

令和4年8月3日	資料1-3
第45回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会	

# 健康日本21（第二次）最終評価報告書（案） 別添（令和4年8月3日版）

1. 健康日本21（第二次）目標項目 評価一覧……………P1
2. 評価シート【様式1】……………P15
3. 自治体等の取り組み状況評価のための調査（追加分析・調査票）…P87
4. 健康日本21（第二次）に関連する法律・計画等の概要……………P128
5. 国内外の健康づくりに関する動向……………P161
6. 新型コロナウイルス感染症の影響に関する調査概要……………P175
7. 健康寿命をのばそう！アワード 総合事例集……………P178
8. 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）……………P207

健康日本21（第二次）目標項目 評価一覧（令和4年8月3日版）

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

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価（最新値）	（変更前）目標値	目標値	データソース	評価	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）	健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）男性	70.42年	72.14年	72.68年	/	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	平成22年：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」（研究代表者 橋本修二） 平成28年：厚生労働科学研究費補助金「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） 令和元年：厚生労働科学研究費補助金「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） ※「国民生活基礎調査」をもとに算定	A	A
		平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度			
	健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）女性	73.62年	74.79年	75.38年	/	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加		A	
		平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度			
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（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	2.79年	2.00年	2.33年	/	都道府県格差の縮小	平成22年：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」（研究代表者 橋本修二） 平成28年：厚生労働科学研究費補助金「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） 令和元年：厚生労働科学研究費補助金「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） ※「国民生活基礎調査」をもとに算定	A	C
		平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度			
	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	2.95年	2.70年	3.90年	/	都道府県格差の縮小		D	
		平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度			

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

(1) がん

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前) 目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	75歳未満のがんの年齢調整死亡率	84.3 平成22年	76.1 平成28年	70.0 参考:69.6 令和元年 参考:令和2年	73.9 平成27年	減少傾向へ 令和4年	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」 ※厚生労働省「人口動態調査」をもとに算定している。	A	A
②がん検診の受診率の向上	胃がん検診受診率 男性	36.6% 平成22年	46.4% 平成28年	48.0% 令和元年	40% 平成28年度	50% 令和4年度	厚生労働省「国民生活基礎調査」 ※がん検診の受診率の算定に当たっては、40歳から69歳まで (子宮頸がんは20歳から69歳まで)を対象としている。	B	B
	胃がん検診受診率 女性	28.3% 平成22年	35.6% 平成28年	37.1% 令和元年	40% 平成28年度	50% 令和4年度		B*	
	肺がん検診受診率 男性	26.4% 平成22年	51.0% 平成28年	53.4% 令和元年	40% 平成28年度	50% 令和4年度		A	
	肺がん検診受診率 女性	23.0% 平成22年	41.7% 平成28年	45.6% 令和元年	40% 平成28年度	50% 令和4年度		B	
	大腸がん検診受診率 男性	28.1% 平成22年	44.5% 平成28年	47.8% 令和元年	40% 平成28年度	50% 令和4年度		B	
	大腸がん検診受診率 女性	23.9% 平成22年	38.5% 平成28年	40.9% 令和元年	40% 平成28年度	50% 令和4年度		B*	
	子宮頸がん検診受診率 女性	37.7% 平成22年	42.4% 平成28年	43.7% 令和元年	50% 平成28年度	50% 令和4年度		B*	
	乳がん検診受診率 女性	39.1% 平成22年	44.9% 平成28年	47.4% 令和元年	50% 平成28年度	50% 令和4年度		B	

(2) 循環器疾患

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	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)	脳血管疾患の年齢調整死亡率 男性	49.5 平成22年	36.2 平成28年	33.2 令和元年		41.6 令和4年度	厚生労働省「人口動態統計」	A	A
	脳血管疾患の年齢調整死亡率 女性	26.9 平成22年	20.0 平成28年	18.0 令和元年		24.7 令和4年度		A	
	虚血性心疾患の年齢調整死亡率 男性	37.0 平成22年	30.2 平成28年	27.8 令和元年		31.8 令和4年度		A	
	虚血性心疾患の年齢調整死亡率 女性	15.3 平成22年	11.3 平成28年	9.8 令和元年		13.7 令和4年度		A	
②高血圧の改善 (収縮期血圧の平均値の低下)	収縮期血圧の平均値 男性	138mmHg 平成22年	136mmHg 136mmHg(年齢調整値) 平成28年	137mmHg 137mmHg(年齢調整値) 参考: 134mmHg 134mmHg(年齢調整値) 平成30年 参考: 令和元年		134mmHg 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」 ※40歳～89歳、服薬者含む。	B*	B*
	収縮期血圧の平均値 女性	133mmHg 平成22年	130mmHg 130mmHg(年齢調整値) 平成28年	131mmHg 130mmHg(年齢調整値) 参考: 129mmHg 128mmHg(年齢調整値) 平成30年 参考: 令和元年		129mmHg 令和4年度		B	
③脂質異常症の減少	総コレステロール240mg/dl以上の者の割合 男性	13.8% 平成22年	10.8% 11.2%(年齢調整値) 平成28年	14.2% 14.8%(年齢調整値) 令和元年		10% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」 ※40歳～79歳、服薬者含む。	C	C
	総コレステロール240mg/dl以上の者の割合 女性	22.0% 平成22年	20.1% 20.7%(年齢調整値) 平成28年	25.0% 26.0%(年齢調整値) 令和元年		17% 令和4年度		D	
	L D L コレステロール160mg/dl以上の者の割合 男性	8.3% 平成22年	7.5% 7.8%(年齢調整値) 平成28年	9.8% 10.0%(年齢調整値) 令和元年		6.2% 令和4年度		C	
	L D L コレステロール160mg/dl以上の者の割合 女性	11.7% 平成22年	11.3% 11.6%(年齢調整値) 平成28年	13.1% 13.7%(年齢調整値) 令和元年		8.8% 令和4年度		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	メタボリックシンドロームの 該当者及び予備群の人数	約1,400万人 平成20年度	約1,412万人 平成27年度	約1,516万人 令和元年度	平成20年度と比べて25% 減少 平成27年度	平成20年度と比べて25% 減少 令和4年度	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	D	D
⑤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	41.3% 平成21年度	50.1% 平成27年度	55.6% 令和元年度	70%以上 平成29年度	70%以上 令和5年度	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	B*	B*
	特定保健指導の実施率	12.3% 平成21年度	17.5% 平成27年度	23.2% 令和元年度	45%以上 平成29年度	45%以上 令和5年度		B*	

## (3) 糖尿病

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価（最新値）	（変更前）目標値	目標値	データソース	評価	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	糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数	16,247人 平成22年	16,103人 平成28年	16,019人 参考：15,690人 令和元年 参考：令和2年		15,000人 令和4年度	日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」	C	C
②治療継続者の割合の増加	治療継続者の割合	63.7% 平成22年	66.7% 63.8%(年齢調整値) 平成28年	67.6% 64.9%(年齢調整値) 令和元年		75% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	C	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）	HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者の割合	1.2% 平成21年度	0.96% 平成26年度	0.94% 平成30年度		1.0% 令和4年度	平成21年度：特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況 平成26年度、平成30年度：NDBオープンデータ	A	A
④糖尿病有病者の増加の抑制	糖尿病有病者数	890万人 平成19年	1,000万人 平成28年	(参考値) 1,150万人 (令和元年)		1,000万人 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	E (参考指標：B*)	E (参考指標：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）	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数	約1,400万人 平成20年度	約1,412万人 平成27年度	約1,516万人 令和元年度	平成20年度と比べて 25%減少 平成27年度	平成20年度と比べて 25%減少 令和4年度	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	D	D
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	特定健康診査の実施率	41.3% 平成21年度	50.1% 平成27年度	55.6% 令和元年度	70%以上 平成29年度	70%以上 令和5年度	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	B*	B*
	特定保健指導の実施率	12.3% 平成21年度	17.5% 平成27年度	23.2% 令和元年度	45%以上 平成29年度	45%以上 令和5年度		B*	

## (4) COPD

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価（最新値）	（変更前）目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①COPDの認知度の向上	COPDの認知度	25% 平成23年	26% 平成29年	28% 参考：28% 令和元年 参考：令和3年		80% 令和4年度	一般社団法人GOLD日本委員会「COPD認知度把握調査」	C	C

別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

(1) こころの健康

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①自殺者の減少(人口10万人当たり)	自殺者の割合(人口10万人当たり)	23.4 平成22年	16.8 平成28年	15.7 参考:16.4 令和元年 参考:令和2年	19.4 平成28年	13.0以下 令和8年度	厚生労働省「人口動態調査」	B	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	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	10.4% 平成22年	10.5% 平成28年	10.3% 令和元年		9.4% 令和4年度	厚生労働省「国民生活基礎調査」	C	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	メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合	33.6% 平成19年	56.6% 平成28年	59.2% 参考:59.2% 平成30年 参考:令和3年		100% 令和2年	平成24年以前:厚生労働省「労働者健康状況調査」 平成25年以降:厚生労働省「労働安全衛生調査(実態調査)」	B*	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	小児人口10万人当たりの小児科医師の割合	94.4 平成22年	107.3 平成28年	112.4 参考:119.7 平成30年 参考:令和2年	増加傾向へ 平成26年	増加傾向へ 令和4年度	平成22年、平成28年:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」 平成30年、令和2年:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」	A	A
	小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合	10.6 平成21年	12.9 平成28年	17.3 参考:20.2 令和元年度 参考:令和3年度	増加傾向へ 平成26年	増加傾向へ 令和4年度	日本児童青年精神医学会調べ	A	

(2) 次世代の健康

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	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 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 小学5年生	89.4%	89.5%	93.1%		100%に近づける	平成22年度: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26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」 令和3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」	C	
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	(参考値)週に3日以上 小学5年生男子	61.5%	(59.2%)		増加傾向へ	評価指標を変更	文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」		B*
	平成22年	(平成25年)	令和4年度						
(変更後)イ 運動やスポーツを習慣的にしていない子どもの割合の減少	(参考値)週に3日以上 小学5年生女子	35.9%	(33.6%)		増加傾向へ	評価指標を変更	文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」		B*
	平成22年	(平成25年)	令和4年度						
(変更後)イ 運動やスポーツを習慣的にしていない子どもの割合の減少	(変更後)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	10.5%	6.4%	7.6% 参考:8.8% 令和元年度	減少傾向へ	減少傾向へ	文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」	B*	B*
	平成22年度	平成29年度	令和3年度	令和4年度					
(変更後)イ 運動やスポーツを習慣的にしていない子どもの割合の減少	(変更後)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	24.2%	11.6%	13.0% 参考:14.4% 令和元年度	減少傾向へ	減少傾向へ	文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」	B*	B*
	平成22年度	平成29年度	令和3年度	令和4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	9.6%	9.4%	9.4% 参考:9.2% 令和元年	減少傾向へ	減少傾向へ	厚生労働省「人口動態調査」	C	
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	(参考値)小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 男子	4.60%	4.55%	(5.12%) (参考:7.02%) (令和元年)	減少傾向へ	参考値とする	文部科学省「学校保健統計調査」		D
	平成23年	平成28年	(令和2年)	平成26年					
	(参考値)小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 女子	3.39%	3.75%	(3.63%) (参考:4.11%) (令和元年)	減少傾向へ	参考値とする	文部科学省「学校保健統計調査」		D
平成23年	平成28年	(令和2年)	平成26年						
(変更後)小学5年生の肥満傾向児の割合	8.59%	(8.89%)	9.57% 参考:11.91% 令和元年	減少傾向へ	児童・生徒における肥満傾向児の割合 7.0%	令和6年度	文部科学省「学校保健統計調査」	D	
平成23年	(平成29年)	令和2年							



(3) 高齢者の健康

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
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数	452万人 平成24年度	521万人 平成27年度	567万人 令和元年度		657万人 令和7年度	平成27年度、令和元年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告」 ※平成24年度は、「社会保障・税一体改革」における重点化・効率化項目の中での推計値である。	B*	B*
②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率	0.9% 平成21年	3.7% 平成26年		10% 令和4年度	項目を変更	平成21年：厚生労働省「介護予防事業報告」 平成26年：厚生労働省「介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業報告」		
(変更後) ②認知症サポーター数の増加	認知症サポーター数	330万人 平成23年度	(882万人) (平成28年度)	1,264万人 参考：1,380万人 令和元年度 参考：令和3年度		1200万人 令和2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	A	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	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	44.4% (参考値：17.3%) 平成27年 (参考値：平成24年)	46.8% 平成29年	44.8% 参考：44.6% 令和元年 参考：令和3年		80% 令和4年度	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 参考値：日本整形外科学会によるインターネット調査	C	C
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(BMI20以下)の高齢者の割合	17.4% 平成22年	17.9% 平成28年	16.8% 令和元年		22% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	A	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)	足腰に痛みのある高齢者の割合 男性	218人 平成22年	210人 平成28年	206人 令和元年		200人 令和4年度	厚生労働省「国民生活基礎調査」	B*	B*
	足腰に痛みのある高齢者の割合 女性	291人 平成22年	267人 平成28年	255人 令和元年		260人 令和4年度		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)	(参考値)何らかの地域活動をしている高齢者の割合 男性	64.0% 平成20年	(62.0%) (平成25年)		80% 令和4年度	評価指標を変更	内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」		E (参考指標：B)
	(参考値)何らかの地域活動をしている高齢者の割合 女性	55.1% 平成20年	(60.2%) (平成25年)		80% 令和4年度	評価指標を変更			
	(変更後)高齢者の社会参加の状況 男性	63.6% 平成24年	62.4% 平成28年	—	—	80% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	E	
	(変更後)高齢者の社会参加の状況 女性	55.2% 平成24年	55.0% 平成28年	—	—	80% 令和4年度		E	

別表第四 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価（最新値）	（変更前）目標値	目標値	データソース	評価	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）	（参考値）自分と地域のつながりが強い方だと思う割合	45.7%			65%	評価指標を変更	内閣府「少子化対策と家族・地域のきずなに関する意識調査」	/	C
		平成19年			令和4年度				
	（変更後）居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合	50.4%	55.9%	50.1%		65%	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	C	
		平成23年	平成27年	令和元年		令和4年度			
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	（参考値）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	3.0%			25%	評価指標を変更	総務省「社会生活基本調査」	/	E
		平成18年			令和4年度				
	（変更後）健康づくりに関係したボランティア活動への参加割合	27.7%	27.8%	—		35%	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	E	
		平成24年	平成28年	—		令和4年度			
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	企業登録数	420社	3,751社		3,000社	評価指標を変更	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数）	/	
		平成24年	平成28年度		令和4年度				
（変更後）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	参画企業数	233社	(2,890社)	4,182社		3,000社	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等数）	A	B
		平成23年度	(平成28年度)	令和元年度		令和4年度			
	参画団体数	367団体	(3,673団体)	5,476団体		7,000団体		B	
		平成23年度	(平成28年度)	令和元年度		令和4年度			
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	民間団体から報告のあった活動拠点数	（参考値） 7,134	（参考値） 13,404	—		15,000	各民間団体からの報告	E （参考指標：B）	E （参考指標：B）
		平成24年	平成27年	—		令和4年度			
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）	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	11	40	41		47	厚生労働省健康局健康課による把握	B	B
		平成24年	平成28年	令和元年		令和4年度			

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(1) 栄養・食生活

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	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)	20～60歳代男性の肥満者の割合	31.2%	32.4% (年齢調整値)	35.1% 34.7%(年齢調整値)		28%	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	D	C
	40～60歳代女性の肥満者の割合	22.2%	21.6% (年齢調整値)	22.5% 22.7%(年齢調整値)		19%		C	
	20歳代女性のやせの者の割合	29.0%	20.7%	20.7%		20%		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	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	68.1%	59.7%	56.1% 参考:37.7% 令和元年度 参考:令和3年度		80%	平成23年度:内閣府「平成23年度 食育に関する意識調査」 平成28年度以降:農林水産省「食育に関する意識調査」	D	
イ 食塩摂取量の減少	食塩摂取量	10.6g	9.9g (年齢調整値)	10.1g 10.0g(年齢調整値)		8g	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	B*	C
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	野菜摂取量の平均値	282g	277g (年齢調整値)	281g 275g(年齢調整値)		350g	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	C	
	果物摂取量100g未満の者の割合	61.4%	62.7% (年齢調整値)	63.3% 66.5%(年齢調整値)		30%		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)	朝食 小学生	15.3%	11.3%	12.1%		減少傾向へ	平成22年度: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26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」 令和3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」	A	A
	朝食 中学生	33.7%	31.9%	28.8%		減少傾向へ		A	
	夕食 小学生	2.2%	1.9%	1.6%		減少傾向へ		A	
	夕食 中学生	6.0%	7.1%	4.3%		減少傾向へ		A	
④食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み食品企業及び飲食店の登録数の増加	食品企業登録数	14社	103社	117社以上		100社	食品企業登録数:食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み、スマート・ライフ・プロジェクトに登録のあった企業数 飲食店登録数:自治体からの報告(エネルギーや塩分控えめ、野菜たっぷり・食物繊維たっぷりといったヘルシーメニューの提供に取り組む店舗数)	A	B*
	飲食店登録数	17,284店舗	26,225店舗	24,441店舗		30,000店舗		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	(参考値) 管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合	70.5% 平成22年度	72.7% 平成27年度	74.7% 参考：75.5% 令和元年度 参考：令和2年度	80% 令和4年度	厚生労働省「衛生行政報告例」	B*	B*
---	-----------------------------	-----------------	-----------------	--	--------------	----------------	----	----

(2) 身体活動・運動

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①日常生活における歩数の増加	20歳～64歳 男性	7,841歩 平成22年	7,769歩 7,762歩(年齢調整値) 平成28年	7,864歩 7,887歩(年齢調整値) 令和元年		9,000歩 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	C	C
	20歳～64歳 女性	6,883歩 平成22年	6,770歩 6,757歩(年齢調整値) 平成28年	6,685歩 6,671歩(年齢調整値) 令和元年		8,500歩 令和4年度		C	
	65歳以上 男性	5,628歩 平成22年	5,744歩 5,775歩(年齢調整値) 平成28年	5,396歩 5,403歩(年齢調整値) 令和元年		7,000歩 令和4年度		C	
	65歳以上 女性	4,584歩 平成22年	4,856歩 4,891歩(年齢調整値) 平成28年	4,656歩 4,674歩(年齢調整値) 令和元年		6,000歩 令和4年度		C	
②運動習慣者の割合の増加	20歳～64歳 男性	26.3% 平成22年	23.9% 24.3%(年齢調整値) 平成28年	23.5% 24.1%(年齢調整値) 令和元年		36% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	C	C
	20歳～64歳 女性	22.9% 平成22年	19.0% 19.0%(年齢調整値) 平成28年	16.9% 16.5%(年齢調整値) 令和元年		33% 令和4年度		D	
	65歳以上 男性	47.6% 平成22年	46.5% 46.3%(年齢調整値) 平成28年	41.9% 41.5%(年齢調整値) 令和元年		58% 令和4年度		C	
	65歳以上 女性	37.6% 平成22年	38.0% 38.2%(年齢調整値) 平成28年	33.9% 33.8%(年齢調整値) 令和元年		48% 令和4年度		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	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	17 平成24年	29 平成28年	34 令和元年		47 令和4年度	厚生労働省健康局健康課による把握	B*	B*

(3) 休養

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	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	睡眠による休養を十分とれていない者の割合	18.4% 平成21年	19.7% 20.3%(年齢調整値) 平成28年	21.7% 22.6%(年齢調整値) 平成30年		15% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	D	D
②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	週労働時間60時間以上の雇用者の割合	9.3% 平成23年	7.7% 平成28年	6.5% 参考：5.0% 令和元年 参考：令和3年		5.0% 令和2年	総務省「労働力調査」	B*	B*

(4) 飲酒

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	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 (1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者) の割合の減少	1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の割合	15.3%	14.6%	14.9%	/	13%	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	C	D	
		平成22年	平成28年	令和元年		15.2%(年齢調整値)				令和4年度
	1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の割合	7.5%	9.1%	9.1%	/	6.4%		令和4年度		D
		平成22年	平成28年	令和元年		9.6%(年齢調整値)				
②未成年者の飲酒をなくす	中学3年生男子	10.5%	7.2%	3.8% 参考:1.7% 平成29年 参考:令和3年	/	0%	厚生労働科学研究費補助金による研究班(※)の調査 ※平成22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年調査:「未成年者の健康課題およ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	B	B	
	中学3年生女子	11.7%	5.2%	2.7% 参考:2.7% 平成29年 参考:令和3年	/	0%		B		
	高校3年生男子	21.6%	13.7%	10.7% 参考:4.2% 平成29年 参考:令和3年	/	0%		B*		
	高校3年生女子	19.9%	10.9%	8.1% 参考:2.9% 平成29年 参考:令和3年	/	0%		B		
③妊娠中の飲酒をなくす	妊娠中の飲酒した者の割合	8.7%	4.3%	1.0% 参考:0.8% 令和元年 参考:令和2年	0%	0%	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」(研究代表者:山縣然太郎) 令和元年、令和2年:厚生労働省 母子保健課調査	B	B	

(5) 喫煙

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	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)	成人の喫煙率	19.5% 平成22年	18.3% 19.0%(年齢調整値) 平成28年	16.7% 17.5%(年齢調整値) 令和元年		12% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	B*	B*
②未成年者の喫煙をなくす	中学1年生男子	1.6% 平成22年	1.0% 平成26年	0.5% 参考:0.1% 平成29年 参考:令和3年		0% 令和4年度	厚生労働科学研究費補助金による研究班(※)の調査 ※平成22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年調査:「未成年者の健康課題およ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	B	B
	中学1年生女子	0.9% 平成22年	0.3% 平成26年	0.5% 参考:0.1% 平成29年 参考:令和3年		0% 令和4年度		B*	
	高校3年生男子	8.6% 平成22年	4.6% 平成26年	3.1% 参考:1.0% 平成29年 参考:令和3年		0% 令和4年度		B	
	高校3年生女子	3.8% 平成22年	1.4% 平成26年	1.3% 参考:0.6% 平成29年 参考:令和3年		0% 令和4年度		B	
③妊娠中の喫煙をなくす	妊娠中の喫煙した者の割合	5.0% 平成22年	3.8% 平成25年	2.3% 参考:2.0% 令和元年 参考:令和2年	0% 平成26年	0% 令和4年度	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」(研究代表者:山縣然太郎) 令和元年、令和2年:厚生労働省母子保健課調査	B*	B*
④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	(a)行政機関	16.9% 平成20年	8.0% 7.9%(年齢調整値) 平成28年	4.1% 4.0%(年齢調整値) 令和元年	0% 令和4年度	望まない受動喫煙のない社会の実現 令和4年度	(a),(b),(d),(e)厚生労働省「国民健康・栄養調査」 (c)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」	B*	B*
	(b)医療機関	13.3% 平成20年	6.2% 6.2%(年齢調整値) 平成28年	2.9% 2.8%(年齢調整値) 令和元年	0% 令和4年度	望まない受動喫煙のない社会の実現 令和4年度		B*	
	(c)職場	64% 平成23年	65.4% 平成28年	71.8% 参考:95.5% 平成30年 参考:令和2年	受動喫煙の無い職場の実現 令和2年	望まない受動喫煙のない社会の実現 令和4年度		B*	
	(d)家庭	10.7% 平成22年	7.7% 7.7%(年齢調整値) 平成28年	6.9% 7.1%(年齢調整値) 令和元年	3% 令和4年度	望まない受動喫煙のない社会の実現 令和4年度		B*	
	(e)飲食店	50.1% 平成22年	42.2% 43.3%(年齢調整値) 平成28年	29.6% 31.3%(年齢調整値) 令和元年	15% 令和4年度	望まない受動喫煙のない社会の実現 令和4年度		B*	

(6) 歯・口腔の健康

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	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)	60歳代における咀嚼良好者の割合	73.4% 平成21年	72.6% 平成27年	71.5% 令和元年		80% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	C	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	80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合	25.0% 平成17年	51.2% 平成28年		50% 令和4年度	60% 令和4年度	厚生労働省「歯科疾患実態調査」	E (参考指標:B)	E (参考指標:B)
イ 60歳で24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	60.2% 平成17年	74.4% 平成28年		70% 令和4年度	80% 令和4年度		E (参考指標:B)	
ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加	40歳で喪失歯のない者の割合	54.1% 平成17年	73.4% 平成28年			75% 令和4年度		E (参考指標:C)	
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	20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合	31.7% 平成21年	27.1% 平成26年	21.1% 平成30年		25% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	A	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	40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合	37.3% 平成17年	44.7% 平成28年			25% 令和4年度	厚生労働省「歯科疾患実態調査」	E	
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	60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合	54.7% 平成17年	62.0% 平成28年			45% 令和4年度		E	
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	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	6 平成21年	26 平成27年	44 平成30年	23 令和4年度	47 令和4年度	厚生労働省実施状況調べ(3歳児歯科健康診査)	B	B
イ 12歳児の一人平均う蝕数が1.0歯未満である都道府県の増加	12歳児の一人平均う蝕数が1.0歯未満である都道府県数	7 平成23年	28 平成28年	37 令和元年	28 令和4年度	47 令和4年度	文部科学省「学校保健統計調査」	B	
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	34.1% 平成21年	52.9% 平成28年			65% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	E	E

# 評価シート 様式 1 (案)

(令和4年8月3日版) 7月15日更新

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……P 1

別表第二：主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

- (1) がん……………P 5
- (2) 循環器疾患……………P 9
- (3) 糖尿病……………P14
- (4) C O P D……………P20

別表第三：社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

- (1) こころの健康……………P21
- (2) 次世代の健康……………P25
- (3) 高齢者の健康……………P29

別表第四：健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標………P35

別表第五：栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び  
歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

- (1) 栄養・食生活……………P40
- (2) 身体活動・運動……………P46
- (3) 休養……………P51
- (4) 飲酒……………P53
- (5) 喫煙……………P58
- (6) 歯・口腔の健康 ……P65



1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小に関する目標							
領域							
目標項目	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）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 男性	70.42年	72.14年	72.68年	/	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	A 目標値に達した	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 女性	73.62年	74.79年	75.38年	/	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	A 目標値に達した	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
調査名	平成22年：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」（研究代表者 橋本修二） 平成28年：厚生労働科学研究費補助金「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） 令和元年：厚生労働科学研究費補助金「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） ※「国民生活基礎調査」をもとに算定					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a 改善している	A 目標値に達した
表番号	日常生活に制限のない期間の平均						
算出方法	—						
算出方法 (計算式)	—						
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国民生活基礎調査（大規模調査）の質問「あなたは現在、健康上の問題で何か影響がありますか」の（1）ある（2）ないに対する「ある」の回答者を日常生活に制限有りとして、算出。</li> <li>○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28年/令和元年簡易生命表」</li> <li>○健康寿命：厚生労働省「平成22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28年/令和元年人口動態統計」 厚生労働省「平成22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28年/令和元年人口推計」より算出。 ※平成22年、令和元年は熊本県を含み、平成28年は震災の影響から熊本県を含んでいない。</li> </ul>						
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>■直近値vs目標値 <ul style="list-style-type: none"> <li>・健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 男性は、目標（値）に達している。</li> <li>・健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 女性は、目標（値）に達している。</li> </ul> </li> <li>■直近値vsベースライン <ul style="list-style-type: none"> <li>・健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 男性については、ベースラインと比較して2.26年（70.42年→72.68年）増加している（片側p値&lt;0.001）。</li> <li>・健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 女性については、ベースラインと比較して1.76年（73.62年→75.38年）増加している（片側p値&lt;0.001）。</li> </ul> </li> <li>・平均寿命 男性はベースラインと比較して1.86年（79.55年→81.41年）増加している。</li> <li>・平均寿命 女性はベースラインと比較して1.15年（86.30年→87.45年）増加している。</li> <li>・男女ともに、健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の増加は平均寿命の増加分を上回っている。</li> <li>■経年的な推移の分析（平成22年，平成25年，平成28年，令和元年） <ul style="list-style-type: none"> <li>・健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 男性については、ほぼ直線的に増加している。</li> <li>・健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 女性については、ほぼ直線的に増加している。</li> </ul> </li> <li>・男女ともに、健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の経年的な増加ペース（傾き）は平均寿命の経年的な増加ペース（傾き）を上回っている。</li> </ul>						
調査・データ分析上の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成28年の国民生活基礎調査は熊本地震により熊本県を調査していないため、平成28年の健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）では、熊本県を除く全国の健康情報と熊本県を含む全国の死亡情報を用いた。各年次の分析について、健康情報が熊本県を含む/含まない、死亡情報が熊本県を含む/含まないの組み合わせの間の差は、いずれも0.01年以内で非常に小さかった。</li> </ul>						

分析に基づく評価

■各指標の評価

- ・健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）男性については、目標（値）に達していることからAと判定。
- ・健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）女性については、目標（値）に達していることからAと判定。

■目標項目の評価

- ・すべての指標がAであることから、Aと判定。

1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小に関する目標						
領域						
目標項目	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）					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
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	2.79年 ----- 平成22年	2.00年 ----- 平成28年	2.33年 ----- 令和元年		都道府県格差の縮小 ----- 令和4年度	A 目標値に達した
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	2.95年 ----- 平成22年	2.70年 ----- 平成28年	3.90年 ----- 令和元年		都道府県格差の縮小 ----- 令和4年度	D 悪化している
調査名	平成22年：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」（研究代表者 橋本修二） 平成28年：厚生労働科学研究費補助金「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） 令和元年：厚生労働科学研究補助金「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） ※「国民生活基礎調査」をもとに算定				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					
表番号	—					
算出方法	健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）が最も長い県－最も短い県					
算出方法（計算式） 男性	ベースライン：71.74－68.95 中間評価：73.21－71.21 最終評価：73.72－71.39					
算出方法（計算式） 女性	ベースライン：75.32－72.37 中間評価：76.32－73.62 最終評価：77.58－73.68					
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国民生活基礎調査（大規模調査）の質問「あなたは現在、健康上の問題で何か影響がありますか」の（1）ある（2）ないに対する「ある」の回答者を日常生活に制限有りとして、算出。</li> <li>○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28年/令和元年簡易生命表」</li> <li>○健康寿命：厚生労働省「平成22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28年/令和元年人口動態統計」 厚生労働省「平成22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28年/令和元年推計人口」より算出。 ※平成22年、令和元年は熊本県を含み、平成28年は震災の影響から熊本県を含んでいない。</li> </ul>					
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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 男性は、目標（値）に達している。</li> <li>・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 女性は、目標（値）に達している。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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）については、ベースラインと比較して0.46年（2.79年→2.33年）縮小している（相対変化－16.5%）。</li> <li>・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）については、ベースラインと比較して0.95年（2.95年→3.90年）拡大している（相対変化＋32.2%）。</li> </ul> <p>■経年的な推移の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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）については、平成25年、平成28年にかけて縮小し続けたが、最終評価時にはやや縮小幅が狭まった。</li> <li>・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）については、中間評価時にやや縮小したものの、最終評価時には拡大した。</li> </ul> <p>(参考)</p> <p>■都道府県地域格差指標（値が大きいほど格差が大きいことを意味する）の推計値とトレンド検定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・男性 平成22年：0.57、平成25年：0.47、平成28年：0.37、令和元年：0.47（片側トレンドp値=0.027で格差が縮小したといえる）。</li> <li>・女性 平成22年：0.64、平成25年：0.60、平成28年：0.53、令和元年：0.62（片側トレンドp値=0.258で格差が縮小したとはいえない）。</li> </ul> <p>※平成22年、平成25年、令和元年は熊本県を含み、平成28年は震災の影響から熊本県を含んでいない。</p>					
					a 改善している	C 変わらない

調査・データ分析上の課題	<p>・最終評価時における女性の健康寿命（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年と大きいですが、これは他都道府県と比べてそれぞれ著しく長い／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）縮小している。</p>
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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）については、目標に達していることからAと判定。</li> <li>・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）については、ベースラインからの相対変化率が5%を超えて悪化傾向にあることからDと判定。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が3点であったことから、Cと判定。</li> </ul>

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

領域	(1) がん						
目標項目	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
75歳未満のがんの年齢調整死亡率	84.3 平成22年	76.1 平成28年	70.0 参考：69.6 令和元年 参考：令和2年	73.9 平成27年	減少傾向へ 令和4年	A 目標値に達した	
調査名	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」 ※厚生労働省「人口動態調査」をもとに算定している。					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a* 改善している(最終評価 までに目標到達が危ぶ まれる)	A 目標値に達した
表番号	部位別75歳未満年齢調整死亡率（1995年～2020年）						
算出方法	（上記集計結果における、部位：全部位、都道府県：全国、性別：男女計 の値を参照）						
算出方法 (計算式)	—						
備考	・ 死亡数を人口動態統計保管統計表（性・年齢5歳階級・死因簡単分類・都道府県別死亡数）、人口を国勢調査人口（国勢調査年）及び総務省推計人口（国勢調査年以外、10月1日時点）をもとに使用し、1985年日本人モデル人口を基準人口として国立がん研究センターにて算出された数値を引用している。						
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 直近値vs目標値                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 目標値に達している。</li> </ul> </li> <li>■ 直近値vsベースライン                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-17.0%）。</li> <li>・ 全数調査の為、検定不要と判断。</li> </ul> </li> </ul>						
調査・データ分析上の課題	・ 特記事項無し。						
分析に基づく評価	・ 目標に達していることからAと判定。						

## 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

領域	(1) がん					
目標項目	②がん検診の受診率の向上					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
胃がん検診受診率 男性	36.6% ----- 平成22年	46.4% ----- 平成28年	48.0% ----- 令和元年	40% ----- 平成28年度	50% ----- 令和4年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
胃がん検診受診率 女性	28.3% ----- 平成22年	35.6% ----- 平成28年	37.1% ----- 令和元年	40% ----- 平成28年度	50% ----- 令和4年度	<b>B*</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)
肺がん検診受診率 男性	26.4% ----- 平成22年	51.0% ----- 平成28年	53.4% ----- 令和元年	40% ----- 平成28年度	50% ----- 令和4年度	<b>A</b> 目標値に達した
肺がん検診受診率 女性	23.0% ----- 平成22年	41.7% ----- 平成28年	45.6% ----- 令和元年	40% ----- 平成28年度	50% ----- 令和4年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
大腸がん検診受診率 男性	28.1% ----- 平成22年	44.5% ----- 平成28年	47.8% ----- 令和元年	40% ----- 平成28年度	50% ----- 令和4年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
大腸がん検診受診率 女性	23.9% ----- 平成22年	38.5% ----- 平成28年	40.9% ----- 令和元年	40% ----- 平成28年度	50% ----- 令和4年度	<b>B*</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)
子宮頸がん検診受診 率 女性	37.7% ----- 平成22年	42.4% ----- 平成28年	43.7% ----- 令和元年	50% ----- 平成28年度	50% ----- 令和4年度	<b>B*</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)
乳がん検診受診率 女性	39.1% ----- 平成22年	44.9% ----- 平成28年	47.4% ----- 令和元年	50% ----- 平成28年度	50% ----- 令和4年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある

調査名	厚生労働省「国民生活基礎調査」		総合評価 (中間)	総合評価 (最終)			
設問	<p>(平成22年)</p> <p>あなたは過去1年間に、下記のがん検診を受けましたか。あてはまるすべての番号に○をつけてください。</p> <p>1 胃がん検診（バリウムによるレントゲン撮影や内視鏡(胃カメラ、ファイバースコープ)による撮影など)</p> <p>2 肺がん検診（胸のレントゲン撮影や喀痰（かくたん）検査など）</p> <p>3 子宮がん検診（子宮の細胞診検査など）</p> <p>4 乳がん検診（マンモグラフィ撮影や乳房超音波エコー検査など）</p> <p>5 大腸がん検診（便潜血反応検査（検便）など）</p> <p>6 その他</p> <p>7 受けていない</p> <p>あなたは過去2年間に、下記のがん検診を受けましたか。あてはまるすべての番号に○をつけてください。</p> <p>1 子宮がん検診（子宮の細胞診検査など）</p> <p>2 乳がん検診（マンモグラフィ撮影や乳房超音波エコー検査など）</p> <p>3 1～2は受けていない</p> <p>(平成28年)</p> <p>あなたは過去1年間に、下記のがん検診を受けましたか。それぞれの検診についてお答えください。また、受診した検診ごとに、どのような機会に受診したのかお答えください。</p> <p>・胃がん検診（バリウムによるレントゲン撮影や内視鏡(胃カメラ、ファイバースコープ)による撮影など)</p> <p>・肺がん検診（胸のレントゲン撮影や喀痰（かくたん）検査など）</p> <p>・子宮がん（子宮頸がん）検診（子宮の細胞診検査など）</p> <p>・乳がん検診（マンモグラフィ撮影や乳房超音波（エコー）検査など）</p> <p>・大腸がん検診（便潜血反応検査（検便）など）</p> <p>1 受けなかった 2 受けた</p> <p>あなたは過去2年間に、下記のがん検診を受けましたか。あてはまるすべての番号に○をつけてください。</p> <p>・子宮がん（子宮頸がん）検診（子宮の細胞診検査など）</p> <p>・乳がん検診（マンモグラフィ撮影や乳房超音波（エコー）検査など）</p> <p>1 受けなかった 2 受けた</p> <p>(令和元年)</p> <p>あなたは過去1年間に、下記のがん検診を受けましたか。それぞれの検診についてお答えください。また、受診した検診ごとに、どのような機会に受診したのかお答えください。</p> <p>・胃がん検診（バリウムによるレントゲン撮影や内視鏡(胃カメラ、ファイバースコープ)による撮影など)</p> <p>・肺がん検診（胸のレントゲン撮影や喀痰（かくたん）検査など）</p> <p>・大腸がん検診（便潜血反応検査（検便）など）</p> <p>1 受けなかった 2 受けた</p> <p>あなたは過去2年間に、胃がん検診を受けましたか。また、どのような機会に受診したのかお答えください。</p> <p>1 受けなかった 2 受けた</p> <p>あなたは過去2年間に、下記のがん検診を受けましたか。それぞれの検診についてお答えください。また、受診した検診ごとに、どのような機会に受診したのかお答えください。</p> <p>・子宮がん（子宮頸がん）検診（子宮の細胞診検査など）</p> <p>・乳がん検診（マンモグラフィ撮影や乳房超音波（エコー）検査など）</p> <p>1 受けなかった 2 受けた</p>		a*	B			
	表番号	3健康票 第2巻 第52表			2健康票 第79表	改善している(最終 評価までに目標到達が危ぶまれる)	現時点で目標値に達 していないが、改善 傾向にある
	算出方法	各年齢階層のがん検診受診者の合計/各年齢階層の調査対象者の合計×100 ※各年齢層：（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん）40～44、45～49、50～54、55～59、60～64 （子宮頸がん）20～24、25～29、30～34、35～39、40～44、45～49、50～54、55～59、60～64					
	算出方法（計算式） 胃がん 男性	ベースライン：(1,330+1,508+1,498+1,678+1,736+1,294)/(4,031+3,812+3,732+4,340+4,850+3,971)×100 中間評価：(1,951+1,977+1,956+1,849+1,925+2,098)/(4,437+4,215+3,812+3,689+4,055+5,114)×100 最終評価：(1,904+2,158+2,007+2,022+1,934+2,017)/(4,122+4,491+4,037+3,784+3,895+4,767)×100					
	算出方法（計算式） 胃がん 女性	ベースライン：(986+1,112+1,184+1,351+1,444+1,298)/(4,212+3,954+3,928+4,528+5,036+4,428)×100 中間評価：(1,484+1,515+1,516+1,507+1,550+1,926)/(4,579+4,413+3,967+3,870+4,361+5,479)×100 最終評価：(1,461+1,707+1,671+1,607+1,532+1,774)/(4,196+4,634+4,232+4,024+4,171+5,031)×100					
	算出方法（計算式） 肺がん 男性	ベースライン：(932+1,090+1,098+1,201+1,217+989)/(4,031+3,812+3,732+4,340+4,850+3,971)×100 中間評価：(2,102+2,136+2,099+2,050+2,125+2,398)/(4,437+4,215+3,812+3,689+4,055+5,114)×100 最終評価：(2,072+2,373+2,210+2,232+2,173+2,335)/(4,122+4,491+4,037+3,784+3,895+4,767)×100					
	算出方法（計算式） 肺がん 女性	ベースライン：(802+945+977+1,098+1,187+1000)/(4,212+3,954+3,928+4,528+5,036+4,428)×100 中間評価：(1,721+1,765+1,778+1,803+1,827+2,228)/(4,579+4,413+3,967+3,870+4,361+5,479)×100 最終評価：(1,767+2,108+2,054+1,994+1,886+2,186)/(4,196+4,634+4,232+4,024+4,171+5,031)×100					
	算出方法（計算式） 大腸がん 男性	ベースライン：(902+1072+1,100+1,273+1,416+1,195)/(4,031+3,812+3,732+4,340+4,850+3,971)×100 中間評価：(1,799+1,863+1,819+1,775+1,890+2,126)/(4,437+4,215+3,812+3,689+4,055+5,114)×100 最終評価：(1,832+2,112+1,977+2,003+1,940+2,120)/(4,122+4,491+4,037+3,784+3,895+4,767)×100					
	算出方法（計算式） 大腸がん 女性	ベースライン：(766+886+949+1,126+1,296+1,217)/(4,212+3,954+3,928+4,528+5,036+4,428)×100 中間評価：(1,605+1,609+1,622+1,628+1,725+2,082)/(4,579+4,413+3,967+3,870+4,361+5,479)×100 最終評価：(1,569+1,884+1,822+1,759+1,708+1,997)/(4,196+4,634+4,232+4,024+4,171+5,031)×100					

算出方法（計算式） 子宮頸がん 女性	<p>ベースライン：  <math>(357+969+1,628+2,164+2,038+1,880+1,722+1,660+1,571+1,101)/(2,734+3,018+3,660+4,566+4,212+3,954+3,928+4,528+5,036+4,428) \times 100</math></p> <p>中間評価：  <math>(355+918+1,485+1,931+2,472+2,236+1,916+1,663+1,554+1,604)/(2,351+2,445+3,006+3,628+4,579+4,413+3,967+3,870+4,361+5,479) \times 100</math></p> <p>最終評価：  <math>(344+815+1,395+1,831+2,356+2,452+2,155+1,795+1,530+1,516)/(2,274+2,229+2,824+3,457+4,196+4,634+4,232+4,024+4,171+5,031) \times 100</math></p>		
算出方法（計算式） 乳がん 女性	<p>ベースライン：<math>(1,860+1,821+1,720+1,820+1,778+1,209)/(4,212+3,954+3,928+4,528+5,036+4,428) \times 100</math></p> <p>中間評価：<math>(2,285+2,198+1,994+1,862+1,788+1,835)/(4,579+4,413+3,967+3,870+4,361+5,479) \times 100</math></p> <p>最終評価：<math>(2,238+2,436+2,215+1,998+1,769+1,797)/(4,196+4,634+4,232+4,024+4,171+5,031) \times 100</math></p>		
備考	<p>・40歳から69歳まで（子宮頸がんは20歳から69歳まで）を対象としている。</p> <p>・胃がん、肺がん、大腸がんについては過去1年間、子宮頸がん、乳がんについては過去2年間を対象としている。</p> <p>・公表値での人数を千人単位でまとめていることによる影響で、H28の子宮頸がん検診受診率について上記の算出方法（計算式）での計算結果は42.3%となる。</p>		
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・胃がん検診受診率（男性）は、目標値に達していない。</li> <li>・胃がん検診受診率（女性）は、目標値に達していない。</li> <li>・肺がん検診受診率（男性）は、目標値に達している（片側P値&lt;0.001）。</li> <li>・肺がん検診受診率（女性）は、目標値に達していない。</li> <li>・大腸がん検診受診率（男性）は、目標値に達していない。</li> <li>・大腸がん検診受診率（女性）は、目標値に達していない。</li> <li>・子宮頸がん検診受診率（女性）は、目標値に達していない。</li> <li>・乳がん検診受診率（女性）は、目標値に達していない。</li> </ul> <p>【注】国立保健医療科学院公開ツール（<a href="https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/">https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/</a>）を用い、Z検定を行った。</p> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・胃がん検診受診率（男性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値&lt;0.001）。</li> <li>・胃がん検診受診率（女性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値&lt;0.001）。</li> <li>・肺がん検診受診率（男性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値&lt;0.001）。</li> <li>・肺がん検診受診率（女性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値&lt;0.001）。</li> <li>・大腸がん検診受診率（男性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値&lt;0.001）。</li> <li>・大腸がん検診受診率（女性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値&lt;0.001）。</li> <li>・子宮頸がん検診受診率（女性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値&lt;0.001）。</li> <li>・乳がん検診受診率（女性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値&lt;0.001）。</li> </ul> <p>【注】国立保健医療科学院公開ツール（<a href="https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/">https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/</a>）を用い、Z検定を行った。</p>		
調査・データ分析上の課題	<p>・特記事項なし。</p>		
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・胃がん検診受診率（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。</li> <li>・胃がん検診受診率（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</li> <li>・肺がん検診受診率（男性）は、目標値に達していることからAと判定。</li> <li>・肺がん検診受診率（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。</li> <li>・大腸がん検診受診率（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。</li> <li>・大腸がん検診受診率（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</li> <li>・子宮頸がん検診受診率（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</li> <li>・乳がん検診受診率（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が4点であり、かつ目標達成見込みであることからBと判定。</li> </ul>		



## 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

分野	(2) 循環器疾患						
目標項目	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）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
脳血管疾患の 年齢調整死亡率 男性	49.5 ----- 平成22年	36.2 ----- 平成28年	33.2 ----- 令和元年	/	41.6 ----- 令和4年度	A 目標値に達した	
脳血管疾患の 年齢調整死亡率 女性	26.9 ----- 平成22年	20.0 ----- 平成28年	18.0 ----- 令和元年	/	24.7 ----- 令和4年度	A 目標値に達した	
虚血性心血管疾患の 年齢調整死亡率 男性	37.0 ※ ----- 平成22年	30.2 ----- 平成28年	27.8 ----- 令和元年	/	31.8 ----- 令和4年度	A 目標値に達した	
虚血性心血管疾患の 年齢調整死亡率 女性	15.3 ----- 平成22年	11.3 ----- 平成28年	9.8 ----- 令和元年	/	13.7 ----- 令和4年度	A 目標値に達した	
調査名	厚生労働省「人口動態統計」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a 改善している	A 目標値に達した
表番号	・2019年 上巻 死亡 第5-27表 ・2019年 上巻 死亡 第5-28表						
算出方法 脳血管疾患	(上記表中の年齢調整死亡率(人口10万対)の値を参照)						
算出方法(計算式) 脳血管疾患	—						
算出方法 虚血性心疾患	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(人口10万対) + その他の虚血性心疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)						
算出方法(計算式) 虚血性心疾患 男性	ベースライン: 20.4+16.6 中間評価: 15.5+14.7 最終評価: 12.9+14.9						
算出方法(計算式) 虚血性心疾患 女性	ベースライン: 8.4+6.9 中間評価: 5.7+5.6 最終評価: 4.6+5.2						
備考	※虚血性心血管疾患の年齢調整死亡率 男性のベースラインの値に関して、告示では36.9であるが、人口動態統計における都道府県からの報告漏れがあったことによる再集計の結果、37.0に修正となっている。 注: 年齢調整死亡率の基準人口は、1985年(昭和60年)モデル人口である。						
分析	<b>■直近値vs目標値</b> ・脳血管疾患の年齢調整死亡率(男性)は、目標値に達した。 ・脳血管疾患の年齢調整死亡率(女性)は、目標値に達した。 ・虚血性心血管疾患の年齢調整死亡率(男性)は、目標値に達した。 ・虚血性心血管疾患の年齢調整死亡率(女性)は、目標値に達した。  <b>■直近値vsベースライン</b> ・脳血管疾患の年齢調整死亡率(男性)は、ベースラインと比較して減少している(ベースラインからの相対的変化: -32.9%)。 ・脳血管疾患の年齢調整死亡率(女性)は、ベースラインと比較して減少している(ベースラインからの相対的変化: -33.1%)。 ・虚血性心血管疾患の年齢調整死亡率(男性)は、ベースラインと比較して減少している(ベースラインからの相対的変化: -24.9%)。 ・虚血性心血管疾患の年齢調整死亡率(女性)は、ベースラインと比較して減少している(ベースラインからの相対的変化: -35.9%)。 ・全数調査の為、検定不要と判断。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。						

分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・脳血管疾患の年齢調整死亡率（男性）は、目標値に達していることからAと判定。</li> <li>・脳血管疾患の年齢調整死亡率（女性）は、目標値に達していることからAと判定。</li> <li>・虚血性心血管疾患の年齢調整死亡率（男性）は、目標値に達していることからAと判定。</li> <li>・虚血性心血管疾患の年齢調整死亡率（女性）は、目標値に達していることからAと判定。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・すべての指標がAであることから、Aと判定。</li> </ul>
----------	--

【参考】年齢調整死亡率の基準人口を2015年（平成27年）モデル人口にして遡及した場合のデータ

指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(参考値)
脳血管疾患の 年齢調整死亡率 男性	153.7	110	98.2	93.8
	平成22年	平成28年	令和元年	令和2年
脳血管疾患の 年齢調整死亡率 女性	93.3	68.0	59.9	56.4
	平成22年	平成28年	令和元年	令和2年
虚血性心血管疾患の 年齢調整死亡率 男性	101.5	80.8	72.9	73
	平成22年	平成28年	令和元年	令和2年
虚血性心血管疾患の 年齢調整死亡率 女性	51.1	37	31.5	30.2
	平成22年	平成28年	令和元年	令和2年

出典：令和2（2020）年人口動態統計 上巻 死亡表5-27、表5-28

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						
領域	(2) 循環器疾患					
目標項目	②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）					
指標	策定時のベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
収縮期血圧の平均値 男性	138mmHg	136mmHg 136mmHg(年齢調整値)	137mmHg 137mmHg(年齢調整値) 参考：134mmHg 134mmHg(年齢調整値)	/	134mmHg	<b>B*</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）
	平成22年	平成28年	平成30年 参考：令和元年		令和4年度	
収縮期血圧の平均値 女性	133mmHg	130mmHg 130mmHg(年齢調整値)	131mmHg 130mmHg(年齢調整値) 参考：129mmHg 128mmHg(年齢調整値)	/	129mmHg	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある
	平成22年	平成28年	平成30年 参考：令和元年		令和4年度	
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—				<b>a</b> 改善している	<b>B*</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） ※経年推移を見ると女性は減少、男性はH27年までは減少していたが、それ以降はやや上昇。
表番号	第21表の1	第21表の2	第23表の2 参考：第23表の2			
算出方法	(上記表中の40-89歳の平均値を参照)					
算出方法 (計算式)	—					
備考	・40～89歳、服薬者を含む。 ・平成28年（大規模年）の値は、通常年の実施世帯数を勘案した全国補正值である。					
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・収縮期血圧の平均値（男性）は、目標値に達していない。</li> <li>・収縮期血圧の平均値（女性）は、目標値に達していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・収縮期血圧の平均値（男性）は、ベースラインと比較して有意に減少している（<math>p=0.04</math>）。</li> <li>・収縮期血圧の平均値（女性）は、ベースラインと比較して有意に減少している（<math>p&lt;0.001</math>）。</li> </ul> <p>[注] 重回帰分析を用いて年齢調整（40-49歳、50-59歳、60-69歳、70-89歳の4区分）を行い、平成22年を基準とした平成30年との比較を行った。</p> <p>■年齢別の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・収縮期血圧の平均値（男性）の年齢階級別の推移は、平成22年からは減少基調であるが、平成29年と30年において、60～69歳と70歳以上で平成28年と比較してやや増加する傾向を示した。</li> <li>・収縮期血圧の平均値（女性）の年齢階級別の推移は、平成22年からは減少基調であるが、平成29年と30年において、70歳以上で平成28年と比較してやや増加する傾向を示した。</li> </ul> <p>■経年的な推移の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・収縮期血圧の平均値（男性）は、平成22～27年は有意に減少している（<math>p=0.002</math>）、平成27～30年は有意に増加している（<math>p=0.049</math>）。</li> <li>・収縮期血圧の平均値（女性）は、平成22～30年で有意に減少している（<math>p=0.006</math>）。</li> </ul> <p>[注] 平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</p>					
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。					
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・収縮期血圧の平均値（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</li> <li>・収縮期血圧の平均値（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、4点であり、かつ目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</li> </ul>					

(様式1)

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

領域	(2) 循環器疾患						
目標項目	③脂質異常症の減少						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更後) 目標値	目標値	評価 (最終)	
総コレステロール 240mg/dl以上の者の 割合 男性	13.8% ----- 平成22年	10.8% 11.2%(年齢調整値) ----- 平成28年	14.2% 14.8%(年齢調整値) ----- 令和元年	/	10% ----- 令和4年度	C 変わらない	
総コレステロール 240mg/dl以上の者の 割合 女性	22.0% ----- 平成22年	20.1% 20.7%(年齢調整値) ----- 平成28年	25.0% 26.0%(年齢調整値) ----- 令和元年	/	17% ----- 令和4年度	D 悪化している	
L D Lコレステロー ル160mg/dl以上の者の 割合 男性	8.3% ----- 平成22年	7.5% 7.8%(年齢調整値) ----- 平成28年	9.8% 10.0%(年齢調整値) ----- 令和元年	/	6.2% ----- 令和4年度	C 変わらない	
L D Lコレステロー ル160mg/dl以上の者の 割合 女性	11.7% ----- 平成22年	11.3% 11.6%(年齢調整値) ----- 平成28年	13.1% 13.7%(年齢調整値) ----- 令和元年	/	8.8% ----- 令和4年度	C 変わらない	
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					b 変わらない	C 変わらない
表番号	・第32表の1 ・第35表の2	・第23表の1 ・第25表の1	・第34表の1 ・第36表の1				
算出方法 総コレステロール 240mg/dl以上の者の割 合	ベースライン：— 中間評価：— 最終評価：血清総コレステロール240mg/dL以上の者の人数/総数(40~79歳)×100						
算出方法(計算式) 男性	ベースライン：— 中間評価：— 最終評価：113/793×100						
算出方法(計算式) 女性	ベースライン：— 中間評価：— 最終評価：276/1,106×100						
算出方法 L D Lコレステロー ル160mg/dl以上の者の割 合	ベースライン：— 中間評価：— 最終評価：L D Lコレステロール160mg/dl以上の者の人数/総数(40~79歳)×100						
算出方法(計算式) 男性	ベースライン：— ※特別集計 中間評価：— 最終評価：78/793×100						
算出方法(計算式) 女性	ベースライン：— ※特別集計 中間評価：— 最終評価：145/1,106×100						
備考	・40~79歳、服薬者を含む。 ・平成28年(大規模年)の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なる。 ※平成22年のL D Lコレステロール160mg/dl以上の者の割合は特別集計で算出しているため、表中の数値(服薬者除外の数 値)からは算出できない。						

分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（男性）は、目標に達していない。</li> <li>・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（女性）は、目標に達していない。</li> <li>・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（男性）は、目標に達していない。</li> <li>・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（女性）は、目標に達していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（男性）は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（<math>p=0.47</math>）。</li> <li>・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（女性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（<math>p=0.02</math>）。</li> <li>・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（男性）は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（<math>p=0.15</math>）。</li> <li>・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（女性）は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（<math>p=0.12</math>）。</li> </ul> <p>【注】重回帰分析を用いて年齢調整（40-49歳、50-59歳、60-69歳、70-79歳の4区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</p> <p>■年齢別の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・男性はもともと40歳代、50歳代の高コレステロール血症者の割合が60歳代、70歳代以上より高いが、すべての年齢階級において特徴的な推移は認められない。</li> <li>・女性はもともと50歳代、60歳代の高コレステロール血症者の割合が40歳代、70歳代以上より高いが、すべての年齢階級において特徴的な推移は認められない。</li> </ul> <p>■経年的な推移の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（男性）は、有意な変化は認められない（<math>p=0.06</math>）。</li> <li>・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（女性）は、平成22～24年に有意差はなかったが（<math>p=0.26</math>）、平成24～令和元年は有意に増加している（<math>p=0.005</math>）。</li> <li>・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（男性）は、有意な変化は認められない（<math>p=0.06</math>）。</li> <li>・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（女性）は、有意な変化は認められない（<math>p=0.43</math>）。</li> </ul> <p>【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</p>
調査・データ分析上の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特記事項なし。</li> </ul>
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。</li> <li>・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に悪化傾向にあることからDと判定。</li> <li>・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。</li> <li>・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点 C=3点、D=2点と換算して平均を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、3であることからCと判定。</li> </ul>

## 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

領域	(3) 糖尿病					
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					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数	16,247人 平成22年	16,103人 平成28年	16,019人 参考：15,690人 令和元年 参考：令和2年		15,000人 令和4年度	C 変わらない
調査名	日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—				b 変わらない	C 変わらない
表番号	表7 ※	導入患者の原疾患と性別 (図表15)	第3章 補足表16 参考：第3章 補足表16			
算出方法	(上記表中の原疾患が糖尿病性腎症である患者数の総計を参照)					
算出方法 (計算式)	—					
備考	※「中井滋ほか.わが国の慢性透析療法の現況(2010年12月31日現在).日本透析医学会雑誌.2011年45巻1号.1-47.DOI:10.4009/jsdt.45.1」を参照しており、日本透析医学会ホームページ掲載資料とは数値が異なる。					
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>目標値に達していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ベースラインと比較して有意な変化は認められない(ベースラインからの相対的変化：-1.4%)。</li> <li>全数調査の為、検定不要と判断。</li> </ul> <p>■経時的な推移の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病性腎症による透析導入の平均年齢については、平成22年66.09歳、平成28年67.30歳、令和元年68.16歳と、年々高齢化している(日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」調べ)。</li> <li>75歳未満の新規透析導入患者数は、平成23年12,283人から令和元年10,506人へと1,777人減少している。</li> <li>後期高齢者の透析導入は、平成23年4,518人から令和元年5,513人へと約1,000人増加。高齢化シフトがみられる。</li> </ul> <p>■性別の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病性腎症による透析導入患者のうち、73%は男性(平成28年公表値 男性11,792人、女性4,311人、令和元年公表値 男性11,824人、女性4,195人)。</li> <li>透析全体においても男性が平成28年68%、令和元年69%であった。</li> </ul> <p>■関連する項目の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県別の糖尿病性腎症による透析導入患者数が公表されている(同調査)。</li> <li>令和元年の都道府県別透析導入患者数(人口100万人対)、および高齢化率との関連を示したが、同程度の高齢化率でも導入数の格差は大きい。</li> <li>平成26年と令和元年の都道府県別の増減を示した(施設数や高齢化率など背景因子を考慮していないのであくまでも参考値である)。</li> </ul>					
調査・データ分析上の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>本指標は年齢を考慮していないが、75歳未満の透析導入者数については減少している。</li> <li>透析導入年齢のピークは平成23年の60～64歳から、令和元年の70～74歳に高齢化シフトしている。</li> </ul>					
分析に基づく評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>ベースラインからの相対的変化率が5%未満であることからCと判定。</li> <li>ただし、透析導入年齢の高齢化がみられており、65歳未満の透析患者は減少、65～74歳は横ばいに転じ、75歳以上で増加していることから透析時期を遅らせることに成功している可能性が示唆される。(今後学会の協力が得られれば、糖尿病性腎症に限った分析を行っていく)。</li> <li>透析施設の状況など、背景要因を考慮しなければいけないが、都道府県別の糖尿病性腎症新規透析導入数およびその増減には都道府県の差がみられる。</li> </ul>					

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

領域	(3) 糖尿病						
目標項目	②治療継続者の割合の増加						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
治療継続者の割合	63.7% 平成22年	66.7% 63.8%(年齢調整値) 平成28年	67.6% 64.9%(年齢調整値) 令和元年	/	75% 令和4年度	C 変わらない	
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	<p>(平成22年)</p> <p>問20：あなたはこれまで医療機関や健診で糖尿病といわれたことがありますか。どちらかの番号を選んで○印をつけて下さい。（「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」などのようにいわれた方を含みます。）</p> <p>1 あり 2 なし</p> <p>問20-2：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）を受けたことがありますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。</p> <p>1 過去から現在にかけて継続的に受けている 2 過去に中断したことがあるが、現在は受けている 3 過去に受けたことがあるが、現在は受けていない 4 これまでに治療を受けたことがない</p> <p>(平成28年、令和元年)</p> <p>(7)：あなたはこれまで医療機関や健診で糖尿病といわれたことの有無（「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」などのようにいわれたことも含む）</p> <p>1 有 2 無 (7-1)：現在、糖尿病治療の有無（通院による定期的な検査や生活習慣の改善指導を含む）</p> <p>1 有 2 無</p>					b 変わらない	C 変わらない
表番号	第88表	—	—				
算出方法	「過去から現在にかけて継続的に受けている」の人数+「過去に中断したことがあるが、現在は受けている」の人数/総数×100						
算出方法 (計算式)	ベースライン：527+31/876×100 中間評価：— ※特別集計 最終評価：— ※特別集計						
備考	・20歳以上を対象としている。 ・平成28年（大規模年）の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なる。 ※平成28年、令和元年については、平成22年と同様の方法により特別集計で算出している。						
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>目標値に達していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ベースラインと比較して有意な変化は認められない (p=0.57)。</li> <li>【注】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年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> </ul> <p>■性、年齢別の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>性・年齢区分別にベースラインと直近値を比較した。本調査における10歳刻みでの糖尿病有病者の母数が小さいために参考値ではあるが、男性の50歳代以降ではベースラインよりも治療継続者の割合が増える傾向であったが、女性ではむしろ減る傾向が見られた。</li> </ul> <p>■経年的な推移の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>有意な変化は認められない (p=0.29)。</li> <li>【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> </ul>						
調査・データ分析上の課題	・データソースは同じ（国民健康・栄養調査）であるが、調査票等に変更があり単純比較することが出来ないことから、平成22年と同様の方法で再解析を行った。（参考） <ul style="list-style-type: none"> <li>平成22～24年は生活習慣調査票（自記式調査）で調査。糖尿病の治療の有無について、「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「糖尿病の治療あり」とした。</li> <li>平成25年以降は身体状況調査票（問診）で調査。治療中断については質問せず、現在の糖尿病治療の有無のみ把握。「インスリン注射または血糖を下げる薬」を使用している者も「糖尿病の治療あり」に含めた。</li> </ul>						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5%未満であることからCと判定。						

## 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

領域	(3) 糖尿病						
目標項目	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)						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
HbA1cがJDS値8.0% (NGSP値8.4%)以上 の者の割合	1.2% ----- 平成21年度	0.96% ----- 平成26年度	0.94% ----- 平成30年度	/	1.0% ----- 令和4年度	A 目標値に達した	
調査名	平成21年度：特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況 平成26年度、平成30年度：NDBオープンデータ					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a 改善している	A 目標値に達した
表番号	平成21年度：特定健康診査・特定保健指導の実施結果に関するデータ（平成20年度から平成22年度）NO.4 平成26年度、平成30年度：HbA1C 都道府県別性年齢階級別分布						
算出方法	NGSP値8.4%以上（JDS値8.0%以上）の対象者数の全国合計値/全対象者数の全国合計値×100						
算出方法 (計算式)	ベースライン：190,319/15,937,300×100 中間評価：195,415/20,444,676×100 最終評価：216,712/23,144,348×100						
備考	—						
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標値に達している。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-21.7%）。</li> <li>・ランダムサンプリングでない為、検定不要と判断。</li> </ul> <p>■性・年齢別の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・平成29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&gt;女性であり、男性全体では1.33%、女性全体では0.51%がコントロール不良者であった。</li> <li>・男性ではコントロール不良者の割合がとくに50～64歳で高く、1.5%を超えていた。</li> <li>・NDBオープンデータベースにて、平成25年度と平成29年度を比較すると、60歳未満ではコントロール不良者が減少する傾向がみられた。</li> </ul> <p>■都道府県別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・分析コントロール不良者の割合が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年度）。</li> <li>・平成25年度と平成29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。</li> </ul>						
調査・データ分析上の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、受診率の影響を受けることに留意する。</li> <li>・とくに、受診率向上策により掘り起こしが行われた場合に、一時的にコントロール不良者が増加する可能性がある。</li> </ul>						
分析に基づく評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目標値に達していることからAと判定。</li> <li>・ただし、男性の50歳～64歳ではいまだ1.5%を超えていること、都道府県格差が大きいこと、増加している都道府県が存在する。</li> </ul>						



## 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

領域	(3) 糖尿病						
目標項目	④糖尿病有病者の増加の抑制						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
糖尿病有病者数	890万人 ----- 平成19年	1,000万人 ----- 平成28年	(参考値) (1,150万人) ----- (令和元年)	/	1,000万人 ----- 令和4年度	E 評価困難 (参考指標: 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)	
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					b 変わらない	E 評価困難 (参考指標: 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)
表番号	結果の概要 表3	結果の概要 図2	—	—			
算出方法	—						
算出方法 (計算式)	—						
備考	・性・年齢階級別の「糖尿病が強く疑われる者(HbA1c(NGSP)値が6.5%以上(平成19年まではHbA1c(JDS)値が6.1%以上)、又は「糖尿病治療の有無」に「有」と回答した者)」の割合に、性・年齢階級別の全国人口を乗じて全国推計値を算出している。						
分析	<p>■本指標の設定背景</p> <p>・本指標は、平成9年、平成14年、平成19年のデータに基づき、この期間の性・年齢階級ごとの傾向が今後も続くことと仮定した上で、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。</p> <p>・しかし、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。</p> <p>■直近値vs目標値</p> <p>・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。</p> <p>・平成22年、平成28年の有病率を掛け合わせ、日本全国での患者数を推計すると、現在の糖尿病の増加抑制に関しては、平成28年まではもとの推計ベースよりも抑制されている。</p> <p>・年齢調整有病率は有意な増減はないが、人口構造の変化にともない、糖尿病患者数の増加が観察された。男女とも70歳以上区分での増加がみられた。</p> <p>・平成28年以降は国民健康・栄養調査の大規模調査が行われておらず、判定困難。</p> <p>■代替の推計案</p> <p>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、令和元年の糖尿病有病者数の推計を行った。</p> <p>平成24年～令和元年の各年の「糖尿病が強く疑われる者」の性・年齢別割合についてロジスティック回帰を行い、得られた回帰曲線から令和元年の性・年齢別割合を推定し、性・年齢別人口を乗じて令和元年の「糖尿病が強く疑われる者」の人数を推計したところ、約1,150万人(95%信頼区間: 1,080万人～1,220万人)であった。</p> <p>・目標値との比較では、目標値の1,000万人に達していない。</p> <p>・策定時に予測された令和元年の1,270万人と比較すると有意に少なかった。</p> <p>■関連指標の分析</p> <p>・国民健康・栄養調査における「糖尿病が強く疑われる者」(HbA1c(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)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年を基準とした比較を行った結果、平成22と28年の比較では有意な増減があるとは認められず(p=0.74)、平成22年と令和元年の比較においても有意な増減は認められなかった(p=0.24)。</p> <p>・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。年々、患者数の増加が観察されている。</p> <p>・国民生活基礎調査において年齢階級別に通院者率を見ると、60歳以上において糖尿病通院率の上昇を認めている。</p>						
調査・データ分析上の課題	・平成28年以降は国民健康・栄養調査の大規模調査が行われておらず、従来の方法での糖尿病有病者数の推計が困難なため、厚生労働科学研究班にて代替の推計案を検討した。						
分析に基づく評価	・評価困難であるためEと判定。						

## 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

領域	(3) 糖尿病						
目標項目	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)						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
メタボリック シンドロームの該当 者及び予備群の人数	約1,400万人 ----- 平成20年度	約1,412万人 ----- 平成27年度	約1,516万人 ----- 令和元年度	平成20年度と比べて 25%減少 ----- 平成27年度	平成20年度と比べて 25%減少 ----- 令和4年度	D 悪化している	
調査名	特定健康診査・特定保健指導の実施状況					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					b 変わらない	D 悪化している
表番号	—						
算出方法	特定健康診査対象者数×(メタボリックシンドローム該当者数/特定健康診査受診者数+ メタボリックシンドローム予備群者数/特定健康診査受診者数)						
算出方法 (計算式)	ベースライン：51,919,920×(2,881,808/19,870,439+2,474,560/19,870,439) ※ 中間評価：53,960,721×(3,905,977/27,058,105+3,172,653/27,058,105) 最終評価：53,798,756×(4,743,616/29,935,810+3,689,815/29,935,810)						
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成27年度以降は医療費適正化計画の算出方法とは異なる。</li> <li>※平成20年度の算出に用いている各数値について、公開後に修正が入っており、修正後の数値を用いて計算すると約1,393万人となる。51,919,920×(2,907,018/20,192,502+2,511,254/20,192,502)</li> </ul>						
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 直近値vs目標値 <ul style="list-style-type: none"> <li>目標値に達していない。</li> </ul> </li> <li>■ 直近値vsベースライン <ul style="list-style-type: none"> <li>ベースラインと比較して増加している(ベースラインからの相対的変化：+8.3%)。</li> <li>ランダムサンプリングでない為、検定不要と判断。</li> </ul> </li> <li>■ 性・年齢区分別の分析 <ul style="list-style-type: none"> <li>ベースラインから最終評価の推移を見ると、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評価では一度減少・変化なしの傾向を見せたものの、中間評価以降増加、最終評価ではどの年齢区分でも増加した。</li> </ul> </li> <li>■ 保険者別の分析 <ul style="list-style-type: none"> <li>中間評価から最終評価の変化について保険者別にみても、すべての保険者で増加傾向(悪化)が見られた。</li> </ul> </li> </ul>						
調査・データ分析上の 課題	・健診受診率増加に伴う掘り起こし効果の可能性あり。						
分析に基づく評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて悪化傾向にあることからDと判定。</li> <li>「メタボ該当+予備群」の割合で見ても、悪化傾向がみられる。とくに中間評価以降に悪化している。</li> </ul>						

## 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

領域	(3) 糖尿病						
目標項目	⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上(再掲)						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
特定健康診査の実施率	41.3% ----- 平成21年度	50.1% ----- 平成27年度	55.6% ----- 令和元年度	70%以上 ----- 平成29年度	70%以上 ----- 令和5年度	<b>B*</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)	
特定保健指導の実施率	12.3% ----- 平成21年度	17.5% ----- 平成27年度	23.2% ----- 令和元年度	45%以上 ----- 平成29年度	45%以上 ----- 令和5年度	<b>B*</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)	
調査名	特定健康診査・特定保健指導の実施状況					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					<b>a*</b> 改善している(最終評価までに目標達成が危ぶまれる)	<b>B*</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)
表番号	—						
算出方法 特定健診実施率	特定健康診査受診者数/特定健康診査対象者数×100						
算出方法(計算式) 特定健診実施率	ベースライン: 21,588,883/52,211,735×100 中間評価: 27,058,105/53,960,721×100 最終評価: 29,935,810/53,798,756×100						
算出方法 特定保健指導実施率	特定保健指導の終了者数/特定保健指導の対象者数×100						
算出方法(計算式) 特定保健指導実施率	ベースライン: 503,712/4,086,952×100 中間評価: 792,655/4,530,158×100 最終評価: 1,205,961/5,200,519×100						
備考	—						
分析	<p>■ 直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査の実施率は、目標値に達していない。</li> <li>・特定保健指導の実施率は、目標値に達していない。</li> </ul> <p>■ 直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査の実施率は、ベースラインと比較して増加している(ベースラインからの相対的変化: +34.6%)。</li> <li>・特定保健指導の実施率は、ベースラインと比較して増加している(ベースラインからの相対的変化: +88.6%)。</li> <li>・全数調査の為、検定不要と判断。</li> </ul> <p>■ 性・年齢別の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診、特定保健指導の実施率は、どのセグメントにおいても高くなっている。</li> <li>・男性の40～59歳の健診受診率は約7割に近づいているが、他のセグメントでは5割程度である。</li> <li>・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。</li> </ul> <p>■ 都道府県別の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>						
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。						
分析に基づく評価	<p>■ 各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健康診査の実施率は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</li> <li>・特定保健指導の実施率は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</li> </ul> <p>■ 目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・すべての指標がB*であることから、B*と判定。</li> </ul>						

## 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

領域	(4) COPD						
目標項目	① COPDの認知度の向上						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
COPDの認知度	25% 平成23年	26% 平成29年	28% 参考：28% 令和元年 参考：令和3年		80% 令和4年度	C 変わらない	
調査名	一般社団法人GOLD日本委員会「COPD認知度把握調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	あなたはCOPD（シー・オー・ピー・ディー）という病気を知っていますか？					b 変わらない	C 変わらない
表番号	—						
算出方法	「どんな病気かよく知っている者の割合」+「名前は聞いたことがある者の割合」						
算出方法 (計算式)	ベースライン：7.1+18.1 中間評価：9.6+15.9 最終評価：10.8+17.0 参考：10.9+17.3						
備考	—						
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 直近値vs目標値 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 目標値に達していない。</li> </ul> </li> <li>■ 直近値vsベースライン <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：+10.3%）。</li> <li>・ ランダムサンプリングでないため、検定不要と判断。</li> </ul> </li> <li>■ 年齢別の分析 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 20歳代で30%を超えており最も高く、世代があがるたびに低下する傾向があり、60歳以上では25%を切っている。</li> </ul> </li> <li>■ 経年的な推移の分析 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平成21年（17.7%）から平成25年（30.5%）までは増加傾向が認められたが、その後平成28年（25.0%）にかけて減少傾向が認められ、令和元年（27.8%）にかけて再び微増している。</li> </ul> </li> <li>■ 追加の分析 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「どんな病気かよく知っている」という回答については平成22年（7.1%）から令和元年（10.8%）に上昇している。</li> <li>・ 「肺気腫」という語句の認知率は69.1%である。（同調査）</li> <li>・ 「慢性気管支炎」という語句の認知率は63.0%である。（令和元年度 一般社団法人GOLD日本委員会「COPD認知度把握調査」）</li> <li>・ COPDという病名としての認知率は低いですが、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が示唆される。</li> </ul> </li> </ul>						
調査・データ分析上の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ COPD死亡数は絶対数でみても年齢調整死亡でみても減少していること、また、その死亡年齢もより高齢にシフトしている。</li> <li>・ 健康日本21（第二次）ではCOPDという病名の認知率をあげることを目標としたが、“長年の喫煙による生活習慣病としての肺疾患”という観点からは、病名自体の認知率向上よりも高齢者の肺の健康という観点からの調査が必要であると考えられる。</li> </ul>						
分析に基づく評価	ベースラインからの相対的変化率でみると5%を超えて改善しているが、目標80%に対してわずかな変化幅のためCと判定。						

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							
領域	(1) こころの健康						
目標項目	①自殺者の減少（人口10万人当たり）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
自殺者の割合（人口10万人当たり）	23.4 ----- 平成22年	16.8 ----- 平成28年	15.7 参考：16.4 令和元年 参考：令和2年	19.4 ----- 平成28年	13.0以下 ----- 令和8年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある	
調査名	厚生労働省「人口動態調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					<b>a</b> 改善している	<b>B</b> 現時点で目標値に達し ていないが、 改善傾向にある
表番号	令和2年 人口動態統計 上巻 死亡 第5-13表						
算出方法	—						
算出方法 (計算式)	—						
備考	—						
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>■直近値vs目標値                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標値に達していない。</li> </ul> </li> <li>■直近値vsベースライン                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的变化：-32.9%）。</li> <li>・全数調査のため、検定不要と判断。</li> </ul> </li> </ul>						
調査・データ分析上の 課題	・特記事項無し。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的变化率が5%を超えて改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。						

(様式1)

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							
領域	(1) こころの健康						
目標項目	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						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
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	10.4% ----- 平成22年	10.5% ----- 平成28年	10.3% ----- 令和元年	/	9.4% ----- 令和4年度	C 変わらない	
調査名	厚生労働省「国民生活基礎調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	次の(ア)から(カ)の質問について、過去1か月の間はどのようなようであったか、6つの項目それぞれのあてはまる番号1つに○をつけてください。 (ア) 神経過敏に感じましたか (イ) 絶望的だと感じましたか (ウ) そわそわ、落ち着かなく感じましたか (エ) 気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか (オ) 何をするのも骨折りだと感じましたか (カ) 自分は価値のない人間だと感じましたか 1.いつも 2.たいてい 3.ときどき 4.少しだけ 5.まったくない					b 変わらない	C 変わらない
表番号	3健康票 第23表	概況 図25	概況 図22				
算出方法	—						
算出方法 (計算式)	—						
備考	・上記設問(K6)の合計点(0点~24点)が10点以上の20歳以上の者の割合(不詳を除く)を算出している。						
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>■直近値vs目標値</li> <li>・目標値に達していない。</li> <li>■直近値vsベースライン</li> <li>・ベースラインと比較して有意な変化は認められない(p=0.19)。</li> <li>・ベースラインと比較して相対的な変化は認められない(ベースラインからの相対的変化: -0.96%)。</li> </ul> 【注】国立保健医療科学院公開ツール( <a href="https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/">https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/</a> )を用い、Z検定を行った。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。						

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							
領域	(1) こころの健康						
目標項目	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						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合	33.6% ----- 平成19年	56.6% ----- 平成28年	59.2% 参考：59.2% ----- 平成30年 参考：令和3年	/	100% ----- 令和2年	<b>B*</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）	
調査名	平成24年以前：厚生労働省「労働者健康状況調査」 平成25年以降：厚生労働省「労働安全衛生調査（実態調査）」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)	
設問	(平成19年) 心の健康対策（メンタルヘルスカケア）に取り組んでいますか。 1 取り組んでいる 2 取り組んでいない  (平成28年、平成30年) 貴事業所では、メンタルヘルス対策に取り組んでいますか。該当する番号すべてに○をつけてください。 01.メンタルヘルス対策について、衛生委員会等での調査審議・・・ 17.取り組んでいない				a*	B*	
表番号	事業所 第27表	事業所 第4表-2	事業所 第1表-3 参考：事業所 第3表	改善している(最終評価までに目標達成が危ぶまれる)			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）
算出方法	—						
算出方法 (計算式)	—						
備考	—						
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>■直近値（平成30年）vs目標値 <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標値に達していない。</li> </ul> </li> <li>■直近値（平成30年）vsベースライン <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：+76.2%）。</li> <li>・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。</li> </ul> </li> </ul>						
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。						

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							
領域	(1) こころの健康						
目標項目	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						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
小児人口10万人当たりの小児科医師の割合	94.4 平成22年	107.3 ※ 平成28年	112.4 参考：119.7 平成30年 参考：令和2年	増加傾向へ 平成26年	増加傾向へ 令和4年度	A 目標値に達した	
小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合	10.6 平成21年	12.9 平成28年	17.3 参考：20.2 令和元年度 参考：令和3年度	増加傾向へ 平成26年	増加傾向へ 令和4年度	A 目標値に達した	
調査名	小児人口10万人当たりの小児科医師の割合：(平成22年、平成28年)厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」 (平成30年、令和2年)厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」 児童精神科医：日本児童青年精神医学会調べ 小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合に用いた小児人口：(令和元年、令和3年)総務省「人口推計(10月1日現在)」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—						
表番号	小児科医師の割合(平成22年)：概況 統計表21 小児科医師の割合(平成28年)：概況 統計表17 小児科医師の割合(平成30年、令和2年)：概況 統計表17 児童精神科医師の割合に用いた小児人口(令和元年、令和3年)：参考表2 年齢(各歳),男女別人口の計算表-総人口,日本人人口						
算出方法 小児人口10万人当たりの小児科医師の割合	—						
算出方法 (計算式)	—						
算出方法 小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合	(精神科医+小児科医+上記以外の医師)/小児人口(0~14歳)×100,000					a 改善している	A 目標値に達した
算出方法 (計算式)	ベースライン：— 中間評価：— 最終評価： $(2,181+375+36)/(877,243+925,157+945,513+984,617+946,004+959,279+997,270+1,003,641+1,033,208+1,037,390+1,049,340+1,069,409+1,062,570+1,055,054+1,057,368) \times 100,000$ 参考： $(2,515+393+40) / (812,032+819,917+854,262+898,341+922,153+961,691+987,531+985,171+1,010,264+1,014,154+1,040,533+1,050,446+1,056,313+1,075,938+1,070,694) \times 100,000$						
備考	※中間評価時、平成28年の小児人口10万人当たりの小児科医の割合は108.5となっていたが、この値は分母に人口推計(10月1日時点、日本人人口)を用いて算出した数値であった。今回記載している107.3は、総人口を用いて算出している数値である。ベースライン、最終評価と算出方法に一貫性を持たせるために算出したものであり、中間評価時とは数値が異なる。 ・令和2年の小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合は、19.1である(2,830/14,810,489×100,000)。児童精神科医師数は日本児童青年精神医学会調べ、小児人口は国勢調査不詳補完結果(第1-2表)を計算に用いている。 ・児童精神科医師数については、平成28年までは学会調べ(非公開、毎年4月1日時点)であり、令和元年度以降は学会ホームページで公開されている値(年度末時点)を計算に用いている。 ・小児人口10万人当たりの児童精神科医指数の分母は、日本人人口を用いて算出している。						
分析	■直近値vs目標値 ・小児人口10万人当たりの小児科医師の割合は、目標(値)に達している。 ・小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合は、目標(値)に達している。  ■直近値vsベースライン ・小児人口10万人当たりの小児科医師の割合は、ベースラインと比較して増加している(ベースラインからの相対的変化：+20.6%)。 ・小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合は、ベースラインと比較して増加している(ベースラインからの相対的変化：+63.2%)。 ・全数調査のため、検定不要と判断。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。						
分析に基づく評価	■各指標の評価 ・小児人口10万人当たりの小児科医師の割合は、目標(値)に達していることからAと判定。 ・小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合は、目標(値)に達していることからAと判定。  ■目標項目の評価 ・すべての指標がAであることから、Aと判定。						



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						
領域	(2) 次世代の健康					
目標項目	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					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
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	89.4% 平成22年度	89.5% 平成26年度	93.1% 令和3年度		100%に近づける 令和4年度	C 変わらない
	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 (変更後) 運動やスポーツを習慣的にしていない子どもの割合の減少					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
(参考値) 週に3日以上 小学5年生男子	61.5% 平成22年	(59.2%) (平成25年)		増加傾向へ 令和4年度	評価指標を変更	
(参考値) 週に3日以上 小学5年生女子	35.9% 平成22年	(33.6%) (平成25年)		増加傾向へ 令和4年度	評価指標を変更	
(変更後) 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	10.5% 平成22年度	6.4% 平成29年度	7.6% 参考：8.8% 令和元年度 参考：令和3年度		減少傾向へ 令和4年度	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)
(変更後) 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	24.2% 平成22年度	11.6% 平成29年度	13.0% 参考：14.4% 令和元年度 参考：令和3年度		減少傾向へ 令和4年度	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)
調査名	平成22年度：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26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」 令和3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」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	あなたは、次のようなことに気をつけて食事をしていますか。 朝・昼・夕三食必ず食べる 1 はい 2 いいえ 3 わからない					
表番号	VI集計表 問7(2)	表30	—			
算出方法	—	男子「はい」を回答した者+女子「はい」を回答した者/総数×100	男子「はい」を回答した者+女子「はい」を回答した者/総数×100			
算出方法 (計算式)	—	(160+181)/(160+14+7+181+14+5)×100	—			
調査名	文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」					
設問	平成22年度：備考参照 平成29年度、令和元年度、令和3年度： ふだんの1週間について聞きます。学校の体育の授業以外で、運動（体を動かす遊びをふくむ）やスポーツを合計で1日おおよそどのくらいの時間していますか。それぞれの曜日のらんに入力してください。					
表番号	報告書 第2章小学校 II 調査結果の特徴 1. 児童の運動習慣と体力～1週間の総運動時間から	報告書 第1章調査結果の概要 2-1 1週間の総運動時間と体力・運動能力【小学校】〈1〉	報告書 第1章調査結果の概要 2-1 1週間の総運動時間の分布・内訳・体力合計点との関連【小学校】〈1〉		a*	B*
算出方法	—				改善している(最終評価までに目標到達が危ぶまれる)	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)
算出方法 (計算式)	—					

備考	<p>・平成22年の「1週間の総運動時間」の算出方法は以下のとおりである。</p> <p>①平日の運動時間：平日の時間帯別運動時間（朝始業前、中休み、昼休み、放課後、下校後）の回答を合計。</p> <p>②平日の運動日数：「運動やスポーツをどのくらいしていますか」の回答を次のように換算。 （1.ほとんど毎日＝4日）（2.時々＝1.5日）（3.ときたま＝0.5日）（4.しない＝0.1日）</p> <p>③平日の総運動時間：平日の運動時間①×平日の運動日数②</p> <p>④土曜日の運動日数：「ひと月あたり何回の土曜日に、運動やスポーツをしていますか」の回答を次のように換算。 （1.月に1回＝0.25日）（2.月に2回＝0.5日）（3.月に3回＝0.75日）（4.月に4回＝1日）</p> <p>⑤土曜日の総運動時間：土曜日の運動時間×土曜日の運動日数④</p> <p>⑥日曜日の運動日数：「ひと月あたり何回の日曜日に、運動やスポーツをしていますか」の回答を次のように換算。 （1.月に1回＝0.25日）（2.月に2回＝0.5日）（3.月に3回＝0.75日）（4.月に4回＝1日）</p> <p>⑦日曜日の総運動時間：日曜日の運動時間×日曜日の運動日数⑥</p> <p>⑧1週間の総運動時間：平日の総運動時間③＋土曜日の総運動時間⑤＋日曜日の総運動時間⑦</p> <p>・平成29年、令和元年、令和3年度の「1週間の総運動時間」は、上記設問に対する各曜日の回答を合計して算出された数値を引用している。</p>	
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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は、目標（値）に達していない。</li> <li>・イ 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）は、目標（値）に達していない。</li> <li>・イ 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）は、目標（値）に達していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：4.1%）。</li> <li>・イ 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）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-27.6%）。</li> <li>・イ 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）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-46.3%）。</li> </ul> <p>・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。</p>	
調査・データ分析上の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・イに関して、健康日本21（第二次）策定後、調査項目の変更に合わせて指標、目標を設定した。</li> </ul>	
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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は、ベースラインからの相対的変化率が5%未満であることからCと判定。</li> <li>・イ 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）は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</li> <li>・イ 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）は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が4点であり、かつ目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</li> </ul>	

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						
領域	(2) 次世代の健康					
目標項目	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					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
全出生数中の低出生体重児の割合	9.6% ----- 平成22年	9.4% ----- 平成28年	9.4% 参考：9.2% 令和元年 参考：令和2年	減少傾向へ ----- 平成26年	減少傾向へ ----- 令和4年	C 変わらない
	イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
(参考値) 小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 男子	4.60% ----- 平成23年	4.55% ----- 平成28年	(5.12%) (参考：7.02%) (令和元年) (参考：令和2年)	減少傾向へ ----- 平成26年	参考値とする	
(参考値) 小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 女子	3.39% ----- 平成23年	3.75% ----- 平成28年	(3.63%) (参考：4.11%) (令和元年) (参考：令和2年)	減少傾向へ ----- 平成26年	参考値とする	
(変更後) 小学5年生の肥満傾向児の割合	8.59% ----- 平成23年	(8.89%) ----- (平成29年)	9.57% 参考：11.91% 令和元年 参考：令和2年		児童・生徒における 肥満傾向児の割合 7.0% ----- 令和6年度	D 悪化している

		調査名				厚生労働省「人口動態調査」	総合評価 (中間)	総合評価 (最終)	
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	設問	—					b 変わらない	D 悪化している	
	表番号	上巻 第4 - 28表	上巻 第4 - 28表	上巻 第4 - 28表	参考：上巻 第4 - 28表				
	算出方法	ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少				(2,500g未満の出生数/出生数)×100			
	算出方法 (計算式)	ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少				ベースライン：(103,049/1,071,305)×100 中間評価：(92,102/977,242)×100 最終評価：(81,462/865,239)×100 参考：(77,539/840,835)×100			
	備考	—							
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	調査名	文部科学省「学校保健統計調査」					b 変わらない	D 悪化している	
	設問	—							
	表番号	表番号 7	表番号 6	表番号 6	参考：表番号 6				
	算出方法	(参考値)：中等度肥満傾向児の割合 + 高度肥満傾向児の割合 (変更後)：—							
	算出方法 (計算式)	(参考値) 小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 男子				ベースライン：3.72+0.88 中間評価：3.56+0.99 最終評価：4.14 +0.98 参考：5.45+1.57			
	算出方法 (計算式)	(参考値) 小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 女子				ベースライン：2.86+0.53 中間評価：2.95 +0.80 最終評価：2.99 +0.64 参考：3.41+0.70			
	算出方法 (計算式)	(変更後) 小学5年生の肥満傾向児の割合				—			
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ア 全出生数中の低出生体重児の割合は、目標(値)に達していない。</li> <li>・イ 小学5年生の肥満傾向児の割合は、目標値に達していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ア 全出生数中の低出生体重児の割合は、ベースラインと比較して減少している(ベースラインからの相対的変化：-2.1%)。</li> <li>・イ 小学5年生の肥満傾向児の割合は、ベースラインと比較して増加している(ベースラインからの相対的変化：+11.4%)。</li> <li>・ア 全出生数中の低出生体重児の割合は、全数調査のため、検定不要と判断。</li> <li>・イ 小学5年生の肥満傾向児の割合は、標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。</li> </ul> <p>・(参考値) 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(男子)は、ベースラインと比較して増加している(ベースラインからの相対的変化：+11.3%)</p> <p>・(参考値) 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(女子)は、ベースラインと比較して増加している(ベースラインからの相対的変化：+7.1%)</p>								
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。								
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ア 全出生数中の低出生体重児の割合は、ベースラインからの相対的変化率が5%未満であることからCと判定。</li> <li>・イ 小学5年生の肥満傾向児の割合は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて悪化傾向にあることからDと判定。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出(小数点以下五捨六入、Eは除く)した結果、平均値が2点であったことから、Dと判定。</li> </ul>								

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

領域	(3) 高齢者の健康					
目標項目	①介護保険サービス利用者の増加の抑制					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
介護保険サービス利用者数	452万人 ※ 平成24年度	521万人 平成27年度	567万人 令和元年度	/	657万人 令和7年度	<b>B*</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)
調査名	平成27年度、令和元年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—				<b>b</b> 変わらない	<b>B*</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)
表番号	平成27年度、令和元年度：介護保険事業状況報告（年報）のポイント 4 サービス受給者数（1ヶ月平均）					
算出方法	—					
算出方法 (計算式)	—					
備考	※「社会保障・税一体改革」における重点化・効率化項目の中での推計値である。					
分析	<p>■本指標の設定背景</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険サービスの利用者数については、高齢化の進展に伴い、より高い年齢層の高齢者が増加することから、増加傾向が続くと推察されていた。</li> <li>しかし、健康寿命の延伸を目指して生活習慣を改善し、介護予防や重症化予防の取組を推進することにより、介護保険サービスの利用者数の増加を抑制することを指標として設定した（「社会保障・税一体改革」において示された数字を採用）。</li> </ul> <p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>直近値は、ベースラインから目標値へ単純推移すると仮定した際の推移値に対しては上回っているものの、ベースラインから自然増の推定値へ単純推移すると仮定した際の推移値に対しては下回っている（増加は抑制されている）。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：+25.4%）。</li> </ul> <p>■割合の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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、令和元（2019）年度末18.4%と微増にとどまっている（ベースラインからの相対的変化+4.5%）。</li> </ul>					
調査・データ分析上の課題	・抑制が行われた結果を目標値として設定しているため、目標年度以外での達成の判断が難しい。					
分析に基づく評価	・ベースラインから自然増の推定値へ単純推移すると仮定した際の推移値を下回っており（増加は抑制されており）改善傾向にあるが、ベースラインから目標値へ単純推移すると仮定した際の推移値を上回っており目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。					

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						
領域	(3) 高齢者の健康					
目標項目	②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 (変更後) 認知症サポーター数の増加					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率	0.9% 平成21年	3.7% 平成26年		10% 令和4年度	項目を変更	
認知症サポーター数	330万人 平成23年度	(882万人) (平成28年度)	1,264万人 参考: 1,380万人 令和元年度 参考: 令和3年度		1,200万人 令和2年度	A 目標値に達した
調査名	(変更前) 平成21年: 厚生労働省「介護予防事業報告」 平成26年: 厚生労働省「介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業報告」 (変更後) 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				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	-				d 評価困難	A 目標値に達した
表番号	(変更前) 調査結果概要 表1 (変更後) -	(変更前) 調査結果概要 表2、表3 (変更後) -	-			
算出方法	(変更前) 基本チェックリスト等該当項目(認知症予防・支援)の人数/高齢者人口×100 (変更後) -					
算出方法 (計算式)	(変更前) 269,065/28,933,063× 100 (変更後) -	(変更前) 1,201,022/32,824,841 ×100 (変更後) -	-			
備考	・認知症サポーター数は万未満の数値切り捨てで記載している。 ・各年度3月末時点の認知症サポーター総数(平成17年からの累計)を引用している。					
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>■直近値(令和元年度) vs 目標値                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標値に達している。</li> </ul> </li> <li>■直近値(令和元年度) vs ベースライン                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症サポーター数は、ベースラインと比較して増加している(ベースラインからの相対的变化: +283%)。</li> <li>・ランダムサンプリングでないため、検定不可と判断。</li> </ul> </li> </ul>					
調査・データ分析上の課題	・平成27(2015)年度介護保険制度改正により、基本チェックリストを使用した介護予防事業は基本的には実施しない方針となり、認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率は把握不可能となった。このため中間評価時に指標変更。					
分析に基づく評価	・目標値に達していることからAと判定。					

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						
領域	(3) 高齢者の健康					
目標項目	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					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
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	44.4% (参考値：17.3%) ----- 平成27年 (参考値：平成24年)	46.8% ----- 平成29年	44.8% 参考：44.6% ----- 令和元年 参考：令和3年	/	80% ----- 令和4年度	C 変わらない
調査名	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 (参考値)：日本整形外科学会によるインターネット調査				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	あなたは、ロコモティブシンドローム(運動器症候群)という言葉やその意味を知っていましたか。 1 言葉も意味もよく知っていた 2 言葉も知っていたし、意味も大体知っていた 3 言葉は知っていたが、意味はあまり知らなかった 4 言葉は聞いたことがあるが、意味は知らなかった 5 言葉も意味も知らなかった。(今回初めて聞いた場合を含む)				a 改善している	C 変わらない
表番号	—					
算出方法	—					
算出方法 (計算式)	—					
備考	・認知度（上記設問の1～4を選択した者の合計の割合）の数値を引用している。					
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>■直近値（令和元年度）vs目標値</li> <li>・目標値に達していない。</li> <li>■直近値（令和元年度）vsベースライン</li> <li>・ベースラインと比較して相対的な変化は認められない（ベースラインからの相対的変化：+0.9%）。</li> <li>・標準誤差計算不可の為、検定不可と判断。</li> <li>■経年的な比較</li> <li>・平成24（2012）年の調査結果に比べると、令和2（2020）年の認知度は2.6倍に上昇している。</li> <li>・一方、直近3年の推移を比較すると、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%を超えることはなく、横ばいである。</li> </ul>					
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。					
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5%未満であることからCと判定。					

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							
領域	(3) 高齢者の健康						
目標項目	④低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合	17.4% 平成22年	17.9% 平成28年	16.8% 令和元年	/	22% 令和4年度	A 改善している	
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a 改善している	A 改善している
表番号	第14表	第15表の1	第17表の1				
算出方法	—						
算出方法 (計算式)	—						
備考	—						
分析	<p>■本指標の設定背景</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・BMI20以下の者の割合は、疾病や老化などの影響を受けて65歳以降も年齢が上がるにつれ増加すると予測された。</li> <li>・また、高齢者人口のうち75歳以上の高齢者の占める割合が増加することから、指標設定時の出現率が一定と仮定しても、自然増により増加が見込まれた。</li> <li>・この自然増による見込まれる割合（22.2%）を上回らないことを目指し、目標が設定された。</li> </ul> <p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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）。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベースラインと比較して、有意な変化は認められない（<math>p=0.63</math>）。</li> <li>【注】 回帰分析を用いて、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> </ul> <p>■経年的な推移の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・平成22年から令和元年は有意な変化は認められない（<math>p=0.42</math>）。</li> <li>【注】 各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> </ul>						
調査・データ分析上の課題	・本来なら、疾病や老化の影響を受け、増加が見込まれたが、直近値において有意な変化は認められない。						
分析に基づく評価	・直近値とベースラインの比較において、増加の抑制の傾向が認められており、本来ならば自然増するところ、有意な増加があるとは認められないため、Aと判定。						



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							
領域	(3) 高齢者の健康						
目標項目	⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(1,000人当たり)						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
足腰に痛みのある高齢者の割合	218人	210人	206人	/	200人	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)	
男性	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
足腰に痛みのある高齢者の割合	291人	267人	255人	/	260人	A 目標値に達した	
女性	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
調査名	厚生労働省「国民生活基礎調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	<p>あなたはここ数日、病気やけがなどで体の具合の悪いところ(自覚症状)がありますか。</p> <p>1 ある 2 ない</p> <p>それは、どのような症状ですか。あてはまるすべての症状名の番号に○をつけてください。その中で最も気になる症状名の番号を番号記入欄に記入してください。</p> <p>01.熱がある・・・ 30.腰痛 31.手足の関節が痛む・・・ 42.その他</p>					a* 改善している(最終評価までに目標達成が危ぶまれる)	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)
表番号	3健康票 第55表	概況 統計表 第10表	2健康票 第97表				
算出方法	—						
算出方法 (計算式)	— ※平成22年は特別集計						
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「足腰に痛み」とは、「腰痛」か「手足の関節が痛む」のいずれかもしくは両方の有訴者である。</li> <li>・有訴者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含まれている。</li> <li>※平成22年の数値は特別集計にて算出しているため、表中の数値からは算出できない。</li> </ul>						
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・足腰に痛みのある高齢者の割合(男性)は、目標値を達成していない。</li> <li>・足腰に痛みのある高齢者の割合(女性)は、目標値を達成している(片側P値=0.008)。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・足腰に痛みのある高齢者の割合(男性)は、ベースラインと比較して有意に減少している(片側P値&lt;0.001)。</li> <li>・足腰に痛みのある高齢者の割合(女性)は、ベースラインと比較して有意に減少している(片側P値&lt;0.001)。</li> <li>・足腰に痛みのある高齢者の割合(男性)は、ベースラインと比較して減少している(ベースラインからの相対的変化:-5.5%)。</li> <li>・足腰に痛みのある高齢者の割合(女性)は、ベースラインと比較して減少している(ベースラインからの相対的変化:-12.4%)。</li> </ul> <p>【注】国立保健医療科学院公開ツール(<a href="https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/">https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/</a>)を用い、Z検定を行った。</p>						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・足腰に痛みのある高齢者の割合(男性)は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</li> <li>・足腰に痛みのある高齢者の割合(女性)は、目標値に達していることからAと判定。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出(小数点以下五捨六入、Eは除く)した結果、平均値が4点であり、かつ目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</li> </ul>						

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						
分野	(3) 高齢者の健康					
目標項目	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）					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
(参考値) 何らかの地域活動をしている高齢者の割合 男性	64.0% 平成20年	(62.0%) (平成25年)		80% 令和4年度	評価指標を変更	
(参考値) 何らかの地域活動をしている高齢者の割合 女性	55.1% 平成20年	(60.2%) (平成25年)		80% 令和4年度	評価指標を変更	
(変更後) 高齢者の社会参加の状況 男性	63.6% 平成24年	62.4% 平成28年	— —		80% 令和4年度	E 評価困難
(変更後) 高齢者の社会参加の状況 女性	55.2% 平成24年	55.0% 平成28年	— —		80% 令和4年度	E 評価困難
調査名	(参考値) 内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」 (変更後) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	あなたは現在働いていますか。または、ボランティア活動、地域社会活動（町内会、地域行事など）、趣味やおけいこ事を行っていますか。どちらかの番号を選んで○印をつけて下さい。 1 働いている・何らかの活動を行っている 2 いずれも行っていない				b 変わらない	E 評価困難 (参考指標： B) 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある
表番号	第48表	第52表	—			
算出方法	—					
算出方法 (計算式)	—					
備考	—					
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の社会参加の状況（男性）は、令和2年度「国民健康・栄養調査」が中止となった影響で評価困難。</li> <li>・高齢者の社会参加の状況（女性）は、令和2年度「国民健康・栄養調査」が中止となった影響で評価困難。</li> </ul> <p>本目標項目の参考として、内閣府の「高齢者の経済生活に関する調査」「高齢者の経済・生活環境に関する調査」において、高齢者が現在行っている社会的な活動を調査しており、特に活動をしていない高齢者が69.9%（平成28年）から63.3%（令和元年）に減少していることから、社会的な活動を行っている高齢者は増加していると考えられる。参考指標としては改善している（B相当）と評価できると考えられる。</p>					
調査・データ分析上の課題	・健康日本21（第二次）策定当初は、内閣府調査を参考値として設定。その後、現行の国民健康・栄養調査での評価として設定した。					
分析に基づく評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>■各指標の評価</li> <li>・高齢者の社会参加の状況（男性）は、評価困難であるためEと判定。</li> <li>・高齢者の社会参加の状況（女性）は、評価困難であるためEと判定。</li> <li>■目標項目の評価</li> <li>・すべての指標がEであることから、Eと判定。</li> </ul>					

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標						
領域	(4) 社会環境の整備					
目標項目	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）					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
(参考値) 自分と地域のつながりが強い方だと思う割合	45.7% 平成19年			65% 令和4年度	評価指標を変更	
(変更後) 居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合	50.4% 平成23年	55.9% 55.5%(年齢調整値) 平成27年	50.1% 49.1%(年齢調整値) 令和元年		65% 令和4年度	C 変わらない
調査名	(参考値) 内閣府「少子化対策と家族・地域のきずなに関する意識調査」 (変更後) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	あなたのお住まいの地域についておたずねします。次のアからエの質問について、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけてください。 ア あなたのお住まいの地域の人々は、お互いに助け合っている 1 強くそう思う 2 どちらかといえばそう思う 3 どちらともいえない 4 どちらかといえばそう思わない 5 全くそう思わない				a 改善している	C 変わらない
表番号	第88表	第113表	第101表			
算出方法	「強くそう思う」の人数+「どちらかといえばそう思う」の人数/総数×100					
算出方法 (計算式)	ベースライン：649+2,894/7,031×100 中間評価：639+3,296/7,043×100 最終評価：410+2,434/5,682×100					
備考	—					
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>■直近値vs目標値                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標値に達していない。</li> </ul> </li> <li>■直近値vsベースライン                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側P値=0.42）。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）を行い、平成23年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> </ul> </li> <li>■経年的な推移の分析                             <ul style="list-style-type: none"> <li>平成23年から令和元年は有意な変化は認められない（片側P値=0.60）。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）を行い、平成23年、平成27年、令和元年の線形傾向を評価した。</li> </ul> </li> </ul>					
調査・データ分析上の課題	・健康日本21（第二次）策定当初は、内閣府調査を参考値として設定。その後、現行の国民・健康栄養調査での評価として設定した。					
分析に基づく評価	・直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。					

(様式1)

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標						
領域	(4) 社会環境の整備					
目標項目	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					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
(参考値) 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	3.0% 平成18年			25% 令和4年度	評価指標を変更	
(変更後) 健康づくりに関係したボランティア活動への参加割合	27.7% 平成24年	27.8% 平成28年	— —		35% 令和4年度	E 評価困難
調査名	(参考値) 総務省「社会生活基本調査」 (変更後) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	あなたがこの1年間に行ったボランティア活動（近隣の人への手助け・支援を含む）のうち、健康づくりに関係したものはありますか。あてはまる番号をすべて選んで○印をつけて下さい。 ※ここでは、必ずしも無償に限らず、実費や謝礼をもらう等、有償のものも含めてお考えください。 1 食生活などの生活習慣の改善のための活動 2 スポーツ・文化・芸術に関係した活動 3 まちづくりのための活動 4 子どもを対象とした活動 5 高齢者を対象とした活動 6 防犯・防災に関係した活動 7 自然や環境を守るための活動 8 上記以外の活動 9 健康づくりに関係したものは無い・ボランティア活動はしていない				b 変わらない	E 評価困難
表番号	第47表	第51表	—			
算出方法	—					
算出方法 (計算式)	—					
備考	—					
分析	・健康づくりに関係したボランティア活動への参加割合は令和2年国民健康・栄養調査が中止となったため、評価困難。 ・総務省「社会生活基礎調査」により把握される「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」が参考になる考えられるが、本データも現状平成28（2016）年以降のデータが把握できていない。					
調査・データ分析上の課題	・健康日本21（第二次）策定当初は、総務省調査を参考値として設定。その後、現行の国民健康・栄養調査での評価として設定した。					
分析に基づく評価	・評価困難であるためEと判定。					

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標						
領域	(4) 社会環境の整備					
目標項目	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					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
企業登録数	420社 平成24年	3,751社 平成28年度		3,000社 令和4年度	評価指標を変更	
(変更後) 参画企業数	233社 平成23年度	(2,890社) (平成28年度)	4,182社 令和元年度		3,000社 令和4年度	A 目標値に達した
(変更後) 参画団体数	367団体 平成23年度	(3,673団体) (平成28年度)	5,476団体 令和元年度		7,000団体 令和4年度	B 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
調査名	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）				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—				a 改善している	B 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
表番号	—					
算出方法	・ 中間評価の参画企業数は、参画団体数から団体・協会・NPO・教育機関、自治体を除いて算出したもの。 ・ 最終評価の参画企業数は、参画団体数から団体・協会・NPO・教育機関、自治体、健康保険組合を除いて算出したもの。					
算出方法 (計算式)	—					
備考	・ 中間評価と最終評価で算出方法が異なる。					
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 参画企業数は、目標値を達成している。</li> <li>・ 参画団体数は、目標値を達成していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 参画企業数は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的变化：+1,695%）。</li> <li>・ 参画団体数は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的变化：+1,392%）。</li> <li>・ 全数調査のため、検定不要と判断。</li> </ul>					
調査・データ分析上の 課題	・ 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、中間評価時にスマート・ライフ・プロジェクトの参画企業数及び参画団体数に評価指標を変更。これに併せて評価項目も変更。					
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 参画企業数は、目標を達成していることからAと判定。</li> <li>・ 参画団体数は、ベースラインからの相対的变化率が5%を超えて改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が4点であり、かつ目標達成見込みであることからBと判定。</li> </ul>					

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標						
領域	(4) 社会環境の整備					
目標項目	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					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
民間団体から報告の あった活動拠点数	(参考値) 7,134	(参考値) 13,404	—	/	15,000	E 評価困難 (参考指標：B) 現時点で目標値に達していないが、改善傾向 にある
	平成24年	平成27年	—		令和4年度	
調査名	各民間団体からの報告 栄養ケア・ステーション：公益社団法人日本栄養士会からの報告 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からの報告 子育て・女性健康支援センター：公益社団法人日本助産師会からの報告				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—				a 改善している	E 評価困難 (参考指標： B) 現時点で目標値に達し ていないが、改善傾向 にある
表番号	—					
算出方法	ベースライン：栄養ケア・ステーション数+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 薬局数 中間評価以降：栄養ケア・ステーション数+子育て・女性健康支援センター活動拠点数+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数					
算出方法 (計算式)	47+7087	242+47+13115	—			
備考	—					
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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数は、平成28（2016）年以降は把握されておらず経年比較が困難になったため評価困難。</li> <li>・平成28（2016）年4月より「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する施行規則」に位置付けられている、健康サポート薬局数が本項目の評価の参考とな ると考えられるが、その数は増加傾向である。</li> <li>・栄養ケア・ステーションはベースライン値の47件から令和2（2020）年末時点で356件と増加している。（令和元年度は把握なし）</li> <li>・健康サポート薬局（参考）、栄養ケア・ステーション、子育て・女性健康支援センター活動拠点数の合計は、中間評価以降増加傾向といえる。</li> </ul> <p>(参考)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養ケア・ステーション数：平成24（2012）年度から平成30（2018）年度まで各年度末時点で、48、169、242、237、239、244、319拠点、 令和元（2019）年度は把握なし、令和2（2020）年度末時点で356拠点</li> <li>・子育て・女性健康支援センター活動拠点数：47拠点</li> <li>・健康サポート薬局届出数：令和3（2021）年3月末：2,515件、令和3（2021）年12月末：2,842件</li> </ul>					
調査・データ分析上の 課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本評価指標は、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）、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）、子育て・女性健康支援センター（公益社団法人日本助産師会）として、各団体から報告を受けた数の合計 をベースライン（参考値）としていたが、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数は平成28（2016）年以降はデータが把握されてい ない。</li> </ul>					
分析に基づく評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価困難であるためEと判定。</li> </ul>					

(様式1)

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標							
領域	(4) 社会環境の整備						
目標項目	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）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
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	11 ----- 平成24年	40 ----- 平成28年	41 ----- 令和元年	/	47 ----- 令和4年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	
調査名	厚生労働省健康局健康課による把握					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	問1 貴都道府県は、管内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、糖尿病有病率、自殺率）や生活習慣の状況（食生活や運動習慣）の格差に関し、その実態を把握していますか。 問2 問1で把握していると答えた都道府県は、その格差の縮小に向けた対策について検討していますか。 問3 問2で検討していると答えた都道府県は、その検討結果に基づき、格差の縮小に向けた対策を実施していますか。					<b>a</b> 改善している	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある
表番号	—						
算出方法	上記設問の問1から問3まで行っている都道府県を集計。						
算出方法 (計算式)	—						
備考	—						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。  ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：+272.7%）。 ・全数調査のため、検定不要と判断。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。						

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

領域	(1) 栄養・食生活					
目標項目	①適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25以上）、やせ（BMI 18.5未満）の減少）					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
20歳～60歳代男性の 肥満者の割合	31.2% 平成22年	32.4% 32.3%(年齢調整値) 平成28年	35.1% 34.7%(年齢調整値) 令和元年		28% 令和4年度	D 悪化している
40歳～60歳代女性の 肥満者の割合	22.2% 平成22年	21.6% 21.7%(年齢調整値) 平成28年	22.5% 22.7%(年齢調整値) 令和元年		19% 令和4年度	C 変わらない
20歳代女性のやせの 者の割合	29.0% 平成22年	20.7% 平成28年	20.7% 令和元年		20% 令和4年度	C 変わらない
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—				b 変わらない	C 変わらない
表番号	第14表	第15表の1	第17表の1			
算出方法	—					
算出方法 (計算式)	—					
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・女性は妊婦を除外して集計している。</li> <li>・平成28年（大規模年）の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なる。</li> </ul>					
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・20歳～60歳代男性の肥満者の割合は、目標値に達していない。</li> <li>・40歳～60歳代女性の肥満者の割合は、目標値に達していない。</li> <li>・20歳代女性のやせの者の割合は、目標値に達していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・20歳～60歳代男性の肥満者の割合は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側p値=0.03）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳の5区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> <li>・40歳～60歳代女性の肥満者の割合は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.75）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（40-49歳、50-59歳、60-69歳の3区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> <li>・20歳代女性のやせの者の割合は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.07）。 【注】回帰分析を用いて、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> </ul> <p>■経年的な推移の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・20歳～60歳代男性の肥満者の割合については、平成22～平成25年は有意に減少している（p=0.03）、平成25～令和元年は有意に増加している（p&lt;0.01）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> <li>・40歳～60歳代女性の肥満者の割合については、平成22～令和元年は有意な変化は認められない（p=0.42）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> <li>・20歳代女性のやせの者の割合については、平成22～令和元年は有意に減少している（p=0.046）。 【注】各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> </ul>					
調査・データ分析上の 課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・20歳代女性の対象者数が少ないことが課題である。</li> </ul>					
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・20歳～60歳代男性の肥満者の割合は、直近値とベースラインの比較において有意に悪化傾向にあることから、Dと判定。</li> <li>・40歳～60歳代女性の肥満者の割合は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。</li> <li>・20歳代女性のやせの者の割合は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が3点であったことから、Cと判定。</li> </ul>					



(様式1)

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							
領域	(1) 栄養・食生活						
目標項目	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							
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
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	68.1%	59.7%	56.1% 参考：37.7% 令和元年度 参考：令和3年度	/	80%	D 悪化している	
	平成23年度	平成28年度			令和4年度		
イ 食塩摂取量の減少							
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
食塩摂取量	10.6g	9.9g (年齢調整値)	10.1g 10.0g(年齢調整値)	/	8g	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)	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
ウ 野菜と果物の摂取量の増加(野菜摂取量の平均値)							
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
野菜摂取量の平均値	282g	277g 274g(年齢調整値)	281g 275g(年齢調整値)	/	350g	C 変わらない  D 悪化している	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
果物摂取量100g未満の者の割合	61.4%	62.7% (年齢調整値)	63.3% (年齢調整値)	/	30%	D 悪化している	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
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	調査名	平成23年度：内閣府「平成23年度 食育に関する意識調査」 平成28年度以降：農林水産省「食育に関する意識調査」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
	設問	(平成23年度) 主食・主菜・副菜を3つそろえて食べることが1日に2回以上あるのは、週に何日ありますか。この中から1つ選んでください。 1 ほとんど毎日 2 週に4～5日 3 週に2～3日 4 ほとんどない  (平成28年度、令和元年度、令和3年度) 主食(ごはん、パン、麺など)・主菜(肉・魚・卵・大豆製品などを使ったメインの料理)・副菜(野菜・きのこ・いも・海藻などを使った小鉢・小皿の料理)を3つそろえて食べることが1日に2回以上あるのは、週に何日ありますか。この中から1つ選んでください。 1 ほぼ毎日 2 週に4～5日 3 週に2～3日 4 ほとんどない 5 わからない				b 変わらない	C 変わらない
	表番号	集計表10	集計表5	集計表5 参考：集計表6			
	算出方法	—					
	算出方法 (計算式)	—					
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」						
設問	—						
表番号	第1表の1	第1表の1	第1表の1				
算出方法	—						
算出方法 (計算式)	—						

ウ 野菜と果物の摂取量の増加（野菜摂取量の平均値）	調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」		
	設問	—		
	表番号	(野菜)：第5表の1 (果物)：第8表の1	(野菜)：第5表の1 (果物)：第8表の1	(野菜)：第5表の1 (果物)：第8表の1
	算出方法	—		
	算出方法 (計算式)	— ※		
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・20歳以上を対象としている。</li> <li>・アの農林水産省「食育に関する意識調査」の調査方法が、令和2年度以降は「郵送及びインターネットを用いた自記式」に変更となっている（令和元年度までは「調査員による個別面接聴取」）。</li> <li>・イ、ウの平成28年（大規模年）の平均値、割合は、全国補正值である。</li> <li>※平成28年、令和元年は、ジャム及び果汁・果汁飲料を除く生果の重量を特別集計しているため、表中の数値からは算出できない。</li> </ul>			
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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は、目標値に達していない。</li> <li>・イ 食塩摂取量の減少は、目標値に達していない。</li> <li>・ウ 野菜と果物の摂取量の増加（野菜摂取量の平均値）は、目標値に達していない。</li> <li>・ウ 野菜と果物の摂取量の増加（果物摂取量100g未満の者の割合）は、目標値に達していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-17.6%）。</li> <li>・イ 食塩摂取量は、ベースラインと比較して有意に減少している（片側p値&lt;0.01）。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分)を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> <li>・ウ 野菜摂取量は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.25）。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分)を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> <li>・ウ 果物摂取量100g未満の者の割合は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側p値&lt;0.01）。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分)を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> </ul> <p>■経年的な推移の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・イ 食塩摂取量は、平成22年～平成28年是有意に減少している（片側p値&lt;0.01）、平成28～令和元年は有意な変化は認められない（片側p値=0.37）。</li> <li>【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> <li>・ウ 野菜摂取量は、平成22～令和元年は有意な変化は認められない（片側p値=0.48）。</li> <li>【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> <li>・ウ 果物摂取量100g未満の者の割合は、平成22～令和元年は有意に増加している（片側p値&lt;0.01）。</li> <li>【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> </ul>			
調査・データ分析上の課題	農林水産省「食育に関する意識調査」について、令和2年度に調査方法の変更があったため（郵送及びインターネットを用いた自記式に変更（令和元年度までは調査員による個別面接聴取））、最終評価では令和元年度の結果を用いた。			
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて悪化傾向にあることから、Dと判定。</li> <li>・イ 食塩摂取量の減少は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから、B*と判定。</li> <li>・ウ 野菜と果物の摂取量の増加（野菜摂取量の平均値）は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。</li> <li>・ウ 野菜と果物の摂取量の増加（果物摂取量100g未満の者の割合）は、直近値とベースラインの比較において有意に悪化傾向にあることから、Dと判定。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が3点であったことから、Cと判定。</li> </ul>			

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							
領域	(1) 栄養・食生活						
目標項目	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	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
朝食 小学生	15.3% 平成22年度	11.3% 平成26年度	12.1% 令和3年度	/	減少傾向へ 令和4年度	A 目標値に達した	
朝食 中学生	33.7% 平成22年度	31.9% 平成26年度	28.8% 令和3年度	/	減少傾向へ 令和4年度	A 目標値に達した	
夕食 小学生	2.2% 平成22年度	1.9% 平成26年度	1.6% 令和3年度	/	減少傾向へ 令和4年度	A 目標値に達した	
夕食 中学生	6.0% 平成22年度	7.1% 平成26年度	4.3% 令和3年度	/	減少傾向へ 令和4年度	A 目標値に達した	
調査名	平成22年度：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26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」 令和3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」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	いつもどのように食事をしていますか。1つ選んで○をつけてください。 1 家族そろって食べる 2 おとなの家族のだけかと食べる 3 子どもだけで食べる 4 一人で食べる 5 その他					b 変わらない	A 目標値に達した
表番号	調査結果（単純集計） 【児童生徒】Q25	表48	—				
算出方法	—						
算出方法 (計算式)	—						
備考	・小学5年生、中学2年生を対象としている。						
分析	<b>■直近値vs目標値</b> ・食事を1人で食べる子どもの割合（小学5年生男子）は、目標（値）に達している。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（小学5年生女子）は、目標（値）に達している。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（中学2年生男子）は、目標（値）に達している。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（中学2年生女子）は、目標（値）に達している。  <b>■直近値vsベースライン</b> ・食事を1人で食べる子どもの割合（小学5年生男子）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-20.9%）。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（小学5年生女子）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-14.5%）。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（中学2年生男子）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-27.3%）。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（中学2年生女子）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-28.3%）。 ・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。						
分析に基づく評価	<b>■各指標の評価</b> ・食事を1人で食べる子どもの割合（小学5年生男子）は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて減少傾向であることからAと判定。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（小学5年生女子）は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて減少傾向であることからAと判定。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（中学2年生男子）は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて減少傾向であることからAと判定。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（中学2年生女子）は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて減少傾向であることからAと判定。  <b>■目標項目の評価</b> ・すべての指標がAであることから、Aと判定。						

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						
領域	(1) 栄養・食生活					
目標項目	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	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
食品企業登録数	14社 ----- 平成24年	103社 ----- 平成28年度	117社以上 ----- 令和3年度	/	100社 ----- 令和4年度	A 目標値に達した
飲食店登録数	17,284店舗 ----- 平成24年	26,225店舗 ----- 平成29年	24,441店舗 ----- 令和元年	/	30,000店舗 ----- 令和4年度	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)
調査名	食品企業登録数：食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み、スマート・ライフ・プロジェクトに登録のあった企業数 飲食店登録数：自治体からの報告(エネルギーや塩分控えめ、野菜たっぷり・食物繊維たっぷりといったヘルシーメニューの提供に取り組む店舗数)				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—				a 改善している	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)
表番号	—					
算出方法	—					
算出方法 (計算式)	—					
備考	—					
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>食品企業登録数は、目標値に達している。</li> <li>飲食店登録数は、目標値に達していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>食品企業登録数は、ベースラインと比較して増加している。</li> <li>飲食店登録数は、ベースラインと比較して増加している(ベースラインからの相対的変化：+41.4%)。</li> <li>全数調査のため、検定不要と判断。</li> </ul>					
調査・データ分析上の課題	食品企業登録数は、中間評価時点で目標達成済みのため、中間評価以降集計がされていなかった。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(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企業のうち中間評価時点で登録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社と考えられる。しかしながら、アンケート回収率が低く(食品企業以外を含む全回答者数981件)、数値の取扱いには注意が必要である。					
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>食品企業登録数は、目標値を達成していることからAと判定。</li> <li>飲食店登録数は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから、B*と判定。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出(小数点以下五捨六入、Eは除く)した結果、平均値が4点であり、かつ目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</li> </ul>					

(様式1)

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							
領域	(1) 栄養・食生活						
目標項目	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	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
(参考値) 管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合	70.5% 平成22年度	72.7% 平成27年度	74.7% 参考：75.5% 令和元年度 参考：令和2年度	/	80% 令和4年度	<b>B*</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)	
調査名	厚生労働省「衛生行政報告例」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					<b>a*</b> 改善している(最終評価までに目標到達が危ぶまれる)	<b>B*</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)
表番号	第11表	第2章 栄養 第3表	第2章 栄養 第3表 参考：第2章 栄養 第3表				
算出方法	( (全施設数 - 管理栄養士・栄養士のいない施設数) / 全施設数 ) × 100						
算出方法 (計算式)	ベースライン：((46,761 - 13,794)/46,761)×100 中間評価：((49,744 - 13,569)/49,744)×100 最終評価：((51,110 - 12,955)/51,110)×100 参考：((51,005 - 12,481)/51,005)×100						
備考	・平成22年度衛生行政報告例は、東日本大震災の影響により、宮城県のうち仙台市以外の市町村、福島県のうち郡山市及びいわき市以外の市町村が含まれていない。						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。  ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して増加している(ベースラインからの相対的変化：+6%)。 ・全数調査の為、検定不要と判断。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから、B*と判定。						

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						
領域	(2) 身体活動・運動					
目標項目	①日常生活における歩数の増加					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
20歳～64歳 (男性)	7,841歩 平成22年	7,769歩 7,762歩(年齢調整値) 平成28年	7,864歩 7,887歩(年齢調整値) 令和元年		9,000歩 令和4年度	C 変わらない
20歳～64歳 (女性)	6,883歩 平成22年	6,770歩 6,757歩(年齢調整値) 平成28年	6,685歩 6,671歩(年齢調整値) 令和元年		8,500歩 令和4年度	C 変わらない
65歳以上 (男性)	5,628歩 平成22年	5,744歩 5,775歩(年齢調整値) 平成28年	5,396歩 5,403歩(年齢調整値) 令和元年		7,000歩 令和4年度	C 変わらない
65歳以上 (女性)	4,584歩 平成22年	4,856歩 4,891歩(年齢調整値) 平成28年	4,656歩 4,674歩(年齢調整値) 令和元年		6,000歩 令和4年度	C 変わらない
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—				b 変わらない	C 変わらない
表番号	第53表の1	第39表	第61表			
算出方法	—					
算出方法 (計算式)	—					
備考	・歩数計を対象者に事前に配布して歩数測定方法を説明し、これに従って測定後、被調査者が1日の身体活動量(歩数)と歩数計の装着状況を記録したものを集計した。					
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・20歳～64歳(男性)は、目標値に達していない。</li> <li>・20歳～64歳(女性)は、目標値に達していない。</li> <li>・65歳以上(男性)は、目標値に達していない。</li> <li>・65歳以上(女性)は、目標値に達していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・20歳～64歳(男性)は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない(片側p値=0.83)。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-64歳の5区分)を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> <li>・20歳～64歳(女性)は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない(片側p値=0.16)。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-64歳の5区分)を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> <li>・65歳以上(男性)は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない(片側p値=0.31)。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整(65～74歳、75歳以上の2区分)を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> <li>・65歳以上(女性)は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない(片側p値=0.60)。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整(65～74歳、75歳以上の2区分)を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> </ul> <p>■経年的な推移の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・20歳～64歳(男性)については、平成22～令和元年は有意な変化は認められない(片側p値=0.23)。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> <li>・20歳～64歳(女性)については、平成22～令和元年は有意に減少している(片側p値=0.02)。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> <li>・65歳以上(男性)については、平成22～平成27年は有意な変化は認められない(片側p値=0.30)、平成27～令和元年は有意に減少している(片側p値=0.01)。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> <li>・65歳以上(女性)については、平成22～令和元年は有意な変化は認められない(片側p値=0.49)。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> </ul>					
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。					

分析に基づく評価

■各指標の評価

- ・ 20歳～64歳（男性）については、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。
- ・ 20歳～64歳（女性）については、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。
- ・ 65歳以上（男性）については、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。
- ・ 65歳以上（女性）については、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。

■目標項目の評価

- ・ すべての指標がCであることから、Cと判定。

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						
領域	(2) 身体活動・運動					
目標項目	②運動習慣者の割合の増加					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
20歳～64歳 男性	26.3% ----- 平成22年	23.9% 24.3%(年齢調整値) 平成28年	23.5% 24.1%(年齢調整値) 令和元年	/	36% ----- 令和4年度	C 変わらない
20歳～64歳 女性	22.9% ----- 平成22年	19.0% 19.0%(年齢調整値) 平成28年	16.9% 16.5%(年齢調整値) 令和元年	/	33% ----- 令和4年度	D 悪化している
65歳以上 男性	47.6% ----- 平成22年	46.5% 46.3%(年齢調整値) 平成28年	41.9% 41.5%(年齢調整値) 令和元年	/	58% ----- 令和4年度	C 変わらない
65歳以上 女性	37.6% ----- 平成22年	38.0% 38.2%(年齢調整値) 平成28年	33.9% 33.8%(年齢調整値) 令和元年	/	48% ----- 令和4年度	C 変わらない
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—				b 変わらない	C 変わらない
表番号	第49表	第38表	第60表			
算出方法	運動の習慣有の人数/総数×100					
算出方法（計算式） 20歳～64歳 男性	ベースライン：308/1,173×100 中間評価：— 最終評価：132/561×100					
算出方法（計算式） 20歳～64歳 女性	ベースライン：376/1,641×100 中間評価：— 最終評価：140/827×100					
算出方法（計算式） 65歳以上 男性	ベースライン：376/790×100 中間評価：— 最終評価：275/657×100					
算出方法（計算式） 65歳以上 女性	ベースライン：382/1,017×100 中間評価：— 最終評価：261/769×100					
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「運動の習慣有」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と回答した者（身体状況調査の問診において「医師等からの運動禁止の有無」に「有」と回答した者を除く。）</li> <li>・平成28年（大規模年）の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なる。</li> </ul>					



分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・20歳～64歳（男性）は、目標値に達していない。</li> <li>・20歳～64歳（女性）は、目標値に達していない。</li> <li>・65歳以上（男性）は、目標値に達していない。</li> <li>・65歳以上（女性）は、目標値に達していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・20歳～64歳（男性）については、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.36）。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-64歳の5区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> <li>・20歳～64歳（女性）については、ベースラインと比較して有意に減少している（片側p値&lt;0.01）。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-64歳の5区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> <li>・65歳以上（男性）については、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.08）。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整（65～74歳、75歳以上の2区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> <li>・65歳以上（女性）については、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.18）。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整（65～74歳、75歳以上の2区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> </ul> <p>■経年的な推移の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・20歳～64歳（男性）については、平成22～令和元年は有意な変化は認められない（片側p値=0.22）。</li> <li>【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> <li>・20歳～64歳（女性）については、平成22～令和元年は有意に減少している（片側p値&lt;0.01）。</li> <li>【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> <li>・65歳以上（男性）については、平成22～令和元年は有意な変化は認められない（片側p値=0.18）。</li> <li>【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> <li>・65歳以上（女性）については、平成22～令和元年は有意な変化は認められない（片側p値=0.32）。</li> <li>【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</li> </ul>
調査・データ分析上の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特記事項無し。</li> </ul>
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・20歳～64歳（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。</li> <li>・20歳～64歳（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に悪化傾向にあることから、Dと判定。</li> <li>・65歳以上（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。</li> <li>・65歳以上（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が3点であったことから、Cと判定。</li> </ul>

(様式1)

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							
領域	(2) 身体活動・運動						
目標項目	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						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
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	17 平成24年	29 平成28年	34 令和元年	/	47 令和4年度	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)	
調査名	厚生労働省健康局健康課による把握					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	-					a 改善している	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)
表番号	-						
算出方法	-						
算出方法 (計算式)	-						
備考	<p>・都道府県の取組状況に関する調査において、下記の問1または問2を行っている都道府県を集計している。</p> <p>問1 住民の健康増進を目的とした運動しやすいまちづくりや環境整備の推進に向け、その対策を検討するための協議会（庁内又は庁外）などの組織を設置していますか。</p> <p>問2 住民の身体活動・運動の促進を目的として市町村が行う歩道、自転車道、公園及びスポーツ施設の整備や普及・啓発などの取組に対し、助成（財政的措置）を実施していますか。</p>						
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標値に達していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベースラインと比較して増加している(ベースラインからの相対的変化：+100%)。</li> <li>・全数調査のため、検定不要と判断。</li> </ul>						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから、B*と判定。						

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

領域	(3) 休養							
目標項目	①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少							
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)		
睡眠による休養を十分とれていない者の割合	18.4% ----- 平成21年	19.7% 20.3%(年齢調整値) ----- 平成28年	21.7% 22.6%(年齢調整値) ----- 平成30年	/	15% ----- 令和4年度	D 悪化している		
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)	
設問	ここ1ヶ月間、あなたは睡眠で休養が充分とれていますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。 1 充分とれている 2 まあまあとれている 3 あまりとれていない 4 まったくとれていない					b 変わらない	D 悪化している	
表番号	第66表	第50表	第67表					
算出方法	(あまりとれていない+まったくとれていない) /総数×100							
算出方法 (計算式)	ベースライン：(1,331+143) /8,011×100 中間評価：— ※特別集計 最終評価：(1,278+140) /6,548×100							
備考	※平成28年の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なるため、特別集計にて算出している。そのため、表中の数値から算出できない。							
分析	<p>■ 直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標値に達成していない。</li> </ul> <p>■ 直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベースラインと比較して有意に増加している (p&lt;0.01)。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分)を行い、平成21年を基準とした平成30年との比較を行った。</li> <li>・男性は、ベースラインと比較して有意に増加している (p&lt;0.01)。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分)を行い、平成21年を基準とした平成30年との比較を行った。</li> <li>・女性はベースラインと比較して有意に増加している (p&lt;0.01)。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分)を行い、平成21年を基準とした平成30年との比較を行った。</li> </ul> <p>■ 経年的な推移の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・平成21~平成30年は有意に増加している (p&lt;0.01)。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分)を行い、平成21年から平成30年の経年変化を評価した。</li> <li>・男性は、平成21年~平成30年は有意に増加している (p&lt;0.01)。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分)を行い、平成21年から平成30年の経年変化を評価した。</li> <li>・女性は、平成21~平成30年は有意に増加している (p&lt;0.01)。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分)を行い、平成21年から平成30年の経年変化を評価した。</li> </ul>							
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。							
分析に基づく評価	・直近値とベースラインの比較において有意に悪化傾向にあることからDと判定。							

## 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

領域	(3) 休養					
目標項目	②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
週労働時間60時間以上の雇用者の割合	9.3% ----- 平成23年	7.7% ----- 平成28年	6.5% 参考：5.0% 令和元年 参考：令和3年	/	5.0% ----- 令和2年	<b>B*</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）
調査名	総務省「労働力調査」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—				<b>a*</b>  改善している(最終評価までに目標達成が危ぶまれる)	<b>B*</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）
表番号	結果の要約 表10	結果の要約 表9	結果の要約 表10 参考：基本集計第II-3表			
算出方法	60時間以上実数（万人）／従業者実数（万人）×100					
算出方法 (計算式)	ベースライン：481/5,153×100 中間評価：433/5,613×100 最終評価：378/5,858×100 参考：293/5,807×100					
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和2年の実績値は、5.1%（296/5,759×100）である。</li> <li>・労働力調査では、毎月の結果を算出するための基礎となる人口（ベンチマーク人口）として推計人口を用いており、2022年1月分結果（3月4日公表）から、ベンチマーク人口を2020年国勢調査結果を基準とする推計人口（新基準）へと切替えを行っている。これに伴い、過去の数値を新基準のベンチマーク人口に基づいて遡及又は補正した時系列接続用数値に変更している。そのため、「労働力調査（基本集計）平成23年平均（速報）結果の要約」表10、「平成28年（2016年）平均（速報）結果の要約」表9、「労働力調査（基本集計）2019年（令和元年）平均（速報）結果の要約」表10に記載されている割合の数値は、統計表から算出される割合と数値が合わない場合がある。</li> <li>・上記要約における割合の表記は、計算に用いる分母として従業者総数ではなく内訳の合計（週労働時間1～34時間従業者＋週35時間以上従業者）を用いているため、当該指標の計算結果とは数値が異なる。</li> <li>・令和3年については、基準人口変更後の数値を用いている。</li> <li>・千人以下を四捨五入した万人データを用いて算出している。</li> <li>・平成23年は、岩手県、宮城県、福島県を除く。</li> </ul>					
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>■直近値vs目標値</li> <li>・目標値に達成していない。</li> <li>■直近値vsベースライン</li> <li>・ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-30.1%）。</li> <li>・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。</li> </ul>					
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。					
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。					

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							
領域	(4) 飲酒						
目標項目	①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の割合	15.3% ----- 平成22年	14.6% 14.9%(年齢調整値) ----- 平成28年	14.9% 15.2%(年齢調整値) ----- 令和元年	/	13% ----- 令和4年度	C 変わらない	
1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の割合	7.5% ----- 平成22年	9.1% 9.3%(年齢調整値) ----- 平成28年	9.1% 9.6%(年齢調整値) ----- 令和元年	/	6.4% ----- 令和4年度	D 悪化している	
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	<p>あなたは週に何日位お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲みますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。</p> <p>1 毎日 2 週5～6日 3 週3～4日 4 週1～2日 5 月に1～3日 6 ほとんど飲まない 7 やめた 8 飲まない（飲めない）</p> <p>お酒を飲む日は1日あたり、どれくらいの量を飲みますか。清酒に換算し、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。</p> <p>1 1合（180ml）未満 2 1合以上2合（360ml）未満 3 2合以上3合（540ml）未満 4 3合以上4合（720ml）未満 5 4合以上5合（900ml）未満 6 5合（900ml）以上</p>					b 変わらない	D 悪化している
表番号	第3部 第73-2表	第3部 第47表	第3部 第94表				
算出方法	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者/総数×100						
算出方法（計算式） 男性	ベースライン：－ ※1 特別集計 中間評価：－ ※2 特別集計 最終評価：397/2,666×100						
算出方法（計算式） 女性	ベースライン：－ ※1 特別集計 中間評価：－ ※2 特別集計 最終評価：277/3,035×100						
備考	<p>・上記設問の飲酒頻度と飲酒量を用いて、次の方法で算出している。</p> <p>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」）/全回答者数</p> <p>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」）/全回答者数</p> <p>※1 平成22年は上記定義に基づき特別集計で算出しているため、表中の数値（「月1～3日×5合以上」の人数が掲載されていない）からは算出できない。</p> <p>※2 平成28年の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なるため、特別集計にて算出している。そのため、表中の数値から算出できない。</p>						
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の割合は、目標に達していない。</li> <li>1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の割合は、目標に達していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の割合は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（p=0.89）。</li> <li>1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の割合は、ベースラインと比較して有意に増加している（p&lt;0.01）。</li> </ul> <p>【注】重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</p> <p>■経年的な推移の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の割合は、平成22～令和元年は有意な変化は認められない（p=0.46）。</li> <li>1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の割合は、平成22～令和元年は有意に増加している（p&lt;0.01）。</li> </ul> <p>【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</p>						
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。						

分析に基づく評価

■各指標の評価

- ・ 1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の割合は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。
- ・ 1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の割合は、有意に悪化傾向にあることからDと判定。

■目標項目の評価

- ・ A=5点、B及びB\*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が2点であったことから、Dと判定。

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						
領域	(4) 飲酒					
目標項目	②未成年者(※1)の飲酒をなくす					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
中学3年生 男子	10.5% ----- 平成22年	7.2% ----- 平成26年	3.8% 参考：1.7% ----- 平成29年 参考：令和3年	/	0% ----- 令和4年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
中学3年生 女子	11.7% ----- 平成22年	5.2% ----- 平成26年	2.7% 参考：2.7% ----- 平成29年 参考：令和3年	/	0% ----- 令和4年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
高校3年生 男子	21.6% ----- 平成22年	13.7% ----- 平成26年	10.7% 参考：4.2% ----- 平成29年 参考：令和3年	/	0% ----- 令和4年度	<b>B*</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)
高校3年生 女子	19.9% ----- 平成22年	10.9% ----- 平成26年	8.1% 参考：2.9% ----- 平成29年 参考：令和3年	/	0% ----- 令和4年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
調査名	厚生労働科学研究費補助金による研究班(※2)の調査  ※2 平成22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年調査：「未成年者の健康課題およ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				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	この30日間に、少しでもお酒を飲んだ日は合計何日になりますか？ 1 0日 2 1か2日 3 3～5日 4 6～9日 5 10～19日 6 20～29日 7 毎日(30日)				a 改善している	B 現時点で目標値に達 していないが、 改善傾向にある
表番号	質問5	質問5	表1 参考：表1			
算出方法	平成22年、平成26年は、「1-2日」、「3-5日」、「6-9日」、「10-19日」、「20-29日」、「毎日」と回答した者／ 合計×100 ※3 平成29年は、月飲酒(この30日間で1日でも飲酒した者)／合計×100 ※3					
算出方法(計算式) 中学3年生 男子	ベースライン：(373+175+39+34+10+16)/(6207-50)×100 中間評価：(222+99+13+27+7+7)/(5320-116)×100 最終評価：140/3702×100					
算出方法(計算式) 中学3年生 女子	ベースライン：(454+178+43+35+6+13)/(6269-44)×100 中間評価：(158+70+14+12+5+5)/(5145-101)×100 最終評価：100/3713×100					
算出方法(計算式) 高校3年生 男子	ベースライン：(877+638+159+177+61+39)/(9056-43)×100 中間評価：(504+304+74+82+34+21)/(7606-159)×100 最終評価：798/7470×100					
算出方法(計算式) 高校3年生 女子	ベースライン：(1035+549+107+116+34+20)/(9410-57)×100 中間評価：(585+287+45+43+16+2)/(9122-160)×100 最終評価：480/5934×100					
備考	・平成29年調査は、中学校48校(回答率49%)、高等学校55校(回答率64%)、合計回答数64,417通。 ・令和3年調査は、中学校 紙9校(回答率31%) + ウェブ9校(回答率12%)、合計18校(回答率18%)。 高等学校 紙9校(回答率33%) + ウェブ8校(回答率7%)、合計17校(回答率15%)。 合計 回答者15,832人。 ・令和3年調査は、紙及びウェブを用いた調査に変更(平成29年度までは紙の調査表を送付する方法で実施)。 ※3 合計(分母)には不明を含まない。					

■直近値vs目標値

- ・ 中学3年生 (男子)は、目標値に達していない。
- ・ 中学3年生 (女子)は、目標値に達していない。
- ・ 高校3年生 (男子)は、目標値に達していない。
- ・ 高校3年生 (女子)は、目標値に達していない。

■直近値vsベースライン

- ・ 中学3年生 (男子)は、ベースラインと比較して減少している (ベースラインからの相対的変化: -63.8%)。
- ・ 中学3年生 (女子)は、ベースラインと比較して減少している (ベースラインからの相対的変化: -76.9%)。
- ・ 高校3年生 (男子)は、ベースラインと比較して減少している (ベースラインからの相対的変化: -50.7%)。
- ・ 高校3年生 (女子)は、ベースラインと比較して減少している (ベースラインからの相対的変化: -59.3%)。
- ・ 標準誤差計算不可のため検定不可と判断。

			不明を母数に含む (健やか親子21)	不明を母数に含まない (健康日本21 (第二次))
ベースライン (平成22年度)	中学3年生	男子	$647/6,207 \times 100 = 10.4$	$647/6,157 \times 100 = 10.5$
		女子	$729/6,269 \times 100 = 11.6$	$729/6,225 \times 100 = 11.7$
	高校3年生	男子	$1,951/9,056 \times 100 = 21.5$	$1,951/9,013 \times 100 = 21.6$
		女子	$1,861/9,410 \times 100 = 19.8$	$1,861/9,353 \times 100 = 19.9$
平成24年度	中学3年生	男子	$589/6,186 \times 100 = 9.5$	$589/6,145 \times 100 = 9.6$
		女子	$542/6,019 \times 100 = 9.0$	$542/5,991 \times 100 = 9.0$
	高校3年生	男子	$1,642/10,215 \times 100 = 16.1$	$1,642/10,178 \times 100 = 16.1$
		女子	$1,623/9,835 \times 100 = 16.5$	$1,623/9,800 \times 100 = 16.6$
平成26年度	中学3年生	男子	$375/5,320 \times 100 = 7.0$	$375/5,204 \times 100 = 7.2$
		女子	$264/5,145 \times 100 = 5.1$	$264/5,044 \times 100 = 5.2$
	高校3年生	男子	$1,019/7,606 \times 100 = 13.4$	$1,019/7,447 \times 100 = 13.7$
		女子	$978/9,122 \times 100 = 10.7$	$978/8,962 \times 100 = 10.9$
平成29年度	中学3年生	男子	-	$140/3,702 \times 100 = 3.8$
		女子	-	$100/3,713 \times 100 = 2.7$
	高校3年生	男子	-	$798/7,470 \times 100 = 10.7$
		女子	-	$480/5,934 \times 100 = 8.1$
令和3年度	中学3年生	男子	-	
		女子	-	
	高校3年生	男子	-	
		女子	-	

「健康日本21 (第二次)」の指標数値は不明を分母に含まない方法で算出しているため、「健やか親子21 (第2次)」の指標数値 (不明を分母に含む方法で算出)とは合致しない。

四捨五入の関係で告示と数値が合わない場合がある。

調査・データ分析上の課題

- ・ 特記事項無し。

分析に基づく評価

■各指標の評価

- ・ 中学3年生 (男子)は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあることからBと判定 (目標達成見込み)。
- ・ 中学3年生 (女子)は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあることからBと判定 (目標達成見込み)。
- ・ 高校3年生 (男子)は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB\*と判定。
- ・ 高校3年生 (女子)は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあることからBと判定 (目標達成見込み)。

■目標項目の評価

- ・ A=5点、B及びB\*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均を算出 (小数点以下五捨六入、Eは除く) した結果、平均値が4点であり、かつ目標達成見込みであることからBと判定。

※1 民法 (明治29年法律第89号) 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。



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						
領域	(4) 飲酒					
目標項目	③妊娠中の飲酒をなくす					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
妊娠中の飲酒した者の割合	8.7% ----- 平成22年	4.3% ----- 平成25年	1.0% 参考：0.8% 令和元年 参考：令和2年	0% ----- 平成26年	0% ----- 令和4年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
調査名	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」（研究代表者：山縣然太郎） 令和元年、令和2年：厚生労働省 母子保健課調査				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	妊娠中のあなた（お母さん）の飲酒はどうか。 1 なし 2 あり				a* 改善している(最終評価 までに目標到達が危ぶ まれる)	B 現時点で目標値に達 していないが、 改善傾向にある
設問	表20	表41	—			
算出方法	平成22年：「あり」と回答した者の総数/「あり」+「なし」+「不詳」の総数 平成25年：「はい」と回答した者の人数/全回答者数×100 ※					
算出方法 (計算式)	ベースライン：666/(666+6956+30)×100 中間評価：((197/6,181)+(383/8,688)+(448/8,444))/3×100 最終評価：—					
備考	※平成25年は、3.4か月児、1歳6か月児、3歳児健診時に調査した妊娠中の飲酒率（3.2%、4.4%、5.3%）の3時点の数値を単純平均している（3時点を同じ重みとした加重平均となる。細かい小数を用いて計算をしており、小数第1位までの数値の平均とは一致しない）。また、全回答者数（分母）には、全国（中間評価より継続調査の全市区町村）の3.4か月児、1歳6か月児、3歳児の人数を用いている（無回答者を含む）。					
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>■直近値vs目標値 <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標値に達していない。</li> </ul> </li> <li>■直近値vsベースライン <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-88.5%）。</li> <li>・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。</li> </ul> </li> </ul>					
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。					
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。					

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						
領域	(5) 喫煙					
目標項目	①成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
成人の喫煙率	19.5% ----- 平成22年	18.3% 19.0%(年齢調整値) 平成28年	16.7% ※1 17.5%(年齢調整値) 令和元年	/	12% ----- 令和4年度	<b>B*</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）
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	<p>(平成22年)</p> <p>あなたはこれまでたばこを吸ったことがありますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。</p> <p>1 合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている（吸っていた） 2 吸っている（吸ったことはある）が合計100本未満で6ヶ月未満である 3 まったく吸ったことがない</p> <p>現在（この1ヶ月間）、あなたはたばこを吸っていますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。</p> <p>1 毎日吸う 2 ときどき吸っている 3 今は吸っていない</p> <p>(平成28年、令和元年)</p> <p>あなたはたばこを吸いますか。あてはまる番号1つに○印をつけて下さい。</p> <p>1 毎日吸っている 2 時々吸う日がある 3 以前は吸っていたが、1か月以上吸っていない 4 吸わない</p>				<b>a*</b> 改善している(最終 評価までに目標到達 が危ぶまれる)	<b>B*</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)
表番号	第66表	第40表	第83表			
算出方法	(毎日吸っている+時々吸う日がある) / 総数×100					
算出方法 (計算式)	ベースライン：(1,418+113)/7,866×100 中間評価：- ※2 特別集計 最終評価：(898+52)/5,691×100					
備考	<p>・平成28年、令和元年は、「あなたはたばこを吸いますか？」の問いに対し「毎日吸っている」、「時々吸う日がある」と回答した者を集計している。（続く設問では、紙巻たばこ、加熱式タバコ、その他、から吸っているたばこ製品を選択する形式となっていることから、当該設問は紙巻たばこ、加熱式タバコを含むと考えられる。）</p> <p>・平成22年は、問11「あなたはこれまでたばこを吸ったことがありますか。」の問いに対し、合計100本以上、または6ヶ月以上たばこを吸っている（吸っていた）と回答した者のうち、問12「現在（この1ヶ月間）、あなたはタバコを吸っていますか」の問いに対し、「毎日吸う」又は「ときどき吸っている」と回答した者を集計している。</p> <p>※1 最終年度は、重回帰分析を用いて年齢調整を行った値を併記している。</p> <p>※2 平成28年の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なるため、特別集計にて算出している。そのため、表中の数値から算出できない。</p>					
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <p>・目標値に達していない。</p> <p>■直近値vsベースライン</p> <p>・ベースラインと比較して有意に減少している（p=0.04）。</p> <p>【注】重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</p> <p>・男性は、ベースラインと比較して有意に減少している（p&lt;0.01）。</p> <p>【注】重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</p> <p>・女性は、ベースラインと比較して有意な認められない（p=0.82）。</p> <p>【注】重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</p> <p>■経年的な推移の分析</p> <p>・平成22～平成24年は有意な変化は認められない（p=0.39）、平成24～令和元年は有意に減少している（p=0.005）。</p> <p>【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</p> <p>・男性は、平成22～平成24年は有意な変化は認められない（p=0.2）、平成24～令和元年は有意に減少している（p&lt;0.01）。</p> <p>【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</p> <p>・女性は、平成22～令和元年は有意な変化は認められない（p=0.06）。</p> <p>【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。</p>					
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。					
分析に基づく評価	・直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。					

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						
領域	(5) 喫煙					
目標項目	②未成年者※の喫煙をなくす					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
中学1年生 男子	1.6% ----- 平成22年	1.0% ----- 平成26年	0.5% 参考：0.1% ----- 平成29年 参考：令和3年	/	0% ----- 令和4年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
中学1年生 女子	0.9% ----- 平成22年	0.3% ----- 平成26年	0.5% 参考：0.1% ----- 平成29年 参考：令和3年	/	0% ----- 令和4年度	<b>B*</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)
高校3年生 男子	8.6% ----- 平成22年	4.6% ----- 平成26年	3.1% 参考：1.0% ----- 平成29年 参考：令和3年	/	0% ----- 令和4年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
高校3年生 女子	3.8% ----- 平成22年	1.4% ----- 平成26年	1.3% 参考：0.6% ----- 平成29年 参考：令和3年	/	0% ----- 令和4年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
調査名	厚生労働科学研究費補助金による研究班※の調査  ※平成22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年調査：「未成年者の健康課題およ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				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	平成22年、平成26年： この30日間に何日タバコを吸いましたか？ 1. 0日 2. 1か2日 3. 3～5日 4. 6～9日 5. 10～19日 6. 20～29日 7. 毎日(30日)  平成29年、令和3年： この30日間に、何日、紙巻きタバコを吸いましたか？ 1. 0日 2. 1か2日 3. 3～5日 4. 6～9日 5. 10～19日 6. 20～29日 7. 毎日(30日)					
表番号	質問22	質問23	表25 参考：表29			
算出方法	「1か2日」、「3～5日」、「6～9日」、「10～19日」、「20～29日」、「毎日(30日)」と回答した者/合計×100 ※合計(分母)には不明を含む。					
算出方法(計算式) 中学1年生 男子	ベースライン：(44+27+1+6+7+18)/6435×100 中間評価：(28+6+5+4+4+6)/5467×100 最終評価：— 参考：—				<b>a</b> 改善している	<b>B</b> 現時点で目標値に達 していないが、 改善傾向にある
算出方法(計算式) 中学1年生 女子	ベースライン：(27+11+4+4+3+10)/6606×100 中間評価：(10+6+0+0+1+0)/5061×100 最終評価：— 参考：—					
算出方法(計算式) 高校3年生 男子	ベースライン：(91+76+29+64+104+419)/9056×100 中間評価：(50+32+11+19+58+180)/7606×100 最終評価：— 参考：—					
算出方法(計算式) 高校3年生 女子	ベースライン：(68+38+14+42+47+153)/9410×100 中間評価：(21+17+9+18+14+53)/9122×100 最終評価：— 参考：—					
備考	平成29年調査は、中学校48校(回答率49%)、高等学校55校(回答率64%)、合計回答数64,417通。 令和3年調査は、中学校 紙9校(回答率31%)+ウェブ9校(回答率12%)、合計18校(回答率18%)。 高等学校 紙9校(回答率33%)+ウェブ8校(回答率7%)、合計17校(回答率15%)。 合計 回答者15,832人。 令和3年調査は、紙及びウェブを用いた調査に変更(平成29年度までは紙の調査表を送付する方法で実施)。					

分析	<p>■直近値(平成29年)vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中学1年生 男子は、目標値に達していない。</li> <li>・中学1年生 女子は、目標値に達していない。</li> <li>・高校3年生 男子は、目標値に達していない。</li> <li>・高校3年生 女子は、目標値に達していない。</li> </ul> <p>■直近値(平成29年)vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中学1年生 男子は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-69%）。</li> <li>・中学1年生 女子は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-44%）。</li> <li>・高校3年生 男子は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-64%）。</li> <li>・高校3年生 女子は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-66%）。</li> </ul> <p>標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。</p> <p>【参考】加熱式タバコの使用状況</p> <p>2017年</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中学1年生 男子：0.2%</li> <li>・中学1年生 女子：0.3%</li> <li>・高校3年生 男子：1.9%</li> <li>・高校3年生 女子：0.7%</li> </ul> <p>2021年</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中学1年生 男子：0.1%</li> <li>・中学1年生 女子：0.2%</li> <li>・高校3年生 男子：0.7%</li> <li>・高校3年生 女子：0.5%</li> </ul> <table border="1" data-bbox="268 770 842 1420"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">計算式</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">ベースライン (平成22年度)</td> <td rowspan="2">中学3年生</td> <td>男子</td> <td><math>103/6,435 \times 100 = 1.6</math></td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td><math>59/6,606 \times 100 = 0.9</math></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">高校3年生</td> <td>男子</td> <td><math>783/9,056 \times 100 = 8.6</math></td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td><math>362/9,410 \times 100 = 3.8</math></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">平成24年度</td> <td rowspan="2">中学3年生</td> <td>男子</td> <td><math>80/6,920 \times 100 = 1.2</math></td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td><math>49/6,485 \times 100 = 0.8</math></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">高校3年生</td> <td>男子</td> <td><math>568/10,215 \times 100 = 5.6</math></td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td><math>245/9,835 \times 100 = 2.5</math></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">平成26年度</td> <td rowspan="2">中学3年生</td> <td>男子</td> <td><math>53/5,467 \times 100 = 1.0</math></td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td><math>17/5,061 \times 100 = 0.3</math></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">高校3年生</td> <td>男子</td> <td><math>350/7,606 \times 100 = 4.6</math></td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td><math>132/9,122 \times 100 = 1.4</math></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">平成29年度</td> <td rowspan="2">中学3年生</td> <td>男子</td> <td><math>17/3,740 \times 100 = 0.5</math></td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td><math>19/3,644 \times 100 = 0.5</math></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">高校3年生</td> <td>男子</td> <td><math>230/7,470 \times 100 = 3.1</math></td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td><math>75/5,934 \times 100 = 1.3</math></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">令和3年度</td> <td rowspan="2">中学3年生</td> <td>男子</td> <td><math>2/1,498 \times 100 = 0.1</math></td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td><math>1/1,299 \times 100 = 0.1</math></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">高校3年生</td> <td>男子</td> <td><math>10/1,038 \times 100 = 1.0</math></td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td><math>8/1,262 \times 100 = 0.6</math></td> </tr> </tbody> </table> <p>※健やか親子21、健康日本21（第二次）ともに不明を分母に含む。</p>			計算式		ベースライン (平成22年度)	中学3年生	男子	$103/6,435 \times 100 = 1.6$	女子	$59/6,606 \times 100 = 0.9$	高校3年生	男子	$783/9,056 \times 100 = 8.6$	女子	$362/9,410 \times 100 = 3.8$	平成24年度	中学3年生	男子	$80/6,920 \times 100 = 1.2$	女子	$49/6,485 \times 100 = 0.8$	高校3年生	男子	$568/10,215 \times 100 = 5.6$	女子	$245/9,835 \times 100 = 2.5$	平成26年度	中学3年生	男子	$53/5,467 \times 100 = 1.0$	女子	$17/5,061 \times 100 = 0.3$	高校3年生	男子	$350/7,606 \times 100 = 4.6$	女子	$132/9,122 \times 100 = 1.4$	平成29年度	中学3年生	男子	$17/3,740 \times 100 = 0.5$	女子	$19/3,644 \times 100 = 0.5$	高校3年生	男子	$230/7,470 \times 100 = 3.1$	女子	$75/5,934 \times 100 = 1.3$	令和3年度	中学3年生	男子	$2/1,498 \times 100 = 0.1$	女子	$1/1,299 \times 100 = 0.1$	高校3年生	男子	$10/1,038 \times 100 = 1.0$	女子	$8/1,262 \times 100 = 0.6$
		計算式																																																										
ベースライン (平成22年度)	中学3年生	男子	$103/6,435 \times 100 = 1.6$																																																									
		女子	$59/6,606 \times 100 = 0.9$																																																									
	高校3年生	男子	$783/9,056 \times 100 = 8.6$																																																									
		女子	$362/9,410 \times 100 = 3.8$																																																									
平成24年度	中学3年生	男子	$80/6,920 \times 100 = 1.2$																																																									
		女子	$49/6,485 \times 100 = 0.8$																																																									
	高校3年生	男子	$568/10,215 \times 100 = 5.6$																																																									
		女子	$245/9,835 \times 100 = 2.5$																																																									
平成26年度	中学3年生	男子	$53/5,467 \times 100 = 1.0$																																																									
		女子	$17/5,061 \times 100 = 0.3$																																																									
	高校3年生	男子	$350/7,606 \times 100 = 4.6$																																																									
		女子	$132/9,122 \times 100 = 1.4$																																																									
平成29年度	中学3年生	男子	$17/3,740 \times 100 = 0.5$																																																									
		女子	$19/3,644 \times 100 = 0.5$																																																									
	高校3年生	男子	$230/7,470 \times 100 = 3.1$																																																									
		女子	$75/5,934 \times 100 = 1.3$																																																									
令和3年度	中学3年生	男子	$2/1,498 \times 100 = 0.1$																																																									
		女子	$1/1,299 \times 100 = 0.1$																																																									
	高校3年生	男子	$10/1,038 \times 100 = 1.0$																																																									
		女子	$8/1,262 \times 100 = 0.6$																																																									
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。																																																											
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <p>中学1年生 男子は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。</p> <p>中学1年生 女子は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</p> <p>高校3年生 男子は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。</p> <p>高校3年生 女子は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。</p> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が4点であり、かつ目標達成見込みであることからBと判定。</li> </ul>																																																											

※ 民法（明治29年法律第89号）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

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						
領域	(5) 喫煙					
目標項目	③妊娠中の喫煙をなくす					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
妊娠中の喫煙した者の割合	5.0% ----- 平成22年	3.8% ----- 平成25年	2.3% 参考：2.0% 令和元年 参考：令和2年	0% ----- 平成26年	0% ----- 令和4年度	<b>B*</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)
調査名	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」 (研究代表者：山縣然太郎) 令和元年、令和2年：厚生労働省 母子保健課調査				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	妊娠中のあなた(お母さん)の喫煙はどうか。 1 なし 2 あり				<b>a*</b> 改善している(最終評価までに目標達成が危ぶまれる)	<b>B*</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)
表番号	表15	表31	—			
算出方法	平成22年は、「吸う」と回答した者の総数/「吸う」+「吸わない」+「不詳」の総数×100 平成25年度は、妊娠中に喫煙ありと回答した者の人数/全回答者×100 ※					
算出方法 (計算式)	ベースライン：384/(384+7052+216)×100 中間評価：((238/6181)+(310/8688)+(339/8444))/3×100 最終評価：-					
備考	※平成25年は、3.4か月児、1歳6か月児、3歳児健診での割合を求め(3.9%、3.6%、4.0%)、これらの3時点の数値を単純平均している(3時点を同じ重みとした加重平均となる。細かい小数を用いて計算をしており、小数第1位までの数値の平均とは一致しない)。また、全回答者数(分母)には、全国(中間評価より継続調査の全市区町村)の3.4か月児、1歳6か月児、3歳児の人数を用いている(無回答者を含む)。					
分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>■直近値vs目標値                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標値に達していない。</li> </ul> </li> <li>■直近値vsベースライン                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベースラインと比較して減少している(ベースラインからの相対的変化：-54.0%)。</li> <li>・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。</li> </ul> </li> </ul>					
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。					
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。					

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

領域	(5) 喫煙						
目標項目	④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
受動喫煙の機会を有する者の割合 (a)行政機関	16.9% ----- 平成20年	8.0% 7.9%(年齢調整値) ----- 平成28年	4.1% ※1 4.0%(年齢調整値) ----- 令和元年	0% ----- 令和4年度	望まない受動喫煙のない社会の実現 ----- 令和4年度	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)	
受動喫煙の機会を有する者の割合 (b)医療機関	13.3% ----- 平成20年	6.2% 6.2%(年齢調整値) ----- 平成28年	2.9% ※1 2.8%(年齢調整値) ----- 令和元年	0% ----- 令和4年度	望まない受動喫煙のない社会の実現 ----- 令和4年度	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)	
受動喫煙の機会を有する者の割合 (c)職場	64% ----- 平成23年	65.4% ----- 平成28年	71.8% 参考：95.5% 平成30年 参考：令和2年 ----- 令和2年	受動喫煙の無い職場の実現 ----- 令和2年	望まない受動喫煙のない社会の実現 ----- 令和4年度	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)	
受動喫煙の機会を有する者の割合 (d)家庭	10.7% ----- 平成22年	7.7% 7.7%(年齢調整値) ----- 平成28年	6.9% ※1 7.1%(年齢調整値) ----- 令和元年	3% ----- 令和4年度	望まない受動喫煙のない社会の実現 ----- 令和4年度	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)	
受動喫煙の機会を有する者の割合 (e)飲食店	50.1% ----- 平成22年	42.2% 43.3%(年齢調整値) ----- 平成28年	29.6% ※1 31.3%(年齢調整値) ----- 令和元年	15% ----- 令和4年度	望まない受動喫煙のない社会の実現 ----- 令和4年度	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)	
調査名	(a),(b),(d),(e)：厚生労働省「国民健康・栄養調査」 (c)：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」 (職場については、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)					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	(a),(b),(d),(e) あなたはこの1ヶ月間に、望まずに自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会(受動喫煙)がありましたか。 次のアからコのすべての場所について、それぞれあてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。 ア 家庭  イ 飲食店  キ 行政機関(市役所、町村役場、公民館など)  ク 医療機関 1 ほぼ毎日 2 週に数回程度 3 週に1回程度 4 月に1回程度 5 全くなかった 6 行かなかった  (c)(平成28年、平成30年) 貴事業所では、受動喫煙防止対策に取り組んでいますか。 1 はい 2 いいえ 貴事業所における禁煙・分煙状況について、該当する番号1つに○をつけてください。 1 屋外を含めた事業所敷地内全体を禁煙にしている 2 事業所の建物内全体(執務室、会議室、食堂、休憩室、商談室等含む)を禁煙とし、屋外のみ喫煙可能としている 3 事業所の内部に空間的に隔離された喫煙場所(喫煙室)を設け、それ以外の場所は禁煙にしている 4 事業所の内部に空間的に隔離されていない喫煙場所(喫煙コーナー)を設け、それ以外の場所は禁煙にしている 5 上記1~4以外の方法で、事業所内の喫煙可能場所と禁煙場所を区分している 6 事業所内で自由に喫煙できる  (c)(令和2年) 貴事業所における禁煙・分煙状況について、該当する項目1つを選んでください。 1 屋外を含めた敷地内全体を全面禁煙にしている 2 屋内を全面禁煙として、屋外喫煙所を設置している 3 事業所の屋内に喫煙専用室又は加熱式たばこ専用喫煙室を設置し、それ以外の屋内の場所を禁煙にしている 4 屋内で自由に喫煙できる						
表番号	(a)：第81表の6 (b)：第81表の7 (c)：一 ※2 (d)：第63表の1 (e)：第63表の4	(a)：第42表の6 (b)：第42表の7 (c)：第5表の1 (d)：第42表の1 (e)：第42表の4	(a)：第89表の6 (b)：第89表の7 (c)：第3表の1 参考：第14表-1 (d)：第89表の1 (e)：第89表の4				

算出方法	(a)(b)(e) 総数その他の欄の (ほぼ毎日、週に数回程度、週に1回程度、月に1回程度) ÷ (総数一行かなかった) × 100 (d) 総数その他の欄の (ほぼ毎日/総数×100) (c) (平成28年、平成30年) 「屋外を含めた事業所敷地内全体を禁煙にしている」割合 + 「事業所の建物内全体を禁煙とし、屋外のみ喫煙可能としている」割合 + 「事業所の内部に空間的に隔離された喫煙場所(喫煙室)を設け、それ以外の場所は禁煙にしている」割合 (c) (令和2年) 「屋外を含めた敷地内全体を全面禁煙にしている」割合 + 「屋内を全面禁煙として、屋外喫煙所を設置している」割合 + 「事業所の屋内に喫煙専用室又は加熱式たばこ専用喫煙室を設置し、それ以外の屋内の場所を禁煙にしている」割合	a* 改善している(最終評価までに目標到達が危ぶまれる)	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)
算出方法(計算式) (a)行政機関	ベースライン：(17+33+78+304)/(6321-3758)×100 中間評価：－ ※3 特別集計 最終評価：(4+3+14+62)/(4633-2621)×100		
算出方法(計算式) (b)医療機関	ベースライン：(21+32+75+408)/(6323-2288)×100 中間評価：－ ※3 特別集計 最終評価：(3+5+11+76)/(4628-1373)×100		
算出方法(計算式) (c)職場	ベースライン：－ 中間評価：－ 最終評価：13.7+38.8+19.3 参考：30.0+46.7+18.8		
算出方法(計算式) (d)家庭	ベースライン：672/6298×100 中間評価：－ ※3 特別集計 最終評価：314/4552×100		
算出方法(計算式) (e)飲食店	ベースライン：(48+220+482+1309)/(6291-2181)×100 中間評価：－ ※3 特別集計 最終評価：(12+83+200+672)/(4632-1369)×100		
備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「受動喫煙の機会を有する者の割合(c) 職場」の割合は、「受動喫煙対策を講じている職場」の割合とする。</li> <li>・「現在喫煙者」：現在習慣的に喫煙している者。「受動喫煙の機会を有する者」：月1回以上受動喫煙の機会を有する者(家庭においては、毎日受動喫煙の機会を有する者)。</li> <li>・平成28年、令和元年：学校、飲食店、遊技場などに勤務して、その職場で受動喫煙があった場合は、「職場」欄に回答。屋内・屋外等、受動喫煙が生じた場所や場面は不明。</li> <li>※1 最終年度の行政機関、医療機関、家庭、飲食店は、重回帰分析を用いて年齢調整を行った値を併記した。</li> <li>※2 (c)平成23年に関しては、委託事業による調査であることから統計データは公開されていない。</li> <li>※3 平成28年の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なるため、特別集計にて算出している。そのため、表中の数値からは算出できない。</li> </ul>		
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受動喫煙の機会を有する者の割合(a)行政機関は、目標に達していない。</li> <li>・受動喫煙の機会を有する者の割合(b)医療機関は、目標に達していない。</li> <li>・受動喫煙の機会を有する者の割合(c)職場は、目標に達していない。</li> <li>・受動喫煙の機会を有する者の割合(d)家庭は、目標に達していない。</li> <li>・受動喫煙の機会を有する者の割合(e)飲食店は、目標に達していない。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受動喫煙の機会を有する者の割合(行政機関、医療機関、家庭、飲食店)については、ベースラインと比較して有意に減少している(p&lt;0.01)。</li> <li>【注】行政機関、医療機関については、重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分)を行い、平成20年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> <li>家庭、飲食店については、重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分)を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</li> <li>・受動喫煙防止対策を講じている職場の割合については、ベースラインと比較して増加している(ベースラインからの相対的変化：+12.2%)。</li> <li>・ランダムサンプリングでない為、検定不可と判断。</li> </ul> <p>・受動喫煙の機会を有する者の割合(行政機関、医療機関、家庭、飲食店)について、男性は、ベースラインと比較して有意に減少している(p&lt;0.01)。</p> <p>【注】行政機関、医療機関については、重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分)を行い、平成20年を基準とした令和元年との比較を行った。</p> <p>家庭、飲食店については、重回帰分析を用いて年齢調整(20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分)を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。</p>		

	<p>・受動喫煙の機会を有する者の割合（行政機関、医療機関、家庭、飲食店）について、女性は、ベースラインと比較して有意に減少している（<math>p&lt;0.01</math>）。  【注】行政機関、医療機関については、重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）を行い、平成20年を基準とした令和元年との比較を行った。  家庭、飲食店については、重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）を行い、平成22年から令和元年の経年変化を評価した。</p> <p>■経年的な推移の分析</p> <p>・受動喫煙の機会を有する者の割合（行政機関、医療機関、家庭、飲食店）については、有意に減少している（<math>p&lt;0.01</math>）。  【注】行政機関、医療機関については、重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）を行い、平成20年から令和元年の経年変化を評価した。  家庭、飲食店については、重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）を行い、平成22年から令和元年の経年変化を評価した。</p> <p>・受動喫煙の機会を有する者の割合（行政機関、医療機関、家庭、飲食店）について、男性は、有意に減少している（<math>p&lt;0.01</math>）。  【注】行政機関、医療機関については、重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）を行い、平成20年から令和元年の経年変化を評価した。  家庭、飲食店については、重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）を行い、平成22年から令和元年の経年変化を評価した。</p> <p>・受動喫煙の機会を有する者の割合（行政機関、医療機関、家庭、飲食店）について、女性は、有意に減少している（<math>p&lt;0.01</math>）。  【注】行政機関、医療機関については、重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）を行い、平成20年から令和元年の経年変化を評価した。  家庭、飲食店については、重回帰分析を用いて年齢調整（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）を行い、平成22年から令和元年の経年変化を評価した。</p>
<p>調査・データ分析上の課題</p>	<p>・特記事項なし。</p>
<p>分析に基づく評価</p>	<p>■各指標の評価</p> <p>・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、最も厳しく目標を考え、令和4年度の目標値を、行政機関・医療機関・家庭・飲食店は0%、職場は100%で仮定した場合、</p> <p>・受動喫煙の機会を有する者の割合のうち、行政機関、医療機関、家庭、飲食店については、有意に改善し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*と判定。</p> <p>・受動喫煙の機会を有する者の割合（職場）については、ベースラインからの相対的变化率が5%を超えて改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。</p> <p>■目標項目の評価</p> <p>・すべての指標がB*であることから、B*と判定。</p>



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

領域	(6) 歯・口腔の健康					
目標項目	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)					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
60歳代における咀嚼 良好者の割合	73.4%	72.6%	71.5%	/	80%	C 変わらない
	平成21年	平成27年	令和元年		令和4年度	
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—				b 変わらない	C 変わらない
表番号	第82表の1	第110表	第99表			
算出方法	何でもかんで食べることができる/総数×100					
算出方法 (計算式)	ベースライン：1,180/1,608×100 中間評価：1,118/1,539×100 最終評価：836/1,169×100					
備考	—					
分析	<p>■ 直近値vs目標値 ・ 目標に達していない。</p> <p>■ 直近値vsベースライン ・ 有意な変化は認められない (p=0.34)。 【注】重回帰分析を用いて、平成21年を基準とした令和元年との比較を行った。</p> <p>■ 経年的な推移の分析 ・ 有意な変化は認められない (p=0.79)。 【注】重回帰分析を用いて、平成21、平成25、平成27、平成29、令和元年の線形傾向を評価した。</p>					
調査・データ分析上の 課題	・ 特記事項無し。					
分析に基づく評価	<p>■ 目標項目の評価 ・ 直近値とベースラインの比較において、有意な差は認められなかったため、Cと判定。</p>					

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							
領域	(6) 歯・口腔の健康						
目標項目	②歯の喪失防止						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	25.0% 平成17年	51.2% 平成28年	/	50% 令和4年度	60% 令和4年度	E 評価困難 (参考指標：B) 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	
イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	60.2% 平成17年	74.4% 平成28年	/	70% 令和4年度	80% 令和4年度	E 評価困難 (参考指標：B) 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	
ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加	54.1% 平成17年	73.4% 平成28年	/	/	75% 令和4年度	E 評価困難 (参考指標：C) 変わらない	
調査名	厚生労働省「歯科疾患実態調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—						
表番号	ア・イ：表Ⅲ-3-1 ウ：表Ⅲ-5-1	ア・イ：表Ⅲ-3-1a ウ：表Ⅲ-5-1	—				
算出方法	ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加 75～84歳で20本以上現在歯のある者の数/75～84歳の総数						
算出方法 (計算式)	ベースライン：(7+10+8+8+8+14+9+9+5+3+3+3+2+6+3+2+5+4+4+5+2+1+2)/(321+171)×100 中間評価：(15+8+20+17+17+20+14+24+23+7+6+3+3+7+8+9+11+9+12+9+11+15+2+4+1+1)/(319+224)×100 最終評価：—						
算出方法	イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加 55～64歳で24本以上現在歯のある者の数/55～64歳の総数						
算出方法 (計算式)	ベースライン：(28+39+42+51+73+24+15+2+3+24+27+44+45+48+17+13+6+5)/(407+434)×100 中間評価：(18+19+27+45+64+17+8+5+2+23+25+45+51+59+27+8+6+1)/(254+351)×100 最終評価：—						
算出方法	ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加 1 - (35歳～44歳で喪失歯を持つ者) / (35歳～44歳の被調査者数)						
算出方法 (計算式)	ベースライン：1-{(83+121)/(197+247)}×100 中間評価：1-{(39+79)/(190+254)}×100 最終評価：—						
備考	—						
						a 改善している	E 評価困難 (参考指標：B) 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある

分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加、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については、令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため評価困難。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加、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については、令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため評価困難。</li> </ul> <p>■経年的な推移の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ア（参考） 国民健康・栄養調査における「80歳で20歯以上自分の歯を有する者の割合」について、中間評価時点の平成28年（38.8%）から令和元年（42.6%）までのトレンド分析を行った結果、統計学的に有意に増加傾向がみられた。P &lt; 0.01。</li> <li>・イ（参考） 国民健康・栄養調査における「60歳で24歯以上自分の歯を有する者の割合」について、中間評価時点の平成28年（61.4%）から令和元年（69.0%）までのトレンド分析を行った結果、統計学的に有意に増加傾向がみられた。P &lt; 0.001。</li> <li>・ウ（参考） 国民健康・栄養調査における「40歳で28歯以上自分の歯を有する者の割合」について中間評価時点の平成28年（66.9%）から令和元年（65.5%）までのトレンド分析を行った結果、統計学的に有意な変化がみられなかった。</li> </ul>
調査・データ分析上の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため、中間評価以降のデータが取得できず評価困難。</li> </ul>
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合は、評価困難であるためEと判定。</li> <li>・60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合は、評価困難であるためEと判定。</li> <li>・40歳で喪失歯のない者の割合は、評価困難であるためEと判定。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・すべての指標がEであることから、Eと判定。</li> </ul>

(様式1)

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						
領域	(6) 歯・口腔の健康					
目標項目	③歯周病を有する者の割合の減少					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
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	31.7% 平成21年	27.1% 平成26年	21.1% 平成30年	/	25% 令和4年度	A 目標に達した
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	37.3% 平成17年	44.7% 平成28年	/	/	25% 令和4年度	E 評価困難
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	54.7% 平成17年	62.0% 平成28年	/	/	45% 令和4年度	E 評価困難
調査名	ア：厚生労働省「国民健康・栄養調査」 イ・ウ：厚生労働省「歯科疾患実態調査」				総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—				C 悪化している	E 評価困難
表番号	ア：第77表を特別集計 イ・ウ：V-1-1	ア：第73表 イ・ウ：V-1-1	ア：第79表の2 イ・ウ：V-1-1			
算出方法	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 ベースライン：「歯ぐきが腫れている」、「歯を磨いた時に血が出る」のいずれかに該当する者の割合 中間評価：「歯肉の炎症あり」の割合 最終評価：「歯肉の炎症あり」の割合					
算出方法 (計算式)	—					
算出方法	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 40～49歳で歯周ポケット（4mm以上）のある者 / （40～49歳の総数－対象歯のない者）					
算出方法 (計算式)	ベースライン：(63+8+89+21)/(246+258-2)×100 中間評価：(114+90)/(254+202)×100 最終評価：—					
算出方法	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 60～69歳で歯周ポケット（4mm以上）のある者 / （60～69歳の総数－対象歯のない者）					
算出方法 (計算式)	ベースライン：(162+173+58+71)/(431+495-23-55)×100 中間評価：(202+303)/(349+501-12-23) 最終評価：—					
備考	—					

分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ア 20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合は、目標値に達している。</li> <li>・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、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については、令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため評価困難。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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は、有意に減少している (<math>p&lt;0.01</math>)。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて、平成21年を基準とした平成30年との比較を行った。</li> <li>・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、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については、令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため評価困難。</li> </ul> <p>■経年的な推移の分析</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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は、有意に減少している (<math>p&lt;0.01</math>)。</li> <li>【注】重回帰分析を用いて、平成21、平成26、平成30年の線形傾向を評価した。</li> <li>・イ 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の参考値として、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の割合について、中間評価時点（平成28年）と最終評価時点（令和元年）を比較すると、両時点の比較が可能な19地域のうち6地域で微減していた。</li> <li>・ウ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の参考値として、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の割合について、中間評価時点（平成28年）と最終評価時点（令和元年）を比較すると、両時点の比較が可能な18地域のうち9地域で微減していた。</li> </ul>
調査・データ分析上の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため、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 および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についての中間評価以降のデータが取得できず、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の指標のみで総合評価を判定するのは困難。</li> </ul>
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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は、目標に達していることからAと判定。</li> <li>・40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合は、評価困難であるためEと判定。</li> <li>・60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合は、評価困難であるためEと判定。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2つの指標がEであることから、Eと判定。</li> </ul>

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							
領域	(6) 歯・口腔の健康						
目標項目	④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	目標値	(変更後) 目標値	評価 (最終)	
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	6 平成21年	26 平成27年	44 平成30年	23 令和4年度	47 令和4年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	
イ 12歳児の一人平均う蝕数が1.0未満である都道府県の増加	7 平成23年	28 平成28年	37 令和元年	28 令和4年度	47 令和4年度	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	
調査名	ア：厚生労働省実施状況調べ（3歳児歯科健康診査） イ：文部科学省「学校保健統計調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					<b>a</b> 改善している	<b>B</b> 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある
表番号	都道府県別 年齢別 疾病・異常被患率等（各年齢ごと）						
算出方法	ア：受診結果・むし歯のある人員数/受診実人員が0.2未満（=80%以上）の都道府県数 イ：永久歯の1人当たり平均むし歯(う蝕)等数(計)が1.0未満の都道府県数						
算出方法 (計算式)	—						
備考	—						
分析	<p>■直近値vs目標値</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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は、目標値に達成していない。</li> <li>全数調査のため、検定不要と判断。</li> <li>イ 12歳児の一人平均う蝕数が1.0未満である都道府県の増加は、目標値に達成していない。</li> <li>標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。</li> </ul> <p>■直近値vsベースライン</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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は、ベースラインと比較して改善している（ベースラインからの相対的变化：633%）。</li> <li>イ 12歳児の一人平均う蝕数が1.0未満である都道府県の増加は、ベースラインと比較して改善している（ベースラインからの相対的变化：429%）。</li> </ul>						
調査・データ分析上の課題	・特記事項無し。						
分析に基づく評価	<p>■各指標の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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は、ベースラインからの相対的变化率が5%を超えて改善していることからBと判定。</li> <li>12歳児の一人平均う蝕数が1.0未満である都道府県の増加は、ベースラインからの相対的变化率が5%を超えて改善していることからBと判定。</li> </ul> <p>■目標項目の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A=5点、B=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が4点であったことから、Bと判定。</li> </ul>						

(様式1)

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							
領域	(6) 歯・口腔の健康						
目標項目	⑤過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
過去1年間に歯科検診を受診した者の割合	34.1% ----- 平成21年	52.9% ----- 平成28年	/	/	65% ----- 令和4年度	E 評価困難	
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a 改善している	E 評価困難
表番号	第75表	第49表	—				
算出方法	受けた/総数×100						
算出方法 (計算式)	ベースライン：(216+380+410+486+666+574)/(735+1,179+1,273+1,355+1,608+1,854)×100 中間評価：13,104/25,514×100 最終評価：—						
備考	—						
分析	<p>■直近値vs目標値 ・過去1年間に歯科検診を受診した者の割合については、令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため評価困難。</p> <p>■直近値vsベースライン ・過去1年間に歯科検診を受診した者の割合については、令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため評価困難。</p> <p>■経年的な推移の分析 ・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の過去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年）と最終評価時点（令和元年）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。</p>						
調査・データ分析上の課題	・厚生労働省「国民健康・栄養調査」の中止等により、過去1年間に歯科検診を受診した者の割合について中間評価以降のデータが取得できず、評価が困難。						
分析に基づく評価	<p>■目標項目の評価 ・評価困難であるためEと判定。</p>						

# 自治体等の取組状況の評価のための調査

(追加分析：令和4年7月29日)



# 調査概要

- 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。
- 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に対して悉皆で実施し、都道府県の100%、市区町村の78.7%、団体の62.0%から回答を得た。

- 調査対象：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（以下「協議会」という。）加入団体に対する悉皆調査
- 調査実施期間：令和3（2021）年8月～10月
- 調査対象期間：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
- 調査方法：都道府県・市区町村には厚生労働省から、協議会には協議会事務局からメールで依頼し、集計・解析は厚生労働省予算事業において（株）NTTデータ経営研究所が行った。

## 調査対象と回収数

調査対象区分	調査対象数	回収数（率）
都道府県	47	47（100.0%）
市区町村	1,741	1,371（78.7%）
うち有効回答	同上	1,369（78.6%）
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	88（62.0%）

# 健康増進計画の策定状況

- 全ての都道府県、また少なくとも1,289市区町村が健康増進計画を策定している。健康日本21最終評価時の策定状況と同水準である。

## 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）

## 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）同時点 未策定	80（4.6%）
（参考値）調査未回答	372（21.4%）

## 参考 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）

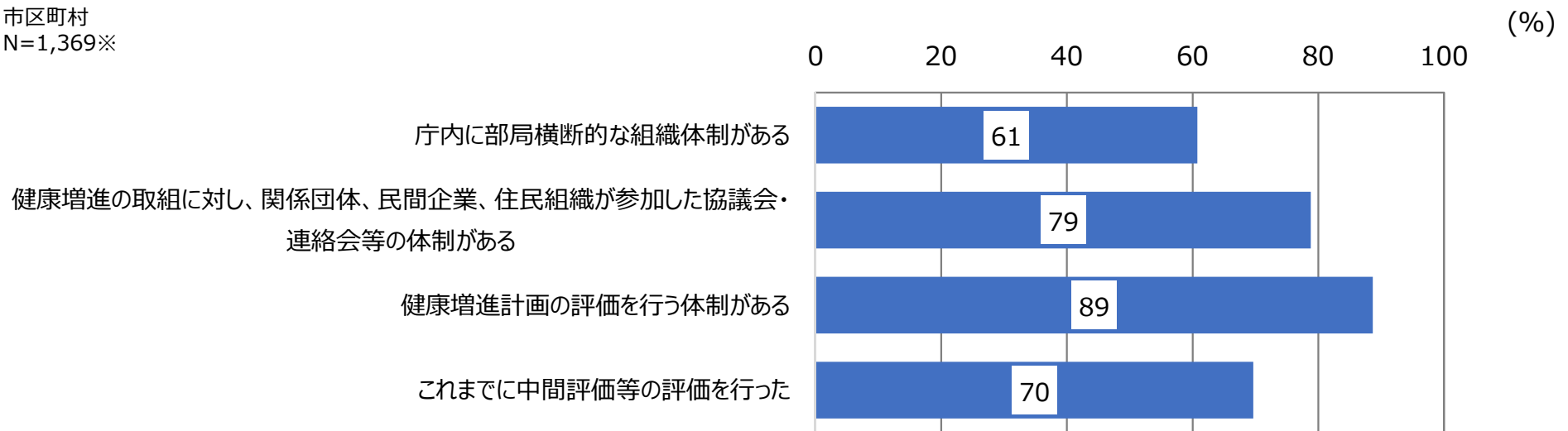
	策定数（割合）
都道府県（全47都道府県）	47（100.0%）
市町村（全1,750市町村）	
平成18（2006）年7月1日時点	1,001（54%）
平成22（2010）年12月1日時点	1,333（76%）

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

# 健康日本21の最終評価との比較

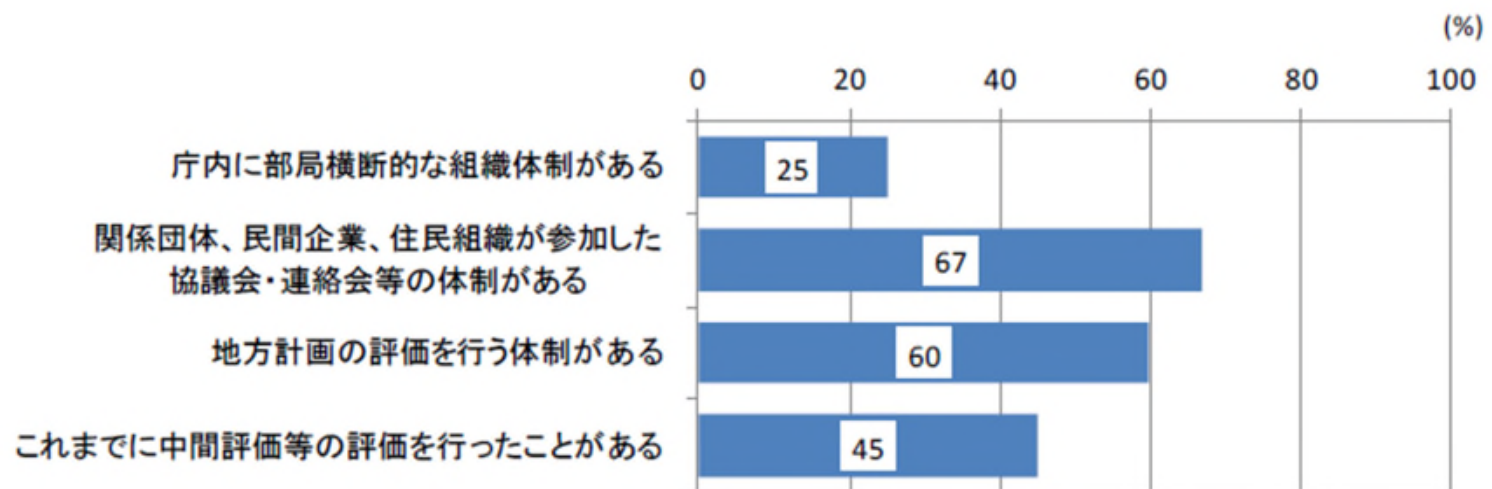
- 健康増進施策の推進体制及び健康増進計画の評価の進捗のいずれも、健康日本21の最終評価を超える水準であった。

市区町村  
N=1,369※



※健康日本21最終評価と比較するため「計画未策定」と回答した80市町村を含む有効回答数1,369市町村を母数としている。そのため単純集計の値と異なる。

市区町村  
N=1,484※



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）

※調査対象は1,623市町村であった（回収率91.4%）。

# 都道府県別 市区町村の調査回答率

市区町村

○ 市区町村の都道府県別の回答率は、最も高いところで100.0%（山梨県、愛媛県）、低いところで60.0%（富山県、福岡県）であった。

## 都道府県別 市区町村の調査回答率 N=1,369

	回答率	回答数	市町村数
北海道	77.1	138	179
青森県	85.0	34	40
岩手県	66.7	22	33
宮城県	94.3	33	35
秋田県	80.0	20	25
山形県	80.0	28	35
福島県	72.9	43	59
茨城県	70.5	31	44
栃木県	92.0	23	25
群馬県	71.4	25	35
埼玉県	79.4	50	63
千葉県	75.9	41	54
東京都	90.3	56	62
神奈川県	90.9	30	33
新潟県	76.7	23	30
富山県	60.0	9	15
石川県	84.2	16	19
福井県	82.4	14	17
山梨県	100.0	27	27
長野県	68.8	53	77
岐阜県	95.2	40	42
静岡県	77.1	27	35
愛知県	79.6	43	54
三重県	89.7	26	29

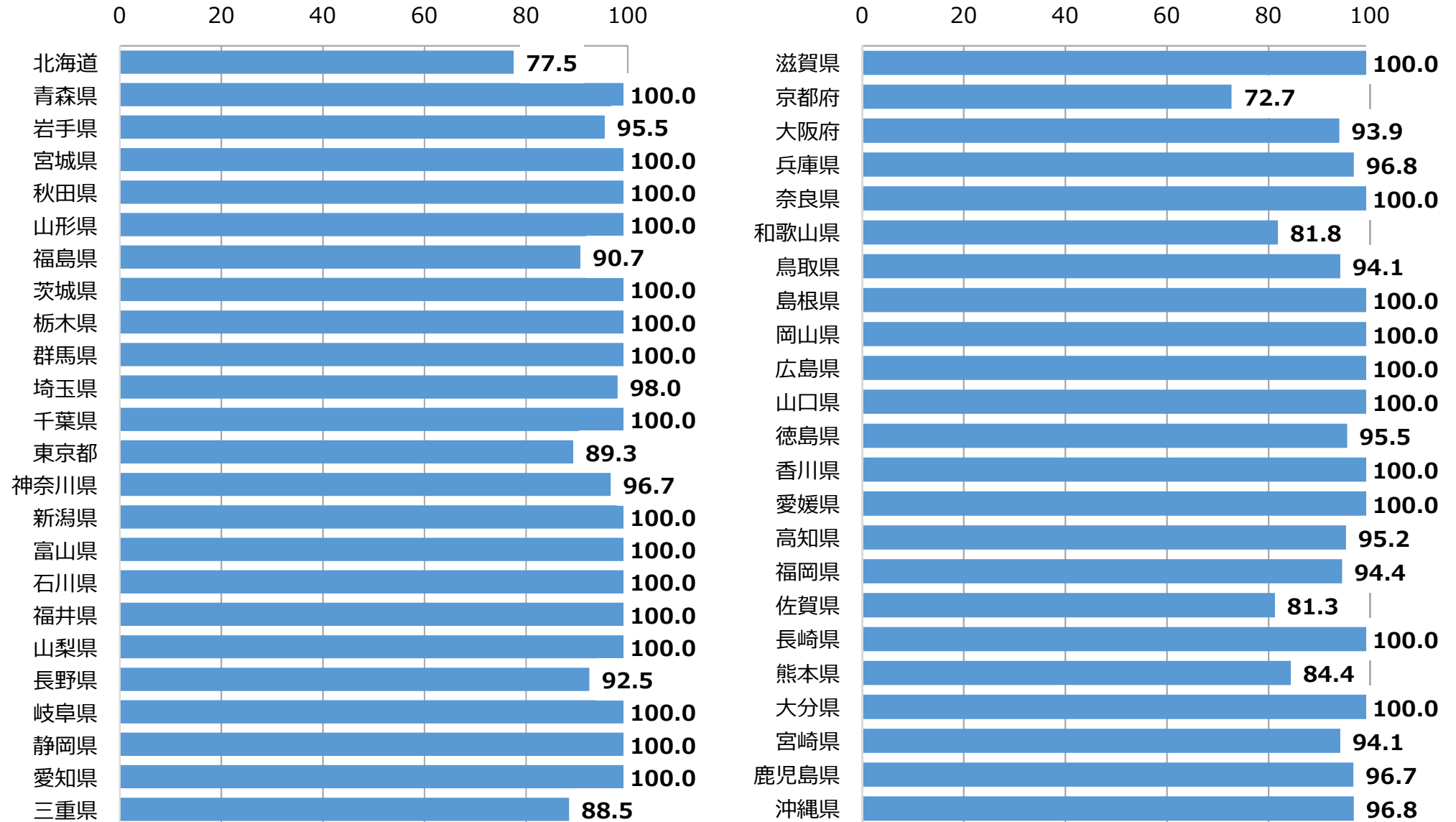
	回答率	回答数	市町村数
滋賀県	78.9	15	19
京都府	84.6	22	26
大阪府	76.7	33	43
兵庫県	75.6	31	41
奈良県	76.9	30	39
和歌山県	73.3	22	30
鳥取県	89.5	17	19
島根県	73.7	14	19
岡山県	88.9	24	27
広島県	82.6	19	23
山口県	78.9	15	19
徳島県	91.7	22	24
香川県	94.1	16	17
愛媛県	100.0	20	20
高知県	61.8	21	34
福岡県	60.0	36	60
佐賀県	80.0	16	20
長崎県	85.7	18	21
熊本県	71.1	32	45
大分県	88.9	16	18
宮崎県	65.4	17	26
鹿児島県	69.8	30	43
沖縄県	75.6	31	41
計		1369	1741

# 都道府県別 市町村の健康増進計画策定率

市区町村

○ 市区町村の回答を都道府県別にみると、市町村健康増進計画を作成していると回答した割合について、いずれの都道府県においても7割を超えた。

調査回答市区町村における「市町村健康増進計画を作成している」割合 (%) N=1,369

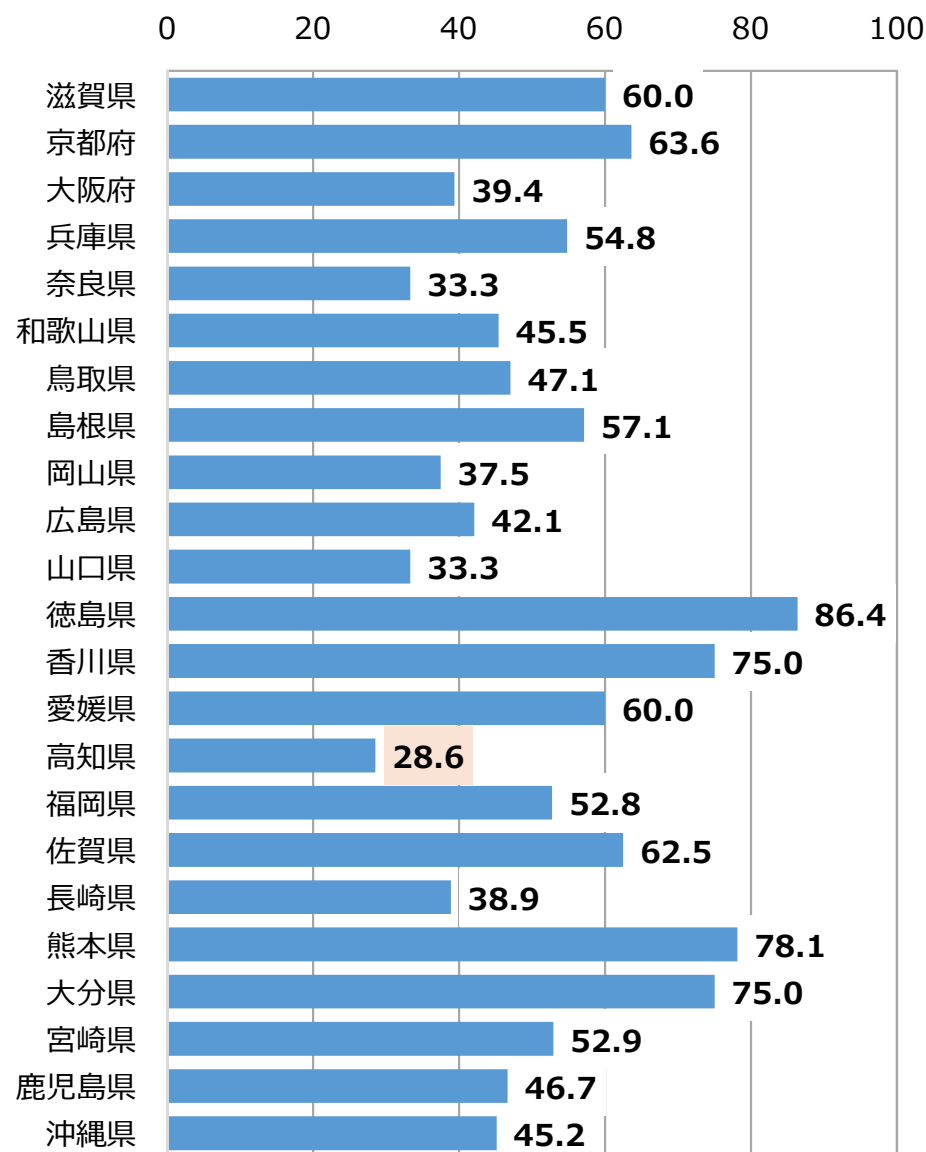
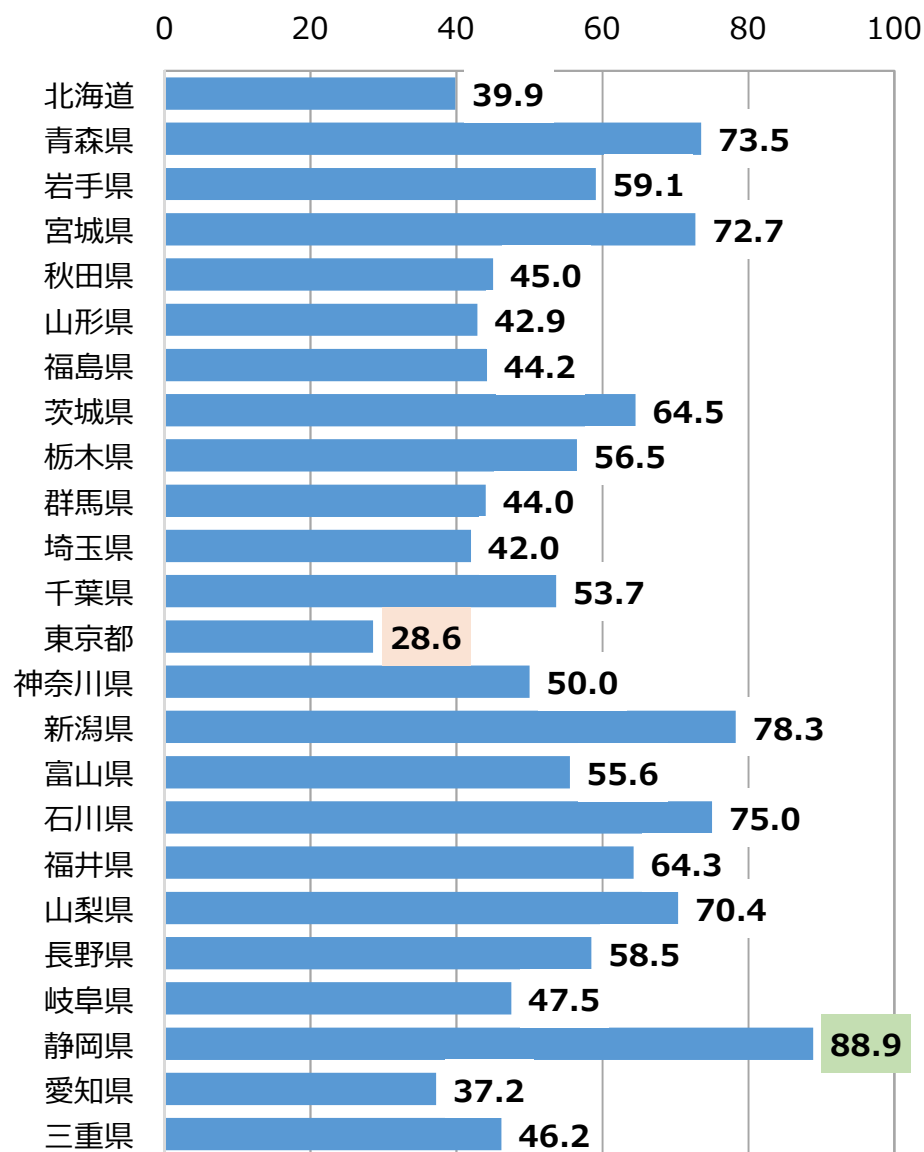


# 都道府県別 市区町村における健康格差の把握

市区町村

○ 市区町村の回答を都道府県別にみると、地域間の健康格差を把握していると回答した割合について、最も高いところで88.9%（静岡県）、低いところで28.6%（東京都、高知県）と、60.3ポイントの差があった。

「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」割合（%） N=1,369

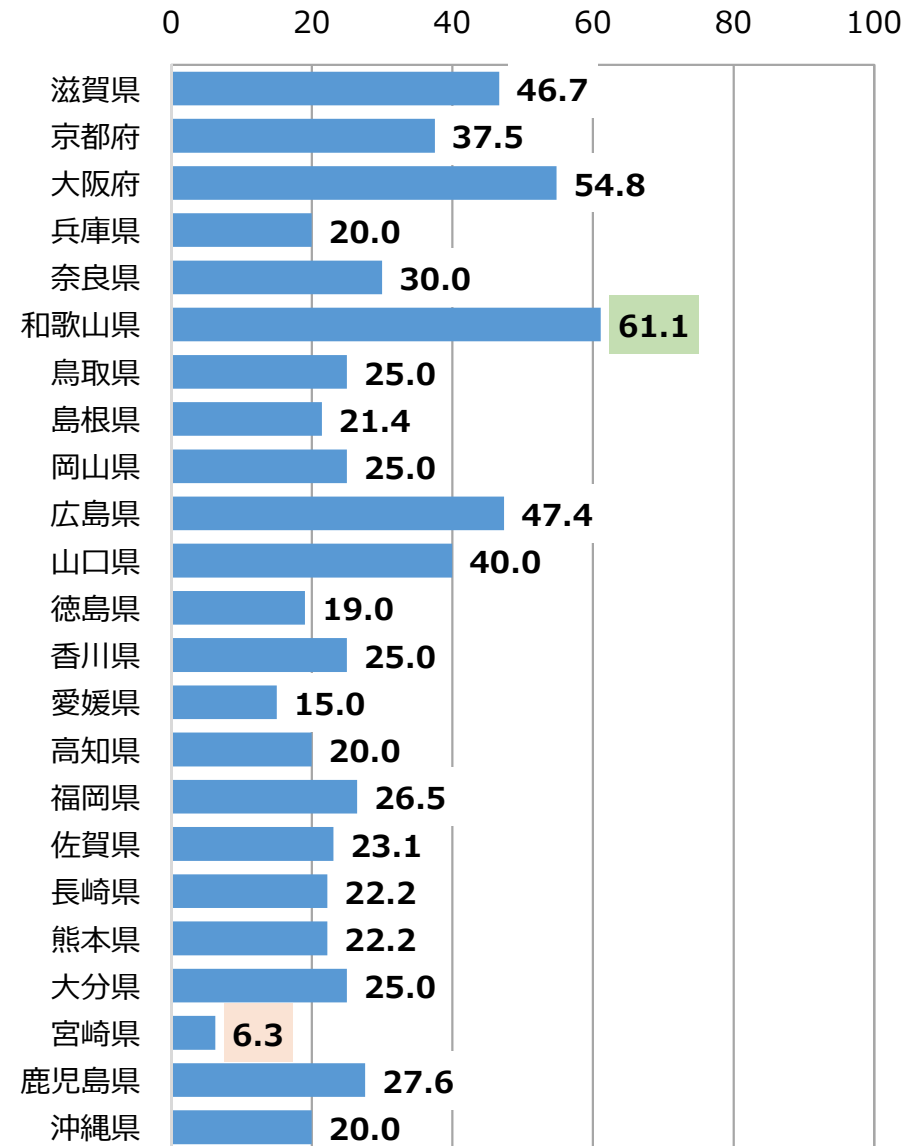
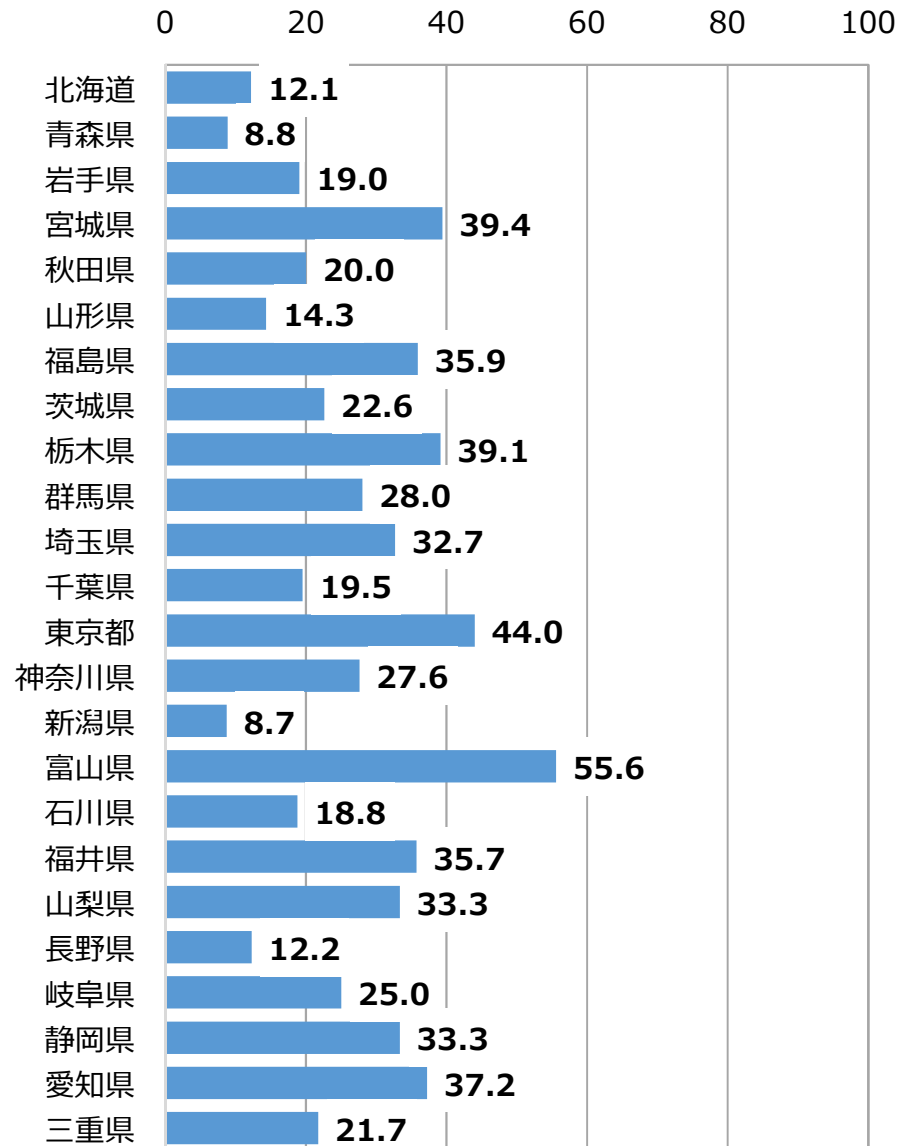


# 都道府県別 市区町村における有識者との連携

市区町村

○ 市区町村の回答を都道府県別にみると、有識者と連携したと回答した割合について、最も高いところで61.1%（和歌山県）、低いところで6.3%（宮崎県）と、54.8ポイントの差があった。

「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」割合（%） N=1,289

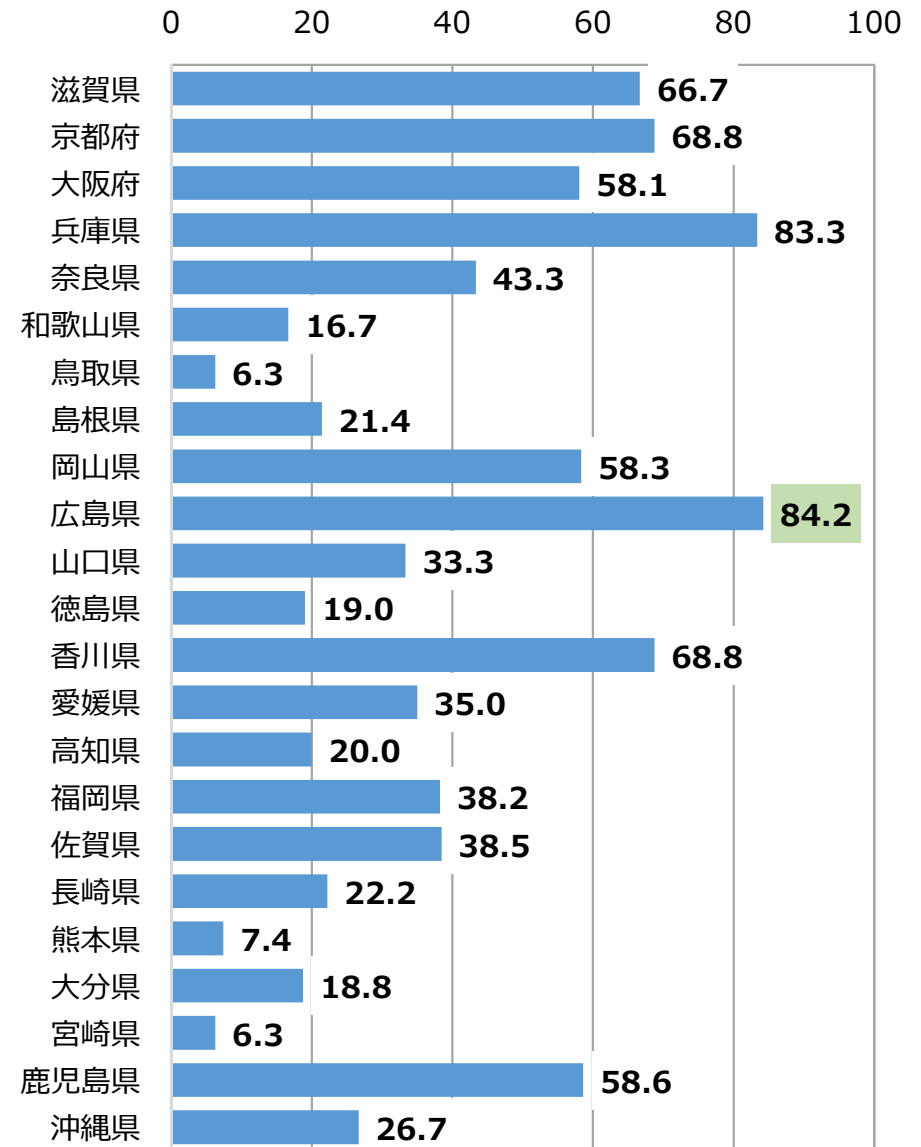
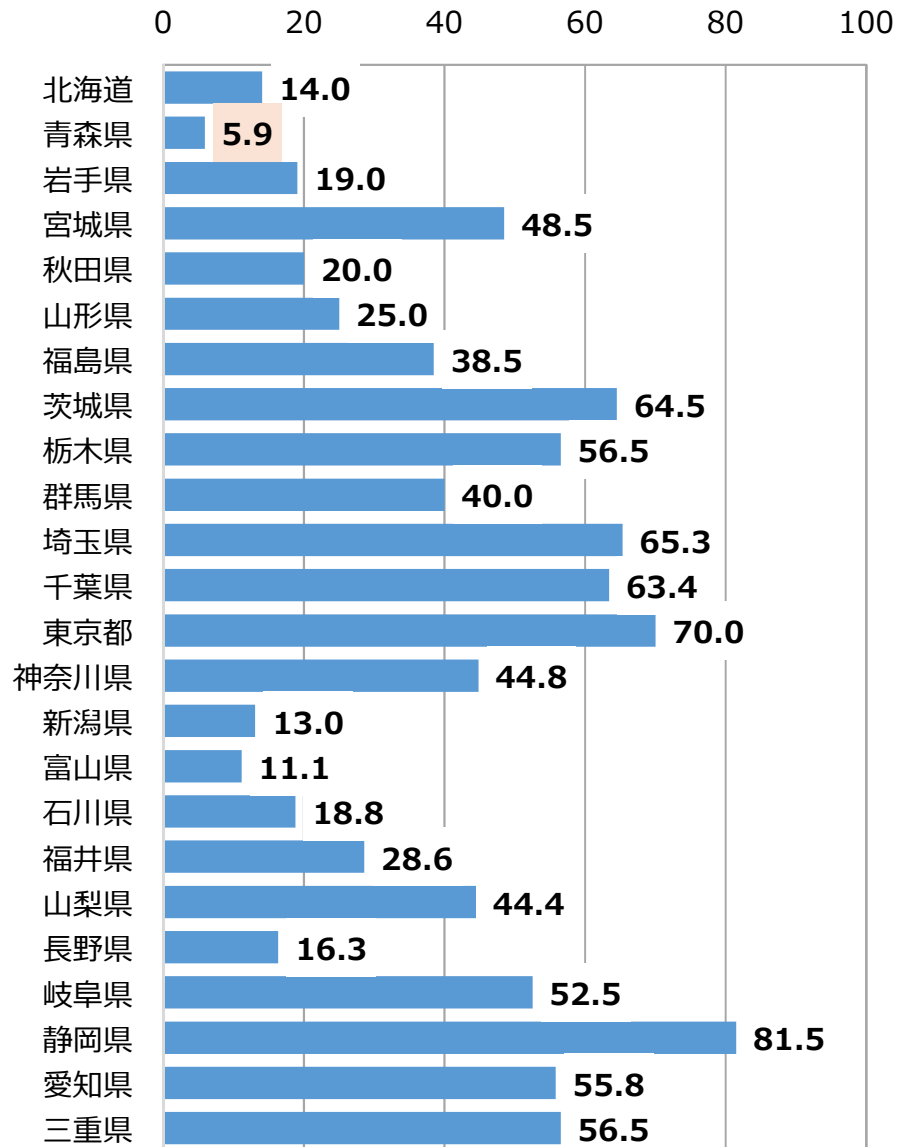


# 都道府県別 市区町村における外部委託の利用

市区町村

○ 市区町村の回答を都道府県別にみると、外部委託を利用したと回答した割合について、最も高いところで84.2%（広島県）、低いところで5.9%（青森県）と、78.3ポイントの差があった。

「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」割合（%） N=1,289





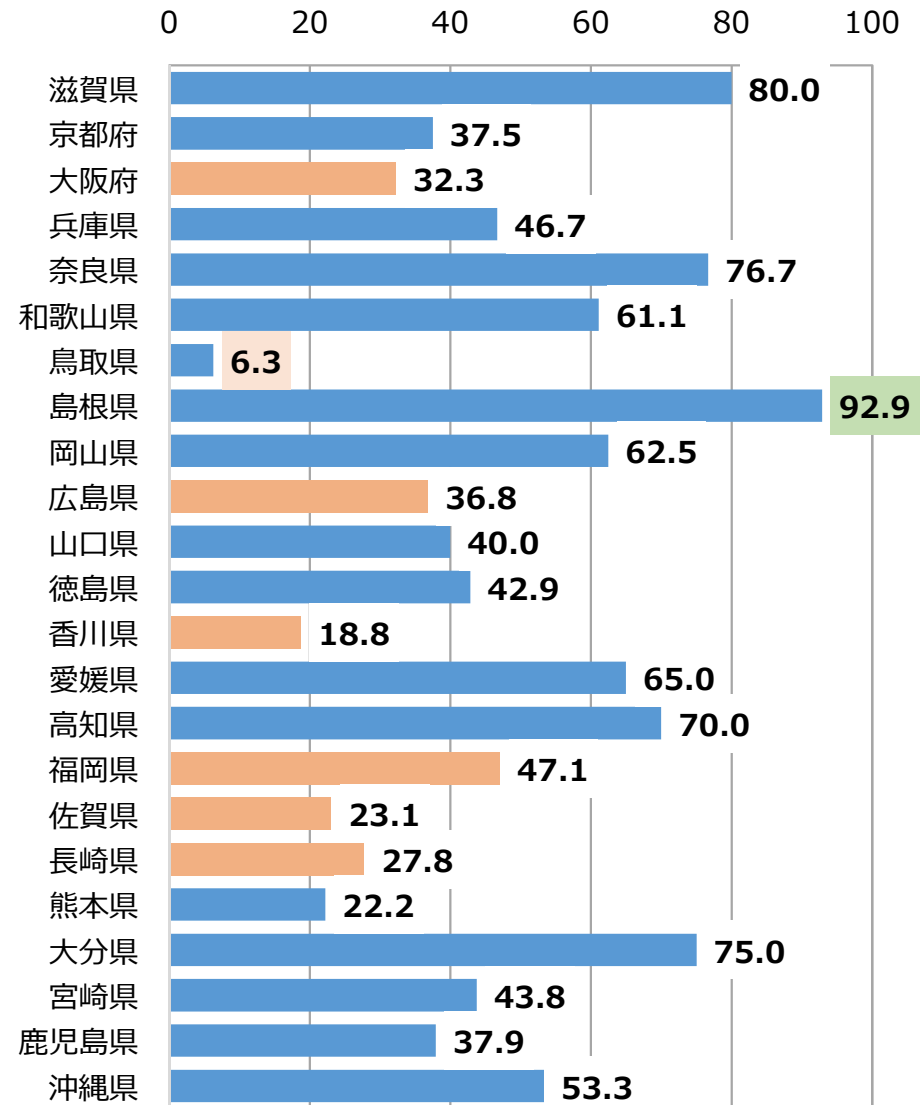
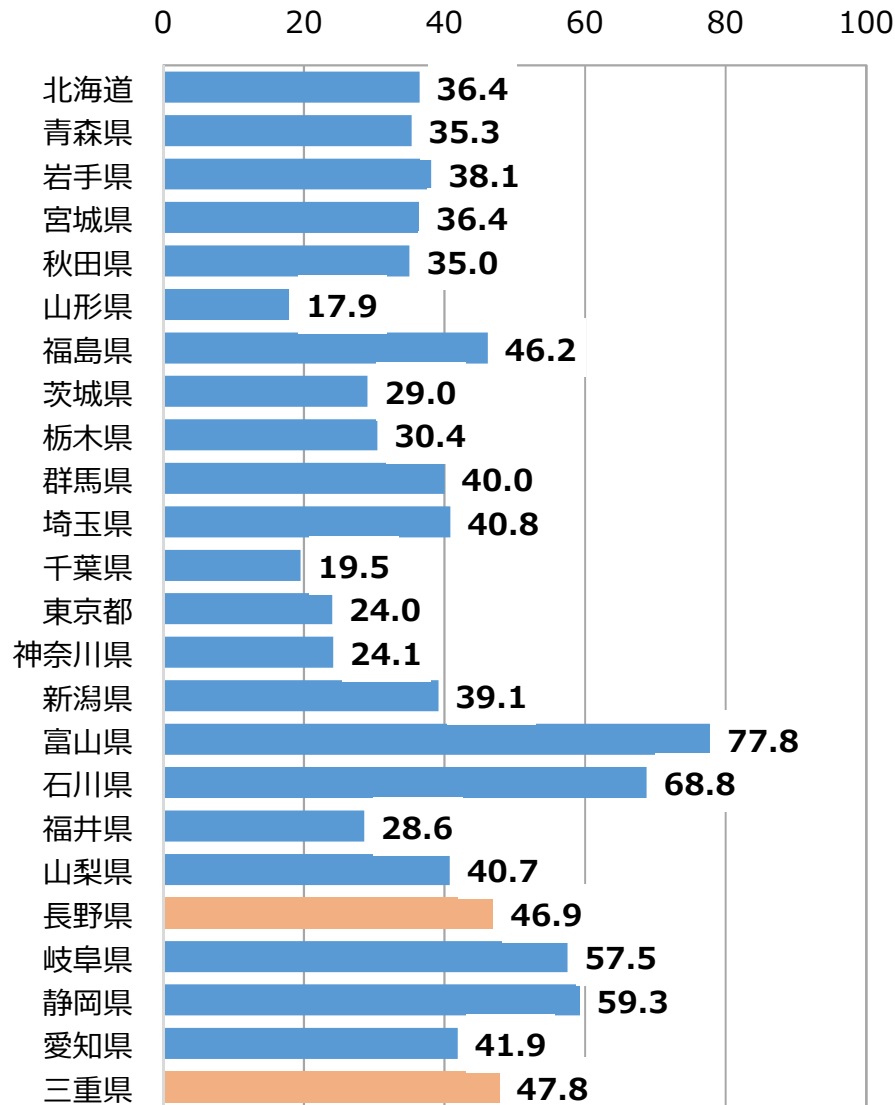
# 都道府県別 市区町村における有用な支援の有無

市区町村

○ 市区町村の回答を都道府県別にみると、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について、最も高いところで92.9%（島根県）、低いところで6.3%（鳥取県）と、86.6ポイントの差があった。

## 「都道府県または保健所から有用な支援があった」割合（%） N=1,289

※青：都道府県票において「市町村へ技術的援助を行った」と回答した都道府県 橙：都道府県票において「市町村へ技術的援助を行っていない」と回答した都道府県



- 市区町村の回答を都道府県別にみると、「市町村へ技術的援助を行った」と回答した都道府県下の市区町村が「有用な支援があった」と回答した割合は42.5%、「市町村へ技術的援助を行っていない」と回答した都道府県下の市区町村では38.4%であった。

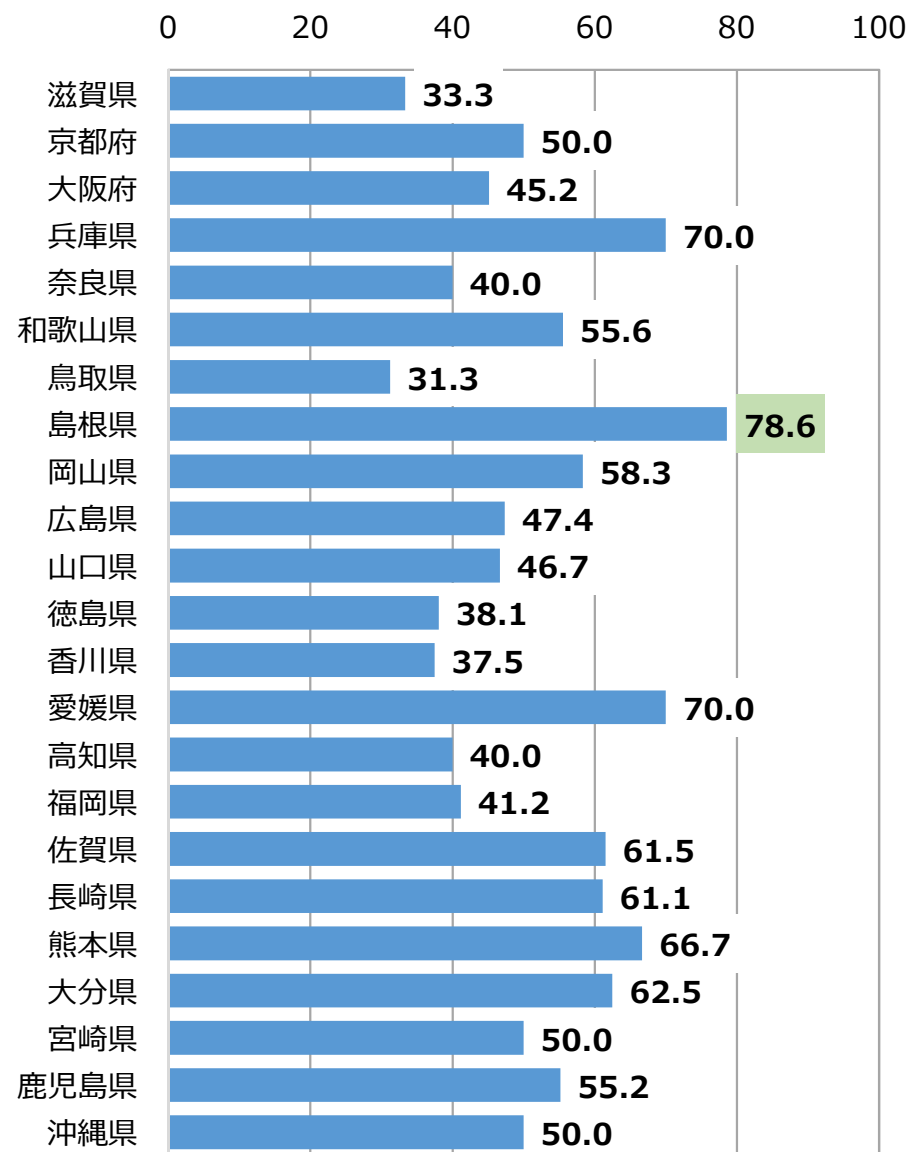
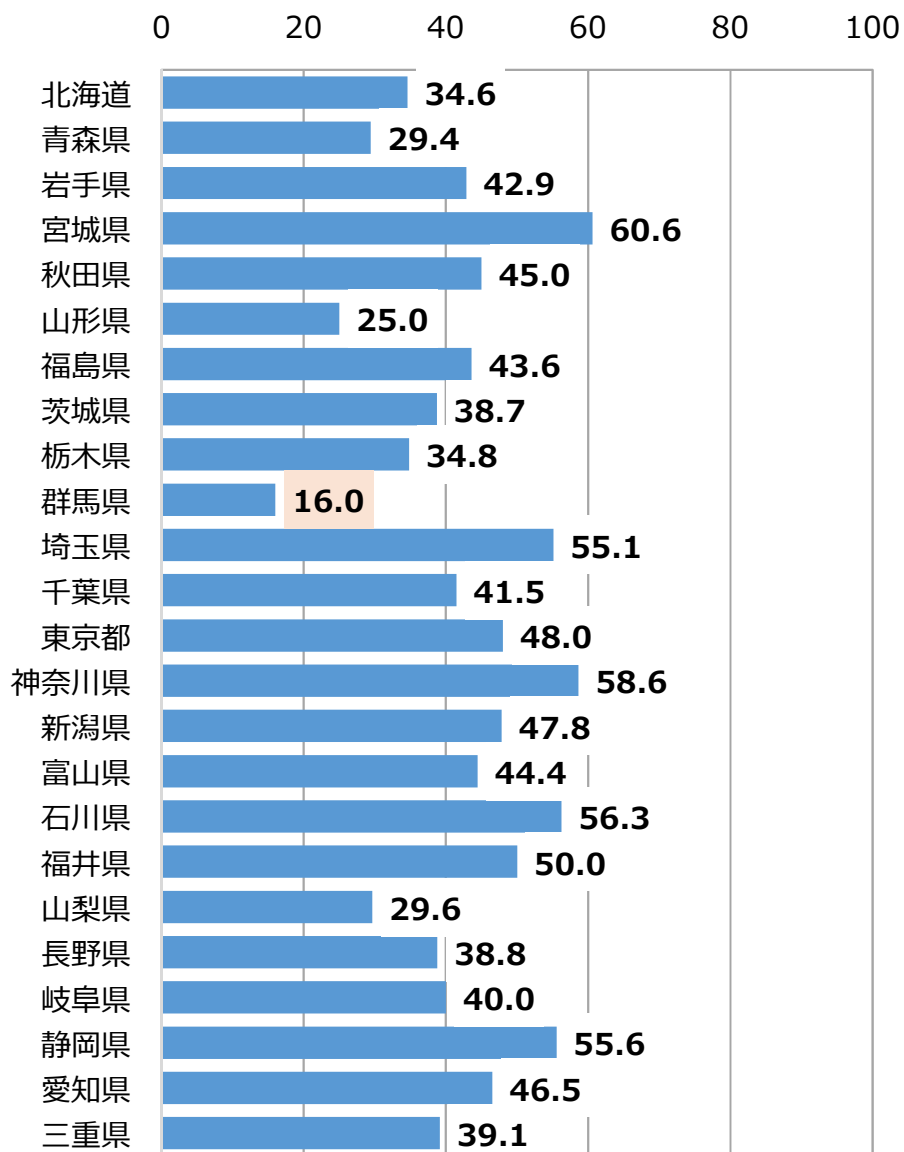
		市区町村の回答		
		都道府県または保健所から有用な支援があった 割合 (%)	市区町村 該当数	市区町村 母数
都道府県の回答	都道府県または保健所から市町村へ技術的援助を行った (39都道府県)	42.5	462	1086
	都道府県または保健所から市町村へ技術的援助を行っていない (8都道府県)	38.4	78	203
合計			540	1289

# 都道府県別 市区町村における研修の機会の提供

市区町村

○ 市区町村の回答を都道府県別にみると、職員や専門職等に対し研修の機会を提供したと回答した割合について、最も高いところで78.6%（島根県）、低いところで16.0%（群馬県）と、62.5ポイントの差があった。

「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」割合（%） N=1,289

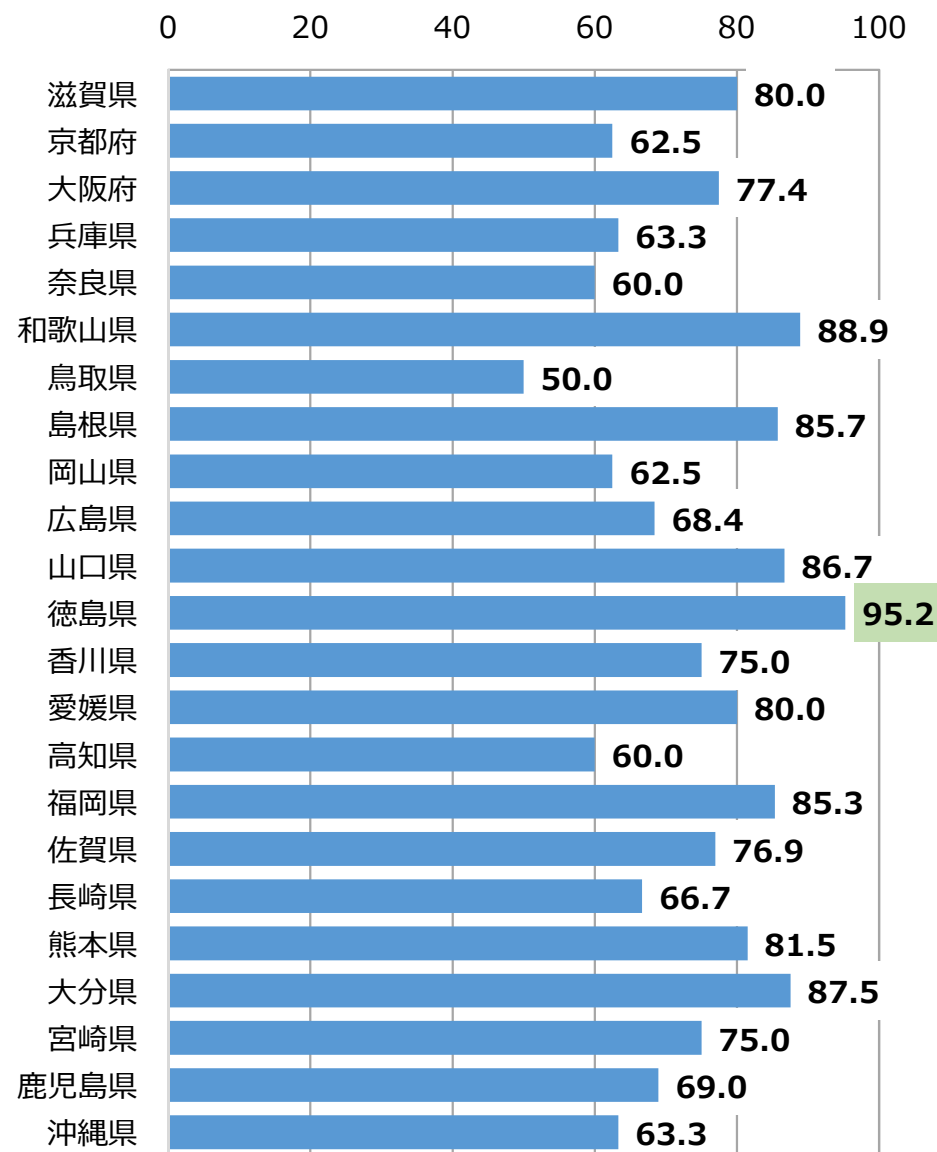
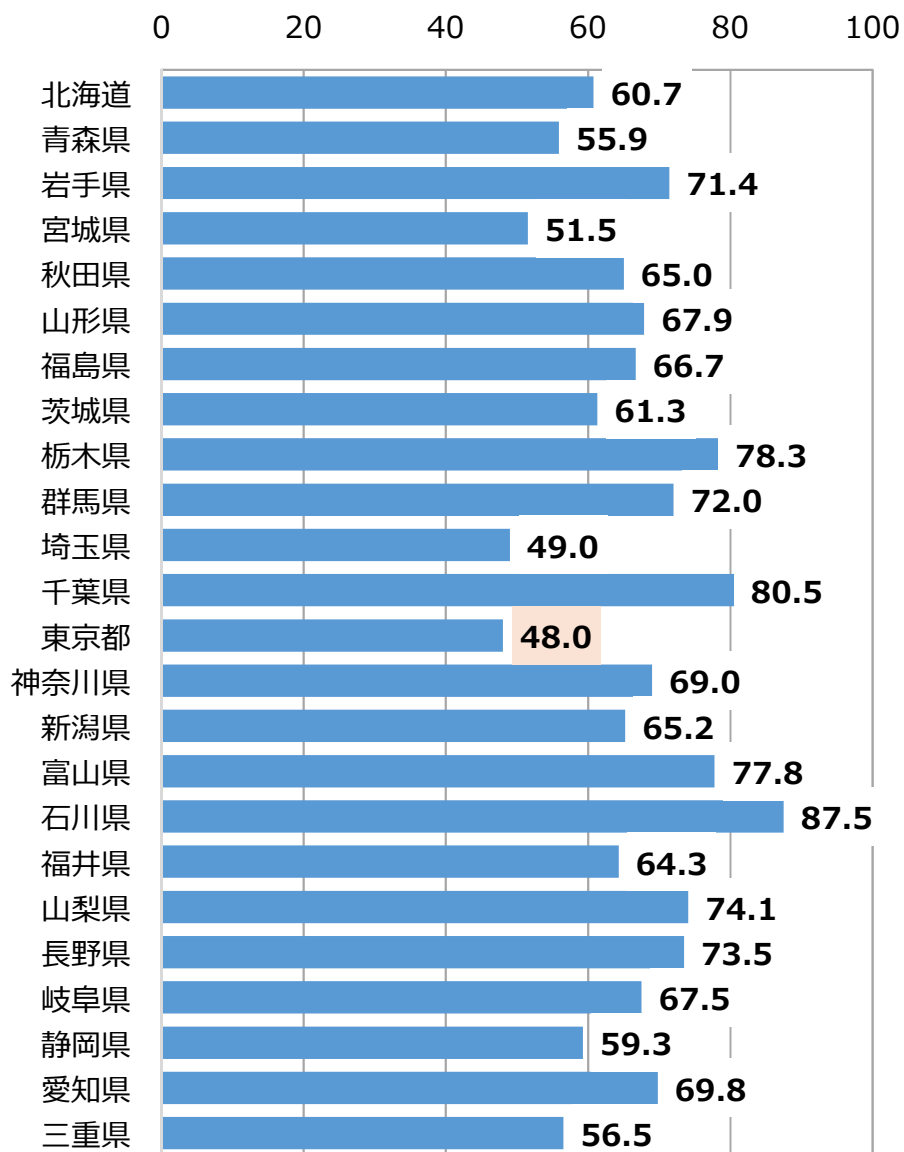


# 都道府県別 市区町村における在勤者への健康増進施策

市区町村

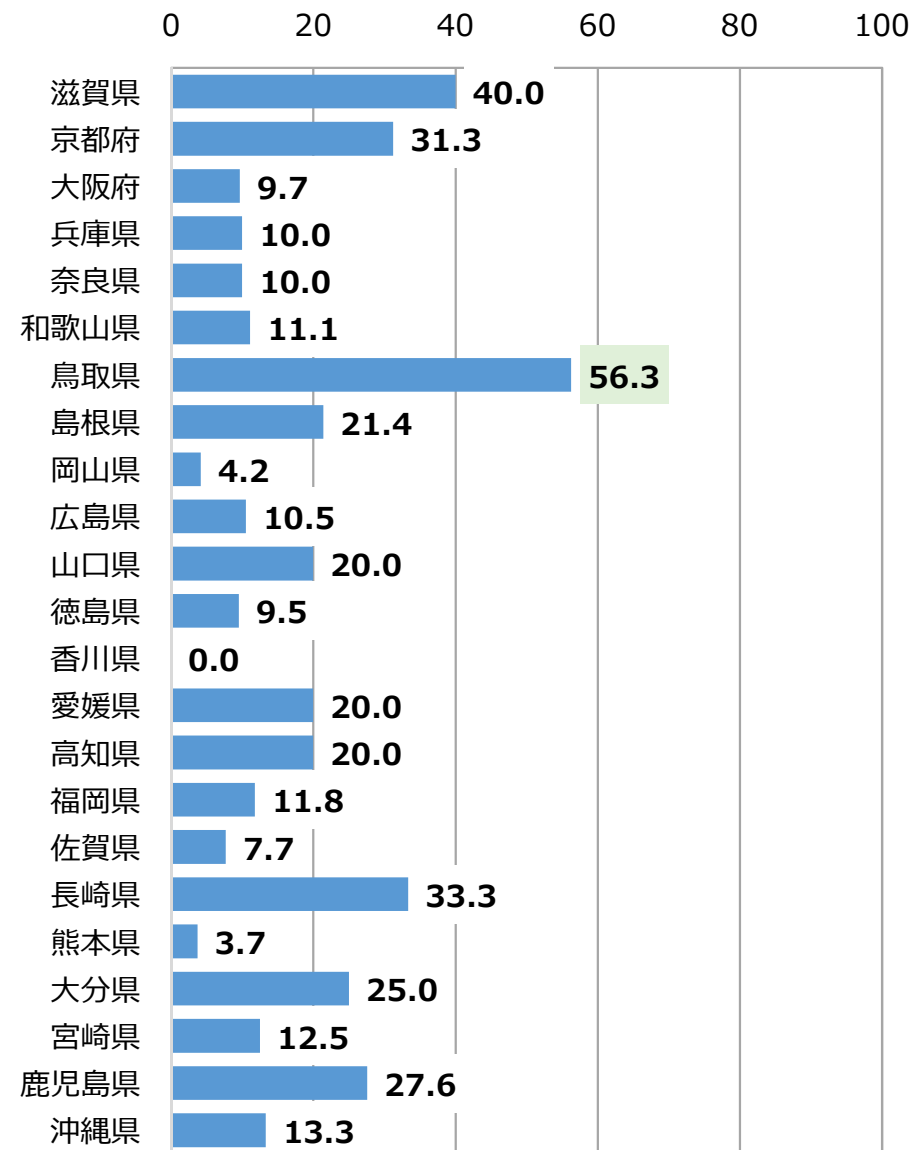
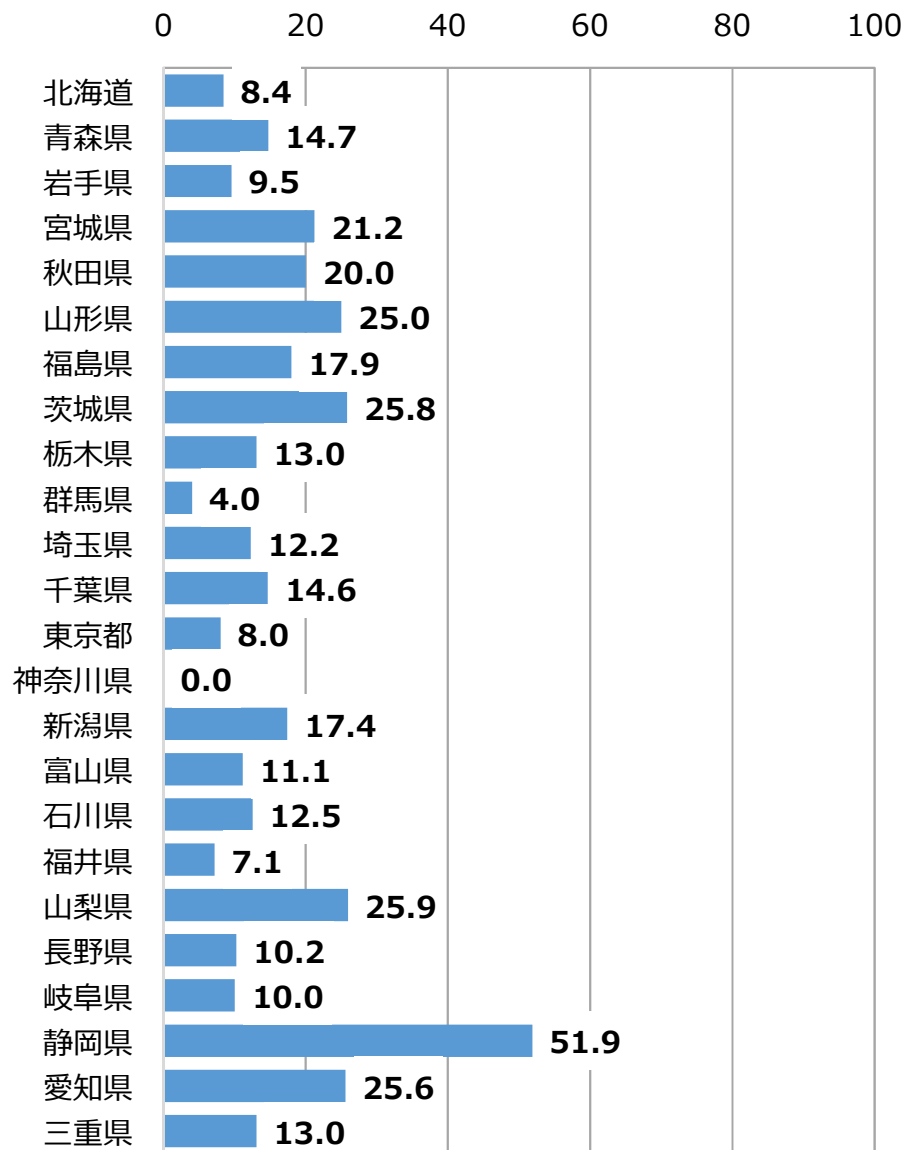
○ 市区町村の回答を都道府県別にみると、在勤者への健康増進施策を実施したと回答した割合について、最も高いところで95.2%（徳島県）、低いところで48.0%（東京都）と、47.2ポイントの差があった。

「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」割合（%） N=1,289



○ 市区町村の回答を都道府県別にみると、健康増進計画を策定・評価するために「特定健診データ（国保分以外）」を活用したと回答した割合について、最も高いところで56.3%（鳥取県）であった。

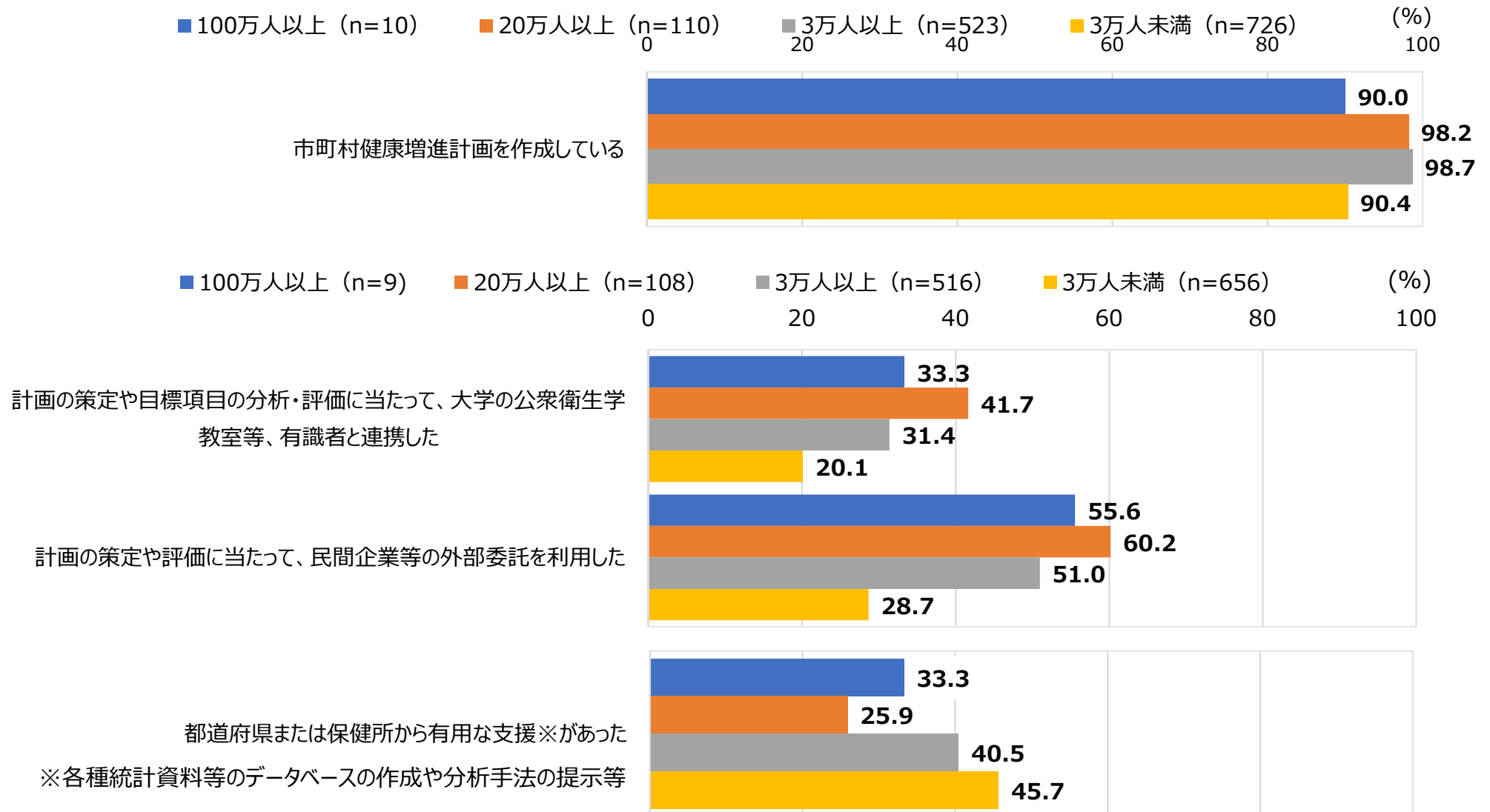
健康増進計画を策定・評価するために用いているデータ「特定健診データ（国保分以外※）」割合（%） N=1,289



# 市区町村人口規模別 健康増進計画の策定の状況

市区町村

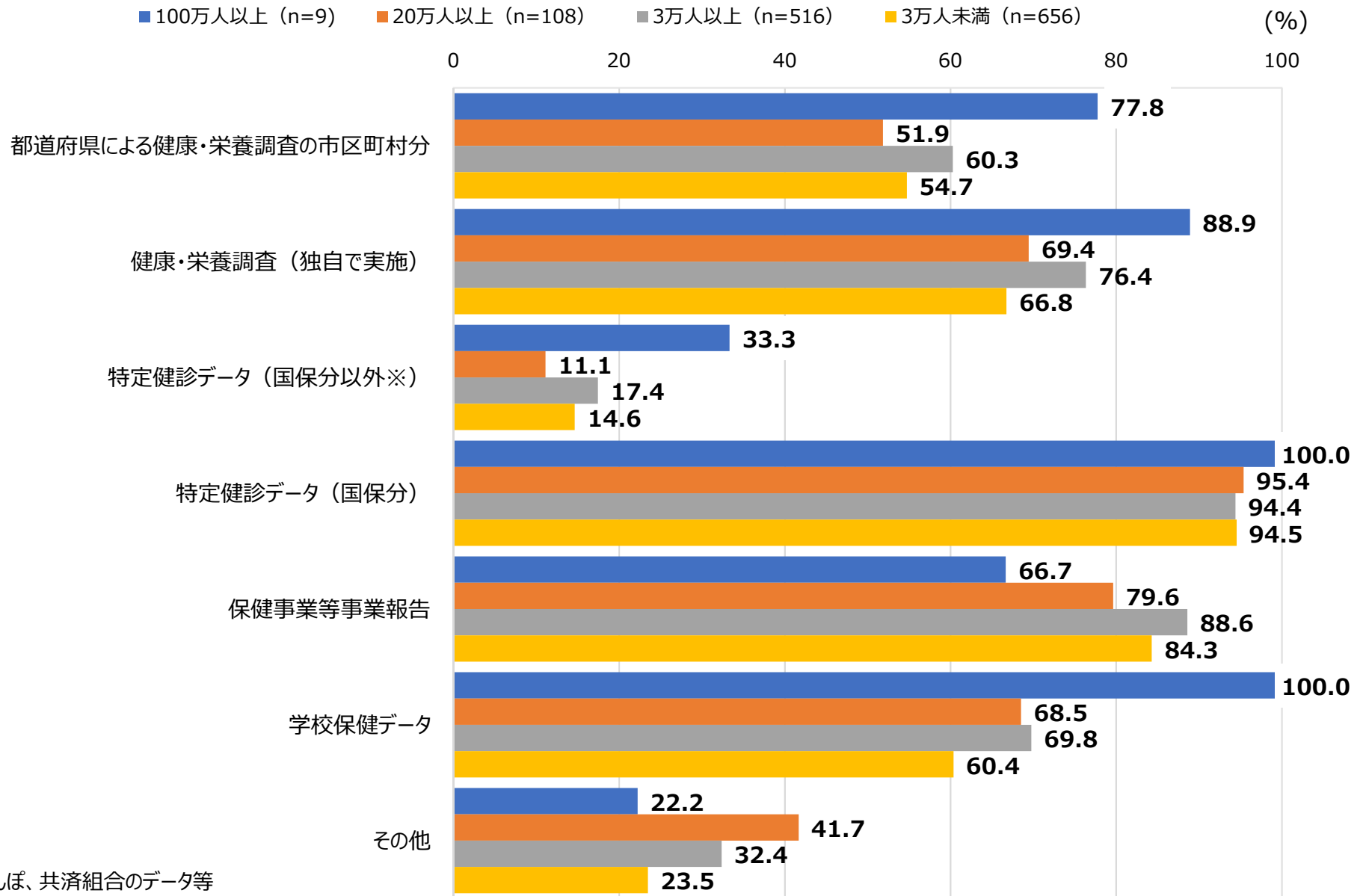
- 有識者と連携していると回答した割合は人口20万人以上の市区町村で41.7%、人口3万人未満の市区町村では20.1%であった。
- 民間の外部委託を利用したと回答した割合は人口20万人以上の市区町村で60.2%、人口3万人未満の市区町村では28.7%であった。



# 市区町村人口規模別 計画の策定・評価に用いているデータ

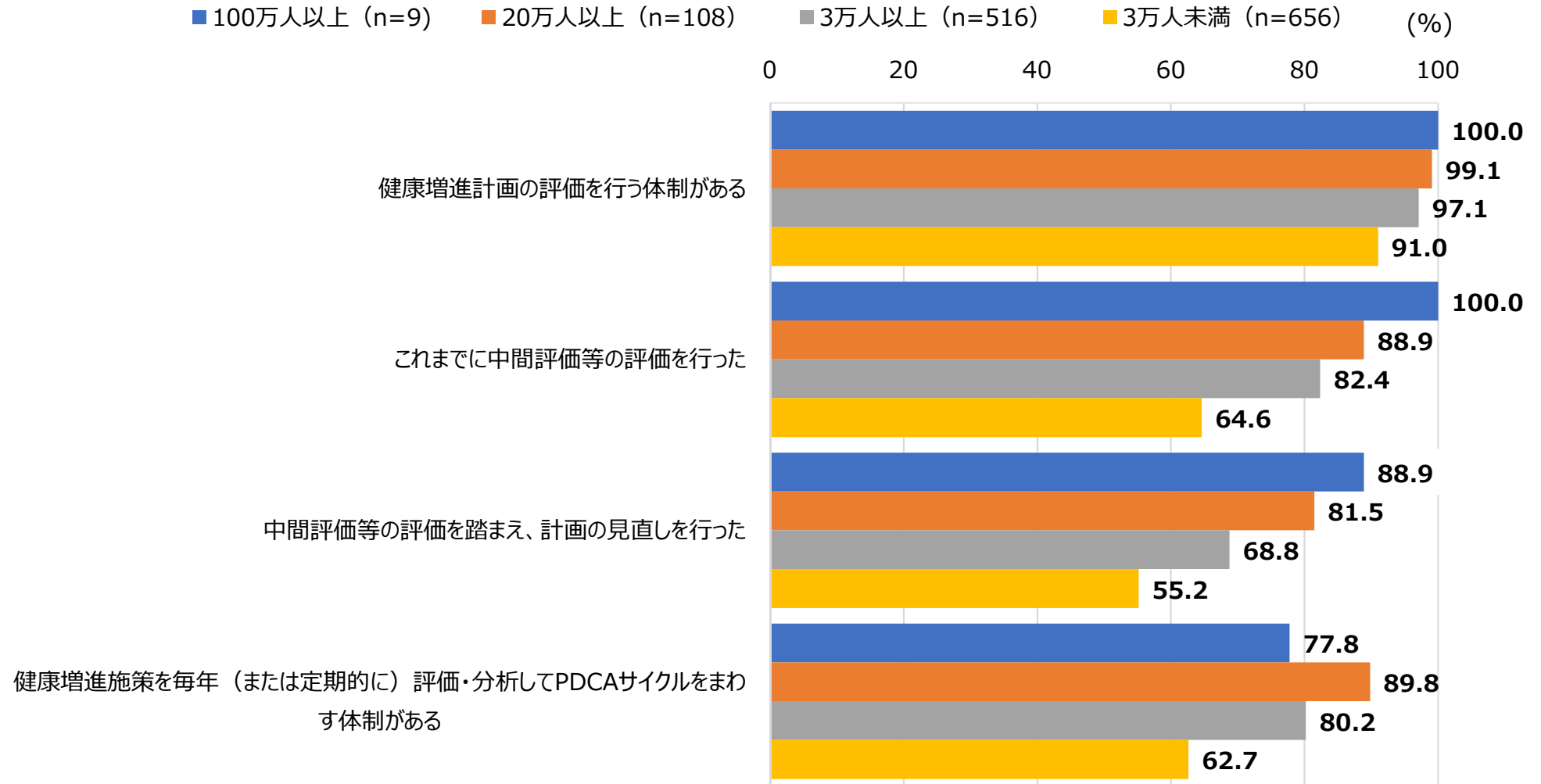
市区町村

○ 人口規模にかかわらず、特定健診データ（国保分）と回答した割合が最も高く、特定健診データ（国保分以外）と回答した割合が最も低かった。



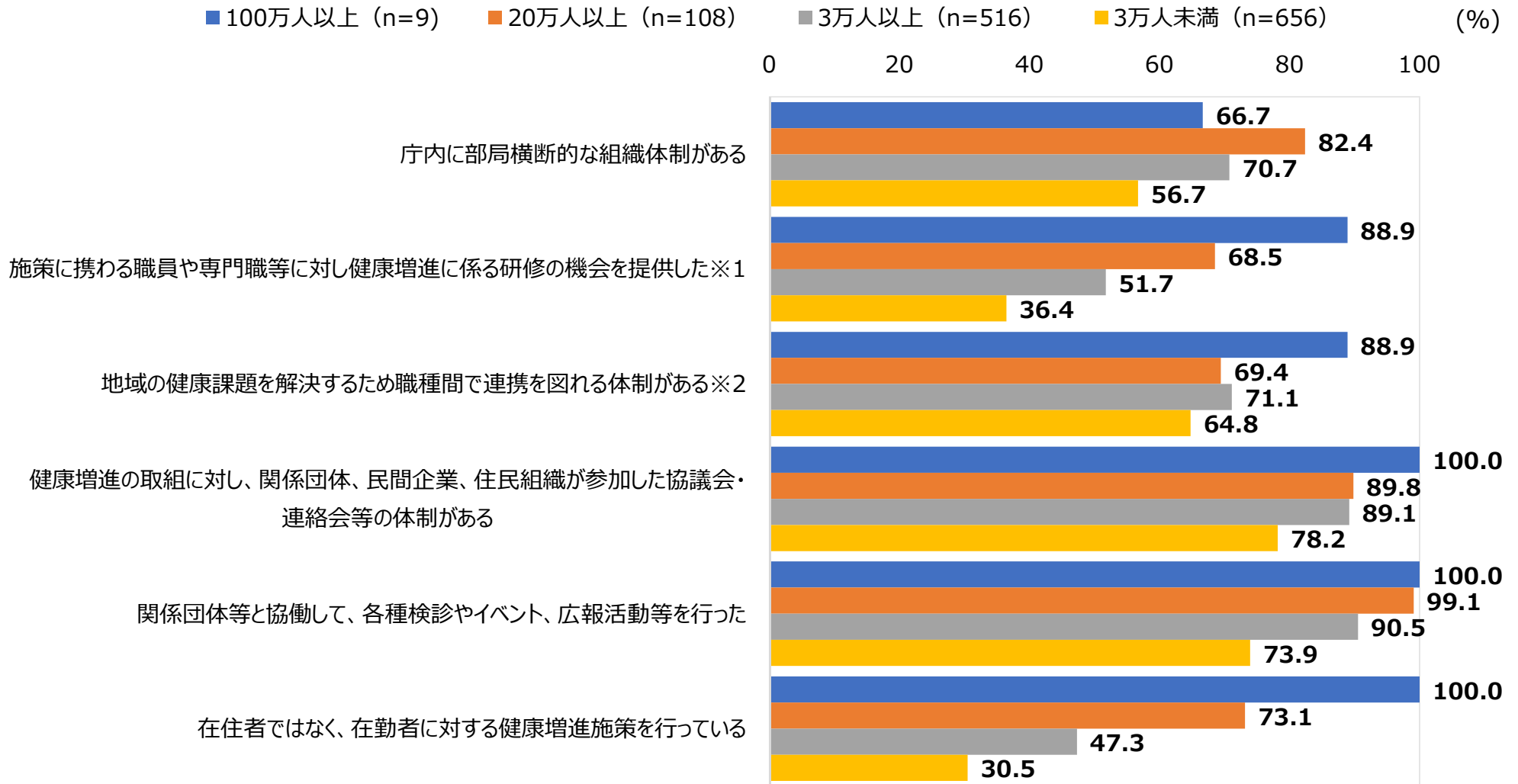
※協会けんぽ、共済組合のデータ等

- 人口規模にかかわらず計画の評価を行う体制があると回答した割合は9割を超えた。
- PDCAサイクルをまわす体制があると回答した割合は、人口20万人以上の市区町村では89.8%であるのに対し、人口3万人未満の市区町村では62.7%であった。





- 庁内に部局横断的な体制がある割合、職員や専門職等に対し研修の機会を提供した割合、在勤者に対する施策を行っている割合は、人口20万人以上、20万人未満3万人以上、3万人未満のそれぞれの間で10ポイント以上の差があった。
- 人口100万人以上の市区町村の回答はN=9のため参考値であるが、庁内に部局横断的な体制があると回答した割合は66.7%と、他の項目と比較すると低かった。



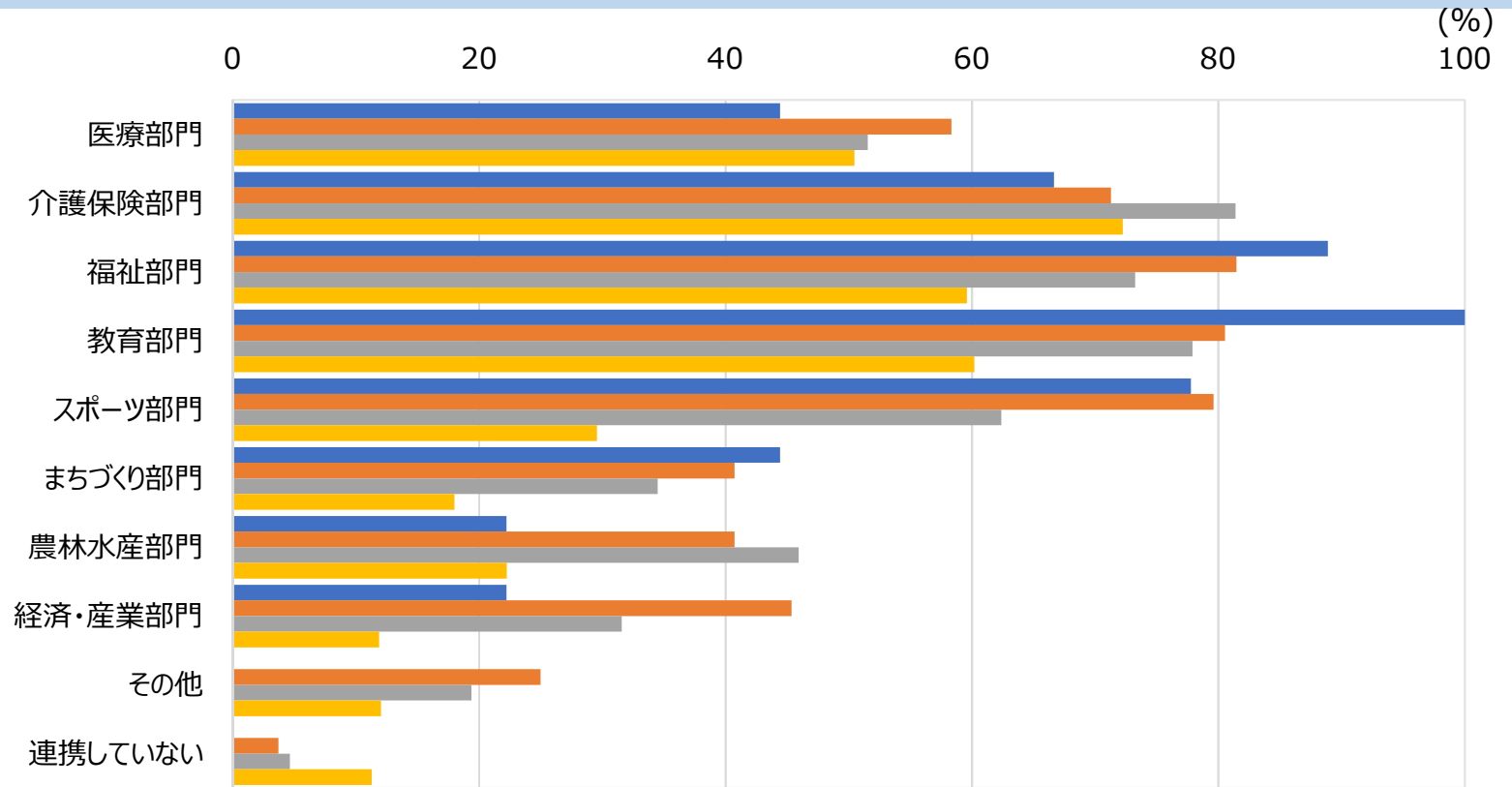
※1 会議の機会に講演・グループワークを行うなども含む

※2 地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等

# 市区町村人口規模別 庁内で連携して施策を行った部門

市区町村

- 介護保険部門、福祉部門、教育部門と連携して施策を行ったと回答した割合は、人口規模にかかわらず、5割を超えた。
- 医療部門と連携して施策を行ったと回答した割合は、44.4%～58.3%と人口規模間の差が最も小さかった。
- 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・産業部門を回答した割合は、20万人未満3万人以上の市区町村と3万人未満の市区町村の間で、いずれも15ポイント以上の差があった。

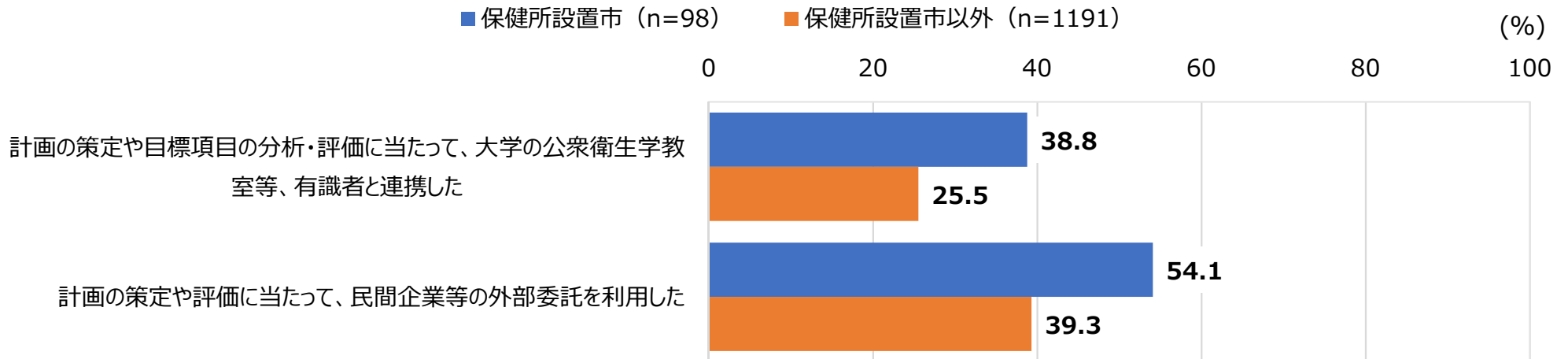
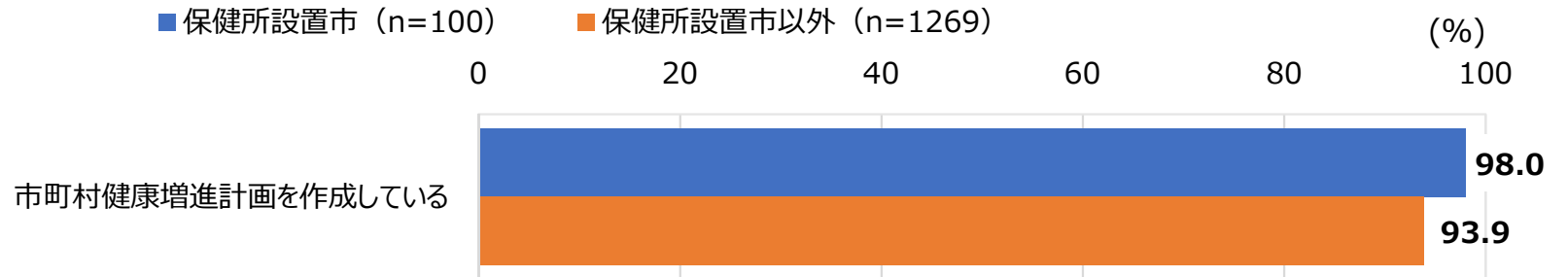


	医療部門	介護保 険部門	福祉部 門	教育部 門	スポー ツ部 門	まちづ くり 部門	農林水 産部門	経済・産 業部門	その他	連携して いない
■ 100万人以上 (n=9)	44.4	66.7	88.9	100.0	77.8	44.4	22.2	22.2	0.0	0.0
■ 20万人以上 (n=108)	58.3	71.3	81.5	80.6	79.6	40.7	40.7	45.4	25.0	3.7
■ 3万人以上 (n=516)	51.6	81.4	73.3	77.9	62.4	34.5	45.9	31.6	19.4	4.7
■ 3万人未満 (n=656)	50.5	72.3	59.6	60.2	29.6	18.0	22.3	11.9	12.0	11.3

# 保健所設置市 健康増進計画の策定の状況

市区町村

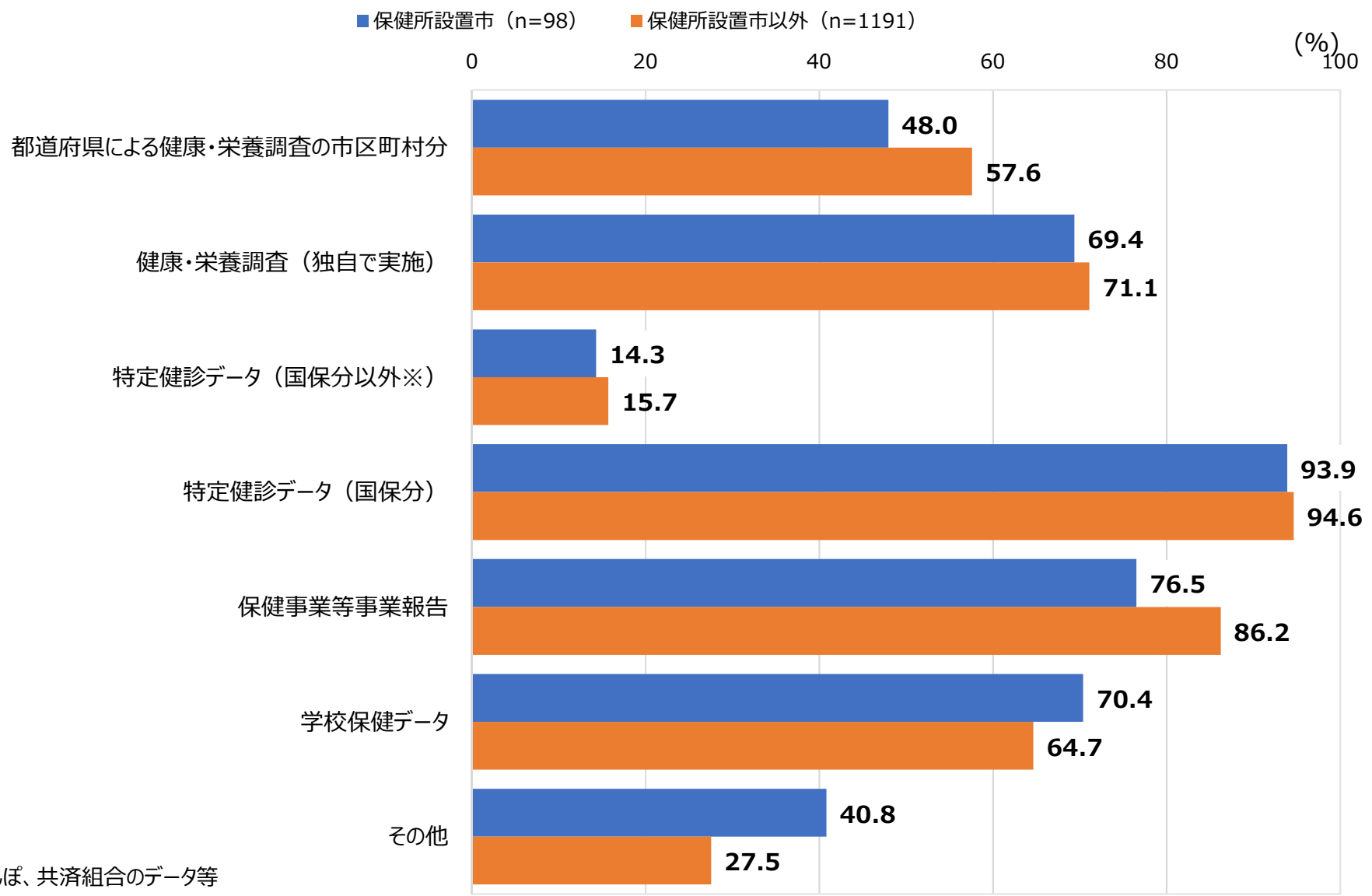
- 有識者と連携していると回答した割合は保健所設置市で38.8%、人口3万人未満の市区町村では25.5%であった。
- 民間の外部委託を利用したと回答した割合は保健所設置市で54.1%、保健所設置市以外では39.3%であった。
- 都道府県または保健所から有用な支援があったと回答した割合は、保健所設置市で25.5%、保健所設置市以外では43.2%であった。



# 保健所設置市 計画の策定・評価に用いているデータ

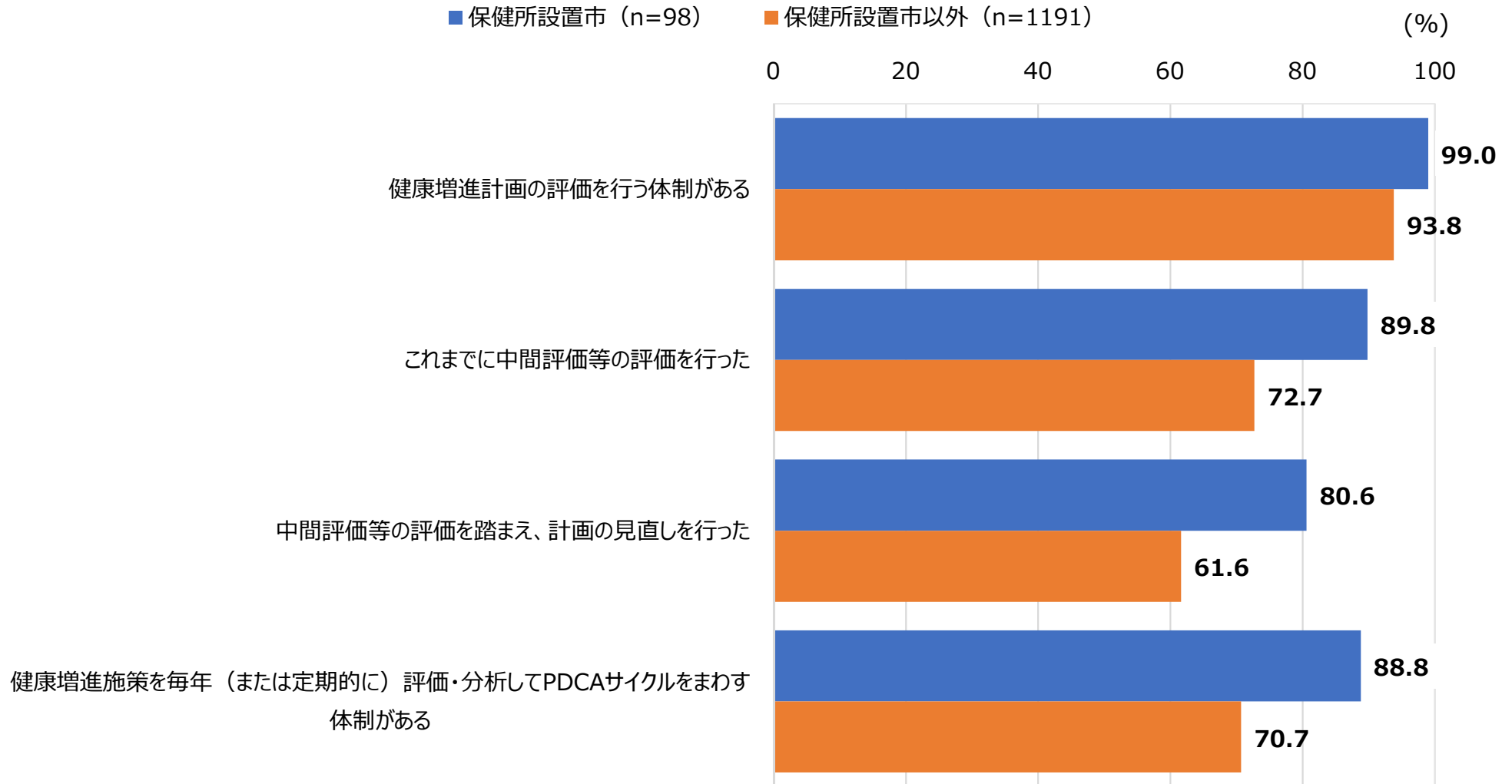
市区町村

○ 保健所設置市かそれ以外かにかかわらず、特定健診データ（国保分）と回答した割合が最も高く、特定健診データ（国保分以外）と回答した割合が最も低かった。

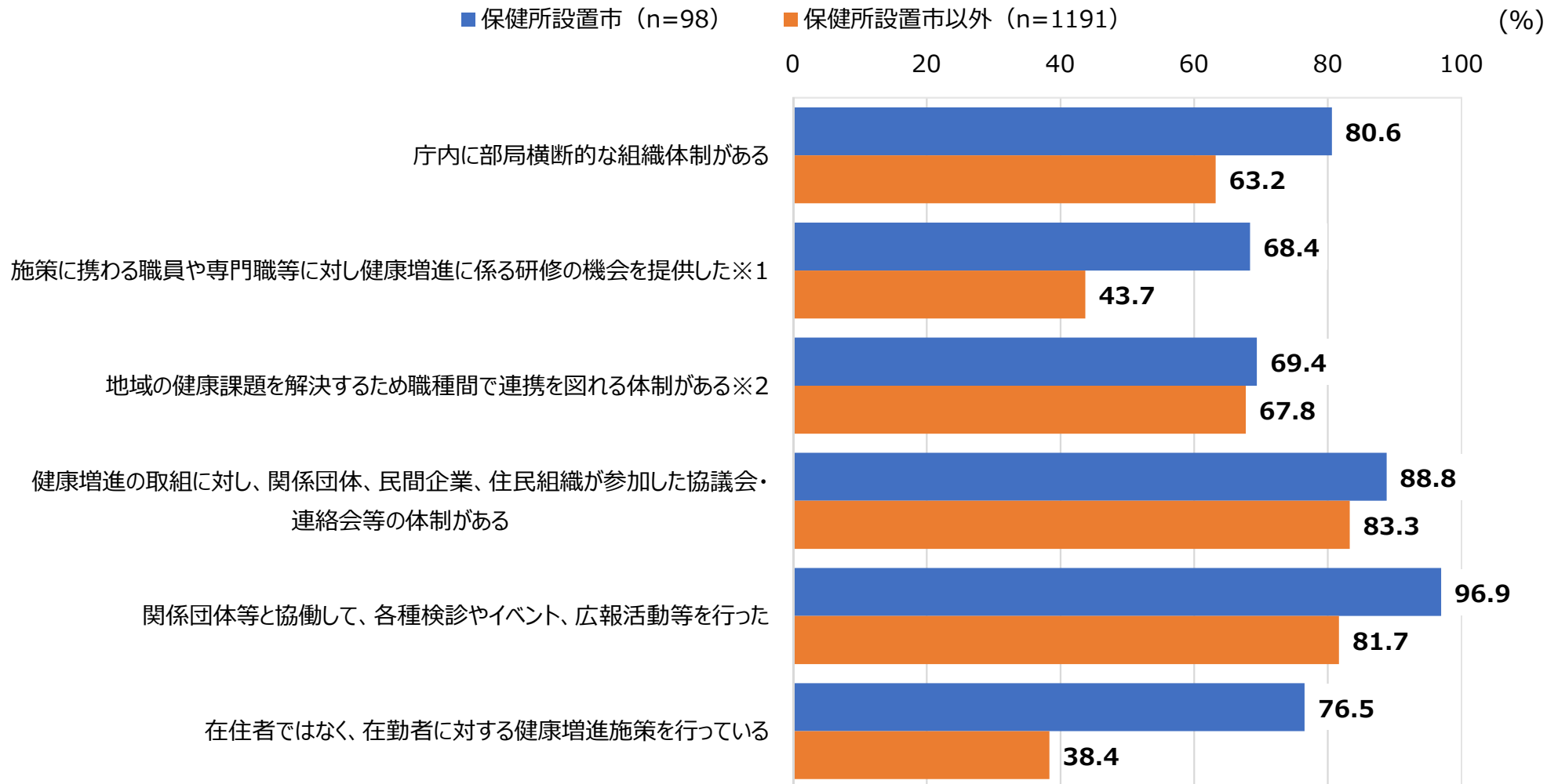


※協会けんぽ、共済組合のデータ等

- 保健所設置市かそれ以外かにかかわらず、計画の評価を行う体制があると回答した割合は9割を超えた。
- これまでに中間評価を行った、評価を踏まえ計画の見直しを行った、PDCAサイクルをまわす体制がある、と回答した割合は、保健所設置市のほうが保健所設置市以外の市区町村の割合より高かった。



- 職員や専門職等に対し研修の機会を提供したと回答した割合は、保健所設置市で68.4%、保健所設置市以外では43.7%であった。
- 在勤者に対する健康増進施策を行っているとは回答した割合は、保健所設置市で76.5%、保健所設置市以外では38.4%であった。



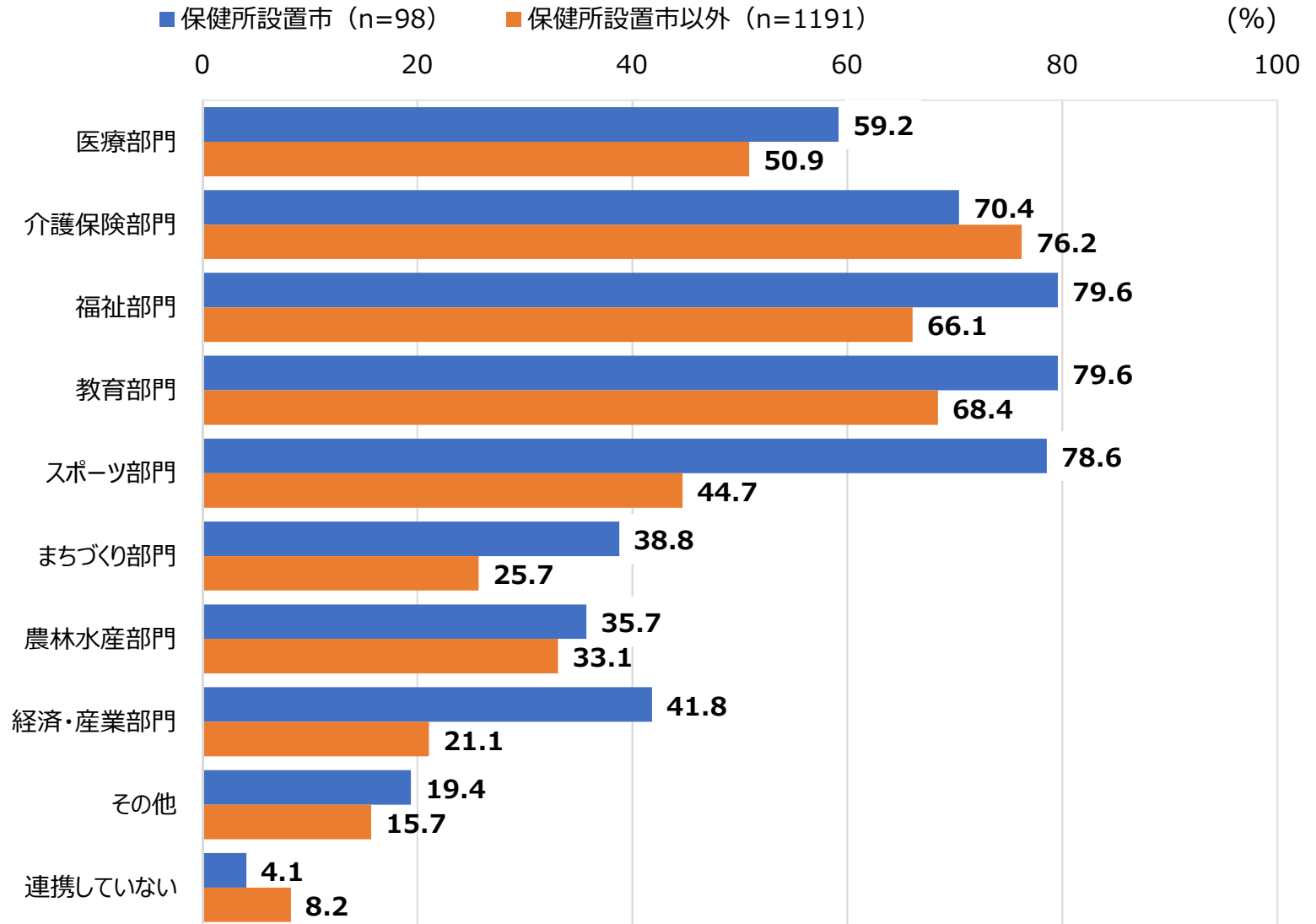
※1 会議の機会に講演・グループワークを行うなども含む

※2 地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等

# 保健所設置市 庁内で連携して施策を行った部門

市区町村

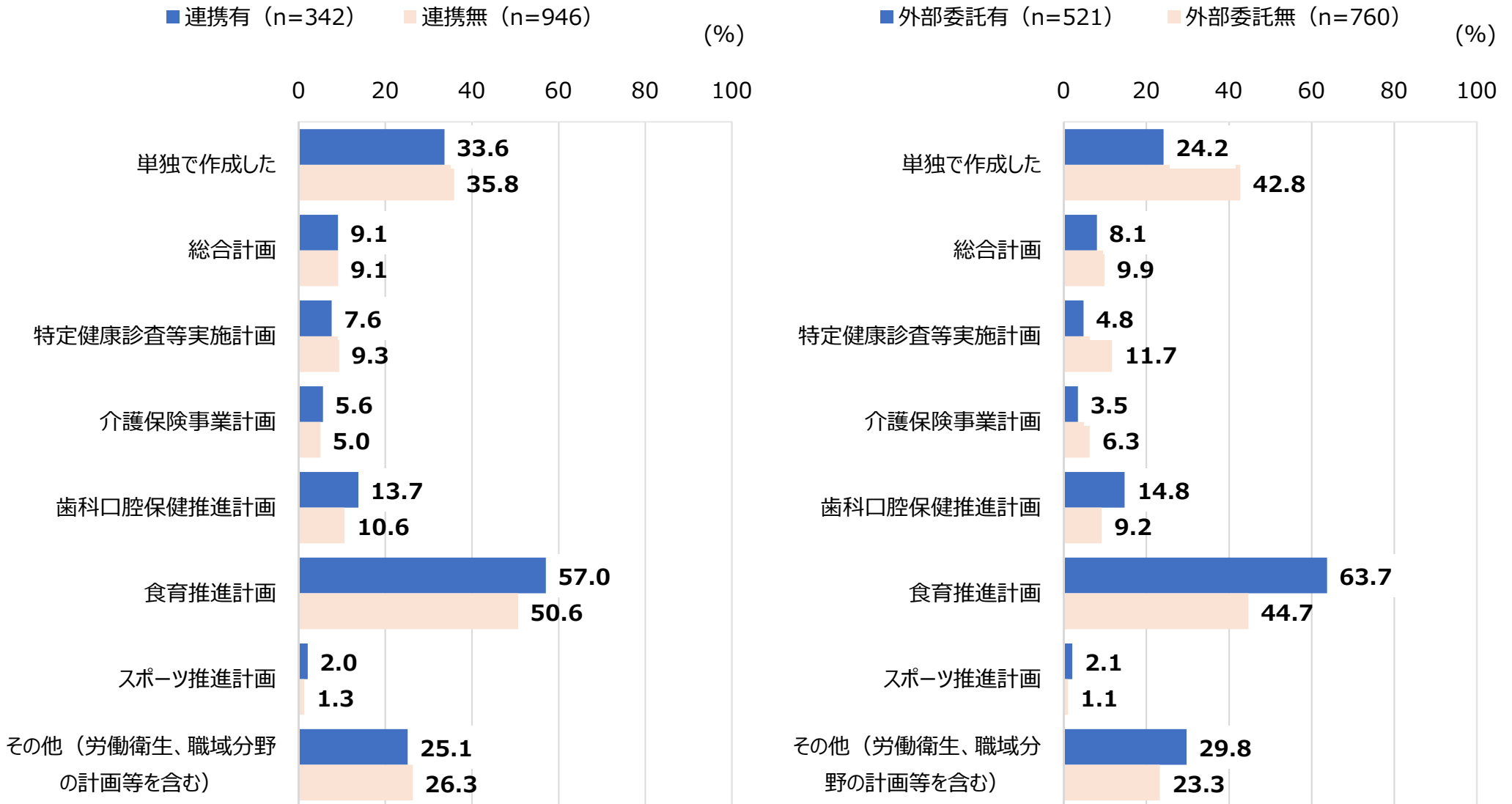
- スポーツ部門と連携して施策を行ったと回答した割合は、保健所設置市では78.6%、保健所設置市以外では44.7%であった。
- 経済・産業部門と連携して施策を行ったと回答した割合は、保健所設置市では41.8%、保健所設置市以外では21.1%であった。



# 有識者との連携・外部委託による差 一体的に作成した計画

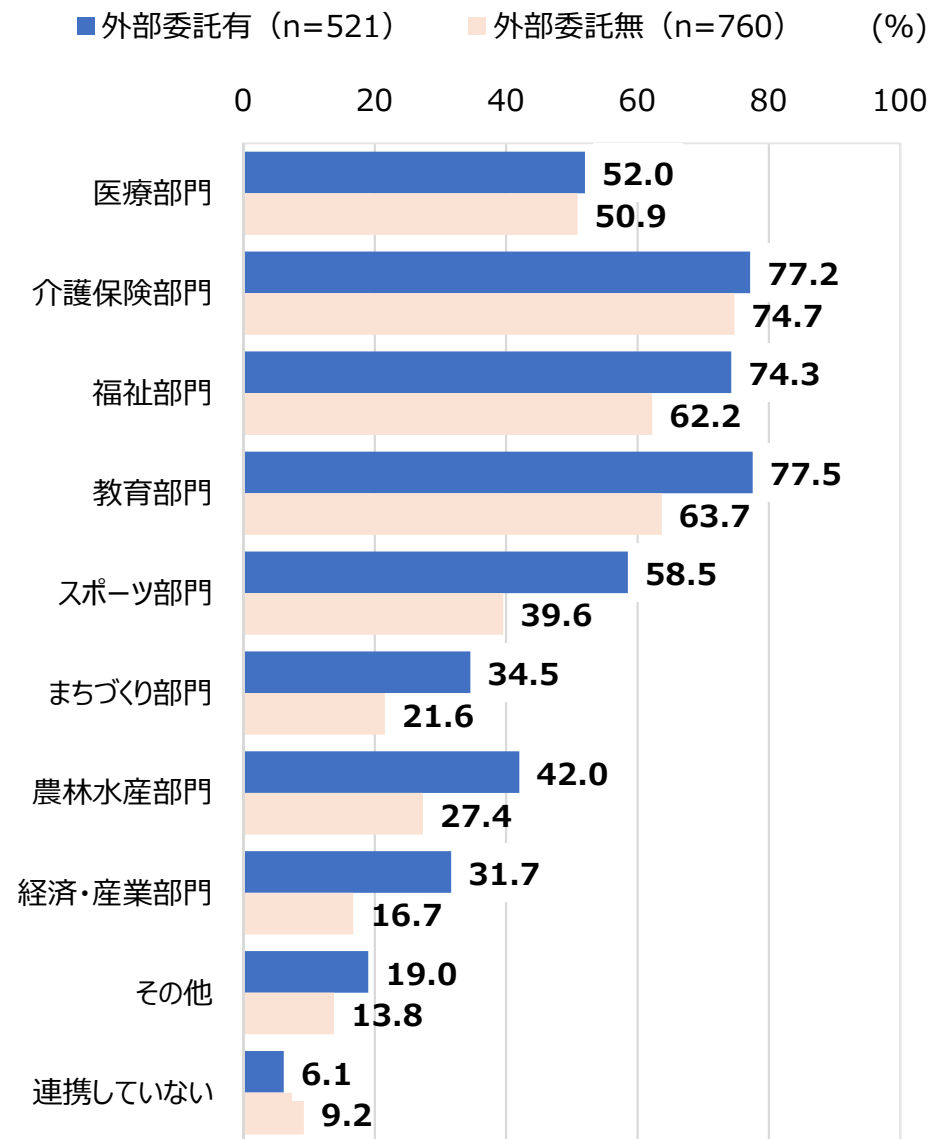
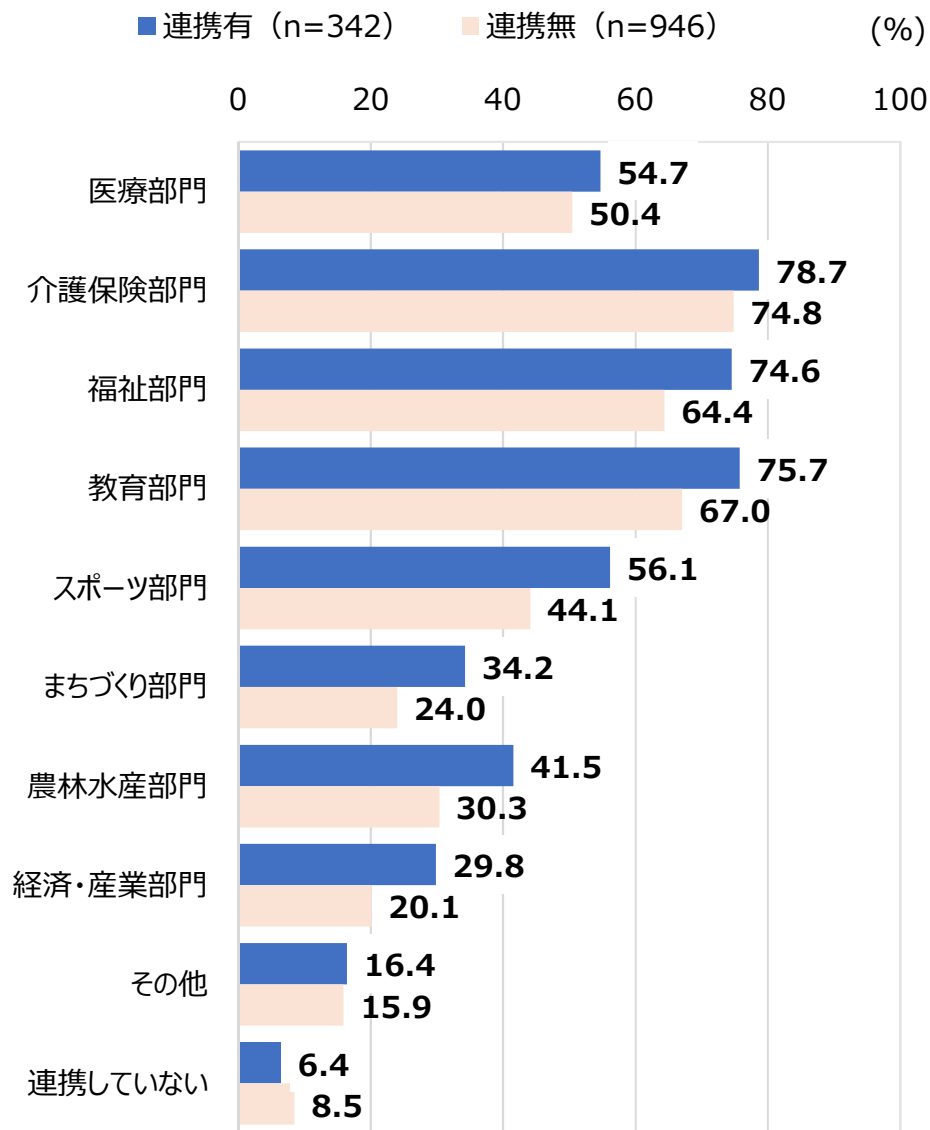
市区町村

- 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ポイント低かった。
- 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。

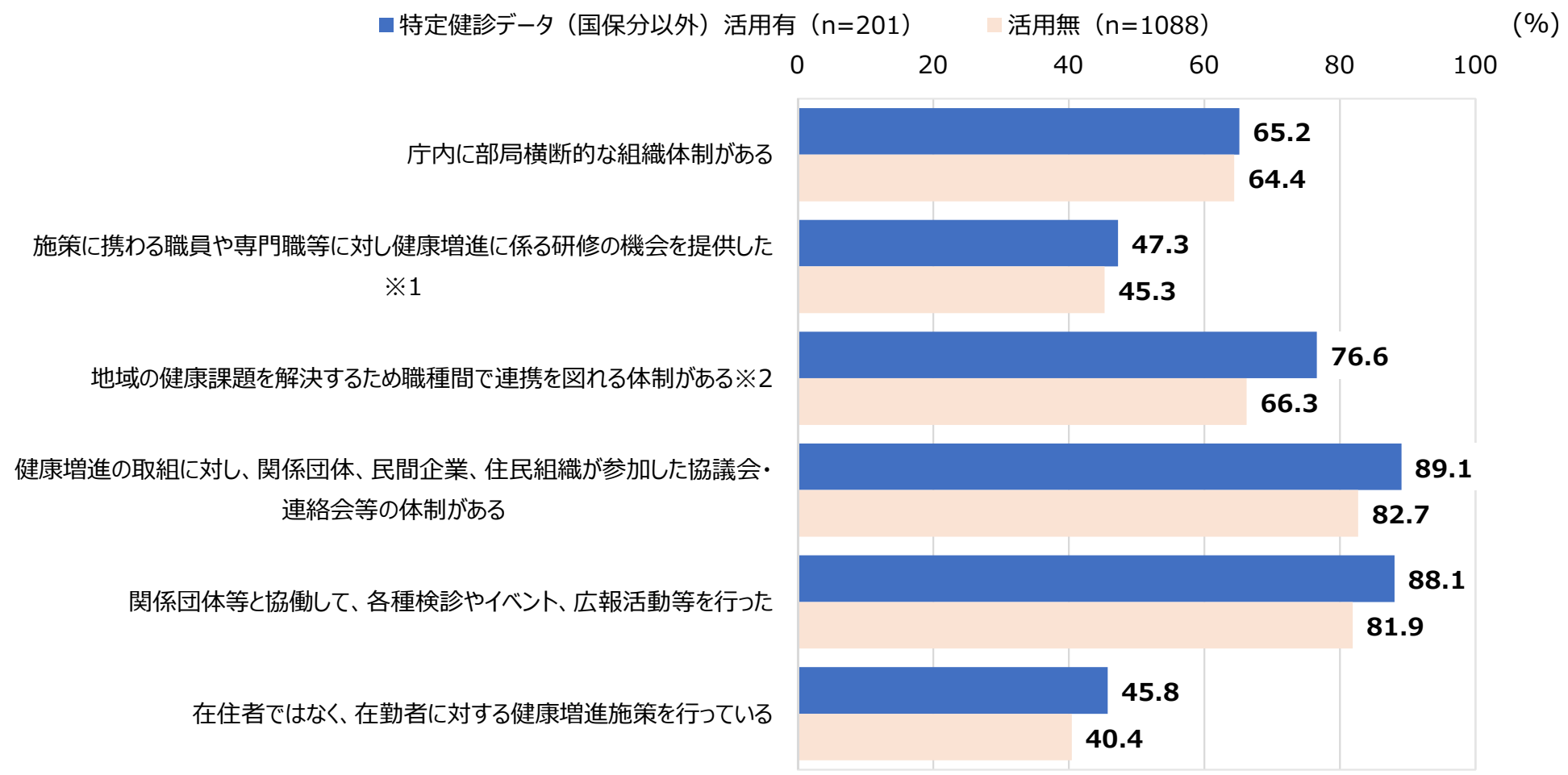




- 計画の策定や評価において有識者と連携した市区町村は、そうでない市区町村に比べ、福祉部門、スポーツ部門、まちづくり部門、農林水産部門と連携したと回答した割合が10ポイント以上高かった。
- 計画の策定や評価において外部委託を利用した市区町村は、そうでない市区町村に比べ、医療部門、介護保険部門以外の部門と連携したと回答した割合が10ポイント以上高かった。



○ 在勤者に対する施策を行っているとは回答した割合は、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。



※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

# 今後の調査に向けた意見

- 健康日本21（第二次）最終評価にあたり実施した自治体等の取組状況の評価のための調査について、今後の調査に関して次のとおり意見を頂戴した。
  - 次期計画の評価にあたっての調査では、頂戴した意見を踏まえて調査設計を行う。
- 
- **（意見）** 健康増進の取組状況については、自治体の取組のほか、被用者保険の保険者や企業の取組状況もあわせて把握すべきである。国民、特に働き盛り世代の健康にとって、被用者保険の保険者や企業における健康増進の取組は大きな役割を果たすと考えられるため。
    - **（健康日本21（第二次）最終評価時点）** 健康日本21（第二次）最終評価においては、被用者保険の保険者や企業に対し、個別の調査を実施していない。
    - **（次期計画における評価での対応）** 次期計画の作成・評価においては、地域・職域連携に関連した調査や各省庁で実施される事業所を対象とした調査等を活用することで、国民の健康増進に関わる各主体の取組状況を把握できるように設計する。
  - 健康増進計画の策定と一体的に作成した計画について、特に医療の分野においては、疾病事業が複数領域にわたるため、より詳しく個別の計画に分けて把握すべきである。
    - **（健康日本21（第二次）最終評価時点）** 健康日本21（第二次）最終評価においては、都道府県票では「医療計画」「医療費適正化計画」「がん対策推進計画」「母子保健計画」「歯科口腔保健推進計画」等を選択肢とした。市区町村票では、「特定健康診査等実施計画」「歯科口腔保健推進計画」等を選択肢とした。
    - **（次期計画における評価での対応）** その他に回答のあった計画（「自殺対策計画」「アルコール健康障害対策推進計画」等）を参照しつつ、選択肢を詳細にすることを検討する。
  - 市区町村の調査結果を都道府県に共有する等、評価に用いるだけでなく今後の健康増進の取組の推進に役立てるべきである。
    - **（健康日本21（第二次）最終評価時点）** 都道府県へは、最終評価の参考資料として、都道府県ごとの市区町村の集計結果を共有する予定である。
    - **（次期計画における評価での対応）** 調査回答時に、集計結果だけでなく市区町村の個別の回答を都道府県に共有することを承諾いただくことを検討する。

健康増進計画のご担当者のお名前、所属、連絡先をご記入ください。

都道府県名				
所属・職名				
担当者名				
担当者の職種	1 保健師	2 栄養士	3 事務	4 その他（自由記載）から選択
TEL				
E-mail				

※施策担当部局が他部局である場合等、他部局に照会が必要な場合は、適宜照会の上ご回答ください。

健康日本21（第二次）計画期間である平成25年度～現在の状況について、あてはまるものをお答えください。  
 新型コロナウイルスの影響がある場合は、新型コロナウイルス流行以前の状況を記入してください。

1 都道府県健康増進計画の策定と評価

(1) 健康増進計画を他の計画と一体的に作成しましたが、一体的に作成した計画をすべてお答えください。

「その他」については、その他の具体的な内容をお答えください。

回答欄1 (1)	1 単独で作成した	<input type="checkbox"/>
	2 総合計画	<input type="checkbox"/>
	3 医療計画	<input type="checkbox"/>
	4 医療費適正化計画	<input type="checkbox"/>
	5 介護保険事業支援計画	<input type="checkbox"/>
	6 がん対策推進計画	<input type="checkbox"/>
	7 母子保健計画	<input type="checkbox"/>
	8 歯科口腔保健推進計画	<input type="checkbox"/>
	9 食育推進計画	<input type="checkbox"/>
	10 スポーツ推進計画	<input type="checkbox"/>
	11 その他（労働衛生、職域分野の計画等を含む）	<input type="checkbox"/>

その他の内容

(2) 健康増進計画の評価を行う体制はありますか。

1 ある 2 ない

回答欄1 (2)

(3) これまでに中間評価等の評価を行ったことがありますか。

1 ある 2 ない

回答欄1 (3)

(4) 中間評価等の評価をふまえ、計画の見直しを行いましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (4)

(5) 計画の策定や目標項目の分析・評価に当たって、科学的根拠に基づいた策定等を行うために大学の公衆衛生学教室等、有識者と連携しましたか。（連携とは、分析を行う等、実際に計画の立案に参画していることを指します。評価委員会の委員としての会議出席のみ等、そのとき限りの助言は含みません。）

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (5)

(6) 効果的・効率的な計画策定や評価のため、民間企業等の外部委託を利用しましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (6)

(7) 健康増進計画を策定・評価するためにどのようなデータを用いていますか。用いているデータをすべてお答えください。

「その他」については、その他の具体的な内容をお答えください。

回答欄1 (7)	1 国民健康・栄養調査の都道府県分	<input type="checkbox"/>
	2 健康・栄養調査（独自で実施）	<input type="checkbox"/>
	3 特定健診データ（NDBオープンデータ、被用者保険のデータ等、国保分以外）	<input type="checkbox"/>
	4 特定健診データ（国保分）	<input type="checkbox"/>
	5 保健事業等事業報告	<input type="checkbox"/>
	6 学校保健データ	<input type="checkbox"/>
	7 その他	<input type="checkbox"/>

その他の内容

(8) 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ますか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (8)

(9) 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りますか。

1 ある 2 ない

回答欄1 (9)

(10) 市区町村の計画策定に当たって、都道府県または保健所から市区町村へ、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の技術的援助を行いましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (10)

2 健康増進の推進体制

(1) 庁内に部局横断的な組織体制はありますか。

- 1 ある      2 ない

回答欄2 (1)

(2) 庁内で、健康づくり部門以外の部門と連携して施策を行いましたか。行った場合は、連携している部門をすべてお答えください。

「その他」については、その他の具体的な内容をお答えください。

回答欄2 (2)	1 連携していない	<input type="checkbox"/>
	2 医療部門	<input type="checkbox"/>
	3 介護保険部門	<input type="checkbox"/>
	4 福祉部門	<input type="checkbox"/>
	5 教育部門	<input type="checkbox"/>
	6 スポーツ部門	<input type="checkbox"/>
	7 まちづくり部門	<input type="checkbox"/>
	8 農林水産部門	<input type="checkbox"/>
	9 経済・産業部門	<input type="checkbox"/>
	10 その他	<input type="checkbox"/>

その他の内容

(3) 健康増進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ましたか。

(会議の機会に講演・グループワークを行う等も含む)

- 1 はい      2 いいえ

回答欄2 (3)

(4) 地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等、職種間で連携を図るための会議等を定期的に行っていますか。

- 1 はい      2 いいえ

回答欄2 (4)

(5) 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りますか。

- 1 ある      2 ない

回答欄2 (5)

(6) 関係団体等と協働して、各種検診やイベント、広報活動等を行いましたか。

- 1 はい      2 いいえ

回答欄2 (6)

(7) 在任者ではなく、在勤者に対する健康増進施策を行っていますか。

- 1 はい      2 いいえ

回答欄2 (7)

3 健康増進施策の取組状況

健康日本21（第二次）の次の目標項目に関して、（1）～（3）の質問にご回答ください。

（1）都道府県健康増進計画策定において、重要だと考えた項目はどれですか。最大10項目まで○をつけてください。

（2）計画期間中の取組状況を、目標項目ごと、領域ごとにそれぞれ下記の1～5でお答えください。

- 1 充実した（予算の増額、条例等関係法令の整備、取組内容の見直しや関係機関との連携強化等により、取組の質を向上させた場合等）
- 2 縮小した（予算額の削減、投入する労力の減少のあった場合等）
- 3 変わらない（取組を実施したが、「充実した」、「縮小した」にあてはまらない場合）
- 4 未実施（取組を実施していない場合）
- 5 目標項目として設定していない

（3）今後重点的に取り組みたい領域はどれですか。最大5項目まで○をつけてください。

		回答欄3（1） 計画策定において、重要 だと考えた項目 （最大10項目まで○）	回答欄3（2） 計画期間中の取組状況 （1～5で回答）	回答欄3（3） 今後重点的に取り組みたい 領域（最大5項目まで ○）
<b>健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現</b>				
	① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）			
	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）			
<b>主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底</b>				
(1) がん	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）			
	② がん検診の受診率の向上			
(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）			
	② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）			
	③ 脂質異常症の減少			
	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			
	⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上			
(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			
	② 治療継続者の割合の増加			
	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）			
	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の該当者及び予備群の減少（再掲）			
	⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）			
(4) COPD	① COPDの認知度の向上			
<b>社会生活を営むために必要な機能の維持・向上</b>				
(1) こころの健康	① 自殺者の減少（人口10万人当たり）			
	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			
	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			
	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			
(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			
	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			
(3) 高齢者の健康	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			
	① 介護保険サービス利用者の増加の抑制			
	② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上			
	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）				
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>健康を支え、守るための社会環境の整備</b>				
	① 地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると国国民の割合の増加）			
	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			
	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			
	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			
	⑤ 健康格差対策に取り組み自治体の増加（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>生活習慣及び社会環境の改善に関する目標</b>				
(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）			
	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			
	イ 食塩摂取量の減少			
	ウ 野菜と果物の摂取量の増加			
(2) 身体活動・運動	③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）			
	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			
(3) 休養	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			
	① 日常生活における歩数の増加			
(4) 飲酒	② 運動習慣者の割合の増加			
	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			
(5) 喫煙	① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少			
	② 過労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少			
	① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少			
	② 未成年者の飲酒をなくす			
	③ 妊娠中の飲酒をなくす			
	① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）			
	② 未成年者の喫煙をなくす			
	③ 妊娠中の喫煙をなくす			
	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			

(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）				
	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				
	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				
	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				
	イ 12歳児の一人平均う蝕数が1.0歯未満である都道府県の増加				
	⑤ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加				

(4) 健康日本21（第二次）に示された目標項目以外に、独自に設定した項目があれば、その内容と理由をお答えください。（複数回答可）

① 独自に設定した項目の内容	
② 上記の項目を採用した理由	

(5) 健康日本21（第二次）の目標項目や独自に設定した項目に対して、都道府県として特に力を入れて実施した取組があれば、どの目標項目に対して、どのように取り組んだかを具体的にお答えください。（複数回答可）

--

(6) 健康日本21（第二次）の目標項目や独自に設定した項目に対して、管内市区町村のユニークな取組があれば、どの目標項目に対して、どのように取り組んだかを具体的にお答えください。（複数回答可）

--

(7) 次期健康増進計画策定に当たり、特に力を入れるべき健康づくりの分野※があれば、その内容と理由をお答えください。（複数回答可）

※健康日本21（第二次）で目標に設定されている領域以外の分野も含む。

① 特に力を入れるべき健康づくりの分野	
② その理由	

#### 4 次期計画策定に向けた課題等

(1) 第二次計画期間中、健康増進の取り組みを進めるに当たって、課題と感じたことや改善点があれば、その内容をお答えください。（複数回答可）

--

(2) 次期健康増進計画策定に当たり、国に求める支援があればお答えください。（複数回答可）

（技術的支援、財政的支援等具体的に）

--

(3) 健康増進施策を進める上で、平成12年の健康日本21（第一次）策定以降の健康づくり運動計画は、全体としてどのように役立ちましたか。※

また今後の健康づくり運動計画はどうあるべきでしょうか。その他、ご自由にご意見をご記載ください。

※国民の意識改革に役立った、健康観の変化に繋がった、社会環境整備が進んだ、健康格差対策を意識するようになった、指標をモニタリングし評価するようになった、政策全体の中で健康づくりの優先度が上がった等

--

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

健康増進計画のご担当者のお名前、所属、連絡先をご記入ください。

都道府県名							
市区町村名							
所属・職名							
担当者名							
担当者の職種	1 保健師	2 栄養士	3 事務	4 その他（自由記載）	から選択	回答	その他の内容
TEL							
E-mail							

※施策担当部局が他部局である場合等、他部局に照会が必要な場合は、適宜照会の上ご回答ください。

健康日本21（第二次）計画期間である平成25年度～現在の状況について、あてはまるものをお答えください。  
 新型コロナウイルスの影響がある場合は、新型コロナウイルス流行以前の状況を記入してください。

1 健康格差の把握

(1) 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ますか。

- 1 はい 2 いいえ

回答欄1 (1)	
----------	--

(2) 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ますか。

- 1 はい 2 いいえ

回答欄1 (2)	
----------	--

2 市町村健康増進計画の策定と評価（※特別区におかれましては特別区の健康増進計画についてお答えください。以下同様。）

(1) ①市町村健康増進計画を作成していますか。

- 1 はい 2 いいえ

回答欄2 (1) ①	
------------	--

②「いいえ」の場合は、計画を作成していない理由をお答えください。

回答欄2 (1) ②	
------------	--

2 (1) ①で「いいえ」を回答した市区町村は、質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

2 (1) ①で「はい」と回答した市区町村は、2 (2) にお進みください。



(2) 健康増進計画を他の計画と一体的に作成しましたか。一体的に作成した計画をすべてお答えください。  
 「その他」については、その他の具体的な内容をお答えください。

回答欄2 (2)	1 単独で作成した	<input type="checkbox"/>
	2 総合計画	<input type="checkbox"/>
	3 特定健康診査等実施計画	<input type="checkbox"/>
	4 介護保険事業計画	<input type="checkbox"/>
	5 歯科口腔保健推進計画	<input type="checkbox"/>
	6 食育推進計画	<input type="checkbox"/>
	7 スポーツ推進計画	<input type="checkbox"/>
	8 その他（労働衛生、職域分野の計画等を含む）	<input type="checkbox"/>

その他の内容

(3) ①作成した計画を市区町村のホームページで公開していますか。  
 1 はい 2 いいえ

回答欄2 (3) ①

②「はい」の場合は、計画を公開しているURLをお答えください。（例： [https://www....](https://www.)）

回答欄2 (3) ②

(4) 健康増進計画の評価を行う体制はありますか。  
 1 ある 2 ない

回答欄2 (4)

(5) これまでに中間評価等の評価を行ったことがありますか。  
 1 ある 2 ない

回答欄2 (5)

(6) 中間評価等の評価をふまえ、計画の見直しを行いましたか。  
 1 はい 2 いいえ

回答欄2 (6)

(7) 計画の策定や目標項目の分析・評価に当たって、科学的根拠に基づいた策定等を行うために大学の公衆衛生学教室等、有識者と連携しましたか。（連携とは、分析を行う等、実際に計画の立案に参画していることを指します。評価委員会の委員としての会議出席のみ等、そのとき限りの助言は含みません。）

回答欄2 (7)

1 はい 2 いいえ

(8) 効果的・効率的な計画策定や評価のため、民間企業等に外部委託を行いましたか。  
 1 はい 2 いいえ

回答欄2 (8)

(9) 健康増進計画を策定・評価するためにどのようなデータを用いていますか。用いているデータソースをすべてお答えください。  
 「その他」については、その他の具体的な内容をお答えください。

回答欄2 (9)	1 都道府県による健康・栄養調査の市区町村分	<input type="checkbox"/>
	2 健康・栄養調査（独自で実施）	<input type="checkbox"/>
	3 特定健診データ（協会けんぽ、共済組合のデータ等、国保分以外）	<input type="checkbox"/>
	4 特定健診データ（国保分）	<input type="checkbox"/>
	5 保健事業等事業報告	<input type="checkbox"/>
	6 学校保健データ	<input type="checkbox"/>
	7 その他	<input type="checkbox"/>

その他の内容

(10) 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りますか。  
 1 ある 2 ない

回答欄2 (10)

(11) 市区町村の計画策定に当たって、都道府県または保健所から市区町村へ、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の有用な支援がありましたか。  
 1 はい 2 いいえ

回答欄2 (11)

### 3 健康増進の推進体制

(1) 庁内に部局横断的な組織体制はありますか。  
 1 ある 2 ない

回答欄3 (1)

(2) 庁内で、健康づくり部門以外の部門と連携して施策を行いましたか。行った場合は、連携している部門をすべてお答えください。  
 「その他」については、その他の具体的な内容をお答えください。

回答欄3 (2)	1 連携していない	<input type="checkbox"/>
	2 医療部門	<input type="checkbox"/>
	3 介護保険部門	<input type="checkbox"/>
	4 福祉部門	<input type="checkbox"/>
	5 教育部門	<input type="checkbox"/>
	6 スポーツ部門	<input type="checkbox"/>
	7 まちづくり部門	<input type="checkbox"/>
	8 農林水産部門	<input type="checkbox"/>
	9 経済・産業部門	<input type="checkbox"/>
	10 その他	<input type="checkbox"/>

その他の内容

(3) 健康増進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ましたか。  
 （会議の機会に講演・グループワークを行う等も含む）

回答欄3 (3)

1 はい 2 いいえ

(4) 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りますか。（例えば、地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等）

回答欄3 (4)

1 ある 2 ない

(5) 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りますか。

回答欄3 (5)

1 ある 2 ない

(6) 関係団体等と協働して、各種検診やイベント、広報活動等を行いましたか。

回答欄3 (6)

1 はい 2 いいえ

(7) 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ますか。

回答欄3 (7)

1 はい 2 いいえ

4 健康増進施策の取組状況

健康日本21（第二次）の次の目標項目に関して、（1）～（3）の質問にご回答ください。

（1）市町村健康増進計画の目標として設定した項目はどれですか。設定した項目すべてに○をつけてください。

（2）（1）で○をつけた項目を改善するための取組について、計画期間中の取組状況を、目標項目ごと、領域ごとにそれぞれ下記の1～4でお答えください。

- 1 充実した（予算の増額、条例等関係法令の整備、取組内容の見直しや関係機関との連携強化等により、取組の質を向上させた場合等）
- 2 縮小した（予算額の削減、投入する労力の減少のあった場合等）
- 3 変わらない（取組を実施したが、「充実した」、「縮小した」にあてはまらない場合）
- 4 未実施（取組を実施していない場合）

（3）今後重点的に取り組みたい領域はどれですか。最大5項目まで○をつけてください。

		回答欄4（1） 目標として設定した項目 （当てはまる項目すべてに ○）	回答欄4（2） 計画期間中の取組状況 （1～4で回答）	回答欄4（3） 今後重点的に取り組みたい 領域（最大5項目まで ○）
<b>健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現</b>				
① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）				
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）				
<b>主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底</b>				
(1) がん	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）			
	② がん検診の受診率の向上			
(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）			
	② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）			
	③ 脂質異常症の減少			
	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			
	⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上			
(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			
	② 治療継続者の割合の増加			
	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）			
	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の該当者及び予備群の減少（再掲）			
	⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）			
(4) COPD	① COPDの認知度の向上			
<b>社会生活を営むために必要な機能の維持・向上</b>				
(1) こころの健康	① 自殺者の減少（人口10万人当たり）			
	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			
	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			
	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			
(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			
	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			
(3) 高齢者の健康	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			
	① 介護保険サービス利用者の増加の抑制			
	② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上			
	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）				
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>健康を支え、守るための社会環境の整備</b>				
① 地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）				
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				
③ 健康づくりに関する活動に組み込み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加				
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				
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>生活習慣及び社会環境の改善に関する目標</b>				
(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）			
	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			
	イ 食塩摂取量の減少			
	ウ 野菜と果物の摂取量の増加			
(2) 身体活動・運動	③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）			
	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			
(3) 休養	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			
	① 日常生活における歩数の増加			
(4) 飲酒	② 運動習慣者の割合の増加			
	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			
(5) 喫煙	① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少			
	② 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少			
	① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少			
(5) 喫煙	② 未成年者の飲酒をなくす			
	③ 妊娠中の飲酒をなくす			
	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			
	① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）			
(5) 喫煙	② 未成年者の喫煙をなくす			
	③ 妊娠中の喫煙をなくす			

(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）				
	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				
	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				
	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					
イ 12歳児の一人平均う蝕数が1.0歯未満である都道府県の増加					
⑤ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加					

(4) 健康日本21（第二次）に示された目標項目以外に、独自に設定した項目があれば、その内容と理由をお答えください。（複数回答可）

① 独自に設定した項目の内容	
② 上記の項目を採用した理由	

(5) 健康日本21（第二次）の目標項目や独自に設定した項目に対して、特に力を入れて実施した取組があれば、どの目標項目に対して、どのように取り組んだかを具体的にお答えください。（複数回答可）

--

(6) 次期健康増進計画策定に当たり、特に力を入れるべき健康づくりの分野※があれば、その内容と理由をお答えください。（複数回答可）

※健康日本21（第二次）で目標に設定されている領域以外の分野も含む。

① 特に力を入れるべき健康づくりの分野	
② その理由	

5 次期計画策定に向けた課題等

(1) 第二次計画期間中、健康増進の取り組みを進めるに当たって、課題と感じたことや改善点があれば、その内容をお答えください。（複数回答可）

--

(2) 次期健康増進計画策定に当たり、国に求める支援があればお答えください。（複数回答可）

（技術的支援、財政的支援等具体的に）

--

(3) 健康増進施策を進める上で、平成12年の健康日本21（第一次）策定以降の健康づくり運動計画は、全体としてどのように役立ちましたか。※

また今後の健康づくり運動計画はどうあるべきでしょうか。その他、ご自由にご意見をご記載ください。

※国民の意識改革に役に立った、健康観の変化に繋がった、社会環境整備が進んだ、健康格差対策を意識するようになった、指標をモニタリングし評価するようになった、政策全体の中で健康づくりの優先度が上がった等

--

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

健康増進計画のご担当者のお名前、所属、連絡先をご記入ください。

団体名			
所属・職名			
担当者名			
担当者の職種	1 保健師 2 栄養士 3 事務 4 その他（自由記載）から選択	回答	その他の内容
TEL			
E-mail			

※他部署に照会が必要な場合は、適宜照会の上ご回答ください。

健康日本21（第二次）計画期間である平成25年度～現在の状況について、あてはまるものをお答えください。

新型コロナウイルスの影響がある場合は、新型コロナウイルス流行以前の状況を記入してください。

1 健康日本21（第二次）の推進体制

(1) ①健康日本21（第二次）を推進する体制がありますか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (1) ① 選択してください

②「いいえ」の場合は、今後健康づくり運動を体制を整備する予定がありますか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (1) ② 選択してください

③「いいえ」の場合、その理由をお答えください。

回答欄1 (1) ③	
------------	--

(2) 年度ごとに計画を立てて取組を行いましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (2) 選択してください

(3) ①取組の評価を行いましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (3) ① 選択してください

②「いいえ」の場合、その理由をお答えください。

回答欄1 (3) ②	
------------	--

(4) ①他の機関や団体と連携を図りましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (4) ① 選択してください

②「はい」の場合、どのような内容について連携を図ったかお答えください。

回答欄1 (4) ②	
------------	--

(5) ①団体のホームページなどで取組を公表しましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (5) ① 選択してください

②「はい」の場合、ホームページで公開していれば、公開しているURLをお答えください。（例： <https://www...>）

回答欄2 (5) ②	
------------	--

2 健康日本21（第二次）の推進に関する取組状況

(1) 健康日本21（第二次）の次の目標項目のうち、第二次の計画期間中に取組を実施した項目はどれですか。当てはまるものをすべて選択してください。

※ 健康日本21（第二次）に示された目標項目以外については、(2)でお答えください。

		回答欄2 (1) 計画期間中に取組を実施した項目 (当てはまる項目すべてに○)
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（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）	
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	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） ② がん検診の受診率の向上	
(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） ② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） ③ 脂質異常症の減少 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 ⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	
(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 ② 治療継続者の割合の増加 ③ 血糖コントロール目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） 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の該当者及び予備群の減少（再掲） ⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	
(4) COPD	① COPDの認知度の向上	
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（人口10万人当たり） 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 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 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	
(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 イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 ② 適正体重の子どもの増加 ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 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 ② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 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） 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）	
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（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 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 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 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）	
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） 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 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） 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 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	
(2) 身体活動・運動	① 日常生活における歩数の増加 ② 運動習慣者の割合の増加 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	
(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 ② 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	
(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（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少 ② 未成年者の飲酒をなくす ③ 妊娠中の飲酒をなくす	
(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） ② 未成年者の喫煙をなくす ③ 妊娠中の喫煙をなくす 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	

(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）	
	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 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 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 イ 12歳児の一人平均歯数が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	

(2) 健康日本21（第二次）に示された目標項目以外に、独自に設定した目標があれば、その内容と理由をお答えください。（複数回答可）

① 独自に設定した項目の内容	
② 上記の項目を採用した理由	

(3) 健康日本21（第二次）の目標項目や独自に設定した目標に対して、特に力を入れて実施した取組があれば、どの目標項目に対して、どのように取り組んだかを具体的にお答えください。（複数回答可）

--

(4) ①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ちましたか。

- 1 はい      2 いいえ

回答欄2 (4) ① 選択してください

②「はい」の場合は、どのような情報が役に立ったかお答えください。（複数回答可）

回答欄3 (4) ②	
------------	--

3 次期健康づくり運動に向けた課題等

(1) 健康日本21（第二次）の次の領域のうち、今後重点的に推進したい領域はどれですか。当てはまるものを選択してください。（最大5項目まで○をつける）

※ 健康日本21（第二次）に示された目標項目以外については、(2)でお答えください。

回答欄3（1） 今後重点的に取り組みたい領域 （最大5項目まで○）	
健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現	
主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	
(1) がん	
(2) 循環器疾患	
(3) 糖尿病	
(4) COPD	
社会生活を営むために必要な機能の維持・向上	
(1) こころの健康	
(2) 次世代の健康	
(3) 高齢者の健康	
健康を支え、守るための社会環境の整備	
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	
(2) 身体活動・運動	
(3) 休養	
(4) 飲酒	
(5) 喫煙	
(6) 歯・口腔の健康	

(2) 次期健康づくり運動において、特に力を入れるべきだと考えられる健康づくりの分野があれば、その内容と理由をお答えください。（複数回答可）

※ 健康日本21（第二次）で目標に設定されている領域以外の分野も含む。

① 特に力を入れるべき健康づくりの分野	
② その理由	

(3) 次期健康づくり運動に向けての改善点や課題など、健康日本21（第二次）の計画期間中に取組を行う上で気づいたことがあれば、その内容をお答えください。（複数回答可）

--

(4) 今後健康づくり運動の推進に関する取組を行う上で、だれから、どのような支援が必要ですか。（複数回答可）

--

(5) 平成12年の健康日本21（第一次）策定以降の健康づくり運動は、全体としてどのように役立ちましたか。※

また今後の健康づくり運動はどうあるべきでしょうか。その他、ご自由にご意見をご記載ください。

※ 国民の意識改革に役に立った、健康観の変化に繋がった、社会環境整備が進んだ、健康格差対策を意識するようになった、指標をモニタリングし評価するようになった等

※ 健康日本21（第二次）の推進に参画して、団体として活性化につながった、団体としてメリットがあった等ございましたら、そうした事例についてもご記載ください。

--

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

(参考)

### 健康日本21推進全国連絡協議会 会員団体一覧

		(令和3年9月1日付)	
NO.	団体(組織)名	NO.	団体(組織)名
1	公益社団法人 アルコール健康医学協会	73	一般社団法人 日本健康生活推進協会
2	一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会	74	一般財団法人 日本健康増進財団
3	一般財団法人 医療情報健康財団	75	一般財団法人 日本健診財団
4	一般財団法人 ウェルネスアカデミー	76	一般財団法人 日本コアコンディショニング協会
5	一般社団法人 栄養改善普及会	77	一般社団法人 日本口腔衛生学会
6	NPO法人 NSCAジャパン	78	一般社団法人 日本公衆衛生学会
7	一般財団法人 MOA健康科学センター	79	一般社団法人 日本公衆衛生看護学会
8	公益財団法人 がん研究振興財団	80	一般財団法人 日本公衆衛生協会
9	NPO法人 禁煙ネット	81	日本行動医学会
10	公益財団法人 結核予防会	82	NPO法人 日本呼吸器障害者情報センター
11	NPO法人 健康寿命増進機構	83	公益社団法人 日本サウナ・スパ協会
12	公益財団法人 健康・体力づくり事業財団	84	一般社団法人 日本作業療法士協会
13	健康の駅推進機構	85	一般社団法人 日本産業保健師会
14	健康保険組合連合会	86	公益社団法人 日本3B体操協会
15	公益社団法人 国民健康保険中央会	87	公益社団法人 日本産婦人科医会
16	医療法人社団 こころとからだの元気プラザ	88	NPO法人 日本Gボール協会
17	公益財団法人 骨粗鬆症財団	89	公益社団法人 日本歯科医師会
18	公益財団法人 笹川スポーツ財団	90	公益社団法人 日本歯科衛生士会
19	一般社団法人 Jミルク	91	一般財団法人 日本自転車普及協会
20	一般社団法人 実践体育学体操三井島システム	92	一般社団法人 日本循環器病予防学会
21	NPO法人 ジュース	93	公益財団法人 日本障がい者スポーツ協会
22	一般財団法人 食品産業センター	94	公益社団法人 日本小児保健協会
23	食品産業中央協議会	95	NPO法人 日本食育協会
24	公益社団法人 スポーツ健康産業団体連合会	96	一般財団法人 日本食生活協会
25	公益財団法人 住友生命健康財団	97	公益社団法人 日本女子体育連盟
26	一般財団法人 船員保険会	98	公益社団法人 日本鍼灸師会
27	全国衛生部長会	99	一般社団法人 日本寝具寝装品協会
28	一般社団法人 全国栄養士養成施設協会	100	公益財団法人 日本心臓財団
29	公益社団法人 全国結核予防婦人団体連絡協議会	101	日本ストレス学会
30	全国健康保険協会	102	NPO法人 日本スポーツ栄養学会
31	社会福祉法人 全国社会福祉協議会	103	公益財団法人 日本スポーツ協会
32	全国商工会連合会	104	公益財団法人 日本スポーツクラブ協会
33	公益社団法人 全国私立保育連盟	105	一般社団法人 日本生活習慣病予防協会
34	公益社団法人 全国スポーツ推進委員連合	106	公益社団法人 日本精神科病院協会
35	公益社団法人 全国大学体育連合	107	一般財団法人 日本成人病予防会
36	公益社団法人 全国調理師養成施設協会	108	NPO法人 日本成人病予防協会
37	全国保健師長会	109	一般社団法人 日本総合健診医学会
38	全国保健所長会	110	一般社団法人 日本体育・スポーツ・健康学会
39	公益財団法人 全国老人クラブ連合会	111	公益財団法人 日本対がん協会
40	公益社団法人 全国老人保健施設協会	112	一般財団法人 日本退職公務員連盟
41	公益社団法人 全国労働衛生団体連合会	113	一般社団法人 日本体力医学会
42	公益社団法人 全日本断酒連盟	114	公益社団法人 日本調理師会
43	公益財団法人 総合健康推進財団	115	公益財団法人 日本糖尿病財団
44	公益財団法人 大樹生命厚生財団	116	NPO法人 日本トレーニング指導者協会
45	公益財団法人 大同生命厚生事業団	117	公益社団法人 日本人間ドック学会
46	公益財団法人 体力づくり指導協会	118	NPO法人 日本人間ドック健診協会
47	一般社団法人 タバコ問題情報センター	119	一般財団法人 日本農村医学研究会
48	公益社団法人 地域医療振興協会	120	公益社団法人 日本フィットネス協会
49	NPO法人 地球足もみ健康法実践普及協会	121	一般社団法人 日本フィットネス産業協会
50	中央労働災害防止協会	122	公益社団法人 日本ボディビル・フィットネス連盟
51	公益財団法人 長寿科学振興財団	123	公益社団法人 日本薬剤師会
52	一般財団法人 長寿社会開発センター	124	一般財団法人 日本予防医学協会
53	一般財団法人 東京顕微鏡院	125	公益財団法人 日本リウマチ財団
54	公益社団法人 日本医師会	126	公益社団法人 日本理学療法士協会
55	一般社団法人 日本ウオーキング協会	127	一般社団法人 日本臨床スポーツ医学会
56	日本運動疫学会	128	一般社団法人 日本臨床内科医会
57	NPO法人 日本運動療法推進機構	129	公益財団法人 日本レクリエーション協会
58	公益社団法人 日本エアロビック連盟	130	日本労働組合総連合会
59	公益社団法人 日本栄養士会	131	公益財団法人 8020推進財団
60	一般社団法人 日本家族計画協会	132	公益財団法人 パブリックヘルスリサーチセンター
61	公益財団法人 日本学校保健会	133	NPO法人 フレンドリー情報センター
62	公益社団法人 日本看護協会	134	公益社団法人 米穀安定供給確保支援機構
63	一般財団法人 日本がん知識普及協会	135	NPO法人 ヘルスマネジメントあおぞら
64	日本禁煙科学会	136	公益財団法人 北陸体力科学研究所
65	一般社団法人 日本禁煙学会	137	一般財団法人 保健福祉広報協会
66	日本禁煙推進医師歯科医師連盟	138	公益社団法人 母子保健推進会議
67	公益財団法人 日本ゲートボール連合	139	公益財団法人 明治安田厚生事業団
68	NPO法人 日本健康運動指導士会	140	一般社団法人 メディカル・フィットネス協会
69	一般財団法人 日本健康開発財団	141	公益財団法人 メンタルヘルス岡本記念財団
70	一般社団法人 日本健康倶楽部	142	公益財団法人 予防医学事業中央会
71	一般社団法人 日本健康心理学会		
72	公益財団法人 日本健康スポーツ連盟		

以上、50音順



## 健康日本21（第二次）に関連する法律・計画等の概要

## 目次

- 医療計画 . . . . . P2～3
- 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（第3次） . . . . . P4～5
- 特定健診・特定保健指導の概要 . . . . . P6
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 . . . . . P7～10
- 介護保険事業（支援）計画（第7期～第8期） . . . . . P11～13
- がん対策基本法及び第3期がん対策推進基本計画 . . . . . P14～15
- 循環器対策基本法及び循環器対策推進基本計画 . . . . . P16～17
- 自殺対策基本法及び自殺対策大綱 . . . . . P18～19
- 被保護者健康管理支援事業 . . . . . P
- 成育基本法及び成育医療等基本方針 . . . . . P20～21
- 健やか親子21（第2次） . . . . . P22～23
- 第4次食育推進基本計画 . . . . . P24
- 第3期スポーツ基本計画 . . . . . P25～26
- 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（第2期） . . . . . P27～29
- 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 . . . . . P30
- 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） . P31
- 労働者の心の健康の保持推進のための指針 . . . . . P32

# 医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

## 計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）

## 記載事項(主なもの)

### ○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

#### 二次医療圏

**335医療圏**（令和3年10月現在）

##### 【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

#### 三次医療圏

**52医療圏**（令和3年10月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

##### 【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

### ○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。

### ○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）。

6事業(\*)…5つの事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）、新興感染症等）。

(\*) 令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（PDCAサイクルの推進）。

### ○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定（3年ごとに計画を見直し）
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

### ○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

# 第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）

令和3年6月18日  
第8次医療計画等に関する検討会資料（一部改）

国

都道府県

		医療計画	新興感染症	地域医療構想	医師確保計画	外来医療計画
R3 [2021]	4～6月	医療部会（6/3）				外来機能報告等に関するWG開催
	7～9月	第8次医療計画等に関する検討会 開催				
	10～12月			地域医療構想及び医師確保計画に関するWG開催		外来機能報告等に関する取りまとめ
	1～3月	<ul style="list-style-type: none"> <li>総論（医療圏、基準病床数等）</li> <li>各論（5疾病、6事業、在宅等）</li> </ul> について各検討会等での議論の報告	感染症対策に関する検討の場と連携しつつ議論	地域医療構想の推進	ガイドライン改正に向けた検討	ガイドライン改正に向けた検討
R4 [2022]	4～6月					
	7～9月					
	10～12月	報告書取りまとめ（基本方針改正、医療計画作成指針等の改正等）			報告書取りまとめ（ガイドライン改正等）	報告書取りまとめ（ガイドライン改正等）
	1～3月	基本方針改正（告示） 医療計画作成指針等の改正（通知）			ガイドライン改正（通知）	ガイドライン改正（通知）
R5 [2023]	第8次医療計画策定			次期医師確保計画策定	次期外来医療計画策定	
R6 [2024]	第8次医療計画開始			次期医師確保計画開始	次期外来医療計画開始	
R7 [2025]						

# 医療費適正化計画（概要）について

国民の適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国・都道府県は、医療費適正化計画を定めている。

- ▶ 根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律
- ▶ 作成主体 : 国、都道府県
- ▶ 計画期間 : 6年 (第1期:2008-2012年度、第2期:2013-2017年度、第3期:2018-2023年度)
- ▶ 主な記載事項 : ①医療費の見通し (医療費目標)  
②住民の健康の保持の推進に関する目標・取組  
③医療の効率的な提供の推進に関する目標・取組

## 【第3期医療費適正化計画の目標・取組】

	取組	(参考) 数値目標
住民の健康の保持の推進	特定健診・保健指導の実施率	70%以上・45%以上
	メタボの該当者・予備軍	25%減
医療の効率的な提供の推進	たばこ対策、予防接種、重症化予防など	
	後発医薬品の使用割合 医薬品の適正使用	80%以上

## 第1期～第3期医療費適正化計画の目標(国が告示で示しているもの)

	第1期 (H20～24)	第2期 (H25～H29)	第3期 (H30～R5)
<p>住民の健康の保持の推進に関し、達成すべき目標に関する事項 (第8条第4項第1号、第9条第3項第1号)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 特定健康診査の実施率</li> <li>• 特定保健指導の実施率</li> <li>• メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 特定健康診査の実施率</li> <li>• 特定保健指導の実施率</li> <li>• メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率</li> <li>• たばこ対策</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 特定健康診査の実施率</li> <li>• 特定保健指導の実施率</li> <li>• メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率</li> <li>• たばこ対策</li> <li>• 予防接種</li> <li>• 生活習慣病等の重症化予防の推進</li> <li>• その他予防・健康づくりの推進</li> </ul>
<p>医療の効率的な提供の推進に関し、達成すべき目標に関する事項(第8条第4項第2号、第9条第3項第2号)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 療養病床の病床数 ※第1期期間中に行わないこととした</li> <li>• 平均在院日数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 平均在院日数の短縮</li> <li>• 後発医薬品の使用促進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 後発医薬品の使用割合</li> <li>• 医薬品の適正使用</li> </ul>

## 特定健診・特定保健指導の概要

- ▶ 根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律
- ▶ 実施主体 : 医療保険者
- ▶ 対象 : 40歳以上75歳未満の被保険者・被扶養者
- ▶ 内容(健診) : 高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の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を実施。
- ▶ 内容(保健指導) : 健診の結果、健康の保持に努める必要がある者に対して特定保健指導を実施。
- ▶ 実施計画 : 医療保険者は6年ごとに特定健診等実施計画を策定
- ▶ 計画期間 : 第1期(2008～2012年度)、第2期(2013～2017年度)  
第3期(2018年度～2023年度)
- ▶ 項目等 : 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準等

# 第7期介護保険事業（支援）計画に関する基本指針のポイント

## 第7期基本指針のポイント

- 高齢者の自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化の推進
- 「我が事・丸ごと」、地域共生社会の推進
- 平成30年度から同時スタートとなる医療計画等との整合性の確保
- 介護を行う家族への支援や虐待防止対策の推進
- 「介護離職ゼロ」に向けた、介護をしながら仕事を続けることができるようなサービス基盤の整備

## ポイントの概要

### 1 高齢者の自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化の推進

- ・ 介護保険の理念「自立支援・重度化防止」の重要性を追加
- ・ 介護保険制度の立案・運用のPDCAサイクルの推進について新設
- ・ 計画策定時のプロセスに関する記述を具体化する等により充実
- ・ 制度改正を受けて、計画策定後の評価やPDCA推進の重要性を追加
- ・ 制度改正で自治体計画の必須記載事項とされた自立支援・重度化防止に向けた取組と目標の記載を追加
- ・ 都道府県による市町村支援の充実

### 2 「我が事・丸ごと」、地域共生社会の推進

- ・ 地域包括ケアシステムの基本的理念との関係や重要性を追記
- ・ 地域福祉計画との調和に関する記述を充実

### 3 平成30年度から同時スタートとなる医療計画等との整合性の確保

- ・ 基本理念に「医療計画との整合性の確保」を新設
- ・ 協議の場を通して都道府県医療計画との整合性を図る重要性を追加

### 4 介護を行う家族への支援や虐待防止対策の推進

- ・ 家族支援の充実の重要性に関する項目を追加
- ・ 地域包括支援センターにおける相談機能の充実
- ・ 高齢者虐待の防止の重要性に関する項目を追加

### 5 「介護離職ゼロ」に向けた、介護をしながら仕事を続けることができるようなサービス基盤の整備

- ・ 介護離職防止の観点を踏まえたニーズ把握の重要性
- ・ 介護離職の防止に向けた介護支援専門員の資質の向上
- ・ 地域包括支援センターにおける介護離職防止を支えるための相談機能の充実

### 6 その他

- ・ 地域ケア会議のさらなる推進のための項目の新設、充実
- ・ 市町村も人材確保策について記載するよう推奨



# 第7期 介護保険事業(支援)計画 基本指針の構成

## 前文

### 第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

#### 一 地域包括ケアシステムの基本的理念

- 1 自立支援、介護予防・重度化防止の推進
- 2 介護給付等対象サービスの充実・強化
- 3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備
- 4 日常生活を支援する体制の整備
- 5 高齢者の住まいの安定的な確保

#### 二 二千二十五年を見据えた地域包括ケアシステムの構築に向けた目標

#### 三 医療計画との整合性の確保

#### 四 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進

#### 五 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上

#### 六 介護に取り組む家族等への支援の充実

#### 七 認知症施策の推進

#### 八 高齢者虐待の防止等

#### 九 介護サービス情報の公表

#### 十 効果的・効率的な介護給付の推進

#### 十一 都道府県による市町村支援等

#### 十二 市町村相互間の連携

#### 十三 介護保険制度の立案及び運用に関するPDCAサイクルの推進

### 第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

#### 一 市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者等の実態の把握
- 3 市町村介護保険事業計画の作成のための体制の整備
- 4 二千二十五年度の推進及び第七期の目標
- 5 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 6 日常生活圏域の設定
- 7 他の計画との関係
- 8 その他

#### 二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

- 1 日常生活圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組及び目標設定

#### 三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

##### 1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項

- (一)在宅医療・介護連携の推進
- (二)認知症施策の推進
- (三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
- (四)地域ケア会議の推進
- (五)高齢者の居住安定に係る施策との連携

- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策
- 3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策
- 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項
- 5 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項
- 6 市町村独自事業に関する事項
- 7 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項

### 第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

#### 一 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者等の実態の把握
- 3 都道府県介護保険事業支援計画の作成のための体制の整備
- 4 市町村への支援
- 5 平成三十七年度の推計及び第七期の目標
- 6 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 7 老人福祉圏域の設定
- 8 他の計画との関係
- 9 その他

#### 二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項

- 1 老人福祉圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定
- 4 老人福祉圏域を単位とする広域的調整
- 5 市町村介護保険事業計画との整合性の確保

#### 三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項

##### 1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項

- (一)在宅医療・介護連携の推進
- (二)認知症施策の推進
- (三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
- (四)地域ケア会議の推進
- (五)介護予防の推進
- (六)高齢者の居住安定に係る施策との連携

- 2 介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項
- 3 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上に資する事業に関する事項
- 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業に関する事項
- 5 介護サービス情報の公表に関する事項
- 6 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項

### 第四 指針の見直し

#### 別表

# 第8期介護保険事業（支援）計画の基本指針（大臣告示）のポイント

## 1 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備

○2025・2040年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定

※基盤整備を検討する際、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性（病床の機能分化及び連携に伴い生じるサービス必要量に関する整合性の確保）を踏まえる必要がある旨は第7期から記載。

※指定介護療養型医療施設の設置期限（2023年度末）までに確実な転換等を行うための具体的な方策について記載。

※第8期の保険料を見込むに当たっては直近（2020年4月サービス分以降）のデータを用いる必要がある。

## 2 地域共生社会の実現

○地域共生社会の実現に向けた考え方や取組について記載

## 3 介護予防・健康づくり施策の充実・推進（地域支援事業等の効果的な実施）

○一般介護予防事業の推進に関して「PDCAサイクル沿った推進」、「専門職の関与」、「他の事業との連携」について記載

○高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について記載

○自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組みの例示として就労的活動等について記載

○総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を策定

○保険者機能強化推進交付金等を活用した施策の充実・推進について記載。（一般会計による介護予防等に資する独自事業等について記載。）

○在宅医療・介護連携の推進について、看取りや認知症への対応強化等の観点を踏まえて記載

○要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載

○PDCAサイクルに沿った推進にあたり、データの利活用を進めることやそのための環境整備について記載

## 4 有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化

○住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を記載

○整備に当たっては、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を勘案して計画を策定

## 5 認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進

○認知症施策推進大綱に沿って、認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すため、5つの柱に基づき記載。（普及啓発の取組やチームオレンジの設置及び「通いの場」の拡充等について記載。）

○教育等他の分野との連携に関する事項について記載

## 6 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化

○介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載

○介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の具体的な方策を記載

○総合事業等の担い手確保に関する取組の例示としてボランティアポイント制度等について記載

○要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載

○文書負担軽減に向けた具体的な取組を記載

## 7 災害や感染症対策に係る体制整備

○近年の災害発生状況や、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、これらへの備えの重要性について記載

# 第8期 介護保険事業(支援)計画 基本指針の構成

## 前文

### 第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

#### 一 地域包括ケアシステムの基本的理念

- 1 自立支援、介護予防・重度化防止の推進
- 2 介護給付等対象サービスの充実・強化
- 3 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備
- 4 日常生活を支援する体制の整備
- 5 高齢者の住まいの安定的な確保

- 二 二千二十五年及び二千四十年を見据えた目標
- 三 医療計画との整合性の確保
- 四 地域包括ケアシステムの構築を進める地域づくりと地域ケア会議・生活支援体制整備の推進
- 五 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業
- 六 介護に取り組む家族等への支援の充実
- 七 認知症施策の推進
- 八 高齢者虐待の防止等
- 九 介護サービス情報の公表
- 十 効果的・効率的な介護給付の推進
- 十一 都道府県による市町村支援並びに都道府県・市町村間及び市町村相互間の連携
- 十二 介護保険制度の立案及び運用に関するPDCAサイクルの推進
- 十三 保険者機能強化推進交付金等の活用
- 十四 災害・感染症対策に係る体制整備

### 第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項

#### 一 市町村介護保険事業計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者等地域の実態の把握
- 3 市町村介護保険事業計画の作成のための体制の整備
- 4 二千二十五年度及び二千四十年の推計並びに第八期の目標
- 5 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 6 日常生活圏域の設定
- 7 他の計画との関係
- 8 その他

#### 二 市町村介護保険事業計画の基本的記載事項

- 1 日常生活圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 各年度における地域支援事業の量の見込み
- 4 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止への取組及び目標設定

#### 三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のための重点的に取り組むことが必要な事項
  - (一)在宅医療・介護連携の推進
  - (二)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
  - (三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
  - (四)地域ケア会議の推進
  - (五)高齢者の居住安定に係る施策との連携
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策
- 3 各年度における地域支援事業に要する費用の額及びその見込量の確保のための方策
- 4 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項
- 5 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業等に関する事項
- 6 認知症施策の推進
- 7 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数
- 8 地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表に関する事項
- 9 市町村独自事業に関する事項
- 10 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項
- 11 災害に対する備えの検討
- 12 感染症に対する備えの検討

### 第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項

#### 一 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項

- 1 基本理念、達成しようとする目的及び地域の実情に応じた特色の明確化、施策の達成状況の評価等
- 2 要介護者等の実態の把握
- 3 都道府県介護保険事業支援計画の作成のための体制の整備
- 4 市町村への支援
- 5 二千二十五年度及び二千四十年の推計並びに第八期の目標
- 6 目標の達成状況の点検、調査及び評価等並びに公表
- 7 老人福祉圏域の設定
- 8 他の計画との関係
- 9 その他

#### 二 都道府県介護保険事業支援計画の基本的記載事項

- 1 老人福祉圏域
- 2 各年度における介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み
- 3 市町村が行う被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付の適正化への取組への支援に関する取組及び目標設定
- 4 老人福祉圏域を単位とする広域的調整
- 5 市町村介護保険事業計画との整合性の確保

#### 三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項

- 1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項
  - (一)在宅医療・介護連携の推進
  - (二)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
  - (三)生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進
  - (四)地域ケア会議の推進
  - (五)介護予防の推進
  - (六)高齢者の居住安定に係る施策との連携
- 2 介護給付等対象サービスを提供するための施設における生活環境の改善を図るための事業に関する事項
- 3 地域包括ケアシステムを支える人材の確保及び資質の向上並びにその業務の効率化及び質の向上に資する事業に関する事項
- 4 介護給付等対象サービス及び地域支援事業の円滑な提供を図るための事業に関する事項
- 5 認知症施策の推進
- 6 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入居定員総数
- 7 介護サービス情報の公表に関する事項
- 8 療養病床の円滑な転換を図るための事業に関する事項
- 9 災害に対する備えの検討
- 10 感染症に対する備えの検討

## 第四 指針の見直し

### 別表

# 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

令和元年5月22日公布

## 改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

## 改正の概要

- 1. オンライン資格確認の導入【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）、船員保険法】**
  - ・ オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止（告知要求制限）する。
- 2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】**
- 3. NDB、介護DB等の連結解析等【高確法、介護保険法、健康保険法】**
  - ・ 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）と介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備（審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等）を行う（DPCデータベースについても同様の規定を整備）。
- 4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等【高確法、国民健康保険法、介護保険法】**
  - ・ 75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。
- 5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】**
  - (1) 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。
  - (2) 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加する。
- 6. 審査支払機関の機能の強化【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】**
  - (1) 社会保険診療報酬支払基金（支払基金）について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。
  - (2) 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する（支払基金・国保連共通）。
  - (3) 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する（支払基金・国保連共通）。
- 7. その他**
  - ・ 未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消するため、所要の規定を整備する。【国民健康保険法】

## 施行期日

令和2年4月1日（ただし、1については公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日、2は令和元年10月1日、3並びに6(2)及び(3)は令和2年10月1日（一部の規定は令和4年4月1日）、5(2)及び7は公布日、6(1)は令和3年4月1日）

# 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針改定について

令和元年5月に成立した健保法等改正法において、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について規定されたことを踏まえ、令和2年4月1日に「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」が改定された。

## 1. 本指針策定の背景と目的

- ・ 高齢者保健事業に関するこれまでの制度改正等
- ・ 高齢者保健事業と介護予防の一体的な実施の推進
  - 高齢者の身体的・精神的・社会的な特性を踏まえ、一体的実施を推進するための制度改正に係る経緯を追加
- ・ 指針の目的

## 2. 高齢者保健事業の効果的かつ効率的な実施に関する基本事項

- ・ 関係者との連携
  - 高齢者保健事業の実施に当たって、広域連合、市町村、医療関係団体等の連携が重要である旨を明記
- ・ 高齢者保健事業と介護予防の一体的実施
  - 市町村における基本方針の策定や医療専門職の配置など、一体的実施の総論的内容を明記
- ・ 地域の特性に応じた事業運営
- ・ PDCAサイクルに沿った事業運営 等

## 3. 高齢者保健事業の内容

- ・ 健康診査、保健指導、健康教育、健康相談、訪問指導等の実施
- ・ 質問票の活用
  - 高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に把握できるよう質問票を活用する旨を明記
- ・ 通いの場等における高齢者保健事業の実施
  - 通いの場において、支援すべき対象者等を把握し、低栄養状態等の状態に応じた保健指導を行うことや、比較的健康的な高齢者に対しても既存事業等と連携した支援を行うことを明記

## 4. 高齢者保健事業と介護予防の一体的実施のための具体的な取組

- ・ 医療専門職の配置
  - 市町村には次の医療専門職を配置することが重要であることを明記
    - ① 事業全体の企画・調整等を担当する医療専門職
    - ② 高齢者への個別的支援等を行う地域を担当する医療専門職
- ・ KDBシステム等を活用したデータ分析
  - 他の広域連合・市町村との間で、被保険者の医療・介護・健診等情報をKDBを活用して授受できることを明記
- ・ 広域連合・市町村における体制整備
  - 広域連合において域内全体の健康課題の整理等を行うこと、市町村において関係課と連携しつつ、地域課題の分析や取組の進め方の調整を行うことが重要であることを明記
- ・ 中央会・連合会との連携
  - 医療専門職等に対する研修の実施等必要な支援を行うことを明記
- ・ 関係団体等との連携
  - 地域の医療関係団体等との協力が期待されること、事業企画段階から緊密に連携すべきであることを明記
- ・ 都道府県からの支援
  - 一体的実施の推進に当たり都道府県からの支援が重要であることを明記

## 5. データヘルス計画の策定、実施及び評価

## 6. 事業運営上の留意事項

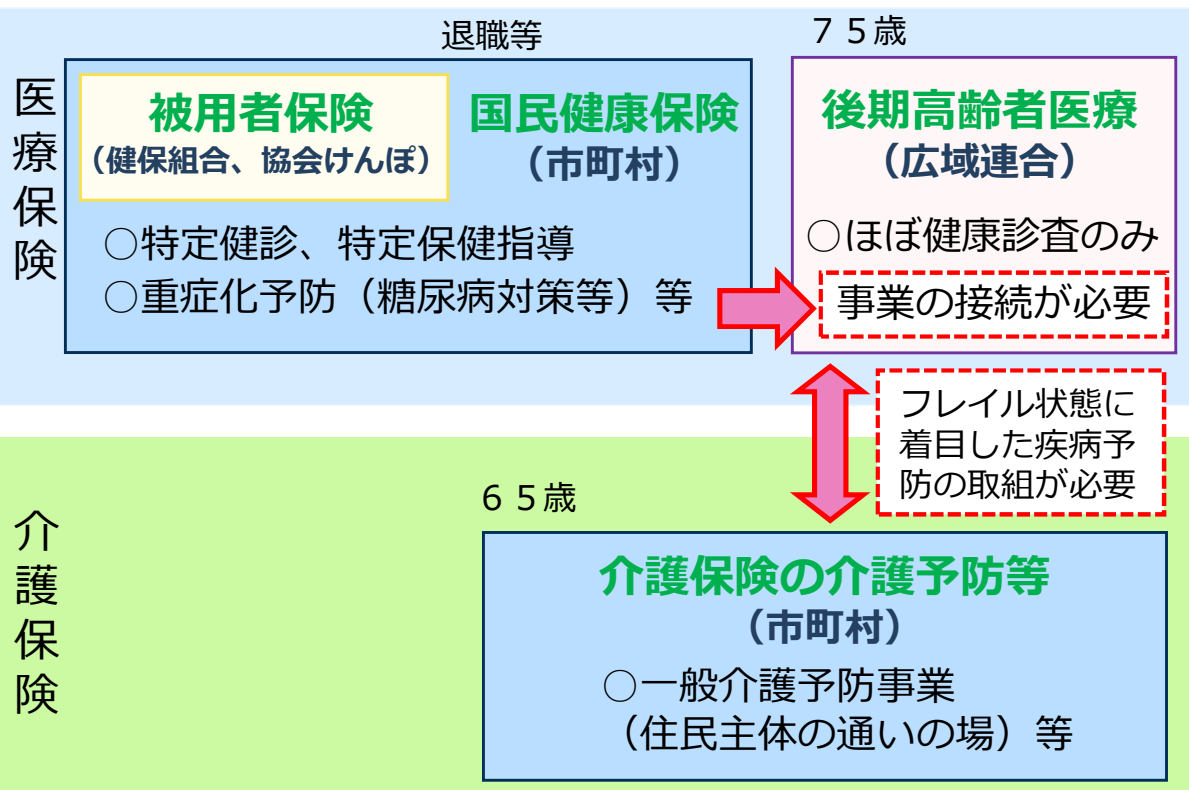
- ・ 高齢者保健事業の担当者
- ・ 実施体制の整備等
- ・ 地域における組織的な取組の推進
- ・ 健康情報の継続的な管理
  - 個人情報保護の観点からの留意事項を明記

# 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

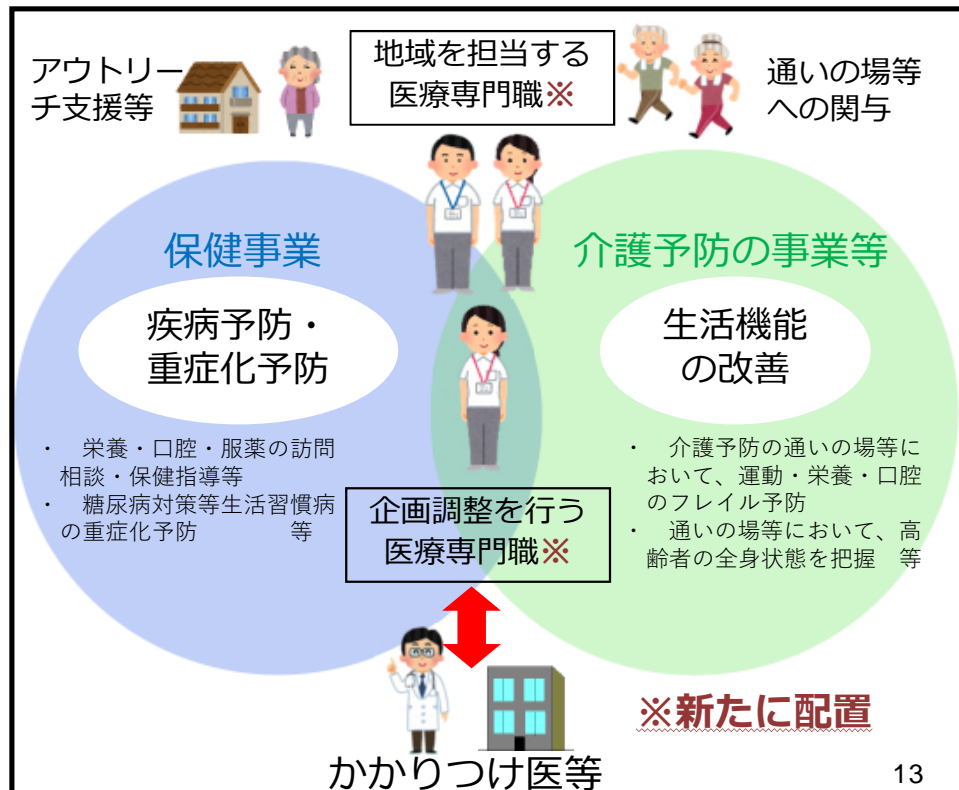
- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組**が**令和2年4月から開始**された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

- 令和3年度の実施計画申請済みの市町村は **793市町村**、全体の**約5割**（令和4年2月現在）。
- 令和4年度から開始予定の市町村は **307市町村**、全体の**6割超**の市町村で実施される予定。
- 令和6年度には **1,552市町村**、全体の**9割弱**の市町村で実施の目途が立っている状況。  
※高齢者医療課調べ（令和3年12月時点・速報値）
- **令和6年度までに全ての市町村**において一体的な実施を展開することを目指す。

## ▼保健事業と介護予防の現状と課題



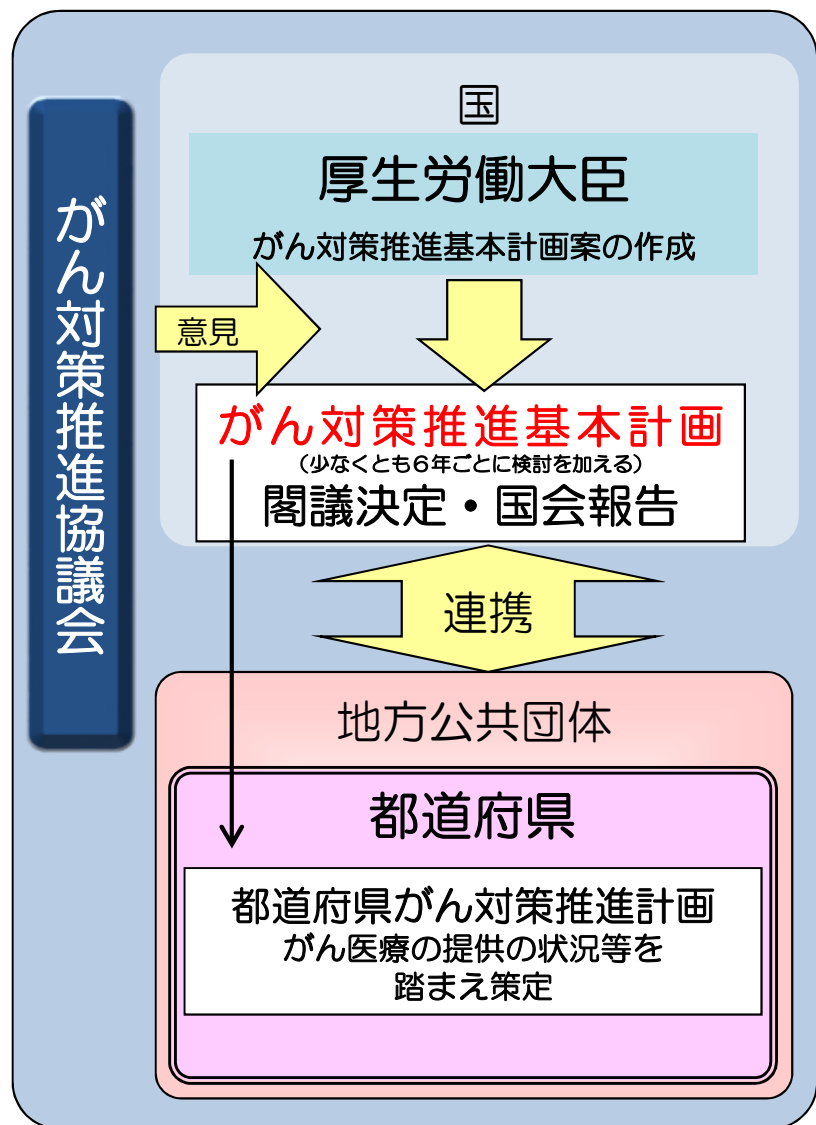
## ▼一体的実施イメージ図



# がん対策基本法 (平成18年法律第98号)

(平成18年6月成立、平成19年4月施行、平成28年12月改正・施行)

## がん対策を総合的かつ計画的に推進



基本的施策

### 第一節：がん予防及び早期発見の推進

- がんの予防の推進
- がん検診の質の向上等

### 第二節：がん医療の均てん化の促進等

- 専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成、医療機関の整備等
- がん患者の療養生活の質の維持向上
- がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等

### 第三節：研究の推進等

- がんに関する研究の促進並びに研究成果の活用
- 罹患している者の少ないがん及び治療が特に困難であるがんに係る研究の促進 等

### 第四節：がん患者の就労等

- がん患者の雇用の継続等
- がん患者における学習と治療との両立
- 民間団体の活動に対する支援

### 第五節：がんに関する教育の推進

- 学校教育等におけるがんに関する教育の推進

国

民

# 第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日閣議決定）（概要）

## 第1 全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ②患者本位のがん医療の実現 ③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

## 第2 分野別施策

### 1. がん予防

- (1)がんの1次予防
- (2)がんの早期発見、がん検診  
(2次予防)

### 2. がん医療の充実

- (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、免疫療法
- (3)チーム医療
- (4)がんのリハビリテーション
- (5)支持療法
- (6)希少がん、難治性がん  
(それぞれのがんの特性に応じた対策)
- (7)小児がん、AYA(※)世代のがん、高齢者のがん  
(※)Adolescent and Young Adult: 思春期と若年成人
- (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

### 3. がんとの共生

- (1)がんと診断された時からの緩和ケア
- (2)相談支援、情報提供
- (3)社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
- (4)がん患者等の就労を含めた社会的な問題
- (5)ライフステージに応じたがん対策

### 4. これらを支える基盤の整備

- (1)がん研究
- (2)人材育成
- (3)がん教育、普及啓発

## 第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 1. 関係者等の連携協力の更なる強化
- 2. 都道府県による計画の策定
- 3. がん患者を含めた国民の努力
- 4. 患者団体等との協力
- 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 6. 目標の達成状況の把握
- 7. 基本計画の見直し



# 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 概要

## 趣旨

平成30年12月14日公布、令和元年12月1日施行

脳卒中、心臓病その他の循環器病が、国民の疾病による死亡・介護の主要な原因になっている現状に鑑み、循環器病予防等に取り組むことで、国民の健康寿命の延伸を図り、医療・介護の負担軽減に資する。

## 概要

### I 基本理念

- 循環器病の予防、循環器病を発症した疑いがある場合における迅速かつ適切な対応の重要性に関する国民の理解と関心を深めること
- 循環器病患者等に対する保健、医療(リハビリテーションを含む)、福祉に係るサービスの提供が、その居住する地域にかかわらず等しく、継続的かつ総合的に行われるようにすること
- 循環器病に関する研究の推進を図るとともに、技術の向上の研究等の成果を提供し、その成果を活用して商品等が開発され、提供されるようにすること

### II 法制上の措置

- 政府は、循環器病対策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

### III 循環器病対策推進基本計画の策定等

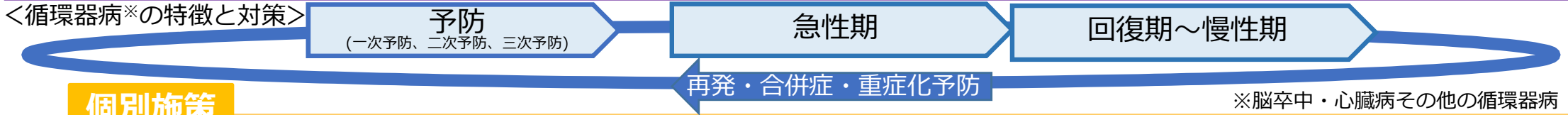
- 政府は「循環器病対策推進協議会」を設置し「循環器病対策推進基本計画」を策定。少なくとも6年ごとに変更を行う。都道府県は「都道府県循環器病対策推進協議会」を設置するよう努め、「都道府県循環器病対策推進計画」を策定。少なくとも6年ごとに変更を行うよう努める。 など

### IV 基本的施策

- ①循環器病の予防等の推進、②循環器病を発症した疑いがある者の搬送及び受入れの実施に係る体制の整備、③医療機関の整備、④循環器病患者等の生活の質の維持向上、⑤保健、医療及び福祉に係る関係機関の連携協力体制の整備、⑥保健、医療又は福祉の業務に従事する者の育成、⑦情報の収集提供体制の整備、⑧研究の促進 など

# 循環器病対策推進基本計画 概要

**全体目標** 「1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」「2. 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」「3. 循環器病の研究推進」に取り組むことにより、2040年までに3年以上の**健康寿命の延伸、年齢調整死亡率の減少**を目指して、予防や医療、福祉サービスまで幅広い**循環器病対策を総合的に推進**する。  
(3年間：2020年度～2022年度)



## 個別施策

【基盤】循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備 ▶ 循環器病の診療情報を収集・活用する公的な枠組み構築

### 1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

○ 循環器病の発症予防及び重症化予防、子どもの頃から国民への循環器病に関する知識(予防や発症早期の対応等)の普及啓発

### 2. 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

- ① 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進 ▶ 特定健康診査・特定保健指導等の普及や実施率向上に向けた取組を推進
- ② 救急搬送体制の整備 ▶ 救急現場から医療機関に、より迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築
- ③ 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築 ▶ 地域の実情に応じた医療提供体制構築
- ④ 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援 ▶ 多職種連携し医療、介護、福祉を提供する地域包括ケアシステム構築の推進
- ⑤ リハビリテーション等の取組 ▶ 急性期～回復期、維持期・生活期等の状態や疾患に応じて提供する等の推進
- ⑥ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援 ▶ 科学的根拠に基づく正しい情報提供、患者が相談できる総合的な取組
- ⑦ 循環器病の緩和ケア ▶ 多職種連携・地域連携の下、適切な緩和ケアを治療の初期段階から推進
- ⑧ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援 ▶ 手足の麻痺・失語症・てんかん・高次脳機能障害等の後遺症に対し支援体制整備
- ⑨ 治療と仕事の両立支援・就労支援 ▶ 患者の状況に応じた治療と仕事の両立支援、就労支援等の取組を推進
- ⑩ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 ▶ 小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行える体制を整備

### 3. 循環器病の研究推進

- 循環器病の病態解明や予防、診断、治療、リハビリテーション等に関する方法に資する研究開発
- ▶ 基礎研究から診断法・治療法等の開発に資する実用化に向けた研究までを産学連携や医工連携を図りつつ推進
  - ▶ 根拠に基づく政策立案のための研究の推進

## 循環器病対策の総合的かつ計画的な推進

- 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化、都道府県による計画の策定、基本計画の評価・見直し 等

健康寿命の延伸・年齢調整死亡率の減少

# 自殺対策基本法の概要（平成18年法律第85号）

最終改正：平成28年法律第11号

## 基本理念（第2条）

- 自殺対策は、生きることの包括的な支援として、全ての人がかげがえのない個人として尊重されるとともに、生きる力を基礎として生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、その妨げとなる諸要因の解消に資するための支援とそれを支えかつ促進するための環境の整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨として、実施されなければならない
- 自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならない

## 自殺予防週間・自殺対策強化月間（第7条）

- 自殺予防週間(9月10日～9月16日)を設け、啓発活動を広く展開
- 自殺対策強化月間(3月)を設け、自殺対策を集中的に展開

## 都道府県自殺対策計画等（第13条）

- 都道府県・市町村は、それぞれ都道府県自殺対策計画・市町村自殺対策計画を定めるものとする

## 基本的施策（第15条～第22条）

- 調査研究等の推進及び体制の整備(第15条)
- 人材の確保等(第16条)
- 心の健康の保持に係る教育及び啓発の推進等(第17条)
- 医療提供体制の整備(第18条)
- 自殺発生回避のための体制の整備等(第19条)
- 自殺未遂者等の支援(第20条)
- 自殺者の親族等の支援(第21条)
- 民間団体の活動の支援(第22条)

## 必要な組織の整備（第25条）

- 政府は、自殺対策を推進するにつき、必要な組織を整備

## 自殺総合対策大綱（第12条）

- 政府は、政府が推進すべき自殺対策の指針として、基本的かつ総合的な自殺対策の大綱(自殺総合対策大綱)を定めなければならない。

## 都道府県・市町村に対する交付金の交付（第14条）

- 国は、都道府県自殺対策計画・市町村自殺対策計画に基づいて当該地域の状況に応じた自殺対策のために必要な事業、その総合的かつ効果的な取組等を実施する都道府県・市町村に対し、交付金を交付

## 自殺総合対策会議（第23～第24条）

- 厚生労働省に、特別の機関として、自殺総合対策会議を置き、次に掲げる事務をつかさどる。
  - ・ 自殺総合対策大綱の案を作成すること。
  - ・ 自殺対策について必要な関係行政機関相互の調整をすること。
  - ・ 上記のほか、自殺対策に関する重要事項について審議し、及び自殺対策の実施を推進すること。
- 会議は、会長及び委員をもって組織し、会長は厚生労働大臣を充て、委員は国務大臣のうちから、内閣総理大臣が指定する者を充てる。

# 「自殺総合対策大綱」（平成29年7月閣議決定）（概要）

- 平成18年に自殺対策基本法が成立。
- 同法に基づく「自殺総合対策大綱」に基づき、自殺対策を推進。

現 行：平成29年7月25日閣議決定  
前 回：平成24年8月28日閣議決定  
前々回：平成19年6月 8日閣議決定

## 第1 自殺総合対策の基本理念

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

- 自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる

阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等  
促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

## 第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

- 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である
- 年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はまだまだ続いている
- 地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する

## 第3 自殺総合対策の基本方針

1. 生きることの包括的な支援として推進する
2. 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む
3. 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

## 第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する
12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する

## 第5 自殺対策の数値目標

- 先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、**平成38年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少**  
(平成27年18.5 ⇒ 13.0以下) ※令和元年15.7

(WHO: 仏15.1(2013)、米13.4(2014)、独12.6(2014)、  
加11.3(2012)、英7.5(2013)、伊7.2(2012))

## 第6 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における計画的な自殺対策の推進
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し

# 成育基本法の概要

- ※ 「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」（平成30年法律第104号）
- ※ 2018年12月14日公布

## 法律の目的

次代の社会を担う成育過程にある者の個人としての尊厳が重んぜられ、その心身の健やかな成育が確保されることが重要な課題となっていること等に鑑み、児童の権利に関する条約の精神にのっとり、成育医療等の提供に関する施策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、保護者及び医療関係者等の責務等を明らかにし、並びに成育医療等基本方針の策定について定めるとともに、成育医療等の提供に関する施策の基本となる事項を定めることにより、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を総合的に推進する。

## 主な内容

- 基本理念
  - ・成育過程にある者の心身の健やかな成育が図られることを保障される権利の尊重
  - ・多様化・高度化する成育過程にある者等の需要に的確に対応した成育医療等の切れ目ない提供
  - ・居住する地域にかかわらず科学的知見に基づく適切な成育医療等の提供
  - ・成育過程にある者等に対する情報の適切な提供、社会的経済的状況にかかわらず安心して子どもを生み、育てることができる環境の整備
- 国、地方公共団体、保護者、医療関係者等の責務
- 関係者相互の連携及び協力
- 法制上の措置等
- 施策の実施の状況の公表（毎年1回）
- 成育医療等基本方針の策定と評価
  - ※閣議決定により策定し、公表する。
  - ※少なくとも6年ごとに見直す
- 基本的施策
  - ・成育過程にある者・妊産婦に対する医療
  - ・成育過程にある者等に対する保健
  - ・成育過程にある者・妊産婦の心身の健康等に関する教育及び普及啓発
  - ・記録の収集等に関する体制の整備等
    - 例：成育過程にある者に対する予防接種等に関する記録
    - 成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報
  - ・調査研究
- 成育医療等協議会の設置
  - ※厚生労働省に設置
  - ※委員は厚生労働大臣が任命
  - ※組織及び運営に関し必要な事項は政令で定める。
- 都道府県の医療計画その他政令で定める計画の作成の際の成育医療等への配慮義務（努力義務）

## 施行日

公布から一年以内の政令で定める日（令和元年12月1日）

# 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 概要

令和3年2月9日閣議決定

## 基本的方向

成育過程にある者等を取り巻く環境が大きく変化している中で、成育医療等の提供に当たっては、医療、保健、教育、福祉などのより幅広い関係分野での取組の推進が必要であることから、各分野における施策の相互連携を図りつつ、その需要に適確に対応し、子どもの権利を尊重した成育医療等が提供されるよう、成育過程にある者等に対して横断的な視点での総合的な取組を推進する。

## 成育医療等の提供に関する施策に関する基本的な事項

### (1) 成育過程にある者及び妊産婦に対する医療

- ①周産期医療等の体制 ▶総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター等の整備を通じた地域の周産期医療体制の確保 等
- ②小児医療等の体制 ▶子どもが地域において休日・夜間を含め、いつでも安心して医療サービスを受けられる小児医療体制の充実 等
- ③その他成育過程にある者に対する専門的医療等 ▶循環器病対策基本法等に基づく循環器病対策の推進 等

### (2) 成育過程にある者等に対する保健

- ①総論 ▶妊娠期から子育て期にわたるまでの様々なニーズに対する地域における相談支援体制の整備の推進 等
- ②妊産婦等への保健施策 ▶産後ケア事業の全国展開等を通じた、成育過程にある者とその保護者等の愛着形成の促進 等
- ③乳幼児期における保健施策 ▶乳幼児健診等による視覚及び聴覚障害や股関節脱臼等の早期発見及び支援体制の整備 等
- ④学童期及び思春期における保健施策 ▶生涯の健康づくりに資する栄養・食生活や運動等の生活習慣の形成のための健康教育の推進 等
- ⑤生涯にわたる保健施策 ▶医療的ケア児等について各関連分野が共通の理解に基づき協働する包括的な支援体制の構築 等
- ⑥子育てや子どもを持つ家庭への支援 ▶地域社会全体で子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくりの推進 等

### (3) 教育及び普及啓発

- ①学校教育及び生涯学習 ▶妊娠・出産等に関する医学的・科学的に正しい知識の普及・啓発の学校教育段階からの推進 等
- ②普及啓発 ▶「健やか親子21（第2次）」を通じた子どもの成長や発達に関する国民全体の理解を深めるための普及啓発の促進 等

### (4) 記録の収集等に関する体制等

- ①予附接種、乳幼児健康診査、学校における健康診断に関する記録の収集、管理・活用等に関する体制、データベースその他の必要な施策 ▶PHR
- ②成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡原因に関する情報の収集、管理・活用等に関する体制、データベースその他の必要な施策 ▶CDR 等

### (5) 調査研究 ▶成育医療等の状況や施策の実施状況等を収集し、その結果を公表・情報発信することによる、政策的対応に向けた検討等

### (6) 災害時等における支援体制の整備 ▶災害時等における授乳の支援や液体ミルク等母子に必要な物資の備蓄及び活用の推進等

### (7) 成育医療等の提供に関する推進体制等 ▶各種施策に関する各地域の優良事例の横展開を通じた各地域の施策の向上 等

## その他の成育医療等の提供に関する施策の推進に関する事項

- ▶国・地方公共団体は、施策の進捗状況や実施体制等を客観的に評価し、必要な見直しにつなげるP D C Aサイクルに基づく取組の適切な実施 等

成育過程にある者等に対する必要となる成育医療等の提供を切れ目なく推進する

# 「健やか親子21」とは

- 関係者が一体となって推進する母子保健の国民運動計画
- 21世紀の母子保健の取組の方向性と目標や指標を示したもの
- 第1次計画(平成13年～平成26年)・第2次計画(平成27年度～)

## 「すべての子どもが健やかに育つ社会」の実現

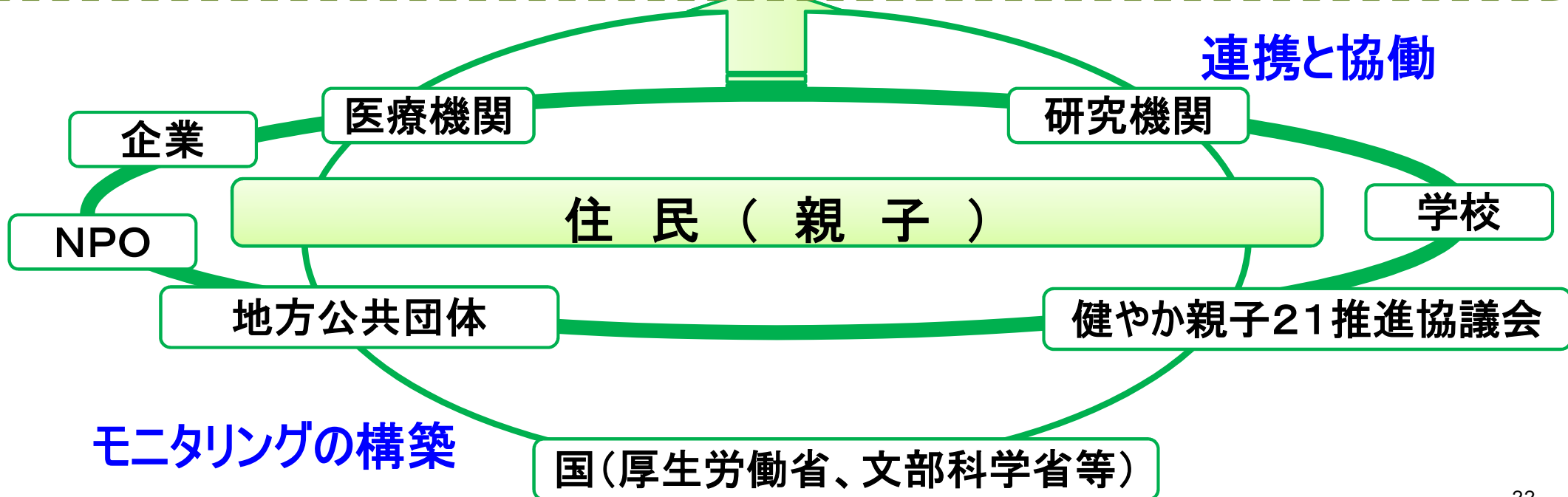
【基盤課題A】  
切れ目ない妊産婦・  
乳幼児への  
保健対策

【基盤課題B】  
学童期・思春期から  
成人期に向けた  
保健対策

【基盤課題C】  
子どもの健やかな  
成長を見守り育む  
地域づくり

【重点課題①】  
育てにくさを感じる  
親に寄り添う支援

【重点課題②】  
妊娠期からの  
児童虐待防止対策



# 健やか親子21(第2次)



すべての子どもが健やかに育つ社会

子育て・健康支援

- 相談相手
- 予防接種
- 不妊
- 少子化
- 健康診査
- 産後うつ
- 低出生体重児

(基盤課題A)  
切れ目ない妊産婦・乳幼児への  
保健対策

(重点課題①)  
育てにくさを感じる  
親に寄り添う支援

(重点課題②)  
妊娠期からの  
児童虐待防止対策

- 性
- 身体活動
- 歯科
- 心の健康
- 食育
- 喫煙飲酒
- 肥満やせ

(基盤課題B)  
学童期・思春期から  
成人期に向けた保健対策

(基盤課題C)  
子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり



# 第4次食育推進基本計画（令和3～7年度）の概要

## 基本的な方針(重点事項)

### <重点事項>

国民の健康の視点  
生涯を通じた心身の健康を支える食育の推進

### <重点事項>

社会・環境・文化の視点  
持続可能な食を支える食育の推進

連携

### <横断的な重点事項>

「新たな日常」やデジタル化に対応した食育の推進

横断的な視点

・ これらをSDGsの観点から相互に連携して総合的に推進

## 食育推進の目標

- ・ 栄養バランスに配慮した食生活の実践
- ・ 産地や生産者への意識
- ・ 学校給食での地場産物を活用した取組等の増加
- ・ 環境に配慮した農林水産物・食品の選択
- 等

## 推進する内容

### 1. 家庭における食育の推進：

- ・ 乳幼児期からの基本的な生活習慣の形成
- ・ 在宅時間を活用した食育の推進

### 2. 学校、保育所等における食育の推進：

- ・ 栄養教諭の一層の配置促進
- ・ 学校給食の地場産物利用促進へ連携・協働

### 3. 地域における食育の推進：

- ・ 健康寿命の延伸につながる食育の推進
- ・ 地域における共食の推進
- ・ 日本型食生活の実践の推進
- ・ 貧困等の状況にある子供に対する食育の推進

### 4. 食育推進運動の展開：食育活動表彰、全国食育推進ネットワークの活用、デジタル化への対応

### 7. 食品の安全性、栄養その他の食生活に関する調査、研究、情報の提供及び国際交流の推進：

- ・ 食品の安全性や栄養等に関する情報提供
- ・ 食品表示の理解促進

### 5. 生産者と消費者との交流促進、環境と調和のとれた農林漁業の活性化等：

- ・ 農林漁業体験や地産地消の推進
- ・ 持続可能な食につながる環境に配慮した消費の推進
- ・ 食品ロス削減を目指した国民運動の展開

### 6. 食文化の継承のための活動への支援等：

- ・ 中核的な人材の育成や郷土料理のデータベース化や国内外への情報発信など、地域の多様な食文化の継承につながる食育の推進
- ・ 学校給食等においても、郷土料理の歴史やゆかり、食材などを学ぶ取組を推進

## 施策の推進に必要な事項

- ①多様な関係者の連携・協働の強化、②地方公共団体による推進計画の作成等とこれに基づく施策の促進等

## 食育基本法

- 食は命の源。食育は生きる上での基本であり、知育・徳育・体育の基礎となるべきものと位置付け。
- 「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できる人間を育てる食育を推進。
- 食育推進会議(会長:農林水産大臣)において食育推進基本計画を策定(平成18・23・28年)
- 地方公共団体には、国の計画を基本として都道府県・市町村の食育推進計画を作成する努力義務

## <食をめぐる現状・課題>

- ・ 生活習慣病の予防
- ・ 高齢化、健康寿命の延伸
- ・ 成人男性の肥満、若い女性の やせ、高齢者の低栄養
- ・ 世帯構造や暮らしの変化
- ・ 農林漁業者や農山漁村人口の高齢化、減少
- ・ 総合食料自給率（加工・加工品）  
38%(令和元年度)
- ・ 地球規模の気候変動の影響の顕在化
- ・ 食品ロス（推計）  
612万トン(平成29年度)
- ・ 地域の伝統的な食文化が失われていくことへの危惧
- ・ 新型コロナによる「新たな日常」への対応
- ・ 社会のデジタル化
- ・ 持続可能な開発目標(SDGs)へのコミットメント



# 第3期スポーツ基本計画（概要）

## 第2期計画期間中の総括

### ① 新型コロナウイルス感染症：

- ▶ 感染拡大により、スポーツ活動が制限

### ② 東京オリンピック・パラリンピック競技大会：

- ▶ 1年延期後、原則無観客の中で開催

### ③ その他社会状況の変化：

- ▶ 人口減少・高齢化の進行
- ▶ 地域間格差の広がり
- ▶ DXなど急速な技術革新
- ▶ ライフスタイルの変化
- ▶ 持続可能な社会や共生社会への移行

こうした出来事等を通じて、改めて確認された

- ・「楽しさ」「喜び」「自発性」に基づき行われる本質的な『**スポーツそのものが有する価値**』（Well-being）
- ・スポーツを通じた地域活性化、健康増進による健康長寿社会の実現、経済発展、国際理解の促進など『**スポーツが社会活性化等に寄与する価値**』

を更に高めるべく、第3期計画では次に掲げる施策を展開

## 1. 東京オリ・パラ大会の**スポーツ・レガシーの継承・発展に資する重点施策**



### 持続可能な国際競技力の向上

- 東京大会の成果を一過性のものとせず、持続可能な国際競技力を向上させるため、
  - ・NFの強化戦略プランの実効化を支援
  - ・アスリート育成パスウェイを構築
  - ・スポーツ医・科学、情報等による支援を充実
  - ・地域の競技力向上を支える体制を構築



### 共生社会の実現や多様な主体によるスポーツ参画の促進

- 東京大会による共生社会への理解・関心の高まりと、スポーツの機運向上を契機としたスポーツ参画を促進
- オリパラ教育の知見を活かしたアスリートとの交流活動等を推進



### スポーツを通じた国際交流・協力

- 東京大会に向けて、世界中の人々にスポーツの価値を届けたスポーツ・フォー・トゥモロー（SFT）事業で培われた官民ネットワークを活用し、更なる国際協力を展開、スポーツSDGsにも貢献（ドーピング防止活動に係る人材・ネットワークの活用等）



### 大規模大会の運営ノウハウの継承

- 新型コロナウイルス感染症の影響下という困難な状況の下で、東京大会を実施したノウハウを、スポーツにおけるホスピタリティの向上に向けた取組も含め今後の大規模な国際競技大会の開催運営に継承・活用



### 地方創生・まちづくり

- 東京大会による地域住民等のスポーツへの関心の高まりを地方創生・まちづくりの取組に活かし、将来にわたって継続・定着
- 国立競技場等スポーツ施設における地域のまちづくりと調和した取組を推進



### スポーツに関わる者の心身の安全・安心確保

- 東京大会でも課題となったアスリート等の心身の安全・安心を脅かす事態に対応するため、
  - ・誹謗中傷や性的ハラスメントの防止
  - ・熱中症対策の徹底など安全・安心の確保
  - ・暴力根絶に向けた相談窓口の一層の周知・活用

## 2. スポーツの価値を高めるための第3期計画の**新たな「3つの視点」を支える施策**

### スポーツを「つくる / はぐくむ」

社会の変化や状況に応じて、既存の仕組みにとらわれずに柔軟に見直し、最適な手法・ルールを考えて作り出す。

- ◆ 柔軟・適切な手法や仕組みの導入等を通じた、多様な主体が参加できるスポーツの機会創出
- ◆ スポーツに取り組む者の自主性・自律性を促す指導ができる質の高いスポーツ指導者の育成
- ◆ デジタル技術を活用した新たなスポーツ機会や、新たなビジネスモデルの創出などDXを推進

### スポーツで「あつまり、ともに、つながる」

様々な立場・背景・特性を有した人・組織があつまり、ともに課題に対応し、つながりを感じてスポーツを行う。

- ◆ 施設・設備整備、プログラム提供、啓発活動により誰もが一緒にスポーツの価値を享受できる、スポーツを通じた共生社会の実現
- ◆ スポーツ団体のガバナンス・経営力強化、関係団体等の連携・協力による我が国のスポーツ体制の強化
- ◆ スポーツ分野の国際協力や魅力の発信

### スポーツに「誰もがアクセスできる」

性別や年齢、障害、経済・地域事情等の違い等によって、スポーツの取組に差が生じない社会を実現し、機運を醸成。

- ◆ 住民誰もが気軽にスポーツに親しめる「場づくり」等の機会の提供
- ◆ 居住地域にかかわらず、全国のアスリートがスポーツ医・科学等の支援を受けられるよう地域機関の連携強化
- ◆ 本人が望まない理由でスポーツを途中で諦めることがない継続的なアクセスの確保

# 3. 今後5年間に総合的かつ計画的に取り組み12の施策

## ① 多様な主体におけるスポーツの機会創出

地域や学校における子供・若者のスポーツ機会の充実と体力向上、体育の授業の充実、運動施設活動改革の推進、女性・障害者・働く世代・子育て世代のスポーツ実施率の向上 等

## ④ スポーツの国際交流・協力

国際スポーツ界への意思決定への参画支援、スポーツ産業の国際展開を促進するプラットフォームの検討 等

## ⑦ スポーツによる地方創生、まちづくり

武道やアウトドアスポーツ等のスポーツツーリズムの更なる推進など、スポーツによる地方創生、まちづくりの創出の全国での加速化 等

## ⑩ スポーツ推進のためのハード、ソフト、人材

民間・大学も含めた地域スポーツ施設の有効活用促進、地域スポーツコミッションなど地域連携組織の活用、全NFでの人材育成及び活用に関する計画策定を促進、女性のスポーツ指導に精通した指導者養成支援 等

## ② スポーツ界におけるDXの推進

先進技術を活用したスポーツ実施のあり方の拡大、デジタル技術を活用した新たなビジネスモデルの創出 等

## ⑤ スポーツによる健康増進

健康増進に資するスポーツに関する研究の充実・調査研究成果の利用促進、医療・介護や企業・保険者との連携強化 等

## ⑧ スポーツを通じた共生社会の実現

障害者や女性のスポーツの実施環境の整備、国内外のスポーツ団体の女性役員候補者の登用・育成の支援、意識啓発・情報発信 等

## ⑪ スポーツを実施する者の安全・安心の確保

暴力や不適切な指導等の根絶に向けた指導者養成・研修の実施、スポーツ安全に係る情報発信・安全対策の促進 等

## ③ 国際競技力の向上

中長期の強化戦略に基づく競技力向上支援システムの確立、地域における競技力向上を支える体制の構築、国・JSPQ・地方公共団体が一体となった国民体育大会の開催 等

## ⑥ スポーツの成長産業化

スタジアム・アリーナ整備の着実な推進、他産業とのオープンイノベーションによる新ビジネスモデルの創出支援 等

## ⑨ スポーツ団体のガバナンス改革・経営力強化

ガバナンス・コンプライアンスに関する研修等の実施、スポーツ団体の戦略的経営を行う人材の雇用創出を支援 等

## ⑫ スポーツ・インテグリティの確保

スポーツ団体へのガバナンスコードの普及促進、スポーツ仲裁・調停制度の理解増進等の推進、教育研修や研究活動等を通じたドーピング防止活動の展開 等

## 『感動していただけるスポーツ界』の実現に向けた目標設定

全ての人々が自発的にスポーツに取り組むことで自己実現を図り、スポーツの力で、前向きで活力ある社会と、絆の強い社会を目指す

### 🔦 国民のスポーツ実施率を向上

- ✓ 成人の週1回以上のスポーツ実施率を70%（障害者は40%）
- ✓ 1年に一度以上スポーツを実施する成人の割合を100%に近づける（障害者は70%を目指す）

### 🔦 生涯にわたって運動・スポーツを継続したい子供の増加

（児童86%⇒90%、生徒82%⇒90%）

### 🔦 子供の体力の向上

（新体力テストの総合評価C以上の児童68%⇒80%、生徒75%⇒85%）

### 🔦 誰もがスポーツに参画でき、共に活動できる社会を実現

- ✓ 体育授業への参加を希望する障害のある児童生徒の見学ゼロを目指した学習プログラム開発
- ✓ スポーツ団体の女性理事の役割を40%

### 🔦 オリンピック・パラリンピック等の国際競技大会で、過去最高水準の金メダル数、総メダル数、入賞者数、メダル獲得競技数等の実現

### 🔦 スポーツを通じて活力ある社会を実現

- ✓ スポーツ市場規模15兆円の達成（2025年まで）
- ✓ スポーツ・健康まちづくりに取り組む地方公共団体の割合15.6%⇒40%

### 🔦 スポーツを通じて世界とつながる

- ✓ ポストSFT事業を通じて世界中の国々の700万人の人々への裨益を目標に事業を推進
- ✓ 国際競技連盟（IF）等役員数37人規模の維持・拡大

# アルコール健康障害対策基本法（概要）

（平成25年法律第109号） 平成26年6月1日施行

## 目的（第1条）

酒類が国民の生活に豊かさや潤いを与えるものであるとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透している一方で、**不適切な飲酒はアルコール健康障害の原因**となり、アルコール健康障害は、**本人の健康の問題であるのみならず、その家族への深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性**が高いことに鑑み、基本理念を定め、及びアルコール健康障害対策の基本となる事項を定めること等により、**アルコール健康障害対策を総合的かつ計画的に推進**して、国民の健康を保護し、安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする。

## 定義（第2条、第5条）

### アルコール健康障害

アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等の**不適切な飲酒の影響による心身の健康障害**

### アルコール関連問題

アルコール健康障害及びこれに関連して生じる**飲酒運転、暴力、虐待、自殺等**の問題

## 責務（第4条～第9条）

国・地方公共団体・国民・医師等の責務とともに、事業者の責務として、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に配慮する努力義務

## アルコール健康障害対策推進基本計画（第12条、第14条）

- ・政府は、**アルコール健康障害対策推進基本計画を策定**しなければならない。少なくとも**5年ごと**に検討を加え、必要があると認めるときは、**基本計画を変更**しなければならない。変更しようとするときは、アルコール健康障害対策関係者会議の意見を聴いて、案を作成し、閣議決定。
- ・都道府県は、都道府県アルコール健康障害対策推進計画を策定するよう努めなければならない。

## 基本的施策（第15条～第24条）

教育の振興等／不適切な飲酒の誘引の防止／健康診断及び保健指導／医療の充実等／飲酒運転等をした者に対する指導等／相談支援等／社会復帰の支援／民間団体の活動に対する支援／人材の確保等／調査研究の推進等



○基本計画（第1期：平成28年度～令和2年度）【平成28年5月策定】 ※その後、内閣府から厚生労働省へ事務移管（平成29年4月）

○基本計画（第2期：令和3年度～令和7年度）【令和3年3月策定】

- ・厚生労働省のアルコール健康障害対策関係者会議において、計画（案）を検討（令和元年10月～令和2年12月）

1. 基本理念

- アルコール健康障害の発生・進行・再発の各段階での防止対策を適切に実施
- アルコール健康障害の本人・家族が日常生活・社会生活を円滑に営むことを支援
- 関連して生ずる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等に係る施策との有機的な連携

2. 重点課題

	アルコール健康障害の発生予防	進行予防	再発予防
重点課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>○飲酒に伴うリスクの知識の普及</li> <li>○不適切飲酒を防止する社会づくり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○本人・家族がより円滑に支援に結びつくように、切れ目のない支援体制（相談⇒治療⇒回復支援）の整備</li> </ul>	
重点目標	<p>基本計画【第1期】の目標</p> <p>↓ 継続 ↓</p> <p>①生活習慣病リスクを高める量<sup>(※)</sup>の飲酒者の減少                      ※純アルコール摂取量/日 男性40g以上, 女性20g以上</p> <p>（男性 15.3% (H22) → 14.9% (R1) → 13.0% (目標)                      女性 7.5% (H22) → 9.1% (R1) → 6.4% (目標)</p> <p>②20歳未満の者・妊娠中の者の飲酒をなくす</p> <p>（高3男子 21.7% (H22) → 10.7% (H29) → 0% (目標)                      高3女子 19.9% (H22) → 8.1% (H29) → 0% (目標)                      妊娠中 8.7% (H22) → 1.2% (H29) → 0% (目標)</p>	<p>基本計画【第1期】の目標</p> <p>・全都道府県に相談拠点・専門医療機関を整備（概ね達成見込み）</p> <p>↓ 改定 ↓</p> <p>③関係機関の連携のため、都道府県等で連携会議の設置・定期開催</p> <p>相談拠点 ↔ 医療機関 ↔ 自助グループ等</p> <p>④アルコール依存症への正しい知識を持つ者の割合の継続的向上                      （現状）アルコール依存症のイメージ（H28 内閣府世論調査）                      ・本人の意思が弱いだけであり、性格的な問題である（43.7%）等                      ※治療に結びつきにくい社会的背景の1つに、依存症への誤解・偏見</p> <p>⑤アルコール健康障害事例の継続的な減少                      （現状）アルコール性肝疾患                      患者数 3.7万人 (H29患者調査)、死亡者数 0.5万人 (R1)</p>	
関連指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○問題飲酒者の割合                              （現状）男性:21.4% 女性:4.5% (H30)                              ※アルコール使用障害簡易スクリーニングテスト(AUDIT) 8点以上</li> <li>○一時多量飲酒者の割合                              （現状）男性:32.3% 女性:8.4% (H30)                              ※過去30日間で一度に純アルコール60g以上飲酒 など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○アルコール依存症が疑われる者数〔推計〕と受診者数の乖離（いわゆる治療ギャップ）                              （現状）受診者数(NDBベース) 外来10.2万人、入院2.8万人 (H29)                              生涯経験者〔推計〕 54万人(H30)                              依存症が疑われる者(AUDIT15点以上)〔推計〕 303万人(H30) など</li> </ul>	

### 3. 基本的施策

※下線は基本計画【第1期】からの主な変更箇所

#### ①教育の振興等

- ・小中高、大学等における飲酒に伴うリスク等の教育の推進
- ・職場教育の推進（運輸業の乗務員等）
- ・年齢、性別、体質等に応じた「飲酒ガイドライン」（普及啓発資料）作成
- ・女性、高齢者などの特性に応じた啓発
- ・アルコール依存症に関する正しい知識の啓発 等

#### ②不適切な飲酒の誘引の防止

- ・酒類業界による広告・宣伝の自主基準の遵守・必要に応じた改定
- ・酒類の容器へのアルコール量表示の検討
- ・酒類販売管理研修の定期受講の促進
- ・20歳未満の者への酒類販売・提供禁止の徹底 等

#### ③健康診断及び保健指導

- ・健診・保健指導でのアルコール健康障害の早期発見・介入の推進
- ・地域の先進事例を含む早期介入ガイドラインの作成・周知
- ・保健師等の対応力向上のための講習会の実施
- ・産業保健スタッフへの研修等による職域での対応促進 等

#### ④アルコール健康障害に係る医療の充実等

- ・アルコール健康障害の早期発見・介入のため、一般の医療従事者（内科、救急等）向けの研修プログラムの普及
- ・専門医療機関と地域の精神科等の連携促進等により、より身近な場所での切れ目のない医療提供体制の構築
- ・「一般医療での早期発見・介入」、「専門医療機関での治療」から「自助グループ等での回復支援」に至る連携体制の推進
- ・アルコール依存症の治療法の研究開発 等

#### ⑤アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等

- ・飲酒運転、暴力、虐待、自殺未遂等を行い、依存症等が疑われる者を治療等につなぐ取組の推進

#### ⑥相談支援等

- ・地域の相談拠点を幅広く周知
- ・定期的な連携会議の開催等により、地域における関係機関（行政、医療機関、自助グループ等）の連携体制の構築
- ・相談支援を行う者の対応力向上に向けた研修等の実施
- ・依存症者や家族に対する支援プログラムの実施
- ・災害や感染症流行時における相談支援の強化 等

#### ⑦社会復帰の支援

- ・アルコール依存症者の復職・再就職の促進
- ・治療と就労の両立を支援する産業保健スタッフ等の育成・確保
- ・依存症からの回復支援に向けた自助グループ、回復支援施設の活用促進 等

#### ⑧民間団体の活動に対する支援

- ・自助グループの活動や立ち上げ支援
- ・感染症対策等の観点で、オンラインミーティング活動の支援
- ・相談支援等において、自助グループ等を地域の社会資源として活用

#### ⑨人材の確保等 ⑩調査研究の推進等

基本的施策①～⑧に掲げる該当項目を再掲

# 歯科口腔保健の推進に関する法律と基本的事項について

## 目的（第1条関係）

- ・口腔の健康は、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割
  - ・国民の日常生活における歯科疾患の予防に向けた取組が口腔の健康の保持に極めて有効
- 国民保健の向上に寄与するため、歯科疾患の予防等による口腔の健康の保持（以下「歯科口腔保健」）の推進に関する施策を総合的に推進

## 基本理念（第2条関係）

- ① 国民が、生涯にわたって日常生活において歯科疾患の予防に向けた取組を行うとともに、歯科疾患を早期に発見し、早期に治療を受けることを促進
- ② 乳幼児期から高齢期までのそれぞれの時期における口腔とその機能の状態及び歯科疾患の特性に応じて、適切かつ効果的に歯科口腔保健を推進
- ③ 保健、医療、社会福祉、労働衛生、教育その他の関連施策の有機的な連携を図りつつ、その関係者の協力を得て、総合的に歯科口腔保健を推進

## 責務（第3～6条関係）

- ① 国及び地方公共団体、② 歯科医師等、③ 国民の健康の保持増進のために必要な事業を行う者、④ 国民について、各々の責務を規定

## 国及び地方公共団体が講ずる施策（第7～11条関係）

- ① 歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発等
- ② 定期的に歯科検診を受けること等の勧奨等
- ③ 障害者等が定期的に歯科検診を受けること等のための施策等
- ④ 歯科疾患の予防のための措置等
- ⑤ 口腔の健康に関する調査及び研究の推進等

## 実施体制

基本的事項の策定等（第12,13条関係）

財政上の措置等（第14条関係）

口腔保健支援センター（第15条関係）

## 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項の概要（平成24年7月23日厚生労働大臣告示）

### 【趣旨】

・歯科口腔保健に関する施策について、総合的な実施のための方針、目標等を定めることを目的として本基本的事項を策定

### 【位置づけ等】

・健康日本21(第2次)等と調和を保ち策定  
・平成29年度：中間評価  
・令和4年度：最終評価

### 基本方針、目標等

- ① 口腔の健康の保持・増進に関する健康格差の縮小
- ② 歯科疾患の予防
- ③ 口腔機能の維持・向上
- ④ 定期的に歯科検診等を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健
- ⑤ 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備

※②～⑤について、各々の目標・計画を達成すること等により①の実現を目指す。

### 都道府県、市町村の基本的事項策定

・都道府県及び市町村は、本基本的事項を勘案し、地域の実情に応じた基本的事項を定めるよう努める。

### 調査、研究に関する基本的事項

・調査の実施及び活用 ・研究の推進

### その他の重要事項

・正しい知識の普及 ・人材確保、資質向上  
・連携及び協力

歯科口腔保健に関する施策の推進を通じて国民保健の向上に寄与

# 事業場における労働者の健康保持増進のための指針～健康保持増進対策の進め方～

## 推進に当たっての留意点

労働者「個人」と「集団」への措置を効果的に組み合わせ

健康増進無関心層への取組や事業場の文化・風土醸成

労働者の高齢化を見据えた若年期からの運動の習慣化等

※ 中長期的視点に立って、継続的・計画的に推進

※ 各事業場の実態に即した適切な体制・内容で実施

### ① 健康保持増進方針の表明

### ② 推進体制の確立

- ◆ 事業場内の推進スタッフ ◆ 事業場外資源
- ・ 産業保健スタッフ
  - …労働衛生等の知識を有している産業医等、衛生管理者等、保健師等
- ・ 人事労務管理スタッフ等
- ・ 健康保持増進に関する支援を行う機関
  - …労働衛生機関、中央労働災害防止協会、スポーツクラブ等
- ・ 医療保険者
- ・ 地域資源
  - …地域の医師会、歯科医師会、地方公共団体等
- ・ 産業保健総合支援センター

### ③ 課題の把握

### ④ 健康保持増進目標の設定

- ◆ 把握した課題や過去の目標の達成状況を踏まえて設定

### ⑤ 健康保持増進措置の決定

- ◆ 健康保持増進方針、課題、健康保持増進目標、事業場の実情を踏まえ決定

### ⑧ 実施結果の評価

- ◆ 実施結果等を評価し、新たな目標や措置等に反映

### ⑦ 健康保持増進計画の実施

- ◆ 健康保持増進計画に沿って、健康保持増進措置を実施
- ① 労働者の健康状態の把握
  - ・ 健康診断や必要に応じて行う健康測定（生活状況調査・医学的検査等）等により把握
- ② 健康指導等の実施
  - ・ ①を踏まえ、運動指導、メンタルヘルスケア、栄養指導、口腔保健指導、保健指導等の健康指導を実施
  - ・ その他、健康教育、健康相談、健康保持増進に関する啓発活動や環境づくり等を実施

### ⑥ 健康保持増進計画の作成

- ◆ 健康保持増進措置の内容・実施時期、健康保持増進計画の期間、実施状況の評価・計画の見直し等に関する事項を含む計画を作成



# 労働者の心の健康の保持増進のための指針

(メンタルヘルス指針、平成18年3月策定、平成27年11月30日改正)

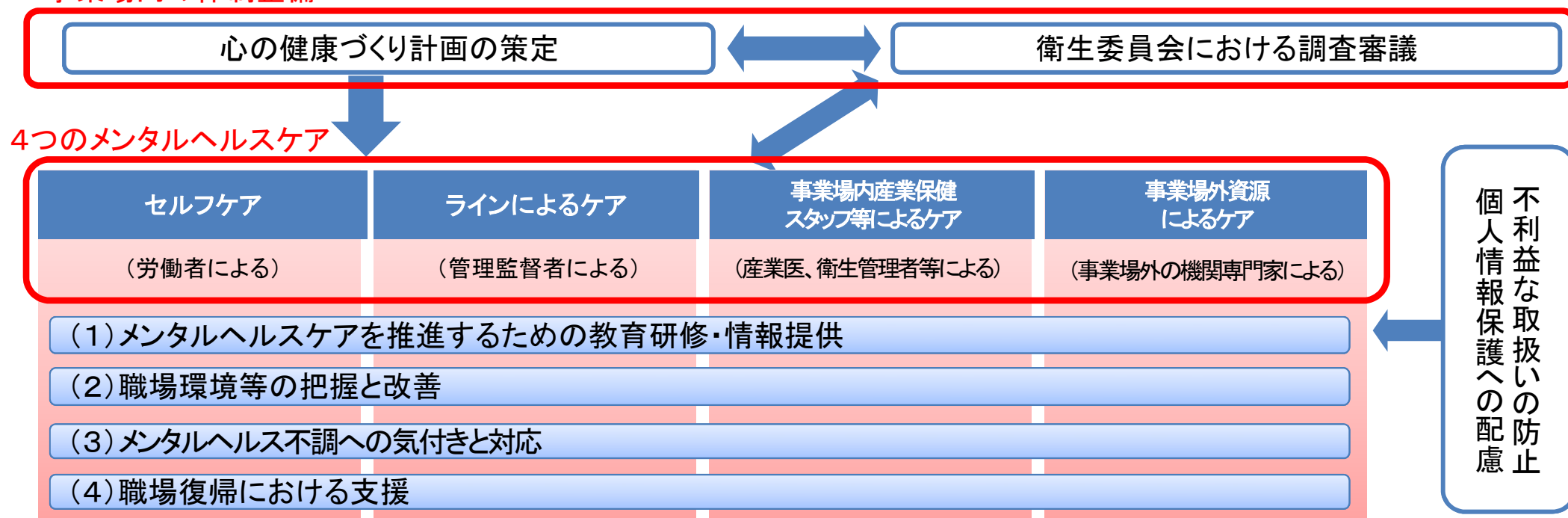
労働安全衛生法第70条の2に基づき、事業場において事業者が講ずる労働者の心の健康の保持増進のための措置(メンタルヘルスカケア)が適切かつ有効に実施されるよう、メンタルヘルスカケアの原則的な実施方法について定めるもの。

## メンタルヘルスカケアの基本的考え方

- 事業者は、事業場におけるメンタルヘルスカケアを積極的に推進することを表明するとともに、衛生委員会等において十分調査審議を行い、心の健康づくり計画(※)を策定・実施するとともに、ストレスチェック制度の実施方法等に関する規程を策定し、制度の円滑な実施を図る。
  - ※ メンタルヘルスカケアに関する問題点を解決する具体的な実施事項等についての基本的な計画
- 心の健康づくり計画の実施に当たっては、メンタルヘルス不調を未然に防止する「一次予防」、メンタルヘルス不調を早期に発見し、適切な措置を行う「二次予防」及びメンタルヘルス不調となった労働者の職場復帰を支援等を行う「三次予防」が行われるようにする必要がある。これらの取組においては、教育研修、情報提供及び「4つのメンタルヘルスカケア」の継続的かつ計画的な実施が重要。

## 具体的な進め方

### 事業場内の体制整備



# 国内外の健康づくり運動に関する動向

## 我が国における健康づくり運動

(令和4年7月29日 暫定版)

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# 参考資料：国内の健康づくり対策の動向（令和4年2月28日 暫定版）

基本的考え方

施策の概要

法律・計画

指針等

1980 (昭和55年)	1990 (平成2年)	2000 (平成12年)	2010 (平成22年)	2020 (令和2年)
<p><b>第1次国民健康づくり対策 1978年</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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]</li> <li>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 <b>（栄養に重点）</b></li> </ol>	<p><b>第2次国民健康づくり対策 (アクティブ80ヘルスプラン) 1988年</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>生涯を通じる健康づくりの推進</li> <li>栄養、運動、休養のうち遅れていた<b>運動習慣の普及に重点</b>を置いた、健康増進事業の推進</li> </ol>	<p><b>21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21） 2000年</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>生涯を通じる健康づくりの推進 <b>「一次予防」の重視と健康寿命の延伸、生活の質の向上</b></li> <li>個人の健康づくりを支援する社会環境づくり</li> <li>国民の保健医療水準の指標となる<b>具体的目標の設定及び評価</b>に基づく健康増進事業の推進</li> <li>多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進</li> </ol>	<p><b>21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21(第二次)） 2013年</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>生涯を通じる健康づくりと国民の健康増進の推進 <b>〔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〕</b></li> <li>目標の設定と評価</li> <li>都道府県と市町村の健康増進計画</li> <li>健康の増進に関する調査及び研究の推進</li> <li>健康増進事業実施者間における連携及び協力</li> <li>正しい知識の普及</li> <li>その他</li> </ol>	

- 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
- 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確保
- 市町村健康づくり推進協議会の設置等

- 乳幼児～老人に至るまでの健康診査・保健指導体制の充実
- 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確保
- 栄養所要量の普及・改定
- 運動所要量の普及 等

- 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
- ②効果的な健診・保健指導の実施
- 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
- 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

- 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**
- 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
- 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 等

- 栄養改善法の一部改正（昭和53年）
- 栄養法及び栄養改善法の一部改正（一定規模以上の集団給食施設に管理栄養士の配置義務）（昭和60年） 等

- 労働安全衛生法の改正（昭和63年）
- 老人福祉法等の一部を改正する法律（平成2年）
- 栄養改善法の一部改正（平成6年）
- 地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律（平成6年）
- 栄養改善法の一部改正（栄養表示基準制度の創設）（平成7年） 等

- 母子保健の国民運動計画（健やか親子21）（第1次；平成13-26年、第2次；平成27-令和6年）
- 健康増進法（平成14年）
- 食育基本法（平成17年）：食育推進基本計画（平成19年；5年更新）
- がん対策基本法（平成18年）：がん対策推進基本計画（平成19年；6年更新）（第1,2期は5年）
- 自殺対策基本法（平成18年）
- 医療法の改正（疾病・事業ごとの医療連携体制）（平成18年）
- 高齢者の医療の確保に関する法律（平成20年）
- 医療費適正化計画（平成20年；6年更新（第1,2期は5年））
- スポーツ基本法（平成23年）：スポーツ基本計画（平成24年；5年更新）
- 歯科口腔保健の推進に関する法律（平成23年） 等

- 食品表示法（平成25年）
- アルコール健康障害対策基本法（平成25年）：アルコール健康障害対策推進基本計画（平成28年、5年更新）
- 労働安全衛生法の改正（ストレスチェック制度の創設）（平成26年）
- 医療法及び地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律の改正（地域医療構想）（平成26年）
- 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（平成30年）：働き方改革実行計画（平成29年）
- 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年）：循環器病対策推進基本計画（令和2年；6年更新（第1期は3年））
- 医療法の改正（「医師確保計画」|「外来医療計画」）（平成30年）
- 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（平成30年）
- 健康増進法の一部改正（受動喫煙）（平成30年）
- 健康法等の改正（高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進）（令和元年） 等

- 健康づくりのための食生活指針（昭和60年）
- 加工食品の栄養成分表示に関する報告（昭和61年）
- 肥満とやせの判定表・図の発表（昭和61年）
- 喫煙と健康問題に関する報告書（昭和62年） 等

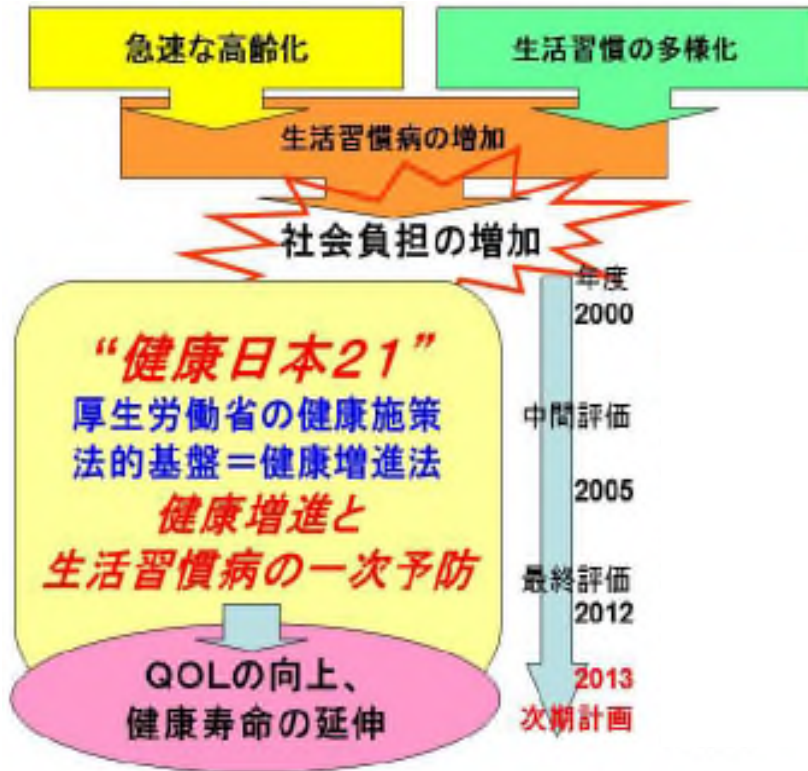
- 健康づくりのための食生活指針（（対象特性別）平成2年）
- 外食栄養成分表示ガイドライン策定（平成2年）
- 喫煙と健康問題に関する報告書（改定）（平成5年）
- 健康づくりのための運動指針（平成5年）
- 健康づくりのための休養指針（平成6年）
- たばこ行動計画検討会報告書（平成7年）
- 公共の場所における分煙のあり方検討会報告書（平成8年）
- 年齢対象別身体活動指針（平成9年） 等

- 食生活指針（平成12年）
- 分煙効果判定基準策定検討会報告書（平成14年）
- 健康づくりのための睡眠指針（平成15年）
- WHOたばこ規制枠組条約批准（平成16年）
- 禁煙支援マニュアル（平成18年）
- 健康づくりのための運動指針2006（エクササイズガイド2006）（平成18年）
- 労働者の心の健康の保持増進のための指針（メンタルヘルズ指針）（平成18年）
- 特定健診等実施計画（平成20年；6年更新（第1,2期は5年））
- 日本人の食事摂取基準（2010年版）（平成21年） 等

- 健康づくりのための身体活動基準2013：アクティブガイド—健康づくりのための身体活動指針—（平成25年）
- 健康づくりのための睡眠指針2014（平成26年）
- 日本人の食事摂取基準（2015年版）（平成26年）
- 労働者の心の健康の保持増進のための指針（メンタルヘルズ指針）の改正（平成27年）
- 喫煙の健康影響に関する検討会報告書（平成28年）
- 禁煙支援マニュアル（第二版）（増補改訂）（平成30年）
- 健康寿命延伸プラン（令和元年） 等

## 参考資料：健康日本21の概要

健康日本21は急速な高齢化や生活習慣の多様化を背景に健康の実現は個人の健康観に基づき、一人ひとりが主体的に取り組む課題であり、社会全体としても個人の主体的な健康づくりを支援することが必要であるという考えのもと開始されました。この政策は意識的に運動をしている人の割合や食塩摂取量等70項目の具体的な目標等を提示すること等により国民の健康づくりに関する意識の向上及び取組を促すものです。



### 背景

- ✓ 平均寿命の急速な延伸により、世界有数の長寿国となった。
- ✓ 急速な高齢化や生活習慣の変化により、疾病の構造が変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加してきた。
- ✓ 痴呆、寝たきり等の要介護状態等になる者の増加等が深刻な社会問題となっていた。

### 概要

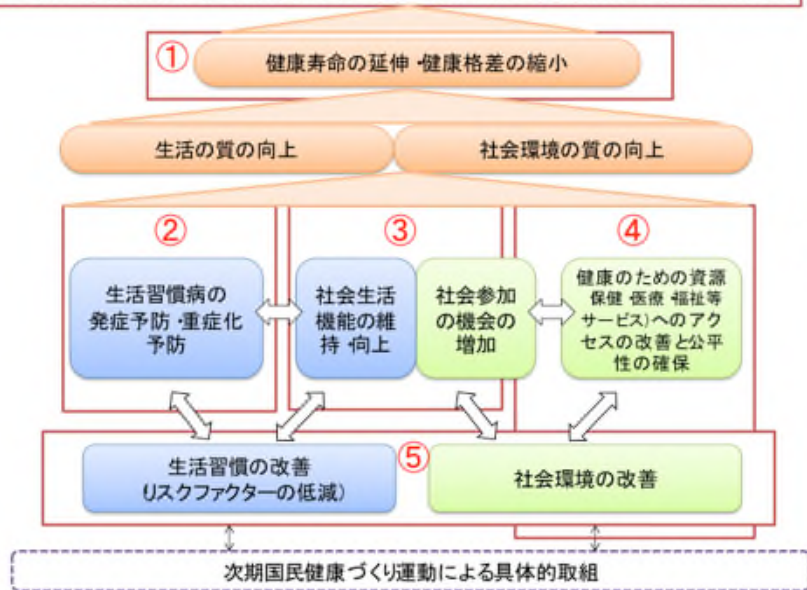
- 目的：** 壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現する
- 最終目標：** 全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とする
- 施策方針：** 1)一次予防の重視、2)健康づくり支援のための環境整備、3)具体的な目標設定とその評価、4)多様な実施主体間の連携
- 重点領域：** 「栄養・食生活」「身体活動・運動」「休養・こころの健康づくり」「たばこ」「アルコール」「歯の健康」「糖尿病」「循環器病」「がん」の9分野で具体的な目標を提示。
- 実施期間：** 2000年度～2012年度

分野	数値目標（例）
① 栄養・食生活	肥満者の割合、脂肪エネルギー比率、食塩摂取量、野菜の摂取量、カルシウムに富む食品の摂取量、朝食を欠食する人の割合 等
② 身体活動・運動	意識的に運動をしている人の割合、日常生活における歩数、運動習慣者の割合、地域活動を実施している高齢者の割合 等
③ 休養・こころの健康づくり	ストレスを感じた人の割合、睡眠補助品等を使用する人の割合、自殺者数、睡眠による休養を十分にとれていない人の割合 等
④ たばこ	未成年で喫煙している人の割合、分煙を実施している割合、禁煙支援プログラムが提供されている市町村の割合 等
⑤ アルコール	多量に飲酒する人の割合、未成年で飲酒している人の割合、節度ある適度な飲酒の知識がある人の割合 等
⑥ 歯の健康	う歯のない幼児の割合(3歳)、1人平均う歯数(12歳)、進行した歯周炎を有する人の割合、歯間部清掃用器具を使用する人の割合 等
⑦ 糖尿病	糖尿病検診を受診している人の割合、糖尿病有病者数、合併症を発症した人の割合、糖尿病有病者の治療継続率 等
⑧ 循環器病	カリウムの1日当たりの平均摂取量、高脂血症の人の割合、健康診断を受ける人の割合 等
⑨ がん	1日の食事において果物類を摂取している人の割合、がん検診の受診者の数 等

## 参考資料：健康日本21 (第二次)の概要

健康日本21(第二次)は健康日本の最終評価、および、少子高齢化や経済成長の鈍化といった社会情勢の変化を踏まえ、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を10年後に目指すべき姿として設定し、その目標を達成するための生活習慣と社会環境の改善への取り組みとして開始されました。本取り組みにおいては53項目の具体的な目標等を提示すること等により、生活習慣及び社会環境の改善等を通じた国民の健康の増進の総合的な推進等を目指しています。

全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現



背景

- ✓ 平均寿命については世界で高い水準を示す一方、急速な出生率の低下に伴って高齢化が進展している。
- ✓ 高齢化の進展により医療や介護に係る負担が一層増すと予想されている一方で、これまでのような高い経済成長が望めない可能性がある。
- ✓ 近年の社会経済的状況の変化を踏まえ、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、こうした健康格差が、今後深刻化することが危惧されている。

概要

- 目的：** 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 最終目標：** 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
- 施策方針：** 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、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
- 重点領域：** 健康寿命の延伸と健康格差の縮小を実現するために、各分野で具体的な目標を提示。
- 実施期間：** 2013年度～2023年度

分野	数値目標 (例)	
① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小	健康寿命(日常生活に制限のない期間の平均)、健康格差(日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差) 等	
② 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	(1)がん	75歳未満のがんの年齢調整死亡率、がん検診の受診率 等
	(2)循環器疾患	脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率、収縮期血圧の平均値、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の人数 等
	(3)糖尿病	合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)、治療継続者の割合、糖尿病有病者数 等
	(4)COPD	COPDの認知度 等
③ 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上	(1)こころの健康	自殺率、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、メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合 等
	(2)次世代の健康	健康な生活習慣を有する子どもの割合、低出生体重児の割合、肥満傾向にある子どもの割合 等
	(3)高齢者の健康	介護保険サービス利用者数、認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率、ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合 等
④ 健康を支え、守るための社会環境	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、健康格差に取り組む自治体数 等	
⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善	(1)栄養・食生活	肥満者の割合、食塩摂取量、野菜摂取量、果物摂取量、共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少) 等
	(2)身体活動・運動	日常生活における歩数、運動習慣者の割合、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 等
	(3)休養	睡眠による休養を十分にとれていない人の割合、週労働時間60時間以上の雇用者の割合 等
	(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、未成年で飲酒している人の割合、妊娠中に飲酒している人の割合 等
	(5)喫煙	成人の喫煙率、未成年で喫煙している人の割合、妊娠中に喫煙している人の割合、受動喫煙の機会を有する者の割合 等
	(6)歯・口腔の健康	80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合、歯周病を有する者の割合、乳幼児・学齢期のう蝕のない者の割合 等

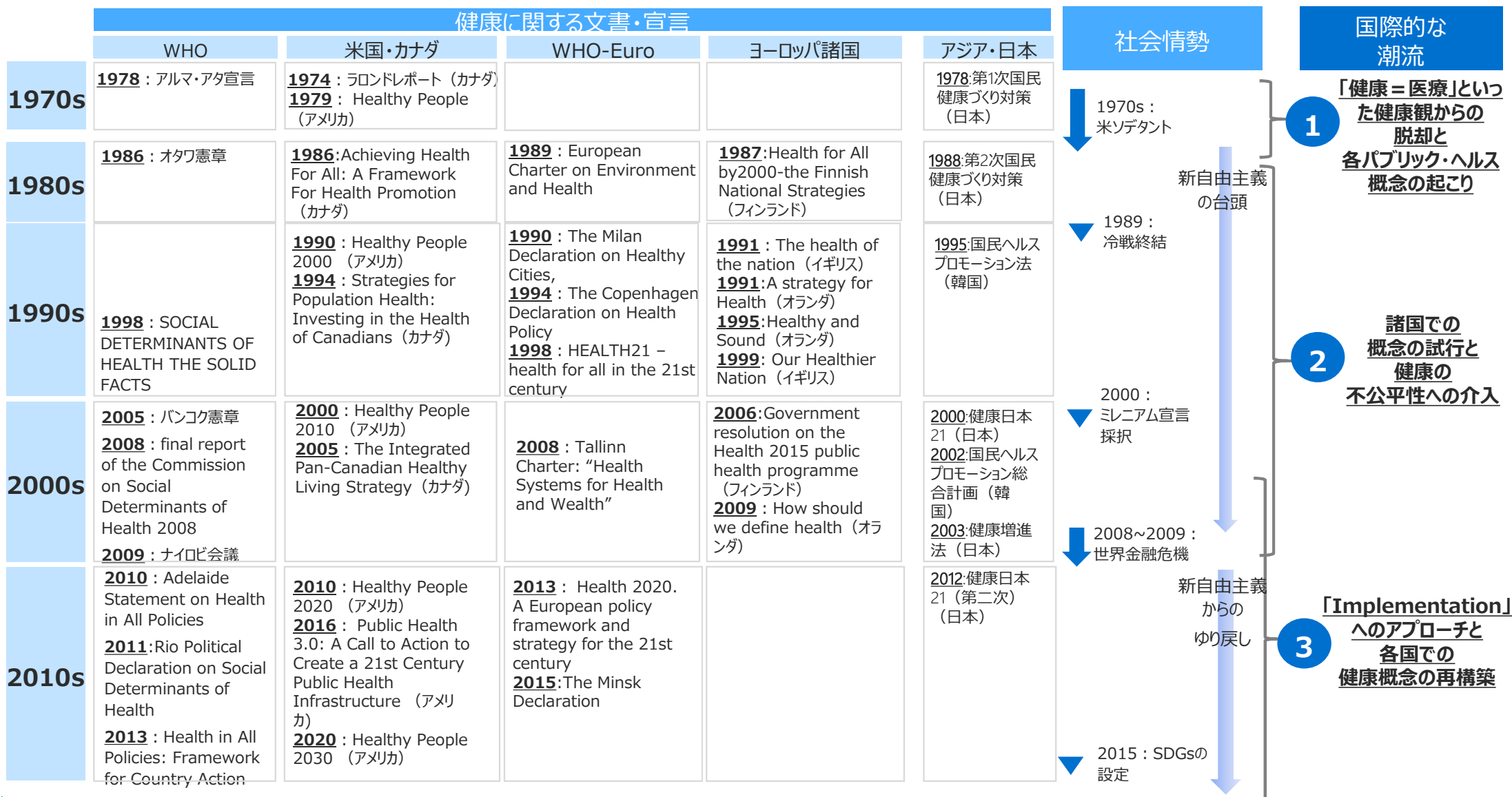
## (参考) 公衆衛生施策の国際的な潮流

次世代の我が国における公衆衛生施策の在り方に関する調査等一式  
報告書(※)より抜粋

※ 令和元年度厚生労働省予算事業において、  
受託者、株式会社日本総合研究所リサーチ・コンサルティング部門  
ヘルスケア・事業創造グループがとりまとめたもの

## 今回調査における主な文献とそこから見える国際的な潮流

今回の文献調査から、大きく3つの潮流が導かれた。



## ①「健康 = 医療」といった健康観からの脱却と各パブリック・ヘルス概念の起こり

カナダの「ラウンドレポート」は、病気の決定要因を生物学的なものから環境要因・ライフスタイルも含めた4つの広い領域として再定義し、合わせて医療レベルと健康レベルを同一視する思想から脱却し、包括的な健康観へ転換する嚆矢となった。続く1978年の「アルマ・アタ宣言」や1986年の「オタワ憲章」で、現在につながる各パブリック・ヘルス概念の基礎が作られた。

	健康観の変遷	この時期に概ね完成した概念		以降発展していく概念・記載		
		プライマリヘルスケア	Health Promotion	領域横断の取組み	健康の決定要因	コミュニティの記載
<b>1974</b> ラウンド・レポート	健康の領域として生物学的要因、環境的要因、およびライフスタイル要因を、医療機能と同様に定義	—	—	—	生物学的要因のみでなく環境的要因およびライフスタイル要因も健康に関係するものであると定義	—
<b>1978</b> アルマ・アタ宣言	—	自立と自決の精神に則り、コミュニティの中の個人や家族があまねく享受できるよう、十分な住民参加のもとで実施される必要不可欠なヘルスケアと定義	—	プライマリヘルスケアは保健分野に加え、国および地域の開発の全てのセクターの協調的な取組を必要とすると記載	—	プライマリヘルスケアとはコミュニティの自立と自決の精神に則り、十分な住民参加のもとで、彼らの健康ニーズに答えるものであると記載
<b>1986</b> オタワ憲章	健康は目的ではなく日々の生活の資源と見なされると記載	—	ヘルスプロモーションを「人々が健康をコントロールし改善することを可能とするためのプロセス」と定義	Build Healthy Public Policyとしてすべての部門およびあらゆるレベルの政策立案者の議題に健康を置くことを活動手段として提示	健康のための前提条件として以下を定義 平和、安全な住居、教育、食料、収入、安定した生態系、持続的な資源、社会正義と公平性	ヘルスプロモーションは具体的かつ効果的なコミュニティのアクションを通じて機能すると記載

静的な健康観から  
動的な健康観へ  
変化

以降 現在まで  
継承

バンコク憲章で  
一部改変の後  
現在まで継承

後年 Health in All  
Policiesとして整理

後年 Social  
Determinant of  
Healthとして整理

後年 コミュニティ  
エンパワメントとして  
整理



## ② 諸国での概念の試行と健康の不公平性への介入

オタワ憲章前後から、各国でヘルスプロモーションの概念を施行すべく、宣言・施策が打ち出された。また、オタワ憲章内で健康のための前提条件として身体的・生物学的側面以外の要素が示されたことを起点とし、健康の社会的決定要因についての整理と介入方針の検討がなされ、1998年には「SOLID FACTS」として10のテーマが導かれた。そして2005年にはWHOに健康の社会的決定要因に関する委員会が設置され、2008年には委員会の最終報告がリリースされた。それを受けて、2009年にはWHO総会決議がなされている。

	健康の社会的決定要因に関する記載	各国での文書・白書など		
		米国・カナダ	欧州	アジア
<b>1986</b> オタワ憲章	健康のための前提条件として以下を定義 (平和、安全な住居、教育、食料、収入、安定した生態系、持続的な資源、社会正義と公平性)	<b>1986:</b> Achieving Health For All: A Framework For Health Promotion (カナダ)	<b>1987:</b> Health for All by2000-the Finnish National Strategies (フィンランド)	<b>1988:</b> 第2次国民健康づくり対策 (日本)
<b>1988-1997</b> アデレード勧告 ～ ジャカルタ宣言	各勧告・宣言の中で健康の不公平性への介入や健康の決定要因に対するアプローチの重要性が強調される	<b>1990:</b> Healthy People 2000 (アメリカ)	<b>1987:</b> Promoting better Health (イギリス)	<b>1995:</b> 国民ヘルスプロモーション法 (韓国)
<b>1998</b> SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH THE SOLID FACTS	健康の社会的決定要因について、科学的観点から10のテーマを定義 (社会格差・ストレス・幼少期・社会的排除・労働・失業・社会的支援・薬物依存・食品・交通)	<b>1994:</b> Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians (カナダ)	<b>1991:</b> The health of the nation (イギリス) <b>1991:</b> A strategy for Health (オランダ)	
<b>2005</b> バンコク憲章	ヘルスプロモーションの定義に健康の決定要因についての記載を追記し、「健康の社会的決定要因に取り組むために政策アプローチの統合、市民社会や民間部門との連携が必要である」と宣言	<b>2000:</b> Healthy People 2010 (アメリカ)	<b>1993:</b> Health for All by2000 : revised strategy for co-operation (フィンランド)	<b>2000:</b> 健康日本21 (日本)
<b>2008</b> final report of the Commission on Social Determinants of Health 2008	健康の社会的決定要因に対処するためには、全ライフコースを通じて変化を起こすことが必要であり、これは政府のみの役割ではなく、市民社会の参加と公共政策の立案という民主的なプロセスと、これを支える各アクターの協力があってこそであると宣言	<b>2005:</b> The Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy (カナダ)	<b>1995:</b> Healthy and Sound (オランダ) <b>1999:</b> Our Healthier Nation (イギリス)	<b>2002:</b> 国民ヘルスプロモーション総合計画 (韓国)
<b>2009</b> RESOLUTIONS WHA 62.14 Reducing health inequities through action on the social determinants of health 2009	「健康の社会的決定要因へのアクションプランを通じた健康格差の縮小」を謳う WHO総会決議がなされた		<b>2006:</b> Government resolution on the Health 2015 public health programme (フィンランド)	<b>2003:</b> 健康増進法 (日本)

健康の社会的決定要因が整理され、1998年以降は「どのように取り組むか」が主眼に  
⇒HiAP、市民社会・コミュニティの参加に焦点が当たるように

### ③「Implementation」へのアプローチと各国での健康概念の再構築(1)

バンコク憲章の中で「オタワ憲章以降でのかなりの数の決議が調印されたが、ほとんどが活動までには及んでいない」と記載されたように、2005年以降では「implementation」がキーワードとなった。また、諸国においてもこれまでの振り返りにより、新たな概念・定義が構築されていった。この時期での宣言・文書の中では特に従来より提唱されていた「健康の社会的決定要因（SDH）」「コミュニティの役割強化」「部門横断的なアクション（Health in All Policies、HiAP）」が強調されている。

	健康観の記載	「Implementation」について	SDH	HiAP	コミュニティの役割強化
2005 バンコク憲章	—	かなりの数の決議が活動までには及んでいないとして、実践上のギャップを埋めることを強く要求	健康の決定要因に取り組むために政策アプローチの統合、市民社会や民間部門との連携が必要であると宣言		適切に組織され権限を与えられたコミュニティは、彼ら自身の健康を決定することに高い効果を及ぼすと記載
2008 健康の社会的決定要因に対する取組みを通じた健康の公平性	—	—	健康の社会的決定要因に対処するためには、全ライフコースを通じて変化を起こすことが必要であり、これは政府のみの役割ではなく、市民社会の参加と公共政策の立案という民主的なプロセスと、これを支える各アクターの協力があってこそであると宣言		
2009 ナイロビ会議	—	「closing the implementation gap」がキーワードとなっており、過去20年（オタワ憲章以降）の教訓を生かすべきとのメッセージが出された	健康の社会的決定要因・健康の不公平が考慮されていない政策立案・部門間のパートナーシップのギャップが効果的な対処が必要なギャップの一つであると記載	健康に対する「政府全体」のアプローチは重要であり、基本的な前提であるとして部門間のコラボレーションやパートナーシップを形成する実用的な側面を探るために議論を実施	コミュニティ・エンパワメントが主要な議題の一つとなっており、エンパワメントは「人々が自身の生活を形作る要素や意思決定をコントロールするプロセス」を指すと定義
2009 How Should we Define Health? (オランダ)	WHO憲章（1946）における健康の定義を批判した上で、健康を「社会的・身体的・感情的課題に直面した際に適応し、自ら管理する能力」と定義	—	—	—	—
2009 Healthy People2020 (アメリカ)	—	—	健康・病気・障がいの決定要因についての認知向上がミッションの一つとされ、健康の公平性を達成し、全てのグループの健康を改善することを包括的目標に設定	複数のセクターを関与させて、利用可能な証拠・知識に基づき政策を強化し、実践を改善するための行動をとることがミッションの一つとされる	—
2010 Adelaide Statement on Health in All Policies	健康とは、人の身体的能力（capacities）に加え、その人の持つ社会的および個人的なリソースにも重点を置く、ポジティブな概念であると記載	—	—	HiAPについての定義と、それが効力を発揮する要件、およびそれを支えるツールや駆動力（Driver）が合わせて示される	HiAPを推進するにあたっての有用な手段としてコミュニティ・コンサルテーションやCitizens' Juriesの事例が示される

### ③「Implementation」へのアプローチと各国での公衆衛生概念・健康概念の再構築(2)

前項からの続き

	健康観の記載	「Implementation」について	SDH	HiAP	コミュニティの役割強化
<b>2011</b> Rio Political Declaration on Social Determinants of Health	—	政策立案と implementation (実装) への参加促進が一つのキーアクションとして設定されている	健康の不公平の解決に向けた進捗をさらに加速させるためとして、5つのキーアクションが設定され、コミュニティの役割の強化や政策立案・implementationにおける市民社会の貢献の強化、部門横断的な行動を起こすための各セクターへの働きかけが必要であると記載		
<b>2013</b> Health in All Policies: Framework for Country Action	—	HiAPが概念として新しく運用されていないことを課題として、様々な国や地域レベルでの使用が出来る「スターターキット」と称してヘルシンキ宣言とともに発行	意思決定の健康への影響を体系的に考慮し、健康と健康の公平性を改善するために相乗効果を追求し、健康への有害な影響を回避する、セクター全体の公共政策へのアプローチと概念として記載し、理念やフレームワークのimplementationアプローチを提示	—	
<b>2016</b> Public Health 3.0: A Call to Action to Create a 21st Century Public Health Infrastructure (アメリカ)	—	—	コミュニティを基点とし、複数のセクターを巻きこんでSDHを含めたより上流へアプローチすることをPublic Health 3.0と定義	公衆衛生部門が部門横断的なパートナーシップを形成することの重要性が繰り返し示されている。	コミュニティを起点としたヘルスプロモーションへの取組のため、資金、パブリック・ヘルスのリーダーによるコミュニティの主導、住民の関与が必要と示されている
<b>2020 (予定)</b> Healthy People 2030 (アメリカ)	健康とWell-Beingの促進と病気の予防は身体的健康・精神的健康・社会的健康の各側面を連携させた取組であると記載	—	健康格差の解消と公平性の達成、健全な物理的、社会的、経済的な環境が基本的理念にすえられている	人々の健康とWell-Beingの完全な達成のために取り組むことは、全てのセクターにおける意思決定・政策策定に共通の要素であると記載	—

身体・状態としての健康観から脱却し社会的・精神的側面を含めた「能力」としての健康観が見られる

WHO文章において「Implementation」の重要性が繰り返し強調される

健康の不公平を生み出すSDHと、それに対処するためのコミュニティの役割強化・HiAPという整理がなされ、3要素が一体となった記載が多くなされる

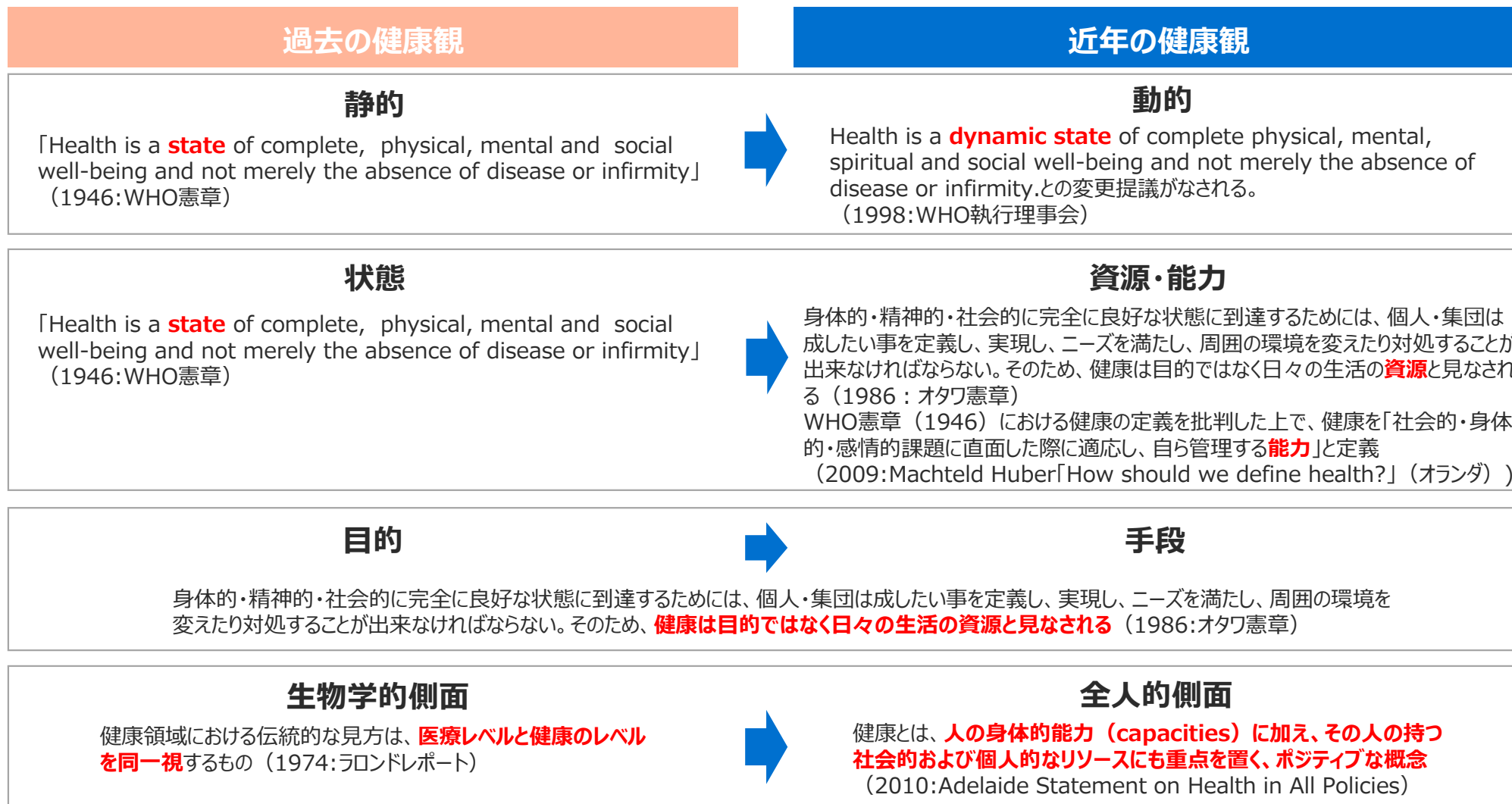
## 今回調査文書から見る健康観の歴史的変遷

1986年のオタワ憲章から健康を目的ではなく「資源」と捉える健康観が登場し、近年になって身体のみならず社会的な文脈への健康観の範囲の拡張や、能力としての健康の定義が見られる。



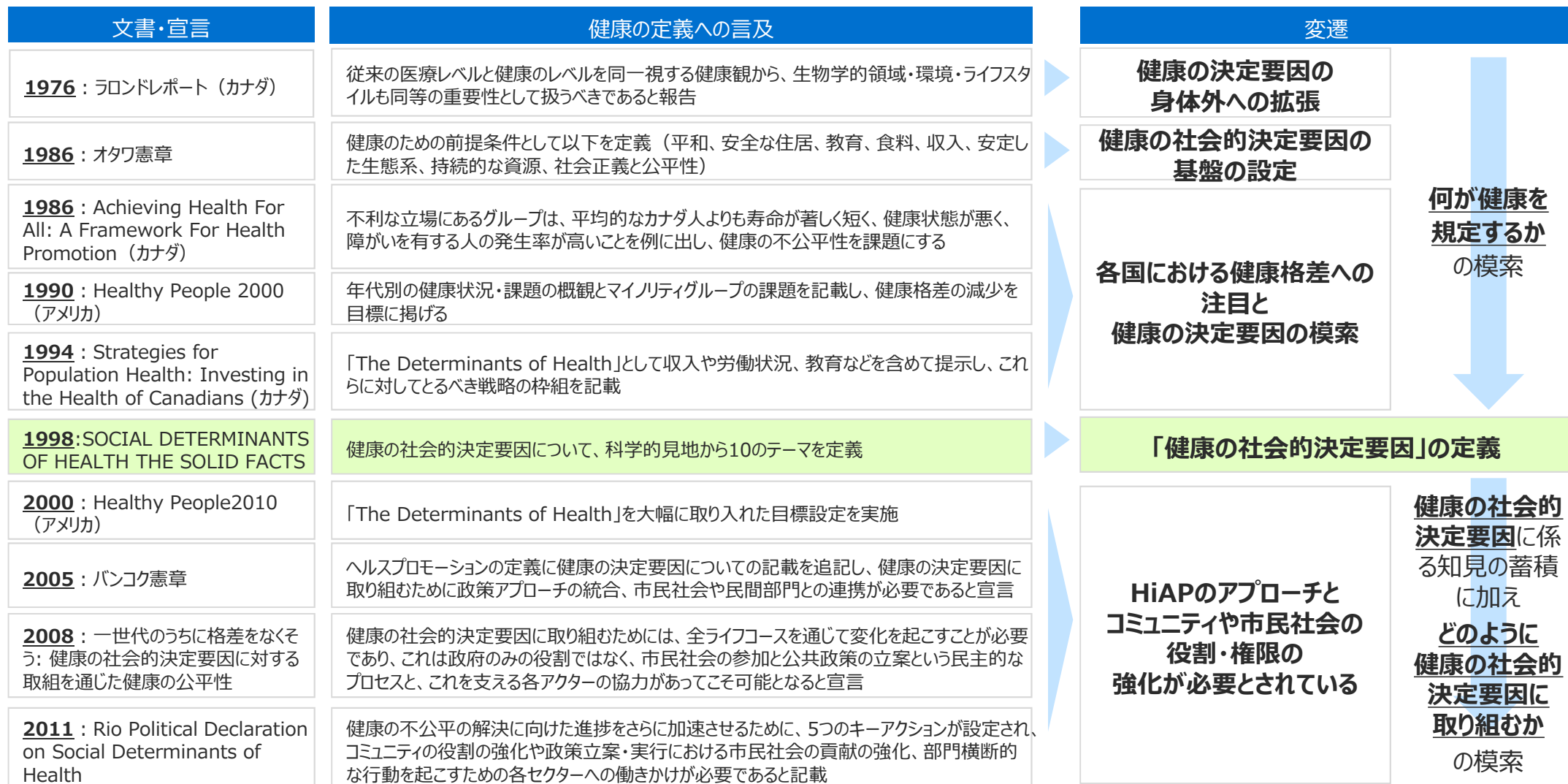
## 今回調査文書から見る健康観の歴史的変遷

1946年のWHO憲章は、健康の定義をそれまでの「病がないこと」から脱却する画期的なものであった。それ以降の健康観の変遷をみると、静的から動的、状態から能力、目的から手段、生物学的側面から全人的側面と、相対する概念への変遷がなされているといえる。



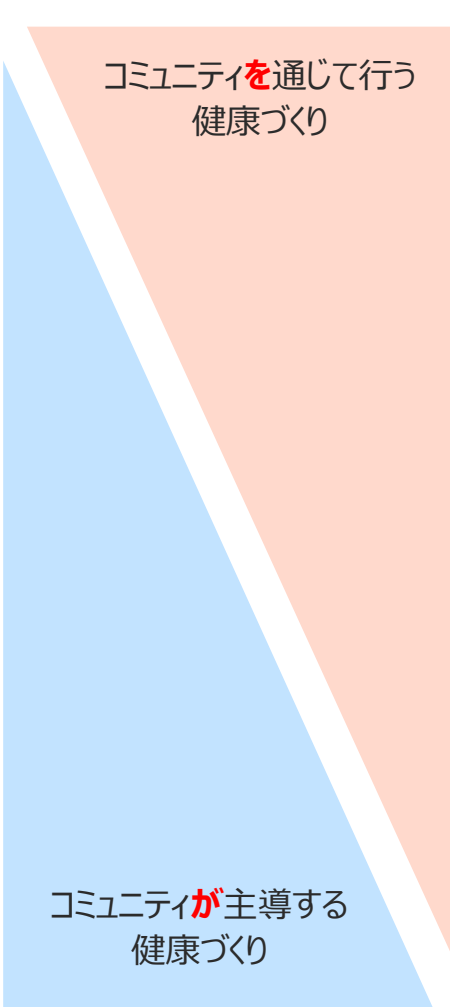
## 今回調査文書から見る健康の社会的決定要因の歴史的変遷

1986年のオタワ憲章で規定された健康の前提条件が各国で取組の模索とともに整理され、1998年のSOLID FACTSで取りまとめられて以降は、どのように取り組むべきかに主眼が置かれており、HiAPのアプローチとコミュニティの取組や市民社会の役割・権限の強化が必要とされている。



## 今回調査文書から見る「コミュニティ」観の変遷

アルマ・アタ宣言から健康におけるコミュニティの重要性は謳われているが、コミュニティを通じて行う政策から、コミュニティが主導して行う健康づくりに漸次的に移行しており、そのためのコミュニティの役割・権限の拡大や、エンパワメントについての記載が見られるようになる。

文書・宣言	コミュニティへの言及	変遷
<b>1978</b> : アルマ・アタ宣言	プライマリヘルスケアとはコミュニティの自立と自決の精神に則り、コミュニティの中の個人や家族があまねく享受できるよう、十分な住民参加のもとで実施されるものであり、コミュニティの主な健康問題に対処し、それに応じてプロモーション、予防、治療、リハビリテーションのサービスを提供するものであると記載。	 <p data-bbox="1704 507 2022 592">コミュニティを通じて行う健康づくり</p> <p data-bbox="1653 1342 1955 1426">コミュニティが主導する健康づくり</p>
<b>1986</b> : オタワ憲章	ヘルス・プロモーションは優先順位設定、意思決定、戦略策定、その実装において、具体的かつ効果的なコミュニティアクションを通じて機能するが、そのプロセスにおいてコミュニティの努力と将来に当事者意識を持ちコントロールできるようなエンパワーが肝要であると記載	
<b>1990</b> : Healthy People 2000 (アメリカ)	支援的なコミュニティが健康に対して重要な役割を担い、地方の健康局、ボランティア団体、ビジネスセクター、学校、教会などそれぞれに（役割を担う）機会があると記載	
<b>2000</b> : Healthy People 2010 (アメリカ)	コミュニティの中のパートナーシップ、特に伝統的でないパートナーにリーチすることは、コミュニティの健康を改善する最も効果的なツールとなると記載	
<b>2005</b> : バンコク憲章	適切に組織され権限を与えられたコミュニティは、彼ら自身の健康を決定することに高い効果を及ぼす。また、草の根のコミュニティ・プロジェクト、市民社会グループ、女性組織は、ヘルス・プロモーションにおける効果を示しており、他コミュニティが求める実践モデルを備えていると記載	
<b>2009</b> : ナイロビ会議	コミュニティ・エンパワメントが主要な議題の一つとなっており、エンパワメントは「人々が自身の生活を形作る要素や意思決定をコントロールするプロセス」を指すと定義	
<b>2011</b> : Rio Political Declaration on Social Determinants of Health	健康の社会的決定要因に向けたガバナンスの効果的な作用のために、政策の意思決定における効果的な参加手段を採用することによる政策立案・実装におけるコミュニティの役割の強化が必要と記載	
<b>2016</b> : Public Health 3.0 (アメリカ)	コミュニティを基点とし、複数のセクターを巻きこんでSDHを含めたより上流へアプローチすることをPublic Health 3.0と定義しており、コミュニティの中でパブリック・ヘルスのリーダーがChief Health Strategistとしてさまざまな分野のリーダーと連携して、コミュニティのヘルス・プロモーションの取組を主導することが必要であると記載	

# 新型コロナウイルス感染症流行下における生活習慣の変化について

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

## 調査結果概要 コロナ下の「新しい生活様式」における生活習慣の変化や 予防・健康づくりへの影響に関する調査研究

第40回社会保障WG  
(令和3年11月16日)  
資料1 (抜粋)

令和2年度厚生労働科学特別研究事業「新型コロナウイルス感染症に対応した新しい生活様式による生活習慣の変化およびその健康影響の解明に向けた研究—生活習慣病の発症および重症化予防の観点から—」

(研究代表者：国立がん研究センター 山本 精一郎)

- 方法：インターネット調査
- 対象：20～79歳までの男女 83,216人（全国の人口分布に合わせて対象者を抽出）
- 有効回答数：60,154人（回答割合72.3%）
- 調査期間：2021年3月

(集計方法)

- 調査時点での「コロナ感染拡大後」（2021年3月）と、調査時点での振り返りによる「コロナ感染拡大前」（2020年1月）について回答を比較する。
- 単なる数値の比較では、変化の意味合いが異なるため、「改善（良い変化）」と「悪化（悪い変化）」の分布を集計した。  
例）肥満の人がやせるのは改善（良い変化）、太るのは悪化（悪い変化）。  
やせの人がやせるのは悪化（悪い変化）、太るのは改善（良い変化）。

(結果のポイント)

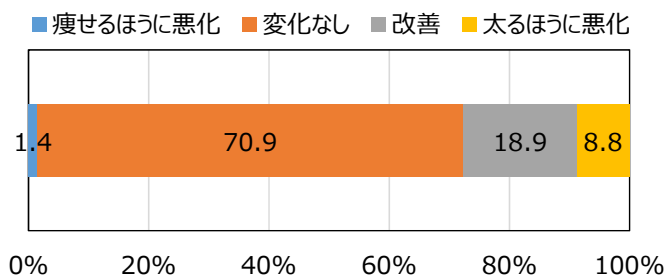
- 身体活動・運動、栄養・食生活、喫煙、飲酒、睡眠、健診・検診の各項目とも、「変化なし」が大多数であるが、「改善（良い変化）」と「悪化（悪い変化）」の双方が存在した。
- 属性ごと（性、年齢、学歴、従業上の地位、収入、同居の有無等）の比較を行った結果、属性による極端な違いは見られなかった。



本調査結果は、調査時点での思い出しによる回答を含むため、結果に偏りが生じている可能性がある等の課題がある。2024年までの今後3年間、同じ対象者への調査を継続する予定であり、縦断的データを用いて、生活習慣の変化の傾向などについて詳細な解析を実施する。

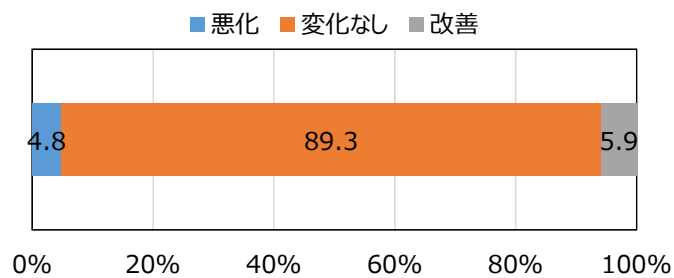


BMIの変化\* (%)



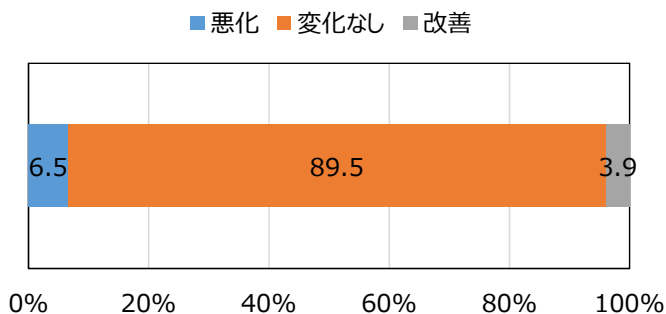
\*望ましい範囲(18.5-25)から望ましくない状態(太った、やせた)の変化  
(コロナ前に18.5未満、もしくは30以上の場合は、さらに悪くなった場合を変化ありとして定義)

アルコール摂取量の変化\* (%)



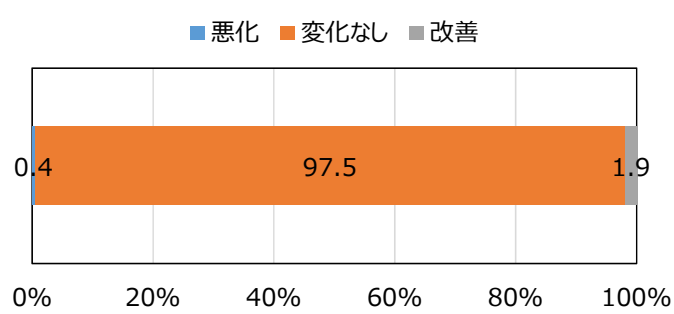
\*アルコール摂取量男性は1日40g以上、女性は20g以上を高リスク飲酒とした。  
コロナ前はアルコールを飲まない、もしくは低リスク飲酒なのにコロナ後に高リスク飲酒になったもの、  
コロナ前から高リスク飲酒であったが、コロナ後にさらに酒量が増えたものを悪化と定義

運動の変化\* (%)



\*1年以上、週に2日以上、頻度で30分以上の運動(汗をかくのに十分な強度で)を行っているに答えた人

喫煙状態の変化\* (%)

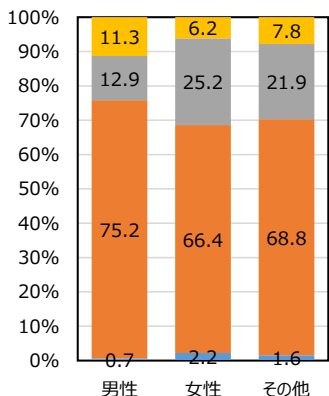


\*コロナ前は吸っていないのに、コロナ後すい始めた者、  
コロナ前は禁煙していたのに、再び吸い始めた者、  
喫煙者のうち、コロナ前より本数が増えた者を喫煙状態悪化と定義

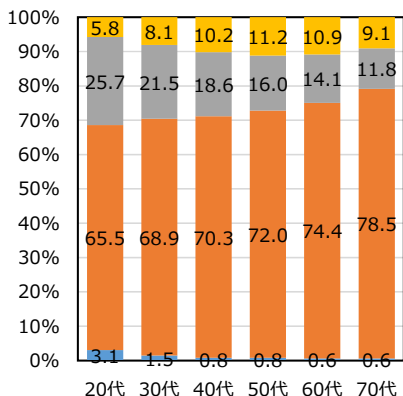
性・年齢別の变化 - BMI、運動 -

BMI

BMIの変化(性別)

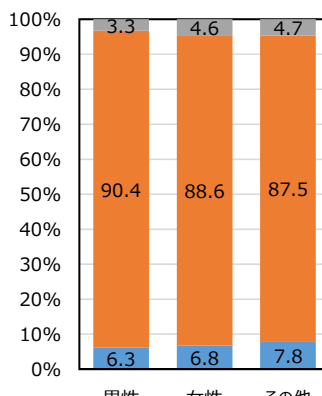


BMIの変化(年齢別)

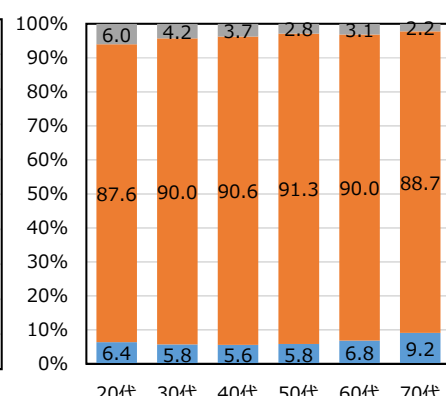


運動

運動の変化(性別)



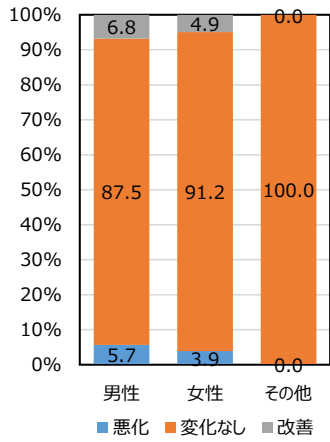
運動の変化(年齢別)



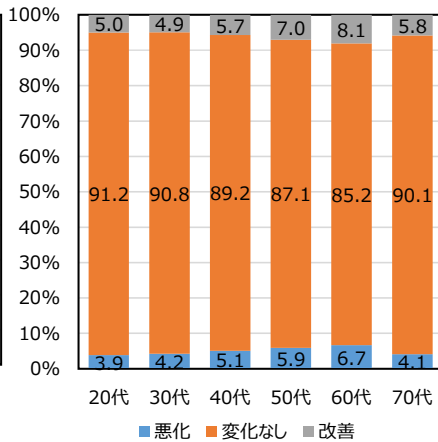
# 性・年齢別の変化 - アルコール摂取量、喫煙状態 -

## アルコール摂取量

アルコール摂取量の  
変化(性別)

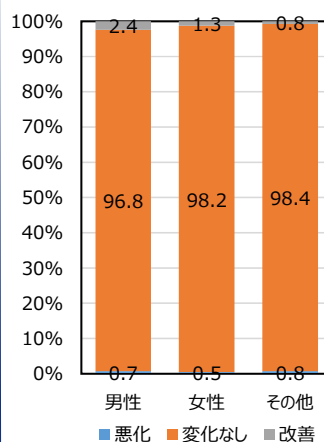


アルコール摂取量の  
変化(年齢別)

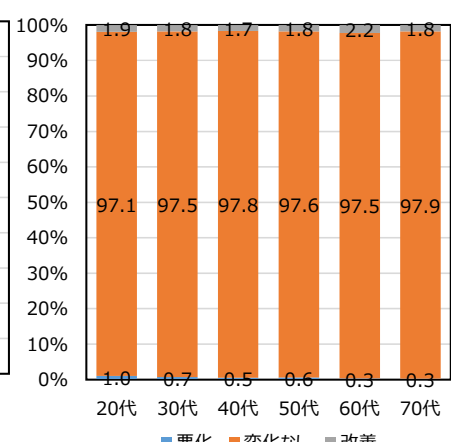


## 喫煙状態

喫煙状態の  
変化(性別)



喫煙状態の  
変化(年齢別)



総合事例集

# 健康寿命を のばそう! 🏆 アワード



厚生労働省  
スマート・ライフ・プロジェクト

健康寿命を  
のばそう!  
AWARD

## 「健康寿命をのばそう！アワード」総合事例集について

本書は、平成24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です。

今後、新たに健康寿命を伸ばすための取組をしていきたい、現在の取組を見直したいとお考えの

企業、団体、自治体の皆様に向けてお送り致します。

従業員や職員、住民の皆様に対して、生活習慣病予防の啓発活動及び

健康寿命をのばす事例の参考となることを期待しています。

スマート・ライフ・プロジェクトとは 5

冒頭ご挨拶 6  
スマート・ライフ・プロジェクト推進委員長 齋藤 敏一

### 運動分野

3つのアプローチで進める健康経営の推進 8  
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 9  
～2つの職場体操と体カレベルの見える化～  
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 10  
株式会社イトーキ

福井発「スニーカービズ」運動 11  
～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 12  
～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

総括 ー運動分野ー 13  
東京医科大学 公衆衛生学分野 教授 井上 茂

## 食生活分野

- |  |    |
|--|----|
| <b>100円朝食による学生の健康管理、生活リズムの維持活動</b><br>立命館大学父母教育後援会               | 15 |
| <b>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</b><br>一正蒲鉾株式会社            | 16 |
| <b>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～</b><br>三幸土木株式会社      | 16 |
| <b>住んでいるだけで自ずと健康に！<br/>「あだちベジタベライフ～そうだ、野菜を食べよう～」</b><br>足立区（東京都） | 17 |
| <b>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</b><br>特定医療法人丸山会丸子中央病院           | 17 |
| <b>総括 一食生活分野一</b><br>女子栄養大学 栄養学部 教授 武見 ゆかり                       | 18 |

## 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** 20  
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** 20  
美唄市（北海道）
- 
- お客様と従業員に健康と喜びを** 21  
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** 21  
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** 22  
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～** 22  
一般社団法人行田市医師会
- 
- 総括 ー禁煙分野ー** 23  
公益社団法人地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター センター長 中村 正和

## 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～** 25  
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～** 26  
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」** 27  
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** 27  
全国健康保険協会 福岡支部
- 
- 総括 ー健診・検診分野ー** 28  
女子栄養大学 特任教授 津下 一代

# スマート・ライフ・プロジェクトとは？

「健康寿命をのばそう!」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした国民運動です。プロジェクトに参画する企業・団体・自治体と協力・連携しながら、**運動**、**食生活**、**禁煙**、**健診・検診の受診**について具体的なアクションの呼びかけを行い、さらなる健康寿命の延伸を推進しています。

## 適度な運動

### 毎日プラス10分の身体活動

例えば、通勤時のはや歩き、庭いじりや掃除など、日常でのからだの動きを増やすだけで健康生活に変わります。

## 適切な食生活

### 食事をおいしく、バランスよく

主食・主菜・副菜は健康な食事の第一歩。からだに必要な栄養素をバランスよくとる秘訣です。

## 禁煙

### たばこの煙をなくす

喫煙や受動喫煙により、肺がんや心臓病、脳卒中等にかかりやすくなります。  
※他人のたばこの煙を吸わされること。

## 健診・検診の受診

### 定期的に自分を知る

今は健康に思われても、将来の病気につながるリスクを抱えていたり、早期には自覚症状が無いという病気は少なくありません。そういうリスクや病気を早期に発見し、対処していくためには、無症状のうちから定期的に自分のからだの状態を知っておくことが重要です。

#### 「健診」は皆の毎日の健康を守る最大の武器！

特定健診などの「健診」は健康の保持増進のために、そのときの健康状態を調べて将来の病気につながる問題があった場合に改善することが主な目的です。毎年定期的に健診の受診を啓発しましょう。

定期健康診断、特定健診 など

#### 「検診」は大事な人や未来を守る最大の武器！

がん検診などの「検診」は病気の早期発見・早期治療を可能にする上で大切です。従業員や職員、その家族の安心のため、また優秀な人材を失わないためにも、検診の受診を啓発しましょう。

各種がん検診 など

同じ「けんしん」という言葉でも、実は目的や内容が違っている人は少ないかもしれません。その違いを知ってもらうことも、興味を持ち、受診してもらうための一歩です。

## 『いきいき健康大使』のご紹介



プロスキーヤー・冒険家  
**三浦雄一郎さん**



女子マラソン五輪メダリスト  
**有森裕子さん**



シンガーソングライター  
**平原綾香さん**

厚生労働省では「国民の『健康寿命』の延伸」をテーマとして生活習慣病の予防や健診・検診の定期的な受診の必要性などについて普及・啓発をしていただくため、プロスキーヤー・冒険家の三浦雄一郎さん、女子マラソン五輪メダリストの有森裕子さん、シンガーソングライターの平原綾香さんの3名を「いきいき健康大使」として任命いたしました。スマート・ライフ・プロジェクトでは、「いきいき健康大使」と共に、生活習慣病予防に向けたさまざまな取組を紹介していきます。



スマート・ライフ・プロジェクト  
推進委員長

齋藤 敏一

## 総合事例集発行に寄せて 継続活動と多方面への波及効果に期待

2012年から発足実施されてきた「健康寿命をのばそう!アワード」では、健康寿命をのばす活動を発展させるため、企業・団体・自治体の3部門で「適度な運動」「適切な食事」「禁煙」(後に「健診・検診の受診」)を主なテーマとし、通算7回に渡り、毎年20団体近くを表彰してきました。

7年間の応募件数は計4,600件となり、受賞企業・団体合わせて130社程のナレッジが蓄積されています。アワードの認知拡大とともに、各方面より賞の受賞獲得ニーズが大きくなり過去の受賞事例への興味・関心も増加傾向にあります。そこで、アワード受賞者の中から模範モデルを厳選し、事例として1冊にまとめ、今後の参加企業や団体へナレッジを共有する機会を設けることを目的に今回の総合事例集の発行が決まりました。ナレッジを5分野(運動、食生活、禁煙、健診・検診、総合)に分け、順次発行して参ります。第一弾となる本誌は、「運動」分野における事例集です。

2019年3月31日付で4,682団体に達したスマート・ライフ・プロジェクト参画企業・団体には、今回の事例集において、アワード受賞団体の取り組みを模範モデルとして周知することで、国民の健康促進に寄与することを願っています。

人々の努力の結果、人生100年時代が見えてきました。しかし健康になることを目的とするのではなく、健康になった先の生きがいや人生の目標とすることが大切ではないでしょうか。皆さんがそれぞれの生きがいを実現できるように、スマート・ライフ・プロジェクトは活動を続けて参りたいと思っております。

齋藤 敏一



*1*

---

運動分野

# プロジェクト 3つのアプローチで進める健康経営の推進

受賞者名 株式会社NTT東日本-関信越

所在地 〒330-0061 埼玉県さいたま市浦和区常盤5-8-17

電話 048-626-5055

URL <http://www.kanshinetsu.ntt-east.co.jp/>

E-mail [roumuanzen-gm@east.ntt.co.jp](mailto:roumuanzen-gm@east.ntt.co.jp)

## 概要・特徴

### 3つのアプローチを掲げ各種健康増進施策を展開

事業計画を立てるにあたり、健康経営の推進には社員が安全で健康に働き続けられる環境づくりが必要不可欠と強く認識し、各種健康増進施策を実施。施策の実施にあたっては、①自身の健康への意識を「高める」、②自身の健康状態を「認識する」、③自身の健康にむけて「実践する」、という3つのアプローチを念頭に置き実施。

#### 1. 健康への意識を「高める」「実践する」：ウォーキング大会の開催

NTT健保組合が展開する「NTT Kenpo Smart Life Park (SLP)※」の歩数登録機能を活用したウォーキング大会(社員一人ひとりが歩数を登録し、平均歩数が多いグループや個人などを表彰する)を実施。歩くことを習慣化させることで、健康意識を高め、実践してもらうことを狙いとし、また組織単位のチーム対抗戦とすることにより社員同士の一体感を醸成を図ることができた。

#### 2. 健康状態を「認識する」：埼玉エリアで健康増進施策(体力テスト)を実施

「新体力テスト」(文部科学省制定)に基づく体力測定と健康チェック(血管年齢測定・ストレスチェック)を実施し、自身の体力年齢等を把握するとともに、フィジカル面の衰え等、自身の健康状態を認識してもらい、また、家族参加型とすることで家族を巻き込み健康意識の向上を図ることも成功。



## 結果・課題

### チーム対抗戦で参加者を募り盛り上げる

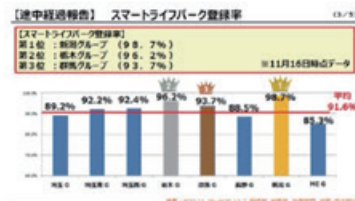
#### ○ウォーキング大会:SLPの登録率(大会参加者)82.4%→90.7%にアップ

リストを基に各部署の総括担当者から社員に向けて登録を勧奨

ウォーキング大会を実施するにあたり、社員全員参加を目標としていたが、参加者を増やす盛り上げ施策として、ウォーキング大会実施期間中に社内デジタルサイネージへチーム毎の歩数状況を定期的に掲出。チーム対抗戦とし、状況を見える化したことにより社員の参加意識の向上を図った。また、受賞グループを社内報で通知するだけでなく、トップが受賞グループの所属する職場を訪れ、直接表彰することで、職場全体の士気を高めた。

#### ○健康増進施策(体力テスト):約300名が参加

埼玉健康増進施策では、体力テストとは別に血管年齢測定などの健康チェックコーナーやチーム対抗競技を計画。社員とその家族を含め、楽しみながら参加してもらえるよう魅力ある企画を実施した。



## 波及効果・成果

### 継続実施により社員の健康リテラシーの向上を目指す

ウォーキング大会では成績上位のチームや、歩数登録上位者(個人)に対し、トップ自らが表彰状贈呈と激励を実施することにより、社員の健康意識・モチベーション向上へとつなげた。また、社内だけでなく同じビルにオフィスを構えるグループ会社にも参加いただき、取り組みの輪を広げている。効果や成果について、今のところ数値で見えるものがないので不明だが、毎年、健康増進施策を継続実施することにより、社員の健康リテラシー向上に努めている。

○H29年度関信越ウォーキング大会1日あたり6,858歩⇒H30年度関信越ウォーキング大会1日あたり7,445歩へアップ!



## 受賞後の現在・今後(継続・拡大して取り組みをおこなっているか)

### 各種健康増進施策の継続実施による健康経営の推進

企業が持続的に成長していくために社員の健康づくりを通じて労働生産性の向上を実現する「健康経営」への注目が高まっている中、NTT東日本-関信越においては、「社員の安全・健康は事業運営上の最優先課題」「事業を支える原動力は社員である」という基本方針のもと、社員が安全で健康に働き続けられる環境づくりが必要不可欠と強く認識し、受賞前年より各種健康増進施策を継続実施中。

「運動」分野に限らず健康診断完全実施、受動喫煙対策、特定保健指導受診率の向上に向けて施策を実施し、健康経営を推進している。今後もウォーキング大会を継続するとともに、体力テストは埼玉以外のエリアにも拡大を目指す。また、他企業・自治体の事例を参考に、スニーカーBizなど新たな施策実行も検討中。

※SLP:「NTT Kenpo Smart Life Park」とは⇒NTT健保組合が生活習慣病等医療費の抑制や加入者の健康増進を目的に、健康の維持・増進活動へのインセンティブとして導入。検診受診や歩数、ジェネリック医薬品の使用、健康セミナーなどへの取り組みに応じてマイルージの獲得が可能。



受賞者名 JFEスチール株式会社 西日本製鉄所

所在地 〒712-8511 倉敷市水島川崎通1丁目

電話 086-447-2359

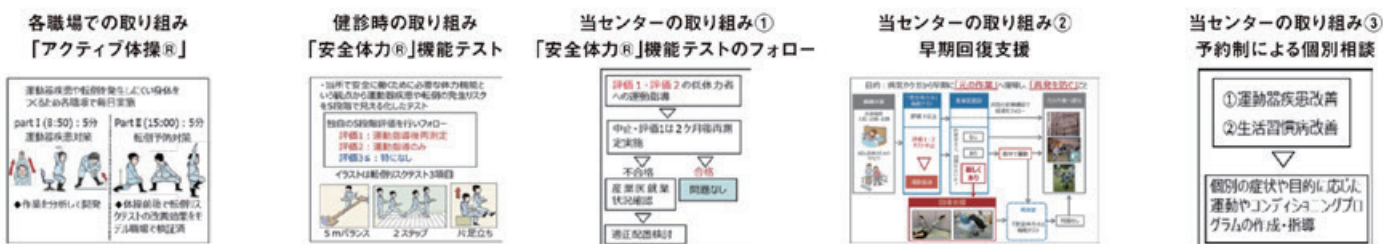
URL <http://www.jfe-steel.co.jp/works/west/index.html>

E-mail [t-nagara@jfe-steel.co.jp](mailto:t-nagara@jfe-steel.co.jp)

概要・特徴

独自の5つの取り組みにより体力低下が原因となる運動器疾患や転倒の発生を予防

2003年会社統合当時の課題背景:作業中に転倒する社員が多く、社員が勤務を休む理由のワースト1が「腰痛」であったことから、勤務中の作業動作を分析し、効果的な体操をオリジナルで制作。トレーナーが現場に赴き、現場に直接指導した。初期の頃は現場から反発の声もあったが、毎日この取り組みの必要性についてプレゼンすることで徐々に理解を得ていった。



結果・課題

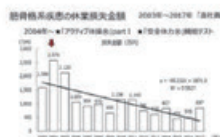
現場に則した、具体的な取り組みとして行ってきた

- ◆2004年～「アクティブ体操®」part1:運動器疾患対策として各工場65職場の作業を10に分類し、作業動作から身体的負担を改善する種目を選定した。2009年～「アクティブ体操®」part2:転倒に関わる体力機能や不良姿勢の視点から改善種目を選定。モデル3職場で体操前後に転倒リスクテストを実施し、その改善効果を検証して展開した。
- ◆2004年～「安全体力®」機能テスト:各リスクが正確に洗い出せるか、またフォローする低体力者の人数の観点からも5段階評価をどこに定めるかが大きな課題であった。現在の指標になるまで5年間を要している。また、フォロー体制の構築や再測定合格に向けた効果のある運動プログラムも現在はテスト項目・レベルごとに約100種目の中から提供できる。
- ◆2008年～回復支援:再出勤の際、全員に「安全体力®」機能テストを実施。休業前と比較して著しく低下した場合は産業医が早期回復のための運動指示を行う。目標が明確であること、社内で運動を実施すること、主治医や理学療法士とも連携することから大きな改善効果を得ている。

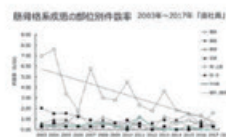
波及効果・成果

運動器疾患や転倒の発生も減少してきている

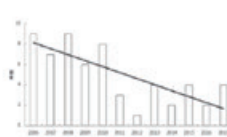
取り組み開始後、約2年ほどで効果が出始めた。反発の声も収まり、「心配な人がいるので、体力テストをお願いしたい」といった声が増えるようになり、現場の意識の高まりも見られる。



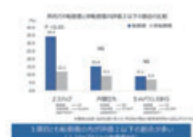
休業損失金額も減少



腰痛で休む人は激減



50歳以上の転倒は減少傾向



転倒経験者は評価2以下が多い

受賞後の現在・今後(継続・拡大して取り組みをおこなっているか)

多くの企業や施設でも実施されている

- ◆「安全体力®」機能テストは他企業や健康施設・農業試験場・介護施設・漁業への応用にも利用されている
- ◆「アクティブ体操®」は現在約20社と契約を行い実施されている
- ◆「アクティブ体操®」・「安全体力®」機能テストの導入や指導依頼は全て無償で行っている

健診時「安全体力®」機能テストプレゼン



高齢者が働く農業試験場



福祉施設や地域健康教室での体操導入



第一学習社よりセット販売化



NHKや専門誌等での紹介  
写真は女性セブン  
H29年6月15日 6P紹介



# プロジェクト 『Workcise(ワークサイズ)』 働きながらオフィスで健康増進

受賞者名 株式会社イトーキ

所在地 〒103-6113 東京都中央区日本橋2-5-1日本橋高島屋三井ビルディング

電話 03-6910-3910

URL <https://www.itoki.jp/solution/workcise/>

E-mail itk-pr@itoki.jp

## 概要・特徴

### 働きながらカラダとココロの健康づくり

Workcise(ワークサイズ)とは、「Work(働く)」と「Exercise(健康活動)」を組み合わせた造語です。屋外やスポーツジムなどで行う健康活動ではなく、例えば立って仕事をする、オフィスの中を歩くといった、「仕事にも健康にも良い行動」のことです。ワークサイズが促されるオフィス空間をつくることで、1日の大半を過ごすオフィスでの働き方を改善し、社員の心身の健康増進を促すことを目指しています。

2012年 実験拠点としてオフィスを作ったことを機に、働き方に関する課題にオフィスづくりという面から取り組みはじめました。参考にしたのは、「ニューヨーク・タイムズ」の記事に掲載されていた「長時間座っている人は寿命が短い」という調査結果。これまでイトーキでは「長時間座ってられる椅子」を作ってきましたが、生活習慣やメンタルなど、健康面に与える影響を考慮する必要があるという気付きを得ました。

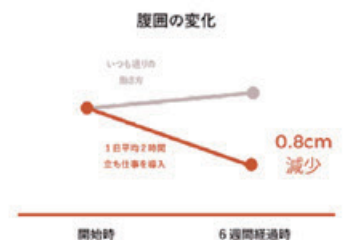


## 結果・課題

### 社内にワークサイズを導入して、効果検証を実施

社員がワークサイズを実践することで、心身の健康状態に及ぼす効果の検証を行いました。スタンディングワークの効果検証では、社員32名を対象に、一日平均2時間の立ち仕事を取り入れたところ、6週間で腹囲が有意に減少する等の効果が見られました。

取り組み開始後の課題としては、いくつかの施策を並行稼働していたため、どれが効いたのかという効果測定がしづらいことが挙げられますが、社員に対し使用頻度など実感をヒアリングし、その結果を基に随時、施策内容を改善しています。



## 波及効果・成果

### 多数のメディアに掲載、会社のブランディングにも貢献

施策内容は、社内ワークショップに専門家を招き、普段感じる困りごと(肩こり・腰痛・メタボ等)を軸にアイデアを出し合い決めていきました。ワークショップに各部署の代表者を集め施策決定前のプロセスに巻き込んだことで、取り組み実施後の社員への伝達がスムーズに進むとともに多くの共感を得られました。

本アワードを受賞したことをきっかけに、多数のテレビや雑誌等のメディアで弊社の取り組みを取材していただく機会が増え、他の民間企業や自治体の方々からも、ワークサイズに取り組みたいというお声も頂戴しました。新卒の方々からもこういった職場環境で働きたいという要望をいただくことも少なくなく、現在では会社のブランディングにも大きく貢献しています。

## 受賞後の現在・今後(継続・拡大して取り組みをおこなっているか)

### 企業としての健康経営の取り組みが本格化

2012年にワークサイズの取り組みを開始し、様々な社内外のコミュニケーションを通じて、社内の健康経営の取り組みが加速的に進みました。

環境面では、ワークサイズを促す施策を社内の各オフィスに順次導入を進め、2018年12月に開設した新本社オフィスITOKI TOKYO XORKでは、健康的に働ける環境を認証する「WELL Building Standard」の取得にも取り組んでいます。

また、2017年には健康経営推進委員会を立ち上げ、経営・人事・総務・健康保険組合・労働組合など関係部門が一体となって計画、推進する体制を構築しました。就業時間内禁煙を宣言し、レセプト・健康診断・社員アンケートを突合分析した結果に基づいて立案する施策を展開するほか、結果を従業員と共有するための「イトーキ健康白書」の発刊も行い、2017年から3年連続ホワイト500に認定されるなど更なる成果につながっています。

今後は、首都圏だけでなく他拠点でも取り組みが実施できるようアプローチしていきたいと考えています。



## 概要・特徴

## 通勤・勤務時間中に歩きやすい靴を履くだけの手軽な健康習慣

## ターゲット

時間的に余裕がなく健康づくりを実行しにくい働き世代

## 取組内容

スニーカーに象徴される歩きやすい靴を履くだけの手軽な取り組み

## 目標

①1日プラス1000歩(10分)②「クールビズ」に続く運動として、高い認知度や実践の広まり

## 特徴

①誰にでもできる手軽な取り組み

・通勤や勤務時間中に誰もが必ず履く靴を歩きやすい靴に変えるだけ  
・見た目はフォーマルなビジネススニーカーで見た目を変えない実践も拡大

②「たくさん歩く」を生活習慣に

・歩きやすい靴で、継続的に毎日自然な歩数増加を促す

③お金がかからない

・既に所有している、あるいは比較的安価で購入できるスニーカー等を履くのみ

・県も大きな予算をかけずに運動推進(29年度(事業開始年)予算:約30万円)靴やスーツ販売店にポスターを掲出するなど周知

百貨店でのキックオフイベントでは、スニーカーの選び方やファッションポイントも併せてスニーカービズへの興味喚起を行った。

## 事業背景

世帯当たりの車の保有台数が全国1位の「車社会福井」、"幸福度全国1位の福井県\*"で、継続的な歩く(運動)習慣を定着させ「より健康により幸福になる」ことを目指して推進 \*都道府県幸福度ランキング(2014年版、2016年版、2018年版)



## 結果・課題

## 快適でやめられない生活習慣! 歩数も確実にアップ!!

## 〇「スニーカービズ」実践者の感想

- ・最初は抵抗があったが、一旦スニーカー通勤や勤務を始めたら快適でやめられない
  - ・4～5階の移動であれば、エレベーターではなく迷わず階段を使うなど、歩く機会や意欲が確実に増えた
  - ・仕事が終わって家に帰っても足が疲れていない
  - ・スーパーでもわざわざ遠くに車を駐車するなど、日常生活においてもたくさん歩くように意識が変わった
- ⇒継続的な歩く習慣につながっているとの好意的な意見が多い

## 〇「スニーカービズ」の歩数増加効果

- ・実践日は、約1300歩(約30%)歩数が増加するとの調査結果あり⇒1日プラス1000歩という目標は達成可能
- ・最大で1日平均3000歩増加 \*福井県職員が歩数計を着用して3か月間調査



## 波及効果・成果

## 福井県内で実践拡大! そして全国にも波及!

## 〇多くのマスコミで取り上げられる

- ・平成29年5月のキックオフ以来、全国紙・地方紙・テレビなど約70のメディアで報道
- ・ヤフートップニュースでも紹介
- ・コトバンクに「スニーカービズ」が掲載
- ・ファッション業界の専門誌でも紹介

## 〇県庁・市町職員、企業・団体従業員に実践拡大

- ・若手～中堅の県職員の8割が実践中
- ・県内300以上の事業所で実践中(把握している事業所数)

## 〇他県にも紹介され、実践拡大

- ・同趣旨のスポーツ庁「FUN+WALK PROJECT」キックオフイベント(30.3)に先行実践県として参加
- ・栃木県、徳島県、九州の地方紙でも次々に「スニーカービズ」が紹介され、同様の取り組みが全国に拡大
- ・NHK WORLDで世界150か国に配信



## 受賞後の現在・今後(継続・拡大して取り組みをおこなっているか)

## 「スニーカービズ」を入口に歩く楽しさを実感

## 〇「スニーカービズ ウォーキング大会」の開催(H30.9.16)

概要:歩くことをもっと楽しく、楽しいことをもっと健康的なものにするスポーツ庁の「FUN+WALK PROJECT」を推進する鈴木大地長官をお招きし、ウォーキング大会を開催(500人参加)

目的:福井駅前の幕末明治福井に因んだ歴史スポットを歩くことにより、街中に興味を持ち、歩くことへの親しみや関心を深める

## 〇全天候型のウォーキングイベントの開催(今後も随時開催)

概要:降雪等で運動機会が減る冬季や熱中症が心配される夏季であっても歩く機会が確保できるようアーケード街やショッピングセンターでウォーキングイベントを開催。

目的:民間のウォーキングイベントが減る冬季等に県内各地でイベントを開催し「いつでもどこでも歩ける」環境を作る



受賞者名 横浜市

所在地 〒231-0017 神奈川県横浜市中区港町1-1

電話 045-671-3892

URL <https://enjoy-walking.city.yokohama.lg.jp/walkingpoint/>

E-mail [kf-walking@city.yokohama.jp](mailto:kf-walking@city.yokohama.jp)

概要・特徴

30万人を目標に、歩数計を持って気軽に楽しく健康づくり

- 横浜市主体で、共同事業者・協賛企業、リーダー設置場所(市内商店街等)の協力を受け、インセンティブを取り入れた、地域の活性化にもつながる健康づくり事業として平成26年11月に事業を開始。
- 18歳以上の市民や在勤・在学者が参加でき、日常生活の中で楽しみながら健康づくりに取り組むことができる仕組み。



結果・課題

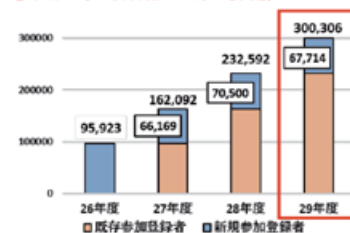
これまでになかったユニークな取り組みが受け入れられ、参加者は順調に増加

- 平成26年度:生活習慣病予防の観点から、40歳以上の市民を対象に事業開始。5万人目標のところ、11月からわずか5か月で9.6万人が参加。
- 平成27年度:健康経営と連動した取り組みを開始。3か月の期間限定で事業所単位での参加登録を導入。
- 平成28年度:健康づくりを幅広い年齢層に浸透させることを目的に、6月から対象年齢を40歳以上から18歳以上に拡大。参加事業所の通年募集やWEB申込の開始など、さらに参加しやすい取組を実施。  
 ⇒事業を進める中で参加者等から寄せられた声を施策に反映。また、部署を超えて行った広報活動や、地域や市内事業所を積極的に巻き込んでいく一連の取り組みが功を奏し、平成28年11月末時点で参加者は22万人を超えるなど、順調に増加。一方で、目標の30万人の達成に向けては健康無関心層の参加促進など、一層の取り組み強化が必要。

波及効果・成果

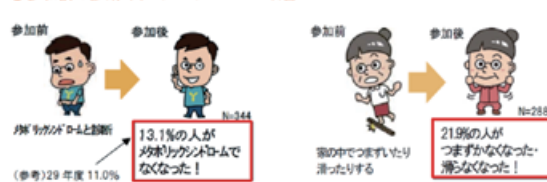
参加者は30万人を突破! 運動習慣、メタボ改善、地域とのつながりづくりにも効果

○平成30年3月、目標の30万人を突破

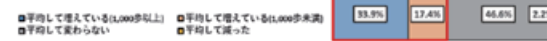


(出典:平成30年度利用状況報告書)

○参加後の診断で、メタボやロコモが改善



○参加後、半数以上で平均の歩数が増加



○リーダー設置店舗に行く機会が増加



○周囲との会話や挨拶、外出の機会が増加



受賞後の現在・今後(継続・拡大して取り組みをおこなっているか)

地域から、事業所から。さらに広がる「歩くムーブメント」

- “地域”への広がり
  - ・自治会や地域団体の単位で参加登録し、仲間と一緒に地域ぐるみでウォーキングを取り組む動きが活発に。
  - ・紛失・故障した歩数計の再登録や使い方相談を行うブースを商店街等で展開。地域の活動継続をサポート。
- “事業所”、“働き世代”への広がり
  - ・健康経営と連携することで、事業所ぐるみで取り組む企業が増加。約1,000の事業所、約4.5万人に拡大。
  - ・平成30年4月に歩数計アプリの配信を開始。参加層は64歳未満が9割を占め、若い世代や働き世代に浸透。
- “健康に関心が低い層”への広がり
  - ・平成29年度には、多くの方が集まる鉄道駅、商店街、百貨店、催事会場等で、参加受付と歩数計の即時交付を実施。申込の手軽さも相まって、家族や友人などと一緒に1.8万人以上の方が利用。





東京医科大学  
公衆衛生学分野  
教授 井上 茂

## 文化や地域の絆が健康をつくる 全体への影響力と、日常化を意識した取り組みを

社会疫学と呼ばれる分野でソーシャルキャピタルという概念が注目されています。「地域の絆」「ご近所の底力」などと似た概念ですが、ソーシャルキャピタルが高い、つまり、お互いが信頼してつながり合った地域・組織に所属する人は健康度が高いことが明らかになってきています。これまでは、生活習慣病予防として、個人へのアプローチが主流でしたが、その上流に病気の原因があると捉え、どういう風に社会を変えれば病気を予防できるかという考え方にシフトしつつあります。このような観点から、スマート・ライフ・プロジェクトにおける各企業・自治体の取り組みにも、環境改善による社員や市民「全体」への影響力と、取り組みの「日常化」という二点をキーワードに評価を行いました。

参画企業・自治体の皆さんには、取り組みが継続し、形骸化しないような工夫、より多くの方の日常に影響を与える工夫をぜひ考えていただきたいと思います。仕組みをつくって終わりではなく、さらに多くの人や企業、地域に使ってもらえるように次の展開を考え、効果を最大化していくことが大切です。そのためには、既存の活動にビルドインしていくことも有効でしょう。例えば、新しく集会や教室を開くだけでなく、普段の朝礼などの日常活動に健康づくり活動を組み込む方が無理なく、より長続きするかもしれません。

また、WHOは「Health in All Policies」という戦略を打ち出しています。これは、健康と幸福の根本は保健部門の範囲外にあり、社会的に形成されることから、健康の推進をすべての分野の政策に取り入れるべきであるという考え方です。健康に関する部門だけが意識するのではなく、一見健康とは関係のない他の部門の活動にも健康の要素を取り込んでいくような対策は評価できます。このように、スマート・ライフ・プロジェクトへの参画企業・自治体も、健康推進部だけでなく部署や役割を横断し、全体への意識と継続性を考えることで、より良い取り組みにつながると思います。

井上 茂

2

食生活分野



# 第4回 厚生労働大臣 最優秀賞

## プロジェクト 100円朝食による学生の健康管理、生活リズムの維持活動

受賞者 立命館大学父母教育後援会

所在地 〒604-8520 京都府京都市中京区西ノ京朱雀町1

電話 075-813-8261

### 概要・特徴

### 100円朝食による学生の健康管理、生活リズムの維持活動

立命館大学では50%以上の学生が下宿生活を送っている。入学当初は80%の学生が朝食を摂っているが、2回生以上になると50%以下に減少してしまう実態にあるため、学生の健康管理や生活習慣の見直し、適切な食生活の確立につなげていく契機とするため、100円朝食の提供を行うこととした(生協等が提供する朝食の100円を超える部分を父母教育後援会が負担することで実現)。

#### ○ 目標を達成するための取組方針

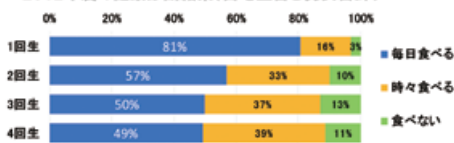
きちんと朝食を摂り、生活リズムを崩させない、という目的から、100円朝食の提供は8時～8時40分までに限定している。時間は限定しているが、時間内に来た学生は全員朝食が食べられるよう提供食数や実施期間は限定していない。立命館大学の全てのキャンパス(衣笠、びわこ・くさつ、大阪いばらき)で実施し、学生、大学院生は全て利用可能。

#### ○ 学生自身が食生活への関心を高める工夫を実践

1か月の利用者数が2万人を超え、累計利用者は22万人となった(学生一人当たり10回利用した計算となる)。学生自身が食生活への関心を高め、学生の発案により、新入生全員に100円朝食を体験させる企画や、100円レシピコンテストなどの取組を行った。



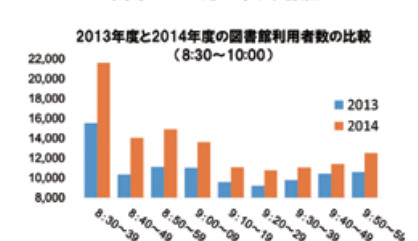
2012年度の健康診断結果(自宅生含む男女合計)



年間利用者のべ11万人  
1日平均1,000人が利用



図書館の早朝利用者が  
年間のべ3万2千人増加



## 第1回 厚生労働省健康局長 優良賞 企業部門

プロジェクト 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

受賞者 一正蒲鉾株式会社

所在地 〒950-8735 新潟県新潟市東区津島屋 7-77

電話 025-270-7111

### 概要・特徴

#### 主力商品の塩分カットで減塩の普及促進

##### ○ 結果・課題

一正蒲鉾株式会社では、魚肉たんぱく製品の主力アイテムにおいしい減塩配合を組み込み、日本食品標準成分表2015の数値に対し塩分カット率30～50%を実現。業界No.1の売り上げのカニかま・「サラダスティック」も塩分を50%カットしている。さらにさつま揚げ、まめかま、鯛入り太ちくわといった主力商品や人気商品の塩分カットを実行するとともに、これら減塩商品の季節に合わせた料理メニュー提案を積極的に展開。

##### ○ 目的・背景

今後は商品のさらなる減塩化と普及促進に努め、また揚物関連の脂質減の研究開発などを通して、広く消費者の健康増進や生活習慣病予防への貢献を目指している。



## 第5回 厚生労働省健康局長 優良賞 企業部門

プロジェクト 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～

受賞者 三幸土木株式会社

所在地 〒470-0103 愛知県日進市北新町北鷲 91-5

電話 0561-73-7788

### 概要・特徴

#### 小さな会社でもできる健康経営

##### ○ 目的・背景

社員80余名の建設業を営む同社は創業100周年に向けて「体重記録と野菜をもう一皿プラスの習慣化」を取組の第一歩として、健康経営を目指すことにした。社員が健康に働き、65歳を過ぎても安定収入を得る環境は、社員の安心、そして会社の健全経営につながるという考えに基づく。

##### ○ 方法

- 毎日の個人取組:体重記録と健康目標のチェック(○×をオリジナル健康アプリ「のっちゃおか」に記録)
- 会社での取組:月1回の健康ミーティング
- 自社農園サンコーファームで採れた野菜を社員に無料配布
- 扶養配偶者に対し野菜レシピを毎月の給料明細に添付
- 3か月に1回程度キッチン付レンタルスタジオで料理教室兼懇親会を開催

##### ○ 波及効果・成果

野菜配布を通じ、家族への波及効果も生まれた。

体重記録・健康目標チェックの優秀者には賞品を授与し、日々の健康チェックの習慣化に向け会社が積極的にサポートをしている。



## 第6回 厚生労働省健康局長 優良賞 自治体部門

プロジェクト 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~」

受賞者 足立区 (東京都)

所在地 〒120-8510 東京都足立区中央本町 1-17-1

電話 03-3880-5433

### 概要・特徴

#### 健康を意識しなくても自ずと野菜摂取量が増える仕組みづくり

「足立区民の健康寿命は、都平均より約2歳短い」という健康格差を真摯に受け止め、糖尿病対策に焦点を絞った、「野菜を食べやすい環境づくり」による取組を実施している。

##### ○ 3つの基本方針

##### ① 野菜を食べやすい環境づくり

約800店舗の「あだちベジタベライフ協力店」で、ベジ・ファーストメニューや野菜たっぷりメニューを提供。

##### ② 子どもの頃からの良い生活習慣の定着

「おいしい給食」を活用し、「ひと口目は野菜から」の声かけを保育園から中学校まで一貫して実施。

##### ③ 重症化予防

社会的に不利な条件を抱え糖尿病が重症化している区民に、自宅でできる「スマホdeドック」や薬局店頭でのヘモグロビンA1c測定を実施。

##### ○ 結果・課題

これらの事業展開により、子どもや子育て世代である30代の野菜摂取量が増加。その結果、健康寿命が延伸し、都平均との差を縮めることができた。

今後もつい野菜から食べてしまう仕組みづくりを推進し、習慣化し、区の文化へと醸成していく。



## 第7回 厚生労働大臣 優秀賞 団体部門

プロジェクト 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

受賞者 特定医療法人丸山会丸子中央病院

所在地 〒386-0405 長野県上田市中丸子 1771-1

電話 0268-42-1111

### 概要・特徴

#### 病院のレストランで行う食を通じた地域貢献

同院は、「地域のしあわせ創りへの貢献」を理念に掲げ、食を通じた地域貢献活動として「職員レストラン」と「山田シェフのいきいきレシピ」に取り組んでいる。

##### ○ 職員レストラン

職員も健康でなければ、患者に良い医療・介護を提供することができないという思いで提供。「健康日本21(第二次)」では1日に必要な野菜摂取量は350gとされているが、1食当たり平均で200g摂ることができる。レストランが健康管理、モチベーションの向上につながっている。

##### ○ 山田シェフのいきいきレシピ

平成27年より、スーパーマーケット ツルヤ様と始めた「山田シェフのいきいきレシピ」は、年間を通し約30万枚が店舗で配布されている。レシピは全てシェフが考案し、糖尿病専門医がコラムを、管理栄養士が携わり栄養素等摂取量のワンポイントアドバイスを記載。食材本来の味や特徴がいかされており、結果的に減塩にもつながっている。

##### ○ 波及効果・成果

住民、患者、職員も含めて全て地域に生きる人たちが、病院のレストランから始まった取組が地域の健康づくりを担う新たなモデルケースとなっている。レシピは地域に浸透してきており、継続的にレシピを発行することで、日常の「料理を作る」場から健康的な食生活に関心を持ち、健康寿命をのばすことを意識してもらうことを目指す。





女子栄養大学  
栄養学部 教授

武見 ゆかり

## 栄養バランスのよい食生活の実践・継続のカギは、 健康的でおいしい食物が入手できる食環境にあり！

健康寿命をのばすために、一人ひとりが食習慣として実践すべきこと。その内容を、スマート・ライフ・プロジェクトでは、開始以来、「毎日プラス1皿の野菜」、「おいしく減塩マイナス2g」、「主食・主菜・副菜を組み合わせる栄養バランスを」と訴えてきました。これらは、平成25年から10年計画の国民健康づくり運動「健康日本21(第二次)」の目標にもつながっています。

栄養バランスのよい食生活を実践するには、一人ひとりが正しい知識を得て、意欲を持って取り組むことが重要です。しかし、日々の暮らしの場で、適切な食物が入手できなければ実践しにくく、まして継続は難しいです。例えば、野菜を食べようと思ってもメニューにない、野菜の惣菜を買おうにも高く続けられない、食塩を減らしたいが魅力的な商品が少ない、等々です。つまり、個人の望ましい食習慣の実践と継続には、それが実現できる食環境が必要ということです。食環境には、食物入手の側面と、情報入手の側面がありますが、情報だけでは行動変容にはつながりにくく、とくに関心の低い人々の変化は期待できません。

スマート・ライフ・プロジェクトのアワードを受賞した食生活分野の取組は、地域や団体(組織)の食環境整備をして、従業員や住民の食習慣の改善につなげた事例が多いです。大学食堂で安価な朝食を提供し若者の朝食欠食を改善した例、地域の飲食店で何を注文してもまず野菜料理が出てくる取組で住民が野菜から食べる習慣を促した例などです。

さらに特筆すべき点は、単に栄養バランスが良いとか減塩しているではなく、“おいしさ”にこだわった食事の提供、食品の開発が評価されていることです。人々が食事に求めるものは、健康や栄養以上に、おいしさ、楽しさ、喜びであるということを忘れてはなりません。つまり、望ましい食生活のカギは、おいしさにこだわった食環境整備ともいえます。

今後も、おいしく、楽しく、そして健康寿命の延伸にも役立つ食生活分野の取組が増えることを期待しています。

武見 ゆかり

3

---

禁煙分野

## 第1回 厚生労働省健康局長 優良賞 自治体部門

プロジェクト 「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

受賞者 岐阜県多治見市

所在地 〒507-8787 岐阜県多治見音羽町1丁目233番地

電話 0572-23-5960

### 概要・特徴

#### 地域の喫煙対策に取り組む、3つの柱

多治見市では地域での喫煙対策を、関係機関との連携によって総合的に推進している。(※下記の取組内容は、受賞当時のものになります。)

##### ○取組の3つの柱

第一に公共施設敷地内禁煙や路上喫煙地区指定など禁煙環境の整備、第二に禁煙支援として、通信制禁煙支援講座の開設や禁煙自主用教材の開発、妊産婦禁煙支援・再喫煙予防支援、禁煙サポート薬局事業等を展開。第三に未成年者喫煙対策として、未成年禁煙支援システムの構築や教育委員会等と連携した小・中・高の喫煙防止教育、保育園等での喫煙防止紙芝居等を実施した。

##### ○その他の取組

禁煙支援者や市民向けのセミナー、世界禁煙デーやお祭りでの受動喫煙防止啓発活動等を実施。喫煙対策に特化した検討会議を設置し、推進体制の強化を図った。

なお、現在は、令和2年4月1日に「多治見市 望まないタバコの被害から市民を守る条例」を施行し、前述の「健康寿命をのばそう！アワード」受賞当時の取組内容から変更し、喫煙対策を推進している。



## 第6回 厚生労働省健康局長 優良賞 自治体部門

プロジェクト 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

受賞者 美唄市（北海道）

所在地 〒072-0026 北海道美唄市西3条南3丁目6番3号

電話 0126-62-1173

### 概要・特徴

#### おいしい空気のまちびばいを目指す受動喫煙防止対策

妊産婦や子どもたちをはじめとする市民が、たばこの煙による健康影響を避け、健康で快適な生活の維持を図ることを目的に「美唄市受動喫煙防止条例」を平成27年12月に制定、平成28年7月に施行した。令和2年4月の改正健康増進法の全面施行に合わせて令和2年3月に条例を改正し、令和2年4月から施行している。

##### ○条例改正のポイント

条例により、心筋梗塞、脳卒中の予防効果が明らかとなった一方、乳児の父親の喫煙率はおおむね50%と高く、妊産婦や子どもたちを受動喫煙から守る環境づくりをより一層推進することを目的に令和2年3月に条例を改正。

妊産婦や子どもたちのいる屋内と車の中、歩行中・自転車走行中の喫煙をしないこと、公園・学校・児童福祉施設の敷地から100m以内の路上での受動喫煙防止に努めるよう定めた。また、加熱式たばこ、電子たばこも紙巻きたばこと同等の規制の対象とした。

##### ○受動喫煙防止のためのPR

子育て世代や子どもたちが親しみやすいポスター、チラシ、ステッカーによる周知と、市内小中学生からのたばこメッセージ展を実施するとともに、同メッセージ展の優秀作品によるポスターを作成し、市民や関係者を啓発。あわせて、喫煙防止教育や禁煙支援を充実させ、「おいしい空気のまちびばい」を目指して活動を展開した。



## 第2回 厚生労働省健康局長 優良賞 企業部門

プロジェクト お客様と従業員に健康と喜びを

受賞者 株式会社グローバルダイニング

所在地 〒107-0062 東京都港区南青山 7-1-5 コラム南青山 8 階

電話 03-3407-0561

### 概要・特徴

#### 飲食業界でいち早く館内全面禁煙へ

平成19年9月には空間と時間による分煙化を明確にし、平成22年3月には健康増進法25条の施行に伴い、業界内ではいち早く全館禁煙に踏み切った。

##### ○受動喫煙のリスクを回避

飲食業界では全面禁煙は難しいとされていたが、禁煙法を早くから施行しているアメリカやイギリスなどの欧米先進国を模範とし、お客様と従業員の健康を第一に考え、受動喫煙による危険性を回避するために、シガーバーを除く全店舗にて全館禁煙とした。

##### ○従業員にも禁煙を推奨

「いつまでも自分の歯で美味しく食べること」を理想とし、従業員にも禁煙を推奨。また、接客上のマナーとしてデンタルフロスの使用も推奨した。



## 第4回 厚生労働省健康局長 優良賞 企業部門

プロジェクト 全社員で考えた禁煙への取り組み

受賞者 アクロクエストテクノロジー株式会社

所在地 〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜 3-17-2 友泉新横浜ビル 5 階

電話 045-476-3171

### 概要・特徴

#### 全社員で考えた禁煙への取組

全社員で話し合い、全社禁煙することを決定。この時点で、社長はヘビースモーカーだったが、全員で決めたことだからと社長も禁煙に参加した。喫煙をやめるために、具体的には次のような3つの取組を行った。

##### ○取組①:7分ルール

喫煙所に行く場合、キッチンタイマーを7分にセットし、フラグを立ててから行くこと。

##### ○取組②:ペナルティ設定

喫煙所から7分以内に戻らなければ、1000円をペナルティとして懇親会費へ。また、喫煙所に行っている間にその人宛てに電話が来たら、ペナルティ1000円。

##### ○取組③:原則喫煙者不採用

喫煙者は採用しない。ただし、新卒入社の場合は、喫煙者であっても、入社前年の8月までに禁煙できれば採用する。

喫煙者と非喫煙者が同じ場で話し合ったことが、成功のポイントだと考えている。



## 第3回 厚生労働省健康局長 優良賞 団体部門

プロジェクト

# 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

受賞者

## 日本禁煙推進医師歯科医師連盟

所在地

〒 807-8555 福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘 1-1 産業医科大学健康開発科学研究室内

電話

070-5497-5742

### 概要・特徴

## 喫煙関連疾患の予防と健康寿命の延伸の 実現のための医療や健診等の場での 禁煙支援・治療の充実・強化

### ○eラーニングプログラムの開発

まず平成20～21年にかけて禁煙外来における禁煙治療の方法を学習するeラーニングプログラム「禁煙治療版」を開発。

また、平成23年には日常診療の場や薬局・薬店において短時間で禁煙のアドバイスをする方法を学習する「禁煙治療導入版」と、地域や職域の保健事業の場において禁煙支援を行う方法を学習する「禁煙支援版」を開発した。

### ○eラーニングプログラムの効果検証と横展開

平成22年からは全国の禁煙治療登録医療機関、自治体や学会、保険者などの保健医療従事者を対象として、開発したプログラムの効果検証を兼ねた普及活動を展開した。

The screenshot shows the J-STOP website interface. On the left is a navigation menu with buttons for 'e-Learning受講はこちら', 'Login', '受講申し込み', 'パソコン動作環境チェック', 'HOME', 'ごあいさつ', and 'J-STOPとは'. The main content area features a banner for the 'Japan Smoking cessation Training Outreach Project' (日本禁煙推進医師歯科医師連盟) and an announcement for the '3rd Healthspan Award' (第3回健康寿命をのばそう!アワード) received by the project. It mentions the award was given by the Ministry of Health, Labour and Welfare (厚生労働省健康局長優良賞) and provides dates for the 2020 training program (2020年12月1日～2021年2月28日). Below the banner, there is a brief description of the J-STOP project's goals and a link to the '論文はこちら' (Paper here). At the bottom, there is a '最近のたばこ関連NEWS' (Recent tobacco-related news) section with a link to an article from November 16, 2020.

## 第5回 厚生労働省健康局長 優良賞 団体部門

プロジェクト

# 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～

受賞者

## 一般社団法人行田市医師会

所在地

〒 361-0066 埼玉県行田市大字上池守 44

電話

048-556-8040

### 概要・特徴

## 医師会と関係団体が連携した喫煙率低下への取組

行田市医師会が中心となって行田市・行田市薬剤師会に働きかけ、互いに連携しあいながら、市民の喫煙率低下・受動喫煙防止を目的に、3つの事業を実施。

### (1)小学生を対象とした喫煙防止教育

医師会と行田市教育委員会が協力し、行田市内にある16校すべての小学校において、平成21年から現在まで、「喫煙防止教育」を実施。プログラムとしては、

- ①児童・保護者・教員への事前アンケート
- ②医師による喫煙防止講演
- ③児童・保護者による感想提出
- ④感想へ講師がコメントを記入し返却 という内容である。

児童に対して「喫煙させない」という目的があるのはもちろん、保護者にも感想を書いてもらうことにより、家庭内でタバコについて親子で話をする機会を提供し、子どもを通じて父母に対し禁煙を勧める目的もある。この取組をあと10年継続することにより、11歳から30歳までの市民がこの教育を受けている状況をつくり、タバコを吸わない親を育て、その親を起点にその子もタバコを吸わない、無煙世代をつくる好循環を形成したいと考えている。健康寿命をのばそう!アワード受賞当時で、この

教育を受けた児童数は4729人に上る。また同時に実施した教員に対するアンケートには935人から回答をもらった。

### (2)禁煙チャレンジサポート事業

行田市の事業として「禁煙チャレンジサポート事業」を平成24年11月から実施。毎年50人、各人1万円を上限に、禁煙外来の受診費用に対し助成金を支給することにより、禁煙外来への受診を促した。平成28年7月末現在で、本事業に登録した市民は140名。禁煙に成功し、助成金を受けた市民は94名であった。

### (3)禁煙サポーター薬局事業

行田市薬剤師会が市の協力を受け、「禁煙サポーター薬局」事業を平成28年5月から実施。日本禁煙学会の禁煙サポーター講習を受講した薬剤師がいる保険薬局を、「禁煙サポーター薬局」として市が認定し、スモーカーライザー(呼気中の一酸化炭素濃度測定器)を無償貸与した。禁煙サポーター薬局では、希望者を無料で測定し、喫煙・受動喫煙の害についての啓発と生活習慣改善指導を行うとともに、禁煙希望者にはニコチンガム・パッチを授与し、禁煙治療を行う体制を整えた。重喫煙者や合併症がある方には、禁煙外来受診を勧奨することとした。開始した5月から7月末までの3か月間の間に、9つの薬局で合計55人の利用があった。このうち43人に対しては生活習慣の改善助言を行い、5人に対しては禁煙外来の受診勧奨を行った。





公益社団法人地域医療振興協会  
ヘルスプロモーション研究センター センター長

## 中村 正和

### 禁煙と受動喫煙防止は 健康寿命を延ばすための大前提

人生100年時代において、生涯にわたり健康で生活できるために、禁煙と受動喫煙防止の重要性が改めて認識されています。喫煙は免疫機能の低下と呼吸器系をはじめ全身の臓器の損傷を引き起こし、感染症のリスクを高めることがわかっています。新型コロナウイルス感染症においても、その重症化に関わることが報告されています。

平成24年にスマート・ライフ・プロジェクトの「健康寿命をのばそう！アワード」が始まりました。初回のアワードで2団体が禁煙の取組み(受動喫煙防止や喫煙防止を含む)で受賞して以来、これまで毎年1～3団体が禁煙に関連した取組みで受賞され、既に10数件に達しています。

受賞された取組み内容はいずれも先駆的であり、その成果が数値で客観的に評価されています。今回事例集をまとめるにあたり、受賞団体すべてを紹介したいところですが、紙面の都合で6事例を選定しました。

自治体では、全国に先駆けて地域の総合的なたばこ対策に取組み、喫煙率を減少させた岐阜県多治見市、健康増進法の改正に先行して受動喫煙防止の条例を制定し、心疾患等の発症の減少が確認された北海道美唄市の2事例。企業では、飲食業界では屋内全面禁煙が難しいとされていた時代に、運営する全店舗で全面禁煙を実行した株式会社グローバルダイニング、たばこ対策の取組みが遅れている小規模事業所において経営者と全社員が話し合っって屋内禁煙と非喫煙者の新規雇用を実現し、喫煙率0%を達成したアクロクエストテクノロジー株式会社の2事例。団体では、医療関係者が禁煙支援や禁煙治療の知識とスキルを修得できるeラーニングプログラムを開発し、効果検証と普及に取り組んだ日本禁煙推進医師歯科医師連盟、医師会が行政や薬剤師会と協働して地域ぐるみで喫煙防止と禁煙の推進に取り組んだ一般社団法人行田市医師会の2事例です。

今後、これらの好事例をふまえ、国民の健康と命を守るための禁煙活動の輪がさらに広がることを期待しています。

中村 正和

4

---

健診・検診分野

プロジェクト 奥様が健診 = 家族が幸せ ~奥様にも健診プロジェクト~

受賞者 全国健康保険協会 愛知支部

所在地 〒450-6363 愛知県名古屋市中村区名駅 1-1-1 JP タワー名古屋 23 階

電話 052-856-1490

概要・特徴

奥様の背中を押すには？

全国健康保険協会(以下、協会けんぽ)は加入企業237万社、加入者4,000万人、愛知支部だけでも14万社、250万人と日本最大の医療保険者である。平成27年度の協会けんぽの家族(奥様)の健診受診率は21.4%、愛知支部では19.8%と、健康保険組合の47.3%の半分にも達しておらず、家族(奥様)に健診を受けていただくため受診勧奨の取組を行っていたが、企業とその従業員のさらに先にいる家族との結びつきは弱く、いくら勧奨を行っても訴求力不足で受診につながらないという問題を抱えていた。

また、企業にとっても、労働力不足が深刻化する中、従業員の看護・介護離職を防止するため、従業員だけでなくその家族の健康維持も重要となっていた。しかし、協会けんぽの加入企業のほとんどが中小・零細企業で、資金力・マンパワーが十分でなく、自社で取組を行うのは困難。こういった状況から、家族(奥様)には健診を受けるため「背中を押してくれる存在」がなく、これが未受診につながっているのではないかと考えた。

そこで、愛知支部と企業がタッグを組んで家族(奥様)へ受診勧奨を行うことにより、健診を受けていただくと考えたのが「奥様にも健診プロジェクト」である。

○「奥様にも健康でいてほしい…」そんな思いを届ける「奥様にも健診プロジェクト」の仕組み

- ①加入企業へ参加募集を行い、同意を得た企業の社長名で家族(奥様)宛てに「健診受診のお願い」の手紙を送付。
- ②同じタイミングで、企業は従業員(夫)に「家族(奥様)に健診を受けるよう」声掛けを依頼し、夫は家族(奥様)に健診受診を声掛け。
- ③家族(奥様)は「夫の社長からの手紙」と「夫からの声掛け」という「二つの声掛け」がきっかけとなり健診を受診(予約)する。

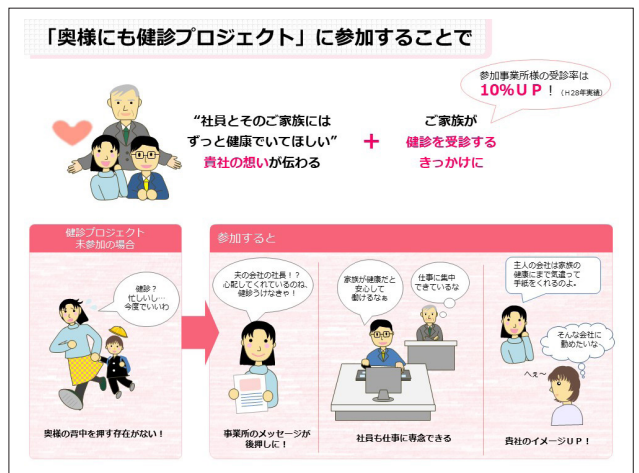
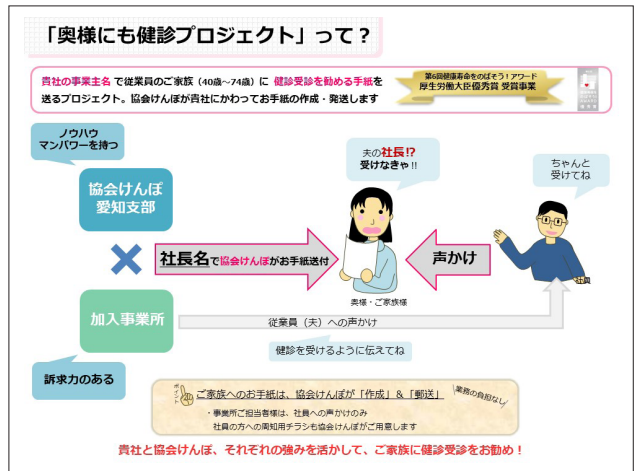
「夫の勤務先の社長」名で受診勧奨することにより、「夫の社長がわたしの健康まで気遣ってくれている」、「夫の社長からの要請は無視できない」といった日本人ならではの心理面への働きかけにより、健診受診につなげることが本事業のポイントである。

○ 受診率 10% 向上、企業イメージも UP!!

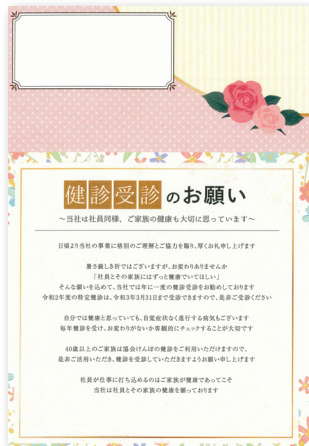
平成28年度におけるプロジェクトの参加企業465社、対象者6,019人の健診受診率は31.9%であった。愛知支部全体の受診率は21.8%であったため、10.1%の受診率アップの成果を得ることができた。家族の健診受診率は年々上昇傾向にはあるが、毎年1%前後しか上昇していなかったため、10.1%の受診率アップは大きな成果であった。また、参加企業からは、「このプロジェクトに参加した結果、従業員の家族も思いやる会社であることを伝えることができ、会社へのイメージがアップしたと実感している」との声をいただいた。この事業は、企業と従業員とその家族の結びつきを強め、職場定着率の向上にも貢献できると考えている。

○ プロジェクト参加企業は 3.6 倍に増加！

「健康寿命をのばそう！アワード」の受賞後、平成29年度以降の参加企業の健診受診率は、愛知支部平均を上回る数字で順調に推移している。また、参加企業は受賞時の465社から令和元年度は約3.6倍の1,661社と大幅に増加している。今後もPDCAサイクルを回しながらブラッシュアップを進めていく予定である。また、令和元年度(平成31年度)に本事業は、「奥様にも健診プロジェクト」からさらに内容を発展させ、名称を「ご家族にも健診プロジェクト」に変更している。



▼(左) 被扶養者向け案内状、(右) 事業所向け案内チラシ



プロジェクト 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～

受賞者 ヤマトグループ・ヤマトグループ健康保険組合

所在地 〒104-0061 東京都中央区銀座2-12-18

電話 03-3543-4271

概要・特徴

家族の「要」である主婦を健康に

ヤマトグループ健康保険組合ではヤマトグループ各社と連携し、ご家族(被扶養者)の健康診断受診率の向上に取り組んでいる。家族の「要」である主婦の健康意識を高め、家族全体が健康になることで、社員が安心して働ける環境づくりを推進している。社員(被保険者)の特定健診は、定期健康診断と同時に実施し、ほぼ受診率100%であるのに対し、被扶養者の受診率は低く、生活習慣病や各疾病の早期発見の観点から、受診率向上は当組合にとって喫緊の課題であった。当組合の健診対象者である被扶養者の大半は、日頃、家事や育児等にとっても忙しい主婦である。この健診の未受診者に対し、実情把握のためのアンケートを実施したところ、受診しない(できない)原因は「受診しやすい環境(機会)」と、健診に対する正しい知識が十分でないこと」であるとの結論となり、従来の画一的な健診方法を見直し、今回の取組を企画実施した。

A～Dのいずれか1つの健診を選び、受診してください

<p><b>A ワエルネス健診</b> <small>健康診断</small></p> <p>なるべく多くの検査項目を受診したい</p> <p>全国約1,000ヶ所の提携医療機関での受診。検査項目が充実しています。</p> <p>※受診料 3,000円(税込) ※予約料 0円</p> <p>※乳がん検診 A (40歳未満は無料、40歳以上は3,000円(税込)) ※肥満検診 A (40歳未満は無料、40歳以上は3,000円(税込))</p> <p>※実施方法 P.6</p>	<p><b>B ワエルネス健診</b> <small>健康診断</small></p> <p>土日に受診したい、待ち時間は少なうたい</p> <p>ホテルや市民会館等、自宅近くの会場での受診。全国で1,800箇所以上実施しており、待ち時間が比較的少ない検診場があります。</p> <p>※受診料 2,800円(税込) ※予約料 0円</p> <p>※乳がん検診 A (40歳未満は無料、40歳以上は3,000円(税込)) ※肥満検診 A (40歳未満は無料、40歳以上は3,000円(税込))</p> <p>※実施方法 P.7</p>
<p><b>C 集合契約健診</b></p> <p>自宅近くの病院で受診したい</p> <p>全国約4,700ヶ所以上の提携医療機関での受診。ご希望の地域や、お近くの病院で受診できます。</p> <p>※受診料 0円 ※予約料 0円</p> <p>※乳がん検診 A (40歳未満は無料、40歳以上は3,000円(税込)) ※肥満検診 A (40歳未満は無料、40歳以上は3,000円(税込))</p> <p>※実施方法 P.8</p>	<p><b>D ヤマトグループ巡回健診</b></p> <p>社員と同じ会場で受診したい</p> <p>ヤマトグループ社員の定期健康診断会場での受診。(東京都での実施はありません)</p> <p>※受診料 0円 ※予約料 0円</p> <p>※乳がん検診 A (40歳未満は無料、40歳以上は3,000円(税込)) ※肥満検診 A (40歳未満は無料、40歳以上は3,000円(税込))</p> <p>※実施方法 P.10</p>

各個人に合ったコースを分かりやすく  
受診方法や健診項目を分かりやすくし、案内書を工夫。

ベストミックス

▲見やすく分かりやすい「健診案内」

○ ライフスタイルに合わせた健診のベストミックス

健診のベストミックスとして、以下の4つの取組を実施した。

1. ライフスタイルとニーズに合わせた受診環境(機会)の整備(健診のベストミックス)
  - (1) 受診機会と選択肢の拡大  
(被保険者の職場や巡回会場、健保連集合健診と連携し健診場所の拡大を図る)
  - (2) 会場・健診項目の選択が可能  
(ライフスタイルとニーズに応じて選択できる4つのコースを提供)
  - (3) 付加価値向上と動機づけ  
(各がん検診と組み合わせ、インセンティブ付与)
2. 受診機会の周知(受診動奨)
  - (1) 特定層向けアプローチ  
(次年度の受診動機づけのため39歳到達者へ受診案内、未受診者の被保険者(社員)へ受診依頼通知など)
  - (2) さまざまなアプローチ方法(機関紙、電話、DMなど)
  - (3) 未受診者へ電話受診動奨
3. 5年以上健診を受けていない「無関心層」対策
  - (1) 被保険者(社員)・事業主(会社)・家族(お子様)から働きかけができる工夫
4. 健診結果の正しい理解・フォロー
  - (1) 受診者へ健診結果に応じたアドバイス冊子の配布(来年度への動機づけ)

あなたに合わせた4つの健診をご用意しています

▼ 完了した健診を受けたい 心内ワエルネス健診

▼ 近くの病院で受診したい 集合契約健診

▼ 土日に受診したい 巡回健診

▼ 社員と同じ会場で受診したい ヤマトグループ巡回健診

03-3543-4271 (平日 9:00~17:00)

被扶養者への被保険者(社員) 経由の案内

▲ 受診者の立場に立った「受診動奨案内」

あなたを無料の健康診断にご招待します

主簿健診・家族健診のご案内

今年度から、あなたも無料健診の対象になります。来年度は必ず健診を受けましょう！

【差出人】 ヤマトグループ健康保険組合

〒104-0061 東京都中央区銀座2-12-18  
ヤマト銀座ビル8階  
電話:03-3543-4271 (平日 9:00~17:00)

39歳到達者への案内

○ 健診受診率が12.3ポイント向上、波及可能なモデルの確立へ

この取組を開始した平成25年度は40.7%であった被扶養者の健診受診率は、平成29年度は53.0%と、5年間で12.3ポイント向上させることができた。さらに、5年以上健診を受けていない方が1,343人減少するなど、無関心層対策としても一定の効果を挙げることができた。また、この取組には特別な条件や仕組みづくりは不要であり、「被扶養者の健診受診率向上」が課題となっている他団体にも波及可能な取組である。広く社会にこのような健診モデルが波及されることで、社会全体の健診受診率の向上、健康寿命の延伸に寄与できると考える。

マンガ 目指そう!健康家族

小学生のお子様向け広報誌

## 第6回 厚生労働省健康局長 優良賞 団体部門

プロジェクト 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」

受賞者 静岡県在宅保健師の会「つつじ会」

所在地 〒 420-0823 静岡県静岡市葵区春日 2 丁目 1 番 27 号

電話 054-253-5576

### 概要・特徴

#### 在宅保健師の経験を活かした家庭訪問による重症化予防の取組

静岡県在宅保健師の会「つつじ会」では、対象者宅へ直接足を運び、住民の生活実態や思い、意識等を踏まえた訪問事業を大切にしており、寝たきり予防や生活習慣病予防など、時代背景に即した家庭訪問を平成6年から27年間で1万5,023名に行ってきた。

##### ○医療機関未受診者への受診勧奨

平成27年度からは、国保保険者が実施した特定健康診査の結果、受診勧奨判定値を超えたにもかかわらず医療機関を受診していない者に対して「かかりつけ医」への受診勧奨や生活習慣の改善に向けた助言を行うことで、生活習慣病の発症及び重症化予防を目的とした家庭訪問を実施している。

##### ○受診勧奨により、約半数が医療機関へ受診

平成27年度からの6年間で、882名に訪問を行い、対象者自身が健診結果を正しく理解し、自分に起こっている身体の変化に気づくことで、約半数の方に医療機関への受診を促すことができた。本事業を継続することで、生活習慣病の重症化を予防し、更なる健康寿命の延伸を目指していきたい。



## 第5回 厚生労働省健康局長 優良賞 団体部門

プロジェクト 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

受賞者 全国健康保険協会 福岡支部

所在地 〒 812-8670 福岡市博多区上呉服町 10-1

電話 092-284-5840

### 概要・特徴

#### 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

##### ○市町村と連携し被扶養者健診とがん検診を同時実施

平成22年より受診効率を高めるため、市町村と連携し被扶養者特定健診と市町村がん検診を同時実施する（現在はコラボ健診と呼ぶ。以下、コラボ健診）ことを目標として、各市町村との交渉を始め、徐々に実施市町村を増やしていき、令和元年度現在、県内60市町村すべてと連携中である。

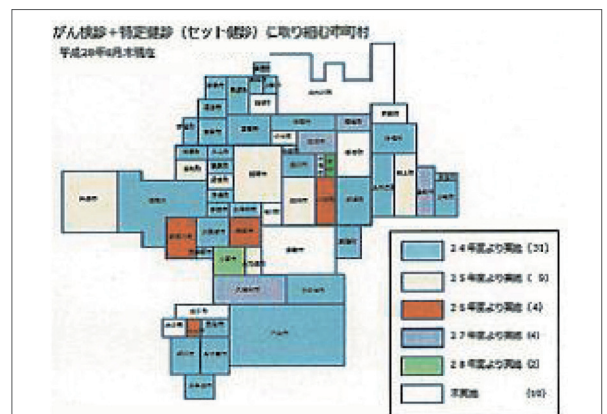
##### ○平成27年度よりショッピングモール健診を開始

さらなる受診率向上、利便性のある健診の提供のため平成27年度よりショッピングモール健診を開始した。効率性を重視し、加入者の郵便番号データを階層化し、未受診者の密集地を特定したうえで、近隣のショッピングモールを会場として県内各地で特定健診を行った。

##### ○特定健診の受診率向上とがんの早期発見に寄与

コラボ健診では「一度に特定健診とがん検診を受けられて良かった」等の声が多く、同時に実施することで加入者の要望に応え、受診率向上が見込めるだけでなく、がん検診を受けることでの早期発見にも寄与できた。両健診事業等により、被扶養者の令和元年度受診者数は46,868人(22.4%)に伸びた。

平成29年度に福岡県の全60市町村との連携を達成





女子栄養大学  
特任教授

津下一代

## 健診・検診を起点とする

### 健康習慣・健康家族・健康長寿社会

年に一度、からだの声を聴く。健診は私たちの気づかない体の負担を教えてください。今のままでよさそうか、生活習慣を見直すべきか、それとも精密検査や治療が必要か。「健診」とは、検査するだけでなく判定や情報提供も含めている概念です。さらに、数値の羅列ではわかりにくい健診情報を紐解き、あなたの行動を後押しするのが保健指導。「つつじ会」は地域で活動する保健師が、生活の実情も踏まえ本音によりそう支援を長年続けていることが評価され、アワードを受賞されました。

がん検診も重要です。厚生労働省は、早期発見し適切な治療を行うことで死亡率が減少する科学的エビデンスのあるがんについて積極的な受診を進めています。胃、子宮、肺、乳腺、大腸のがん検診は一定の年齢になったら必ず受診、自分の身を守る大切です。

これだけ大切な健診・検診なのに、保険者の悩みは受診率の問題です。とくに被扶養者は加入者本人のように会社からの強制力が働きにくく、受診機会を設定しにくいこともあって、低迷が続いています。アワード優秀賞の2団体は、夫や社長からのメッセージ、わかりやすい受診方法や案内の工夫など、さまざまな手段を講じて成果を上げました。協会けんぽ、自治体、ショッピングセンターが協力して、健診を受けやすくする試みも大切です。「症状がないから受診しない」のではなく「症状がないからこそ健診受診が必要」ということを丁寧に伝えていきたいですね。

健診の後には、その結果について関心を持てるようフォローを行うことも大切です。昨年の結果と比べてみる、暮らし方の戦略を立ててみる、家族で作戦会議を開く、来年の健診を目標とする、など健診を最大限に活用したいものです。血圧が二人とも高めになってきたので塩分を控えようか、とか、腹囲が去年よりも大きくなってきた週に2回散歩を一緒にやろう！など。一般的な情報よりも、自分の・家族のデータを素材にした学習は、健康リテラシーを高めるのには最適でしょう。気づき・行動する人が増えることで、健康長寿社会への道が開けていきます。

津下一代

## 総合事例集



○厚生労働省告示第四百三十号

健康増進法（平成十四年法律第百三号）第七条第一項の規定に基づき、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（平成十五年厚生労働省告示第百九十五号）の全部を次のように改正し、平成二十五年四月一日から適用することとしたので、同条第四項の規定に基づき公表する。

平成二十四年七月十日

厚生労働大臣 小宮山洋子

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

この方針は、21世紀の我が国において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をいう。以下同じ。）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、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、平成25年度から平成34年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次））」（以下「国民運動」という。）を推進するものである。

第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

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、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（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をいう。以下同じ。）の延伸を実現する。

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（地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差をいう。以下同じ。）の縮小を実現する。

二 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）

がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPD（慢性閉塞性肺疾患をいう。以下同じ。）に対処するため、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病の発症を予防することをいう。）に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に重点を置いた対策を推進する。

（注）がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPDは、それぞれ我が国においては生活習慣病の一つとして位置づけられている。一方、国際的には、これら四つの疾患を重要なNCD（非感染性疾患をいう。以下同じ。）として捉え、予防及び管理のための包括的な対策を講じることが重視されているところである。

三 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

国民が自立した日常生活を営むことを目指し、乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上につながる対策に取り組む。

また、生活習慣病を予防し、又はその発症時期を遅らせることができるよう、子どもの頃から健康な生活習慣づくりに取り組む。

さらに、働く世代のメンタルヘルス対策等により、ライフステージに応じた「こころの健康づくり」に取り組む。

四 健康を支え、守るための社会環境の整備

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、守る環境づくりに努めていくことが重要であり、行政機関のみならず、広く国民の健康づくりを支援する企業、民間団体等の積極的な参加協力を得るなど、国民が主体的に行う健康づくりの取組を総合的に支援する環境を整備する。

また、地域や世代間の相互扶助など、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な者や、健康づくりに関心のない者等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備する。



## 五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔<sup>くわう</sup>の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

上記一から四までの基本的な方向を実現するため、国民の健康増進を形成する基本要素となる栄養・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。生活習慣の改善を含めた健康づくりを効果的に推進するため、乳幼児期から高齢期までのライフステージや性差、社会経済的状況等の違いに着目し、こうした違いに基づき区分された対象集団ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

その上で、その内容に応じて、生活習慣病を発症する危険度の高い集団や、総人口に占める高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青壮年期の世代への生活習慣の改善に向けた働きかけを重点的に行うとともに、社会環境の改善が国民の健康に影響を及ぼすことも踏まえ、地域や職場等を通じて国民に対し健康増進への働きかけを進める。

## 第二 国民の健康の増進の目標に関する事項

### 一 目標の設定と評価

国は、国民の健康増進について全国的な目標を設定し、広く国民や健康づくりに関わる多くの関係者に対してその目標を周知するとともに、継続的に健康指標の推移等の調査及び分析を行い、その結果に関する情報を国民や関係者に還元することにより、関係者を始め広く国民一般の意識の向上及び自主的な取組を支援するものとする。

また、国民の健康増進の取組を効果的に推進するため、国が具体的な目標を設定するに当たっては、健康づくりに関わる多くの関係者が情報を共有しながら、現状及び課題について共通の認識を持った上で、課題を選択し、科学的根拠に基づくものであり、かつ、実態の把握が可能な具体的目標を設定するものとする。

なお、具体的目標については、おおむね 10 年間を目途として設定することとし、国は、当該目標を達成するための取組を計画的に行うものとする。また、設定した目標のうち、主要なものについては継続的に数値の推移等の調査及び分析を行うとともに、都道府県における健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努める。さらに、目標設定後 5 年を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、目標設定後 10 年を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する。

### 二 目標設定の考え方

健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、これらの目標達成のために、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。

#### 1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命の延伸及び健康格差の縮小は、生活習慣の改善や社会環境の整備によって我が国において実現されるべき最終的な目標である。具体的な目標は、日常生活に制限のない期間の平均の指標に基づき、別表第一のとおり設定する。また、当該目標の達成に向けて、国は、生活習慣病対策の総合的な推進を図るほか、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

#### 2 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

我が国の主要な死亡原因であるがん及び循環器疾患への対策に加え、患者数が増加傾向にあり、かつ、重大な合併症を引き起こすおそれのある糖尿病や、死亡原因として急速に増加すると予測される COPD への対策は、国民の健康寿命の延伸を図る上で重要な課題である。

がんは、予防、診断、治療等を総合的に推進する観点から、年齢調整死亡率の減少とともに、特に早期発見を促すために、がん検診の受診率の向上を目標とする。

循環器疾患は、脳血管疾患及び虚血性心疾患の発症の危険因子となる高血圧の改善並びに脂質異常症の減少と、これらの疾患による死亡率の減少等を目標とする。

糖尿病は、その発症予防により有病者の増加の抑制を図るとともに、重症化を予防するため

に、血糖値の適正な管理、治療中断者の減少及び合併症の減少等を目標とする。

COPDは、喫煙が最大の発症要因であるため、禁煙により予防可能であるとともに、早期発見が重要であることから、これらについての認知度の向上を目標とする。

上記に係る具体的な目標は別表第二のとおりとし、当該目標の達成に向けて、国は、これらの疾患の発症予防や重症化予防として、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

### 3 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

少子高齢化が進む中で、健康寿命の延伸を実現するには、生活習慣病の予防とともに、社会生活を営むための機能を高齢になっても可能な限り維持することが重要である。

社会生活を営むために必要な機能を維持するために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康である。その健全な維持は、個人の生活の質を大きく左右するものであり、自殺等の社会的損失を防止するため、全ての世代の健やかな心を支える社会づくりを目指し、自殺者の減少、重い抑鬱や不安の低減、職場の支援環境の充実及び子どもの心身の問題への対応の充実を目標とする。

また、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。

さらに、高齢化に伴う機能の低下を遅らせるためには、高齢者の健康に焦点を当てた取組を強化する必要があり、介護保険サービス利用者の増加の抑制、認知機能低下及びロコモティブシンドローム（運動器症候群）の予防とともに、良好な栄養状態の維持、身体活動量の増加及び就業等の社会参加の促進を目標とする。

上記に係る具体的な目標は別表第三のとおりとし、当該目標の達成に向けて、国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援などの取組を進める。

### 4 健康を支え、守るための社会環境の整備

健康を支え、守るための社会環境が整備されるためには、国民、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。具体的な目標は、別表第四のとおりとし、居住地域での助け合いといった地域のつながりの強化とともに、健康づくりを目的とした活動に主体的に関わる国民の割合の増加、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数の増加並びに身近で専門的な支援及び相談が受けられる民間団体の活動拠点の増加について設定するとともに、健康格差の縮小に向け、地域で課題となる健康格差の実態を把握し、対策に取り組む地方公共団体の増加について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康づくりに自発的に取り組む企業、民間団体等の動機づけを促すため、当該企業、団体等の活動に関する情報提供やそれらの活動の評価等に取り組む。

### 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

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目標は、それぞれ次の考え方にに基づき、別表第五のとおりとする。

#### (1) 栄養・食生活

栄養・食生活は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持及び向上並びに生活の質の向上の観点から重要である。目標は、次世代の健康や高齢者の健康に関する目標を含め、ライフステージの重点課題となる適正体重の維持や適切な食事等に関するものに加え、社会環境の整備を促すため、食品中の食塩含有量等の低減、特定給食施設（特定かつ多数の者に対して継続的に食事を供給する施設をいう。以下同じ。）での栄養・食事管理について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康な食生活や栄養に関する基準及び指針の策定、関係行政機関の連携による食生活に関する国民運動の推進、食育の推進、専門的機能を

有する人材の養成、企業や民間団体との協働による体制整備等に取り組む。

#### (2) 身体活動・運動

身体活動・運動は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持及び向上並びに生活の質の向上の観点から重要である。目標は、次世代の健康や高齢者の健康に関する目標を含め、運動習慣の定着や身体活動量の増加に関する目標とともに、身体活動や運動に取り組みやすい環境整備について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康増進のための運動基準・指針の見直し、企業や民間団体との協働による体制整備等に取り組む。

#### (3) 休養

休養は、生活の質に係る重要な要素であり、日常的に質量ともに十分な睡眠をとり、余暇等で体や心を養うことは、心身の健康の観点から重要である。目標は、十分な睡眠による休養の確保及び週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康増進のための睡眠指針の見直し等に取り組む。

#### (4) 飲酒

飲酒は、生活習慣病を始めとする様々な身体疾患や鬱病等の健康障害のリスク要因となり得るのみならず、未成年者の飲酒や飲酒運転事故等の社会的な問題の要因となり得る。目標は、生活習慣病の発症リスクを高める量を飲酒している者の減少、未成年者及び妊娠中の者の飲酒の防止について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、飲酒に関する正しい知識の普及啓発や未成年者の飲酒防止対策等に取り組む。

#### (5) 喫煙

喫煙は、がん、循環器疾患、糖尿病、COPDといったNCDの予防可能な最大の危険因子であるほか、低出生体重児の増加の一つの要因であり、受動喫煙も様々な疾病の原因となるため、喫煙による健康被害を回避することが重要である。目標は、成人の喫煙、未成年者の喫煙、妊娠中の喫煙及び受動喫煙の割合の低下について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、受動喫煙防止対策、禁煙希望者に対する禁煙支援、未成年者の喫煙防止対策、たばこの健康影響や禁煙についての教育、普及啓発等に取り組む。

#### (6) 歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は摂食と構音を良好に保つために重要であり、生活の質の向上にも大きく寄与する。目標は、健全な口腔機能を生涯にわたり維持することができるよう、疾病予防の観点から、歯周病予防、う蝕<sup>しよく</sup>予防及び歯の喪失防止に加え、口腔機能の維持及び向上等について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発や「8020（ハチマルニイマル）運動」の更なる推進等に取り組む。

### 第三 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項

#### 一 健康増進計画の目標の設定と評価

都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画（以下「健康増進計画」という。）の策定に当たっては、地方公共団体は、人口動態、医療・介護に関する統計、特定健康診査データ等の地域住民の健康に関する各種指標を活用しつつ、地域の社会資源等の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に評価及び改定を実施することが必要である。

都道府県においては、国が設定した全国的な健康増進の目標を勘案しつつ、その代表的なものについて、地域の実情を踏まえ、地域住民に分かりやすい目標を設定するとともに、都道府県の区域内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努めるものとする。

市町村においては、国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な各種の施策、事業、基盤整備等に関する目標に重点を置いて設定するよう努めるものとする。

## 二 計画策定の留意事項

健康増進計画の策定に当たっては、次の事項に留意する必要がある。

- 1 都道府県は、市町村、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者、健康づくりに取り組む企業、民間団体等の一体的な取組を推進する観点から、都道府県健康増進計画の策定及びこれらの関係者の連携の強化について中心的な役割を果たすこと。このため、都道府県は、健康増進事業実施者、医療機関、企業の代表者、都道府県労働局その他の関係者から構成される地域・職域連携推進協議会等を活用し、これらの関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について議論を行い、その結果を都道府県健康増進計画に反映させること。
- 2 都道府県健康増進計画の策定に当たっては、都道府県が策定する医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 第 1 項に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 9 条第 1 項に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 118 条第 1 項に規定する都道府県介護保険事業支援計画、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）第 11 条第 1 項に規定する都道府県がん対策推進計画その他の都道府県健康増進計画と関連する計画及び都道府県が定める歯科口腔保健の推進に関する法律（平成 23 年法律第 95 号）第 12 条第 1 項に規定する基本的事項との調和に配慮すること。  
また、都道府県は、市町村健康増進計画の策定の支援を行うとともに、必要に応じ、市町村ごとの分析を行い、地域間の健康格差の是正に向けた目標を都道府県健康増進計画の中で設定するよう努めること。
- 3 保健所は、地域保健の広域的、専門的かつ技術的な拠点として、健康格差の縮小を図ること等を目的とした健康情報を収集分析し、地域の住民や関係者に提供するとともに、地域の実情に応じ、市町村における市町村健康増進計画の策定の支援を行うこと。
- 4 市町村は、市町村健康増進計画を策定するに当たっては、都道府県や保健所と連携しつつ、事業の効率的な実施を図る観点から、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 1 項に規定する特定健康診査等実施計画と市町村健康増進計画を一体的に策定するなど、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図るとともに、市町村が策定する介護保険法第 117 条第 1 項に規定する市町村介護保険事業計画その他の市町村健康増進計画と関連する計画との調和に配慮すること。  
また、市町村は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 17 条及び第 19 条の 2 に基づき実施する健康増進事業について、市町村健康増進計画において位置付けるよう留意すること。
- 5 都道府県及び市町村は、国の目標の期間を勘案しつつ、一定の期間ごとに計画の評価及び改定を行い、住民の健康増進の継続的な取組に結び付けること。当該評価及び改定に当たっては、都道府県又は市町村自らによる取組のほか、都道府県や市町村の区域内の医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者、企業等における取組の進捗状況や目標の達成状況について評価し、その後の取組等に反映するよう留意すること。
- 6 都道府県及び市町村は、健康増進のための目標の設定や、目標を達成するまでの過程及び目標の評価において、地域住民が主体的に参加し、その意見を積極的に健康増進の取組に反映できるように留意すること。

## 第四 国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項

### 一 健康増進に関する施策を実施する際の調査の活用

国は、国民の健康増進を推進するための目標等を評価するため、国民健康・栄養調査等の企画を行い、効率的に実施する。併せて、生活習慣の改善のほか、社会環境の改善に関する調査研究についても推進する。

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査、都道府県健康・栄養調査、国民生活基礎調査、健康診査、保健指導、地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計、診療報酬明細書（レセプト）の情報その他の収集した情報等に基づき、現状分析を行うとともに、健康増進に関する施策の評価を行う。この際、個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律

第 57 号)、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 58 号)、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 59 号)、統計法(平成 19 年法律第 53 号)、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律第 11 条第 1 項の趣旨を踏まえて制定される条例等を遵守するほか、各種調査の結果等を十分活用するなどにより、科学的な根拠に基づいた健康増進に関する施策を効率的に実施することが重要である。

また、これらの調査等により得られた情報については、積極的な公表に努める。

さらに、国、地方公共団体は、ICT(情報通信技術をいう。以下同じ。)を利用して、健診結果等の健康情報を個人が活用するとともに、全国規模で健康情報を収集・分析し、国民や関係者が効果的な生活習慣病対策を実施することができる仕組みを構築するよう努める。

## 二 健康の増進に関する研究の推進

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民の社会環境や生活習慣と生活習慣病との関連等に関する研究を推進し、研究結果に関する的確かつ十分な情報の提供を国民や関係者に対し行う。また、新たな研究の成果については、健康増進に関する基準や指針に反映させるなど、効果的な健康増進の実践につながるよう支援を行っていくことが必要である。

## 第五 健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項

各保健事業者は、質の高い保健サービスを効果的かつ継続的に提供するため、特定健康診査・特定保健指導、がん検診、労働者を対象とした健康診断等の徹底を図るとともに、転居、転職、退職等にも適切に対応し得るよう、保健事業の実施に当たって、既存の組織の有効活用のほか、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、共同事業の実施等保健事業者相互の連携の促進が図られることが必要である。

具体的な方法として、がん検診、特定健康診査その他の各種検診の実施主体間で、個人の健康情報の共有を図るなど、健康に関する対策を効率的かつ効果的に実施することがある。また、受診者の利便性の向上や受診率の目標達成に向けて、がん検診や特定健康診査その他の各種検診を同時に実施することや、各種検診の実施主体の参加による受診率の向上に関するキャンペーンを実施することがある。

なお、健康診査の実施等に係る健康増進事業実施者間の連携については、これらのほか、健康増進法第 9 条第 1 項に基づく健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針の定めるところによる。

## 第六 食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項

### 一 基本的な考え方

健康増進は、国民の意識と行動の変容が必要であることから、国民の主体的な健康増進の取組を支援するため、国民に対する十分かつ確かな情報提供が必要である。このため、当該情報提供は、生活習慣に関して、科学的知見に基づき、分かりやすく、国民の健康増進の取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫する。また、当該情報提供において、家庭、保育所、学校、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めるよう工夫する。

生活習慣に関する情報提供に当たっては、ICTを含むマスメディアや健康増進に関するボランティア団体、産業界、学校教育、医療保険者、保健事業における健康相談等多様な経路を活用するとともに、対象集団の特性に応じた効果的な働きかけを、複数の方法を組み合わせて行うことが重要である。なお、情報提供に当たっては、誤った情報や著しく偏った不適切な情報を提供しないよう取り組むものとする。

また、国、地方公共団体等は、生活習慣の各分野に関し、指針の策定、普及等に取り組む。

### 二 健康増進普及月間等

国民運動の一層の推進を図るため、9月を健康増進普及月間とし、国、地方公共団体、企業、民間団体等が行う様々なイベントや広報活動等の普及啓発活動等を通じ、国民の自覚を高めるほか、社会全体で健康づくりを支え合う環境を醸成するための健康増進の取組を一層促進すること

とする。

また、当該取組が一層効果的となるよう、併せて、食生活改善普及運動を9月に実施する。

健康増進普及月間及び食生活改善普及運動（以下「健康増進普及月間等」という。）の実施に当たっては、地域の実情に応じた課題を設定し、健康に関心の薄い者も含めてより多くの住民が参加できるように工夫するよう努めることが必要である。また、地域における活動のほか、国、地方公共団体、企業、民間団体等が相互に協力して、全国規模の中核的なイベント等を実施することにより、健康増進普及月間等の重点的かつ効果的な実施を図る。

## 第七 その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

### 一 地域の健康課題を解決するための効果的な推進体制

健康増進に関係する機関及び団体等がそれぞれ果たすべき役割を認識するとともに、地域の健康課題を解決するため、市町村保健センター、保健所、医療保険者、医療機関、薬局、地域包括支援センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等から構成される中核的な推進組織が、市町村保健センター、保健所を中心として、各健康増進計画に即して、当該計画の目標を達成するための行動計画を設定し、各機関及び団体等の取組をそれぞれ補完し合うなど職種間で連携を図ることにより、効果的な取組が図られることが望ましい。

また、国は、地方公共団体が健康増進計画の策定等を行う際に、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の技術的援助を行い、都道府県も市町村に対し同様の技術的援助を行うことが必要である。

### 二 多様な主体による自発的取組や連携の推進

栄養、運動、休養に関連する健康増進サービス関連企業、健康機器製造関連企業、食品関連企業を始めとして、健康づくりに関する活動に取り組む企業、NGO、NPO等の団体は、国民の健康増進に向けた取組を一層推進させるための自発的取組を行うとともに、当該取組について国民に情報発信を行うことが必要である。国、地方公共団体等は、当該取組の中で、優れた取組を行う企業等を評価するとともに、当該取組が国民に広く知られるよう、積極的に当該取組の広報を行うなど、健康づくりのための社会環境の整備に取り組む企業等が増加するような動機付けを与えることが必要である。健康増進の取組としては、民間の健康増進サービスを実施する企業等が、健診・検診の実施主体その他関係機関と連携し、対象者に対して効果的かつ効率的に健康増進サービスを提供することも考えられる。こうした取組の推進により、対象者のニーズに応じた多様で質の高い健康増進サービスに係る市場の育成が図られる。

また、健康増進の取組を推進するに当たっては、健康づくり対策、食育、母子保健、精神保健、介護予防及び就業上の配慮や保健指導等を含む産業保健の各分野における対策並びに医療保険の保険者が実施する対策を含めた厚生労働行政分野における健康増進に関する対策のほか、学校保健対策、ウォーキングロード（遊歩道等の人の歩行の用に供する道をいう。）の整備等の対策、森林等の豊かな自然環境の利用促進対策、総合型地域スポーツクラブの活用等の生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、関係行政分野、関係行政機関等が十分に連携する必要がある。

### 三 健康増進を担う人材

地方公共団体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康等の生活習慣全般についての保健指導及び住民からの相談を担当する。

国及び地方公共団体は、健康増進に関する施策を推進するための保健師、管理栄養士等の確保及び資質の向上、健康運動指導士等の健康増進のための運動指導者や健康スポーツ医との連携、食生活改善推進員、運動普及推進員、禁煙普及員等のボランティア組織や健康増進のための自助グループの支援体制の構築等に努める。

このため、これらの人材について、国において総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図るとともに、都道府県において市町村、医

療保険者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体等と連携し、地方公共団体の職員だけでなく、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく研修の充実を図ることが必要である。

また、地域保健担当者、学校保健担当者等は、国民の健康増進のために相互に連携を図るよう努める。

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

項 目	現 状	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）	男性 70.42年 女性 73.62年 （平成22年）	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 （平成34年度）
② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均的都道府県格差の縮小）	男性 2.79年 女性 2.95年 （平成22年）	都道府県格差の縮小 （平成34年度）

（注） 上記①の目標を実現するに当たっては、「日常生活に制限のない期間の平均」のみならず、「自分が健康であると自覚している期間の平均」についても留意することとする。

また、上記②の目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各都道府県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むものである。

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

(1) がん

項 目	現 状	目 標
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）	84.3 （平成22年）	73.9 （平成27年）
② がん検診の受診率の向上	胃がん 男性 36.6% 女性 28.3% 肺がん 男性 26.4% 女性 23.0% 大腸がん 男性 28.1% 女性 23.9% 子宮頸がん 女性 37.7% 乳がん 女性 39.1% （平成22年）	50% （胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%） （平成28年度）

（注） がん検診の受診率の算定に当たっては、40歳から69歳まで（子宮頸がんは20歳から69歳まで）を対象とする。

(2) 循環器疾患

項 目	現 状	目 標
① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	脳血管疾患 男性 49.5 女性 26.9 虚血性心疾患 男性 36.9 女性 15.3 （平成22年）	脳血管疾患 男性 41.6 女性 24.7 虚血性心疾患 男性 31.8 女性 13.7 （平成34年度）
② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	男性 138mmHg 女性 133mmHg （平成22年）	男性 134mmHg 女性 129mmHg （平成34年度）
③ 脂質異常症の減少	総コレステロール240mg/	総コレステロール240mg/

	d1以上の者の割合 男性 13.8% 女性 22.0% LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合 男性 8.3% 女性 11.7% (平成22年)	d1以上の者の割合 男性 10% 女性 17% LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合 男性 6.2% 女性 8.8% (平成34年度)
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	1,400万人 (平成20年度)	平成20年度と比べて 25%減少 (平成27年度)
⑤ 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 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% (平成21年度)	平成25年度から開始する第 2期医療費適正化計画に合 わせて設定 (平成29年度)

### (3) 糖尿病

項 目	現 状	目 標
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	16,247人 (平成22年)	15,000人 (平成34年度)
② 治療継続者の割合の増加	63.7% (平成22年)	75% (平成34年度)
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%（NG SP値8.4%）以上の者の割合の 減少)	1.2% (平成21年度)	1.0% (平成34年度)
④ 糖尿病有病者の増加の抑制	890万人 (平成19年)	1000万人 (平成34年度)
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）	1,400万人 (平成20年度)	平成20年度と比べて25%減 少 (平成27年度)
⑥ 特定健康診査・特定保健指導の 実施率の向上（再掲）	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% (平成21年度)	平成25年度から開始する第 2期医療費適正化計画に合 わせて設定 (平成29年度)

### (4) COPD

項 目	現 状	目 標
① COPDの認知度の向上	25% (平成23年)	80% (平成34年度)

## 別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

### (1) こころの健康

項 目	現 状	目 標
① 自殺者の減少（人口10万人当た	23.4	自殺総合対策大綱の見直し



り)	(平成22年)	の状況を踏まえて設定
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	10.4% (平成22年)	9.4% (平成34年度)
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	33.6% (平成19年)	100% (平成32年)
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	小児科医 94.4 (平成22年) 児童精神科医 10.6 (平成21年)	増加傾向へ (平成26年)

(2) 次世代の健康

項 目	現 状	目 標
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	小学5年生 89.4% (平成22年度)	100%に近づける (平成34年度)
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	(参考値) 週に3日以上 小学5年生 男子 61.5% 女子 35.9% (平成22年)	増加傾向へ (平成34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	9.6% (平成22年)	減少傾向へ (平成26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 男子 4.60% 女子 3.39% (平成23年)	減少傾向へ (平成26年)

(3) 高齢者の健康

項 目	現 状	目 標
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人 (平成24年度)	657万人 (平成37年度)
② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	0.9% (平成21年)	10% (平成34年度)
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	(参考値) 17.3% (平成24年)	80% (平成34年度)
④ 低栄養傾向（BMI 20以下）の高齢者の割合の増加の抑制	17.4% (平成22年)	22% (平成34年度)
⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）	男性 218人 女性 291人 (平成22年)	男性 200人 女性 260人 (平成34年度)
⑥ 高齢者の社会参加の促進（就業	(参考値) 何らかの地域活動	80%

又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)	をしている高齢者の割合 男性 64.0% 女性 55.1% (平成20年)	(平成34年度)
---------------------------	--	----------

(注) 上記①の目標については、社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)の策定に当たって試算した結果に基づき設定したものである。

別表第四 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

項 目	現 状	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)	(参考値)自分と地域のつながりが強い方だと思う割合 45.7% (平成19年)	65% (平成34年度)
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	(参考値)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 3.0% (平成18年)	25% (平成34年度)
③ 健康づくりに関する活動に取り組む、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加	420社 (平成24年)	3,000社 (平成34年度)
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	(参考値)民間団体から報告のあった活動拠点数 7,134 (平成24年)	15,000 (平成34年度)
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)	11都道府県 (平成24年)	47都道府県 (平成34年度)

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(1) 栄養・食生活

項 目	現 状	目 標
① 適正体重を維持している者の増加(肥満(BMI 25以上)、やせ(BMI 18.5未満)の減少)	20歳～60歳代男性の肥満者の割合 31.2% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合 22.2% 20歳代女性のやせの者の割合 29.0% (平成22年)	20歳～60歳代男性の肥満者の割合 28% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合 19% 20歳代女性のやせの者の割合 20% (平成34年度)
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	68.1% (平成23年)	80% (平成34年度)

イ 食塩摂取量の減少	10.6g (平成22年)	8g (平成34年度)
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	野菜摂取量の平均値 282g 果物摂取量100g未満の者の割合 61.4% (平成22年)	野菜摂取量の平均値 350g 果物摂取量100g未満の者の割合 30% (平成34年度)
③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）	朝食 小学生 15.3% 中学生 33.7% 夕食 小学生 2.2% 中学生 6.0% (平成22年度)	減少傾向へ (平成34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	食品企業登録数 14社 飲食店登録数 17,284店舗 (平成24年)	食品企業登録数 100社 飲食店登録数 30,000店舗 (平成34年度)
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	(参考値) 管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合 70.5% (平成22年)	80% (平成34年度)

(2) 身体活動・運動

項 目	現 状	目 標
① 日常生活における歩数の増加	20歳～64歳 男性 7,841歩 女性 6,883歩 65歳以上 男性 5,628歩 女性 4,584歩 (平成22年)	20歳～64歳 男性 9,000歩 女性 8,500歩 65歳以上 男性 7,000歩 女性 6,000歩 (平成34年度)
② 運動習慣者の割合の増加	20歳～64歳 男性 26.3% 女性 22.9% 65歳以上 男性 47.6% 女性 37.6% (平成22年)	20歳～64歳 男性 36% 女性 33% 65歳以上 男性 58% 女性 48% (平成34年度)
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 (平成34年度)

(3) 休養

項 目	現 状	目 標
① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4% (平成21年)	15% (平成34年度)
② 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	9.3% (平成23年)	5.0% (平成32年)

## (4) 飲酒

項 目	現 状	目 標
① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少	男性 15.3% 女性 7.5% (平成22年)	男性 13% 女性 6.4% (平成34年度)
② 未成年者の飲酒をなくす	中学3年生 男子 10.5% 女子 11.7% 高校3年生 男子 21.7% 女子 19.9% (平成22年)	0% (平成34年度)
③ 妊娠中の飲酒をなくす	8.7% (平成22年)	0% (平成26年)

## (5) 喫煙

項 目	現 状	目 標
① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	19.5% (平成22年)	12% (平成34年度)
② 未成年者の喫煙をなくす	中学1年生 男子 1.6% 女子 0.9% 高校3年生 男子 8.6% 女子 3.8% (平成22年)	0% (平成34年度)
③ 妊娠中の喫煙をなくす	5.0% (平成22年)	0% (平成26年)
④ 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少	行政機関 16.9% 医療機関 13.3% (平成20年) 職場 64% (平成23年) 家庭 10.7% 飲食店 50.1% (平成22年)	行政機関 0% 医療機関 0% (平成34年度) 職場 受動喫煙の無い職場の実現 (平成32年) 家庭 3% 飲食店 15% (平成34年度)

## (6) 歯・口腔の健康

項 目	現 状	目 標
① 口腔機能の維持・向上（60歳代における咀嚼 <sup>そしやく</sup> 良好者の割合の増加）	73.4% (平成21年)	80% (平成34年度)
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	25.0% (平成17年)	50% (平成34年度)

イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	60.2% (平成17年)	70% (平成34年度)
ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加	54.1% (平成17年)	75% (平成34年度)
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	31.7% (平成21年)	25% (平成34年度)
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	37.3% (平成17年)	25% (平成34年度)
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	54.7% (平成17年)	45% (平成34年度)
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	6都道府県 (平成21年)	23都道府県 (平成34年度)
イ 12歳児の一人平均う蝕数が1.0歯未満である都道府県の増加	7都道府県 (平成23年)	28都道府県 (平成34年度)
⑤ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	34.1% (平成21年)	65% (平成34年度)