 27（2015）年は有意に減少し、平成 27（2015）から令和元（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公表したことを受けて、都道府県での取組が

進んだことが考えられる。

ウ 野菜と果物の摂取量の増加

本目標は、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

評価は「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

評価は「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）

評価は「A　目標値に達した」であった。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、中間評価及び最終評価は研究で把握した値を用いた。サンプリング方法と人数が異なることに留意が必要であるが、食事を１人で食べる子どもの割合は、朝食、夕食ともにベースラインから中間評価、最終評価まで順調に減少している。

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

本目標は、２つの指標からなり、全体の評価は「B＊　改善傾向にあるが、目標達成が危ぶまれる」であった。

食品企業登録数

評価は「Ａ　目標値に達した」であった。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を実施し、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。

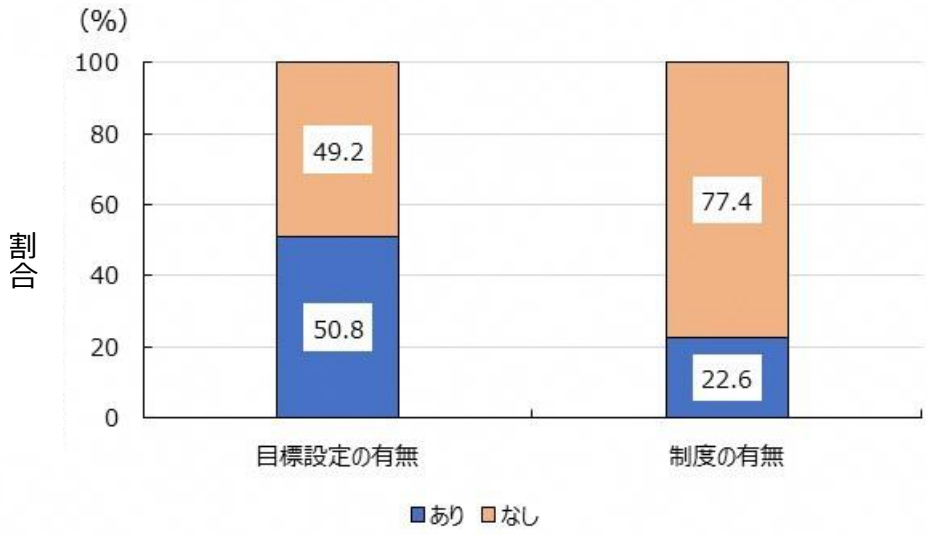
飲食店登録数

評価は「B＊ 改善傾向にあるが、目標達成が危ぶまれる」であった。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（エネルギーや食塩控えめ、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 学協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。

図表 26：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

注　：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* 改善傾向にあるが、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、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 [36), 37)]。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 [38), 39)]、国全体の運動だけでは改善できない可能性がある。

栄養・食生活分野全体として、社会経済的要因等による影響の実態把握と分析が必要である。

4　今後の取組と課題

＜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とその要因の把握の他、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。

○ 取組と効果の関連を予測した計画、モニタリング・評価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である。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。

○ 誰もが自然に健康になれる食生活の実現に向けて、ターゲットに応じた効果的な介入手法の検討が必要である。また、健康的な食品の開発・流通・利用の促進を目的に、栄養プロファイリングモデルの開発・活用が国際的に進んでいる。こうした動きを踏まえ、減塩を含めた食環境整備の一環として、各栄養素等の適切な摂取の参考となるよう、日本版栄養プロファイリングモデルの実用化に向けた検証研究が必要である。

○ 健康寿命の延伸に向けて、国民にとって参加・継続しやすい栄養・運動・休養等の分野横断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を充実させる。

○ 課題が大きい集団に焦点化した取組を強化する。

○ 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である。

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）や阻害要因の分析とともに対策の効果検証が必要である。

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」も踏まえ、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を組み合わせて食べることについて、一人ひとりの生活が多様化するなかで、それぞれの生活状況を踏まえた効果的な介入手法の開発を検討することが必要である。

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）を普及促進する。

○ 減塩に取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）との連携を強化する。

○「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」を踏まえ、減塩を軸に、健康に資する食育に対しての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更に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）も踏まえ、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が必要である。

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」等を通して普及促進を実施する。

○ 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して普及促進を実施する。

○ 「第４次食育推進基本計画」も踏まえ、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を充実する。

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を検討する。

○ 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を開発する。

③ 共食の増加（食事を１人で食べる子どもの割合の減少）

モニタリングが難しいことから、今後の目標に入れるか検討が必要であるが、共食頻度が高い児童・生徒ほど食物摂取状況等が良いことから、その後のライフコースを見据えた食習慣の確立につなげることによる健康への影響に資する効果や、食生活が大きく変化し、多様化している現代において、家族単位の共食から、地域で支え合う共食の場づくりの効果等についても整理が必要である。

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しての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。また、自治体の食環境整備の取組の実態を踏まえ、産学官等の取組との整合性や連携を検討する。

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を開発する。

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。

○ 社員食堂等における食環境整備の充実を図ることによる効果検証を行い、その成果を横展開していく仕組みの検討が必要である。

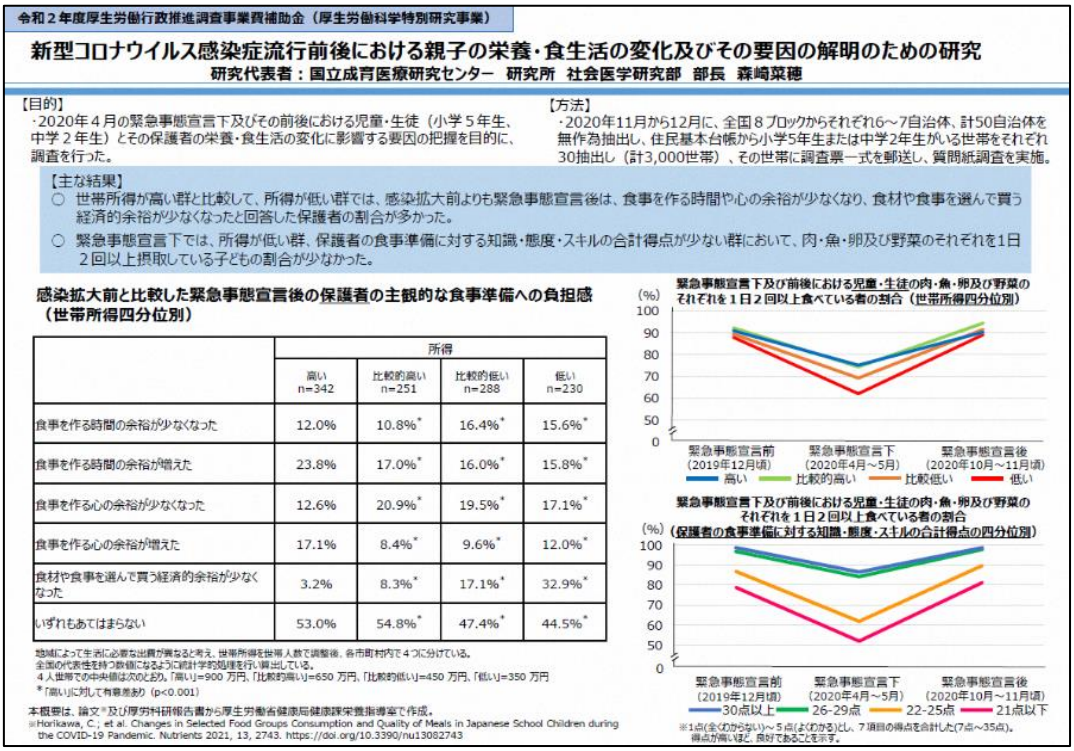
必要となる研究

○ 管理栄養士の配置率が低い、特に事業所給食について、そこで働く従業員等の健康管理の観点で、食環境整備（食品へのアクセス、情報へのアクセス）の効果的な介入手法を検討する必要である。

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

○ 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（図表 27、図表 28）[40), 41)]。

図表 27：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 [40)]



令和２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）

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

研究代表者：国立成育医療研究センター　研究所　社会医学研究部　部長　森崎菜穂

【目的】
・2020年４月の緊急事態宣言下及びその前後における児童・生徒（小学５年生、中学２年生）とその保護者の栄養・食生活の変化に影響する要因の把握を目的に、調査を行った。

【方法】
・2020年11月から12月に、全国８ブロックからそれぞれ6～7自治体、計50自治体を無作為抽出し、住民基本台帳から小学5年生または中学2年生がいる世帯をそれぞれ30抽出し（計3,000世帯）、その世帯に調査票一式を郵送し、質問紙調査を実施。

【主な結果】
○ 世帯所得が高い群と比較して、所得が低い群では、感染拡大前よりも緊急事態宣言後は、食事を作る時間や心の余裕が少なくなり、食材や食事を選んで買う経済的余裕が少なくなったと回答した保護者の割合が多かった。
○ 緊急事態宣言下では、所得が低い群、保護者の食事準備に対する知識・態度・スキルの合計得点が少ない群において、肉・魚・卵及び野菜のそれぞれを1日２回以上摂取している子どもの割合が少なかった。

感染拡大前と比較した緊急事態宣言後の保護者の主観的な食事準備への負担感（世帯所得四分位別）

	所得			
	高い n=342	比較的高い n=251	比較的低い n=288	低い n=230
食事を作る時間の余裕が少なくなった	12.0%	10.8%*	16.4%*	15.6%*
食事を作る時間の余裕が増えた	23.8%	17.0%*	16.0%*	15.8%*
食事を作る心の余裕が少なくなった	12.6%	20.9%*	19.5%*	17.1%*
食事を作る心の余裕が増えた	17.1%	8.4%*	9.6%*	12.0%*
食材や食事を選んで買う経済的余裕が少なくなった	3.2%	8.3%*	17.1%*	32.9%*
いずれもあてはまらない	53.0%	54.8%*	47.4%*	44.5%*

地域によって生活に必要な出費が異なると考え、世帯所得を世帯人数で調整後、各市町村内で４つに分けている。
全国の代表性を持つ数値になるように統計学的処理を行い算出している。
４人世帯での中央値は次のとおり。「高い」=900 万円、「比較的高い」=650 万円、「比較的低い」=450 万円、「低い」=350 万円
*「高い」に対して有意差あり（p<0.001）

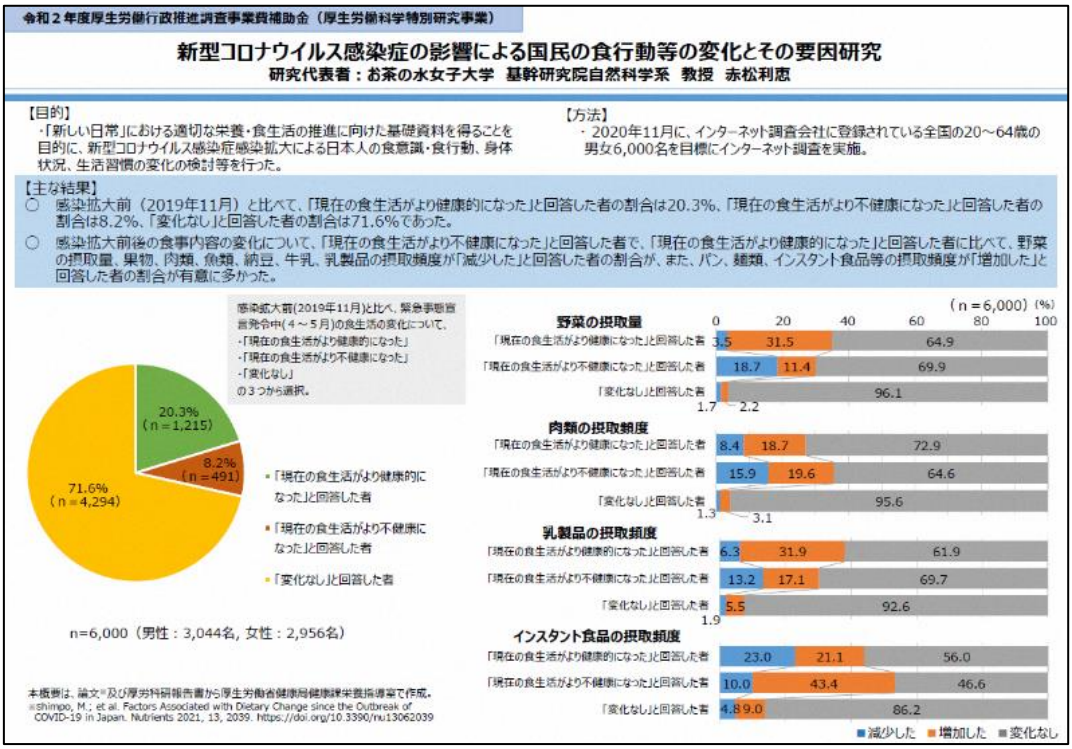
本概要は、論文*及び厚労科研報告書から厚生労働省健康局健康課栄養指導室で作成。
※Horikawa, C.; et al. Changes in Selected Food Groups Consumption and Quality of Meals in Japanese School Children during the COVID-19 Pandemic. Nutrients 2021, 13, 2743. https://doi.org/10.3390/nu13082743

緊急事態宣言下及び前後における児童・生徒の肉・魚・卵及び野菜のそれぞれを１日２回以上食べている者の割合（世帯所得四分位別）

緊急事態宣言下及び前後における児童・生徒の肉・魚・卵及び野菜のそれぞれを１日２回以上食べている者の割合（保護者の食事準備に対する知識・態度・スキルの合計得点の四分位別）

※1点(全くわからない)～5点(よくわかる)とし、7項目の得点を合計した(7点～35点)。得点が高いほど、良好であることを示す。

図表 28：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 [41)]



○ 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」によると、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等、特に若い世代の食生活が変化したと報告された。

○ 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」の提案等、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、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。

＜参考文献・URL＞

1）フランク・B・フ-．小林身哉，八谷寛，小林邦彦監訳．肥満の疫学．2010 Sep．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 Aug;12(7):588-94. doi: 10.1007/s001980170082.

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 Feb;40(1):65-101. doi: 10.1093/ije/dyq195.

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．doi.org/10.3861/jshhe.50.70.

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 Aug；61（6）：349-356．doi.org/10.5264/eiyogakuzashi.61.349.

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 Aug；16（3）：94-109．doi.org/10.11260/kenkokyoiku1993.16.94.

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 Sep;29:1693-1699. doi: 10.1097/HJH.0b013e328349ba18.

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3次対がん総合戦略研究事業報告書，2012.3.
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 Jan;167(1):59-70. doi:10.1093/aje/kwm263.
14) World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical cctivity and the prevention of cancer: a global perspective, 2007 Nov.
15) Asakura K, Uechi K, Masayasu S, Sasaki S. Sodium sources in the Japanese diet: difference between generations and sexes. Public Health Nutr. 2016;19(11):2011-23. doi:10.1017/S1368980015003249
16) Hammons, A & Fiese, B. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? Pediatrics. 2011 Jun;127 : e1565-e1574. doi: 10.1542/peds.2010-1440.
17) 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 Jan;107 : 53-61. doi: 10.1016/j.jada.2006.10.010
18) 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. J Med Invest. 2008 Feb;55 : 71-7. doi: 10.2152/jmi.55.71.
19) 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日中比較(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 Nov ; 60 : 739-48.
20) 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 Jan; 194: 121-7. doi: 10.1620/tjem.194.121.
21) 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 Mar ; 103 : 317-22. doi: 10.1053/jada.2003.50048.

22) Gillman M, Rifas-Shiman SL, Frazier A et.al. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. ArchFam Med. 2000 Mar; 9: 235-40. doi: 10.1001/archfami.9.3.235.

23) Burgess-Champoux TL, Larson N, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M . Are family meal patterns associated with overall diet quality during the transition from early to middle adolescence? J Nutr Educ Behav. 2009 Mar-Apr; 41(2): 79-86. doi: 10.1016/j.jneb.2008.03.113.

24) 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 Sep; 107: 1502-10. doi: 10.1016/j.jada.2007.06.012.

25）Okamura T, Tanaka T, Takebayashi T, Nakagawa H, Yamato H, Yoshita K, Kadowaki T, Okayama A, Ueshima H, HIPOP-OHP research group. 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 Prev Med. 2004 Jul; 9(4): 137-43. doi: 10.1007/BF02898092.

26) Yoshita K, Tanaka T, Kikuchi Y, Takebayashi T, Chiba N, Tamaki J, Miura K, Kadowaki T, Okamura T, Ueshima H, HIPOP-OHP study research group. 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 Jul; 9(4): 144-51. doi: 10.1007/BF02898093.

27) 澤田樹美、武見ゆかり、村山伸子、佐々木敏、石田裕美．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．doi.org/10.11260/kenkokyoiku.17.54.

28）由田克士、中川芽衣子、杉森裕子、三浦克之、櫻井勝、紙貴子、荒井裕介、野末みほ、富松理恵子、中川秀昭、石田裕美．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 Sep; 52(9): 17-26.

29）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 Apr ; 70（2）83-98. doi.org/10.5264/eiyogakuzashi.70.83.

30）Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, Ramires G, Kahwati LC, Johnson DB, Buchanan

LR, Archer WR, Chattopadhyay S, Kalra GP, Kats DL, Task Force on Community Preventive Services. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. Am J Prev Med. 2009 Oct; 37(4): 340-57. doi: 10.1016/j.amepre.2009.07.003.

31) Beresford SA, Thompson B, Bishop S,Macintyre J, McLerran D, Yasui Y. Long-term fruit and vegetable change in worksites: Seattle 5 a Day follow-up. Am J Health Behav. 2010 Nov-Dec; 34(6): 707-20. doi: 10.5993/ajhb.34.6.7.

32) Steenhuis I, Van Assema P, Van Breukelen G, Glanz K, Kok G, De Vries H. The impact of educational and environmental intervention in Dutch worksite cafeterias, Health Promot Int. 2004 Sep; 19(3): 335-43. doi: 10.1093/heapro/dah307.

33) Geaney F, Harrington J, Fitzgerald AP, Perry I. The impact of a workplace catering initiative on dietary intakes of salt and other nutrients: a pilot study. Public Health Nutr. 2011 Aug; 14(8):1345-9.
doi: 10.1017/S1368980010003484.

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 村山伸子、串田修、赤松利恵．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．2021.

35) 松本麻衣、岡田知佳、岡田恵美子、瀧本秀美．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 Jun; 78（3）121-30.

36) Fukuda Y, Hiyoshi A. High quality nutrient intake is associated with higher household expenditure by Japanese adults. BioScience Trends. 2012 Aug; 6(4):176-82. doi: 10.5582/bst.2012.v6.4.176.

38) 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 Dec;19(18):3306-18. doi: 10.1017/S1368980016001695.

38) 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 Jan;26(1): 156-9. doi: 10.6133/apjcn.102015.15.

39) 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 Nov;20(16):2946-58. doi: 10.1017/S1368980017001100.39

40) 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 Aug;13(8):2743. doi: 10.3390/nu13082743.
41) 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 Jun; 13(6):2039. doi: 10.3390/nu13062039.

■日本人の食事摂取基準
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/eiyou/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_iryou/kenkou/eiyou/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_iryou/kenkou/eiyou/syokuji_kijyun_00006.html

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ができることを示している[1)]。

○ 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[2)]。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（図表 1）[3)]。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（図表 2）。

○ 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（図表 3）。

図表 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）



出典：

図表 2：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(※) ※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	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%
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

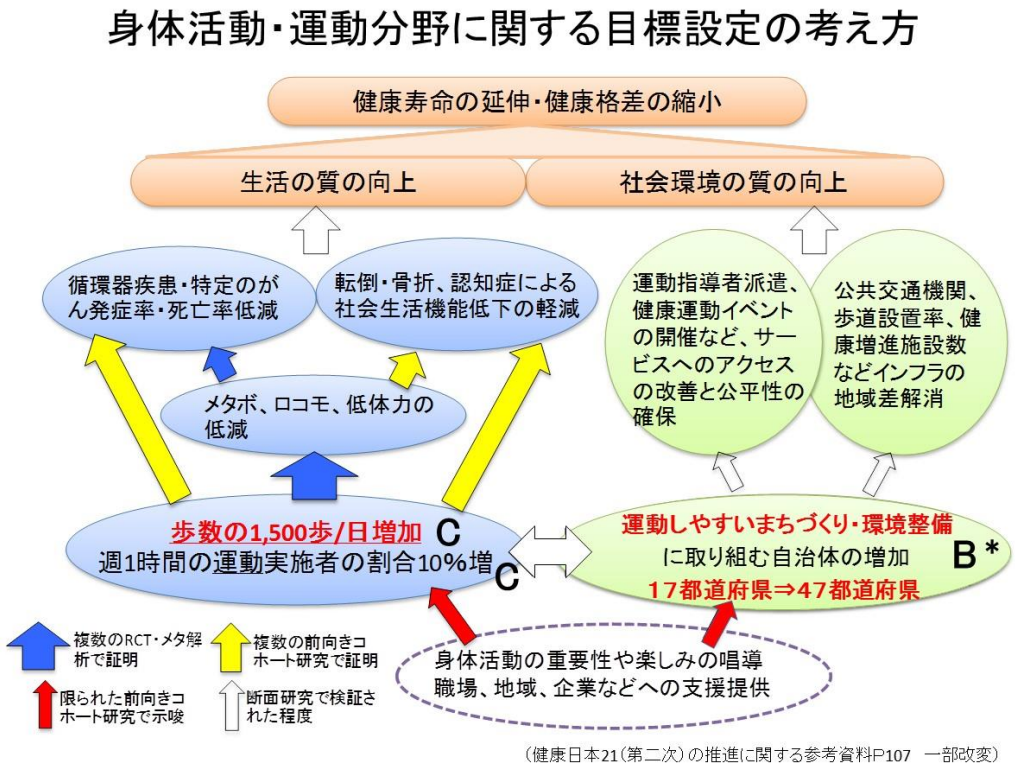
出典：

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、改善傾向にある		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***

図表 3： 身体活動・運動分野に関する目標設定の考え方及び目標項目の評価



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

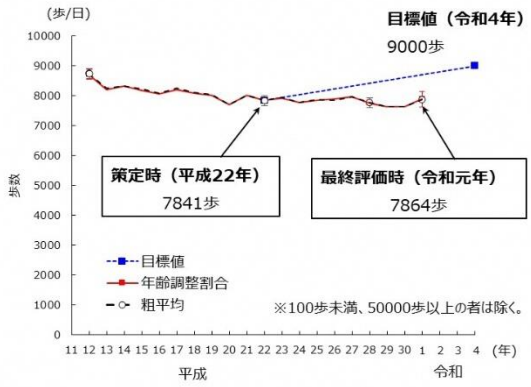
本目標項目の評価指標のデータはいずれも最終評価時点で目標値に達しておらず、またベースラインとの比較においても有意な差が認められず「C 変わらない」と判断される。

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)（図表 4－2、図表 5－2）。

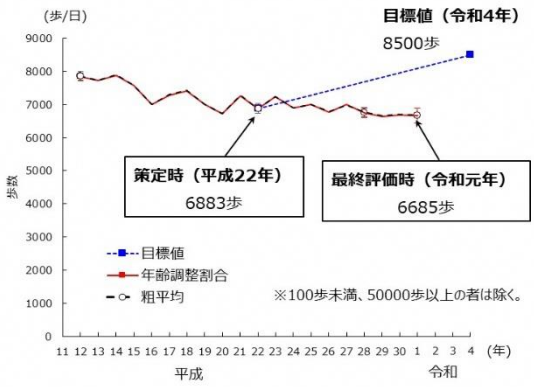
今回の解析結果から、目標年度までの目標達成は困難だと考えられる。

なお、本目標項目の指標は、健康日本 21（第二次）開始以前から継続してデータが取られており、平成 12（2000）年と比較するといずれの指標も減少している。

図表 4－1：歩数の平均値の推移
（男性、20～64 歳）

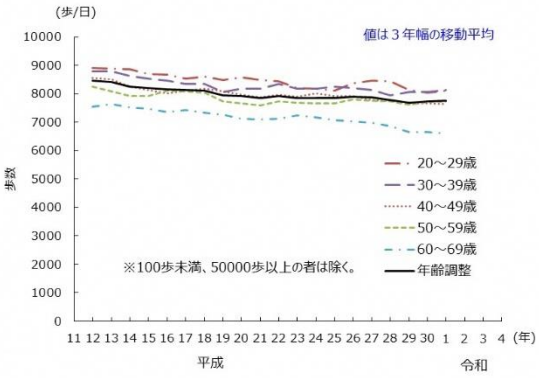


図表 4－2：歩数の平均値の推移
（女性、20～64 歳）

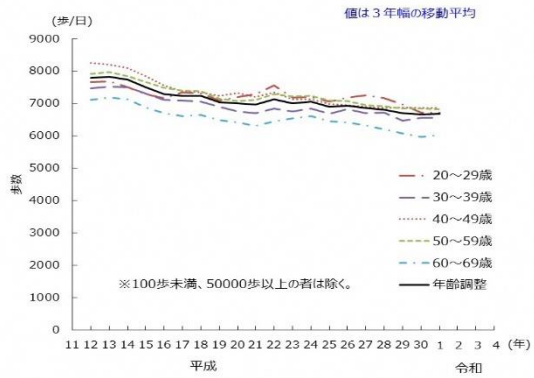


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 5－1：歩数の平均値の推移
（男性、20～64 歳、年齢階層別）

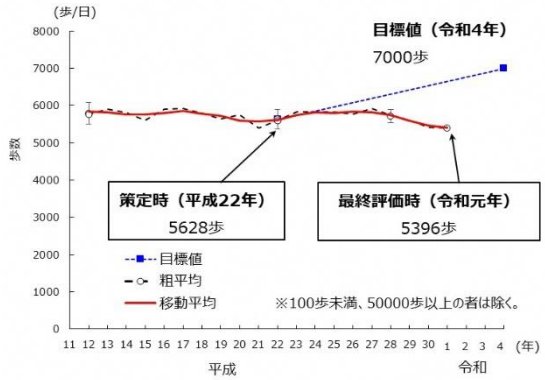


図表 5－2：歩数の平均値の推移
（女性、20～64 歳、年齢階層別）

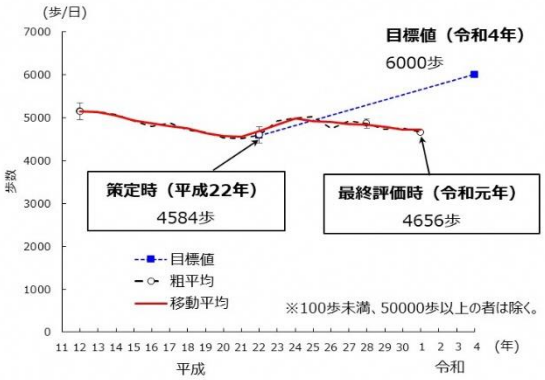


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 6－1：歩数の平均値の推移
（男性、65 歳以上）

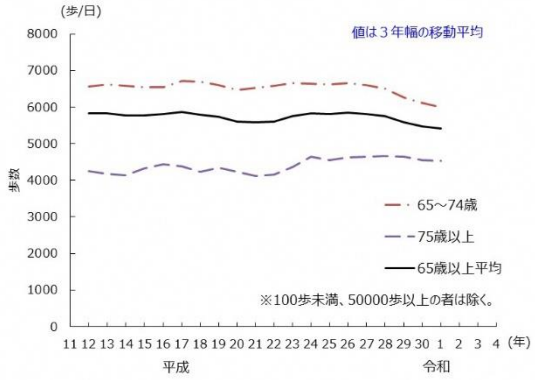


図表 6－2：歩数の平均値の推移
（女性、65 歳以上）

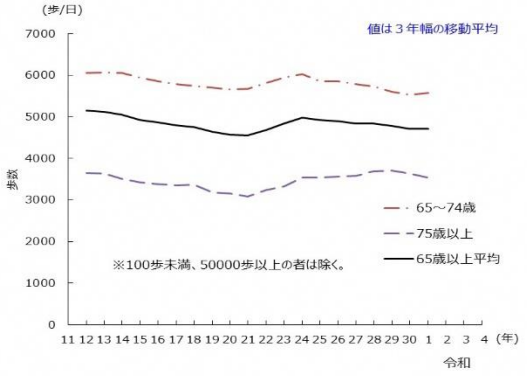


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 7－1：歩数の平均値の推移
（男性、65 歳以上、年齢階層別）



図表 7－2：歩数の平均値の推移
（女性、65 歳以上、年齢階層別）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

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（図表 8－2）。

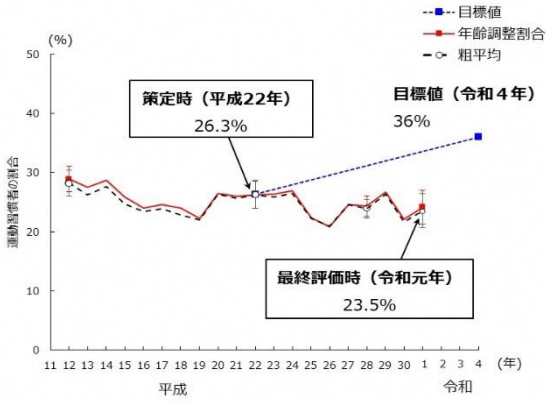
65 歳以上の女性及び全年代の男性は、いずれも統計的に有意な関係が観察されなかったことから「C 変わらない」と判定した（図表 10－2、図表 8－1、図表 10－1）。

「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。

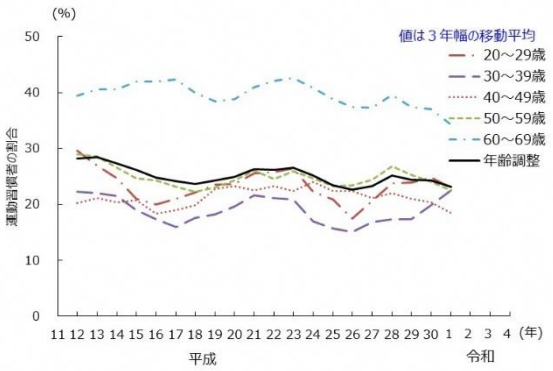
今回の解析結果から、目標年度までの目標達成は困難だと考えられる。

なお、本目標項目の指標は、健康日本21（第二次）継続してデータが取られているが、平成12（2000）年と比較すると、20~64 歳では男女とも低下しており、65 歳以上では男女とも横ばいとなっている。

図表 8－1：運動習慣者の割合の推移（男性、20～64 歳）

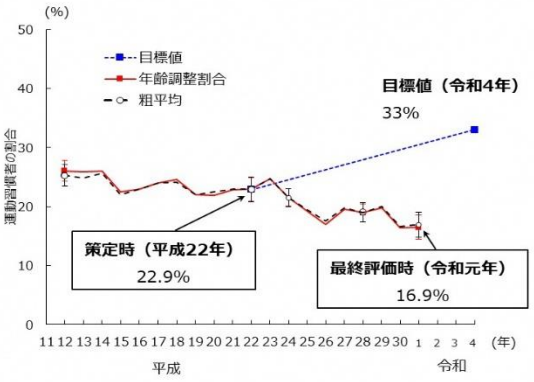


図表 8－2：運動習慣者の割合の推移（女性、20～64 歳）

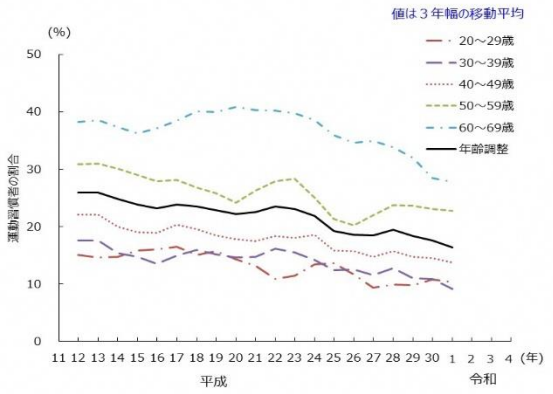


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 9－1：運動習慣者の割合の推移（男性、20～64 歳、年齢階層別）

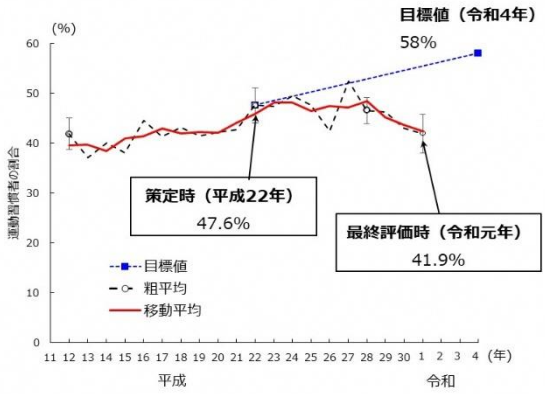


図表 9－2：運動習慣者の割合の推移（女性、20～64 歳、年齢階層別）

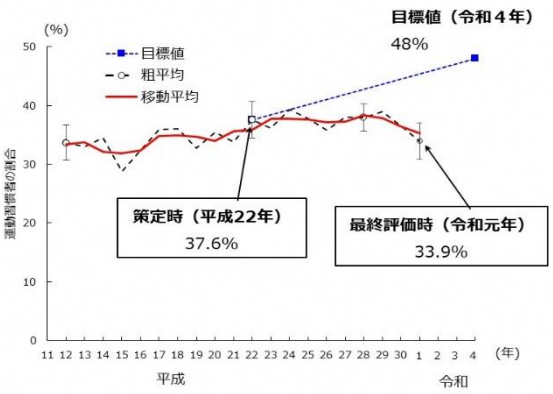


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 10－1：運動習慣者の割合の推移（男性、65 歳以上）

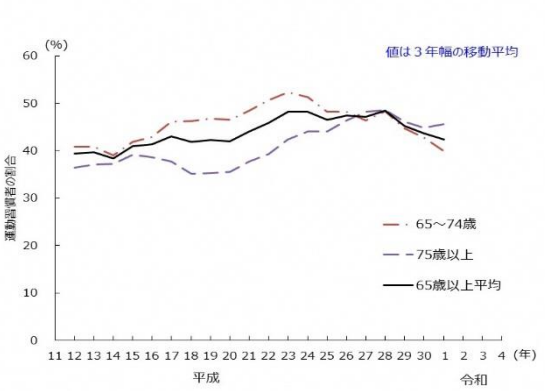


図表 10－2：運動習慣者の割合の推移（女性、65 歳以上）

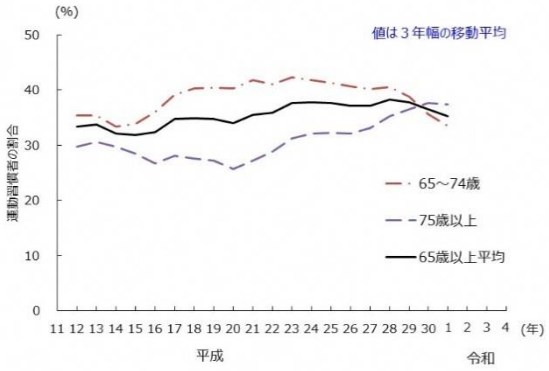


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 11－1：運動習慣者の割合の推移（男性、65 歳以上、年齢階層別）



図表 11－2：運動習慣者の割合の推移（女性、65 歳以上、年齢階層別）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

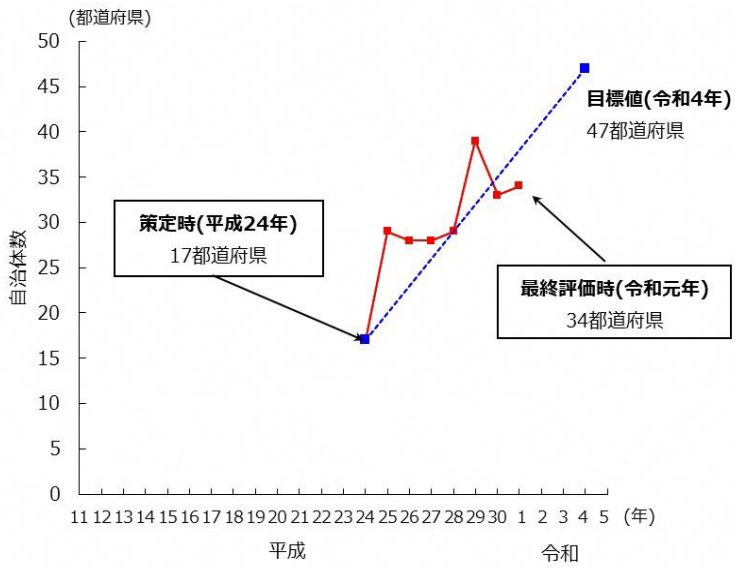
③ 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加

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* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」とした。

図表 12：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。：図表 13）[4)]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 [5)]等で周知・啓発した。

○ 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した。

○ 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した。

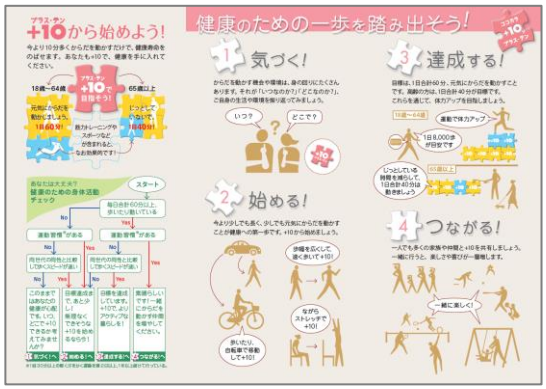
○ 自治体等において、ウォーキングポイント制度や健康マイレージを用いたウォーキング推進活動を展開した。

図表 13：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 [5)]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した。

○ 「階段利用キャンペーン」を展開した [6)]。

○ 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した [7)]。

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した [8)]。

○ 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」（図表 14）を作成するとともに、厚生労働省のウェブサイトで周知した。

○ 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した。

○ 「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した。

○ 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した [9)]。

○ スマート・ライフ・プロジェクト [5)]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」を奨励した [5)]。

○ 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した。

○ スポーツ庁の「第 3 期スポーツ基本計画」[10)]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）[11)]等、関連省庁の取組との連携・協力を図り、運動を奨励した。

○ 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した。

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した[12]。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した。

図表 14：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した。

○ 「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った。

○ 国土交通省の「まちづくり」[13]や、経済産業省の「健康経営」[14]、「健康寿命延伸産業創出推進事業」[15]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した。

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」

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[16)]。

○ 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（図表 15）[17)]、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[18)]、自治体や国民への周知が課題である。

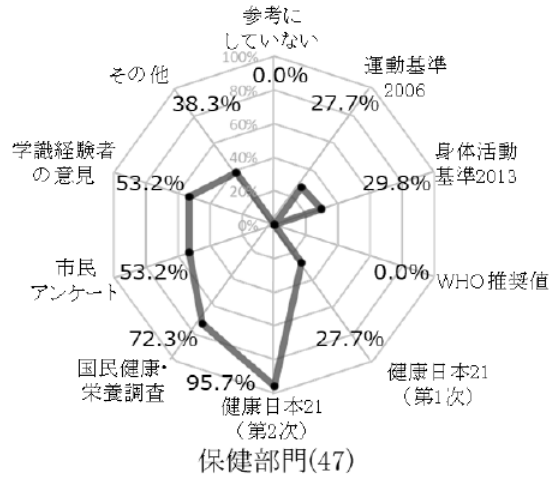
○ 性別・年代別に平均歩数を見ると、男女ともに 60 歳を境に著しく減少している（図表 16）。また、都道府県別にみた平均歩数は公共交通機関が発達している地域が多いことや、その傾向は女性と比較して男性において顕著である（図表 17－1、図表 17－2）。このことから、定年退職に伴って労働場面や移動場面における歩行の減少が 60 歳以降の歩数の減少に影響していると考えられる。

○ 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。

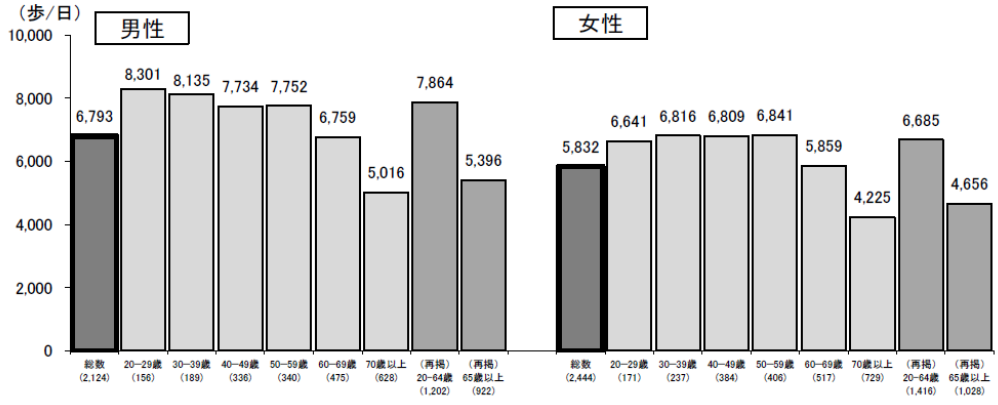
○ 生活活動だけなく運動の奨励や、歩けなくなる原因としてのロコモティブシンドロームの予防を含めた対策強化が必要である。

図表 15：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



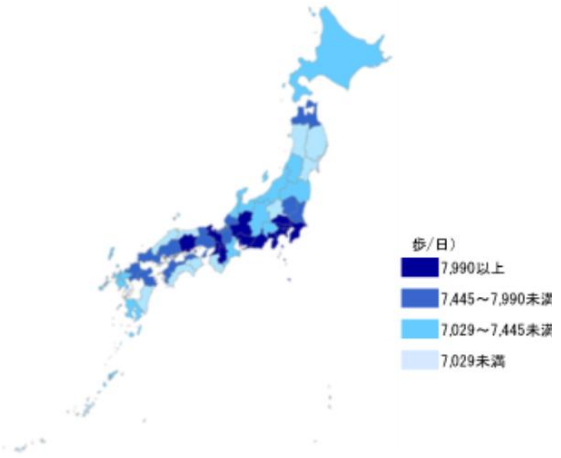
出典：武田典子ほか、2019[17)]

図表 16：歩数の平均値（20 歳以上、性別・年齢階級別）

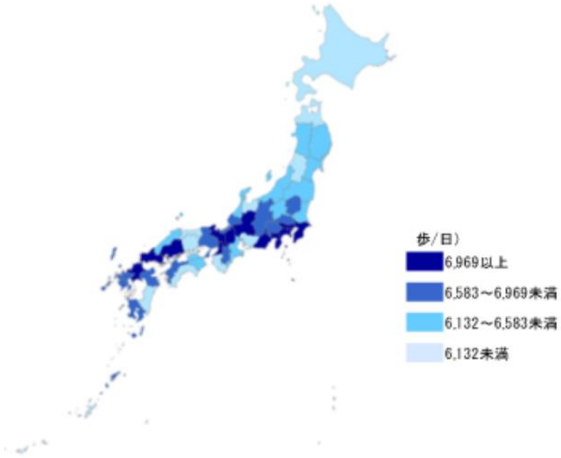


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 17－1：都道府県別にみた歩数の平均値（20～64 歳、男性）



図表 17－2：都道府県別にみた歩数の平均値（20～64 歳、女性）



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」

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、歩数や運動習慣者の割合が減少している原因解明を含めて 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「C 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。

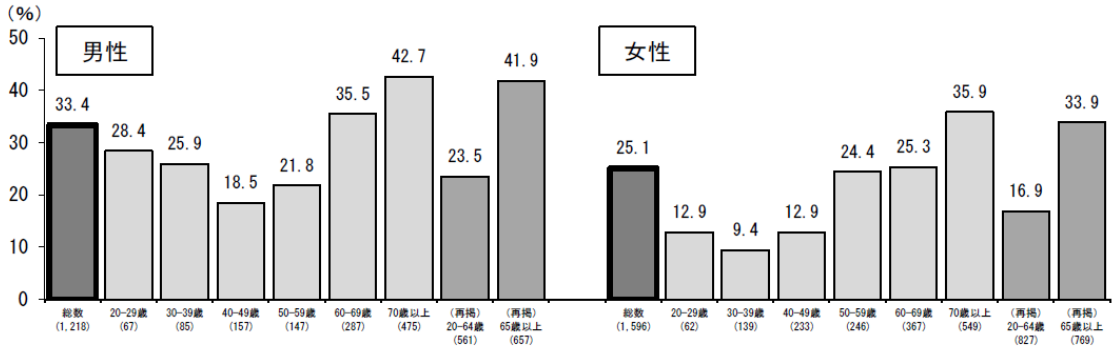
○ 性別・年代別に運動習慣者の割合を見ると、男性では 60 歳代から、女性は 50 歳代から運動習慣者の割合が増加しており（図表 18）、その原因として男性においては定年退職、女性においては家庭環境の変化や定年退職にともなう余暇時間の増加があると推測される。

○ 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。

図表 18：運動習慣のある者の割合（20 歳以上、性別・年齢階級別）



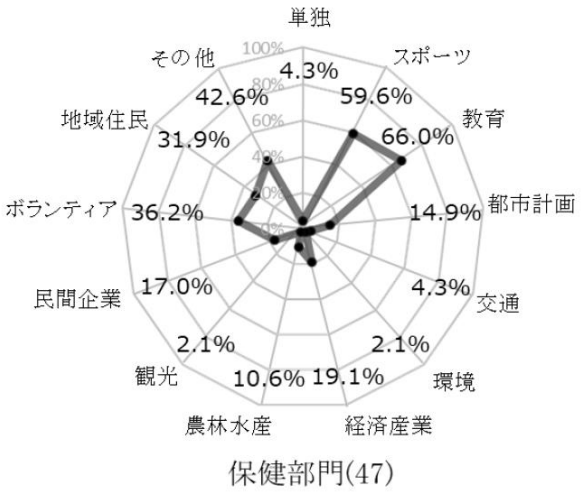
出典： 厚生労働省「令和元年 国民健康・栄養調査」

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

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」

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（図表 19）、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。

図表 19：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[17)]

＜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、改善傾向にある」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、改善傾向にある」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　今後の取組と課題

＜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。

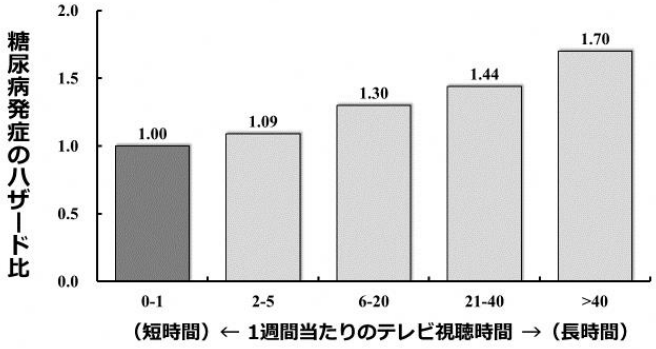
○ アクティブガイドの改定ついては、子ども・青年、成人、高齢者、働く人、慢性疾患を有する人を対象にした指針の作成を検討するとともに、こころの健康と身体活動に関する情報提供ツールの作成を検討する。

○ 近年、身体活動を計測できるウェアラブルデバイスやアプリケーションが数多く開発されており、これらを活用した身体活動推進に取り組んでいく。

○ 特定健康診査における、健診結果や質問票を活用して、身体活動や運動に関する指導を充実させた特定保健指導を継続して実施する。

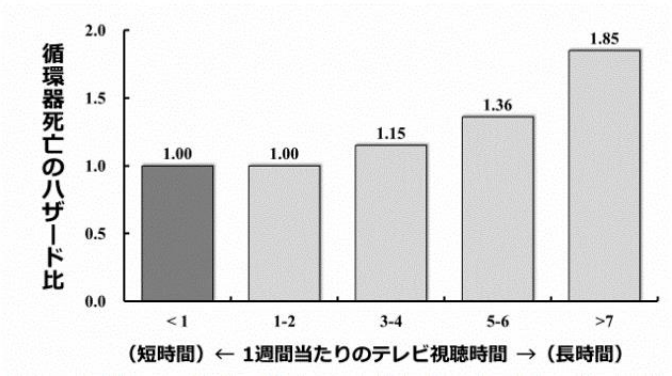
○ 近年、座位行動と健康の関係を報告する研究が増加している（図表 20－1、図表 20－2）[19, 20, 21]。座位行動（sedentary behaviour）とは、座位及び臥位におけるエネルギー消費量が 1.5 メッツ以下のすべての覚醒行動のことであり、長時間の座位行動がさまざまな健康被害をもたらすことが知られている [22]。WHO が令和 2（2020）年に公表したガイドライン「WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour」では、座位行動に関する指針を公表して座位行動時間増加に伴う健康被害の増加を防止しようと試みている [2]。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推測される（図表 21）[23]。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れる。

図表 20－1：座位行動と 2 型糖尿病罹患の関係



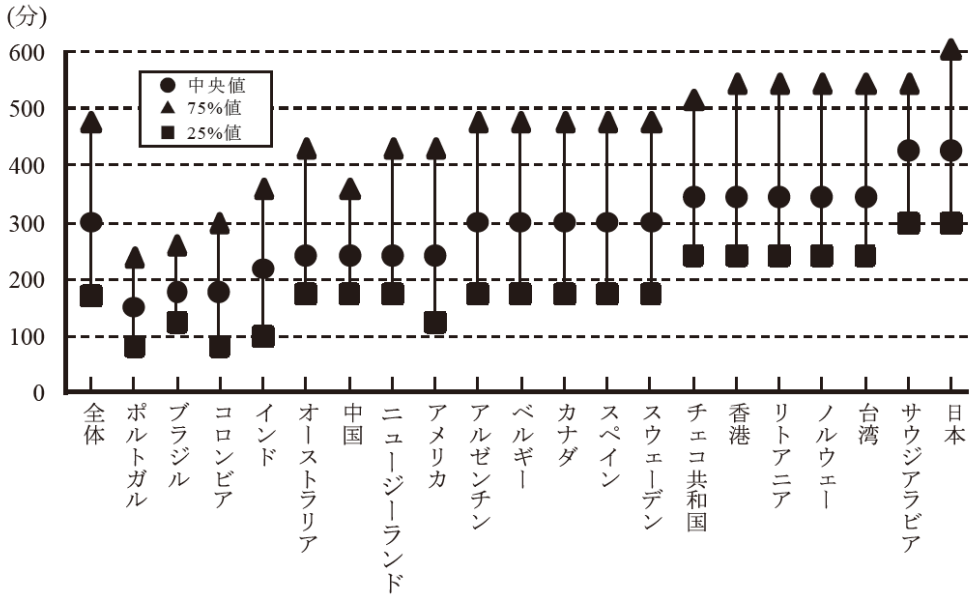
出典：座位行動と 2 型糖尿病罹患の関係 [20]

図表 20－2：座位行動と循環器死亡の関係



出典：座位行動と循環器死亡の関係 [21)]

図表 21：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[19,23)]

＜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」[6)]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 [5)]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 [5)]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整備する。

○ スポーツ庁が推進している「FUN＋WALK PROJECT」[7)]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。

○ ウォーキングポイント制度や健康マイレージを用いたウォーキング推進活動の評価に関する研究に取り組む。

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 [8)]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整備する。

○ スポーツ庁が推進する「第 3 期スポーツ基本計画」と連携・協力を図って、スポーツ人口の増加に取り組む [10)]。

○ 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整備する [15)]。

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 [9)]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」[12)]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の増加に今以上に貢献できる体制を構築する [8)]。

【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」[11)]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しての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

○「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の重要性を啓発する。

○ 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」[14)]と連携・協力を図り、就業時間中における「座位行動問題」に対する対策を検討していく。

次期プラン策定に向けたデータや関連する研究

○ 次期国民健康づくり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[24)]。

○ 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[25)]。

○ 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[26)]。

○ 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[27)]。

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[28)]。

（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」を開催する。

＜参考文献・URL＞

1)「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

2) WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020
https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128

3) 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

4) 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

5) スマート・ライフ・プロジェクト（厚生労働省）
http://www.smartlife.go.jp/
6) 階段利用キャンペーン（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/undou/undou03/index.html
7) FUN+WALK PROJECT（スポーツ庁）
http://funpluswalk.go.jp/
8) 健康増進施設認定制度（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/undou04/
9) 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
10) 第 3 期スポーツ基本計画（スポーツ庁）
https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/sports/mcatetop01/list/1372413_00001.htm
11) 第二次自転車活用推進計画（国土交通省）
https://www.mlit.go.jp/road/bicycleuse/torikumi.html
12) 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/
13) 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
14) 健康経営（経済産業省）
http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenko _keiei.html
15) 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
16) 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/
17) 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
18) 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
19) 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
20) Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. JAMA. 2003 Apr 9;289(14):1785-91. doi: 10.1001/jama.289.14.1785.

21) Matthews CE, George SM, Moore SC, Bowles HR, Blair A, Park Y, Troiano RP, Hollenbeck A, Schatzkin A. Amount of time spent in sedentary behaviors and cause-specific mortality in US adults. Am J Clin Nutr. 2012 Feb;95(2):437-45. doi: 10.3945/ajcn.111.019620.
22) Sedentary Behaviour Research Network. Letter to the editor: standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". Appl Physiol Nutr Metab. 2012 Jun;37(3):540-2. doi: 10.1139/h2012-024.
23) Bauman A, Ainsworth BE, Sallis JF, Hagströmer M, Craig CL, Bull FC, Pratt M, Venugopal K, Chau J, Sjöström M; IPS Group. The descriptive epidemiology of sitting. A 20-country comparison using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Am J Prev Med. 2011 Aug;41(2):228-35. doi: 10.1016/j.amepre.2011.05.003.
24) Yamada M, Kimura Y, Ishiyama D, Otobe Y, Suzuki M, Koyama S, Kikuchi T, Kusumi H, Arai H. 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. 2020;24(9):948-950. doi: 10.1007/s12603-020-1424-2.
25) Yamada M, Kimura Y, Ishiyama D, Otobe Y, Suzuki M, Koyama S, Kikuchi T, Kusumi H, Arai H. 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. 2020;24(9):1036-1037. doi: 10.1007/s12603-020-1466-5.
26) Hino K, 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. 2021 May;69:102544. doi: 10.1016/j.healthplace.2021.102544.
27) Fukushima N, Machida M, Kikuchi H, Amagasa S, Hayashi T, Odagiri Y, Takamiya T, Inoue S. Associations of working from home with occupational physical activity and sedentary behavior under the COVID-19 pandemic. J Occup Health. 2021 Jan;63(1):e12212. doi: 10.1002/1348-9585.12212.
28) 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

様式２

（領域名）（３）休養

背景

○ 「休養」には二つの意味が含まれている。「休」は、労働や活動等によって生じた心身の疲労を、休息により解消し、元の活力を持った状態への復帰を図る働きを主として指す。一方、「養」は、“英気を養う”と言うように、社会的機能の向上に資する心身の能力を自ら高める営みを主として指す。

○ 日々の生活における具体的な「休養」においては、睡眠や余暇が重要である。十分な睡眠や余暇活動を通してストレスに適切に対処することは、心身の健康に欠かせない。睡眠や余暇は、労働や活動によって生じた心身の疲労を回復させ恒常性を保とうとするために生じる、生体の自律的かつ不随意なメカニズムに支えられている。一方、生活習慣のなかで睡眠時間を確保する、よい眠りを得るための環境を整える、余暇時間を取得する、余暇活動を選択するといった能動的・主体的な行動の側面もあり、それぞれが「休」と「養」の要素を併せ持つ。

○ 睡眠や余暇が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立し、個々人が自身に必要十分な「休」と「養」を確保・実践することは、健康で豊かな人生を築く礎となる。

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、改善傾向にある		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		0
D　悪化している		1
E　評価困難		0

目標項目	評価
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**
② 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少	**B＊**

① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

目標設定の背景

睡眠の不足は、日中の眠気や疲労をもたらすに留まらず、頭痛等の身体愁訴の増加、情動不安定[1)]、注意力や判断力の低下[2)]に関連する作業能率の低下等、多岐にわたる影響を及ぼし、事故[3)]等、重大な結果を招く場合もある。

睡眠不足を含め様々な睡眠の問題が慢性化すると、肥満[4)]、高血圧[5)]、糖尿病[6)]、心疾患[7)]や脳血管障害[8)]の発症リスク上昇と症状悪化に関連し、死亡率の上昇[9)]にも関与することが明らかとなっている。また、睡眠の問題はうつ病をはじめとした多くの精神障害において、発症初期から出現し、再燃・再発リスクを高めることが知られているが、不眠の存在自体が精神障害の発症リスクをも高める[10)]という報告も近年多くみられるようになっている。

これらを踏まえ、睡眠の問題に対処し、十分な睡眠をとることは心身の健康の保持・増進においては極めて重要であり、睡眠に関連した目標設定が必要とされた。

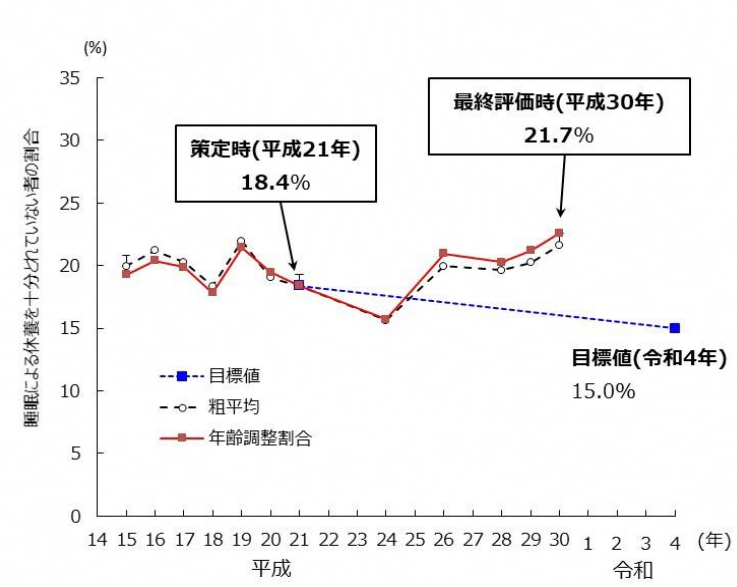
睡眠に関する目標として、睡眠時間等の客観的な目標ではなく、「睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少」という、「睡眠の質」により関連する主観的・相対的な評価を含む指標が設定されたのは、国民健康・栄養調査で評価することが可能であること、過去の疫学データの集積があること、睡眠習慣に関する個人差についても対応可能であること等、現実的な事情が考慮されたものである。ところが、近年、睡眠時間や中途覚醒の回数といった睡眠の指標よりも、いわゆる「熟睡感」、「睡眠の質」、「睡眠休養感」といった「睡眠により休養を十分とれていると感じているか」により関連すると考えられる主観的評価について高血圧や糖尿病、心疾患や、うつ病等の精神的健康と強く関連するといった、目標としての妥当性を支持する報告が多く認められるようになっている[11)12)]。

目標設定当時、国民健康・栄養調査においては、睡眠による休養を十分にとれていないという有訴者率は 20%前後で推移していた。これも踏まえ、有訴者率の減少を目標に国民の睡眠習慣に対して積極的に施策を講じることとした。

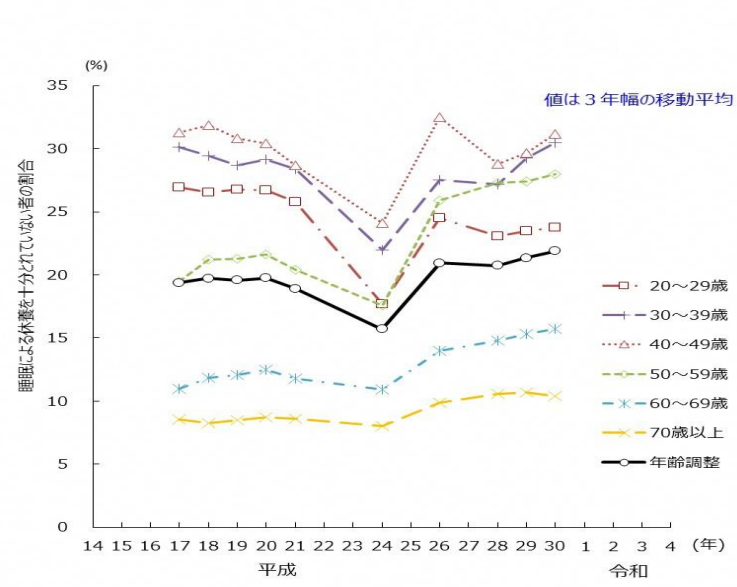
今回の評価

「睡眠による休養を十分とれていない者の割合（20 歳以上）」の最終評価は、全体としては目標値に達しておらず、むしろベースライン値との比較においては有意に増加しており、「D 悪化している」という結果となった（図表 1）。年代別に分析すると、ほぼ全ての世代で増加傾向にあり、特に中高年者（50 代）において増加の度合いが大きかった（図表 2、図表 3）。この結果について性差は認められなかった。

図表 1：睡眠による休養を十分とれていない者の割合の推移（男女計）

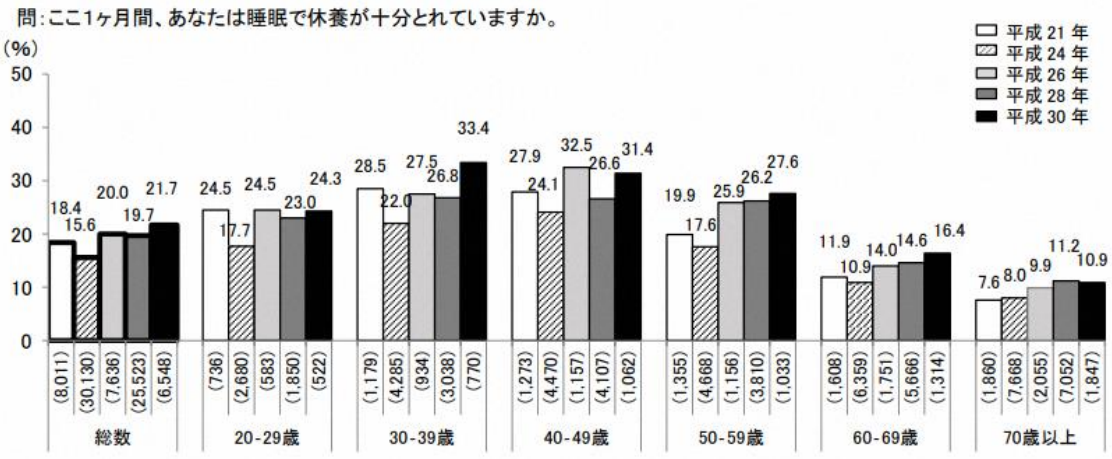


図表 2：睡眠による休養を十分とれていない者の割合の推移（男女計、年齢階級別）



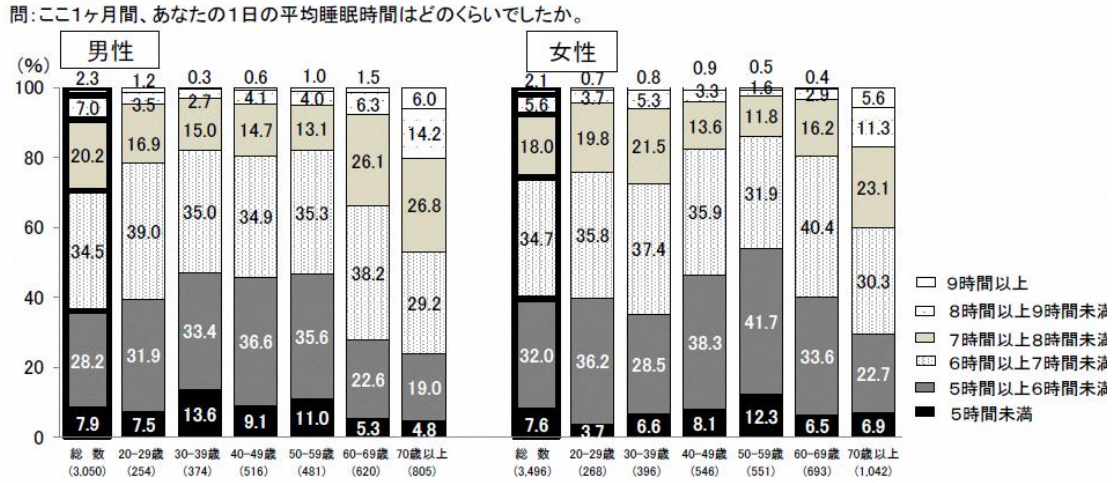
出典（図表 1、図表 2）：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 3：睡眠で休養が十分に取れていない者の割合年次比較
（20 歳以上　男女計・年齢階級別）



図表 4－1：1日の平均睡眠時間
（20 歳以上　性・年齢階級別）（男性）

図表 4－2：1日の平均睡眠時間
（20 歳以上　性・年齢階級別）（女性）



出典（図表 3、図表 4）：厚生労働省「国民健康・栄養調査」（平成 30（2018）年）

② 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少

目標設定の背景

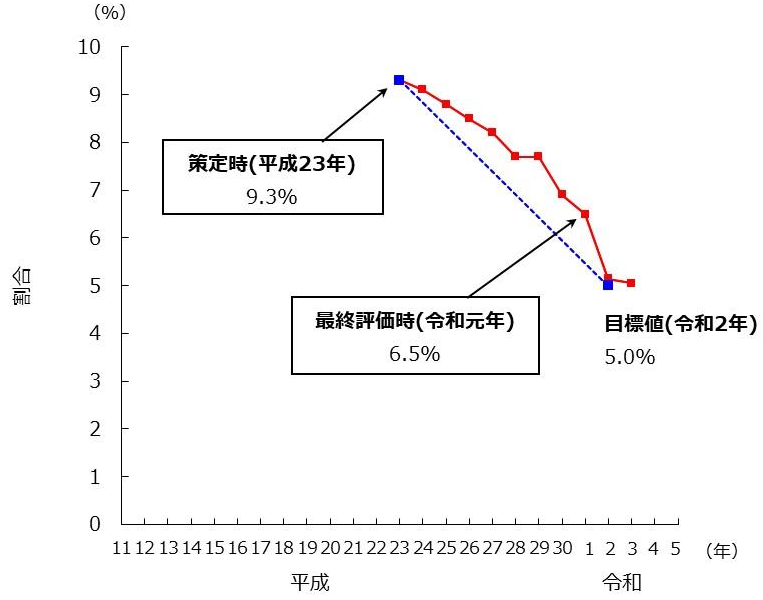
過重労働等を原因とする脳・心臓疾患、精神障害に係る労災認定件数は高水準で推移しており、その背景には長時間労働の存在も考えられる。長時間労働に従事する者は、週労働時間が 40 時間以下の者よりも急性心筋梗塞の発生率が高いこと[13)]や糖尿病のリスクが高まること[14)]が指摘されているように、長時間就業に伴う心身への過度の負荷は、交感神経の過活動を招き、不眠等を介して、循環器疾患や精神疾患のリスクを高めると考えられる。過重労働を解消し、労働者が健康を保

持しながら労働以外の生活のための時間を確保して働くことができるような労働環境を整備することは重要な課題となっていたことから、余暇の確保といった観点からも「週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少」を指標として設定した。

今回の評価

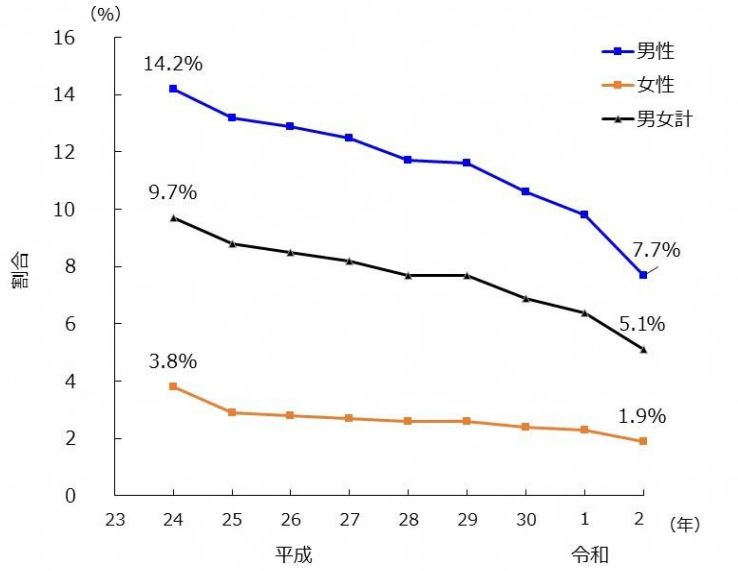
「週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合（15 歳以上）」はベースライン値の 9.3%から経年的に漸減傾向にある（図表 5）。ただし、男女別に見ると、特に男性での低下幅が大きい。30～50 代前半では依然として高い水準にあり、20 後半～40 代前半で低下幅が大きい。また、企業規模別に見ると、規模の小さい企業ほど比較的高い水準にあるが、全ての企業規模で低下傾向にある。

図表 5：週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合

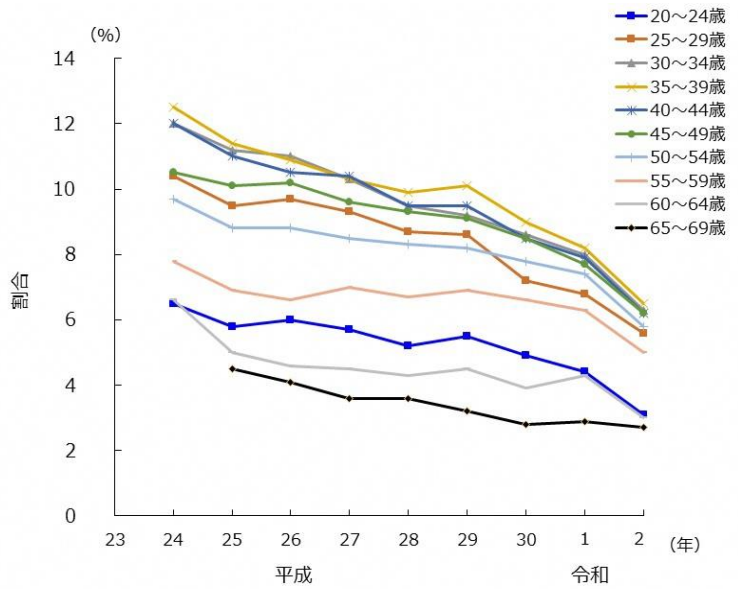


出典：総務省「労働力調査」

図表 6：週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合（男女別）

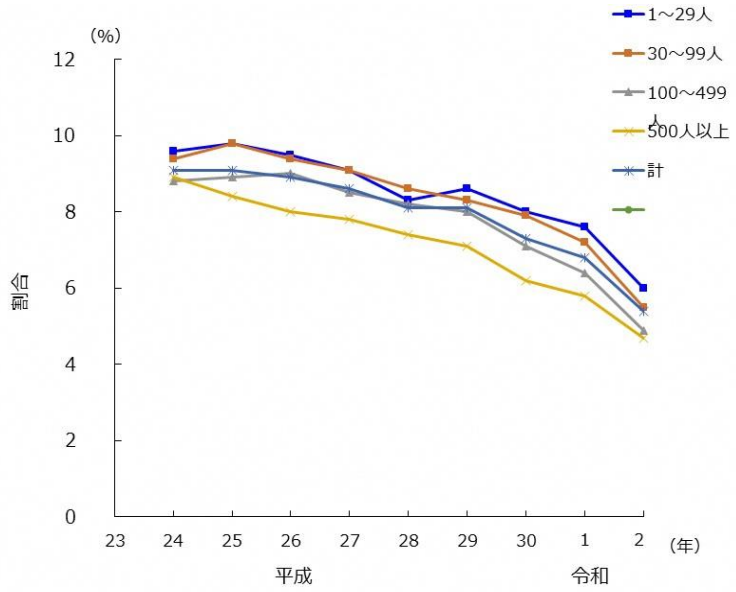


図表 7：週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合（年齢階級別）



出典（図表 6、図表 7）：総務省統計局「労働力調査（基本集計）」をもとに作成

図表 8：週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合（企業規模別）



出典：総務省統計局「労働力調査（基本集計）」をもとに作成

2　関連する取組

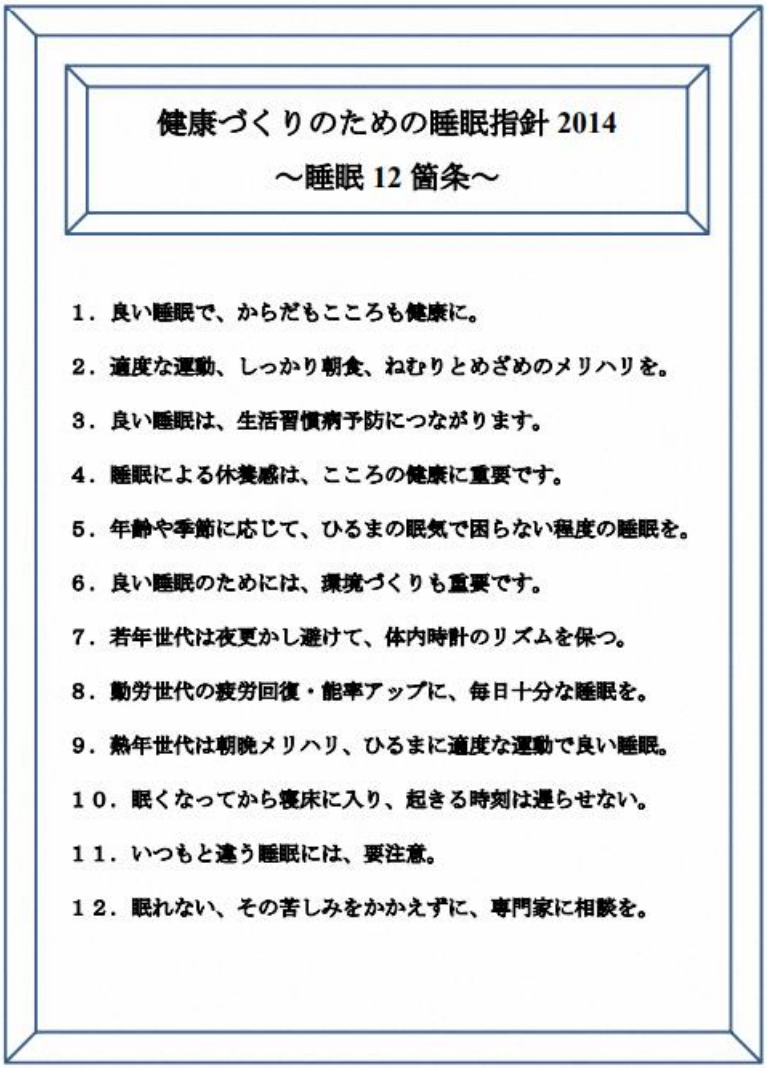
＜各目標項目に係る取組＞

① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

健康づくりのための睡眠指針 2014 の策定

○「健康日本 21」の睡眠について設定された目標に向け、具体的な実践を進めていく手だてとして平成 15（2003） 年に策定された「健康づくりのための睡眠指針」を直近のエビデンスを踏まえて改訂し、新たに「健康づくりのための睡眠指針 2014」として平成 26（2014）年３月に厚生労働省ウェブサイトで公開した[15)]。

図表 9：健康づくりのための睡眠指針 2014 ～睡眠 12 か条～



出典：厚生労働省「健康づくりのための睡眠指針 2014」

睡眠に対する保健指導の紹介

○ 「標準的な健診・保健指導プログラム」では、平成 19（2007）年の策定当初より、「標準的な質問票」において「睡眠で休養が十分とれている」を、質問の一つとして定めている。また、平成 25（2013）年より睡眠の質に問題がある場合は「睡眠指針」を参照して支援（保健指導）を行うよう記載している。

専門学会・省庁におけるガイドライン・指針等の作成・改定

○ 生物学から臨床医学・公衆衛生学まで、学際的な伝統を持つ日本睡眠学会は、「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」を平成 25（2013）年に発表した。この他、日本神経治療学会も「標準的神経治療：不眠・過眠と概日リズム障害」を平成 28（2016）年に発表し、

睡眠に関する適切な診療を目指したガイドラインを公表した。

○ 国土交通省は、「自動車運送事業者における睡眠時無呼吸症候群対策マニュアル～ＳＡＳ対策の必要性と活用～」について、平成 27（2015）年に改訂版を公表し、睡眠時無呼吸症候群（sleep apnea syndrome: SAS）による事故防止等について啓発を行った。

○ 平成○（○○）年より、厚生労働省の生活習慣病予防のための健康情報サイトであるｅヘルスネットや、スマート・ライフ・プロジェクトの一環として作成しているポスター等を通して、睡眠啓発イベントの開催[16)]や、特設ページの設置[17)]を行い、適切な休養・睡眠をとることを啓発している。

○ 厚生労働科学研究[18, 19)]において、睡眠指針の改定を含めた睡眠による健康増進に関する研究を実施した。

② 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少

長時間労働の抑制

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

○ 平成 26（2014）年 11 月１日より、第 186 回国会において制定された、過労死等防止対策推進法が施行された。同法を受けて、政府は「過労死等の防止のための対策に関する大綱」（以下「大綱」という。）を平成 27（2015）年７月に初めて閣議決定した。大綱には、「おおむね３年を目途に必要があるときに見直しを行う」旨が規定されていることから、大綱に基づく対策の推進状況等を踏まえ、これまでに２回の見直しが行われた（最終変更令和３年７月（閣議決定））[21)]。

○ 平成 27（2015）年から 100 時間超（平成 28（2016）年から 80 時間超に拡大）の時間外・休日労働が行われていると考えられるすべての事業場等に対する、労働基準監督署からの監督指導を実施している。

○ 平成 29（2017）年に、政府が働き方改革実行計画を策定し、罰則付きの時間外労働の上限規制導入等に対して、日本経済団体連合会と日本労働組合総連合会が導入に合意した。その結果、平成 30（2018）年に、週 40 時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を原則として月 45 時間かつ年 360 時間と設定し、単月では休日労働を含め 100 時間未満とした「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」（以下「働き方改革関連法」という。）が成立し、平成 31 年４月から順次施行されている。

○「日本再興戦略改訂 2014」（平成 26（2014）年６月 14 日閣議決定）に「働き過ぎ防止のための取組強化」が盛り込まれたことを踏まえ、相当の時間外労働が認められる事業場等への重点監督を実施した。また、平成 30（2018）年に成立した働き方改革関連法により改正された労働基準法について、時間外労働の上限規制等の内容の周知を図るとともに、働き方改革推進支援センターによる相談・支援や助成金等の活用促進により、企業における働き方改革の取組に対する支援を実施した。

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 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

本目標項目は全体として「D　悪化している」であり、目標は達成されなかった。主な要因としては、以下が考えられる。

1）睡眠休養感については、若年者、壮年者、高齢者で異なる要因が関与していることが様々な報告より推察されるが、これまでの取組については、年代別のアプローチが必ずしも十分でなく、睡眠による休養を十分にとるための具体的な行動に結びつかず、睡眠による休養を十分にとれていないという回答につながった可能性

2）我が国の平均睡眠時間は国際比較において最も短いことが報告されており、最近でも目立った変化が見られない。睡眠時間の確保を妨げる要因の軽減・除去といった観点からのアプローチが必ずしも十分ではなく、睡眠による休養を十分にとれていないという回答につながった可能性

3）健康保持・増進における睡眠の重要性に関する認識の向上が、結果的に自身の睡眠の評価を低下させ、睡眠による休養を十分にとれていないという回答につながった可能性

○　（1 に関連）睡眠確保の妨げになっている点として、30～40 代男性では「仕事」、30 代女性では「育児」と答えた者の割合が高かった（図表 10）。一方、20 代では男女ともに「就寝前に携帯電話、メール、ゲーム等に熱中すること」の割合が最も高かった。

○　（1 に関連）50 代以上では、男女とも睡眠確保の妨げになっている点は「特にない」との回答が最も多く、年齢階級が上がるほどその割合が増加していた。これまでの報告から、この年代についてはむしろ睡眠時間の確保よりも、床上時間が長いことが睡眠の質の低下と関連することが指摘されている。このため、高齢者に関しては、睡眠確保の妨害要因の除去よりも、睡眠衛生教育や日中の活動指導等から睡眠の質を確保するアプローチがとりわけ必要となると考えられる。

○　（2 に関連）令和元（2019）年の「国民健康・栄養調査」によると、1 日の平均睡眠時間が 6 時間未満の者の割合は、男性 37.5%、女性 40.6%であった。男性の 30～50 代、女性の 40～50 代では 4 割を超えており、男女とも「日中眠気を感じた」者の割合が高い要因の一つと思われる。

○　（2 に関連）令和元（2019）年の OECD「Gender Data Portal 2019」によると、調査年は国によって異なるが、OECD30 か国の平均睡眠時間が 8 時間 23 分であるのに対して、日本はそれよりも 1 時間ほど短く 7 時間 22 分であり、30 か国の中で最も短かった。この状況は以前より続いている。しかも 1960 年代頃と比較すると、日本人の睡眠時間は 1 時間ほど短縮しているという報告もある。

図表 10：睡眠の確保の妨げとなる点（20 歳以上　男女別）

問：あなたの睡眠の確保の妨げとなっていることは何ですか。

		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	%
男性	総数	2,663	－	220	－	254	－	428	－	412	－	563	－	786	－
	仕事	610	22.9	75	34.1	107	42.1	166	38.8	148	35.9	80	14.2	34	4.3
	家事	41	1.5	2	0.9	11	4.3	13	3.0	6	1.5	7	1.2	2	0.3
	育児	45	1.7	5	2.3	17	6.7	20	4.7	2	0.5	0	0.0	1	0.1
	介護	20	0.8	0	0.0	0	0.0	2	0.5	4	1.0	5	0.9	9	1.1
	健康状態	321	12.1	13	5.9	15	5.9	36	8.4	44	10.7	72	12.8	141	17.9
	通勤・通学の所用時間	105	3.9	19	8.6	13	5.1	30	7.0	29	7.0	10	1.8	4	0.5
	睡眠環境（音、照明など）	115	4.3	13	5.9	10	3.9	21	4.9	21	5.1	21	3.7	29	3.7
	就寝前に携帯電話、メール、ゲームなどに熱中すること	324	12.2	95	43.2	68	26.8	78	18.2	44	10.7	25	4.4	14	1.8
	その他	337	12.7	21	9.5	17	6.7	50	11.7	47	11.4	93	16.5	109	13.9
	特に困っていない	1,257	47.2	57	25.9	78	30.7	141	32.9	171	41.5	314	55.8	496	63.1
女性	総数	3,034	－	225	－	298	－	469	－	481	－	603	－	958	－
	仕事	430	14.2	63	28.0	57	19.1	107	22.8	109	22.7	63	10.4	31	3.2
	家事	394	13.0	9	4.0	70	23.5	135	28.8	91	18.9	57	9.5	32	3.3
	育児	201	6.6	28	12.4	92	30.9	67	14.3	7	1.5	5	0.8	2	0.2
	介護	70	2.3	0	0.0	3	1.0	2	0.4	14	2.9	30	5.0	21	2.2
	健康状態	338	11.1	17	7.6	19	6.4	41	8.7	57	11.9	57	9.5	147	15.3
	通勤・通学の所用時間	57	1.9	24	10.7	7	2.3	13	2.8	7	1.5	5	0.8	1	0.1
	睡眠環境（音、照明など）	185	6.1	11	4.9	26	8.7	33	7.0	40	8.3	29	4.8	46	4.8
	就寝前に携帯電話、メール、ゲームなどに熱中すること	370	12.2	96	42.7	80	26.8	88	18.8	55	11.4	35	5.8	16	1.7
	その他	497	16.4	19	8.4	28	9.4	52	11.1	85	17.7	134	22.2	179	18.7
	特に困っていない	1,324	43.6	52	23.1	79	26.5	155	33.0	177	36.8	304	50.4	557	58.1

※複数回答のため、内訳合計が 100%にならない。
※網掛けは、各年代で最も多い項目。

出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」（令和元（2019）年）

② 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少

本項目の評価は「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到達が危ぶまれる）」であった。その主な要因としては、以下が考えられる。

1）平成 27（2015）年から行われている時間外・休日労働が行われていると考えられるすべての事業場等に対する、労働基準監督署からの監督指導の実施等が奏功した可能性

2）時間外労働の上限規制等の内容の周知を図るとともに、働き方改革推進支援センターによる相談・支援や助成金等の活用促進により、企業における働き方改革の取組に対する支援が奏功した可能性

＜領域全体としての評価＞

「睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少」は悪化、「週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少」については改善傾向であった。睡眠や余暇が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立し、個々人が自身に必要十分な「休」と「養」を確保し実践するという、「休養」領域全体としての目標到達は、道半ばと考えられた。

４　今後の取組と課題

＜領域全体としての課題＞

○ 睡眠、余暇を日常生活に適切に取り入れられた生活習慣を確立し、個々人が自身に必要十分な「休」と「養」を確保し実践するという「休養」領域全体としての目標に向けて、引き続き取り組む必要がある。

○ 「睡眠」の結果からみえる、異なる背景要因を持つ集団別のより効果的な対策策定の必要性、「週労働時間」の目標達成状況からみえる、個人とともに所属する集団を通したアプローチの有効性等を踏まえた上でこれまでの取組を見直し、新たな取組を考案することが必要と考える。

○ 例えば、「睡眠による休養を十分とれていない者の減少」に対しては、全体的な睡眠指針の周知だけでなく、睡眠時間確保の妨げになっている点についてより具体的な改善方法、より質のよい睡眠を得るための運動等日中の過ごし方等を含めた「処方箋」を年代別に示し、学校や企業等での取組を強化するといった方向性等が考えられる。また「週労働時間」については、長時間労働者の働き方、余暇の過ごし方に関する情報をさらに分析し、心身の不調につながる要素を抽出して、重点的な対策を検討する、といった方向性等が考えられる。

＜各目標項目に係る課題＞

① 睡眠による休養を十分とれていない者の減少

○ 睡眠指針の認知度について、先行研究等は少ないが、厚生労働科学研究の研究班報告によれば中高年者で約 12%であり、まずは認知度向上のための普及啓発活動を今後も継続する必要がある。このため、引き続き、「健康づくりのための睡眠指針 2014」やスマート・ライフ・プロジェクトのポスター、９月の健康増進普及月間に健康増進に関わるイベントの開催等を通じて普及を推進する。

○ 厚生労働科学研究[23)] によるエビデンスの整理や検討会における検討を踏まえて、睡眠指針の改訂を目指す。

○ 「健康づくりのための睡眠指針 2014」では、昼間の眠気で困らない程度の睡眠時間を確保することを推奨しているが、令和元（2019）年「国民健康・栄養調査」において、睡眠時間が６時間未満の者の割合が４割程度いることが明らかとなり、男女とも「日中眠気を感じた」者の割合が高い要因の一つと考えられた。睡眠の確保の妨げとなっている主要な原因が男性では仕事、女性では育児等であり、これらが睡眠時間の短縮につながっていると考えられ、睡眠時間の妨げの原因を解消するには、「働き方改革」の取組、企業のワークライフバランスのより一層の推進が不可欠と考えられる。引き続き、スマート・ライフ・プロジェクトと連携した周知等、一層の取組を推進する。

○ 20 歳代の男女において、睡眠確保の妨げとなる点について、就寝前に携帯電話、メール、ゲーム等に熱中することと回答した者の割合が最も高かった。「健康づくりのための睡眠指針 2014」におい

て、寝床に入ってから携帯電話、メールやゲーム等に熱中することや、携帯電話やパソコン等の光の刺激が入ることは、覚醒を助長し、睡眠に悪影響を及ぼす可能性があることを、引き続き注意喚起し、企業等での取組を支援してゆく。

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

○ 睡眠障害に対する取組としては、今回の結果をみると、まずは睡眠不足症候群（仕事、勉学、その他の活動が原因）への取組をさらに重点的に行う必要があると考えられる。また、睡眠時間確保の妨げとなっている要因として仕事や育児・家事を挙げた年代で問題となりやすい、交代勤務障害、睡眠関連呼吸障害（SAS を含む）にも、今後も継続的な対策を講じる必要がある。

これらの睡眠障害による慢性睡眠不足状態では、自覚的眠気を感じず、眠気が疲労、加齢と誤認されている例が多いことが生理学的研究、疫学研究で明らかにされている。自覚しにくい睡眠の問題への気づきを促す研究・施策として、SAS であれば眠気をチェックするよりも「いびきの頻度」、「大きないびきの有無」、「睡眠中の呼吸停止の有無」等の問診の重要性を明らかにする研究、簡便な睡眠中の呼吸モニターの開発・普及が望まれる。また、交代勤務障害に関しては、わが国を含む先進諸国で労働者の約 2 ～ 4 割が交代勤務者とされており、グローバル化を迎え、更に多くの労働者が交代勤務に従事することが予想されることから、休養のとり方、交代勤務による睡眠障害に関する情報の啓発が必要である。

② 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少

○ 引き続き、月 80 時間超の残業が行われている事業場等に対する監督指導の徹底等による過重労働対策や、時間外労働の上限規制等について丁寧な周知・啓発を行うとともに、働き方改革推進支援センターでの相談・支援等を実施し、長時間労働対策を推進する。

○ 平成 30（2018）年に、労働時間制度に関する制度の見直し、勤務間インターバル制度の普及促進、産業医・産業保健機能の強化等を内容とする働き方改革関連法が成立した。具体的には、労働基準法、労働安全衛生法等の改正により時間外労働の上限規制の導入や、フレックスタイム制の見直し等が実施された。

○ 長時間労働に関しては、労働基準法によって法整備がなされているものの、依然として勤務問題が原因での自殺者数は平成 10（1998）年から平成 23（2011）年で約 800 人増加し、近年漸減傾向にあるものの、総数として約 2,000 人（令和元（2019）年時点）と多く、法の整備だけでなく、その遵守に向けた対策や、自殺者数の抑制に向けた取組をどのように推進していくかについても、更なる議論が必要であると考える[※1]。

※1 自殺の調査における原因動機を平成 19 年から 1 項目から 3 項目まで選択することができるようになった

○ 労働時間が長くなっても睡眠時間が 6 時間以上確保されている場合には、うつ状態のリスクは上昇しないといった報告[24)]もあり、長時間労働の抑制とともに、睡眠をどのように確保するか、余暇時間をどのように過ごすかといったことについても併せて検討し、企業単位での取組も検討する必要がある。このように長時間労働の抑制と睡眠時間確保の取組を組み合わせて実施することにより、2 つの目標項目の達成につながると期待される。

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

○ 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、在宅勤務をする者、遠隔授業を自宅で受ける者の割合が増加した。これにより通勤通学の時間が減少したこと、日中の活動量が減少したことをはじめ、様々な生活上の変化が生じた。睡眠に関しても種々の影響が報告されている。報告として多いのは、睡眠時間は増えたが、睡眠の質は必ずしも向上しない（あるいは低下）、睡眠位相後退（夜型化）が目立つようになった[25)]というものである。不眠症状と不眠症の割合は、欧米諸国と比較した場合は日本を含むアジア諸国は低率であったとの報告も見られる[26)]。

○ 在宅勤務により労働時間がどのように変化したかについては、今後の調査結果も待って判断しなければならないが、新型コロナウイルス感染症拡大前の調査では、在宅勤務ではむしろ労働時間が長くなったという結果も報告されている[27)]。

○ 在宅勤務・遠隔授業等は、今後新型コロナ感染拡大が収束したあとも、感染拡大前と比較して一定の割合で継続されると考えられるが、睡眠の質の確保、余暇の確保については、継続的な取組が必要であり、そのための 1 日のスケジュール管理や計画的な運動の実施等について、新たに知識の普及や実践を検討していく必要がある。

＜参考文献・URL＞

[1] Vandekerckhove M, Wang YL. Emotion, emotion regulation and sleep: An intimate relationship. AIMS Neurosci 2017;5(1):1-17. doi: 10.3934/Neuroscience.2018.1.1.

[2] Groeger JA, Stanley N, Deacon S et al. Dissociating effects of global SWS disruption and healthy aging on waking performance and daytime sleepiness. Sleep. 2014;37(6):1127–1142.

[3] Léger D, Pepin E, Caetano G. The Economic Burden of Sleepy Driving. Sleep Med Clin 2019;14(4):423-429. doi: 10.1016/j.jsmc.2019.07.004.

[4] Häusler N, Heinzer R, Haba-Rubio J et al. Does sleep affect weight gain? Assessing subjective sleep and polysomnography measures in a population-based cohort study (CoLaus/HypnoLaus). Sleep 2019;42(6): zsz077. doi: 10.1093/sleep/zsz077.

ため、単純比較には注意を要する。

[5] Wang D, Zhou Y, Guo Y et al. The effect of sleep duration and sleep quality on hypertension in middle-aged and older Chinese: the Dongfeng-Tongji Cohort Study. Sleep Med 2017; 40: 78-83. doi: 10.1016/j.sleep.2017.09.024.

[6] Reutrakul S, Van Cauter E. Sleep influences on obesity, insulin resistance, and risk of type 2 diabetes. Metabolism 2018; 84: 56-66. doi: 10.1016/j.metabol.2018.02.010.

[7] Korostovtseva L, Bochkarev M, Sviryaev Y. Sleep and Cardiovascular Risk. Sleep Med Clin 2021;16(3): 485-497. doi: 10.1016/j.jsmc.2021.05.001.

[8] Chaudhry R, Suen C, Mubashir T et al. Risk of major cardiovascular and cerebrovascular complications after elective surgery in patients with sleep-disordered breathing: A retrospective cohort analysis. Eur J Anaesthesiol 2020; 37(8): 688-695. doi: 10.1097/EJA.0000000000001267.

[9] Ensrud KE, Blackwell TL, Ancoli-Israel S et al. Sleep disturbances and risk of frailty and mortality in older men. Sleep Med 2012;13(10):1217-25. doi: 10.1016/j.sleep.2012.04.010.

[10] Li L, Wu C, Gan Y et al. Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. BMC Psychiatry 2016;16(1): 375. doi: 10.1186/s12888-016-1075-3.

[11] Okamoto M, Kobayashi Y, Nakamura F et al. Association Between Nonrestorative Sleep and Risk of Diabetes: A Cross-Sectional Study. Behav Sleep Med 2017; 15(6): 483-490. doi: 10.1080/15402002.2016.1163701.

[12] Li Y, Zhang X, Winkelman JW et al. Association between insomnia symptoms and mortality: a prospective study of U.S. men. Circulation 2014; 129(7): 737-46. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.004500.

[13] Kivimäki M, Batty GD, Hamer M, et al: Using additional information on working hours to predict coronary heart disease: a cohort study. Ann Intern Med 2011; 154(7):457-63.

[14] Davila E, Florez H, Trepka M et al. Long work hours is associated with suboptimal glycemic control among US workers with diabetes. Am J Ind Med 2011; 54(5):375-383.

[15] 健康づくりのための睡眠指針 2014
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf

[16] 厚生労働省 睡眠啓発イベント
https://www.mhlw.go.jp/photo/2019/09/ph0917-01.html

[17] スマート・ライフ・プロジェクト 睡眠特設ページ
https://www.smartlife.mhlw.go.jp/minna/sleep/

[18]「健康日本 21（第二次）に即した睡眠指針への改訂に資するための疫学研究」（平成 25～27 年度、研究代表者大分大学兼板佳孝）

[19]「「健康づくりのための睡眠指針 2014」のブラッシュアップ・アップデートを目指した「睡眠の質」の評価及び向上手法確立のための研究」（令和 1～2 年度、研究代表者国立精神・神経医療研究センター栗山健一）

[21] 過労死等の防止のための対策に関する大綱（令和３年 7 月 30 日閣議決定）
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_20085.html

[23]「適切な睡眠・休養促進に寄与する「新・健康づくりのための睡眠指針」と連動した行動・習慣改善ツール開発及び環境整備」（令和３～５年度、研究代表者国立精神・神経医療研究センター栗山健一）

[24] Nakata A. Work hours, sleep sufficiency, and prevalence of depression among full-time employees: a community-based cross-sectional study. J Clin Psychiatry 2011; 72(5):605-14.

[25] Tahara Y, Shinto T, Inoue K et al. Changes in sleep phase and body weight of mobile health App users during COVID-19 mild lockdown in Japan. Int J Obes (Lond) 2021;45(10):2277-2280. doi:10.1038/s41366-021-00890-7.

[26] Morin CM, Bjorvatn B, Chung F et al. Insomnia, anxiety, and depression during the COVID-19 pandemic: an international collaborative study. Sleep Med 2021; 87: 38-45.

[27] 独立行政法人　労働政策研究・研修機構　情報通信機器を利用した多様な働き方の実態に関する調査結果（企業調査結果・従業員調査結果）（平成 27 年 5 月）
https://www.jil.go.jp/institute/research/2015/documents/0140.pdf

様式２

（領域名）（４）飲酒

背景

○ アルコールは、さまざまな健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等の他、自殺や事故とも深く関連する。平成 30（2018）年に WHO が発表した「Global status report on alcohol and health 2018」によると、平成 28（2016）年の試算で、年間 300 万人がアルコールの有害な使用のために死亡し、全死亡に占める割合は 5.3%とされたが、この割合は、結核（2.3%）、エイズ（1.8%）、糖尿病（2.8%）、高血圧（1.6%）、消化器疾患（4.5%）、交通事故（2.5%）、暴力（0.8%）による死亡を上回っている[1)]。

○ 障害調整生命年（DALY）では、アルコールによる早世や障害は、女性の DALY 全体の 1.6%、男性では 6.0%を占め、全要因の中の 7 番目の高い割合となっている。特に、年齢を 15 歳から 49 歳に限ると、全要因の中で最も高い割合となり、男性の 8.9%、女性の 2.3%の原因となっている。また、同じ年代の男性の全死亡の 12.2%、女性の 3.8%がアルコールに起因するという報告もある[2)]。このように、世界的にもアルコールによる健康への影響は重要な問題として認識されている。

○ 患者調査（厚生労働省）によれば、アルコール性肝硬変の患者数は、平成８（1996）年の４千人から、平成 29（2017）年には 1.4 万人へと増加している。人口動態統計（厚生労働省）によれば、アルコール性肝疾患の死亡数は、平成８（1996）年には 2,403 人であったものが、令和元（2019）年には 5,480 人と増加しており、そのうち約８割がアルコール性肝硬変である。

○ 令和 3（2021）年 3 月 26 日に閣議決定された第 2 期アルコール健康障害対策基本対策推進基本計画には、「飲酒に伴うリスクに関する知識の普及と不適切な飲酒を防止する社会づくりを通じて、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防する」、「アルコール健康障害の当事者やその家族がより円滑に適切な支援に結びつくように、アルコール健康障害に関する相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を構築する」という２つの重点課題が示されており、1 番目の課題における重点目標は、健康日本 21（第二次）の飲酒領域に設定された３つの目標項目と同一である。

○ 国内外の研究結果から、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等の飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1 日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されており[9-12)]、これらの知見からは生活習慣病のリスクを高める飲酒量の閾値は低ければ低いほど良いことが示唆される。一方、脳梗塞及び虚血性心疾患については、飲酒量との関係がほぼ直線的に上昇するとは言えない。しかし、その場合でも男性では 44g/日程度以上の飲酒（純アルコール量）で非飲酒者や機会飲酒者に比べてリスクが高くなることを示す研究が多い[13-16)]。また、女性では 22g/日程度以上の飲酒でリスクが高くなることを示す研究がある[14,17)]。

○ 未成年者[1]の飲酒が好ましくない医学的根拠としては、未成年者の身体は発達する過程にあるため、体内に入ったアルコールが身体に悪影響を及ぼし健全な成長を阻害すること、臓器の機能が未完成であるために、アルコールの分解能力が成人に比べて低く [18)]、アルコールの影響を受けやすいこと等が挙げられる。例えば未成年者飲酒は、成人の飲酒に比べ急性アルコール中毒や臓器障害を起こしやすい [19, 20)]。また、飲酒開始年齢が若いほど将来のアルコール依存症リスクが高くなる [19, 21)]。未成年者の飲酒は事件や事故に巻き込まれやすくなる等社会的問題も引き起こしやすい。未成年者飲酒禁止法や健康への影響及びこれらの点を踏まえて、未成年者の飲酒を防止することが必要である。

○ 妊娠中の飲酒が、胎児性アルコール症候群や発育障害を引き起こすことが知られているが、予防しうる安全な飲酒量はいまだに不明である。妊娠中あるいは妊娠を計画している女性はアルコールを飲まないことが求められる [22)]。これらを踏まえて健康日本 21（第二次）では、妊娠中の飲酒をなくすことが目標として設定された。

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、改善傾向にある		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		0
D 悪化している		1
E 評価困難		0

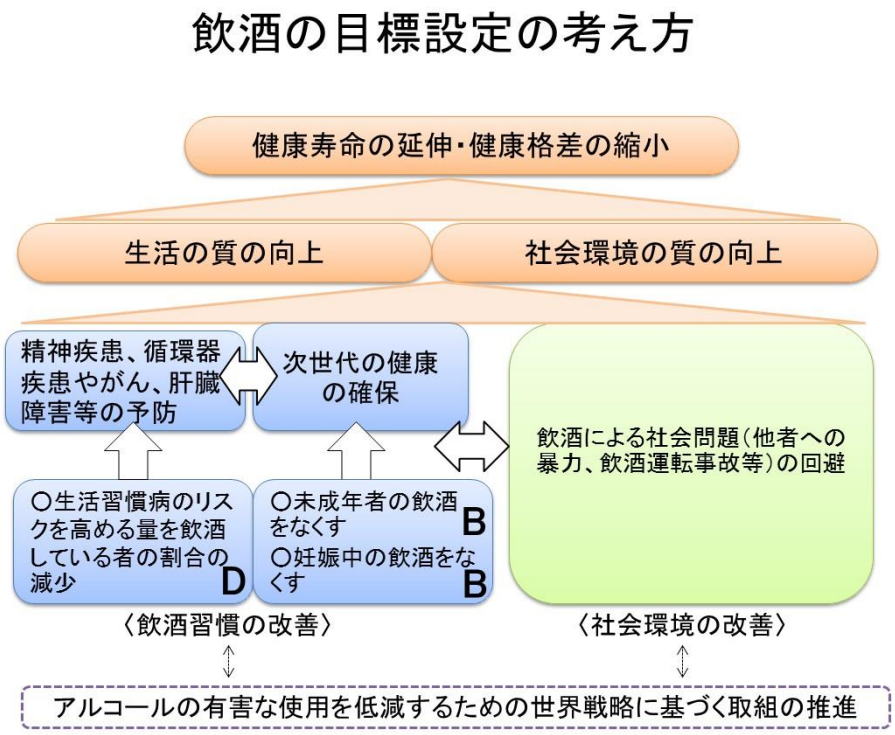
目標項目	評価
① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	**D**
一日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上の割合	（C）
一日当たりの純アルコール摂取量が女性 20g 以上の割合	（D）
② 未成年者の飲酒をなくす	**B**
中学３年生 男子	(B)
中学３年生 女子	(B)
高校３年生 男子	(B*)
高校３年生 女子	(B)

③ 妊娠中の飲酒をなくす	B

図表 1：飲料に含まれる純アルコール量の目安

飲料の種類 （量、アルコール度数）	ビール （500ml、5%）	清酒 （1合180ml、15%）	ウイスキー・ブランデー （ダブル60ml、43%）	焼酎 （1合180ml、25%）	ワイン （1杯120ml、12%）
純アルコール量	20g	22g	20g	36g	12g

図表 2：飲酒の目標設定の考え方及び目標項目の評価



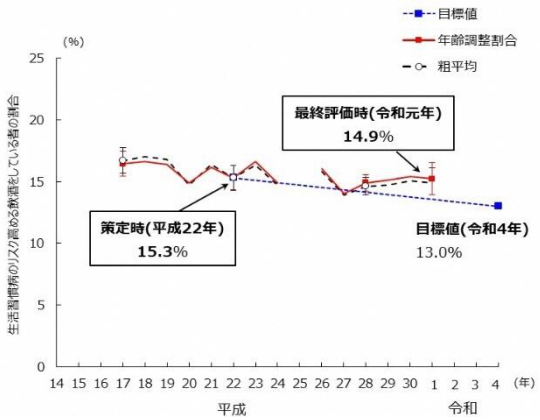
出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者

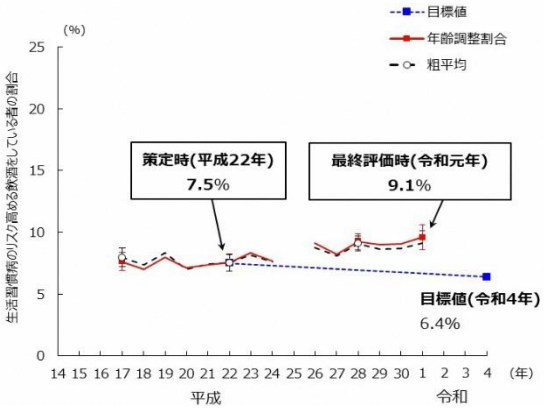
「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（１日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者）の割合」は、平成 22（2010）年から令和元（2019）年の間で、男性では有意な増減は認められない。

一方、女性では、平成 22（2010）年と令和元（2019）年との比較及び年次推移の双方とも有意に増加しており、悪化している。女性の年齢階級別に推移をみると、20 歳から 39 歳までの年齢では、減少傾向にあるのに対して、40 歳から 69 歳で上昇傾向にあり、70 歳以上でも緩やかに増加する傾向がみられる。

図表 3－1：生活習慣病のリスクを高める量を飲酒する者の割合の推移（男性）



図表 3－2：生活習慣病のリスクを高める量を飲酒する者の割合の推移（女性）



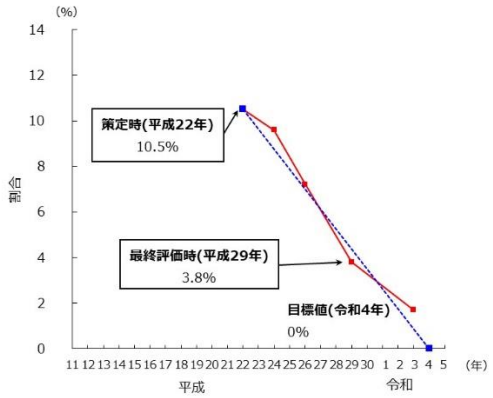
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

② 未成年者の飲酒をなくす

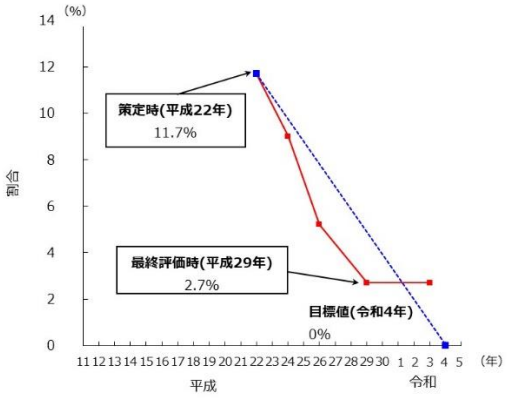
未成年者の飲酒については平成 22（2010）年、平成 24（2012）年、平成 26（2014）年の推移で、中学 3 年生、高校 3 年生ともに、その割合は男女ともにコンスタントに下がってきている。中学 3 年生男女、高校 3 年生女子は、目標年度の令和 4（2022）年までに目標達成見込みであることから B、高校 3 年生男子は目標年度までに目標達成が危ぶまれることから B*と評価され、目標項目「未成年の飲酒をなくす」全体としては「B　現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」の評価となった。

○ 令和 3（2021）年度の調査に関しては、コロナ禍の影響を受けていること、またそれまでの対面式アンケートから、対面式と web アンケートを組み合わせた調査となったことから、参考値とした。
○ 令和 3（2021）年の値は、中学 3 年生男子 1.7%、中学 3 年生女子 2.7%、高校 3 年生男子 4.2%、高校 3 年生女子 2.9%であった。

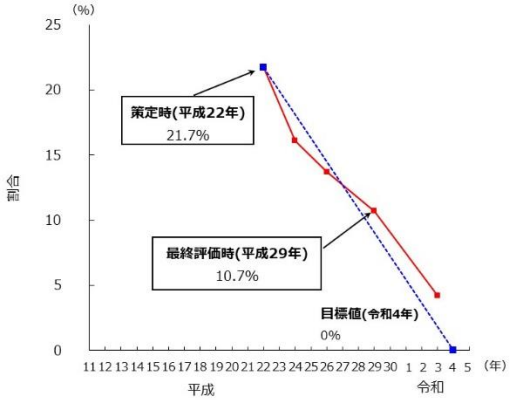
図表 4－1：未成年者の飲酒の割合（中学 3 年生男子）



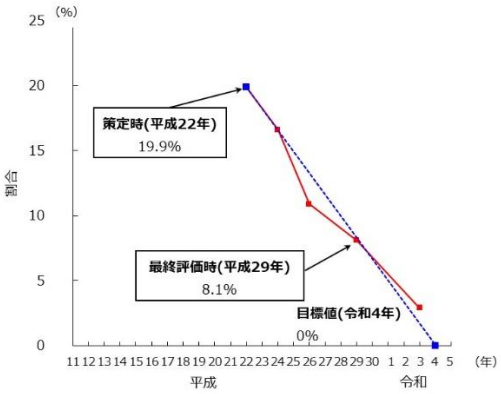
図表 4－2：未成年者の飲酒の割合（中学 3 年生女子



図表 4－3：未成年者の飲酒の割合（高校 3 年生男子



図表 4－4：未成年者の飲酒の割合（高校 3 年生女子



出典：厚生労働科学研究費による研究班の調査

平成 22（2010）年調査：「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」（研究代表者：大井田隆）平成 23 年報告書

平成 26（2014）年調査：「未成年者の健康課題及び生活習慣に関する実態調査研究」（研究代表者：大井田隆）平成 27 年報告書

平成 29（2017）年調査：「飲酒や喫煙等の実態調査と生活習慣病予防のための減酒の効果的な介入方法の開発に関する研究」（研究代表者：尾崎米厚）平成 29 年報告書

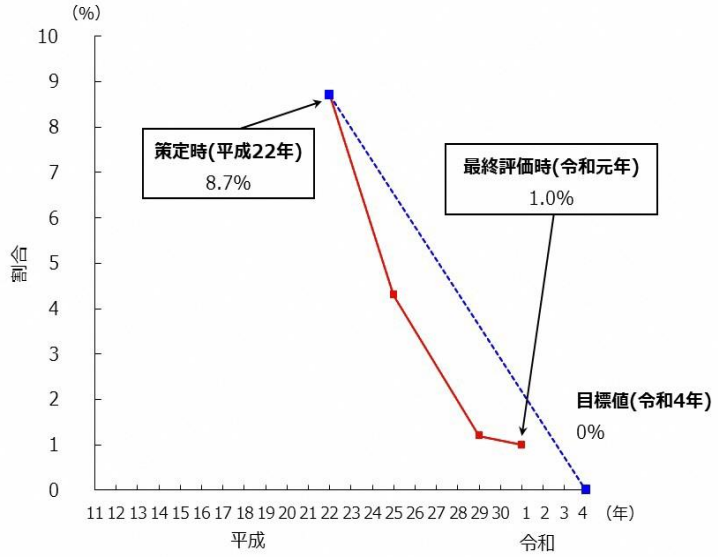
令和 3（2021）年調査：「喫煙、飲酒等生活習慣の実態把握及び生活習慣の改善に向けた研究」（研究代表者：尾崎米厚）令和 3 年報告書

③ 妊娠中の飲酒をなくす

妊娠中の飲酒については、平成 22（2010）年のベースライン値（8.7%）に比べて平成 25 年

（2013）年の中間評価値（4.3%）はおよそ半分に減っている。さらに、令和元（2019）年の母子保健課調査では、妊娠中に飲酒したと回答した母親の割合は、1.0%となっており、妊婦の飲酒者割合は減少傾向にある。目標年度の令和 4（2022）年度までに目標達成見込みであることから「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」と評価される（参考値：令和 2（2020）年の妊娠中の飲酒の割合は 0.8%）。

図表 5：妊娠中の飲酒の割合



出典：（平成 22 年）厚生労働省「乳幼児身体発育調査」
（平成 25 年）厚生労働科学研究費「「健やか親子 21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」
（令和元年）厚生労働省 健やか親子 21「妊娠・出産・子育て期の健康に関する情報サイト」

2 関連する取組

＜領域全体に係る取組＞

アルコール健康障害対策推進基本計画

○ 令和 3（2021）年 3 月 26 日に閣議決定された第 2 期アルコール健康障害対策推進基本計画[△23),△24)]には、「飲酒に伴うリスクに関する知識の普及と不適切な飲酒を防止する社会づくりを通じて、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防する」、「アルコール健康障害の当事者やその家族がより円滑に適切な支援に結びつくように、アルコール健康障害に関する相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を構築する」という特に今後 5 年間で実施されるべき重点課題が 2 つ盛り込まれており、1 番目の課題は、健康日本 21（第二次）の飲酒領域に設定された 3 つの目標項目と同一である。この計画に従えば、健康日本 21（第二次）の最終年度より

前倒して、これら３項目の目標は達成されなければならないことになっている。以上を達成するために、基本計画には以下のような対策が盛り込まれている。

○ 未成年者や妊婦及び教育者や保護者に対して、飲酒が未成年者や胎児・乳児に及ぼす健康影響について啓発する。その際、アルコール関連問題啓発週間や 20 歳未満飲酒防止強調月間等の機会、健康日本 21 や健やか親子 21 等の活動を通じ、国、地方公共団体、関係団体、事業者等と連携して実施する。

○ 未成年者や妊婦の飲酒を防止するために、酒類提供業者に対して、未成年者への酒類の提供の禁止を周知徹底させるとともに指導・取り締まりを強化する。

○ アルコール依存症を含むアルコール健康障害に関する正しい知識を普及させる。

○ アルコール健康障害を予防するための早期介入方法であるブリーフインターベンションに関する調査研究を行う。

その他の取組

○ 多量飲酒者への対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】（平成 25（2013）年４月）」に減酒支援（ブリーフインターベンション）を収載した。また、「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」に改訂の際に、内容を最新の知見にあわせて更新した。

○ 厚生労働科学研究費補助金を用い、飲酒状態も含め、未成年者の健康課題及び生活習慣に関する実態調査を実施した。

○ 厚生労働科学研究費補助金を活用し、減酒支援の普及を推進した。

○ メタボリック症候群等の生活習慣病が気になる方のために、健康情報サイトである厚生労働省のｅ－ヘルスネット等のウェブサイトを通じた普及啓発を実施した。

関係学会等の取組

- 公益社団法人アルコール健康医学協会：飲酒と健康に関する講演会
- 特定非営利活動法人 ASK：啓発、連携、提言、育成、調査、支援活動

＜各目標項目に係る取組＞

① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者

○ 平成 26（2014）年に施行されたアルコール健康障害対策基本法に基づき、令和３（2021）年度からアルコール健康障害対策推進基本計画（第２期）が開始した。本計画との整合性を保ちつつ、保健指導の現場での減酒支援実施の促進及び生活習慣病のリスクを高める量に関する知識の普及啓発活動を推進した。

○ 医療や健診等種々の保健事業の現場において、減酒支援を普及していくため、「たばこ・アルコール対策担当者講習会」により、保健医療従事者向けの研修会を実施した。

② 未成年者の飲酒をなくす

○ 国税庁、警察庁等と共に 20 歳未満飲酒防止キャンペーンの後援、20 歳未満飲酒防止強調月間（４月）を設定した。

○ 厚生労働科学研究費補助金を用い、飲酒状態も含め、未成年者の健康課題及び生活習慣に関する実態調査を実施した。

③ 妊娠中の飲酒をなくす

○ スマート・ライフ・プロジェクト参画団体を巻き込んだ活動を促進した。

○ 母子健康手帳や「妊産婦のための食生活指針」において、妊娠中の飲酒のリスクを啓発した。妊産婦のための食生活指針は令和３（2021）年３月に改正された。

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 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者

評価は、男性は「C 変わらない」、女性は、「D 悪化している」であった。目標を達成しなかった要因としては、多量飲酒者に対するアルコール健康障害に関する正しい知識の普及が進んでいないこと、ブリーフインターベンション普及の取組は、開始されたばかりであり、十分に社会に浸透していないこと、女性の社会進出増加に伴う飲酒機会の増加等が考えられる。

② 未成年者の飲酒をなくす

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、飲酒が未成年者に及ぼす健康影響に関する啓発の効果、酒類提供業者に対する未成年者への酒類提供禁止の周知徹底の効果、未成年者の飲酒に対する意識の変化等が考えられる。（A とならなかった要因としては、目標が 0%であり目標達成が難しい指標であったと考えられる。）

③ 妊娠中の飲酒をなくす

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、妊婦に対する飲酒が胎児・乳児に及ぼす健康影響についての普及啓発が奏功している可能性等が考えられる。

＜領域全体としての評価＞

「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」は、男性では変化なし、女性では悪化傾向にある。より一層のアルコール健康障害に関する知識の普及啓発を行い、ブリーフインターベンションを普及させること等が今後の課題と考えられる。「未成年者の飲酒をなくす」は目標値には到達していないものの、改善傾向にある。この傾向は、「妊娠中の飲酒をなくす」も同様であり、目標を達成することは、

次期に向けた課題と考えられる。

4　今後の取組と課題

＜領域全体としての課題＞

○ 国のアルコール健康障害対策推進基本計画に基づく対策が確実に実施されていくことが必要である。

○ 各都道府県における都道府県アルコール健康障害対策推進計画が早期に策定され、確実に実施されていくよう推進する。令和 3（2021）年度にはすべての都道府県でアルコール健康障害対策推進基本計画が策定される予定である。

○ 上記基本計画に含まれていないが、アルコール健康障害を予防するためのブリーフインターベンションの広範な施行は、特に「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少」の達成のために非常に重要であり、この対策を推進する。

○ 第３期がん対策推進基本計画において、予防可能ながんのリスク因子の１つとして過剰飲酒が挙げられており、上記の対策等を通じて、がんの罹患者や死亡者の減少に取り組む。

○ 国、地方公共団体、業界団体、関連機関、企業、地域団体等が連携・協力しながら飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を推進する。特に、未成年者の飲酒防止や女性の適正量を超えた飲酒の予防等の活動を行っていく。また、自治体や企業等の先進的な取組を評価し、優れたものを表彰することで広める支援活動を実施する。

＜各目標項目に係る課題＞

① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（１日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者）の割合の減少

○ 保健指導の現場での減酒支援実施の促進及び一時的多量飲酒のリスクや生活習慣病のリスクを高める量に関する知識の普及啓発活動を推進する。

○ 一般医療機関における減酒指導の普及促進への取組が求められる。

○ 特に、基本計画（第２期）に記載されている個人の特性に応じた「飲酒ガイドライン」を作成し、またアルコール飲料容器へのアルコール量の表示を推進する。

○ その他、厚生労働科学研究費補助金、スマート・ライフ・プロジェクト等を通じた減酒支援や関連する知識の普及活動を推進。特に、スマート・ライフ・プロジェクトの一環として作成しているポスターで新たに適正飲酒に関するポスターが追加される予定である。

○ 飲酒に伴う健康影響は、年齢、性別、体質等に応じて異なることを踏まえ、誰もがアルコール健康障害の問題を我が事と認識できる様に、特性に応じて留意すべき点等を分かり易く啓発していく。

○ 酒類業界において、アルコール飲料の広告・表示等における自主的な取組を引き続き推進する。

② 未成年者の飲酒をなくす

○ 引き続き実態調査を実施予定。また、アルコール健康障害対策推進会議等を活用し、関係省

庁との連携をより一層密にした対策を推進予定である。

○ 20 歳未満の飲酒をなくすことを目標とし、20 歳未満の飲酒すべきでない者の飲酒リスクの普及啓発及び不適切飲酒を未然に防ぐ取組の徹底を引き続き実施する。

③ 妊娠中の飲酒をなくす

○ 妊娠中の飲酒をなくすことを目標とし、妊娠中の飲酒リスクの普及啓発及び不適切飲酒を未然に防ぐ取組の徹底を引き続き実施する。

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

○ 国税庁の酒のしおり（令和３年３月）によると、令和２（2020）年の酒類消費動向は、飲酒店を中心に酒類消費が大きく減少しているのに対して、家庭消費はやや増加している[3)]。

○ テロ、SARS 感染拡大、大不況といった 21 世紀に発生した危機的状況とアルコール消費に関するレビューによると、不安、抑うつ、PTSD が、少なくとも部分的に、これらの危機とアルコール消費増加を媒介しており、男性、若年者、単身もこれらの危機後にリスクのある飲酒行動に発展する高い脆弱性と関連したとしている[4)]。

○ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大下におけるアルコール消費に関する調査の系統的レビューによると、アルコール消費が減少、不変、増加と結果は調査によるばらつきが多いことが示されているが、全体的にはアルコール消費が増加する傾向が認められたとしている[5)]。

○ 上記と同様に新型コロナウイルス感染症の感染拡大下におけるアルコール消費に関する調査の系統的レビューによると、感染拡大以前の危険な飲酒、介護責任、ストレス、うつ病、不安や精神疾患の治療を受けていることは、アルコール消費の増加と相関していたとしており、人口の特定のセグメントでは新型コロナウイルス感染症の感染拡大によってアルコール消費が増加するリスクがあるとしている[6)]。

○ 同様の新型コロナウイルス感染症の感染拡大下におけるアルコール消費に関する調査の系統的レビューによると、人口の多くは飲酒行動に変化がないものの、lockdown 時には人口の 10.4～51.0%に増加傾向が認められた。一方、同じ国からの報告でも時期によって、結果が異なることが指摘されている[7)]。

○ これらのレビュー結果からは、新型コロナウイルス感染症の飲酒行動への影響は、一様ではないことが示されているが、国内の情報は不十分であり、今後も情報の収集や注視が必要である。また、脆弱なセグメントは存在する可能性が高く、その抽出やそのような特徴を有する者に対する予防的ケアが必要と考えられる。

○ ニューヨークでの調査によると、アルコールや薬物使用障害の患者は、新型コロナウイルス感染症による入院や ICU 入院のリスクが高く、感染時の有害な結果と関連することが示唆されている[8)]。アルコール使用障害者に対する感染予防は特に重要と考えられる。

＜参考文献・URL＞

[1)] Poznyak V, et al. Global status report on alcohol and health 2018: World Health

Organization, 2018.
[2)] GBD2016 Alcohol Collaborators: Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet, 2018; 392:1015-1035.
[3)] 国税庁 酒のしおり（令和３年３月）
[4)] Gonçalves PD, Moura HF, do Amaral RA, et al. Alcohol Use and COVID-19: Can we Predict the Impact of the Pandemic on Alcohol Use Based on the Previous Crises in the 21st Century? A Brief Review. Front Psychiatry. 2020 Dec 18;11:581113.
[5)] Roberts A, Rogers J, Mason R, et al. Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. Drug Alcohol Depend. 2021 Oct 29;229(Pt A):109150
[6)] Schmidt RA, Genois R, Jin J, et al. The early impact of COVID-19 on the incidence, prevalence, and severity of alcohol use and other drugs: A systematic review. Drug Alcohol Depend. 2021 Nov 1;228:109065.
[7)] Bakaloudi DR, Jeyakumar DT, Jayawardena R, et al. The impact of COVID-19 lockdown on snacking habits, fast-food and alcohol consumption: A systematic review of the evidence. Clin Nutr. 2021 Apr 17:S0261-5614(21)00212-0.
[8)] Allen B, El Shahawy O, Rogers ES, et al. Association of substance use disorders and drug overdose with adverse COVID-19 outcomes in New York City: January-October 2020. J Public Health (Oxf). 2021 Sep 22;43(3):462-465.
[9)] Inoue M, Tsugane S. Impact of alcohol drinking on total cancer risk: data from a large-scale population-based cohort study in Japan. Br J Cancer. 2005 92(1): 182-187.
[10)] Nakanishi N, Makino K, Nishina K, et al. Relationship of light to moderate alcohol consumption and risk of hypertension in Japanese male office workers. Alcoho Clin Exp Res. 2002 26(7):988-994.
[11)] Ohmori S, Kiyohara Y, Kato I, et al. Alcohol intake and future incidence of hypertension in a general Japanese population: the Hisayama study. Alcohol Clin Exp Res. 2002 26(7):1010-1016.
[12)] Nakashita Y, Nakamura M, Kitamura A, et al. Relationship of cigarette smoking and alcohol consumption to metabolic syndrome in Japanese men. J Epidemiol. 2010 20(5):391-397.
[13)] Iso H, Baba S, Mannami I, et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men: the JPHC Study Cohort I. Stroke. 2004 35(5):1124-1129.
[14)] Ikehara S, Iso H, Toyoshima H, et al. Alcohol consumption and mortality from

stroke and coronary heart disease among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study. Stroke. 39(11):2936-2942.

[15] Ikehara S, Iso H, Yamagishi K, et al. Alcohol consumption, social support, and risk of stroke and coronary heart disease among Japanese men: the JPHC Study. Alcohol Clin Exp Res. 2009 33(6):1025-1032.

[16] Iso H, Kitamura A, Shimamoto T, et al. Alcohol intake and the risk of cardiovascular disease in middle-aged Japanese men. Stroke 1995 26(5):767-773.

[17] Marugame T, Yamamoto S, Yoshimi I, et al. Patterns of alcohol drinking and all-cause mortality: results from a large-scale population-based cohort study in Japan. Am J Epidemiol 2007 165(9):1039-1046.

[18] Kelly SJ, Bonthius DJ, West JR. Developmental changes in alcohol pharmacokinetics in rats. Alcohol Clin Exp Res 1987 11(3):281-286.

[19] 樋口進、遠藤太久郎、白坂知信ほか。アルコール保健指導マニュアル 樋口進（編）社会保険研究所、東京 2003

[20] De Bellis MD, Clark DB, Beers SR, et al. Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. Am J Psychiatry 2000 157(5):737-744.

[21] Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. Archives Pediatrics & Adolescent Medicine. 2006 160(7):739-746.

[22] American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities. Fetal Alcohol syndrome and alcohol-related neurodevelopmental disorders. Pediatrics 2000 106(2 Pt1):358-361.

△23） ■ アルコール健康障害対策推進基本計画（令和３年３月 26 日閣議決定）
https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000760238.pdf

△24） ■ アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク
http://alhonet.jp/local-plan.html

様式２

（領域名）（５）喫煙

背景

○ 喫煙は、高血圧と並んで、日本人が命を落とす回避可能な主要なリスク因子であり、喫煙者本人の喫煙による年間の超過死亡数は 19 万人と報告されている[1)]。一方、受動喫煙による超過死亡数は、約 15,000 人と推定されている[2)]。これらの健康被害により、多くの超過医療費、労働力損失等の経済損失が生じている。

○ 当面並びに将来の健康被害や経済損失を回避するために、また、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（以下「たばこ規制枠組条約」という。）の締約国としての国際的責務を果たすためにも、たばこ対策の着実な実行が必要である。

○ たばこ対策に関する指標としては、「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」に関わるものを設定することが重要である。喫煙率の低下は、それが喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策である[3)]。また、受動喫煙の曝露状況の改善により、短期的に急性心筋梗塞や成人及び小児の喘息等の呼吸器疾患による入院を減少させる等、確実な健康改善効果が期待できる[4)]。

○ 健康日本 21（第二次）においては、成人の喫煙率の低下、未成年者[1]の喫煙をなくす、妊娠中の喫煙をなくす、受動喫煙の機会を有する者の割合の低下の４つの目標を設定した。

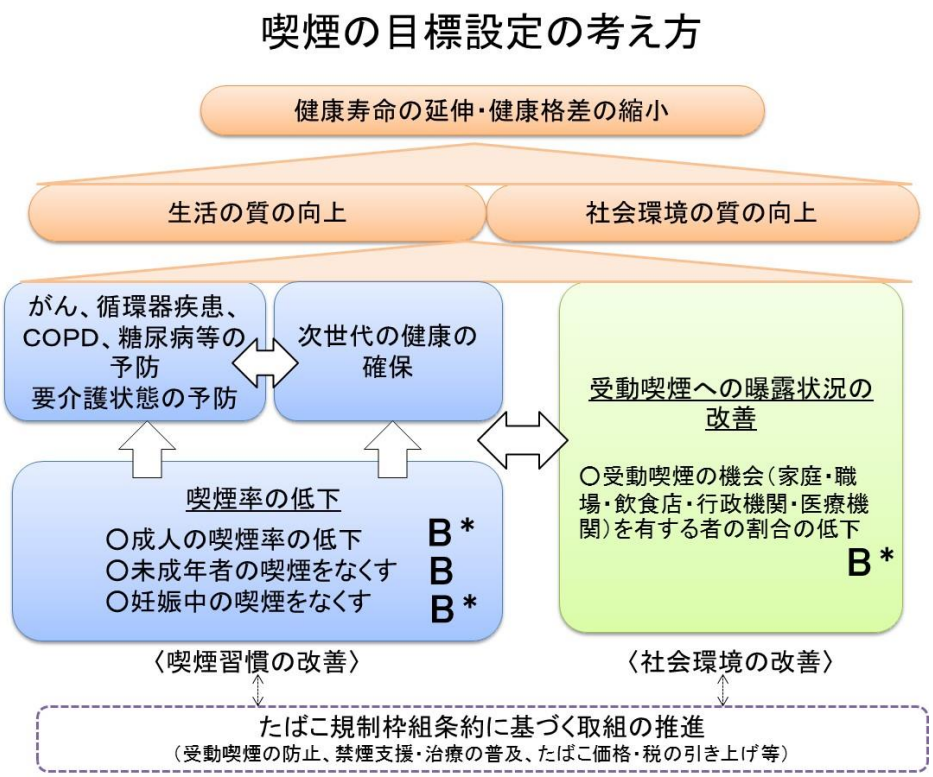
１ 目標項目の評価状況

評価		項目数
A　目標値に達した		0
B　現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある		4
	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３）
C　変わらない		0
D　悪化している		0
E　評価困難		0

[1] 民法の改正法施行に伴い、令和４年４月１日から「未成年者」を「20 歳未満の者」と呼称する。以下同じ。

目標項目	評価
① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	**B***
② 未成年者の喫煙をなくす	**B**
中学１年生 男子	(B)
中学１年生 女子	(B*)
高校３年生 男子	(B)
高校３年生 女子	(B)
③ 妊娠中の喫煙をなくす	**B***
④ 受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	**B***
行政機関	(B*)
医療機関	(B*)
職場	(B*)
家庭	(B*)
飲食店	(B*)

図表 1：喫煙の目標設定の考え方及び目標項目の評価



出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）

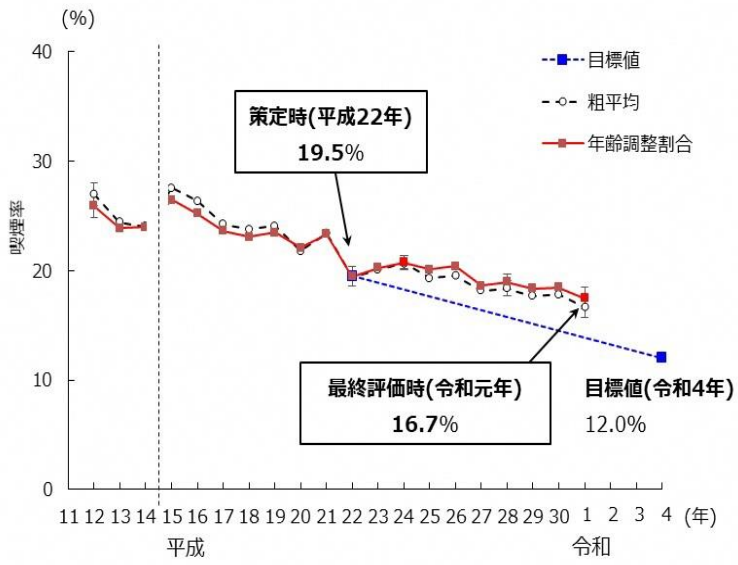
成人の喫煙率の直近値（令和元（2019）年）は 16.7%で、ベースライン（平成 22（2010）年）の 19.5%と比較して有意に減少（P=0.04）した。経年的な推移の分析では、平成 24（2012）年までは有意な減少はなかったが、その後、有意に減少（P=0.005）した。

男女別にみると、男性の喫煙率は有意に減少したが、女性の喫煙率は有意な増減がなかった。

年齢階級別にみると、男性は 60 代を除く年代で減少傾向がみられた。女性は 20～40 代で減少傾向がみられたが、50～60 代では増加傾向がみられた。

分析に基づく評価は、有意に改善しているが、ベースラインから直近までに 2.8%しか減少しておらず、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」と判定した。

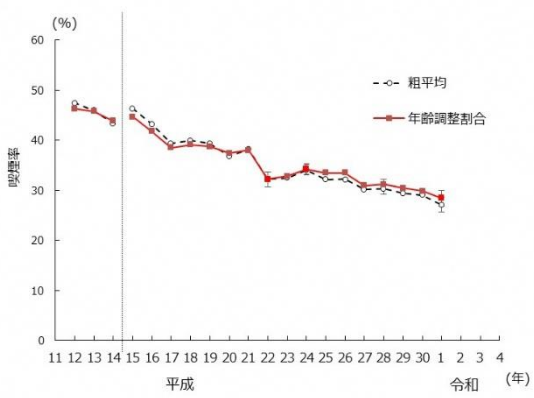
図表 2：成人の喫煙率の推移（男女計）



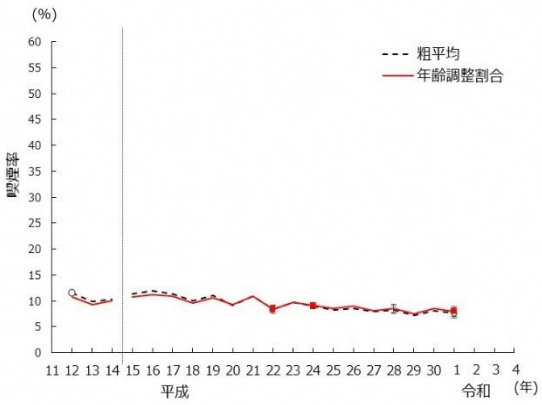
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

注　：平成 25（2013）年以降の喫煙者の定義は、たばこを「毎日吸っている」又は「時々吸う日がある」と回答した者。ただし、平成 23、24（2011、2012）年は、これまでたばこを習慣的に吸っていたことがある者のうち、「この 1 ヶ月間に毎日又はときどきたばこを吸っている」と回答した者であり、平成 15～22（2003～2010）年は、合計 100 本以上又は 6 ヶ月以上たばこを吸っている（吸っていた）者、平成 12～14（2000～2002）年は、現在喫煙している者

図表 3－1：成人の喫煙率の推移（男性）

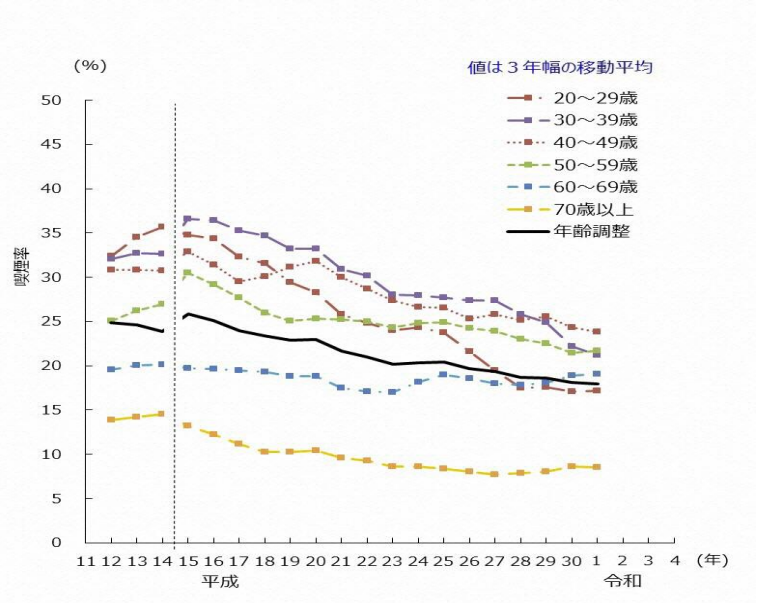


図表 3－2：成人の喫煙率の推移（女性）



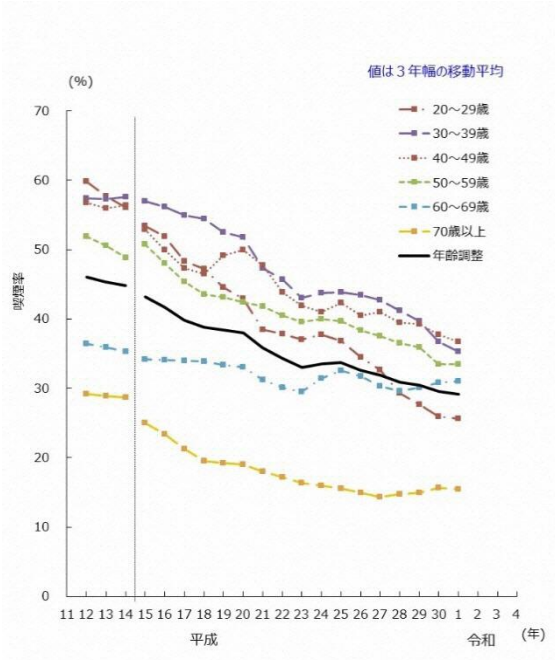
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 4：成人の喫煙率の推移（年齢階級別、男女計）

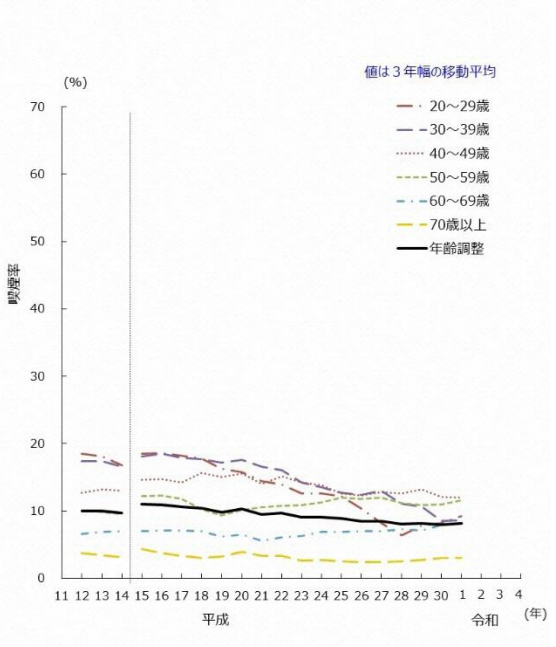


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 5－1：成人の喫煙率の推移
（年齢階級別、男性）



図表 5－2：成人の喫煙率の推移
（年齢階級別、女性）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

② 未成年者の喫煙をなくす

中学１年生男子の喫煙率の直近値（平成 29（2017）年）は 0.5%で、ベースライン（平成 22（2010）年）の 1.6%と比較して減少（相対的変化 －69%）した。中学 1 年生女子の喫煙率についても、直近値（平成 29 年（2017））は 0.5%で、ベースライン（平成 22（2010）年）の 0.9%と比較して減少（相対的変化 －44%）した。

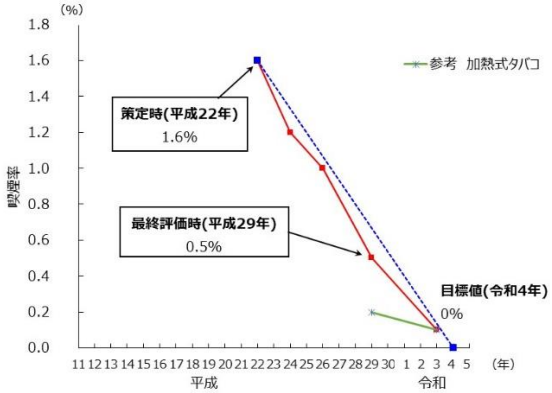
高校３年生男子の喫煙率の直近値（平成 29（2017）年）は 3.1%で、ベースライン（平成 22（2010）年）の 8.6%と比較して減少（相対的変化 －64%）した。高校３年生女子の喫煙率についても、直近値（平成 29（2017）年）は 1.3%で、ベースライン（平成 22（2010）年）の 3.8%と比較して減少（相対的変化 －66%）した。

分析に基づく評価は、未成年者（中学 1 年生、高校３年生）の喫煙率は、男女ともに減少しており、中学１年生女子を除いてはこのままの減少率を維持することで、目標年度までの目標達成が見込まれることから「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」と判定した。中学１年生女子については、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」とした。

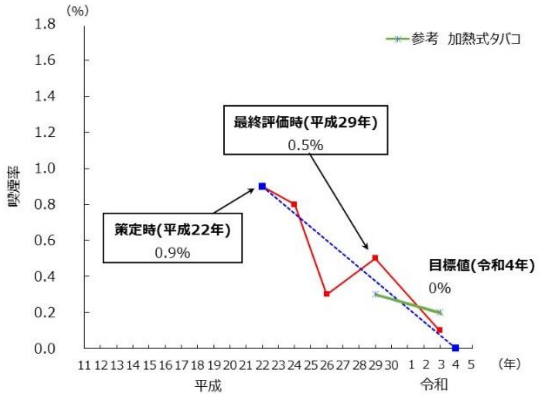
○ 令和 3（2021）年度の調査に関しては、コロナ禍の影響を受けていること、またそれまでの対面式アンケートから、対面式と web アンケートを組み合わせた調査となったことから、参考値とした。
○ 令和 3（2021）年の値は、中学 1 年生男子 0.1%、中学 1 年生女子 0.1%、高校３年生

男子 1.0%、高校 3 年生女子 0.6%であった。

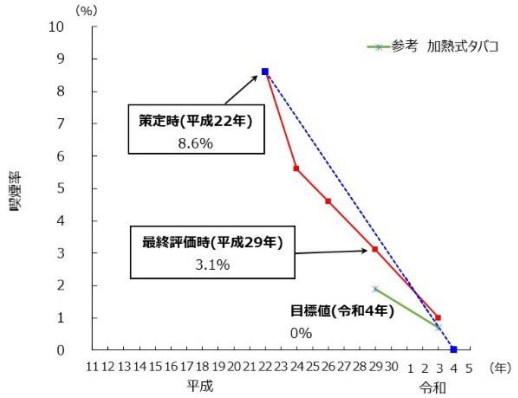
図表 6－1：未成年者の喫煙率
（中学 1 年生男子）



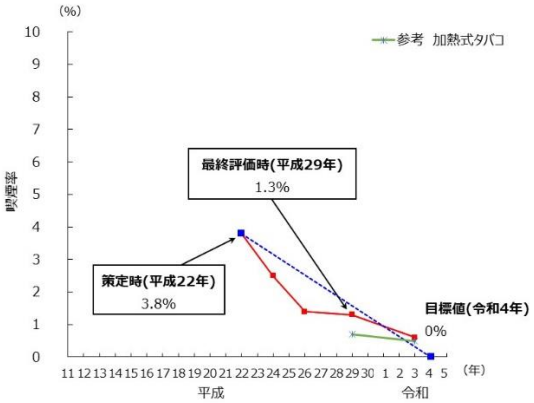
図表 6－2：未成年者の喫煙率
（中学 1 年生女子）



図表 6－3：未成年者の喫煙率
（高校３年生男子）



図表 6－4：未成年者の喫煙率
（高校３年生女子）



出典：厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査

平成 22（2010）年調査：「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」（研究代表者：大井田隆）平成 23 年報告書

平成 26（2014）年調査：「未成年者の健康課題及び生活習慣に関する実態調査研究」（研究代表者：大井田隆）平成 27 年報告書

平成 29（2017）年調査：「飲酒や喫煙等の実態調査と生活習慣病予防のための減酒の効果的な介入方法の開発に関する研究」（研究代表者：尾崎米厚）平成 29 年報告書

令和３（2021）年調査：「喫煙、飲酒等生活習慣の実態把握及び生活習慣の改善に向けた研究」（研究代表者：尾崎米厚）令和３年報告書

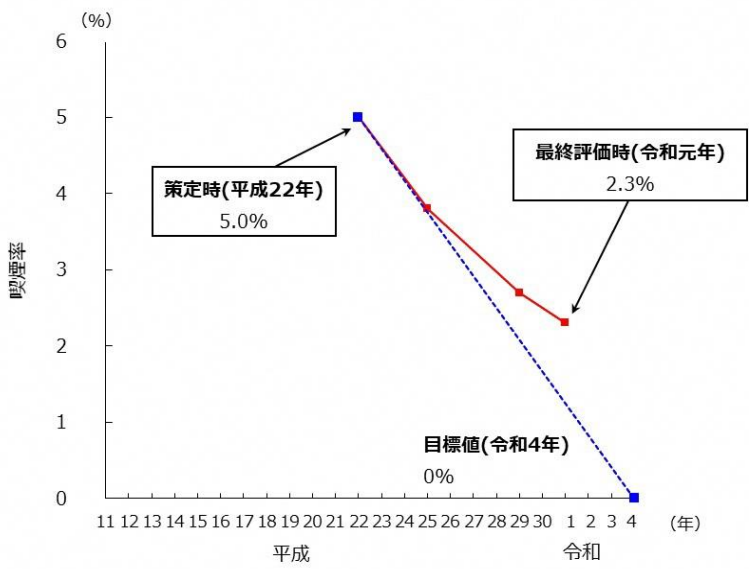
注　：平成 22（2010）年、平成 26（2014）年は「この 30 日間に、何日タバコを吸いましたか？」、平成 29（2017）年、令和３（2021）年は「この 30 日間に、何日、紙巻きタバコを吸いましたか？」の問いに対し、「1-2 日」、「３-５日」、「６-９日」、「10-19 日」、「20-29 日」、「毎日」と回答した者を集計

③ 妊娠中の喫煙をなくす

妊娠中の喫煙率の直近値（令和元（2019）年）は 2.3%であり、ベースライン（平成 22（2010）年）の 5.0%と比較して減少している（参考値：令和２（2020）年 2.0%）。

分析に基づく評価は、改善傾向にあるが、ベースラインと目標値を結ぶ直線のレベルまでは減少しておらず、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」とした。

図表 7：妊娠中の喫煙



出典：（平成 22 年）厚生労働省「乳幼児身体発育調査」
（平成 25 年）厚生労働科学研究費「「健やか親子 21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」
（令和元年）厚生労働省 健やか親子 21「妊娠・出産・子育て期の健康に関する情報サイト」

④ 受動喫煙の機会を有する者の割合の減少

受動喫煙の機会を有する者の割合の減少については、目標として設定された５つのすべての項目について目標値が「望まない受動喫煙のない社会の実現」に変更されたが、具体的な数値目標が設定されていない。

以下に、最も厳しい目標（受動喫煙の機会を有する者の割合が０％）を仮定した場合の評価

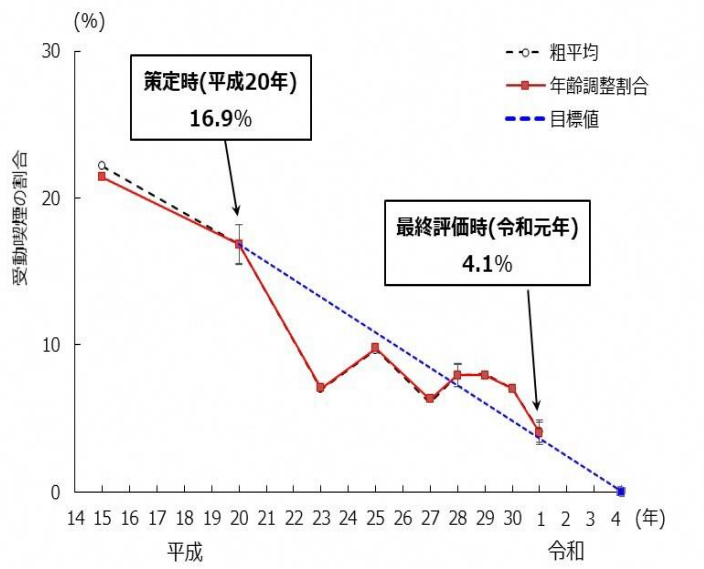
結果を項目ごとに述べる。

行政機関

行政機関で受動喫煙の機会を有する者の割合の直近値は 4.1%（令和元（2019）年）で、ベースライン（平成 20（2008）年）の 16.9%と比較して有意に減少（P<0.01）した。経年的な推移の分析でも有意に減少（P<0.01）した。男女別にみても、男女ともに有意に減少しており、すべての年齢階級で減少傾向がみられた。

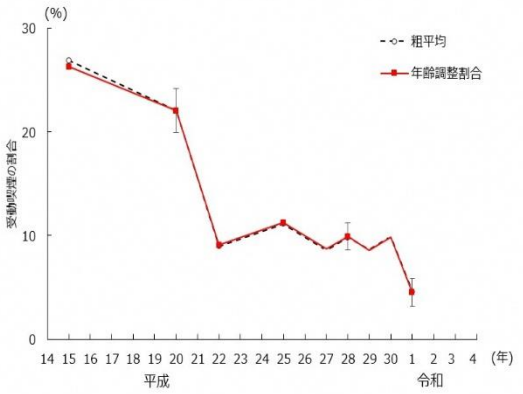
最も厳しい目標値（０%）に対する評価は、有意な改善がみられているが、ベースラインと目標値を結ぶ直線のレベルまでは減少しておらず、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」とした。

図表 8：受動喫煙（行政機関）の推移（男女計）

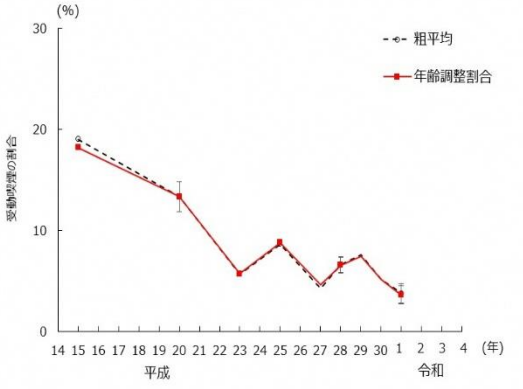


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 9－1：受動喫煙（行政機関）の推移（男性）

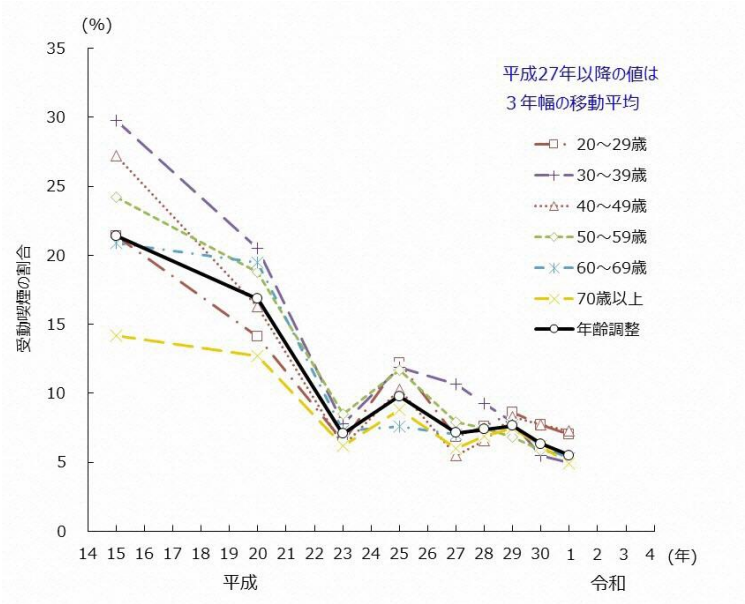


図表 9－2：受動喫煙（行政機関）の推移（女性）



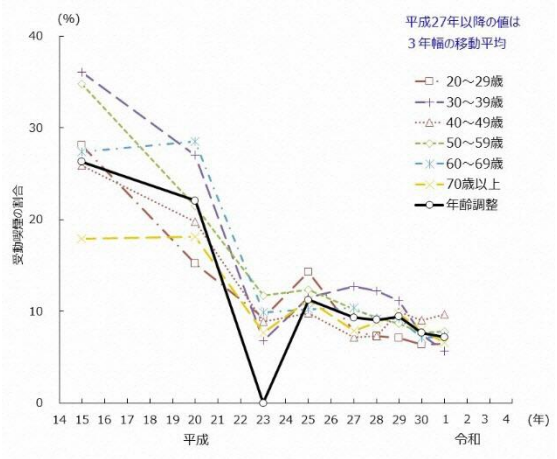
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 10：受動喫煙（行政機関）の推移（年齢階級別 男女計）

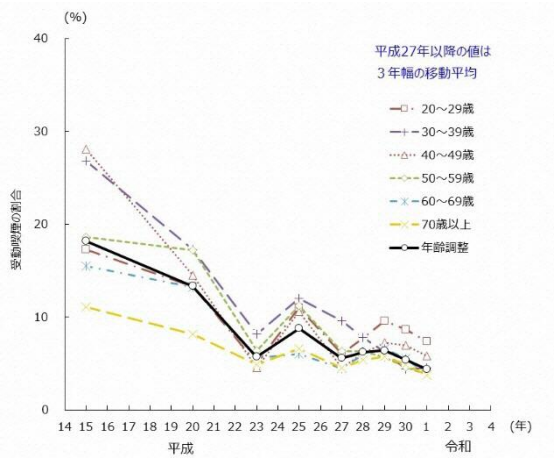


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 11－1：受動喫煙（行政機関）の推移（年齢階級別、男性）



図表 11－2：受動喫煙（行政機関）の推移（年齢階級別、女性）



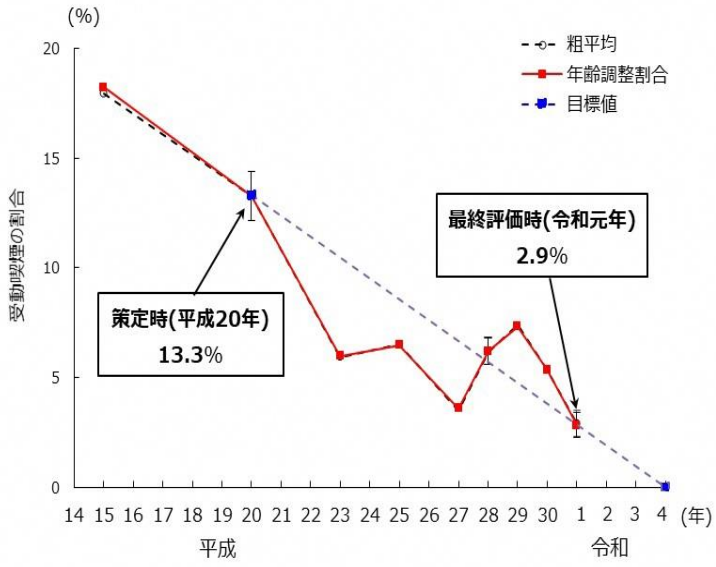
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

医療機関

医療機関で受動喫煙の機会を有する者の割合の直近値は 2.9%（令和元（2019）年）で、ベースライン（平成 20（2008）年）の 13.3%と比較して有意に減少（P<0.01）した。経年的な推移の分析でも、有意に減少（P<0.01）した。男女別にみても、男女ともに有意に減少しており、すべての年齢階級で減少傾向がみられた。

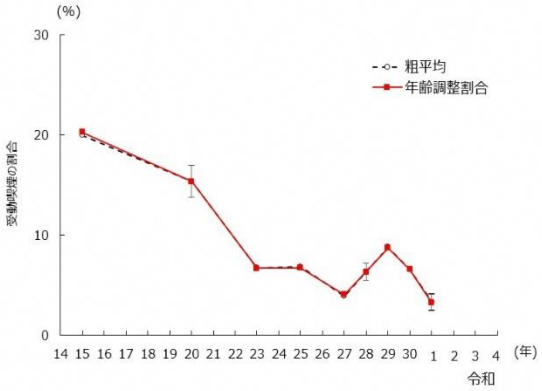
最も厳しい目標値（０%）に対する評価は、有意な改善がみられており、このままの減少率を維持することで、目標年度までの目標達成が見込まれることから「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」とした。

図表 12：受動喫煙（医療機関）の推移（男女計）

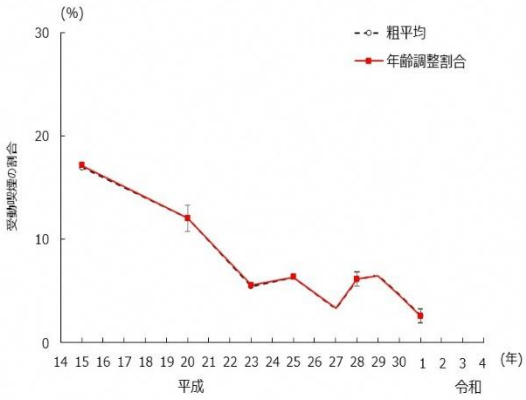


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 13－1：受動喫煙（医療機関）の推移（男性）

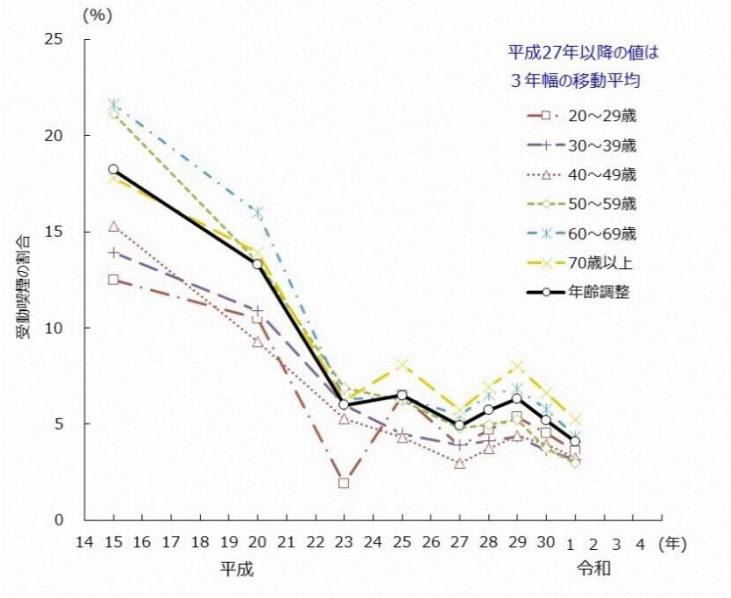


図表 13－2：受動喫煙（医療機関）の推移（女性）



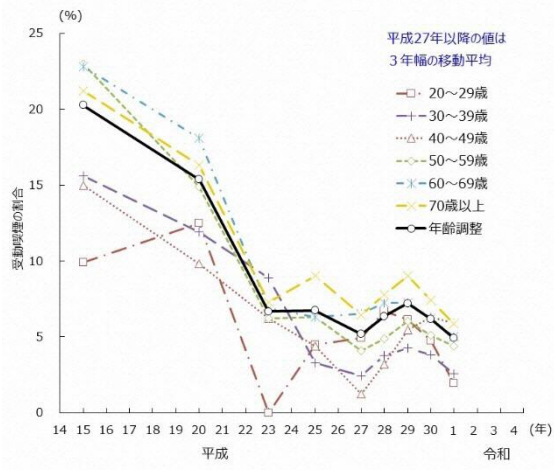
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 14：受動喫煙（医療機関）の推移（年齢階級別 男女計）

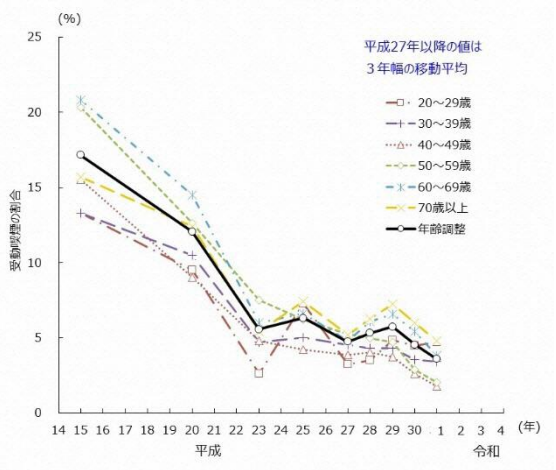


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 15－1：受動喫煙（医療機関）の推移（年齢階級別、男性）



図表 15－2：受動喫煙（医療機関）の推移（年齢階級別、女性）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

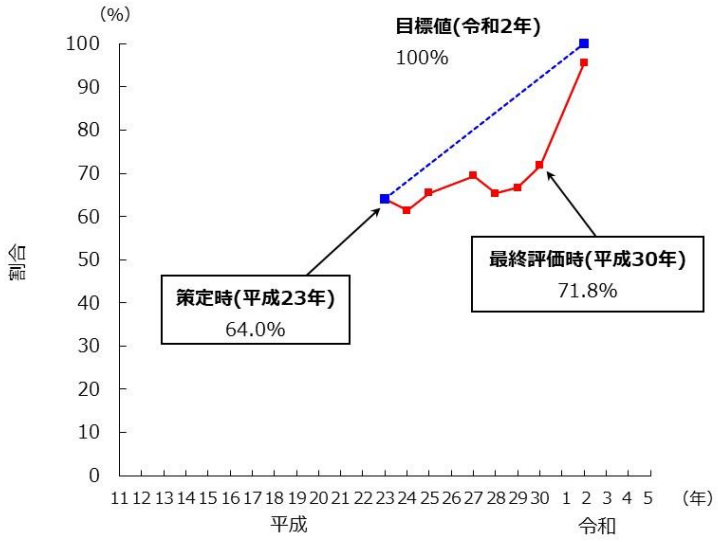
職場

受動喫煙防止対策（全面禁煙又は空間分煙）を講じている職場の割合の直近値は 71.8%（平成 30（2018）年）で、ベースライン（平成 23（2011）年）の 64.0%と比較して増加（相対的変化 +12.2%）した。

最も厳しい目標値、すなわち 100%の職場が受動喫煙防止対策（全面禁煙又は空間分煙）を講じているとした場合の評価では、改善がみられているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれるこ

とから「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」とした。

図表 16：受動喫煙（職場）の推移



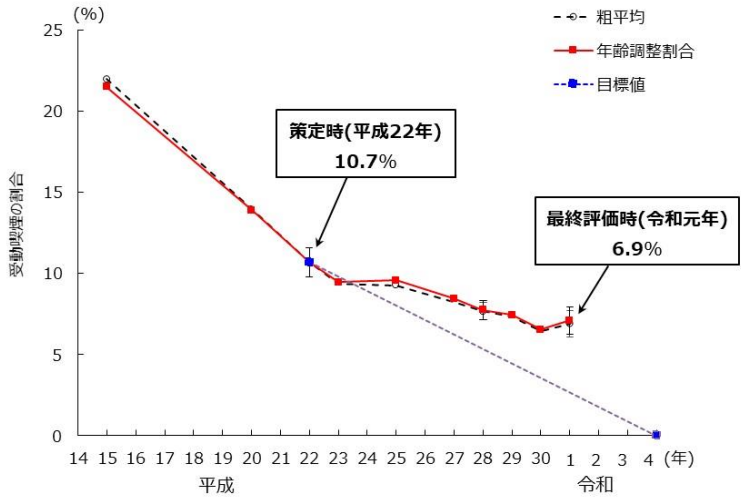
出典：厚生労働省「労働安全衛生調査（実態調査）」をもとに算定
平成 23 年は「平成 23 年職場における受動喫煙防止対策に係る調査」
平成 24 年は 厚生労働省「労働者健康状況調査」等

家庭

家庭で受動喫煙の機会を有する者の割合の直近値は 6.9%（令和元（2019）年）で、ベースライン（平成 22（2010）年）の 10.7%と比較して有意に減少（P<0.01）した。経年的な推移の分析でも、有意に減少（P<0.01）した。男女別にみても、男女ともに有意に減少しており、ほぼすべての年齢階級で減少傾向がみられた。

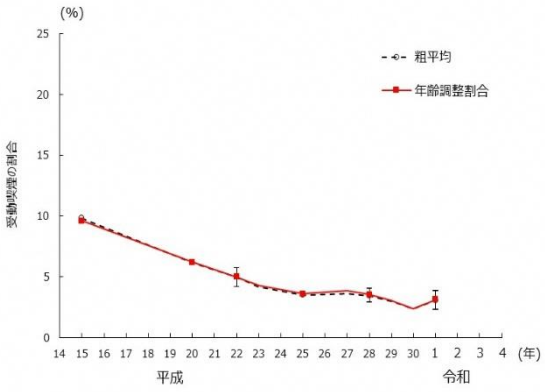
最も厳しい目標値（０%）に対する評価は、有意な改善がみられているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」とした。

図表 17：受動喫煙（家庭）の推移（男女計）

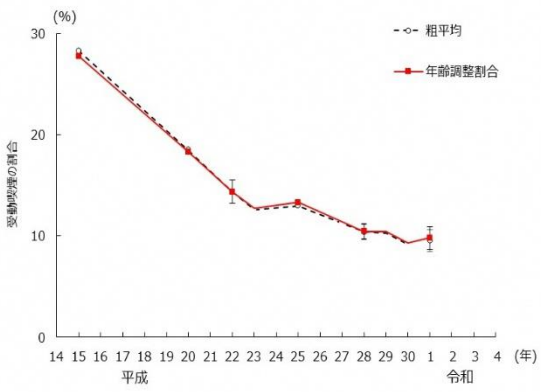


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 18－1：受動喫煙（家庭）の推移（男性）

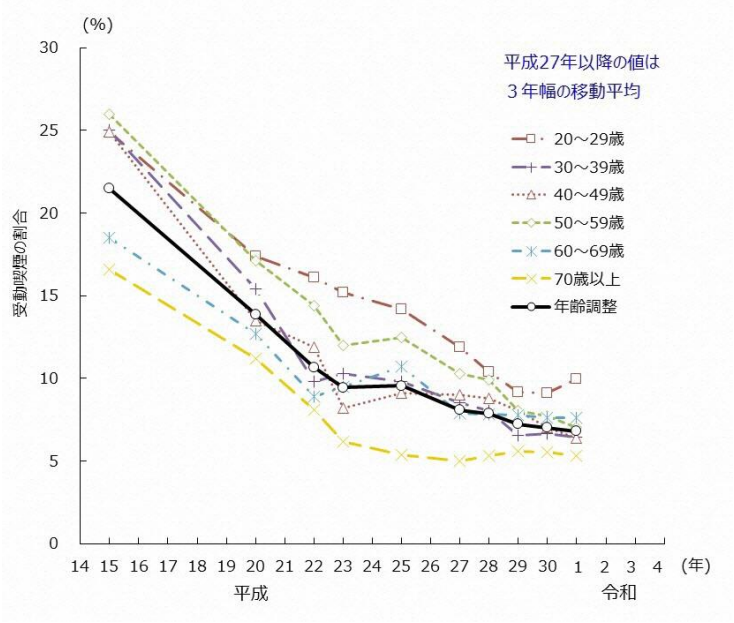


図表 18－2：受動喫煙（家庭）の推移（女性）



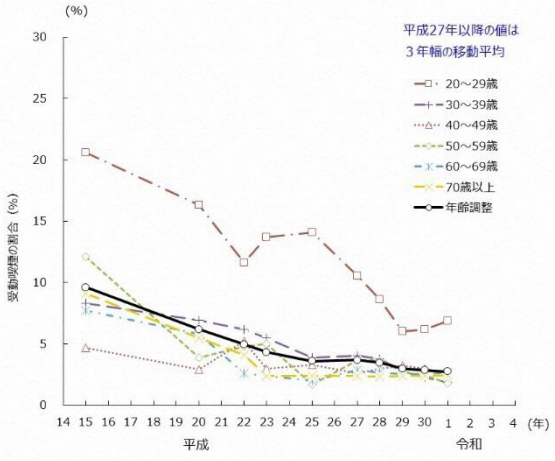
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 19：受動喫煙（家庭）の推移（年齢階級別 男女計）

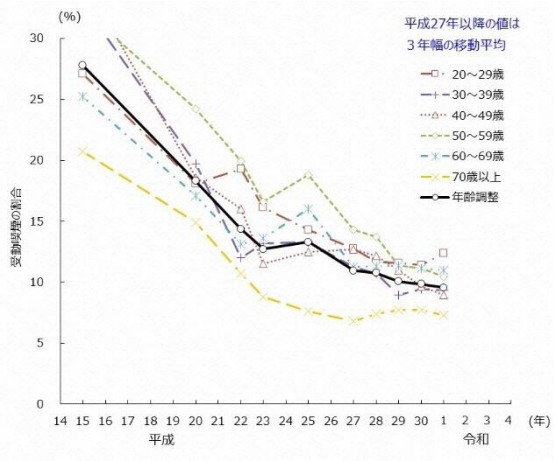


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 20－1：受動喫煙（家庭）の推移（年齢階級別、男性）



図表 20－2：受動喫煙（家庭）の推移（年齢階級別、女性）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

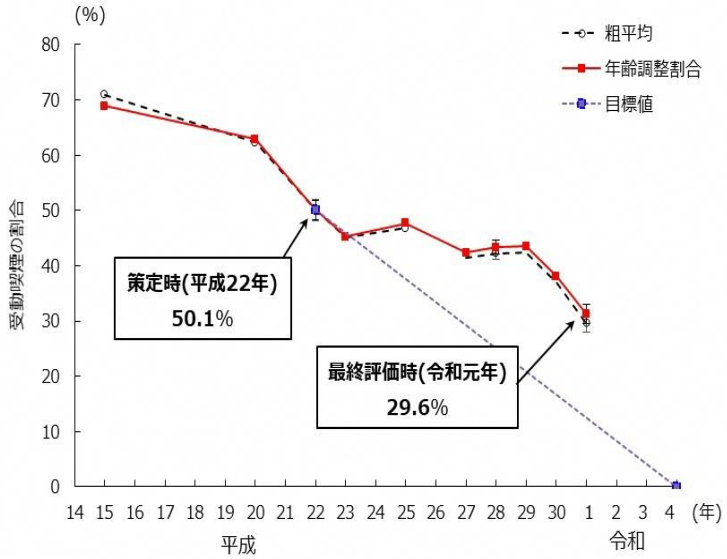
飲食店

飲食店で受動喫煙の機会を有する者の割合の直近値は 29.6%（令和元（2019）年）で、ベースライン（平成 22（2010）年）の 50.1%と比較して有意に減少（P<0.01）した。経年的な推移の分析でも、有意に減少（P<0.01）した。男女別にみても、男女ともに有意に減少しており、すべての年齢階級で減少傾向がみられた。

最も厳しい目標値（０%）に対する評価は、有意な改善がみられたが、目標年度までの目標達

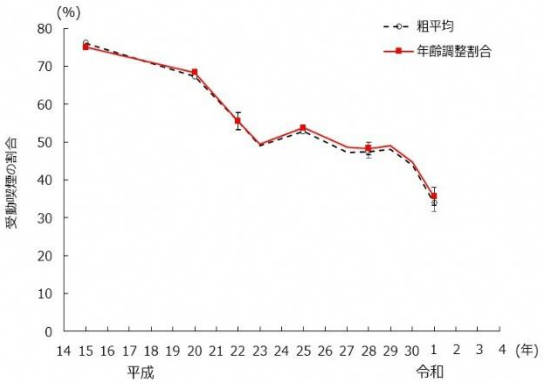
成が危ぶまれることから、「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」とした。

図表 21：受動喫煙（飲食店）の推移（男女計）

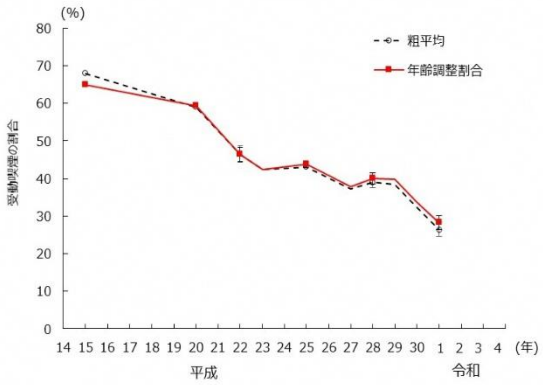


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 22－1：受動喫煙（飲食店）の推移（男性）

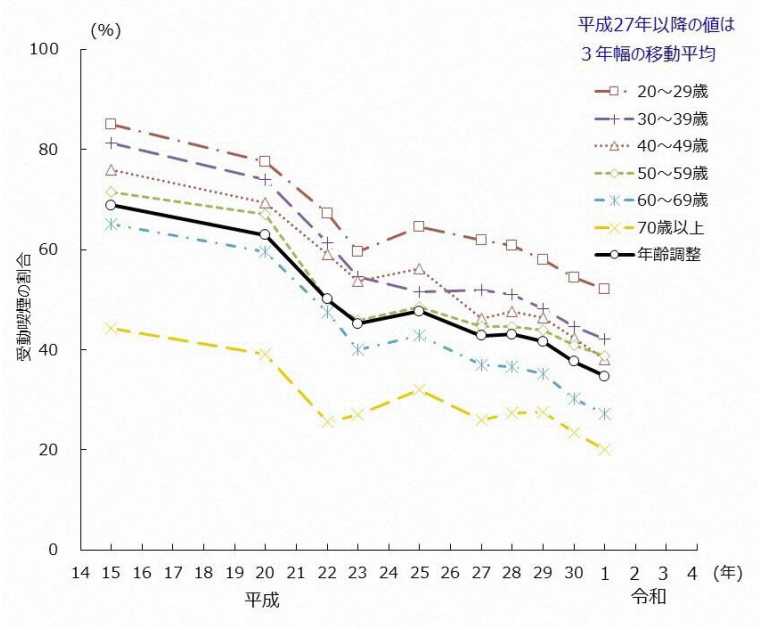


図表 22－2：受動喫煙（飲食店）の推移（女性）



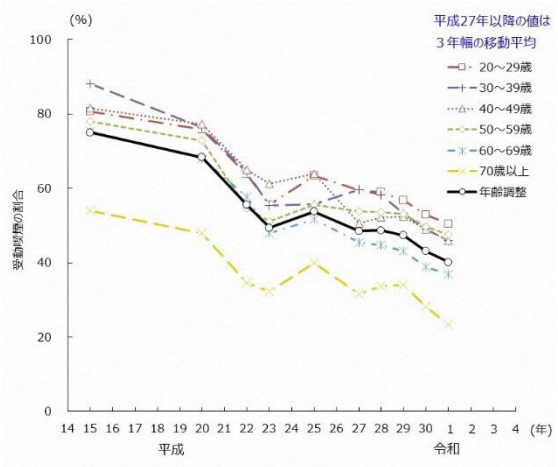
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 23：受動喫煙（飲食店）の推移（年齢階級別 男女計）

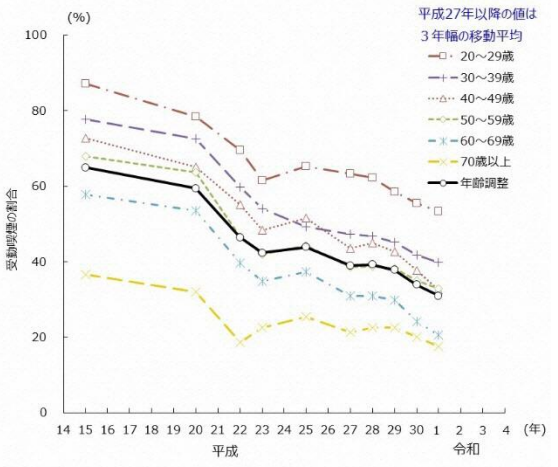


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 24－1：受動喫煙（飲食店）の推移（年齢階級別、男性）



図表 24－2：受動喫煙（飲食店）の推移（年齢階級別、女性）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

2 関連する取組

＜領域全体に係る取組＞

○ 平成 30（2018）年から段階的なたばこ税率の引上げ（令和３（2021）年 10 月まで）及び加熱式たばこの課税方式の見直し（令和４（2022）年 10 月まで）を行った。また、旧３級品の特例税率を令和元（2019）年９月に廃止した。

○ 注意文言表示規制及び広告規制については、平成 30（2018）年 12 月に財政制度等審議会たばこ事業等分科会において、「注意文言表示規制・広告規制等の見直し等について」がとりまとめられ、注意文言の表示面積を 50%に拡大する等の規制が令和２（2020）年 7 月より全面適用された。

○「喫煙と健康問題に関する検討会報告書」から 10 年以上が経過しており、また喫煙の健康影響やたばこ対策の重要性について普及啓発を一層推進する必要が出てきた状況の下、「喫煙と健康喫煙の健康影響に関する検討会報告書」をとりまとめた（平成 28（2016）年８月）。

○ 東京オリンピック・パラリンピックを契機に、受動喫煙防止対策の強化を目指し、改正健康増進法の段階的施行（令和２（2020）年４月全面施行）を実施、多数の者が利用する施設等において原則屋内禁煙が義務化した。

○ たばこ規制枠組条約の締約国として COP１（平成 18（2006）年）～COP９（令和３（2021）年）（締約国会議）に参加した。

○ 医療や健診等種々の保健事業の現場において、禁煙支援や受動喫煙対策[△21)]を普及していくため、「たばこ・アルコール対策担当者講習会」により、保健医療従事者向けの研修会を実施。

＜各目標項目に係る取組＞

① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい人がやめる）

○「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」において、健診当日からの喫煙に関する保健指導の内容が強化されたことを踏まえ、「禁煙支援マニュアル（第二版）」に改訂（平成 25（2013）年４月)。また、受動喫煙に関する状況の変化、加熱式たばこの登場等の環境変化を受け、禁煙支援マニュアル（第二版）の増補改訂（平成 30（2018）年 5 月 31 日）を行った。

○ 禁煙週間（５月 31 日～６月６日）及び世界禁煙デー（５月 31 日）に、記念イベントの開催及びウェブサイトを活用した情報提供等を実施した。

○ スマート・ライフ・プロジェクト[△20)]に参画している企業・団体・自治体と協力・連携し、国民運動として禁煙施策を推進。禁煙に独自に取り組んだ組織・団体を事例集として取りまとめ、好事例の横展開を図った。

② 未成年者の喫煙をなくす

○ 地方自治体による未成年者喫煙防止対策を効果的に推進するため、学校保健担当者等を対象とした未成年者の喫煙防止に効果的な教育方法等を指導する講習会等を実施した。

○ 厚生労働科学研究費補助金を用い、喫煙状態も含め、未成年者の健康課題及び生活習慣に

関する実態調査を実施した。

③ 妊娠中の喫煙をなくす

○ 各都道府県等が行う若年女性に対する普及啓発に関する事業として、喫煙と健康問題に関するチラシ・ポスター等の作成、ウェブサイト、シンポジウム等による普及啓発を実施した。

○ 母子健康手帳において、妊娠中の喫煙のリスクを啓発した。

④ 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少

○ 各都道府県等が行う受動喫煙防止対策に対する講習会等を通じ、地域と連携した受動喫煙防止対策を含むたばこ対策を推進した。

○ 受動喫煙防止対策助成金や相談支援事業、職場におけるたばこ煙等の測定支援事業等を通じ、職場における受動喫煙防止対策の取組支援を実施した。

○ 労働安全衛生法を改正し（平成 26（2014）年６月）、事業者及び事業場の実情に応じ、受動喫煙を防止するための適切な措置を講じることを事業者の努力義務と規定した（平成 27（2015）年６月施行）。

○「受動喫煙のない社会を目指して」ロゴマーク（けむいモン）を発表した（平成 28（2016）年 11 月)。

○「なくそう。望まない受動喫煙特設サイト」を開設した（平成 31（2019）年２月）。

○ 職場における受動喫煙防止のためのガイドライン策定した（令和元年（2019）年７月）。

○ 東京オリンピック・パラリンピックを契機に、受動喫煙防止対策の強化を目指し、改正健康増進法の段階的施行（令和２（2020)年４月全面施行）を実施した。

○ 改正健康増進法全面施行に伴う受動喫煙対策の実施状況を評価するために、令和元（2019）年から、毎年、喫煙環境に関する実態調査を実施した。

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 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい人がやめる）

評価は、「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」であった。改善がみられた理由は、健康日本 21（第二次）開始以降のたばこ対策の進展による可能性が考えられる。しかし、喫煙率の低下にインパクトの大きい対策が実施されていないため、喫煙率はベースラインから 2.8%の減少にとどまっており、このままでは目標値 12%の達成は難しい。今後、たばこ規制枠組条約に基づいた一層の対策が求められる。

② 未成年者の喫煙をなくす

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。未成年者（中学 1 年生、高校３年生）の喫煙率は、男女ともに減少しており、中学１年生女子を除いて、このままの減少率を維持することで、目標年度までの目標達成が見込まれる。その要因としては、健康日本 21

（第一次）の時期から実施されてきた学校の敷地内禁煙化、たばこ価格の上昇等のたばこ対策の進展に加えて、近年の成人喫煙率の減少に伴う保護者等の周囲の喫煙環境の変化が影響している可能性が考えられる。

③ 妊娠中の喫煙をなくす

評価は、「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」であった。改善がみられたものの目標達成が危ぶまれる理由については、上述の成人の喫煙率の減少の理由と同様である。今後、たばこ規制枠組条約に基づいた対策を推進するとともに、母子健康手帳等の活用が求められる。

④ 受動喫煙の機会を有する者の割合の減少

評価は、「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」であった。改善がみられたのは、健康増進法に基づく受動喫煙防止の努力義務の浸透に加えて、令和元（2019）年 7 月に行政機関や医療機関、学校を対象に実施された改正健康増進法の一部施行の影響が考えられる。令和２（2020)年 4 月には同法が全面施行されており、さらなる改善が見込まれるが、目標として掲げられている「望まない受動喫煙のない社会の実現」の実現のためには、たばこ規制枠組条約に沿ったたばこ対策の強化が求められる。

＜領域全体としての評価＞

たばこ対策に関する４つの指標はいずれも改善傾向にあるが、未成年者の喫煙率を除く３つの指標については、改善が十分でなく、このままでは目標値の達成は難しい。今後、たばこ規制枠組条約に基づいた一層の対策が求められる。

４ 今後の取組と課題

＜領域全体としての課題＞

○ 世界保健機関（WHO）によるわが国のたばこ対策の評価は近年改善傾向にある [5)]。しかし、喫煙者へのたばこ対策のインパクトを評価した調査 [6) 7)] や、これまで実施されたたばこ税・価格の引き上げの価格弾力性や禁煙率への影響 [8) 9)] を調べた研究によると、わが国のたばこ対策の規制レベルが不十分であることが指摘されている。たばこ規制枠組み条約において、たばこ税率引き上げ、たばこ製品の警告表示はそれぞれ、４段階評価で上から２番目とされており、引き続き、インパクト評価にもとづいた取組の検討が必要である。これら主要政策のインパクトの評価が厚生労働科学研究で実施されているが、今後継続して評価を実施できる体制の構築が必要である。また、わが国の実態にあった効果的なたばこ対策の在り方や方法論を検討する研究も必要である。

図表 25：たばこ規制枠組条約に基づく履行状況評価について海外との比較

項目	内容	日本	米国	英国	フランス	ドイツ	イタリア	カナダ
M	喫煙状況の調査	優	優	優	優	優	優	優
P	受動喫煙対策	可	不可	優	可	不可	不可	優
O	禁煙支援	良	優	良	良	良	良	優
W	たばこパッケージ警告表示	良	優	優	優	優	優	優
	メディア・キャンペーン	優	優	優	優	優	不可	良
E	広告・販促・後援の規制	不可	不可	良	良	良	良	良
R	たばこ（紙巻たばこ）税引き上げ	良 61%	可 40%	優 79.3%	優 83.2%	良 63.5%	優 76.6%	良 61.7%

出典：「WHO report on the global tobacco epidemic 2021」から作成

注１：フランス、イタリアについては、屋内に技術的基準を満たした喫煙室の設置が認められている施設がある（2019 年報告）。その場合、当該評価において、WHO は“No”（規制がされていない）と判定している

注２：国一律の方記載ではなく、州法や自治体条例によって規制が講じられている国（米国等）もある。上記の評価よりも厳しい規制がされている地域はある、例えば、ニューヨーク州は上記評価より税率が高い

図表 26：たばこ規制枠組条約に基づく履行状況評価

○ **健康増進法改正に伴う「受動喫煙防止」キャンペーンが、最高ランクに評価された。**
○ パッケージ警告表示も、表裏50%拡大（財務省令改正）により、一ランク上がった。

項目	内容	2016年（2017年報告書）	2018年（2019年報告書）	2020年（2021年報告書）
M	喫煙状況の調査	優	優	優
P	受動喫煙対策	不可	可	可
O	禁煙支援	良	良	良
W	たばこパッケージ警告表示	可	可	良
	メディア・キャンペーン	不可	可	優
E	広告・販促・後援の規制	不可	不可	不可
R	たばこ税引き上げ	良	良	良

出典：「WHO report on the global tobacco epidemic 2021」から作成
注１：WHO 報告書の４段階評価を、上から優・良・可・不可と表記した
注２：受動喫煙対策（健康増進法改正）については、施行前の 2019 年報告で「前もって」評価を上げられたため、2021 年報告は変化していない

○ 国民の健康を守る観点を踏まえ、たばこ規制枠組条約の趣旨に基づいたたばこ税率の在り方に対する更なる検討、望まない受動喫煙のない社会の実現、たばこ製品の警告表示に対する規制、メディアキャンペーンの実施、禁煙支援・治療の推進、たばこ広告・販売促進・後援活動の規制の着実な実施と必要に応じた見直しを組み合わせて強力に進めることが喫緊の課題である。
○ 禁煙支援・治療の推進については、医療や健診等の現場での短時間禁煙支援の普及、禁煙の相談を気軽にできるクイットラインの拡充整備、オンライン診療等の ICT を活用した禁煙治療へのアクセスの向上といった対策を組み合わせて、禁煙しやすい環境を整備する必要がある。
○ 喫煙率 [1012)] や受動喫煙による曝露 [1113)] について、都道府県格差のほか、所得や学歴等の社会経済状況の違いによる格差が明らかになっており、健康格差是正の観点からの対策が必要である。
○ 加熱式たばこについては、その長期の健康影響についてはまだ明らかでないが、有害成分分析等による健康リスクやたばこ規制への影響が報告されている [14)]。引き続き知見の収集が必要であるが、健康影響が解明されるまでは、予防原則に基づいて、紙巻たばこと同様の規制を行うことが望ましい [14)]。

＜各目標項目に係る課題＞

① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい人がやめる）

○ 成人の喫煙率の低下は近い将来の喫煙関連疾患の発症や死亡の減少につながる主要指標であり、短期の喫煙による健康被害を減らす上で重要である[15)]。

○ 厚生労働科学研究で実施している主要なたばこ政策のインパクトの評価やたばこ規制の国際比較の結果を参考にして、引き続き、たばこ規制枠組条約を踏まえた規制の検討と着実な実行が必要。国民の健康を守る観点を踏まえ、たばこ規制枠組条約の趣旨に基づいたたばこ税率の在り方に対する更なる検討、たばこ製品の警告表示に対する規制を組み合わせて強力に進めることが必要である。

○ わが国の保健医療の制度やクイットライン、ICT 等を活用した、多くの喫煙をやめたい喫煙者を支援する保健医療のシステムの構築が必要である。

○ 医療や健診等種々の保健事業において、短時間禁煙支援を普及するための指導者養成の推進が望まれる。対面型の研修だけでなく、忙しい保健医療従事者が参加しやすい開催方式（オンライン研修、e ラーニング等）の導入と普及が必要である。

○ 世界保健機関の世界禁煙デー等に合わせて、たばこの健康影響（特に加熱式たばこ）、禁煙治療、わが国のたばこ対策の現状や課題等について、国民にわかりやすく、かつ行動変容を促すイベントやメディアキャンペーンの開催方法の検討と実施が必要である。

② 未成年者の喫煙をなくす

○ 未成年者の喫煙率の低下は短期間の喫煙による健康被害の減少につながらないが、家庭や学校等での受動喫煙対策や成人の喫煙率の減少に伴って未成年者の喫煙率の低下がみられることから、たばこ対策全般の効果を中・長期的に評価する上での重要な指標である[15)]。

○ 未成年者の喫煙率の低下のためには、成人喫煙率の減少と同様、たばこ規制枠組条約に基づいた一層の対策の強化が必要である。

○ 未成年者の喫煙防止に焦点を当てた取組として、教育機関・児童福祉施設等での敷地内禁煙の徹底、学校を中心とした喫煙防止教育のさらなる普及、未成年者へのたばこ煙の曝露の減少に向け、家庭や地域と連携した喫煙防止や受動喫煙防止の教育活動の推進、小売店に対する指導や店頭での周知の徹底が必要である。

③ 妊娠中の喫煙をなくす

○ 妊娠中及び出産直後の母親の喫煙率の低下は、妊娠出産のアウトカムの改善だけでなく、出生児の長期的な健康の改善につながる。また、妊娠中の禁煙の介入はたばこの煙のない家庭をつくる上での重要な入口となる。

○ 妊婦の喫煙率低下に焦点を当てた取組として、母子健康手帳の活用も含め、妊娠中の喫煙による健康へのリスク等の情報提供が引き続き必要。地域においてこれらの取組が妊娠中から子育ての期間中、シームレスに実施されるために、関係機関が連携・協働した体制の構築が必要である。

④ 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少

○ 受動喫煙の曝露状況の改善は、短期間で急性心筋梗塞や成人及び小児の喘息等の呼吸器疾患による入院の減少等、確実な健康改善効果が期待できる [15)]。望まない受動喫煙のない社会の実現の達成状況を評価する上での指標として重要であり、特に１日の中でも過ごす時間の長い職場や家庭での曝露の低減は重要である。

○ 令和２（2020）年度に全面施行された改正健康増進法の実効性を高めるためには、関係施設の周知をはじめ、法律の遵守状況のモニタリングと違反者の取り締まりが必要であり、そのための体制づくりが重要である。

○ たばこ規制枠組条約のガイドラインでは、喫煙室を設けない屋内全面禁煙が国際標準として求められている。飲食店やバーも職場という側面を有しており、受動喫煙の他者危害性や健康被害の大きさを考えると、多数の者が利用する施設等における屋内全面禁煙にむけた改正健康増進法の法的規制の強化が必要である。また、学校、病院、行政機関等の公共性の高い施設については、望まない受動喫煙のない社会の実現のシンボルとして、敷地内禁煙化の取組を促すための法的規制も含めた働きかけを検討、実施する必要がある。

○ 家庭（自家用車を含む）や屋外での受動喫煙の防止は改正健康増進法において努力義務となっている。中高生の 36.1%が最近１ヵ月の間に家庭内の受動喫煙で不快な思いをしたと回答している調査[△22)] や妊婦の受動喫煙率は 36.9%という報告[△23)] もあり、未成年や妊婦を有する家庭においては国民健康・栄養調査家庭における結果より受動喫煙率が高い可能性が考えられる。今後、家庭や屋外も含め、社会全体で受動喫煙の曝露の低減につなげる取組が必要である。

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

○ 喫煙は、新型コロナウイルス肺炎の重症化に直接関わるだけでなく、COPD、CKD、糖尿病等の基礎疾患の重症化を介しても、新型コロナウイルス感染の重症化を引き起こすことが報告されている [16)]。第１波の感染拡大に伴う喫煙行動に与える影響については、心理特性やストレス、経済状況によって、その影響が異なることが海外の研究で報告されている。たとえば、コロナ禍における外出制限や隔離に伴うストレスが高いと喫煙量が増加したが、感染への恐れによるストレスが高いと喫煙量が減少した [17)]。令和２（2020）年４月からの初回の緊急事態宣言下での喫煙行動への影響を調べた国内の調査研究でも、喫煙者の特性によって影響が異なっていた [18)]。全体の 32.1%で喫煙本数が増加した一方、11.9%が禁煙していた。男性や高齢者では禁煙や本数を減らす行動をとりやすかったのに対して、テレワーク実施や一人暮らしでは喫煙本数の増加がみられた。紙巻たばこから加熱式たばこに切り替えた場合は禁煙行動をとりにくかった。国立がん研究センターが令和３（2021）年３月に実施した調査においても、同居人の喫煙による受動喫煙が増加していると回答した非喫煙者が 10%いたのに対して、減っていると回答した割合は 1.6%に過ぎなかった [19)]。そのほか、厚生労働科学研究においてコロナ禍における社会・健康格差評価研究としてインターネット調査（JACSIS study）が実施されており、その結果が待たれるところである。

○ 新型コロナウイルス感染の再拡大及び今後の新しい感染症の流行に備えた対策を検討するために、１年間以上続いたコロナ禍が集団全体の喫煙にどのような影響を与えたのかについて、喫煙率

やたばこの消費量を指標として評価を行う必要がある。

＜参考文献・URL＞

[1] Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, Inoue M. Toward a third term of Health Japan 21 - implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. Lancet Reg Health West Pac. 2022 Apr; 21:100377. doi: 10.1016/j.lanwpc.2021.100377.

[2] 厚生労働省 喫煙の健康影響に関する検討会編. 喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書. 2016.

[3] Starr G, Rogers T, Schooley M, Porter S, Wiesen E, Jamison N. Key outcome indicators for evaluating comprehensive tobacco control programs. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; Atlanta, 2005.

[4] Glantz S, Gonzalez M: Effective tobacco control is key to rapid progress in reduction of non-communicable diseases. Lancet. 2012 Mar; 379(9822):1269-71. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60615-6.

[5] World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: addressing new and emerging products, 2021. World Health Organization; Geneva, 2021.

[6] 仲下祐美子, 大島明, 増居志津子, 中村正和. たばこ規制に対するたばこ使用者を対象にした調査結果の国際比較. 厚生の指標 2016; 63(6): 24-32.

[7] 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」平成 30 年度総括・分担研究報告書（研究代表者中村正和）141-194, 2019.

[8] 伊藤ゆり,中村正和:たばこ税・価格の引き上げによるたばこ販売実績への影響. 日本公衆衛生雑誌 2013; 60(9): 613-618. doi:10.11236/jph.60.9_613.

[9] Tabuchi T, Nakamura M, Nakayama T, Miyashiro I, Mori J, Tsukuma H. Tobacco Price Increase and Smoking Cessation in Japan, a Developed Country With Affordable Tobacco: A National Population-Based Observational Study. J Epidemiol. 2016; 26(1): 14-21. doi: 10.2188/jea.JE20140183.

[10] 厚生労働省. 平成 30 年国民健康・栄養調査報告. 2020. https://www.mhlw.go.jp/content/000681200.pdf（2022 年 4 月 18 日アクセス）

[11] Tabuchi T, Iso H, Brunner E: Tobacco control measures to reduce socioeconomic inequality in smoking: the necessity, time-course perspective, and future implications. J Epidemiol. 2018 Apr; 28(4):170-175. doi: 10.2188/jea.JE20160206.

[12] Tanaka H, Mackenbach JP, Kobayashi Y: Widening socioeconomic inequalities in

smoking in Japan, 2001–2016, J Epidemiol. 2021 Jun; 31(6):369-377. doi: 10.2188/jea.JE20200025.

[13] Saito J, Tabuchi T, Shibanuma A, Yasuoka J, Nakamura M, Jimba M. 'Only Fathers Smoking' Contributes the Most to Socioeconomic Inequalities: Changes in Socioeconomic Inequalities in Infants' Exposure to Second Hand Smoke over Time in Japan. PLoS One. 2015 Oct; 10(10):e0139512. doi: 10.1371/journal.pone.0139512.

[14] 中村正和，田淵貴大，尾崎米厚，大和浩，欅田尚樹，吉見逸郎，片野田耕太，加治正行，揚松龍治．加熱式たばこ製品の使用実態、健康影響、たばこ規制への影響とそれを踏まえた政策提言．日本公衆衛生雑誌 2020; 67(1): 3-14. doi:10.11236/jph.67.1_3.

[15] 厚生労働省．健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kenkounippon21.html（2022 年 4 月 18 日アクセス）

[16] 厚生労働省．新型コロナウイルス感染症（COVID-19） 診療の手引き 第 7 版. 2022.

[17] Bommele J, Hopman P, Walters BH, Geboers C, Croes E, Fong GT, Quah ACK, Willemsen M. The double-edged relationship between COVID-19 stress and smoking: Implications for smoking cessation. Tob Induc Dis. 2020 Jul; 18:63. doi: 10.18332/tid/125580.

[18] Koyama S, Tabuchi T, Okawa S, Kadobayashi T, Shirai H, Nakatani T, Miyashiro I. Changes in Smoking Behavior Since the Declaration of the COVID-19 State of Emergency in Japan: A Cross-sectional Study From the Osaka Health App. J Epidemiol. 2021 Jun; 31(6):378-386. doi: 10.2188/jea.JE20200533.

[19] 国立がん研究センター．新型コロナウイルスとたばこに関するアンケート調査報告書. 2021.

△20）■ スマート・ライフ・プロジェクト
http://www.smartlife.go.jp/

△21）■ 受動喫煙対策
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000189195.html

△22）中高生の受動喫煙について：
「厚生の指標」第 65 巻第 12 号 2018 年 10 月「山梨県における中高生の受動喫煙の実態調査」岩佐景一郎ら

△23）妊婦の受動喫煙について：
Journal of Affective Disorders; 264(2020)76-81
※この文献のデータベースは the Japan Environment and Childrend’s Study(JECS)

様式２

（領域名）（6） 歯・口腔の健康

背景

○ 歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく寄与する[1)-3)]。歯の喪失による咀嚼機能や構音機能の低下は多面的な影響を与え、生活の質に大きく関連する。

○ 歯の喪失の主要な原因疾患は、う蝕と歯周病であり、歯・口腔の健康のためにはう蝕と歯周病の予防が重要である。う蝕の有病状況は改善傾向にあるものの、学齢期ではその地域格差は未だに大きい。

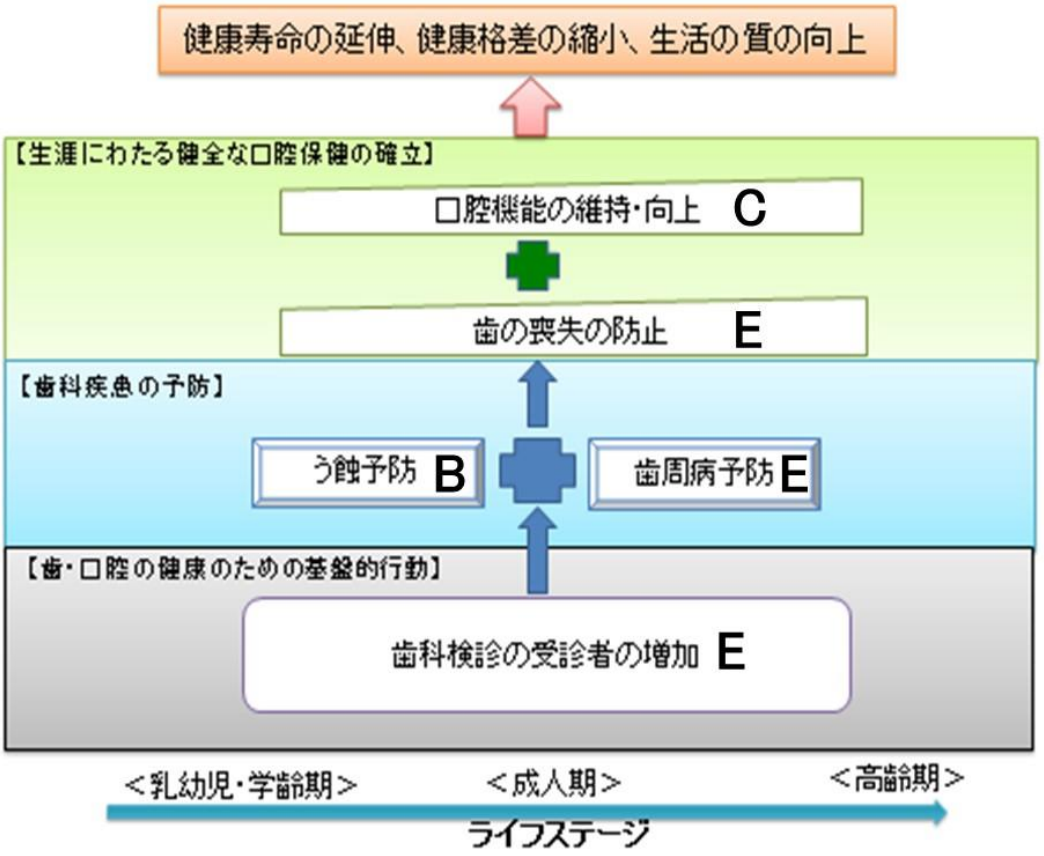
○ 歯・口腔の健康に関する指標は、①口腔機能の維持・向上（60 歳代における咀嚼良好者の割合の増加）、②歯の喪失防止（80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加、60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加、40 歳で喪失歯のない者の割合の増加）、③歯周病を有する者の割合の減少（20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少、40 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少、60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少）、④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加（３歳児でう蝕がない者の割合が 80%以上である都道府県の増加、12 歳児の一人平均う歯数が 1.0 歯未満である都道府県の増加）、⑤過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加を設定している。

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		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 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 口腔機能の維持･向上（60 歳代における咀嚼良好者の割合の増加）	**C**
② 歯の喪失防止	**E**
80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	（E）
60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	（E）
40 歳で喪失歯のない者の割合	（E）
③ 歯周病を有する者の割合の減少	**E**
20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	（A）
40 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	（E）
60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	（E）
④ 乳幼児･学齢期のう蝕のない者の増加	**B**
3 歳児でう蝕がない者の割合が 80%以上である都道府県の増加	（B）
12 歳児の一人平均う歯数が 1.0 歯未満である都道府県の増加	（B）
⑤ 過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	**E**

図表 1：歯･口腔の健康の目標設定の考え方及び最終評価結果



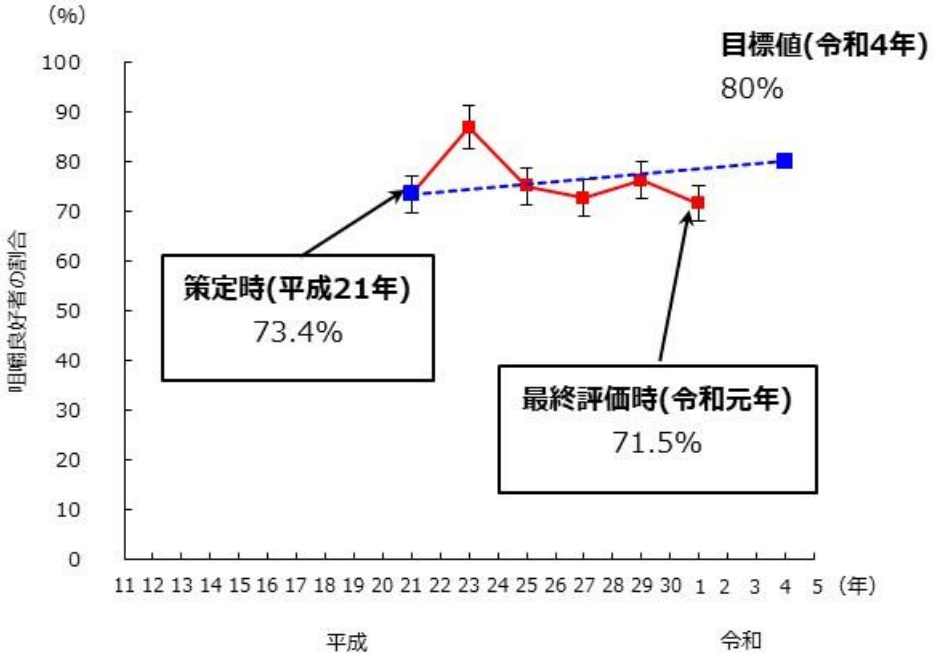
出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料に最終評価結果を追記

① 口腔機能の維持･向上（60 歳代における咀嚼良好者の割合の増加）

「60 歳代における咀嚼良好者の割合」は直近で 71.5%であり、ベースラインの 73.4%及び中間評価時の 72.6%からは微減しているが、統計学的には有意な増減がみられなかった。

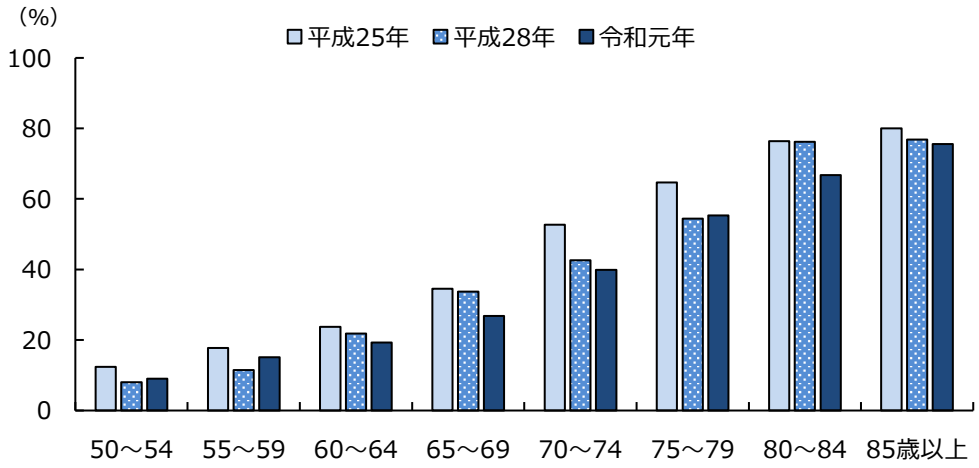
一方で、「かみにくい」の自覚症状のある者の割合は、特に 60 代以降で減少傾向がみられている。

図表 2：60 歳代における咀嚼良好者の割合



出典：厚生労働省「国民健康･栄養調査」

図表 3：「かみにくい」の有訴者率（50 歳以上）の推移



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

② **歯の喪失防止**

80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合

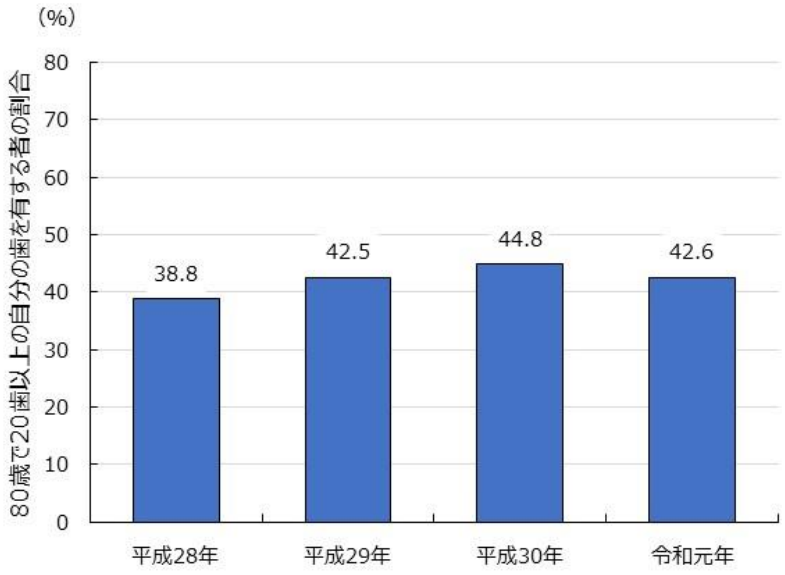
「80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合」は、中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難である。

参考値として、国民健康・栄養調査による歯の本数については、「80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合」は、統計学的に有意に増加していた。

また、都道府県等における地域住民を対象とした歯科健診において「80 歳で 20 歯以上自分の歯を有する」と判定された者の割合またはアンケート調査において保有歯「20～32 本」と回答した者の割合について、中間評価時点（平成 28（2016）年）と最終評価時点（令和元（2019）年）で比較すると、両時点の比較が可能な９地域のうち８地域で増加していた。

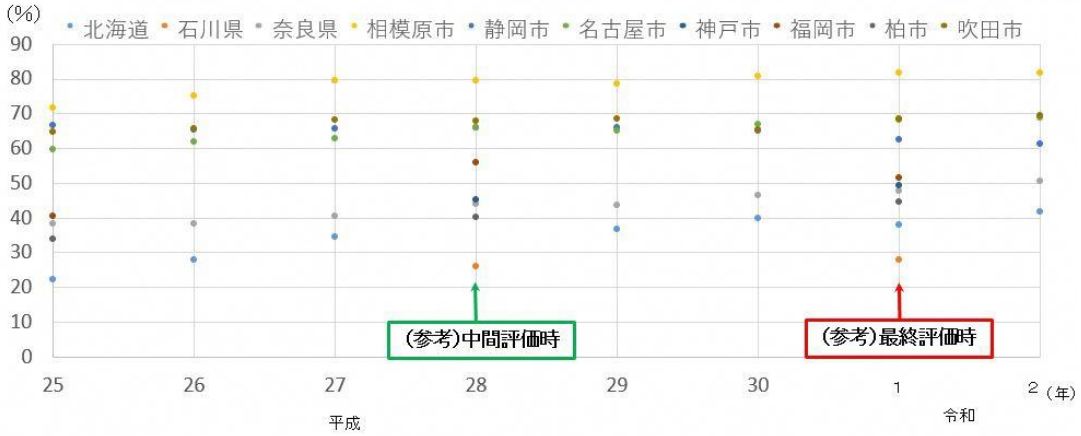
また、歯科医療機関を受診した後期高齢者を対象とした調査において、歯科疾患実態調査と同様の方法で計算した「80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者」の割合は、令和 4 年 1 月時点で、51.0%であった[4)]。

図表 4：80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合



出典：第９回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料１－３

図表 5：80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合の推移（自治体調査の結果）



出典：第９回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料１－２

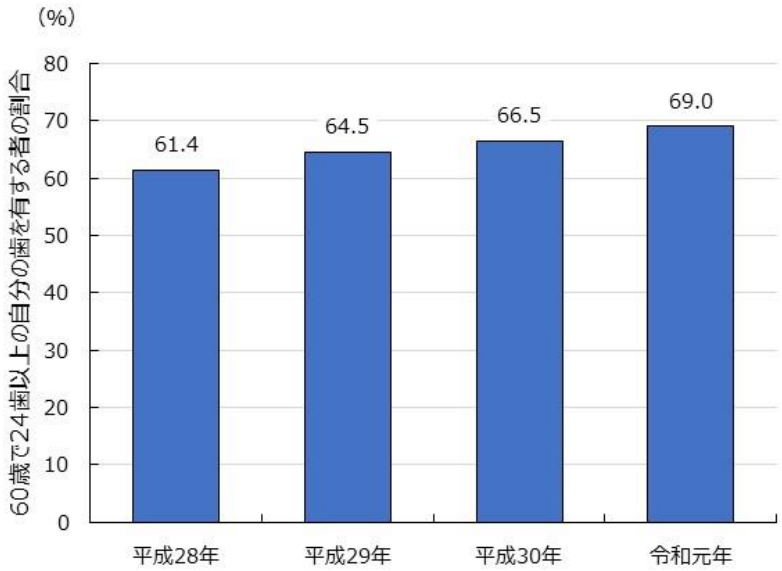
60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合

「60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合」は、中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難である。

参考値として、国民健康・栄養調査による歯の本数については、「60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合」は、統計学的に有意に増加していた。

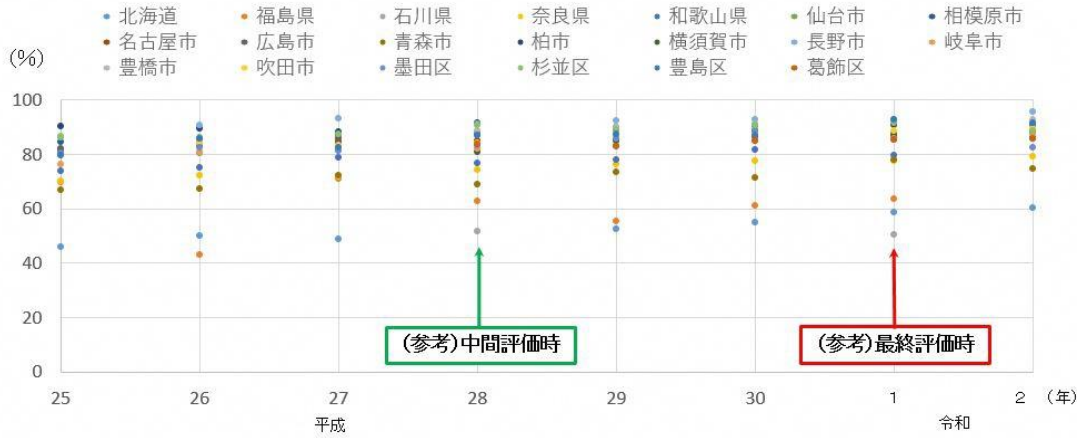
また、都道府県等における地域住民を対象とした歯科健診において「60 歳で 24 歯以上自分の歯を有する」と判定された者の割合またはアンケート調査において保有歯「24～32 本」と回答した者の割合について、中間評価時点（平成 28（2016）年）と最終評価時点（令和元（2019）年）で比較すると、両時点の比較が可能な 19 地域のうち 17 地域で増加していた。

図表 6：60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合



出典：第９回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料１－３

図表 7：60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合の推移（自治体調査の結果）



出典：第９回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料１－２

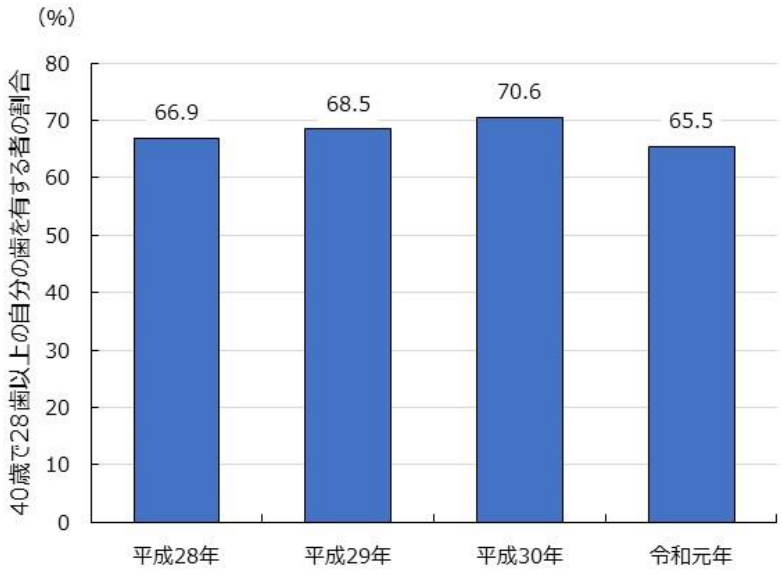
40 歳で喪失歯のない者の割合

40 歳で喪失歯のない者の割合は、中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難である。

参考値として、国民健康・栄養調査による自記式での歯の本数をもとにした分析では、中間評価時の平成 28（2016）年と令和元（2019）年ではともに約 66%であり、「40 歳で 28 歯以上の自分の歯を有する者の割合」すなわち「40 歳で喪失歯のない者の割合」は、統計学的に有意な変化はみられなかった。

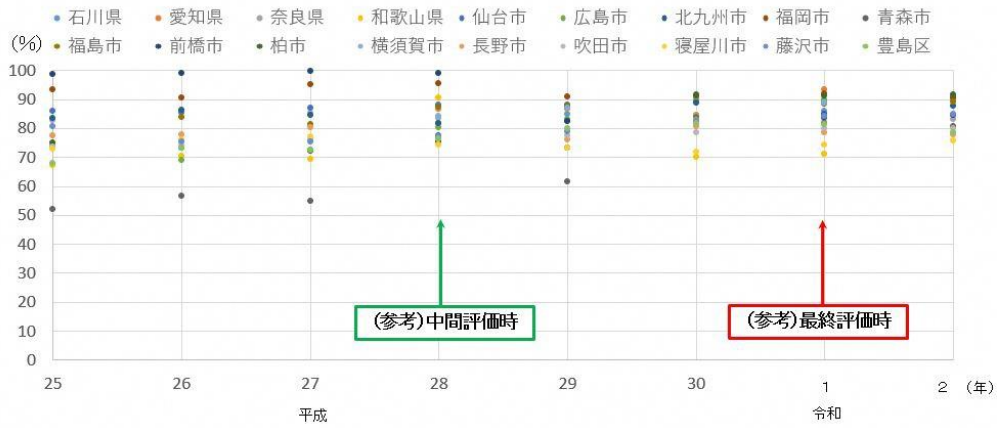
また、都道府県等における地域住民を対象とした歯科健診において「40 歳で 28 歯以上自分の歯を有する」と判定された者の割合またはアンケート調査において保有歯「28～32 本」と回答した者の割合について、中間評価時点（平成 28（2016）年）と最終評価時点（令和元（2019）年）で比較すると、両時点の比較が可能な 18 地域のうち 13 地域で微増していた。

図表 8：40 歳で 28 歯以上の自分の歯を有する者の割合



出典：第９回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料１－３

図表 9：40 歳で喪失歯のない者の割合の推移（自治体調査の結果）



出典：第９回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料１－２

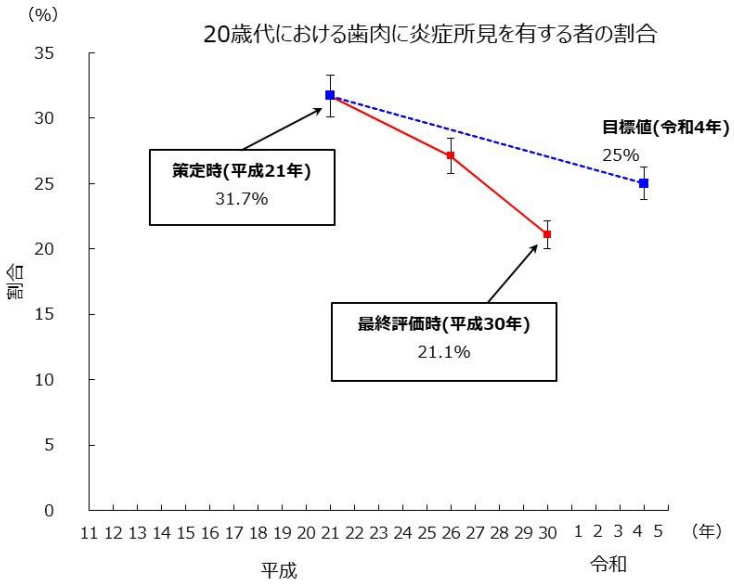
③ 歯周病を有する者の割合の減少

20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少

「20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合」は直近で 21.1%であり、ベースラインの 31.7%及び中間評価時の 27.1%から減少しており、目標値を達成している。

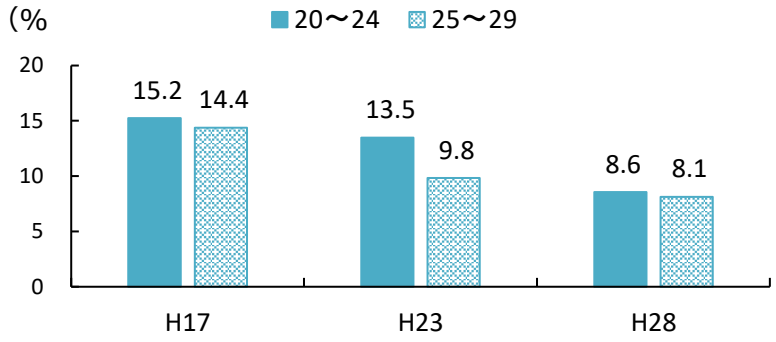
国民健康・栄養調査は自記式調査であるが、歯科医師が口腔内診査を行う歯科疾患実態調査の結果でみても、「20 歳代における歯肉出血を有する者の割合」は、20 歳代前半・後半ともに、平成 28（2016）年では約 8%であり、平成 17（2005）年、平成 23（2011）年の約 15%、と比較して減少している。

図表 10：20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少



出典：国民健康・栄養調査

図表 11：20 歳代の歯肉出血を有する者の状況



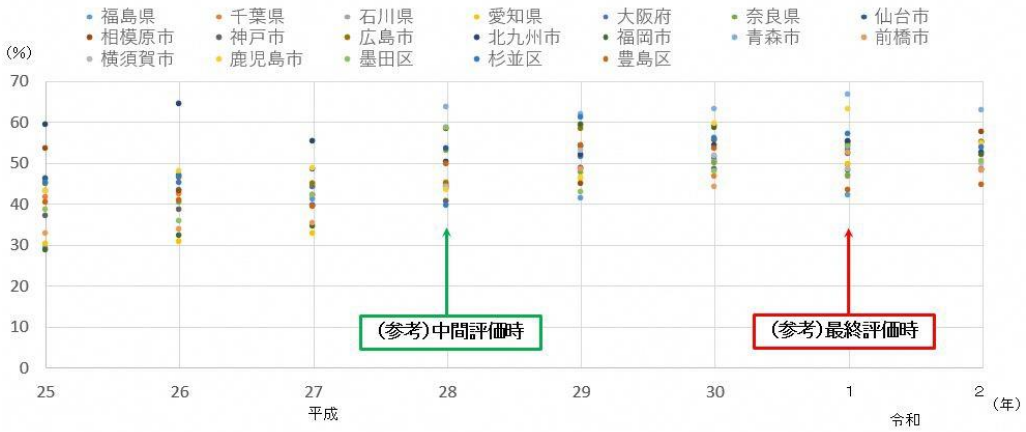
出典：歯科疾患実態調査

40 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合

「40 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合」は、中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難である。

参考値として、都道府県等における地域住民を対象とした歯科健診の結果では、歯周ポケットが４mm 以上と判定された者（すなわち進行した歯周炎を有する者）の割合について、中間評価時点（平成 28（2016）年）と最終評価時点（令和元（2019）年）を比較すると、両時点の比較が可能な 19 地域のうち 13 地域で増加し、6 地域で減少していた。

図表 12：40 歳代で「歯周ポケット４mm 以上」と判定された者の割合の推移（自治体調査の結果）



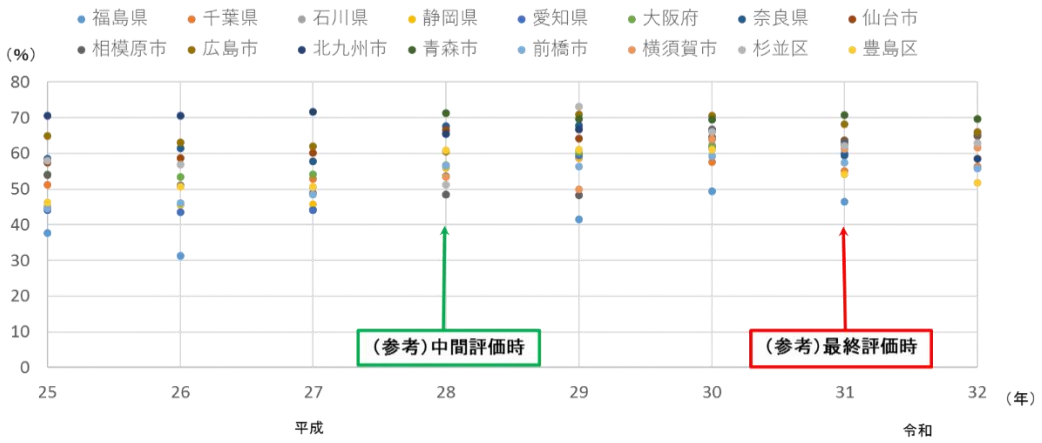
出典：第９回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料１－２

60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少

「60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合」は、中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難である。

参考値として都道府県等における地域住民を対象とした歯科健診の結果をみると、歯周ポケットが４mm 以上と判定された者（すなわち進行した歯周炎を有する者）の割合について、中間評価時点（平成 28（2016）年）と最終評価時点（令和元（2019）年）を比較すると、両時点の比較が可能な 18 地域のうち、9 地域で増加し、9 地域で減少していた。

図表 13：60 歳代で「歯周ポケット４mm 以上」と判定された者の割合の推移（自治体調査の結果）



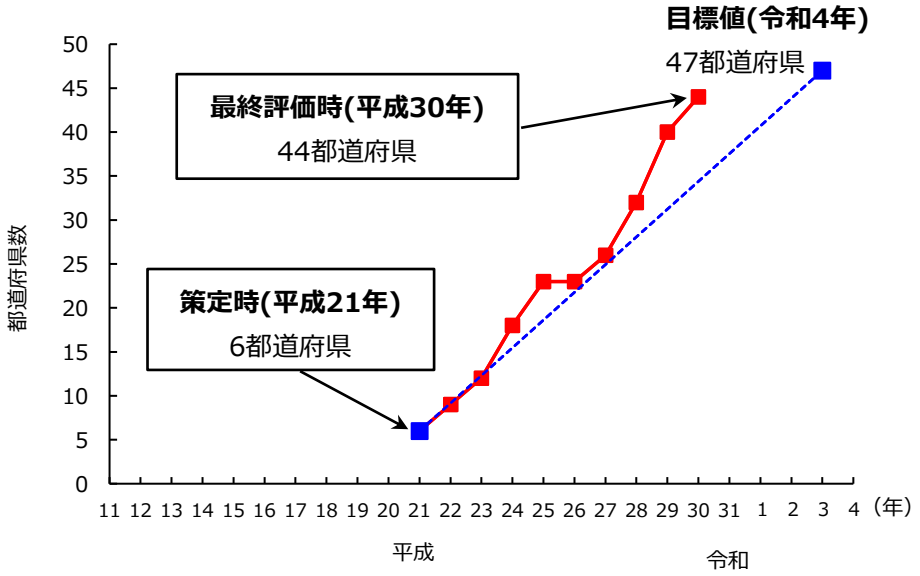
出典：第９回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料１－２

④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

３歳児でう蝕がない者の割合が 80%以上である都道府県の増加

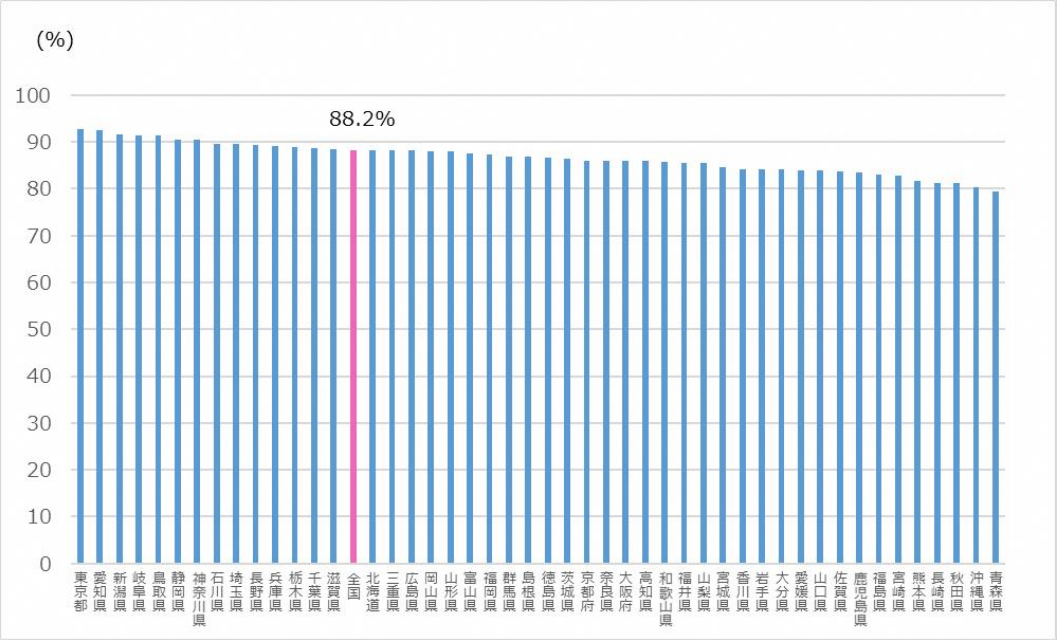
「３歳児でう蝕がない者の割合が 80%以上である都道府県」は 44 都道府県であり、最終評価時点（平成 30 年）で目標値には達していないものの、ベースラインの６都道府県及び中間評価時の 26 都道府県からは増加しており、改善している（ベースラインからの相対的変化：633%）。なお、直近の令和２年の調査結果では、46 都道府県が 80%を超えており、更なる改善がみられる。

図表 14：３歳児でう蝕がない者の割合が 80%以上である都道府県数



出典：地域保健・健康増進事業報告（３歳児歯科健康診査）

図表 15：３歳児でう蝕がない者の割合（都道府県別）



出典：地域保健・健康増進事業報告（令和２年）

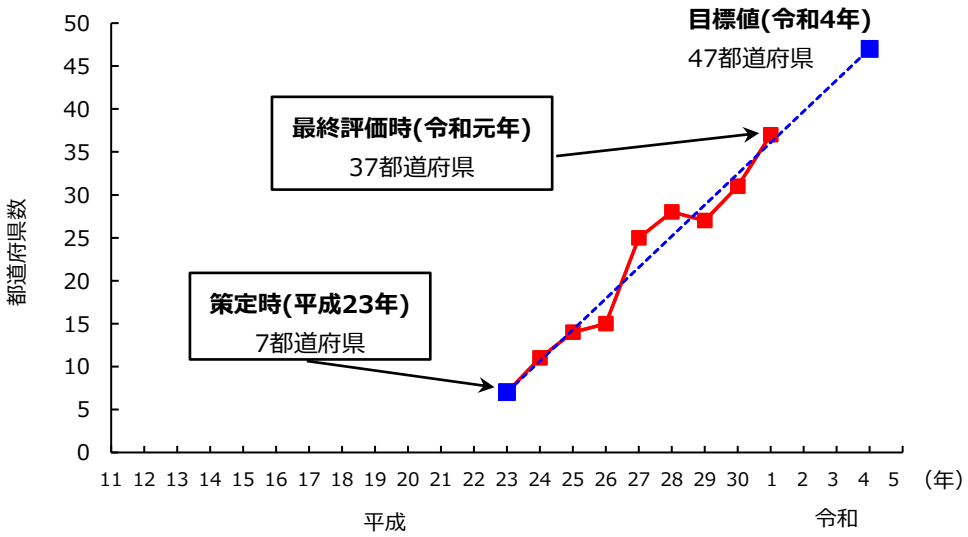
12 歳児の一人平均う歯数が 1.0 歯未満である都道府県の増加

「12 歳児の一人平均う歯数が 1.0 歯未満である都道府県」は 37 都道府県であり、現時点で目標値には達しなかったものの、ベースラインの７都道府県及び中間評価時の 28 都道府県から増加しており、改善している（ベースラインからの相対的変化 429%）。

一方で、12 歳児の一人平均う歯数は、乳幼児期と比較すると都道府県による格差が大きい。

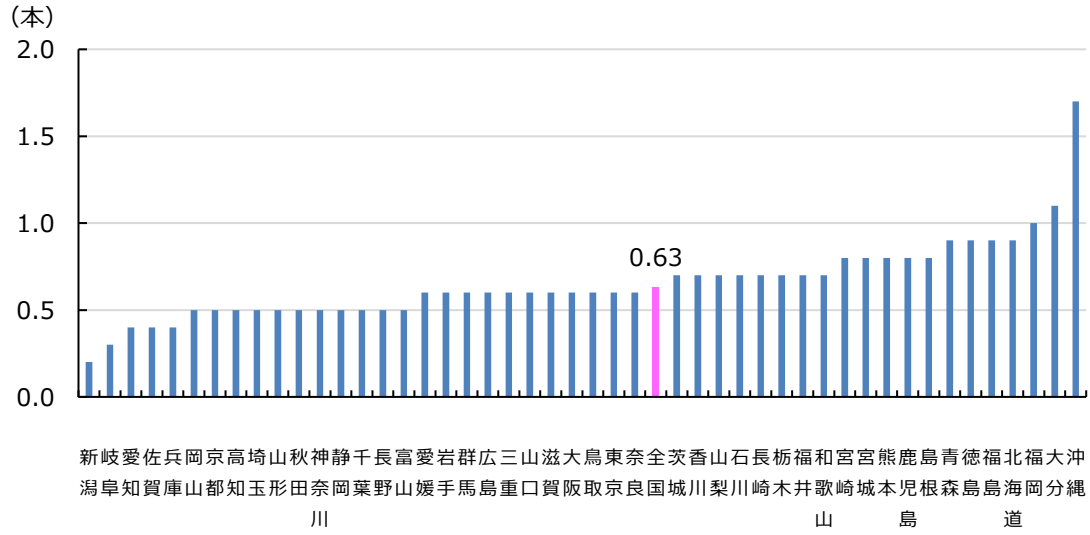
なお、直近の令和２年の調査では、44 都道府県が 1.0 歯未満であり、更なる改善がみられる。

図表 16：12 歳児の一人平均う歯数が 1.0 歯未満である都道府県の増加



出典：文部科学省「学校保健統計調査」

図表 17： 12 歳児の一人平均う歯数（都道府県別）



出典：文部科学省学校保健統計調査（令和２（2020）年）

⑤ 過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

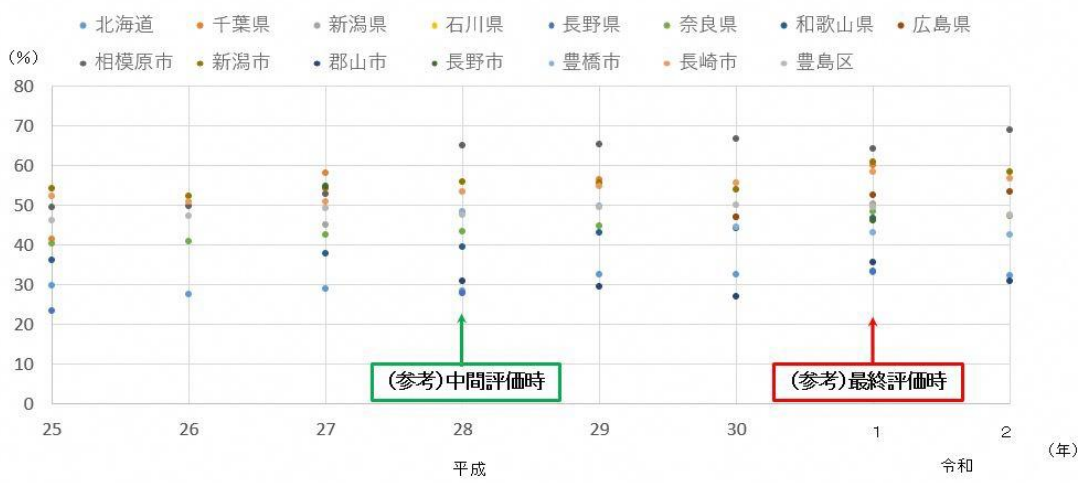
「過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合」は、中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難である。

参考値として、都道府県等におけるアンケート調査等の結果では、過去 1 年間に歯科健診（検診）を受診した者の割合について、中間評価時点（平成 28（2016）年）と最終評価時点（令

和元（2019）年）で比較すると、両時点の比較が可能な 10 地域のうち８地域で微増していた。

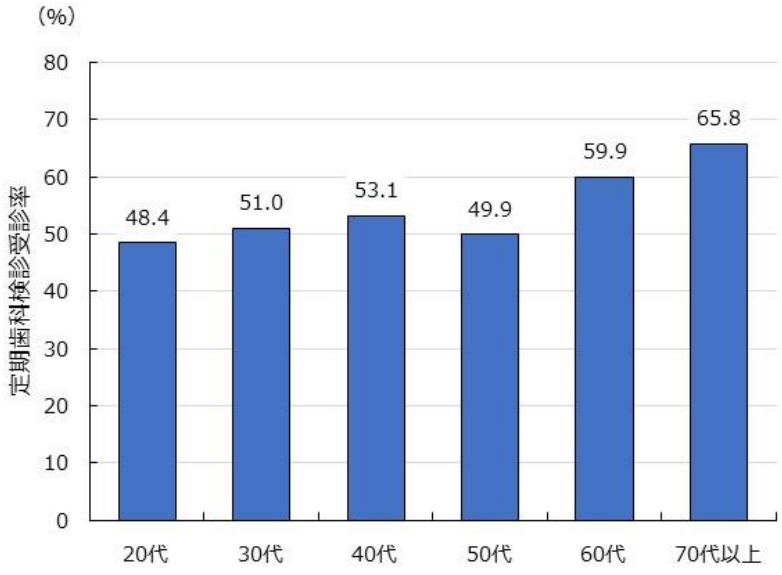
また、厚生労働科学研究で実施したウェブ調査の結果では、高齢者層では他の年代よりも高い受診率を示した。

図表 18：過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の推移（自治体調査の結果）



出典：第９回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料１－２

図表 19：定期歯科検診受診率（歯科保健行動に関するウェブ調査）



出典：第９回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料１－３

2　関連する取組

＜領域全体に係る取組＞

○ 平成 23（2011）年に公布・施行された「歯科口腔保健の推進に関する法律」に基づき、平成 24（2012）年に「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」を策定した。この中で、推進のための具体的な目標・計画を策定し、平成 29（2017）年度に中間評価を行った。

○ 平成 29（2017）年 10 月には、これからの歯科保健医療提供体制の目指すべき姿として「歯科保健医療ビジョン」を示した。

○ 厚生労働省では、市町村が行う歯周疾患検診に対し、健康増進事業により財政支援を行っているほか、都道府県等が行う歯科健診や歯科疾患の予防に関する取組に対し、8020 運動・口腔保健推進事業により財政支援を行っている。

○ 平成 30（2018）年に「歯科口腔保健の推進に係るう蝕対策ワーキンググループ」を設置し、歯科口腔保健の推進に係るう蝕対策について検討を行い、令和元（2019）年に報告書をとりまとめた。

○ 歯周病対策については、令和 3（2021）年５月に「歯科口腔保健の推進に係る歯周病対策ワーキンググループ」を設置し、検討を行っている。

＜各目標項目に係る取組＞

① 口腔機能の維持・向上（60 歳代における咀嚼良好者の割合の増加）

○ 都道府県や市町村等における高齢者の口腔機能に関する取組として、歯科保健指導等が地域の状況に応じて行われており、厚生労働省では、8020 運動・口腔保健推進事業により財政支援を行っている。

○ 平成 30（2018）年度診療報酬改定において、口腔機能低下症に対する口腔機能管理が保険導入された。

○ 平成 30（2018）年４月に、特定健診・特定保健指導を中心に、効果的な健診・保健指導を実施するにあたっての基本的な考え方や実施する際の留意点等を示した「標準的な健診・保健指導プログラム」において、「標準的な質問票」に「かんで食べる時の状態」に関する質問が追加された。

○ 近年、「オーラルフレイル」の概念が提唱され、日本歯科医師会が、リーフレット等を作成し、情報提供等を行っている。

○ 「口腔機能低下症」に関するリーフレット等を日本老年歯科医学会が作成し、情報提供等を行っている。

② 歯の喪失防止

○ 歯の喪失の主な要因はう蝕と歯周病であり、これらの予防のため、ライフステージに応じ、自治体等において乳幼児歯科健診、学校歯科健診、歯周疾患検診等が行われている。

○ 厚生労働省では、都道府県等が行うﾌｯ化物応用や歯科健診等の歯科疾患の予防に関する取組に対し、8020 運動・口腔保健推進事業により財政支援を行っている。

③ 歯周病を有する者の割合の減少

○ 歯肉炎、歯周炎対策として、自治体等において乳幼児歯科健診、学校歯科健診、歯周疾患検診等が行われており、歯周疾患検診を実施する自治体数は増加している。また、歯周疾患検診の対象年齢以外にも拡大して歯科健診等を実施している自治体もある。さらに、成人期及び高齢期の歯周病対策として、市町村において歯科保健指導や普及啓発等が行われている。

○ 歯周病対策については、令和 3（2021）年５月に「歯科口腔保健の推進に係る歯周病対策ワーキンググループ」を設置し、検討を行っている。

④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

○ 乳幼児期のう蝕対策として、市町村等において保護者を対象とした歯科保健指導や乳幼児を対象としたフッ化物塗布、保育所・幼稚園等におけるフッ化物洗口等が行われている。

○ 学齢期のう蝕対策及び歯肉炎対策として、学校における歯科保健指導が行われ、またう蝕対策としてフッ化物洗口等が行われている。

○ 厚生労働省では、都道府県等が行うフッ化物洗口や歯科健診等の歯科疾患の予防に関する取組に対し、8020 運動・口腔保健推進事業により財政支援を行っている。

⑤ 過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

○ 都道府県等においては、歯科健診（検診）の受診勧奨のための普及啓発等を行うとともに、法令において義務や努力義務となっている対象者以外に独自の歯科健診（検診）等を実施している自治体もある。

○ 厚生労働省では、都道府県等が行うフッ化物洗口や歯科健診（検診）等の歯科疾患の予防に関する取組に対し、8020 運動・口腔保健推進事業により財政支援を行っている。

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 口腔機能の維持・向上（60 歳代における咀嚼良好者の割合の増加）

評価は「C 変わらない」であった。咀嚼の状況には、歯の本数や補てつ物の装着状況、歯周病による歯の動揺や疼痛の有無、口腔機能等が複合的に影響すると考えられる。咀嚼機能に直接的に影響を及ぼす歯の本数をみると、一人平均現在歯数は増加傾向にある一方で、60 歳代における進行した歯周炎のある者の割合は評価困難ではあったが、中間評価以降明確な改善傾向は認められないと推測され、このような歯科疾患の罹患状況等も要因として考えられる。

② 歯の喪失防止

評価は、令和 3（2021）年に実施予定であった歯科疾患実態調査が中止されたことから、いずれの指標も評価が困難であり、現時点では全体としても「E 評価困難」であった。

参考値として、国民・健康栄養調査の結果等を総合的にみると、「80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合」と「60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合」は、中間評価以降、大きく減少はしていない、もしくは微増と、改善傾向である可能性が推測される。

一方で、「40 歳で喪失歯のない者の割合」は、国民・健康栄養調査のトレンド分析では統計学的に有意な差はみられておらず、策定時（平成 17（2005）年）から中間評価前の平成 23（2011）年では、54.1%から 72.1%と改善しているが、平成 23（2011）年から中間評価時点（平成 28（2016）年）では 72.1%から 73.4%とほぼ横ばいであることから、現状においても大きく変化はしていないことが推測される。

これまでの歯科疾患実態調査において、40歳代の１人あたり平均喪失歯数は、平成17（2005）年で 40～44 歳と 44～49 歳がそれぞれ 1.4 本と 2.3 本であるのに対し、平成 28（2016）年ではそれぞれ 0.8 本と 0.9 本と 1 本未満になっており、喪失歯数は減少しているが、[4)]依然としてう蝕や歯周病、矯正治療、外傷等で抜歯に至る者が一定数いると考えられる。

③ 歯周病を有する者の割合の減少

評価は「E 評価困難」であった。

「20 歳代における歯肉に炎症所見を有する割合の減少」が目標値に達した要因としては、中間評価において定期的な歯科健診の受診やデンタルフロス等の補助清掃用具の使用等を行う者の割合が増加しており、口腔衛生に対する意識が高い者が増加していること等が考えられる。

また、「40 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少」及び「60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少」は、令和 3（2021）年に実施予定であった歯科疾患実態調査が新型コロナウイルス感染拡大の影響に鑑み中止されたことから、現時点では「E 評価困難」であった。

今回、平成 28（2016）年と令和元（2019）年で比較が可能であった自治体調査では、「40 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少」と「60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少」のいずれも、平成 28（2016）年と令和元（2019）年で比較すると、増加している地域と減少している地域の両者があり、自治体数も限られていることから、一定の傾向を判断することは困難である。なお、「60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合」は増加傾向にある可能性があり、残存歯が増加する一方で、歯周病に罹患している歯も増加している可能性が考えられる。

「20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少」が「A 目標に達した」という評価であったものの、40 歳代と 60 歳代における中間評価が「c 悪化している」であったこと、参考として用いた調査の結果も改善状況にあるとはいえないことが推測されることから、総合評価については、「E 評価困難」とした。

④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

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」であった。

「３歳児でう蝕がない者の割合が 80%以上である都道府県の増加」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。80%未満である２県も 80%に近い状況となって

おり、令和４（2022）年度までに目標を達成する可能性が高いと考えられる。要因として、各自治体における健康増進計画等において「３歳児のう蝕有病率」を目標として設定している自治体が多く、これらの計画に基づきフッ化物応用や保護者への歯科保健指導等が行われたこと等が考えられる。

「12 歳児の一人平均う歯数が 1.0 歯未満である都道府県の増加」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。12 歳児の一人平均う歯数が１歯以上である県は、10 県という状況である。要因として、乳幼児期からの保護者の歯科保健に対する意識の高まりとともに、都道府県による市町村に対するフッ化物応用の導入支援も多く行われていることから、学校における歯科保健指導やフッ化物洗口を含めた学校保健の取組の効果等が考えられる。

⑤ 過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

評価は、令和 3（2021）年に実施予定であった国民健康・栄養調査が新型コロナウイルス感染拡大の影響に鑑み、中止されたことから、現時点では「Ｅ　評価困難」であった。

自治体による調査おける「過去１年間に歯科健診（検診）を受診したか」という趣旨の質問に「はい」と回答した者の割合について、平成 28（2016）年と令和元（2019）年で比較すると、比較可能な 10 地域のうち８地域で増加していた。厚生労働科学研究で実施した歯科保健行動に関するウェブ調査の結果によると、令和 3（2021）年時点の「過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合」は 55.8%であった。これらの結果から、「過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合」は少なくとも減少はしていないことが推測されるが、従来の指標と同等に評価することは困難であることから、「Ｅ　評価困難」と評価する。

＜領域全体としての評価＞

口腔機能の維持・向上に関しては、中間評価以降、変化が見られなかった。

歯の喪失防止については、中間評価以降のデータがないため、評価困難としたが、参考値からは、増加あるいは微増傾向が推測される。

歯周病を有する者の割合の減少については、若年者で歯肉の状況は改善傾向にあるものの、40 歳以上の進行した歯周病を有する者の割合は大きく変化していないと推測される。

乳幼児期・学齢期のう蝕のない者の増加に関しては、現時点では目標値に達していないものの、改善傾向にあるが、地域格差の解消に向けた更なる取組が必要である。

過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加については、中間評価以降のデータがないため評価困難としたが、参考値から、微増していると推測される。

４　今後の課題

＜領域全体としての課題＞

○ 今回、歯科疾患実態調査の中止に伴い、多くの指標のデータが得られなかったことから、今般の新型コロナウイルスのような新興感染症等によるパンデミック時にも継続的にデータを把握するための調査手法や評価項目の設定方法等について検討が必要である。

○ 生涯を通じた歯科口腔保健の推進のためには、自治体における歯科疾患の予防や重症化予防

の取組に加え、歯科医療機関における適切な歯科医療の提供を含む口腔健康管理等が重要となり、各地域の特性を踏まえた歯科保健医療提供体制の構築が求められる。また、各自治体においては、関係部局と連携し、多職種連携による施策・取組の推進が求められる。

＜各目標項目に係る課題＞

① 口腔機能の維持・向上（60 歳代における咀嚼良好者の割合の増加）

○ 健康寿命の延伸や 8020 達成者の増加などの背景がある中、「かみにくい」という主訴が 70 歳以降で大きく増加することや、口腔機能低下症の有病率が高齢の地域住民で40～50%という報告もあること [5)] 等を踏まえると、今後は、高齢期における口腔機能低下に対する対策の重要性が増すと考えられ、評価が必要な年齢の検討を含め、高齢者の口腔機能の状況を適切に把握するための評価指標を検討する必要がある。

○ 食べる喜び、話す楽しみ等のＱＯＬ（生活の質）の向上を図るためには、乳幼児期及び学齢期において適切な口腔機能を獲得し、成人期及び高齢期では口腔機能を維持・向上することが重要である。

○ 口腔機能に関する取組については、各市町村等において、乳幼児期、学童期では食育における口腔機能に関する取組や、高齢期では介護予防などが行われているが、各ライフステージに応じた取組が必ずしも十分ではない。自治体が適切なポピュレーションアプローチを行うためには、ライフステージに応じた口腔機能の評価や対応方法等の確立が求められる。

② 歯の喪失防止

○ 「60 歳で 24 歯以上自分の歯を有する者の割合」や「80 歳で 20 歯以上自分の歯を有する者の割合」など、自分の歯を多く有する高齢者が増加していると推測されるが、残存歯数の増加に伴い、う蝕有病率や歯周病有病率が改善していないことが指摘されている。

○ 高齢者では、歯肉退縮による根面の露出、加齢や薬剤等の影響による唾液分泌量の低下などによる口腔内の環境の変化により、根面う蝕など高齢期特有の歯科疾患への罹患も指摘されている。さらに、加齢や全身的な疾患の影響等により巧緻性が低下すると、従来と同程度のセルフケアを行うことが困難になり、口腔衛生状態の悪化につながると考えられる。

○ 歯科保健医療の提供にあたっては、高齢者の特性を踏まえたセルフケアの方法やプロフェッショナルケアの重要性などの普及啓発が求められるとともに、医歯薬連携を含め高齢者に関わる関係者との多職種連携の推進が重要である。

③ 歯周病を有する者の割合の減少

○ 成人期の歯周病対策について、20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者は改善している一方で、40 歳以降の年代においては、地域における歯周疾患検診の結果による調査からは、増加している地域と減少している地域と両者があり、評価は困難であったが、いずれにしても歯周病を有する者の割合は大きくは変化しておらず、高齢者では残存歯数の増加に伴い歯周病を有する者も増加することが推測される。

○ このため、依然として多くの者が歯周病を有していると考えられることから、歯周病の発症・重症化予防への関心を高めるための普及啓発の推進、生活習慣の改善やセルフケアの実践、定期的なプロフェッショナルケアなどの対策が引き続き重要である。

④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

○ 乳幼児及び学齢期のう蝕対策について、う蝕有病率は減少傾向にあるが、う蝕罹患率別にみた都道府県の順位に経年的な大きな変化がないことや都道府県内の市町村間で地域格差が見られることが指摘されている。[6)]また、社会経済的因子によりう蝕の罹患状況に格差が生じること等が報告されており[7)]、地域格差とあわせて更なる原因分析や歯科保健の担当者だけではなくその他関係者（関係部局）との連携も含め、対策が求められる。

○ 12 歳児のう蝕のない者の割合は、都道府県によって差があり、未だ学校保健統計によるとう蝕有病率は他の疾患と比較して高い[8)]ことから、集団全体のリスクを低減させるう蝕予防対策は引き続き重要である。

○ 乳幼児・学童期のう蝕有病率の地域格差については、都道府県間の差は縮小している一方で、市町村間の差や社会経済因子による罹患状況の格差が指摘されている。このため、都道府県等は、各種統計調査等も活用しながら、地域の現状把握・課題抽出を行い、地域の状況を踏まえた歯科保健医療施策・取組を行うことが求められる。また、都道府県等がデータに基づく歯科保健医療の取組ができるよう、必要なデータの閲覧やデータを活用するための研修等の実施が求められる。

⑤ 過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

○ 歯科疾患の早期発見・重症化予防の観点から、歯科健診（検診）は重要である。一方で、歯科健診（検診）の受診率は地域により異なることや、とくに若年者層においては受診率が低いこと等が指摘されている。このため、引き続き、歯科健診（検診）の機会の充実や、歯科健診（検診）の受診率向上等のための取組が求められる。

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

○ 今回の評価は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大前の実態を元にしており、感染拡大後のデータは得られていないものが多い。新型コロナウイルス感染拡大にともない、自治体が実施する歯科健診（検診）事業が、延期または感染拡大防止対策として集団から個別検診へ切り替える等、内容に変更があったことが報告[9)]されており、この影響をはかるためには、断片的なデータだけではなく中長期的なデータ等、様々なデータの分析を行うことが重要である。

＜参考文献・URL＞

1) Miura H, et al.:Factors influencing oral health related quality of life (OHQoL) among the frail elderly residing in the community with their family. Archs Gerontol Geriatr 201051:e51-e65.

2) Shimazaki Y, et al.　Influence of dentition status on physical disability,mental impairment,and mortality in institutionalized elderly people. J Dent Res. 2001;80:340-345.
3) Petersen PE. : Global policy for improvement of oral health in the 21st century-implicantions to oral health research of World Health Assembly 2007,World health Organization. Community Dent oral Epidemiol 2009;37:1-8.
４) 財団法人8020推進財団：第２回永久歯の抜歯原因調査　報告書
５ 池邉一典他：口腔機能低下症」に関する論点整理：老年歯学,34,451-456, 2020.
６) 石田直子他：3歳児のう蝕の有無とその影響要因の地域格差：口腔衛生学会雑誌,65 (1), 26-34, 2015.
７)　相田潤他：ライフステージによる日本人の口腔の健康格差の実態：歯科疾患実態調査と国民生活基礎調査から, 口腔衛生学会雑誌,66 (5), 458-464, 2016.
8) 学校保健統計
9) 岡部優花他：福岡県内12歳児一人平均う蝕経験歯数の地域差と社会経済状態との関連：口腔衛生学会雑誌,68 (1), 15-20, 2018.
10) 厚生労働科学特別研究：「新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた地域における歯科医療提供体制の強化のための研究」（研究代表者：福田英輝）報告書

Ⅲ　諸活動の成果の評価

１．健康日本 21（第二次）の計画期間中に行われた特徴的な取組

健康日本 21（第二次）の計画期間中（平成 25（2013）年度～令和５（2023）年度）に行われた国、地方公共団体、企業・団体の特徴的な取組について整理した。

（１）健康寿命延伸に向けた取組

健康寿命延伸プラン（令和元（2019）年５月策定）

2040 年までに健康寿命を男女とも３年以上延伸し、75 歳以上とすることを目指して、令和元（2019）年 5 月に、厚生労働大臣を本部長とする「2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部」において、健康寿命延伸プランを作成した。本プランにおいては「健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進」や「地域・保険者間格差の解消」に向け、「自然に健康になれる健康づくり（健康な食事や運動ができる環境、居場所づくりや社会参加）」」や「行動変容を促す仕掛け（行動経済学の仕組み、インセンティブ）」など新たな手法も活用し、

① 次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成
② 疾病予防・重症化予防
③ 介護予防・フレイル対策、認知症予防

の３分野を中心に取組を推進することとしている。

スマート・ライフ・プロジェクト（平成 23（2011）年開始）

「健康寿命をのばそう！」をスローガンに、国民全体が元気で健康に楽しく毎日を送れることを目標としたスマート・ライフ・プロジェクトを平成 23（2011）年２月から開始しており、健康日本 21（第二次）の計画期間中も①適度な運動、②適切な食生活、③禁煙、④健診・検診の受診の 4 つを基本テーマとし、プロジェクトに参画する企業・団体・自治体と協力・連携して、人々の健康づくりの意識を高め、行動変容につながる仕組みを推進してきた。

生活習慣病の予防等の啓発活動・取組の奨励・普及を図る目的で創設された大臣表彰制度「健康寿命をのばそう！アワード」では、企業・団体・自治体等の優れた取組を表彰しており、令和３（2021）年度には第 10 回の表彰式を行った。その他、以下のイベント等を実施し、普及啓発等を通じて国民の予防・健康づくりを促進している。

- 世界禁煙デー及び禁煙週間
- 健康増進普及月間及び食生活改善普及運動
- 特設 Web コンテンツ「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「良い睡眠で、からだもこころも健康に。」
- 特設 web コンテンツ「みんなで知ろう。婦人科のこと。～婦人科って何するところ？～」
- スマートミール探訪

健康増進法の改正による受動喫煙対策強化（令和２（2020）年４月１日全面施行※）

受動喫煙防止対策については、平成 15（2003）年に施行した健康増進法第 25 条に基づき、努力義務として対策を進めてきたが、依然として多くの人が受動喫煙にさらされる状況にあったため、令和２（2020）年（翌年に延期）の東京オリンピック・パラリンピックを契機に、対策の強化を目指して、平成 30（2020）年７月に以下を主な内容とする「健康増進法の一部を改正する法律」が成立、公布された。

・ 多数の者が利用する施設では原則屋内禁煙とすること
・ さらに学校、病院、児童福祉施設等、行政機関については敷地内禁煙とすること
（屋外で受動喫煙防止のために必要な措置がとられた場所には、喫煙場所を設置できる）
・ 喫煙可能な場所には標識を掲示するとともに、20 歳未満の立入りを禁止すること
・ 義務違反時には指導や勧告、命令を行い、改善が見られない場合は罰則が適応されること

（脚注）※施行日
① 国及び地方公共団体の責務等については平成 31（2019）年１月 24 日、
② 学校・病院等及び行政機関の庁舎の規制については令和元（2019）年７月１日、
③ 全面施行は令和２（2020）年４月１日

生活習慣各領域の指針等の整理（詳細は第３章Ⅱ各領域の評価における記載を参照）

・身体活動指針
・食生活指針
・睡眠指針
・禁煙支援マニュアル、等

（２）健康日本 21（第二次）の各領域に関連する主な法律・計画等　◆参照：参考資料

医療法及び医療計画
高齢者の医療の確保に関する法律及び医療費適正化計画
　特定健診・特定保健指導
　保険者協議会
　高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
介護保険法及び介護保険事業支援計画
がん対策基本法及び第３期がん対策推進基本計画
「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」及び循環器対策推進基本計画
自殺対策基本法及び自殺対策大綱
生活保護法
　被保護者健康管理支援事業
成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律及び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
　健やか親子 21
食育基本法及び食育推進基本計画
スポーツ基本法及びスポーツ基本計画
アルコール健康障害対策基本法及びアルコール健康障害対策推進基本計画
歯科口腔保健の推進に関する法律及び歯科口腔保健の推進に関する基本的事項
　事業場における労働者の健康保持増進のための指針（THP 指針）
　労働者の心の健康の保持推進のための指針

（３）保険者による予防・健康づくりの取組

健康日本 21（第二次）の計画期間中には、特定健診・特定保健指導や、データヘルス計画など、保険者による予防・健康づくりの取組も進んできた。

特定健診・特定保健指導
（第2期平成 25（2013）年～、第3期平成 30（2018）年～）

生活習慣病の予防の徹底を図るため平成 20（2008）年４月から、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき医療保険者に、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査の実施、及び健診の結果、健康の保持に努める必要のある者に対する特定保健指導の実施が義務付けられた。第 1 期、第２期は５年ごと、第３期からは６年ごとに医療保険者が特定健診実施計画を策定している。第３期の見直しにおいては、各保険者別の実施率の公表、特定保健指導の弾力化、特定健診の健診項目や標準的な問診票の見直し、その他運用の改善が行われ、平成 30（2018）年から第 3 期特定健康診査等実施計画が開始された。平成 30（2018）年 3 月に「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第３版）」が、４月に「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」が公表された。平成 30（2018）年度からはモデル的実施としてアウトカム評価の導入を行っている。

現在は第４期（令和６（2014）年度～）に向けた見直しの検討を行っている。

データヘルス計画（平成 25（2013）年～）

平成 25（2013）年 6 月に閣議決定された「日本再興戦略」においては、「すべての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析に基づくデータヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取組」が求められ、その方針を踏まえて、平成 26（2014）年 3 月に保健事業の実施指針を改正し、健康保険組合だけでなく市町村国保等の全ての医療保険者がデータヘルス計画を作成することとなった。

被用者保険について、厚生労働省と健康保険組合連合会（健保連）が協同で「データヘルス計画」推進会議を設置し、平成 26（2014）年 12 月に「データヘルス計画作成の手引き」を取りまとめた。平成 29（2017）年には、第２期データヘルス計画の策定に際し、健康保

険組合が第１期から得られた知見や課題を踏まえて、より質の高い計画を作成し、PDCA サイクルによって保健事業の実効性を高めることを目的として、「データヘルス計画作成の手引き」の改訂を行った。

国民健康保険及び後期高齢者医療においては、平成 26（2014）年に「保健事業実施計画（データヘルス計画）作成の手引き」を作成し、平成 29（2017）年に改訂を行った。

健康スコアリングレポートによるコラボヘルスの推進（平成 29（2017）年～）

平成 29 年６月に閣議決定された「未来投資戦略 2017」に基づき、保険者のデータヘルスの取組を強化し、企業の健康経営との連携（コラボヘルス）を推進するため、平成 30 年度から日本健康会議及び経済産業省と連携して、各保険者の加入者の健康状態、医療費、予防・健康づくりへの取組状況等について、健康スコアリングレポートを作成し、全国平均及び業態平均と比較したデータを見える化する取組を開始した。また、「成長戦略フォローアップ」（令和２年７月閣議決定）に基づき、令和３年度から保険者単位のレポートに加え、事業主単位のレポートを作成している。

保険者インセンティブの強化

予防・健康づくりに取り組む保険者に対するインセンティブを強化するため、平成 30（2018）年度から健康保険組合・共済組合の後期高齢者支援金の加算・減算制度について、加算率・減算率の法定上限 10%までの段階的引上げや、保険者の取組みを幅広く評価するための総合的な指標の導入を行っている。令和３（2021）年度以降の中間見直し後の加減算では、加算対象範囲の拡大や、総合評価項目において、成果指標の拡大や重点的に評価する項目の配点割合を高めた。また、平成 30（2018）年度から本格実施している国民健康保険の保険者努力支援制度については、加減算双方向での評価指標によってインセンティブを強化するため、毎年度保険者の予防・健康づくり等の取組状況を踏まえて評価指標や配点の見直しを実施している。

都道府県の保険者協議会

保険者 及び後期高齢者医療広域連合は、加入者の健康増進と医療費適正化について、行政や医療関係者等の協力を得ながら、保険者横断的に同じ意識をもって共同で取り組んでいく必要がある。このため、高齢者の医療の確保に関する法律において、保険者及び後期高齢者医療広域連合は、都道府県ごとに保険者協議会を組織するよう努めることとされており、特定健康診査等の実施や高齢者医療制度の運営等の関係者間の連絡調整、医療費の調査分析等の役割が位置づけられている。現在、保険者協議会の機能強化なども含めた医療費適正化計画の在り方の見直しについて検討を行っている。

（４）健康づくりに繋がる他分野の取組（Health in All Policies : HiAP）

まちづくり、自転車、健康省エネ住宅（国土交通省）

我が国において更なる超高齢化を迎えるにあたって、多く高齢者が地域において活動的に暮らせるとともに、助けが必要な高齢者の対しては「地位包括ケアシステム」の構築と街づくりとの連携等により、地域全体で生活を支えることのできる社会が必要である。

このような社会の実現に向け、国土交通省の都市政策の取組においては、改正都市再生措置法における立地適正化計画制度などの活用も図りながら、「健康・医療・福祉のまちづくり」を推進している。

平成２８年に、自転車の利用を増進することが国民の健康の増進等の公共の利益に資するという基本理念を定めた自転車活用推進法が制定され、政府においては、同法に基づく自転車活用推進計画（令和３年５月２８日に第２次自転車活用推進計画を閣議決定）を策定した。同計画においては、「サイクルスポーツの振興等による活力ある健康長寿社会の実現」を目標の一つとして掲げ、自転車を活用した、心身の健全な発達や、生きがいのある豊かな生活の実現、国民の健康寿命延伸等を目指した取組を行っている。

「WHO 住宅と健康ガイドライン」が 2018 年 11 月に WHO から発表され、住まいの寒さ対策（冬季室内温度 18℃以上を強く勧告）、暑さ対策（条件付き勧告）等の推進が各国に勧告されている。国土交通省では、厚生労働省と連携して、平成 26（2014）年度からスマートウェルネス住宅等推調査事業（SWH 全国調査）に取り組んでおり、室温が家庭血圧に与える影響等、生活空間の温熱環境の改善が、住居者の健康状況に与える効果について検証するとともに、成果の普及啓発を通じて「健康・省エネ住宅」の整備を推進している。

食育（消費者庁、文部科学省、農林水産省等）

食育とは、生きる上での基本であって、様々な経験を通じて「食」に関する知識と「食」を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することができる人間を育てることである。また、食育の推進に当たっては、子どもはもとより、あらゆる世代の国民が「食」について改めて意識を高め、「食」に関して信頼できる情報に基づく適切な判断を行う能力を身に付けることによって、心身の健康を増進する健全な食生活を実践することが重要である。

食育基本法第 16 条第１項の規定に基づき食育推進基本計画が作成されており、平成 28（2016）年３月には、平成 28（2016）年度から令和２（2020）年度までの５年間を計画期間とする「第３次食育推進基本計画」を、令和３（2021）年３月には、令和３（2021）年度からおおむね５年間を計画期間とする「第４次食育推進基本計画」を決定し、食育の推進に当たっての基本的な方針や目標を掲げるとともに、食育の総合的な促進に関する事項として取り組むべき施策等を提示している。

厚生労働省としては、消費者庁、文部科学省、農林水産省等の関係各府省庁等との連携を図りながら、政府として一体的に食育の推進に取り組んでいる。

健康経営、ヘルスケア産業の育成及び信頼性確保（経済産業省）

健康経営とは、従業員等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実戦することである。企業理念に基づき、従業員等への健康投資を行うことは、従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化をもたらし、結果的に業績向上や株価上層につながるとの考えの下、当時の日本再興戦略、未来投資戦略において「国民の健康寿命の延伸」に関する取組の 1 つに位置づけられた。

経済産業省では、健康経営に取り組む優良法人を見える化することで、従業員や求職者、関係企業や金融機関などから評価される環境を整備するため、平成 26（2014）年度から「健康経営銘柄」の選定を行っており、平成 28（2016）年度には「健康経営優良法人認定制度」を創設した。令和 3（2021）年度は、大規模と中小規模を合わせて約 1 万 5 千の法人が健康経営優良法人の認定を申請するに至っている。また、認定法人に対しては、同年度末時点において約 80 の金融機関が金利の優遇措置を行い、約 20 の自治体が公共調達の入札時の優遇措置を行うなど、全国各地で健康経営の更なる浸透・深化を促進するための動きが拡大している。

また、上述のような健康への投資を促す取組と同時に、適切なヘルスケアサービスの創出という観点から、サービスの質及び信頼性の確保に向けて、業界自主ガイドラインの策定支援及びエビデンスの構築に向けた実証事業や評価のあり方の検討を進めている。

具体的には、フィットネスや遠隔医療相談等の分野において、業界自主ガイドラインの策定支援を行っており、2025 年度までに各分野で業界自主ガイドラインが策定され、計 1,000 企業・団体等が使用することを目指している。

また、生活習慣病等の各疾患領域の学会により、エビデンスの構築や評価に関する学会としての考え方を整理した指針等の作成研究の支援を行うとともに、予防・健康づくりに関するエビデンス構築に共通の課題（適切な試験デザインのあり方等）の開発研究の支援を行っている。

スポーツ基本計画（スポーツ庁）

「スポーツ基本計画」は、スポーツ基本法の規定に基づき、文部科学大臣が定めるスポーツに関する施策の総合的かつ基本的な推進を図るための重要な指針であり、令和４（2022）年 3 月に第３期スポーツ基本計画を策定した（計画期間は令和４（2022）年度から令和 8（2026）年度まで）。今後 5 年間に総合的かつ計画的に取り組む 12 の施策の１つとして、「スポーツによる健康増進」を掲げており、政策目標として地域住民の多様な健康状態やニーズに応じて、関係省庁で連携しつつ、スポーツを通じた健康増進により健康長寿社会の実現を目指している。また、「健康日本 21」に掲げる健康寿命の延伸に、スポーツ実施率の向上を通じて貢献することも目標としている。

具体的な施策目標としては、1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 回以上実施し、1 年以上継続している運動習慣者の割合の増加等を目指している。

（５）その他各種連携を伴う特徴的な取組

自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進：産学官等連携

厚生労働省では、活力ある「人生 100 年時代」の実現に向けて、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産学官等の連携の在り方等を検討するため、関係省庁と連携の下、令和３（2021）年２月から検討会（「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」）を開催し、令和３（2021）年６月に報告書を取りまとめた。本検討会では、健康の保持増進に関する栄養学的視点を軸としつつ、事業者等が行う環境保全に関する取組にも焦点を当てながら、持続可能な開発目標（SDGs）の達成にも資するものとなるよう、議論が進められ、減塩を始めとした各種取組の方向性について示された。こうした中、厚生労働省では産学官等連携による食環境づくりの推進体制として、「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ（健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ）」を令和４（2022）年３月に立ち上げ、今後、本格展開していくこととしている。

こうした食環境づくりの推進については、日本政府が令和３（2021）年 12 月に主催した「東京栄養サミット 2021」の成果文書（東京栄養宣言（グローバルな成長のための栄養に関する東京コンパクト））においても、日本政府コミットメントの一環として示されている。

データヘルス改革、PHR

近年の情報通信技術（ICT）の進歩は目覚ましく、スマートフォンやウェアラブル端末の普及率も上昇している。こうした中で、ICT の利活用は、個人の健康行動を促し、健康寿命の延伸につながる可能性がある。厚生労働省では、平成 28（2017）年１月に「データヘルス改革推進本部」を設置し、健康・医療・介護分野における ICT の利活用に関する検討を行っている。

パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）とは、一般的には、生涯にわたる個人の保健医療情報（健診・検診情報、予防接種歴、薬剤情報、本人が自ら日々測定するバイタル等）であり、電子記録として本人・家族等が把握し、健康増進等に活用することが期待されている。我が国においては、平成 27（2015）年頃から、「パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）利活用研究事業」（AMED）や「国民の健康づくりに向けた PHR の推進に関する検討会」等において検討が進められてきた。また、民間事業者が主体となり、製薬や医療機器のみならず保険や通信などの幅広い業種の事業者により構成される PHR 事業者団体の設立に向けた検討を進めている。

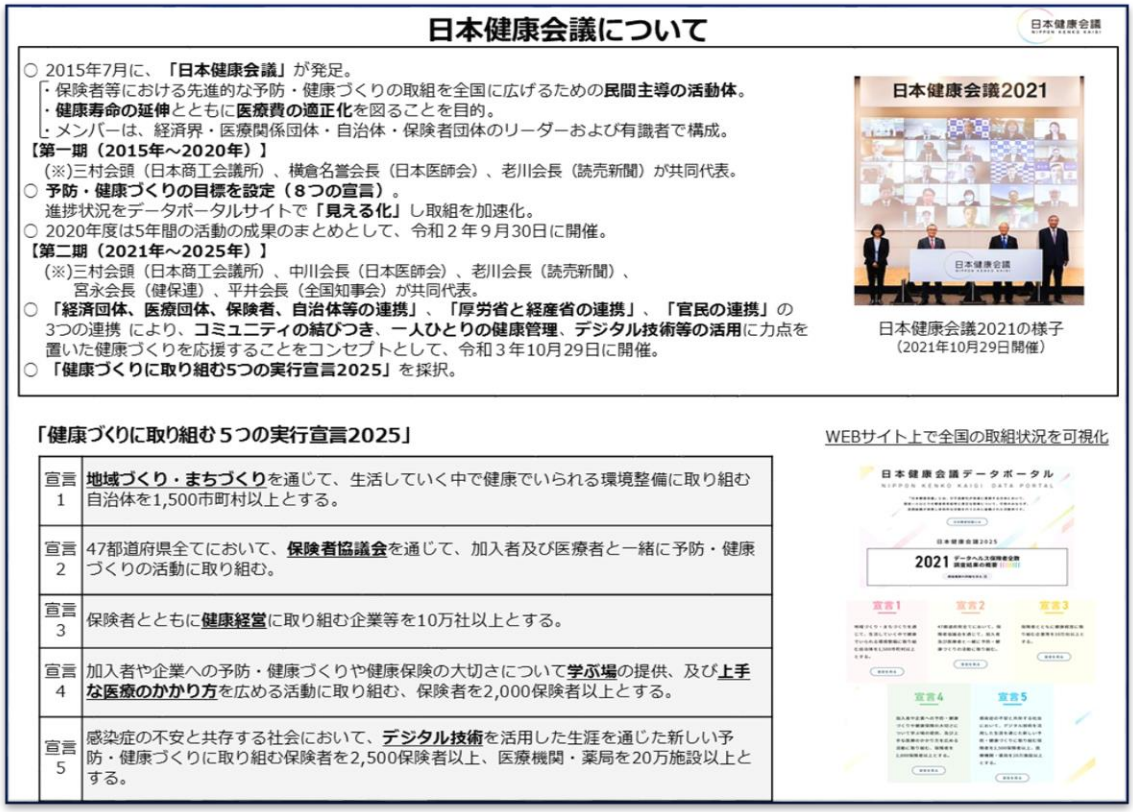
直近では、「データヘルス改革推進本部」が令和３（2021）年６月に策定した「データヘルス改革に関する工程表」に基づき、国民・患者が、スマートフォン等を通じて、自身の保健医療情報をマイナポータル等においてワンストップで利活用できる環境整備や民間事業者による個人情報の取扱いを整理した指針の策定等に取り組んでいる。

日本健康会議

日本健康会議は、産学官はじめ各界が連携して、健康寿命の延伸や医療費の適正化に向けた取組を民間主導の活動として推進している。平成 27（2015）年発足時に、予防・健康づくりの目標を定めた「健康なまち・職場づくり宣言 2020」を採択した。令和２（2020）年に

は多くの項目で目標が達成された。また、平成 28（2016）年３月には、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、糖尿病性腎症重症化予防の連携協定を締結し、同年４月には国レベルでプログラムを策定（平成 31 年４月改定）するなど、全国展開に向けた糖尿病性腎症の重症化予防の対策の在り方を示すとともに、協力体制の基盤整備を進めている。

令和３（2021）年度は「健康づくりに取り組む５つの実行宣言 2025」が採択され、予防・健康づくりを推進している。



仕事と治療の両立支援

事業者が、がん、脳卒中、糖尿病等の疾病を抱える労働者に対して、適切な就業上の措置治療に対する配慮を行い、労働者が治療と仕事を両立できるようにするための取組などをまとめた「事業所ににおける治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を平成 28（2016）年２月に策定（平成 31（2019）年 3 月に改称）し、その普及や企業等に対する各種支援を行っている。

また、「働き方改革実行計画）に基づき、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う両立支援コーディネーターによるトライアングル型サポート体制の構築等を推進することとしており、両立支援コーディネーターの育成・配置や、主治医、会社・産業医が効果的に連携するためのマニュアル等の作成・普及に取り組んでいる。さらに、使用者団体、労働組合、都道府県医師会、都道府

県衛生主管部局、地域の中核医療機関、産業保健総合支援センター、労災病院等で構成される「地域両立支援推進チーム」を各都道府県労働局に設置し、関係者のネットワークを構築することで、地域の実情に応じた両立支援の促進に取り組んでいる。

地域・職域連携の推進

我が国の保健事業はライフステージにおいて複数の制度に基づき行われており、保健事業の継続性が保たれないことや地域全体の健康課題が正確に把握できない等の課題がある。こうした課題に対応するためには地域保健と職域保健の連携が重要であり、厚生労働省では「地域・職域連携推進事業ガイドライン」を策定し、都道府県及び二次医療圏で協議会の設置について財政支援を行うなど取組を進めてきた。その結果、ほとんどの都道府県及び二次医療圏において協議会が設置された。

しかしながら、会議の開催に留まっている協議会もあるため、厚生労働省では、令和元年 9 月にガイドラインを改訂し、地域保健と職域保健の関係者が連携した幅広い取組の推進や、「実行」を重視した柔軟な PDCA サイクルに基づく事業展開の推進など具体的な取組の実施にまでつなげていくことを示した。また、厚生労働省では、毎年、地域保健と職域保健の関係者を集めた「地域・職域連携推進関係者会議」を開催し、健康課題に対応する各種施策を展開していくために必要な知識や情報の提供、実施事例の報告等を行っている。さらに、厚生労働科学研究においても、「地域・職域連携推進事業の進め方　地域特性に応じた効果的な展開のために」（手引き）で事業の進捗チェックリストや先進事例を示すなど取組の推進に向けた支援を行っている。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者医療広域連合のみならず、市民に身近な市町村が中心となって、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に後期高齢者の保健事業を実施する「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」の法的な枠組みが、令和 2 年度から開始されている。この取組を推進するため、後期高齢者医療広域連合から市町村へ高齢者保健事業を委託し、①事業全体のコーディネートや企画調整・分析等を行う医療専門職、②高齢者に対する個別的支援や通いの場等への関与等を行う医療専門職について配置する費用等を、国が後期高齢者医療調整交付金のうち特別調整交付金により支援している。加えて、後期高齢者医療広域連合や市町村の職員を対象とする保健事業実施に関する研修や市町村の取組状況の把握等を行う「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の全国的な横展開事業」等を通じて、取組の推進を支援している。

成果連動型民間委託契約方式

PFS（Pay For Success）と SIB（Social Impact Bond）

行財政事情の厳しさが増すとともに、地域の社会的課題は複雑化してきている状況の中で、行政自らが無駄をなくし、公共サービスの質の向上を図る意識を高めるとともに、官民が連携して社会的課題の解決を図っていく効率的、効果的な事業手法として、政府は、新たな官民連携手法である成果連動型民間委託契約方式（PFS）の活用を推進している。

成果連動型民間委託契約方式（PFS/SIB）を導入した事業とは、国または地方公共団体が民間事業に委託等して実施させる事業のうち、解決すべき行政課題に対応した成果指標を設定し、支払額が当該成果指標の改善状況に連動するものである。ソーシャル・インパクト・ボンド（SIB）による PFS 事業は、当該事業に係る資金調達を金融機関等の資金提供者から行い、その償還等が成果指標値の改善状況に連動した地方公共団体等からの PFS の支払額当に応じて行われるものである。

政府は、活用が進んでいる医療・健康、介護アに加え、再犯防止の 3 分野を重点分野と設定し、それらの分野における PSF 活用団体数を 2022 年度末までに 100 団体にする政府目標を掲げ、その活用推進のため、成果連動型民間委託契約方式（PFS：Pay For Success）共通ガイドライン（内閣府）や医療・健康及び介護分野の手引き（厚生労働省、経済産業省）等を作成している。

（６） 地方公共団体、企業・団体の特徴的な取組例

ア．スマート・ライフ・プロジェクト好事例（成果の出ている取組の整理）◆参照：参考資料

平成 24（2012）年度から厚生労働省が行っている「健康寿命をのばそう！アワード」において、４分野（運動、食生活、禁煙、健診・検診）の優良事例をまとめた総合事例集より引用。

【運動分野】

- 3 つのアプローチで進める健康経営の推進（株式会社 NTT 東日本・関信越）
- 生涯を通じて運動器の低下を防ぐロコモ予防～2 つの職場体操と体力レベルの見える化～（ＪＦＥスチール株式会社 西日本製鉄所）
- 「Workcise（ワークサイズ）」働きながらオフィスで健康増進（株式会社イトーキ）
- 福井発「スニーカービズ」運動～スニーカーを履いてプラス 1000 歩～（福井県）
- よこはまウォーキングポイント～歩いてポイントを貯めてみんなで楽しく健康づくり～（横浜市）

【食生活分野】

- 100 円朝食による学生の健康管理、生活リズムの維持活動（立命館大学父母教育後援会）
- 魚肉たんぱく製品におけるおいしい減塩商品の開発と積極的販売活動の推進（一正蒲鉾株式会社）
- 小さな会社でもできる健康経営 ～体重記録と毎日野菜もう一皿の習慣化からスタート～

（三幸土木株式会社）
・ 住んでいるだけで自ずと健康に！「あだちベジタベライフ.そうだ、野菜を食べよう.」
（足立区（東京都））
・ 丸子中央病院 山田シェフのいきいきレシピ・職員レストラン
（特定医療法人丸山会丸子中央病院）

【禁煙分野】
・「たじみ健康ハッピープラン」に基づく地域ですすめる喫煙対策（岐阜県多治見市）
・ おいしい空気のまちびばいを目指す「美唄市受動喫煙防止条例」制定とその後の取り組み
（美唄市（北海道））
・ お客様と従業員に健康と喜びを（株式会社グローバルダイニング）
・ 全社員で考えた禁煙への取り組み（アクロクエストテクノロジー株式会社）
・ 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プログラムの開発と普及
（J-STOP） プロジェクト（日本禁煙推進医師歯科医師連盟）
・ 行田市に無煙世代を育てよう ～医師会と関係団体が連携した喫煙率低下への取り組み～
（一般社団法人行田市医師会）

【健診・検診分野】
・ 奥様が健診 = 家族が幸せ ～奥様にも健診プロジェクト～
（全国健康保険協会 愛知支部）
・ 目指せいきいき健康家族！ ～ライフスタイルに合わせた主婦健診のベストミックス～
（ヤマトグループ・ヤマトグループ健康保険組合）
・ 特定健診・特定保健指導支援事業「特定健診受診者のフォローアップ等家庭訪問事業」
（静岡県在宅保健師の会「つつじ会」）
・ 市町村連携およびショッピングモールを活用したオール福岡集団健診の実施
（全国健康保険協会 福岡支部）

イ．その他 特徴的な取組

【地域・職域連携推進事業】

ワーキンググループで実働に向けて具体的に動く体制を整備。特別なことではなく今やっていることを活用し、さらに発展していこうとしているのが連携推進の秘訣

（滋賀県）

事業所の多くは中小企業であり、地域特性からも滋賀県で働く従業員は、地域住民であることが多いことを踏まえ、行政のスタンスが職域も含めて県民という考え方で、生涯を通じた健康づくりに取り組む政策において、「職域」が「働き盛り世代」の健康づくりとしてしっかり位置づいている。

県健康増進計画の中間評価の時点（平成 29 年）で、職域に特化したワーキンググルー

プが立ち上がっており、事業の実働に向けて具体的に動く体制が整っている。ワーキンググループにおける基本方針となっている「地域まるごと健康経営」の考え方は、このワーキンググループ参加者で「滋賀県らしい健康経営とは何か」を協議して決定したものであり、基本方針を自治体が一方的に決めるのではなく事業者も含めた協議体で 20 人未満の小規模事業所が全体の約 86%を占める地域特性も踏まえ決定している。地域や職域の求めていることに寄り添う形で事業に取り組んでおり、特にワーキンググループで職域の声をしっかり聴き、話し合ってお互いに WinWin になることを目指していること、新たな連携事業としての特別な取り組みを目指すのではなく、今やっていることを活用し、さらに発展させていこうとしていることが連携推進の秘訣ではないかと考える。

本事例では、健康経営を「企業よし・社員よし・地域よし」を合言葉に、産業保健スタッフがいない小規模事業所の健康づくりに視点を置き、二次医療圏域協議会発信で今ある社会資源をうまく共有しながら、またグッドプラクティスの横展開を狙い事例集にまとめて、各業界団体等から発信するなど、産業保健の構造、法律等を踏まえたうえで、事業所の目線で細部にわたって内容や方法が考えられ工夫を凝らしている。

関係機関・団体と連携・協力体制の構築で共通意識を持って取り組みを展開
労働基準監督署・産業保健総合支援センターと共催で事業主セミナーを毎年実施

（島根県）

関係機関・団体と連携・協力体制を構築し、健康課題に対して一緒に目標や方向性を検討・決定することにより、共通意識を持って取り組みを展開、推進することができている。その結果、多方面から情報提供やアプローチすることができる。具体的な事業として、情報の一元化を図るために「しまね働く人と職場の健康づくり応援サイト」を開設（平成 30 年～）した。また、各機関が実施する研修・イベント情報、協議会構成機関による健康づくりコラムや啓発媒体、事業所の取り組み事例など、事業所（働き盛り世代）の健康づくりに関する情報を集約して発信した。

圏域の健康課題の解決に向けた連携事業の１つとして、各圏域において「事業主セミナー」を労働基準監督署・産業保健総合支援センターと共催で毎年実施している。圏域単位でも取り組みを進めることにより、事業所や職域保健関係者の地域課題の理解と取り組み促進につながっている。市町村や関係機関と一緒に事業所へ訪問するなど、地域でも連携した働きかけができている。

日ごろ健康づくりに携わる機会の少ない職域団体には、経営的視点での健康づくりの必要性の理解を得ることが重要

（青森県三八地域県民局地域健康福祉部保健総室（三戸地方保健所）健康増進課）

令和元年度は、圏域内に所在する青森県健康経営事業所、または健康宣言事業所を 66 か所訪問し、健康づくりの取り組み状況を把握しながら、他事業所の取り組み等を紹介。

また、働く人の健康づくり応援プログラム事業として、「栄養」「運動」「こころ」「喫煙」「口腔」の５分野において、講師派遣による健康教育等を実施。事業所への講師派遣は、地元の職能団体など５団体の協力と、保健所職員による７つのメニューで応援プログラムを作成し、希望事業所を募集し実施した。（１回無料）

令和 2 年度の新規取り組みとして、健康づくりに関する内容を含む事業所の魅力紹介レターを年２回発行。働く人の健康づくり応援プログラム事業の講師派遣や資料提供を活用した３事業所の活用状況と活用後の事業所内の取り組み内容を掲載した。事業所の魅力紹介レターは、事業所間の情報共有だけでなく、高校・大学生向けにも発信することで地元就職の雇用促進につながるよう、事業所のメリットを創出するという視点を考えた。

【健康経営】

（取組例を挿入予定）

【PFS,SIB を活用した取組】

（取組例を挿入予定）

ウ．地方公共団体の取組状況調査より（大分県、宮崎県、秋田県の取組）

健康寿命が延伸している都道府県における具体的な取組内容を把握するとともに、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実態や課題を明らかにすることを目的に、補足的にヒアリング調査を実施した。大分県、宮崎県、秋田県の取組を紹介する。

大分県：市町村の実態を見える化･県全体で目指すは健康寿命日本一

● **県として共通の目標のもとで各部局や多様な主体が健康施策に関与できる環境を構築**

- 県全体の目標として「健康寿命日本一」を掲げることで、各部局が同じ目標に向かって取り組むとともに、多様な主体による県民総ぐるみの活動を推進した。（健康寿命日本一大分おおいた創造会議、健康寿命日本一おうえん企業）
- 分析の結果、「75歳以上」「50代前後」に課題があった。働く世代の無関心層をターゲットにした健康アプリを活用し、市町村や他部局のウオーキングや観光イベント等と連動させ、自然と運動や社会参加活動に結びつけやすい環境をつくった。
- また、健康経営の登録・認定制度を活用し、職場ぐるみの健康づくりを推進した。



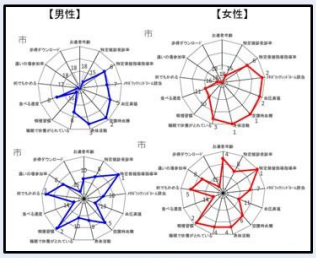


● **各保健所圏域で地域の健康課題にアプローチ**

- 県独自で大規模実態調査を実施し、地域ごとの健康課題に応じた取組ができるよう県の予算を確保した。
- 県と保健所、保健所と市町村で協議しながら、各保健所圏域で健康増進計画を作成し、方向性を擦り合わせている。

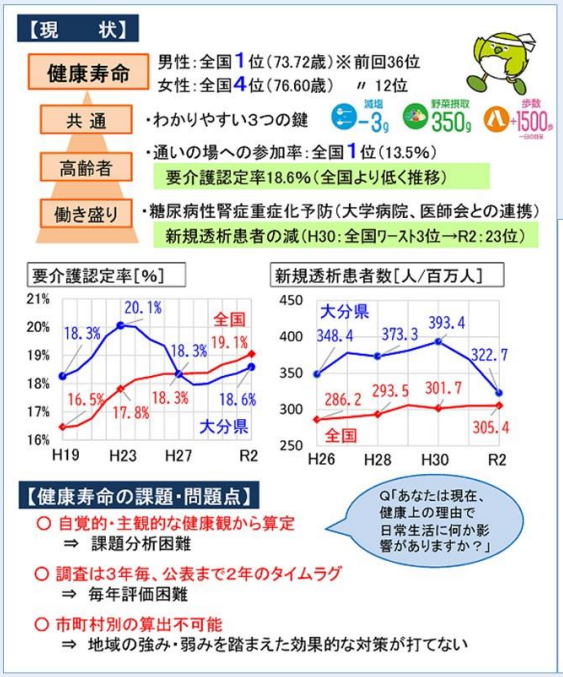
● **県独自の指標を設定することで市町村に毎年データを還元**

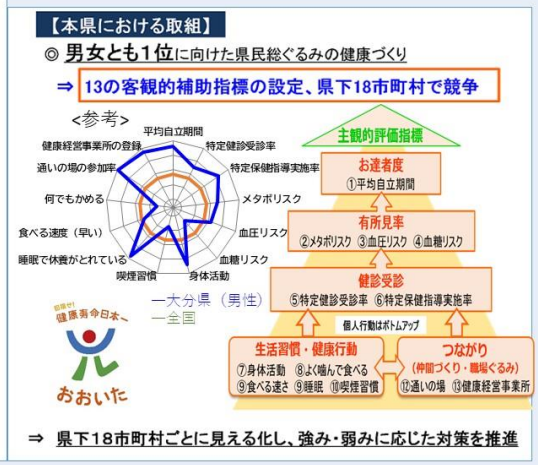
- 今後、取組をさらに深化させるため、毎年把握可能なデータから独自の13指標で市町村ごとにデータを作成・還元することで実態に合った取組につながる仕組みを構築した。
- 会議体で市町村の工夫を横展開することで市町村の取組を促している（健康寿命延伸アクション部会）。



出典：（図）大分県提供資料をもとに作成　（イラスト）大分県ホームページより引用

新たな評価体系を構築、市町村単位で地域の状況をスコア化





出典：大分県提供資料より抜粋

宮崎県：隣接県・地域との連携により健康寿命延伸の取組を啓発

- **データや中間評価を通して取り組む方向性を決定**
  - 県として循環器疾患や糖尿病、肥満の予防が課題である。背景の要因を分析したうえで、野菜摂取量の増加（1日プラス100g「ベジ活」）や歩数の増加（1日プラス1,000歩「プラス10分の身体活動」）に取り組むことにした。また、中間評価時の分析で、食塩摂取量が統計上増加していたことから、減塩の取組（食塩を1日マイナス2g「へらしお」）を強化した。具体的には、世代別に食塩摂取の特徴をグラフ等で見える化し、分かりやすく示したリーフレットを作成。各保健所が中心となって普及啓発を行った。
  - 生活習慣病予防は、特に働く世代への取組が重要だと考え、健康経営を支援している。県内企業に対して健康経営の普及啓発を積極的に行う企業を「健康経営サポート企業」として登録するほか、協会けんぽ宮崎支部と連携し、県保健所が調整役となって、健康宣言事業所に個別支援を行っている。また、従業員やその家族の健康づくりに取り組む企業の知事表彰を行っている。

- **隣接県（大分県）や地域全体（九州・山口各県）との取組**
  - 過去、近隣県の大分県と健康寿命日本一を競い合った取組を実施した。現在は九州地方知事会・九州地域戦略会議において、「健康寿命延伸対策プロジェクト」を実施（宮崎県がプロジェクトリーダー）。令和３年度は、各県対抗で歩数を競う「九州・山口チャレンジウォーク」を開催。今後も連携した取組を継続し、九州・山口各県で競い合いながら、全体の健康寿命の更なる延伸に繋げる。

- **健康寿命の都道府県順位が一時下がったことをばねに、危機感を共有することで気運を醸成**
  - 平成27年度に「宮崎県健康長寿社会づくり推進本部（県庁内）」、「宮崎県健康長寿社会づくり推進会議（団体）」を設置。過去に健康寿命の都道府県順位が下がった時には、関係部局・団体等と結果を共有し、全県的な健康寿命延伸に向けた取組の気運を醸成した。



出典：宮崎県健康長寿サポートサイトより引用

食事や運動への取組をキャッチーな表現で啓発



出典：宮崎県提供資料より抜粋　「めざせ！健康長寿日本一」パンフレット

秋田県：健康づくりを県民運動として推進する取組を実施

- **生活習慣の改善に向けて地道に活動を継続**
  - がんや脳血管疾患の死亡率の高さが課題である。統計データから要因を分析した結果、「減塩」や「プラス野菜・果物」、喫煙率の低減など生活習慣の改善に継続して取り組んできた。
  - 独自に食塩や野菜・果物の使用量の基準を示し、飲食店のメニューを認証することで健康的な食環境の整備を推進している。働き盛り世代の生活習慣の改善を重点課題と考えており、県独自で健康経営優良法人の認定を行うなど、健康経営の推進に取り組んでいる。

- **県民総ぐるみで健康づくり運動を展開するための体制を構築**
  - 健康づくりを県民運動として展開するための基本計画となる「健康秋田いきいきアクションプラン」を策定。また、県民運動の推進母体として、医師会や広域連合等保険者、民間企業、市町村などが参画している「秋田県健康づくり県民運動推進協議会」を発足し、県民への健康づくりの普及に取り組んでいる。
  - 全市町村に協議会に参加してもらうことで、県としての方向性を市町村と共有しながら取組を推進する体制を構築している。

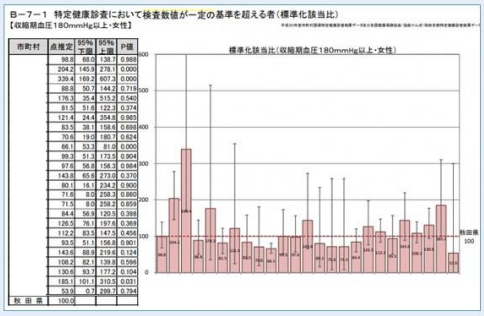


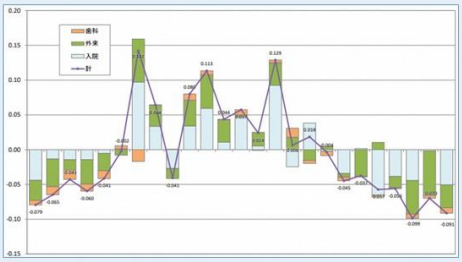


出典：秋田県提供資料より抜粋

- **国保以外も含め、保険者横断的に県民の健康課題を分析**
  - 各保険者（国保データ、協会けんぽ、後期高齢者医療広域連合）からレセプト・健診データを毎年収集し、市町村単位でデータを分析している（「秋田県健康づくり支援資料集」）。市町村の健康課題の見える化ができている。
  - 保険者のデータを合わせることで、疾病別の医療費や受診率の地域差を算出している（特に医療費については県民人口の約75%をカバーしている）。
  - 外部委託により集計のプログラムを開発し、県の担当者が解析できる体制になっている。

保険者横断的なデータで市町村単位の地域差を分析





出典：秋田県公式サイトより引用　「秋田県健康づくり支援資料集」
（平成30年度特定健康診査データ等集計・分析結果）

独自の基準を示して健康的な食事をわかりやすく普及

出典：秋田県公式サイトより引用
「秋田スタイル健康な食事」リーフレット





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を評価するとともに、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）

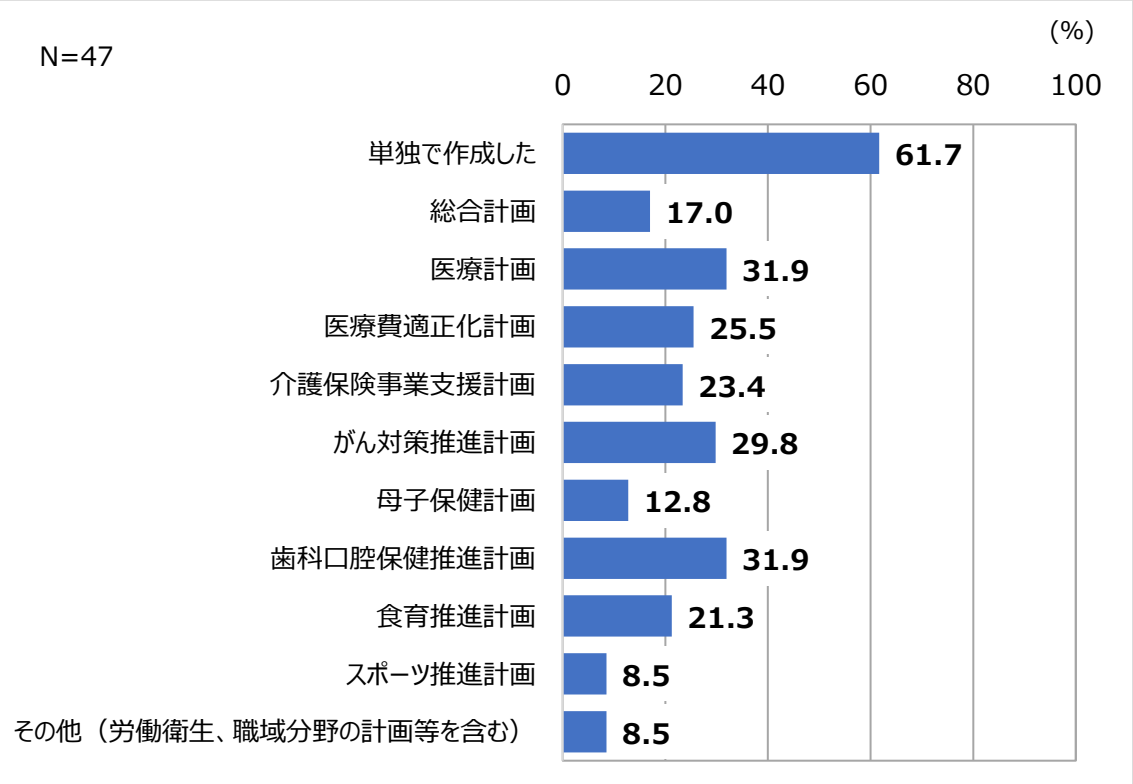
表 4：自治体における健康増進計画策定状況（健康日本 21 最終評価）

	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。

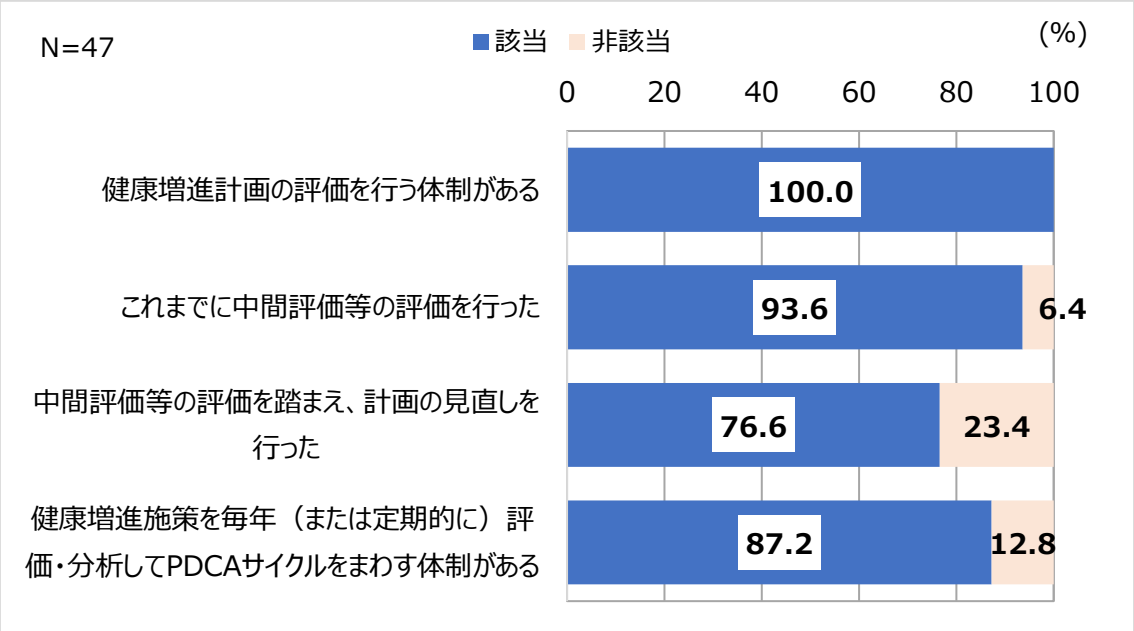
図 1：健康増進計画と一体的に作成した計画（都道府県）



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。

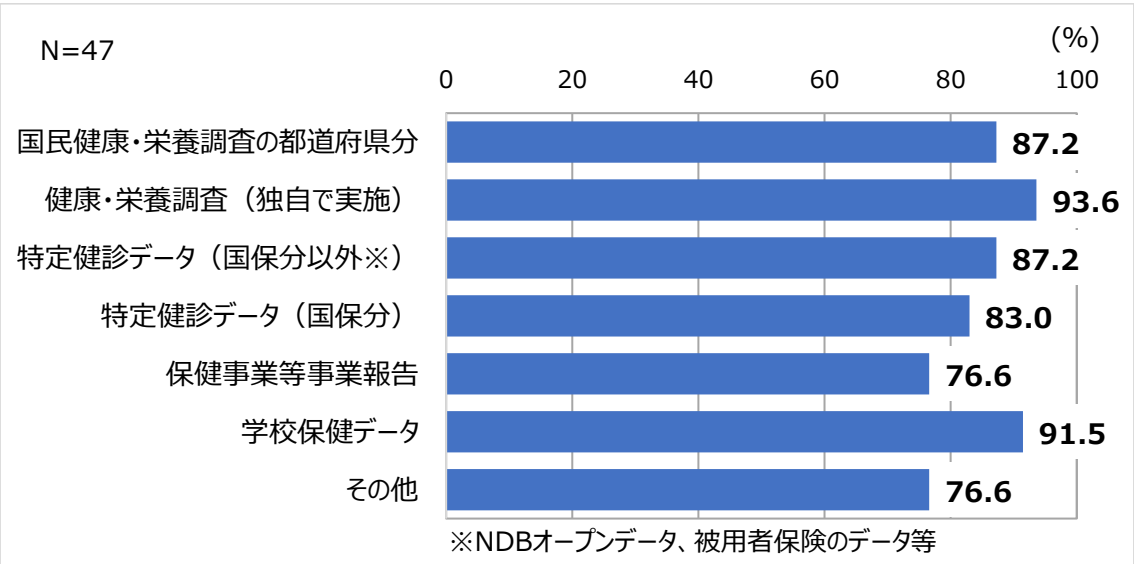
また、健康増進施策を毎年（または定期的に）評価・分析して PDCA サイクルをまわす体制があると回答した割合は 87.2%であった。

図 2：健康増進計画の策定と評価の状況（都道府県）



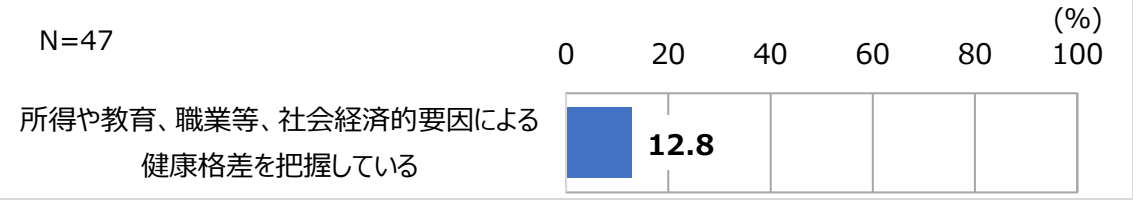
健康増進計画の策定・評価に用いているデータについて、健康・栄養調査（独自で実施）と回答した割合は 93.6%と最も大きく、次いで学校保健データと回答した割合が 91.5%、国民健康・栄養調査の都道府県分、また特定健診データ（国保分以外※）と回答した割合が 87.2%であった。

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）



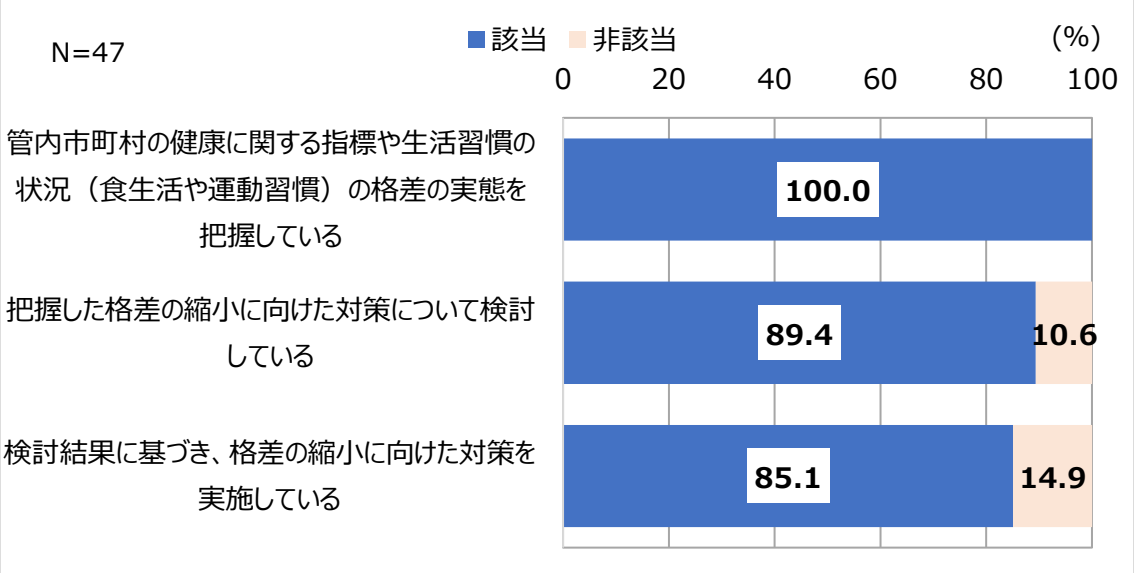
所得や教育、職業等、社会経済的要因による健康格差を把握していると回答した割合は 12.8%であった。

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。

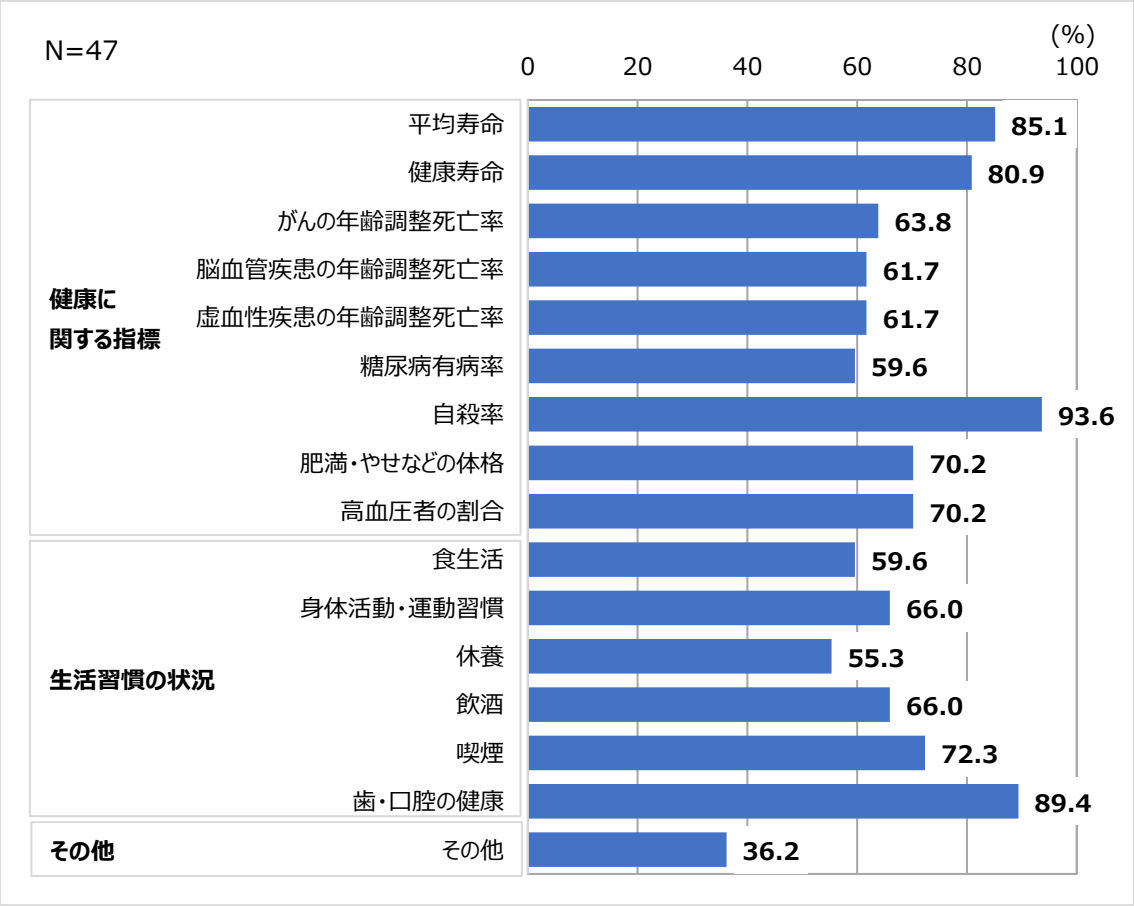
図 5：参考　健康格差の把握と対応の状況（都道府県）



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。

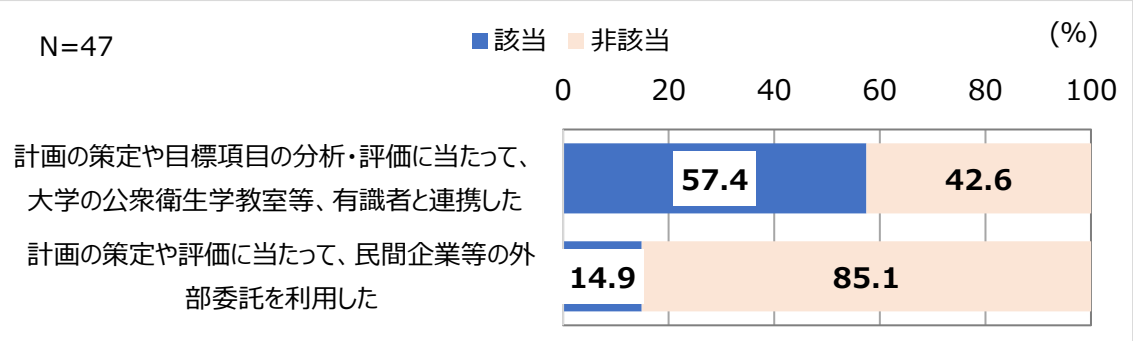
図 6：参考　健康格差について把握している指標（都道府県）



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）

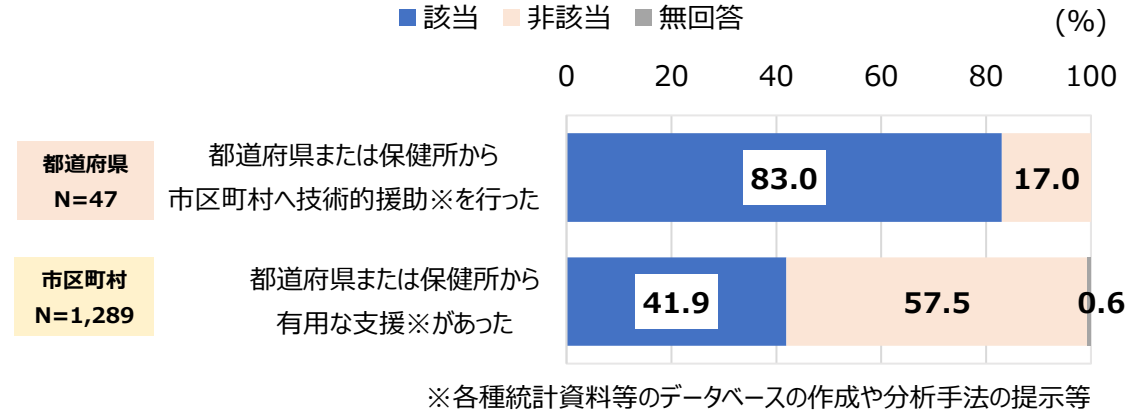
健康増進計画の策定と評価のための外部連携の状況について、計画の策定や目標項目の分析・評価に当たって、大学の公衆衛生学教室等、有識者と連携したと回答した割合は 57.4%、計画の策定や評価に当たって、民間企業等の外部委託を利用したと回答した割合は 14.9%であった。

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



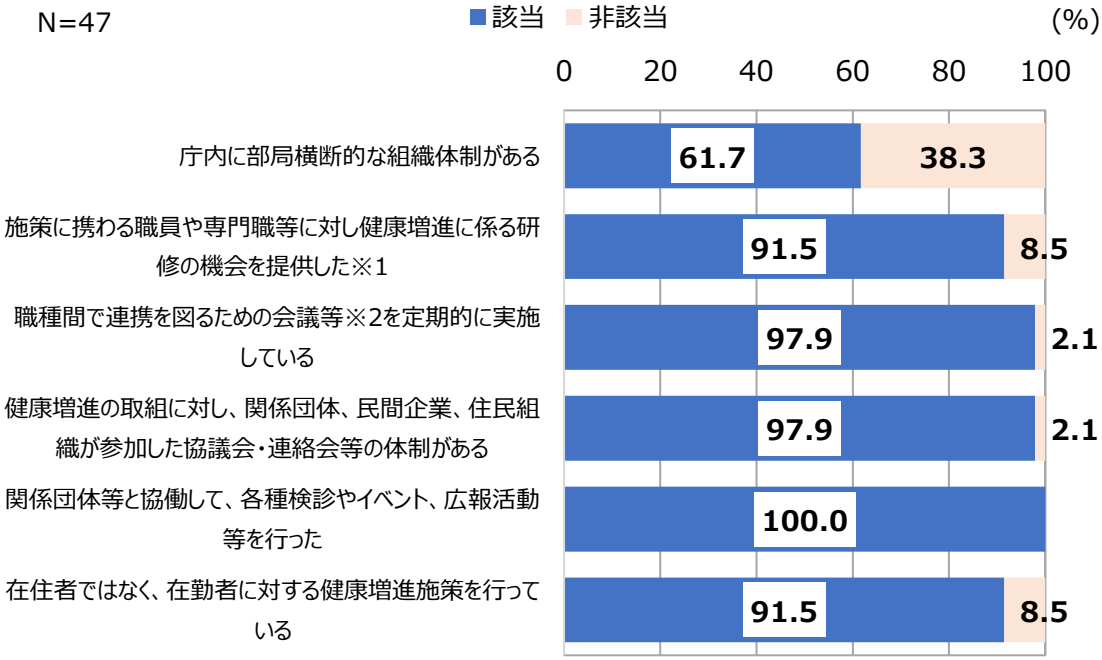
（２）健康増進施策の取組状況

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に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回答した割合は 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）

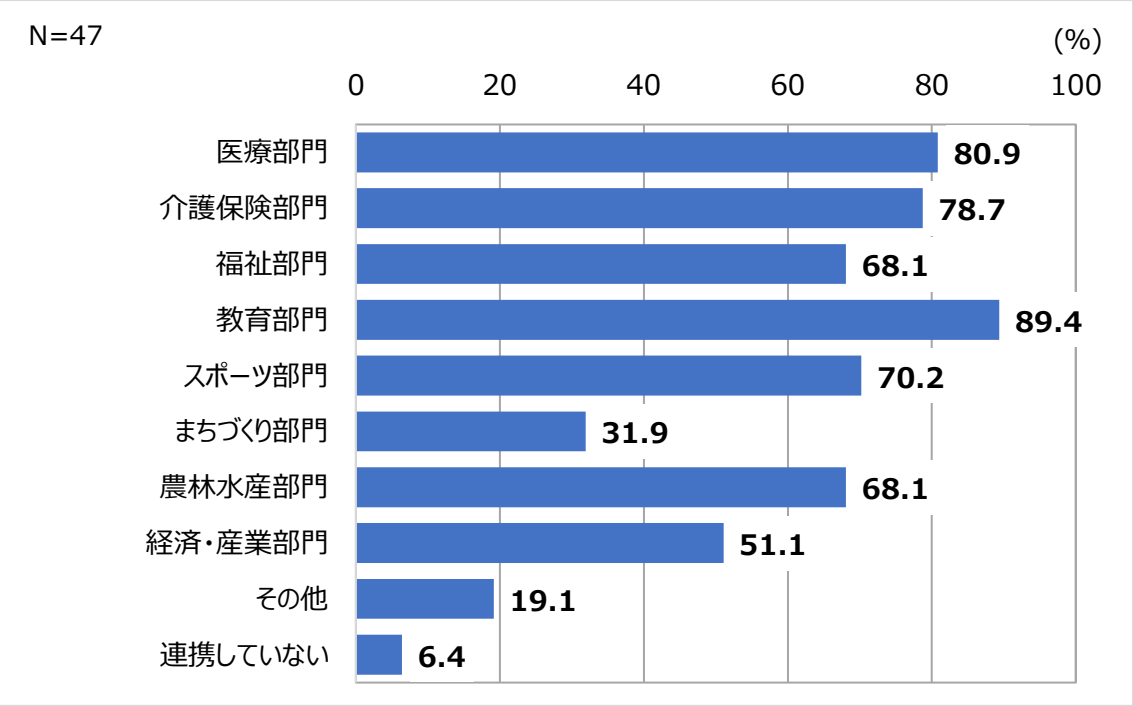


※1　会議の機会に講演・グループワークを行うなども含む

※2　地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等

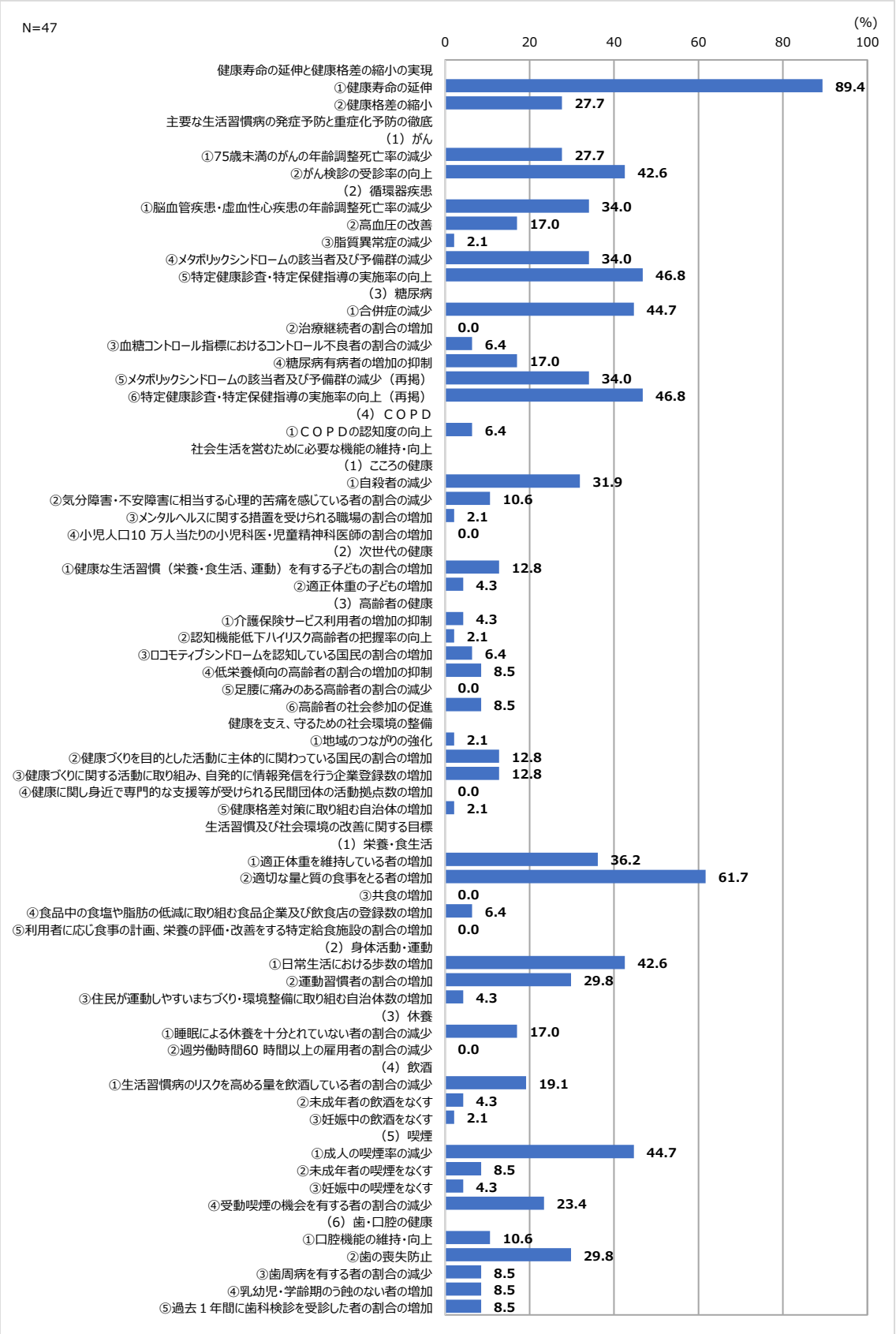
庁内で連携して施策を行った部門について、教育部門と回答した割合が 89.4%と最も大きく、次いで医療部門と回答した割合が 80.9%、介護保険部門と回答した割合が 78.7%であった。

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。

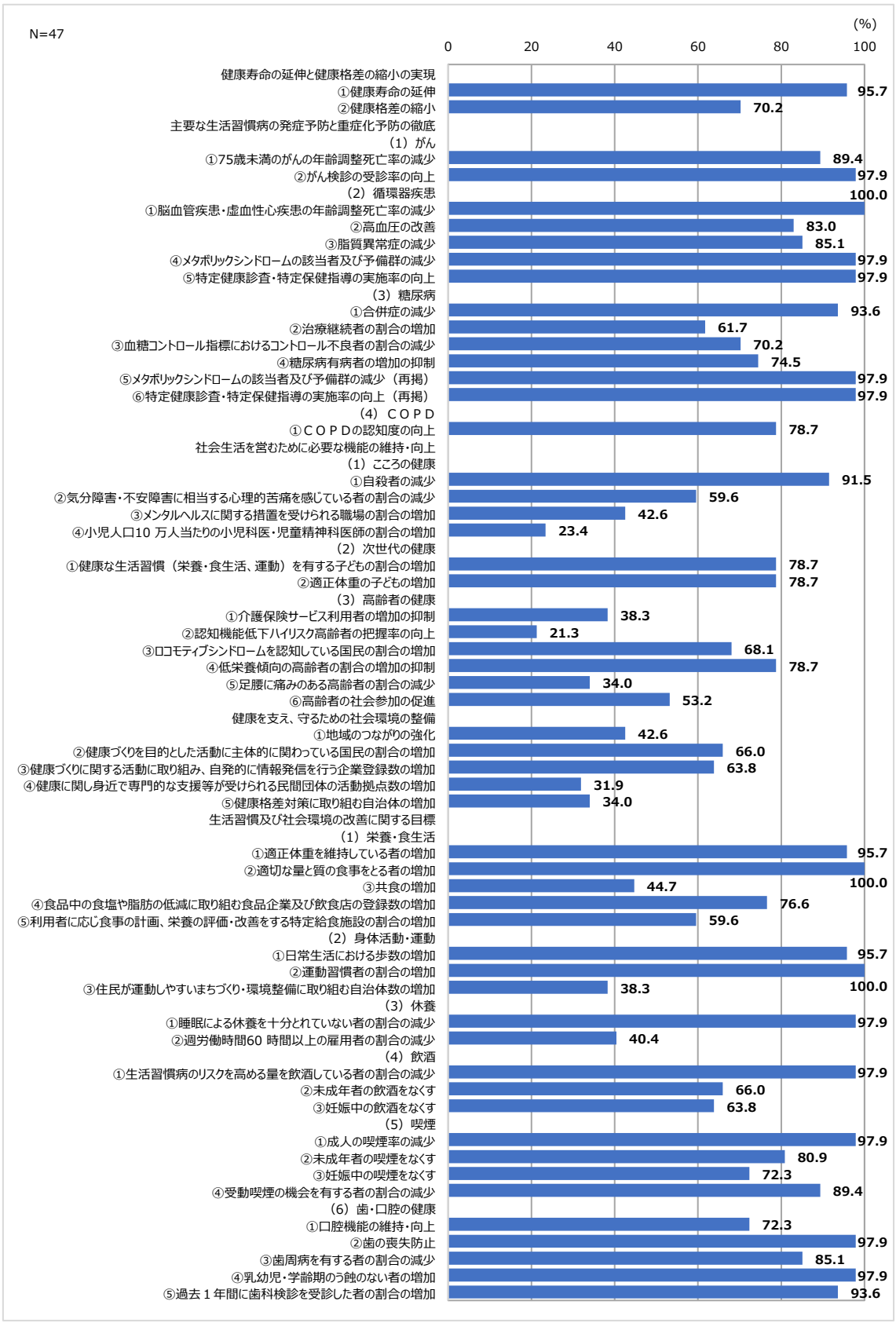
図 11：計画策定において重要だと考えた項目（最大 10 項目まで）（都道府県）



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。

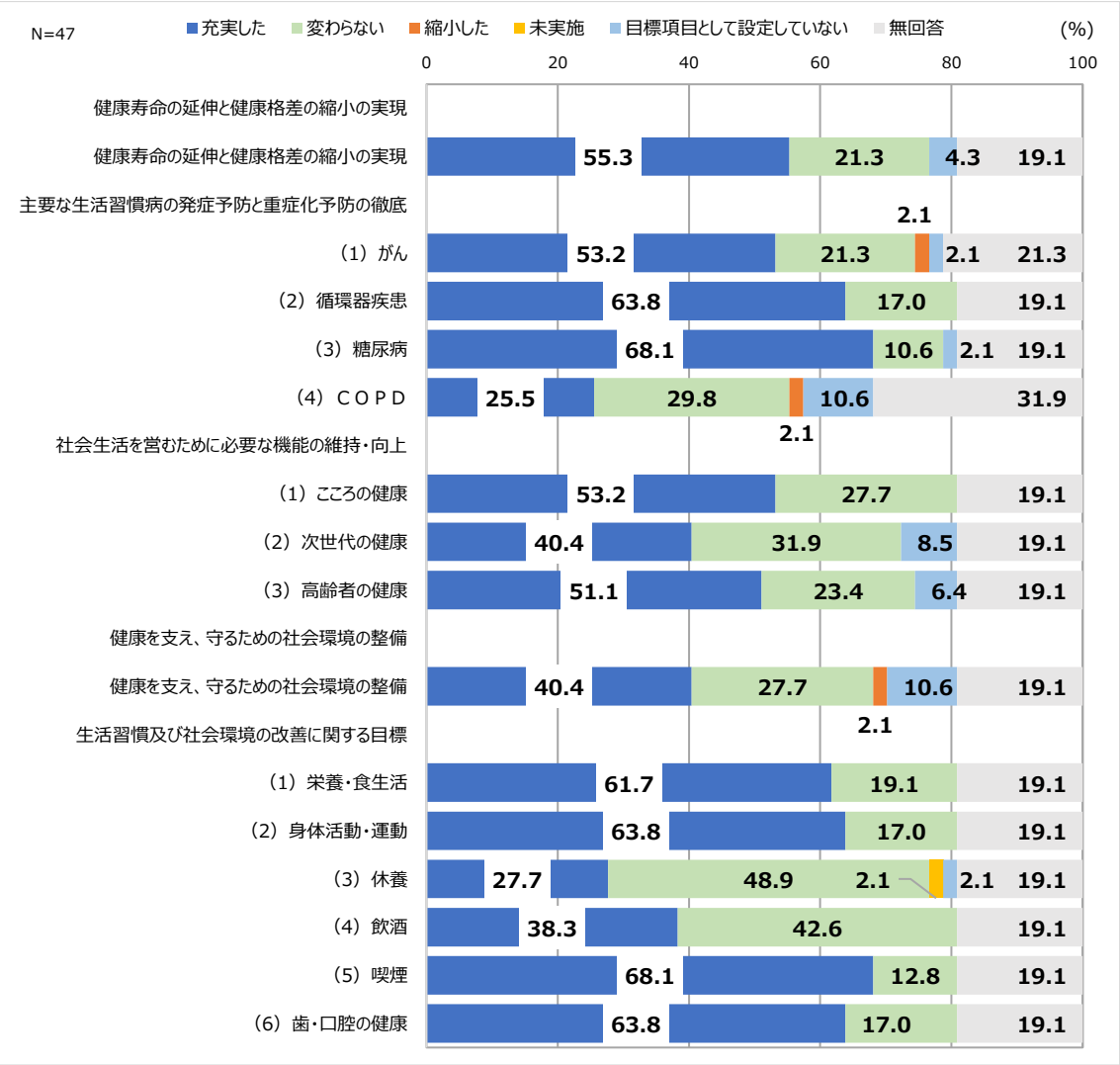
図 12：健康増進計画の目標として設定した項目（都道府県）



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）



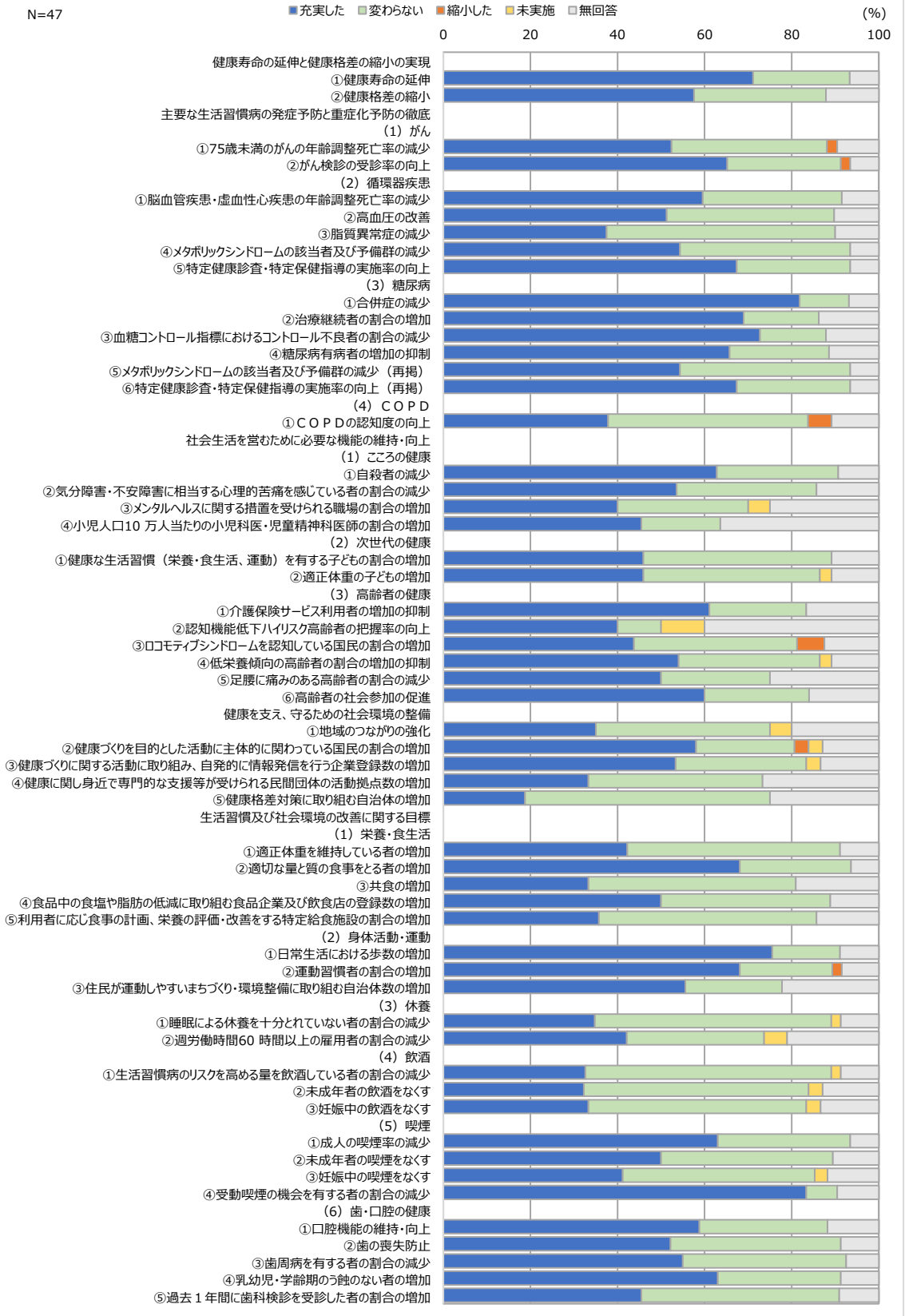
目標項目ごとの取組状況について、各項目を目標に設定した都道府県のうち、充実したと回答した割合が高かったのは、受動喫煙の機会を有する者の割合の減少（83.3%）、（糖尿病の）合併症の減少（81.8%）、日常生活における歩数の増加（75.6%）であった。

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
	充実した	変わらない	縮小した	未実施	無回答	母数
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・受診勧奨当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、認知症サポート医の増加

「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、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 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

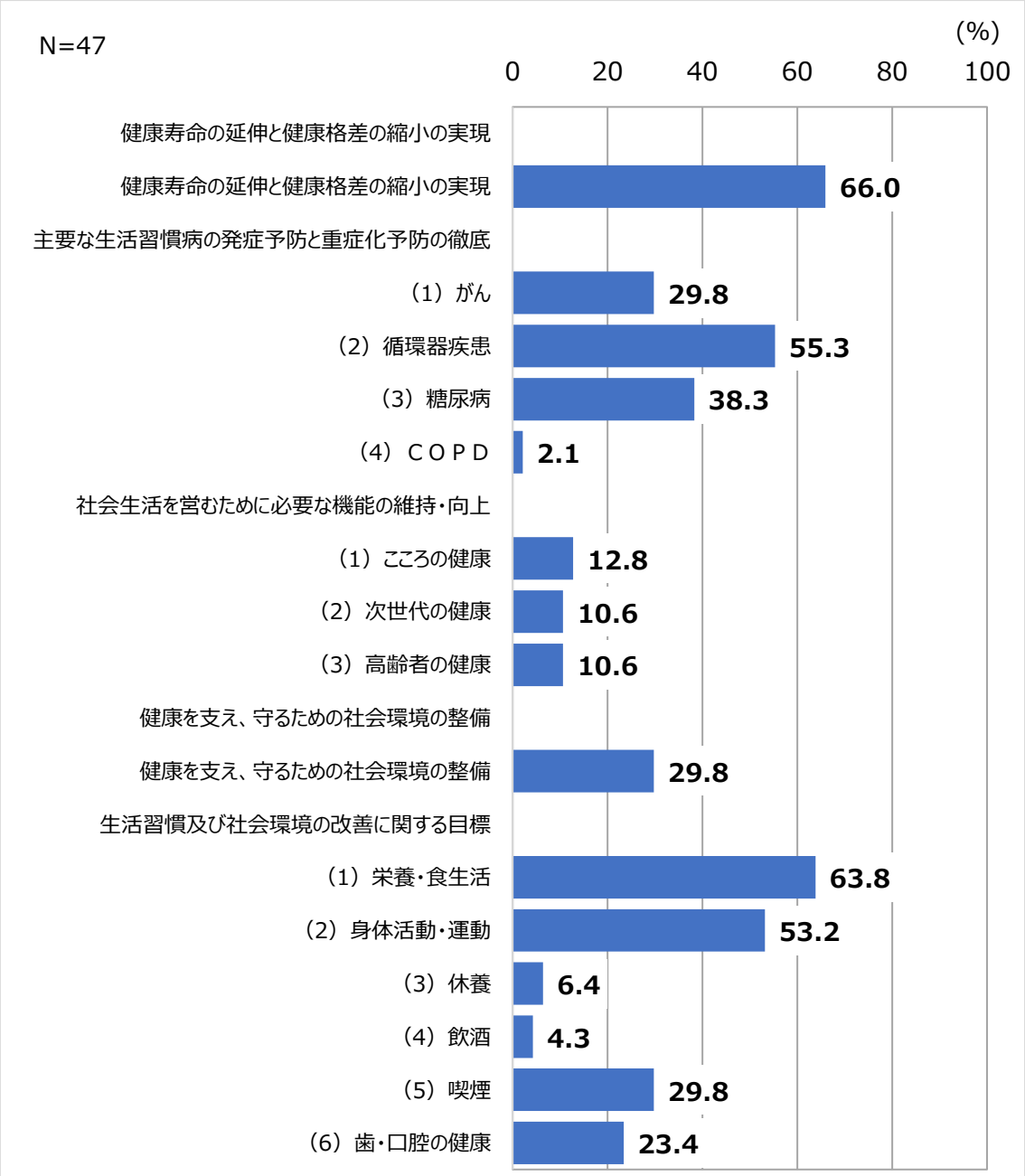
健康日本 21（第二次）の目標項目以外に、「働き盛り世代・職域への取組」「庁内で連携した取組」「大学と連携した取組」等が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた。

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	• 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	• 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	• 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	• 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という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	• **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ことが必要である。
無関心層の行動変容	• **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かねないと感じた。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	• **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	• 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	• **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、有効に活用しきれていない**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	• 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ったため、**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	• 地域における課題の優先度や担当者の経験値、視点等、様々な要因により、**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、**担当者が変わるご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重要だと感じた。

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	• 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**にできるようしていただきたい。 • 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**を作っていただきたい。
取組のエビデンス・事例の提供	• **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	• **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	• 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	• **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	• 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	**●行政** • **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** • 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** • 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	• 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	• **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**て行くことが必要である。 • **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	• 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	• **新型コロナウィ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	• 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みを一体化**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、**ビック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%）

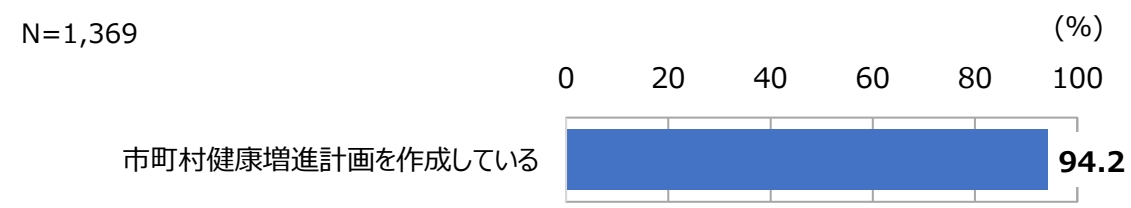
表 16：自治体における健康増進計画策定状況（健康日本 21 最終評価）

	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２１」最終評価（平成 23 年 10 月　健康日本２１評価作業チーム）

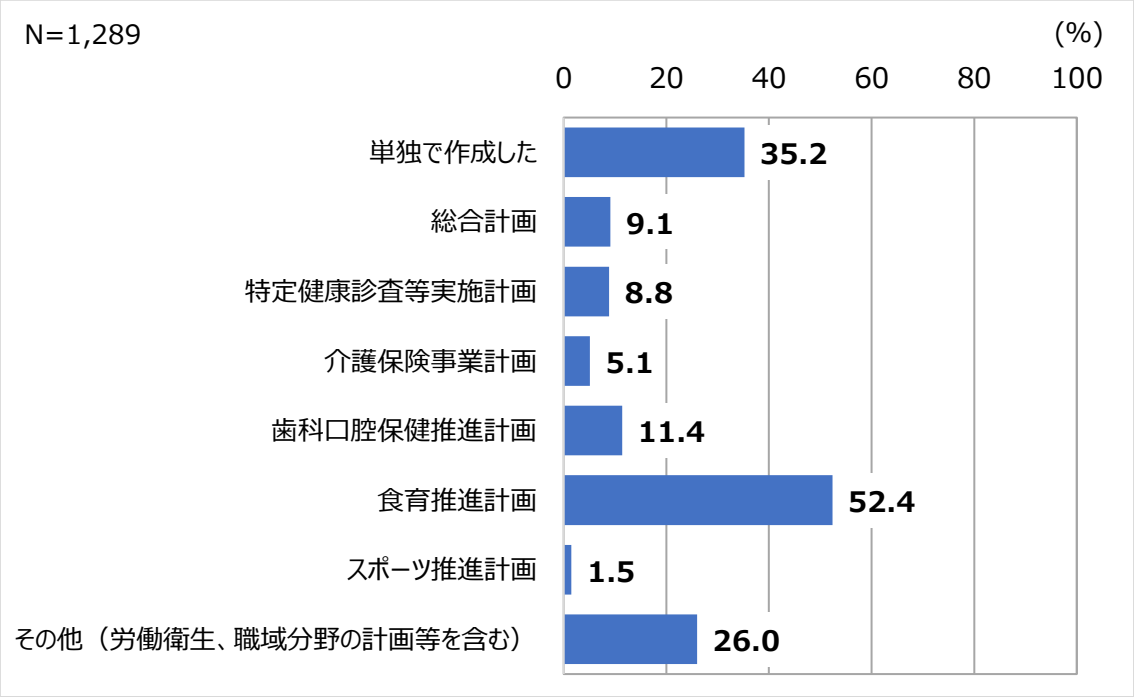
調査に回答した 1,369 市区町村のうち、市町村健康増進計画を作成していると回答した割合は 94.2%であった。

図 16：健康増進計画の策定状況（市区町村）

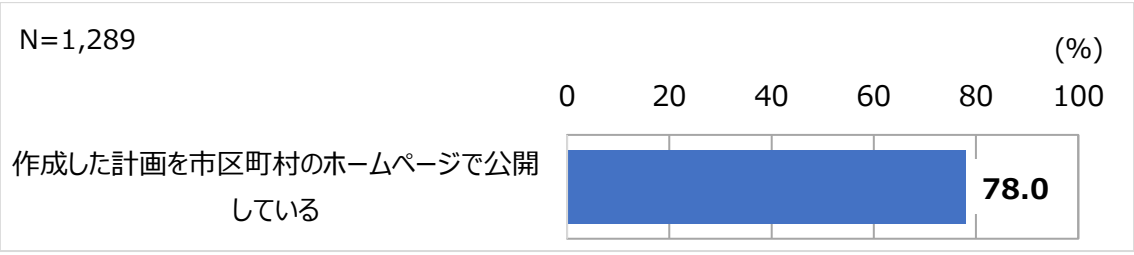


市町村健康増進計画を作成していると回答した 1,289 市区町村のうち、健康増進計画と一体的に作成した計画について、食育推進計画と回答した割合が 52.4%と最も大きかった。単独で作成したと回答した割合は 35.2%であった。

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。

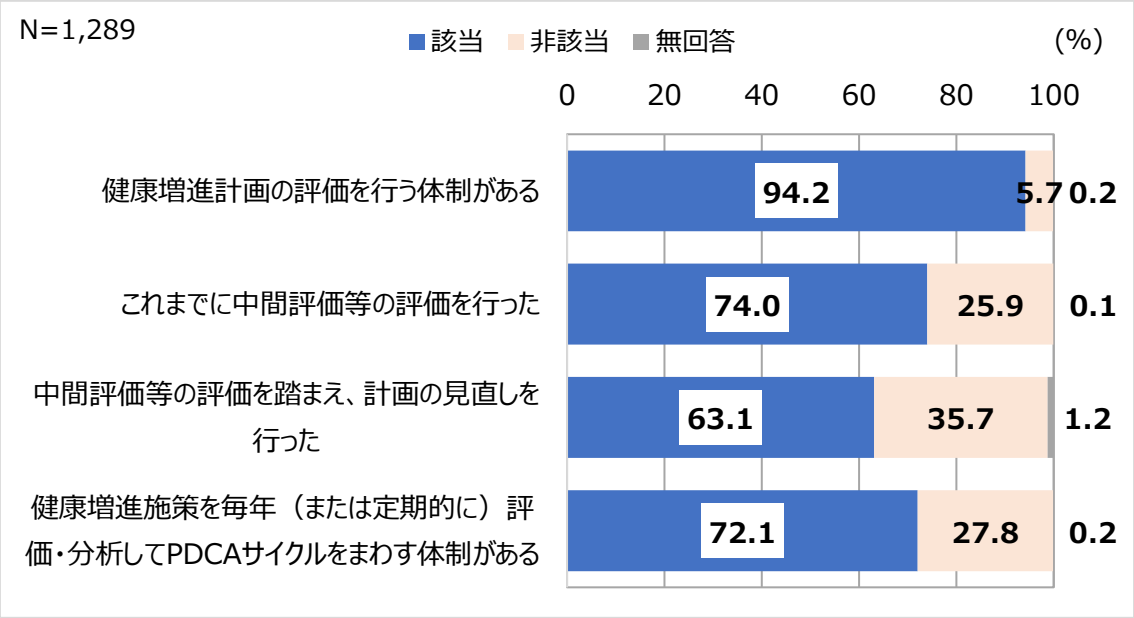
また、健康増進施策を毎年（または定期的に）評価・分析して PDCA サイクルをまわす体制があると回答した割合は 72.1%であった。

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）

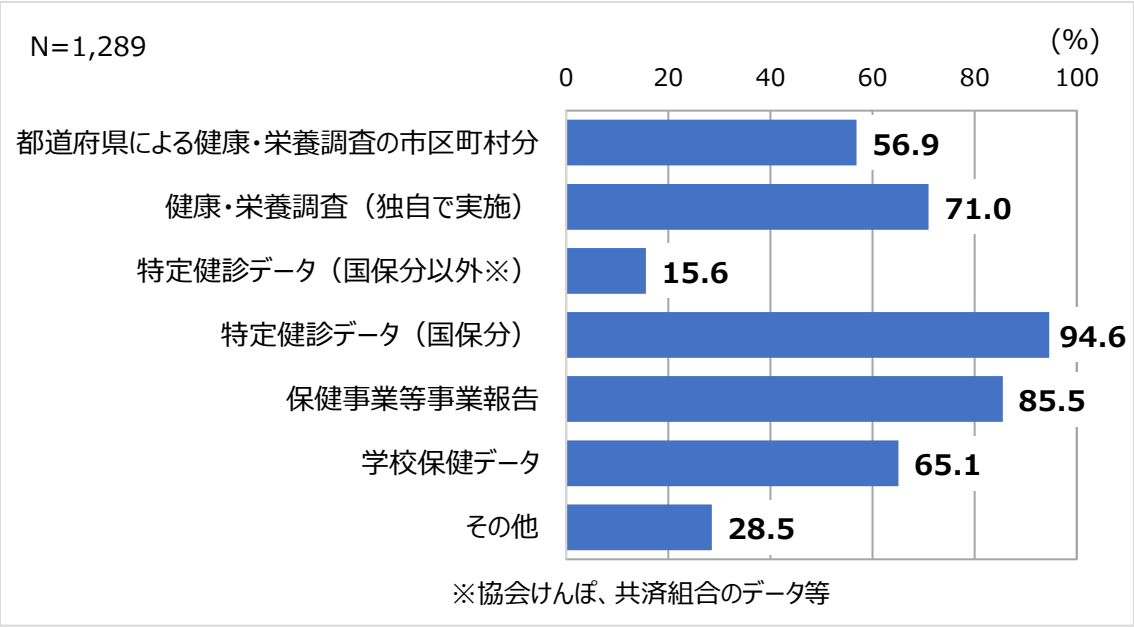
主な意見	内容の例
マンパワーが不足しているため（優先度が低い）	• 人の入れ替わりにより、組織体制づくりや住民サービスの安定した提供を優先し、計画策定までの余力がなかったため。 • 調査分析等の人的、時間的余裕がないため策定できていない。 • 他の計画策定、事業実施のなか業務多忙かつ努力義務なため。 • 推進体制や予算等が確立されていないため。
他計画で代替しているため	• 町の総合計画の中に健康に関する記載もあるため。 • 他の計画と一体的に作成とまではいかないが、データヘルス計画や介護保険事業計画等、健康増進に関わる部分が盛り込まれている計画もあり、マンパワー的にも健康増進計画を作成することが難しいため。 • 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えているため。
今後策定する予定	• 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）



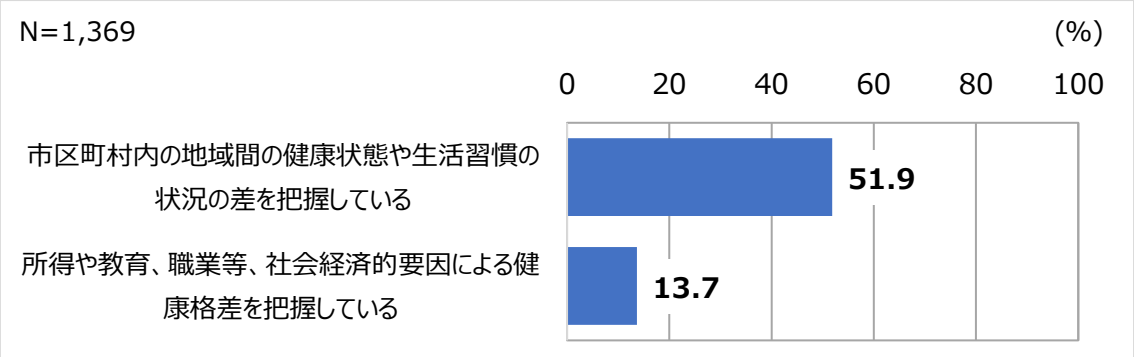
健康増進計画の策定・評価に用いているデータについて、特定健診データ（国保分）と回答した割合が 94.6%と最も大きく、次いで保健事業等事業報告と回答した割合が 85.5%、健康・栄養調査（独自で実施）と回答した割合が 71.0%であった。

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）



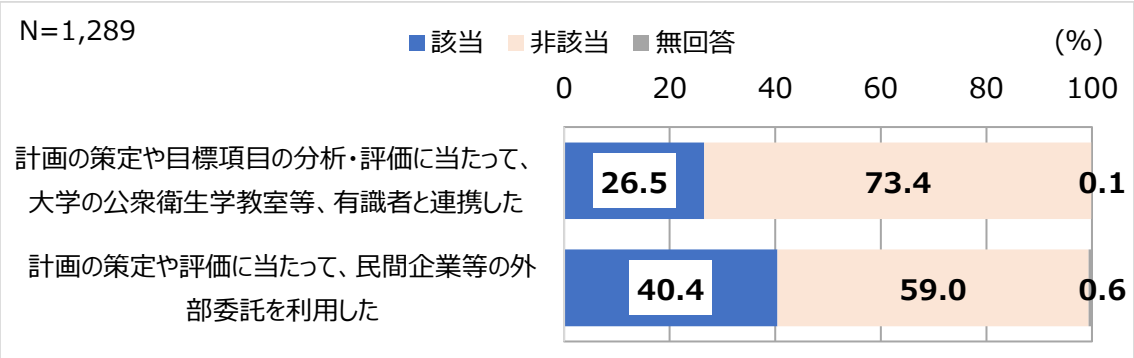
なお、調査に回答した 1,369 市区町村において、市区町村内の地域間の健康状態や生活習慣の状況の差を把握していると回答した割合は 51.9%、所得や教育、職業等、社会経済的要因による健康格差を把握していると回答した割合は 13.7%であった。

図 20：健康格差の把握（市区町村）



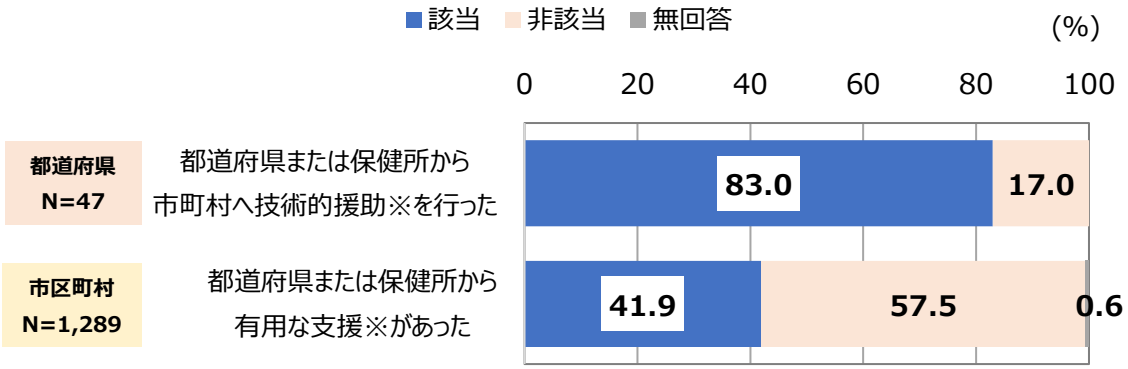
市町村健康増進計画を作成していると回答した 1,289 市区町村のうち、健康増進計画の策定と評価のための外部連携の状況について、計画の策定や目標項目の分析・評価に当たって、大学の公衆衛生学教室等、有識者と連携したと回答した割合は 26.5%、計画の策定や評価に当たって、民間企業等の外部委託を利用したと回答した割合は 40.4%であった。

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）

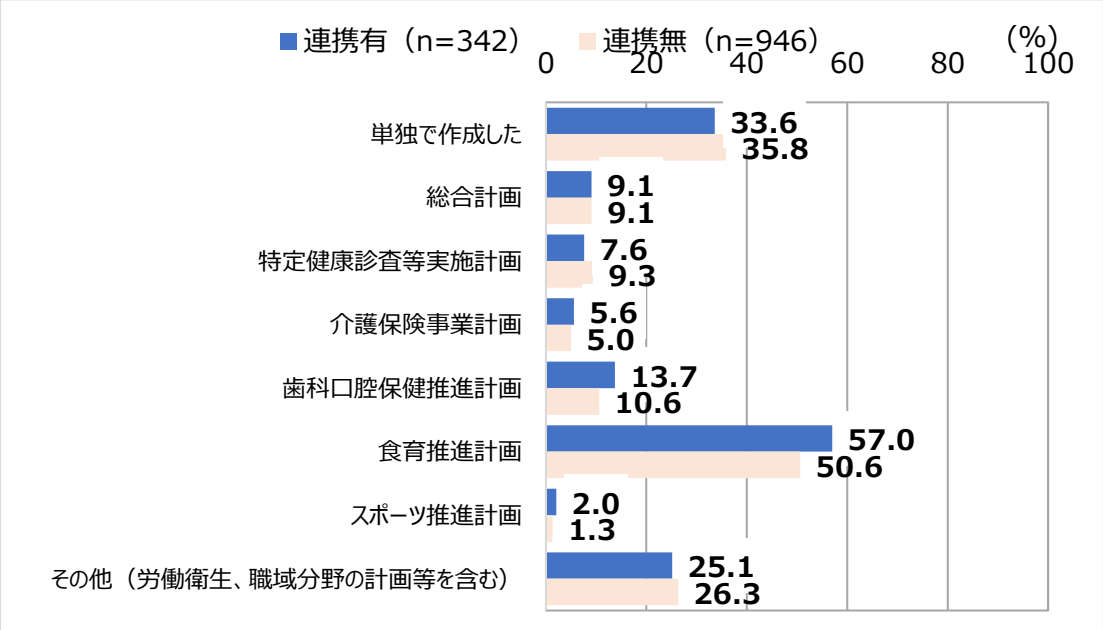


※各種統計資料等のデータベースの作成や分析手法の提示等

（参考集計）外部連携の状況別の計画策定状況、連携状況

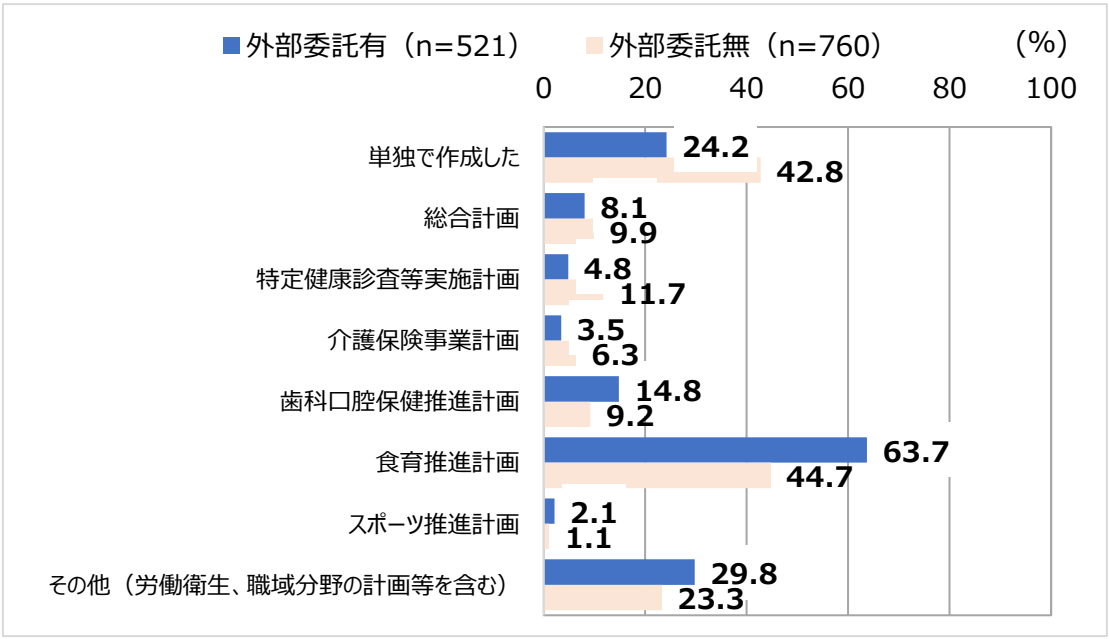
外部連携の状況について、有識者との連携の有無、外部委託の有無別に一体的に作成した計画を見ると、計画の策定や評価において有識者と連携した市区町村とそうでない市区町村間では、いずれの項目についても 10 ポイント未満の差であった。

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）



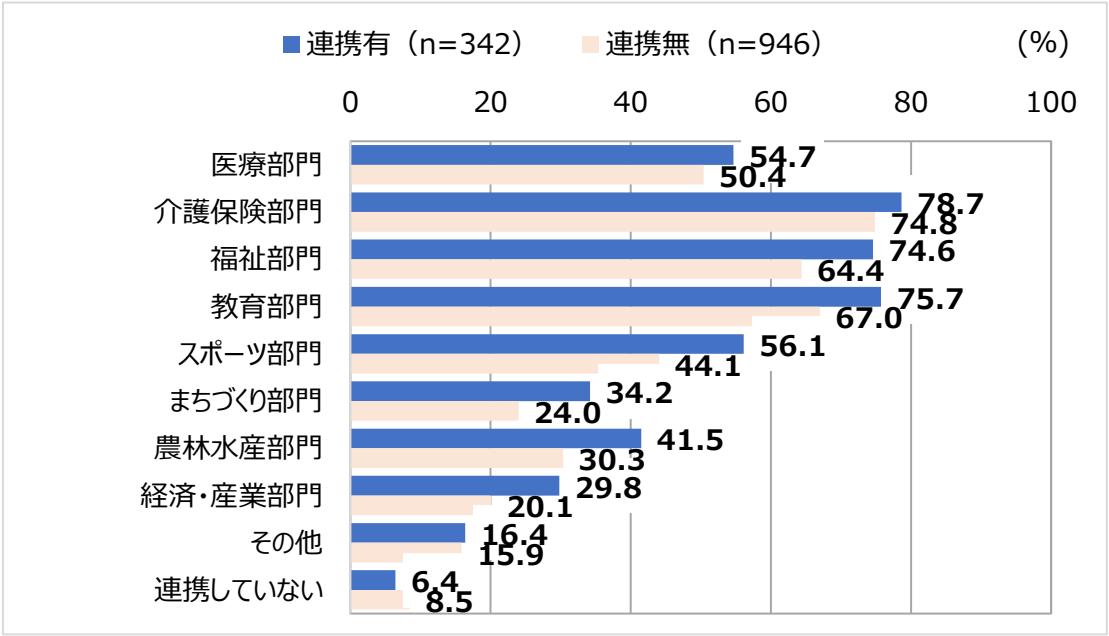
計画の策定や評価において外部委託を利用した市区町村は、計画を単独で作成したと回答した割合が 24.2%と、外部委託を利用していない市区町村の 42.8%に比べ、18.6 ポイント高かった。

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）



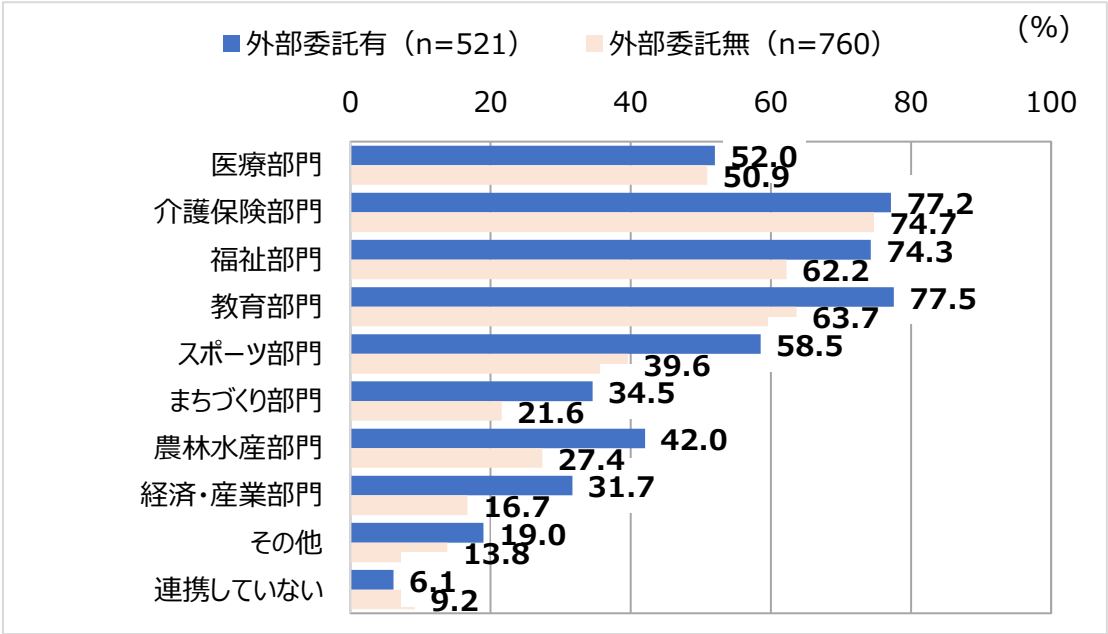
外部連携の状況について、有識者との連携の有無、庁内で連携して施策を行った部門を見ると、計画の策定や評価において有識者と連携した市区町村は、そうでない市区町村に比べ、福祉部門、スポーツ部門、まちづくり部門、農林水産部門と連携したと回答した割合が 10 ポイント以上高かった。

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）



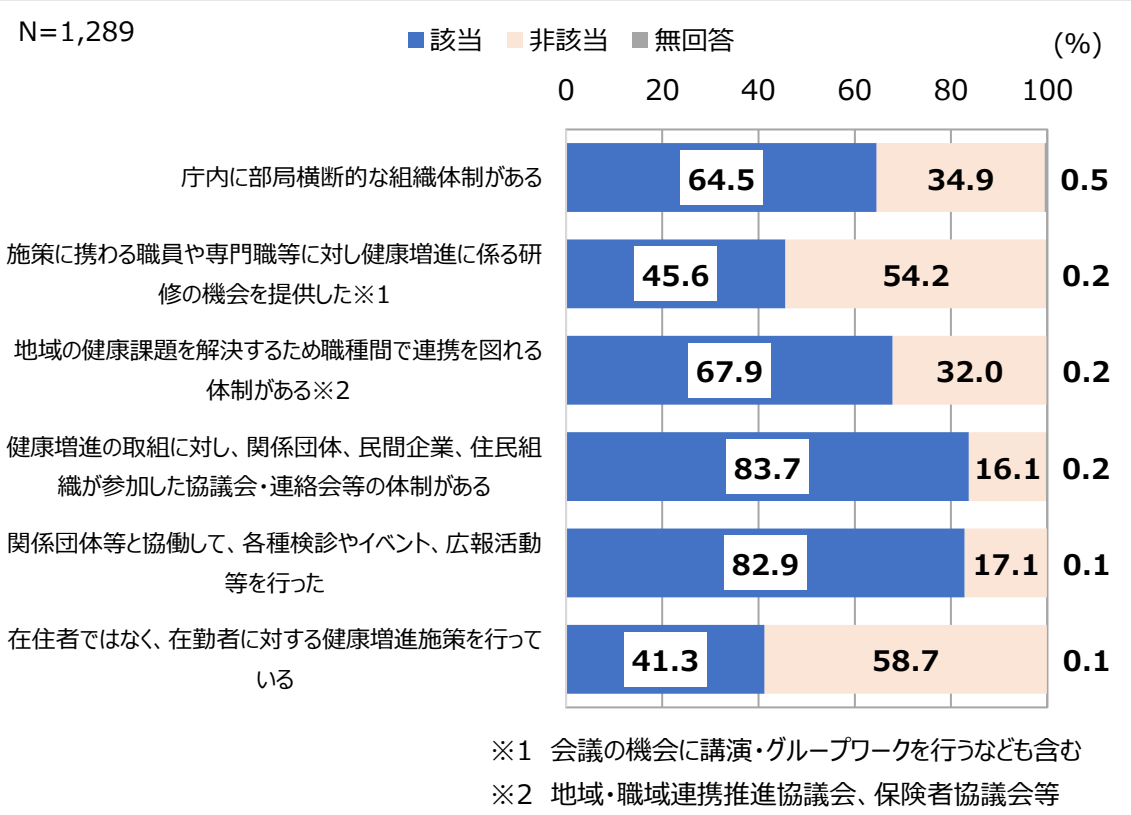
（２）健康増進施策の取組状況

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）



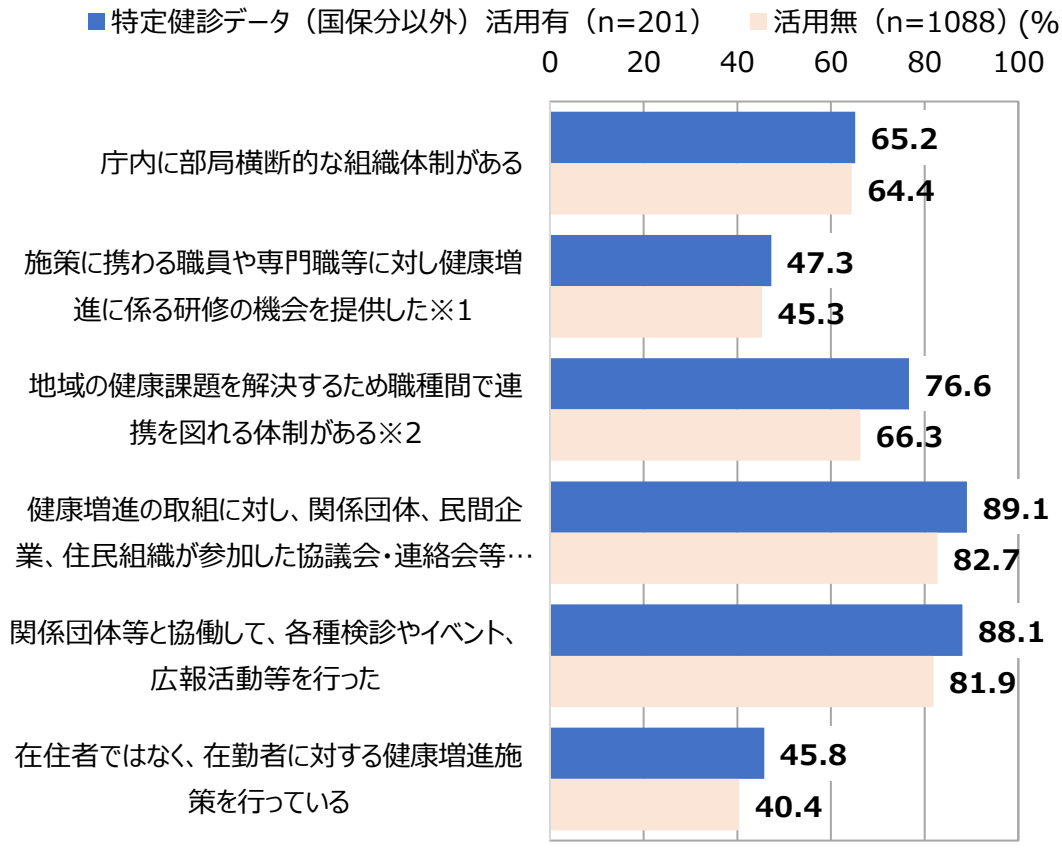
※1　会議の機会に講演・グループワークを行うなども含む

※2　地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等

（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）

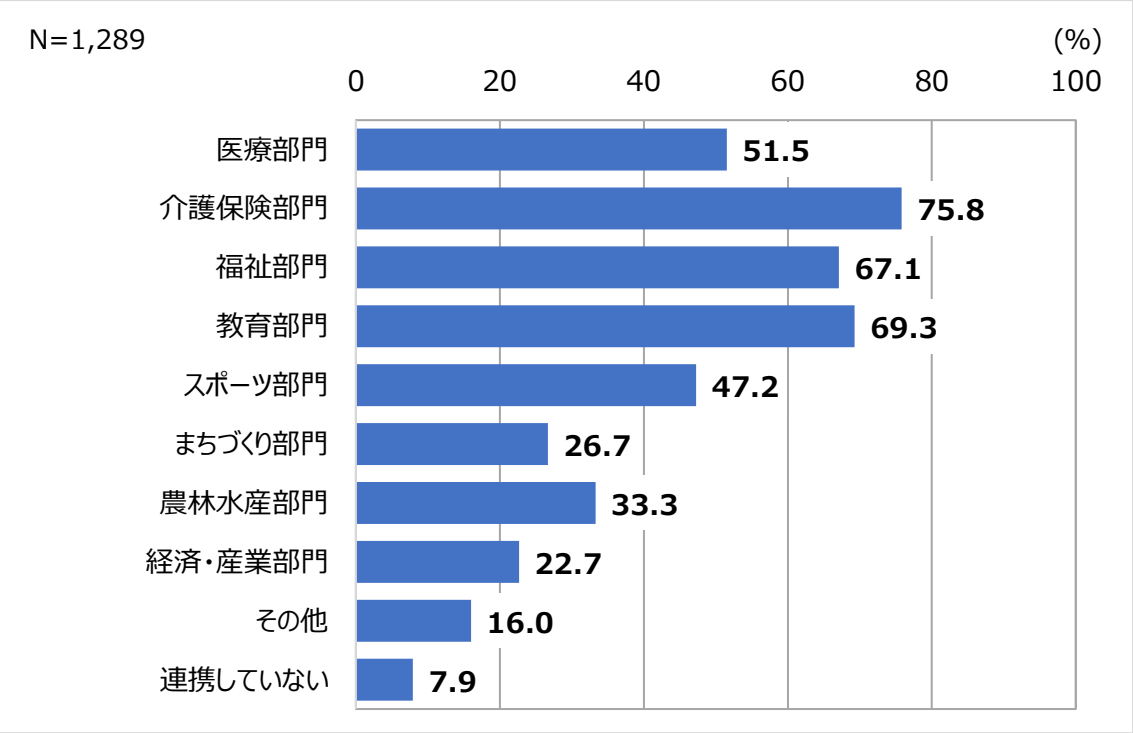


※1　会議の機会に講演・グループワークを行うなども含む

※2　地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等

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。

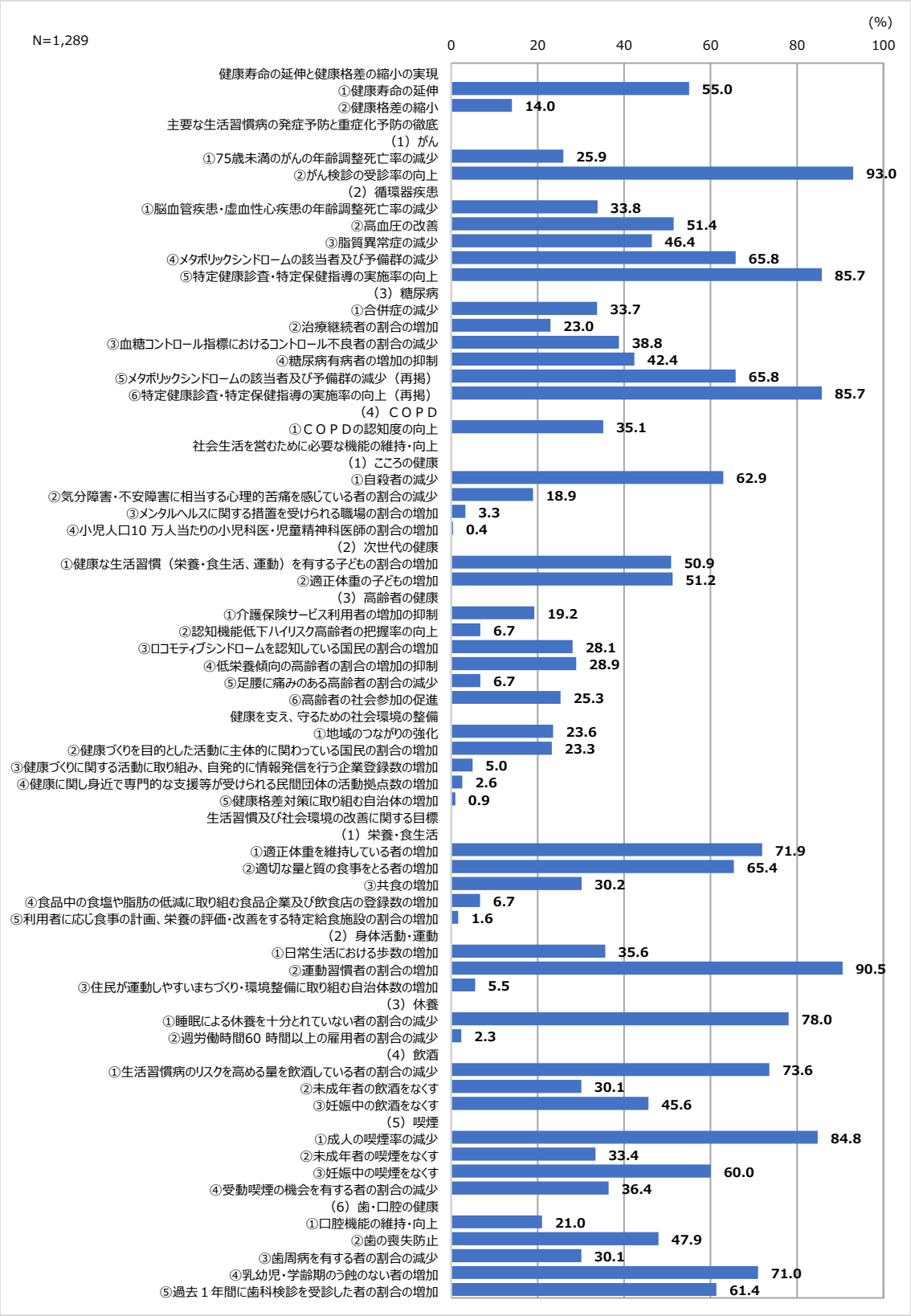
表 18：一体的に策定した計画別　庁内で連携して施策を行った部門（市区町村）

一体的に策定した計画	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

※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。

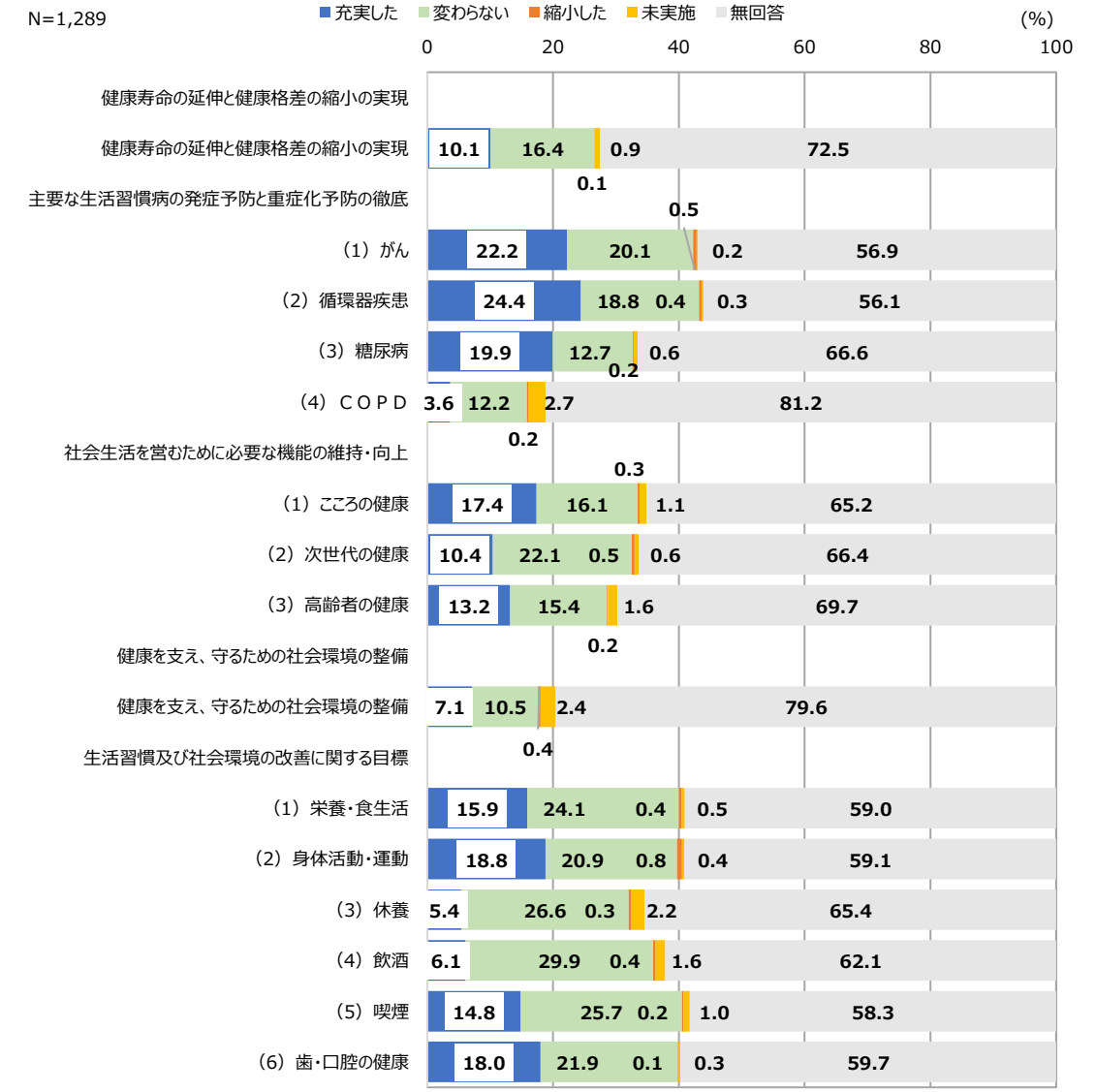
健康増進計画の目標として設定した項目について、８割以上で設定された項目は、がん検診の受診率の向上（93.0%）、運動習慣者の割合の増加（90.5%）、特定健康診査･特定保健指導の実施率の向上（85.7%）、成人の喫煙率の減少（84.8%）であった。

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）



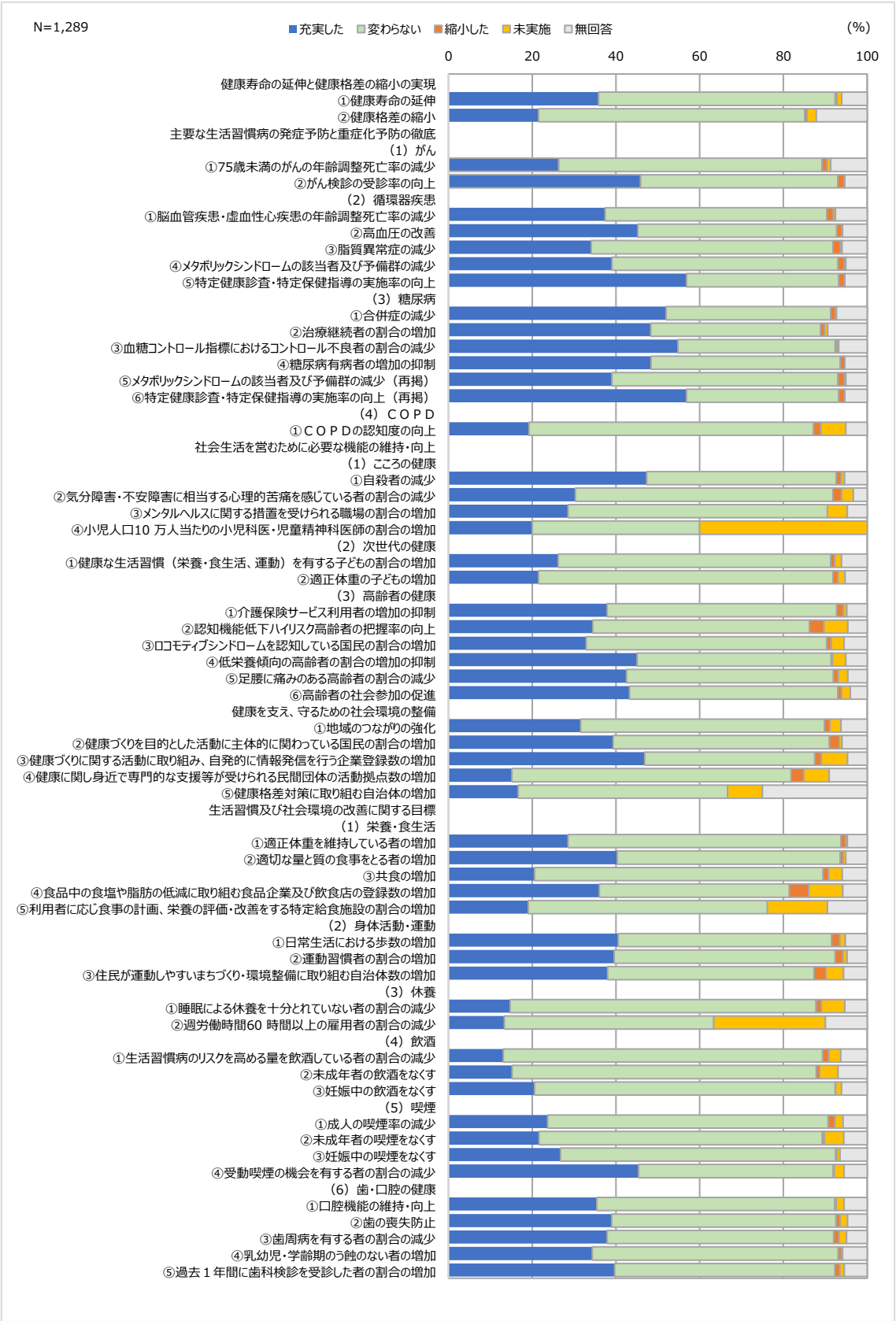
目標項目ごとの取組状況について、各項目を目標に設定した市区町村のうち、充実したと回答した割合が高かったのは、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（56.8%）、（糖尿病の）合併症の減少（52.0%）、血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（54.8%）であった。

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
	充実した	変わらない	縮小した	未実施	無回答	母数
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・受診勧奨当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
		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 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、認知症サポート医の増加

「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

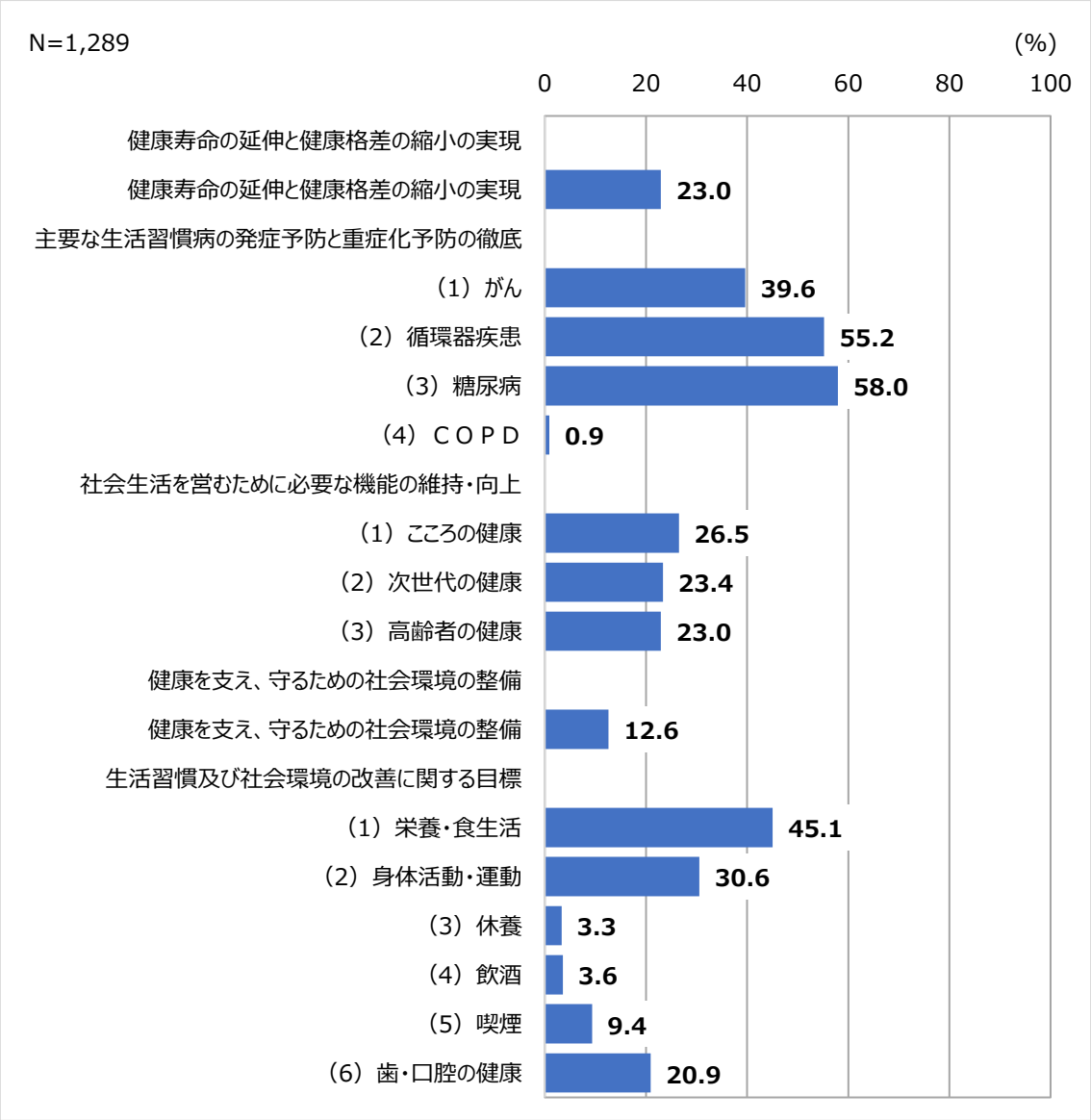
健康日本 21（第二次）の目標項目以外に、「働き盛り世代・職域への取組」「庁内で連携した取組」「大学と連携した取組」等が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた。

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	• 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	• 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	• 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	• **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	• **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	• 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	• 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**は厳しいと感じている。 • 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	• 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・県の算出方法と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**ため、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	• 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。 • データ分析等を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）	• 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	• 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	• 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	• 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	• **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	●**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	• 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、モニタリングし評価するという**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	• 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。 • 様々ある保健活動を整理し、**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	• **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、個人のみに委ねられ、**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だった。

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	• 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	• 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	• 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	• 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	• **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**ができたら良い。 • **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

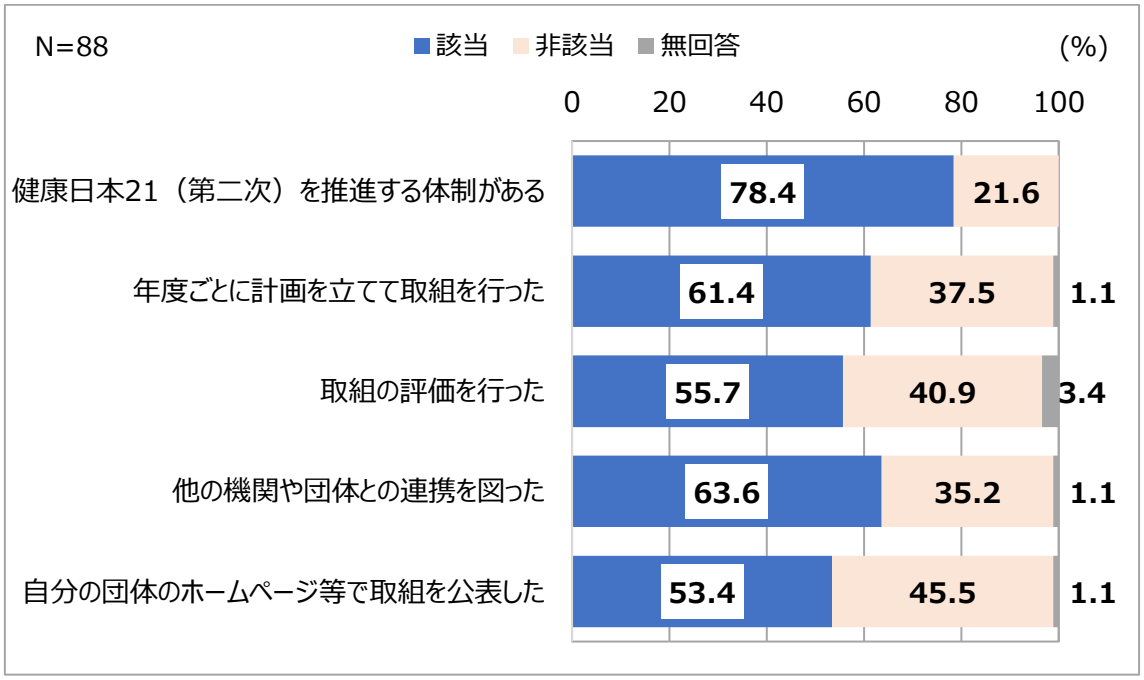
（1）健康増進施策の取組状況

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。

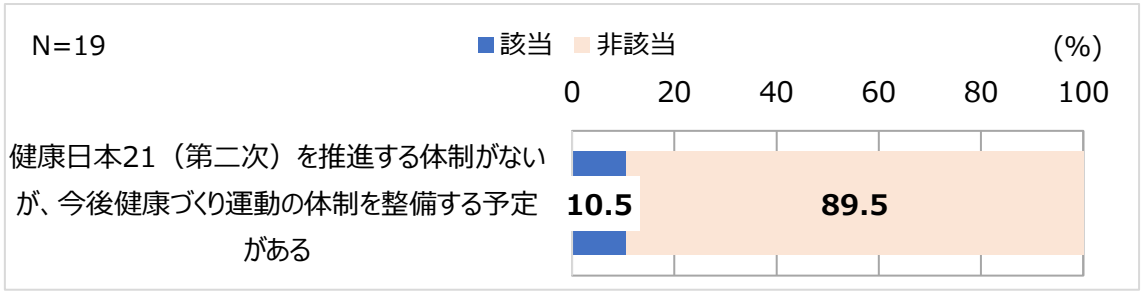
他の機関や団体との連携を図ったと回答した割合は 63.6%（前回 65%）、自分の団体のホームページ等で取組を公表したと回答した割合は 53.4%（前回 58%）であった。

図 34：健康増進施策の取組の状況（団体）



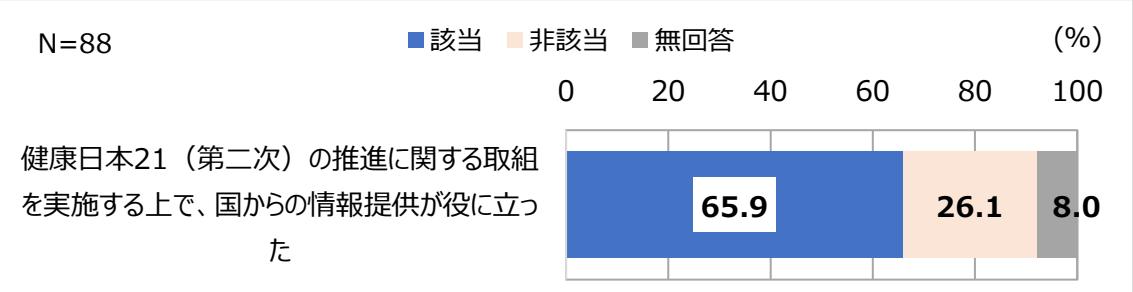
健康日本 21（第二次）を推進する体制がないと回答した団体（19 団体）のうち、今後健康づくり運動の体制を整備する予定があると回答した割合は 10.5%であった。

図 35：現在推進体制がない場合の、今後の整備予定（団体）



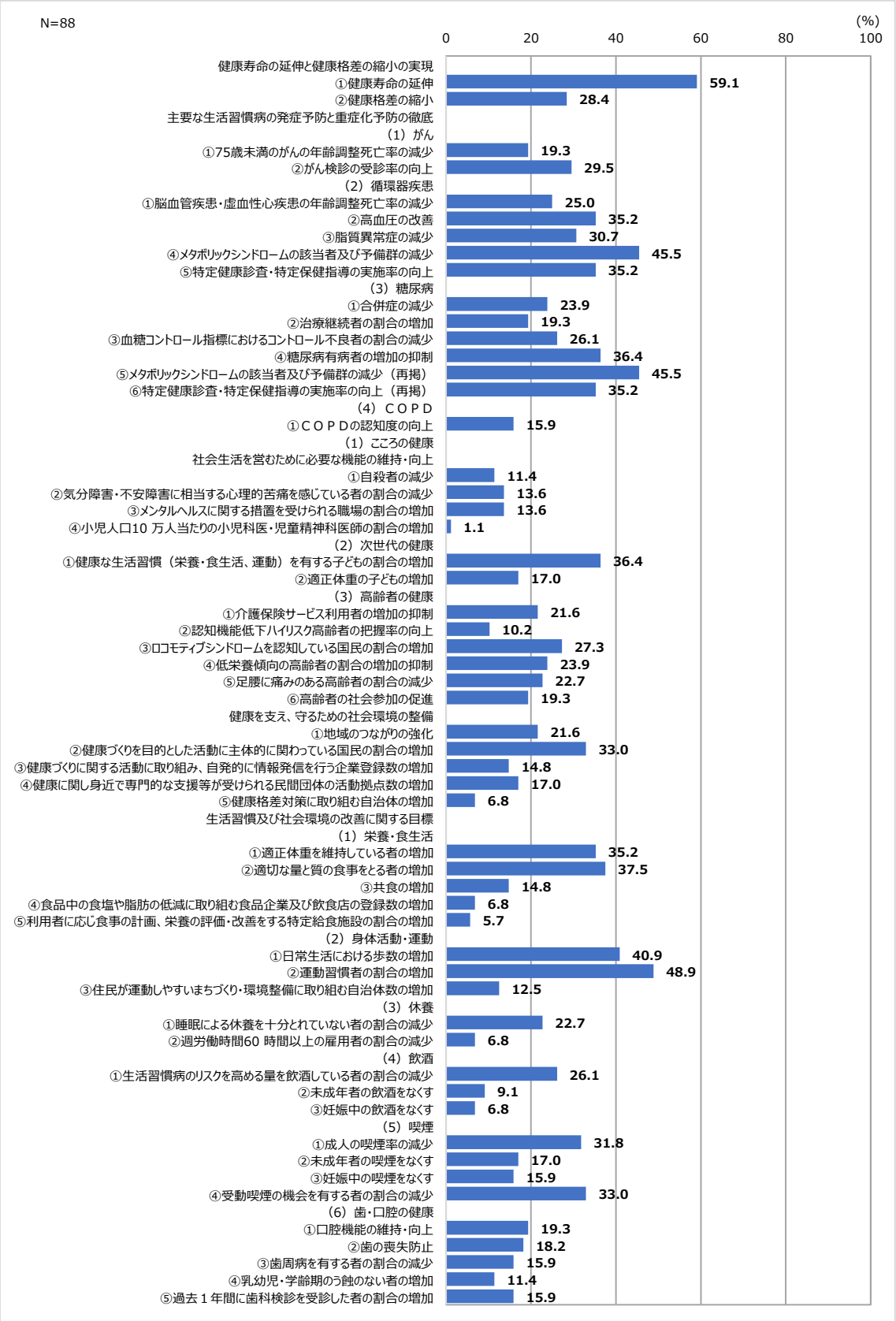
健康日本 21（第二次）の推進に関する取組を実施する上で、国からの情報提供が役に立ったと回答した割合は 65.9%であった。

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）



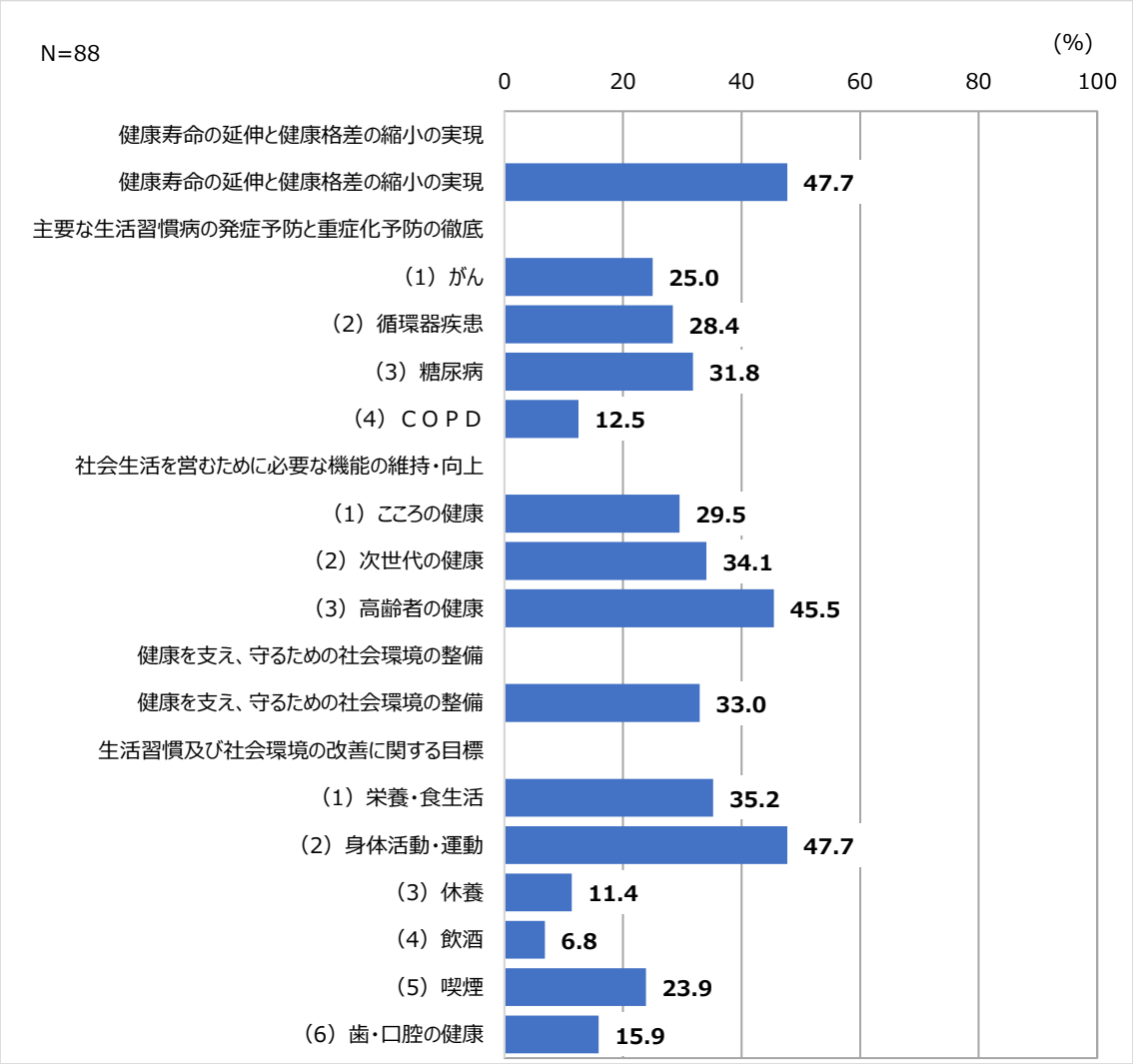
特に力を入れて実施した取組について、健康日本 21 推進全国連絡協議会会員団体においては、各団体の専門とする領域において、「普及啓発・活動拠点の設置」、「指導者等人材の育成」「エビデンスの作成（調査研究・ガイドライン等作成）」が挙げられていた。

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	• 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	• 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）	• 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齲蝕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	• 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	• 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	• **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・情報的・予算的ご支援があること。 • **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	• 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	• 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などを利用するなどして、**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	• 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	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実現						
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 万人当たりの小児科医・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

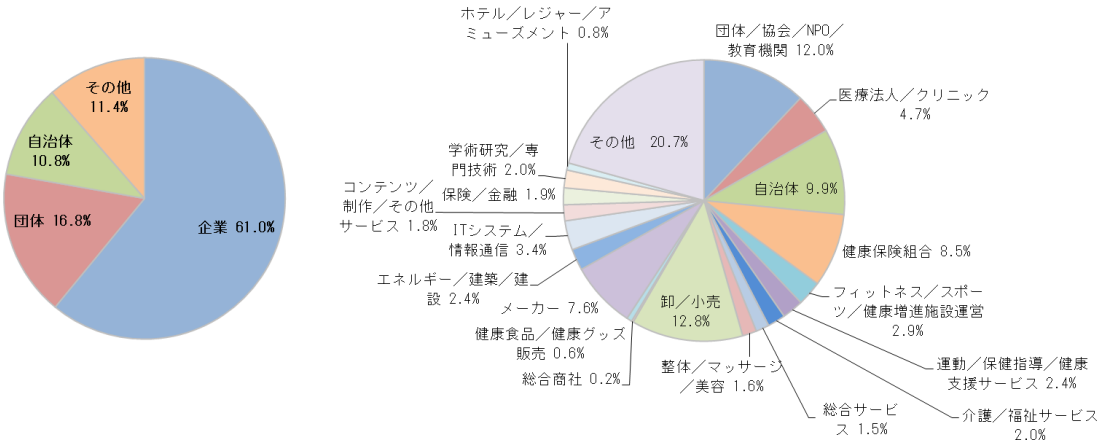
- 領域や目標項目の間で、充実された割合の差が開いた。例えば、糖尿病、喫煙等、多くの都道府県で充実された領域があった一方で、COPD、休養、飲酒等、充実した都道府県が 5 割に満たない領域もあった[4]。
- 領域や目標項目間で差が生まれた理由の 1 つとして、目標指標の評価が難しいことや、都道府県や市区町村の健康部門単独で取り組みにくいこと等が考えられる。
- 今後、全ての領域において取組を促進していくためには、次期計画の策定時点で、都道府県・市区町村・関連団体や国民の理解しやすさ、取り組みやすさといった観点も考慮して目標指標を設定するよう留意すべきである。

4 「領域ごとの取組状況」より

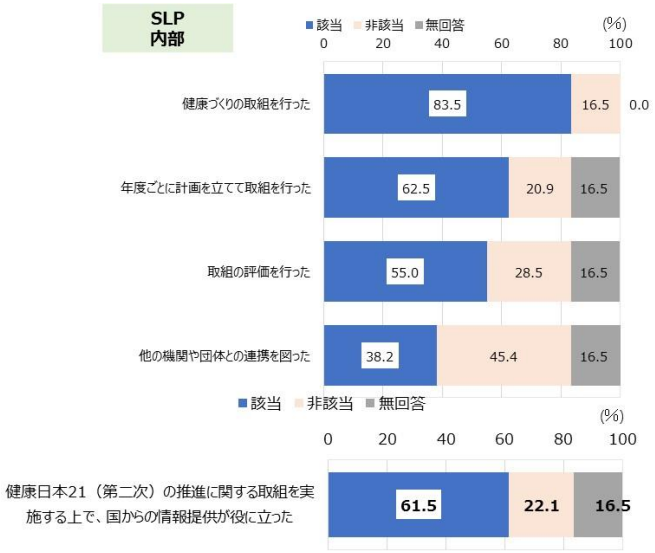
【参考】

スマート・ライフ・プロジェクトの参画企業・団体に取組状況の調査を行った。

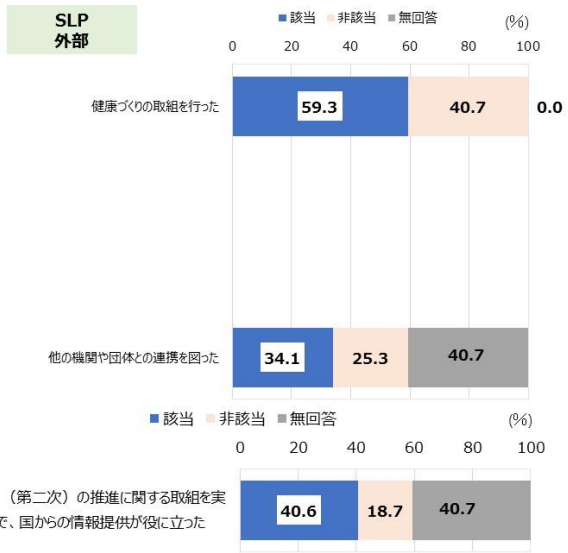
回答を回収できたのは全体で 981 団体であり、回収率は 10%台であった。内訳をみると、企業が 598 社、団体が 165 団体、自治体が 106 自治体、その他が 112 団体であった。



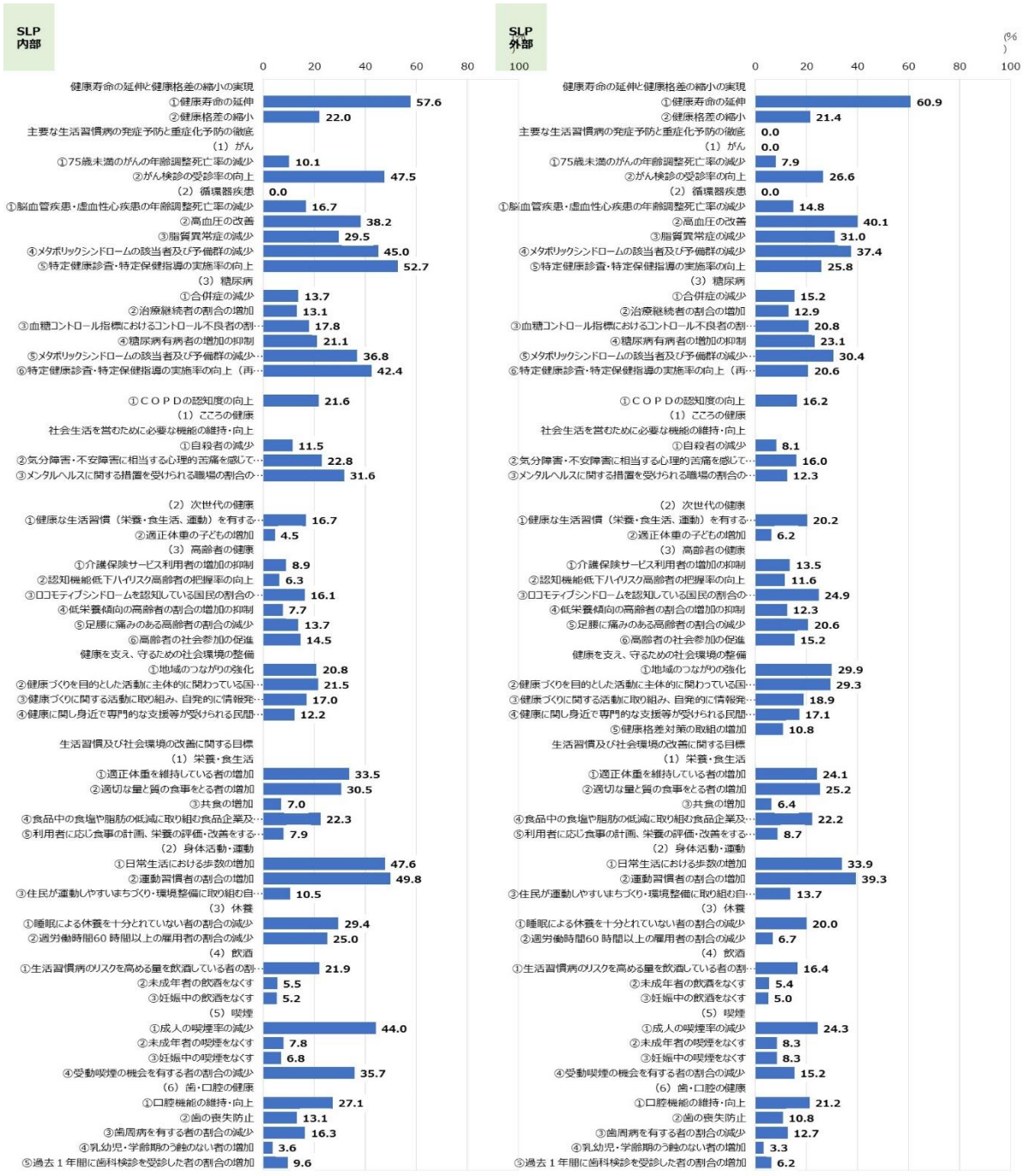
スマート・ライフ・プロジェクト参画企業（自治体除く）に、内部向けに行った取組（福利厚生等）と外部向けに行った取組（対外的に行った企業で取り扱っているサービス等）別に状況を把握した。



（n＝875）



（n＝875）


SLP内部
SLP外部
(%)
0
20
40
60
80
100
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 57.6
②健康格差の縮小 22.0
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 10.1
②がん検診の受診率の向上 47.5
（2）循環器疾患 0.0
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 16.7
②高血圧の改善 38.2
③脂質異常症の減少 29.5
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 45.0
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 52.7
（3）糖尿病
①合併症の減少 13.7
②治療継続者の割合の増加 13.1
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… 17.8
④糖尿病有病者の増加の抑制 21.1
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… 36.8
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再… 42.4
①ＣＯＰＤの認知度の向上 21.6
（1）こころの健康
社会生活を営むために必要な機能の維持・向上
①自殺者の減少 11.5
②気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じて… 22.8
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… 31.6
（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… 16.7
②適正体重の子どもの増加 4.5
（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 8.9
②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 6.3
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… 16.1
④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制 7.7
⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 13.7
⑥高齢者の社会参加の促進 14.5
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 20.8
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… 21.5
③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発… 17.0
④健康に関し身近で専門的な支援等が受けられる民間… 12.2
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 33.5
②適切な量と質の食事をとる者の増加 30.5
③共食の増加 7.0
④食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及… 22.3
⑤利用者に応じ食事の計画、栄養の評価・改善をする… 7.9
（2）身体活動・運動
①日常生活における歩数の増加 47.6
②運動習慣者の割合の増加 49.8
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… 10.5
（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 29.4
②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 25.0
（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… 21.9
②未成年者の飲酒をなくす 5.5
③妊娠中の飲酒をなくす 5.2
（5）喫煙
①成人の喫煙率の減少 44.0
②未成年者の喫煙をなくす 7.8
③妊娠中の喫煙をなくす 6.8
④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少 35.7
（6）歯・口腔の健康
①口腔機能の維持・向上 27.1
②歯の喪失防止 13.1
③歯周病を有する者の割合の減少 16.3
④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 3.6
⑤過去１年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 9.6
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 60.9
②健康格差の縮小 21.4
主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底 0.0
（1）がん 0.0
①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 7.9
②がん検診の受診率の向上 26.6
（2）循環器疾患 0.0
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 14.8
②高血圧の改善 40.1
③脂質異常症の減少 31.0
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 37.4
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 25.8
（3）糖尿病
①合併症の減少 15.2
②治療継続者の割合の増加 12.9
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… 20.8
④糖尿病有病者の増加の抑制 23.1
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… 30.4
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再… 20.6
①ＣＯＰＤの認知度の向上 16.2
（1）こころの健康
社会生活を営むために必要な機能の維持・向上
①自殺者の減少 8.1
②気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じて… 16.0
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… 12.3
（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… 20.2
②適正体重の子どもの増加 6.2
（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 13.5
②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 11.6
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… 24.9
④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制 12.3
⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 20.6
⑥高齢者の社会参加の促進 15.2
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 29.9
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… 29.3
③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発… 18.9
④健康に関し身近で専門的な支援等が受けられる民間… 17.1
⑤健康格差対策の取組の増加 10.8
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 24.1
②適切な量と質の食事をとる者の増加 25.2
③共食の増加 6.4
④食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及… 22.2
⑤利用者に応じ食事の計画、栄養の評価・改善をする… 8.7
（2）身体活動・運動
①日常生活における歩数の増加 33.9
②運動習慣者の割合の増加 39.3
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… 13.7
（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 20.0
②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 6.7
（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… 16.4
②未成年者の飲酒をなくす 5.4
③妊娠中の飲酒をなくす 5.0
（5）喫煙
①成人の喫煙率の減少 24.3
②未成年者の喫煙をなくす 8.3
③妊娠中の喫煙をなくす 8.3
④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少 15.2
（6）歯・口腔の健康
①口腔機能の維持・向上 21.2
②歯の喪失防止 10.8
③歯周病を有する者の割合の減少 12.7
④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 3.3
⑤過去１年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 6.2

（n=731）　　（n＝519）



（n＝875）



（n＝875）

Ⅳ 健康日本 21（第二次）最終評価の総括 （仮）

１． 各基本的方向のまとめ

（１）健康寿命の延伸と健康格差の縮小

生活習慣病の予防及び社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により「健康寿命の延伸」を実現することが重要であり、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、「健康格差の縮小」を実現することが重要であるという考えに基づき目標を設定した。

最終評価においては、健康寿命と男性の健康格差に関しては改善が見られたが、女性においては健康格差（健康寿命の最長県と最短県の差）が拡大していた。さらなる健康寿命の延伸・健康格差の縮小を目指すためには、それらの促進要因や阻害因子等を明らかにし、どのような対策がどの程度生活習慣病を減らすことが可能かなど、健康寿命の延伸の要因やそれに対する対策による健康寿命の延伸期間を具体的に推定するためのエビデンスが必要である。また、健康寿命の延伸やと格差の縮小の評価にあたっては、各領域の目標項目との関係性を検討するとともに、生活習慣等の変化か

ら健康寿命の延伸に至るまでの時間差も含めた検討が必要であると考えられる。

（２）主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

日本における主要な死亡原因であるがんと循環器疾患、患者数が増加傾向にあり重大な合併症を引き起こす恐れのある糖尿病や、死亡原因として急速に増加することが予測されたＣＯＰＤへの対策が、健康寿命の延伸を図るうえで重要な課題であるという考えに基づき目標を設定した。最終評価においては 12 の目標項目のうち、A 評価が３項目、B 評価が３項目という結果であり、半数の目標項目においては改善を認めた。

しかし、策定時に主要な危険因子の目標が達成された場合に期待される目標値を推計して設定した項目において、目標に到達しているものもあるのに対し、根拠とした各危険因子に関する項目は目標に到達していない、という事象がみられている。これは、目標設定時に想定していた健康増進を形成する基本要素、即ち一次予防の効果に基づくもの以外の、治療技術の向上等の要因による影響と考えられる。また、こうしたことがみられる目標は「死亡率の減少」等、一次予防の効果が評価しにくい項目でもあることにも留意する必要がある。したがって、目標値に達した項目や改善傾向にある項目に関しても、本計画内で想定した要素以外の影響が指標の変動には反映されている部分があるということを踏まえ、単に順調な改善傾向と解釈することはせず、食事、身体活動・運動、休養、禁煙等、健康増進に寄与すると考えられる生活習慣をはじめとした一次予防に関する取組の継続が必要である。

自治体、団体の取組状況調査においては、計画期間中に生活習慣病領域の取組が充実した、また今後生活習慣病の領域の重点的に取り組んでいきたいと答えた自治体が多く、関係計画と連携をとりながら引き続き取組を推進していく。

（３）社会生活を営むために必要な機能の維持・向上

少子高齢化が進む中で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を図り、高齢者においては社会生活を営むための機能を可能な限り維持していくことが重要であり、そのためには身体の健康とともにこころの健康を維持することが重要であるとの考えにもとづき目標を設定した。

最終評価においては 12 の目標項目のうち、A 評価が３項目、B 評価が３項目という結果であり、半数の目標項目においては改善を認めた。

母子保健分野における「健やか親子２１（第２次）」、高齢者の介護予防事業や認知症対策における「新オレンジプラン」、こころの健康における「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」（平成 29 年７月）等、各分野において策定されている計画や施策を中心に、それぞれのライフステージに応じた心身機能の維持及び向上のための取組が引き続き推進されていくことが期待される。

（４）健康を支え、守るための社会環境の整備

国民一人ひとりが主体的に社会参加しながら、支え合い、地域や人とのつながりを深めるとともに、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要であるという考えに基づき目標を設定した。最終評価においては５つの目標項目のうち、B 評価が２項目、C 評価が１項目であり、5 項目中 2 項目は評価困難であった（内 1 項目は、新型コロナウイルス感染症の影響で国民健康・栄養調査が中止になったため値が把握できなかった項目）。

健康づくり対策を推進していく上では、行政だけでなく企業や民間団体等の活動主体としての役割も重要であると考えられる。例えば、健康づくりに自発的に取り組む自治体、企業、民間団体等の活動を連携して推進していくための国の事業として「スマート・ライフ・プロジェクト」が展開されている。この事業においては、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙」「健診・検診の受診」の４つのテーマを中心とした健康づくりにつながる具体的なアクションを呼びかけており、事業に参画する団体数の増加を目標として掲げているが、経年的に順調に増加している。一方で、「①地域のつながりの強化」については策定時から変化を認めず、今後の取組について検討が必要である。「⑤健康格差対策に取り組む自治体」は増加傾向であり、取組状況の調査等からも全ての都道府県、半数程度の市区町村において管内の格差が把握されていることが明らかになった。しかしながら、所得等の社会経済的格差の把握については、10%程度の自治体にとどまり、今後の把握方法の検討やその対策が課題である。

今回、社会環境の整備に関する目標は新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースである調査が中止となった項目も含め、５項目中 2 項目で評価困難であった。社会環境整備の領域に関するこの 10 年の新たな知見も踏まえ、今後、社会環境整備の状況を示す指標をどのように設定していくべきかも検討が必要である。

（５）栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

国民の健康の増進を形成する基本要素として栄養・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の改善が重要であるという考えに基づき目標を設定した。即ち、他の基本的方向に基づく目標の達成に資する一次予防に関連する目標項目が多いという点において、他の目標全体の進捗を支える基礎としての役割も担っている。

最終評価は 22 項目中 A 評価が 1 項目、B 評価が 11 項目であった。A 評価と B 評価を合わせると、過半数の項目で策定時と比較して改善が見られるが、現時点で設定した目標値に達している項目は栄養・食生活領域の共食の増加 1 項目にとどまった。未成年や妊婦の飲酒、喫煙の様に、目標値を 0%と設定しているために達成が難しかった項目も多いと考えられる。

「①栄養・食生活　②適切な量と質の食事をとる者の増加」や「②身体活動・運動　①日常生活における歩数の増加」、「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」等、個人の生活習慣や行動が結果として指標に反映される目標項目において変化がみられないものが多かった。目標同士の相関関係を鑑みるに、これら基本的要素の改善が不十分な状況は、その他の目標進捗も滞る一因となる可能性が十分考えられる。

都道府県、市区町村の取組状況調査の結果をみると、栄養・食生活領域や身体活動・運動領域、喫煙領域等は、健康日本 21（第二次）の全領域の中でも、この 10 年間で取組が進んできたと答える自治体や、今後重点的に取り組みたい領域として選択する自治体が多いという結果であった。一方、休養領域や飲酒領域は、この 10 年で取組が進んだと答える自治体や、今後重点的に取り組みたいと答える自治体が少なく、どのような取組を進めていくべきか具体的に示していく必要があると考えられる。

２．　全体の評価と今後の課題

目標に達した項目は全 53 項目中 8 項目、改善傾向にある項目 21 項目であった。なかでも基本的な方向 1「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」に関する目標は、生活習慣の改善や社会環境の整備等、その他の基本的方向 2 ～ 5 に基づく目標の達成によって実現される最終目標と位置づけているが、健康寿命の延伸に関しては男女ともに達成しており、国民の健康増進の総合的な推進を図る本計画は全体として前進しているものと考える。一方、健康寿命の都道府県格差は女性で拡大しており、引き続き課題として検討していく必要がある。

また、個別の目標項目においては策定時から改善はしているが最終目標への到達が危ぶまれるもの、変化がないもの、悪化したものもみられ、目標の指標全てが順調に改善しているわけではない。基本的方向毎にみると、栄養・食生活、身体活動・運動、休養等の健康増進の基本要素となる生活習慣に関する目標や、高血圧、糖尿病等の生活習慣病、特にそれらの発症・重症化予防に関する目標において進捗が不十分な項目が多い傾向がみられた。これらの目標は健康日本 21 から継続して掲げられている項目も多く、長期的な課題となっていると考えられること、また、その他全体の目標の進捗にも影響を及ぼすことから、特に注視する必要があると考える。

一方で、健康日本 21（第二次）においては社会環境の整備に関する目標がより明確に定められている。これは、「個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境作りに努めていくことが重要である」という考えに基づいている。個人の生活習慣や行動が結果の反映に大きく影響する目標については、個人が自ら気が付いて行動に移すことが可能である健康課題だけでなく、個人のみでは気が付きにくい課題や、周囲の環境による要素が大きく、仮に気が付いたとしても、個人の力だけでは取り組むことが困難な課題も含まれていることが想定される。個々の生活様式や社会経済状況が多様化している現代において、性別や世代、居住地域や、健康づくりへの関心の有無等に関わらず、一人ひとりが自らの健康課題に取り組むことが可能な社会の構築を図ることが、個人の生活習慣や行動に関わる目標の進捗にもつながると考える。主に基本的方向４で示されているような、社会環境の整備に関する目標について、より一層の推進を図ることが個人の生活習慣等に係る目標の達成においても重要である。

本計画が前進した背景には、社会全体として個人の健康増進につながる環境づくりを形成するという考えが広まり、行政だけでなく、団体や企業における取組が進んだ影響が考えられる。こうした社会環境の整備に関する取組がより一層推進されることで、個人の生活習慣の改善やそれによる生活習慣病の発症・重症化予防の徹底につながり、最終目標である健康寿命の延伸や健康格差の縮小につながることで、全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活せきる活力ある社会の実現を目

指す。

第４章　21 世紀の健康づくり運動全体としての評価と次期国民健康づくり運動プランに向けての課題

最終評価では、これまでの国民健康づくり運動が、国民の健康意識や行動変容等にどのような影響を与えてきたかも含め、健康日本 21 から続く大きな流れの中で、我が国の健康づくり運動全体を国際的な公衆衛生施策の潮流も踏まえながら評価した。

また、健康づくり対策を取り巻く技術的進歩や社会的変化、制度の変更等も考慮して、次期国民健康づくり運動プラン策定に向けて検討の視点や運動の方向性について整理を行った。

Ⅰ　21 世紀の健康づくり運動全体としての評価

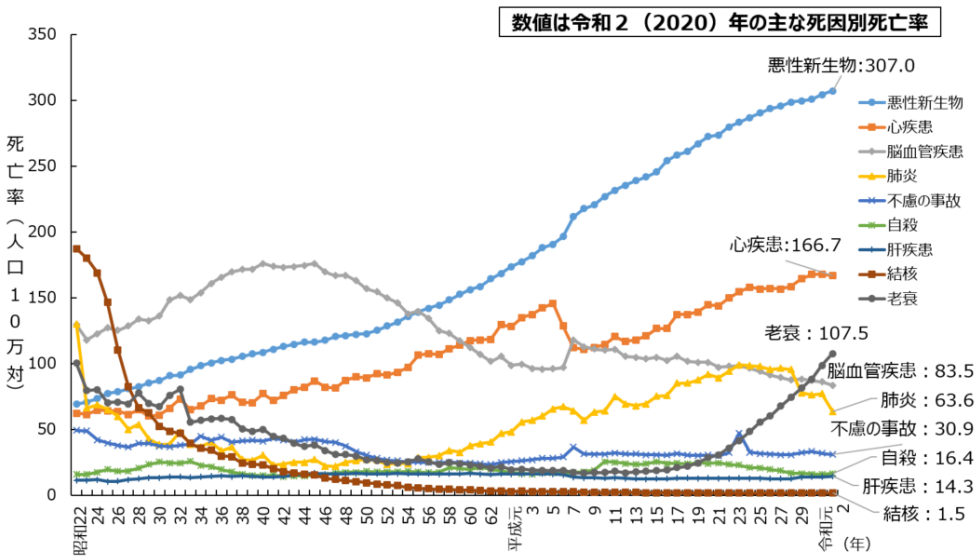
１．現状

（１）我が国の健康水準

日本では、第二次世界大戦後、生活環境の改善や医学の進歩によって感染症が激減する一方で、がんや循環器疾患などの生活習慣病が増加し、疾病構造は大きく変わってきた（図１）。

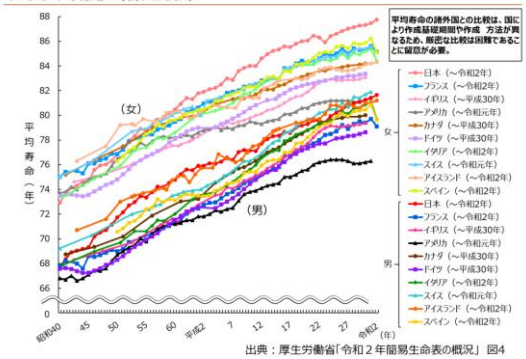
平均寿命についてみると、我が国は世界で高い水準を示しており、健康日本 21 が開始した平成 12（2000）年には、男性 77.72 歳、女性 84.6 歳だったのが、令和２（2020）年には、男性 81.64 歳、女性 87.74 歳まで延伸した。令和 47（2065）年には男性 84.95 歳、女性 91.35 歳に到達すると予測されている。世界的にも大きな健康課題となっている「肥満」に関しても、多くの国において割合が著しく増加しているが、日本ではその増加が抑制されている。

死因で見た死亡率の推移



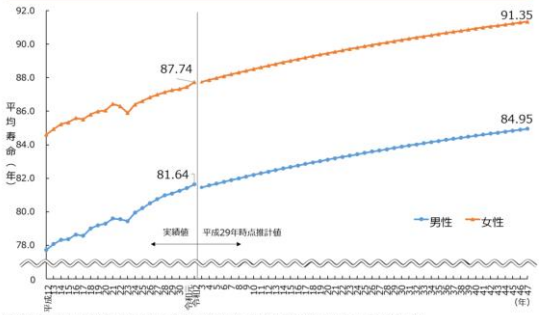
出典：厚生労働省「令和２年（2020）人口動態統計月報年計（概数）の概況」図６

平均寿命の推移（各国比較）



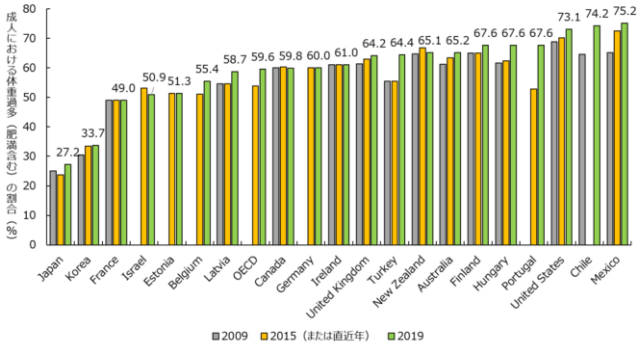
出典：厚生労働省「令和２年簡易生命表の概況」 図4

平均寿命の将来推計



出典：令和２（2020）年までは厚生労働省「令和２年簡易生命表の概況」参考資料２
令和３（2021）年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」における出生中位・死亡中位推計

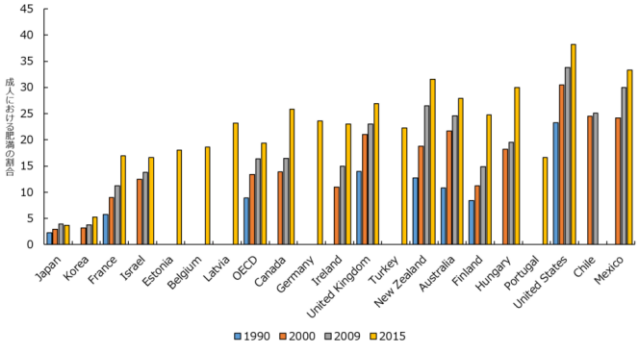
OECD加盟国における成人の体重過多（肥満を含む）



※OECD数値は各集計時点での加盟国平均

出典：OECD「Health at a Glance」

OECD加盟国における成人の肥満



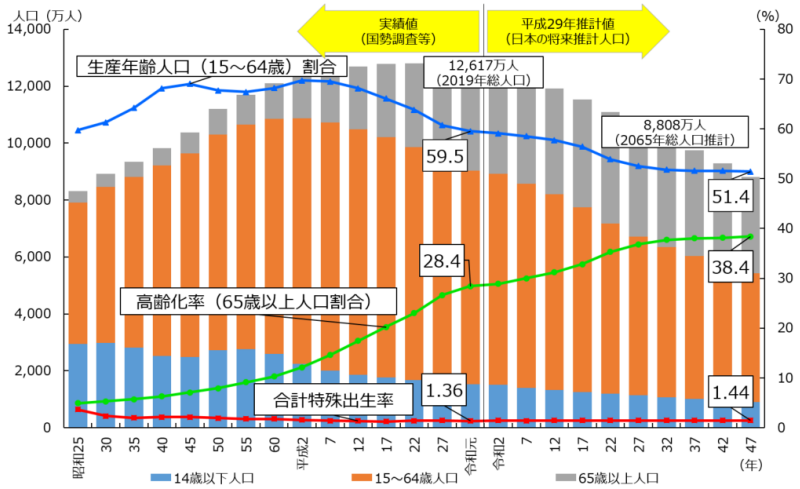
※各年とも全て直近年での数値
※OECD数値は各集計時点での加盟国平均

出典：OECD「Health at a Glance」

一方、急速な出生率の低下に伴って、高齢化が進展している。平成 22（2010）年には高齢化率が 23.1%となり、超高齢社会に突入した。健康日本 21（第二次）の計画期間中にも高齢化率は上昇を続け、令和元（2019）年時点で 28.4%となっている。人口は減少しはじめており、2046 年には 1 億人を下回ると推測されている。

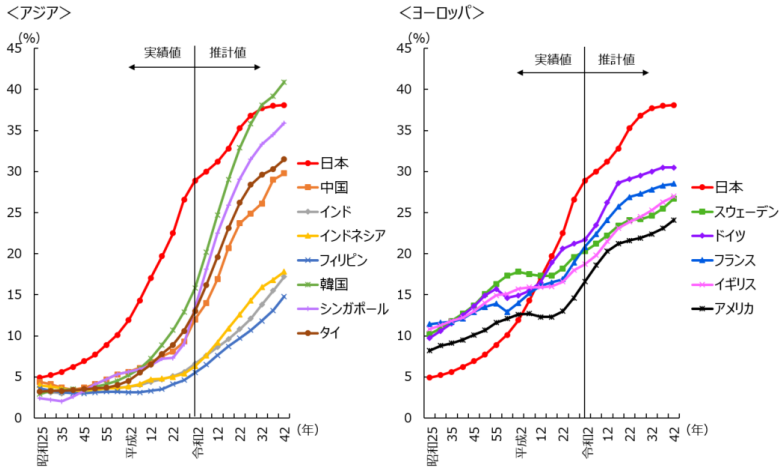
このような超高齢社会はかつて経験したことがなく、国際的に見ても急速に高齢化が進んでいるといえる。

人口構造の変化



出典：令和３（2021）年厚生労働白書　資料編「日本の人口の推移」

高齢化の国際的動向（総人口に占める65歳以上の者の割合）



出典：内閣府「令和３年版高齢社会白書」 図１－１－６

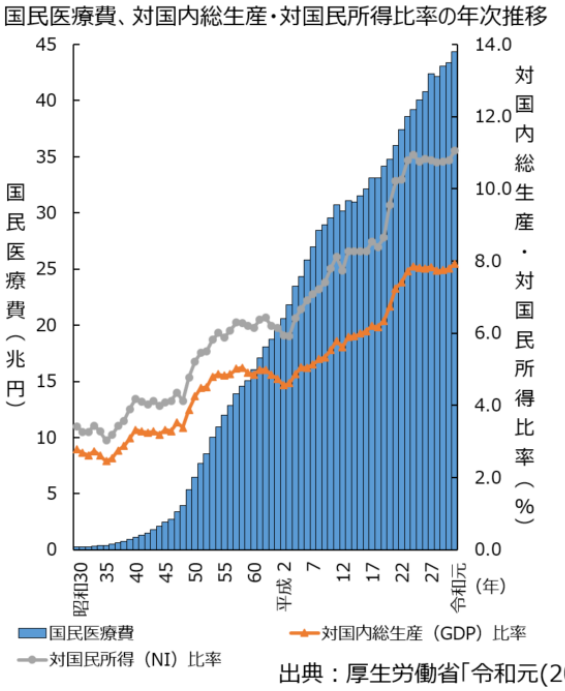
（２）人口減少社会における健康増進対策の意義

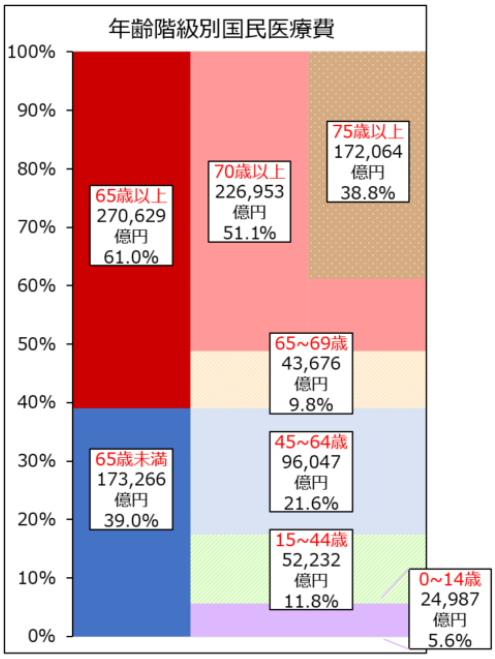
このような中で、国民医療費は年々増加を続けており、平成 21（2013）年時点の 36 兆 67 億円から令和元（2019）年には 44 兆 39 億円まで増加している。

生活習慣病についてみると、国民医療費（一般診療医療費）の約３割、死亡者数の約５割を占めており、介護が必要となった主な原因としても、脳血管疾患をはじめとした生活習慣病が約３割を占めている。

こうした状況下で活力ある社会を実現するためには、生活習慣病を予防し、また、社会生活にを営むために必要な機能を維持・向上させること等によって、国民の健康づくりを推進することが重要と考えられた。

国民医療費の推移、構成

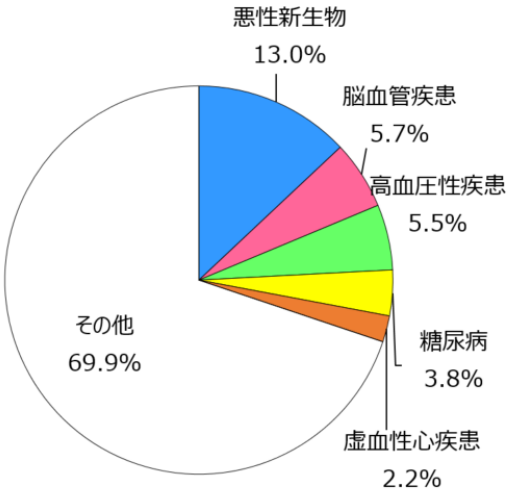




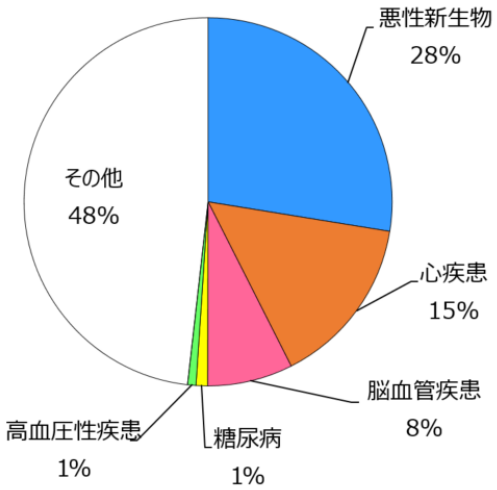
出典：厚生労働省「令和元(2019)年度 国民医療費の概況」図１、表５、第５表

生活習慣病の医療費に占める割合と死亡割合

医科診療医療費の構成割合

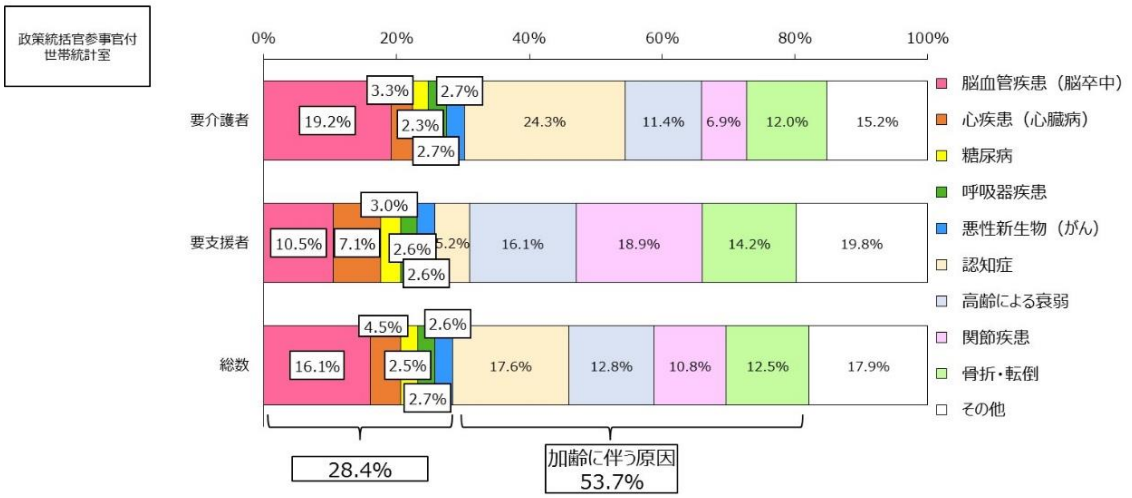


死因別死亡割合



出典：厚生労働省「令和元(2019)年度 国民医療費」第13表、第14表、
厚生労働省「令和２年（2020）人口動態統計（確定数）の概況」第６表

要介護度別にみた介護が必要となった主な原因

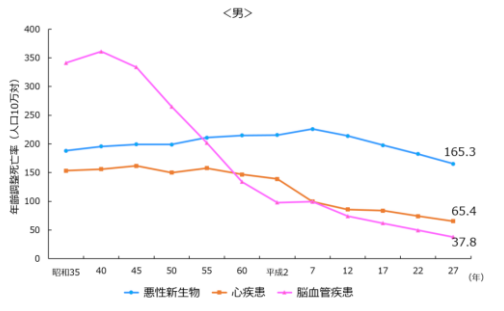


出典：厚生労働省「2019年 国民生活基礎調査」介護票 第26表
「介護を要する者数，現在の要介護度の状況・介護が必要となった主な原因別」[12]

近年は健康対策が進み、がん、心疾患、脳血管疾患の 3 大死因による死亡率はいずれも減少している。しかしながら、日本における予防可能な危険因子を評価した研究においては、非感染性疾患と障害による成人死亡の主要な決定因子（単一の因子）は、高血圧、喫煙、高血糖であり、対象となった死亡のうち、196 万４千人件が高血圧、187 万３千人件が喫煙、100 万８千人が高血糖を要因とする死亡であった。

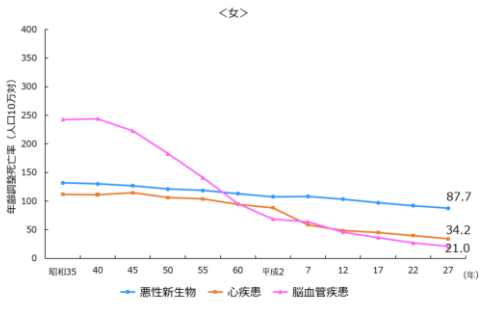
禁煙や減塩、運動等、生活習慣の改善により発症リスクを低下することのできる生活習慣病に関しては、徹底して予防を測ることが重要である。

３大死因の年齢調整死亡率の年次推移



出典：厚生労働省「平成27年都道府県別年齢調整死亡率の概況」

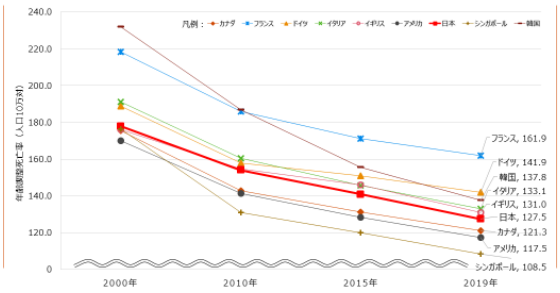
３大死因の年齢調整死亡率の年次推移



出典：厚生労働省「平成27年都道府県別年齢調整死亡率の概況」

海外の死因・死亡率

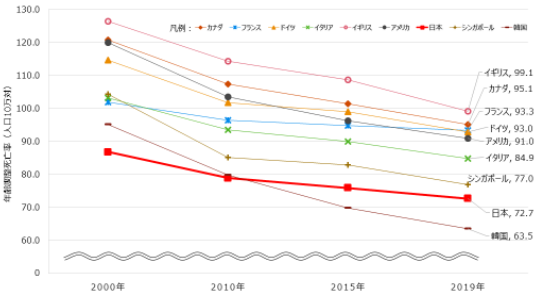
悪性新生物による海外各国の年齢調整死亡率（男性）



出典：WHO「World Health Statistics」から作成」

海外の死因・死亡率

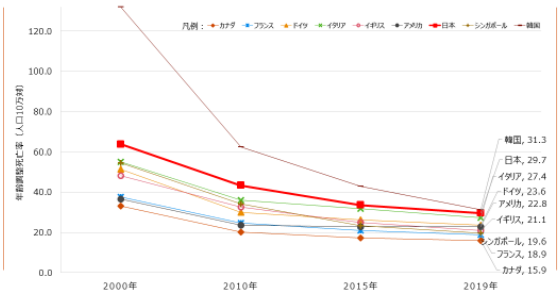
悪性新生物による海外各国の年齢調整死亡率（女性）



出典：WHO「World Health Statistics」から作成」

海外の死因・死亡率

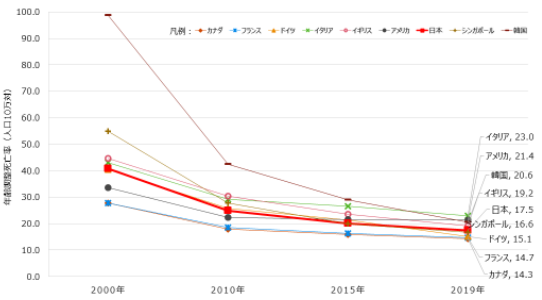
脳血管疾患による海外各国の年齢調整死亡率（男性）



出典：WHO「World Health Statistics」から作成」

海外の死因・死亡率

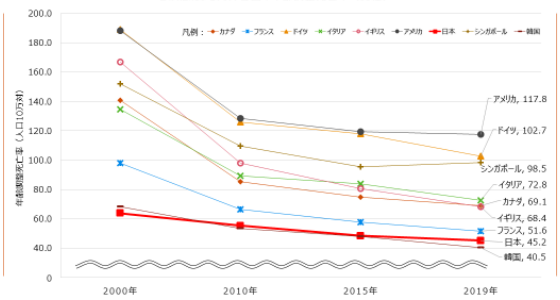
脳血管疾患による海外各国の年齢調整死亡率（女性）



出典：WHO「World Health Statistics」から作成」

海外の死因・死亡率

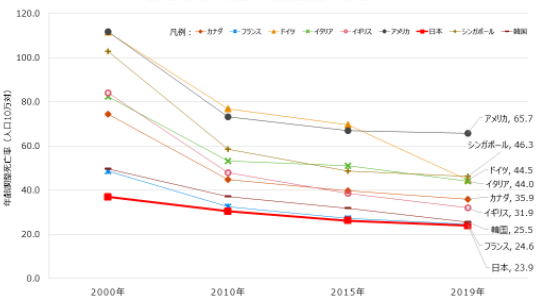
心疾患による海外各国の年齢調整死亡率（男性）



出典：WHO「World Health Statistics」から作成」

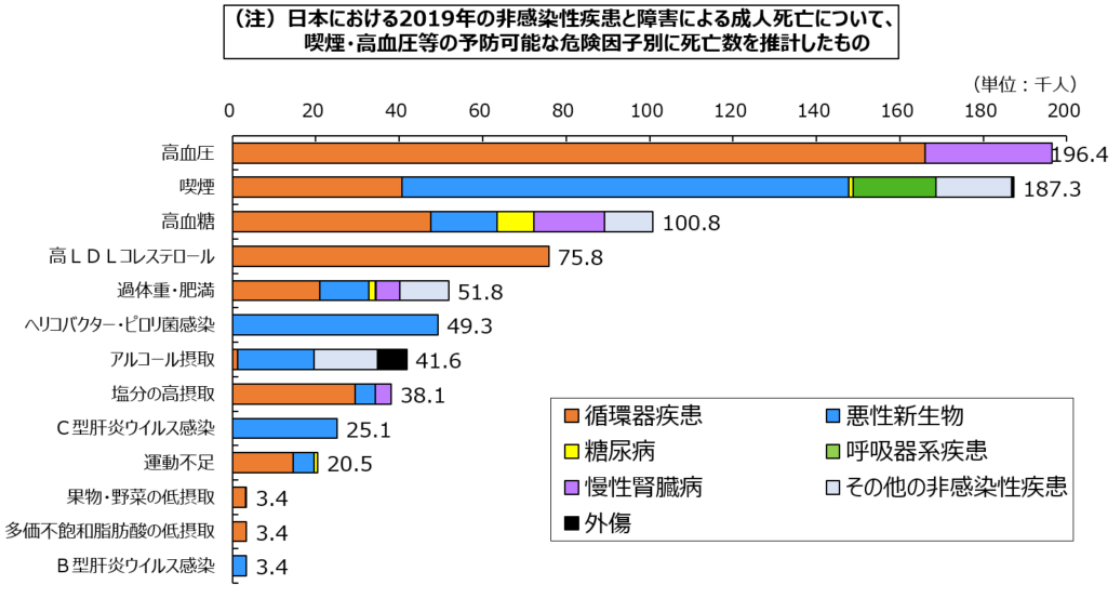
海外の死因・死亡率

心疾患による海外各国の年齢調整死亡率（女性）



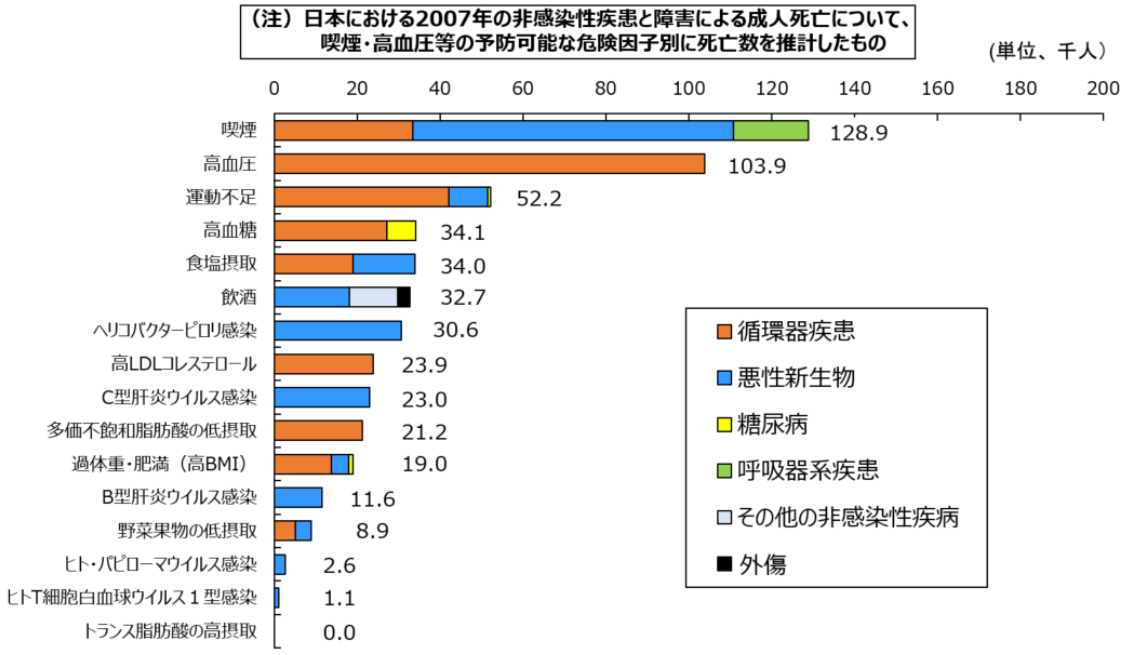
出典：WHO「World Health Statistics」から作成」

我が国における危険因子に関連する非感染症疾患と外因による死亡数(2019年)



出典：Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, Inoue M: Toward a third term of Health Japan 21 - implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. The Lancet Regional Health – Western Pacific 2022, 21.

我が国における危険因子に関連する非感染症疾患と外因による死亡数(2007年)



出典：Ikeda N, et al：PLos Med. 2012；9(1)：e 1001160.

我が国における疾病負荷の推計(2013年、2019年)

- **DALYs: Disability Adjusted Life Years 生涯調整生命年 その要因が社会に与える影響を測る指標。その要因による寿命の短縮(寿命ロス)に、その要因による障害や苦痛に影響されていて期間(健康ロス)を加えて算出される。**
- **各年時点での、様々な要因によるDALYs負荷を推計したもの**

	2013年の主な要因	10万人当たりのDALYs (95%信頼区間)		2019年の主な要因	10万人当たりのDALYs (95%信頼区間)
1	脳卒中	1834.90 (1597.87–2018.94)	1	脳卒中	1929.19 (1665.53–2134.39)
2	腰痛	1780.71 (1261.43–2413.00)	2	腰痛	1650.26 (1169.71–2238.50)
3	虚血性心疾患	1415.58 (1237.22–1511.53)	3	アルツハイマー型認知症及びその他の認知症	1612.77 (749.70–3291.58)
4	アルツハイマー型認知症及びその他の認知症	1346.12 (608.16–2786.39)	4	虚血性心疾患	1437.04 (1236.16–1554.33)
5	気管、気管支及び肺がん	1063.95 (968.82–1112.28)	5	気管、気管支及び肺がん	1054.37 (947.79–1116.53)
6	その他の筋骨格系障害	917.93 (631.98–1274.37)	6	その他の筋骨格系障害	933.83 (644.57–1308.18)
7	自傷	821.89 (802.91–836.07)	7	加齢性及びその他の難聴	868.39 (593.40–1217.93)
8	結腸及び直腸がん	795.43 (715.76–840.25)	8	結腸及び直腸がん	825.85 (734.75–881.21)
9	加齢性及びその他の難聴	791.06 (541.82–1119.85)	9	糖尿病	717.75 (525.51–952.05)
10	胃がん	742.20 (671.90–778.47)	10	変形性関節症	699.34 (354.39–1396.52)
11	変形性関節症	706.90 (358.85–1416.21)	11	胃がん	698.84 (626.06–744.91)
12	転倒	612.19 (470.65–797.21)	12	自傷	693.15 (669.95–717.62)
13	糖尿病	611.04 (452.64–800.50)	13	転倒	686.30 (526.49–898.22)
14	慢性腎臓病	591.48 (514.27–658.96)	14	COPD	615.95 (514.08–736.08)
15	COPD	565.83 (476.29–670.96)	15	慢性腎臓病	601.61 (517.83–669.97)
16	頭痛障害	503.84 (155.70–1015.59)	16	頭痛障害	494.45 (155.27–994.18)
17	膵臓がん	456.62 (411.84–479.15)	17	膵臓がん	473.74 (418.32–504.83)
18	肝臓がん	442.72 (401.64–463.62)	18	歯科疾患	463.36 (278.49–719.18)
19	うつ病性障害	438.96 (309.30–596.37)	19	うつ病性障害	439.15 (310.98–595.17)
20	歯科疾患	423.28 (252.03–658.34)	20	肝臓がん	435.93 (391.07–467.33)

順位が維持又は上昇した要因
順位が下降した要因
外傷を除く非感染性疾患
外傷

出典：Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, Inoue M: Toward a third term of Health Japan 21 - implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. The Lancet Regional Health – Western Pacific 2022, 21.

健康は、生物学的要因や、個人の生活習慣だけでなく、個人の社会経済的状況や居住する地域の社会的・物理的環境によっても決定される。

平成 30（2018）年の国民・健康栄養調査の結果からは、所得によって生活習慣の状況に差が見られることや、肥満や主な生活習慣の状況に都道府県格差が見られることがわかった。こうした現状を踏まえ、性別や年齢を問わず、社会経済的に不利な立場の人々や、疾病や障害を持った人も含めて、生きがいを持って自らの健康づくりに取り組むことのできる社会環境を構築する視点が重要である。

所得と生活習慣等に関する状況（20歳以上）

			①200 万円未満		②200 万円以上 400 万円未満		③400 万円以上 600 万円未満		④600 万円以上		① vs ④	② vs ④	③ vs ④
			人数	割合又は平均値	人数	割合又は平均値	人数	割合又は平均値	人数	割合又は平均値			
1. 食生活	食塩摂取量の平均値	（男性）	281	10.5g	705	10.9g	537	11.1g	821	11.2g	★		
		（女性）	453	9.2g	802	9.3g	574	9.2g	900	9.3g			
	野菜摂取量の平均値	（男性）	281	253.9g	705	271.2g	537	301.2g	821	296.6g	★	★	
		（女性）	453	266.6g	802	264.4g	574	283.7g	900	278.5g			
	果物摂取量 100g 未満の者の割合	（男性）	281	64.4%	705	65.3%	537	62.7%	821	67.9%			
		（女性）	453	64.5%	802	56.3%	574	53.3%	900	55.7%	★		
2. 運動	運動習慣のない者の割合	（男性）	179	66.4%	439	70.6%	285	66.3%	407	61.7%			
		（女性）	325	70.9%	534	76.5%	375	78.6%	560	63.1%			
	歩数の平均値	（男性）	253	5,327	653	6,751	522	7,243	798	7,015	★		
		（女性）	396	5,685	743	5,897	548	5,779	868	6,373	★	★	★
3. 喫煙	現在習慣的に喫煙している者の割合	（男性）	337	34.3%	810	32.9%	613	29.4%	925	27.3%	★	★	
		（女性）	529	13.7%	911	9.6%	646	6.6%	1,001	6.5%	★		
4. 飲酒	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	（男性）	338	12.1%	809	15.3%	615	13.8%	927	19.2%	★		★
		（女性）	528	6.6%	911	8.7%	645	15.6%	1,001	8.7%			
5. 睡眠	睡眠で休養が十分とれていない者の割合	（男性）	338	16.4%	810	22.5%	615	20.0%	927	22.0%			
		（女性）	529	28.1%	910	20.9%	644	22.4%	999	20.2%	★		
6. 健診	未受診者の割合	（男性）	337	40.7%	810	29.8%	615	19.2%	927	16.7%	★	★	★
		（女性）	528	41.1%	909	34.2%	644	36.8%	1,001	26.1%	★	★	★
7. 体型	肥満者の割合	（男性）	260	30.0%	660	30.8%	486	31.9%	732	32.0%			
		（女性）	431	18.5%	712	23.8%	518	28.1%	804	27.0%			
	やせの者の割合	（男性）	260	4.8%	660	5.1%	486	2.7%	732	2.2%		★	
		（女性）	431	9.0%	712	10.7%	518	11.4%	804	9.9%			
8. 歯の本数	歯の本数 20 歯未満と回答した者の割合	（男性）	334	30.2%	802	24.0%	612	21.3%	927	18.9%	★	★	★
		（女性）	529	29.8%	905	22.2%	643	16.6%	998	21.6%	★	★	

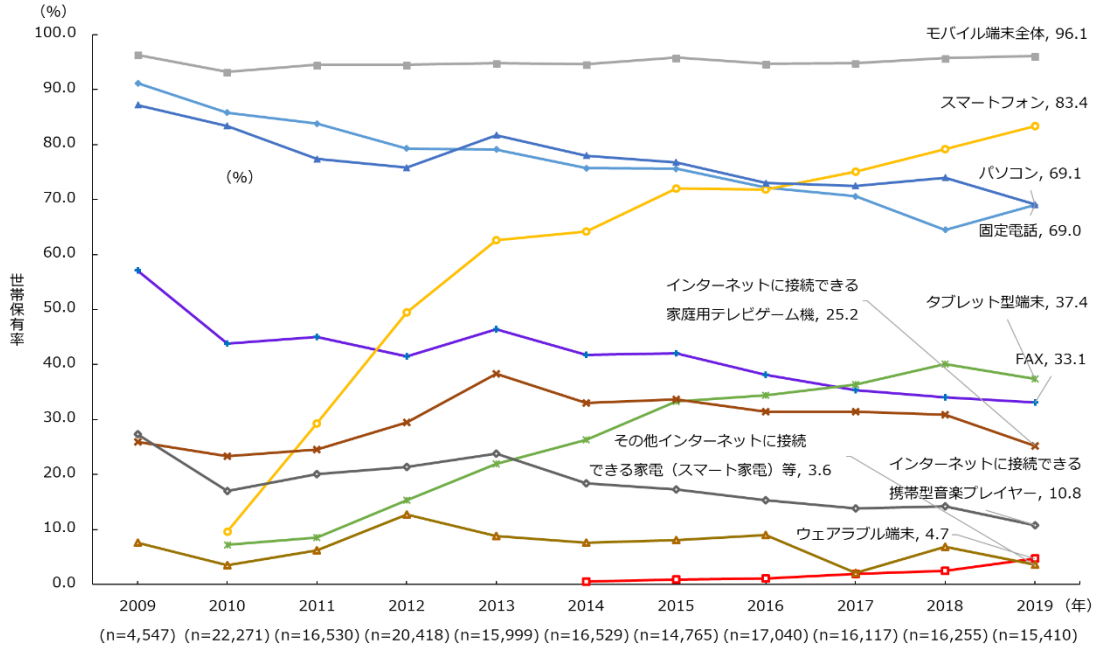
出典：厚生労働省「平成30年国民健康・栄養調査報告」

都道府県別の肥満及び主な生活習慣の状況

	全国平均	都道府県の状況 上位群	都道府県の状況 下位群	上位群と下位群の差
1. BMI の平均値（kg/m^2）				
男性（20～69 歳）	23.8	24.4	23.4	0.9
女性（40～69 歳）	22.6	23.3	22.1	1.2
2. 野菜摂取量の平均値（g/日）				
男性（20 歳以上）	284	318	258	59
女性（20 歳以上）	270	302	242	60
3. 食塩摂取量の平均値（g/日）				
男性（20 歳以上）	10.8	11.5	10.0	1.5
女性（20 歳以上）	9.2	9.7	8.5	1.1
4. 歩数の平均値（歩/日）				
男性（20～64 歳）	7,779	8,264	6,774	1,490
女性（20～64 歳）	6,776	7,200	5,930	1,270
5. 現在習慣的に喫煙している者の割合（%）				
男性（20 歳以上）	29.7	35.2	25.4	9.9

出典：厚生労働省「平成30年国民健康・栄養調査報告」

情報通信機器の普及状況



出典：総務省「令和２年度 情報通信白書」より作成

２．国内外の健康づくり運動に関する動向

（１）国際的な公衆衛生の流れ

健康増進（Health Promotion）の考え方は、1946（昭和 21）年にＷＨＯ（世界保健機関）が提唱した「健康とは単に病気でない、虚弱でないというのみならず、身体的、精神的そして社会的に完全に良好な状態を指す」という健康の定義から出発している。その後、1970 年代になると、健康増進は、疾病とは対比した理想的な状態、すなわち健康を想定し、それを更に増強することを意味する概念的な定義がなされ（ラロンド報告）、また、米国の Healthy People で応用された際には、個人の生活習慣の改善を意味している。そして、1980 年代以降、健康増進はもう一度捉え直され、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ものとして改めて提唱された（オタワ宣言、ヘルシーシティ）。このように、健康増進という考え方は時代によって内容が変遷してきたといえる。

1950 年から 1960 年代には世界人口に占める 65 歳以上の者の割合（高齢化率）が約５％であったが、2015 年には 8.2%に上昇し、2060 年には 17.8%にまで上昇するものと見込まれている。また、疾病構造も大きな変化を遂げており、主要な疾病は、感染性疾患や栄養障害から非感染性疾患に移行してきた。さらに、臨床医学の目覚ましい技術革新とともに、医療の需要増加による医療費の増加が課題となり、医療費適正化の観点からも予防・健康づくりのい重要性が高まってきた。

そして、1980 年代後半になると、予防は個人のみで実現できるものではなく、社会環境の整備や資源の開発が必要であることが指摘され、オタワ宣言につながっていく。

【代表的な文書・宣言】

1986 年　オタワ憲章（21 世紀の健康戦略として）
1990 年　Healthy People 2000（アメリカ）
2000 年　Healthy People 2010（アメリカ）
2005 年 バンコク憲章
2010 年 Adelaide Statement on Health in All Policies
2020 年 Healthy People 2030（アメリカ）

【新しい概念】

○ 健康の社会決定要因：**Social Determinant of Health（SDH）**

1998 年 SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH THE SOLID FACTS
：健康の社会的要因の定義

2005 年「ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。」

WHO は健康の社会決定要因に関する委員会の最終報告書の中で、健康格差是正のための 3 つの対策を提唱。

○ **Implementation** へのアプローチ
○ 部局横断的な取組：**Health in All Policies(HiAP)**
○ コミュニティの役割強化

○ 国連ミレニアム開発目標（MDG s）（2000～2015 年）と**持続可能な開発目標（SDG s）**2015 年 7 月（2015～2030 年）
- **“誰一人取り残さない”**を基本理念として、国際社会が 2030 年までに貧困を撲滅し、持続可能な社会を実現するための指針
- 持続可能な開発目標（sustainable development goals:SDGs）として 17 の目標（ゴール）が設定された
- 保健分野としては、Goal3「すべての人に健康と福祉を」が設定

SDGs



出典：国際連合広報センター

（２）我が国における健康づくり運動に関する動向

我が国においては健康増進に係る取組として、「国民健康づくり対策」が昭和 53（1978）年から数次にわたって展開されてきた。

ア．第１次国民健康づくり対策（昭和 53（1978）年～）

健康づくりは、国民一人一人が「自分の健康は自分で守る」という自覚を持つことが基本であり、行政としてはこれを支援するため、国民の多様な健康ニーズに対応しつつ、地域に密着した保健サービスを提供する体制を整備していく必要があるとの観点から、①生涯を通じる健康づくりの推進、②健康づくりの基盤整備、③健康づくりの普及啓発の三点を柱として取組を推進。

イ．第２次国民健康づくり対策«アクティブ８０ヘルスプラン»（昭和 63（1988）年～）

第１次の対策を始めとするこれまでの施策を拡充するとともに、運動習慣の普及に重点を置き、栄養・運動・休養の全ての面で均衡のとれた健康的な生活習慣の確立を目指すこととし、取組を推進。

ウ．第３次国民健康づくり対策«21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）»（平成 12（2000）年～）

壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的とし、生活習慣病やその原因となる生活習慣等の国民の保健医療対策上重要となる課題について、10 年後を目途とした目標等を設定し、国や地方公共団体等の行政だけでなく、関係団体等の積極的な参加及び協力を得ながら、「一次予防」の観点を重視した情報提供等を行う取組を推進。

エ．第４次国民健康づくり対策（21 世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））»（平成 25（2013）年～）

少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、健康づくりを推進。

生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命を延伸し、また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差の縮小を実現することを最終的な目標とした。

国民健康づくり対策の概要　※健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料より引用

第 1 次国民健康づくり対策 （昭和 53 年～）	第 2 次国民健康づくり対策 （昭和 63 年～） アクティブ 80 ヘルスプラン	第 3 次国民健康づくり対策 （平成 12 年～） 21 世紀における国民健康づくり運動 （健康日本 21）
【基本的考え方】 1．生涯を通じる健康づくりの推進 ［成人病予防のための 1 次予防の推進］ 2．健康づくりの 3 要素（栄養、運動、休養）の健康増進事業の推進（栄養に重点）	【基本的考え方】 1．生涯を通じる健康づくりの推進 2．栄養、運動、休養のうち遅れていた運動習慣の普及に重点を置いた、健康増進事業の推進	【基本的考え方】 1．生涯を通じる健康づくりの推進 ［「一次予防」の重視と健康寿命の延伸、生活の質の向上］ 2．国民の保健医療水準の指標となる具体的目標の設定及び評価に基づく健康増進事業の推進 3．個人の健康づくりを支援する社会環境づくり
【施策の概要】 ①生涯を通じる健康づくりの推進 ・乳幼児から老人に至るまでの健康診査・保健指導体制の確立 ②健康づくりの基盤整備等 ・健康増進センター、市町村保健センター等の整備 ・保健婦、栄養士等のマンパワーの確保 ③健康づくりの啓発・普及 ・市町村健康づくり推進協議会の設置 ・栄養所要量の普及 ・加工食品の栄養成分表示 ・健康づくりに関する研究の実施 等	【施策の概要】 ①生涯を通じる健康づくりの推進 ・乳幼児から老人に至るまでの健康診査・保健指導体制の充実 ②健康づくりの基盤整備等 ・健康科学センター、市町村保健センター、健康増進施設等の整備 ・健康運動指導者、管理栄養士、保健婦等のマンパワーの確保 ③健康づくりの啓発・普及 ・栄養所要量の普及・改定 ・運動所要量の普及 ・健康増進施設認定制度の普及 ・たばこ行動計画の普及 ・外食栄養成分表示の普及 ・健康文化都市及び健康保養地の推進 ・健康づくりに関する研究の実施 等	【施策の概要】 ①健康づくりの国民運動化 ・効果的なプログラムやツールの普及啓発、定期的な見直し ・メタボリックシンドロームに着目した、運動習慣の定着、食生活の改善等に向けた普及啓発の徹底 ②効果的な健診・保健指導の実施 ・医療保険者による 40 歳以上の被保険者・被扶養者に対するメタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導の着実な実施（2008 年度より） ③産業界との連携 ・産業界の自主的取組との一層の連携 ④人材育成（医療関係者の資質向上） ・国、都道府県、医療関係者団体、医療保険者団体等が連携した人材育成のための研修等の充実 ⑤エビデンスに基づいた施策の展開 ・アウトカム評価を可能とするデータの把握手法の見直し　等

第４次国民健康づくり対策

（平成 25 年～）

21 世紀における第二次国民健康づくり運動（**健康日本 21（第二次）**）

【基本的考え方】

○ 生涯を通じた健康づくりの推進（**健康寿命の延伸と健康格差の縮小**を最終的な目標とする）
○ 国民の健康増進の推進に関する基本的な方向
　１：**健康寿命の延伸と健康格差の縮小**
　２：生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD の予防）
　３：社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
　４：健康を支え、守るための**社会環境の整備**
　５：栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善
○ 目標の設定と評価
○ 都道府県と市町村の健康増進計画
○ 健康の増進に関する調査及び研究の推進
○ 健康増進事業実施者間における連携及び協力
○ 正しい知識の普及
○ その他（健康課題を解決する推進体制、多様な主体による取組・連携、人材育成）

【施策の概要】

〇 基本的な方向に沿った施策

１：健康寿命の延伸と**健康格差の縮小**

生活習慣病対策の総合的な推進、医療や介護など様々な分野における取組の支援

２：生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD の予防）

一次予防・重症化予防に重点を置いた対策

適切な食事、適度な運動、禁煙など、健康に有用な**行動変容**や**社会環境の整備**、

医療連携体制の推進、**特定健診・特定保健指導**の実施

３：社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

ライフステージに応じて、「**こころの健康**」「**次世代の健康**」「**高齢者の健康**」を推進

４：健康を支え、守るための**社会環境の整備**

社会全体が相互に支え合いながら健康を守る**環境を整備**

健康作りに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、取組の評価を推進

５：栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

各生活習慣の改善、対象集団ごとの特性、健康課題の把握

○ データヘルス改革（パーソナル・ヘルス・レコード）
○ スマート・ライフ・プロジェクトの更なる推進
○ 保険者の取組、○ 他部門連携、等

３．その他

（１）国民の健康意識について

国民の健康意識の変化を知るため、NHK 総合における「健康」をキーワードとして含む番組について、過去の放送回数の推移を確認した。

○ 調査方法：NHK アーカイブス※1 にて、タイトルまたは概要説明に「健康」という言葉が含まれている平成 12 年以降の放送番組を検索し、検索結果を基に放送回数を年別に集計した。

● NHK 総合における放送を対象としており、2005 年まではアナログ総合、2006 年からはデジタル総合（デジタル総合 2 は含まない）の放送数を集計している。

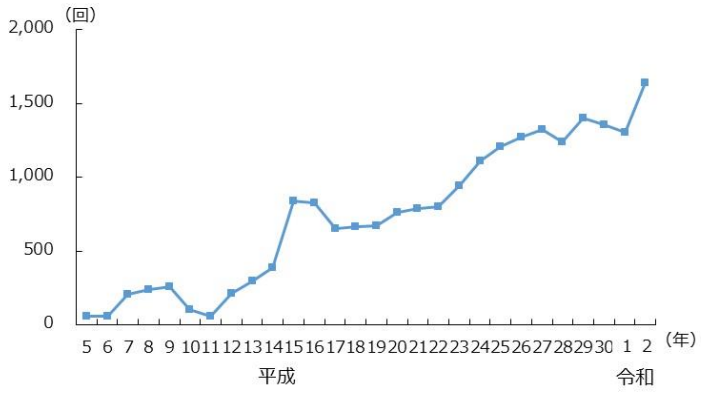
○ 調査時期：令和３年９月※2

※1：https://www.nhk.or.jp/archives/

※2：2021 年 9 月時点ではキーワードを指定した期間集計が可能であったが、システムの変更に伴い検索方法が変更となっている

令和３年度厚生労働省予算事業において、受託者、株式会社 NTT データ経営研究所が集計。

結果のポイント
○「健康」をキーワードに含む番組の放送回数は、平成12年頃から増加傾向にある。



35

また、全国４紙（朝日新聞、毎日新聞、読売新聞、産経新聞）における「健康」をキーワードとして含む記事について、過去の掲載件数の推移を確認した。

○調査方法：記事見出しに「健康」という言葉が含まれている平成 12 年以降の記事を検索※し、検索結果を基に掲載件数を年別に集計した。

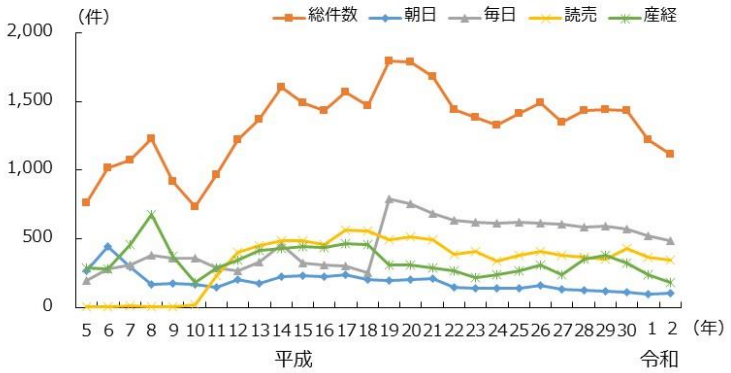
※全国４紙（朝日新聞、毎日新聞、読売新聞、産経新聞） の掲載件数を集計している。

○調査時期：令和３年９月

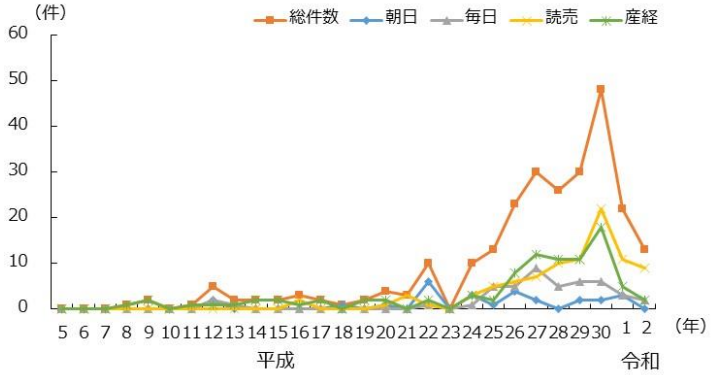
※：日経テレコンを用いて検索 https://telecom.nikkei.co.jp/

令和３年度厚生労働省予算事業において、受託者、株式会社 NTT データ経営研究所が集計。

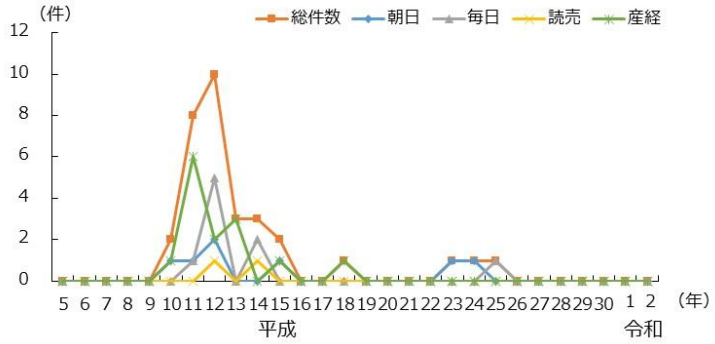
結果のポイント
○「健康」をキーワードに含む記事の掲載件数は、平成12年頃から増加し、近年は横ばいで推移している。



結果のポイント
○「健康寿命」をキーワードに含む記事の掲載件数は、平成24年頃から平成30年頃にかけて増加傾向にあったものの、近年は減少傾向にある。



結果のポイント
○「健康日本21」をキーワードに含む記事は、平成10年頃から平成12年頃にかけて増加傾向にあったものの、その後は減少し、近年は平成18年及び平成23-25年に掲載があったものの、その他の年は掲載されていない。



その他、近年はソーシャル・ネットワーキング・サービスによる情報発信も増えてきていることから、Twitter（ツイッター）においても、「健康」をキーワードとして含む投稿について、過去の投稿量の推

移を確認した。

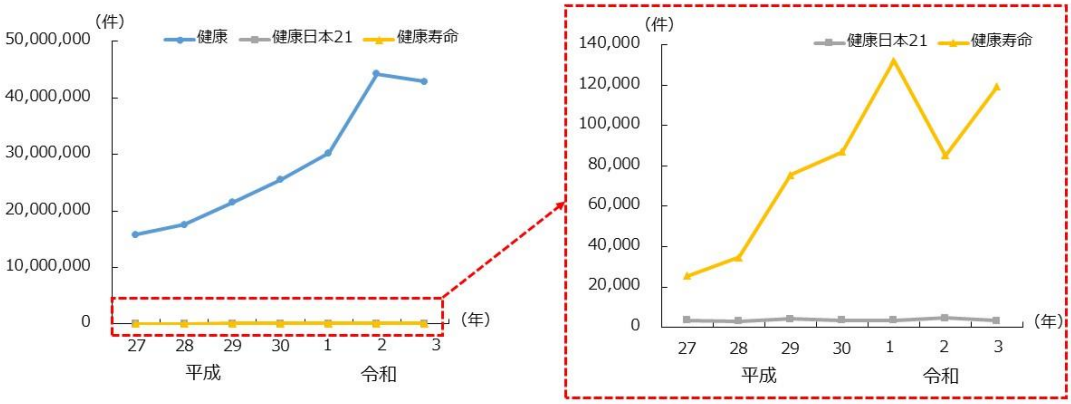
○調査方法：「健康」「健康寿命」「健康日本 21」という言葉が含まれている平成 27 年以降の投稿を年別に集計※した。

○調査時期：令和４年２月

※：トータルデータ解析サービス「なずき」を用いて集計　https://nttdata-nazuki.jp/

令和３年度厚生労働省予算事業において、受託者、株式会社 NTT データ経営研究所が集計

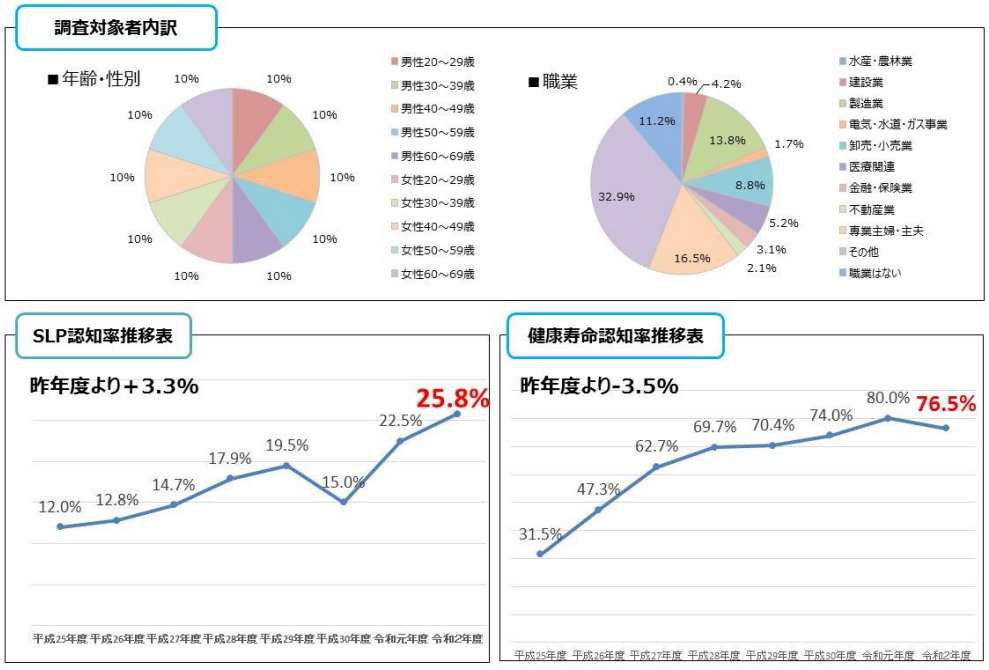
結果のポイント
○「健康」及び「健康寿命」をキーワードに含む投稿は近年増加傾向にある。
○ 令和２年に「健康」をキーワードに含む投稿が急激に増加している。



その他、スマート・ライフ・プロジェクトで行った一般向けの調査においては、SLP 認知率や、健康寿命の認知率は増加傾向であることがわかった。

一般向け調査（n=520名）

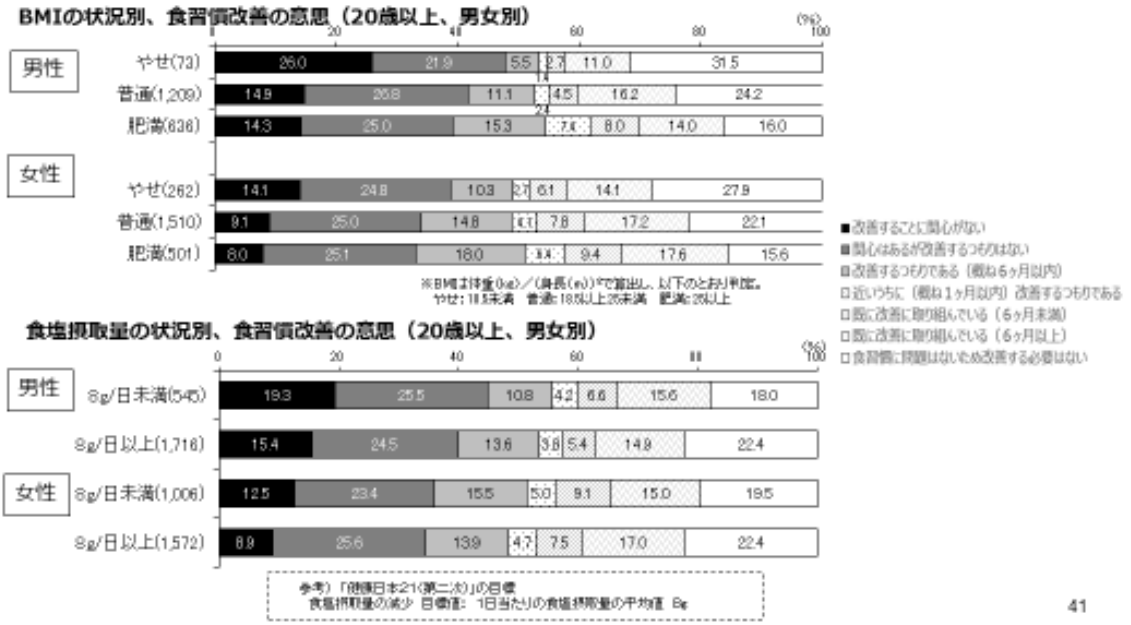
SMART LIFE PROJECT



スマート・ライフ・プロジェクト 効果判定調査より

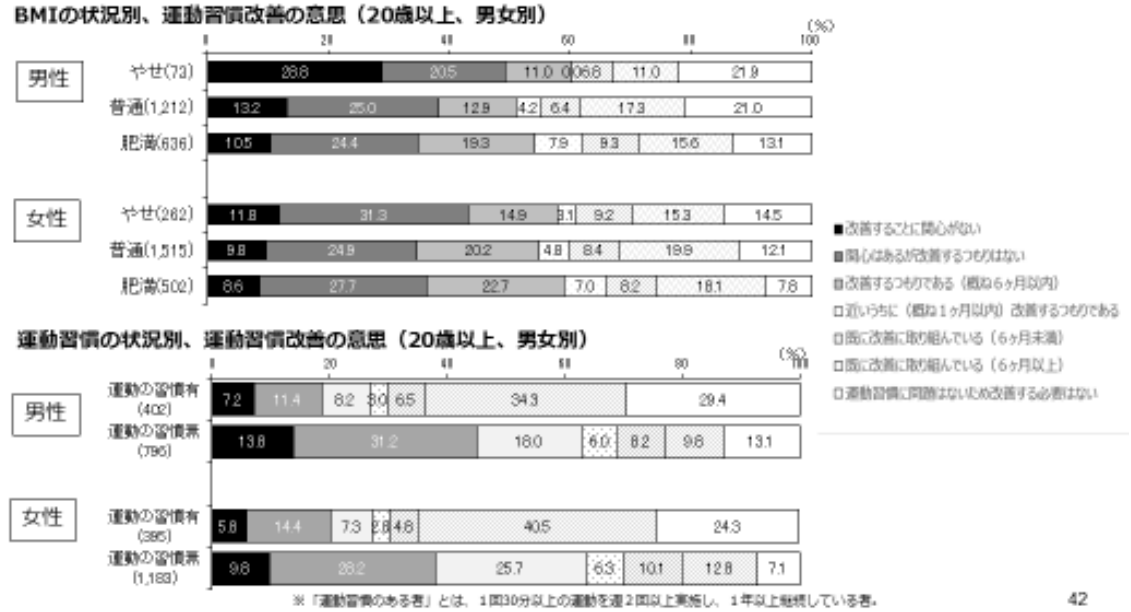
また、令和元（2019）年の国民健康・栄養調査においては、食習慣改善の意思や運動週間改善の意思について調査も行っている。

食習慣改善の意思



41

運動習慣改善の意思



42

（２）新型コロナウイルス感染症の影響　◆参照：参考資料

○　個人の生活習慣の変化

・活動自粛による身体活動量の低下や、食生活、喫煙・飲酒量変化等による生活習慣の悪化の懸念
・労働時間、睡眠状況などの変化、テレワークの増加等
・社会参加の減少、インターネット・オンラインの活用など
・マスク着用、手洗い、手指消毒の広がり

○　外出自粛による医療機関受診控え（治療頻度の低下、中断）や健診・検診受診控え

○　新型コロナウイルス感染症の重症化のリスク因子
：COPD、糖尿病、高血圧症、肥満、喫煙等

○　死亡数の減少、呼吸器疾患（新型コロナウイルス感染症以外の肺炎やインフルエンザ）、心疾患、脳血管疾患による死亡の減少（令和２年人口動態統計）

○　新型コロナウイルス感染症拡大が浮き彫りにした社会の課題

・新型コロナウイルス感染症の拡大による格差の拡大の可能性、自殺者の増加懸念、子どもの問題
・孤独・孤立の深刻化

○　行政サービス（特に保健行政）の変化、医療機関・介護施設等の変化

・令和２年度、令和３年度の国民健康・栄養調査の中止
・保健事業の縮小
・新型コロナウイルス感染症の診療が通常診療の遂行の妨げとなっている懸念
・オンライン化の浸透（オンライン通いの場、オンライン保健指導など）

○　その他

・新型コロナウイルス感染症の影響は時期によって異なるため、次期プラン作成においては今後の状況も考慮して検討が必要である

４．この 20 年の評価のまとめ

○ 平成 12（2000）年の健康日本 21 の開始、平成 15（2003）年の健康増進法施行など健康づくり分野においては、この 20 年間において基本的な法制度・枠組みが確立し、健康づくりに対する機運の醸成などに貢献してきた。

○ 健康日本 21 では、「一次予防の重視」等を基本方針とし、平成 25（2013）年から開始された健康日本 21（第二次）では、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を最終的な目標とし、国民の健康づくりを推進してきた。

○ 平成 27（2015）年に国連サミットで採択された国際目標である「持続可能な達成目標（ＳＤＧｓ）」においても「すべての人に健康と福祉を」が目標の１つとされており、国際的にも健康づくりの重要性がより認識されるようになってきている。

○ 自治体においては、健診・検診などの健康増進事業に加え、地域支援事業を通じた介護予防、保険者（市町村国保・広域連合）による保健事業、令和３（2021）年１月から開始した生活保護制度における被保護者健康管理支援事業など、各分野において、健康づくりに関する取組を進めてきた。

○ 加えて、保険者による特定健診・特定保健指導の実施や企業における健康経営の取組など、被保険者や従業員に対する健康づくりが広まった。また、日本健康会議など経済団体や保険者、自治体等が連携する取組も進んできている。

○ こうした各主体の取組を通じて、健康日本 21 の主目標である健康寿命は着実に延伸し、平成 22（2010）年の男性 70.42 歳、女性 73.62 歳から直近値の令和元（2019）年には男性 72.68 歳、女性 75.38 歳となっている。

○ 直近では、ＩＣＴ技術の発展やデータヘルス改革の進展、スマートフォンやウェアラブル端末の普及に伴い、健診・検診等のデータ標準化や民間事業者によるＰＨＲサービスの広まりなど、健康づくり分野においても最新のテクノロジーを活用する動きが広まっている。

○ 令和元（2019）年の「健康寿命延伸プラン」においては、「自然に健康になれる環境づくり（健康な食事や運動ができる環境、居場所づくりや社会参加）」や「行動変容を促す仕掛け（行動経済学の仕組み、インセンティブ）」など新たな手法も活用して健康寿命延伸に向けた取組を進めることとされている。

○ 健康日本 21（第二次）においても健康格差の縮小について目標の一つとされてきたところであるが、新型コロナウイルスの感染拡大を機に、格差が拡大しているとの指摘もある。

Ⅱ　次期国民健康づくり運動プランに向けての課題

【プランの在り方】

○ 次期プランとして打ち出すビジョンをどのように考えるか。

○ 健康日本 21（第二次）は、医療費適正化計画等と計画期間をあわせるために、計画期間を１年間延長し、11 年間としたが、これも踏まえ、次期プランの計画期間をどのように考えるか。それと併せて、中間評価及び最終評価の時期についてどのように考えるか。

○ 健康日本 21（第二次）では、健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を主目標としてきたが、次期プランにおける主目標をどのように考えるか。

○ 健康日本 21（第二次）においては、「基本的な方向」として、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（ＮＣＤの予防）、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善の５つを設定しており、健康増進に関わる分野が幅広く取り入れられているが、次期プランの「基本的な方向」をどのように考えるか。

○ 他計画との整合性・調和・連携についてどのように考えるか。

【指標】

○ 健康日本 21（第二次）においては、「基本的な方向」の①～⑤に沿って 53 項目が設定されているが、指標をどのように設定するか。また、指標を設定する際に参照するデータソースについてどのように考えるか。加えて、全ての指標を継続的にモニタリングしているが、このことについてどのように考えるか。

○ 中間評価及び最終評価における指標の評価方法についてどのように考えるか。

○ 指標の設定にとどまらず、目標達成のための方策についてどのように考えるか。

【自治体による取組】

○ 自治体において、健康増進部局、国保部局、介護部局など健康づくりに関連する部局が複数にまたがっていることが多いが、住民に対して、効果的に介入する体制についてどのように考えるか。加えて、自治体内の各部門との連携を進め、健康づくり施策を効果的に進めるための方策をどのように考えるか。

○ 健康増進分野における都道府県と市町村の役割分担が曖昧との指摘があるが、都道府県が司令塔として、より機能するための方策についてどのように考えるか。

○ より効果的な健康づくり施策を展開するために、自治体と大学や企業、保険者、民間団体などとが協力・連携を深めるための方策についてどのように考えるか。

【その他】

○ ＰＨＲや自治体間でのデータ連携など、データを利活用してより効果的に住民の行動変容を促すための方策についてどのように考えるか。

○ 住民や自治体・職域で健康づくりに携わる職員に対して、エビデンスや最新の知見を伝えるための情

報発信及び職員の人材育成方法についてどのように考えるか。

○ ひとり暮らし世帯の増加や人口減少による労働力の減少などにより、コミュニティがより重要となってくる中で、健康づくり分野におけるコミュニティの力をより向上させるための方策についてどのように考えるか。

○ 社会環境整備等を通じ、健康無関心層を含めた健康づくり施策をさらに進めていくための方策についてどのように考えるか。

○ 性差や年齢等も加味した健康づくり施策についてどのように考えるか。

○ 健康格差是正を進めるための方策についてどのように考えるか。

○ 新型コロナウイルスの感染拡大による生活習慣の変化等を踏まえた健康づくり施策についてどのように考えるか。

健康日本 21（第二次）推進専門委員会設置要綱
健康日本 21（第二次）推進専門委員会構成員名簿
健康日本 21（第二次）推進専門委員会の開催状況
健康日本 21（第二次）推進専門委員会における最終評価のスケジュール概要

参考資料

健康日本 21（第二次）目標項目 評価一覧
評価シート【様式 1】
自治体等の取り組み状況評価のための調査結果（追加分析・調査表）
健康日本 21（第二次）に関連する法律・計画等の概要
国内外の健康づくりに関する動向
新型コロナウイルス感染症の影響に関する調査概要
健康康寿命をのばそう！アワード 総合事例集
国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成 24 年厚生労働省告示第 430 号）