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８×0.3＝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、がんと並んで日本人の主要な死因であり、平成 30（2018）年の人口動態統計によると、心疾患は死因の第２位、脳血管疾患は第４位であり、両者を合わせると、年間 31 万人以上の国民が亡くなっている。また令和元（2019）年の国民生活基礎調査によると、循環器病は要介護の原因の 20.6％を占めており介護が必要となった主な原因の一つでもある。こうした背景から、平成 30（2018）年に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（以下この章において「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並んで主な原因となることが示されている。循環器病の発症や死亡への寄与は、高血圧領域だけでなく、正常高値血圧と高値血圧（正常血圧と高血圧の間の領域）においても大きいことから、血圧レベルと循環器病の関連は少なくとも正常血圧領域までは低ければ低いほど望ましいと考えられ、40 歳から 80 歳代までの各年齢層で血圧と総死亡は正の関連を示している[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

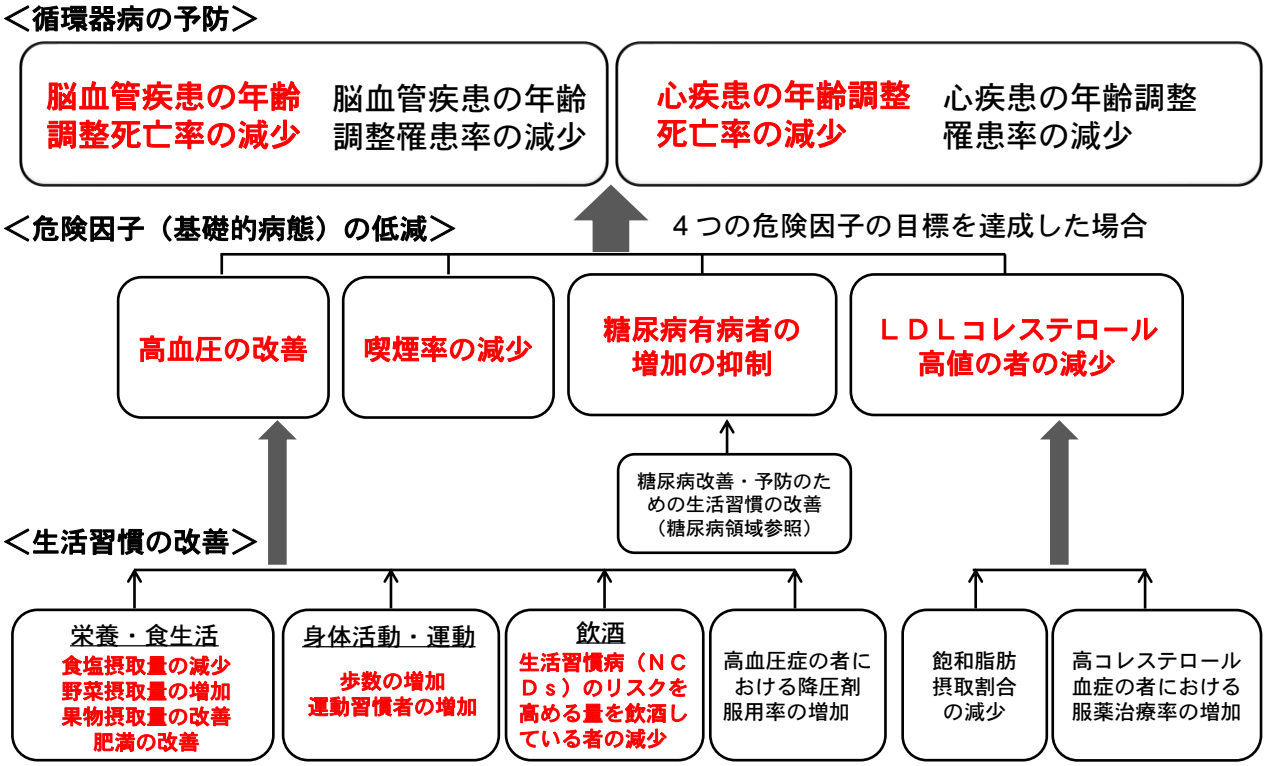
⑤ 特定健康診査の実施率の向上

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



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）

赤太字：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５mmHg 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、ＢＭＩ25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ＢＭＩ25以上の者とＢＭＩ25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6㎜Hg、7㎜Hg低下した場合を仮定して、集団全体の血圧が、0.31㎜Hg、0.53㎜Hg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１㎜Hg、非高血圧者で0.5㎜Hg低下するので[11]、集団全体の収縮期血圧値はそれぞれ3.26㎜Hg、1.73㎜Hg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200㎎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350.8㎎、女性では333.2㎎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9.0㎜ol、8.5㎜olのカリウム量となる。カリウム摂取量10㎜olの増加で収縮期血圧は0.446㎜Hg低下するとされているため[12]、収縮期血圧は、それぞれ0.40㎜Hg、0.38㎜Hg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5㎜Hg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5㎜Hg低下するため、集団全体の平均は0.1㎜Hg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5㎜Hg下がると仮定して0.14㎜Hg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２～５㎜Hg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１～2.5㎜Hg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ＭＶＰＡ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１～2.5㎜Hgの中央値である1.75㎜Hgと設定した（男女共通）。

〔６〕　〔１〕～〔５〕をまとめると、男性では5.81㎜Hg(減塩：3.26、カリウム増加：0.40、肥満者減少：0.31、節酒：0.1、運動・身体活動：1.75)、女性では4.52㎜Hg(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㎜Hg、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５㎜Hgの低下とした。

③ 脂質（ＬＤＬコレステロール）高値の者の減少

指標	ＬＤＬコレステロール 160mg/dl 以上の者の割合（40 歳以上、内服加療中の者を含む。）（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査 ※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、ＬＤＬコレステロール 160mg/dl の者の割合について、ベースラインから 25％の減少を目指し、目標値を 7.7％（男性 6.2％、女性 8.8％）と設定していたが、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≧110mg/dl、又は HbA1c≧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

（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-analysisof 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、大血管障害については「脳血管疾患・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。

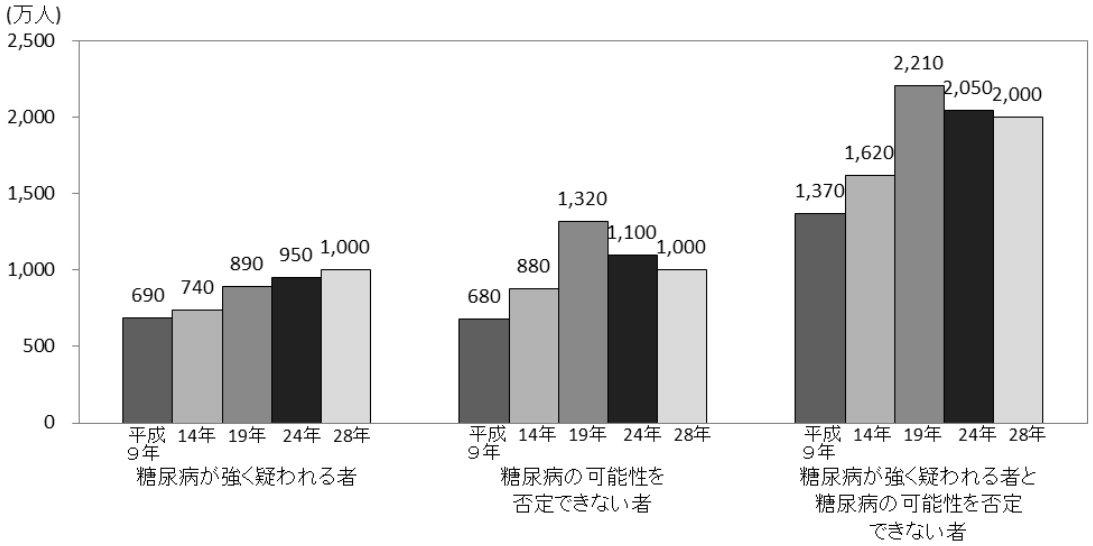
２型糖尿病は生活習慣の影響のみで発症するわけではなく、遺伝的素因等も関与していることには十分に留意する必要があるが、健康づくりによる予防の観点からは、生活習慣や環境の改善は重要な要素である。

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が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。

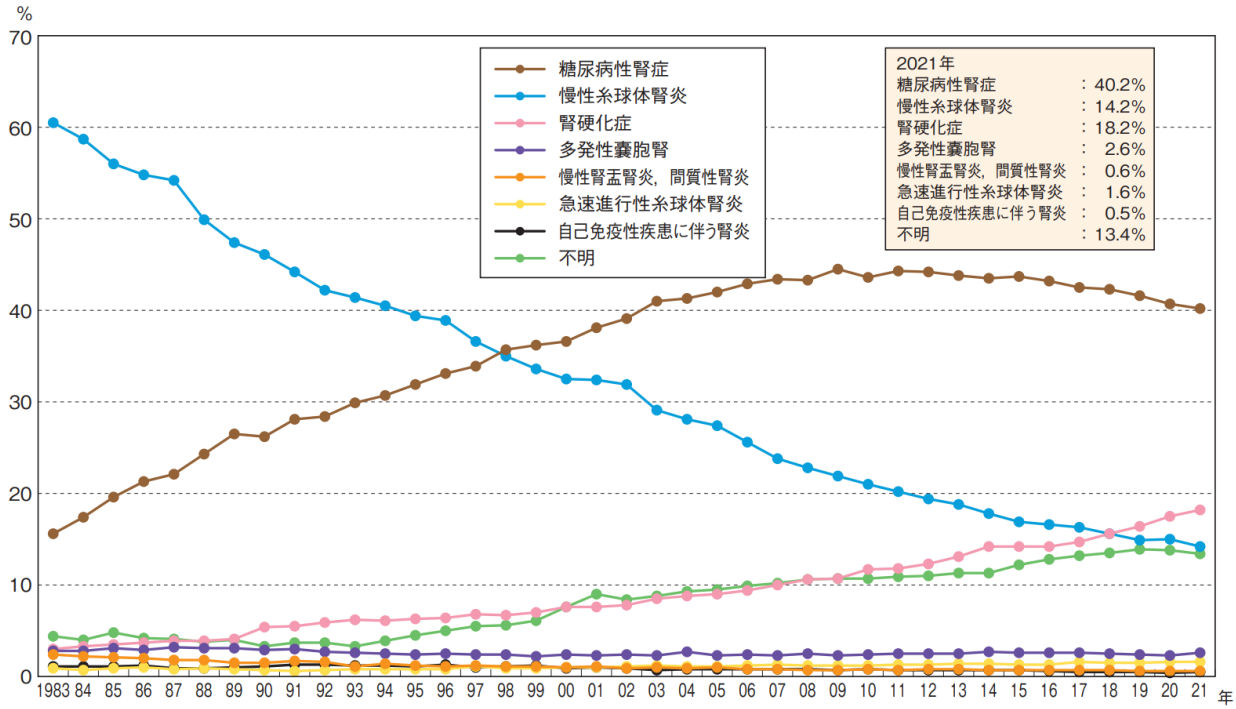
なお、新規透析導入患者の原因疾患としては糖尿病腎症が最多であるものの、腎硬化症も近年増加傾向にあり（図表２）、健康づくりによる予防の観点からＣＫＤ（慢性腎臓病）を減少させていくためには、循環器病領域で目標として設定した高血圧や脂質異常症に関する対策も重要である。

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」

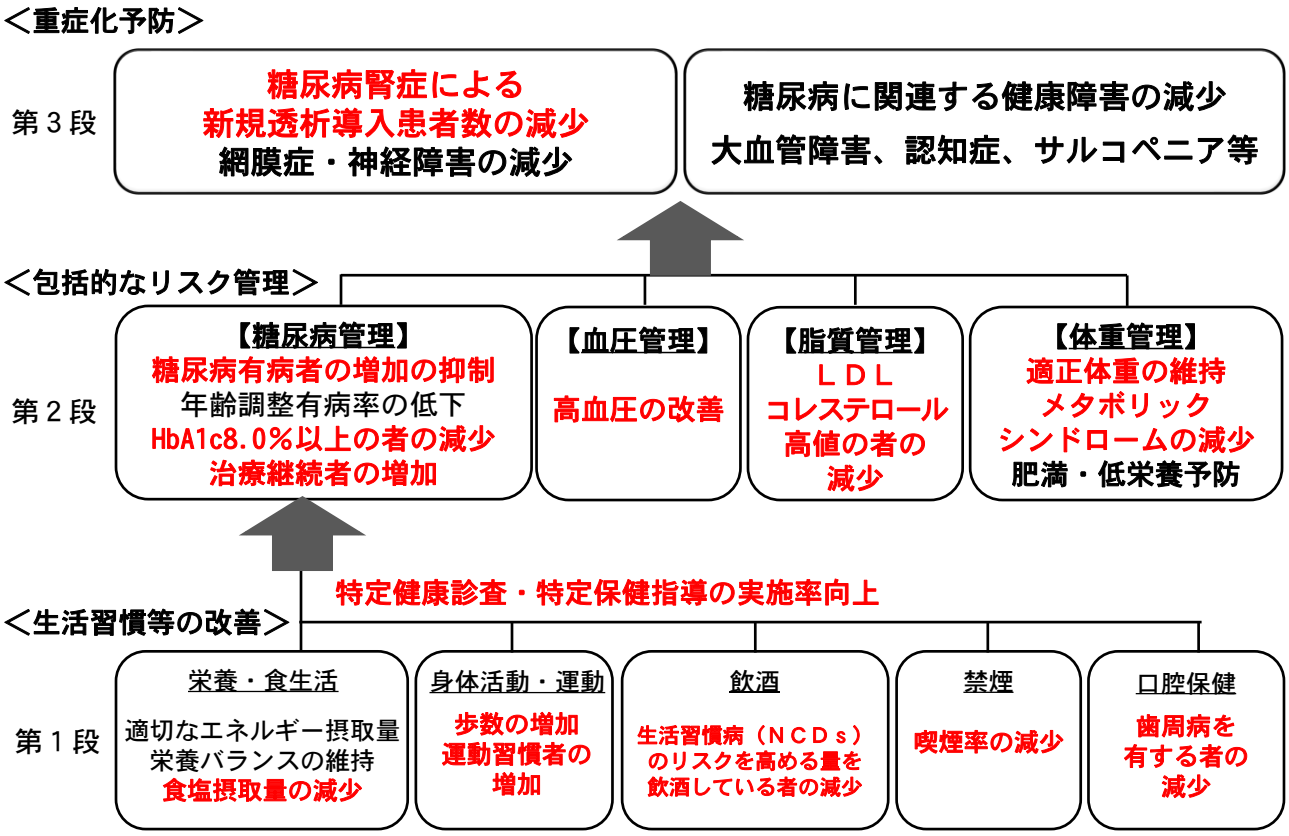
図表２：新規透析導入患者の原疾患割合の推移（昭和 58（1983）年～令和３（2021）年）



（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



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 13,037 人になると予測される。ここから、対策による約８％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

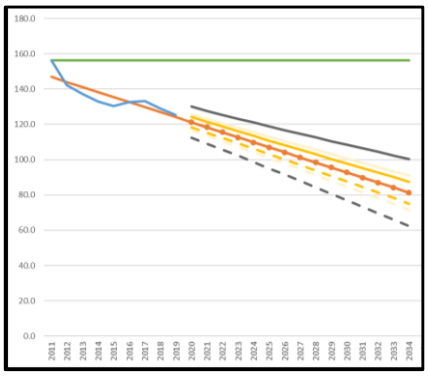
新規透析導入患者数の将来予測値（令和 14（2032）年度）
：40～64 歳：3,407 人、65～74 歳：3,112 人、75 歳以上：6,518 人、
合計推計：13,037 人

〔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。

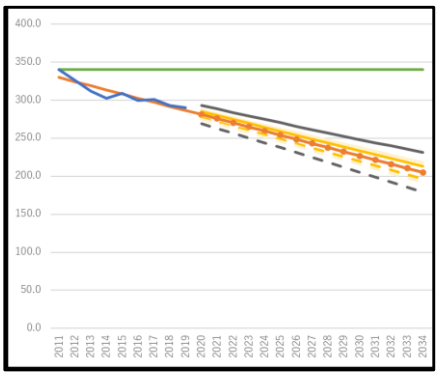
（留意点）
・将来人口推計：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 29 年推計）男女年齢 5 歳階級別人口,年齢構造係数および性比(総人口)：出生中位(死亡中位)推計」を使用
・年齢区分別の新規透析導入患者数は、日本透析医学会に依頼・承認を受けて提供されるため、ベースライン時に提供を受けて再度推計を行うことが望ましい。

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

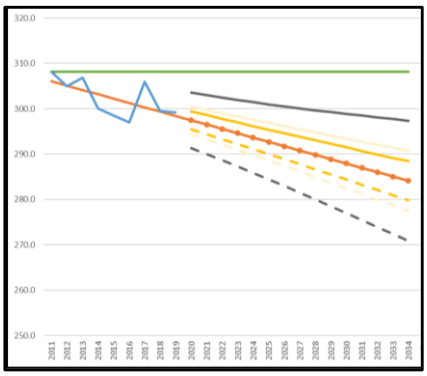
40～64歳



65～74歳



75歳以上



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。

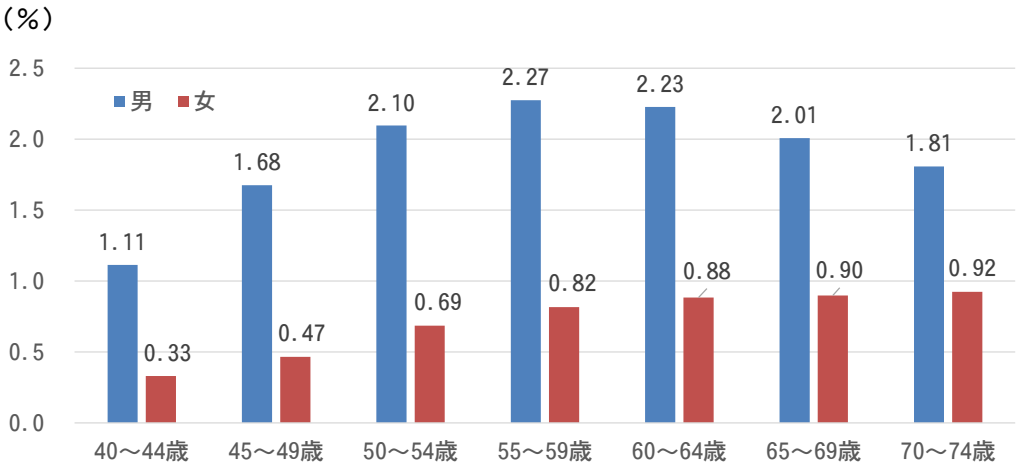
③ 血糖コントロール不良者の減少

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（第二次)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 - 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。）

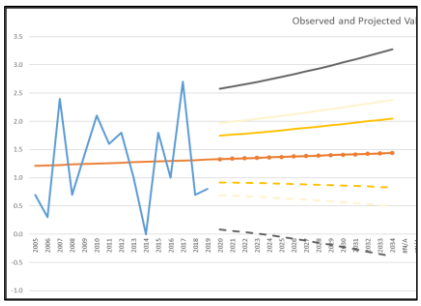
○ 将来予測値（男女計）：20 歳以上全年齢：約 1,448 万人
※20～79 歳　　：約 1,002 万人

※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。

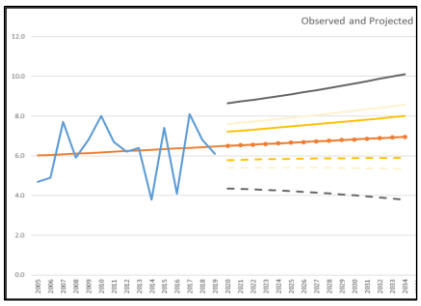
なお、本項目は増加の抑制を目標としていることから、第 4 章 1． iii に記載の「将来予測からの抑制を目指して目標値設定した項目」の評価方法に沿って評価を行う予定。

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）

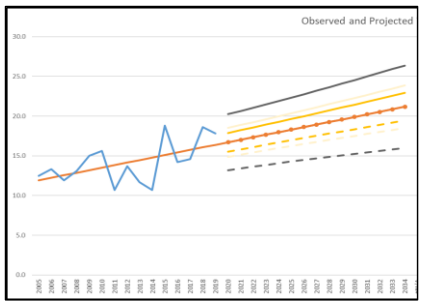
20－39歳男性
2032年　1.42（0.85－2.00）％



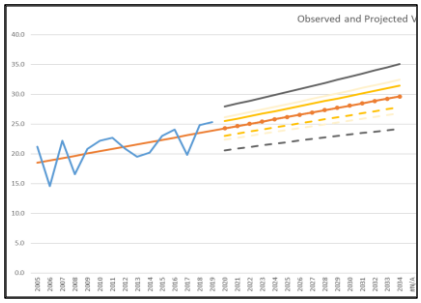
40－49歳男性
2032年 6.89（5.90-7.89)％



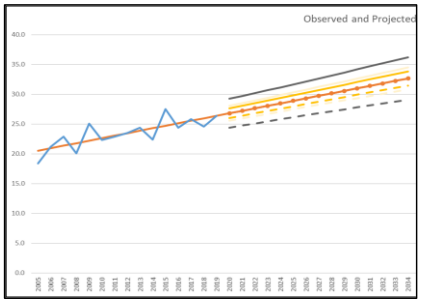
50－59歳男性
2032年 20.53（18.90-22.17 ）％



60－69歳男性
2032年 28.86（27.15-30.57）％



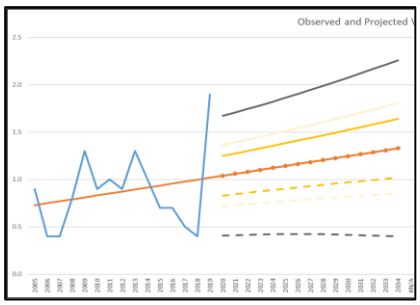
70歳以上男性
2032年 31.82（30.69-32.94）％



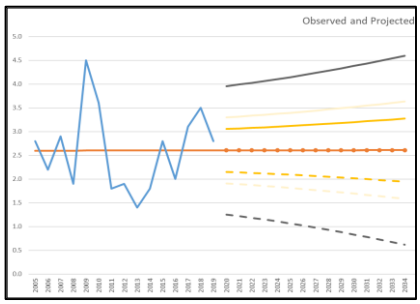
50 %(33%-67%) と表記

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）

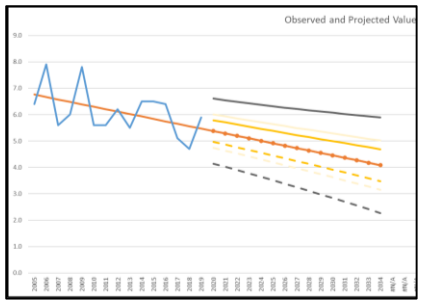
20－39歳女性
2032年　1.29（0.99－1.58）％



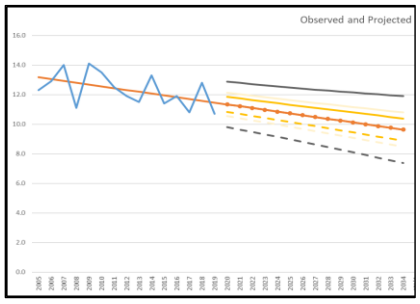
40-49歳女性
2032年 2.61（1.98－3.25）％



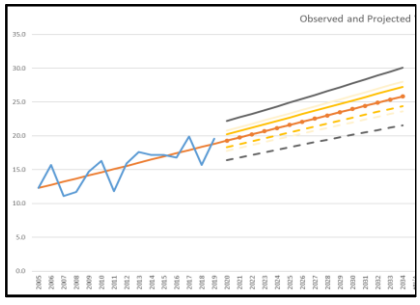
50-59歳女性
2032年 4.27（3.70－4.84）％



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≧110mg/dl、又は HbA1c≧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ＫＰＩ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ＫＰＩであるメタボリックシンドロームの該当者の減少は保健指導対象者の減少を指しており、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/bmjdrc-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-DOIT1. 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-DOIT1. 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-DOIT2). 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-DOIT3): 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ー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.smrv. 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 DiabetesN 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、今後も対策を進めていく必要がある。

また、ＣＯＰＤは心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつ病などの併存疾患や、肺がん、気腫合併肺線維症等の他の呼吸器疾患との合併も多いほか、慢性的な炎症性疾患であり栄養障害によるサルコペニアからフレイルを引き起こす[3)]ことからも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が期待される。

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 x100,000=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い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	Ｋ６（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Ｋ６を活用し、Ｋ６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 all. 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 somoking in adolescents. BMC Public Health 9: 356, 2009.
6) De Wit L, Luppino F, Van Steraten A, Penninx B, Zitman F,Cuijipers 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, Thombs 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) Rutkedge 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」、「自然に健康になれる環境づくり」、「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・食生活領域の目標として、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、死亡リスク等によい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の手段であり、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が示されており[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) 曽根智史ほか，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，渡邉良太，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「厚生の指標」，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, Yoshiba K, Hayashi F, Murayama N. “Eating Together” is associated with food behaviors and demographic factors of older Japanese people who live alone. J Nutr Health Aging 2017; 21(6): 662-672.
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 Goal11（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に開催するとともに、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（まちなかウォーカブル区域）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	国民健康・栄養調査 ※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 :【(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】 ※現在喫煙者は集計対象から除く
現状値	なし（新規集計予定のため） （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） （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） ※「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 ※現在喫煙者は集計対象から除く ※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
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, Butriss JL, Stanner SA. Reducing the population's sodium intake: the UK food standards agency's salt reduction programme. Public Health Nutr. 2012 Feb;15(2):254-61. doi: 10.1017/S1368980011000966.

2) He FJ, Brinsden HC, MacGregor GA. Salt reduction in the United Kingdom: a successful experiment in public health. J Hum Hypertens. 2014 Jun;28(6):345-52. doi: 10.1038/jhh.2013.105.

3) He FJ, Pombo-Rodrigues S, Macgregor GA. Salt reduction in England from 2003 to 2011: its relationship to blood pressure, stroke and ischaemic heart disease mortality. BMJ Open. 2014 Apr 14;4(4):e004549. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004549.

4) Johns Hopkins University
http://clf.jhsph.edu/sites/default/files/2019-01/baltimore-city-food-environment-2018-report.pdf

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・食生活領域での取組として、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	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 ※日本健康会議 2025（宣言３） 大規模法人においては次の①、中小規模法人においては次の②について、行われていること。 ①健康経営優良法人の認定基準を満たすこと。この際、健康経営の発展に資する取組を積極的に実施すること。 ②健康経営優良法人の認定基準を満たすこと。または、保険者や商工会議所、自治体等のサポートを得て健康宣言に取り組むこと。 （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
現状値	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）
ベースライン値	－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
目標値	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

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 【((全施設数※－管理栄養士・栄養士のいない施設数※）／全施設数※）×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)] 【(必要な産業保健サービスを提供している事業場の件数÷全調査対象の事業場の件数）×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、HIPOP-OHP Research Group. 従業員食堂における長期間の食環境介入が野菜類の摂取量に及ぼす効果. 産衛誌 2015; 57 (3): 97-107.
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%BB%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にない
・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。ＢＭＩ20 以下の者の割合は、疾病や老化などの影響を受け、65 歳以上で年齢の上昇に伴い増加する。今後、75 歳以上人口が急増し、要介護者の大幅な増加が見込まれる中で、低栄養傾向の高齢者の増加を抑制することは、健康寿命の延伸に寄与する可能性が高いといえる。

こうしたことから、「低栄養傾向の高齢者の減少」を目標として設定する。

○ 社会活動を行っている高齢者の増加

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

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

高齢者を対象とした研究において、社会参加や就労が健康増進につながることが示されており[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

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	ＢＭＩ20 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	ＢＭＩ18.5 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 20ｇ以上の女性の割合
データソース	国民健康・栄養調査 ※女性 20ｇ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%2Fea7e9e6a-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て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	ＮＤＢ
喫煙	喫煙率の低下（喫煙をやめたい者がやめる）	「現在、たばこを習慣的に吸っている」人の割合	ＮＤＢ
がん	がんの年齢調整死亡率の減少	がん死亡者数 標準化死亡比（ＳＭＲ）	人口動態統計 死因別分類
	がん検診の受診率の向上	胃、大腸、肺、乳がん、子宮頸がん検診受診率	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（ＳＭＲ）	人口動態統計 死因別分類
	高血圧の改善	最高血圧の平均値または、高血圧有病率（140／90mmHg 以上の割合）、服薬中の者を含む	ＮＤＢ
	脂質（ＬＤＬコレステロール）高値の者の減少	ＬＤＬコレステロール 160mg/dl 以上の者の割合、服薬中の者を含む	ＮＤＢ
	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	ＮＤＢ
	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ＮＤＢ
	治療継続者の増加	HbA1c6.5％以上の者のうち、治療中と回答した者の割合	ＮＤＢ
	血糖コントロール不良者の減少	HbA1c が 8.0％以上の者の割合（治療中、治療なしに分けて集計）	ＮＤＢ

	血糖コントロール不良者の減少	HbA1c が 8.0%以上の者の割合（治療中、治療なしに分けて集計）	ＮＤＢ

（２）都道府県の役割と都道府県健康増進計画

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

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を分析・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目標例

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時期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）
荒籾　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
尾﨑　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　巌	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
尾﨑　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　巌	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　然太朗	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）