

評価シート 様式2（案）

（令和4年2月28日 暫定版）

別表第一：健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標……………P.1

別表第二：主要な生活習慣の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

（1）がん……………P.18

（2）循環器疾患……………P.43

（3）糖尿病……………P.60

（4）COPD……………P.90

別表第三：社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

（1）こころの健康……………P.98

（2）次世代の健康……………P.112

（3）高齢者の健康……………P.126

別表第四：健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標……………P.146

別表第五：栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び

歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

（1）栄養・食生活……………P.164

（2）身体活動・運動……………P.202

（3）休養……………P.225

（4）飲酒……………P.241

（5）喫煙……………P.252

様式2 更新日：令和4年2月25日

(領域名) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現

背景

- 「健康寿命の延伸」は健康日本 21（第二次）の中心課題である。我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防及び社会生活を営むために必要な機能の維持・向上等により、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）の延伸を実現することが重要である。健康寿命の定義については、客観性の強い「日常生活に制限のない期間の平均」を主指標に、主観性の強い「自分が健康であると自覚している期間の平均」を副指標としている。
- 平均寿命と健康寿命の差に着目し、平均寿命の伸び以上に健康寿命を延ばす（不健康な状態になる時点を遅らせる）ことを目指している。この差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味する。疾病予防と健康増進、介護予防、社会環境の改善等によって、平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぎ、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現に寄与するとともに、医療費や介護給付費等社会保障負担の軽減も期待できる。
- 健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義される。健康日本 21（第二次）では地域格差に焦点を置き、日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小を目指している。自治体間での健康格差の実態を明らかにし、その縮小に向けた取組を強化する際の指標としては、様々なものが考えられるが、最も重要な指標は健康寿命である。各自治体にとって、健康寿命の格差の要因を把握・分析し、それを延ばす戦略を考えることは、健康づくりを推進する上で重要である。

1 目標項目の評価状況

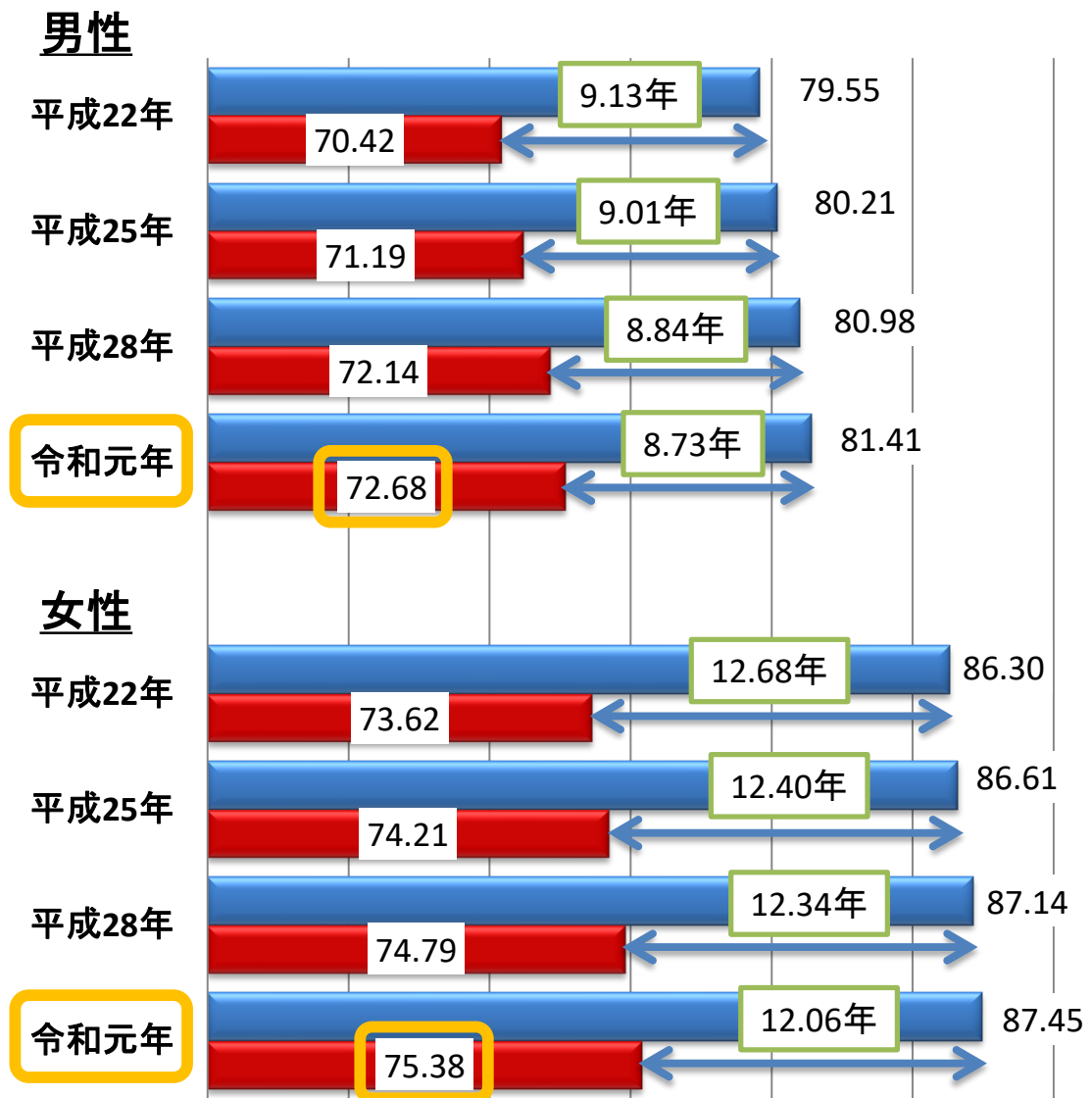
評価	項目数
A 目標値に達した	1
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	0
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内0)
C 変わらない	1
D 悪化している	0
E 評価困難	0

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

① 健康寿命の延伸(日常生活に制限のない期間の平均の延伸)

- 令和元(2019)年の健康寿命(日常生活に制限のない期間の平均)は、平成22(2010)年と比較して男性で2.26年(70.42年→72.68年、 $p<0.001$)、女性で1.76年(73.62年→75.38年、 $p<0.001$)増加した。
- 同期間における平均寿命は、男性で1.86年(79.55年→81.41年)、女性で1.15年(86.30年→87.45年)増加したことから、健康寿命の増加分は平均寿命のそれを上回っており、男女ともに目標である「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」を達成したといえる。

図1 健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」の推移



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

平均寿命：厚生労働省「平成 22 年完全生命表」

厚生労働省「平成 25 年/平成 28 年/令和元年簡易生命表」

健康寿命：厚生労働省「平成 22 年/平成 25 年/平成 28 年/令和元年簡易生命表」

厚生労働省「平成 22 年/平成 25 年/平成 28 年/令和元年人口動態統計」

厚生労働省「平成 22 年/平成 25 年/平成 28 年/令和元年国民生活基礎調査」

※ 総務省「平成 22 年/平成 25 年/平成 28 年/令和元年推計人口」より算出

※平成 28 年（2016）調査では熊本県は震災の影響で調査なし

② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）

- 健康寿命の都道府県格差を最も長い県と短い県の差でみると、ベースラインの平成 22（2010）年と比較して、直近値の令和元（2019）年のデータで男性では縮小傾向であるが、女性では拡大している。最終評価は男性で「A 目標値に達した」、女性で「D 悪化した」となり、総合評価としては「C 変わらない」と評価された。
- 令和元（2019）年のデータでは女性の健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の最も長い県と短い県の差が 3.90 年と大きい。これは他都道府県と比べてそれぞれが著しく長い・短いためである。なお、2 番目に長い県と 2 番目に短い県の差は、ベースラインと比較して 0.48 年（2.78 年→2.30 年）短縮している。

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

図 2-1：男性

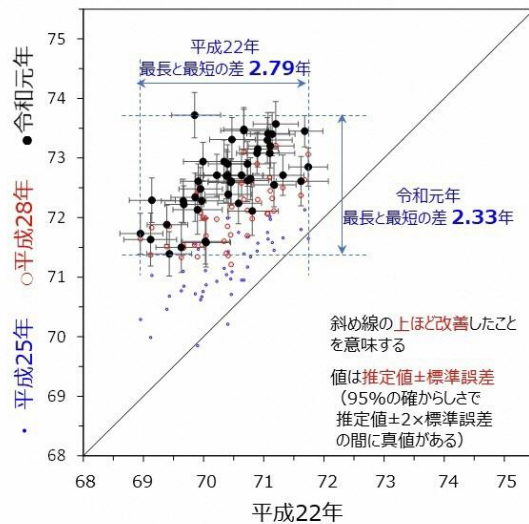
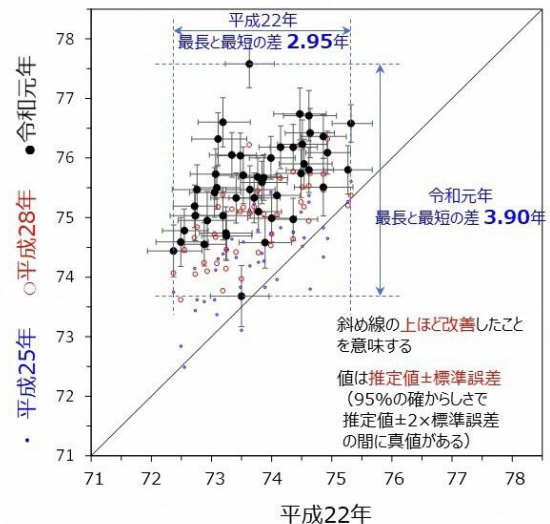


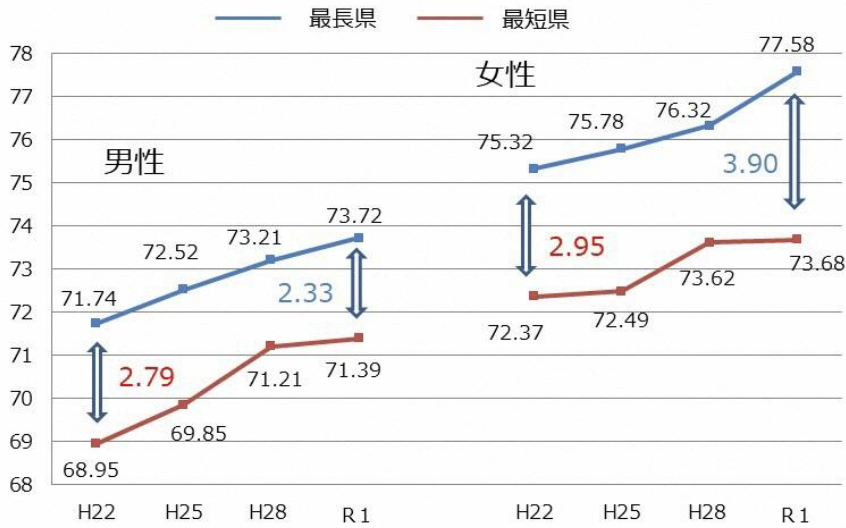
図 2-2：女性



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

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

図3 健康寿命の都道府県格差※の縮小



※日常生活に制限がない期間の平均の都道府県格差

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

- このようなことから、単純に最も長い県と短い県の差のみでは全都道府県間の格差の縮小に関する分析は十分ではなく、47 都道府県間のバラツキの大きさを標準偏差（都道府県差の標準偏差）で表すことで、都道府県格差の指標（地域格差指標）となると考える。
- 厚生労働科学研究「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（令和元（2019）年～令和 3（2021）年度、研究代表者：辻一郎）において上記の地域格差指標を計算したところ、平成 22、25、28、令和元年（2010、2013、2016、2019 年）はそれぞれ、男性は 0.57、0.47、0.37、0.47 年（片側トレンド $p=0.027$ ）、女性は 0.64、0.60、0.53、0.62 年（片側トレンド $p=0.258$ ）となり、健康格差の縮小目標は、男性では目標達成といえるが、女性では目標達成とはいえないと判定された。

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

図 4-1 : 男性

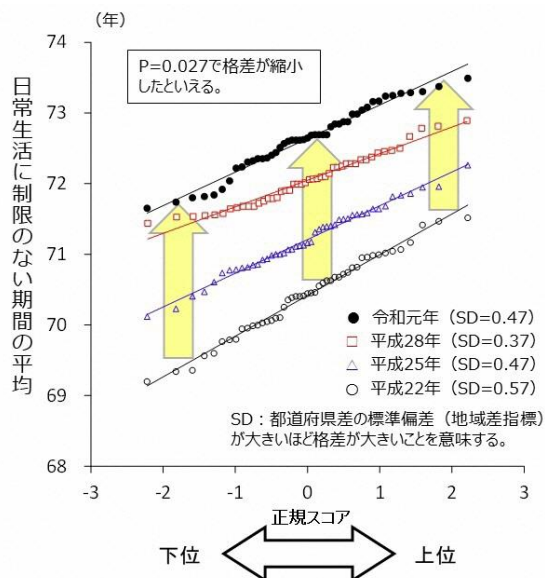
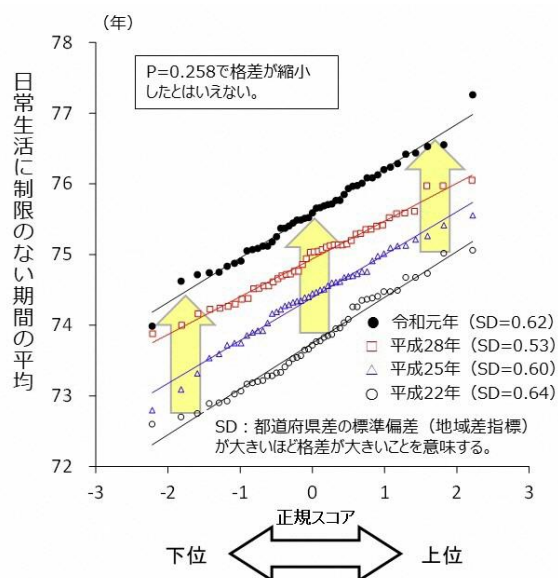


図 4-2 : 女性

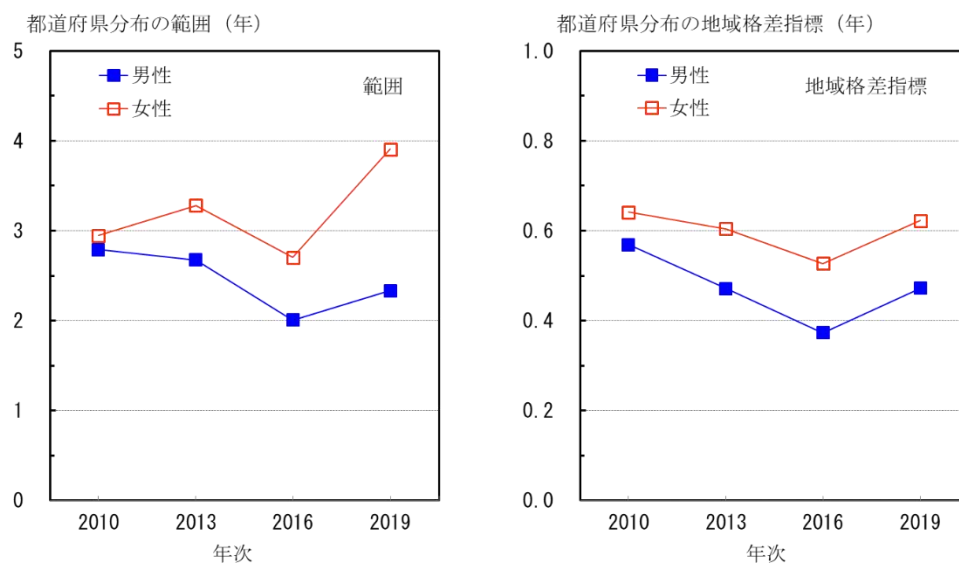


※標本誤差による偶然変動の影響を補正した値を用いているため、都道府県別健康寿命の公表値とは異なる。

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

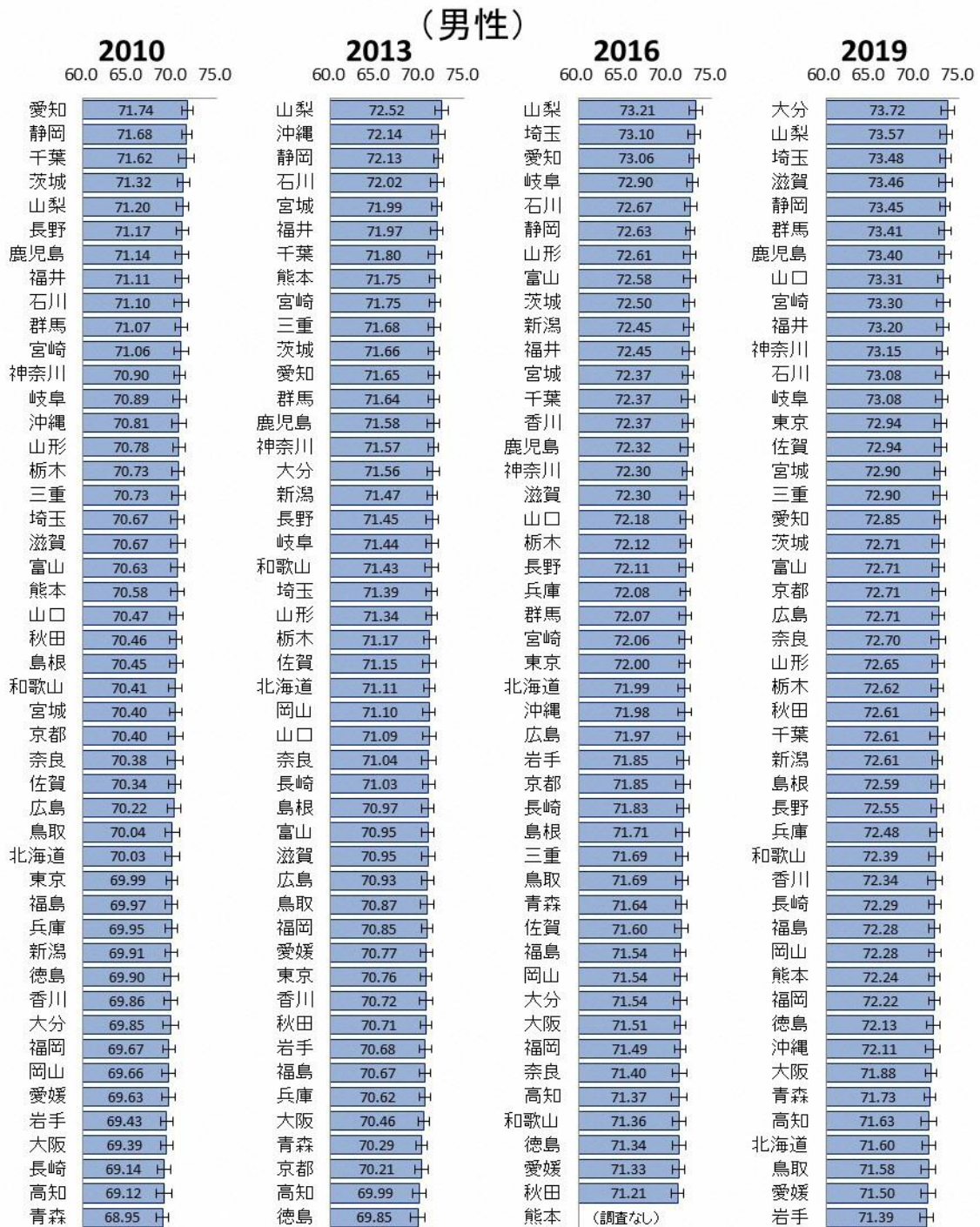
出典：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」(研究代表者 辻一郎)、「健康日本 21 (第二次) の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」(研究代表者 辻一郎)において算出

図5 都道府県分布の範囲と地域格差指標



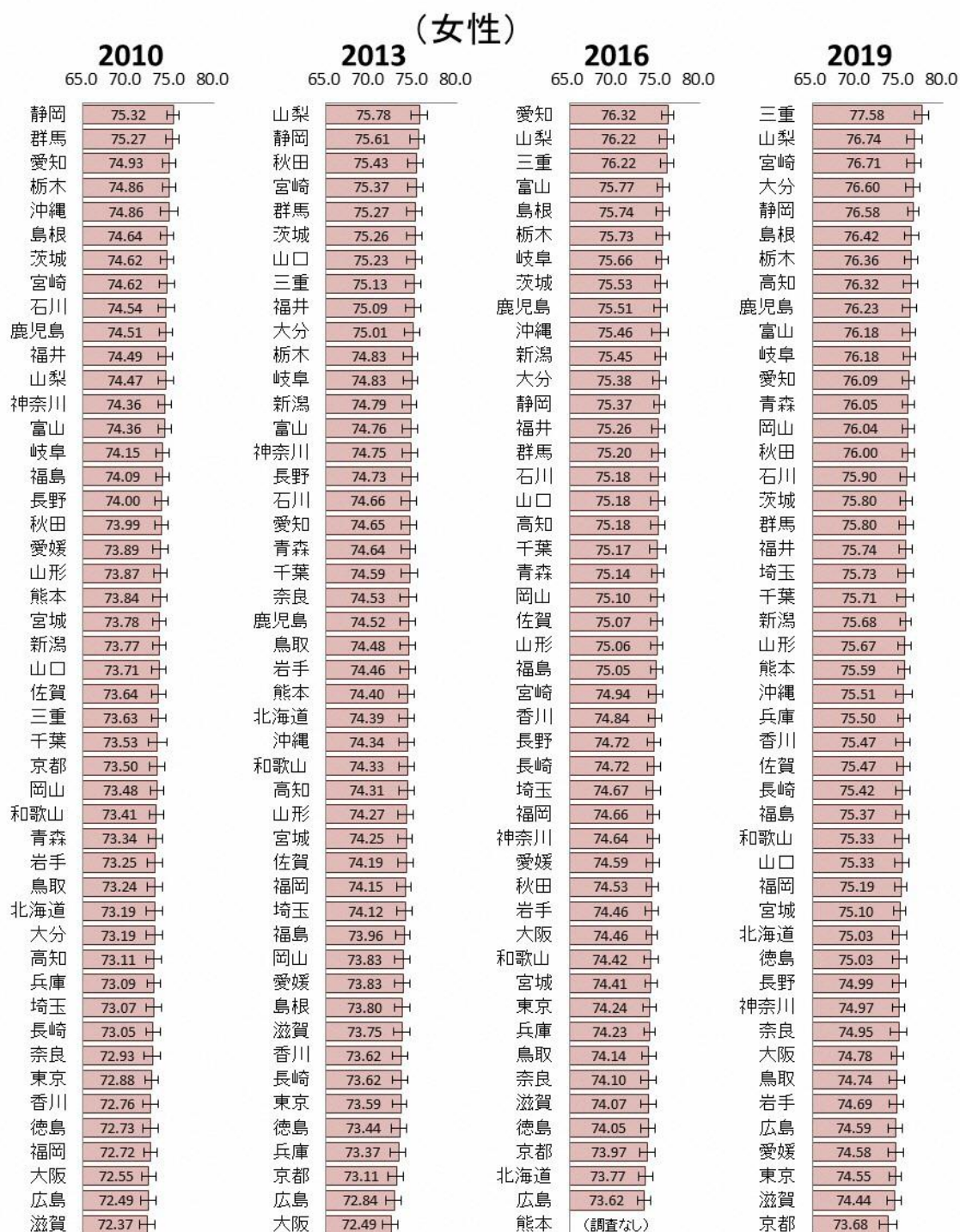
出典：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（研究代表者 辻一郎）、「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）において算出

図6—1：日常生活に制限のない期間の平均（都道府県別）男性



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

図6—2：日常生活に制限のない期間の平均（都道府県別）女性



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

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

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

- 健康寿命の全国値と都道府県値は、国民生活基礎調査（3年ごとに実施される大規模調査）の健康調査票における質問「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」に対する回答をもとに、厚生労働科学研究（※1）において計算されている。
（※1）「健康寿命及び地域格差の分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（平成28～30（2016～2018）年度、研究代表者：東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野・教授 辻一郎）、「健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（令和元～3（2019～2021）年度、研究代表者：東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野・教授 辻一郎）
- 国においては、平成25、28、令和元年（2013、2016、2019年）の国民生活基礎調査のデータを用いて算出した健康寿命の値（全国、各都道府県及び政令指定都市）を公表した（令和元（2019）年の政令指定都市の値は今後公表予定）。
- 自治体が健康寿命を算定することを技術支援するため、研究班の研究成果として、健康寿命の算定方針、算定プログラム等をWEBサイト上に公表している。（平成24（2012）年）9月～、<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>）
- 研究成果として、地方自治体による効果的な健康施策展開のための既存データの活用の手引きを公表。（平成25（2013）年3月）

【関連する動き】

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

〔政府全体の動き〕

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

〔厚生労働省等の動き〕

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

〔民間主導の活動体による取組〕

- 日本健康会議（平成 27（2015）年 7 月発足）
 - 日本健康会議 2021（令和 3（2021）年～）
- 「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」において、健康寿命の定義や妥当性、目標等について整理を行い、報告書を取りまとめた（平成 31（2019）年 3 月）
- 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部において、健康寿命延伸プランを策定し、2040 年までに健康寿命を男女とも 3 年延伸し（2016 年比）、75 歳以上とすることを目指すこととした（令和元（2019）年 5 月「2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部」）

【関連する研究】

- 健康寿命の延伸に関連して以下のような研究結果（※ 2）が報告されている。
- 5 つの生活習慣※と健康寿命の関係について検証したところ、健康寿命の中央値は最低群（0～1 つ該当）と比較して最高群（5 つ該当）が 25.4 ヶ月と、2 年程度の差が認められた。
※①喫煙：非喫煙又は禁煙 5 年以上、②身体活動：1 日平均歩行時間 30 分以上、③睡眠時間：1 日平均睡眠時間 6～8 時間、④野菜摂取量：中央値以上、⑤果物摂取量：中央値以上
 - 肥満・高血圧レベルによらず、非喫煙群の健康寿命は喫煙群より健康寿命が短かった。
 - BMI25～27 の者に比べ、BMI23 未満又は BMI29 以上の者で健康寿命が有意に短かった。
- （※ 2）「健康寿命及び地域格差の分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（平成 28～30（2016～2018）年度、研究代表者：東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野・教授 辻一郎）
- 引き続き厚生労働科学研究で、健康寿命の延伸・短縮要因に関する研究（※ 3）、健康寿命の予測因子や地域間格差の要因分析の研究（※ 4）を推進していく。
- （※ 3）「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究（令和 1～3（2019～2021）年度、研究代表者東北大学辻一郎教授）」
- （※ 4）「生活習慣病及び社会生活が健康寿命に及ぼす影響の解析とその改善効果についての研究」（令和 1～3（2019～2021）年度、研究代表者京都大学近藤尚己教授）
- 健康日本 21（第二次）分析評価事業（受託者：国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所）において、国民健康・栄養調査結果の特別集計により健康日本 21（第二次）実施期間中の体格及び生活習慣に関する都道府県格差の状況の変化を評価したところ、食塩摂取量について、都道府県格差が縮小していた。また、世帯収入と生活習慣等の状況の違いを評価したところ、望ましい変化は見られなかった。（資料 3 - 6 参照）
- 6 NC コホート連携事業で「疾患横断的エビデンスに基づく健康寿命の延伸のための提言（第一次）」を作成（令和 3（2021）年 3 月）

<各目標項目に係る取組>

① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）

② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）

- 40 都道府県において管内市町村の健康寿命を把握している。（令和元（2019）年末時点、厚生労働省健康局健康課による調査）
- 国保データベース（KDB）システムでは、市町村・二次医療圏別の平均自立期間を信頼区間とともに毎年算出し、国・県・同規模市と比較可能となっている。
- その他、健康寿命の都道府県格差以外の格差を含めた都道府県における健康格差対策への取組の実施状況としては、
 - ①市町村の健康に関する指標や生活習慣の状況の格差の実態把握を実施；47 都道府県
 - ②その縮小に向けた対策を検討；43 都道府県
 - ③その検討結果に基づき格差の縮小に向けた対策を実施；41 都道府県であった。（令和元（2019）年末時点、厚生労働省健康局健康課による調査）

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

① 「健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）」の評価は「A 目標値に達した」であった。厚生労働科学研究「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（令和元（2019）年～令和 3（2021）年度、研究代表者：辻一郎）において、健康寿命の平成 22（2010）～令和元（2019）年の推移について分析したところ、死亡率低下による延伸分が男性で約 5 割、女性で約 3 割であり、悪性新生物、虚血性心疾患、脳血管疾患の 3 疾患による死亡の減少がそのうちのかかなりの割合を占めた。不健康割合低下による延伸分がその残りであり、上記 3 疾患、関節疾患及び他の疾患の受療者数の減少と受療者の不健康割合低下とともに受療なし者（集団全体の 6 割）の不健康割合の低下が大きく関与した。不健康寿命の平成 22（2010）～令和元（2019）年の推移において、死亡率低下による延伸分を、不健康割合低下による短縮分が上回っていたため、不健康寿命は短縮した。

② 「健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）」の評価は男性が「A 目標値に達した」、女性が「D 悪化している」であり、総合して「C 変わらない」であった。健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の都道府県格差は、男性では平均寿命と不健康寿命（日常生活に制限のある期間の平均）両方の格差の影響が大きく（令和元（2019）年都道府県別の健康寿命との相関係数：平均寿命 0.48、不健康寿命-0.41）、女性では不健康寿命の格差の影響が大きい（同：平均寿命-0.10、不健康寿命-0.85）。女性が「D 悪化している」のは、健康寿命が最も長い県と短い県が、他都道府県と比べて著しく長い・短いためである。健康寿命が最も短い県は、平均寿命は全国の上位である（長い）一方で不健康寿命も最も長い。

ただし、不健康寿命の標準誤差が全国で最も大きいことから、解釈は慎重にすべきである。引き続き厚生労働科学研究で、地域格差の要因に関する研究を推進していく必要がある。

<領域全体としての評価>

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

4 今後の課題

<領域全体としての課題>

- 生活習慣の改善が健康寿命の延伸に寄与することは研究により示されているものの、都道府県・市町村レベルでの健康格差の確固たる要因の把握については、さらなる研究が必要である。しかし、生活習慣を改善することは健康寿命の延伸に寄与することが示されているため、都道府県・市町村においては、住民の生活習慣改善を目指し、社会全体で予防・健康づくりを進める環境づくりに努めていく必要がある。
- 健康寿命延伸プランにおいては、「健康寿命延伸に向けた取組」として「次世代の健やかな生活習慣形成等（健やか親子施策）」、「疾病予防・重症化予防（がん対策・生活習慣病対策）」、「介護・フレイル予防（介護予防と保健事業の一体的実施）」を重点取組分野とし、①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域間の格差の解消という2つのアプローチから健康寿命の延伸を目指すこととしている。また、骨太の方針（平成30（2018）年6月15日閣議決定）において、「社会全体の活力を維持していく基盤として、健康寿命を延伸し、平均寿命との差を縮小することを目指す。」とされていることを踏まえ、今後目標の達成に向けた具体的な施策をとりまとめ実施していく必要がある。
- 国としては、引き続き各都道府県の健康寿命を算定して公表し、その動向と関連要因を検討するべきである。都道府県においては各市町村での健康寿命を算定することが望ましい。また、都道府県が各種の調査・統計を活用することにより、都道府県内の市区町村における健康格差の実態を解明し、その縮小に向けた取組を行うことが望ましい。ただし、その実施に当たっては、生命表を用いた計算方法や人口規模の小さな自治体におけるデータの取扱い等の点で統計学上の高度な知識・技術が必要となるので、都道府県に対する技術支援（研修会等による人材育成、算定ソフトの提供等）を行うことが望ましい。
- 健康寿命の延伸という課題に取り組むに当たって、健康増進・疾病予防が担う役割は極めて大きいものであるが、それに加えて疾病の早期発見、適切な治療管理による疾病の重症化予防、さらには介護予防や介護サービス等、様々な取組が必要となる。住民一人一人の健康レベルやリス

ク、さらには保健医療福祉介護ニーズに応じて、これらの取組を切れ目なく総合的に提供できるシステム（地域包括ケア）の構築が求められる。

- 健康寿命以外の観点から健康格差を把握することも検討する必要がある。国が実施している各種調査（人口動態調査、国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査、患者調査、介護給付費実態調査等）について、各都道府県における生活習慣・健康状態・疾病・介護保険の利用等に関する状況を比較できるように集計し、その結果を公表することが望ましい。

<各目標項目に係る課題>

① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）

- 国民生活基礎調査（大規模調査）の3年ごとの調査データを用い、引き続き健康寿命を算出する。
 - 「日常生活動作が自立している期間の平均」（要介護2以上になるまでの期間）を補完的指標として用いる。
 - 都道府県においては各市町村での健康寿命（「日常生活動作が自立している期間の平均」等）を算定することが望ましい。各都道府県による独自の計算のほか、国保データベース（KDB）システムの利用も可能である。
 - 都道府県が各種の調査・統計を活用することにより、都道府県内の市区町村における健康格差の実態を解明し、その縮小に向けた取組を行うことが望ましい。
 - 厚生労働科学研究で、健康寿命の予測因子や地域間格差の要因を分析し取りまとめ、次期国民健康づくり運動プランへの提言を行う予定。
- ※「生活習慣病及び社会生活が健康寿命に及ぼす影響の解析とその改善効果についての研究」（令和1～3（2019～2021）年度、研究代表者京都大学教授 近藤尚己）
- 健康寿命の延伸要因については研究途上にあり、引き続き研究を推進する必要がある。
 - 令和元（2019）年に策定された健康寿命延伸プランにそって、2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し75歳以上とすることを目指して、各種取組を推進する。
 - 疾病や障害を有したとしても、日常生活への制限が最小限にとどまり、主観的健康観を保つことができる社会づくりが望まれる。

② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）

- 厚生労働科学研究費補助金にて、健康寿命の全国推移と地域格差の算定と評価方法の研究を行う。また、健康日本21（第二次）の主要目標項目のうち都道府県データから得られる指標についての分析及び各指標の地域格差の要因分析についての研究を行う。
- 健康格差対策に取り組む都道府県は、令和元（2019）年末時点で41都道府県となっており、引き続き目標項目である「健康格差対策に取り組む自治体の増加（目標；47都道府県）」を達成するために取組を推進していく。
- 厚生労働科学研究で、健康寿命の予測因子や地域間格差の要因を分析してとりまとめ、次期国民健康づくり運動プランへの提言を行う

※「生活習慣病及び社会生活が健康寿命に及ぼす影響の解析とその改善効果についての研究」
(令和1～3(2019～2021)年度、研究代表者京都大学近藤尚己教授)

- 令和元(2019)年に策定された健康寿命延伸プランにそって、健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進や地域・保険者間の格差解消に向け、各種取組を推進する。
- 健康日本21(第二次)においては、健康格差の指標として健康寿命の都道府県格差をみているが、今後は国においても都道府県格差のみでなく、市町村格差等より小さい単位での地域間格差も把握し、対策を検討する必要がある。
- 健康寿命の都道府県格差の縮小は、全ての都道府県で健康寿命が延伸するのと同時に、健康寿命が短い県ほどより大きく延伸することによって達成されるべきである。都道府県格差の指標は最も長い県と短い県の差だけでなく、都道府県全体の格差の縮小に関する指標も考慮する必要がある。
- また、地域間格差のみでなく、保険者間格差や、所得・学歴・職業等の社会経済的要因による集団間格差等も把握していく必要があると考える。
- 国が実施している各種調査(国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査、患者調査、介護給付費実態調査等)について、各都道府県における生活習慣・健康状態・疾病・介護保険の利用等に関する状況を比較できるように集計し、その結果を公表することが望ましい。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

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

<参考文献・URL>

- 厚生労働科学研究 健康寿命のページ
<http://toukei.umin.jp/kenkoujumyou/>
- 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」
<https://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/report.html>
- 厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」
<https://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/report.html>
- 厚生労働科学研究「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」
<https://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/japan21/>

【参考】

体格及び生活習慣に関する都道府県格差の状況

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

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

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

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

図 1-1. BMI の分布の推移（20-69 歳男性）

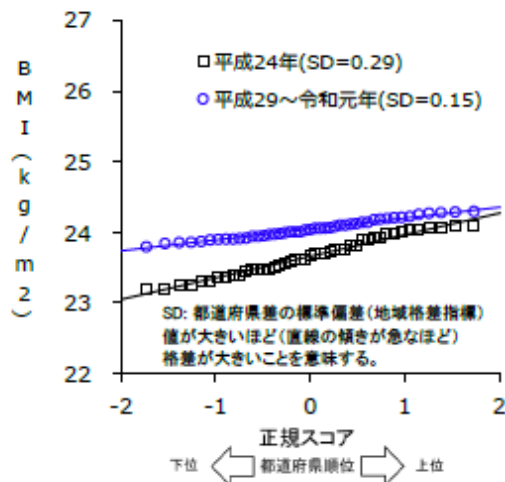
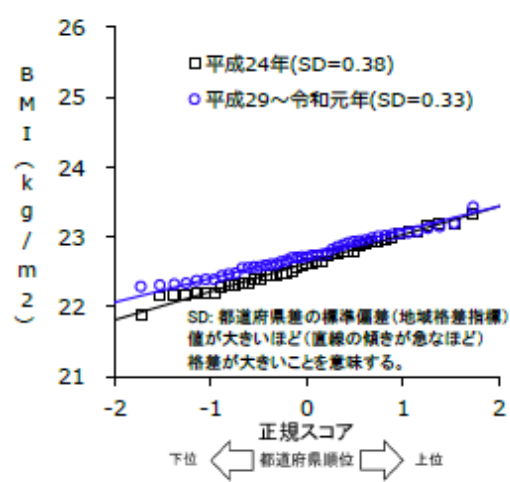
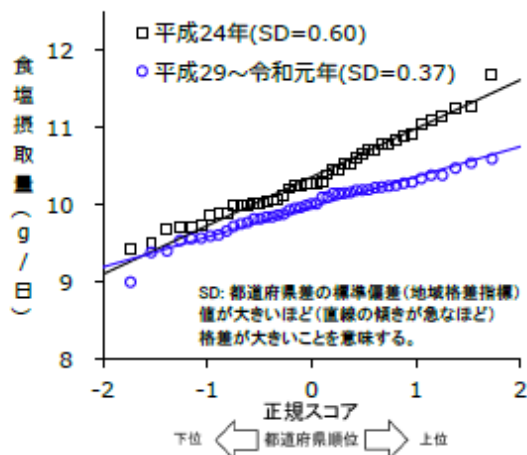


図 1-2. BMI の分布の推移（40-69 歳女性）



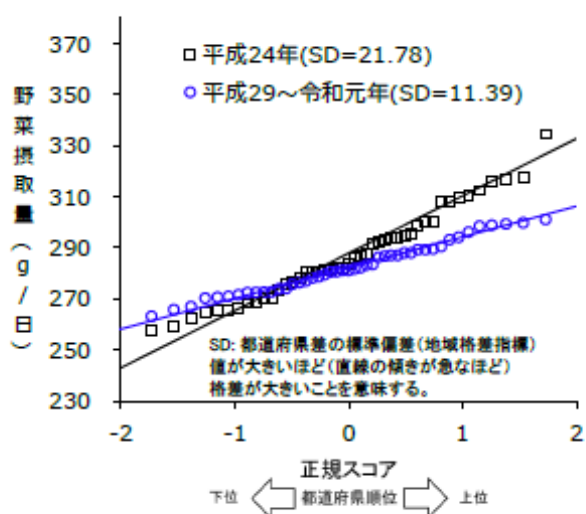
○食塩摂取量の全国平均値は、平成 24 年と比較して平成 29～令和元年では減少し、改善傾向が見られた（ $10.4\text{g}/\text{日} \Rightarrow 10.0\text{g}/\text{日}$ ）。また、都道府県間の格差も縮小した（図 2）。

図 2. 食塩摂取量の分布の推移（20 歳以上、男女計）



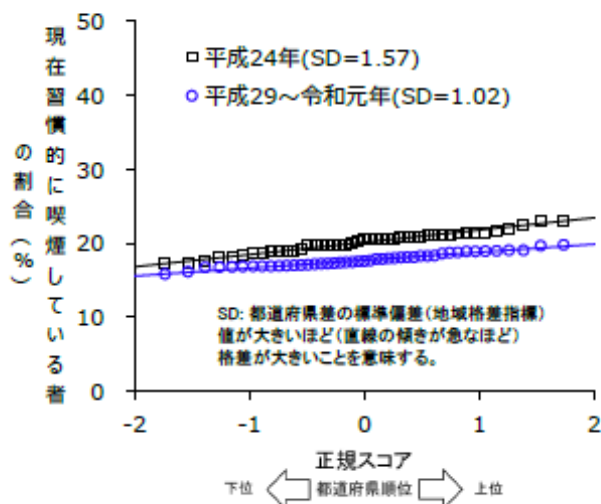
○野菜摂取量の全国平均値は、平成24年に摂取量が多かった上位の数県を除き大きな変化はなく、改善傾向は見られなかった（288g/日⇒281g/日）。高摂取の都道府県ほど大きく減少する傾向にあったため、平成24年と平成29～令和元年の2時点間で都道府県間の格差は縮小したが、望ましい変化ではなかった（図3）。

図3. 野菜摂取量の分布の推移（20歳以上、男女計）



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

図4. 現在習慣的に喫煙している者の割合の分布の推移（20歳以上・男女計）



<参考：グラフの見方>

平成24年（大規模年）と平成29～令和元年（通常年のプールデータ）の都道府県格差の指標の変化を視覚的に把握しやすいよう、X軸を都道府県順位の正規スコア、Y軸を都道府県別補正值として正規プロットで図示した（誤差分散を補正した値であり単純な年齢調整平均値とは異なる。）。

直線が上方に移動していれば全体として値が上昇したことを意味し、直線の傾きが急なほど都道府県の差が大きいことを意味する。

様式2（案）更新日：令和4年2月28日（省内調整中）

（領域名）（1）がん

背景

- がんは、昭和56（1981）年以降、日本人の死因の第1位となり、令和元（2019）年の死亡者は、37万6千人を超え、全死亡の3分の1と占める国民にとっての重要疾患となっている。こうした背景から平成18（2006）年6月には、がん対策を総合的かつ計画的に推進するため、「がん対策基本法」（以下この章において「基本法」という。）が策定された。基本法に基づき、平成19（2007）年6月がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）を閣議決定し、がん対策を推進している。基本法は、平成28（2016）年12月に改正され、基本計画は、平成24（2012）年6月、平成30（2018）年3月に改訂されて、現在は第3期となっている。
- 第3期基本計画（平成30（2018）年3月）では、全体目標のひとつに「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」が挙げられ、その中で「がんを予防する方法を普及啓発するとともに、研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現する。」とされており、「がんの死亡者の減少」を目標とした。さらに、分野別施策の「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」の個別目標として「国は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を50%とする。」とされており、これを目標とした。

1 目標項目の評価状況

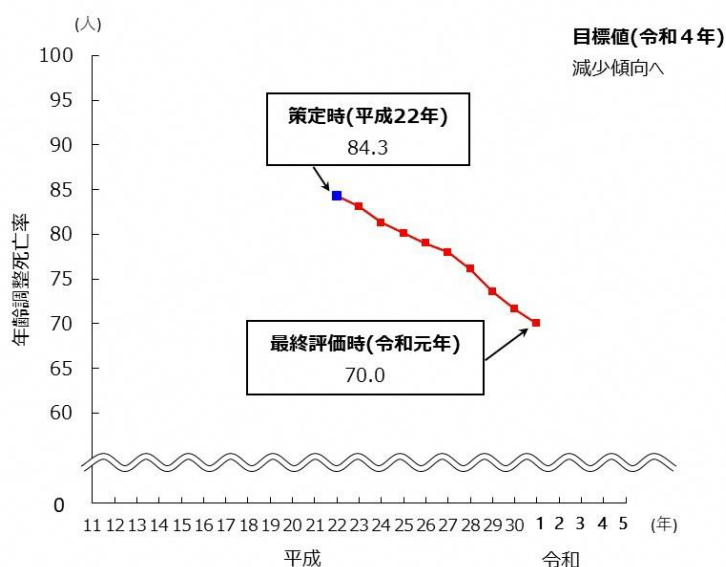
評価	項目数
A 目標値に達した	1
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	1
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内0)
C 変わらない	0
D 悪化している	0
E 評価困難	0

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

① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)

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

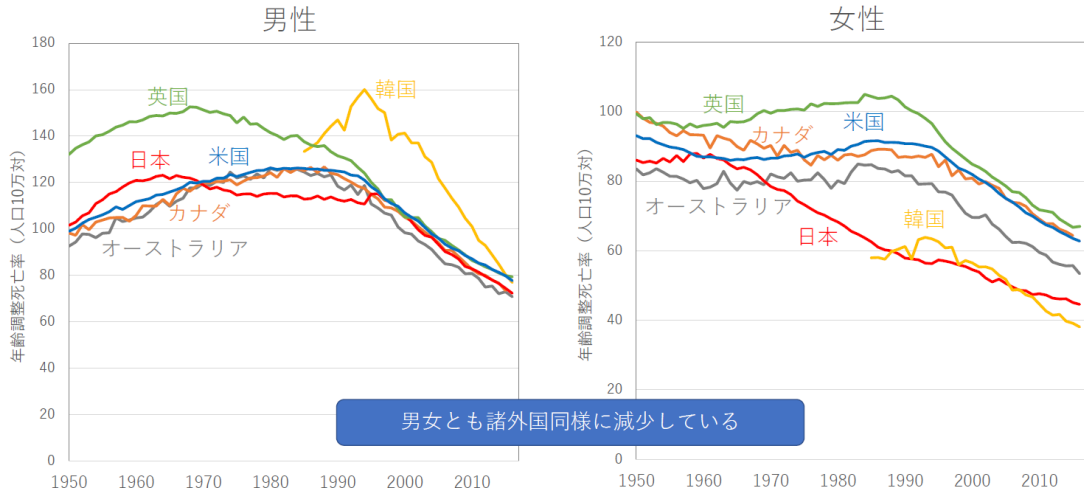
図1：75歳未満のがんの年齢調整死亡率(10万人当たり)



出典：厚生労働省「人口動態統計」

図1-1：75歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 全がん

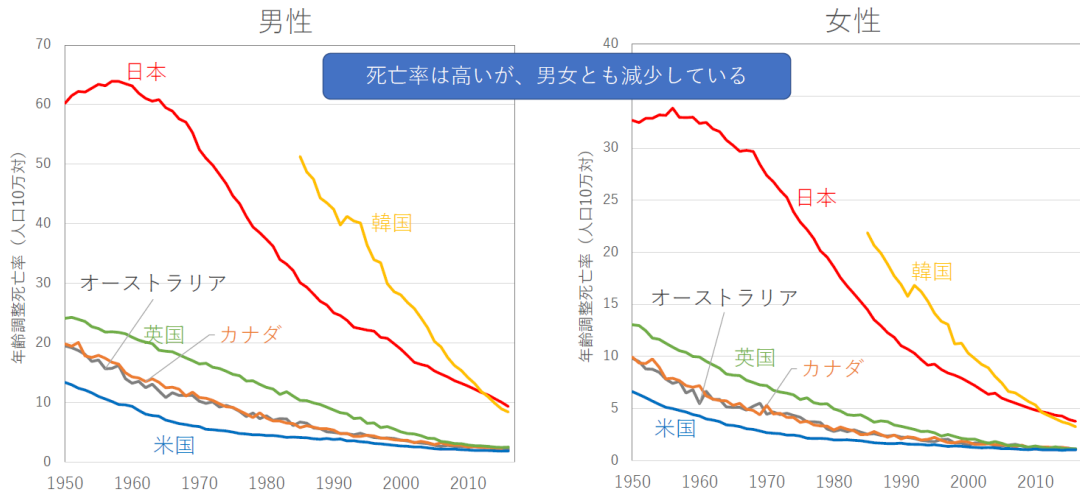
75歳未満年齢調整死亡率 全がん



年齢調整は世界人口 (Segi) を使用。男女で縦軸のスケールが異なる。
 出典：WHO Cancer Mortality Database (<https://www-dep.iarc.fr/WHOdb/WHOdb.htm>) 1

図1-2：75歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 胃がん

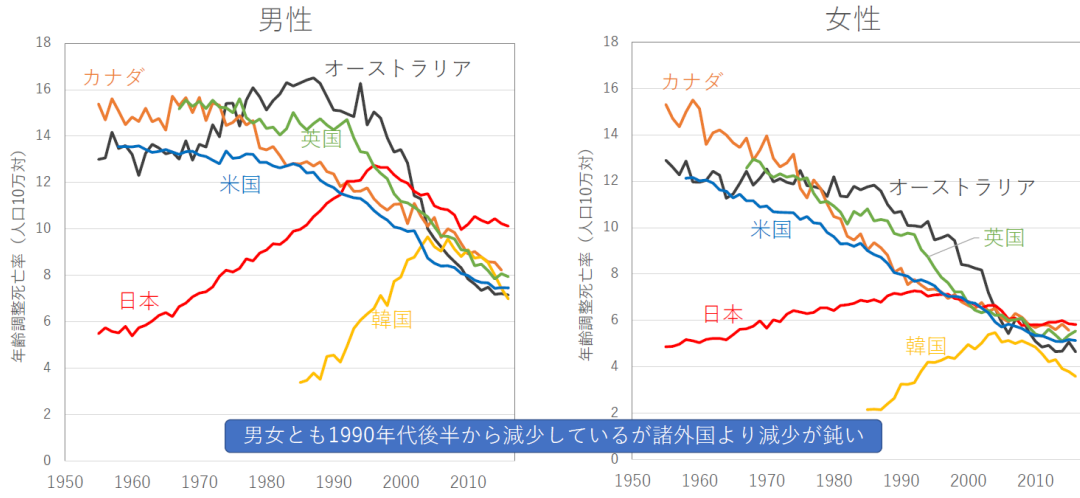
75歳未満年齢調整死亡率 胃がん



年齢調整は世界人口 (Segi) を使用。男女で縦軸のスケールが異なる。
 出典：WHO Cancer Mortality Database (<https://www-dep.iarc.fr/WHOdb/WHOdb.htm>) 2

図 1-3 : 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 大腸がん

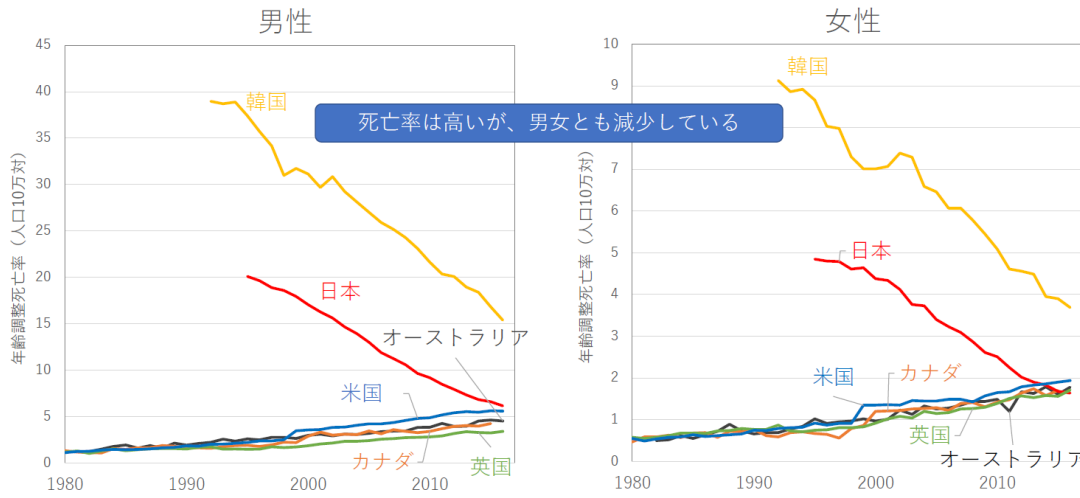
75歳未満年齢調整死亡率 大腸がん



出典 : WHO Cancer Mortality Database (<https://www-dep.iarc.fr/WHOdb/WHOdb.htm>) 3

図 1-4 : 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 肝臓がん

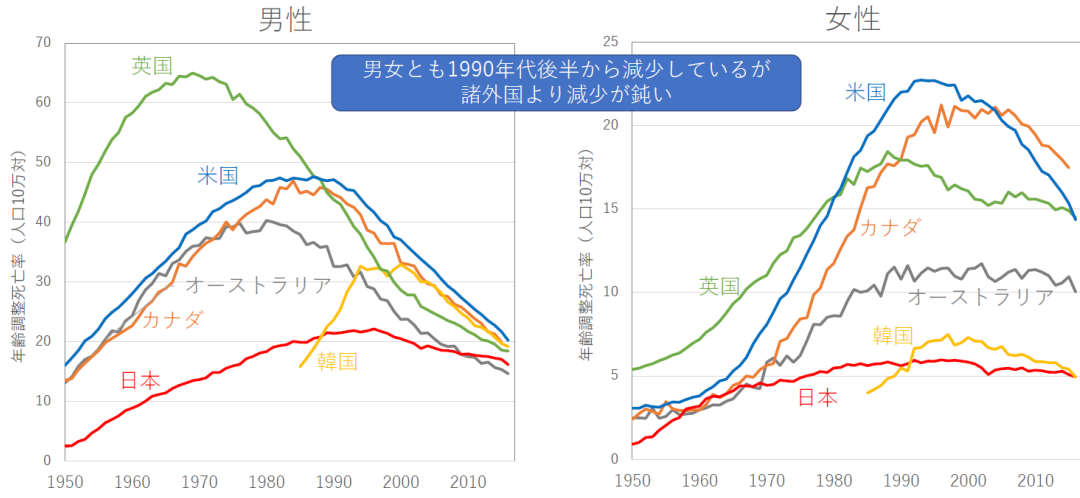
75歳未満年齢調整死亡率 肝臓がん



出典 : WHO Cancer Mortality Database (<https://www-dep.iarc.fr/WHOdb/WHOdb.htm>) 4

図1-5 : 75歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 肺がん

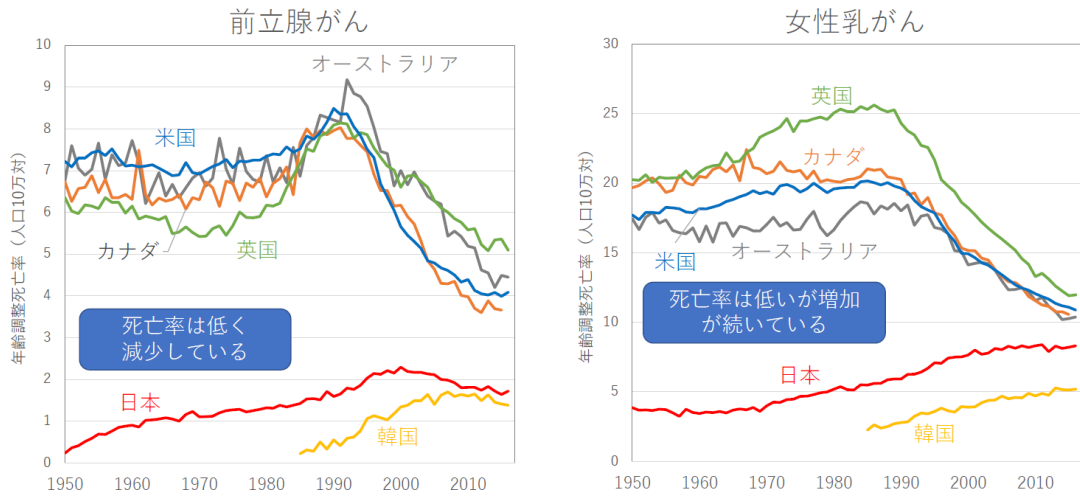
75歳未満年齢調整死亡率 肺がん



年齢調整は世界人口 (Segi) を使用。男女で縦軸のスケールが異なる。
 出典 : WHO Cancer Mortality Database (<https://www-dep.iarc.fr/WHOdb/WHOdb.htm>) 5

図1-6 : 75歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 前立腺がん・乳がん

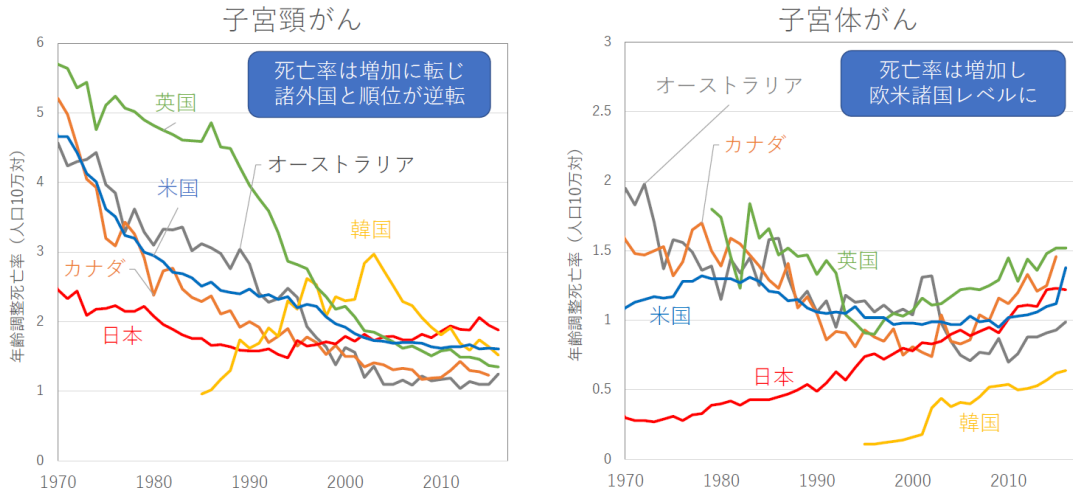
75歳未満年齢調整死亡率 前立腺・乳がん



年齢調整は世界人口 (Segi) を使用。左右で縦軸のスケールが異なる。
 出典 : WHO Cancer Mortality Database (<https://www-dep.iarc.fr/WHOdb/WHOdb.htm>) 6

図1-7：75歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 子宮頸がん・体がん

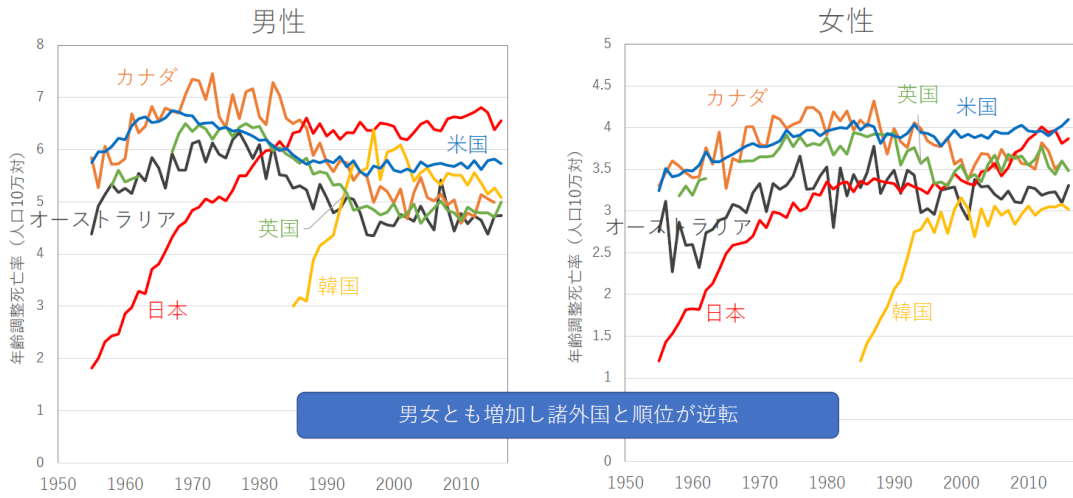
75歳未満年齢調整死亡率 子宮頸がん・体がん



年齢調整は世界人口 (Segi) を使用。左右で縦軸のスケールが異なる。
 出典：WHO Cancer Mortality Database (<https://www-dep.iarc.fr/WHODb/WHODb.htm>) 7

図1-8：75歳未満のがんの年齢調整死亡率国際比較 膵がん

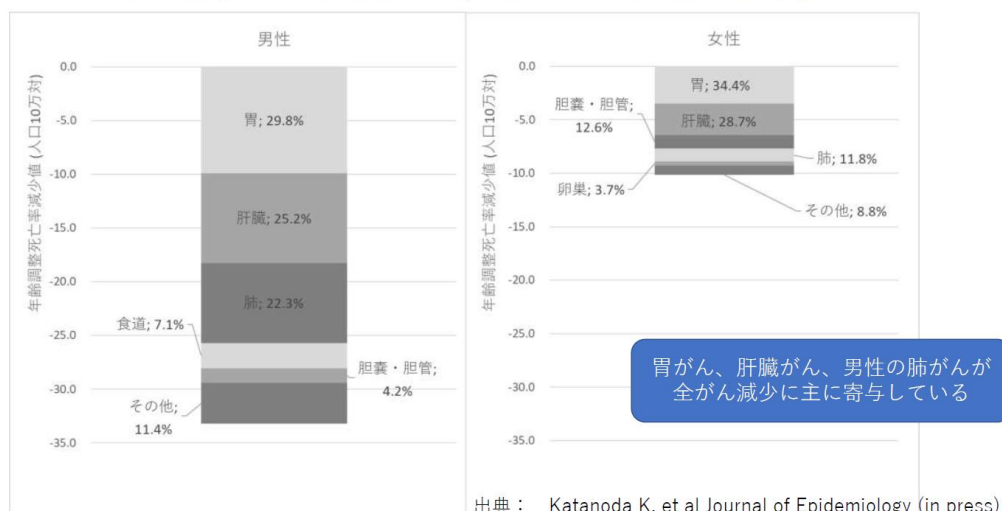
75歳未満年齢調整死亡率 膵がん



年齢調整は世界人口 (Segi) を使用。
 出典：WHO Cancer Mortality Database (<https://www-dep.iarc.fr/WHODb/WHODb.htm>) 8

図1-9：全がん年齢調整死亡率減少に寄与したがん種の内訳

日本の全がん年齢調整死亡率減少に寄与したがん種の内訳（2009～2018年）



② がん検診の受診率の向上

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

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

図 2 - 1 : 胃がん検診受診率 (男性)

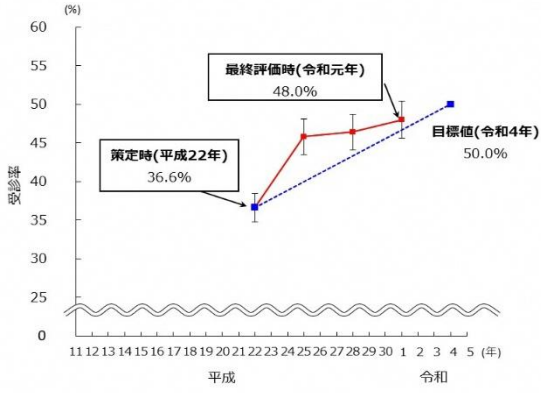


図 2 - 2 : 胃がん検診受診率 (女性)

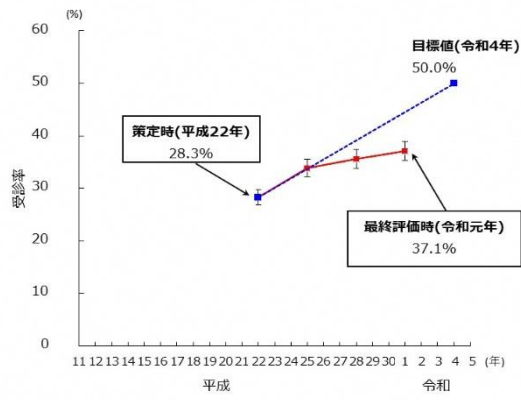


図 3 - 1 : 肺がん検診受診率 (男性)

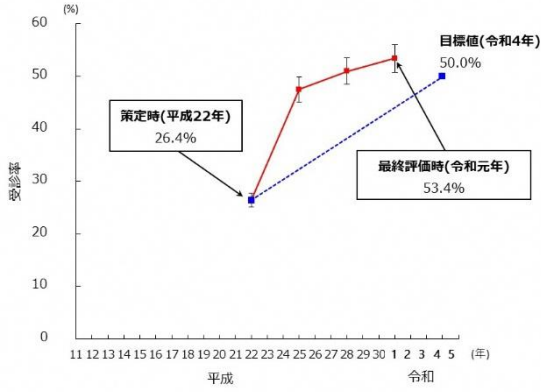


図 3 - 2 : 肺がん検診受診率 (女性)

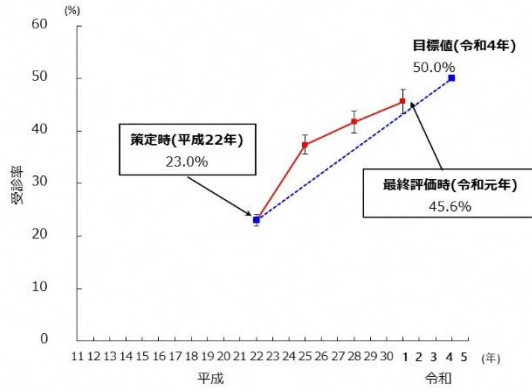


図 4 - 1 : 大腸がん検診受診率 (男性)

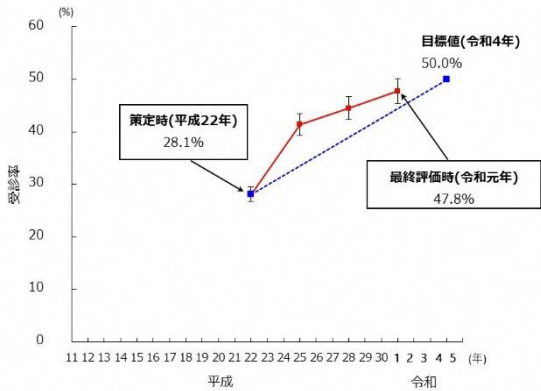
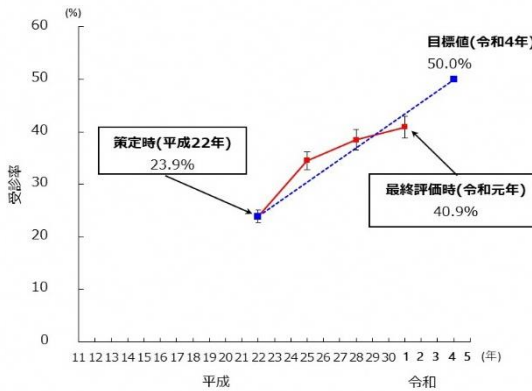


図 4 - 2 : 大腸がん検診受診率 (女性)



出典 (図 2、3、4) : 厚生労働省「国民生活基礎調査」

図5：子宮頸がん検診受診率

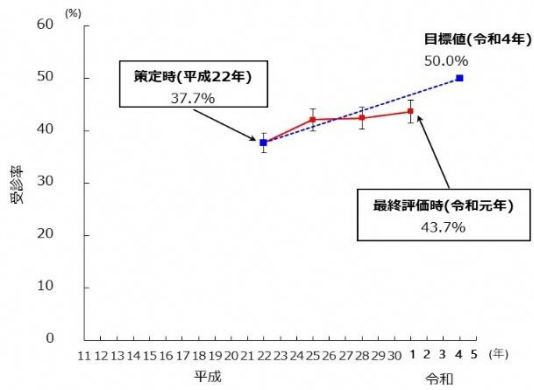
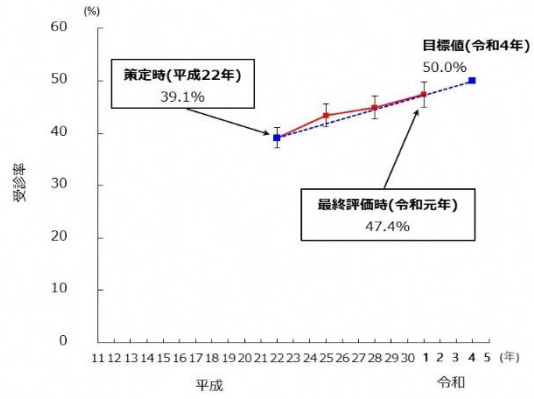
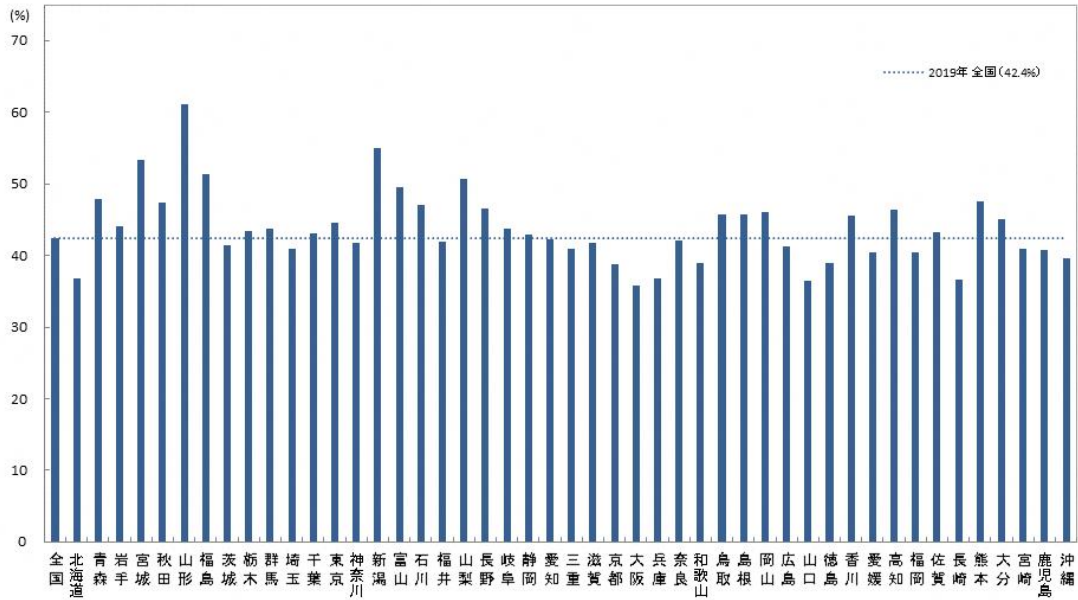


図6：乳がん検診受診率



出典 (図5、6)：厚生労働省「国民生活基礎調査」

図7：胃がん検診受診率 (40～69歳 男女計) 令和元 (2019) 年



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

(国立がん研究センターがん対策情報センターHP よりグラフ引用)

図8：大腸がん検診受診率（40～69歳 男女計）令和元（2019）年

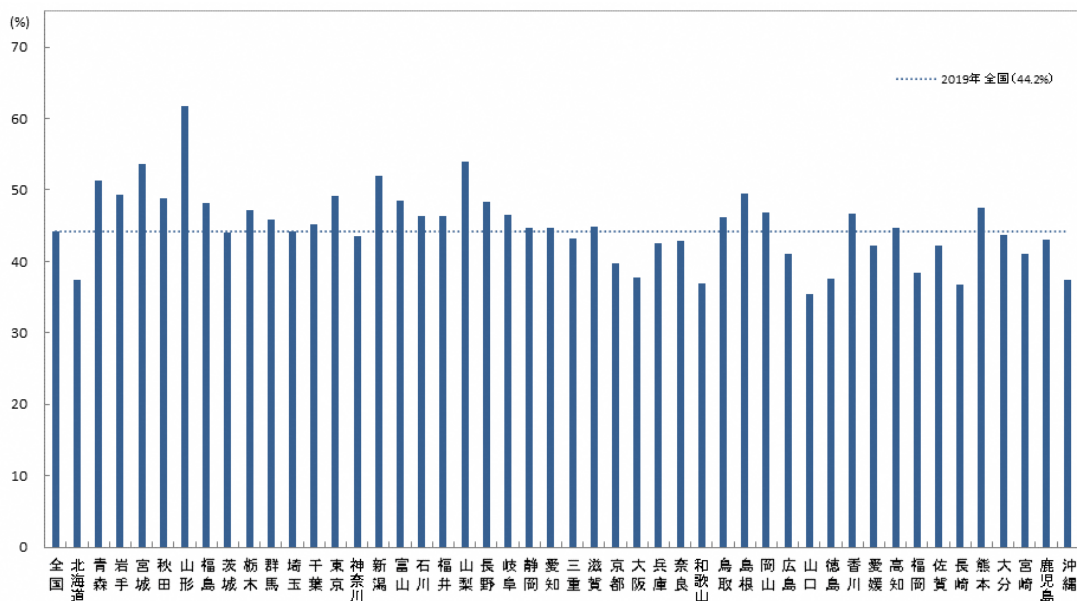
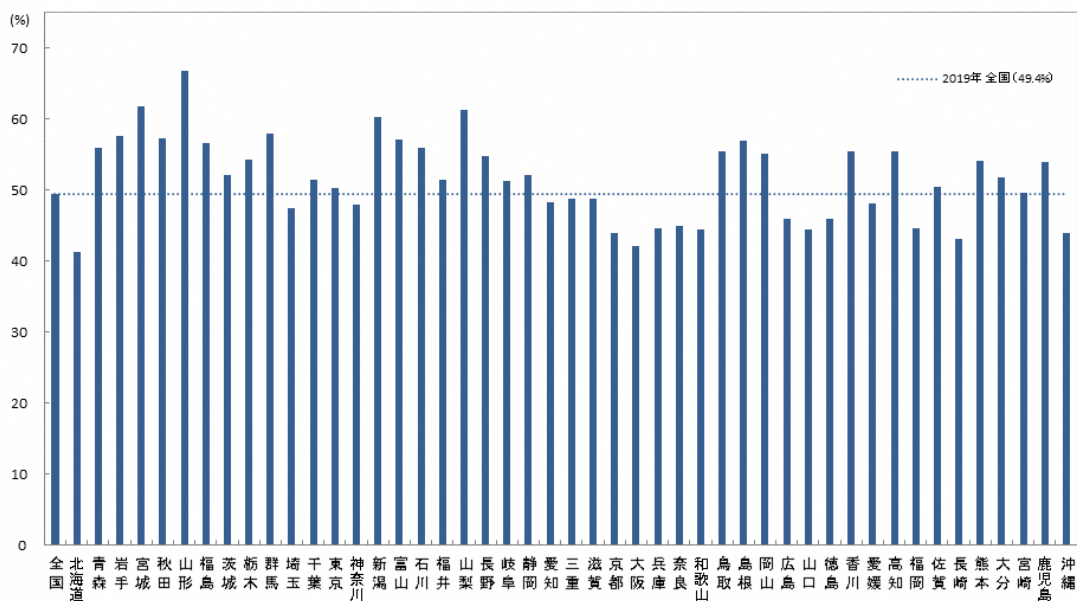


図9：肺がん検診受診率（40～69歳 男女計）令和元（2019）年



出典（図8、9）：厚生労働省「国民生活基礎調査」

（国立がん研究センターがん対策情報センターHP よりグラフ引用）

図 10 : 乳がん検診受診率 (40~69 歳 女性) 令和元 (2019) 年

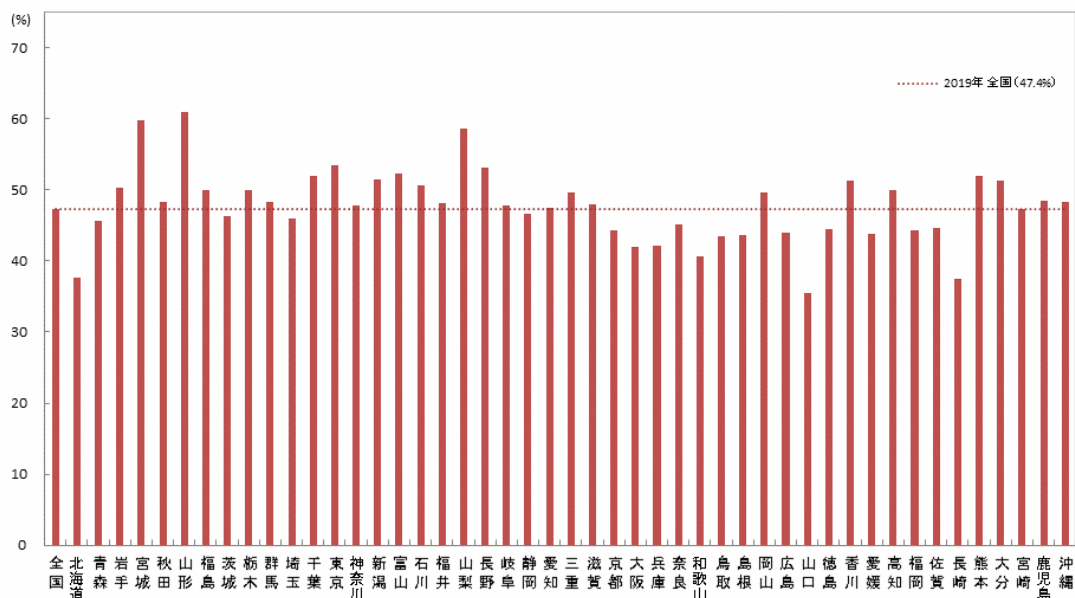
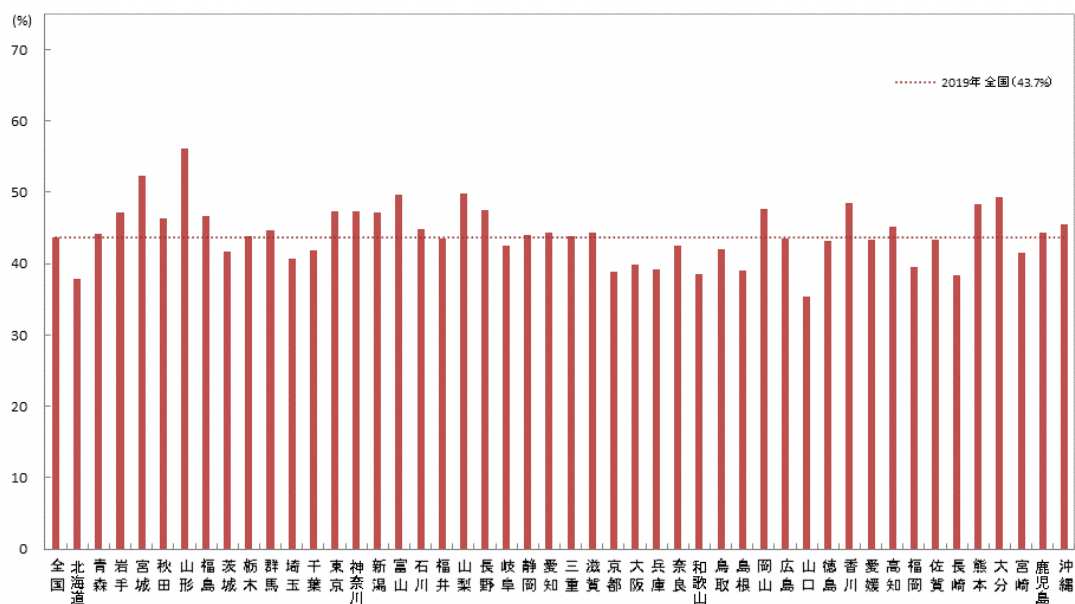


図 11 : 子宮(頸)がん受診率 (20~69 歳 女性) 令和元 (2019) 年



出典 (図 8、9) : 厚生労働省「国民生活基礎調査」
 (国立がん研究センターがん対策情報センターHP よりグラフ引用)

図 12-1 : 都道府県別がん受診率年次推移 胃がん (40~69 歳 男性)

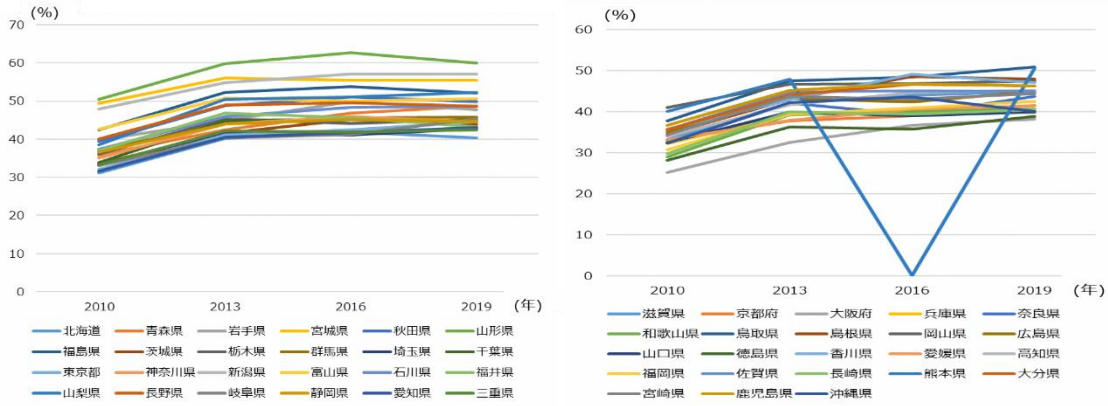


図 12-2 : 都道府県別がん受診率年次推移 胃がん (40~69 歳 女性)

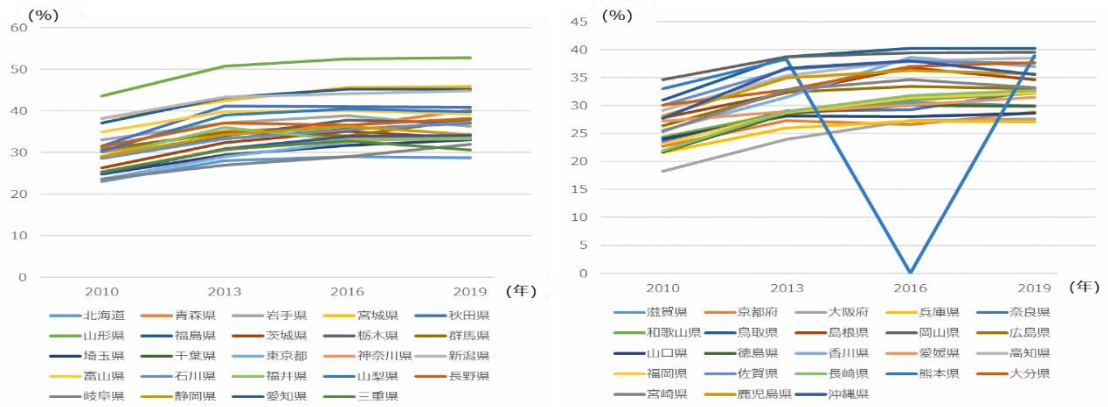
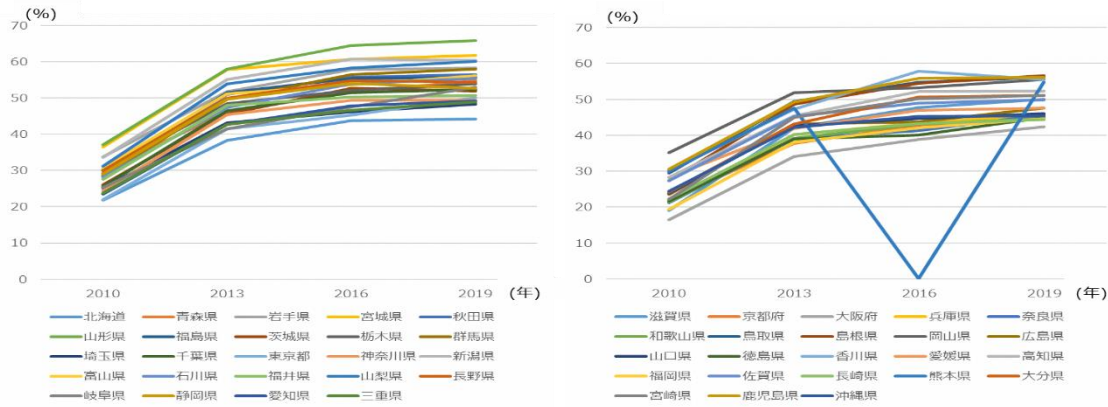


図 13-1 : 都道府県別がん受診率年次推移 肺がん (40~69 歳 男性)



出典 (図 12、13) : 厚生労働省「国民生活基礎調査」
(国立がん研究センターがん対策情報センター)

※2016 年の熊本は調査をしていない

図 13-2 : 都道府県別がん受診率年次推移 肺がん (40~69 歳 女性)

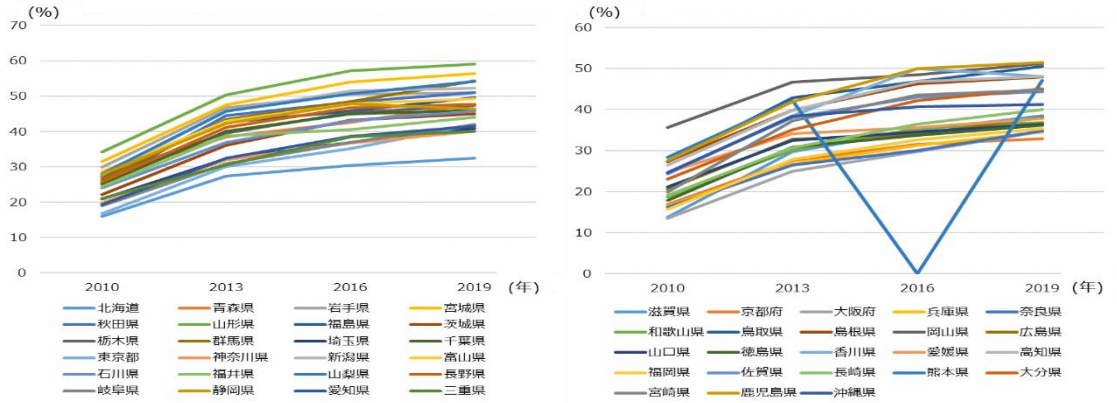


図 14 : 都道府県別がん受診率年次推移 乳がん (40~69 歳 過去 2 年)

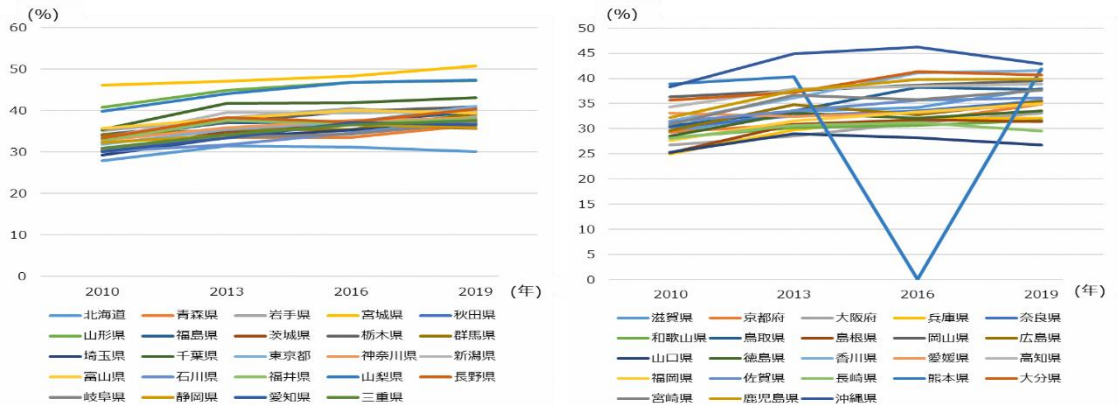
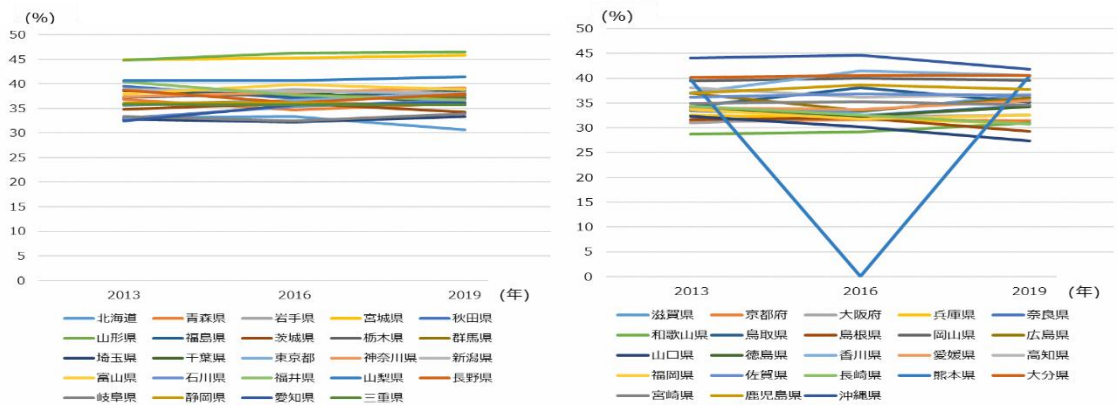


図 15 : 都道府県別がん受診率年次推移 子宮頸がん (20~69 歳 過去 2 年)



出典 (図 13、14、15) : 厚生労働省「国民生活基礎調査」

(国立がん研究センターがん対策情報センター)

※2016 年の熊本は調査をしていない

図 16-1 : 都道府県別がん受診率年次推移 大腸がん (40~69 歳 男性)

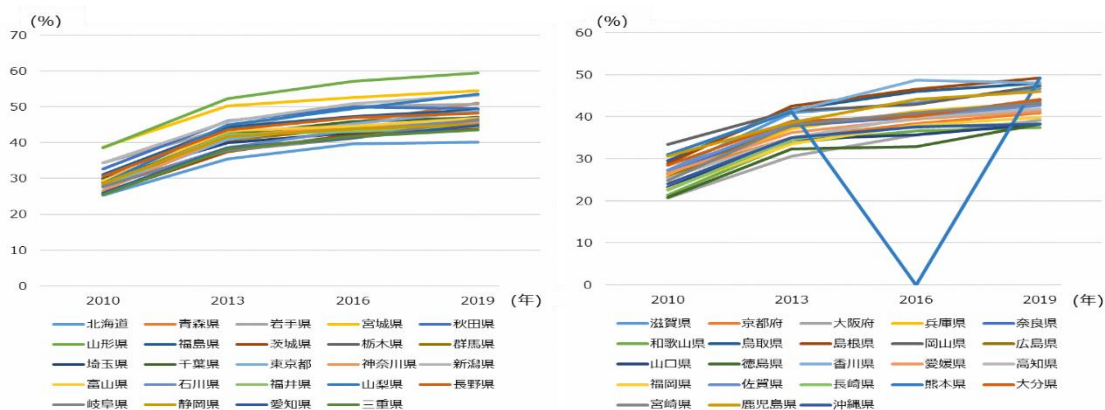
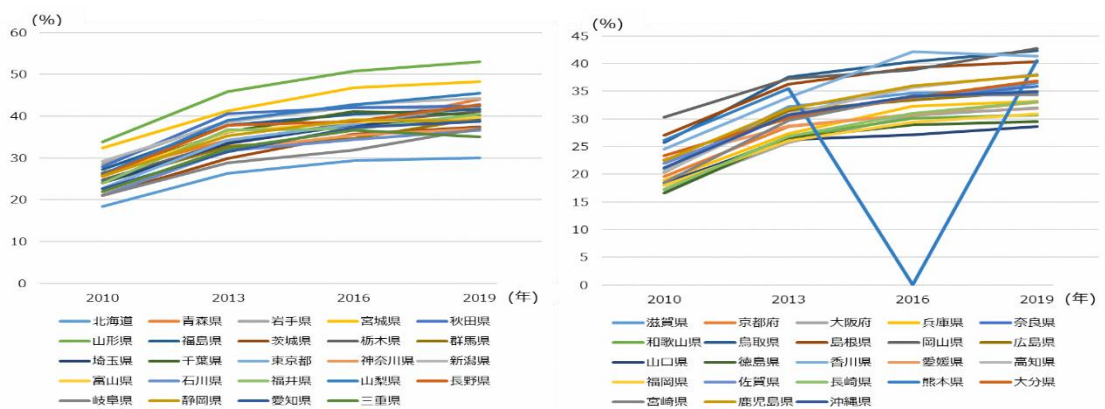


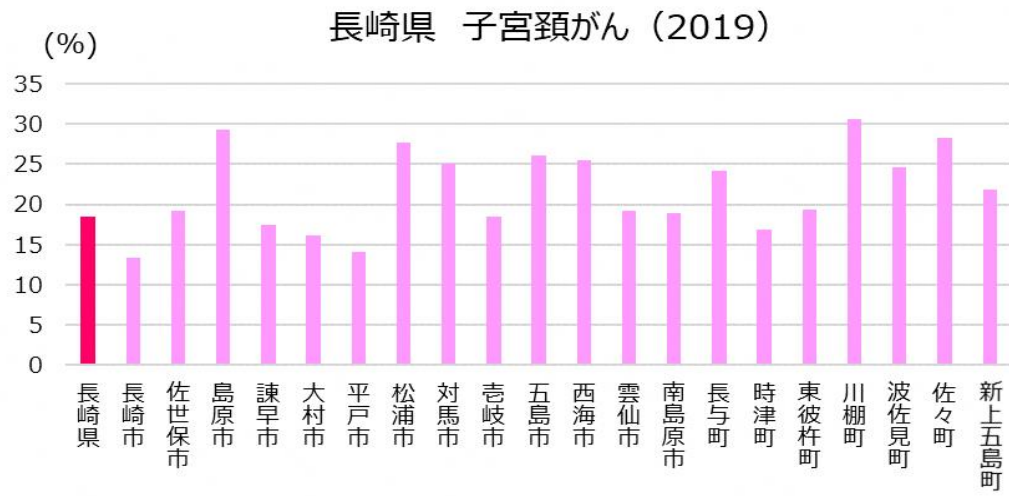
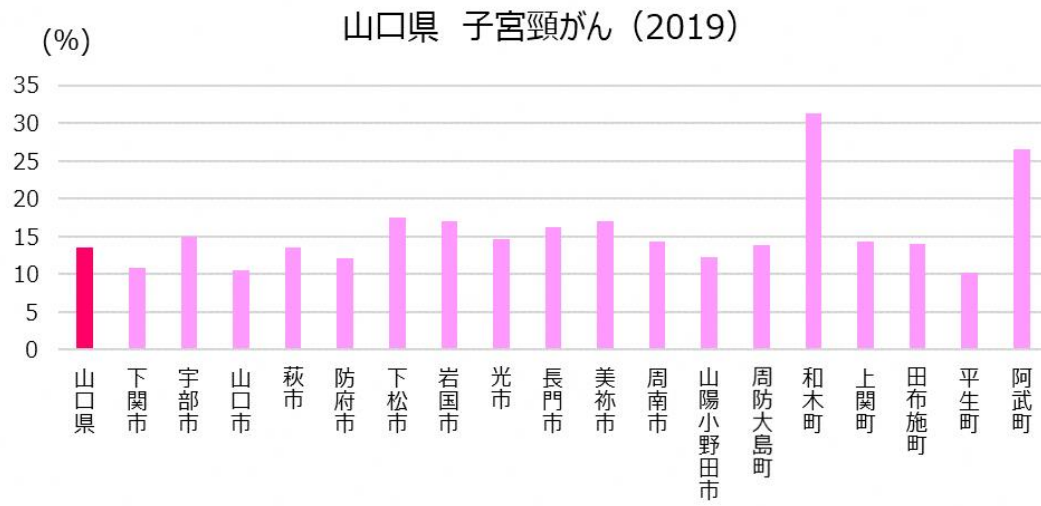
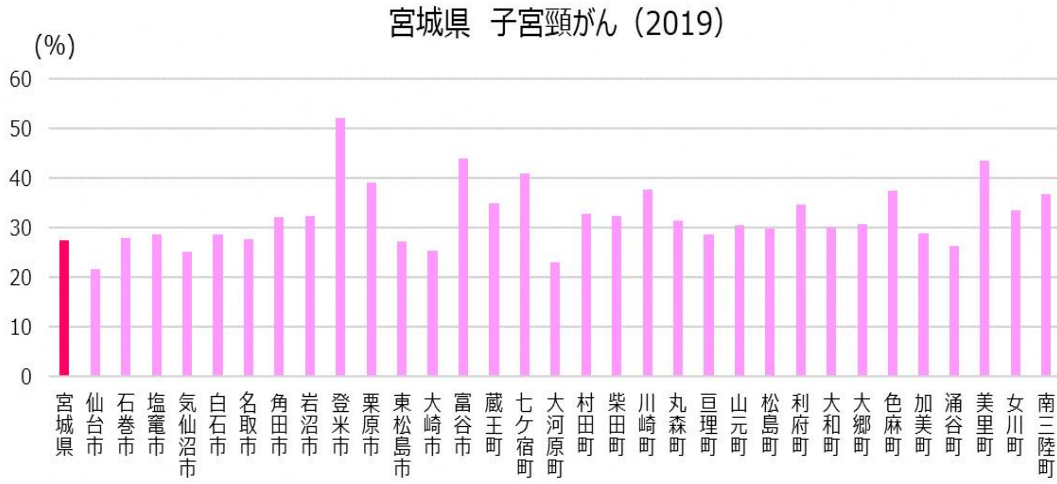
図 16-2 : 都道府県別がん受診率年次推移 大腸がん (40~69 歳 男性)



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」(国立がん研究センターがん対策情報センター)

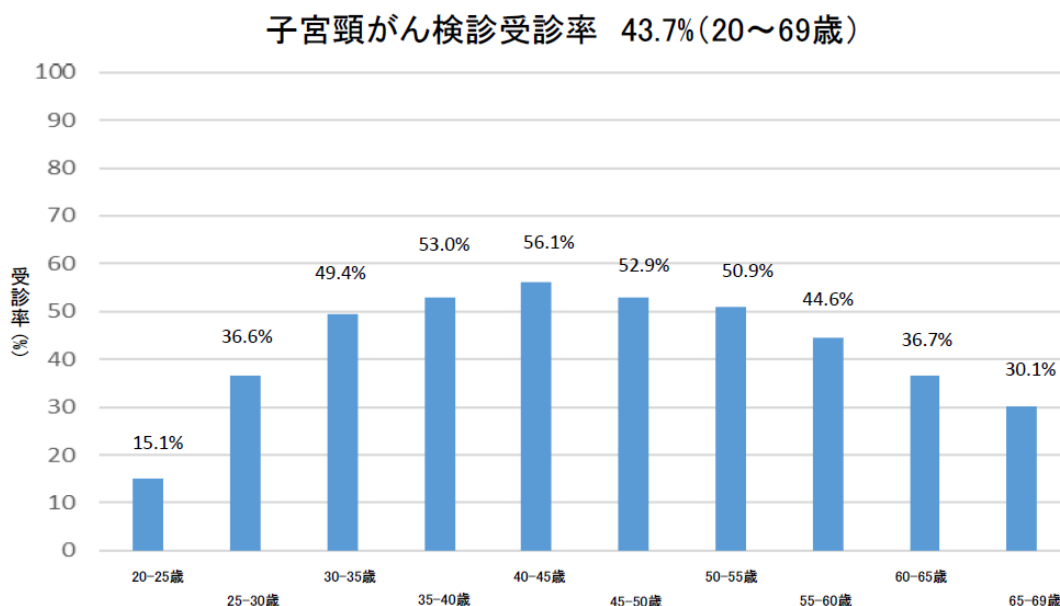
※2016年の熊本は調査をしていない

図 17：市町村別住民がん検診受診率（国民健康保険の被保険者対象）



出典：令和元（2019）年度 地域保健・健康増進事業報告

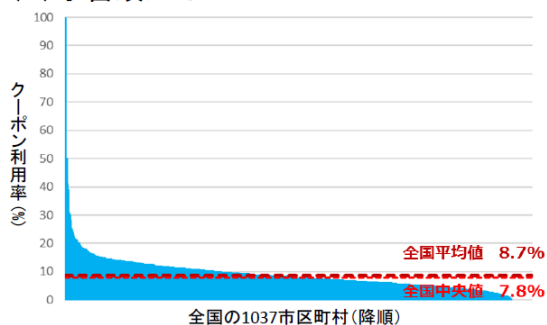
図 18 : 年齢階級別子宮頸がん検診受診率 (令和元 (2019) 年)



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」(令和元 (2019) 年)

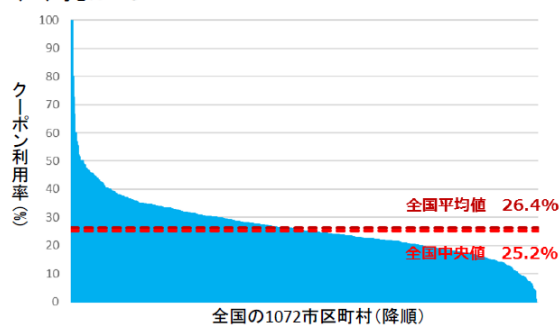
図 19 : クーポン券利用率

(1) 子宮頸がん



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

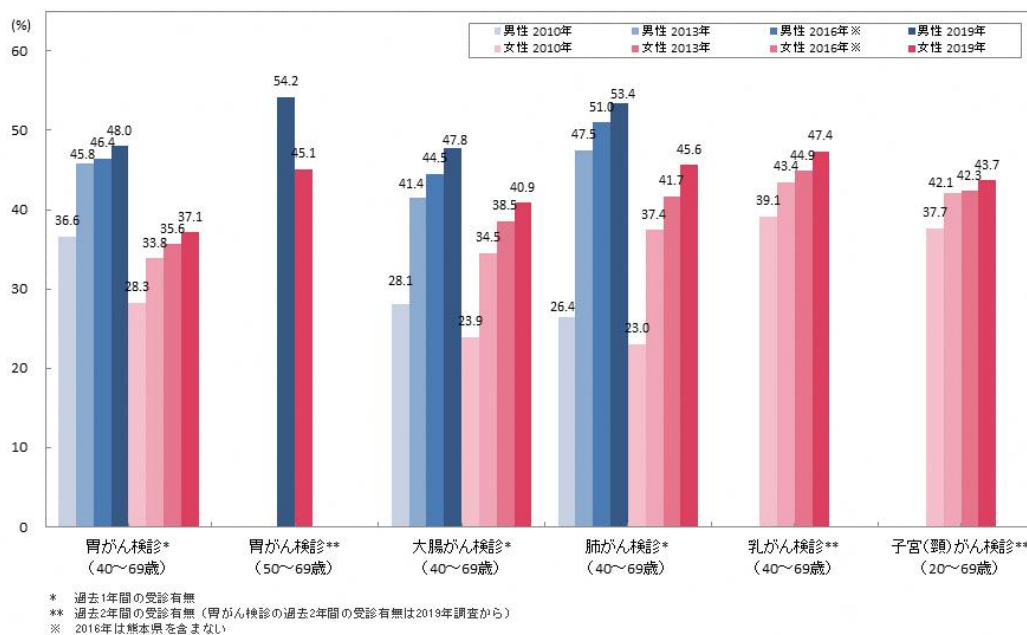
(2) 乳がん



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

出典：第 33 回がん検診のあり方に関する検討会 資料 3

図 20 : 男女別がん検診受診率の推移



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

(国立がん研究センターがん対策情報センターHP よりグラフ引用)

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

- 平成 18 (2006) 年 6 月 がん対策基本法が成立。
- 平成 19 (2007) 年 6 月 第 1 期がん対策推進基本計画 閣議決定。
- 平成 24 (2012) 年 6 月 第 2 期がん対策推進基本計画 閣議決定。
- 第 2 期基本計画 (平成 24 (2012) 年 6 月閣議決定) に基づき、がんによる死亡者の減少 (75 歳未満の年齢調整死亡率の 20% 減少)、全てのがん患者及び家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上、がんになっても安心して暮らせる社会の構築を全体目標として掲げ、
 - がんの予防
 - がんの早期発見
 - がんの教育・普及啓発
 等の施策により、がん対策を実施。
- 平成 25 (2013) 年 12 月 がん登録等の推進に関する法律が成立。
- 平成 26 (2014) 年 4 月「がん研究 10 年戦略」開始。
- がん対策推進協議会において「がん対策推進基本計画中間評価報告書」(平成 27 (2015) 年 6 月) のとりまとめを実施し、喫煙率減少、がん検診受診率向上をはじめとしたがん対策のより一層の推進が必要と報告された。
- がんサミット (平成 27 (2015) 年 6 月 1 日開催) における総理の指示を受けて、年齢調整

死亡率のさらなる減少に向けて、「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」を3つの柱とした「がん対策加速化プラン」（平成27（2015）年12月）を策定（第2期計画の加速のためのプラン）。

- 平成30（2018）年3月 がん対策推進基本計画（第3期）閣議決定。
 - ※ 平成29（2017）年度～令和4（2022）年度までの6年程度を目安。
- がん対策推進協議会において、現在、第3期がん対策基本計画の中間評価を実施中。
- 第3期基本計画（平成29（2017）年3月9日閣議決定）においても、がんの罹患者や死亡者の減少を実現することを目標としている。基本計画に基づき、下記の施策等によりがん対策を実施。
 - がん予防
 - がん医療の充実
 - がんとの共生
 - これらを支える基盤の整備
- 第3期基本計画について、がん対策推進協議会において、策定された指標に基づき、中間評価報告に向けた討議が行われている。令和2（2020）年10月に実施された第74回がん対策推進協議会では、がん予防分野の中間評価に向けた整理（案）について、討議され、75歳未満のがんの年齢調整死亡率については、着実に減少していることが示された。一方、がん種別の年齢調整死亡率は、平成29（2017）年から平成30（2018）年にかけて胃がん・大腸がん・肝がんは減少していることが確認されたが、子宮頸がん・乳がんについては、横ばいとなっている等、がんの種類によって年齢調整死亡率の推移は異なった傾向がみられていることが示された。

<各目標項目に係る取組>

① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

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

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

- がんによる死亡者を減少させるためには、予防、早期発見に加え、適切な医療を受けられる体制を充実させることも重要であり、第3期基本計画「患者本位のがん医療の実現」において、①がんゲノム医療、②がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実、③チーム医療の推進、④がんのリハビリテーション、⑤支持療法の推進、⑥希少がん及び難治性がん対策（それぞれ

れのがんの特性に応じた対策)、⑦小児がん、AYA 世代のがん及び高齢者のがん対策、⑧病理診断、⑨がん登録、⑩医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組を上げて推進している。

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

【がんの一次予防】

- 喫煙（受動喫煙含む）対策
 - 様々な企業・団体と連携し、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動を一層推進。
 - 様々な機会を通じて、禁煙希望者に対する禁煙支援を実施。
 - 禁煙支援を行う者が、実際の支援に活用できるよう、「禁煙支援マニュアル（第二版増補改訂版）」を周知。
 - 健康増進法の改正に基づき、受動喫煙対策を徹底。
 - 家庭における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発活動や、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を推進。
 - がん診療連携拠点病院において、「たばこクイットライン」事業を開始し、電話等による禁煙相談を実施。
 - 診療報酬におけるニコチン依存症管理料について、情報通信機器を用いた診療に係る評価がなされるとともに、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件を見直し。
 - 喫煙率を下げるために、たばこの段階的な税率増加を実施。
 - たばこパッケージの注意文言の表示面積を 30%→50%以上に拡大。
- 身体活動（詳細は身体活動・運動領域に記載）
- 「健康づくりのための身体活動基準 2013」及び「アクティブガイドー健康づくりのための身体活動指針ー」等を周知・広報を続けている。近年は室内でも取り組める体操等についても「e-ヘルスネット」で発信している。
- 栄養・食生活（詳細は栄養・食生活領域で評価）
- 食塩摂取量の減少、野菜・果物摂取量の増加、肥満・やせの減少等に向け、食生活指針や食事バランスガイドを通じた啓発普及をしている。
- 感染症対策
 - HPV ワクチンについては、接種のあり方について、国は、科学的知見を収集した上で総合的な判断に基づき、積極的な勧奨を差し控えることとした取扱いを終了し、個別の接種勧奨を基本的に 2022 年 4 月から順次実施することとした。
 - 肝炎対策については、肝炎の治療促進のための環境整備、肝炎ウイルス検査の促進、肝炎に係る診療及び相談体制の整備、国民に対する肝炎に係る正しい知識の普及啓発並びに肝炎

に係る研究の推進の5本の柱からなる肝炎総合対策を進めている。

- 成人T細胞白血病と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1）については、2010年に取りまとめられたHTLV-1総合対策に基づき対策を進めている。

② がん検診の受診率の向上

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

- 第1期基本計画において、分野別施策の一つに「がんの早期発見」が設定され、がん検診受診率を50%以上にすることを目標とされた。
- 第2期基本計画では、個別目標を「胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%」と変更された。
- 第3期基本計画において、第2期計画で記載された「胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%」が削除され、「男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を50%とする。」とされるとともに、「精密検査受診率の目標値を90%とする。」という新たな目標が追加された。
- がんの早期発見を目的として、検診受診率50%の達成を目指し、具体的には、以下の取組を行った。
 - 検診受診率向上キャンペーン。
 - 企業との連携促進。
 - 市町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施及び精度管理等に係る体制整備の推進。
 - 「がん対策推進企業等連携事業」による、職域のがん検診における普及啓発及び精度管理の推進等の取組を実施。
 - ナッジ理論に基づいた好事例を紹介した「受診率向上施策ハンドブック第2版」の公表等を実施。
 - 「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」内の「がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業」（令和2～4年度）において、効果的な受診率向上策を検証中。
 - がん検診の実施効果を高めるため、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下、指針）内の、がん検診の受診対象者について、受診を特に推奨する者について明示。
- 令和元（2019）年5月に策定された健康寿命延伸プランにそって下記の取組を推進。
 - ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨。
 - 保険者インセンティブの強化。
- 新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業。

- がん検診の受診対象者に対する個別受診勧奨（コール）・個別受診再勧奨（リコール）の推進や、子宮頸がん検診・乳がん検診の受診クーポン券の配布等に取り組んできた。
- コールは約 8 割、リコールは約 5 割の自治体で実施され、いずれの実施割合も増加傾向だった。

<関連する取組>

- がん検診の精度管理について
 - 都道府県は、指針に示される 5 つのがんについて、指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、必要な働きかけを行う。その際に生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図ることを進めている。
 - 精密検査未受診者への郵送や電話等による個別受診再勧奨の取組が、自治体において行われている。
 - がん検診の「事業評価のためチェックリスト」等によりチェックリストの実施状況を把握することとしている。自治体においては、チェックリストの全項目のうち、60～80%の項目が実施されており、実施率は向上している。
 - 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（平成 20 年 3 月、がん検診事業の評価に関する委員会報告）について、令和 3 年度中に見直し予定。
 - がん検診の受診対象者に対し、がん検診の利益・不利益を説明する重要性について、指針内で明確化。
 - 科学的根拠に基づいたがん検診の精度管理方法等については、厚生労働科学研究等で検討している。

<その他関連する取組>

- 職域におけるがん検診について
 - 「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」の報告書として、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を平成 30 年 3 月に公表し、科学的根拠に基づくがん検診の普及啓発に取り組んでいる。
 - 職域における検診受診状況の把握や、精度管理、について、厚生労働科学研究において研究を進めている。

3 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

- 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については、着実に減少しており、目標を達成している。
- 年齢調整死亡率の減少については、概ね諸外国と同様である。
- わが国の減少には、胃がん、肝臓がん、男性肺がんが主として寄与している。
- 大腸がん、肺がん、女性乳がんは、は欧米諸国より減少率が鈍く、かつて欧米諸国より低かった死亡率が逆転、あるいは同レベルになっている。
- 子宮頸がんは諸外国と対照的に増加に転じている。
- がん検診の受診率については、男性の肺がんのみが目標を達成していた。その他は、現時点で目

標値に達していないが、改善傾向にある状態であった。一方、女性の胃がん検診と大腸がん検診、子宮頸がん検診は、目標年度までに目標達成が危ぶまれる状況である。達成できなかった要因の一つとして考えられることとして、都道府県間の受診率の差（図 12-16）さらには、市区町村間に受診率の差（図 17）があると考えられ、各都道府県において、受診率が低い自治体の洗い出しと、受診率向上に向けた支援が必要と考える。

- 年次推移を見ると、受診率が低い県は、低値が継続されており、重点的な取組が必要と考える。子宮頸がん検診においては、20～25 歳の受診率が低い（図 18）。さらに、初回検診の受診勧奨を目指したクーポン券についても、利用率は高くない（図 19）。
- 令和元（2019）年度市町村におけるがん検診実施状況調査では、コールリコールを実施している市区町村の割合として、平成 30（2018）年度の個別受診勧奨では、胃がん 83.3%、肺がん 82.3%、大腸がん 85.2%、乳がん 86.7%、子宮頸がん 85.4%と、8 割を超える自治体で実施されているが、個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨（全員又は一部）を実施した自治体は、胃がん 46.1%、肺がん 44.7%、大腸がん 52.5%、乳がん 60.2%、子宮頸がん 58.5%と、一部の自治体に限られている状況であった。

4 今後の課題

<各目標項目に係る課題>

① 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

- 今後も 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率を着実に低下させていくためには、がんに罹る国民を減らすことが重要であり、がん予防のための施策を一層充実させていく必要がある。また、がんに罹った場合にも、早期発見・早期治療に繋がるがん検診は重要であり、その受診率を向上させていく。
- 令和 3（2021）年度中に「第 3 期がん対策推進基本計画（平成 30（2018）年 3 月 9 日閣議決定）」の中間評価報告書を取りまとめる。
- 全がんでの年齢調整死亡率の減少は、感染率が減少している、胃がん、肝臓がんの減少に基づくもので、他は諸外国より減少率が低く、特に子宮頸がんは諸外国と対照的に増加に転じており、がん種別の状況をモニタリングして、がん種毎の対策を実施する必要がある。

② がん検診の受診率の向上

- がん検診受診率に関しては、全ての指標でベースラインより向上しているものの、男性の肺がん以外の検診については受診率 50%の目標には到達していないため、第 3 期基本計画の内容を踏まえ、検診の精度の管理の徹底とともに、個別の受診勧奨・再勧奨等を推進していく。
- がん検診の受診率が低い理由として「受ける時間がないから」「必要性を感じないから」「心配なときはいつでも医療機関を受診できるから」等が挙げられ、がん検診の普及啓発が不十分であること等が指摘されている。対象者全員に受診勧奨をしている市町村は約半数程度であり、引き続き、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域におけるがん検診との連携等、より効率的・効果的な施策を実施する。
- 英国内閣府の傘下に設置された組織である The Behavioural Insights Team(BIT)が、ナッジ理論を実際の現場で使いやすい手法のフレームワークとして発表した「EAST」(Easy,

Attractive, Social, Timely)を活用することでがん検診受診に対する抵抗感を低減し、受診行動に導くことが期待される。

- 都道府県別の受診率の推移（図 12-16）では、受診率が低い県は、低い値で経過しており、対策の強化が求められる。そのアプローチとしては、市区町村別、年齢階級別等、全体の受診率を下げている集団を割り出し、コールリコールの実施やスモールメディア等、受診率向上効果が科学的に確認されている手法を積極的に実施することが有効であると考ええる。
- 子宮頸がんの罹患は、20 歳代で上昇するため、この年齢層での子宮頸がん検診受診率の向上は重要な課題である。（図 12-18）
- 子宮頸がん検診のクーポン券利用率は全国平均で 10% を下回っている状況であり、クーポン券を配布された 20 歳の方ががん検診の必要性等についての理解を促進させる、居住地と住民票が異なる等の理由により、クーポン券が本人の手元に速やかに届かずに利用の機会を逃している可能性に対する検討が必要である。（図 12-19）
- 精密検査受診率は、多くのがん種で十分ではない。また、精密検査未把握率や精密検査未受診率については、依然として一定の水準で推移している。引き続き、がん検診の受診者に、精密検査受診の必要性を説明し、自治体に、精密検査実施機関等からの精密検査結果の把握を徹底する等、精密検査実施率の改善に向けた対策を検討する必要がある。
- 指針に基づかないがん検診の実施率は、85.4 %と高い状況が続いていたことから、市区町は指針に基づいたがん検診の適切な実施に努め、都道府県は、管轄する市区町村のがん検診の実施状況を踏まえ、市区町村に対し必要な指導・助言等を行うよう体制を整備していくことが必要。
- 職域におけるがん検診については、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」等の普及状況や活用に応じた課題等の把握を行いつつ、マニュアルの普及に取り組むことが必要。
- 職域におけるがん検診は、明確な法的根拠に基づき実施されているものではなく、保険者や事業主により福利厚生として実施されている一方、有効性・安全性が確認された科学的根拠に基づく検診が実施されることが望ましいことから、厚生労働科学研究班等の結果を踏まえつつ、職域の関係者を踏まえた、幅広い対策を検討することが必要。
- 職域における検診受診状況の把握や精度管理を可能とするため、将来的には、統一化されたデータ・フォーマットの作成や、データの集約について検討していくことも視野に入れることが必要。

<指標設定やデータに係る課題>

- 死亡数の減少に関しては、全がんのモニタリングのみならず、がん種別のモニタリングと減少幅が小さいがん種別の対策強化が必要であると考ええる。また、全国がん登録による罹患情報の精度が安定してくれば、診断時の進行度から検診の有効性の評価が可能となってくると考える。
- がん検診受診率に関しては、国民生活基礎調査をデータソースとしており自己申告による調査に基づいて把握されている。そのため、回答者の記憶違い（数年前にうけたものを 1 年以内に受けたものと記憶）や誤認（診療として受けた検査を検診と認識）する場合もあり、正確な検診受診率が計測されていないことも考え得る。今後、住民検診及び職域検診において、対象者を把握した上で、受診者数より、より正確な受診率を算出することが求められると考える。

- また、平成 28（2016）年から内視鏡による胃がん検診が 50 歳以上隔年で実施できるようになったが、従来の 40 歳以上毎年の胃 X 線検査も当面の間実施できるとされており、2 通りの受診率が算出される状態となっている（図 20）。今後の胃がん検診の受診率の提示方法についても検討が必要と考える。
- がん検診による死亡率減少を目指すためには、受診率のみでなく、検診の精度管理についても、目標を設定し、適切に管理することが必要である。第 3 期がん対策推進基本計画では、精検受診率 90%以上を個別目標として設定しているが、2016 年度時点で、全ての検診において達成されていない状況である。また、指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合は 2018 年度で、85.4%もあり、有限のリソースを指針に基づくがん検診に集中し、「事業評価のためのチェックリスト」の実施等、精度管理状況を指標として、評価していることが重要である。
- さらに、職域におけるがん検診については、平成 30 年（2018 年）3 月に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が策定されたところであるが、職域におけるがん検診の実態も把握できていない状況であり、まずは、指針に基づくがん検診の実施を進め、受診率を測定するとともに、精度管理を進めていく必要がある。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 検診実施機関等により令和 2（2020）年度のがん検診件数の減少が、がん治療施設から治療件数の減少が報告されるとともに、院内がん登録全国集計によって、がん治療開始件数の減少も確認されている。医療機関・検診受診控えに対してはリーフレットやホームページ等を通して受診推奨を啓発する取組を引き続き実施する。
- 実際の新型コロナウイルス感染症の影響を測るには、全国がん登録によるがん罹患数、罹患時の進行度、死亡数から確認する必要があると考える。全国がん登録による罹患数の確定や死亡数への影響が及ぶまでには、タイムラグもあるが、断片的なデータだけで判断するのではなく、様々なデータを踏まえて影響を評価することが重要であると考ええる。
- 一方、院内がん登録に基づく罹患数は、全国がん登録より早く集計が可能であるが、感染症の影響をよりタイムリーに把握するためには、新たな罹患情報の集計システムについて、検討する必要があると考える。

<参考文献・URL>

- がん対策基本法
https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=418AC1000000098_20161216_428AC0000000107
- がん対策推進基本計画
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html>
- がん情報サービスがん統計サイト がん検診受診率
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/screening.html
- がん情報サービスがん統計サイト グラフデータベース検診受診率

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

- e-Stat 地域保健・健康増進事業報告

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

様式2 (案) 更新日 令和4年2月26日

(領域名) (2) 循環器疾患

背景

- 循環器疾患（この章では脳血管疾患と心疾患を合わせて循環器疾患と定義している）は、悪性新生物（がん等）について日本人の主要死因の大きな一角を占めており、平成30（2018）年の人口動態統計によると、心疾患は死亡原因の第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせると、悪性新生物（がん）に迫り、年間31万人以上の国民が亡くなっている。また令和元（2019）年「国民生活基礎調査」によると、介護が必要となった主な原因のひとつである（要介護の原因の20.6%を占めている）。
- 循環器疾患の予防は基本的には危険因子の管理であり、国際的に確立している危険因子としては、制御できない性、年齢を除くと、高血圧、脂質異常症（特に高LDLコレステロール血症）、喫煙、糖尿病の4つがある。循環器疾患の予防はこれらの危険因子の管理が中心となるため、それぞれの改善を図り、その結果として循環器疾患の予防対策を進めて行くという視点で健康日本21、健康日本21（第二次）が展開されてきた。健康日本21ではこれらのうち喫煙以外の3つを指標としていたが、健康日本21（第二次）ではこれら4つのすべてを指標としていた。このうち喫煙はほぼあらゆる疾患の発症リスクを高めるため独立した章で評価され、糖尿病は循環器疾患以外の独自の合併症（細小血管障害等）があるため、これも独立した章で評価されている。そのためここでは4つの主要危険因子のうち、高血圧と脂質異常症（高コレステロール血症）について評価し、これらと喫煙と糖尿病の推移を参考にしながら循環器疾患の年齢調整死亡率等の評価を行った。

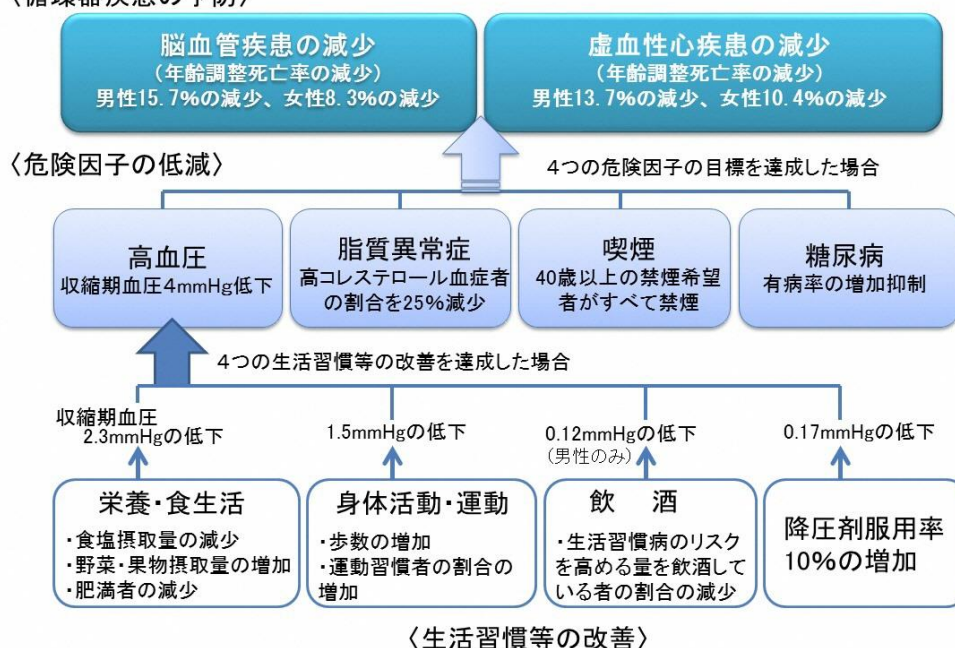
1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	1
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	2
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内2)
C 変わらない	1
D 悪化している	1
E 評価困難	0

目標項目	評価
① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	A
脳血管疾患の年齢調整死亡率 男性	(A)
脳血管疾患の年齢調整死亡率 女性	(A)
虚血性心血管疾患の年齢調整死亡率 男性	(A)
虚血性心血管疾患の年齢調整死亡率 女性	(A)
② 高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下)	B*
収縮期血圧の平均値 男性	(B*)
収縮期血圧の平均値 女性	(B)
③ 脂質異常症の減少	C
総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 男性	(C)
総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 女性	(D)
L D Lコレステロール 160mg/dl 以上の者の割合 男性	(C)
L D Lコレステロール 160mg/dl 以上の者の割合 女性	(C)
④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	D
⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	B*
特定健康診査の実施率	(B*)
特定保健指導の実施率	(B*)

循環器疾患の目標設定の考え方

〈循環器疾患の予防〉



① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

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

図1-1：脳血管疾患の年齢調整死亡率（男性）

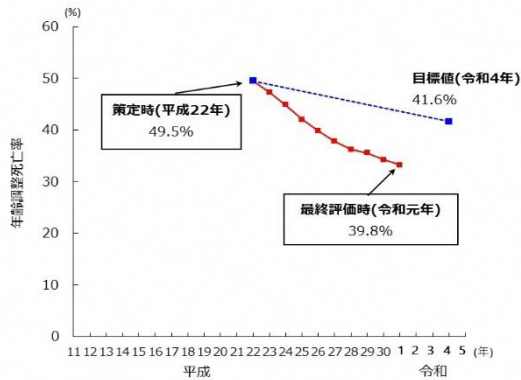


図1-2：脳血管疾患の年齢調整死亡率（女性）

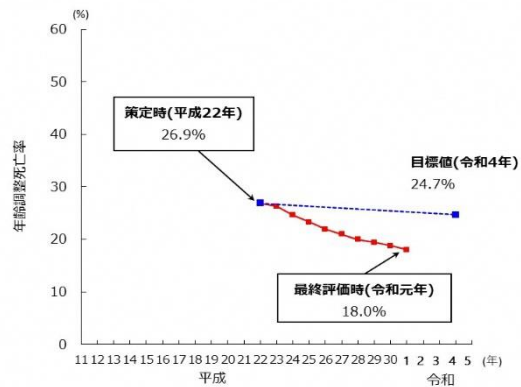


図2-1：虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男性）

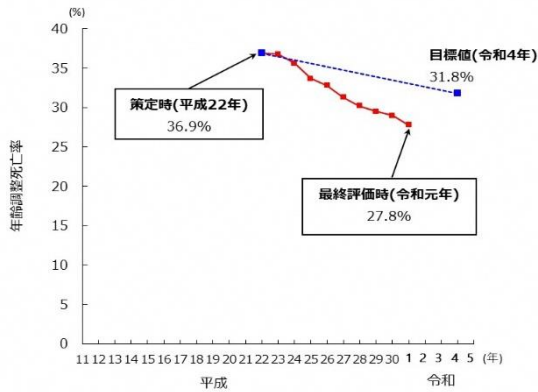
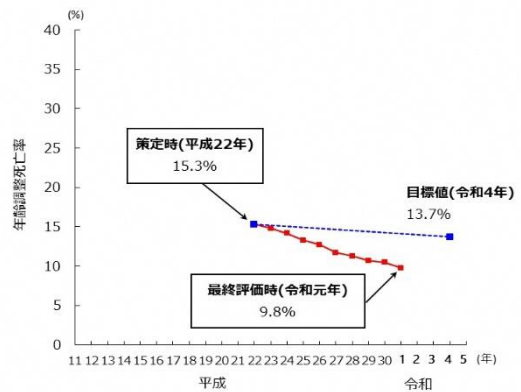


図2-2：虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女性）



出典（図1、2）：厚生労働省「人口動態統計」

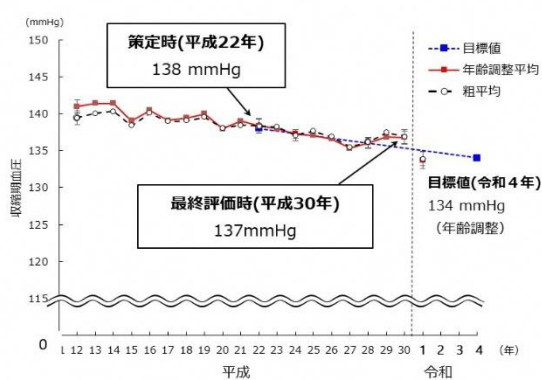
② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）

本検討での年齢調整の基準人口は、平成 22（2010）年調査実施人数としており、年齢調整は 40-49 歳、50-59 歳、60-69 歳、70-89 歳の 4 区分で実施している。男性、女性ともに現時点で目標値には達していないが、改善傾向にある。男性は、平成 22（2010）～27（2015）年は減少したが、平成 28（2016）～30（2018）年は逆に増加傾向を示した。女性は、平成 22（2010）～30（2018）年で一貫して減少していた。男性については目標年度までの目標達成は厳しいと考えられた。なお、評価に使用可能な直近の国民健康・栄養調査は令和元（2019）年度であるが、この年から血圧計が水銀血圧計から電子圧力柱血圧計に変更されているため、血圧の

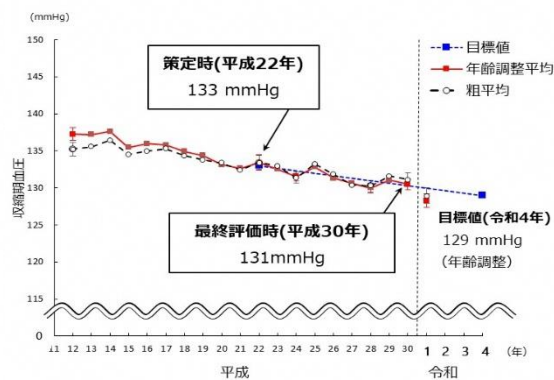
評価は平成 30（2018）年度までの調査結果を用いて実施した。

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

**図 3 - 1 : 収縮期血圧の平均値の推移
(男性) 40-89 歳**



**図 3 - 2 : 収縮期血圧の平均値の推移
(女性) 40-89 歳**



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図4-1：収縮期血圧の平均値の推移（男性）年齢階級別

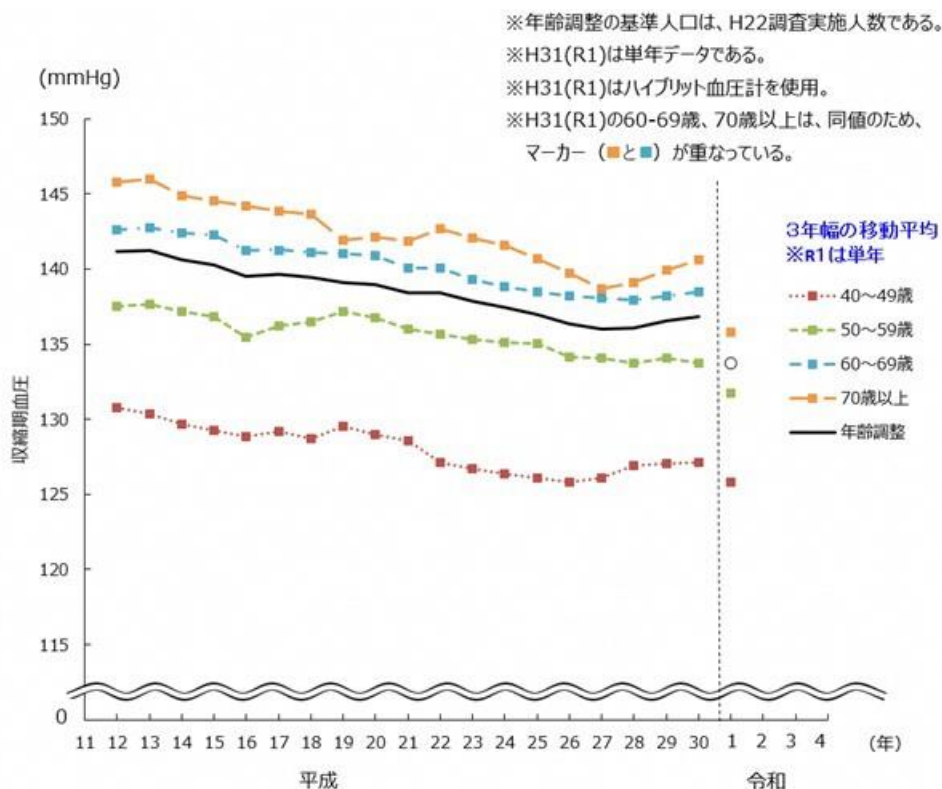
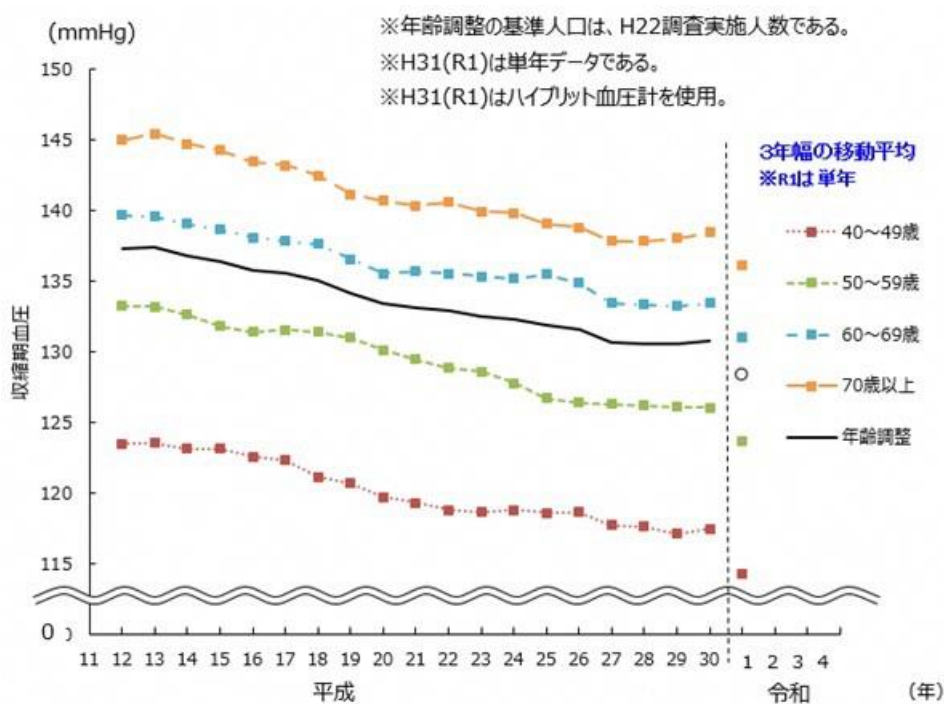


図4-2：収縮期血圧の平均値の推移（女性）年齢階級別



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

③ 脂質異常症の減少

○ 指標設定の背景

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

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

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

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

○ 今回の評価

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

項目全体としては 4 つの指標の評価を総括し、「C 変わらない」と評価される。

図5-1 : LDLコレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合の推移 (男性) 40-79 歳

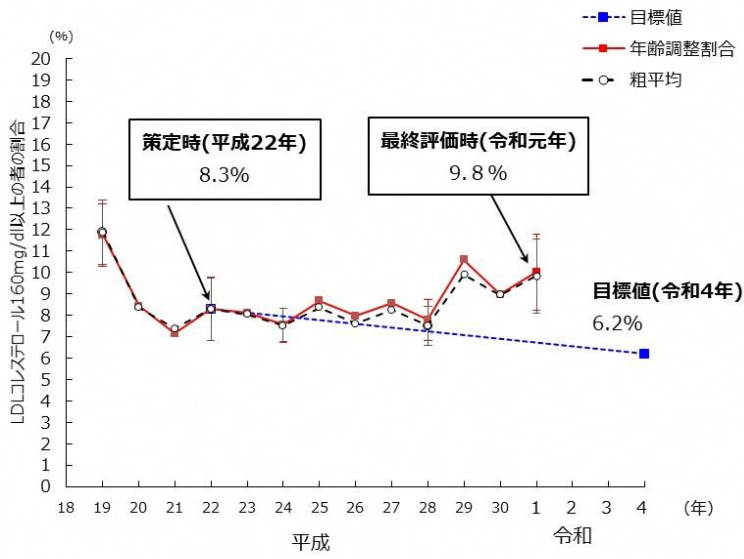
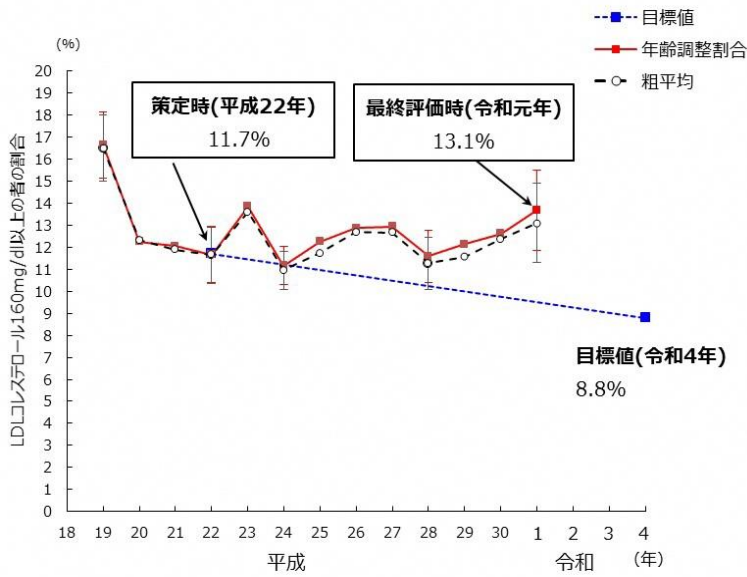


図5-2 : LDLコレステロール 160 mg/dl 以上の者の割合の推移 (女性) 40-79 歳



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

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

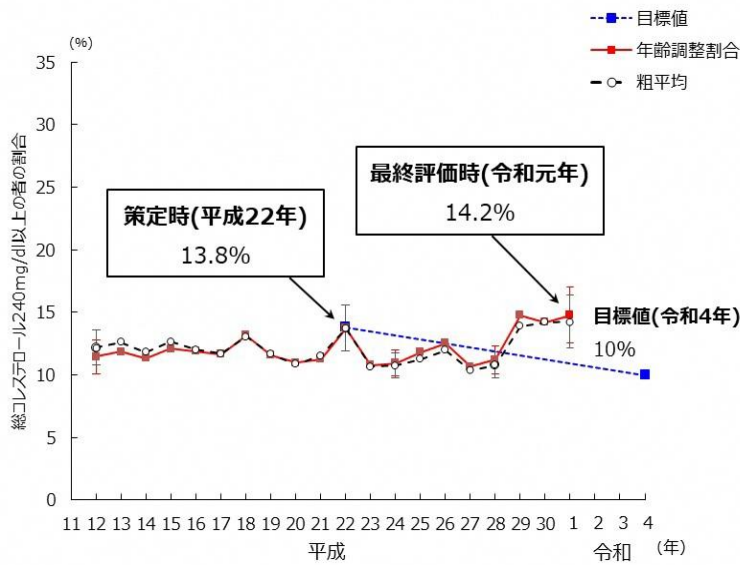
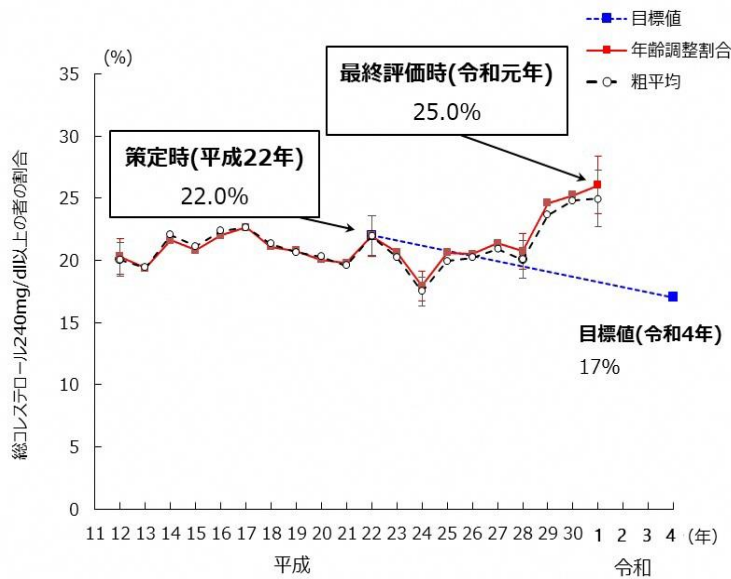


図6-2：総コレステロール 240 mg/dl 以上の者の割合の推移（女性）40-79 歳



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

- ④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少：糖尿病領域に記載
- ⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上：糖尿病領域に記載

2 関連する取組

<循環器疾患に対する行政の取組>

- 循環器病に係る診療提供体制の在り方について、平成 29（2017）年 7 月に「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」において報告書が取りまとめられ、当該報告書を踏まえ、循環器病の診療提供体制を構築する上での留意事項等に関する通知を、平成 29（2017）年 7 月に発出した。
- 上記報告書を踏まえ、循環器病の診療提供体制の評価に資する指標の確立に向けた研究班や、24 時間専門的な診療を提供できる急性期診療体制における施設間連携体制構築の研究班、地域におけるかかりつけ医等と専門的医療を行う施設との連携体制構築に関する研究班等を設置している。
- 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について、平成 30（2018）年 4 月に「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」において報告書が取りまとめられ、平成 30（2018）年 5 月に通知を発出した。現在、緩和ケアを推進するため、心不全学会が行っている心不全の緩和ケア講習会（HEPT）を推進するための事業を実施中である。
- 上記の研究成果や報告書を踏まえ、各都道府県の診療提供体制の整備状況等を確認しながら、必要な循環器疾患対策の検討を行った。
- 「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」(平成 30（2018）年 12 月に成立)に基づいて、令和 2（2020）年 1 月から 7 月にかけて循環器病対策推進協議会を開催し「循環器病対策推進基本計画」を策定、令和 2（2020）年 10 月に閣議決定された。
- 厚生労働省・経済産業省は「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」を実施し、そのうち「食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業」の実証事業者として令和 2（2020）年 11 月に日本高血圧学会を選定した。この事業を通じて尿中ナトリウム・カリウム測定による減塩と野菜摂取増加のための保健指導及び食環境整備の手法を開発している。

<循環器疾患と関連する関係学会等の取組>

- 日本脳卒中学会と日本循環器学会が中心となり、「脳卒中と循環器病克服 5 カ年計画」を作成し、平成 28（2016）年 12 月に公表した。この計画では、脳卒中と循環器病による年齢調整死亡率を 5 年間で 5%減少させること、健康寿命を延伸させることを大目標として設定し、これらの目標を達成するために、3つの疾患（脳卒中・心不全・血管病）に対し、5つの戦略（人材育成、医療体制の充実、登録事業の促進、予防・国民への啓発、臨床・基礎研究の強化）を掲げ、計画を実行することとしている。令和 3（2021）年 3 月からは循環器対策推進基本計画も踏まえ、「脳卒中と循環器病克服第二次 5 カ年計画」が公表された。なお、現在、第一期の 5 年計画の評価が進行中である。
- 日本循環器学会は、平成 16（2004）年から循環器疾患診療実態調査（The Japanese

Registry Of All cardiac and vascular Diseases (JROAD)) を行っており、(1)施設概要（循環器医療の供給度）、(2)検査や治療の実施状況（循環器医療の必要度）、DPC データの分析を行っている。この事業のデータセンターと事務局は平成 25（2013）年度から国立循環器病研究センターに設置され、学会との共同研究を推進している。

- 「日本脳卒中データバンク」は、国内の 130 施設（令和 3（2021）年 1 月現在）が参加する脳卒中患者の登録事業で、平成 11（1999）年から実施されている。平成 27（2015）年 4 月より、公益 社団法人日本脳卒中協会から国立循環器病研究センターに運営業務が移管された。疾患の実態や診療のベンチマークになるような登録事業である。
- 日本脳卒中協会は、平成 17（2005）年に社団法人として設立され、（平成 24（2012）年 から公益社団法人）、脳卒中に関する正しい知識の普及及び社会啓発によって新たな脳卒中発症の減少に寄与すると同時に、脳卒中患者・家族に対する情報提供、自立のための支援を促進する事業を継続している。
- 令和 3（2021）年に一般社団法人日本循環器協会が設立され、循環器病の予防や治療に関する普及啓発等、基本法の実現に向けた活動を開始した。
- 平成 27（2015）年に脳・心血管疾患の危険因子の予防、治療と関連した 11 学会（日本内科学会、日本疫学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本循環器学会、日本腎臓学会、日本体力医学会、日本動脈硬化学会、日本脳卒中学会、日本肥満学会、日本老年医学会）が共同して、「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015」を作成し、個別ではなく包括的な危険因子管理の必要性を提起した。（現在、令和元（2019）年版が公開されている。）
- 日本高血圧学会は、令和元（2019）年に「高血圧治療ガイドライン 2019」を公表し、高血圧の診断基準や降圧目標値等をアップデートした。また令和元（2019）年から「高血圧ゼロのまづくり」モデルタウンの募集を行った。
- 日本動脈硬化学会は、平成 29（2017）年に「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017 年版」を公表し、LDL コレステロールのスクリーニング基準と管理目標値を示している。現在、令和 4（2022）年に改訂版を公表すべく作業が進行中である。

<循環器疾患の危険因子の管理に関する取組>

- 喫煙対策（詳細は喫煙領域に記載）
 - 喫煙に関して、禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版の策定（平成 30（2018）年 5 月）や禁煙週間におけるイベント等の開催、「たばこ対策促進事業」等を実施。
 - 診療報酬におけるニコチン依存症管理料について、情報通信機器を用いた診療に係る評価がなされるとともに、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件が見直された。
 - たばこパッケージの注意文言の表示面積を 30%以上から 50%以上に拡大した他、たばこの段階的な税率増加を行った。
- 栄養・食生活（詳細は栄養・食生活領域で評価）
 - 食塩摂取量の減少、野菜・果物摂取量の増加、肥満・やせの減少等に向け、食生活指針や

食事バランスガイドを通じた啓発普及をしている。

- 平成 27（2015）年 4 月 1 日に「食品表示法」が施行され、**ナトリウムは食塩相当量に換算したものと表記することが義務付けられた。**
- 「健康な食事・食環境」コンソーシアム（日本栄養改善学会、日本給食経営管理学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本肥満学会、日本公衆衛生学会、健康経営研究会、日本健康教育学会、日本腎臓学会、日本動脈硬化学会、日本補綴歯科学会、日本産業衛生学会、日本がん予防学会）は、平成 30（2018）年に外食、中食（持ち帰り弁当）、事業所給食で、「スマートミール」を継続的に健康的な空間（栄養情報の提供や受動喫煙防止等に取り組んでいる環境）で提供している店舗や事業所を認証する制度を創設し、審査・認証を行っている。
- 身体活動（詳細は身体活動・運動領域に記載）
 - 「健康づくりのための身体活動基準 2013」及び「アクティブガイドー健康づくりのための身体活動指針ー」等の周知・広報実施。近年は室内でも取り組める体操等についても「e-ヘルスネット」で発信している。
- 肥満対策（取組の詳細は糖尿病領域及び栄養・食生活領域に記載）
 - 循環器病の発症要因の一つであるメタボリックシンドロームに関する対策として、肥満を始めとする栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙の生活習慣の改善等の対策として、総合的に実施している。
 - メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣の改善を目的として、特定健診・特定保健指導を実施。
- 飲酒対策（詳細は飲酒領域に記載）
 - 多量飲酒者への対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」（平成 30（2018）年 4 月）に減酒支援（ブリーフインターベンション）を収載した。
 - 「アルコール健康障害対策推進基本計画」の第二期計画を閣議決定（令和 3（2021）年 3 月）。
- 厚生労働省の生活習慣病予防のための健康情報サイト「e-ヘルスネット」等を通じた普及啓発を実施している。
- スマート・ライフ・プロジェクトにより、関係企業・団体を通じて、「適度な運動」、「適切な食生活」、「禁煙」と「健診・検診の受診」の普及を推進している。

3 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

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

もともと脳血管疾患と虚血性心疾患の年齢調整死亡率の目標値は、収縮期血圧、喫煙率、

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

② 高血圧の改善

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

③ 脂質異常症の減少

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

今回の最終評価では、4つの指標の評価を総括し、項目全体としては「C 変わらない」と評価されたが、これは、LDLコレステロールの測定が正確であるという前提の下、評価指標としてLDLコレステロールの結果を優先して評価した場合と同じ結果（「C 変わらない」）である。上記の理由から、測定精度上平成28（2016）年までのLDLコレステロールの測定結果を見る際には注意が必要であるが、総コレステロールを用いた場合の評価も、性別、年齢区分で層化しても同様の傾向を示し、どの層でも「変わらない」という解釈で問題ないと考えられる。

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

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

※ 「大規模コホート共同研究の発展による危険因子管理の優先順位の把握と個人リスク評価に

関するエビデンスの構築」(平成 23 (2011) ~25 (2013) 年度 : 研究代表者 岡村 智教)

4 今後の課題

<領域全体として>

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

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

また根本的な理由として、予防対策の評価は発症率で見ることができ死亡率で見るとは限界があるということもある。死亡率は、発症率と発症後の致命率の積で決まるが、通常、前者は社会環境や生活習慣の改善や予防対策の効果として、後者は医療技術の進歩によってなされる。したがって健康日本 21(第二次)の評価は本来発症率で行うべきであるが、残念ながらわが国には脳血管疾患や虚血性心疾患の発症率を知る手段がない。日本における35~85歳の年代における30年間の虚血性心疾患死亡の推移を特殊な統計モデルで推計した研究では、高齢化による死亡率の増加がかなり抑制されており、増加を抑制できたと考えられる虚血性心疾患死亡者のうち56%は治療の進歩、35%は生活習慣等の改善による危険因子の変化が寄与していると推計されている。しかし健康日本 21(第二次)で用いたモデルでは治療の進歩の影響は評価できていない。

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

このように社会的な影響力、医療費への負担が大きい疾患群であるにも関わらず、循環器病には、

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

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

<各目標項目に関して>

① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

- 循環器病対策推進基本計画に基づき「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実」、「循環器病の研究推進」に取り組むことにより、年齢調整死亡率の減少を目指すこととしている。なお現在、国の循環器病対策推進基本計画を元に都道府県が循環器対策推進計画を作成中であり、すべての都道府県における策定状況等を引き続き注視していく必要がある。また国は、生活習慣や社会環境の改善を通じて、生活習慣病の予防を推進するべく、日本脳卒中学会・日本循環器学会へ委託し「普及啓発事業」を進めている。
- 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少は、目標を達成しているものの、危険因子である高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病について対策を引き続き進め、循環器疾患の発症予防と重症化予防を一層推進していく必要がある。
- なお健康日本 21（第二次）では、脳血管疾患・虚血性心疾患をターゲットにしているが、平成 30（2018）年の人口動態統計の循環器疾患死亡者数のうちこの両疾患が占める割合は約 50%であり、残りの約半分（全体の 25%）が心不全である。これを加えたとの循環器疾患死亡者の約 75%をカバーすることができるが、心不全については危険因子との因果関係が複雑かつ 1 次予防介入のエビデンスが明確でないため、専門医療的な色彩が強く、健康日本 21 のような健康増進計画の俎上に載せるのが適切かどうか引き続き議論が必要である。

② 高血圧の改善

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

- 関連団体の取組として日本高血圧学会は厚生労働省・経済産業省の「食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業」の実証事業者として、尿中のナトリウム・カリウム比を用いた保健指導等の技法を開発している。
- 日本栄養改善学会が中心となり、生活習慣病関連の学会や関連企業等の「健康な食事・食環境」コンソーシアムが「健康な食事・食環境（スマートミール）」の認証を行っており、食塩相当量が認証基準に含まれている。
- 日本脳卒中学会と日本循環器学会の「脳卒中と循環器病克服第二次 5 年計画」では、予防・国民への啓発の 3 つの重点施策の一つとして社会的予防としての減塩対策を掲げている。ここでは 循環器疾患の既往者は 3 グラム／日、非既往者は 1.5 グラム／日の減塩を目指しており、ナッジ 理論を用いた減塩政策の推進、産官学の連携による加工食品中の塩分含有量の減少を目標としている。
- いずれの取組も個々の理念と方向性には共通点があるが、現状ではそれぞれの活動の横のつながりが薄く、国（厚労省以外の農林水産省や経済産業省も含む）、都道府県、市町村等の自らの健康状態をモニタリング行政機関、大学等の教育・研究機関、医療機関、民間企業で行われている取組についての情報共有、相互の連携が必要である。減塩や野菜摂取（カリウム摂取源）の促進に関しては俯瞰的に社会全体として進めていくことが必要と考える。

③ 脂質異常症の減少

- 最終評価における脂質異常症の評価は「変わらない」という結果であり、前述の分析の通り、LDL コレステロールコントロールすることの重要性について周知・啓発を進める必要があると考えられる。
- 今後は、スマート・ライフ・プロジェクト等を通じて、適切な栄養摂取と適度な運動をさらに推進していく必要があるが、LDL コレステロールをコントロールするためには、肥満の管理、エネルギー摂取量の抑制や身体活動量の増加だけでなく、食事の脂肪の質の調整（適正な総エネルギー摂取量のもとで飽和脂肪酸を減らす、又は飽和脂肪酸を多価不飽和脂肪酸に置き換えること）が極めて重要になる等、メタボ系（肥満や糖尿病と近縁）の脂質であるトリグリセライドや HDL コレステロールと、非メタボ系（脂肪の質、動脈硬化と近縁）の脂質である LDL コレステロールでは、必要な情報発信や保健指導、受診勧奨の内容がかわってくるため、対策を分けて考える必要がある。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- COVID-19 は、感染力が強く、法令では新型インフルエンザ等感染症とされているためその診療には制度的な制約が多く、何よりも通常診療の遂行を妨げるという点で大きな問題を抱えている。がんや循環器病（脳血管疾患と心臓病）で毎日 2000 人弱の国民が死亡していることを踏まえると、これらの疾患に対する医療に大きなしわ寄せがいかないようにすることが必要である。
- COVID-19 感染症による健診受診控えに対してリーフレットを通して受診勧奨を啓発。
- 新型コロナウイルス感染症に対応した健診に関して厚生労働科学研究を通じて実施。
- 日本脳卒中学会・日本循環器学会は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が拡大する

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

<参考文献・URL>

Miida T, Nishimura K, Hirayama S, Miyamoto Y, Nakamura M, Masuda D, Yamashita S, Ushiyama M, Komori T, Fujita N, Yokoyama S, Teramoto T. Homogeneous Assays for LDL-C and HDL-C are Reliable in Both the Postprandial and Fasting State. J Atheroscler Thromb 2017; 24: 583-599.

Sato H, Ohkubo T, Asayama K, Murakami Y, Sakurai M, Nakagawa H, Iso H, Okayama A, Miura K, Imai Y, Ueshima H, Okamura T. 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.

Ogata S, Nishimura K, Guzman-Castillo M, Sumita Y, Nakai M, Nakao YM, Nishi N, Noguchi T, Sekikawa A, Saito Y, Watanabe T, Kobayashi Y, Okamura T, Ogawa H, Yasuda S, Miyamoto Y, Capewell S, O'Flaherty M. Explaining the decline in coronary heart disease mortality rates in Japan: Contributions of changes in risk factors and evidence-based treatments between 1980 and 2012. Int J Cardiol 2019; 291: 183-188.

- 基準人口の改訂に向けた検討会
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07161.html
- 禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/manual2/addition.html>
- 特定健診・保健指導について
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>
- 標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】（平成30（2018）年4月）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>
- スマート・ライフ・プロジェクト
<http://www.smartlife.mhlw.go.jp/>
- e-ヘルスネット
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>

- 脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000173149.pdf>
- 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204785.html>

背景

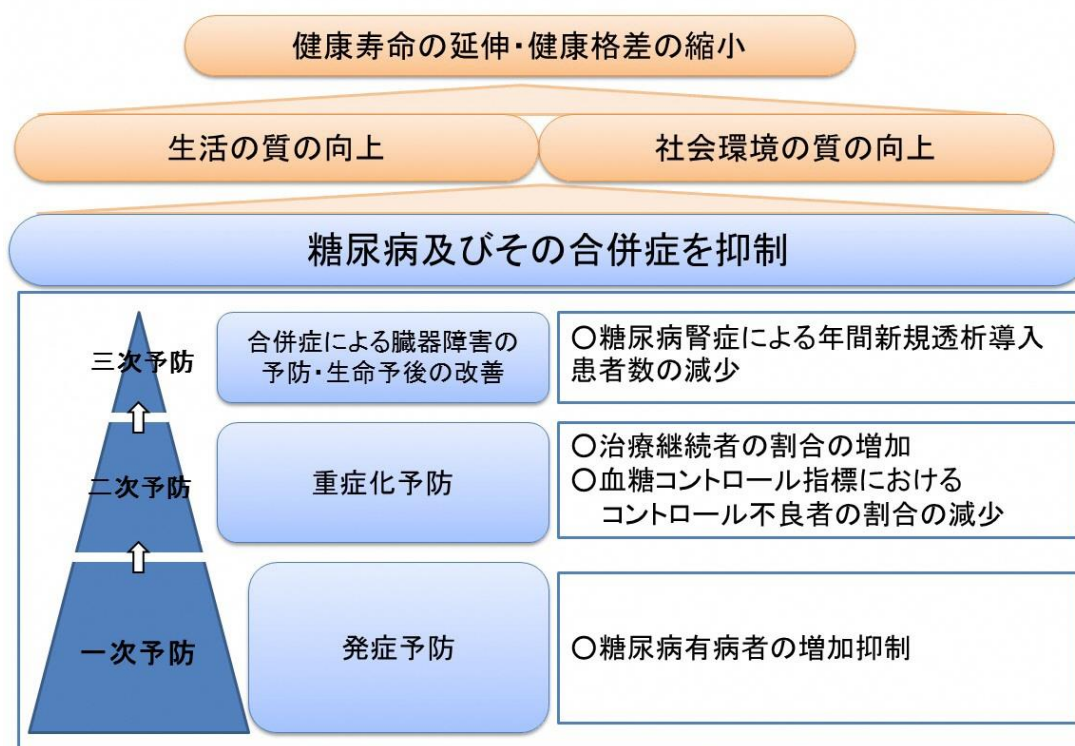
- 糖尿病は、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症の併発、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスクを高めるほか、認知症や大腸がん等の発症リスクを高めることが明らかにされている。生活の質への影響、社会経済的活力と社会保障資源への影響が大きく、適切な対策が必要である。
- 糖尿病と生活習慣の関連をみると、食生活の乱れ（総エネルギー摂取量、糖質・飽和脂肪酸の過剰摂取、食物繊維の不足、多量飲酒）、身体活動量の低下等が2型糖尿病の発症、増悪の危険因子であることが報告されている。また、受動喫煙を含めた喫煙、睡眠の質・量の低下、うつ傾向や精神的ストレスが発症の危険因子であることが報告されている。
- 高血圧や脂質異常症、高尿酸血症、非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）等との併存や歯周病との関連がみられている。
- 糖尿病への対策としては、生活習慣の見直し、肥満の是正、健診による早期発見と保健指導、適切な医療等が確実に切れ目なく行われることが重要である。これらは健康な環境づくり、地域・職域の保健事業、健診・保健指導、医療の各段階における対策の強化と連携が必要である。
- 健康日本21（第二次）では、合併症（①糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）、糖尿病の適切なコントロール（②治療継続者の割合、③コントロール不良者の減少）、発症予防（④有病者の増加抑制、⑤メタボリックシンドローム該当者予備群の減少）、対策（⑥特定健診・特定保健指導実施率向上）の各指標を掲げている。

1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	1
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	1
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内1)
C 変わらない	2
D 悪化している	1
E 評価困難	1

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

糖尿病の目標設定の考え方



① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数は、ベースライン（平成 23（2011）年）16,801 人、評価時（令和元（2019）年）16,019 人であり 782 人の減少、相対的变化は 1.4%の減少にとどまり、目標値の 15,000 人には到達していない。ただし、年齢区分別にみると、75 歳未満の透析導入患者数はベースライン 12,283 人から評価時 10,506 人へと 1,777 人（14.5%）の減少がみられた。糖尿病腎症による透析導入患者のうち、7 割以上は男性であった。

参考として、都道府県別の糖尿病腎症による透析導入患者数を見ると、同程度の高齢化率の都道府県でも、人口 100 万人対の導入患者数に 2 倍程度の格差が存在していた。

図 1：糖尿病腎症による年間透析導入患者数

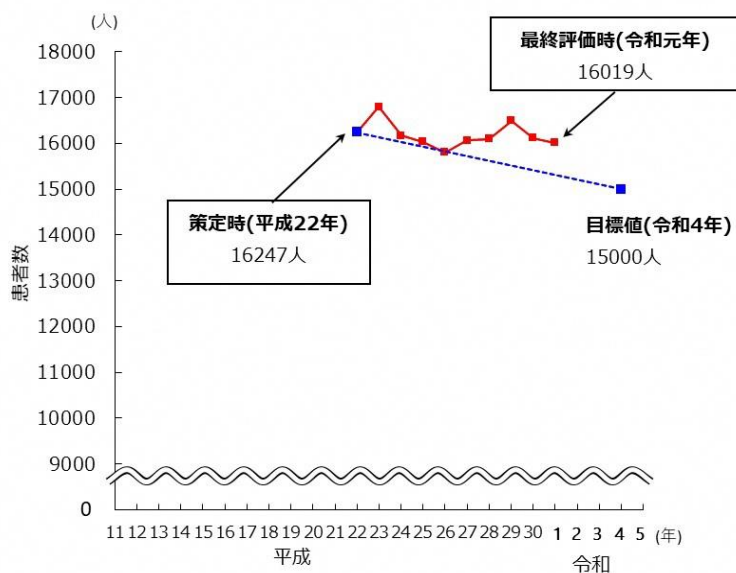
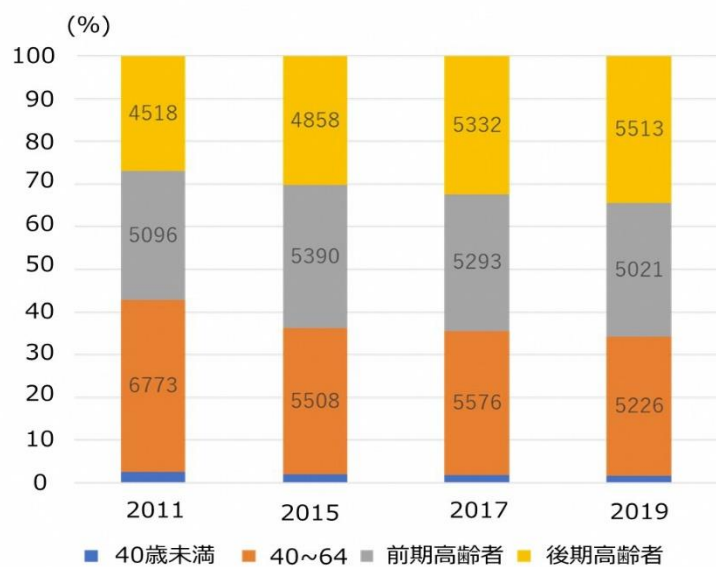


図 2：糖尿病腎症による透析導入時の年齢区分分布の推移



出典 (図 1、2)：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

図3：糖尿病腎症による透析導入時の平均年齢の推移

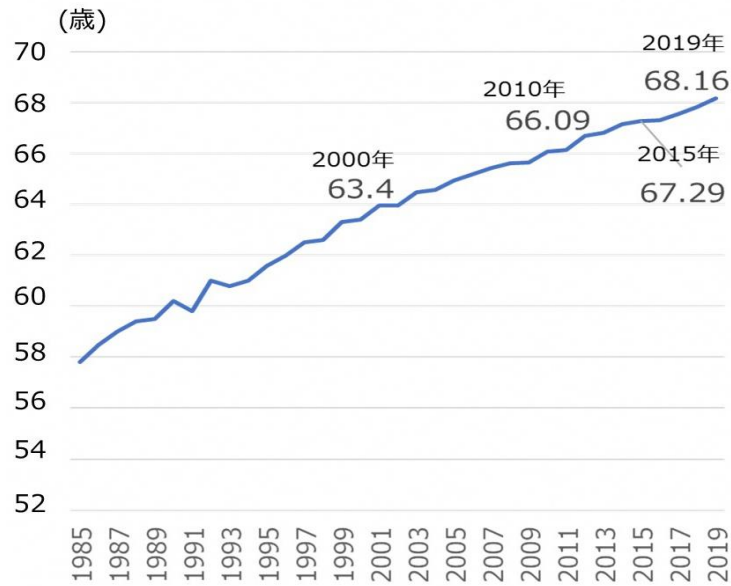
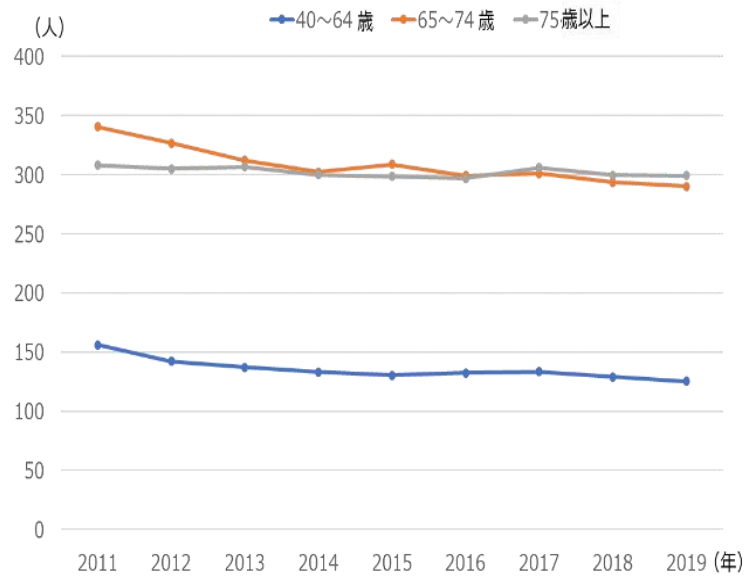


図4：糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数（人口100万人当たり、年齢区分別）の推移



出典（図3、4）：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

図5：高齢化率と糖尿病腎症による新規透析導入患者数（人口100万人当たり）

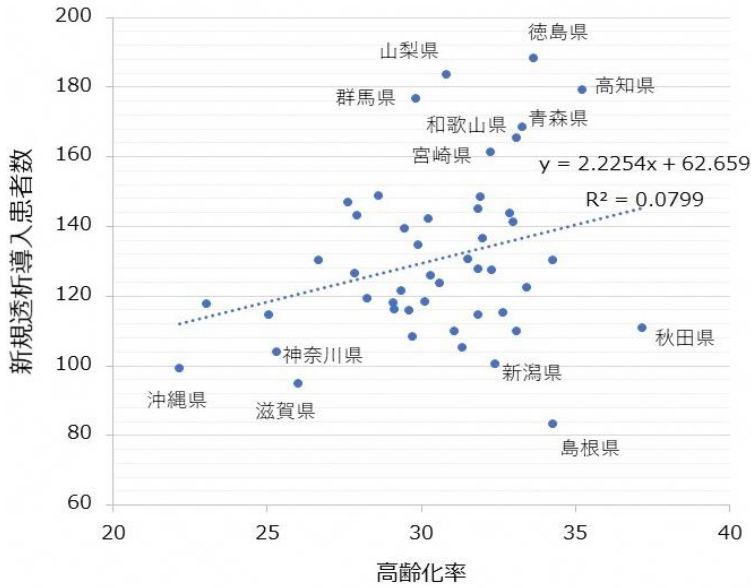
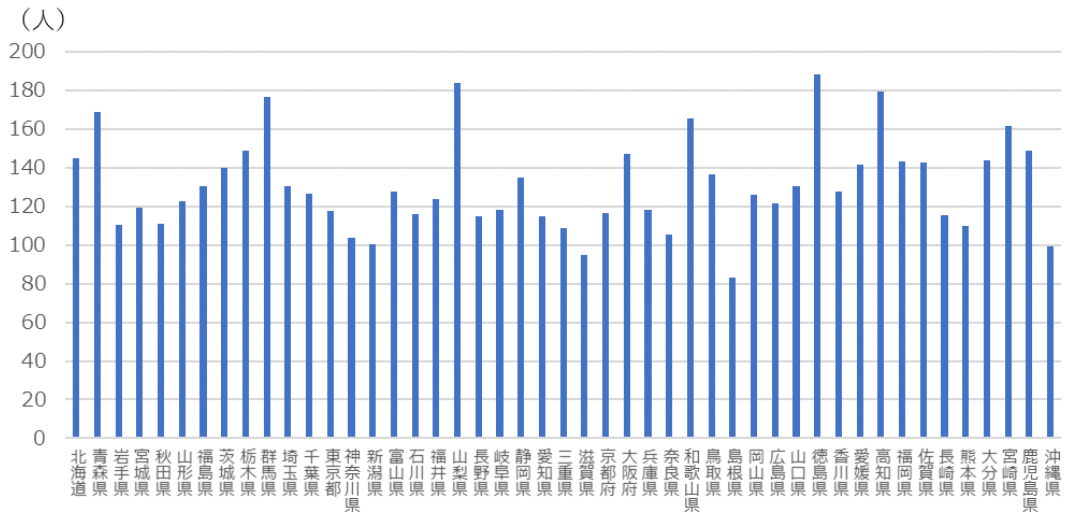


図6：人口100万人対新規透析導入患者数

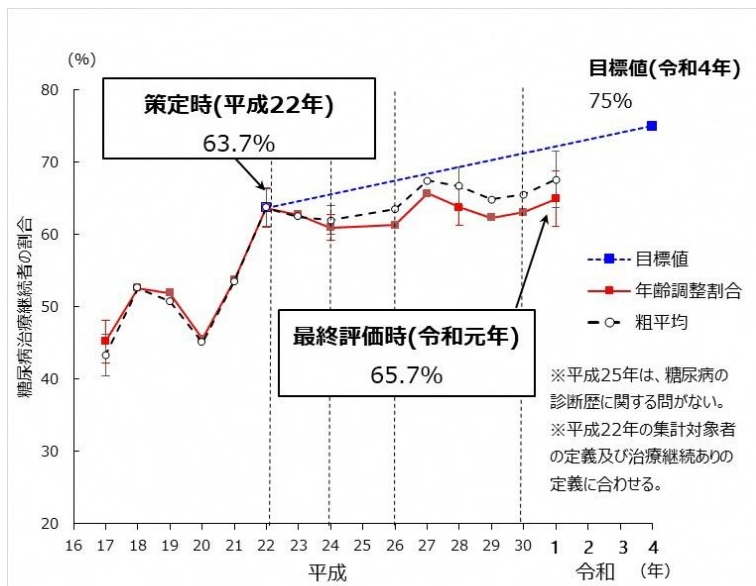


出典（図5、6）：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

② 治療継続者の割合の増加

直近値とベースラインの比較では、有意な増減はなく、経年的な推移の分析でも有意な増減はなかった。

図7：糖尿病治療継続者の割合の推移（男女計）20歳以上



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

**図 8 - 1 : 糖尿病を指摘されたことがある人における、治療の状況の推移
(性・年齢階級別) 男性**

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

**図 8 - 2 : 糖尿病を指摘されたことがある人における、治療の状況の推移
(性・年齢階級別) 女性**

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

出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」（特別集計）

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

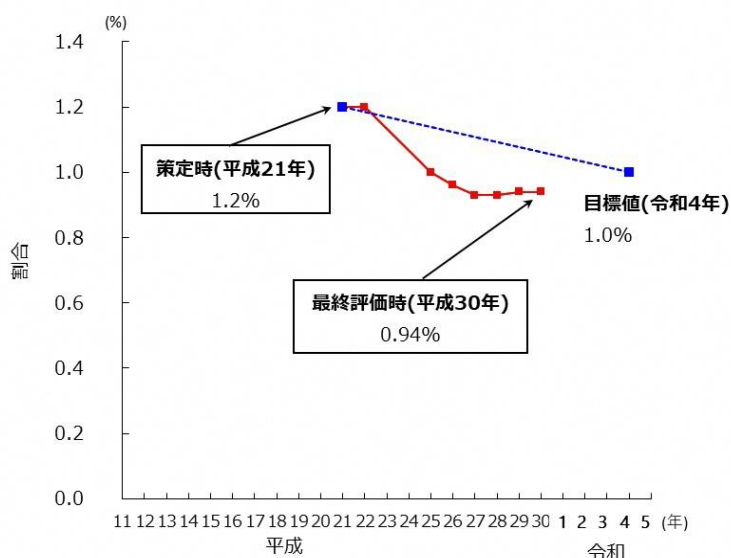
③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

ベースラインと比較して改善しており（相対的変化：-21.7%）、目標を達成している。

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

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

図 9：血糖コントロール不良者の割合

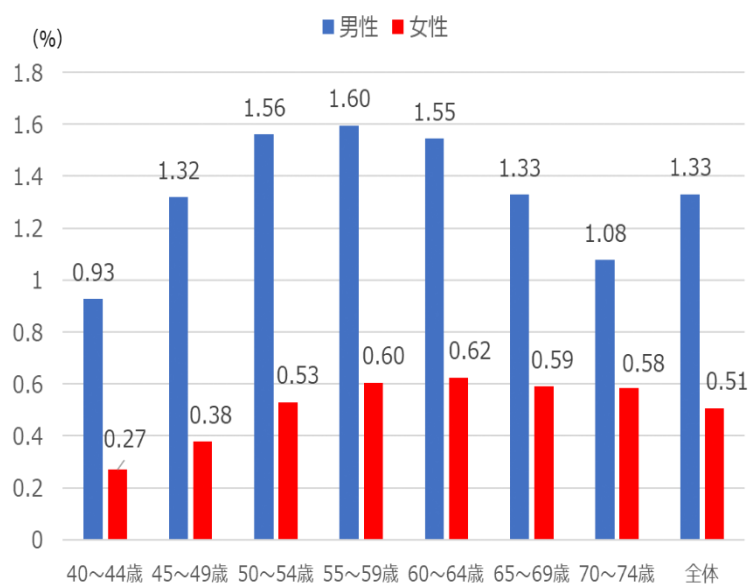


※注：血糖コントロール不良者 = HbA1c が JDS 値 8.0%（NGSP 値(8.4%)）以上の者

出典：平成 22（2010）年以前は特定健診・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況

平成 25（2013）年以降は NDB オープンデータ

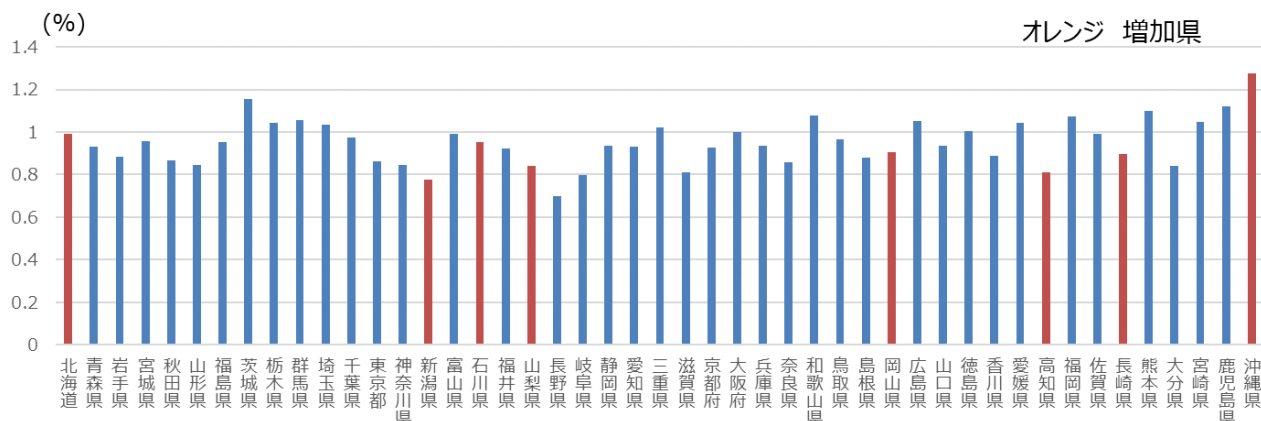
図 10 : 性・年齢階級別のコントロール不良者 (HbA1c \geq 8.4%) の割合
(平成 29 (2017) 年度)



出典 : NDB オープンデータ

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

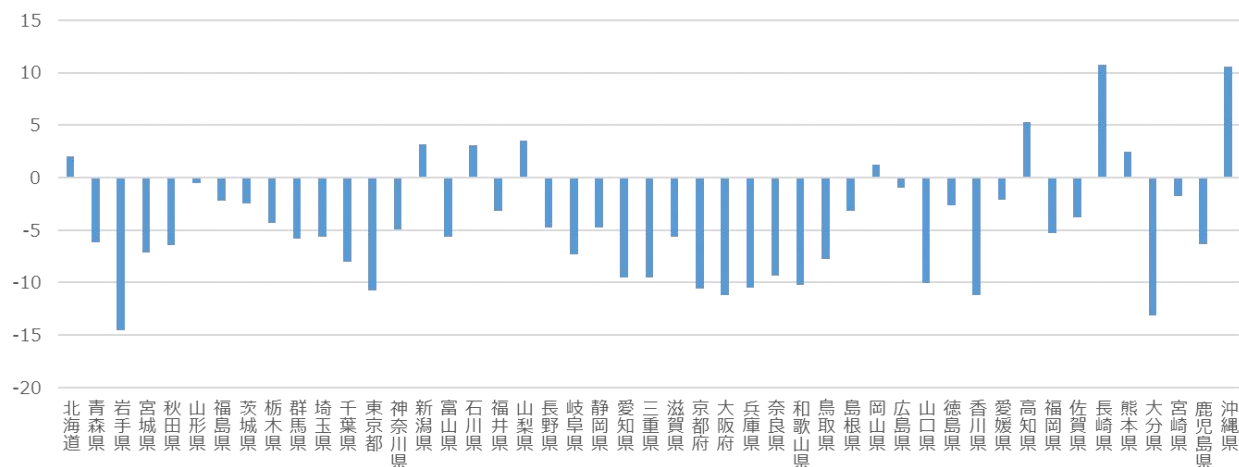
図11：血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合
（HbA1c8.4%以上の人の割合）



出典：NDB オープンデータ

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

図12：特定健診受診者のうち、HbA1c 8.4%以上の人の割合の変化率
（平成25（2013）～29（2017）年）



出典：NDB オープンデータ

NDB オープンデータベースでは、特定健診受診者のデータを用いているため、受診率等の影響を受けることに留意する必要がある。特に、受診率向上策により掘り起こしが行われ、これまで健診を受け

てなかったコントロール不良な人が新たに健診を受ける等の状況がある場合に、一時的にコントロール不良者が増加する可能性がある。一方、治療中断等の状況がないかどうかの確認が必要である。

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

(本指標の設定方法)

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

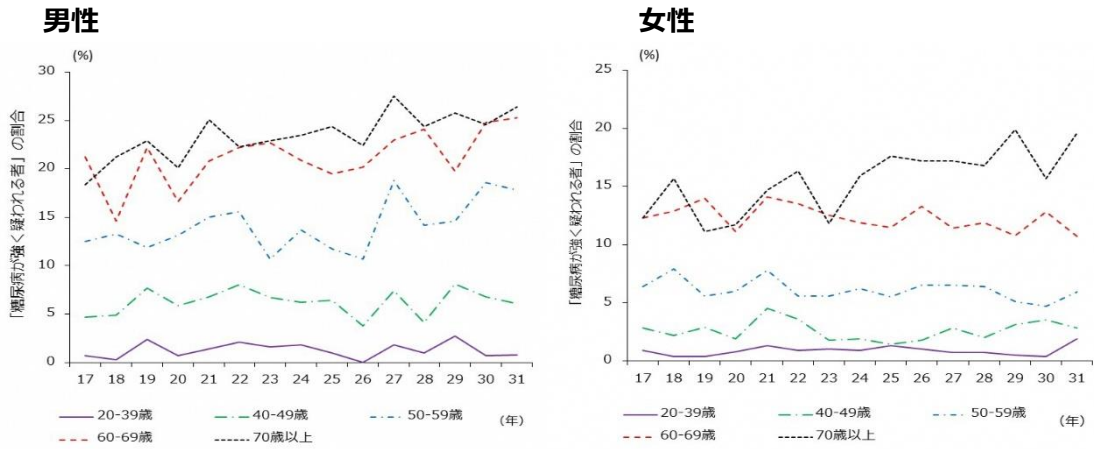
(今回の評価)

糖尿病有病者数の推計については、国民健康・栄養調査の大規模年に推計が行われているが、中間評価で使われた平成 28 (2016) 年以降のデータの更新がないため、現状「E 評価が困難」と判定される (現在研究班で推計方法を検討中)。

国民健康・栄養調査における「糖尿病が強く疑われる者」(HbA1c (NGSP) の値が 6.5%以上、もしくは「現在、糖尿病治療の有無」で「あり」と回答) の割合について重回帰分析を用いて年齢調整 (20-39 歳、40-49 歳、50-59 歳、60-69 歳、70 歳以上の 5 区分) を行い、平成 22 (2010) 年を基準とした比較を行った結果、平成 22 (2010) 年と平成 28 (2016) 年の比較では有意な増減なし ($p=0.74$)、平成 22 (2010) 年と令和元 (2019) 年の比較においても有意な増減なし ($p=0.24$) であった。平成 19 (2007) 年時点の性・年齢階級別糖尿病有病率を維持できているという点では、悪化していないといえる。

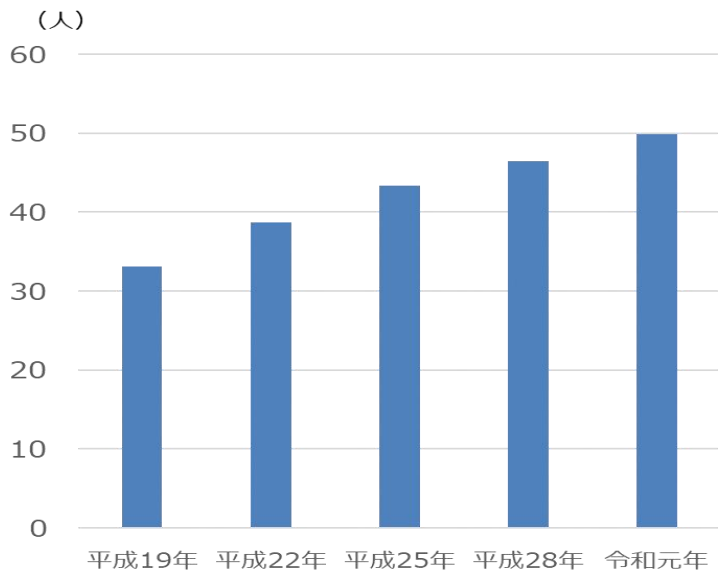
参考として、患者調査、国民生活基礎調査にて通院の状況を確認したところ、患者数の増加が観察されている。

図 13 : 「糖尿病が強く疑われる者」の割合の年次推移 (20 歳以上、男女年齢区分別)



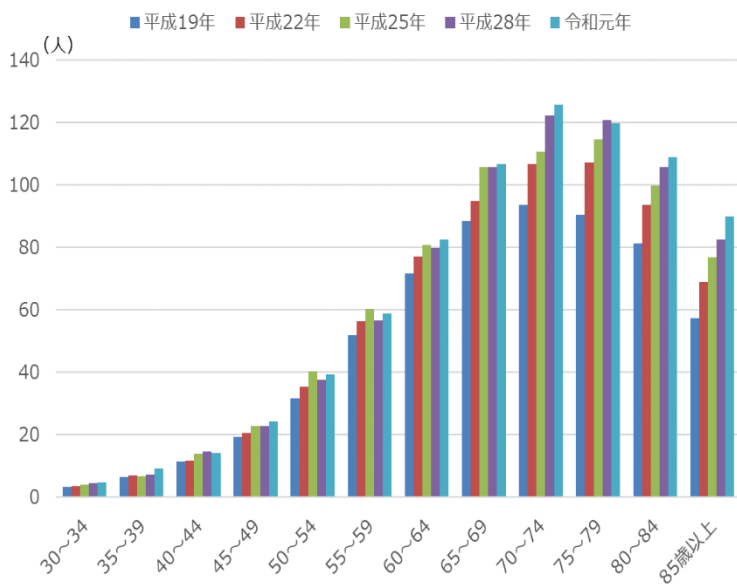
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 14 : 糖尿病通院者率 (人口千人対)



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

図 15：年齢階級別 通院者率の推移（人口千人対）



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

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

ベースラインと比較して悪化しており、目標値にも達していない（ベースラインからの相対的变化：
+8.3%）。

性・年齢区分別の変化（ベースライン、中間、最終評価）を見ると、男性では60歳～69歳で一貫して増加、他の年齢区分では中間ではいったん減少・変化なしの傾向を見せるも、中間評価以降増加、最終評価ではどの年齢区分でも増加した。

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

図 16 : メタボリックシンドロームの該当者及び予備群

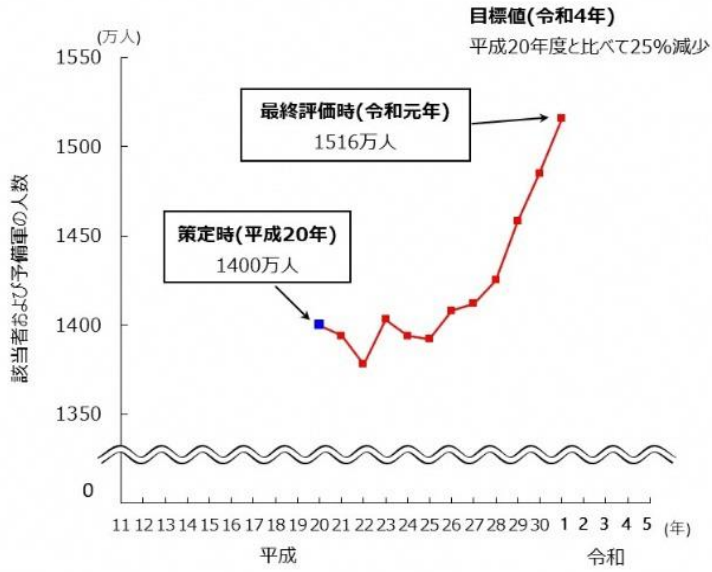
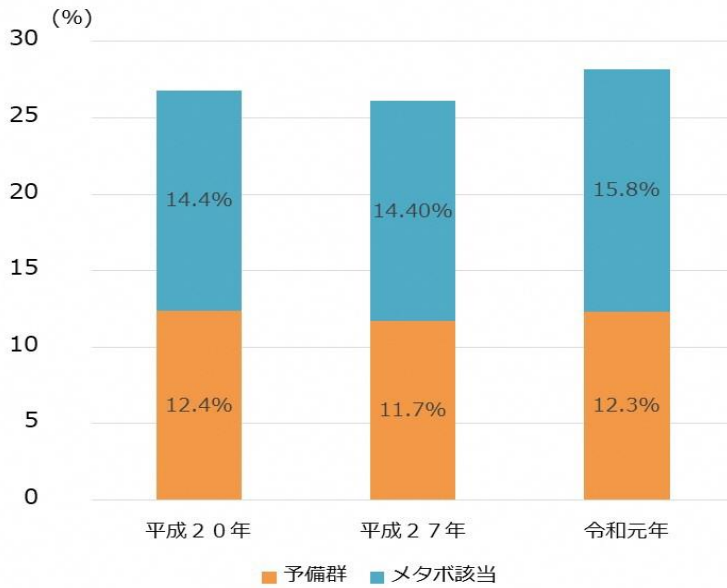


図 17 : メタボ該当・予備群の割合の変化



出典 (図 16、17) : 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

**図 18 : メタボリックシンドローム該当者+予備群の割合の変化
(最終評価値ーベースライン値)**

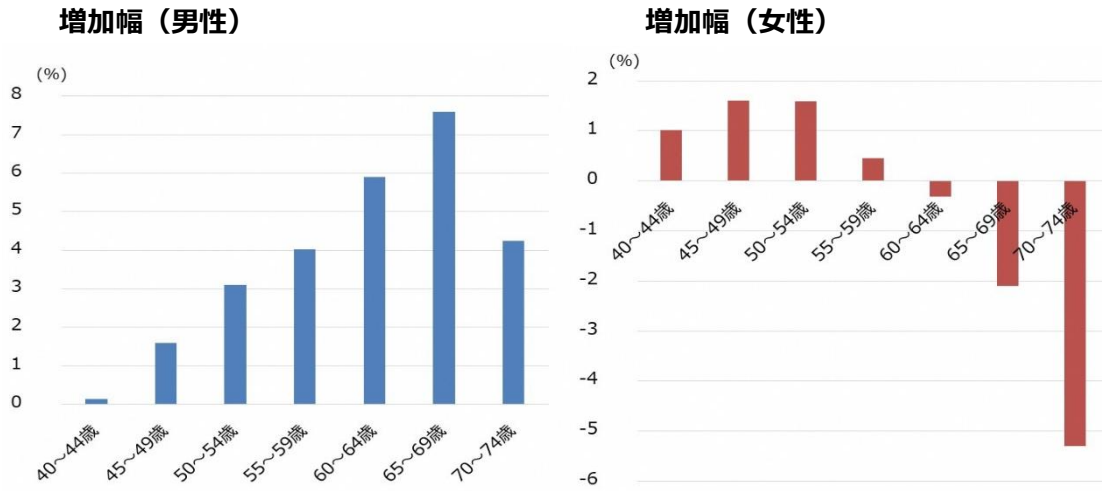
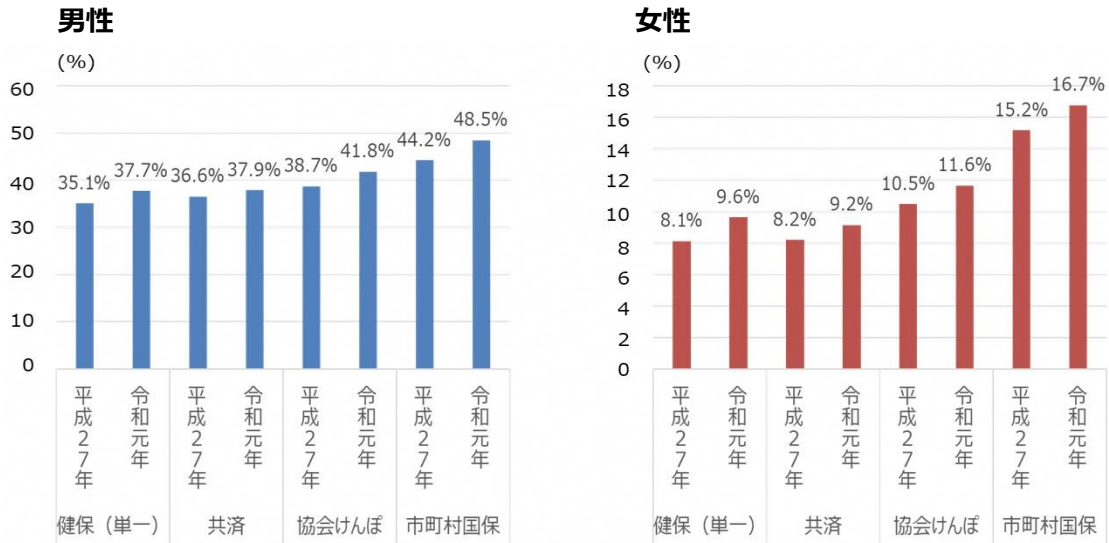
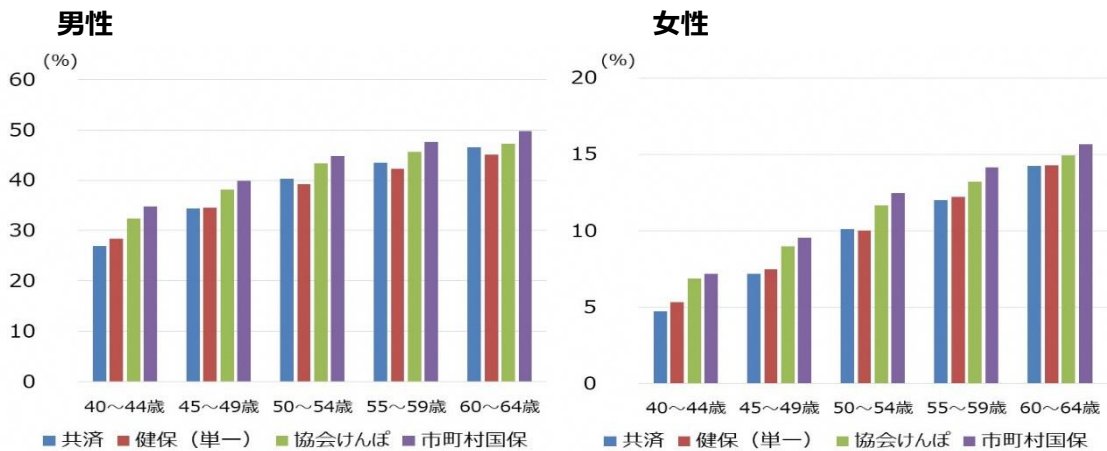


図 19 : 保険者別のメタボ (該当・予備群) 割合の変化 (中間評価~最終評価)



出典 (図 18、19) : 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

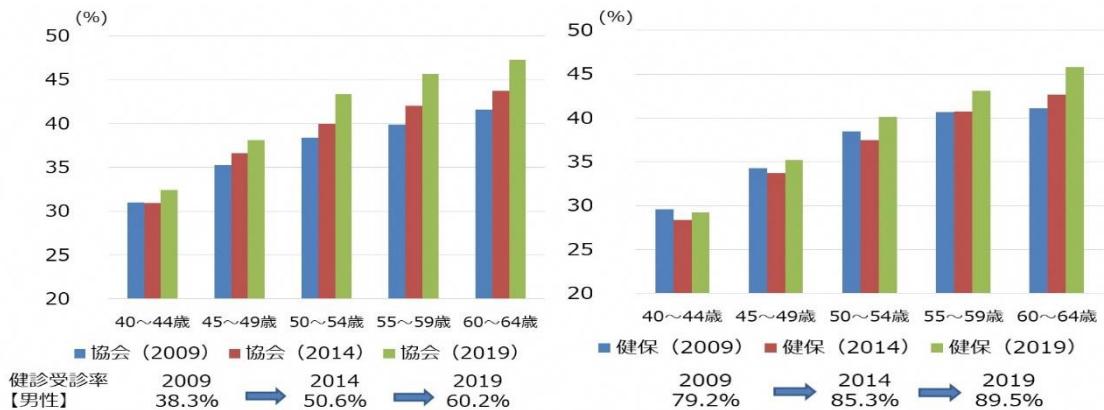
図 20：保険者種別のメタボ（該当者・予備群）の割合（令和元年度）
特定健診受診者のうちの割合



出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

最終評価時のメタボリックシンドローム（該当者・予備群）の割合を保険者種別に見ると、男女とも被用者保険（共済・単一健保・協会）＜市町村国保であり、保険者による差がみられた。

図 21：メタボリックシンドローム該当者+予備群の割合の推移
協会けんぽ（男性） 健保組合（男性）



出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

平成 21（2009）年からの協会けんぽと健保組合（単一・総合）の年次推移を示した。健保組合では中間評価でいったん減少傾向がみられた年齢区分もあるものの最終評価ではやや増加に転じた。協会けんぽでは各年齢区分とも増加を示した。ただし、健診受診率がこの間 38.3%から 60.2%へと大幅に伸びており、対象者の掘り起こしが進んだことが影響している可能性も考えられる。

⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（循環器領域と共通の目標項目）

特定健康診査、特定保健指導の実施率は、ベースラインと比較して改善しているものの、目標値に達していない。

図 22：特定健康診査の実施率

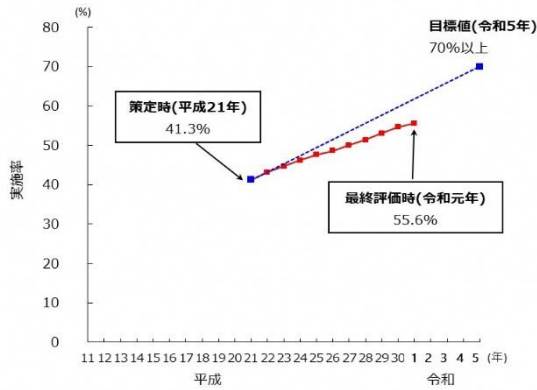
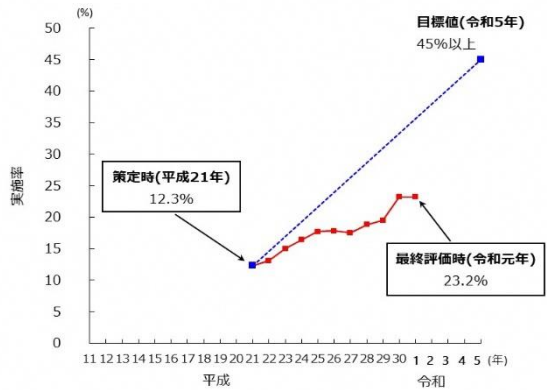


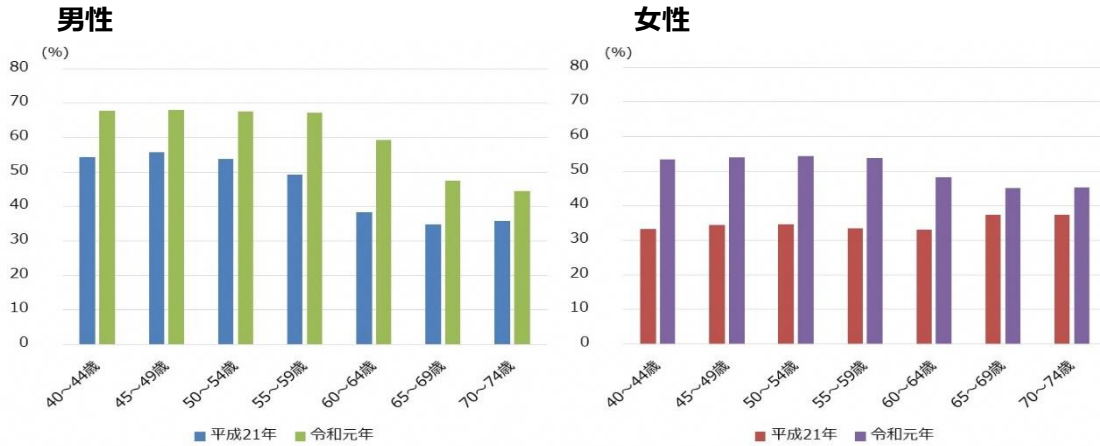
図 23：特定保健指導の実施率



出典（図 22、23）：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

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

図 24：特定健診受診率の変化（ベースライン・最終評価）



出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

図 25：特定健診受診率の変化（都道府県別 ベースライン・最終評価）

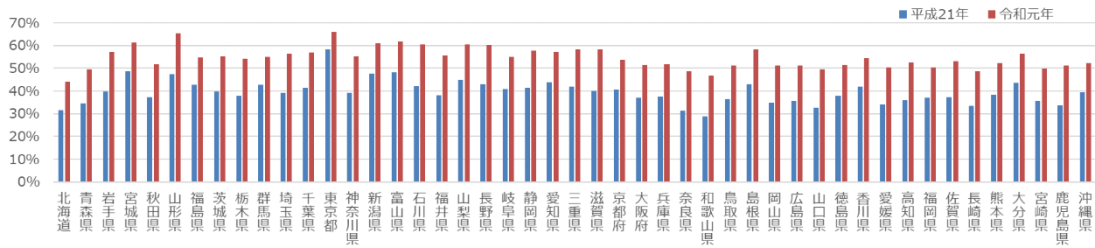
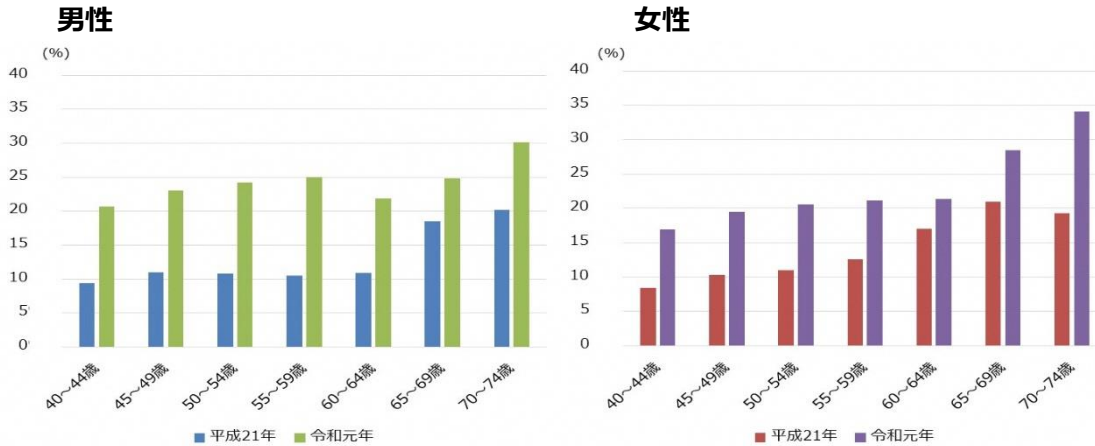


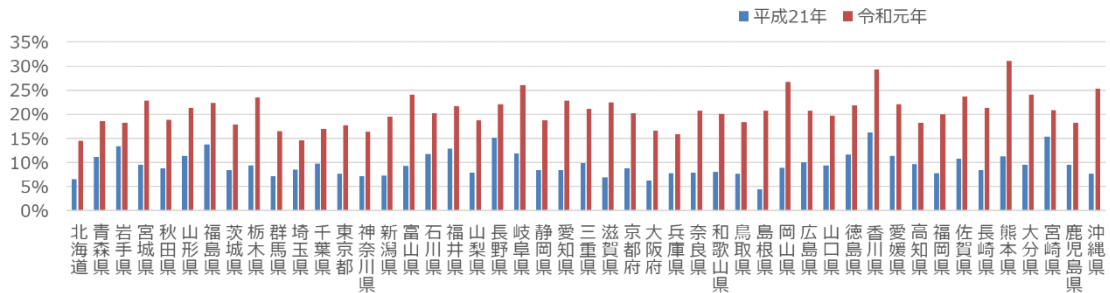
図 26：特定保健指導実施率の変化（都道府県別 ベースライン・最終評価）



出典（図 25、26）：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

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

図 27：特定保健指導実施率の変化（積極的支援）



出典：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

図 28 : 特定保健指導実施率の変化（動機付け支援）

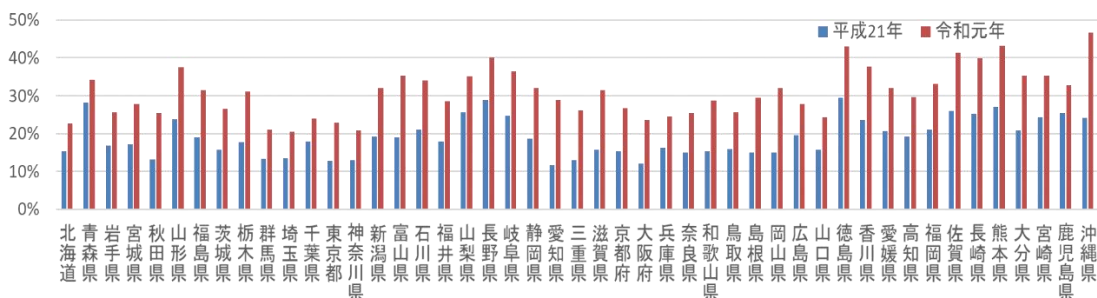
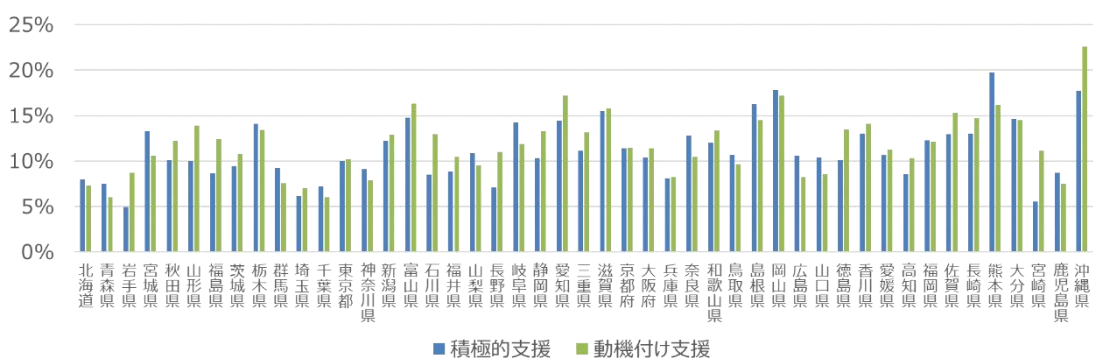


図 29 : 積極的支援・動機づけ支援の伸び幅（都道府県別）

（令和元（2019）年—平成 21（2009）年）



出典（図 28、29）：特定健康診査・特定保健指導の実施状況

2 関連する取組

【発症予防】

- スマート・ライフ・プロジェクトを通じて、適切な食生活と適度な運動、禁煙、健診・検診の受診を推進。ポスターや優良事例の表彰等を通じた健康的な生活習慣についての普及・啓発活動を実施。
- 厚生労働省の「生活習慣病予防のための健康情報サイト e-ヘルスネット」等を通じた普及啓発を実施している。
- 健康増進事業（健康教育、健康相談、健康診査、訪問指導等）を通じた健康づくりの推進。
- 適切な食生活（詳細は栄養・食生活領域で評価）
 - 適切な食生活、肥満者の減少にむけ、食生活指針や食事バランスガイドを用いた啓発をしている。
 - 「健康な食事・食環境」コンソーシアム（日本栄養改善学会、日本給食経営管理学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本肥満学会、日本公衆衛生学会、健康経営研究会、日本健康教育学会、日本腎臓学会、日本動脈硬化学会、日本補綴歯科学会、日本産業衛生学会、日本がん予防学会）は、平成 30（2018）年からスマートミールの審査・認証を行っている。

- 適度な運動（詳細は身体活動・運動領域に記載）
 - 「+10（プラステン）：もう10分身体を動かそう」をテーマに、例えば通勤時の歩行を10分多く歩くことを推奨した“smart walk”を提唱する等、周知・広報を続けているところ。
 - 「健康づくりのための身体活動基準 2013」及び「アクティブガイドー健康づくりのための身体活動指針ー」等を周知・広報。
 - 近年は室内でも取り組める体操等についても「e-ヘルスネット」で発信。
- 飲酒対策（詳細は飲酒領域に記載）
 - 多量飲酒者への対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）」（平成30（2018）年4月）に減酒支援（フリーインターベンション）を収載した。
 - 「アルコール健康障害対策推進基本計画」の第二期計画を閣議決定（令和3（2021）年3月）。
- 喫煙対策（詳細は喫煙領域に記載）
 - 喫煙に関して、禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版の策定（平成30（2018）年5月）や禁煙週間におけるイベント等の開催、「たばこ対策促進事業」、たばこクイットライン事業及び診療報酬上のニコチン依存症管理料に係る評価（加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件見直し）等を実施した。
 - たばこパッケージの注意文言の表示面積を30%→50%以上に拡大した他、たばこの段階的な税率増加を行った。
 - 喫煙率の低下のため、MPOWER政策パッケージに則った施策を実行、強化。

【健診：早期発見・保健指導・受診勧奨】

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

【重症化予防】

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

【自治体・保険者の取組を後押しする対策】

- 各都道府県において、「糖尿病予防戦略事業（健康的な生活習慣づくり重点化事業の一環）」（糖尿病予防に取り組みやすい環境を整備として① 地域特性を踏まえた糖尿病予防対策、② 飲食店、食品関連企業等と連携した「健康な食事」の普及、③ 配食の機会を通じた栄養管理の支援）等を推進。
- 各都道府県において、「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業（都道府県保健対策推進事業の一環）」を実施。
- 保険者等に対し、糖尿病腎症重症化予防の取組への財政支援を実施。
- 国民健康保険、後期高齢者医療制度等における保険者インセンティブの指標として「重症化予防の取組の実施状況」を位置付けており、保険者による受診勧奨、保健指導等の取組を推進。

【糖尿病領域全体に係る研究の推進】

- 栄養・食生活、身体活動・運動等の各生活習慣に関する研究を推進。
- IoT 活用による糖尿病重症化予防法の開発を目指した研究。 ※スマートフォンアプリ「七福神」
- 厚生労働科学研究※において、学会横断的な研究（学会横断的ガイドライン作成）の推進。
第 7 次医療計画の中間見直しに向け指標の検討や糖尿病有病者数の推移に影響を与える因子を検討実施。
※「今後の糖尿病対策と医療体制提供のための研究」（平成 29（2017）～令和元（2019）年度、研究代表者 門脇孝）
- 厚生労働科学研究※において、第 8 次医療計画に向けた糖尿病対策の指標を検討。
※「糖尿病の実態把握と環境整備のための研究」（令和 2（2020）～4（2022）年度、研究代表者 山内敏正）

【関連団体・学会の取組】

- 日本糖尿病学会では平成 16（2004）年より「対糖尿病戦略 5 カ年計画」を推進しているが、第 3 次計画（平成 27（2015）年発表）では、「糖尿病を増やさない・悪化させない社会環境の構築」を推進している。
- 令和 2（2020）年には（1）糖尿病患者と非糖尿病患者の寿命を更に短縮させる、（2）糖尿病患者の生活の質を改善させる、ことを目標に第 4 次「対糖尿病戦略 5 カ年計画」を作成（令和 2（2020）年 8 月公表）。
- 日本肥満学会は、肥満に起因ないし関連する健康障害を保有する状態を「肥満症」と定義し、関連の学会とも領域横断的な取組を推進している。
- 小児肥満症診療ガイドラインでは、小児肥満症、小児メタボリックシンドロームの診断基準を示し、医療だけでなく、学校（学校医、栄養教諭、養護教諭）向けに情報発信を行っている。
- 平成 17（2005）年 2 月に日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会の三者で日本糖尿病対策推進会議を設立。その後、日本歯科医師会も幹事団体に加わり、現在では理念に

賛同した関係団体の参加のもと、計 18 団体で構成されている。この取組は 47 都道府県に広がり、都道府県版の対策会議が設置されている。

<個別の各指標と特に関連する対策>

- ① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少
- ③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c が JDS 値 8.0%（NGSP 値 8.4%）以上の者の割合の減少）
 - 透析導入のリスク低減を目的として、糖尿病、高血圧の改善の取組を実施。
 - スマート・ライフ・プロジェクトでは糖尿病腎症等重症化予防事業を行った市町村の表彰等による好事例の横展開を図っている。（第 2 回呉市）
 - 日本健康会議の「健康なまち・職場づくり宣言 2020」の宣言 2 においてかかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を 800 市町村、広域連合を 24 団体以上とすることを KPI（令和 2（2020）年まで）とした。平成 29（2017）年度は 654 市町村及び 14 広域連合、令和 2（2020）年度には 1,716 市町村のうち 1,292 市町村、45 広域連合が取組を実施した。（令和元（2019）年度より目標を 1500 市町村、47 広域連合に上方修正。）
 - かかりつけ医等での糖尿病診療の質の向上のための取り組みが日本糖尿病学会を中心に全国的に実施され、低血糖をおこしにくい新規の薬剤（DPP 4 阻害薬、SGLT2 阻害薬等）の処方割合が増加した。
 - 腎疾患政策研究事業、腎疾患実用化研究事業において、慢性腎臓病(CKD)対策として、新規透析導入患者の減少を目指して、診療連携体制の構築や、CKD の病態解明や重症化予防の研究を実施中。
 - 糖尿病腎症も含めた腎疾患対策の更なる推進について、「腎疾患対策検討会」において報告書とりまとめ（平成 30（2018）年 7 月）。当該報告書を踏まえた、腎疾患対策の取組の通知を、自治体や関係団体向けに発出。
 - 糖尿病透析予防指導管理料の算定条件に、保険者による保健指導に協力する事項が追加。生活習慣病管理料の算定要件に眼科受診に関する事項が追加（令和 2（2020）年 4 月診療報酬改定）

<関係する研究>

- 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策実用化研究事業や腎疾患実用化研究事業において、糖尿病や CKD の病態解明や重症化予防の研究を引き続き推進する。
- 厚生労働省の戦略研究の一環として、糖尿病合併症を抑制するための介入研究（J-DOIT3）を実施、長期にわたる包括的な血糖、血圧、脂質の管理、生活習慣改善により腎症をはじめとする糖尿病合併症の予防効果を示した。
- 厚生労働科学研究で、糖尿病腎症重症化予防プログラム開発のための研究および効果検証のための研究を実施（平成 28（2016）～29（2017）年度及び平成 30（2018）～令和 2（2020）年度 研究代表者 津下一代）。大規模実証事業にて評価継続中。

② 治療継続者の割合の増加

- 特定健診の必須項目として、空腹時血糖または HbA1c を測定し、「受診勧奨」の判定になった者について、その時点で糖尿病治療を行っている者には治療継続を推奨、糖尿病治療を行っていない者には受診勧奨を実施。
- 厚生労働科学研究（「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究－合併症予防と受診中断抑止の観点から」研究代表者 野田光彦）のワーキンググループにおいて「糖尿病受診中断対策包括ガイド」を作成（平成 26（2014）年 5 月）。
- 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインに係る参考資料「企業・医療機関連携マニュアル」に糖尿病の事例を追加（令和 3（2021）年 3 月）。
- 保険者によっては、生活習慣病の重症化予防事業の取組として、かかりつけ医等と連携しながら相談・保健指導の実施や、生活習慣病等の受診中断者、未受診者の把握と受診勧奨を実施。

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

- メタボリックシンドロームに関する対策は、肥満を始めとする栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙の生活習慣の改善等の対策として、総合的に実施。
- メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣の改善及び生活習慣病の予防を目的として、特定健診・特定保健指導を実施。
 - 特定健診の必須項目として血圧、中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール等を測定。健診受診者全員に対して健診結果等を「情報提供」するとともに、結果に応じ特定保健指導として「動機付け支援」や「積極的支援」を実施している。
 - 特定健診・特定保健指導の効果検証について、「特定健診・特定保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ」において検討を進め、平成 27 年 7 月に最終取りまとめを報告した。
 - 平成 30（2018）年度からの第 3 期特定健康診査等実施計画期間に向けて、厚生労働省の検討会等で検討し、健診項目や実施率向上に向けた特定保健指導の実施方法について見直しを行い、平成 30（2018）年度より第 3 期特定健康診査等実施計画期間（平成 30（2018）年～令和 5（2023）年度）が開始された。
 - 平成 30（2018）年からの第 3 期特定保健指導において、特定保健指導の質を確保しつつ、対象者の個別性に応じた現場の創意工夫や運用改善を可能とし、効果的・効率的な実施により、実施率の向上に繋がるよう、特定保健指導の運用ルールを緩和。
 - 「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」（平成 30（2018）年 4 月）において、特定保健指導の対象とならない非肥満の脳・血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善指導や、従来の保健指導では十分に効果が得られなかった者に対する保健指導の方法の 1 つとして、体験学習や相談の機会の増加、グループダイナミクスの相乗効果等を特徴とする宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムについての記載が追加された。
- 厚生労働省の「生活習慣病予防のための健康情報サイト e-ヘルスネット」等を通じた普及啓

発を実施している。

⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（循環器領域と共通の目標項目）

- スマート・ライフ・プロジェクトの中心となる4つのテーマ（運動、食生活、禁煙、健診・検診受診）の一つとして、健診の受診勧奨を推進。
- 保険者機能の責任を明確化するため、平成 29（2017）年度の実績から、各保険者別に特定健診・特定保健指導の実施率を公表。

3 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

本目標項目の評価は「C 変わらない」であった。

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

今回の評価結果では導入患者数の減少をみることはできなかったが、導入時の平均年齢が高齢化していることから、導入までの期間延長が図られたものと考えられ、一定の効果があったものと考えられる。しかし、いまだ年間約 16,000 人の新規導入患者がいること、糖尿病の継続治療率の向上やコントロール改善により更なる減少を期待できることから、引き続き高い目標をもって対策を 勧めることが重要である。

糖尿病において医療機関を適切に受診している者を増やすには、国民への啓発、健診受診後の対応、治療と仕事の両立等各分野の活動と深くかかわっている。自治体や保険者における重症化予防事業の中で、未治療および治療中のコントロール不良者が発見されており、適切な受診に向けて丁寧に働きかけを続けることの必要性が関係者に認識されるようになってきたと考えられる。レセプトと健診データを用いたハイリスク者の抽出は、保健事業として広く実施されるようになってきている。

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

以上、腎症、網膜症の現状を考慮すると、本目標項目である「合併症の減少」に関して、一定程度の評価ができると考えられる。

② 治療継続者の割合の増加

本目標項目の評価結果は「C 変わらない」であった。

糖尿病の治療継続者は 65%にとどまり、策定時より増加していない。健診後の受診勧奨や治療中断者への働きかけ、仕事と治療の継続のための取組を更に推進する必要がある。自覚症状がなく

本人が軽く考えていることへの対応、事業所の通院への配慮の必要性があげられている。仕事と治療の両立支援ガイドにも「糖尿病に対する誤った理解や知識から、職場における理解・協力、必要な配慮等が妨げられる場合がある」ことが指摘されている。重症化予防事業では、医療費負担の面で治療を中断している者が少なくない可能性がある。

③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

本目標項目の評価結果は「A 目標値に達した」であった。

ベースラインと比較して改善しており（相対的変化：-21.7%）、目標を達成している。HbA1cへの理解が進んだことや、低血糖の危険が少ない新たな薬剤の投入によりコントロール不良者が減少した可能性がある。

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

令和2（2020）年度の国民健康・栄養調査（大規模調査）が中止となったため、糖尿病有病者の推計値は中間評価時の平成28（2016）年度データから更新されておらず、「E 評価困難」である。現在厚生労働科学研究において、参考となる代替指標について検討している。

国民生活基礎調査や患者調査では糖尿病有病者の増加が確認されている。年齢調整値は増加していないが、高齢化にともない有病者数は増加している可能性がある。

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

また「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少」の評価は「D 悪化している」であった。

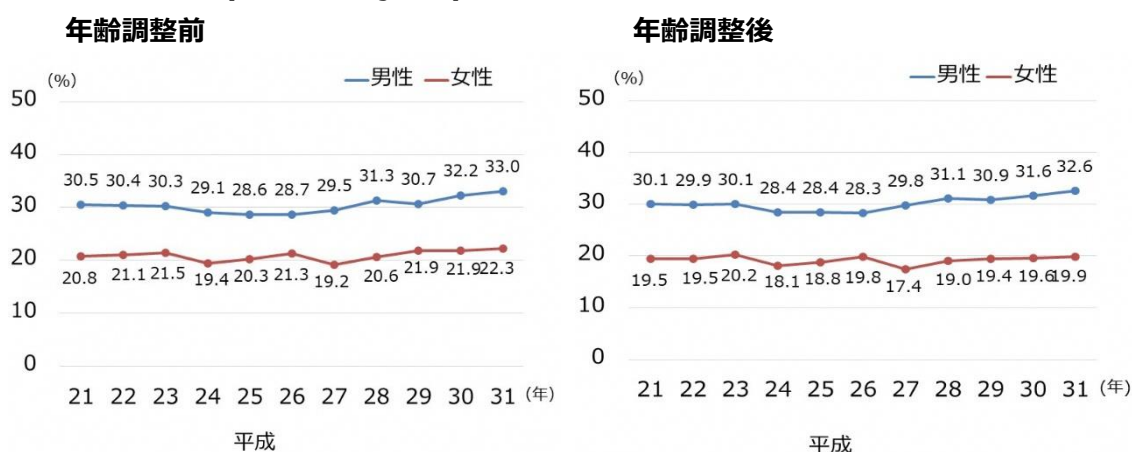
メタボリックシンドローム該当者・予備群者についても、中間評価以降の増加がみられている。平成20（2008）年度に特定健診・特定保健指導が開始されたが、制度開始当初にはマスコミ等でもメタボが話題になることが多く、認知度が一気に高まったことが中間評価までのメタボ抑制効果に関連している可能性がある。中間評価以降についてはポピュレーションアプローチとして不十分だった可能性も考えられる。また、10年間の世代の移行や体重が増加しやすい世代を考慮し、40歳未満の人への働きかけの強化も必要であったと考えられる。

この指標はランダムサンプリングではなく、健診受診率の影響を受けることに留意する必要がある。指標⑥に示すように、この期間に健診受診率が上昇しており、今までは健診を受けなかった方々が受けるようになった影響（掘り起こしの効果）等も含まれている可能性がある。この影響は健診受診率が大幅に伸びた協会けんぽでは影響が大きいですが、ベースラインより健診受診率が高い健保組合では新たな掘り起こしの影響は小さく、保険者間でのトレンドに違いがみられたことの一因ではないかと考えられる。

一方、メタボリックシンドロームの構成要素として、内臓脂肪型肥満と高血圧・糖尿病・脂質異常症の二つ以上に該当することとなっている。肥満については、国民健康・栄養調査において、BMI \geq 25が平成26（2014）年頃までは低下傾向がみられたが、以降は上昇に転じおり、肥満の改善がみられていないことが悪化の要因の一つである。またメタボの構成要素の各疾患については、薬物療法を行っていれば数値が基準範囲内でもリスク保有としてカウントするという特徴がある。循環器分野の血

圧、脂質異常症については国民健康・栄養調査の検査値（収縮期血圧の平均値、総コレステロール・LDL コレステロールの基準値以上の割合）で評価しており、薬物療法の有無を考慮していない。すなわち薬物治療によって検査値が低下している者も含まれていることになり、判定方法が異なることに留意する必要がある。

図 30：肥満者(BMI \geq 25 kg/m²)の割合の年次推移（20 歳以上）平成 21～令和元年



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

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

⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上（循環器領域と共通の目標項目）

本目標項目の評価結果は「B* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標達成が危ぶまれる）」であった。

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

<領域全体としての評価>

糖尿病分野全体を見てみると、血糖コントロールの改善（指標④ A 評価）、75 歳未満における糖尿病腎症の新規透析導入者数が減少しており、重症化予防の取組や糖尿病医療の進歩が寄与した可能性が示唆される。糖尿病の治療継続者は横ばいであり、受診勧奨の在り方について検討

すべきと考えられた。特定健診・特定保健指導実施率はこの 10 年間に顕著な上昇を認めたが、設定された目標の到達には至らなかった。メタボリックシンドロームについては中間評価以降悪化傾向があり、次期健康増進計画、第 4 期特定健診・特定保健指導においてより効果的な戦略を用いる必要性が示唆された。なお、メタボリックシンドローム該当者・予備群者数には服薬者が含まれており、特定保健指導の対象外となっている。服薬中のメタボ該当者等に対する対策は不十分であるので、今後は服薬中のメタボ該当者（肥満症）についての対策を進めていくことが重要である。

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

4 今後の課題

<領域全体の課題>

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

【重症化予防】

① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

- 糖尿病腎症による年間新規透析新規導入者数は横ばいが続いており、年間 15,000 人の目標達成は厳しい状況である。目標達成に向け重症化予防の更なる取組の推進が必要である。
- 医療保険者に対し、糖尿病腎症重症化予防の取組について保険者インセンティブを含めた財政支援を継続予定。また令和 2（2020）年度から実施している大規模実証事業で糖尿病腎症

重症化予防プログラムの効果検証を実施し、その結果を糖尿病腎症重症化予防プログラムに反映予定。

- 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策実用化研究事業や腎疾患実用化研究事業、腎疾患政策研究事業において、糖尿病や CKD の病態解明や重症化予防、診療連携体制構築に関する研究を引き続き推進。
- (健康寿命延伸プラン) 令和 10 (2028) 年度までに年間新規透析導入患者数 (糖尿病腎症以外の要因含む) を 3.5 万人以下にすることを目標として、慢性腎臓病診療連携体制を全国展開する。
- 今後の糖尿病腎症も含めた腎疾患対策の更なる推進について、平成 30 (2018) 年 7 月に「腎疾患対策検討会」において報告書がとりまとめられ、当該報告書を踏まえた、腎疾患対策の取組の通知を、自治体や関係団体向けに発出したところ。今後は、この報告書に基づき、糖尿病が重症化し、糖尿病腎症に病態が進行したとしても、早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続することにより、重症化予防を徹底するため、行政、関係学会、関係団体等の地域における関係者が連携して対策に取り組めるよう体制を整備し、普及啓発、医療提供体制整備等の対策に取り組む。
- 「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業」を更に推進。
- 厚生労働科学研究で、(糖尿病学会・日本医師会) 大規模糖尿病診療データベースの構築 (J-DREAMS※ 1、J-DOME※ 2) を用いた研究を実施。
 - ※ 1 : 大規模レジストリ・大規模臨床試験の分析による合併症予防に有効な標準糖尿病診療のための研究 (令和元 (2019) ~ 3 (2021) 年度 研究代表者 植木浩二郎)
 - ※ 2 : 糖尿病等生活習慣病対策の地域格差把握とその改善 - 日本医師会かかりつけ医データベース J-DOME を活用して - (令和 3 (2021) ~ 5 (2023) 年度 研究代表者 野田光彦)

② 治療継続者の割合の増加

- 治療継続者の割合は、策定時より増加が認められない。目標達成に向け、治療継続の推奨並びに受診勧奨等の取組を更に推進。
- 保険者が作成する「データヘルス計画」等に基づき、適切な治療を継続できるよう取り組む保険者もあり、保険者が行う生活習慣病等の重症化予防や未治療・治療中断者に対する受診勧奨等の取組について引き続き支援。

③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

- 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少は、目標を達成しているが、引き続き関連する取組を推進。
- 日本糖尿病学会ガイドラインと整合を取り、本指標について HbA1c \geq 8.0%の減少へと、更に目標を厳しくしていくことが重要。日本糖尿病学会・日本老年医学会合同委員会において、75 歳以

上高齢者もしくは手段的 ADL が低下した者、軽度認知症者におけるコントロール目標値として、SU 剤・インスリン等重症低血糖が危惧される薬剤使用中の高齢者におけるコントロール目標は、8.0%未満、下限値は 7.0%していることを考慮しても、「8.0%以上の者を減らす」目標を設定するのは妥当と考えられる。

- 保険者が作成する「データヘルス計画」等に基づき、糖尿病等のコントロール不良者への保健事業に取り組む保険者もみられ、保険者が行う生活習慣病等の重症化予防等の取組について引き続き 支援する必要がある。
- メタボリックシンドローム該当率、特定健診・特定保健指導実施率には自治体や保険者で差が生じていることから、行政、保険者、関係団体が連携した取組推進が求められる。
- 労働局の「治療と仕事の両立支援」、コントロールが安定した患者へのオンライン診療の普及等により、治療中断を防ぐことが大切である。

【発症予防】

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

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

⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上（循環器領域と共通の目標項目）

- 糖尿病有病者数、メタボリックシンドロームの該当者・予備群者の減少を目指し、更なる取組を推進していく必要がある。
- 保険者種別に見て、健診受診率・保健指導実施率、メタボ該当者・予備群割合等に差がみられた。地域・職域連携の推進、糖尿病の治療と仕事の両立支援、健康経営の推進等を通じて、事業主や就労者に対する働きかけ支援の強化を検討していく必要がある。
- 保険者が作成する「データヘルス計画」において、特定健診実施率・特定保健指導実施率の更なる向上を目指した保健事業に取り組む保険者は多く、保険者が行う保健事業について適切なインセンティブ付与等の支援を引き続きおこなう。
- 働き盛りにも受け入れられやすい ICT を活用した予防プログラムの普及が必要である。
- より充実した保健指導を行えるよう「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」（平成 30（2018）年 4 月）の周知啓発を行っていく。
- 令和 6（2024）年度より第 4 期特定健診・特定保健指導を開始予定。より効果的な特定健診・特定保健指導のあり方を検討していく予定。
- 特定健診・特定保健指導について、令和 2（2020）～ 4（2022）年度にかけて行う大規模実証事業の中で、健康増進効果等を引き続き検証しており、事業の結果等を踏まえて第 4 期計画に向けて適切な見直しを行っていく。
- 厚生労働科学研究を通して、意義のある特定健診のあり方や効果的な保健指導の方法について検討予定。
- 糖尿病や肥満症、メタボリックシンドロームに対する Stigma に対して是正していくことが求められる。糖尿病患者ではうつ状態の合併が多いこと、わが国では心理的サポートが不十分であることが指摘されており、心理面に配慮した対策が必要である。

- 健康なまちづくり・職場づくりを推進し、健康的なライフスタイル（運動・身体活動や食生活）が享受できることを広げていく（日本健康会議の活用）。
- ICT を活用し、自らの健康状態をモニタリングできるしくみづくり等、新たな方策に積極的に取り組んでいくことにより、本人にあった適切な方法で予防を進められることが肝要。
- ICT 活用により特定保健指導の初回面接の実施率が高まったという報告もあり、保健指導への ICT 活用を普及することが必要である。
- 健診データの分析結果を分かりやすく示した健康スコアリング等、集団としてのデータ分析結果の保健事業への活用（データヘルス計画等）のさらなる進展が期待される。
- 科学的根拠の乏しいいわゆる健康番組や商品等から消費者（国民）を守る規制が必要。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 外出自粛に伴う活動量の低下や、喫煙、飲酒量増加による生活習慣の悪化等が懸念される。
- 治療中断による糖尿病コントロールの悪化が懸念される。
- 糖尿病は COVID-19 の重症化リスクとされている。
- 糖尿病等の基礎疾患のある方に対しては優先的にワクチン接種を進めていく。
- ワクチン接種の待ち時間等に、コロナ対策としても生活習慣改善の取組を合わせて実施していくことの大切さを伝える。
- 自治体は地域の感染状況に応じて、住民に対しフェーズに合わせた感染対策の具体的な方法を示していく。
- 令和 3（2021）年度特別研究※において、新型コロナウイルスが糖尿病のコントロールや診療に与える影響を検討し、今後の診療体制を提案するための研究を実施。
 ※「新型コロナ感染症流行による糖尿病患者の生活様式・受診行動の変化が重症化に及ぼす影響の解析と今後の診療体制構築のための研究」（研究代表者 植木浩二郎）
- 新型コロナウイルス感染症による健診受診控えに対してリーフレットを通して受診勧奨を啓発。

<参考文献・URL>

- 特定健診・特定保健指導について
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>
- 標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】（平成 30（2018）年 4 月）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>
- スマート・ライフ・プロジェクト
<http://www.smartlife.mhlw.go.jp/>
- e-ヘルスネット
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>
- 腎疾患対策検討会報告書
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000172968_00002.html

様式2（案）更新日 令和4年2月23日

(領域名) (4) COPD

背景

- COPDは主として喫煙等の有害物質を長期に吸入曝露することにより生ずる咳、痰、息切れを特徴とする肺疾患であり、主に高齢者に発症する。COPDの病態は肺気腫病変と気道病変がさまざまに混合して起こる。
- 平成16（2004）年に発表されたNICE studyによると、無作為に抽出された一般住民調査による大規模な疫学調査で40歳以上の日本人のCOPD有病率は8.6%、40歳以上の約530万人、70歳以上の約210万人と推定された。
- 一方、厚生労働省の患者調査によれば、COPD患者数は健康日本21（第二次）が始まる平成24（2012）年当時は20数万人前後で推移しており、この患者数推計格差から多くの診断されていないCOPD患者の存在が推定された。また、平成24（2012）年当時、年間COPD死亡数は約16,000人であり、死亡原因として全体の9位、男性では8位であった。高齢者人口の増加によりこの死亡数も年々増加していくものと予想された。
- 以上の背景から健康日本21（第二次）において、主に喫煙者の生活習慣病のひとつとしてCOPDが取り上げられた。一般市民の認知率を高めることを通して、早期発見、早期治療介入に結び付け、その結果として健康寿命の延伸、COPD死亡数の減少に寄与するものと期待された。

1 目標項目の評価状況

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

目標項目	評価
① COPDの認知度の向上	C

① COPDの認知度の向上

- 健康日本 21（第二次）終了時点で認知度 80%まで高めるという目標に比べ、令和元（2019）年時点では 27.8%に留まっており遠く及ばない。ベースラインの 25.2%からメディアを使った啓発によりいったん 30.5%まで上昇した。しかし、その後 25.0%に逆戻りし、最終的に 27.8%に再上昇した。この間、「どんな病気か知っている」と答えた割合は 7.1%から 10.8%に上昇しており一定の評価はできる。年齢別にみると認知率は 20 歳代で 30%を超えており最も高く、高齢者世代ほど低下する傾向があり 60 歳以上では 25%を下回っている。COPDが高齢者の疾患であることを鑑みると問題点として指摘しうる。

図 1 : COPDの認知度

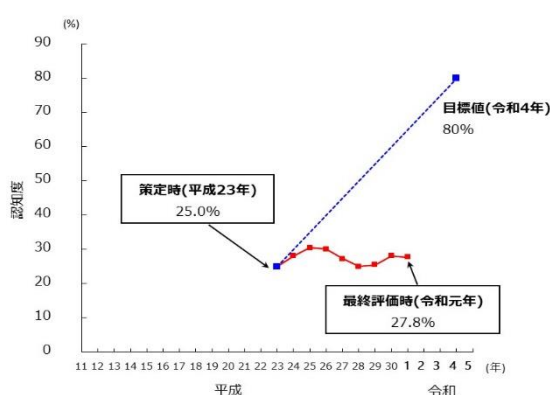
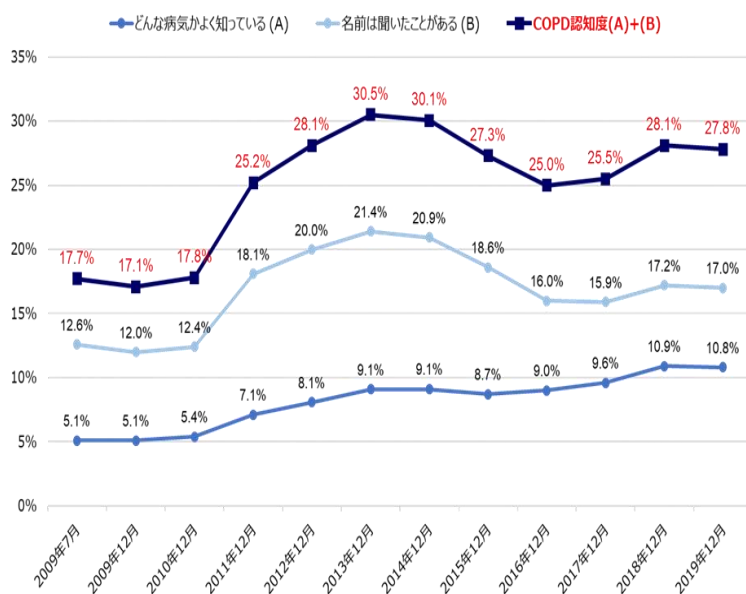
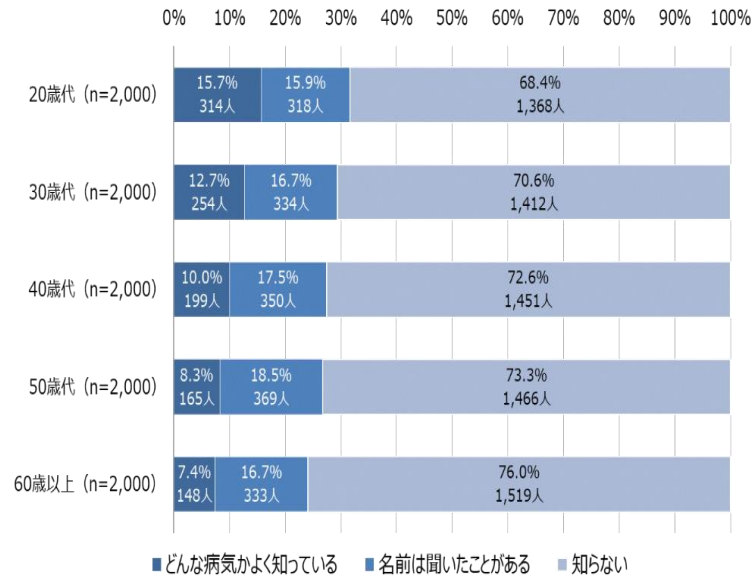


図 2 : COPD認知度の推移



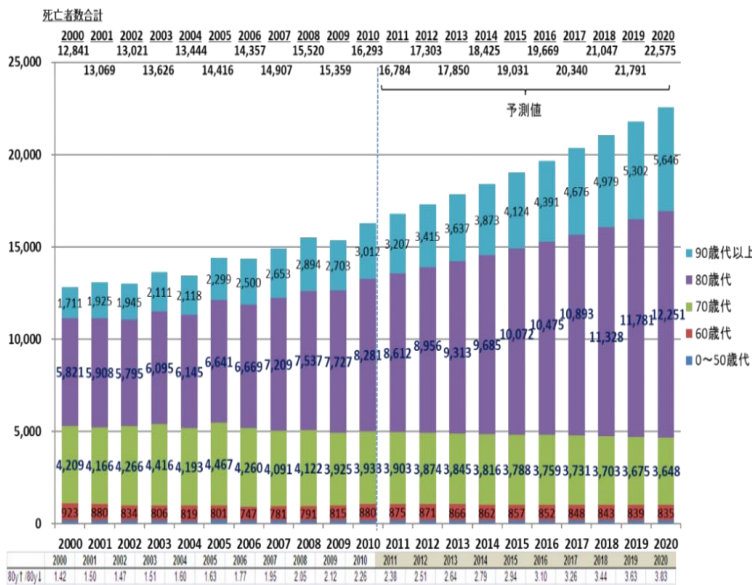
出典（図 1、2）：一般社団法人GOLD日本委員会「COPD認知度把握調査」

図3：COPDの認知度（年齢別）



出典：一般社団法人GOLD日本委員会「COPD認知度把握調査」

図4：COPD死亡者数の推計



出典：厚生労働省「人口動態統計」

図5：COPD死亡者数の推移（1996年—2016年）

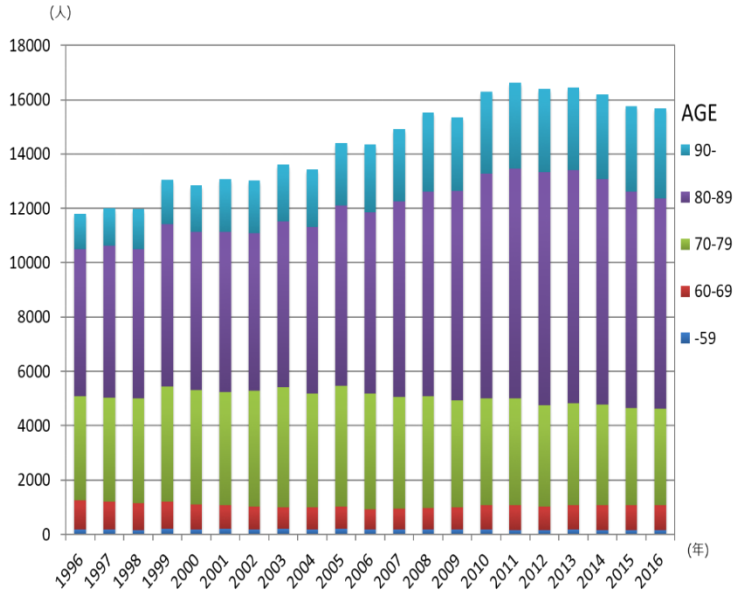
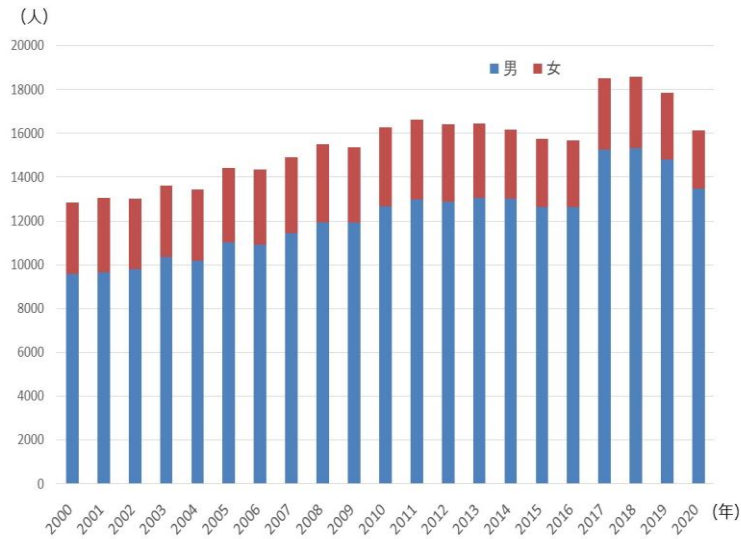


図6：日本のCOPD死亡者数の推移（2000年—2020年）



(厚生労働省 人口動態統計より作図)

出典（図5、6）：厚生労働省「人口動態統計」

2 関連する取組

<国の取組>

- 厚生労働省の健康情報サイト e-ヘルスネット等を用いて、「COPD」の名称と疾患に関する知識の普及や禁煙により発症予防可能であることへの理解を促進。
- 日本呼吸器学会市民公開講座の後援に入り、COPD周知に取り組んだ。
- 「スマート・ライフ・プロジェクト」において「禁煙」、「適度な運動」、「適切な食生活」、「健診・検診の受診」に対する取組を推進しているところであり、禁煙の重要性や喫煙によって生じるリスク等について情報を発信。
- 喫煙（受動喫煙含む）対策（詳細は喫煙領域に記載）。
 - 喫煙に関して、禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版の策定（平成30（2018）年5月）や禁煙週間におけるイベント等の開催、「たばこ対策促進事業」等を実施。
 - がん診療連携拠点病院において、「たばこクイットライン」事業を開始し、電話等による禁煙相談を実施。
 - 診療報酬におけるニコチン依存症管理料について、情報通信機器を用いた診療に係る評価がなされるとともに、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件を見直し。
 - たばこパッケージの注意文言の表示面積を30%→50%以上に拡大。また、たばこパッケージ標記に関して、従来の「肺気腫を悪化させる危険があります」から「慢性閉塞性肺疾患（COPD）を悪化させる危険があります」に修正。
 - たばこの段階的な税率増加を実施。

<COPD疾患啓発のための組織>

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

<関連する団体・学会の具体的活動内容>

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

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

3 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

① 「COPDの認知度の向上」の評価は「C 変わらない」であった。

- 認知率の上昇が目標に遠く及ばなかった原因として、COPDという横文字病名が国民に浸透しづらいという背景があるかもしれない。特に年齢階層別の認知率をみると、高齢になるほど低いという傾向があり、これも横文字病名の問題が背景にある可能性がある。
- 一方、COPDの病型・病態とも言うべき「肺気腫」「慢性気管支炎」という病名については令和元（2019）年の調査で認知率はそれぞれ69.1%、63.0%とかなり高いことが判明した（ただしCOPDの日本語訳である慢性閉塞性肺疾患の認知率はわずか24.7%と低い）。つまり、COPDという病名としての認知率は低いが、本疾患によって起こる症候や病態については国民の半数以上に認知されていることを示している。
- COPDという病名の認知率向上に関して目標達成は困難な状況にあるが、さまざまなCOPD啓発活動の取組は一定の成果があったと考える。そのひとつの客観的事実は急速な高齢者人口の増加とそれに伴うCOPD死亡数の増加という平成22（2010）年当時の厚労省の予測にもかわらず、COPD死亡数は年齢調整死亡でみるとこの10年間毎年着実に減少しており、絶対数でみても平成23（2011）年をピークに減少の傾向にある。なお、ICD-10（平成25（2013）年版）に準拠した死因統計分類の適応により、2017年にいったん死亡数は上昇したが、その後再び減少に転じている。また、その死亡年齢も経年的により高齢にシフトしていることが挙げられる。

4 今後の課題

- COPDの認知度は、ほぼ横ばいで推移しており、現状のままでは目標達成は困難な状況にある。COPDの認知度向上は大きな課題であり、特にCOPDが「どんな病気か知っている」者の増加が患者の受診行動を促す上でも意義がある。
- 次期プラン策定に向けての課題として、COPD認知度の上昇だけではなく、年齢調整死亡率の減少等の指標設定についても検討が必要である。
- 目標達成に向け、喫煙が最大の発症要因であり、禁煙により発症予防が可能であることや早期発見が重要であること等、普及啓発・認知度の向上に向けて取組を推進する。
- 喫煙によるCOPDのリスクや正しい知識について、学校教育や、健診・保健指導、健康増進事業における「慢性閉塞性肺疾患（COPD）健康教育」や「喫煙者個別健康教育」等を通

じて、あらゆる世代により一層の普及啓発を図っていく必要がある。

- 加熱式たばこの普及により従来たばこに比較して健康上の被害が遥かに少ないとの誤解がある。加熱式たばこによっても肺の障害をきたすとする報告が相次いでおり、禁煙啓発活動のなかでは従来たばこ同等に扱うべきである。
- COPDは肺炎や肺癌の危険因子として重要であり、軽症であっても高齢者の肺の健康という観点から重大な疾患であることを周知する。
- COPD対策において重要となる、たばこ対策を推進していく。
- 「スマート・ライフ・プロジェクト」において「禁煙」、「適度な運動」、「適切な食生活」、「健診・検診の受診」に対する取組を推進しているところであり、禁煙の重要性や喫煙によって生じるリスク等について引き続き情報発信を行うとともに、スマート・ライフ・プロジェクトに参画している企業・団体・自治体と協力・連携し、国民運動として禁煙をさらに推進する。
- COPDとフレイルや併存症の関係等も周知していく。
- COPDの早期発見に向けて、スパイロメトリー検査の更なる普及・実施に努める（コロナ禍においては下記5の参考情報参照）。
- 医療現場でCOPDという疾患名が使われず、慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、慢性気管支炎等とされている、さらに、薬剤の添付文書、カルテ病名、DPC（診療群分類）、「疾病、傷害及び死因の統計分類」においてもCOPDの記載がないというのがわが国の現状である。行政と学会が協働した普及啓発活動が求められている。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

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

<参考文献、URL>

コロナ禍において、スパイロメトリーが施行困難である状況を鑑み、スパイロメトリーを用いない診断治療の作業手順を提唱。

[Statement from the Japanese Respiratory Society: Working diagnosis and initial management of COPD during the COVID-19 pandemic.](#)

Shibata Y, Muro S, Yokoyama A, Hashimoto S. *Respir Investig.* 2021 Jul;59(4):385-388.

- 禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/manual2/addition.html>
- スマート・ライフ・プロジェクト
<http://www.smartlife.mhlw.go.jp/>
- e-ヘルスネット
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>
- 新型コロナウイルス感染症診療の手引き第5版
<https://www.mhlw.go.jp/content/000785119.pdf>

背景

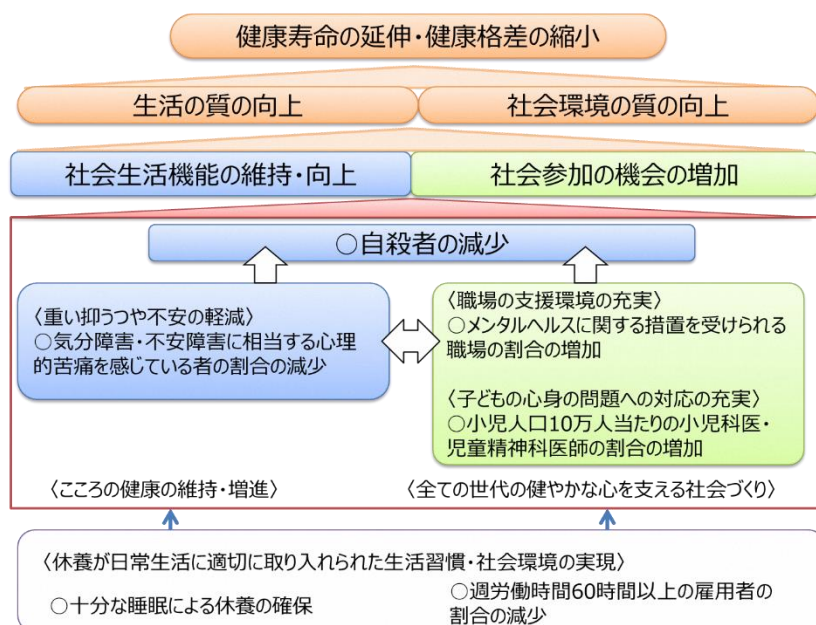
- 「こころの健康なくして健康なし」と言われるように¹⁾、こころの健康と身体¹⁾の健康は相互に深く関わっており、身体¹⁾の健康や健康寿命延伸を考える上でもこころの健康は極めて重要である。
- 健康日本21(第二次)では、基本的方向3の「社会生活を営むために必要な機能の維持・向上」のために精神健康が重要であるという考えのもとに、「こころの健康」について、「自殺者の減少(人口10万人当たり)」、「気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少」、「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加」及び「小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医の割合の増加」の4つが目標として定められた。
- このうち「自殺者の減少(人口10万人当たり)」は自殺総合対策大綱に基づいて、「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加」は労働安全衛生法の改正とストレスチェック制度の創設に基づいて、それぞれ目標値が設定された。

1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	1
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	2
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内1)
C 変わらない	1
D 悪化している	0
E 評価困難	0

目標項目	評価
① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）	B
② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	C
③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	B*
④ 小児人口 10 万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	A
小児人口 10 万人当たりの小児科医師の割合	(A)
小児人口 10 万人当たりの児童精神科医師の割合	(A)

こころの健康の目標設定の考え方

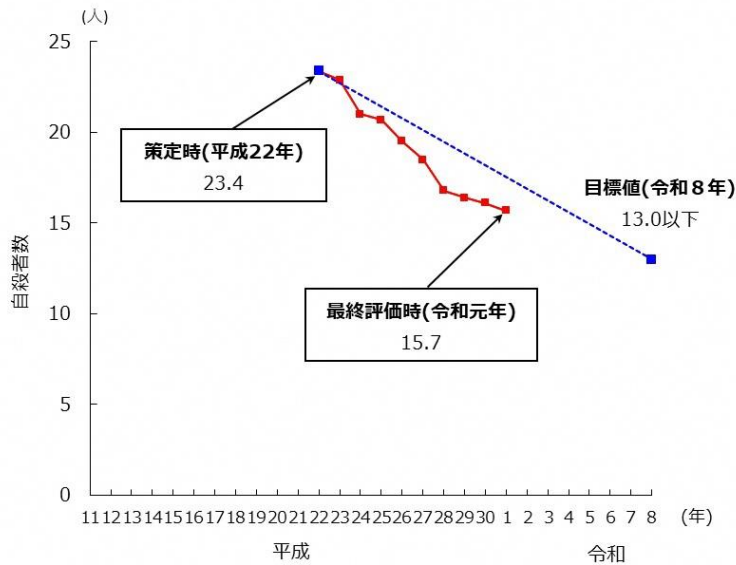


出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）

自殺総合対策大綱では当初、人口 10 万人当たりの自殺者数について、平成 17（2005）年の 24.2 を平成 28（2016）年までに 20%減となる 19.4 にすることが目標とされていた。しかし自殺者数は平成 17（2005）年をピークに減少を続け、平成 28（2016）年の時点で目標値を上回り 16.8 となった。そのため中間評価時に目標値が変更され、現在は令和 8（2026）年までに平成 27（2015）年の 30%減となる 13.0 とすることが目標とされている。直近値である令和元（2019）年の自殺者数は 10 万人当たり 15.7 であり、依然として減少傾向ではあるものの、令和元（2019）年の最終評価時においては新しい目標値には到達していない。なお、自殺死亡率の減少はすべての都道府県で認められている。

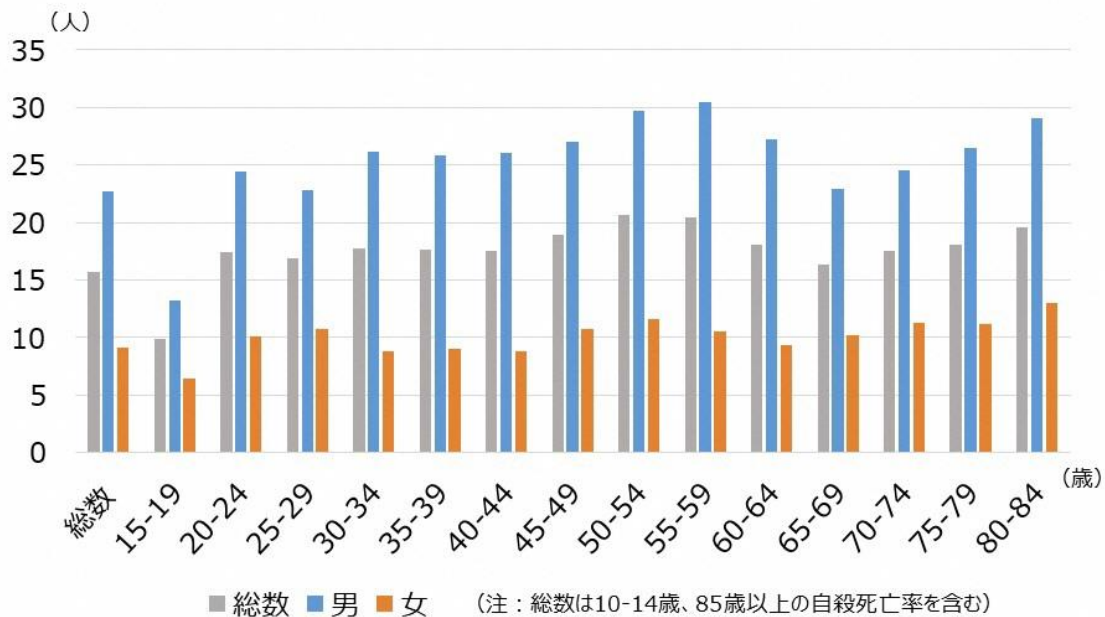
図1：自殺者数（人口10万人当たり）



出典：厚生労働省「人口動態調査」

下図のとおり性別では男性に多く、年齢階級別では50歳代が最も多い。なお、20歳以上のすべての年齢階級で自殺死亡率の減少が認められているが、15-19歳は平成22（2010）年の7.5から令和元（2019）年の9.9に上昇している（男性は9.7から13.2へ、女性は5.1から6.4へ）。また、自殺は依然として15歳から39歳の死因の1位となっている。

図2：性・年齢階級別の自殺死亡率（人口10万人あたり）



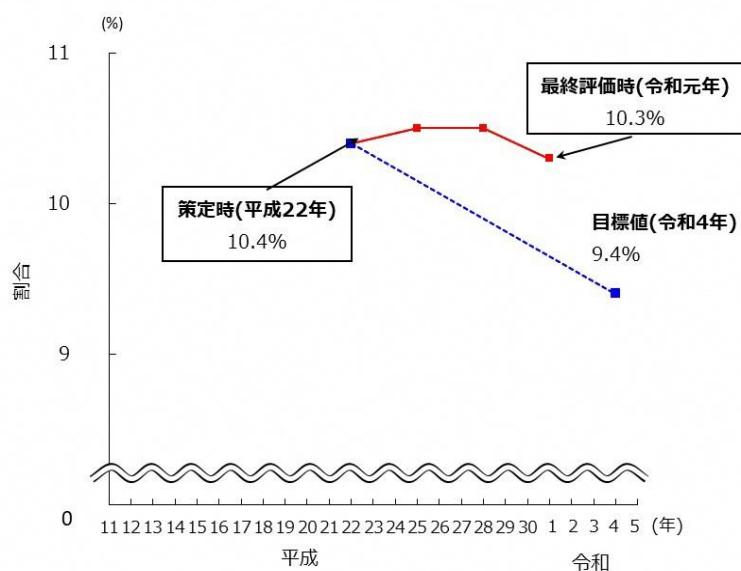
出典：厚生労働省「人口動態調査」

② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少

国民生活基礎調査の調査項目には、うつ・不安症状を評価する K6 という自己記入式質問紙が含まれている。K6 は 6 項目で 0 点から 24 点の範囲をとるが、そのうち合計点が 10 点以上のものを気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者として、その割合を指標にしている。

気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合は、ベースラインの平成 22 (2010) 年は 10.4% であり、令和 4 (2022) 年までにその 1% 減となる 9.4% という目標値が設定されたが、直近値である令和元 (2019) 年の値は 10.3% であり、ほとんど変化が認められていない。

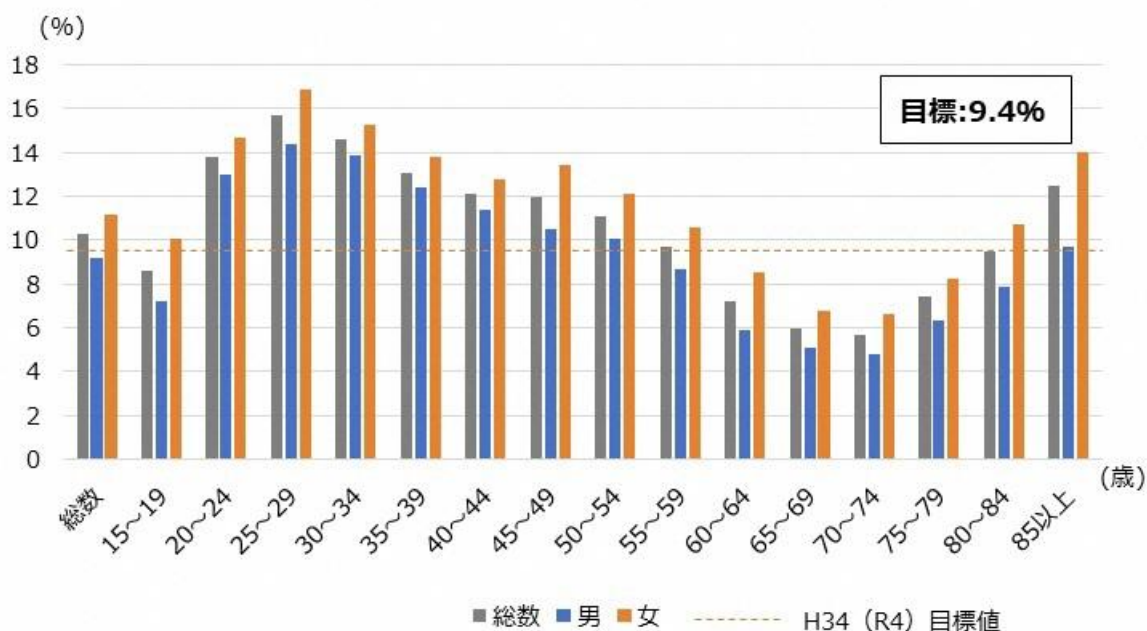
図 3 : 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

下図のとおり性別ではすべての年齢階級で女性の方が心理的苦痛を感じる者の割合は高い。年齢階級別では男女とも 25-29 歳をピークとして若年層で高くなっている。

図4：心理的苦痛を感じている者の割合 令和元（2019）年の性・年齢階級別のK6≥10の割合



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

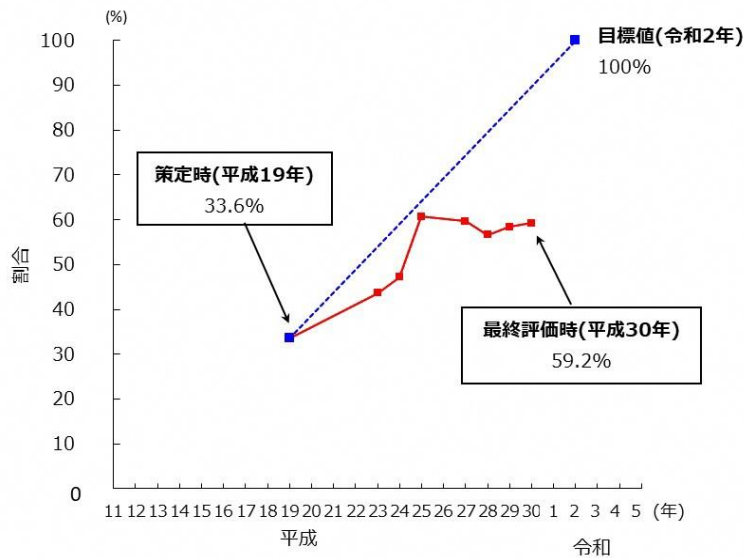
③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加

職場におけるメンタルヘルス対策については、平成 26（2014）年 6 月の労働安全衛生法改正により、ストレスチェック制度が創設（平成 27（2015）年 12 月 1 日施行）され、常時 50 人以上の労働者を使用する事業場においては毎年 1 回ストレスチェックの実施が義務付けられた。このような背景もあり、メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合を 100%とする目標が設定された。

しかし、直近値である平成 30（2018）年の値は 59.2%であり、明らかな増加傾向にあるものの、令和 2（2020）年までに 100%という目標値の達成は困難な状況である。

なお、事業場の規模別では、50 人以上の事業場においてメンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合は平成 30（2018）年で 90.7%であるが、30~49 人の事業場では 65.3%、10~29 人の事業場では 51.6%となっている。（参考値：令和 2（2020）年の値は 61.4%（事業場の規模別では、50 人以上の事業場で 92.8%、30~49 人の事業場では 69.1%、10~29 人の事業場では 53.5%）となっている。）

図5：メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合



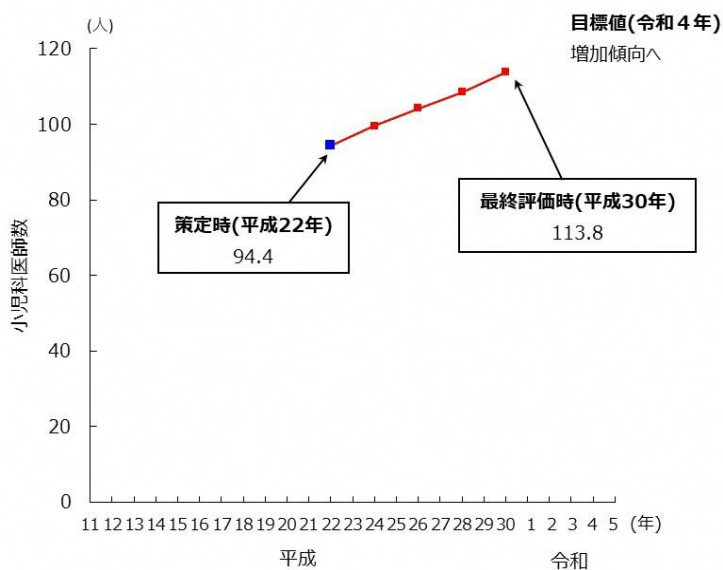
出典：厚生労働省「労働安全衛生調査（実態調査）」
（平成24（2012）年以前は「労働者健康状況調査」）

④ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加

（小児人口10万人当たりの小児科医師の割合・小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合）

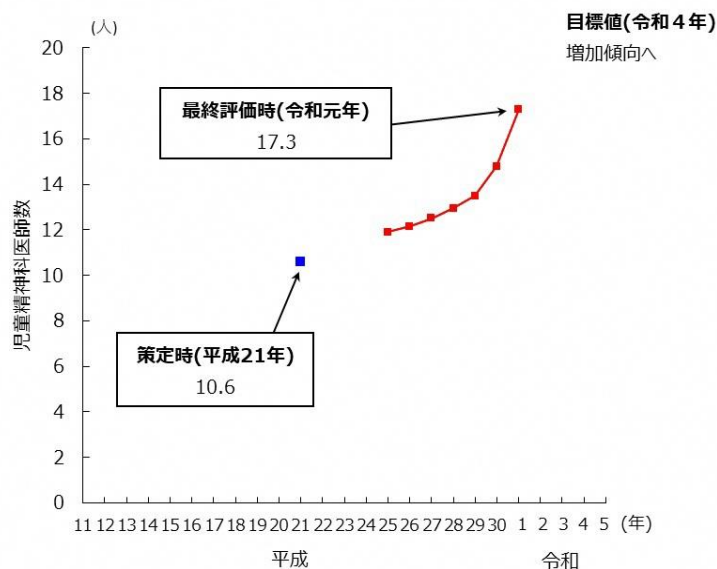
子どものこころの健康は、子ども期はもちろんのこと、成人後の精神疾患発症予防の観点からも重要であることから、小児科医・児童精神科医の増加が目標として掲げられた。直近値は、小児人口10万人当たりの小児科医師の割合は平成30（2018）年に113.8、児童精神科医の割合は令和元（2019）年に17.3と明らかな増加傾向にあり、いずれも目標に達している。

図6：小児人口10万人当たりの小児科医師の割合



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

図7：小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合



出典：日本児童青年精神医学会調べ

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

- 精神保健医療福祉領域においては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を政策理念として掲げている。このシステムは、精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが安心して

自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労等）、地域の助け合い、普及啓発（教育等）の包括的な確保を目指すものとされている。健康日本 21（第二次）と関連が深いものとして、このなかで地域住民全体を対象とした普及啓発、スティグマの減少、総合的な相談支援等の一次予防策が必要とされており、厚生労働省ではそのために令和 15（2023）年までに 100 万人の心のサポーター養成を目指す「心のサポーター養成事業」を開始している。

<各目標項目に係る取組>

① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）

- 平成18（2006）年6月に成立した自殺対策基本法に基づき、平成19（2007）年6月には自殺対策の指針として自殺総合対策大綱が策定された。平成24（2012）年8月には同大綱の見直しが行われ、第2次自殺大綱の下、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が緊密に連携して、自殺対策を総合的に推進してきた。
- 平成28（2016）年の自殺対策基本法の改正等を踏まえ平成29（2017）年7月に改定された第3次大綱においては、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目指すことを基本理念として、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を図る必要性、具体的施策として若年層向けの対策や自殺未遂者向けの対策を充実すること、国、地方公共団体、関係団体及び民間団体等の取組相互の連携・協力を推進することを掲げ、関係府省で連携し自殺対策に一層強力に取り組んでいくこととなった。

② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少

- 厚生労働省のHP内に「みんなのメンタルヘルス総合サイト」、「こころもメンテしよう」を開設。
- 保健所において、普及啓発、研修、相談、訪問指導、社会復帰及び自立と社会参加への支援、市町村への協力及び連携等、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を実施。
- 精神保健福祉センターにおいて、人材育成、普及啓発、精神保健福祉相談等を実施。
- かかりつけ医等こころの健康対応力向上研修事業において、かかりつけ医、小児科かかりつけ医、看護師等を対象としたうつ病に関する研修、かかりつけ医と精神科医との連携会議を実施。
- 認知行動療法研修事業において、医師、公認心理師等を対象とした認知行動療法の研修を実施。
- 平成29（2017）年度より、産後うつ予防や新生児への虐待予防等を図る観点から、出産後間もない時期の産婦に対する健康診査である産婦健康診査の費用を助成することにより、産後の初期における母子に対する支援を強化している。

③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加

- 平成26（2014）年6月に労働安全衛生法が改正され、ストレスチェック制度が創設（平成27（2015）年12月1日施行）され、常時50人以上の労働者を使用する事業場においては

毎年1回ストレスチェックの実施が義務付けられた。

- 平成30（2018）年4月より「第13次労働災害防止計画」（平成30（2018）年3月19日公示）を開始。
- 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」事業における相談窓口の増設。
- 産業保健総合支援センターやその地域窓口（地域産業保健センター）による、特に労働者50人未満の小規模事業場を対象にした産業保健サービスの提供や労働者健康安全機構による産業保健関係助成金の支給。

④ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加

（小児人口10万人当たりの小児科医師の割合・小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合）

- 令和元（2019）年度に各都道府県が小児科医師確保計画を策定しており、同計画に基づいて医療圏の見直しや医師の派遣調整、医師の養成等を実施。
- 地域医療介護総合確保基金において、小児科等の不足している診療科の医師確保支援についても活用できることとしており、医師の処遇改善に取り組む医療機関への財政支援を実施。
- 思春期精神保健対策研修会において、児童思春期の専門的な精神医療を担う人材育成に向けた研修を実施。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

① 「自殺者の減少（人口10万人当たり）」

本目標項目の評価は「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」であった。改善傾向にある要因としては、自殺総合対策大綱の下、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が緊密に連携して、自殺対策を総合的に推進してきたことが挙げられる。また自殺対策に加えて、失業率の減少等も自殺者の減少に寄与した可能性がある。

一方、目標を達成しなかった要因としては、目標値が下方に修正されたことが挙げられる。

② 「気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少」

評価は「C 変わらない」であった。この間に患者数は増加しており精神疾患を抱えている者における受診割合は高くなったと考えられるが、それにも関わらずこの指標が改善しなかった要因として、医療機関・公的機関への受診・相談が増えても、それが心理的苦痛を感じる者の割合の減少には必ずしもつながらないこと⁽²⁾が挙げられる。

③ 「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加」

評価は「B* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」であった。改善傾向にある要因としては、労働者50人以上の事業場におけるストレスチェックの義務化のほか、働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」事業における相談窓口の

増設や、産業保健総合支援センターやその地域窓口（地域産業保健センター）による、特に労働者 50 人未満の小規模事業場を対象にした産業保健サービスの提供、労働者健康安全機構による産業保健関係助成金の支給が挙げられる。一方、目標未達となった要因として、上記の「目標項目の評価状況」でも述べたように、労働者 50 人未満の小規模事業場においてはメンタルヘルス対策に取り組めていない場合が少なくないことが挙げられる。

④ 「小児人口 10 万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加

（小児人口10万人当たりの小児科医師の割合・小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合）」

評価は「A 目標値に達した」であった。その要因として、小児科等の不足している診療科の医師確保支援のために、地域医療介護総合確保基金を活用することが可能になったことが挙げられる。また、発達障害の頻度の高さや影響の大きさ等が広く知られるようになり、小児科・児童精神科の重要性が以前より認知されてきたことも要因の一つとなった可能性がある。

ただ、当該領域に関心を持つ医師は増加しているものの、児童精神科医療に中心的に関与する専門性の高い医師の不足は依然として指摘されており、それは児童精神科医療や発達障害診療における診療待機の長さ等にも反映されている。サブスペシャリティとしての児童精神医学の専門性の確立や、専門的人材の育成は今後も強く求められる。

<領域全体としての評価>

- 「小児科医・児童精神科医の増加」に関しては目標を達成し、「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の増加」に関しては目標値には到達していないものの改善傾向にある等、全ての世代の巣健やかなこころを支える社会づくりに関する目標項目は改善しており、「自殺者の減少」も改善が見られる。一方でこころの健康の維持・増進に関わる目標項目である「心理的苦痛を感じている者の割合の減少」に関してはベースラインから変化を認めず、この目標を達成することは特に次期に向けた大きな課題と考えられる。

4 今後の課題

<領域全体としての課題>

- 上述したように、精神保健医療福祉領域においては「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が政策理念として掲げられている。このシステムは、精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが安心して自分らしく暮らせる地域共生社会を目指すものである。そのために、地域住民全体を対象とした普及啓発、スティグマの減少、総合的な相談支援等の 1 次予防策、計画的な地域の基盤整備、市町村ごとの協議の場を通じた精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者等との重層的な連携による支援体制を構築していくことが求められる。
- 虐待・犯罪被害・DV 等の暴力の減少、経済的困窮者の減少、雇用率（及び正規雇用率）の上昇、住居の確保（ホームレスの減少）、住環境の確保（大気・環境汚染、室温、緑地等）、

教育の確保、メンタルヘルスリテラシーの向上、地域のつながりの強化といった社会的決定因子がメンタルヘルスに好影響をもたらすことが指摘されており³⁾、このような社会環境の整備が求められる。

- 特に虐待等に代表される逆境的小児期体験（Adverse Childhood Experiences: ACEs）が、心身にわたる広範な影響を与えることは広く知られるようになってきている。モニタリング可能な指標の検討やトラウマインフォームドケア※等の対策の普及が求められる。（※ 被支援者のケアを行う際に、過去にその人がトラウマを体験した可能性や、現在の症状・不適応的な行動がトラウマの苦痛を和らげようとして生じている可能性を想定して支援者が関わること）
- 身体的生活習慣病とうつ病・不安症が高率に併存するというエビデンスは確立しており、健康日本 21（第二次）の他の分野（循環器疾患、糖尿病、飲酒、食生活・栄養、身体活動・運動、喫煙、歯・口腔の健康等）との連携が求められる。
- 依存症は本人、家族に与える心理的苦痛や日常生活・社会生活への影響が大きく、その予防と対策には適切な医療の提供や社会的な取組等が必要と考えられる。特にギャンブル依存症に関しては、平成 30（2018）年 7 月にギャンブル等依存症対策基本法が成立し、より一層の普及・啓発活動と対策、研究開発が求められている。また、違法薬物に関しては犯罪であるとともに薬物依存症という疾病という側面があり、本人が地域で孤立しないように国民に対する啓発を進めるとともに、治療・回復のための社会資源を増やし、社会資源へのアクセスを促進する必要がある。なお、WHO による国際疾病分類の最新版「ICD-11」において、「ゲーム障害」が正式に病名として認められている。

<各目標項目に係る課題>

① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）

- 目標の達成に向けて、引き続き自殺総合対策大綱に基づく取組を推進していく。
- なお、大綱は概ね 5 年を目途に見直しを行うこととされており、令和 4（2022）年度に見直しが予定されている。

② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少

- 精神疾患を持つ人における受診者の割合を増やす（treatment gap をうめる）ことだけでなく、受診後の治療の格差の解消（quality gap をうめる）や、1 次予防法の開発・普及（prevention gap をうめる）が必要であることが指摘されている²⁾。
- Quality gap に関しては、精神科医に対して治療ガイドラインの教育の講習を行い、ガイドラインの効果を検証する研究を行う EGUIDE プロジェクトが国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神疾患病態研究部によって開始されている。
- 厚生労働省の心のサポーター養成事業で多くの心のサポーター養成が期待される。
- 心理的苦痛を感じている者における要因の分析を進める必要がある。例えば、心理的苦痛を感じている者の割合が高い女性や若年層に関しては、妊娠・出産、更年期、就職等が心理的苦痛等に影響している可能性があり、妊産婦健診・産後ケア等の母子保健、特定健診、産業保健等

の取組と連携して、メンタルヘルス増進策を推進することが望ましい。

③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加

- 職場におけるメンタルヘルス対策については、引き続き「労働者の心の健康の保持増進のための指針」に基づく事業場の取組の促進を図っていくとともに、ストレスチェックの適切な実施を図っていく必要がある。
- ストレスチェック制度が実施義務となっていない労働者数50人未満の小規模事業場に対しても労働者健康安全機構による産業保健関係助成金制度等の支援策を通じて、実施促進を図る。
- 平成30（2018）年4月より始まった「第13次労働災害防止計画」（平成30（2018）年3月19日公示）で取り上げられている、ストレスチェックの集団分析結果を活用した職場環境改善等を通して、メンタルヘルス対策の取組を推進する。
- 平成17（2005）年の労働安全衛生法改正で、長時間労働を行う労働者に対して医師による面接指導が事業者に義務づけられおり、引き続き適切な実施を図っていく必要がある。
- 令和元（2019）年5月、「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律」が成立し、パワーハラスメント防止のための事業主の雇用管理上の措置義務等が新設され、セクシュアルハラスメント等の防止対策について事業主及び労働者の責務が明確化されており、これらの対策を引き続き推進していく必要がある。
- 事業場における、ストレスチェックを含むメンタルヘルス対策を推進するため、産業保健総合支援センターにおいて、事業場の人事労務担当者・産業保健スタッフ等への研修、啓発セミナー等を実施する。特に安全衛生管理体制が必ずしも十分でない労働者数50人未満の小規模事業場に対しては、産業保健総合支援センターの地域窓口（地域産業保健センター）において、労働者からの相談対応、個別訪問指導等を実施する。
- 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」事業における、メンタルヘルス不調、過重労働による健康障害に関する相談窓口の周知を実施する。

④ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加

（小児人口10万人当たりの小児科医師の割合・小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合）

- 引き続き上記（関連する取組欄）の事業を実施し、小児科医・児童精神科医師の割合の増加に努める。
- 第7次医療計画において、現状把握とモニタリングが都道府県に求められており、より詳細な実態把握が可能になるため、児童思春期精神疾患を診療する医療機関の現状の把握や、地域偏在の解消に向けた努力が求められる。
- 上述のとおり、サブスペシャリティとしての児童精神医学の専門性の確立や、専門的人材の育成は今後も強く求められる。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 経済的な困難、孤立・孤独の増加等、様々な要因によって、コロナ禍はこころの健康に無視できない悪影響を与えている可能性が考えられている。
- 自殺者数は令和2（2020）年に増加に転じた。若年者と女性において自殺者数の増加が認められており、今後も注視が必要である。
- 新型コロナウイルス感染拡大前と比べて、世界中でうつ病は5320万人（27.6%）、不安症は7620万人（25.6%）増加したと推定されている⁴⁾。日本における心理的苦痛を感じている者の割合は、コロナ後の国民生活基礎調査が令和4（2022）年に実施予定であるためコロナ前との直接の比較は現時点ではできないものの、重度の精神的苦痛を抱えている者の割合が大幅に増加している可能性が示唆されており^{5, 6)}、今後の注視が必要である。
- 精神疾患からの回復のための社会資源の変化によって精神疾患が悪化している可能性もある。たとえば、依存症を持つ人が感染の恐怖から自助グループへの参加を中断したり、感染拡大防止の観点から自助グループの開催が中止されたりして、そのことが依存症の増悪につながっている可能性が指摘されている⁷⁾。

<参考文献・URL>

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-77.
2. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*. 2017;16(1):90-9.
3. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The lancet Psychiatry*. 2018;5(4):357-69.
4. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700-12.
5. Nishi D, Susukida R, Usuda K, Mojtabai R, Yamanouchi Y. Trends in the prevalence of psychological distress and the use of mental health services from 2007 to 2016 in Japan. *Journal of affective disorders*. 2018;239:208-13.
6. Yoshioka T, Okubo R, Tabuchi T, Odani S, Shinozaki T, Tsugawa Y. Factors associated with serious psychological distress during the COVID-19 pandemic in Japan: a nationwide cross-sectional internet-based study. *BMJ Open*. 2021;11(7):e051115.
7. Volkow ND. Collision of the COVID-19 and Addiction Epidemics. *Annals of internal medicine*. 2020;173(1):61-2

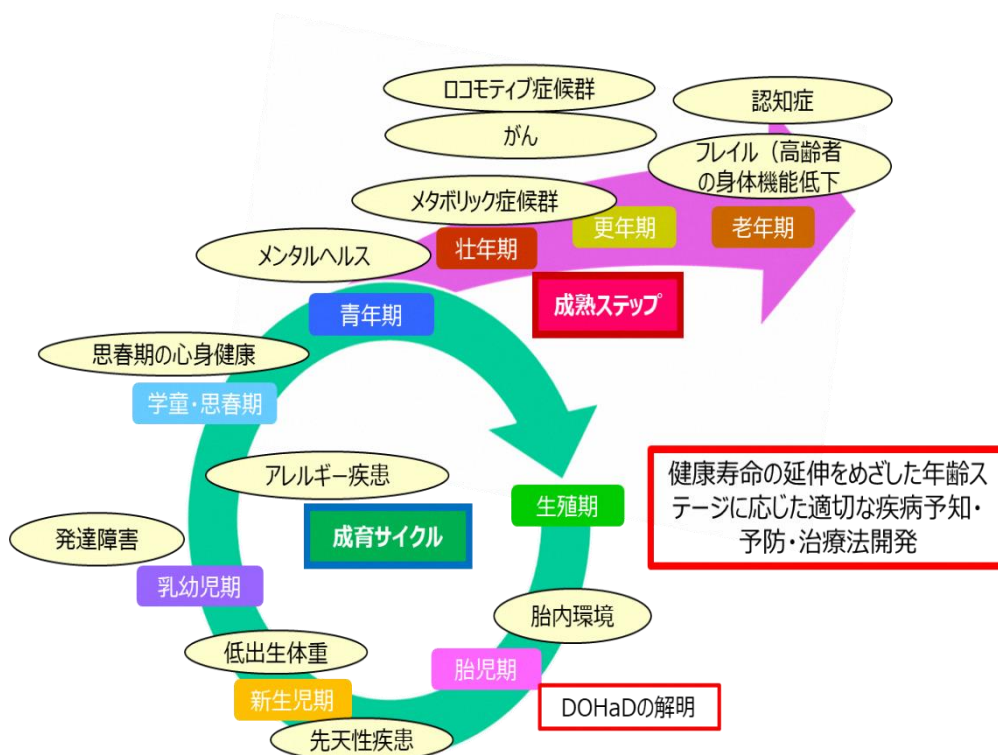
- 自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～（平成29（2017）年7月25日閣議決定）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunits uite/bunya/0000131022.html>
- 職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunits uite/bunya/0000153869.html>
- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書. 2021.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000755200.pdf>

様式2 更新日：令和4年2月23日

(領域名) (2) 次世代の健康

背景

- 将来を担う次世代の健康を支えるため、妊婦や子どもの健康増進が重要であり、子どもの頃からの健全な生活習慣の獲得及び適正体重の子どもの増加を目標とする。
- 背景として、子どもの朝食欠食、孤食等の食生活の課題や遊びを含む運動習慣のある子どもの減少、肥満の割合の高止まりややせの増加がある。さらに、胎児期から乳児期の環境が将来の健康に及ぼす影響（DOHaD: Developmental Origins of Health and Disease）の概念が注目される中、胎児期からの生活習慣病予防の視点からも、成育期サイクルにおける健康増進と生活習慣の獲得は成人期、高齢期の健康の基盤として重要である（図）。
- 指標は①健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加（ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加、イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加）と②適正体重の子どもの増加（ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少、イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少）である。

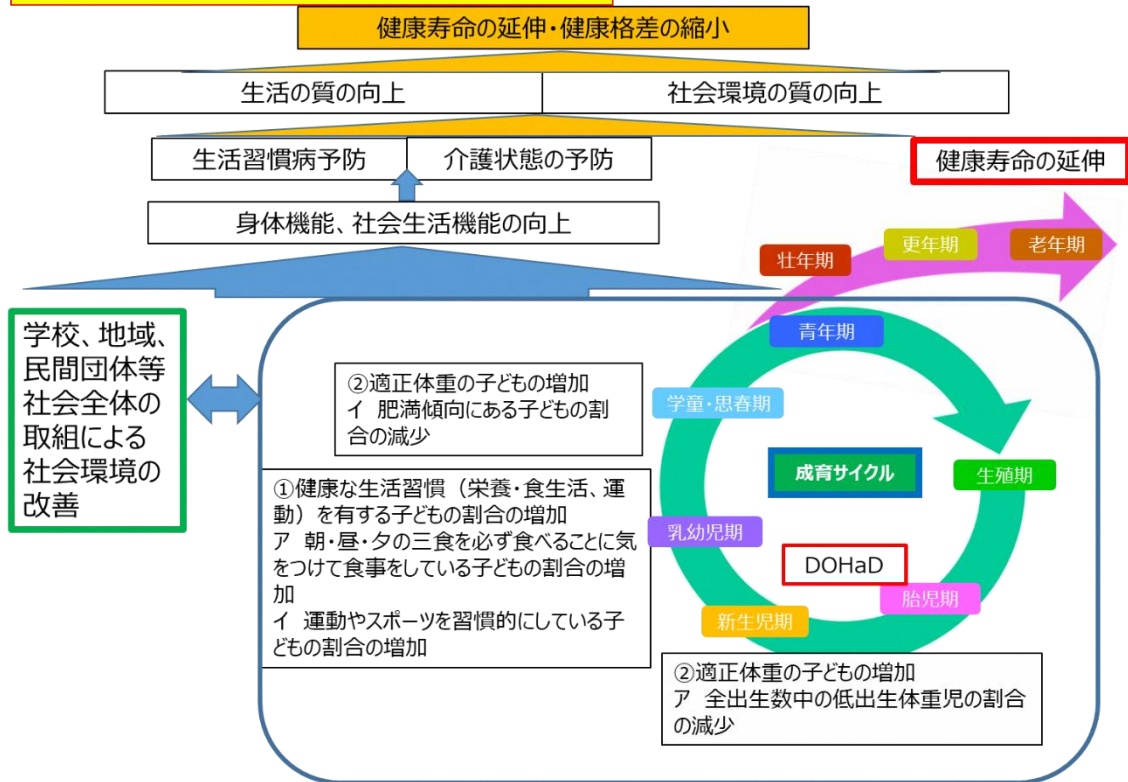


1 目標項目の評価状況

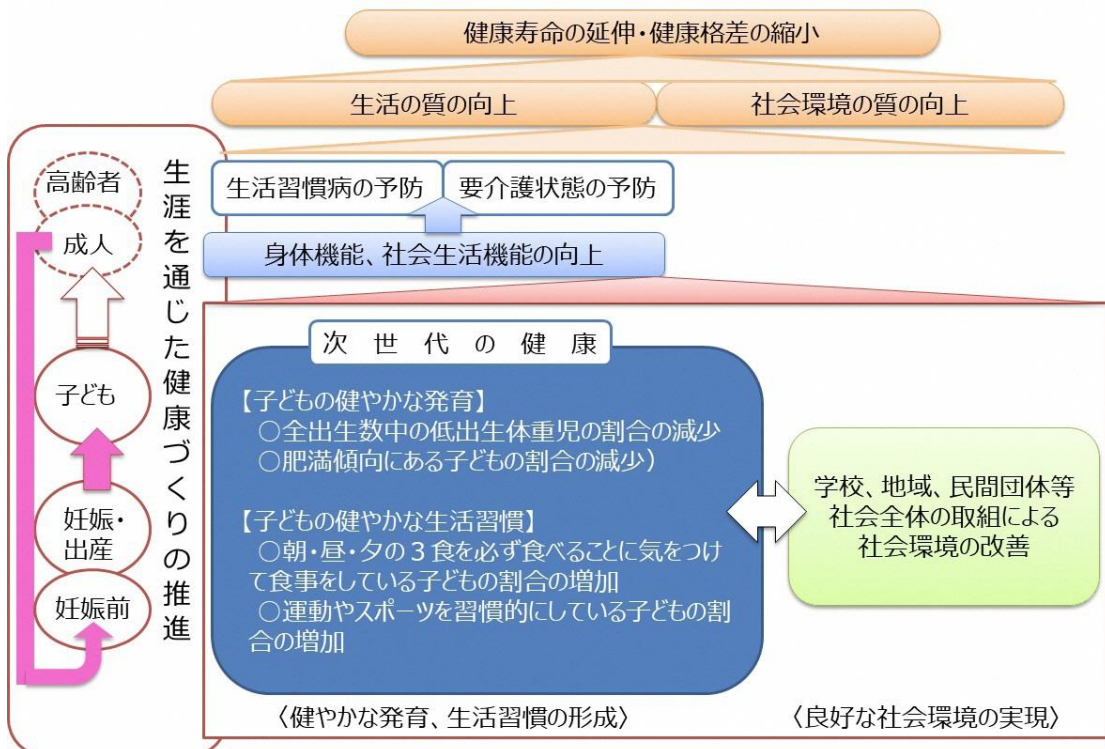
評価	項目数
A 目標値に達した	0
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	1
	B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの (内1)
C 変わらない	0
D 悪化している	1
E 評価困難	0

目標項目	評価
① 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加	B*
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加	(E)
イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の増加	(B*)
一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生男子	(B*)
一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生女子	(B*)
② 適正体重の子どもの増加	D
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	(C)
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	(D)

胎児期からの生涯を通じた健康づくりの推進



次世代の健康の目標設定の考え方



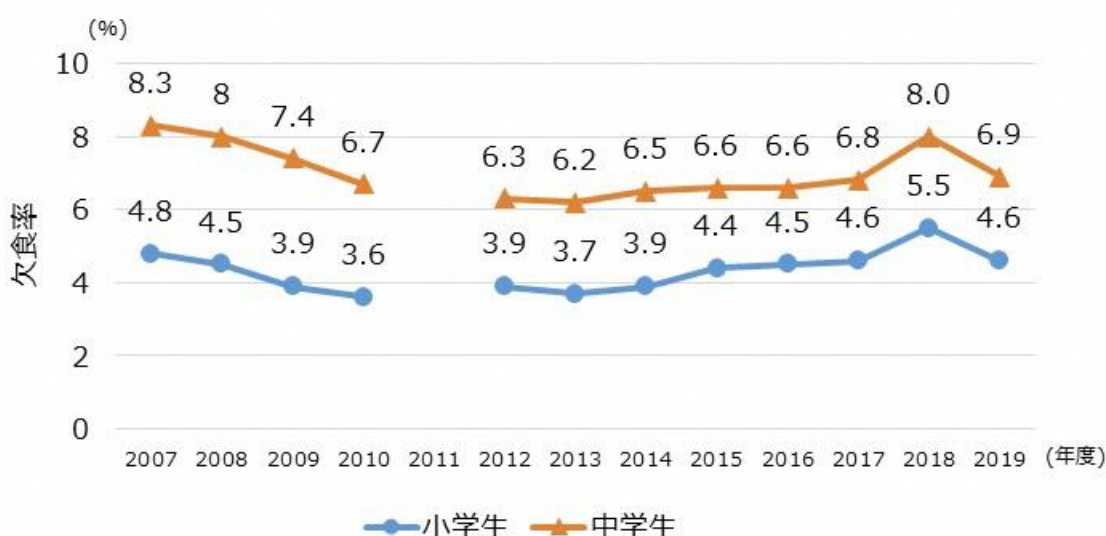
出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

① 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

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

- 中間評価以降指標の算出が行われていなかったために、評価困難と判定した。
- 朝食欠食については、農林水産省の食育白書2021では文部科学省「全国学力・学習状況調査」の調査結果から、横ばいと評価している
(https://www.maff.go.jp/j/syokuiku/wpaper/attach/pdf/r2_index-5.pdf)。
- 本指標のデータは現在把握できておらず、E（評価困難）と判定される。本項目を評価するための参考となる調査や指標について検討中である。

図1：小・中学生の朝食欠食率の推移



出典：文部科学省「全国学力・学習状況調査」

※平成23（2011）年度は、東日本大震災の影響等により、調査の実施を見送り

※令和2（2020）年度は新型コロナウイルス感染症の影響等により、調査の実施を見送り

※「朝食を毎日食べていますか」という質問に対して、「あまりしていない」、「全くしていない」と回答した割合の合計

（選択肢）「している」、「どちらかといえばしている」、「あまりしていない」、「全くしていない」

※小学校6年生、中学校3年生が対象

イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少

一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生男子

一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生女子

- 男女ともにベースラインからは減少しているが、中間評価から微増しており、B*（目標を達成しているが目標年までに目標達成が危ぶまれる）と判定した。
- 男子は平成24（2012）年調査から平成26（2014）年調査にかけて改善がみられたが、その後横ばいとなり、平成30（2018）年、令和元（2019）年は増加している。

- 女子は平成24（2012）年調査から平成29（2017）年まで減少していたが、平成30（2018）年に増加している。

1週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合

図2-1：小学5年生男子

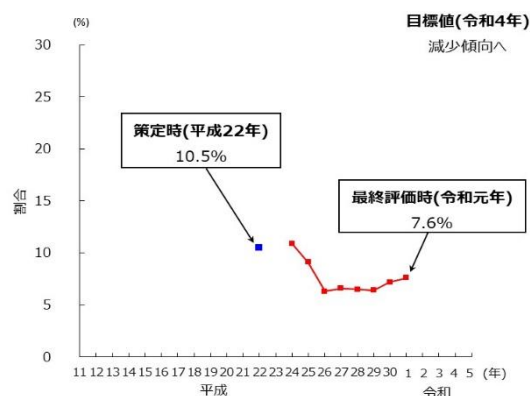
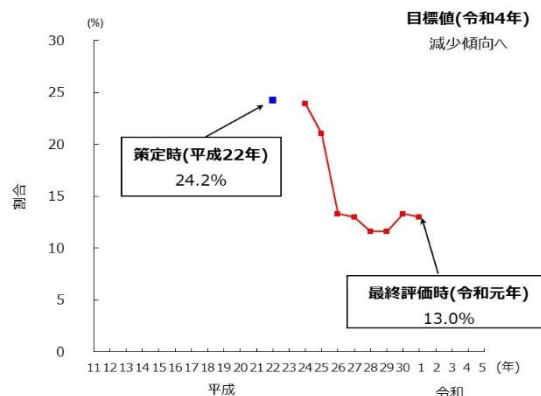


図2-2：小学5年生女子



出典：文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」

- この指標は文部科学省の「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」の結果である (https://www.mext.go.jp/sports/content/20191225-spt_sseisaku02-000003330_1.pdf)。分布は図のようであり、男子の中央値は1週間あたり360-420分（1日あたり51-60分）であるが、女子は240-300分にあり、女子の運動量が少ない。Global Recommendations on Physical Activity for Health（世界保健機関（WHO）平成22（2010）年）では、健康づくりのための身体活動の推奨レベルとして、「5-17歳に分類される子ども・未成年者は、1日当たり60分の中～高強度の身体活動を毎日行うこと」とされている。

運動時間別児童生徒割合

図3-1：小学5年生男子

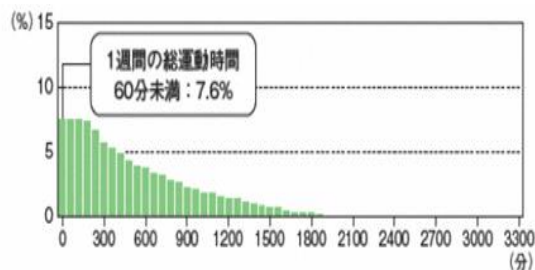
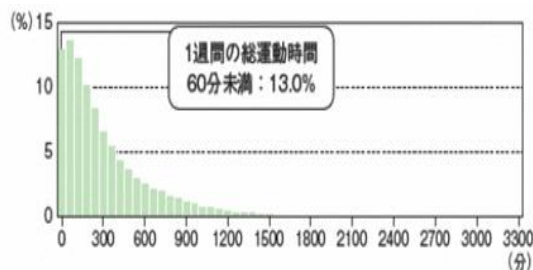


図3-2：小学5年生女子



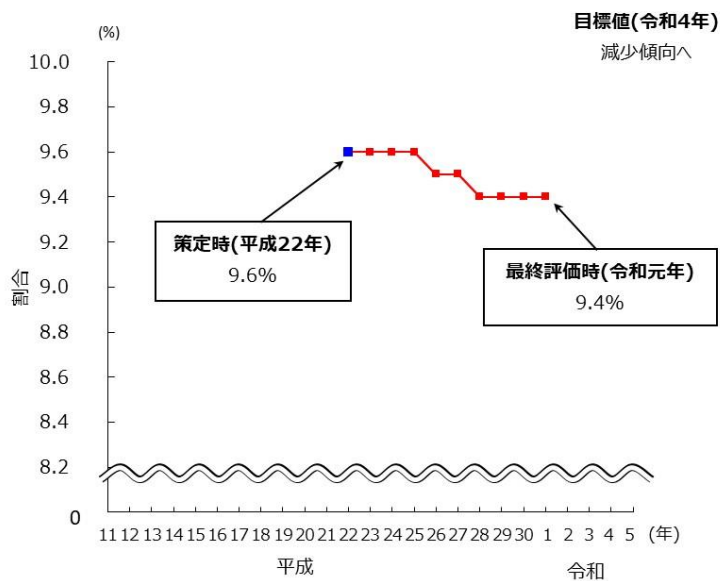
出典：文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査（令和元（2019）年度）」

② 適正体重の子どもの増加

ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

- 全出生数中の低出生体重児の割合は、ベースラインからは減少しているが、中間評価以降は4年連続同じ値であり、変化がない。ベースラインからの相対的変化率は-2.1%と5%未満であることからC（変わらない）と判定した。

図4：全出生数中の低出生体重児の割合

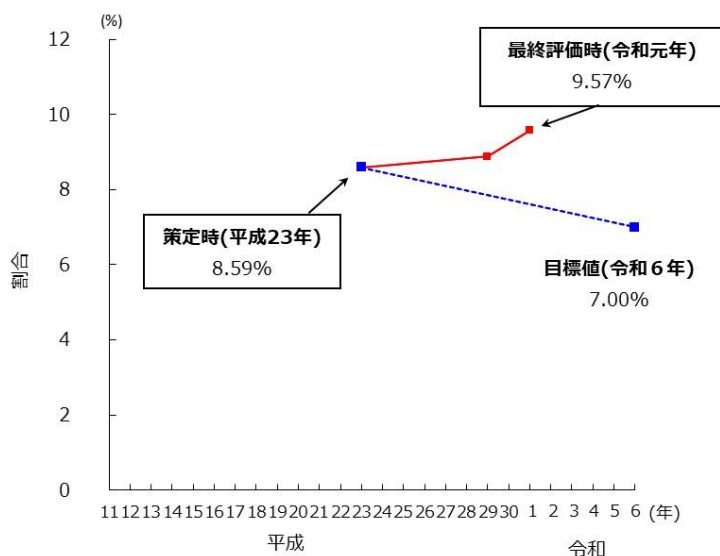


出典：人口動態統計

イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少

- 小学5年生の肥満傾向児の割合は、ベースラインの8.59%から令和元（2019）年には9.57%に増加しており、ベースラインからの相対的変化率が11.4%であることから、D（悪化している）と判定した。

図5：小学5年生の肥満傾向児の割合



出典：文部科学省「学校保健統計調査」

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

子どもや妊婦における母子保健分野における取組としては、母子保健の国民運動計画であり「健康日本 21」の一翼を担うものとして策定された「健やか親子 21」（平成 13（2001）年～平成 26（2014）年度）及び「健やか親子 21（第 2 次）」（平成 27（2015）年度～令和 6（2024）年度）（21 世紀の母子保健における課題解決に向け、国、地方公共団体、関係団体、事業者等が一体となって推進する国民運動計画の第 2 次計画）において 21 世紀における取組の方向性と目標が示されており、健康日本 21 及び健康日本 21（第二次）と協同しつつ取組を進めてきた。

<各目標項目に係る取組>

① 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

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

- 学校における食育を推進するために、スーパー食育スクール事業（平成28（2016）年度まで）や、つながる食育推進事業（平成29（2017）年度より）、食育教材の作成・配付等を実施。
- 文部科学省の協力を得て、平成26（2014）年～平成28（2016）年度厚生労働科学研究において、小中学生の食事摂取状況に関する詳細な調査を初めて実施。その中で補足的に当該項目についても把握。結果を踏まえ、現状把握に基づく普及啓発を展開。
- 子どもの健やかな成長を期して、基本的な生活習慣を育成し、生活リズムの向上を図るための取組を推進し、社会的な機運を醸成するため、「早寝早起き朝ごはん」全国協議会と連携し

て、「早寝早起き朝ごはん」国民運動を展開。

- 平成24（2012）年～平成26（2014）年度厚生労働科学研究において、世帯収入と子どもの食生活に関する調査を実施。その結果、世帯収入が少ない世帯の子どもは、それ以外の世帯の子どもに比べて、朝食欠食者が多く、野菜や外食の摂取頻度が低く、魚、肉の加工品、インスタント麺の摂取頻度が高いことが示され、日本において、世帯収入と子どもの食生活は関連することが明らかとなった。
- 令和3（2021）年2月に閣議決定された「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」において、子どもの健やかな成長及び発達並びに健康の維持及び増進のため、「早寝早起き朝ごはん」国民運動や「健やか親子21（第2次）」の普及啓発等を通じて、乳幼児期においては保育所、幼稚園等と、学童期及び思春期においては学校等と、家庭や地域等がそれぞれ連携した食育を推進することが定められた。

イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少

一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生男子

一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生女子

- 全国的な子どもの体力や運動習慣等の状況を把握・分析することにより、課題や好事例等を明らかにし、各教育委員会及び各学校における子どもの体力向上に向けた体育授業の改善や休み時間等の授業外における取組を支援。
- 運動部活動の実施に当たっては、生徒の怪我防止や教師の働き方改革を推進するため、活動時間・休養日の基準を示したガイドラインを公表するとともに、教師に代わって生徒の部活動指導や大会への引率等を担う部活動指導員の配置を促進するための補助金の創設等を通じて、生徒がよりよい環境の中で運動できる機会の充実を図っている。
- 平成24（2012）年3月に策定した幼児期運動指針に基づき、幼児期に必要な多様な動き等を指導参考資料として冊子とDVDにまとめ、第一集を平成27（2015）年3月に、第二集を平成28（2016）年3月に全国の幼稚園や保育園等に配布。
- 地域の様々な人的資源を効果的に活用して、子どもの体力向上のための総合的且つ継続的な取組等を支援。
- 全国的な子どもの体力や運動習慣等の状況を把握・分析することにより、課題や好事例等を明らかにし、各教育委員会及び各学校における子どもの体力向上に向けた指導内容等の改善を支援。
- 女子の参加しやすい運動部活動づくりの実施や複数種目等、多様な運動部活動づくりに向けた指導内容・方法の工夫改善を支援。（平成28（2016）年度まで）
- 子どもの体力の向上に係る、地域・学校ごとの課題をより明確にして、その課題への対応方策を検討し改善に向けた取組を実施。（平成29（2017）年度まで）

② 適正体重の子どもの増加

- 次世代育成支援対策推進法に基づく行動計画策定指針及び第3次食育推進基本計画においても、低出生体重児及び肥満の子どもに関する課題解決に向けた取組を実施。

ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

- 「健やか親子21」及び「健やか親子21（第2次）」において、指標「全出生数中の極低出生体重児の割合、全出生中の低出生体重児の割合」を設定し、関係者や関係団体、国民、地方公共団体、国等が一体となって目標達成に向けて取り組んできた。
- 低出生体重児増加の要因の1つとして指摘されている妊娠中の体重増加量については、これまで「妊産婦のための食生活指針」において「体格区分別妊娠全期間を通しての推奨体重増加量」として示してきた。本指針は令和3（2021）年3月に改定し、名称を「妊娠前からはじめる妊産婦のための食生活指針」とするとともに、「妊娠中の体重増加指導の目安」（令和3（2021）年3月8日日本産科婦人科学会）を参考として提示した。また、妊娠中に望ましい食生活を実践するためのポイントを取りまとめた冊子を作成すること等により、普及啓発を行っている。

イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少

- 学校における食育を推進するために、スーパー食育スクール事業やつながる食育推進事業、食育教材の作成・配付を実施。
- 「学校保健統計調査」において、児童生徒の肥満傾向児の割合を把握。
- 「健やか親子21」及び「健やか親子21（第2次）」において、指標「児童・生徒における肥満児の割合」を設定し、関係者や関係団体、国民、地方公共団体、国等が一体となって目標達成に向けて取り組んでいる。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

① 「健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加」の総合評価は「B* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標達成が危ぶまれる）」であった。「朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加」については、指標の算出がなされておらず参考指標を検討する必要がある。運動に関しては、ベースラインよりは改善していたが、直近3-4年は横ばいもしくは悪化している。昨今のインターネットの利用やゲームに費やす時間の増加が、運動のみならず子どもの生活全体の時間を圧迫しているようである。

② 「適正体重の子どもの増加」の総合評価は「D 悪化している」であった。低出生体重の割合については、悪化は抑制できており、これは、満期産の増加や妊娠中の体重増加の適正化によるものと思われる。一方で、横ばい状態で改善できていない要因については妊娠前のやせの問題等さらに分析を行って、要因を明らかにする必要がある。児童の肥満については、運動不足が悪化の要因と思わ

れる。

<領域全体としての評価>

- 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加は、改善しているもの目標到達は危ぶまれる結果であり、適正体重の子どもの増加はむしろ悪化していた。これらの結果は、身体活動量（通学、遊びを含む）の低下による影響が大きいと考えられる。領域全体として、明らかな改善と目標の達成には至っておらず更なる取組が必要である。

4 今後の課題

<領域全体としての課題>

- 子どもが健康であるためのモチベーションとなる夢や希望が持てる社会の構築。
- 子どもの貧困にかかる健康問題の解析。
- DOHaD 概念の理解とそれに基づく対策の推進。
- 子どものメンタルヘルスについての現状把握と対策。
- ICT やゲーム依存と子どもの健康についての知見と科学的根拠に基づく対策。

【今後の取組】

- 教職員向けの指導書である「食に関する指導の手引」を活用した学校を中核とした家庭、地域での食育の取組を推進、児童生徒向けの食育教材を活用した学校における食育の推進。
- 厚生労働科学研究結果を踏まえ、各種基準改定や、現状把握に基づく、学校、家庭や地域への普及啓発を推進。
- 科学的根拠に基づいた子どもの生活習慣の実態について、21 世紀出生児縦断調査やエコチル調査（子どもの健康と環境に関する全国調査）等の、データが継続的に現状を把握して、対策とその評価をすることが必要と考えられる。

<各目標項目に係る課題>

- 子ども心の健康、ネット依存等の課題にどのように取り組むか検討する必要がある。
- 健康の視点からのインターネットの活用やゲームの時間について子どもと一緒に考えて行動する必要がある。
- 「アウトメディア」活動（テレビ、ゲーム、スマホ等のメディアを使う時間を減らす取組）が、学校を中心に地域で行われるようになってきているが、このような取り組みに期待する。アウトメディア活動は地域全体での取り組みが効果を上げる。

【今後の取組】

① 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

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

- 引き続き、「早寝早起き朝ごはん」全国協議会と連携して、「早寝早起き朝ごはん」国民運動により全国的な普及啓発を推進する。

イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少

一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生男子

一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合 小学5年生女子

- 引き続き、全国体力・運動能力、運動習慣等調査を行い、実技調査・運動習慣等調査結果を分析することで、各教育委員会・学校の子どもたちの体力向上に向けた取組の点検を促し、取組改善を推進。
- 引き続き、指導内容・方法の研究・定着を目指し、生徒の自発的取組につながる取組を実施する。
- 運動部活動の実施に当たっては、引き続き国が示したガイドラインに基づく適切な部活動を実現するとともに、令和5（2023）年度以降から段階的に休日の部活動を学校から地域に移行し、地域スポーツの中で、子ども達が専門的な指導を受けながら、運動を実施できるよう環境整備を進めていく。
- 平成26（2014）年度に配布した指導参考資料第一集と、平成27年（2015）度に配布した第二集を通じて、全国の幼稚園や保育園等での運動を促進していく。
- 子どもの体力の向上に係る、地域・学校ごとの課題をより明確にして、その課題への対応方策を検討し改善に向けた取組を実施するとともに、幼児期の運動遊びの重要性について、幼稚園教諭、保護者等への啓発も検討していく。

<運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加>

- 運動遊びプログラム（日本スポーツ協会の「アクティブ・チャイルド・プログラム」（ACP）等のプレイリーダー（遊びの先導役）やインストラクター（プレイリーダーの指導者）の資質の向上も視野に入れつつ養成し、普及を図るとともに、有資格者の活用を促進。

② 適正体重の子どもの増加

ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

- 「健やか親子 21（第2次）」（平成27（2015）年度～令和6（2024）年度）においても、「全出生数中の低出生体重児の割合」を設定し、低出生体重児と極低出生体重児の割合が減少することを目指して、引き続き取組を一層推進していく。

イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少

- 引き続き、「学校保健統計調査」において、児童生徒の肥満傾向児の割合をモニタリングする。
- 「健やか親子 21（第2次）」（平成27（2015）年度～令和6（2024）年度）においても、「児童・生徒における肥満傾向児の割合」を設定し、この割合が減少することを目指して、引き続き取組を一層推進していく。

<適正体重の子どもの増加>

- 低出生体重児の要因としては、医学の進歩（早期産児の割合の増加）、多胎児妊娠、妊娠前の母親のやせ、妊娠中の体重増加抑制、喫煙等の因子が報告されているが、増加した要因は、過期産の減少と妊娠中の体重増加の適正化等が考えられ、更なる研究の推進による要因分析等を行い、要因の軽減に向けた取組を実施する。
- 低出生体重で生まれた子どもの生涯にわたる疾病負担に関する研究を実施し、予後を踏まえた対策についても、国、地方公共団体、医療関係団体等が一体となった取組が必要である。
- また、胎児期から乳児期の環境が将来の健康に及ぼす影響（DOHaD）の視点からも、成育期サイクルにおける健康増進と生活習慣の獲得は成人期、高齢期の健康の基盤として重要である。
- 子どもの肥満については、将来の大人の肥満や生活習慣病に移行する可能性が示されている上、子どもの頃からの健康的な発育や生活習慣の形成をしていくための基礎づくりとして、食生活の改善及び外遊び等の身体を動かす習慣づくりの推進等、総合的な取組が不可欠である。そのため、学校における児童・生徒のやせ及び肥満に対する健康課題への対応のほか、地域や家庭、関係機関との連携による取組の充実が求められる。また、各種研究結果を踏まえた対応について検討をしていく必要がある。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

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

<参考文献・URL>

- 1) 健やか親子 21（厚生労働省）<http://sukoyaka21.jp/>
- 2) 提言 出生前・子どものときからの生活習慣病対策 日本学術会議 臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同生活習慣病対策分科会 2008年8月28日
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t62-4.pdf>
- 3) 令和元年年国民健康・栄養調査
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_14156.html

- 4) D.J.P. Barker, C. Osmond, P.D. Winter, B. Margetts, S.J. Simmonds, Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet*, 1989, 2(8663) 577-580
- 5) Barker DJ. Developmental origins of chronic disease. *Public Health* 2012; 126(3) 185-189
- 6) Simpson JW, Lawless RW, Mitchell AC. Responsibility of the obstetrician to the fetus. II Influence of prepregnancy weight and pregnancy weight gain on birthweight. *Obstet Gynecol* 1975;45:8 1-7
- 7) Power C, Jefferis BJ. Fetal environment and subsequent obesity: a study of maternal smoking. *Int J Epidemiol*. 2002; 31(2):413-9
- 8) Mizutani T, Suzuki K, Kondo N, Yamagata Z. Association of maternal lifestyles including smoking during pregnancy with childhood obesity. *Obesity (Silver Spring)*. 2007 Dec; 15(12):3133-9.
- 9) Suzuki K, Kondo N, Sato M, Tanaka T, Ando D, Yamagata Z. Gender differences in the association between maternal smoking during pregnancy and childhood growth trajectories: multilevel analysis. *Int J Obes (Lond)*. 2011; 35(1): 53-9
- 10) Kotani K, Nishida M, Yamashita S, et al. Two decades of annual medical examinations in Japanese obese children: do obese children grow into obese adults? *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1997;21:912-21.
- 11) Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH: Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*. 1997; 337: 869-73
- 12) Guo SS, Roche AF, Chumlea WC, Gardner JD, Siervogel RM: The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35y. *Am J Clin Nutr*.59:810-819 (1994)
- 13) Mossberg H-O: 40-year follow-up of overweight children. *Lancet*.26:491-493 (1989)
- 14) Vanhala M, Vanhala P, Kumpusalo E, Halonen P, Takala J: Relation between obesity from childhood to adulthood and the metabolic syndrome: population based study. *BMJ*.317:319 (1998)
- 15) 文部科学省 学校保健統計
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/1268826.htm
- 16) 日本学術会議臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同生活習慣病対策分科会生活習慣病予防のための良好な成育環境・生活習慣の確保に係る基盤づくりと教育の重要性 2020年 <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-24-t293-3.pdf>

- 17) Horiuchi S, Shinohara R, Otawa S, Akiyama Y, Ooka T, Kojima R, Yokomichi H, Miyake K, Yamagata Z. Caregivers' mental distress and child health during the COVID-19 outbreak in Japan. *PLoS One*. 2020 Dec 10;15(12):e0243702. doi: 10.1371/journal.pone.0243702. eCollection 2020.
- 18) Caroppo E, Mazza M, Sannella A, Marano G, Avallone C, Claro AE, Janiri D, Moccia L, Janiri L, Sani G. Will Nothing Be the Same Again?: Changes in Lifestyle during COVID-19 Pandemic and Consequences on Mental Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 10;18(16):8433. doi: 10.3390/ijerph18168433.
- 19) Suarez-Lopez JR, Cairns MR, Sripada K, Quiros-Alcala L, Mielke HW, Eskenazi B, Etzel RA, Kordas K; International Society for Children's Health and the Environment. COVID-19 and children's health in the United States: Consideration of physical and social environments during the pandemic. *Environ Res*. 2021 Jun;197:111160. doi: 10.1016/j.envres.2021.111160. Epub 2021

様式2 更新日：令和4年2月25日

(領域名) (3) 高齢者の健康

背景

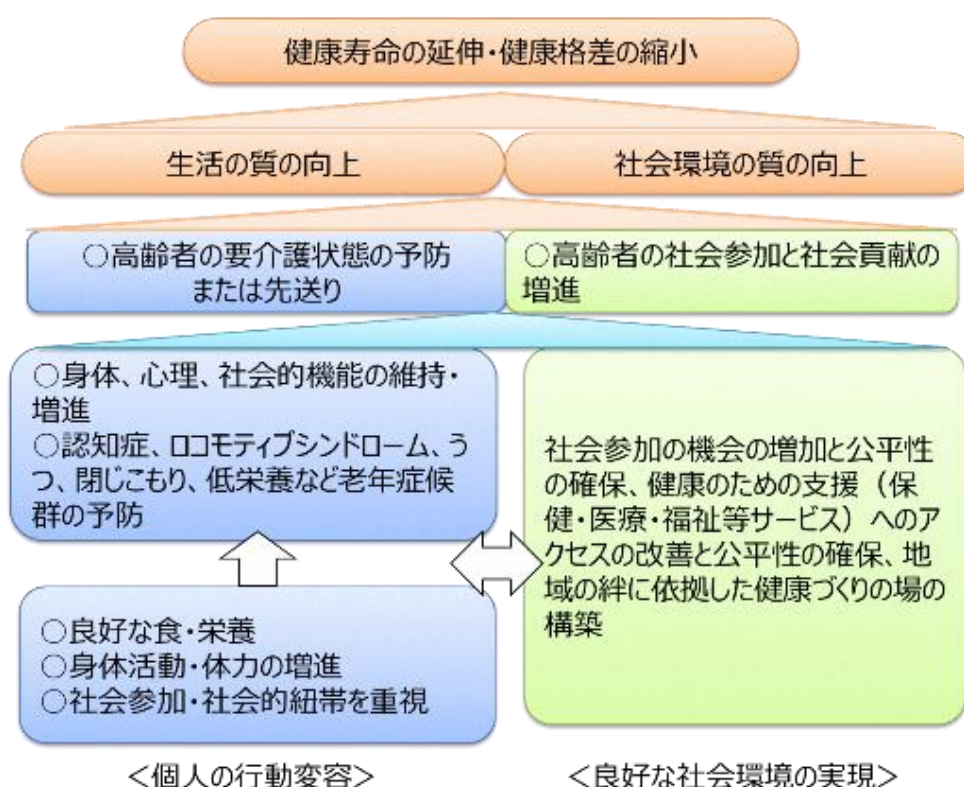
わが国は世界最長寿国であるとともに少子化が同時に進行し、人口の急激な高齢化が進んでおり、高齢者の健康づくりの目標として、健康寿命の更なる延伸、生活の質の向上、健康格差の縮小、さらには社会参加や社会貢献等が重要となっている。健康寿命の更なる延伸に向けては、健康度の高くなっている高齢者については就労や社会参加を促進する必要があり、一方で、虚弱化を予防又は先送りすることも重要な課題となる。個々の高齢者の特性に応じて生活の質の向上が図られる必要があり、健康日本 21（第二次）においては、次の6つを高齢者の健康領域の目標項目として設定した。

1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	2
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	2
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内2)
C 変わらない	1
D 悪化している	0
E 評価困難	1

目標項目	評価
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制	B*
② 認知症サポーター数の増加 ※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」より変更	A
③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加	C
④ 低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制	A
⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（千人当たり）	B*
足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 男性	(B*)
足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 女性	(A)
⑥ 高齢者の社会参加の促進 （就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）	E
高齢者の社会参加の状況 男性	(E)
高齢者の社会参加の状況 女性	(E)

高齢者の健康の目標設定の考え方

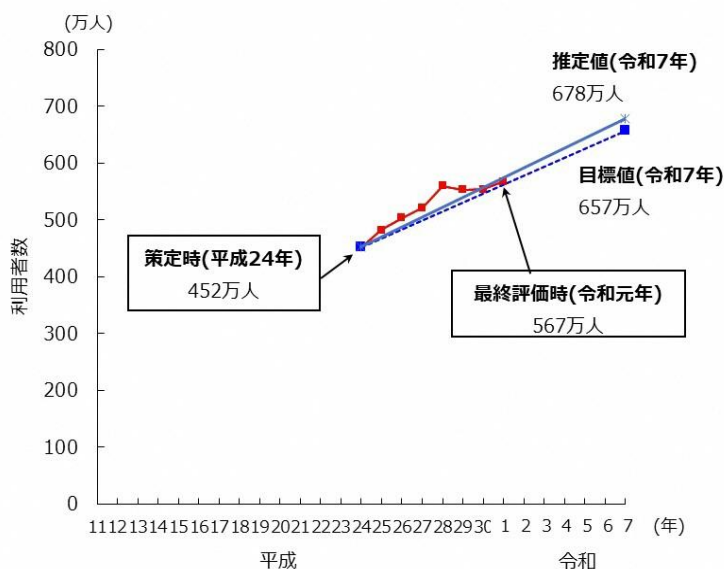


出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

① 介護保険サービス利用者の増加の抑制

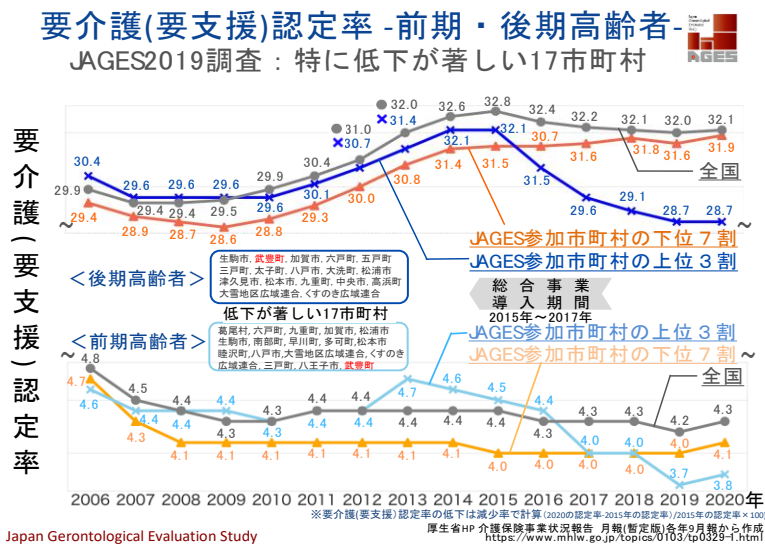
- 本目標項目の評価指標である介護保険サービス利用者数は、健康日本 21（第二次）策定時に高齢化に伴いベースラインの 452 万人から増加傾向が続くと推測されており、増加の抑制を目標として目標値の 657 万人（令和 7（2025）年）が設定された。最終評価における実績値は 567 万人（令和元（2019）年）と、ベースラインと目標値を結ぶ直線のレベルまでは抑制されていないものの、ベースラインと目標年度の推定値を結ぶ直線よりは低値となっており（図 1）、「B* 現時点で目標値に達していないが改善傾向にある（目標年度までに目標達成が危ぶまれる）」と評価した。
- 「介護保険サービス利用者の増加の抑制」については介護保険サービス利用者第 1 号被保険者数に占める要介護（要支援）認定者の割合（認定率）は、平成 24（2012）年度の 17.6%に対し平成 27（2015）年 3 月末現在 17.9%、平成 28（2016）年 3 月末現在 17.9%と微増にとどまっている。
- 日本老年学的評価研究 2019 参加市町村を対象とした分析においては、総合事業の導入以降、一部の保険者では、要介護認定率が低下していることを示すデータもある（図 S1）。これが、高齢者が望む馴染みのある近隣の「通いの場」等への継続参加の希望を尊重した望ましい抑制なのかどうか、利用したい人が適切に介護保険サービスを利用できているのかということも含め、状況把握と今後の課題を検討していく必要がある。

図 1：介護保険サービス利用者数



出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

図 S1 : 要介護（要支援）認定率 前期・後期高齢者



Japan Gerontological Evaluation Study

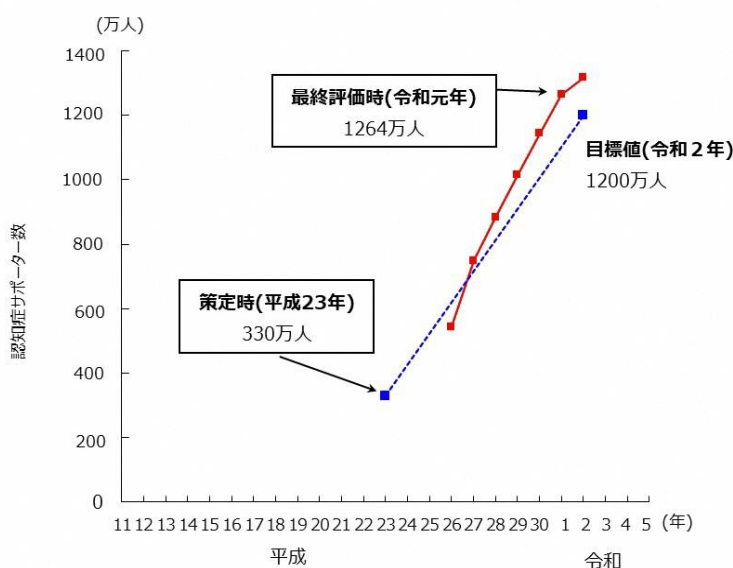
出典：日本老年学的評価研究 厚生労働省「介護保険事業状況報告」から作成

② 認知症サポーター数の増加

※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」から目標項目を変更

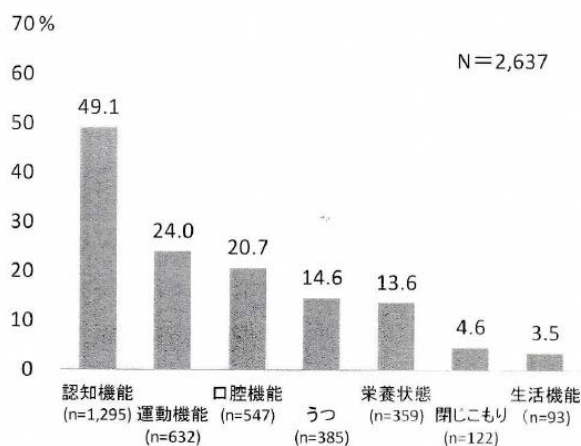
- 健康日本 21（第二次）の策定時には、本領域の目標項目の一つとして「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」を設定しており、介護予防事業報告の基本チェックリストの認知症関連3項目のうち1項目該当があれば「認知機能が低下している」と定義し、「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」の指標としていた。この基準の推移を見ると、平成 21（2009）年の 0.9%を基準とすると平成 23（2011）年 4.4%と把握率は向上したが、その後横ばい傾向にあった（平成 26（2014）年の実績値は 3.7%。）が、平成 27（2015）年介護保険制度改正により、データソースである基本チェックリストを使用した介護予防事業は基本的には実施しない方針となったため指標の把握ができなくなった。平成 26 年移行本データは把握されておらず、中間評価においては評価困難と判断されている。
- そのため、中間評価時点で目標項目を「認知症サポーター数の増加」に変更して、評価指標を「認知症サポーターの人数」とし、目標値を 1,200 万人（令和 2（2020）年度）と設定していたが、令和元（2019）年の実績値は 1,264 万人であり目標値に達した。（令和 2（2020）年の実績値は 1,317 万人）
- 介護保険サービスの代わりに導入された住民主体の「通いの場」への参加率は増えている。変更前の目標項目である「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」に関する参考データとしては、7 市町村の通いの場に参加している高齢者を対象にした分析では、参加者の約半数は認知症リスクがあると判定される高齢者であり、通いの場への参加の促進は要介護リスク者を包含する可能性がある、という報告がある。（図 S 2）

図 2 : 認知症サポーター数



出典：令和2（2020）年度介護保険事業費補助金（認知症サポーター等推進事業）実績報告

図 S2 : 7種の要介護リスク指標別リスク者割合



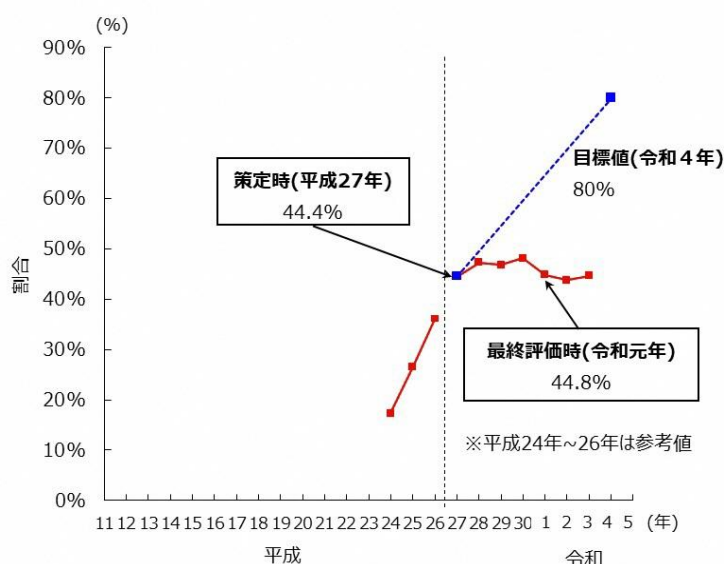
出典：日本老年学的評価研究

③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群、ロコモ）を認知している国民の割合の増加

- 本目標項目の評価指標は、インターネット調査における「ロコモティブシンドローム（運動器症候群）という言葉を知ったことがある」者（「言葉も意味も知っている」「言葉も知っていたし、意味も大体知っていた」「言葉は知っていたが、意味はあまりしなかった」または「言葉は聞いたことがあるが、意味は知らなかった」者の合計）の割合で認知度を評価している。
- 健康日本 21（第二次）開始年である平成 24（2012）年の調査結果（17.3%）に比べると、認知度は 2.6 倍に上昇しているが、調査方法が変更となった平成 27（2015）年

44.4%をベースラインとすると、平成 28（2016）年の 47.3%以来、平成 29（2017）年 46.8%、平成 30（2018）年 48.1%、令和元（2019）年 44.8%、令和 2（2020）年 43.8%、令和 3（2021）年 44.6%と横ばいである。

図 3：ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合



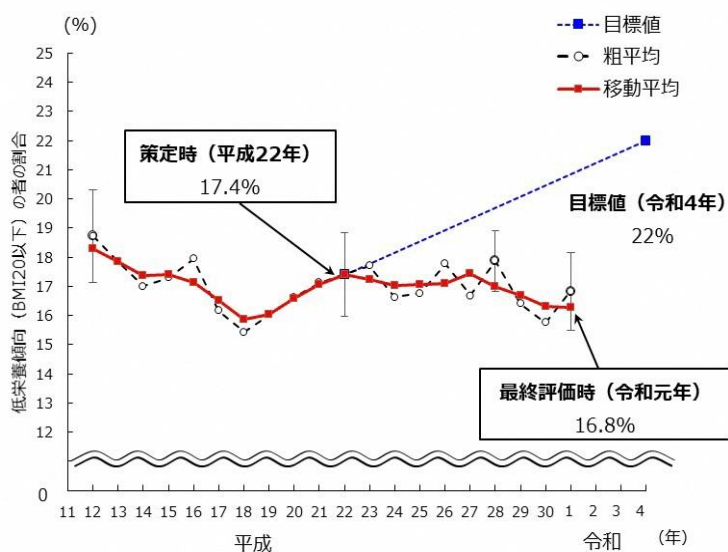
出典：公益財団法人「運動器の 10 年・日本協会（現 運動器の健康・日本協会）」によるインターネット調査（平成 27（2015）年以降）

※平成 24（2012）年～平成 26（2014）年は参考値（日本整形外科学会によるインターネット調査）

④ 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制

- 「低栄養傾向（BMI 20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制」については、65 歳以上を対象として低栄養傾向の高齢者の割合が、後期高齢者の増加による自然増により見込まれる割合（22.2%）を上回らないことを目標として、目標値 22%（令和 4（2022）年度）が設定された。自然増により見込まれる割合がベースラインから目標値へ単純推移すると仮定すると、実績値はベースラインの平成 22（2010）年ら直近の令和元（2019）年に至るまで、ベースラインと目標値を結ぶ青の点線で示す予測値を越えておらず（図 4）、現時点で目標を達成している（増加を抑制している）と評価できる。

図 4：低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の推移

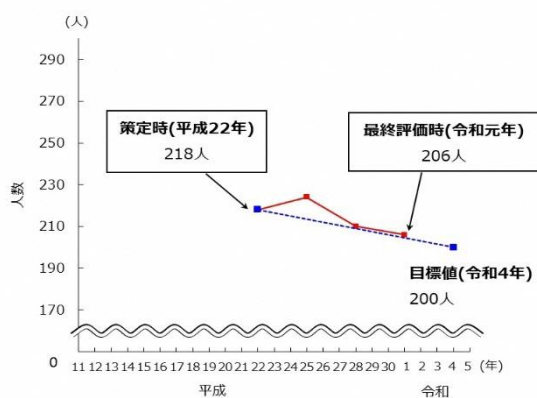


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000 人当たり）

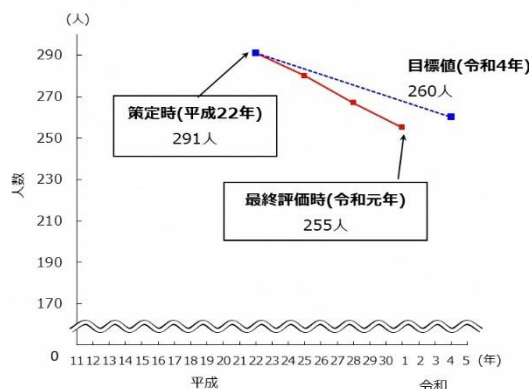
- 足腰に痛みのある高齢者（1,000 人当たり）については、平成 22（2010）年に比べて直近の実績値は男性、女性とも低下していた。男性は現時点では目標に達していないが改善傾向にあり、女性は現時点で既に目標年度の目標値に達している。

図 5 - 1：足腰に痛みのある高齢者の割合（1,000 人当たり）男性



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

図5-2：足腰に痛みのある高齢者の割合（1,000人当たり）女性



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

⑥ 高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の**増加**）

- 平成30（2018）年9月の「健康日本21（第二次）」中間評価報告書では、高齢者の社会参加の割合は、ベースライン値（59.0%）から平成28年の（58.3%）にかけて横ばいであるとされ、高齢者の社会参加に関して、効果評価に必要な参加者の割合の把握及び効果評価の必要性があるとした。本指標は、国民健康・栄養調査の大規模調査年に調査されていたが、平成28（2016）年以降国民健康・栄養調査の大規模調査が実施されていないことから最終評価時点では評価困難となっている。
- 中間評価以降の高齢者の社会参加の促進を表す調査としては、社会参加が進んでいることを示唆する調査結果が、内閣府の高齢社会白書に示されている。高齢社会白書によると、60歳以上の人の社会参加活動は、「特に活動していない」の割合が平成28（2016）年度と比較して、令和元（2019）年度は6.6%ポイント低下していることがわかる。この低下割合を年齢階級別にみると、75歳以上（7.7%ポイント）、60～64歳（7.6%ポイント）、65～74歳（6.4%ポイント）の順に低下の割合が多く、後期高齢者において、特に活動していない人が減った割合が多かった。以上のように活動していない人が減っていることから、社会参加を行う高齢者が増え、活動を継続できている可能性がある。

図6：現在行っている社会的な活動（複数回答）（年齢別）

		自治会、町内会などの自治組織の活動	まちづくりや地域安全などの活動	趣味やスポーツを通じたボランティア社会奉仕などの活動	伝統芸能・工芸技術などを伝承する活動	生活の支援・子育てなどの活動	その他	特に活動はしていない
全体	令和元年度	21.8	3.6	16.9	1.4	1.7	3.9	63.3
	平成28年度	18.9	3.5	11.0	1.2	1.5	2.9	69.9
60～64歳	令和元年度	22.9	3.9	14.7	0.8	2.3	4.3	61.2
	平成28年度	21.4	4.5	8.6	1.5	1.8	2.7	68.8
65～74歳	令和元年度	26.4	4.2	18.2	1.8	1.9	3.7	59.8
	平成28年度	21.6	4.3	12.4	1.3	1.9	3.0	66.2
75歳以上	令和元年度	16.3	3.0	16.3	1.3	1.3	4.0	68.0
	平成28年度	13.9	2.1	10.1	0.9	0.9	2.8	75.7

出典：内閣府「高齢者の経済生活に関する調査」（令和元（2019）年度）

内閣府「高齢者の経済・生活環境に関する調査」（平成28（2016）年度）

（注）調査対象は、いずれも全国の60歳以上の男女。ただし平成28（2016）年度は大分県と熊本県を除く。

- また別の調査では、平成22（2010）年度から平成28（2016）年度にかけて、社会参加割合はすべての年齢階層で増加していたとの報告もある。内訳をみると就労割合は65～79歳でより大きく（3.9～9.0%）増加し、グループ活動参加割合は後期高齢者でより大きく（4.9～11.5%）増加していたという報告がある。同報告では、最もグループ活動参加している年齢階層が6年間で高年齢化していることが明らかになっている。
- 高齢者の就労率も向上しており、就労を含む高齢者の社会参加は徐々に進んでいる可能性が高い。

2 関連する取組

<各目標項目に係る取組>

① 介護保険サービス利用者の増加の抑制

- 高齢者が要介護状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業を行ってきた。
- 令和元（2019）年5月に策定された「健康寿命延伸プラン」において、介護予防の観点から通いの場の拡充を図ることとし、令和2（2020）年度までに通いの場の参加率を6%まで引き上げることを目標に取組を推進してきた。令和元（2019）年度時点で通いの場の参加率は6.7%と目標を超えており、新型コロナウイルス感染症の感染防止にも配慮しつつ、更なる取組の推進を図っている。

② 認知症サポーター数の増加

※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」から目標項目を変更

- 健康日本21（第二次）策定時に目標項目としていた「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握

率の向上」は、前述の通り、介護保険制度改正により、データソースである基本チェックリストを使用した介護予防事業は基本的には実施しない方針となったため指標データの把握ができなくなったが、関連する取組としては、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施の手引きにおいて、個人を追跡して効果評価等をできるようにする目的で、個人識別可能な形での実施方針が示された。そのため、保険者は、ニーズ調査で認知症リスクありと判定された個人を特定して支援することは可能であるが、悉皆調査を行っていない保険者も存在する。

- 平成 27（2015）年度の介護保険制度改正により、基本チェックリストを使用した介護予防事業の対象者のスクリーニングは基本的には実施しない方針となったため、代替データソースの検討が必要となった。目標項目を変更し、新しく指標とした「認知症サポーターの人数」の目標値を 1,200 万人（令和 2（2020）年）に設定したところ、令和元（2019）年の実績値は 1,264 万人であり既に目標値に達している。（令和 2（2020）年の実績値は 1,317 万人。）
- 新オレンジプランの具体的な施策として、2005 年から認知症サポーターの養成が行われている。具体的には、認知症サポーター等養成事業（認知症サポーターキャラバン、全国キャラバン・メイト連絡協議会）により、自治体や全国規模の企業・団体等と協催して養成されたキャラバン・メイトの講座受講を通じて、認知症サポーターを養成している。この講座については、令和 2（2020）年度第 2 次補正予算によるオンライン受講用の研修教材の作成や配信用サイトの構築等により、受講機会の拡大を図っている。

③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加

- ロコモティブシンドローム（ロコモ）という言葉・概念の認知度を高めることによって、個々人の行動変容を目指している。日本整形外科学会が「ロコモ チャレンジ！協議会」を立ち上げ、公式ウェブサイトや協賛企業の認定等により、ロコモティブシンドロームの広報啓発活動を推進している。
- 健康日本 21（第二次）の開始に合わせ、「健康づくりのための身体活動基準 2013」を平成 25（2013）年 3 月に策定するとともに、厚生労働省ウェブサイト等で公開している。
- 厚生労働省ウェブサイト（e-ヘルスネット）等でロコモ度テストを公開している。
- 高齢者の足腰の痛みは、外出や身体活動を阻害するため、「健康づくりのための身体活動基準 2013」において、65 歳以上の基準を新たに設定するとともに、歩数の増加についても高齢者の目標を掲げ、取組を推進。
- さらに、スマート・ライフ・プロジェクトの中心となる 4 テーマ（運動、食生活、禁煙、健診・健診受診）の一つとして、『プラス 10 分の運動』を推進している。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等において、運動・転倒を含む高齢者の特性を踏まえた健康状態を把握し、保健指導等の実施や必要な支援につなげるため「後期高齢者の質問票」の活用を推進することや、必要な財政支援等を行っている。
- ロコモチャレンジ協議会では、平成 28（2016）年には整形外科専門医以外のロコモ啓発に熱心な医師向けにロコモサポートドクター認定制度を設定し運用開始した。令和 2（2020）年にはロコモパンフレットを改定し、公開した。
- 平成 29（2017）年度より「健康に与えるロコモの影響に関する研究」を行っており、ロコモティブ

シンドロームによる運動機能低下の程度と介護リスクとの関係を明らかにし、効果的な対策を資する基礎的な資料を作成している。

- ロコモの判断基準として、日本整形外科学会は平成 27（2015）年にロコモ度 1、ロコモ度 2 を策定し、令和 2（2020）年には、運動器が原因となる身体的フレイルに相当する基準として、ロコモ度 3 を策定、公表した。
- ロコモチャレンジ！推進協議会では、2017 年～2019 年に、ロコモ度テストに関する 10,000 人全国調査を行い、ロコモの性・年代別基準値を発表し、ロコモパンフレット 2020 に掲載した。
- 日本整形外科学会と日本運動器科学会は、令和 3（2021）年にロコモ診療ガイド 2021 を作成し、出版した。
- 令和元（2019）年、人生 100 年時代における健康寿命延伸のための医療対策として、フレイル・ロコモへの適切な介入を実施することによる生活機能維持・改善を目指し、日本医学会連合の中に領域横断的なフレイル・ロコモ対策の推進に向けたワーキンググループ（WG）が設置された。この WG は日本整形外科学会、日本運動器科学会、日本老年医学会、日本サルコペニア・フレイル学会の代表、日本リハビリテーション医学会の委員をはじめとするフレイルとロコモに関わる主要なメンバーから構成されている。

④ 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制

- 介護保険制度の地域支援事業においては、全高齢者を対象とした健康・栄養教育、低栄養状態となるおそれの高い者等に対する栄養改善指導、地域における配食サービス等を、市町村が地域の実情に応じ、従前より実施している。
- 低栄養等高齢者の特性を踏まえた高齢者の保健指導の在り方について研究を実施。さらに平成 28（2016）年度から低栄養等の高齢者の特性に応じた保健事業をモデル実施。平成 30（2018）年度に、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を策定し、高齢者の特性に応じた保健事業の全国展開を図ってきた。
- 令和 2（2020）年度から開始されている高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等において、低栄養による心身機能の低下の予防を行うため、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第 2 版」で栄養（低栄養）に関するプログラム例を紹介するとともに、当該プログラムの実施に際して必要な財政支援等を行っている。
- 平成 29（2017）年「国民健康・栄養調査」において新たに高齢者の筋肉量を把握する等、高齢者の健康・栄養状態に関する実態を明らかにした。
- 「日本人の食事摂取基準（2015 年版）」策定検討会報告書において、低栄養と関連の深い虚弱の予防にも配慮し、高齢者（70 歳以上）の目標とする BMI の範囲を提示した。また、高齢者のフレイルやサルコペニア予防と栄養の関係についても、レビューし整理した。「日本人の食事摂取基準（2020 年版）」では、高齢者の低栄養予防やフレイル予防も視野に入れて策定を行うこととし、フレイル予防を目的として摂取量の基準を設定できる栄養素については、生活習慣病の発症予防を目的とした量とは区別して示した。
- フレイル対策にも資する新たな食事摂取基準の活用を図るため、令和元（2019）年度に普及

啓発用動画及びパンフレット「食べて元気にフレイル予防」を作成した。

- 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理の在り方検討会を立ち上げ、検討内容を踏まえ報告書及び配食事業者向けガイドラインを平成 28（2016）年度末にとりまとめた。また、ガイドラインを踏まえた配食サービスの普及と利活用の推進に向けて、配食事業者向けと配食利用者向けの普及啓発用パンフレットを作成し、自治体等に周知するとともに厚生労働省ウェブサイトに掲載した。
- 自治体への補助事業である糖尿病予防戦略事業において、事業内容の一つとして、地域高齢者等の健康支援を推進する食環境の整備を設定。
- 一般社団法人日本老年医学会、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターからフレイル診療ガイド 2018 年版（荒井秀典編集主幹、株式会社ライフ・サイエンス出版）が刊行された。
- 前述のとおり、フレイル・ロコモへの適切な介入を実施することによる生活機能維持・改善を目指し、日本医学会連合の中に領域横断的なフレイル・ロコモ対策の推進に向けたワーキンググループ（WG）が設置された。

⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000 人当たり）

- 高齢者の足腰の痛みは、外出や身体活動を阻害するため、「健康づくりのための身体活動基準 2013」において、65 歳以上の基準を新たに設定するとともに、歩数の増加についても高齢者の目標を掲げ、取組を推進。
- スマート・ライフ・プロジェクトの中心となる 4 テーマ（運動、食生活、禁煙、健診・検診受診）の一つとして、『プラス10 分の運動』を推進している。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等において、運動・転倒を含む高齢者の特性を踏まえた健康状態を把握し、保健指導等の実施や必要な支援につなげるため「後期高齢者の質問票」の活用を推進することや、必要な財政支援等を行っている。

⑥ 高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）

- 高齢者の就業については、高年齢者雇用安定法が令和 2（2020）年に改正され（令和 3（2021）年 4 月 1 日施行）、65 歳までの雇用確保（義務）に加え、70 歳までの就業機会確保が事業主の努力義務となった。また、企業を退職した高年齢者が地域で活躍ができるよう、シルバー人材センターにて多様なニーズに応じた就業機会の提供を行っている。令和 2（2020）年の集計結果によると、「高年齢者雇用確保措置」を実施済の企業（31 人以上）は 99.9%となっている。
- 高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防ともなるため、高齢者の方にも生活支援の担い手になってもらうことにより、社会的役割を果たすための取組を介護保険制度の地域支援事業において推進してきた。
- 高齢者を含め、国民のボランティア活動への参加を促進する観点から、市町村社会福祉協議会等におけるボランティア活動に係る情報提供や人材育成等の取組を支援している。
- 令和元（2019）年国民健康・栄養調査によると、年に数回以上ボランティア活動に参加してい

る者の割合は、60歳-69歳が17.9%（男性:17.6%、女性:18.1%）、70歳以上が19.2%（男性:21.3%、女性:17.5%）であった。

- 一般介護予防事業・地域介護予防活動支援事業として、介護予防に関するボランティアの育成が行われており、65歳以上の高齢者も含まれている。平成28（2016）年度は累積育成人数101,984人中、65歳以上は70,915人であった。令和元（2019）年度には、累積育成人数352,014人まで増加し、65歳以上は160,413人と倍以上の増加であった。
- 地域における活動に関しては、介護予防・日常生活支援総合事業において、高齢者に社会参加の場だけではなく社会的役割を提供する取組が推進されてきた。通いの場に関しては、実際に事業の一部として全国で開始された平成25（2013）年の43,154箇所（1,084市町村）から増加し、平成27（2015）年の集計結果では、通いの場の数は全国で70,134箇所（1,412市町村）となった。65歳以上の人口1,000人当たりでは139（2013年）、214（2015年）である（65歳以上人口は住民基本台帳人口に基づく）。
- 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査によると、通いの場の数と参加人数の推移に着目して見ると、平成28（2016）年度は1,385市町村・76,492箇所で開催者実人数が478,328人であったが、令和元（2019）年度は1,670市町村・128,768箇所で開催者実人数が722,839人に増加していることが明らかになっている。特に、参加する75歳以上の高齢者が平成28（2016）年度は62.8%であったことに対して、令和元（2019）年度は68.1%に増加している。

図7：通いの場の有無の別市町村数



出典：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和元（2019）年度実施分）に関する調査結果」（令和元（2019）年度）

図8：社会活動に参加している者の割合（20歳以上、男女別）

		総数		20-29歳		30-39歳		40-49歳		50-59歳		60-69歳		70歳以上		
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
町内会や地域行事などの活動	男性	総数	2,652	100	221	100	252	100	424	100	413	100	561	100	781	100
		参加している	1,134	42.8	38	17.2	86	34.1	176	41.5	177	42.9	272	48.5	385	49.3
		参加していない	1,518	57.2	183	82.8	166	65.9	248	58.5	236	57.1	289	51.5	396	50.7
	女性	総数	2,998	100	223	100	298	100	464	100	478	100	598	100	937	100
		参加している	1,301	43.4	33	14.8	113	37.9	224.0	48.3	205.0	42.9	298.0	49.8	428.0	45.7
		参加していない	1,697	56.6	190	85.2	185	62.1	240	51.7	273	57.1	300	50.2	509	54.3
ボランティア活動	男性	総数	2,652	100.0	221	100	252	100	424	100	413	100	561	100	781	100
		参加している	432	16.3	17.0	7.7	33.0	13.1	58.0	13.7	59.0	14.3	99.0	17.6	166.0	21.3
		参加していない	2,220	83.7	204	92.3	219	86.9	366	86.3	354	85.7	462	82.4	615	78.7
	女性	総数	2,998	100	223	100	298	100	464	100	478	100	598	100	937	100
		参加している	447	14.9	20	9.0	28	9.4	55	11.9	72	15.1	108	18.1	164	17.5
		参加していない	2,551	85.1	203	91.0	270	90.6	409	88.1	406	84.9	490	81.9	773	82.5
スポーツ関係のグループ活動	男性	総数	2,652	100	221	100	252	100	424	100	413	100	561	100	781	100
		参加している	552	20.8	61	27.6	50	19.8	93	21.9	72	17.4	121	21.6	155	19.8
		参加していない	2,100	79.2	160	72.4	202	80.2	331	78.1	341	82.6	440	78.4	626	80.2
	女性	総数	2,998	100	223	100	298	100	464	100	478	100	598	100	937	100
		参加している	558	18.6	25	11.2	41	13.8	80	17.2	78	16.3	128	21.4	206	22
		参加していない	2,440	81.4	198	88.8	257	86.2	384	82.8	400	83.7	470	78.6	731	78
趣味関係のグループ活動	男性	総数	2,652	100	221	100	252	100	424	100	413	100	561	100	781	100
		参加している	596	22.5	63	28.5	49	19.4	81	19.1	78	18.9	134	23.9	191	24.5
		参加していない	2,056	77.5	158	71.5	203	80.6	343	80.9	335	81.1	427	76.1	590	75.5
	女性	総数	2,998	100	223	100	298	100	464	100	478	100	598	100	937	100
		参加している	702	23.4	46	20.6	45	15.1	68	14.7	109	22.8	153	25.6	281	30
		参加していない	2,296	76.6	177	79.4	253	84.9	396	85.3	369	77.2	445	74.4	656	70
その他のグループ活動	男性	総数	2,652	100	221	100	252	100	424	100	413	100	561	100	781	100
		参加している	421	15.9	27	12.2	34	13.5	53	12.5	59	14.3	100	17.8	148	19
		参加していない	2,231	84.1	194	87.8	218	86.5	371	87.5	354	85.7	461	82.2	633	81
	女性	総数	2,998	100	223	100	298	100	464	100	478	100	598	100	937	100
		参加している	519	17.3	25	11.2	36	12.1	57	12.3	71	14.9	111	18.6	219	23.4
		参加していない	2,479	82.7	198	88.8	262	87.9	407	87.7	407	85.1	487	81.4	718	76.6

出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」（令和元（2019）年）を基に作成

※「参加している」は「年に数回」「月1～3回」「週1回」「週2～3回」「週4回以上」と回答した者の合計

図9：高齢者雇用確保措置の実施状況



出典：厚生労働省「高齢者の雇用状況」（令和2（2020）年）

※平成25（2013）年4月に制度改正（継続雇用制度の対象者を限定できる仕組みの廃止）があったため、平成24（2012）年と平成25（2013）年の数値は単純比較できない。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

① 「介護保険サービス利用者の増加の抑制」

本目標項目の評価は「B* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」であった。目標達成には至らなかったが改善傾向にある要因の一つとして、高齢者の就業をはじめとする社会参加が考えられるが、他の要因の含め更なる分析が必要である。

② 認知症サポーター数の増加

※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」から目標項目を変更

本目標項目については、中間評価以降に評価指標を「認知症サポーターの人数」（目標値 1,200 万人（令和 2（2020）年度）に変更し、変更後の指標の最終評価は「A 目標値に達した」であった。認知症高齢者支援として厚生労働省が取り組んできた施策の一つに、認知症サポーター等養成事業がある。平成 17（2005）年から開始された養成事業が継続されていることが今回 1,200 万人の目標達成の要因に挙げられる。

③ 「ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加」

本目標項目の評価は「C 変わらない」であった。平成 24（2012）年の調査結果に比べると、認知度は 2.7 倍に上昇しているが、調査方法変更後のベースラインとして設定した平成 27（2015）年の 44.4%と比較すると、平成 28（2016）年の 47.3%以来、平成 29（2017）年の 46.8%、平成 30（2018）年の 48.1%、令和元（2019）年の 44.8%、令和 2（2020）年の 43.8%、令和 3（2021）年の 44.6%と 50%の壁に阻まれており、目標の 80%には達しそうにない。最終評価で用いる令和元（2019）年の調査結果の年代別の内訳をみると、20～40 代（n=5,002）で 35.9%、50 代以上（n=4,998）で 53.8%と若世代で認知率が低い一方、60 代女性では 65.3%、70 代以上女性では 67.3%と「理解」「認知」が高くなっていることがわかる。

認知率の低い年代（若者）に対する PR を強化するとともに、全年代に向けても継続的な PR が必要である。

④ 「低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制」

本目標項目は「A 目標値に達した」と評価した。この項目の判定指標は、65 歳以上を対象者として、低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制が目標項目だが、目標値は低栄養傾向の高齢者の割合で判定している。

ベースラインから目標値へ単純推移すると仮定した際には、直近値はベースラインから目標値への推移値を下回っている（増加が抑制されている）ため、変化率からみても高齢者の割合の増加は抑制されていると考えられる。

目標を達成した要因としては、前述の取組の成果が出てきたこと、日本老年医学会が提唱するサルコペニア・フレイルや骨粗鬆症のリスクとしてのやせ等の情報の拡散等が考えられる。

⑤ 「足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）」

本目標項目の評価指標は女性で「A 目標値に達した」、男性で「B* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」の評価であり、総合評価も「B* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」であった。現時点で目標値には達していないものの、改善した要因として前述の取組の成果が出てきたことが考えられる。

⑥ 「高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）」

本目標項目の評価は「E 評価困難」であった。新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和2（2020）年度国民健康・栄養調査が中止となったことや、平成28（2016）年度以降の社会参加活動の対象者及び質問内容が変更になったことから、経年変化を正確に把握し、評価することが困難である。ただし、当初指標のデータソースとしていた調査とは別の調査（内閣府「高齢者の経済生活に関する調査」）からすると、社会参加する高齢者が増えている可能性は高いことが示唆される。

4 今後の課題

<各目標項目に係る課題>

① 介護保険サービス利用者の増加の抑制

- 介護保険サービス利用者の増加の抑制について、認定率は微増にとどまっているが、高齢者の増加に伴いサービス利用者が増えてくることは容易に想像できる。目標達成のためには、比較的軽度の利用者の抑制、すなわち高齢者の自立の維持が鍵となってくると思われる。平成26（2014）年度の介護保険法改正により、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、地域包括ケアシステムの構築が進められている。これにより、地域全体での介護予防の推進に期待される。
- 前述したように総合事業の導入以降、一部の保険者では、要介護認定率の低下している。これが、高齢者が望む馴染みのある近隣の「通いの場」等への継続参加の希望を尊重した望ましい抑制の結果なのか、利用したい人が適切に介護保険サービスを利用できているのか、ということも含め、状況把握と分析評価、対策を検討していく必要がある。
- 通いの場の取組について、高齢者がそれぞれの状態やニーズ等に応じて参加できるよう、行政が介護保険による財政的支援を行っているものに限らず、多様な取組が含まれるものとして、更なる取組の推進を図る。
- 一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会のまとめで示されたように、PDCAサイクルを回すためには評価が重要であり、要介護認定率の抑制と関連する要因の分析が期待される。
- 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金や、研修会の開催、好事例の横展開等を通じて、自治体における介護予防の取組を支援する。

② 認知症サポーター数の増加

※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」から目標項目を変更

- 認知症サポーターの人数は順調に増えていると言える。認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者の数が増えていることは、認知症への社会の理解を深めるための大きな力になる。今後これらのサポーターが単にライセンスを取ったのみにとどまらず、認知症患者が社会の中で尊重され、できるかぎり地域社会で共存できるようにサポーターの適切な活用につながるような施策を行うことが必要となる。
- 引き続き、認知症サポーターの養成を進める。
- 変更前の目標項目である「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」に関する今後の課題としては、PDCAサイクルを回すための評価方法の一つとして、認知症リスク者で「通いの場」に参加している高齢者が高齢者人口に占める割合等をモニタリングすることを検討する等が考えられる。

③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加

④ 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制

⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000 人当たり）

- ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合は調査初回からみると3倍近くの認知率となっており改善していたが、平成 27（2015）年以降横ばいである。若年層にあまり浸透していないと思われるが、若年層にリソースを振り向ける PR 活動を行うと、今まで浸透していたと思われる高齢層の認知率が落ちるといった課題がある。日本整形外科学会が「ロコモチャレンジ！協議会」を立ち上げ、公式 WEB サイトや協賛企業の認定等により、ロコモティブシンドロームの広報啓発活動を推進している。さらに、同学会よりロコモの臨床判断値の改訂がなされており、令和 2（2020）年から要介護のハイリスクであるロコモ度 3 が追加された。これらロコモの臨床判断基準が示されたことは疾病予防にとって有益である。エビデンスに基づいた予防方法の開発やプロモーション活動に期待する。
- 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制について、低栄養傾向の高齢者の割合は平成 22（2010）年度からすでに目標値 22%を下回って 17.4%であったが、最終評価値も 16.8%となり、調査期間すべてが目標値を下回っており、直近は更に低下傾向にあった。低栄養への回避の取組の成果が現れていると考えられる。サルコペニア・フレイル学会の設立や日本老年医学会におけるフレイルへの取組等も追い風となっている。
- 足腰に痛みのある高齢者の 1,000 人当たりの割合も改善傾向にあり、さまざまな取組の成果が現れてきたものと考えられるが、ロコモティブシンドロームの認知度はまだ低いと思われるため、更に取組の継続を期待する。

<運動器の健康維持>

- 日常生活における歩数の増加を目指し、健康増進普及月間（9月）に加え、世界禁煙デー（5月31日）や女性の健康週間（3月1～8日）等の機会に地方自治体やスマート・ライフ・プロジェクトに参画する企業・団体と連携し、「アクティブガイド-健康づくりのための身体活動指針-」等を周知・広報し、『プラス10分の運動』（1,000歩の増加）を引き続き推進していく。

○ ロコモティブシンドロームの認知度は令和元（2019）年度で43.8%とほぼ横ばいの推移である。気軽に家庭でも可能なロコモチェックを啓発する等引き続き認知度向上に努める。

○ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等において、運動等に関する必要な支援を講じるため、引き続き「後期高齢者の質問票」の活用を推進するとともに、必要な財政支援等を行う。

<低栄養の回避>

○ 平成28（2016）年度に作成したガイドラインを踏まえ、配食事業者や配食利用者を円滑に橋渡しする仕組みを検討する。関係部局と連携した体制の強化を図る。

○ また、市町村での各種好事例の収集や共有等を通じて、市町村による効率的・効果的な地域支援事業の実施を引き続き支援していく。

○ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等において、低栄養による心身機能の低下の予防を行うため、引き続き「後期高齢者の質問票」の活用を推進するとともに、必要な財政支援等を行う。

○ 食生活と関連する要因として、孤食や食料品店へのアクセスの善し悪しがあることが報告されている。環境要因に目を向けた取組が今後の課題である。

<研究>

○ ロコモティブシンドロームに対して、運動機能の維持・向上や栄養状態の維持・改善のための効果的な介入方法についての研究を開始する。

⑥ 高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）

○ 高年齢者の就業については、事業主への周知・啓発を行い、改正高年齢者雇用安定法の着実な施行に努めていく。また、シルバー人材センターの機能強化により、企業を退職した高年齢者が地域で活躍できるよう多様なニーズに応じた就業機会の提供を行う。

○ 高齢者の地域の社会的な活動への参加については、引き続き推進を行い、高齢者自身の生きがいや介護予防の取組を進めていく。

○ 引き続き国民のボランティア活動への参加が促進されるよう、市町村社会福祉協議会等におけるボランティア活動に係る情報提供や人材育成等の取組を支援する。

○ 行政や住民、企業、専門職団体の意識的な努力によって、少なくとも一部で高齢者の社会参加が進んだと思われる。一方で、高齢者の性別や年齢、地域、参加の種類別に係るデータの経年比較ができるデータの収集がなければ、好事例や政策効果の検証、関連要因の分析に基づく今後の政策の重点を明らかにすることは困難である。まずは政府が掲げる通いの場づくりと参加促進の進捗状況や効果評価に必要な縦断データ収集・活用、データ収集対象の拡大が望まれる。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

○ 令和元（2019）年5月に策定された「健康寿命延伸プラン」においても、介護予防の観点から通いの場の拡充を図ることおり、新型コロナウイルス感染症の感染防止にも配慮しつつ、通いの場の拡充への更なる取組の推進を図っている。

○ コロナ感染症流行後の自粛生活によって高齢者の活動量や社会参加が減少し、心身の機能低

下という健康二次被害が見られることが複数の調査で報告されている。

- ロコモチャレンジ協議会では、コロナ禍にあっては、ホームページ上で特設サイト「コロナに勝つ、ロコモに勝つ」を作成し、コロナ禍での健康二次被害であるロコモリスクと対処法を啓発している。
- 日本整形外科学会もプロジェクト研究として、令和3（2021）年－令和5（2023）年にかけて、コロナ禍における全国横断運動器調査を実施している。

<参考文献・URL>

- 内閣府、令和2年版高齢社会白書 第1章高齢化の状況第2節高齢期の暮らしの動向（3）、
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/s1_2_3.html
(アクセス可能.2021.09.17)
- 渡邊良太、辻大士、井手一茂、林尊弘、斎藤民、尾島俊之、近藤克則：地域在住高齢者における社会参加割合変化—JAGES6年間の繰り返し横断研究—、厚生指標68（3）、2-9、2021.
- 厚生労働省、令和元年国民健康・栄養調査、
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyuu/r1-houkoku_00002.html (アクセス可能.2021.09.17)
- 厚生労働省、令和2年「高年齢者の雇用状況」集計結果を公表します、
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15880.html
(アクセス可能.2021.09.22)
- 厚生労働省、平成28年度介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果、
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00004.html
(アクセス可能.2021.09.22)
- 厚生労働省、令和元年度介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和元年度実施分）に関する調査結果
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00007.html
(アクセス可能.2021.09.22)
- Atsushi Nakagomi, Koichiro Shiba, Katsunori Kondo, and Ichiro Kawachi. Can Online Communication Prevent Depression Among Older People? A Longitudinal Analysis. *Journal of Applied Gerontology*. 2020. doi: 10.1177/0733464820982147
- Kondo N, Koga C, Nagamine Y editors. Ota A, Shobugawa Y, Cable N, Tajika A, Nakagomi A, Chishima I, Ide K, Ueno T, Fujihara S, Fujinami Y, Yasufuku Y, and Ando Y. Understanding the Role of Internet Access on Health and Health Equity toward Healthy Ageing in the Western Pacific Region. 2021, ISBN 978-4-9910804-3-2

- 通いの場参加者の半数は認知症リスク者
https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=3333&room_id=549&cabinet_id=224&file_id=9156&upload_id=11289
- 孤食者は食生活が乱れる 添付ファイル（未定稿）
- 環境と健康の関連を示す論文
近隣に食料品店が少ないと生鮮食品の摂取少ない
https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=2652&room_id=549&cabinet_id=174&file_id=7573&upload_id=9169
- 飲食店が近くなると肥満(オッズ)約 1.4 倍
https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=1900&room_id=549&cabinet_id=155&file_id=7579&upload_id=9175
- 近隣に食料品店がないと要介護になるリスクが 1.2 倍高い
https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=2652&room_id=549&cabinet_id=174&file_id=7564&upload_id=9160
- ウォーカブルな歩きたくなるまちで ひざ痛は 15%少ない
https://www.jages.net/library/pressrelease/?action=cabinet_action_main_download&block_id=2652&room_id=549&cabinet_id=174&file_id=7147&upload_id=8265

背景

人々の健康は、社会経済的環境の影響を受けることから、健康に関心を持ち、健康づくりに取り組みやすいよう、健康を支える環境を整備するとともに、時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な人や健康づくりに関心のない人等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、健康を守るための環境を整備することが必要である。近年、社会における相互信頼の水準や相互扶助の状況を意味するソーシャル・キャピタル や人間関係を通じた支援を意味するソーシャルサポートと健康との関連に関する報告¹⁾²⁾ がみられるとともに、健康格差に関する研究が進み、国内外でその存在が指摘されている³⁾⁻⁶⁾。また、未曾有の被害をもたらした東日本大震災の発生、その復旧や復興においては、家族や地域の絆や助け合いの重要性が再認識されることとなった。健康づくりへの取組は、従来、個人の健康づくりへの取組が中心だったが、今後は、個人の取組では解決できない地域社会の健康づくりに取り組むことが必要となる。

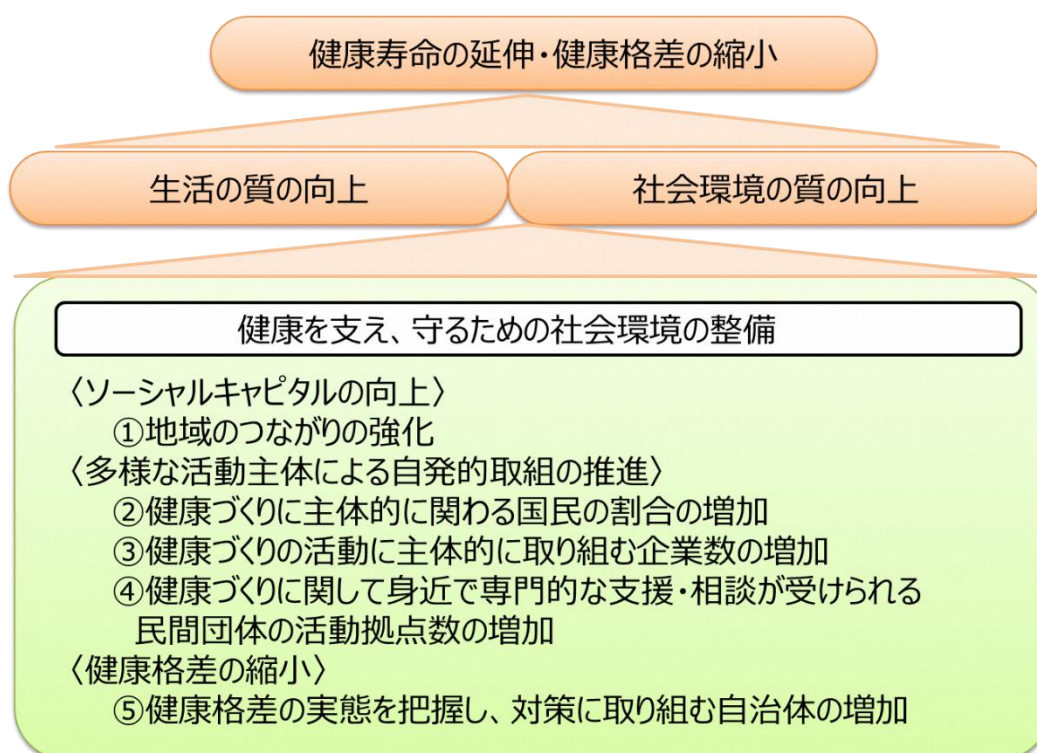
健康日本 21（第二次）開始前の健康づくりの取組は、住民全体を対象とした働きかけとして進められてきたが、健康に無関心な層、社会経済的に不利な層、地理的に保健医療サービスへのアクセスが悪い層等へのアプローチは十分行われてきたとはいえなかった。健康格差として、社会経済等の条件が不利な集団に健康問題が多く、また、社会経済等の状況に格差が大きい地域に住む人に、健康問題が多いことも報告されているため、この層の健康状態の向上は、国全体の健康状態の向上に寄与し得る。こうした課題は、個人への対策では解決できないものであり、特に公的部門の役割として地域社会の健康づくりに取り組むことが重要であるであり、本領域の目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

1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	0
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	2
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内0)
C 変わらない	1
D 悪化している	0
E 評価困難	2

目標項目	評価
① 地域のつながりの強化 (居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加)	C
② 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている 国民の割合の増加	E
③ 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う 企業等登録数の増加	B
④ 健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる 民間団体の活動拠点数の増加	E
⑤ 健康格差対策に取り組む自治体の増加 (課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な 集団への対策を実施している都道府県の数)	B

「健康を支え、守るための社会環境の整備」の目標設定の考え方



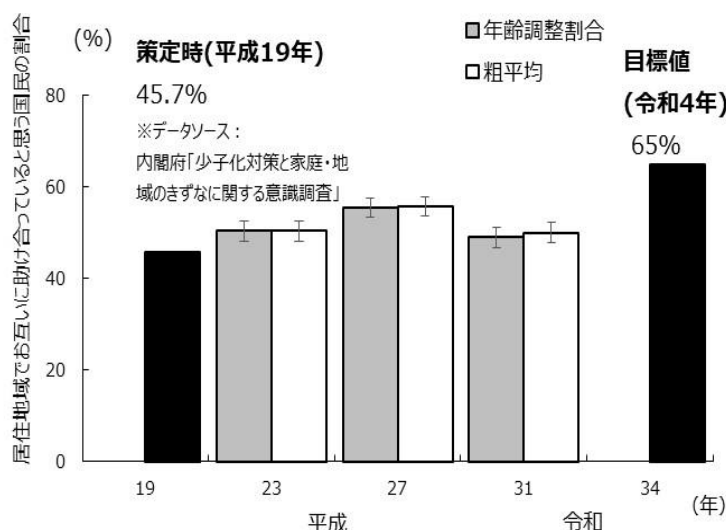
出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

① 地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）

地域のつながりが健康に影響することについて、ソーシャル・キャピタルと健康との関連が報告されている¹⁾²⁾。ソーシャル・キャピタルとは、ある社会における相互信頼の水準や相互利益、相互扶助に対する考え方（規範）の特徴である。また、健康でかつ医療費が少ない日本の地域の背景に、「良いコミュニティ」があることが指摘されている。したがって、地域のつながりの強化（ソーシャルキャピタルの水準を上げること）、「良いコミュニティ」づくりは、健康づくりに貢献すると考えられる。ソーシャル・キャピタルの指標としては、様々な指標が用いられているが、今後は、健康日本 21（第2次）では、継続的に調査が可能である国民健康・栄養調査の調査項目である「居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合（平成 23（2011）年調査）」を指標として設定する。なお、現時点では、平成 19（2007）年の少子化対策と家族・地域のきずなに関する意識調査（内閣府）で、自分と地域の人たちのつながりについて「強い方だと思う」と答えた者の割合が 45.7%（「強い方だと思う」15.3%+「どちらかといえば強い方だと思う」30.4%）であることから、この設問及び回答率を、参考値とすることとした。また、自分と地域の人たちのつながりについて「強い方だと思う」と答えた者の割合について、性・年齢階級別 でみたところ、70 歳以上で男性 66.7%、女性 65.4%と最も高いことから、全世代がこの 割合に達することを目指して、目標は 65%とすることとした。

- 策定時のベースライン50.4%から中間評価時には、55.9%と増加したが、令和元（2019）年度には50.1%と、ベースラインと同水準となった。
- 地域のつながり（ソーシャル・キャピタル）には、橋渡し型や結束型、連結型等の側面があるという論議がなされている。健康日本21（第二次）で採用された指標は、ソーシャル・キャピタルの認知的な側面を捉えていると思われるが、橋渡し型や結束型のうちどちらを、あるいは両者を捉えているのか、（将来の）健康指標と関連するかどうか、（予測）妥当性等に関する科学的知見があるのか明らかではない。
- これらの妥当性が検証されていない段階では、用いた指標が改善していないことだけをもって、評価を下すことには十分な科学的な根拠があるとは言いがたい。

図 1：居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の推移



出典：内閣府「少子化対策と家庭・地域のきずなに関する意識調査」（平成 19（2007）年）、厚生労働省「国民健康・栄養調査」（平成 23（2011）年、27（2015）年、令和元（2018）年）

② 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加

従来の行政主導型の健康づくりの場だけでなく、新たな方向性として、住民が楽しく主体性を発揮できる健康づくりの場が必要である。住民の主体的な活動を把握する指標として、「ボランティア活動」がある。平成 18（2006）年の社会生活基本調査（総務省）で、「健康や医療サービスに関係したボランティア活動」の行動者率は 3.0%であり、これを参考値とすることとした。なお、住民の主体的な活動は、健康づくりを目的とした活動に限られるものではなく、高齢者や子どもを対象とした活動、まちづくりのための活動、安全な生活のための活動、自然や環境を守るための活動等にも、健康づくりの視点が加わることが重要であり、こうした内容に関係したボランティア活動（その他の活動のみ除く）の行動者率が 24.3%であることから、25%を目標とすることとした。今後は、「健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加」を指標とし、近隣の人への手助けや支援を含め、生活習慣改善のための活動にとどまらず、まちづくりや防災に関係した活動、子どもや高齢者を対象とした活動、自然や環境を守るための活動等、幅広い年代層において、それぞれの年代で日常的に実施可能な活動に主体的に関わっている国民の割合を把握することとする。

- 健康日本 21（第二次）策定時は、健康や医療サービスに関係したボランティア活動をしている割合（総務省調査により把握）を参考値として目標設定を行い、健康日本 21（第二次）開始後、評価指標を「健康づくりに関係した何らかのボランティア活動を行っている割合」に変更している。本指標は国民健康・栄養調査の大規模調査年に調査を行っていたが、平成 28 年以降大規模調査が行われていないことから、中間評価以降データが更新されていない。
- 策定時に参考値としていた総務省の調査も、平成 28（2016）年が最新値であり、中間評

価以降の評価に使えるような参考指標が入手できていない。

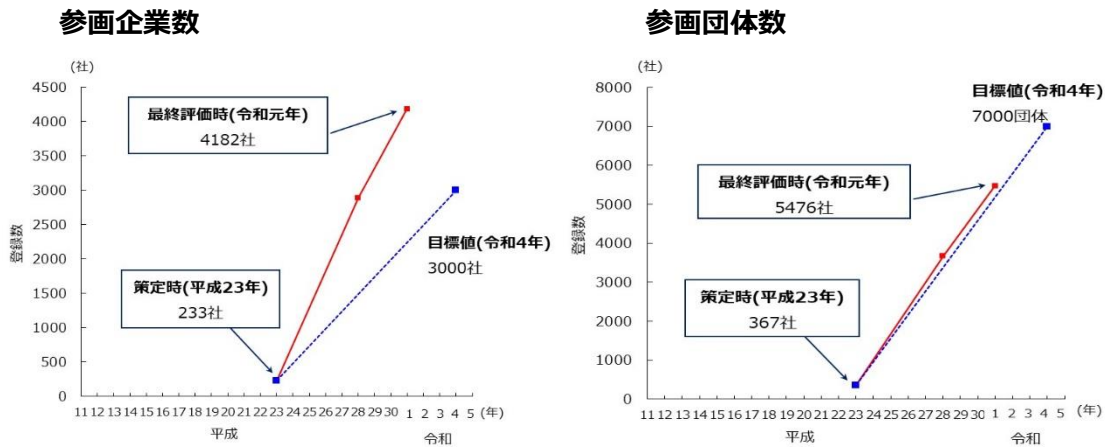
- そのため、現在「健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合」が増えたかどうかについては評価が困難である。
- 一方、この指標が健康増進と関連を示すのかどうかについても明らかでなく、①と同様、今後指標に関する検証が必要と思われる。

③ 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業等登録数の増加

国民の健康づくり対策を積極的に推進していく上で、行政と産業界（企業）や産業界間の連携は不可欠であり、健康づくりを国民運動として、より実効性あるものとするためには、国民の健康意識の向上や行動変容をサポートする関連情報を積極的に発信する活動主体（発信源）としての企業の役割が重要である。このため、「健康づくりに関する活動に自発的に取り組む企業数の増加」を指標とすることとした。現在、「健康日本 21」推進の一つの事業として、企業連携を主体とした Smart Life Project において、「適度な運動・適切な食生活・禁煙」を推進する国民運動の呼びかけに賛同し、登録している企業は 420 社であり、これを現状とすることとした。これまでの 2 年間の取組で 500 社に近づいたことから、今後 10 年での登録数を 2,500 社と推定し、現行の登録数と合わせ、3,000 社を目標とすることとした。

- 全国健康保険協会による「健康スコアリングレポート」に始まり、組合健保でも取組が広がった。日本健康会議によるモニタリングでも健康経営に取り組む企業等の目標数値も超過達成されており、企業における健康への取組が広がったことは間違いない。
- ワークライフバランスの推進や長時間労働の是正に向けた論議や合意形成は進んだ。
- 人員等の資源に余裕のある大企業での取組は大きく進み、協会けんぽでも一定の前進はある。一方で、中小零細企業の一部には「ブラック企業」が見られる等、企業の規模間格差を指摘する声は多い。日本全体の企業数は、359万社（平成28（2016）年、中小企業庁※1、2019年版中小企業白書※2）であることを鑑みると、目標を超過達成したとは言え、いまだ一部企業の取組に留まっていると言える。
- また、この間に進んだ取組が、どの程度国民の健康増進に寄与しているのか、の健康経営等の効果が数字として示されるのは海外の企業の事例が多く、国内での効果の評価が望まれる。

図3：健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業等登録数



出典：厚生労働省健康局健康課による把握

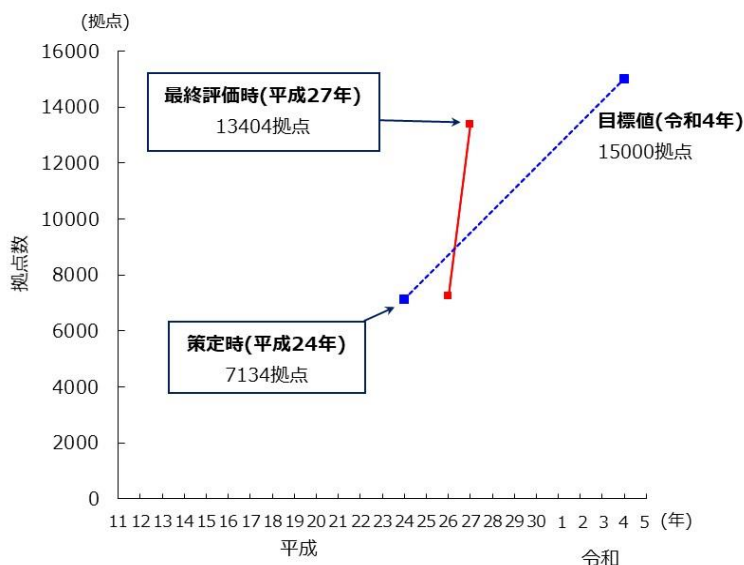
(スマート・ライフ・プロジェクトの参画企業・団体数)

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

地域住民の健康・栄養に関して専門的な支援・相談が受けられる活動拠点として、現在、民間団体の取組として、地域住民のための食生活支援活動の拠点である栄養ケア・ステーションや地域住民にとって身近な医療提供施設である薬局においては、地域における健康づくり支援等の機能が充実してきている。こうした地域住民が身近で専門的な支援・相談が受けられる拠点を、民間ベースで増やしていくことは、住民のニーズに応じた健康づくりを進めるに当たって効果を発揮していくものと思われる。そこで、「健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加」を指標することとした。平成 24 (2012) 年 2 月現在、地域住民に対して専門的な知識・技術をもとに栄養支援を行う栄養ケア・ステーション (社団法人日本栄養士会)、地域住民の健康支援・相談等を行い、その旨を積極的に地域住民に周知している薬局 (公益社団法人日本薬剤師会) として、各団体から報告を受けた数の合計は 7,134 であることから、この値を参考値とする。今後は、多様な民間団体による活動拠点が拡大していくことを目指し、現状の 2 倍となる 15,000 を目標とすることとした。

- 薬剤師・栄養士等の保健医療の専門職団体による取組は広がっている。
- それらの取組が、どの程度国民の健康増進に寄与しているのかの評価が望まれる。

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



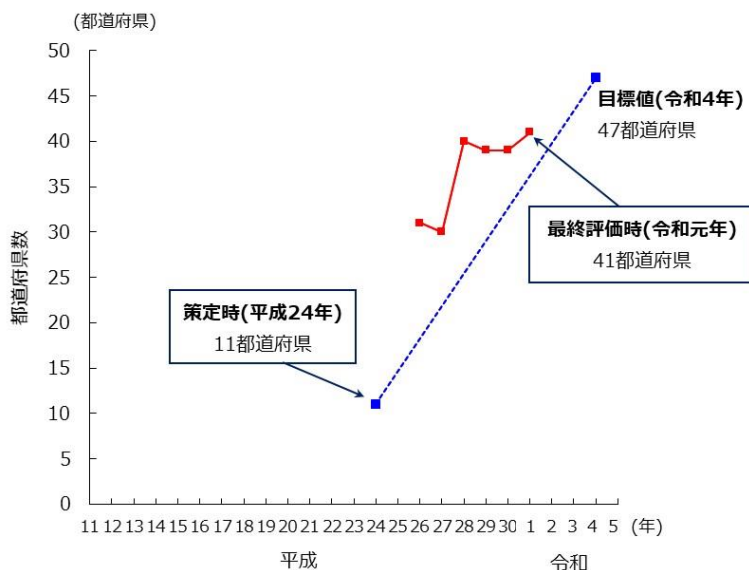
出典：各民間団体からの報告を基に厚生労働省健康局健康課が算出

⑤ 健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）

日本における健康の社会経済的決定要因や健康格差については、地域、職業、経済力、世帯構成等による、健康状態やその要因となる生活習慣の差が報告されている⁷⁾⁻²⁰⁾。また、保健医療施設や食料品店等の資源の地域的偏在化は、健康状態の地域差につながる可能性がある。これらに対する対策がない場合、健康格差は今後も増大することが予想される。特に、都道府県においては、①市町村の健康に関する指標（平均寿命や健康寿命、がん・脳血管疾患・虚血性疾患の年齢調整死亡率、糖尿病有病者率、自殺率、肥満ややせ等の体格、高血圧者の割合、歯周疾患検診の受診率等）や生活習慣の状況（食生活、身体活動・運動習慣、喫煙等）の格差の実態を把握し、②その縮小に向けた対策を検討し、③その検討結果に基づき格差の縮小に向けた対策を実施することが重要であることから、これを指標とすることとした。都道府県の取組状況では、47 都道府県のうち、平成 24（2012）年 5 月現在、①格差の実態を把握しているのが 33、②格差の縮小に向けた対策を検討しているのが 15、③その検討結果を踏まえ対策を実施しているのが 11 であることから、①健康格差の実態の把握から③格差の縮小に向けた対策の実施まで行っている 11 都道府県を現状とし、目標は全都道府県とした。

- 令和元（2019）年では47都道府県中41都道府県で健康格差対策に取り組んでいる。
- 各自治体で行われた対策の広がりや進捗具合、取組による健康格差の縮小効果についての検証が望まれる。
- 今後は市町村間格差や所得階層や教育歴、職業階層等の集団間格差の縮小に向けたモニタリングや縮小のための対策の効果評価が望まれる。

図5：健康格差対策に取り組む自治体数



出典：厚生労働省健康局健康課による把握

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

- 平成 24（2012）年に一部改正された地域保健法に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」にソーシャル・キャピタルが明記されており、都道府県・市町村レベルでの対策の必要性が追加されている。
- 厚生労働省科学研究「地域保健事業におけるソーシャル・キャピタルの活用に関する研究」（研究代表者：藤原 佳典、平成 25（2013）年度～平成 27（2015）年度）において、ソーシャル・キャピタルの発展及びその利活用についての研究が行われた。その成果の一部として、「住民組織を通じたソーシャル・キャピタル醸成・活用にかかる手引き」及び「ソーシャル・キャピタルを育てる・活かす！地域の健康作り実践マニュアル」を作成した。これらの資料を、都道府県・市町村を含む関連組織が利活用できるよう、厚生労働省ホームページに一般公開している。また、全国会議や研修会等を通して、全国の保健所長や保健師等へ研究成果の普及に努めた。
- 個人の主体的な予防の取組につながる活動の将来及び普及のため、個人の取組に加えて企業・団体・自治体が一体となり、良好な社会環境の構築を推進することを目的とした「スマート・ライフ・プロジェクト」を推進している。
- スマート・ライフ・プロジェクトにおいて情報発信・広報戦略を展開している。
 - メディア等を活用した効果的な広報戦略
 - WEB サイトのコンテンツの制作・運用
 - 企業等及び国民向けの啓発ツール（ポスター、チラシ等）の作成
 - 普及啓発コンテンツの制作・運用
 - 「受動喫煙のない社会を目指して」ロゴマークの作成・活用・展開

- 禁煙週間や健康増進普及月間、女性の健康週間等での啓発普及イベントの実施、コンテンツの制作・発信
 - 関係団体等連携イベントの実施
 - 「いきいき健康大使」の活用
- スマート・ライフ・プロジェクトへの企業等の参画誘致や、参画企業等への取組のサポートを行っている。
 - 平成 24（2012）年度より毎年、「健康寿命をのばそう！アワード」の開催による好取組事例の表彰を行っている。令和 3（2021）年度で第 10 回を迎える予定。
 - 「健康寿命をのばそう！サロン」の開催による、好取組事例の横展開を行っている。
 - 健康格差対策に取り組む自治体についての現状把握を行った。
 - 平成 24（2012）年国民健康・栄養調査にて、平成 9（1997）年より 5 年ごとにデータを収集して行っている体格及び生活習慣に関する地域格差についての分析を行った。
 - 厚生労働省のホームページにて、各都道府県の健康増進計画について国の示す項目と同一である内容及び都道府県独自の項目を一覧表で公開している。
 - 平成 28（2016）年の国民健康・栄養調査では、拡大調査を実施し、BMI、野菜摂取量、食塩摂取量、歩数、現在習慣的に喫煙している者の割合（男性）の結果を都道府県別に公表した。これらの結果等も踏まえ、健康格差の要因分析を引き続き行う必要がある。

<各目標項目に係る取組>

- ① **地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）**
 - 地方自治体において地域包括ケアや地域共生社会づくりの担当部署の整備が進んだ。
 - 全国市町村における地域包括ケアや地域共生社会に関わる協議体の整備が進んだ。
 - 東日本大震災後の復興に向けた住民や NPO 等の間で「絆」という言葉がよく使われた。
- ② **健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加**
 - 前述の厚生労働科学研究（平成 25（2013）年度～平成 27（2015）年度）によりソーシャル・キャピタルの醸成・活用について研究し、「住民組織を通じたソーシャル・キャピタル醸成・活用にかかる手引き」及び「ソーシャル・キャピタルを育てる・活かす！地域の健康作り実践マニュアル」を作成し、さらに 2 自治体における実証としてソーシャル・キャピタル醸成の事例を展開した。
 - 地域保健総合推進事業（平成 28（2016）年度）により、事例集及びソーシャル・キャピタルを活用した地域保健対策の推進のための具体的なヒント等をまとめた。
 - 全国会議、研修会等において、全国の保健所長、保健師等を対象に上記研究成果を周知。
 - 厚生労働省及び経済産業省による「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」において、令和 3（2021）年度より「健康にやさしいまちづくりのための環境整備に係る実証事業」を開始。

③ 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業等登録数の増加

- スマート・ライフ・プロジェクト参画企業等の当プロジェクトにかかる情報の取得媒体等を把握し以下の取組等を推進。
 - スマート・ライフ・プロジェクト Web サイトを刷新
 - 禁煙週間や女性の健康週間等の啓発イベントの実施、コンテンツの制作・発信
 - 企業・団体等が開催するイベントにおいてブースや新聞等の媒体での広報
 - 健康寿命をのばそう！アワード等の実施によるテレビや Web 等メディアへの露出
 - 「食事バランス教室」等の食生活改善特設 Web コンテンツ、健康普及月間オンラインイベント、睡眠コンテンツ、スマートミール探訪、授賞事例研究、健康づくりの知恵袋などのコンテンツの掲載
- 日本健康会議の取組が進み、数値目標が超過達成された。

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

- 本目標項目の評価指標は、地域住民の健康支援・相談等を行い、その旨を積極的に地域住民に周知している薬局（公益社団法人日本薬剤師会）の数、地域住民に対して専門的な知識・技術をもとに栄養支援を行う栄養ケア・ステーション（公益社団法人日本栄養士会）の数、及び助産師による、妊娠・出産・子育てをはじめ、思春期、更年期、不妊の悩み等幅広く対応している子育て・女性健康支援センターの数を合計して把握していた。
- 地域住民の健康支援・相談等を行い、その旨を積極的に地域住民に周知している薬局の数は、平成 27（2015）年 10 月時点で 13,115 であり、策定時の 7,087 から約 2 倍となっているが、平成 28（2016）年以降はデータが把握されていない。
- 平成 28（2016）年に創設された健康サポート薬局は、かかりつけ薬剤師・薬局としての基本的な機能を有し、要指導医薬品等及び健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言、健康の保持増進に関する相談並びに適切な専門職種又は関係機関への紹介等に関する研修を修了した薬剤師が常駐して対応するなど、地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援している。健康サポート薬局の届出数は創設時より経時的に増加しており、令和 3（2021）年 3 月末時点で 2,515 件となっており、健康サポート薬局が本項目の評価の参考となると考えられる。
- 地域住民に対して専門的な知識・技術をもとに栄養支援を行う栄養ケア・ステーションの数は、令和 3（2021）年 4 月 1 日時点で 356 であり、策定時の 47 から約 7.5 倍となっている。
- 上記の他、助産師による、妊娠・出産・子育てをはじめ、思春期、更年期、不妊の悩み等幅広く対応している子育て・女性健康支援センターも「健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点」として新たに集計対象となった（活動拠点数 47）。
- その他、本目標に関連する取組として、日本医師会の認定健康スポーツ医制度等が挙げられる。

⑤ 健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）

- 健康格差対策に取り組む自治体について現状を把握。
- 平成 24（2012）年及び平成 28（2016）年の国民健康・栄養調査において、地域間の健康格差について調査を実施。
- 各都道府県の健康増進計画について、国と同一である項目と都道府県が独自に定めた項目がわかるように整理し、厚生労働省ホームページ「健康日本 21（第二次）分析評価事業」のページに掲載。

(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21/zoushinkeikaku/todoufukun.html)

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

① 地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）

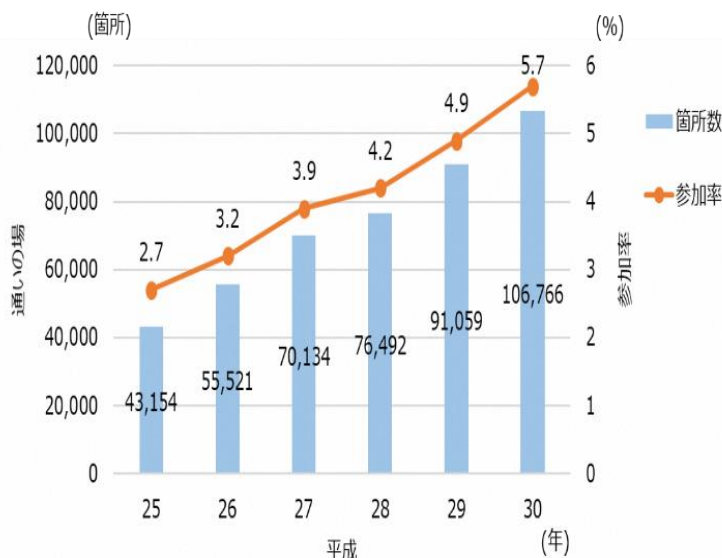
本目標項目の評価指標の評価は「C 変わらない」であった。地域包括ケアや地域共生社会という言葉が、保健医療介護の専門職や地域包括支援センターや社会福祉協議会職員、一部の住民ボランティア等の間で認知が進み、また東日本大震災後等、被災後の復興に向けた取組の中で「絆」という言葉がメディアでもよく使われた。加えて、子どもの貧困やそれへの対応として子ども食堂等、認知症対策としての認知症カフェ等の取組が広がった。しかし、これらが、この指標にどの程度寄与したのかは不明である。

② 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加

本項目の評価は、中間評価以降指標のデータ更新がないことから「E 評価困難」となった。

厚生労働白書にも「ソーシャル・キャピタル」という言葉が使われる等、この言葉は専門職には知られる言葉となった。高齢者においては、「通いの場」づくりが進み、その拠点数と参加者数は増えている。

図6：通いの場の数と参加率の推移



出典：厚生労働省老健局「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和元（2018）年度実施分）に関する調査」

③ 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業等登録数の増加

評価指標の評価は「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」であった。「健康経営」や「ブラック企業」の対極にある「ホワイト企業」等の言葉がメディア等を通じて広がり、大学生の就職活動等でも使われるようになった。こうした言葉や取組を意識する企業は増えたことが一定の寄与をしたと思われる。

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

前述のとおり、平成28（2016）年4月以降、健康日本21（第二次）策定時に設定していたデータ把握が困難となっており、最終評価における評価は「E 評価困難」となった。

ただし、地域住民の健康支援・相談等を行い、その旨を積極的に地域住民に周知している薬局（中間評価時点までの把握）、栄養ケア・ステーション、子育て・女性健康支援センターの数はそれぞれ増加しており、参考として健康サポート薬局も制度開始以降増加している。その要因として各専門職団体が、社会からの期待に応えようと努力し活動拠点数の増加に努めたこと等が考えられる。

⑤ 健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）

本目標項目の評価は「B 現時点で目標値に達していないが改善傾向にある」であった。その要因として、国が、健康格差の縮小を図るという基本的方向を明示し、それに取り組む都道府県数を数値目標として掲げ、その進捗状況を追跡調査したこと等によって、都道府県の取組の必要性

の理解と対策の実施を促したことが考えられる。

＜領域全体としての評価＞

- 行政や住民、企業、専門職団体等の意識的な努力によって、一部で取組が進んだことは間違いないと思われる。一方で、その広がりや、それによる国民の健康行動や健康状態への波及効果がどの程度なのか、その評価は、必要なデータの整備が進んでいないため容易ではない。
- 指標に関する妥当性の検証、取組による国民の健康増進のモニタリングが可能なデータの整備が望まれる。

4 今後の課題

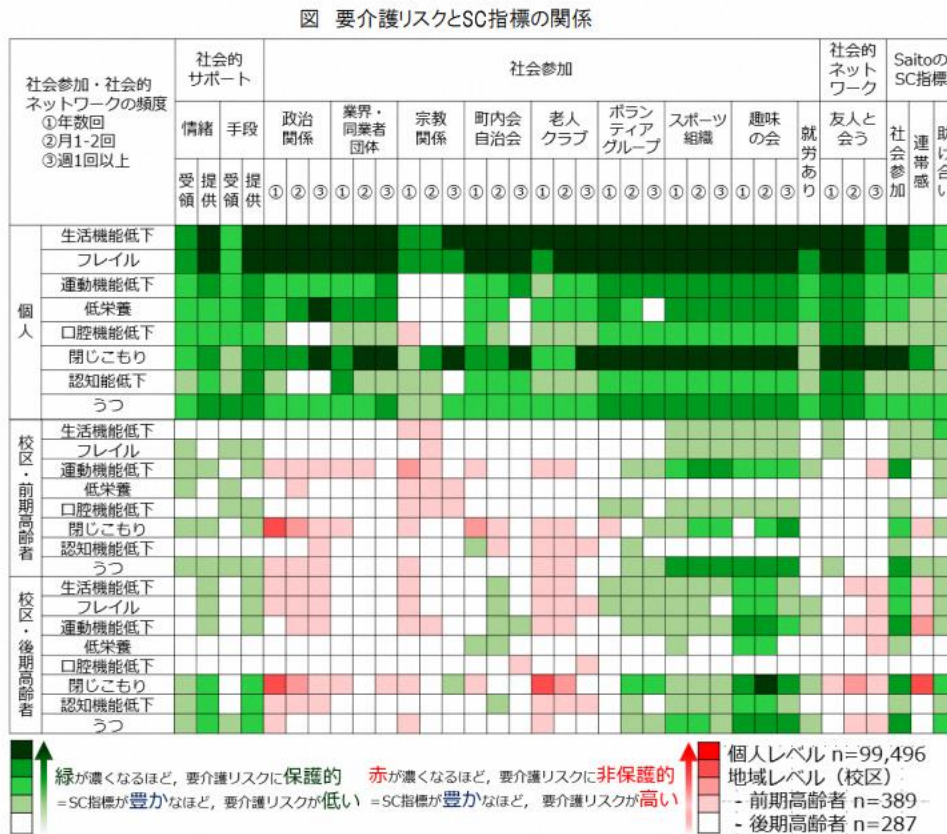
＜領域全体としての課題＞

- 健康日本 21（第二次）においては、身体活動や野菜の摂取等、生活習慣に関し目標に達成してない項目がある。生活習慣の改善は健康寿命の延伸に寄与することが示されていることから、健康寿命の延伸のためには、この分野への取組を強化することが必要である。そのためには、これまでの施策で行動変容が生じてないと思われる無関心層へのアプローチが課題であり、たとえば、平成 30（2018）年 6 月 15 日閣議決定の骨太の方針にも、「日本健康会議について、都道府県レベルでも開催の促進等、多様な主体の連携により無関心層や健診の機会が少ない層を含めた予防・健康づくりを社会全体で推進する。」、「事業所、地方自治体等の多様な主体が参加した国民全体の健康づくりの取組を各地域において一層推進する。」と記載されているように、関係省庁と連携し、無関心層が意識せずとも自然に健康になるような、社会全体として個人の健康を支え、守る環境やまちづくりに努めていくことが必要である。
- 地方自治体においては、自らの健康増進計画の評価・見直しを行い、より一層の健康増進を図っていく必要がある。
- また事業所、地方自治体、保険者等の多様な主体が参加した国民全体の健康づくりの取組を各地域において一層推進することが必要であり、その中において、経済産業省における「健康経営の取組」やスポーツ庁の「FUN+WALK PROJECT」、また、厚生労働省の「健康寿命を延ばそう！アワード」の受賞事例や前述の厚生労働科学研究による「ソーシャル・キャピタルを育てる・活かす！地域の健康作り実践マニュアル」等で紹介されている好事例を広めることなど、予防・健康づくりを社会全体でさらに推進していくことが考えられる。
- 平成 30（2018）年 5 月に開催された日本健康会議は、健康保険組合等の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等をスコアリングして経営者に通知する「健康スコアリング」の詳細設計について報告書をとりまとめた。健康スコアリングは、企業、健保組合、労働組合、産業医等の産業保健スタッフ等の横断的な推進体制を構築することを促し、被用者保険における加入者の予防・健康作りを効果的に実施することが期待される。
- スマート・ライフ・プロジェクトに関しては、参画企業数の増加を効果的に図るために、新たな参画企業等がどのような媒体で情報を取得したか、参画要因は何か等を把握し、周知方法の改善を継続して図ると共に、健康づくりに積極的に取り組むことにより企業のイメージが向上する等

の参画することによる企業のメリットを発信していく。さらに、メディアとの協力等による国民認知度の向上を通じ、さらなる国民運動化を図ることが必要である。

- 生活習慣の改善が健康寿命の延伸に寄与することは先行研究により示されているものの、都道府県・市町村レベルでの健康格差の確固たる要因の把握については、さらなる研究が必要である。しかし、生活習慣を改善することは健康寿命の延伸に寄与することが示されているため、都道府県・市町村においては、住民の生活習慣改善を目指し、社会全体で予防・健康づくりを進める環境づくりに努めていく必要がある。
- 一例を下に示すように、ソーシャル・キャピタル関連指標の中で、健康指標との関連を示す地域診断指標は一部の指標に留まることがわかっている。

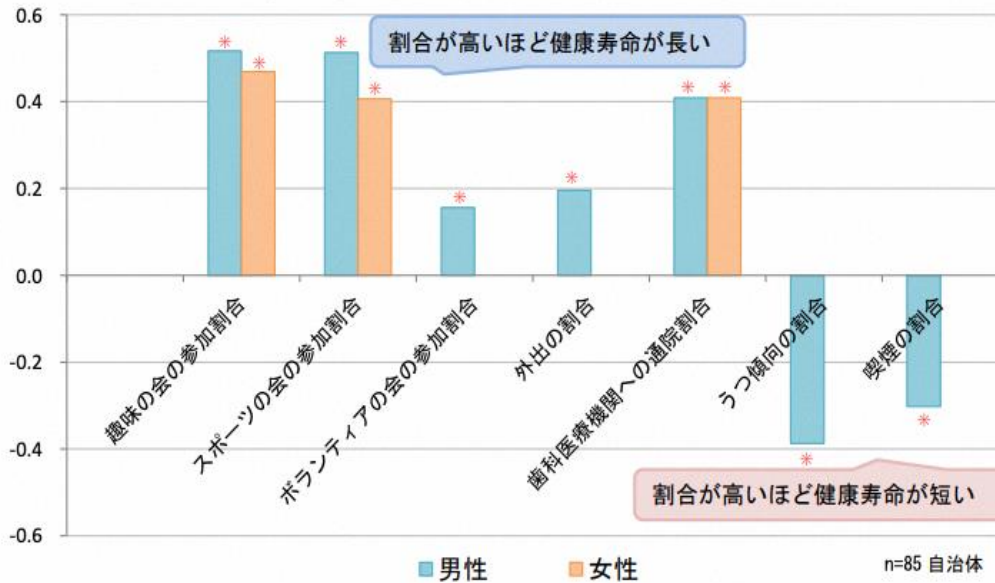
図7：要介護リスクとSC指標の関係



出典：日本老年学的評価研究

今後は、下に示すような健康寿命等、「健康日本 21（第二次）」が掲げる指標との関連のあるソーシャル・キャピタル指標を用いることが望まれる

図 8 : 健康寿命と高齢者の生活要因との関連



※ 上記の値は、重回帰分析の標準化回帰係数 (* 有意差がみられた値のみ) を示しています。値が大きいほど関連が強いことを意味します。

出典：日本老年学的評価研究

<各目標項目に係る課題>

① 地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）

- 地域包括ケア・地域共生社会の一層の推進が望まれる。
- 推進の進捗管理に用いることができる、妥当性が検証された指標の開発が望まれる。

② 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加

- 引き続き「住民組織を通じたソーシャル・キャピタル醸成・活用にかかる手引き」及び「ソーシャル・キャピタルを育てる・活かす！地域の健康作り実践マニュアル」の普及促進を図るとともに、好事例の周知により、各地域での活動の推進を促す。
- 優れた住民組織活動等について健康寿命アワードでの表彰や、健康日本 21 関連のホームページ等での紹介を行う。
- 引き続き「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」における「健康にやさしいまちづくりのための環境整備に係る実証事業」を実施し、令和 4（2022）年度以降、成果の政策への反映を健康する。

③ 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業等登録数の増加

- 今後も、スマート・ライフ・プロジェクトへの新たな参画企業等の参画経緯を把握しながら、より効果的な普及活動（スマート・ライフ・プロジェクト Web サイトから情報や啓発ツールの提供、参画企業への働きかけ等）を行う。

- 実施する各イベントのメディア等への露出増加により、国民の認知や参画企業数を増加させる。

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

- 引き続き、活動拠点数の増加を図るとともに、新たな民間団体の参画の促進を図る。拠点数だけでなく、拠点における活動内容やそれによる利用者の変化などの把握が望まれる。

⑤ 健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）

- 健康格差対策に取り組む自治体について、今後も定期的に調査を実施する。
- 健康格差対策に取り組む自治体の事例について、今後情報発信する方向で検討。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 新型コロナウイルス感染症の流行への対策として、外出制限及びそれに伴い社会参加や友人・知人との交流を控えた人は多い。調査によると、高齢者では約 6 割の回答者が、新型コロナウイルス感染症の流行前に比べ、社会参加の頻度が減ったと回答している（JAGES AMED 調査 2021）。新型コロナウイルス感染症対策のために、①地域のつながりや、②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わる国民の数は減少したと考えられる。失職を含む就業状況の変化や、収入の減少、感染への不安等他の要因もあって、新型コロナウイルス感染症以外の二次的な健康被害として、こころの健康、自殺、高齢者におけるフレイルの増加等が懸念される。
- 新型コロナウイルス感染リスクを上昇させることなく、交流や社会参加する方法として、インターネットを用いた活動が、少しずつ広がりを見せている。しかし、低所得者・低学歴者・農村的地域・高齢者等で、インターネット利用率が低いという「デジタルデバイド」が指摘されている（総務省 通信白書 2021、Kondo N, et al 2021）（JAGES WPRO 2021）。インターネット利用者は、うつ発症や糖尿病発症が 2～3 割少ないこと（Nakagomi A, et al 2020、Kondo N, et al 2021）や、令和 2（2020）年 4～5 月の緊急事態宣言期間中にビデオ通話のインターネットを介したコミュニケーション等を増やした高齢者では、約 8 ヶ月後におけるうつやフレイルが少ないこと等、インターネット利用による健康維持効果を示唆する報告が相次いでなされた（JAGES AMED 調査 2021）。今後、さらに検証が必要だが、デジタルデバイドが、新たな健康格差の要因になっている可能性がある。
- デジタルデバイドを緩和するための体験講習会や公的施設の Wi-Fi 環境の整備等が勧められているが、これらの効果を検証しつつ、インターネット利用の普及を加速することが今後の課題と思われる。

<参考文献・URL>

- 1) イチロー・カワチ他.ソーシャル・キャピタルと健康、日本評論社、2008.
- 2) 今村晴彦他.コミュニティのちから－“遠慮がち”なソーシャル・キャピタルの発見、慶応義塾大学

- 出版会、2010.
- 3) イチロー・カワチ、ブルース・P・ケネディ. 不平等が健康を損なう. 日本評論社、2004.
 - 4) 近藤克則. 健康格差社会-何が心と健康を蝕むのか. 東京：医学書院、2005.
 - 5) 川上憲人、小林廉毅、橋本英樹編. 社会格差と健康－社会疫学からのアプローチ、東京：東京大学出版会、2006.
 - 6) 近藤克則. 「健康格差社会」を生き抜く. 東京：朝日新聞出版社、2010.
 - 7) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Socioeconomic pattern of smoking in Japan: income inequality and gender and age differences. *Ann Epidemiol*. 2005; 15(5):365-372.
 - 8) Takao S, Kawakami N, Ohtsu T. Occupational class and physical activity among Japanese employees. *Soc Sci Med* 2003; 57(12): 2281-2289.
 - 9) Murakami K, Hashimoto H, Lee JS, Kawakubo K, Mori K, Akabayashi A. Distinct impact of education and income on habitual exercise: A cross-sectional analysis in a rural city in Japan. *Soc Sci Med*. 2011 Dec;73(12):1683-8.
 - 10) Murakami K, Sasaki S, Takahashi Y, Uenishi K. Neighborhood socioeconomic disadvantage is associated with higher ratio of 24-hour urinary sodium to potassium in young Japanese women. *J Am Diet Assoc*. 2009; 109(9): 1606-1611.
 - 11) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Accumulation of health risk behaviours is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan. *BMC Public Health* 2005;5(1): 53.
 - 12) Nishi N, Makino K, Fukuda H, et al. Effects of socioeconomic indicators on coronary risk factors, self-rated health and psychological well-being among urban Japanese civil servants. *Soc Sci Med* 2004; 58(6): 1159-1170.
 - 13) Nishi N, Sugiyama H, Hsu WL, et al. Differences in mortality and incidence for major sites of cancer by education level in Japanese population. *Ann Epidemiol* 2008; 18(7): 584-591.
 - 14) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Higher mortality in areas of lower socioeconomic position measured by a single index of deprivation in Japan. *Public Health* 2007;121:163-73.
 - 15) Murata C, Kondo K, Hirai H, et al. Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). *Health Place* 2008; 14(3): 406-414.
 - 16) Kawakami N, Haratani T, Kobayashi F, et al. Occupational class and

exposure to job stressors among employed men and women in Japan. J Epidemiol 2004; 14(6): 204-211.

17) Sekine M, Chandola T, Martikainen P, et al. Socioeconomic inequalities in physical and mental functioning of British, Finnish, and Japanese civil servants: role of job demand, control, and work hours. Soc Sci Med 2009; 69(10): 1417-1425.

18) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Cause-specific mortality differences across socioeconomic position of municipalities in Japan, 1973-1977 and 1993-1998: increased importance of injury and suicide in inequality for ages under 75. Int J Epidemiol 2005;34:100-9.

19) Fujimoto Y, Tamakoshi A, Iso H, et al. A nationwide cohort study of educational background and major causes of death among elderly population in Japan. Prev Med 2005; 40(4): 444-451.

20) Hirokawa K, Tsutsumi A, Kayaba K. Impacts of educational level and employment status on mortality for Japanese women and men: the Jichi Medical School cohort study. Eur J Epidemiol 2006;21:641-51.

※ 1 :

https://www.chusho.meti.go.jp/koukai/chousa/chu_kigyocnt/index.htm

※ 2 :

https://www.chusho.meti.go.jp/pamflet/hakusyo/2019/PDF/chusho/00Hakusyo_zentai.pdf

Nakagomi A, Shiba K, Kondo K, and Kawachi I. Can Online Communication Prevent Depression Among Older People? A Longitudinal Analysis. Journal of Applied Gerontology. 2020. doi: 10.1177/0733464820982147

Kondo N, Koga C, Nagamine Y editors. Ota A, Shobugawa Y, Cable N, Tajika A, Nakagomi A, Chishima I, Ide K, Ueno T, Fujihara S, Fujinami Y, Yasufuku Y, and Ando Y. Understanding the Role of Internet Access on Health and Health Equity toward Healthy Ageing in the Western Pacific Region. 2021, ISBN 978-4-9910804-3-2

- ソーシャル・キャピタル関連資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000092042.html>

- スマート・ライフ・プロジェクト

<http://www.smartlife.go.jp/>

様式2 更新日：令和4年2月27日

(領域名) (1) 栄養・食生活

背景

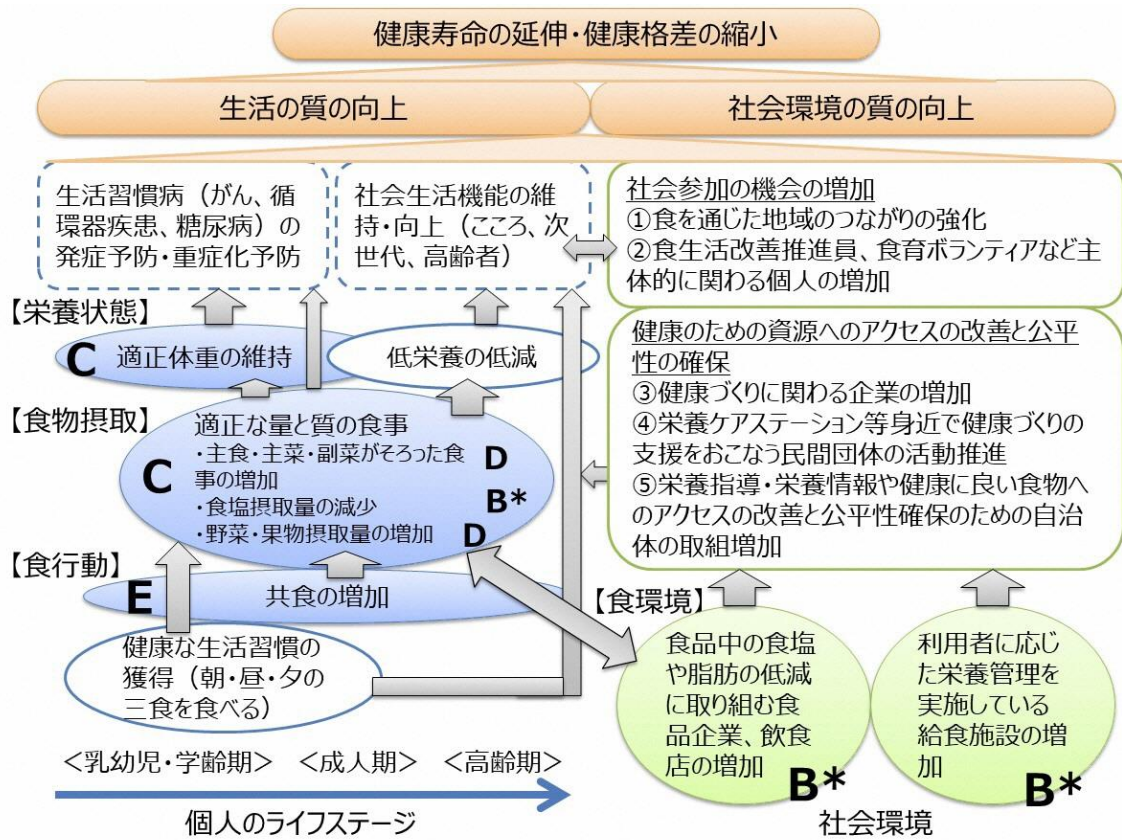
- 栄養・食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みであり、多くの生活習慣病の予防のほか、生活の質の向上及び社会機能の維持・向上の観点から重要である。
- 生活の質の向上のために、主要な生活習慣病（がん、循環器疾患、糖尿病）予防の科学的根拠があるものを中心に、栄養状態、食物摂取、食行動、食環境の目標を設定した。
- 社会環境の質の向上のために、食生活の面からも「社会参加の機会の増加」と「健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保」をすることで寄与できる。これについては、健康を支え、守るための社会環境の整備に含まれる。ここで食環境の目標としてあげた2項目は、個人の行動変容を支援するための「環境づくり」として個人の生活の質の向上に寄与すると同時に、健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保に寄与することで、社会環境の質の向上にも寄与する。

1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	0
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	2
B* Bの中で目標年度までに 目標達成が危ぶまれるもの	(内2)
C 変わらない	2
D 悪化している	0
E 評価困難	1

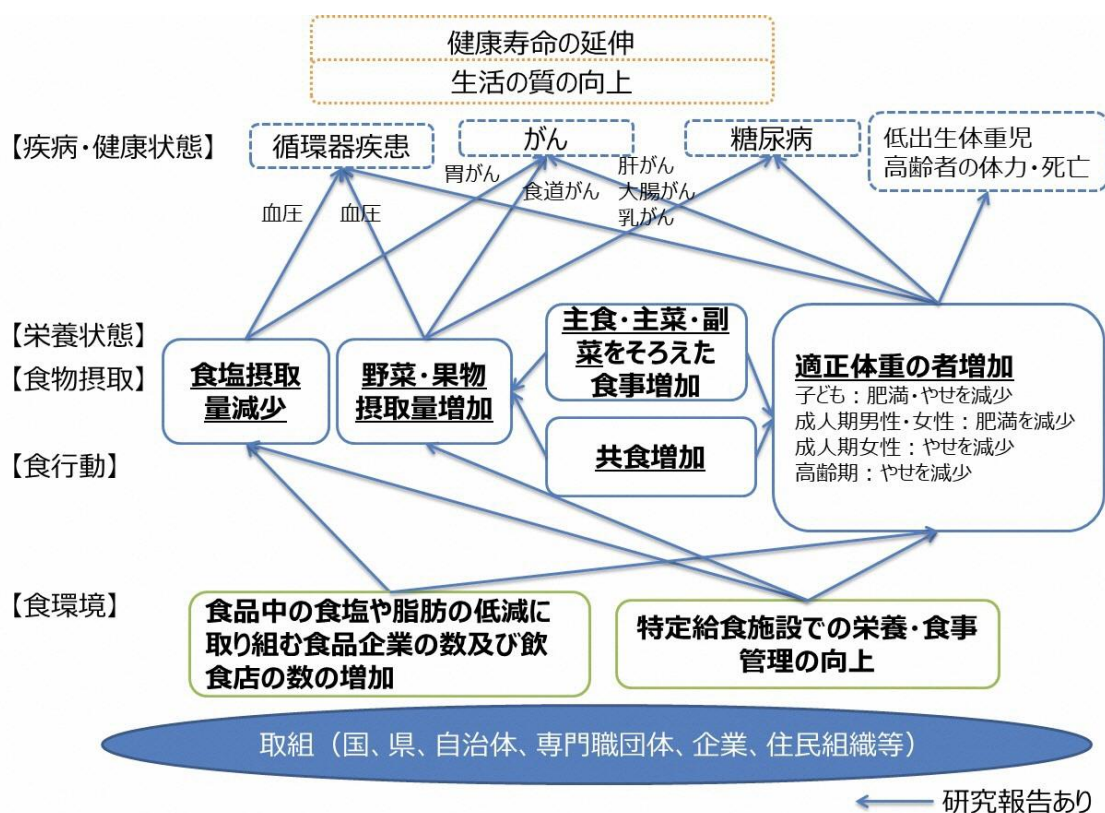
目標項目	評価
① 適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25以上）、やせ（BMI18.5未満）の減少）	C
② 適切な量と質の食事をとる者の増加	C
ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加	(D)
イ 食塩摂取量の減少	(B*)
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	(D)
野菜摂取量の平均値	(C)
果物摂取量 100g未満の者の割合	(D)
③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）	E
朝食小学5年生	(E)
朝食中学2年生	(E)
夕食小学5年生	(E)
夕食中学2年生	(E)
④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	B*
食品企業登録数	(A)
飲食店登録数	(B*)
⑤ 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	B*

図1：栄養・食生活の目標設定の考え方及び最終評価結果



出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料に最終評価結果を追記

図 2 : 生活習慣病等と栄養・食生活の目標の関連



出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

① 適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI25 以上）、やせ（BMI18.5 未満）の減少）

○ 指標設定の背景

体重は、ライフステージを通して、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強い。肥満はがん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連がある^{1) 2)}。若年女性のやせは骨量減少³⁾、低出生体重児出産⁴⁾のリスク等との関連がある。

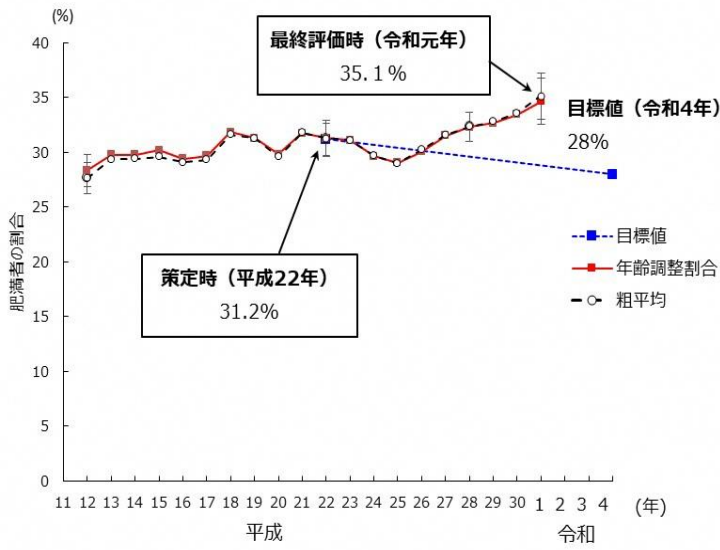
○ 今回の評価

<20 歳～60 歳代男性の肥満者の割合>

20 歳～60 歳代男性の肥満者の割合（平成 22（2010）年の調査実施人数を基準とした年齢調整割合）は、ベースラインの 31.2%（平成 22（2010）年）と比較して 34.7%（令和元（2019）年）と有意に増加し、悪化した。経年的な推移の分析では、平成 22（2010）年 31.2%から平成 25（2013）年 29.1%までは有意に減少したものの、平成 25（2013）年～令和元（2019）年 34.7%と有意に増加した。いずれの年代も同様の傾向であった。

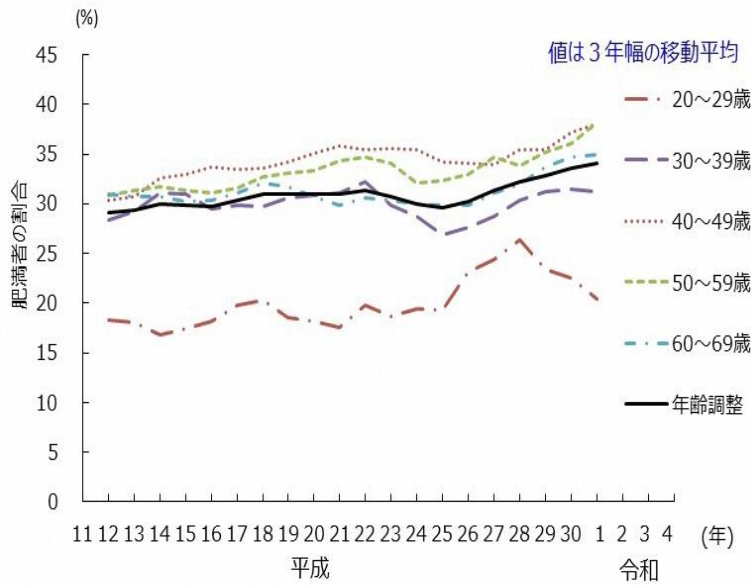
都道府県別の BMI の値について、平成 24（2012）年と平成 28（2016）年調査を比較した。都道府県間の差には大きな変化はなかった。

図3：20歳～60歳代男性の肥満者の割合の推移



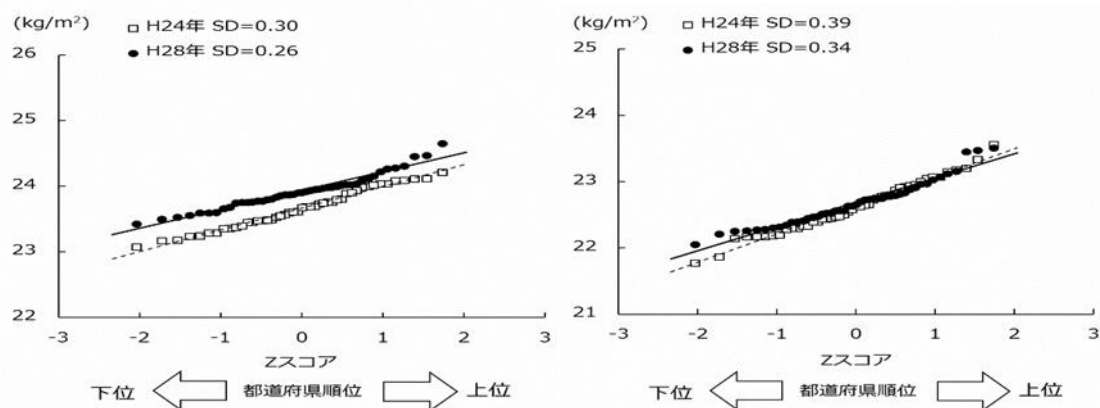
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図4：20歳～60歳代男性の肥満者の割合の推移（年齢階級別）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図5：BMIの都道府県別結果の年次比較（平成24（2012）年、平成28（2016）年）
 男性（年齢調整平均）（20～69歳） 女性（年齢調整平均）（40～69歳）

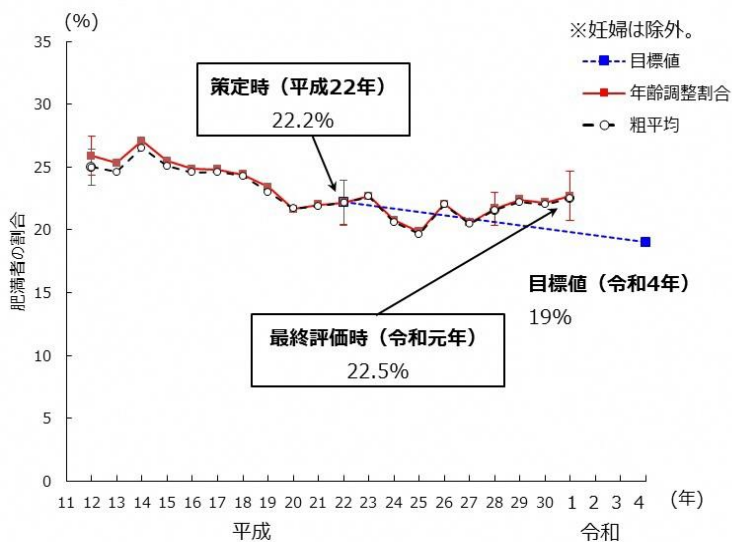


出典：厚生労働省「平成28年国民健康・栄養調査報告の概要」別紙

<40歳～60歳代女性の肥満者の割合>

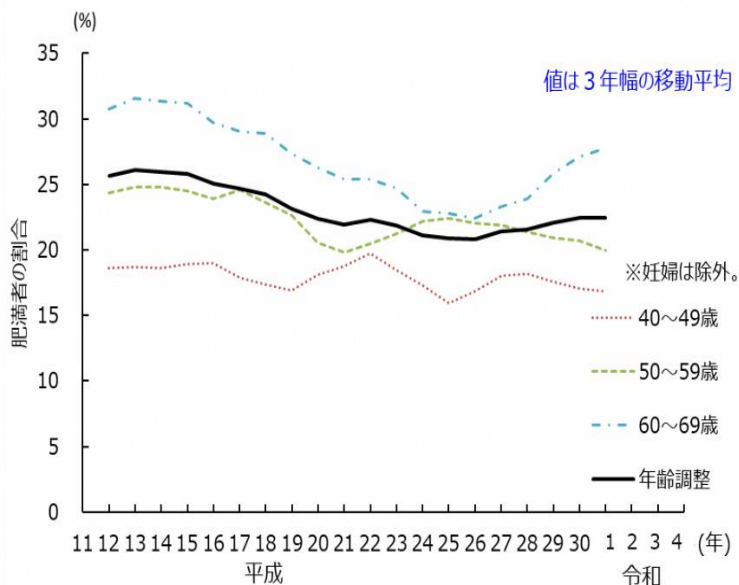
40歳～60歳代女性の肥満者の割合（平成22（2010）年の調査実施人数を基準とした年齢調整割合）は、ベースライン22.2%（平成22（2010）年）と比較して22.7%（令和元（2019）年）で有意な変化は無く、目標値に達していない。経年的な推移の分析でも有意な増減は無い。

図6：40歳～60歳代女性の肥満者の割合の推移



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図7：40歳～60歳代女性の肥満者の割合の推移（年齢階級別）

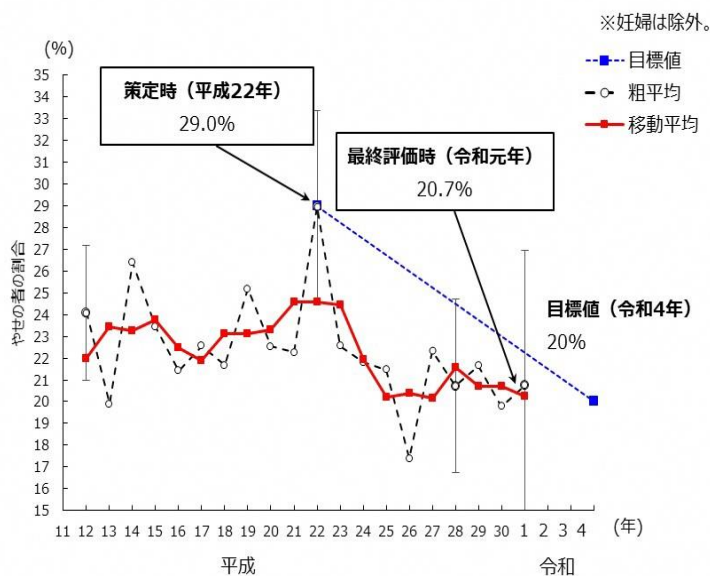


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

<20歳代女性のやせの割合>

20歳代女性のやせの割合は、ベースラインの平成22（2010）年29.0%と比較して20.7%（令和元（2019）年）と有意な変化は無く、目標値に達していない。しかし、経年的な推移の分析では、有意に減少しており、現時点では目標に達していないが改善傾向にある。対象者数が少なくばらつきが大きい結果の解釈に注意が必要である。

図8：20歳代女性のやせの割合の推移



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

② 適切な量と質の食事をとる者の増加

○ 指標設定の背景

適切な量と質の食事は、生活習慣病予防の基本の1つである。食事全体の栄養バランスの指標として、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事をとりあげた。個別の指標として、生活習慣病との関連についての科学的根拠が多い食塩摂取量、野菜・果物摂取量をとりあげた。

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

主食・主菜・副菜を組み合わせた食事は日本の食事パターンであり、良好な栄養素摂取量、栄養状態につながる事が報告されている^{5) -7)}。1日2食、主食・主菜・副菜がそろっている場合、それ以下と比べて、栄養素摂取量（たんぱく質、脂肪エネルギー比、ミネラル、ビタミン）が適正となることが報告されている⁵⁾。また、食生活指針、食事バランスガイドでも主食・主菜・副菜等の料理で1日の適量が示されており、個々の栄養素の目標を設定するよりも包括的で、国民にとっても実践しやすい目標である。

イ 食塩摂取量の減少

減塩が血圧を低下させ、結果的に循環器疾患を減少させることについては、立証されている⁸⁾。また消費者の啓発や食品中の塩分量の規制が、高血圧対策において費用対効果が高いこと⁹⁾、さらに、食塩・高塩分食品摂取が胃がんのリスクを上げることも示されている¹⁰⁾。

ウ 野菜と果物の摂取量の増加

野菜・果物の摂取量の増加は、体重コントロールに重要な役割があること¹¹⁾、循環器疾患、2型糖尿病の一次予防に効果があること¹²⁾が報告され、日本でも、果物摂取と循環器疾患との関連が報告されている¹³⁾。また、野菜・果物は、消化器系のがん、果物は肺がんに予防的に働くことが報告され¹⁴⁾、日本でも、食道がん、胃がんとの関連が示され、不足しないことが推奨されている¹⁰⁾。

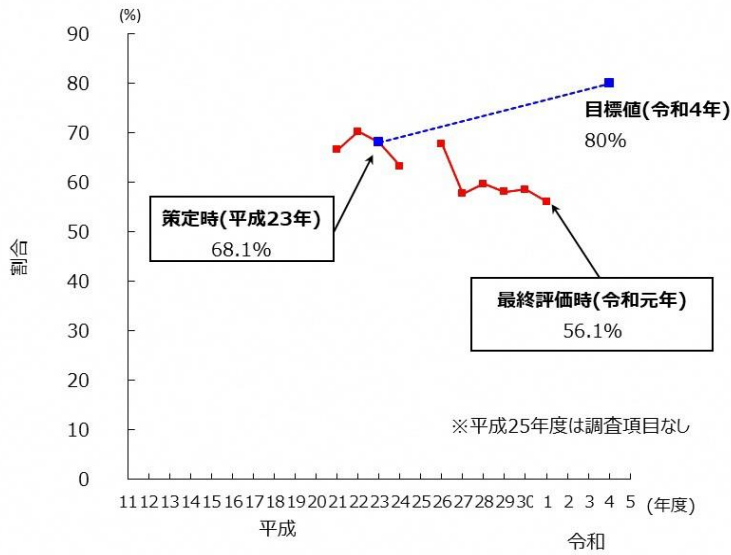
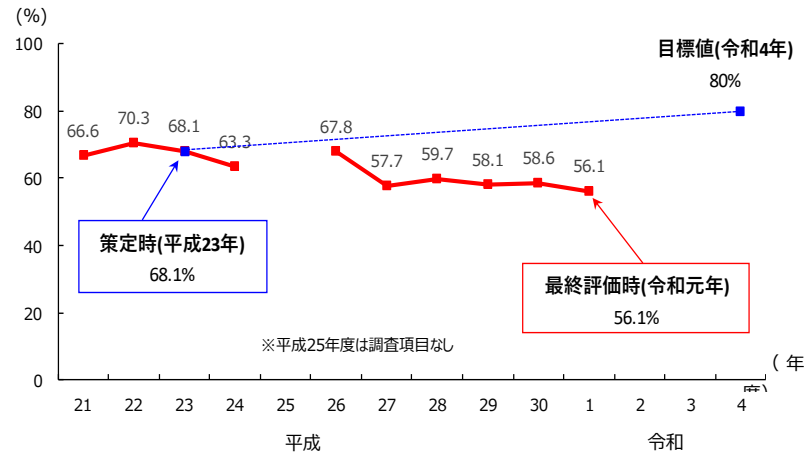
○ 今回の評価

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

主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合は、ベースラインの平成23（2011）年と比較して減少傾向であり（相対的変化-17.6%）、悪化した。

性・年代別にみると、年代による差が見られ、男女ともに20歳代、30歳代、40歳代で、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事をする人の割合が低い。しかし、推移をみると50歳代以上でもこの割合が低下しており（女性の70歳代を除く）、このままでは全体として低下傾向が続くことが予想される。

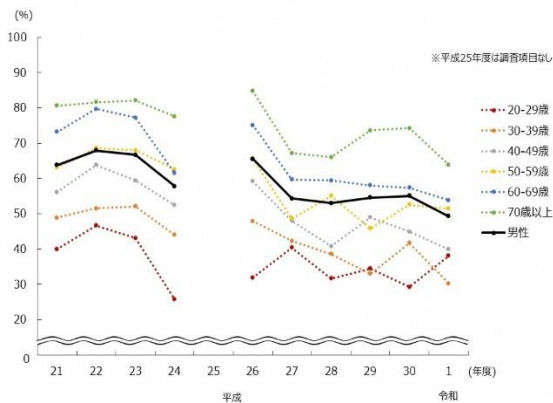
図9：主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合（20歳以上）



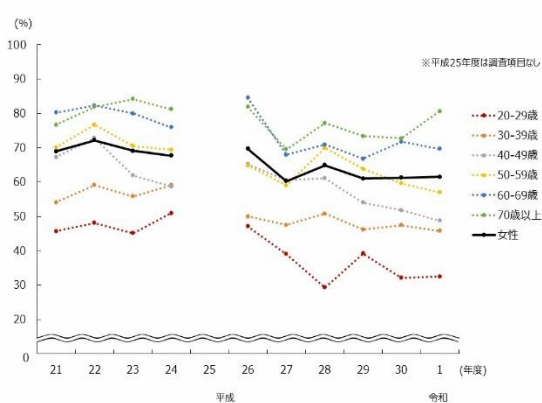
出典：内閣府「食育の現状と意識に関する調査」（平成21～22年度）、
内閣府「食育に関する意識調査」（平成23～27年度）、
農林水産省「食育に関する意識調査」（平成28年度～）

図 10：主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合
(年齢階級別)

男性



女性



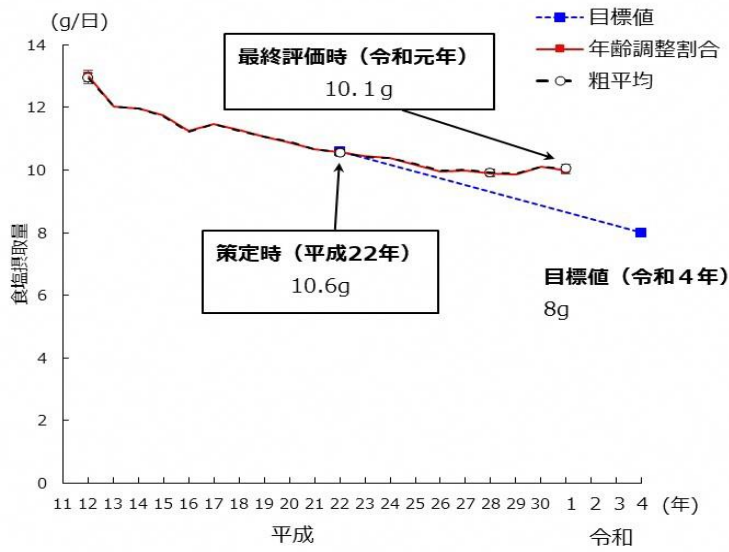
出典：内閣府「食育の現状と意識に関する調査」（平成 21～22 年度）、
内閣府「食育に関する意識調査」（平成 23～27 年度）、
農林水産省「食育に関する意識調査」（平成 28 年度～）

イ 食塩摂取量の減少

食塩摂取量の平均値（平成 22（2010）年の調査実施人数を基準とした年齢調整平均）は、ベースラインの平成 22（2010）年と比較して有意に減少したものの、目標値には達していない。また、目標年度までに目標達成することが危ぶまれる。経年的な推移の分析では、平成 22（2010）年～平成 28（2016）年は有意に減少し、平成 28（2016）年～令和元（2019）年は有意な増減が無い。男女別では、男性では平成 22（2010）年～令和元（2019）年まで一貫して有意に減少したが、女性では平成 22（2010）年～平成 27（2015）年は有意に減少し、平成 27（2015）～令和元（2019）年は有意な増減は無い。

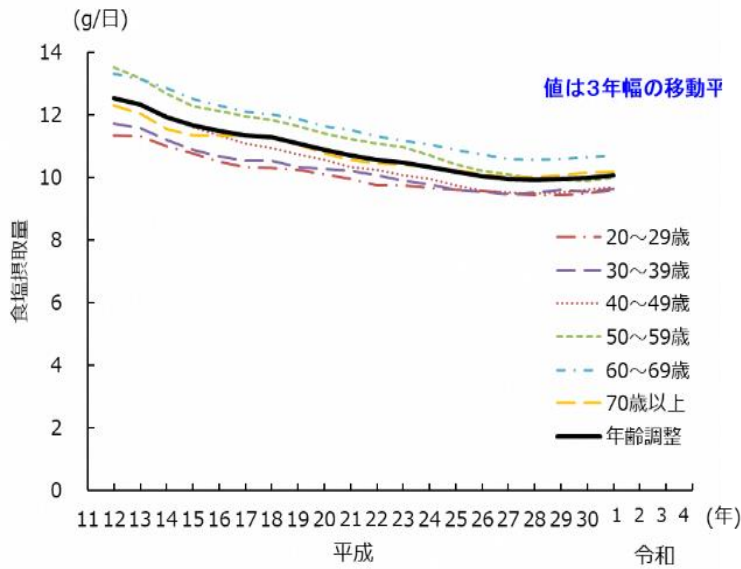
都道府県別の食塩摂取量の値について、平成 24（2012）年と平成 28（2016）年と比較すると、男性では都道府県間の差が縮小し、女性では大きな変化はない。

図 11：食塩摂取量の平均値の推移（20 歳以上）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

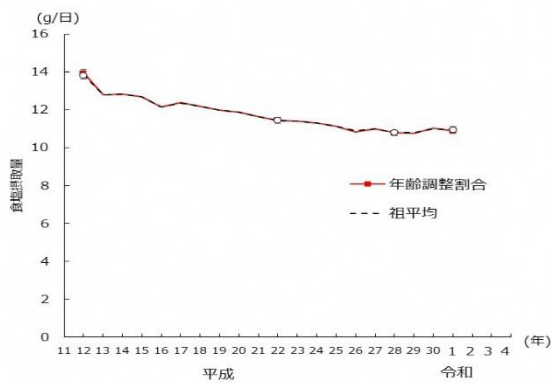
図 12：食塩摂取量の平均値の推移（年齢階級別）



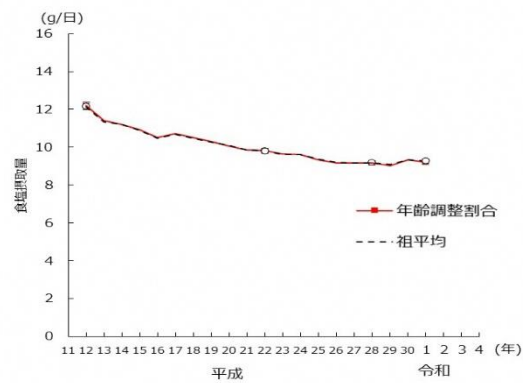
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 13 : 食塩摂取量の平均値 (20 歳以上、性別)

男性



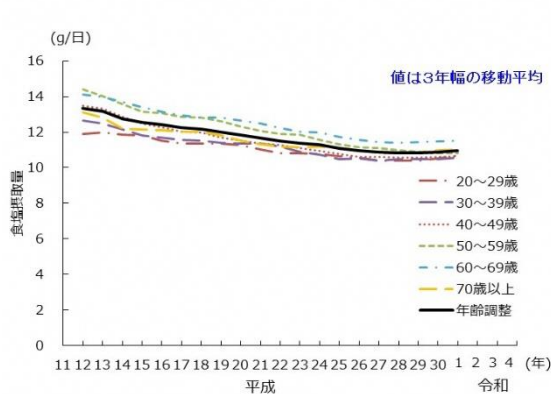
女性



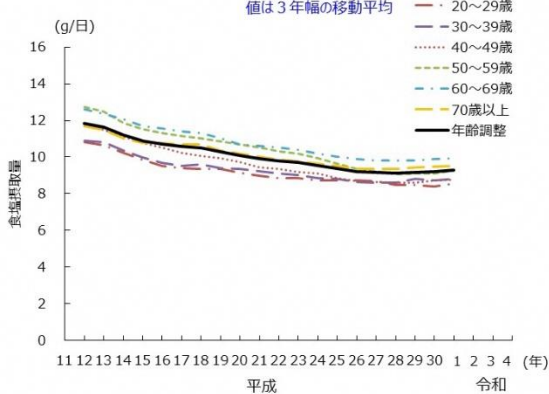
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 14 : 食塩摂取量の平均値 (性・年齢階級別)

男性



女性



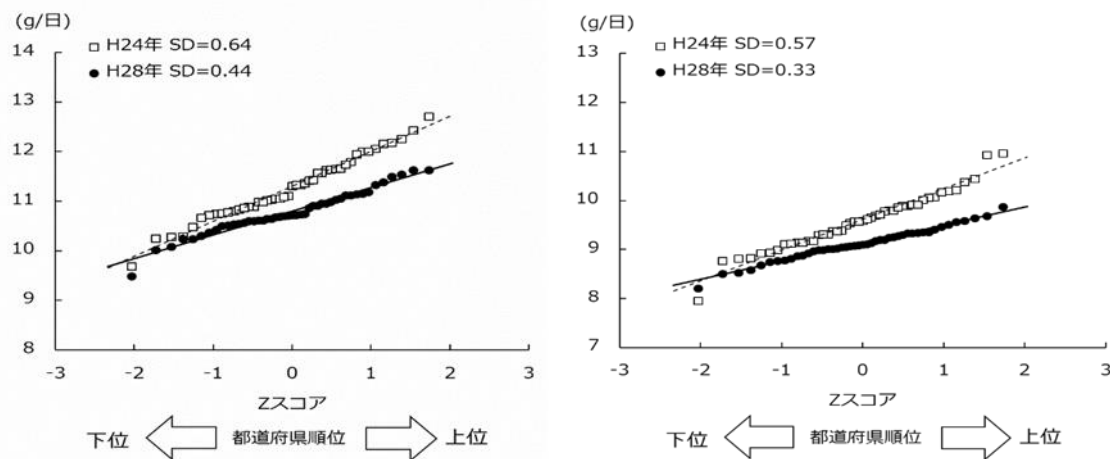
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 15：食塩摂取量の都道府県別結果の年次比較

(平成 24 (2012) 年、平成 28 (2016) 年)

男性 (年齢調整平均) (20 歳以上)

女性 (年齢調整平均) (20 歳以上)



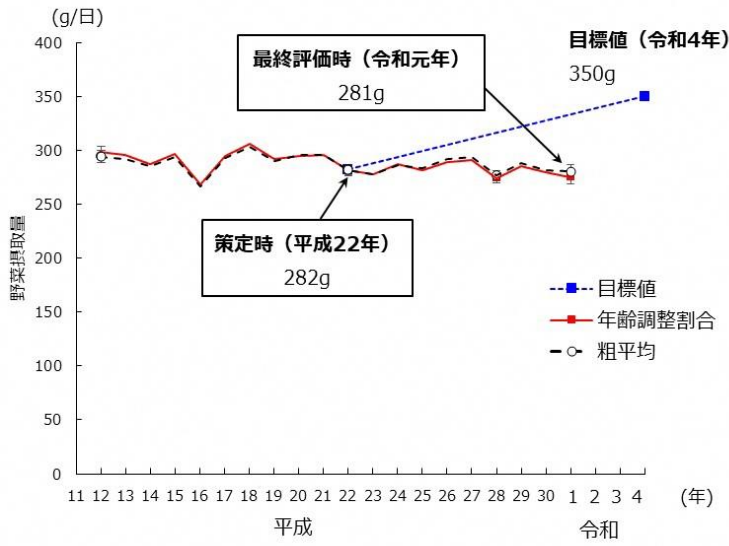
出典：厚生労働省「平成 28 年国民健康・栄養調査結果の概要」別紙

ウ 野菜と果物の摂取量の増加

野菜摂取量の平均値 (平成 22 (2010) 年の調査実施人数を基準とした年齢調整平均) は、ベースラインの平成 22 (2010) 年と比較して、有意な変化は無く、目標値に達していない。経年的な推移の分析でも有意な変化は無い。いずれの年代でも推移は同様であるが、摂取量は 20 歳代、30 歳代、40 歳代が平均値よりも少ない。男女ともに有意な変化は無かった。

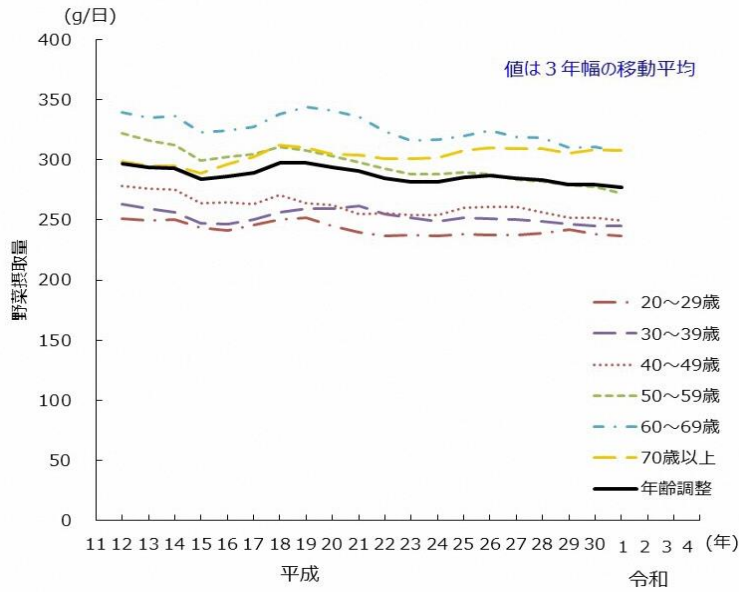
果物摂取量が 100g 未満の者の割合 (平成 22 (2010) 年の調査実施人数を基準とした年齢調整割合) は、ベースラインの平成 22 (2010) 年と比較して、有意に増加し、悪化した。経年的な推移の分析でも有意に増加した。ただし、年齢調整していない粗データの相対的な変化は 5% 以内であり、公衆衛生学的に意味のある変化幅とは言い難い。70 歳代以外の年代では推移は同様である。100g 未満の者の割合は、20 歳代、30 歳代、40 歳代が平均値より高い。男女別にみると、ベースラインとの比較、平成 22 (2010) 年から令和元 (2019) 年の経年変化は男女ともに有意に増加した。

図 16：野菜摂取量の平均値の推移（20 歳以上）



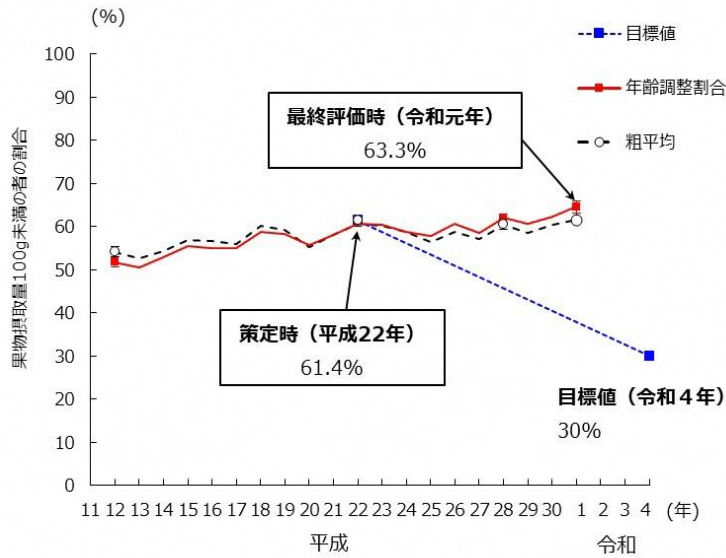
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 17：野菜摂取量の平均値の推移（年齢階級別）



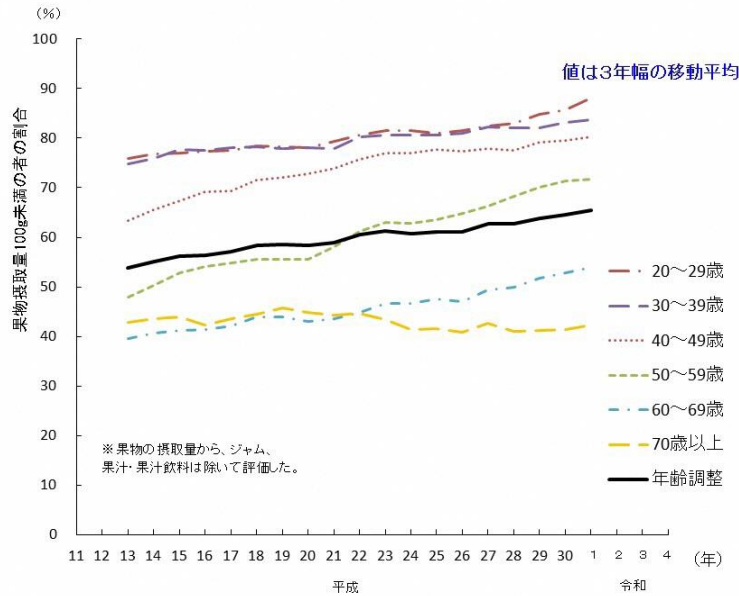
出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 18：果物摂取量 100g 未満の者の割合の推移（20 歳以上）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 19：果物摂取量 100g 未満の者の割合の推移（年齢階級別）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

③ 共食の増加（食事を 1 人で食べる子どもの割合の減少）

○ 指標設定の背景

国内外の研究で家族との共食頻度が低い児童生徒で肥満・過体重が多いことが報告されている^{15) -17)}。日本人について、孤食頻度が高い中学生は、自覚的症状の訴えが多いこと¹⁸⁾、共食頻度が高い者は、野菜・果物・ご飯を「よく食べる」者が多い等食物摂取状況が良好な傾向にあることが

報告されている¹⁹⁾。欧米では、共食頻度が高い児童・生徒ほど、野菜・果物摂取量が多く、清涼飲料水の摂取量が低く、ビタミン、ミネラルの摂取量が多いことが報告されている²⁰⁾²¹⁾。また、思春期の共食頻度の高さがその後の食物摂取状況とも関連することが報告されている²²⁾²³⁾。したがって、児童・思春期の共食を推進することは、健康状態及び栄養素等摂取量等の改善、食習慣の確立等につながると考えられる。

○ 今回の評価

食事を1人で食べる子どもの割合は、データが無いため現時点では評価困難であるが、代替調査を検討しているところである。

④ **食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加**

○ 指標設定の背景

海外の研究で、食品中の塩分量の規制が、高血圧対策において費用対効果が高いことが示されている⁹⁾。市販食品や外食の栄養成分の改善は、多くの人に影響を与え、特に食生活に対して無関心な層や時間等の条件により実行しにくい層に大きな影響をもたらすことが期待できる。

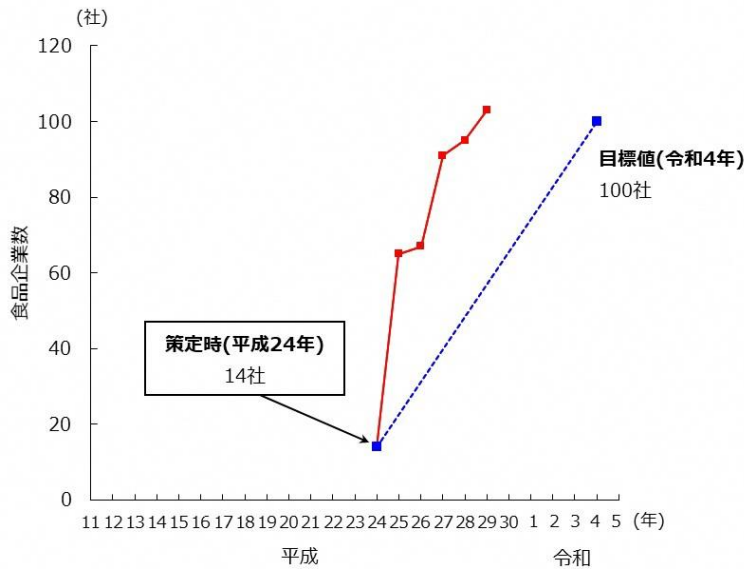
○ 今回の評価

食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数は、食品企業と飲食店に分けて集計している。

食品企業については、食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み、スマート・ライフ・プロジェクトに登録のあった企業数を把握し、中間評価の時点で目標達成した。中間評価以降の値については、今後、把握予定。

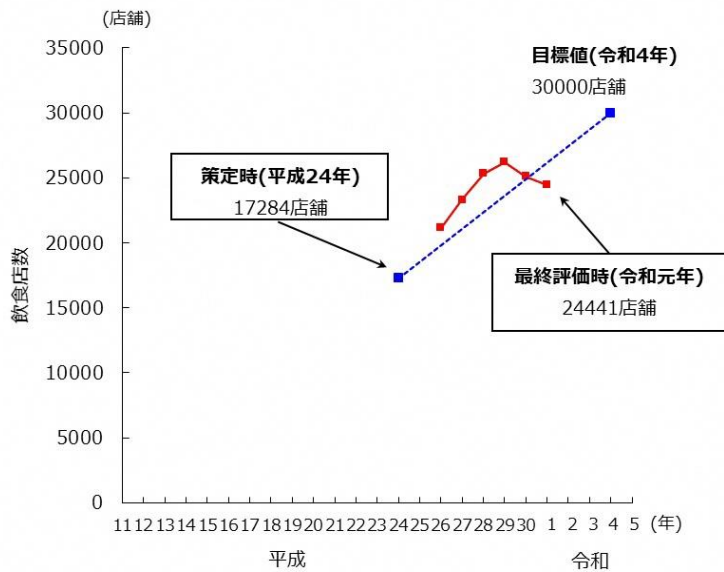
飲食店については、自治体からの報告（エネルギーや塩分控えめ、野菜たっぷり・食物繊維たっぷりといったヘルシーメニューの提供に取り組む店舗数）で把握し、ベースラインからの相対的变化率+141%であり5%を超えて改善しているが、目標を達成していない。平成30（2018）年、令和元（2019）年と減少しており、目標達成が危ぶまれる。

図 20：食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業の登録数



出典：厚生労働省健康局健康課による把握（スマート・ライフ・プロジェクトの登録企業数）

図 21：食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む飲食店の登録数



出典：自治体からの報告

⑤ 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加

○ 指標設定の背景

給食施設は、日本全国で約 8 万 4 千施設（平成 22（2010）年度衛生行政報告例）に上り、保育所、学校、事業所、病院、高齢者施設までを含む。また健康増進法において、特定給食

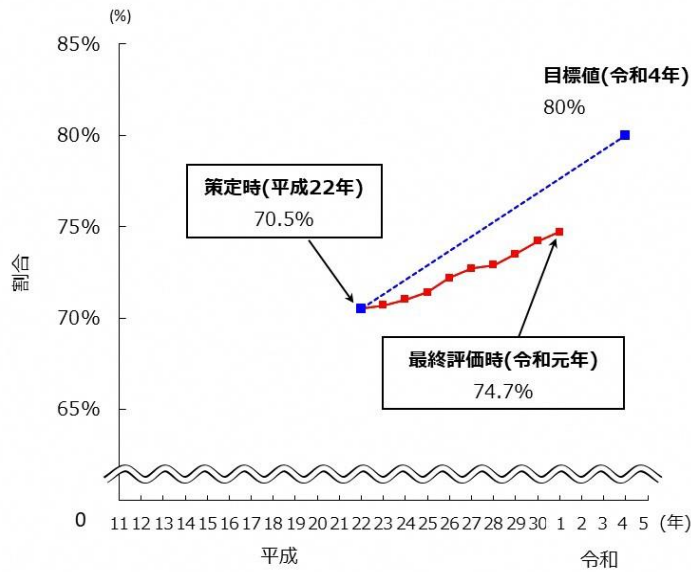
施設（継続的に1回 100食以上又は1日 250食以上の食事を供給する施設）における栄養管理が規定されている。日本の研究では、職場の給食や栄養管理の改善（提供する食事の量と質、栄養成分表示等の利用者の食事選択のための情報提供や栄養教育）が、利用者の血中脂質改善²⁴⁾、体重コントロールや関連する知識・態度・行動・食事内容の改善²⁵⁾⁻²⁸⁾に有効であることが報告されている。海外でも同様の報告がみられ²⁹⁾⁻³¹⁾、食塩摂取量減少への効果についても報告されている³²⁾。

○ 今回の評価

参考値として、管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合を指標としている。この割合は、ベースラインからの相対的変化率+6%であり5%を超えて改善しているが目標を達成していない。一方で、増加の傾きから、目標年度までに目標達成が危ぶまれる。

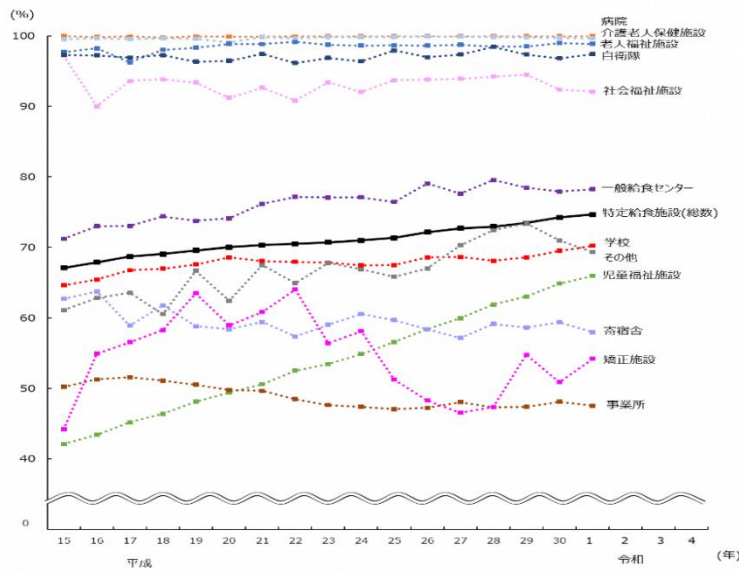
施設別の配置率の推移では、児童福祉施設、学校への配置率が増加しているのに対して、事業所は低いまま増加しておらず、改善度の差が大きい。

図 22 : 管理栄養士・栄養士を配置している特定給食施設の割合



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

図 23 : 管理栄養士・栄養士を配置している特定給食施設の割合（施設の種類別）



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

2 関連する取組

<栄養・食生活に関する取組>

国、自治体、学術団体、職能団体（栄養士会、調理師会等）、保育所、学校、病院、高齢者施設、福祉施設、事業所（職場）、食品企業、飲食店、スーパー、メディア等多様な主体が、栄養・食生活の同じ課題について、重層的に、かつ相互に支援をしながら活動を促進し合い、国民の栄養・食生活の改善をねらった。

<各目標項目に係る取組>

① 適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）

- 「日本人の食事摂取基準（2015年版）策定検討会」において、報告書を取りまとめ（平成26（2014）年3月）。同報告書において、エネルギーについては、摂取量及び消費量のバランスの維持を示す指標として、新たに体格（BMI）を採用。
- 日本人の食事摂取基準（2020年版）においてもBMI使用を踏襲し、普及を図っている。
- 食生活指針について、肥満予防に加えて若年女性のやせ、高齢者の低栄養を予防する観点から、適正体重に関する項目の内容について「適度な運動とバランスのよい食事で、適正体重の維持を。」に変更（平成28（2016）年6月改定）。
- 国民健康・栄養調査（平成24（2012）、平成28（2014）年）において、都道府県別のBMI値を公表。
- 平成27（2015）年国民健康・栄養調査結果において、20歳代女性ではやせが多いこと、主要な栄養素の摂取量が少ないことが明らかとなったことから、本調査結果を関係省庁、関係団体、管理栄養士・栄養士養成施設等に情報提供。
- 自治体への補助事業である糖尿病予防戦略事業において、事業内容の一つとして肥満予防対策を実施（平成23（2011）年度から実施）。
- 都道府県健康増進計画において肥満者の割合の減少に関する目標を設定し、地域の実情を踏まえた取組を実施（47自治体中44自治体で設定（令和元（2019）年³³⁾）。
- 食生活改善推進員等によるBMI計算尺度やメタボメジャーを活用した普及啓発の実施。
- 食品関連事業者等による外食、中食（惣菜等）、給食等でのヘルシーメニューの提供促進。

② 適切な量と質の食事をとる者の増加

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

- 食生活指針や食事バランスガイドを通じた啓発普及。
- 日本人の長寿を支える「健康な食事」の普及について「健康な食事」に関する考え方を整理したリーフレットを作成し、合わせて生活習慣病予防その他の健康増進を目的として提供する食事の目安を提示（平成27（2015）年9月）。健康な食事への接点拡大として、「健康な食事」の考え方を活用した取組を「スマートミール探訪」で紹介。
- 食生活改善普及運動（9月）において、「食事をおいしく、バランスよく」を基本テーマとして普及啓発用のポスターやポップ等を作成し、スマート・ライフ・プロジェクトのウェブサイトで提供。

- 平成 27（2015）年国民健康・栄養調査結果から、若い世代ほど主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が食べられていない傾向にあり、また外食や中食の利用割合が高いことが明らかになったことから、本調査結果を関係省庁、関係団体、管理栄養士・栄養士養成施設等に情報提供。
- 自治体への補助事業である糖尿病予防戦略事業において、事業内容の一つとして、民間産業と連携した栄養バランスのとれた食事入手しやすい環境整備、若い世代への栄養バランスのとれた食事の実践支援活動を設定。
- 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理の在り方に関する検討会報告書、配食事業者向けのガイドラインの策定・公表（平成 29（2017）年 3 月）。ガイドラインを踏まえた配食サービスの普及と利活用の推進に向けて、配食事業者向けと配食利用者向けの普及啓発用パンフレットを作成・公表（平成 30（2018）年 1 月）するとともに、事業者及び地方公共団体における先行事例を収集し、事業者及び地方公共団体向けの参考事例集を作成・公表（平成 31（2019）年 3 月）。
- 各自治体で、ヘルシーメニューの提供促進のための事業者の登録制度を普及促進（都道府県及び保健所設置市 153 自治体中 124 自治体回答、96 自治体 77.4%実施³⁴⁾）。
- 給食事業者、飲食店、中食（惣菜）事業者によるヘルシーメニューの提供。
- 「健康な食事・食環境」コンソーシアム（日本栄養改善学会、日本給食経営管理学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本肥満学会、日本公衆衛生学会、健康経営研究会、日本健康教育学会、日本腎臓学会、日本動脈硬化学会、日本補綴歯科学会、日本産業衛生学会、日本がん予防学会）は、生活習慣病予防その他の健康増進を目的として提供する食事の目安や事摂取基準等の基準を用いて、健康的な食環境整備の一環として、平成 30（2018）年からスマートミール（健康づくりに役立つ栄養バランスのとれた食事）の審査・認証を行っている（令和 3（2021）年 8 月現在、認証事業者数は 536）。

イ 食塩摂取量の減少

- 食事摂取基準において、高血圧予防の観点から望ましいとされている 6 g/日未満に近づけるため、ナトリウム（食塩相当量）の目標量を低減。平成 22（2010）年版、平成 27（2015）年版、令和 2（2020）年版の順に、成人男性 9.0 g 未満、8g 未満、7.5g 未満、成人女性 7.5 g 未満、7 g 未満、6.5g 未満に変更。
- 栄養バランスのとれた食事が様々な食事の提供場面で広がりをもって展開されるよう、「生活習慣病予防その他の健康増進を目的として提供する食事の目安」を策定し、食塩含有量の目安も提示（平成 27（2015）年 9 月）。
- 食生活改善普及運動（9 月）において、テーマの一つとして「食塩摂取量の減少」を設定し、「おいしく減塩 1 日マイナス 2 g」の普及啓発ツールを作成しスマート・ライフ・プロジェクトのウェブサイトにて提供するとともに、自治体や企業の取組事例を紹介。
- 国民健康・栄養調査（平成 24（2012）年、平成 28（2016）年）において、都道府県別の食塩摂取量の状況を公表。
- 「自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会」（令和 3（2021）年

2月設置)において、産学官等の連携体制の下、効果的な減塩アプローチ等の推進について検討。

- 予防・健康づくりに関する大規模実証事業（令和2（2020）年度～令和4（2022）年度予定）において、食塩含有量が多い外食や加工食品等を頻繁に利用している働きざかり世代を主な対象とし、特定健診の機会を活用した「尿中塩分測定（ナトリウム/カリウムの比率等）とその結果を用いた保健指導」及び「食環境整備」による食行動の変容に関する実証を実施。
- 食品表示法において、ナトリウムの量を食塩相当量として表示することを義務化（平成27（2015）年施行。5年間の経過措置後、令和2（2020）年度より全面義務化）。
- 第4次食育推進基本計画（令和3（2021）年3月決定）の目標として、「1日当たりの食塩摂取量の平均値」を設定。
- 全都道府県の健康増進計画で食塩摂取量の減少に関する目標設定。
- 外食・中食を通じたヘルシーメニュー（塩分控えめメニュー等）の提供促進の中で、減塩の食環境整備の促進。
- 各地域の食塩摂取に関する実態把握と分析を通じた、対策の立案、実施、評価。
- 保育所、学校等における給食を通じた減塩の促進。
- 食品関連事業者による減塩食品・減塩メニューの開発、販売。
- 日本高血圧学会は、減塩委員会の活動として減塩サミットを開催し、減塩食品リストを公開、減塩化の推進に成果をあげた製品の表彰（減塩食品アワード）、毎月17日を「減塩の日」（平成29（2017）年4月開始）等を実施。
- 国立循環器病研究センターは、循環器予防のための「かるしおプロジェクト」（減塩プロジェクト）として、かるしおレシピの開発、かるしお認定制度等を実施。
- 「健康な食事・食環境」コンソーシアムは、スマートミール（一食の中で、主食・主菜・副菜が揃い、野菜がたっぷり、食塩のとり過ぎにも配慮した食事）の審査・認証を行っている。

ウ 野菜と果物の摂取量の増加

- 食生活指針、食事バランスガイドを通じた啓発普及。
- 栄養バランスのとれた食事が様々な食事の提供場面で広がりをもって展開されるよう、「生活習慣病予防その他の健康増進を目的として提供する食事の目安」を策定し、副菜からの野菜摂取量の目安を提示。
- スマート・ライフ・プロジェクトにおいて、食生活の具体的アクションとして、1日に+1皿（約70g）の野菜をとることを推奨。
- 食生活改善普及運動（9月）において、テーマの一つとして「野菜と果物の摂取量の増加」を設定し、「毎日プラス1皿の野菜」の普及啓発ツールを作成しスマート・ライフ・プロジェクトのウェブサイトを提供するとともに、自治体や企業の取組事例を紹介。
- 第4次食育推進基本計画の目標として、「1日当たりの野菜摂取量の平均値」及び「1日当たりの果物摂取量100g未満の者の割合」を設定。
- 全都道府県の健康増進計画で野菜・果物の摂取量の増加に関する目標設定³³⁾。

- 各自治体で、ヘルシーメニューの提供促進のための事業者の登録制度を普及促進（都道府県と保健所設置市 153 自治体中 124 自治体回答、96 自治体 77.4%実施³⁴⁾）。
- 給食事業者、飲食店、中食（惣菜）事業者によるヘルシーメニュー（野菜たっぷり・食物繊維たっぷりメニュー等）の提供。

③ 共食の増加（食事を 1 人で食べる子どもの割合の減少）

- 「第 3 次食育推進基本計画」（平成 23（2011）～平成 27（2015）年度の 5 年計画）の重点課題の一つとして、「家庭における共食を通じた子どもへの食育の推進」が掲げられたことを踏まえ、関係省庁と連携した取組を実施。「第 4 次食育推進基本計画」（令和 3（2021）～令和 7（2025）年度の 5 年計画）でも引き続き、朝食又は夕食を家族と一緒に食べる「共食」の回数を増やすことを目標とされている。
- 「健やか親子 21(第 2 次)」(平成 27（2015）年 4 月開始)において、「家族等誰かと食事をする子どもの割合」を参考とする指標として設定。

④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加

- 食生活改善普及運動（9 月）において、テーマの一つとして「食塩摂取量の減少」を設定し、「おいしく減塩 1 日マイナス 2 g」の普及啓発ツールを作成しスマート・ライフ・プロジェクトのウェブサイトにて提供するとともに、自治体や企業の取組事例を紹介。
- 「自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会」（令和 3（2021）年 2 月設置）において、関係省庁との連携の下、産学官等の連携体制による効果的な減塩アプローチ等の推進について、検討し報告書を取りまとめた（令和 3（2021）年 6 月）。
- 各自治体で、ヘルシーメニューの提供促進のための事業者の登録制度を普及促進（都道府県と保健所設置市 153 自治体中 124 自治体回答、96 自治体 77.4%実施³⁴⁾）。
- 食品事業者による減塩食品・減塩メニューの開発、販売。
- 給食事業者による減塩メニューの提供普及。
- 日本高血圧学会で、減塩委員会の活動として、減塩サミットを開催し、減塩食品リストを公開、減塩化の推進に成果をあげた製品の表彰（減塩食品アワード）、毎月 17 日を「減塩の日」（平成 29（2017）年 4 月開始）等を実施。
- 国立循環器病研究センターで、循環器予防のための「かるしおプロジェクト」（減塩プロジェクト）として、かるしおレシピの開発、かるしお認定制度等を実施。

⑤ 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加

- 「地域における行政栄養士による健康づくり及び栄養・食生活の改善の基本指針」（平成 25（2013）年 3 月 29 日厚生労働省健康局がん対策・健康増進課長通知）及び「特定給食施設における栄養管理に関する指導・支援等について」（令和 2（2020）年 3 月 31 日厚生労働省健康局がん対策・健康増進課長通知）等を実施。

働省健康局健康課長通知)において、特定給食施設における管理栄養士・栄養士の配置促進に関する取組を推進することについて都道府県等に対し技術的助言を行っている。

- 保育所保育指針に食育の推進を位置づけ(平成20(2008)年)、保育所等での食育の取組を促進。その後、保育所等における栄養管理加算の創設及び拡充により栄養士の配置や栄養管理(アレルギー対応、食育)の推進。
- 学校における食育の推進。「食育基本法」(平成17(2005)年)、「食育基本計画」(平成18(2006)年)の策定に伴い、「学習指導要領」(平成20(2008)年改訂)に「食育の推進」が盛り込まれるとともに、「学校給食法」(平成21(2009)年施行)により、給食の目的に「食育の推進」が位置付けられた。栄養教諭(平成17(2005)年導入)の配置促進。
- 都道府県、保健所設置市において、健康増進法に基づき、栄養指導員による特定給食施設への指導・支援を実施。
- 都道府県等において、給食施設に対する研修会の実施。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

① 適正体重を維持している者の増加(肥満(BMI25以上)、やせ(BMI18.5未満)の減少)

本目標は、3つの指標からなり、全体の評価は、「C 変わらない」であった。

- 20歳～60歳代男性の肥満者の割合は、「D 悪化している」であった。
- 40歳～60歳代女性の肥満者の割合は、「C 変わらない」であった。

20歳～60歳代男性の肥満者の割合は、健康日本21(第一次)では、24.3%(平成9(1997)年)から31.7%(平成21(2009)年)に有意に増加し、健康日本21(第二次)が始まって以降、平成22(2010)年31.2%から平成25(2013)年29.1%までは、有意に減少したものの、平成25(2013)年から令和元(2019)年34.7%へ有意に増加した。40歳～60歳代女性の肥満者の割合は、健康日本21(第一次)では、25.2%(平成9(1997)年)から21.8%(平成21(2009)年)に有意に減少し、健康日本21(第二次)では、変化が見られなかった。

取組との関係では、メタボリックシンドロームの概念の導入と浸透、平成20(2008)年の特定健診・保健指導の制度導入により、平成22(2010)年～平成25(2013)年までの減少に寄与した可能性がある。その後の増加についての要因は明らかではないが、平成25(2013)年～令和元(2019)年の国民健康・栄養調査でみた年代別エネルギー摂取量が一貫して増加しているものではないため、エネルギー消費量の減少が要因の一つであると考えられる。

食事摂取基準の改定、食生活指針の改定、食品表示法の施行等の施策展開や、自治体の健康増進計画での目標設定及び推進だけでは、エネルギー消費量を上げて肥満を予防・改善することへの行動変容が起こらなかったためと考えられる。また、都道府県間の差は縮小せず、依然として差が見られ、データの見える化のみでは格差の縮小効果が見られないと考えられる。

○ 20 歳代女性のやせの割合は、「C 変わらない」であった。

健康日本 21（第一次）では、23.3%（平成 9（1997）年）から 22.3%（平成 21（2009）年）で変化は見られなかった。健康日本 21（第二次）では、ベースラインの平成 22（2010）年の値が 29.0%と高かったため、令和元（2019）年の 20.7%と比較して改善傾向にあると判定された。しかし、健康日本 21（第一次）の開始時からほぼ 20%前後で推移していることから大きな改善はしていないと考えられる。

令和元（2019）年国民健康・栄養調査結果において、20 歳台及び 30 歳台の若年女性のやせの者の栄養・食生活の状況は、普通体重及び肥満の者に比べて肉類の摂取量が少なく、乳類の摂取量が多い傾向がみられ、その他のエネルギー・栄養素及び食品群別摂取量では体格による顕著な違いはみられなかった。一方、食習慣改善の意思については、体格による違いがみられ、食習慣改善の意思がない者の割合は、やせの者で最も高く 7 割を超えており、若年女性のやせの者では、やせていることを健康問題ととらえていない可能性が示唆される。また、食生活に影響を与えている情報源については、やせ及び普通の者では「家族」・「テレビ」と回答した者の割合が高く、肥満の者では「ソーシャルメディア」・「家族」と回答した者の割合が高かった。若年女性においては、体格にかかわらず、身近な人間関係やメディアを始め、多様な情報源が食習慣に影響を与える可能性があることに鑑み、こうした多様な情報源から正しい情報提供が行われることが重要と考えられる（自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会報告書）。

取組との関係では、国では食事摂取基準の改定や自治体等への国民健康・栄養調査結果の周知、食生活指針の改定がなされたが、若年女性が改善に向けた行動変容に至るまでの取組がなされなかったことによると考えられる。

② 「適切な量と質の食事をとる者の増加」

本目標は、3 つの指標からなり、全体の評価は、「C 変わらない」であった。

○ 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が 1 日に 2 回以上の日がほぼ毎日の者の割合は、「D 悪化している」であった。

特に若い年代で、この割合が低く、男女とも全ての年代（70 歳代女性を除く）でこの割合が低下していることが要因である。

取組との関係では、若い年代が利用することを考慮し、食環境整備による給食や外食等でのヘルシーメニュー提供が促進されたものの、カバー率が十分でないこと、消費者に選択されていない可能性がある。令和元年の国民健康・栄養調査では、食習慣の改善に「関心がない」「関心はあるが改善するつもりはない」者（無関心層）が男性 40%、女性 35%いたことから一定の層では意識の課題が考えられる。一方で、健康的な食習慣の妨げとなる点として、無関心層では「特にない」が多く、「改善するつもりである」層は「仕事（家事育児）が忙しくて時間がない」が多いことから、改善意欲があっても環境的な要因でできないことも考えられる。

- 食塩摂取量の平均値は、「B* 現時点では目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標達成が危ぶまれる）」であった。

健康日本 21（第一次）では、13.5g（平成 9（1997）年）から 10.7g（平成 21 年）に有意に減少した。さらに、健康日本 21（第二次）では、10.6g（平成 22（2010）年）から 10.1g（令和元（2019）年）に有意に減少した。男女別では、男性では平成 22（2010）年～令和元（2019）年まで一貫して有意に減少したが、女性では平成 22（2010）年～平成 27（2015）年は有意に減少し、平成 27（2015）～令和元（2019）年は有意な増減は無い。都道府県別に改善度に差がみられ、平成 24（2012）年に摂取量が多かった都道府県で改善したため、格差が縮小したと考えられる。

取組との関係では、国、自治体、事業者、学会が一連の取組を実施したことが減少につながった可能性がある。特に、平成 24（2012）年に摂取量が多かった都道府県で平成 28（2016）年に減少していることから、国が都道府県別の食塩摂取量を公表したことを受けて、都道府県での取組が進んだことが考えられる。

- 野菜と果物の摂取量の増加については、2つの指標からなり、「D 悪化している」であった。
- 野菜摂取量の平均値は、「C 変わらない」であった。

健康日本 21（第一次）では、292g（平成 9（1997）年）から 295g（平成 21（2009）年）と有意な変化は見られなかった。健康日本 21（第二次）では、282g（平成 22（2015）年）から 275g（令和元（2019）年）と有意な変化は見られなかった。全ての年代で目標（350g）に達しておらず、変化していないことが要因である。また、若い年代で摂取量が少ないことが平均値を下げている。

取組との関係では、国、自治体、事業者等で、食環境整備、行動変容のための取組が実施されたが、実際の行動変容や摂取量の増加には影響していないと考えられる。

- 果物摂取量 100g 未満の者の割合は、「D 悪化している」であった。

70 歳代以外の全ての年代で、100g 未満の者の割合が増加していることが要因である。

果物に特化した取組は少ないことから、果物摂取量の増加に貢献する効果が見られていないと考えられる。

③ 共食の増加（食事を 1 人で食べる子どもの割合の減少）

評価のためのデータを収集する調査が、ベースライン後に無くなったため、中間評価も別の調査に質問を入れることで対応したが、最終評価に当たっても該当する調査が無く、「E 評価困難」であった。

④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加

本目標は、2つの指標からなり、全体の評価は「B* 現時点で目標に達していないが、改善傾向にある（目標年までに目標達成が危ぶまれる）」であった。

○ 食品企業登録数

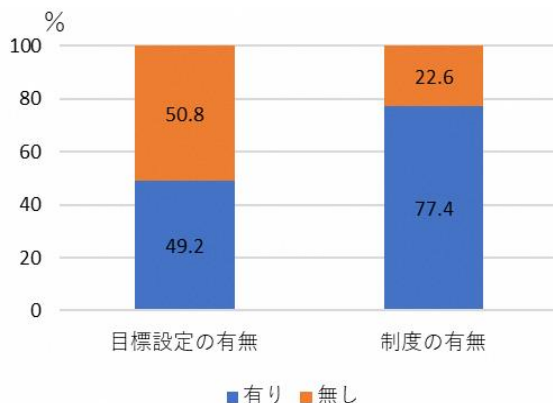
食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み、スマート・ライフ・プロジェクトに登録のあった企業数は目標に達した。この要因としては、企業が食品中の食塩の低減を推進することを、国、学会等が後押ししたことが効果的であったと考えられる。また、学会等では、日本高血圧学会が減塩食品リスト公表や減塩サミット開催、国立循環器病研究センターがかかるしおプロジェクト実施し、食品中の減塩の必要性を普及した。国では、スマート・ライフ・プロジェクトでの表彰、食品の栄養成分表示の義務化（ナトリウムは食塩相当量での表示）を実施した。

○ 飲食店登録数

食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み、自治体から報告された店舗数（エネルギーや塩分控えめ、野菜たっぷり、食物繊維たっぷりといったヘルシーメニューの提供に取り組む店舗数）は、現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある。しかし、近年、登録数が減少しており、目標年度までに目標達成が危ぶまれる。改善傾向にある要因として、飲食店等がヘルシーメニューを提供することを、自治体、国、学会等が後押ししたことが効果的であったと考えられる。加えて、国は、健康日本 21（第二次）の実施とともに、自治体の栄養士向けに、行政栄養士の業務指針を改定し、自治体での実態把握と分析を強化し、都道府県と保健所設置市の役割として食環境整備の推進を位置付けた。自治体では、全都道府県の健康増進計画で食塩摂取量の減少に関する目標設定がされた。また、令和 2（2020）年に厚生労働省の研究班が実施した調査では、全国の都道府県と保健所設置市のうち 77%で外食・中食を通じたヘルシーメニューの提供促進の制度があり、制度がある場合の対象は外食 97.9%、中食（持ち帰り弁当や総菜）90.6%と、ともに高かった。

また、国は、健康な食事の普及の一環として、事業者等が生活習慣病予防・健康づくりを目的として提供する食事の目安を提示（650kcal 未満の場合、1食当たり食塩相当量 3g 未満）した。健康な食事を展開する学会等の取組として、日本栄養改善学会・日本給食経営学会等 13 学協会のコンソーシアムによる「健康な食事・食環境」認証制度が開始された。

図 24：飲食店における健康的な食事や健康・栄養情報の提供



出典：令和 2（2020）年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者：辻一郎）分担研究報告書 食行動・栄養摂取の地域格差縮小に向けた研究—自治体における飲食店等を対象とした食環境整備制度の設定状況と関連要因（都道府県、保健所設置市 153 自治体に調査票を郵送し 124 自治体から回答を得た）

⑤ 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加

本目標の評価は、参考指標である「管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合」を用いて評価し、「B* 現時点で目標に達していないが、改善傾向にある（目標年までに目標達成が危ぶまれる）」である。改善傾向にある要因として、児童福祉施設、学校で、配置が促進されたことがある。

一方で、目標年までの達成が危ぶまれる要因として、事業所では配置が進んでいないことがある。

取組との関係では、給食施設での管理栄養士・栄養士の配置を促進する自治体、国の後押しがあったことが影響していると考えられる。都道府県・保健所設置市では、健康増進法に基づき特定給食施設の栄養管理を指導・支援し、また栄養管理報告書の提出を求めており、その一環として、管理栄養士・栄養士の配置が進められた。国は、都道府県・保健所設置市から特定給食施設での管理栄養士・栄養士の配置等の報告を求めており、モニタリングしている。特に、児童福祉施設では、保育所等での食育の位置づけや栄養管理加算の拡充等による配置促進、学校では食育の推進や栄養教諭制度の確立により配置促進が進んだと考えられる。一方、事業所で配置が進まない背景に、健康増進法では、継続的に 1 回 500 食以上又は 1 日 1,500 食以上提供する給食施設では管理栄養士を配置しなければならないとされているが、それに満たない事業所での配置が進まないことが考えられる。

<領域全体としての評価>

- 健康日本 21（第一次）から継続して目標として設定されている適正体重、食塩摂取量、野菜摂取量に関しては、食塩摂取量は減少、野菜摂取量は変化無しであった。適正体重については、

20～60 歳代男性の肥満は第一次で増加し、第二次に入って一時減少したものの増加に転じた。40 歳～60 歳代女性の肥満は第一次で改善し、第二次に変化無しに、20 歳代女性のやせは第一次で変化無しから第二次で改善したがこの 20 年間の割合に大きな変化はみられない。

- 健康日本 21（第二次）で追加設定された食環境に関する目標 2 項目は、改善傾向にある。食物摂取では、食塩摂取量は改善傾向にあるが、主食・主菜・副菜をそろえた食事、野菜・果物摂取量の増加は変化無し又は悪化した。栄養状態としての適正体重の維持は、変化無しであった。
- 食環境の目標である、食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業、飲食店の増加については、特に食塩の低減について自治体や学会等でも多くの取組が実施されたことが影響した可能性がある。そのことが全体として、食塩摂取量の減少につながった可能性がある。また、国が都道府県ごとに食塩摂取量を把握公表したことは、摂取量が多かった自治体の取組を促進した可能性がある。
- 適正体重の維持は、特に 20 歳～60 歳代男性の肥満者割合で平成 25（2013）年から増加が見られたことについて、増加した自治体の特徴の把握、集団の特徴の把握等の要因分析が必要である。
- 主食・主菜・副菜をそろえた食事、野菜・果物摂取量の増加は、国全体の一貫した運動として十分でなかったと考えられる。また、主食・主菜・副菜をそろえた食事、野菜・果物の摂取量が多い食事は、食費がかかる（Fukuda, Ohkubo）。そのため、特に所得が低い世帯では成人、子どもともに副菜の材料である野菜類、主菜の材料である肉類、魚介類の摂取量が少ないことが示されており（Nishi N, Murayama N）、国全体の運動だけでは改善できない可能性がある。栄養・食生活分野全体として、社会経済的要因等による影響の実態把握と分析が必要である。

<文献>

Fukuda Y, Hiyoshi A. High quality nutrient intake is associated with higher household expenditure by Japanese adults. *BioScience Trends*. 2012; 6(4):176-182.

Ohkubo H, Murakami K, Sasaki S. Monetary value of self-reported diets and associations with sociodemographic characteristics and dietary intake among Japanese adults: analysis of nationally representative surveys. *Public Health Nutr*. 2016; 19(18): 3306-3318.

Nishi N, Horikawa C, Murayama N. Characteristics of food group intake by household income in the National Health and Nutrition Survey. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2017; 26(1): 156-159.

Murayama N, Ishida H, Yamamoto T, Hazano S, Nakanishi A, Arai Y, Nozue M, Yoshioka Y, Saito S, Abe A. Household income is associated with food and nutrient intake in Japanese schoolchildren, especially on days without school lunch. *Public Health Nutr*. 2017; 20(16): 2946-2958.

4 今後の課題

<領域全体としての課題>

- 実態把握と分析として、都道府県間等の地域間格差とその要因の把握の他、多様な社会経済背景やライフスタイルの中でどのような集団に課題が大きいのかの把握をさらに進めることが必要であ

る。国民全体とともに、課題が大きい集団に焦点をあてた対策が必要である。

- 取組と効果の関連を予測した計画、モニタリング・評価の仕組みが必要である。どのような取組が効果があり、効果が無かったかの分析、特に食環境整備の効果の把握が課題である。
- 各主体の取組がつながるような仕組みが必要である。健康日本 21（第二次）の減塩の取組の例では、国、自治体、学会が事業者の取組を後押し、減塩の食環境整備につながっている。
- 誰もが自然に健康になれる社会環境（食環境を含む）と、国民の行動変容につながる取組が課題である。健康寿命延伸プラン（令和元（2019）年5月）には、栄養サミット 2020 を契機とした食環境づくりに取り組むこと、令和 2（2020）年、令和 3（2021）年の「成長戦略フォローアップ」には、健康無関心層も含め自然に健康になれる食環境づくりの推進に向けて産学官等の連携体制を構築し、総合的な施策を講じていくことが記載されており、その確実な実施が求められている。
- 寿命の延伸に向けた身体機能の維持・向上のために、国民にとって参加・継続しやすい栄養・運動・休養の複合型の取組が促進されることが必要である。

<各目標項目に係る課題>

① 適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）

【強化すべき取組】

- 食事摂取基準を改正（令和 2（2020）年度より運用開始）するとともに普及促進を図る。
- 特定健診・保健指導における肥満者への保健指導の充実。
- 課題が大きい集団に焦点化した取組の強化。
- 女性のやせは、若い世代だけでなく 40～50 代でも一定数いることが明らかになっており、フレイル予防の観点からも対策が必要。

【必要となる研究】

- 肥満、やせについて、どのような集団で課題が大きいかの分析（医療保険者間、地域差、社会経済条件による差等）及び対策の効果検証。

② 適切な量と質の食事をとる者の増加

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

【強化すべき取組】

- 外食や中食事業者に対して、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の提供が促進されるよう、取組事例を収集して横展開を進めていく等、外食・中食を通して栄養バランスのとれた食事を入手しやすい環境づくりの推進を図る。
- 「第4次食育推進基本計画」を踏まえ、取組を充実。具体的には、食品関連事業者等は、様々な体験活動の機会の提供や、健康に配慮した商品メニューの提供等に、「生活習慣病予防その他の健康増進を目的として提供する食事について（目安）」等も活用しつつ、積極的に取り組むよう努める。あわせて、地域の飲食店や食品関連事業者等の連携を通じて、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事や地域の食文化を反映させた食事を入手しやすい食環境づくりに取り組むよう努める。

【必要となる研究】

- 生活習慣病予防に資する適切な量と質の食事に関する指標の開発の検討。

イ 食塩摂取量の減少

【強化すべき取組】

- 食事摂取基準（2020年版）の普及促進。
- 減塩に取り組む企業の活動を支援する学会の取組（減塩食品リストの掲載、減塩食品アワードの開催等）との連携を強化。
- 「自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会」を踏まえ、減塩を軸に、健康に資する食育に対する無関心層への啓発を含め、適切な栄養・食生活情報の提供方法の開発等自然に健康になれる食環境づくりを、産学官等が連携して推進する仕組みを検討する。
- 「第4次食育推進基本計画」（令和3（2021）年3月決定）を踏まえ、取組を充実。具体的には、食品関連事業者等は、様々な体験活動の機会の提供や、健康に配慮した商品メニューの提供等に、「生活習慣病予防その他の健康増進を目的として提供する食事について（目安）」等も活用しつつ、積極的に取り組むよう努める。

【必要となる研究】

- 国民健康・栄養調査の食事記録では、市販されている食品中の減塩がされても、摂取量に反映しにくい課題があることから、減塩食品の状況を反映する食塩摂取量の把握方法の検討。
- 効果的な食環境整備に関する介入研究。

ウ 野菜と果物の摂取量の増加

【強化すべき取組】

- 「健康な食事」等を通じた普及促進。
- スマート・ライフ・プロジェクトや食生活改善普及運動等各種運動を通じた普及促進。
- 「第4次食育推進基本計画」を踏まえ、取組を充実。具体的には、食品関連事業者等は、

様々な体験活動の機会の提供や、健康に配慮した商品メニューの提供等に、「生活習慣病予防その他の健康増進を目的として提供する食事について（目安）」等も活用しつつ、積極的に取り組むよう努める。あわせて、地域の飲食店や食品関連事業者等の連携を通じて、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事や地域の食文化を反映させた食事を入手しやすい食環境づくりに取り組むよう努める。また、野菜や果物摂取を促すため、カット野菜、カットフルーツ等新たな需要に向けて、とりわけ現在食べていない人が手に取りやすい食環境づくりの充実。

【必要となる研究】

- 生活習慣病等の予防のために必要な1日当たりの野菜及び果物摂取量の検討。
- 野菜及び果物の適切な摂取を促すために効果的な取組手法の開発。

③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）

今後の目標に入れるか検討が必要。

④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録の増加

【強化すべき取組】

- 「自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会」を踏まえ、減塩を軸に、健康に資する食育に対する無関心層への啓発を含め、適切な栄養・食生活情報の提供方法の開発等自然に健康になれる食環境づくりを、産学官等が連携して推進する仕組みを検討する。
- 自治体の食環境整備の取組の実態を踏まえ、上記の国、学協会との整合性や連携を検討する。

【必要となる研究】

- 減塩のための食環境整備に関する政策研究（何をするとどれだけ食塩量が低減し、健康に寄与するか）の推進とともに、食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品関連事業者や飲食店の状況をモニタリングできる仕組みの開発。

⑤ 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加

【強化すべき取組】

- 都道府県等を通じ管理栄養士・栄養士の配置を促進する。
- 特に、栄養管理加算等の配置の促進に資する制度を活用し、児童福祉施設での配置の促進
- 配置率が低い、事業所給食への対応の検討。
- 特定給食施設の栄養管理の実態を自治体と国で把握する仕組み、PDCAの検討。

【必要となる研究】

- 特定給食施設の栄養管理と健康アウトカムとの関連の研究。
- 特定給食施設の栄養管理状況を把握する指標の開発。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う外出自粛や新しい生活様式の適用等により、国民の栄養・食生活の状況が変化している可能性があることから、その影響等を把握するために、令和2（2020）年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）において栄養・食生活に関する調査研究を実施したところ、世帯所得が少ない集団や自身の食生活の状況が悪くなったと評価している集団において、栄養・食生活の状況に課題が生じている可能性が示唆された（図 25、26）。

図 25：新型コロナウイルス感染症流行前後における親子の栄養・食生活の変化及びその要因の解明のための研究

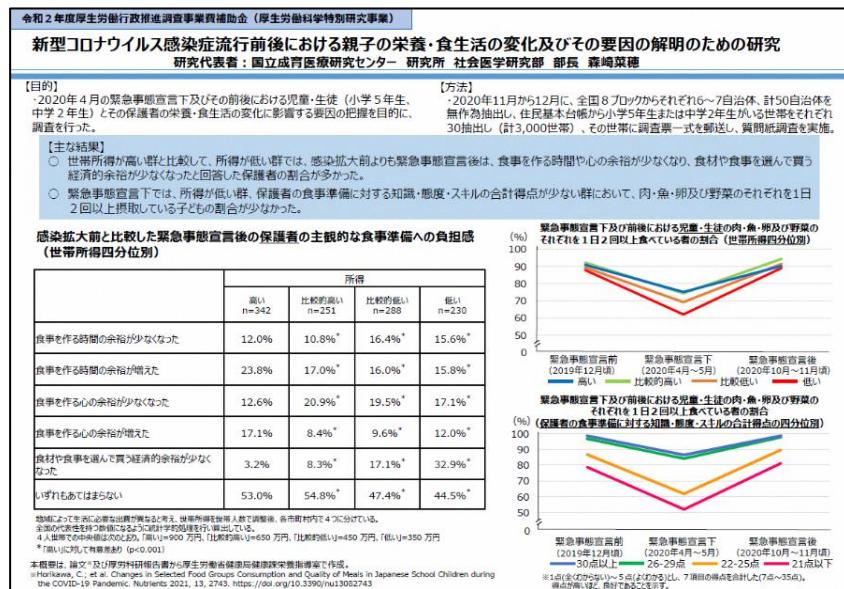
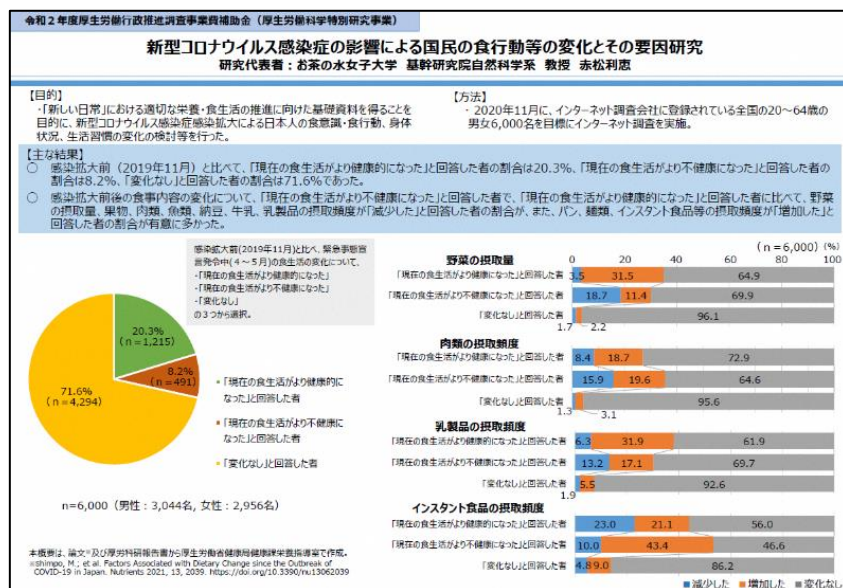


図 26：新型コロナウイルス感染症の影響による国民の食行動等の変化とその要因研究



- 栄養格差の縮小に向けては、都道府県等の健康増進部局だけではなく、福祉部局等他の部局との連携による取組が必要になることから、「新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う生活の変化を踏まえた栄養・食生活支援の推進について（依頼）」（令和3（2021）年9月8日事務連絡）を发出し、部局間の連携を図り、民間団体等の協力も得ながら、地域の実情に応じた栄養・食生活支援が推進されるよう依頼した。
- 令和2（2020）年度「食育に関する意識調査」の結果を公表。新型コロナウイルス感染症の拡大で、「自宅で食事を食べる回数」が「増えた」と回答した人の割合が高い等、特に若い世代の食生活が変化したと報告。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に対応するため栄養・食関係の団体から様々な情報発信が行われた。公益社団法人日本栄養士会では、例えば一般の方向けには栄養バランスのとれた食事をとることの大切さや感染症の予防に役立つ食事としての「予防めし」の提案等、食事の面から感染症を予防することの重要性を広く呼びかける取組を、専門家向けには国連食糧農業機構（FAO）が示した「健康な食生活を維持する方法」についての日本語訳と補足情報を加えてウェブサイト上で紹介した。特定非営利活動法人日本栄養改善学会では、「新しい生活様式」への提案として、栄養学のエビデンスに基づいた情報「“家で食事をつくると、こんないいことあるよ！”」を発信し、食事を作る経験は子供の食意識と自尊感情を高めることや、子供の頃から調理をしていると大人になってより健康的な食生活が送れること等を紹介した。公益社団法人日本栄養・食糧学会では、「新型コロナウイルス感染症への栄養面での対処～日本栄養・食糧学会からのお願い～」として、が外出自粛により室内で過ごすことが増えることによって栄養状態が悪化する状況が懸念されることから、規則正しい生活の中でバランスのよい食事をとることや高齢者のフレイルを予防すること等を呼び掛けるお知らせを发出した。国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所国立健康・栄養研究所では、新型コロナウイルスに関連した情報を整理した特設サイトを開設するとともに、「新型コロナウイルス感染症対策としての栄養・身体活動（運動）について」（一般向けリーフレット）を作

成し、健康管理のための栄養と身体活動（運動）についてのポイントを紹介した。

新型コロナウイルス感染症拡大の栄養・食生活への影響の研究から、環境変化に対する栄養・食生活面での対応力には人による違いがあり、格差が拡大することが示唆された。健康にとって良くない方向に栄養・食生活が変化することに、経済的な要因や知識・態度・スキルの要因が関わっていたことから、それらの要因に対する対策が必要である。

<文献>

Horikawa C, Murayama N, Kojima Y, Tanaka H, Morisaki N. Changes in selected food groups consumption and quality of the meal in Japanese school children during the COVID-19 pandemic. *Nutrients*. 2021; 13(8):2743. doi.org/10.3390/nu13082743

Shimpo M, Akamatsu R, Kojima Y, Yokoyama T, Okuhara T, Chiba T. Factors Associated with Dietary Change since the Outbreak of COVID-19 in Japan. *Nutrients*. 2021; 13(6):2039. doi: 10.3390/nu13062039.

<参考文献・URL>

- 日本人の食事摂取基準
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/eiyou/syokuji_kijyun.html
- 食生活指針
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000128503.html>
- 食生活改善普及運動
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000089299_00003.html
- 日本人の長寿を支える「健康な食事」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000129246.html>
- 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158814.html>
- 自然に健康になれる持続可能な食環境づくり
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/eiyou/syokuji_kijyun_00005.html
- スマート・ライフ・プロジェクト
<http://www.smartlife.go.jp/>
https://www.smartlife.mhlw.go.jp/minna/kenkou_shokuji/
- 第4次食育推進基本計画
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/eiyou/syokuji_kijyun_00006.html

- 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 public health. 2010. Oxford University Press.
- 3) Blum M, Harris SS, Must A, Phillips SM, Rand WM, Dawson-Hughes B. Weight and body mass index at menarche are associated with premenopausal bone mass. *Osteoporos Int* 2001;12(7):588-94.
- 4) Han Z, Mulla S, Beyene J, Liao G, McDonald SD; Knowledge Synthesis Group. Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses. *Int J Epidemiol* 2011;40(1):65-101.
- 5) 足立己幸. 料理選択型栄養教育の枠組としての核料理とその構成に関する研究. *民族衛生*1984 ; 50 (2) : 70-107.
- 6) 針谷順子. 料理選択型栄養教育を踏まえた一食単位の食事構成力形成に関する研究-「弁当箱ダイエット法」による食事の適量把握に関する介入プログラムとその評価. *栄養学雑誌*2003 ; 61 (6) : 349-356.
- 7) 嶋田雅子, 小林陽子, 坂口寄子他. 小学6年生における「弁当箱ダイエット法」を用いたランチバイキング学習前後の食物選択の改善. *日本健康教育学会誌*2008 ; 16 (3) : 94-109.
- 8) Reducing salt intake in populations. Report of a WHO forum and technical meeting. Geneva, World Health Organization, 2007.
- 9) Wang G, Labarthe D. The cost-effectiveness of interventions designed to reduce sodium intake. *J Hypertens* 2011; 29: 1693-1699.
- 10) 国立がん研究センター. 生活習慣改善によるがん予防法の開発に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金第三次対がん総合戦略研究事業報告書, 2011.
- 11) Tohill BC. Dietary intake of fruit and vegetables and management of body weight. Background paper for the joint FAO/WHO Workshop on Fruit and Vegetables for Health, 1-3 September 2004, Kobe, Japan. World Health Organization, 2005.
- 12) Bazzano LA. Dietary intake of fruit and vegetables and risk of diabetes mellitus and cardiovascular diseases. Background paper for the joint FAO/WHO Workshop on Fruit and Vegetables for Health, 1-3 September 2004, Kobe, Japan. World Health Organization, 2005.
- 13) Takachi R, Inoue M, Ishihara J, Kurahashi N, Iwasaki M, Sasazuki S, Iso H, Tsubono Y, Tsugane S, JPHC Study Group. Fruit and vegetable intake and risk of total cancer and cardiovascular disease: Japan Public Health Center-Based Prospective Study. *Am J Epidemiol* 2008;167(1):59-70.
- 14) World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research: Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective, 2007.
- 15) Hammons, A & Fiese, B. Is Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents? *Pediatrics* 2011 ; 127 : e1565-e1574.
- 16) Gable S, Chang Y, Krull JL. Television watching and frequency of family meals are predictive of overweight onset and persistence in a national sample of school-aged children. *J Am Diet Assoc* 2007 ; 107 : 53-61.
- 17) Yuasa K, Sei M, Takeda E, et al. Effects of lifestyle habits and eating meals together with the family on the prevalence of obesity among school children in Tokushima, Japan: a cross-sectional questionnaire-based survey. *The Journal of Medical Investigation* 2008 ; 55 : 71-77.
- 18) 小西史子, 黒川衣代. 子どもの食生活と精神的な健康状態の日中比較(第1報)食事状況と精神的な健康状態の関連. *小児保健研究* 2001 ; 60 : 739-748.

- 19) Kusano-Tsunoh A, Nakatsuka H, Satoh H et al. Effects of Family-Togetherness on the Food Selection by Primary and Junior High School Students: Family Togetherness Means Better Food. *Tohoku J Exp Med* 2001; 194: 121-127.
- 20) Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, et al. Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc* 2003 ; 103 : 317-322.
- 21) Gillman M, Rifas-Shiman SL, Frazier A et.al. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of Family Medicine* 2000; 9: 235-240.
- 22) Burgess-Champoux TL, Larson N, Neumark-Sztainer D et al. Are Family Meal Patterns Associated with Overall Diet Quality during the Transition from Early to Middle Adolescence? *J Nutr Educ Behav* 2009; 41: 79-86.
- 23) Larson NI, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M. Family meals during adolescence are associated with higher diet quality and healthful meal patterns during young adulthood. *J Am Diet Assoc* 2007; 107: 1502-1510.
- 24) Okamura T, Tanaka T, Takebayashi T, et al. Methodological issues for a large-scale intervention trial of lifestyle modification: interim assessment of the high-risk and population strategy for occupational health promotion (HIPOP-OHP) study. *Environ Health and Prev Med* 2004; 9: 137-143.
- 25) Yoshita K, Tanaka T, Kikuchi Y, et al. The evaluation of materials to provide health-related information as a population strategy in the worksite: the high-risk and population strategy for occupational health promotion (HIPOP-OHP) study. *Environ Health and Prev Med* 2004; 9: 144-151.
- 26) 澤田樹美、武見ゆかり、村山伸子他。職場におけるトランスセオレティカルモデルを応用した食環境介入と栄養教育の統合プログラムの開発と評価。 *日本健康教育学会誌*2009; 17(2): 54 – 70.
- 27) 由田克士、中川芽衣子、杉森裕子他：管理栄養士が中心となって職場において実施したメタボリックシンドローム改善のための付加の小さな減量プログラムの効果について。 *日本栄養士会雑誌* 2009; 52(9): 17-26.
- 28) 入山八江、村山伸子。職場における男性を対象とした栄養教育と食環境介入が体重コントロールに及ぼす効果-無作為比較試験による検討-。 *栄養学雑誌*2012 ; 70 (2) 83-98.
- 29) Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, et al. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *Am J Prev Med* 2009; 37: 340-357.
- 30) Beresford SA, Thompson B, Bishop S, et al. Long-term fruit and vegetable change in worksites: Seattle 5 a Day follow-up. *Am J Health Behav* 2010; 34: 707-720.
- 31) Steenhuis I, Van Assema P, Van Breukelen G, et al. The impact of educational and environmental intervention in Dutch Worksite cafeterias, *Health Promot Int* 2004; 19: 335-343.
- 32) Geaney F, Harrington J, Fitzgerald AP, et al. The impact of a workplace catering initiative on dietary intakes of salt and other nutrients: a pilot study. *Public Health Nutr* 2011; 14: 1345-1349.
- 33) 松本麻衣他：都道府県健康増進計画の目標項目設定及び中間評価の状況についての整理。 *栄養学雑誌* 2020; 78 (3) 121-130.
- 34) 令和 2 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者：辻一郎）

分担研究報告書 食行動・栄養摂取の地域格差縮小に向けた研究—自治体における飲食店等を対象とした食環境整備制度の設定状況と関連要因

様式2 更新日：令和4年2月23日

(領域名) (2) 身体活動・運動

背景

- 身体活動とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きのことである。
- 産業構造の変化、機械化・自動化の進展、移手段の発達等、国民の身体活動量が減少しやすい社会環境に変化し続けている。
- 「健康づくりのための身体活動基準2013」策定時に実施したシステムティックレビューの結果は、身体活動の実施によって、2型糖尿病、循環器疾患、がん、ロコモティブシンドローム、うつ、認知症等に罹患するリスクを下げることを示している。
- さらに、令和2（2020）年にWHOが発表した身体活動・座位行動のガイドラインは、身体活動の実施によって心臓病、2型糖尿病、がんが予防され、うつや不安の症状が軽減され、思考力、学習力、総合的な幸福感を高められると報告している。また、身体活動によって妊婦及び産後の女性、慢性疾患や障害のある人を含むすべての人が健康効果を得られるとしている。
- 「身体活動」は、日常生活における身体活動である「生活活動」と、体力の維持・向上を目的として計画的・継続的に実施される「運動」の2種類に分類される（図1）。このため、国民健康・栄養調査で実測している歩数を「生活活動」の指標に、質問紙調査で把握している運動習慣者の割合を「運動」の指標にして、それぞれの目標値を設定した。また、身体活動を促進するための環境の整備が重要であることから、身体活動しやすいまちづくりや環境整備に関する目標を設定した（図2）。
- 情報通信技術（ICT）の発達に伴い、今まで以上に身体活動が減少しやすい社会環境に変化し、ますます身体活動不足が蔓延する可能性がある。このため、身体活動の意義と重要性を広く国民に周知し、適切な身体活動が実践されるよう啓発するとともに、身体活動を実施しやすい環境をあらゆる場面において整備していくことが重要である。

図 1：身体活動の定義（身体活動は「生活活動」と「運動」から構成される）



図 2：健康日本 21（第二次）における身体活動・運動分野の目標

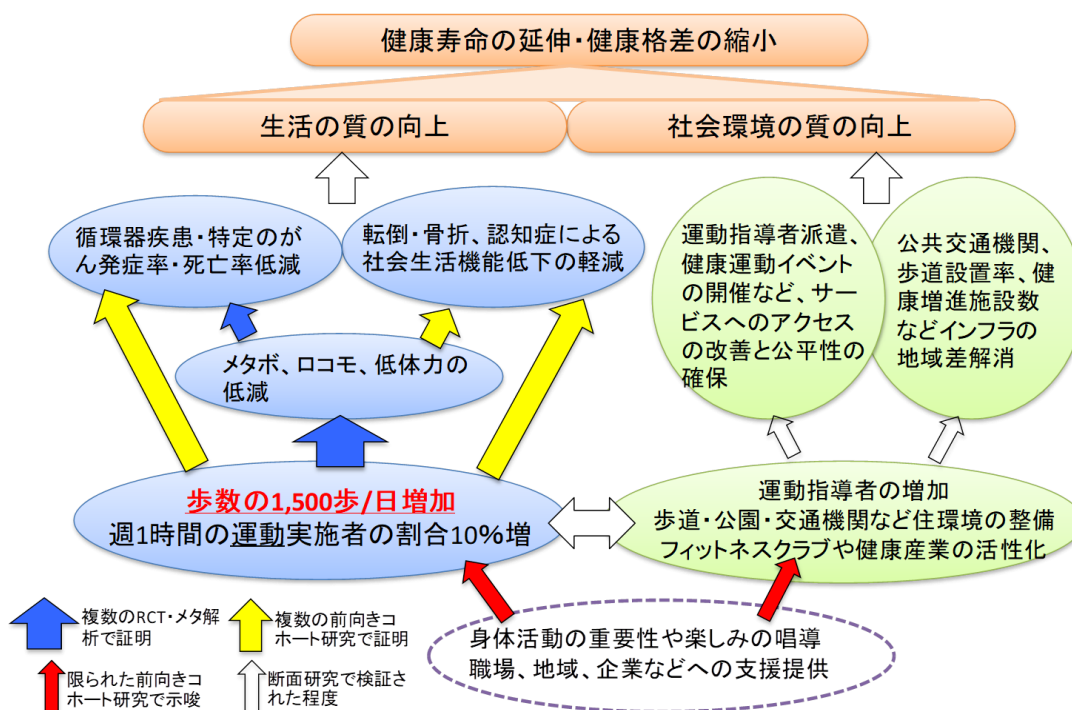
		現状（平成 22 年）	目標（令和 4 年度）
① 日常生活における歩数の増加	20～64 歳	男性：7,841 歩 女性：6,883 歩	男性：9,000 歩 女性：8,500 歩
	65 歳以上	男性：5,628 歩 女性：4,584 歩	男性：7,000 歩 女性：6,000 歩
② 運動習慣者の割合の増加(※)	20～64 歳	男性：26.3% 女性：22.9%	男性：36% 女性：33%
	65 歳以上	男性：47.6% 女性：37.6%	男性：58% 女性：48%
※1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上 実施し、1 年以上継続している者			
③ 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加		17 都道府県 (平成 24 年)	47 都道府県

1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	0
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	1
B* Bの中で目標年度までに目標到達が危ぶまれるもの	(内 0)
C 変わらない	2
D 悪化している	0
E 評価困難	0

目標項目	評価
① 日常生活における歩数の増加	C
20歳～64歳 男性	(C)
20歳～64歳 女性	(C)
65歳以上 男性	(C)
65歳以上 女性	(C)
② 運動習慣者の割合の増加	C
20歳～64歳 男性	(C)
20歳～64歳 女性	(D)
65歳以上 男性	(C)
65歳以上 女性	(C)
③ 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	B*

身体活動・運動分野に関する目標設定の考え方



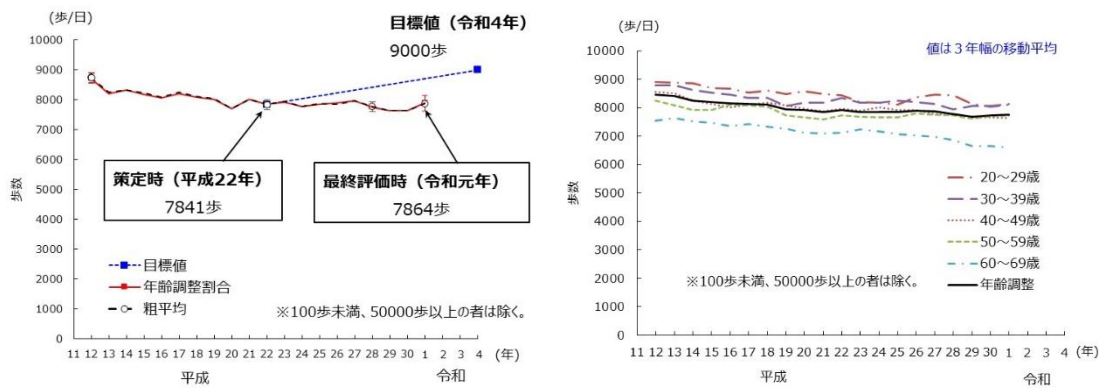
(健康日本21 (第二次) の推進に関する参考資料 P 107 一部改変)

出典：健康日本 21 (第二次) の推進に関する参考資料

① 日常生活における歩数の増加

- 本目標項目の評価指標のデータはいずれも最終評価時点で目標値に達しておらず、またベースラインとの比較においても有意な差が認められず「C（変わらない）」と判断される。
- 20～64歳女性の経年的な推移の解析結果は、統計的に有意な低下傾向を示していた（ $p=0.02$ ）（図4）。
- 今回の解析結果から、目標年度までの目標達成は困難だと考えられる。

図3：歩数の平均値の推移 男性 20～64歳 （右側）年齢階層別

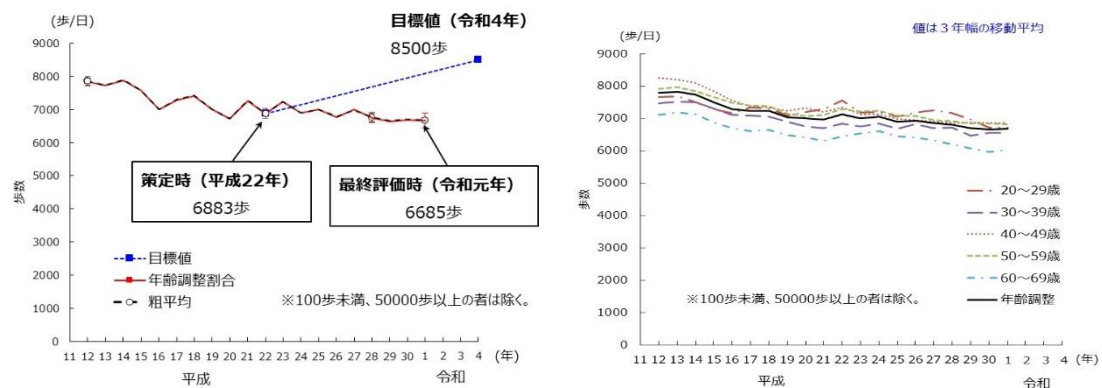


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図3-左側 平均歩数の推移（男性：20～64歳）

図3-右側 平均歩数の推移（男性：20～64歳の年齢階層別）

図4：歩数の平均値の推移 女性 20～64歳 （右側）年齢階層別

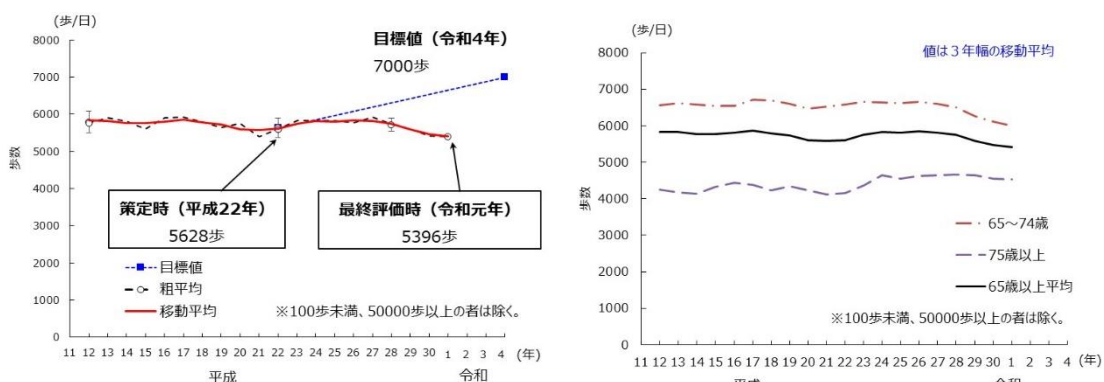


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図4-左側 平均歩数の推移（女性：20～64歳）

図4-右側 平均歩数の推移（女性：20～64歳の年齢階層別）

図5：歩数の平均値の推移 男性 65歳以上 (右側) 年齢階層別

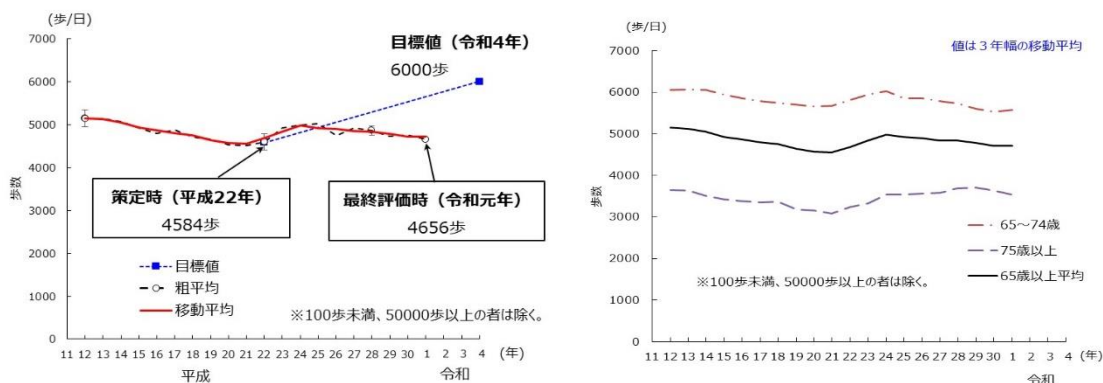


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図5-左側 平均歩数の推移 (男性：65歳以上)

図5-右側 平均歩数の推移 (男性：65歳以上の年齢階層別)

図6：歩数の平均値の推移 女性 65歳以上 (右側) 年齢階層別



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

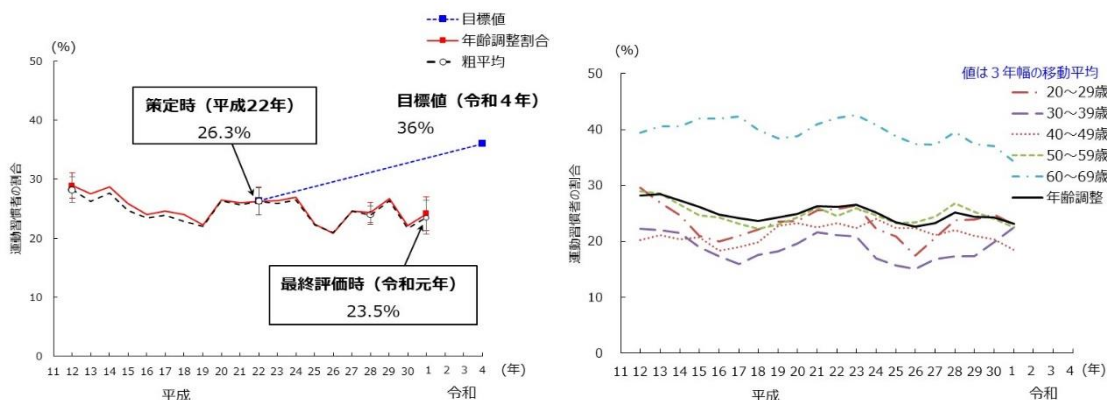
図6-左側 平均歩数の推移 (女性：65歳以上)

図6-右側 平均歩数の推移 (女性：65歳以上の年齢階層別)

② 運動習慣者の割合の増加

- 20～64歳女性は直近値（令和元（2019）年）と比較してベースライン値（平成22（2010）年）が統計的に有意に低い値を示していたことから(p<0.01)、「D 悪化している」と判定した（図8）。
- 65歳以上の女性及び全年代の男性は、いずれも統計的に有意な関係が観察されなかったことから「C 変わらない」と判定した（図7、図9～10）。
- 「D」を2点、「C」を3点と換算して平均値を算出した結果、平均値が3点であったことから、「運動習慣者の割合の増加」に関する総合評価も「C 変わらない」と判定した。
- 今回の解析結果から、目標年度までの目標達成は困難だと考えられる。

図7：運動習慣者の割合の推移 男性 20～64歳 (右側) 年齢階層別

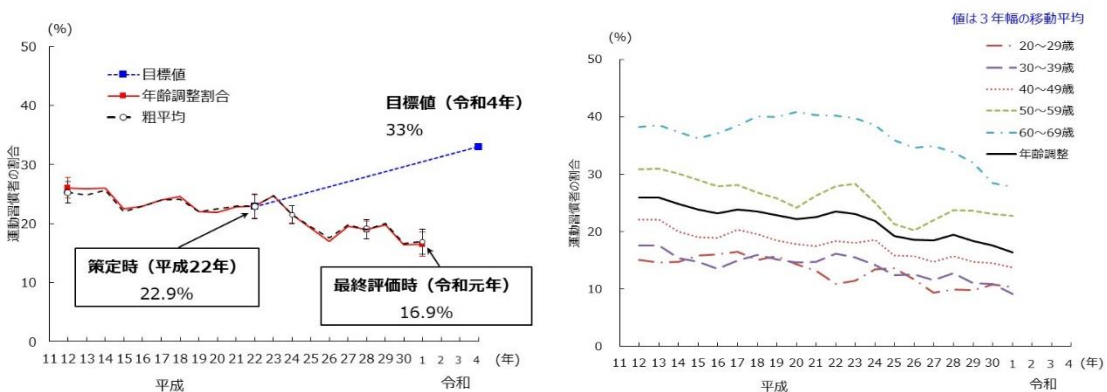


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図7-左側 運動習慣者の割合の推移 (男性：20～64歳)

図7-右側 運動習慣者の割合の推移 (男性：20～64歳の年齢階層別)

図8：運動習慣者の割合の推移 女性 20～64歳 (右側) 年齢階層別

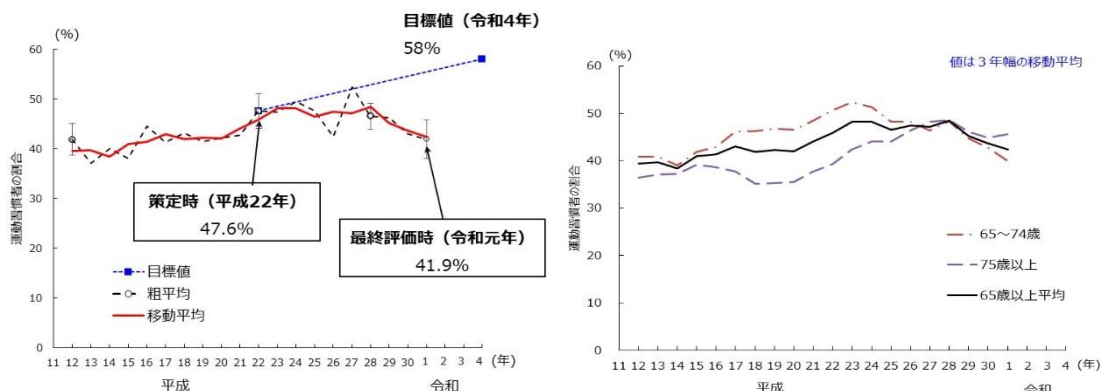


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図8-左側 運動習慣者の割合の推移 (女性：20～64歳)

図8-右側 運動習慣者の割合の推移 (女性：20～64歳の年齢階層別)

図9：運動習慣者の割合の推移 男性 65歳以上 (右側) 年齢階層別

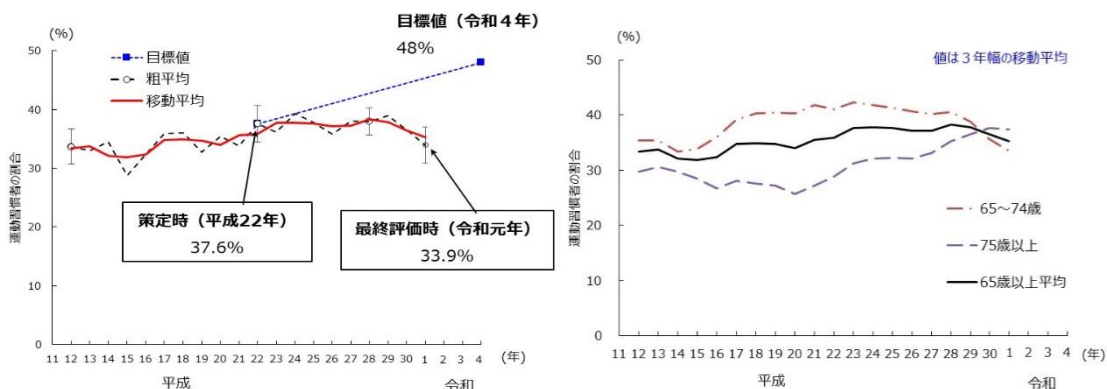


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図9-左側 運動習慣者の割合の推移 (男性：65歳以上)

図9-右側 運動習慣者の割合の推移 (男性：65歳以上の年齢階層別)

図10：運動習慣者の割合の推移 女性 65歳以上 (右側) 年齢階層別



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

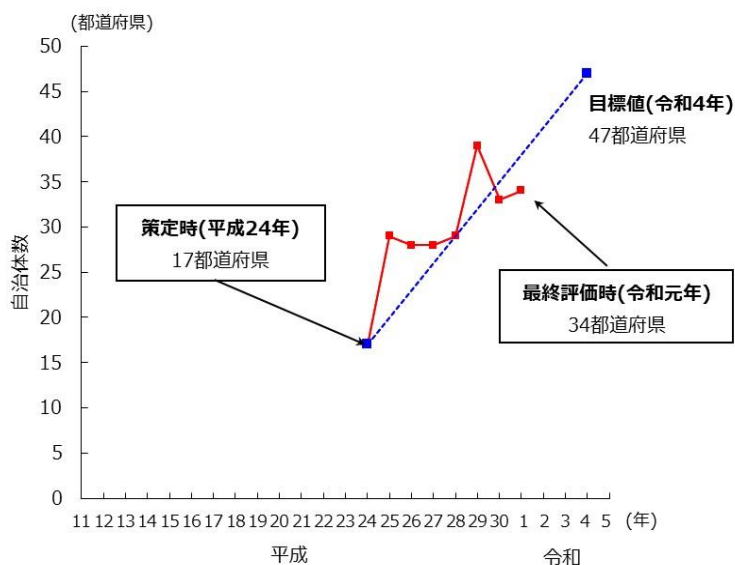
図10-左側 運動習慣者の割合の推移 (女性：65歳以上)

図10-右側 運動習慣者の割合の推移 (女性：65歳以上の年齢階層別)

③ 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加

- データのバラつきが大きいものの、取り組んでいる都道府県数は着実に増加している。
- 今回の解析結果及び新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受けて、改目標年度までの目標達成は厳しいと考えられる。
- これらのことから、総合評価は「B 現時点で目標に達していないが、改善傾向にある」とした。

図 11：住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の推移



出典：厚生労働省健康局健康課による把握

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

- 平成23（2013）年の健康日本21(第二次)の開始に合わせて、「身体活動基準2013」及び「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」（以下「アクティブガイド」という。：図12）を策定し、厚生労働省ウェブサイトやe-ヘルスネット、スマート・ライフ・プロジェクト等で周知・啓発。
- 特定保健指導において身体活動促進に向けた指導を実施。
- 職域において「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」に基づいて身体活動促進に向けた取組を展開。
- 自治体等において、ウォーキングポイント制度や健康マイレージを用いたウォーキング推進活動を展開。

図 12：健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）

表面

裏面



出典：厚生労働省ホームページ

＜各目標項目に係る取組＞

① 日常生活における歩数の増加

- 「日常生活における歩数の増加」目標を達成するためのツールとして作成したアクティブガイドと、アクティブガイドのメインメッセージである「プラス・テン」をスマート・ライフ・プロジェクト等のさまざまなメディアを通じて周知することによって生活の中で歩くことも啓発。
- 「階段利用キャンペーン」の展開。
- スポーツ庁の「FUN+WALK PROJECT」と連携・協力を図り、生活の中で歩くことを奨励。

② 運動習慣者の割合の増加

- 健康増進施設認定規程に基づいて、健康増進施設や、指定運動療施設を認定。
- 健康増進施設、指定運動療施設に対して医療機関が運動処方せんを交付しやすいように、「標準的な運動プログラム」（図13）を作成するとともに、厚生労働省のウェブサイトで周知。
- 国民や全国の運動施設・スポーツクラブが「標準的な運動プログラム」を参照できるように、e-ヘルスネットに公開。
- 「標準的な運動プログラム」を実証するための大規模実証事業を実施。
- 運動施設における運動プログラムの作成や運動指導を担う、健康運動指導士等の運動指導者を育成。
- スマート・ライフ・プロジェクトにおいて、「おうちで+10（プラステン）超リフレッシュ体操」特設Webコンテンツ公開等「毎日プラス10分の身体活動」を奨励。
- e-ヘルスネットにおいて「新しい生活様式」における体を動かす工夫として、自宅でできる運動の動画やテレビ番組、リンク集、リーフレットを紹介。
- スポーツ庁の「第2期スポーツ基本計画」や、国土交通省の「第二次自転車活用推進計画」（令和3（2021）年5月）等、関連省庁の取組との連携・協力を図り、運動を奨励。
- 健康増進普及月間でナイトヨガ体験や「おうちで+10（プラステン）超リフレッシュ体操」特設Webコンテンツ公開等の啓発イベント等を開催。

＜関係学会等の取組＞

- 日本医師会は平成3（1991）年から認定健康スポーツ医制度を発足させ、これまで延べ23,000人の認定健康スポーツ医を養成。平成20（2008）年度から保険者に義務付けられた特定健康診査、特定保健指導において健康増進を担う人材として認定健康スポーツ医が位置付けられており、安全に効果的な運動を指導するために、認定健康スポーツ医と運動指導者の連携に向けた取組を強化。

図13：高齢者を対象にした運動プログラム

表面

裏面

出典：厚生労働省ホームページ

③ 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加

- 都道府県に対して「住民が運動しやすいまちづくり・環境整備」の取組状況に関する調査を実施し、その結果を公表するとともに（平成26（2014）年7月）、調査を継続して実施。
- 「健康寿命をのばそう！アワード」の生活習慣病予防分野において「住民が運動しやすいまちづくり・環境整備」に取り組む自治体を表彰し、好事例の横展開を図る。
- 国土交通省の「まちづくり」や、経済産業省の「健康経営」、「健康寿命延伸産業創出推進事業」等、関連省庁の取組との連携・協力を図り、運動しやすい環境整備を推進。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

① 「日常生活における歩数の増加」

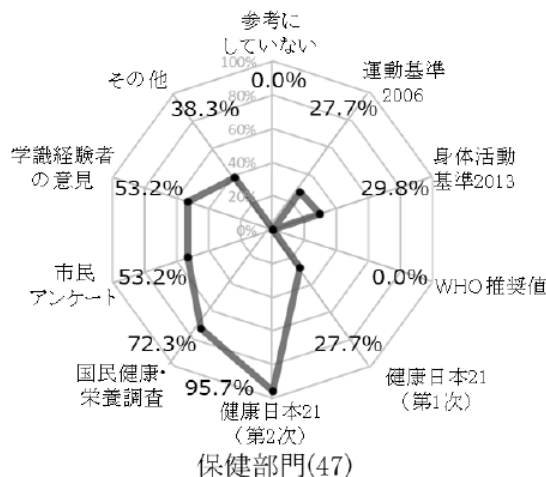
総合評価は「C 変わらない」であった。目標を達成できなかった要因としては、歩数の増加を目的としたさまざまな活動を展開したにも関わらず、機械化・自動化の進展や移動手段の発達等、生活環境の変化が労働場面、家庭場面、移動場面における歩行機会の減少をもたらしたことが考えられる。特に、経年的な推移の分析においては20～64歳の女性で有意に減少しており、20～64歳の女性は歩数に関して生活環境の変化の影響を強く受けている可能性がある。

- 日常生活における歩数は「生活活動」を反映していると考えられ、労働場面・家庭場面・移動場面における歩数の総数である。
- 健康日本21（第一次）における「日常生活における歩数の増加」の最終評価は「悪化している」であり、男女ともに約1,000歩減少していた。この結果を受け、健康日本21（第二次）においては性別、各年齢階層別にいずれも約1,500歩の増加を目標に掲げたが、目標達成は困難な状況である。しかしながら、第一次と異なって歩数の減少が観察されなかった点に着目する必要がある。
- 平成18（2006）年に策定した身体活動ガイドラインは、「健康づくりのための運動指針2006（エクササイズガイド）」であり、「運動」に焦点を当てたガイドラインであった。第一次において歩数が減少したことを受けて、健康日本21（第二次）の開始に合わせて作成したアクティブガイドは、「運動」から「身体活動」に焦点を移して、生活の中で歩くことを奨励した。さらに、「プラス・テン」（10分の歩行は約1,000歩に相当）をメインメッセージにして生活の中でこまめに動くことを奨励した。
- 以上のような取組により、歩数の減少速度を抑制している可能性が考えられる。しかしながら、平成11（1999）年から令和元（2019）年までのトレンドを見ると男女とも、また、いずれの年代においても平均歩数がゆるやかに低下しており、引き続き、生活の中で歩くこと啓発していく必要がある。
- 健康日本21（第二次）の目標を達成するためのツールとして策定したアクティブガイドの都道府県における政策立案時における利用率は約30%と低く（図14）、全国の7,000人の成人を対象に実施したインターネット調査の結果、アクティブガイドの認知度は約15%であったと報告されており（原田和弘ら、2020）、自治体や国民への周知が課題である。
- 性別・年代別に平均歩数を見ると、男女ともに60歳を境に著しく減少している（図15）。また、都道府県別にみた平均歩数は公共交通機関が発達している地域が多いことや、その傾向は女性と比較して男性において顕著である（図16）。このことから、定年退職に伴って労働場面や移動場面における歩行の減少が60歳以降の歩数の減少に影響していると考えられる。
- また、機械化・自動化の進展や移動手段の発達が「家庭場面」の身体活動に影響を及ぼし、そのことが20～64歳の女性の歩数の減少をもたらしている可能性が考えられる。
- これらのことから、日常生活における歩数は、労働場面・家庭場面・移動場面における歩数の影響が大きいと推測される。今後も職域や家庭における機械化・自動化の進展や移動手段の

発達、さらには職域におけるテレワークの普及が歩数を減少させる可能性があり、これらの可能性を踏まえた政策立案が重要である。また、高齢者においては年齢とともに歩数が大幅に減少している現状を踏まえた政策立案が必要である。

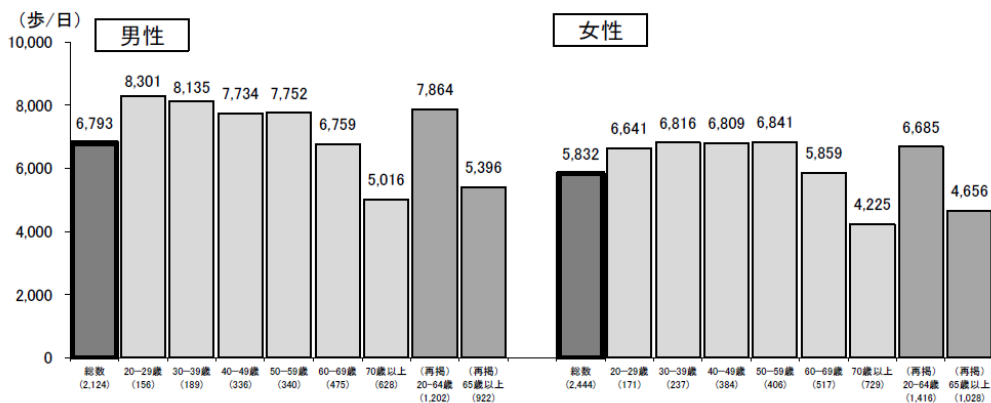
- 生活活動だけでなく運動の奨励や、歩けなくなる原因としてのロコモティブシンドロームの予防を含めた対策強化が必要である。

図14保健部門における行動計画策定及び目標設定における科学的根拠の利用



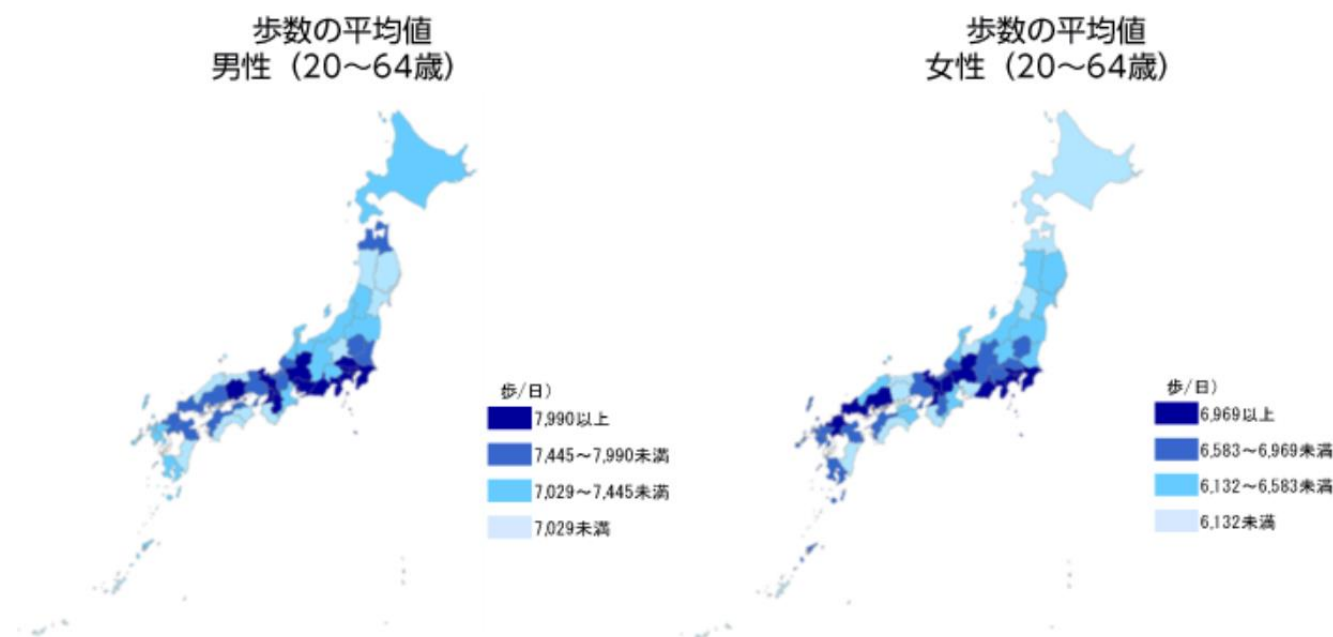
出典：武田典子ほか、2019

図15：歩数の平均値（20歳以上、性別・年齢階級別）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 16：性別・都道府県別にみた歩数の平均値（20～64歳）



出典：厚生労働省「平成 28（2016）年 国民健康・栄養調査」

② 「運動習慣者の割合の増加」

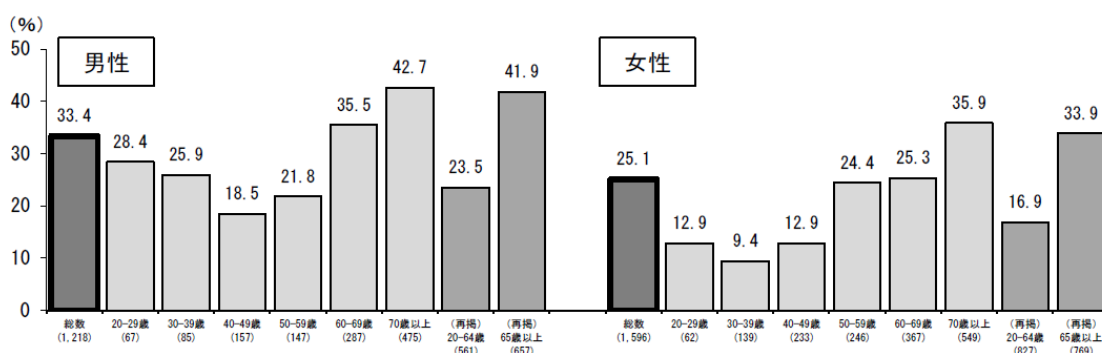
総合評価は「C 変わらない」であった。運動（余暇場面における身体活動）を増加させるためには、運動を実施するための余暇時間や動機・環境が必要であるが、啓発あるいは環境整備に向けた働きかけが十分でなかったことが「C 変わらない」ことの一因だと考えられる。そして、歩数の目標と同様に、20～64歳の女性における評価は「D 悪化している」であり、歩数や運動習慣者の割合が減少している原因解明を含めて20～64歳の女性にターゲットを絞った取組が必要だと考えられる。

- 健康日本21（第一次）における「運動習慣者の割合」の最終評価は「変わらない」であった。この結果を受け、第二次では性別、各年齢階層別にそれぞれ約10%の増加を目標に掲げたが、第二次においても目標達成は困難な状況である。
- 運動習慣者の割合は、国民健康・栄養調査における身体状況調査票を用いて調査した値である。調査時に、回答者に「運動とは、スポーツやフィットネスなどの健康・体力の維持・向上を目的として、計画的・定期的に行うもの」と伝えた。集計においては、1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している者を「運動習慣のある者」とした。
- 「運動」は「生活活動」とは異なる定義であるが、生活の場面別に分類すると、余暇場面の身体活動となる。
- 性別・年代別に運動習慣者の割合を見ると、男性では60歳代から、女性は50歳代から運動習慣者の割合が増加しており（図17）、その原因として男性においては定年退職、女性においては家庭環境の変化や定年退職にともなう余暇時間の増加があると推測される。
- 平成22（2010）年から令和元（2019）年におけるトレンドは、20～64歳の女性を除い

て統計的に有意な傾向は確認できないが、平成11（1999）年から令和元（2019）年までのトレンドは男女ともに20～64歳についてはゆるやかに低下している。また、20～64歳の女性においては平成22（2010）年と比較して令和元（2019）年は統計的に有意に低い割合を示していた(p<0.01)。一方で、65歳以上については男女ともにゆるやかに増加している。

- これらのことから、20～64歳における運動習慣者が少ない現状を踏まえた政策が必要である。また、65歳以上においては20～64歳とは逆に、運動習慣者が比較的多い状況である。しかしながら、高齢者は年齢とともに歩数が著しく減少する傾向にあり、生活活動と運動の両面から、総合的に身体活動量を増加させていくための政策が必要である。

図 17：運動習慣のある者の割合（20歳以上、性別・年齢階級別）



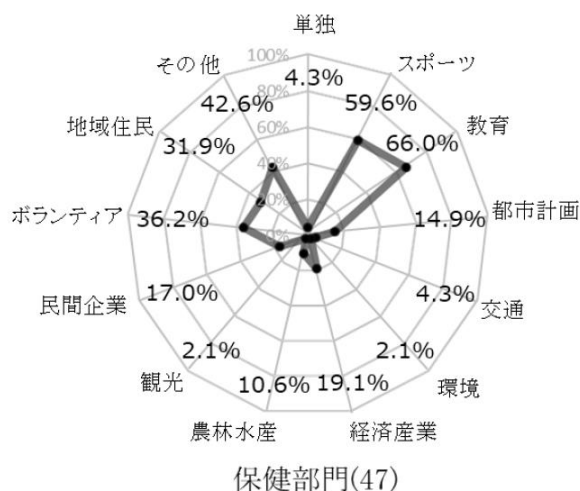
出典：厚生労働省「令和元年 国民健康・栄養調査」

※ 運動習慣のある者：1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している者

③ 「住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加」

本目標の評価は「B 現状で目標に達していないが、改善傾向にある」であった。身体活動促進に関するまちづくり・環境整備については部門間連携が重要と考えられるが、現状では部門間連携は十分とは言えず（図 18）、部門間連携の不足が目標達成の阻害要因のひとつだと考えられる。さらに、自治体間における身体活動促進に関するまちづくりや環境整備の具体例に関する情報共有が十分でないために、取組方法がわからなかったり、取組内容のハードルを高く設定し過ぎてしまい、その結果として取り組めないという自治体が存在している可能性があり、今後の課題である。

図 18：保健部門における身体活動促進に関する行動計画策定における部門間連携率



出典：武田典子ほか、2019

<領域全体としての評価>

- 「日常生活における歩数の増加」と「運動習慣者の割合の増加」に関する目標については「C 変わらない」という結果であり、「住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加」については「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」という結果であった。
- 「歩数の増加」については、労働・家庭・移動場面における歩数が減少する方向に環境が変化している現代において「C 変わらない」という結果であったことは一定の評価を与えられる。しかしながら、いずれの年代においても長期的には平均歩数がゆるやかに低下しており、今後も引き続き、生活の中における身体活動の意義や重要性を広く国民に周知・啓発し、生活の中のさまざまな場面における歩数の減少を食い止めるとともに増加の方向に向かうための取組を実施していく必要がある。
- 運動習慣者の割合の増加については、20～64歳の男女、とりわけ女性の減少傾向に着目し、運動習慣者を増やすための啓発や環境整備に取り組んでいく必要がある。
- 身体活動の重要性を意識していないまちづくり、環境整備は住民の身体活動を大きく減少させることに繋がる。移動や余暇場面の身体活動は環境に大きく依存することが知られており、「住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加」について「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」という結果は望ましいものである。今後も引き続き、身体活動促進のためのまちづくり・環境整備の意義や重要性を自治体に周知・啓発していくことが重要である。

4 今後の課題

<領域全体としての課題>

- 健康日本21（第二次）における「日常生活における歩数の増加」目標を達成するためのツールとしてアクティブガイドを作成したが、次回の改定においては「日常生活における歩数の増加」だ

けでなく「運動習慣者の割合の増加」や「住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加」の目標を達成するためのツールとなるよう取り組んでいく。

- アクティブガイドの改定については、子ども・青年、成人、高齢者、働く人、慢性疾患を有する人を対象にした指針を作成するとともに、こころの健康と身体活動に関する情報提供ツールを作成する。
- 近年、身体活動を計測できるウェアラブルデバイスやアプリケーションが数多く開発されており、これらを活用した身体活動推進に取り組んでいく。
- 特定健康診査における、健診結果や質問票を活用して、身体活動や運動に関する指導を充実させた特定保健指導を継続して実施する。
- 近年、座位行動と健康の関係を報告する研究が増加している（図19、20）。座位行動（sedentary behaviour）とは、座位及び臥位におけるエネルギー消費量が1.5メッツ以下のすべての覚醒行動のことであり、長時間の座位行動がさまざまな健康被害をもたらすことが知られている。WHOが令和2（2020）年に公表したガイドライン「WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour」では、座位行動に関する指針を公表して座位行動時間増加に伴う健康被害の増加を防止しようと試みている。世界20ヶ国における平日の座位行動時間を比較した研究では、日本人の座位行動時間が他国より長いことが報告されており、多くの日本人が長時間の座位行動によって健康被害を被っている可能性があると推測される（図21）。これらのことから、身体活動分野における新たな課題として座位行動問題に取り組む必要があると考えらえる。

図 19：座位行動と2型糖尿病罹患の関係

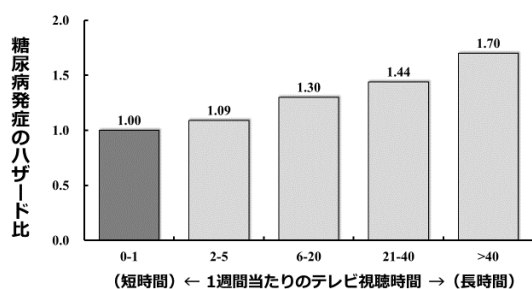
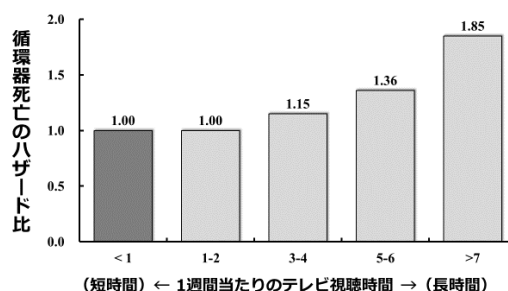


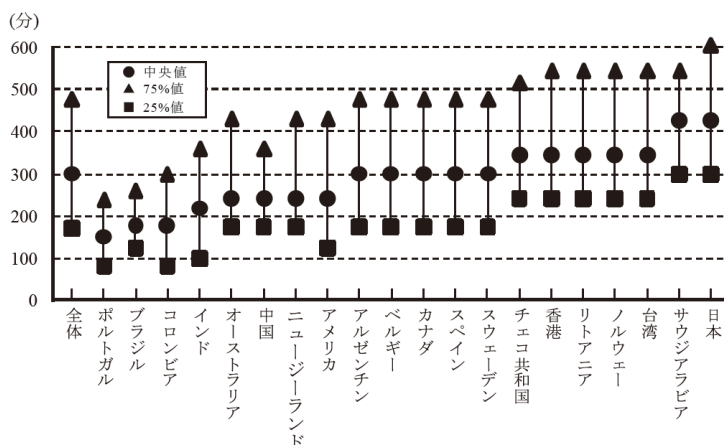
図 20：座位行動と循環器死亡の関係



出典（図 19）：座位行動と2型糖尿病罹患の関係（Fu FB et al. 2003）

出典（図 20）：座位行動と循環器死亡の関係（Matthews CE et al. 2012）

図 21：世界 20 ヶ国における平日の座位行動時間



出典：岡浩一朗ほか, Baumanらの文献をもとに作成, 2013

<各目標項目に係る課題>

① 日常生活における歩数の増加

【充実・強化すべき取組】

- 長期的に見た20歳以上の平均歩数は男女とも横ばいから減少傾向にある。そして、令和元（2019）年度のデータを見ると20-29歳の女性の歩数は6,641歩で、60歳以上の女性の歩数に次ぐ低さとなっている。このため、若年女性層歩数の低さに関する原因と背景にある課題及びを調査するとともに、若年女性層をターゲットに含んだ啓発活動に取り組んで改善を目指す。
- アクティブガイドの改定においても、日常生活における歩数の増加を目指した「毎日+10（プラステン）の身体活動」をメインメッセージに据え、国民だけでなく、自治体の政策立案者、健康指導者、教育者等に積極的に周知して、あらゆる生活の場（労働場面・教育場面・家庭場面・移動場面）で歩数を増やすことの重要性を啓発する。
- 特定保健指導において生活の中で歩くことの効果や重要性を指導する。

【周知・啓発】

- 厚生労働省が展開している「階段利用キャンペーン」を広く周知し、天候に影響されず、「毎日+10（プラステン）」のコンセプトとも合致する階段利用に伴う歩数の増加を図っていく。
- 日常生活における歩数の増加を目指し、健康増進普及月間（9月）等の各種イベントの機会に地方自治体やスマート・ライフ・プロジェクトに参画する企業・団体と連携し、アクティブガイド等を周知・広報し、「毎日プラス10分（プラステン）の身体活動」（1000歩の増加等）を引き続き推進する。
- スマート・ライフ・プロジェクトを通じて「毎日+10（プラステン）の身体活動」メッセージを周知する。
- 厚生労働省のホームページにおいて、「毎日+10（プラステン）の身体活動」について周知する。
- e-ヘルスネットにおいて生活の中で歩くこと健康効果や「毎日+10（プラステン）の身体活動」に関するエビデンスを紹介する。

【関連省庁との連携】

- 歩かないで生活できるように生活環境が整備され続けている現代、日常生活における歩数を増加させることは困難な状況となっており、日常生活における歩数を増加させるためには個人に対するアプローチ以上に、意識せずに歩けるような環境を作るなど、生活環境に対するアプローチがより重要になってきている。
- 自治体や国土交通省と連携・協力し、より安全に・より楽しく・より自然に歩ける環境を広げる。
- スポーツ庁が推進している「FUN + WALK PROJECT」と連携・協力を図り、歩く文化を醸成する。

【次期プラン策定に向けたデータや関連する研究】

- 身体活動量を定量的に評価するための新たな手法の開発に関する研究及び妥当性評価に関する研究に取り組む。
- ウォーキングポイント制度や健康マイレージを用いたウォーキング推進活動の評価に関する研究に取り組む。

② 運動習慣者の割合の増加

【充実・強化すべき取組】

- 令和元（2019）年度における成人（40～49歳）の運動習慣者の割合は男女とも低い割合であるが、20～29歳、30～39歳の女性の割合が12.9%、9.4%と特に低い割合である。歩数と同様、調査の継続による課題の抽出及び若年女性層をターゲットに含んだ啓発活動に取組を発展させることにより、本課題の改善を目指す。
- 厚生労働大臣認定健康増進施設の増加を図るとともに、指定運動療法施設の増加を図り、全国各地で安全で効果的な運動療法を受けられる環境整備に引き続き取り組む。
- 「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」に基づき、事業場に対して働く人に対する運動の効果や重要性の啓発に取り組むとともに、運動ができる人的・物的・時間的環境の整備に取り組むよう啓発する。
- 高齢者の保健事業と介護予防の取組において、運動の奨励に取り組む。

【周知・啓発】

- アクティブガイドを用いて「毎日 + 10分（プラス・テン）の身体活動」をメインメッセージに掲げてきた。この基本的な姿勢は維持しながらも、「1回30分以上の運動を週2回以上実施、1年以上継続」と定義されている運動習慣者を増加させるための啓発活動を積極的に展開する。

【関連省庁との連携】

- 自治体や国土交通省と連携・協力し、より安全に・より楽しく運動できる環境を広げていく。
- スポーツ庁が推進する「第2期スポーツ基本計画」と連携・協力を図って、スポーツ人口を増やしていく。
- 経済産業省が推進する「健康寿命延伸産業創出推進・体力づくり事業」と連携・協力を図って運動習慣を定着させるための環境を増やしていく。

【関連機関との連携】

- 高齢者や健康に課題を持つ人にも適切な運動習慣を持ってもらうため、健康・体力づくり事業財団等と連携・協力を図って、健康運動指導士等の安全で効果的な運動の実施をサポートできる運動指導者を増やす。
- 日本医師会と連携・協力を図って、「日本医師会認定健康スポーツ医」の増加と、安全に効果的な運動を実践するための健康スポーツ医と運動指導者の連携強化に取り組む。
- 健康増進施設認定制度に基づく運動型健康増進施設の活性化を図り、運動型健康増進施設が地域における運動習慣者増加の増加に今以上に貢献できる体制を構築する。

【次期プラン策定に向けたデータや関連する研究】

- 国土交通省が推進する「第二次自転車活用推進計画」と連携・協力を図って、自転車通勤をはじめとした自転車利活用による健康増進の効果についての科学的知見を収集するなど必要な調査・研究を進めるとともに、当該調査・研究の結果を活用しながら、自転車を利用した健康づくりに関する広報啓発を進める。

③ 住民が身体活動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加

【充実・強化すべき取組】

- 都道府県に対して、さまざまな生活場面で身体活動が促進される環境整備の取組状況に関する調査を継続して行い、取組が行われていない都道府県については、取組を阻む要因に関する調査を行い、阻害要因の排除に向けた対策を検討する。

【周知・啓発】

- 「健康寿命をのばそう！アワード」の生活習慣病予防分野において住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体を表彰し、取組の横展開を図る。

【関連省庁との連携】

- 国土交通省が推進している健康増進効果に着目した立地適正化計画等の策定がさらに推進されるよう連携・協力を図る。

【次期プラン策定に向けたデータや関連する研究】

- 住民が身体活動しやすいまちづくりや環境整備の状況や進展度合いを定量的に把握するための指標に関する研究に取り組むことを検討する。
- まちづくりや環境整備と身体活動の関連について、どのようなまちづくりや環境整備が身体活動促進に効果的であるかに関する研究に取り組むことを検討する。

④ 座位行動時間の減少

【充実・強化すべき取組】

- アクティブガイドの改定にあわせて座位行動の基準策定を検討する。

【周知・啓発】

- 改定版アクティブガイドの周知に合わせて、「座位行動」という用語を普及させるとともに、健康のために座位行動時間を減少させることが重要であることを啓発する。
- 長時間の座位行動を避け、時々、座位行動を中断する（ブレイクする）ことの重要性を啓発する。
- 車いす利用者や整形外科等の疾患を有する人に配慮しながら啓発活動を展開する。

【関連省庁との連携】

- 経済産業省が推進する「健康経営」と連携・協力を図り、就業時間中における「座位行動問題」に対する対策を展開していく。

【次期プラン策定に向けたデータや関連する研究】

- 次期国民運動プランの策定に向けて、全国的な座位行動の現状把握に関する研究に取り組むことを検討する。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

【新型コロナウイルス感染症と身体活動に関する日本人を対象とした研究報告】

- 令和2（2020）年4月に国内の高齢者1,600人を対象に実施したインターネット調査によると、新型コロナウイルス感染症拡大前後（令和2（2020）年1月との比較）で1週間当たりの身体活動時間が約60分（約3割）減少していることが報告された(Yamada M et al. J Nutr Health Aging,2020)。
- 第1波収束後の令和2（2020）年6月に上記1,600人を対象に再度実施したインターネット調査によると、身体活動時間はほぼ元の状態に回復していたが、独居で近隣住民との交流が少ない高齢者の回復が遅いことが報告された(Yamada M et al. J Nutr Health Aging,2020)。
- 横浜市民18,817人の歩数を緊急事態宣言前後で比較したところ、男性より女性、高齢者より非高齢者が減少していたことや、高齢の女性においては大きい公園の近くに住んでいると歩数減少の影響が少ないことが報告された(Hino K and Asami Y. Health Place, 2021)。
- 働く人1,239人を対象に令和2（2020）年7月～8月に実施したインターネット調査によると、テレワークを実施している人はテレワークを実施していない人と比較して身体活動量が少なく、勤務時間中の座位行動が長いことが報告された(Fukushima N et al. J Occup Health, 2021)。

【充実・強化すべき取組】

- 国内外の研究報告をレビューし、外出自粛や行動制限が人々の健康にどのような影響を与えたのかを確認するとともに、身体活動・運動の分野において今後取り組むべき対策について検討する。
- 「新しい生活様式」に対応した情報発信・普及啓発について、継続的に取り組んでいく。
(実績)
 - e-ヘルスネットにおいて「新しい生活様式」における体を動かす工夫として、自宅でできる運動の動画やテレビ番組、リンク集、リーフレットを紹介する。
 - 健康増進普及月間オンラインイベント「おうちで+10超リフレッシュ体操」開催する。

<参考文献・URL>

- 「健康づくりのための身体活動基準2013」及び「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」（厚生労働省）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xple.html>
- アクティブガイド（プラス・テン）（厚生労働省）
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xple-att/2r9852000002xpr1.pdf>
- エクササイズガイド2006（厚生労働省）
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/undou01/pdf/data.pdf>

- 階段利用キャンペーン（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/undou/undou03/index.html
- スマート・ライフ・プロジェクト（厚生労働省）
<http://www.smartlife.go.jp/>
- 健康増進施設認定制度（厚生労働省）
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/undou04/>
- 健康運動指導士（公益財団法人 健康・体力づくり事業財団）
http://www.health-net.or.jp/shikaku/dantai/pdf/new_undoshidosha.pdf
- 日本医師会認定健康スポーツ医（日本医師会）
<http://www.med.or.jp/doctor/ssi/>
- まちづくりにおける健康増進効果を把握するための歩行量（歩数）調査のガイドライン（国土交通省都市局）
<http://www.mlit.go.jp/common/001186372.pdf>
- FUN+WALK PROJECT（スポーツ庁）
<http://funpluswalk.go.jp/>
- 健康経営（経済産業省）
http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkou_keiei.html
- 健康寿命延伸産業創出推進事業（経済産業省）
<http://www.meti.go.jp/information/publicoffer/kobo/k180309003.html>
- 国立健康・栄養研究所：健康日本 21(第二次)分析評価事業
<https://www.nibiohn.go.jp/eiken/kenkounippon21/>
- WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- Series from the Lancet journals: Physical Activity 2012. Lancet, 2012
<https://www.thelancet.com/series/physical-activity>
- Series from the Lancet journals: Physical Activity 2016; Progress and Challenges. Lancet, 2016
<https://www.thelancet.com/series/physical-activity-2016>
- 武田典子ほか. 都道府県における身体活動促進を目的とした行動計画の策定及びその実施状況：量的記述. 運動疫学研究. 21: 113-135, 2019
- 原田和弘. アクティブガイドの認知度調査結果：その1. 厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書. 2020
- Sedentary Behaviour Research Network. Standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". Appl Physiol Nutr Metab 37: 540-542, 2012

- 岡浩一朗ほか. 座位行動の科学：行動疫学の枠組みの応用. 日健教誌 21: 142-153, 2013
- Bauman AE et al. The descriptive epidemiology of sitting: A 20-country comparison using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Am J Prev Med 41: 228-235, 2011
- Holtermann A et al. The physical activity paradox: six reasons why occupational physical activity (OPA) does not confer the cardiovascular health benefits that leisure time physical activity does. Br J Sports Med 52: 149-150, 2018
- 健康・体力づくり事業健康・体力づくり事業財団. 貯筋運動プロジェクト
<http://www.health-net.or.jp/tyousa/tyokin/index.htm>
- Yamada M et al. Effect of the COVID-19 Epidemic on Physical Activity in Community-Dwelling Older Adults in Japan: A Cross-Sectional Online Survey. J Nutr Health Aging 24(9): 948-950, 2020
- Yamada M et al. Letter to the Editor: Recovery of Physical Activity among Older Japanese Adults since the First Wave of the COVID-19 Pandemic. J Nutr Health Aging 24(9): 1036-1037, 2020
- Hino K and Asami Y. Change in walking steps and association with built environments during the COVID-19 state of emergency: A longitudinal comparison with the first half of 2019 in Yokohama, Japan. Health Place 69: 102544, 2021
- Fukushima N et al. Associations of working from home with occupational physical activity and sedentary behavior under the COVID-19 pandemic. J Occup Health 63(1): e12212, 2021
- 厚生労働省. e-ヘルスネット. 「新しい生活様式」において体を動かす工夫
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/exercise/s-09-001.html>
- 日本運動疫学会. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)と身体活動に関する研究の紹介
<http://jaee.umin.jp/news210420.html>

様式2 更新日：令和4年2月25日

(領域名) (3) 休養

背景

- 「休養」には二つの意味が含まれている。「休」は、労働や活動等によって生じた心身の疲労を、休息により解消し、元の活力を持った状態への復帰を図る働きを主として指す。一方、「養」は、“英気を養う”と言うように、社会的機能の向上に資する心身の能力を自ら高める営みを主として指す。
- 日々の生活における具体的な「休養」においては、睡眠や余暇が重要である。十分な睡眠や余暇活動を通してストレスに適切に対処することは、心身の健康に欠かせない。睡眠や余暇は、労働や活動によって生じた心身の疲労を回復させ恒常性を保とうとするために生じる、生体の自律的かつ不随意的なメカニズムに支えられている。一方、生活習慣のなかで睡眠時間を確保する、よい眠りを得るための環境を整える、余暇時間を取得する、余暇活動を選択するといった能動的・主体的な行動の側面もあり、それぞれが「休」と「養」の要素を併せ持つ。
- 睡眠や余暇が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立し、個々人が自身に必要な十分な「休」と「養」を確保・実践することは、健康で豊かな人生を築く礎となる。

1 目標項目の評価状況

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

目標項目	評価
① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	D
② 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少	B*

① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

○ 目標設定の背景

睡眠の不足は、日中の眠気や疲労をもたらすに留まらず、頭痛等の身体愁訴の増加、情動不安定¹⁾、注意力や判断力の低下²⁾に関連する作業能率の低下等、多岐にわたる影響を及ぼし、事故³⁾等、重大な結果を招く場合もある。

睡眠不足を含め様々な睡眠の問題が慢性化すると、肥満⁴⁾、高血圧⁵⁾、糖尿病⁶⁾、心疾患⁷⁾や脳血管障害⁸⁾の発症リスク上昇と症状悪化に関連し、死亡率の上昇⁹⁾にも関与することが明らかとなっている。また、睡眠の問題はうつ病をはじめとした多くの精神障害において、発症初期から出現し、再燃・再発リスクを高めることが知られているが、不眠の存在自体が精神障害の発症リスクをも高める¹⁰⁾という報告も近年多くみられるようになっている。

これらを踏まえ、睡眠の問題に対処し、十分な睡眠をとることは心身の健康の保持・増進においては極めて重要であり、睡眠に関連した目標設定が必要とされた。

睡眠に関する目標として、睡眠時間等の客観的な目標ではなく、「睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少」という、「睡眠の質」により関連する主観的・相対的な評価を含む指標が設定されたのは、現行の国民健康・栄養調査で評価することが可能であること、過去の疫学データの集積があること、睡眠習慣に関する個人差についても対応可能であること等、現実的な事情が考慮されたものである。ところが、近年、睡眠時間や中途覚醒の回数といった睡眠の指標よりも、いわゆる「熟睡感」、「睡眠の質」、「睡眠休養感」といった「睡眠により休養を十分とれていると感じているか」により関連すると考えられる主観的評価について高血圧や糖尿病、心疾患や、うつ病等の精神的健康と強く関連するといった、目標としての妥当性を支持する報告が多く認められるようになっている¹¹⁾¹²⁾。

目標設定当時、国民健康・栄養調査においては、睡眠による休養を十分にとれていないという有訴者率は20%前後で推移していた。これも踏まえ、有訴者率の減少を目標に国民の睡眠習慣に対して積極的に施策を講ずることとした。

○ 今回の評価

「睡眠による休養を十分とれていない者の割合（20歳以上）」の最終評価は、全体としては目標値に達しておらず、むしろベースライン値との比較においては有意に増加しており、「D 悪化している」という結果となった（図1）。年代別に分析すると、ほぼ全ての世代で増加傾向にあり、特に中高年者（50代）において増加の度合いが大きかった（図2、3）。この結果について性差は認められなかった。

図 1：睡眠による休養を十分とれていない者の割合の推移（男女計）

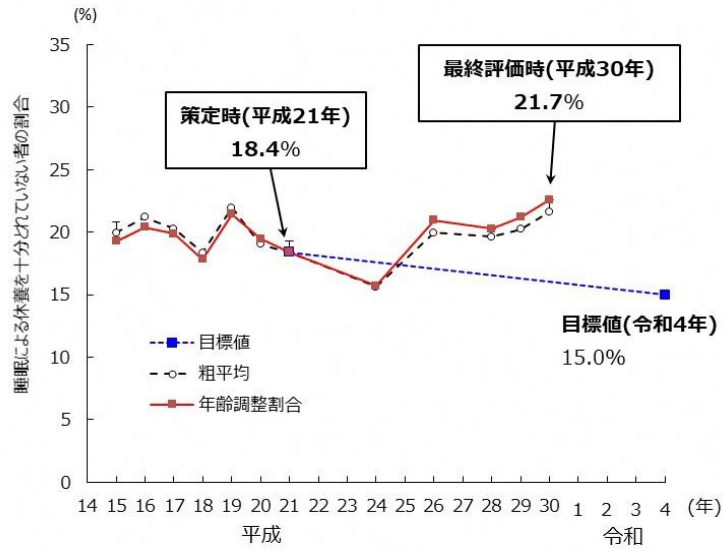
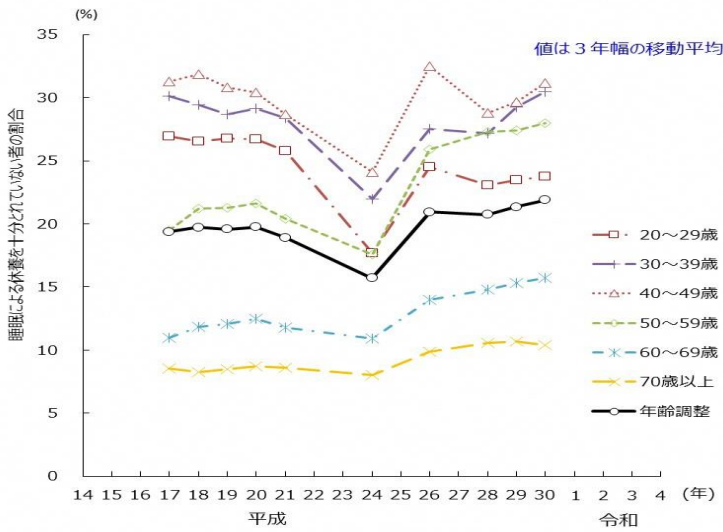


図 2：睡眠による休養を十分とれていない者の割合の推移（男女計、年齢階級別）



出典（図 1、2）：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図3：睡眠で休養が十分に取れていない者の割合年次比較
(20歳以上 男女計・年齢階級別)

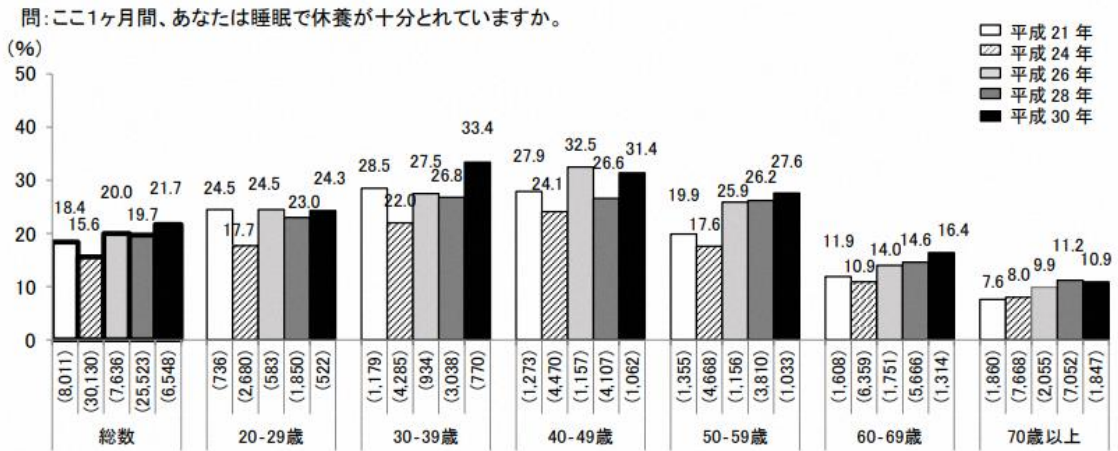
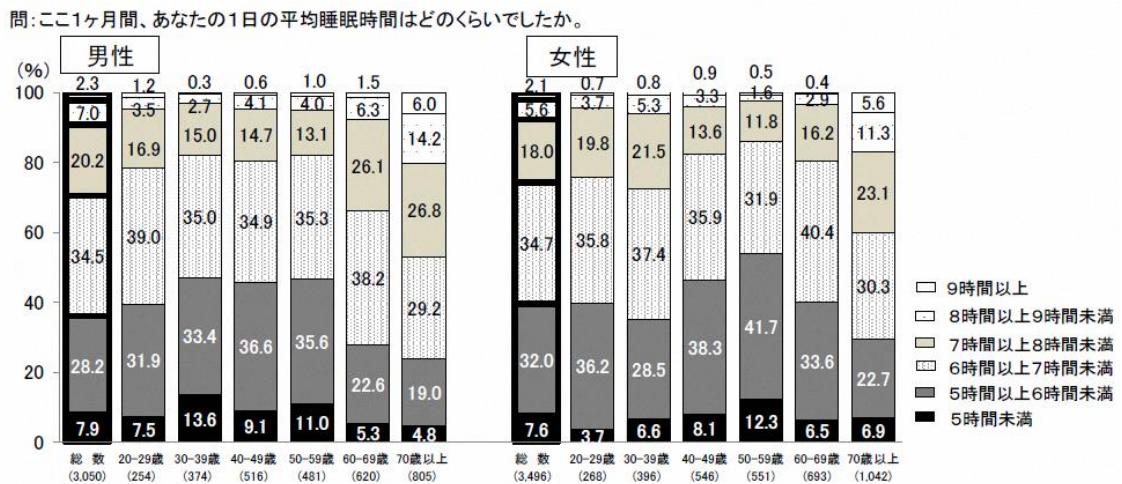


図4：1日の平均睡眠時間（20歳以上 性・年齢階級別）



出典（図3、4）：厚生労働省「国民健康・栄養調査」（平成30（2018）年）

② 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少

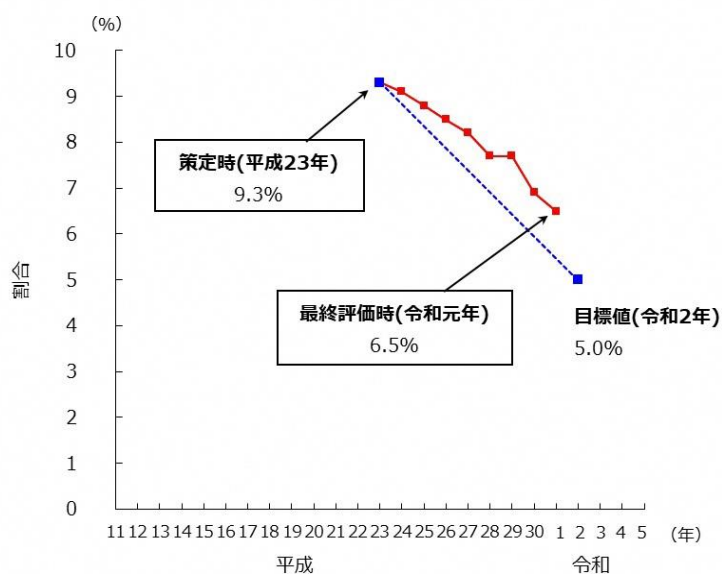
○ 目標設定の背景

過重労働等を原因とする脳・心臓疾患、精神障害に係る労災認定件数は高水準で推移しており、その背景には長時間労働の存在も考えられる。長時間労働に従事する者は、週労働時間が 40 時間以下の者よりも急性心筋梗塞の発生率が高いこと¹³⁾や糖尿病のリスクが高まること¹⁴⁾が指摘されているように、長時間就業に伴う心身への過度の負荷は、交感神経の過活動を招き、不眠等を介して、循環器疾患や精神疾患のリスクを高めると考えられる。過重労働を解消し、労働者が健康を保持しながら労働以外の生活のための時間を確保して働くことができるような労働環境を整備することは重要な課題となっていたことから、余暇の確保といった観点からも「週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少」を指標として設定した。

○ 今回の評価

「週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合（15 歳以上）」はベースライン値の 9.3%から経年的に漸減傾向にある（図 5）。ただし、男女別に見ると、特に男性での低下幅が大きい。30～50 代前半では依然として高い水準にあり、20 後半～40 代前半で低下幅が大きい。また、企業規模別に見ると、規模の小さい企業ほど比較的高い水準にあるが、全ての企業規模で低下傾向にある。

図 5：週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合



出典：総務省「労働力調査」

図6：週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合（男女別）

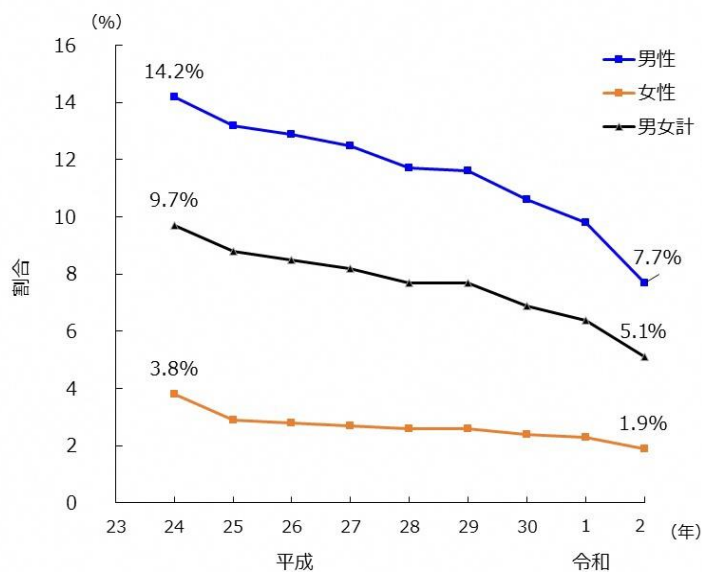
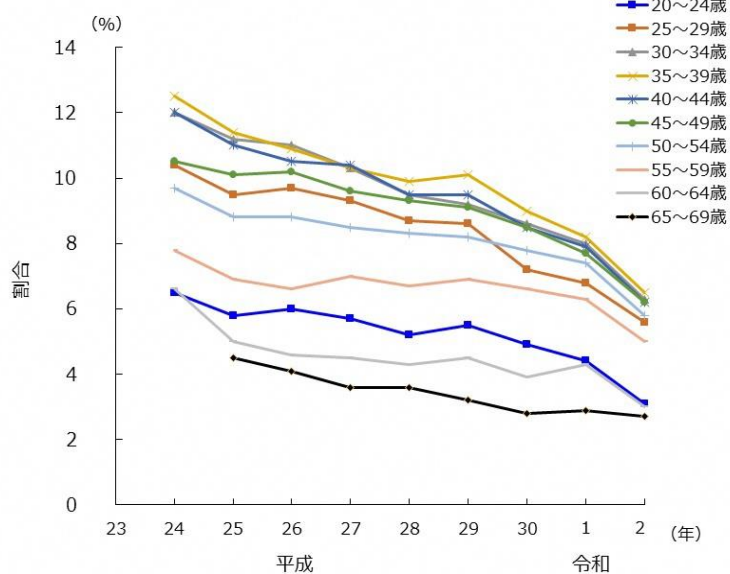
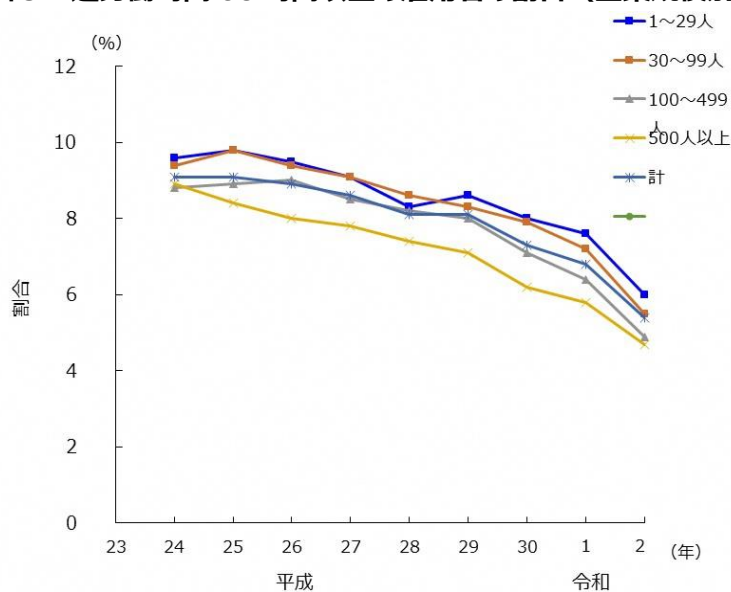


図7：週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合（年齢階級別）



出典（図6、7）：総務省統計局「労働力調査（基本集計）」をもとに作成

図8：週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合（企業規模別）



出典：総務省統計局「労働力調査（基本集計）」をもとに作成

2 関連する取組

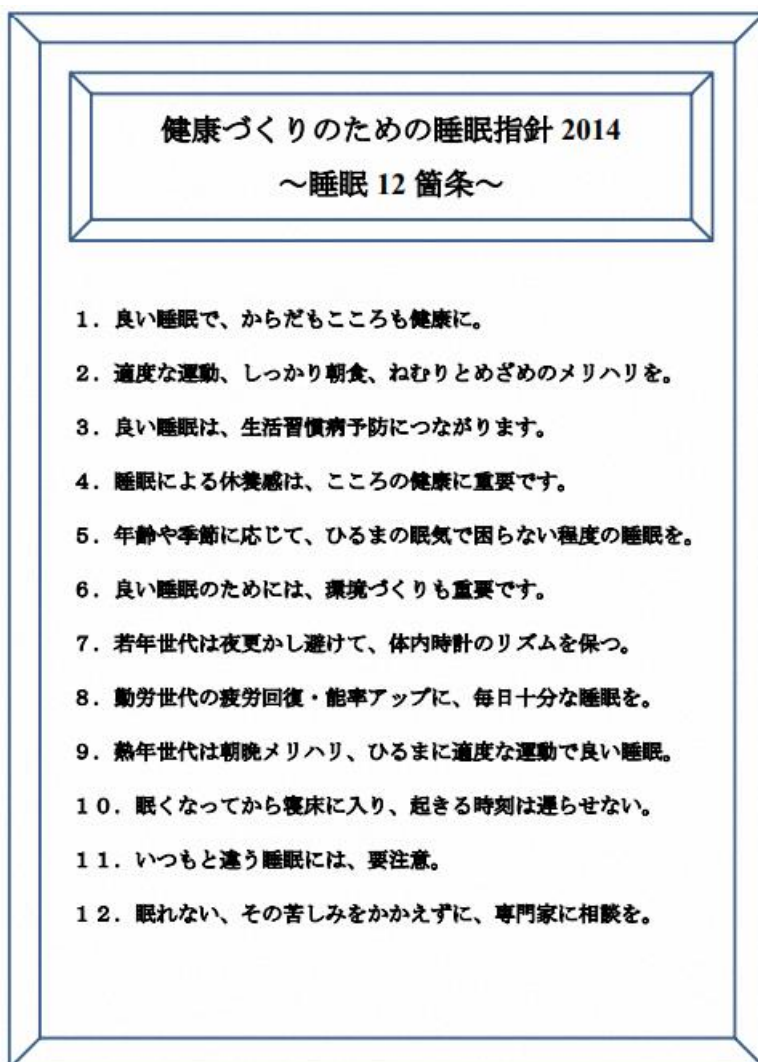
<各目標項目に係る取組>

① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少

○ 健康づくりのための睡眠指針2014の策定

「健康日本21」の睡眠について設定された目標に向け、具体的な実践を進めていく手だてとして平成15（2003）年に策定された「健康づくりのための睡眠指針」を直近のエビデンスを踏まえて改訂し、新たに「健康づくりのための睡眠指針2014」として平成26（2014）年3月に厚生労働省ウェブサイトで公開した¹⁵⁾。

図9：健康づくりのための睡眠指針 2014 ～睡眠 12 か条～



出典：厚生労働省「健康づくりのための睡眠指針2014」

○ 睡眠に対する保健指導の紹介

「標準的な健診・保健指導プログラム」では、平成19（2007）年の策定当初より、「標準的な質問票」において「睡眠で休養が十分とれている」を、質問の一つとして定めている。また、平成25（2013）年より睡眠の質に問題がある場合は「睡眠指針」を参照して支援（保健指導）を行うよう記載している。

○ 専門学会・省庁におけるガイドライン・指針等の作成・改定

生物学から臨床医学・公衆衛生学まで、学際的な伝統を持つ日本睡眠学会は、「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」を平成25（2013）年に発表した。この他、日本神経治療学会も「標準的神経治療：不眠・過眠と概日リズム障害」を平成28（2016）年に発表し、睡眠に関する適切な診療を目指したガイドラインを公表した。

○ 国土交通省は、「自動車運送事業者における睡眠時無呼吸症候群対策マニュアル～S A S

対策の必要性と活用～」について、平成 27（2015）年に改訂版を公表し、睡眠時無呼吸症候群（sleep apnea syndrome: SAS）による事故防止等について啓発を行った。

- 厚生労働省の生活習慣病予防のための健康情報サイトである e ヘルズネットや、スマート・ライフプロジェクトの一環として作成しているポスター等を通して、睡眠啓発イベントの開催（※ 1）や、特設ページの設置（※ 2）を行い、適切な休養・睡眠をとることを啓発している。

※ 1 : <https://www.mhlw.go.jp/photo/2019/09/ph0917-01.html>

※ 2 : <https://www.smartlife.mhlw.go.jp/minna/sleep/>

- 厚生労働科学研究（※ 3）において、睡眠指針の改定を含めた睡眠による健康増進に関する研究を実施した。

※ 3 : 「健康日本 21（第二次）に即した睡眠指針への改訂に資するための疫学研究」（平成 25～27 年度、研究代表者大分大学兼板佳孝）

「健康づくりのための睡眠指針 2014」のブラッシュアップ・アップデートを目指した「睡眠の質」の評価及び向上手法確立のための研究」（令和 1～2 年度、研究代表者国立精神・神経医療研究センター栗山健一）

② 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少

- 長時間労働の抑制

- 平成26（2014）年に厚生労働大臣を本部長とする「長時間労働削減推進本部」を設置した。

- 平成27（2015）年から100 時間超（平成28（2016）年から80 時間超に拡大）の時間外・休日労働が行われていると考えられるすべての事業場等に対する、労働基準監督署からの監督指導を実施している。

- 平成29（2017）年に、政府が働き方改革実行計画を策定し、罰則付きの時間外労働の上限規制導入等に対して、日本経済団体連合会と日本労働組合総連合会が導入に合意した。その結果、平成30（2018）年に、週40 時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を原則として月45 時間かつ年360 時間と設定し、単月では休日労働を含め100 時間未満とした「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」（以下「働き方改革関連法」という。）が成立し、平成31年 4 月から順次施行されている。

- 平成26（2014）年11 月 1 日より、第186 回国会において制定された、過労死等防止対策推進法が施行された。同法を受けて、政府は「過労死等の防止のための対策に関する大綱」を平成27（2015）年 7 月に閣議決定した¹⁶⁾。その後、この大綱に基づく対策の推進状況等を踏まえ、平成30（2018）年 7 月に大綱を改定し、閣議決定した。

- 「日本再興戦略改訂2014」（平成26（2014）年 6 月14日閣議決定）に「働き過ぎ防止のための取組強化」が盛り込まれたことを踏まえ、相当の時間外労働が認められる事業場等への重点監督を実施した。また、平成30（2018）年に成立した働き方改革関連法により改正された労働基準法について、時間外労働の上限規制等の内容の周知を図るとともに、働き方改革推進支援センターや助成金の活用により、企業における働き方改革の取組に

対する支援を実施した。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

①「睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少」

本目標項目は全体として「D 悪化している」であり、目標は達成されなかった。主な要因としては、以下が考えられる。

- 1) 睡眠休養感については、若年者、壮年者、高齢者で異なる要因が関与していることが様々な報告より推察されるが、これまでの取組については、年代別のアプローチが必ずしも十分でなく、睡眠による休養を十分にとるための具体的な行動に結びつかず、睡眠による休養を十分にとれていないという回答につながった可能性
- 2) 我が国の平均睡眠時間は国際比較において最も短いことが報告されており、最近でも目立った変化が見られない。睡眠時間の確保を妨げる要因の軽減・除去といった観点からのアプローチが必ずしも十分ではなく、睡眠による休養を十分にとれていないという回答につながった可能性
- 3) 健康保持・増進における睡眠の重要性に関する認識の向上が、結果的に自身の睡眠の評価を低下させ、睡眠による休養を十分にとれていないという回答につながった可能性

- （1に関連）睡眠確保の妨げになっている点として、30～40代男性では「仕事」、30代女性では「育児」と答えた者の割合が高かった（図10）。一方、20代では男女ともに「就寝前に携帯電話、メール、ゲーム等に熱中すること」の割合が最も高かった。
- （1に関連）50代以上では、男女とも睡眠確保の妨げになっている点は「特になし」との回答が最も多く、年齢階級が上がるほどその割合が増加していた。これまでの報告から、この年代についてはむしろ睡眠時間の確保よりも、床上時間が長いことが睡眠の質の低下と関連することが指摘されている。このため、高齢者に関しては、睡眠確保の妨害要因の除去よりも、睡眠衛生教育や日中の活動指導等から睡眠の質を確保するアプローチがとりわけ必要となると考えられる。
- （2に関連）令和元（2019）年の「国民健康・栄養調査」によると、1日の平均睡眠時間が6時間未満の者の割合は、男性37.5%、女性40.6%であった。男性の30～50代、女性の40～50代では4割を超えており、男女とも「日中眠気を感じた」者の割合が高い要因の一つと思われる。
- （2に関連）令和元（2019）年のOECD「Gender Data Portal 2019」によると、調査年は国によって異なるが、OECD30か国の平均睡眠時間が8時間23分であるのに対して、日本はそれよりも1時間ほど短く7時間22分であり、30か国の中で最も短かった。この状況は以前より続いている。しかも1960年代頃と比較すると、日本人の睡眠時間は1時間ほど短縮しているという報告もある。

図 10：睡眠の確保の妨げとなる点（20 歳以上 男女別）

問：あなたの睡眠の確保の妨げとなっていることは何ですか。

	総数		20-29 歳		30-39 歳		40-49 歳		50-59 歳		60-69 歳		70 歳以上	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
総数	2,663	-	220	-	254	-	428	-	412	-	563	-	786	-
男性														
仕事	610	22.9	75	34.1	107	42.1	166	38.8	148	35.9	80	14.2	34	4.3
家事	41	1.5	2	0.9	11	4.3	13	3.0	6	1.5	7	1.2	2	0.3
育児	45	1.7	5	2.3	17	6.7	20	4.7	2	0.5	0	0.0	1	0.1
介護	20	0.8	0	0.0	0	0.0	2	0.5	4	1.0	5	0.9	9	1.1
健康状態	321	12.1	13	5.9	15	5.9	36	8.4	44	10.7	72	12.8	141	17.9
通勤・通学の所用時間	105	3.9	19	8.6	13	5.1	30	7.0	29	7.0	10	1.8	4	0.5
睡眠環境(音、照明など)	115	4.3	13	5.9	10	3.9	21	4.9	21	5.1	21	3.7	29	3.7
就寝前に携帯電話、メール、ゲームなどに熱中すること	324	12.2	95	43.2	68	26.8	78	18.2	44	10.7	25	4.4	14	1.8
その他	337	12.7	21	9.5	17	6.7	50	11.7	47	11.4	93	16.5	109	13.9
特に困っていない	1,257	47.2	57	25.9	78	30.7	141	32.9	171	41.5	314	55.8	496	63.1
女性														
総数	3,034	-	225	-	298	-	469	-	481	-	603	-	958	-
仕事	430	14.2	63	28.0	57	19.1	107	22.8	109	22.7	63	10.4	31	3.2
家事	394	13.0	9	4.0	70	23.5	135	28.8	91	18.9	57	9.5	32	3.3
育児	201	6.6	28	12.4	92	30.9	67	14.3	7	1.5	5	0.8	2	0.2
介護	70	2.3	0	0.0	3	1.0	2	0.4	14	2.9	30	5.0	21	2.2
健康状態	338	11.1	17	7.6	19	6.4	41	8.7	57	11.9	57	9.5	147	15.3
通勤・通学の所用時間	57	1.9	24	10.7	7	2.3	13	2.8	7	1.5	5	0.8	1	0.1
睡眠環境(音、照明など)	185	6.1	11	4.9	26	8.7	33	7.0	40	8.3	29	4.8	46	4.8
就寝前に携帯電話、メール、ゲームなどに熱中すること	370	12.2	96	42.7	80	26.8	88	18.8	55	11.4	35	5.8	16	1.7
その他	497	16.4	19	8.4	28	9.4	52	11.1	85	17.7	134	22.2	179	18.7
特に困っていない	1,324	43.6	52	23.1	79	26.5	155	33.0	177	36.8	304	50.4	557	58.1

※複数回答のため、内訳合計が 100%にならない。

※網掛けは、各年代で最も多い項目。

出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」（令和元（2019）年）

② 「週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少」

本項目の評価は「B* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」であった。その主な要因としては、以下が考えられる。

- 1) 平成 27（2015）年から行われている時間外・休日労働が行われていると考えられるすべての事業場等に対する、労働基準監督署からの監督指導の実施等が奏功した可能性
- 2) 時間外労働の上限規制等の内容の周知を図るとともに、働き方改革推進支援センターや助成金の活用により、企業における働き方改革の取組に対する支援が奏功した可能性

<領域全体としての評価>

- 「睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少」は悪化、「週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少」については改善傾向であった。睡眠や余暇が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立し、個々人が自身に必要十分な「休」と「養」を確保し実践するという、「休養」領域全体としての目標到達は、道半ば、と考えられた。

4 今後の課題

<領域全体としての課題>

睡眠、余暇を日常生活が適切に取り入れられた生活習慣を確立し、個々人が自身に必要十分な「休」と「養」を確保し実践するという「休養」領域全体としての目標に向けて、引き続き取り組む必要がある。

「睡眠」の結果からみえる、異なる背景要因を持つ集団別のより効果的な対策策定の必要性、「週労働時間」の目標達成状況からみえる、個人とともに所属する集団を通じたアプローチの有効性等を踏まえた上でこれまでの取組を見直し、新たな取組を考案することが必要と考える。

例えば、「睡眠による休養を十分とれていない者の減少」に対しては、全体的な睡眠指針の周知だけでなく、睡眠時間確保の妨げになっている点についてより具体的な改善方法、より質のよい睡眠を得るための運動等日中の過ごし方等を含めた「処方箋」を年代別に示し、学校や企業等での取組を強化するといった方向性等が考えられる。また「週労働時間」については、長時間労働者の働き方、余暇の過ごし方に関する情報をさらに分析し、心身の不調につながる要素を抽出して、重点的な対策を検討する、といった方向性等が考えられる。

<各目標項目に係る課題>

① 睡眠による休養を十分とれていない者の減少

- 睡眠指針の認知度について、先行研究等は少ないが、厚生労働科学研究の研究班報告によれば中高年者で約 12%であり、まずは認知度向上のための普及啓発活動を今後も継続する必要がある。このため、引き続き、「健康づくりのための睡眠指針 2014」やスマート・ライフ・プロジェクトのポスター、9月の健康増進普及月間に健康増進に関わるイベントの開催等を通じて普及を推進する。
- 厚生労働科学研究（※）によるエビデンスの整理や検討会における検討を踏まえて、睡眠指針の改訂を目指す。
- ※「適切な睡眠・休養促進に寄与する「新・健康づくりのための睡眠指針」と連動した行動・習慣改善ツール開発及び環境整備」（令和3～5年度、研究代表者国立精神・神経医療研究センター栗山健一）
- 「健康づくりのための睡眠指針 2014」では、昼間の眠気で困らない程度の睡眠時間を確保することを推奨しているが、令和元（2019）年「国民健康・栄養調査」において、睡眠時間が6時間未満の者の割合が4割程度いることが明らかとなり、男女とも「日中眠気を感じた」者の割合が高い要因の一つと考えられた。睡眠の確保の妨げとなっている主要な原因が男性では仕事、女性では育児等であり、これらが睡眠時間の短縮につながっていると考えられ、睡眠時間の妨げの原因を解消するには、「働き方改革」の取組、企業のワークライフバランスのより一層の推進が不可欠と考えられる。引き続き、スマート・ライフ・プロジェクトと連携した周知等、一層の取組を推進する。
- 20歳代の男女において、睡眠確保の妨げとなる点について、就寝前に携帯電話、メール、ゲーム等に熱中することと回答した者の割合が最も高かった。「健康づくりのための睡眠指針 2014」において、寝床に入ってから携帯電話、メールやゲーム等に熱中することや、携帯電話やパソコン等の光の刺激が入ることは、覚醒を助長し、睡眠に悪影響を及ぼす可能性があることを、引き続き注意喚起し、企業等での取組を支援してゆく。
- 国土交通省の発表した、「自動車運送事業者における睡眠時無呼吸症候群対策マニュアル～SAS対策の必要性と活用～」によるSAS対策は、法的な拘束力がなく、あくまで実施を推奨しているにすぎないため、経済的に余力のある企業、業界団体が自主的にSASの早期発見・早期治

療に努めている現状である。近年 SAS の有病率が高いこと、循環器疾患・交通事故のリスクであることが内外の報告で明らかにされてきたことから、労働衛生上の施策の検討が求められる。

- 睡眠障害に対する取組としては、今回の結果をみると、まずは睡眠不足症候群（仕事、勉強、その他の活動が原因）への取組をさらに重点的に行う必要があると考えられる。また、睡眠時間確保の妨げとなっている要因として仕事や育児・家事を挙げた年代で問題となりやすい、交代勤務障害、睡眠関連呼吸障害（SASを含む）にも、今後も継続的な対策を講じる必要がある。

これらの睡眠障害による慢性睡眠不足状態では、自覚的眠気を感じず、眠気が疲労、加齢と誤認されている例が多いことが生理学的研究、疫学研究で明らかにされている。自覚しにくい睡眠の問題への気づきを促す研究・施策として、SAS であれば眠気をチェックするよりも「いびきの頻度」、「大きないびきの有無」、「睡眠中の呼吸停止の有無」等の問診の重要性を明らかにする研究、簡便な睡眠中の呼吸モニターの開発・普及が望まれる。また、交代勤務障害に関しては、わが国を含む先進諸国で労働者の約 2～4 割が交代勤務者とされており、グローバル化を迎え、更に多くの労働者が交代勤務に従事することが予想されることから、休養のとり方、交代勤務による睡眠障害に関する情報の啓発が必要である。

② 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少

- 引き続き、月80時間超の残業が行われている事業場等に対する監督指導の徹底等による過重労働対策や、時間外労働の上限規制等について丁寧な周知・啓発を行うとともに、働き方改革推進支援センターでの相談・支援等を実施し、長時間労働対策を推進する。
- 平成 30（2018）年に、労働時間制度に関する制度の見直し、勤務間インターバル制度の普及促進、産業医・産業保健機能の強化等を内容とする働き方改革関連法が成立した。具体的には、労働基準法、労働安全衛生法等の改正により時間外労働の上限規制の導入や、フレックスタイム制の見直し等が実施された。
- 長時間労働に関しては、労働基準法によって法整備がなされているものの、依然として勤務問題が原因での自殺者数は平成 10（1998）年から平成 23（2011）年で約 800 人増加し、近年漸減傾向にあるものの、総数として約 2,000 人（平成 29（2017）年時点）と多く、法の整備だけでなく、その遵守に向けた対策や、自殺者数の抑制に向けた取組をどのように推進していくかについても、更なる議論が必要であると考ええる。

労働時間が長くなっても睡眠時間が 6 時間以上確保されている場合には、うつ状態のリスクは上昇しないといった報告¹⁷⁾もあり、長時間労働の抑制とともに、睡眠をどのように確保するか、余暇時間をどのように過ごすかといったことについても併せて検討し、企業単位での取組も検討する必要がある。このように長時間労働の抑制と睡眠時間確保の取組を組み合わせることで、2つの目標項目の達成につながると期待される。

- ※（注）自殺の調査における原因動機を平成 19 年から 1 項目から 3 項目まで選択することができるようになったため、単純比較には注意を要する。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、在宅勤務をする者、遠隔授業を自宅で受ける者の割合が増加した。これにより通勤通学の時間が減少したこと、日中の活動量が減少したことをはじめ、様々な生活上の変化が生じた。睡眠に関しても種々の影響が報告されている。報告として多いのは、睡眠時間は増えたが、睡眠の質は必ずしも向上しない（あるいは低下）、睡眠位相後退（夜型化）が目立つようになった¹⁸⁾というものである。不眠症状と不眠症の割合は、欧米諸国を比較し場合は日本を含むアジア諸国は低率であったとの報告も見られる¹⁹⁾。
- 在宅勤務により労働時間がどのように変化したかについては、今後の調査結果も待って判断しなければならないが、新型コロナウイルス感染症拡大前の調査では、在宅勤務ではむしろ労働時間が長くなったという結果も報告されている²⁰⁾。
- 在宅勤務・遠隔授業等は、今後新型コロナ感染拡大が収束したあとも、感染拡大前と比較して一定の割合で継続されと考えられるが、睡眠の質の確保、余暇の確保については、継続的な取組が必要であり、そのための1日のスケジュール管理や計画的な運動の実施等について、新たに知識の普及や実践を検討していく必要がある。

<参考文献・URL>

¹ Vandekerckhove M, Wang YL. Emotion, emotion regulation and sleep: An intimate relationship. *AIMS Neurosci* 2017;5(1):1-17. doi: 10.3934/Neuroscience.2018.1.1.

² Groeger JA, Stanley N, Deacon S et al. Dissociating effects of global SWS disruption and healthy aging on waking performance and daytime sleepiness. *Sleep*. 2014;37(6):1127-1142.

³ Léger D, Pepin E, Caetano G. The Economic Burden of Sleepy Driving. *Sleep Med Clin* 2019;14(4):423-429. doi: 10.1016/j.jsmc.2019.07.004.

⁴ Häusler N, Heinzer R, Haba-Rubio J et al. Does sleep affect weight gain? Assessing subjective sleep and polysomnography measures in a population-based cohort study (CoLaus/HypnoLaus). *Sleep* 2019;42(6): zsz077. doi: 10.1093/sleep/zsz077.

⁵ Wang D, Zhou Y, Guo Y et al. The effect of sleep duration and sleep quality on hypertension in middle-aged and older Chinese: the Dongfeng-Tongji Cohort Study. *Sleep Med* 2017; 40: 78-83. doi: 10.1016/j.sleep.2017.09.024.

⁶ Reutrakul S, Van Cauter E. Sleep influences on obesity, insulin resistance, and risk of type 2 diabetes. *Metabolism* 2018; 84: 56-66. doi: 10.1016/j.metabol.2018.02.010.

⁷ Korostovtseva L, Bochkarev M, Sviryaev Y. Sleep and Cardiovascular Risk. *Sleep Med Clin* 2021;16(3): 485-497. doi: 10.1016/j.jsmc.2021.05.001.

⁸ Chaudhry R, Suen C, Mubashir T et al. Risk of major cardiovascular and cerebrovascular complications after elective surgery in patients with sleep-disordered breathing: A retrospective cohort analysis. *Eur J Anaesthesiol* 2020; 37(8): 688-695. doi: 10.1097/EJA.0000000000001267.

⁹ Ensrud KE, Blackwell TL, Ancoli-Israel S et al. Sleep disturbances and risk of frailty and mortality in older men. *Sleep Med* 2012;13(10):1217-25. doi: 10.1016/j.sleep.2012.04.010.

¹⁰ Li L, Wu C, Gan Y et al. Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry* 2016;16(1): 375. doi: 10.1186/s12888-016-1075-3.

¹¹ Okamoto M, Kobayashi Y, Nakamura F et al. Association Between Nonrestorative Sleep and Risk of Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Behav Sleep Med* 2017; 15(6): 483-490. doi: 10.1080/15402002.2016.1163701.

¹² Li Y, Zhang X, Winkelman JW et al. Association between insomnia symptoms and mortality: a prospective study of U.S. men. *Circulation* 2014; 129(7): 737-46. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.004500.

¹³ Kivimäki M, Batty GD, Hamer M, et al: Using additional information on working hours to predict coronary heart disease: a cohort study. *Ann Intern Med* 2011; 154(7):457-63.

¹⁴ Davila E, Florez H, Trepka M et al. Long work hours is associated with suboptimal glycemic control among US workers with diabetes. *Am J Ind Med* 2011; 54(5):375-383.

¹⁵ 健康づくりのための睡眠指針2014 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf>

¹⁶ 過労死等の防止のための対策に関する大綱（平成27年7月24日閣議決定）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000092244.html>

¹⁷ Nakata A. Work hours, sleep sufficiency, and prevalence of depression among full-time employees: a community-based cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* 2011; 72(5):605-14.

¹⁸ Tahara Y, Shinto T, Inoue K et al. Changes in sleep phase and body weight of mobile health App users during COVID-19 mild lockdown in Japan. *Int J Obes (Lond)* 2021;45(10):2277-2280. doi:10.1038/s41366-021-00890-7.

¹⁹ Morin CM, Bjorvatn B, Chung F et al. Insomnia, anxiety, and depression during the COVID-19 pandemic: an international collaborative study. *Sleep Med* 2021; 87: 38-45.

²⁰ 独立行政法人 労働政策研究・研修機構 情報通信機器を利用した多様な働き方の実態に関する調査結果（企業調査結果・従業員調査結果）（平成27年5月）

<https://www.jil.go.jp/institute/research/2015/documents/0140.pdf>

様式2 更新日：令和4年2月25日

(領域名) (4) 飲酒

背景

- アルコールは、さまざまな健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等の他、自殺や事故とも深く関連する。平成30(2018)年にWHOが発表した「Global status report on alcohol and health 2018」によると、平成28(2016)年の試算で、年間300万人がアルコールの有害な使用のために死亡し、全死亡に占める割合は5.3%とされたが、この割合は、結核(2.3%)、エイズ(1.8%)、糖尿病(2.8%)、高血圧(1.6%)、消化器疾患(4.5%)、交通事故(2.5%)、暴力(0.8%)による死亡を上回っている¹⁾。
- 障害調整生命年(DALY)では、アルコールによる早世や障害は、女性のDALY全体の1.6%、男性では6.0%を占め、全要因の中の7番目の高い割合となっている。特に、年齢を15歳から49歳に限ると、全要因の中で最も高い割合となり、男性の8.9%、女性の2.3%の原因となっている。また、同じ年代の男性の全死亡の12.2%、女性の3.8%がアルコールに起因するという報告もある²⁾。このように、世界的にもアルコールによる健康への影響は重要な問題として認識されている。
- 患者調査(厚生労働省)によれば、アルコール性肝硬変の患者数は、平成8(1996)年の4千人から、平成29(2017)年には1.4万人へと増加している。人口動態統計(厚生労働省)によれば、アルコール性肝疾患の死亡数は、平成8(1996)年には2,403人であったものが、令和元(2019)年には5,480人と増加しており、そのうち約8割がアルコール性肝硬変である。
- 令和3(2021)年3月26日に閣議決定された第2期アルコール健康障害対策基本対策推進基本計画には、「飲酒に伴うリスクに関する知識の普及と不適切な飲酒を防止する社会づくりを通じて、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防する」、「アルコール健康障害の当事者やその家族がより円滑に適切な支援に結びつくように、アルコール健康障害に関する相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を構築する」という2つの重点課題が示されており、1番目の課題における重点目標は、健康日本21(第二次)の飲酒領域に設定された3つの目標項目と同一である。
- 国内外の研究結果から、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症等の飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されており⁹⁻¹²⁾、これらの知見からは生活習慣病のリスクを高める飲酒量の閾値は低ければ低いほど良いことが示唆される。一方、脳梗塞及び虚血性心疾患については、飲酒量との関係がほぼ直線的に上昇するとは言えない。しかし、その場合でも男性では44g/日程度以上の飲酒(純アルコール量)で非飲酒者や機会飲酒者に比べてリスクが高くなることを示す研究が多い¹³⁻¹⁶⁾。また、女性では22g/日程度以上の飲酒でリスクが高くなることを示す研究がある^{14,17)}。

- 未成年者¹の飲酒が好ましくない医学的根拠としては、未成年者の身体は発達する過程にあるため、体内に入ったアルコールが身体に悪影響を及ぼし健全な成長を阻害すること、臓器の機能が未完成であるために、アルコールの分解能力が成人に比べて低く¹⁸⁾、アルコールの影響を受けやすいこと等が挙げられる。例えば未成年者飲酒は、成人の飲酒に比べ急性アルコール中毒や臓器障害を起こしやすい^{19, 20)}。また、飲酒開始年齢が若いほど将来のアルコール依存症リスクが高くなる^{19, 21)}。未成年者の飲酒は事件や事故に巻き込まれやすくなる等社会的問題も引き起こしやすい。未成年者飲酒禁止法や健康への影響及びこれらの点を踏まえて、未成年者の飲酒を防止することが必要である。
- 妊娠中の飲酒が、胎児性アルコール症候群や発育障害を引き起こすことが知られているが、予防する安全な飲酒量はいまだに不明である。妊娠中あるいは妊娠を計画している女性はアルコールを飲まないことが求められる²²⁾。これらを踏まえて健康日本 21（第二次）では、妊娠中の飲酒をなくすことが目標として設定された。

1 目標項目の評価状況

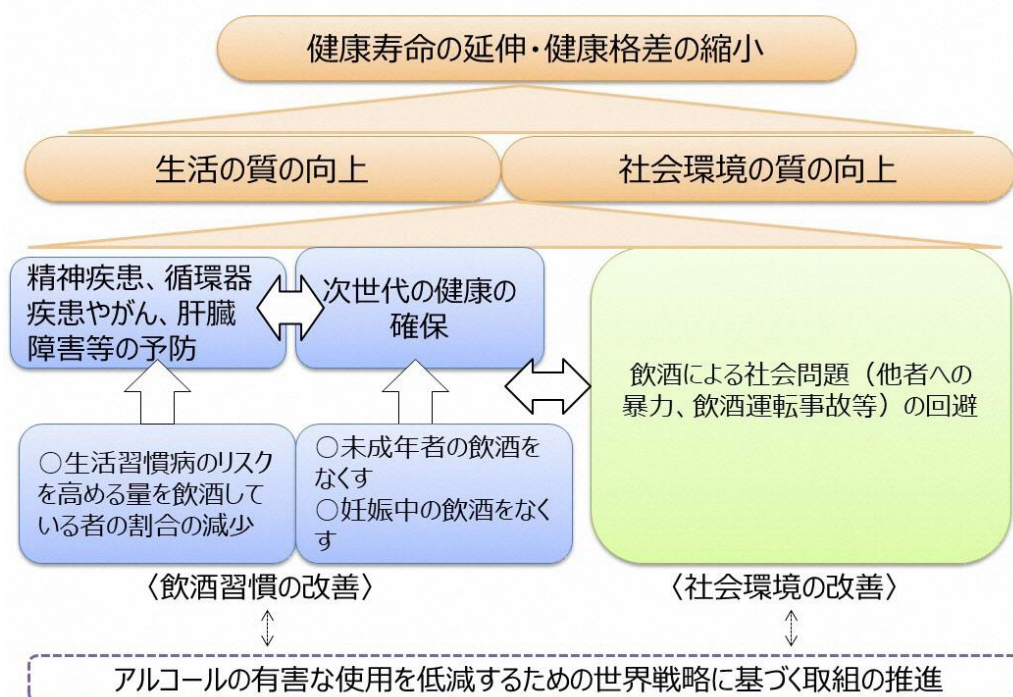
評価	項目数
A 目標値に達した	0
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	2
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内0)
C 変わらない	0
D 悪化している	1
E 評価困難	0

目標項目	評価
① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者	D
一日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上の割合	(C)
一日当たりの純アルコール摂取量が女性 20g 以上の割合	(D)
② 未成年者の飲酒をなくす	B
中学 3 年生 男子	(B)
中学 3 年生 女子	(B)
高校 3 年生 男子	(B*)
高校 3 年生 女子	(B)
③ 妊娠中の飲酒をなくす	B

【参考】

飲料の種類 (量、アルコール度数)	ビール (500ml、5%)	清酒 (1合180ml、15%)	ウイスキー・ブランデー (ダブル60ml、43%)	焼酎 (1合180ml、25%)	ワイン (1杯120ml、12%)
純アルコール量	20g	22g	20g	36g	12g

飲酒の目標設定の考え方



出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者

- 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合」は、平成22（2010）年から令和元（2019）年間で、男性では有意な増減は認められない。一方、女性では、平成22（2010）年と令和元（2019）年との比較及び年次推移の双方とも有意に増加しており、悪化している。女性の年齢階級別に推移をみると、20歳から39歳までの年齢では、減少傾向にあるのに対して、40歳から69歳で上昇傾向にあり、70歳以上でも緩やかに増加する傾向がみられる。

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒する者の割合の推移

図 1 - 1 : 男性

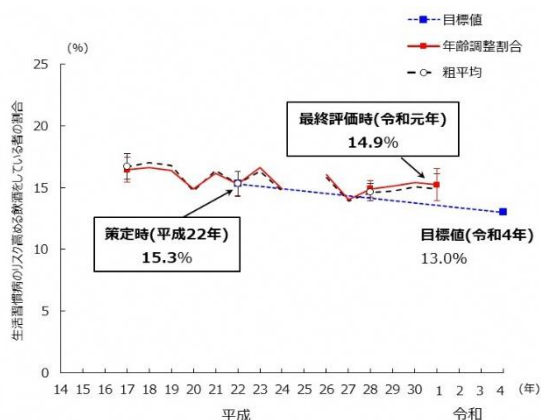
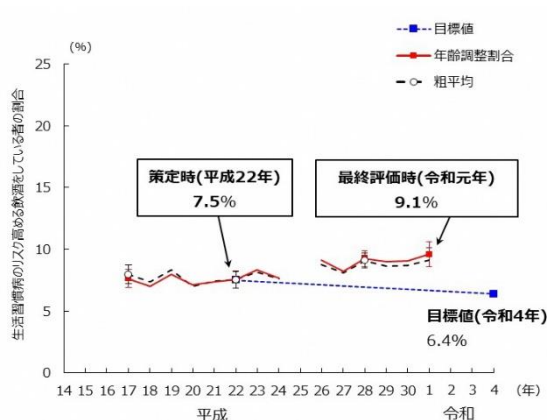


図 1 - 2 : 女性



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

② 未成年者の飲酒をなくす

- 未成年者の飲酒については平成 22 (2010) 年、平成 24 (2012) 年、平成 26 (2014) 年の推移で、中学 3 年生、高校 3 年生ともに、その割合は男女ともにコンスタントに下がってきている。中学 3 年生男女、高校 3 年生女子は、目標年度の令和 4 (2022) 年までに目標達成見込みであることから B、高校 3 年生男子は目標年度までに目標達成が危ぶまれることから B*と評価され、目標項目「未成年の飲酒をなくす」全体としては「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」の評価となった。

【参考】

- ・ 令和 3 (2021) 年度の調査に関しては、コロナ禍の影響を受けていること、またそれまでの対面式アンケートから、対面式と web アンケートを組み合わせた調査となったことから、参考値とした。
- ・ 令和 3 (2021) 年の値は、中学 3 年生男子 1.7%、中学 3 年生女子 2.7%、高校 3 年生男子 4.2%、高校 3 年生女子 2.9%であった。

未成年者の飲酒の割合

図 2 - 1 : 中学 3 年生男子

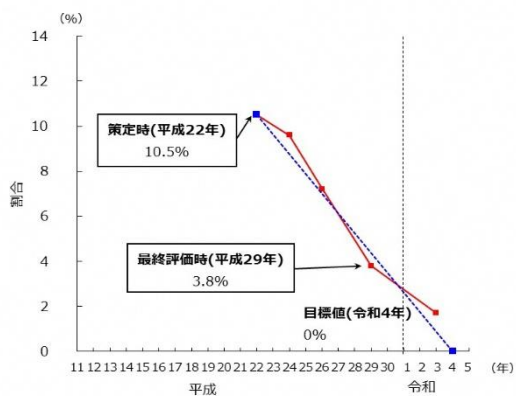


図 2 - 2 : 中学 3 年生女子

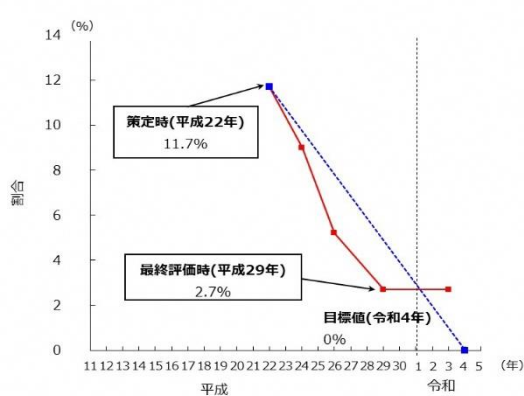


図 2 - 3 : 高校 3 年生男子

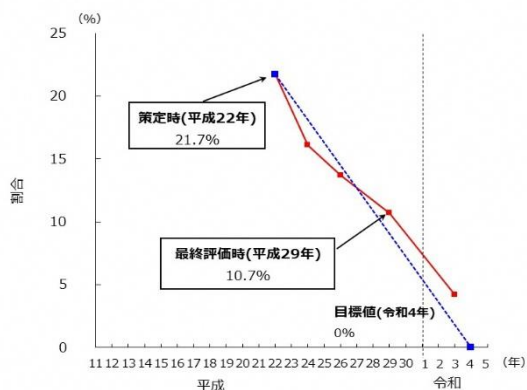
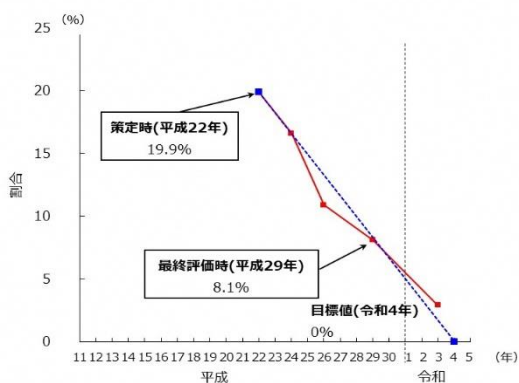


図 2 - 4 : 高校 3 年生女子

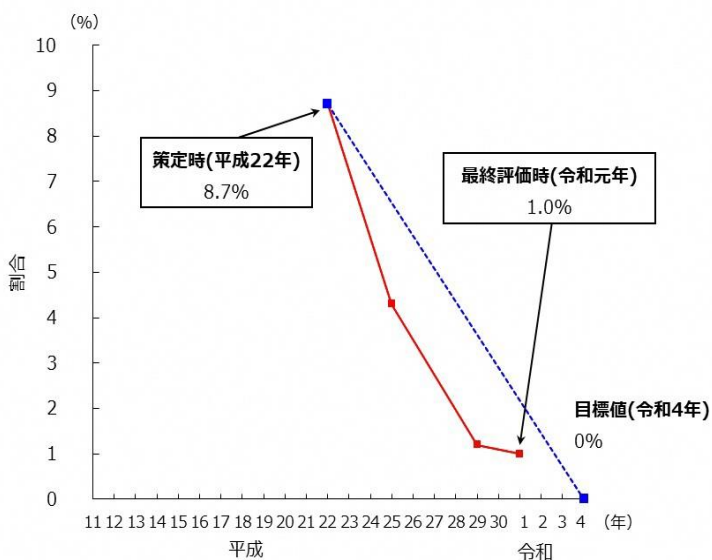


出典：厚生労働科学研究費による研究班の調査

③ 妊娠中の飲酒をなくす

妊娠中の飲酒については、平成 22（2010）年のベースライン値（8.7%）に比べて平成 25 年（2013）年の中間評価値（4.3%）はおよそ半分に減っている。さらに、令和元（2019）年の母子保健課調査では、妊娠中に飲酒したと回答した母親の割合は、1.0%となっており、妊婦の飲酒者割合は減少傾向にある。目標年度の令和 4（2022）年度までに目標達成見込みであることから「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」と評価される。

図 3 : 妊娠中の飲酒の割合



出典：厚生労働省 母子保健課調査

平成 25 年：厚生労働科学研究費「「健やか親子 21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

<アルコール健康障害対策推進基本計画>

- 令和 3（2021）年 3 月 26 日に閣議決定された第 2 期アルコール健康障害対策推進基本計画には、「飲酒に伴うリスクに関する知識の普及と不適切な飲酒を防止する社会づくりを通じて、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防する」、「アルコール健康障害の当事者やその家族がより円滑に適切な支援に結びつくように、アルコール健康障害に関する相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を構築する」という特に今後 5 年間で実施されるべき重点課題が 2 つ盛り込まれており、1 番目の課題は、健康日本 21（第二次）の飲酒領域に設定された 3 つの目標項目と同一である。この計画に従えば、健康日本 21（第二次）の最終年度より前倒して、これら 3 項目の目標は達成されなければならないことになっている。以上を達成するために、基本計画には以下のような対策が盛り込まれている。
- 未成年者や妊婦及び教育者や保護者に対して、飲酒が未成年者や胎児・乳児に及ぼす健康影響について啓発する。その際、アルコール関連問題啓発週間や 20 歳未満飲酒防止強調月間等の機会、健康日本 21 や健やか親子 21 等の活動を通じ、国、地方公共団体、関係団体、事業者等と連携して実施する。
- 未成年者や妊婦の飲酒を防止するために、酒類提供者に対して、未成年者への酒類の提供の禁止を周知徹底させるとともに指導・取り締まりを強化する。
- アルコール依存症を含むアルコール健康障害に関する正しい知識を普及させる。
- アルコール健康障害を予防するための早期介入方法であるブリーフインターベンションに関する調査研究を行う。

<その他の取組>

- 多量飲酒者への対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】（平成 25（2013）年 4 月）」に減酒支援（ブリーフインターベンション）を収載。また、「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」に改訂の際に、内容を最新の知見にあわせて更新した。
- 厚生労働科学研究費補助金を用い、飲酒状態も含め、未成年者の健康課題及び生活習慣に関する実態調査を実施。
- 厚生労働科学研究費補助金を活用し、減酒支援の普及を推進。
- メタボリック症候群等の生活習慣病が気になる方のために、健康情報サイトである厚生労働省の e-ヘルスネット等のウェブサイトを通じた普及啓発を実施。

<関係学会等の取組>

- 公益社団法人アルコール健康医学協会：飲酒と健康に関する講演会
- 特定非営利活動法人 ASK：啓発、連携、提言、育成、調査、支援活動

<各目標項目に係る取組>

① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者

- 平成 26（2014）年に施行されたアルコール健康障害対策基本法に基づき、令和 3（2021）

年度からアルコール健康障害対策推進基本計画（第2期）が開始。本計画との整合性を保ちつつ、保健指導の現場での減酒支援実施の促進及び生活習慣病のリスクを高める量に関する知識の普及啓発活動を推進。

- 医療や健診等種々の保健事業の現場において、減酒支援を普及していくため、「たばこ・アルコール対策担当者講習会」により、保健医療従事者向けの研修会を実施。

② 未成年者の飲酒をなくす

- 国税庁、警察庁等と共に20歳未満飲酒防止キャンペーンの後援、20歳未満飲酒防止強調月間（4月）の設定。
- 厚生労働科学研究費補助金を用い、飲酒状態も含め、未成年者の健康課題及び生活習慣に関する実態調査を実施。

③ 妊娠中の飲酒をなくす

- スマート・ライフ・プロジェクト参画団体を巻き込んだ活動を促進。
- 母子健康手帳や「妊産婦のための食生活指針」において、妊娠中の飲酒のリスクを啓発。妊産婦のための食生活指針は令和3（2021）年3月に改正。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

- ① 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の評価は、男性は「C 変わらない」、女性は、「D 悪化している」であった。目標を達成しなかった要因としては、多量飲酒者に対するアルコール健康障害に関する正しい知識の普及が進んでいないこと、ブリーフインターベンション普及の取組は、開始されたばかりであり、十分に社会に浸透していないこと、女性の社会進出増加に伴う飲酒機会の増加等が考えられる。

- ② 「未成年者の飲酒をなくす」の評価は「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」であった。その要因として、飲酒が未成年者に及ぼす健康影響に関する啓発の効果、酒類提供業者に対する未成年者への酒類提供禁止の周知徹底の効果、未成年者の飲酒に対する意識の変化等が考えられる。（Aとならなかった要因としては、目標が0%であり目標達成が難しい指標であったと考えられる。）

- ③ 「妊娠中の飲酒をなくす」の評価は「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」であった。その要因として、妊婦に対する飲酒が胎児・乳児に及ぼす健康影響についての普及啓発が奏功している可能性等が考えられる。

<領域全体としての評価>

- 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」は、男性では変化なし、女性では悪化傾向に

ある。より一層のアルコール健康障害に関する知識の普及啓発を行い、ブリーフインターベンションを普及させること等が今後の課題と考えられる。「未成年者の飲酒をなくす」は目標値には到達していないものの、改善傾向にある。この傾向は、「妊娠中の飲酒をなくす」も同様であり、目標を達成することは、次期に向けた課題と考えられる。

4 今後の課題

<領域全体としての課題>

- 国のアルコール健康障害対策推進基本計画に基づく対策が確実に実施されていくことが必要である。
- 各都道府県における都道府県アルコール健康障害対策推進計画が早期に策定され、確実に実施されていくよう推進する。令和 3（2021）年度にはすべての都道府県でアルコール健康障害対策推進基本計画が策定される予定である。
- 上記基本計画に含まれていないが、アルコール健康障害を予防するためのブリーフインターベンションの広範な施行は、特に「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少」の達成のために非常に重要であり、この対策を推進する。
- 第 3 期がん対策推進基本計画において、予防可能ながんのリスク因子の 1 つとして過剰飲酒が挙げられており、上記の対策等を通じて、がんの罹患者や死亡者の減少に取り組む。
- 国、地方公共団体、業界団体、関連機関、企業、地域団体等が連携・協力しながら飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を推進する。特に、未成年者の飲酒防止や女性の適正量を超えた飲酒の予防等の活動を行っていく。また、自治体や企業等の先進的な取組を評価し、優れたものを表彰することで広める支援活動を実施する。

<各目標項目に係る課題>

- ① **生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1 日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者）の割合の減少**
 - 保健指導の現場での減酒支援実施の促進及び一時的多量飲酒のリスクや生活習慣病のリスクを高める量に関する知識の普及啓発活動を推進。
 - 一般医療機関における減酒指導の普及促進への取り組みが求められる。
 - 特に、基本計画（第 2 期）に記載されている個人の特性に応じた「飲酒ガイドライン」を作成し、またアルコール飲料容器へのアルコール量の表示を推進する。
 - その他、厚生労働科学研究費補助金、スマート・ライフ・プロジェクト等を通じた減酒支援や関連する知識の普及活動を推進。特に、スマート・ライフ・プロジェクトの一環として作成しているポスターで新たに適正飲酒に関するポスターが追加される予定。
 - 飲酒に伴う健康影響は、年齢、性別、体質等に応じて異なることを踏まえ、誰もがアルコール健康障害の問題を我が事と認識できる様に、特性に応じて留意すべき点等を分かり易く啓発していく。
 - 酒類業界において、アルコール飲料の広告・表示等における自主的な取組を引き続き推進する。

②未成年者の飲酒をなくす

- 引き続き実態調査を実施予定。また、アルコール健康障害対策推進会議等を活用し、関係省庁との連携をより一層密にした対策を推進予定。
- 20 歳未満の飲酒をなくすことを目標とし、20 歳未満の飲酒すべきでない者の飲酒リスクの普及啓発及び不適切飲酒を未然に防ぐ取組の徹底を引き続き実施する。

③妊娠中の飲酒をなくす

- 妊娠中の飲酒をなくすことを目標とし、妊娠中の飲酒リスクの普及啓発及び不適切飲酒を未然に防ぐ取組の徹底を引き続き実施する。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 国税庁の酒レポートによると、令和 2（2020）年の酒類消費動向は、飲酒店を中心に酒類消費が大きく減少しているのに対して、家庭消費はやや増加している³⁾。
- テロ、SARS 感染拡大、大不況といった 21 世紀に発生した危機的状況とアルコール消費に関するレビューによると、不安、抑うつ、PTSD が、少なくとも部分的に、これらの危機とアルコール消費増加を媒介しており、男性、若年者、単身もこれらの危機後にリスクのある飲酒行動に発展する高い脆弱性と関連したとしている⁴⁾。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大下におけるアルコール消費に関する調査の系統的レビューによると、アルコール消費が減少、不変、増加と結果は調査によるばらつきが多いことが示されているが、全体的にはアルコール消費が増加する傾向が認められたとしている⁵⁾。
- 上記と同様に新型コロナウイルス感染症の感染拡大下におけるアルコール消費に関する調査の系統的レビューによると、感染拡大以前の危険な飲酒、介護責任、ストレス、うつ病、不安や精神疾患の治療を受けていることは、アルコール消費の増加と関連していたとしており、人口の特定のセグメントでは新型コロナウイルス感染症の感染拡大によってアルコール消費が増加するリスクがあるとしている⁶⁾。
- 同様の新型コロナウイルス感染症の感染拡大下におけるアルコール消費に関する調査の系統的レビューによると、人口の多くは飲酒行動に変化がないものの、lockdown 時には人口の 10.4-51.0%に増加傾向が認められた。一方、同じ国からの報告でも時期によって、結果が異なることが指摘されている⁷⁾。
- これらのレビュー結果からは、新型コロナウイルス感染症の飲酒行動への影響は、一様ではないことが示されているが、国内の情報は不十分であり、今後も情報の収集や注視が必要である。また、脆弱なセグメントは存在する可能性が高く、その抽出やそのような特徴を有する者に対する予防的ケアが必要と考えられる。
- ニューヨークでの調査によると、アルコールや薬物使用障害の患者は、新型コロナウイルス感染症による入院や ICU 入院のリスクが高く、感染時の有害な結果と関連することが示唆されている⁸⁾。アルコール使用障害者に対する感染予防は特に重要と考えられる。

<参考文献・URL>

1. Poznyak V, et al. Global status report on alcohol and health 2018: World Health Organization, 2018.
2. GBD2016 Alcohol Collaborators: Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 2018; 392:1015-1035.
3. 酒レポート（令和3年3月） <https://www.nta.go.jp/taxes/sake/shiori-gaikyo/shiori/2021/pdf/001.pdf>
4. Gonçalves PD, Moura HF, do Amaral RA, et al. Alcohol Use and COVID-19: Can we Predict the Impact of the Pandemic on Alcohol Use Based on the Previous Crises in the 21st Century? A Brief Review. *Front Psychiatry*. 2020 Dec 18;11:581113.
5. Roberts A, Rogers J, Mason R, et al. Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2021 Oct 29;229(Pt A):109150
6. Schmidt RA, Genois R, Jin J, et al. The early impact of COVID-19 on the incidence, prevalence, and severity of alcohol use and other drugs: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2021 Nov 1;228:109065.
7. Bakaloudi DR, Jeyakumar DT, Jayawardena R, et al. The impact of COVID-19 lockdown on snacking habits, fast-food and alcohol consumption: A systematic review of the evidence. *Clin Nutr*. 2021 Apr 17:S0261-5614(21)00212-0.
8. Allen B, El Shahawy O, Rogers ES, et al. Association of substance use disorders and drug overdose with adverse COVID-19 outcomes in New York City: January-October 2020. *J Public Health (Oxf)*. 2021 Sep 22;43(3):462-465.
9. Inoue M, Tsugane S. Impact of alcohol drinking on total cancer risk: data from a large-scale population-based cohort study in Japan. *Br J Cancer*. 2005 92(1):182-187.
10. Nakanishi N, Makino K, Nishina K, et al. Relationship of light to moderate alcohol consumption and risk of hypertension in Japanese male office workers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002 26(7):988-994.
11. Ohmori S, Kiyohara Y, Kato I, et al. Alcohol intake and future incidence of hypertension in a general Japanese population: the Hisayama study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002 26(7):1010-1016.
12. Nakashita Y, Nakamura M, Kitamura A, et al. Relationship of cigarette smoking and alcohol consumption to metabolic syndrome in Japanese men. *J Epidemiol*. 2010 20(5):391-397.
13. Iso H, Baba S, Mannami I, et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men: the JPHC Study Cohort I. *Stroke*. 2004 35(5):1124-1129.
14. Ikehara S, Iso H, Toyoshima H, et al. Alcohol consumption and mortality from stroke and coronary heart disease among Japanese men and women: the Japan

- collaborative cohort study. *Stroke*. 39(11):2936-2942.
15. Ikehara S, Iso H, Yamagishi K, et al. Alcohol consumption, social support, and risk of stroke and coronary heart disease among Japanese men: the JPHC Study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009 33(6):1025-1032.
 16. Iso H, Kitamura A, Shimamoto T, et al. Alcohol intake and the risk of cardiovascular disease in middle-aged Japanese men. *Stroke* 1995 26(5):767-773.
 17. Marugame T, Yamamoto S, Yoshimi I, et al. Patterns of alcohol drinking and all-cause mortality: results from a large-scale population-based cohort study in Japan. *Am J Epidemiol* 2007 165(9):1039-1046.
 18. Kelly SJ, Bonthius DJ, West JR. Developmental changes in alcohol pharmacokinetics in rats. *Alcohol Clin Exp Res* 1987 11(3):281-286.
 19. 樋口進、遠藤太一郎、白坂知信ほか。アルコール保健指導マニュアル 樋口進（編）社会保険研究所、東京 2003
 20. De Bellis MD, Clark DB, Beers SR, et al. Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *Am J Psychiatry* 2000 157(5):737-744.
 21. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2006 160(7):739-746.
 22. American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities. Fetal Alcohol syndrome and alcohol-related neurodevelopmental disorders. *Pediatrics* 2000 106(2 Pt1):358-361.
- アルコール健康障害対策推進基本計画（令和3年3月26日閣議決定）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000760238.pdf>
 - アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク
<http://alhonet.jp/local-plan.html>

様式2 更新日：令和4年2月23日

(領域名) (5) 喫煙

背景

- 喫煙は、日本人が命を落とす最大かつ回避可能な単一のリスク因子であり、喫煙者本人の喫煙による年間の超過死亡数は13万人と報告されている¹⁾。一方、受動喫煙による超過死亡数は、約15,000人と推定されている²⁾。これらの健康被害により、多くの超過医療費、労働力損失等の経済損失が生じている。
- 当面並びに将来の健康被害や経済損失を回避するために、また、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（以下「たばこ規制枠組条約」という。）の締約国としての国際的責務を果たすためにも、たばこ対策の着実な実行が必要である。
- たばこ対策に関する指標としては、「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」に関わるものを設定することが重要である。喫煙率の低下は、それが喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策である³⁾。また、受動喫煙の曝露状況の改善により、短期的に急性心筋梗塞や成人及び小児の喘息等の呼吸器疾患による入院を減少させる等、確実な健康改善効果が期待できる⁴⁾。
- 健康日本21（第二次）においては、成人の喫煙率の低下、未成年者²⁾の喫煙をなくす、妊娠中の喫煙をなくす、受動喫煙の機会を有する者の割合の低下の4つの目標を設定した。

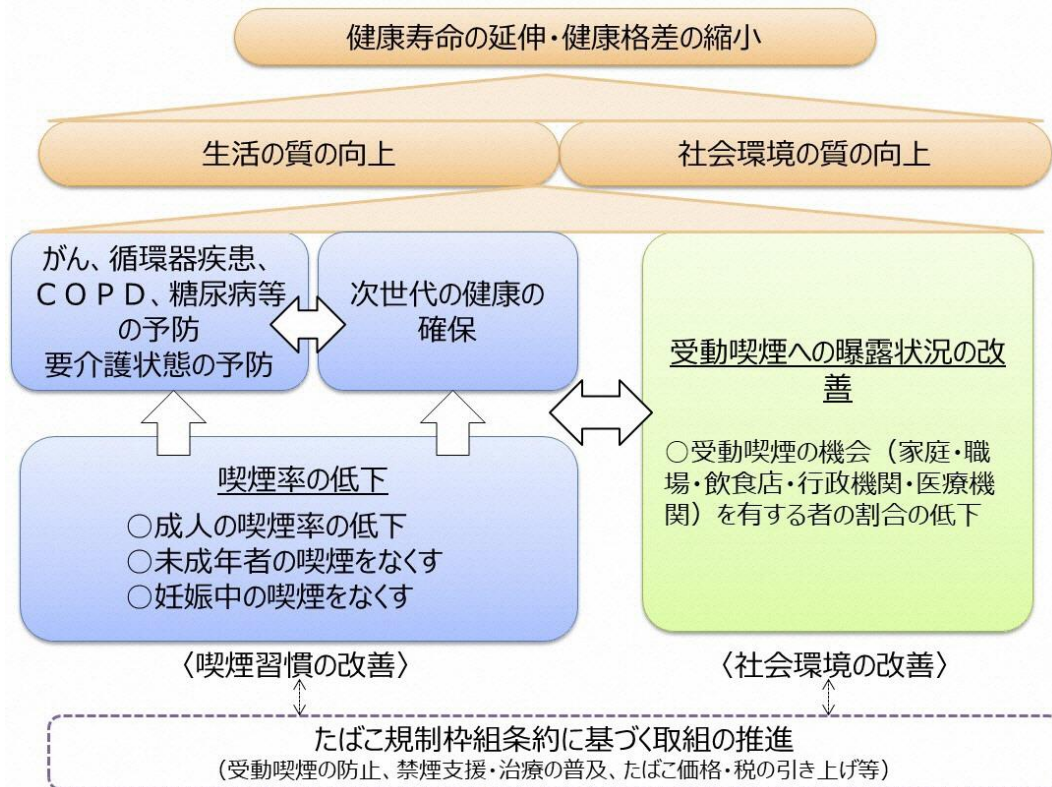
1 目標項目の評価状況

評価	項目数
A 目標値に達した	0
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	4
B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内3)
C 変わらない	0
D 悪化している	0
E 評価困難	0

²⁾ 民法の改正法施行に伴い、令和4年4月1日から「未成年者」を「20歳未満の者」と呼称する。以下同じ。

目標項目	評価
① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	B*
② 未成年者の喫煙をなくす	B
中学 1 年生 男子	(B)
中学 1 年生 女子	(B*)
高校 3 年生 男子	(B)
高校 3 年生 女子	(B)
③ 妊娠中の喫煙をなくす	B*
④ 受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	B*
行政機関	(B*)
医療機関	(B*)
職場	(B*)
家庭	(B*)
飲食店	(B*)

喫煙の目標設定の考え方

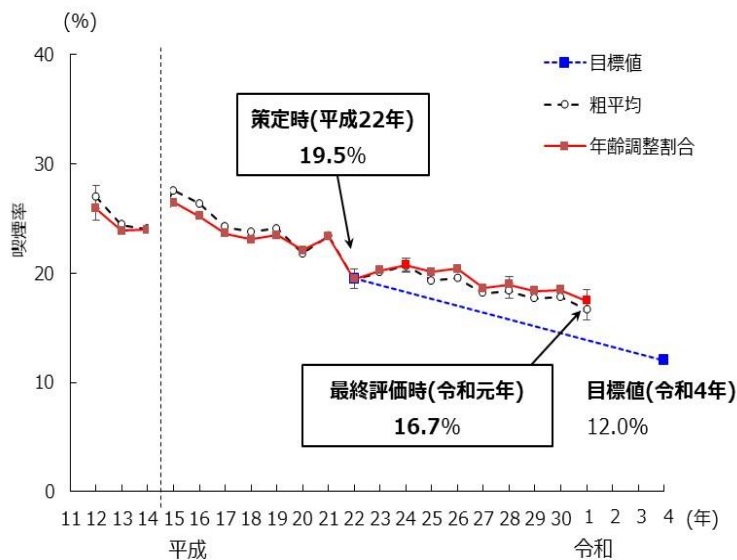


出典：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料

① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）

- 成人の喫煙率の直近値（令和元（2019）年）は 16.7%で、ベースライン（平成 22（2010）年）の 19.5%と比較して有意に減少（ $P=0.04$ ）した。経年的な推移の分析では、平成 24（2012）年までは有意な減少はなかったが、その後、有意に減少（ $P=0.005$ ）した。
- 男女別にみると、男性の喫煙率は有意に減少したが、女性の喫煙率は有意な増減がなかった。
- 年齢階級別にみると、男性は 60 代を除く年代で減少傾向がみられた。女性は 20～40 代で減少傾向がみられたが、50～60 代では増加傾向がみられた。
- 分析に基づく評価は、有意に改善しているが、ベースラインから直近までに 2.8%しか減少しておらず、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから B*と判定した。

図 1：成人の喫煙率の推移（男女計）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

注：平成 25（2013）年以降の喫煙者の定義は、たばこを「毎日吸っている」又は「時々吸う日がある」と回答した者。ただし、平成 23、24（2011、2012）年は、これまでたばこを習慣的に吸っていたことがある者のうち、「この 1 ヶ月間に毎日又はときどきたばこを吸っている」と回答した者であり、平成 15～22（2003～2010）年は、合計 100 本以上又は 6 ヶ月以上たばこを吸っている（吸っていた）者、平成 12～14（2000～2002）年は、現在喫煙している者。

成人の喫煙率の推移

図 2 - 2 : 男性

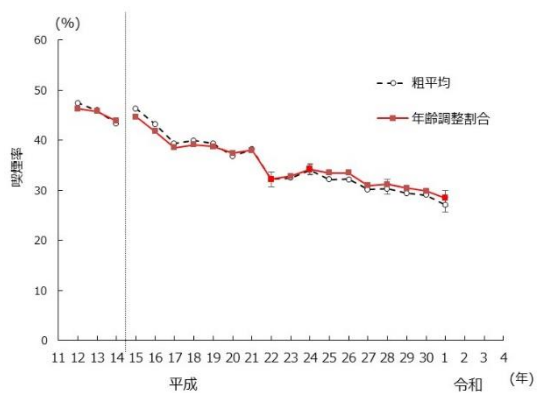
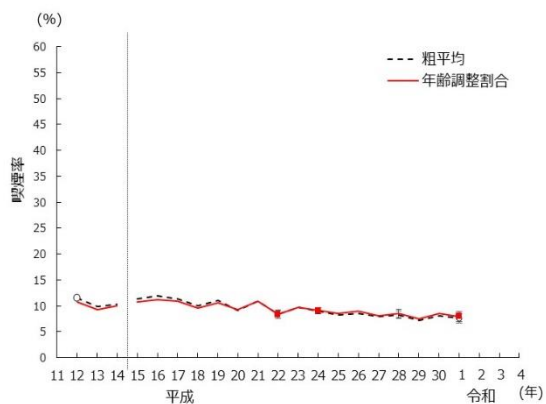
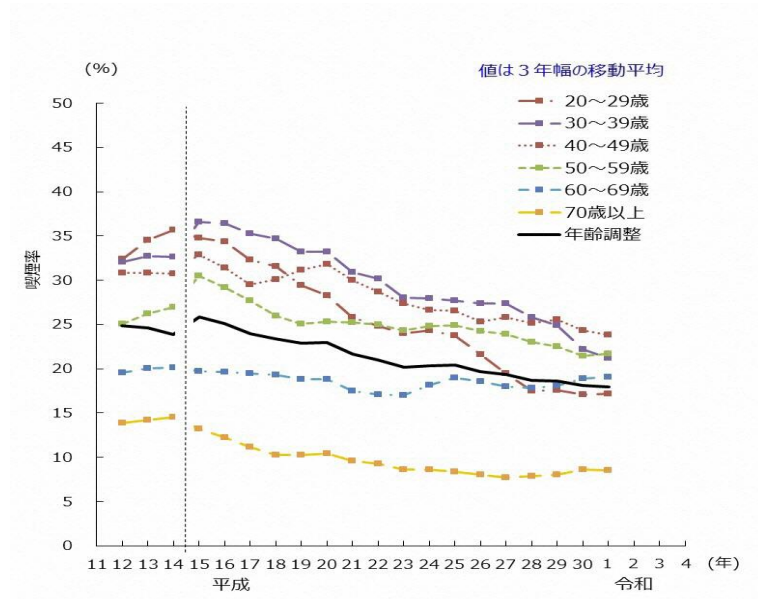


図 2 - 3 : 女性



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 3 : 喫煙率の推移（年齢階級別 男女計）

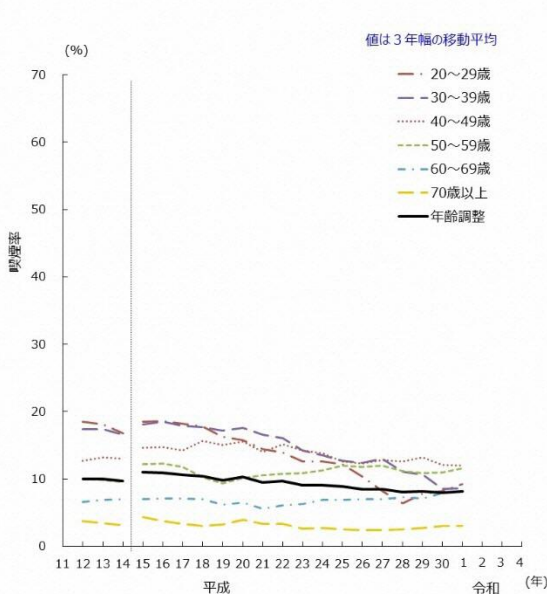
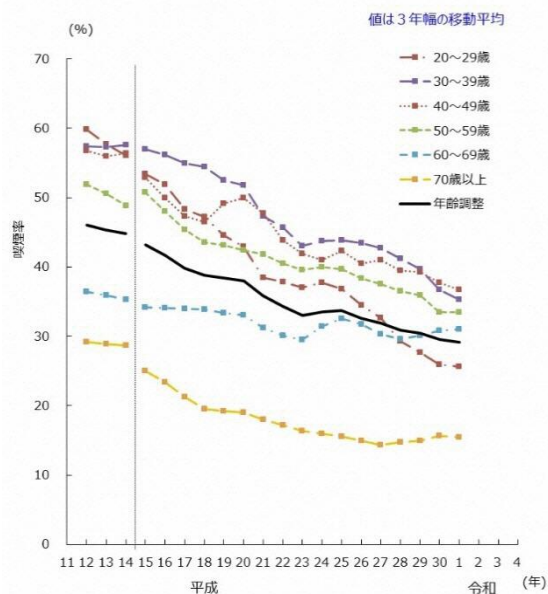


出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

喫煙率の推移（年齢階級別）

図4-1：男性

図4-2：女性



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

② 未成年者の喫煙をなくす

- 中学1年生男子の喫煙率の直近値（平成29（2017）年）は0.5%で、ベースライン（平成22（2010）年）の1.6%と比較して減少（相対的変化 -69%）した。中学1年生女子の喫煙率についても、直近値（平成29年（2017））は0.5%で、ベースライン（平成22（2010）年）の0.9%と比較して減少（相対的変化 -44%）した。
- 高校3年生男子の喫煙率の直近値（平成29（2017）年）は3.1%で、ベースライン（平成22（2010）年）の8.6%と比較して減少（相対的変化 -64%）した。高校3年生女子の喫煙率についても、直近値（平成29（2017）年）は1.3%で、ベースライン（平成22（2010）年）の3.8%と比較して減少（相対的変化 -66%）した。
- 分析に基づく評価は、未成年者（中学1年生、高校3年生）の喫煙率は、男女ともに減少しており、中学1年生女子を除いてはこのままの減少率を維持することで、目標年度までの目標達成が見込まれることからBと判定した。中学1年生女子については、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*とした。

【参考】

- 令和3（2021）年度の調査に関しては、コロナ禍の影響を受けていること、またそれまでの対面式アンケートから、対面式とwebアンケートを組み合わせた調査となったことから、参考値とした。
- 令和3（2021）年の値は、中学1年生男子0.1%、中学1年生女子0.1%、高校3年生男子1.0%、高校3年生女子0.6%であった。

未成年者の喫煙率

図5-1：中学1年生男子

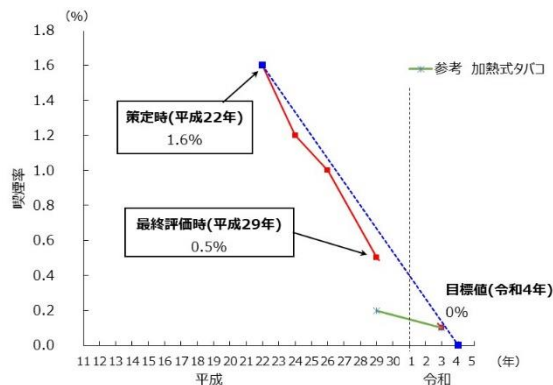


図5-2：中学1年生女子

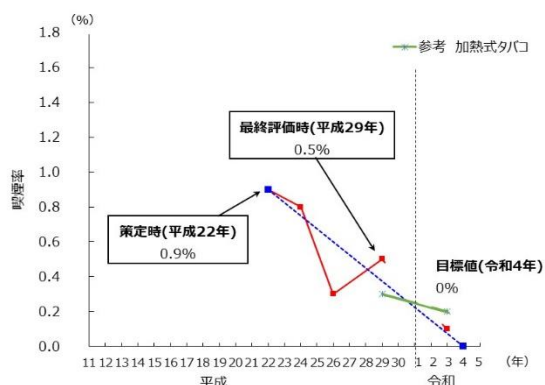


図5-3：高校3年生男子

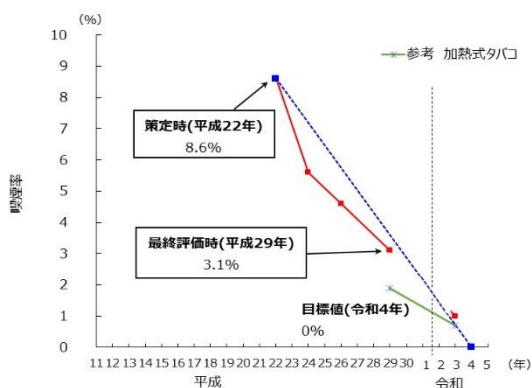
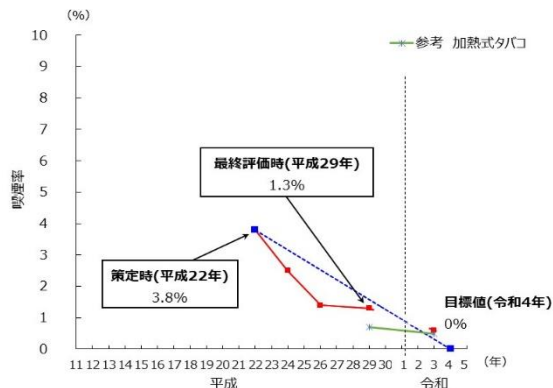


図5-4：高校3年生女子



注：平成22（2010）年、平成26（2014）年は「この30日間に、何日タバコを吸いましたか？」

平成29（2017）年、令和3（2021）年は「この30日間に、何日、紙巻きタバコを吸いましたか？」の問いに対し、「1-2日」、「3-5日」、「6-9日」、「10-19日」、「20-29日」、「毎日」と回答した者を集計。

出典：厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査

平成22（2010）年調査：「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」（研究代表者：大井田 隆）平成23年報告書

平成26（2014）年調査：「未成年者の健康課題及び生活習慣に関する実態調査研究」（研究代表者：大井田 隆）平成27年報告書

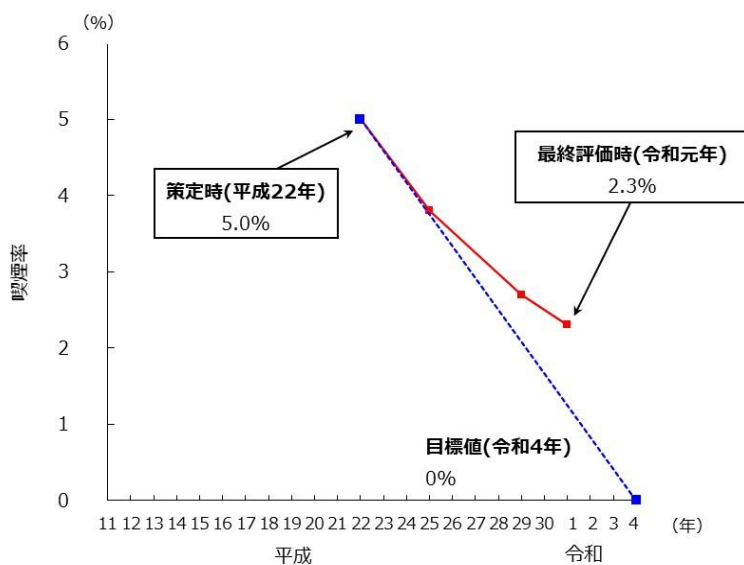
平成29（2017）年調査：「飲酒や喫煙等の実態調査と生活習慣病予防のための減酒の効果的な介入方法の開発に関する研究」（研究代表者：尾崎米厚）平成29年報告書

令和3（2021）年調査：「喫煙、飲酒等生活習慣の実態把握及び生活習慣の改善に向けた研究」（研究代表者：尾崎米厚）令和3年報告書

③ 妊娠中の喫煙をなくす

- 妊娠中の喫煙率の直近値（令和元（2019）年）は 2.3%であり、ベースライン（平成 22（2010）年）の 5.0%と比較して減少している。
- 分析に基づく評価は、改善傾向にあるが、ベースラインと目標値を結ぶ直線のレベルまでは減少しておらず、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから B*とした。

図 6：妊娠中の喫煙



出典：厚生労働省母子保健課調査

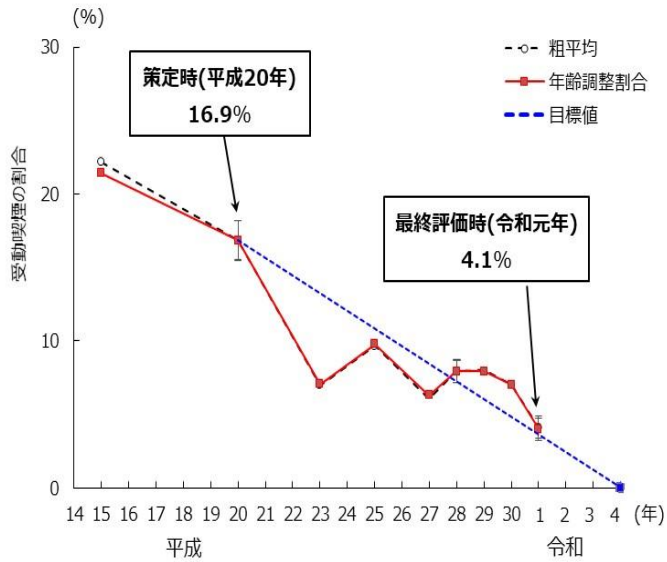
平成 25 年は、厚生労働科学研究費「健やか親子 21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」

④ 受動喫煙の機会を有する者の割合の減少

- 受動喫煙の機会を有する者の割合の減少については、目標として設定された 5 つのすべての項目について目標値が「望まない受動喫煙のない社会の実現」に変更されたが、具体的な数値目標が設定されていない。
- 以下に、最も厳しい目標（受動喫煙の機会を有する者の割合が 0%）を仮定した場合の評価結果を項目ごとに述べる。
- 行政機関で受動喫煙の機会を有する者の割合の直近値は 4.1%（令和元（2019）年）で、ベースライン（平成 20（2008）年）の 16.9%と比較して有意に減少（ $P < 0.01$ ）した。経年推移の分析でも有意に減少（ $P < 0.01$ ）した。男女別にみても、男女ともに有意に減少しており、すべての年齢階級で減少傾向がみられた。
- 最も厳しい目標値（0%）に対する評価は、有意な改善がみられているが、ベースラインと目標値を結ぶ直線のレベルまでは減少しておらず、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから B*と

した。

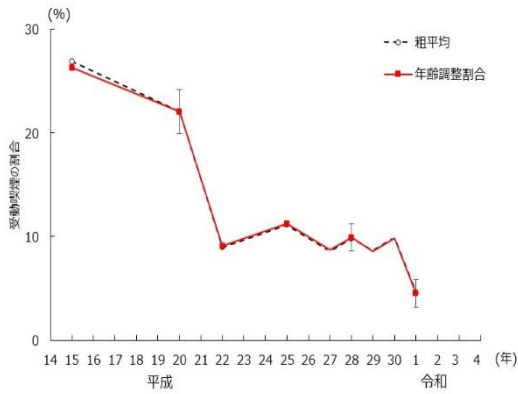
図7：受動喫煙（行政機関）の推移（男女計）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

受動喫煙（行政機関）の推移

図8-1：男性



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図8-2：女性

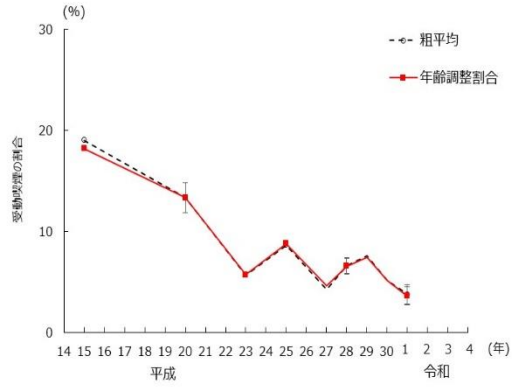
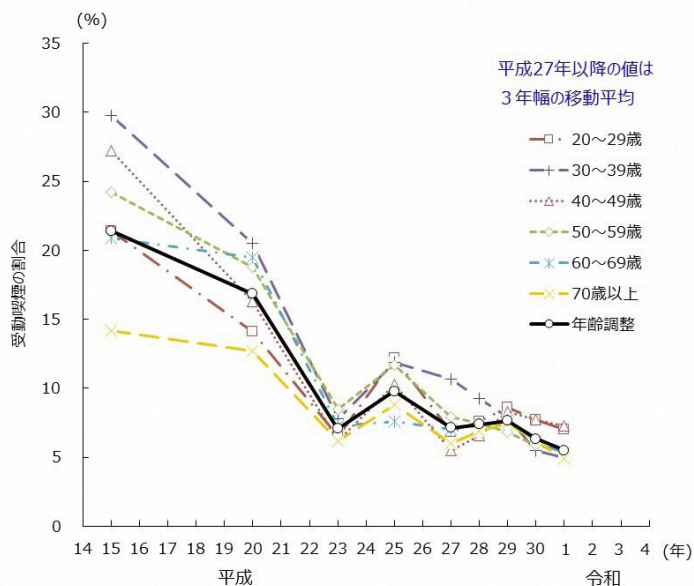


図9：受動喫煙（行政機関）の推移（年齢階級別 男女計）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

受動喫煙（行政機関）の推移（年齢階級別）

図10-1：男性

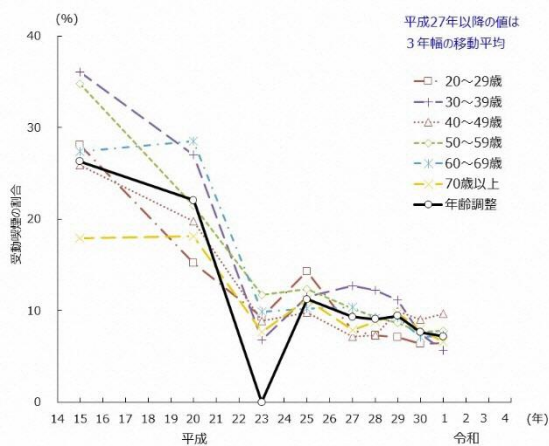
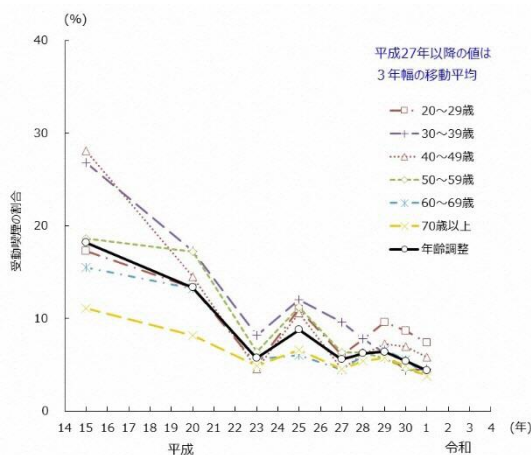


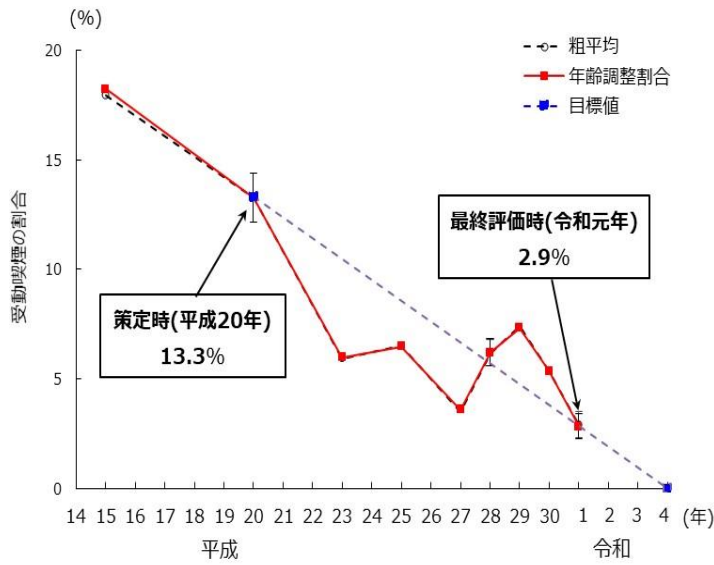
図10-2：女性



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

- 医療機関で受動喫煙の機会を有する者の割合の直近値は 2.9%（令和元（2019）年）で、ベースライン（平成20（2008）年）の13.3%と比較して有意に減少（ $P < 0.01$ ）した。経年的な推移の分析でも、有意に減少（ $P < 0.01$ ）した。男女別にみても、男女ともに有意に減少しており、すべての年齢階級で減少傾向がみられた。
- 最も厳しい目標値（0%）に対する評価は、有意な改善がみられており、このままの減少率を維持することで、目標年度までの目標達成が見込まれることから B*とした。

図 11：受動喫煙（医療機関）の推移（男女計）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

受動喫煙（医療機関）の推移

図 12-1：男性

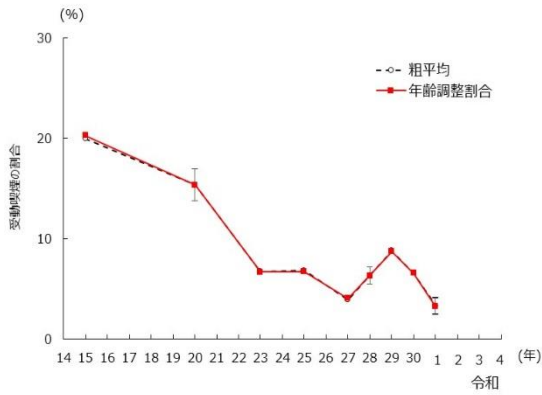
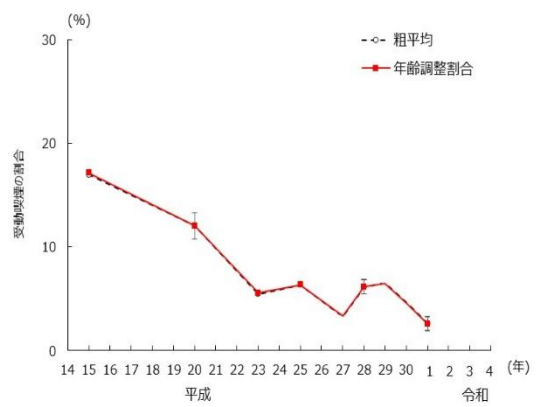
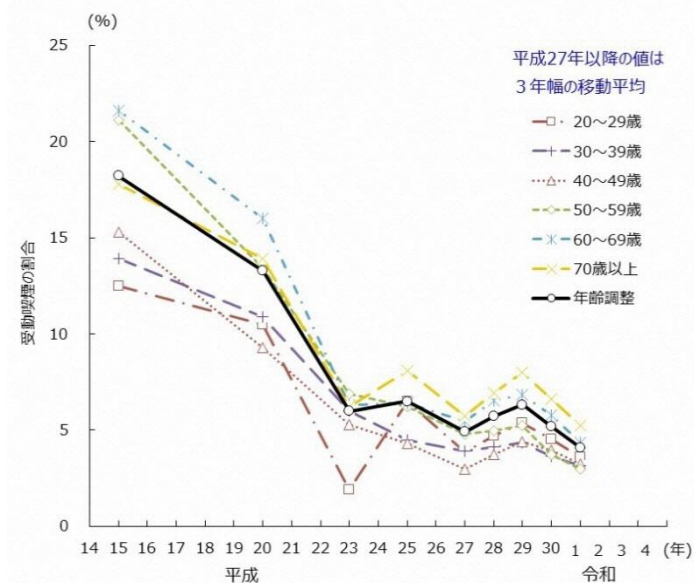


図 12-2：女性



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 13 : 受動喫煙（医療機関）の推移（年齢階級別 男女計）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

受動喫煙（医療機関）の推移（年齢階級別）

図 14-1 : 男性

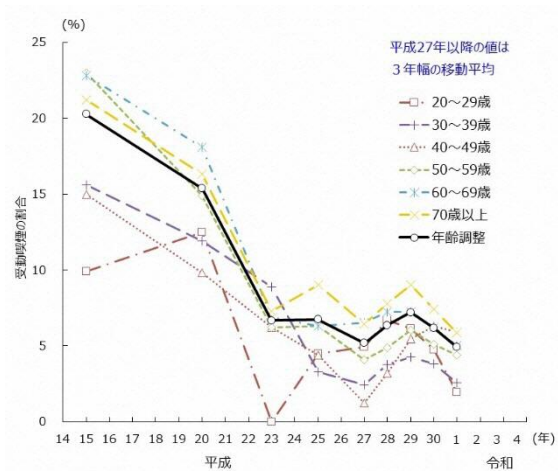
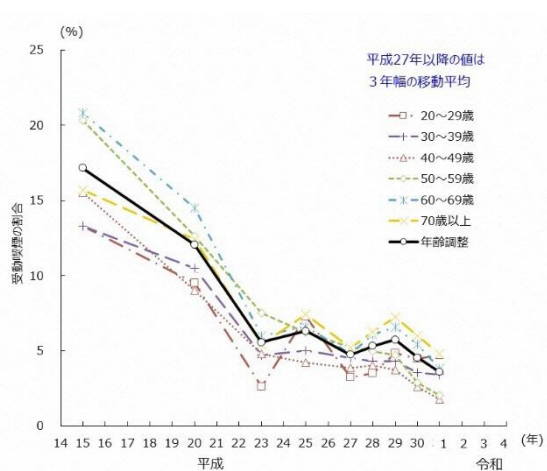


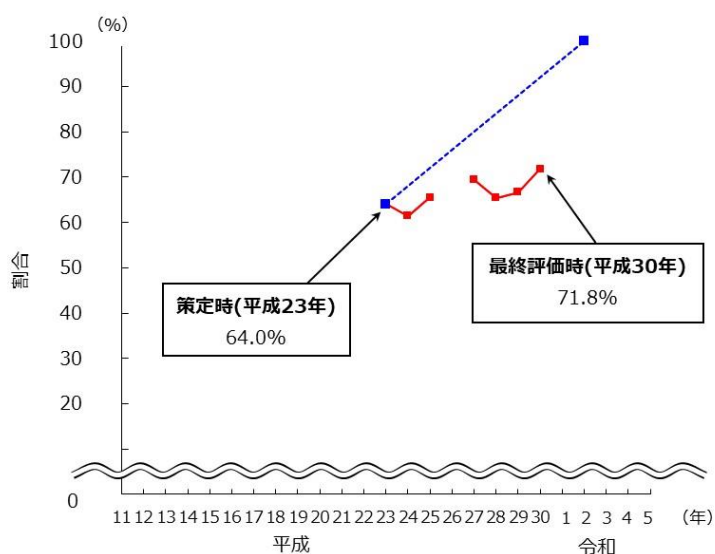
図 14-2 : 女性



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

- 受動喫煙防止対策（全面禁煙又は空間分煙）を講じている職場の割合の直近値は 71.8%（平成 30（2018）年）で、ベースライン（平成 23（2011）年）の 64.0%と比較して増加（相対的変化 +12.2%）した。
- 最も厳しい目標値、すなわち 100%の職場が受動喫煙防止対策（全面禁煙又は空間分煙）を講じているとした場合の評価では、改善がみられているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから B*とした。

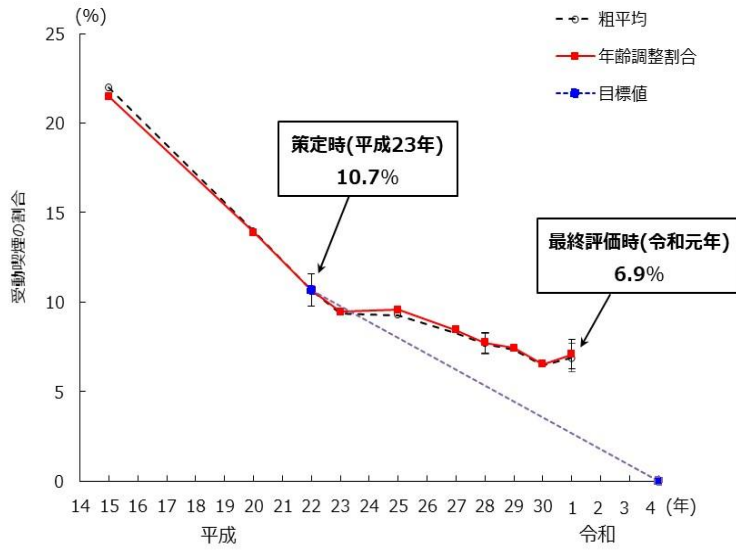
図 15：受動喫煙（職場）の推移



出典：厚生労働省「職場における受動喫煙防止対策に係る調査」
平成 24 年度以降は、厚生労働省「労働者健康状況調査」等

- 家庭で受動喫煙の機会を有する者の割合の直近値は 6.9%（令和元（2019）年）で、ベースライン（平成 22（2010）年）の 10.7%と比較して有意に減少（ $P < 0.01$ ）した。経年的な推移の分析でも、有意に減少（ $P < 0.01$ ）した。男女別にみても、男女ともに有意に減少しており、ほぼすべての年齢階級で減少傾向がみられた。
- 最も厳しい目標値（0%）に対する評価は、有意な改善がみられているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから B*とした。

図 16 : 受動喫煙（家庭）の推移（男女計）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

受動喫煙（家庭）の推移

図 17-1 : 男性

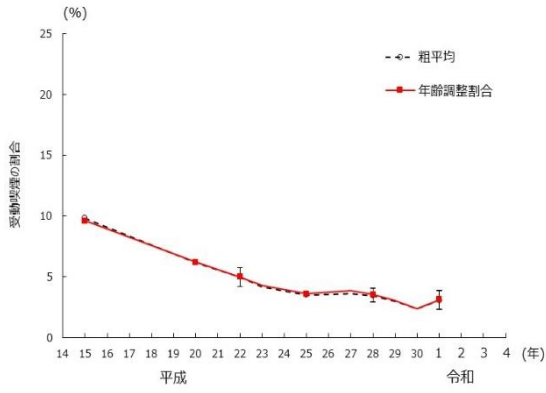
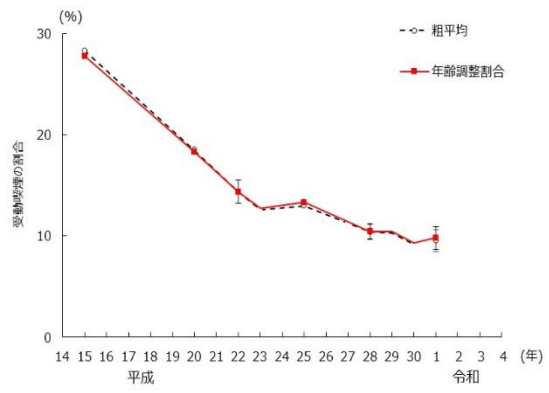
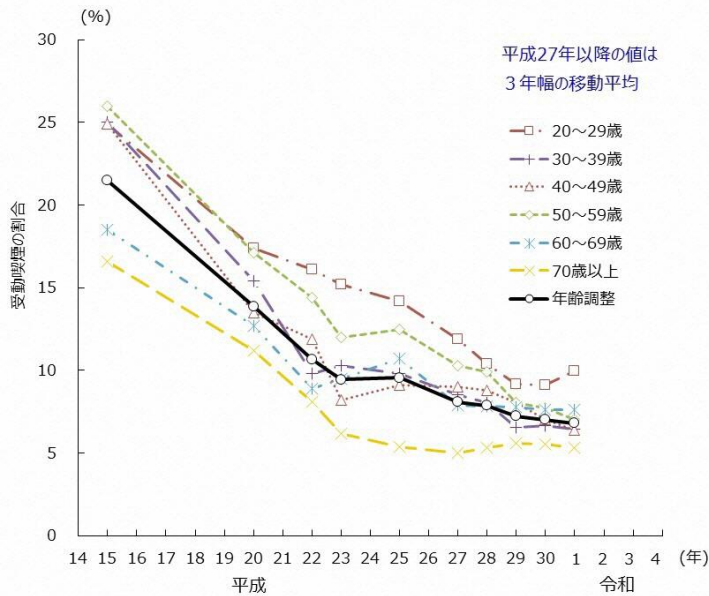


図 17-2 : 女性



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 18 : 受動喫煙（家庭）の推移（年齢階級別 男女計）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

受動喫煙（家庭）の推移（年齢階級別）

図 19-1 : 男性

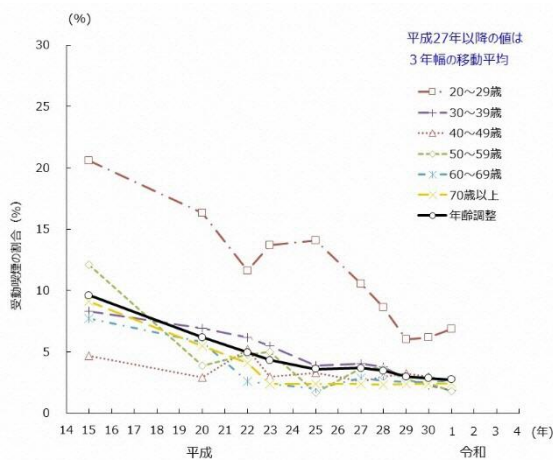
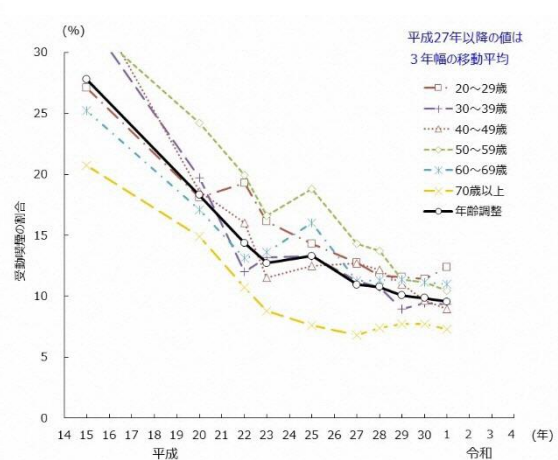


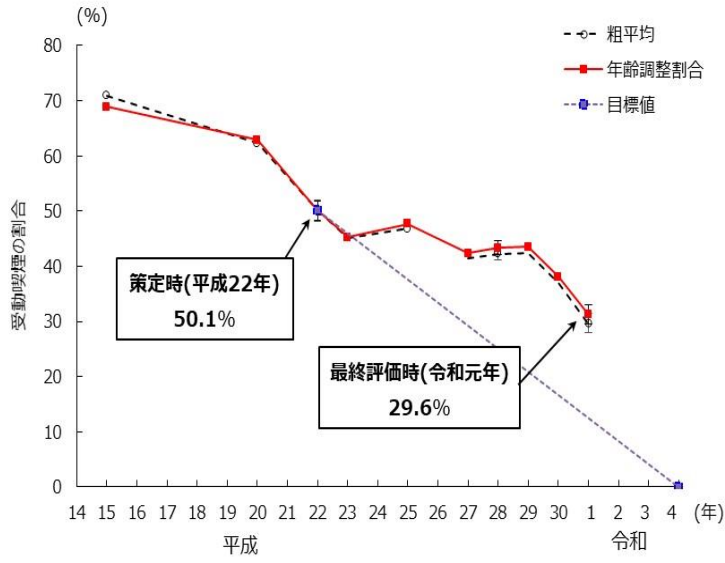
図 19-2 : 女性



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

- 飲食店で受動喫煙の機会を有する者の割合の直近値は 29.6%（令和元（2019）年）で、ベースライン（平成 22（2010）年）の 50.1%と比較して有意に減少（ $P < 0.01$ ）した。経年推移の分析でも、有意に減少（ $P < 0.01$ ）した。男女別にみても、男女ともに有意に減少しており、すべての年齢階級で減少傾向がみられた。
- 最も厳しい目標値（0%）に対する評価は、有意な改善がみられたが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから、B*とした。

図 20 : 受動喫煙（飲食店）の推移（男女計）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

受動喫煙（飲食店）の推移

図 21-1 : 男性

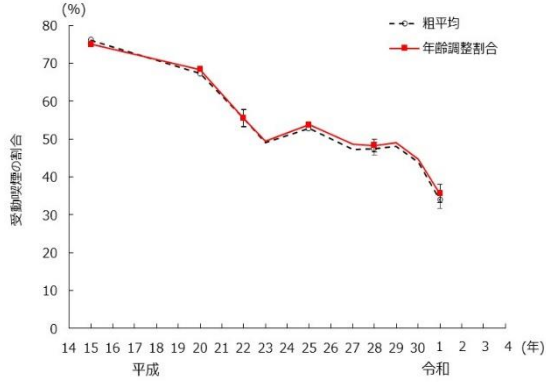
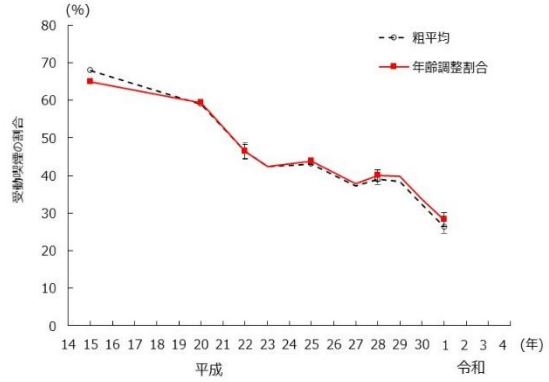
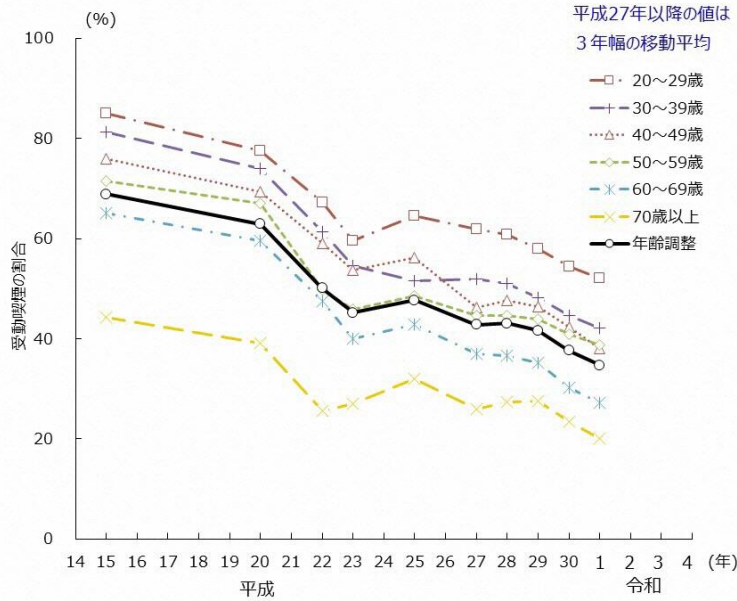


図 21-2 : 女性



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 22 : 受動喫煙（飲食店）の推移（年齢階級別 男女計）



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

受動喫煙（飲食店）の推移（年齢階級別）

図 23-1 : 男性

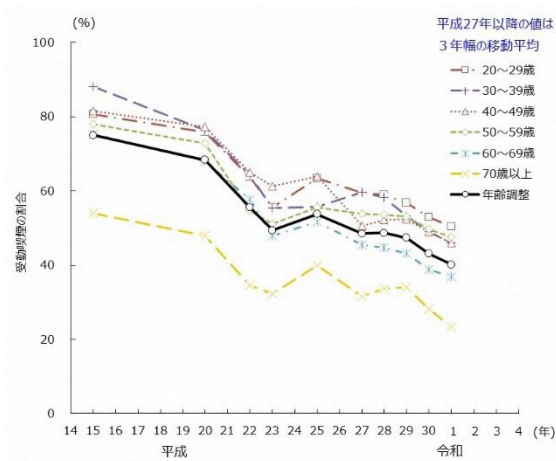
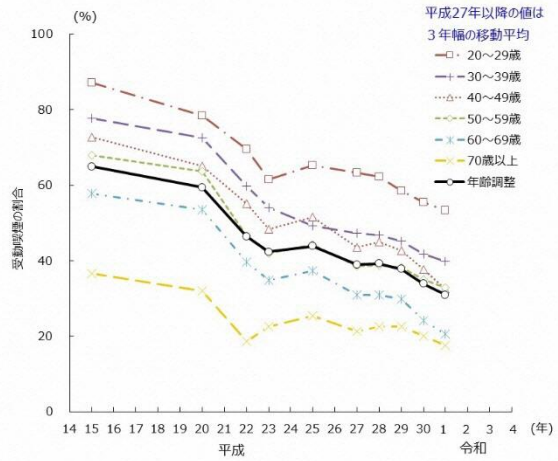


図 23-2 : 女性



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

- 平成 30（2018）年から段階的なたばこ税率の引上げ（令和 3（2021）年 10 月まで）及び加熱式たばこの課税方式の見直し（令和 4（2022）年 10 月まで）を行った。また、旧 3 級品の特例税率を令和元（2019）年 9 月に廃止した。
- 注意文言表示規制及び広告規制については、平成 30（2018）年 12 月に財政制度等審

議会たばこ事業等分科会において、「注意文言表示規制・広告規制等の見直し等について」がとりまとめられ、注意文言の表示面積を50%に拡大する等の規制が令和2（2020）年7月より全面適用された。

- 「喫煙と健康問題に関する検討会報告書」から10年以上が経過しており、また喫煙の健康影響やたばこ対策の重要性について普及啓発を一層推進する必要が出てきた状況の下、「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書」をとりまとめた（平成28（2016）年8月）。
- 東京オリンピック・パラリンピックを契機に、受動喫煙防止対策の強化を目指し、改正健康増進法の段階的施行（令和2（2020）年4月全面施行）を実施。その結果、多数の者が利用する施設等において原則屋内禁煙が義務化。
- たばこ規制枠組条約の締約国として COP1（平成18（2006）年）～COP9（令和3（2021）年）（締約国会議）に参加した。
- 医療や健診等種々の保健事業の現場において、禁煙支援や受動喫煙対策を普及していくため、「たばこ・アルコール対策担当者講習会」により、保健医療従事者向けの研修会を実施。

<各目標項目に係る取組>

① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい人がやめる）

- 「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」において、健診当日からの喫煙に関する保健指導の内容が強化されたことを踏まえ、「禁煙支援マニュアル（第二版）」に改訂（平成25（2013）年4月）。また、受動喫煙に関する状況の変化、加熱式たばこの登場等の環境変化を受け、禁煙支援マニュアル（第二版）の増補改訂（平成30（2018）年5月31日）を行った。
- 禁煙週間（5月31日～6月6日）及び世界禁煙デー（5月31日）に、記念シンポジウムの開催及びウェブサイトを活用した情報提供等を実施。
- スマート・ライフ・プロジェクトに参画している企業・団体・自治体と協力・連携し、国民運動として禁煙施策を推進。禁煙に独自に取り組んだ組織・団体を事例集として取りまとめ、好事例の横展開を図った。

② 未成年者の喫煙をなくす

- 地方自治体による未成年者喫煙防止対策を効果的に推進するため、学校保健担当者等を対象とした未成年者の喫煙防止に効果的な教育方法を指導する講習会等を実施。
- 厚生労働科学研究費補助金を用い、喫煙状態も含め、未成年者の健康課題及び生活習慣に関する実態調査を実施。

③ 妊娠中の喫煙をなくす

- 各都道府県等が行う若年女性に対する普及啓発に関する事業として、喫煙と健康問題に関するチラシ・ポスター等の作成、ウェブサイト、シンポジウム等による普及啓発を実施。

- 母子健康手帳において、妊娠中の喫煙のリスクを啓発。

④ 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少

- 各都道府県等が行う受動喫煙防止対策に対する講習会等を通じ、地域と連携した受動喫煙防止対策を含むたばこ対策を推進。
- 受動喫煙防止対策助成金や相談支援事業、職場におけるたばこ煙等の測定支援事業等を通じ、職場における受動喫煙防止対策の取組支援を実施。
- 労働安全衛生法を改正し（平成 26（2014）年 6 月）、事業者及び事業場の実情に応じ、受動喫煙を防止するための適切な措置を講じることを事業者の努力義務と規定（平成 27（2015）年 6 月施行）。
- 「受動喫煙のない社会を目指して」ロゴマーク（けむいモン）を発表（平成 28（2016）年 11 月）。
- 「なくそう。望まない受動喫煙特設サイト」を開設（平成 31（2019）年 2 月）
- 職場における受動喫煙防止のためのガイドライン策定（令和元年（2019）年 7 月）
- 東京オリンピック・パラリンピックを契機に、受動喫煙防止対策の強化を目指し、改正健康増進法の段階的施行（令和 2（2020）年 4 月全面施行）を実施。
- 改正健康増進法全面施行に伴う受動喫煙対策の実施状況を評価するために、令和元（2019）年から、毎年、喫煙環境における実態調査を実施。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

① 「成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい人がやめる）」の評価は、「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」であった。改善がみられた理由は、健康日本 21（第二次）開始以降のたばこ対策の進展による可能性が考えられる。しかし、喫煙率の低下にインパクトの大きい対策が実施されていないため、喫煙率はベースラインから 2.8%の減少にとどまっており、このままでは目標値 12%の達成は難しい。今後、たばこ規制枠組条約に基づいた一層の対策が求められる。

② 「未成年者の喫煙をなくす」の総合評価は、「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」であった。未成年者（中学 1 年生、高校 3 年生）の喫煙率は、男女ともに減少しており、中学 1 年生女子を除いて、このままの減少率を維持することで、目標年度までの目標達成が見込まれる。その要因としては、健康日本 21（第一次）の時期から実施されてきた学校の敷地内禁煙化、たばこ価格の上昇等のたばこ対策の進展に加えて、近年の成人喫煙率の減少に伴う保護者等の周囲の喫煙環境の変化が影響している可能性が考えられる。

③ 「妊娠中の喫煙をなくす」の評価は、「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」であった。改善がみられたものの目標達成が危ぶまれる理由については、上述の成人の喫煙率

の減少の理由と同様である。今後、たばこ規制枠組条約に基づいた対策を推進するとともに、母子健康手帳等の活用が求められる。

④ 「受動喫煙の機会を有する者の割合の減少」の総合評価は、「B* 改善しているが、目標年度までの目標達成が危ぶまれる」であった。改善がみられたのは、健康増進法に基づく受動喫煙防止の努力義務の浸透に加えて、令和元（2019）年7月に行政機関や医療機関、学校を対象に実施された改正健康増進法の一部施行の影響が考えられる。令和2（2020）年4月には同法が全面施行されており、さらなる改善が見込まれるが、目標として掲げられている「望まない受動喫煙のない社会の実現」の実現のためには、たばこ規制枠組条約に沿ったたばこ対策の強化が求められる。

<領域全体としての評価>

- たばこ対策に関する4つの指標はいずれも改善傾向にあるが、未成年者の喫煙率を除く3つの指標については、改善が十分でなく、このままでは目標値の達成は難しい。今後、たばこ規制枠組条約に基づいた一層の対策が求められる。

4 今後の課題

<領域全体としての課題>

- 世界保健機関（WHO）によるわが国のたばこ対策の評価は近年改善傾向にある⁵⁾。しかし、喫煙者へのたばこ対策のインパクトを評価した調査⁶⁻⁷⁾や、これまで実施されたたばこ税・価格の引き上げの価格弾力性や禁煙率への影響⁸⁻⁹⁾を調べた研究によると、わが国のたばこ対策の規制レベルが不十分であることが指摘されている。たばこ規制枠組み条約において、たばこ税率引き上げ、たばこ製品の警告表示はそれぞれ、4段階評価で上から2番目とされており、引き続き、インパクト評価にもとづいた取組の検討が必要である。これら主要政策のインパクトの評価が厚生労働科学研究で実施されているが、今後継続して評価を実施できる体制の構築が必要である。また、わが国の実態にあった効果的なたばこ対策の在り方や方法論を検討する研究も必要である。

図 24 たばこ規制枠組条約に基づく履行状況評価について海外との比較

項目	内容	日本	米国	英国	フランス	ドイツ	イタリア	カナダ
M	喫煙状況の調査	優	優	優	優	優	優	優
P	受動喫煙対策	可	不可	優	可	不可	不可	優
O	禁煙支援	良	優	良	良	良	良	優
W	たばこパッケージ 警告表示	良	優	優	優	優	優	優
	メディア・キャンペーン	優	優	優	優	優	不可	良
E	広告・販促・後援 の規制	不可	不可	良	良	良	良	良
R	たばこ（紙巻たばこ） 税引き上げ	良 61%	可 40%	優 79.3%	優 83.2%	良 63.5%	優 76.6%	良 61.7%

※ 1) フランス、イタリアについては、屋内に技術的基準を満たした喫煙室の設置が認められている施設がある（2019 年報告）。その場合、当該評価において、WHO は“No”（規制がされていない）と判定している。

2) 国一律の方記載ではなく、州法や自治体条例によって規制が講じられている国（米国等）もある。上記の評価よりも厳しい規制がされている地域はある、例えば、ニューヨーク州は上記評価より税率が高い。

「WHO report on the global tobacco epidemic 2021 から作成」

図 25 たばこ規制枠組条約に基づく履行状況評価について

- 健康増進法改正に伴う「受動喫煙防止」キャンペーンが、最高ランクに評価された。
- パッケージ警告表示も、表裏50%拡大（財務省令改正）により、一ランク上がった。

項目	内容	2016年 (2017年報告書)	2018年 (2019年報告書)	2020年 (2021年報告書)
M	喫煙状況の調査	優	優	優
P	受動喫煙対策	不可	可	可
O	禁煙支援	良	良	良
W	たばこパッケージ警告表示	可	可	良
	メディア・キャンペーン	不可	可	優
E	広告・販促・後援の規制	不可	不可	不可
R	たばこ税引き上げ	良	良	良

- ※ 1) WHO 報告書の 4 段階評価を、上から優・良・可・不可と表記した。
 2) 受動喫煙対策（健康増進法改正）については、施行前の 2019 年報告で「前もって」評価を上げられたため、2021 年報告は変化していない。

「WHO report on the global tobacco epidemic 2021 から作成」

- 国民の健康を守る観点を踏まえ、たばこ規制枠組条約の趣旨に基づいたたばこ税率の在り方に対する更なる検討、望まない受動喫煙のない社会の実現、たばこ製品の警告表示に対する規制、メディアキャンペーンの実施、禁煙支援・治療の推進、たばこ広告・販売促進・後援活動の規制の着実な実施と必要に応じた見直しを組み合わせることで強力に進めることが喫煙の課題である。
- 禁煙支援・治療の推進については、医療や健診等の現場での短時間禁煙支援の普及、禁煙の相談を気軽にできるクイットラインの拡充整備、オンライン診療等の ICT を活用した禁煙治療へのアクセスの向上といった対策を組み合わせ、禁煙しやすい環境を整備する必要がある。
- 喫煙率¹⁰⁻¹²⁾ や受動喫煙による曝露^{11,13)} について、所得や学歴等の社会経済状況の違いによる格差が明らかになっており、健康格差是正の観点からの対策が必要である。
- 加熱式たばこについては、その長期の健康影響についてはまだ明らかでないが、有害成分分析等による健康リスクやたばこ規制への影響が報告されている¹⁴⁾。引き続き知見の収集が必要であるが、健康影響が解明されるまでは、予防原則に基づいて、紙巻たばこと同様の規制を行うことが望ましい¹⁴⁾。

＜各目標項目に係る課題＞

① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい人がやめる）

- 成人の喫煙率の低下は近い将来の喫煙関連疾患の発症や死亡の減少につながる主要指標であり、短期の喫煙による健康被害を減らす上で重要である¹⁵⁾。
- 厚生労働科学研究で実施している主要なたばこ政策のインパクトの評価やたばこ規制の国際比較の結果を参考にして、引き続き、たばこ規制枠組条約を踏まえた規制の検討と着実な実行が必要。国民の健康を守る観点も踏まえ、たばこ規制枠組条約の趣旨に基づいたたばこ税率の在り方に対する更なる検討、たばこ製品の警告表示に対する規制を組み合わせることで強力に進める必要がある。
- わが国の保健医療の制度やクイットライン、ICT 等を活用した、多くの喫煙をやめたい喫煙者を支援する保健医療のシステムの構築が必要。
- 医療や健診等種々の保健事業において、短時間禁煙支援を普及するための指導者養成の推進が望まれる。対面型の研修だけでなく、忙しい保健医療従事者が参加しやすい開催方式（オンライン研修、eラーニング等）の導入と普及が必要。
- 世界保健機関の世界禁煙デー等に合わせ、たばこの健康影響（特に加熱式たばこ）、禁煙治療、わが国のたばこ対策の現状や課題等について、国民にわかりやすく、かつ行動変容を促すイベントやメディアキャンペーンの開催方法の検討と実施が必要。

② 未成年者の喫煙をなくす

- 未成年者の喫煙率の低下は短期間の喫煙による健康被害の減少につながるが、家庭や学校等での受動喫煙対策や成人の喫煙率の減少に伴って未成年者の喫煙率の低下がみられることから、たばこ対策全般の効果の中・長期的に評価する上での重要な指標である¹⁵⁾。
- 未成年者の喫煙率の低下のためには、成人喫煙率の減少と同様、たばこ規制枠組条約に基づいた一層の対策の強化が必要。
- 未成年者の喫煙防止に焦点を当てた取組として、教育機関・児童福祉施設等での敷地内禁煙の徹底、学校を中心とした喫煙防止教育のさらなる普及、未成年者へのたばこ煙の曝露の減少に向け、家庭や地域と連携した喫煙防止や受動喫煙防止の教育活動の推進、小売店に対する指導や店頭での周知の徹底が必要。

③ 妊娠中の喫煙をなくす

- 妊娠中及び出産直後の母親の喫煙率の低下は、妊娠出産のアウトカム改善だけでなく、出生児の長期的な健康の改善につながる。また、妊娠中の禁煙の介入はたばこの煙のない家庭をつくる上での重要な入口となる。
- 妊婦の喫煙率低下に焦点を当てた取組として、妊娠中の喫煙による健康へのリスク等の普及啓発活動に加えて、母子健康手帳の活用が必要。地域においてこれらの取組が妊娠中から子育ての期間中、シームレスに実施されるために、関係機関が連携・協働した体制の構築が必要。

④ 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少

- 受動喫煙の曝露状況の改善は、短期間で急性心筋梗塞や成人及び小児の喘息等の呼吸器疾患による入院の減少等、確実な健康改善効果が期待できる¹⁵⁾。望まない受動喫煙のない社会の実現の達成状況を評価する上での指標として重要であり、特に1日の中でも過ごす時間の長い職場や家庭での曝露の低減は重要である。
- 令和2（2020）年度に全面施行された改正健康増進法の実効性を高めるためには、関係施設の周知をはじめ、法律の遵守状況のモニタリングと違反者の取り締まりが必要であり、そのための体制づくりが重要。
- たばこ規制枠組条約のガイドラインでは、喫煙室を設けない屋内全面禁煙が国際標準として求められている。飲食店やバーも職場という側面を有しており、受動喫煙の他者危害性や健康被害の大きさを考えると、多数の者が利用する施設等における屋内全面禁煙にむけた改正健康増進法の法的規制の強化が必要。また、学校、病院、行政機関等の公共性の高い施設については、望まない受動喫煙のない社会の実現のシンボルとして、敷地内禁煙化の取組を促すための法的規制も含めた働きかけを検討、実施。
- 家庭（自家用車を含む）や屋外での受動喫煙の防止は改正健康増進法において努力義務となっている。妊婦や未成年を有する家庭においては受動喫煙の頻度が高いことが報告されている^{文献}。今後、家庭や屋外も含め、社会全体で受動喫煙の曝露の低減につなげる取組が必要。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

喫煙は、新型コロナウイルス肺炎の重症化に直接関わるだけでなく、COPD、CKD、2型糖尿病等の基礎疾患の重症化を介しても、新型コロナウイルス感染の重症化を引き起こすことが報告されている¹⁶⁾。第1波の感染拡大に伴う喫煙行動に与える影響については、心理特性やストレス、経済状況によって、その影響が異なることが海外の研究で報告されている。たとえば、コロナ禍における外出制限や隔離に伴うストレスが高いと喫煙量が増加したが、感染への恐れによるストレスが高いと喫煙量が減少した¹⁷⁾。2020年4月からの初回の緊急事態宣言下での喫煙行動への影響を調べた国内の調査研究でも、喫煙者の特性によって影響が異なっていた¹⁸⁾。全体の32.1%で喫煙本数が増加した一方、11.9%が禁煙していた。男性や高齢者では禁煙や本数を減らす行動をとりやすかったのに対して、テレワーク実施や一人暮らしでは喫煙本数の増加がみられた。紙巻たばこから加熱式たばこに切り替えた場合は禁煙行動をとりやすかった。国立がん研究センターが2021年3月に実施した調査においても、同居人の喫煙による受動喫煙が増加していると回答した非喫煙者が10%いたのに対して、減っていると回答した割合は1.6%に過ぎなかった¹⁹⁾。そのほか、厚生労働科学研究においてコロナ禍における社会・健康格差評価研究としてインターネット調査（JACSIS study）が実施されており、その結果が待たれるところである。

新型コロナウイルス感染の再拡大及び今後の新しい感染症の流行に備えた対策を検討するために、1年間以上続いたコロナ禍が集団全体の喫煙にどのような影響を与えたのかについて、喫煙率やたばこの消費量を指標として評価を行う必要がある。

<参考文献・URL>

1. 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.
2. 厚生労働省 喫煙の健康影響に関する検討会編. 喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書. 2016.
3. Starr G, Rogers T, Schooley M, et. al: Key outcome indicators for evaluating comprehensive tobacco control programs. Centers for Disease Control and Prevention; Atlanta, 2005.
4. Glantz S, Gonzalez M: Effective tobacco control is key to rapid progress in reduction of non-communicable diseases. *Lancet* 2012; 379(9822):1269-1271.
5. World Health Organization: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: addressing new and emerging products, 2021. World Health Organization; Geneva, 2021.
6. 仲下祐美子, 大島明, 増居志津子, 他: たばこ規制に対するたばこ使用者を対象にした調査結果の国際比較. *厚生指標* 2016; 63(6): 24-32.
7. 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「受動喫煙防止等のたばこ対策の推進に関する研究」平成 30 年度総括・分担研究報告書（研究代表者 中村正和）.141-194, 2019.
8. 伊藤ゆり,中村正和:たばこ税・価格の引き上げによるたばこ販売実績への影響. *日本公衆衛生雑誌* 2013; 60(9): 613-618.
9. Tabuchi T, Nakamura M, Nakayama T, et al: Tobacco Price Increase and Smoking Cessation in Japan, a Developed Country With Affordable Tobacco: A National Population-Based Observational Study. *J Epidemiol* 2016; 26(1): 14-21.
10. 厚生労働省:平成 30 年国民健康・栄養調査結果の概要. 2020.
(<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000688863.pdf>,2021 年 11 月 22 日アクセス)
11. Tabuchi T, Iso H, Brunner E: Tobacco control measures to reduce socioeconomic inequality in smoking: the necessity, time-course perspective, and future implications. *J Epidemiol* 2018;28:170-175.
12. Tanaka H, Mackenbach JP, Kobayashi Y: Widening socioeconomic inequalities in smoking in Japan, 2001–2016, *J Epidemiol* 2021; 31(6), 369-377.
13. Saito J, Tabuchi T, Shibamura A, et al: 'Only Fathers Smoking' Contributes the Most to Socioeconomic Inequalities: Changes in Socioeconomic Inequalities in Infants' Exposure to Second Hand Smoke over Time in Japan. *PLoS One* 2015; 10(10): e0139512.
14. 中村正和, 田淵貴大, 尾崎米厚, 他: 加熱式たばこ製品の使用実態、健康影響、たば

こ規制への影響とそれを踏まえた政策提言. 日本公衆衛生雑誌 2020; 67(1): 3-14.

15. 厚生労働省: 健康日本 21 (第二次) の推進に関する参考資料

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkouippon21.html)

16. 厚生労働省: 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き 第 5 版 2021.

17. Bommele J, Hopman P, Walters BH, et al: The double-edged relationship between COVID-19 stress and smoking: Implications for smoking cessation. *Tob Induc Dis* 2020; 18: 63. doi:10.18332/tid/125580.

18. Koyama S, Tabuchi T, Okawa S, et al: Changes in Smoking Behavior Since the Declaration of the COVID-19 State of Emergency in Japan: A Cross-sectional Study From the Osaka Health App. *J Epidemiol* 2021; 31(6): 378-386.

19. 国立がん研究センター: 新型コロナウイルスとたばこに関するアンケート調査報告書 2021.

○ スマート・ライフ・プロジェクト

<http://www.smartlife.go.jp/>

○ 受動喫煙対策

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000189195.html>