

## 5. 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

### (1) 栄養・食生活

#### 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。

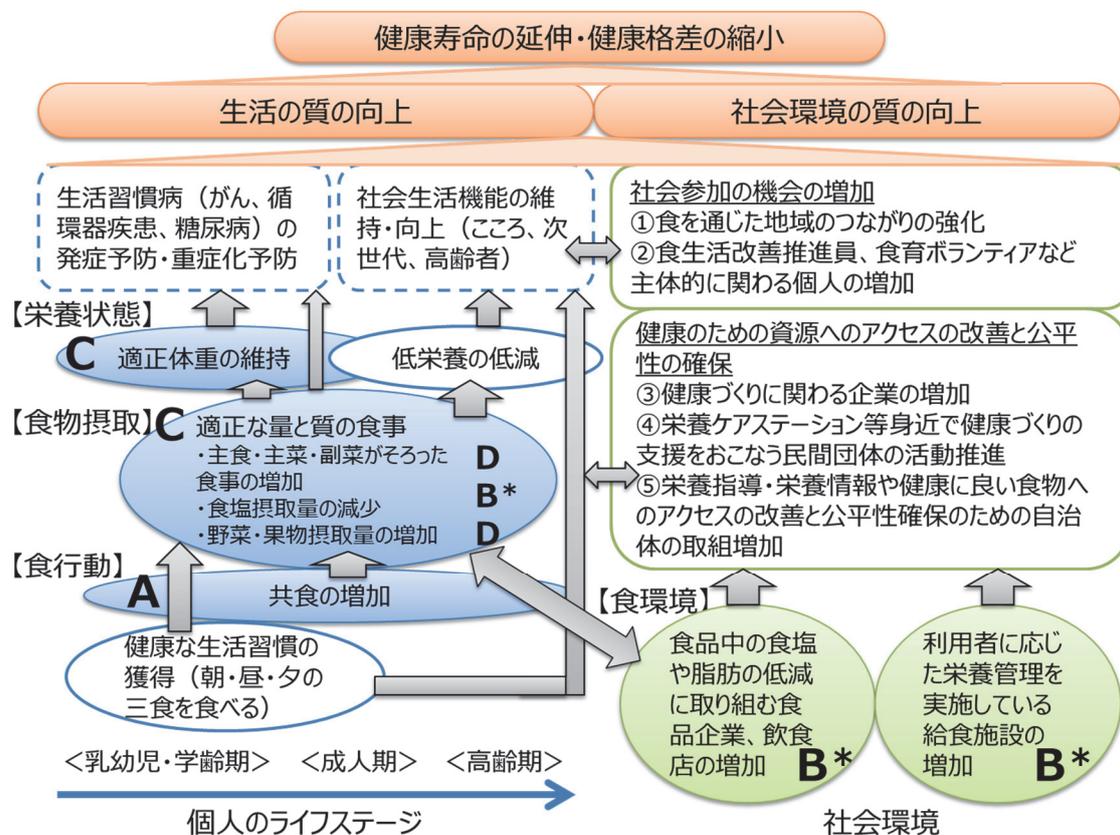
#### 1 目標項目の評価状況

| 評価                             | 項目数  |
|--------------------------------|------|
| A 目標値に達した                      | 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<br>目標到達が危ぶまれるもの | (内2) |
| C 変わらない                        | 2    |
| D 悪化している                       | 0    |
| E 評価困難                         | 0    |

#### 5. (1) 栄養・食生活

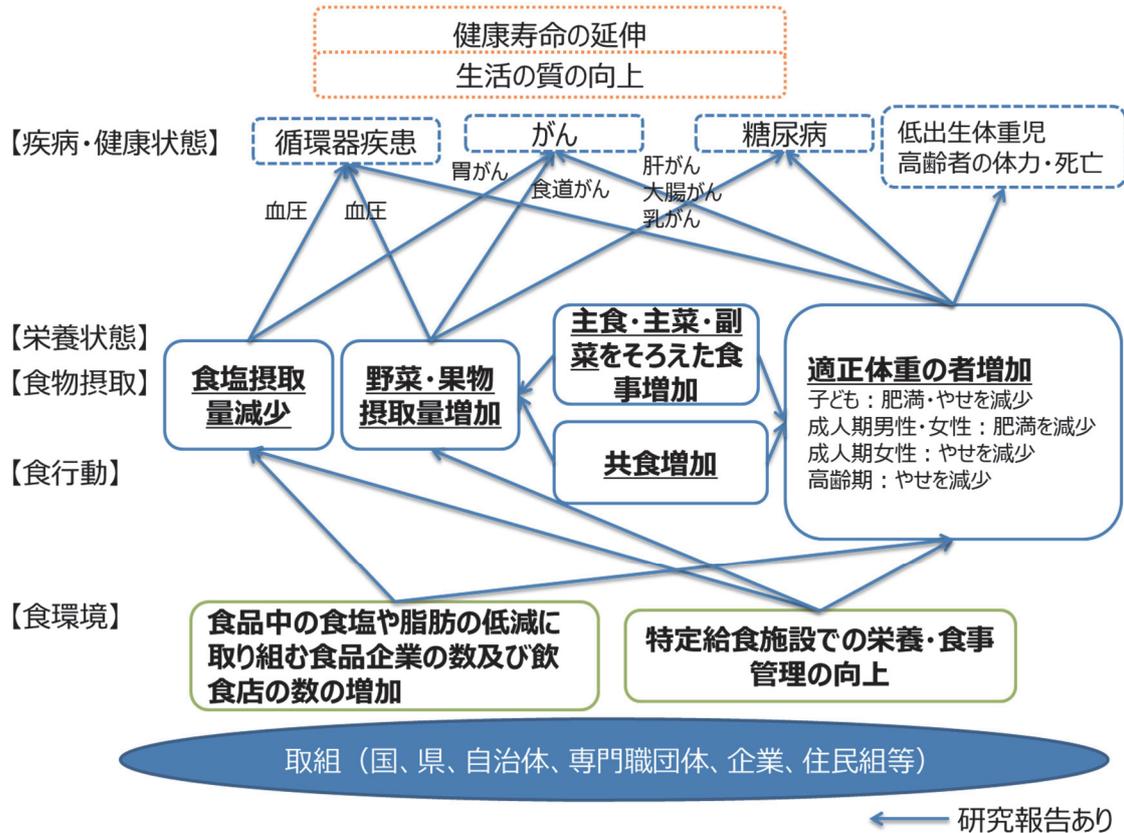
| 目標項目  | 評価        |
|---|-----------|
| <b>① 適正体重を維持している者の増加<br/>(肥満 (BMI25 以上) 、やせ (BMI18.5 未満) の減少)</b> | <b>C</b>  |
| 20 歳～60 歳代男性の肥満者の割合   | (D)       |
| 40 歳～60 歳代女性の肥満者の割合   | (C)       |
| 20 歳代女性のやせの者の割合   | (C)       |
| <b>② 適切な量と質の食事をとる者の増加</b>   | <b>C</b>  |
| ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が 1 日 2 回以上の日が<br>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 100 g 未満の者の割合   | (D)       |
| <b>③ 共食の増加 (食事を 1 人で食べる子どもの割合の減少)</b>                             | <b>A</b>  |
| 朝食小学生   | (A)       |
| 朝食中学生   | (A)       |
| 夕食小学生   | (A)       |
| 夕食中学生   | (A)       |
| <b>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<br/>登録数の増加</b>                   | <b>B*</b> |
| 食品企業登録数   | (A)       |
| 飲食店登録数  | (B*)      |
| <b>⑤ 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、<br/>改善を実施している特定給食施設の割合の増加</b>        | <b>B*</b> |

図表Ⅱ-5-(1)-1：栄養・食生活の目標設定の考え方及び目標項目の評価



資料：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

図表Ⅱ-5-(1)-2：生活習慣病等と栄養・食生活の目標の関連



資料：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<sup>1) 2)</sup>。若年女性のやせは骨量減少<sup>3)</sup>、低出生体重児出産<sup>4)</sup> のリスク等との関連がある。

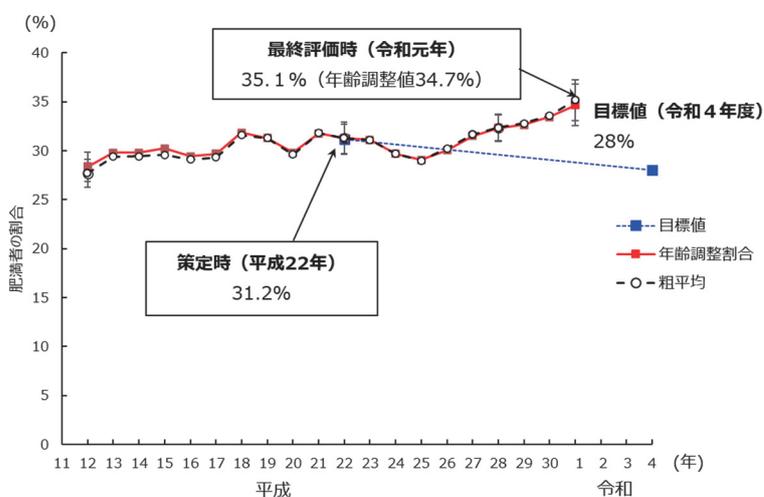
【今回の評価】

[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）年から令和元（2019）年は有意に増加した。いずれの年代も同様の傾向であった。

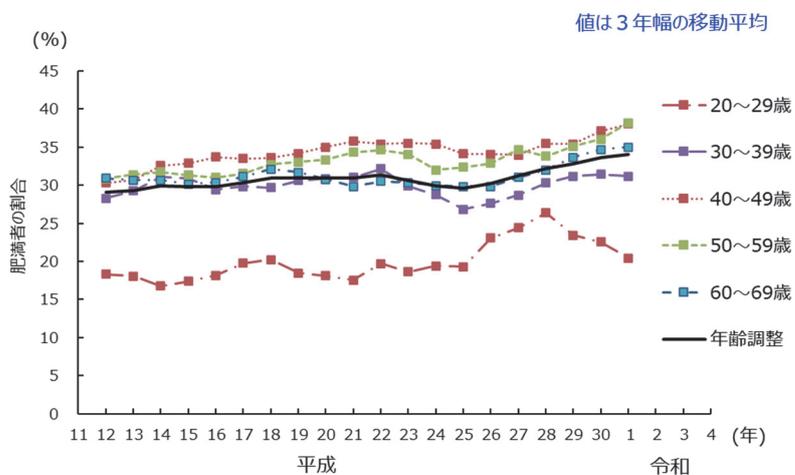
なお、平成 12（2000）年から令和元（2019）年までの 20 年間でみると、有意に増加した。

図表Ⅱ-5-(1)-3：肥満者の割合の推移（男性、20歳～60歳代）



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(1)-4：肥満者の割合の推移（男性、20歳～60歳代、年齢階級別）



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

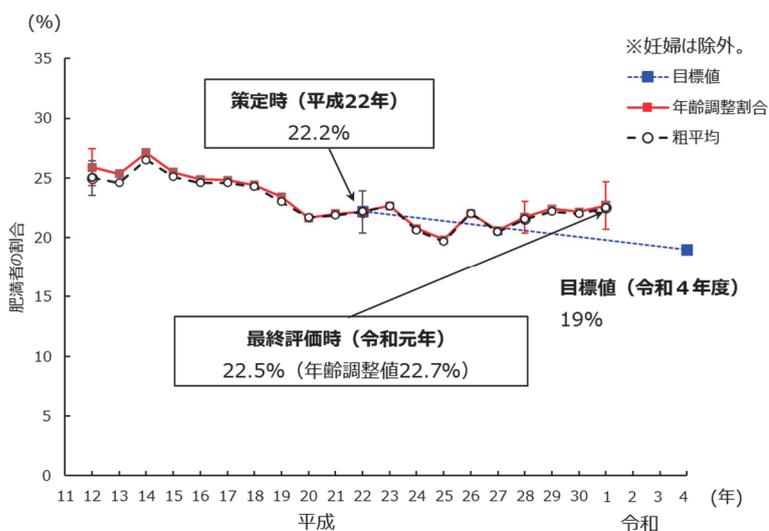
5. (1) 栄養・食生活

[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）で有意な変化はなく、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ない。

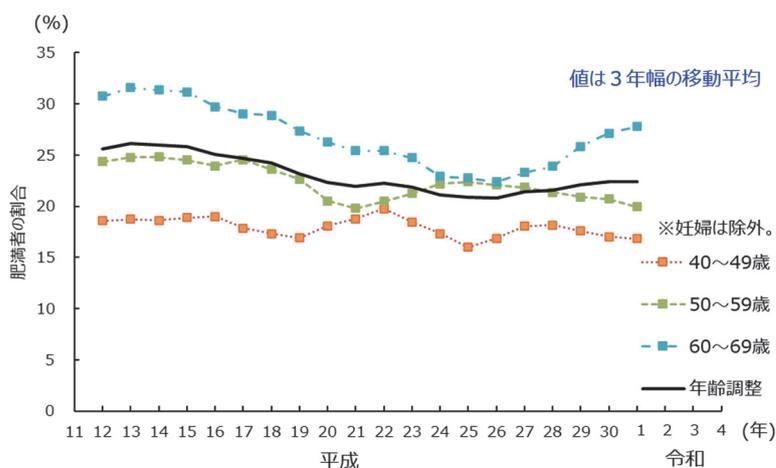
なお、平成12年から令和元年までの20年間でみると、有意に減少した。

図表Ⅱ-5-(1)-5：肥満者の割合の推移（女性、40歳～60歳代）



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(1)-6：肥満者の割合の推移（女性、40歳～60歳代、年齢階級別）



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

5. (1) 栄養・食生活

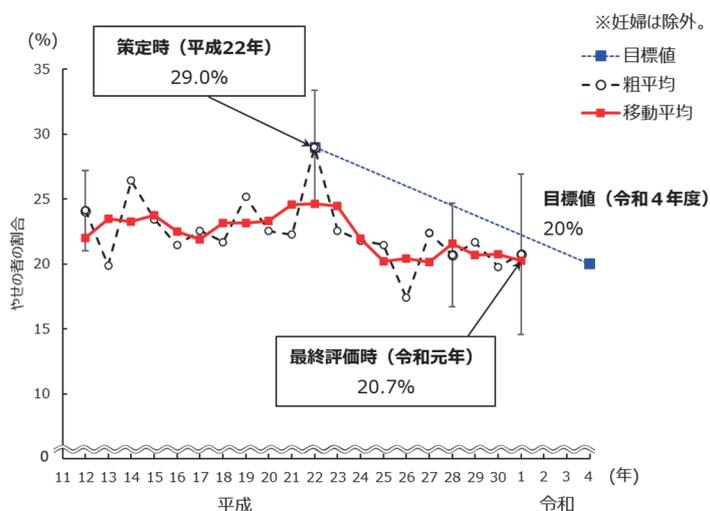
[20歳代女性のやせの者の割合]

我が国の成人女性のやせの者の割合は、主な先進国の中でも最も高い（図表Ⅱ-5-(1)-8）。

20歳代女性のやせの者の割合は、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）と有意な変化はなく、目標値に達していない。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。しかし、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。

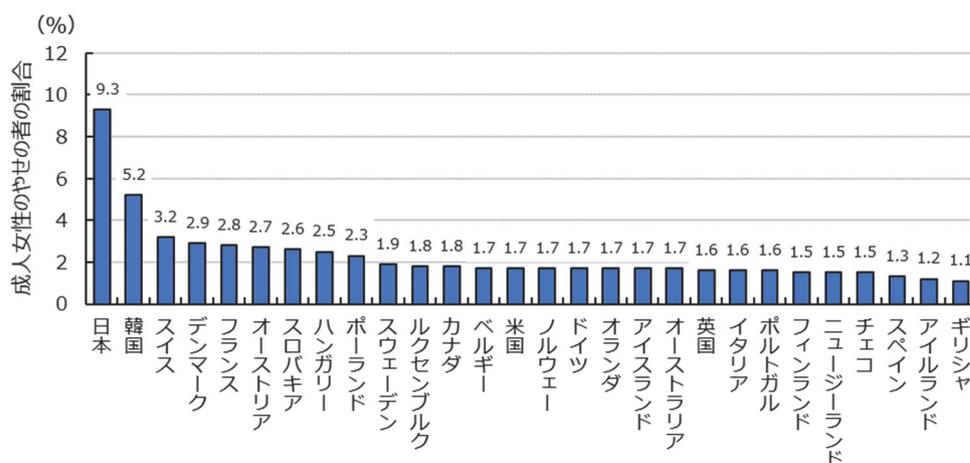
なお、平成12年から令和元年までの20年間でみると、有意な増減はない。

図表Ⅱ-5-(1)-7：やせの者の割合の推移（女性、20歳代）



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(1)-8：成人女性のやせの者（BMI18.5kg/m<sup>2</sup>未満）の割合の国際比較（平成28（2016）年）



資料：吉池信男ほか. 肥満研究. 2018;24(1):16-21.を基に厚生労働省健康局健康課栄養指導室で作図

5. (1) 栄養・食生活

注：主な先進国として、経済協力開発機構（OECD）開発援助委員会（DAC）加盟国のみ表示

## 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一つである。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取りあげた。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・果物摂取量を取りあげた。

### 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の増加

主食・主菜・副菜を組み合わせた食事は日本の食事パターンであり、良好な栄養素摂取量、栄養状態につながる事が報告されている<sup>5) - 7)</sup>。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<sup>5)</sup>。また、食生活指針<sup>8)</sup>、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<sup>9)</sup>。また消費者の啓発や食品中の食塩量の規制が、高血圧対策において費用対効果が高いこと<sup>10)</sup>、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<sup>11)</sup>。

### 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<sup>12)</sup>、循環器疾患、2型糖尿病の一次予防に効果があること<sup>13)</sup>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<sup>14)</sup>。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<sup>15)</sup>、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<sup>11)</sup>。

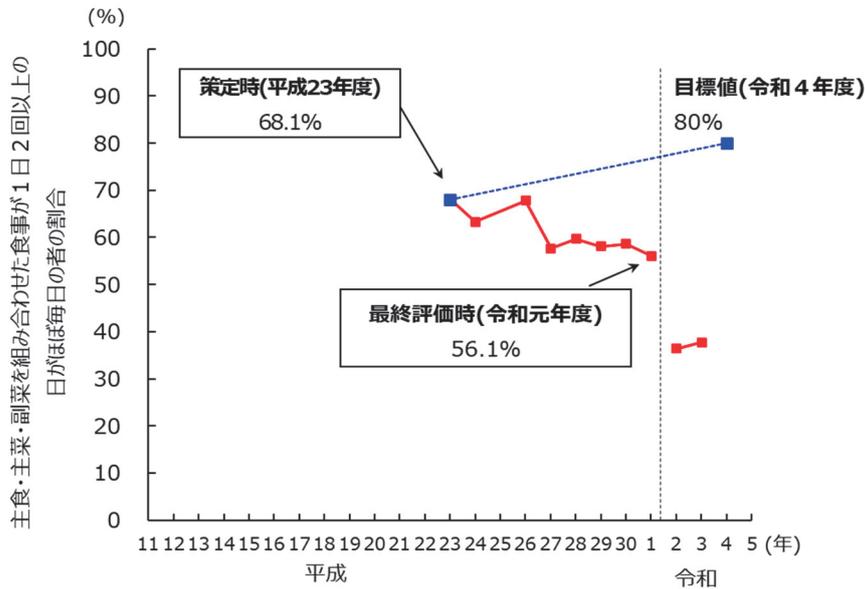
### 【今回の評価】

### 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。

図表Ⅱ-5-(1)-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の推移（20歳以上）

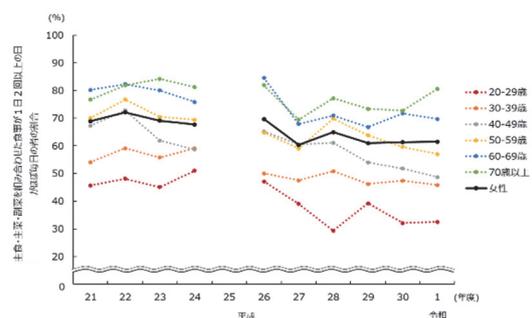
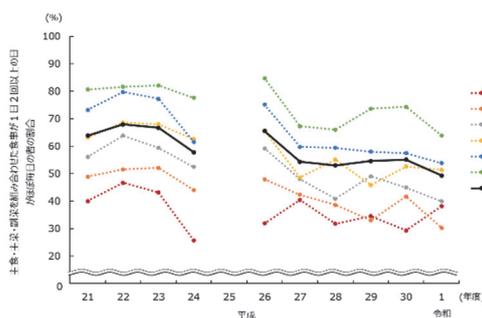


資料：内閣府「食育に関する意識調査」（平成23（2011）年度～平成27（2015）年度）  
 農林水産省「食育に関する意識調査」（平成28（2016）年度～令和3（2021）年度）  
 注：令和2年度以降は「郵送及びインターネットを用いた自記式」に変更となっている（令和元年度までは「調査員による個別面接聴取」）

図表Ⅱ-5-(1)-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の推移（年齢階級別）

図表10-1：男性

図表10-2：女性



資料：内閣府「食育の現状と意識に関する調査」（平成21（2009）年度～平成22（2010）年度）  
 内閣府「食育に関する意識調査」（平成23（2011）年度～平成27（2015）年度）  
 農林水産省「食育に関する意識調査」（平成28（2016）年度～令和元（2019）年度）  
 注：平成25年は調査項目なし

5. (1) 栄養・食生活

## イ 食塩摂取量の減少

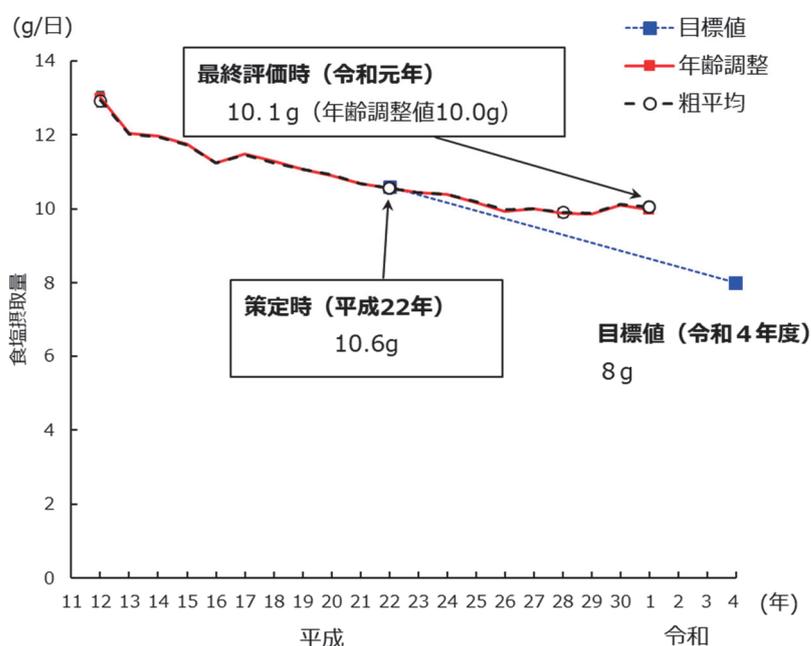
食塩摂取量の平均値（平成 22（2010）年の調査実施人数を基準とした年齢調整平均）は、ベースラインの平成 22（2010）年と比較して有意に減少したものの、目標値には達していない。また、目標年度までに目標達成することが危ぶまれる。経年的な推移の分析では、平成 22（2010）年から平成 28（2016）年は有意に減少し、平成 28（2016）年から令和元（2019）年は有意な増減がない。男女別では、男性では平成 22（2010）年から令和元（2019）年まで一貫して有意に減少したが、女性では平成 22（2010）年から平成 27（2015）年までは有意に減少し、平成 27（2015）年から令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

なお、平成 12（2000）年から令和元（2019）年までの 20 年間でみると、有意に減少した。

食塩摂取源について、自宅で調理した料理（自宅調理）、加工食品、外食のそれぞれからナトリウム摂取割合等を検討した研究<sup>16)</sup>によると、自宅調理からの摂取が最も多かった（男性 52.3%、女性 57.1%）。また、総ナトリウム摂取量に対し寄与率の高い食品群をみると、男女とも調味料類が最も高く、次いで魚介類であった（図表Ⅱ-5-(1)-15）<sup>16)</sup>。

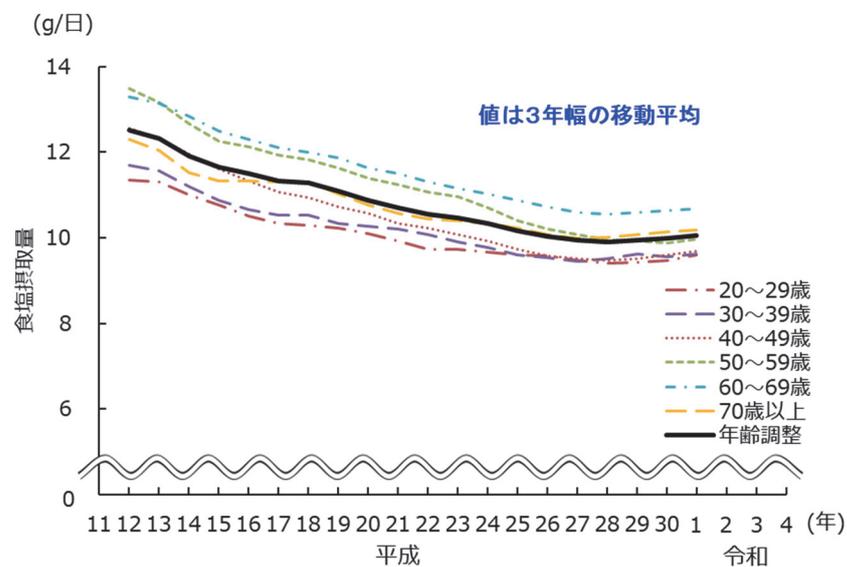
食塩摂取量の都道府県間の格差の状況については、別表第一：健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標の「【参考】体格及び生活習慣に関する都道府県格差の状況」を参照。

図表Ⅱ-5-(1)-11：食塩摂取量の平均値の推移（20歳以上）



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

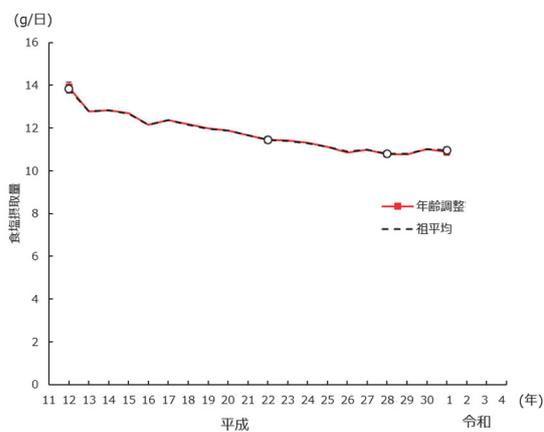
図表Ⅱ-5-(1)-12：食塩摂取量の平均値の推移（年齢階級別）



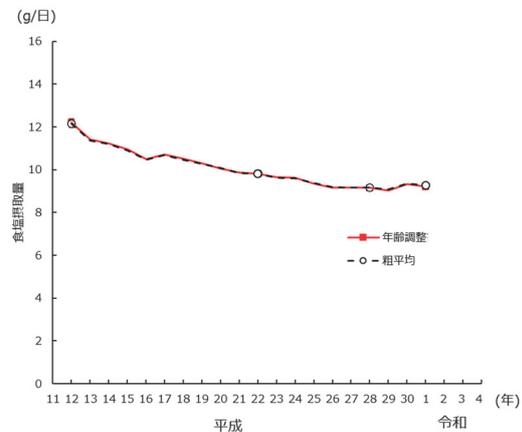
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(1)-13：食塩摂取量の平均値の推移（20歳以上）

図表 13-1：男性



図表 13-2：女性

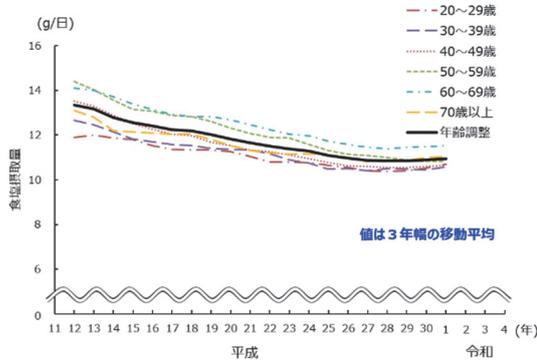


資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

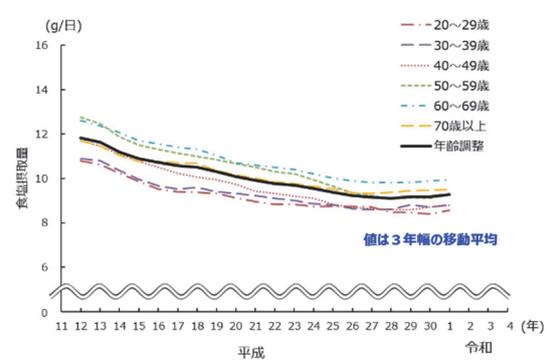
5. (1) 栄養・食生活

図表Ⅱ-5-(1)-14：食塩摂取量の平均値の推移（年齢階級別）

図表 14-1：男性

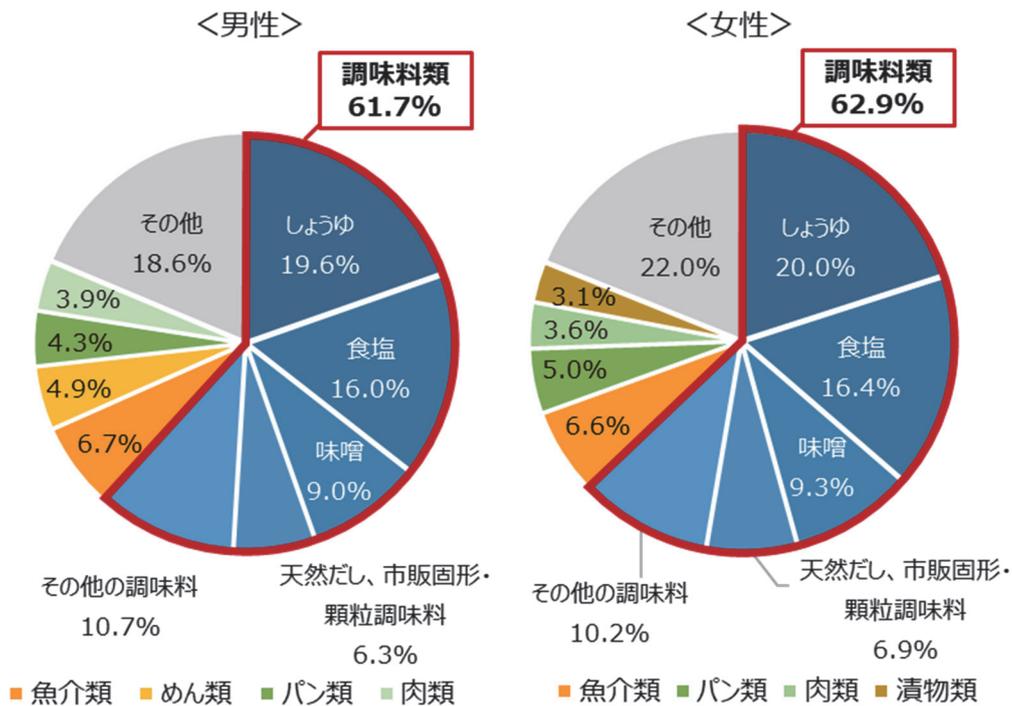


図表 14-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(1)-15：各食品群からのナトリウム摂取割合（上位5食品群抜粋）



資料：Asakura K, et al. Public Health Nutr. 2016<sup>16)</sup>

ウ 野菜と果物の摂取量の増加

[野菜摂取量の平均値]

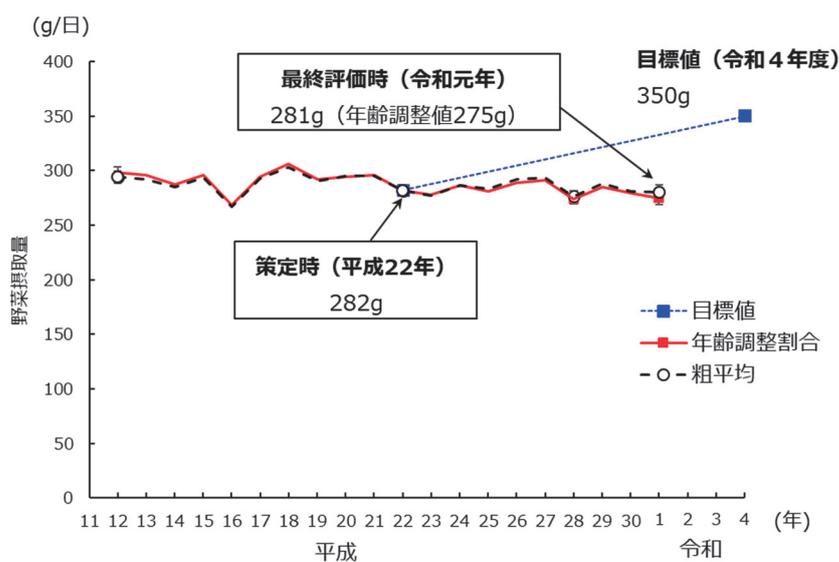
野菜摂取量の平均値（平成 22（2010）年の調査実施人数を基準とした年齢調整平均）は、ベースラインの平成 22（2010）年と比較して、有意な変化はなく、目標値に達していない。経年的

な推移の分析でも有意な変化はない。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なかった。

なお、平成 12（2000）年から令和元（2019）年までの 20 年間でみると、有意に減少した。

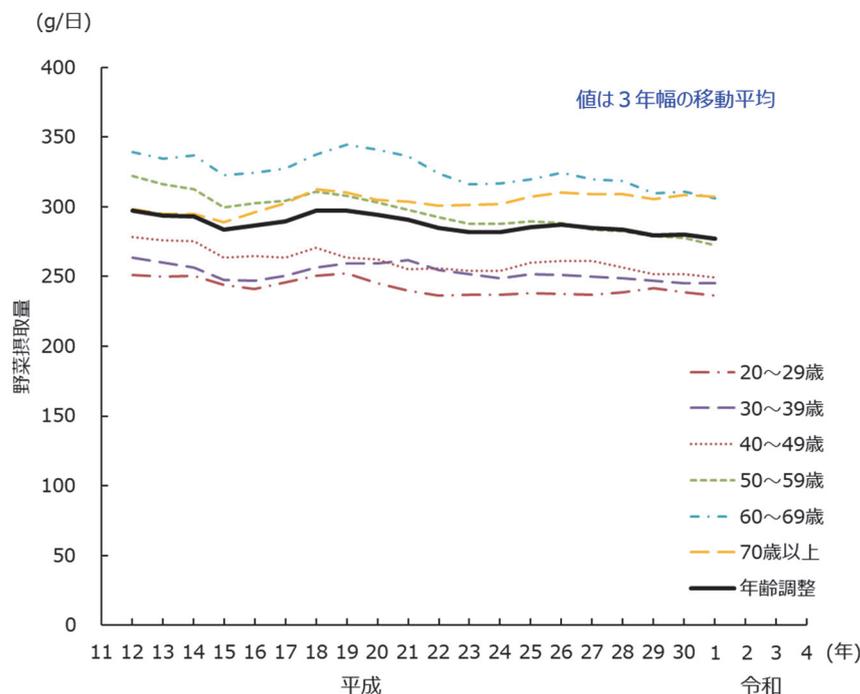
野菜摂取量の都道府県間の格差の状況については、別表第一：健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標の「【参考】体格及び生活習慣に関する都道府県格差の状況」を参照。

図表Ⅱ-5-(1)-16：野菜摂取量の平均値の推移（20 歳以上）



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(1)-17：野菜摂取量の平均値の推移（年齢階級別）



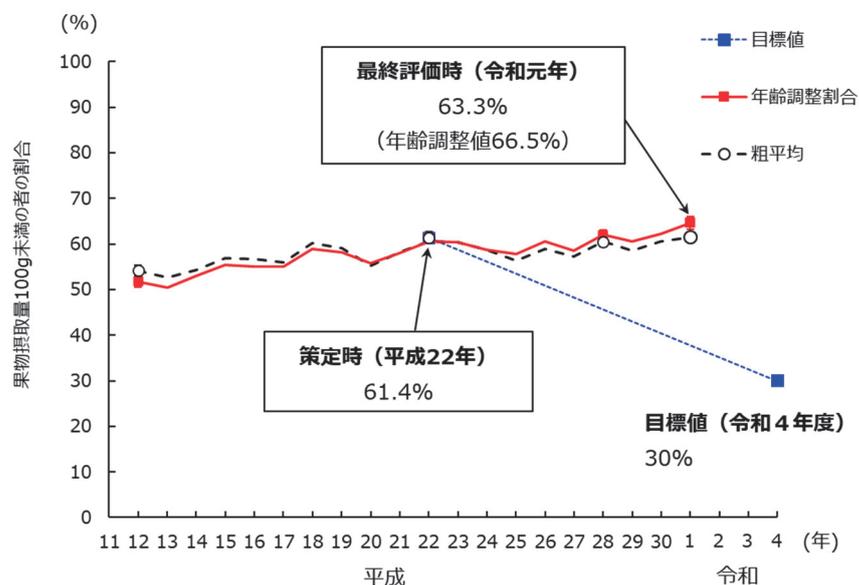
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

〔果物摂取量 100g 未満の者の割合〕

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。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、ベースラインの平成 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、悪化した。

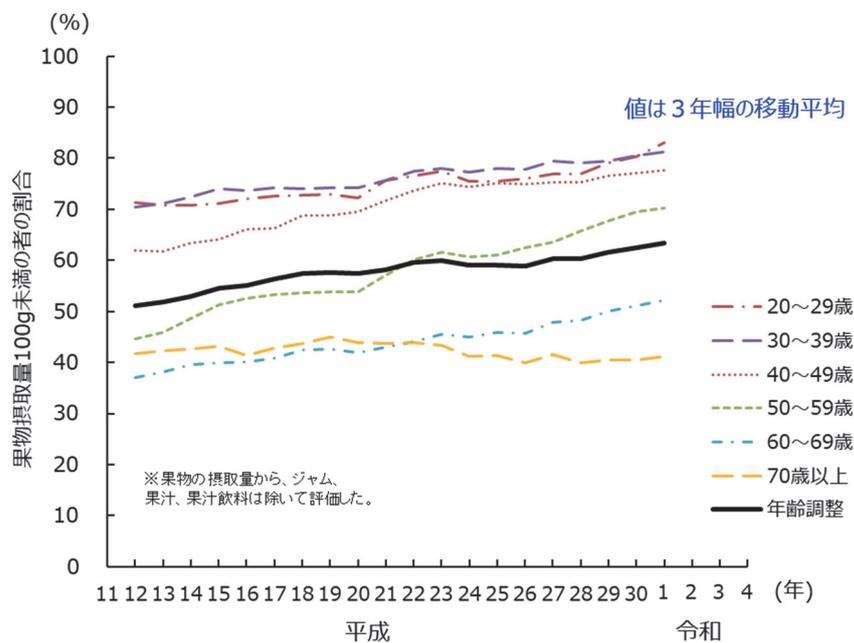
なお、平成 12（2000）年から令和元（2019）年までの 20 年間でみても、有意に増加した。

図表Ⅱ-5-(1)-18：果物摂取量 100g 未満の者の割合の推移（20 歳以上）



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(1)-19：果物摂取量 100g 未満の者の割合の推移（年齢階級別）



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

5. (1) 栄養・食生活

### 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<sup>17) - 19)</sup>。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<sup>20)</sup>、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<sup>21)</sup>。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少なく、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<sup>22) 23)</sup>。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<sup>24) 25)</sup>。したがって、学童・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。

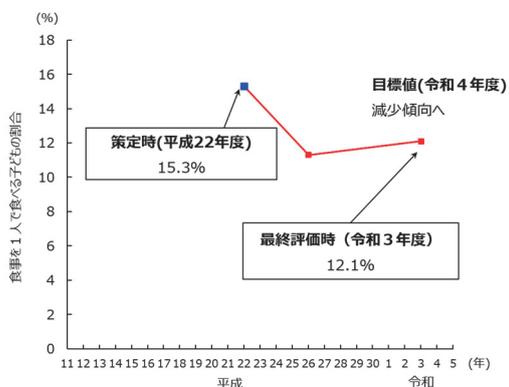
#### 【今回の評価】

食事を1人で食べる子どもの割合は、ベースラインの平成22（2010）年度と比較して、朝食は小学生と中学生のそれぞれ15.3%、33.7%から12.1%、28.8%へと減少（相対的変化-20.9%、-14.5%）した。夕食は、小学生と中学生のそれぞれ2.2%、6.0%から1.6%、4.3%へと減少（相対的変化-27.3%、-28.3%）した。食事を1人で食べる子どもの割合は、朝食、夕食ともに減少しており、目標に達した。

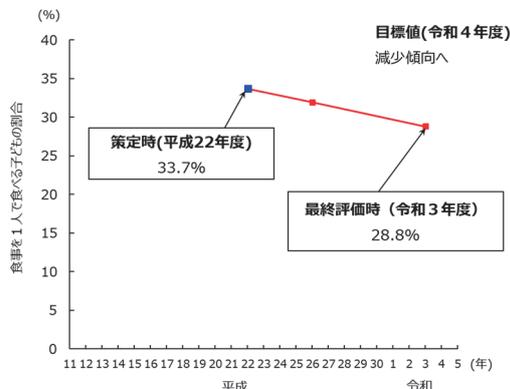
ベースラインは日本スポーツ振興センターによる調査により把握したが、その後、調査が行われていないことから、中間評価及び最終評価は、研究で実施した調査結果を用いて評価した。データソースが異なり、サンプリング方法と人数が異なることに留意が必要である。最終評価に関しては、基本的に新型コロナウイルス感染症の影響を受ける前の令和元（2019）年までのデータで評価することとしているが、本目標項目についてはデータソースとなる研究を令和元（2019）年に行っていなかったため、令和3（2021）年のデータを用いて評価した。なお、結果をみると本項目は新型コロナウイルス感染症の影響は大きくないと想定される。

図表Ⅱ-5-(1)-20：食事を1人で食べる子どもの割合の推移

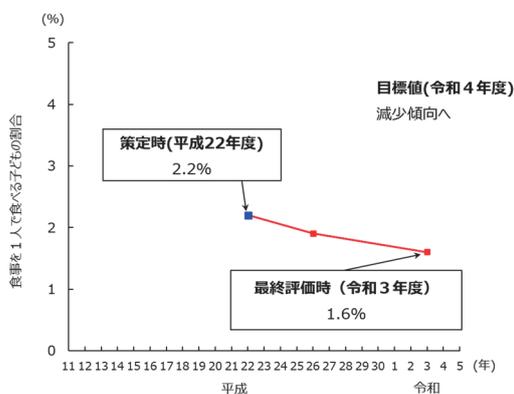
図表 20-1：朝食 小学5年生



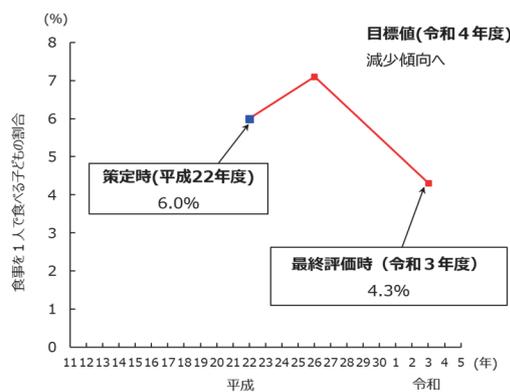
図表 20-2：朝食 中学2年生



図表 20-3：夕食 小学5年生



図表 20-4：夕食 中学2年生



資料：平成 22（2010）年度：日本スポーツ振興センター「平成 22 年度 児童生徒の食生活等実態調査」

平成 26（2014）年度：厚生労働科学研究費補助金「食事摂取基準を用いた食生活改善に資するエビデンスの構築に関する研究」

令和 3（2021）年度：科学技術振興機構戦略的国際共同プログラム「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による青少年の生活および健康への影響およびその関連因子に関する日欧比較研究」

#### 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、食品中の食塩量の規制が、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<sup>10)</sup>。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。

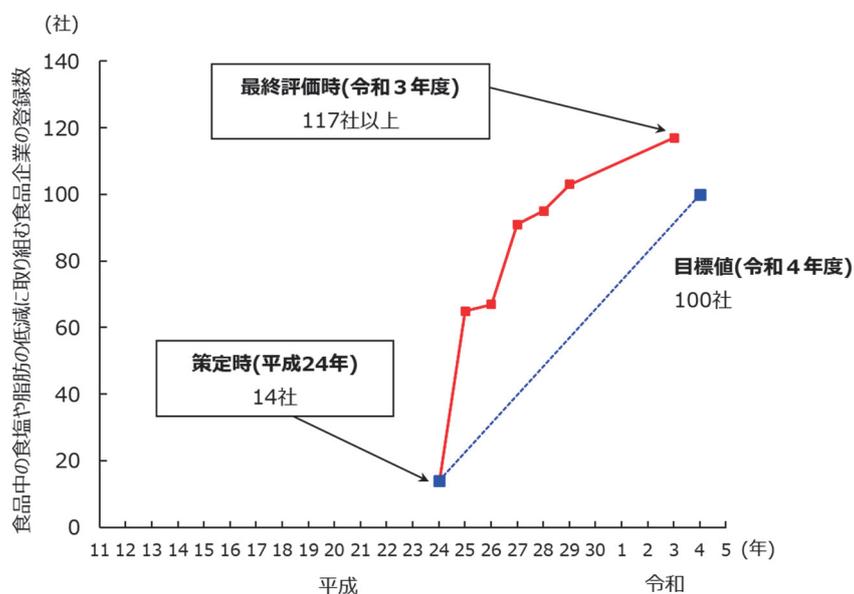
##### 【今回の評価】

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む、スマート・ライフ・プロジェクト<sup>26)</sup>に登録のあった企業数を把握し、中間評価の時点で目標を達成した。中間評価以降は把握されていなかったため、最終評価に際し、スマート・ライフ・プロジェクト参画企業へのアンケートを実施した（令和4（2022）年3月）。食品中の食塩又は脂肪の含有量について、従来品と比べて10%以上の低減を行っていると回答した食品企業のうち、中間評価時点で計上されていた企業を除くと14社であったため、少なくとも117社は食品中の食塩や脂肪の低減に取り組んでいると考えられる。

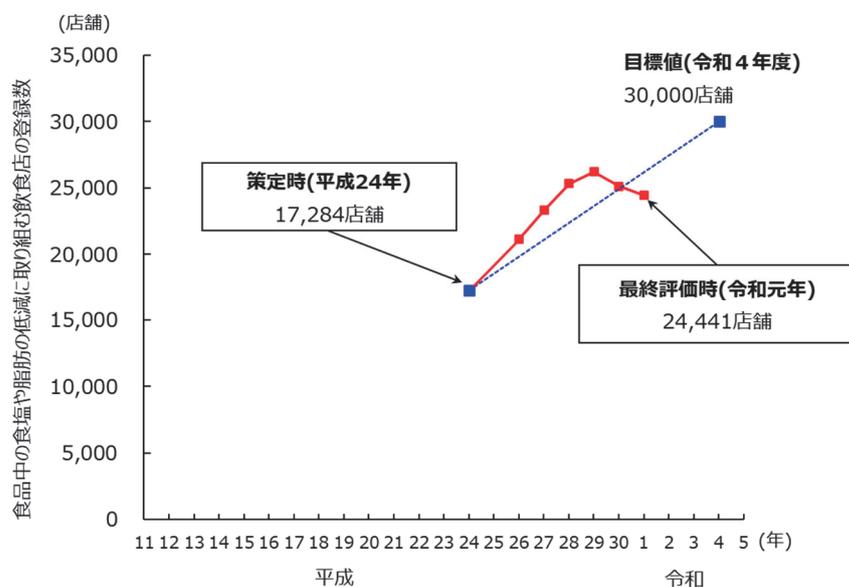
飲食店については、自治体からの報告（エネルギーや食塩控えめ、野菜たっぷり・食物繊維たっぷりといったヘルシーメニューの提供に取り組む店舗数）により把握し、ベースラインからの相対的変化率+41.4%であり5%を超えて改善しているが、目標を達成していない。平成30（2018）年、令和元（2019）年と減少しており、目標達成が危ぶまれる。

図表Ⅱ-5-(1)-21：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の推移



資料：厚生労働省健康局健康課による把握（スマート・ライフ・プロジェクト登録時の調査票による把握）

図表Ⅱ-5-(1)-22：食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む飲食店の登録数の推移



資料：厚生労働省健康局健康課による把握（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<sup>27)</sup>、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<sup>28) - 31)</sup>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<sup>32) - 34)</sup>、食塩摂取量減少への効果についても報告されている<sup>35)</sup>。

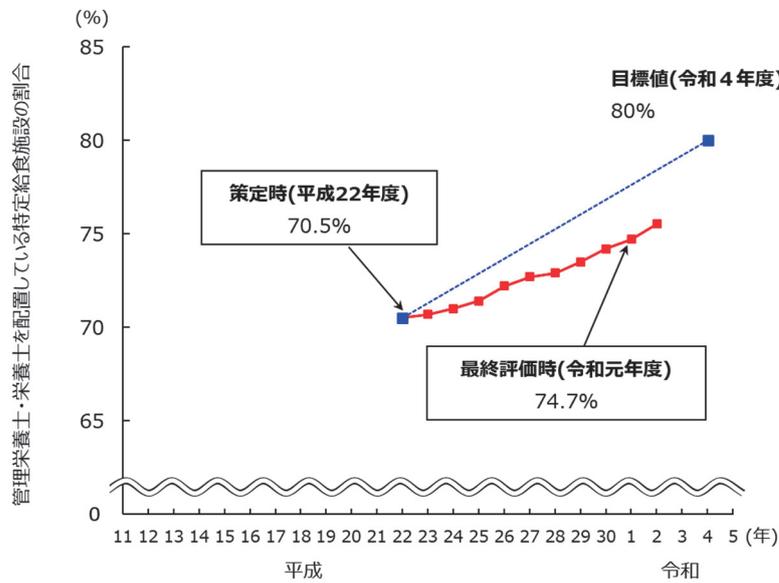
**【今回の評価】**

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。

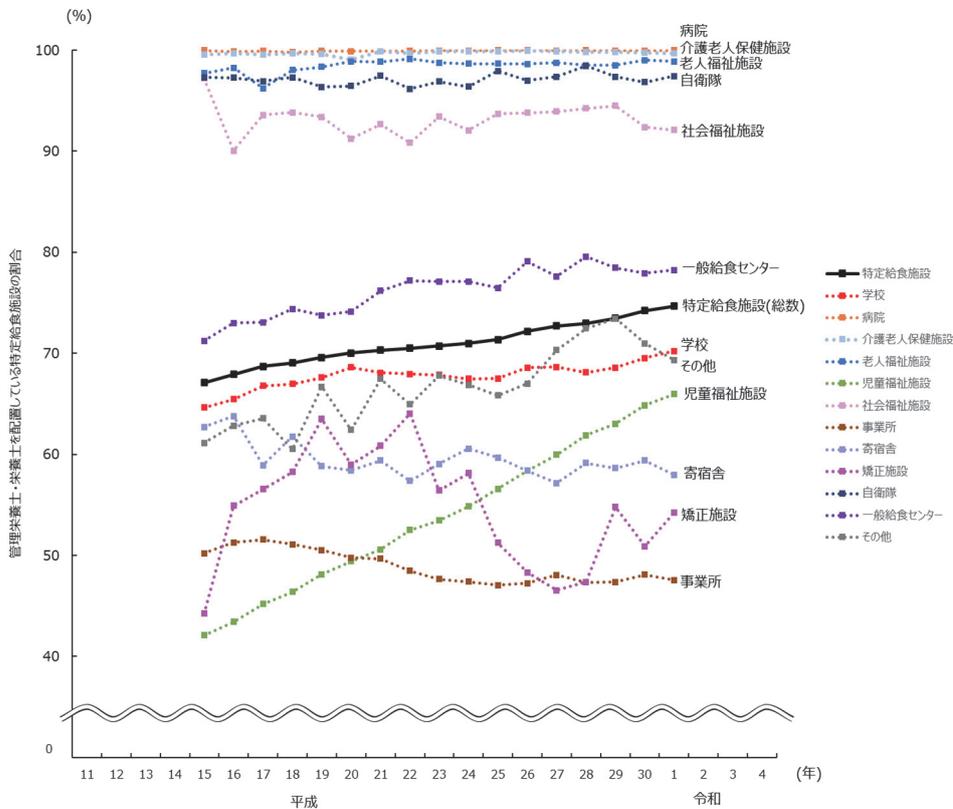
5.（1）栄養・食生活

図表Ⅱ-5-(1)-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の推移



資料：厚生労働省「衛生行政報告例」

図表Ⅱ-5-(1)-24：管理栄養士・栄養士を配置している特定給食施設の割合の推移（施設の種類の別）



資料：厚生労働省「衛生行政報告例」

5.(1) 栄養・食生活

## 2 関連する取組

### <領域全体に係る取組>

国、自治体、学術団体、職能団体（栄養士会、調理師会等）、食生活改善推進員等のボランティア、保育所、学校、病院、高齢者施設、福祉施設、事業所（職場）、食品関連事業者、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取組を実施した。

- 食生活指針<sup>8)</sup>や食事バランスガイドを通して普及啓発を実施している。
- 食事摂取基準<sup>36)</sup>を策定し、普及啓発を実施している。
- 食生活改善普及運動<sup>37)</sup>（9月）において、「食事をおいしく、バランスよく」、「毎日プラス1皿の野菜」、「おいしく減塩1日マイナス2g」等をテーマとし、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<sup>26)</sup>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している。
- 「栄養バランスに配慮した食生活を実践する国民を増やす」（「主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上ほぼ毎日食べている者の割合」）については、「第2次食育推進基本計画」（平成23（2011）年3月決定）から継続して食育推進基本計画の目標として設定。これに加え、第4次食育推進基本計画（令和3（2021）年3月決定）<sup>38)</sup>では、「1日当たりの食塩摂取量の平均値」、「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」を設定した。
- 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BMI値、野菜摂取量及び食塩摂取量の状況を公表した。
- 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、事業内容として、肥満予防対策、民間産業と連携した栄養バランスのとれた食事を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し、実施している。
- 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した（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<sup>39)</sup>）。
- 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を促進している。
- 「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、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食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。一食の中で、主食・主菜・副菜が揃い、野菜がたっぷりで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（令和4（2022）年8月現在、認証事業者数は547）。

### 5.（1）栄養・食生活

図表Ⅱ-5-(1)-25：スマートミール認証事業者数

| 2022年8月現在 認証事業者総数 |     |    |     |
|-------------------|-----|----|-----|
| 認証事業者数            | 外食  | 中食 | 給食  |
| 547               | 107 | 76 | 364 |

注：認証後に失効した事業者があるため事業者総数は、第1回から第6回の合計数にはなりません。

| 回数  | 認証事業者数 | 認証件数 |    |    |
|-----|--------|------|----|----|
|     |        | 外食   | 中食 | 給食 |
| 第6回 | 89     | 21   | 18 | 50 |
| 第5回 | 145    | 28   | 22 | 95 |
| 第4回 | 129    | 18   | 15 | 96 |
| 第3回 | 116    | 22   | 9  | 88 |
| 第2回 | 120    | 31   | 16 | 73 |
| 第1回 | 68     | 25   | 11 | 34 |

注：複数部門で認証されている場合があり、認証事業者数と認証件数の合計は一致しません。

資料：「健康な食事・食環境」コンソーシアム ウェブサイト

### <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た（平成26（2014）年3月）<sup>36)</sup>。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を踏襲し、普及を図っている。
- 食生活指針<sup>8)</sup>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。」に変更した（平成28（2016）年6月改定）。
- 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した。
- 厚生労働省・経済産業省「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」において、女性特有の健康課題（やせ・低栄養）に関するスクリーニング及び介入方法検証に関する実証を行っている。
- 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が実施されている（47自治体中44自治体で設定（令和元（2019）年）<sup>40)</sup>）。
- 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が実施されている。

## 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

- 日本人の長寿を支える「健康な食事」<sup>41)</sup>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、あ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」としてスマート・ライフ・プロジェクト<sup>26)</sup>のウェブサイトで紹介した。
- 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に関する検討会報告書、配食事業者向けのガイドラインを策定・公表した（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・公表した（平成 31（2019）年 3 月）<sup>42)</sup>。

### 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。2010 年版、2015 年版、2020 年版の順に、成人男性 9.0g 未満、8.0g 未満、7.5g 未満、成人女性 7.5 g 未満、7.0g 未満、6.5g 未満に変更した。
- 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した（平成 27（2015）年 9 月）。
- 「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し報告書を取りまとめた（令和 3（2021）年 6 月）<sup>43)</sup>。
- 厚生労働省・経済産業省「予防・健康づくりに関する大規模実証事業（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）」において、食塩含有量が多い外食や加工食品等を頻りに利用している働きざかり世代を主な対象とし、特定健康診査の機会を活用した「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行っている。
- 食品表示法に基づく食品表示基準において、ナトリウムの量を食塩相当量として表示することが義務化された（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）。
- 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が設定された。

## 5.（1）栄養・食生活

- 各地域の食塩摂取についての実態把握と分析を通じた対策を立案、実施、評価した。
- 保育所、学校等における適切な栄養管理による給食の提供を実施した。
- 食品関連事業者による減塩食品・減塩メニューの開発、販売がされている。
- 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）、「減塩の日」の設定（毎月17日、平成29（2017）年4月開始）等を実施した。
- 国立循環器病研究センターは、循環器病予防のための「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した。

#### ウ 野菜と果物の摂取量の増加

- 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した。
- スマート・ライフ・プロジェクト<sup>26)</sup>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した。
- 全都道府県健康増進計画で野菜・果物の摂取量の増加に関する目標が設定された<sup>40)</sup>。

#### ③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）

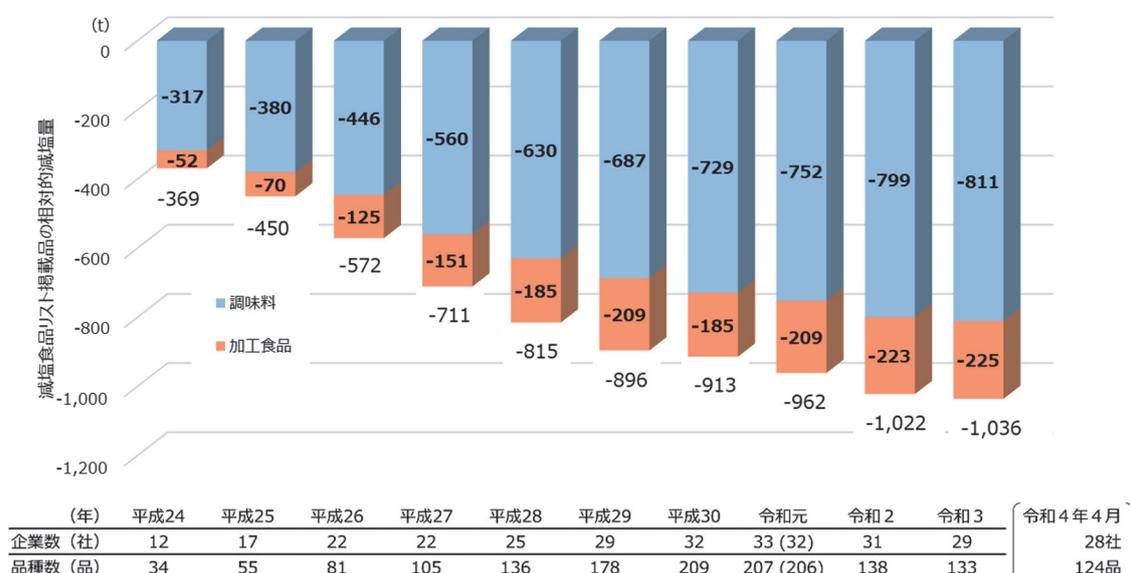
- 「第2次食育推進基本計画」（平成23（2011）年度から平成27（2015）年度までの5年計画）の重点課題の一つとして、「家庭における共食を通じた子どもへの食育の推進」が掲げられたことを踏まえ、関係府省と連携した取組を実施した。「第3次食育推進基本計画」（平成28（2016）年度から令和2（2020）年度）及び「第4次食育推進基本計画」<sup>38)</sup>（令和3（2021）年から令和7（2025）年度）でも引き続き、朝食又は夕食を家族と一緒に食べる「共食」の回数を増やすことを目標として設定した。
- 「健やか親子21（第2次）」（平成27（2015）年4月開始）において、「家族等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した。

#### 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

- 「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、健康関心度等の程度にかかわらず、誰もが自然に健康になれるようにする視点に加え、この食環境づくりに参画する事業者の取組が社会に広く評価され、事業機会の拡大にもつながり得る視点を踏まえて検討し、報告書を取りまとめた（令和3（2021）年6月<sup>43)</sup>）。同報告書や東京栄養サミット2021での日本政府コミットメント（誓約）を受け、「健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ」を始動（令和4（2022）年3月～）。「食塩の過剰摂取」を始め、全世代や生涯の長きにわたり国民に大きく影響し得る栄養面の課題等について、産学官等が連携して取り組んでいく。

- 食品事業者による減塩食品・減塩メニューの開発、販売がされている。
- 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）、「減塩の日」の設定（毎月 17 日、平成 29（2017）年 4 月開始）等を実施。日本高血圧学会が減塩食品リストに掲載された製品の販売状況調査を行ったところ、令和 3（2021）年度のリスト掲載品（29 社 133 製品）が食塩摂取量を減らしたと考えられる値は 1,036t であり、平成 25（2013）年以降の累計（40 社 277 製品）は 7,376t と推計された（図表Ⅱ-5-(1)-26）。
- 国立循環器病研究センターは、循環器病予防のための「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した。

図表Ⅱ-5-(1)-26：日本高血圧学会減塩食品リスト掲載品の相対的減塩量（t）の推移



資料：日本高血圧学会ウェブサイト

注：令和元年度は 1 社 1 製品未報告のため 32 社 206 品の合計数値

### 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）を推進した。

#### 5.（1）栄養・食生活

- 学校における食育を推進した。「食育基本法」(平成 17 (2005) 年) 制定、「食育推進基本計画」(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) の配置を促進した。
- 都道府県等において、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・支援を実施した。
- 都道府県等において、給食施設に対する研修会を実施した。

### 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 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]

[40歳～60歳代女性の肥満者の割合]

20歳代～60歳代男性の肥満者の割合は、「D 悪化している」であった。20歳代～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、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、健康日本21（第二次）が始まって以降、平成25（2013）年から令和元（2019）年は、34.7%へ有意に増加した。

40歳代～60歳代女性の肥満者の割合は、「C 変わらない」であった。40歳代～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）年の特定健康診査・特定保健指導の制度導入により、平成22（2010）年から平成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）年から令和元（2019）年までの国民健康・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]

評価は「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歳代及び30歳代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

#### 5.（1）栄養・食生活

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かんがみ、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。

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。

### ア 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

評価は「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や消費者に選択されていない等の可能性がある。令和元（2019）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。

### イ 食塩摂取量の平均値

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。健康日本 21（第一次）では、13.5g（平成9（1997）年）から10.7g（平成21（2009）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）年から令和元（2019）年まで一貫して有意に減少したが、女性では平成22（2010）年から平成27（2015）年は有意に減少し、平成27（2015）年から令和元（2019）年は有意な増減はなかった。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。

### ウ 野菜と果物の摂取量の増加

本目標は、2つの指標からなり、全体の評価は、「D 悪化している」であった。

[野菜摂取量の平均値]

評価は「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。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]

評価は「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）

評価は「A 目標値に達した」であった。評価のためのデータを収集する調査が、ベースライン後になくなったため、中間評価及び最終評価は研究で把握した値を用いた。サンプリング方法と人数が異なることに留意が必要であるが、食事を1人で食べる子どもの割合は、朝食、夕食ともにベースラインから中間評価、最終評価まで順調に減少している。

### 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

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。

[食品企業登録数]

評価は「A 目標値に達した」であった。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<sup>26)</sup>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を開催し、国立循環器病研究センターがかかるしおプロジェクトを実施し、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]

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。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（エネルギーや食塩控えめ、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

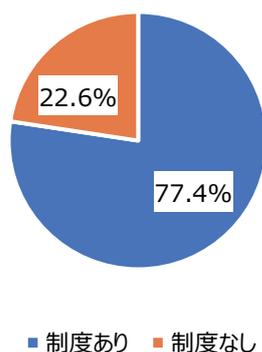
## 5.（1）栄養・食生活

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、行政栄養士の業務指針を改定し、健康づくりや栄養・食生活の改善に取り組むための具体的な内容の一つとして、食を通じた社会環境の整備の促進を位置付けた。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が設定された。また、令和 2（2020）年に厚生労働科学研究で実施した調査では、全国の都道府県と保健所設置市のうち 77%で外食・中食を通じた健康的な食事や健康・栄養情報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。

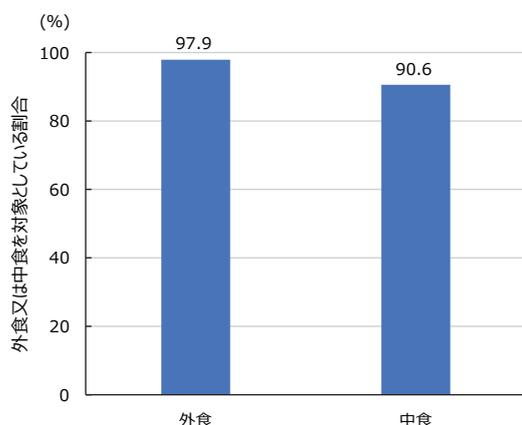
また、国は、健康な食事の普及の一環として、事業者等が生活習慣病予防・健康づくりを目的として提供する食事の目安を提示（650kcal 未満の場合、1 食当たり食塩相当量 3g 未満）した。健康な食事を展開する学会等の取組として、日本栄養改善学会・日本給食経営学会等 13 学協会のコンソーシアムによる「健康な食事・食環境」認証制度が開始された。

図表 II - 5 - ( 1 ) - 27 : 健康的な食事や健康・栄養情報の提供促進制度のある自治体の状況

図表 27 - 1 : 健康的な食事や健康・栄養情報の提供促進制度の有無



図表 27 - 2 : 制度ありの自治体において外食・中食を対象としている割合



資料：厚生労働科学研究「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）<sup>39)</sup>

注：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.（1）栄養・食生活

## 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、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。都道府県等では、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、都道府県等から特定給食施設の管理栄養士・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、野菜摂取量は変化なしであった。適正体重については、20歳代～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歳代～60歳代女性の肥満は第一次で改善し、第二次で変化なしに、20歳代女性のやせは第一次で変化な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。適正体重の維持は、特に20歳代～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。

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。

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<sup>44) 45)</sup>。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<sup>46) 47)</sup>、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。

### 5.（1）栄養・食生活

## 4 今後の取組と課題

### <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更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、効果がなかったかの分析、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。
- 誰もが自然に健康になれる食生活の実現に向けて、ターゲットに応じた効果的な介入手法の検討が必要である。また、健康的な食品の開発・流通・利用の促進を目的に、栄養プロファイリングモデルの開発・活用が国際的に進んでいる。こうした動きを踏まえ、減塩を含めた食環境整備の一環として、各栄養素等の適切な摂取の参考となるよう、日本版栄養プロファイリングモデルの実用化に向けた検証研究が必要である。
- 健康寿命の延伸に向けて、国民にとって参加・継続しやすい栄養・運動・休養等の分野横断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。
- 特定健康診査・特定保健指導における肥満者への保健指導を充実させる。
- 課題が大きい集団に焦点化した取組を強化する。
- 女性のやせは、若い世代だけでなく 40 歳代～50 歳代でも一定数いることが明らかになっており、フレイル<sup>※1</sup>予防の観点からも対策が必要である。

---

※1 フレイルは、要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神・心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。

### 【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）や阻害要因の分析とともに対策の効果検証が必要である。

## 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」<sup>38)</sup>も踏まえ、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を組み合わせて食べることについて、一人一人の生活が多様化する中で、それぞれの生活状況を踏まえた効果的な介入手法の開発を検討することが必要である。

## イ 食塩摂取量の減少

#### 【強化すべき取組】

- 食事摂取基準の普及促進を図る。
- 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）との連携を強化する。
- 「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」<sup>43)</sup>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更に推進する仕組みを検討する。
- 「第4次食育推進基本計画」<sup>38)</sup>も踏まえ、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食塩が低減されても、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が必要である。

## 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」等を通して普及促進を実施する。
- スマート・ライフ・プロジェクト<sup>26)</sup> や食生活改善普及運動<sup>37)</sup> 等各種運動を通して普及促進を実施する。
- 「第4次食育推進基本計画」<sup>38)</sup> も踏まえ、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を充実する。

### 【必要となる研究】

- 生活習慣病等の予防のために必要な1日当たりの野菜摂取量等を検討する。
- 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を開発する。

## ③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）

モニタリングが難しいことから、今後の目標に入れるか検討が必要であるが、共食頻度が高い児童・生徒ほど食物摂取状況等が良いことから、その後のライフコースを見据えた食習慣の確立につなげることによる健康への影響に資する効果や、食生活が大きく変化し、多様化している現代において、家族単位の共食から、地域で支え合う共食の場づくりの効果等についても整理が必要である。

## 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」<sup>43)</sup> を踏まえ、減塩を軸に、健康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。また、自治体の食環境整備の取組の実態を踏まえ、産学官等の取組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を開発する。

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を促す。
- 社員食堂等における食環境整備の充実を図ることによる効果検証を行い、その成果を横展開していく仕組みの検討が必要である。

**【必要となる研究】**

- 管理栄養士の配置率が低い、特に事業所給食について、そこで働く従業員等の健康管理の観点で、食環境整備（食品へのアクセス、情報へのアクセス）の効果的な介入手法を検討する必要がある。

## 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

- 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（図表Ⅱ-5-(1)-28、図表Ⅱ-5-(1)-29）<sup>48) 49)</sup>。

図表Ⅱ-5-(1)-28：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<sup>48)</sup>

令和2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）

### 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 研究代表者：国立成育医療研究センター 研究所 社会医学研究部 部長 森崎菜穂

#### 【目的】

・2020年4月の緊急事態宣言下及びその前後における児童・生徒（小学5年生、中学2年生）とその保護者の栄養・食生活の変化に影響する要因の把握を目的に、調査を行った。

#### 【方法】

・2020年11月から12月に、全国8ブロックからそれぞれ6～7自治体、計50自治体を無作為抽出し、住民基本台帳から小学5年生または中学2年生がいる世帯をそれぞれ30抽出し（計3,000世帯）、その世帯に調査票一式を郵送し、質問紙調査を実施。

#### 【主な結果】

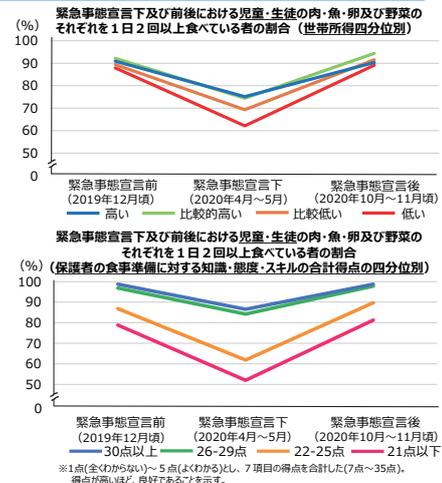
- 世帯所得が高い群と比較して、所得が低い群では、感染拡大前よりも緊急事態宣言後は、食事を作る時間や心の余裕が少なくなり、食材や食事を選んで買う経済的余裕が少なくなったと回答した保護者の割合が多かった。
- 緊急事態宣言下では、所得が低い群、保護者の食事準備に対する知識・態度・スキルの合計得点が低い群において、肉・魚・卵及び野菜のそれぞれを1日2回以上摂取している子どもの割合が少なかった。

#### 感染拡大前と比較した緊急事態宣言後の保護者の主観的な食事準備への負担感（世帯所得四分位別）

|                         | 所得          |                |                |             |
|-------------------------|-------------|----------------|----------------|-------------|
|                         | 高い<br>n=342 | 比較的高い<br>n=251 | 比較的低い<br>n=288 | 低い<br>n=230 |
| 食事を作る時間の余裕が少なくなった       | 12.0%       | 10.8%*         | 16.4%*         | 15.6%*      |
| 食事を作る時間の余裕が増えた          | 23.8%       | 17.0%*         | 16.0%*         | 15.8%*      |
| 食事を作る心の余裕が少なくなった        | 12.6%       | 20.9%*         | 19.5%*         | 17.1%*      |
| 食事を作る心の余裕が増えた           | 17.1%       | 8.4%*          | 9.6%*          | 12.0%*      |
| 食材や食事を選んで買う経済的余裕が少なくなった | 3.2%        | 8.3%*          | 17.1%*         | 32.9%*      |
| いずれもあてはまらない             | 53.0%       | 54.8%*         | 47.4%*         | 44.5%*      |

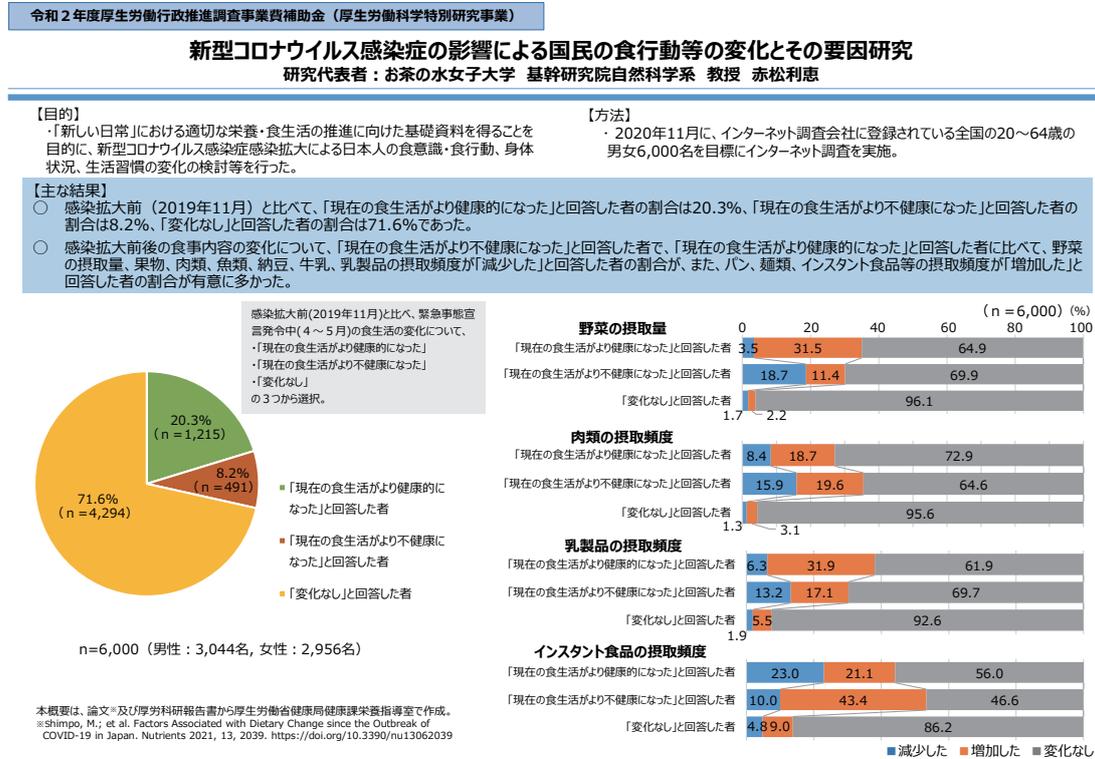
地域によって生活に必要な出費が異なることを考え、世帯所得を世帯人数で調整後、各市町村内で4つに分けている。全国の代表性を持つ数値になるように統計学的処理を行い算出している。  
4人世帯での中央値を次のとおり、「高い」=900万円、「比較的高い」=650万円、「比較的低い」=450万円、「低い」=350万円  
\*「高い」に対して有意差あり（ $p < 0.001$ ）

本概要は、論文<sup>48)</sup>及び厚労科研報告書から厚生労働省健康局健康課栄養指導室で作成。  
<sup>48)</sup>Horikawa, C., et al. Changes in Selected Food Groups Consumption and Quality of Meals in Japanese School Children during the COVID-19 Pandemic. Nutrients 2021, 13, 2743. <https://doi.org/10.3390/nu13082743>



### 5. (1) 栄養・食生活

図表Ⅱ-5-(1)-29：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<sup>49)</sup>



- 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」によると、新型コロナウイルス感染症の感染拡大で、「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すると報告された。
- 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、専門家向けには国際連合食糧農業機関（FAO：Food and Agriculture Organization of the United Nations）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どもの食意識と自尊感情を高めることや、子どもの頃から調理をしていると大人になってより健

5.（1）栄養・食生活

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、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と呼び掛けるお知らせを発出した。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による栄養・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・スキルの要因がかか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。

#### <参考文献・URL>

- 1) フランク・B・フー。肥満の疫学：名古屋大学出版会；2010。
- 2) Crawford D, Jeffery RW, Ball K, Brug J. Obesity Epidemiology: From Aetiology to Public Health (2nd ed.) : Oxford University Press; 2010.
- 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. doi: 10.1007/s001980170082. PubMed PMID: 11527058.
- 4) Han Z, Mulla S, Beyene J, Liao G, McDonald SD, Group KS. 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. Epub 20101122. doi: 10.1093/ije/dyq195. PubMed PMID: 21097954.
- 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. PubMed PMID: 1985032840.
- 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):349-56. doi.org/10.5264/eiyogakuzashi.61.349.
- 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. PubMed PMID: 2008367521.
- 8) 食生活指針について  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000128503.html>
- 9) Reducing salt intake in populations. Report of a WHO forum and technical meeting. Geneva, World Health Organization, 2007.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43653>
- 10) Wang G, Labarthe D. The cost-effectiveness of interventions designed to

reduce sodium intake. *J Hypertens*. 2011;29(9):1693-9. doi: 10.1097/HJH.0b013e328349ba18. PubMed PMID: 21785366; PubMed Central PMCID: PMC4544735.

- 11) 厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「生活習慣改善によるがん予防法の開発に関する研究」(平成21(2009)年度～平成23(2011)年度、研究代表者 津金昌一郎)平成23年度総括・分担研究報告書
- 12) 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.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43145>
- 13) 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.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43146>
- 14) Takachi R, Inoue M, Ishihara J, Kurahashi N, Iwasaki M, Sasazuki S, et al. 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. Epub 20071010. doi: 10.1093/aje/kwm263. PubMed PMID: 17928402.
- 15) Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research, 2007.
- 16) Asakura K, Uechi K, Masayasu S, Sasaki S. Sodium sources in the Japanese diet: difference between generations and sexes. *Public Health Nutr*. 2016; 19(11):2011-23. Epub 20151117. doi: 10.1017/S1368980015003249. PubMed PMID: 26573337.
- 17) Hammons, A & Fiese, B. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics*. 2011;127(6): e1565-74. Epub 20110502. doi: 10.1542/peds.2010-1440. PubMed PMID: 21536618; PubMed Central PMCID: PMC3387875.
- 18) 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(1):53-61. doi: 10.1016/j.jada.2006.10.010. PubMed PMID: 17197271.
- 19) Yuasa K, Sei M, Takeda E, Ewis AA, Munakata H, Onishi C, 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

#### 5. (1) 栄養・食生活

- questionnaire-based survey. *J Med Invest*. 2008;55(1-2):71-7. doi: 10.2152/jmi.55.71. PubMed PMID: 18319548.
- 20) 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(6):739-48. PubMed PMID: 2002108544.
- 21) Kusano-Tsunoh A, Nakatsuka H, Satoh H, Shimizu H, Sato S, Ito I, 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(2):121-7. doi: 10.1620/tjem.194.121. PubMed PMID: 11642339.
- 22) Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry C. Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc*. 2003;103(3):317-22. doi: 10.1053/jada.2003.50048. PubMed PMID: 12616252.
- 23) Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Frazier AL, Rockett HR, Camargo CA, Field AE, et al. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Arch Fam Med*. 2000;9(3):235-40. doi: 10.1001/archfami.9.3.235. PubMed PMID: 10728109.
- 24) Burgess-Champoux TL, Larson N, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M. Are family meal patterns associated with overall diet quality during the transition from early to middle adolescence? *J Nutr Educ Behav*. 2009;41(2):79-86. doi: 10.1016/j.jneb.2008.03.113. PubMed PMID: 19304252.
- 25) 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(9):1502-10. doi: 10.1016/j.jada.2007.06.012. PubMed PMID: 17761227.
- 26) 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/](https://www.smartlife.mhlw.go.jp/minna/kenkou_shokuji/)
- 27) Okamura T, Tanaka T, Takebayashi T, Nakagawa H, Yamato H, Yoshita K, 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 Prev Med*. 2004;9(4):137-43. doi: 10.1007/BF02898092. PubMed PMID: 21432323; PubMed Central PMCID: PMC2723569.
- 28) Yoshita K, Tanaka T, Kikuchi Y, Takebayashi T, Chiba N, Tamaki J, 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 Prev Med*.

- 2004;9(4):144-51. doi: 10.1007/BF02898093. PubMed PMID: 21432324; PubMed Central PMCID: PMC2723570.
- 29) 澤田 樹美, 武見 ゆかり, 村山 伸子, 佐々木 敏, 石田 裕美. 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. PubMed PMID: 2009277418.
- 30) 由田 克士, 中川 芽衣子, 杉森 裕子, 三浦 克之, 櫻井 勝, 紙 貴子, 荒井 裕介, 野末 みほ, 富松 理恵子, 中川 秀昭, 石田 裕美. 管理栄養士が中心となって職域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):821-30. doi: 10.11379/jjda.52.821.
- 31) 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 無作為化比較試験による検討. 栄養学雑誌. 2012;70(2):1-16. PubMed PMID: 2012251865.
- 32) Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, Ramirez G, Kahwati LC, Johnson DB, 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(4):340-57. doi: 10.1016/j.amepre.2009.07.003. PubMed PMID: 19765507.
- 33) Beresford SA, Thompson B, Bishop S, Macintyre J, McLerran D, Yasui Y. Long-term fruit and vegetable change in worksites: Seattle 5 a Day follow-up. Am J Health Behav. 2010;34(6):707-20. doi: 10.5993/ajhb.34.6.7. PubMed PMID: 20604696; PubMed Central PMCID: PMC3658284.
- 34) Steenhuis I, Van Assema P, Van Breukelen G, Glanz K, Kok G, De Vries H. The impact of educational and environmental interventions in Dutch worksite cafeterias. Health Promot Int. 2004;19(3):335-43. doi: 10.1093/heapro/dah307. PubMed PMID: 15306618.
- 35) Geaney F, Harrington J, Fitzgerald A, Perry I. The impact of a workplace catering initiative on dietary intakes of salt and other nutrients: a pilot study. Public Health Nutr. 2011;14(8):1345-9. Epub 20110118. doi: 10.1017/S1368980010003484. PubMed PMID: 21241533.
- 36) 厚生労働省「日本人の食事摂取基準」  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/eiyou/syokuji\\_kijyun.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyou/syokuji_kijyun.html)
- 37) 厚生労働省「食生活改善普及運動」  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000089299\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000089299_00003.html)
- 38) 「第4次食育推進基本計画」. 令和3年4月.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/eiyou/syokuji\\_kijyun\\_00006.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyou/syokuji_kijyun_00006.html)
- 39) 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

## 5. (1) 栄養・食生活

事業「健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（令和元（2019）年度～令和3（2021）年度、研究代表者 辻一郎）分担研究「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」

- 40) 松本 麻衣, 岡田 知佳, 岡田 恵美子, 瀧本 秀美. 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):121-30. PubMed PMID: 2020326376.
- 41) 厚生労働省「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>
- 42) 厚生労働省「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>
- 43) 厚生労働省「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\\_iryuu/kenkou/eiryuu/syokuji\\_kijyun\\_00005.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiryuu/syokuji_kijyun_00005.html)
- 44) Fukuda Y, Hiyoshi A. High quality nutrient intake is associated with higher household expenditures by Japanese adults. Biosci Trends. 2012;6(4):176-82. doi: 10.5582/bst.2012.v6.4.176. PubMed PMID: 23006964.
- 45) Okubo 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):3306-18. Epub 20160630. doi: 10.1017/S1368980016001695. PubMed PMID: 27357725.
- 46) Nishi N, Horikawa C, Murayama N. Characteristics of food group intake by household income in the National Health and Nutrition Survey, Japan. Asia Pac J Clin Nutr. 2017;26(1):156-9. doi: 10.6133/apjcn.102015.15. PubMed PMID: 28049275.
- 47) Murayama N, Ishida H, Yamamoto T, Hazano S, Nakanishi A, Arai Y, et al. Household income is associated with food and nutrient intake in Japanese schoolchildren, especially on days without school lunch. Public Health Nutr. 2017;20(16):2946-58. Epub 20170830. doi: 10.1017/S1368980017001100. PubMed PMID: 28851478.
- 48) Horikawa C, Murayama N, Kojima Y, Tanaka H, Morisaki N. Changes in Selected Food Groups Consumption and Quality of Meals in Japanese School Children during the COVID-19 Pandemic. Nutrients. 2021;13(8). Epub 20210810. doi: 10.3390/nu13082743. PubMed PMID: 34444904; PubMed Central PMCID: PMC8400237.
- 49) 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). Epub 20210614. doi: 10.3390/nu13062039. PubMed

PMID: 34198633; PubMed Central PMCID: PMC8232139.

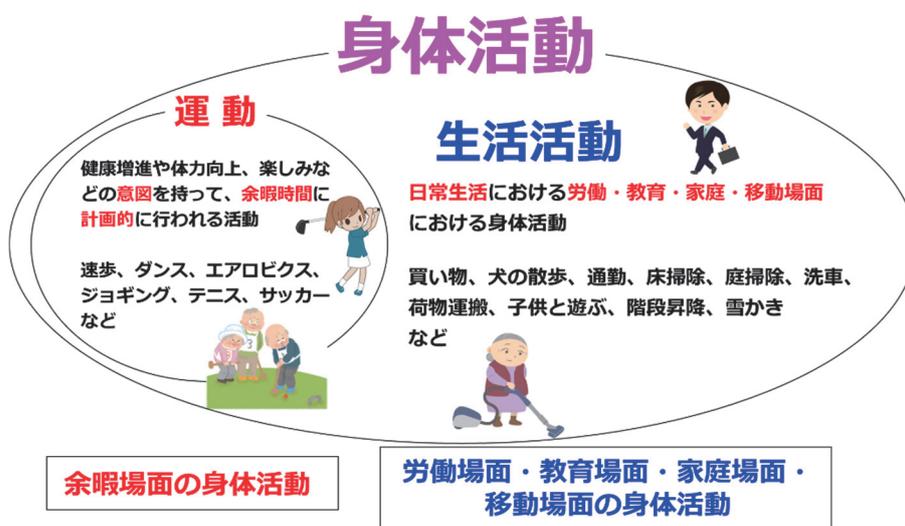
#### 5. (1) 栄養・食生活

## (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、移動手段の発達等、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マ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<sup>1)</sup>。
- さらに、令和2（2020）年に世界保健機関（WHO：World Health Organization）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<sup>2)</sup>。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全ての人々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（図表Ⅱ-5-(2)-1）<sup>3)</sup>。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（図表Ⅱ-5-(2)-2）。
- 情報通信技術（ICT：Information and Communication Technology）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（図表Ⅱ-5-(2)-3）。

図表Ⅱ-5-(2)-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）



資料：厚生労働省「健康づくりのための運動基準 2006」を基に作図

図表Ⅱ-5-(2)-2：健康日本 21（第二次）における身体活動・運動分野の目標

|                                   |         | ベースライン（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<br>女性：6,883 歩 | 男性：9,000 歩<br>女性：8,500 歩 |
|                                   | 65 歳以上  | 男性：5,628 歩<br>女性：4,584 歩 | 男性：7,000 歩<br>女性：6,000 歩 |
| ② 運動習慣者の割合の増加（※）                  | 20～64 歳 | 男性：26.3%<br>女性：22.9%     | 男性：36%<br>女性：33%         |
|                                   | 65 歳以上  | 男性：47.6%<br>女性：37.6%     | 男性：58%<br>女性：48%         |
| 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<br>（平成 24 年）     | 47 都道府県                  |

資料：国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成 24 年厚生労働省告示第 430 号）を基に作成

5.（2）身体活動・運動

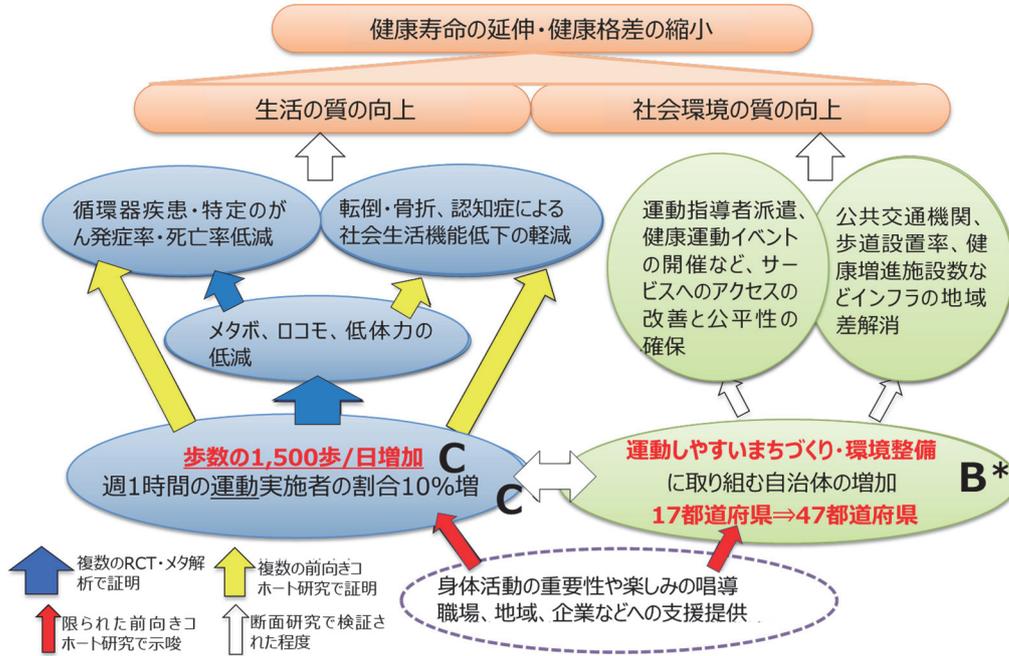
## 1 目標項目の評価状況

| 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<br>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                       | 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                   | <b>C</b>  |
| 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                     | <b>C</b>  |
| 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>B*</b> |

図表Ⅱ-5-(2)-3：身体活動・運動分野に関する目標設定の考え方及び目標項目の評価

身体活動・運動分野に関する目標設定の考え方



資料：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料（一部改変）に最終評価結果を追記

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（図表Ⅱ-5-(2)-4、図表Ⅱ-5-(2)-6）。年齢階級別の推移を図表Ⅱ-5-(2)-5、図表Ⅱ-5-(2)-7に示す。

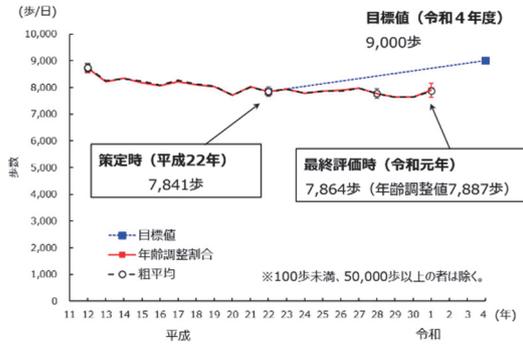
経年的な推移の解析においては、20歳～64歳女性で統計的に有意な低下傾向を示していた（ $p=0.02$ ）（図表Ⅱ-5-(2)-4（4-2））。

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。

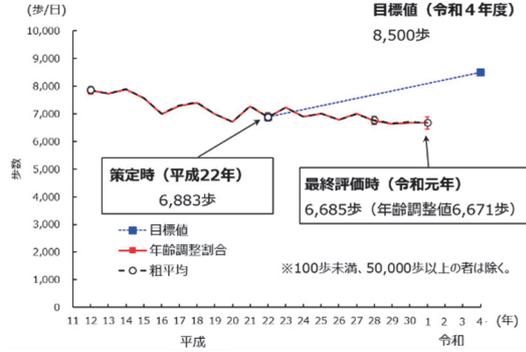
なお、本目標項目の指標は、健康日本 21（第二次）開始以前から継続してデータが取られているが、平成 12（2000）年から令和元（2019）年までの 20 年間でみると、20歳～64歳の男性、女性及び、65歳以上の女性においては平成 12（2000）年時点と比較して直近値が有意に減少しており、65歳以上の男性では有意な増減は見られなかった（図表Ⅱ-5-(2)-4、図表Ⅱ-5-(2)-6）。

図表Ⅱ-5-(2)-4：歩数の平均値の推移（20～64歳）

図表4-1：男性



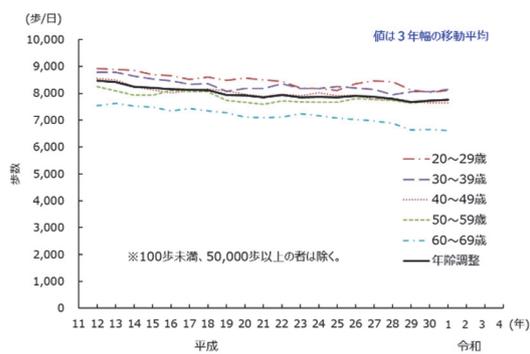
図表4-2：女性



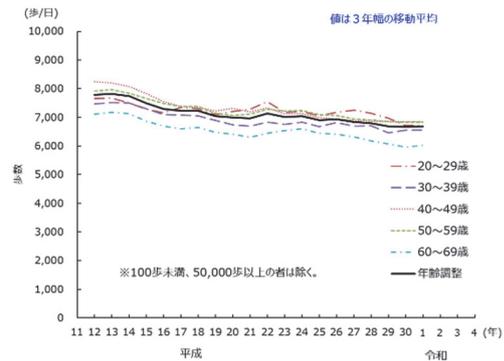
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(2)-5：歩数の平均値の推移（20～64歳、年齢階級別）

図表5-1：男性



図表5-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

5. (2) 身体活動・運動

図表Ⅱ-5-(2)-6：歩数の平均値の推移（65歳以上）

図表6-1：男性



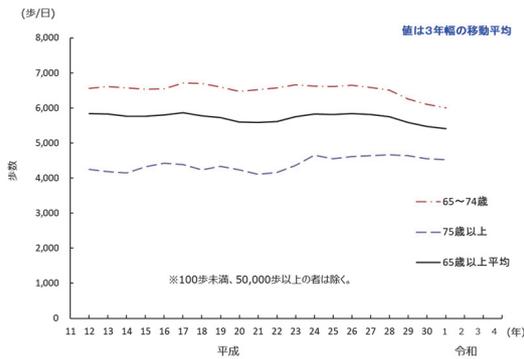
図表6-2：女性



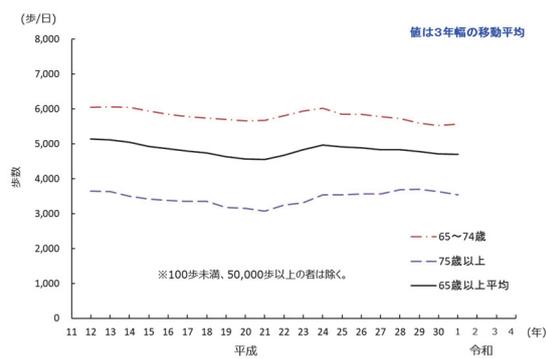
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(2)-7：歩数の平均値の推移（65歳以上、年齢階級別）

図表7-1：男性



図表7-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

② 運動習慣者の割合の増加

20歳～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（図表Ⅱ-5-(2)-8（8-2））。

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（図表Ⅱ-5-(2)-8（8-1）、図表Ⅱ-5-(2)-10）。年齢階級別の推移を図表Ⅱ-5-(2)-9、図表Ⅱ-5-(2)-11に示す。

「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。

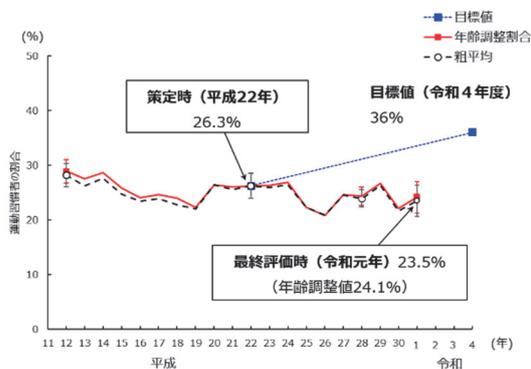
今回の解析結果から、目標年度までの目標達成は困難だと考えられる。

なお、本目標項目の指標は、健康日本21（第二次）開始以前から継続してデータが取られているが、平成12（2000）年から令和元（2019）年までの20年間で見ると、20歳～64歳では男

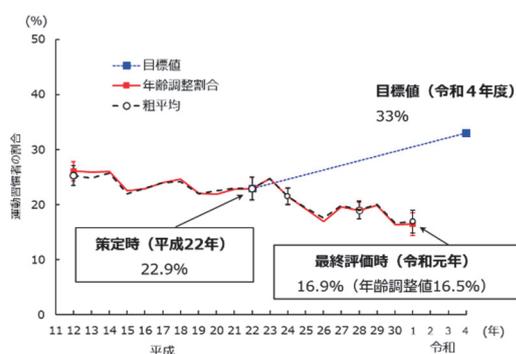
女とも平成 12（2000）年時点と比較して直近値が有意に減少しており、65 歳以上では男女とも有意な増減は見られなかった（図表Ⅱ-5-(2)-8、図表Ⅱ-5-(2)-10）。

図表Ⅱ-5-(2)-8：運動習慣者の割合の推移（20～64 歳）

図表 8-1：男性



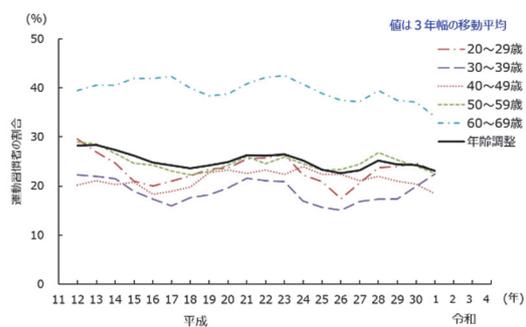
図表 8-2：女性



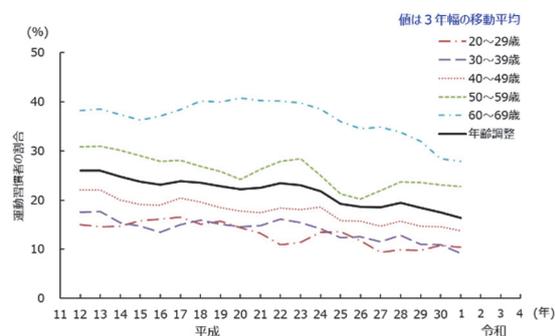
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(2)-9：運動習慣者の割合の推移（20～64 歳、年齢階級別）

図表 9-1：男性



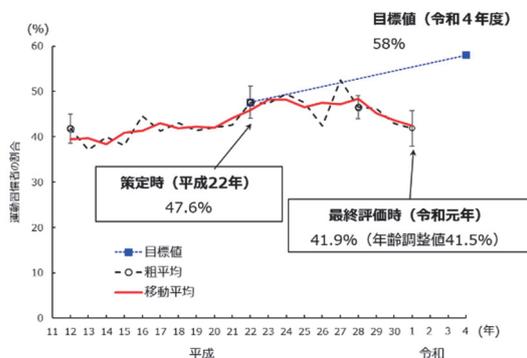
図表 9-2：女性



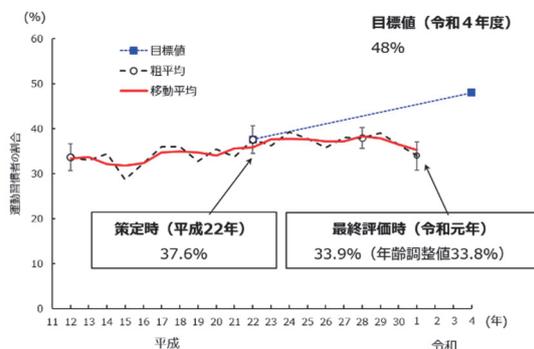
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(2)-10：運動習慣者の割合の推移（65歳以上）

図表 10-1：男性



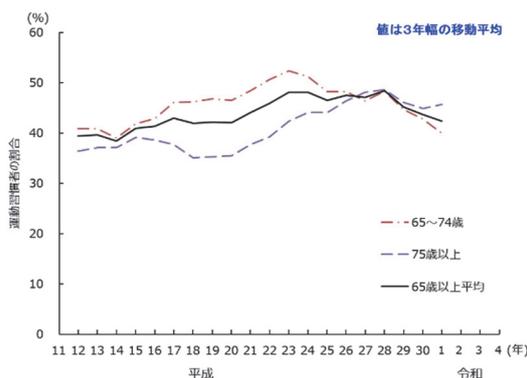
図表 10-2：女性



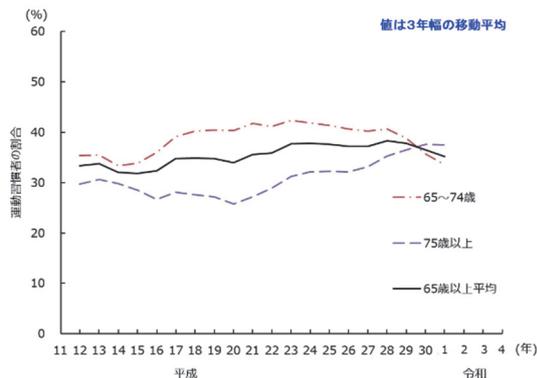
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(2)-11：運動習慣者の割合の推移（65歳以上、年齢階級別）

図表 11-1：男性



図表 11-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

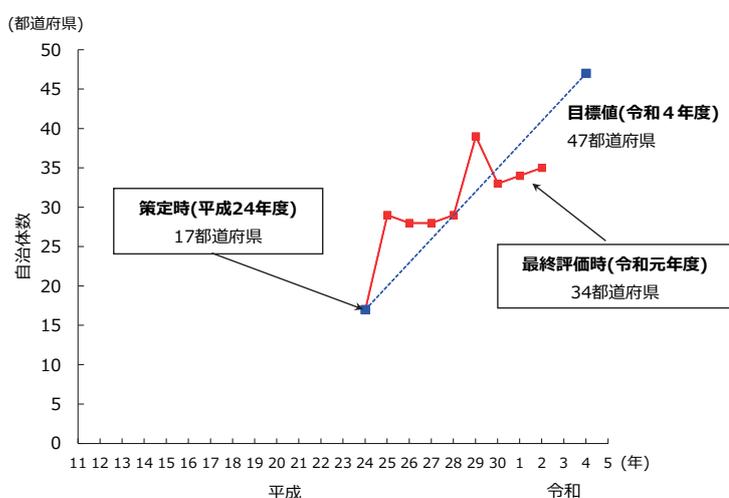
5. (2) 身体活動・運動

### 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

変動は大きいものの、取り組んでいる都道府県数は令和元（2019）年度末に 34 都道府県と着実に増加しており（図表Ⅱ-5-(2)-12）、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）」とした。（参考値：令和2（2020）年度は 35 都道府県。）

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、目標年度までの目標達成は厳しいと考えられる。

図表Ⅱ-5-(2)-12：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



資料：厚生労働省健康局健康課による把握（都道府県へのアンケート調査により把握）

## 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。：図表Ⅱ-5-(2)-13）<sup>4)</sup>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<sup>5)</sup>等で周知・啓発を行っている。
- 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。

図表Ⅱ-5-(2)-13：健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）



資料：厚生労働省「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」

＜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<sup>5)</sup>等の様々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した。
- 「階段利用キャンペーン」を展開した<sup>6)</sup>。
- 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した<sup>7)</sup>。

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、指定運動療法施設を認定<sup>8)</sup>。
- 健康増進施設、指定運動療法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」（図表Ⅱ-5-(2)-14）を作成するとともに、厚生労働省のウェブサイトで周知した。
- 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している。
- 「標準的な運動プログラム」を実証するため、厚生労働省・経済産業省「予防・健康づくりに関する大規模実証事業（健康増進施設における標準的な運動プログラム検証のための実証事業）」を実施している。
- 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<sup>9)</sup>。
- スマート・ライフ・プロジェクト<sup>5)</sup>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コンテンツ公開する等「毎日プラス10分の身体活動」を奨励している。
- 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している。
- スポーツ庁の「第2期スポーツ基本計画」（平成29（2017）年3月）（「第3期スポーツ基

本計画」(令和4(2022)年3月)<sup>10)</sup>や、自転車活用推進本部の「第一次自転車活用推進計画」(平成30(2018)年6月)、「第二次自転車活用推進計画」(令和3(2021)年5月)<sup>11)</sup>等、関連省庁の取組との連携・協力を図り、運動を奨励している。

- 健康増進普及月間でナイトヨガ体験や「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した。

**【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した<sup>12)</sup>。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している。

**図表Ⅱ-5-(2)-14：高齢者を対象にした運動プログラム**

| 表面 | 裏面 |
|----|----|
|    |    |

資料：厚生労働科学研究「健康増進施設の現状把握と標準的な運動指導プログラムの開発および効果検証と普及促進」(研究代表者 澤田亨)<sup>13)</sup>

**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している。
- 「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

**5.(2) 身体活動・運動**

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っている。

- 国土交通省の「まちづくり」<sup>14)</sup> や、経済産業省の「健康経営」<sup>15)</sup>、「健康寿命延伸産業創出推進事業」<sup>16)</sup> 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している。

### 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 「日常生活における歩数の増加」

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様々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 歳～64 歳の女性で有意に減少しており、20 歳～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。

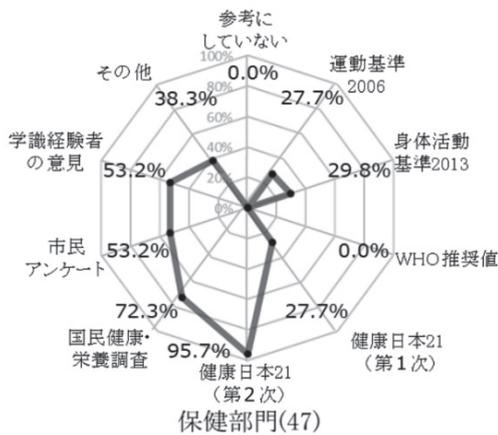
- 日常生活における歩数は「生活活動」を反映していると考えられ、労働場面・家庭場面・移動場面における歩数の総数である。
- 健康日本 21（第一次）における「日常生活における歩数の増加」の最終評価は「悪化している」であり、男女ともに約 1,000 歩減少していた。この結果を受け、健康日本 21（第二次）においては性別、各年齢階層別にいずれも約 1,500 歩の増加を目標に掲げたが、目標達成は困難な状況である。しかしながら、第一次と異なって歩数の減少が観察されなかった点に着目する必要がある<sup>17)</sup>。
- 平成 18（2006）年に策定した身体活動ガイドラインは、「健康づくりのための運動指針 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 12（2000）年から令和元（2019）年までの 20 年間のトレンドを見ると、20 歳～64 歳では男女とも、平均歩数がゆるやかに低下している。65 歳以上においては、男性では平成 27（2015）年から令和元（2019）年で減少、女性では平成 12（2000）年から平成 21（2009）年で減少を認めた。引き続き、生活の中で歩くことを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（図表 II-5-(2)-15）<sup>18)</sup>、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<sup>19)</sup>、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（図表 II-5-(2)-16）。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（図表 II-5-(2)-17）。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

#### 5.（2）身体活動・運動

いると考えられる。

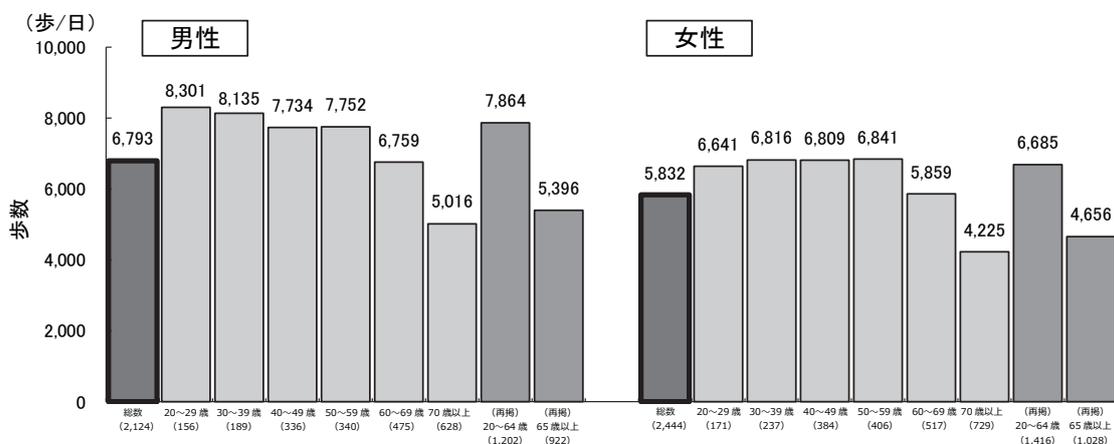
- また、機械化・自動化の進展や移動手手段の発達「家庭場面」の身体活動に影響を及ぼし、そのことが20歳～64歳の女性の歩数の減少をもたらしている可能性が考えられる。
- これらのことから、日常生活における歩数は、労働場面・家庭場面・移動場面における歩数の影響が大きいと推測される。今後も職域や家庭における機械化・自動化の進展や移動手手段の発達、さらには職域におけるテレワークの普及が歩数を減少させる可能性があり、これらの可能性を踏まえた政策立案が重要である。また、高齢者においては年齢とともに歩数が大幅に減少している現状を踏まえた政策立案が必要である。
- 生活活動だけでなく運動の奨励や、歩けなくな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。

図表 II-5-(2)-15 : 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



資料：武田典子ほか、2019<sup>18)</sup>

図表 II-5-(2)-16 : 歩数の平均値 (20歳以上、性別・年齢階級別) 令和元(2019)年



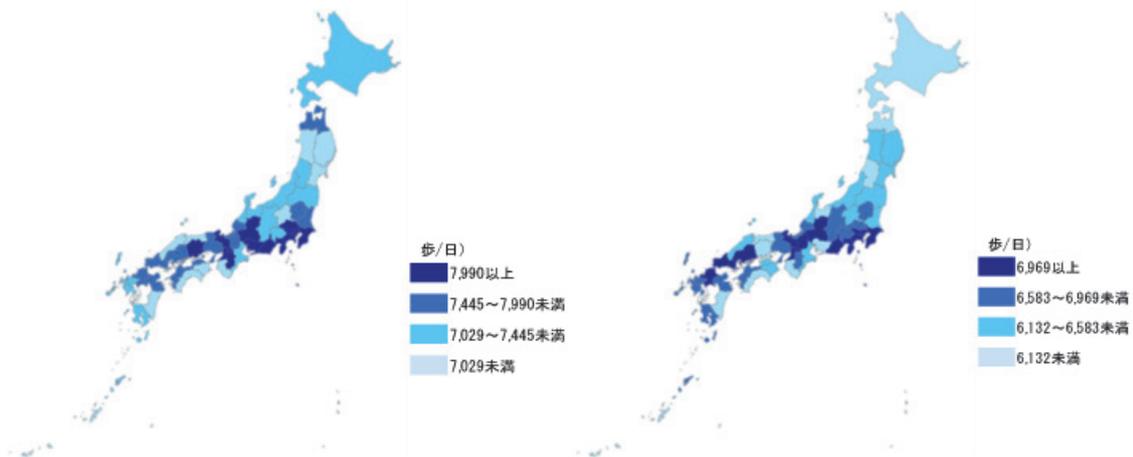
資料：厚生労働省「令和元年国民健康・栄養調査」

## 5.(2) 身体活動・運動

図表Ⅱ-5-(2)-17：都道府県別にみた歩数の平均値（20～64歳）平成28（2016）年

図表 17-1：男性

図表 17-2：女性



資料：厚生労働省「平成28年国民健康・栄養調査」より作図

## ② 「運動習慣者の割合の増加」

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歳～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歳～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。

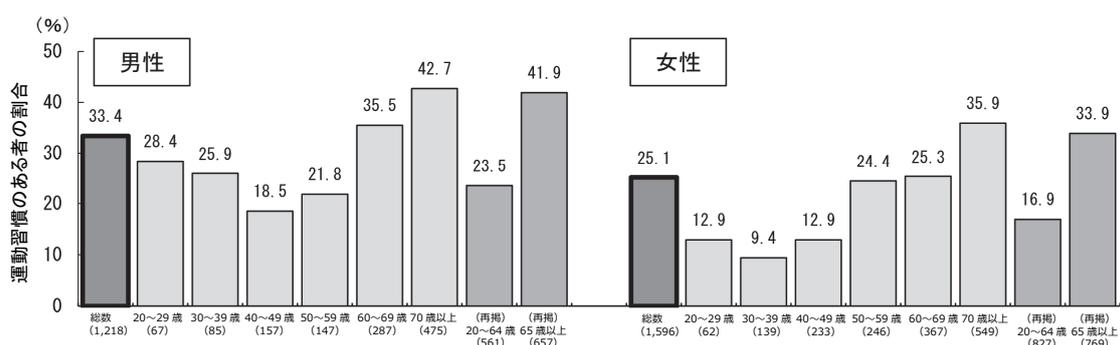
- 第一次の健康日本21における「運動習慣者の割合」の最終評価は「C 変わらない」であった。この結果を受け、第二次では性別、各年齢階層別にそれぞれ約10%の増加を目標に掲げたが、第二次においても目標達成は困難な状況である。
- 運動習慣者の割合は、国民健康・栄養調査における身体状況調査票を用いて調査した値である。調査時に、回答者に「運動とは、スポーツやフィットネス等の健康・体力の維持・向上を目的として、計画的・定期的に行うもの」と伝えた。集計においては、1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している者を「運動習慣のある者」とした。
- 「運動」は「生活活動」とは異なる定義であるが、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（図表Ⅱ-5-(2)-18）、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歳～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12（2000）年から令和元（2019）年までのトレンドは男女ともに20歳～64歳についてはゆるやかに低下している。また、20歳～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20年間のトレンドで見ると、女性ではゆるや

### 5.（2）身体活動・運動

かに増加しており、男性では平成 12（2000）年～平成 27（2015）年で増加していた。

- これらのことから、20 歳～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 歳～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。

**図表Ⅱ-5-(2)-18：運動習慣のある者の割合（20 歳以上、性・年齢階級別）令和元（2019）年**



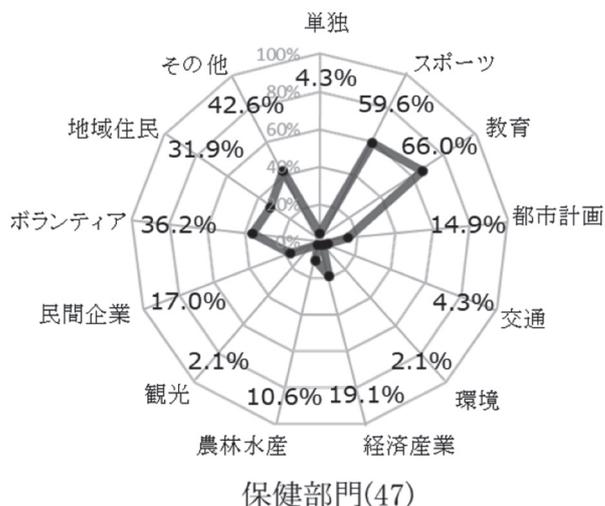
資料：厚生労働省「令和元年国民健康・栄養調査」

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

### 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」

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」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（図表Ⅱ-5-(2)-19）、部門間連携の不足が目標達成の阻害要因の一つだと考えられる。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。

図表Ⅱ-5-(2)-19：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



資料：武田典子ほか、2019<sup>18)</sup>

### <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、長期的にみると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、生活の中の様々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歳～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。

## 5. (2) 身体活動・運動

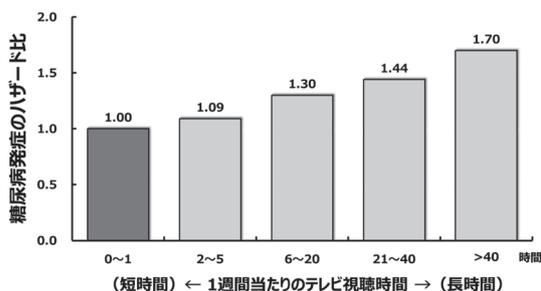
## 4 今後の取組と課題

### <領域全体としての課題>

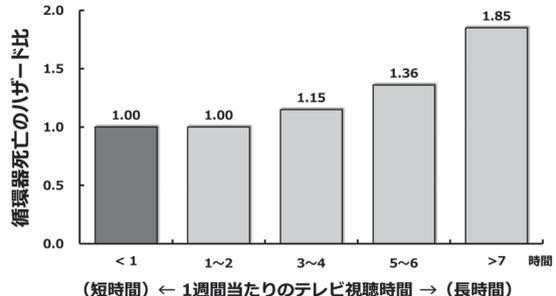
- 健康日本 21（第二次）における「日常生活における歩数の増加」目標を達成するためのツールとしてアクティブガイドを作成したが、次回の改定においては「日常生活における歩数の増加」だけでなく「運動習慣者の割合の増加」や「住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加」の目標を達成するためのツールとなるよう取り組んでいく。
- アクティブガイドの改定については、子ども・青年、成人、高齢者、働く人、慢性疾患を有する人等を対象にした指針の作成を検討するとともに、こころの健康と身体活動に関する情報提供ツールの作成を検討する。
- 近年、身体活動を計測できるウェアラブルデバイスやアプリケー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（図表Ⅱ-5-(2)-20）<sup>20)</sup> <sup>21)</sup> <sup>22)</sup>。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 メッツ以下の全ての覚醒行動のことであり、長時間の座位行動が様々な健康被害をもたらすことが知られている<sup>23)</sup>。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<sup>2)</sup>。世界20か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（図表Ⅱ-5-(2)-21）<sup>24)</sup>。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れる。

図表Ⅱ-5-(2)-20：座位行動と生活習慣病の関係

図表 20-1：座位行動と2型糖尿病罹患



図表 20-2：座位行動と循環器死亡

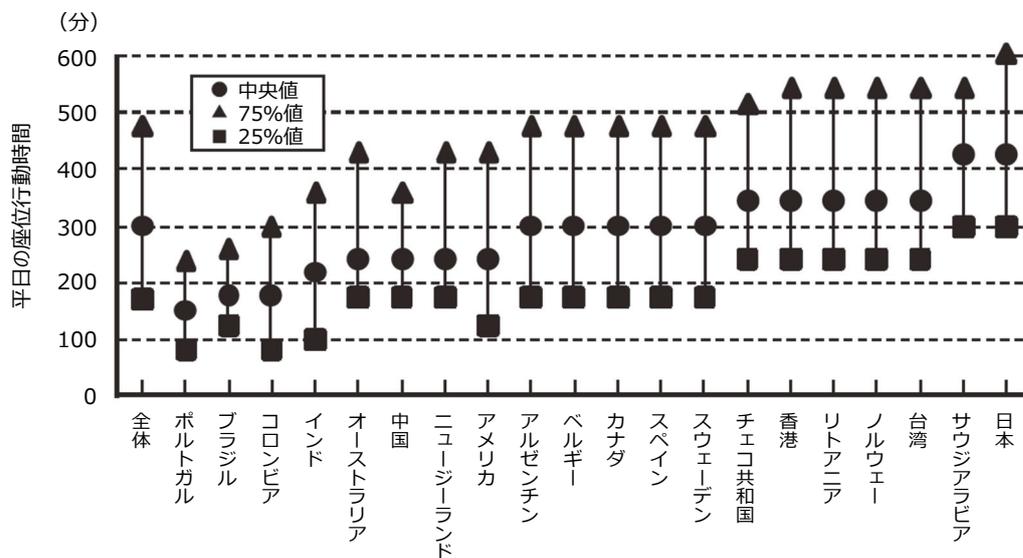


資料：Hu FB. et al. JAMA. 2003<sup>21)</sup>

Matthews CE. et al. Am J Clin Nutr. 2012<sup>22)</sup>

### 5. (2) 身体活動・運動

図表Ⅱ-5-(2)-21：世界各国における平日の座位行動時間



資料：岡浩一郎 他, Baumanらの文献<sup>24)</sup>をもとに作成, 2013<sup>20)</sup>

### <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歳～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、「毎日プラス10分身体を動かそう」という「+10（プラステン）」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」<sup>6)</sup>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<sup>5)</sup>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、「+10（プラステン）」（毎日プラス10分身体を動かそう）（1,000歩の増加等）を引き続き推進する。

#### 5.（2）身体活動・運動

- スマート・ライフ・プロジェクト<sup>5)</sup>を通じて「+10（プラステン）」メッセージを周知する。
- 厚生労働省のウェブサイトにおいて、「+10（プラステン）」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「+10（プラステン）」に関するエビデンスを紹介する。

#### 【関連省庁との連携】

- 歩かなくても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等、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整備する。
- スポーツ庁が推進している「FUN + WALK PROJECT」<sup>7)</sup>と連携・協力を図り、歩く文化を醸成する。

#### 【次期国民健康づくり運動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（20歳～64歳）の運動習慣者の割合は男女とも低い割合であるが、20歳～29歳、30歳～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<sup>8)</sup>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、「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。

## 5.（2）身体活動・運動

#### 【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整備する。
- スポーツ庁が推進する「第3期スポーツ基本計画」と連携・協力を図って、スポーツ人口の増加に取り組む<sup>10)</sup>。
- 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整備する<sup>16)</sup>。

#### 【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<sup>9)</sup>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」<sup>12)</sup>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の増加に今以上に貢献できる体制を構築する<sup>8)</sup>。

#### 【次期国民健康づくり運動に向けたデータや関連する研究】

- 自転車活用推進本部が推進する「第二次自転車活用推進計画」<sup>11)</sup>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関する科学的知見を収集する等必要な調査・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、様々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更に推進されるよう連携・協力を図る。

## 5. (2) 身体活動・運動

#### 【次期国民健康づくり運動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。

#### <その他、身体活動・運動領域に関する課題>

##### 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】

- 「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の重要性を啓発する。
- 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」<sup>15)</sup>と連携・協力を図り、就業時間中における「座位行動問題」に対する対策を検討していく。

#### 【次期国民健康づくり運動に向けたデータや関連する研究】

- 次期国民健康づくり運動に向けて、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<sup>25)</sup>。
- 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<sup>26)</sup>。
- 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<sup>27)</sup>。

#### 5.（2）身体活動・運動

- 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<sup>28)</sup>。

#### 【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<sup>29)</sup>。
  - 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」を開催する。

#### <参考文献・URL>

- 1) 厚生労働省「「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）」について」。平成25（2013）年 3 月。  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xple.html>
- 2) WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization,2020.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- 3) 運動所要量・運動指針の策定検討会。健康づくりのための運動指針 2006 <エクササイズガイド 2006>。平成18（2006）年 7 月。  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/undou01/pdf/data.pdf>
- 4) 厚生労働省「アクティブガイド－健康づくりのための身体活動指針－」。平成25（2013）年 3 月。  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xple-att/2r9852000002xpr1.pdf>
- 5) スマート・ライフ・プロジェクト  
<http://www.smartlife.go.jp/>
- 6) 厚生労働省「階段利用キャンペーンについて」  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/kenkou/undou/undou03/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/undou/undou03/index.html)
- 7) スポーツ庁「FUN+WALK PROJECT」  
<https://www.mext.go.jp/sports/funpluswalk/>
- 8) 厚生労働省「健康増進施設認定制度」  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/kenkou/seikatsu/index\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/seikatsu/index_00002.html)
- 9) 健康・体力づくり事業財団。平成19年度より新しい「健康運動指導士」が誕生します。平成18（2006）年 6 月。  
[http://www.health-net.or.jp/shikaku/dantai/pdf/new\\_undoshidosha.pdf](http://www.health-net.or.jp/shikaku/dantai/pdf/new_undoshidosha.pdf)
- 10) スポーツ庁「第 3 期スポーツ基本計画」。令和 4（2022）年 3 月。

#### 5.（2）身体活動・運動

[https://www.mext.go.jp/sports/b\\_menu/sports/mcatetop01/list/1372413\\_00001.htm](https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/sports/mcatetop01/list/1372413_00001.htm)

- 11) 国土交通省「第2次自転車活用推進計画」. 令和3(2021)年5月.  
<https://www1.mlit.go.jp/road/bicycleuse/pdf/2plan.pdf>
- 12) 日本医師会. 認定産業医・健康スポーツ医.  
<http://www.med.or.jp/doctor/ssi/>
- 13) 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「健康増進施設の現状把握と標準的な運動指導プログラムの開発および効果検証と普及促進」(平成29(2017)年度～令和元(2019)年度、研究代表者 澤田亨)
- 14) 国土交通省「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」. 平成29(2017)年3月.  
<http://www.mlit.go.jp/common/001186372.pdf>
- 15) 経済産業省「健康経営とは」  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/kenko\\_keiei.html](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenko_keiei.html)
- 16) 経済産業省「健康寿命延伸産業創出推進事業」  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/)
- 17) 医薬基盤・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/>
- 18) 武田 典子, 他. 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. 2013;21(2):113-135. doi: 10.24804/ree.21.113.
- 19) 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「最新研究のレビューに基づく「健康づくりのための身体活動基準2013」及び「身体活動指針(アクティブガイド)」改定案と新たな基準及び指針案の作成」(令和2(2020)年度～令和3(2021)年度、研究代表者 澤田亨) 分担研究報告書「アクティブガイドの認知度調査結果: その1」
- 20) 岡 浩一郎, 他. 座位行動の科学 行動疫学の枠組みの応用. 日本健康教育学会誌. 2013;21(2):142-53. PubMed PMID: 2013301421.
- 21) Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. JAMA. 2003;289(14):1785-91. doi: 10.1001/jama.289.14.1785. PubMed PMID: 12684356.
- 22) Matthews CE, George SM, Moore SC, Bowles HR, Blair A, Park Y, et al. Amount of time spent in sedentary behaviors and cause-specific mortality in US adults. Am J Clin Nutr. 2012;95(2):437-45. Epub 20120104. doi: 10.3945/ajcn.111.019620. PubMed PMID: 22218159; PubMed Central PMCID: PMC3260070.
- 23) Network SBR. Letter to the editor: standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". Appl Physiol Nutr Metab. 2012;37(3):540-2. Epub 20120427. doi: 10.1139/h2012-024. PubMed PMID: 22540258.
- 24) Bauman A, Ainsworth BE, Sallis JF, Hagströmer M, Craig CL, Bull FC, et al. The descriptive epidemiology of sitting. A 20-country comparison using the

## 5.(2) 身体活動・運動

- International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Am J Prev Med.* 2011;41(2):228-35. doi: 10.1016/j.amepre.2011.05.003. PubMed PMID: 21767731.
- 25) Yamada M, Kimura Y, Ishiyama D, Otobe Y, Suzuki M, Koyama S, 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.* 2020;24(9):948-50. doi: 10.1007/s12603-020-1424-2. PubMed PMID: 33155619; PubMed Central PMCID: PMC7597428.
- 26) Yamada M, Kimura Y, Ishiyama D, Otobe Y, Suzuki M, Koyama S, 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.* 2020;24(9):1036-7. doi: 10.1007/s12603-020-1466-5. PubMed PMID: 33155634; PubMed Central PMCID: PMC7597429.
- 27) Hino K, 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.* 2021;69:102544. Epub 20210310. doi: 10.1016/j.healthplace.2021.102544. PubMed PMID: 33714180; PubMed Central PMCID: PMC8631549.
- 28) Fukushima N, Machida M, Kikuchi H, Amagasa S, Hayashi T, Odagiri Y, et al. Associations of working from home with occupational physical activity and sedentary behavior under the COVID-19 pandemic. *J Occup Health.* 2021;63(1):e12212. doi: 10.1002/1348-9585.12212. PubMed PMID: 33683779; PubMed Central PMCID: PMC7938758.
- 29) 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>

## 5. (2) 身体活動・運動

### (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”というように、社会的機能の向上に資する心身の能力を自ら高める営みを主として指す。
- 日々の生活における具体的な「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<br>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<sup>1)</sup>、注意力や判断力の低下<sup>2)</sup>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<sup>3)</sup>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<sup>4)</sup>、高血圧<sup>5)</sup>、糖尿病<sup>6)</sup>、心疾患<sup>7)</sup>や脳血管障害<sup>8)</sup>の発症リスク上昇と症状悪化に関連し、死亡率の上昇<sup>9)</sup>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高める<sup>10)</sup>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、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<sup>11) 12)</sup>。

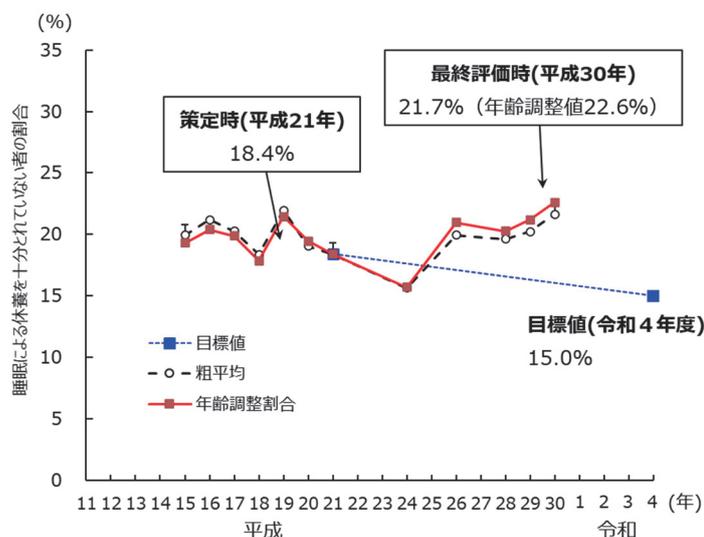
目標設定当時、国民健康・栄養調査においては、睡眠による休養を十分にとれていないという有訴者率は20%前後で推移していた。これも踏まえ、有訴者率の減少を目標に国民の睡眠習慣に対して積極的に施策を講ずることとした。

### 【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）は最終評価時の平成30（2018）年で21.7%であり、全体として目標値の15.0%に達しておらず、むしろベースライン値の18.4%から有意に増加しており、最終評価においては、「D 悪化している」と評価された（図表Ⅱ-5-(3)-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歳代）において増加の度合いが大きかった（図表Ⅱ-5-(3)-2、図表Ⅱ-5-(3)-3）。この結果について性差は認められなかった。

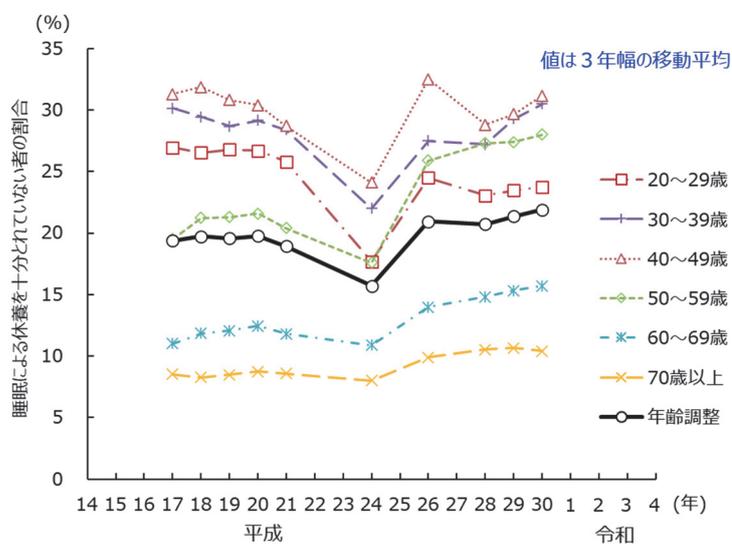
平成30（2018）年の「国民健康・栄養調査」によると、1日の平均睡眠時間が6時間未満の者の割合は、男性で36.1%、女性で39.6%であり、30歳代から50歳代の男性、及び40歳代から60歳代の女性で4割を超えていた（図表Ⅱ-5-(3)-4）。

図表Ⅱ-5-(3)-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）



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

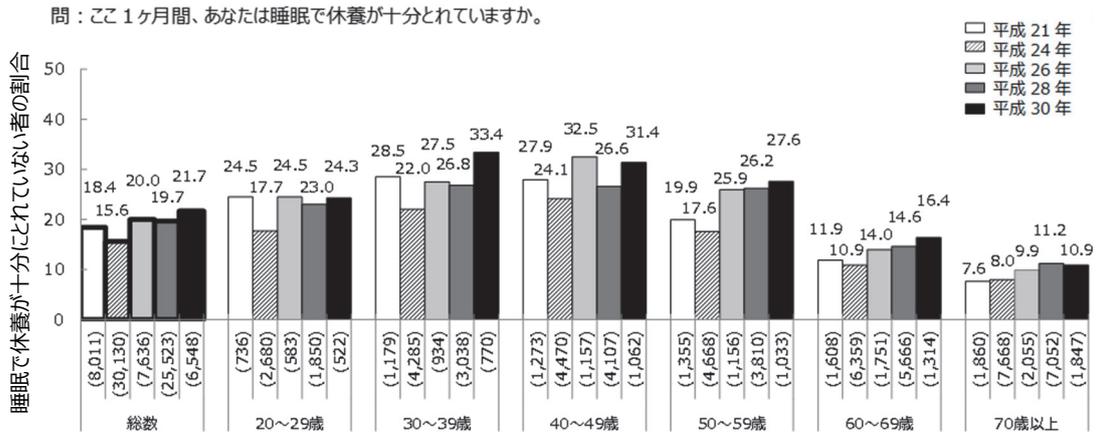
図表Ⅱ-5-(3)-2：睡眠による休養を十分とれていない者の割合の推移（男女計、年齢階級別）



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

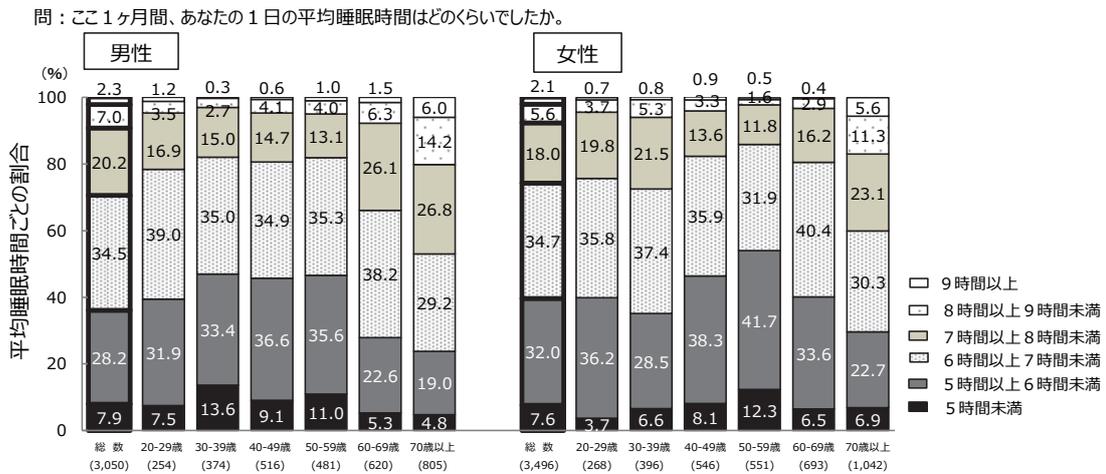
5. (3) 休養

図表Ⅱ-5-(3)-3：睡眠で休養が十分にとれていない者の割合の年次比較  
(20歳以上、男女計、年齢階級別)



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(3)-4：1日の平均睡眠時間(20歳以上、性・年齢階級別)平成30(2018)年  
図表4-1：男性 図表4-2：女性



資料：厚生労働省「平成30年国民健康・栄養調査」

5.(3) 休養

## ② 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少

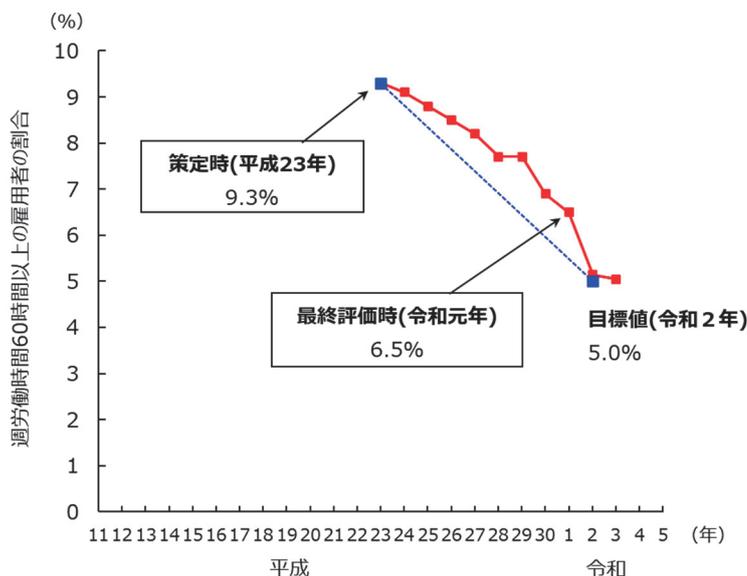
### 【目標設定の背景】

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<sup>13)</sup> や糖尿病のリスクが高まること<sup>14)</sup> 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】

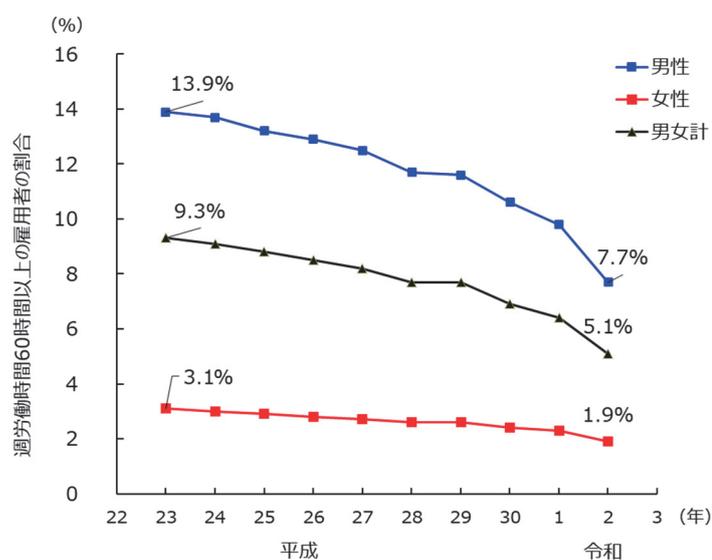
「週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合（15 歳以上）」はベースライン値の 9.3%から経年的に漸減傾向にある（図表Ⅱ-5-(3)-5）。ただし、男女別に見ると、特に男性での低下幅が大きい（図表Ⅱ-5-(3)-6）。年齢階級別にみると 30 歳代～50 歳代前半では依然として高い水準にあり、20 歳代後半～40 歳代前半で低下幅が大きい（図表Ⅱ-5-(3)-7）。また、企業規模別に見ると、規模の小さい企業ほど比較的高い水準にあるが、全ての企業規模で低下傾向にある（図表Ⅱ-5-(3)-8）。

図表Ⅱ-5-(3)-5：週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の推移（男女計）



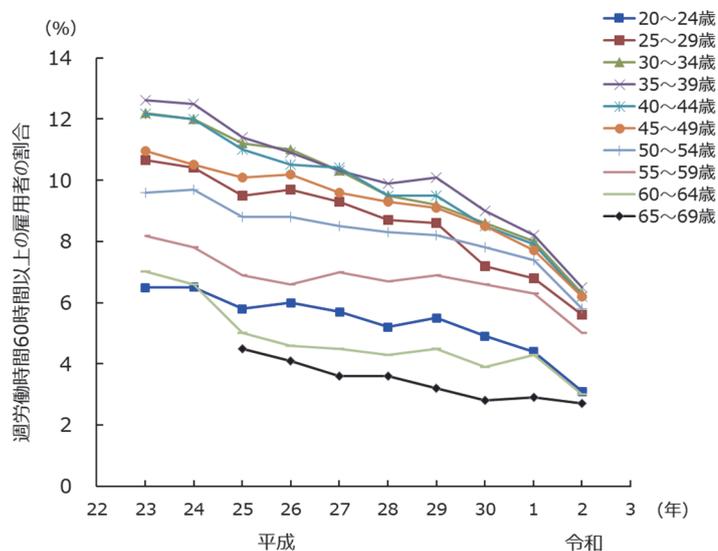
資料：総務省「労働力調査」

図表Ⅱ-5-(3)-6：週労働時間60時間以上の雇用者の割合の推移（男女別）



資料：総務省統計局「労働力調査（基本集計）」をもとに作成

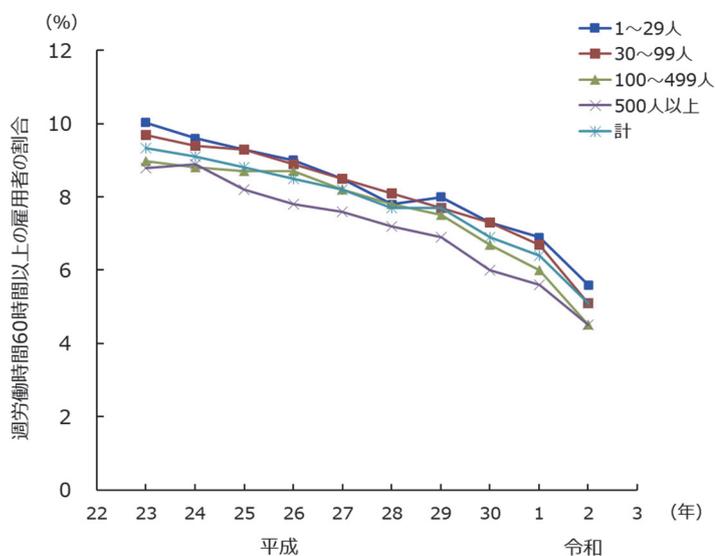
図表Ⅱ-5-(3)-7：週労働時間60時間以上の雇用者の割合の推移（男女計、年齢階級別）



資料：総務省統計局「労働力調査（基本集計）」をもとに作成

5. (3) 休養

図表Ⅱ-5-(3)-8：週労働時間60時間以上の雇員の割合の推移（企業規模別）



資料：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

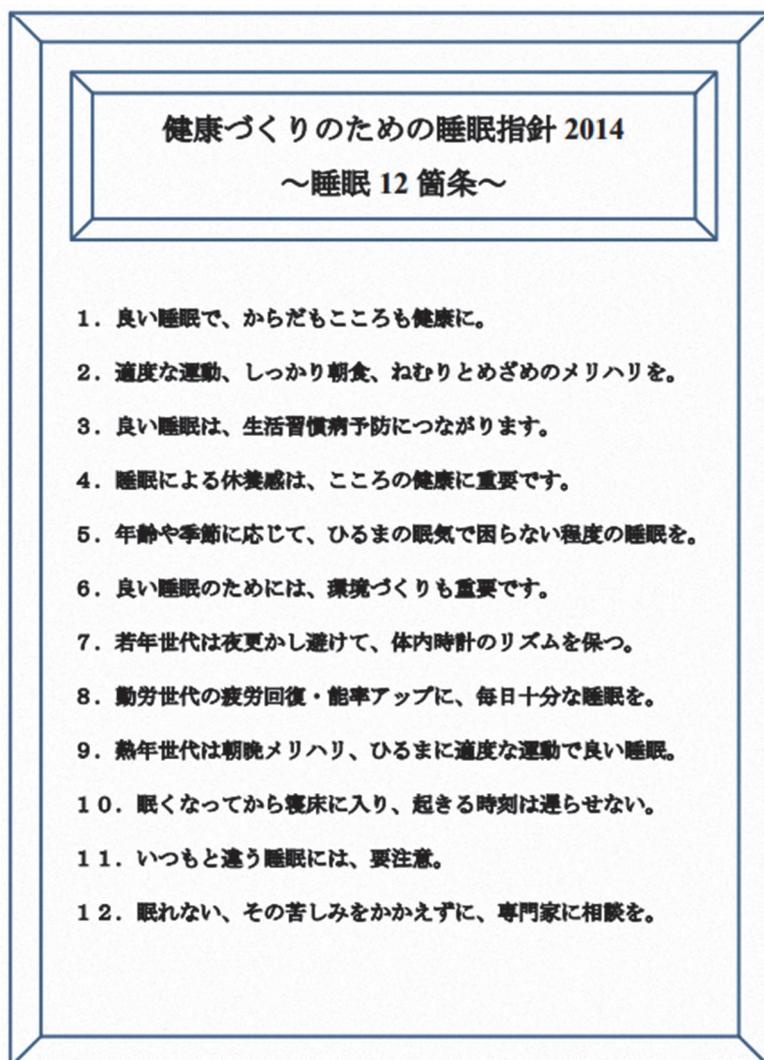
### <各目標項目に係る取組>

#### 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」<sup>15)</sup>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（図表Ⅱ-5-(3)-9）。

図表Ⅱ-5-(3)-9：健康づくりのための睡眠指針 2014 ～睡眠 12 箇条～



資料：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「健康づくりのための睡眠指針 2014」<sup>15)</sup> 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。

5.（3）休養

- 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-ヘルスネットや、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<sup>16)</sup> や、特設ページの設置<sup>17)</sup> を行い、適切な休養・睡眠をとることを啓発している。
- 厚生労働科学研究<sup>18)</sup> <sup>19)</sup> 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。

## 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 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」（以下「大綱」という。）を平成 27（2015）年 7 月に初めて閣議決定した。大綱には、「おおむね 3 年を目途に必要なときに見直しを行う」旨が規定されていることから、大綱に基づく対策の推進状況等を踏まえ、これまでに 2 回の見直しが行われた（最終変更令和 3（2021）年 7 月（閣議決定））<sup>20)</sup>。
- 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全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（2019）年 4 月から順次施行されている。
- 「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による相談・支援や助成金等の活用促進により、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

本目標項目の評価は全体として「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) に関しては、

- 睡眠確保の妨げになっている点として、30 歳代～40 歳代男性では「仕事」、30 歳代女性では「育児」と答えた者の割合が高かった（図表Ⅱ-5-(3)-10）。一方、20 歳代では男女ともに「就寝前に携帯電話、メール、ゲームなどに熱中すること」の割合が最も高かった。
- 50 歳代以上では、男女とも睡眠確保の妨げになっている点は「特に困っていない」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) に関しては、

- 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 歳代～50 歳代、女性の 40 歳代～50 歳代では 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。
- 令和元（2019）年の経済協力開発機構（OECD:Organisation for Economic Cooperation and Development）「Gender Data Portal 2019」<sup>21)</sup>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。

#### 5.（3）休養

図表Ⅱ-5-(3)-10：睡眠の確保の妨げとなる点（20歳以上、男女別）令和元（2019）年

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    | %   |      |
| <b>男性</b> | 総数                        | 2,663 | -      | 220 | -      | 254 | -      | 428 | -      | 412 | -      | 563 | -     | 786 | -    |
|           | 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 |
| <b>女性</b> | 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。

資料：厚生労働省「令和元年国民健康・栄養調査」

## 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全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による相談・支援や助成金等の活用促進により、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。

## 5.（3）休養

## 4 今後の取組と課題

### <領域全体としての課題>

- 睡眠、余暇を日常生活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に向けて、引き続き取り組む必要がある。
- 「睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少」の評価結果からみえる、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 60 時間以上の雇用者の割合の減少」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更に分析し、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割合の減少

- 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」<sup>15)</sup> 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<sup>22)</sup>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。
- 「健康づくりのための睡眠指針 2014」<sup>15)</sup>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」<sup>15)</sup>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。

#### 5. (3) 休養

- 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、勉学、その他の活動が原因）への取組を更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、我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。これらに沿って対策を推進していく。
- 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（令和元（2019）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。（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。）
- 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<sup>23)</sup>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。

### 5.（3）休養

## 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<sup>24)</sup> というものである。新型コロナウイルス感染症の感染拡大後に行われた研究において、不眠症状と不眠症の割合は、欧米諸国と比較した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<sup>25)</sup>。
- 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<sup>26)</sup>。
- 在宅勤務・遠隔授業等は、今後新型コロナウイルス感染症が収束したあとも、感染拡大前と比較して一定の割合で継続されると考えられるが、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.* 2018;5(1):1-17. Epub 20171201. doi: 10.3934/Neuroscience.2018.1.1. PubMed PMID: 32341948; PubMed Central PMCID: PMC7181893.
- 2) Groeger JA, Stanley N, Deacon S, Dijk DJ. Dissociating effects of global SWS disruption and healthy aging on waking performance and daytime sleepiness. *Sleep.* 2014;37(6):1127-42. Epub 20140601. doi: 10.5665/sleep.3776. PubMed PMID: 24882908; PubMed Central PMCID: PMC4015387.
- 3) Léger D, Pepin E, Caetano G. The Economic Burden of Sleepy Driving. *Sleep Med Clin.* 2019;14(4):423-9. Epub 20190923. doi: 10.1016/j.jsmc.2019.07.004. PubMed PMID: 31640870.
- 4) Häusler N, Heinzer R, Haba-Rubio J, Marques-Vidal P. Does sleep affect weight gain? Assessing subjective sleep and polysomnography measures in a population-based cohort study (CoLaus/HypnoLaus). *Sleep.* 2019;42(6). doi: 10.1093/sleep/zsz077. PubMed PMID: 30895315.
- 5) Wang D, Zhou Y, Guo Y, Zhang R, Li W, He M, et al. The effect of sleep duration and sleep quality on hypertension in middle-aged and older Chinese: the Dongfeng-Tongji Cohort Study. *Sleep Med.* 2017;40:78-83. Epub 20171012. doi: 10.1016/j.sleep.2017.09.024. PubMed PMID: 29221783.

### 5. (3) 休養

- 6) Reutrakul S, Van Cauter E. Sleep influences on obesity, insulin resistance, and risk of type 2 diabetes. *Metabolism*. 2018;84:56-66. Epub 20180303. doi: 10.1016/j.metabol.2018.02.010. PubMed PMID: 29510179.
- 7) Korostovtseva L, Bochkarev M, Sviryayev Y. Sleep and Cardiovascular Risk. *Sleep Med Clin*. 2021;16(3):485-97. Epub 20210625. doi: 10.1016/j.jsmc.2021.05.001. PubMed PMID: 34325825.
- 8) Chaudhry R, Suen C, Mubashir T, Wong J, Ryan CM, Mokhlesi B, et al. Risk of major cardiovascular and cerebrovascular complications after elective surgery in patients with sleep-disordered breathing: A retrospective cohort analysis. *Eur J Anaesthesiol*. 2020;37(8):688-95. doi: 10.1097/EJA.0000000000001267. PubMed PMID: 32692083.
- 9) Ensrud KE, Blackwell TL, Ancoli-Israel S, Redline S, Cawthon PM, Paudel ML, et al. Sleep disturbances and risk of frailty and mortality in older men. *Sleep Med*. 2012;13(10):1217-25. Epub 20120615. doi: 10.1016/j.sleep.2012.04.010. PubMed PMID: 22705247; PubMed Central PMCID: PMC3449012.
- 10) Li L, Wu C, Gan Y, Qu X, Lu Z. Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):375. Epub 20161105. doi: 10.1186/s12888-016-1075-3. PubMed PMID: 27816065; PubMed Central PMCID: PMC5097837.
- 11) Okamoto M, Kobayashi Y, Nakamura F, Musha T. Association Between Nonrestorative Sleep and Risk of Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Behav Sleep Med*. 2017;15(6):483-90. Epub 20160506. doi: 10.1080/15402002.2016.1163701. PubMed PMID: 27152770.
- 12) Li Y, Zhang X, Winkelman JW, Redline S, Hu FB, Stampfer M, et al. Association between insomnia symptoms and mortality: a prospective study of U.S. men. *Circulation*. 2014;129(7):737-46. Epub 20131113. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.004500. PubMed PMID: 24226807; PubMed Central PMCID: PMC3987964.
- 13) Kivimäki M, Batty GD, Hamer M, Ferrie JE, Vahtera J, Virtanen 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. doi: 10.7326/0003-4819-154-7-201104050-00003. PubMed PMID: 21464347; PubMed Central PMCID: PMC3151554.
- 14) Davila EP, Florez H, Trepka MJ, Fleming LE, Niyonsenga T, Lee DJ, et al. Long work hours is associated with suboptimal glycemic control among US workers with diabetes. *Am J Ind Med*. 2011;54(5):375-83. Epub 20110118. doi:

- 10.1002/ajim.20923. PubMed PMID: 21246586.
- 15) 厚生労働省「健康づくりのための睡眠指針 2014」. 平成 26 (2014) 年 3 月.  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf>
  - 16) 睡眠啓発イベント  
<https://www.mhlw.go.jp/photo/2019/09/ph0917-01.html>
  - 17) スマート・ライフ・プロジェクト 睡眠特設ページ  
<https://www.smartlife.mhlw.go.jp/minna/sleep/>
  - 18) 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「健康日本 21 (第 2 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(2013)年度～平成 27(2015)年度、研究代表者 兼板佳孝)
  - 19) 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」(令和元(2019)年度～令和 2 (2020)年度、研究代表者 栗山健一)
  - 20) 「過労死等の防止のための対策に関する大綱」. 令和 3 (2021) 年 7 月.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_20085.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_20085.html)
  - 21) OECD. Gender Data Portal.  
<https://www.oecd.org/gender/data/>
  - 22) 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「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 (2021)年度～令和 5 (2023)年度、研究代表者 栗山健一)
  - 23) 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. doi: 10.4088/JCP.10m06397gry. PubMed PMID: 21658347.
  - 24) Tahara Y, Shinto T, Inoue K, Roshanmehr F, Ito A, Michie M, 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):2277-80. Epub 20210703. doi: 10.1038/s41366-021-00890-7. PubMed PMID: 34218262; PubMed Central PMCID: PMC8254445.
  - 25) Morin CM, Bjorvatn B, Chung F, Holzinger B, Partinen M, Penzel T, et al. Insomnia, anxiety, and depression during the COVID-19 pandemic: an international collaborative study. Sleep Med. 2021;87:38-45. Epub 20210804. doi: 10.1016/j.sleep.2021.07.035. PubMed PMID: 34508986; PubMed Central PMCID: PMC8425785.

### 5. (3) 休養

- 26) 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 (2015) 年 5 月.

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

## (4) 飲酒

### 背景

- アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等の他、自殺や事故とも深く関連する。平成 30（2018）年に世界保健機関（WHO：World Health Organization）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<sup>1)</sup>。
- 障害調整生命年（DALY：Disability-Adjusted Life-Years）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<sup>2)</sup>。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）年の2,403人から、令和元（2019）年には5,480人へ増加しており、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つ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<sup>3) - 6)</sup>、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いえない。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<sup>7) - 10)</sup>。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<sup>8) 11)</sup>。

### 5. (4) 飲酒

- 未成年者<sup>※1</sup>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<sup>12)</sup>、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<sup>13) 14)</sup>。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<sup>13) 15)</sup>。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。20歳未満の者の飲酒の禁止に関する法律<sup>※2</sup>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り、妊娠中または妊娠を計画している女性は飲酒をしないことが求められる<sup>16)</sup>。これらを踏まえ、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<br>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（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少 | <b>D</b> |
| 1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の割合  | (C)      |
| 1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>B</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>B</b> |

※1 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。

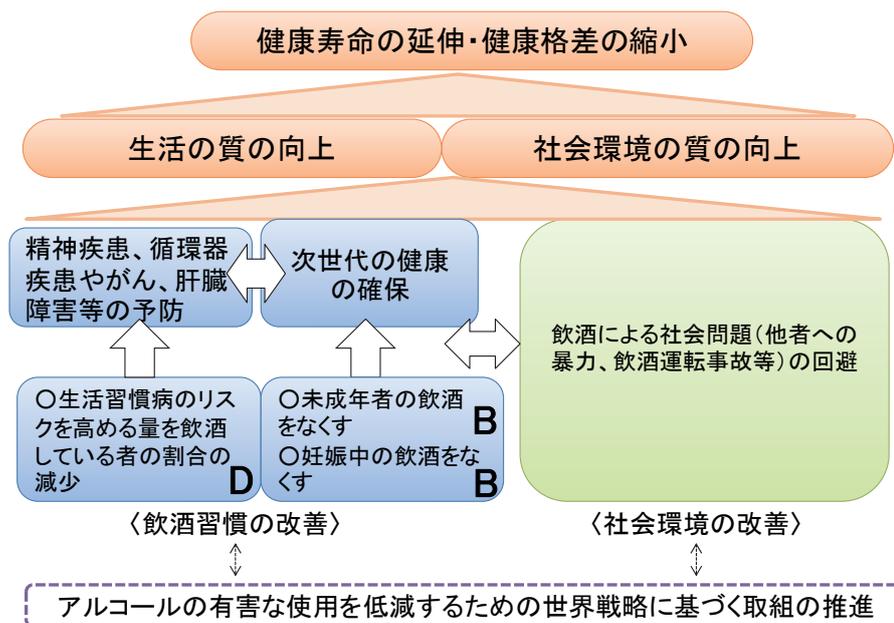
※2 法律の正式名称は、「二十歳未満ノ者ノ飲酒ノ禁止ニ関スル法律」

図表Ⅱ-5-(4)-1：飲料に含まれる純アルコール量の目安

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

資料：「健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料」より一部改変

図表Ⅱ-5-(4)-2：飲酒の目標設定の考え方及び目標項目の評価



資料：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

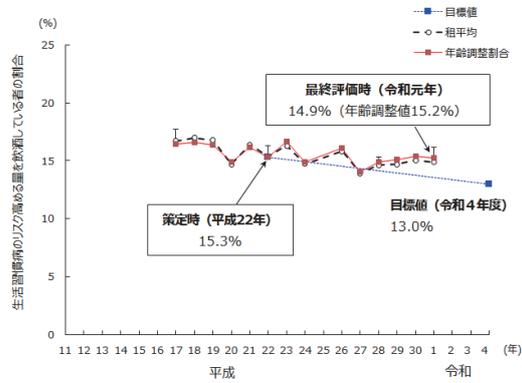
① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者

「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）の割合の減少」は、平成22（2010）年から令和元（2019）年の間で、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（図表Ⅱ-5-(4)-3）。

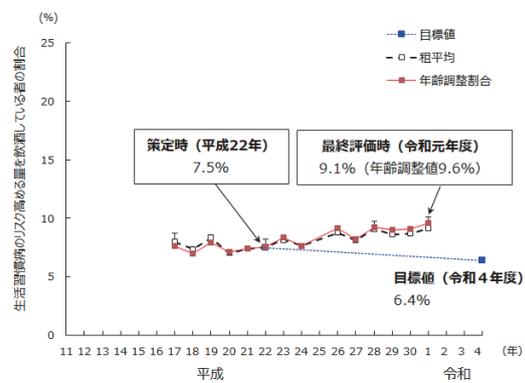
女性の年齢階級別に推移をみると、20歳から39歳までの年齢では、減少傾向にあるのに対して、40歳から69歳で上昇傾向にあり、70歳以上でも緩やかに増加する傾向がみられる（図表Ⅱ-5-(4)-4）。

図表Ⅱ-5-(4)-3：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推移

図表3-1：男性



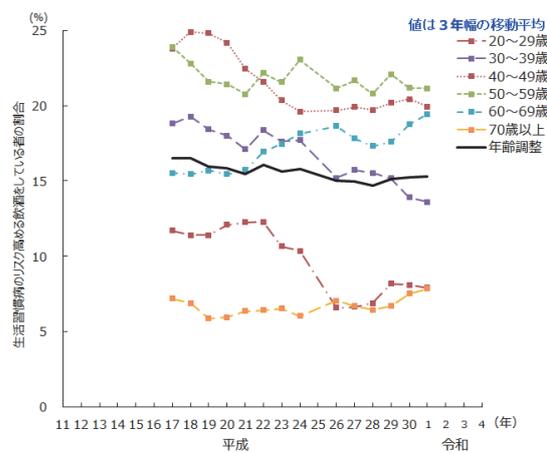
図表3-2：女性



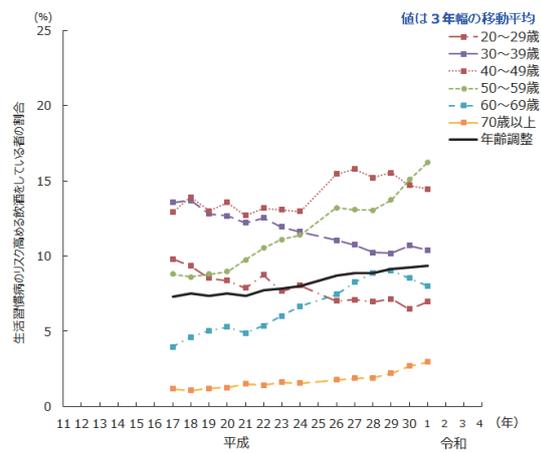
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(4)-4：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推移（年齢階級別）

図表4-1：男性



図表4-2：女性



5. (4) 飲酒

## 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（図表Ⅱ-5-(4)-5）。

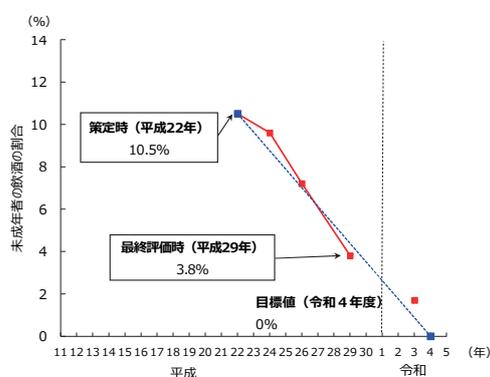
- 令和 3（2021）年度の調査に関しては、新型コロナウイルス感染症の影響を受けていること、また、それまでの対面式アンケートから、対面式と web アンケートを組み合わせた調査に変更となったことから、参考値とした。令和 3（2021）年の値は、中学 3 年生男子 1.7%、中学 3 年生女子 2.7%、高校 3 年生男子 4.2%、高校 3 年生女子 2.9%であった。

## ③ 妊娠中の飲酒をなくす

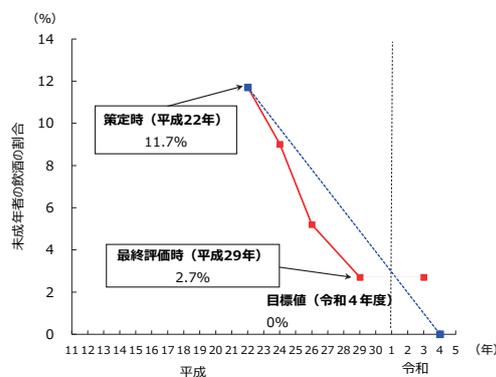
妊娠中の飲酒については、平成 22（2010）年のベースライン値（8.7%）に比べて平成 25（2013）年の中間評価値（4.3%）はおよそ半分に減っている。さらに、令和元（2019）年の母子保健課調査では、妊娠中に飲酒したと回答した母親の割合は、1.0%となっており、妊婦の飲酒者割合は減少傾向にある。目標年度の令和 4（2022）年度までに目標達成見込みであることから「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」と評価される（図表Ⅱ-5-(4)-6）。（参考値：令和 2（2020）年の妊娠中の飲酒の割合は 0.8%。）

図表Ⅱ-5-(4)-5：未成年者の飲酒の割合の推移

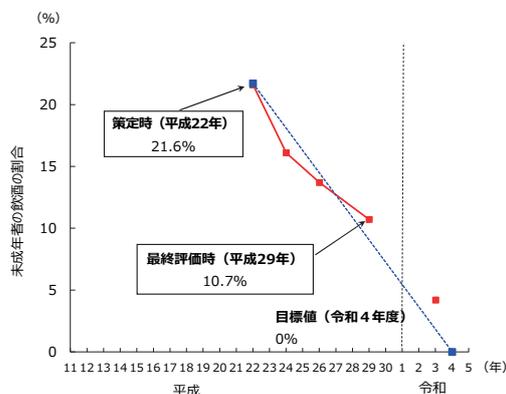
図表5-1：中学3年生男子



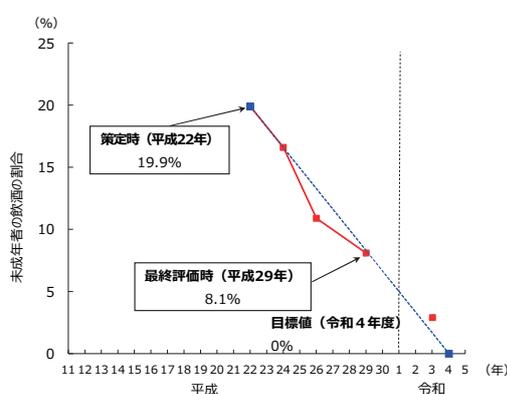
図表5-2：中学3年生女子



図表5-3：高校3年生男子



図表5-4：高校3年生女子

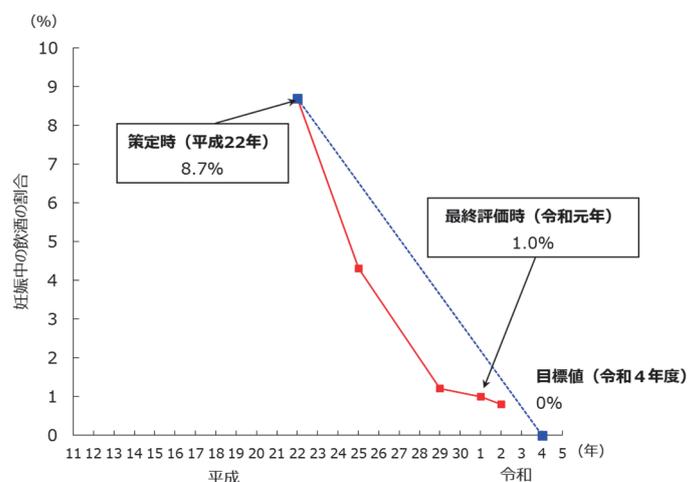


資料：厚生労働科学研究費による研究班の調査

- 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（2011）年報告書
- 平成24（2012）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25（2013）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（2015）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（2017）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（2021）年報告書

注：令和3（2021）年度の調査は、こ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に変更

図表Ⅱ-5-(4)-6：妊娠中の飲酒の割合の推移



資料：平成 22（2010）年：厚生労働省「平成 22 年度乳幼児身体発育調査」

平成 25（2013）年：厚生労働科学研究費「「健やか親子 21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」（研究代表者 山縣然太郎）

平成 29（2017）年、令和元（2019）年、令和 2（2020）年：厚生労働省母子保健課調査

注：令和 2（2020）年は厚生労働省「健やか親子 21」妊娠・出産・子育て期の健康に関する情報サイト参照

## 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】

- 平成 28（2016）年 5 月にアルコール健康障害対策推進基本計画（第 1 期）が閣議決定され、令和 2（2020）年度までの概ね 5 年間を対象期間として、アルコール健康障害に対する取組が展開された。アルコール健康障害の予防に関しては、健康日本 21（第二次）の飲酒領域と同一の目標が設定された。
- 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<sup>17)</sup><sup>18)</sup>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。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。

### 5.（4）飲酒

- 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、酒類提供業者に対して、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（減酒支援）に関する調査研究を行う。
- 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し、令和 3（2021）年度末までに全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た。

#### 【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（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**
  - 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）<sup>17)</sup> <sup>18)</sup> が開始した。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。
  - スマート・ライフ・プロジェクトや e-ヘルスネットを通して普及啓発を実施。スマート・ライフ・プロジェクトの一環として、適正飲酒に関するポスターを作成している。
  
- 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）を設定。
  - 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月に改正された。

## 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 **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**

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**

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、目標値が0%であり目標達成が難しい指標であったと考えられる）。

### 5.（4）飲酒

### ③ 妊娠中の飲酒をなくす

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の割合」は、男性では変化なし、女性では悪化傾向である。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、引き続きの課題と考えられる。

## 4 今後の取組と課題

#### <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<sup>17)</sup>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。
- 各地域において支援体制が構築されるよう、全ての都道府県・政令指定都市におけるアルコール健康障害対策に関する関係者連携会議の設置・定期的な開催について推進する。
- 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一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する。
  - 一般医療機関における減酒指導の普及促進への取組が求められる。
  - 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等を用いて引き続き普及啓発を行う。
- 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ように、特性に応じて留意すべき点等を分かりやすく啓発していく。
- 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

- 引き続き実態調査の実施を検討する。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

- 国税庁の酒のしおり（令和 3（2021）年 3 月）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<sup>19)</sup>。
- テロ、重症急性呼吸器症候群（SARS：Severe Acute Respiratory Syndrome）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、心的外傷後ストレス障害（PTSD：Post Traumatic Stress Disorder）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<sup>せいじやく</sup>と関連したとしている<sup>20)</sup>。
- 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<sup>21)</sup>。
- 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相関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<sup>22)</sup>。
- 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、ロックダウン時には人口の 10.4%～

### 5.（4）飲酒

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<sup>23)</sup>。

- 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（集中治療室）入室のリスクが高く、感染時の有害な結果と関連することが示唆されている<sup>24)</sup>。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) Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization, 2018.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- 2) Collaborators GA. 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(10152):1015-35. Epub 20180823. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2. PubMed PMID: 30146330; PubMed Central PMCID: PMC6148333.
- 3) Inoue M, Tsugane S, Group JS. 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):182-7. doi: 10.1038/sj.bjc.6602277. PubMed PMID: 15597102; PubMed Central PMCID: PMC2361723.
- 4) Nakanishi N, Makino K, Nishina K, Suzuki K, Tatara K. Relationship of light to moderate alcohol consumption and risk of hypertension in Japanese male office workers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002;26(7):988-94. doi: 10.1097/01.ALC.0000021161.94001.33. PubMed PMID: 12170108.
- 5) Ohmori S, Kiyohara Y, Kato I, Kubo M, Tanizaki Y, Iwamoto H, et al. Alcohol intake and future incidence of hypertension in a general Japanese population: the Hisayama study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002;26(7):1010-6. doi: 10.1097/01.ALC.0000021147.31338.C2. PubMed PMID: 12170111.
- 6) Nakashita Y, Nakamura M, Kitamura A, Kiyama M, Ishikawa Y, Mikami H. Relationships of cigarette smoking and alcohol consumption to metabolic syndrome in Japanese men. *J Epidemiol*. 2010;20(5):391-7. Epub 20100807. doi: 10.2188/jea.je20100043. PubMed PMID: 20699598; PubMed Central PMCID: PMC3900834.
- 7) Iso H, Baba S, Mannami T, Sasaki S, Okada K, Konishi M, et al. Alcohol

- consumption and risk of stroke among middle-aged men: the JPHC Study Cohort I. *Stroke*. 2004;35(5):1124-9. Epub 20040311. doi: 10.1161/01.STR.0000124459.33597.00. PubMed PMID: 15017008.
- 8) Ikehara S, Iso H, Toyoshima H, Date C, Yamamoto A, Kikuchi S, et al. Alcohol consumption and mortality from stroke and coronary heart disease among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study. *Stroke*. 2008;39(11):2936-42. Epub 20080710. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.520288. PubMed PMID: 18617651.
  - 9) Ikehara S, Iso H, Yamagishi K, Yamamoto S, Inoue M, Tsugane S, 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):1025-32. Epub 20090319. doi: 10.1111/j.1530-0277.2009.00923.x. PubMed PMID: 19302085.
  - 10) Iso H, Kitamura A, Shimamoto T, Sankai T, Naito Y, Sato S, et al. Alcohol intake and the risk of cardiovascular disease in middle-aged Japanese men. *Stroke*. 1995;26(5):767-73. doi: 10.1161/01.str.26.5.767. PubMed PMID: 7740564.
  - 11) Marugame T, Yamamoto S, Yoshimi I, Sobue T, Inoue M, Tsugane S, 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):1039-46. Epub 20070306. doi: 10.1093/aje/kwk112. PubMed PMID: 17344205.
  - 12) Kelly SJ, Bonthius DJ, West JR. Developmental changes in alcohol pharmacokinetics in rats. *Alcohol Clin Exp Res*. 1987;11(3):281-6. doi: 10.1111/j.1530-0277.1987.tb01308.x. PubMed PMID: 3307494.
  - 13) 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、社会保険研究所、2003.
  - 14) De Bellis MD, Clark DB, Beers SR, Soloff PH, Boring AM, Hall J, et al. Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157(5):737-44. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.737. PubMed PMID: 10784466.
  - 15) Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(7):739-46. doi: 10.1001/archpedi.160.7.739. PubMed PMID: 16818840.
  - 16) 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 Pt 1):358-61.

#### 5. (4) 飲酒

PubMed PMID: 10920168.

- 17) 厚生労働省「アルコール健康障害対策推進基本計画」. 令和3（2021）年3月.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000760238.pdf>
- 18) アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク  
<https://alhonet.jp/local-plan.html>
- 19) 国税庁「酒のしおり」. 令和3（2021）年3月.  
<https://www.nta.go.jp/taxes/sake/shiori-gaikyo/shiori/2021/index.htm>
- 20) Gonçalves PD, Moura HF, do Amaral RA, Castaldelli-Maia JM, Malbergier A. 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;11:581113. Epub 20201218. doi: 10.3389/fpsy.2020.581113. PubMed PMID: 33391048; PubMed Central PMCID: PMC775307.
- 21) Roberts A, Rogers J, Mason R, Siriwardena AN, Hogue T, Whitley GA, et al. Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2021;229(Pt A):109150. Epub 20211029. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.109150. PubMed PMID: 34749198; PubMed Central PMCID: PMC8559994.
- 22) Schmidt RA, Genois R, Jin J, Vigo D, Rehm J, Rush B. 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;228:109065. Epub 20210922. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.109065. PubMed PMID: 34600257; PubMed Central PMCID: PMC8455354.
- 23) Bakaloudi DR, Jeyakumar DT, Jayawardena R, Chourdakis M. The impact of COVID-19 lockdown on snacking habits, fast-food and alcohol consumption: A systematic review of the evidence. *Clin Nutr*. 2021. Epub 20210417. doi: 10.1016/j.clnu.2021.04.020. PubMed PMID: 34049747; PubMed Central PMCID: PMC8052604.
- 24) Allen B, El Shahawy O, Rogers ES, Hochman S, Khan MR, Krawczyk N. 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;43(3):462-5. doi: 10.1093/pubmed/fdaa241. PubMed PMID: 33367823; PubMed Central PMCID: PMC7799011.

## (5) 喫煙

### 背景

- 喫煙は、高血圧と並んで、日本人が命を落とす回避可能な主要なリスク因子であり、喫煙者本人の喫煙による年間の超過死亡数は 19 万人と報告されている<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。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<sup>3)</sup>。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<sup>4)</sup>。
- 健康日本 21（第二次）においては、「成人の喫煙率の減少」、「未成年者<sup>※1</sup>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減少」の 4 つの目標を設定した。

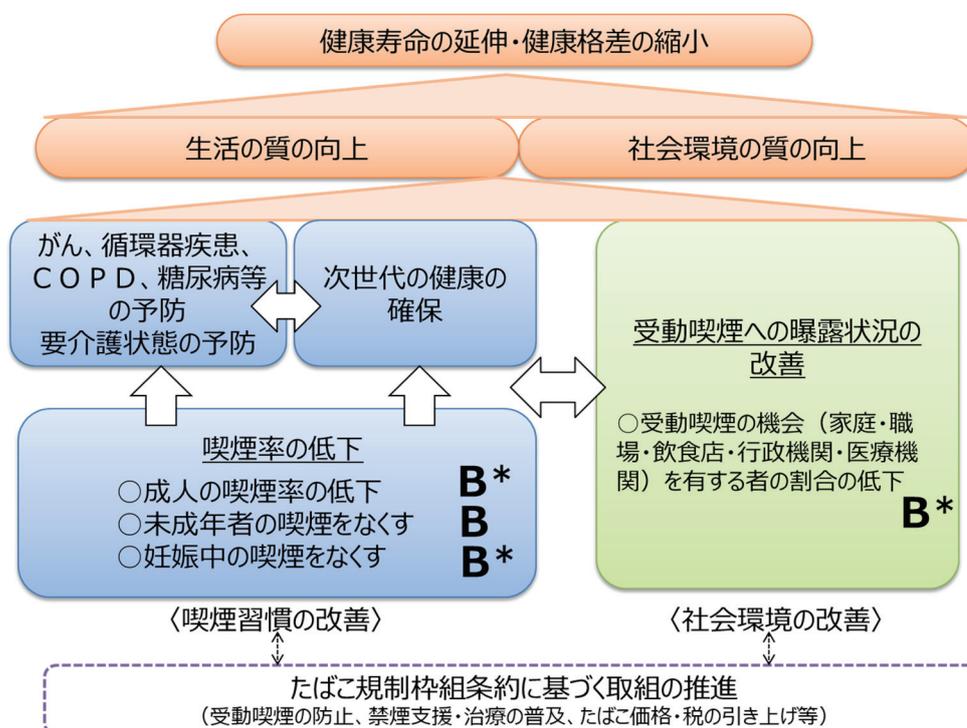
### 1 目標項目の評価状況

| 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<br>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    |

※1 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*) |

図表Ⅱ-5-(5)-1：喫煙の目標設定の考え方及び目標項目の評価



資料：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

### 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（ $P=0.04$ ）している。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（ $P=0.005$ ）している（図表Ⅱ-5-(5)-2）。

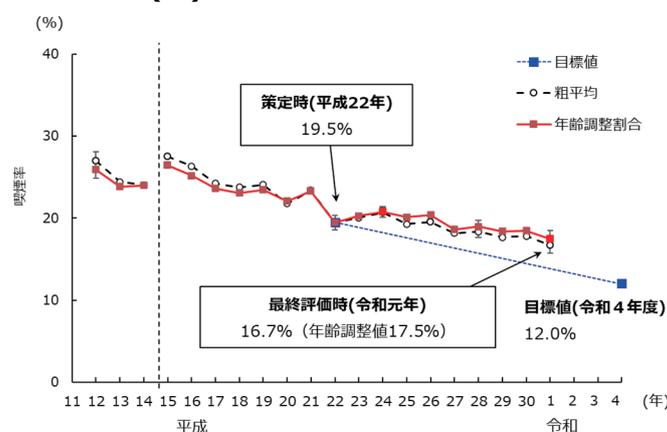
男女別にみると、男性の喫煙率は有意に減少したが、女性の喫煙率は有意な増減がなかった（図表Ⅱ-5-(5)-3）。

年齢階級別にみると、男性は60歳代を除く年代で減少傾向がみられた。女性は20歳代～40歳代で減少傾向がみられたが、50歳代～60歳代では増加傾向がみられた（図表Ⅱ-5-(5)-4、図表Ⅱ-5-(5)-5）。

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\* 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）」と判定した。

なお、本目標項目の指標は、健康日本21（第二次）開始以前から継続してデータが取られているが、平成12（2000）年から令和元（2019）年までの20年間でみても、男女ともに有意に減少している。

図表Ⅱ-5-(5)-2：成人の喫煙率の推移（男女計）



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

注：喫煙者の定義は、

平成12（2000）年～平成14（2002）年は、現在喫煙している者。

平成15（2003）年～平成22（2010）年は、合計100本以上又は6か月以上たばこを吸っている（吸っていた）者。

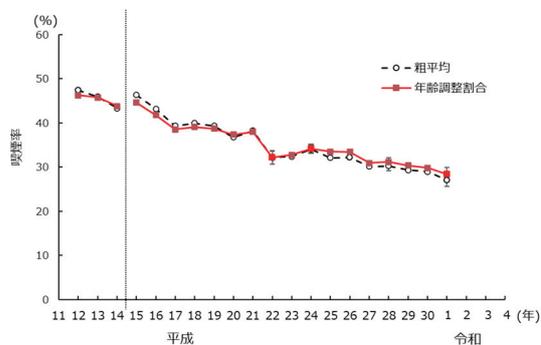
平成23（2011）年、平成24（2012）年は、これまでたばこを習慣的に吸っていたことがある者のうち、「この1か月間に毎日又はとききたばこを吸っている」と回答した者。

平成25（2013）年以降は、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。

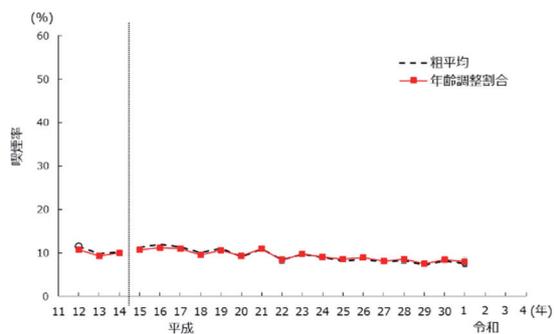
## 5.（5）喫煙

図表Ⅱ-5-(5)-3：成人の喫煙率の推移

図表 3-1：男性

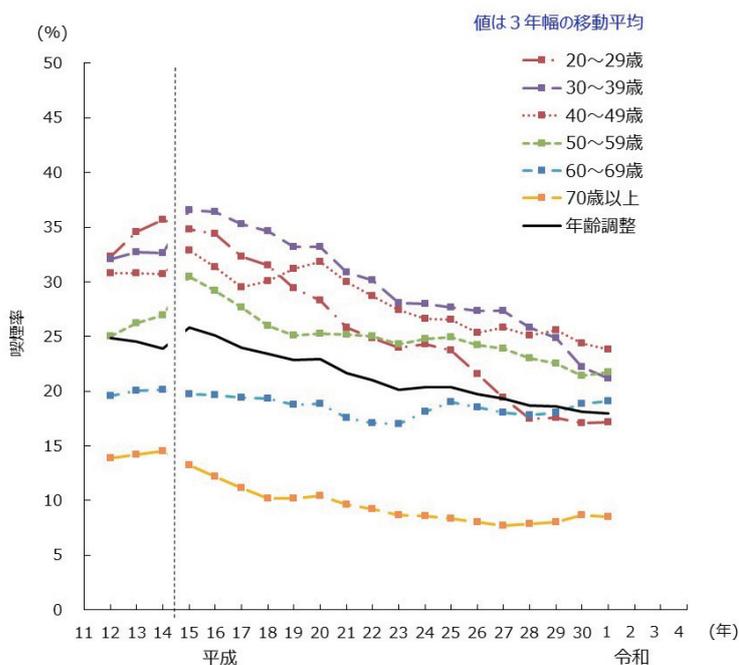


図表 3-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(5)-4：成人の喫煙率の推移（男女計、年齢階級別）

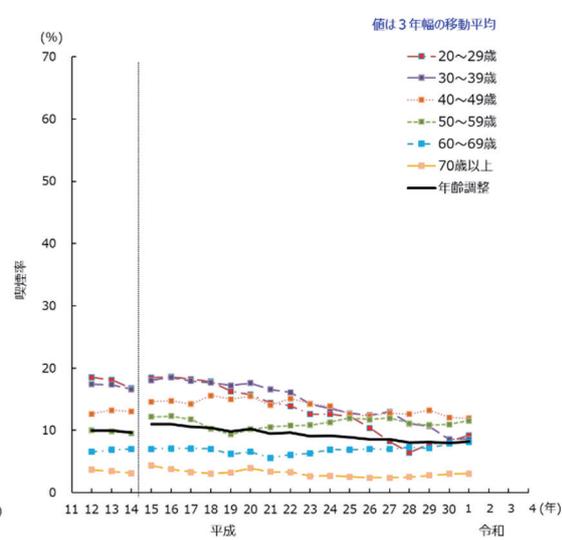
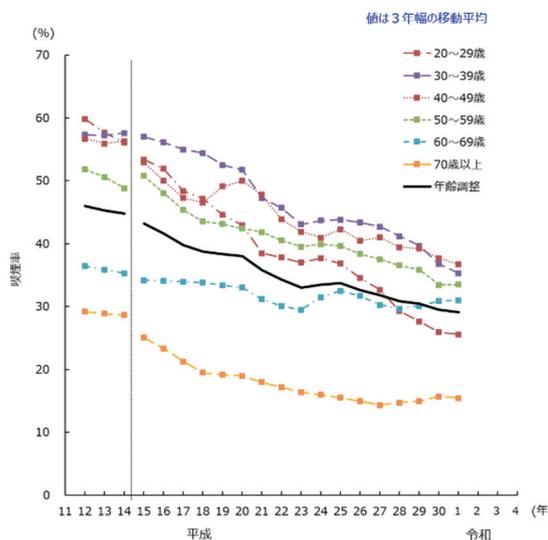


資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(5)-5：成人の喫煙率の推移（年齢階級別）

図表5-1：男性

図表5-2：女性



資料：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%）している。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%）している。

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%）している。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%）している（図表Ⅱ-5-(5)-6）。

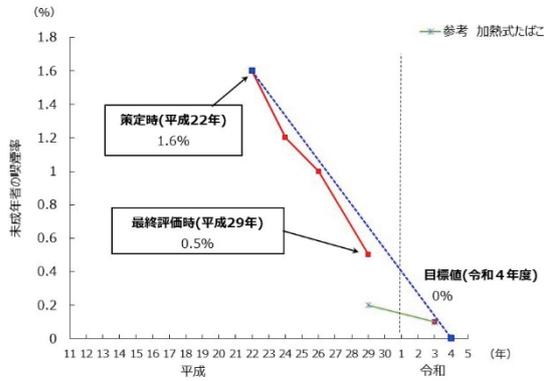
分析に基づく評価は、未成年者（中学1年生、高校3年生）の喫煙率は、男女ともに減少しており、中学1年生女子を除いてはこのままの減少率を維持することで、目標年度までの目標達成が見込まれることから「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」と判定した。中学1年生女子については、目標年度までの目標到達が危ぶまれることから「B\* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」と評価した。

○ 令和3（2021）年度の調査に関しては、新型コロナウイルス感染症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。

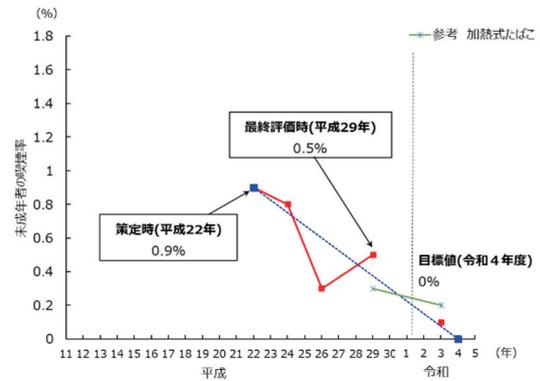
5.（5）喫煙

図表Ⅱ-5-(5)-6：未成年者の喫煙率の推移

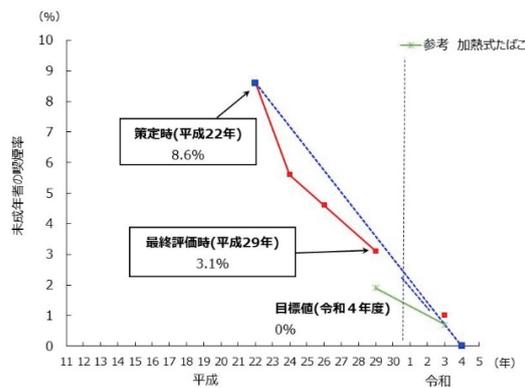
図表6-1：中学1年生男子



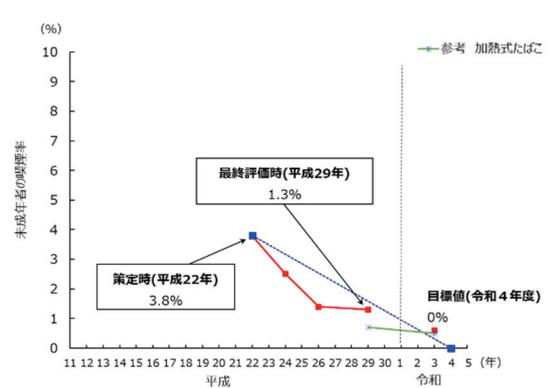
図表6-2：中学1年生女子



図表6-3：高校3年生男子



図表6-4：高校3年生女子



資料：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（2021）年報告書

平成 24（2012）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 25（2013）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（2015）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（2017）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（2021）年報告書

注1：平成 22（2010）年、平成 24（2012）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

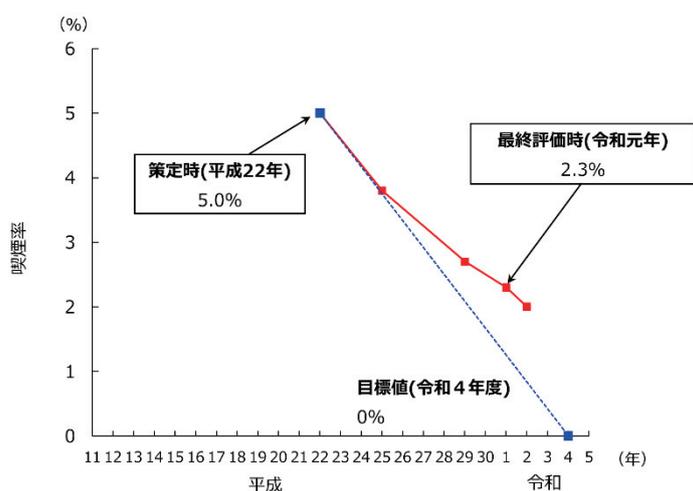
注2：令和3（2021）年度の調査は、これまでの対面式アンケートから、対面式とwebアンケートを組み合わせた調査に変更

### 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。（参考値：令和2（2020）年は2.0%。）

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\* 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。

図表Ⅱ-5-(5)-7：妊娠中の喫煙の推移



資料：平成22（2010）年：厚生労働省「平成22年度乳幼児身体発育調査」

平成25（2013）年：厚生労働科学研究費「「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」（研究代表者 山縣然太郎）

平成29（2017）年、令和元（2019）年、令和2（2020）年：厚生労働省母子保健課調査

注：令和2（2020）年は厚生労働省「健やか親子21「妊娠・出産・子育て期の健康に関する情報サイト」参照

### 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つの全ての指標について中間評価時点で目標値が「望まない受動喫煙のない社会の実現（令和4（2022）年度）」に変更されたが、具体的な数値目標が設定されていない。

## 5.（5）喫煙

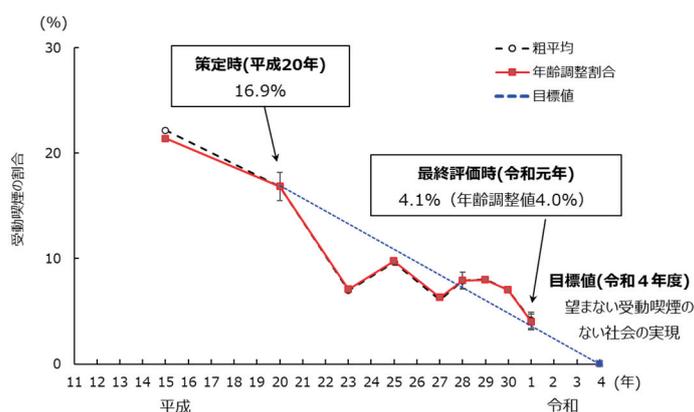
以下に、最も厳しい目標（受動喫煙の機会を有する者の割合が0%）を仮定した場合の評価結果を項目ごとに述べる。

〔行政機関〕

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（ $P < 0.01$ ）している。経年的な推移の分析でも有意に減少（ $P < 0.01$ ）した（図表Ⅱ-5-(5)-8）。男女別にも、男女ともに有意に減少しており、全ての年齢階級で減少傾向がみられた（図表Ⅱ-5-(5)-9、図表Ⅱ-5-(5)-10、図表Ⅱ-5-(5)-11）。

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\* 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。

図表Ⅱ-5-(5)-8：受動喫煙（行政機関）の推移（男女計）

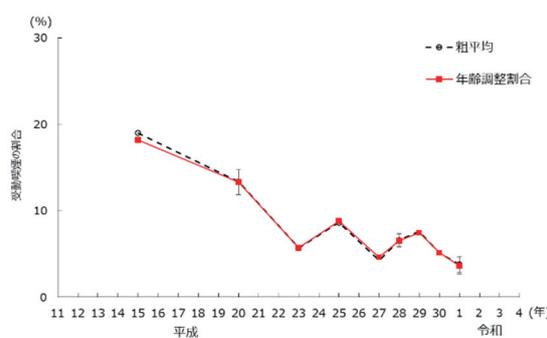
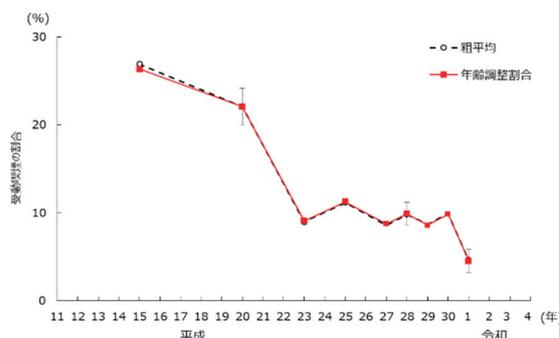


資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(5)-9：受動喫煙（行政機関）の推移

図表 9-1：男性

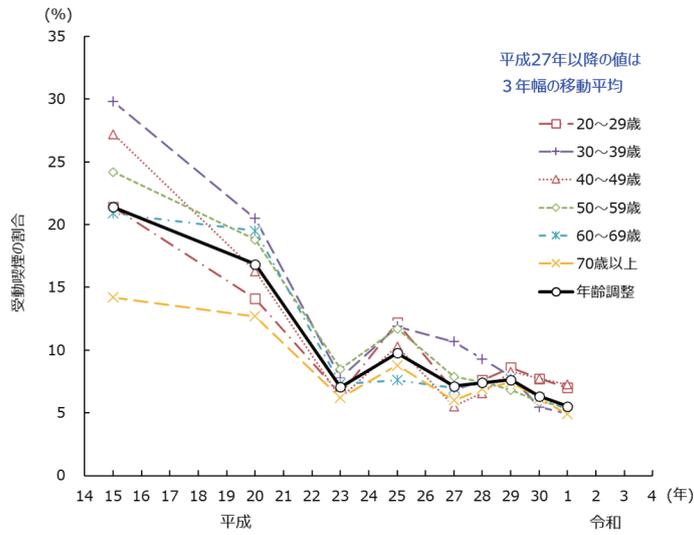
図表 9-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

5. (5) 喫煙

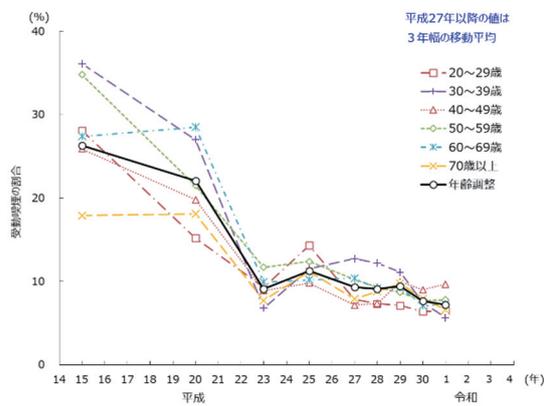
図表Ⅱ-5-(5)-10：受動喫煙（行政機関）の推移（男女計、年齢階級別）



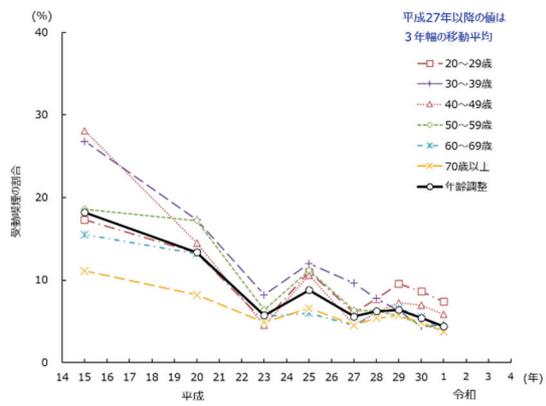
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(5)-11：受動喫煙（行政機関）の推移（年齢階級別）

図表 11-1：男性



図表 11-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

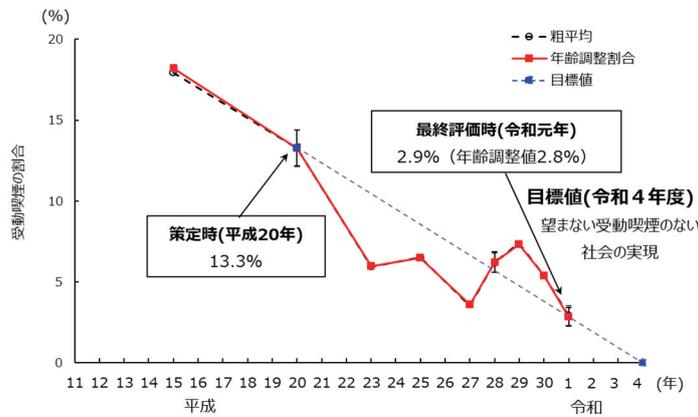
5. (5) 喫煙

[医療機関]

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（ $P<0.01$ ）している。経年的な推移の分析でも、有意に減少（ $P<0.01$ ）した（図表Ⅱ-5-(5)-12）。男女別にみても、男女ともに有意に減少しており、全ての年齢階級で減少傾向がみられた（図表Ⅱ-5-(5)-13、図表Ⅱ-5-(5)-14、図表Ⅱ-5-(5)-15）。

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到達が見込まれることから「B\* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」と評価した。

図表Ⅱ-5-(5)-12：受動喫煙（医療機関）の推移（男女計）

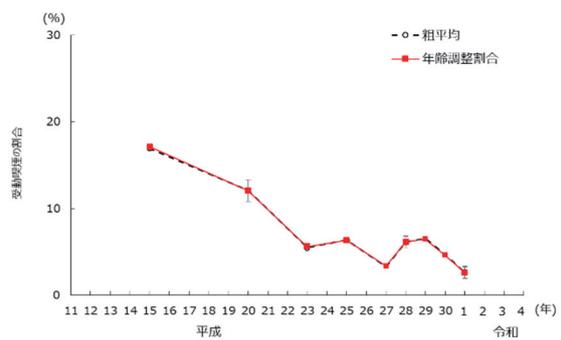
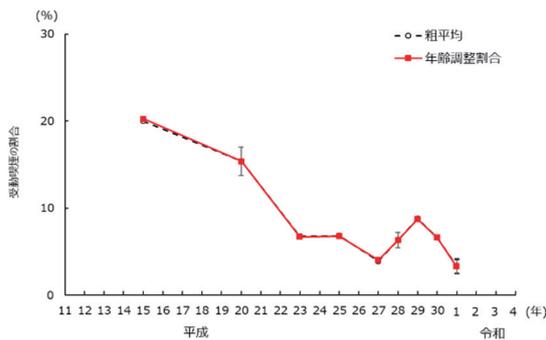


資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(5)-13：受動喫煙（医療機関）の推移

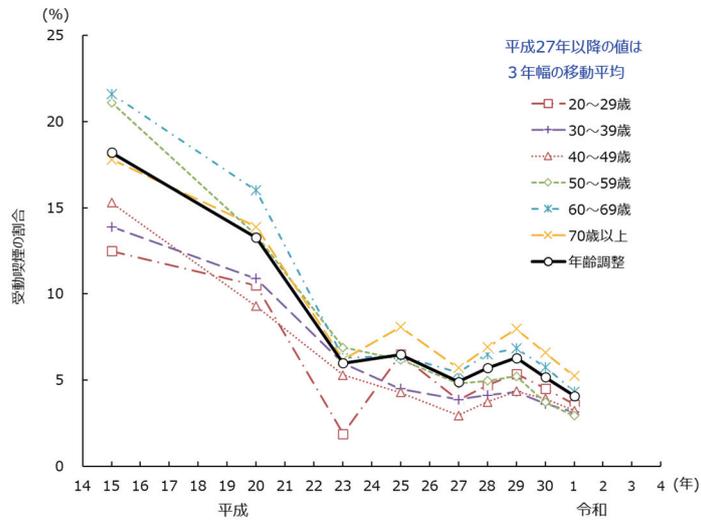
図表 13-1：男性

図表 13-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

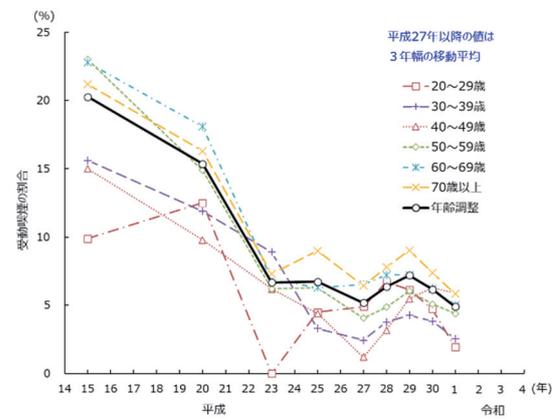
図表Ⅱ-5-(5)-14：受動喫煙（医療機関）の推移（男女計、年齢階級別）



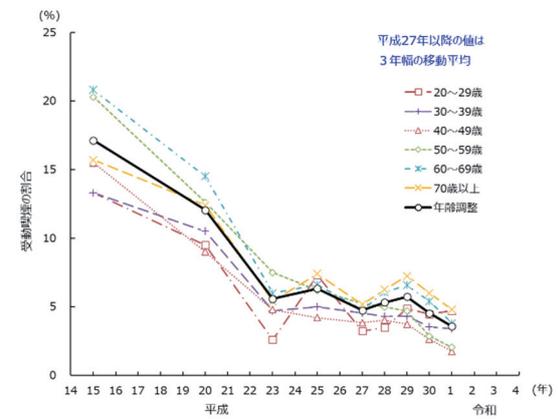
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(5)-15：受動喫煙（医療機関）の推移（年齢階級別）

図表 15-1：男性



図表 15-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

5.(5) 喫煙

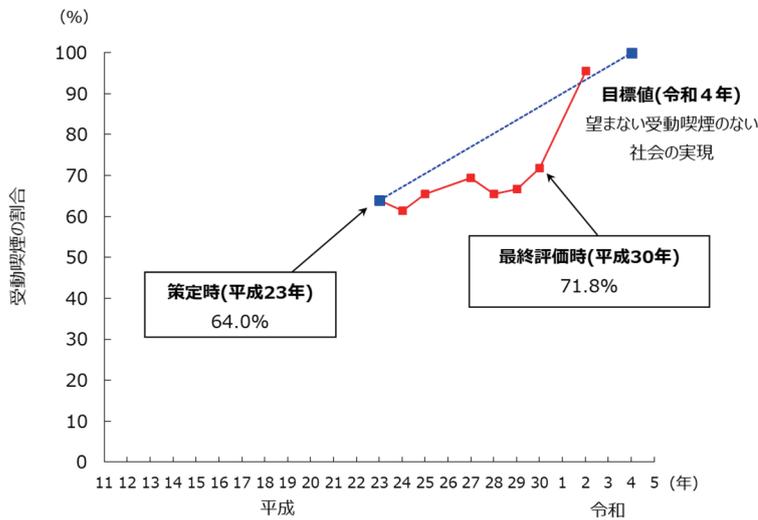
[職場]

本指標では受動喫煙防止対策（全面禁煙又は空間分煙）を講じている職場の割合をみており、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%）している（図表Ⅱ-5-(5)-16）。

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到達が危ぶまれることから「B\* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」と評価した。

なお、最終評価においては令和元年までのデータを用いて評価することとしているが、健康増進法改正全面施行後の令和2（2020）年の調査結果では、95.5%まで改善している。

図表Ⅱ-5-(5)-16：受動喫煙（職場）の推移



資料：厚生労働省「労働安全衛生調査（実態調査）」をもとに算定

平成23年は「平成23年職場における受動喫煙防止対策に係る調査」

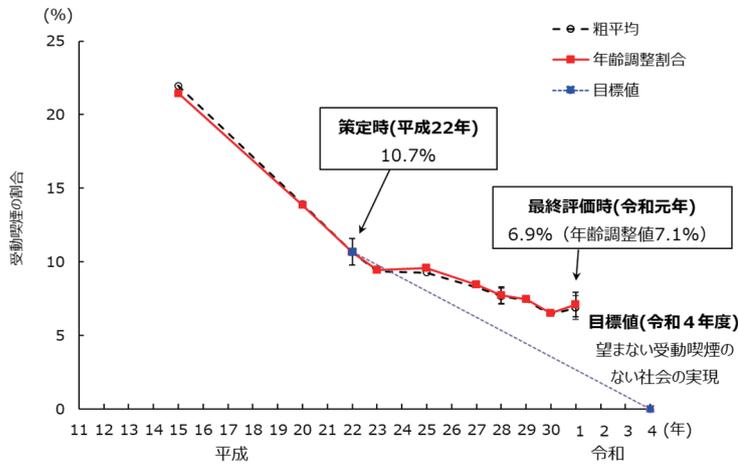
平成24年は厚生労働省「労働者健康状況調査」

[家庭]

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（ $P<0.01$ ）しており、経年的な推移の分析でも、有意に減少（ $P<0.01$ ）している（図表Ⅱ-5-(5)-17）。男女別にみても、男女ともに有意に減少しており、ほぼ全ての年齢階級で減少傾向がみられた（図表Ⅱ-5-(5)-18、図表Ⅱ-5-(5)-19、図表Ⅱ-5-(5)-20）。

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到達が危ぶまれることから「B\* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」と評価した。

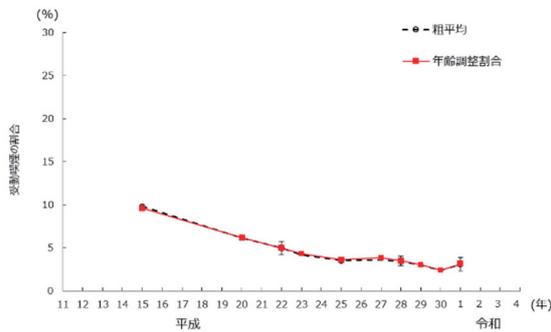
図表Ⅱ-5-(5)-17：受動喫煙（家庭）の推移（男女計）



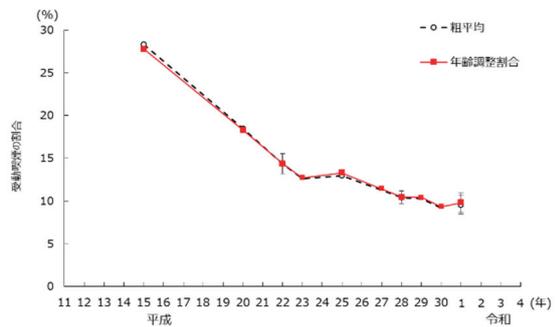
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(5)-18：受動喫煙（家庭）の推移

図表 18-1：男性



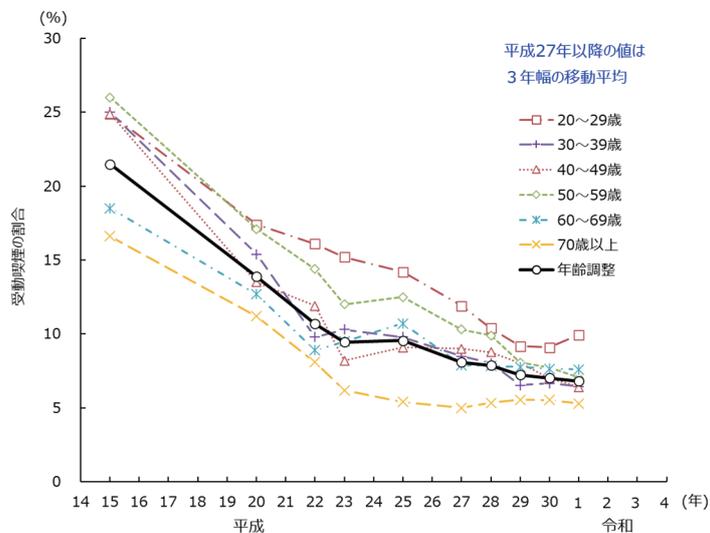
図表 18-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

5. (5) 喫煙

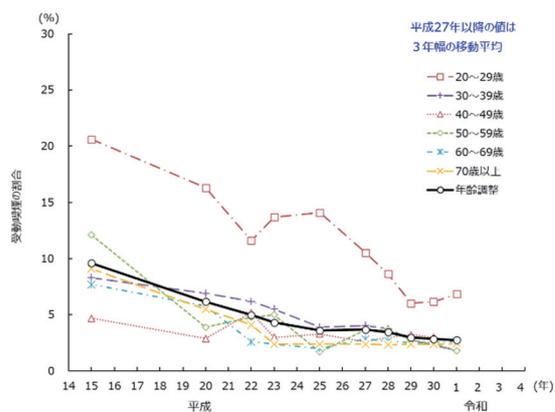
図表Ⅱ-5-(5)-19：受動喫煙（家庭）の推移（男女計、年齢階級別）



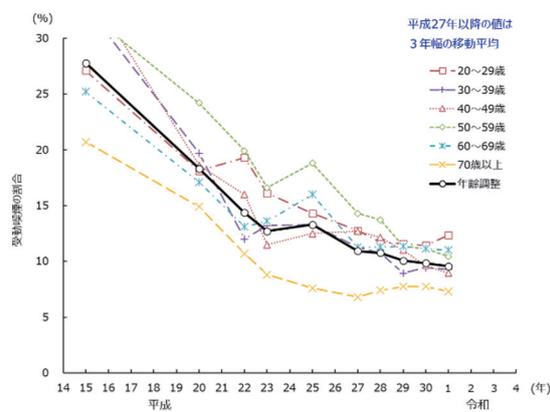
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(5)-20：受動喫煙（家庭）の推移（年齢階級別）

図表 20-1：男性



図表 20-2：女性



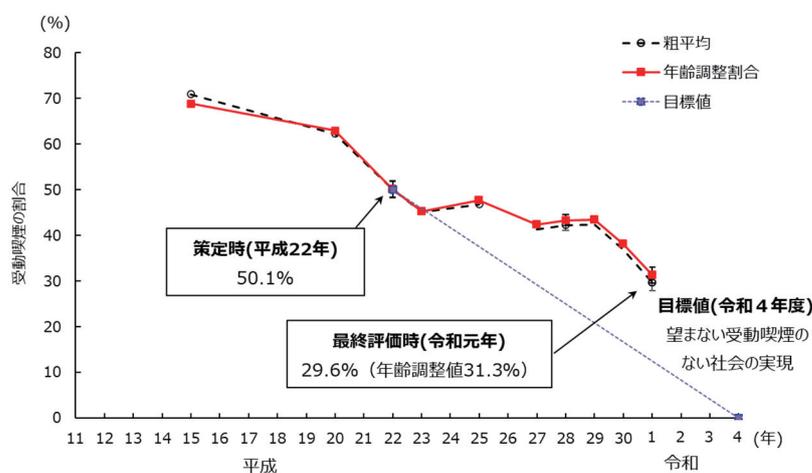
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

[飲食店]

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（ $P<0.01$ ）しており、経年的な推移の分析でも、有意に減少（ $P<0.01$ ）している（図表Ⅱ-5-(5)-21）。男女別にみても、男女ともに有意に減少しており、全ての年齢階級で減少傾向がみられた（図表Ⅱ-5-(5)-22、図表Ⅱ-5-(5)-23、図表Ⅱ-5-(5)-24）。

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到達が危ぶまれることから、「B\* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」と評価した。

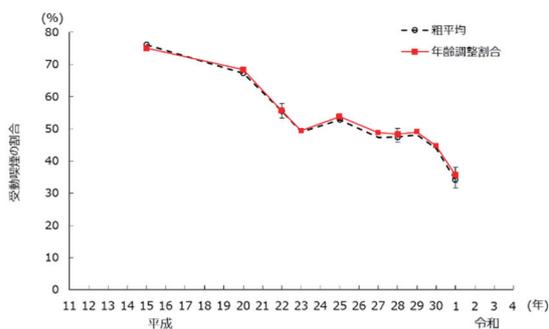
図表Ⅱ-5-(5)-21：受動喫煙（飲食店）の推移（男女計）



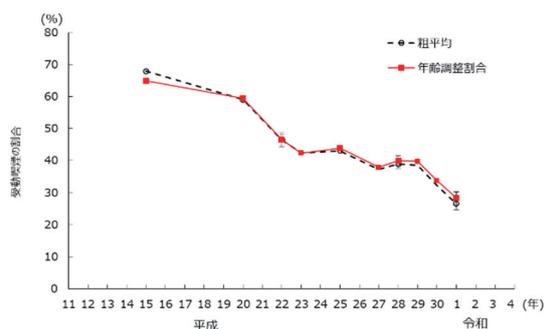
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(5)-22：受動喫煙（飲食店）の推移

図表 22-1：男性



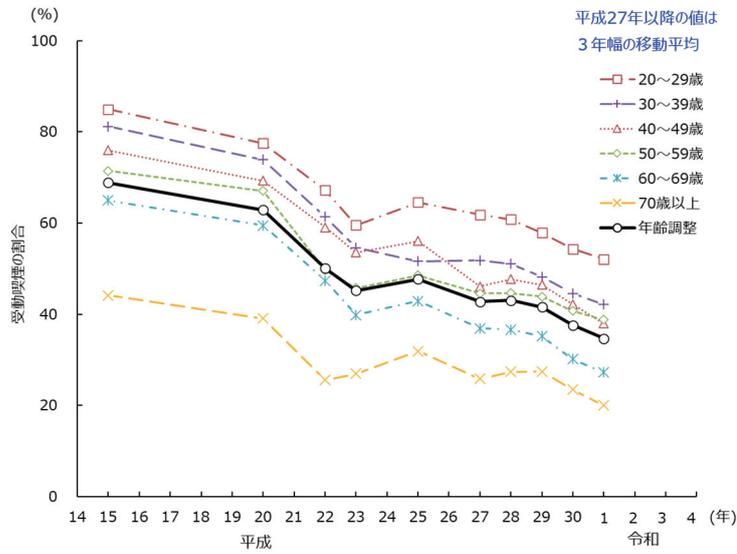
図表 22-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

5. (5) 喫煙

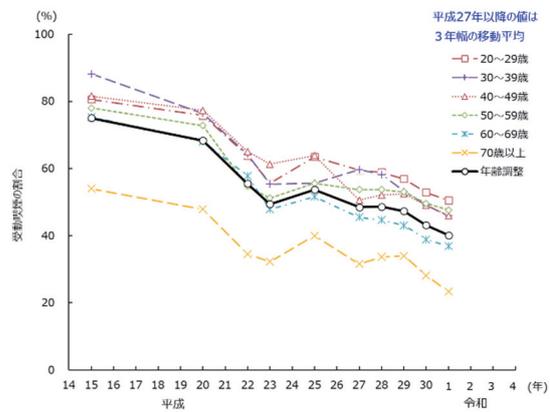
図表Ⅱ-5-(5)-23：受動喫煙（飲食店）の推移（男女計、年齢階級別）



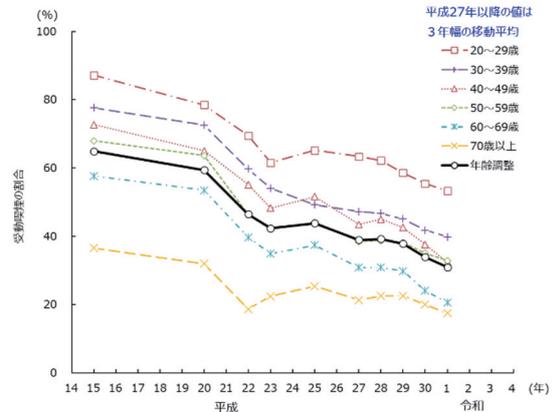
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(5)-24：受動喫煙（飲食店）の推移（年齢階級別）

図表 24-1：男性



図表 24-2：女性



資料：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）が行われた。また、旧 3 級品の特例税率を令和元（2019）年 9 月に廃止された。
- 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」が取りまとめられ、注意文言の表示面積を 50%以上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性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」を取りまとめた（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された。
- たばこ規制枠組条約の締約国として COP 1（平成 18（2006）年）～COP 9（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<sup>5)</sup>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、記念イベントの開催及びウェブサイトを活用した情報提供等を実施した。
- スマート・ライフ・プロジェクト<sup>6)</sup>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等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（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、喫煙環境に関する実態調査を実施。

## 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）

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

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

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。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

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。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、更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 今後の取組と課題

### <領域全体としての課題>

○ MPOWER 政策パッケージに則った施策を実行、強化しており、世界保健機関(WHO)による我が国のたばこ対策の評価は近年改善傾向にある<sup>7)</sup>(図表Ⅱ-5-(5)-25、図表Ⅱ-5-(5)-26)。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<sup>8) 9)</sup>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<sup>10) 11)</sup>を調べた研究によると、我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、我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。

図表Ⅱ-5-(5)-25：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<br>61% | 可<br>40% | 優<br>79.3% | 優<br>83.2% | 良<br>63.5% | 優<br>76.6% | 良<br>61.7% |

資料：「WHO report on the global tobacco epidemic 2021」<sup>7)</sup> から作成

注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

注2：国一律の法規制ではなく、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

図表Ⅱ-5-(5)-26：たばこ規制枠組条約に基づく履行状況評価

○ 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<br>(2017年報告書) | 2018年<br>(2019年報告書) | 2020年<br>(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                   |

資料：「WHO report on the global tobacco epidemic 2021」<sup>7)</sup> から作成

注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

注2：受動喫煙対策（健康増進法改正）については、施行前の令和元（2019）年報告で「前もって」評価を上げられたため、令和3（2021）年報告は変化していない

- 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（Information and Communication Technology）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<sup>12)</sup> - <sup>14)</sup> や受動喫煙による曝露<sup>14)</sup> <sup>15)</sup> について、都道府県格差のほか、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<sup>16)</sup>。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<sup>16)</sup>。

## 5. (5) 喫煙

## <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<sup>17)</sup>。
- 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である。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、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ことが重要である。
- 我が国の保健医療の制度やクイットライン、I C T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である。
- 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である。
- 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、我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である。

### 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を中・長期的に評価する上での重要な指標である<sup>17)</sup>。
- 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である。
- 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更なる普及、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である。

### 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、母子健康手帳の活用も含め、妊娠中の喫煙による健康へのリスク等の情報提供が引き続き必要。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である。

#### 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<sup>17)</sup>。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、関係施設への周知をはじめ、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である。
- 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向けた改正健康増進法の法的規制の強化が必要である。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する必要がある。
- 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。中高生の36.1%が最近1か月の間に家庭内の受動喫煙で不快な思いをしたと回答している調査<sup>18)</sup>や妊婦の受動喫煙率は36.9%という報告<sup>19)</sup>もあり、未成年や妊婦がいる家庭においては、国民健康・栄養調査の家庭における結果よりも受動喫煙率が高い可能性が考えられる。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である。

### 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

- 喫煙は、新型コロナウイルスによる肺炎の重症化に直接関わるだけでなく、COPD、慢性腎臓病（CKD：Chronic Kidney Disease）、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症の重症化を引き起こすことが報告されている<sup>20)</sup>。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。例えば、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<sup>21)</sup>。令和2（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<sup>22)</sup>。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令和3（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<sup>23)</sup>。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。

#### 5.（5）喫煙

- 新型コロナウイルス感染症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团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) Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, Inoue M. Toward a third term of Health Japan 21 - implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. Lancet Reg Health West Pac. 2022;21:100377. Epub 20220123. doi: 10.1016/j.lanwpc.2021.100377. PubMed PMID: 35098183; PubMed Central PMCID: PMC8783949.
- 2) 喫煙の健康影響に関する検討会. 喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書. 平成 28 (2016) 年 8 月.  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf>
- 3) Starr G, Rogers T, Schooley M, Porter S, Wiesen E, Jamison N. Key outcome indicators for evaluating comprehensive tobacco control programs. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2005.  
<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/5472>
- 4) Glantz S, Gonzalez M. Effective tobacco control is key to rapid progress in reduction of non-communicable diseases. Lancet. 2012;379(9822):1269-71. Epub 20110928. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60615-6. PubMed PMID: 21963004; PubMed Central PMCID: PMC3260384.
- 5) 厚生労働省「受動喫煙対策」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000189195.html>
- 6) スマート・ライフ・プロジェクト  
<http://www.smartlife.go.jp/>
- 7) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2021: addressing new and emerging products, Geneva, World Health Organization, 2021.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>
- 8) 仲下 祐美子, 大島 明, 増居 志津子, 中村 正和. 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. PubMed PMID: 2016386715.
- 9) 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 28 (2016) 年度～平成 30 (2018) 年度、研究代表者 中村正和) 平成 30 年度総括・分担研究報告書:141-194.
- 10) 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. doi:10.11236/jph.60.9\_613.

- 11) Tabuchi T, Nakamura M, Nakayama T, Miyashiro I, Mori J, Tsukuma H. 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. Epub 20150815. doi: 10.2188/jea.JE20140183. PubMed PMID: 26277880; PubMed Central PMCID: PMC4690736.
- 12) 厚生労働省「平成 30 年国民健康・栄養調査報告」. 令和 2 (2020) 年 3 月 1 .  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000681200.pdf>
- 13) Tanaka H, Mackenbach JP, Kobayashi Y. Widening Socioeconomic Inequalities in Smoking in Japan, 2001-2016. *J Epidemiol.* 2021;31(6):369-77. Epub 20201125. doi: 10.2188/jea.JE20200025. PubMed PMID: 32595181; PubMed Central PMCID: PMC8126678.
- 14) 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(4):170-5. Epub 20171118. doi: 10.2188/jea.JE20160206. PubMed PMID: 29151476; PubMed Central PMCID: PMC5865007.
- 15) Saito J, Tabuchi T, Shibanuma A, Yasuoka J, Nakamura M, Jimba M. '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. Epub 20151002. doi: 10.1371/journal.pone.0139512. PubMed PMID: 26431400; PubMed Central PMCID: PMC4592009.
- 16) 中村 正和, 田淵 貴大, 尾崎 米厚, 大和 浩, 樺田 尚樹, 吉見 逸郎, 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. PubMed PMID: 2020138417.
- 17) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会. 健康日本 21 (第二次) の推進に関する参考資料. 平成 24 (2012) 年 7 月.  
[https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_02.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf)
- 18) 岩佐 景一郎, 渡邊 瑞穂, 横道 洋司, 山縣 然太郎. 山梨県における中高生の受動喫煙の実態調査. *厚生指標.* 2018;65(12):30-5. PubMed PMID: 2019048460.
- 19) Cui M, Kimura T, Ikehara S, Dong JY, Ueda K, Kawanishi Y, et al. Prenatal tobacco smoking is associated with postpartum depression in Japanese pregnant women: The japan environment and children's study. *J Affect Disord.* 2020;264:76-81. Epub 20191130. doi: 10.1016/j.jad.2019.11.145. PubMed PMID: 31846904.
- 20) 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 7.0 版」. 令和 4 (2022) 年 2 月.

## 5. (5) 喫煙

<https://www.mhlw.go.jp/content/000904136.pdf>

- 21) Bommele J, Hopman P, Walters BH, Geboers C, Croes E, Fong GT, et al. The double-edged relationship between COVID-19 stress and smoking: Implications for smoking cessation. *Tob Induc Dis.* 2020;18:63. Epub 20200727. doi: 10.18332/tid/125580. PubMed PMID: 32733178; PubMed Central PMCID: PMC7386200.
- 22) Koyama S, Tabuchi T, Okawa S, Kadobayashi T, Shirai H, Nakatani T, 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):378-86. Epub 20210423. doi: 10.2188/jea.JE20200533. PubMed PMID: 33746148; PubMed Central PMCID: PMC8126679.
- 23) 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. 令和 3 (2021) 年 5 月.  
[https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr\\_release/2021/0531/20210531\\_report.pdf](https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2021/0531/20210531_report.pdf)

## (6) 歯・口腔の健康

### 背景

- 歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく寄与する<sup>1)-3)</sup>。歯の喪失による咀嚼機能や構音機能の低下は多面的な影響を与え、生活の質に大きく関連する。
- 歯の喪失の主要な原因疾患は、う蝕と歯周病であり、歯・口腔の健康のためにはう蝕と歯周病の予防が重要である。う蝕の有病状況は改善傾向にあるものの、学齢期ではその地域格差は未だに大きい。
- 歯・口腔の健康に関する指標は、①口腔機能の維持・向上（60歳代における咀嚼良好者の割合の増加）、②歯の喪失防止（80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加、60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加、40歳で喪失歯のない者の割合の増加）、③歯周病を有する者の割合の減少（20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少、40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少、60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少）、④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加（3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加、12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加）、⑤過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加を設定している。

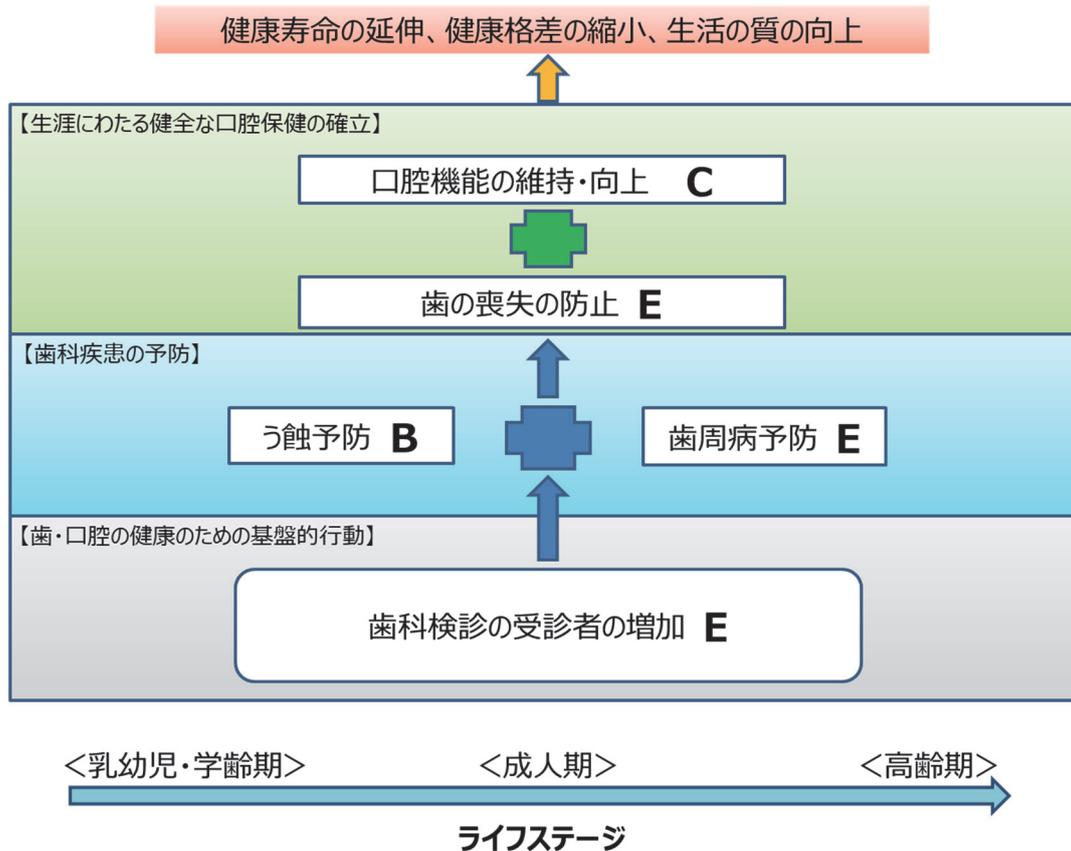
### 1 目標項目の評価状況

| 評価                             | 項目数  |
|--------------------------------|------|
| A 目標値に達した                      | 0    |
| B 現時点で目標値に達していないが、改善している       | 1    |
| B* Bの中で目標年度までに<br>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                         | 3    |

| 目標項目                              | 評価           |
|-----------------------------------|--------------|
| ① 口腔機能の維持・向上（60歳代における咀嚼良好者の割合の増加） | C            |
| ② 歯の喪失防止                          | E<br>(参考 B)  |
| ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加       | E※<br>(参考 B) |
| イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加       | E※<br>(参考 B) |
| ウ 40歳で喪失歯のない者の割合                  | E※<br>(参考 C) |
| ③ 歯周病を有する者の割合の減少                  | E            |
| ア 20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少      | A            |
| イ 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少      | E※           |
| ウ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少      | E※           |
| ④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加               | B            |
| ア 3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加   | B            |
| イ 12歳児の一人平均う蝕数が1.0歯未満である都道府県の増加   | B            |
| ⑤ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加          | E※           |

※ 新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

図表Ⅱ-5-(6)-1：歯・口腔の健康の目標設定の考え方及び最終評価結果



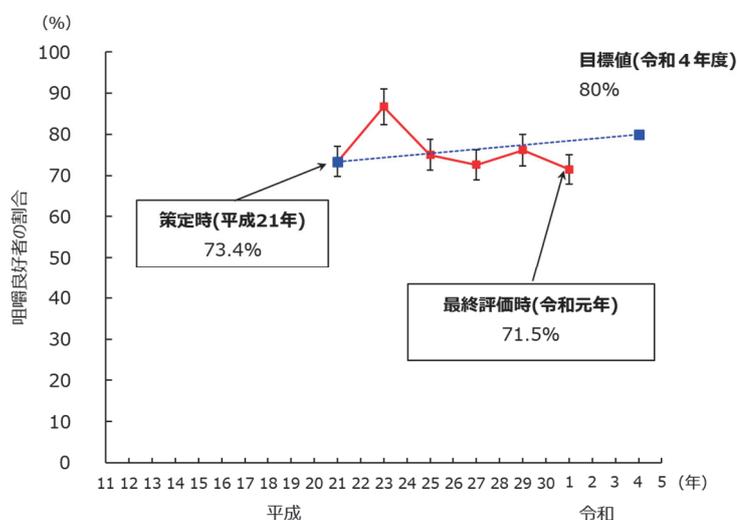
資料：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料に最終評価結果を追記

① 口腔機能の維持・向上（60 歳代における咀嚼良好者の割合の増加）

「60 歳代における咀嚼良好者の割合」は直近で 71.5%であり、ベースラインの 73.4%及び中間評価時の 72.6%からは微減しているが、統計学的には有意な増減がみられなかった。

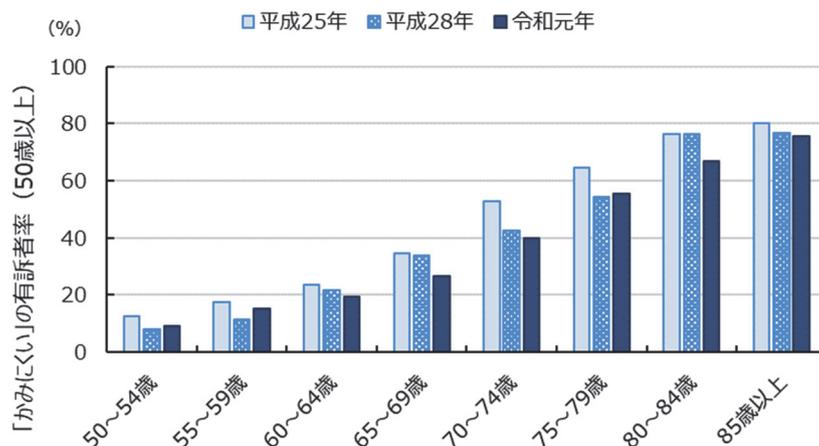
一方で、「かみにくい」の自覚症状のある者の割合は、特に 60 代以降で減少傾向がみられている。

図表Ⅱ-5-(6)-2：60歳代における咀嚼良好者の割合の推移



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(6)-3：「かみにくい」の有訴者率の推移（50歳以上）



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」

## ② 歯の喪失防止

### ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合

「80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合」は、中間評価時点で目標を達成したため、目標値を再設定したが、新型コロナウイルス感染症の拡大の影響による統計調査の中止により、中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難である。

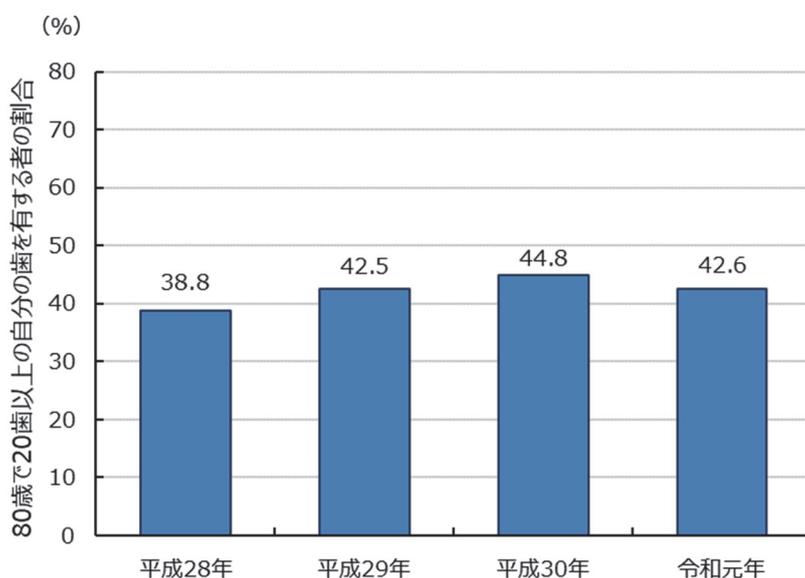
参考値として、国民健康・栄養調査（自記式調査）における歯の本数の調査結果について、中間評価時点（平成28（2016）年）から最終評価時点（令和元（2019）年）まで得られたことから、「80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合」について統計分析（トレンド分析）を

行い、参考指標について検討を行った結果、統計学的に有意に増加傾向がみられた（図表Ⅱ-5-(6)-4）。

また、都道府県等における地域住民を対象とした歯科健診において「80歳で20歯以上の自分の歯を有する」と判定された者の割合又はアンケート調査において保有歯「20本～32本」と回答した者の割合について、中間評価時点（平成28（2016）年）と最終評価時点（令和元（2019）年）で比較すると、両時点の比較が可能な9地域のうち8地域で増加していた。

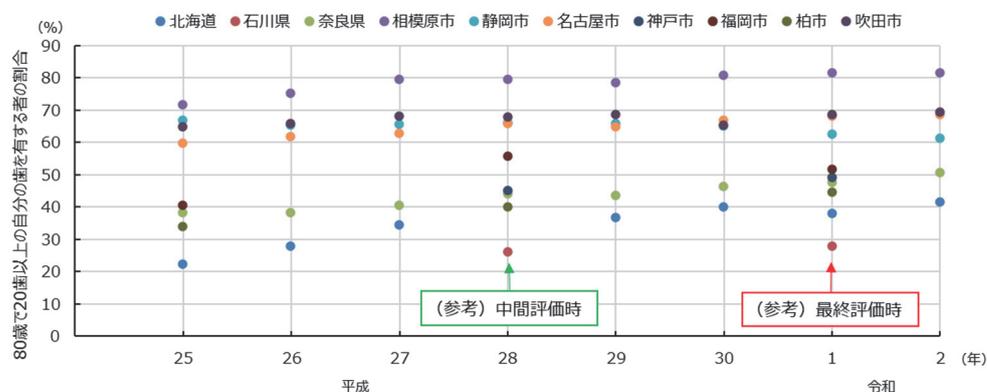
また、歯科医療機関を受診した後期高齢者を対象とした調査において、歯科疾患実態調査と同様の方法で計算した「80歳で20歯以上の自分の歯を有する者」の割合は、令和4（2022）年1月時点で、51.0%であった<sup>4)</sup>。

**図表Ⅱ-5-(6)-4：80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の推移**



資料：第9回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料1-3

図表Ⅱ-5-(6)-5：80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の推移  
(自治体調査の結果)



資料：第9回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料1-2

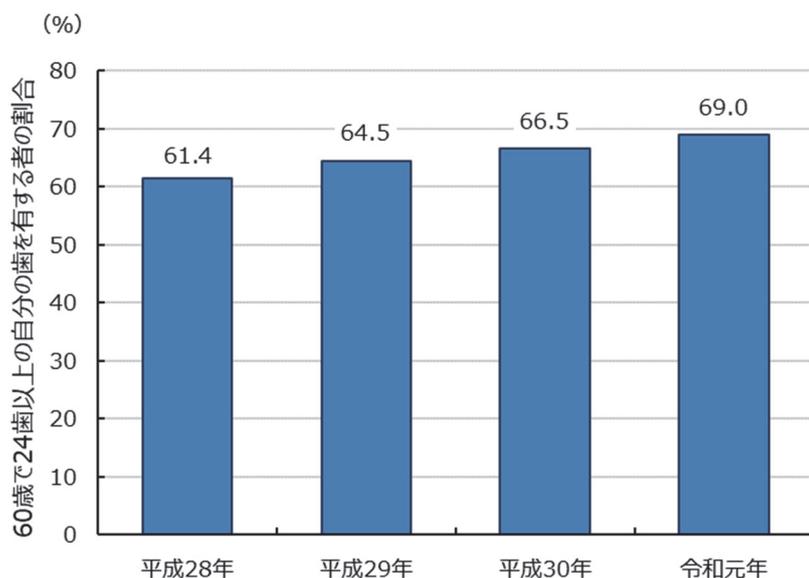
### イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合

「60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合」は、中間評価時点で目標を達成したため、目標値を再設定したが、新型コロナウイルス感染症の影響による統計調査の中止により、中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難である。

参考値として、国民健康・栄養調査（自記式調査）における歯の本数の調査結果について、中間評価時点（平成28（2016）年）から最終評価時点（令和元（2019）年）まで得られたことから、「60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合」について統計分析（トレンド分析）を行い、参考指標について検討を行った結果、統計学的に有意に増加傾向がみられた。（図表Ⅱ-5-(6)-6）。

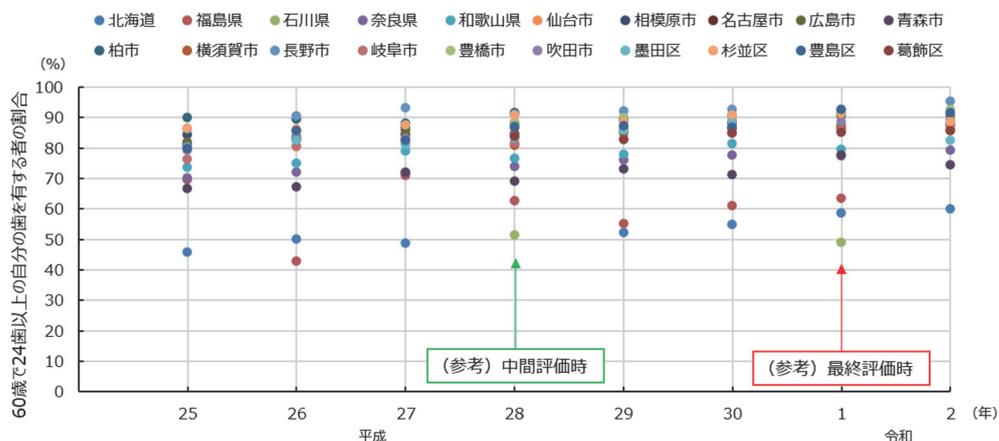
また、都道府県等における地域住民を対象とした歯科健診において「60歳で24歯以上の自分の歯を有する」と判定された者の割合又はアンケート調査において保有歯「24本～32本」と回答した者の割合について、中間評価時点（平成28（2016）年）と最終評価時点（令和元（2019）年）と比較すると、両時点の比較が可能な19地域のうち17地域で増加していた。

図表Ⅱ-5-(6)-6：60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の推移



資料：第9回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料1-3

図表Ⅱ-5-(6)-7：60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の推移  
(自治体調査の結果)



資料：第9回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料1-2

### ウ 40歳で喪失歯のない者の割合

40歳で喪失歯のない者の割合は、新型コロナウイルス感染症の影響による統計調査の中止により、中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難である。

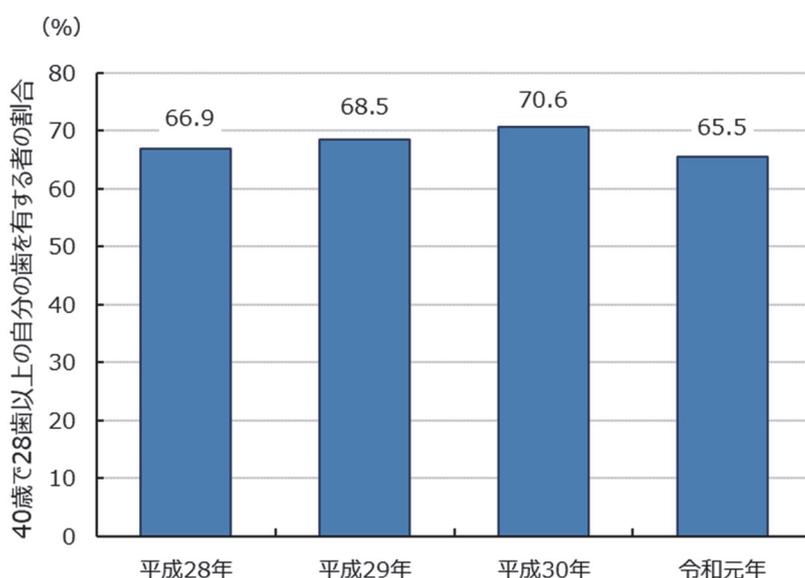
参考値として、国民健康・栄養調査(自記式調査)における歯の本数の調査結果について、中間評価時点(平成28(2016)年)から最終評価時点(令和元(2019)年)まで得られたこ

## 5.(6) 歯・口腔の健康

とから、「40歳で喪失歯のない者の割合」とほぼ同義であると考えられる「40歳で28歯以上の自分の歯を有する者の割合」について統計分析（トレンド分析）を行い、参考指標について検討を行った結果、統計学的に有意な変化はみられなかった（図表Ⅱ-5-(6)-8）。

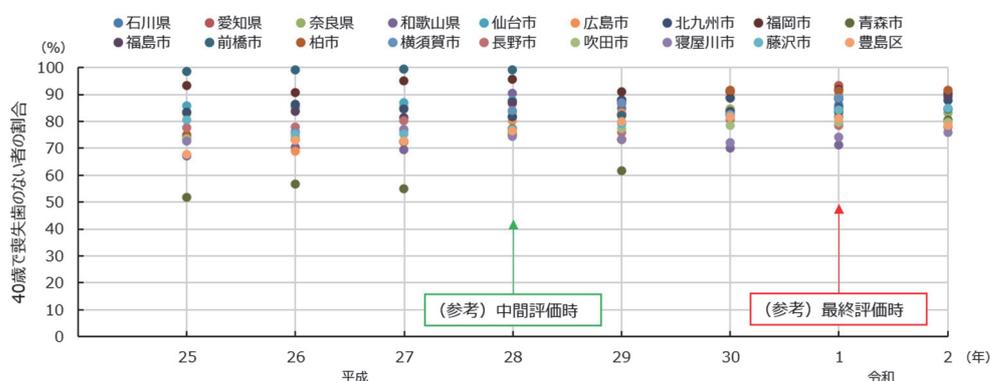
また、都道府県等における地域住民を対象とした歯科健診において「40歳で28歯以上の自分の歯を有する」と判定された者の割合又はアンケート調査において保有歯「28本～32本」と回答した者の割合について、中間評価時点（平成28（2016）年）と最終評価時点（令和元（2019）年）で比較すると、両時点の比較が可能な18地域のうち13地域で微増していた。

図表Ⅱ-5-(6)-8：40歳で28歯以上の自分の歯を有する者の割合の推移



資料：第9回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料1-3

図表Ⅱ-5-(6)-9：40歳で喪失歯のない者の割合の推移（自治体調査の結果）



資料：第9回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料1-2

5. (6) 歯・口腔の健康

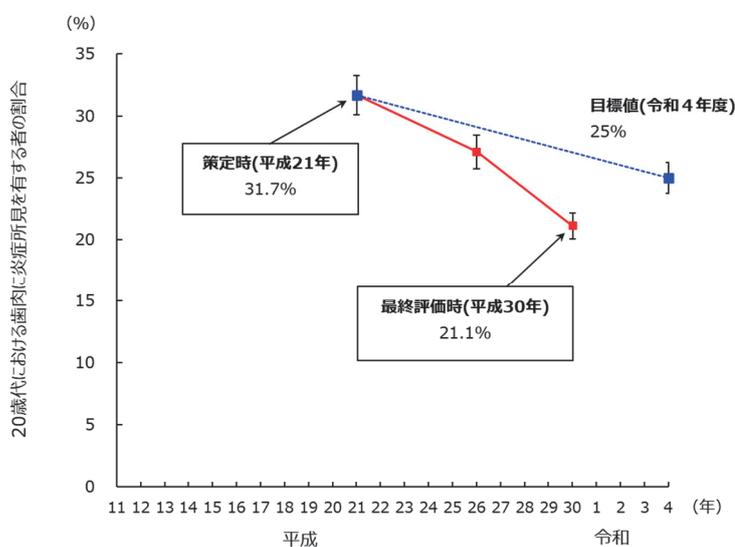
### ③ 歯周病を有する者の割合の減少

#### ア 20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少

「20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合」は直近で 21.1%であり、ベースラインの 31.7%及び中間評価時の 27.1%から減少しており、目標値を達成している。

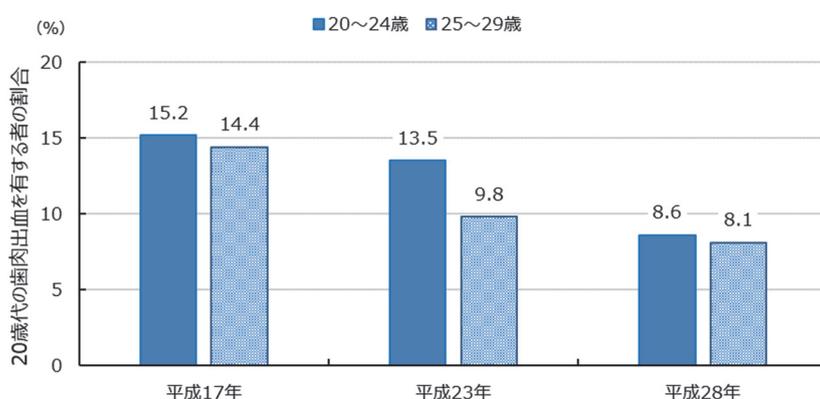
国民健康・栄養調査は自記式調査であるが、歯科医師が口腔内診査を行う歯科疾患実態調査の結果でも、「20 歳代における歯肉出血を有する者の割合」は、20 歳代前半・後半ともに、平成 28（2016）年では約 8%であり、平成 17（2005）年、平成 23（2011）年の約 15%と比較して減少している。

図表Ⅱ-5-(6)-10：20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の推移



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-5-(6)-11：20 歳代の歯肉出血を有する者の状況



資料：厚生労働省「歯科疾患実態調査」

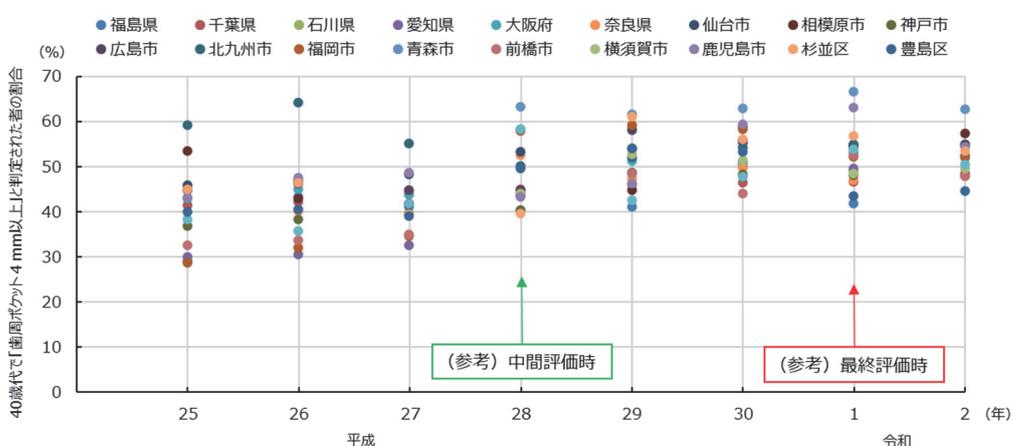
## 5. (6) 歯・口腔の健康

### イ 40 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合

「40 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合」は、新型コロナウイルス感染症の影響による統計調査の中止により、中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難である。

参考値として、都道府県等における地域住民を対象とした歯科健診の結果では、歯周ポケットが 4 mm 以上と判定された者（すなわち進行した歯周炎を有する者）の割合について、中間評価時点（平成 28（2016）年）と最終評価時点（令和元（2019）年）を比較すると、両時点の比較が可能な 19 地域のうち 13 地域で増加し、6 地域で減少していた。

図表Ⅱ-5-(6)-12：40 歳代で「歯周ポケット 4 mm 以上」と判定された者の割合の推移  
（自治体調査の結果）



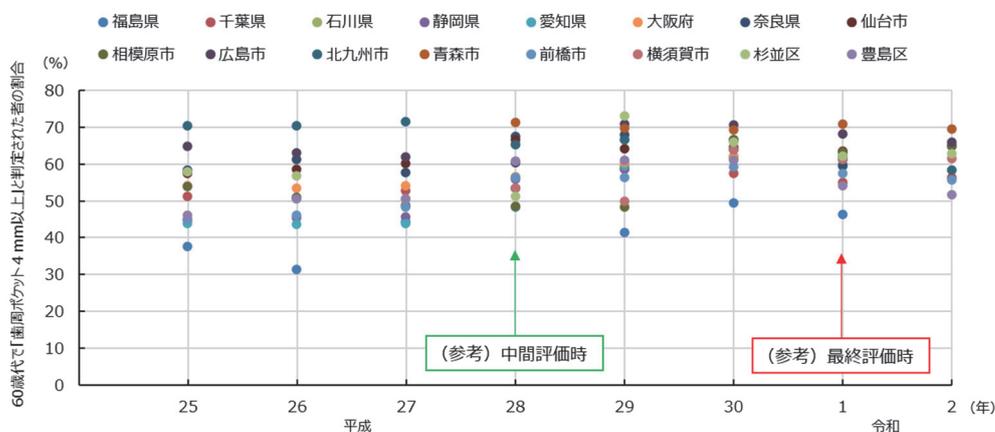
資料：第9回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料1-2

### ウ 60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少

「60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合」は、新型コロナウイルス感染症の影響による統計調査の中止により、中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難である。

参考値として都道府県等における地域住民を対象とした歯科健診の結果をみると、歯周ポケットが 4 mm 以上と判定された者（すなわち進行した歯周炎を有する者）の割合について、中間評価時点（平成 28（2016）年）と最終評価時点（令和元（2019）年）を比較すると、両時点の比較が可能な 18 地域のうち、9 地域で増加し、9 地域で減少していた。

図表Ⅱ-5-(6)-13：60歳代で「歯周ポケット4mm以上」と判定された者の割合の推移  
(自治体調査の結果)



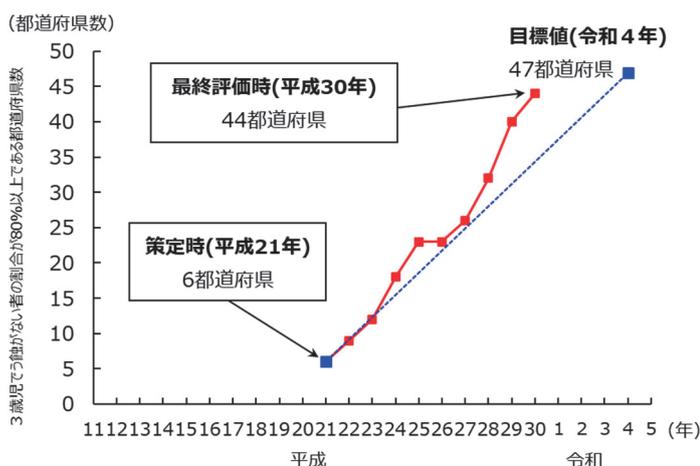
資料：第9回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料1-2

④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

ア 3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加

「3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県」は、中間評価時点で目標を達成したため、目標値を再設定した。最終評価時点（平成30（2018）年）の直近値は、44都道府県であり、目標値には達していないものの、ベースラインの6都道府県及び中間評価時の26都道府県からは増加しており、改善している（ベースラインからの相対的変化：633%）。なお、直近の令和2（2020）年の調査結果では、46都道府県が80%を超えており、更なる改善がみられる。

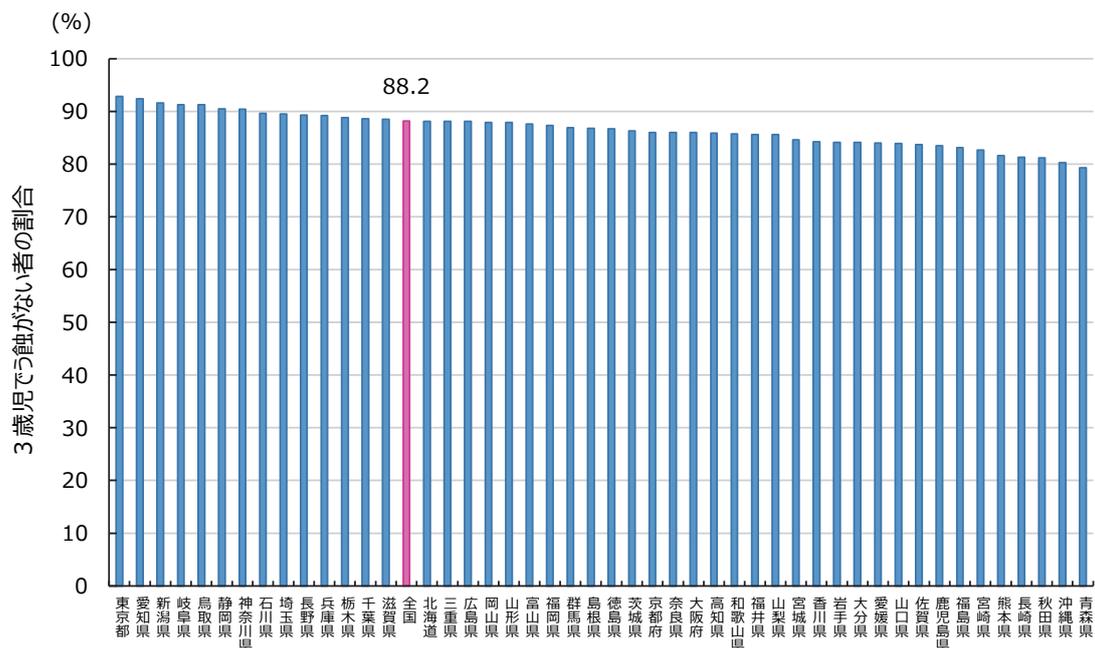
図表Ⅱ-5-(6)-14：3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県数の推移



資料：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」

5. (6) 歯・口腔の健康

図表Ⅱ-5-(6)-15：3歳児でう蝕がない者の割合（都道府県別）令和2（2020）年度



資料：厚生労働省「令和2年度地域保健・健康増進事業報告」

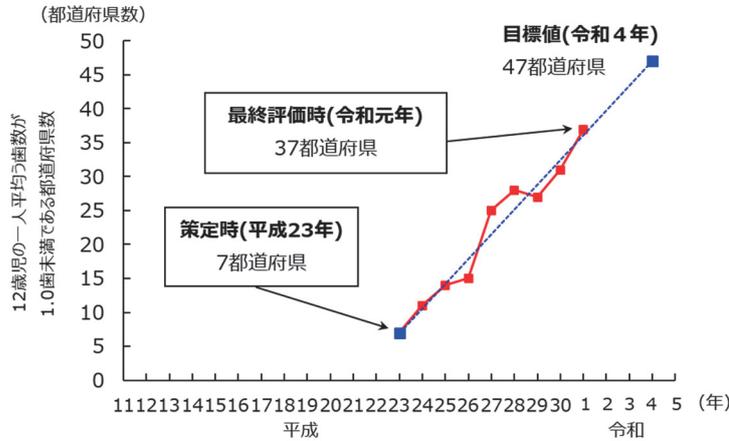
### イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加

「12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県」は、中間評価時点で目標を達成したため、目標値を再設定した。最終評価時点（令和元（2019）年）の直近値は、37都道府県であり、目標値には達しなかったものの、ベースラインの7都道府県及び中間評価時の28都道府県から増加しており、改善している（ベースラインからの相対的変化429%）。

一方で、12歳児の一人平均う歯数は、乳幼児期と比較すると都道府県による格差が大きい。

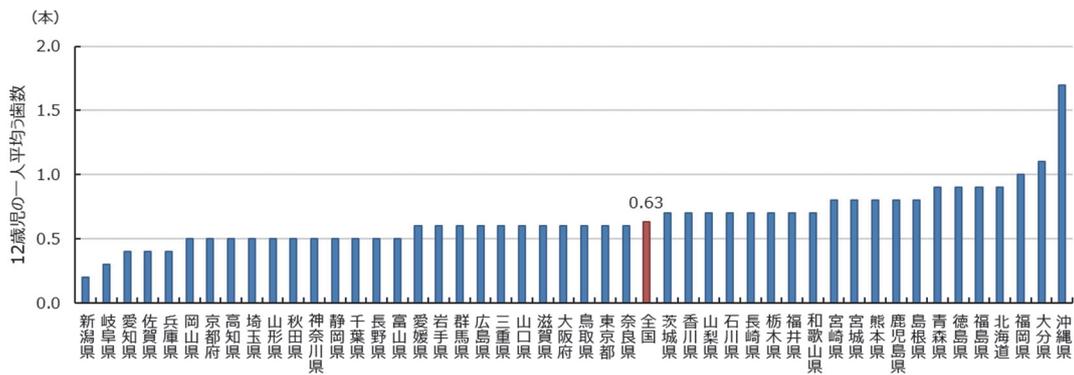
なお、直近の令和2（2020）年の調査では、44都道府県が1.0歯未満であり、更なる改善がみられる。

図表Ⅱ-5-(6)-16：12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県数の推移



資料：文部科学省「学校保健統計調査」

図表Ⅱ-5-(6)-17：12歳児の一人平均う歯数（都道府県別）令和2（2020）年度



資料：文部科学省「令和2年度学校保健統計調査」

### ⑤ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

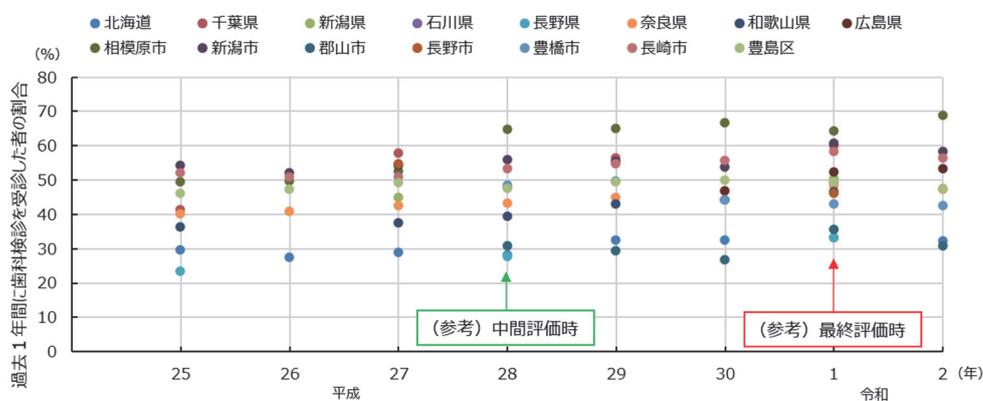
「過去1年間に歯科検診を受診した者の割合」は、中間評価時点で目標を達成したため、目標値を再設定したが、新型コロナウイルス感染症の影響による統計調査の中止により、中間評価以降のデータがないため、現時点では評価困難である。

参考値として、都道府県等におけるアンケート調査等の結果では、過去1年間に歯科健診（検診）を受診した者の割合について、中間評価時点（平成28（2016）年）と最終評価時点（令和元（2019）年）で比較すると、両時点の比較が可能な10地域のうち8地域で微増していた。

また、厚生労働科学研究で実施したウェブ調査の結果では、高齢者層では他の年代よりも高い受診率を示した。

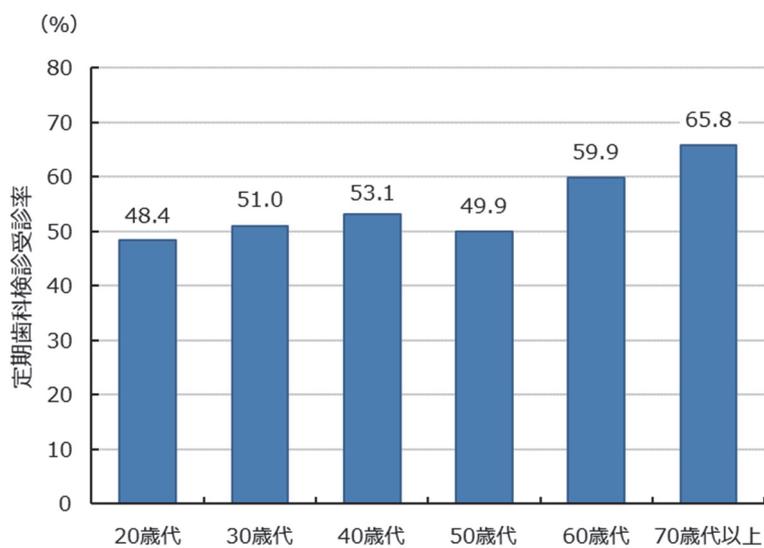
## 5.（6）歯・口腔の健康

図表Ⅱ-5-(6)-18：過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の推移  
(自治体調査の結果)



資料：第9回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料1-2

図表Ⅱ-5-(6)-19：定期歯科検診受診率（歯科保健行動に関するウェブ調査）



資料：第9回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会資料1-3

## 2 関連する取組

### <領域全体に係る取組>

- 平成 23（2011）年に公布・施行された「歯科口腔保健の推進に関する法律」に基づき、平成 24（2012）年に「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」を策定した。この中で、推進のための具体的な目標・計画を策定し、平成 29（2017）年度に中間評価を行った。
- 平成 29（2017）年 10 月には、これからの歯科保健医療提供体制の目指すべき姿として「歯科保健医療ビジョン」を示した。
- 厚生労働省では、市町村が行う歯周疾患検診に対し、健康増進事業により財政支援を行っているほか、都道府県等が行う歯科健診や歯科疾患の予防に関する取組に対し、8020 運動・口腔保健推進事業により財政支援を行っている。
- 平成 30（2018）年に「歯科口腔保健の推進に係るう蝕対策ワーキンググループ」を設置し、歯科口腔保健の推進に係るう蝕対策について検討を行い、令和元（2019）年に報告書を取りまとめた。
- 歯周病対策については、令和 3（2021）年 5 月に「歯科口腔保健の推進に係る歯周病対策ワーキンググループ」を設置し、検討を行っている。

### <各目標項目に係る取組>

#### ① 口腔機能の維持・向上（60 歳代における咀嚼良好者の割合の増加）

- 都道府県や市町村等における高齢者の口腔機能に関する取組として、歯科保健指導等が地域の状況に応じて行われており、厚生労働省では、8020 運動・口腔保健推進事業により財政支援を行っている。
- 平成 30（2018）年度診療報酬改定において、口腔機能低下症に対する口腔機能管理が保険導入された。
- 平成 30（2018）年 4 月に、特定健康診査・特定保健指導を中心に、効果的な健診・保健指導を実施するに当たっての基本的な考え方や実施する際の留意点等を示した「標準的な健診・保健指導プログラム」において、「標準的な質問票」に「かんで食べる時の状態」に関する質問が追加された。
- 近年、「オーラルフレイル」の概念が提唱され、日本歯科医師会が、リーフレット等を作成し、情報提供等を行っている。
- 「口腔機能低下症」に関するリーフレット等を日本老年歯科医学会が作成し、情報提供等を行っている。

#### ② 歯の喪失防止

- 歯の喪失の主な要因はう蝕と歯周病であり、これらの予防のため、ライフステージに応じ、自治体等において乳幼児歯科健診、学校歯科健診、歯周疾患検診等が行われている。
- 厚生労働省では、都道府県等が行うフッ化物応用や歯科健診等の歯科疾患の予防に関する取組に対し、8020 運動・口腔保健推進事業により財政支援を行っている。

#### 5.（6）歯・口腔の健康

### ③ 歯周病を有する者の割合の減少

- 歯肉炎、歯周炎対策として、自治体等において乳幼児歯科健診、学校歯科健診、歯周疾患検診等が行われており、歯周疾患検診を実施する自治体数は増加している。また、歯周疾患検診の対象年齢以外にも拡大して歯科健診等を実施している自治体もある。さらに、成人期及び高齢期の歯周病対策として、市町村において歯科保健指導や普及啓発等が行われている。
- 歯周病対策については、令和3（2021）年5月に「歯科口腔保健の推進に係る歯周病対策ワーキンググループ」を設置し、検討を行っている。

### ④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

- 乳幼児期のう蝕対策として、市町村等において保護者を対象とした歯科保健指導や乳幼児を対象としたフッ化物塗布、保育所・幼稚園等におけるフッ化物洗口等が行われている。
- 学齢期のう蝕対策及び歯肉炎対策として、学校における歯科保健指導が行われ、またう蝕対策としてフッ化物洗口等が行われている。
- 厚生労働省では、都道府県等が行うフッ化物洗口や歯科健診等の歯科疾患の予防に関する取組に対し、8020 運動・口腔保健推進事業により財政支援を行っている。

### ⑤ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

- 都道府県等においては、歯科健診（検診）の受診勧奨のための普及啓発等を行うとともに、法令において義務や努力義務となっている対象者以外に独自の歯科健診（検診）等を実施している自治体もある。
- 厚生労働省では、都道府県等が行うフッ化物洗口や歯科健診（検診）等の歯科疾患の予防に関する取組に対し、8020 運動・口腔保健推進事業により財政支援を行っている。

## 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 口腔機能の維持・向上（60歳代における咀嚼良好者の割合の増加）

評価は「C 変わらない」であった。咀嚼の状況には、歯の本数や補てつ物の装着状況、歯周病による歯の動揺や疼痛の有無、口腔機能等が複合的に影響すると考えられる。咀嚼機能に直接的に影響を及ぼす歯の本数をみると、一人平均現在歯数は増加傾向にある一方で、60歳代における進行した歯周炎のある者の割合は評価困難ではあったが、中間評価以降明確な改善傾向は認められないと推測され、このような歯科疾患の罹患状況等も要因として考えられる。

#### ② 歯の喪失防止

評価は、令和3（2021）年に実施予定であった歯科疾患実態調査が中止されたことから、いずれの指標も評価が困難であり、現時点では全体としても「E 評価困難」であった。

参考値として、「80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合」と「60歳で24歯以上の自分

の歯を有する者の割合」は、国民健康・栄養調査（自記式調査）における歯の本数の調査結果について統計分析（トレンド分析）を行った結果、統計学的に有意に増加傾向が見られたことから、参考指標は「B 目標に達していないが、改善傾向にある」とした。

一方で、「40歳で喪失歯のない者の割合」は、ほぼ同義語であると考えられる国民・健康栄養調査の「40歳で28歯以上の自分の歯を有する者の割合」についてトレンド分析を行った結果、統計学的に有意な差はみられなかったため、参考指標は「C 変わらない」とした。

これまでの歯科疾患実態調査において、40歳代の1人当たり平均喪失歯数は、平成17（2005）年で40歳～44歳と44歳～49歳がそれぞれ1.4本と2.3本であるのに対し、平成28（2016）年ではそれぞれ0.8本と0.9本と1本未満になっており、喪失歯数は減少しているが、<sup>4)</sup>依然としてう蝕や歯周病、矯正治療、外傷等で抜歯に至る者が一定数いると考えられる。

### ③ 歯周病を有する者の割合の減少

評価は「E 評価困難」であった。

「20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少」が目標値に達した要因としては、中間評価において定期的な歯科健診の受診やデンタルフロス等の補助清掃用具の使用等を行う者の割合が増加しており、口腔衛生に対する意識が高い者が増加していること等が考えられる。

また、「40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少」及び「60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少」は、令和3（2021）年に実施予定であった歯科疾患実態調査が新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響に鑑み中止されたことから、現時点では「E 評価困難」であった。

今回、平成28（2016）年と令和元（2019）年で比較が可能であった自治体調査では、「40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少」と「60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少」のいずれも、平成28（2016）年と令和元（2019）年で比較すると、増加している地域と減少している地域の両者があり、自治体数も限られていることから、一定の傾向を判断することは困難である。なお、「60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合」は増加傾向にある可能性があり、残存歯が増加する一方で、歯周病に罹患している歯も増加している可能性が考えられる。

「20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少」が「A 目標に達した」という評価であったものの、40歳代と60歳代における中間評価が「C 悪化している」であったこと、参考として用いた調査の結果も改善状況にあるとはいえないことが推測されることから、総合評価については、「E 評価困難」とした。

### ④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

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」であった。

「3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加」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。80%未満である2県も80%に近い状況となっており、令和4（2022）年度までに目標を達成する可能性が高いと考えられる。要因として、各自治体における健康増進計画等において「3歳児のう蝕有病率」を目標として設定している自治体が多く、

## 5.（6）歯・口腔の健康

これらの計画に基づきフッ化物応用や保護者への歯科保健指導等が行われたこと等が考えられる。

「12 歳児の一人平均う歯数が 1.0 歯未満である都道府県の増加」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。12 歳児の一人平均う歯数が 1 歯以上である県は、10 県という状況である。要因として、乳幼児期からの保護者の歯科保健に対する意識の高まりとともに、都道府県による市町村に対するフッ化物応用の導入支援も多く行われていることから、学校における歯科保健指導やフッ化物洗口を含めた学校保健の取組の効果等が考えられる。

#### ⑤ 過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

評価は、令和 3（2021）年に実施予定であった国民健康・栄養調査が新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響に鑑み、中止されたことから、現時点では「E 評価困難」であった。

自治体による調査における「過去 1 年間に歯科健診（検診）を受診したか」という趣旨の質問に「はい」と回答した者の割合について、平成 28（2016）年と令和元（2019）年で比較すると、比較可能な 10 地域のうち 8 地域で増加していた。厚生労働科学研究で実施した歯科保健行動に関するウェブ調査の結果によると、令和 3（2021）年時点の「過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合」は 55.8%であった。これらの結果から、「過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合」は少なくとも減少はしていないことが推測されるが、従来の指標と同等に評価することは困難であることから、「E 評価困難」と評価する。

#### <領域全体としての評価>

口腔機能の維持・向上に関しては、中間評価以降、変化が見られなかった。

歯の喪失防止については、中間評価以降のデータがないため、評価困難としたが、参考値からは、増加あるいは微増傾向が推測される。

歯周病を有する者の割合の減少については、若年者で歯肉の状況は改善傾向にあるものの、40 歳以上の進行した歯周病を有する者の割合は大きく変化していないと推測される。

乳幼児期・学齢期のう蝕のない者の増加に関しては、現時点では目標値に達していないものの、改善傾向にあるが、地域格差の解消に向けた更なる取組が必要である。

過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加については、中間評価以降のデータがないため評価困難としたが、参考値から、微増していると推測される。

## 4 今後の取組と課題

#### <領域全体としての課題>

- 今回、歯科疾患実態調査の中止に伴い、多くの指標のデータが得られなかったことから、今般の新型コロナウイルスのような新興感染症等によるパンデミック時にも継続的にデータを把握するための調査手法や評価項目の設定方法等について検討が必要である。
- 生涯を通じた歯科口腔保健の推進のためには、自治体における歯科疾患の予防や重症化予防の取組に加え、歯科医療機関における適切な歯科医療の提供を含む口腔健康管理等が重要となり、各地域の特性を踏まえた歯科保健医療提供体制の構築が求められる。また、各自治体にお

#### 5.（6）歯・口腔の健康

いては、関係部局と連携し、多職種連携による施策・取組の推進が求められる。

## ＜各目標項目に係る課題＞

### ① 口腔機能の維持・向上（60歳代における咀嚼良好者の割合の増加）

- 健康寿命の延伸や8020達成者の増加等の背景がある中、「かみにくい」という主訴が70歳以降で大きく増加することや、口腔機能低下症の有病率が高齢の地域住民で40%～50%という報告もあること<sup>5)</sup>等を踏まえると、今後は、高齢期における口腔機能低下に対する対策の重要性が増すと考えられ、評価が必要な年齢の検討を含め、高齢者の口腔機能の状況を適切に把握するための評価指標を検討する必要がある。
- 食べる喜び、話す楽しみ等のQOL（生活の質）の向上を図るためには、乳幼児期及び学齢期において適切な口腔機能を獲得し、成人期及び高齢期では口腔機能を維持・向上することが重要である。
- 口腔機能に関する取組については、各市町村等において、乳幼児期、学童期では食育における口腔機能に関する取組や、高齢期では介護予防等が行われているが、各ライフステージに応じた取組が必ずしも十分ではない。自治体が適切なポピュレーションアプローチを行うためには、ライフステージに応じた口腔機能の評価や対応方法等の確立が求められる。

### ② 歯の喪失防止

- 「60歳で24歯以上自分の歯を有する者の割合」や「80歳で20歯以上自分の歯を有する者の割合」等、自分の歯を多く有する高齢者が増加していると推測されるが、残存歯数の増加に伴い、う蝕有病率や歯周病有病率が改善していないことが指摘されている。
- 高齢者では、歯肉退縮による根面の露出、加齢や薬剤等の影響による唾液分泌量の低下等による口腔内の環境の変化により、根面う蝕等高齢期特有の歯科疾患への罹患も指摘されている。さらに、加齢や全身的な疾患の影響等により巧緻性（こうちせい手先の器用さ）が低下すると、従来と同程度のセルフケアを行うことが困難になり、口腔衛生状態の悪化につながると考えられる。
- 歯科保健医療の提供に当たっては、高齢者の特性を踏まえたセルフケアの方法やプロフェッショナルケアの重要性等の普及啓発が求められるとともに、医歯薬連携を含め高齢者に関わる関係者との多職種連携の推進が重要である。

### ③ 歯周病を有する者の割合の減少

- 成人期の歯周病対策について、20歳代における歯肉に炎症所見を有する者は改善している一方で、40歳以降の年代においては、地域における歯周疾患検診の結果による調査からは、増加している地域と減少している地域と両者があり、評価は困難であったが、いずれにしても歯周病を有する者の割合は大きくは変化しておらず、高齢者では残存歯数の増加に伴い歯周病を有する者も増加することが推測される。
- このため、依然として多くの者が歯周病を有していると考えられることから、歯周病の発症・重症化予防への関心を高めるための普及啓発の推進、生活習慣の改善やセルフケアの実践、定期的なプ

## 5.（6）歯・口腔の健康

ロフエショナルケア等の対策が引き続き重要である。

#### ④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

- 乳幼児及び学齢期のう蝕対策について、う蝕有病率は減少傾向にあるが、う蝕罹患率別にみた都道府県の順位に経年的な大きな変化がないことや都道府県内の市町村間で地域格差が見られることが指摘されている。<sup>6)</sup>また、社会経済的因子によりう蝕の罹患状況に格差が生じること等が報告されており<sup>7)</sup>、地域格差とあわせて更なる原因分析や歯科保健の担当者だけではなくその他関係者（関係部局）との連携も含め、対策が求められる。
- 12歳児のう蝕のない者の割合は、都道府県によって差があり、学校保健統計によると、う蝕有病率は他の疾患と比較して未だに高い<sup>8)</sup>ことから、集団全体のリスクを低減させるう蝕予防対策は引き続き重要である。
- 乳幼児・学童期のう蝕有病率の地域格差については、都道府県間の差は縮小している一方で、市町村間の差や社会経済因子による罹患状況の格差が指摘されている。このため、都道府県等は、各種統計調査等も活用しながら、地域の現状把握・課題抽出を行い、地域の状況を踏まえた歯科保健医療施策・取組を行うことが求められる。また、都道府県等がデータに基づく歯科保健医療の取組ができるよう、必要なデータの閲覧やデータを活用するための研修等の実施が求められる。

#### ⑤ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

- 歯科疾患の早期発見・重症化予防の観点から、歯科健診（検診）は重要である。一方で、歯科健診（検診）の受診率は地域により異なることや、特に若年者層においては受診率が低いこと等が指摘されている。このため、引き続き、歯科健診（検診）の機会の充実や、歯科健診（検診）の受診率向上等のための取組が求められる。

### 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

- 今回の評価は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大前の実態を元にしており、感染拡大後のデータは得られていないものが多い。新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、自治体が実施する歯科健診（検診）事業が、延期又は感染拡大防止対策として集団から個別検診へ切り替える等、内容に変更があったことが報告<sup>9)</sup>されており、この影響を測るためには、断片的なデータだけではなく中長期的なデータ等、様々なデータの分析を行うことが重要である。

#### <参考文献・URL>

- 1) Miura H, Yamasaki K, Morizaki N, Moriya S, Sumi Y. Factors influencing oral health-related quality of life (OHRQoL) among the frail elderly residing in the community with their family. Arch Gerontol Geriatr. 2010;51(3):e62-5. Epub 20091230. doi: 10.1016/j.archger.2009.12.003. PubMed PMID: 20044152.
- 2) Shimazaki Y, Soh I, Saito T, Yamashita Y, Koga T, Miyazaki H, et al.

- Influence of dentition status on physical disability, mental impairment, and mortality in institutionalized elderly people. J Dent Res. 2001;80(1):340-5. doi: 10.1177/00220345010800010801. PubMed PMID: 11269726.
- 3) Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century--implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. Community Dent Oral Epidemiol. 2009;37(1):1-8. Epub 20081112. doi: 10.1111/j.1600-0528.2008.00448.x. PubMed PMID: 19046331.
  - 4) 8020推進財団. 第2回 永久歯の抜歯原因調査 報告書. 平成30 (2018) 年11月. [https://www.8020zaidan.or.jp/pdf/Tooth-extraction\\_investigation-report-2nd.pdf](https://www.8020zaidan.or.jp/pdf/Tooth-extraction_investigation-report-2nd.pdf)
  - 5) 池邊 一典, 他. 『口腔機能低下症』のこれから「口腔機能低下症」に関する論点整理. 老年歯科医学. 2020;34(4):451-6. PubMed PMID: 2020263721.
  - 6) 石田 直子, 他. 3歳児のう蝕の有無とその影響要因の地域格差. 口腔衛生学会雑誌. 2015;65(1):26-34. PubMed PMID: 2015154259.
  - 7) 相田 潤, 他. ライフステージによる日本人の口腔の健康格差の実態 歯科疾患実態調査と国民生活基礎調査から. 口腔衛生学会雑誌. 2016;66(5):458-64. PubMed PMID: 2017095013.
  - 8) 文部科学省「学校保健統計」  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/toukei/chousa05/hoken/1268826.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/1268826.htm)
  - 9) 岡部 優花, 他. 福岡県内12歳児一人平均う蝕経験歯数の地域差と社会経済状態との関連. 口腔衛生学会雑誌. 2018;68(1):15-20. PubMed PMID: 2018138364.
  - 10) 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「新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた地域における歯科医療提供体制の強化のための研究」(令和2 (2020) 年度、研究代表者 福田英輝) 総括・分担研究報告書

## 5. (6) 歯・口腔の健康

### Ⅲ 諸活動の成果の評価

#### 1. 健康日本 21（第二次）の計画期間中に行われた特徴的な取組

健康日本 21（第二次）の計画期間中（平成 25（2013）年度～令和 5（2023）年度）に行われた国、地方公共団体、企業・団体の特徴的な取組について整理した。

##### （1）健康寿命延伸に向けた取組

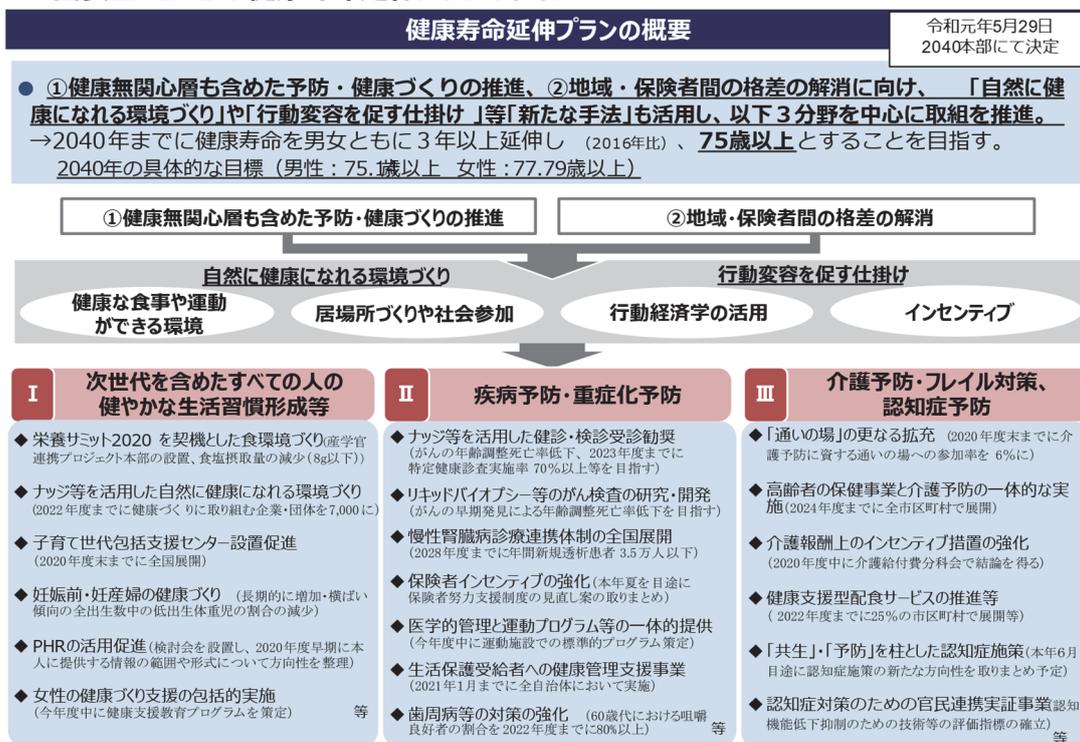
###### 健康寿命延伸プラン（令和元（2019）年 5 月策定）

2040 年までに健康寿命を男女とも 3 年以上延伸し、75 歳以上とすることを旨として、令和元（2019）年 5 月に、厚生労働大臣を本部長とする「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作成した。本プランにおいては「健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進」や「地域・保険者間格差の解消」に向け、「自然に健康になれる健康づくり（健康な食事や運動ができる環境、居場所づくりや社会参加）」や「行動変容を促す仕掛け（行動経済学の仕組み、インセンティブ）」等新たな手法も活用し、

- ① 次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成
- ② 疾病予防・重症化予防
- ③ 介護予防・フレイル対策、認知症予防

の 3 分野を中心に取組を推進することとしている。

図表Ⅲ-1-1：健康寿命延伸プランの概要



## スマート・ライフ・プロジェクト（平成 23（2011）年開始）

「健康寿命をのばそう！」をスローガンに、国民全体が元気で健康に楽しく毎日を送れることを目標としたスマート・ライフ・プロジェクトを平成 23（2011）年 2 月から開始しており、健康日本 21（第二次）の計画期間中も①適度な運動、②適切な食生活、③禁煙、④健診・検診の受診の 4 つを基本テーマとし、プロジェクトに参画する企業・団体・自治体と協力・連携して、人々の健康づくりの意識を高め、行動変容につながる仕組みを推進してきた。

生活習慣病の予防等の啓発活動・取組の奨励・普及を図る目的で創設された大臣表彰制度「健康寿命をのばそう！アワード」では、企業・団体・自治体等の優れた取組を表彰しており、令和 3（2021）年度には第 10 回の表彰式を行った。その他、以下のイベント等を実施し、普及啓発等を通じて国民の予防・健康づくりを促進している。

- ・ 世界禁煙デー及び禁煙週間
- ・ 健康増進普及月間及び食生活改善普及運動
- ・ 特設 Web コンテンツ「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「良い睡眠で、からだもこころも健康に。」
- ・ 特設 web コンテンツ「みんなで知ろう。婦人科のこと。～婦人科って何するところ？～」
- ・ スマートミール探訪

### 図表Ⅲ-1-2：スマート・ライフ・プロジェクトの取組

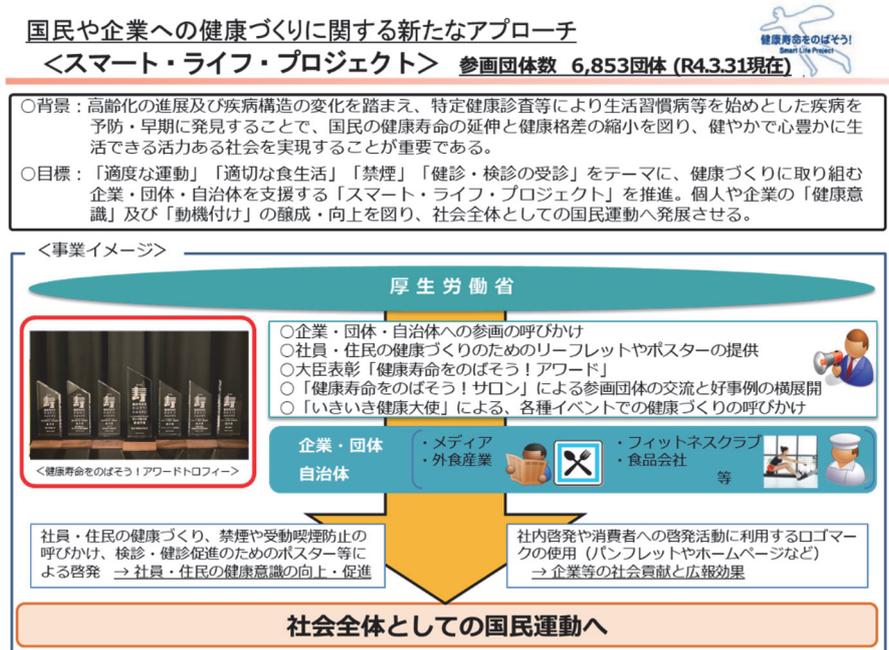
#### スマート・ライフ・プロジェクトの取組

「健康寿命をのばそう！」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした国民運動。

**参画団体数 6,853団体 (2022.3.31現在)**



図表Ⅲ-1-3：スマート・ライフ・プロジェクトの概要



**健康増進法の改正による受動喫煙対策強化（令和2（2020）年4月1日全面施行<sup>※1</sup>）**

受動喫煙防止対策については、平成15（2003）年に施行した健康増進法第25条に基づき、努力義務として対策を進めてきたが、依然として多くの人が受動喫煙にさらされる状況にあったため、令和2（2020）年（翌年に延期）の東京オリンピック・パラリンピックを契機に、対策の強化を目指して、平成30（2020）年7月に以下を主な内容とする「健康増進法の一部を改正する法律」が成立、公布された。

- ・多数の者が利用する施設では原則屋内禁煙とすること
- ・さらに学校、病院、児童福祉施設等、行政機関については敷地内禁煙とすること  
（屋外で受動喫煙防止のために必要な措置がとられた場所には、喫煙場所を設置できる）
- ・喫煙可能な場所には標識を掲示するとともに、20歳未満の立入りを禁止すること
- ・義務違反時には指導や勧告、命令を行い、改善が見られない場合は罰則が適応されること

※1 施行日

- ① 国及び地方公共団体の責務等については平成31（2019）年1月24日
- ② 学校・病院等及び行政機関の庁舎の規制については令和元（2019）年7月1日
- ③ 全面施行は令和2（2020）年4月1日

### **生活習慣各領域の指針等の整理**（詳細は第3章Ⅱ各領域の評価における記載を参照）

- ・ 身体活動指針
- ・ 食生活指針
- ・ 睡眠指針
- ・ 禁煙支援マニュアル、等

### **(2) 健康日本 21（第二次）の各領域に関連する主な計画等**（参照：参考資料1）

- ・ 医療計画（医療法）
- ・ 医療費適正化計画（高齢者の医療の確保に関する法律）  
特定健康診査・特定保健指導
- ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（高齢者の医療の確保に関する法律、国民健康保険法、介護保険法）
- ・ 介護保険事業支援計画（介護保険法）
- ・ がん対策推進基本計画（がん対策基本法）
- ・ 循環器対策推進基本計画（健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法）
- ・ 自殺対策大綱（自殺対策基本法）
- ・ 被保護者健康管理支援事業（生活保護法）
- ・ 成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針（成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律）  
健やか親子 21
- ・ 食育推進基本計画（食育基本法）
- ・ スポーツ基本計画（スポーツ基本法）
- ・ アルコール健康障害対策推進基本計画（アルコール健康障害対策基本法）
- ・ 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（歯科口腔保健の推進に関する法律）
- ・ 事業場における労働者の健康保持増進のための指針（THP 指針）
- ・ 労働者の心の健康の保持推進のための指針

### **(3) 保険者による予防・健康づくりの取組**

健康日本 21（第二次）の計画期間中には、特定健康診査・特定保健指導や、データヘルス計画等、保険者による予防・健康づくりの取組も進んできた。

## 特定健康診査・特定保健指導

### （第2期平成25（2013）年～、第3期平成30（2018）年～）

生活習慣病の予防の徹底を図るため平成20（2008）年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき医療保険者に、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査の実施、及び健診の結果、健康の保持に努める必要のある者に対する特定保健指導の実施が義務付けられた。第1期、第2期は5年ごと、第3期からは6年ごとに医療保険者が特定健康診査実施計画を策定している。第3期の見直しにおいては、各保険者別の実施率の公表、特定保健指導の弾力化、特定健康診査の健診項目や標準的な問診票の見直し、その他運用の改善が行われ、平成30（2018）年から第3期特定健康診査等実施計画が開始された。平成30（2018）年3月に「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第3版）」が、4月に「標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】」が公表された。平成30（2018）年度からはモデル的实施としてアウトカム評価の導入を行っている。

現在は第4期（令和6（2014）年度～）に向けた見直しの検討を行っている。

### データヘルス計画（平成25（2013）年～）

平成25（2013）年6月に閣議決定された「日本再興戦略」においては、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析に基づくデータヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取組」が求められ、その方針を踏まえて、平成26（2014）年3月に保健事業の実施指針を改正し、健康保険組合だけでなく市町村国保等の全ての医療保険者がデータヘルス計画を作成することとなった。

被用者保険について、厚生労働省と健康保険組合連合会（健保連）が協同で「データヘルス計画」推進会議を設置し、平成26（2014）年12月に「データヘルス計画作成の手引き」を取りまとめた。平成29（2017）年には、第2期データヘルス計画の策定に際し、健康保険組合が第1期から得られた知見や課題を踏まえて、より質の高い計画を作成し、PDCAサイクルによって保健事業の実効性を高めることを目的として、「データヘルス計画作成の手引き」の改訂を行った。

国民健康保険及び後期高齢者医療においては、平成26（2014）年に「保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」を作成し、平成29（2017）年に改訂を行った。

### 健康スコアリングレポートによるコラボヘルスの推進（平成29（2017）年～）

平成29（2017）年6月に閣議決定された「未来投資戦略2017」に基づき、保険者のデータヘルスの取組を強化し、企業の健康経営との連携（コラボヘルス）を推進するため、平成30年度から日本健康会議及び経済産業省と連携して、各保険者の加入者の健康状態、医療費、予防・健康づくりへの取組状況等について、健康スコアリングレポートを作成し、全国平均及び業態平均と比較したデータを見える化する取組を開始した。また、「成長戦略フォローアップ」（令和2（2020）年7月閣議決定）に基づき、令和3年度から保険者単位のレポートに加え、事業主単位のレポートを作成している。

### 保険者インセンティブの強化

予防・健康づくりに取り組む保険者に対するインセンティブを強化するため、平成 30（2018）年度から健康保険組合・共済組合の後期高齢者支援金の加算・減算制度について、加算率・減算率の法定上限 10%までの段階的引上げや、保険者の取組みを幅広く評価するための総合的な指標の導入を行っている。令和 3（2021）年度以降の中間見直し後の加減算では、加算対象範囲の拡大や、総合評価項目において、成果指標の拡大や重点的に評価する項目の配点割合を高めた。また、平成 30（2018）年度から本格実施している国民健康保険の保険者努力支援制度については、加減算双方向での評価指標によってインセンティブを強化するため、毎年度保険者の予防・健康づくり等の取組状況を踏まえて評価指標や配点の見直しを実施している。

### 都道府県の保険者協議会

保険者及び後期高齢者医療広域連合は、加入者の健康増進と医療費適正化について、行政や医療関係者等の協力を得ながら、保険者横断的に同じ意識をもって共同で取り組んでいく必要がある。このため、高齢者の医療の確保に関する法律において、保険者及び後期高齢者医療広域連合は、都道府県ごとに保険者協議会を組織するよう努めることとされており、特定健康診査等の実施や高齢者医療制度の運営等の関係者間の連絡調整、医療費の調査分析等の役割が位置づけられている。現在、保険者協議会の機能強化等も含めた医療費適正化計画の在り方の見直しについて検討を行っている。

## （4）健康づくりに繋がる他分野の取組（H i A P : Health in All Policies）

### まちづくり、自転車、健康省エネ住宅（国土交通省）

〔まちづくり〕

我が国において更なる超高齢化を迎えるに当たって、多くの高齢者が地域において活動的に暮らせるとともに、助けが必要な高齢者に対しては「地域包括ケアシステム」の構築と街づくりとの連携等により、地域全体で生活を支えることのできる社会が必要である。

このような社会の実現に向け、国土交通省の都市政策の取組においては、改正都市再生措置法における立地適正化計画制度等の活用も図りながら、「健康・医療・福祉のまちづくり」を推進している。

〔自転車〕

平成 28（2016）年に、自転車の利用を増進することが国民の健康の増進等の公共の利益に資するという基本理念を定めた自転車活用推進法が制定され、政府においては、同法に基づく自転車活用推進計画（令和 3（2021）年 5 月 28 日に第 2 次自転車活用推進計画を閣議決定）を策定した。同計画においては、「サイクルスポーツの振興等による活力ある健康長寿社会の実現」を目標の一つとして掲げ、自転車を活用した、心身の健全な発達や、生きがいのある豊かな生活の実現、国民の健康寿命延伸等を目指した取組を行っている。

#### [健康省エネ住宅]

「WHO住宅と健康ガイドライン」が平成 30（2018）年 11 月に世界保健機構（WHO：World Health Organization）から発表され、住まいの寒さ対策（冬季室内温度 18℃以上を強く勧告）、暑さ対策（条件付き勧告）等の推進が各国に勧告されている。国土交通省では、厚生労働省と連携して、平成 26（2014）年度からスマートウェルネス住宅等推進調査事業（SWH（Smart Wellness Housing）全国調査）に取り組んでおり、室温が家庭血圧に与える影響等、生活空間の温熱環境の改善が、住居者の健康状況に与える効果について検証するとともに、成果の普及啓発を通じて「健康・省エネ住宅」の整備を推進している。

#### **食育（消費者庁、文部科学省、農林水産省等）**

食育とは、生きる上での基本であって、様々な経験を通じて「食」に関する知識と「食」を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することができる人間を育てることである。また、食育の推進に当たっては、子どもはもとより、あらゆる世代の国民が「食」について改めて意識を高め、「食」に関して信頼できる情報に基づく適切な判断を行う能力を身に付けることによって、心身の健康を増進する健全な食生活を実践することが重要である。

食育基本法第 16 条第 1 項の規定に基づき食育推進基本計画が作成されており、平成 28（2016）年 3 月には、平成 28（2016）年度から令和 2（2020）年度までの 5 年間の計画期間とする「第 3 次食育推進基本計画」を、令和 3（2021）年 3 月には、令和 3（2021）年度からおおむね 5 年間の計画期間とする「第 4 次食育推進基本計画」を決定し、食育の推進に当たっての基本的な方針や目標を掲げるとともに、食育の総合的な促進に関する事項として取り組むべき施策等を提示している。

厚生労働省としては、消費者庁、文部科学省、農林水産省等の関係各府省庁等との連携を図りながら、政府として一体的に食育の推進に取り組んでいる。

#### **健康経営、ヘルスケア産業の育成及び信頼性確保（経済産業省）**

健康経営とは、従業員等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践することである。企業理念に基づき、従業員等への健康投資を行うことは、従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化をもたらす、結果的に業績向上や株価上昇につながるなどの考えの下、当時の日本再興戦略、未来投資戦略において「国民の健康寿命の延伸」に関する取組の一つに位置づけられた。

経済産業省では、健康経営に取り組む優良法人を見える化することで、従業員や求職者、関係企業や金融機関等から評価される環境を整備するため、平成 26（2014）年度から「健康経営銘柄」の選定を行っており、平成 28（2016）年度には「健康経営優良法人認定制度」を創設した。令和 3（2021）年度は、大規模と中小規模を合わせて約 1 万 5 千の法人が健康経営優良法人の認定を申請するに至っている。また、認定法人に対しては、同年度末時点において約 80 の金融機関が金利の優遇措置を行い、約 20 の自治体が公共調達の入札時の優遇措置を行う等、全国各地で健康経営の更なる浸透・深化を促進するための動きが拡大している。

また、上述のような健康への投資を促す取組と同時に、適切なヘルスケアサービスの創出という観点から、サービスの質及び信頼性の確保に向けて、業界自主ガイドラインの策定支援及びエビデンスの構築に向けた実証事業や評価の在り方の検討を進めている。

具体的には、フィットネスや遠隔医療相談等の分野において、業界自主ガイドラインの策定支援を行っており、令和 7（2025）年度までに各分野で業界自主ガイドラインが策定され、計 1,000 企業・団体等が使用することを目指している。

また、生活習慣病等の各疾患領域の学会により、エビデンスの構築や評価に関する学会としての考え方を整理した指針等の作成研究の支援を行うとともに、予防・健康づくりに関するエビデンス構築に共通の課題（適切な試験デザインの在り方等）の開発研究の支援を行っている。

### **スポーツ基本計画（スポーツ庁）**

「スポーツ基本計画」は、スポーツ基本法の規定に基づき、文部科学大臣が定めるスポーツに関する施策の総合的かつ基本的な推進を図るための重要な指針であり、令和 4（2022）年 3 月に第 3 期スポーツ基本計画を策定した（計画期間は令和 4（2022）年度から令和 8（2026）年度まで）。今後 5 年間に総合的かつ計画的に取り組む 12 の施策の一つとして、「スポーツによる健康増進」を掲げており、政策目標として地域住民の多様な健康状態やニーズに応じて、関係省庁で連携しつつ、スポーツを通じた健康増進により健康長寿社会の実現を目指している。また、「健康日本 21（第二次）」に掲げる健康寿命の延伸に、スポーツ実施率の向上を通じて貢献することも目標としている。

具体的な施策目標としては、1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 回以上実施し、1 年以上継続している運動習慣者の割合の増加等を目指している。

## **（5）その他各種連携を伴う特徴的な取組**

### **自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進：産学官等連携**

厚生労働省では、活力ある「人生 100 年時代」の実現に向けて、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産学官等の連携の在り方等を検討するため、関係省庁と連携の下、令和 3（2021）年 2 月から検討会（「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」）を開催し、令和 3（2021）年 6 月に報告書を取りまとめた。本検討会では、健康の保持増進に関する栄養学的視点を軸としつつ、事業者等が行う環境保全に関する取組にも焦点を当てながら、持続可能な開発目標（SDGs）の達成にも資するものとなるよう、議論が進められ、減塩を始めとした各種取組の方向性について示された。こうした中、厚生労働省では産学官等連携による食環境づくりの推進体制として、「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ（健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ）」を令和 4（2022）年 3 月に立ち上げ、今後、本格展開していくこととしている。

こうした食環境づくりの推進については、日本政府が令和 3（2021）年 12 月に主催した「東京栄養サミット 2021」の成果文書（東京栄養宣言（グローバルな成長のための栄養に関する東京コンパクト））においても、日本政府コミットメントの一環として示されている。

## データヘルス改革、PHR

近年の情報通信技術（ICT）の進歩は目覚ましく、スマートフォンやウェアラブル端末の普及率も上昇している。こうした中で、ICTの利活用は、個人の健康行動を促し、健康寿命の延伸につながる可能性がある。厚生労働省では、平成 28（2017）年 1 月に「データヘルス改革推進本部」を設置し、健康・医療・介護分野における ICT の利活用に関する検討を行っている。

パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）とは、一般的には、生涯にわたる個人の保健医療情報（健診・検診情報、予防接種歴、薬剤情報、本人が自ら日々測定するバイタル等）であり、電子記録として本人・家族等が把握し、健康増進等に活用することが期待されている。我が国においては、平成 27（2015）年頃から、「パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）利活用研究事業」（AMED）や「国民の健康づくりに向けた PHR の推進に関する検討会」等において検討が進められてきた。また、民間事業者が主体となり、製薬や医療機器のみならず保険や通信等の幅広い業種の事業者により構成される PHR 事業者団体の設立に向けた検討を進めている。

直近では、「データヘルス改革推進本部」が令和 3（2021）年 6 月に策定した「データヘルス改革に関する工程表」に基づき、国民・患者が、スマートフォン等を通じて、自身の保健医療情報をマイナポータル等においてワンストップで利活用できる環境整備や民間事業者による個人情報情報の取扱いを整理した指針の策定等に取り組んでいる。

## 日本健康会議

日本健康会議は、産学官はじめ各界が連携して、健康寿命の延伸や医療費の適正化に向けた取組を民間主導の活動として推進している。平成 27（2015）年発足時に、予防・健康づくりの目標を定めた「健康なまち・職場づくり宣言 2020」を採択した。令和 2（2020）年には多くの項目で目標が達成された。また、平成 28（2016）年 3 月には、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、糖尿病性腎症重症化予防の連携協定を締結し、同年 4 月には国レベルでプログラムを策定（平成 31（2019）年 4 月改定）する等、全国展開に向けた糖尿病性腎症の重症化予防の対策の在り方を示すとともに、協力体制の基盤整備を進めている。

令和 3（2021）年度は「健康づくりに取り組む 5 つの実行宣言 2025」が採択され、予防・健康づくりを推進している。

図表Ⅲ-1-4：日本健康会議について

- 2015年7月に、「日本健康会議」が発足。  
・保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるための民間主導の活動体。  
・健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的。  
・メンバーは、経済界・医療関係団体・自治体・保険者団体のリーダーおよび有識者で構成。
- 【第一期（2015年～2020年）】  
（※）三村会頭（日本商工会議所）、横倉名誉会長（日本医師会）、老川会長（読売新聞）が共同代表。
- 予防・健康づくりの目標を設定（8つの宣言）。  
進捗状況をデータポータルサイトで「見える化」し取組を加速化。
- 2020年度は5年間の活動の成果のまとめとして、令和2年9月30日に開催。
- 【第二期（2021年～2025年）】  
（※）三村会頭（日本商工会議所）、中川会長（日本医師会）、老川会長（読売新聞）、宮永会長（健保連）、平井会長（全国知事会）が共同代表。
- 「経済団体、医療団体、保険者、自治体等の連携」、「厚労省と経産省の連携」、「官民の連携」の3つの連携により、コミュニティの結びつき、一人ひとりの健康管理、デジタル技術等の活用に力点を置いた健康づくりを応援することをコンセプトとして、令和3年10月29日に開催。
- 「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」を採択。



日本健康会議2021の様子  
(2021年10月29日開催)

「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」

|     |   |
|-----|---|
| 宣言1 | 地域づくり・まちづくりを通じて、生活していく中で健康でいられる環境整備に取り組む自治体を1,500市町村以上とする。                            |
| 宣言2 | 47都道府県全てにおいて、保険者協議会を通じて、加入者及び医療者と一緒に予防・健康づくりの活動に取り組む。                                 |
| 宣言3 | 保険者とともに健康経営に取り組む企業等を10万社以上とする。  |
| 宣言4 | 加入者や企業への予防・健康づくりや健康保険の大切さについて学ぶ場の提供、及び上手な医療のかかり方を広める活動に取り組む、保険者を2,000保険者以上とする。        |
| 宣言5 | 感染症の不安と共存する社会において、デジタル技術を活用した生涯を通じた新しい予防・健康づくりに取り組む保険者を2,500保険者以上、医療機関・薬局を20万施設以上とする。 |

WEBサイト上で全国の取組状況を可視化



仕事と治療の両立支援

事業者が、がん、脳卒中、糖尿病等の疾病を抱える労働者に対して、適切な就業上の措置治療に対する配慮を行い、労働者が治療と仕事を両立できるようにするための取組等をまとめた「事業所における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を平成28（2016）年2月に策定（平成31（2019）年3月に改称）し、その普及や企業等に対する各種支援を行っている。

また、「働き方改革実行計画」に基づき、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う両立支援コーディネーターによるトライアングル型サポート体制の構築等を推進することとしており、両立支援コーディネーターの育成・配置や、主治医、会社・産業医が効果的に連携するためのマニュアル等の作成・普及に取り組んでいる。さらに、使用者団体、労働組合、都道府県医師会、都道府県衛生主管部局、地域の中核医療機関、産業保健総合支援センター、労災病院等で構成される「地域両立支援推進チーム」を各都道府県労働局に設置し、関係者のネットワークを構築することで、地域の実情に応じた両立支援の促進に取り組んでいる。

地域・職域連携の推進

我が国の保健事業はライフステージにおいて複数の制度に基づき行われており、保健事業の継続性が保たれないことや地域全体の健康課題が正確に把握できない等の課題がある。こうした課題に対応するためには地域保健と職域保健の連携が重要であり、厚生労働省では「地域・職域連携推進ガイドライン」を策定し、都道府県及び二次医療圏で協議会の設置について財政支援を行う等取組を進めてきた。その結果、ほとんどの都道府県及び二次医療圏において協議会が設置された。

しかしながら、会議の開催に留まっている協議会もあるため、厚生労働省では、令和元（2019）年9月にガイドラインを改訂し、地域保健と職域保健の関係者が連携した幅広い取組の推進や、「実行」を重視した柔軟なPDCAサイクルに基づく事業展開の推進等具体的な取組の実施にまでつなげていくことを示した。また、厚生労働省では、毎年、地域保健と職域保健の関係者を集めた「地域・職域連携推進関係者会議」を開催し、健康課題に対応する各種施策を展開していくために必要な知識や情報の提供、実施事例の報告等を行っている。さらに、厚生労働科学研究においても、「地域・職域連携推進事業の進め方 地域特性に応じた効果的な展開のために」（手引き）で事業の進捗チェックリストや先進事例を示す等取組の推進に向けた支援を行っている。

### **高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施**

高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者医療広域連合のみならず、市民に身近な市町村が中心となって、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に後期高齢者の保健事業を実施する「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」の法的な枠組みが、令和2（2020）年度から開始されている。この取組を推進するため、後期高齢者医療広域連合から市町村へ高齢者保健事業を委託し、①事業全体のコーディネートや企画調整・分析等を行う医療専門職、②高齢者に対する個別的支援や通いの場等への関与等を行う医療専門職について配置する費用等を、国が後期高齢者医療調整交付金のうち特別調整交付金により支援している。加えて、後期高齢者医療広域連合や市町村の職員を対象とする保健事業実施に関する研修や市町村の取組状況の把握等を行う「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の全国的な横展開事業」等を通じて、取組の推進を支援している。

### **成果連動型民間委託契約方式**

#### **P F S（Pay For Success）とS I B（Social Impact Bond）**

行財政事情の厳しさが増すとともに、地域の社会的課題は複雑化してきている状況の中で、行政自らが無駄をなくし、公共サービスの質の向上を図る意識を高めるとともに、官民が連携して社会的課題の解決を図っていく効率的、効果的な事業手法として、新たな官民連携手法である成果連動型民間委託契約方式（P F S）の活用を推進している。

成果連動型民間委託契約方式（P F S/S I B）を導入した事業とは、国又は地方公共団体が民間事業に委託等して実施させる事業のうち、解決すべき行政課題に対応した成果指標を設定し、支払額が当該成果指標の改善状況に連動するものである。ソーシャル・インパクト・ボンド（S I B）によるP F S事業は、当該事業に係る資金調達を金融機関等の資金提供者から行い、その償還等が成果指標値の改善状況に連動した地方公共団体等からのP F Sの支払額等に応じて行われるものである。

政府は、活用が進んでいる医療・健康、介護に加え、再犯防止の3分野を重点分野と設定し、それらの分野におけるP S F活用団体数を令和4（2022）年度末までに100団体にする目標を掲げ、その活用推進のため、成果連動型民間委託契約方式（P F S）共通ガイド

ライン（内閣府）や医療・健康及び介護分野の手引き（厚生労働省、経済産業省）等を作成している。

## （６）目標項目のモニタリング、都道府県支援に資する取組

### 健康日本 21（第二次）分析評価事業

健康日本 21（第二次）で設定された目標達成に向け、主要な項目については継続的に数値の推移等の調査や分析を行い、都道府県における健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努める必要があることから、国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所への委託事業として、平成 26（2014）年度から健康日本 21（第二次）分析評価事業を開始した。

健康日本 21（第二次）に関する目標項目の現状値を更新するとともに、健康格差に関する基本データとして、国民健康・栄養調査における都道府県別の状況や都道府県等健康増進計画の目標及び取組の進捗状況について整理し、「見える化」を行い専用のウェブサイト（<http://www.nibiohn.go.jp/eiken/kenkounippon21/index.html>）に掲載している。

最終評価に際し、国民健康・栄養調査結果の特別集計を行い、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や世帯収入と生活習慣等の状況の違いを分析評価した（第 3 章 II 1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の「【参考 1】体格及び生活習慣に関する都道府県格差の状況」及び「【参考 2】世帯収入と生活習慣等に関する状況」を参照）。

# 図表Ⅲ-1-5：健康日本21（第二次）分析評価事業

## 健康日本21（第二次）分析評価事業

### 健康日本 21 (第二次)

- 健康日本 21 (第二次) とは
- 目標項目一覧
- 現状値の年次推移 NEW
- 中間評価

### 都道府県健康増進計画

- 都道府県健康増進計画とは
- 都道府県別の計画内容
- 各都道府県の目標項目数
- 各都道府県で健康日本21（第二次）と同様の内容で設定されている目標項目数
- 各都道府県で独自に設置している目標項目数
- 都道府県ごとの目標項目の改善率

### 国民健康・栄養調査

- 調査内容の変遷
- 主な健康指標の経年変化
- 都道府県別結果
- 国民健康・栄養調査結果
- 研究論文 NEW

### 諸外国の栄養政策

- 栄養調査 NEW
- 食事摂取基準
- 食生活指針とフードガイド

### その他の資料

- 食事に関する情報
- 栄養素に関する情報
- 健康に関する情報
- 食環境等に関する情報

### 当事業について

- 目的
- 事業内容

### 健康日本21（第二次）分析評価事業

トップ
健康日本21 (第二次)
都道府県健康増進計画
国民健康・栄養調査
諸外国の栄養政策
その他の資料
当事業について

都道府県健康増進計画

都道府県別の計画内容

各都道府県の都道府県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ました。

(●：国と同一項目、○：国と類似項目、■：都道府県独自項目)

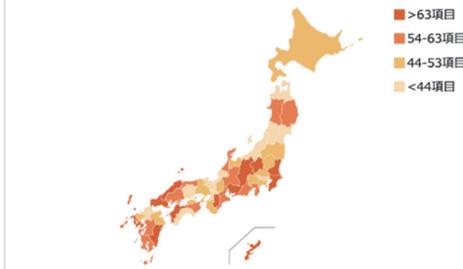
詳細は、当該都道府県ホームページをご参照ください。

|     |      |     |      |     |     |      |
|-----|------|-----|------|-----|-----|------|
| 北海道 | 青森県  | 岩手県 | 宮城県  | 秋田県 | 山形県 | 福島県  |
| 茨城県 | 栃木県  | 群馬県 | 埼玉県  | 千葉県 | 東京都 | 神奈川県 |
| 新潟県 | 富山県  | 石川県 | 福井県  | 山梨県 | 長野県 | 岐阜県  |
| 静岡県 | 愛知県  | 三重県 | 滋賀県  | 京都府 | 大阪府 | 兵庫県  |
| 奈良県 | 和歌山県 | 鳥取県 | 島根県  | 岡山県 | 広島県 | 山口県  |
| 徳島県 | 香川県  | 愛媛県 | 高知県  | 福岡県 | 佐賀県 | 長崎県  |
| 熊本県 | 大分県  | 宮崎県 | 鹿児島県 | 沖縄県 |     |      |

[全国の一覧を参照する](#)

各都道府県の目標項目数

都道府県における健康増進計画について、各自治体のホームページ（2019年5月31日公表まで）から、目標設定状況についてまとめました。(1)



- >63項目
- 54-63項目
- 44-53項目
- <44項目

目標項目の設定数は、最も少ない県で17項目、最も多い県で154項目でした。

## (7) 地方公共団体、企業・団体の特徴的な取組例

### 1) スマート・ライフ・プロジェクト好事例（成果の出ている取組の整理）（参照：参考資料3）

平成24（2012）年度から厚生労働省が行っている「健康寿命をのばそう！アワード」において、4分野（運動、食生活、禁煙、健診・検診）の優良事例をまとめた総合事例集より引用。

#### 【運動分野】

- ・ 3つのアプローチで進める健康経営の推進（株式会社NTT 東日本・関信越）
- ・ 生涯を通じて運動器の低下を防ぐロコモ予防～2つの職場体操と体力レベルの見える化～（JFEスチール株式会社 西日本製鉄所）
- ・ 「Workcise（ワークサイズ）」働きながらオフィスで健康増進（株式会社イトーキ）
- ・ 福井発「スニーカービズ」運動～スニーカーを履いてプラス1,000歩～（福井県）
- ・ よこはまウォーキングポイント～歩いてポイントを貯めてみんなで楽しく健康づくり～（横浜市）

#### 【食生活分野】

- ・ 100円朝食による学生の健康管理、生活リズムの維持活動（立命館大学父母教育後援会）
- ・ 魚肉たんぱく製品におけるおいしい減塩商品の開発と積極的販売活動の推進（一正蒲鉾株式会社）
- ・ 小さな会社でもできる健康経営 ～体重記録と毎日野菜もう一皿の習慣化からスタート～（三幸土木株式会社）
- ・ 住んでいるだけで自ずと健康に！「あだちベジタベライフ.そうだ、野菜を食べよう。」（足立区（東京都））
- ・ 丸子中央病院 山田シェフのいきいきレシピ・職員レストラン（特定医療法人丸山会丸子中央病院）

#### 【禁煙分野】

- ・ 「たじみ健康ハッピープラン」に基づく地域ですすめる喫煙対策（岐阜県多治見市）
- ・ おいしい空気のまちびばいを目指す「美唄市受動喫煙防止条例」制定とその後の取り組み（美唄市（北海道））
- ・ お客様と従業員に健康と喜びを（株式会社グローバルダイニング）
- ・ 全社員で考えた禁煙への取り組み（アクロクエストテクノロジー株式会社）
- ・ eラーニングを用いた禁煙治療・支援のための指導者トレーニングプログラムの開発と普及（J-STOP）プロジェクト（日本禁煙推進医師歯科医師連盟）
- ・ 行田市に無煙世代を育てよう～医師会と関係団体が連携した喫煙率低下への取り組み～（一般社団法人行田市医師会）

#### 【健診・検診分野】

- ・ 奥様が健診 = 家族が幸せ ～奥様にも健診プロジェクト～（全国健康保険協会 愛知支部）
- ・ 目指せいきいき健康家族！～ライフスタイルに合わせた主婦健診のベストミックス～

- (ヤマトグループ・ヤマトグループ健康保険組合)
- ・ 特定健診・特定保健指導支援事業「特定健診受診者のフォローアップ等家庭訪問事業」  
(静岡県在宅保健師の会「つつじ会」)
- ・ 市町村連携およびショッピングモールを活用したオール福岡集団健診の実施  
(全国健康保険協会 福岡支部)

## 2) 地域・職域連携推進事業

### ワーキンググループで実働に向けて具体的に動く体制を整備

#### 特別なことではなく今やっていることを活用し、更に発展させていこうとしているのが連携推進の秘訣

(滋賀県)

滋賀県内の事業所は中小企業が多く、また地域特性から滋賀県で働く従業員は、地域住民であることが多い。このような特性を踏まえて、「職域も含めて県民」という考え方にに基づき、健康づくりに取り組んでいる。生涯を通じた健康づくりを展開していく中で、「職域」における取組は「働き盛り世代」ととしての健康づくりとして取組が進められている。

県健康増進計画の中間評価の時点（平成 29（2017）年）で、職域に特化したワーキンググループが立ち上がり、事業の実働に向けて具体的に動く体制が整っている。ワーキンググループの基本方針となっている「地域まるごと健康経営」の考え方は、20 人未満の小規模事業所が全体の約 85%を占めるという地域特性も踏まえ、自治体が一方的に決めるのではなく、事業者も含めた協議体において「滋賀県らしい健康経営とは何か」を協議した上で決定した。

本事例では、産業保健スタッフがいない小規模事業所の健康づくりに視点を置いている。二次医療圏域協議会の発信で既にある社会資源をうまく共有しながら、「企業よし・社員よし・地域よし」を合言葉に、地域や職域のニーズに寄り添う形で事業に取り組んでいる。また、グッドプラクティスの横展開のため事例集を作成した上で各業界団体等から発信を行っているが、その際は、産業保健の構造や法律等を踏まえた上で、事業所の目線に立ち、細部にわたって内容や方法を考え、工夫を凝らしている。職域の声をしっかり聴き、話し合ってお互いに WinWin を目指すことや、既存の取組を活用し発展させることが連携推進の秘訣である。

### 関係機関・団体と連携・協力体制の構築で共通意識を持って取り組みを展開

#### 労働基準監督署・産業保健総合支援センターと共催で事業主セミナーを毎年実施

(島根県)

関係機関・団体と連携・協力体制を構築し、健康課題に対して一緒に目標や方向性を検討・決定することにより、共通意識を持って取組を展開、推進している。その結果、多方面から情報提供やアプローチすることが可能となっている。具体的な事業として、情報の一元化を図るために「しまね働く人と職場の健康づくり応援サイト」を開設（平成 30（2018）年～）した。また、各機関が実施する研修・イベント情報、協議会構成機関による健康づくりコラムや啓発媒体、事業所の取組事例等、事業所（働き盛り世代）の健康づくりに関する情報を集約して発信し

た。

※ 圏域の健康課題の解決に向けた連携事業の一つとして、各圏域において「事業主セミナー」を労働基準監督署・産業保健総合支援センターと共催で毎年実施している。圏域単位でも取組を進めることにより、事業所や職域保健関係者の地域課題に対する理解と取組促進につながっている。市町村や関係機関と一緒に事業所へ訪問する等、地域でも連携した働きかけを行っている。

### **日ごろ健康づくりに携わる機会の少ない職域団体には、経営的視点での健康づくりの必要性の理解を促すことが重要**

（青森県三八地域県民局地域健康福祉部保健総室（三戸地方保健所）健康増進課）

令和元（2019）年度は、圏域内に所在する青森県健康経営事業所、及び健康宣言事業所を66か所訪問し、健康づくりの取り組み状況を把握しながら、他事業所の取り組み等を紹介。

また、働く人の健康づくり応援プログラム事業として、「栄養」「運動」「こころ」「喫煙」「口腔」の5分野において、講師派遣による健康教育等を実施。事業所への講師派遣は、地元の職能団体等5団体の協力と、保健所職員による7つのメニューで応援プログラムを作成し、希望事業所を募集し実施した（1回無料）。

※ 令和2（2020）年度の新規取組として、健康づくりに関する内容を含む事業所の魅力紹介レターを年2回発行。働く人の健康づくり応援プログラム事業の講師派遣や資料提供を活用した3事業所の活用状況と活用後の事業所内の取組内容を掲載した。事業所の魅力紹介レターは、事業所間の情報共有だけでなく、高校・大学生向けにも発信することで地元就職の雇用促進につながるよう、事業所のメリットを創出するという視点も考慮した。

### 3) その他、特徴的な取組

#### 【健康経営を通じた働く世代の予防・健康づくりの取組】

図表Ⅲ-1-6：健康経営銘柄・健康経営優良法人ロゴマーク



図表Ⅲ-1-7：凸版印刷の事例

<凸版印刷の事例>

- 生活習慣病リスク・受診率・ワークライフバランスに関して、全国平均を大きく上回る目標値を設定。
- 健保組合とのコラボヘルスにより各種施策を実施し、従業員の心身のコンディション向上を推進。

健康経営のためのKPI(年度別目標値)

|                  | 2018(実績)  | 2020             | ▶ 2025 | ▶ 2030  | (参考:全国平均値) |                                       |
|------------------|-----------|------------------|--------|---------|------------|---------------------------------------|
| 生活習慣病リスク<br>低減   | 肥満リスク     | 24.7%            | 24.0%  | ▶ 22.0% | ▶ 20.0%    | 25.8% <sup>※1</sup>                   |
|                  | 高血圧リスク    | 10.5%            | 10.0%  | ▶ 8.5%  | ▶ 8.0%     | 16.1% <sup>※2</sup>                   |
|                  | 糖尿病リスク    | 10.3%            | 10.0%  | ▶ 8.5%  | ▶ 8.0%     | 11.7% <sup>※2</sup>                   |
|                  | 脂質リスク     | 33.9%            | 32.0%  | ▶ 31.0% | ▶ 28.0%    | 31.8% <sup>※2</sup>                   |
| 受診率向上            | 家族特定健診受診率 | 82.7%<br>(35歳以上) | 83.5%  | ▶ 88.0% | ▶ 95.0%    | 48.7% <sup>※3</sup>                   |
|                  | 婦人科検診実施率  | 60.7%            | 65.0%  | ▶ 70.0% | ▶ 75.0%    | 乳がん 44.9% <sup>※4</sup><br>子宮がん 42.4% |
| ワークライフ<br>バランス向上 | 休暇取得日数    | 10.3日            | 11.5日  | ▶ 12.5日 | ▶ 14.0日    | 11.2日 <sup>※5</sup>                   |

※1 平成29年度国民健康・栄養調査  
 ※2 平成30年度定期健診実施率報告書  
 ※3 2017年度特定健診受診率・特定保健指導の実施状況について(概要)  
 ※4 平成28年度国民生活基礎調査の概況  
 ※5 平成30年度労働条件総合調査の概況  
 ※1-5の出典はいずれも厚生労働省



(出所) 凸版印刷HPより抜粋 (令和4年7月)

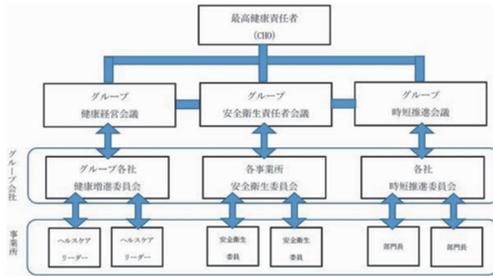
図表Ⅲ-1-8：TOKAIホールディングスの事例

＜TOKAIホールディングスの事例＞

- トップダウンによってグループ全体への健康経営の浸透を図るとともに、取組み状況やその成果に関する経年での変化を確認しながら各種施策を推進。

健康経営の推進体制

経営トップが最高健康責任者（CHO）に就任し、トップダウンで健康経営に取り組んでおります。健康経営を推進するため、グループ健康経営会議、グループ安全衛生責任者会議、グループ時短推進会議を設置し、グループ各社の委員会や事業所のヘルスケアリーダーと連携し、グループ全体に健康経営に関する目標や施策の浸透を図っています。



（出所）TOKAIホールディングスHSPより抜粋（令和4年7月）

|                                | 2018年                 | 2019年                 | 2020年                 |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 定期健康診断受診率                      | 99.8%                 | 99.3%                 | 100.0%                |
| 定期健康診断後の要再受診者（再検査、精密検査、要受診）受診率 | 60.1%                 | 68.4%                 | 86.6%                 |
| 喫煙率                            | 20.0%                 | 15.1%                 | 12.7%                 |
| ウォーキングイベント参加人数                 | 1,016名                | 1,292名                | 1,341名                |
| ストレスチェック実施率                    | 94.0%                 | 95.1%                 | 97.6%                 |
| 有給休暇取得率                        | 60.8%<br>（取得日数：10.7日） | 63.2%<br>（取得日数：11.1日） | 61.5%<br>（取得日数：10.7日） |
| 30分以上の汗をかき運動を週2日以上、1年以上実施      | 22.7%                 | 24.1%                 | 25.2%                 |
| 朝食を抜くことが週3回以上ある                | 33.4%                 | 31.8%                 | 31.3%                 |
| 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある     | 48.3%                 | 44.7%                 | 38.8%                 |
| 肩こり・首の痛みにより仕事に影響が出ている従業員割合     | 19.6%                 | 20.7%                 | 20.4%                 |
| 目の疲れにより仕事に影響が出ている従業員割合         | 25.5%                 | 25.3%                 | 25.3%                 |
| 適正体重維持率（BMI）                   | 64.2%                 | 62.2%                 | 62.9%                 |
| 平均勤続年数                         | 15.7年                 | 15.8年                 | 15.8年                 |
| 1人あたりの医療費（年間）                  | 307千円                 | 324千円                 | 334千円                 |
| 長期欠勤者（私傷病連続5営業日以上）平均欠勤日数       | -                     | 48日                   | 47日                   |
| フィジカルメンタル                      | -                     | 131日                  | 152日                  |
| ストレスチェック高ストレス者率                | 11.2%                 | 11.8%                 | 11.0%                 |
| 自分の役割、仕事内容にやりがいを感じている従業員割合     | 78.4%                 | 79.0%                 | 80.8%                 |
| 家庭や職場、地域社会で豊かな人間関係がある          | -                     | 75.6%                 | 76.2%                 |

図表Ⅲ-1-9：中小企業の事例

＜中小企業の事例＞

- 自社の経営課題の解決に向けて、外部リソース等も活用しながら健康経営を推進。
- 従業員の健康づくりに対する意識が高まり、運動や食習慣の改善等に関する行動変容が生じている。

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>株式会社ヨコレイ</b><br/>https://yokoray.co.jp/<br/>●神奈川県横浜市 ●建設業 ●37人</p> <p>●きっかけ<br/><b>健診を2年間受けていない社員が入院</b><br/>2000年頃、社員2人が立て続けに体調不良で入院。両名とも「仕事が忙しい」との理由で定期健康診断を2年間受診していないことが判明した。これをきっかけに社員の健康管理の重大さを認識し、役員会で健診の受診確認を行うとともに、全国労働衛生週間「健康セミナー」を開催して健康に関する啓発活動を開始した。</p> <p>●主な取り組み<br/>病気になってから支援するのではなく、病気にならないよう支援することが第一と考えている。健康診断の結果を集計して会社の課題を把握するとともに、各個人には保健師が生活習慣病を予防するためのアドバイスを行っている。特に「BMI 25を超えている社員」を減らすべく、目標人数を設定して対象者のBMIを下げる取り組みを実施している。</p> <p>●効果・メリット<br/>社員の間で健康に関する話題が頻りに上るようになった。コミュニケーションが活性化したこととお互いの体調を気遣うようになり、仲間意識がますます高まった。また、運動や食習慣の改善に取り組む社員が増え、健康づくりに対する意識も高まっている。</p> | <p><b>株式会社服部商会</b><br/>http://www.hattoris.co.jp/<br/>●愛知県津島市 ●卸売業 ●21人</p> <p>●きっかけ<br/>2017年頃、採用が困難な状況になり、離職率を下げることも考え社内環境の向上を検討していた。そのときに、協会けんぽ愛知支部から届いた健康宣言の資料に共感したこと、社会保険労務士の事務所に健康宣言証が揃ってあることに共感したときに、健康経営優良法人に申請中と聞いて制度があることを知り、自社での取り組みを決意。</p> <p>●推進体制<br/><b>外部の健康経営アドバイザー、保健師と中長期的な方針を協議</b><br/>経営層と経営管理部とで健康経営推進チームを組織し、企画・立案・実行を行う。外部の健康経営アドバイザー、保健師と当社の課題について意見交換をし中期的な方針を協議している。</p> <p>●効果・メリット<br/>初年度は社員の意識は低かったが、2018年度に協会けんぽの健康宣言優良事業所 組賞を受賞したことで意識が変わった。禁煙に取り組む、メタボ予防のために運動する、独身のランチがコンビニ弁当から手作り弁当になった、野菜ジュースを飲む人が増えたなどの行動変容が起きた。また、生産性の向上、採用の改善にもつながった。</p> | <p><b>有限会社三崎工業</b><br/>https://misakikg.jp/<br/>●沖縄県那覇市 ●建設業 ●12人</p> <p>●きっかけ<br/>創業当初からのスローガン「働くこと 学ぶこと 健康なことが最高の財産」のもと、事業を持続可能なものにする上で重要な経営戦略の一つとして健康づくりに取り組み始めた。</p> <p>●推進体制<br/><b>数値目標を定めPDCAサイクルで改善</b><br/>衛生推進者を選任し、定期的に衛生委員会を開催している。14の目標指標を数値化し、PDCAサイクルを活用した施策のフィードバックを行い、継続して改善に取り組むことで、全員参加型の活動になっている。</p> <p>●主な取り組み<br/>①ストレスチェック制度の導入やメンタルヘルス対策促進員の助言に基づく心の健康づくり計画、専門家による指導で職場環境改善計画を実施することで、メンタルヘルス対策における一次～三次予防対策に取り組んでいる。<br/>②事業所内にフィットネスジムを完備し、運動不足によるメタボ対策や健康増進に役立っている。</p> |
|--|---|---|

（出所）経済産業省「健康経営優良法人2021（中小規模法人部門）認定法人 取り組み事例集」

【PFS,SIB を活用した取組】

図表Ⅲ-1-10：愛知県豊田市の取組

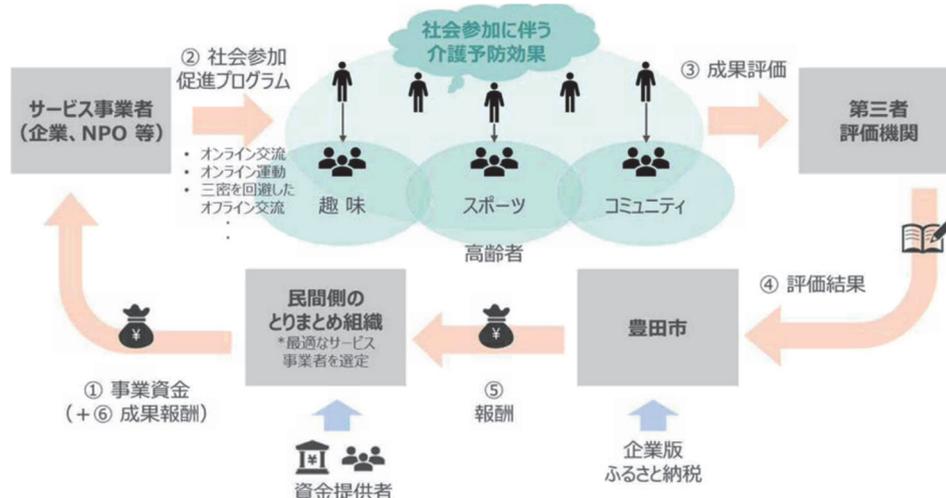


<https://www.city.toyota.aichi.jp/pressrelease/1041303/1041361.html>

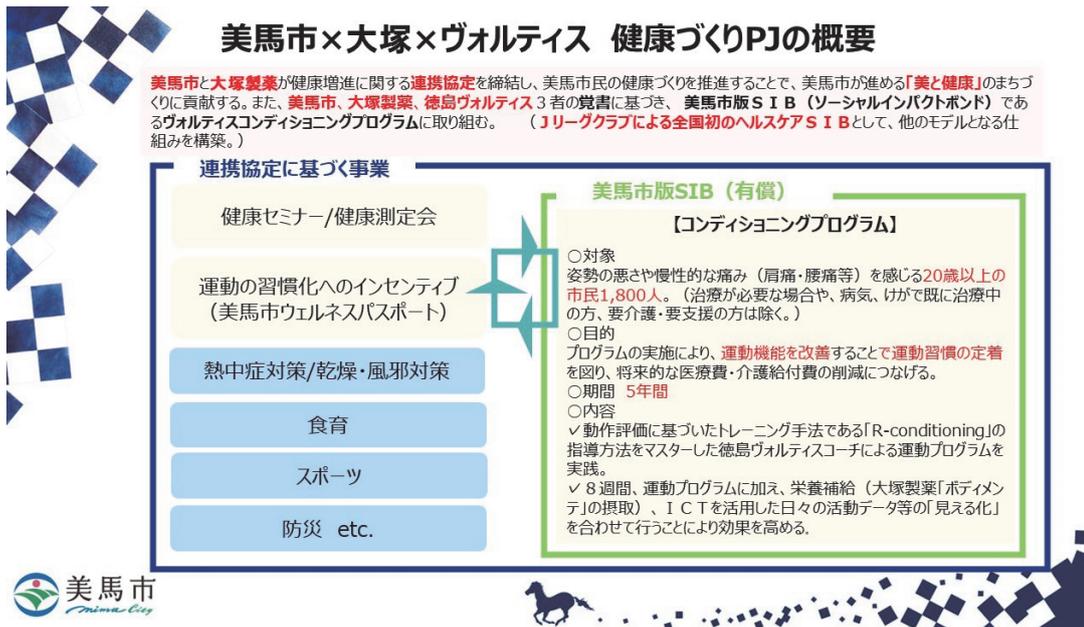
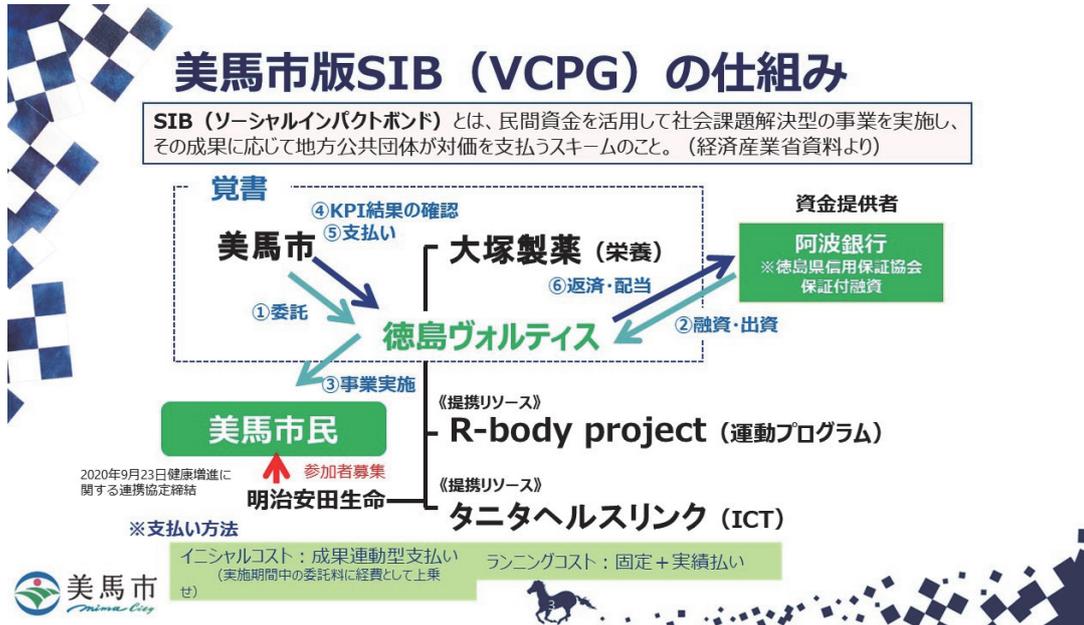
報道発表日 2021年1月5日

報道発表資料 SIBを活用した官民連携による介護予防事業の推進について 企業版ふるさと納税を活用し、コロナ禍の高齢者の社会参加を促進

- 豊田市は、豊田市つながる社会実証推進協議会の取組として、新しい官民連携の仕組みであるソーシャル・インパクト・ボンド(以下、SIB(※1))を初めて活用し、介護予防事業を推進します。本事業は、団塊の世代の後期高齢化に加え、新型コロナウイルスの影響で高齢者の外出機会が減少しているという課題の解決のため、株式会社ドリームインキュベータとともに検討を重ねてきたもので、令和3年度からの事業開始に向けた準備を進めていきます。



図表Ⅲ-1-11：福島県美馬市の取組



#### 4）地方公共団体の取組状況調査より（大分県、宮崎県、秋田県の取組）

健康寿命が延伸している都道府県における具体的な取組内容を把握するとともに、次期国民健康づくり運動プラン策定に向け、健康増進に取り組む上での実態や課題を明らかにすることを目的に、補足的にヒアリング調査を実施した。大分県、宮崎県、秋田県の取組を紹介する。

図表Ⅲ-1-12：大分県の実態を見る化・県全体で目指すは健康寿命日本一

大分県：市町村の実態を見る化・県全体で目指すは健康寿命日本一

● 県として共通の目標のもとで各部局や多様な主体が健康施策に関与できる環境を構築

- 県全体の目標として「健康寿命日本一」を掲げることで、各部局が同じ目標に向かって取り組むとともに、多様な主体による県民総ぐるみの活動を推進した。（健康寿命日本一大分おおい創造会議、健康寿命日本一おうえん企業）
- 分析の結果、「75歳以上」「50代前後」に課題があった。働く世代の無関心層をターゲットにした健康アプリを活用し、市町村や他部局のウォーキングや観光イベント等と連動させ、自然と運動や社会参加活動に結びつけやすい環境をつくった。
- また、健康経営の登録・認定制度を活用し、職場ぐるみの健康づくりを推進した。



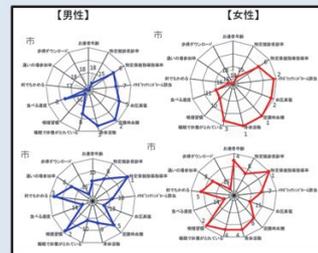
● 各保健所圏域で地域の健康課題にアプローチ

- 県独自で大規模実態調査を実施し、地域ごとの健康課題に応じた取組ができるよう県の予算を確保した。
- 県と保健所、保健所と市町村で協議しながら、各保健所圏域で健康増進計画を作成し、方向性を擦り合わせている。



● 県独自の指標を設定することで市町村に毎年データを還元

- 今後、取組をさらに深化させるため、毎年把握可能なデータから独自の13指標で市町村ごとにデータを作成・還元することで実態に合った取組につながる仕組みを構築した。
- 会議体で市町村の工夫を横展開することで市町村の取組を促している（健康寿命延伸アクション部会）。



出典：（図）大分県提供資料をもとに作成（イラスト）大分県ホームページより引用

新たな評価体系を構築、市町村単位で地域の状況をスコア化

**【現状】**

**健康寿命** 男性：全国1位(73.72歳)※前回36位  
女性：全国4位(76.60歳) // 12位

**共通** ・わかりやすい3つの鍵 歩数+1500、野菜摂取350g、減塩-3g

**高齢者** ・通いの場への参加率：全国1位(13.5%)  
要介護認定率18.6%(全国より低く推移)

**働き盛り** ・糖尿病性腎症重症化予防(大学病院、医師会との連携)  
新規透析患者の減(H30：全国ワースト3位→R2：23位)

要介護認定率[%]

新規透析患者数[人/百万人]

**【健康寿命の課題・問題点】**

- 自覚的・主観的な健康観から算定 ⇒ 課題分析困難
- 調査は3年毎、公表まで2年のタイムラグ ⇒ 毎年評価困難
- 市町村別の算出不可能 ⇒ 地域の強み・弱みを踏まえた効果的な対策が打てない

Q「あなたは現在、健康上の理由で日常生活に何か影響がありますか？」

**【本県における取組】**

◎ 男女とも1位に向けた県民総ぐるみの健康づくり

⇒ 13の客観的補助指標の設定、県下18市町村で競争

<参考>

⇒ 県下18市町村ごとに見える化し、強み・弱みに応じた対策を推進

出典：大分県提供資料より抜粋

図表Ⅲ-1-13：宮崎県の取組

宮崎県：隣接県・地域との連携により健康寿命延伸の取組を啓発

- データや中間評価を通して取り組む方向性を決定
  - 県として循環器疾患や糖尿病、肥満の予防が課題である。背景の要因を分析したうえで、野菜摂取量の増加（1日プラス100g「ベジ活」）や歩数の増加（1日プラス1,000歩「プラス10分の身体活動」）に取り組むことにした。また、中間評価時の分析で、食塩摂取量が統計上増加していたことから、減塩の取組（食塩を1日マイナス2g「へらしお」）を強化した。具体的には、世代別に食塩摂取の特徴をグラフ等で見える化し、分かりやすく示したリーフレットを作成。各保健所が中心となって普及啓発を行った。
  - 生活習慣病予防は、特に働く世代への取組が重要だと考え、健康経営を支援している。県内企業に対して健康経営の普及啓発を積極的に行う企業を「健康経営サポート企業」として登録するほか、協会けんぽ宮崎支部と連携し、県保健所が調整役となって、健康宣言事業所に個別支援を行っている。また、従業員やその家族の健康づくりに取り組む企業の知事表彰を行っている。
- 隣接県（大分県）や地域全体（九州・山口各県）との取組
  - 過去、近隣県の宮崎県と健康寿命日本一を競い合った取組を実施した。現在は九州地方知事会・九州地域戦略会議において、「健康寿命延伸対策プロジェクト」を実施（宮崎県がプロジェクトリーダー）。令和3年度は、各県対抗で歩数を競う「九州・山口チャレンジウォーク」を開催。今後も連携した取組を継続し、九州・山口各県で競い合いながら、全体の健康寿命の更なる延伸に繋げる。
- 健康寿命の都道府県順位が一時下がったことをばねに、危機感を共有することで気運を醸成
  - 平成27年度に「宮崎県健康長寿社会づくり推進本部（県庁内）」、「宮崎県健康長寿社会づくり推進会議（団体）」を設置。過去に健康寿命の都道府県順位が下がった時には、関係部局・団体等と結果を共有し、全県的な健康寿命延伸に向けた取組の気運を醸成した。



出典：宮崎県健康長寿サポートサイトより引用

食事や運動への取組をキャッチーな表現で啓発

**県民一丸となって「健康長寿日本一」の宮崎県を目指しましょう!**

健康寿命とは、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ことです。平均寿命と健康寿命の差は、空費期間は男性で約8年、女性で約11年あります。健康でイキキとした生活を送るため、健康寿命を伸ばしましょう!

**健康寿命の都道府県順位（令和元年）**

| 性別 | 順位 | 県名   | 健康寿命(歳) |
|----|----|------|---------|
| 男性 | 1  | 大分県  | 73.72歳  |
|    | 2  | 山梨県  | 73.57歳  |
|    | 3  | 埼玉県  | 73.48歳  |
|    | 4  | 滋賀県  | 73.46歳  |
|    | 5  | 静岡県  | 73.45歳  |
|    | 6  | 群馬県  | 73.41歳  |
|    | 7  | 鹿児島県 | 73.40歳  |
|    | 8  | 山口県  | 73.31歳  |
|    | 9  | 宮崎県  | 73.30歳  |
|    | 10 | 福井県  | 73.20歳  |
| 女性 | 1  | 三重県  | 77.58歳  |
|    | 2  | 山梨県  | 76.74歳  |
|    | 3  | 宮崎県  | 76.71歳  |
|    | 4  | 大分県  | 76.60歳  |
|    | 5  | 静岡県  | 76.58歳  |
|    | 6  | 東京都  | 76.42歳  |
|    | 7  | 熊本県  | 76.36歳  |
|    | 8  | 高知県  | 76.32歳  |
|    | 9  | 鹿児島県 | 76.23歳  |
|    | 10 | 徳島県  | 76.18歳  |

九州・山口では、健康寿命を伸ばせば、いくつになっても健康で活躍できる地域「健康九州」づくりを行っています。

**できることから! カラダよるこぶ「おいしく・へらしお」**

食塩のとり過ぎは、高血圧をはじめ、それに伴う脳卒中・心臓病、腎臓病などにつながる可能性があります。空費期間における食塩摂取量の1日あたり目標量は、成人男性が約6g未満、女性約5.5g未満です。しかし、空費期間の1日平均食塩摂取量は、男性10.6g、女性9.2g多く取っています。だから、食塩を1日マイナス2gでへらしお!(減塩)

**おいしく・へらしお(減塩)のポイント**

- 食塩は、調味料や加工食品の多くに含まれているので、減塩に意識を向けよう。
- 減塩は、調味料を減らすだけでなく、食材の味を活かす工夫も大切。
- 減塩は、調味料を減らすだけでなく、食材の味を活かす工夫も大切。

**野菜をもっと食べよう! 野菜を積極的に食べる活動、それが「ベジ活」!**

健康のためには1日350g以上の野菜が必要。宮崎県民の平均摂取量は278gと約100g不足しています。だから、野菜を1日プラス100g!!

**宮崎県民の1日の野菜摂取量**

| 世代      | 男性(平均) | 女性(平均) |
|---------|--------|--------|
| 20代     | 218g   | 187g   |
| 30-40歳代 | 239g   | 233g   |
| 50-60歳代 | 256g   | 236g   |

ベジ活応援店を利用しよう

宮崎県では「ベジ活」に賛同し、県民の健康づくりをサポートする事業者・生産者・消費者が「ベジ活応援店」に登録し、「ベジ活」をいっしょに盛り上げていきます。ベジ活応援店を利用することで、食塩に気をつける工夫がしやすくなります。

**食品パッケージの表示をみよう!!**

食品パッケージの表示をみよう!!

栄養成分表示をチェックして健康づくりに役立てましょう

表示をチェック!

**10分の身体活動は約1,000歩の歩数に相当します**

10+10分カラダを動かそう!!

宮崎県では、この5年間で1日平均歩数が約1,000歩減少しています。身体活動を増やすことで、肥満や生活習慣病の発症・重症化のリスクを下げることができます。だから1日プラス10分でプラス1,000歩!

家事や通勤などカラダを動かすチャンスを見つけて出かけることから始めよう。

出典：宮崎県提供資料より抜粋 「めざせ!健康長寿日本一」リーフレット

図表Ⅲ-1-14：秋田県取組

## 秋田県：健康づくりを県民運動として推進する取組を実施

### ● 生活習慣の改善に向けて地道に活動を継続

- がんや脳血管疾患の死亡率の高さが課題である。統計データから要因を分析した結果、「減塩」や「プラス野菜・果物」、喫煙率の低減など生活習慣の改善に継続して取り組んできた。
- 独自に食塩や野菜・果物の使用量の基準を示し、飲食店のメニューを認証することで健康的な食環境の整備を推進している。働き盛り世代の生活習慣の改善を重点課題と考えており、県独自で健康経営優良法人の認定を行うなど、健康経営の推進に取り組んでいる。

### ● 県民総ぐるみで健康づくり運動を展開するための体制を構築

- 健康づくりを県民運動として展開するための基本計画となる「健康秋田いきいきアクションプラン」を策定。また、県民運動の推進母体として、医師会や広域連合等保険者、民間企業、市町村などが参画している「秋田県健康づくり県民運動推進協議会」を発足し、県民への健康づくりの普及に取り組んでいる。
- 全市町村に協議会に参加してもらうことで、県としての方向性を市町村と共有しながら取組を推進する体制を構築している。

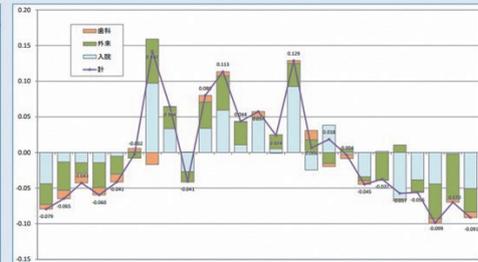
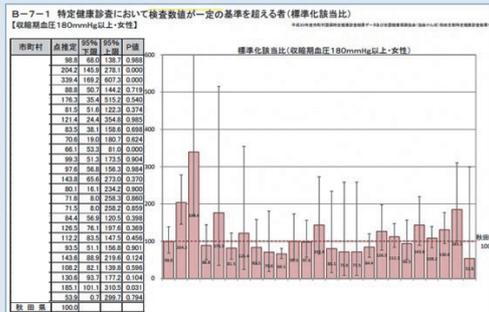


出典：秋田県提供資料より抜粋

### ● 国保以外も含め、保険者横断的に県民の健康課題を分析

- 各保険者（国保データ、協会けんぽ、後期高齢者医療広域連合）からレセプト・健診データを毎年収集し、市町村単位でデータを分析している（「秋田県健康づくり支援資料集」）。市町村の健康課題の見える化ができています。
- 保険者のデータを合わせることで、疾病別の医療費や受診率の地域差を算出している（特に医療費については県民人口の約75%をカバーしている）。
- 外部委託により集計のプログラムを開発し、県の担当者が解析できる体制になっている。

### 保険者横断的なデータで市町村単位の地域差を分析



出典：秋田県公式サイトより引用 「秋田県健康づくり支援資料集」  
（平成30年度特定健康診査データ等集計・分析結果）

### 独自の基準を示して健康的な食事をわかりやすく普及

家庭でも はじめよう お店でも

### 「秋田スタイル健康な食事」

【秋田スタイル健康な食事ってどんなもの？】  
健康が目標する食事は「減塩」と「プラス野菜・果物」です

- みそ汁やスープと野菜の組み合わせがポイント
- 1食1野菜・果物を必ず摂る
- 減塩の目安は食卓塩分量を減らす

いつでも購入できるお弁当の塩分量はどのくらい？  
減塩の目安や栄養士会で、みそ汁の塩分量測定ができます。お問い合わせください！

大館 0186-80-1188 大館 0186-80-1188  
北秋田 0186-80-1188 北秋田 0186-80-1188  
秋田 0186-80-1188 秋田 0186-80-1188  
秋田中央 0186-80-1188 秋田中央 0186-80-1188  
秋田南 0186-80-1188 秋田南 0186-80-1188

秋田県健康づくり推進協議会 TEL 018-960-1426

出典：秋田県公式サイトより引用  
「秋田スタイル健康な食事」リーフレット

認証基準は？ みそ汁等がつく場合、汁の塩分濃度は0.8%以下です

### 秋田スタイル健康な食事 定食タイプ

- ① 主菜に野菜を添え、主菜の味で野菜を食べられるようにする
- ② 漬物や常備菜はひかえめに代りに果物をつける

スーパー秋田スタイル健康な食事 定食タイプ、弁当タイプ

- ① 食塩相当量が3.0g未満
- ② 野菜と果物の使用量が120g以上

### 秋田スタイル健康な食事 カレー、チャーハン、パスタ、そば等の味付け主食タイプ

- ① スープ類はつけない
- ② 漬物はない
- ③ 果物または野菜の小皿をつける

### 秋田スタイル健康な食事 ラーメン、うどん、そば等の汁あり麺類タイプ

- ① スープ摂取量に応じた食塩相当量の表示がある
- ② 漬物はない
- ③ 果物または野菜の小皿をつける

詳しい認証基準や留意事項については保健所にお問合せください  
栄養士が塩分濃度の測定や食塩相当量の計算等をして認証に向けてサポートします

## 2. 都道府県・市区町村・団体の取組状況の評価

### 自治体等の取組状況の評価のための調査（参照：別添2-1、別添2-2）

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| 調査概要                                 | 399 |
| （1）都道府県調査                            | 401 |
| 1）健康増進計画の策定と評価の状況                    | 401 |
| 2）健康増進施策の取組状況                        | 407 |
| （2）市区町村調査                            | 422 |
| 1）健康増進計画の策定と評価の状況                    | 422 |
| 2）健康増進施策の取組状況                        | 431 |
| （3）団体調査                              | 446 |
| 1）健康増進施策の取組状況                        | 446 |
| （4）指標の達成状況と推進に関する取組状況の比較             | 452 |
| （5）結果のまとめ                            | 454 |
| [参考] スマート・ライフ・プロジェクトの参画企業・団体の取組状況の評価 | 456 |

## 調査概要

### 1) 調査目的

本調査は、健康日本 21（第二次）策定時及び中間評価時に設定された目標について、関連する取組の状況の評価するとともに、健康日本 21 最終評価時との状況を比較し、次期健康づくり運動プラン策定に向け、健康増進に取り組む上での問題や課題を明らかにすることを目的として実施した。

### 2) 調査項目の枠組み

- 計画の策定と評価に関する項目
  - ・ 計画の策定・評価の状況
  - ・ 地域格差の把握状況 等
- 施策の推進体制・連携に関する項目
  - ・ 健康増進の取組の推進体制
  - ・ 他分野連携、職種間連携、研修 等
- 各領域の取組状況に関する項目
  - ・ 健康日本 21（第二次）の各領域・各目標項目の設定状況・取組状況 等
- 次期プラン策定に向けた課題
  - ・ 今後対策が必要であると考えられる領域
  - ・ 強化すべき体制
  - ・ 国に求める支援 等

### 3) 調査対象

本調査は、全国の都道府県、市区町村、健康日本 21 推進全国連絡協議会加入団体を対象として悉皆で実施した。

図表Ⅲ-2-1：自治体等の取組状況の評価のための調査 調査対象

| 調査対象区分   | 調査対象数      |
|--|------------|
| 都道府県   | 47 都道府県    |
| 市区町村   | 1,741 市区町村 |
| 健康日本 21 推進全国連絡協議会加入団体<br>(令和 3 (2021) 年 6 月時点) | 142 団体     |

### 4) 調査対象期間

本調査は、「健康日本 21（第二次）」が開始された平成 25（2013）年度から令和 3（2021）年 7 月末時点までの取組を調査対象として実施した。

### 5) 調査実施期間

本調査は、令和3（2021）年8月～10月の期間に実施した。

### 6) 回収結果

本調査は、47都道府県、1,371市区町村（うち有効回答1,369市区町村）、88団体から回答を得た。

図表Ⅲ-2-2：自治体等の取組状況の評価のための調査 回収結果

| 調査対象区分                      | 回収数（率）       |
|-----------------------------|--------------|
| 都道府県（全47都道府県）               | 47（100.0%）   |
| 市区町村（全1,741市区町村）            | 1,371（78.7%） |
| うち有効回答                      | 1,369（78.6%） |
| 健康日本21推進全国連絡協議会加入団体（全142団体） | 88（62.0%）    |

## (1) 都道府県調査

### 1) 健康増進計画の策定と評価の状況

都道府県においては、令和3（2021）年7月末時点で全ての都道府県で健康増進計画が策定されていた。なお、健康日本21 最終評価においても、全ての都道府県で健康増進計画が策定された。

**図表Ⅲ-2-3：健康増進計画策定状況（都道府県）**

| 調査対象区分        | 策定数（割合）    |
|---------------|------------|
| 都道府県（全47都道府県） | 47（100.0%） |

資料：健康日本21（第二次）分析評価事業（国立健康栄養研究所）

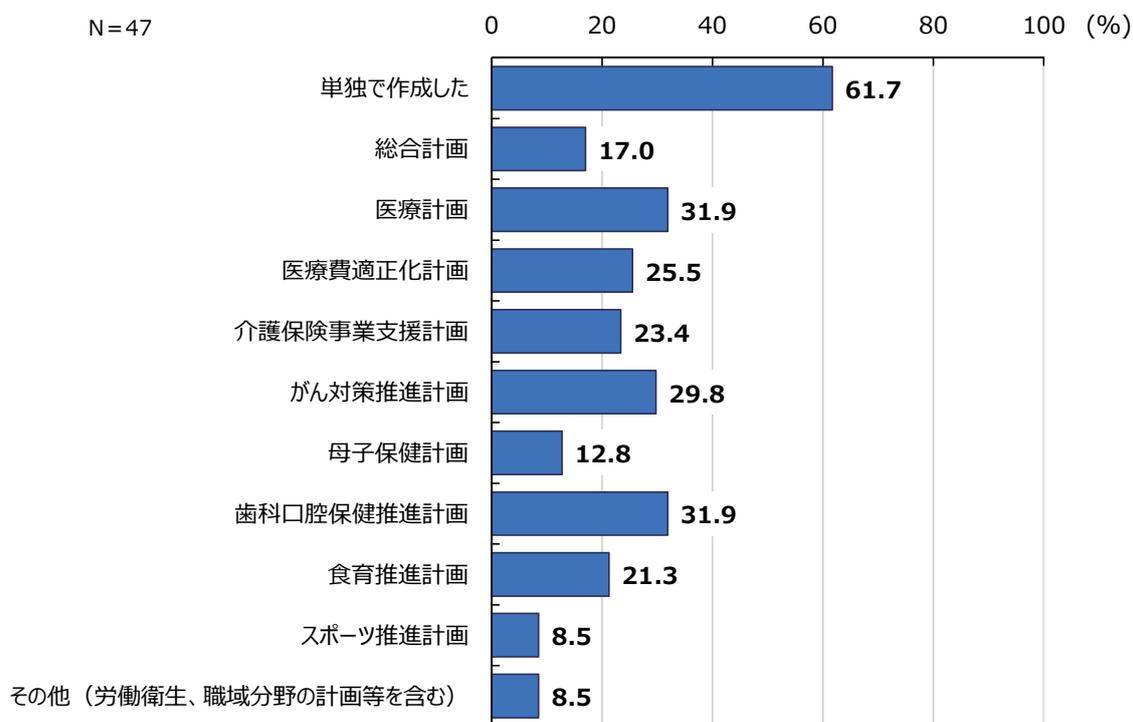
**図表Ⅲ-2-4：健康増進計画策定状況（健康日本21 最終評価）**

| 調査対象区分        | 策定数（割合）    |
|---------------|------------|
| 都道府県（全47都道府県） | 47（100.0%） |

資料：「健康日本21」最終評価（平成23年10月 健康日本21 評価作業チーム）

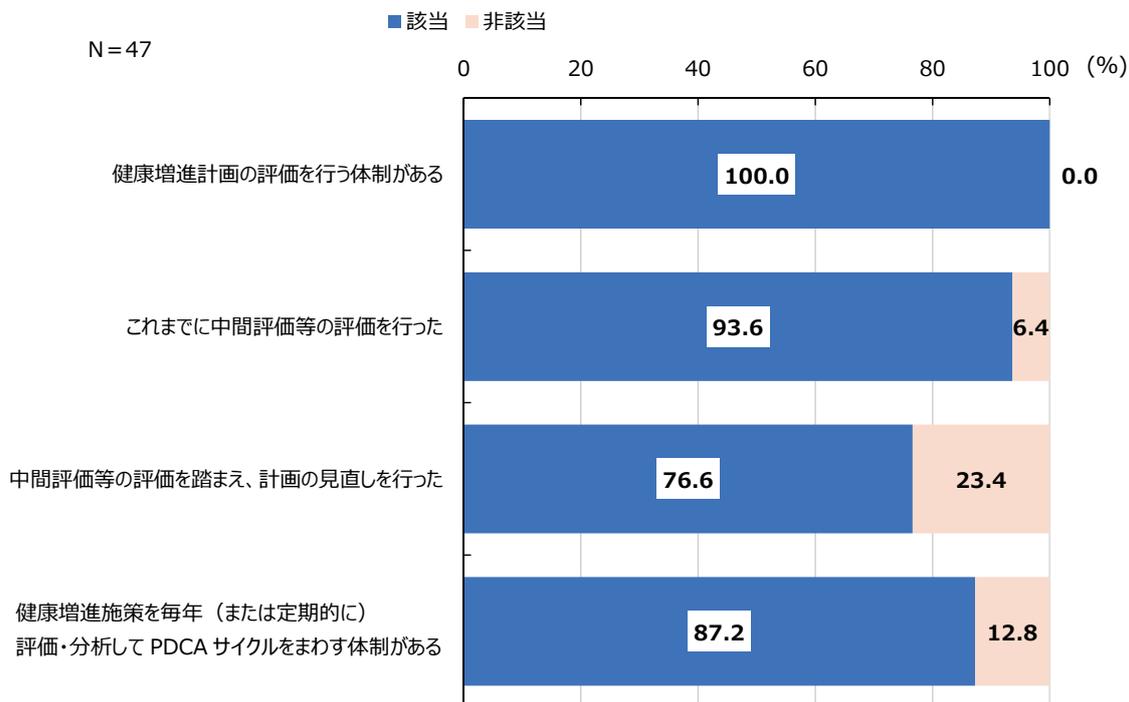
健康増進計画と一体的に作成した計画について、「単独で作成した」と回答した割合が61.7%、次いで「医療計画」と回答した割合が31.9%、同じく「歯科口腔保健推進計画」と回答した割合が31.9%であった（図表Ⅲ-2-5）。

図表Ⅲ-2-5：健康増進計画と一体的に作成した計画（都道府県）



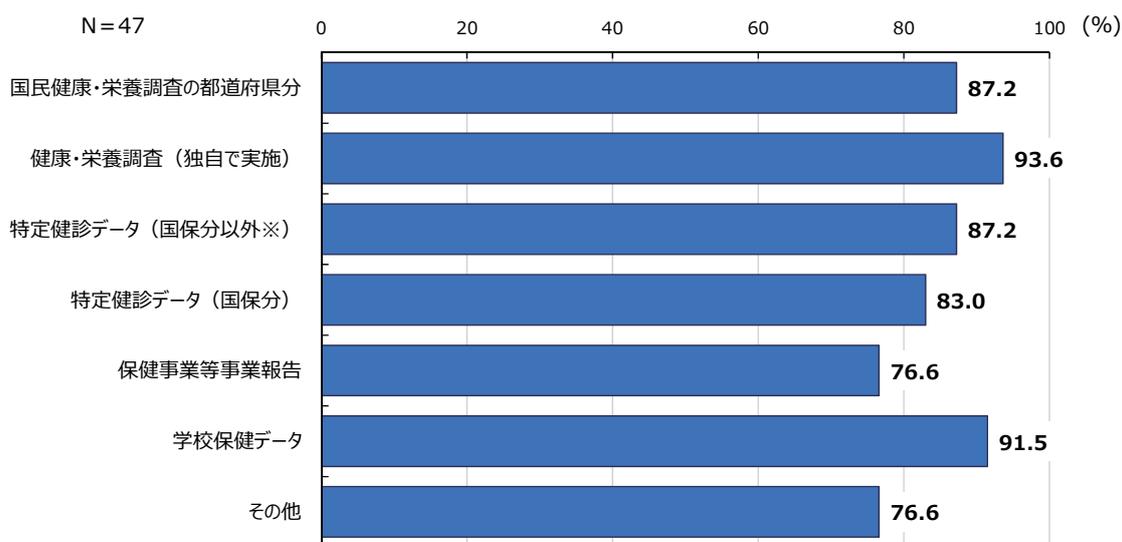
健康増進計画の評価の状況について、「健康増進計画の評価を行う体制がある」と回答した割合は100.0%（健康日本21最終評価時98%）、「これまでに中間評価を行った」と回答した割合は93.6%（健康日本21最終評価時98%）であり、健康日本21の最終評価のための調査結果と概ね同じ水準であった。「中間評価等の評価を踏まえ、計画の見直しを行った」のは76.6%、「健康増進施策を毎年（または定期的に）評価・分析してPDCAサイクルをまわす体制がある」と回答した割合は87.2%であった（図表Ⅲ-2-6）。

図表Ⅲ-2-6：健康増進計画の評価の状況（都道府県）



健康増進計画の策定・評価に用いているデータについて、「健康・栄養調査（独自で実施）」と回答した割合は 93.6%と最も大きく、次いで「学校保健データ」と回答した割合が 91.5%、「国民健康・栄養調査の都道府県分」、また「特定健診データ（国保分以外※）」と回答した割合が 87.2%であった（図表Ⅲ-2-7）。

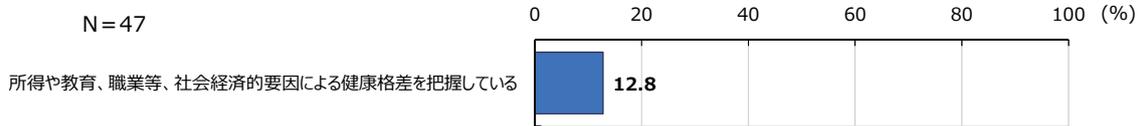
図表Ⅲ-2-7：健康増進計画の策定・評価に用いているデータ（都道府県）



※NDBオープンデータ、被用者保険のデータ等

「所得や教育、職業等、社会経済的要因による健康格差を把握している」と回答した割合は12.8%であった（図表Ⅲ-2-8）。

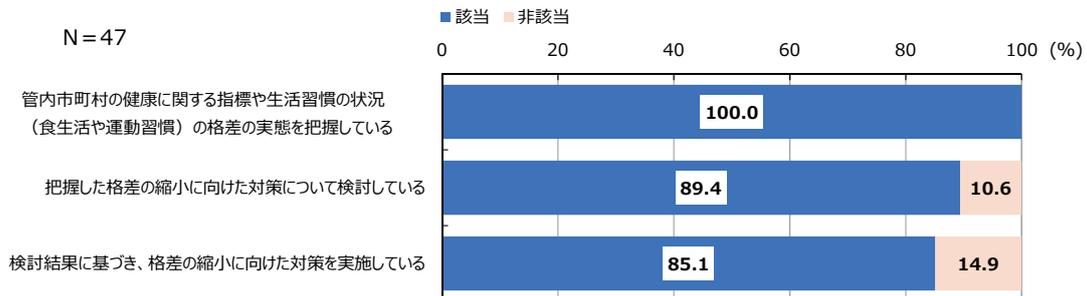
**図表Ⅲ-2-8：健康格差の把握（都道府県）**



**(参考)**

厚生労働省が令和3年8月に都道府県を対象に実施した調査によると、全ての都道府県が「管内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を把握している」と回答した。また、「把握した格差の縮小に向けた対策について検討している」と回答した都道府県は89.4%、「検討結果に基づき、格差の縮小に向けた対策を実施している」と回答した割合は85.1%であった。

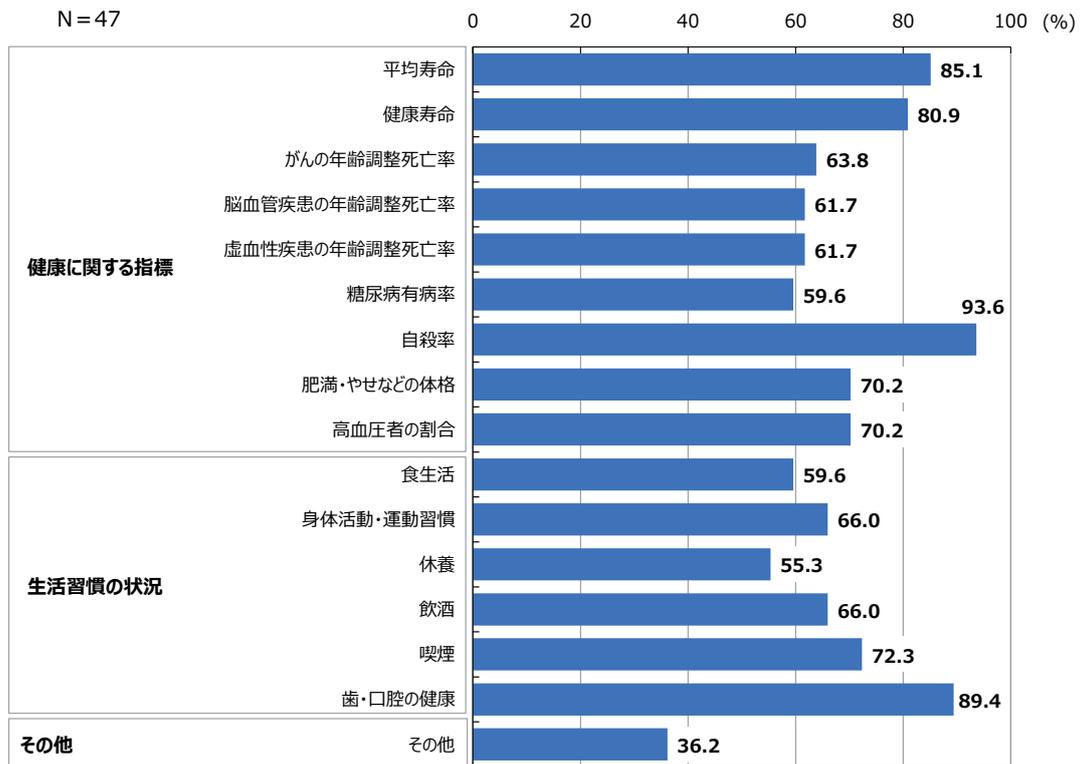
**図表Ⅲ-2-9：参考 健康格差の把握と対応の状況（都道府県）**



資料：「健康日本 21（第二次）の目標項目設定に係る自治体の取組状況」調査（厚生労働省健康局健康課）※令和2年度末の状況について回答。

また、同調査によると、都道府県が健康格差について把握している指標としては、「自殺率」と回答した割合が 93.6%と最も多く、次いで「歯・口腔の健康」が 89.4%、「平均寿命」が 85.1%であった。

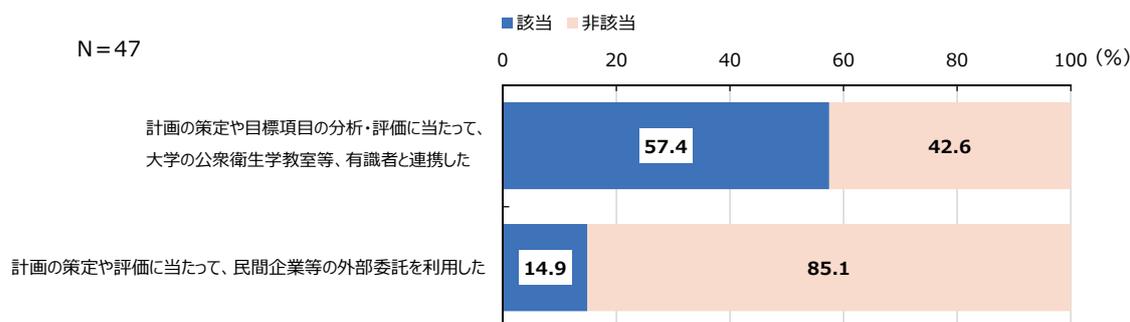
図表Ⅲ-2-10：参考 健康格差について把握している指標（都道府県）



資料：「健康日本 21（第二次）の目標項目設定に係る自治体の取組状況」調査（厚生労働省健康局健康課）

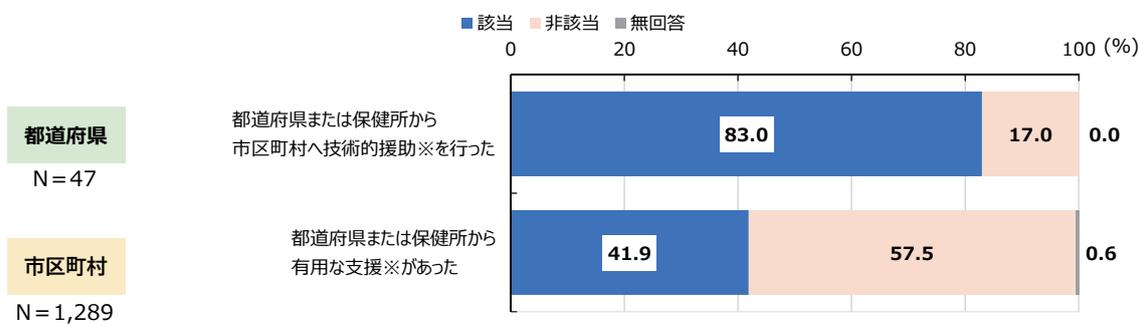
健康増進計画の策定と評価のための外部連携の状況について、「計画の策定や目標項目の分析・評価に当たって、大学の公衆衛生学教室等、有識者と連携した」と回答した割合は57.4%、「計画の策定や評価に当たって、民間企業等の外部委託を利用した」と回答した割合は14.9%であった（図表Ⅲ-2-11）。

図表Ⅲ-2-11：健康増進計画の策定と評価のための外部連携の状況（都道府県）



市区町村の計画策定に向けた支援の状況について、「都道府県または保健所から市区町村へ技術的援助を行った」と回答した割合は83.0%であった。一方、市区町村を対象とした調査において、市区町村が、「都道府県または保健所から有用な支援があった」と回答した割合は41.9%であった（図表Ⅲ-2-12）。

図表Ⅲ-2-12：市区町村の計画策定に向けた支援の状況



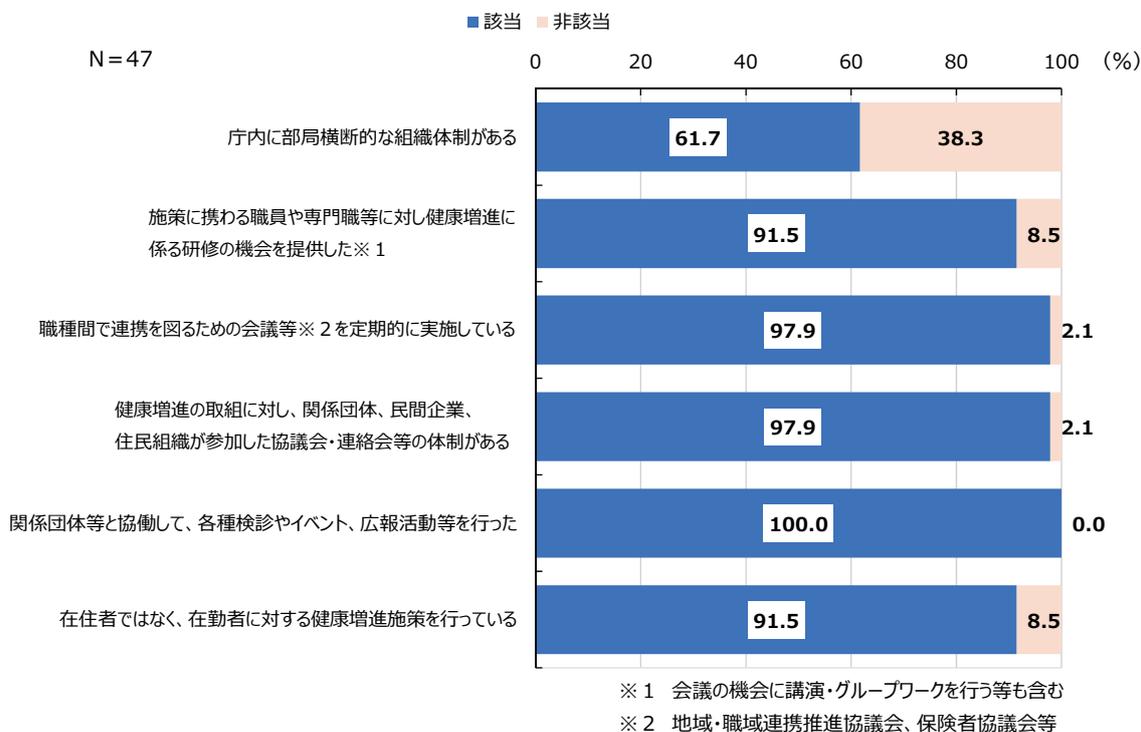
## 2) 健康増進施策の取組状況

健康増進の取組に対する推進体制について、「庁内に部局横断的な組織体制がある」と回答した割合は61.7%であり、健康日本21最終評価時の32%より大きく増加していた。「施策に携わる職員や専門職等に対し健康増進に係る研修の機会を提供した」と回答した割合は91.5%、「職種間で連携を図るための会議等を定期的実施している」と回答した割合は97.9%であった。

「健康増進の取組に対し、関係団体、民間企業、住民組織が参加した協議会・連絡会等の体制がある」と回答した割合は97.9%（健康日本21最終評価時98%）、「関係団体等と協働して、各種検診やイベント、広報活動等を行った」と回答した割合は100.0%であった。

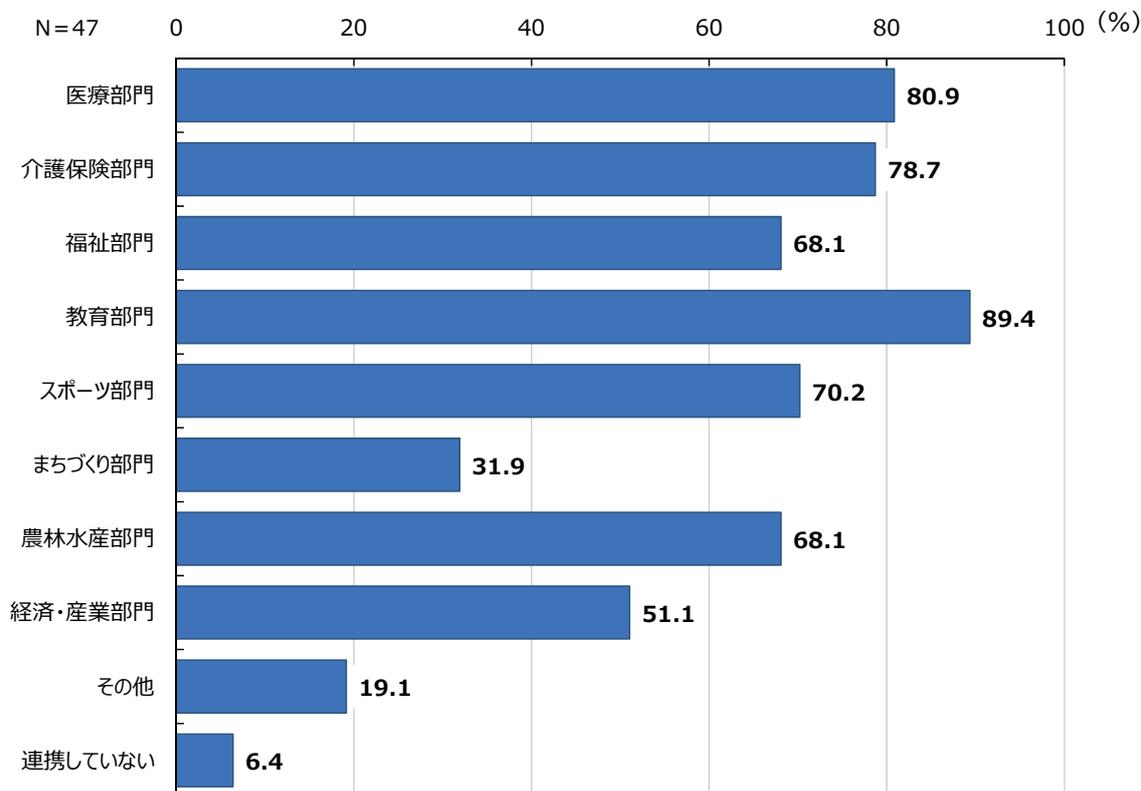
また、「在住者ではなく、在勤者に対する健康増進施策を行っている」と回答した割合は91.5%であった（図表Ⅲ-2-13）。

図表Ⅲ-2-13：健康増進の取組に対する推進体制（都道府県）



庁内で連携して施策を行った部門について、「教育部門」と回答した割合が 89.4%と最も大きく、次いで「医療部門」と回答した割合が 80.9%、「介護保険部門」と回答した割合が 78.7%であった（図表Ⅲ-2-14）。

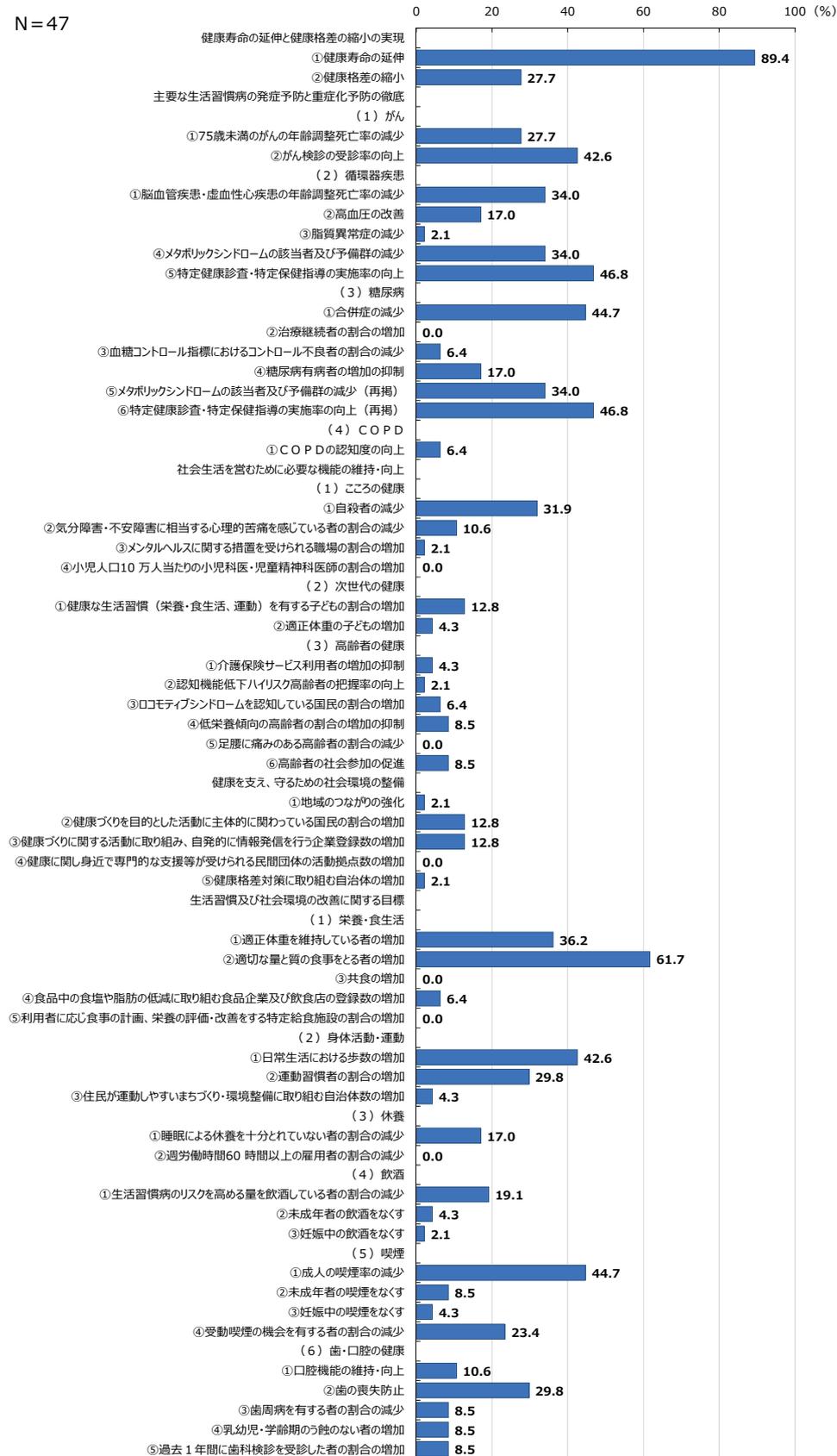
図表Ⅲ-2-14：庁内で連携して施策を行った部門（都道府県）



計画策定において重要だと考えた項目（最大 10 項目まで選択）について、「健康寿命の延伸」と回答した割合が 89.4%と最も大きく、次いで「適切な量と質の食事をとる者の増加」と回答した割合が 61.7%、「特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上」と回答した割合が 46.8%であった（図表Ⅲ-2-15）。

図表Ⅲ-2-15：計画策定において重要だと考えた項目（最大10項目まで）（都道府県）

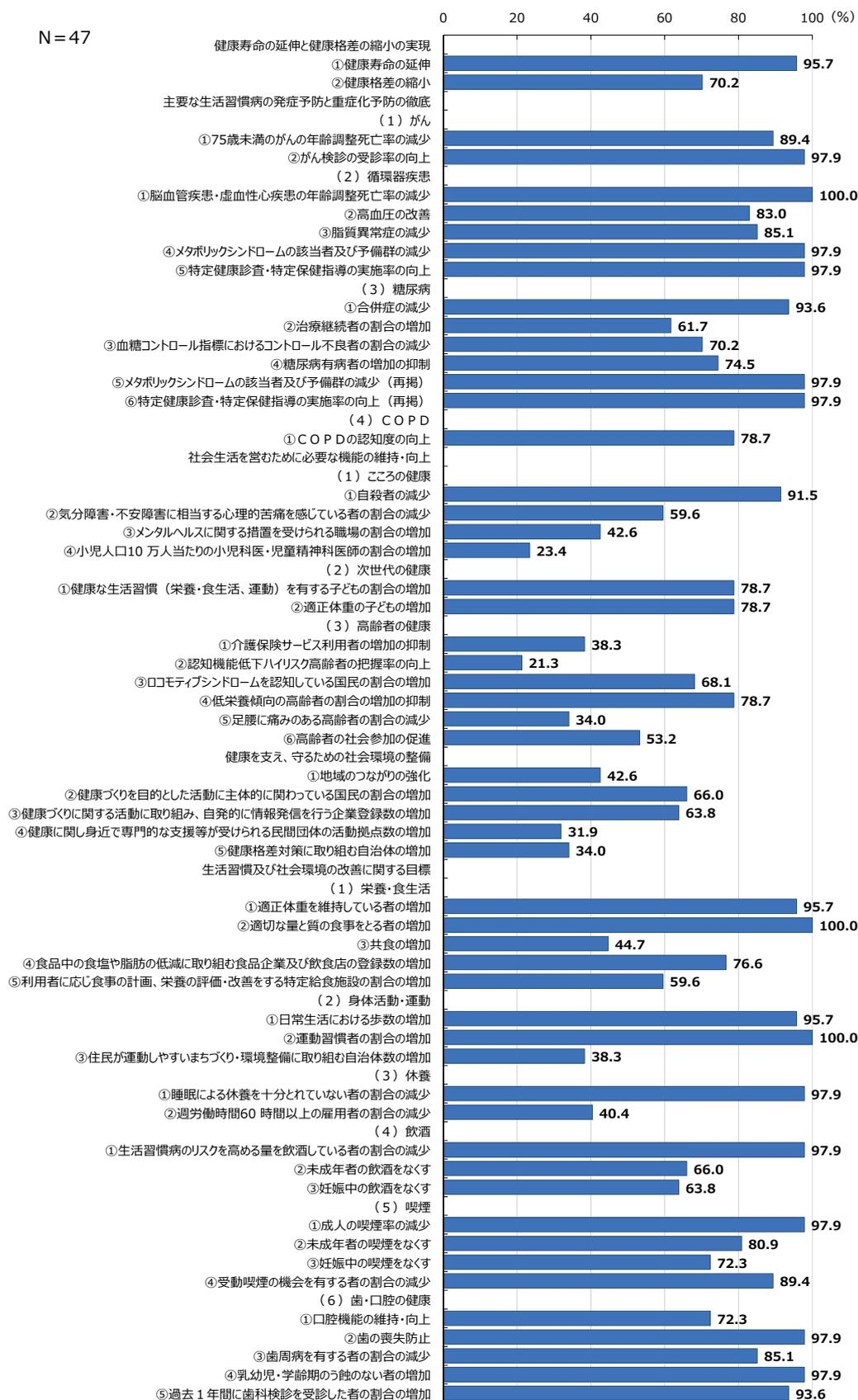
N = 47



健康増進計画の目標として設定した項目について、全ての都道府県で目標設定された項目は、「脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少」、「適切な量と質の食事をとる者の増加」、「運動習慣者の割合の増加」の3項目であった。

このほか9割以上で設定された項目は、健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現については、「健康寿命の延伸」(95.7%)、主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底については、「がん検診の受診率の向上」(97.9%)、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」(97.9%)、「特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上」(97.9%)、「(糖尿病の)合併症の減少」(93.6%)、社会生活を営むために必要な機能の維持・向上については、「自殺者の減少」(91.5%)、生活習慣及び社会環境の改善に関する目標については、「適正体重を維持している者の増加」(95.7%)、「日常生活における歩数の増加」(95.7%)、「睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少」(97.9%)、「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」(97.9%)、「成人の喫煙率の減少」(97.9%)、「歯の喪失防止」(97.9%)、「乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加」(97.9%)、「過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加」(93.6%)であった(図表Ⅲ-2-16)。

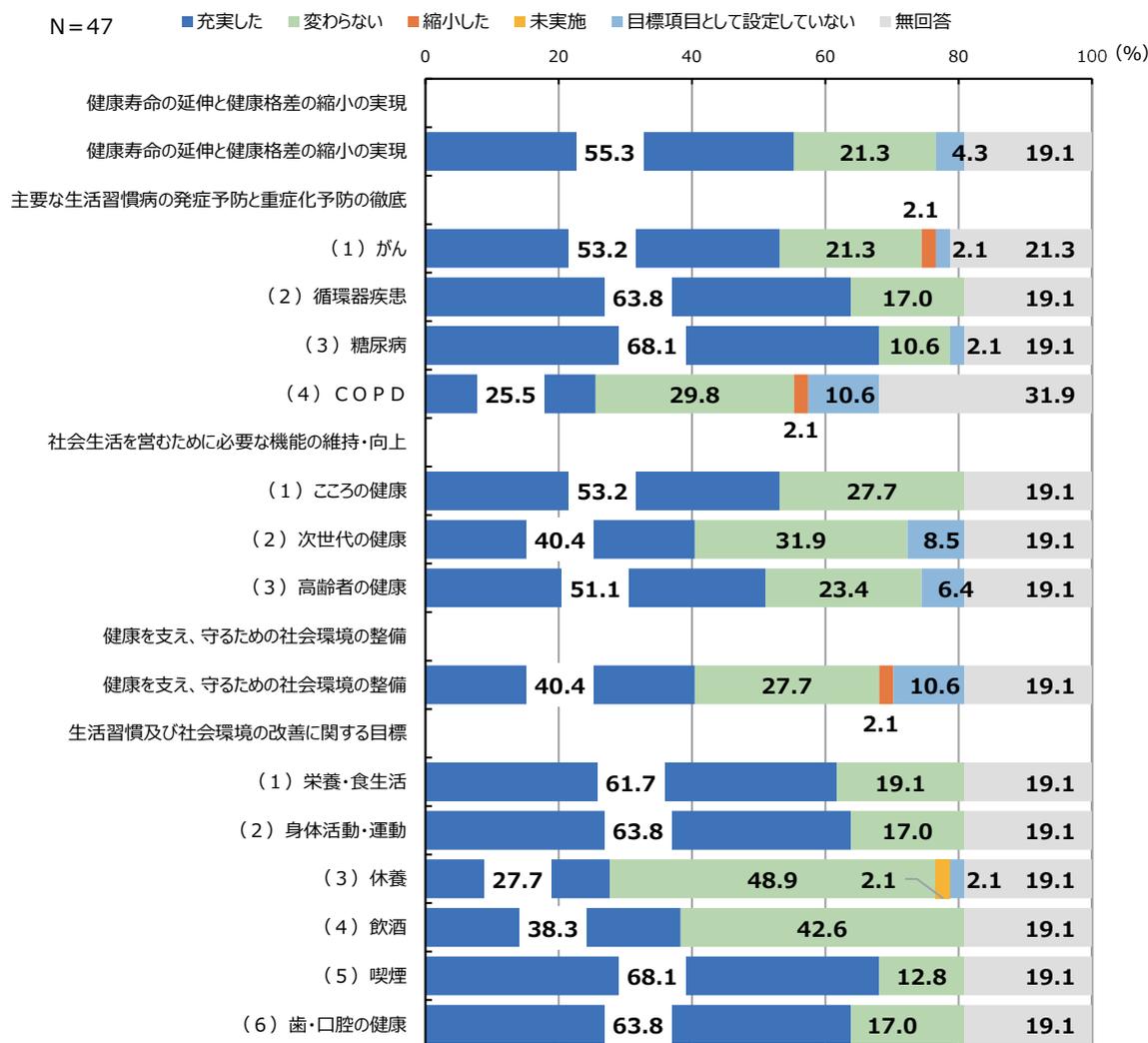
図表Ⅲ-2-16：健康増進計画の目標として設定した項目（都道府県）



領域ごとの取組状況について、充実したと回答した割合が高かったのは、「糖尿病」(68.1%)、「喫煙」(68.1%)、「循環器疾患」(63.8%)、「身体活動・運動」(63.8%)、「歯・口腔の健康」(63.8%)、「栄養・食生活」(61.7%)であった。

一方、充実したと回答した割合が5割を下回ったのは、「COPD」(25.5%)、「休養」(27.7%)、「飲酒」(38.3%)、「次世代の健康」(40.4%)、「健康を支え、守るための社会環境の整備」(40.4%)であった(図表Ⅲ-2-17)。

図表Ⅲ-2-17：領域ごとの取組状況（都道府県）



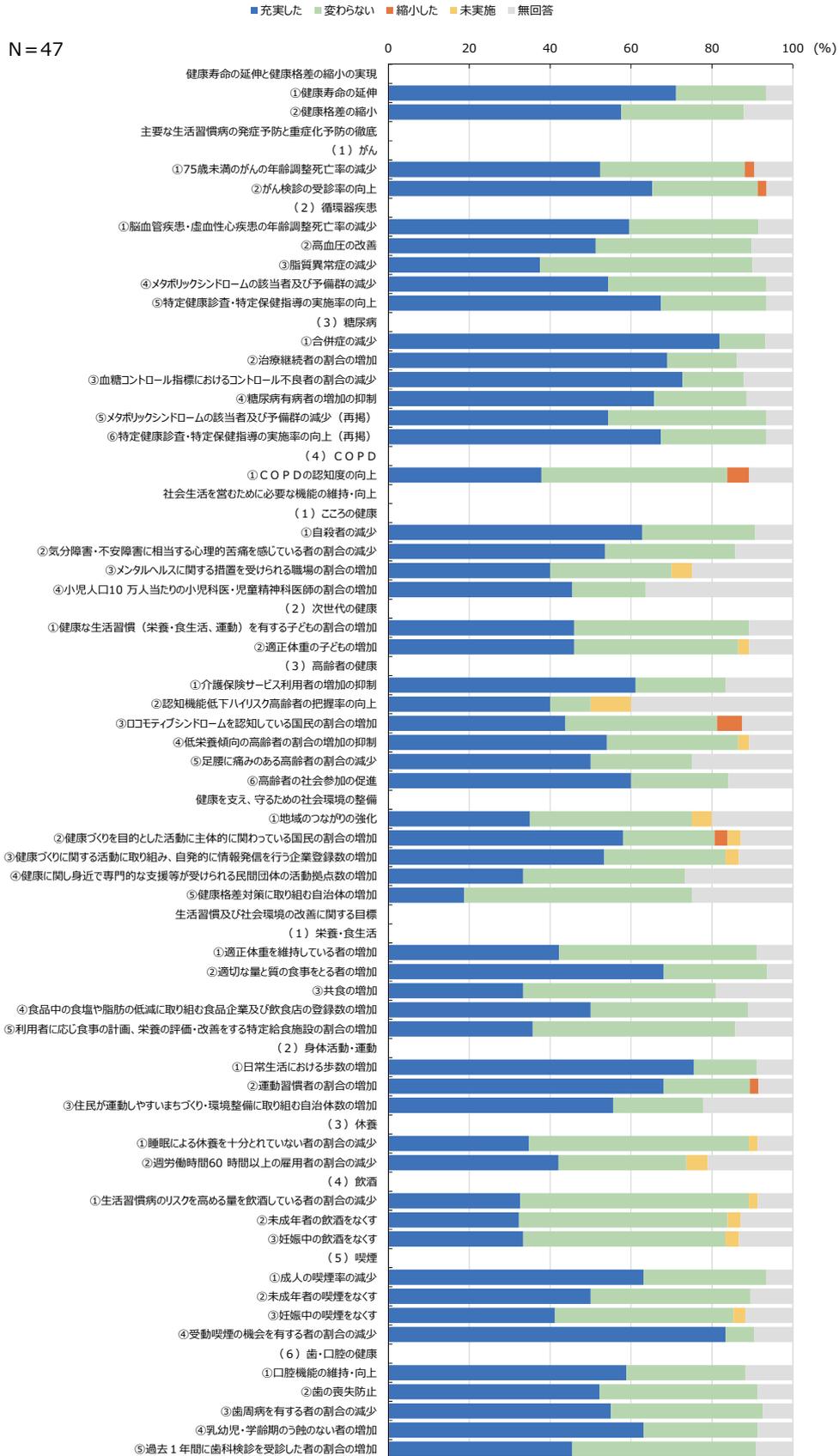
目標項目ごとの取組状況について、各項目を目標に設定した都道府県のうち、充実したと回答した割合が高かったのは、「受動喫煙の機会を有する者の割合の減少」(83.3%)、「(糖尿病の)合併症の減少」(81.8%)、「日常生活における歩数の増加」(75.6%)であった。

一方、充実したと回答した割合が3割を下回ったのは、「健康格差対策に取り組む自治体の増加」(18.8%)であった(図表Ⅲ-2-18、図表Ⅲ-2-19)。

図表Ⅲ-2-18：目標項目ごとの取組状況（都道府県）

|                                       | 割合(%) |       |      |      |      | 実数<br>母数 |
|---------------------------------------|-------|-------|------|------|------|----------|
|                                       | 充実した  | 変わらない | 縮小した | 未実施  | 無回答  |          |
| 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現                    |       |       |      |      |      |          |
| ①健康寿命の延伸                              | 71.1  | 22.2  | 0.0  | 0.0  | 6.7  | 45       |
| ②健康格差の縮小                              | 57.6  | 30.3  | 0.0  | 0.0  | 12.1 | 33       |
| 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底                |       |       |      |      |      |          |
| (1) がん                                |       |       |      |      |      |          |
| ①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少                  | 52.4  | 35.7  | 2.4  | 0.0  | 9.5  | 42       |
| ②がん検診の受診率の向上                          | 65.2  | 26.1  | 2.2  | 0.0  | 6.5  | 46       |
| (2) 循環器疾患                             |       |       |      |      |      |          |
| ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少              | 59.6  | 31.9  | 0.0  | 0.0  | 8.5  | 47       |
| ②高血圧の改善                               | 51.3  | 38.5  | 0.0  | 0.0  | 10.3 | 39       |
| ③脂質異常症の減少                             | 37.5  | 52.5  | 0.0  | 0.0  | 10.0 | 40       |
| 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             | 54.3  | 39.1  | 0.0  | 0.0  | 6.5  | 46       |
| ⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上                 | 67.4  | 26.1  | 0.0  | 0.0  | 6.5  | 46       |
| (3) 糖尿病                               |       |       |      |      |      |          |
| ①合併症の減少                               | 81.8  | 11.4  | 0.0  | 0.0  | 6.8  | 44       |
| ②治療継続者の割合の増加                          | 69.0  | 17.2  | 0.0  | 0.0  | 13.8 | 29       |
| 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        | 72.7  | 15.2  | 0.0  | 0.0  | 12.1 | 33       |
| ④糖尿病有病者の増加の抑制                         | 65.7  | 22.9  | 0.0  | 0.0  | 11.4 | 35       |
| ⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）         | 54.3  | 39.1  | 0.0  | 0.0  | 6.5  | 46       |
| ⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）             | 67.4  | 26.1  | 0.0  | 0.0  | 6.5  | 46       |
| (4) COPD                              |       |       |      |      |      |          |
| ①COPDの認知度の向上                          | 37.8  | 45.9  | 5.4  | 0.0  | 10.8 | 37       |
| 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上                 |       |       |      |      |      |          |
| (1) こころの健康                            |       |       |      |      |      |          |
| ①自殺者の減少                               | 62.8  | 27.9  | 0.0  | 0.0  | 9.3  | 43       |
| 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     | 53.6  | 32.1  | 0.0  | 0.0  | 14.3 | 28       |
| 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          | 40.0  | 30.0  | 0.0  | 5.0  | 25.0 | 20       |
| 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       | 45.5  | 18.2  | 0.0  | 0.0  | 36.4 | 11       |
| (2) 次世代の健康                            |       |       |      |      |      |          |
| ①健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加      | 45.9  | 43.2  | 0.0  | 0.0  | 10.8 | 37       |
| ②適正体重の子どもの増加                          | 45.9  | 40.5  | 0.0  | 2.7  | 10.8 | 37       |
| (3) 高齢者の健康                            |       |       |      |      |      |          |
| ①介護保険サービス利用者の増加の抑制                    | 61.1  | 22.2  | 0.0  | 0.0  | 16.7 | 18       |
| ②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上                | 40.0  | 10.0  | 0.0  | 10.0 | 40.0 | 10       |
| ③ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加          | 43.8  | 37.5  | 6.3  | 0.0  | 12.5 | 32       |
| ④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制                   | 54.1  | 32.4  | 0.0  | 2.7  | 10.8 | 37       |
| ⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少                    | 50.0  | 25.0  | 0.0  | 0.0  | 25.0 | 16       |
| ⑥高齢者の社会参加の促進                          | 60.0  | 24.0  | 0.0  | 0.0  | 16.0 | 25       |
| 健康を支え、守るための社会環境の整備                    |       |       |      |      |      |          |
| ①地域のつながりの強化                           | 35.0  | 40.0  | 0.0  | 5.0  | 20.0 | 20       |
| 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     | 58.1  | 22.6  | 3.2  | 3.2  | 12.9 | 31       |
| ③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 | 53.3  | 30.0  | 0.0  | 3.3  | 13.3 | 30       |
| ④健康に関し身近で専門的な支援等が受けられる民間団体の活動拠点数の増加   | 33.3  | 40.0  | 0.0  | 0.0  | 26.7 | 15       |
| ⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加                    | 18.8  | 56.3  | 0.0  | 0.0  | 25.0 | 16       |
| 生活習慣及び社会環境の改善に関する目標                   |       |       |      |      |      |          |
| (1) 栄養・食生活                            |       |       |      |      |      |          |
| ①適正体重を維持している者の増加                      | 42.2  | 48.9  | 0.0  | 0.0  | 8.9  | 45       |
| ②適切な量と質の食事をとる者の増加                     | 68.1  | 25.0  | 0.0  | 0.0  | 6.4  | 47       |
| ③共食の増加                                | 33.3  | 47.6  | 0.0  | 0.0  | 19.0 | 21       |
| 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    | 50.0  | 38.9  | 0.0  | 0.0  | 11.1 | 36       |
| ⑤利用者に応じ食事の計画、栄養の評価、改善をする特定給食施設の割合の増加  | 35.7  | 50.0  | 0.0  | 0.0  | 14.3 | 28       |
| (2) 身体活動・運動                           |       |       |      |      |      |          |
| ①日常生活における歩数の増加                        | 75.6  | 15.6  | 0.0  | 0.0  | 8.9  | 45       |
| ②運動習慣者の割合の増加                          | 68.1  | 21.3  | 2.1  | 0.0  | 8.5  | 47       |
| 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      | 55.6  | 22.2  | 0.0  | 0.0  | 22.2 | 18       |
| (3) 休養                                |       |       |      |      |      |          |
| ①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少              | 34.8  | 54.3  | 0.0  | 2.2  | 8.7  | 46       |
| ②過労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少                | 42.1  | 31.6  | 0.0  | 5.3  | 21.1 | 19       |
| (4) 飲酒                                |       |       |      |      |      |          |
| ①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少         | 32.6  | 56.5  | 0.0  | 2.2  | 8.7  | 46       |
| ②未成年者の飲酒をなくす                          | 32.3  | 51.6  | 0.0  | 3.2  | 12.9 | 31       |
| ③妊娠中の飲酒をなくす                           | 33.3  | 50.0  | 0.0  | 3.3  | 13.3 | 30       |
| (5) 喫煙                                |       |       |      |      |      |          |
| ①成人の喫煙率の減少                            | 63.0  | 30.4  | 0.0  | 0.0  | 6.5  | 46       |
| ②未成年者の喫煙をなくす                          | 50.0  | 39.5  | 0.0  | 0.0  | 10.5 | 38       |
| ③妊娠中の喫煙をなくす                           | 41.2  | 44.1  | 0.0  | 2.9  | 11.8 | 34       |
| ④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少                   | 83.3  | 7.1   | 0.0  | 0.0  | 9.5  | 42       |
| (6) 歯・口腔の健康                           |       |       |      |      |      |          |
| ①口腔機能の維持・向上                           | 58.8  | 29.4  | 0.0  | 0.0  | 11.8 | 34       |
| ②歯の喪失防止                               | 52.2  | 39.1  | 0.0  | 0.0  | 8.7  | 46       |
| ③歯周病を有する者の割合の減少                       | 55.0  | 37.5  | 0.0  | 0.0  | 7.5  | 40       |
| ④乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加                    | 63.0  | 28.3  | 0.0  | 0.0  | 8.7  | 46       |
| ⑤過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加               | 45.5  | 45.5  | 0.0  | 0.0  | 9.1  | 44       |

図表Ⅲ-2-19：目標項目ごとの取組状況（都道府県）



特に力を入れて実施した取組について、「主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」に関連して、検診・健診の受診率向上に向けた取組、特定保健指導の実施率向上に向けた取組、糖尿病の重症化予防に関する取組、COPDに関する啓発・受診勧奨等が特に力を入れて実施した取組としてあげられていた（図表Ⅲ-2-20）。

**図表Ⅲ-2-20：「主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」に関する主な取組（都道府県・市区町村）**

| 領域                  | 内容                                | 説明  |
|---------------------|-----------------------------------|---|
| (1) がん<br>(2) 循環器疾患 | 健診・検診の受診率向上<br>：受診しやすい環境          | 時間の拡大（夕方・休日検診の実施、個別検診の実施、メール予約・ウェブ予約の導入）  |
|                     |                                   | 費用負担の軽減（クーポン・助成（脳ドック等）、一部の無料化（女性のがん検診）、ワンコイン検診）<br>検診車、会場までの送迎<br>胃内視鏡や低線量CT、エコー検査等選択肢を増やすことでの受診環境整備<br>インセンティブの付与（商品券、地域のポイント）               |
|                     | 健診・検診の受診率向上<br>：個別の受診勧奨（コール・リコール） | はかき、電話、訪問<br>AIを活用した対象者の抽出<br>関係課との連携（国保等）  |
|                     |                                   | 協会けんぽとの連携（協会けんぽが発送している特定健康診査受診券に被扶養者向けのがん検診チラシを同封）<br>事業所との連携（健診・検診に関する実態把握、事業所健診時の個別指導、事業所と連携したがん検診受診体制の整備、事業所での健康教育）<br>ナッジ理論を踏まえた郵送物の内容の工夫 |
|                     | 健診・検診の受診率向上<br>：特定の層へのアプローチ       | 若年世代、働き盛り世代・子育て世代、女性・妊産婦等に着目した健診環境の見直しや受診勧奨   |
|                     | 特定保健指導：対象者の抽出の工夫                  | 健診結果やレセプト、KDB（国保データベース）の活用（受診歴や服薬の確認等）  |
|                     | 特定保健指導：対象者の拡大                     | 委託による体制強化（国保等の特定保健指導を医師会及び業者に委託し、これまで受けていなかった者にも特定保健指導を実施できる体制とした）  |
| 高血圧予防：減塩            | 実態・対象者把握（特定健康診査時に尿検査による推定食塩摂取量検査） |   |
| (3) 糖尿病             | 対象者の抽出の工夫                         | KDBの活用（ハイリスク者の抽出）   |
|                     | 個別支援                              | -   |
|                     | 体制強化                              | 医師会との連絡票を作成、CKD認定医育成  |
| (4) COPD            | 受診勧奨・啓発                           | 対象者を抽出しはかきを送付（国保特定健康診査受診者で喫煙歴がある者）  |
|                     | COPD検診                            | COPD検診を開始   |

「社会生活を営むために必要な機能の維持・向上」に関連して、各分野に対して教室・講座・講演の実施が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた（図表Ⅲ-2-21）。

**図表Ⅲ-2-21：「社会生活を営むために必要な機能の維持・向上」に関する主な取組（都道府県・市区町村）**

| 領域         | 内容           | 説明  |
|------------|--------------|---|
| (1) こころの健康 | 中高生へのアプローチ   | SOSの出し方（教師側の受け止め方）に関する講座                        |
|            | ゲートキーパー養成    | -   |
|            | 相談窓口の周知      | -   |
| (2) 次世代の健康 | 各分野の教室・講演    | 食育、肥満防止、生活リズム（早寝・早起き）、こころの健康、未成年飲酒防止、未成年喫煙防止、歯科 |
|            | 親子へのアプローチ    | スポーツイベント、クッキングイベント                              |
| (3) 高齢者の健康 | 生きがい・通いの場づくり | -   |
|            | フレイル予防       | 普及啓発、フレイル予防教室、体操やウォーキング                         |
|            | オーラルフレイル予防   | 健診実施  |
|            | 認知症          | 認知症簡易チェック、認知症サポーター養成、認知症サポーター医の増加               |

「健康を支え、守るための社会環境の整備」に関連して、事業所・企業との連携強化、健康になるまち・体制づくりが特に力を入れて実施した取組として挙げられていた（図表Ⅲ-2-22）。

**図表Ⅲ-2-22：「健康を支え、守るための社会環境の整備」に関する主な取組  
（都道府県・市区町村）**

| 領域                 | 内容         | 説明  |
|--------------------|------------|---|
| 健康を支え、守るための社会環境の整備 | 事業所・企業との連携 | 健康的な食事の提供、受動喫煙防止等の呼びかけ、連携したイベント、健康ポイント事業の実施、健康経営認定制度          |
|                    | まちづくり      | 健康・スポーツのまち宣言、歩きやすい・運動しやすい環境づくり、庁内連携のための会議体の組成、モデル地区を選定しての実態把握 |
|                    |            |   |

「生活習慣及び社会環境の改善に関する目標」に関連して、各分野に対して教室・講座・講演の実施等の普及・啓発、当事者への支援の実施等が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた（図表Ⅲ-2-23）。

**図表Ⅲ-2-23：「生活習慣及び社会環境の改善に関する目標」に関する主な取組  
（都道府県・市区町村）**

| 領域          | 内容                | 説明   |
|-------------|-------------------|--|
| (1) 栄養・食生活  | 中高生への教室           | 食育教室（カロリーバランス、ベジファースト）   |
|             | 飲食店等企業との協働        | 健康的な商品のアピールや開発、地産地消の推進   |
|             | 健康的なレシピの普及        | 野菜レシピ、減塩レシピ、朝食レシピ等の配布、コンテスト  |
|             | 市民運動・スローガンによる広報   | -  |
| (2) 身体活動・運動 | ウォーキングの推進         | ウォーキングマップ、ウォーキングイベント、活動量計の配布   |
|             | ポイント・インセンティブ      | 歩数や活動量に応じたインセンティブ（商品券等）、スマホアプリの活用、セルフモニタリングの推奨                       |
|             | 体操の周知             | ご当地体操の作成と周知  |
|             | 骨粗鬆症対策            | 教室や講座の開催等普及啓発、骨量測定、受診勧奨  |
|             | 市民運動・スローガンによる広報   | -  |
| (3) 休養      | 睡眠に関する普及啓発        | 事業所での健康教育  |
|             | 産前産後～育児のメンタルヘルス対策 | 切れ目のない支援を実施する拠点の設置   |
| (4) 飲酒      | 未成年者飲酒防止          | 中高生への啓発教室  |
|             | 依存症患者への支援         | 自助グループ、家族会   |
| (5) 喫煙      | 未成年者喫煙防止          | 中高生への啓発教室  |
|             | 受動喫煙防止            | 喫煙防止区域の設定、店舗への啓発や禁煙に協力する店舗の認定、屋外分煙施設設置、条例の制定                         |
|             | 禁煙相談・禁煙教室         | 相談窓口や教室の実施、禁煙外来への女性、妊産婦や親に向けた啓発                                      |
| (6) 歯・口腔の健康 | 歯周疾患検診の受診率向上      | 対象年齢拡大（若年者、妊産婦）、クーポン一部の無料化（20歳）特定健康診査実施との連携（同時に実施、特定健康診査受診者にクーポンの送付） |
|             | 子どもへのアプローチ        | 幼児の歯科検診、幼稚園や小学校でのフッ化物洗口、フッ素塗布、ブラッシング指導                               |
|             | 歯科に関する知識の普及啓発     | 8020運動、歯周病と健康、フロスの普及   |
|             |                   |  |

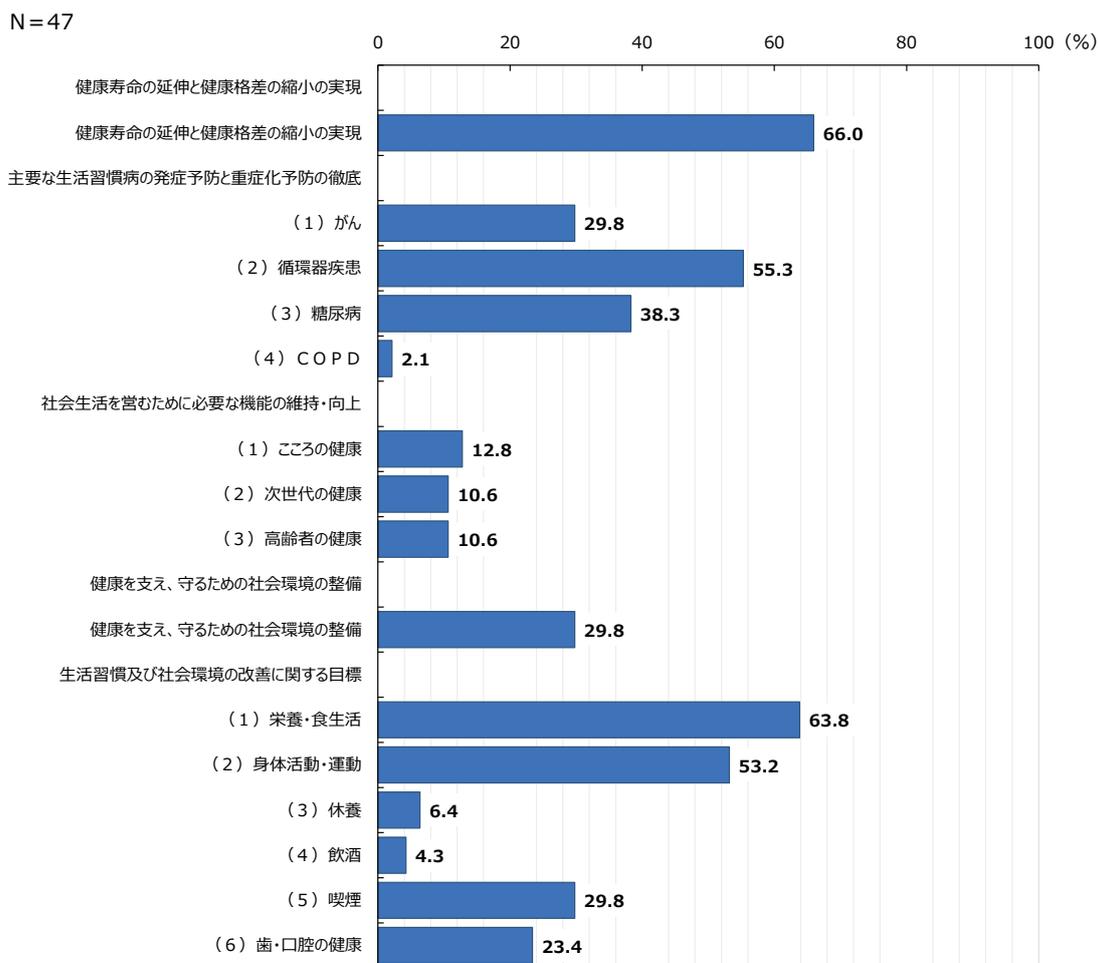
健康日本 21（第二次）の目標項目以外に、「働き盛り世代・職域への取組」「庁内で連携した取組」「大学と連携した取組」等が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた（図表Ⅲ-2-24）。

図表Ⅲ-2-24：健康日本 21（第二次）の目標項目以外に関連した取組  
（都道府県・市区町村）

| 主な意見          | 内容の例  |
|---------------|---|
| 働き盛り世代・職域への取組 | <ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病予防の取組みを働き盛り世代から行うことができるよう、<b>企業に出向いて行う</b>出前健康講座、消防団健康教室を開催した。</li> <li>比較的若い30歳代以降からの壮年期男性をターゲットに、<b>商工会議所等の職域にも働きかけて</b>対象者を募集しオンラインを取り入れた健康教育や保健指導を実施している。</li> <li>働き盛りの年代への対策として<b>企業・団体と町とで協定の締結</b>の推進を図り、<b>企業等の健康宣言</b>への取組を進めた。</li> </ul>  |
| 庁内で連携した取組     | <ul style="list-style-type: none"> <li>計画推進に当たり、市役所<b>全庁横断的に組織した推進プロジェクト</b>や<b>市民関係機関ワーキング</b>で、計画の進捗状況を確認しながら全体の底上げしてきた。</li> <li>母子保健<b>計画を一体的に取り込むこと</b>で、子どもの健康、こころの健康（産後うつや育児不安）、歯・口腔の健康の母子分野の取組と<b>連動して取り組んでいる</b>。</li> <li>生活習慣病の重症化予防では、…（中略）…重症化予防保健指導を強化した。その推進の中で、<b>庁内の関係課と連携し</b>、若い頃からの予防・健康づくりの推進と、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等を<b>総合的に予防・健康づくりを進める体制づくり</b>ができた。</li> </ul> |
| 大学と連携した取組     | <ul style="list-style-type: none"> <li>健康寿命の延伸に向けた取組に関する協定を大学と締結し、<b>市の特徴や傾向、原因の分析</b>を行った。</li> <li>大学と包括的連携協定を締結し、ウォーキングや筋力トレーニングの<b>普及啓発</b>に力を入れた。</li> <li>町内の大学と連携して<b>健康教育</b>を実施した。</li> <li>肝疾患対策として、…（中略）…大学のセンターの医師による肝炎<b>データ分析</b>、講演、個別相談を実施し、肝炎受検率の向上と肝疾患死亡数の減少を目指した。</li> <li>大学、保健所と連携した<b>アンケート調査</b>。</li> </ul>   |

今後重点的に取り組みたい領域（最大5項目まで選択）について、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現」が66.0%と最も大きく、次いで「栄養・食生活」と回答した割合が63.8%、「循環器疾患」が55.3%、「身体活動・運動」が53.2%であった（図表Ⅲ-2-25）。

図表Ⅲ-2-25：今後重点的に取り組みたい領域（最大5項目まで選択）（都道府県）



健康増進の取組を進めるに当たっての課題・改善点として、「健康格差の縮小」「健診・検診受診率の向上」「無関心層の行動変容」「働き盛り世代・職域に向けた取組」「分野横断的取組・連携の強化」「データの活用」「適切な指標設定・評価」「機運の醸成」が主な内容として都道府県から挙げられた（図表Ⅲ-2-26）。

図表Ⅲ-2-26：健康増進の取組を進めるに当たっての課題・改善点（都道府県）

| 主な意見            | 内容の例  |
|-----------------|---|
| 健康格差の縮小         | <ul style="list-style-type: none"> <li>平均寿命、健康寿命の<b>男女格差、圏域格差</b>。</li> <li>健康格差の要因としては、<b>所得や教育、職業等の様々な要因</b>があると思われるが、それらを把握し施策として取り組んでいくということがとても難しいことだと感じた。</li> <li><b>健康格差の縮小に向けたモニタリング・具体的な事業展開</b>ができていない。</li> </ul>   |
| 健診・検診受診率の向上     | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>特定健康診査、がん検診の受診率</b>等の一層の向上</li> <li><b>新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、がん検診受診率が低下</b>していることから、早期に発見できたはずのがんが進行した状態で発見される事例が増えているという報告がある。死亡率の減少を目指す上でも、がん検診の受診率をコロナ前の状況に回復させることが必要である。</li> </ul>  |
| 無関心層の行動変容       | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>健康無関心層</b>へいかにして効果的にアプローチしていくかが課題。</li> <li>無関心層を含めた県民の<b>行動変容</b>につながるような取組が必要である。</li> <li>キャンペーンや資料配付、セミナー形式等による普及啓発は、主に健康に関心がある層には有効であるが、無関心層にメッセージを届けることは難しく、そのこと自体が健康格差を広げてしまうことにもつながりかねないと感じた。その<b>改善のためには、自然に健康行動につながる環境</b>をつくることが必要と考える。</li> </ul>   |
| 働き盛り世代・職域に向けた取組 | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>若年層、働き盛り世代</b>への健康意識の醸成、健診への受診勧奨、生活習慣病対策等の取組を行っているが、なかなか成果が出ていない。</li> <li>行政の働きかけが届きにくい20歳代～60歳未満の住民に対して、健康増進を進めることが必要であることから、<b>職域との連携が必要と感じながらも、なかなか進まない</b>ことは課題と感じている。</li> </ul>  |
| 分野横断的取組・連携の強化   | <ul style="list-style-type: none"> <li>目標が多岐にわたり、<b>関係各課との連携は必須</b>。</li> <li>行政だけでなく、<b>保険者や企業が主体となる取組等ともより連携を進め</b>、多方面からあらゆる世代へ健康づくりにつながるアプローチが必要である。</li> <li><b>医療保険者からデータ提供の協力が得にくい</b>。得られたとしても限定的で、手続きが困難である。</li> </ul>  |
| データの活用          | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>経年評価や都道府県比較ができるデータ</b>が少ない。全保険者を含む市町村や都道府県データがKBDデータのように閲覧できるとよい。</li> <li><b>区市町村支援のために必要な調査</b>が少ない。</li> <li><b>関連データが膨大で、有効に活用しきれしていない</b>可能性がある。</li> <li><b>国データの更新の間隔があいている</b>ため、施策の効果を図りにくい。</li> </ul>  |
| 適切な指標設定・評価      | <ul style="list-style-type: none"> <li>1年ごとに施策を評価・分析し<b>PDCAを回していく際の評価指標の設定</b>が難しい。…（中略）…<b>数年おきの調査や、事業の成果が結果として見えてくるのが数年後となるものもある</b>ため事業の評価が行いにくい。</li> <li>評価の視点からは、数値が把握できなくなった（一時的な調査だった、調査がなくなった等）ためにデータソースの変更を行ったものがあつたため、<b>確実かつ効果的に評価できる項目を設定したい</b>。</li> <li><b>指標の変動に対し</b>、社会情勢や年齢構成等の要因の影響度、行政施策の<b>寄与度の判定が困難</b>であり、実施している施策に効果があるのか評価ができない。</li> <li>モニタリングや中間評価で改善できていない指標に結びつくような対策を講じようにも、<b>各機関・団体の優先課題が同じではないため、指標の設定も難しい</b>。</li> </ul> |
| 機運の醸成           | <ul style="list-style-type: none"> <li>地域における課題の優先度や担当者の経験値、視点等、様々な要因により、<b>それぞれに特徴を持った取組が進められている一方で、一体感が薄れてきた</b>と感じる。</li> <li><b>市町の取組の底上げ等のための</b>全県的な機運醸成。</li> <li>11年間の長期計画であり、計画策定時の考え方や目標項目の設定方法、関連施策の紐づけについて等、<b>担当者が変わると認識が薄れていく</b>ことを感じた。特に、<b>関連部署等では、各取組における本計画との関連性の認識が薄れてしまう</b>。…（中略）…記録・引継ぎを行っていく必要性があるとともに、毎年度の進捗管理及び中間評価による見直しが必要だと感じた。</li> </ul>   |

次期健康増進計画策定に当たって国に求める支援として、「データ提供の内容や仕組みの改善」「取組のエビデンス・事例の提供」「技術的支援・助言」「指標の考え方の共有」「財政的支援」が主な内容として都道府県からあげられた（図表Ⅲ-2-27）。

図表Ⅲ-2-27：次期健康増進計画策定に当たって国に求める支援（都道府県）

| 主な意見            | 内容の例  |
|-----------------|---|
| データ提供の内容や仕組みの改善 | <ul style="list-style-type: none"> <li>国民健康栄養調査の各都道府県データについて、…（中略）…<b>各都道府県においてn数を単年度でも分析可能なくらいの標本数</b>にできるようにいただきたい。</li> <li>計画策定のための数値・データソースは、NDBオープンデータ等公表されているもので示していただきたいと考える。（NDBオープンデータ等であれば、<b>都道府県比較も可能</b>であるため）</li> <li>NDBオープンデータにおける<b>保健所圏域・市町村ごと</b>のデータ提供。</li> <li><b>各種調査の目的外使用の手続きを簡素化</b>してほしい。</li> <li>例えば特定健康診査・特定保健指導の集計分析結果を活用できる形で提供いただくなど、<b>既存のデータを活用できる仕組み</b>をつくっていただきたい。</li> </ul> |
| 取組のエビデンス・事例の提供  | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>自然に健康行動につながる環境づくり</b>について、エビデンスや事例の集積と提供をお願いしたい。</li> <li><b>コロナ禍における生活習慣の変化等</b>に関する調査を実施していただき、できるだけ細かな粒度で調査データを提供いただきたい。</li> <li><b>行動変容</b>に有効な施策の事例提供。</li> </ul>   |
| 技術的支援・助言        | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>データを使つての施策立案</b>に対し、国のバックアップをいただきたい。</li> <li>健康寿命の延伸等、<b>各指標について要因分析</b>の支援。</li> <li>評価のための、<b>統計学的検定</b>を行うツールの提供をお願いしたい。</li> <li><b>都道府県計画策定時、中間評価時、最終評価時等の節目</b>に厚生労働省職員の派遣等があり御助言いただけるとありがたい。</li> </ul>   |
| 指標の考え方の共有       | <ul style="list-style-type: none"> <li>健康日本21（第二次）の最終評価の実施方法や<b>次期計画策定に向けた健康づくり施策の取組の方向性</b>、目標項目設定の考え方や手法等、わかりやすく伝えていただける機会を提供していただきたい。</li> <li><b>個別目標項目ごとの、目標数値の設定の考え方、設定根拠、設定方法</b>（算出のための計算式等）を示していただきたい。</li> <li>特に<b>新型コロナウイルス感染症の影響を受けた項目の最終評価の手法</b>については、早い時期に御教示いただきたい。</li> </ul>   |
| 財政的支援           | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>計画策定に当たって、県民健康調査等を行うための予算措置</b>が欲しい。</li> <li>健康増進計画目標達成に向けた事業補助（<b>都道府県の健康課題に応じて柔軟に対応</b>いただけるもの）</li> <li><b>地域における健康格差の把握及び是正にかかる経費等</b>の財政的支援をお願いしたい。</li> <li><b>事業所、企業等</b>が地域の県民に向けて健康増進事業を更に促進する取組をされる場合に、積極的な助成金を準備してほしい。</li> </ul>   |

健康づくり運動計画はどのように役立ったかについて、「指標を示したことで、評価や事業推進の意識や体制が改善された」「関係者の意識が向上した・健康増進の優先度が上昇した」「個人への取組だけでなく、社会環境の整備の重要性を意識した」等の意見が都道府県から挙げられた（図表Ⅲ-2-28）。

図表Ⅲ-2-28：健康づくり運動計画はどのように役立ったか（都道府県）

| 主な意見                          | 内容の例   |
|-------------------------------|--|
| 指標を示したことで、評価や事業推進の意識や体制が改善された | <ul style="list-style-type: none"> <li>目標値の設定、評価のための専門委員会を設置し、<b>指標をモニタリングしながら評価するようになった。</b></li> <li><b>全国的な指標との比較ができ、本県の健康格差対策を意識しながら施策の計画策定、施策の遂行ができた。</b></li> <li>指標をモニタリングし評価するようになり、各施策の取組を行っていく上で、<b>計画に位置付けた客観的データを基に事業展開を進めるようになった。</b></li> <li>指標をモニタリングし、評価するようになったことで、<b>計画と健康増進施策をしっかりと結び付けて考えるようになった。</b></li> <li><b>市町村や関係機関においても、目標指標を掲げ、PDCAを意識して取組を行うところが増えた。</b></li> </ul>   |
| 関係者の意識が向上した・健康増進の優先度が上昇した     | <ul style="list-style-type: none"> <li>●<b>行政</b></li> <li>●<b>政策全体の中で、健康寿命や健康格差を意識するようになった。</b></li> <li>●<b>本県の政策全体の中で健康づくりの優先度が上がった。</b></li> <li>●<b>関連機関・民間団体・企業</b></li> <li>●<b>県や市町村、事業所等の長により健康宣言が実施され、各団体での健康づくりの推進につながった。</b></li> <li>●<b>関係機関と連携して健康づくり施策を推進（研修会、協議会等）できるようになった。</b></li> <li>●<b>職域等へも健康づくりの必要性の理解が進んだ。</b></li> <li>●<b>住民</b></li> <li>●<b>平成12年の健康日本21策定時にはヘルスポモーションの考え方にに基づき、住民が計画策定に参画することにより「健康づくり施策」を主体的に考えることができるきっかけとなった</b>と思う。計画をきっかけとしいろいろな住民グループが立ち上がり、主体的に健康づくりに取り組むようになったことは素晴らしい。</li> <li>●<b>計画を策定し目標を掲げて中長期的な取組を進めてきたことにより健康づくりに対する県民の意識が向上した。</b></li> </ul> |
| 個人への取組だけでなく、社会環境の整備の重要性を意識した  | <ul style="list-style-type: none"> <li>●<b>個人の生活習慣の改善だけでなく、環境の整備を合わせた健康増進対策の考え方が進み、個人の健康づくりを支援する社会環境づくりが進んだ。</b></li> <li>●<b>健康づくり施策を進める上で、普及啓発だけでなく、インセンティブ事業や健康な職場づくりの推進等、環境面の整備に向けた取組の推進につながった。</b></li> </ul>   |

今後の健康づくり運動計画はどうあるべきかについて、「無関心層を含め、だれもが自然に健康になれる環境づくりを重視する」「働き盛り世代・職域への取組を重視する」「新型コロナウイルス感染症流行を踏まえた健康増進の在り方を示す」等の意見が都道府県から挙げられた（図表Ⅲ-2-29）。

図表Ⅲ-2-29：今後の健康づくり運動計画はどうあるべきか（都道府県）

| 主な意見                              | 内容の例   |
|-----------------------------------|--|
| 無関心層を含め、だれもが自然に健康になれる環境づくりを重視する計画 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●<b>健康無関心層を取り残さないよう、社会全体で健康づくりに取り組む機運の醸成や環境整備に力を入れていく必要がある</b>と考える。</li> <li>●平成12年と比べると、住民間の格差は拡大しており、考え方は多様化している。<b>社会環境を整備することで、幅広い住民や多様な考え方の層に働きかけて行くことが必要である。</b></li> <li>●<b>個人の努力だけではなく、自治体、地域、団体、企業はもちろん民間の力、社会環境が一体的に取り組んでいく気運の醸成が必要。…（中略）…健康部局を超えた環境づくりプロジェクトとして国が方針を示してほしい。</b></li> </ul>  |
| 働き盛り世代・職域への取組を重視する計画              | <ul style="list-style-type: none"> <li>●やはり<b>働き盛り世代への対策を重点的に考えるべき</b>であり、とりわけ職域での取組推進につながる方向性を明確にしていけるべきである。</li> <li>●<b>今後は職域との連携を強化し、行政のみではアプローチしにくい世代への働きかけを強化するため、必要な予算を確保しながら、県が取り組むべき「健康づくり」事業の在り方や成果、ゴールを見据えて取り組んでいかなくてはならない。</b></li> </ul>  |
| 新型コロナウイルス感染症流行を踏まえた健康増進の在り方を示す計画  | <ul style="list-style-type: none"> <li>●<b>新型コロナウイルス感染拡大に伴い懸念される健康課題とその対策の明記が必要</b>と考える。</li> <li>●<b>今回の新型コロナウイルス感染症パンデミックのような状況が今後も起こることを前提とした「日々の健康づくり」の必要性等が盛り込まれる</b>よと考える。</li> </ul>  |
| その他                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>●<b>高齢者の医療の確保に関する法律の施行以降、地域保健と職域保健（医療保険）の役割分担が生じているが、被扶養者など隙間が生じないような施策が国レベルで必要。</b></li> <li>●<b>関係省庁や関係機関との連携の方向性（どこどのように連携するのか）</b>についてお示し頂きたい。</li> <li>●<b>データヘルス計画など、医療保険の計画との2本立ては、県・市町村の負担となっている。健康施策と医療保険側の施策の取組を一体化して欲しい。</b></li> <li>●<b>各種計画と整合性を図り、目標項目をスリム化する。</b></li> <li>●<b>都道府県を含む健康・栄養調査の実施方法の見直し（コロナ禍で中止となったことを教訓に、ビッグデータの活用検討や食事調査方法の見直し、ITの更なる活用等）。</b></li> <li>●<b>言葉の認知度については、10年計画では言葉自体が古いものとなり、より広義の言葉のほうが重要となったりするため、指標としないほうがよいのではないか（例：ロコモティブシンドロームについて、今はより広義のフレイルのほうが重要ではないか。）。</b></li> </ul> |

## (2) 市区町村調査

### 1) 健康増進計画の策定と評価の状況

市区町村においては、調査に回答した 1,369 市区町村のうち、1,289 市区町村で健康増進計画が策定されていた。これは、全 1,741 市区町村のうち 74.0%であった。なお、健康日本 21 最終評価においては、全 1,750 市区町村のうち、1,333 市区町村（76%）で健康増進計画が策定された。

図表Ⅲ-2-30：健康増進計画策定状況（市区町村）

| 調査対象区分                          | 策定数（割合）      |
|---------------------------------|--------------|
| 市区町村（全 1,741 市区町村）              |              |
| 令和 3（2021）年 7 月 31 日時点          | 1,289（74.0%） |
| （参考値）令和 3（2021）年 7 月 31 日時点 未策定 | 80（4.6%）     |
| （参考値）調査未回答                      | 372（21.4%）   |

図表Ⅲ-2-31：自治体における健康増進計画策定状況（健康日本 21 最終評価）

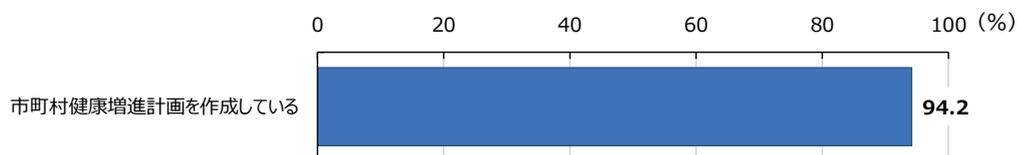
| 調査対象区分                                | 策定数（割合）    |
|---------------------------------------|------------|
| 市区町村                                  |            |
| 平成 18（2006）年 7 月 1 日時点（全 1,859 市区町村）  | 1,001（54%） |
| 平成 22（2010）年 12 月 1 日時点（全 1,750 市区町村） | 1,333（76%） |

資料：「健康日本 21」最終評価（平成 23（2011）年 10 月 健康日本 21 評価作業チーム）

調査に回答した 1,369 市区町村のうち、「市町村健康増進計画を作成している」と回答した割合は 94.2%であった（図表Ⅲ-2-32）。

図表Ⅲ-2-32：健康増進計画の策定状況（市区町村）

N = 1,369



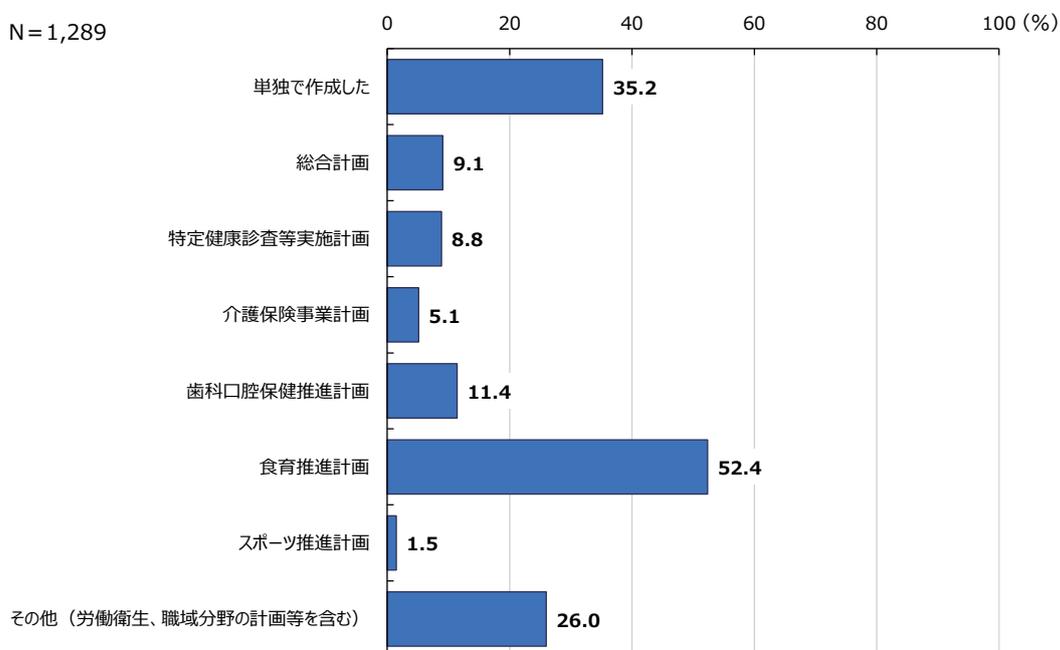
令和3（2021）年7月31日時点で健康増進計画を策定していない市区町村に作成していない理由を聞いたところ、「マンパワーの不足（優先度が低い）」「他計画で代替しているため」といった理由が挙げられた（図表Ⅲ-2-33）。

図表Ⅲ-2-33：計画を策定していない理由（市区町村）

| 主な意見                       | 内容の例   |
|----------------------------|--|
| マンパワーが不足しているため<br>（優先度が低い） | <ul style="list-style-type: none"> <li>人の入れ替わりにより、組織体制づくりや住民サービスの安定した提供を優先し、計画策定までの余力がなかったため。</li> <li>調査分析等の人的、時間的余裕がないため策定できていない。</li> <li>他の計画策定、事業実施のなか業務多忙かつ努力義務なため。</li> <li>推進体制や予算等が確立されていないため。</li> </ul>   |
| 他計画で代替しているため               | <ul style="list-style-type: none"> <li>町の総合計画の中に健康に関する記載もあるため。</li> <li>他の計画と一体的に作成とまではいかないが、データヘルス計画や介護保険事業計画等、健康増進に関わる部分が盛り込まれている計画もあり、マンパワー的にも健康増進計画を作成することが難しいため。</li> <li>以前は作成していたが、国保のデータヘルス計画とデータや目標が重複するため、データヘルス計画の一本化とした。</li> <li>他の計画で町健康状態の把握や循環器疾患の対策、がんの対策、心の健康、歯科保健事業について取組を行っているため。</li> </ul> |
| 今後策定する予定                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>今年度、策定中。</li> <li>その他計画と整合性を図り来期より策定したい。</li> </ul>   |

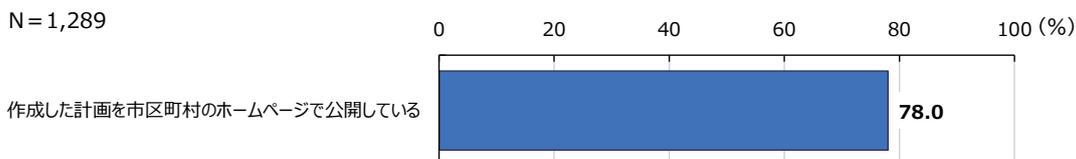
「市町村健康増進計画を作成している」と回答した1,289市区町村のうち、健康増進計画と一体的に作成した計画について、「食育推進計画」と回答した割合が52.4%と最も大きかった。「単独で作成した」と回答した割合は35.2%であった（図表Ⅲ-2-34）。

図表Ⅲ-2-34：健康増進計画と一体的に作成した計画（市区町村）



「作成した計画を市区町村のホームページで公開している」と回答した割合は78.0%であった（図表Ⅲ-2-35）。

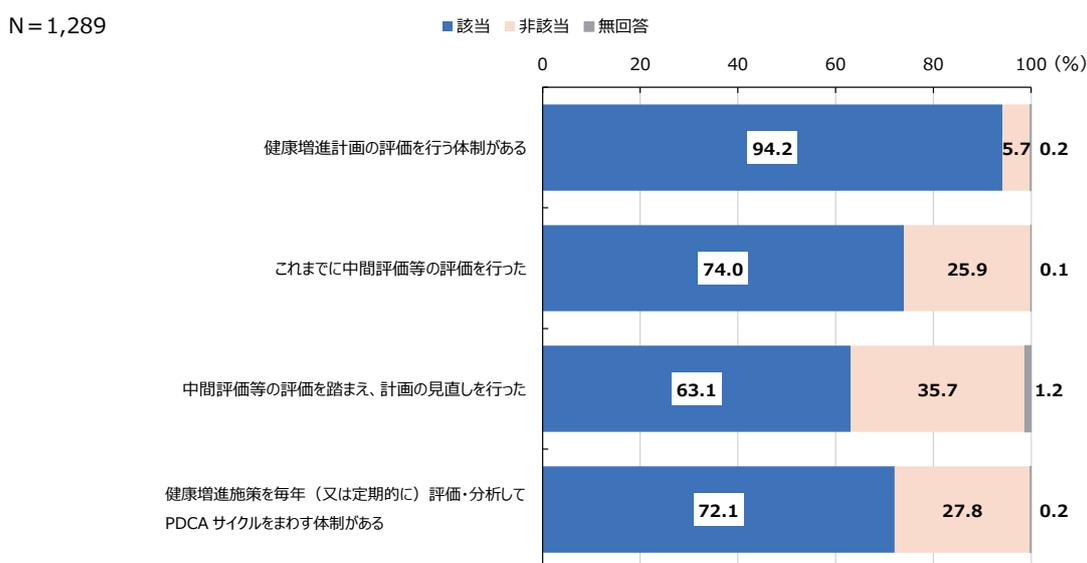
**図表Ⅲ-2-35：作成した計画のホームページでの公開の状況（市区町村）**



健康増進計画の評価の状況について、「健康増進計画の評価を行う体制がある」と回答した割合は 94.2%（健康日本 21 最終評価時 60%<sup>※1</sup>）、「これまでに中間評価を行った」と回答した割合は 74.0%（健康日本 21 最終評価時 45%<sup>※1</sup>）であり、健康日本 21 最終評価時の調査結果より大きく増加した。「中間評価等の評価を踏まえ、計画の見直しを行った」のは 63.1%であった。

また、「健康増進施策を毎年（または定期的に）評価・分析して PDCA サイクルをまわす体制がある」と回答した割合は 72.1%であった（図表Ⅲ-2-36）。

**図表Ⅲ-2-36：健康増進計画の評価の状況（市区町村）**

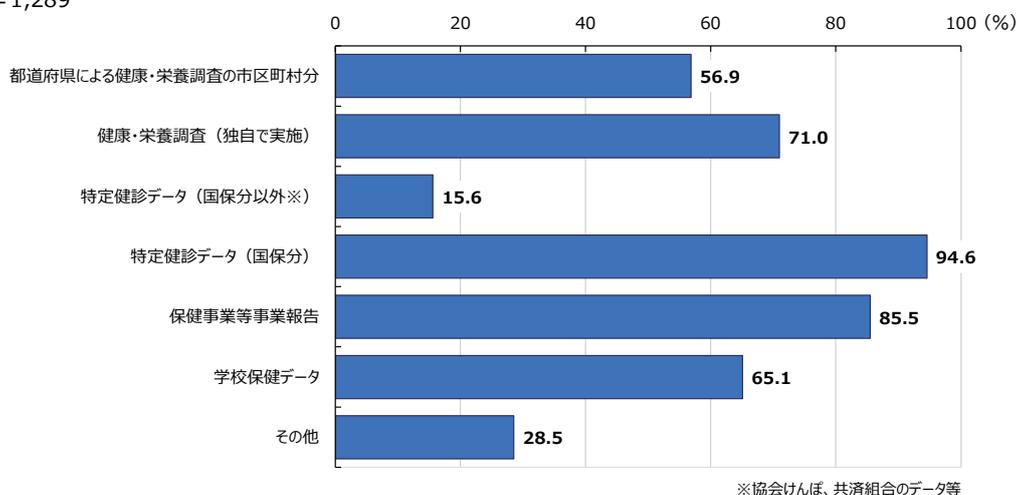


健康増進計画の策定・評価に用いているデータについて、「特定健診データ（国保分）」と回答した割合が 94.6%と最も大きく、次いで「保健事業等事業報告」と回答した割合が 85.5%、「健康・栄養調査（独自で実施）」と回答した割合が 71.0%であった（図表Ⅲ-2-37）。

※1 今回の調査と健康日本 21 最終評価時の調査で集計方法が異なるため、単純な割合の比較はできない（参照:別添 2-1）

**図表Ⅲ-2-37：健康増進計画の策定・評価に用いているデータ（市区町村）**

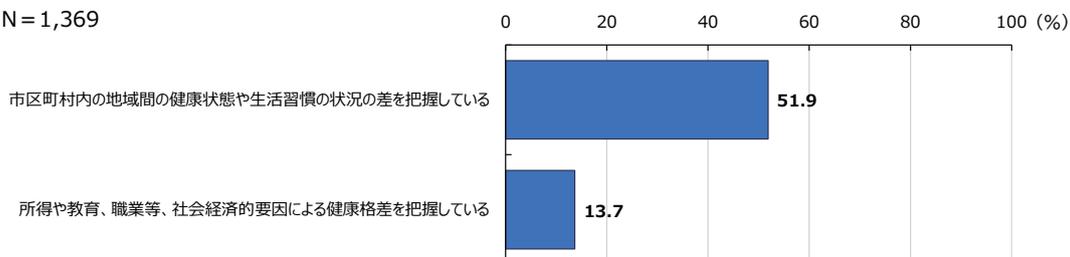
N = 1,289



なお、調査に回答した 1,369 市区町村において、「市区町村内の地域間の健康状態や生活習慣の状況の差を把握している」と回答した割合は 51.9%、「所得や教育、職業等、社会経済的要因による健康格差を把握している」と回答した割合は 13.7%であった（図表Ⅲ-2-38）。

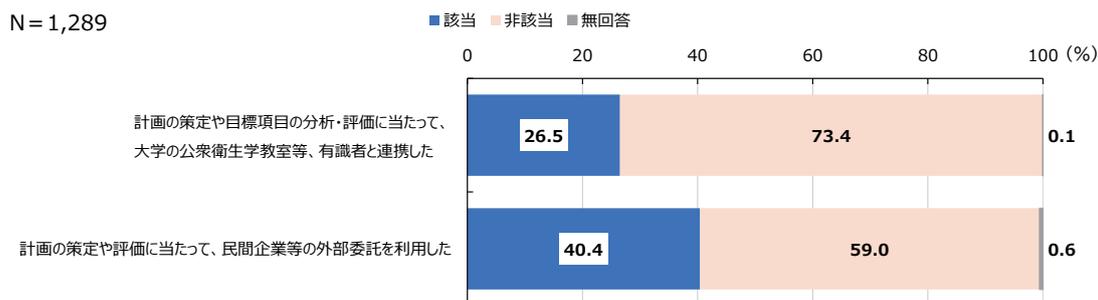
**図表Ⅲ-2-38：健康格差の把握（市区町村）**

N = 1,369



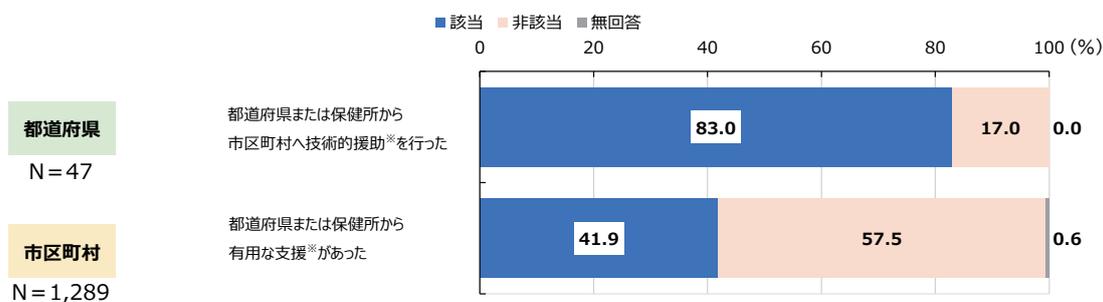
「市町村健康増進計画を作成している」と回答した 1,289 市区町村のうち、健康増進計画の策定と評価のための外部連携の状況について、「計画の策定や目標項目の分析・評価に当たって、大学の公衆衛生学教室等、有識者と連携した」と回答した割合は 26.5%、「計画の策定や評価に当たって、民間企業等の外部委託を利用した」と回答した割合は 40.4%であった（図表Ⅲ-2-39）。

図表Ⅲ-2-39：健康増進計画の策定と評価のための外部連携の状況（市区町村）



市区町村の計画策定に向けた支援の状況について、市区町村が、「都道府県または保健所から有用な支援があった」と回答した割合は 41.9%であった。一方、都道府県を対象とした調査において、都道府県が、「都道府県または保健所から市区町村へ技術的援助を行った」と回答した割合は 83.0%であった（図表Ⅲ-2-40）。

図表Ⅲ-2-40：市区町村の計画策定に向けた支援の状況（図表Ⅲ-2-12 の再掲）

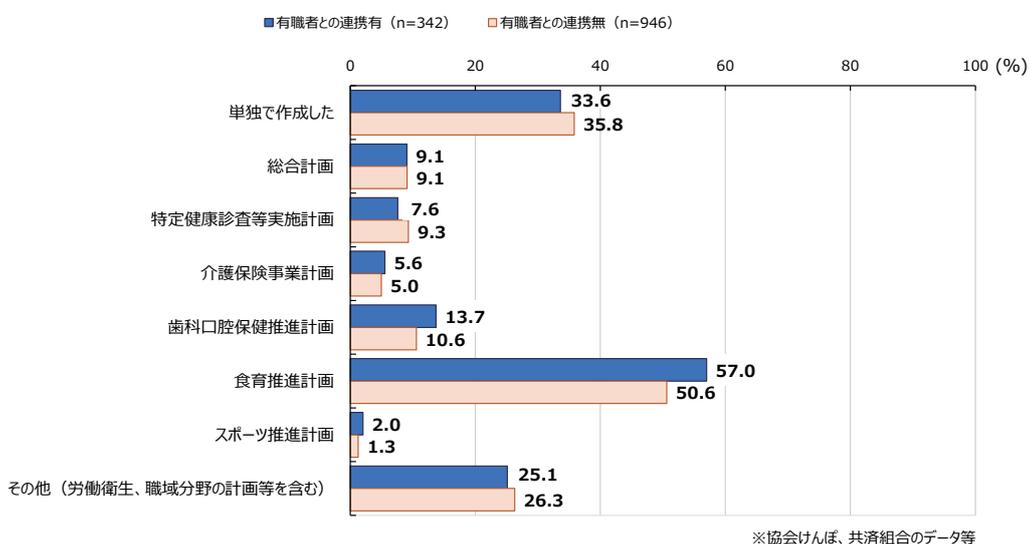


※各種統計資料等のデータベースの作成や分析手法の提示等

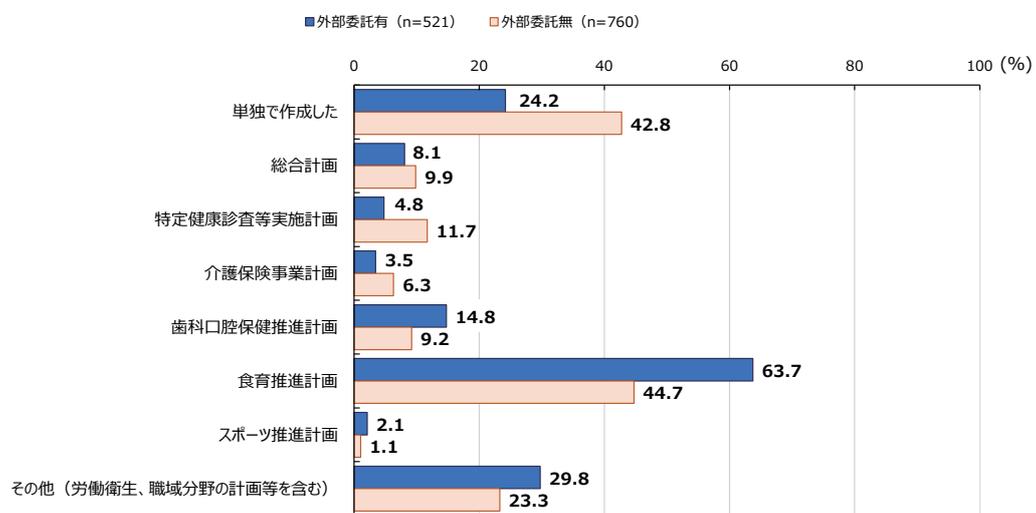
(参考集計) 外部連携の状況別の計画策定状況、連携状況

外部連携の状況について、計画の策定や評価における有識者との連携の有無、外部委託の有無別に一体的に作成した計画を見ると、有識者と「連携した」市区町村と「連携していない」市区町村間では、いずれの項目についても 10 ポイント未満の差であったが（図表Ⅲ-2-41）、外部委託を「利用した」市区町村は、「計画を単独で作成した」と回答した割合が 24.2%と、外部委託を「利用していない」市区町村の 42.8%に比べ、18.6 ポイント低かった（図表Ⅲ-2-42）。

**図表Ⅲ-2-41：計画の策定と評価における有識者との連携有無別 健康増進計画と一体的に作成した計画（市区町村）**



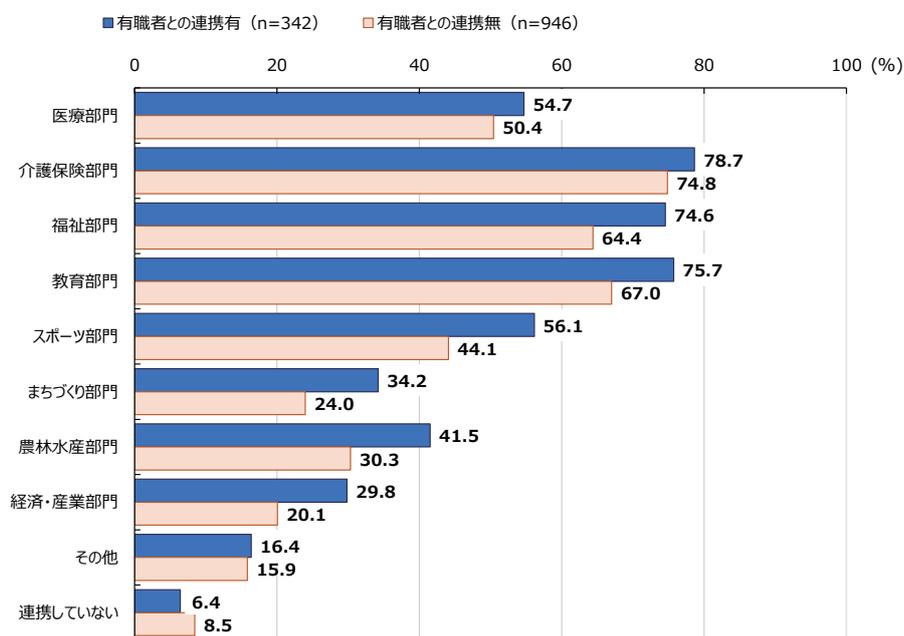
図表Ⅲ-2-42：計画の策定と評価における外部委託の有無別 健康増進計画と一体的に作成した計画（市区町村）



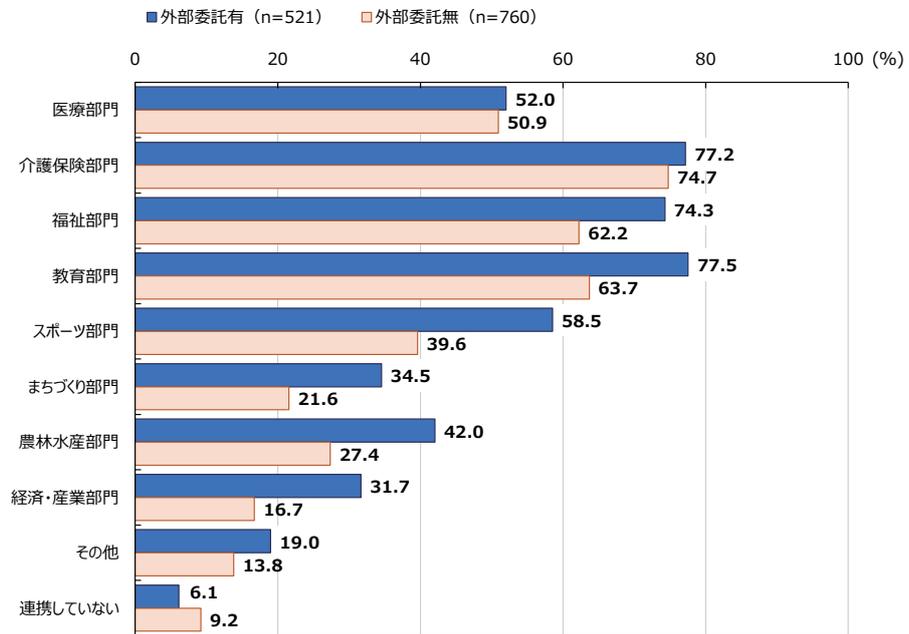
※協会けんぽ、共済組合のデータ等

外部連携の状況について、計画の策定や評価における有識者との連携の有無、外部委託の有無別に庁内で連携して施策を行った部門を見ると、有識者と「連携した」市区町村は、「連携していない」市区町村に比べ、福祉部門、スポーツ部門、まちづくり部門、農林水産部門と「連携した」と回答した割合が 10 ポイント以上高かった（図表Ⅲ-2-43）。また、外部委託を「利用した」市区町村は、「利用していない」市区町村に比べ、医療部門、介護保険部門以外の部門と「連携した」と回答した割合が 10 ポイント以上高かった（図表Ⅲ-2-44）。

**図表Ⅲ-2-43：計画の策定と評価における有識者との連携有無別 庁内で連携して施策を行った部門（市区町村）**



図表Ⅲ-2-44：計画の策定と評価における外部委託の有無別 庁内で連携して施策を行った部門（市区町村）



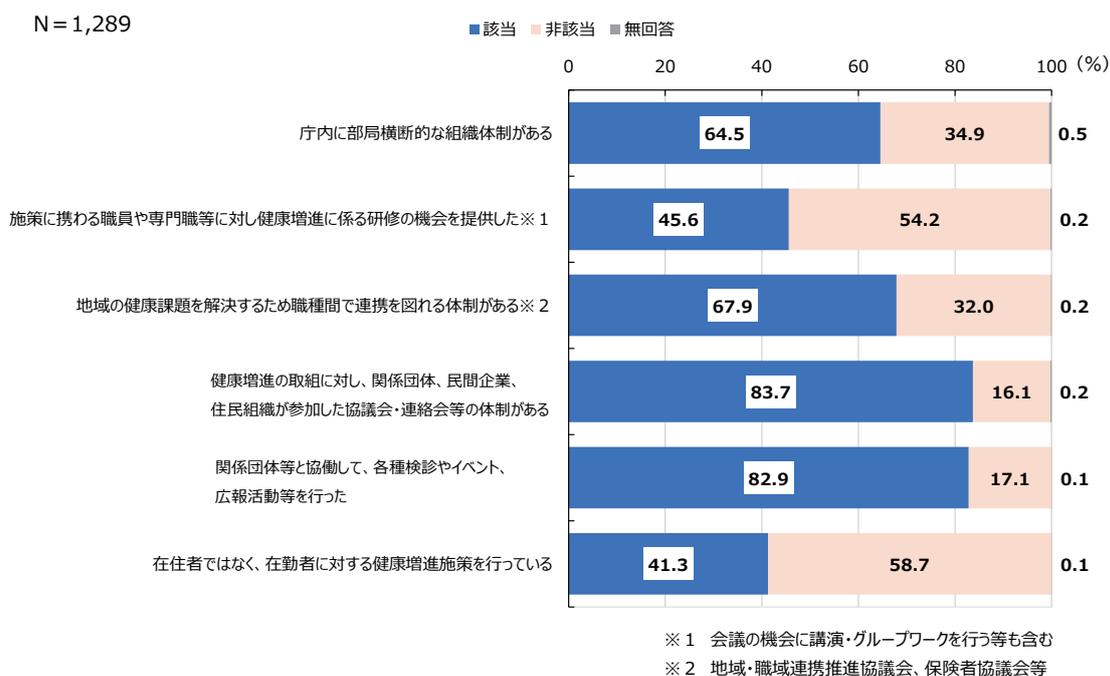
## 2) 健康増進施策の取組状況

健康増進の取組に対する推進体制について、「庁内に部局横断的な組織体制がある」と回答した割合は 64.5%（健康日本 21 最終評価時 25%<sup>※1</sup>）、「健康増進の取組に対し、関係団体、民間企業、住民組織が参加した協議会・連絡会等の体制がある」と回答した割合は 83.7%（健康日本 21 最終評価時 67%<sup>※1</sup>）であり、健康日本 21 最終評価時の調査結果より大きく増加していた。

「施策に携わる職員や専門職等に対し健康増進に係る研修の機会を提供した」と回答した割合は 45.6%、「地域の健康課題を解決するため職種間で連携を図れる体制がある」と回答した割合は 67.9%、「関係団体等と協働して、各種検診やイベント、広報活動等を行った」と回答した割合は 82.9%であった。

また、「在勤者ではなく、在勤者に対する健康増進施策を行っている」と回答した割合は 41.3%であった（図表Ⅲ-2-45）。

図表Ⅲ-2-45：健康増進の取組に対する推進体制（市区町村）

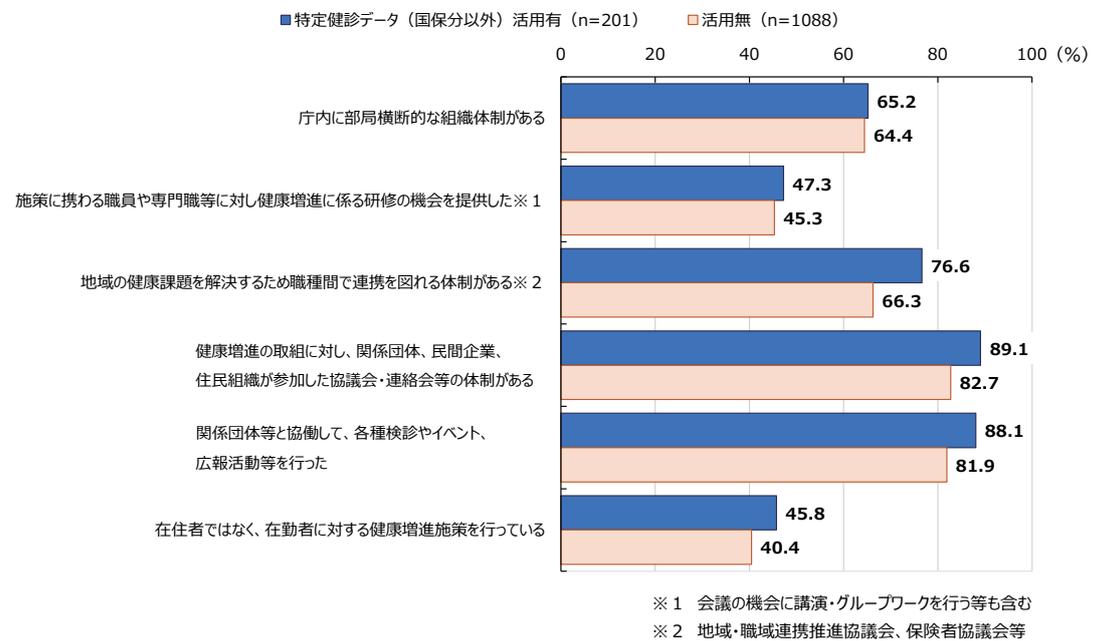


※1 今回の調査と健康日本 21 最終評価時の調査で集計方法が異なるため、単純な割合の比較はできない（参照:別添 2-1）。

(参考集計) 特定健診データ(国保分以外)の活用有無別 在勤者への施策

特定健康データ(国保分以外)の活用有無別に健康増進の取組に対する推進体制の状況を集計した。その中で、「在勤者に対する健康増進施策を行っている」と回答した割合は、計画の策定・評価に特定健診データ(国保分以外)を活用している市区町村で45.8%、活用していない市区町村で40.4%であった(図表Ⅲ-2-46)。

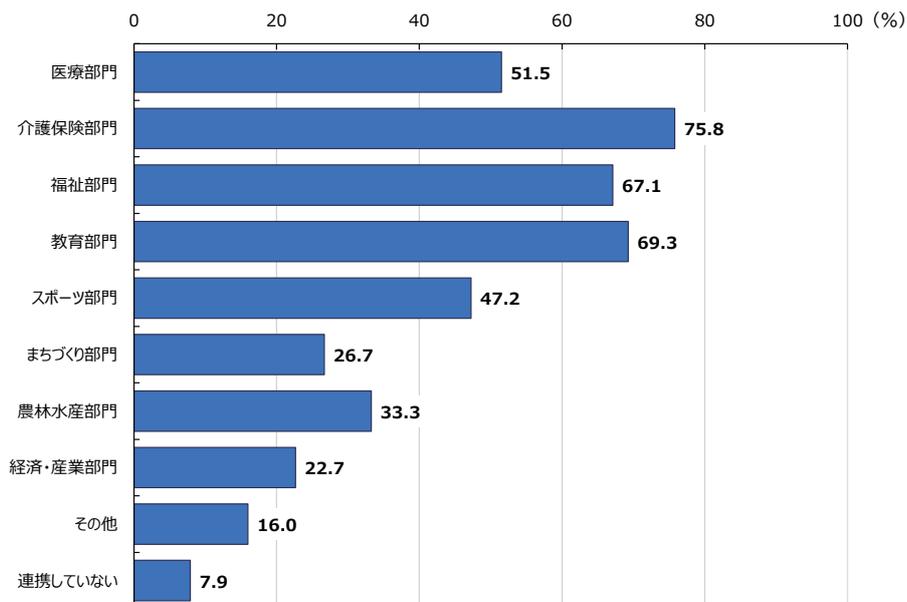
図表Ⅲ-2-46：特定健診データ(国保分以外)の活用有無別 健康増進の取組に対する推進体制(市区町村)



庁内で連携して施策を行った部門について、「介護保険部門」と回答した割合が 75.8%と最も大きく、次いで「教育部門」と回答した割合が 69.3%、「福祉部門」と回答した割合が 67.1%であった（図表Ⅲ-2-47）。

図表Ⅲ-2-47：庁内で連携して施策を行った部門（市区町村）

N = 1,289



(参考集計) 一体的に策定した計画別 庁内で連携して施策を行った部門

一体的に策定した計画別に、庁内で連携して施策を行った部門を集計した。計画を単独で策定した市区町村は、庁内で連携して施策を行った部門について「連携していない」と回答した割合が10.1%と、何らかの計画と一体的に策定した市区町村の回答割合に対して高かった(図表Ⅲ-2-48)。

図表Ⅲ-2-48：一体的に策定した計画別 庁内で連携して施策を行った部門(市区町村)

| 一体的に策定した計画  | 庁内で連携して施策を行った部門 |         |      |        |      |      |        |         |        |         |      |
|-------------|-----------------|---------|------|--------|------|------|--------|---------|--------|---------|------|
|             | 該当市区町村数         | 連携していない | 医療部門 | 介護保険部門 | 福祉部門 | 教育部門 | スポーツ部門 | まちづくり部門 | 農林水産部門 | 経済・産業部門 | その他  |
| 単独で策定       | 454             | 10.1    | 54.2 | 74.2   | 61.0 | 63.0 | 42.5   | 22.2    | 24.9   | 18.1    | 13.9 |
| 総合計画        | 117             | 5.1     | 53.0 | 77.8   | 68.4 | 69.2 | 47.9   | 29.1    | 33.3   | 24.8    | 18.8 |
| 特定健康診査等実施計画 | 114             | 4.4     | 54.4 | 84.2   | 70.2 | 62.3 | 38.6   | 24.6    | 24.6   | 19.3    | 15.8 |
| 介護保険事業計画    | 66              | 0.0     | 63.6 | 90.9   | 77.3 | 74.2 | 48.5   | 31.8    | 30.3   | 25.8    | 19.7 |
| 歯科口腔保健推進計画  | 147             | 5.4     | 60.5 | 78.9   | 79.6 | 80.3 | 64.6   | 38.8    | 48.3   | 34.0    | 19.0 |
| 食育推進計画      | 675             | 6.4     | 51.3 | 76.9   | 70.8 | 75.3 | 51.6   | 29.3    | 40.6   | 26.5    | 16.9 |
| スポーツ推進計画    | 19              | 5.3     | 73.7 | 84.2   | 89.5 | 84.2 | 84.2   | 47.4    | 57.9   | 31.6    | 26.3 |
| その他         | 335             | 5.7     | 52.2 | 79.1   | 72.5 | 73.7 | 47.8   | 30.7    | 37.3   | 24.5    | 19.4 |

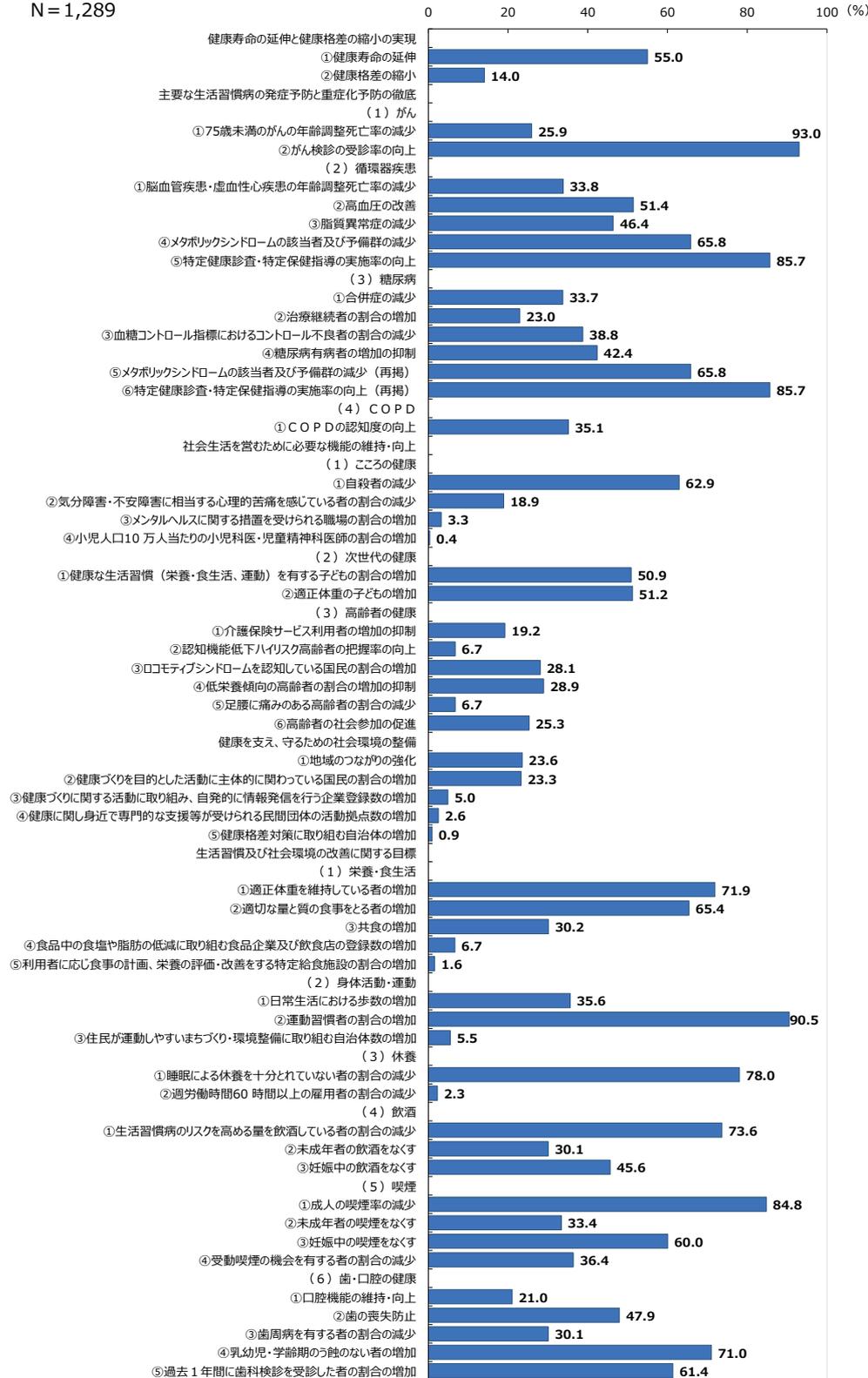
※列ごとに、連携を行った割合が高いものを緑、低いものを赤に着色した。

※スポーツ推進計画と一体的に策定した市区町村については、Nが19と小さいため参考値である。

健康増進計画の目標として設定した項目について、8割以上で設定された項目は、がん検診の受診率の向上(93.0%)、運動習慣者の割合の増加(90.5%)、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上(85.7%)、成人の喫煙率の減少(84.8%)であった(図表Ⅲ-2-49)。

図表Ⅲ-2-49 康増進計画の目標として設定した項目（市区町村）

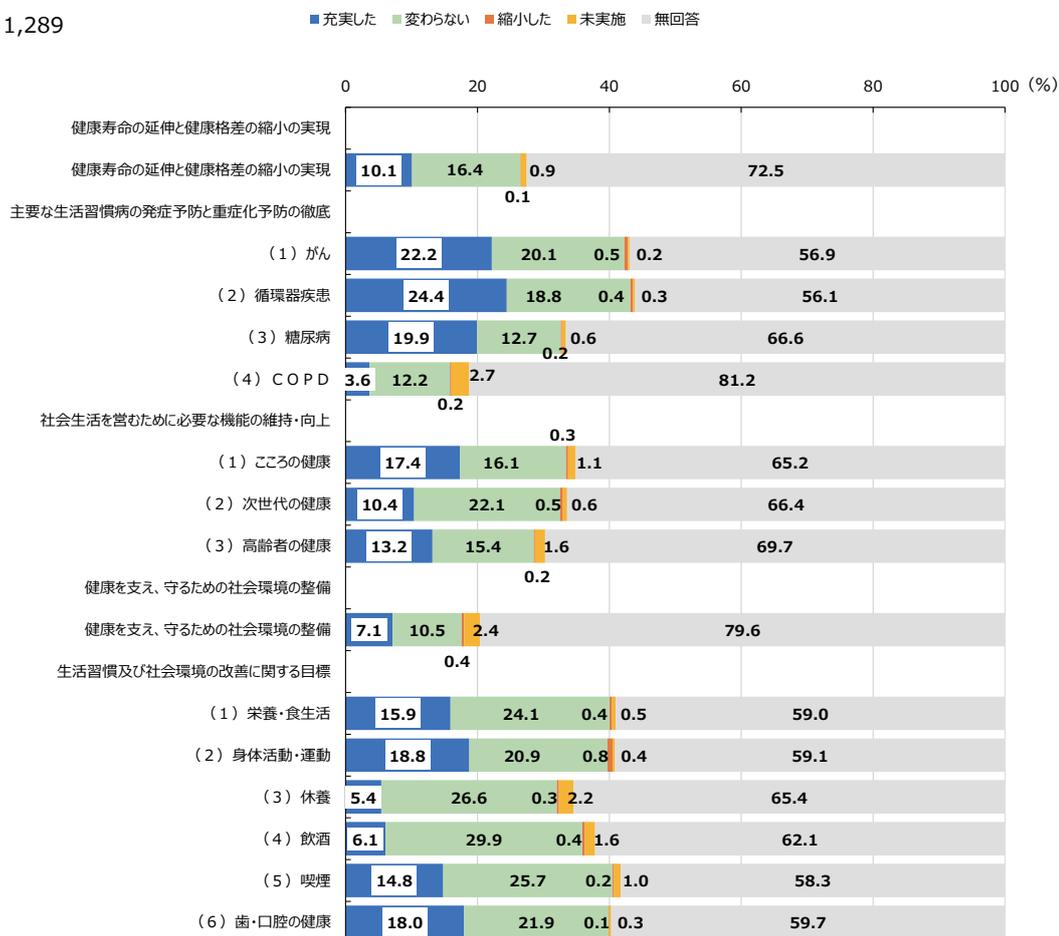
N = 1,289



領域ごとの取組状況について、「充実した」と回答した割合が高かったのは、循環器疾患（24.4%）、がん（22.2%）であった（図表Ⅲ-2-50）。

図表Ⅲ-2-50：領域ごとの取組状況（市区町村）

N = 1,289



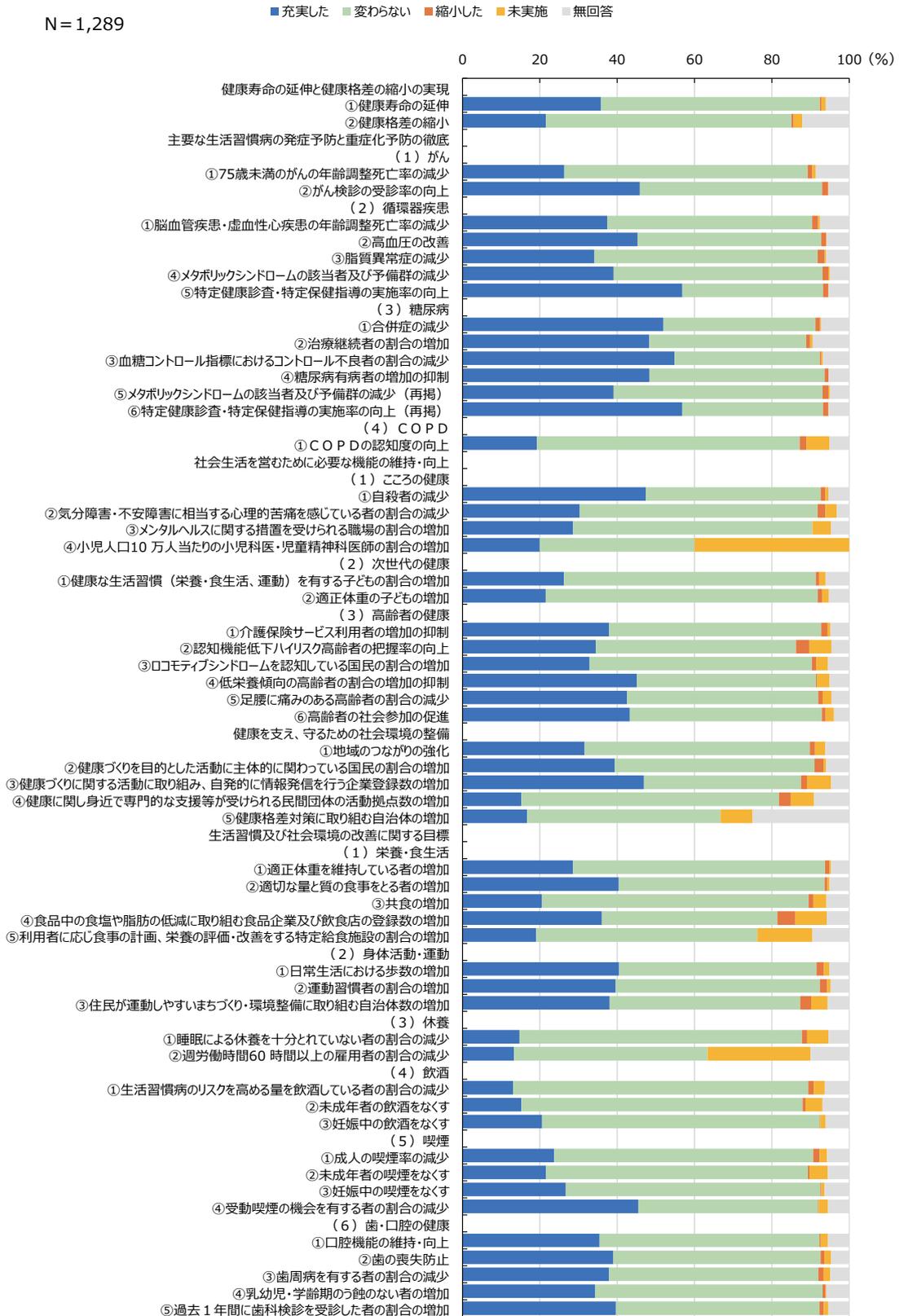
目標項目ごとの取組状況について、各項目を目標に設定した市区町村のうち、「充実した」と回答した割合が高かったのは、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（56.8%）、（糖尿病の）合併症の減少（52.0%）、血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（54.8%）であった。一方、「充実した」と回答した割合が3割を下回ったのは、健康格差対策に取り組む自治体の増加（16.7%）であった（図表Ⅲ-2-51、図表Ⅲ-2-52）。

図表Ⅲ-2-51：目標項目ごとの取組状況（市区町村）

|                                       | 割合(%) |       |      |      |      | 実数<br>母数 |
|---------------------------------------|-------|-------|------|------|------|----------|
|                                       | 充実した  | 変わらない | 縮小した | 未実施  | 無回答  |          |
| 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現                    |       |       |      |      |      |          |
| ①健康寿命の延伸                              | 35.8  | 56.6  | 0.4  | 1.1  | 6.1  | 709      |
| ②健康格差の縮小                              | 21.5  | 63.5  | 0.6  | 2.2  | 12.2 | 181      |
| 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底                |       |       |      |      |      |          |
| (1) がん                                |       |       |      |      |      |          |
| ①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少                  | 26.3  | 62.9  | 1.2  | 0.9  | 8.7  | 334      |
| ②がん検診の受診率の向上                          | 45.9  | 47.1  | 1.5  | 0.2  | 5.3  | 1199     |
| (2) 循環器疾患                             |       |       |      |      |      |          |
| ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少              | 37.4  | 53.0  | 1.6  | 0.5  | 7.6  | 436      |
| ②高血圧の改善                               | 45.2  | 47.5  | 1.2  | 0.2  | 5.9  | 663      |
| ③脂質異常症の減少                             | 34.1  | 57.7  | 1.8  | 0.3  | 6.0  | 598      |
| 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             | 39.0  | 54.0  | 1.5  | 0.4  | 5.1  | 848      |
| ⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上                 | 56.8  | 36.4  | 1.4  | 0.1  | 5.3  | 1105     |
| (3) 糖尿病                               |       |       |      |      |      |          |
| ①合併症の減少                               | 52.0  | 39.3  | 1.1  | 0.2  | 7.4  | 435      |
| ②治療継続者の割合の増加                          | 48.3  | 40.5  | 1.0  | 0.7  | 9.5  | 296      |
| 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        | 54.8  | 37.6  | 0.4  | 0.4  | 6.8  | 500      |
| ④糖尿病有病者の増加の抑制                         | 48.4  | 45.2  | 1.1  | 0.0  | 5.3  | 546      |
| ⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）         | 39.0  | 54.0  | 1.5  | 0.4  | 5.1  | 848      |
| ⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）             | 56.8  | 36.4  | 1.4  | 0.1  | 5.3  | 1105     |
| (4) COPD                              |       |       |      |      |      |          |
| ①COPDの認知度の向上                          | 19.2  | 68.0  | 1.8  | 6.0  | 5.1  | 453      |
| 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上                 |       |       |      |      |      |          |
| (1) こころの健康                            |       |       |      |      |      |          |
| ①自殺者の減少                               | 47.3  | 45.3  | 1.2  | 0.7  | 5.4  | 811      |
| 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     | 30.3  | 61.5  | 2.0  | 2.9  | 3.3  | 244      |
| 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          | 28.6  | 61.9  | 0.0  | 4.8  | 4.8  | 42       |
| 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       | 20.0  | 40.0  | 0.0  | 40.0 | 0.0  | 5        |
| (2) 次世代の健康                            |       |       |      |      |      |          |
| ①健康な生活習慣（栄養・食生活・運動）を有する子どもの割合の増加      | 26.2  | 65.1  | 0.9  | 1.7  | 6.1  | 656      |
| ②適正体重の子どもの増加                          | 21.5  | 70.3  | 1.2  | 1.7  | 5.3  | 660      |
| (3) 高齢者の健康                            |       |       |      |      |      |          |
| ①介護保険サービス利用者の増加の抑制                    | 37.9  | 54.8  | 1.6  | 0.8  | 4.8  | 248      |
| ②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上                | 34.5  | 51.7  | 3.4  | 5.7  | 4.6  | 87       |
| ③ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加          | 32.9  | 57.5  | 1.1  | 3.0  | 5.5  | 362      |
| ④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制                   | 45.0  | 46.4  | 0.3  | 3.2  | 5.1  | 373      |
| ⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少                    | 42.5  | 49.4  | 1.1  | 2.3  | 4.6  | 87       |
| ⑥高齢者の社会参加の促進                          | 43.3  | 49.7  | 0.9  | 2.1  | 4.0  | 326      |
| 健康を支え、守るための社会環境の整備                    |       |       |      |      |      |          |
| ①地域のつながりの強化                           | 31.6  | 58.2  | 1.3  | 2.6  | 6.3  | 304      |
| 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     | 39.3  | 51.7  | 2.3  | 0.7  | 6.0  | 300      |
| ③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 | 46.9  | 40.6  | 1.6  | 6.3  | 4.7  | 64       |
| ④健康に関し身近で専門的な支援等が受けられる民間団体の活動拠点数の増加   | 15.2  | 66.7  | 3.0  | 6.1  | 9.1  | 33       |
| ⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加                    | 16.7  | 50.0  | 0.0  | 8.3  | 25.0 | 12       |
| 生活習慣及び社会環境の改善に関する目標                   |       |       |      |      |      |          |
| (1) 栄養・食生活                            |       |       |      |      |      |          |
| ①適正体重を維持している者の増加                      | 28.6  | 65.2  | 1.1  | 0.4  | 4.7  | 927      |
| ②適切な量と質の食事をとる者の増加                     | 40.3  | 53.3  | 0.7  | 0.6  | 5.1  | 843      |
| ③共食の増加                                | 20.6  | 68.9  | 1.3  | 3.3  | 5.9  | 389      |
| 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    | 36.0  | 45.3  | 4.7  | 8.1  | 5.8  | 86       |
| ⑤利用者に応じ食事の計画、栄養の評価・改善をする特定給食施設の割合の増加  | 19.0  | 57.1  | 0.0  | 14.3 | 9.5  | 21       |
| (2) 身体活動・運動                           |       |       |      |      |      |          |
| ①日常生活における歩数の増加                        | 40.5  | 51.0  | 2.0  | 1.3  | 5.2  | 459      |
| ②運動習慣者の割合の増加                          | 39.6  | 52.8  | 1.9  | 0.9  | 4.8  | 1167     |
| 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      | 38.0  | 49.3  | 2.8  | 4.2  | 5.6  | 71       |
| (3) 休養                                |       |       |      |      |      |          |
| ①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少              | 14.7  | 73.1  | 1.3  | 5.6  | 5.4  | 1006     |
| ②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少                | 13.3  | 50.0  | 0.0  | 26.7 | 10.0 | 30       |
| (4) 飲酒                                |       |       |      |      |      |          |
| ①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少         | 13.1  | 76.3  | 1.5  | 2.8  | 6.3  | 949      |
| ②未成年者の飲酒をなくす                          | 15.2  | 72.7  | 0.8  | 4.4  | 7.0  | 388      |
| ③妊娠中の飲酒をなくす                           | 20.6  | 71.8  | 0.2  | 1.4  | 6.1  | 588      |
| (5) 喫煙                                |       |       |      |      |      |          |
| ①成人の喫煙率の減少                            | 23.7  | 67.0  | 1.6  | 1.9  | 5.8  | 1093     |
| ②未成年者の喫煙をなくす                          | 21.6  | 67.7  | 0.5  | 4.7  | 5.6  | 430      |
| ③妊娠中の喫煙をなくす                           | 26.7  | 65.8  | 0.3  | 0.8  | 6.5  | 774      |
| ④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少                   | 45.4  | 46.5  | 0.2  | 2.3  | 5.5  | 469      |
| (6) 歯・口腔の健康                           |       |       |      |      |      |          |
| ①口腔機能の維持・向上                           | 35.4  | 56.8  | 0.4  | 1.8  | 5.5  | 271      |
| ②歯の喪失防止                               | 39.0  | 53.6  | 1.0  | 1.8  | 4.7  | 618      |
| ③歯周病を有する者の割合の減少                       | 37.9  | 54.1  | 1.3  | 1.8  | 4.9  | 388      |
| ④乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加                    | 34.3  | 58.8  | 0.8  | 0.2  | 5.9  | 915      |
| ⑤過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加               | 39.7  | 52.6  | 1.1  | 1.1  | 5.4  | 791      |

図表Ⅲ-2-52：目標項目ごとの取組状況（市区町村）

N = 1,289



特に力を入れて実施した取組について、「主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」に関連して、検診・健診の受診率向上に向けた取組、特定保健指導の実施率向上に向けた取組、糖尿病の重症化予防に関する取組、COPDに関する啓発・受診勧奨等が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた（図表Ⅲ-2-53）。

**図表Ⅲ-2-53：「主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」に関する主な取組（都道府県・市区町村）（図表Ⅲ-2-20の再掲）**

| 領域                          | 内容   | 説明  |
|-----------------------------|--|---|
| (1) がん<br>(2) 循環器疾患         | 健診・検診の受診率向上<br>：受診しやすい環境   | 時間の拡大（夕方・休日検診の実施、個別検診の実施、メール予約・ウェブ予約の導入）        |
|                             |  | 費用負担の軽減（クーポン・助成（脳ドック等）、一部の無料化（女性のがん検診）、ワンコイン検診） |
|                             |  | 検診車、会場までの送迎                                     |
|                             | 健診・検診の受診率向上<br>：個別の受診勧奨（コール・リコール）                                  | 胃内視鏡や低線量CT、エコー検査等選択肢を増やすことでの受診環境整備              |
|                             |  | インセンティブの付与（商品券、地域のポイント）                         |
|                             |  | はがき、電話、訪問                                       |
|                             |  | AIを活用した対象者の抽出                                   |
| 健診・検診の受診率向上<br>：特定の層へのアプローチ | 関係課との連携（国保等）   |   |
|                             | 協会けんぽとの連携（協会けんぽが発送している特定健康診査受診券に被扶養者向けのがん検診チラシを同封）                 |   |
|                             | 事業所との連携（健診・検診に関する実態把握、事業所健診時の個別指導、事業所と連携したがん検診受診体制の整備、事業所での健康教育）   |   |
| 特定保健指導：対象者の抽出の工夫            | ナッジ理論を踏まえた郵送物の内容の工夫  |   |
| 特定保健指導：対象者の拡大               | 若年代、働き盛り世代・子育て世代、女性・妊産婦等に着目した健診環境の見直しや受診勧奨                         |   |
| 特定保健指導：対象者の拡大               | 健診結果やレセプト、KDB（国保データベース）の活用（受診歴や服薬の確認等）                             |   |
| 高血圧予防：減塩                    | 委託による体制強化（国保等の特定保健指導を医師会及び業者に委託し、これまで受けていなかった者にも特定保健指導を実施できる体制とした） |   |
| (3) 糖尿病                     | 対象者の抽出の工夫  | 実態・対象者把握（特定健康診査時に尿検査による推定食塩摂取量検査）               |
|                             | 個別支援   | KDBの活用（ハイリスク者の抽出）                               |
|                             | 体制強化   | -   |
| (4) COPD                    | 医師会との連絡票を作成、CKD認定医育成   | -   |
|                             | 受診勧奨・啓発  | 対象者を抽出しはがきを送付（国保特定健康診査受診者で喫煙歴がある者）              |
|                             | COPD検診   | COPD検診を開始                                       |

「社会生活を営むために必要な機能の維持・向上」に関連して、各分野に対して教室・講座・講演の実施が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた（図表Ⅲ-2-54）。

**図表Ⅲ-2-54：「社会生活を営むために必要な機能の維持・向上」に関する主な取組（都道府県・市区町村）（図表Ⅲ-2-21の再掲）**

| 領域         | 内容           | 説明  |
|------------|--------------|---|
| (1) こころの健康 | 中高生へのアプローチ   | SOSの出し方（教師側の受け止め方）に関する講座                        |
|            | ゲートキーパー養成    | -   |
|            | 相談窓口の周知      | -   |
| (2) 次世代の健康 | 各分野の教室・講演    | 食育、肥満防止、生活リズム（早寝・早起き）、こころの健康、未成年飲酒防止、未成年喫煙防止、歯科 |
|            | 親子へのアプローチ    | スポーツイベント、クッキングイベント                              |
| (3) 高齢者の健康 | 生きがい・通いの場づくり | -   |
|            | フレイル予防       | 普及啓発、フレイル予防教室、体操やウォーキング                         |
|            | オーラルフレイル予防   | 健診実施  |
|            | 認知症          | 認知症簡易チェック、認知症サポーター養成、認知症サポート医の増加                |

「健康を支え、守るための社会環境の整備」に関連して、事業所・企業との連携強化、健康になるまち・体制づくりが特に力を入れて実施した取組として挙げられていた（図表Ⅲ-2-55）。

**図表Ⅲ-2-55：「健康を支え、守るための社会環境の整備」に関する主な取組  
（都道府県・市区町村）（図表Ⅲ-2-22の再掲）**

| 領域                 | 内容         | 説明  |
|--------------------|------------|---|
| 健康を支え、守るための社会環境の整備 | 事業所・企業との連携 | 健康的な食事の提供、受動喫煙防止等の呼びかけ、連携したイベント、健康ポイント事業の実施、健康経営認定制度          |
|                    | まちづくり      | 健康・スポーツのまち宣言、歩きやすい・運動しやすい環境づくり、庁内連携のための会議体の組成、モデル地区を選定しての実態把握 |
|                    |            |   |

「生活習慣及び社会環境の改善に関する目標」に関連して、各分野に対して教室・講座・講演の実施等の普及・啓発、当事者への支援の実施等が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた（図表Ⅲ-2-56）。

**図表Ⅲ-2-56：「生活習慣及び社会環境の改善に関する目標」に関する主な取組  
（都道府県・市区町村）（図表Ⅲ-2-23の再掲）**

| 領域          | 内容                | 説明   |
|-------------|-------------------|--|
| (1) 栄養・食生活  | 中高生への教室           | 食育教室（カロリーバランス、ベジファースト）   |
|             | 飲食店等企業との協働        | 健康的な商品のアピールや開発、地産地消の推進   |
|             | 健康的なレシピの普及        | 野菜レシピ、減塩レシピ、朝食レシピ等の配布、コンテスト  |
|             | 市民運動・スローガンによる広報   | -  |
| (2) 身体活動・運動 | ウォーキングの推進         | ウォーキングマップ、ウォーキングイベント、活動量計の配布   |
|             | ポイント・インセンティブ      | 歩数や活動量に応じたインセンティブ（商品券等）、スマホアプリの活用、セルフモニタリングの推奨                       |
|             | 体操の周知             | ご当地体操の作成と周知  |
|             | 骨粗鬆症対策            | 教室や講座の開催等普及啓発、骨量測定、受診勧奨  |
|             | 市民運動・スローガンによる広報   | -  |
| (3) 休養      | 睡眠に関する普及啓発        | 事業所での健康教育  |
|             | 産前産後～育児のメンタルヘルス対策 | 切れ目のない支援を実施する拠点の設置   |
| (4) 飲酒      | 未成年者飲酒防止          | 中高生への啓発教室  |
|             | 依存症患者への支援         | 自助グループ、家族会   |
| (5) 喫煙      | 未成年者喫煙防止          | 中高生への啓発教室  |
|             | 受動喫煙防止            | 喫煙防止区域の設定、店舗への啓発や禁煙に協力する店舗の認定、屋外分煙施設設置、条例の制定                         |
|             | 禁煙相談・禁煙教室         | 相談窓口や教室の実施、禁煙外来への女性、妊産婦や親に向けた啓発                                      |
| (6) 歯・口腔の健康 | 歯周疾患検診の受診率向上      | 対象年齢拡大（若年者、妊産婦）、クーポン一部の無料化（20歳）特定健康診査実施との連携（同時に実施、特定健康診査受診者にクーポンの送付） |
|             | 子どもへのアプローチ        | 幼児の歯科検診、幼稚園や小学校でのフッ化物洗口、フッ素塗布、ブラッシング指導                               |
|             | 歯科に関する知識の普及啓発     | 8020運動、歯周病と健康、フロスの普及   |

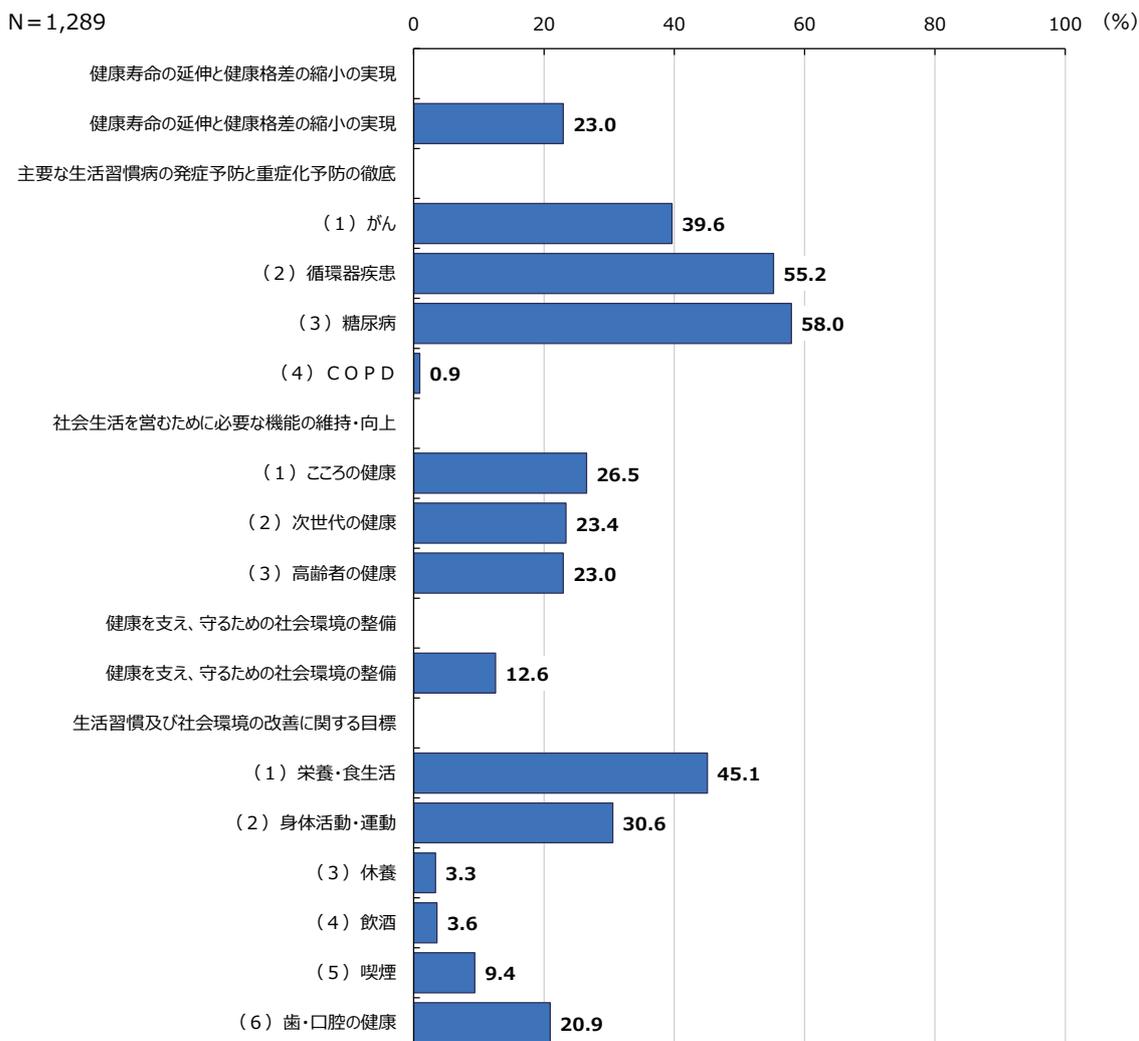
健康日本 21（第二次）の目標項目以外に、「働き盛り世代・職域への取組」「庁内で連携した取組」「大学と連携した取組」等が特に力を入れて実施した取組として挙げられていた（図表Ⅲ-2-57）。

図表Ⅲ-2-57：健康日本 21（第二次）の目標項目以外に関連した取組  
（都道府県・市区町村）（図表Ⅲ-2-24 の再掲）

| 主な意見          | 内容の例   |
|---------------|--|
| 働き盛り世代・職域への取組 | <ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病予防の取組みを働き盛り世代から行うことができるよう、<b>企業に出向いて行う</b>出前健康講座、消防団健康教室を開催した。</li> <li>比較的若い30歳代以降からの壮年期男性をターゲットに、<b>商工会議所等の職域にも働きかけて</b>対象者を募集しオンラインを取り入れた健康教育や保健指導を実施している。</li> <li>働き盛りの年代への対策として<b>企業・団体と町とで協定の締結</b>の推進を図り、<b>企業等の健康宣言</b>への取組を進めた。</li> </ul>   |
| 庁内で連携した取組     | <ul style="list-style-type: none"> <li>計画推進に当たり、市役所<b>全庁横断的に組織した推進プロジェクト</b>や<b>市民関係機関ワーキング</b>で、計画の進捗状況を確認しながら全体の底上げをしてきた。</li> <li>母子保健<b>計画を一体的に取り込むことで</b>、子どもの健康、こころの健康（産後うつや育児不安）、歯・口腔の健康の母子分野の取組と<b>連動して取り組んでいる</b>。</li> <li>生活習慣病の重症化予防では、…（中略）…重症化予防保健指導を強化した。その推進の中で、<b>庁内の関係課と連携し</b>、若い頃からの予防・健康づくりの推進と、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等を<b>総合的に予防・健康づくりを進める体制づくり</b>ができた。</li> </ul> |
| 大学と連携した取組     | <ul style="list-style-type: none"> <li>健康寿命の延伸に向けた取組に関する協定を大学と締結し、<b>市の特徴や傾向、原因の分析</b>を行った。</li> <li>大学と包括的連携協定を締結し、ウォーキングや筋力トレーニングの<b>普及啓発</b>に力を入れた。</li> <li>町内の大学と連携して<b>健康教育</b>を実施した。</li> <li>肝疾患対策として、…（中略）…大学のセンターの医師による肝炎<b>データ分析</b>、講演、個別相談を実施し、肝炎受検率の向上と肝疾患死亡数の減少を目指した。</li> <li>大学、保健所と連携した<b>アンケート調査</b>。</li> </ul>  |

今後重点的に取り組みたい領域（最大5項目まで選択）について、「糖尿病」と回答した割合が58.0%と最も大きく、次いで「循環器疾患」が55.2%、「栄養・食生活」が45.1%であった（図表Ⅲ-2-58）。

図表Ⅲ-2-58：今後重点的に取り組みたい領域（最大5項目まで選択）（市区町村）



健康増進の取組を進めるに当たっての課題・改善点として、「分野横断的な取組・連携」「若い世代・働き盛り世代に向けた取組」「無関心層への取組・社会環境の整備」「マンパワー・予算の確保」「適切な指標の設定」「適切な評価の実施」「地域の力向上（高齢化、少子化）」等が主な内容として市区町村から挙げられた（図表Ⅲ-2-59）。

図表Ⅲ-2-59：健康増進の取組を進めるに当たっての課題・改善点（市区町村）

| 主な意見              | 内容の例   |
|-------------------|--|
| 分野横断的な取組・連携       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 庁内外問わず、関係機関との<b>共通認識を持つこと</b>の難しさや温度感の違いを感じることがあり、難しいと感じた。</li> <li>・ 関係機関（医療機関や職域、食品企業や飲食店等）との<b>問題意識の共有</b>や連携の在り方。</li> <li>・ 意識をしなくても健康になれるような<b>環境づくり</b>ができるのが理想。そのためには、<b>企業や関係機関との連携</b>を図りたい。</li> <li>・ <b>事業を継続的に実施するため</b>、地域との協働の視点をもち進めていくことが肝要だと思われる。</li> </ul>   |
| 若い世代・働き盛り世代に向けた取組 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>壮年期を重点世代とする取組</b>（運動習慣づくり、休養・心の健康づくり、喫煙・飲酒対策）を強化し継続すること、<b>壮年期を見据えた青年期</b>への取組。</li> <li>・ <b>子育て世代、働く世代</b>に健康づくりへの取組に関心を持ってもらうためのアプローチの仕方。</li> <li>・ 国保加入者に関わることは多いが、<b>社保加入者</b>との関わりがほとんどないため、…（中略）…その穴をどう埋めるのかが課題。</li> </ul>  |
| 無関心層への取組・社会環境の整備  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康づくり等の講座・教室への<b>参加者の固定化</b>。</li> <li>・ <b>健康を意識していない人</b>の行動変容は難しく感じます。健康づくりに取り組んでいる方は、時間や経済的に余裕のある方に多く見られ、<b>余裕のない方</b>は、安価でお腹が満たされる糖質の多い食品の摂取に偏りやすく、野菜不足になられています。</li> <li>・ 「自然に健康になれる食環境づくり」、「自然に歩いてしまう（歩かされる）まちづくり」など<b>無意識に健康的な行動が選択できる環境づくり</b>が必要であるが、市独自で行うには事業規模が大きく、困難さを感じる。</li> </ul>  |
| マンパワー・予算の確保       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康増進計画を推進する中、食育計画、自殺対策計画など、様々な計画の策定が求められ、計画の作成評価に時間が取られてしまい、<b>マンパワーが不足している中で全ての計画の推進</b>は厳しいと感じている。</li> <li>・ 計画策定にあたり、<b>業者委託・調査費用など財政的な負担</b>が大きい。また、分析等に時間がかかり、マンパワー的な負担も大きかった。</li> <li>・ 市民の行動変容を促していくために、本市では保健指導に携わる保健師や管理栄養士等が市民と協働して取組を進めており、…（中略）…これらの<b>専門職のマンパワーの確保と、スキルアップ</b>は重要な課題と考えます。</li> </ul>  |
| 適切な指標の設定          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各項目の目標値の多くを<b>国の目標値に合わせた</b>が、<b>実現可能性のある目標値ではなく、現状との差がありすぎた</b>。</li> <li>・ 国の目標項目とは別に独自に設定した項目が多い。<b>国や県の目標項目と整合性</b>を取った計画を作成する必要があると感じる。</li> <li>・ 健康寿命の算出において、国・県の算出方法と各市町の算出方法に違いがあり、<b>比較が困難</b>。また、各市町の算出方法は、<b>変動しやすく指標として用いにくい</b>。</li> <li>・ 次期計画では、短期指標（データ取得しやすいもの）、中長期指標などを設定し、評価方法も具体的な標記があるとよい。</li> <li>・ 健康増進計画には、自死計画やデータヘルス計画、食育計画等重なるところが多く、<b>本計画の位置づけやすみわけ</b>など整理が必要だと思う。</li> <li>・ <b>計画期間が長い</b>ため、健康に関する個人の考え方の変化や社会情勢の<b>変化等に対応しにくい部分がある</b>。</li> </ul>   |
| 適切な評価の実施          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国の計画を参考に設定しているが、<b>市町村で毎年把握できる数値とそうでない数値がある</b>ため、計画期間中の進行管理が複雑で、比較分析や<b>評価が十分にできない不完全さと業務効率の観点で負担感</b>がある。</li> <li>・ データ分析等ができる項目もあるが、できない項目については、PDCAサイクルの実施が難しく、評価として<b>アウトプットになり、アウトカムにならない</b>ため、事業効果の有無が見えにくい。</li> <li>・ 事業について一定の利用者からの満足度は高くても<b>費用対効果</b>がわかりづらくPDCAを回すのが難しい。</li> <li>・ <b>国保以外の医療・健（検）診データが入手しづらく、全市の健康課題の把握がしづらい</b>。…（中略）…また<b>地域レベル</b>だと、より<b>国保データの母数が少なく</b>、活用しづらい。</li> <li>・ <b>計画策定時の目標として認定した項目が数値で出でず</b>評価不良になることが多い。</li> <li>・ 目標値の設定について、市民アンケートを元に本市独自に設定しているが、<b>客観的なデータで評価できるようにしたい</b>。</li> </ul> |
| 地域の力向上（高齢化、少子化）   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小規模の自治体のため、<b>人口減少</b>に伴いアンケート対象者も減っているため、<b>調査結果の比較の結果が適正かどうか</b>の判断が難しい。また、同様に<b>事業を行う際も対象者も少なく</b>事業評価も難しくなっている。</li> <li>・ <b>健康づくり推進員（ボランティア団体）の高齢化</b>。</li> <li>・ 知識の普及啓発を進めていく上で、地区活動は重要です。しかし、地区活動推進を担う<b>リーダーの不足</b>や保育所統合等による<b>活動の場の減少</b>にどのように対応していくべきか検討が必要です。</li> <li>・ 数字だけで評価されるものではないと考えるが、数字以外でどのように<b>評価</b>をしていくことができるのか、<b>市民の方にどのように伝えられるのか</b>、課題と感じる。</li> </ul>   |

次期健康増進計画策定に当たって国に求める支援として、「データ提供の内容や仕組みの改善」「取組のエビデンス・事例の提供」「技術的支援・助言」「指標の考え方の共有」「財政的支援」が主な内容として都道府県から挙げられた（図表Ⅲ-2-60）。

図表Ⅲ-2-60：次期健康増進計画策定に当たって国に求める支援（市区町村）

| 主な意見   | 内容の例  |
|--------|---|
| 財政的支援  | <ul style="list-style-type: none"> <li>法的計画でないため、<b>計画策定の予算を確保できない</b>。計画の進捗管理を行う上で有識者と連携を図りたいが、予算確保、有識者の選定等が困難である。</li> <li>健康増進計画策定時に課題等の評価を、客観的に行い、多角的に進めていきたいため、それらを<b>他機関等に依頼する際の財政的な支援</b>があると、より健康課題やそれに伴う施策が具体的に深められると考える。</li> <li>市民の健康づくりアンケート調査を評価指標と比較するため、次期計画策定時に実施することとしているが、<b>実態調査に係る予算化が年々困難</b>となってきている。</li> <li>健診については、一定の財政的支援があるが、疾病の予防を目的に実施している「食生活」「運動」「いきがい(交流)」といった一般的な予防や健康づくりの施策については単独事業となっている。…（中略）…抑制効果が得られている<b>エビデンスある健康づくり施策</b>に対しては、事業費の一部を財政支援していただきたい。</li> </ul> |
| 技術的支援  | <ul style="list-style-type: none"> <li>計画策定に向けた<b>最新の知見、方向性等についての研修。助言を受ける機会。</b></li> <li>国や県との比較等、計画の評価がしやすいように統一的な評価指標をどのように設定するか悩む。<b>評価指標の設定やデータの入手方法</b>等の技術的な助言や統一的な体制整備について支援してほしい。</li> <li>健康増進計画は、周知・啓発等の取組みが多く、効果判定が難しいと感じているので<b>評価に関する技術的支援</b>を望む。</li> <li><b>アンケート調査票のひな型</b>や分析の仕方などが提示されれば、同規模他市町とも比較でき、評価もしやすくなる。</li> </ul>  |
| データの提供 | <ul style="list-style-type: none"> <li>国の調査の<b>市町村別のデータ</b>を提供いただきたい。</li> <li>評価のためのデータ収集や分析に職員の負担感があるので、次期計画の目標設定は、優先度を踏まえデータが市町村でも把握しやすいサンプルな項目にし、<b>同規模の市町と比較できるデータ</b>やデータ入手元の出典などを詳細に示していただけるとありがたい。</li> <li>国保データベース(KDB)システム等を活用して…（中略）…現状分析を行っているが、年少人口・生産年齢口の多くが国民健康保険以外の健康保険加入者である。<b>他保険の場合、都道府県単位でのデータ入手はできるが、町民のデータを抽出することはできない</b>。町民全体の状況を把握できれば地域の健康課題の把握や健康施策に役立てられる。</li> </ul>   |
| その他    | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>自治体の規模に応じた取組事例（好事例）</b>の公表（せっかくの事例も、規模の差が大きいと自分の自治体と重ねて検討できないため。）</li> <li>国民の健康課題や課題解決のための取り組みが<b>組織を超えて可能となる体制</b>。（特に自治体は子どもの健康課題を解決する際、教育担当課とこれらを共有する必要がありますが、「文科省から通知が来ていない」等の理由から、進みにくい現状があります。）</li> <li>第三次計画策定に当たり、二次と変更する点や新たな方針があれば早めに提示してもらえると、計画に反映させやすい。</li> </ul>   |

健康づくり運動計画はどのように役立ったかについて、「関係者の意識が向上した」「進捗を管理・評価するようになった」「事業の計画の検討に役立った」等の意見が市区町村から挙げられた（図表Ⅲ-2-61）。

図表Ⅲ-2-61：健康づくり運動計画はどのように役立ったか（市区町村）

| 主な意見             | 内容の例  |
|------------------|---|
| 関係者の意識が向上した      | <ul style="list-style-type: none"> <li>●<b>行政</b></li> <li>● <b>健康格差</b>対策を意識するようになった。</li> <li>● 市の<b>総合計画の中でも、健康増進計画が上位計画として位置づけられ</b>、多くの所管と連携しながら推進することができた。</li> <li>●<b>住民</b></li> <li>● 単に病院で長く生きるのではない、<b>「健康寿命」</b>の概念が普及した。</li> <li>● 計画策定時に、<b>町民を交えて意見交換する中で</b>、健康づくりとして重点的に取り組むべき対策が見えた。</li> </ul>   |
| 進捗を管理・評価するようになった | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 国から健康づくりの方向性が示されたことにより、目指す姿を描き、目標や指標を立てて、モニタリングし評価するという<b>体制づくり</b>につながった。</li> <li>● 事業を実施するに当たり<b>目標値を設定することで、PDCAサイクルを意識</b>するようになった。できることから実施し、評価・改善を継続していくことを実践している。また、既存事業での事業の相乗りなど、発想の意識改革にもつながった。</li> <li>● 健康づくり計画の成果指標を関係各課に確認し、<b>計画の進捗管理を年1回実施</b>するようになった。</li> </ul>   |
| 事業の計画の検討に役立った    | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 計画に対する事業の位置づけの整理、<b>事業を実施するうえで何をターゲットとして実施しなければならないか</b>の整理につながった。</li> <li>● 様々な保健活動を整理し、<b>優先度の見直し</b>を行う良い機会になった。保健活動の目的が明確になり、事業の組み立てがしやすくなった。</li> <li>● 健康づくり施策において、国全体と市の状況との比較を行い、<b>弱い分野の補強や強い分野の強化につなげる施策を企画</b>する上で参考となった。</li> </ul>   |
| その他              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>メタボという言葉</b>を多くの人が認知するようになり、肥満が生活習慣病に関与していること、また、生活習慣の改善により病気の予防が可能であること、病気を治療するものから、病気を予防するという考え方が広く人々に浸透したと思います。</li> <li>● 受動喫煙対策のように、それまで、個人のみ委ねられ、<b>地域により差が生まれるような取り組みが、全国で標準化された</b>。</li> <li>● 健康であるためには、日常生活を見直すことが必要であるという健康観の変化につながった。<b>栄養・運動・休養・たばこ・アルコール・歯</b>といった健康に関する視点を明確にしたことも、健康意識の改革に役立った。</li> </ul> |

今後の健康づくり運動計画はどうあるべきかについて、「無関心層を含め、だれもが自然に健康になれる環境づくりを重視する」「科学的根拠に則った計画」「他分野と連携しやすくなる計画」「時代の変化に柔軟に対応した計画」等の意見が市区町村から挙げられた（図表Ⅲ-2-62）。

図表Ⅲ-2-62：今後の健康づくり運動計画はどうあるべきか（市区町村）

| 主な意見                              | 内容の例  |
|-----------------------------------|---|
| 無関心層を含め、だれもが自然に健康になれる環境づくりを重視する計画 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 今後は、健康に関心がない市民も含めて健康づくりができるよう、ナッジ理論等のような手法を取り入れた施策の提唱や、市民一人一人が常に健康を意識した行動がとれるよう、<b>継続した啓発活動と更なる社会環境の整備</b>をお願いしたい。</li> <li>• 健康に対する意識は個人差があり、その差を埋めるための働きかけ方として、<b>地域格差を生まないためにも、国が一定の規則を決めること</b>により、実効性のある計画になるのではないかと考える。</li> </ul>   |
| 科学的根拠に則った計画                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 今後の健康づくり運動計画についても、持続可能な保障制度の維持を目的として、<b>科学的根拠に則り、計画を立案していくべき</b>と考える。そのためには、データヘルスの考え方が必要である。</li> <li>• 主要死因・生活習慣病の<b>リスクファクターとその背景・誘因に対する健康づくりの計画立案</b>が必要ではないかと感じる。</li> </ul>  |
| 他分野と連携しやすくなる計画                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 市民への健康づくりには、健康づくり分野以外の他課との連携も必須である。<b>他課連携がしやすくなるような計画</b>の必要性を感じる。</li> <li>• 今後については、生活習慣改善による、健康寿命の延伸等の方向性は継続とし、<b>健康保健分野だけでなく、他の分野の取り組みとリンク</b>させた計画が望ましい。</li> </ul>  |
| 時代の変化に柔軟に対応した計画                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• フレイル等新たな健康施策が話題となってきているので、<b>時代に合わせた柔軟な計画</b>であるべきだと考える。</li> <li>• 今後については、基本的な目的・目標は継続しつつ、<b>社会情勢の変化（コロナ禍など）に対応できる柔軟性</b>が必要になるのではないかと考える。</li> <li>• <b>生活スタイルや価値観の多様化</b>に伴うアプローチ方法の検討（SNSの活用など）</li> </ul>  |
| その他                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>計画年度や計画期間も併せてより他計画との整合性を図る</b>必要があるのではないかと考える。</li> <li>• 科学的裏付けや、幅広く実施したアンケートにより策定された計画だからこそ、もっと<b>市民の皆様が目にする機会</b>をつくってはどうかと感じる。</li> <li>• 健康づくり運動計画は広く住民に取り組めるものであるべきと思う。「<b>今日から実践したい</b>」と思える<b>健康行動をシンプル</b>にわかりやすく伝えられると良いと考える。</li> <li>• <b>市民参加型の計画づくり</b>ができれば良い。</li> <li>• <b>今後、健康づくり施策が医療費適正化ありきで進められるのではないかと</b>の懸念がある。</li> </ul> |

### (3) 団体調査

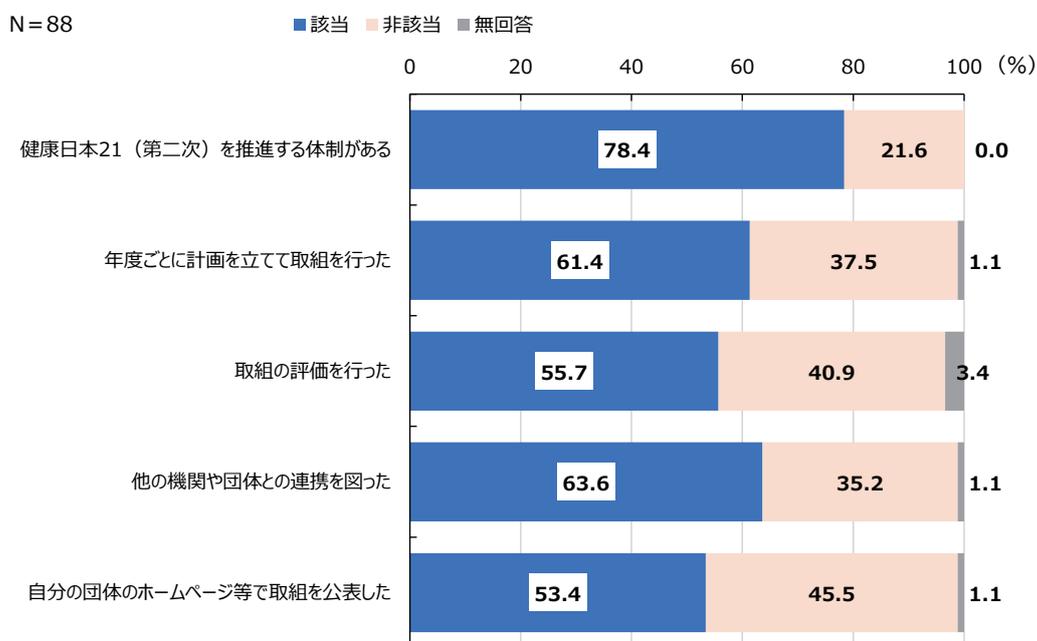
#### 1) 健康増進施策の取組状況

「健康日本 21（第二次）を推進する体制がある」と回答した割合は 78.4%であった。

「年度ごとに計画を立てて取組を行った」と回答した割合は 61.4%（健康日本 21 最終評価時 60%）、「取組の評価を行った」と回答した割合は 55.7%（健康日本 21 最終評価時 39%）であった。

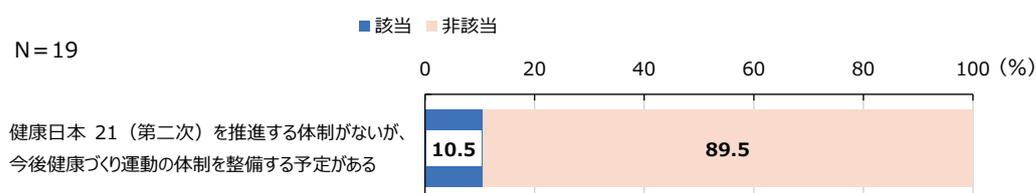
「他の機関や団体との連携を図った」と回答した割合は 63.6%（健康日本 21 最終評価時 65%）、「自分の団体のホームページ等で取組を公表した」と回答した割合は 53.4%（健康日本 21 最終評価時 58%）であった（図表Ⅲ-2-63）。

図表Ⅲ-2-63：健康増進施策の取組の状況（団体）



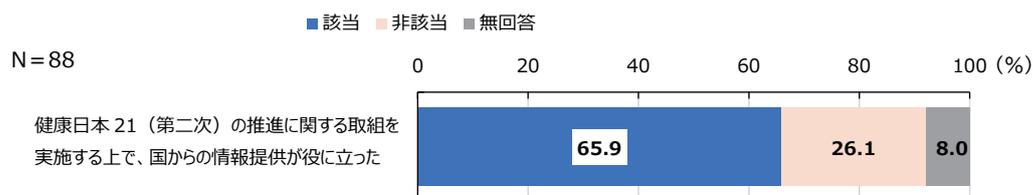
「健康日本 21（第二次）を推進する体制がない」と回答した団体（19 団体）のうち、「今後健康づくり運動の体制を整備する予定がある」と回答した割合は 10.5%であった（図表Ⅲ-2-64）。

**図表Ⅲ-2-64：現在推進体制がない場合の、今後の整備予定（団体）**



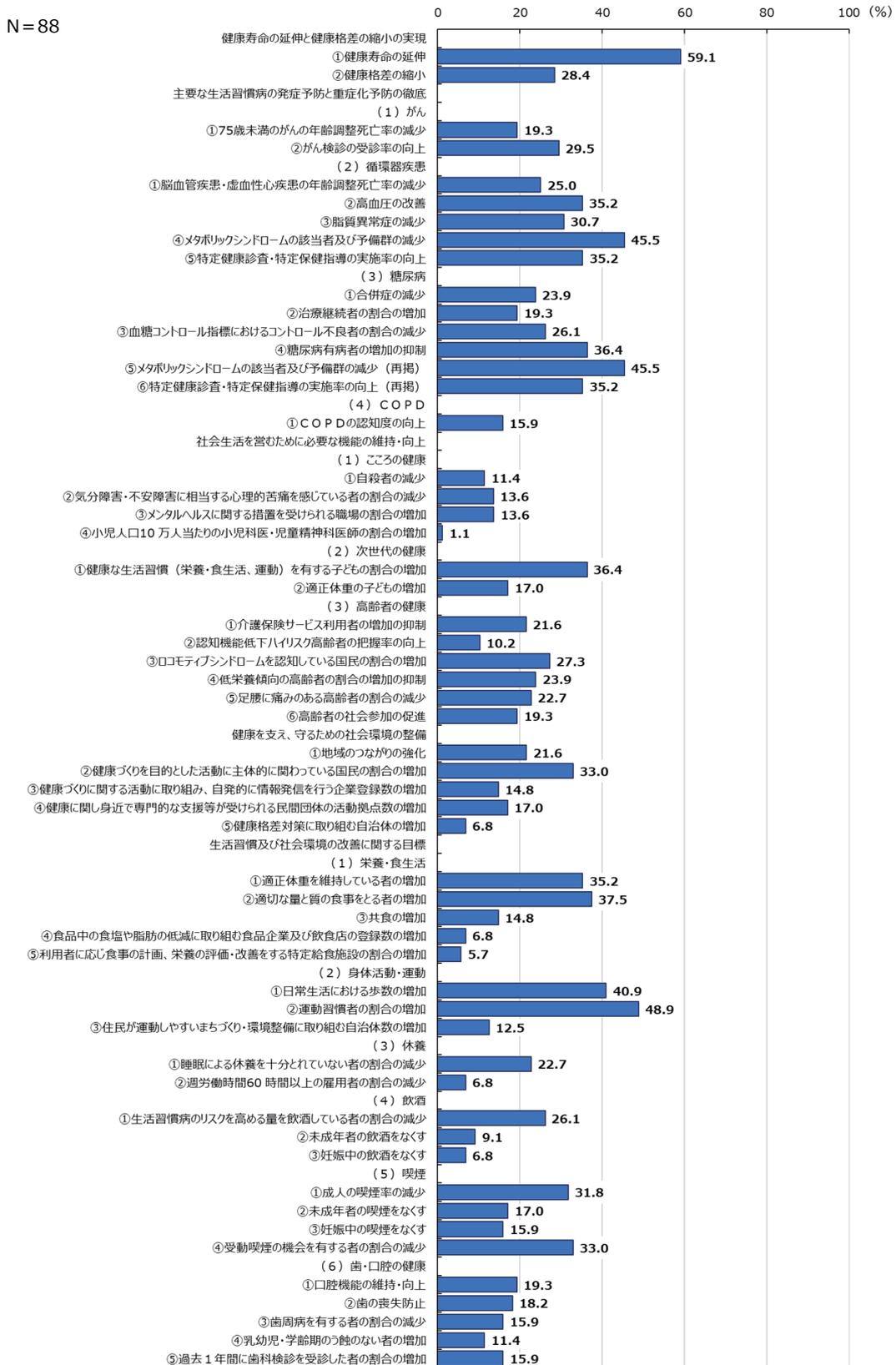
「健康日本 21（第二次）の推進に関する取組を実施する上で、国からの情報提供が役に立った」と回答した割合は 65.9%であった（図表Ⅲ-2-65）。

**図表Ⅲ-2-65：国からの情報提供の有用性（団体）**



目標項目ごとの取組状況について、「充実した」と回答した割合が高かったのは、健康寿命の延伸（59.1%）、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（45.5%）、日常生活における歩数の増加（40.9%）、運動習慣者の割合の増加（48.9%）であった（図表Ⅲ-2-66）。

図表Ⅲ-2-66：取組が充実した目標項目（団体）



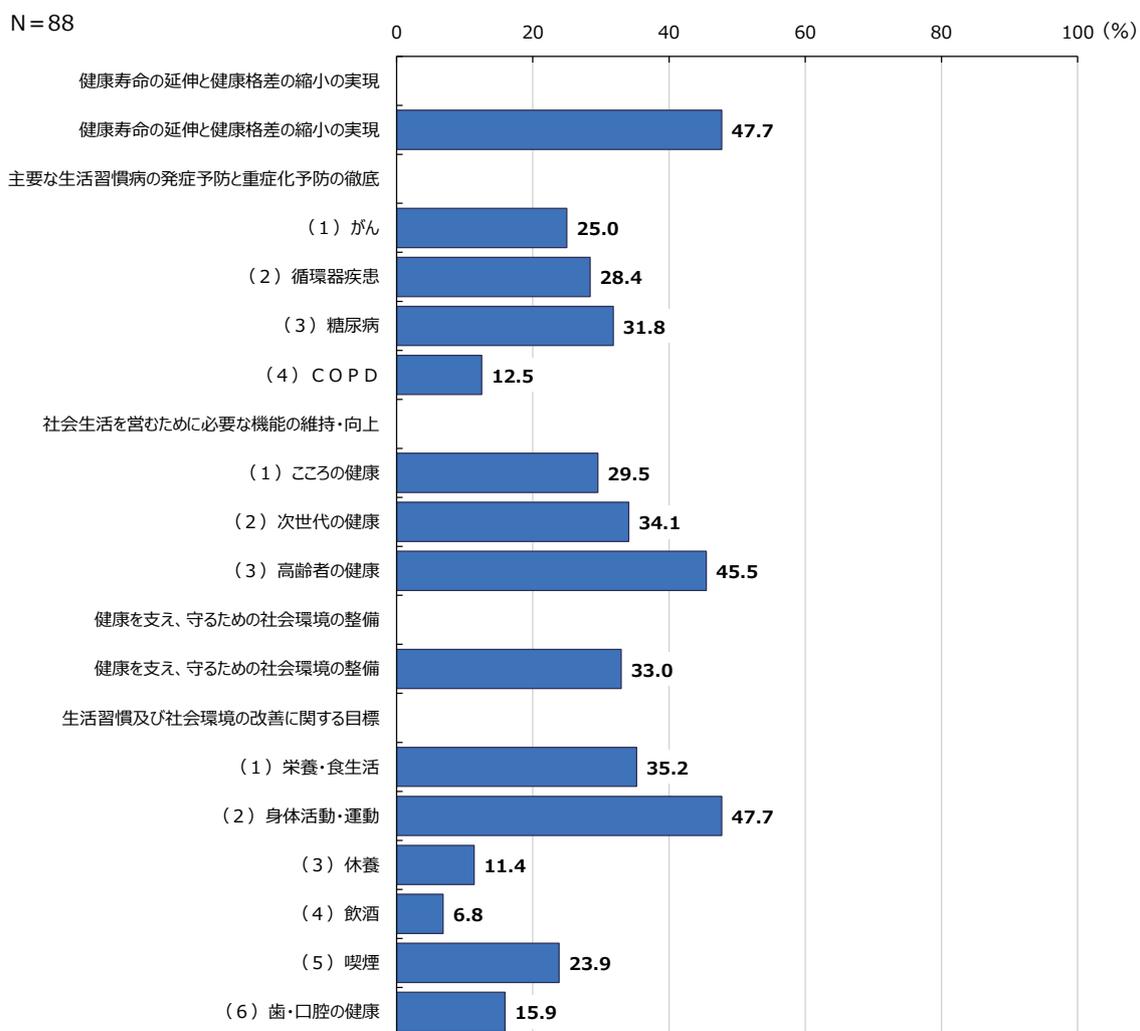
特に力を入れて実施した取組について、健康日本 21 推進全国連絡協議会会員団体においては、各団体の専門とする領域において、「普及啓発・活動拠点の設置」、「指導者等人材の育成」「エビデンスの作成（調査研究・ガイドライン等作成）」があげられていた（図表Ⅲ-2-67）。

図表Ⅲ-2-67：特に力を入れて実施した取組（団体）

| 主な意見                     | 内容の例  |
|--------------------------|---|
| 普及啓発・活動拠点の設置             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ スローガン川柳の募集、啓発ポスター、リーフレットの作成と無償提供（ダウンロード）、市民公開講演会（無料）を開催しています。</li> <li>・ 女性と高齢者への適正飲酒の普及啓発資料の作成。現在20歳未満の飲酒防止の啓発普及のため、小・中・高校生向けの啓発資料の開発・制作をしている。</li> <li>・ 管理栄養士・栄養士の行う栄養ケアの地域拠点の設置・活用を推進した。</li> <li>・ 健康サポート薬局の推進により、国民の健康の保持増進の支援を進めている。</li> </ul> |
| 指導者等人材の育成                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 運動指導の専門家（健康運動指導士・健康運動実践指導者）の養成（資格付与）に取り組んだ。</li> <li>・ eラーニングを用いた禁煙治療・支援のための指導者トレーニングの開発・普及のプロジェクトに取り組んできた。</li> <li>・ フレイル予防を担う新たな主体を育成するため、中山間地が多い県のバス会社と連携して、フレイル予防のサポーター養成を行い、事業展開を開始した。</li> </ul>  |
| エビデンスの作成（調査研究・ガイドライン等作成） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 安全な健診環境を作り、国民が安心して健診を受けることができるように、健診施設のためのガイドラインの提唱。健診受診者動向を調査し、結果を分析・公表した。</li> <li>・ 図書の発行によって、自治体に対して数多くのエビデンスを提示し、都道府県や市町村での円滑なうつ予防事業の推進に寄与した。</li> <li>・ 厚労科研の研究代表者として、我が国のたばこ対策の現状分析や今後の対策に役立つ政策の検討を行い、対策の推進に寄与した。</li> </ul>                    |
| その他                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険者努力支援制度において、KDBシステムを活用して保険者が事業を進められるよう保険者の支援を行っている。</li> <li>・ 地域ケア会議における他職種連携推進事業などに取り組んでいる。</li> </ul>   |

今後重点的に取り組みたい領域（最大5項目まで選択）について、割合が高かったのは、健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現（47.7%）、身体活動・運動（47.7%）、高齢者の健康（45.5%）であった（図表Ⅲ-2-68）。

図表Ⅲ-2-68：今後重点的に取り組みたい領域（最大5項目まで選択）（団体）



次期健康増進計画策定に当たって国に求める支援として、「連携支援」「財政的支援」「研究・データの分析・公表」「情報発信・広報」等が主な内容として団体から挙げられた（図表Ⅲ-2-69）。

図表Ⅲ-2-69：次期健康増進計画策定に当たって国に求める支援（団体）

| 主な意見         | 内容の例   |
|--------------|--|
| 連携支援         | <ul style="list-style-type: none"> <li>推進団体の<b>連携のきっかけづくり</b>。</li> <li>国や自治体からの<b>情報提供と、情報交換</b>をする機会、勉強会・セミナー等の開催をお願いしたい。</li> <li>協会の所属<b>団体が連携して、国民へ直接的に健康増進等を普及・啓発する</b>イベントを開催するための支援を、国や行政が行うことを望みます。</li> </ul>  |
| 財政的支援        | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>誰一人取り残さず、貧困者、傷病者、高齢者等への健康づくりを推進するため</b>には、自治体だけでなく、それに関わる団体の活動へも政府からの財政支援が必要である。</li> <li><b>国・地方自治体・教育機関・地元住民の連携が促進されるため</b>に、人的・情動的・予算的ご支援があること。</li> <li><b>ボランティア団体が普及啓発活動していくため</b>には、行政からの予算面も含めた支援体制が望まれる。</li> </ul> |
| 研究・データの分析・公表 | <ul style="list-style-type: none"> <li>国が責任をもって、<b>データに基づいた対策を立てることが重要</b>。支援するのは我々ボランティア団体が実践し、国の対策を支援する。そのため、国は、<b>データ分析できる研究所に十分な支援が必要</b>（国が対策を立て、国民が実践する。その結果を専門家が分析して、評価することが望ましいと考える）。</li> <li>厚生省、文科省などから<b>全国調査の実施やその結果の開示、学会主導の調査や研究への支援</b>。</li> </ul>    |
| 情報発信・広報      | <ul style="list-style-type: none"> <li>国や自治体での取り組みだけでなく、もっと多くの民間の会社や組織を巻き込んだり、テレビCMなどを利用するなどして、<b>健康づくりを推進する必要性をアピール</b>されると良い。</li> <li>「簡単かつ、これだけはやる」という運動習慣を1つに絞って取り組むアドバイスをする運動・スポーツの専門家、わかりやすい標語をつくることに習熟した<b>PR・マーケティング分野の専門家による支援</b>。</li> </ul>               |

また、第二次計画期間において国から提供されて役立った情報としては、各種統計・調査や公表される指針、取組事例の共有等があげられた（図表Ⅲ-2-70）。

図表Ⅲ-2-70：国から提供されて役立った情報

| 主な意見           | 内容の例   |
|----------------|--|
| 国から提供されて役立った情報 | <ul style="list-style-type: none"> <li>各種統計・調査（e-stat等）</li> <li>健康日本21や健やか親子21のホームページ上に掲載されている各種指針、中間報告</li> <li>各種ポスター・リーフレット（アクティブガイド、健康日本21（第二次）普及啓発用資料等）</li> <li>健康日本21推進全国連絡協議会のセミナー・講演、会員に向けた情報共有</li> <li>取組事例の共有（スマート・ライフ・プロジェクト（健康寿命をのばそうアワード）等）</li> <li>e-ヘルスネット</li> </ul> |

#### (4) 指標の達成状況と推進に関する取組状況の比較

目標項目ごとに、指標の達成状況と、都道府県及び市区町村、団体の推進に関する取組状況を整理した。

目標として設定した都道府県・市区町村や、取組が「充実した」と回答した都道府県・市区町村の割合が高いにもかかわらず、健康日本 21（第二次）最終評価では目標値に達していない項目や、ベースラインから改善を認めていない項目もあった（図表Ⅲ-2-71）。都道府県や市区町村、団体の取組を推進するとともに、効果的な取組や実施体勢についても検討していく必要がある。

図表Ⅲ-2-71：指標の達成状況と推進に関する取組状況の比較

| 指標の達成状況                               | 割合 (%)   |                         |          |                         |      |      |
|---------------------------------------|----------|-------------------------|----------|-------------------------|------|------|
|                                       | 都道府県     |                         | 市区町村     |                         | 団体   |      |
|                                       | 目標設定した割合 | 目標設定した市区町村のうち、取組を充実した割合 | 目標設定した割合 | 目標設定した市区町村のうち、取組を充実した割合 |      |      |
| 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現                    |          |                         |          |                         |      |      |
| ①健康寿命の延伸                              | A        | 95.7                    | 71.1     | 55.0                    | 35.8 | 59.1 |
| ②健康格差の縮小                              | C        | 70.2                    | 57.6     | 14.0                    | 21.5 | 28.4 |
| 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底                |          |                         |          |                         |      |      |
| (1) がん                                |          |                         |          |                         |      |      |
| ①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少                  | A        | 89.4                    | 52.4     | 25.9                    | 26.3 | 19.3 |
| ②がん検診の受診率の向上                          | B*       | 97.9                    | 65.2     | 93.0                    | 45.9 | 29.5 |
| (2) 循環器疾患                             |          |                         |          |                         |      |      |
| ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少              | A        | 100.0                   | 59.6     | 33.8                    | 37.4 | 25.0 |
| ②高血圧の改善                               | B*       | 83.0                    | 51.3     | 51.4                    | 45.2 | 35.2 |
| ③脂質異常症の減少                             | C        | 85.1                    | 37.5     | 46.4                    | 34.1 | 30.7 |
| 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        | 97.9                    | 54.3     | 65.8                    | 39.0 | 45.5 |
| ⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上                 | B*       | 97.9                    | 67.4     | 85.7                    | 56.8 | 35.2 |
| (3) 糖尿病                               |          |                         |          |                         |      |      |
| ①合併症の減少                               | C        | 93.6                    | 81.8     | 33.7                    | 52.0 | 23.9 |
| ②治療継続者の割合の増加                          | C        | 61.7                    | 69.0     | 23.0                    | 48.3 | 19.3 |
| 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        | C        | 70.2                    | 72.7     | 38.8                    | 54.8 | 26.1 |
| ④糖尿病有病者の増加の抑制                         | E (参考B*) | 74.5                    | 65.7     | 42.4                    | 48.4 | 36.4 |
| ⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 (再掲)        | D        | 97.9                    | 54.3     | 65.8                    | 39.0 | 45.5 |
| ⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 (再掲)            | B*       | 97.9                    | 67.4     | 85.7                    | 56.8 | 35.2 |
| (4) COPD                              |          |                         |          |                         |      |      |
| ①COPDの認知度の向上                          | C        | 78.7                    | 37.8     | 35.1                    | 19.2 | 15.9 |
| 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上                 |          |                         |          |                         |      |      |
| (1) こころの健康                            |          |                         |          |                         |      |      |
| ①自殺者の減少                               | B        | 91.5                    | 62.8     | 62.9                    | 47.3 | 11.4 |
| 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        | 59.6                    | 53.6     | 18.9                    | 30.3 | 13.6 |
| 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*       | 42.6                    | 40.0     | 3.3                     | 28.6 | 13.6 |
| 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        | 23.4                    | 45.5     | 0.4                     | 20.0 | 1.1  |
| (2) 次世代の健康                            |          |                         |          |                         |      |      |
| ①健康な生活習慣 (栄養・食生活、運動) を有する子どもの割合の増加    | C        | 78.7                    | 45.9     | 50.9                    | 26.2 | 36.4 |
| ②適正体重の子どもの増加                          | D        | 78.7                    | 45.9     | 51.2                    | 21.5 | 17.0 |
| (3) 高齢者の健康                            |          |                         |          |                         |      |      |
| ①介護保険サービス利用者の増加の抑制                    | B*       | 38.3                    | 61.1     | 19.2                    | 37.9 | 21.6 |
| ②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上                | A        | 21.3                    | 40.0     | 6.7                     | 34.5 | 10.2 |
| ③ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加          | C        | 68.1                    | 43.8     | 28.1                    | 32.9 | 27.3 |
| ④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制                   | A        | 78.7                    | 54.1     | 28.9                    | 45.0 | 23.9 |
| ⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少                    | B*       | 34.0                    | 50.0     | 6.7                     | 42.5 | 22.7 |
| ⑥高齢者の社会参加の促進                          | E (参考B)  | 53.2                    | 60.0     | 25.3                    | 43.3 | 19.3 |
| 健康を支え、守るための社会環境の整備                    |          |                         |          |                         |      |      |
| ①地域のつながりの強化                           | C        | 42.6                    | 35.0     | 23.6                    | 31.6 | 21.6 |
| 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        | 66.0                    | 58.1     | 23.3                    | 39.3 | 33.0 |
| ③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 | B        | 63.8                    | 53.3     | 5.0                     | 46.9 | 14.8 |
| ④健康に関し身近で専門的な支援等を受けられる民間団体の活動拠点数の増加   | E (参考B)  | 31.9                    | 33.3     | 2.6                     | 15.2 | 17.0 |
| ⑤健康格差対策に取り組み自治体の増加                    | B        | 34.0                    | 18.8     | 0.9                     | 16.7 | 6.8  |
| 生活習慣及び社会環境の改善に関する目標                   |          |                         |          |                         |      |      |
| (1) 栄養・食生活                            |          |                         |          |                         |      |      |
| ①適正体重を維持している者の増加                      | C        | 95.7                    | 42.2     | 71.9                    | 28.6 | 35.2 |
| ②適切な量と質の食事をとる者の増加                     | C        | 100.0                   | 68.1     | 65.4                    | 40.3 | 37.5 |
| ③共食の増加                                | A        | 44.7                    | 33.3     | 30.2                    | 20.6 | 14.8 |
| 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*       | 76.6                    | 50.0     | 6.7                     | 36.0 | 6.8  |
| ⑤利用者に応じ食事の計画、栄養の評価、改善をする特定給食施設の割合の増加  | B*       | 59.6                    | 35.7     | 1.6                     | 19.0 | 5.7  |
| (2) 身体活動・運動                           |          |                         |          |                         |      |      |
| ①日常生活における歩数の増加                        | C        | 95.7                    | 75.6     | 35.6                    | 40.5 | 40.9 |
| ②運動習慣者の割合の増加                          | C        | 100.0                   | 68.1     | 90.5                    | 39.6 | 48.9 |
| 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*       | 38.3                    | 55.6     | 5.5                     | 38.0 | 12.5 |
| (3) 休養                                |          |                         |          |                         |      |      |
| ①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少              | D        | 97.9                    | 34.8     | 78.0                    | 14.7 | 22.7 |
| ②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少                | B*       | 40.4                    | 42.1     | 2.3                     | 13.3 | 6.8  |
| (4) 飲酒                                |          |                         |          |                         |      |      |
| ①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少         | D        | 97.9                    | 32.6     | 73.6                    | 13.1 | 26.1 |
| ②未成年者の飲酒をなくす                          | B        | 66.0                    | 32.3     | 30.1                    | 15.2 | 9.1  |
| ③妊娠中の飲酒をなくす                           | B        | 63.8                    | 33.3     | 45.6                    | 20.6 | 6.8  |
| (5) 喫煙                                |          |                         |          |                         |      |      |
| ①成人の喫煙率の減少                            | B*       | 97.9                    | 63.0     | 84.8                    | 23.7 | 31.8 |
| ②未成年者の喫煙をなくす                          | B        | 80.9                    | 50.0     | 33.4                    | 21.6 | 17.0 |
| ③妊娠中の喫煙をなくす                           | B*       | 72.3                    | 41.2     | 60.0                    | 26.7 | 15.9 |
| ④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少                   | B*       | 89.4                    | 83.3     | 36.4                    | 45.4 | 33.0 |
| (6) 歯・口腔の健康                           |          |                         |          |                         |      |      |
| ①口腔機能の維持・向上                           | C        | 72.3                    | 58.8     | 21.0                    | 35.4 | 19.3 |
| ②歯の喪失防止                               | E (参考B)  | 97.9                    | 52.2     | 47.9                    | 39.0 | 18.2 |
| ③歯周病を有する者の割合の減少                       | E        | 85.1                    | 55.0     | 30.1                    | 37.9 | 15.9 |
| ④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加                    | B        | 97.9                    | 63.0     | 71.0                    | 34.3 | 11.4 |
| ⑤過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加               | E        | 93.6                    | 45.5     | 61.4                    | 39.7 | 15.9 |

## (5) 結果のまとめ

### 1) 健康増進の体制構築の推進

- 健康日本 21（第二次）最終評価において、都道府県と市区町村における健康増進計画の策定率は健康日本 21 の最終評価時点と比べてほぼ変わらない。
- 健康増進計画の評価の状況<sup>※1</sup>及び健康増進の取組に対する推進体制<sup>※2</sup>については、健康日本 21 の最終評価時点と比べて改善がみられた。
- 今後、引き続き計画の策定・評価の実施を推進する観点では、人員が限られる市区町村であっても十分に計画策定や評価を実施することができるよう、技術的な支援の充実や、市区町村レベルでの標準的な指標の提示が望まれている。
- 市区町村の実情にあった質の高い計画の策定を推進する観点では、既存の調査における市区町村単位で使用可能な関連データの整備、特定健康診査のうち国民健康保険分以外のデータとの連携等、市区町村が個別に検討・活用できるデータの充実が求められている。

### 2) 健康格差への対策・「誰一人取り残さない」環境づくり

- 厚生労働省の調査によると、全ての都道府県が管内市区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を把握していると回答した<sup>※3</sup>。また、本アンケート調査において市区町村内の地域間の健康状態や生活習慣の状況の差を把握している市区町村は 51.9%であった。一方、所得や教育、職業等の社会経済的要因による健康格差を把握している都道府県は 12.8%、市区町村では 13.7%にとどまった。
- 都道府県の健康増進計画において、「健康格差の縮小」を目標とした都道府県が 70.2%あり、「健康格差対策に取り組む自治体の増加」を目標としている都道府県は 38.3%であった。そのうち取組が充実した都道府県は 57.6%であった。
- 他部門との連携に関して、経済・産業部門と連携して施策を行った都道府県は 51.1%、市区町村は 22.7%であった。また、まちづくり部門と連携して施策を行った都道府県は 31.9%、市区町村は 26.7%であった。
- 今後の健康づくり運動計画の在るべき姿については、無関心層を含め誰もが自然に健康になれる環境づくりを重視する意見が、都道府県、市区町村から挙げられた。
- 今後、「誰一人取り残さない」環境づくりを推進するには、医療部門、介護保険部門、福祉部門だけでなく、まちづくり部門や経済・産業部門、スポーツ部門、教育部門等、国民の生活環境に関連する他の部門と幅広く連携することが必要である。

---

※1 「健康増進計画の評価を行う体制がある」「これまでに中間評価等の評価を行った」

※2 「庁内に部局横断的に組織体制がある」「関係団体、民間企業、住民組織が参加した協議会・連絡会等の体制がある」

※3 「健康日本 21（第二次）の目標項目設定に係る自治体の取組状況」調査（厚生労働省健康局健康課）

### 3) 若年層・働き盛り世代を含めた全世代の健康増進

- 健康増進計画の策定・評価に特定健診データ（国保分以外）を用いている都道府県は 87.2%である一方、市区町村は 15.6%であった。また、在勤者に対する施策を行っている都道府県は 91.5%、市区町村は 41.3%であった。
- 健康増進の取組を進めるに当たっての課題・改善点や、今後の健康づくり運動計画のあるべき姿について、働き盛り世代に向けた取組を充実すべきとの意見が挙げられた。
- 今後、働き盛り世代の健康増進に取り組むに当たり、他部門との連携や、保険者間連携によるデータ活用等を推進する必要がある。

### 4) 領域ごとの取組状況及び次期プランに向けた検討

- 糖尿病や喫煙領域等、多くの都道府県・市区町村で取組が充実した領域があった一方で、COPD、休養、飲酒領域等においては、「充実した」と回答した都道府県が 5 割に満たず、取組が「充実した」と回答した市区町村も少なかった<sup>※4</sup>。
- 領域や目標項目間で取組状況の差が生まれた理由として、目標の評価が難しいことや、目標の達成方法があいまいであること、また都道府県や市区町村の健康部門単独では取り組みにくい目標項目があること等が考えられる。
- 今後、今回の都道府県・市区町村・関連団体に対する調査結果も踏まえ、次期プランについて検討していく必要がある。

---

※4 「領域ごとの取組状況」より

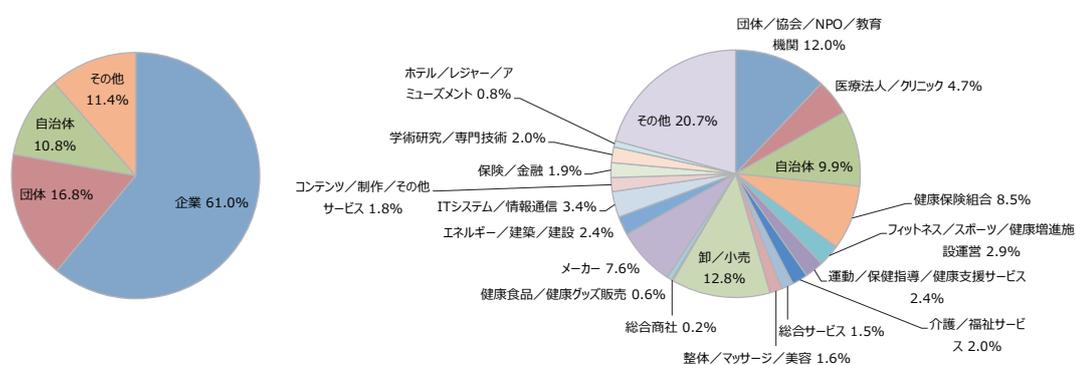
## 【参考】スマート・ライフ・プロジェクトの参画企業・団体の取組状況の評価

団体の取組状況の調査と同様の調査票を用いて、スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）の参画企業・団体に対しても、取組状況の評価のための調査を行った。

回答を回収できたのは全体で 981 団体であり、回収率は 10% 台であった。回収率の低さから、参画企業・団体全体の実態をどの程度反映できているかという点については課題が残る。今後実態を把握する方法については検討が必要であると考えられた。

回答者の内訳をみると、企業が 598 社、団体が 165 団体、自治体が 106 自治体、その他が 112 団体であった（図表Ⅲ-参考 1）。

図表Ⅲ-参考 1：回答者の内訳（SLP 参画企業・団体）

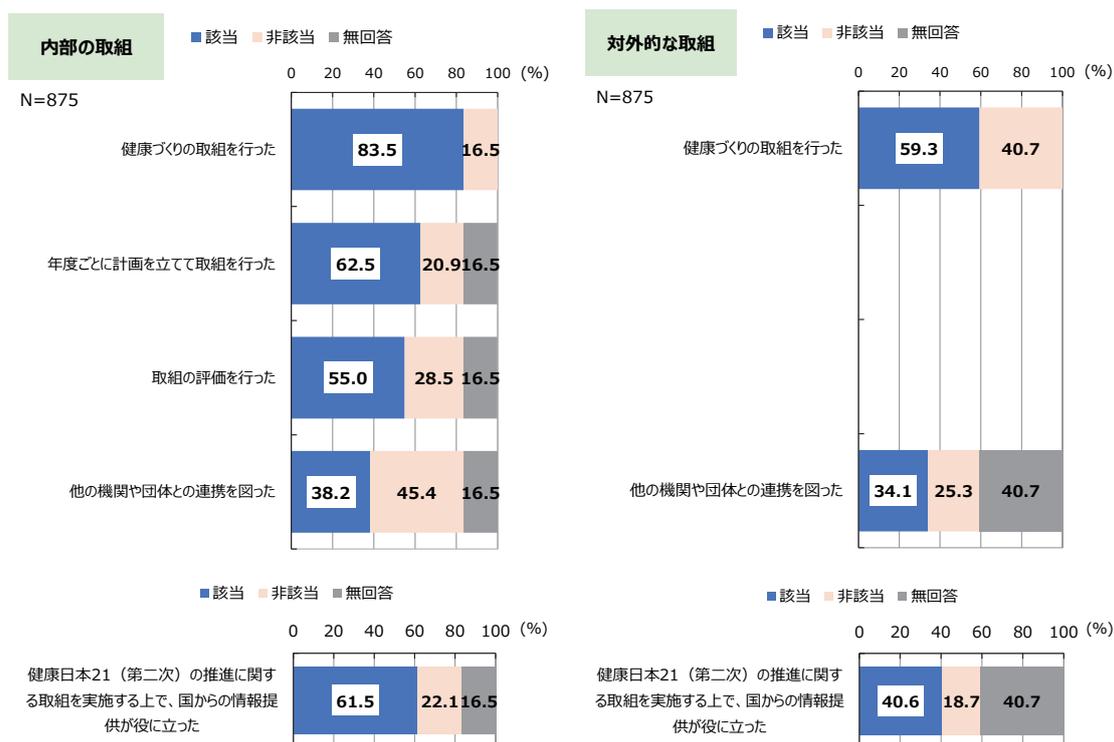


都道府県・市区町村に対しては、すでに取組状況評価のための調査を実施済であるため、以降の質問は自治体以外の参画企業・団体からのみ回答を得た。

スマート・ライフ・プロジェクト参画企業・団体（自治体除く）に、内部向けに行った取組（福利厚生等）と外部向けに行った取組（対外的に行った企業で取り扱っているサービス等）別に状況を把握した。

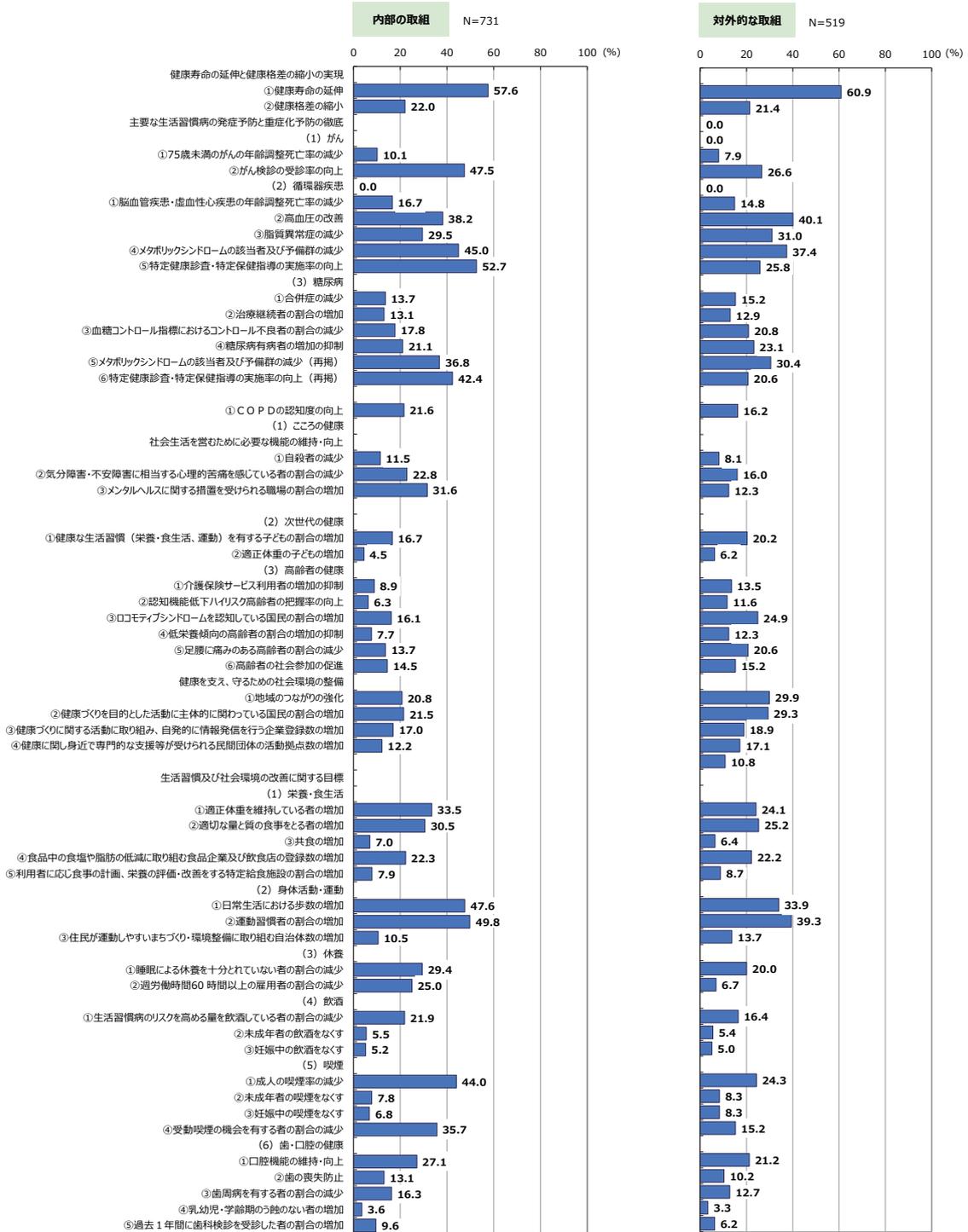
内部の取組として健康づくりの取組を行った企業・団体は 83.5%、対外的な取組として行った企業・団体は 59.3%であった（図表Ⅲ-参考 2）。

**図表Ⅲ-参考 2：健康増進施策の取組の状況と国からの情報提供の有用性  
(SLP 参画企業・団体)**



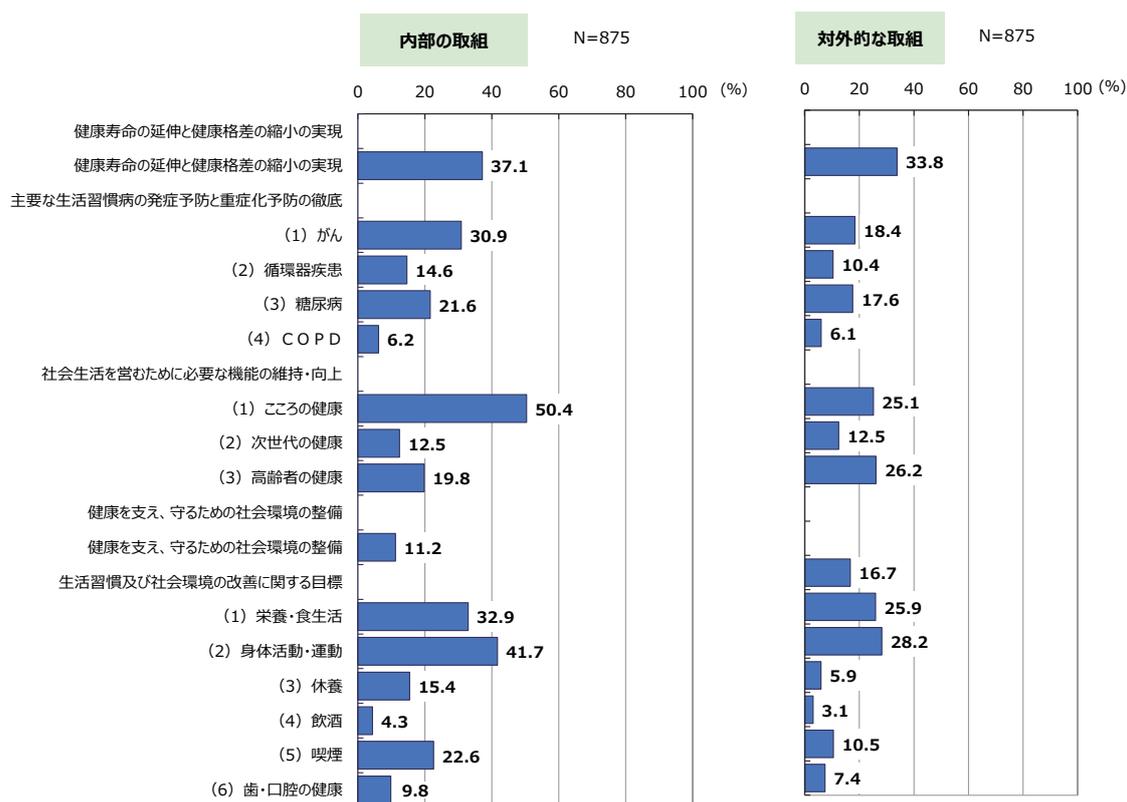
健康日本 21（第二次）で設定している 53 項目の目標のうち、健康日本 21（第二次）の計画期間中に取組が充実した目標項目としては、内部の取組、対外的な取組ともに健康寿命の延伸の他、がん、循環器疾患、糖尿病といった生活習慣病領域の目標、栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙領域の目標を選択した企業・団体が多かった（図表Ⅲ-参考 3）。

図表Ⅲ-参考3：取組が充実した目標項目（SLP 参画企業・団体）



今後重点的に取り組みたい領域としては内部の取組として「こころの健康」を選んだ企業・団体が50%をこえていた（図表Ⅲ-参考4）。

**図表Ⅲ-参考4：今後重点的に取り組みたい領域（最大5項目まで選択）  
（SLP 参画企業・団体）**



今回の調査は回答率が低く、スマート・ライフ・プロジェクトの参画企業・団体の全体の状況把握としては課題が残るが、そうした課題や今回の調査結果も踏まえ、今後のスマート・ライフ・プロジェクトや効果的な広報戦略についても検討していく必要がある。

## IV 健康日本 21（第二次）最終評価の総括

### 1. 基本的な方向ごとのまとめ

#### （1）健康寿命の延伸と健康格差の縮小

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及び向上等により「健康寿命の延伸」を実現することが重要であり、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、「健康格差の縮小」を実現することが重要であるという考えに基づき目標を設定した。

最終評価においては、健康寿命の延伸及び男性の健康格差（健康寿命の最長県と最短県の差）の縮小に関しては目標に達したが、女性においては健康格差が拡大していた。

今後、健康寿命を更に延伸し、健康格差の縮小を目指すためには、それらの促進要因や阻害因子等を明らかにし、各領域における各対策がどの程度生活習慣病を減らすことが可能か等、健康寿命の延伸の要因やそれに対する対策による健康寿命の延伸期間を具体的に推定するためのエビデンスが必要である。健康寿命の延伸に関しては都道府県格差が見られるため、各都道府県で行っている施策等との関連も含め、要因に関しても検討していく必要がある。また、生活習慣等の変化から健康寿命の延伸に至るまでの時間差も含めた検討も必要であると考えられる。引き続き、健康寿命に影響する因子を解明するための研究を行い、今後の生活習慣病対策等に反映していく。

健康格差に関しては、健康日本 21（第二次）では、健康寿命の都道府県格差（最長県と最短県の差）を指標として設定していたが、最長県と最短県の差だけでは十分に格差を把握できていないといえず、今後は格差の把握方法（最長と最短の差でよいのか）を検討するとともに、市町村格差等より小さい単位での地域間格差や、保険者間格差、所得・学歴・職業等の社会経済的要因による格差等、地域間格差以外の格差についても検討していく必要がある。

令和元（2019）年 5 月に作成された「健康寿命延伸プラン」においては、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標として、「健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進」や「地域間の格差の解消」に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」等新たな手法も活用し、①次世代を含めた全ての人の健やかな生活習慣形成等、②疾病予防・重症化予防、③介護予防・フレイル対策、認知症予防の 3 分野を中心に取組を推進することとしており、これらの取組も踏まえ、一体的に健康寿命延伸・健康格差の縮小に取り組んでいく。

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、主観的に健康観を保つことができる社会づくりや福祉の充実等によって、日常生活に制限のない期間を延ばすことが望まれる。

## (2) 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

日本における主要な死亡原因であるがんと循環器疾患、患者数が増加傾向にあり重大な合併症を引き起こす恐れのある糖尿病や、死亡原因として急速に増加することが予測されたCOPDへの対策が、健康寿命の延伸を図る上で重要な課題であるという考えに基づき目標を設定した。

最終評価においては12の目標項目のうち、A評価が3項目、B評価が3項目という結果であり、半数の目標項目においては改善を認めた。

Aと評価された目標項目は、「75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少」、「脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少」、「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」の3つであったが、策定時に主要な危険因子の目標が達成された場合に期待される値を推計して目標値を設定した項目において、アウトカムである目標は目標値に達しているにもかかわらず、根拠とした各危険因子に関する項目は目標に到達していないという項目も見られた。これは、目標設定時に想定していた健康増進を形成する基本要素、即ち一次予防の効果に基づくもの以外の、治療技術の向上等の要因による影響と考えられる。「死亡率の減少」等の指標は、一次予防の効果が評価しにくい項目でもあることにも留意し、今後適切な指標の設定を検討する必要がある。

また、例えば、「75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少」のように、今回総合してAと評価された目標項目においても、より詳細なカテゴリーに分けて分析すると悪化している部分を含むこともあるため、それぞれ実情に応じた対策を引き続き行っていく必要がある。

上記項目以外の項目を見ると、循環器領域、糖尿病領域の共通の目標項目である「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」がD評価であるほか、循環器領域の「③脂質異常症の減少」、糖尿病領域の「①合併症の減少」「②治療継続者の割合の増加」、COPD領域の「①COPDの認知度の向上」の目標においても改善が認められなかった。目標値に達した項目や改善傾向にある項目に関しても、想定した要素以外の影響が指標の変動には反映されている部分があるということも踏まえ、引き続き、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、禁煙等、健康増進に寄与すると考えられる生活習慣をはじめとした一次予防に関する取組を推進する必要がある。

最終評価の一環として行った自治体、団体の取組状況調査においては、生活習慣病領域の取組について、計画期間中に充実した、又は今後重点的に取り組みたいと答えた自治体が多く見られた。

生活習慣病の各領域においては、がん対策推進基本計画、循環器対策推進基本計画、医療費適正化計画等により各領域の施策が推進されており、関係計画と連携を図りながら引き続き取組を推進していく。

## (3) 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上

少子高齢化が進む中で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を

図り、高齢者においては社会生活を営むための機能を可能な限り維持していくことが重要であり、そのためには身体の健康とともにこころの健康を維持することが重要であるとの考えに基づき目標を設定した。

最終評価においては12の目標項目のうち、A評価が3項目、B評価が4項目という結果であり、過半数の目標項目においては改善を認めた。

こころの健康の領域の「①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」、高齢者の健康領域の「②認知症サポーター数の増加」「④低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制」では目標値に達したが、次世代の健康領域の「②適正体重の子どもの増加」はD評価であった。

母子保健分野における「健やか親子21（第2次）」、高齢者の介護予防事業や、認知症対策における「新オレンジプラン」、こころの健康における「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)等、各分野において策定されている計画や施策を中心に、それぞれのライフステージに応じた心身機能の維持及び向上のための取組が引き続き推進されていくことが期待される。

成人・高齢期の健康には、そのときの生活習慣だけでなく、出生時からのライフコースにおける種々の要因が影響していることが示唆されており、ライフコースアプローチの観点からも対策を検討していく必要がある。

#### (4) 健康を支え、守るための社会環境の整備

国民一人一人が主体的に社会参加しながら、支え合い、地域や人とのつながりを深めるとともに、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要であるという考えに基づき目標を設定した。

最終評価においては5つの目標項目のうち、B評価が2項目、C評価が1項目であり、5項目中2項目は評価困難であった(内1項目は、新型コロナウイルス感染症の影響で国民健康・栄養調査が中止になったため値が把握できなかった項目)。

健康づくり対策を推進していく上では、行政だけでなく企業や民間団体等の活動主体としての役割も重要であると考えられる。例えば、健康づくりに自発的に取り組む自治体、企業、民間団体等の活動を連携して推進していくための国の事業として「スマート・ライフ・プロジェクト」が展開されている。この事業においては、「適度な運動」「適切な食生活」「禁煙」「健診・検診の受診」の4つのテーマを中心とした健康づくりにつながる具体的なアクションを呼びかけており、事業に参画する団体数の増加を目標として掲げているが、経年的に順調に増加している。スマート・ライフ・プロジェクトに関しては、今後、次期プランに向けて、より効果的な広報戦略についても検討していく必要がある。

「①地域のつながりの強化」については策定時から変化を認めず、今後、適切な指標設定や取組について検討が必要である。

「⑤健康格差対策に取り組む自治体」は増加傾向であり、最終評価における取組状況の調査からも全ての都道府県、半数程度の市区町村において管内の格差が把握されていることが明

らかになった。しかしながら、所得等の社会経済的格差の把握については、10%程度の自治体にとどまり、今後の把握方法の検討や対策が課題である。

最終評価においては、社会環境の整備に関する目標は、新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースである調査が中止となった項目も含め、5項目中2項目で評価困難であった。健康日本 21（第二次）において、新たに社会環境整備の目標が位置づけられたが、目標設定時、健康との関連に関しては発展途上であったと考えられ、今後、社会環境の整理の領域に関するこの10年間の新たな知見も踏まえ、適切な指標の設定に向けて検討していく必要がある。

#### **（5）栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善**

国民の健康の増進を形成する基本要素として栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要であるという考えに基づき目標を設定した。他の基本的な方向に基づく目標の達成に資する一次予防に関連する目標項目が多いという点において、他の目標全体の進捗を支える基礎としての役割も担っている。

最終評価は22項目中A評価が1項目、B評価が11項目であった。A評価とB評価を合わせると、過半数の項目で策定時と比較して改善が見られるが、現時点で設定した目標値に達している項目は栄養・食生活領域の「③共食の増加」の1項目にとどまった。未成年や妊婦の飲酒・喫煙のように、目標値を0%と設定しているために目標達成が難しかった項目も多いと考えられる。

栄養・食生活領域の「②適切な量と質の食事をとる者の増加」、身体活動・運動領域の「①日常生活における歩数の増加」「②運動習慣者の割合の増加」はC評価、休養領域の「①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少」や飲酒領域の「①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」はD評価である等、個人の生活習慣や行動が結果として指標に反映される目標項目において改善が見られないものが多かった。目標同士の相関関係をかんがみると、これら基本要素の改善が不十分な状況は、その他の目標進捗も滞る一因となる可能性が十分考えられる。ポピュレーションアプローチとしての環境整備等により、健康無関心層へのアプローチも含め、今後の対策を検討していく必要がある。

性・年齢別の指標レベルでみると、「20～60歳代男性の肥満者の割合」や「20～64歳女性の運動習慣者の割合」、「1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の割合」は悪化しており、ターゲットに応じた効果的な介入方法を検討していくことも必要であると考えられる。

都道府県、市区町村の取組状況調査の結果においては、栄養・食生活領域や身体活動・運動領域、喫煙領域等は、健康日本 21（第二次）の全領域の中でも、健康日本 21（第二次）の計画期間中に取組が充実したと答える自治体や、今後重点的に取り組みたい領域として選択する自治体が多かったのに対し、休養領域や飲酒領域は、計画期間中に取組が充実したと答えた自治体や、今後重点的に取り組みたいと答えた自治体が少なく、どのような取組を進めていくべきか具体的に示していく必要があると考えられる。

## 2. 全体の評価と今後の課題

健康日本 21（第二次）では、5つの基本的な方向にそって、53項目の具体的な目標を設定し、目標達成に向けて、ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチの両方の観点から、健康づくりに関する取組を推進してきた。健康日本 21（第二次）では生活習慣等の改善とともに、健康格差の縮小や社会環境の整備が基本的な方針に位置づけられ、具体的な目標としても設定されたことが特徴であった。

最終評価では全 53 項目中、目標に達した項目は 8 項目、改善傾向にある項目は 20 項目であった。なかでも基本的な方向 1 の「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」に関する目標は、生活習慣の改善や社会環境の整備等、その他の基本的な方向 2～5 に基づく目標の達成によって実現される最終目標と位置づけているが、健康寿命の延伸に関しては男女ともに目標を達成しており、国民の健康増進の総合的な推進を図る本計画は全体として前進しているものと考えられる。一方、健康寿命の都道府県格差（最長県と最短県の差）は女性では拡大しており、指標の設定について検討するとともに、引き続き課題として対策を検討していく必要がある。

その他、個別の目標項目においては、過半数の項目においてベースラインからの改善は見られたが、目標年度までに目標到達が危ぶまれるものや、変化がないもの、悪化したものも見られ、目標項目の全てが順調に改善しているわけではない。D 評価となった目標項目は「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」「適正体重の子どもの増加」「睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少」「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 4 つであり、目標項目の下の項目・指標レベルでの評価も含め、肥満に係る項目や個人の生活習慣に係る項目に悪化を認めた。

基本的な方向ごとにみると、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒等の健康増進の基本要素となる生活習慣に関する目標や、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病、特にそれらの発症・重症化予防に関する目標において改善が認められない項目（C 評価又は D 評価）が多い傾向が見られた。これらの目標は健康日本 21 から継続して掲げられている項目も多く、長期的な課題となっていると考えられること、また、その他全体の目標の進捗にも影響を及ぼすことから、特に注視する必要があると考える。

一方で、健康日本 21（第二次）においては社会環境の整備に関する目標がより明確に定められている。これは、「個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要である」という考えに基づいている。個人の生活習慣や行動が結果の反映に大きく影響する目標については、個人が自ら気がついて行動に移すことが可能である健康課題だけでなく、個人のみでは気がつきにくい課題や、周囲の環境による要素が大きく、仮に気がついたとしても、個人のみでは取り組むことが困難な課題も含まれていることが想定される。個々の生活様式や社会経済状況が多様化している現代において、性別や世代、居住地域や、健康づくりへの関心の有無等にかかわらず、一人一人が自らの健康課題に取り組むことが可能な社会の構築を図ることが、個人の生活習慣や行動に関わる目標の進捗や健康格差や縮小にもつながると考え、今後この領域の適切な指標を検討していくとともに、対策を進めていく必要がある。

社会環境の整備の領域の目標となっている健康格差対策に取り組む自治体数はベースラインから増加傾向にあり、格差対策の必要性は広く認識されるようになってきたと考えられる。具体的な施策として、「子どもの貧困対策の推進に関する法律」（平成 25（2013）年）や「生活困窮者自立支援法」（平成 25（2013）年）等が成立し、最低賃金の引き上げが行われる等の施策も実施されてきたが、今後、どういった施策がどの程度健康格差の縮小に寄与するのか等の検討とともに、対策を進めていく必要がある。

目標の設定に関しては、健康日本 21（第二次）の策定時には目標設定の考え方を整理し目標設定が行われたが、各指標間の因果関係が見えにくい項目も多く、最終評価においては、プロセス指標が改善していないにもかかわらず、アウトカム指標に改善が見られた項目や、他の指標との関係性を十分に評価できなかった項目も見られた。健康寿命の延伸や健康格差の縮小に向け、指標間、領域間のつながりを考えてエビデンスに基づいた指標の設定をしていくことは引き続きの課題であり、合わせて、目標の達成に向けてどのような対策を行うのが効果的か、エビデンスに基づいた施策（アクションプラン）についても検討していく必要があると考えられる。

数値目標に関しても、具体的に目標値を設定している項目や増加・減少傾向のみを目標としている項目、また、理想として0%や100%を目標に掲げたため現実として目標値に達するのが難しかった項目等、目標によって在り方や目標達成の難しさの程度が様々であり、今後、数値目標の設定の考え方についても議論が必要である。

さらに、最終評価においては、53の目標項目中7項目がE評価（評価困難）であったが、そのうち6項目は新型コロナウイルス感染症の影響で、国民健康・栄養調査等データソースとなる調査が中止となったために評価のためのデータが入手できなかった。中間評価の時点で1項目、最終評価の時点で1項目、モニタリングが継続できず評価困難となった項目もあった。今後、指標のデータソースやモニタリングの方法についても改めて検討する必要がある。

最終評価の一環として行った都道府県・市区町村・団体に対する取組状況調査においては、部局横断的な組織体制や健康増進計画の評価を行う体制等、健康日本 21 の最終評価時と比較して健康づくりのための体制整備が進んでいることが明らかになった。また、健康づくり部門以外の部門との連携に関しても多くの自治体で行われてきている。健康格差に関しても、多くの自治体で把握されるようになってきている一方、所得や教育、職業等の社会経済的要因による健康格差を把握している自治体は、都道府県・市区町村ともに1割強にとどまっている。健康格差に関しては、今後何をどのように把握し、効果的な対策をどう行っていくか検討していく必要がある。

領域ごとの取組状況を見ると、循環器疾患や糖尿病等の生活習慣病の各領域や、栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙領域等において取組が進んでいる一方、休養、飲酒等の領域では、計画期間中に取組が充実したと回答した自治体・団体や、今後取り組みたいと答える自治体・団体が少なく、効果的な取組の設定や実行に関する課題を抱えている可能性も考えられた。県民健康栄養調査等を通じて地域の課題を分析し、実情に応じた取り組みを効果的に行っている自治体もあり、自治体や企業・団体の好事例を、スマート・ライフ・プロジェクト等を通じてより広く周知していく必要がある。

国や都道府県が健康格差の分析を引き続き行い、その結果を周知することで、各自治体がより重点的に取り組むべき課題等を見える化していくことも必要であると考えられる。

健康日本 21（第二次）の計画期間中に健康づくりが前進してきた背景には、社会全体として個人の健康増進につながる環境づくりを形成するという考えが広まり、行政だけでなく、団体や企業における取組が進んだ影響も考えられる。健康づくりに資する他省庁の施策や、特定健康診査・特定保健指導及びデータヘルスを始めとした保険者が主体となる取組、健康経営を始めとする企業が主体となる取組等が広がってきた。こうした社会環境の整備がより一層推進されることで、個人の生活習慣の改善やそれによる生活習慣病の発症予防・重症化予防、さらには最終目標である健康寿命の延伸や健康格差の縮小につながると考えられる。

国、都道府県、市区町村、保険者、産業界、学術機関等の関係者が連携して、健康づくりに向けた対策が充実・強化されることにより、全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現につながることが期待される。