

# 「健康日本21（第二次）」中間評価報告書

平成30年9月

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会



## 目次

第1章 健康日本21（第二次）の策定の趣旨・動向	3
第2章 中間評価の目的と方法	5
I 中間評価の目的	5
II 中間評価の方法	5
第3章 中間評価の結果	8
I 結果の概要	8
II 基本的方向別の評価・課題	12
1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小	12
2. 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	15
(1) がん	15
(2) 循環器疾患	18
(3) 糖尿病	23
(4) COPD	26
3. 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上	29
(1) こころの健康	29
(2) 次世代の健康	32
(3) 高齢者の健康	35
4. 健康を支え、守るための社会環境の整備	39
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	43
(1) 栄養・食生活	43
(2) 身体活動・運動	46
(3) 休養	50
(4) 飲酒	53
(5) 喫煙	55
(6) 歯・口腔の健康	57

第4章	目標に関する整理	60
I	目標設定の際に準拠した計画等の改訂が行われた項目について	60
1.	がん対策推進基本計画	60
2.	医療費適正化計画	63
3.	自殺総合対策大綱	64
4.	健やか親子21	65
II	中間評価時点における直近の実績値が既に目標に到達している項目について	67
III	その他	72
第5章	中間評価の総括と今後の課題	76
参考資料1	糖尿病性腎症重症予防の取り組み	82
参考資料2	高齢者の社会参加の促進について	82
参考資料3	肥満・メタボリックシンドローム予防のための複合的取組の推進	83
参考資料4	企業活動を通じた減塩しやすい社会環境づくりの推進	83
参考資料5	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	84
参考資料6	子どもの健やかな食習慣の定着に向けた多様な支援を生み出す環境づくりの推進	84
参考資料7	指標毎の評価	85
参考資料8	図表	92
参考資料9	健康日本21（第二次）推進専門委員会設置要綱	128
参考資料10	健康日本21（第二次）推進専門委員会構成員名簿	129
参考資料11	健康日本21（第二次）推進専門委員会等の開催状況	130

## 第1章 健康日本21（第二次）の策定の趣旨・動向

日本では急速な人口の少子高齢化や生活習慣の変化により疾病構造が変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、これら生活習慣病に係る医療費の国民医療費に占める割合は約3割となっている。

2000年度（平成12年度）より国は生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善等に関する課題について目標等を選定し、国民が主体的に取り組める新たな国民健康づくり運動として「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」（以下「健康日本21」という。）を開始した。

健康日本21の計画期間（2000年度（平成12年度）～2012年度（平成24年度））の終了時に最終評価を行い、それにおいて問題提起された課題等を踏まえ、その後続く健康づくり対策の推進に反映させることとした。その検討過程で、近年の社会経済変化とともに、急激な少子高齢化が進む中で、10年後の日本の目指す姿を「すべての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会」とし、「目指す姿」の実現に向けて2013年（平成25年）4月より「21世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」（以下「健康日本21（第二次）」という。）を開始した。

健康日本21（第二次）においては、個人の生活習慣の改善及び個人を取り巻く社会環境の改善を通じて、生活習慣病の発症予防・重症化予防を図るとともに、社会生活機能低下の低減による生活の質の向上を図り、また、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図るとともに、社会参加の機会の増加による社会環境の質の向上を図り、結果として健康寿命の延伸・健康格差の縮小を実現するという考えのもと、以下の5つの基本的な方向を定めた。

- 一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 二 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）
- 三 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- 四 健康を支え、守るための社会環境の整備
- 五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

2013年度（平成25年度）から2022年度（平成34年度）までを運動期間とし、基本的な5つの方向性に基づいた具体的な目標53項目をおおむね10年間

を目途として設定した。

健康日本21（第二次）の開始に際しては、厚生労働省ホームページにおいて、健康日本21（第二次）に関する大臣告示や局長通知、参考資料（全文）を掲載するとともに、普及啓発用に作成した資料もあわせて公表するなど、掲載情報の充実を図った。

個人や企業の「健康意識」と「動機付け」の醸成・向上を図り、社会全体としての国民運動に発展させるため、健康づくりに取り組む企業・団体・自治体を支援する「スマート・ライフ・プロジェクト」を推進し、その参画団体数を目標項目の1つとして定めている。

また、健康日本21（第二次）の進捗を確認し着実に推進することを目的として、2014年（平成26年）7月より厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会に「健康日本21（第二次）推進専門委員会」を設置した。そこにおいて、健康日本21（第二次）の進捗状況や目標の在り方等に関する事項や、その他の健康日本21（第二次）の推進に関する事項について、定期的に検討を行った。

## 第2章 中間評価の目的と方法

### I 中間評価の目的

目標の評価については、実質的な改善効果を中間段階で確認できるよう、目標設定後5年を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、目標設定後10年を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映させていくこととしている。

目標の現時点での達成状況や関連する取組の状況の評価し、目標達成のための促進・阻害要因等を検討することで今後の課題を明らかにすることがこの度の中間評価の目的である。

### II 中間評価の方法

健康日本21（第二次）の進捗を確認し着実に推進することを目的として、2014年（平成26年）7月より厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会に「健康日本21（第二次）推進専門委員会」を設置した。同委員会において評価手法について検討を行ったうえで、開始5年目にあたる2017年度（平成29年度）より中間評価を行った。

5つの基本的方向に基づいた具体的な目標53項目における中間実績値の分析・評価や、進捗のために行われている取組・課題等について整理し、本とりまとめを行った。

具体的な中間評価の方法を以下に示す。

#### <中間評価の基本的考え方>

目標に対する実績や取組の評価を行うとともに、その評価を通して値の動きや特徴的な取組について“見える化・魅せる化”する工夫を行う。

これらの評価結果を踏まえ、今後の社会状況の変化等も見据え、重点的に取り組むべき課題を検討する。

#### (1) 目標に対する実績値の評価方法について

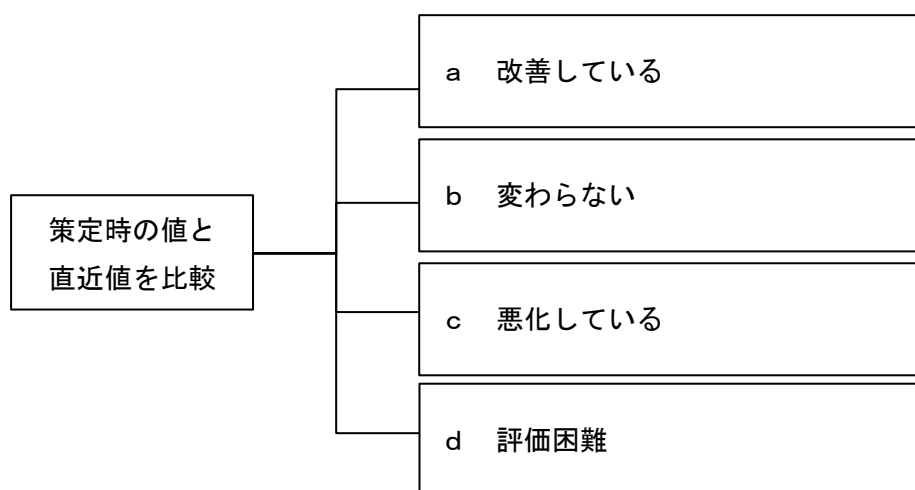
全53項目の指標について、計画策定時の値と直近の値を比較し、分析上の課題や関連する調査・研究のデータの動向も踏まえ、目標に対する数値の動きについて、分析・評価を行った。

① 直近値に係るデータ分析

- ・ 直近値が、目標値に対してどのような動きになっているか分析した。
- ・ ベースライン値と直近値の比較に当たっては、可能な限り有意差検定を実施。その際、数値の変化がわかる図を合わせて作成した。
- ・ 目標に対する実績値の動きについて、目標とする値が一定程度の抑制を図ることを予測して設定されている場合などは、目標への到達に向けて現状値の動きがわかるような図とした。
- ・ 全体の値だけではなく、性、年齢、地域別などで値に差がみられるものは、それらの特徴を踏まえた分析を行った。

② 改善状況についての評価

- ・ 直近の実績値が目標に向けて、改善したか、不変であるか、または悪化したか等を簡潔に記載した。
- ・ 改善については、目標値に達しているのか、達成していない場合は、目標の到達に向けて予測される値の動きと比較して順調に推移しているかなどの具体を可能な限り記述した。
- ・ 評価については、以下のとおり、a, b, c, dの4段階で評価した。



(aの中で現状のままでは最終評価までに目標到達が危ぶまれるものには\*を付した)

(2) 各指標の評価を踏まえた領域ごとの取組状況や今後の課題の整理について

- ① 領域ごとに、指標の状況として、指標全体の総括評価を行った。
- ② 関連した取組については、取組の全体がわかるように、また以下の点に留意して整理を行った。



- ・ 具体の取組について、どの程度広がったかなどの評価を行う。
  - ・ 実施した取組について、指標の改善や悪化などの状況との関連を分析し、その結果を踏まえた重要な取組についての整理を行う。
  - ・ 数値目標に関して、具体的にどういうことに取り組めば目標が達成されるか、達成することが可能かについての整理を行う。
- ③ 今後の課題については、以下の点に留意して整理を行った。
- ・ 実施した取組と指標の改善や悪化などの状況との関連を分析した結果などから、充実・強化すべき取組の整理を行う。
  - ・ 充実・強化すべき取組を行うに当たって必要となる研究の整理を行う。
  - ・ 今後重要になると予測される課題や要因について、現状把握が必要なものがあれば言及する。

### 第3章 中間評価の結果

#### I 結果の概要

全53項目について、その達成状況を評価・分析した結果を表3-1にまとめた。a（改善している）は32項目（60.4%）で、そのうち既に目標に到達しているのは5項目（9.4%）であった。b（変わらない）は19項目（35.8%）、c（悪化している）は1項目（1.9%）であった。また、d（評価困難）が1項目（1.9%）あった。

表3-1 指標の評価状況

策定時のベースライン値と直近の実績値を比較	全体（再掲除く）
a 改善している	32（60.4%）
b 変わらない	19（35.8%）
c 悪化している	1（1.9%）
d 評価困難	1（1.9%）
合計	53（100%）

表3-2 基本的方向毎の評価状況（※〈〉内は基本的方向内における割合）

基本的方向 評価	1	2	3	4	5	全体
a（内 a*）	2（0） 〈100%〉	6（3） 〈50%〉	7（3） 〈58.3%〉	4（0） 〈80%〉	13（6） 〈59.1%〉	32（12）
b		6 〈50%〉	4 〈33.3%〉	1 〈20%〉	8 〈36.4%〉	19
c					1 〈4.5%〉	1
d			1 〈8.3%〉			1
合計	2	12	12	5	22	53

健康日本21（第二次）中間評価 結果一覧

項目	評価
<b>1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標</b>	
①健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	a
②健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）	a
<b>2. 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目標</b>	
（1）がん	
①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	a*
②がん検診の受診率の向上	a*
（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（10万人当たり）	a
②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	a
③脂質異常症の減少	b
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	b
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	a*
（3）糖尿病	
①合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	b
②治療継続者の割合の増加	b
③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）	a
④糖尿病有病者の増加の抑制	b
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）	b
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	a*
（4）COPD	
①COPDの認知度の向上	b
<b>3. 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標</b>	
（1）こころの健康	
①自殺者の減少（人口10万人当たり）	a
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	b
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	a*
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
（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	
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加	a*
イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	
②適正体重の子どもの増加	
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	b
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	

項目	評価
<b>(3) 高齢者の健康</b>	
①介護保険サービス利用者の増加の抑制	b
②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	d
③ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加	a
④低栄養傾向（BMI 20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制	a
⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000 人当たり）	a*
⑥高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）	b
<b>4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標</b>	
①地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	a
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	b
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	a
④健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	a
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）	a
<b>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に関する目標</b>	
<b>(1) 栄養・食生活</b>	
①適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25 以上）、やせ（BMI 18.5 未満）の減少）	b
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	b
イ 食塩摂取量の減少	
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	
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
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	a
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	a*
<b>(2) 身体活動・運動</b>	
①日常生活における歩数の増加	b
②運動習慣者の割合の増加	b
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	a
<b>(3) 休養</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	b
②週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少	a*
<b>(4) 飲酒</b>	
①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコール摂取量が男性 40 g 以上、女性 20 g 以上の者）の割合の減少	b
②未成年者の飲酒をなくす	a

項目	評価
③妊娠中の飲酒をなくす	a*
(5) 喫煙	
①成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)	a*
②未成年者の喫煙をなくす	a
③妊娠中の喫煙をなくす	a*
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	a*
(6) 歯・口腔の健康	
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)	b
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の増加	a
イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	
ウ 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	
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	c
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	
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	
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	a
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	
④ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	a

\*：現状のままでは最終評価までに目標到達が危ぶまれるもの。(計12項目)

## II 基本的方向別の評価・課題

### 1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標

#### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している (内 a*)	2 (0)
b 変わらない	
c 悪化している	
D 評価困難	

- 2016年(平成28年)の健康寿命(日常生活に制限のない期間の平均)は、2010年(平成22年)と比較して男性で1.72年、女性で1.17年増加した。
- 同期間における平均寿命は、男性で1.43年(79.55年→80.98年)、女性で0.84年(86.30年→87.14年)増加したことから、健康寿命の増加分は平均寿命のそれを上回っており、現時点で目標は達成されていると言える。
- 健康寿命の都道府県格差を最も長い県と短い県の差で見ると、男女ともに縮小傾向である。
- しかし、単純に最も長い県と短い県の差のみでは全都道府県間の格差の縮小に関する分析は十分ではなく、47都道府県間のバラツキの大きさを標準偏差(都道府県差の標準偏差)で表すことで、都道府県格差の指標(地域格差指標)となると考える。厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」(研究代表者：辻一郎)において上記の地域格差指標を計算したところ、2010、2013、2016年(平成22、25、28年)それぞれ、男性は0.58、0.47、0.37年(片側トレンド  $p < 0.001$ )、女性は0.65、0.61、0.53年(片側トレンド  $p = 0.041$ )で、男女ともに都道府県格差は有意に縮小した。

#### イ 関連した取組

- 健康寿命の全国値と都道府県値は、国民生活基礎調査(3年ごとに実施される大規模調査)の質問票に対する回答をもとに、厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」(研究代表者：辻一郎)において計算されている。これまでに2013・2016年(平成25・28年)の国民生活基礎調査のデータを用い算出した健康寿命の値(全国、各都道府県)を公表した。
- 自治体が健康寿命を算定することを技術支援するため、研究班の研究成果

- として、健康寿命の算定方針、算定プログラム等を WEB サイト上に公表している。(2012 年(平成 24 年)9 月～、<http://toukei.umin.jp/kenkoujyummyou/>)
- 35 都道府県において管内市町村の健康寿命を把握している。  
(2014～2016 年(平成 26～平成 28 年)厚生労働省健康局健康課による調査)
  - 都道府県における健康格差対策への取組の実施状況
    - ①市町村の健康に関する指標や生活習慣の状況の格差の実態を把握；46 都道府県
    - ②その縮小に向けた対策を検討；42 都道府県
    - ③その検討結果に基づき格差の縮小に向けた対策を実施；40 都道府県  
(2014～2016 年(平成 26～平成 28 年) 厚生労働省健康局健康課による調査)
  - なお、健康寿命の延伸や健康格差の縮小に関し、国レベルの戦略等において以下のような様々な動きがある。
    - 〔政府全体の動き〕
      - ・日本再興戦略 2016 (平成 28 年 6 月閣議決定)
      - ・健康・医療戦略 (平成 26 年 7 月閣議決定)
      - ・ニッポン一億総活躍プラン (平成 28 年 6 月閣議決定)
    - 〔省内等の動き〕
      - ・保健医療 2035 提言書 (平成 27 年 6 月「保健医療 2035」策定懇談会)
    - 〔民間主導の活動体による取組〕
      - ・日本健康会議 (平成 27 年 7 月発足)
  - 現時点では健康寿命の延伸に関連して以下のような研究結果が報告されている。「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」 研究代表者：東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野・教授辻一郎
    - ・5つの生活習慣<sup>\*</sup>と健康寿命の関係について検証したところ、健康寿命の中央値は最低群(0～1つ該当)と比較して最高群(5つ該当)が25.4ヶ月と、2年程度の差が認められた。
      - ※ ①喫煙：非喫煙または禁煙5年以上②身体活動：1日平均歩行時間30分以上③睡眠時間：1日平均睡眠時間6～8時間④野菜摂取量：中央値以上⑤果物摂取量：中央値以上
    - ・肥満・高血圧レベルによらず、非喫煙群の健康寿命は喫煙群より健康寿命が長かった。
    - ・BMI25～27の者に比べ、BMI23未満またはBMI29以上の者で健康寿命が有意に短かった。

#### ウ 今後の課題・対策

- 生活習慣の改善が健康寿命の延伸に寄与することは研究により示されているものの、都道府県・市町村レベルでの健康格差の確固たる要因の把握については、都道府県等においてさらなる調査・研究が必要である。しかし、生活習

慣を改善することは健康寿命の延伸に寄与することが示されているため、都道府県・市町村においては、住民の生活習慣改善を目指し、社会全体で予防・健康づくりを進める環境づくりに努めていく必要がある。

- 第4回経済財政諮問会議（2018年4月12日）で、厚生労働省は「健康寿命延伸に向けた取組」として「次世代の健やかな生活習慣形成等（健やか親子施策）」、「疾病予防・重症化予防（がん対策・生活習慣病対策）」、「介護・フレイル予防（介護予防と保健事業の一体的実施）」を重点取組分野とし、①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域間の格差の解消という2つのアプローチから健康寿命の延伸を目指すこととしている。また、骨太の方針（平成30年6月15日閣議決定）において、「社会全体の活力を維持していく基盤として、健康寿命を延伸し、平均寿命との差を縮小することを目指す。」とされていることを踏まえ、今後目標の達成に向けた具体的な施策をとりまとめ実施していく必要がある。



## 2. 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目標

### (1) がん

#### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している (内 a*)	2 (2)
b 変わらない	
c 悪化している	
d 評価困難	

- 75歳未満の年齢調整死亡率について、2015年(平成27年)は78.0であり、2010年(平成22年)のベースライン値84.3より減少しているが、2015年(平成27年)の目標値73.9(第2期の「がん対策推進基本計画(以下、「基本計画」という。)(2012年(平成24年)6月閣議決定。)と同じ)には到達しなかった。
- がん検診の受診率について、2016年(平成28年)の直近値は、2010年(平成22年)のベースライン値に比べ、改善傾向はみられるが、目標値(第2期の基本計画と同じ)を達成していない。肺がんと男性の胃がん、大腸がんに限れば、当面の目標値には、到達している。

#### イ 関連した取組

- 第1期の基本計画(2007年(平成19年)6月閣議決定。)において、「75歳未満のがんの年齢調整死亡率を10年間で20%減」、第2期の基本計画において、「がん検診の受診率を5年以内に50%を達成する」と設定され、がんの予防や早期発見の推進、がん治療の更なる充実や専門的な医療従事者の育成、がん診療連携拠点病院等の整備、がん研究の推進等の施策を実施。
- がん対策推進協議会による、「がん対策推進基本計画中間評価報告書」(2015年(平成27年)6月)において、喫煙率減少、がん検診受診率向上をはじめとしたがん対策のより一層の推進が必要と報告された。
- がんサミット(2015年(平成27年)6月1日開催)における総理の指示を受けて、年齢調整死亡率のさらなる減少に向けて、「がん対策加速化プラン」(2016年(平成27年)12月)を策定。
- 第3期の基本計画(2018年(平成30年)3月9日閣議決定。)においても、がんの罹患者および死亡者の減少を実現することを目標としている。
- 第1期及び第2期の基本計画において、分野別施策の一つに「がんの早期発

見」が設定され、がん検診受診率を 50%以上にすることを目標に掲げ、がん検診クーポン券と検診手帳の配布や、企業との連携促進、受診率向上のキャンペーン、市町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施及び精度管理等に係る体制整備の推進、「がん対策推進企業等連携事業」による、職域におけるがん検診の普及啓発及び精度管理の推進等の取り組みが行われてきた。しかし、がん検診の受診率は、依然として低く、この理由として「受ける時間がないから」「必要性を感じないから」「心配なときはいつでも医療機関を受診できるから」等が挙げられ、がん検診の普及啓発が不十分であること等が指摘されている。対象者全員に受診勧奨をしている市町村は約半数に満たず、これまでの施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域におけるがん検診との連携など、より効率的・効果的な施策が検討されている。

- 第3期の基本計画において、個別目標として、従来、記載されていた「胃がん、肺がん、大腸がんは当面 40%」が削除され、「男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を 50%とする。」とされるとともに、「精密検査受診率の目標値を 90%とする。」という新たな目標が追加された。
- 科学的根拠に基づく検診が実施されるよう、職域におけるがん検診関係者の意見を踏まえつつ、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を平成 30 年 3 月に策定した。

#### ウ 今後の課題・対策

- 第3期がん対策推進基本計画を踏まえ、引き続き、予防を含めた総合的ながん対策を推進する。また、基本計画の変更に応じて健康日本21（第二次）における目標値の見直しについて検討する必要がある。
- 第3期の基本計画において、予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙を含む。）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染など、様々なものがあるとされている。また、そのなかでも「75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少」については、喫煙率及びがん検診受診率がその水準に到達していないことが第2期の基本計画で目標達成しなかった要因として指摘されており、それを踏まえ、取り組むべき対策として具体的には以下の事柄が挙げられている。

#### <たばこ対策>

- 様々な企業・団体と連携し、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動を一層推進する。
- 様々な機会を通じて、禁煙希望者に対する禁煙支援を図る。

- 禁煙支援を行う者が、実際の支援に活用できるよう、「禁煙支援マニュアル（第二版増補改訂版）」の周知を進める。
- 健康増進法の改正に基づき、受動喫煙対策を徹底する。
- 家庭における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発活動や、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を進める。

#### <がん検診の推進>

- 国、都道府県及び市町村は、これまでの施策効果を検証した上で、受診対象者の明確化や、将来的には組織型検診のような検診の実施体制の整備など、効果的な受診率向上のための方策を検討し、実施する。市町村は、当面の対応として、検診の受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨、職域で受診機会のない者に対する受診体制の整備、受診対象者の名簿を活用した個別受診勧奨・再勧奨、かりつけ医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨など、可能な事項から順次取組を進める。
- 市町村や検診実施機関においては、受診者に分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるように努める。
- 国は、がん検診と特定健康診査（以下「特定健診」という）の同時実施、女性が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立った利便性の向上や財政上のインセティブ策の活用に務める。
- 都道府県は、指針に示される5つのがんについて、指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、必要な働きかけを行うこと、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図ることなど、がん検診の実施方法の改善や精度管理の向上に向けた取組を検討する。また、市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。
- 国は、関係団体と協力し、指針に基づいた適切な検診の実施を促すとともに、国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討を進め、必要に応じて導入を目指す。
- 国は、職域におけるがん検診を支援するとともに、がん検診の実施方法の改善や精度管理の向上について検討する。

#### <がん医療の充実>

- 個人に最適化された患者本位のがん医療や、がん医療の質の向上およびそれぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化及び効率的かつ持続的ながん医療を実現する。加えて、がん対策を支える基盤整備を進める。具体的には、第3期基本計画に基づき下記の取り組みを推進する。
  - ・ がんゲノム医療の実現
  - ・ 手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実
  - ・ 希少がん及び難治性がん対策
  - ・ 小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策

- ・がん研究の推進
- ・がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

- 上記以外の生活習慣の対策についても健康日本 21（第二次）において目標として定めてあることと同様のことが示されており、一次予防、二次予防に対する総合的な取組が引き続き必要である。
- 中間評価の指標以外については、特に社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上の観点から、第3期基本計画において「がんとの共生」を全体目標の柱のひとつとして掲げ、
  - ・がんと診断された時からの緩和ケアの推進
  - ・相談支援及び情報提供
  - ・がん患者の就労も含めた社会的な問題への対応
 等の取り組みも実施し、「がん予防」「がん医療の充実」とともに、総合的にがん対策を推進していくことが必要である。
- 個々人のリスクに応じたより効率的・効果的な検診を行うため、ハイリスク受診者に対しより精密な検診の施行を検討する。
- 保険者や事業者が福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、事業者と産業医、検診実施機関の連携の下、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」等を参考にして、科学的根拠に基づく検診を適切な精度管理の下で、職域でのがん検診を進めていく。

#### <参考>

- がん対策推進基本計画（第3期）（平成30年3月）  
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000196969.pdf>
- 禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/manual2/addition.html>

## （2）循環器疾患

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している（内 a*）	3（1）
b 変わらない	2
c 悪化している	
d 評価困難	

- 2016年度（平成28年度）の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、予測された改善率を上回り、既に目標値を達成している。
- 2010年（平成22年）から2016年（平成28年）までの収縮期平均血圧（40～89歳）の推移は、男・女共に低下傾向を示している。この傾向は年齢調整しても同様であり、また男女別に40～49歳、50～59歳、60～69歳、70歳以上の3年間の移動平均の推移を見ても各年齢層で低下傾向を認め、この間の脳血管疾患と虚血性心疾患の年齢調整死亡率の低下に寄与したと考えられる。
- 2010年（平成22年）から2016年（平成28年）までの高コレステロール血症（40～79歳）の推移は、総コレステロール 240mg/dl 以上、LDL コレステロール 160mg/dl 以上いずれも男女共にほぼ変化なしと考えられる。
- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群者（以下「メタボリックシンドローム該当者等」という。）の推計値においては、高齢化の影響を受けて、2008年度（平成20年度）の推計値と比較して、2015年度（平成27年度）では約12万人増加と推計された。
- メタボリックシンドローム該当者等の割合を都道府県別に比較すると、最大県（32.1%）と最小県（23.4%）の差は全体では8.7ポイントであり、都道府県格差がみられる。
- 特定健康診査受診率は8.8ポイント（ベースラインより21%増）、特定保健指導は5.2ポイント（ベースラインより42%増）増加しているが、目標値には到達していない。
- 特定健診の実施率を都道府県別にみると、最大（63.4%）と最小（39.3%）の差は24.1ポイントであり、どの都道府県においても2008年度（平成20年度）と比較して増加がみられる。
- 特定保健指導の実施率では最大（30.4%）と最小（12.2%）の差は18.2ポイントであり、実施率には都道府県格差がみられるが、どの都道府県においても実施率の向上がみられる。

## イ 関連した取組

- 脳血管疾患・虚血性心疾患の発症リスクの低減を目指し、高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙の4つの危険因子の適切な管理を実施。
- 喫煙に関して、禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版の策定（平成30年5月）や禁煙週刊におけるイベント等の開催、「たばこ対策促進事業」等を実施した。
- 食塩摂取量の減少、野菜・果物摂取量の増加、肥満者の減少に向け、食生活指針や食事バランスガイドを通じた啓発普及をしている。
- 「健康づくりのための身体活動基準 2013」及び「アクティブガイドー健康づくりのための身体活動指針ー」等を周知・広報している。

- 多量飲酒者への対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」（平成 30 年 4 月）に減酒支援（ブリーフインターベンション）を掲載した。
- 特定健診の必須項目として血圧を測定、また中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール等を測定し、健診受診者全員に対して健診結果等を「情報提供」するとともに、その結果に応じ特定保健指導として「動機付け支援」や「積極的支援」を実施している。
- 2018 年度（平成 30 年度）からの第 3 期特定健康診査等実施計画期間に向けて、厚生労働省の検討会等で検討し、健診項目や実施率向上に向けた特定保健指導の実施方法について見直しを行った。
- 厚生労働省の「生活習慣病予防のための健康情報サイト eーヘルスネット」等を通じた普及啓発を実施している。
- 循環器病に係る診療提供体制の在り方について、2017 年（平成 29 年）7 月に「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」において報告書が取りまとめられ、当該報告書を踏まえた、循環器病の診療提供体制を構築する上での留意事項等に関する通知を、2017 年（平成 29 年）7 月に健康局から都道府県向けに発出した。
- 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について、2018 年（平成 30 年）4 月に「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」において報告書が取りまとめられ、2018 年（平成 30 年）5 月に健康局から都道府県向けに通知を発出した。
- 日本脳卒中学会と日本循環器学会が中心となり、「脳卒中と循環器病克服 5 力年計画」を作成し、2016 年 12 月に公表した。この計画では、脳卒中と循環器病による年齢調整死亡率を 5 年間で 5% 減少させること、健康寿命を延伸させることを、大目標と設定し、これらの目標を達成するために、3 つの疾患（脳卒中・心不全・血管病）に対し、5 つの戦略（人材育成、医療体制の充実、登録事業の促進、予防・国民への啓発、臨床・基礎研究の強化）をかけた、計画を実行することとしている。
- 日本循環器病学会は 2004 年から循環器疾患診療実態調査：The Japanese Registry Of All cardiac and vascular Diseases（JROAD）を行っており、(1)施設概要（循環器医療の供給度）、(2)検査や治療の実施状況（循環器医療の必要度）、DPC データの分析を行っている。この事業のデータセンターと事務局は 2013 年度から国立循環器病研究センターにおかれ、学会との共同研究を推進されている。
- 「日本脳卒中データバンク」は、国内 200 施設弱が参加する脳卒中患者の登録事業で、1999 年から実施されている。2015 年 4 月より、公益社団法人日本脳卒中協会から国立循環器病研究センターに運營業務が移管された。疾患の実態や診療のベンチマークになるような登録事業である。
- 2015 年に脳・心血管疾患の危険因子の予防、治療と関連した 11 学会（日本内科学会、日本疫学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本循環器学会、

日本腎臓学会、日本体力医学会、日本動脈硬化学会、日本脳卒中学会、日本肥満学会、日本老年医学会)が共同して、「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015」を作成し、個別ではなく包括的な危険因子管理の必要性を提起した。

#### ウ 今後の課題・対策

- 脳血管疾患（脳卒中）と心臓病を合わせた脳・心血管疾患（広義の「循環器疾患」）は悪性新生物に次ぐ第2位の死亡原因である。また脳卒中は重度の要介護状態に至る原因として認知症と並んで最大の原因となっている。このように社会的な影響力、医療費への負担が大きい疾患群であるにも関わらず、疾病の予防、発症者数の実態、治療の均てん化の状況などを一体的に俯瞰できるシステムがない。また危険因子の管理については、個々の関連学会でガイドライン等が整備されているものの、それが包括的に運用されているとは言い難い。
- 関連した取組の多くは学会等から上記の問題点を克服するために出てきたものであり、ようやく関係者間で現状の問題点の共有化ができつつあるのが現状である。このような個々の動きを情報交換や共同事業、必要に応じて公的な制度の下で関係諸機関の力を結集して国民全体の循環器疾患対策を考えていく必要がある。
- こうした各専門家団体等の動向も踏まえつつ、循環器疾患に対する一次予防、二次予防、三次予防の各段階において、切れ目や漏れのない対策が重要である。
- 「スマート・ライフ・プロジェクト」の普及・啓発により、「適度な運動」、「適切な食生活」、「禁煙」と「健診・検診の受診」の取り組みを進め、高血圧・脂質異常症の改善や、健診の受診率の向上を推進していく。
- 特定健康診査・特定保健指導においては、保険者の厳しい財政状況や専門職の限られた人的資源の中で、特定保健指導の質を確保しつつ、対象者の個別性に応じた現場の専門職による創意工夫や運用の改善を可能とし、効果的・効率的な保健指導を推進することにより、保険者全体の実施率の向上につながるよう、特定保健指導の実施方法を見直し、2018年度（平成30年度）より第3期特定健康診査等実施計画期間（2018年度（平成30年度）～2023年度（平成35年度））が開始された。
- 「標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】」（平成30年4月）において、特定保健指導の対象とならない非肥満の脳・血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善指導や、従来の保健指導では十分に効果が得られなかった者に対する保健指導の方法の1つとして、体験学習や相談の機会の増加、グループダイナミクスの相乗効果等の特徴とする宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムについての記載が追加された。これらを

踏まえ、より充実した保健指導を行えるようプログラムの周知啓発を行っていく。

- 2017年（平成29年）7月に公表された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」の報告書を踏まえ、循環器病の診療提供体制の評価に資する指標の確立に向けた研究班や、24時間専門的な診療を提供できる急性期診療体制における施設間連携体制構築の研究班、地域におけるかかりつけ医等と専門的医療を行う施設との連携体制構築に関する研究班などを設置し、2018年（平成30年）4月に公表された「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」の報告書も参考にしつつ取組を進めている。こうした研究成果を踏まえつつ、各都道府県の診療提供体制の整備状況等を確認しながら、必要な循環器疾患対策を検討し、進めていく。

#### <参考>

- 禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/manual2/addition.html>
- 特定健診・保健指導について  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>
- 標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】（平成30年4月）  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>
- スマート・ライフ・プロジェクト  
<http://www.smartlife.go.jp/>
- e-ヘルスネット  
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>
- 脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000173149.pdf>
- 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204785.html>



### (3) 糖尿病

#### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している (内 a*)	2 (1)
b 変わらない	4
c 悪化している	
d 評価困難	

- 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数は、2011年（平成23年）の16,803人をピークにやや減少、横ばい傾向がみられる。2016年（平成28年）は透析導入全体の43.2%を占めており、透析全体に占める割合も横ばいである。
- 国民健康・栄養調査における「糖尿病を指摘されたことがある者における、治療の状況」を見ると、ベースラインとほぼ同等であり、目標値に向けて改善したとは言えない。
- 第2回NDBオープンデータ（平成26年度実施分）によると、特定健診にてHbA1c検査実施者のうち、8.4%以上であったのは0.96%（男性1.34%、女性0.52%）であり、前年度よりさらに低下、目標の1.0%以下となった。
- 糖尿病有病者数の目標策定時の2016年（平成28年）予測値は1,200万人であるため、直近の値は200万人ほど低く抑えることができている。しかし、2022年度（平成34年度）の目標値に到達してしまっており、今後のさらなる高齢化の進展を上回る糖尿病有病率の低下が必要である。
- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群者（以下「メタボリックシンドローム該当者等」という。）の推計値においては、高齢化の影響を受けて、2008年度（平成20年度）の推計値と比較して、2015年度（平成27年度）では約12万人増加と推計された。（再掲）
- メタボリックシンドローム該当者等の割合を都道府県別に比較すると、最大県（32.1%）と最小県（23.4%）の差は全体では8.7ポイントであり、都道府県格差がみられる。（再掲）
- 特定健康診査受診率は8.8ポイント（ベースラインより21%増）、特定保健指導は5.2ポイント（ベースラインより42%増）増加しているが、目標値には到達していない。（再掲）
- 特定健診の実施率を都道府県別にみると、最大（63.4%）と最小（39.3%）の差は24.1ポイントであり、つたがどの都道府県においても2008年度（平成20年度）と比較して増加がみられる。（再掲）
- 特定保健指導の実施率では最大（30.4%）と最小（12.2%）の差は18.2ポイントであり、実施率には都道府県格差がみられるが、どの都道府県において

も実施率の向上がみられる。(再掲)

## イ 関連した取組

- スマート・ライフ・プロジェクトにおいて4つのテーマ(運動、食生活、禁煙、健診・検診の受診)を中心とした取組を推進している。その一環として、生活習慣病予防の啓発、健康増進のための優れた取組をしている企業・団体・自治体を表彰しており、糖尿病性腎症等重症化予防事業を行った市町村の表彰等による好事例の横展開を図っている。
- 保険者は、糖尿病等の発症・重症化予防や医療費適正化等を図るため、保険者共通の保健事業の取組として、特定健診・特定保健指導(法定義務)を実施している。また、後期高齢者医療広域連合においても、特定健診等に準じて健診等を実施している。
- 2005年2月に日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会の三者で日本糖尿病対策推進会議を設立。その後、日本歯科医師会も幹事団体に加わり、現在では理念に賛同した関係団体の参加のもと、計18団体で構成されている。この取組は47都道府県に広がり、都道府県版の対策会議が設置されている。
- 日本健康会議の宣言2においてかかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とすることをKPI(2020年まで)とした。2016年度(平成28年度)は654市町村及び14広域連合で取組が行われていた。
- 日本糖尿病学会では2004年(平成16年)より「対糖尿病戦略5ヵ年計画」を推進しているが、第3次計画(2015年(平成27年)発表)では、「糖尿病を増やさない・悪化させない社会環境の構築」を推進している。
- 各都道府県において、「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業(都道府県保健対策推進事業の一環)」を実施している。
- 国民健康保険、後期高齢者医療における保険者インセンティブの指標として「重症化予防の取組の実施状況」を位置付けており、保険者による受診勧奨、保健指導等の取組を推進している。(参照:参考資料1)

## ウ 今後の課題・対策

- 糖尿病の一次予防、二次予防、三次予防の各段階において、切れ目や漏れのない対策が重要である。

- スマート・ライフ・プロジェクトにおいて4つのテーマ（運動、食生活、禁煙、健診・検診受診）の取組をさらに推進。適切な栄養や適度な運動の推進、健診受診や糖尿病治療中断防止の啓発などを強化する必要がある。
- 特定健康診査・特定保健指導においては、保険者の厳しい財政状況や専門職の限られた人的資源の中で、特定保健指導の質を確保しつつ、対象者の個別性に応じた現場の専門職による創意工夫や運用の改善を可能とし、効果的・効率的な保健指導を推進することにより、保険者全体の実施率の向上につながるよう特定保健指導の実施方法を見直し、2018年度（平成30年度）より第3期特定健康診査等実施計画期間（2018年度（平成30年度）～2023年度（平成35年度））が開始された。
- 特定健康診査・特定保健指導の実施率は、性・年代、地域にかかわらず増加しているが、目標達成に向けて、実施率のさらなる向上が必要。
- 保健指導の効果を高めるための実施者への研修の充実や宿泊型保健指導など新たな保健指導の導入が必要。
- 治療継続者の割合をみると、60歳以上と比較して50歳代未満は低いため、健診後の受診勧奨、職域での「治療を継続しやすい環境づくり」に努める必要がある。レセプト等で抽出された治療中断者に対する保険者とかかりつけ医等で連携した効果的な対策を進める必要がある。
- HbA1c $\geq$ 8.4%の血糖コントロール不良者は減少傾向を示し、目標値を達成したが、さらに半減などの目標を掲げて取り組むことが重要である。
- 糖尿病性腎症による透析新規導入は横ばいが続いており、15,000人に目標達成は厳しい状況である。重症化予防のさらなる取り組みの推進が必要である。
- 「糖尿病予防戦略事業」、「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業」などを引き続き推進する。
- 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策実用化研究事業や腎疾患実用化研究事業において、糖尿病やCKDの病態解明や重症化予防の研究を引き続き推進する。
- メタボリックシンドローム該当率、特定健診・特定保健指導実施率には自治体や保険者で差が生じていることから、行政、保険者、関係団体が連携した取組推進が求められる。
- 今後の糖尿病性腎症も含めた腎疾患対策の更なる推進について、2018年（平成30年）7月に「腎疾患対策検討会」において報告書がとりまとめられ、当該報告書を踏まえた、腎疾患対策の取組の通知を、健康局から自治体や関係団体向けに発出したところである。今後は、この報告書に基づき、糖尿病が重症化し、糖尿病性腎症に病態が進行したとしても、早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続することにより、重症化予防を徹底するため、行政、関係学会、関係団体等の地域における関係者が連携して対策に取り組めるよう体制を整備し、普及啓発、医療提供体制整備等の対策に取り組む。

- HbA1c の測定法には HPLC 法、免疫凝集比濁法、酵素法が用いられ、測定法や試薬の違いに起因する施設間差が問題となっており、日本糖尿病学会による標準化作業である程度の標準化を達成しているが、地域差を論ずる場合には注意が必要である。検査法による地域差等を後に検証可能な記録方法を用いることが望ましい。

<参考>

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

#### (4) COPD

##### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している	
b 変わらない	1
c 悪化している	
d 評価困難	

- COPD 認知率は 2013 年（平成 25 年）までは連続的に順調に上昇した。しかし、その後は年々低下して 2017 年（平成 29 年）にはベースライン値に逆戻りした。認知率は「名前をきいたことがある」「どんな病気か知っている」の 2 つの質問で評価しているが、前者が同様の経年的変化を示しているのに対して、後者の質問に対する肯定的回答はベースライン値 7.1% から微増かつ漸増傾向を示し直近では 9.6% となっている。

## イ 関連した取組

- 厚生労働省の健康情報サイト e-ヘルスネット等を用いて、「COPD」の名称と疾患に関する知識の普及や禁煙により発症予防可能であることの理解を促進。
- COPD疾患啓発のための組織
  - ・ 日本呼吸器学会主導 慢性呼吸器疾患啓発促進委員会
  - ・ 日本医師会主導 日本COPD対策推進会議
  - ・ GOLD日本委員会 産学一体のNPO法人
  - ・ COPD啓発プロジェクト 産学一体のNPO法人
  - ・ 慢性呼吸器疾患対策推進議員連盟 有志の国会議員による連盟
  - ・ 日本呼吸器障害者センター(J-BREATH) 患者団体

### <具体的活動内容>

- 「肺の日」「呼吸の日」などの市民向け啓発イベント：呼吸器学会主導により各地域で開催、関東地区では日本医師会、結核予防会、日本呼吸器学会の3者協働による活動
- 日本医師会会員向けの啓発資料作成・配布
- “肺年齢”の導入によるスパイロメトリー検査の普及
- マスメディア（TV、新聞等）を通じた継続的なCOPD普及・啓発活動
- 屋外ビジョンによる屋外動画、全国保険薬局の一部店内モニターで動画放映、全国の病院施設・東京都庁関連800施設におけるポスター掲示
- 全国自治体によるCOPD普及・啓発活動（地域による温度差大）
- 全国自治体の特定検診・肺癌検診におけるCOPD検診（スパイロメトリー検査）の組み入れ推進
- たばこパッケージ警告表示修正を厚生労働省・財務省に申し入れ
- 国が関与する法規、文書の疾患標記をCOPD（慢性閉塞性肺疾患）に統一するよう学会主導で要望書提出

## ウ 今後の課題・対策

- 現状のままでは目標達成は困難な状況にある。高齢者の肺の健康に目を向けた計画策定や施策の実施が一層求められる。COPDの認知度向上は大きな課題であり、特にCOPDが「どんな病気か知っている」者の増加が患者の受診行動を促す上でも意義がある。
- COPDの早期発見に向けて、スパイロメトリー検査の更なる普及・実施が望まれる。
- 医療現場でCOPDという疾患名が使われず、慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、

慢性気管支炎等とされている、さらに、薬剤の添付文書、カルテ病名、DPC（診療群分類）、「疾病、傷害及び死因の統計分類」においてもCOPDの記載がないというのがわが国の現状である。行政と学会が協働した普及啓発活動が求められている。

- 「スマート・ライフ・プロジェクト」において「禁煙」、「適度な運動」、「適切な食生活」、「健診・検診の受診」に対する取組を推進しているところであり、禁煙の重要性や喫煙によって生じるリスク等について引き続き情報発信を行う。
- 喫煙によるCOPDのリスクや正しい知識について、学校教育や、健診・保健指導、健康増進事業における「慢性閉塞性肺疾患（COPD）健康教育」や「喫煙者個別健康教育」等を通じて、あらゆる世代により一層の普及啓発を図っていく必要がある。

<参考>

- スマート・ライフ・プロジェクト  
<http://www.smartlife.go.jp/>
- e-ヘルスネット  
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>

### 3. 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

#### (1) こころの健康

##### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している (内 a*)	3 (1)
b 変わらない	1
c 悪化している	
d 評価困難	

- 人口 10 万人当たりの自殺者数（以下「自殺死亡率」という。）は、自殺総合対策大綱による 2016 年（平成 28 年）までの目標値 19.4 に対して、2015 年（平成 27 年）の実績値は 18.5 であり、目標に到達している。
- 平成 27 年の人口動態調査の自殺者数から求められる自殺死亡率の男女別・年代別での傾向は、男性のほうが高く、50 歳から 54 歳の年代をピークとして中高年層で高い。45－59 歳男性の自殺死亡率は依然として 30 を上回る状態が続いており、より一層の要因分析と総合的な対策が望まれる。
- 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者（K6 で合計点が 10 点以上のもの）の割合は経年的に大きな変化はない。
- 男女別・年代別での傾向は、女性のほうが高く、25 歳から 29 歳の年代をピークとして若年層で高い。
- メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場（メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場）の割合は、着実に増加しているが、直近は横ばいの状況になっており、より一層の取組の普及に向けた対策が望まれる。
- 小児人口 10 万人当たりの小児科医の数は増加している。人口 10 万人当たりの児童精神科医の数も緩徐であるが増加傾向である。

##### イ 関連した取組

- 2006 年（平成 18 年）6 月に自殺対策基本法が成立し、同法に基づき 2007 年（平成 19 年）6 月には政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱が策定された。2012 年（平成 24 年）8 月には同大綱の見直しが行われ、同大綱の下、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が緊密に連携して、自殺対策を総合的に推進してきた。
- 2016 年（平成 28 年）4 月 1 日に自殺対策基本法が改正され、また、自殺総

合対策大綱も抜本的に見直され（2017年（平成29年）7月25日閣議決定）、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目指すことを基本理念として、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を図る必要性、具体的施策として若年層向けの対策や自殺未遂者向けの対策を充実すること、国、地方公共団体、関係団体及び民間団体等の取組相互の連携・協力を推進することを掲げ、関係府省で連携し自殺対策に一層強力に取り組んでいくこととなった。

- こころの健康に対する取組として、国・自治体での精神疾患等の普及啓発事業、研修事業が行われた。
- 職場におけるメンタルヘルス対策については、2006年（平成18年）に「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を策定（2015（平成27）年改正）するとともに、都道府県労働局・労働基準監督署による周知・啓発及び指導等を行っているほか、都道府県産業保健総合支援センターによる支援等により、事業場におけるメンタルヘルス対策の取組の普及を図ってきた。
- また、平成26年6月に労働安全衛生法を改正し、新たにストレスチェック制度が創設（平成27年12月1日施行）され、常時50人以上の労働者を使用する事業場においては、1年ごとに1回、ストレスチェックを実施しなければならないことになっている。
- 児童精神に関しては、次世代のメンタルヘルスに影響する児童への精神医学的な関与の普及に対して、小児科医・児童精神科医の増加が目標とされている。
- 地域医療介護総合確保基金において、小児科等の不足している診療科の医師確保支援についても活用できることとしており、医師の処遇改善に取り組む医療機関への財政支援を実施してきた。また、思春期精神保健対策研修会において、児童思春期の専門的な精神医療を担う人材育成に向けた研修を実施してきた。

#### ウ 今後の課題・対策

- 2016年（平成28年）4月1日に自殺対策基本法が改正され、新しい基本理念と趣旨に基づき、自殺対策の地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進し、また、国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進することとされている。
- 心理的苦痛を感じている者における要因の分析を進める必要がある。例えば、心理的苦痛を感じている者の割合が高い女性や若年層に関しては、妊娠・出産、更年期、就職等が心理的苦痛などに影響している可能性があり、妊婦健診・こんにちは赤ちゃん事業等の母子保健、特定健診、産業保健等の取り組みと連携して、うつのスクリーニングや低強度介入を推進することが望ましい。2017年度（平成29年度）より、産後うつの予防や新生児への虐待予防等を図



る観点から、出産後間もない時期の産婦に対する健康診査である産婦健康診査の費用を助成することにより、産後の初期段階における母子に対する支援を強化している。

- 取り組みの受け皿となる自治体等における基本的な相談体制・連携体制の整備が求められる。自治体の相談支援においては、精神担当部署のみならず健康部署における一般的な相談事例の背景にあるメンタルヘルスの課題の発見や対応など、自治体職員に対する教育研修等の組み合わせにより、普及啓発の受け皿機能が向上するものと考えられる。背景に、患者調査では気分障害患者が急増しているものの、本指標は変化していないことから、対応としては医療提供体制の推進ではないものが考えられる。
- 身体的生活習慣病とうつ病・不安症が高率に併存するというエビデンスは確立しているため、健康日本21の他の分野（循環器、糖尿病、栄養、身体活動、禁煙、歯、等々）との連携が求められる。
- 職場におけるメンタルヘルス対策については、引き続き「労働者の心の健康の保持増進のための指針」に基づく事業場の取組の促進を図っていくとともに、ストレスチェックの適切な実施を図っていく必要がある。
- 2018年（平成30年）4月より「第13次労働災害防止計画」（2018年3月19日公示）が開始となっており、職場におけるメンタルヘルス対策として、メンタルヘルス不調を未然に防止するための取組を推進するとともに、ストレスチェックの集団分析結果を活用した職場環境改善について、好事例の収集・情報提供等の支援を行うことで、事業場における総合的なメンタルヘルス対策の取組を推進する。
- 児童思春期精神疾患を診療する医療機関の現状を把握し、その地域偏在の解消に向けた努力が求められる。第7次医療計画において、現状把握とモニタリングが都道府県に求められており、より特異的な実態把握が可能になる。また、親の精神健康が子どもの精神健康にも影響を与えることから、次世代のメンタルヘルスを増進するためには児童精神科医の増加だけではなく、周産期からの取り組みが重要と考えられる。
- ギャンブル等依存症は本人、家族の日常生活及び社会生活に様々な問題を生じる可能性があるとして報告されており、その他の依存症も含めその予防と対策には適切な医療の提供や社会的な取組等が必要であると考えられる。2018年（平成30年）7月にギャンブル等依存症対策基本法が成立し、より一層の普及・啓発活動と対策を行うとともに、研究開発を進めていく必要がある。

#### <参考>

- 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年7月25日閣議決定）  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000131022.html>
- 職場における心の健康づくり

～労働者の心の健康の保持増進のための指針～

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000153869.html>

## (2) 次世代の健康

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している (内 a*)	1 (1)
b 変わらない	1
c 悪化している	0
d 評価困難	0

- 「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」について、朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合はほぼ変化がなく、運動時間が60分未満の児童の割合は2010年度（平成22年度）以降年々改善がみられ、特に女子の改善率が高かった。
- 「適正体重の子どもの増加」について、全出生数中の低出生体重児の割合の減少は2010年度（平成22年度）のベースライン値に比べて、2016年度（平成28年度）は0.2ポイント減少しているが、この6年間はほぼ変化がなかった。また、小学校5年生の中等度・高度肥満は、ベースライン値の2011年度（平成23年度）と比べて2016年度（平成28年度）では男児で0.05ポイントの減少、女児で0.36ポイントの増加がみられた。年次推移としては、直近10年間でみると男女ともに緩やかな減少傾向にあり、直近5年間でみると男女ともに横ばいである。

（注）中等度肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が30%以上50%未満の者である。高度肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が50%以上の者である。

### イ 関連した取組

＜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＞

- 学校における食育を推進するために、スーパー食育スクール事業（2016年度（平成28年度）まで）、つながる食育推進事業（2017年度（平成29年度）より）や、食育教材の作成・配布などを実施。
- 文部科学省の協力を得て、厚生労働科学研究において、小中学生の食事摂取

状況に関する詳細な調査を初めて実施。この結果を踏まえ、現状把握に基づく普及啓発を展開。

- 全国的な子供の体力や運動習慣等の状況を把握・分析することにより、課題や好事例等を明らかにし、各教育委員会及び各学校における子供の体力向上に向けた指導内容等の改善を支援。
- 女子の参加しやすい運動部活動づくりの実施や複数種目等、多様な運動部活動づくりに向けた指導内容・方法の工夫改善を支援。(2016年度(平成28年度)まで)
- 平成24年(2012年)3月に策定した幼児期運動指針に基づき、幼児期に必要な多様な動きなどを指導参考資料として冊子とDVDにまとめ、第一集を平成27年(2015年)3月に、第二集を平成28年(2016年)3月に全国の幼稚園保育園等に配布。
- 子供の体力の向上に係る、地域・学校ごとの課題をより明確にして、その課題への対応方策を検討し改善に向けた取組を実施。(2017年度(平成29年度)まで)

#### <適正体重の子どもの増加>

- 2015年度(平成27年度)から開始した「健やか親子21(第2次)」(21世紀の母子保健における課題解決に向け、国、地方公共団体、関係団体、事業者等が一体となって推進する国民運動計画の第2次計画)において、全出生数中の低出生体重児の割合及び肥満傾向にある子どもの割合について、目標値を掲げて取組を実施している。
- 次世代育成支援対策推進法に基づく行動計画策定指針及び第3次食育推進基本計画においても、低出生体重児及び肥満の子どもに関する課題解決に向けた食育の推進に取り組んでいる。
- 低出生体重児増加の要因として指摘されている妊娠中の体重増加量については、これまで「妊産婦のための食生活指針」において「体格区別妊娠全期間を通しての推奨体重増加量」として示し、普及啓発を実施している。また、妊娠中に望ましい食生活を実践するためのポイントを取りまとめた冊子を作成し、啓発を行っている。さらに、厚生労働科学研究費補助金及び医療研究開発推進事業費補助金等による原因究明等を行っている。

#### ウ 今後の課題・対策

##### <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>

- 引き続き、つながる食育推進事業や2018年度(平成30年度)に改訂を予定している食に関する指導を行うための教職員向けの指導書である「食に関する指導の手引き」を活用した指導などにより、学校における家庭や地域と連携

した食育を推進。

- 厚生労働科学研究結果を踏まえ、各種基準改定や、現状把握に基づく、学校、家庭や地域への普及啓発を推進。
- 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合に関する指標については、経年変化を確認するための評価方法について検討する必要がある。
- 若年者の睡眠の実態について、現状の把握及び対策が必要と考えられる。  
＜運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加＞
- 引き続き、全国体力・運動能力、運動習慣等調査を行い、実技調査・運動習慣等調査結果を分析することで、各教育委員会・学校の子供たちの体力向上に向けた取組の点検を促し、取組改善を推進。
- 「運動部活動の在り方に関する総合的なガイドライン」に基づき、生徒の多様なニーズに応じた活動を行うことができる運動部活動の設置等を促進。
- 幼児期運動指針やこれに基づく指導参考資料の活用を促し、全国の幼稚園保育園等での運動を促進。
- 幼児期の遊びを含む運動・スポーツ活動は、その後の運動習慣に影響を与えると考えられるため、幼児期運動指針やこれに基づく指導参考資料を活用し、また、「子供の運動習慣アップ支援事業」等による効果的な幼児期からの運動習慣づくりを推進。
- 運動遊びプログラム（（公財）日本スポーツ協会の「アクティブ・チャイルド・プログラム」（ACP）等）のプレイリーダー（遊びの先導役）やインストラクター（プレイリーダーの指導者）の資質の向上も視野に入れつつ養成し、普及を図るとともに、有資格者の活用を促進。

＜適正体重の子どもの増加＞

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

### (3) 高齢者の健康

#### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している (内 a*)	3 (1)
b 変わらない	2
c 悪化している	0
d 評価困難	1

- 「介護保険サービス利用者の増加の抑制」については介護保険サービス利用者第1号被保険者数に占める要介護(要支援)認定者の割合(認定率)は、2012年度(平成24年度)の17.6%に対し2015年(平成27年)3月末現在17.9%、2016年(平成28年)3月末現在17.9%と微増にとどまっている。
- 「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」については2015年度(平成27年度)介護保険制度改正により、データソースである基本チェックリストを使用した介護予防事業は基本的には実施しない方針となり指標の把握ができなくなったため、今回の中間評価においては評価困難と判断した。(※今後の方針については「目標の整理」を参照。)
- ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合は、2012年(平成24年)調査結果に比較して2.7倍に上昇している。しかし2016年(平成28年)結果において頭打ち傾向がある。
- 「低栄養傾向(BMI 20以下)の高齢者の割合の増加の抑制」については、65歳以上を対象として低栄養傾向の高齢者の割合が、自然増により見込まれる割合(22%)を上回らないことを目標としており、2010年(平成22年)のベースライン値から2016年(平成28年)の直近の実績値に至るまで目標値を越えていない。そのため、現時点で目標を達成している。しかし年齢別にみた場合、85歳以上の高齢者のやせの割合は高く、高齢者人口のうち75歳以上高齢者の占める割合も今後増加が見込まれることに留意が必要である。
- 足腰に痛みのある高齢者(1,000人当たり)については、2010年(平成22年)に比べて2016年(平成28年)の直近の実績値は男性、女性とも低下しており、改善傾向にある。
- 高齢者の社会参加の割合は、ベースライン値(59.0%)から平成28年の直近値(58.3%)にかけて横ばいである。

#### イ 関連した取組

- 被保険者が要介護状態となることを予防するとともに、要介護状態等とな

った場合において自立した日常生活を営む事ができるよう支援するため、地域支援事業を行ってきた。

- 2014年度（平成26年度）の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）」により、介護保険法（平成9年法律第123号）を改正し、地域包括ケアシステムの構築に向け、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実することとしている。
- 介護予防事業については、一次予防二次予防という枠組ではなく、高齢者の状態像にとらわれずに地域全体で介護予防を推進していくこととしている。
- ロコモティブシンドロームという言葉・概念の認知度を高めることによって、個々人の行動変容を目指している。日本整形外科学会が「ロコモ チャレンジ！協議会」を立ち上げ、公式WEBサイトや協賛企業の認定等により、ロコモティブシンドロームの広報啓発活動を推進している。
- 2017年度（平成29年度）より「健康に与えるロコモティブシンドローム（ロコモ）の影響に関する研究」を行っており、ロコモティブシンドロームによる運動機能低下の程度と介護リスクとの関係を明らかにし、効果的な対策を資する基礎的な資料を作成している。
- 健康日本21（第二次）の開始に合わせ、「健康づくりのための身体活動基準2013」を2013年（平成25年）3月に策定するとともに、厚生労働省ウェブサイト等で公開している。
- 日本人の食事摂取基準（2015年版）策定検討会報告書において、低栄養と関連の深い虚弱の予防にも配慮し、高齢者（70歳以上）の目標とするBMIの範囲を提示した。また、高齢者のフレイルティやサルコペニア予防と栄養との関係についてもレビューし整理した。
- 介護保険制度の地域支援事業においては、全高齢者を対象とした健康・栄養教育、低栄養状態となるおそれの高い者等に対する栄養改善指導、地域における配食サービス等を、市町村が地域の実情に応じ、従前より実施している。
- 低栄養など高齢者の特性を踏まえた高齢者の保健指導のあり方について研究を実施。さらに2016年度（平成28年度）から低栄養など的高齢者の特性に応じた保健事業をモデル実施し、2018年度（平成30年度）から高齢者の特性に応じた保健事業の全国展開を図る予定である。
- 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理の在り方に関する検討会報告書、配食事業者向けのガイドラインの策定・公表（2017年（平成29年）3月）。2017年（平成29年）度は、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（2018年（平成30年）1月）。
- 平成29年「国民健康・栄養調査」において新たに高齢者の筋肉量を把握する等、高齢者の健康・栄養状態に関する実態を明らかにした。
- 高齢者の足腰の痛みは、外出や身体活動を阻害するため、「健康づくりのための身体活動基準2013」において、65歳以上の基準を新たに設定するととも

に、歩数の増加についても高齢者の目標を掲げ、取組を推進。

- スマート・ライフ・プロジェクトの中心となる4テーマ(運動、食生活、禁煙、健診・検診受診)の一つとして、『プラス10分の運動』を推進している。
- 高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防ともなるため、高齢者の方にも生活支援の担い手になってもらうことにより、社会的役割を果たすための取組を介護保険制度の地域支援事業において推進してきた。
- 高齢者を含め、国民のボランティア活動への参加を促進する観点から、市町村社会福祉協議会等におけるボランティア活動に係る情報提供や人材育成等の取組を支援している。
- 社会参加の機会を増やすための方策として、就労の機会、ボランティアの機会、そして地域における活動の場の提供がある。
- 就労の機会に関しては平成24年に高年齢者雇用安定法が改正され、原則として65歳まで働ける仕組みの導入が企業に義務付けられている。また退職者の就業機会提供の場としてシルバー人材センターが位置づけられている。2017年(平成29年)の集計結果によると、「高年齢者雇用確保措置」実施済の企業(31人以上)は99.7%と、改正時の92.3%より増加している。(参照：参考資料2、グラフ1)
- 厚生労働省「国民健康・栄養調査」では、ボランティア活動に関する独立した質問がないため、その現状値は不明である。一般介護予防事業：地域介護予防活動支援事業として、介護予防に関するボランティアの育成が行われており、65歳以上の高齢者も含まれている。平成27年には、累積育成人数37,783人中、65歳以上はその38.5%を占めている。
- 地域における活動に関しては、介護保険法に基づく、介護予防・日常生活支援総合事業において、高齢者に社会参加の場だけではなく社会的役割を提供する取り組みが推進されてきた。通いの場に関しては、実際に事業の一部として全国で開始された2013年(平成25年)の43,154箇所(1,084市町村)から増加し、2015年(平成27年)の集計結果では、通いの場の数は全国で70,134箇所(1,412市町村)となった。65歳以上の人口1,000対では139(2013年)、214(2015年)である(65歳以上人口は住民基本台帳人口に基づく)。(参照：参考資料2、グラフ2)

#### ウ 今後の課題・対策

- 介護保険サービス利用者の増加の抑制について認定率は微増にとどまっているが、高齢者の増加に伴いサービス利用者が増えてくることは容易に想像できる。目標達成のためには、比較的軽度の利用者の抑制、すなわち高齢者の自立の維持が鍵となってくると考えられる。2014年度(平成26年度)に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に

関する法律（平成 26 年法律第 83 号）」により、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）を改正し、地高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように地域包括ケアシステムの構築が進められている。これにより、地域全体での介護予防を推進していく。

- ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合はベースライン値からみると 3 倍近くの認知率となっており改善していたがここ 2 年は頭打ちである。若年層にあまり浸透していないと思われ今後さらなる取り組みが必要である。日本整形外科学会が「ロコモチャレンジ！協議会」を、日本臨床整形外科学会が「ストップザロコモ協議会」を立ち上げ、公式 WEB サイトや協賛企業の認定等により、ロコモティブシンドロームの広報啓発活動を推進している。さらに、日本整形外科学会より近年ロコモの臨床判断値の提案がなされており、エビデンスに基づいた予防方法の開発やプロモーション活動が必要と考えられる。
- 低栄養傾向（BMI 20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制について、低栄養傾向の高齢者の割合は 2010 年度（平成 22 年度）からすでに目標値 22%を下回って 17.4%であり、直近値でも 17.9%とこの 5 年間すべてが目標値を下回っているため目標達成していると考えられる。しかし 75 歳以上の高齢者になると低栄養傾向の割合が増えてくることから、引き続き低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制を図る必要がある。
- 2018 年度（平成 30 年度）から実施される高齢者の特性に応じた保健事業の全国展開や高齢者のフレイル予防も視野に入れた日本人の食事摂取基準（2020 年版）策定検討会等をすすめていく。
- 足腰に痛みのある高齢者の割合（1,000 人当たり）も改善傾向にあるが更なる対策が必要な状況である。「健康づくりのための身体活動基準 2013」において 65 歳以上の基準の新たな設定などの新たな取り組みがなされておりその効果が期待される。
- 高齢者の社会参加に関しては、効果評価に必要な参加者の割合の把握及び効果評価の必要性がある。対象となる全ての高齢者および参加者の性別や年齢に係るデータのおよび縦断的データの収集が必要である。把握の徹底と通いの場への参加による効果評価に必要な縦断データの収集が必要である。



## 4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している (内 a*)	4 (0)
b 変わらない	1
c 悪化している	
d 評価困難	

- 居住地でお互いに助け合っていると思う国民の割合はベースライン値に対して、2015年（平成27年）の直近実績値は増加している。2022年度（平成34年度）の目標値の達成が見込まれる。男女別でみると、男性は女性よりも増加している。また、年齢別でみると70歳以上を除いて全ての年齢層で改善傾向にある。
- 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は、2012年（平成24年）27.7%から直近値平成28年の27.8%と、横ばい傾向である。
- 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は、開始後順調に参画企業数は増加し、2022年度（平成34年度）の目標値を既に達成している。
- 健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数は増加している。
- 健康格差対策に取り組む自治体は、ベースライン値より増加し、直近の実績値は40都道府県である。増加の程度がこれまでと同じと仮定した場合に、2018年（平成30年）を目途に目標値は達成されると見込まれる。

### イ 関連した取組

- 2012年（平成24年）に一部改正された地域保健法に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」にソーシャル・キャピタルが明記されており、都道府県・市町村レベルでの対策の必要性が追加されている。
- 厚生労働省科学研究「地域保健事業におけるソーシャルキャピタルの活用に関する研究」（研究代表者：藤原 佳典）において、ソーシャル・キャピタルの発展およびその利活用についての研究が行われた。その成果の一部として、「住民組織を通じたソーシャル・キャピタル醸成・活用にかかる手引き」および「ソーシャル・キャピタルを育てる・活かす！地域の健康作り実践マニュアル」を作成した。これらの資料を、都道府県・市町村を含む関連組織が利活用できるよう、厚生労働省ホームページに一般公開している。また、全国会議や研修会等を通して、全国の保健所長や保健師等へ研究成果の普及に努め

た。

- 個人の主体的な介護予防の取り組みにつながる活動の将来及び普及のため、個人の取り組みに加えて企業・団体・自治体が一体となり、良好な社会環境の構築を推進することを目的とした「スマート・ライフ・プロジェクト」を推進している。
- スマート・ライフ・プロジェクトにおいて情報発信・広報戦略を展開している。
  - －メディア等を活用した効果的な広報戦略
  - －WEBサイトのコンテンツの制作・運用
  - －企業等及び国民向けの啓発ツール（ポスター、チラシ、アメニティ等）の作成
  - －普及啓発コンテンツの制作・運用
  - －「受動喫煙のない社会を目指して」ロゴマークの活用・展開
  - －禁煙週間や健康増進普及月間、女性の健康週間等での啓発普及イベントの実施
  - －関係団体等連携イベントの実施
  - －「いきいき健康大使」の活用
- スマート・ライフ・プロジェクトへの企業等の参画誘致や、参画企業等への取組のサポートを行っている。
- 2012年度（平成24年度）より「健康寿命をのばそう！アワード」の開催による好取組事例の表彰を行っている。2017年度（平成29年度）で第6回を迎えている。
- 「健康寿命をのばそう！サロン」の開催による、好取組事例の横展開を行っている。
- 健康格差対策に取り組む自治体についての現状把握を行った。
- 平成24年国民健康・栄養調査にて、1997年（平成9年）より5年ごとに行っている体格及び生活習慣に関する地域格差についての分析を行った。
- 厚生労働省のホームページにて、各都道府県の健康増進計画について国の示す項目と同一である内容及び都道府県独自の項目を一覧表で公開している。
- 平成28年の国民健康・栄養調査では、拡大調査を実施し、BMI、野菜摂取量、食塩摂取量、歩数、現在習慣的に喫煙している者の割合（男性）の結果を都道府県別に公表した。これらの結果等も踏まえ、健康格差の要因分析を引き続き行う必要がある。

#### ウ 今後の課題・対策

- 健康日本21（第二次）においては、身体活動や野菜の摂取等、生活習慣に

関し目標に達成してない項目がある。生活習慣の改善は健康寿命の延伸に寄与することがわかっていることから、健康寿命の延伸のためには、この分野への取組を強化することが必要である。そのためには、これまでの施策で行動変容がおきてないと思われる無関心層へのアプローチが課題であり、たとえば、平成30年6月15日閣議決定の骨太の方針にも、「日本健康会議について、都道府県レベルでも開催の促進など、多様な主体の連携により無関心層や健診の機会が少ない層を含めた予防・健康づくりを社会全体で推進する。」「事業所、地方自治体等の多様な主体が参加した国民全体の健康づくりの取組を各地域において一層推進する。」と記載されているように、関係省庁と連携し、無関心層が意識せずとも自然に健康になるような、社会全体として個人の健康を支え、守る環境やまち作りに努めていくことが必要である。

- 地方自治体においては、本中間評価の結果を参考に自らの健康増進計画の評価・見直しを行い、より一層の健康増進を図っていく。
- また事業所、地方自治体等の多様な主体が参加した国民全体の健康づくりの取組を各地域において一層推進することが必要であり、その中において、経済産業省における「健康経営の取組」やスポーツ庁の「FUN+WALK PROJECT」、また、「健康寿命を延ばそう！アワード」の受賞事例や前述の「ソーシャル・キャピタルを育てる・活かす！地域の健康作り実践マニュアル」で紹介されている好事例を広めることで、予防・健康づくりを社会全体で推進していくことが考えられる。
- 2018年5月日本健康会議は、健康保険組合等の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取り組み状況などをスコアリングして経営者に通知する「健康スコアリング」の詳細設計について報告書を取りまとめた。健康スコアリングは、企業、健保組合、労働組合、産業医等の産業保健スタッフ等の横断的な推進体制を構築することで、被用者保険における加入者の予防・健康作りを効果的に実施することが期待される。
- スマート・ライフ・プロジェクトに関しては、効果的な参画企業数の増加を図るために、新たな参画企業等がどのような媒体で情報を取得したかを把握し、周知法の改善を継続して図ると共に、健康づくりに積極的に取り組むことにより企業のイメージが向上する等の参画することによる企業のメリットを発信していく。さらに、メディアとの協力等による国民認知度の向上を通し、さらなる国民運動化を図ることが必要である。
- 生活習慣の改善が健康寿命の延伸に寄与することは研究により示されているものの、都道府県・市町村レベルでの健康格差の確固たる要因の把握については、さらなる研究が必要である。しかし、生活習慣を改善することは健康寿命の延伸に寄与することが示されているため、都道府県・市町村においては、住民の生活習慣改善を目指し、社会全体で予防・健康づくりを進める環境づくりに努めていく必要がある。

<参考>

○ ソーシャルキャピタル関連資料

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

○ スマート・ライフ・プロジェクト

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

## 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に関する目標

### (1) 栄養・食生活

#### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している（内 a*）	2（1）
b 変わらない	3
c 悪化している	
d 評価困難	

- 「適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25 以上）、やせ（BMI 18.5 未満）の減少）」について、20～60 歳代男性、40～60 歳代女性の肥満者の割合は統計学的に有意な変化はなく、20 歳代女性のやせの者の割合は統計学的に有意な減少を認めた。
- 「適正な量と質の食事をとる者の増加」について、
  - ・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有意に減少
  - ・食塩摂取量の平均値は有意に減少
  - ・野菜と果物の摂取量の平均値は有意な変化なし
 であった。
- 「共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）」について、
  - ・朝食：小学生で有意に減少、中学生で有意な変化なし
  - ・夕食：小学生、中学生ともに有意な変化なし
 であった。（ただし、ベースライン値と直近の実績値で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ため、検定結果は参考に留める。）
- 「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」について、食品企業登録数は目標数に到達、飲食店登録数も増加しており、現在の増加率を維持できれば目標に到達する見込みである。
- 「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」は有意な増加を認めた。

#### イ 関連した取組

- 日本人の食事摂取基準（2015年版）報告書のとりまとめ・公表（平成26年3月）。策定目的に生活習慣病の発症予防とともに重症化予防を加え、エネルギー

- ギーの指標に体格（BMI）を採用するなどの改定を実施。
- 第3次食育推進基本計画の開始（2016～2020年度（平成28～32年度）の5年間計画）。
  - 文部科学省、厚生労働省、農林水産省で策定している「食生活指針」を16年ぶりに改定（2016年（平成28年）6月）。啓発資材の作成、ホームページでの公表。
  - 肥満・メタボリックシンドローム予防のための、新たな概念の導入や食事のエネルギー量を調整しやすい取組の実施など複合的な取組の推進（参照：参考資料3）
  - 特定給食施設における栄養管理の評価として、学校、事業所等健康増進を目的とした施設において「肥満及びやせに該当する者の割合の変化の状況」を把握する仕組みを新たに導入（2015年度（平成27年度）より把握）。
  - 自治体への補助事業である糖尿病予防戦略事業において、事業内容の一つとして肥満予防対策を実施（2011年度（平成23年度）から実施）。
  - 栄養バランスのとれた食事が入手しやすくなるよう、外食や中食（総菜等）、給食でのヘルシーメニューの提供促進に向けた給食事業者、自治体等による取組の実施（参照：参考資料4）。
  - 日本人の長寿を支える「健康な食事」の普及について「健康な食事」に関する考え方を整理したリーフレットを作成し、合わせて生活習慣病予防その他の健康増進を目的として提供する食事の目安を提示（2015年（平成27年）9月）。
  - 食生活改善普及運動（9月）において、「食事をおいしく、バランスよく」を基本テーマに主食・主菜・副菜の揃う食事とともに、「おいしく減塩1日マイナス2g」、「毎日プラス1皿の野菜」の普及啓発用ポスターやチラシを作成し、スマート・ライフ・プロジェクトのウェブサイトを提供（2016年度（平成28年度））。
  - 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理の在り方に関する検討会報告書、配食事業者向けのガイドラインの策定・公表（2017年（平成29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（2018年（平成30年）1月）。
  - 平成27年国民健康・栄養調査結果（20歳代女性でやせが多いことや主要な栄養素の摂取量が少ないこと）をもとに若い世代へのアプローチが推進されるよう、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（2016年（平成28年）11月）。
  - 減塩食品・減塩メニューの開発など企業による食品中の食塩低減に向けた取組を促進するための国、自治体、学会等の取組の推進（参照：参考資料5）。
  - 日本高血圧学会で、減塩委員会の活動として、減塩サミットの開催、掲載基準を満たした減塩食品リストの公開、成果をあげた減塩食品のアワードの実施に取り組み、2017年（平成29年）4月から毎月17日を「減塩の日」に設

定するなど、活動を充実。

- スマート・ライフ・プロジェクトでの「食塩または脂肪の含有量の低減を行っている」企業の登録について、食塩や脂肪の含有量について従来品と比べ10%以上の低減を行っていることを要件とする新たなフォーマットで登録開始（2016年（平成28年）8月）。
- 食品表示法における栄養成分表示（熱量、たんぱく質、脂質、炭水化物、ナトリウムの5項目）の義務化。ナトリウムの量は食塩相当量として表示（2015年（平成27年）施行。5年間の経過措置後2020年（平成32年）より全面義務化）。
- 共食の機会の確保とともに子どもの健やかな食習慣の定着に向けた学校、保育所、地域、NPO等による取組の実施（参照：参考資料6）。
- 食生活改善推進員による地域に根ざした食育の推進。
- 行政栄養士の業務指針の改正（2013年（平成25年）3月）、業務指針を実践するための資料集の作成（2013年4月）。
- 健康日本21（第二次）の推進にあわせた国民健康・栄養調査の充実。地域格差（平成24年に続き28年実施）、所得格差（平成26年実施）などを重点テーマに設定・実施。
- 日本人の食事摂取基準（2020年版）策定に向けて、更なる高齢化の進展や糖尿病有病者数の増加等を踏まえ、栄養に関連した代謝機能の維持・低下の回避の観点から、生活習慣病の発症予防と重症化予防に加え、高齢者のフレイル予防も視野に入れて検討を開始（2018年（平成30年）4月～）。

#### ウ 今後の課題・対策

- 肥満者の割合については、男女とも変化がなく、その目標達成に向けては、依然としてその割合が30%を超えている40～50歳代男性に対し、事業者、地域、国が連携して、様々な機会を通じた肥満改善に向けた栄養・運動等に関するアプローチ、増加傾向のみられる20歳代男性に関しては子どもも含めた若年世代への肥満予防のアプローチを強化する必要がある。
- 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事に関する状況は悪化しており、特に20～30歳代ではこれらを組み合わせた食事を食べている割合が低い。平成27年の国民健康・栄養調査の結果において、20～30歳代の女性では、たんぱく質、カルシウム、食物繊維及びカリウムなどの摂取量が60歳代よりも少ない傾向が明らかになっていることから、全国に約300校ある管理栄養士・栄養士養成施設の学生による同世代の人たちへの啓発活動や、学生食堂やコンビニエンスストアなど食事や食品を選択する機会を捉えた情報提供など、自立した食生活につながるような若い世代へのアプローチを強化していく必要がある。
- 野菜の摂取量、果物の摂取量は変化がみられない。所得や経済的ゆとりなどとの関連により摂取量に差がみられることから、社会経済的な格差を考慮し

た取組が必要である。

- 子どもの共食は変化していない。共食の増加については、世帯構造や社会環境の変化に応じた様々な支援が必要であることから、家庭とともに、学校・保育所、地域・NPO等が協働して、子どもの健やかな食習慣の定着にも資する多様な支援を生み出す環境づくりの推進に取り組む必要がある。また、共食の状況については、今後、経年変化を確認するための評価方法について検討する必要がある。
- 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業や飲食店の登録数については増加しており、特に、減塩に関する企業の取組、それを支援する学会等の取組は充実してきている。今後は、主食・主菜・副菜の揃う食事の実践に向けて、スーパーマーケットやコンビニエンスストア、飲食店、社員食堂や学生食堂など様々な場面で栄養バランスのとれた食事の提供が促進されることが望まれる。
- 平成28年国民健康・栄養調査において、野菜摂取量、食塩摂取量のいずれも都道府県別摂取量の上位（上位25%）群と下位（下位25%）群の間に有意な差がみられた。平成24年調査と比較した結果、食塩摂取量では男女とも都道府県間の格差に縮小がみられたが、引き続き、地域格差の縮小に向けた取組が必要である。

#### <参考>

- 日本人の食事摂取基準  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/eiyuu/syokuji\\_kijyun.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyuu/syokuji_kijyun.html)
- スマート・ライフ・プロジェクト  
<http://www.smartlife.go.jp/>

## （2）身体活動・運動

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している（内a*）	1（0）
b 変わらない	2
c 悪化している	
d 評価困難	



- 「日常生活における歩数」について、平成 9 年から平成 21 年の期間では、男性が年間 74 歩、女性は 65 歩減少していたが、平成 22 年から平成 28 年の期間においては、20~64 歳の男性は年間 3 歩、女性は 28 歩の減少であり、歩数の減少幅が大幅に縮小していた（男性： $y = -3x + 7,927$ 、女性： $y = -28x + 7,621$ ）。また、65 歳以上の男性は年間 22 歩、女性は 24 歩増加しており（男性： $y = 22x + 5,239$ 、女性： $y = 24x + 4,251$ ）、本課題への取り組みの効果が若干ではあるが現れていると考えられる。しかしながら、目標値達成のためには今後年間 200 歩以上の歩数増加を見込まねばならず、目標値の達成は困難な状況である。
- 「運動習慣者の割合」については、20~64 歳の男性は年間 0.6%、女性は 0.9% の減少であった（男性： $y = -0.6x + 38.1$ 、女性： $y = -0.9x + 43.6$ ）。また、65 歳以上の男女については、男性が年間 0.01% の減少、女性が 0.04% の増加であり、いずれの世代においても男女ともに運動習慣者の割合は平成 22 年からほとんど変化しておらず、目標値の達成は困難な状況である。
- 「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」については着実に取り組んでいる都道府県数が増加しており、このまま推移すれば最終年度の平成 34 年度までに目標値を達成すると考えられる。

## イ 関連した取組

- 「健康づくりのための身体活動基準 2013」および「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」の周知・啓発。
- 「階段利用キャンペーン」の展開。
- 「スマート・ライフ・プロジェクト」においてアクティブガイドにおけるメインメッセージである「プラス・テン」（「毎日プラス 10 分身体を動かそう」）を周知・啓発（スマート・ライフ・プロジェクトに参画する企業・団体・自治体数は平成 24 年の 420 団体から平成 30 年 3 月には 4,175 団体に増加）
- 「健康増進施設認定制度」に基づく運動型健康増進施設の認定。
- 「健康運動指導士」や「健康運動実践指導者」などの運動指導者の育成。
- 国土交通省と連携した身体を動かしやすい、運動しやすい町づくりや、スポーツ庁の「FUN+WALK PROJECT」、経済産業省の「健康経営」、「健康寿命延伸産業創出推進事業」など、関係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。
- 日本医師会では、1991 年（平成 3 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 2 万 3,000 人の認定健康スポーツ医を養成している。2008 年度（平成 20 年度）から保険者に義務付けられた特定健診、特定保健指導においては、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実践するためには、認定健康スポーツ医と運動指導者が連携していくことが重要である。

- 日本医師会は、平成3年に「日本医師会認定健康スポーツ医制度」を発足させ、これまでに23,000人の「健康スポーツ医」を養成している。

#### ウ 今後の課題・対策

##### <日常生活における歩数の増加>

- 歩かないで生活できるように生活環境が整備され続けている現代、日常生活における歩数を増加させることは困難な状況となっており、日常生活における歩数を増加させるためには個人に対するアプローチ以上に、意識せずに歩けるような環境を作るなど、生活環境に対するアプローチがより重要になってきている。
- 庁舎内で展開している「階段利用キャンペーン」を広く外部にも周知し、天候に大きく影響されず、「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。
- スマート・ライフ・プロジェクトなどの機会を通じて「プラス・テン」（「毎日プラス10分身体を動かそう」）メッセージをさらに周知・啓発し、10分間の歩行運動増加（約1,000歩の増加）を奨励していく。
- スポーツ庁が推進している「FUN+WALK PROJECT」と連携・協力を図り、歩く文化を醸成していく。
- 経済産業省が推進する「健康経営」と連携・協力を図り、近年著しく増加している就業時間中における「座位行動問題（座り過ぎがもたらす健康リスク）」に対する対策を展開していく。
- 国土交通省と連携・協力し、より安全に・より楽しく・より自然に歩ける環境を広げていく。

##### <運動習慣者の割合の増加>

- 「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」において、歩数の増加を目標に、「毎日プラス10分身体を動かそう」という「プラス・テン」メッセージをメインテーマに掲げてきた。この基本的な姿勢は維持しながらも、「週2回以上、1回30分以上」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についても積極的に展開する必要がある。
- 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、健康運動指導士等の安全で効果的な運動の実施をサポートできる運動指導者を増やす。
- 健康増進を担う人材として位置づけられている「日本医師会認定健康スポーツ医」の増加と、安全に効果的な運動を実践するための健康スポーツ医と運動指導者の連携強化に取り組む。
- 健康増進施設認定制度に基づく運動型健康増進施設の活性化を図り、運動型健康増進施設が地域における運動習慣者増加の増加に今以上に貢献できる

体制を構築する。

- 経済産業省が推進する「健康寿命延伸産業創出推進事業」と連携・協力を図って運動習慣を定着させるための環境を増やしていく。

<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>

- 身体活動・運動への取り組みにおいて環境に対するアプローチがより重要になってきている状況の中、なんとしても達成したい目標値である。
- 取り組みが行われていない都道府県については、取り組み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。
- すぐれた取り組みを展開している自治体の取り組み例を都道府県に紹介し、すぐれた取り組みの横展開を図る。
- 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性化計画等の策定がさらに推進されるよう連携・協力を図る。

<参考>

- 「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（厚生労働省）  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xple.html>
- アクティブガイド（プラス・テン）（厚生労働省）  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xple-att/2r9852000002xpr1.pdf>
- 階段利用キャンペーン（厚生労働省）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/undou/undou03/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/undou/undou03/index.html)
- スマート・ライフ・プロジェクト（厚生労働省）  
<http://www.smartlife.go.jp/>
- 健康増進施設認定制度（厚生労働省）  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/undou04/>
- 健康運動指導士（公益財団法人 健康・体力づくり事業財団）  
[http://www.health-net.or.jp/shikaku/dantai/pdf/new\\_undoshidosha.pdf](http://www.health-net.or.jp/shikaku/dantai/pdf/new_undoshidosha.pdf)
- 日本医師会認定健康スポーツ医（日本医師会）  
<http://www.med.or.jp/doctor/ssi/>
- まちづくりにおける健康増進効果を把握するための歩行量（歩数）調査のガイドライン（国土交通省都市局）  
<http://www.mlit.go.jp/common/001186372.pdf>
- FUN+WALK PROJECT（スポーツ庁）  
<http://funpluswalk.go.jp/>
- 健康経営（経済産業省）  
[http://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/kenko\\_keiei.html](http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenko_keiei.html)
- 認定健康スポーツ医制度（日本医師会）  
<http://www.med.or.jp/doctor/ssi/>

○ 健康寿命延伸産業創出推進事業（経済産業省）

<http://www.meti.go.jp/information/publicoffer/kobo/k180309003.html>

### （3）休養

#### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している（内 a*）	1（1）
b 変わらない	1
c 悪化している	
d 評価困難	

- 「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、全体としては変化がみられなかった。この傾向に性差はないものの、年代別に分析すると、中高年者においては十分にとれていない者が微増傾向にあり、若年世代では変化は認められなかった。
- 「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。ただし、分析に用いたデータでは現状、性、年齢、地域別などの解析が困難なため、詳細については言及できない。

#### イ 関連した取組

○健康づくりのための睡眠指針 2014 の策定

－2003 年（平成 15 年）に、「健康日本 2 1」の睡眠について設定された目標に向けて具体的な実践を進めていく手だてとして策定された「健康づくりのための睡眠指針」について、2014 年（平成 26 年）に、これまでのエビデンスを踏まえて、新たに「健康づくりのための睡眠指針 2014」を策定した。

○専門学会・省庁におけるガイドライン・指針等の作成・改定

－睡眠に関する専門家が多く集まる日本睡眠学会では、「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 2013 年（平成 25 年）に発表した他、日本神経治療学会が「標準的神経治療：不眠・過眠と概日リズム障害」を 2016 年（平成 28 年）に発表する等、適切な診療を中心にガイドラインが公表されている。

一国土交通省が、「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～」を2015年（平成27年）に改訂版を公表し、睡眠時無呼吸症候群（S A S）による事故防止等について啓発している。

#### ○長時間労働の抑制

－2014年（平成26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。

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

－2017年（平成29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、ならびにその導入に対して、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、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。

－第186回国会において、過労死等防止対策推進法が制定され、2014年（平成26年）11月1日より施行された。同法を受けて、政府は「過労死等の防止のための対策に関する大綱」を2015年（平成27年）7月に閣議決定した。

その後、この大綱に基づく対策の推進状況等を踏まえ、2018年（平成30年）7月に大綱を改定し、閣議決定した。

#### ウ 今後の課題・対策

○ 睡眠指針の認知度については、先行研究等も少ないが、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が重要である。

○ 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～S A S対策の必要性と活用～」によるS A S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S A Sの早期発見・早期治療に努めている現状である。近年S A S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、労働衛生上の施策が求められている。

○ 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1998年（平成10年）から2011年（平成23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（2017年（平成29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ます。

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

- わが国の睡眠障害は、睡眠不足症候群（仕事、勉学、その他の活動が原因）、不眠、交代勤務、睡眠呼吸障害（睡眠時無呼吸症候群）がその大部分を占めると考えられる。これらの睡眠障害は、高血圧、糖尿病、循環器疾患、精神疾患、脳血管性認知症の発症リスクであることが報告されている。一方で、睡眠障害によって起こる慢性睡眠不足状態では、必ずしも自覚的眠気を感じる事がなく、眠気を疲労、加齢と誤認していることが多いことが、生理学的研究、疫学研究で明らかにされてきた。したがって、本人の自覚が伴わずに交通事故、循環器疾患の高リスク者となりうることから、本人が体調悪化の理由を比較的自覚しやすい睡眠不足症候群、不眠、交代勤務と異なり、自覚しにくい睡眠呼吸障害への気づきを促す研究・施策が必要である。すなわち、眠気をチェックするよりも『いびきの頻度』『大きいいびきの有無』、『睡眠中の呼吸停止の有無』など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、交代勤務者の割合は、わが国を含む先進諸国で労働者の約 2～4 割とされており、グローバル化を迎え、更に多くの労働者が従事す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。これらの睡眠障害に関する諸問題の解決が、起床時の熟睡感不全、日中の疲労・原因不明の眠気等の解決につながり、『睡眠による休養を十分とれていない者』の割合を減らすと期待される。
- 2018 年（平成 30 年）に「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」が制定され、労働時間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など十分な休養をとれる働き方を推進し、産業医・産業保健機能の強化により労働者の健康管理等を適切に行っていく方針となっている。具体的には、労働基準法、労働安全衛生法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を行う。

#### <参考>

- 健康づくりのための睡眠指針 2014  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf>
- 過労死等の防止のための対策に関する大綱(平成 27 年 7 月 24 日閣議決定)  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000092244.html>

## (4) 飲酒

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している (内 a*)	2 (1)
b 変わらない	1
c 悪化している	
d 評価困難	

- 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合」は2010年（平成22年）から2016年（平成28年）の間で、男・女共にあまり変化は認められない。ただし、女性については2015年（平成27年）から2016年（平成28年）にかけて上昇する傾向もみられることから、注意深く推移を観察する必要がある。
- 未成年者の飲酒については2010年（平成22年）、2012年（平成24年）、2014年（平成26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。特に、男性に比べて女性の低下が顕著に見える。
- 妊娠中の飲酒については、2010年（平成22年）のベースライン値（8.7%）に比べて2013年（平成25年）の直近値（4.3%）はおよそ半分に減っている。さらに、2000年（平成12年）に行われた乳幼児身体発育調査での割合が18.1%であったことを考慮すると、妊婦の飲酒者割合は減少傾向にあると推測される。

### イ 関連した取組

#### <アルコール健康障害対策推進基本計画>

2016年（平成28年）5月31日に閣議決定された「アルコール健康障害対策推進基本計画」には、特に向こう5年間で実施されるべき重点課題が2つ盛り込まれている。その一つ「飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防」の、向こう5年間に達成されるべき目標が、健康日本21（第二次）の飲酒に関係した3項目と同一である。この計画に従えば、健康日本21（第二次）の最終年度より前倒して、これら3項目の目標は達成されなければならないことになっている。

以上を達成するために、基本計画には以下のような対策が盛り込まれている。

- 未成年者や妊婦およ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未成年者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に関する調査研究を行う。

#### <その他の取組>

- 多量飲酒者への対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】（平成25年4月）」に減酒支援（ブリーフインターベンション）を収載。また、「標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】」への改訂の際に、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が気になる方のための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。

#### ウ 今後の課題・対策

- 国のアルコール健康障害対策推進基本計画に基づく対策が確実に実施されていくことが必要である。
- 各都道府県における都道府県アルコール健康障害対策推進計画が早期に策定され、確実に実施されていくよう推進する。
- 上記基本計画に含まれていないが、アルコール健康障害を予防するためのブリーフインターベンションの広範な施行は、特に「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少」の達成のために非常に重要であり、この対策を推進する。
- 第3期がん対策推進基本計画において、予防可能ながんのリスク因子の1つとして過剰飲酒が挙げられており、上記の対策等を通じて、がんの罹患者や死亡者の減少に取り組む。
- 国、地方公共団体、業界団体、関連機関、企業、地域団体等が連携・協力しながら飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を推進する。特に、未成年者の飲



酒防止や女性の適正量を超えた飲酒の予防などの活動を行っていく。また、自治体や企業等の先進的な取り組みを評価し、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。

<参考>

- アルコール健康障害対策  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000176279.html>
- 標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】（平成 30 年 4 月）  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>

## （５）喫煙

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している（内 a*）	4（3）
b 変わらない	
c 悪化している	
d 評価困難	

- 成人の喫煙率は策定時から横ばいで推移していたが、2015 年（平成 27 年）の実績値から減少に転じた。しかし、策定時のベースライン値 19.5%から直近（2016 年（平成 28 年））までに 1.2%しか減少しておらず、このままでは目標値 12%の達成は難しい。  
 ※ 平成 26 年（2014 年）特定健康診査受診者（対象者は 40～74 歳）の喫煙率は 23.0% であり、国民健康・栄養調査以外で把握できる値についても留意する必要がある。
- 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、このままの減少率を維持することで、2022 年（平成 34 年）に目標値の達成が見込まれる。
- 妊娠中の喫煙率はベースライン値 5.0%と比較して、直近の実績値の 3.8%まで減少している。
- 受動喫煙の機会を有する者の割合は、行政機関、医療機関、家庭、飲食店すべてにおいて、減少している。職場については、全面禁煙又は空間分煙を講じている職場の割合は増加しているが、わずか 1.4%の増加にとどまっている。いずれの指標も改善傾向にあるが、このままでは目標値の達成には不十分である。特に飲食店と職場においては目標値の達成は難しい。

#### イ 関連した取組

- 2010年10月 たばこ税・価格の引き上げ  
(たばこ税1本3.5円、価格1箱100~140円程度)
- 2012年6~7月 健康日本21(第二次)およびがん対策推進基本計画(第2期)の策定  
(成人喫煙率や受動喫煙防止等に関する数値目標の設定)
- 2013年4月 兵庫県受動喫煙防止条例の施行(罰則付き)
- 2013年4月 第二期特定健診・特定保健指導における喫煙の保健指導の強化
- 2015年6月 労働安全衛生法の改正に伴う職場の受動喫煙防止対策の推進(努力義務)
- 2017年10月 東京都子どもを受動喫煙から守る条例の成立(罰則なし)
- スマート・ライフ・プロジェクトにおいて4つのテーマ(運動、食生活、禁煙、健診・検診の受診)を中心とした取組を推進している。その一環として、生活習慣病予防の啓発、健康増進のための優れた取組をしている企業・団体・自治体を表彰しており、禁煙に独自に取り組んだ企業等、好事例の横展開を図っている。

#### ウ 今後の課題・対策

- 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。
- 喫煙率の低下に関しては、たばこ規制枠組条約の趣旨に基づき、国民の健康の観点からの、更なるたばこ税の引上げ、たばこの警告表示の強化、メディアキャンペーンの実施、たばこ広告、販売促進等の包括的禁止に加え、医療や健診等の場での禁煙支援や禁煙治療の更なる充実と普及、禁煙の相談を気軽にできるクイットラインの拡充整備といった対策を組み合わせることでさらに強力に進めることが必要であり、そのための政策の更なる充実が喫煙の課題である。
- 受動喫煙対策に関しては、2018年の国会で制定された健康増進法の改正において原則屋内禁煙を定めており、今後の社会環境の変化による受動喫煙対策をより一層進めていく。
- 喫煙率や受動喫煙による被害について、所得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も必要である。
- 加熱式たばこについては、その喫煙および受動喫煙による健康影響が明らかになっていないこと、および市場の環境や使用の状況が変化しうること等から、実態把握や研究等を中長期的に行い、それらに基づいて必要な対応を検討していくこととしている。

<参考>

- スマート・ライフ・プロジェクト

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

- 受動喫煙対策

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000189195.html>

## (6) 歯・口腔の健康

### ア 指標の状況

策定時の値と直近値を比較	項目数
a 改善している	3 (0)
b 変わらない	1
c 悪化している	1
d 評価困難	

- 60歳代における咀嚼良好者の割合は、ベースライン値から増加していたが、直近の実績値では減少に転じている。現状のデータでは今後の予測が困難である。
- 歯の喪失防止の項目については、80歳、60歳、40歳のすべての年齢で改善しており、その中でも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、ベースライン値から直近の実績値まで直線的に増加しており、目標をすでに達成している。
- 20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合は、ベースラインから直近の実績値まで減少しており、改善しているものの、40歳代と60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合は増加しており、悪化している。
- 3歳児のう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県数は、ベースライン値から増加している。直近の実績値は26都道府県であり、すでに目標を達成している。また、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においても、ベースラインから増加しており、直近の実績値は28都道府県ですでに目標を達成している。
- 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合は増加しており、改善している。

## イ 関連した取組

- 国では、2011年（平成23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「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」を策定し、歯科口腔保健の推進のための具体的な目標・計画を策定している。また、市区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。
- 自治体の取組について、歯科口腔保健の推進に関する条例を制定している都道府県は47のうち43であり、取組は推進されている。
- 日本歯科医師会は当時の厚生省とともに、1989年（平成元年）より、「80歳になっても20本以上自分の歯を保とう」という8020（ハチマルニイマル）運動を開始しており、すべての年齢層での現在歯数の増加に取り組んでいる。また、ほとんどの都道府県でう蝕予防や歯周病予防のための啓発活動を継続してきている。
- 日本口腔衛生学会では、「今後のわが国における望ましいフッ化物応用への学術的支援」としてフッ化局所応用、及び水道水フッ化物添加法を推奨している。

## ウ 今後の課題・対策

- 乳幼児期・学齢期のう蝕歯数は減少傾向にあり、すべての年齢層での現在歯数は増加していることが確認できた。
- 乳幼児期・学齢期のう蝕有病状況については、改善傾向にある一方で、様々な研究において、社会経済的因子によってう蝕有病状況に健康格差が生じていることや、多数のう蝕を保有する者が増加していることなどの報告がある。さらに、一般的な疾患と比較して高い有病率であることから、集団全体のリスクを低減させるう蝕予防対策が重要である。
- 歯科疾患実態調査より、いずれのライフステージにおいてもう蝕有病者率は高い水準にあることに留意しつつ、継続的な歯科疾患予防に対する取組を推進することが必要である。
- 歯周病に関しては、平成28年度の具体的な指標は策定時に比較して悪化しているものの、それ以前は、状況は改善もしくは変わらない傾向にある。歯周病の予防については、日頃のセルフケアに加え専門的な指導や管理も必要なことから、健診の効率化等の工夫を図りつつ、定期的な歯科健診が普及するような取組が必要である。また、喫煙等の生活習慣が歯肉炎・歯周炎を引き起こす可能性もあることから、禁煙対策の推進の視点を含めて、歯周病予防への対策を進める必要がある。
- 歯周病の有病者率の増加については、歯周病検診のマニュアルが改訂され、

歯周病の評価が見直されたことによる影響との指摘もあるため、新しい評価方法のもとでの有病者率の動向などについて、今後も注視する必要がある。

- 高齢期では、現在歯数の増加に伴い、歯周病だけでなくう蝕にも罹患する可能性が高まることから、現在歯が健全な状態や機能を維持するための取組が必要である。
- 歯科疾患等の地域格差について、う蝕や歯周病および口腔機能の都道府県における詳細な地域差までは明らかにできていないことや、要因分析のためのデータが十分ではないことから、今後の検討課題と思われる。
- ライフステージに応じた取組を進めるに当たり、国、都道府県、市区町村等それぞれの単位での、関係部局との連携した施策・取組の推進が求められる。

<参考>

- 歯科口腔保健関連情報

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/shikakoukuuhoken/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/shikakoukuuhoken/)

## 第4章 目標に関する整理

### I 目標設定の際に準拠した計画等の改訂が行われた項目について

#### 1. がん対策推進基本計画

目標設定時は第2期の基本計画（平成24年6月閣議決定。）に準拠して設定された。平成30（2018）年3月9日に閣議決定された第3期の基本計画は、平成29（2017）年度～平成34（2022）年度までを実行期間として、その目標は以下の通りとなった。

#### 別表第二 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目標

##### （1）がん

目標項目	目標	第3期がん対策推進基本計画
① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少	73.9 （平成27年）	減少傾向へ （平成34年）
② がん検診の受診率の向上	50% （胃がん、肺がん、 大腸がんは当面 40%） （平成28年）	50% （平成34年）

○ がん対策推進協議会での議論を踏まえ、第3期の基本計画では、「75歳未満のがんの年齢調整死亡率」ではなく、がんによる死亡者を着実に低下させていくためには、がんにかかっている者を減らすことが重要であることから「がん検診の受診率」等を具体的な目標としている。

○ 「がん検診の受診率」については、第3期の基本計画より対策型検診で行われている全てのがん種において目標値を50%としている。

○ いずれの項目も、第3期の基本計画に合わせて目標設定を変更する。

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(5) 喫煙

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

昨今の受動喫煙対策に関わる動向を踏まえ、以下の通り目標の変更を検討する。

目標項目	目標	変更案
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	行政機関 0% 医療機関 0% (平成 34 年度) 職場 受動喫煙の無い職場の実現 (平成 32 年) 家庭 3% 飲食店 15% (平成 34 年度)	望まない受動喫煙のない 社会の実現 (平成 34 年度)

## 参考

以下の目標は設定時に基本計画に準拠したものではないが、関連する項目であり参考として記載する。

### 別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

#### (2) 身体活動・運動

目標項目	目標	第3期がん対策推進基本計画
② 運動習慣者の割合の増加	20～64歳 男性：36% 女性：33% 65歳以上 男性：58% 女性：48% (平成34年度)	平成34年度までに運動習慣のある者について、20～64歳の男性36.0%、女性33.0%、65歳以上の男性58.0%、女性48.0%とすることを實現することとする

#### (4) 飲酒

目標項目	目標	第3期がん対策推進基本計画
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	男性 13% 女性 6.4% (平成34年度)	平成34年度までに生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者について、男性13.0%、女性6.4%とすることを實現することとする

#### (5) 喫煙

目標項目	目標	第3期がん対策推進基本計画
① 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)	12% (平成34年度)	平成34年度までに成人喫煙率を12%とする
② 未成年者の喫煙をなくす	0% (平成34年度)	平成34年度までに20歳未満の者の喫煙をなくす



## 2. 医療費適正化計画

目標設定時は「第二期医療費適正化計画」（平成 25 年度～平成 29 年度）に準拠して設定された。「第三期医療費適正化計画」（平成 30 年度～平成 35 年度）が策定され、目標の設定は以下の通りである。

### 別表第二 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目標

#### (2) 循環器疾患

目標項目	目標	第三期医療費適正化計画
⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	平成 25 年度から開始する第 2 期医療費適正化計画に合わせて設定 (平成 29 年度)	特定健康診査の実施率 70%以上 特定保健指導の実施率 45%以上 (平成 35 年度)

#### (3) 糖尿病

目標項目	目標	第三期医療費適正化計画
⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	平成 25 年度から開始する第 2 期医療費適正化計画に合わせて設定 (平成 29 年度)	特定健康診査の実施率 70%以上 特定保健指導の実施率 45%以上 (平成 35 年度)

- 第三期医療費適正化計画において第二期と数値目標の変更はなく、合わせて目標を維持し、また、第三期医療費適正化計画は平成 35 年度までを計画期間としており、目標設定年も合わせて平成 35 年度とする方針とする。

### 3. 自殺総合対策大綱

目標設定時は「自殺総合対策大綱」（平成 24 年 8 月）に準拠し、自殺対策の数値目標は「平成 28 年までに、自殺死亡률을 17 年と比べて 20%以上減少させることを目標とする」と設定された。自殺死亡률은、平成 17 年 24.2 から平成 27 年 18.5 と 10 年間で 23.6%減少し、目標を達成した。

平成 29 年 7 月 25 日に閣議決定された「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～」においては、以下の通り新たな目標が設定された。

#### 別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

##### (1) こころの健康

目標項目	目標	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～
① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）	19.4 （平成 28 年）	平成 38 年までに、自殺死亡률을平成 27 年と比べて 30%以上減少： 自殺者（人口 10 万人当たり） 13.0 以下

○ 自殺死亡률은策定時 2010 年（平成 22 年） 23.4 から減少し、直近 2015 年（平成 27 年） 18.5 において目標に到達している。「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～」に合わせて目標を変更する。また同大綱において平成 38 年までに達成する目標と定めており、目標設定年は平成 37 年とする。

#### 4. 健やか親子21

目標設定時は「健やか親子21」（平成13年～平成26年）に準拠して設定された。

現在「健やか親子21（第2次）」（平成27年度～平成36年度）が展開されており、目標の設定は以下の通りである。

#### 別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

##### （1）こころの健康

目標項目	目標	健やか親子21（第2次）
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	増加傾向へ （平成26年）	重点課題①【参考とする指標2】 小児人口に対する児童精神科医師の割合（小児人口10万対）

○健やか親子21（第2次）において「参考とする指標（※）」になっており具体的な数値目標設定はされていない。目指すべき目標内容に変更はなく、健康日本21（第2次）の期間に合わせて目標設定年を2022年度に変更する。

※参考とする指標：具体的な目標値を設けないものの、データの推移等を継続的に注視する指標。

##### （2）次世代の健康

目標項目	目標	健やか親子21（第2次）
② 適正体重の子どもの増加		
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	減少傾向へ （平成26年）	基盤課題A【健康水準の指標2】 全出生数中の低出生体重児の割合 中間評価（5年後目標） 減少 最終評価（10年後目標） 減少
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 減少傾向へ （平成26年）	基盤課題B【健康水準の指標5】 児童・生徒における肥満傾向児の割合 中間評価（5年後目標） 8.0% 最終評価（10年後目標） 7.0%

○ア：健やか親子21（第2次）に合わせて現行の目標を維持し、健康日本21（第2次）の期間に合わせて目標設定年を2022年度に変更する。

○イ：学校保健統計調査では、性別・年齢別・身長別標準体重をもとに肥満度を計算し、肥満度20%以上を「肥満傾向児」とし、肥満度20%以上30%未満を「軽度肥満傾向児」、肥満度30%以上50%未満を「中等度肥満傾向児」、肥満度50%以上を「高度肥満傾向児」と区分している。健やか親子21（第2次）においては、「児童・生徒における肥満傾向児の割合（健康水準の指標）」について、学童期からの肥満は重要な問題であることから、10歳（小学5年

生)の学校保健統計調査による肥満傾向児の男女合計値を用いることとし、目標値を設定している。

健康日本21(第二次)の策定時においては、「肥満傾向にある子どもの割合の減少」について具体的な減少幅の目標は設定せず、当時の「健やか親子21」の最終評価の動向も踏まえ、目標値の再設定を検討することとしていた。

したがって、今後は健やか親子21(第2次)に準じて「10歳(小学5年生)の肥満傾向児の割合」を正式な指標とし、目標設定を健やか親子21(第2次)の最終目標に合わせて7.0%に変更、現在指標としている「小学5年生の中等度・高度肥満傾向時の割合」を参考値として扱うこととする。また健やか親子21(第2次)の期間は2022年度までとなっており、それに合わせて目標設定年は2022年度に変更する。

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(4) 飲酒

目標項目	目標	健やか親子21(第2次)
③ 妊娠中の飲酒をなくす	0% (平成26年)	基盤課題A【健康行動の指標7】 妊娠中の妊婦の飲酒率 中間評価(5年後目標) 0% 最終評価(10年後目標) 0%

(5) 喫煙

目標項目	目標	健やか親子21(第2次)
③妊娠中の喫煙をなくす	0% (平成26年)	基盤課題A【健康行動の指標5】 妊娠中の妊婦の喫煙率 中間評価(5年後目標) 0% 最終評価(10年後目標) 0%

○いずれも健やか親子21(第2次)において目標が維持されている。合わせて現行の数値目標を維持し、健康日本21(第二次)の期間に合わせて目標設定年を平成34年度に変更する。

## Ⅱ 目標値に達成している項目について

### 1. 別表第二 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目標

#### (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（10万人当たり）

各危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病）の目標が達成された場合に期待される脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率の減少割合を推計した結果により設定された。

中間評価において既に目標に到達しているが、危険因子の目標が全て達成されてはならず、年齢調整死亡率の減少が予防対策のみによるものではなく、急性期治療の進歩等の影響も考えられ、慎重な評価が必要である。

#### 目標

##### ① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）

男性	脳血管疾患	41.6（平成34年度）
女性	脳血管疾患	24.7（平成34年度）
男性	虚血性心疾患	31.8（平成34年度）
女性	虚血性心疾患	13.7（平成34年度）

#### 直近の実績値（平成27年 人口動態調査）

##### 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率（10万人当たり）

男性	脳血管疾患	37.8
女性	脳血管疾患	21.0
男性	虚血性心疾患	31.3
女性	虚血性心疾患	11.7

○今後も引き続き慎重な評価が必要であり、現行の目標を維持する。

## 2. 別表第二 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目標

### (3) 糖尿病

#### 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

特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上における目標が達成された場合に期待される HbA1c (NGSP) 8.4%以上の者の割合の減少効果の推計をもとに設定された。

中間評価において既に目標に到達しているが、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上は目標に到達していないことから、慎重な評価が必要である。

#### 目標

- 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  
1.0% (平成 34 年度)

#### 直近の実績値 (平成 26 年度実施分 第 2 回 NDB オープンデータ)

HbA1c (NGSP) 8.4%以上の者の割合  
0.96%

○今後も引き続き慎重な評価が必要であり、現行の目標を維持する。

### 3. 別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

#### (1) こころの健康

##### ① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）

目標設定時は「自殺総合対策大綱」（平成 24 年 8 月）に準拠して設定された。

目標	
① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）	19.4（平成 28 年）

直近の実績値（平成 27 年 人口動態調査）	
自殺者（人口 10 万人当たり）	18.5

○直近の値において目標に到達している。「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～」に合わせて目標を変更する。

※詳しくは「I 3. 自殺総合対策大綱」の項を参照。

4. 別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(6) 歯・口腔の健康

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」については、歯科疾患実態調査の過去3回分のデータをもとに回帰分析による予測を行い、目標を設定した。

「イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合」については、平成5年では44.1%、平成11年では58.3%、平成17年では60.2%といった結果が示すように、増加傾向に減衰が認められたため、平成11年と平成17年のデータのみを用い、推計値を求め目標を設定した。

中間評価において既に目標に到達している。

目標

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の増加  
50% (平成34年度)

イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加  
70% (平成34年度)

直近の実績値 (平成28年 歯科疾患実態調査)

ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合  
51.2%

イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合  
74.4%

○ 平成17年から平成28年までの過去3回分のデータをもとに平成34年度の推計値を求めたところ、80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合は80.4%、60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合は64.2%であるため、新たな目標を次のとおりに設定する。

ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加  
60% (平成34年度)

イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加  
80% (平成34年度)



#### ④ 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」については、3歳児健康診査の過去のデータ（平成16～21年）を用いて、3歳児でう蝕のない者の割合が80%以上であった都道府県数を年度ごとに算出し、得られたデータをもとに回帰分析による予測を行い、目標を設定した。

「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」については、学校保健統計調査の過去のデータ（平成19～23年）を用いて、12歳児の一人平均う歯数が1.0未満であった都道府県数を年度ごとに算出し、得られたデータをもとに回帰分析による予測を行い、目標を設定した。

中間評価において既に目標到達している。

#### 目標

##### ④ 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

23 都道府県（平成34年度）

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

28 都道府県（平成34年度）

#### 直近の実績値

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

（平成27年 厚生労働省実施状況調べ（3歳児歯科健康診査））

26 都道府県

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

（平成28年 文部科学省「学校保健統計調査」）

28 都道府県

○ 健康格差や地域格差の縮小を目指す観点から、47都道府県を目標とする。

### Ⅲ その他

#### 1. 別表第二 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目標

##### (2) 循環器疾患

##### 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

現在の目標は以下の表の通りであり、既に設定年度（平成 27 年度）を過ぎて  
いる。

##### (2) 循環器疾患

目標項目	目標	変更案
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	平成 20 年度と比べて 25%減少 (平成 27 年度)	平成 20 年度と比べて 25%減少 (平成 34 年度)

##### (3) 糖尿病

目標項目	目標	変更案
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（再掲）	平成 20 年度と比べて 25%減少 (平成 27 年度)	平成 20 年度と比べて 25%減少 (平成 34 年度)

- 依然目標値に到達しておらず、引き続き目標達成に向けて取り組む必要が  
あり、目標設定年を健康日本 21（第二次）終了年に合わせて平成 34 年度に  
変更する。

## 2. 別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

### (3) 高齢者の健康

#### ② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上

認知症とはいえませんが、加齢に伴う範囲を超えた認知機能低下がみられる状態の高齢者に対して、運動や趣味に関する様々な介入を行うことで、認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことを踏まえ、認知機能低下ハイリスク高齢者を介護予防事業において実態把握することが目標として設定された。

目標項目	策定時	目標	データソース
② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	0.9% (平成 21 年)	10% (平成 34 年度)	厚生労働省「介護予防事業報告」(基本チェックリスト; 認知症関連 3 項目のうち 1 項目該当)

しかし、平成 27 年度の介護保険制度改正により、現在、基本チェックリストを使用した介護予防事業は実施していないため、指標の把握が困難となっている。したがって、今後の新たな目標として以下への差し替えを提案する。

目標項目 (案)	ベースライン値	直近の実績値	目標 (案)	データソース
② 認知症サポーター数の増加	545 万人 (平成 26 年)	880 万人 (平成 28 年度)	1200 万人 (平成 32 年度)	厚生労働省老健局 認知症施策推進室による把握

※認知症サポーターとは：認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者。市町村や職場などで実施される「認知症サポーター養成講座」を受講した人が認知症サポーターとなる。

○ 本目標は「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)(平成 27 年 1 月 27 日策定、平成 29 年 7 月 5 日改定)における「認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進」のなかで主要な政策の数値目標の 1 つとして掲げられている。誰もが認知症とともに生きることになる可能性があり、また、誰もが介護者等として認知症に関わる可能性があるなど、認知症は皆にとって身近な病気であることを、普及・啓発等を通じて改めて社会全体として確認していくという基本的な考え方にもとづき、認知症サポーターの養成と活動の支援を推進することとしている。

○ 健康日本 21 (第二次)においては、「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、守る環境作りに努めていくことが重要である」という考えのもと、社会環境の整

備に関する目標を設定している。本目標は「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」の推進の重要な要素の一つであるとされており、認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職域で認知症の人やその家族を手助けする認知症サポーターが養成されることは、社会環境の整備という視点においても「高齢者の健康」において目指すべき重要な目標であると考えられる。

### 3. 別表第四 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

- 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

策定時の直近2年間でスマート・ライフ・プロジェクトに登録した企業数が500社に近づいたことから、その後の10年での登録数を2,500社と推定、策定時の登録数と合わせ3,000社を目標とした。

#### 目標（案）

- 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

参画企業数 3,000社（平成34年度）

参画団体数 7,000団体（平成34年度）（追加）

健康を支え、守るための社会環境の整備には、企業のみならず自治体等の役割も重要であることから、スマート・ライフ・プロジェクトに参画した企業等（自治体や組合を含む）の登録数（以下、「参画団体数」という。）にも目標を設定することとした。

#### 直近の実績値（平成28年度）

スマート・ライフ・プロジェクトの参画企業数

2,890社

スマート・ライフ・プロジェクトの参画団体数

3,673団体

○平成25年から平成28年の参画団体数のデータを元に線形近似曲線を作成し、それにより平成34年には約7,000団体になると予測されることから、7,000団体を目標とする。

## 第5章 中間評価の総括と今後の課題

### I 各基本的方向のまとめ

#### 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。

今回の中間評価においては、いずれの指標も目標に向かって前進していることが分かったが、最終評価においても同様の結果を得るためには、今後も基本的方向2～5の目標達成に向けた取組を引き続き推進することが不可欠である。加えて、さらなる健康寿命の延伸・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、どのような対策がどの程度生活習慣病を減らすことが可能かなど、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。したがって、健康寿命に影響する因子を解明するための研究を引き続き行い、今後の生活習慣病対策等に反映していく。

また、第4回経済財政諮問会議（2018年4月12日）で、厚生労働省は「健康寿命延伸に向けた取組」として「次世代の健やかな生活習慣形成等（健やか親子施策）」、「疾病予防・重症化予防（がん対策・生活習慣病対策等）」、「介護・フレイル予防（介護予防と保健事業の一体的実施）」を重点取組分野とし、①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域間の格差の解消という2つのアプローチから健康寿命の延伸を目指すこととしている。こうした動向も踏まえ、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。

#### 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うえ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。今回の中間評価において、目標項目のうち半分は改善しているという評価であった。

しかし、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目標値を推計して設定した項目において、目標に到達しているものもあるのに対し、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、という事象がみられている。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。また、こうしたことがみられる目標は「死亡率の減少」等、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する必要がある。したがって、現時点で改善しているものや既に目標に到達している項目についても、本計画内で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を踏まえ、単に順調な改善傾向と解釈することはせず、食事、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の継続が必要である。

また、それとともに、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策の推進も重要である。疾患毎に対する対策や合併症・重症化予防に関わる対策としては、「がん対策推進基本計画」や、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」等が展開されており、行政、保険者、関係団体が連携し、引き続き推進されていくことが期待される。（一次予防に関する目標については主に基本的方向5において定められているため後述する。）また、生活習慣病の病態解明や重症化予防のための研究、疾患の正しい知識の普及啓発を図っていく必要がある。

### 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もとづき目標を設定した。今回の中間評価において約6割程度の項目が改善したという評価であった。こころの健康、次世代の健康、高齢者の健康、いずれもほとんど偏りはない結果となっている。

こころの健康では、「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年7月）による自殺対策、職場におけるメンタルヘルス対策、依存症等への対策を引き続き推進していく。

次世代の健康では、母子保健分野における「健やか親子21（第2次）」等の計画や施策を通じて、健康な生活習慣や適切な体重の子どもの増加等を実現する必要がある。

高齢者の健康では、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」等の計画や施策を通じて、総合的な対策を推進していく。

以上のような対策により、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。

### 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。今回の中間評価において8割の目標項目が改善したという結果であった。

健康づくり対策を推進していくうえでは、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、事業に参画する企業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た。一方で、「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」については横ばいの状態であり、今後はこうした自治体や企業等の健康づくりに関する取組が個人にも波及していくよう、一層推進していく必要があると考える。また、健康格差対策に取り組む自治体は増加傾向であり、基本的方向1でも述べた通り、今後は具体的な健康寿命延伸の要因を明らかにし、健康格差対策につながるべく分かりやすい有用な情報提供をしていくことが必要である。

## 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。即ち、他の基本的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。今回の中間評価においては、約6割の項目が改善しているという結果であった。

しかし、「(1) 栄養・食生活 ②適切な量と質の食事をとる者の増加」や「(2) 身体活動・運動 ①日常生活における歩数の増加」、「(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」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変化がみられないものが多かった。目標同士の相関関係を鑑みるに、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。そのためには、事業者、地域、国が連携して、様々な機会を通じた普及啓発活動を行うとともに、地域差や社会経済的格差等の調査を行い、その格差の縮小に向けた対策が必要である。また環境整備も重要であり、他省庁や地方自治体等が連携をして、環境整備を推進していくことが期待される。

## II 全体の評価と今後の課題

改善していると評価した目標は全 53 項目中 32 項目であった。なかでも基本



的な方向1「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おり、いずれも指標が改善していた。したがって、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する。しかし、個別の目標項目においては策定時から改善はしているが最終目標への到達が危ぶまれるもの、変化がないもの、悪化したものもみられ、目標の指標全てが順調に改善しているわけではない。

基本的方向毎にみると、他と比較して評価が著しく低い基本的方向は特にみられなかった（参照：第3章表3-2 基本的方向毎の評価状況）。しかし、栄養・食生活、身体活動・運動、休養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、高血圧、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進捗が不十分な項目が多い傾向がみられた。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、守る環境作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、個人が自ら気が付いて行動に移すことが可能である健康課題だけでなく、個人のみでは気が付きにくい課題や、周囲の環境による要素が大きく、仮に気が付いたとしても、個人の力だけ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関わらず、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にもつながると考える。主に基本的方向4で示されているような、社会環境の整備に関する目標について、より一層の推進を図ることが個人の生活習慣等に係る目標の達成においても重要である。

今回、社会環境の整備に関する目標は改善しているものが多く、本計画が前進した背景には、社会全体として個人の健康増進につながる環境作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すすんだ影響が考えられる。こうした社会環境の整備に関する取組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・重症化予防の徹底につながり、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げることを目指す。

以上を踏まえ、引き続き健康日本21（第二次）を推進していくうえで必要と考えられる今後の方針を提示する。

○ 国、都道府県、市区町村、保険者、保健医療関係団体、産業界が連携して社会環境の整備を進めることで、社会全体としての健康づくり運動に対する気運をより一層高めていく。厚生労働省だけでなく、健康づくりに資する施策に取り組む他省庁との連携や、特定健診・特定保健指導やデータヘルスをはじめとした保険者が主体となる取組、健康経営をはじめとする企業主体となる取組、また自治体等が地域の実情に応じて独自に行っている取組等を通じて、多方面からあらゆる世代、性別、社会経済状況にある国民へ、健康づくりにつながるアプローチを行っていく必要がある。その結果として、個人が健康づくりにおいて取り組むことが望ましい課題に気づきやすい環境や、自発的に行動を起こしやすい環境、個人では取り組みにくい課題についても解決できるような環境づくりを目指す。

○ 厚生労働省において健康づくりに資することを目的として策定した指針等について、認知率が低いとの指摘がある。まずは、国、自治体等においてこういった資料を活用し、健康づくりに関する有用な情報を周知していく必要がある。また、スマート・ライフ・プロジェクト等を通じて、健康づくりに取り組む企業や団体においても活用してもらうことで、情報が個人にまで届くよう、図っていく必要がある。

○ 自治体における健康づくりに対する取組は分野によって温度差があるという指摘がある。また、多くの自治体が各自の抱える健康課題へ取り組むことを検討しているものの、効果的な取組の実行に関する課題を抱えていることも少なくないと考える。効果的な取組を行っている自治体や企業・団体の事例をスマート・ライフ・プロジェクトにおける表彰活動等を通じてより広く周知していく。また、健康格差の要因分析を引き続き行い、その結果を周知することで、各自自治体がより重点的に取り組むべき課題等を分かりやすくしていく必要がある。

○ 健康課題に取り組む自治体は増加傾向である一方で、取組そのものや結果に対する評価が適切に行えているのかが不明瞭であるという指摘もある。一般的には、参加人数等で評価を行っていることが少なくないようだが、そういった数字だけでは実際の参加者への波及効果が適切に評価できていない可能性もある。取組そのものだけでなく、実施した取組に対する評価のプロセスやその改善の実施方法（PDCAサイクル）についても優良な取組事例の展開を今後は図る必要がある。

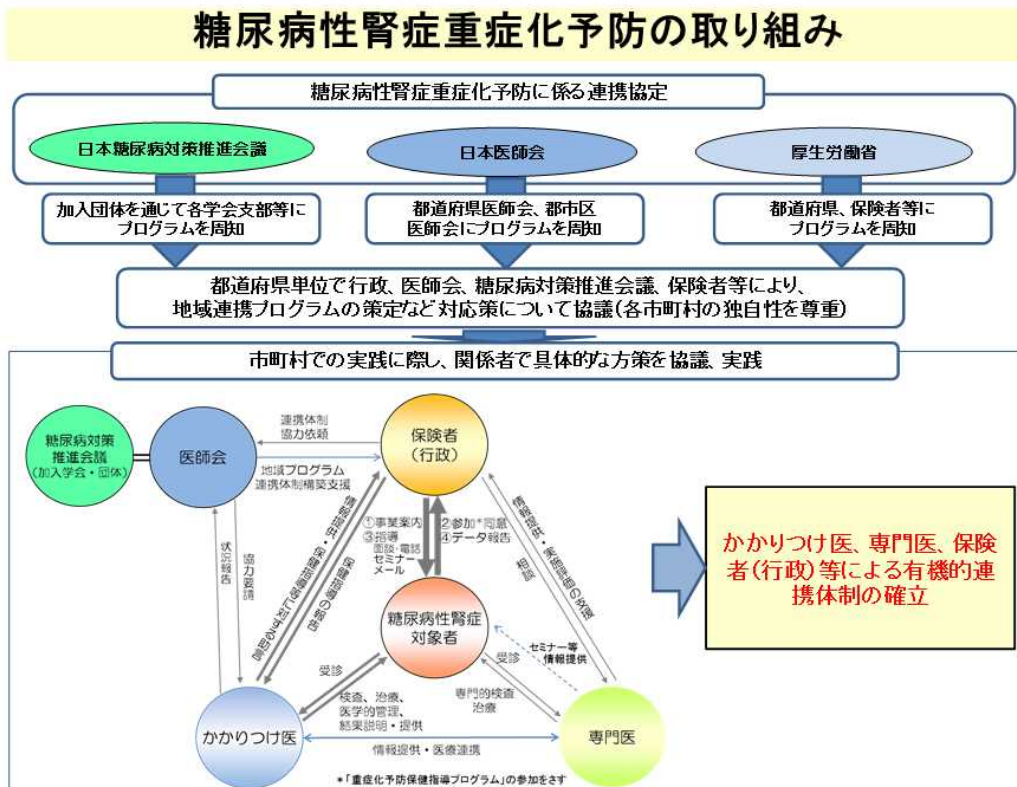
○ 近年、健康経営をはじめ、健康づくりに自発的に取り組む企業・団体も増加している。スマート・ライフ・プロジェクトにおける表彰活動等を通して優良な事例を周知し、さらなる健康づくり対策への参画を広く呼びかけていく必要がある。

ある。

全ての目標項目の指標の中間実績値を踏まえ、現時点での健康日本21（第二次）の進捗状況の評価を行い、今後の目標達成に向け取り組むべき課題を整理した。今後も全ての目標達成に向けた不断の努力が必要である。

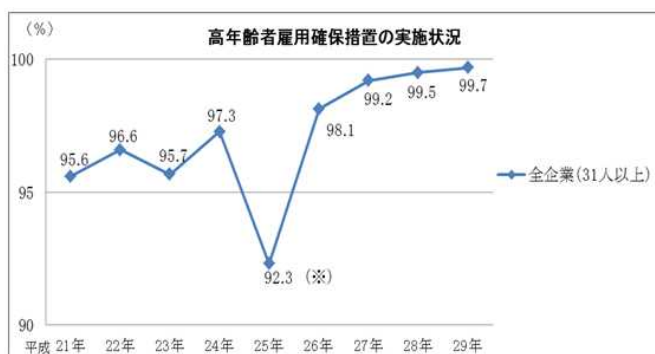
国、都道府県、市区町村、保険者、保健医療関係団体、産業界と言った関係者が総力を上げ、健康増進に向けた対策が充実強化されることにより、最終評価までにより一層の推進を図りたい。

参考資料 1 糖尿病性腎症重症予防の取り組み



参考資料 2 高齢者の社会参加の促進について

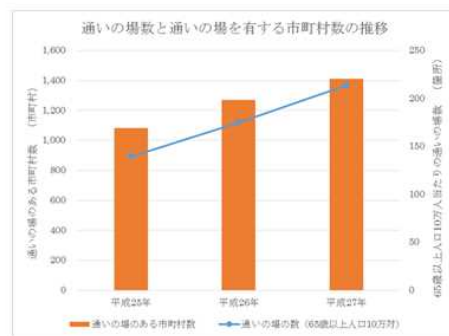
高齢者雇用確保措置実施済み企業(グラフ1)



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

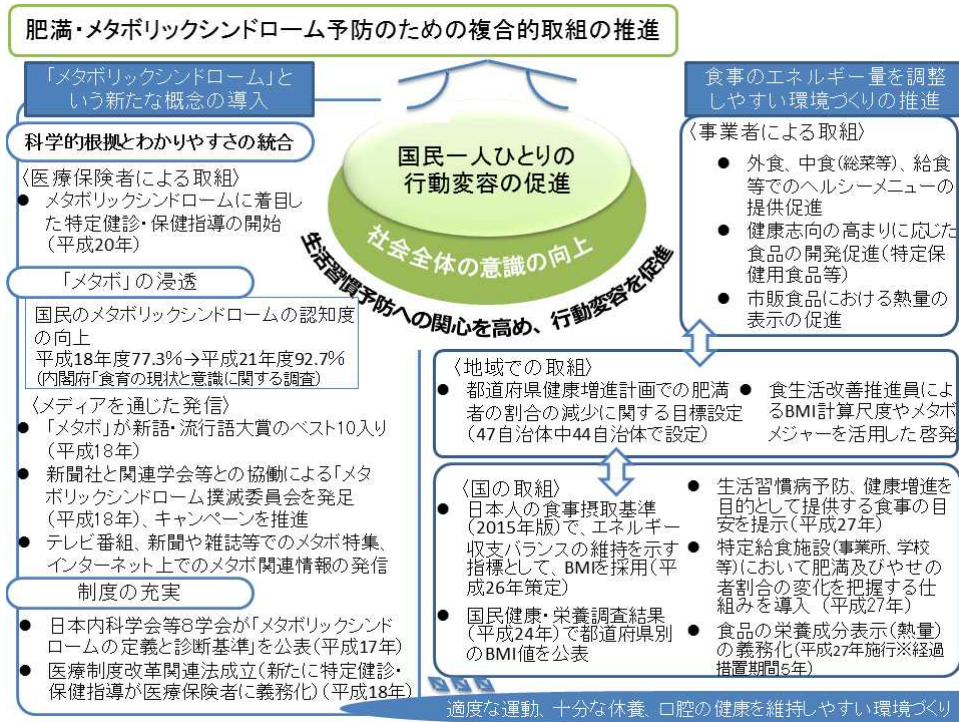
出典:厚生労働省「平成29年「高齢者の雇用状況集計結果」  
(<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11703000-Shokugyouanteikyokukouruishougaikooutaisakubu-Koureshakoyoutaisakuka/0000182225.pdf>)

通いの場の数と通いの場を持つ自治体数の年次推移(グラフ2)

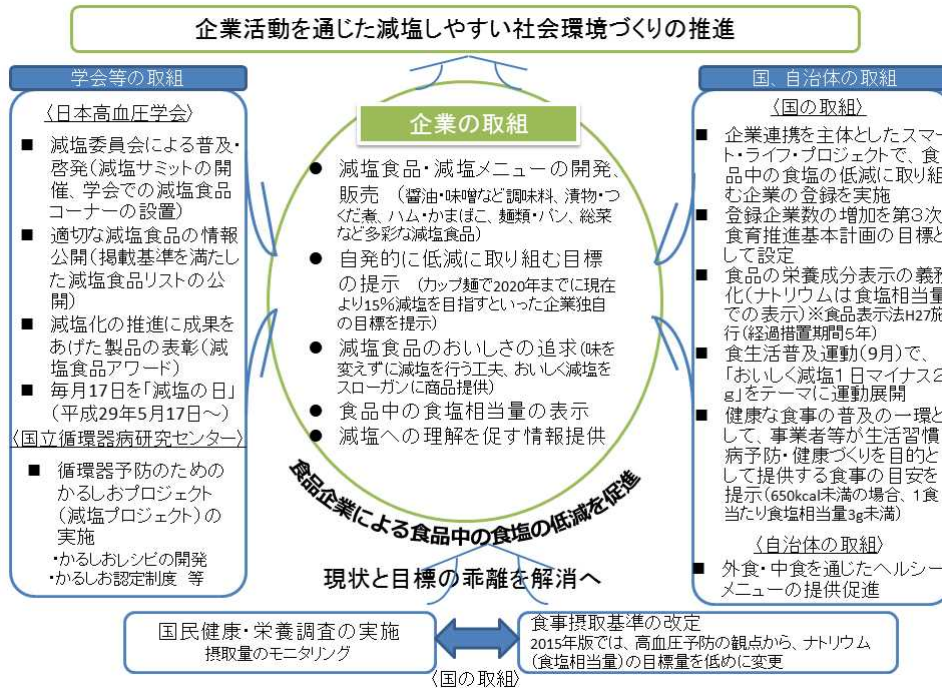


出典:厚生労働省「介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果」

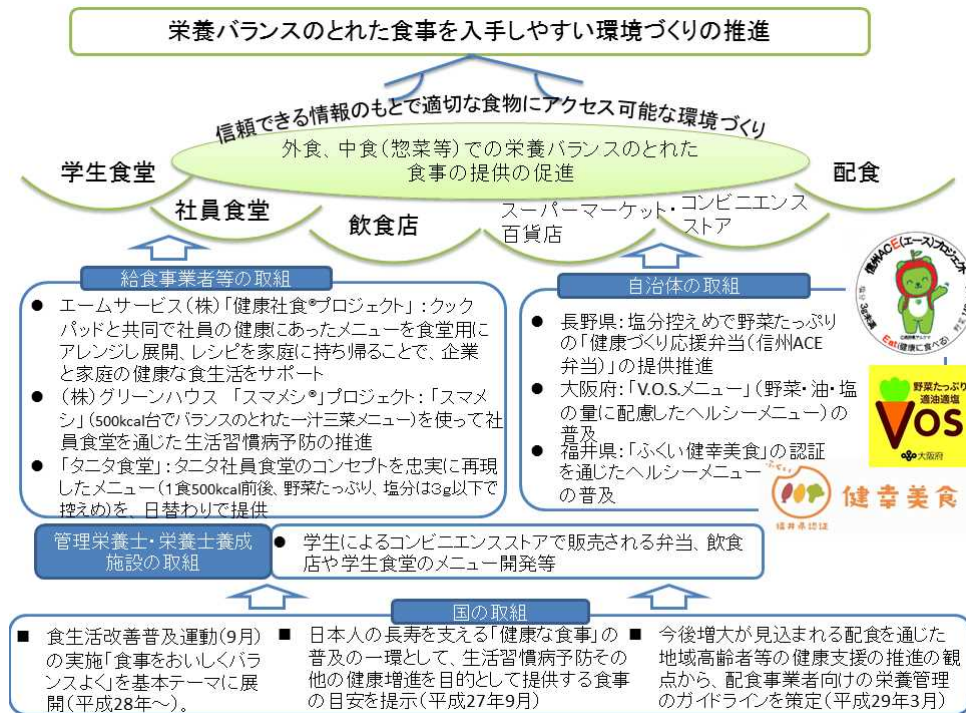
### 参考資料3 肥満・メタボリックシンドローム予防のための複合的取組の推進



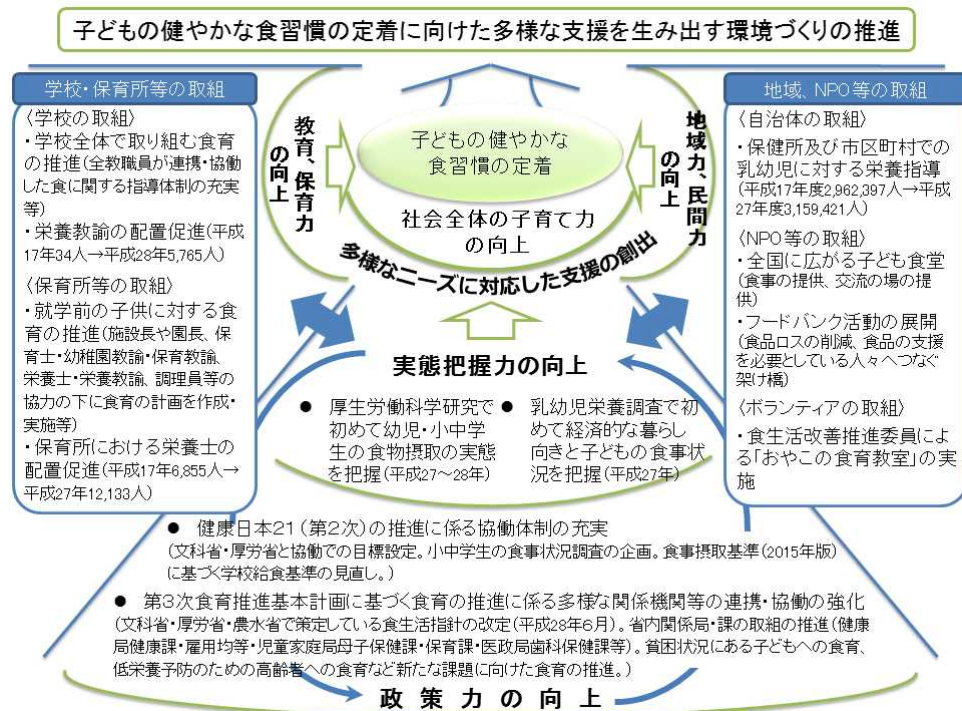
### 参考資料4 企業活動を通じた減塩しやすい社会環境づくりの推進



## 参考資料5 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



## 参考資料6 子どもの健やかな食習慣の定着に向けた多様な支援を生み出す環境づくりの推進



## 1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標

目標値	策定時のベースライン	直近のデータ	評価
①健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸） 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 （平成34年度）	男性 70.42年 女性 73.62年 (H22)	男性 72.14年 女性 74.79年 (H28)	a
②健康格差の縮小 （日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小） 都道府県格差の縮小（平成34年度）	男性 2.79年 女性 2.95年 (H22)	男性 2.00年 女性 2.70年 (H28)	a

## 2. 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目標

### (1) がん

目標値	策定時のベースライン	直近のデータ	評価
①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）  73.9 （平成27年）	84.3  （平成22年 国立がん研究センターがん対策情報センター※厚生労働省「人口動態調査」をもとに算定）	76.1  （平成28年 国立がん研究センターがん対策情報センター※厚生労働省「人口動態調査」をもとに算定）	a*
②がん検診の受診率の向上  50% （胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%） （平成27年）	胃がん 男性 36.6% 女性 28.3% 肺がん 男性 26.4% 女性 23.0% 大腸がん 男性 28.1% 女性 23.9% 子宮頸がん 女性 37.7% 乳がん 女性 39.1% （平成22年 厚生労働省「国民生活基礎調査」）	胃がん 男性 46.4% 女性 35.6% 肺がん 男性 51.0% 女性 41.7% 大腸がん 男性 44.5% 女性 38.5% 子宮頸がん 女性 42.4% 乳がん 女性 44.9% （平成28年 厚生労働省「国民生活基礎調査」）	a*

### (2) 循環器疾患

目標値	策定時のベースライン	直近のデータ	評価
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）			
脳血管疾患 男性 41.6 女性 24.7 （平成34年度）	脳血管疾患 男性 49.5 女性 26.9 （平成22年 人口動態調査）	脳血管疾患 男性 36.2 女性 20.0 （平成28年 人口動態調査）	a
虚血性心疾患 男性 31.8 女性 13.7 （平成34年度）	虚血性心疾患 男性 36.9 女性 15.3 （平成22年 人口動態調査）	虚血性心疾患 男性 30.2 女性 11.3 （平成28年 人口動態調査）	
②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）			
男性 134mmHg （平成34年度）	男性 138mmHg （平成22年 国民健康・栄養調査）	男性 136mmHg （平成28年 国民健康・栄養調査）	a
女性 129mmHg （平成34年度）	女性 133mmHg （平成22年 国民健康・栄養調査）	女性 130mmHg （平成28年 国民健康・栄養調査）	
③脂質異常症の減少			
総コレステロール240mg/dl以上の割合 男性 10%、女性17% （平成34年度）	男性 13.8%、女性22.0% （平成22年 国民健康・栄養調査）	男性 10.8%、女性20.1% （平成28年 国民健康・栄養調査）	b
LDLコレステロール160mg/dl以上の割合 男性 6.2%、女性8.8% （平成34年度）	男性 8.3%、女性 11.7% （平成22年 国民健康・栄養調査）	男性 7.5%、女性11.3% （平成28年 国民健康・栄養調査）	
④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少  平成20年度と比べて25%減少 （平成27年度）	約1,400万人 （平成20年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況）	約1,412万人 （平成27年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況）	b
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 特定健康診査の実施率 70%以上 特定保健指導の実施率 45%以上 （平成29年度）	41.3% 12.3% （平成21年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況）	50.1% 17.5% （平成27年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況）	a*

### (3) 糖尿病

目標値	策定時のベースライン値	直近の実績値	評価
①合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少） 15,000人 （平成34年度）	16,247人 （平成22年 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」）	16,103人 （平成28年 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」）	b
②治療継続者の割合の増加 75% （平成34年度）	63.70% （平成22年 国民健康・栄養調査）	64.30% （平成28年 国民健康・栄養調査）	b
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 1.0% （平成34年度）	1.20% （平成21年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況）	0.96% （第2回 NDBオープンデータ（平成26年度実施分））	a
④糖尿病有病者の増加の抑制 1000万人 （平成34年度）	890万人 （平成19年 国民健康・栄養調査）	1,000万人 （平成28年 国民健康・栄養調査）	b
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） 平成20年度と比べて25%減少 （平成27年度）	約1,400万人 （平成20年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況）	約1,412万人 （平成27年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況）	b
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲） 特定健康診査の実施率 70%以上 特定保健指導の実施率 45%以上 （平成29年度）	41.3% 12.3% （平成21年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況）	50.1% 17.5% （平成27年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況）	a*

### (4) COPD

目標値	策定時のベースライン値	直近の実績値	評価
①COPDの認知度の向上 80% （平成34年度）	25.00% （平成23年 GOLD日本委員会調査）	25.50% （平成29年 GOLD日本委員会調査）	b

## 3. 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

### (1) こころの健康

目標値	策定時のベースライン値	直近の実績値	評価
①自殺者の減少（人口10万人当たり） 19.4（平成28年）	23.4 （平成22年 厚生労働省「人口動態調査」）	16.8 （平成28年 厚生労働省「人口動態調査」）	a
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 9.4%（平成34年）	10.40% （平成22年 厚生労働省「国民生活基礎調査」）	10.50% （平成28年 厚生労働省「国民生活基礎調査」）	b
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 100%（平成32年）	33.60% （平成19年 労働者健康状況調査）	56.60% （平成28年 労働安全衛生調査）	a*
④小児人口10万人当たりの小児科医師の割合の増加 増加傾向へ（平成26年）	小児科医 94.4 （平成22年 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」） 児童精神科医 10.6 （平成21年 日本児童青年精神医学会調べ）	小児科医 108.5 （平成28年 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」） 児童精神科医 12.9 （平成28年 日本児童青年精神医学会調べ）	a



## (2) 次世代の健康

目標値	策定時のベースライン値	直近の実績値	評価
<b>①健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加</b>			
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をして いる子どもの割合の増加 100%に近づける (平成34年度)	小学5年生 89.4% (平成22年度(独)日本ス ポーツ振興センター「児童生 徒の食事状況等調査」)	小学5年生 89.5% (平成26年度 厚生労働科学 研究費補助金事業「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」)	a*
イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 参考値：増加傾向へ 変更後：減少傾向へ (平成34年度)	(参考値) 週に3日以上 小学5年生 男子61.5%、女子35.9%  (変更後) 一週間の総運動時 間が60分未満の子どもの割合  小学5年生 男子10.5%、女子24.2% (平成22年度 文部科学省 「全国体力・運動能力、運動 習慣等調査」)	(変更後) 一週間の総運動時 間が60分未満の子どもの割合  小学5年生 男子6.4%、女子11.6% (平成29年度 スポーツ庁 「全国体力・運動能力、運動 習慣等調査」)	
<b>②適正体重の子どもの増加</b>			
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 減少傾向へ (平成26年)	9.60% (平成22年 厚生労働省「人 口動態調査」)	9.40% (平成28年 厚生労働省「人 口動態調査」)	b
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少 減少傾向へ (平成26年)	小学5年生の中等度・高度肥満 傾向児の割合 男子 4.60%、女子 3.39% (平成23年度 文部科学省 「学校保健統計調査」)	小学5年生の中等度・高度肥満 傾向児の割合 男子 4.55%、女子3.75% (平成28年度 文部科学省 「学校保健統計調査」)	

## (3) 高齢者の健康

目標値	策定時のベースライン値	直近の実績値	評価
①介護保険サービス利用者の増加の抑制 657万人 (平成37年度)	452万人 (平成24年度 厚生労働省「介 護保険事業状況報告」)	521万人 (平成27年度 厚生労働省 「介護保険事業状況報告」)	b
②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 10% (平成34年度)	0.90% (平成21年 厚生労働省「介 護予防事業報告」)	3.70% (平成26年 厚生労働省「介 護予防事業報告」)	d
③ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国 民の割合の増加 80% (平成34年度)	(参考値) 17.3% (平成24年 日本整形外科学会 によるインターネット調査)  (変更後) 44.4% (平成27年 公益財団法人 「運動器の10年・日本協会」 によるインターネット調査)	46.80% (平成29年 公益財団法人 「運動器の10年・日本協会」 によるインターネット調査)	a
④低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制 22%(平成34年度)	17.40% (平成22年 厚生労働省「国民 健康・栄養調査」)	17.90% (平成28年 厚生労働省「国 民健康・栄養調査」)	a
⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり） 男性 200人、女性260人 (平成34年度)	男性 218人、女性 291人	男性 210人、女性 267人 (平成28年 厚生労働省「国 民生活基礎調査」)	a*
⑥高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をして いる高齢者の割合の増加） 80%（平成34年度）	(参考値) 何らかの地域活動 をしている高齢者の割合 男性 64.0%、女性 55.1% (平成20年 内閣府「高齢者 の地域社会への参加に関する 意識調査」) (変更後) 高齢者の社会参加 の状況 男性 63.6%、女性55.2% (平成24年 厚生労働省「国 民健康・栄養調査」)	高齢者の社会参加の状況 男性 62.4%、女性 55.0% (平成28年 厚生労働省 「国民健康・栄養調査」)	b

#### 4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

目標値	策定時のベースライン値	直近の実績値	評価
①地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加） 65%（平成34年度）	（参考値）自分と地域のつながりが強い方だと思う割合 45.7% （平成19年 内閣府「少子化対策と家族・地域のきずなに関する意識調査」） （変更後）居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合 50.4% （平成23年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」）	居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合 55.9% （平成27年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」）	a
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 35%（平成34年度）	（参考値）健康や医療サービスに関係したボランティア活動をしている割合（20歳以上） 3% （平成18年 総務省「社会生活基本調査」） （変更後）健康づくりに関係したボランティア活動への参加割合 27.7% （平成24年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」）	健康づくりに関係したボランティア活動への参加割合 27.8% （平成28年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」）	b
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 スマート・ライフ・プロジェクトの参画企業数3,000社 （平成34年度）	スマート・ライフ・プロジェクトの参画企業数 420社 （平成24年）	スマート・ライフ・プロジェクトの参画企業数 2,890社 （平成28年度）	a
④健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加 （参考値）民間団体から報告のあった活動拠点数 15,000（平成34年度）	（参考値）民間団体から報告のあった活動拠点数 7,134 （平成24年 各民間団体からの報告）	（参考値）民間団体から報告のあった活動拠点数 13,404 （平成27年 各民間団体からの報告）	a
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加 47都道府県 （平成34年度）	11都道府県（23.4%） （平成24年 厚生労働省健康局健康課による把握）	40都道府県（85.1%） （平成28年 厚生労働省健康局健康課による把握）	a

## 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

### (1) 栄養・食生活

目標値	策定時のベースライン値	直近の実績値	評価
①適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25以上）、やせ（BMI 18.5未満）の減少） 20歳～60歳代男性の肥満者の割合 28% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合 19% 20歳代女性のやせの者の割合 20% (平成34年度)	31.2% 22.2% 29.0% (平成22年 国民健康・栄養調査)	32.4% 21.6% 20.7% (平成28年 国民健康・栄養調査)	b
②適正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 80% (平成34年度)	68.1% (平成23年 内閣府「食育に関する意識調査」)	59.7% (平成28年 農林水産省「食育に関する意識調査」)	b
イ 食塩摂取量の減少 8g (平成34年度)	10.6g (平成22年 国民健康・栄養調査)	9.9g (平成28年 国民健康・栄養調査)	
ウ 野菜と果物の摂取量の増加野菜摂取量の平均値 350g 果物摂取量100g未満の者の割合 30% (平成34年度)	282g 61.4% (平成22年 国民健康・栄養調査)	276.5g 60.5% (平成28年 国民健康・栄養調査)	
③共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少） 減少傾向へ (平成34年度)	朝食 小学生 15.3% 中学生 33.7% 夕食 小学生 2.2% 中学生 6.0% (平成22年度（独）日本スポーツ振興センター「児童生徒の食事状況等調査」)	朝食 小学生 11.3% 中学生 31.9% 夕食 小学生 1.9% 中学生 7.1% (平成26年 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」)	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登録数の増加食品企業登録数 100社 飲食店登録数 30,000店舗 (平成34年度)	食品企業登録数 14社 飲食店登録数 17,284店舗 (平成24年 食品企業：食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む、スマート・ライフ・プロジェクトに登録のあった企業数 飲食店：自治体からの報告（エネルギーや塩分控えめ、野菜たっぷり・食物繊維たっぷりといったヘルシーメニューの提供に取り組む店舗数）)	食品企業登録数 103社 飲食店登録数 26,225店舗 (平成29年 食品企業：食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む、スマート・ライフ・プロジェクトに登録のあった企業数 飲食店：自治体からの報告（エネルギーや塩分控えめ、野菜たっぷり・食物繊維たっぷりといったヘルシーメニューの提供に取り組む店舗数）)	a
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 80% (平成34年度)	管理栄養士・栄養士を配置している特定給食施設の割合 70.50% (平成22年 衛生行政報告例)	管理栄養士・栄養士を配置している特定給食施設の割合 72.70% (平成27年 衛生行政報告例)	a*

### (2) 身体活動・運動

目標値	策定時のベースライン値	直近の実績値	評価
①日常生活における歩数の増加（20～64歳） 20～64歳：男性9,000歩、女性8,500歩 65歳以上：男性7,000歩、女性6,000歩 (平成34年度)	男性7,841歩、女性6,883歩 男性5,628歩、女性4,584歩 (平成22年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」)	男性7,769歩、女性6,770歩 男性5,744歩、女性4,856歩 (平成28年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」)	b

②運動習慣者の割合の増加 20～64歳：男性36%、女性33% 65歳以上：男性58%、女性48% (平成34年度)	男性 26.3%、女性 22.9% 男性 47.6%、女性 37.6% (平成22年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」)	男性 23.9%、女性 19.0% 男性 46.5%、女性 38.0% (平成28年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」)	b
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 47都道府県 (平成34年度)	17都道府県 (36.2%) (平成24年 厚生労働省健康局健康課による把握)	29都道府県 (61.7%) (平成28年 厚生労働省健康局健康課による把握)	a

### (3) 休養

目標値	策定時のベースライン値	直近の実績値	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 (20歳以上) 15% (平成34年度)	18.40% (平成21年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」)	19.70% (平成28年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」)	b
②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 (15歳以上) 5.0% (平成32年)	9.30% (平成23年 総務省「労働力調査」)	7.70% (平成29年 総務省「労働力調査」)	a*

### (4) 飲酒

目標値	策定時のベースライン値	直近の実績値	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 男性 13%、女性6.4% (平成34年度)	男性 15.3% 女性 7.5% (平成22年 国民健康・栄養調査)	男性 14.6% 女性 9.1% (平成28年 国民健康・栄養調査)	b
②未成年者の飲酒をなくす 0% (平成34年度)	中学3年生 男子 10.5%、女子 11.7% 高校3年生 男子 21.7%、女子 19.9% (平成22年 厚生労働科学研究費による研究班の調査 (調査前30日間に1回でも飲酒した者の割合))	中学3年生 男子 7.2%、女子 5.2% 高校3年生 男子 13.7%、女子 10.9% (平成26年 厚生労働科学研究費による研究班の調査 (調査前30日間に1回でも飲酒した者の割合))	a
③妊娠中の飲酒をなくす 0% (平成26年)	8.70% (平成22年 厚生労働省「乳幼児身体発育調査」)	4.30% (平成25年 厚生労働科学研究費「「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」)	a*

### (5) 喫煙

目標値	策定時のベースライン値	直近の実績値	評価
①成人の喫煙率の減少 (喫煙をやめたい者がやめる) 12% (平成34年度)	19.50% (平成22年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」)	18.30% (平成28年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」)	a*
②未成年者の喫煙をなくす 0% (平成34年度)	中学1年生 男子 1.6%、女子 0.9% 高校3年生 男子 8.6%、女子 3.8% (平成22年 厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査)	中学1年生 男子 1.0%、女子 0.3% 高校3年生 男子 4.6%、女子 1.4% (平成26年 厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査)	a
③妊娠中の喫煙をなくす 0% (平成26年)	5.00% (平成22年 厚生労働省「乳幼児身体発育調査」)	3.80% (平成25年 厚生労働科学研究費補助金「「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」)	a*

<p>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</p> <p>(a)行政機関 0%</p> <p>(b)医療機関 0%</p> <p>(c)職場 受動喫煙の無い職場の実現(平成32年)</p> <p>(d)家庭 3%</p> <p>(e)飲食店 15%</p> <p>(平成34年度)</p>	<p>(a)行政機関 16.9%</p> <p>(b)医療機関 13.3%</p> <p>(c)職場(全面禁煙又は空間分煙*を講じている職場の割合) 64%</p> <p>*空間分煙:喫煙室を設けそれ以外を禁煙</p> <p>(d)家庭 10.7%</p> <p>(e)飲食店 50.1%</p> <p>((a),(b)平成20年厚生労働省「国民健康・栄養調査」)</p> <p>(c)平成23年厚生労働省「職場における受動喫煙防止対策に係る調査」</p> <p>(d),(e)平成22年厚生労働省「国民健康・栄養調査」)</p>	<p>(a)行政機関 8.0%</p> <p>(b)医療機関 6.2%</p> <p>(c)職場(全面禁煙は空間分煙*を講じている職場の割合) 65.4%</p> <p>*空間分煙:喫煙室を設けそれ以外を禁煙</p> <p>(d)家庭 7.7%</p> <p>(e)飲食店 42.2%</p> <p>((a),(b),(d),(e)平成28年厚生労働省「国民健康・栄養調査」)</p> <p>(c)平成28年厚生労働省「労働安全衛生調査(実態調査)」)</p>	<p>a*</p>
--	---	--	-----------

**(6) 歯・口腔の健康**

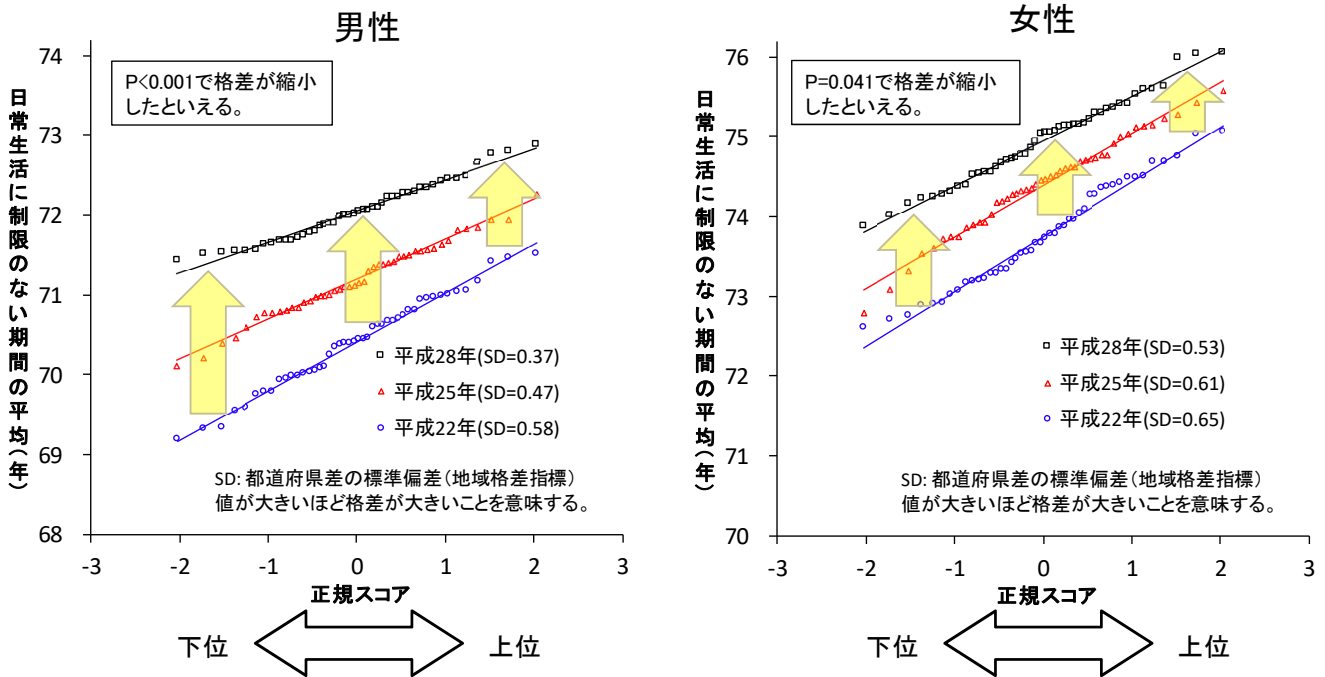
目標値	策定時のベースライン値	直近の実績値	評価
<p>①口腔機能の維持・向上 (60歳代における咀嚼良好者の割合の増加) 80% (平成34年度)</p>	<p>73.4% (平成21年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」)</p>	<p>72.6% (平成27年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」)</p>	<p>b</p>
<b>②歯の喪失防止</b>			
<p>ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加 50% (平成34年度)</p>	<p>25.00% (平成17年 厚生労働省「歯科疾患実態調査」)</p>	<p>51.20% (平成28年 厚生労働省「歯科疾患実態調査」)</p>	<p>a</p>
<p>イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加 70% (平成34年度)</p>	<p>60.20% (平成17年 厚生労働省「歯科疾患実態調査」)</p>	<p>74.40% (平成28年 厚生労働省「歯科疾患実態調査」)</p>	<p>a</p>
<p>ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加 75% (平成34年度)</p>	<p>54.10% (平成17年 厚生労働省「歯科疾患実態調査」)</p>	<p>73.40% (平成28年 厚生労働省「歯科疾患実態調査」)</p>	<p>a</p>
<b>③歯周病を有する者の割合の減少</b>			
<p>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 25% (平成34年度)</p>	<p>31.70% (平成21年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」)</p>	<p>27.10% (平成26年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」)</p>	<p>c</p>
<p>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 25% (平成34年度)</p>	<p>37.30% (平成17年 厚生労働省「歯科疾患実態調査」)</p>	<p>44.70% (平成28年 厚生労働省「歯科疾患実態調査」)</p>	<p>c</p>
<p>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 45% (平成34年度)</p>	<p>54.70% (平成17年 厚生労働省「歯科疾患実態調査」)</p>	<p>62.00% (平成28年 厚生労働省「歯科疾患実態調査」)</p>	<p>c</p>
<b>④幼児・学齢期のう蝕のない者の増加</b>			
<p>ア 3歳児のう蝕がない者の割合が80%以上である 23都道府県 (平成34年度) 都道府県の増加</p>	<p>6都道府県 (平成21年 厚生労働省実施状況調べ(3歳児歯科健康診査))</p>	<p>26都道府県 (平成27年 厚生労働省実施状況調べ(3歳児歯科健康診査))</p>	<p>a</p>
<p>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 28都道府県 (平成34年度)</p>	<p>7都道府県 (平成23年 文部科学省「学校保健統計調査」)</p>	<p>28都道府県 (平成28年 文部科学省「学校保健統計調査」)</p>	<p>a</p>
<p>⑤過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 65% (平成34年度)</p>	<p>34.10% (平成21年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」)</p>	<p>52.90% (平成28年 厚生労働省「国民健康・栄養調査」)</p>	<p>a</p>

図1-1

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

② 健康格差の縮小(日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小)

都道府県別健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」の分布の平成22~28年の推移



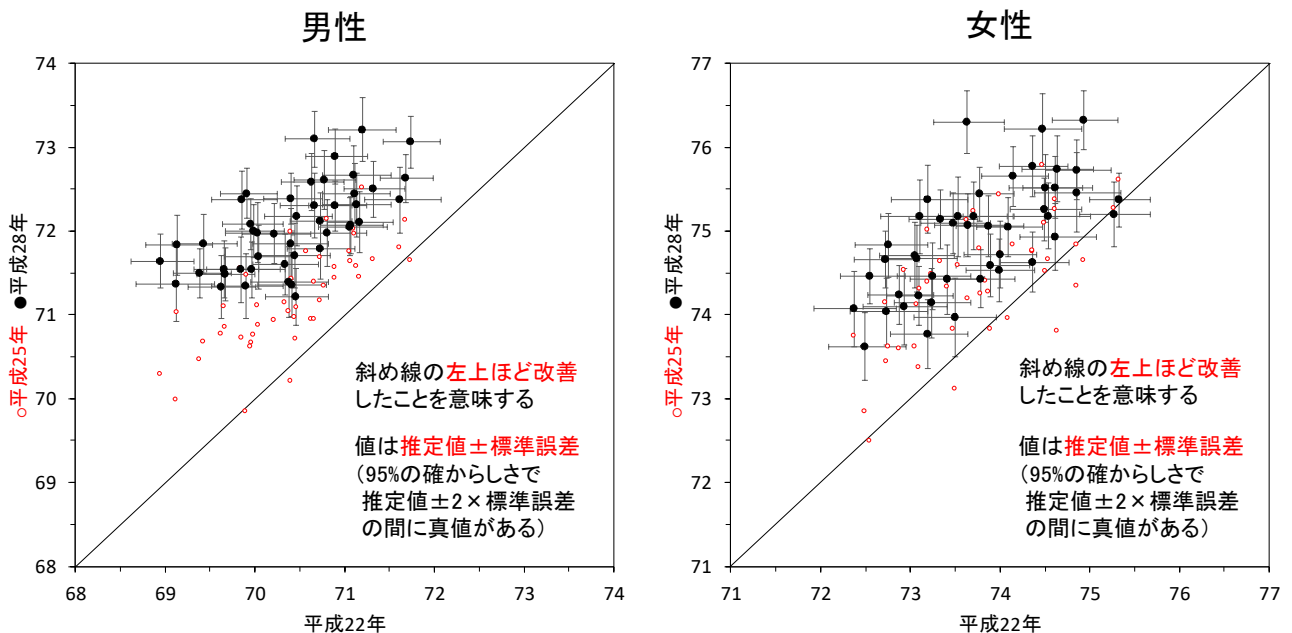
※標本誤差による偶然変動の影響を補正した値を用いているため、都道府県別健康寿命の公表値とは異なる。  
平成28年は、国民生活基礎調査が熊本地震により熊本県を調査していないため、熊本県が含まれていない。

図1-2

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

② 健康格差の縮小(日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小)

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



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

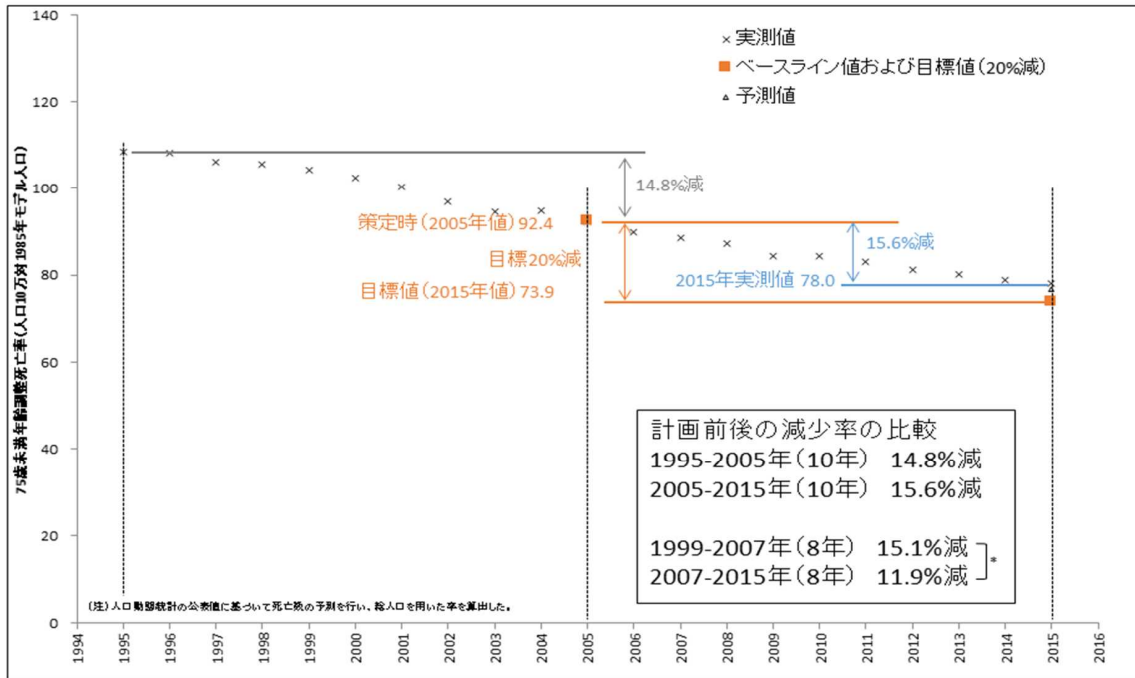
図2-1

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

(1) がん

① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)

## 75歳未満年齢調整死亡率の全体目標の結果



予測値の出自: 第51回がん対策推進協議会資料2(Japanese Journal of Clinical Oncology 2014; 44: 36-41の手法による)  
 実測値の出自: 国立がん研究センター がん対策情報センター「がん情報サービス」([http://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/age-adjusted.htm](http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/age-adjusted.htm))  
 \* 対象線形回帰をあてはめた場合の年変化率に統計学的有意差あり(p<0.05)

国立がん研究センターがん対策情報センター  
 がん情報サービス ganjoho.jp

図2-2

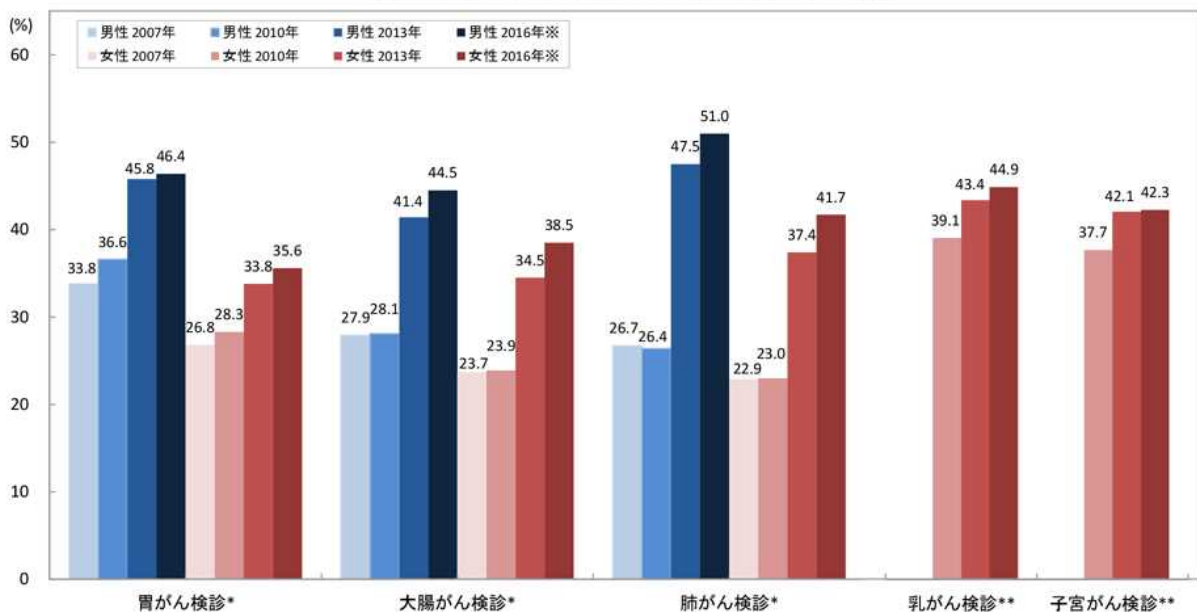
別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

(1) がん

② がん検診の受診率の向上

## 男女別がん検診受診率(40~69歳)の推移

国民生活基礎調査より国立がん研究センターがん対策情報センターにて作成



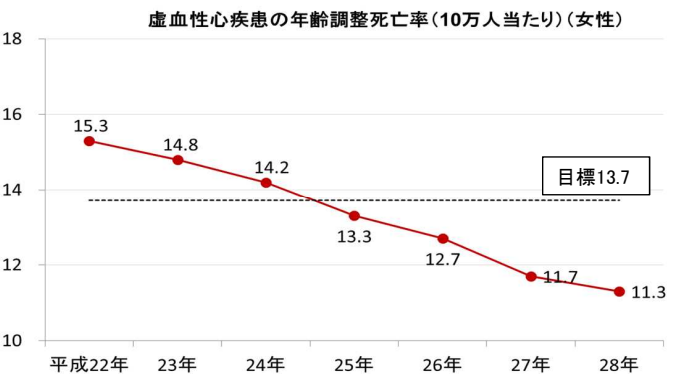
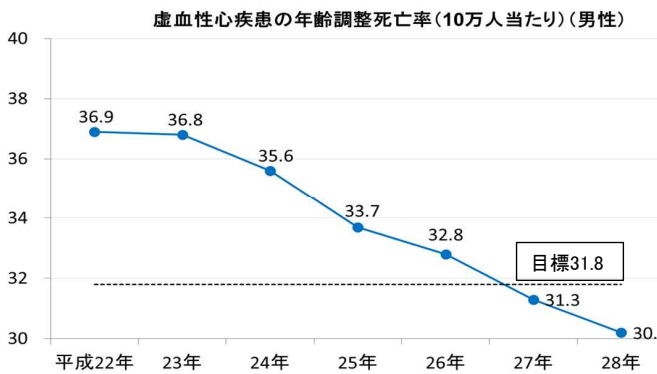
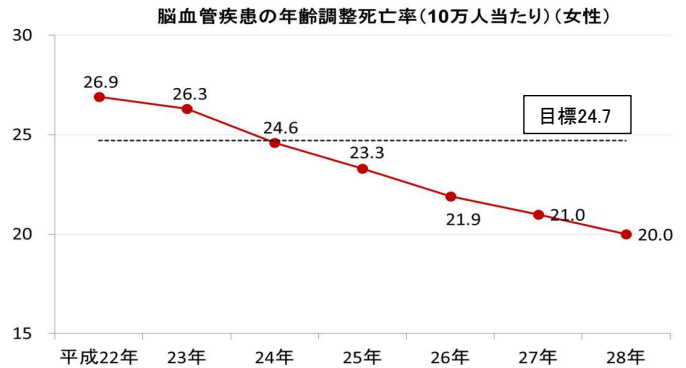
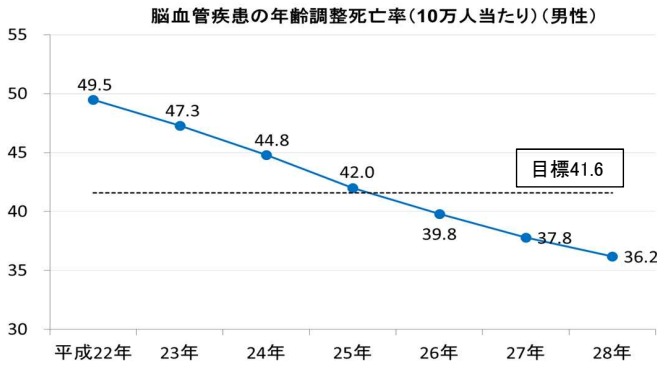
\* 過去1年間の受診有無  
 \*\* 過去2年間の受診有無(過去2年間の受診有無は2010年調査から)  
 ※ 2016年は熊本県を含まない

図2-3

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

(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(10万人当たり)



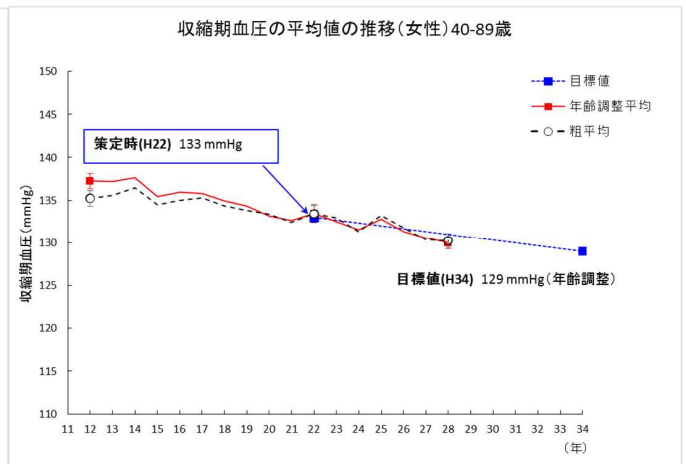
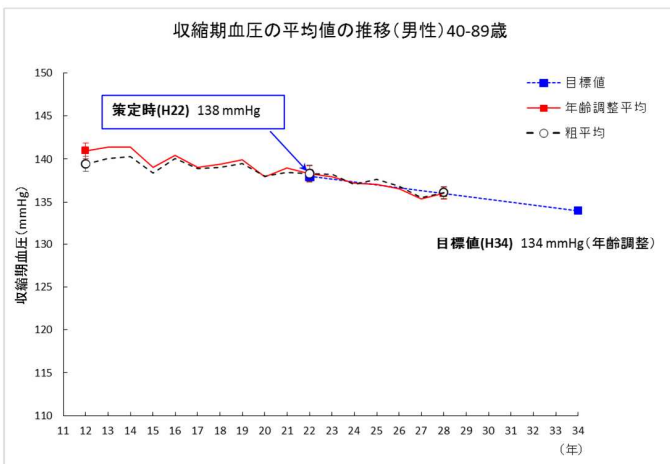
データソース:厚生労働省「人口動態調査」

図2-4

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

(2) 循環器疾患

② 高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下)



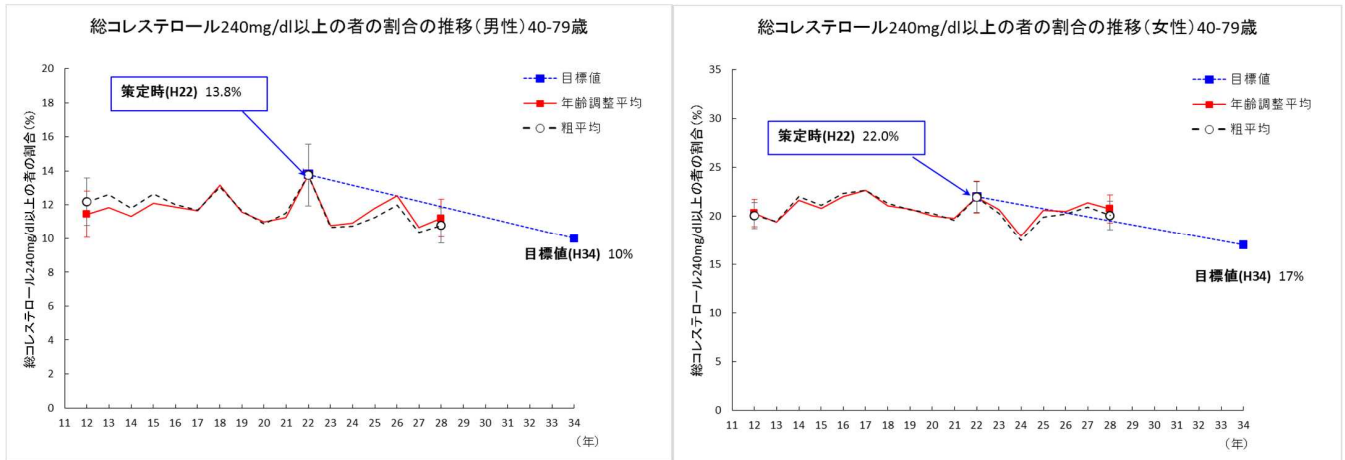
データソース:厚生労働省「国民健康・栄養調査」 ※ 国立健康・栄養研究所作成



図2-5

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防  
 (2) 循環器疾患  
 ③ 脂質異常症の減少

総コレステロール

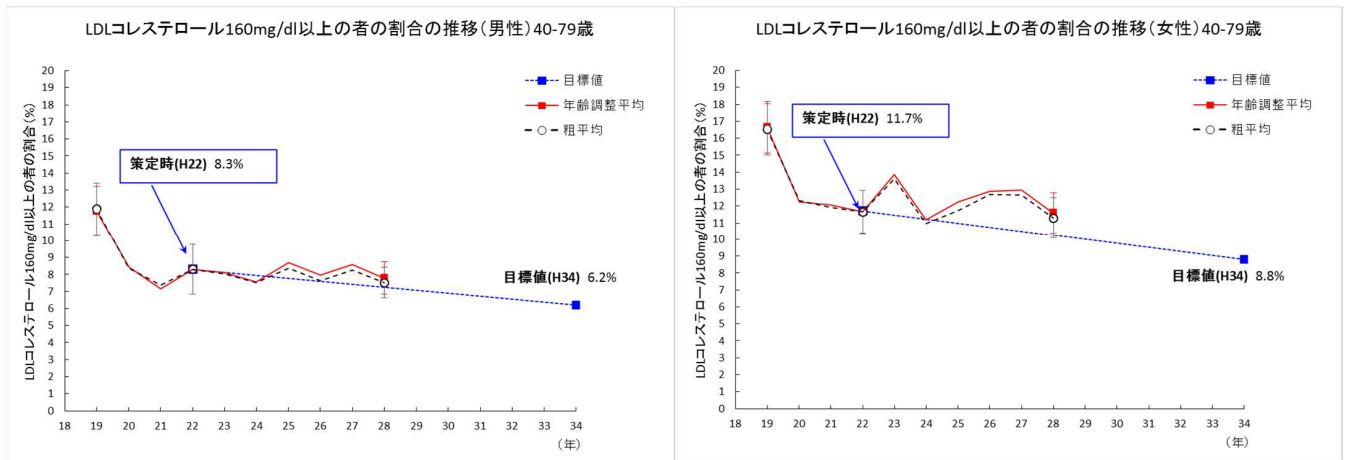


データソース: 厚生労働省「国民健康・栄養調査」 ※ 国立健康・栄養研究所作成

図2-6

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防  
 (2) 循環器疾患  
 ③ 脂質異常症の減少

LDLコレステロール



データソース: 厚生労働省「国民健康・栄養調査」 ※ 国立健康・栄養研究所作成

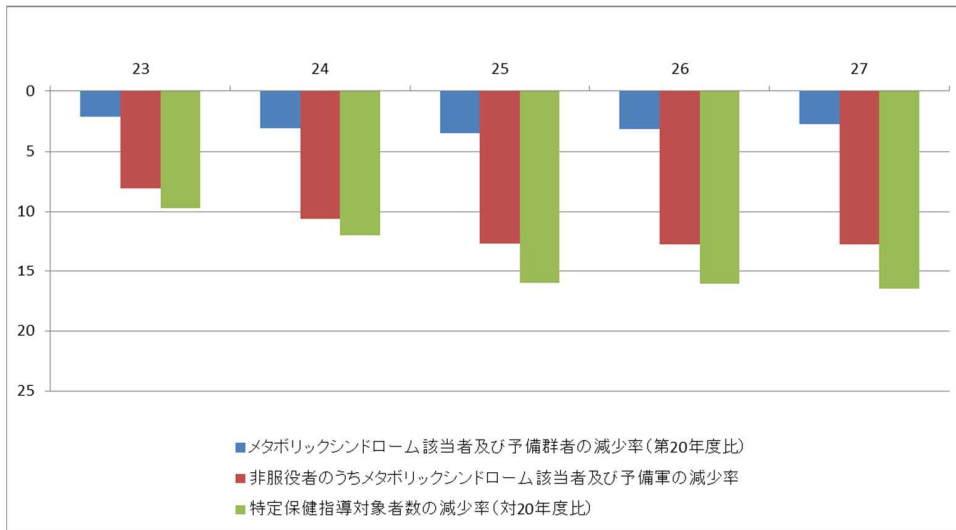
図2-7

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

(2) 循環器疾患

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

メタボリックシンドローム該当者及び予備群等の減少率（対20年度比）



※1 減少率は、実数で算出した場合、年度ごとの特定健診実施率の高低の影響を受けるため、それぞれの出現割合に各年度の住民基本台帳人口を乗じた推定数により算出。なお、年齢構成の変化の影響を少なくするため、性・年齢階級(5歳階級)別に推定数を算出し、その合計により、減少率を算出している。

※2 非服薬者のうちのメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、性・年齢階級ごとに算出したメタボリックシンドローム該当者及び予備群の出現割合に、性・年齢階級ごとの住民基本台帳人口を乗じることで得られるメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数により算出しているが、非服薬者の人口構成の特徴が反映されていない。

データソース: 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

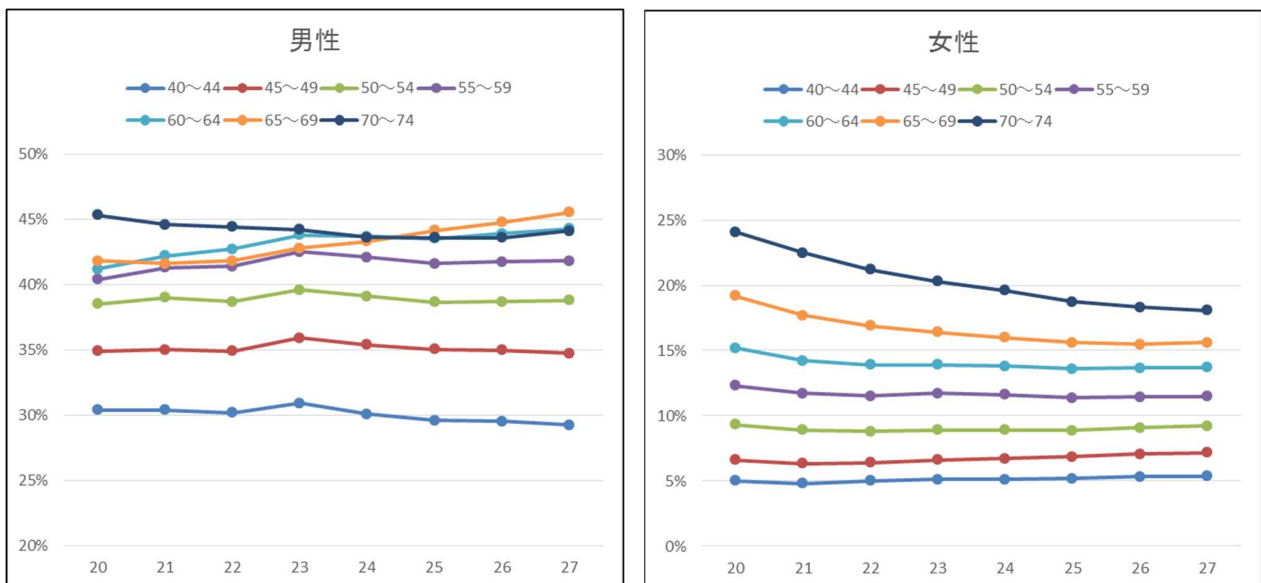
図2-8

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

(2) 循環器疾患

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

メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合

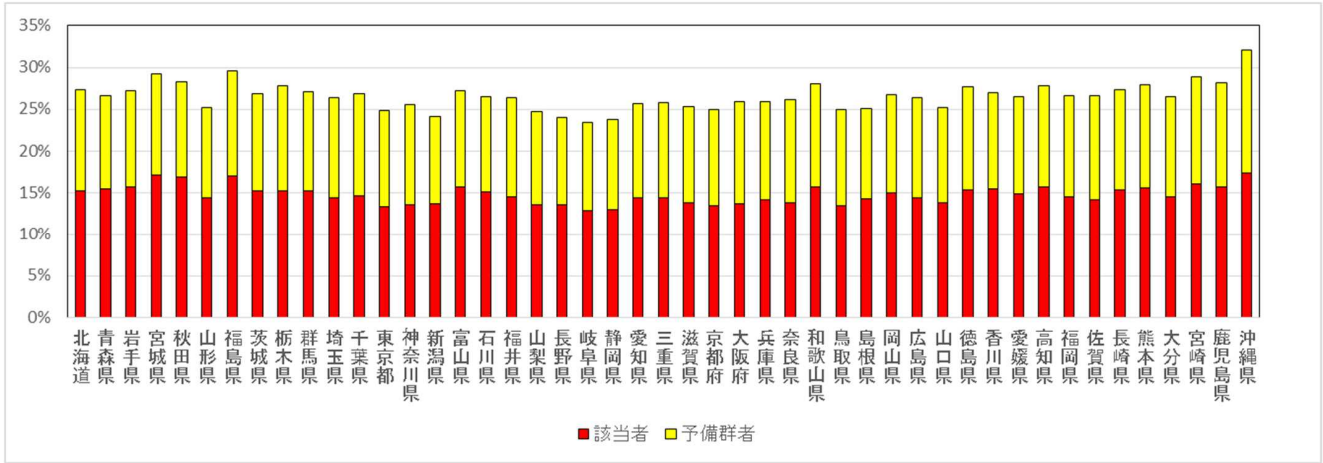


データソース: 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

図2-9

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防  
 (2)循環器疾患  
 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

都道府県別のメタボリックシンドローム該当者・予備群者の割合

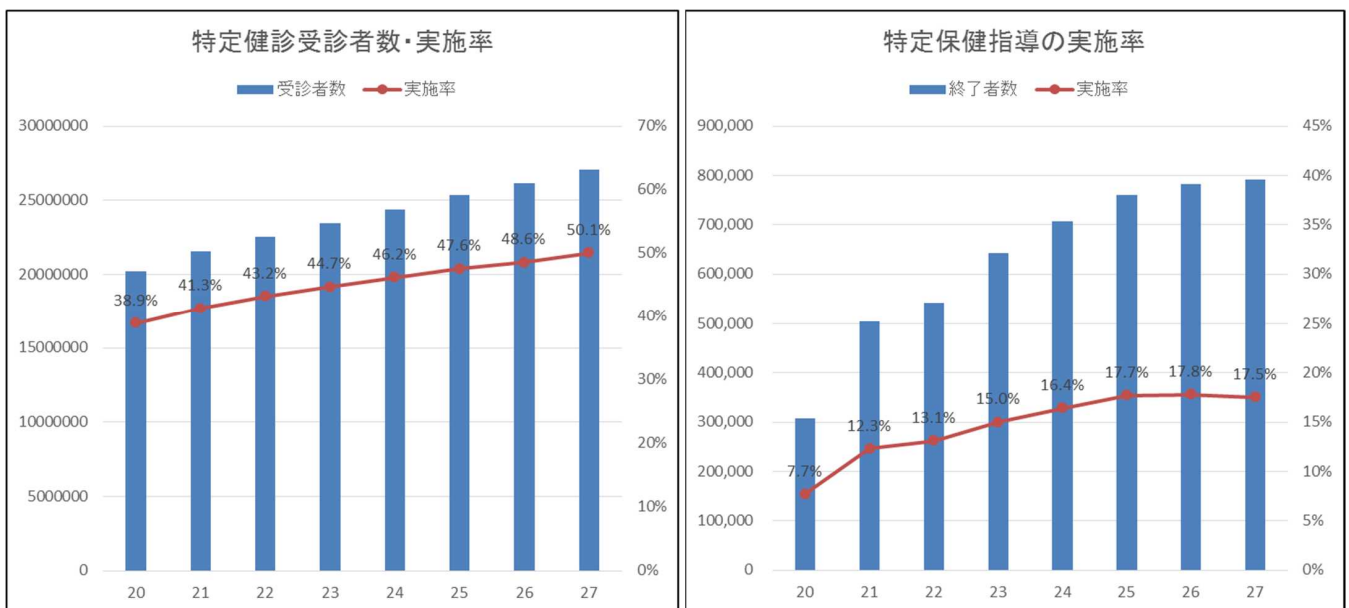


データソース:厚生労働省 平成27年度「特定健診・特定保健指導の実施状況」

図2-10

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防  
 (4)循環器疾患  
 ⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上

特定健診・特定保健指導 実施数・実施率の推移

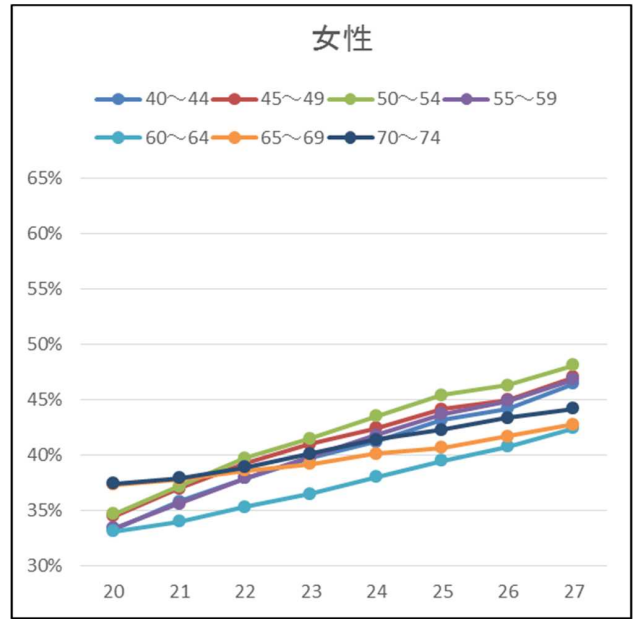
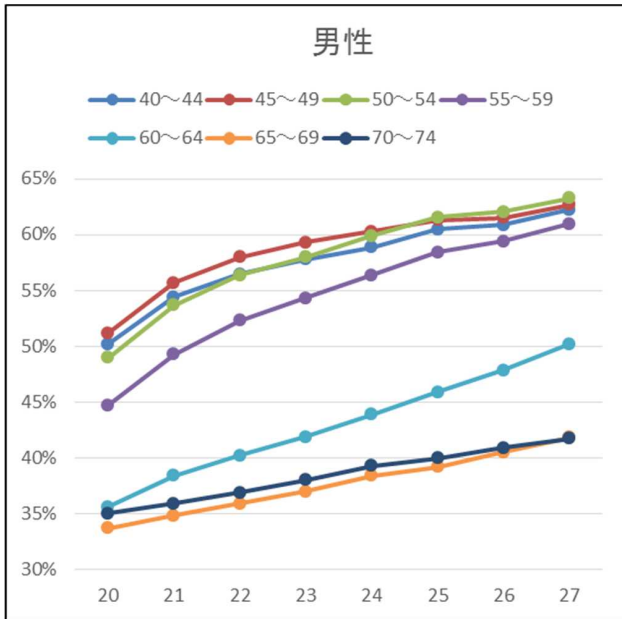


データソース:厚生労働省 「特定健診・特定保健指導の実施状況」  
 97

図2-11

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防  
 (2) 循環器疾患  
 ⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上

特定健診受診率

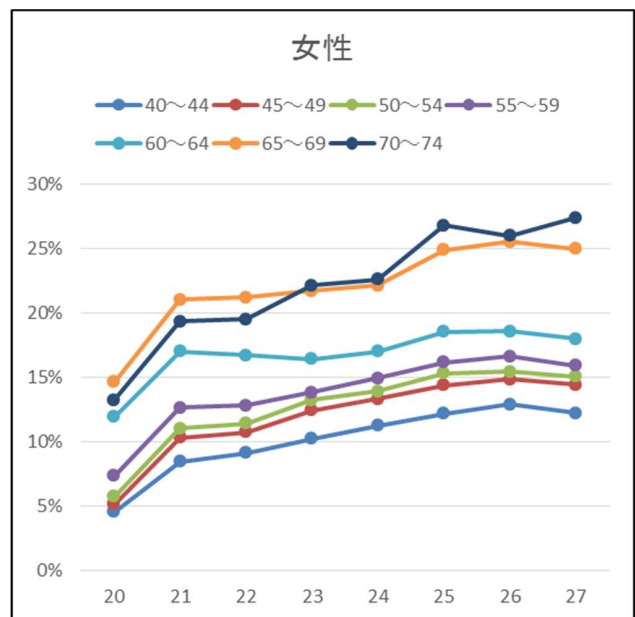
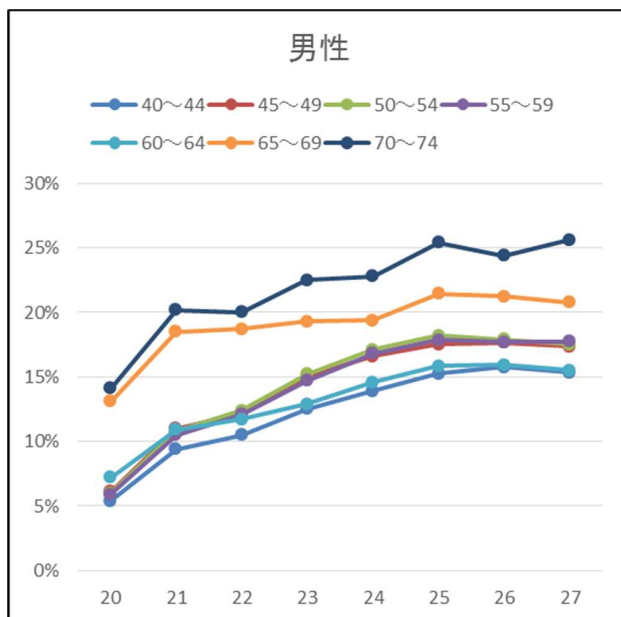


データソース: 厚生労働省「特定健診・特定保健指導の実施状況」

図2-12

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防  
 (2) 循環器疾患  
 ⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上

特定保健指導実施率(終了者)



データソース: 厚生労働省「特定健診・特定保健指導の実施状況」  
 98

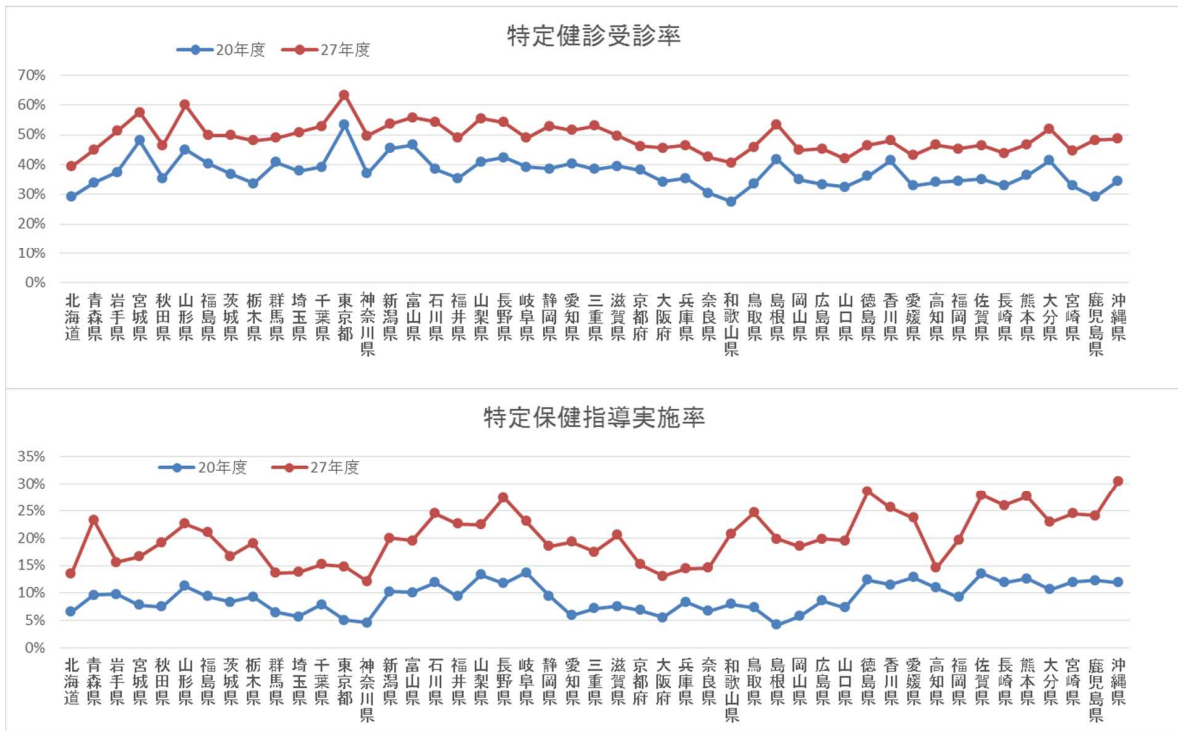
図2-13

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

(2) 循環器疾患

⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上

都道府県別 特定健診受診率、特定保健指導実施率の平成20年度、27年度比較



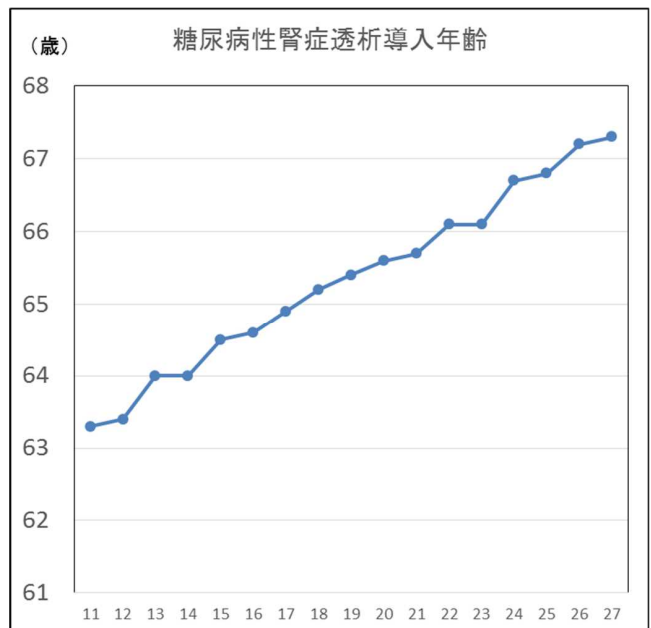
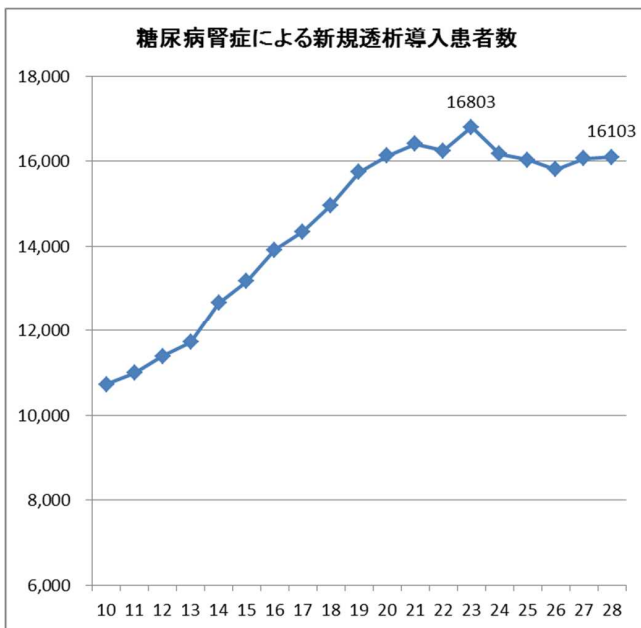
データソース: 厚生労働省「特定健診・特定保健指導の実施状況」

図2-14

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

(3) 糖尿病

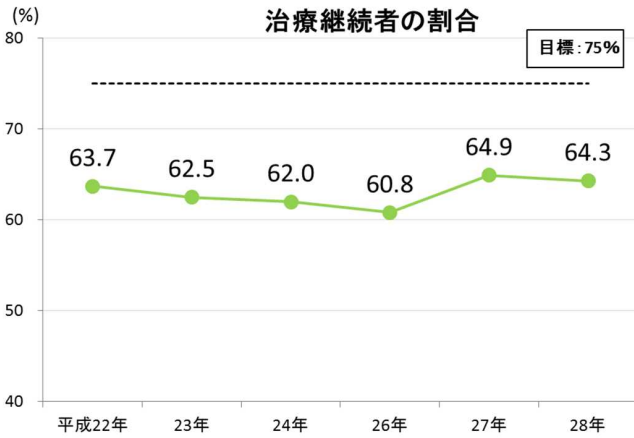
① 合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少



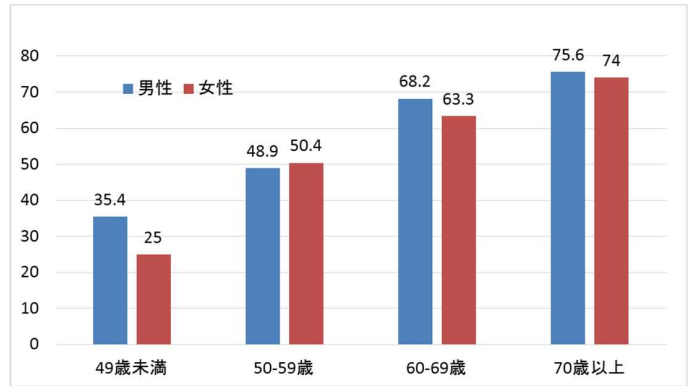
データソース: 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

図2-15

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防  
 (3)糖尿病  
 ② 治療継続者の割合の増加



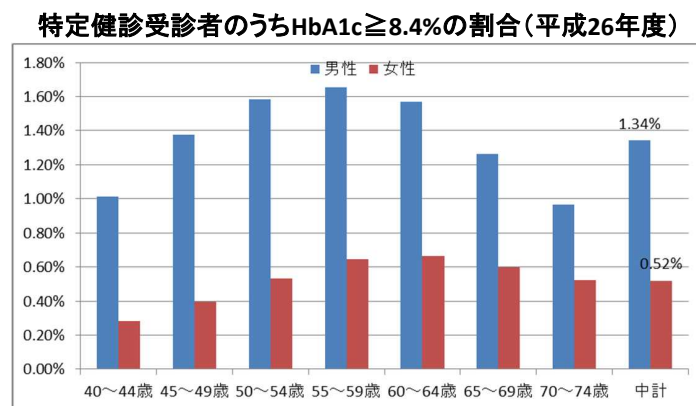
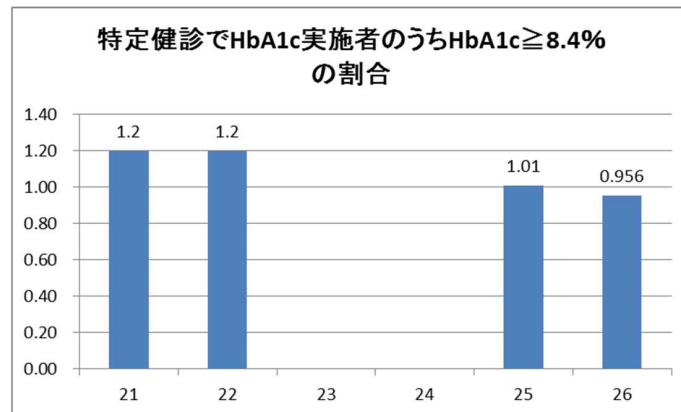
糖尿病を指摘されたことがある者における、  
治療の状況（年齢区分別）



データソース:厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図2-16

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防  
 (3)糖尿病  
 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



男女合計では0.96%

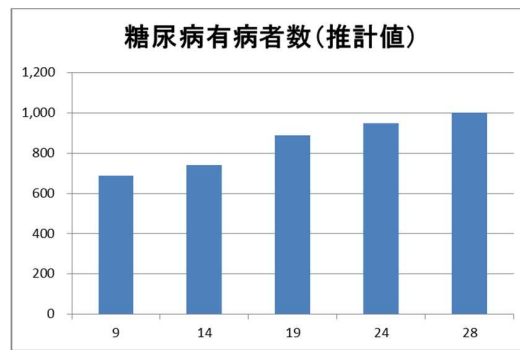
※第2回NDBオープンデータ  
 (厚生労働省)をもとに作成

図2-17

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

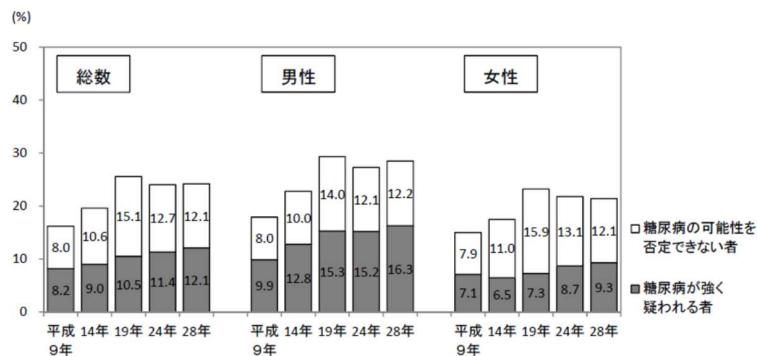
(3) 糖尿病

④ 糖尿病有病者の増加の抑制



データソース：  
厚生労働省「国民健康・栄養調査」  
(平成9, 14年は糖尿病実態調査)

図1 「糖尿病が強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」の割合の年次推移  
(20歳以上、総数・男女別)(平成9年、14年、19年、24年、28年)



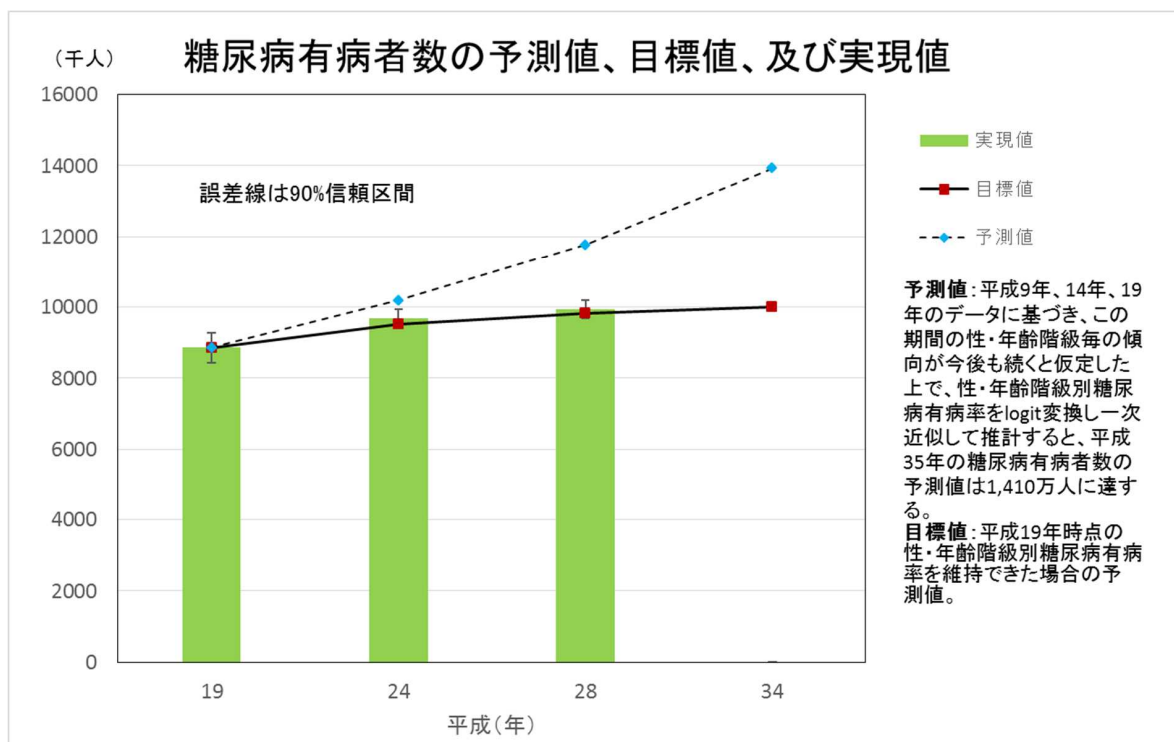
出典：平成28年 国民健康・栄養調査結果の概要

図2-18

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防

(3) 糖尿病

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

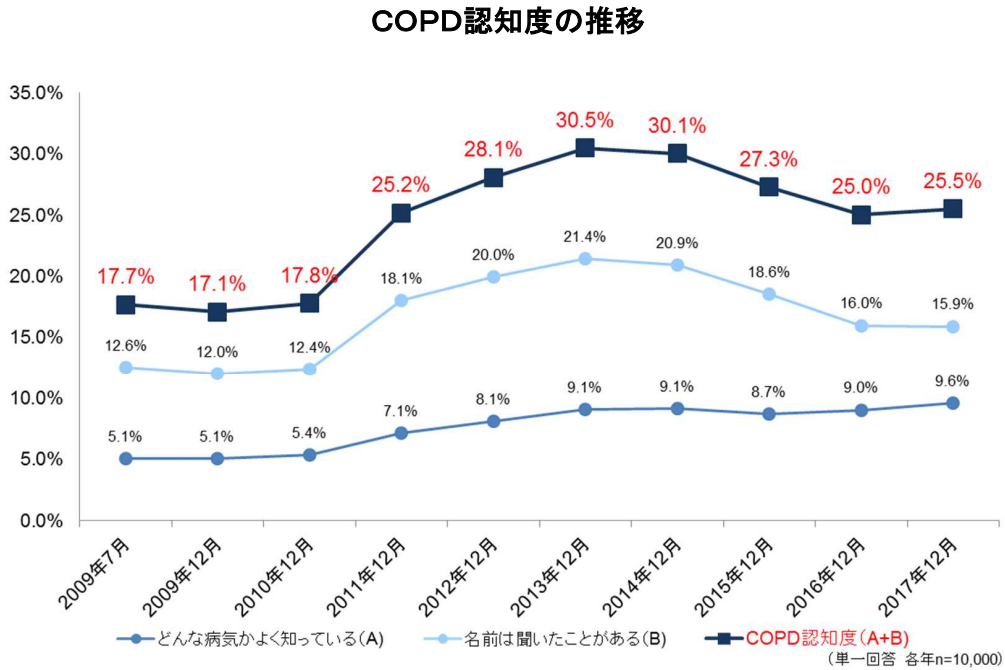


予測値：平成9年、14年、19年のデータに基づき、この期間の性・年齢階級毎の傾向が今後も続くと仮定した上で、性・年齢階級別糖尿病有病率をlogit変換し一次近似して推計すると、平成35年の糖尿病有病者数の予測値は1,410万人に達する。  
目標値：平成19年時点の性・年齢階級別糖尿病有病率を維持できた場合の予測値。

データソース：厚生労働省「国民健康・栄養調査」 ※ 国立健康・栄養研究所作成

図2-19

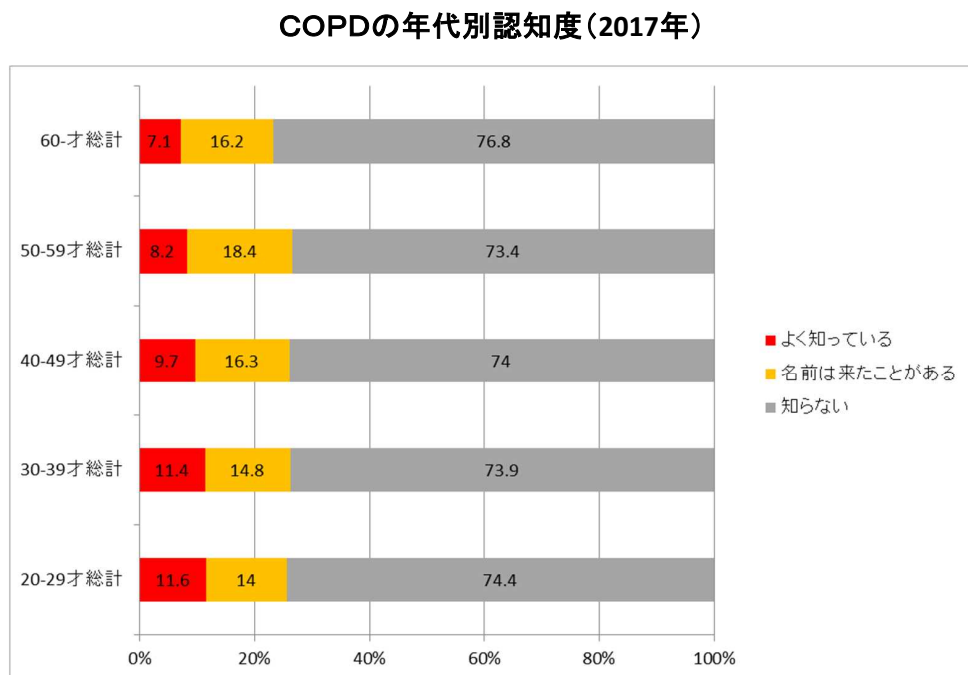
別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防  
 (4) COPD  
 ① COPDの認知度の向上



出典: COPD認知度把握調査結果(GOLD日本委員会調査)

図2-20

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防  
 (4) COPD  
 ① COPDの認知度の向上



データソース: 2017年 COPD認知度把握調査結果(GOLD日本委員会調査)

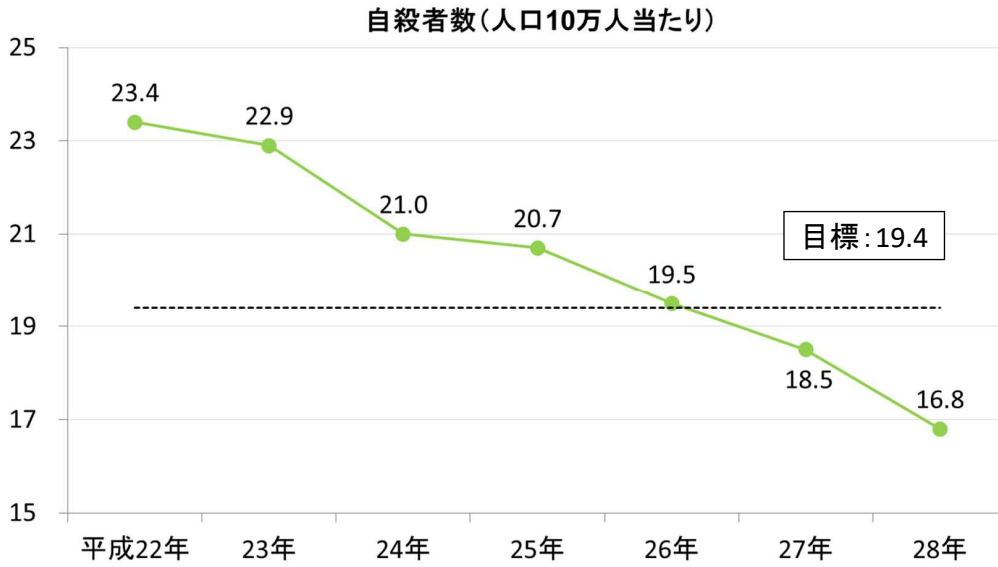


図3-1

別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

(1) こころの健康

① 自殺者の減少(人口10万人当たり)



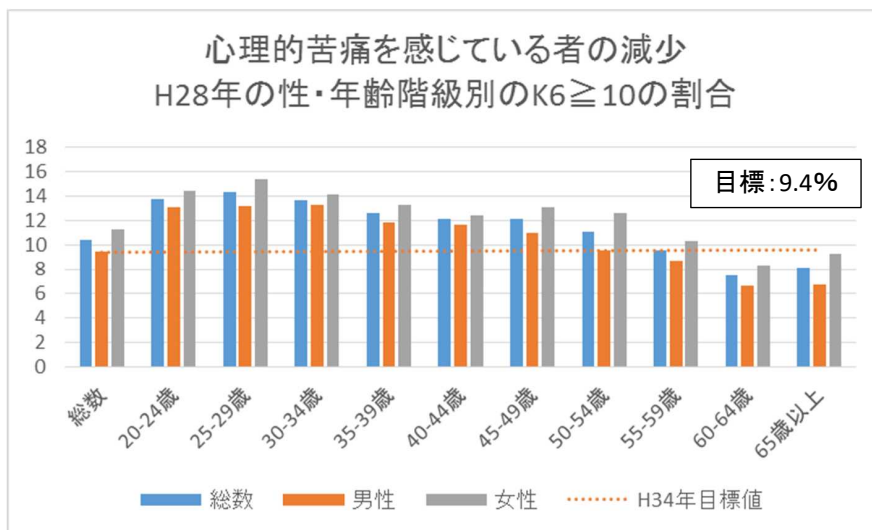
データソース:厚生労働省「人口動態調査」

図3-2

別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

(1) こころの健康

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

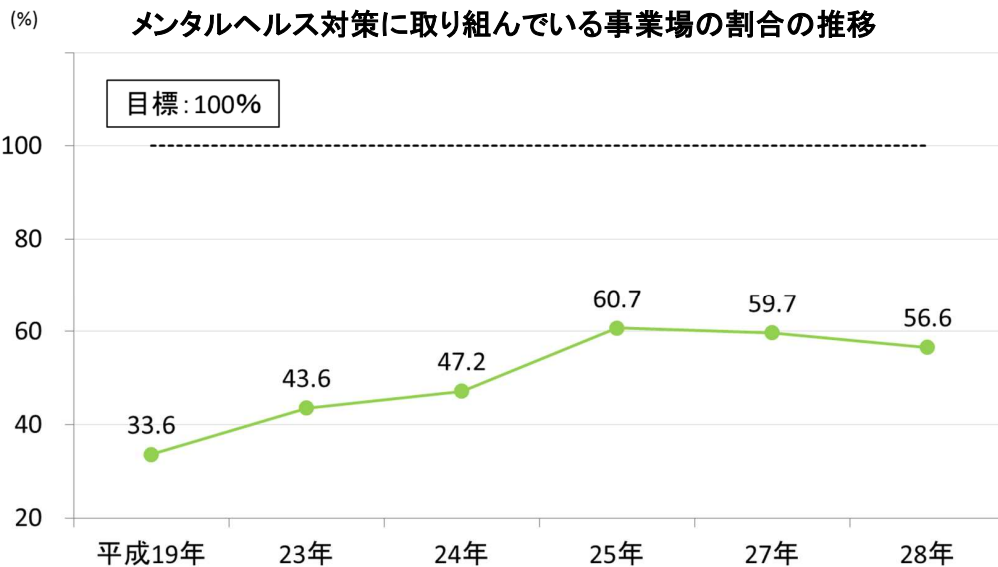


データソース:厚生労働省「国民生活基礎調査」

別紙

別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

- (1) こころの健康
- 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

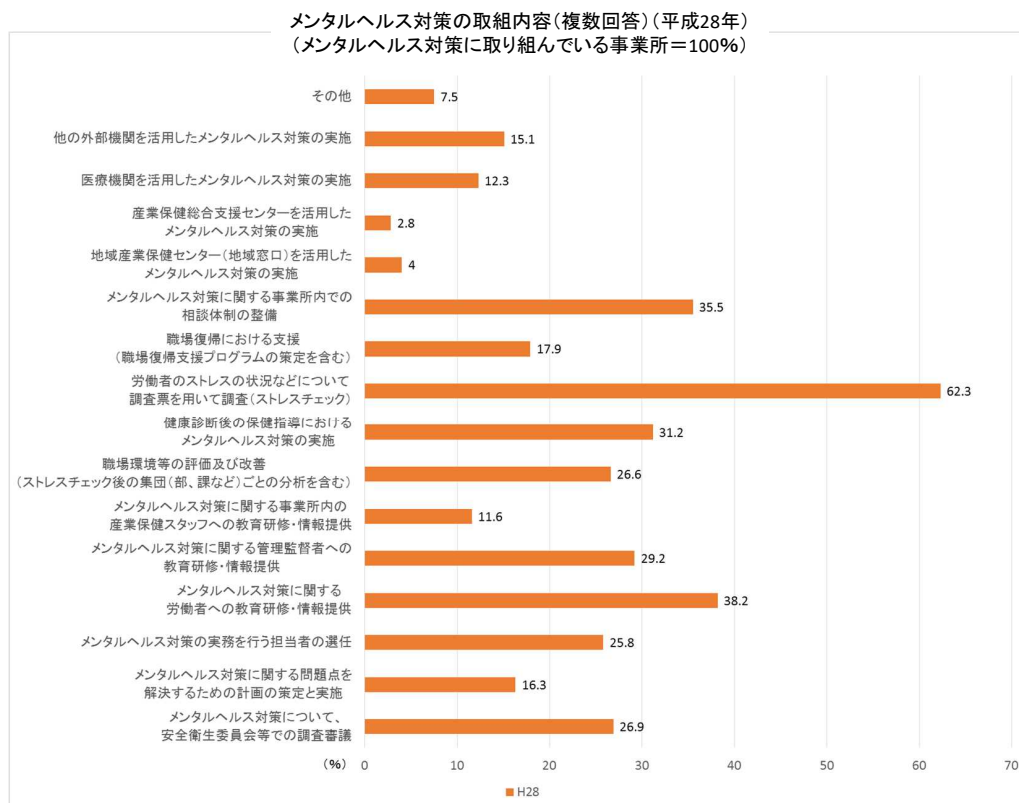


データソース:  
 平成19,24年 厚生労働省「労働者健康状況調査」、  
 平成23年 厚生労働省「労働災害防止対策等重点調査」、  
 平成25,27,28年厚生労働省「労働安全衛生調査」

別紙

別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

- (1) こころの健康
- 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



データソース: 平成28年厚生労働省「労働安全衛生調査」

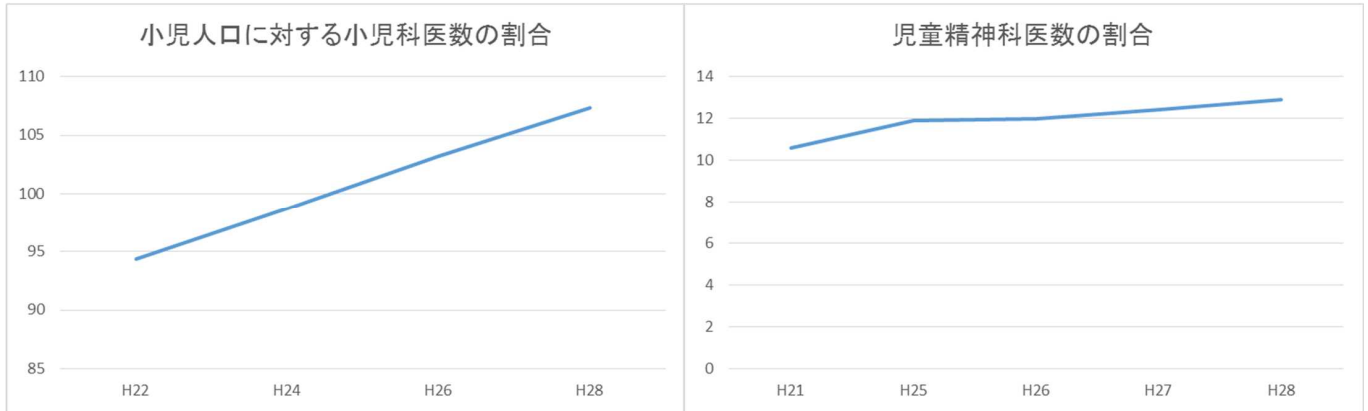
図3-5

別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

(1) こころの健康

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

目標: 増加傾向へ



データソース:

<小児科医数> 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」  
 <児童精神科医数> 日本児童青年精神医学会調べ

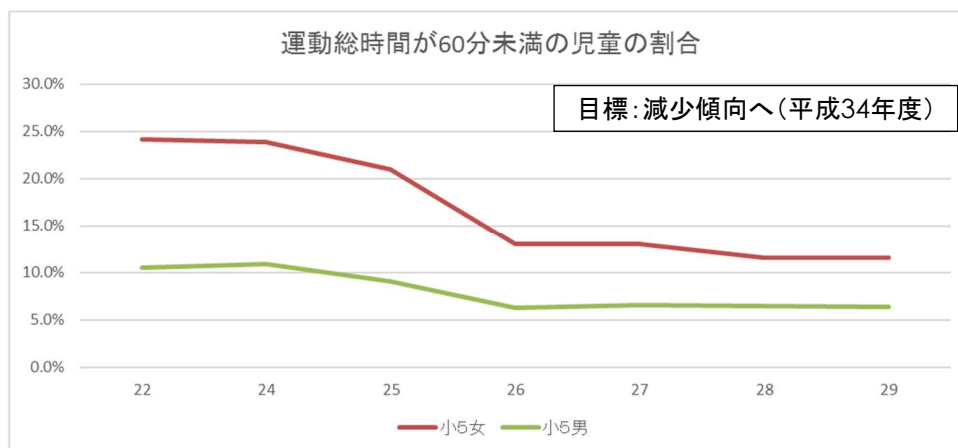
図3-6

別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

(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

イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加

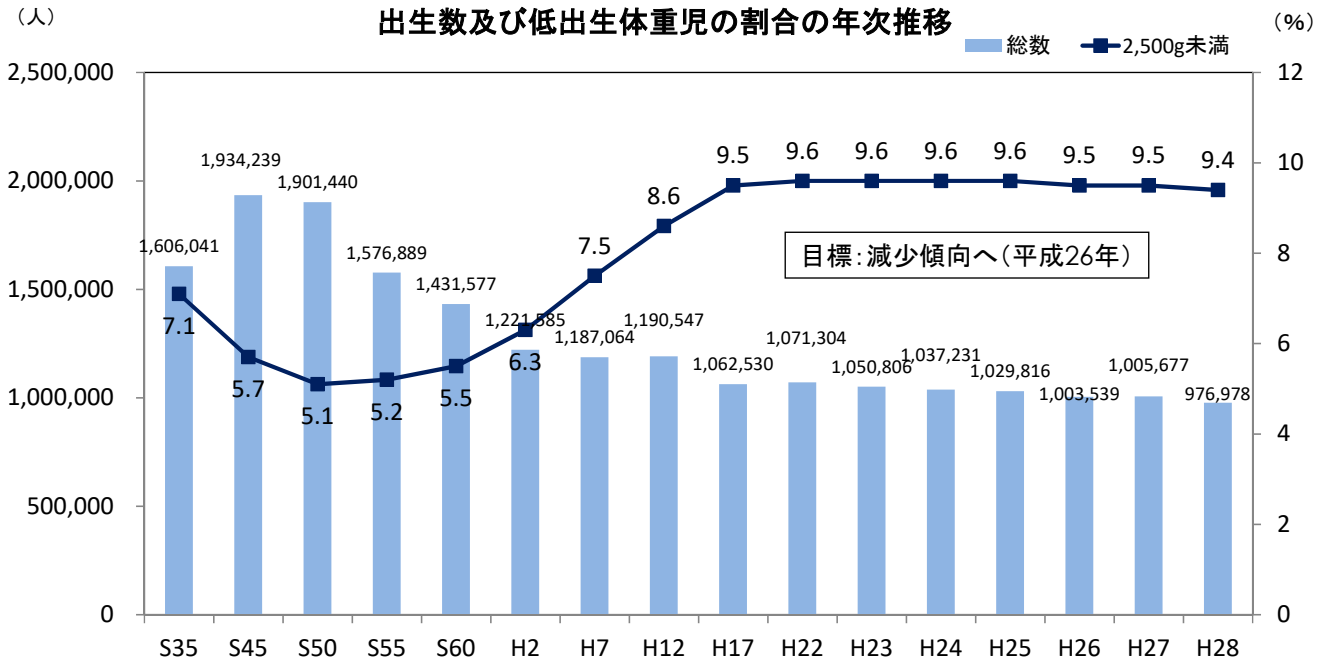


	22年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
小5男	10.5%	10.9%	9.1%	6.3%	6.6%	6.5%	6.4%
前年比		0.4%	-1.8%	-2.8%	0.3%	-0.1%	-0.1%
小5女	24.2%	23.9%	21.0%	13.0%	13.0%	11.6%	11.6%
前年比		-0.3%	-2.9%	-8.0%	0.0%	-1.4%	0.0%

データソース: 文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」

図3-7

別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標  
 (2) 次世代の健康  
 ② 適正体重の子どもの増加  
 ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

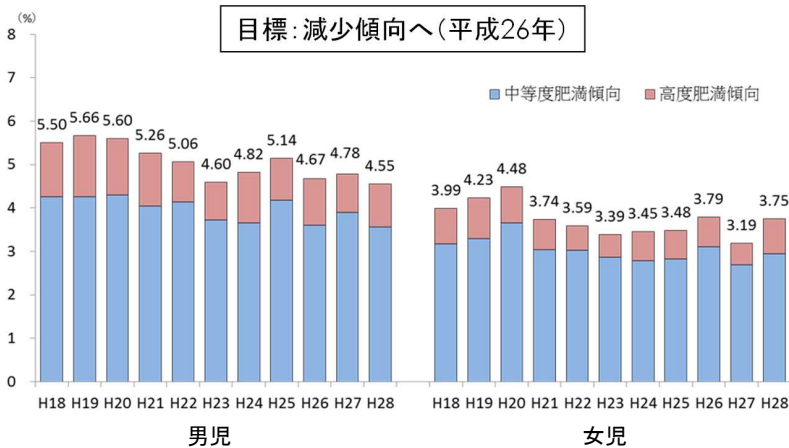


データソース: 厚生労働省「人口動態調査」

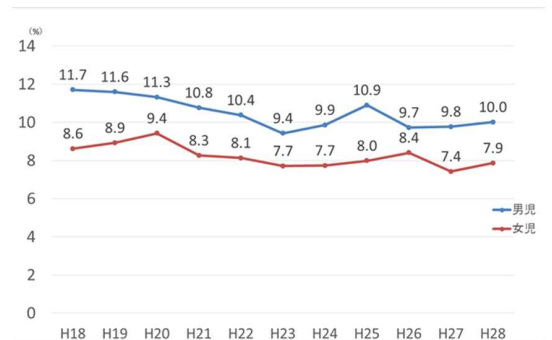
図3-8

別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標  
 (2) 次世代の健康  
 ② 適正体重の子どもの増加  
 イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少

中等度及び高度肥満傾向児の割合の年次推移



(参考)  
肥満傾向児の出現率の年次推移



※肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重を求め、肥満度が20%以上の者

データソース: 文部科学省「学校保健統計調査」

図3-9

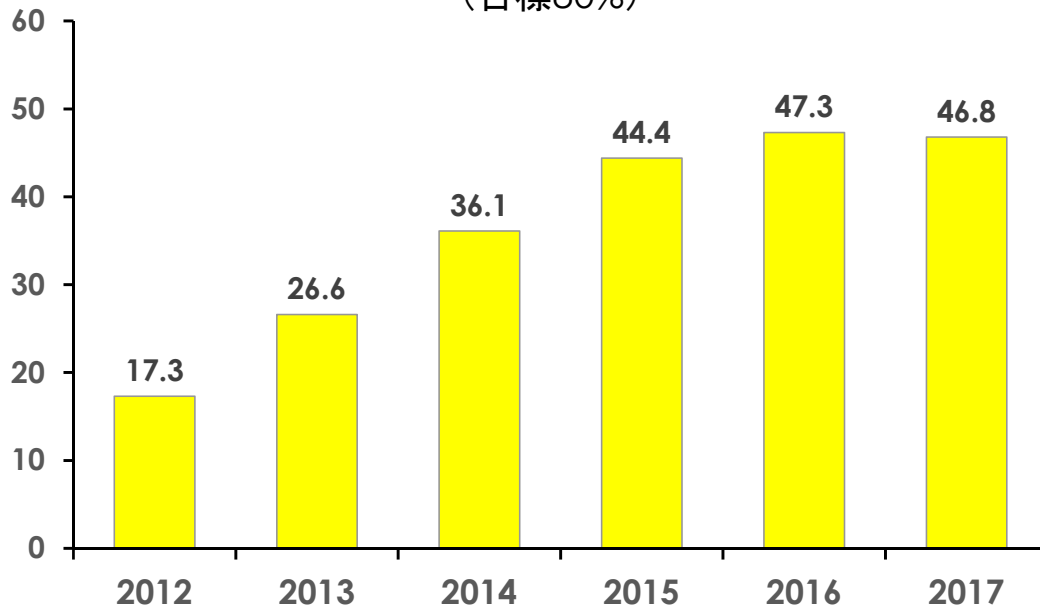
別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

(3) 高齢者の健康

③ ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加

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

(目標80%)



データソース: 2012~2014年 日本整形外科学会によるインターネット調査  
2015年~ 公益財団法人「運動器の10年・日本協会」によるインターネット調査

図3-10

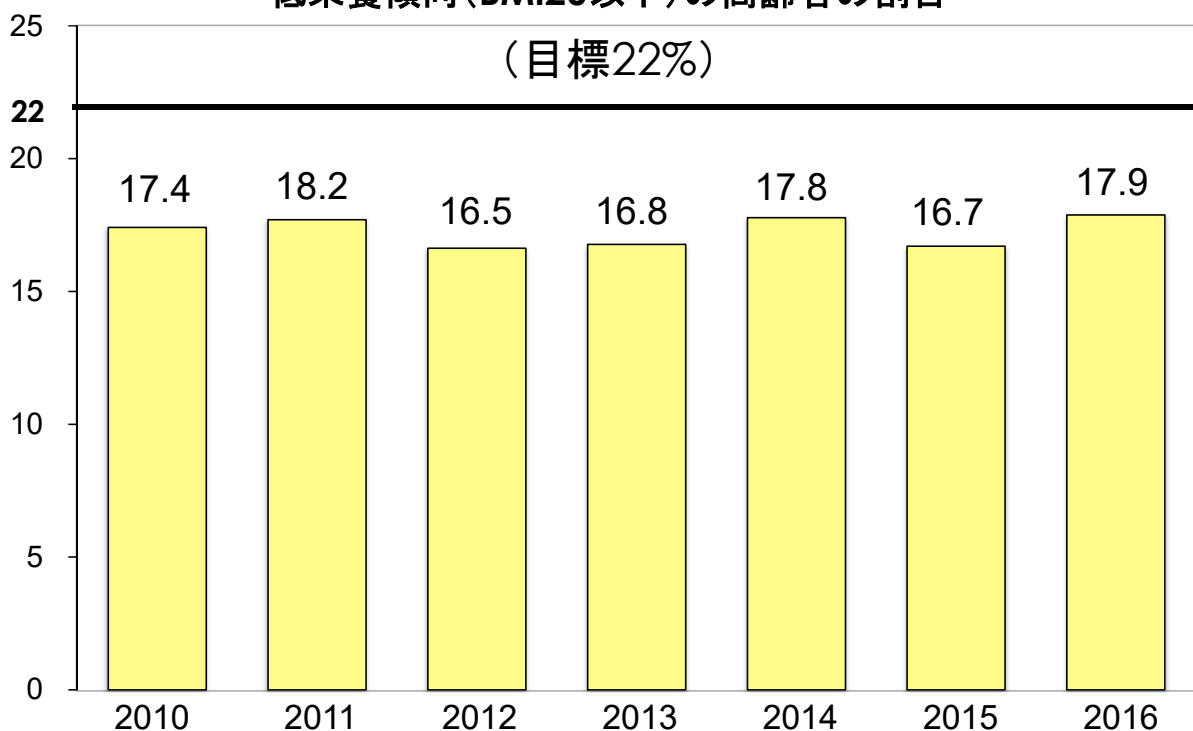
別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

(3) 高齢者の健康

④ 低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制

### 低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合

(目標22%)

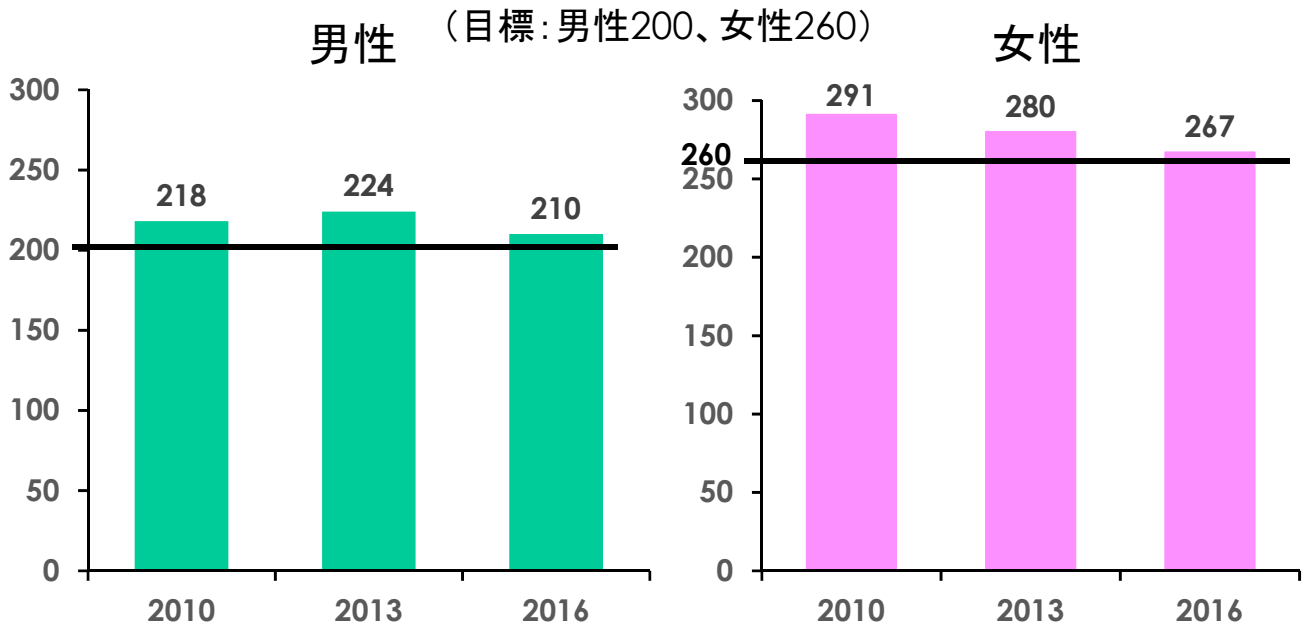


データソース: 厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図3-11

別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標  
 (3) 高齢者の健康  
 ⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(1,000人あたり)

### 足腰に痛みのある高齢者の割合(1000人あたり)

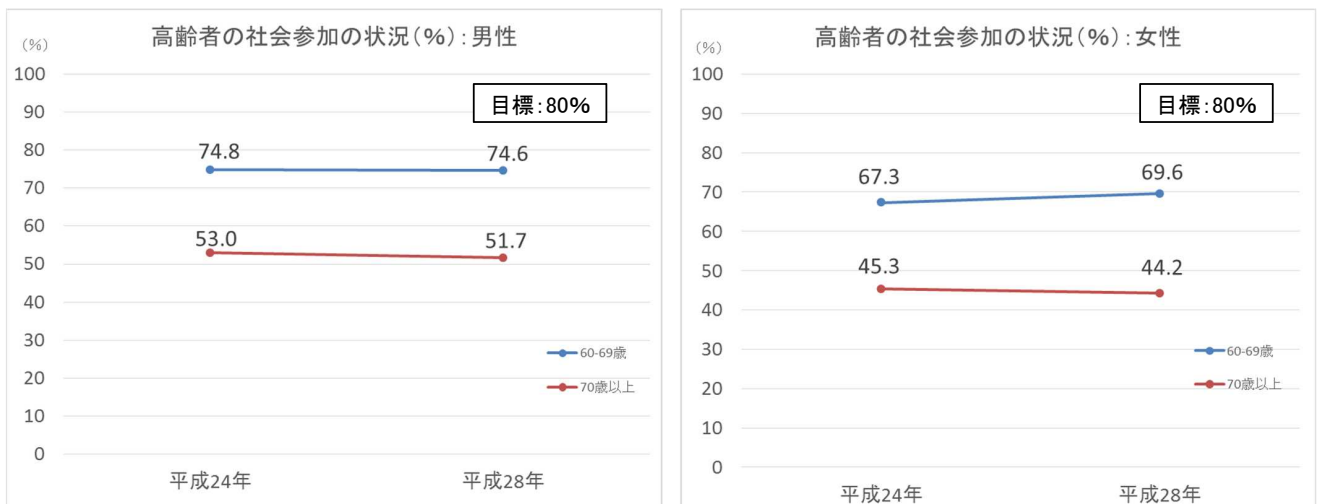


データソース:厚生労働省「国民生活基礎調査」

図3-12

別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標  
 (3) 高齢者の健康  
 ⑥ 高齢者の社会参加の促進(就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)

### 高齢者の社会参加の状況

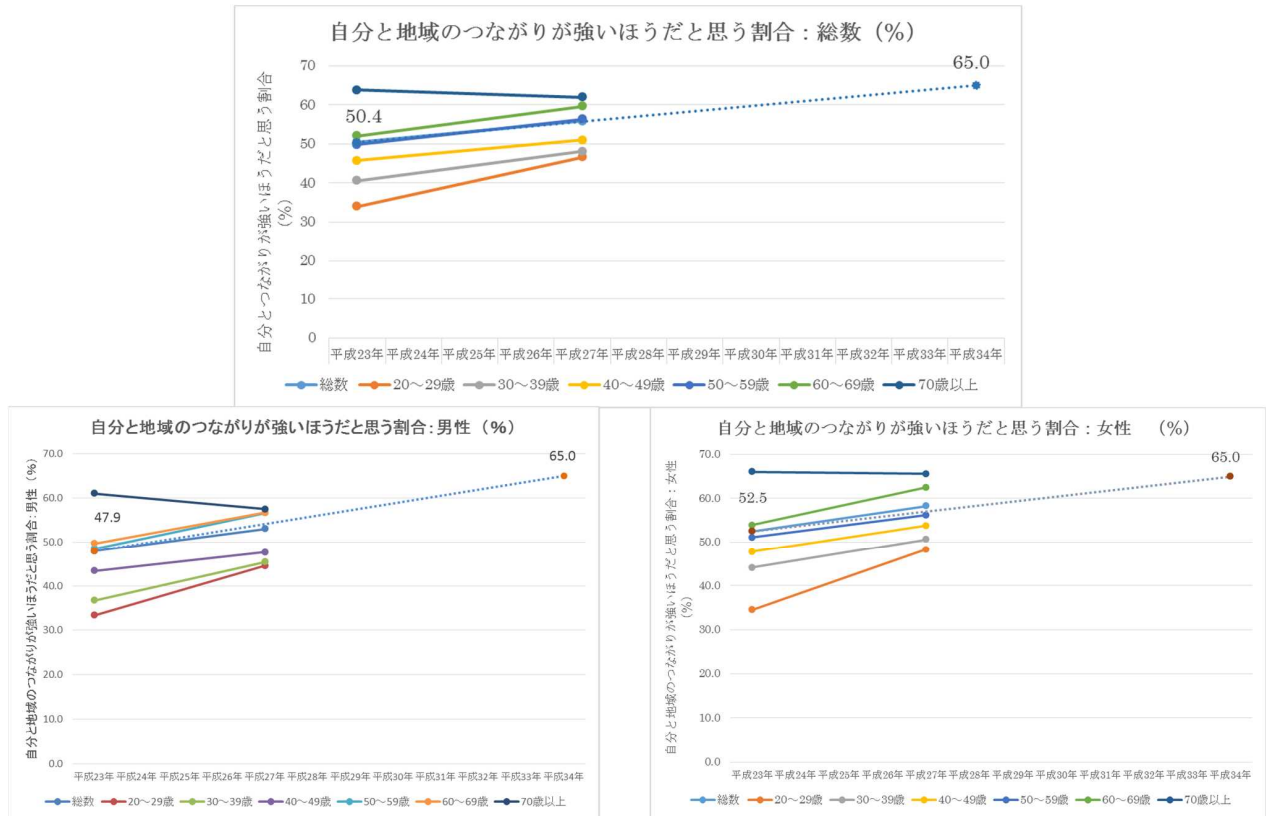


データソース:厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図4-1

別表第四 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

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

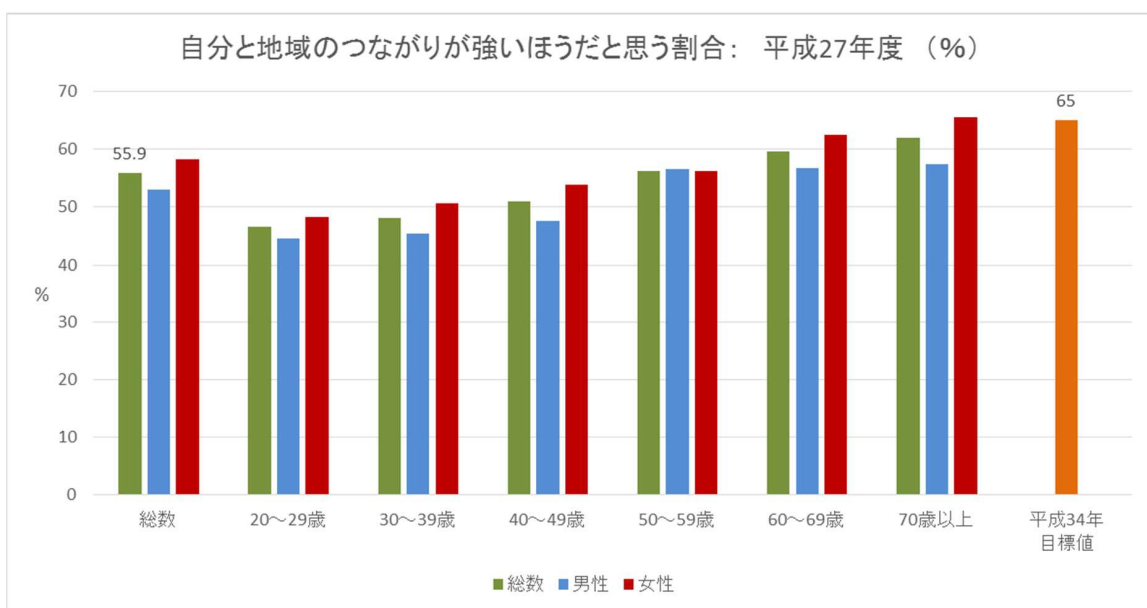


データソース：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図4-2

別表第四 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

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

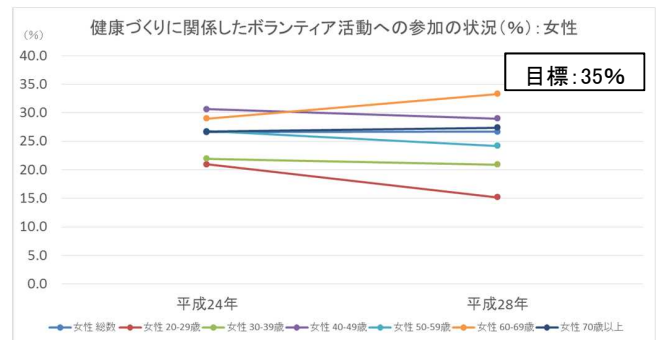
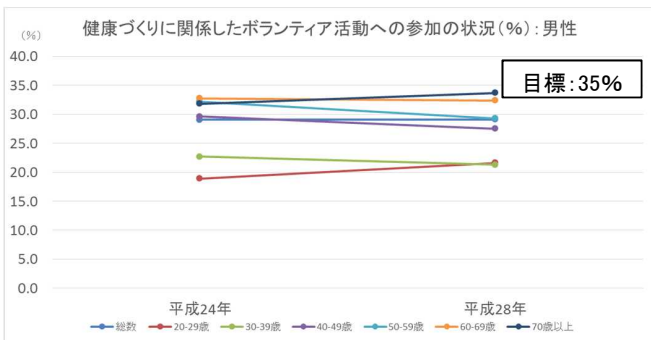
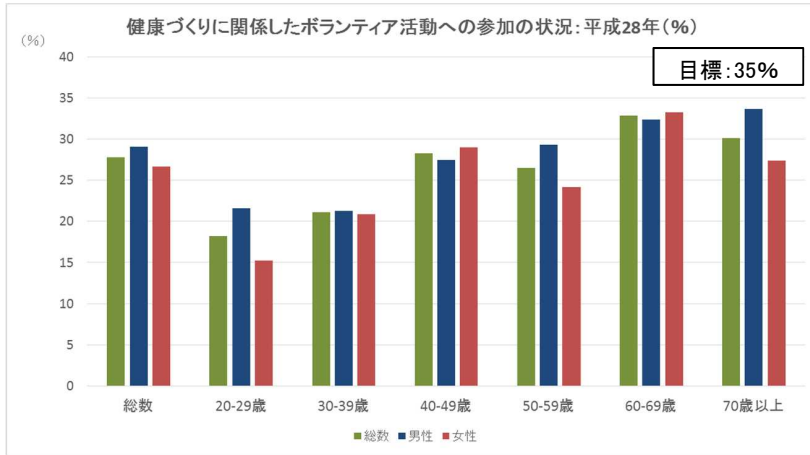


データソース：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図4-3

別表第四 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

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

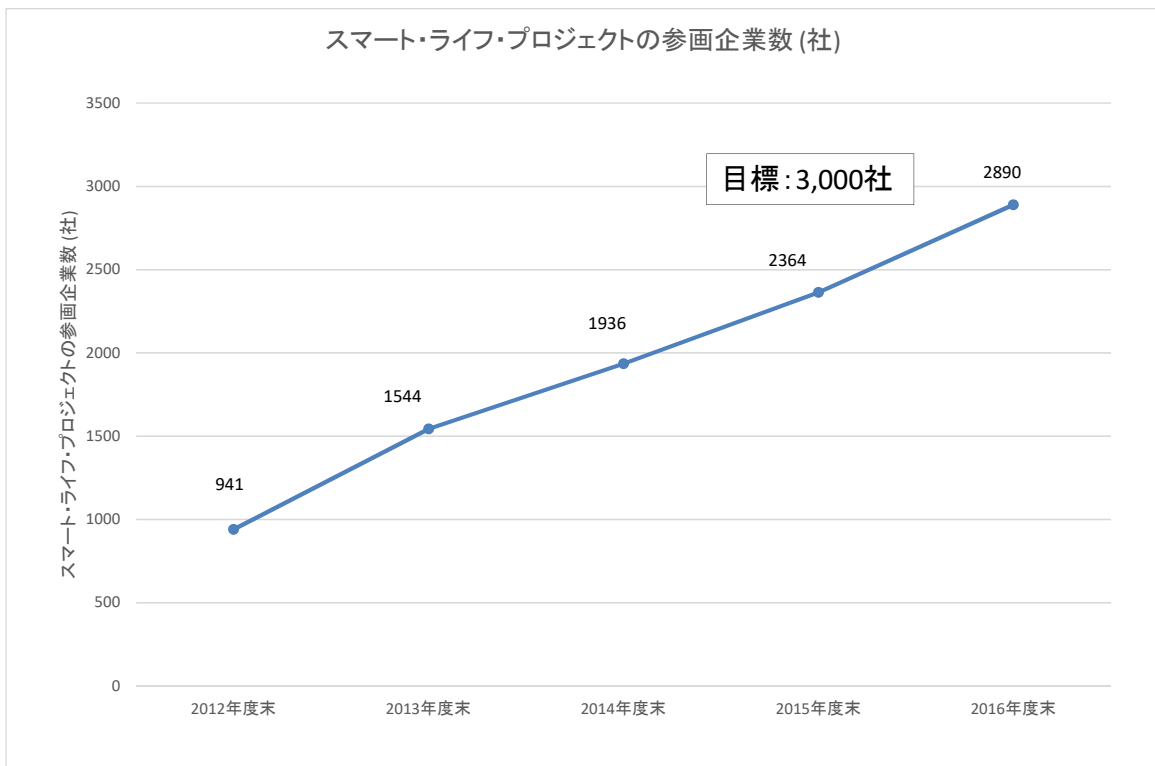


データソース: 厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図4-4

別表第四 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

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



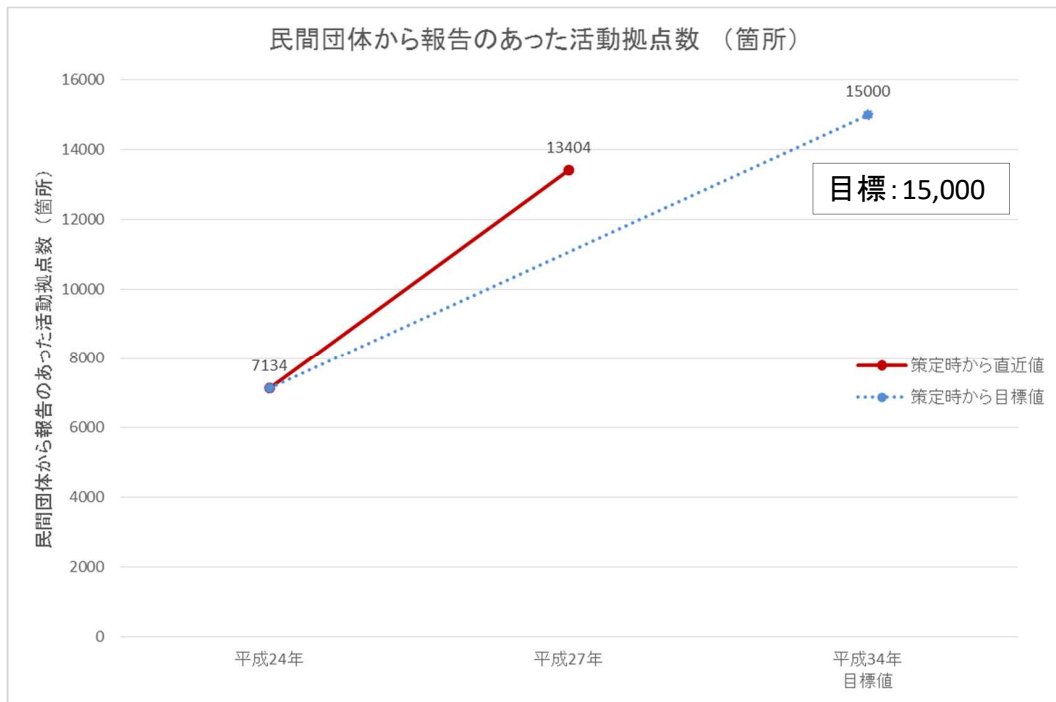
データソース: 厚生労働省健康局健康課による把握



図4-5

別表第四 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

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

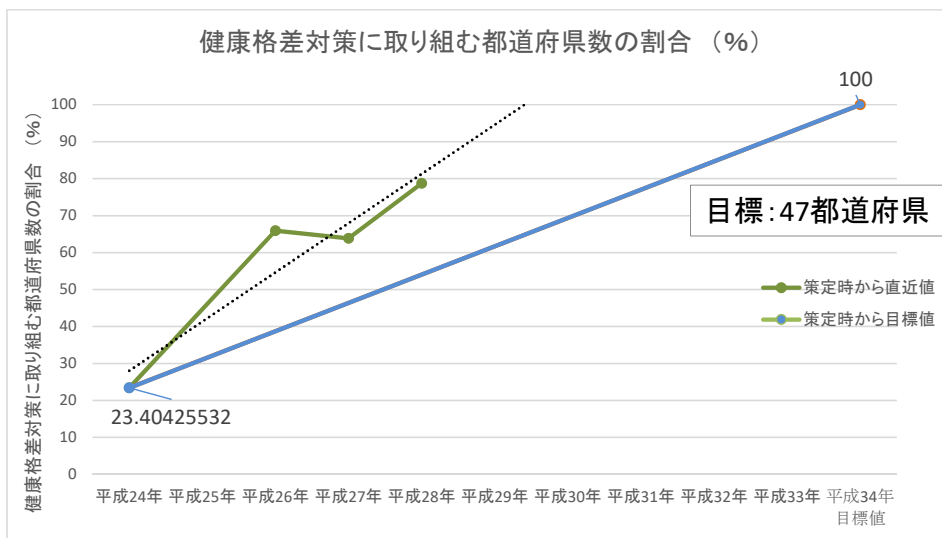


データソース: 厚生労働省健康局健康課による把握

図4-6

別表第四 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

⑤ 健康格差対策に取り組む自治体の増加



データソース: 厚生労働省健康局健康課による把握

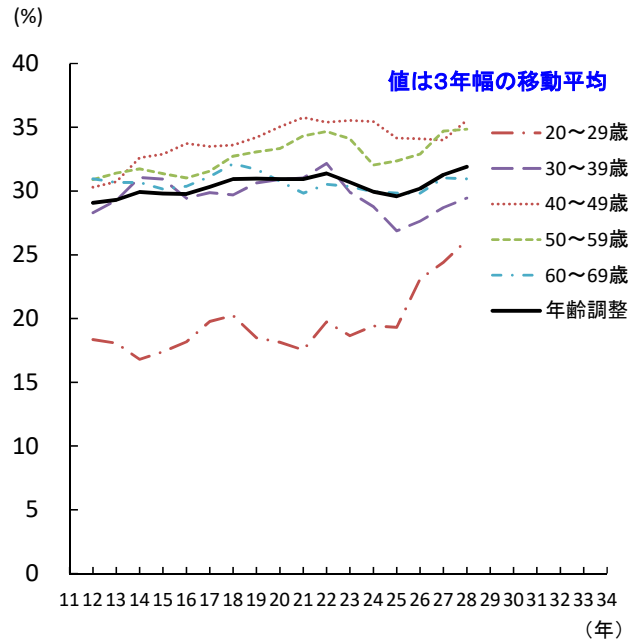
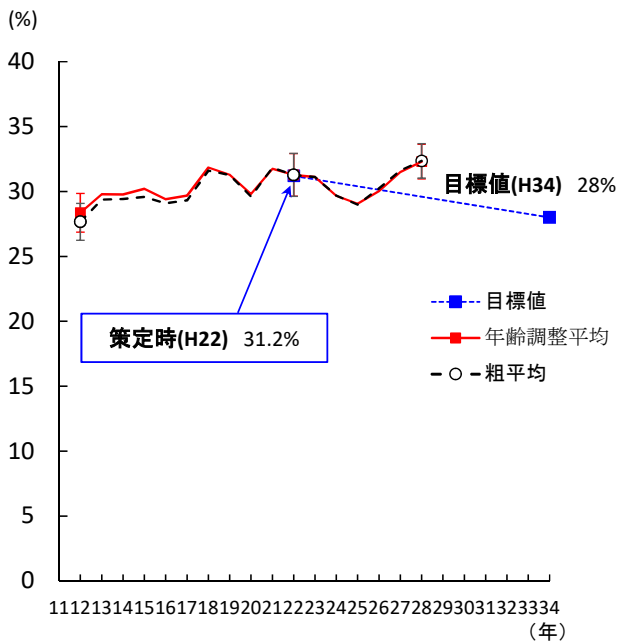
図5-1

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(1) 栄養・食生活

① 適正体重を維持している者の増加(肥満(BMI 25以上)、やせ(BMI 18.5未満)の減少)

### 20歳～60歳代男性の肥満者の割合の推移(%)



データソース:平成14年までは厚生労働省「国民栄養調査」、平成15年以降は厚生労働省「国民健康・栄養調査」  
※ 国立健康・栄養研究所作成

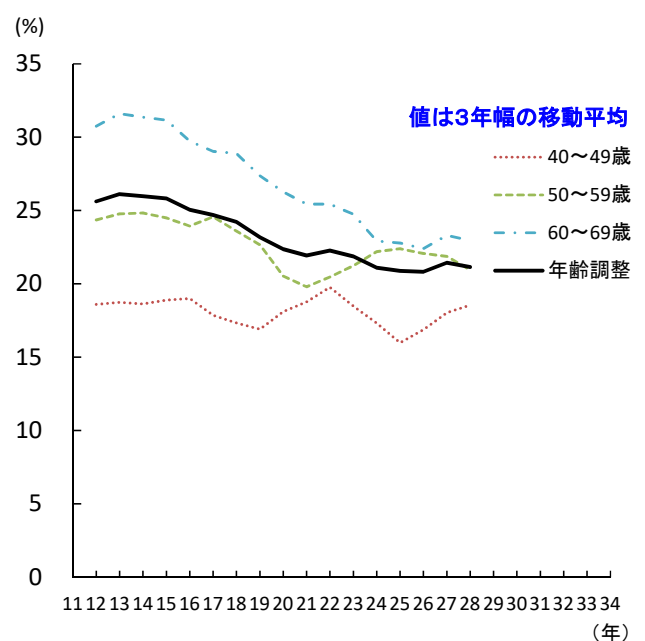
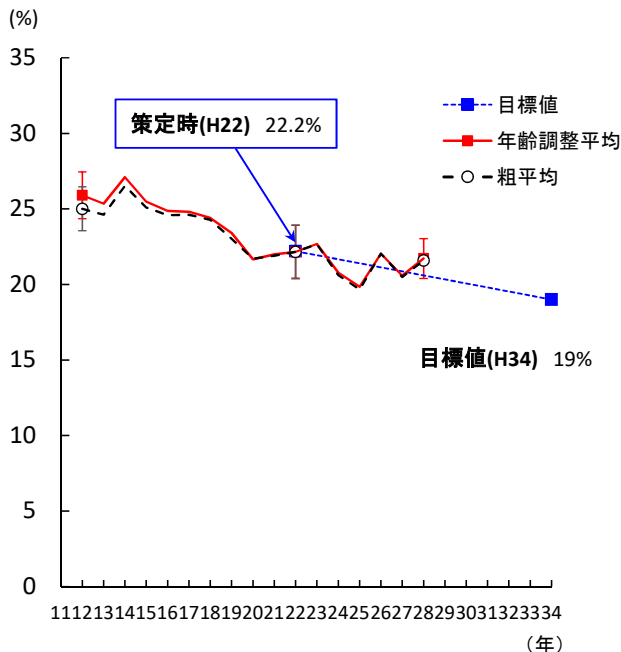
図5-2

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(1) 栄養・食生活

① 適正体重を維持している者の増加(肥満(BMI 25以上)、やせ(BMI 18.5未満)の減少)

### 40歳～60歳代女性の肥満者の割合の推移(%)



データソース:平成14年までは厚生労働省「国民栄養調査」、平成15年以降は厚生労働省「国民健康・栄養調査」  
※ 国立健康・栄養研究所作成

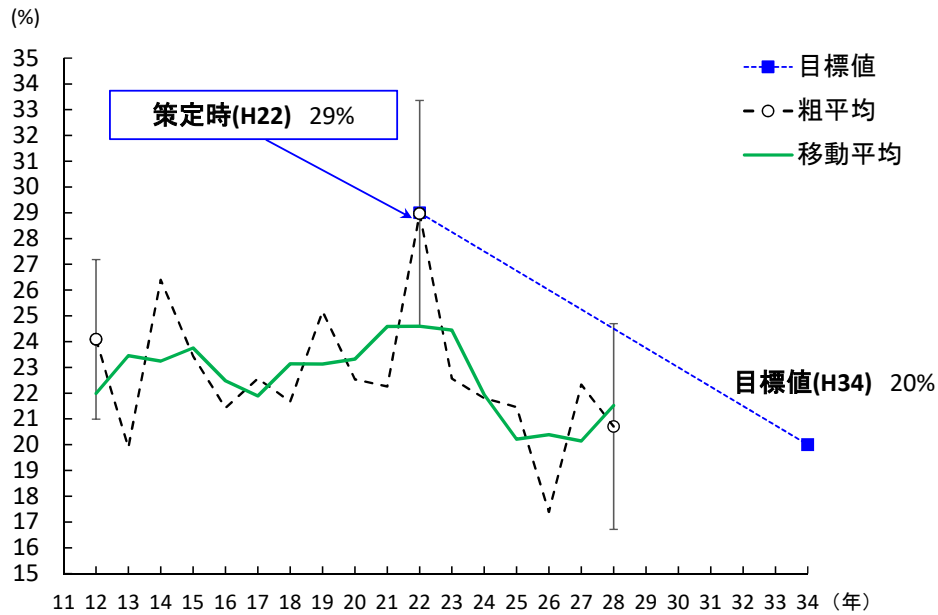
図5-3

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(1) 栄養・食生活

① 適正体重を維持している者の増加(肥満(BMI 25以上)、やせ(BMI 18.5未満)の減少)

20歳代女性のやせの者の割合の推移(%)



データソース: 平成14年までは厚生労働省「国民栄養調査」、平成15年以降は厚生労働省「国民健康・栄養調査」  
※ 国立健康・栄養研究所作成

図5-4

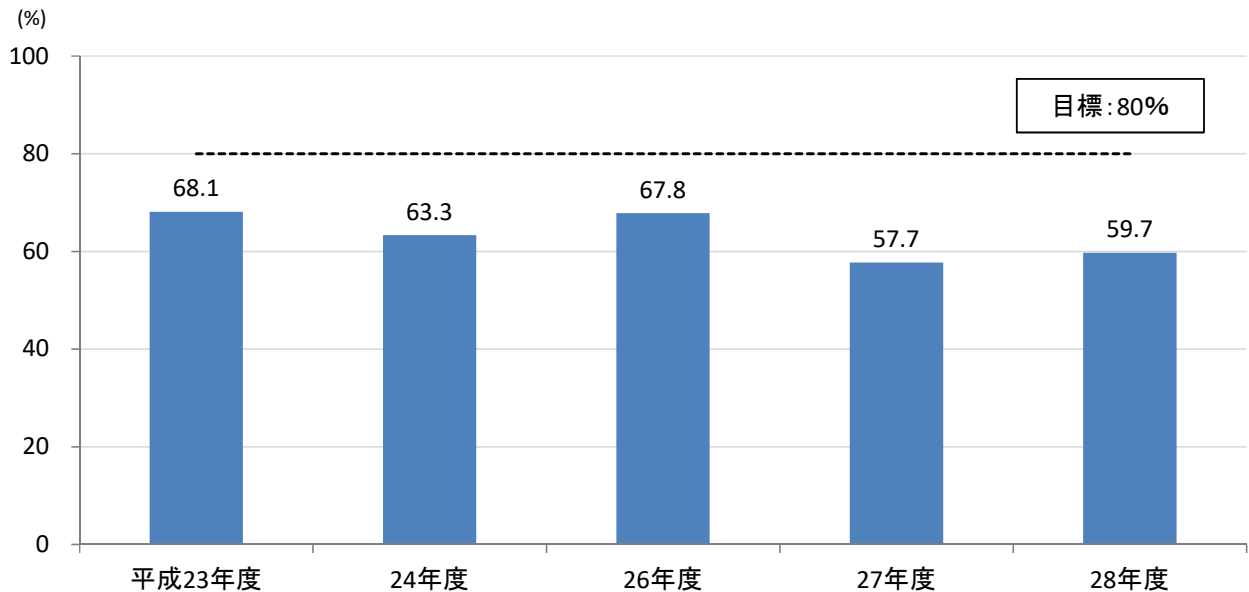
別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(1) 栄養・食生活

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

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



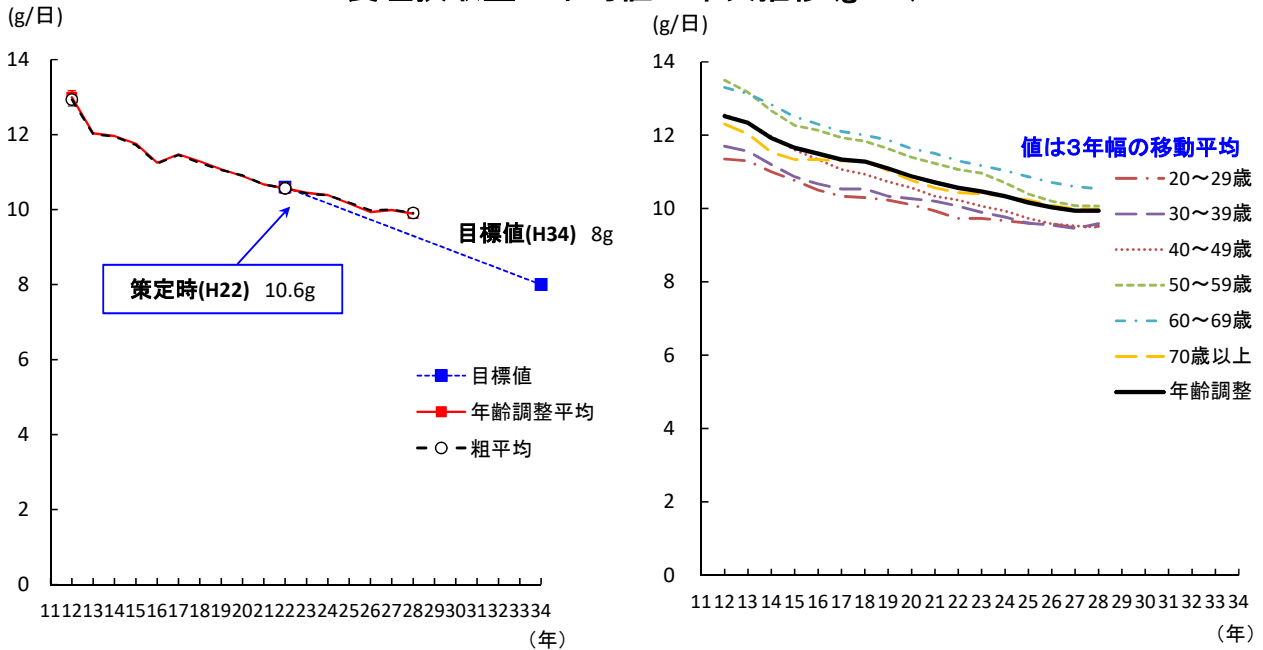
データソース: 平成27年までは内閣府「食育に関する意識調査」、平成28年は農林水産省「食育に関する意識調査」

図5-5

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

- (1) 栄養・食生活
  - ② 適切な量と質の食事をとる者の増加
    - イ 食塩摂取量の減少

食塩摂取量の平均値の年次推移(g/日)



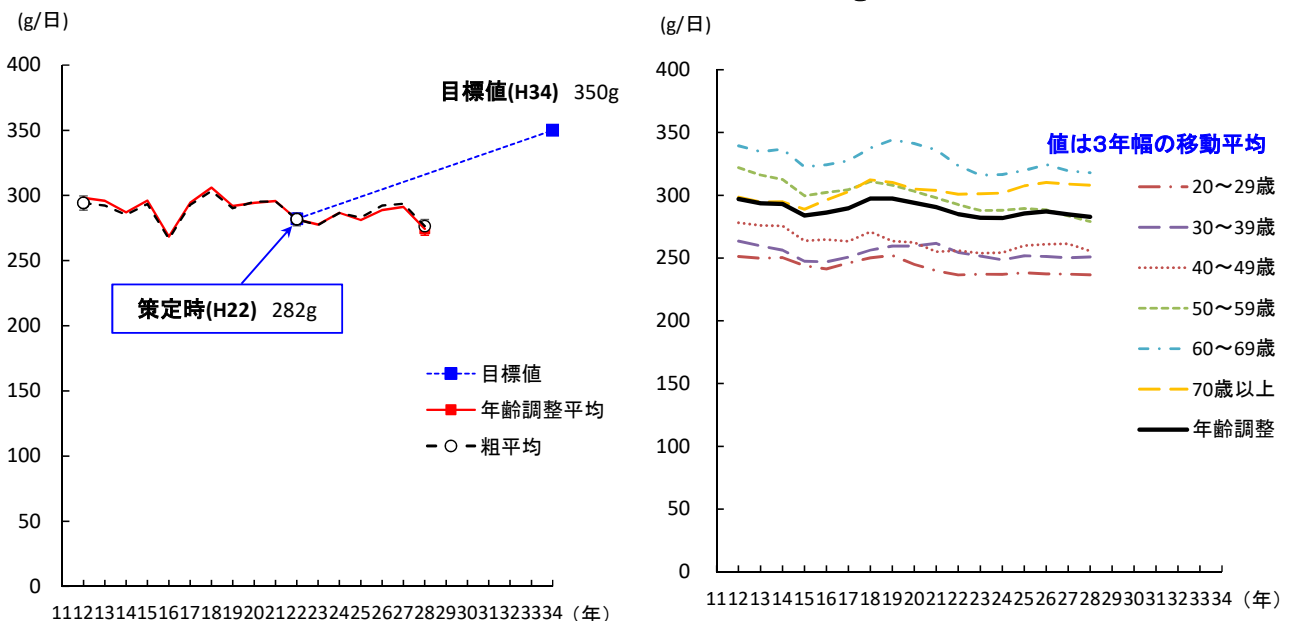
データソース:平成14年までは厚生労働省「国民栄養調査」、平成15年以降は厚生労働省「国民健康・栄養調査」  
 ※ 国立健康・栄養研究所作成

図5-6

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

- (1) 栄養・食生活
  - ② 適切な量と質の食事をとる者の増加
    - ウ 野菜と果物の摂取量の増加

野菜摂取量の平均値の年次推移(g/日)



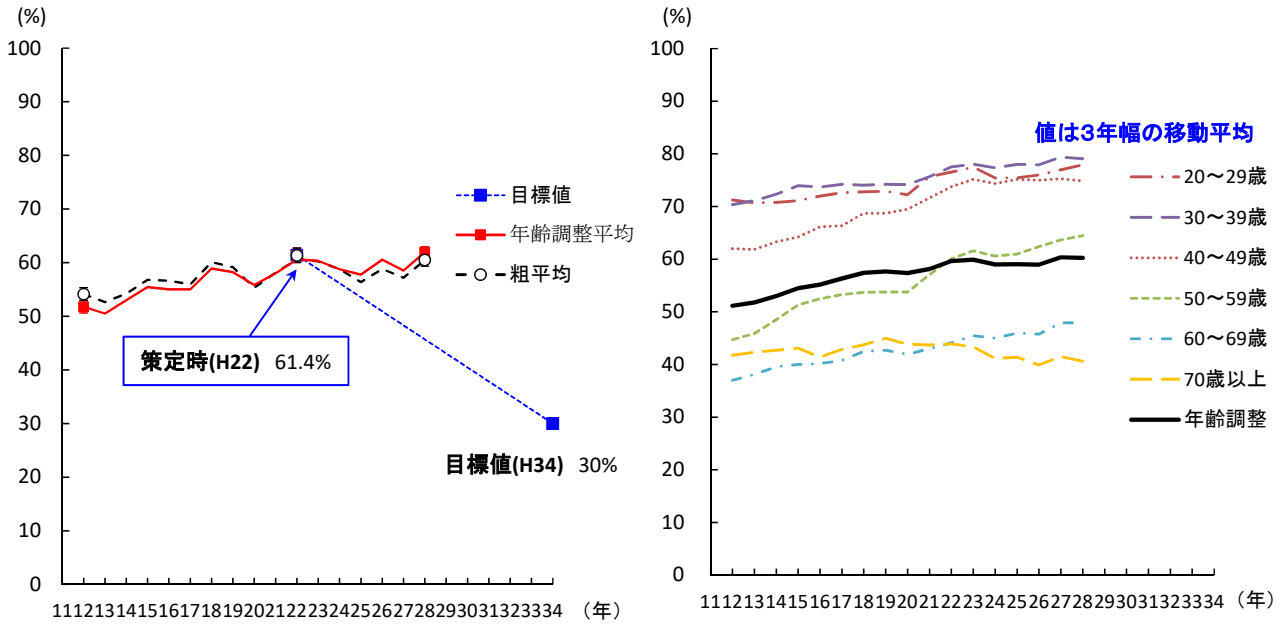
データソース:平成14年までは厚生労働省「国民栄養調査」、平成15年以降は厚生労働省「国民健康・栄養調査」  
 ※ 国立健康・栄養研究所作成

図5-7

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

- (1) 栄養・食生活
  - ② 適切な量と質の食事をとる者の増加
    - ウ 野菜と果物の摂取量の増加

果物摂取量100g未満の者の割合の年次推移(%)



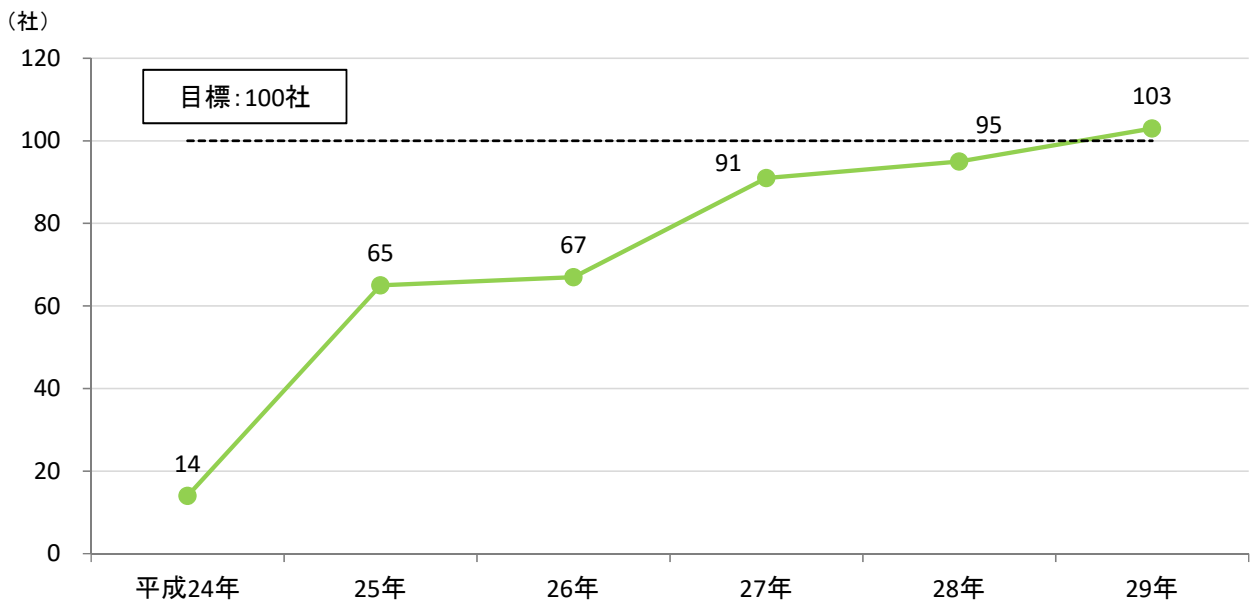
データソース:平成14年までは厚生労働省「国民栄養調査」、平成15年以降は厚生労働省「国民健康・栄養調査」  
 ※ 国立健康・栄養研究所作成

図5-8

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

- (1) 栄養・食生活
  - ④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加

食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年次推移(社)



※食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み、Smart Life Projectに登録のあった企業数

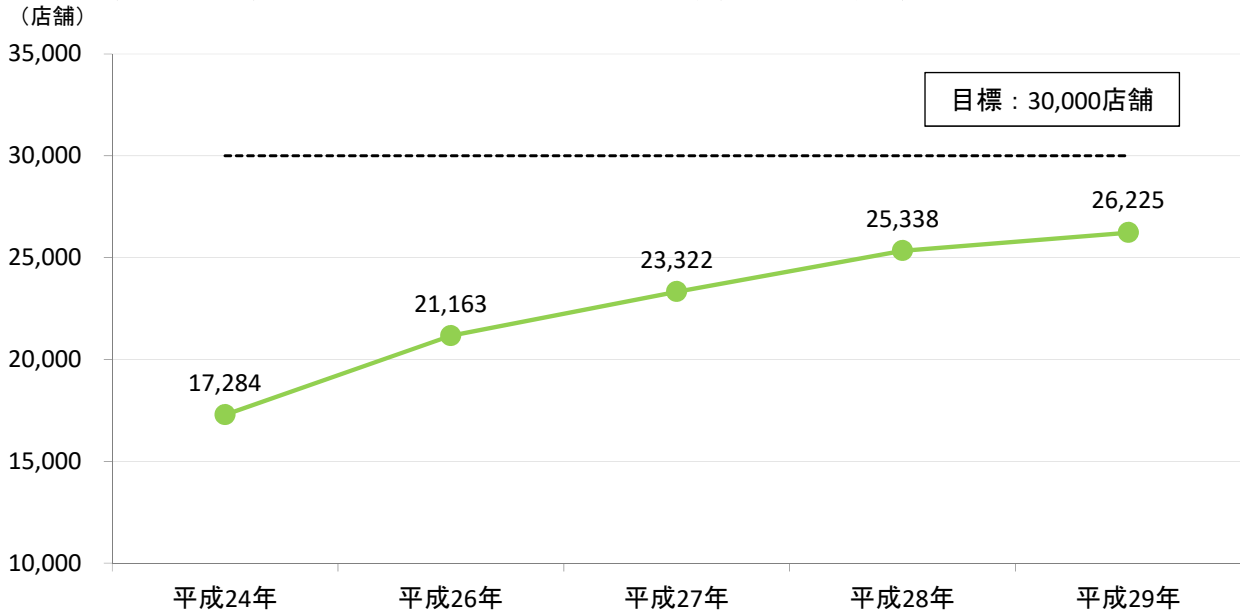
図5-9

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(1) 栄養・食生活

④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加

食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む飲食店の登録数の年次推移(店舗)



データソース:自治体からの報告

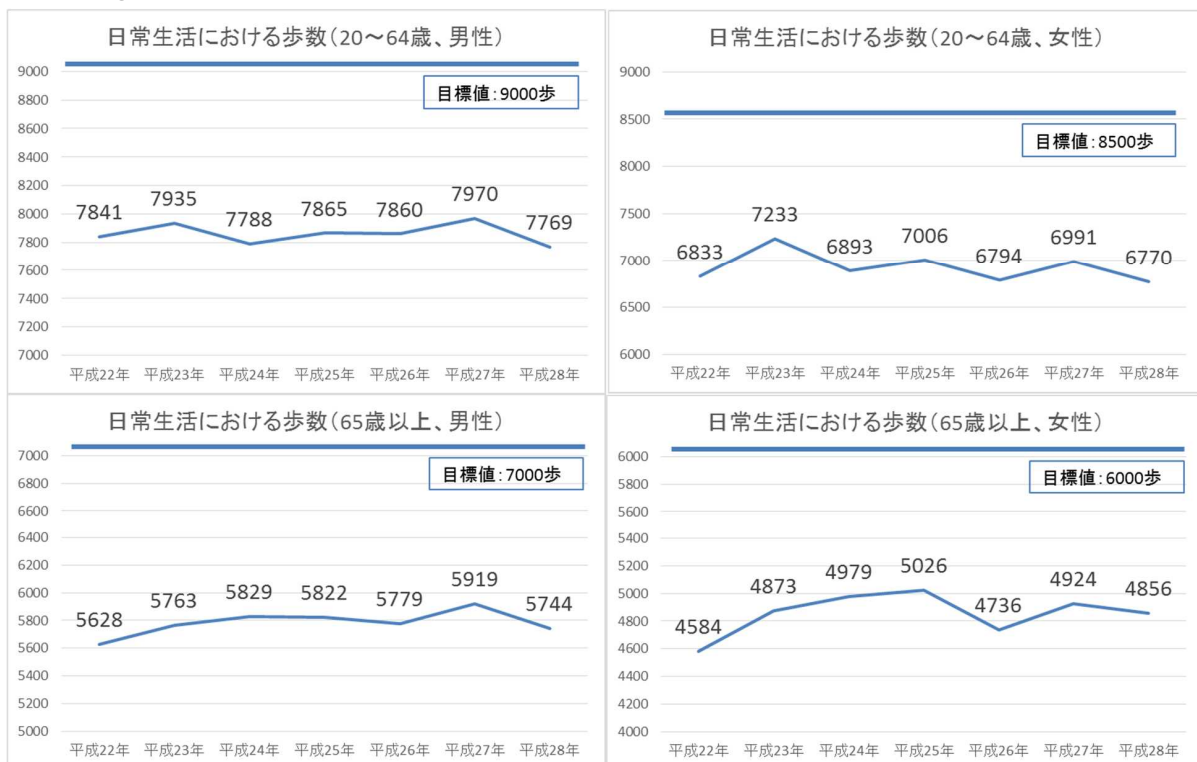
(エネルギーや塩分控えめ、野菜たっぷり・食物繊維たっぷりといったヘルシーメニューの提供に取り組む店舗数)

図5-10

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(2) 身体活動

① 日常生活における歩数の増加



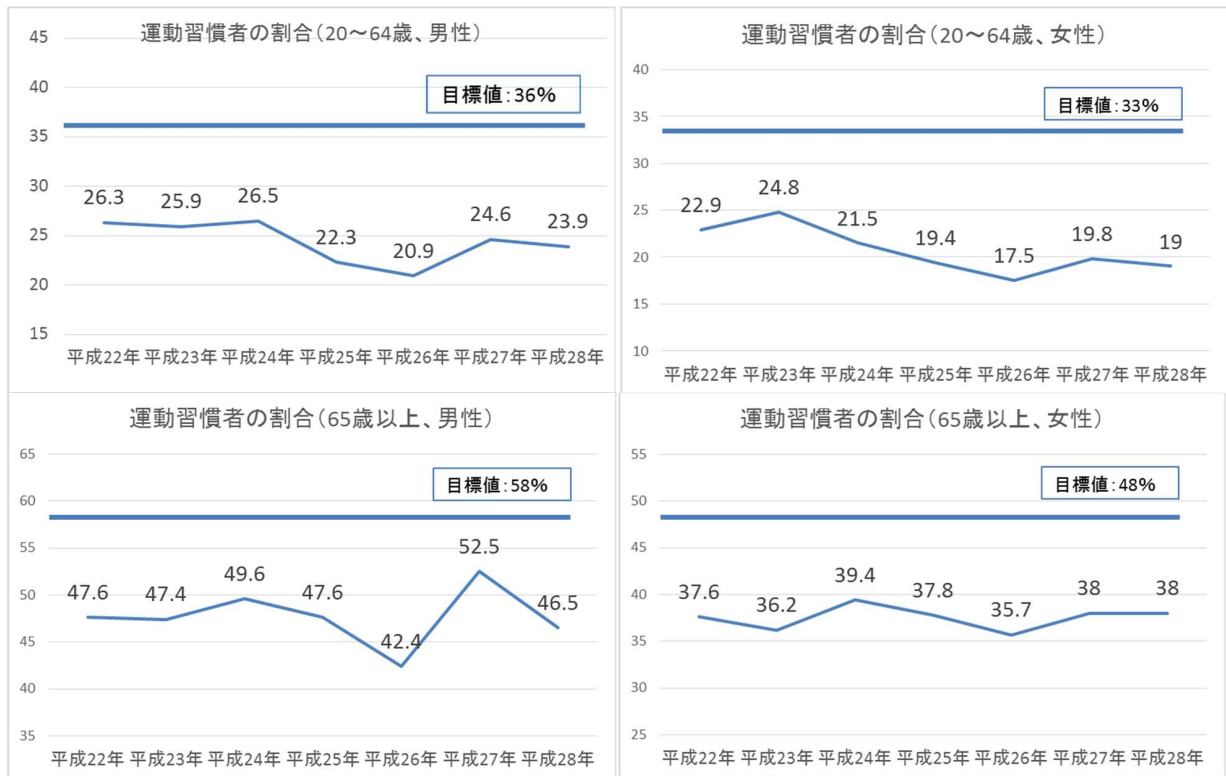
データソース:厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図5-11

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(2) 身体活動

② 運動習慣者の割合の増加



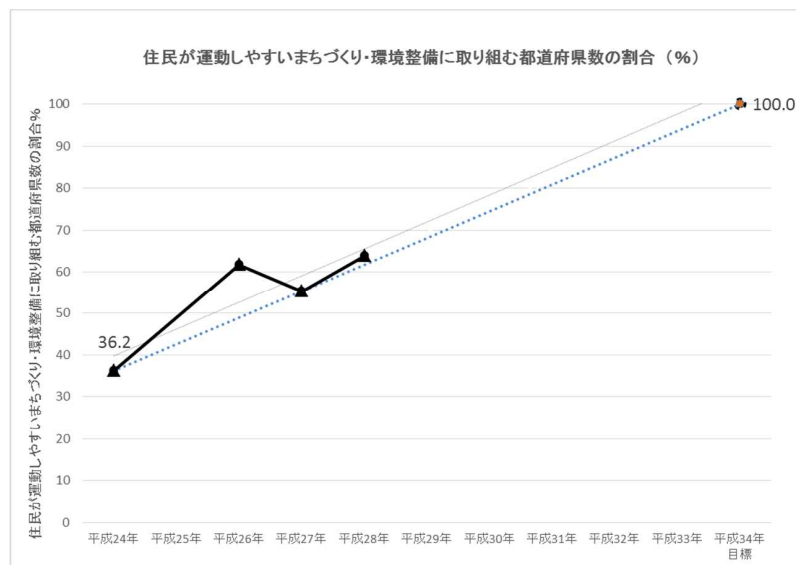
データソース：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図5-12

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(2) 身体活動

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



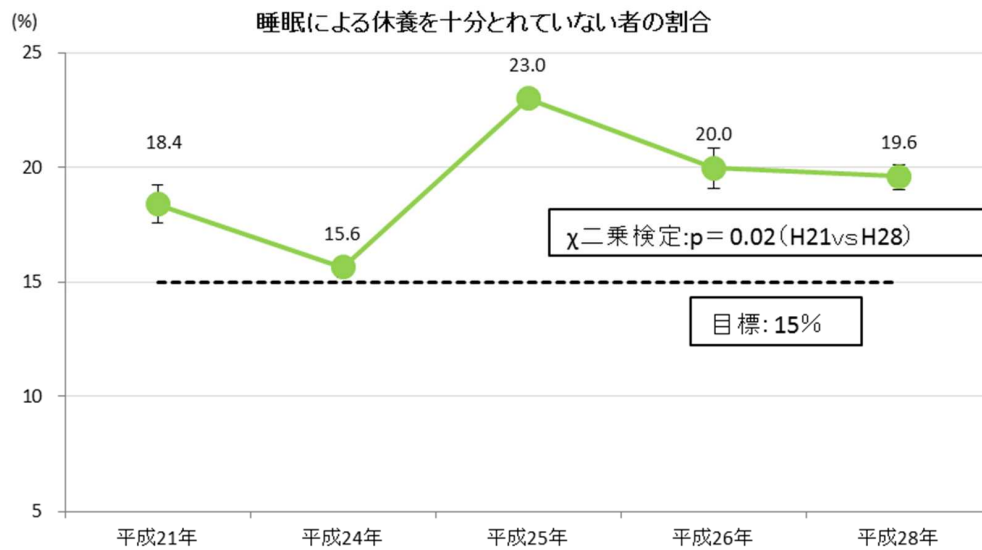
データソース：厚生労働省健康局健康課による把握

図5-13

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(3) 休養

① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合(20歳以上)



データソース: 厚生労働省「国民健康・栄養調査」(平成25年は「国民生活基礎調査」)

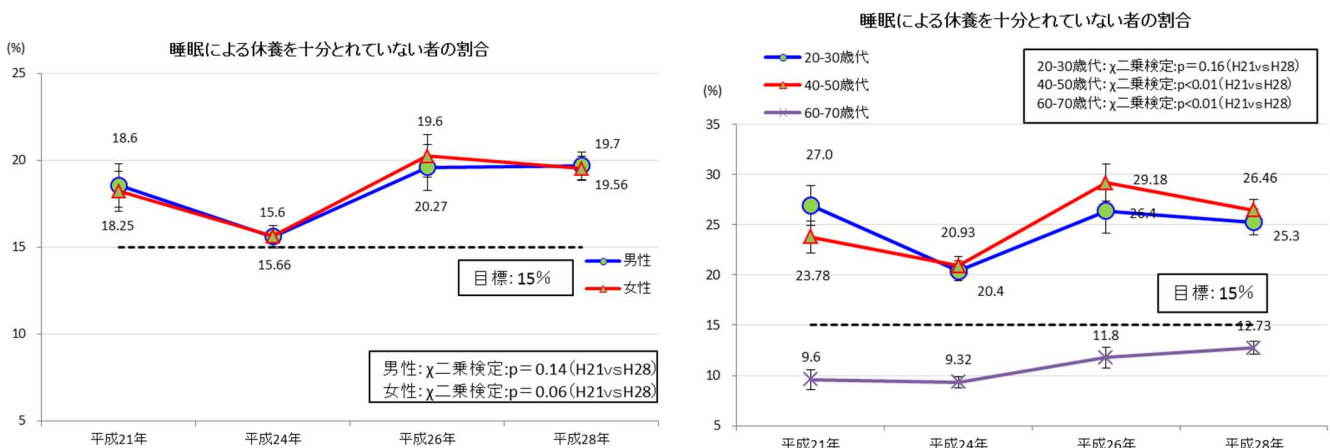
※計算過程の小数点以下の省略により、「国民健康・栄養調査」での公表値と若干異なることがある。

図5-14

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(3) 休養

① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合(20歳以上)



データソース: 厚生労働省「国民健康・栄養調査」

※計算過程の小数点以下の省略により、「国民健康・栄養調査」での公表値と若干異なることがある。

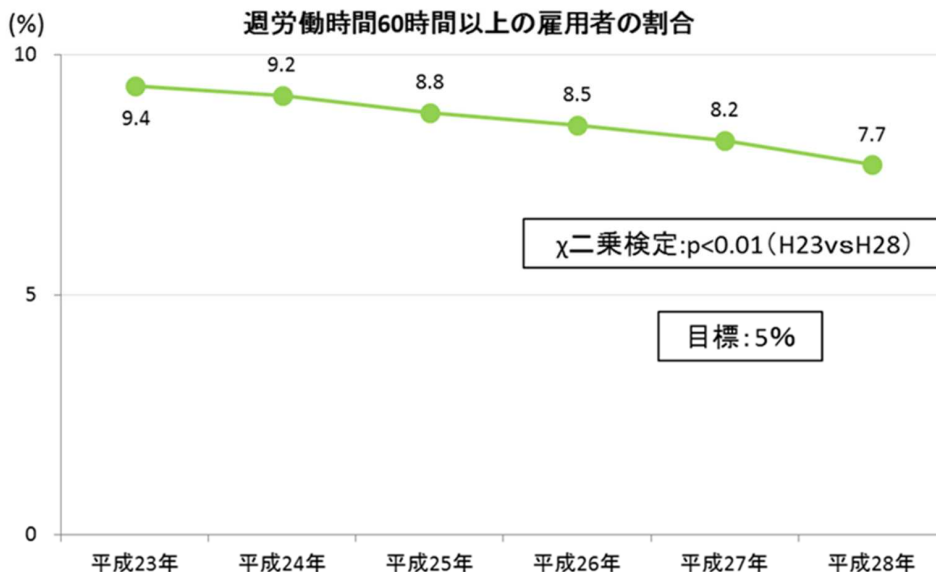


図5-15

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(3) 休養

② 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少(15歳以上)



データソース:総務省「労働力調査」

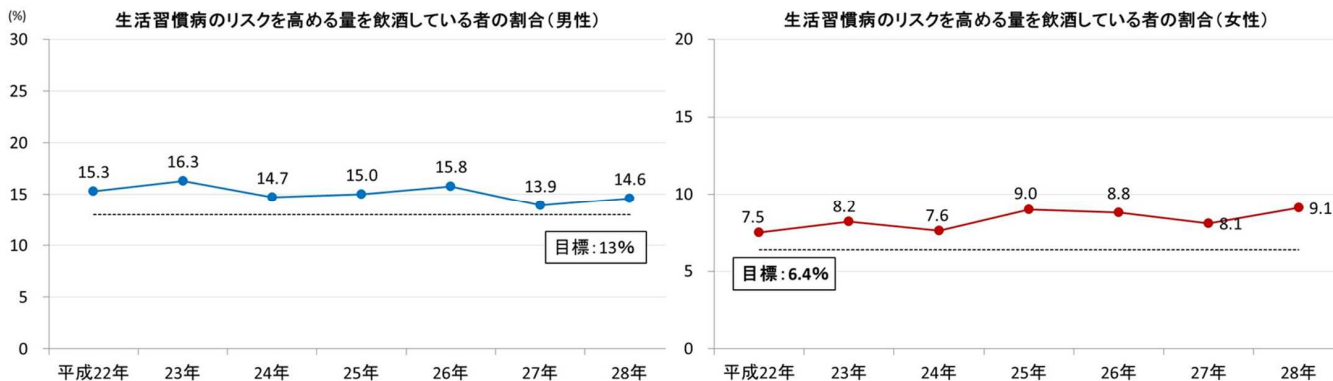
※厚生労働省「国民健康・栄養調査」公表数値と若干異なる。

図5-16

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(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(一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



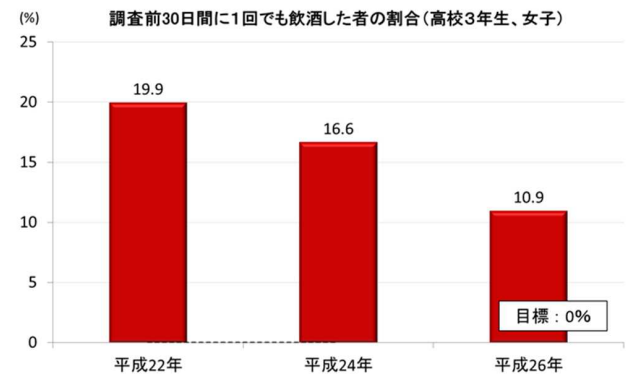
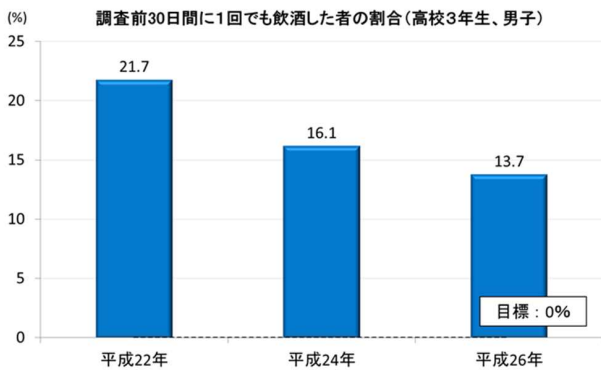
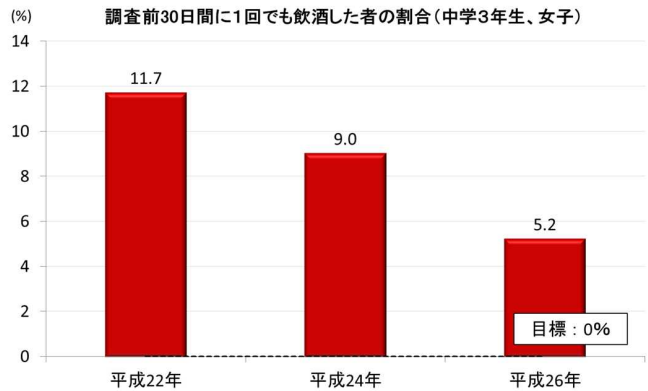
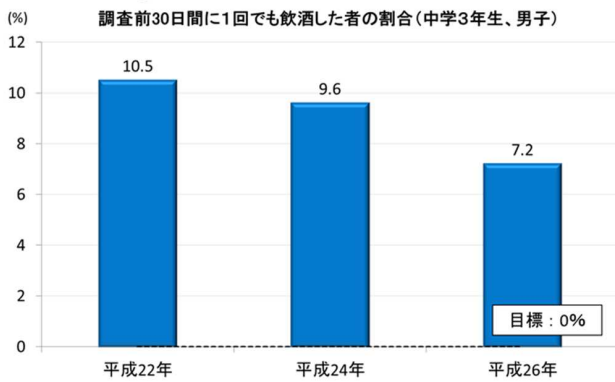
データソース:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(平成25年は「国民生活基礎調査」)

図5-17

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(4) 飲酒

② 未成年者の飲酒をなくす



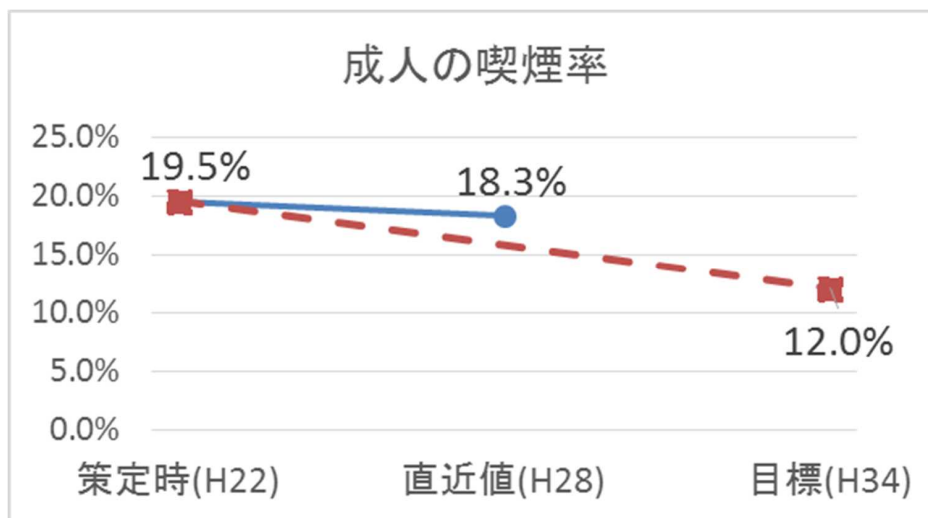
データソース: 厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査(調査前30日間に1回でも飲酒した者の割合)

図5-18

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(5) 喫煙

① 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)



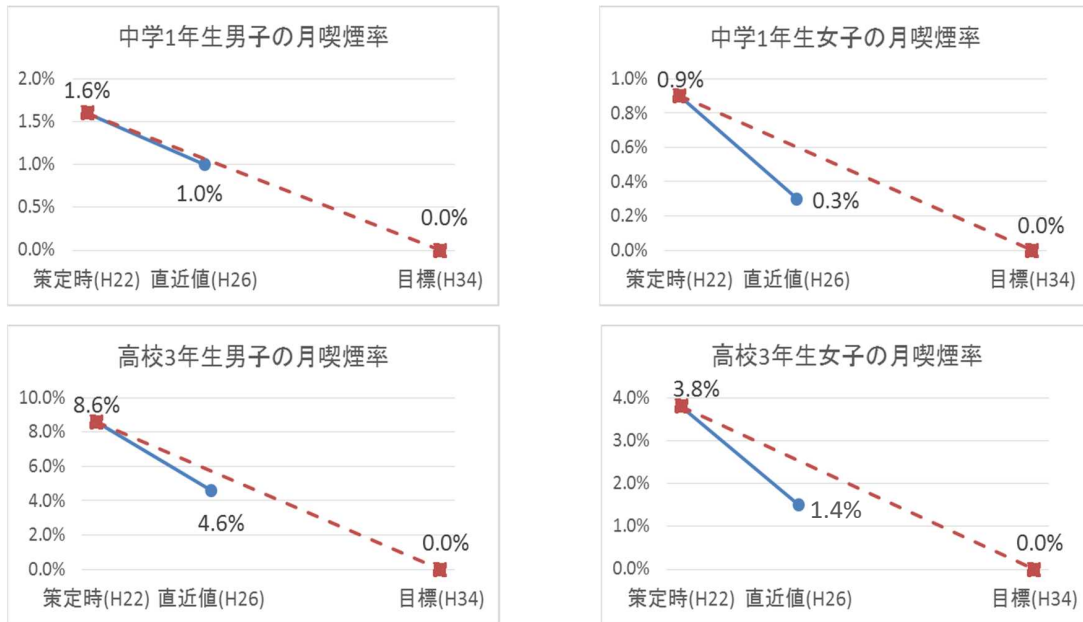
データソース: 厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図5-19

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(5) 喫煙

② 未成年者の喫煙をなくす



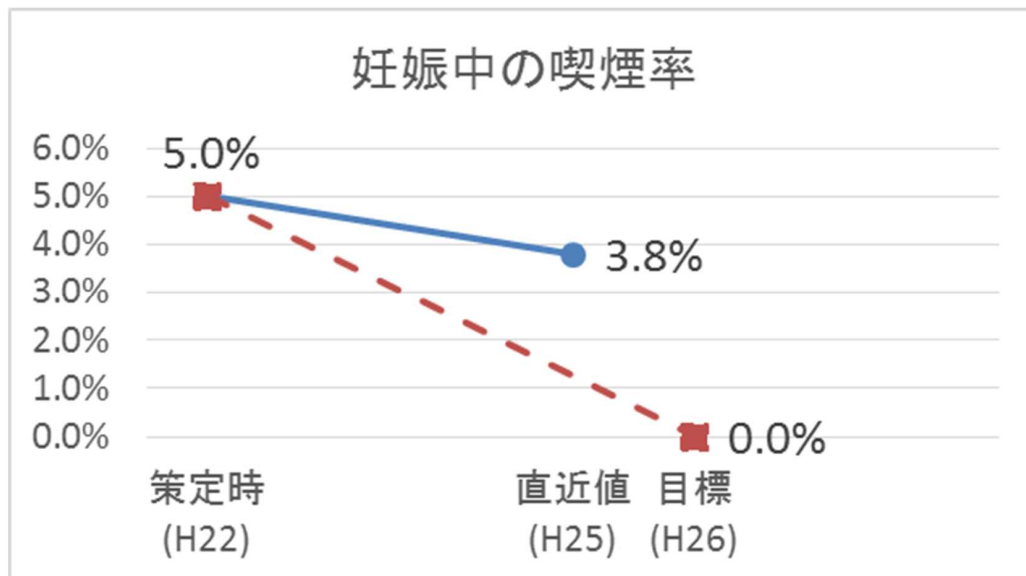
データソース：厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査

図5-20

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(5) 喫煙

③ 妊娠中の喫煙をなくす



データソース：平成22年 厚生労働省「乳幼児身体発育調査」、平成25年 厚生労働科学研究「「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」による調査

図5-21

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(5) 喫煙

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

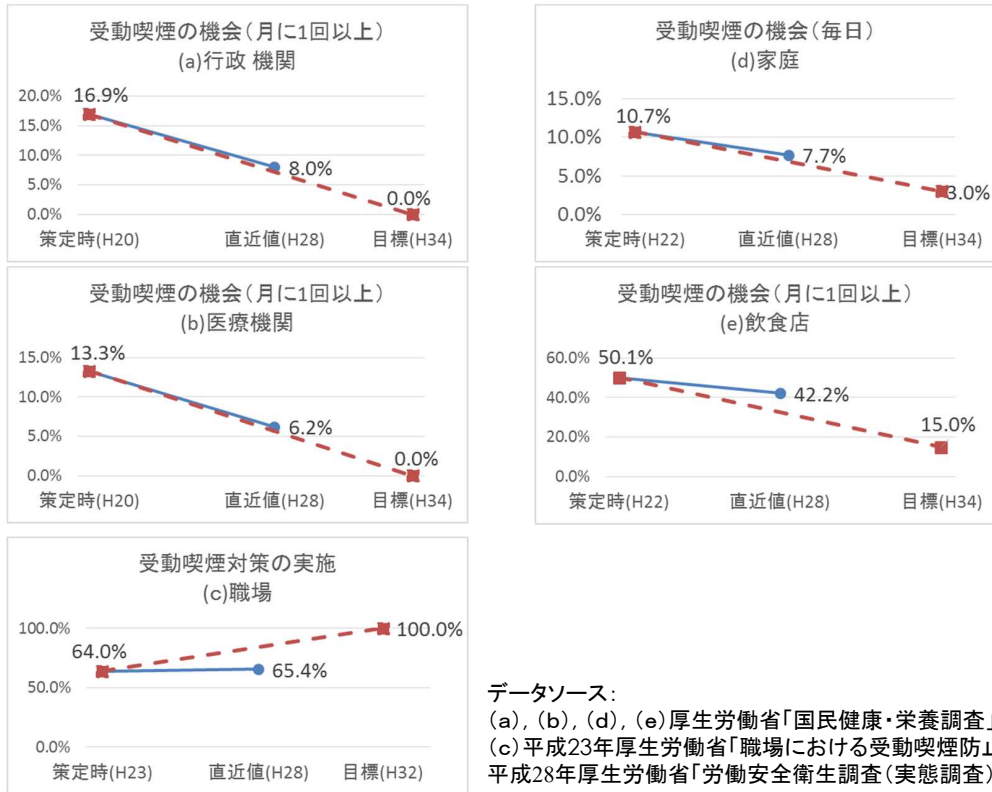


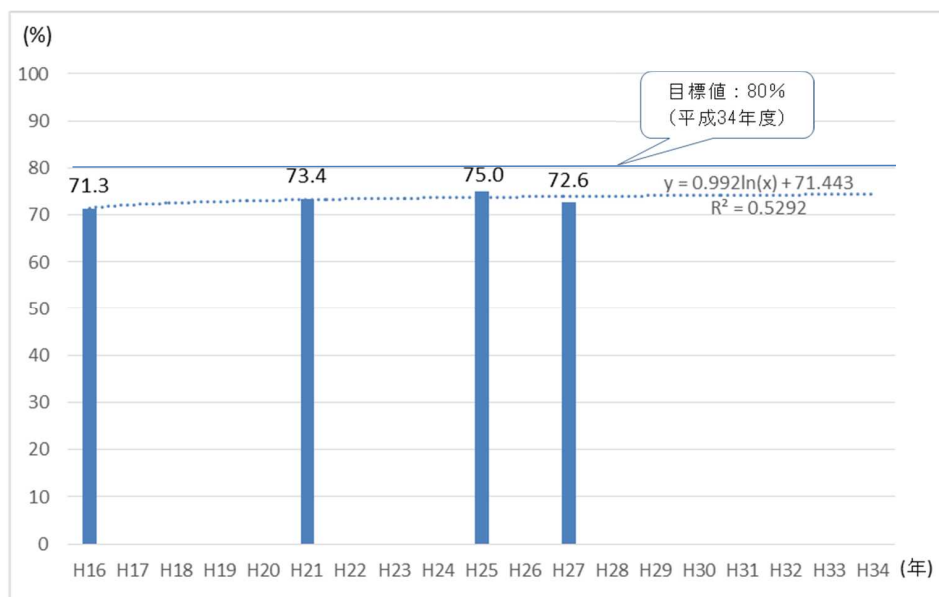
図5-22

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(6) 歯・口腔の健康

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の推移



データソース: 厚生労働省「国民健康・栄養調査」

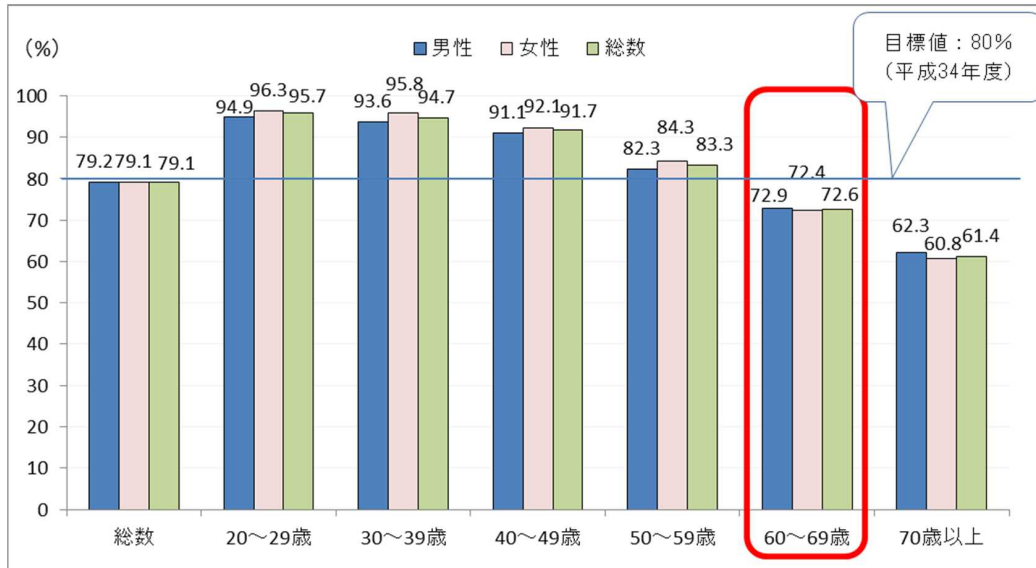
図5-23

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(6) 歯・口腔の健康

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(平成27年、男女別)



データソース:厚生労働省 平成27年「国民健康・栄養調査」

図5-24

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

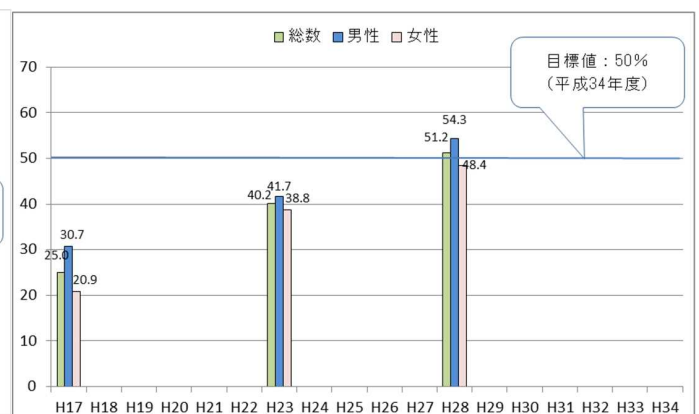
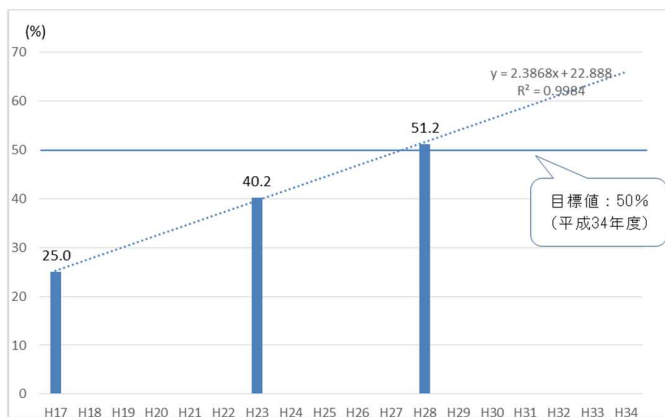
(6) 歯・口腔の健康

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の増加

80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の推移

80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の推移(男女別)



データソース:厚生労働省「歯科疾患実態調査」

図5-25

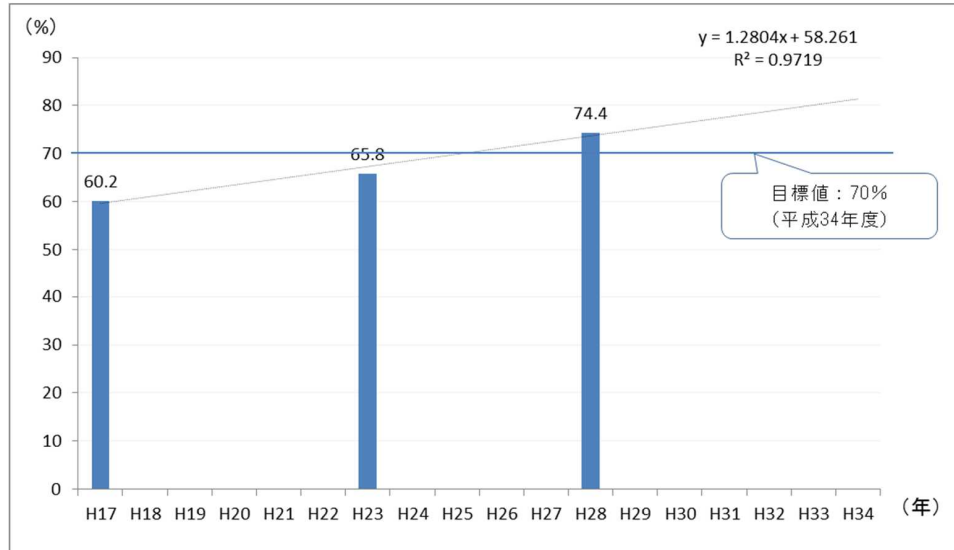
別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(6) 歯・口腔の健康

② 歯の喪失防止

イ 60歳で24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推移



データソース:厚生労働省「歯科疾患実態調査」

図5-26

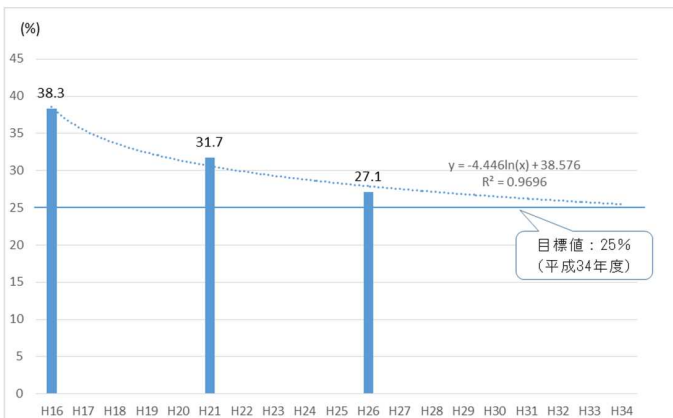
別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(6) 歯・口腔の健康

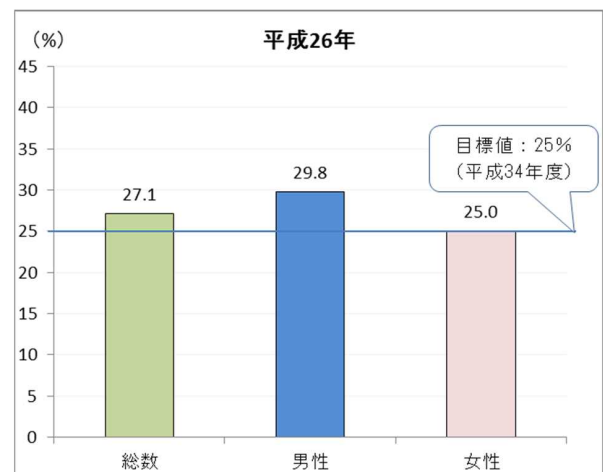
③ 歯周病を有する者の割合の減少

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の推移



20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合 (平成26年、男女別)



データソース:厚生労働省「歯科疾患実態調査」

図5-27

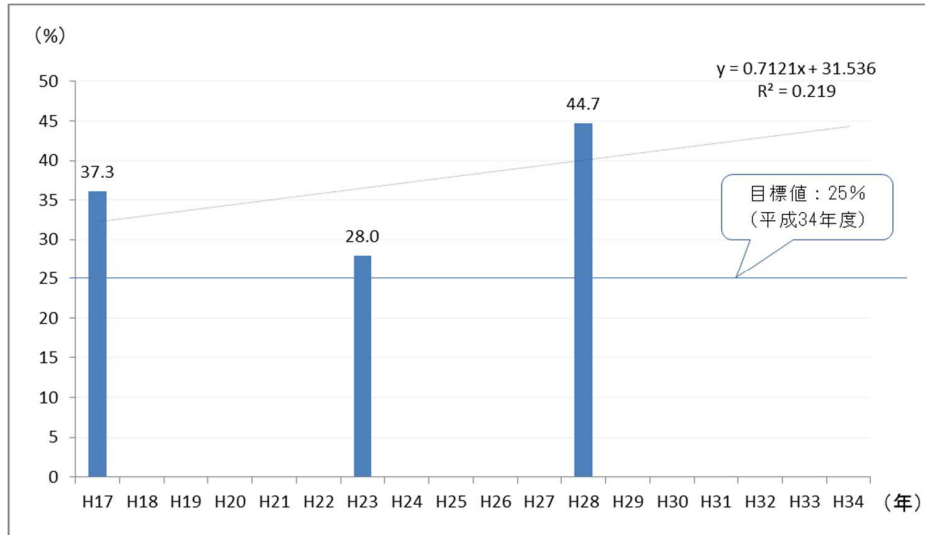
別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(6) 歯・口腔の健康

③ 歯周病を有する者の割合の減少

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

40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の推移



データソース: 厚生労働省「歯科疾患実態調査」

図5-28

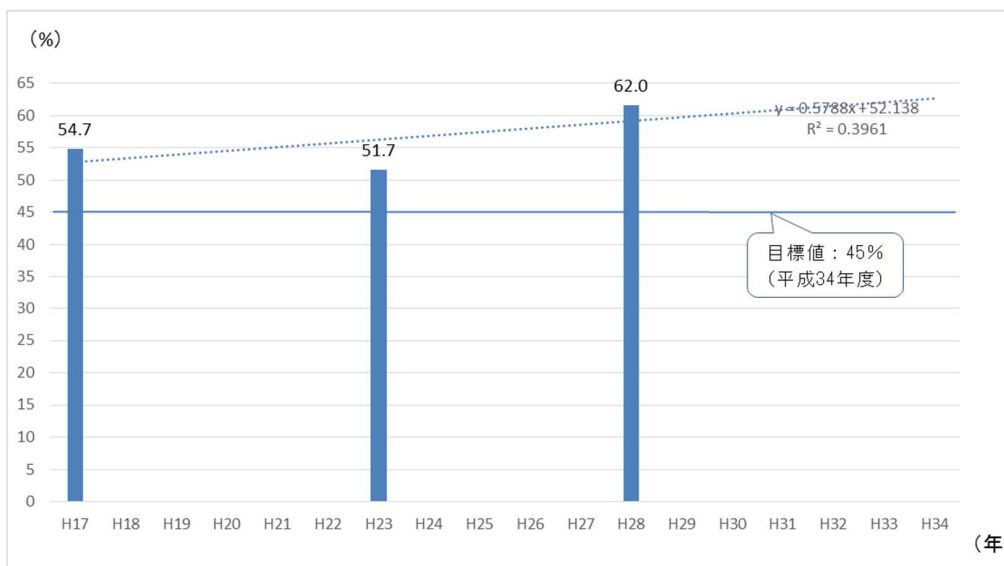
別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(6) 歯・口腔の健康

③ 歯周病を有する者の割合の減少

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の推移



データソース: 厚生労働省「歯科疾患実態調査」

図5-29

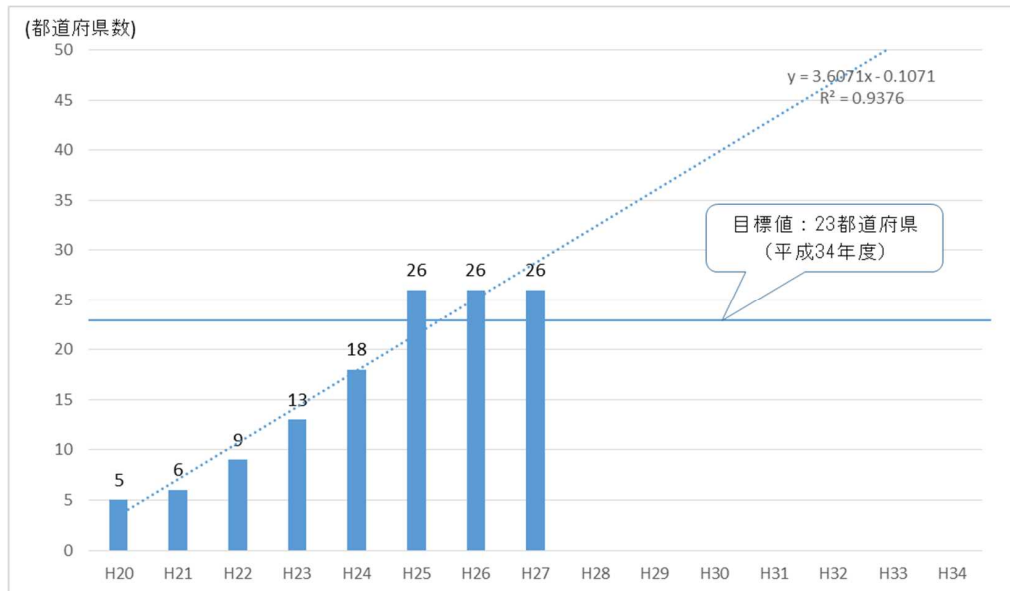
別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(6) 歯・口腔の健康

④ 幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

ア 3歳児のう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加

3歳児のう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県数の推移



データソース: 厚生労働省「歯科疾患実態調査」

図5-30

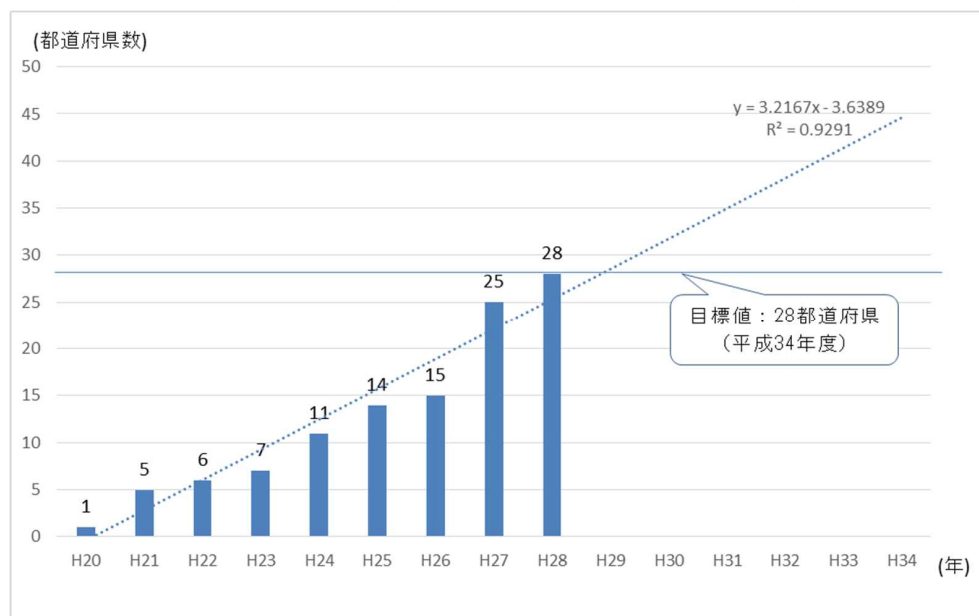
別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

(6) 歯・口腔の健康

④ 幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

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数の推移



データソース: 厚生労働省「歯科疾患実態調査」



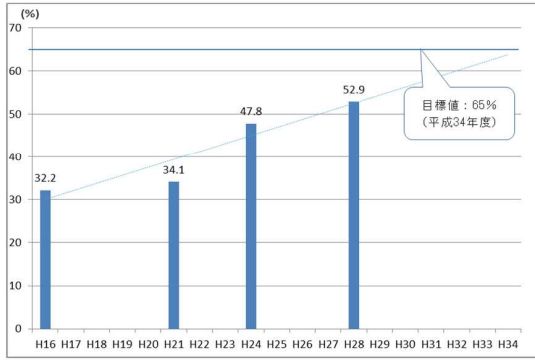
図5-31

別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

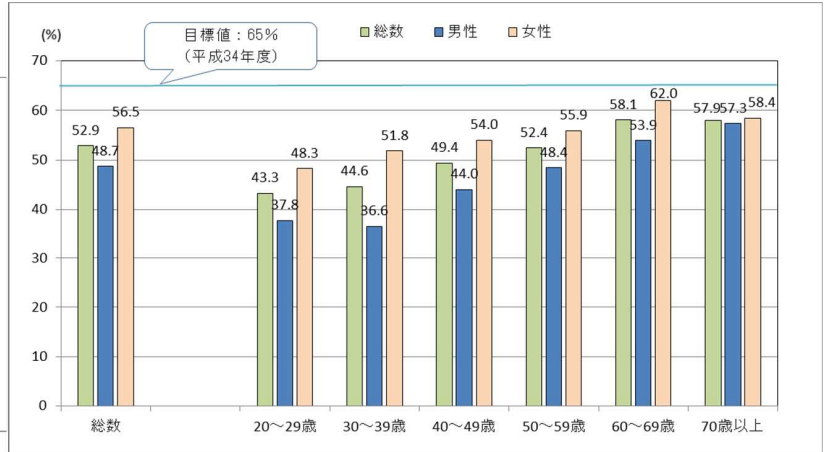
(6) 歯・口腔の健康

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の推移



過去1年間に歯科検診を受診した者の割合 (平成28年、男女別)



データソース:厚生労働省「歯科疾患実態調査」

## 健康日本 21（第二次）推進専門委員会の設置について

平成 26 年 6 月 3 日  
厚生科学審議会  
地域保健健康増進栄養部会了承

### 1. 目 的

急速な人口の高齢化や生活習慣の変化により、疾病構造が変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、これら生活習慣病に係る医療費の国民医療費に占める割合は、約 3 割となっている。

厚生労働省では、平成 12 年より生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善等に関する課題について目標等を選定し、国民が主体的に取り組める新たな国民健康づくり対策として「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」（以下「健康日本 21」という。）を推進している。

平成 25 年 4 月 1 日に「健康日本 21（第二次）」を開始しており、目標設定後 5 年を目途にすべての目標について中間報告を行うこととされている。「健康日本 21（第二次）」の進捗を確認し、着実に推進することを目的として、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会に「健康日本 21（第二次）推進専門委員会」を設置する。

### 2. 検討事項

下記の項目について、科学的知見に基づき検討を行う。

- (1) 「健康日本 21（第二次）」の進捗確認や目標の在り方等に関する事項
- (2) その他「健康日本 21（第二次）」の推進に関する事項

### 3. 構 成

- (1) 専門委員会の委員は別紙のとおりとする。
- (2) 委員の任期は「健康日本 21（第二次）」の中間報告までとする。
- (3) 委員長は、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会運営細則（平成 23 年 10 月 14 日地域保健健康増進栄養部会長決定）第 3 条に従い、専門委員会委員の中から部会長が指名する。
- (4) 副委員長は、委員長が指名する。
- (5) 委員長に事故があるとき、または委員長が欠けたときは、副委員長がその職務を代行する。

### 4. 委員会の運営等

- (1) 専門委員会は委員長が招集する。なお、委員長は審議の必要に応じ、適当と認める有識者等を参考人として招致することができる。
- (2) 委員長は、必要と認めるときは、専門委員会に作業部会を置くことができる。
- (3) 専門委員会の議事は公開とする。ただし、特段の事情がある場合には、委員長の判断により、会議、議事録及び資料を非公開とすることができる。
- (4) 専門委員会の庶務は、健康局健康課において総括し、及び処理する。

## 参考資料 10

### 健康日本 21（第二次）推進専門委員会委員名簿

岡村 智教	慶應義塾大学医学部教授
鎌田 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事
北原 佳代	三菱日立パワーシステムズ(株) 安全環境管理総括部健康管理室 健康管理室長 兼 産業医
近藤 克則	千葉大学予防医学センター教授 兼 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター老年学評価研究部長
澤田 亨	早稲田大学スポーツ科学学術院教授
曾根 智史	国立保健医療科学院次長
高野 直久	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
瀧本 秀美	国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所 栄養疫学研究部長
谷川 武	順天堂大学大学院医学研究科教授
○辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター長
道明 雅代	ドーミヨ薬局薬剤師
中村 正和	公益社団法人地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター長
西村 正治	北海道大学名誉教授
羽鳥 裕	公益社団法人日本医師会常任理事
松下 幸生	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター副院長
村山 伸子	新潟県立大学人間生活学部健康栄養学科教授
山縣 然太郎	山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座教授
山之内 芳雄	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 所長補佐 精神保健計画研究部長
横山 徹爾	国立保健医療科学院生涯健康研究部長
吉村 典子	東京大学医学部附属病院 22 世紀医療研究センター ロコモ予防学講座 特任教授
若尾 文彦	国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策情報センター長

## 参考資料 1 1 健康日本 2 1（第二次）推進専門委員会等の開催状況

- 2014年6月3日 第38回 地域保健健康増進栄養部会
- 2014年7月31日 第1回 健康日本2 1（第二次）推進専門委員会
- 2014年10月1日 第2回 健康日本2 1（第二次）推進専門委員会
- 2015年3月9日 第3回 健康日本2 1（第二次）推進専門委員会
- 2015年7月17日 第4回 健康日本2 1（第二次）推進専門委員会
- 2015年9月14日 第39回 地域保健健康増進栄養部会
- 2015年12月24日 第5回 健康日本2 1（第二次）推進専門委員会
- 2016年3月15日 第6回 健康日本2 1（第二次）推進専門委員会
- 2016年12月16日 第40回 地域保健健康増進栄養部会
- 2017年2月17日 第7回 健康日本2 1（第二次）推進専門委員会
- 2017年5月30日 第8回 健康日本2 1（第二次）推進専門委員会
- 2017年6月29日 第9回 健康日本2 1（第二次）推進専門委員会
- 2017年9月6日 第10回 健康日本2 1（第二次）推進専門委員会
- 2018年3月9日 第11回 健康日本2 1（第二次）推進専門委員会
- 2018年8月2日 第12回 健康日本2 1（第二次）推進専門委員会

