

第7回 次期国民健康づくり運動プラン (令和6年度開始) 策定専門委員会	資料2
令和5年2月20日	

健康日本21（第三次）推進のための説明資料(案)

令和5年●月

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

次期国民健康づくり運動プラン（令和6年度開始）策定専門委員会

目次

第1章 健康増進をとりまく現状	5
第2章 健康日本21（第二次）の最終評価及び次期プランに向けた課題	6
1. 健康日本21（第二次）の最終評価	6
2. 最終評価において示された次期プランに向けた課題	8
第3章 健康日本21（第三次）のビジョン・基本的な方向	11
1. ビジョン	11
2. 基本的な方向	12
第4章 目標の設定	15
1. 目標の設定と評価	15
2. 具体的な目標	18
(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小	18
背景	18
① 健康寿命の延伸	19
② 健康格差の縮小	19
(2) 個人の行動と健康状態の改善	21
2-1. 生活習慣の改善	21
<1> 栄養・食生活	21
背景	21
① 適正体重を維持している者の増加（肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少）	23
② 児童・生徒における肥満傾向児の減少	24
③ バランスの良い食事を摂っている者の増加	24
④ 野菜摂取量の増加	25
⑤ 果物摂取量の改善	25
⑥ 食塩摂取量の減少	26
【参考文献】	26
<社会経済的要因による格差について>	28
<2> 身体活動・運動	29
① 日常生活における歩数の増加	30
② 運動習慣者の増加	31
③ 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少	32
【参考文献】	32
<3> 休養・睡眠	34
① 睡眠で休養がとれている者の増加	35
② 睡眠時間が十分に確保できている者の増加	36
③ 週労働時間60時間以上の雇用者の減少	38
<4> 飲酒	41

① 生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少	42
② 20歳未満の者の飲酒をなくす	42
【参考文献】	43
〈5〉喫煙	45
① 喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	46
② 20歳未満の者の喫煙をなくす	46
③ 妊娠中の喫煙をなくす	47
〈6〉歯・口腔の健康	48
2-2. 生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防	49
〈1〉がん	49
① がんの年齢調整罹患率の減少	50
② がんの年齢調整死亡率の減少	51
③ がん検診の受診率の向上	51
〈2〉循環器病	53
① 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少	55
② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	55
③ 脂質（LDLコレステロール）高値の者の減少	57
〈3〉糖尿病	59
① 糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少	61
② 治療継続者の増加	63
③ 血糖コントロール不良者の減少	63
④ 糖尿病有病者の増加の抑制	64
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）	65
⑥ 特定健康診査の受診率の向上（再掲）	66
⑦ 特定保健指導の実施率の向上（再掲）	66
〈4〉COPD	67
① COPDの死亡率の減少	68
2-3. 生活機能の維持・向上	69
背景	69
① ロコモティブシンドロームの減少	70
② 骨粗鬆症検診受診率の向上	70
③ 心理的苦痛を感じている者の減少	70
（3）社会環境の質の向上	71
3-1. 社会とのつながり・こころの健康の維持・向上	71
背景	71
① 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加	73
② 社会活動を行っている者の増加	73
③ 共食している者の増加	74

④	メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加	75
⑤	心のサポーター数の増加	75
3-2	自然に健康になれる環境づくり	76
①	「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進	77
②	「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくりに取り組む市町村数の増加（調整中）	78
③	望まない受動喫煙の機会を有する者の減少	79
3-3	誰もがアクセスできる健康増進のための基盤	81
	背景	81
①	スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加	82
②	健康経営の推進	83
③	利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加	83
④	必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加	84
(4)	ライスコースアプローチを踏まえた健康づくり	85
	背景	85
<1>	こども	87
①	運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少（再掲）	87
②	児童・生徒における肥満傾向児の減少（再掲）	87
③	20歳未満の者の飲酒をなくす（再掲）	87
④	20歳未満の者の喫煙をなくす（再掲）	87
<2>	高齢者	88
①	低栄養傾向の高齢者の減少（適正体重を維持している者の増加の一部を再掲）	88
②	ロコモティブシンドロームの減少（再掲）	88
③	社会活動を行っている高齢者の増加（社会活動を行っている者の増加の一部を再掲）	88
	【参考文献】	89
<3>	女性	89
①	若年女性のやせの減少（適正体重を維持している者の増加の一部を再掲）	89
②	骨粗鬆症検診受診率の向上（再掲）	90
③	生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している女性の減少 （生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少の一部を再掲）	90
④	妊娠中の喫煙をなくす（再掲）	91
第5章	その他の留意事項について	92
1.	地方公共団体ける健康増進計画策定について	92
付録1	部会・専門委員会開催状況	96
付録2	厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会委員名簿	97
付録3	次期国民健康づくり運動プラン（令和6年度開始）策定専門委員会委員名簿	98

第1章 健康増進をとりまく現状

(追記予定)

第2章 健康日本21（第二次）の最終評価及び次期プランに向けた課題

1. 健康日本21（第二次）の最終評価

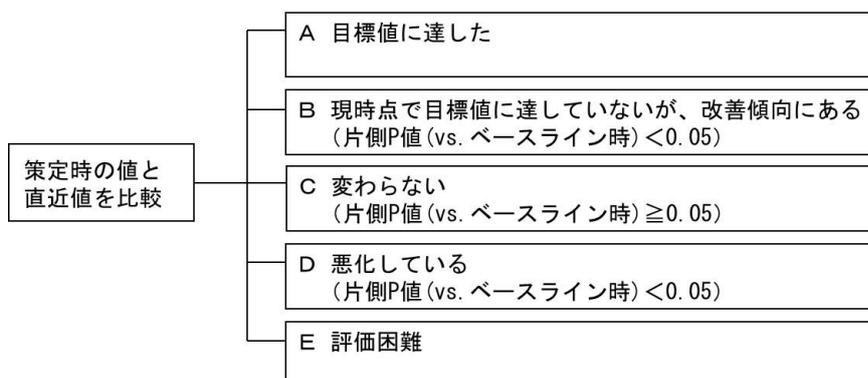
平成25（2013）年度より開始した、健康日本21（第二次）では、合計53項目の目標が設定され、「目標設定後10年を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する」こととしている。

これを踏まえ、令和3（2021）年より健康日本21（第二次）推進専門委員会において最終評価の検討を開始し、令和4年10月にとりまとめを行った。

i 最終評価の結果

最終評価では、各目標について、データ分析等を踏まえ、以下の5段階で評価を行った。

図表●：最終評価の評価区分



※「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」のうち、設定した目標年度までに目標に達しそうなものを「B」、目標到達が危ぶまれるものを「B*」として評価する

全53項目の達成状況、基本的な方向ごとの評価結果はそれぞれ以下のとおり。

図表●：目標項目の評価状況

策定時のベースライン値と直近の実績値を比較	項目数（再掲除く）
A 目標値に達した	8（15.1％）
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	20（37.7％）
C 変わらない	14（26.4％）
D 悪化している	4（7.5％）
E 評価困難	7（13.2％）
合計	53（100.0％）

※％表示の小数第2位を四捨五入しているため、合計が100%にならない

図表●：基本的な方向ごとの評価状況（〈〉内は基本的な方向内における割合）

評価	〈基本的な方向※〉					全体
	1	2	3	4	5	
A	1 〈50.0%〉 (1.9%)	3 〈25.0%〉 (5.7%)	3 〈25.0%〉 (5.7%)		1 〈4.5%〉 (1.9%)	8 (15.1%)
B		3 〈25.0%〉 (5.7%)	4 〈33.3%〉 (7.5%)	2 〈40.0%〉 (3.8%)	11 〈50.0%〉 (20.8%)	20 (37.7%)
C	1 〈50.0%〉 (1.9%)	4 〈33.3%〉 (7.5%)	3 〈25.0%〉 (5.7%)	1 〈20.0%〉 (1.9%)	5 〈22.7%〉 (9.4%)	14 (26.4%)
D		1 〈8.3%〉 (1.9%)	1 〈8.3%〉 (1.9%)		2 〈9.1%〉 (3.8%)	4 (7.5%)
E		1 〈8.3%〉 (1.9%)	1 〈8.3%〉 (1.9%)	2 〈40.0%〉 (3.8%)	3 〈13.6%〉 (5.7%)	7 (13.2%)
合計	2 〈100%〉 (3.8%)	12 〈100%〉 (22.6%)	12 〈100%〉 (22.6%)	5 〈100%〉 (9.4%)	22 〈100%〉 (41.5%)	53 (100%)

※%表示の小数第2位を四捨五入しているため、合計が100%にならない

※基本的な方向

- 1：健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 2：生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）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、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

ii 諸活動の成果の評価

- 自治体における健康増進計画の策定率は健康日本 21 最終評価時点と比べて変化はないが、評価状況や取組の推進体制は改善しており、更なる推進に向けて技術的な支援の充実や市区町村レベルでの標準的な指標の提示が望まれている。
- 全ての都道府県で、管内市区町村の健康に関する指標や生活習慣に関する格差の実態を把握している一方で、所得や教育、職業等の社会的要因による健康格差を把握している都道府県の割合は低い。
- 自治体での施策の実施における他部門との連携について、医療部門、介護保険部門、

福祉部門だけでなく、国民の生活環境に関わるまちづくり部門や経済・産業部門、スポーツ部門、教育部門等幅広い分野の部門との連携が必要である。

- 健康増進の取組を進めるに当たっての課題・改善点や今後の健康増進計画のあるべき姿について、自治体からは働き盛り世代に向けた取組を充実すべきとの意見があり、そのためには保険者間連携によるデータ活用等を推進する必要がある。
- 自治体において取組が充実した領域や項目に偏りがあり、差がある理由として目標の評価が難しいことや健康部門単独では取り組みにくい項目であること等が考えられる。

2. 最終評価において示された次期プランに向けた課題

最終評価では、健康日本 21 開始以来の 20 年間の評価のまとめと次期プランに向けた課題について、以下のとおり示されている。

i 20 年間の評価のまとめ

- 平成 12 (2000) 年の健康日本 21 の開始、平成 15 (2003) 年の健康増進法施行など健康づくり分野においては、この 20 年間に於いて基本的な法制度・枠組みの構築が進み、健康づくりに対する機運の醸成などに貢献してきた。
- 健康日本 21 では、「一次予防の重視」等を基本方針とし、平成 25 (2013) 年から開始された健康日本 21 (第二次) では、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を最終的な目標とし、国民の健康づくりを推進してきた。
- 平成 27 (2015) 年に国連サミットで採択された国際目標である「持続可能な達成目標 (SDGs)」においても「すべての人に健康と福祉を」が目標の一つとされており、国際的にも健康づくりの重要性がより認識されるようになってきている。
- 自治体においては、健診・検診などの健康増進事業に加え、地域支援事業を通じた介護予防、保険者 (市町村国保・広域連合) による保健事業、令和 3 (2021) 年 1 月から開始した生活保護制度における被保護者健康管理支援事業など、各分野において、健康づくりに関する取組を進めてきた。
- 加えて、保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施や企業における健康経営の取組など、被保険者や従業員に対する健康づくりが広まった。また、日本健康会議など経済団体や保険者、自治体等が連携する取組も進んできている。
- こうした各主体の取組を通じて、健康日本 21 の主目標である健康寿命は着実に延伸し、平成 22 (2010) 年の男性 70.42 歳、女性 73.62 歳から直近値の令和元 (2019) 年には男性 72.68 歳、女性 75.38 歳となっている。
- 直近では、ICT 技術の発展やデータヘルス改革の進展、スマートフォンやウェアラブル端末の普及に伴い、健診・検診等のデータ標準化や民間事業者による PHR サービスの広まりなど、健康づくり分野においても最新のテクノロジーを活用する動きが広まっている。
- 令和元 (2019) 年の「健康寿命延伸プラン」においては、「自然に健康になれる環境づくり (健康な食事や運動ができる環境、居場所づくりや社会参加)」や「行動変容を促す仕掛け (行動経済学の仕組み、インセンティブ)」など新たな手法も活用して健康寿命延伸に向けた取組を進めることとされている。
- 健康日本 21 (第二次) においても健康格差の縮小について目標の一つとされてきたところであるが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を機に、格差が拡大しているとの指摘もある。

ii 次期プランに向けた課題

【プランの在り方】

- 次期プランとして打ち出すビジョンをどのように考えるか。
- 健康日本 21（第二次）は、医療費適正化計画等と計画期間をあわせるために、計画期間を1年間延長し、11年間としたが、これも踏まえ、次期プランの計画期間をどのように考えるか。それと併せて、中間評価及び最終評価の時期についてどのように考えるか。
- 健康日本 21（第二次）では、健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を主目標としてきたが、次期プランにおける主目標をどのように考えるか。
- 健康日本 21（第二次）においては、「基本的な方向」として、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善の5つを設定しており、健康増進に関わる分野が幅広く取り入れられているが、次期プランの「基本的な方向」をどのように考えるか。
- 他計画との整合性・調和・連携についてどのように考えるか。

【指標】

- 健康日本 21（第二次）においては、「基本的な方向」の①～⑤に沿って53項目が設定されているが、指標をどのように設定するか。また、指標を設定する際に参照するデータソースについてどのように考えるか。加えて、全ての指標を継続的にモニタリングしているが、このことについてどのように考えるか。
- 中間評価及び最終評価における指標の評価方法についてどのように考えるか。
- 指標の設定にとどまらず、目標達成のための方策についてどのように考えるか。

【自治体による取組】

- 自治体において、健康増進部局、国保部局、介護部局など健康づくりに関連する部局が複数にまたがっていることが多いが、住民に対して、効果的に介入する体制についてどのように考えるか。加えて、自治体内の各部門との連携を進め、健康づくり施策を効果的に進めるための方策をどのように考えるか。
- 健康増進分野における都道府県と市町村の役割分担が曖昧との指摘があるが、都道府県が司令塔として、より機能するための方策についてどのように考えるか。
- より効果的な健康づくり施策を展開するために、自治体と大学や企業、保険者、民間団体などが協力・連携を深めるための方策についてどのように考えるか。

【その他】

- PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）や自治体間でのデータ連携など、データを利活用してより効果的に住民の行動変容を促すための方策についてどのように考えるか。
- 住民や自治体・職域で健康づくりに携わる職員に対して、エビデンスや最新の知見を伝えるための情報発信及び職員の人材育成方法についてどのように考えるか。
- ひとり暮らし世帯の増加や人口減少による労働力の減少などにより、コミュニティがより重要となってくる中で、健康づくり分野におけるコミュニティの力をより向上させるための方策についてどのように考えるか。

- 社会環境整備等を通じ、健康無関心層を含めた健康づくり施策を更に進めていくための方策についてどのように考えるか。
- 性差や年齢等も加味した健康づくり施策についてどのように考えるか。
- 健康格差の縮小を進めるための方策についてどのように考えるか。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大による生活習慣の変化等を踏まえた健康づくり施策についてどのように考えるか。

第3章 健康日本21（第三次）のビジョン・基本的な方向

健康日本21（第二次）最終評価において示された課題等を踏まえ、健康日本21（第三次）におけるビジョン及び基本的な方向は以下のとおりとする。

1. ビジョン

健康日本21（第三次）の計画期間は、関連する計画（医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画等）と計画期間をあわせること、各種取組の健康増進への効果を短期間で測ることは難しく、評価を行うには一定の期間を要すること等を踏まえ、令和6（2024）年度から令和17（2035）年度までの12年間とされている。

平成12（2000）年の健康日本21開始以来の成果としては、第2章2 iで述べたとおり、基本的な法制度の整備や仕組みの構築、自治体、保険者、企業、教育機関、民間団体など多様な主体による予防・健康づくり、データヘルス・ICTの利活用、社会環境整備、ナッジ・インセンティブといった、当初はなかった新しい要素の取り込みがあり、こうした諸活動の成果により、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）は着実に延伸してきたといえる。

一方で、

- ・一部の指標、特に一次予防に関連する指標が悪化している
- ・全体としては改善していても、一部の性・年齢階級別では悪化している指標がある
- ・健康増進に関連するデータの見える化・活用が不十分である
- ・PDCAサイクルの推進が国・自治体とも不十分である

といった課題が指摘されている。

加えて、計画期間では、

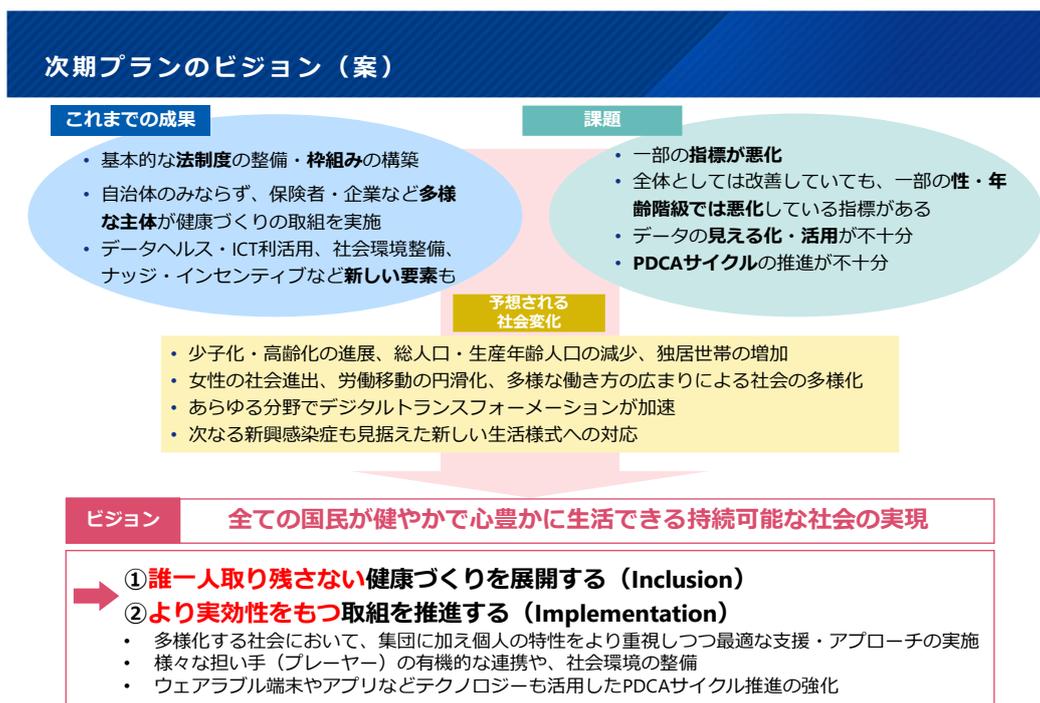
- ・少子化・高齢化がさらに進み、総人口・生産年齢人口が減少し、独居世帯が増加する
- ・女性の社会進出、労働移動の円滑化、育児・介護との両立や多様な働き方の広まり、高齢者の就労拡大などを通じ社会の多様化がさらに進む
- ・あらゆる分野でデジタルトランスフォーメーション（DX）が加速する
- ・次なる新興感染症も見据えた新しい生活様式への対応が進む

といった変化が予想されている。

上記を踏まえ、「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」を「ビジョン」とし、そのために、①誰一人取り残さない健康づくりの展開（Inclusion）、②より実効性をもつ取組の推進（Implementation）を行う。具体的な内容としては、以下のものを含む。

- ・多様化する社会において、集団に加え個人の特性をより重視しつつ最適な支援・アプローチの実施
 - ・様々な担い手（プレーヤー）の有機的な連携や社会環境の整備
 - ・ウェアラブル端末やアプリなどテクノロジーも活用したPDCAサイクル推進の強化
- こうした取組を行うことで、well-beingの向上にも資することとなる。

図表●：健康日本 21（第三次）のビジョン



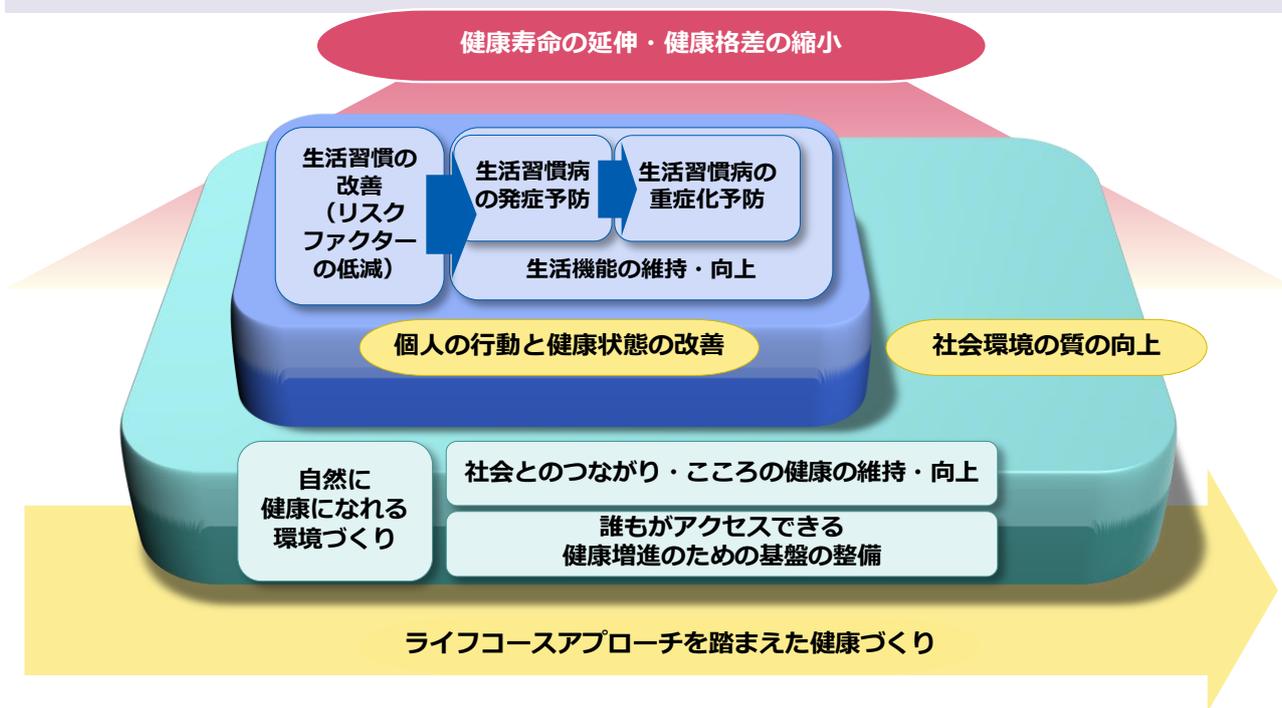
2. 基本的な方向

「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」というビジョン実現のため、基本的な方向を①健康寿命の延伸・健康格差の縮小、②個人の行動と健康状態の改善、③社会環境の質の向上、④ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりの4つとする。

それぞれの関係性は、図表●のとおりである。個人の行動と健康状態の改善及び社会環境の質の向上の取組を進めることで、健康寿命の延伸・健康格差の縮小の実現を目指す。その際は、個人の行動と健康状態の改善を促す社会環境の質の向上という関係性を念頭に置いて、取組を進める。なお、個人の行動と健康状態の改善のみが健康増進につながるわけではなく、社会環境の質の向上自体も健康寿命の延伸・健康格差の縮小のための重要な要素であることに留意が必要である。加えて、ライフコースアプローチも念頭に置く。

図表●：健康日本 21（第三次）の概念図

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のために、以下に示す方向性で健康づくりを進める



4つの基本的な方向の詳細は、以下のとおりである。

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のため、個人の行動と健康状態の改善に加え、個人をとりまく社会環境整備や、その質の向上を通じて健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を実現する。

(2) 個人の行動と健康状態の改善

国民の健康増進を推進するに当たって、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善（リスクファクターの低減）に加え、こうした生活習慣の定着等によるがん、循環器病、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）をはじめとする生活習慣病（NCDs：非感染性疾患）の発症予防、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に関して引き続き取組を進めていく。

一方で、生活習慣病（NCDs）に罹患せずとも、日常生活に支障をきたす状態となることもある。ロコモティブシンドローム（運動器症候群）、やせ、メンタル面の不調等は生活習慣病（NCDs）が原因となる場合もあるが、そうでない場合も含め、これらを予防することが重要である。また、既のがんなどの疾患を抱えている人も含め、「誰一人取り残さない」健康づくりの観点から、生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防だけでない健

康づくりが重要である。こうした点を鑑み、心身の生活機能の維持・向上の観点も踏まえた取組を推進する。

なお、「生活習慣病」は生活習慣のみならず、個人の体質等が発症に影響を及ぼすにもかかわらず、その用語から生活習慣の影響のみで発症すると誤解されやすく、第三者からの偏見・差別や、自己否定といったスティグマを生み、場合によってはそのスティグマが健康増進の取組を阻害するという指摘がある。一方で、「生活習慣病」という用語が世間的に広く定着していることを踏まえ、用語のあり方については、社会動向等も踏まえ、中長期的に検討が必要である。

（３）社会環境の質の向上

健康日本 21（第二次）の期間中の動向も踏まえ、関係省庁とも連携しつつ、取組を進める。

就労、ボランティア、通いの場等の居場所づくりや社会参加の取組に加え、各人がより緩やかな関係性も含んだつながりを持つことができる環境整備やこころの健康を守るための環境整備を行うことで、社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上を図る。

健康な食環境や身体活動・運動を促す環境をはじめとする自然に健康になれる環境づくりの取組を実施し、健康に関心の薄い者を含む幅広い対象に向けた予防・健康づくりを推進する。

誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備として、保健・医療・福祉等へのアクセスの確保に加え、PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）をはじめとする自らの健康情報を入手できるインフラ整備、科学的根拠に基づく健康に関する情報を入手・活用できる基盤の構築や周知啓発の取組を行うとともに、多様な主体が健康づくりに取り組むよう促す。

（４）ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

社会がより多様化することや、人生 100 年時代が本格的に到来することを踏まえれば、（１）から（３）に掲げる各要素を様々なライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）において享受できることがより重要であり、各ライフステージに特有の健康づくりについて、引き続き取組を進める。

加えて、現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性や次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものである。これらを踏まえ、ライフコースアプローチ（胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり）について、健康づくりに関連する計画等とも連携しつつ、取組を進めていく。

第4章 目標の設定

健康日本 21（第三次）における目標項目の設定及び評価に当たっての考え方を示すとともに、個別の目標について、現状、設定理由、目標値の根拠などについて記載する。

1. 目標の設定と評価

i 目標設定の基本的な考え方

健康日本 21（第二次）では、実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定するとの考え方から、53項目が設定された。健康日本 21（第三次）においても、この考えを踏襲し、全体で健康日本 21（第二次）と同程度である 50 項目程度とする。

国民健康づくり運動は、健康増進法に基づき行われるものであること、健康寿命の延伸が健康日本 21（第三次）における最終的な目標とされていることを踏まえ、目標項目は、健康（特に健康寿命の延伸や生活習慣病の予防）に関する科学的なエビデンスがあることを原則とする。

加えて、健康日本 21（第二次）の最終評価においては、

- ・データソースとなる調査が直近では実施されていない
- ・調査自体は継続しているが、調査方法が途中で変更となった
- ・当初想定していた指標の算出・計算方法、データ参照のタイミング（年末か年度末か等）が不明
- ・厚生労働科学研究が終了しているため、データ収集が不可能となった
- ・オープンとなっていないデータソースのため、事後的に検証ができない

といった原因により、目標によっては、評価が困難となったり、事前の想定とは異なる評価を行う必要があったことを踏まえ、データソースについては、事後的な実態把握のため、公的統計を利用することを原則とし、その前提で目標の設定を行う。

目標は、第3章2. で述べた基本的な方向に関連するものについて設定を行う。

ii 目標値設定の基本的な考え方

目標は、計画期間における諸活動の達成状況の評価を目的として設定すべきこと、評価を行う時点で実際に到達したかどうか確認できるものが望ましいことから、具体的な目標値については、計画開始後のおおむね9年間（令和 14（2032）年度まで）を目途として設定する。具体的には、他計画等で目標年度が別途定められている場合を除き、令和 14（2032）年度にデータが取れない項目を含めて、令和 14（2032）年度を目標年度として目標設定を行う。なお、令和 14（2032）年度以降も令和 17（2035）年度までの計画期間中は、国、地方公共団体等は、取組を引き続き推進する。

また、健康日本 21（第二次）の最終評価においては、一つの目標項目の中に、性・年齢階級別など複数の指標がある目標項目について、目標項目全体としての評価が不明瞭との指摘があった。このため、項目全体としての目標値を設定する。

iii 目標の評価

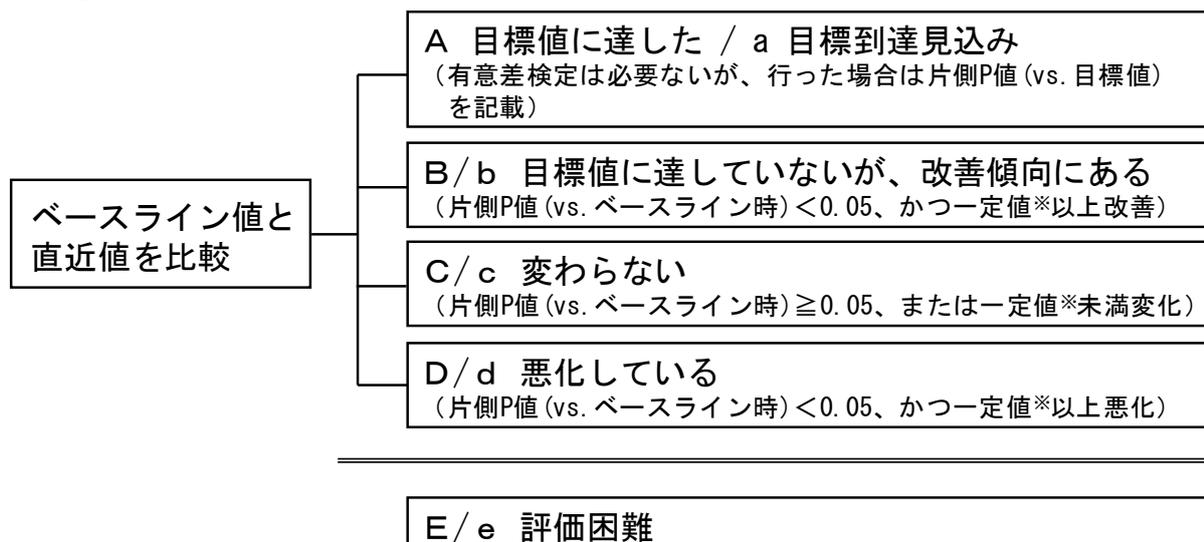
目標の評価については、実質的な改善効果を中間段階で確認できるように、計画開始後6年（令和11（2029）年）を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、計画開始後10年（令和15（2033）年）を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する。中間評価及び最終評価の際に用いる比較値（ベースライン値）については、令和6（2024）年度までの最新値とする。全体のスケジュール（予定）は図表●のとおりである。

図表●：計画期間中のスケジュール（予定）



目標項目の評価は、図表●のとおり、A, B, C, D（中間評価ではa, b, c, d）の4段階で評価する。評価困難な目標項目はE（中間評価ではe）とする。

図表●：目標項目の評価



*一定値：後述の「最小変化範囲」

各目標項目の評価においては、評価時点での直近値を目標値と比較し、中間評価においては目標到達見込み（a）かどうか、最終評価においては目標値に達した（A）かどうかを判定する。また、ベースライン値と直近値を比較し、分析上の課題や関連する調査・研究のデータの動向も踏まえて、分析・評価を行う。

例えば、令和 14（2032）年度を目標値としている目標項目について、最終評価時点の直近のデータが令和 13（2031）年度の場合、目標値やベースライン値と令和 13（2031）年度のデータを比較し分析・評価を行うこととする（令和 13（2031）年度のデータから令和 14（2032）年度の値を推計するなどはしない）。

なお、ベースライン値からの改善・不変・悪化（B・C・D）の判断は、統計学的に有意かつ最小変化範囲以上の変化があるかどうかによって判断することとし、最小変化範囲は、「ベースライン値から目標値に向けて原則 30%以上の改善」もしくは「ベースライン値から相対的に原則 5%の悪化」とする。

（上記で評価できない項目に関しては、個別に評価方法を設定しておく必要がある。）

- ・ 「（ベースライン値からの）増加」「減少」が目標値となっている項目については、「有意かつベースライン値から相対的に原則 5%以上の変化」で改善・悪化を判定することとする。
- ・ 将来予測からの抑制を目指して目標値設定した項目は、ベースライン値と目標値を結ぶ線と予測曲線の間を B、予測曲線上を C、予測曲線を超えての悪化を D と判定する。検定と最小変化範囲の考え方は、ベースライン値を「予測曲線」、目標値を「ベースラインと目標値を結ぶ線」と読み替え同様に評価することとする。

分析・評価を行う際には、

- ・ 全体の値だけではなく、性、年齢で値に差がみられるものは、それらの特徴を踏まえた分析を行う
- ・ 地域別で差が見られるものは都道府県格差、市区町村格差等の分析を行う。また、分析可能な項目においては、社会経済的要因による格差についての分析も行う
- ・ 評価判定にはベースライン値と直近値の 2 点比較を用いるが、必要に応じてトレンド検定等も行う

こととする。

中間評価、最終評価の際は、今後強化又は改善すべき点を検討した上で、国民に対して評価の結果を公表し、周知を図る。

2. 具体的な目標

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

背景

健康日本 21（第二次）において、健康寿命の延伸は最終的な目標とされており、健康寿命の指標である「日常生活に制限のない期間の平均」は、令和元（2019）年には、男性 72.68 年、女性 75.38 年まで順調に延伸してきた。生活習慣の改善、生活習慣病の発症予防・重症化予防、社会環境の質の向上等によって、健康寿命の延伸を目指すことは、健康づくりを推進するに当たり、引き続き最も重要な課題である。

健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義される。誰一人取り残さない健康づくりを展開するには、様々な健康格差を把握するとともに、格差の要因を分析し、格差縮小を目指すことが重要である。

基本的な考え方

① 健康寿命の延伸

健康寿命については、学術的にも概念や算出方法が一定程度確立していること、健康寿命延伸プランや健康・医療戦略等において、令和 22（2040）年までの延伸目標（2016 年比で男女ともに 3 年延伸）が設定されていること、国民の認知度も高いこと等を踏まえ、引き続き健康寿命の延伸を実現されるべき最終目標とする。

健康寿命には様々な指標があるが、「健康寿命のあり方に関する有識者研究会 報告書」¹⁾等を踏まえ、「日常生活に制限のない期間の平均」を主指標に、「自分が健康であると自覚している期間の平均」や「日常生活動作が自立している期間の平均」を補完的な指標として用いる。「日常生活に制限のない期間」の算定方法に関しては、現状における公的統計との整合性・実施可能性などを踏まえると、国民生活基礎調査データをもとにした計算（サリバン法による障害のない平均余命の考え方）が最も適切と考えられる。

平均寿命と健康寿命の差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味し、平均寿命と健康寿命（日常生活に制限のない期間）の差は、令和元（2019）年で、男性 8.73 年、女性 12.06 年である。平均寿命の延伸が予想されている²⁾が、平均寿命と健康寿命の差を短縮することで、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、医療費や介護給付費等の社会保障負担の軽減も期待でき、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に寄与するものと考えられる。このため、平均寿命の伸び以上に健康寿命を延ばすことを目標とする。

② 健康格差の縮小

健康格差の実態を明らかにしその縮小に向けた取組を強化する際の指標としては、様々なものが考えられるが、各種格差を是正することにより最終的には健康寿命の格差の縮小を目指すこと、自治体間の格差を明らかにすることで各自治体の自主的な取組を促進する効果が期待できること等から、引き続き、健康寿命の都道府県格差を目標項目として設定する。特に、底上げを図る観点から、下位 4 分の 1 の都道府県の平均に着目した目標とする。

なお、健康寿命の都道府県格差の縮小を目指すに当たっては、社会環境の質の向上等を通じて、健康寿命の延伸につながる各生活習慣等についての健康格差を縮小させるとともに、地域間格差だけでなく、社会経済的要因による格差等についても把握・分析し、それらを踏まえた取組を行うことも重要である。

① 健康寿命の延伸

指標	日常生活に制限のない期間の平均
データソース	健康寿命：国民生活基礎調査の調査結果、簡易生命表をもとに厚生労働科学研究において算出 平均寿命：簡易生命表（完全生命表がある年は完全生命表を使用）
現状値	健康寿命：男性 72.68 年、女性 75.38 年（令和元年度） 平均寿命：男性 81.41 年、女性 87.45 年（令和元年度）
ベースライン値	令和 4 年国民生活基礎調査をもとに算出予定（令和 6 年公表）
目標値	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（令和 13 年度）（令和 15 年公表）

平均寿命と健康寿命との差は、日常生活に制限のある期間（不健康な期間）を意味するが、平均寿命の伸び以上に健康寿命を延ばすことによってこの期間を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぎ、社会保障負担の軽減も期待できることから、「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」を目標値とする。平均寿命の増加分を上回る増加を認めた場合（不健康期間が短縮した場合）を目標到達（A）、平均寿命の増加分には達しない（不健康期間が短縮しない）ものの、不健康期間割合は短縮している場合を改善（B）と評価する。なお、健康寿命プラン等においては、「2040 年までに男女ともに 3 年の延伸（2016 年比）」を目標としていることから、この目標に向かって順調に延伸しているかについても補完的に評価する。

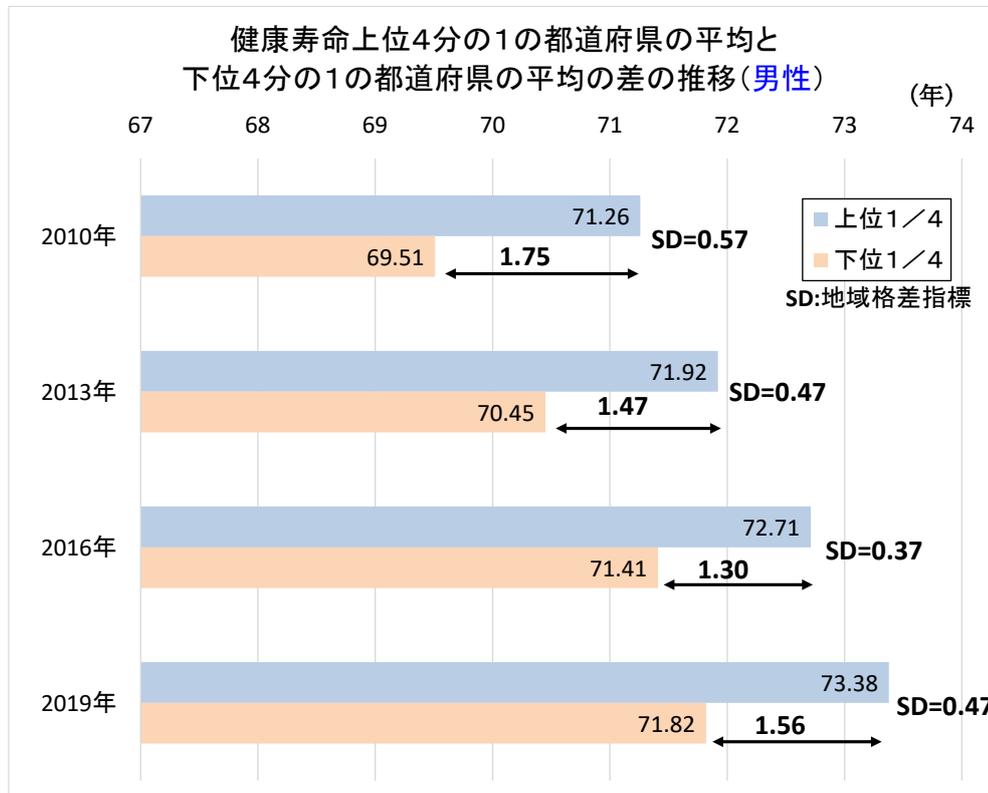
また「自分が健康であると自覚している期間の平均」及び「日常生活動作が自立している期間の平均」（要介護 2 以上になるまでの期間の平均）を補完的指標として用いる。

② 健康格差の縮小

指標	日常生活に制限のない期間の平均の下位 4 分の 1 の都道府県の平均
データソース	国民生活基礎調査の調査結果、簡易生命表をもとに厚生労働科学研究において算出
現状値	男性 71.82 年、女性 74.63 年（令和元年度）
ベースライン値	令和 4 年国民生活基礎調査をもとに算出予定（令和 6 年公表）
目標値	日常生活に制限のない期間の平均の上位 4 分の 1 の都道府県の平均の増加分を上回る下位 4 分の 1 の都道府県の平均の増加（令和 13 年度）（令和 15 年公表）

健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の上位の都道府県の伸び以上に、下位の都

道府県健康寿命を延ばすことができれば、全国健康寿命を底上げし、健康寿命の都道府県格差を縮小できることから、「日常生活に制限のない期間の平均の上位4分の1の都道府県の平均の増加分を上回る下位4分の1の都道府県の平均の増加」を目標値とする。補完指標として、47都道府県全体の格差の大きさを表す「地域格差指標」も算出する。



（２）個人の行動と健康状態の改善

健康寿命の延伸に向け、個人の行動と健康状態の改善は重要であり、そのため、生活習慣の改善、これらの生活習慣の改善等による生活習慣病（NCDs）の予防に加え、生活機能の維持・向上の観点も踏まえた取組を推進する。これらの取組に関連する目標を以下のとおり設定する。

また、健康格差の縮小のため、これらの目標達成に向けた取組を行う際には、生活習慣等の格差など、様々な格差の是正に取り組むことにも留意する必要がある。

2-1. 生活習慣の改善

〈1〉栄養・食生活

背景

栄養・食生活は、生命の維持に加え、こども達が健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みである。また、多くの生活習慣病の予防・重症化予防のほか、やせや低栄養等の予防を通じた生活機能の維持・向上の観点からも重要である。さらに、個人の行動と健康状態の改善を促すための適切な栄養・食生活やそのための食事を支える食環境の改善を進めていくことも重要である。

基本的な考え方

身体的、精神的、社会的に良好な食生活の実現を図ることを目的に、健康・栄養状態レベルとして「適正体重を維持している者の増加」、適切な量と質の食事を摂取する観点で、食事レベルの「バランスの良い食事を摂っている者の増加」、食品レベルの「野菜摂取量の増加」、「果物摂取量の改善」、栄養素レベルの「食塩摂取量の減少」について以下のとおり目標設定を行う。なお、取組を進めるに当たっては、集団に加え個人の特性を踏まえたアプローチが必要になることから、地域格差だけでなく社会経済格差に伴う栄養格差の対策や食習慣に対する関心度に応じた取組等に資する分析も行うことが重要である。

- ① 適正体重を維持している者の増加（肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少）
- ② 児童・生徒における肥満傾向児の減少

体重は、各ライフステージにおいて、それぞれ主要な生活習慣病や健康状態との関連が強い。肥満はがん、循環器病、糖尿病等の生活習慣病との関連がある^{1),2)}。若年女性のやせは骨量減少、低出生体重児出産のリスク等との関連があり^{3),4)}、高齢者のやせは、肥満よりも死亡率が高くなる⁵⁻⁸⁾。

20～60歳代男性の肥満者の割合は、経年的な推移をみると、平成22（2010）年31.2%から平成25（2013）年29.1%まで有意に減少したものの、平成25（2013）年から令和元（2019）年は有意に増加し、いずれの年代も同様の傾向である。40～60歳代女性の肥満者の割合は約2割であり、経年的な推移でも有意な増減はないことから、今後も取組が必要である。

これまで、若年女性のやせは、20歳代を対象としてきたが、この20年間大きな増減はなく、30歳代においても同様に一定の割合が存在することから、20～30歳代女性を対象に取組を進めていくことが重要である。

低栄養傾向の高齢者（65歳以上）の割合は、後期高齢者の増加による自然増により見込まれる割合を上回ることなく抑制はできているが、今後、高齢者の割合が更に増加することを踏まえ、引き続き対応を行っていく必要がある。

③ バランスの良い食事を摂っている者の増加

主食・主菜・副菜を組み合わせた食事は日本の食事パターンであり、良好な栄養素摂取量、栄養状態につながる事が報告されている^{9),10)}。主食・主菜・副菜がそろった食事を1日2回摂っている場合、それ以下の場合と比較して、栄養素摂取量（たんぱく質、脂肪エネルギー比、ミネラル、ビタミン）が適正となる事が報告されている¹¹⁾。

主食・主菜・副菜を組み合わせた食事をしている者は、37.7%（令和3（2021）年度食育に関する意識調査）であり、この割合を増加させることは、良好な栄養素摂取量（栄養素の過不足のない食事）を達成し、生活習慣病の一次予防、生活機能の維持・向上のために重要である。

④ 野菜摂取量の増加

食事による摂取と生活習慣病との関連から食事摂取基準において目標量が設定されている栄養素のうち、食物繊維及びカリウムは野菜からの摂取寄与度が高い¹²⁾。諸外国の報告を含むメタアナリシスによって、野菜及び果物の摂取量を増やすことで循環器病死亡率が低下することが認められている¹³⁾。また、日本では循環器病の疾病負荷が課題であり、日本人において野菜の摂取を70g増やすことにより循環器病の疾病負荷が小さくなると予測されている¹⁴⁾。

⑤ 果物摂取量の改善

果物の摂取は、高血圧¹⁵⁾、肥満¹⁶⁾、2型糖尿病¹⁷⁾などの生活習慣病の発症リスク低下との関連が報告されているが、日本人の平均摂取量は増加していない。さらに、日本人の全死亡に寄与する食事要因として、食塩の過剰摂取、全粒穀類の摂取量の少なさに次いで、果物摂取量の少なさが報告されており¹⁸⁾、日本人における果物摂取量の増加は、食生活改善の重要な課題の1つである。

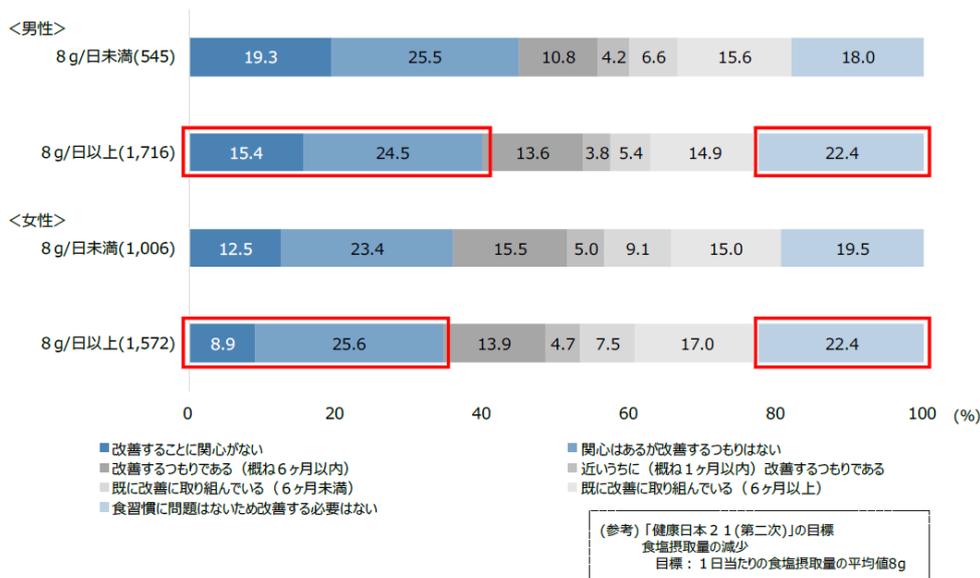
⑥ 食塩摂取量の減少

世界195か国を対象にした、非感染性疾患（NCDs）による死亡・障害調整生命年（DALYs）に対する不健康な食事の影響をみた研究報告によると、世界的には全粒穀類の摂取不足が最も影響が大きい食事因子であるのに対し、我が国を含む東アジアでは、ナトリウムの多量摂取が最大の食事因子となっている¹⁸⁾。また、成人のNCDsと傷害による死亡に対する主要な決定因子（単一の因子）をみた研究では、食事因子としては食塩の過剰摂取が最も大きいことが示されている¹⁹⁾。こうした食塩の過剰摂取の課題解決に向けて、減塩に関する取組の一層の推進を図る必要がある。

なお、令和元（2019）年国民健康・栄養調査によると、健康日本21（第二次）の目標値である1日8g以上の塩分を摂取している群において、食習慣改善の意思がない者の割合が男女とも約6割を占めており（図1）、今後、減塩の取組を効果的に進めていくためには、食習慣に対する考え方も考慮した取組が重要となる。

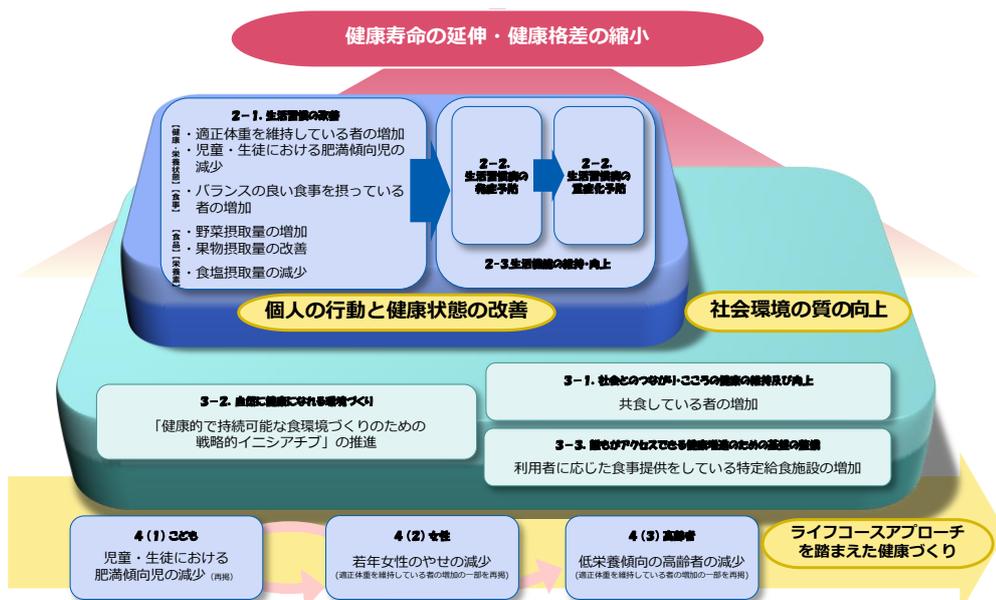
上記の目標に加え、こうした個人の行動と健康状態の改善を促すために、社会環境の質の向上の観点で、社会とのつながりの維持・向上として「共食している者の増加」、自然に健康になれる環境づくりとして「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進、誰もがアクセスできる健康増進のための基盤として「利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加」をそれぞれ目標に設定しており、栄養・食生活分野と連動させながら、取組を進めていくことが必要である。（図表 ●）

図表 1 食塩摂取量の状況別、食習慣改善の意思（20歳以上、男女別）



(出典) 厚生労働省「令和元年国民健康・栄養調査結果の概要」

図表 ●



① 適正体重を維持している者の増加（肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少）

指標	B M I 18.5 以上 25 未満（65 歳以上は B M I 20 を超え 25 未満）の者の割合（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	60.3%（令和元年）
ベースライン値	令和 6 年国民健康・栄養調査予定
目標値	66%（令和 14 年度）

体重は、性・年齢で差が見られるため、その特徴を踏まえ、①20～60 歳代男性の肥満者の割合の減少、②40～60 歳代女性の肥満者の割合の減少、③20～30 歳代女性のやせの者の割合の減少、④低栄養傾向（B M I 20 以下）の高齢者（65 歳以上）の割合の減少を目指すこととし、令和 14（2032）年の目標値を以下のとおり算出した。

①については、平成 22（2010）年から平成 25（2013）年までは減少していたが、平成 25（2013）年から令和元年（2019）年は増加していた。その状況も踏まえ、平成 25（2013）年から令和元（2019）年までの推移から、trend-analysis ツールを用いて将来推計を実施した上で、目標値を設定した。また、②③④については、平成 22（2010）年から令和元（2019）年までのそれぞれの割合の推移から、trend-analysis ツールを用いて将来推計を実施した上で、目標値を設定した。

① 20～60 歳代男性の肥満者の割合の減少：30%未満

② 40～60 歳代女性の肥満者の割合の減少：15%未満

③ 20～30 歳代女性のやせの者の割合の減少：15%未満

④ 低栄養傾向（B M I 20 以下）の高齢者（65 歳以上）の割合の減少：13%未満

①～④の目標を達成したと仮定した場合の適正体重の者の割合について、令和 14（2032）年の割合は 65.9%であることから、目標値を 66%以上とする。

② 児童・生徒における肥満傾向児の減少

指標	【省内担当部局と調整中】児童・生徒における肥満傾向児の割合
データソース	【省内担当部局と調整中】
現状値	【省内担当部局と調整中】
ベースライン値	【省内担当部局と調整中】令和 6 年度までの最新値
目標値	【省内担当部局と調整中】 第 2 次成育医療等基本方針に合わせて設定予定

③ バランスの良い食事を摂っている者の増加

指標	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
データソース	令和 3 年度食育に関する意識調査
現状値	37.7%（令和 3 年度） ※令和 2 年度に調査方法の変更があり、調査員による個別面接聴取から郵送及

	びインターネットを用いた自記式とされたことから、これまでの傾向と異なる可能性がある。
ベースライン値	令和 6 年国民健康・栄養調査予定
目標値	50%（令和 14 年度）

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「週に 4～5 日」、「週に 2～3 日」、「ほとんどない」者のそれぞれが 2 日程度増やすことで、全体として「ほぼ毎日」の者が 30% 増加することを見込み、目標値は 50% とする。なお、目標達成に向けては、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を 1 日 2 回以上の日がほぼ毎日でない者の食事状況や社会経済状況等の影響を把握し、具体的な対策を検討することが重要であり、そのための詳細な分析が必要となるため、今後は国民健康・栄養調査で分析していく。

④ 野菜摂取量の増加

指標	野菜摂取量の平均値
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	281 g（令和元年、20 歳以上）
ベースライン値	令和 6 年国民健康・栄養調査予定
目標値	350 g（令和 14 年度）

現在の平均摂取量が約 280 g/日であり、これまで目標としてきた 350 g/日に達していないことから、健康日本 21（第二次）の目標値を維持し、350 g/日以上とする。なお、野菜に加えて果物の摂取量も考慮する必要がある。

⑤ 果物摂取量の改善

指標	果物摂取量の平均値
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	99 g（令和元年、20 歳以上）
ベースライン値	令和 6 年国民健康・栄養調査予定
目標値	200 g（令和 14 年度）

高血圧¹⁵⁾、肥満¹⁶⁾及び 2 型糖尿病¹⁷⁾の発症リスクとの関連を検討したメタアナリシスによると、果物摂取量について、200 g/日まではリスクが減少することが報告されている。ただし、また、冠動脈疾患、脳卒中、心疾患及び全死亡のリスクと果物摂取量を検討したメタアナリシスでは、200 g/日程度で相対リスクが低くなることが報告されている²⁰⁾。これらを踏まえ、果物摂取量（ジャムを除く果実類）200 g/日を目標とする。ただし、2 型糖尿病など一部の基礎疾患のある者については、果物の過剰摂取が疾患管理において影響を与えることに留意が必要である。

⑥ 食塩摂取量の減少

指標	食塩摂取量の平均値
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	10.1 g（令和元年、20歳以上）
ベースライン値	令和6年国民健康・栄養調査予定
目標値	7 g（令和14年度）

WHOでは1日当たり5g未満という目標量を掲げており、我が国を始め各国のガイドラインを考慮すると、高血圧の予防には1日当たり6g未満の食塩摂取量が望ましいと考えられる。一方で「日本人の食事摂取基準」（2020年版）における食塩摂取の目標量は、習慣的な摂取量を考慮して、成人男性7.5g未満、成人女性6.5g未満とされている²¹⁾。以上を踏まえ、20歳以上の男女の目標値は1日当たり7.0g未満とする。

【参考文献】

- 1) フランク・B・フー。小林身哉，八谷寛，小林邦彦監訳。肥満の疫学。2010。名古屋大学出版会。
- 2) Crawford D, Jeffery RW, Ball K, and Brug J. Obesity epidemiology 2nd ed.: From aetiology to 102 public health. 2010. Oxford University Press.
- 3) Han Z, Mulla S, Beyene J, et al. Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses. *Int J Epidemiol*. 2011;40(1):65-101.
- 4) Nakanishi K, Saijo Y, Yoshioka E, et al. Japan Environment and Children's Study (JECS) Group. Severity of low pre-pregnancy body mass index and perinatal outcomes: the Japan Environment and Children's Study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Feb 11;22(1):121.
- 5) Tamakoshi A, Yatsuya H, Lin Y, et al. BMI and all-cause mortality among Japanese older adults: Findings from the Japan Collaborative Cohort Study. *Obesity* 2010; 18: 362-369.
- 6) Nagai M, Kuriyama S, Kakizaki M, et al. Effect of age on the association between body mass index and all-cause mortality: The Ohsaki Cohort Study. *J Epidemiol* 2010; 20: 398-340.
- 7) Sasazuki S, Inoue M, Tsuji I, et al. Body mass index and mortality from all causes and major causes in Japanese: Results of a pooled analysis of 7 large-scale cohort studies. *J Epidemiol* 2011; 21: 417-430.
- 8) Hanlon P, Nicholl I B, Jani D B, et al. Frailty and pre-frailty in middle-aged and older adults and its association with multimorbidity and mortality: a prospective analysis of 493 737 UK Biobank participants. *Lancet Public Health*. 2018 Jul;3(7):e323-e332.
- 9) Kurotani K, Akter S, Kashino I, Goto A, Mizoue T, Noda M, Sasazuki S, Sawada N, Tsugane S, Japan Public Health Center based Prospective Study Group. Quality of diet and mortality among Japanese men and women: Japan Public Health Center based prospective study. *BMJ* 2016;352:i1209.

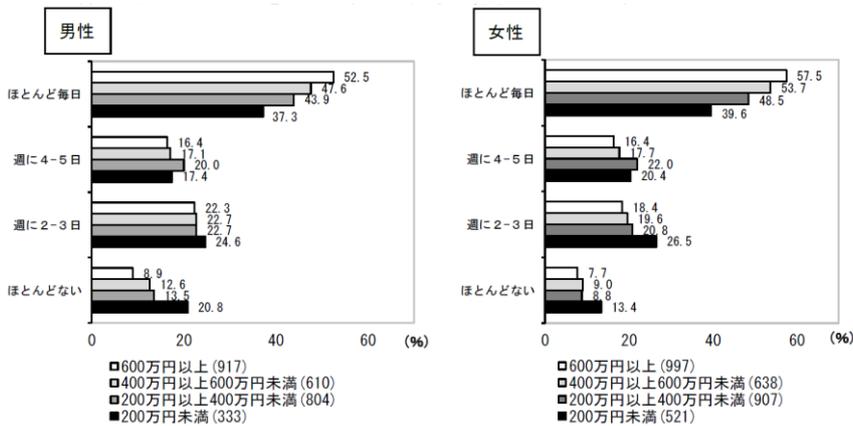
- 10) 黒谷佳代、中出麻紀子、瀧本秀美. 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事と健康・栄養状態ならびに食物・栄養素摂取状況との関連—国内文献データベースに基づくシステマティックレビュー. 栄養学雑誌、2018 ; 76 (4) : 77-88.
- 11) Ishikawa-Takata K, Kurotani K, Adachi M, Takimoto H. Frequency of meals that includes staple, main and side dishes and nutrient intake: findings from the 2012 National Health and Nutrition Survey, Japan *Pub Health Nutr*: 24(9), 2618-2628.
- 12) 健康日本 21 (第二次) 分析評価事業
- 13) Wand X, Ouyang Y, Liu J, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ*. 2014 July; 349: g4490.
- 14) Xiuting Mo, Ruoyan Tobe Gai, Kimi Sawada, et al. Coronary heart disease and stroke disease burden attributable to fruit and vegetable intake in Japan: projected DALYS to 2060. *BMC Public Health*. 2019 Jun;19(1):707
- 15) Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G et al. Food Groups and Risk of Hypertension: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Studies. *Adv Nutr*. 2017 Nov;8(6):793-803.
- 16) Schlesinger S, Neuenschwander M, Schwedhelm C et al. Food Groups and Risk of Overweight, Obesity, and Weight Gain: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Studies. *Adv Nutr*. 2019 Mar;10(2):205-218.
- 17) Schwingshackl L, Hoffmann G, Lampousi AM et al. Food groups and risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Epidemiol*. 2017 May;32(5):363-375.
- 18) GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019 May;393(10184):1958-1972.
- 19) Naya Ikeda, Manami Inoue, Hiroyasu Iso, et al. Adult Mortality Attributable to Preventable Risk Factors for Non-Communicable Diseases and Injuries in Japan: A Comparative Risk Assessment. *PLoS Med*. 2012; 9(1): e1001160.
- 20) Aune D, Giovannucci E, Boffetta P et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality—a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int J Epidemiol*. 2017 Jun;46(3):1029-1056.
- 21) 厚生労働省「日本人の食事摂取基準」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyou/syokuji_kijyun.html

<社会経済的要因による格差について>

平成 30 年国民健康・栄養調査では、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を 1 日 2 回以上食べる頻度が「ほとんど毎日」と回答した者の割合は、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員に比較して、男女ともに 200 万円未満の世帯員で有意に低く、「ほとんどない」と回答した者の割合は、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員に比較して、男女ともに 200 万円未満の世帯員で有意に高く、経済格差に伴う栄養格差が明らかとなった（図 1）。また、食品を選択する際に栄養価を重視すると回答した者の割合は、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員に比較して、男女ともに 200 万円未満の世帯員で有意に低く（図 2）、世帯の年間収入別に栄養素等摂取量をみると、世帯の年間収入が多いほど、炭水化物エネルギー比率が低く、たんぱく質エネルギー比率が高く、栄養素レベルにおいても栄養格差が示唆された。

こうした現状を踏まえ、性別や年齢を問わず、社会経済的に不利な立場の人々も含めて、生きがいをもって自らの健康づくりに取り組むことのできる社会環境を構築するという視点が重要である。

図 1 所得と主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の頻度の状況（20 歳以上）



（出典）厚生労働省「平成 30 年国民健康・栄養調査結果の概要」

図 2 所得と食品を選択する際に重視する点に関する状況（20 歳以上、男女別）

		所得別 (%)				比較		
		①200万円未満	②200万円以上400万円未満	③400万円以上600万円未満	④600万円以上	① vs ④	② vs ④	③ vs ④
解析対象者 (人)	男性 338 女性 529	810	614	927				
おいしさ (%)	男性 65.5 女性 66.6	73.3	76.9	78.5	★	★	★	
好み (%)	男性 63.4 女性 66.3	69.5	71.8	70.7	★			
栄養価 (%)	男性 25.3 女性 45.1	29.5	31.6	34.3	★			
季節感・旬 (%)	男性 26.2 女性 39.8	28.0	29.9	35.7	★	★		
安全性 (%)	男性 40.1 女性 61.3	40.8	46.2	45.3	★	★		
価格 (%)	男性 49.4 女性 68.1	54.0	50.9	50.6			★	

注 1) 生活習慣調査票の問 1 と問 2 に回答した者、かつ、世帯主又は世帯の代表者が問 12 と問 13 に回答した世帯の世帯員を集計対象とした。
なお、同一世帯で複数の世帯員が問 12 又は問 13 に回答した世帯、及び問 13 で「わからない」と回答した世帯は集計から除外した。
注 2) 推定値は、年齢階級 (20-39 歳、40-59 歳、60-69 歳、70 歳以上の 4 区分) と世帯員数 (1 人、2 人、3 人、4 人、5 人以上世帯の 5 区分) での調整値。割合に関する項目は直接法、平均値に関する項目は共分散分析を用いて算出。
注 3) 世帯の所得額を当該世帯員に当てはめて多変量解析 (割合に関する項目はロジスティック回帰分析、平均値に関する項目は共分散分析) を用いて 600 万円以上を基準とした他の 3 群との群間比較を実施。
注 4) ★は世帯の所得が 600 万円以上の世帯員と比較して群間の有意差があった項目。

（出典）厚生労働省「平成 30 年国民健康・栄養調査結果の概要」

〈2〉身体活動・運動

背景

「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを、「運動」とは、身体活動のうち、スポーツやフィットネスなどの健康・体力の維持・増進を目的として計画的・意図的に行われるものを指す。

身体活動・運動の量が多い者は、少ない者と比較して2型糖尿病、循環器疾患、がん、ロコモティブシンドローム、うつ病、認知症等などの発症・罹患リスクが低いことが報告されている¹⁾。WHOは、高血圧、喫煙、高血糖に次いで、身体活動不足を全世界の死亡に対する危険因子の第4位と認識し²⁾、また、我が国では、身体活動・運動の不足は喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡の3番目の危険因子であることが示唆されている³⁾。加えて、身体活動は、妊婦・産後の女性、慢性疾患や障害のある人を含め、さまざまな人々に対して健康効果が得られるとされている⁴⁻⁶⁾。身体活動・運動の意義と重要性が広く国民に認知され実践されることは、超高齢社会を迎える我が国の健康寿命の延伸に有用であると考えられる。一方で、機械化・自動化の進展、移動手段の変化等により、国民の身体活動量が減少しやすい社会環境にあることや、「日常生活における歩数」、「運動習慣者の割合」のいずれも横ばいから減少傾向であることを踏まえると、引き続き身体活動・運動分野の取り組みを積極的に行う必要がある。さらに、身体活動量の減少は肥満や生活習慣病発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子であることから⁷⁾、早急に重点的な対策を実施する必要がある。

基本的な考え方

身体活動・運動量を増加させ、健康増進につなげていくことが重要であることから、以下の目標を設定する。

① 日常生活における歩数の増加

歩数は身体の移動を伴うような比較的活発な身体活動の客観的な指標であり、「歩数の増加」は、健康寿命延伸や社会生活機能の維持・増進につながる直接的かつ効果的な方策である。これまでの研究において、歩数と疾病罹患率あるいは死亡率との間に明確な負の関係があることが確認されている⁸⁻¹⁰⁾。また、歩数はスマートフォンなどを通じ、多くの国民にとって日常的な測定・評価が可能な指標といえる。特に「日常生活における歩数」は、主として「生活活動」を反映していると考えられ、労働場面・家庭場面・移動場面における歩数の総数であるが、過去10年間で全ての世代において、男性、女性ともに横ばいから減少傾向にある¹¹⁾。将来の生活習慣病発症や社会生活機能低下を防止するためには、日常生活における歩数を増加させ、健康づくりのための身体活動基準2013における個人への推奨値（成人については、23メッツ・時/週≒8,000～10,000歩、高齢者については、10メッツ・時/週）に近づける必要がある。これらを踏まえ、「日常生活における歩数の増加」を目標として設定し、身体活動全体の増加・活発化を促す必要がある。

② 運動習慣者の増加

健康増進や体力向上などを通じて、個々人の抱える多様かつ個別の健康問題を効率的に改善することができる。「運動」は「余暇身体活動」とも呼ばれ、これまでに数多くの研究が

報告されている 12-14)。これらの研究では、運動習慣を有する者は、運動習慣のない者に比べて、生活習慣病発症や死亡のリスクが低いことが報告されており、より多くの国民が運動習慣を持つことが重要である。これらを踏まえ、引き続き、「運動習慣者の増加」を目標として設定する。

③ 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少

こどもに対して、身体活動が身体的・心理的・社会的に良い影響を及ぼすことが報告されている¹⁵⁻¹⁶⁾。運動習慣を有するこどもの割合を増やすことで、心身の健康の保持・増進や体力の向上を図り、健康で活力に満ちた長寿社会の実現につなげることが重要であり、このことから、「運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少」を目標とする。

① 日常生活における歩数の増加

指標	1日の歩数の平均値（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	6,278 歩（令和元年度） ※20～64 歳：男性 7,864 歩、女性 6,685 歩 ※65 歳以上：男性 5,396 歩、女性 4,656 歩
ベースライン値	令和 6 年国民健康・栄養調査予定
目標値	7,100 歩（令和 14 年度） ※20～64 歳：男性 8,000 歩、女性 8,000 歩 65 歳以上：男性 6,000 歩、女性 6,000 歩

国民健康・栄養調査から得られた平成 22（2010）年から令和元（2019）年までの歩数を基に、Trend-analysis tool を用いて令和 18（2036）年の予測値を 1.1 倍した値が性・年代によっては現状値を下回る結果となったため、予測値ではなく、現状値を基にした目標設定を行った（表 1）。歩数と疾病罹患率あるいは死亡率との間に明確な負の関係があることが確認されていることから⁷⁻⁹⁾、目標値を現状値の 1.1 倍と設定した（現状値×1.1）上で、分かりやすく、覚えやすい目標をとすべく、20～64 歳では 8,000 歩/日、65 歳以上では 6,000 歩/日を目標値とした。この値は、健康づくりのための身体活動基準 2013 における個人への推奨値とも整合性のとれた値となっている。また、令和元（2019）年国民健康・栄養調査の性・年齢分布を基にして、総計の目標値を、7,100 歩/日として設定した。

表1. 歩数に関する目標値設定

		男 性		女 性	
		20～64 歳	65 歳以上	20～64 歳	65 歳以上
健康日本 21（第二次）の目標		9,000	7,000	8,500	6,000
粗平均	平成 22（2010）年	7,841	5,600	6,886	4,599
	現状値：令和元（2019）年	7,864	5,396	6,685	4,656
予測値	令和 18（2036）年の予測値	7,424	4,892	5,890	4,580
	（粗平均平成 22（2010）～令和元（2019）年）	(6,974-7,873)	(4,232-5,552)	(5,337-6,445)	(3,973-5,187)
目標候補	現状値に基づいた目標（現状×1.1）	8,650	5,936	7,354	5,122
	予測値に基づいた目標（予測×1.1）	8,166	5,381*	6,479*	5,038
目標値	目標（現状値×1.1、かつ男女同数）	8,000	6,000	8,000	6,000

* 現状値よりも低い目標値

カッコ内は予測値の 90%信頼区間を示す

② 運動習慣者の増加

指標	運動習慣者の割合（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	28.7%（令和元年度） ※20～64 歳：男性 23.5%、女性 16.9% 65 歳以上：男性 41.9%、女性 33.9%
ベースライン値	令和 6 年国民健康・栄養調査予定
目標値	40%（令和 14 年度） ※20～64 歳：男性 30%、女性 30% 65 歳以上：男性 50%、女性 50%

国民健康・栄養調査から得られた平成 22（2010）年から令和元（2019）年までの運動習慣者の割合を基に、Trend-analysis tool を用いて算出した令和 18（2036）年の予測値を 1.1 倍した値が性・年代によっては現状値を下回る結果となったため、歩数と同様に、予測値ではなく、現状値を基にした目標設定を行った（表 2）。運動についても疾病罹患率あるいは死亡率との間に明確な負の関係があることが確認されていることから¹²⁻¹⁴⁾、目標値を現状値の 1.1 倍と設定し、分かりやすく、覚えやすい目標値とすべく、20～64 歳では 30%、65 歳以上では 50%を目標値として設定した。また、令和元（2019）年国民健康・栄養調査の性・年齢分布を基にして、総計の目標値を、40%と算出し、これを目標値として設定した。

表 2. 運動習慣に関する目標値設定

		男 性		女 性	
		20～64 歳	65 歳以上	20～64 歳	65 歳以上
健康日本 21（第二次）の目標		36	58	33	48
粗平均	平成 22（2010）年	26.3	47.6	22.9	37.6
	現状値：令和元（2019）年	23.6	41.9	17.0	33.9
予測値	令和 18（2036）年の予測値	18.8	34.1	4.3	33.3
	（粗平均平成 22（2010）～令和元（2019）年）	(10.1-27.5)	(20.6-47.6)	(-2.8-11.4)	(26.8-39.8)
目標候補	現状値に基づいた目標（現状+10%ポイント）	33.6	51.9	27.0	43.9
	予測値に基づいた目標（予測+10%ポイント）	28.8	44.1	14.3*	43.3
目標値	目標（現状値+10%ポイント & 男女同数）	30	50	30	50

* 現状値よりも低い目標値

カッコ内は予測値の 90%信頼区間を示す

③ 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少

指標	【関係部局と調整中】 1 週間の総運動時間（体育授業を除く）が 60 分未満の児童の割合
データソース	【関係部局と調整中】
現状値	
ベースライン値	【関係部局と調整中】
目標値	【関係部局と調整中】第 2 次成育医療等基本方針に合わせて設定

【省内担当部局と調整中】

【参考文献】

- 1) 厚生労働省. 「健康づくりのための身体活動基準 2013」および「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xple.html>
- 2) World Health Organization. (2009). Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization.
- 3) Ikeda N, Saito E, Kondo N, Inoue M, Ikeda S, Satoh T, et al. What has made the population of Japan healthy? The Lancet. 2011;378(9796):1094-105. doi: 10.1016/s0140-6736(11)61055-6.
- 4) Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018.
- 5) Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020 Dec;54(24):1451-62. doi: 10.1136/bjsports-2020-102955.
- 6) Dipietro L, Evenson KR, Bloodgood B, Sprow K, Troiano RP, et al. Benefits of Physical

- Activity during Pregnancy and Postpartum: An Umbrella Review. *Med Sci Sports Exerc.* 2019 Jun;51(6):1292-1302. doi: 10.1249/MSS.0000000000001941.
- 7) Rodrigues MA, Facchini LA, Thumé E, Maia F. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. *Cad Saude Publica.* 2009;25 Suppl 3:S464-76. doi: 10.1590/s0102-311x2009001500011.
 - 8) Kraus WE, Janz KF, Powell KE, Campbell WW, Jakicic JM, et al. Daily Step Counts for Measuring Physical Activity Exposure and Its Relation to Health. *Med Sci Sports Exerc.* 2019 Jun;51(6):1206-12. doi: 10.1249/MSS.0000000000001932.
 - 9) Hall KS, Hyde ET, Bassett DR, Carlson SA, Carnethon MR, et al. Systematic review of the prospective association of daily step counts with risk of mortality, cardiovascular disease, and dysglycemia. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020 Jun 20;17(1):78. doi: 10.1186/s12966-020-00978-9.
 - 10) Yamamoto N, Miyazaki H, Shimada M, Nakagawa N, Sawada SS, et al. Daily step count and all-cause mortality in a sample of Japanese elderly people: a cohort study. *BMC Public Health.* 2018 Apr 23;18(1):540. doi: 10.1186/s12889-018-5434-5.
 - 11) Takamiya T, Inoue S. Trends in Step-determined Physical Activity among Japanese Adults from 1995 to 2016. *Med Sci Sports Exerc.* 2019 Sep;51(9):1852-1859. doi: 10.1249/MSS.0000000000001994.
 - 12) Zhao M, Veeranki SP, Li S, Steffen LM, Xi B. Beneficial associations of low and large doses of leisure time physical activity with all-cause, cardiovascular disease and cancer mortality: a national cohort study of 88,140 US adults. *Br J Sports Med.* 2019 Nov;53(22):1405-1411. doi: 10.1136/bjsports-2018-099254.
 - 13) Samitz G, Egger M, Zwahlen M. Domains of physical activity and all-cause mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Int J Epidemiol.* 2011 Oct;40(5):1382-400. doi: 10.1093/ije/dyr112.
 - 14) O'Donovan G, Lee IM, Hamer M, Stamatakis E. Association of "Weekend Warrior" and Other Leisure Time Physical Activity Patterns With Risks for All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality. *JAMA Intern Med.* 2017 Mar 1;177(3):335-342. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.8014.
 - 15) Poitras VJ, Gray CE, Borghese MM, Carson V, Chaput JP, Janssen I, Katzmarzyk PT, Pate RR, Connor Gorber S, Kho ME, Sampson M, Tremblay MS. Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2016 Jun;41(6 Suppl 3):S197-239. doi: 10.1139/apnm-2015-0663.
 - 16) Chaput JP, Willumsen J, Bull F, Chou R, Ekelund U, et al. 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5-17 years: summary of the evidence. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020 Nov 26;17(1):141. doi: 10.1186/s12966-020-01037-z.

〈3〉休養・睡眠

背景

「休養」には二つの意味が含まれ、「休」は、労働や活動等によって生じた心身の疲労を、休息により解消し、元の活力を持った状態への復帰を図る働きを、「養」は、「英気を養う」というように、社会的機能の向上に資する心身の能力を自ら高める営みを主として指す。

日々の生活においては、睡眠や余暇が重要であり、十分な睡眠や余暇活動は、心身の健康に欠かせない。睡眠不足は、日中の眠気や疲労に加え、頭痛等の身心愁訴の増加、情動不安定¹⁾、注意力や判断力の低下²⁾に関連する作業能率の低下等、多岐にわたる影響を及ぼし、事故³⁾等、重大な結果を招く場合もある。また、睡眠不足を含め様々な睡眠の問題が慢性化すると、肥満⁴⁾、高血圧⁵⁾、糖尿病⁶⁾、心疾患⁷⁾や脳血管障害⁸⁾の発症リスク上昇と症状悪化に関連し、死亡率の上昇⁹⁾にも関与することが明らかとなっている。また、睡眠の問題はうつ病などの精神障害において、発症初期から出現し、再燃・再発リスクを高めることが知られているが、不眠の存在自体が精神障害の発症リスクをも高める¹⁰⁾という報告もある。また、長時間にわたる過重な労働は、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられ、さらには脳・心臓疾患との関連性が強いと言われている。

一方で、日本人の睡眠時間は、男性で7時間52分、女性で7時間33分と、諸外国に比べ短く¹¹⁾、さらに短縮する傾向であることが示されている。また、日本における睡眠不足に起因する経済損失は小さくない¹²⁾。また、日本人の総労働時間は減少傾向にある¹³⁾が、引き続き長時間労働対策を進め、労働者が健康を保持しながら労働以外の生活のための時間を確保して働くことができるような労働環境を整備する必要がある。このため、休養分野について引き続き取組を進めていく必要がある。

基本的な考え方

睡眠や余暇が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが、健康増進においては重要な課題である。

より良い睡眠を取ることは心身の健康の保持・増進においては極めて重要であるが、より良い睡眠には、睡眠の質と量、いずれもが重要であることから、それぞれに関連する目標を以下のとおり設定する。

① 睡眠で休養がとれている者の増加

国民健康・栄養調査においては、睡眠による休養をとれていない者の有訴者率は20%前後で推移している。健康日本21（第2次）において、睡眠による休養をとれていない者の有訴者率の減少を目標としていたが、ほぼ全ての世代で有訴者率は増加しており、引き続き国民の睡眠習慣に対して積極的に施策を講じていく必要がある。

また、いわゆる「熟睡感」、「睡眠の質」、「睡眠休養感」といった「睡眠により休養をとれていると感じているか」に関連する主観的評価について高血圧、糖尿病、心疾患や、うつ病等の精神的健康と強く関連するという報告が多く認められる^{19) 20) 21)}ことや、睡眠時間と併せて評価する有用性が示された¹⁴⁾ことから、引き続き睡眠での休養感についての目標項目を設定することとした。

② 睡眠時間が十分に確保できている者の増加

近年、睡眠時間と健康寿命との関連における科学的エビデンスが急速に蓄積されている¹³⁾。これまでの知見では、極端な短時間睡眠・長時間睡眠のいずれも寿命短縮に寄与することが明らかになっていた。加えて、勤労世代においては睡眠不足（6時間未満）¹⁴⁾、高齢世代においては床上時間の過剰（8時間以上）¹³⁾や睡眠充足の誤解¹⁵⁾が寿命短縮に影響することが明らかになったことや、米国の「Healthy People 2030」²²⁾において十分な睡眠を確保できている成人の割合の増加が設定されていることなどから、「睡眠の量」を図るものとして、「睡眠時間が十分に確保できている者の増加」という目標を追加することとした。

③ 週労働時間 60 時間以上の雇用者の減少

長時間労働削減の取組を進め、労働者が健康で充実した働き方ができる環境整備を進めるため、「過労死等の防止のための対策に関する大綱」²³⁾において目標として設定されている「週労働時間 40 時間以上の雇用者のうち、週労働時間 60 時間以上の雇用者の減少」を目標とする。

① 睡眠で休養がとれている者の増加

指標	睡眠で休養がとれている者の割合（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	78.3%（平成 30 年度） ※20 歳～59 歳：70.4%、60 歳以上：86.8%
ベースライン値	令和 6 年国民健康・栄養調査予定
目標値	80%（令和 14 年度） ※20 歳～59 歳：75%、60 歳以上：90%

平成 21（2009）年以降の国民健康・栄養調査によると、20 歳以上 60 歳未満の世代と、60 歳以上の世代では睡眠により休養感がある者の割合に顕著な差があり（20 歳以上 60 歳未満：70.4%、60 歳以上：86.8%（平成 30（2018）年）、年々減少傾向が認められている（図 1）。このため、これら二世代に分けて、各々の目標値を設定することが妥当である。具体的には、平成 21（2009）年より減少した分を回復させることを目標とし、具体的な目標値（20～59 歳：75%、60 歳以上：90%）を設定した。その上で、これらが達成された場合の全年代での目標値 80%を、項目全体の目標とする。

② 睡眠時間が十分に確保できている者の増加

指標	睡眠時間が6～9時間（60歳以上については、6～8時間）の者の割合（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	〇〇.〇（令和元年度） ※総数データ未 ※20歳～59歳：53.2%、60歳以上：55.8%
ベースライン値	令和6年国民・健康栄養調査予定
目標値	60%（令和14年度） ※20歳～59歳：60%、60歳以上：60%

平成21（2009）年以降の国民健康・栄養調査によると、20歳以上60歳未満で睡眠時間が5時間未満の者が増加傾向、60歳以上では睡眠時間が8時間以上の者が減少傾向にある（図2）。これらの集団をさらに減少させることが睡眠健康増進に重要である。

20歳以上60歳未満の世代では、短時間睡眠の是正が健康増進に寄与するが、他方で長すぎる睡眠も健康阻害因子となり得る¹⁶⁾ことから、年齢相応の生理的な睡眠必要量¹⁷⁾を勘案して、6時間以上9時間未満を「十分な睡眠時間」と設定した。これに対し、60歳以上の世代では、過剰な床上時間の是正が健康増進に寄与するが、短すぎる睡眠も健康阻害因子となり得る¹⁸⁾ことから、年齢相応の生理的な睡眠必要量¹⁷⁾を勘案して、6時間以上8時間未満を「十分な睡眠時間」と設定した。なお、十分な睡眠時間については、年齢や労働時間、個人差が影響するため、今後、必要に応じて評価基準を見直すことも必要である。

上記定義における十分な睡眠時間を確保できている者の割合は、20歳以上60歳未満の世代で減少傾向、60歳以上の世代ではほぼ横ばいの推移を示している（図3）。これを踏まえ、20歳以上60歳未満の世代では平成21（2009）年より減少した分を回復させることを、60歳以上の世代では長時間臥床の是正という視点も踏まえ、さらに増加させることを目標とした。具体的には、20歳以上60歳未満、60歳以上それぞれで60%を達成することが目標であり、項目全体としては、全年代で60%を達成することを目標とする。

図1 睡眠で休養が得られている者の割合の年次推移（国民健康・栄養調査）

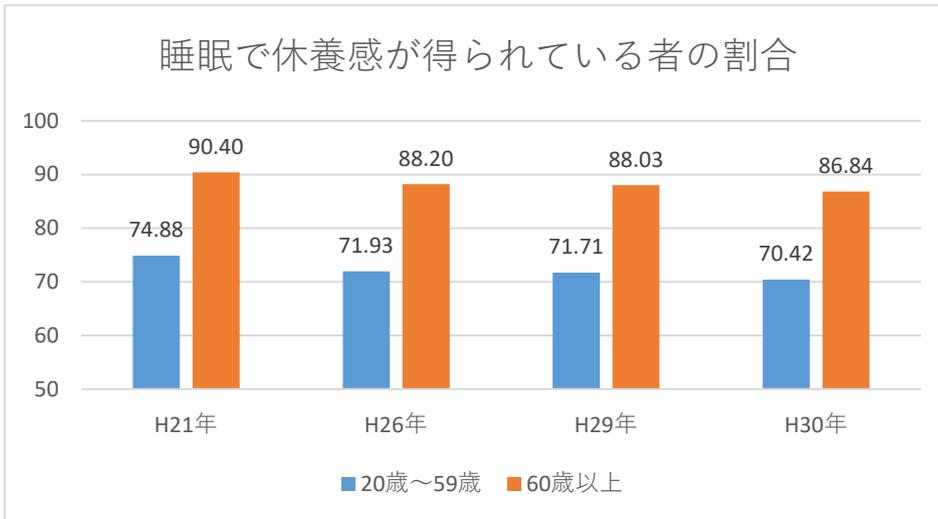


図2 不十分な睡眠時間（睡眠不足・過剰）の者の割合の年次推移（国民健康・栄養調査）

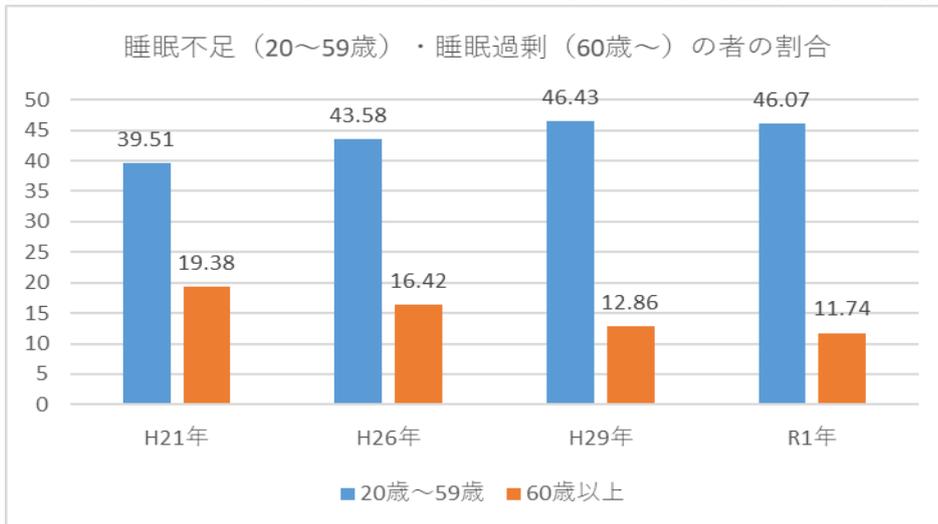
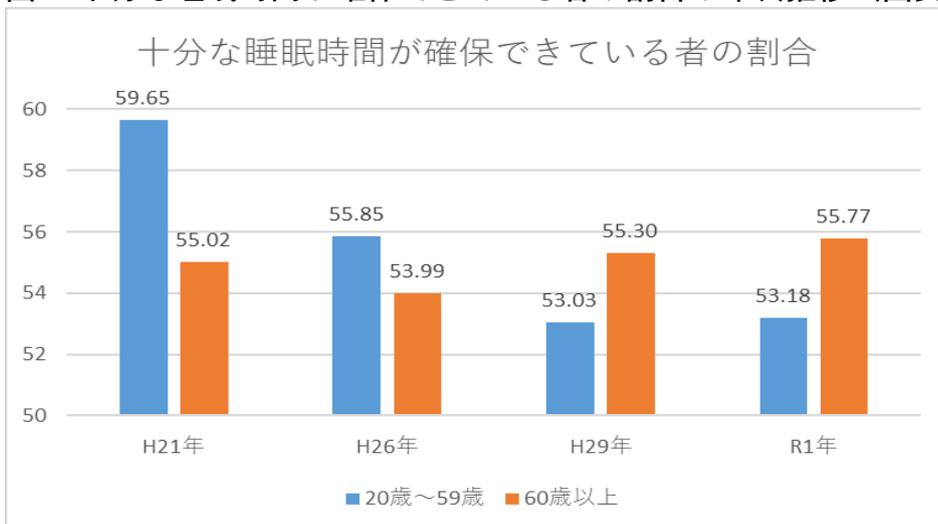


図3 十分な睡眠時間が確保できている者の割合の年次推移（国民健康・栄養調査）



③ 週労働時間 60 時間以上の雇用者の減少

指標	【省内担当部局と調整中】週労働時間 40 時間以上の雇用者のうち、週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合
データソース	総務省「労働力調査」(年次)
現状値	8.8% (令和 3 年)
ベースライン値	令和 6 年労働力調査
目標値	5 % (令和 7 年)

「過労死等の防止のための対策に関する大綱」²³⁾において目標として設定されている「週労働時間 40 時間以上の雇用者のうち、週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合を 5 % 以下 (令和 7 年)」を目標とする。

【参考文献】

- 1) Vandekerckhove M, Wang YL. Emotion, emotion regulation and sleep: An intimate relationship. *AIMS Neurosci.* 2018;5(1):1-17. Epub 20171201. doi: 10.3934/Neuroscience.2018.1.1. PubMed PMID: 32341948; PubMed Central PMCID: PMC7181893.
- 2) Groeger JA, Stanley N, Deacon S, Dijk DJ. Dissociating effects of global SWS disruption and healthy aging on waking performance and daytime sleepiness. *Sleep.* 2014;37(6):1127-42. Epub 20140601. doi: 10.5665/sleep.3776. PubMed PMID: 24882908; PubMed Central PMCID: PMC4015387.
- 3) Léger D, Pepin E, Caetano G. The Economic Burden of Sleepy Driving. *Sleep Med Clin.* 2019;14(4):423-9. Epub 20190923. doi: 10.1016/j.jsmc.2019.07.004. PubMed PMID: 31640870.
- 4) Häusler N, Heinzer R, Haba-Rubio J, Marques-Vidal P. Does sleep affect weight gain? Assessing subjective sleep and polysomnography measures in a population-based cohort study (CoLaus/HypnoLaus). *Sleep.* 2019;42(6). doi: 10.1093/sleep/zsz077. PubMed PMID: 30895315.
- 5) Wang D, Zhou Y, Guo Y, Zhang R, Li W, He M, et al. The effect of sleep duration and sleep quality on hypertension in middle-aged and older Chinese: the Dongfeng-Tongji Cohort Study. *Sleep Med.* 2017;40:78-83. Epub 20171012. doi: 10.1016/j.sleep.2017.09.024. PubMed PMID: 29221783.
- 6) Reutrakul S, Van Cauter E. Sleep influences on obesity, insulin resistance, and risk of type 2 diabetes. *Metabolism.* 2018;84:56-66. Epub 20180303. doi: 10.1016/j.metabol.2018.02.010. PubMed PMID: 29510179.
- 7) Korostovtseva L, Bochkarev M, Sviryaev Y. Sleep and Cardiovascular Risk. *Sleep Med Clin.* 2021;16(3):485-97. Epub 20210625. doi: 10.1016/j.jsmc.2021.05.001. PubMed PMID: 34325825.
- 8) Chaudhry R, Suen C, Mubashir T, Wong J, Ryan CM, Mokhlesi B, et al. Risk of major cardiovascular and cerebrovascular complications after elective surgery in patients with sleep-disordered breathing: A retrospective cohort analysis. *Eur J Anaesthesiol.* 2020;37(8):688-95. doi: 10.1097/EJA.0000000000001267. PubMed PMID: 32692083.

- 9) Ensrud KE, Blackwell TL, Ancoli-Israel S, Redline S, Cawthon PM, Paudel ML, et al. Sleep disturbances and risk of frailty and mortality in older men. *Sleep Med.* 2012;13(10):1217–25. Epub 20120615. doi: 10.1016/j.sleep.2012.04.010. PubMed PMID: 22705247; PubMed Central PMCID: PMC3449012.
- 10) Li L, Wu C, Gan Y, Qu X, Lu Z. Insomnia and the risk of depression: a metaanalysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry.* 2016;16(1):375. Epub 20161105. doi: 10.1186/s12888-016-1075-3. PubMed PMID: 27816065; PubMed Central PMCID: PMC5097837.
- 11) OECD Health Statistics 2016 [<https://www.oecd.org/health/health-data.htm>]
- 12) Hafner M, Stepanek M, Taylor J, Troxel WM, van Stolk C. Why Sleep Matters–The Economic Costs of Insufficient Sleep: A Cross-Country Comparative Analysis. *Rand Health Q.* 2017 Jan 1;6(4):11. eCollection 2017 Jan. PMID: 28983434 PMCID: PMC5627640
- 13) Cappuccio FP, D’Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep.* 2010;33(5):585–592.
- 14) Yoshiike T, Utsumi T, Matsui K, Nagao K, Saitoh K, Otsuki R, Aritake-Okada S, Suzuki M, Kuriyama K. Mortality associated with nonrestorative short sleep or nonrestorative long time-in-bed in middle-aged and older adults. *Sci Rep.* 2022;12(1): 189.
- 15) Utsumi T, Yoshiike T, Kaneita Y, Aritake-Okada S, Matsui K, Nagao K, Saitoh K, Otsuki R, Shigeta M, Suzuki M, Kuriyama K. The association between subjective-objective discrepancies in sleep duration and mortality in older men. *Sci Rep.* 2022;12(1): 18650.
- 16) Jike M, Itani O, Watanabe N, Buysse DJ, Kaneita Y. Long sleep duration and health outcomes: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Sleep Med Rev.* 2018;39:25–36.
- 17) Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep.* 2004;27(7):1255–1273.
- 18) Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Med.* 2017;32:246–256.
- 19) Okamoto M, Kobayashi Y, Nakamura F, Musha T. Association Between Nonrestorative Sleep and Risk of Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Behav Sleep Med.* 2017;15(6):483–90. Epub 20160506. doi: 10.1080/15402002.2016.1163701. PubMed PMID: 27152770.
- 20) Li Y, Zhang X, Winkelman JW, Redline S, Hu FB, Stampfer M, et al. Association between insomnia symptoms and mortality: a prospective study of U.S. men. *Circulation.* 2014;129(7):737–46. Epub 20131113. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.004500. PubMed PMID: 24226807; PubMed Central PMCID: PMC3987964.
- 21) Saitoh K, Yoshiike T, Kaneko Y, Utsumi T, Matsui K, Nagao K, Otsuki R, Aritake-Okada S, Kadotani H, Kuriyama K, Suzuki M. Associations of nonrestorative sleep and insomnia symptoms with incident depressive symptoms over 1–2 years: Longitudinal results from the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos and Sueno Ancillary Study. *Depress Anxiety.* 2022;39(5):419–428.

22) Healthy People 2030. Sleep.<https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/sleep>

23) 「過労死等の防止のための対策に関する大綱」. 令和3（2021）年7月.https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_20085.html

〈4〉 飲酒

背景

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等に深く関連する。加えて、不安やうつ、自殺、事故といったリスクとも関連する¹⁾²⁾。平成30(2018)年にWHOが発表した「Global status report on alcohol and health 2018」によると、平成28(2016)年の試算で、年間300万人がアルコールの有害な使用のために死亡し、全死亡に占める割合は5.3%とされており、この割合は、糖尿病(2.8%)、高血圧(1.6%)、消化器疾患(4.5%)を上回っている³⁾。

健康日本21(第二次)では、「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」を1日の平均純アルコール摂取量が男性で40g、女性で20g以上と定義した上で、このような飲酒の予防を図るため、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少」を目標として設定し、取組を行ってきた。我が国全体のアルコール消費量は減少傾向にある一方で、この目標については、男性では変化なし、女性では悪化傾向にあり、より一層のアルコールによる健康影響に関する知識の普及啓発、減酒支援等の推進が求められる。また、令和3(2021)年度から開始されたアルコール健康障害対策推進基本計画(第2期)において、アルコール健康障害の発生予防が重点課題とされ、がん対策推進基本計画(第4期)において、飲酒は予防可能ながんリスク因子とされており、これらの計画との整合性を保ちつつ、取組を進めることが必要である⁴⁾⁵⁾。

また、20歳未満の者や教育者、保護者、妊婦に対しても、国、地方公共団体、関係団体、事業者等と連携し、飲酒による健康影響等について、引き続き、わかりやすい普及啓発を行うことが必要である。

基本的な考え方

① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少

健康日本21(第二次)では、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少」を目標としていたが、男性では変化なし、女性では悪化傾向であったことを鑑みて、引き続き目標として設定する。

国内外の研究結果から、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されており、これらの知見からは生活習慣病のリスクを高める飲酒量の域値は低ければ低いほどよいことが示唆される⁶⁾⁻⁹⁾。一方、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患については、飲酒量との関係がほぼ直線的に上昇するとは言えない。男性では44g/日(日本酒2合/日)程度以上の飲酒(純アルコール摂取)で非飲酒者や機会飲酒者に比べてリスクが高くなることを示す研究が多い¹⁰⁾⁻¹³⁾。また、女性では22g/日(日本酒1合/日)程度以上の飲酒で、リスクが高くなることを示す研究がある¹¹⁾¹⁴⁾⁻¹⁷⁾。

これらの飲酒による健康障害の調査研究結果とともに、実行性のある目標設定という観点も踏まえ、引き続き、生活習慣病のリスクを高める飲酒量を1日当たりの平均純アルコール摂取量を男性で40g、女性で20g以上と定義し、目標を設定することとする。

②20 歳未満の者の飲酒をなくす

20 歳未満の者の身体は発達する過程にあるため体内に入ったアルコールが身体に悪影響を及ぼし健全な成長を妨げること、臓器の機能が未完成であるためにアルコールの分解能力が 20 歳以上の者に比べて低く¹⁸⁾¹⁹⁾、アルコールの影響を受けやすいこと等から、20 歳未満の者の飲酒は医学的に好ましくない。例えば、20 歳未満の者の飲酒は、20 歳以上の者の飲酒に比べ急性アルコール中毒や臓器障害を起こしやすい²⁰⁾。また、飲酒開始年齢が若いほど将来のアルコール依存症リスクがより高くなるとの報告もある²¹⁾。このような健康問題に加えて、20 歳未満の者の飲酒は事件や事故に巻き込まれやすくなるなど、社会的な問題をも引き起こしやすい。上記の点や 20 歳未満の者の飲酒は法律上禁止されていることを踏まえ、引き続き、20 歳未満の者の飲酒を完全に防止することを目標とする。

① 生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少

指標	1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40 g 以上、女性 20 g 以上の者の割合
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」
現状値	男性 14.9%、女性 9.1%、総数 11.8%（令和元年度）
ベースライン値	令和 6 年国民健康・栄養調査予定
目標値	10%

健康日本 21（第二次）においては、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の割合について、ベースライン値より 10 年間で 15%低減することを目標としていたが、達成できなかった。そのため、現行の目標（男性：13%、女性：6.4%）の達成をまずは目指し、男女あわせた全体としての目標として、10%を設定する。

② 20 歳未満の者の飲酒をなくす

指標	中学生・高校生の飲酒者の割合
データソース	厚生労働科学研究費補助金による研究班（※1）の調査 ※1 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
ベースライン値	令和 6 年度に調査予定（調整中）
目標値	0%
評価に用いる値	<input type="checkbox"/> 年齢調整値（基準：） <input checked="" type="checkbox"/> 粗データ

「二十歳未満ノ者ノ飲酒ノ禁止ニ関スル法律」に基づき 20 歳未満の者の飲酒が禁止されていることや 20 歳未満の者に対する飲酒の悪影響を踏まえ、引き続き 20 歳未満の者に対する飲酒をなくす目標を 0%と設定した。

【参考文献】

- 尾崎米厚 令和3年度 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 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. 総括・分担研究報告書, 2021.
- 1) Anker JJ, Kushner MG. Alcohol Res. Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Anxiety: Bridging Psychiatric, Psychological, and Neurobiological Perspectives. 2019 Dec;40(1):arcr.v40.1.03. doi: 10.35946/arcr.v40.1.03. eCollection 2019.
 - 2) Boden JM, Fergusson DM. Addiction. Alcohol and depression. 2011 May;106(5):906-14. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x. Epub 2011 Mar 7.
 - 3) WHO: Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
 - 4) アルコール健康障害対策推進基本計画（第2期）（令和3（2021）年3月26日閣議決定）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000760238.pdf>
 - 5) がん対策推進基本計画（第4期） ☆追記予定
 - 6) Inoue M, Tsugane S. Impact of alcohol drinking on total cancer risk: data from a large-scale population-based cohort study in Japan. Br J Cancer. 2005 Jan 17;92(1):182-7. doi: 10.1038/sj.bjc.6602277.
 - 7) Nakanishi N, Makino K, Nishina K, et al. Relationship of light to moderate alcohol consumption and risk of hypertension in Japanese male office workers. Alcohol Clin Exp Res. 2002 Jul;26(7):988-94. doi: 10.1097/01.ALC.0000021161.94001.33.
 - 8) Ohmori S, Kiyohara Y, Kato I, et al. Alcohol intake and future incidence of hypertension in a general Japanese population: the Hisayama study. Alcohol Clin Exp Res. 2002 Jul;26(7):1010-6. doi: 10.1097/01.ALC.0000021147.31338.C2.
 - 7) Nakanishi N, Makino K, Nishina K, et al. Relationship of light to moderate alcohol consumption and risk of hypertension in Japanese male office workers. Alcohol Clin Exp Res. 2002 Jul;26(7):988-94. doi: 10.1097/01.ALC.0000021161.94001.33.
 - 8) Ohmori S, Kiyohara Y, Kato I, et al. Alcohol intake and future incidence of hypertension in a general Japanese population: the Hisayama study. Alcohol Clin Exp Res. 2002 Jul;26(7):1010-6. doi: 10.1097/01.ALC.0000021147.31338.C2.
 - 9) Nakashita Y, Nakamura M, Kitamura A, et al. Relationship of cigarette smoking and alcohol consumption to metabolic syndrome in Japanese men. J Epidemiol. 2010;20(5):391-7. doi: 10.2188/jea.je20100043.
 - 10) Iso H, Baba S, Mannami I, et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men: the JPHC Study Cohort I. Stroke. 2004 May;35(5):1124-9. doi:10.1161/01.STR.0000124459.33597.00.
 - 11) Ikehara S, Iso H, Toyoshima H, et al. Alcohol consumption and mortality from stroke and coronary heart disease among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study. Stroke. 2008 Nov;39(11):2936-42. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.520288.
 - 12) Ikehara S, Iso H, Yamagishi K, et al. Alcohol consumption, social support, and risk of stroke and coronary heart disease among Japanese men: the JPHC Study. Alcohol Clin Exp Res.

- 2009 Jun;33(6):1025-32. doi:10.1111/j.1530-0277.2009.00923.x.
- 13) Iso H, Kitamura A, Shimamoto T, et al. Alcohol intake and the risk of cardiovascular disease in middle-aged Japanese men. *Stroke*. 1995 May;26(5):767-73. doi: 10.1161/01.str.26.5.767.
 - 14) Marugame T, Yamamoto S, Yoshimi I, et al. Patterns of alcohol drinking and all-cause mortality: results from a large-scale population-based cohort study in Japan. *Am J Epidemiol*. 2007 May 1;165(9):1039-46. doi: 10.1093/aje/kwk112.
 - 15) Keyes KM, Martins SS, Blanco C, Hasin DS. Telescoping and gender differences in alcohol dependence: new evidence from two national surveys. *Am J Psychiatry*. 2010 Aug;167(8):969-76.
 - 16) Roerecke M, Vafaei A, Hasan OSM, Chrystoja BR, Cruz M, Lee R, Neuman MG, Rehm J. Alcohol Consumption and Risk of Liver Cirrhosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol*. 2019 Oct;114(10):1574-1586.
 - 17) Inoue M, Nagata C, Tsuji I, Sugawara Y, Wakai K, Tamakoshi A, Matsuo K, Mizoue T, Tanaka K, Sasazuki S, Tsugane S. [Impact of alcohol intake on total mortality and mortality from major causes in Japan: a pooled analysis of six large-scale cohort studies](#). Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. *J Epidemiol Community Health*. 2012 May;66(5):448-56. doi: 10.1136/jech.2010.121830. Epub 2010 Dec 10.
 - 18) Kelly SJ, Bonthius DJ, West JR. Developmental changes in alcohol pharmacokinetics in rats. *Alcohol Clin Exp Res*. 1987 Jun;11(3):281-6. doi: 10.1111/j.1530-0277.1987.tb01308.x
 - 19) Lees B, Meredith LR, Kirkland AE, Bryant BE, Squeglia LM. [Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior](#). *Pharmacol Biochem Behav*. 2020 May;192:172906. doi: 10.1016/j.pbb.2020.172906.
 - 20) De Bellis MD, Clark DB, Beers SR, Soloff PH, Boring AM, Hall J, Kersh A, Keshavan MS. Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *Am J Psychiatry*. 2000 May;157(5):737-44. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.737
 - 21) Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006 Jul;160(7):739-46. doi: 10.1001/archpedi.160.7.739.

〈5〉喫煙

背景

たばこ消費量は近年減少傾向にあるが、過去のたばこ消費による長期的な健康影響と急速な高齢化により、たばこ関連疾患による死亡数は年々増加しており、わが国の年間死亡者数のうち、喫煙者本人の喫煙による年間の超過死亡数は約 19 万人¹⁾と報告されている。たばこ消費を継続的に減少させることによって、日本人の死因の第一位であるがんをはじめとした喫煙関連疾患による超過死亡と超過医療費、経済的損失等を将来的に確実に減少させることができる。

喫煙は、世界保健機関（WHO）による非感染性疾患（NCDs）対策の対象疾患であるがん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、糖尿病²⁾に共通した主要なリスク要因である。たばこ対策の推進は、NCDs の発症や死亡を短期間に減少させることにつながる³⁾ことが諸外国での経験から明らかにされており、WHO では NCDs 対策の中で、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約⁴⁾（FCTC）の完全な履行に向けた取組を加速させることとしている⁵⁾。

以上のことから、当面及び将来の健康影響や経済損失を回避するために、また、FCTC の締約国としての国際的責務を果たすために、たばこ対策の着実な実行が必要である。

基本的な考え方

たばこ対策においては、「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要であるが、個人の行動と健康状態の改善に関するものとして、以下の 3 つの目標を設定する。

① 喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）

喫煙率の減少は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であり、多くの疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながるため、目標として引き続き設定する。

健康増進・疾病予防の観点から喫煙率は低ければ低い方が望ましい一方で、たばこは我が国において長年その使用が容認されてきたものであって、目標値については社会的・経済的要因を考慮し、現実的で到達可能なものとすべきである。健康日本 21（第二次）では喫煙率の目標値を、やめたい者がやめた場合の喫煙率として 12%と算出・設定したが、直近（令和元（2019）年）の喫煙率は 16.7%であり、目標達成が危ぶまれる状況にある。引き続き、やめたい者がやめた場合の喫煙率を目標値とし、対策を進めていくこととする。

② 20 歳未満の者の喫煙をなくす

「二十歳未満ノ者ノ喫煙ノ禁止ニ関スル法律」に基づき 20 歳未満の者の喫煙は禁止されている。また、20 歳未満からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通じた喫煙継続につながりやすいことから⁴⁾、中・長期的な観点で指標として含めておく意義がある。家庭、学校等での受動喫煙対策や 20 歳以上の者の喫煙率の減少に伴い、20 歳未満の者の喫煙の低下がみられることから、20 歳未満の者の喫煙率は、たばこ対策全般の効果を評価する重要な指標の一つであるといえる。

また、FCTC 第 16 条において、「未成年者（※）への及び未成年者による販売」を禁止することが規定され⁴⁾、諸外国でも未成年者の喫煙に関する規制強化が進んでいることを踏まえ、

日本でも 20 歳未満の者の喫煙をなくす対策を推進するとともに、目標を設定することが必要である。

※FCTC において「未成年者」とは、「国内法によって定める年齢又は 18 歳未満の者」とされており、我が国においては 20 歳未満のことである。

③ 妊娠中の喫煙をなくす

妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけでなく、胎児にも悪影響がある。妊娠中の喫煙は胎児の発育遅延や低出生体重、出生後の乳幼児突然死症候群発症などのリスクとなる⁶⁾ことから、妊娠中の喫煙をなくすことが、周産期死亡率や低出生体重児の割合の減少のために重要である。

① 喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）

指標	20 歳以上の喫煙率
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	16.7%（令和元年）
ベースライン値	令和 6 年国民健康・栄養調査予定
目標値	12%（令和 14 年）

令和元（2019）年の国民健康・栄養調査では、20 歳以上の喫煙率（現在習慣的に喫煙している者の割合）は 16.7%、現在習慣的に喫煙している者のうちたばこをやめたいと思う者の割合は 26.1%であった。令和元（2019）年の現在習慣的に喫煙している者のうち、やめたい者がすべてやめた場合の喫煙率を算出すると 12.3%（ $16.7\% \times (100 - 26.1\%)$ ）となる。また、健康日本 21（第二次）でも同様の考え方にに基づき目標値を 12%としていたが、達成できなかった。以上を踏まえ、目標値は 12%とする。

② 20 歳未満の者の喫煙をなくす

指標	中学生・高校生の喫煙者の割合
データソース	厚生労働科学研究費補助金による研究班（※1）の調査 ※1 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
現状値	0.6%（令和 3 年度）
ベースライン値	令和 6 年度に調査予定（調整中）
目標値	0%

「二十歳未満ノ者ノ喫煙ノ禁止ニ関スル法律」に基づき 20 歳未満の者の喫煙が禁止されていることや 20 歳未満の者に対する喫煙の健康影響を踏まえ、20 歳未満の者に対する喫煙をなくす目標を 0%に設定した。

20歳未満の者の喫煙をなくすのデータソース：

尾崎米厚 令和3年度 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 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. 総括・分担研究報告書, 2021.

③ 妊娠中の喫煙をなくす

指標	【省内担当部局と調整中】妊婦の喫煙率
調査・公表時期	【省内担当部局と調整中】
現状値	【省内担当部局と調整中】
ベースライン値	【省内担当部局と調整中】令和6年までの最新値
目標値	【省内担当部局と調整中】 第二次成育医療等基本方針に合わせて設定予定

【省内担当部局と調整中】第2次成育医療等基本方針にあわせて設定予定。

【参考文献】

- 1) Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, Inoue M. Toward a third term of Health Japan 21 - implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. Lancet Reg Health West Pac. 2022 Apr;21:10037. doi: 10.1016/j.lanwpc.2021.100377.
- 2) WHO Noncommunicable diseases. 2023年2月7日アクセス. <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>
- 3) Glantz S, Gonzalez M: Effective tobacco control is key to rapid progress in reduction of non-communicable diseases. Lancet. 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)60615-6
- 4) 外務省. 「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」. 2023年2月7日アクセス. <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159_17.html>
- 5) WHO Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. 2023年2月7日アクセス. <<https://safe.menlosecurity.com/doc/docview/viewer/docNB829A3946E3124fb64881c4afebc3c36ccd07435be646ebefa4e7901762a43b0ab5b7cc272b>>
- 6) 厚生労働省. 2016年8月. 「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書」. 2023年2月7日アクセス. <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf>>

〈6〉 歯・口腔の健康

【省内担当部局と調整中】

2-2. 生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防

高齢化に伴い生活習慣病（NCDs）の有病者数の増加が見込まれており、その対策は国民の健康寿命の延伸を図る上で引き続き重要な課題である。がん、循環器病、糖尿病及びCOPDは、我が国においては主要な生活習慣病として位置づけられており、国際的には、これら4つの疾患を重要なNCDs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。

〈1〉がん

背景

がんは、昭和56（1981）年以降日本人の死因の第1位であり、令和3（2021）年の死亡者は37万人で総死亡の約3割を占めている。生涯のうちに約2人に1人ががんに罹患すると推計されており、人口の高齢化に伴い、がんの罹患者や死亡者の数は今後も増加していくことが見込まれる。

こうした背景から、がんの罹患率と死亡率の減少を目指し、平成18（2006）年に、がん対策を総合的かつ計画的に推進するため「がん対策基本法」（以下この章において「基本法」という。）が制定され¹⁾、がん対策推進基本計画²⁾（以下「基本計画」という。）に基づいてがん対策が推進されてきた。

令和5（2023）年度から開始された第4期基本計画では、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を全体目標として、第3期基本計画の「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の3本の柱を維持しつつ、各分野における現状・課題、それらに対する取り組むべき施策を定めている。

健康づくりの取組としては、予防可能ながんのリスク因子として、喫煙（受動喫煙を含む。）、飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、食塩・塩蔵食品の過剰摂取等があげられることから³⁾、これらに対する対策を行っていくことで、がんの罹患率を減少させるとともに、治療効果の高い早期にがんを発見することで、がんの死亡率を減少させることが重要である。

「がん医療」や「がんとの共生」に関しては引き続き基本計画にそって取組が推進されており、健康づくりの取組とこれらの取組とで連携してがん対策を進めていくことが望ましい。

基本的な考え方

第4期基本計画において採用されている目標の中から、健康づくりとも関連が強いと考えられる「がんの年齢調整罹患率の減少」、「がんの年齢調整死亡率の減少」、「がん検診の受診率の向上」の3つを目標項目として設定する。

① がんの年齢調整罹患率の減少

年齢調整死亡率には、医療提供体制の整備や医療技術の進歩等、健康づくりの効果だけではない要素も影響することから、健康づくりの取組によるがんの発症予防の効果を評価するアウトカム指標としては年齢調整罹患率を用いることが望ましい。健康日本21（第二次）開始時には地域がん登録等から得られるデータの精度に限界があったことからアウト

カム指標として年齢調整死亡率のみを用いていたが、基本計画に沿ってがん登録の制度の整備が進み精度の高いデータが把握できるようになってきたという背景も踏まえ、新たに「がんの年齢調整罹患率の減少」を目標項目として追加する。

② がんの年齢調整死亡率の減少

がんは、我が国において死因の第1位であり、高齢化に伴い、死亡者の数は今後も増加していくと予想されている。生活習慣の改善等によるがんの予防及び（検診受診率の向上による）がんの早期発見の取組等を推進することにより、最終的にはがんによる死亡者数の増加を抑制させることが重要であり、がんの罹患率とともに死亡率も引き続き最終的なアウトカム指標として用いることとする。

③ がん検診の受診率の向上

科学的根拠に基づくがん検診の受診はがんの早期発見・早期治療につながるため、がんの死亡率を減少させるためには、がん検診の受診率向上が必要不可欠である。健康日本21（第二次）の最終評価においては、いずれのがん検診の受診率も増加傾向であるものの、男性の肺がん検診を除き目標の50%に到達していなかった。科学的根拠に基づくがん検診の実施やがん検診の精度管理等の取組とあわせて受診率を向上させることで、がん検診の効果を高めていく必要があり、引き続き「がん検診の受診率の向上」を目標として設定する。

なお、健康増進法に基づいて自治体により実施されているがん検診だけでなく、保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施している職域におけるがん検診も含めた受診率を把握するため、本目標のデータソースには国民生活基礎調査を用いている。国民生活基礎調査は自己申告に基づいたサンプリング調査のデータであり、実施割合、実施されているがん検診の種類、対象者数及び受診者数等を継続的に把握する仕組みがなく、それらの課題が存在することに留意が必要である。

① がんの年齢調整罹患率の減少

指標	がんの年齢調整罹患率（人口10万人当たり）
データソース	全国がん登録
現状値	令和元年 総計 387.4 （以下参考） 胃がん（男性）63.4、（女性）23.1、（総数）41.6 大腸がん（男性）73.2、（女性）44.9、（総数）58.2 肺がん（男性）61.9、（女性）26.1、（総数）42.4 乳がん 100.5、子宮頸がん 13.9 ※総数は男女および性別不詳の合計 ※数値は上皮内がんを除く値 ※年齢調整罹患率の基準人口は、昭和60年モデル人口である。
ベースライン値	令和6年度のデータを採用予定
目標値	減少（令和10年度）

第4期基本計画の目標に合わせて、令和10（2028）年度の目標を「減少」とする。今後基本計画の見直しに合わせて、本目標の目標値（目標年度）も更新していく予定である。

② がんの年齢調整死亡率の減少

指標	がんの年齢調整死亡率（人口10万人当たり）
データソース	人口動態統計をデータソースとして、国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」にて公表
現状値	令和3年 総計 110.1 （参考値）男性 146.1、女性 82.2（人口10万人当たり） ※年齢調整死亡率の基準人口は、昭和60年モデル人口である。
ベースライン値	令和6年度データを採用予定
目標値	減少（令和10年度） ※基本計画の見直しにあわせて更新予定

第4期基本計画の目標に合わせて、令和10（2028）年度の目標を「減少」とする。今後基本計画の見直しに合わせて、本目標の目標値（目標年度）も更新していく予定である。

③ がん検診の受診率の向上

指標	がん検診の受診率
データソース	国民生活基礎調査
現状値	（参考：がん種別・性別（令和元年度）） 胃がん（男性）：48.0%、胃がん（女性）：37.1%、 肺がん（男性）：53.4%、肺がん（女性）：45.6%、 大腸がん（男性）：47.8%、大腸がん（女性）：40.9%、 子宮頸がん：43.7%、乳がん：47.4% ※胃がん、肺がん、大腸がん、乳がんは40～69歳、子宮頸がんは20～69歳 ※健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）において受診したものを含む。
ベースライン値	令和4年国民生活基礎調査予定
目標値	60%（令和10年度） ※基本計画の見直しにあわせて更新予定

第4期基本計画の目標に合わせて、令和10（2028）年度の目標値を60%とする。今後基本計画の見直しに合わせて、本目標の目標値（目標年度）も更新していく予定である。

なお、健康増進法に基づくがん検診では、年齢制限の上限を設けず、ある一定年齢以上の

者を対象としているが、受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も踏まえ、引き続き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。

評価方法については調整中。

〈2〉循環器病

背景

脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと並んで日本人の主要な死因であり、平成30（2018）年の人口動態統計によると、心疾患は死因の第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせると、年間31万人以上の国民が亡くなっている。また令和元（2019）年の国民生活基礎調査によると、循環器病は要介護の原因の20.6%を占めており介護が必要となった主な原因の一つでもある。こうした背景から、平成30（2018）年に「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（以下「基本法」という。）」が成立し、基本法に基づいて作成された循環器病対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）に沿って循環器病対策が行われている。

循環器疾患の危険因子は、制御できない性、年齢を除くと、高血圧、脂質異常症（特に高LDLコレステロール血症）、喫煙、糖尿病の4つがあり、これらの因子を適切に管理することで、循環器病を予防することが重要である。

基本的な考え方

循環器病の主要な危険因子である、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の4つのうち、喫煙はあらゆる疾患の発症リスクを高めること、糖尿病は循環器病以外にも独自の合併症（最小血管障害等）を引き起こすこと等から、それぞれ独立した領域で目標が設定されているため、循環器病領域では残る主要な危険因子である高血圧と脂質異常症（高コレステロール血症）について目標を設定する。

① 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少

循環器病領域のアウトカム指標は、令和5（2024）年度から開始される第2期基本計画の目標となっている「脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少」を用いることとする。生活習慣の改善による循環器病の予防を評価するという点では、発症率を評価指標とすることが望ましいが、現時点では循環器病の発症率を把握する事は困難であり、引き続き年齢調整死亡率を循環器病領域のアウトカム指標として用いる。

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれており、基本計画においてはそれらの疾患も含めた対策が推進されているが、国民健康づくり運動においては、高血圧の改善や脂質異常症の減少等に向けた取組を行うことで予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体としての死亡率も減少させることを目指す。

② 高血圧の改善

高血圧は循環器病の確立した危険因子であり、特に日本人では喫煙と並んで主な原因となることが示されている。循環器病の発症や死亡への寄与は、高血圧領域だけでなく、正常高値血圧と高値血圧（正常血圧と高血圧の間の領域）においても大きいことから、血圧レベルと循環器病の関連は少なくとも正常血圧領域までは低ければ低いほど望ましいと考えられ、40歳から80歳代までの各年齢層で血圧と総死亡は正の関連を示している^〇。さらに、高血圧治療薬を用いた臨床試験等から血圧降下による循環器疾患予防効果は明白であり、高齢者でも80歳以上を対象とした臨床試験で総死亡の減少が確認されている^〇。

これらを踏まえ、高血圧治療薬非服薬者、服薬者を問わず、40歳以上の全国民の血圧レベルを正常血圧に近づくよう低下させるという観点で目標を設定した。また評価指標としては、引き続き循環器病の発症リスクと最も関連が強い収縮期血圧値を用いる⁵。

③ 脂質（LDLコレステロール）高値の者の減少

脂質異常症は虚血性心疾患（冠動脈疾患）の危険因子であり、国内外のコホート研究においてLDLコレステロール値の上昇に伴い冠動脈疾患の発症率や死亡率が上昇する⁶。一方、脳血管疾患については、LDLコレステロール値と出血性脳卒中に負の関連を示す報告がある一方⁷、高LDLコレステロール血症はアテローム血栓性脳梗塞の発症リスクを高めることも報告されている⁸。これらを踏まえ、LDLコレステロール値に関しては、lower the better を前提とした平均値の低下ではなく、カットオフ値以上の者の割合を減少させることを目標とする。

カットオフ値に関しては、国民健康づくり運動の対象を考慮し、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版」に基づく低リスク者（危険因子のレベルや保有数から判定される10年以内に虚血性心疾患またはアテローム血栓性脳梗塞を発症する確率が2%未満の者）の脂質管理目標値を参照に引き続き160mg/dlとし、生活習慣の改善や内服加療によりLDLコレステロール値を低下させることで、冠動脈疾患の死亡率が減少する⁶ことが明らかになっていることから、脂質異常症治療薬の非服薬者、服薬者を問わず脂質高値の者の割合を減少させることを目標とする。

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 特定健康診査の受診率の向上

⑥ 特定保健指導の実施率の向上

糖尿病領域と共通の目標項目として、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」「特定健康診査の受診率の向上」「特定保健指導の実施率の向上」の目標を設定する（詳細は糖尿病領域に記載）。

前述のとおり、高血圧や脂質異常症の他に、喫煙や糖尿病が循環器病のリスク因子であること、また高血圧や脂質異常症の予防・管理には、減塩をはじめとする食生活、身体活動、飲酒等の生活習慣が影響すること等から、「生活習慣の改善」の各領域や糖尿病領域の目標、またそれらを達成するための社会環境の質の向上に関する目標との関係にも留意する必要がある。（図表 ●：循環器領域のロジックモデル）

循環器病領域のロジックモデル（案）

<循環器疾患(疾病)の予防>



<危険因子（基礎的病態）の低減>

4つの危険因子の目標を達成した場合

<生活習慣の改善>

生活習慣の改善は、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「飲酒」の分野と連携（環境整備含む）

赤太字：健康日本21（第三次）の目標項目

① 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少

指標	脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率（人口10万人当たり） （調整中）
データソース	人口動態統計
現状値	〇〇.〇（調整中） ※脳血管疾患・心疾患のすべての合計（男女計）を算出予定 （参考）脳血管疾患：男性 93.7、女性 55.1 心疾患：男性 193.8、女性 110.2（令和3年）
ベースライン値	令和6年度のデータを採用予定
目標値	減少（令和10年度） ※基本計画の見直しに合わせて目標値（目標年度）も更新予定。

第2期基本計画の目標と合わせ、令和10（2028）年度の目標を設定。今後中間評価時点等に基本計画の改定に合わせて本項目の目標値（目標年度）も更新する予定である。

② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）

指標	収縮期血圧値の平均値（40歳以上、内服加療中の者を含む）（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	【40歳以上男女計概算】131.1mmHg（令和元年度）

	(参考値：40-89歳男女別) 男性：134mmHg、女性：129mmHg
ベースライン値	令和6年国民健康・栄養調査予定
目標値	ベースライン値から5mmHgの低下(令和14年度)

生活習慣分野の目標の達成によってベースラインの収縮血圧値が何mmHg低下するかを推計した。用いた指標は、肥満、食塩、野菜、果物、飲酒、運動である。

① 肥満：現状値(令和元年)の20-60歳代男性、40-60歳代女性のBMI 25以上の割合は、それぞれ35.1%、22.5%であり、令和14年の目標値が30.0%、15.0%である。日本人集団におけるBMI 25以上と未満の収縮期血圧の差は、男性で6~6.6mmHg、女性で6~8.4mmHgである^{9,10)}。そこで男性の5.1%、女性の7.5%にあたる国民の血圧がそれぞれ6mmHg、7mmHg低下した場合を仮定して、集団全体の血圧が、0.31mmHg、0.53mmHg低下すると仮定した。

② 食塩：現状値(令和元年)の男性、女性の食塩摂取量を10.9g、9.3g、令和14年の目標値が両方とも7.0gである。減少量は男性で3.9g、女性で2.7gである。平成30年度の国民健康・栄養調査から集計すると40歳以上の高血圧者の割合は男性で67%、女性で50%である。1gの減塩で収縮期血圧は、高血圧者で1mmHg、非高血圧者で0.5mmHg低下するので¹¹⁾、集団全体の収縮期血圧値はそれぞれ3.26mmHg、1.73mmHg減少が期待される。

③ 野菜・果物：野菜の現状値(令和元年)は、男性では288.3g、女性では273.6g、目標値は350gである。これは61.7g、76.4gの増加である。また果物(ジャム除く)の現状値は、男性では86.3g、女性では109.8g、目標値は200gである。113.7g、90.2gの増加である。野菜や果物の種類によってカリウムの含有量は大きく異なるが、ここでは健康日本21(第二次)と同じように100gに200mgのカリウムが含まれていると仮定した。これにより男性では350.8mg、女性では333.2mgのカリウム摂取量の増加が期待できる。これはそれぞれ9mmol、8.5mmolのカリウム量となる。カリウム摂取量10mmolの増加で収縮期血圧は0.446mmHg低下するとされているため¹²⁾、収縮期血圧は、それぞれ0.40mmHg、0.38mmHg低下すると考えられた。

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の現状値は(令和元年)、男性14.9%、女性9.1%である。当面は前回の目標である男性：13%、女性：6.4%を目指すことになるため、期待される減少量は、1.9と2.7ポイントである。純エタノール40g程度の飲酒者が半分程度に節酒すると収縮期血圧は5mmHg程度低下する¹³⁾。そのため男性では全体の1.9%の者の平均血圧値は5mmHg下がるため、集団全体の平均は0.1mmHg下がる。女性の場合、リスクを高める量を飲酒量が男性と異なること、女性対象の介入研究がほとんどないため推定は難しいが、今回は2.7%の者の平均血圧値が男性同様に5mmHg下がることと仮定して0.14mmHgの減少とした。

⑤ 運動・身体活動

AHA(American Heart Association)や高血圧治療ガイドライン2019では^{14,15)}、運動療法で収縮期血圧が2~5mmHg低下することが記載されている。ここでの運動は、120-160分/週の“moderate to vigorous physical activity(MVPA)”であり(毎日20分くらい)、特別な

スポーツとかではなくウォーキングなどの普通の身体活動と考えてよい。また身体活動の効果は、高血圧の有無に関わらないことが指摘されている。運動・身体活動の目標値は、性・年齢で異なるがベースラインからおおむね1000歩の増加を目指している。20分の歩行は約2000歩、1000歩だと10分であることから、あくまで推定であるが毎日1000歩増やすことによる効果を半分とすると収縮期血圧1～2.5mmHgの低下が期待できる。さらに運動習慣者の増加（28.7%の現状値から40%へ）も別途設定されており、その効果も期待できる。一方、普通の方向はMVPAより強度が弱い可能性、有効性のある介入研究はサンプルサイズが小さい傾向がある¹⁶⁾。上記や健康日本21（第二次）の目標値も勘案して、運動・身体活動による集団全体の降圧効果を1～2.5mmHgの中央値である1.75mmHgと設定した（男女共通）。

⑥ ①～⑤をまとめると、男性では5.81(減塩 3.26、カリウム増加 0.40、肥満者減少 0.31、節酒 0.1、運動・身体活動 1.75)、女性では4.52(減塩 1.73、カリウム増加 0.38、肥満者減少 0.53、節酒 0.14、運動・身体活動 1.75)となった(単位はmmHg、有効数字の四捨五入の関係で個別数値の合計と少し異なる)。健康日本21（第二次）では男女共通かつ整数の目標値であったことから、今回の目標値も男女共通として収縮期血圧の平均値 5mmHgの低下とする。

③ 脂質（LDLコレステロール）高値の者の減少

指標	LDLコレステロール 160mg/dl 以上の者の割合（40歳以上、内服加療中の者を含む）（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	〇〇.〇%（令和元年度、40歳以上） （参考値）【40-79歳男女計の概算】：11.7% ※男性：9.8%、女性：13.1%（令和元年度）
ベースライン値	令和6年国民健康・栄養調査予定
目標値	ベースライン値から25%の減少（ベースライン値×0.75） （令和14年度）

健康日本21（第二次）においては、LDLコレステロール 160mg/dl の者の割合について、ベースラインから25%の減少を目指し、目標値を7.7%（男性6.2%、女性8.8%）としていたが、最終評価において男女ともにベースラインから有意な変化を認めず目標値に達しなかった。LDLコレステロール 160mg/dl の者の割合については、有意差はないものの、健康日本21（第二次）の最終評価の数年前のトレンドはむしろ上昇気味であった。そのため引き続き健康日本21（第二次）と同じ考え方でベースラインから25%の減少を目標値として設定する。なお、具体的な目標値は、令和6年度の調査結果を見て計算するものとする。

【参考文献】

1. Hozawa A, Okamura T, Murakami Y, et al. Joint impact of smoking and hypertension on cardiovascular disease and all-cause mortality in Japan: NIPPON DATA80, a 19-year follow-up.

Hypertens Res 2007; 30: 1169-75.

2. Ikeda A, Iso H, Yamagishi K, et al. Blood pressure and the risk of stroke, cardiovascular disease, and all-cause mortality among Japanese: the JPHC Study. *Am J Hypertens* 2009; 22: 273-80.
3. Murakami Y, Hozawa A, Okamura T, et al. Relation of blood pressure and all-cause mortality in 180,000 Japanese participants: pooled analysis of 13 cohort studies. *Hypertension* 2008; 51: 1483-91.
4. 日本老年医学会. 高齢者高血圧診療ガイドライン 2017. *日老医誌* 2017; 54: 236-237.
5. Miura K, Nakagawa H, Ohashi Y, et al. Four blood pressure indexes and the risk of stroke and myocardial infarction in Japanese men and women: a meta-analysis of 16 cohort studies. *Circulation* 2009; 119: 1892-8.
6. 日本動脈硬化学会. 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版.
7. Satoh M, Ohkubo T, Asayama K, et al. Combined effect of blood pressure and total cholesterol levels on long-term risks of subtypes of cardiovascular death: Evidence for Cardiovascular Prevention from Observational Cohorts in Japan. *Hypertension* 2015; 65: 517-24.
8. Imamura T, Doi Y, Arima H, et al. LDL cholesterol and the development of stroke subtypes and coronary heart disease in a general Japanese population: the Hisayama study. *Stroke* 2009; 40: 382-8.
9. Yatsuya H, Toyoshima H, Yamagishi K, et al. Body mass index and risk of stroke and myocardial infarction in a relatively lean population: meta-analysis of 16 Japanese cohorts using individual data. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010; 3:498-505.
10. Fujiyoshi A, Ohkubo T, Miura K, et al. Blood pressure categories and long-term risk of cardiovascular disease according to age group in Japanese men and women. *Hypertens Res* 2012; 35: 947-53.
11. He FJ, MacGregor GA. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (3): CD004937.
12. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. Intersalt Cooperative Research Group. *BMJ* 1988; 297(6644): 319-28.
13. Ueshima H, Mikawa K, Baba S, et al. Effect of reduced alcohol consumption on blood pressure in untreated hypertensive men. *Hypertension* 1993; 21: 248-52.
14. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2015; 129(25 Suppl 2): S76-99.
15. 日本高血圧学会. 高血圧治療ガイドライン 2019.
16. Whelton SP, Chin A, Xin X, et al. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 136: 493-503.

〈3〉糖尿病

背景

わが国の糖尿病有病者数については、平成 28（2016）年の国民健康・栄養調査によると、「糖尿病が強く疑われる人」が約 1,000 万人、「糖尿病の可能性が否定できない人」が約 1,000 万人であり、糖尿病有病者数と予備群を合わせると約 2,000 万人¹⁾である。「糖尿病の可能性が否定できない人」は、平成 19（2007）年をピークに減少傾向であるが、「糖尿病が強く疑われる人」は依然増加傾向であり（図 1）、わが国の人口構成の高齢化や肥満者の増加に伴って今後も増加することが予測される。

糖尿病は神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発し^{〇〇}、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となる^〇ほか、認知症^〇や大腸がん^〇等の発症リスクを高めることも明らかになっており、生活の質や社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼす^〇ことから適切な対策が必要である^{〇〇}。糖尿病腎症による新規透析導入患者数は令和 2（2022）年で 15,690 人であり、糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患である²⁾とともに（図 2、表 1）、成人中途失明の原因疾患としても第 3 位に位置している³⁾。

糖尿病の治療の目標は、良好な血糖コントロールを維持し、合併症の発症・進展を阻止・抑制することによって糖尿病を持たない者と同様の生活の質を保つことであり、糖尿病の発症予防及び適切な治療による重症化予防を通じて、最終的には国民の健康寿命の延伸を目指す。

基本的な考え方

糖尿病の発症予防、重症化予防、合併症の治療の多段階において、糖尿病及びその合併症に関する対策を講じていくことが、国民の健康増進の総合的な推進策として重要であることから、糖尿病対策に関する目標としては、一次予防、二次予防、三次予防それぞれに関わるものを設定することが望ましく、以下のとおり目標を設定する。

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 特定健康診査の受診率の向上（再掲）

⑦ 特定保健指導の実施率の向上（再掲）

一次予防とは「糖尿病の発症予防」であり、発症予防のアウトカム指標として「糖尿病有病者の増加の抑制」を目標とする。糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく糖尿病の合併症を予防することにもなる。また、糖尿病発症の要因である肥満に関しては、栄養・食生活領域において「適正体重を維持している者の増加」を目標として設定するとともに、本領域において「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」及びそのプロセス指標となる「特定健康診査の受診率の向上」「特定保健指導の実施率の向上」を目標とする。健康日本 21(第二次)の最終評価においてメタボリックシンドローム該当者及び予備群の人数は 1,516 万人とベースライン値より悪化傾向であり、糖尿病の発症を予防するためにも効果的な対策が求められている。

② 治療継続者の増加

③ 血糖コントロール不良者の減少

二次予防とは「糖尿病の適切な治療による合併症の予防」であるが、この段階の評価指標としては「治療継続者の割合の増加」と「血糖コントロール不良者の割合の減少」を目標とする。未治療や治療中断が糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されているが⁶⁾、治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持することで、糖尿病による合併症の発症及び重症化を抑制することができる。なお、糖尿病に対するスティグマが治療中断の要因の一つとなっていることを考えると、これらの目標を達成するためには正しい知識の普及啓発等、スティグマ払拭のための取組を進めていくことも必要である。

① 糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少

三次予防とは「合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善」である。糖尿病合併症である細小血管障害（網膜症、腎症、神経障害）、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目し、「糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数減少」を目標とする。なお、大血管障害である脳血管疾患・虚血性心疾患については「脳血管疾患・虚血性心疾患による年齢調整死亡率」が循環器疾患領域の目標項目として設定されている。

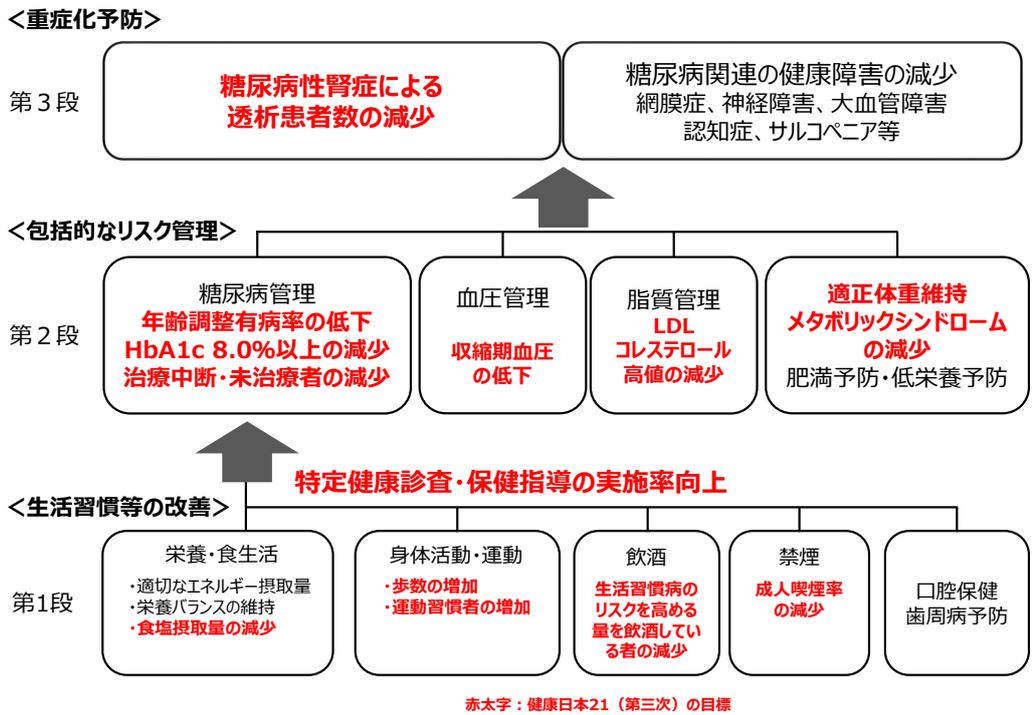
2型糖尿病は生活習慣の影響のみで発症するわけではなく、体質等の遺伝的素因も関与していることには十分に留意する必要があるが、健康づくりによる予防の観点からは、生活習慣や環境の改善は重要な要素である。

食生活の乱れや多量飲酒^{○)}、身体活動量の低下^{○)}等の生活習慣が発症・重症化に大きく関与する^{○)}とともに、受動喫煙を含めた喫煙^{○○)}、睡眠の質・量の低下^{○○)}、うつ傾向や精神的ストレス^{○○)}が発症の危険因子であることが報告されている。また、糖尿病の合併症の予防・進展抑制には、血糖管理だけでなく、高血圧症や脂質異常症の治療、禁煙、肥満の是正などの包括的な管理が必要である^{■)}こと等から、本領域で設定された各目標を達成するためには、「生活習慣の改善」の各領域の目標や、循環器疾患領域で設定される「高血圧の改善」「脂質高値の者の減少」等の目標、また社会環境の質の向上に関する各目標項目との関係性も考慮して、必要な対策を検討していくことが望ましい。

加えて、若年女性のやせや妊娠中の喫煙が低出生体重を介して将来の肥満や糖尿病につながることを示されていることや^{■)}、こどもの肥満が増加していること等を踏まえると、ライフコースアプローチも考慮した対策が必要であり、「ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり」の領域で設定されている各項目の目標達成を目指すことは、糖尿病対策としても重要であると考えられる。（図表 ●：糖尿病領域のロジックモデル）

図表 ●

糖尿病領域のロジックモデル（案）



① 糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少

指標	糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数
データソース	日本透析学会「わが国の慢性透析療法の現況」 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）男女年齢5歳階級別人口、年齢構造係数および性比（総人口）：出生中位（死亡中位）推計」
現状値	15,271人（令和3年末）
ベースライン値	令和6年度の値を採用予定
目標値	12,000人（約7%減）（令和14年度）

下記に示すとおり、Trend-analysis ツールを用いて将来予測を行うと、現状のトレンドが続くと仮定した場合、令和14（2032）年度の糖尿病による新規透析導入患者数は約12,900人になると予測される。ここから、対策による約7%の減少を目指して、12,000人を目標とした。

① 2011年～2019年の新規透析導入患者について三つの年齢区分別（40～64歳、65歳～74歳、75歳以上）に人口100万人対の新規透析導入患者の割合を算出し、trend-analysis ツールを用いて将来推計を実施（図表1）

※年齢区分別の新規透析導入者数は、日本透析学会に申請の上、提供を受けた

100万人対の導入者数の予測値（令和14（2032）年度）
: 40～64歳 87人、65～74歳 216人、75歳以上 286人

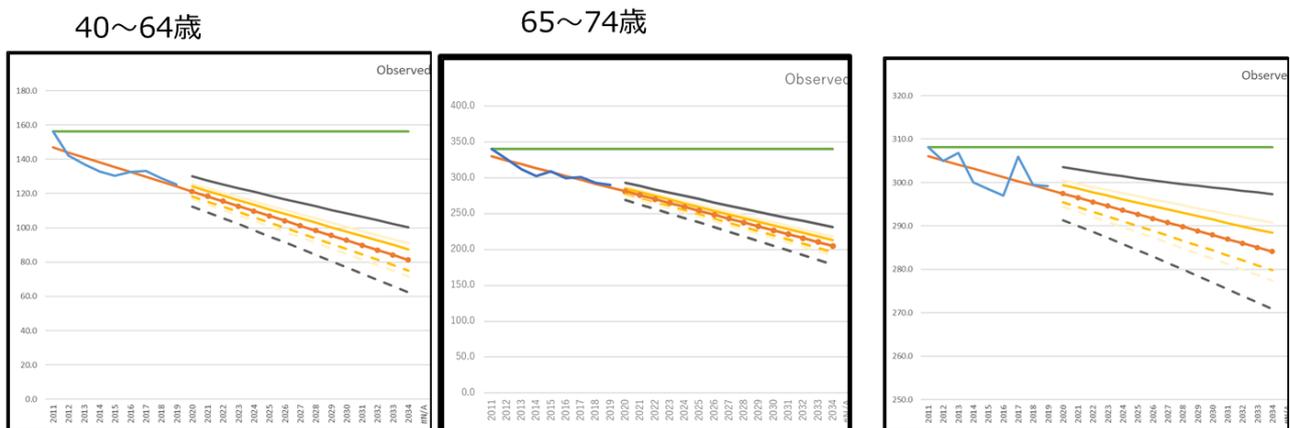
② 令和14年（2032年）の将来推計人口（40～64歳：約37,500千人、65～74歳：約14,500千人、75歳以上：約23,000千人）を用いて年齢区分別、新規透析導入推計値を算出

新規透析導入の推計値（令和14（2032）年度）
: 40～64歳：約3,259人、65～74歳：約3,112人、75歳以上：6,518人、
合計推計：約12,900人

③ 上記推計12,900人から7%減を目指し目標値は12,000人（令和14年）とする。

（図表1）

〈年齢区分を考慮した予測値に基づく目標〉



人口100万人対

156(2011)→125 (2019) →87 (2032)

340→290→215.9

308→299→286

（留意点）

- ・ 将来人口推計について 令和14年推計値を全分野で統一する必要がある。
- ・ 年齢区分別の新規透析導入人数については、日本透析医学会に依頼・承認を受けて提供されるため、ベースライン時に提供を受けて再度推計を行うことが望ましい。

（参考）

健康日本21（第二次）の目標値設定と同様に、「糖尿病性腎症による年間新規透析導入率」を算出した場合は以下のようになり、年間新規透析導入率の減少を目標値として設定することもできるが、年齢区分別の減少率について考慮されない方法になるため、上記のとおり年齢区分別に推計するほうが妥当と考える。

令和元年国民健康・栄養調査：

糖尿病有病者数（参考値）約 1,150 万人（令和元年度：前年までの結果からの推計）
平成 30 年（2018）末糖尿病による透析患者数：127,745 人、
令和元年度（2019）新規透析導入患者数；16,019 人
年間新規透析導入率＝16,019/（1150 万人－127745）＝0.141（％）

② 治療継続者の増加

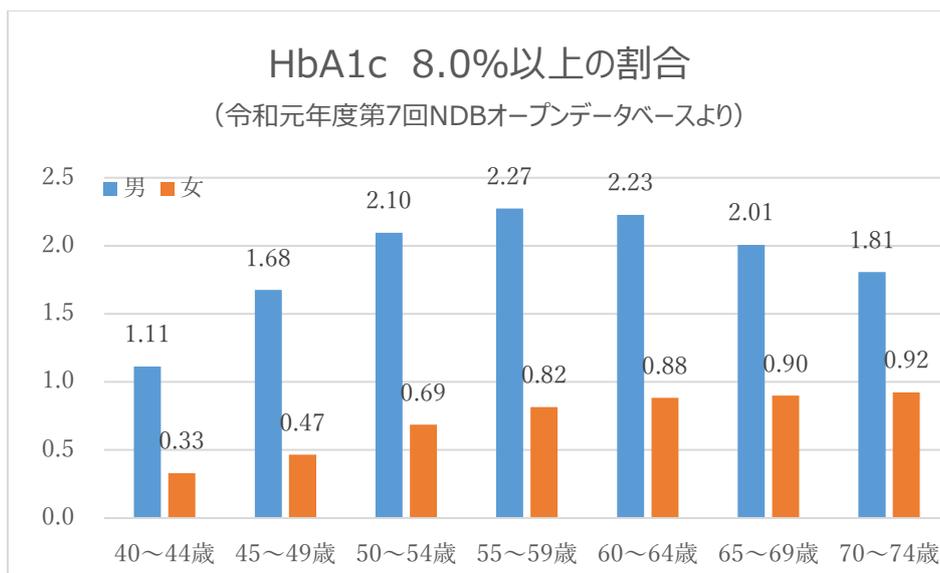
指標	治療継続者の割合
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	67.6％（令和元年度）
ベースライン値	令和 6 年国民健康・栄養調査予定
目標値	75％（令和 14 年度）

健康日本 21(第二次)の計画期間には、目標値であった 75％に到達しなかったことから、引き続き 75％を目指す。

③ 血糖コントロール不良者の減少

指標	HbA1c8.0％以上の者の割合
データソース	NDB オープンデータ
現状値	1.32％（令和元年度）※男性：1.86％、女性：0.71％ （参考値）HbA1c 8.4％以上の者の割合：0.94％（令和元年度）
ベースライン値	令和 6 年度 NDB オープンデータのデータを採用予定
目標値	1.0％（令和 14 年度）

健康日本 21(第二次)においては 1.0％を目標値として取組を推進し、最終評価時点の実績値は 0.94％とベースライン値の 1.2％から約 22％の減少を認めた。今後も両立支援、重症化予防などの取組の推進によって血糖コントロール不良者の割合を減少させるとともに、糖尿病治療の進歩等も見込まれることから、令和元年時点の現状値 1.32％から 25％の減少を目指して 1.0％（令和 14 年）を目標値として設定する。なお、trend-analysis によって予測した令和 14（2032）年の予測値は 1.10％（0.95～1.24％）（25～75％区間）である。



④ 糖尿病有病者の増加の抑制

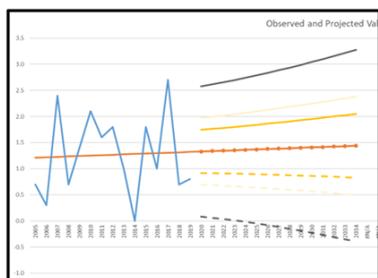
指標	糖尿病有病者数（糖尿病が強く疑われる者）の推計値
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	約 1,000 万人（平成 28 年度） （参考値）約 1,150 万人（令和元年度：前年までの結果からの推計）
ベースライン値	令和 6 年国民健康・栄養調査で調査予定
目標値	1,400 万人（令和 14 年度）（調整中） ※20～79 歳の有病者数の目標値：950 万人（令和 14 年度）（調整中）

健康日本 21(第二次)における「糖尿病有病者の増加の抑制」の目標は、健康日本 21(第二次)の目標設定時点での将来予測値 1410 万人から約 30%の減少を目指し、令和 4 年度までに 1,000 万人に抑制することであった。新型コロナウイルス感染症の影響で国民健康・栄養調査が中止となったことを受けて、最終評価では令和元年時点の参考値（前年度までの調査結果からの予測値）である 1,150 万人を用いたが、これは、当初の令和元年時点の将来予測値である 1,210 万人から約 5%の抑制という結果であった。

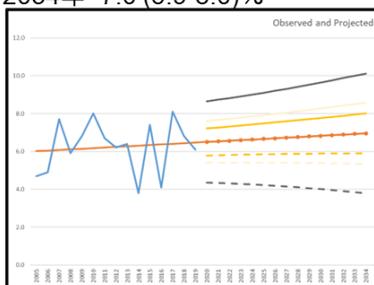
今回、年齢区分別に Trend-analysis ツールを用いて将来予測を行うと、現状のトレンドが続くと仮定した場合、令和 14 年には糖尿病有病者数は約 1,476 万人（調整中）になることが予想されることから、対策の推進によりさらに 5%の抑制を図ることを目指して、目標値を 1,400 万人（調整中）とする。

なお、80 歳以上については正確な有病率の把握が現時点では困難であることに留意する必要があり、詳細分析として、20～79 歳の糖尿病有病率についても分析するのが望ましい。

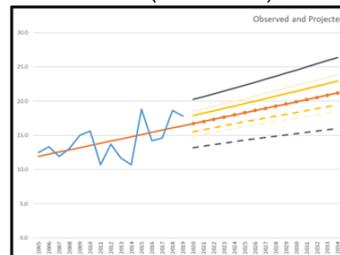
20-39歳男性
2034年 1.4(0.8-2.1)%



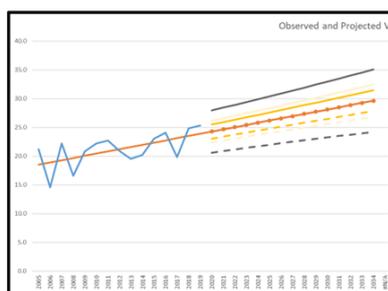
40-49歳男性
2034年 7.0(5.9-8.0)%



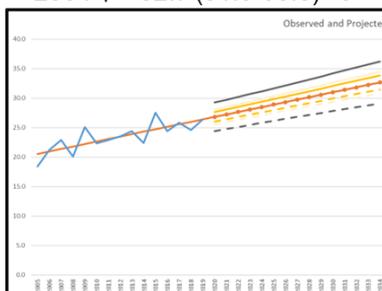
50-59歳男性
2034年 21.2(19.4-21.8)%



60-69歳男性
2034年 29.6(27.8-31.4)%



70歳以上男性
2034年 32.7(31.5-33.8)%



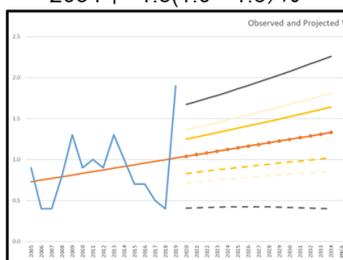
50%(33%-67%)と表記

将来人口推計 2035年をもとに
出生中位(死亡中位)推計

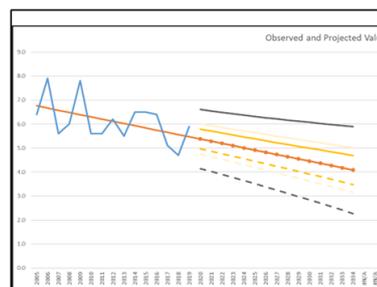
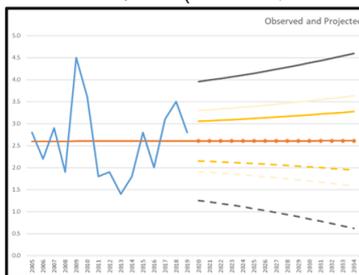
男性の糖尿病患者数(20-79歳)
686万人(635万人-728万人)

80歳以上も「70歳以上と同じ割合」とす
ると、約200万人増加(886万人)

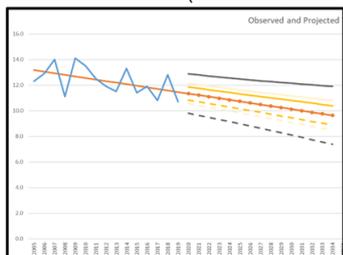
20-39歳女性
2034年 1.3(1.0-1.6)%



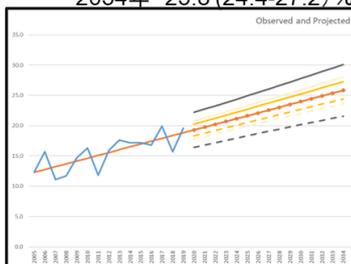
40-49歳女性
2034年 2.6(1.9-3.3)%



60-69歳女性
2034年 9.6(8.9-10.4)%



70歳以上女性
2034年 25.8(24.4-27.2)%



50%(33%-67%)と表記

将来人口推計 2035年をもとに
出生中位(死亡中位)推計

女性の糖尿病患者数(20-79歳)
331万人(302万人-360万人)

80歳以上も「70歳以上と同じ割合」とす
ると、約260万人増加(590万人)

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	【省内担当部局と調整中】 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数(年齢調整値) ※血糖判定基準として「 $Glucose \geq 126$ 、または $HbA1c \geq 6.0\%$ 」としており、厳密にはメタボリックシンドロームの診断とは異なる
データソース	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
現状値	約1,516万人(令和元年度)

ベースライン値	令和 6 年度の値を使用予定
目標値	【省内担当部局と調整中】医療費適正化計画の目標値に合わせて設定 平成 20 年と比べて 25%の減少（令和 11 年度）

令和 6（2024）年度から開始する第 4 期医療費適正化計画における KPI の目標と合わせ、令和 11 年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の数を平成 20 年と比較して 25%減少させることを目標とする。平成 20 年度のメタボリックシンドロームの該当数及び予備軍の人数が 1,400 万人であることから、具体的には 1,050 万人（年齢調整値）が目標値となる。

ただし、医療費適正化計画の KPI であるメタボリックシンドロームの該当者の減少は保健指導対象者の減少を指しており、本プランの指標とは定義が異なることに留意する必要がある。

⑥ 特定健康診査の受診率の向上（再掲）

指標	【省内担当部局と調整中】特定健康診査の受診率
データソース	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
現状値	55.6%（令和元年度）
ベースライン値	令和 6 年度の値を採用予定
目標値	【省内担当部局と調整中】70%（令和 11 年度）

令和 6（2024）年度から始まる第 4 期医療費適正化計画の目標値に合わせて令和 11（2029）年度の目標値を設定した。なお、中間評価の際に、第 5 期医療費適正化計画に向けての見直しに合わせて、本プランの目標値も更新する予定である。

⑦ 特定保健指導の実施率の向上（再掲）

指標	【省内担当部局と調整中】特定保健指導の実施率
データソース	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
現状値	23.2%（令和元年度）
ベースライン値	令和 6 年度の値を採用予定
目標値	【省内担当部局と調整中】45%（令和 11 年度）

令和 6（2024）年度から始まる第 4 期医療費適正化計画の目標値に合わせて令和 11（2029）年度の目標値を設定した。なお、中間評価の際に、第 5 期医療費適正化計画に向けての見直しに合わせて、本プランの目標値も更新する予定である。

〈4〉COPD

背景

慢性閉塞性肺疾患（COPD）は肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する疾患であり、かつて肺気腫、慢性気管支炎と称されていた疾患が含まれている。

COPDは世界では死因の第3位であるが¹⁾、我が国では令和3（2021）年の人口動態調査によると、死亡者数は男女合わせて16,384人で、男性においては死因の第9位に位置している²⁾。死亡率は人口10万当たり13.3と近年頭打ちの状態にあるが、COPDによる死亡者の9割以上を70歳以上の高齢者が占めており²⁾、急速に高齢化が進む中で、今後も対策を進めていく必要がある。

また、COPDは心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつ病などの併存疾患や、肺がん、気腫合併肺線維症等の他の呼吸器疾患との合併も多いほか、慢性的な炎症性疾患であり栄養障害によるサルコペニアからフレイルを引き起こす³⁾ことから予防をはじめとして様々な取組を進めることが求められる。

COPDの原因としては、50～80%程度にたばこ煙が関与し^{4) 5)}、喫煙者では20～50%⁶⁾がCOPDを発症するとされる。喫煙だけでなく、遺伝的因子、感染、大気汚染、幼少児期の問題なども原因として挙げられるが³⁾、健康づくりの取組としては予防可能な因子への対策を進めていくことが重要であり、喫煙対策により発症を予防するとともに、早期発見と禁煙や吸入治療等の介入によって増悪や重症化を防ぐことで、死亡率の減少に加え健康寿命の延伸につながることを期待される。

基本的な考え方

健康日本21（第二次）では、認知度を上げることで早期発見・介入に結び付け、健康寿命の延伸や死亡数の減少に寄与することを期待し、「COPDの認知度の向上」を目標とし、情報発信など様々な取組を行った。

COPD対策としては、引き続き認知度の向上を行うことに加え、予防、早期発見・介入、重症化予防など総合的に対策を行うことが重要である。COPDの罹患率については、公式統計が存在しないことも踏まえ、最終的な目標として死亡率の減少を目標とする。

前述のとおり、予防可能な因子への対策に重点を置く観点から、喫煙領域の各目標項目や、「望まない受動喫煙のない社会の実現」という社会環境の質の向上の領域の目標項目とも連携を取りながら取組を進めていく必要がある。また、COPDの発症には、出生前後・小児期の栄養障害やたばこ煙への曝露、喘息などによる肺の成長障害も関わるということが明らかになっていることから³⁾、妊娠中の喫煙等、ライフコースアプローチの観点を考慮した対策も重要である。

① COPDの死亡率の減少

指標	COPDの死亡率（人口10万人当たり）
データソース	人口動態調査
現状値	13.3（令和3年）
ベースライン値	令和6年度までの最新値
目標値	10.0（令和14年度）

新型コロナウイルス感染症の影響を受ける前の、平成29（2017）年から令和元（2019）年の3年間におけるCOPDの死亡数（2017年：18,525人、2018年：18,577人、2019年：17,836人）から得た近似式（直線回帰） $y=-346x+716,542$ （ $R^2=0.6971$ ）を用い、令和14（2032）年の粗死亡数を予測すると13,470人となる。

令和14（2032）年の日本の総人口は117,616,000人と推計（国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口（平成29（2017）年推計））されることから、以下の計算式にて令和14（2032）年におけるCOPDの死亡率（人口10万人当たり）は、11.5と予測される。（ $13,470/117,616,000 \times 100,000=11.45$ ）

早期発見・治療、増悪抑制等の対策を講じることで、10.0を目指すこととし、これを目標値として設定した。

【参考文献】

- 1) World Health Organization: The top 10 causes of death. 2023年2月7日アクセス
<<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>>
- 2) 厚生労働省. 「人口動態調査」
- 3) 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第6版作成委員会編集. 「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン 2022〔第6版〕」メディカルレビュー社 2022.
- 4) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 report. 2023年2月7日アクセス
<<https://safe.menlosecurity.com/doc/docview/viewer/docND2D88286A7082d634d060661805ab27accf2bcd7a666512e30b8d881d9795e53cc8ff137c04f>>
- 5) Sundeep S Salvi, Peter J Barnes; Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. Lancet. 2009 Aug 29;374(9691):733-43. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61303-9.
- 6) B Lundbäck, A Lindberg, M Lindström, E Rönmark, A C Jonsson, E Jönsson, L G Larsson, S Andersson, T Sandström, K Larsson; Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies Affiliations expand. Not 15 but 50% of smokers develop COPD?--Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. Respir Med. 2003 Feb;97(2):115-22. doi: 10.1053/rmed.2003.1446
- 7) Cigarette smoking and health. American Thoracic Society. Am J Respir Crit Care Med. 1996 Feb;153(2):861-5. doi:10.1164/ajrccm.153.2.8564146.

2-3. 生活機能の維持・向上

背景

生活習慣病に罹患せずとも、日常生活に支障をきたす状態となることもある。健康寿命が「日常生活に制限のない期間の平均」であることを鑑みると、健康寿命の延伸のためには、こうした状態とならないような取組も有用である。

また、既になんかの疾患を抱えている人も含め、「誰一人取り残さない」健康づくりの観点も踏まえると、生活習慣病の発症予防・重症化予防だけでなく健康づくりが重要である。生活習慣の改善を通じて、心身の両面から健康を保持することで、生活機能の維持・向上を図ることが求められる。

基本的な考え方

身体健康に関連し、ロコモティブシンドローム及び骨粗鬆症検診に関する目標を、こころの健康に関連し、うつや不安の軽減に関する目標を以下のとおり設定する。

①ロコモティブシンドロームの減少

ロコモティブシンドローム（以下「ロコモ」という。）は、運動器の障害によって、立つ、歩くという移動機能の低下を来した状態と定義されている。生活機能の中でも移動機能は健康寿命の延伸の観点からも、特に重要項目と考えられる。

運動器の障害による疼痛があると、活動量が低下し移動機能の低下をきたす。運動器疼痛はロコモ発症や悪化の主要因の一つである。運動器の疼痛と、ロコモの診断基準の一つであるロコモ 25 には相関があり¹⁾、運動器疼痛の改善はロコモティブシンドロームの減少に寄与すると考えられる。

これらを踏まえ、足腰の痛みのある高齢者の減少を目標として設定する。

②骨粗鬆症検診受診率の向上

健康増進法に基づく健康増進事業の一環として、自治体は、骨粗鬆症検診を行っている。骨粗鬆症検診の目的は、無症状の段階で骨粗鬆症及びその予備群を発見し、早期に介入することである。現在、骨粗鬆症検診受診率は、約5%と非常に低いが、骨粗鬆症検診受診率の向上は、未治療の骨粗鬆症患者の治療介入を促し、骨粗鬆症性骨折患者の減少、ひいては健康寿命の延伸につながると考えられる。このため、骨粗鬆症検診について普及啓発等を行い、受診率向上の取組を進める必要がある。

③心理的苦痛を感じている者の減少

生活機能の維持には、こころの健康の保持が重要な要素の一つである。こころの健康は、自分らしく生きるための重要な条件であるとともに、身体健康とも関連がある。栄養・食生活、身体活動・運動、睡眠、飲酒、喫煙などはうつ病や不安障害との関連が明らかになっており、またうつ病にうつ状態を加えた「うつ」があると、喫煙率が高くなり、肥満が増えるなど、健康的な生活習慣が妨げられる。また、喫煙や肥満が、心臓病や脳卒中の予後を悪化する因子であることは明らかになっている。

こうした点を踏まえ、こころの健康を評価するアウトカムとして、心理的苦痛を感じている者について引き続き目標を設定する。

① ロコモティブシンドロームの減少

指標	足腰に痛みのある高齢者の人数（人口千人当たり）（65歳以上）
データソース	国民生活基礎調査（大規模調査/3年）
現状値	232人（令和元年）
ベースライン値	令和4年国民生活基礎調査（大規模調査）予定
目標値	210人（令和14年度）

高齢化が進行することを考慮すると、足腰の痛みのある者の割合の自然増加は避けられないが、取組の推進による改善効果や実行可能性も考慮し、1割減を目標として定めた。

② 骨粗鬆症検診受診率の向上

指標	骨粗鬆症検診受診率
データソース	日本骨粗鬆症財団報告（翌々年春に毎年報告） 【骨粗鬆症検診受診者数（地域保健・健康増進事業報告）/骨粗鬆症検診対象者人口（国勢調査 人口等基本集計）×100（%）】
現状値	4.5%（令和2年度）
ベースライン値	令和6年度骨粗鬆症検診受診率（「令和6年度地域保健・健康増進事業報告」及び「令和2年度国勢調査」の結果をもとに算出）
目標値	15%（令和14年度）

健康増進法に基づく自治体検診の受診率は概ね、5～15%で推移している。その中でも、女性特有の乳がん検診、子宮頸がん検診は約15%と比較的高い。それらに準ずる形で骨粗鬆症検診受診率を15%まで向上させることを目標とする。

③ 心理的苦痛を感じている者の減少

指標	【省内担当部局と調整中】気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者（K6における10点以上）の割合
データソース	国民生活基礎調査
現状値	10.3%（令和元年）
ベースライン値	令和4年国民生活基礎調査予定
目標値	【省内担当部局と調整中】9.4%（令和13年度）

うつ病や不安障害など精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発された調査手法であるK6を活用し、K6の合計点が10点以上である者を「気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者」とし、そうした者の割合を指標とする。

健康日本21（第二次）においては、9.4%を目標値としていたが、最終評価達成が難しい状況であることから、現行の目標値達成をまずは目指し、引き続き9.4%を目標値とする。

(3) 社会環境の質の向上

健康寿命の延伸や健康格差の縮小のためには、個人の行動と健康状態の改善に加えて、個人を取り巻く社会環境の質の向上を図ることが重要である。社会環境の質の向上には、地方公共団体だけでなく多様な主体による取組を推進しつつ、関係する行政分野との連携も進めていく必要がある。

このような背景に加え、健康日本 21（第二次）の計画期間における取組や健康寿命延伸プランなども踏まえ、社会環境の質の向上に関しては、「社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上」、「自然に健康に慣れる環境づくり」、「誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備」の3つの観点から目標を設定する。目標によっては相互に関連し、複数の観点到に跨がるものもあるが、健康づくりを行う地域や職域での理解の促進や取組の加速のため、3つの観点としていることに留意が必要である。

3-1. 社会とのつながり・こころの健康の維持・向上

背景

人々の健康は、その人を取り巻く社会環境に影響を受けることが知られている。例えば、就労、ボランティア、通いの場といった居場所づくり・社会参加は健康に影響する。また、健康な日本の地域の背景には、「いいコミュニティ」があることが指摘されている。こうした地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会関係資本等を意味するソーシャルキャピタルの醸成を促すことは健康づくりにおいても有用であると考えられる。

また、こころの健康の維持・向上は、健康づくりに取り組む上で重要であり、地域や職域など様々な場面で課題の解決につながる社会環境の整備が重要となる。

基本的な考え方

社会とのつながりについては、認知的ソーシャルキャピタル及び構造的ソーシャルキャピタルに関する目標をそれぞれ設定する。また、関連する栄養・食生活分野の目標として、共食している者の増加を設定する。

加えて、こころの健康に関する地域・職域での取組について、それぞれ目標を設定する。

① 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加

社会的なつながりを持つことは、精神的健康、身体的健康、生活習慣、死亡リスク等により影響を与えることがわかっている¹⁾²⁾。また、地域とのつながりが豊かな人は、様々な人々と交流する機会や社会活動に参加する等のきっかけがあることから、健康状態がよいとされている。

一方で、「新型コロナウイルス感染症の影響下における生活意識・行動の変化に関する調査結果」によると、令和2（2020）年度から令和3（2021）年度にかけて「地域のつながりや助け合いが広がっている」と感じる国民は減少しており³⁾、地域の人々とのつながりがない者への対策は重要な課題であるといえる。

これらを踏まえ、「地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加」を目標として設定する。

② 社会活動を行っている者の増加

社会活動への参加は社会とつながる一つ的手段であり、地域コミュニティとの関わりが希薄化している現代において、国民に社会活動への参加を促していくことは、健康づくり対策においても重要である。

健康日本 21（第二次）では、社会活動の対象を健康目的に特化したものに限定していたが、健康目的に特化しない様々な社会活動への参加も結果として健康増進につながるということが研究で報告されている。²⁾ このことから、就労・就学を含めたエビデンスの確立している様々な社会活動への参加を国民に推進していく必要があり、「いずれかの社会活動（就労・就学を含む）を行っている者の割合の増加」を目標として設定する。

また、高齢者を対象とした研究において、社会参加や就労が健康増進につながることを示されており³⁾、年数回の社会参加でも死亡リスクや要介護リスクが低下するという報告もある。加えて、自治体など現場での実行可能性を鑑みると、まずは、（高頻度でなくとも）年数回の社会参加を住民に促すことが、効果的・効率的であると考えられる。

これらを踏まえ、より多くの国民が、就学・就労を含めた社会活動に参加することを目指すこととする。

③ 共食している者の増加

海外の研究において、家族との共食頻度が高い学童・思春期の子どもは、野菜・果物摂取量が多い等食物摂取状況が良好であること¹⁾、食事の質が高いこと、不健康な食事が少ないこと、BMI が低いことが報告されている²⁾。国内の研究においても小中学生の家族との共食頻度と健康的な食品の摂取頻度及び良好な精神的健康状態には正の関連が報告されている³⁾。また、独居高齢者においては、友人など誰かと一緒に食事をする頻度が多いと肉や緑黄色野菜等の摂取頻度が高いこと⁴⁾、孤食が多いと欠食、野菜や果物の摂取頻度が少ないこと⁵⁾が報告されている。

食事は、家庭、学校、職場、グループ活動等の場で、家族、友人、同僚、地域の人々等との食卓での営みがあることから、家庭と地域の双方向で考える必要がある。しかし、近年、独居やひとり親世帯が増えるなど、様々な家庭環境や生活の多様化により、家族との共食が困難な状況も見受けられる。そのため、本項目は、社会とのつながりの観点で、地域等で共食している者を増やすことを目標とする。

④ メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加

仕事に関して強い不安やストレスを感じている労働者が半数を超える状況にあり、労働者の健康確保対策においては、特にメンタルの不調による健康障害が課題となっていることから、これらの対策を推進することが重要である。こうした背景を踏まえ、メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加を目標として設定する。

⑤ 心のサポーター数の増加

こころの健康に関しては、地域住民全体を対象とした普及啓発、スティグマの減少、総合的な相談支援等の1次予防策が求められており、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え

方を活用した心のサポーター養成事業が令和3（2021）年度からモデル事業として開始されており、令和6（2024）年度から本格的に事業が開始される。心のサポーターは、メンタルヘルスやうつ病・不安障害など精神疾患への正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える者を支援する者であり、こころの健康の維持・向上につながる社会環境整備として、心のサポーター数の増加を目標とする。

① 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加

指標	地域の人々とのつながりが強いと思う者の割合
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	40.1%（令和元年）
ベースライン値	令和5年国民健康・栄養調査予定
目標値	45%（令和14年度）

認知的ソーシャルキャピタルを測定するには、回答者が主観的に「地域の人々と強くつながっている」と考えているのかを適切に評価可能な指標を用いることが重要である。また、認知的ソーシャルキャピタルに係るこれまでの調査では、地域の人々とのつながりが強いかを問う設問に対して、「強くそう思う」・「どちらかといえばそう思う」と回答した者について、認知的ソーシャルキャピタルが醸成されているとみなすと評価していたことが多かったことを踏まえ、「あなたとあなたのお住まいの地域の人々とのつながりは強い」という設問に対し、「強くそう思う」又は「どちらかといえばそう思う」と回答した割合を用いて評価することとする。

健康日本21（第二次）のベースライン値となった平成19（2007）年度の少子化対策と家族・地域のきずなに関する意識調査及び令和元（2019）年度の国民健康・栄養調査結果によると、地域の人々とのつながりは強いと思う者の割合はそれぞれ45.7%と40.1%であり、これらを踏まえ、45%を目標値として設定する。

② 社会活動を行っている者の増加

指標	いずれかの社会活動（就労・就学を含む）を行っている者の割合
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	新規集計予定のため現状データなし ※参考（令和元年国民健康・栄養調査） 【社会参加】町内会や地域行事などの活動：43.1%、ボランティア活動：15.6%、スポーツや関係のグループ活動：19.6%、趣味関係のグループ活動：23.0%、その他のグループ活動：16.6%（「週4回以上」「週2～3回」「週1回」「月1～3回」「年に数回」と回答した者を集計。） 【就労】仕事に就いている：総数60.9% 【就学】就学している：データなし

ベースライン値	令和 6 年（調整中）国民健康・栄養調査予定
目標値	ベースライン値から 5 %の増加（令和 14 年度）（調整中） ※令和 6 年国民健康・栄養調査の結果確認後、具体的数値を設定予定

総務省の社会生活基本調査において、平成 18（2006）年度から平成 28（2016）年度の 10 年間で、スポーツと趣味・娯楽の行動者率（20 歳以上人口に占める割合）は、それぞれ 4.0%（63.0%から 67.0%）、2.3%（83.8%から 86.1%）の増加を認めた³⁾。これらのデータを参考として、令和 6（2024）年度から令和 14（2032）年度までの 8 年間で、就学・就労を含めた社会活動に参加している者の割合を、ベースライン値から 5 %増加させることを目標とする。

なお、本目標については、国民健康・栄養調査により把握を行う。このため、指標とする「就学・就労を含めた社会活動に参加している者の割合」は、20 歳以上における割合であることに留意が必要である。

【参考文献】

- 1) Julianne Holt-Lunstad, Timothy B. Smith, J. Bradley Layton. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLOS MEDICINE, July 27, 2010.
- 2) 曾根智史ほか，ソーシャルキャピタルを活用した地域保健対策の推進について 報告書，2017.
- 3) 総務省「社会生活基本調査」平成 18 年、平成 28 年

③ 共食している者の増加

指標	共食している者の割合
データソース	令和 3 年度食育に関する意識調査
現状値	（参考）15.7%
ベースライン値	令和 6 年国民健康・栄養調査予定
目標値	30%（令和 14 年度）

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、地域での共食の機会は減少したが、様々な地域活動については、実施方法を工夫することで共食の機会が回復してきていることを踏まえ、地域等で共食している者を増やしていくことを目標とする。

地域や職場等を含む所属コミュニティ（以下「地域等」という。）での食事会等の機会があれば「参加したいと思う」と回答した者（36.7%）のうち、過去 1 年間に地域等での共食の場に「参加した」と回答した者の割合は 42.7%である。なお、これは、調査参加者全体の 15.7%が地域等での共食の場に参加したと解釈できる。

現在の調査結果からは、共食したい者が共食した割合しか把握できないため、今後は、国民健康・栄養調査で新たに把握していくこととする。目標値の設定に当たっては、地域等での食事会等の機会があれば「参加したいと思う」と回答する者の割合を新型コロナウイルス感染症の感染拡大前の状況（約 37%から約 45%）に仮定するとともに、「参加したいと思

う」と回答した者のうち、過去1年間に地域等での共食の場に「参加した」と回答する者の割合を、同様に新型コロナウイルス感染症の感染拡大前の状況（約43%から約70%）に仮定した場合に、地域等で共食している者の割合と解釈できる30%を目標値とする。

【参考文献】

- 1) 衛藤久美、會退友美. 家族との共食行動と健康・栄養状態ならびに食物・栄養素摂取との関連—海外文献データベースを用いた文献レビュー—. 日健教誌 2015 ; 23 (2) : 71-86.
- 2) Dallacker M, Hertwig R., Mata J. The frequency of family meals and nutritional health in children: a meta-analysis. Obesity Rev. 2018; 19(5): 638-653.
- 3) 會退友美、衛藤久美. 共食行動と健康・栄養状態ならびに食物・栄養素摂取との関連—国内文献データベースとハンドサーチを用いた文献レビュー—. 日健教誌 2015 ; 23 (4) : 279-228.
- 4) Ishikawa M., Takemi Y, Yokoyama T, Kusama K, Fukuda Y, Nakaya T, Nuzue M, Yoshiike N, Yoshiba K, Hayashi F, Murayama N. “Eating Together” is associated with food behaviors and demographic factors of older Japanese people who live alone. J Nutr Health Aging 2017; 21(6): 662-672.
- 5) Tani Y, Kondo N, Takagi D, Saito M, Hikichi H, Ojima T, Kondo K. Combined effects of eating alone and living alone on unhealthy dietary behaviors, obesity and underweight in older Japanese adults: Results of the JAGES. Appetite 2015; 95:1-8.

④ メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加

指標	メンタルヘルス対策に取り組む事業場の割合（調整中）
データソース	労働安全衛生調査（実態調査）
現状値	59.2%（令和3年）
ベースライン値	令和6年度データを採用予定（令和6年度）
目標値	80%（令和9年度）（調整中）

第14次労働災害防止計画にあわせて令和9年度の目標を設定する（省内担当部局と調整中）。

⑤ 心のサポーター数の増加

指標	心のサポーター数
データソース	精神保健課調査（今後変更の可能性あり）
現状値	なし（令和3年モデル事業）（調整中）
ベースライン値	令和6年度のデータを採用（令和6年度）
目標値	100万人（令和15年度）（調整中）

【省内担当部局と調整中】

3-2. 自然に健康になれる環境づくり

背景

健康寿命の延伸には、自ら健康づくりに積極的に取り組む者だけではなく、健康に関心の薄い者を含む、幅広い者に対してアプローチを行うことが重要となる。そのために、本人が無理なく自然な健康な行動を取ることができるような環境整備を行うことが求められており、一部の地域・分野では取組が進んでいる。こうした「自然に健康になれる環境づくり」の取組をさらに進めていく必要がある。

基本的な考え方

栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙をはじめとする分野で「自然に健康になれる環境づくり」の取組が進められており、これらの取組の推進に関する目標を以下のとおり設定する。

① 「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進

産学官等が連携した食環境づくりは、英国¹⁻³⁾や米国⁴⁾での成功例があるほか、世界保健機関（WHO）においても、非感染性疾患（NCDs）への対策の一環として、その推進が提唱されている⁵⁾。

健康的で持続可能な食環境づくりの推進は、東京栄養サミット2021（令和3（2021）年12月開催）の成果文書（東京栄養宣言（グローバルな成長のための栄養に関する東京コンパクト））における日本政府コミットメントとして表明されているが、こうした食環境づくりを全国各地で効果的に推進するには、国の取組（イニシアチブ）と、地域特性を踏まえた都道府県の取組を相補的・相乗的に展開していくことが重要となる。こうした観点から、イニシアチブを活用した、食環境づくりに関する国と都道府県の効果的な連携関係を構築し、全国に広めていくことが必要である。

② 「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくりに取り組む市町村数の増加

身体活動・運動の向上には、個人の行動変容を促すための、社会環境の影響が大きい¹⁻⁴⁾。特に、健康づくり対策を進める上で、地方自治体が、住民が身体活動・運動に取り組みやすいまちづくりを積極的に推進していくことが重要^{1,5,6)}である。

WHOが2018年に発表した、身体活動に関する世界行動計画2018-2030においても、「アクティブな環境を創造すること」を行動目標として定めており^{7,8)}、社会環境の整備は国際的にも重要視されている項目である⁸⁾。

令和2（2020）年6月都市再生特別措置法が改正され、市町村は、都市再生整備計画に「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくりに取り組む区域（滞在快適性等向上区域、通称「ウォークアブル区域」）を設定することが可能となり、「居心地が良く歩きたくなるまちなか」形成に向け、道路・公園・広場等の整備や修復・利活用、滞在環境の向上に資する取組等を推進している。

③ 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少

受動喫煙により、肺がんや虚血性心疾患、脳卒中、乳幼児突然死症候群などの疾患のリスクが上昇することが報告されている¹⁻³⁾。また、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約⁴⁾」第8条において、「たばこの煙にさらされることからの保護」のための効果的な措置を

講じることが規定されている。また、改正健康増進法（平成 30（2018）年 7 月成立）においては、望まない受動喫煙を防止するため、学校・病院、児童福祉施設等、行政機関（第一種施設）については敷地内禁煙、第一種施設以外の多数の者が利用する施設（第二種施設）等については原則屋内禁煙とされた。こうした状況を踏まえ、受動喫煙の防止を一層推進するため、受動喫煙の防止に関する目標を設定することが必要である。

① 「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進

指標	「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」に登録されている都道府県数
データソース	イニシアチブ登録情報
現状値	0（令和 4 年度）
ベースライン値	令和 6 年度データを採用予定
目標値	47 都道府県

健康的で持続可能な食環境づくりは、全ての都道府県で重要である。また、こうした食環境づくりを推進できる事業者（食品製造、食品流通、メディア等）は全ての都道府県に存在する。このため、全都道府県数の 47 を目標値とする。

なお、ここでいう「都道府県数」とは、以下の(1)及び(2)を満たす取組として、イニシアチブとの連携に係る申請を行った上で、イニシアチブに登録された都道府県数である。

- (1) 都道府県として、健康的で持続可能な食環境づくりを推進するための組織体（産学官等の構成が望ましいが、少なくとも産官で構成するものとする。）を設置し、組織体の取組の内容、成果等について合意形成を図るための会議を定期的を開催するとともに、取組に係る年次レポートを作成・公表する。
- (2) 食環境づくりは、人々がより健康的な食生活を送れるよう、人々の食品へのアクセスと情報へのアクセスの両方を相互に関連させて推進していくことが重要であり、この考えに沿った取組は、事業者の業種や規模を問わず可能である。こうした観点から、都道府県として、幅広い業種等の事業者に対し、以下の①から④の全てを含む取組を実施する。
 - ① 組織体への参画と、それを介したイニシアチブへの参画について呼び掛けるとともに、事業者からの各種照会等に対応する。
 - ② 組織体への事業者の参画要件として、イニシアチブと同様の内容（少なくとも「食塩の過剰摂取」への対策に関する行動目標を 1 つ以上設定し、都道府県に申請する。）を提示する。
 - ③ 栄養・食生活に関する地域診断（食品へのアクセスと情報へのアクセスに関する内容を含む。）の結果を踏まえ、地域課題を事業者に提示し、その解消に資する行動目標の設定を推奨・支援する。
 - ④ 健康に関心の薄い層へのアプローチに係る方針を提示することで、健康関心層のみならず、健康に関心の薄い層へのアプローチも推奨する。

1. Wyness LA, Butriss JL, Stanner SA. Reducing the population's sodium intake: the UK food standards agency's salt reduction programme. *Public Health Nutr.* 2012 Feb;15(2):254-61. doi: 10.1017/S1368980011000966.
2. He FJ, Brinsden HC, MacGregor GA. Salt reduction in the United Kingdom: a successful experiment in public health. *J Hum Hypertens.* 2014 Jun;28(6):345-52. doi: 10.1038/jhh.2013.105.
3. He FJ, Pombo-Rodrigues S, Macgregor GA. Salt reduction in England from 2003 to 2011: its relationship to blood pressure, stroke and ischaemic heart disease mortality. *BMJ Open.* 2014 Apr 14;4(4):e004549. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004549.
4. Johns Hopkins University (<http://clf.jhsph.edu/sites/default/files/2019-01/baltimore-city-food-environment-2018-report.pdf>, 2023年1月16日アクセス)
5. World Health Organization (https://www.knowledge-action-portal.com/sites/default/files/msa_ncd_mh_call_for_submissions.pdf, 2023年1月16日アクセス)

② 「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくりに取り組む市町村数の増加（調整中）

指標	滞在快適性等向上区域（まちなかウォークアブル区域）を設定している市町村数
データソース	国土交通省調査 https://www.mlit.go.jp/toshi/toshi_attempt_to_walkable.html
現状値	73（令和4年12月）
ベースライン値	令和6年4月時点（令和5年12月調査予定）（調整中）
目標値	100市町村（令和7年度）

国土交通省が令和3（2021）年5月に策定した第5次社会資本整備重点計画の中では、重点目標として「居心地が良く歩きたくなるまちなかの創出」が掲げられており、KPIとして、「滞在快適性等向上区域を設定した市町村数」を31（令和2（2020）年）から100（令和7（2025）年）へ増加させることが定められていることから、これにあわせた目標値を設定する。

【参考文献】

1. Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J. An ecological approach to creating active living communities. *Annu Rev Public Health.* 2006;27:297-322. Doi: 10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102100.
2. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW; Lancet Physical Activity Series Working Group. Correlates of physical activity: why are some people physically

- active and others not? Lancet. 2012;380(9838):258-71. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60735-1.
3. Zhang Y, Koene M, Reijneveld SA, Tuinstra J, Broekhuis M, van der Spek S, Wagenaar C. The impact of interventions in the built environment on physical activity levels: a systematic umbrella review. Int J Behav Nutr Phys Act. 2022;19(1):156. doi: 10.1186/s12966-022-01399-6.
 4. Sallis JF, Cerin E, Kerr J, Adams MA, Sugiyama T, Christiansen LB, Schipperijn J, Davey R, Salvo D, Frank LD, De Bourdeaudhuij I, Owen N. Built Environment, Physical Activity, and Obesity: Findings from the International Physical Activity and Environment Network (IPEN) Adult Study. Annu Rev Public Health. 2020;41:119-139. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040218-043657.
 5. Giles-Corti B, Vernez-Moudon A, Reis R, Turrell G, Dannenberg AL, Badland H, Foster S, Lowe M, Sallis JF, Stevenson M, Owen N. City planning and population health: a global challenge. Lancet. 2016;388(10062):2912-2924. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30066-6.
 6. Giles-Corti B, Moudon AV, Lowe M, Cerin E, Boeing G, Frumkin H, Salvo D, Foster S, Kleeman A, Bekessy S, de Sá TH, Nieuwenhuijsen M, Higgs C, Hinckson E, Adlakha D, Arundel J, Liu S, Oyeyemi AL, Nitvimol K, Sallis JF. What next? Expanding our view of city planning and global health, and implementing and monitoring evidence-informed policy. Lancet Glob Health. 2022;10(6):e919-e926. doi: 10.1016/S2214-109X(22)00066-3.
 7. World Health Organization (2018). Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272722>.
 8. Milton K, Cavill N, Chalkley A, Foster C, Gomersall S, Hagstromer M, Kelly P, Kolbe-Alexander T, Mair J, McLaughlin M, Nobles J, Reece L, Shilton T, Smith BJ, Schipperijn J. Eight Investments That Work for Physical Activity. J Phys Act Health. 2021;18(6):625-630. doi:10.1123/jpah.2021-0112

③ 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少

指標	望まない受動喫煙（家庭・職場・飲食店）の機会を有する者の割合
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	家庭・職場・飲食店いずれにおいても、望まない受動喫煙を受けていない者の割合：集計未（令和元年） （参考）家庭：6.9%、職場：26.1%、飲食店：29.6%（令和元年）
ベースライン値	令和6年国民健康・栄養調査予定
目標値	望まない受動喫煙のない社会の実現（令和14年度）

（調整中）

健康日本21（第二次）においては、行政機関、医療機関、家庭、職場、飲食店において「望

まない受動喫煙のない社会の実現」を目指すこととしていた。平成 30 (2018) 年の改正健康増進法により敷地内禁煙とされた行政機関、医療機関と比べると、家庭、職場、飲食店においては、「望まない受動喫煙を受けた者」が高水準となっていたことを踏まえ、引き続き「望まない受動喫煙のない社会の実現」を目指すこととしつつ、対象を家庭、職場、飲食店とし、これらの施設における取組を重点的に行っていくこととする。

- 1) Fleming P, Blair PS. Sudden Infant Death Syndrome and parental smoking. *Early Hum Dev.* 2007.Nov;83(11):721-5.
- 2) 厚生労働省. 2016 年 8 月. 「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書」. 2023 年 2 月 7 日アクセス <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf>>
- 3) Hori M, Tanaka H, Wakai K, Sasazuki S, Katanoda K. Secondhand smoke exposure and risk of lung cancer in Japan: a systematic review and meta-analysis of epidemiologic studies. *Jpn J Clin Oncol.* 2016 Oct;46(10):942-951. doi: 10.1093/jjco/hyw091.
- 4) 外務省. 「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」. 2023 年 2 月 7 日アクセス.<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159_17.html>

3-3. 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤

背景

健康づくりを行うに当たっては、保健・医療・福祉等へのアクセスが確保されていることに加え、様々な基盤を整えることが重要である。近年、自治体のみならず企業や民間団体といった多様な主体による健康づくりが広まっており、そうした取組をさらに推進していくことが必要である。また、個人の健康づくりを後押しするには、科学的根拠に基づく健康に関する情報を入手・活用できる基盤構築に取り組むとともに、周知啓発の取組を推進していくことが求められる。

基本的な考え方

様々な主体が自発的に行う健康づくりを行う環境整備として、スマート・ライフ・プロジェクトや健康経営に関する目標を設定する。また、栄養・食生活分野での取組として、特定給食施設に関する目標を設定し、産業保健における基盤整備に関する目標を設定する。

① スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加

健康づくりを推進していく上で、行政と企業・団体、産業間の連携は不可欠であり、健康づくりをより進めるためには、国民の健康意識向上や行動変容を促す情報を積極的に発信する活動主体を増やしていく必要がある。

スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）は、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙」「健診・検診の受診」をテーマに、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体を支援する運動として、周知啓発や好事例の横展開、イベントの開催などを実施してきたが、より実効性のあるものとすることが求められる。このため、より積極的に活動する団体数の増加を目標とする。

② 健康経営の推進

健康経営は、従業員に対する健康づくりを行うことで、国民の健康寿命延伸につながることに加え、従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化、ひいては業績向上や株価上昇につながるものであり、全国各地で健康経営のさらなる浸透・深化を促進していくことが求められる。企業が健康経営を進めることに加え、地方公共団体が企業と連携した取組を進めることで、地域全体でより効果的・効率的な健康づくりを進めることが可能となる。上記の点を踏まえ、健康経営の推進に関する目標を設定する。

③ 利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加

職場で提供される食事や栄養管理（提供する食事の量及び質、栄養成分表示などの利用者の食事選択のための情報提供や栄養教育）の改善により、野菜や果物の摂取量の増加、食事の改善、肥満などの健康状態の改善に寄与することが報告されている^{1,2)}。また、職場における食環境整備等の介入が、野菜摂取量の増加³⁻⁵⁾、食塩摂取量の減少⁶⁾、体重コントロール⁷⁾、メタボリックシンドロームの改善⁸⁾に寄与することが報告されている。

給食施設は、全国で約9.4万施設存在し（令和3（2021）年度）、このうち健康増進法に基づく特定給食施設（1回100食以上又は1日250食以上の食事を供給する施設）は約5.1万施設に上る。これらの施設で提供される食事の量及び質の改善等が図られ、利用者

の健康の維持・増進に寄与することが求められる。

特定給食施設のうち、病院等の特別な栄養管理を必要とする施設は、管理栄養士を配置することが求められており、それ以外の施設でも管理栄養士又は栄養士を配置するよう努めなければならないとされている。適切な栄養管理を促す観点から、就労世代を対象とする事業所やこどもを対象とする児童福祉施設、学校等の特定給食施設に管理栄養士・栄養士を配置している施設を増やすことが必要である。また、「健康経営」の考え方が広がり、職域で健康づくりに取り組む機運が高まっており、職場で提供される食事を含めた食環境の改善は、従業員の健康づくりだけでなく、経営面からも重要である。これらを踏まえ、利用者に応じた食事を提供している特定給食施設に関する目標を設定する。

④ 必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加

地域だけでなく、職域でも健康づくりを進めることは重要である。これまでも産業保健の分野では様々な対策が取られてきたが、労働者の健康課題は多様化しており、より効果的に産業保健活動の推進を図る必要がある。このような状況を踏まえ、事業者には、法令で定める健康確保措置に加え、それぞれの事業場の特性に応じて優先的に対応すべき健康課題を検討し、必要な産業保健サービスを提供することが求められている。以上を踏まえ、「必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加」を目標として設定する。

① スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加

指標	スマート・ライフ・プロジェクトへ参画し活動している企業・団体数
データソース	健康課による把握（厚生労働省ウェブサイトにおいて公表予定）
現状値	新規にカウントするため現時点でのデータなし
ベースライン値	令和6年度までの最新値：令和〇年〇月〇日時点
目標値	1,500 団体（令和14年度）

健康日本21（第二次）においては、累積登録企業・団体数を指標としていたが、登録後も積極的に健康づくりの活動を行う企業・団体数を増加させることが必要である。このため、活動を継続している企業・団体数を新規に把握しなおすこととする。

健康日本21（第二次）における当初の目標が、平成24（2012）年から平成34（2022）年までの10年間で420社から3000社へ増加させることであったことから、新規参加の目標を250団体/年、毎年の活動継続企業・団体の割合が70%程度であると想定し、令和6年度末から令和14年度末までの8年間の目標をまずは1,500社・団体と設定する。ベースライン値のデータ把握時点、中間評価時点等の実績値を踏まえ、適宜目標値の再検討を行うこととする。

② 健康経営の推進

具体的指標	保険者とともに健康経営に取り組む企業数
データソース	(調整中)健康経営度調査(要確認):日本健康会議 2025(宣言3)大規模法人においては次の①、中小規模法人においては次の②について、行われていること。 ①健康経営優良法人の認定基準を満たすこと。この際、健康経営の発展に資する取組を積極的に実施すること。 ②健康経営優良法人の認定基準を満たすこと。または、保険者や商工会議所、自治体等のサポートを得て健康宣言に取り組むこと。
現状値	12万9,040社(令和4年)
ベースライン値	令和6年度のデータ
目標値	10万社(令和7年度) ※日本健康会議での目標更新等を踏まえ目標は更新予定

日本健康会議による「健康づくりに取り組む5つの実行宣言 2025」に合わせて、令和7(2025)年度の目標値を設定する。なお、今後日本健康会議での目標更新等を踏まえ、目標は更新予定である。

③ 利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加

指標	管理栄養士・栄養士を配置している施設(病院、介護老人保健施設、介護医療院を除く。)の割合
データソース	衛生行政報告例
現状値	70.8%(令和3年度)
ベースライン値	令和6年度衛生行政報告例予定
目標値	75.0%(令和14年度)

健康増進法において、特定給食施設のうち特別な栄養管理を必要とする施設は管理栄養士を配置しなければならないとされているが、これに該当する病院、介護老人保健施設のうち管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合は100%に近い(令和3(2021)年度)ため、これらの施設は対象から除外する。

これらの施設を除外した現状値は、70.8%(令和3(2021)年)であり、健康増進法の施行(平成15(2003)年)から令和3(2021)年までの推移を踏まえると、令和14(2032)年の推計値は約77%となる。この推計値の達成には、現在、管理栄養士・栄養士の配置できていない既存施設に配置を促していくことになるが、これまでの配置状況を踏まえた今後の実行可能性の観点から、目標値を75%とする。

【参考文献】

1. Naicker A, Shrestha A, Joshi C, Willett W, Spiegelman D. Workplace cafeteria and other multicomponent interventions to promote healthy eating among adults: A systematic review. Preventive Medicine Reports 2021; 22: 101333.
2. Melián-Fleitas L, Franco-Pérez A, Caballero P, Sanz-Lorente M, Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J. Influence of Nutrition, Food and Diet-Related Interventions in the Workplace: A Meta-Analysis with Meta-Regression. Nutrients 2021; 13: 3945.
3. 澤田樹美、武見ゆかり、村山伸子、佐々木敏、石田裕美. 従業員食堂を利用した食環境介入プログラムによる野菜類摂取量の変化. 栄養学雑誌2013 ; 71(5): 253-263.
4. Kushida O, Murayama N. Effects of Environmental Intervention in Workplace Cafeterias on Vegetable Consumption by Male Workers. J Nutr Educ Behav. 2014; 46(5): 350-358.
5. 三澤朱実、由田克士、福村智恵、田中太一郎、玉置淳子、武林亨、日下幸則、中川秀昭、大和浩、岡山明、三浦克之、岡村智教、上島弘嗣、HIPOP-OHP Research Group. 従業員食堂における長期間の食環境介入が野菜類の摂取量に及ぼす効果. 産衛誌 2015; 57 (3): 97-107.
6. 入山八江、串田修、村山伸子、斎藤トシ子. 勤労者を対象とした食環境介入と栄養教育が食塩摂取量及び行動変容の要因に及ぼす効果. 栄養学雑誌 2018; 76(6):139-155.
7. Iriyama Y, Murayama N. Effects if a worksite weight-control programme in obese male workers: A randomized controlled crossover trial. Health Educ J 2013; 73(3): 247-261.
8. Inoue H, Sasaki R, Aiso I, Kuwano T. Short-term intake of a Japanese-style healthy lunch menu contributes to prevention and/or improvement in metabolic syndrome among middle-aged men: a non-randomized controlled trial. Lipids in Health and Disease 2014; 13: 57.

④ 必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加

指標	必要な産業保健サービスを提供している事業場の割合（調整中）
データソース	【省内担当部局と調整中】労働安全衛生調査（実態調査）
現状値	【省内担当部局と調整中】—（令和〇年度）
ベースライン値	令和6年度までの最新値（調整中）
目標値	80%（令和9年度）（調整中）

第14次労働災害防止計画に併せて令和9（2027）年度の目標値を80%と設定する（調整中）。

(4) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

背景

社会がより多様化することや、人生 100 年時代が本格的に到来することを踏まえれば、「誰一人取り残さない健康づくり」を展開することが求められている。これまでも、様々なライフステージ（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。）に応じた健康づくりが行われており、引き続き取組を進めることが重要である。

加えて、現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性があることや、次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものである。こうしたことを踏まえ、胎児期から老齢期に至るまで人の生涯を経時的に捉えた健康づくり（ライフコースアプローチ）の観点も取り入れつつ、健康づくりを進める必要がある。

基本的な考え方

幼少期の生活習慣や健康状態は、成人になってからの健康状態にも大きく影響を与えるため、こどもの健康を支える取組を進める必要がある。また、高齢期に至るまで健康を保持するためには、高齢者の健康を支えるだけでなく、若年期からの取組が重要である。加えて、女性については、ライフステージごとに女性ホルモンが劇的に変化するという特性等を踏まえ、人生の各段階における健康課題の解決を図ることが重要である。こうしたことを踏まえ、特にこども、高齢者、女性に関する目標を以下のとおり設定する。

なお、今回目標を設定していない就労世代や男性等について、健康づくりの取組を進めることも重要であることに留意が必要である。

○ 低栄養傾向の高齢者の減少

高齢期のやせは、肥満よりも死亡率が高くなる。BMI 20 以下の者の割合は、疾病や老化などの影響を受け、65 歳以上で年齢の上昇に伴い増加する。今後、75 歳以上人口が急増し、要介護者の大幅な増加が見込まれる中で、低栄養傾向の高齢者の増加を抑制することは、健康寿命の延伸に寄与する可能性が高いといえる。

こうしたことから、「低栄養傾向の高齢者の減少」を目標として設定する。

○ 社会活動を行っている高齢者の増加

高齢者は社会的孤立に陥りやすく、段階的に社会とのつながりが弱くなる傾向がある。近年、通いの場の数は増加し、参加率も上昇していたが、新型コロナウイルス感染症の流行を契機に令和 2（2020）年はいずれも減少・低下した。¹⁾ さらに、高齢者の約 6 割が、新型コロナウイルス感染症の流行前に比べ、社会参加の頻度が減ったとの調査結果もある²⁾。

高年齢者雇用安定法の改正（令和 3（2021）年 4 月施行）により、65 歳までの雇用確保に加え、70 歳までの就業機会が確保されるようになったことや、生涯にわたってあらゆる機会に、あらゆる場所で学習することができる「生涯学習」が普及するなど、高齢者の生活スタイルやニーズは多様化している。

高齢者を対象とした研究において、社会参加や就労が健康増進につながることを示されており³⁾、年数回の社会参加でも死亡リスクや要介護リスクが低下するという報告もある⁴⁾。加えて、自治体等現場での実行可能性を鑑みると、（高頻度でなくとも）年数回の社会

参加を住民に促すことが、効果的・効率的であると考えられる。

これらを踏まえ、より多くの国民が、就学・就労を含めた社会活動に、頻度関係なく参加することを旨として「社会活動を行っている高齢者の増加」を目標として設定する。

○ 若年女性のやせの減少

若年女性における健康課題の1つであるやせは、排卵障害（月経不順）や女性ホルモンの分泌低下、骨量減少と関連することが報告されている^{1),2)}。また、妊娠前にやせであった女性は、標準的な体型の女性と比べて低出生体重児を出産するリスクが高いことが報告されている^{3),4)}。経済協力開発機構（OECD）の保健関連統計データによると、日本の低出生体重児割合は、OECD 諸国の平均である6.5%と比べて9.4%と高い⁵⁾。近年、胎児期及び出生後早期の環境、特に栄養状態がその後の健康状態や疾病に影響するという DOHaD 説（Developmental Origins of Health and Disease）が唱えられており、低出生体重等の胎内での低栄養状態は、成人期に2型糖尿病、冠動脈疾患等を発症するリスクが高まり、生涯にわたる悪影響をもたらす可能性があることが指摘されている⁶⁾。これらを踏まえ、次世代の健康を育むという観点からも、「若年女性のやせの減少」を目標として設定する。

○ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している女性の減少

一般に女性は男性に比べて肝臓障害等の飲酒による臓器障害をおこしやすく、アルコール依存症に至るまでの期間も短いことが知られている¹⁾⁻⁵⁾。

また、健康日本21（第二次）の最終評価において、「生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合」は、女性においてベースラインから悪化を認めており、今後も積極的な対策が必要であると考えられた。

これらを踏まえ、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少」について、女性に限定して目標値を設定する。

〈1〉 こども

① 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少（再掲）

指標	【関係部局と調整中】 1週間の総運動時間（体育授業を除く）が60分未満の児童の割合
データソース	【関係部局と調整中】
現状値	
ベースライン値	【関係部局と調整中】
目標値	【関係部局と調整中】第2次成育医療等基本方針に合わせて設定予定

② 児童・生徒における肥満傾向児の減少（再掲）

指標	【関係部局と調整中】児童・生徒における肥満傾向児の割合
データソース	【関係部局と調整中】
現状値	
ベースライン値	【関係部局と調整中】
目標値	【関係部局と調整中】第2次成育医療等基本方針に合わせて設定予定

③ 20歳未満の者の飲酒をなくす（再掲）

指標	中学生・高校生の飲酒者の割合
データソース	厚生労働科学研究費補助金による研究班（※1）の調査 ※1 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
現状値	2.2%（令和3年度）
ベースライン値	令和6年度に調査予定
目標値	0%

④ 20歳未満の者の喫煙をなくす（再掲）

指標	中学生・高校生の喫煙者の割合
データソース	厚生労働科学研究費補助金による研究班（※1）の調査 ※1 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
現状値	0.6%
ベースライン値	令和6年度に調査予定
目標値	0%

〈2〉高齢者

① 低栄養傾向の高齢者の減少（適正体重を維持している者の増加の一部を再掲）

指標	BMI 20 以下の高齢者（65 歳以上）の割合
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	16.8%（令和元年）
ベースライン値	令和 6 年国民健康・栄養調査予定
目標値	13%（令和 14 年度）

平成22（2010）年から令和元（2019）年までのそれぞれの割合の推移から、trend-analysis ツールを用いて将来推計を実施した上で、目標値を設定した。

① ロコモティブシンドロームの減少（再掲）

指標	足腰に痛みのある高齢者の人数（人口千人当たり）（65 歳以上）
データソース	国民生活基礎調査（大規模調査/3 年）
現状値	232 人（令和元年）
ベースライン値	令和 4 年国民生活基礎調査（大規模調査）予定
目標値	210 人（令和 14 年度）

③ 社会活動を行っている高齢者の増加（社会活動を行っている者の増加の一部を再掲）

指標	いずれかの社会活動（就労・就学を含む）を行っている高齢者（65 歳以上）の割合
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	新規集計予定のため現状値のデータなし ※（参考：60 歳以上）令和元年国民健康・栄養調査 【社会参加】町内会や地域行事などの活動：48.1%、ボランティア活動：18.7%、スポーツや関係のグループ活動：21.2%、趣味関係のグループ活動：26.4%、その他のグループ活動：20.1%（「週 4 回以上」「週 2～3 回」「週 1 回」「月 1～3 回」「年に数回」と回答した者を集計。） 【就労】仕事に就いている：総数 40.3% 【就学】就学している：データなし
ベースライン値	令和 6 年（調整中）国民健康・栄養調査予定
目標値	ベースライン値から 10%の増加（令和 14 年度）

内閣府の令和 2 年度高齢社会白書によると、社会参加活動について「特に活動していない」者の割合が、平成 28（2016）年度と比較して令和元（2019）年度において、65 歳から 74 歳で 6.4%（66.2%から 59.8%）、75 歳以上で 7.7%（75.7%から 68%）低下していたことから、社会参加を行う高齢者が増えていることが示唆される⁵⁾。また、総務省の社会生活基本

調査において、平成 18 (2006) 年度と平成 28 (2016) 年度の行動者率の結果を比較すると、高齢者 (65 歳以上) において、スポーツの行動者率が 13.7% (46.6%から 60.3%) の増加を認めた⁶⁾。

これに加えて、同省の労働力調査における平成 21 (2009) 年と令和元 (2019) 年の結果を比較すると、高齢者 (65 歳以上) の就業率は 5.3% (19.6%から 24.9%) の増加がみられた。⁷⁾

これらのデータを参考に、令和 6 (2024) 年度から令和 14 (2032) 年度までの 8 年間で、就労・就学を含め社会活動に参加している高齢者を 10%増加させることを目標とする。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省老健局「介護予防・日常生活支援総合事業 (地域支援事業) の実施状況 (令和 2 年度実施分) に関する調査」
- 2) 藤並祐馬ほか, 新型コロナウイルス感染症流行前後における高齢者の社会参加自粛・ネット利用・健康状態-11 市町村との共同調査データの横断分析-, 社会保険旬報 2850 : 6-12, 2022.
- 3) 細川陸也ほか, 健康寿命および平均寿命に関連する高齢者の生活要因の特徴, 第 67 巻第 7 号「厚生 の指標」, 2020 年 7 月
- 4) 井出一茂ほか, 個人および地域レベルにおける要介護リスク指標とソーシャルキャピタル指標の関 連の違い-JAGES2010 横断研究-, 第 65 巻第 4 号「厚生 の指標」, 2018 年 4 月
- 5) 内閣府「令和 2 年版高齢社会白書 第 1 章高齢化の状況第 2 節高齢期の暮らしの動向 (3)」
- 6) 総務省「社会生活基本調査」平成 18 年、平成 28 年
- 7) 総務省「労働力調査」平成 21 年、令和元年

〈3〉女性

① 若年女性のやせの減少 (適正体重を維持している者の増加の一部を再掲)

指標	B M I 18.5 未満の 20~30 歳代女性の割合
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	18.1% (令和元年)
ベースライン値	令和 6 年国民健康・栄養調査予定
目標値	15% (令和 14 年度)

平成22 (2010) 年から令和元 (2019) 年までのそれぞれの割合の推移から、trend-analysis ツールを用いて将来推計を実施した上で、目標値を設定した。

【参考文献】

1. Roberts RE, Farahani L, Webber L, Jayasena C. Current understanding of hypothalamic amenorrhoea. *Ther Adv Endocrinol Metab.* 2020 Jul 30;11:2042018820945854.
2. Szegda KL, Whitcomb BW, Purdue-Smithe AC, Boutot ME, Manson JE, Hankinson SE, et al. Adult adiposity and risk of early menopause. *Hum Reprod.* 2017;32(12):2522-31.
3. Han Z, Mulla S, Beyene J, Liao G, McDonald SD. Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses. *Int J Epidemiol.* 2011;40(1):65-101.
4. Nakanishi K, Saijo Y, Yoshioka E, Sato Y, Kato Y, Nagaya K, Takahashi S, Ito Y, Kobayashi S, Miyashita C, Ikeda-Araki A, Kishi R; Japan Environment and Children's Study (JECS) Group. Severity of low pre-pregnancy body mass index and perinatal outcomes: the Japan Environment and Children's Study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022 Feb 11;22(1):121.
5. Infant Health. Health at a Glance 2019: OECD Indicators <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ea7e9e6a-en/index.html?itemId=%2Fcontent%2Fcomponent%2F7e9e6a-en>
6. Hoffman DJ, Reynolds RM, Hardy DB. Developmental origins of health and disease: current knowledge and potential mechanisms. *Nutr Rev.* 2017 Dec 1;75(12):951-970. doi: 10.1093/nutrit/nux053. PMID: 29186623.

② 骨粗鬆症検診受診率の向上（再掲）

指標	骨粗鬆症検診受診率
データソース	日本骨粗鬆症財団報告（翌々年春に毎年報告） 【骨粗鬆症検診受診者数（ <u>地域保健・健康増進事業報告</u> ）/骨粗鬆症検診対象者人口（ <u>国勢調査 人口等基本集計</u> ）×100（%）】
現状値	4.5%（令和2年度）
ベースライン値	令和6年度骨粗鬆症検診受診率（「令和6年度地域保健・健康増進事業報告」及び「令和2年度国勢調査」の結果をもとに、骨粗鬆症財団が令和8年に報告予定）
目標値	15%（令和14年度）

③ 生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している女性の減少 （生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少の一部を再掲）

指標	1日当たりの純アルコール摂取量が20g以上の女性の割合
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	女性9.1%（令和元年度）
目標値	6.4%（令和14年度）

健康日本 21（第二次）においては、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の割合について、ベースライン値より 10 年間で 15%の低減を目標としていたが、女性は悪化傾向であった。調査研究から得られた飲酒のリスクと、実行可能な観点も踏まえ、前回同様に 6.4%を目標値とする。

【参考文献】

- 1) Ikehara S, Iso H, Toyoshima H, Date C, Yamamoto A, Kikuchi S, Kondo T, Watanabe Y, Koizumi A, Wada Y, Inaba Y, Tamakoshi A; Japan Collaborative Cohort Study Group. Alcohol consumption and mortality from stroke and coronary heart disease among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study. Stroke. 2008 Nov;39(11):2936-42. doi:[10.1161/STROKEAHA.108.520288](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.520288)
- 2) Marugame T, Yamamoto S, Yoshimi I, Sobue T, Inoue M, Tsugane S; Japan Public Health Center-based Prospective Study Group. Patterns of alcohol drinking and all-cause mortality: results from a large-scale population-based cohort study in Japan. Am J Epidemiol. 2007 May 1;165(9):1039-46. doi: [10.1093/aje/kwk112](https://doi.org/10.1093/aje/kwk112)
- 3) Inoue M, Nagata C, Tsuji I, Sugawara Y, Wakai K, Tamakoshi A, Matsuo K, Mizoue T, Tanaka K, Sasazuki S, Tsugane S. [Impact of alcohol intake on total mortality and mortality from major causes in Japan: a pooled analysis of six large-scale cohort studies.](#) Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. J Epidemiol Community Health. 2012 May;66(5):448-56. doi:10.1136/jech.2010.121830
- 4) Kezer CA, et al. Sex Differences in Alcohol Consumption and Alcohol-Associated Liver Disease. Mayo Clin Proc. 2021 Apr;96(4):1006-1016. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.08.020.
- 5) Keyes KM, Martins SS, Blanco C, Hasin DS. Telescoping and gender differences in alcohol dependence: new evidence from two national surveys. Am J Psychiatry. 2010 Aug;167(8):969-76. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081161.

④ 妊娠中の喫煙をなくす（再掲）

指標	【省内担当部局と調整中】 妊婦の喫煙率
データソース	【省内担当部局と調整中】
現状値	【省内担当部局と調整中】
ベースライン値	【省内担当部局と調整中】 令和 6 年度までの最新値
目標値	【省内担当部局と調整中】 第 2 次成育医療等基本方針に合わせて設定予定

第5章 その他の留意事項について

1. 地方公共団体における健康増進計画策定について

健康増進法に基づき、都道府県は都道府県健康増進計画を策定することとされており、市町村は市町村健康増進計画の策定に努めることとされている。健康増進計画は、地方公共団体における健康増進施策の基幹となるものであり、地方公共団体は、健康増進計画に基づいて取組を推進していくことになる。

(1) 健康増進計画の目標の設定と分析・評価

地方公共団体は、人口動態、医療・介護をはじめとする各分野の統計やデータベース等の地域住民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、独自に必要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に分析・評価を行った上で、改定を実施することとする。

国民健康・栄養調査や都道府県等による健康・栄養調査により入手可能なデータに加え、地方公共団体が活用可能な統計例としては、以下がある。

図表● 地方公共団体が活用可能な統計例（整理中）

分野	目標項目	地方公共団体での指標例	活用可能な統計
	健康寿命の延伸	要介護率	市町村で保有する人口・要介護度別要介護者数
栄養・食生活	適正体重を維持している者の増加（肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少）	性・年代別の肥満、やせ	NDB
喫煙	喫煙率の低下（喫煙をやめたい者がやめる）	「現在、たばこを習慣的に吸っている」人の割合	NDB
がん	がんの年齢調整死亡率の減少	がん死亡者数 標準化死亡比(SMR)	人口動態統計 死因別分類
	がん検診の受診率の向上	胃、大腸、肺、乳がん、子宮がん検診受診率	市町村実績データ 地域保健・健康増進 事業報告
循環器病	脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少	「循環器系の疾患」の死亡率、標準化死亡比(SMR)	人口動態統計 死因別分類
	高血圧の改善	最高血圧の平均値または、高血圧有病率（服薬中+140/90mmHg以上の割合）	NDB
	脂質高値の者の減少	服薬中+LDL コレステロール160mg/dl以上の者の割合	NDB
	メタボ予備群・メタボ該当者の減少	特定健診におけるメタボ予備群・メタボ該当者数	NDB
	特定健診・特定保健指導の実施率の向上	特定健診・特定保健指導実施率	特定健康診査・特定保健指導の実施状況

糖尿病	合併症（糖尿病性腎症）の減少	新規透析導入率	日本透析医学会データ又はNDB
	治療継続者の増加	HbA1c6.5%以上の者のうち治療中と回答した者の割合	NDB
	糖尿病有病者の増加の抑制	糖尿病内服中又はHbA1c \geq 6.5%の者の割合	NDB
	血糖コントロール不良者の減少	HbA1cが8.0%以上の者の割合（治療中、治療なしに分けて集計）	NDB

（２）都道府県の役割と都道府県健康増進計画

都道府県は、庁内の関連する部局が連携して都道府県健康増進計画を策定することとし、当該計画において、国が設定した目標を勘案しつつ、具体的な目標を設定する。また、区域内の市町村ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握を行い、地域間の健康格差の是正に向けた取組を位置付けるよう努めるものとする。

都道府県は、地域・職域連携推進協議会等も活用し、市町村や医療保険者、企業、教育機関、民間団体等の関係者の連携強化のための中心的役割を担い、データの活用や分析を積極的に行い、市町村における健康増進計画の策定の支援を行う。

健康増進計画策定に当たっては、以下の関連する計画との調和に配慮することが望ましく、関連する部局と連携する。また、研究機関、企業、教育機関など外部とも連携することが望ましい。

図表● 関連する主な計画（整理中）

計画名	根拠法令	主な内容
医療計画	医療法	医療提供体制の確保に関する計画
都道府県医療費適正化計画	高齢者の医療の確保に関する法律	適切な医療の確保のため医療費の適正化に関する計画
都道府県介護保険事業支援計画	介護保険法	介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施のための計画
都道府県がん対策推進計画	がん対策基本法	
都道府県循環器病対策推進計画	健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の	

	循環器病に係る対策に関する基本法	
歯科口腔保健の推進に関する基本的事項	歯科口腔保健の推進に関する法律	口腔の健康に関する計画
データヘルス計画		効率的・効率的な保健事業のための事業計画
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	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	成育過程にある者に対する総合的な計画
地方スポーツ推進計画	スポーツ基本法	スポーツに関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るための計画
総合計画	—	自治体の総合的な計画

(3) 市町村の役割と市町村健康増進計画

市町村は、都道府県や保健所とも連携しつつ、また、庁内の関連する部局が連携して市町村健康増進計画の策定に努めるものとする。

市町村は、国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な目標を設定するよう努めるものとする。

市町村は、健康増進法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。

健康増進計画策定に当たっては、以下の関連する計画との調和に配慮することが望ましく、関連する部局と連携する。また、研究機関、企業、教育機関など外部とも連携することが望ましい。

図表● 関連する主な計画（整理中）

計画名	根拠法令	主な内容
特定健康診査等実施計画	高齢者の医療の確保に関する法律	特定健診・特定保健指導の実施のための計画
市町村介護保険事業計画	介護保険法	介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施のための計画
データヘルス計画		効率的・効率的な保健事業のための事業計画

地方スポーツ推進計画	スポーツ基本法	スポーツに関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るための計画
総合計画	—	自治体の総合的な計画

2. 連携について

(1) 多様な主体による連携及び協力

誰一人取り残さない健康づくりを効果的に展開するためには、行政だけでなく、地域の関係者や民間部門の協力が必要である。保健、医療、福祉の関係機関及び関係団体並びに大学等の研究機関、企業、教育機関、NPO、NGO、住民組織等の関係者が連携し、効果的な取組を行うことが望ましい。地方公共団体は、これらの関係者間の意思疎通を図りつつ、協力を促していくことが望ましい。

(2) 関係する行政分野との連携

健康増進の取組を推進するには、国と地方公共団体のいずれにおいても、様々な分野との連携が必要である。医療、食育、産業保健、母子保健、生活保護、生活困窮者自立支援、精神保健、介護保険、医療保険等の取組に加え、教育、スポーツ、農林水産、経済・産業、まちづくり、建築・住宅等の分野における取組と積極的に連携することが必要である。

付録1 部会・専門委員会開催状況

○厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

- 第43回 令和3年 1月 21日 ・次期国民健康づくり運動プランの策定期間及び今後の検討の進め方について（健康日本21（第二次）の最終評価を含む）
- 第44回 令和4年 2月 2日 ・健康日本21（第二次）の最終評価の進捗及び次期国民健康づくり運動プランに向けての課題について
- 第45回 令和4年 8月 3日 ・次期国民健康づくり運動プラン策定に向けた検討の進め方について
- 第47回 令和4年 11月 24日 ・次期国民健康づくり運動プランの骨子（案）等について

○次期国民健康づくり運動プラン（令和6年度開始）策定専門委員会

- 第1回 令和4年 9月 26日 ・委員会の進め方について
・次期国民健康づくり運動プランのビジョン・方向性等について
・次期国民健康づくり運動プランにおける目標設定の考え方等について
- 第2回 令和4年 10月 17日 ・関係団体・学会からのヒアリング
- 第3回 令和4年 11月 7日 ・次期国民健康づくり運動プランの骨子等について
・次期国民健康づくり運動プランにおける目標について
- 第4回 令和4年 12月 8日 ・次期国民健康づくり運動プランの骨子について
・次期国民健康づくり運動プランにおける目標について
- 第5回 令和4年 12月 26日 ・次期国民健康づくり運動プランの骨子について
・次期国民健康づくり運動プランにおける目標について
- 第6回 令和5年 2月 2日 ・次期国民健康づくり運動プランの素案について
- 第7回 令和5年 2月 20日

付録2 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会委員名簿

(氏名)	(所属)
荒俣 忠志	健康日本 21 推進全国連絡協議会幹事
井伊 久美子	公益社団法人日本看護協会副会長
植木 浩二郎	国立国際医療研究センター糖尿病研究センター長
天津 欣也	国立研究開発法人国立循環器病研究センター理事長
岡村 智教	慶應義塾大学医学部教授
尾崎 章子	東北大学大学院医学系研究科老年・在宅看護学分野教授
清田 啓子	全国保健師長会（北九州市子ども家庭局長）
黒瀬 巖	公益社団法人日本医師会常任理事
白井 千香	枚方市保健所所長
祖父江 友孝	大阪大学大学院医学系研究科教授
武見 ゆかり	女子栄養大学教授
田代 堯	全国町村会理事（大阪府岬町長）
達増 拓也	全国知事会社会保障常任委員会委員・岩手県知事
田中 久美子	一般財団法人日本食生活協会会長
津金 昌一郎	国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所理事
○辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科 公衆衛生学分野教授
友岡 史仁	日本大学法学部教授
長津 雅則	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
萩 裕美子	東海大学体育学部教授
福田 英輝	国立保健医療科学院統括研究官
藤井 律子	全国市長会山口県周南市長
本田 麻由美	読売新聞東京本社編集局医療部編集委員
松岡 正樹	公益社団法人国民健康保険中央会事務局長
松下 幸生	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター副院長
水澤 英洋	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター理事長特任補佐・名誉理事長
諸岡 歩	公益社団法人日本栄養士会理事
山本 秀樹	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
米川 孝	健康保険組合連合会常務理事

(敬称略・五十音順、○委員長)

付録3 次期国民健康づくり運動プラン（令和6年度開始）策定専門委員会

委員名簿

(氏名)	(所属)
池原 賢代	大阪大学大学院医学系研究科特任准教授
岡村 智教	慶應義塾大学医学部教授
尾崎 章子	東北大学大学院医学系研究科老年・在宅看護学分野教授
尾島 俊之	浜松医科大学医学部健康社会医学講座教授
北原 佳代	三菱重工業（株）HR 戦略部健康管理センター統括産業医
黒瀬 巖	公益社団法人日本医師会常任理事
甲賀 かをり	千葉大学大学院医学研究院生殖医学講座教授
近藤 克則	千葉大学予防医学センター教授 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター老年学評価研究部長
近藤 尚己	京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野教授
澤田 亨	早稲田大学スポーツ科学学術院教授
瀧本 秀美	国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所栄養疫学・食育研究部長
○辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野教授
津下 一代	女子栄養大学特任教授
西 大輔	東京大学医学系研究科公共健康医学専攻精神保健学分野教授 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所公共精神健康医療研究部部長
福田 英輝	国立保健医療科学院統括研究官
古井 祐司	東京大学未来ビジョン研究センターデータヘルス研究ユニット特任教授 兼 自治医科大学客員教授
村山 伸子	新潟県立大学人間生活学部健康栄養学科教授
山縣 然太郎	山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座教授
矢部 大介	東海国立大学機構岐阜大学大学院医学系研究科内科学講座 糖尿病・内分泌代謝内科学分野教授
横山 彰仁	高知大学教育研究部医療学系臨床医学部門教授
横山 徹爾	国立保健医療科学院生涯健康研究部長
吉村 典子	東京大学医学部附属病院 22世紀医療研究センター ロコモ予防学講座特任教授
若尾 文彦	国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策研究所事業統括

（敬称略・五十音順、○委員長）