

健康日本 21（第三次）推進のための説明資料

令和 5 年 5 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

歯科口腔保健の推進に関する専門委員会

目次

第1章 健康増進を取り巻く現状.....	6
1. 国際的な公衆衛生の流れ.....	6
2. 我が国におけるこれまでの健康づくりの動向.....	7
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.....	8
1. 健康日本21（第二次）の最終評価.....	8
2. 最終評価において示された次期プランに向けた課題.....	10
第3章 健康日本21（第三次）のビジョン・基本的な方向.....	13
1. ビジョン.....	13
2. 基本的な方向.....	14
3. 基本方針等とアクションプラン.....	16
第4章 目標の設定.....	17
1. 目標の設定と評価.....	17
2. 具体的な目標.....	21
（1）健康寿命の延伸と健康格差の縮小.....	21
背景.....	21
① 健康寿命の延伸.....	22
② 健康格差の縮小.....	23
（2）個人の行動と健康状態の改善.....	25
2－1. 生活習慣の改善.....	25
〈1〉栄養・食生活.....	25
背景.....	25
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）.....	28
② 児童・生徒における肥満傾向児の減少.....	28
③ バランスの良い食事を摂っている者の増加.....	29
④ 野菜摂取量の増加.....	29
⑤ 果物摂取量の改善.....	30
⑥ 食塩摂取量の減少.....	30
＜社会経済的要因による格差について＞.....	33
〈2〉身体活動・運動.....	34
背景.....	34
① 日常生活における歩数の増加.....	35
② 運動習慣者の増加.....	36
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.....	37
〈3〉休養・睡眠.....	40
背景.....	40

① 睡眠で休養がとれている者の増加.....	41
② 睡眠時間が十分に確保できている者の増加.....	42
③ 週労働時間 60 時間以上の雇用者の減少	44
〈4〉 飲酒.....	47
背景.....	47
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.....	48
② 20 歳未満の者の飲酒をなくす	49
〈5〉 喫煙.....	52
背景.....	52
① 喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	53
② 20 歳未満の者の喫煙をなくす	54
③ 妊娠中の喫煙をなくす.....	54
〈6〉 歯・口腔の健康.....	56
背景.....	56
① 歯周病を有する者の減少.....	57
② よく噛んで食べることができる者の増加.....	58
③ 歯科検診の受診者の増加.....	58
2－2．生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防.....	60
〈1〉 がん.....	60
背景.....	60
① がんの年齢調整罹患率の減少.....	62
② がんの年齢調整死亡率の減少.....	62
③ がん検診の受診率の向上.....	63
〈2〉 循環器病.....	65
背景.....	65
① 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少.....	67
② 高血圧の改善.....	68
③ 脂質（LDL コレステロール）高値の者の減少.....	70
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.....	71
⑤ 特定健康診査の実施率の向上.....	71
⑥ 特定保健指導の実施率の向上.....	72
〈3〉 糖尿病.....	74
背景.....	74
① 糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少.....	77
② 治療継続者の増加.....	79
③ 血糖コントロール不良者の減少.....	80
④ 糖尿病有病者の増加の抑制.....	81
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）	84

⑥ 特定健康診査の実施率の向上（再掲）	85
⑦ 特定保健指導の実施率の向上（再掲）	85
〈4〉COPD	90
背景	90
① COPDの死亡率の減少	91
2－3．生活機能の維持・向上	92
背景	92
① ロコモティブシンドロームの減少	93
② 骨粗鬆症検診受診率の向上	93
③ 心理的苦痛を感じている者の減少	93
（3）社会環境の質の向上	96
3－1．社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上	96
背景	96
① 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加	98
② 社会活動を行っている者の増加	99
③ 地域等で共食している者の増加	100
④ メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加	100
⑤ 心のサポーター数の増加	101
3－2．自然に健康になれる環境づくり	103
背景	103
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	104
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	105
③ 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少	106
3－3．誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備	109
背景	109
① スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加	110
② 健康経営の推進	111
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	112
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	112
（4）ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり	114
背景	114
〈1〉こども	116
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）	116
② 児童・生徒における肥満傾向児の減少（再掲）	116
③ 20歳未満の者の飲酒をなくす（再掲）	116
④ 20歳未満の者の喫煙をなくす（再掲）	117
〈2〉高齢者	117
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）	

.....	117
② ロコモティブシンドロームの減少（再掲）.....	117
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）.....	118
〈3〉女性.....	119
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）...	119
② 骨粗鬆症検診受診率の向上（再掲）.....	119
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）.....	119
④ 妊娠中の喫煙をなくす（再掲）.....	120
第5章 その他の留意事項について.....	123
1. 正しい知識の普及について.....	123
2. 地方公共団体における健康増進計画策定について.....	123
（1）健康増進計画の目標の設定と分析・評価.....	123
（2）都道府県の役割と都道府県健康増進計画.....	125
（3）市町村の役割と市町村健康増進計画.....	126
3. 多様な主体・多分野連携について.....	127
（1）多様な主体による連携及び協力.....	127
（2）関係する行政分野との連携.....	127
（3）人材の育成等.....	127
付録1 部会・専門委員会開催状況.....	129
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.....	130
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..	131

第1章 健康増進を取り巻く現状

1. 国際的な公衆衛生の流れ

健康増進（Health Promotion）の考え方は、昭和21（1946）年に世界保健機関（WHO）が提唱した「健康とは単に病気でない、虚弱でないというのみならず、身体的、精神的そして社会的に完全に良好な状態を指す」という健康の定義から出発している。1970年代になると、健康増進は、疾病とは対比した理想的な状態、すなわち健康を想定し、それを更に増強することを意味するものであるという概念的な定義がなされ（ラロンド・レポート（カナダ））、また、米国のHealthy Peopleで応用された際には、個人の生活習慣の改善を意味するものとされている。そして、1980年代以降、健康増進は再度捉え直され、個人の生活習慣の改善だけでなく、環境の整備を合わせたものとして改めて提唱された（オタワ憲章、ヘルシーシティ）。

このように、健康増進という考え方は時代によって内容が変遷してきたといえるが、世界人口に占める65歳以上の者の割合（高齢化率）は平成17（2015）年には8.2%となり、令和42（2060）年には17.8%にまで上昇するものと見込まれている。また、疾病構造も大きな変化を遂げており、主要な疾病は感染性疾患や栄養障害から非感染性疾患に移行してきた。さらに、臨床医学の目覚ましい技術革新とともに、医療の需要増加による医療費の増加が課題となり、医療費適正化の取組も重要となっている。こうした背景から健康増進の重要性は今後より高まっていくといえる。

このような中で、健康増進分野においては、様々な新しい概念が提唱されている。平成10（1998）年のSOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH THE SOLID FACTS（WHO）において、「健康の社会的決定要因（SDH：Social Determinant of Health）」の定義がなされ、SDHに対する取組として、「部局横断的な取組（HiAP）」として全ての政策において健康を考慮するアプローチや、コミュニティが主導する健康づくりの重要性がうたわれるようになった。

また、平成17（2005）年のバンコク憲章において「オタワ憲章以降、かなりの数の決議が調印されたが、ほとんどが活動にまでは及んでいない」として、実践上のギャップを埋めることが強く要求され、それ以降のWHOの文書等では「Implementation（実装）」の重要性が繰り返し強調されるようになった。

平成13（2001）年に策定されたミレニアム開発目標（MDGs：Millennium Development Goals）の後継として、平成27（2015）年9月に国連総会で持続可能な開発目標（SDGs：Sustainable Development Goals）が定められた。“誰一人取り残さない”を基本理念として、国際社会が令和12（2030）年までに貧困を撲滅し、持続可能な社会を実現するため、「貧困をなくそう」「飢餓をゼロに」など17の目標（Goals）が設定されたが、保健分野においても、「すべての人に健康と福祉を」（Goal3）が目標として設定され、取組の推進が行われている。

2. 我が国におけるこれまでの健康づくりの動向

我が国においては健康増進に係る取組として、「国民健康づくり対策」が昭和53（1978）年から数次にわたって展開されてきた。

1）第1次国民健康づくり対策（昭和53（1978）年～）

健康づくりは、国民一人一人が「自分の健康は自分で守る」という自覚を持つことが基本であり、行政としてはこれを支援するため、国民の多様な健康ニーズに対応しつつ、地域に密着した保健サービスを提供する体制を整備していく必要があるとの観点から、①生涯を通じる健康づくりの推進、②健康づくりの基盤整備、③健康づくりの普及啓発の三点を柱として取組を推進。

2）第2次国民健康づくり対策 《アクティブ80 ヘルスプラン》（昭和63（1988）年～）

第1次の対策を始めとするこれまでの施策を拡充するとともに、運動習慣の普及に重点を置き、栄養・運動・休養の全ての面で均衡のとれた健康的な生活習慣の確立を目指すこととし、取組を推進。

3）第3次国民健康づくり対策 《21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）》（平成12（2000）年～）

壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的とし、生活習慣病やその原因となる生活習慣等の国民の保健医療対策上重要となる課題について、10年後を目途とした目標等を設定し、国や地方公共団体等の行政だけでなく、関係団体等の積極的な参加及び協力を得ながら、「一次予防」の観点を重視した情報提供等を行う取組を推進。

4）第4次国民健康づくり対策 《21世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次））》（平成25（2013）年～）

少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、健康づくりを推進。生活習慣病の予防（NCDの予防）、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命を延伸し、また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差の縮小を実現することを最終的な目標とした。

令和6（2024）年度からは、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（令和5年厚生労働省告示第207号。以下「基本方針」という。）に基づき、第5次国民健康づくり対策である「21世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次）」）が開始されるが、その推進に当たっては、これまでの取組の変遷に留意しつつ、新たな健康課題や社会背景、国際的な潮流等を踏まえながら、取り組んでいくことが必要である。

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

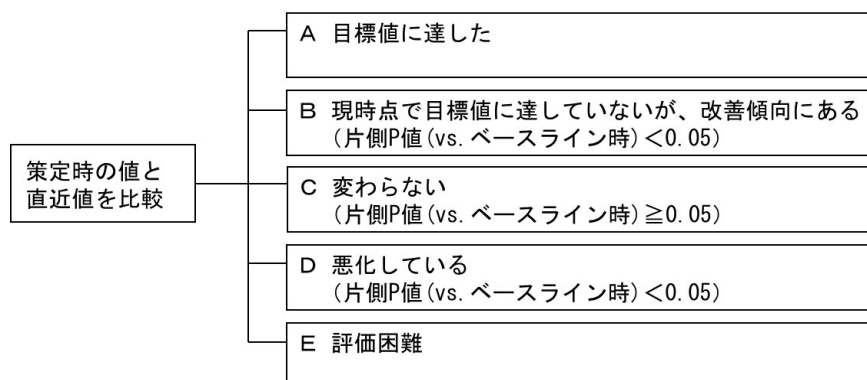
平成25（2013）年度より開始した、健康日本21（第二次）では、合計53項目の目標が設定され、「目標設定後10年を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する」こととしている。

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（2022）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1：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2：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 3：基本的な方向ごとの評価状況（〈〉内は基本的な方向内における割合）

	＜基本的な方向※＞					
評価	1	2	3	4	5	全体
A	1 〈50.0%〉 (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」等を基本的な方針とし、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 P H R 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がっている。
- 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合わせるために、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）と計画期間を合わせることで、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¹やインセンティブ²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³、総人口・生産年齢人口が減少し、独居世帯が増加⁴する
- ・女性の社会進出、労働移動の円滑化、仕事と育児・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

といった社会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⁵な社会の実現」を「ビ

¹ 「ナッジ」とは「ひじで軽く突く」という意味。行動経済学上、対象者に選択の余地を残しながらも、より良い方向に誘導する方法。

² 目標の達成度等の取組の成果等に応じた配分を行うことで、意欲を引き出すための仕組み。

³ 令和6（2024）年には、団塊世代全てが75歳以上となり、国民の3人に1人が65歳以上になると予想されている。

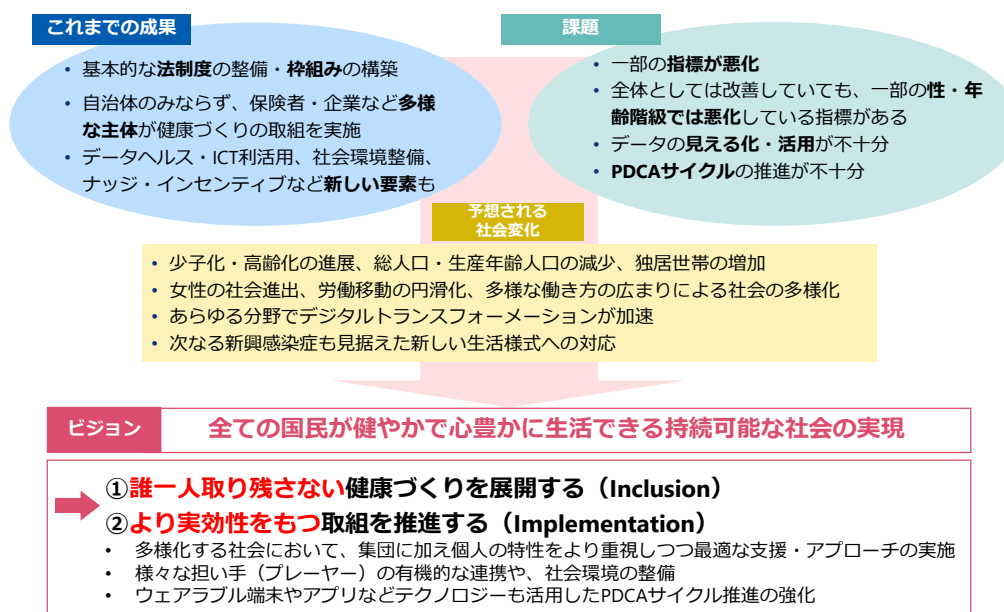
⁴ 令和17（2035）年には、独居世帯は3分の1超となり、男性の3人に1人、女性に5人に1人が生涯未婚となると予想されている。

⁵ 「持続可能」とは、「誰一人取り残さない」という包摂的な視点や仕組みを有し、将来世代のニーズを損なうことなく現代世代のニーズを満たすことができるような強靱な社会の状態をいう。

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（Implementation⁶）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 1：健康日本 21（第三次）のビジョン



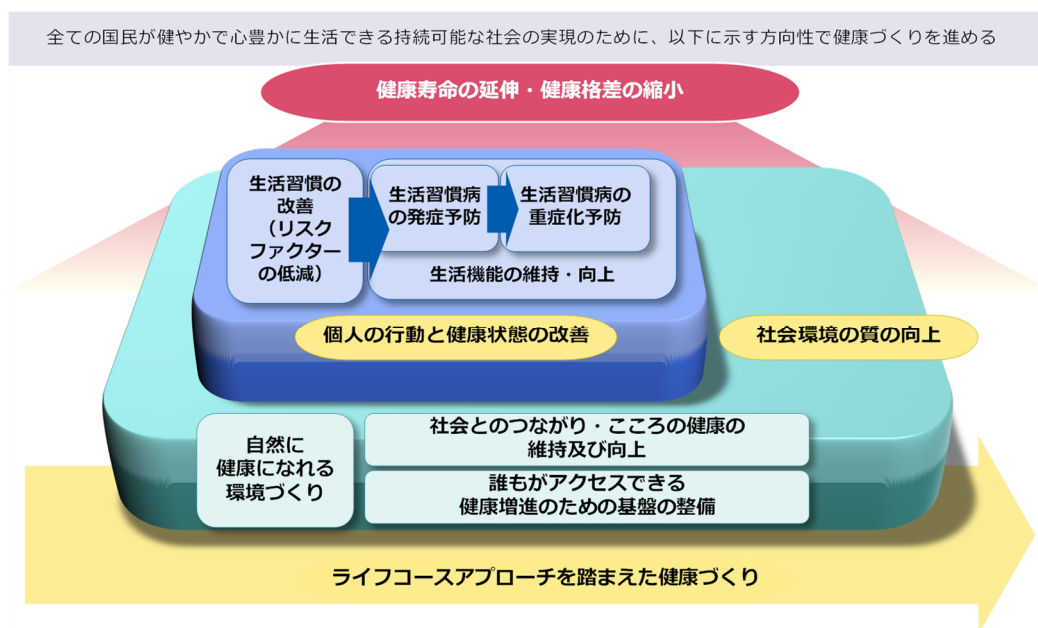
2. 基本的な方向

「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 2 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。

⁶ 第 1 章で述べたように、国際的にも、バンコク憲章（平成 17（2005）年）以降、WHO 文章等において Implementation の重要性が繰り返し強調されている。

図表 2：健康日本 21（第三次）の概念図



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、個人を取り巻く社会環境整備や、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、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、日常生活に支障を来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、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。

３．基本方針等とアクションプラン

基本方針及び本説明資料においては、健康日本 21（第二次）において示された課題や国際的な潮流等も踏まえ、上記のとおり、ビジョンや基本的な方向、それに基づく目標項目の設定など、国民健康づくり運動を推進するに当たっての基本的な枠組み・考え方を示している。一方で、こうした枠組み・考え方にに基づき、自治体などにおいて実際に取る方策等については、「アクションプラン」として別途示すこととしているので、留意されたい。

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（NCDs）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りしたことを踏まえ、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、1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

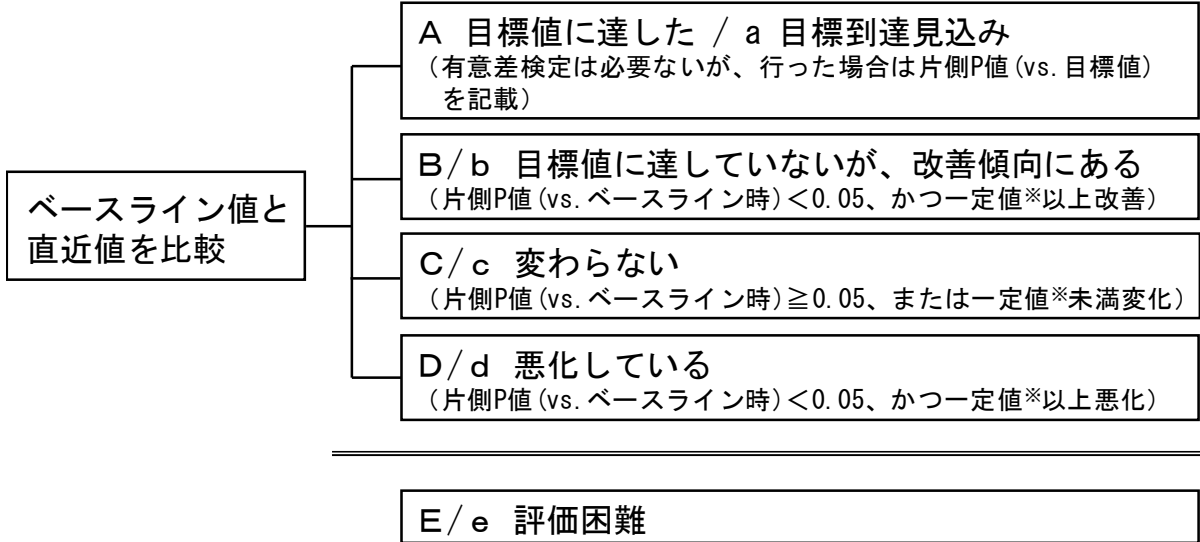
目標の評価については、実質的な改善効果を中間段階で確認できるように、計画開始後 6 年（令和 11（2029）年）を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、計画開始後 10 年（令和 15（2033）年）を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する。中間評価及び最終評価の際に用いる比較値（ベースライン値）については、令和 6（2024）年度までの最新値とする。計画期間における主なスケジュール（予定）は図表 1 のとおりである。

図表 1：計画期間中のスケジュール（予定）



目標項目の評価は、図表 2 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 2：目標項目の評価区分



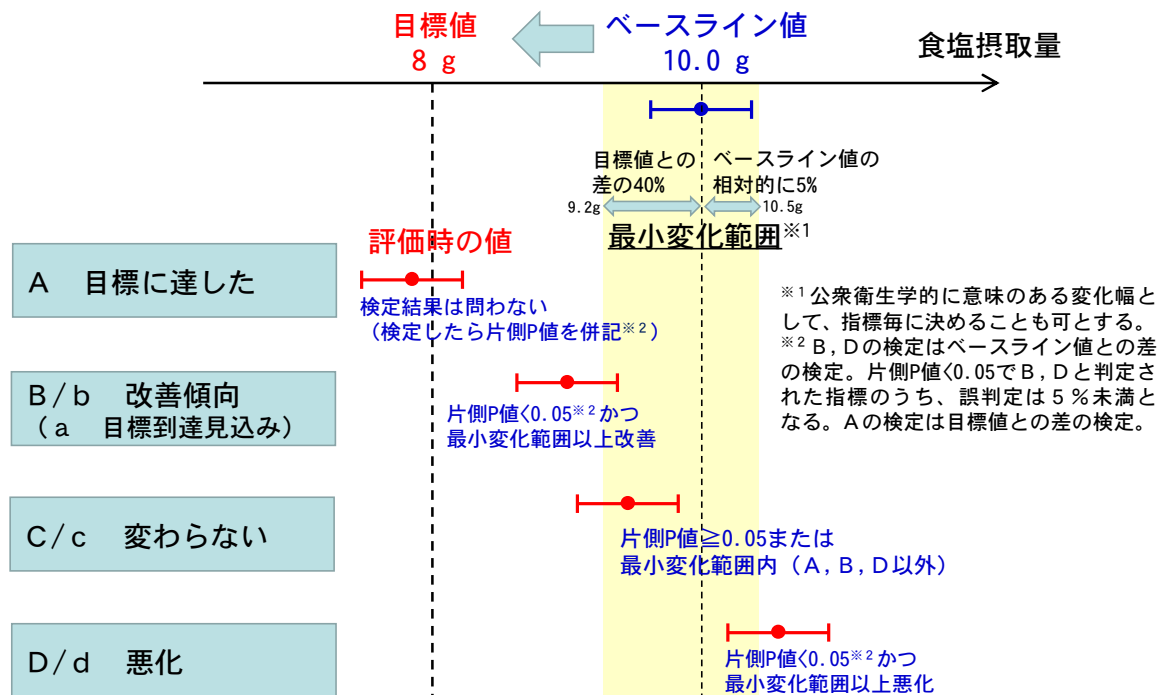
※一定値：後述の「最小変化範囲」

各目標項目の評価においては、まず、評価時点での直近値を目標値と比較し、目標値に達した（A）かどうか（中間評価においては目標到達見込み（a）かどうか）を判定する。

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ない）。

目標値に到達していない項目においては、ベースライン値と直近値を比較してベースライン値からの改善・不変・悪化（B・C・D、中間評価ではb・c・d）を判定する。なお、ベースライン値からの改善・不変・悪化の判断は、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、図表 2 にある「最小変化範囲」とは、「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%以上の悪化」とする。（図表 3）

図表 3：評価判定のイメージ（図中の値は説明用の仮想値）



上記の方法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こととし、例えば、

- ・「(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
- ・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以上に改善している場合を A (a)、ベースライン値と目標値を結ぶ線と予測曲線の間にあり予測曲線から一定以上改善している場合を B (b)、予測曲線から変化がない

場合をC（c）、予測曲線を超えて一定以上悪化している場合をD（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、年齢で値に差が見られるものは、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。

その他、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。

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（NCDs）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¹⁾や健康・医療戦略²⁾等において、令和 22（2040）年までの延伸目標（平成 28（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」³⁾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。今後も平均寿命の延伸が予想されているが、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、平均寿命の延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（大規模調査：3年ごと）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：厚生労働科学研究「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究（研究代表者 辻一郎）」 ⁴⁾ で算出） 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	健康寿命：男性 - 年、女性 - 年（令和 4 年度：令和 4 年の健康寿命） 平均寿命：男性 - 年、女性 - 年（令和 4 年度：令和 4 年簡易生命表） ※令和 4 年国民生活基礎調査の結果をもとに令和 4 年の健康寿命を算出（令和 6 年度に公表）予定
目標値	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（令和 14 年度） ※令和 13 年の健康寿命（令和 15 年度に公表予定）を用いて評価予定

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、平均寿命の延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」を目標値とした。

健康寿命は最終的な目標であることから、男性、女性それぞれ別に評価を行うこととし、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）、健康寿命が短縮している場合を悪化（D）、BとDの間を変化なし（C）と評価する。

なお、健康寿命延伸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」（男性 73.15 年、女性 76.47 年（令和元（2019）年））及び「日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）」（要介護 2 以上になるまでの期間の平均）（男性 79.91 年、女性 84.18 年（令和元（2019）年））を補完的指標として用いる。（いずれも「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究（研究代表者 辻一郎）」⁴⁾による算出。）

なお、健康寿命の算定方針、算出プログラム等はW E Bサイト⁵⁾で公開しているほか、国保データベース（K D B）システムでは、都道府県・市町村・二次医療圏別の平均自立期間を毎年算出し⁶⁾、都道府県別の値はW E Bサイト⁷⁾で公開している。

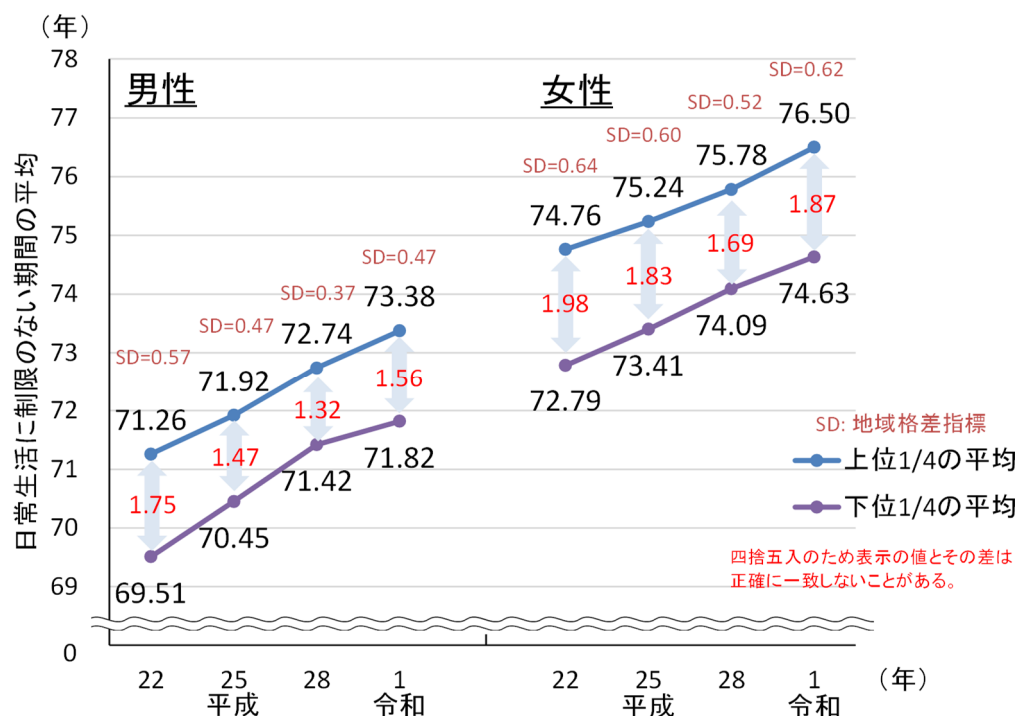
② 健康格差の縮小

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（大規模調査：3 年ごと）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 ※下位 4 分の 1：下位 11 都道府県、上位 4 分の 1：上位 12 都道府県
現状値	下位 4 分の 1：男性 71.82 年、女性 74.63 年 上位 4 分の 1：男性 73.38 年、女性 76.50 年 （令和元年度：令和元年の健康寿命を用いて算出）
ベースライン値	下位 4 分の 1：男性 - 年、女性 - 年 上位 4 分の 1：男性 - 年、女性 - 年（令和 4 年度） ※令和 4 年の健康寿命（令和 6 年度に公表予定）を用いて算出予定
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 14 年度） ※令和 13 年の健康寿命（令和 15 年度に公表予定）を用いて算出する値を用いて評価予定

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延び以上に、下位の都道府県の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」を目標値とした。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」（男性 0.47、女性 0.62（令和元（2019）年）：「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究（研究代表者 辻一郎）」⁴⁾による算出。）も算出する。

なお、健康寿命と同様に、男女別で評価することとし、下位 4 分の 1 の都道府県の平均の増加分が上位 4 分の 1 の都道府県の平均の増加分を上回っている場合（格差が縮小している場合）を目標到達（A）、差がない場合を変化なし（C）、下回っている場合（格差が拡大している場合）を悪化（D）と評価する（B 評価は設定なし）。

図表 1 : 健康寿命上位 4 分の 1 の都道府県の平均と下位 4 分の 1 の都道府県の平均とその差の推移



(注) 平成 28 (2016) 年の国民生活基礎調査は熊本地震により熊本地域を調査対象に含まない。(上位 4 分の 1、下位 4 分の 1 とともに 11 都道府県の平均を算出。)

【参考文献】

- 1) 厚生労働省. 第 2 回 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部 資料 4 . 健康寿命延伸プラン. 令和元 (2019) 年 5 月.
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000101520_00002.html
- 2) 健康・医療戦略
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryoku/senryaku/>
- 3) 健康寿命のあり方に関する有識者研究会
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04074.html
- 4) 厚生労働行政推進調査事業費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「健康日本 21 (第二次) の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」(令和元 (2019) 年度～令和 3 (2021) 年度、研究代表者 辻一郎) 総括・分担研究報告書.
- 5) 厚生労働科学研究 健康寿命のページ (グループ代表 橋本修二) .
<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumu/>
- 6) 国民健康保険中央会. 国保データベース (K D B) システム.
<https://www.kokuho.or.jp/hoken/kdb.html>
- 7) 国民健康保険中央会. 平均自立期間.
<https://www.kokuho.or.jp/statistics/heikinjiritukikan.html>

（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（NCDs）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（NCDs）や健康状態との関連が強い。肥満はがん、循環器病、２型糖尿病等の生活習慣病（NCDs）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³⁻⁵⁾、高齢者のやせは、肥満よりも死亡率が高くなる⁶⁻⁹⁾。

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^{10),11)}。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）が適正となることが報告されている¹²⁾。

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（NCDs）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（NCDs）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¹³⁾。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¹⁴⁾。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¹⁵⁾。

⑤ 果物摂取量の改善

果物の摂取は、高血圧¹⁶⁾、肥満¹⁷⁾、2型糖尿病¹⁸⁾などの生活習慣病（NCDs）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¹⁹⁾、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¹⁹⁾。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²⁰⁾。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（1日8g）以上の食塩を摂取している群においても、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（図表1）、今後、減塩の取組を効果的に進めていくためには、食習慣改善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

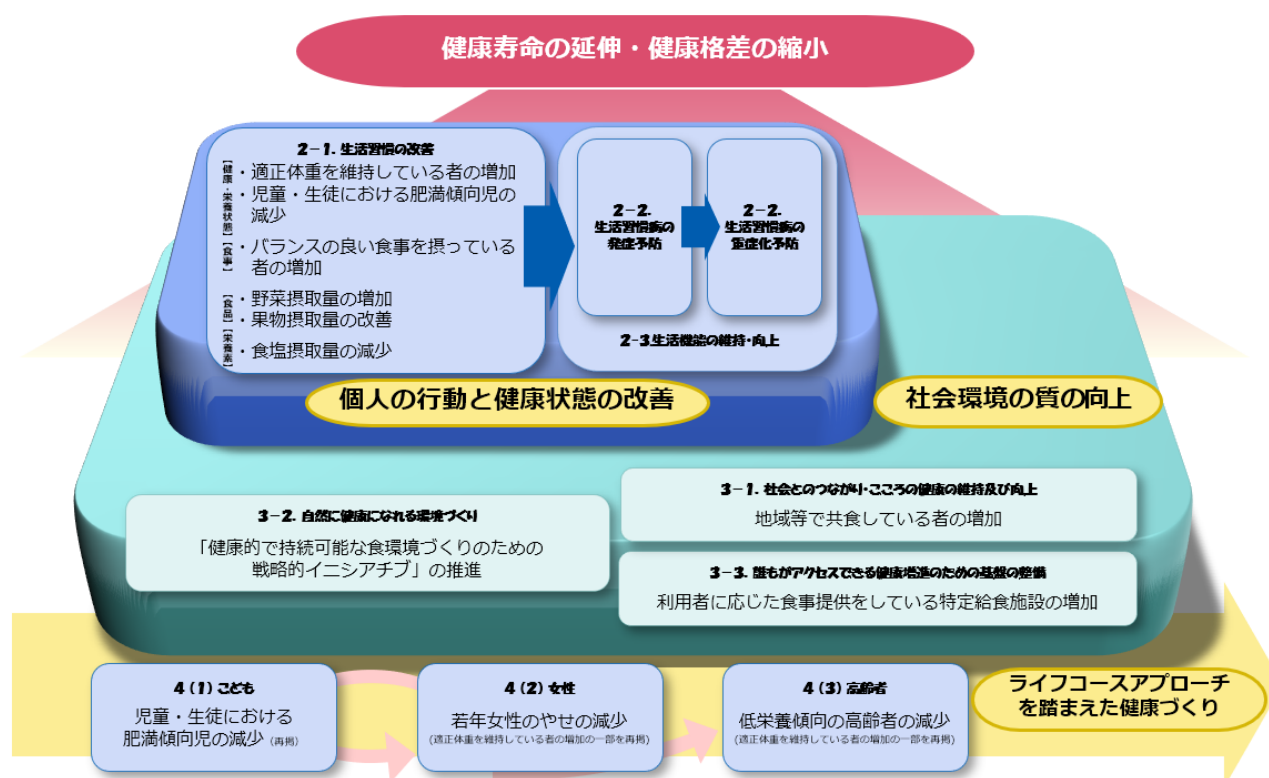
向上の観点で、社会とのつながりの維持・向上として「地域等で共食している者の増加」、自然に健康になれる環境づくりとして「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進、誰もがアクセスできる健康増進のための基盤として「利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加」をそれぞれ目標に設定しており、栄養・食生活分野と連動させながら、取組を進めていくことが必要である。（図表2）

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」

図表2：栄養・食生活に関連する目標



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 ※20 歳以上
現状値	60.3%（令和元年度）
ベースライン値	- %（令和 6 年度：令和 6 年国民健康・栄養調査予定）
目標値	66%（令和 14 年度）

※現状値は年齢調整していない値

体重は、性・年齢で差が見られるため、その特徴を踏まえ、〔1〕20～60 歳代男性の肥満者（B M I 25 以上の者）の割合の減少、〔2〕40～60 歳代女性の肥満者の割合の減少、〔3〕20～30 歳代女性のやせの者（B M I 18.5 未満の者）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、〔2〕～〔4〕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	児童・生徒における肥満傾向児の割合 ※評価には 10 歳（小学 5 年生）男女総計の割合を用いる予定
データソース	学校保健統計調査
現状値	10 歳（小学 5 年生）10.96%（令和 3 年度） ※男子 12.58%、女子 9.26%
ベースライン値	- %（令和 6 年度：令和 6 年度学校保健統計調査予定）
目標値	令和 5 年度から開始する第 2 次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（以下「第 2 次成育医療等基本方針」という。）に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

成育医療等基本方針の目標値に合わせて、本項目の目標値も設定する予定。

なお、成育医療等基本方針における評価とは異なり、本計画における評価に当たっては、第4章1. iiに記載のとおり、1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ものについても、項目全体としての目標値（男女合わせた目標値等）を設定し、1つの指標で評価することとしているため、成育医療等基本方針の指標（10歳（小学5年生）男子、〈参考〉10（小学5年生）女子、他）ではなく、10歳（小学5年生）男女総計の数値を本計画の評価のための指標として用いることとする。

（参考）13歳（中学2年生）：男子 10.99%、女子 8.35%

16歳（高校2年生）：男子 10.64%、女子 7.20%

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	国民健康・栄養調査
現状値	なし （参考）令和3年度食育に関する意識調査：37.7% ※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年度：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 ※20歳以上
現状値	281 g（令和元年度）
ベースライン値	- g（令和6年度：令和6年国民健康・栄養調査予定）
目標値	350 g（令和14年度）

健康日本 21（第二次）においては 350 g / 日を目標値としていたが、最終評価時点（令和元（2019）年値）でベースライン値から有意な変化を認めず、目標値に到達しなかった（目標設定年度（令和 4（2022）年度）までの目標到達も難しいと考えられた）。野菜からの食物繊維やカリウム等の摂取寄与度等も踏まえ、引き続き健康日本 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 ※20 歳以上
現状値	99 g（令和元年度）
ベースライン値	- g（令和 6 年度：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¹⁶⁾、肥満¹⁷⁾及び 2 型糖尿病¹⁸⁾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。また、冠動脈疾患、脳卒中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²¹⁾。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うることにより留意が必要である。

また、健康日本 21（第二次）の最終評価において、果物摂取量 100 g 未満の者の割合が 63.3%であり、果物摂取量が少ない者について一定の割合が存在することから、果物摂取量の割合の分布も引き続き確認していく。

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 ※20 歳以上
現状値	10.1 g（令和元年度）
ベースライン値	- g（令和 6 年度：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 5 g 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 6 g 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 7.5 g 未満、成人女性 6.5 g 未満とされている²²⁾。以上を踏まえ、20 歳以上の男女の目標値は 1 日当たり 7.0 g 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) Blum M, Harris SS, Must A, et al. Weight and body mass index at menarche are associated with premenopausal bone mass. *Osteoporos Int* 2001;12(7):588-94.
- 4) Han Z, Mulla S, Beyene J, 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.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) 健康日本 21 (第二次) 分析評価事業
- 14) 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.

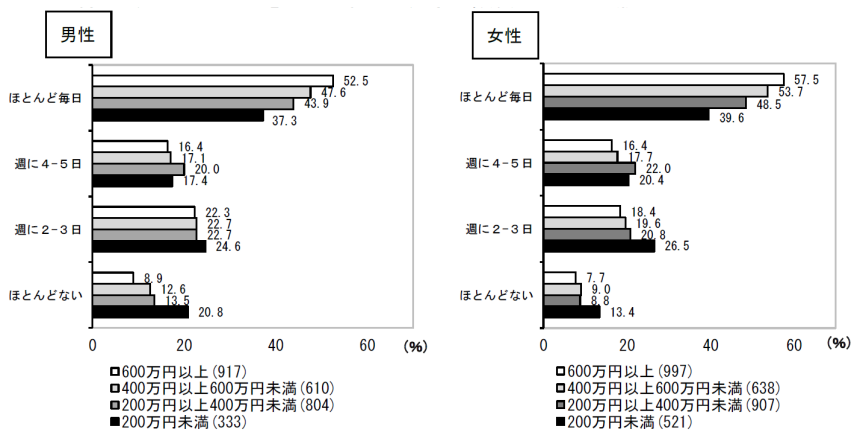
- 15) Xiuting Mo, Ruoyan Tobe Gai, Kimi Sawada, et al. Coronary heart disease and stroke disease burden attributable to fruit and vegetable intake in Japan: projected DALYS to 2060. BMC Public Health. 2019 Jun;19(1):707
- 16) Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G et al. Food Groups and Risk of Hypertension: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Studies. Adv Nutr. 2017 Nov;8(6):793-803.
- 17) 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.
- 18) 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.
- 19) 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.
- 20) Ikeda N, Inoue M, Iso H, 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.
- 21) 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.
- 22) 厚生労働省「日本人の食事摂取基準」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/eiyou/syokuji_kijyun.html

＜社会経済的要因による格差について＞

平成 30（2018）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（図表 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（図表 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、動物性たんぱく質が高く、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。

図表 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、男女別）



（出典）厚生労働省「平成 30 年国民健康・栄養調査」

図表 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）

		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	810	614	927			
	女性	529	909	644	1,001			
おいしさ	(%)							
	男性	65.5	73.3	76.9	78.5	★	★	
	女性	66.6	76.8	81.6	85.3	★	★	★
好み	(%)							
	男性	63.4	69.5	71.8	70.7	★		
	女性	66.3	65.2	64.3	71.5			
栄養価	(%)							
	男性	25.3	29.5	31.6	34.3	★		
	女性	45.1	55.9	60.7	62.1	★		
季節感・旬	(%)							
	男性	26.2	28.0	29.9	35.7	★	★	
	女性	39.8	54.0	59.2	60.0	★		
安全性	(%)							
	男性	40.1	40.8	46.2	45.3			
	女性	61.3	64.3	72.6	67.3	★	★	
価格	(%)							
	男性	49.4	54.0	50.9	50.6			
	女性	68.1	71.1	76.2	72.0			★

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」

〈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、循環器病、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、様々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・運動分野の取組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（NCDs）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（NCDs）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（NCDs）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	- 歩（令和 6 年度：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

※現状値は年齢調整していない値

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 ツールを用いて令和 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（図表 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⁾、目標値を現状値から 10%の増加（現状値×1.1）と設定した上で、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。

図表 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 （粗平均平成 22（2010）～令和元（2019）年）	7,424 (6,974-7,873)	4,892 (4,232-5,552)	5,890 (5,337-6,445)	4,580 (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 ※1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上実施し、1 年以上継続している者の割合を集計
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 年度：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%

※現状値は年齢調整していない値

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 ツールを用いて算出した令和 18（2036）年の予測値に 10% 加えた値が性・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（図表 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⁾、目標値を現状値に 10% 加えた値と設定し、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。

図表 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	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 ※評価には小学 5 年生女子の割合を用いる予定
データソース	スポーツ庁 全国体力・運動能力、運動習慣等調査 ¹⁷⁾ ※各曜日の回答の合計（総運動時間）が 60 分未満の割合を集計
現状値	小学 5 年生：女子 14.4%（令和 3 年度） ※男子 8.8%
ベースライン値	- %（令和 6 年度：令和 6 年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査 予定）
目標値	第 2 次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

成育医療等基本方針の目標値に合わせて、本項目の目標値も設定する予定。

なお、成育医療等基本方針における評価（小学 5 年生男子・女子、中学 2 年生男子・女子の 4 つの指標をそれぞれ別々に評価）とは異なり、本計画における評価に当たっては、第 4 章 1. ii に記載のとおり、1 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ものについても、項目全体としての目標値（男女合わせた目標値等）を設定し、1 つの指標で評価することとしている。そのため、本来であれば男女総計の目標を立てるべきところであるが、「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」の結果において、男女総計の値は集計されていないことから、評価のための代表的指標として、割合が高く改善余地のある小学 5 年生女子を用いることとする。

【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) Di Pietro 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.
- 17) スポーツ庁「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」
https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/toukei/kodomo/zencyo/1368222.htm

〈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（第二次）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^{14) 15) 16)}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）¹⁷⁾、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¹⁸⁾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」¹⁹⁾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」²⁰⁾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。

加えて、終業時刻から次の始業時刻の間に、一定時間以上の休息時間（インターバル時間）を設ける勤務間インターバル制度は、従業員の睡眠時間の確保、健康維持にもつながるものであり、企業における取組を広げていくことも必要である。

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 ※睡眠で休養が「充分とれている」又は「まあまあとれている」と回答した者を集計予定
現状値	78.3%（平成 30 年度：平成 30 年国民健康・栄養調査の結果より算出） ※20 歳～59 歳：70.4%、60 歳以上：86.8%
ベースライン値	- %（令和 6 年度：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%

※現状値は年齢調整していない値

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（図表 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、項目全体の目標とした。

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 ※新規集計予定
現状値	54.5%（令和元年度：令和元年国民健康・栄養調査の結果より算出） ※20歳～59歳：53.2%、60歳以上：55.8%
ベースライン値	- %（令和6年度：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%

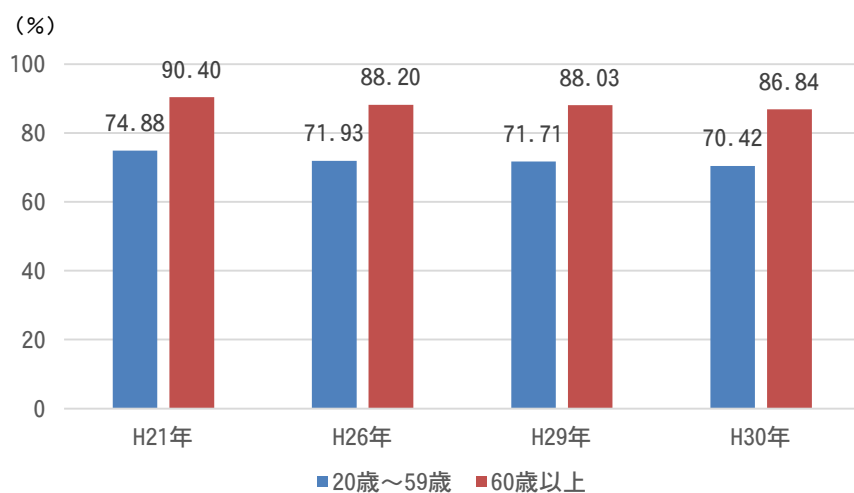
※現状値は年齢調整していない値

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（図表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²¹⁾ことから、年齢相応の生理的な睡眠必要量²²⁾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²³⁾ことから、年齢相応の生理的な睡眠必要量²²⁾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。

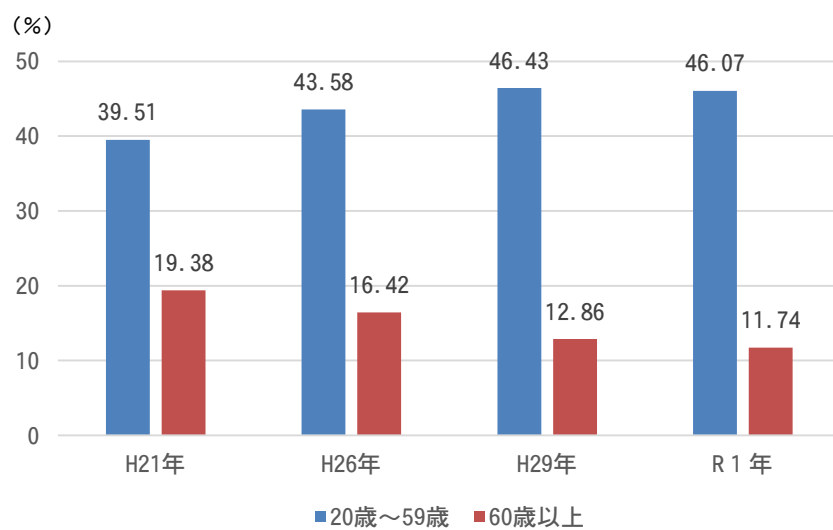
上記定義における十分な睡眠時間を確保できている者の割合は、20歳以上60歳未満の世代で減少傾向、60歳以上の世代ではほぼ横ばいの推移を示している（図表3）。これを踏まえ、20歳以上60歳未満の世代では平成21（2009）年より減少した分を回復させることを、60歳以上の世代では長時間臥床の是正という視点も踏まえ、さらに増加させることを目標とした。具体的には、20歳以上60歳未満、60歳以上それぞれで60%を達成することが目標であり、項目全体としては、全年代で60%を達成することを目標とした。

図表 1：睡眠で休養がとれている者の割合の年次推移



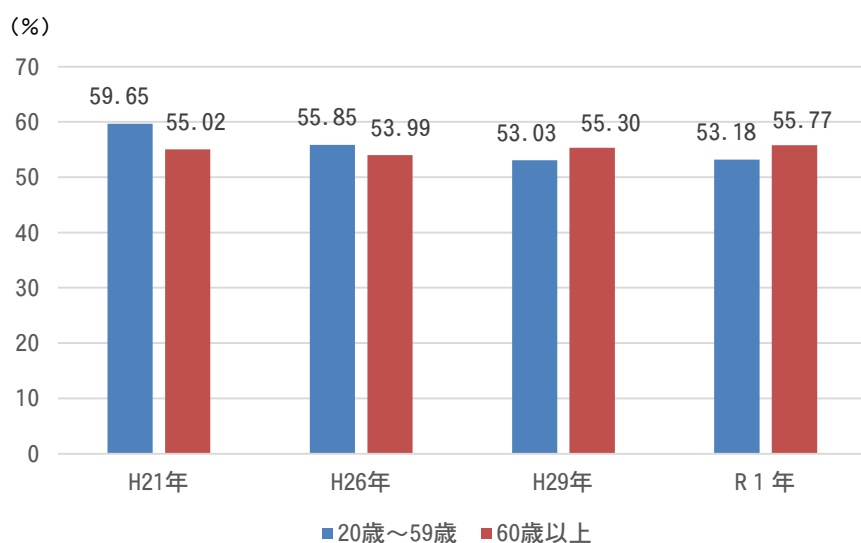
(出典) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 2：不十分な睡眠時間（睡眠不足（20～59 歳）・過剰（60 歳～））の者の割合の年次推移



(出典) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 3：睡眠時間が十分に確保できている者の割合の年次推移



(出典) 厚生労働省「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	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） ※毎年 1 月～12 月分のデータを集計 【非農林業：（週 60 時間以上の雇用者数 / （週 40～48 時間の雇用者数 + 週 49～59 時間の雇用者数 + 週 60 時間以上の雇用者数）） × 100】
現状値	8.8%（令和 3 年）
ベースライン値	- %（令和 6 年：令和 6 年労働力調査予定）
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の見直し等を踏まえて更新予定

「過労死等の防止のための対策に関する大綱」²⁰⁾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）」を目標とした。

なお、過労死等の防止のための対策に関する大綱の見直し等も踏まえて、本項目の目標値（目標年度）も更新していく予定である。

【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) 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.
- 15) 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.
- 16) Saitoh K, Yoshiike T, Kaneko Y, Utsumi T, Matsui K, Nagao K, et al. 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.
- 17) Yoshiike T, Utsumi T, Matsui K, Nagao K, Saitoh K, Otsuki R, et al. Mortality associated with nonrestorative short sleep or nonrestorative long time-in-bed in middle-aged and older adults. *Sci Rep*. 2022;12(1): 189.
- 18) Utsumi T, Yoshiike T, Kaneita Y, Aritake-Okada S, Matsui K, Nagao K, et al. The association between subjective-objective discrepancies in sleep duration and mortality in older men. *Sci Rep*. 2022;12(1): 18650.
- 19) Healthy People 2030. Sleep. <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/sleep>
- 20) 「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
- 21) 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.
- 22) 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.
- 23) 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.

〈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 40 g 以上、女性で 20 g 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、分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 (NCDs) 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 (NCDs) 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 44 g / 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 22 g / 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 (NCDs) 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 40 g、女性で 20 g 以上と定義し、目標を設定することとする。

② 20 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	国民健康・栄養調査 ※男性 40 g 以上：「毎日×2 合以上」＋「週 5～6 日×2 合以上」＋「週 3～4 日×3 合以上」＋「週 1～2 日×5 合以上」＋「月 1～3 日×5 合以上」、女性 20 g 以上：「毎日×1 合以上」＋「週 5～6 日×1 合以上」＋「週 3～4 日×1 合以上」＋「週 1～2 日×3 合以上」＋「月 1～3 日×5 合以上」を集計
現状値	11.8%（令和元年度） ※男性 14.9%、女性 9.1%
ベースライン値	- %（令和 6 年度：令和 6 年国民健康・栄養調査予定）
目標値	10%（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」の割合をベースライン値から 10 年間で 15%低減することを目指し、男性 13%、女性 6.4%を目標値としていたが、最終評価時点（令和元（2019）年値）でベースライン値と比較して男性では有意な変化を認めず、女性では悪化しており、いずれも目標値に到達していなかった（目標設定年度（令和 4（2022）年度）までの目標到達も難しいと考えられた）。そのため、まずは現行の目標（男性 13%、女性 6.4%）の達成を目指し、男女合わせた全体の目標値として 10%を設定した。

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	厚生労働科学研究による調査 ※この 30 日間で 1 日でも飲酒した者の割合を算出 ※中学 1 ～ 3 年・高校 1 ～ 3 年の男女の平均
現状値	2.2%（令和 3 年度：厚生労働科学研究「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」の調査結果 ²²⁾ より算出）
ベースライン値	- %（令和 6 年度：厚生労働科学研究「20 歳未満の喫煙、飲酒等の実態把握及び環境要因の解明のための研究」による調査予定）
目標値	0 %（令和 14 年度）

「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】

- 1) Anker JJ, Kushner MG. Alcohol Res. Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Anxiety: Bridging Psychiatric, Psychological, and Neurobiological Perspectives. 2019 Dec 30;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) 厚生労働省. がん対策推進基本計画第 4 期（令和 5 年 3 月）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001077564.pdf>
- 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, Suzuki K, Tatara K. 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, Kubo M, Tanizaki Y, Iwamoto H, 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, Kiyama M, Ishikawa Y, Mikami H. 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, Sasaki S, Okada K, Konishi M, 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, Date C, Yamamoto A, Kikuchi S, 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, Yamamoto S, Inoue M, Tsugane S; JPHC Study Group. 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, Sankai T, Naito Y, Sato S, 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, 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.
- 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, et al. 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, et al. 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, et al. 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.
- 22) 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.

〈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、我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、かつ成人期を通した喫煙継続につながりやすいことから⁶⁾、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。

※ F C T C 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 歳以上の者の喫煙率
データソース	国民健康・栄養調査 ※たばこ「毎日吸っている」又は「時々吸う日がある」と回答した者を集計 ※たばこは紙巻きたばこ、加熱式たばこ、その他のことをいう（電子たばこは含まない）。
現状値	16.7%（令和元年度）
ベースライン値	- %（令和 6 年度：令和 6 年国民健康・栄養調査予定）
目標値	12%（令和 14 年度）

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、最終評価時点（令和元（2019）年値）で目標値に到達しなかった（目標設定年度（令和 4（2022）年度）までの目標到達も危ぶまれた）。以上を踏まえ、目標値は引き続き 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	厚生労働科学研究による調査 ※この 30 日間で 1 日以上紙巻きたばこ又は加熱式たばこを喫煙した者の割合を算出 ※中学 1 ～ 3 年・高校 1 ～ 3 年の男女の平均
現状値	0.6%（令和 3 年度：厚生労働科学研究「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」の調査結果 ⁷⁾ より算出）
ベースライン値	- %（令和 6 年度：厚生労働科学研究「20 歳未満の喫煙、飲酒等の実態把握及び環境要因の解明のための研究」による調査予定）
目標値	0 %（令和 14 年度）

「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。

③ 妊娠中の喫煙をなくす

指標	妊婦の喫煙率
データソース	こども家庭庁 母子保健課調査 ※乳幼児健康診査問診回答状況（全国） ※「妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか。」の項目で把握：【妊娠中に喫煙がありと回答した人数/全回答者×100（分母に無回答は含めない。）】
現状値	1.9%（令和 3 年度：令和 3 年度母子保健課調査「乳幼児健康診査問診回答状況（全国）」 ⁸⁾ ）
ベースライン値	- %（令和 6 年度までの最新値）
目標値	第 2 次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

【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.
<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」..
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.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
- 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」.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf>
- 7) 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.
- 8) 令和 3 年度母子保健事業の実施状況等について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_30143.html

〈6〉 歯・口腔の健康

背景

歯・口腔の健康は、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしている。近年は口腔の健康が全身の健康にも関係していることが指摘されるなど、全身の健康を保つ観点からも、歯・口腔の健康づくりへの取組が必要となっている。平成 23（2011）年 8 月に施行された歯科口腔保健の推進に関する法律では、歯科口腔保健の推進に関する基本理念等が定められており、国及び地方公共団体の責務等が示されている。なお、同法において歯科口腔保健に関する施策推進するための基本的な事項を定めることとされている。

令和 6（2024）年度から令和 17（2035）年度までの歯科口腔保健施策等を総合的に推進するための基本的な事項については、健康日本 21（第三次）と連携を図りながら、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第 2 次）」（歯・口腔の健康づくりプラン）として取り組むものとしている。歯・口腔の健康づくりプランにより、全ての国民にとって健康で質の高い生活を営む基盤となる生涯を通じた歯科口腔保健を実現するために、国及び地方公共団体の歯科口腔保健に係る施策等を総合的に推進していく。

基本的な考え方

上記のように本領域と歯・口腔の健康づくりプランは内容面で関連が強いことから、歯・口腔の健康づくりプランにおいて設定されている目標の中から、特に予防・健康づくりの推進と関係の強い項目を、共通の目標として設定した。

① 歯周病を有する者の減少

歯周病は、歯の喪失をもたらす主要な原因疾患¹⁾であるとともに、歯周病と糖尿病や循環器疾患等の全身疾患との関連性^{2) 3)}も指摘されていることから、その予防は生涯を通じての重要な健康課題のひとつである。歯周病を有する者を減少させることにより歯の喪失を防止するとともに、糖尿病等の全身疾患の重症化リスクの軽減等により全身の健康の保持・増進に寄与することも期待される。

歯周炎が顕在化し始めるのは 40 歳以降といわれており、平成 28（2016）年の歯科疾患実態調査によると、40 歳以上の者で 4 mm 以上の歯周ポケットを有する歯周炎を有する者は 56.2%（年齢調整値）に達している。一方で、歯周病の発症予防については若年層での歯肉炎への対策も重要であることや、高齢になってもより多く自分の歯を保つ者が増加し歯の寿命が延びていることから、生涯を通じた切れ目のない対策が必要である。

こうしたことを踏まえ、生涯を通じて歯周病対策を総合的に評価する観点から、「40 歳以上における歯周炎を有する者の割合」を本目標の指標として設定した。

② よく噛んで食べることができる者の増加

口腔機能は、健康で質の高い生活を営むために不可欠な摂食や構音等に密接に関連するものであり、健康寿命の延伸や生活の質の向上に関係している^{4) 5)}ことから、生涯を通じて口腔機能の獲得・維持・向上を図ることが望ましい。特に、咀嚼機能については、主観的な健康感や運動機能と密接な関連性を有するとの研究知見⁶⁾も多く、高齢者における咀嚼機能の低下は、摂取できる食品群にも大きな影響を与えられている。また、口腔機能は、

う蝕や歯周病等に起因する歯の喪失が関係する。このため、よく噛んで食べることができる者は、国民の歯・口腔の状況について、器質的及び機能的な要素を含めて、総合的に評価し得る指標と考えられる⁷⁾。

口腔機能は中年期頃から低下し始めるという報告⁸⁾もあり、中年期からの口腔機能の維持及び口腔機能が低下した際は回復・向上を図ることが重要であることから、中年期以降の口腔機能の状況を把握する指標として、「50 歳以上における咀嚼良好者の割合」を設定した。

③ 歯科検診の受診者の増加

定期的な歯科検診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく寄与する⁹⁾ため、生涯を通じて歯科検診を受診し、歯科疾患の早期発見・重症化予防等を図ることが重要である。定期的に自身の歯・口腔の健康状態を把握することで、受診者の状況に応じて、歯科医療機関への受療に適切につながることも期待される。

以上から、歯・口腔の健康づくりのストラクチャーやアウトプットに係る項目として「歯科検診の受診者の増加」を目標として設定した。

① 歯周病を有する者の減少

指標	40 歳以上における歯周炎を有する者の割合（年齢調整値）
データソース	歯科疾患実態調査
現状値	57.2%（平成 28 年度） ※年齢調整していない値 （参考）56.2%（平成 28 年度） ※平成 27（2015）年モデル人口を用いて年齢調整した値
ベースライン値	- %（令和 6 年度：令和 6 年歯科疾患実態調査予定）
目標値	40%（令和 14 年度）

過去 4 回分の歯科疾患実態調査の結果から、40 歳以上における歯周炎を有する者の割合（平成 27（2015）年平滑化人口による年齢調整値）を算出し、線形回帰モデルによる将来推計を行ったところ、モデルの適合度が低く、また、将来予測値が増加傾向にあった。このため、目標値の設定には将来予測を用いず、過去 4 回の歯科疾患実態調査において最も低い 46.8%（平成 23（2011）年）より低い値とすることを目標として、40%を目標値として設定した。

② よく噛んで食べることができる者の増加

指標	50 歳以上における咀嚼良好者の割合（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査 ※「何でもかんで食べることができる」と回答した者（50 歳以上）の割合を集計予定
現状値	71.0%（令和元年度：令和元年国民健康・栄養調査の結果より算出） ※年齢調整していない値 （参考）72.2% （令和元年度：令和元年国民健康・栄養調査の結果より算出） ※平成 27（2015）年モデル人口を用いて年齢調整した値
ベースライン値	- %（令和 6 年度：令和 6 年国民健康・栄養調査予定）
目標値	80%（令和 14 年度）

国民健康・栄養調査の生活習慣調査の「何でもかんで食べることができる」と回答した者を咀嚼良好者とし、50 歳以上における咀嚼良好者の割合（平成 27（2015）年平滑化人口による年齢調整）を算出したところ、70%前半台で推移していた。過去 5 回分の数値から、線形回帰モデルによる将来推計を行ったところ、モデルの適合度は低かった。このため、目標値の設定には将来予測を用いずに、過去 5 回の国民健康・栄養調査において最も高値であった 75.0%（平成 25（2013）年）よりも高い値とすることを目標として、80%を目標値として設定した。

③ 歯科検診の受診者の増加

指標	過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合
データソース	歯科疾患実態調査又は国民健康・栄養調査（調整中）
現状値	52.9%（平成 28 年度：平成 28 年国民健康・栄養調査）
ベースライン値	- %（令和 5 年度又は令和 6 年度：令和 5 年国民健康・栄養調査又は令和 6 年歯科疾患実態調査予定（調整中））
目標値	95%（令和 14 年度）

※現状値は年齢調整していない値

過去 3 回の国民健康・栄養調査の結果をもとに、線形回帰モデルによる将来予測を行ったところ、モデルの適合性は高く、令和 14（2032）年の予測値は 96.3%であった。このため、将来予測値の近似値である 95%を目標値として設定した。

【参考文献】

- 1) Bruce L Pihlstrom, et al. Periodontal diseases. Lancet 2005; 366:1809-20.
- 2) Nguyen ATM, et al. The association of periodontal disease with the complications of diabetes mellitus. A systematic review. J.Diabetes Res Clin Pract. 2020;165:108244.
- 3) Preshaw PM, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. Diabetologia. 2012; 55(1): 21-31.
- 4) Matsuyama Y, et al. Dental status and compression of life expectancy with disability. J Dent Res 2017; 96:1006-1013.
- 5) Yamamoto S, et al. Masticatory performance and health-related quality of life and after complete denture treatment. J Prosthodontic Res 2018;62: 370-374.
- 6) Watanabe Y, et al. Oral health for achieving longevity. Geriatr Gerontol Int 2020;20:526-538.
- 7) Motokawa K, et al. Relationship between chewing ability and nutritional status in Japanese older adults: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health 2021;18:1216.
- 8) Iyota K, et al. A cross-sectional study of age-related changes in oral function in healthy Japanese individuals. Int j Res Environ Res Public Health 2020; 17: 1376.
- 9) Furuta M, et al. Baseline periodontal status and modifiable risk factors are associated with tooth loss over a 10-year period: Estimates of population attributable risk in a Japanese community. J Periodontal 2022;93:526-536.

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。このため、生活習慣の改善等により多くが予防可能であるがん、循環器病、糖尿病及びCOPDに関する目標を設定する。なお、国際的には、これら4つの疾患を重要なNCDsとして捉えられ、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）年の死亡者は約38万人で総死亡の約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、依然として国民の生命と健康にとって重大な問題である。

こうした背景から、がん対策の一層の充実を図るため、平成18（2006）年に、「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⁾（以下この章において「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³⁾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、塩蔵食品の過剰摂取等があげられることから⁴⁾、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し早期に治療することで、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³⁾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⁵⁾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³⁾。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合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 ※各年（1～12 月）の罹患データをおおよそ 3 年後に公表、全数調査 ※上皮内がんを除く ※全部位、年齢調整罹患率 日本人口 総数 ※年齢調整罹患率の基準人口は昭和 60 年モデル人口
現状値	387.4（令和元年：全国がん登録 平成 31 年報告 ⁶⁾ ） ※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 ※総数は男女及び性別不詳の合計 ※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 年モデル人口を使用。
ベースライン値	-（令和 6 年：令和 6 年の年齢調整罹患率を採用予定）
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」と設定した。今後基本計画の見直しに合わせて、本項目の指標や目標値（目標年度）も更新していく予定である。

なお、目標値が具体的数値ではなく「減少」であるため、第 4 章 1. iii に記載の「（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の評価方法に沿って評価を行う。

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 ※毎年 1～12 月のデータを集計、全数調査 ※年齢調整死亡率の基準人口は昭和 60 年モデル人口
現状値	110.1（令和 3 年） ※男性 146.1、女性 82.2 ※年齢調整死亡率の基準人口は昭和 60 年モデル人口を使用
ベースライン値	-（令和 6 年：令和 6 年の年齢調整死亡率を採用予定）
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」と設定した。今後基本計画の見直しに合わせて、本項目の指標や目標値（目標年度）も更新していく予定である。

なお、目標値が具体的数値ではなく「減少」であるため、第4章1．iiiに記載の「（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の評価方法に沿って評価を行う。

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（大規模調査：3年ごと） ※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。
現状値	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%（令和元年度）
ベースライン値	胃がん（男性）- %、胃がん（女性）- %、 肺がん（男性）- %、肺がん（女性）- %、 大腸がん（男性）- %、大腸がん（女性）- %、 子宮頸がん- %、乳がん- % （令和4年度：令和4年国民生活基礎調査（大規模調査）予定）
目標値	60%（令和10年度） ※基本計画の見直しに合わせて更新予定

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%と設定した。今後基本計画の見直しに合わせて、本項目の指標や目標値（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。

なお、8種類のがん検診全ての受診率を60%とすることが目的であるため、評価に関しては、8種類全て60%に達した場合を目標到達（A）、最小変化範囲である30%にあたる $8 \times 0.3 = 2.4$ 種類以上、すなわち3種類以上のがん検診で60%に達していた場合を改善（B）、0から2種類のがん検診で60%に到達していた場合を変化なし（C）と評価することとする。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省. がん対策基本法
https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=418AC1000000098_20161216_428AC0100000107
- 2) 厚生労働省. がん対策推進基本計画
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html>
- 3) 厚生労働省. がん対策推進基本計画第4期（令和5年3月）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001077564.pdf>
- 4) 厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業)による「生活習慣改善によるがん予防法の開発に関する研究」班(2003～2011年度).
https://epi.ncc.go.jp/files/02_can_prev/201203pamphlet_0307.pdf
- 5) 厚生労働省. 令和3年(2021)人口動態統計(確定数)の概況 統計表第7表.
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei21/dl/11_h7.pdf
- 6) 全国がん登録. [全国がん登録 全国がん登録罹患数・率].
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?tclass=000001121741&cycle=7&year=20190>

〈2〉循環器病

背景

脳卒中・心臓病などの循環器病は、がんと共に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（以下この章において「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（以下この章において「基本計画」という。）に沿って循環器病対策が行われている。

循環器病の危険因子は、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、糖尿病等があり、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（細小血管障害等）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（2023）年度から開始された第 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ことは困難であり、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共に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^{1) -3)}。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病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⁴⁾。

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ことが報告されているが⁶⁾、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又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 特定健康診査の実施率の向上

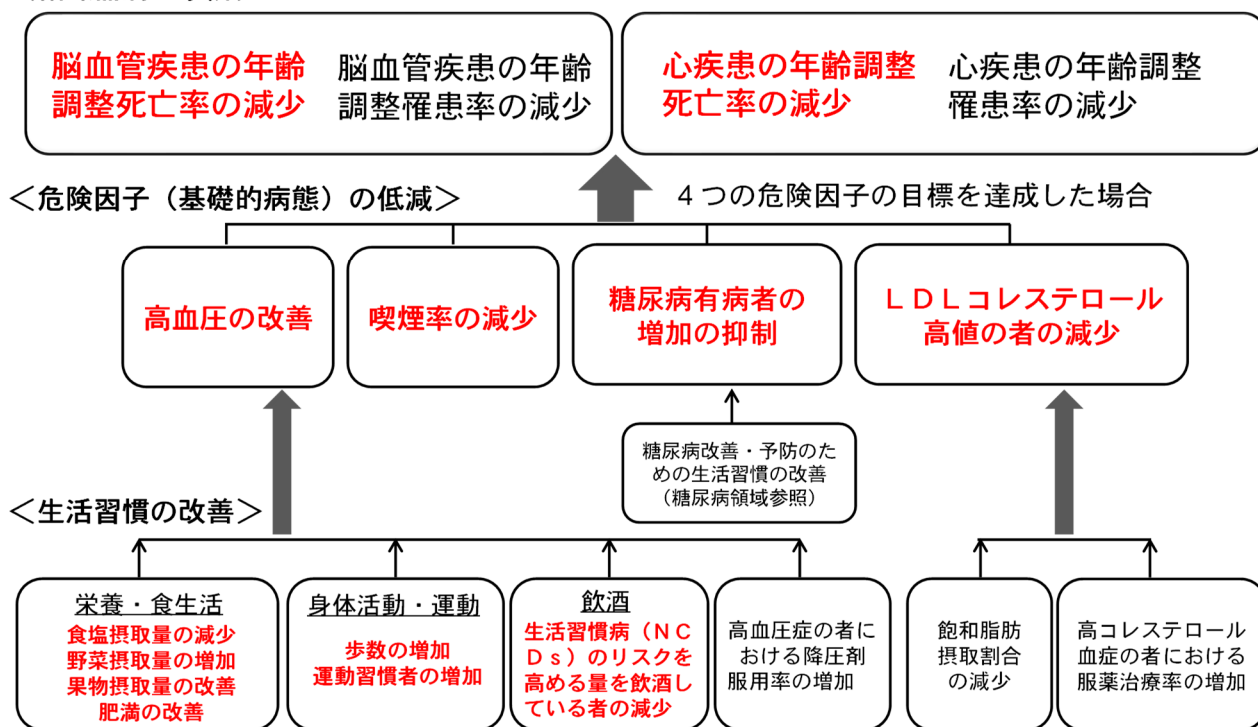
⑥ 特定保健指導の実施率の向上

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」「特定健康診査の実施率の向上」「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 1）

図表 1：循環器病領域のロジックモデル

＜循環器病の予防＞



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

赤字：健康日本21（第三次）の目標となっているもの

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） ※評価には男性の脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率を用いる予定
データソース	人口動態統計（確定数） ※毎年 1～12 月のデータを集計 ※年齢調整死亡率の基準人口は平成 27 年モデル人口
現状値	男性 287.5（脳血管疾患 93.7＋心疾患 193.8）（令和 3 年） ※女性 165.3（脳血管疾患 55.1＋心疾患 110.2） ※端数処理後の小数第 1 位までの数値を足し合わせているため正確な数値とは異なる場合がある
ベースライン値	-（令和 6 年：令和 6 年の年齢調整死亡率予定）
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）年度の目標値を設定した。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。

なお、基本計画においては脳血管疾患（男性、女性）、心疾患（男性、女性）それぞれが別の指標として設定されているが、本計画における評価に当たっては、第4章1. iiに記載のとおり、1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ものについても、項目全体としての目標値（男女合わせた目標値等）を設定し、1つの指標で評価することとしている。そのため、本来であれば男女総計の目標を立てるべきところであるが、人口動態統計において、男女総計の年齢調整死亡率は公表されていないことから、死亡率が高く改善の余地のある男性を評価のための代表的指標として用い、脳血管疾患と心疾患の合計の死亡率で評価することとする。

また、目標値が具体的数値ではなく「減少」であるため、第4章1. iiiに記載の「（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」の評価方法に沿って評価を行う。

② 高血圧の改善

指標	収縮期血圧の平均値（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 ※血圧を下げる薬の使用者含む ※40歳以上を集計予定
現状値	131.1mmHg ※男性 133.9mmHg、女性 129.0mmHg （令和元年度：令和元年国民健康・栄養調査（特別集計）） 133.6mmHg ※男性 136.9mmHg、女性 131.2mmHg （平成30年度：平成30年国民健康・栄養調査（特別集計）） ※平成30年までは水銀血圧計、令和元年以降はハイブリット血圧計を使用
ベースライン値	- mmHg（令和6年度：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5 mmHgの低下（令和14年度） ※令和6年国民健康・栄養調査の結果を用いて具体的数値を設定予定

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、〔1〕肥満、〔2〕食塩、〔3〕野菜・果物、〔4〕飲酒、〔5〕運動である。

- 〔1〕 肥満：令和元（2019）年では、20～60歳代男性、40～60歳代女性のうち、BMI 25以上の割合は、それぞれ35.1%、22.5%であり、令和14（2032）年の目標値は30.0%、15.0%である。日本人集団におけるBMI 25以上の者とBMI 25未満の者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：令和元（2019）年の食塩摂取量は男性10.9g、女性9.3g、令和14（2032）年の目標値は男女とも7.0gであり、減少量は男性で3.9g、女性で2.7gである。平成30（2017）年の国民健康・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：令和元（2019）年における野菜摂取量は、男性では288.3g、女性では273.6g、令和14（2032）年の目標値は男女とも350gであり、増加量は男性で61.7g、女性で76.4gである。また果物摂取量（ジャム除く）は、令和元（2019）年時点で、男性では86.3g、女性では109.8g、令和14（2032）年の目標値は200gであり、増加量は男性113.7g、女性90.2g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、健康日本21（第二次）と同様に野菜・果物100g当たり200mgのカリウムが含まれていると仮定した。この場合、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が、これはそれぞれ9.0mmol、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：令和元（2019）年における「生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者」の割合は、男性14.9%、女性9.1%である。令和14（2032）年の目標値は男性で13%、女性で6.4%であるため、期待される減少量は、それぞれ1.9ポイント、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⁾。これを踏まえると、男性では、全体の1.9%の者の平均血圧値は5mmHg低下するため、集団全体の平均は0.1mmHg低下する。女性の場合、「リスクを高める飲酒量」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)}、運動療法により収縮期血圧が2～5mmHg低下することが記載されている。ここでいう「運動」とは、120～160分/週の“moderate to vigorous physical activity（MVPA）”であり（毎日20分程度）、強度としては、日常生活で行われているような普通の歩行から、ある程度の強さを持った運動療法が含まれていると考えられる。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1,000歩の増加を目指している。20分の歩行は約2,000歩、1,000歩だと10分の歩行に相当することから、あくまで推定であるが毎日1,000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%から40%への増加を目標）も別途設定されており、その効果も期待できる。通常速度の歩

行はM V P Aに含まれるが、介入研究で実施されている運動療法より強度が弱い可能性があり、また血圧低下効果が大きい介入研究は少人数を対象としたものが多い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5.81mmHg（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4.52mmHg（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ともに、収縮期血圧の平均値5mmHgの低下とした。

③ 脂質（L D L コレステロール）高値の者の減少

指標	L D L 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 ※コレステロールを下げる薬又は中性脂肪（トリグリセライド）を下げる薬の使用者含む ※40 歳以上を集計予定
現状値	11.0% ※男性 9.1%、女性 12.3% （令和元年度：令和元年国民健康・栄養調査（特別集計））
ベースライン値	- %（令和 6 年度：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） ※令和 6 年国民健康・栄養調査の結果を用いて具体的数値を設定予定

健康日本 21（第二次）においては、L D L 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%）と設定していたが、最終評価時点（令和元（2019）年値）で男女ともにベースライン値から有意な変化を認めず目標値に到達しなかった（目標設定年度（令和 4（2022）年度）までの目標到達も難しいと考えられた）。また、ベースライン値との比較では有意差を認めないものの、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。

以上のことから、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値から 25%の減少を目標値として設定することとした。なお、具体的な目標値は、令和 6 年度の調査結果を見て設定する。

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

指標	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） ※年齢調整の基準は平成 20 年 3 月 31 日時点の住民基本台帳人口を用いる予定 ※血糖判定基準に「Glu \geq 110mg/dl、又は HbA1c \geq 6.0%」を用いており、厳密にはメタボリックシンドロームの診断基準とは異なる
データソース	特定健康診査・特定保健指導の実施状況 ※性別・年齢階層別（5 歳階級）に【（メタボリックシンドローム該当者数＋メタボリックシンドローム予備群者数）/特定健康診査受診者数】でメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合を算出し、平成 20 年 3 月 31 日時点の住民基本台帳人口に乗じて年齢調整した推計値を算出する予定
現状値	約 1,619 万人（令和 3 年度：2021 年特定健康診査・特定保健指導の実施状況より算出） ※平成 20 年 3 月 31 日時点の住民基本台帳人口を用いた年齢調整値 （参考）健康日本 21(第二次)最終評価で用いた値 粗データ：約 1,516 万人（令和元年度） ※特定健康診査対象者数に乗じて算出
ベースライン値	約 - 万人（令和 6 年度の値を使用予定）
目標値	第 4 期医療費適正化計画に合わせて設定 ※医療費適正化計画の見直し等を踏まえて更新予定

（糖尿病領域を参照）

⑤ 特定健康診査の実施率の向上

指標	特定健康診査の実施率
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	56.5%（令和 3 年度）
ベースライン値	- %（令和 6 年度予定：2024 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況の値を採用予定）
目標値	第 4 期医療費適正化計画に合わせて設定 ※医療費適正化計画の見直し等を踏まえて更新予定

（糖尿病領域を参照）

⑥ 特定保健指導の実施率の向上

指標	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	24.6%（令和3年度）
ベースライン値	- %（令和6年度予定：2024年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況の値を採用予定）
目標値	第4期医療費適正化計画に合わせて設定 ※医療費適正化計画の見直し等を踏まえて更新予定

（糖尿病領域を参照）

【参考文献】

- 1) Hozawa A, Okamura T, Murakami Y, Kadowaki T, Nakamura K, Hayakawa T, et al. Joint impact of smoking and hypertension on cardiovascular disease and all-cause mortality in Japan: NIPPON DA TA80, a 19-year follow-up. *Hypertens Res* 2007; 30: 1169-75.
- 2) Ikeda A, Iso H, Yamagishi K, Inoue M, Tsugane S. 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, Ueshima H. 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, Harada A, Taguri M, Kushiro T, 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, Murakami Y, Sakurai M, Nakagawa H, 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, Yonemoto K, Hata J, Kubo M, 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, Tamakoshi K, Taguri M, Harada A, 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, Murakami Y, Nagasawa S, Okamura T, 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, Sasaki S, Ozawa H, Tsushima M, 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, Jesus JM, Miller NH, Hubbard VS, 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, He J. 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

我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（図表 1）、我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²⁾³⁾、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスク因子となる⁴⁾ほか、認知症⁵⁾や大腸がん⁶⁾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⁷⁾ことから適切な対策が必要である⁸⁾⁹⁾。糖尿病腎症による新規透析導入患者数は令和 3（2021）年で 15,271 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¹⁰⁾とともに（図表 2）、成人の中途失明の主要な要因でもあり、平成 27（2015）年に新たに身体視覚障害と認定された者の原因疾患の第 3 位（12.8%）に位置している¹¹⁾。

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切れ目なく講じていくことが、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¹²⁾⁻¹⁵⁾、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い。

一次予防とは「糖尿病の発症予防」、二次予防とは「糖尿病の適切な治療による合併症の予防」、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」であり、それぞれ以下のとおり目標を設定する。

① 糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少

糖尿病合併症である細小血管障害（神経障害、網膜症、腎症）、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」を三次予防に関する目標として設定する。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」が循環器病領域の目標項目として設定されている。

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（糖尿病の適切な治療による合併症の予防）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¹⁶⁾、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¹⁷⁾。

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 特定健康診査の実施率の向上（再掲）

⑦ 特定保健指導の実施率の向上（再掲）

一次予防（発症予防）のアウトカム指標としては「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「特定健康診査の実施率の向上」「特定保健指導の実施率の向上」を目標とする。

メタボリックシンドロームは2型糖尿病や高血圧症等の前段階の状態を示すものであり、循環器病領域と糖尿病領域に共通の目標として設定されているが、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」は約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。

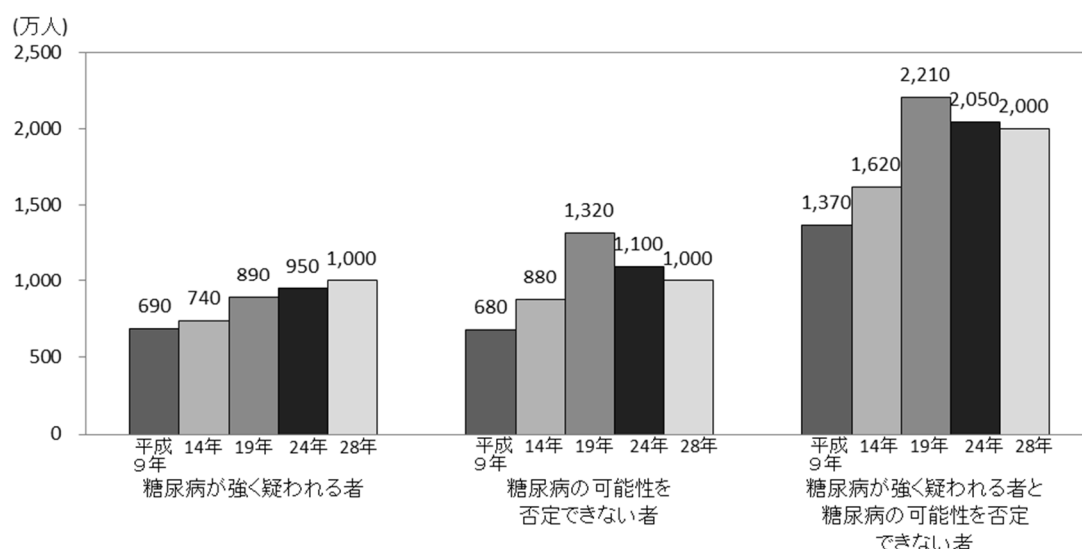
2型糖尿病は生活習慣の影響のみで発症するわけではなく、遺伝的素因等も関与していることには十分に留意する必要があるが、健康づくりによる予防の観点からは、生活習慣や環境の改善は重要な要素である。

食生活の乱れや多量飲酒¹⁸⁾、身体活動量の低下¹⁹⁾等の生活習慣が発症・重症化に大きく関与する²⁰⁾とともに、受動喫煙を含めた喫煙²¹⁾²²⁾、睡眠の質・量の低下²³⁾²⁴⁾、うつ傾向や精神的ストレス²⁵⁾²⁶⁾が発症の危険因子であることや、歯周病が血糖コントロールに影響を与えること²⁷⁾等が報告されている。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¹⁵⁾²⁸⁾²⁹⁾ 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、循環器病領域で設定される「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。(図表3)

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³⁰⁾⁻³⁴⁾、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。

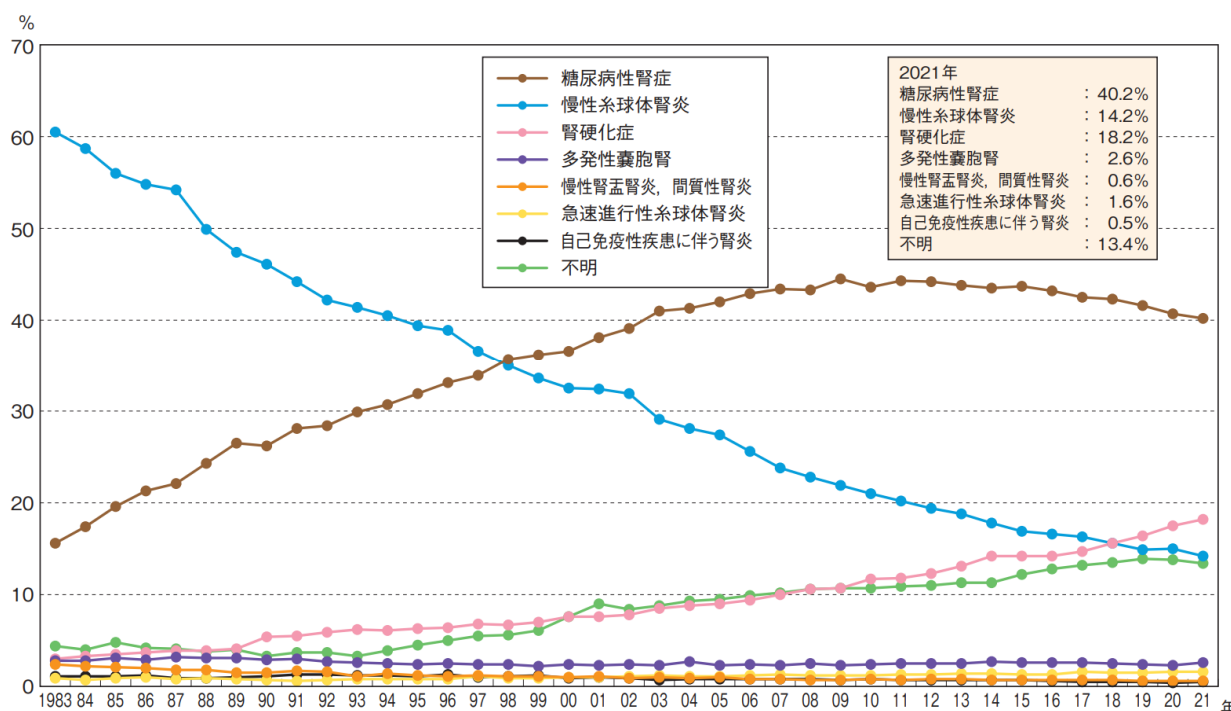
なお、新規透析導入患者の原因疾患としては糖尿病腎症が最多であるものの、腎硬化症も近年増加傾向にあり（図表2）、健康づくりによる予防の観点からCKD（慢性腎臓病）を減少させていくためには、循環器病領域で目標として設定した高血圧や脂質異常症に関する対策も重要である。

図表1：「糖尿病が強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」の推計人数の年次推移（20歳以上、男女計）（平成9（1997）年、平成14（2002）年、平成19（2007）年、平成24（2012）年、平成28（2016）年）



（出典）厚生労働省「平成28年国民健康・栄養調査の概要」

図表2：新規透析導入患者の原疾患割合の推移（昭和58（1983）年～令和3（2021）年）

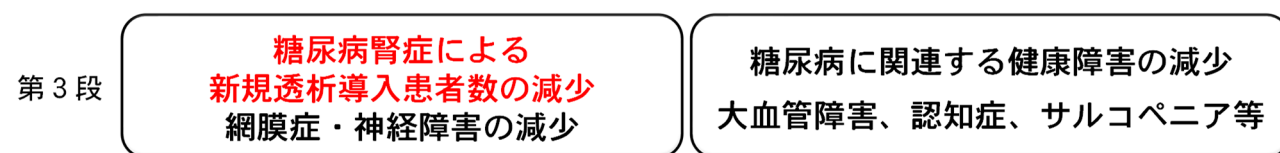


（患者調査による集計）

（出典）日本透析医学会「わが国の慢性透析導入療法の現況（2021年12月31日現在）」

図表 3：糖尿病領域のロジックモデル

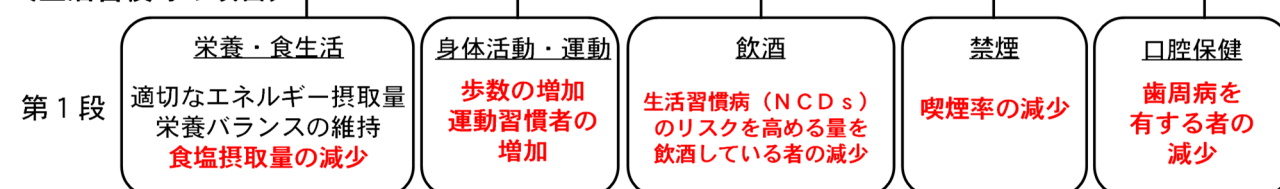
＜重症化予防＞



＜包括的なリスク管理＞



＜生活習慣等の改善＞



生活習慣の改善は、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「飲酒」「喫煙」「歯・口腔」の領域と連携（環境整備含む）

赤太字：健康日本21（第三次）の目標となっているもの

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」
現状値	15,271 人（令和 3 年度：令和 3 年 12 月 31 日時点）
ベースライン値	- 人（令和 6 年度：令和 6 年末の値を採用予定）
目標値	12,000 人（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。

なお、本項目は将来予測を行った上で、そこからの抑制を目標としていることから、第 4 章 1. iii に記載の「将来予測からの抑制を目指して目標値設定した項目」の評価方法に沿って評価を行う予定。

- 〔1〕 3つの年齢区分（40～64歳、65歳～74歳、75歳以上）別に、平成23（2011）年～令和元（2019）年の新規透析導入患者数（人口100万人当たり）を算出し、trend-analysis ツールを用いて将来推計を実施（図表4）

※年齢区分別の新規透析導入患者数は、日本透析学会に申請の上、提供を受けた

新規透析導入患者数（人口100万人当たり）の将来予測値（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）人口推計（40～64歳：39,164千人、65～74歳：14,405千人、75歳以上：22,792千人）を用いて年齢区分別に新規透析導入患者数の予測値を算出

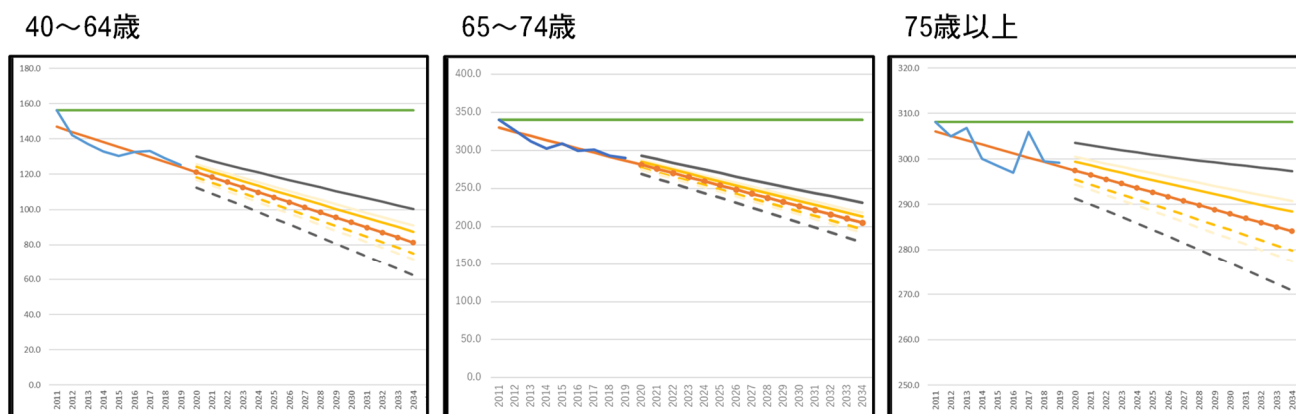
新規透析導入患者数の将来予測値（令和14（2032）年度）
: 40～64歳：3,407人、65～74歳：3,112人、75歳以上：6,518人、
合計推計：13,037人

- 〔3〕 将来予測値の13,037人から約8%の減少を目指し、目標値は12,000人（令和14年度）とする。

（留意点）

- ・将来人口推計：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」を使用
- ・年齢区分別の新規透析導入患者数は、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。

図表4：年齢区分別の新規透析導入患者数（人口100万人当たり）の将来予測



人口100万人対（2011年→2019年→2032年）

156→125→87

340→290→216

308→299→286

(参考)「糖尿病性腎症による年間新規透析導入率※」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。

※糖尿病有病者数（推定値）から前年年末透析患者数を減じたものを分母とし、その年の新規透析導入患者数を分子として算出

- ・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（2018）年末の糖尿病による透析患者数：127,745 人
- ・令和元（2019）年の新規透析導入患者数；16,019 人

⇒ 年間新規透析導入率＝16,019/（1,150 万人－127,745）＝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 ※「これまでに医療機関や健診で糖尿病といわれたことの有無」に「有」と回答した者のうち、「現在糖尿病治療の有無」に「有」と回答した者の割合を集計予定 ※HbA1c の測定値があり、「これまでに医療機関や健診で糖尿病といわれたことの有無」及び「現在、糖尿病治療の有無」が有効回答である者を集計対象とする予定
現状値	67.6％（令和元年度：令和元年国民・健康栄養調査特別集計）
ベースライン値	－％（令和 6 年度：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)においても 75％を目標値としていたが、最終評価時点(令和元(2019)年値)でベースライン値から有意な変化を認めず、目標値に到達しなかった(目標設定年度(令和 4 (2022) 年度)までの目標到達も難しいと考えられた)ことから、引き続き 75％を目指す。

なお、評価の際には、詳細分析として年齢調整値も参考することや、年齢区分別の分析を行うことも重要である。

(参考) 令和元年国民・健康栄養調査の結果では、HbA1c の測定値があり、「これまでに医療機関や健診で糖尿病といわれたことの有無」、「現在、糖尿病治療の有無」及び「現在、どのような状況ですか」が有効回答である者を集計対象としているため、本指標の現状値とは数値が異なる。

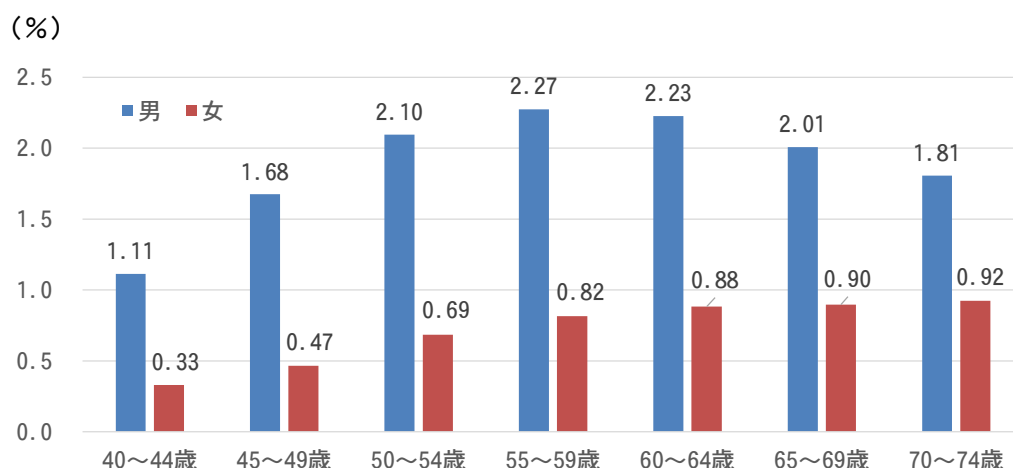
③ 血糖コントロール不良者の減少

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 ※ヘモグロビン都道府県別性年齢階級別分布 ※HbA1c「8.0以上8.4未満」又は「8.4以上」の者の割合を算出 【(「8.0以上8.4未満」又は「8.4以上」の都道府県別人数の全国合計値/HbA1cが測定され登録されている全国合計人数)×100】 ※都道府県判別不可も含む
現状値	1.32%（令和元年度：第7回NDBオープンデータ（平成31年度特定健診情報）より算出） ※男性：1.86%、女性：0.71% （参考）健康日本21（第二次）最終評価で用いた値 HbA1c 8.4%以上の者の割合：0.94%（令和元年度） ※都道府県判別不可を集計対象に含まず算出。
ベースライン値	- %（令和6年度予定：NDBオープンデータ（令和6年度の特定健診情報）より算出予定）
目標値	1.0%（令和14年度）

健康日本21（第二）においてはHbA1c8.4%以上の者の割合について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（2019）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（2032）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。

なお、本指標のデータは性・年齢別で差があり、特に男性の就労世代に課題が認められる（図表5）こと等から、評価の際には、性・年齢階級別の分析を行うことが望ましい。

図表 5 : HbA1c8.0%以上の者の割合



(出典) 第7回NDBオープンデータ(平成31年度の特定健診情報)より作成

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:大規模調査以外の年も含む令和元年までの結果からの推計)
ベースライン値	約1万人(令和6年度:令和6年国民健康・栄養調査予定)
目標値	1,350万人(令和14年度) ※20~79歳:950万人(令和14年度)

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約1,410万人から約30%の減少を目指し、令和4(2022)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(2019)年時点の参考値(大規模調査以外の年も含む令和元(2019)年までの結果からの推計)である約1,150万人³⁵⁾を用いて評価を行ったが、これは、当初の令和元(2019)年時点の将来予測値である約1,210万人から約5%の抑制という結果であった。

今回、性・年齢区分(20~39歳、40~49歳、50~59歳、60~69歳、70歳以上)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(2032)年度には糖尿病有病者数は約1,448万人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6.7%の抑制を図ることを目指して、目標値を1,350万人と設定した。

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とともに、詳細分析として、20~79歳の糖尿病有病者数についても分析するのが望ましい。

(20～79 歳の有病者数の将来予測値は約 1,002 万人であり、予測値から約 5%の減少を目指す
すと 20～79 歳の有病者数の目標値は 950 万人（令和 14（2032）年度）となる。）

- 将来予測値（男女計）：20 歳以上全年齢：約 1,448 万人
※20～79 歳 ：約 1,002 万人

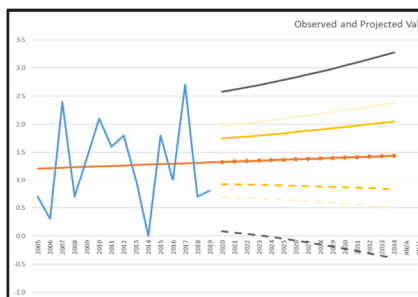
※20～79 歳における糖尿病有病者数の将来予測にあたっては、70～79 歳の糖尿病有病者の割合も 70 歳以上の割合と同じであると仮定し、70 歳以上の糖尿病有病者の割合の予測値（男性 31.82%、女性 24.90%）を代用して計算した。

なお、本項目は増加の抑制を目標としていることから、第 4 章 1. iii に記載の「将来予測からの抑制を目指して目標値設定した項目」の評価方法に沿って評価を行う予定。

図表 6-1 : 年齢区分別の糖尿病有病者の割合の将来予測 (男性)

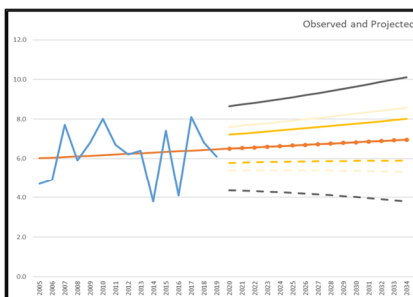
20-39歳男性

2032年 1.42 (0.85-2.00) %



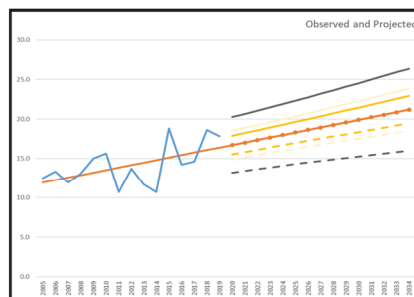
40-49歳男性

2032年 6.89 (5.90-7.89) %



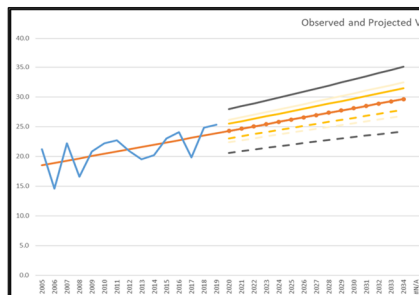
50-59歳男性

2032年 20.53 (18.90-22.17) %



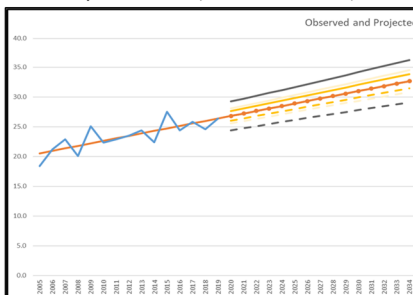
60-69歳男性

2032年 28.86 (27.15-30.57) %



70歳以上男性

2032年 31.82 (30.69-32.94) %

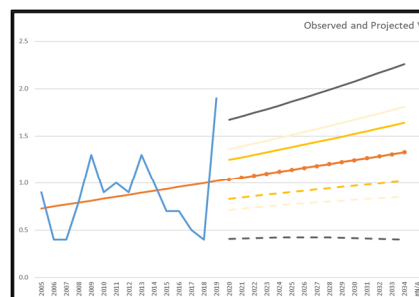


50 % (33%-67%) と表記

図表 6-2 : 年齢区分別の糖尿病有病者の割合の将来予測 (女性)

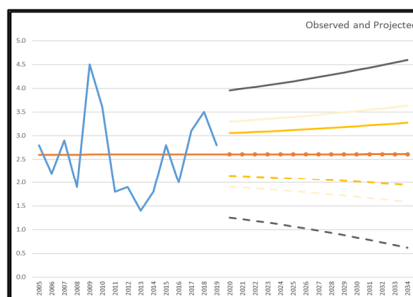
20-39歳女性

2032年 1.29 (0.99-1.58) %



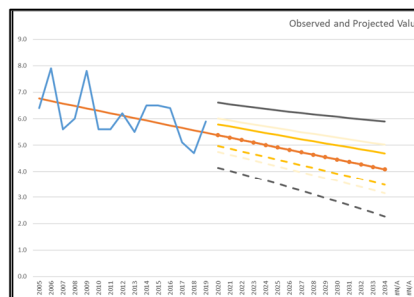
40-49歳女性

2032年 2.61 (1.98-3.25) %



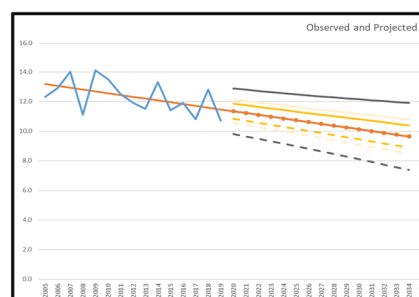
50-59歳女性

2032年 4.27 (3.70-4.84) %



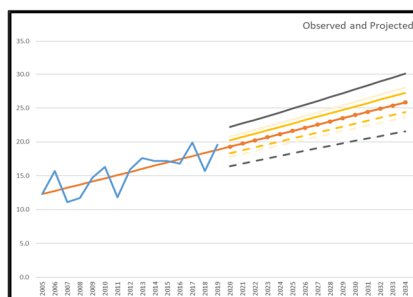
60-69 歳女性

2032年 9.88 (9.16-10.59) %



70 歳以上女性

2032年 24.90 (23.55-26.24) %



50 % (33%-67%) と表記

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	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） ※年齢調整の基準は平成 20 年 3 月 31 日時点の住民基本台帳人口を用いる予定 ※血糖判定基準に「Glu \geq 110mg/dl、又は HbA1c \geq 6.0%」を用いており、厳密にはメタボリックシンドロームの診断基準とは異なる
データソース	特定健康診査・特定保健指導の実施状況 ※性別・年齢階層別（5 歳階級）に【（メタボリックシンドローム該当者数＋メタボリックシンドローム予備群者数）/特定健康診査受診者数】でメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合を算出し、平成 20 年 3 月 31 日時点の住民基本台帳人口に乗じて年齢調整した推計値を算出する予定
現状値	約 1,619 万人（令和 3 年度：2021 年特定健康診査・特定保健指導の実施状況より算出） ※平成 20 年 3 月 31 日時点の住民基本台帳人口を用いた年齢調整値 （参考）健康日本 21(第二次)最終評価で用いた値 粗データ：約 1,516 万人（令和元年度） ※特定健康診査対象者数に乗じて算出
ベースライン値	約 - 万人（令和 6 年度の値を使用予定）
目標値	第 4 期医療費適正化計画に合わせて設定 ※医療費適正化計画の見直し等も踏まえて更新予定

健康日本 21（第二次）においては、平成 20（2008）年度（約 1,400 万人）と比べて 25%の減少（1,050 万人）を目標としていたが、最終評価時点において約 1,516 万人（令和元（2019）年度、特定健診受診者における割合を特定健診受診対象者の人数に乗じて算出、粗データ）と増加しており、引き続き目標値を設定し取組を進める必要がある。

具体的な目標値は、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 K P I の目標値を踏まえて設定する。

ただし、医療費適正化計画の K P I 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、基本方針における本目標の指標とは定義が異なることに留意する必要がある。

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等も踏まえて、基本方針における本目標の目標値（目標年度）も更新する予定である。

また、評価において改善・不変・悪化（B・C・D、中間評価では b・c・d）の判断は、基本方針におけるベースライン値と評価時点の直近値の比較により判定する。

（参考）健康日本 21（第二次）においては、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群全体の割合を同年の特定健康診査対象者数に乗じて算出した値（年齢調整なし）を用いていたが、今後は平成 20 年 3 月 31 日時点の住民基本台帳人口で年齢調整した値を用いる予定。

⑥ 特定健康診査の実施率の向上（再掲）

指標	特定健康診査の実施率
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	56.5%（令和 3 年度）
ベースライン値	- %（令和 6 年度予定：2024 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況の値を採用予定）
目標値	第 4 期医療費適正化計画に合わせて設定 ※医療費適正化計画の見直し等を踏まえて更新予定

健康日本 21（第二次）においては、第 3 期医療費適正化計画の目標値に合わせて、目標値を 75%以上（令和 5（2023）年度）としていた。

基本方針においても、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する。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、基本方針における目標値（目標年度）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	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	24.6%（令和 3 年度）
ベースライン値	- %（令和 6 年度予定：2024 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況の値を採用予定）
目標値	第 4 期医療費適正化計画に合わせて設定 ※医療費適正化計画の見直し等を踏まえて更新予定

健康日本 21（第二次）においては、第 3 期医療費適正化計画の目標値に合わせて、目標値を 45%（令和 5（2023）年度）としていた。

基本方針においても、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する。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、基本方針における目標値（目標年度）も更新する予定である。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html
- 2) Yokoyama H, Araki SI, Kawai K, Yamazaki K, Tomonaga O, Shirabe SI, et al. Declining trends of diabetic nephropathy, retinopathy and neuropathy with improving diabetes care indicators in Japanese patients with type 2 and type 1 diabetes (JDDM 46). *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2018;6(1):e000521. Epub 20180529. doi: 10.1136/bmjdr-2018-000521. PubMed PMID: 29892340; PubMed Central PMCID: PMC5992467.
- 3) Kawasaki R, Tanaka S, Yamamoto T, Sone H, Ohashi Y, Akanuma Y, et al. Incidence and progression of diabetic retinopathy in Japanese adults with type 2 diabetes: 8 year follow-up study of the Japan Diabetes Complications Study (JDCS). *Diabetologia*. 2011;54(9):2288-94. Epub 20110601. doi: 10.1007/s00125-011-2199-0. PubMed PMID: 21630126.
- 4) Sone H, Tanaka S, Suzuki S, Seino H, Hanyu O, Sato A, et al. Leisure-time physical activity is a significant predictor of stroke and total mortality in Japanese patients with type 2 diabetes: analysis from the Japan Diabetes Complications Study (JDCS). *Diabetologia*. 2013;56(5):1021-30. Epub 20130227. doi: 10.1007/s00125-012-2810-z. PubMed PMID: 23443242.
- 5) Xue M, Xu W, Ou YN, Cao XP, Tan MS, Tan L, et al. Diabetes mellitus and risks of cognitive impairment and dementia: A systematic review and meta-analysis of 144 prospective studies. *Ageing Res Rev*. 2019;55:100944. Epub 20190817. doi: 10.1016/j.arr.2019.100944. PubMed PMID: 31430566.
- 6) Sasazuki S, Charvat H, Hara A, Wakai K, Nagata C, Nakamura K, et al. Diabetes mellitus and cancer risk: pooled analysis of eight cohort studies in Japan. *Cancer Sci*. 2013;104(11):1499-507. Epub 20130825. doi: 10.1111/cas.12241. PubMed PMID: 23889822; PubMed Central PMCID: PMC7656560.
- 7) Williams R, Karuranga S, Malanda B, Saeedi P, Basit A, Besançon S, et al. Global and regional estimates and projections of diabetes-related health expenditure: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020;162:108072. Epub 20200213. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108072. PubMed PMID: 32061820.
- 8) Gregg E, et al. WHO: the Diabetes Targets Expert Consultation Group. Improving Health Outcomes of People with Diabetes Mellitus; Target Setting to Reduce the Global Burden of Diabetes Mellitus by 2030. World Health Organization, 2021.
<https://www.who.int/publications/m/item/improving-health-outcomes-of-people-with-diabetes-mellitus>

- 9) Araki E, Goto A, Kondo T, Noda M, Noto H, Origasa H, et al. Japanese Clinical Practice Guideline for Diabetes 2019. J Diabetes Investig. 2020;11(4):1020-76. doi: 10.1111/jdi.13306. PubMed PMID: 33021749; PubMed Central PMCID: PMC7378414.
- 10) 日本透析医学会. わが国の慢性透析療法の現況.
<https://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html>
- 11) 厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究（難治性疾患政策研究）事業「網膜脈絡膜・視神経萎縮症に関する調査研究」（平成 29（2017）年度～令和元（2019）年度、研究代表者 山下英俊）
- 12) Sakane N, Kotani K, Suganuma A, et al. Effects of obesity, metabolic syndrome, and non-alcoholic or alcoholic elevated liver enzymes on incidence of diabetes following lifestyle intervention: A subanalysis of the J-D0IT1. J Occup Health. 2020 Jan;62(1):e12109. doi: 10.1002/1348-9585.12109. PubMed PMID: 32515888.
- 13) Sakane N. Diabetes prevention in the real world: Insights from the JDPP and J-D0IT1. J Gen Fam Med. 2017;18(6):325-30. Epub 20171009. doi: 10.1002/jgf2.85. PubMed PMID: 29264060; PubMed Central PMCID: PMC5729318.
- 14) Hayashino Y, Suzuki H, Yamazaki K, Goto A, Izumi K, Noda M. A cluster randomized trial on the effect of a multifaceted intervention improved the technical quality of diabetes care by primary care physicians: The Japan Diabetes Outcome Intervention Trial-2 (J-D0IT2). Diabet Med. 2016;33(5):599-608. Epub 20151009. doi: 10.1111/dme.12949. PubMed PMID: 26331280; PubMed Central PMCID: PMC5057414.
- 15) Ueki K, Sasako T, Okazaki Y, Kato M, Okahata S, Katsuyama H, et al. Effect of an intensified multifactorial intervention on cardiovascular outcomes and mortality in type 2 diabetes (J-D0IT3): an open-label, randomised controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017;5(12):951-64. Epub 20171024. doi: 10.1016/S2213-8587(17)30327-3. PubMed PMID: 29079252.
- 16) 奥平真紀、内潟康子、岡田泰助、岩本康彦：糖尿病 46：781-785，2003
- 17) 清野 裕，他．糖尿病とスティグマ—Cure, Care から Salvation（救済）へ．医学のあゆみ．2020;273(2)
- 18) 「日本人の食事摂取基準」策定検討会．日本人の食事摂取基準（2020 年版）p461-475．令和元（2019）年 12 月．
<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000586553.pdf>
- 19) Aune D, Norat T, Leitzmann M, Tonstad S, Vatten LJ. Physical activity and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis. Eur J Epidemiol. 2015;30(7):529-42. Epub 20150620. doi: 10.1007/s10654-015-0056-z. PubMed PMID: 26092138.
- 20) Hemmingsen B, Gimenez-Perez G, Mauricio D, et al. Diet, physical activity or both for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in people at increased risk of developing type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst

Rev. 2017 Dec 4;12(12):CD003054. doi: 10.1002/14651858.CD003054.pub4. PubMed PMID: 29205264.

- 21) Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB, Wu T. Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015;3(12):958–67. Epub 20150918. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00316-2. PubMed PMID: 26388413; PubMed Central PMCID: PMC4656094.
- 22) Akter S, Goto A, Mizoue T. Smoking and the risk of type 2 diabetes in Japan: A systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol.* 2017;27(12):553–61. Epub 20170714. doi: 10.1016/j.je.2016.12.017. PubMed PMID: 28716381; PubMed Central PMCID: PMC5623034.
- 23) 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;32:246–56. Epub 20160826. doi: 10.1016/j.sleep.2016.08.006. PubMed PMID: 27743803.
- 24) 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. Epub 20170705. doi: 10.1016/j.smr.2017.06.011. PubMed PMID: 28890167.
- 25) Moulton CD, Pickup JC, Ismail K. The link between depression and diabetes: the search for shared mechanisms. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015;3(6):461–71. Epub 20150517. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00134-5. PubMed PMID: 25995124.
- 26) Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *J Affect Disord.* 2012;142 Suppl:S8–21. doi: 10.1016/S0165-0327(12)70004-6. PubMed PMID: 23062861.
- 27) Katagiri S, Nitta H, Nagasawa T, Izumi Y, Kanazawa M, Matsuo A, et al. Effect of glycemic control on periodontitis in type 2 diabetic patients with periodontal disease. *J Diabetes Investig.* 2013;4(3):320–5. Epub 20130214. doi: 10.1111/jdi.12026. PubMed PMID: 23997922; PubMed Central PMCID: PMC3752968.
- 28) Gaede P, et al.:Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes *N Engl J Med* 2003; 348:383–393 DOI: 10.1056/NEJMoa021778
- 29) Gaede P, et al.:Effect of a Multifactorial Intervention on Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2008; 358:580–591 DOI: 10.1056/NEJMoa0706245
- 30) Nomura K, Kido M, Tanabe A, Nagashima K, Takenoshita S, Ando K. Investigation of optimal weight gain during pregnancy for Japanese Women. *Sci Rep.* 2017 ; 7(1):2569 doi: 10.1038/s41598-017-02863-1.
- 31) Knop MR, Geng T, Gorny AW, Ding R, Li C, Ley SH, et al. Birth weight and risk of type 2 diabetes mellitus, cardiovascular disease, and hypertension in adults: a meta-analysis of 7 646 267 participants from 135 studies. *J Am Heart Assoc.* 2018;7(23):e008870. doi:10.1161/JAHA.118.008870
- 32) Yokoyama M, Saito I, Ueno M, Kato H, Yoshida A, Kawamura R, et al Low birthweight is associated with type 2 diabetes mellitus in Japanese adults: The Toon Health Study. *J Diabetes Investig* 2020;11(6):1643–1650. doi: 10.1111/jdi.13274

- 33) Hirai H, Okamoto S, Masuzaki H, Murata T, Ogata Y, Sato A Maternal Urinary Cotinine Concentrations During Pregnancy Predict Infant BMI Trajectory After Birth: Analysis of 89617 Mother-Infant Pairs in the Japan Environment and Children' s Study. *Front. Endocrinol.* 2022; 13:850784. doi: 10.3389/fendo.2022.850784
- 34) Horiuchi S, Shinohara R, Otawa S, Kushima M, Akiyama Y, Ooka T, et al. Influence of Maternal Active and Secondhand Smoking during Pregnancy on Childhood Obesity at 3 Years of Age: A Nested Case-Control Study from the Japan Environment and Children' s Study (JECS). *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021; 18, 12506. doi.org/10.3390/ ijerph182312506
- 35) 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「糖尿病の実態把握と環境整備のための研究」(令和2 (2020) 年度～令和4 (2022) 年度、研究代表者 山内敏正)

〈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⁾⁷⁾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	人口動態統計（確定数） ※毎年 1 月～12 月分のデータを集計
現状値	13.3（令和 3 年）
ベースライン値	-（令和 6 年：令和 6 年人口動態統計（確定数）の値を採用予定）
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. <<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」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai21/dl/gaikyouR3.pdf>
- 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.
<https://safe.menlosecurity.com/doc/docview/viewer/docND2D88286A7082d634d060661805ab27accf2bcd7a666512e30b8d881d9795e53cc8ff137c04f>
- 5) Salvi SS, Barnes PJ; Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. Lancet. 2009 Aug 29;374(9691):733-43. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61303-9.
- 6) Lundbäck B, Lindberg A, Lindström M, Rönmark E, Jonsson AC, Jönsson E, Larsson LG, Andersson S, Sandström T, Larsson K; Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. 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（NCDs）に罹患せずとも、日常生活に支障を来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」健康づくりの観点も踏まえると、生活習慣病（NCDs）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

身体の健康に関して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、こころの健康に関して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¹⁾。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来す。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²⁾、運動器疼痛の改善はロコモの減少に寄与すると考えられる他、腰痛症や関節症の改善が健康寿命の延伸に寄与する可能性も示唆されている³⁾。

これらを踏まえ、足腰の痛みのある高齢者の人数を本目標の指標として設定し、その減少を目指す。

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⁴⁾。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、身体との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⁵⁾、肥満が増えるなど⁶⁾⁷⁾、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⁸⁾⁹⁾や脳卒中¹⁰⁾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 年ごと） ※「腰痛」か「手足の関節が痛む」のいずれかもしくは両方を選択した人の割合を集計
現状値	232 人（令和元年度）
ベースライン値	- 人（令和 4 年度：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） ※令和 13 年度の値を用いて評価予定

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（翌々年春に報告（毎年）） 【骨粗鬆症検診受診者数（地域保健・健康増進事業報告 ¹¹⁾ ）/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	5.3%（令和 3 年度）
ベースライン値	- %（令和 6 年度予定：「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 年春に報告予定）
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¹²⁾。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	K 6（こころの状態を評価する指標）の合計得点が 10 点以上の者の割合
データソース	国民生活基礎調査（大規模調査：3 年ごと）
現状値	10.3%（令和元年度）
ベースライン値	- %（令和 4 年度：令和 4 年国民生活基礎調査（大規模調査）予定）
目標値	9.4%（令和 14 年度） ※令和 13 年度の値を用いて評価予定

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K 6を活用し、K 6の合計点が10点以上である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、最終評価時点（令和元（2019）年値）でベースライン値から有意な変化を認めず目標値に到達しなかった（目標設定年度（令和 4（2022）年度）までの目標到達も難しいと考えられた）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%を目標値とした。

【参考文献】

- 1) Nakamura K. The concept and treatment of locomotive syndrome: its acceptance and spread in Japan. J Orthop Sci 2011; 16: 489-91.
- 2) Iizuka Y, Iizuka H, Mieda T, et al. Population-based study of the association of osteoporosis and chronic musculoskeletal pain and locomotive syndrome: the Katashina study. J Orthop Sci 2015; 20: 1085-1089.
- 3) Myojin T, Ojima T, Kikuchi K, Okada E, Shibata Y, Nakamura M, et al. Orthopedic, ophthalmic, and psychiatric diseases primarily affect activity limitation for Japanese males and females: based on the comprehensive survey of living conditions. Journal of epidemiology 2017;27(2):75-79. doi.org/10.1016/j.je.2016.09.007
- 4) Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. Lancet. 2007 Sep 8; 370(9590): 859-77. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0. PubMed PMID: 17804063.
- 5) Chaiton MO, Cohen JE, O' Loughlin J, Rehm J. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. BMC Public Health 9: 356, 2009.
- 6) De Wit L, Luppino F, Van Steraten A, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P. Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. Psychiatry Res. 178: 230-235, 2010.
- 7) Luppino FS, De Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx Brenda WJH, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry 67: 220-229, 2010.
- 8) Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, Thoms BD, Melle JPV, Jonge PD. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. Gen Hosp Psychiatry 33: 203-216, 2011.
- 9) Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ. Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. J Am Coll Cardiol 48: 1527-1537, 2005.
- 10) Pan A, Sun Q, Okereke OI, Rexrode KM, Hu FB. Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review. JAMA 306: 1241-1249, 2011.

- 11) 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450025>
- 12) 令和2年度地域保健・健康増進事業報告の概況 健康増進編
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/20/dl/kekka2.pdf>

（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ことが必要である。

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及び向上

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、地域等で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分かっている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³⁾。

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⁴⁾、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⁵⁾。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⁶⁾、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⁷⁾。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 地域等で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⁸⁾、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⁹⁾。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¹⁰⁾。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¹¹⁾、孤食が多いと欠食、野菜や果物の摂取頻度が少ないこと¹²⁾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、特にメンタル不調や過重労働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¹³⁾。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、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 ※あなたとあなたのお住まいの地域の人々とのつながりが強いと「強くそう思う」又は「どちらかといえばそう思う」を選択した者の割合を集計予定
現状値	40.2%（令和元年度：令和元年国民健康・栄養調査の結果より算出）
ベースライン値	- %（令和 5 年度：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した。

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 ※いずれかの社会活動（就労・就学を含む。）において、「週4回以上」「週2～3回」「週1回」「月1～3回」「年に数回」のいずれかを選択した者の割合を集計予定
現状値	なし（新規集計予定のため） （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年度：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5%の増加（ベースライン値+5%） （令和14年度） ※令和6年国民健康・栄養調査の結果を用いて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¹⁴⁾¹⁵⁾。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。

③ 地域等で共食している者の増加

指標	地域等で共食している者の割合
データソース	国民健康・栄養調査 ※地域において共食している者の割合を集計予定
現状値	なし (参考) 令和 3 年度食育に関する意識調査：15.7%
ベースライン値	- % (令和 6 年度：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。

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
データソース	労働安全衛生調査（実態調査） ¹⁶⁾ ※毎年 11 月に調査 【(メンタルヘルス対策に取り組む事業場の件数÷全調査対象事業場の件数)×100】
現状値	59.2% (令和 3 年度)
ベースライン値	- % (令和 6 年度：令和 6 年労働安全衛生調査（実態調査）予定)
目標値	80% (令和 9 年度) ※労働災害防止計画の見直し等を踏まえて更新予定

第 14 次労働災害防止計画¹⁷⁾¹⁸⁾に合わせて令和 9 年度の目標を設定した。今後、労働災害防止計画の見直し等に合わせて本項目の目標値（目標年度）も更新する。

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	障害保健福祉部 精神・障害保健課調査
現状値	なし（令和３年度はモデル事業中のため）
ベースライン値	- 万人（令和６年度：令和６年度の心のサポーター数を採用）
目標値	100 万人（令和１５年度）

孤独・孤立対策の重点計画（令和４年１２月２６日孤独・孤立対策推進会議決定）の具体的施策で示されている値と同値を目標値として設定した。

【参考文献】

- 1) Debra Umberson and Jennifer Karas Montez. Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. J Health Soc Behav. 2010
- 2) Julianne Holt-Lunstad, Timothy B. Smith, J. Bradley Layton. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLOS MEDICINE, July 27. 2010.
- 3) Larrabee Sonderlund A, Thilsing T, Sondergaard J. Should social disconnectedness be included in primary-care screening for cardiometabolic disease? A systematic review of the relationship between everyday stress, social connectedness, and allostatic load. PLoS One. 2019 Dec 19;14(12):e0226717. doi: 10.1371/journal.pone.0226717. PMID: 31856249; PMCID: PMC6922387. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31856249/>
- 4) 内閣府「新型コロナウイルス影響下における生活意識・行動の変化に関する調査」（令和２年度、令和３年度）
- 5) 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.
- 6) 東馬場要、井手一茂、渡邊良太、飯塚玄明、近藤克則. 高齢者の社会参加の種類・数と要介護認定発生の関連－JAGES2013-2016 縦断研究－. 総合リハビリテーション 49(9) : 897-904, 2021 .
- 7) 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「厚生指標」, 2018 年 4 月
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) Ishikawa M., Takemi Y, Yokoyama T, Kusama K, Fukuda Y, Nakaya T, Nuzue M, Yoshiike N, Yoshida 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.
- 12) 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.

- 13) 厚生労働省、労働者健康安全機構「職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～」. 令和2（2020）年7月.

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055195_00002.html

- 14) 総務省「平成18年社会生活基本調査」

<https://www.stat.go.jp/data/shakai/2006/>

- 15) 総務省「平成28年社会生活基本調査」

<https://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/index.htm>

- 16) 厚生労働省「労働安全衛生調査（実態調査）」

https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/list46-50_an-ji.html

- 17) 労働災害防止計画の概要-第14次労働災害防止計画（2023年度～2027年度）

<https://kokoro.mhlw.go.jp/guideline/guideline-outline/>

- 18) 厚生労働省 第14次労働災害防止計画 令和5年3月

<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/001101223.pdf>

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に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」の取組を更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⁶⁾⁻⁹⁾。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^{6), 10) 11)}である。

WHOが平成30（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^{12) 13)}、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¹³⁾。

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「ウォーカブル区域」）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¹⁴⁾⁻¹⁶⁾。また、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約¹⁷⁾」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。

「自然に健康になれる環境づくり」のための環境整備としては、今回目標として設定した項目の他にも、例えば、スポーツ分野や建築・住宅分野において、健康増進の観点も含めた取組が進んできているところである。

スポーツ分野では、第 3 期スポーツ基本計画において、「スポーツ・健康まちづくり」について取組を全国に広めていく旨の記載がある。

建築・住宅分野では、WHO の「住まいと住宅に関するガイドライン」¹⁸⁾の中で、持続可能な開発目標（SDGs）の Goal 3（健康）と Goal 11（まちづくり）の達成に寄与するとして、「冬季室温 18 度以上」、「新築・改修時の断熱」等が勧告されている。また、近年、我が国においても、室温が血圧¹⁹⁾・睡眠²⁰⁾等の健康状態に影響を与えることが報告されつつある。

これらを踏まえ、引き続き（関係部局と連携して）エビデンスの収集に努めつつ、普及啓発等エビデンスに基づき必要な取組を進めることが重要である。

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（厚生労働省ウェブサイトにおいて公表予定） ※毎年年度末における登録数を集計
現状値	0 都道府県（令和 4 年度）
ベースライン値	- 都道府県（令和 6 年度データを採用予定）
目標値	47 都道府県（令和 14 年度）

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 都道府県を目標値とした。

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。

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

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：「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくりの取組状況（国土交通省ウェブサイトで公開 ²¹⁾ ）
現状値	73 市町村（令和４年 12 月時点）
ベースライン値	- 市町村（令和 6 年度：令和 6 年 6 月時点）
目標値	100 市町村（令和 7 年度） ※社会資本整備重点計画の見直し等を踏まえて更新予定

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」まちなかの創出の推進」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 市町村（令和 2（2020）年）から 100 市町村（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、これに合わせた目標値を設定した。なお、今後、社会資本整備重点計画の改定等を踏まえて、本項目の目標値（目標年度）も更新する。

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	<p>国民健康・栄養調査</p> <p>※家庭・職場・飲食店いずれかにおいて、望まない受動喫煙を受けた者の割合を集計予定</p> <p>：【（家庭、職場、飲食店のいずれか1つ以上の設問において、「ほぼ毎日」、「週に数回程度」、「週に1回程度」、「月に1回程度」のいずれかを選択した者の数/家庭、職場、飲食店の全ての設問に回答した者の数）×100】</p> <p>※現在喫煙者は集計対象から除く</p>
現状値	<p>なし（新規集計予定のため）</p> <p>（参考1）健康日本21（第二次）最終評価で用いた値 家庭：6.9% 飲食店：29.6% （令和元年国民健康・栄養調査の結果より算出）</p> <p>（参考2）職場：26.1% （令和元年国民健康・栄養調査の結果より算出）</p> <p>※「あなたはこの1ヶ月間に望まずに自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会（受動喫煙）がありましたか。」の問に対し、家庭：「ほぼ毎日」を選択した者、飲食店、職場：「ほぼ毎日」、「週に数回程度」、「週に1回程度」、「月に1回程度」のいずれかを選択した者の割合を算出</p> <p>※現在喫煙者は集計対象から除く</p> <p>※飲食店、職場において「行かなかった」と回答した者は集計対象からの除く</p>
ベースライン値	- %（令和6年度：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）

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。

【参考文献】

- 1) Wyness LA, Buttriss 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>
- 5) World Health Organization
https://www.knowledge-action-portal.com/sites/default/files/msa_ncd_mh_call_for_submissions.pdf
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 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>.
 - 13) 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
 - 14) Fleming P, Blair PS. Sudden Infant Death Syndrome and parental smoking. *Early Hum Dev*. 2007.Nov;83(11):721–5.
 - 15) 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」.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf>
 - 16) 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.
 - 17) 外務省. 「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」.
https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159_17.html
 - 18) WHO Housing and health guidelines: World Health Organization 2018.11
 - 19) Umishio W, Ikaga T, Kario K, Fujino Y, Hoshi T, Ando S, et al. Cross-Sectional Analysis of the Relationship Between Home Blood Pressure and Indoor Temperature in Winter: A Nationwide Smart Wellness Housing Survey in Japan. *Hypertension*. 2019 Oct;74(4):756–766. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.12914. Epub 2019 Aug 26. PMID: 31446802.
 - 20) 厚生労働省「健康づくりのための睡眠指針 2014」.平成 26（2014）年 3 月
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf>
 - 21) 国土交通省 「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくりの取組状況
https://www.mlit.go.jp/toshi/toshi_attempt_to_walkable.html

3-3. 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備

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）¹⁾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更なる浸透・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²⁾³⁾。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^{4)~6)}、食塩摂取量の減少⁷⁾⁸⁾、体重コントロール⁹⁾、メタボリックシンドロームの改善¹⁰⁾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¹¹⁾。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	なし（新規にカウントするため）
ベースライン値	- 団体（令和 6 年度：令和 6 年度の値を採用予定）
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 3,000 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・団体と設定した。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

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	<p>日本健康会議¹²⁾「健康づくりに取り組む5つの実行宣言」 宣言達成状況（宣言3の目標達成状況） ※日本健康会議ウェブサイトで公表</p> <p>※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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>（参考）①は健康経営度調査（経済産業省）をもとに、認定基準を満たす企業を健康経営優良法人として認定（3月に経済産業省ウェブサイト¹³⁾において公開）した数</p>
現状値	<p>12万9,040社（令和4年度：2022年宣言達成状況¹⁴⁾） ※①大規模法人部門：2,299社（令和4年3月時点の健康経営優良法人認定数） ②中小規模法人部門：126,741社（令和4年6月1日時点の状況）</p>
ベースライン値	<p>- 社（令和6年度：2024年宣言達成状況を採用予定） ※①大規模法人部門：- 社（令和6年3月時点の健康経営優良法人認定数を採用予定） ②中小規模法人部門：- 社</p>
目標値	<p>10万社（令和7年度） ※日本健康会議の動向等を踏まえ更新予定</p>

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した。

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 【 $((\text{全施設数}^* - \text{管理栄養士・栄養士のいない施設数}^*) / \text{全施設数}^*) \times 100$ 】 ※病院、介護老人保健施設、介護医療院を除く
現状値	70.8%（令和3年度）
ベースライン値	- %（令和6年度：令和6年度衛生行政報告例予定）
目標値	75%（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%とした。

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	各事業場において必要な産業保健サービスを提供している事業場の割合
データソース	労働安全衛生調査（実態調査） ¹⁵⁾ 【 $(\text{必要な産業保健サービスを提供している事業場の件数} \div \text{全調査対象の事業場の件数}) \times 100$ 】
現状値	なし（新規目標項目のため）
ベースライン値	- %（令和6年度：令和6年労働安全衛生調査（実態調査）予定）
目標値	80%（令和9年度） ※労働災害防止計画の見直し等を踏まえて更新予定

第14次労働災害防止計画¹¹⁾に併せて令和9（2027）年度の目標値を80%と設定した。今後、労働災害防止計画の見直し等に合わせて本項目の目標値（目標年度）も更新する。

【参考文献】

- 1) スマート・ライフ・プロジェクト
<https://www.smartlife.mhlw.go.jp/>

- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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、HPOP-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.
- 7) 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.
- 8) Sakaguchi K, Takemi Y, Hayashi F, Koiwai K, Nakamura M. Effect of workplace dietary intervention on salt intake and sodium-to-potassium ratio of Japanese employees: A quasi-experimental study. J Occup Health. 2021;63:e12288.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 厚生労働省 第14次労働災害防止計画 令和5年3月
<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/001101223.pdf>
- 12) 日本健康会議 2025
<http://2025.kenkokaigi.jp/>
- 13) 経済産業省 健康経営優良法人認定制度
https://safe.menlosecurity.com/https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkoukeiei_yuryouhouzin.html
- 14) 日本健康会議 健康づくりに取り組む5つの実行宣言 2022年宣言達成状況
<https://kenkokaigi.jp/n/2022ssam/docs/04%E3%80%8C%E5%AE%A3%E8%A8%80%E9%81%94%E6%88%90%E7%8A%B6%E6%B3%81%E3%81%AE%E5%A0%B1%E5%91%8A%E3%80%8D%20%E6%97%A5%E6%9C%AC%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BC%9A%E8%AD%B0%E4%BA%8B%E5%8B%99%E5%B1%80%E9%95%B7%E6%B8%A1%E8%BE%BA%E4%BF%8A%E4%B%8B.pdf>
- 15) 厚生労働省「労働安全衛生調査（実態調査）」
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/list46-50_an-ji.html

（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、集団・個人の特性をより重視しつつ健康づくりを行うことが重要である。例えば、健康課題や取り巻く状況は、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）ごとに異なっており、具体的には以下のような点があげられる。

- ・就労世代や育児を行う者は健康づくりに費やす時間が十分でない
- ・若年女性のやせ、更年期症状・障害などの女性はライフステージごとに様々な健康課題を抱えている
- ・社会参加する機会の減少に伴い、高齢者の健康が悪化する

健康日本 21（第二次）では、こうした現状も踏まえ、ライフステージに応じた健康づくりの取組を進めてきた。

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り、胎児期から高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）の観点も取り入れることが「誰一人取り残さない健康づくり」には重要である。

基本的な考え方

ライフコースアプローチの観点を踏まえると、

- ・幼少期からの生活習慣や健康状態は、成長してからの健康状態にも大きく影響を与えることや、妊婦の健康がこどもの健康にも影響することから、成育医療等基本方針に基づく取組とも連携しつつ、こどもの健康を支える取組を進めるとともに、妊婦の健康増進を図ることも重要である
- ・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
- ・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)~6)}、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⁷⁾。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目指して「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^{8)~10)}。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¹¹⁾¹²⁾。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¹³⁾。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¹⁴⁾。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（NCDs）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^{15)~19)}。

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（NCDs）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	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 ※評価には小学 5 年生女子の割合を用いる予定
データソース	スポーツ庁 全国体力・運動能力、運動習慣等調査 ²⁰⁾ ※各曜日の回答の合計（総運動時間）が 60 分未満の割合を集計
現状値	小学 5 年生：女子 14.4%（令和 3 年度） ※男子 8.8%
ベースライン値	- %（令和 6 年度：令和 6 年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査予定）
目標値	第 2 次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

（身体活動・運動領域を参照）

② 児童・生徒における肥満傾向児の減少（再掲）

指標	児童・生徒における肥満傾向児の割合 ※評価には 10 歳（小学 5 年生）男女総計の割合を用いる予定
データソース	学校保健統計調査
現状値	10 歳（小学 5 年生）10.96%（令和 3 年度） ※男子 12.58%、女子 9.26%
ベースライン値	- %（令和 6 年度：令和 6 年度学校保健統計調査予定）
目標値	第 2 次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

（栄養・食生活領域を参照）

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	厚生労働科学研究による調査 ※この 30 日間で 1 日でも飲酒した者の割合を算出 ※中学 1～3 年・高校 1～3 年の男女の平均
現状値	2.2%（令和 3 年度：厚生労働科学研究「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」の調査結果 ²¹⁾ より算出）
ベースライン値	- %（令和 6 年度：厚生労働科学研究「20 歳未満の喫煙、飲酒等の実態把握及び環境要因の解明のための研究」による調査予定）
目標値	0 %（令和 14 年度）

(飲酒領域を参照)

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	厚生労働科学研究による調査 ※この30日間で1日以上紙巻きたばこ又は加熱式たばこを喫煙した者の割合を算出 ※中学1～3年・高校1～3年の男女の平均
現状値	0.6% (令和3年度：厚生労働科学研究「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」の調査結果 ²¹⁾ より算出)
ベースライン値	- % (令和6年度：厚生労働科学研究「20歳未満の喫煙、飲酒等の実態把握及び環境要因の解明のための研究」による調査予定)
目標値	0 % (令和14年度)

(喫煙領域を参照)

〈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% (令和元年度)
ベースライン値	- % (令和6年度：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。

② 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 年ごと) ※「腰痛」か「手足の関節が痛む」のいずれかもしくは両方を選択した人の割合を集計
現状値	232 人(令和元年度)
ベースライン値	- 人(令和4年度：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) ※令和13年度の値を用いて評価予定

(生活機能の維持・向上の領域を参照)

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 ※いずれかの社会活動（就労・就学を含む。）において、「週4回以上」「週2～3回」「週1回」「月1～3回」「年に数回」のいずれかを選択した高齢者（65歳以上）の割合を集計予定
現状値	なし（新規集計予定のため）※今後65歳以上で集計予定 （参考）令和元年国民健康・栄養調査の結果より算出（60歳以上） 【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36.7% 【就学】就学している：データなし
ベースライン値	－％（令和6年度：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10％の増加（ベースライン値＋10％） （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²²⁾。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^{23) 24)}。

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²⁵⁾。

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。

〈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 歳～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%（令和元年度）
ベースライン値	—%（令和 6 年度：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。

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（翌々年春に報告（毎年）） 【骨粗鬆症検診受診者数（地域保健・健康増進事業報告 ²⁶⁾ ）/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	5.3%（令和 3 年度）
ベースライン値	—%（令和 6 年度予定：「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 年春に報告予定）
目標値	15%（令和 14 年度）

（生活機能の維持・向上の領域を参照）

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 20 g 以上の女性の割合
データソース	国民健康・栄養調査 ※女性 20 g 以上：「毎日×1 合以上」＋「週 5～6 日×1 合以上」 ＋「週 3～4 日×1 合以上」＋「週 1～2 日×3 合以上」＋「月 1～3 日×5 合以上」を集計
現状値	9.1%（令和元年度）
ベースライン値	—%（令和 6 年度：令和 6 年国民健康・栄養調査予定）
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%を目標値とした。

④ 妊娠中の喫煙をなくす（再掲）

指標	妊婦の喫煙率
データソース	こども家庭庁 母子保健課調査 ※乳幼児健康診査問診回答状況（全国） ※「妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか。」の項目で把握：【妊娠中に喫煙がありと回答した人数/全回答者×100（分母に無回答は含めない。）】
現状値	1.9%（令和3年度：令和3年度母子保健課調査「乳幼児健康診査問診回答状況（全国）」 ²⁷⁾ ）
ベースライン値	- %（令和6年度までの最新値）
目標値	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

（喫煙領域を参照）

【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) Ozeki S, Takeuchi K, Yasuoka M, Kamiji K, Kojima T, Waguri-Nagaya Y, Ojima T, Kondo K, Wakai K, Kojima M. Comparison of frailty associated factors between older adult patients with rheumatoid arthritis and community dwellers. Arch Gerontol Geriatr 2021 Jun 2;96:104455. doi: 10.1016/j.archger.2021.104455.
- 5) Ukawa S, Tamakoshi A, Okada Y, Ito YM, Taniguchi R, Tani Y, Sasaki Y, Saito J, Haseda M, Kondo N, Kondo K. Social participation patterns and the incidence of functional disability: The Japan Gerontological Evaluation Study. Geriatr Gerontol Int. 2020 Jun 30. doi: 10.1111/ggi.13966. Online ahead of print.
- 6) Kanamori S, Kondo N, Takamiya T, Kikuchi H, Inoue S, Tsuji T, Kai Y, Muto G, Kondo K. Social participation and mortality according to company size of the longest-held job among older men in Japan: A six-year follow-up study from the JAGES. Journal of Occupational Health 2021; 63: e12216.
- 7) 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

- 8) Roberts RE, Farahani L, Webber L, Jayasena C. Current understanding of hypothalamic amenorrhoea. *Ther Adv Endocrinol Metab.* 2020 Jul 30;11:2042018820945854.
- 9) 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.
- 10) Blum M, Harris SS, Must A, Phillips SM, Rand WM, Dawson-Hughes B. Weight and body mass index at menarche are associated with premenopausal bone mass. *Osteoporos Int* 2001;12(7):588-94.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) Infant Health. Health at a Glance 2019: OECD Indicators <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ea7e9e6a-en/index.html?itemId=%2Fcontent%2Fcomponent%2F7e9e6a-en>
- 14) 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.
- 15) Ikehara S, Iso H, Toyoshima H, Date C, Yamamoto A, Kikuchi S, et al; 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
- 16) 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
- 17) Inoue M, Nagata C, Tsuji I, Sugawara Y, Wakai K, Tamakoshi A, et al. 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
- 18) Kezer CA, Simonetto DA, Shah VH. Sex Differences in Alcohol Consumption and Alcohol-Associated Liver Disease. *Mayo Clin Proc.* 2021 Apr;96(4):1006-16. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.08.020.

- 19) 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.
- 20) スポーツ庁「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」
https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/toukei/kodomo/zencyo/1368222.htm
- 21) 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.
- 22) 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)」
- 23) 総務省「平成 18 年社会生活基本調査」
<https://www.stat.go.jp/data/shakai/2006/>
- 24) 総務省「平成 28 年社会生活基本調査」
<https://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/index.htm>
- 25) 総務省「労働力調査」平成 21 年、令和元年
<https://www.stat.go.jp/data/roudou/index.html>
- 26) 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450025>
- 27) 令和 3 年度母子保健事業の実施状況等について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_30143.html

第5章 その他の留意事項について

1. 正しい知識の普及について

健康増進には、国民の意識と行動の変容が重要であることから、国民の主体的な取組を支援するため、国民に対する十分かつ的確な情報提供が必要である。このため、情報提供を行う際には、科学的知見に基づき、分かりやすく、国民の健康増進の取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫する。さらに、個人の生活習慣に関する情報に加え、社会環境の重要性についても認識を高めるよう工夫する。また、正しい知識の普及を通じて、健康増進に係るスティグマの解消に努める。

情報提供に当たっては、マスメディア、ホームページやSNS、学校教育、健康相談等多様な経路を活用するとともに、対象者の特性に応じた効果的な働きかけを、複数の方法を組み合わせで行うことが重要である。あわせて、国民に対して様々な媒体で流布されている情報には、誤った情報や著しく偏った不適切な情報が含まれ得ることについて注意喚起を行う。また、情報取得や意思疎通に配慮が必要な者を含めあらゆる国民が正しい情報にアクセスできるような環境整備に努める。

国は、地方公共団体、企業、民間団体等が参画するプラットフォーム（スマート・ライフ・プロジェクトなど）も活用し、正しい知識の普及に努める。地方公共団体は、地域の実情に応じた取組を行う。

2. 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1：地方公共団体が活用可能な統計例

領域	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	N D B
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	N D B
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（S M R）	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、子宮頸がん検診受診率	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（S M R）	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（140／90mmHg 以上の割合）、服薬中の者を含む	N D B
	脂質（L D L コレステロール）高値の者の減少	L D L コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合、服薬中の者を含む	N D B
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	特定健診におけるメタボ該当者数・メタボ予備群	N D B
	特定健康診査の実施率の向上	特定健康診査の実施率	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
	特定保健指導の実施率の向上	特定保健指導の実施率	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
糖尿病	糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少	新規透析導入率	日本透析医学会データ又は N D B
	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	N D B
	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）	N D B

	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）	N D B
--	----------------	-------------------------------------	-------

（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。

基本方針において設定した目標のうち、都道府県の健康増進計画において設定することが望ましいと考えられる指標例は、図表２のとおりである。これらの指標は、継続的に数値の推移等进行分析・評価し、健康増進の取組につなげていくことが望ましい。

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（図表３）。また、研究機関、企業、教育機関、関係団体など外部とも連携することが望ましい。

図表２：都道府県計画において設定することが望ましい指標例

健康寿命の延伸と健康格差の縮小に関する目標	健康寿命の延伸
	健康格差の縮小
個人の行動と健康状態の改善に関する目標	適正体重を維持している者の増加
	食塩摂取量の減少
	日常生活における歩数の増加
	睡眠で休養がとれている者の増加
	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
	喫煙率の減少
	よく噛んで食べることができる者の増加
	高血圧の改善
	糖尿病有病者の増加の抑制
	骨粗鬆症検診受診率の向上
社会環境の質の向上に関する目標	社会活動を行っている者の増加
	望まない受動喫煙の機会を有する者の減少
ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりに関する目標	低栄養傾向の高齢者の減少
	若年女性のやせの減少

図表 3：関連する主な計画（都道府県）

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	医療費適正化を推進するための計画
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	がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るための計画
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	循環器病対策の総合的かつ計画的な推進を図るための計画
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	健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針など	効果的・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を踏まえた計画	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
都道府県食育推進計画	食育基本法	食育の推進に関する施策についての計画
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、関係団体など外部とも連携することが望ましい。

図表 4：関連する主な計画（市町村）

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	健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針など	効果的・効率的な保健事業のための事業計画
市町村食育推進計画	食育基本法	食育の推進に関する施策についての計画
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. 多様な主体・多分野連携について

（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。

（３）人材の育成等

健康増進の取組には、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等の様々な専門職が携わっており、国及び地方公共団体は、これらの人材の確保及び資質の向上に努めるものとする。また、これらの人材が自己研鑽に励むことができるような環境整備を行う。加えて、これらの人材の連携（多職種連携）が進むよう支援を行う。

上記に加え、医療・公衆衛生分野のみならず、福祉分野をはじめとする様々な専門職、食生活改善推進員、運動普及推進員、禁煙普及員等の住民組織、健康スポーツ医や健康運動指導士との連携を通じた健康づくりに努める。

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
- 第51回 令和5年 3月13日 ・次期国民健康づくり運動プラン案について
- 第53回 令和5年 4月25日 ・国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の改正案について（報告事項）

○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 ・次期国民健康づくり運動プラン案について

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
大津 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）（第 43～第 47 回）
黒瀬 巖	公益社団法人日本医師会常任理事
庄子 育子	日経 BP 総合研究所メディカル・ヘルスラボ所長（第 51 回）
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（第 43～第 47 回）
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
松本 珠実	全国保健師長会会長 兼 大阪市健康局健康推進部保健主幹（第 51 回）
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）