

健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料

平成24年7月

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

目次

第1章 現状	1
1. これまでの健康増進対策の沿革	1
2. 我が国の健康水準	3
3. 人口減少社会における健康増進対策の意義.....	6
第2章 次期国民健康づくり運動に向けた課題.....	12
第3章 健康日本21（第2次）の基本的な方向.....	16
1. 10年後を見据えた目指す姿について.....	16
2. 基本的な方向について	18
第4章 目標の設定	21
1. 目標の設定と評価	21
2. 具体的目標	24
(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小	24
(2) 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底.....	32
①がん	33
②循環器疾患	40
③糖尿病	51
④COPD	59
(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.....	63
①こころの健康	64
②次世代の健康	70
③高齢者の健康	75
(4) 健康を支え、守るための社会環境の整備.....	84
(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...	90
①栄養・食生活	91
②身体活動・運動	104
③休養	111
④飲酒	114
⑤喫煙	124
⑥歯・口腔の健康	133
(参考1) 定期的にモニタリングを行う目標.....	143
(参考2) 地方自治体が活用可能な指標	144
第5章 次期国民健康づくり運動の推進に向けて.....	147
1. 地方自治体における健康増進に向けた取組の推進.....	147
2. 多様な分野における連携（推進体制）	148
3. 周知・広報戦略	150

第1章 現状

1. これまでの健康増進対策の沿革

健康増進（Health Promotion）の考え方は、国際的には、もともと 1946 年にWHO（世界保健機関）が提唱した「健康とは単に病気でない、虚弱でないというのみならず、身体的、精神的そして社会的に完全に良好な状態を指す」という健康の定義から出発している。その後、1970 年代になると、健康増進は、疾病とは対比した理想的な状態、すなわち健康を想定し、それを更に増強することを意味する概念的な定義がなされ（ラロンド報告）、また、米国の Healthy People で応用された際には、個人の生活習慣の改善を意味している。そして、1980 年代以降、健康増進はもう一度捉えなおされ、個人の生活習慣の改善だけでなく、環境の整備を合わせたものとして改めて提唱された（ヘルシーシティ）。このように、健康増進という考え方は時代によって内容が変遷してきたといえる。

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

（1） 第 1 次国民健康づくり対策（昭和 53 年～）

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

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

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

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

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

今後、平成 25 年度から開始する予定である国民健康づくり対策は、第 4 次の健康増進に係る取組ということとなるが、その推進に当たっては、こうしたこれまでの取組の変遷に十分留意しつつ、新たな健康課題や社会背景等を踏まえながら、取り組んでいく必要がある。

(参考) これまでの国民健康づくり対策の概要

第 1 次国民健康づくり対策 (昭和 53 年～)	第 2 次国民健康づくり対策 (昭和 63 年～) (アクティブ 80 ヘルスプラン)	第 3 次国民健康づくり対策 (平成 12 年～) (21 世紀における国民健康づくり 運動(健康日本21))
【基本的考え方】 - 生涯を通じる健康づくりの推進 [成人病予防のための 1 次予防の推進] - 健康づくりの 3 要素(栄養、運動、休養)の健康増進事業の推進(栄養に重点)	【基本的考え方】 - 生涯を通じる健康づくりの推進 - 栄養、運動、休養のうち遅れていた運動習慣の普及に重点を置いた、健康増進事業の推進	【基本的考え方】 - 生涯を通じる健康づくりの推進 [「一次予防」の重視と健康寿命の延伸、生活の質の向上] - 国民の保健医療水準の指標となる具体的目標の設定及び評価に基づく健康増進事業の推進 - 個人の健康づくりを支援する社会環境づくり
【施策の概要】 - 生涯を通じる健康づくりの推進 - 乳幼児から老人に至るまでの健康診査・保健指導体制の確立 - 健康づくりの基盤整備等 - 健康増進センター、市町村保健センター等の整備 - 保健婦、栄養士等のマンパワーの確保 - 健康づくりの啓発・普及 - 市町村健康づくり推進協議会の設置 - 栄養所要量の普及 - 加工食品の栄養成分表示 - 健康づくりに関する研究の実施等	【施策の概要】 - 生涯を通じる健康づくりの推進 - 乳幼児から老人に至るまでの健康診査・保健指導体制の充実 - 健康づくりの基盤整備等 - 健康科学センター、市町村保健センター、健康増進施設等の整備 - 健康運動指導者、管理栄養士、保健婦等のマンパワーの確保 - 健康づくりの啓発・普及 - 栄養所要量の普及・改定 - 運動所要量の普及 - 健康増進施設認定制度の普及 - たばこ行動計画の普及 - 外食栄養成分表示の普及 - 健康文化都市及び健康保養地の推進 - 健康づくりに関する研究の実施等	【施策の概要】 - 健康づくりの国民運動化 - 効果的なプログラムやツールの普及啓発、定期的な見直し - メタボリックシンドロームに着目した、運動習慣の定着、食生活の改善等に向けた普及啓発の徹底 - 効果的な健診・保健指導の実施 - 医療保険者による 40 歳以上の被保険者・被扶養者に対するメタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導の着実な実施(2008 年度より) - 産業界との連携 - 産業界の自主的取組との一層の連携 - 人材育成(医療関係者の資質向上) 国、都道府県、医療関係者団体、医療保険者団体等が連携した人材育成のための研修等の充実 - エビデンスに基づいた施策の展開 - アウトカム評価を可能とするデータの把握手法の見直し 等

2. 我が国の健康水準

日本では、第二次世界大戦後、生活環境の改善や医学の進歩によって感染症が激減する一方で、がんや循環器疾患などの生活習慣病が増加し、疾病構造は大きく変化してきた（図1）。健康状態を示す包括的指標である「平均寿命」について見ると、我が国は、世界で高い水準を示しており、特に女性は昭和60年から今日まで、世界一の水準を示している（図2）。

こうした成果は、日本の高い教育・経済水準、保健・医療水準、生活習慣の改善に支えられ、国民全体の努力によって成し遂げられたと考えられる。例えば、世界的に大きな健康課題となっている「肥満」についても、多くの国においてここ20年間でその割合が著しく増加しているが、日本ではその増加が抑制されている（図3）。

また、今後さらに平均寿命は伸長し、将来推計では、2060年には男性で84.19年、女性で90.93年に到達すると予測されている（図4）。

図1 死因で見た死亡率の推移

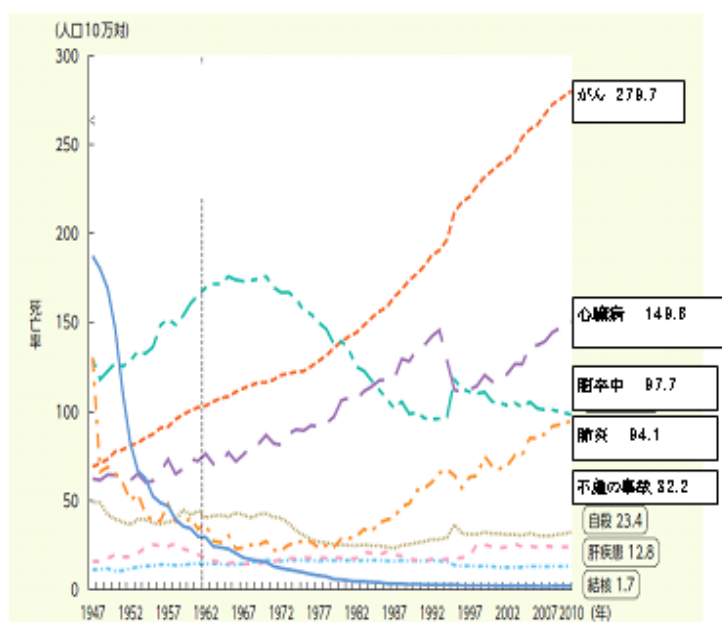
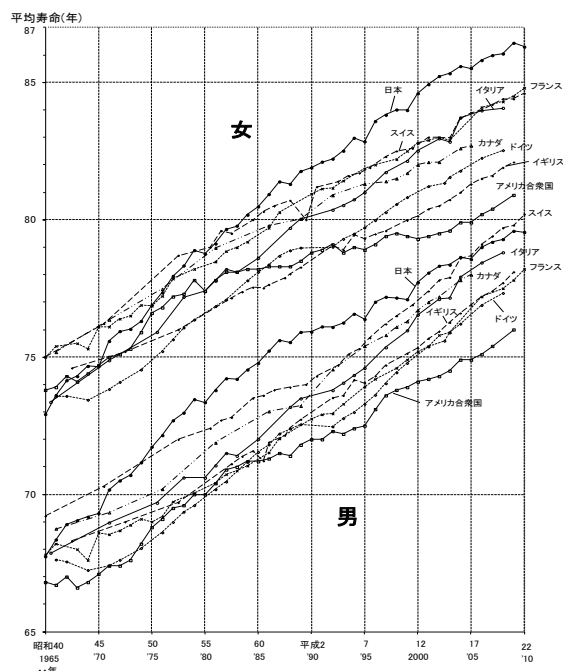
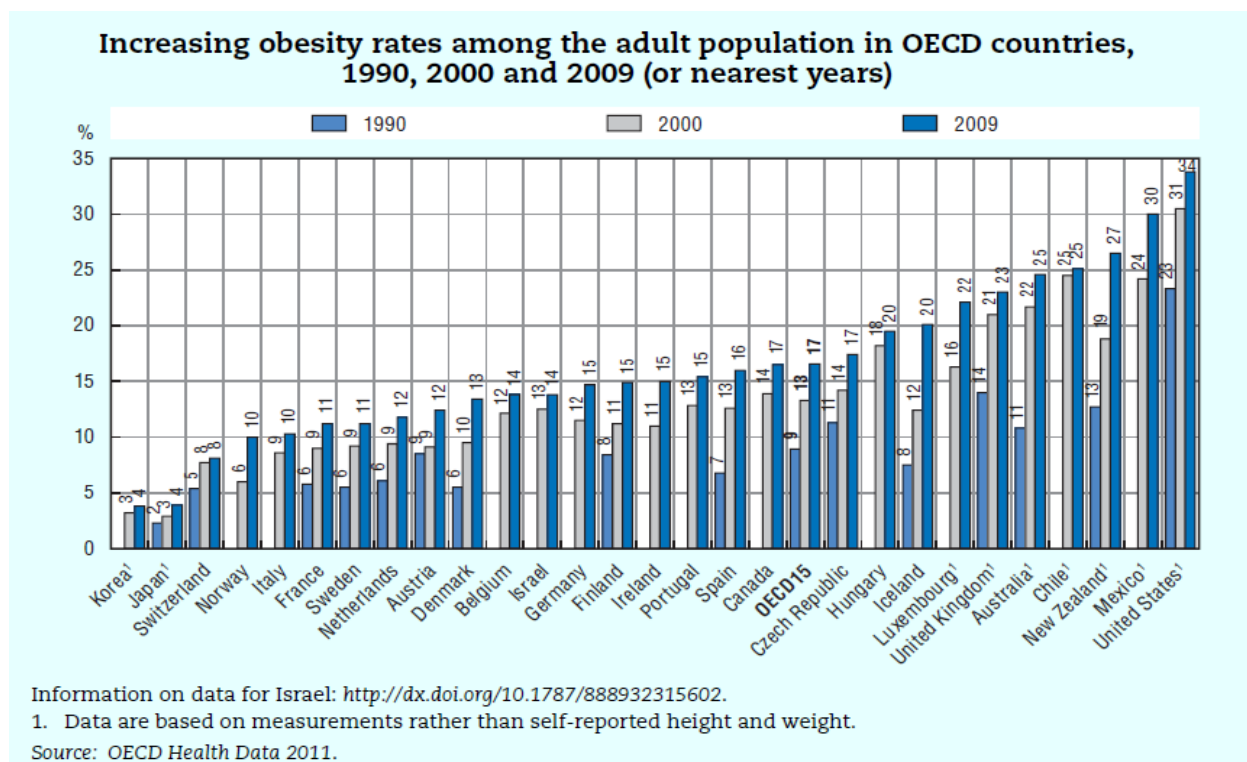


図2 平均寿命の推移(各国比較)



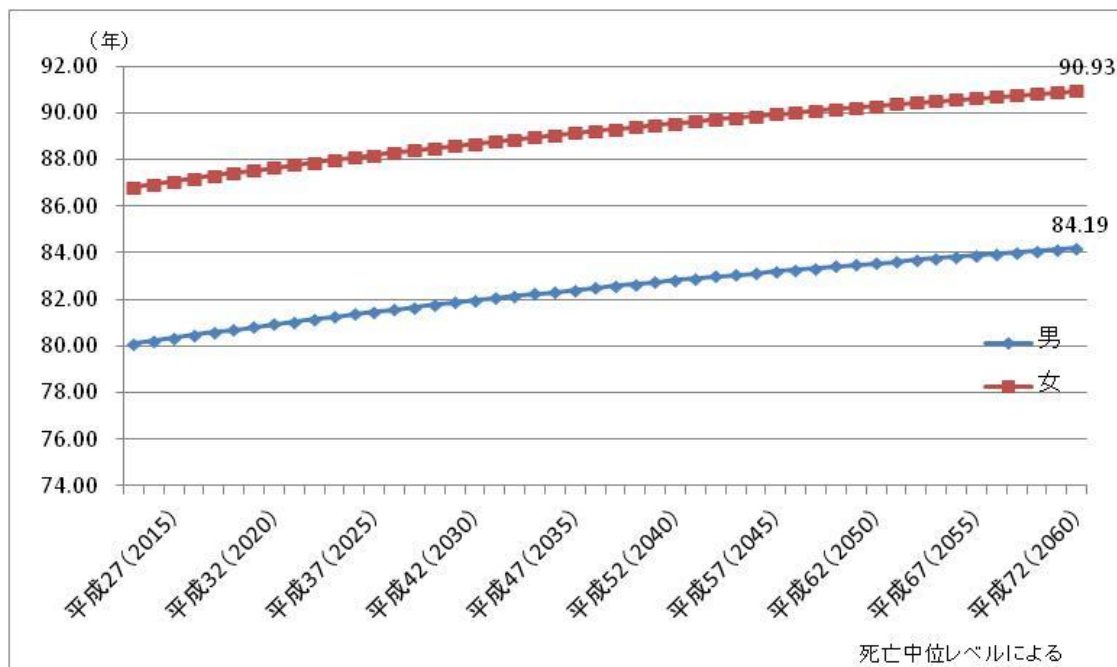
（資料：厚生労働省「平成22年人口動態統計」（確定数）の概況）（資料：厚生労働省「第21回生命表（完全生命表）の概況」）

図3 OECD加盟国における成人の肥満の増加



(資料: OECD, Health at a Glance 2011)

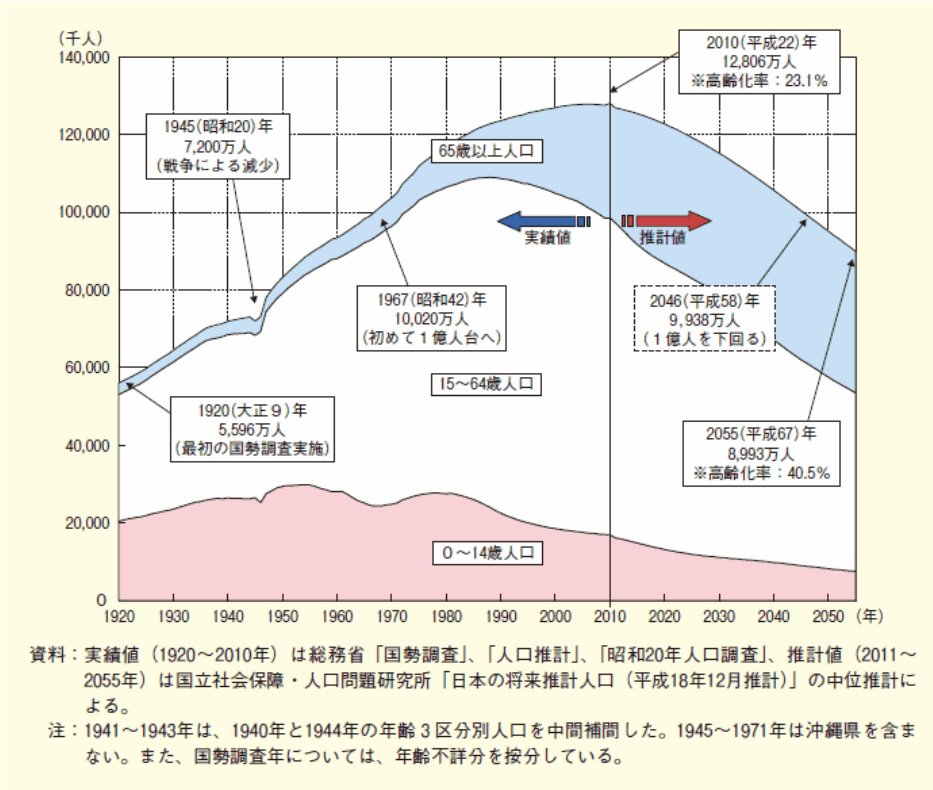
図4 平均寿命の将来推計



(資料: 国立社会保障・人口問題研究所 「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計))

一方、急速な出生率の低下に伴って高齢化が進展している。平成 22 年（2010 年）には高齢化率が 23.1% となり、いわゆる超高齢社会に突入した。今後も、65 歳以上が平成 25 年（2013 年）には 4 人に 1 人、平成 47 年（2035 年）には 3 人に 1 人に達すると予測されている。また、人口は減少し始めており、平成 58 年（2046 年）には 1 億人を下回ると予測されている（図 5）。

図 5 人口構造の変化

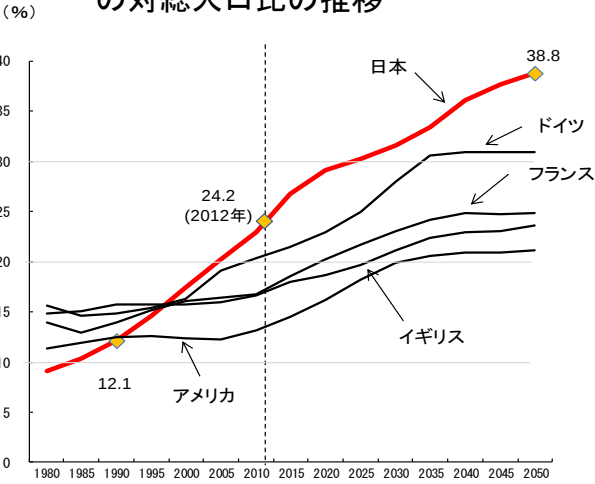


（資料：内閣府「平成 23 年版子ども・子育て白書」）

このような超高齢社会はかつて経験したことがなく、他国にも例をみない急速な高齢化である（図 6）。

2012 年 4 月 7 日の世界保健デーのテーマは「高齢化と健康」であり、高齢化に関する国際的な関心の高さを示していた。その際に WHO が発表した資料によると、世界人口の高齢化はかつてない速さで進み、2050 年には 80 歳以上の人口が現在の約 4 倍の 3 億 9500 万人に達する見込みである。日本は、こうした課題に先駆的に対応することとなり、その成果等について国際的な発信も求められている。

図 6 主要国における 65 歳以上人口の対総人口比の推移

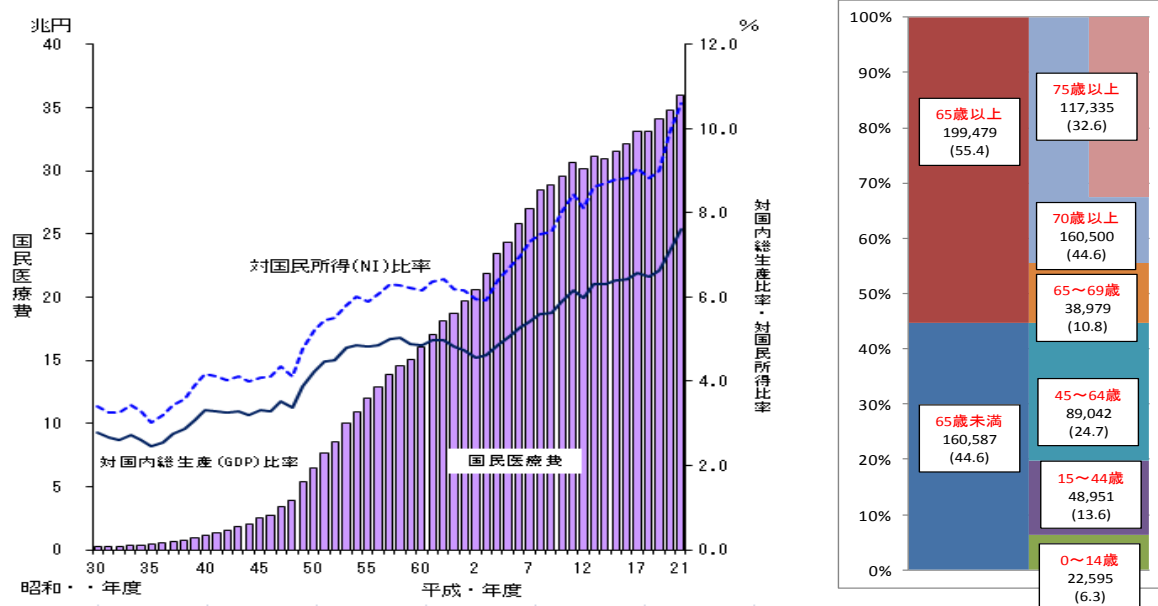


3. 人口減少社会における健康増進対策の意義

21 世紀の日本社会は、疾病及び加齢による負担が極めて大きくなると考えられる。国民医療費は年々増加し、平成 21 年度で過去最高の 36 兆 67 億円に達し、年齢階級別では、65 歳以上が 19 兆 9479 億円（55.4%）となっている（図 7）。

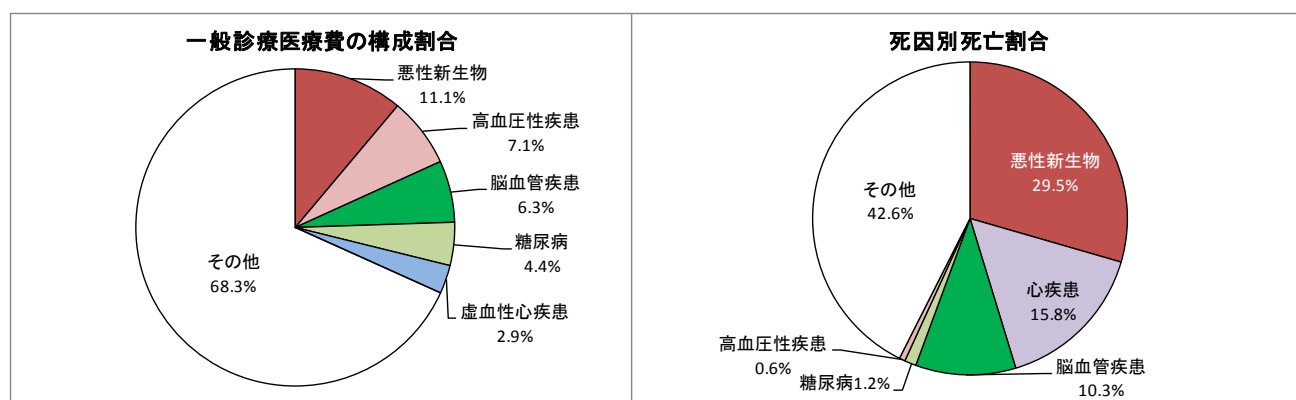
一方、生活習慣病は、現在、国民医療費（一般診療医療費）の約 3 割、死亡者数の約 6 割を占めている（図 8）。また、要支援者及び要介護者における介護が必要となった主な原因についても、脳血管疾患をはじめとした生活習慣病が 3 割を占めるとともに、認知症や、高齢による衰弱、関節疾患、骨折・転倒で 5 割を占める（図 9）。

図 7 国民医療費の年次推移



(資料：厚生労働省「平成 21 年度国民医療費の概況」)

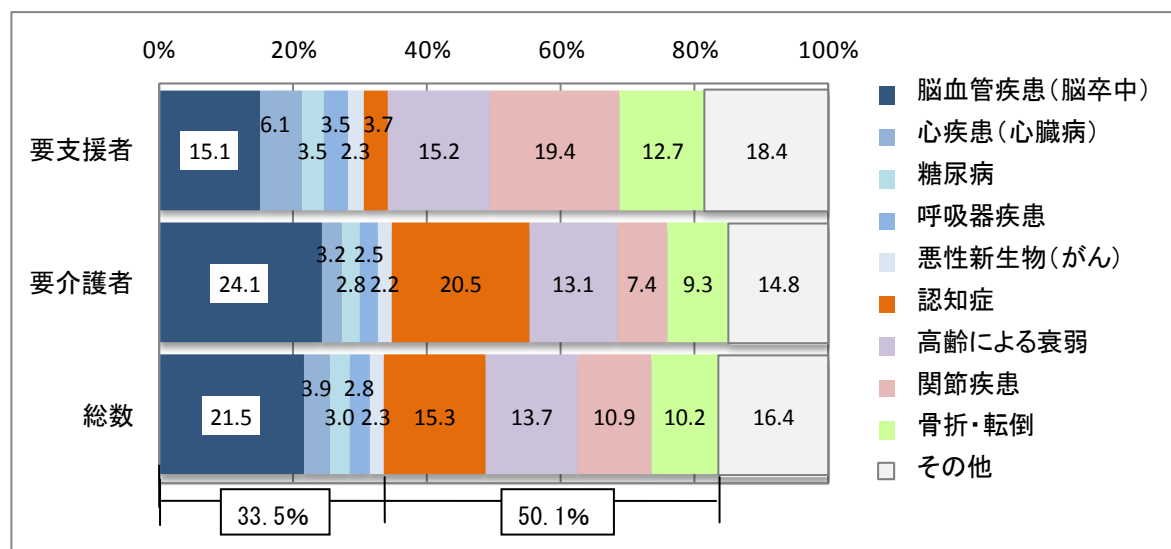
図 8 生活習慣病の医療費に占める割合と死亡割合



(資料：厚生労働省「平成 21 年度国民医療費」) (資料：厚生労働省「平成 22 年人口動態統計」)

注) グラフ構成比の数値は四捨五入しているため、内訳の合計が 100%にならない。

図9 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因



(資料：厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査の概況」)

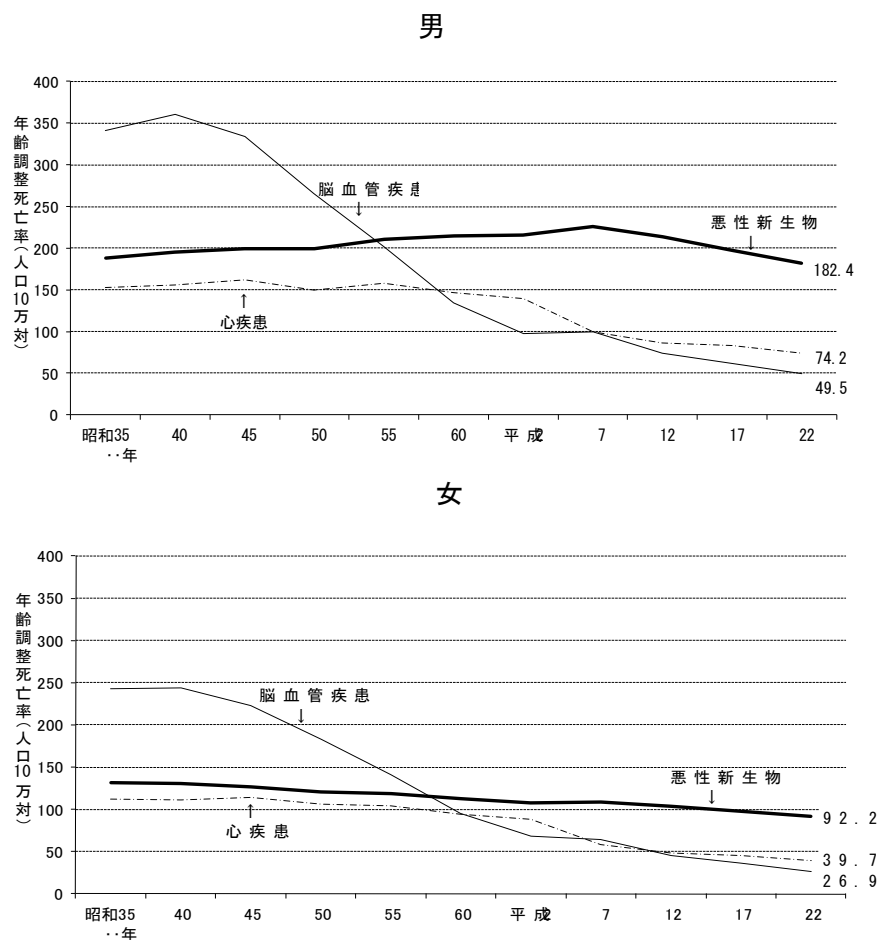
高齢化の進展により医療や介護に係る負担が一層増すと予想されている一方で、これまでのような高い経済成長が望めない可能性がある。こうした状況下で活力ある社会を実現するためには、生活習慣病を予防し、また、社会生活を営むために必要な機能を維持・向上すること等によって、国民の健康づくりを推進することが重要となる。こうした取組によって健やかな高齢者が増えることは、地域の活性化に資するのみならず、社会活動の貴重な担い手が増加することにもつながる。ひいては、日本が世界に向けて「元気な高齢者が人口減少社会を支える」という超高齢社会への一つの解を示すことができると考えられる。

特に、近年、健康対策が進み、がん、心疾患、脳血管疾患の日本人の3大死因による平成22年の死亡率は、5年前と比べていずれも減少し、過去最低となっている(図10)。

しかしながら、日本における予防可能な危険因子を比較評価した研究結果では、2007年の非感染性疾患と障害による成人死亡の主要な決定因子(単一の因子)は、喫煙、高血圧であり、研究対象となった死亡96万件のうち、喫煙は12万9千件、高血圧は10万4千件に関連していた(図11)。また、国立がん研究センターが2012年に公表した多目的コホートの研究結果によれば、禁煙、節酒、減塩、運動、適正体重の5つの健康習慣のうち、実践しているのが0または1個の基準グループのリスクを1とした場合、2個、3個、4個、5個実践しているそれぞれのグループのがんの相対リスクは、男女とも直線的に低下し(図12)、平均すると、1個健康習慣を実践するごとに、がんのリスクは、男性で14%、女性で9%低下することが明らかとなった。

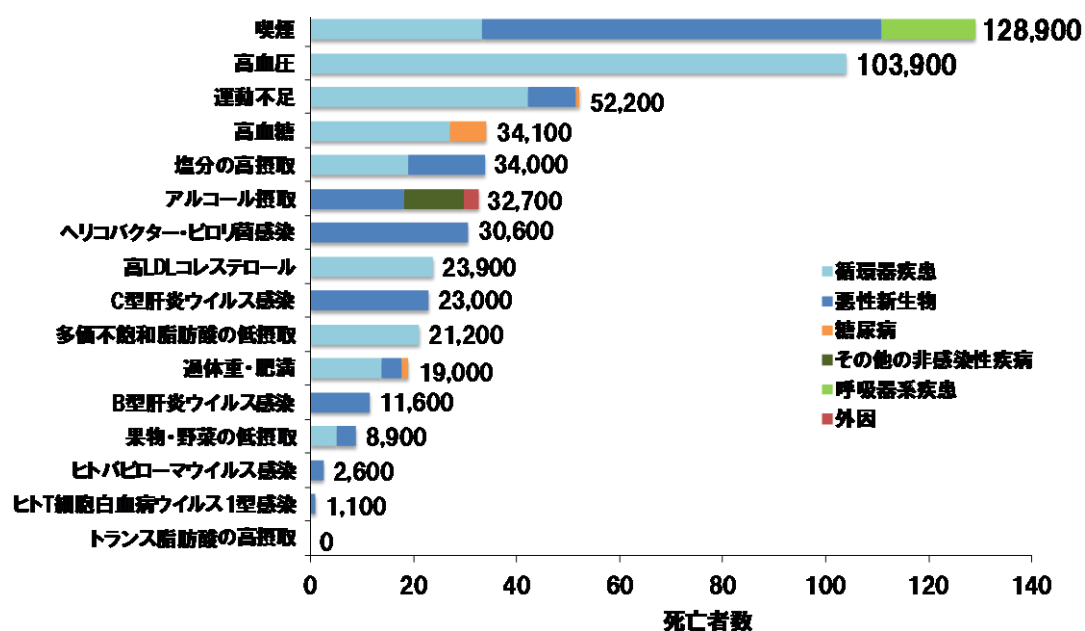
このように、禁煙や減塩、運動など、生活習慣次第では、疾病や死亡を回避することができることから、生活習慣の改善により回避可能な生活習慣病の発症は、徹底してその予防を図ることが重要である。

図 10 3大死因の年齢調整死亡率の年次推移



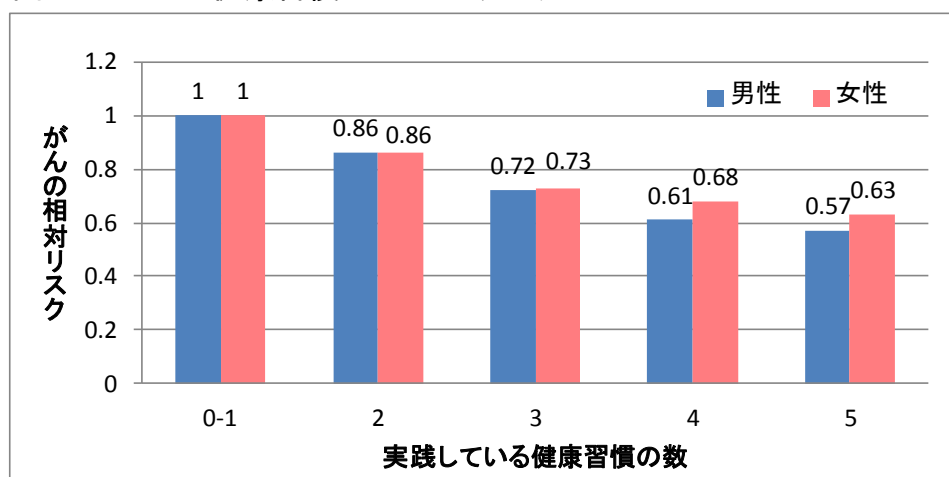
(資料: 厚生労働省「都道府県別にみた死亡の状況—平成22年都道府県別年齢調整死亡率—」)

図 11 2007年のわが国における危険因子に関連する非感染性疾患と外因による死亡数 (男女計)



(Ikeda N, et al : PLoS Med. 2012; 9(1): e 1001160.)

図 12 5つの健康習慣とがんのリスク



(Sasazuki S. et al : Prev. Med. 54,112-116(2012))

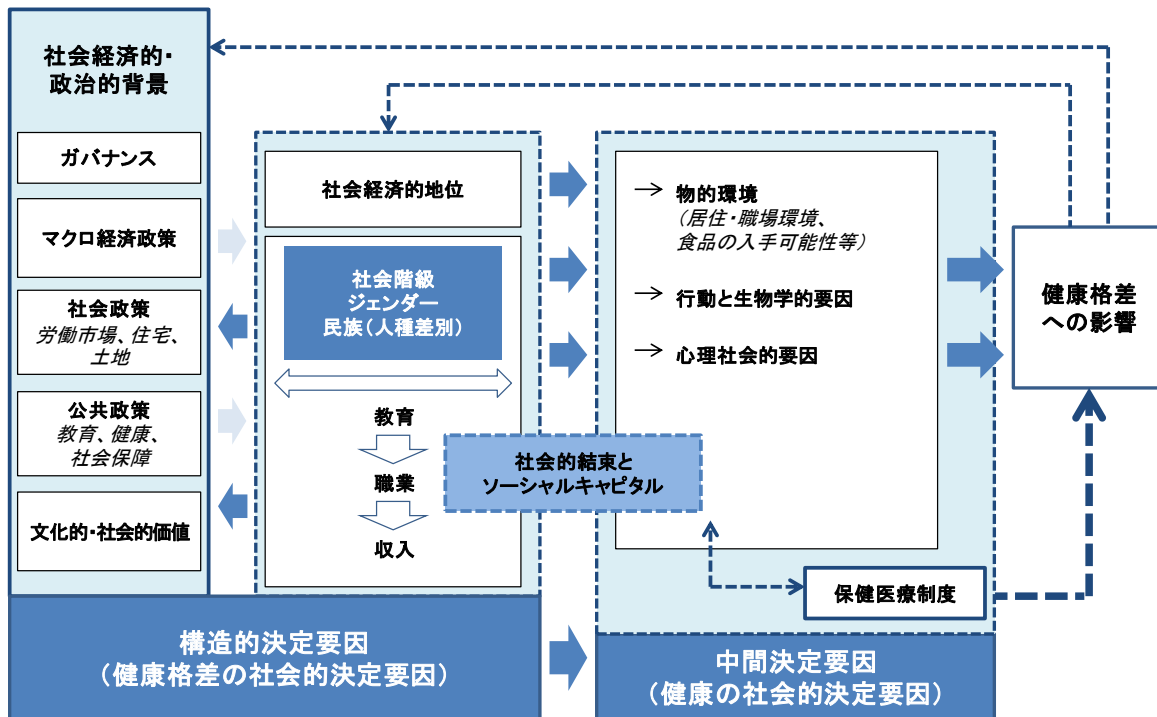
一方、2010年にWHOが公表した健康の社会的決定要因への対策に関する報告書では、図13のように概念的枠組みが示されている。社会経済的・政治的背景として、文化・社会・経済・政策的な仕組みは、人々の教育水準、職業、収入などの社会経済的地位を決定する。このような社会経済的地位が、健康の社会的決定要因の中間要因（物的環境、行動と生物学的要因、心理社会的要因）に曝露する程度や影響の受けやすさに関連し、健康格差につながる。さらに、健康状態の悪化は、個人の社会経済的地位を悪化させるとともに、文化・社会・経済・政策的な機能に影響を及ぼす。

近年の社会経済的状況の変化を踏まえ、地域、職業、経済力、世帯構成等による健康状態やその要因となる生活習慣の差が報告され、こうした健康格差が、今後深刻化することが危惧されている。

平成22年国民健康・栄養調査結果では、高い所得の世帯に比べて、低い所得の世帯の人々では、肥満（女性）や朝食の欠食、運動習慣のない人々の割合や、喫煙率が高いことが報告されている（表1）。また、平成18～22年の5年分の国民健康・栄養調査データを用い、都道府県別に、肥満及び生活習慣の状況について、4区分に分け、上位（上位25%）群と下位（下位25%）群の状況を比較した結果では、肥満者の割合や喫煙率などは上位群と下位群でおおむね10%程度、歩数については1,000歩以上など、地域格差がみられた（表2）。

こうした現状を踏まえ、性別や年齢を問わず、社会経済的に不利な立場の人々や何らかの疾病や障害を持った人も含めて、生きがいをもって自らの健康づくりに取り組むことのできる社会環境を構築するという視点が重要である。

図 13 健康の社会的決定要因に関する概念的枠組み



(資料：WHO (2010), A conceptual framework for action on the social determinants of health)
(次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 仮訳)

表 1 所得と生活習慣等に関する状況 (20 歳以上)

		世帯所得 200万円未満		世帯所得 200万円以上～ 600万円未満		世帯所得 600万円以上		200万 円未満	200万円 以上～ 600万円 未満
		人数	割合または 平均*	人数	割合または 平均*	人数	割合または 平均*		
体型	1. 肥満者の割合 (男性)	380	31.5%	1,438	30.2%	600	30.7%		
	(女性)	587	25.6%	1,634	21.0%	686	13.2%	★	★
食生活	2. 朝食欠食者の割合 (男性)	499	20.7%	1,900	18.6%	816	15.1%	★	★
	(女性)	718	17.6%	2,038	11.7%	878	10.5%	★	
	3. 野菜摂取量 (男性)	455	256g	1,716	276g	755	293g	★	★
	(女性)	678	270g	1,880	278g	829	305g	★	★
運動	4. 運動習慣のない者の割合 (男性)	302	70.6%	1,050	63.7%	381	62.5%	★	
	(女性)	492	72.9%	1,315	72.1%	505	67.7%	★	★
たばこ	5. 現在習慣的に喫煙している者の割合 (男性)	497	37.3%	1,896	33.6%	815	27.0%	★	★
	(女性)	719	11.7%	2,034	8.8%	877	6.4%	★	★
飲酒	6. 飲酒習慣者の割合 (男性)	497	32.6%	1,898	36.6%	816	40.0%	★	
	(女性)	719	7.2%	2,037	6.4%	877	8.0%		
睡眠	7. 睡眠の質が悪い者の割合 (男性)	499	11.1%	1,900	11.8%	816	10.8%		
	(女性)	718	15.9%	2,037	15.4%	878	11.4%		★

* 年齢と世帯員数で調整した値

★ 600 万円以上の世帯の世帯員と比較して、差のあった項目

(資料：厚生労働省「平成 22 年国民健康・栄養調査」)

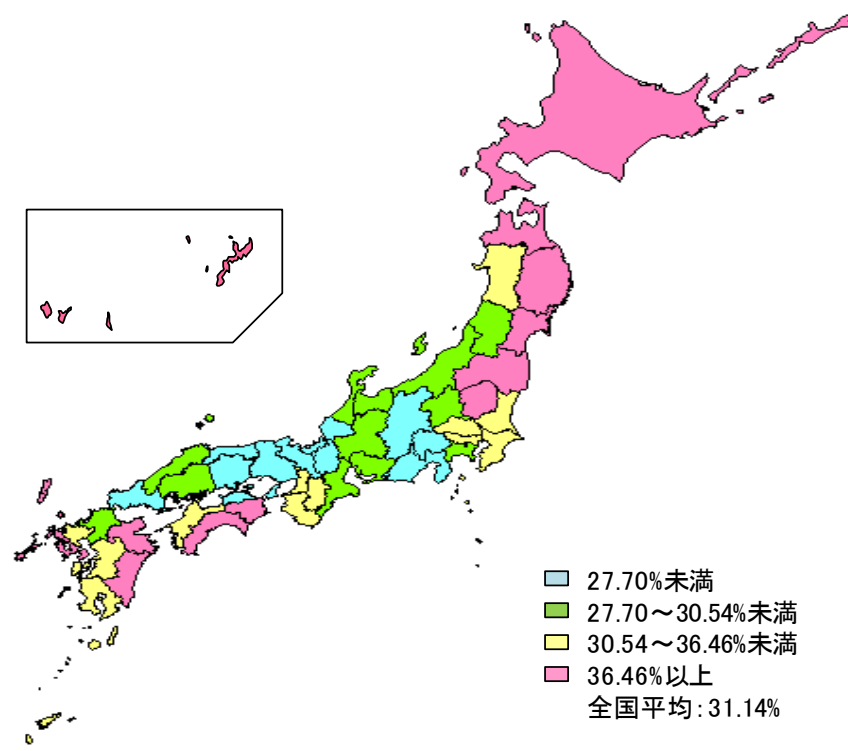
表2 都道府県別の肥満及び主な生活習慣の状況

※平成18～22年の5年分のデータを用いて都道府県別に年齢調整を行い、高い方から低い方に4区分に分け、上位25%の群を上位群、下位25%の群を下位群とした。

	全国平均	都道府県の状況	
		上位群	下位群
1. 肥満者（男性, 20～69歳）の割合（%）	31.1	39.7	25.2
2. 野菜摂取量（g/日）			
男性（20歳以上）	301	339	272
女性（20歳以上）	285	321	253
3. 食塩摂取量（g/日）			
男性（20歳以上）	11.8	12.7	11.0
女性（20歳以上）	10.1	10.8	9.4
4. 歩数（歩/日）			
男性（20歳以上）	7,225	7,659	6,271
女性（20歳以上）	6,287	6,613	5,551
5. 現在習慣的に喫煙している者（男性, 20歳以上）の割合（%）	37.2	42.2	33.5
6. 飲酒習慣者（男性, 20歳以上）の割合（%）	35.9	43.3	31.4

（参考） 都道府県別 肥満者の割合（男性 20～69 歳）

※ 表1の肥満者の割合について、都道府県別に4区分ごとに色分けして示したもの



（資料：厚生労働省「平成22年国民健康・栄養調査」）

第2章 次期国民健康づくり運動に向けた課題

1. 健康日本21 最終評価を踏まえた課題

健康日本21の評価は、その評価を平成25年度以降の運動の推進に反映させることとし、平成23年3月から「健康日本21評価作業チーム」を計6回開催し、評価作業を行った。健康日本21では9分野の目標（80項目、うち参考指標1項目及び再掲21項目を含む。）を設定しており、これらの目標の達成状況や関連する取組の状況の評価などを行った。

i 最終評価の結果

（i）全体の目標達成状況等の評価

9つの分野の全指標80項目のうち、再掲21項目を除く59項目の達成状況は次のとおりである。Aの「目標値に達した」とBの「目標値に達していないが改善傾向にある」を合わせ、全体の約6割で一定の改善がみられた。

評価区分（策定時*の値と直近値を比較）	該当項目数＜割合＞
A 目標値に達した	10項目 ＜16.9%＞
B 目標値に達していないが改善傾向にある	25項目 ＜42.4%＞
C 変わらない	14項目 ＜23.7%＞
D 悪化している	9項目 ＜15.3%＞
E 評価困難	1項目 ＜1.7%＞
合 計	59項目＜100.0%＞

* 中間評価時に設定された指標については、中間評価時の値と比較

なお、9分野の目標の中、主なものは、以下のとおりであった。

- A : メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加
高齢者で外出について積極的態度をもつ人の増加
80歳で20歯以上・60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加 など
- B : 食塩摂取量の減少
意識的に運動を心がけている人の増加
喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及
糖尿病やがん検診の促進 など
- C : 自殺者の減少、多量に飲酒する人の減少
メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少
高脂血症の減少 など
- D : 日常生活における歩数の増加
糖尿病合併症の減少 など

E : 特定健康診査・特定保健指導の受診者数の向上
(平成 20 年からの 2 か年のデータに限定されたため)

(ii) 取組状況の評価

都道府県及び市町村においては、住民の健康増進に関する施策についての基本的な計画である健康増進計画の策定が進み、平成 14 年 3 月には全ての都道府県で健康増進計画が策定された。また、市町村については、中間評価の際の平成 18 年 7 月時点において全 1,859 市町村のうち 1,001 の市町村(約 54%)で健康増進計画が策定されていたが、平成 22 年 12 月時点では全 1,750 市町村のうち 1,333 の市町村(約 76%)で策定されていた。

98%の都道府県で健康増進計画の評価を行う体制があり、中間評価も実施されていたが、市町村では約半数であった。また、健康増進施策の推進体制については、98%の都道府県で関係団体、民間企業、住民組織が参加する協議会・連絡会等の体制があり、市町村でも 7 割弱を占めた。

各分野の代表項目ごとに、指標の達成状況と、都道府県および市町村、団体の推進に関する取組状況を整理したのが以下の表である。指標によっては、指標の達成状況の評価が高く、取組状況の割合も高いものがある一方、取組状況の割合は高いが、指標の達成状況が低いもの等があった。

代表項目に関する指標の達成状況と推進に関する取組状況

分野	代表項目	指標の達成状況*	推進に関する取組状況			
			都道府県		市町村	団体
			施策(分野別)を充実した割合(%)	目標設定した割合(%)	施策を充実した割合(%)	施策を実施した割合(%)
栄養・食生活	適正体重を維持している人の増加	C	77	74	46	44
	脂肪エネルギー比率の減少	C		98	31	44
	野菜の摂取量の増加	C		96	46	53
	朝食を欠食する人の減少	D		96	50	53
	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)を認知している国民の割合の増加	A		87	54	49
身体活動・運動	日常生活における歩数の増加(成人、高齢者)	D	64	94	43	62
	運動習慣者の増加	C		100	58	55
休養・こころの健康づくり	睡眠による休養を十分にとれない人の減少	A	70	89	32	40
	自殺者の減少	C		91	47	26
たばこ	未成年者の喫煙をなくす	B	83	91	28	42
	公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及	B		66	56	48
	禁煙支援プログラムの普及	B		60	20	43
	喫煙をやめたい人がいる	B		43	28	40
アルコール	多量に飲酒する人の減少	C	23	94	22	45
	未成年者の飲酒をなくす	B		85	16	25
歯の健康	(学齢期のう蝕予防)一人平均う蝕数の減少	B	74	91	43	23
	(歯の喪失防止)80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加	A		100	40	34
糖尿病	糖尿病検診受診後の事後指導の推進	B	66	49	45	44
	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者・予備群の減少	C		96	54	57
	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上	E		87	61	49
	糖尿病有病者の増加の抑制(推計)	A		87	32	42
循環器病	健康診断を受ける人の増加	B	43	55	57	55
	高脂血症の減少	C		81	34	45
	生活習慣の改善等による循環器病の減少(推計)	B		28	33	44
がん	がん検診の受診者の増加	B	89	96	66	51

*A:目標値に達した B:目標値に達していないが、改善傾向にある C:変わらない D:悪化している E:評価困難

ii 最終評価において検討された、現状を踏まえた今後の方向性

最終評価では、現状を踏まえた健康日本21（第2次）に向けた今後の方向性について、以下のとおり整理し示された。

（i）健康日本21（第2次）方針の検討の視点

健康日本21（第2次）の検討においては、次の5つの視点が重要となる。

① 日本の特徴を踏まえ10年後を見据えた計画の策定

日本における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の10年後の人口動態を見据えた計画の策定を行う。その際、長期的計画のもとに、短期的な課題解決が可能な枠組みとする。

② 目指す姿の明確化と目標達成へのインセンティブを与える仕組みづくり

最終的に目指す姿から具体的な内容を位置づけていく構造に工夫する。その際、自治体や企業、医療保険者等関係機関の長が積極的に健康づくりを進めようとする目的意識や目標達成へのインセンティブとなる仕掛けを組み込む。

③ 自治体等関係機関が自ら進行管理できる目標の設定

目標とされた指標に関する情報収集に現場が疲弊することなく、既存データの活用により、自治体等が自ら進行管理できる目標の設定や体制づくりを行う。

④ 国民運動に値する広報戦略の強化

国民運動として推進するためには、民間企業等を巻き込んだ強力な広報戦略が必要であるとともに、健康に関する誤解を減らし、より理解しやすいメッセージとするため、広報戦略を強化する。

⑤ 新たな理念と発想の転換

次期運動の方針の検討に当たっては、これまでの9分野の分類設定や理念にとどまらない発想の転換が必要である。例えば、「病気や障害があっても一病息災で相当に生きられるアプローチ」や、「個人の健康設計における『こうすべき型』から『こうありたい型』への転換」などがあげられる。

（ii）健康日本21（第2次）の方向性

時代の変化へ対応した次期運動の方向性及び課題として、次の内容が指摘された。

① 社会経済の変化への対応

- ・ 家族・地域の絆の再構築、助け合いの社会の実現（東日本大震災からの学び等）
- ・ 人生の質（幸せ・生活満足度等）の向上

- ・健康を守るための環境への積極的な働きかけの実現
- ・全ての世代の健やかな心を支える社会の在り方の再構築
- ・健康の基盤を築くことのできる家庭の在り方の再構築
- ・貧困等の様々な生活条件への配慮や健康格差の縮小

② 科学技術の進歩を踏まえた効果的なアプローチ

- ・進歩する科学技術のエビデンスに基づいた目標設定
- ・個々の健康データに基づき地域・職域の集団をセグメント化し、それぞれの対象に応じて確実に効果があがるアプローチを展開できる仕組み
- ・長寿遺伝子の活性化、がんワクチン、テーラーメイド医療および予防等の最新技術の発展を視野に入れた運動の展開

③ 今後の新たな課題（例）

- ・休養・こころの健康づくり（睡眠習慣の改善、働く世代のうつ病の対策）
- ・将来的な生活習慣病発症の予防のための取組の推進（低出生体重児の出生の予防、子どもの健全な食生活、運動・活発な余暇身体活動の実践への強化）
- ・生活習慣に起因する要介護状態を予防するための取組の推進（年代に応じた食事の質の改善、生活機能低下予防、ロコモティブシンドローム予防、認知機能低下予防）
- ・高齢者、女性の健康
- ・肺年齢の改善（COPD、たばこ）
- ・重症化予防及び三次予防での対応後の再発防止に向けた予防方策の在り方
- ・健診データに基づく国民一人ひとりの自己健康管理の積極的な推進

第3章 健康日本21(第2次)の基本的な方向

本章は、日本における健康対策の現状や、「健康日本21最終評価」において問題提起された課題等を踏まえ、平成25年度以降の健康日本21(第2次)の基本的な方向性を示すものである。

1. 10年後を見据えた目指す姿について

現行の健康日本21の運動期間は、平成12年度から平成24年度までの12年間としているが、健康日本21は、国民、企業等に健康づくりの取組を浸透させていき、一定程度の時間をかけて、健康増進の観点から、理想とする社会に近づくことを目指す運動である。そこで、新たな国民健康づくり運動プランの検討を開始するに当たり、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会(以下「部会」という。)及び部会の下に設置された次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会(以下「専門委員会」という。)では、10年後を見据えた目指す姿や基本的方向性についての議論を行った。

10年後に目指す姿としては、「全ての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会」という総論的な意見のほか、各論では、子どもたちが希望を持てる社会となるよう、その基盤となる健康を大切にできる社会を目指すべき、という意見や、著しく進む高齢社会を踏まえ、治療中の方も介護を要している方もそれぞれの段階に応じた健康づくりに取り組み、高齢者が生き甲斐をもっていける社会を目指すべき、という意見があった。また、労働時間が長く生活に余力を持てない若者や、子育て世代にも対応したワークライフバランスの図られた社会を目指すべき、という意見もあり、ライフステージに応じた健康づくりを進めるべきとの観点に立った意見が多く出た。

また、運動の基本的な方向としては、近年の非正規雇用の増加など雇用基盤の変化、家族形態・地域の変化等がある中で、地域づくりという観点から、有効なソーシャルキャピタルの活用を促進することや、健康の意識はありながら生活に追われて健康が守れない者も含めて誰もが社会参加でき、健康づくりの資源にアクセスできる社会を目指すことなどについて意見があった。特に、国民が一番重視しているのは健康寿命であるが、今後健康格差が広まる中で、こうした健康が守れない人々の役に立つような健康政策や社会環境整備に取り組み、どこまで健康格差を縮小できるかが重要であるとの意見が出た。

さらに、現行の健康日本21は個人の生活習慣に着目して作られたため、社会環境の観点の希薄であるが、個人の健康と社会環境の整備は車の両輪のようにいずれも必要であり、社会環境に関する課題を明確にすべきとの意見が多く出た。

10年後を見据えた「目指す姿」

- 日本における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年後の人口動態を見据え、「目指す姿」を明らかにする。

〈背景〉

- 平均寿命、健康寿命ともに、世界のトップクラスを維持。
- 総人口は減少し、急速に高齢化が進行。
- 出生数は減少。生涯未婚率の増加、離婚件数の増加など、家族形態は変化。
- 経済状況は停滞し、完全失業率は5%まで上昇。非正規雇用が増加し、若年者の雇用情勢も依然として厳しい状況。
- 単身世帯が増加し、高齢者の単身世帯も増加。
- 相対的貧困率は16.0%。生活保護受給者数は過去最高の209万人。
- 進学率は向上し、2人に1人が大学進学する状況。一方、小中学校での不登校児童数は10万人を超える状況。
- がん等の生活習慣病が増加。医療費は30兆円を超える状況。
- 自殺者数は3万人程度で推移。過労死など働く世代にみられる深刻な課題。
- 児童虐待相談対応件数は増加の一途を辿り、5万件を超える状況。
- 国民の7割が日常生活に悩みや不安を感じ、老後の生活設計や自分の健康についての悩みや不安が多い。



10年後に目指す姿

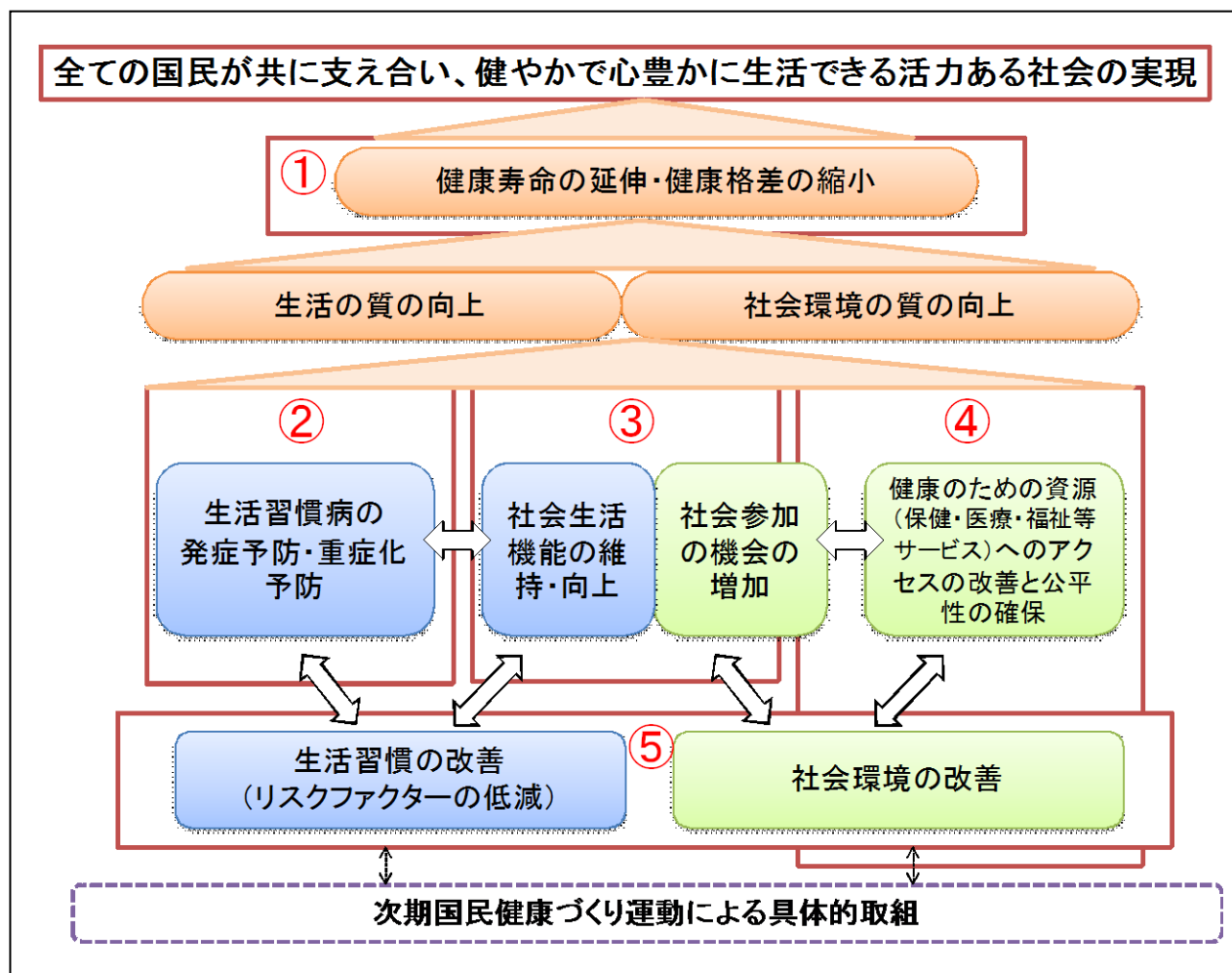
- すべての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会
 - ・子どもも大人も希望のもてる社会
 - ・高齢者が生きがいをもてる社会
 - ・希望や生きがいをもてる基盤となる健康を大切にする社会
 - ・疾患や介護を有する方も、それぞれに満足できる人生を送ることのできる社会
 - ・地域の相互扶助や世代間の相互扶助が機能する社会
 - ・誰もが社会参加でき、健康づくりの資源にアクセスできる社会
 - ・今後健康格差が広まる中で、社会環境の改善を図り、健康格差の縮小を実現する社会

2. 基本的な方向について

これらの意見を踏まえ、部会及び専門委員会では、目指すべき姿を、全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とし、健康日本21（第2次）の基本的な方向として、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善、の5つを提案する。

目指すべき社会及び基本的な方向の相関関係は、以下の図のように整理できる。すなわち、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ものである。

健康日本21（第2次）の概念図



以下、5つの基本的な方向の概略を記述する。

（１）健康寿命の延伸と健康格差の縮小

我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防及び社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）の延伸を実現することが重要である。

また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差）の縮小を実現することが重要である。

（２）生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）

がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPD（慢性閉塞性肺疾患）に対処するため、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防に重点を置いた対策を推進するとともに、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を推進すべきである。なお、国際的にも、これらの疾患は重要なNCD（Non Communicable Disease：非感染性疾患）として対策を講じることが重視されているところである。

（参考：NCDについて）

近年、慢性疾患の発症や悪化は、個人の意識と行動だけでなく、個人を取り巻く社会環境による影響が大きい。これらの疾患について、単に保健分野だけでなく、地域、職場等における環境要因や経済的要因等の幅広い視点から、包括的に施策を展開し、健康リスクを社会として低減していく「NCD対策」としての概念が国際的な潮流となってきた。

がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPD（慢性閉塞性肺疾患）を中心としたNCDは、世界的にも死因の約60%を占め（2008年（平成20年）現在）、今後、10年間でさらに77%にまで増加するとの予測もなされている。また、世界保健機関（WHO）では、「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」（2008年（平成20年）～2013年（平成25年））を策定するほか、2011年（平成23年）には国連におけるハイレベル会合でNCDが取り上げられる等、世界的にNCDの予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。今後、WHOにおいて、NCDの予防のための世界的な目標を設定し、世界全体でNCD予防の達成を図っていくこととされている。

各疾病の性質を医学的に見た場合、例えば、がんは必ずしも非感染性のものだけでなく、感染性のものも存在しているが、近年、国際的に取り組まれているNCD対策では、疾病そのものに着目して、がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPDをNCDという疾患として整理し、包括的な取組がなされている。

こうした国際的な背景を踏まえ、健康日本21（第2次）では、主要な生活習慣病をNCD対策という枠組みで捉え、取り組むべき必要な対策を示すものである。

NCDと生活習慣との関連－これらの疾患の多くは予防可能－

	禁 煙	健康な食事	身体活動 の増加	リスクを高める 飲酒の減少
が ん	○	○	○	○
循環器疾患	○	○	○	○
糖 尿 病	○	○	○	○
C O P D	○			

（３）社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

国民が自立した日常生活を営むことを目指し、乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上に取り組むべきである。

また、生活習慣病を予防し、又はその発症時期を遅らせることができるよう、子どもの頃から健康な生活習慣づくりに取り組む。

さらに、働く世代のストレス対策等により、ライフステージに応じた「こころの健康づくり」に取り組むべきである。

（４）健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要であり、行政機関のみならず、広く国民の健康づくりを支援する企業、民間団体等の積極的な参加協力を得るなど、国民が主体的に行う健康づくりの取組を総合的に支援する環境を整備すべきである。

また、地域や世代間の相互扶助など、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活を確保できない者や、健康づくりに関心のない者等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備すべきである。

（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

上記（１）から（４）までの基本的な方向を実現するため、国民の健康の増進を形成する基本要素となる栄養・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。生活習慣の改善を含めた健康づくりを効果的に推進するため、乳幼児期から高齢期までのライフステージや性差、社会経済的状況等の違いに着目し、こうした違いに基づき区分された対象集団ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行うべきである。

その上で、その内容に応じて、生活習慣病を発症する危険度の高い集団や、総人口に占める高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青壮年期の世代への生活習慣の改善に向けた働きかけを重点的に行うとともに、社会環境の改善が国民の健康に影響を及ぼすことも踏まえ、地域や職場等を通じて国民に対し健康増進への働きかけを進めるべきである。

第4章 目標の設定

本章では、部会及び専門委員会で出た意見等を基に、健康日本21（第2次）における目標項目の設定及び評価に当たっての考え方を示すとともに、国が定める個別目標ごとの目標値、設定根拠等を明らかにする。

1. 目標の設定と評価

（1）目標の設定に関する基本的な考え方

部会及び専門委員会では、分野ごとの個別目標や目標値を設定することに先立って、目標の設定に関する基本的な考え方について議論を行ってきた。

まず、現行の健康日本21の反省として、目標とする指標が非常に多く（9分野 79項目）、上位の目標とそれを達成するための目標などに関する整理が不十分であった点があげられる。このため、健康日本21（第2次）における目標設定の検討に当たっては、指標の相互関係を整理した上で、客観的かつエビデンスに裏付けられており、実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定すべき、という意見が多く出た。その一方、専門性やエビデンスに関しては、各分野で様々であり、一律にすることは難しいため、強弱をつけて目標を設定することや、性・年齢別、地域別に分けて設定することについての意見もあった。これらを踏まえ、目標項目の絞り込みを行った。

また、今回の目標設定に関する議論においては、これまでのように「個人で達成すべき目標」を設定するだけでなく、「社会環境に関する目標」についても具体的数値として設定すべきという意見が多く寄せられた。特に子どもや高齢者の健康、こころの健康は、個人と社会の両者が関連し合う領域といえるが、健康づくりを社会環境の観点から検討することについては、これまでの一次予防重視の考え方から一歩踏み込むものである。このため、社会環境に関するデータの蓄積がなく、目標として設定するのは困難な面もあるものの、10年後を視野に入れ、目標として取り組むものを抽出し、モニタリングすることの重要性が多く指摘された。

さらに、国民運動を実際に展開していくことを視野に入れ、他計画との整合性を図ることや、既存の調査を活用すること、継続的にモニタリング可能な目標とすべきことについて意見が出た。

健康日本21（第2次）の目標は、これらの要素を十分に考慮した上で設定されることが重要であるとの認識に立ち、以下、実際に目標を設定する場合の方法、評価について記述する。

（２）目標の設定方法

健康日本２１（第２次）を効果的に推進していくためには、国、地方自治体、国民、民間団体など健康づくりに関わる全ての関係者が目指すべき目標を共有しながら、その目標の達成状況について管理・評価を行っていくことが重要である。

このため、国は、国民の健康増進について全国的な目標を設定し、広く関係者等に対してその目標を周知するとともに、継続的に健康指標の推移等の調査及び分析を行い、その結果に関する情報を還元することにより、広く国民一般の意識の向上や、自主的な取組を支援することが必要となる。

具体的な目標の設定に当たっては、現状及び課題について関係者が共通の認識を持った上で課題を選択し、科学的根拠に基づいた実態把握が可能な具体的目標を設定する必要がある。設定する目標に合理性、説得力、実現性を持たせることにより、実効性の高い計画の取組が可能となる。

また、地方自治体が目標値を設定する際は、地域・職域連携推進協議会等において案を提示し、意見を聴取することなどを通じ、関係者間での合意形成を図ることも重要である。合意形成の手法としては、地域住民に対し、パブリックコメント等の手続を採ることも考えられる。目標とする指標に関する情報収集に現場が疲弊することなく、既存データの活用により、自治体等が自ら進行管理できる目標の設定を行うことが重要である。

目標の終期については、将来の望ましい姿を目指すための中期的な目標として、おおむね 10 年後を達成時期として設定することとし、当該目標を達成するための取組を計画的に行うことが望ましい。ただし、他の既存計画において、健康づくりに関係する目標が設定されている場合は、これらとの整合性に留意し、目標項目によって目標期間が異なる取扱いとすることもありうる。

（３）目標の評価

目標の評価については、実質的な改善効果を中間段階で確認できるよう、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が望ましい。

数値目標を評価する際は、目標策定時、中間評価時、最終評価時の調査データは比較可能で十分な精度を持つことに留意する。国においては、経時的に同じ調査法で実施されてきた国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査、特定健診のデータなどを活用し、目標策定時は限定された地域の調査データを用い、評価時は全国調査データを用いる、というように、比較困難な調査に基づく指標は、評価には用いないようにすべきである。

また、評価は、単に数値の大小関係だけではなく、標本の誤差を考慮した上で、統計学的検定を行うなどの科学的な方法を用いることが望ましい。そして策定時と直近値を比較した上で、A（目標値に達した）、B（目標値に達していないが、改善傾向にある）、C（変わらない）、D（悪化している）といったように複数のレベルで評価する。

なお、都道府県、市町村が統計学的検定を行う際は、厚生労働科学研究費補助金「健康増進施策推進・評価のための健康・栄養モニタリングシステムの構築」班において策定された、「健康増進施策推進・評価のための健康・栄養調査データ活用マニュアル」(<http://www.nih.go.jp/eiken/chosa/kenkoeiyo.html>)などが参考になる。こうしたマニュアル等を活用しながら、国及び地方自治体が効果的かつ正確な目標の評価を行い、今後の施策に役立てていくことが必要である。

一方、最終評価を行う際に用いる直近実績値は、目標達成年度よりも前の年のデータである可能性も高い（例えば、平成 34 年度までに達成するという目標を立てており、当該項目について平成 34 年に最終評価を行う場合、直近の実績値は平成 33 年以前のものとなる可能性が高い）ことから、こうした要素も考慮した上で指標のトレンドを踏まえつつ評価する必要がある。

なお、目標及び評価はできる限り簡略化し、国民に分かりやすくすることが望ましいことから、今回、健康日本 21（第 2 次）に盛り込む目標については、小数点以下の数字は極力排除している。目標を設定する時点で、あらかじめ目標評価時に小数点以下の数字をどう解釈するか、さらに、「A（目標値に達した）」「B（目標値に達していないが改善傾向になる）」などをどういう基準で判断するか、将来の評価方法も含めて想定した上で目標設定をし、適切な引き継ぎを行うべきである。

また、中間評価、最終評価の際は、これらの評価を踏まえ、今後強化又は改善すべき点を検討した上で、国民に対して評価の結果を公表し、周知を図るべきである。

2. 具体的目標

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

i はじめに

健康寿命とは、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間と定義される。健康日本21では、健康寿命の延伸ということが目的の1つに位置付けられていた。しかし当時は、健康寿命の概念や算定方法などが十分明確にはなっておらず、健康寿命に関する具体的な数値や目標を掲げるまでに至らなかった。

一方、この間の研究の進展により、健康寿命の概念や算定方法に関する一定の合意が得られてきた。健康日本21（第2次）においては、健康寿命に関する現状値を示すとともに、目標に関する考え方を示すこととする。

ii 基本的な考え方

(i) 健康寿命の延伸

「健康寿命の延伸」は健康日本21（第2次）の中心課題であり、指標として盛り込むことは不可欠である。健康寿命の現状値を示し、その後の推移を定期的に計算することは、国民健康づくり運動の進捗管理に有益である。

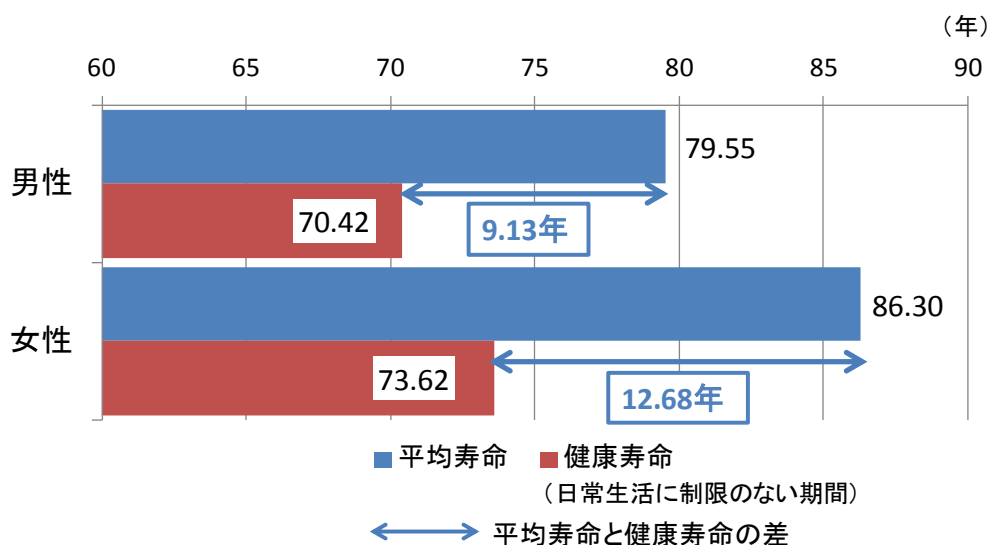
健康寿命には様々な定義や算定方法がある。まず、健康寿命の定義については、客観性の強い「日常生活に制限のない期間の平均」を主指標に、主観性の強い「自分が健康であると自覚している期間の平均」を副指標にすることで、相互に補完性のある評価が可能となる。次に、算定方法に関しては、現状における公的統計との整合性・実施可能性などを踏まえると、国民生活基礎調査データをもとにした計算（サリバンプ法による障害のない平均余命の考え方）が最も適切と考えられる。

目標値の設定に際しては、平均寿命と健康寿命との差に着目する。

平均寿命と健康寿命との差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味する。平均寿命と健康寿命（日常生活に制限のない期間）の差は、平成22年で、男性9.13年、女性12.68年である（図1）。

今後、平均寿命の延伸に伴い、こうした健康寿命との差が拡大すれば、医療費や介護給付費の多くを消費する期間が増大することになる。疾病予防と健康増進、介護予防などによって、平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、社会保障負担の軽減も期待できる。このように、持続可能な社会保障制度にも資する新たな国民健康づくり運動を展開するという視点は極めて重要である。

図1 平均寿命と健康寿命の差



(資料：平均寿命(平成22年)は、厚生労働省「平成22年完全生命表」
健康寿命(平成22年)は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」)

(ii) 健康格差の縮小

健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義される。地域格差に関するデータは相当な精度での蓄積があること、自治体間の格差を明らかにすることで各自治体の自主的な取組を促進する効果が期待できることなどから、今次計画では地域格差に焦点を置くこととする。

各自治体にとって、健康寿命の格差の要因を把握・分析し、それを延ばす戦略を考えることは、健康づくりを推進する上で重要である。

自治体の間での健康格差の実態を明らかにし、その縮小に向けた取組を強化する際の指標としては、様々なものが考えられるが、最も重要な指標は健康寿命である。

iii 現状と目標

(i) 健康寿命の延伸

目標項目	日常生活に制限のない期間の平均
現状	男性 70.42 年、女性 73.62 年 (平成 22 年)
目標	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加* (平成 34 年度)
データソース	厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」 ※国民生活基礎調査をもとに算定

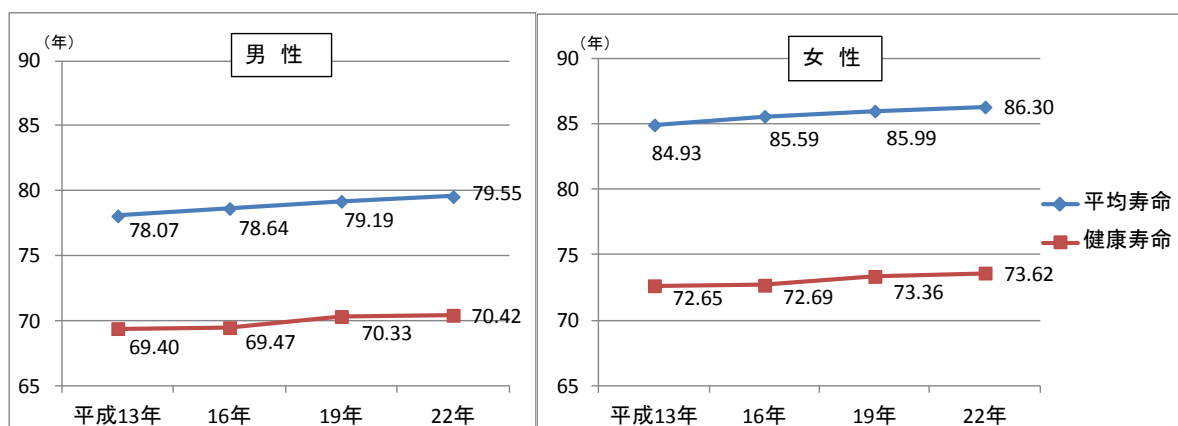
* 上記の目標を実現するに当たっては、「日常生活に制限のない期間の平均」のみならず、「自分が健康であると自覚している期間の平均」についても留意すること。

「日常生活に制限のない期間の平均」は、国民生活基礎調査と生命表を基礎情報とし、サリバン法を用いて算定する（算定方法は、29 頁参照）。現状値における数値は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」により算定されたものを用いた。

日常生活に制限のない期間（健康寿命）について、平成 13 年と平成 22 年を比べると、男性は 69.40 年から 70.42 年へと 1.02 年、女性は 72.65 年から 73.62 年と 0.97 年延びている。一方、平均寿命をみると、同期間で、男性は 78.07 年から 79.55 年へと 1.48 年、女性は 84.93 年から 86.30 年へと 1.37 年延びている（図 2）。

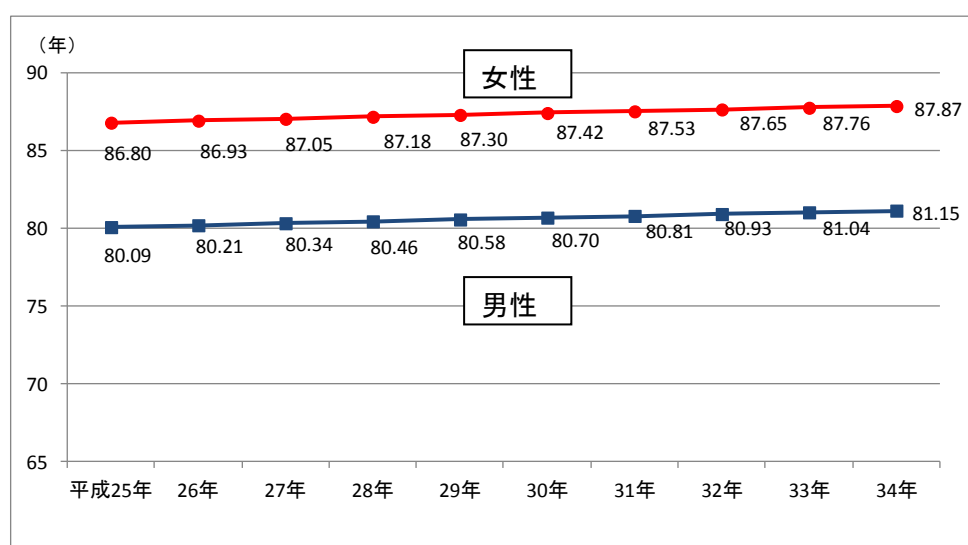
また、国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）によれば、平成 25 年から平成 34 年にかけて、平均寿命は男性では 80.09 年から 81.15 年へと 1.06 年、女性では 86.80 年から 87.87 年へと 1.07 年とさらに延びることが予測されている（図 3）。

図 2 平均寿命と健康寿命の推移



（資料：平均寿命は、平成 13、16、19 年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成 22 年は「完全生命表」
健康寿命は、厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」）

図 3 平均寿命の推計（平成 25～34 年）



（資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）」）

今後、こうした平均寿命の延伸とともに、健康な期間だけではなく、不健康な期間も延びることが予想される。したがって、国民の健康づくりの一層の推進を図り、平均寿命の延び以上に健康寿命を延ばす（不健康な状態になる時点を遅らせる）ことは、重要である。これにより、不健康な期間の短縮を目指すことができる。しかしながら、現時点では、どのような生活習慣病の対策を通して、どの程度生活習慣病を減らすことが可能で、それにより健康寿命がどのくらい延びるかを推定するためのエビデンスが存在せず、今後さらに研究を推進する必要がある。

したがって、目標値については、「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」とした。また、健康寿命については、「日常生活に制限のない期間」の延伸とともに、「自分が健康であると自覚している期間」の延伸を図ることも重要である。なお、自分が健康であると自覚している期間について、平成 13 年と平成 22 年を比べると、男性は 69.55 年から 69.90 年へと 0.35 年、女性は 72.94 年から 73.32 年へと 0.37 年の延びにとどまっており、これらの増加分が平均寿命の延びを上回ることを目標とするものではないが、今後 10 年において、日常生活に制限のない期間の延伸とともに自分が健康であると自覚している期間についても一定の延伸が図られることに留意する必要があるため、その点を付記することとした。

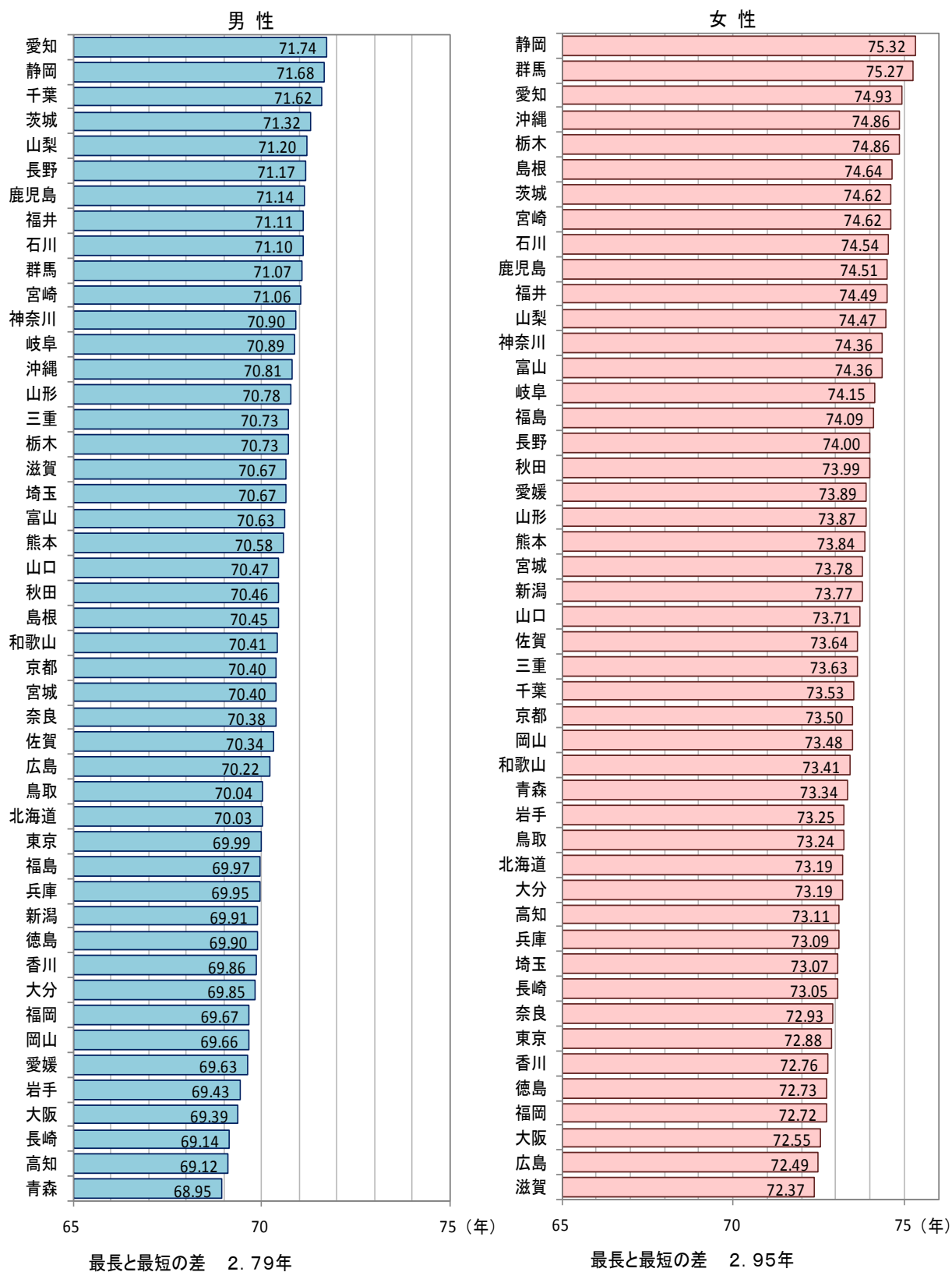
（ii）健康格差の縮小

目標項目	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
現状	男性 2.79 年、女性 2.95 年（平成 22 年）
目標	都道府県格差の縮小（平成 34 年度）
データソース	厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」 ※国民生活基礎調査をもとに算定

日常生活に制限のない期間の平均が最も長いところは、平成 22 年において、男性で愛知県 71.74 年、女性で静岡県 75.32 年であり、最も短いところは、男性で青森県 68.95 年、女性で滋賀県 72.37 年であり、これらの差は、男性 2.79 年、女性 2.95 年である（図 4）。

目標については、都道府県格差の縮小とした。ただし、この目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むことを前提とする必要がある。

図4 都道府県別 日常生活に制限のない期間の平均（平成22年）



（資料：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」）

〈健康寿命の算定方法〉

「日常生活に制限のない期間の平均」の算定方法

「日常生活に制限のない期間の平均」は国民生活基礎調査と生命表を基礎情報とし、サリバン法（広く用いられている健康寿命の計算法）を用いて算定する。すなわち、国民生活基礎調査における質問の「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」に対する「ない」の回答を日常生活に制限なしと定め、性・年齢階級別の日常生活に制限のない者の割合を得る。生命表から定常人口と生存数を得る。性・年齢階級ごとに、定常人口に日常生活に制限のない者の割合を乗じることにより、日常生活に制限のない定常人口を求め、次いで、その年齢階級の合計を生存数で除すことにより、「日常生活に制限のない期間の平均」を得る。

都道府県においては、国民生活基礎調査と都道府県の人口と死亡数を基礎情報とする。国民生活基礎調査から都道府県の性・年齢階級別の日常生活に制限のない者の割合を得る。都道府県の人口と死亡数からチャンの生命表法（広く用いられている生命表の計算法）を用いて、都道府県の定常人口と生存数を得る。日常生活に制限のない者の割合、定常人口と生存数から、上記と同様の方法で「日常生活に制限のない期間の平均」を得る。

市町村においては、国民生活基礎調査に準じた調査を実施する場合には、その調査による性・年齢階級別の日常生活に制限のない者の割合、市町村の人口と死亡数を基礎情報として、都道府県と同様の方法で「日常生活に制限のない期間の平均」を得ることができる。調査を実施せず、既存資料を用いる場合には、市町村の介護保険の介護情報、人口と死亡数を基礎情報として、類似の方法で「日常生活動作が自立している期間の平均」（「日常生活に制限のない期間の平均」に類する指標）を得ることができる。人口規模が小さい市町村では指標の算定に一定の対応（複数年次の死亡数を基礎情報とすること、指標の95%信頼区間を使用することなど）を加えることを検討する必要がある。なお、人口規模が著しく小さい市町村では指標の算定は困難である。

（参考）「自分が健康であると自覚している期間の平均」の算定方法

「自分が健康であると自覚している期間の平均」は国民生活基礎調査と生命表を基礎情報とし、サリバン法を用いて算定する。国民生活基礎調査における質問の「あなたの現在の健康状態はいかがですか」に対する「よい」、「まあよい」または「ふつう」の回答を自分で健康であると自覚していると定める。その割合を用いて、「日常生活に制限のない期間の平均」と同様の方法で「自分で健康であると自覚している期間の平均」を得る。

都道府県においては、「日常生活に制限のない期間の平均」と同様の方法で「自分が健康であると自覚している期間の平均」を得る。

市町村においては、「日常生活に制限のない期間の平均」と同様に、調査を実施する場合には、その調査による性・年齢階級別の自分が健康であると自覚している者の割合、市町村の人口と死亡数を基礎情報として、「自分で健康であると自覚している期間の平均」を得ることができる。人口規模が小さい市町村では指標の算定に一定の対応を加えることを検討する必要がある。なお、調査を実施しない場合には、既存資料による市町村の「自分で健康であると自覚している期間の平均」に類する指標が見当たらないため、指標の算定は困難であり、また、人口規模が著しく小さい市町村でも、指標の算定は困難である。

（資料：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」）

平成 22 年の算定結果

都道府県	日常生活に制限のない 期間の平均（年）		（参考）自分が健康であると自覚し ている期間の平均（年）	
	男性	女性	男性	女性
北海道	70.03	73.19	69.33	73.08
青森	68.95	73.34	68.89	73.46
岩手	69.43	73.25	68.81	72.40
宮城	70.40	73.78	70.80	73.35
秋田	70.46	73.99	69.56	73.07
山形	70.78	73.87	70.81	73.44
福島	69.97	74.09	69.66	73.58
茨城	71.32	74.62	71.09	73.99
栃木	70.73	74.86	69.94	74.33
群馬	71.07	75.27	70.35	74.77
埼玉	70.67	73.07	70.62	72.98
千葉	71.62	73.53	71.32	73.53
東京	69.99	72.88	69.89	73.08
神奈川	70.90	74.36	70.85	74.12
新潟	69.91	73.77	69.36	73.92
富山	70.63	74.36	69.42	73.72
石川	71.10	74.54	70.12	73.18
福井	71.11	74.49	70.23	74.34
山梨	71.20	74.47	70.49	74.77
長野	71.17	74.00	70.76	73.56
岐阜	70.89	74.15	70.32	73.29
静岡	71.68	75.32	71.01	74.86
愛知	71.74	74.93	70.60	73.37
三重	70.73	73.63	70.21	73.07
滋賀	70.67	72.37	70.10	73.03
京都	70.40	73.50	69.56	73.31
大阪	69.39	72.55	68.69	72.12
兵庫	69.95	73.09	68.98	72.72
奈良	70.38	72.93	71.10	74.03
和歌山	70.41	73.41	70.44	73.76
鳥取	70.04	73.24	69.67	72.67
島根	70.45	74.64	69.62	74.23
岡山	69.66	73.48	69.20	73.73
広島	70.22	72.49	68.97	72.59
山口	70.47	73.71	68.92	72.24
徳島	69.90	72.73	69.03	72.45
香川	69.86	72.76	69.27	72.86
愛媛	69.63	73.89	68.70	73.45
高知	69.12	73.11	68.64	71.92
福岡	69.67	72.72	68.89	72.14
佐賀	70.34	73.64	69.80	73.28
長崎	69.14	73.05	69.19	73.73
熊本	70.58	73.84	69.66	73.76
大分	69.85	73.19	69.13	72.85
宮崎	71.06	74.62	71.55	75.31
鹿児島	71.14	74.51	70.77	74.70
沖縄	70.81	74.86	70.46	73.84
全国	70.42	73.62	69.90	73.32

（資料：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」
<http://toukei.umin.jp/kenkoujyummyou/>）

iv 今後必要となる対策

健康日本21（第2次）で掲げられるすべての取組が健康寿命の延伸に資するものである。したがって、健康寿命の推移を検討することは、本計画の進捗を管理するうえで重要である。そのため、国民生活基礎調査で3年ごとに実施される大規模調査の都度、健康寿命を算出し、その動向を検討するべきである。

国としては、各都道府県の健康寿命を算定して公表するが、都道府県においては各市町村での健康寿命を算定することが望ましい。また、都道府県が各種の調査・統計を活用することにより、都道府県内の市区町村における健康格差の実態を解明し、その縮小に向けた取組を行うことが望ましい。ただし、その実施に当たっては、生命表を用いた計算方法や人口規模の小さな自治体におけるデータの取扱いなどの点で統計学上の高度な知識・技術が必要となるので、都道府県に対する技術支援（講習会の実施、算定ソフトの公表など）を行うことが望ましい。

健康寿命の延伸という課題に取り組むに当たって、健康増進・疾病予防が担う役割は極めて大きいものであるが、それに加えて疾病の早期発見、適切な治療管理による疾病の重症化予防、さらには介護予防や介護サービスなど、様々な取組が必要となる。住民一人一人の健康レベルやリスク、さらには保健医療福祉介護ニーズに応じて、これらの取組を切れ目なく総合的に提供できるシステム（地域包括ケア）の構築が求められる。

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

(2) 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

我が国の主要な死亡原因であるがんと循環器疾患に加え、患者数が増加傾向にあり、かつ、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と予測されるCOPDへの対策は、国民の健康寿命の延伸を図る上で重要な課題である。

目標は以下のとおり設定し、考え方や目標値等を次頁以降に示す。

	目標項目
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) ② がん検診の受診率の向上
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) ② 高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下) ③ 脂質異常症の減少 ④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上
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 ② 治療継続者の割合の増加 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) ④ 糖尿病有病者の増加の抑制 ⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少(再掲) ⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上(再掲)
COPD (慢性閉塞性肺疾患)	① COPDの認知度の向上

① がん

i. はじめに

(i) がんの死亡数・罹患数の実態

1981 年からの今日までの約 30 年間、がんは日本での死因の第 1 位であり続けている。

人口動態統計に基づく分析によると、2010 年にがんで死亡した日本人は 35 万人（男性 21 万人、女性 14 万人）で¹⁾、総死亡の約 30%を占めており、日本人の 3 人に 1 人はがんで亡くなっていることになる。特に、50 歳代後半においては、死因の半数近くをがんが占めている。がんによる死亡を部位別にみると、男性では、肺、胃、大腸、肝臓、膵臓の順に多く、女性では、大腸、肺、胃、膵臓、乳房の順に多い。

また、地域がん登録研究班に基づく 2005 年の推計値では、新たに診断されたがんは 68 万例（男性 39 万例、女性 29 万例）である。がんの罹患を部位別にみると、男性では胃、大腸、肺、前立腺、肝臓の順に多く、女性では、乳房、大腸、胃、肺、子宮の順に多い。

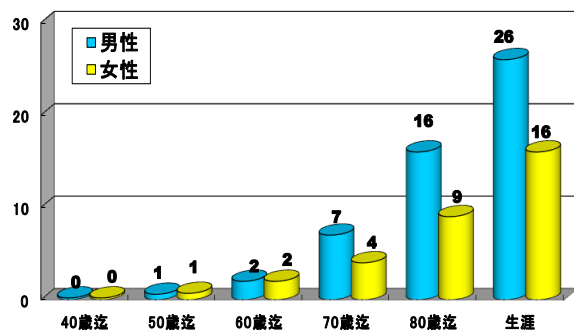
(ii) がんの累積死亡・罹患リスクの実態

各年齢に到達するまでの累積死亡リスク（ある年齢までのがんで死亡するおおよその確率）について、2009 年の年齢階級別がん死亡率に基づいて算出すると、50 歳に至るまでは男女ともに 1%程度であるが、70 歳までの累積死亡リスクは男性 7%、女性 4%となり、80 歳までの累積死亡リスクは男性 16%、女性 9%となる。生涯を通じて考えた場合、男性の 26%、女性の 16%ががんで死亡するという計算になる（図 1）。

また、各年齢に到達するまでの累積がん罹患リスクは（ある年齢までのがんと診断されるおおよその確率）について、平成 17 年の年齢階級別がん罹患率の推計値に基づいて算出すると、40 歳に至るまでは男女ともに 1～2%程度であるが、70 歳までの累積がん罹患リスクは男性 19%、女性 16%となり、80 歳までの累積がん罹患リスクは男性 37%、女性 25%となる。生涯を通じて考えた場合、男性の 54%、女性の 41%ががんで罹患するという計算になる（図 2）。これは、2 人に 1 人は一生のうちに何らかのがんに罹患するということを示している。

図 1 各年齢までの累積がん死亡リスク（%）

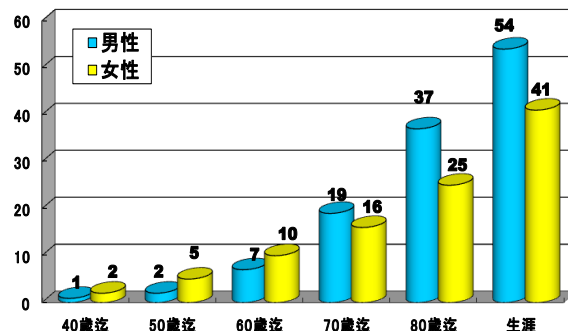
年齢階級別がん死亡率（平成 17 年）に基づいて、当該年齢までのがんで死亡する確率



（資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター）

図 2 各年齢までの累積がん罹患リスク（%）

年齢階級別がん罹患率（平成 17 年）に基づいて、当該年齢までのがんに罹患する確率



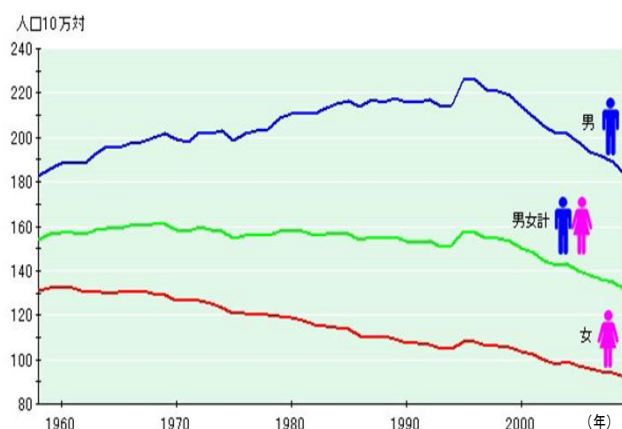
（資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター）

(iii) 年齢調整死亡率の動向

日本における人口当たりのがんの死亡率の推移をみると、男女ともに一貫して上昇傾向が認められるが、これは平均寿命の延びと出生率の低下に伴い、がんになる確率の高い高齢者の人口比率が増加していることが影響している。こうした高齢化の影響を除いてがんの死亡率の年次推移を観察する際には、一定の年齢構成を仮定したモデル人口に調整した年齢調整死亡率が有用である。さらに、75歳以上の死亡を除くことで、壮年期がん死亡の現状や動向を高い精度で評価することができる。これは、75歳以上の高齢者が様々な疾病を合併しやすく、死因分類の精度が必ずしも高くないためである。

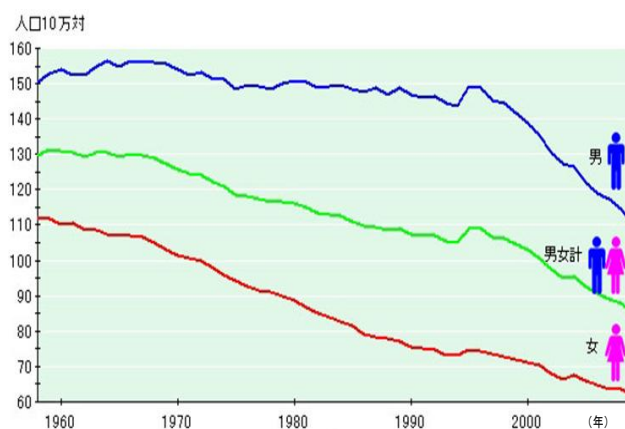
1985年モデル人口（1985年人口を踏まえて作成された仮想人口モデル）を用いたがんの年齢調整死亡率は、近年は男女ともに減少傾向にあることが分かる（図3）。75歳未満の年齢調整死亡率でみると、その傾向はより鮮明になる（図4）。

図3 年齢調整がん死亡率の推移



（資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
http://ganjoho.jp/public/statistics/pub/statistics02.html#prg3_1）

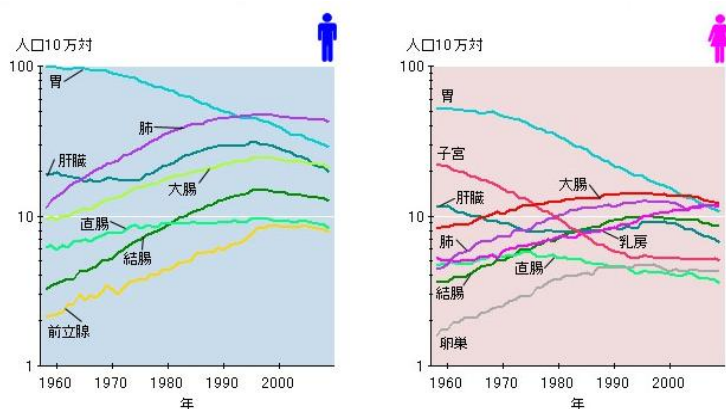
図4 年齢調整がん死亡率の推移（75歳未満）



（資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
http://ganjoho.jp/public/statistics/pub/statistics02.html#prg3_1）

このように、日本人のがん全体の年齢調整死亡率は男女共に減少傾向にあるものの、がんの部位別に推移を見ると、大きく変化しているのがわかる（図5）。男性では、1960年代に最も多かった胃がん死亡率が最近まで一定の減少傾向にある一方、1990年代半ばまで増加傾向にあった肺、肝臓、結腸、前立腺がんが近年では横ばいから減少傾向に転じている。女性では、胃がんが一貫して減少しているのに加えて、子宮、肝臓、直腸のがんの死亡率が1980年代まで減少している。一方で、乳がんが、戦後一貫して増加しているという特徴がある。

図5 部位別年齢調整がん死亡率の推移



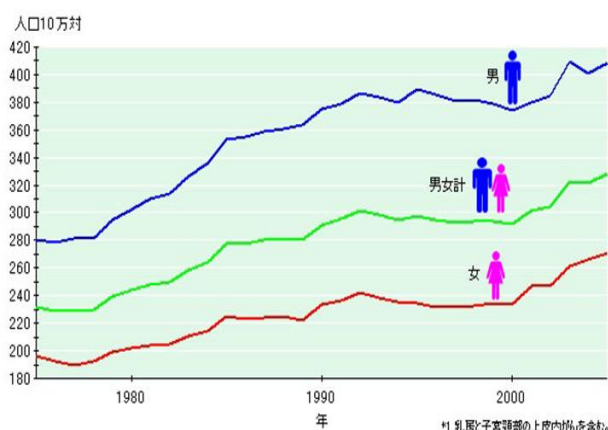
※子宮は、子宮頸部および子宮体部の他に「子宮部位不明」を含む。

（資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
http://ganjoho.jp/public/statistics/pub/statistics02.html#prg3_1）

年齢調整がん罹患率については、地域がん登録研究班による全国推計値を図6に示す。2000年以降の増加傾向が著しいが、これは、近年においてがん診療連携拠点病院の院内がん登録の整備等に伴い登録精度が向上したことが影響している。また、地域がん登録が全国的な整備に未だ至っていない現状においては、年齢調整がん罹患率は、年次推移を見るデータソースとして適切でない。また、年齢調整がん死亡率と同様、高齢者においてはがんの診断精度が必ずしも高くないことを踏まえ、75歳未満の年齢調整がん罹患率で推移をみると、やや緩やかな増加傾向が認められる（図7）。

20年以上にわたり精度の高いがん登録を維持し、かつ、全国の死亡率の推移を反映している宮城、山形、福井及び長崎の4つの地域がん登録のデータを用いた推計では、1985～2004年の年齢調整がん罹患率は若干の増加傾向にあると報告されている²⁾。部位別では、胃がんは減少傾向、肺がん（男性）、肝臓がん、大腸がんは一旦増加した後1995年以降減少し、乳がんと前立腺がんは増加傾向にあると推計されている。

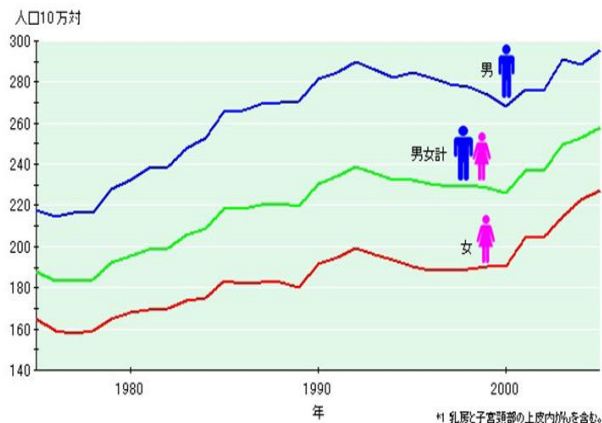
図6 年齢調整がん罹患率の推移



(資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター

http://ganjoho.jp/public/statistics/pub/statistics02.html#prg3_1)

図7 年齢調整がん罹患率の推移(75歳未満)



(資料：独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター

http://ganjoho.jp/public/statistics/pub/statistics02.html#prg3_1)

(iv) がんのリスク要因

日本人においてがんのリスクを高める要因として、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、塩分・塩蔵食品の過剰摂取、がんに関連するウイルス（B型肝炎ウイルス<HBV>、C型肝炎ウイルス<HCV>、ヒトパピローマウイルス<HPV>、成人T細胞白血病ウイルス<HTLV-I>）や細菌（ヘリコバクター・ピロリ菌）への感染が挙げられている³⁾。現状においては、これらへの対策ががん予防に重要である（図8）。

主に、これまで日本で行われたコホート研究などの疫学研究をもとに、各要因をなくすことによって予防可能ながんの割合について推計した研究によると、男性においては喫煙（受動喫煙を含む）30%、感染23%、飲酒9%、女性においては感染18%、喫煙（受動喫煙を含む）6%、飲酒3%となっている。⁴⁾（図9）。米国などの同様の推計と比較して、食習慣や肥満の影響が小さいのが特徴である。これは、日本人の食習慣が欧米に比較して好ましいことなどによることが考えられる一方、食習慣把握の難しさなど

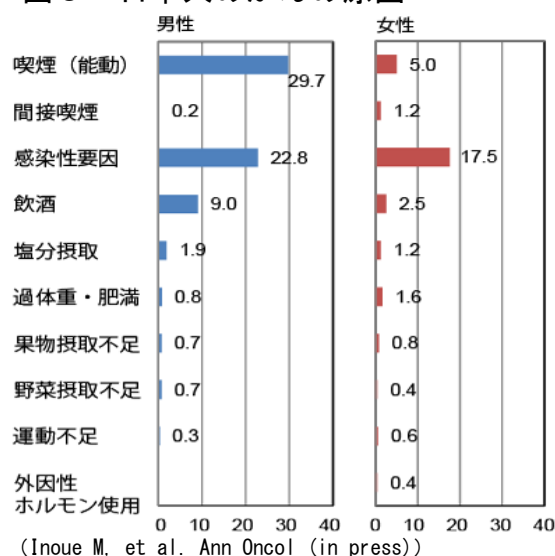
から食事要因とがんとの関連についての日本人のエビデンスが不足していることにもよる。また、このデータの根拠となったコホート研究は、戦前世代を主な対象としている。戦後に日本人の間で強まってきた生活習慣の変容（肥満、食習慣の欧米化、運動不足など）のがん罹患に及ぼす影響を評価するためには、戦後世代を対象としたコホート研究を構築する必要がある。したがって、がん予防を進める際には、図8に示したような総合的なアプローチが重要である。

図8 日本人のためのがん予防法

喫煙	たばこは吸わない。他人のたばこの煙をできるだけ避ける。
飲酒	飲むなら、節度のある飲酒をする。
食事	食事は偏らずバランスよくとる。 * 塩蔵食品、食塩の摂取は最小限にする。 * 野菜や果物不足にならない。 * 飲食物を熱い状態でとらない。
身体活動	日常生活を活動的に過ごす
体形	成人期での体重を適正な範囲に維持する（太りすぎない、やせすぎない）
感染	肝炎ウイルス感染の有無を知り、感染している場合はその治療の措置をとる。

（資料：厚生労働科学第3次対がん10か年総合戦略研究事業
「生活習慣病によるがん予防法の開発に関する研究」
http://ganjoho.ncc.go.jp/public/pre_scr/prevention/evidence_based.html）

図9 日本人のがんの原因



（ⅴ）がん検診の動向

現在、有効性が確立しているがん検診は、胃エックス線による胃がん検診、細胞診による子宮頸部がん検診、視診・触診とマンモグラフィによる乳房がん検診、胸部エックス線と喀痰検査（喫煙者のみ）の併用による肺がん検診、便潜血検査による大腸がん検診であり、それぞれに適切な年齢層と頻度が示されている（図10）⁵⁾。

平成19年に策定されたがん対策推進基本計画（以下、「前基本計画」という。）では、平成23年度末までに受診率を50%にすることを目標として掲げ、がん検診無料クーポンと検診手帳の配布等の様々な取組を行ってきた。また、科学的根拠に基づくがん検診の実施や精度管理についても推進してきた。その結果、子宮頸がん検診と乳がん検診は近年その受診率が上昇し、年齢層によっては40%を超えた。しかし、がん検診全体をみると、依然として諸外国に比べて低く、20～30%程度にとどまっている。

図10 有効ながん検診

胃	胃X線
	40歳以上の男女・年に1回
子宮頸部	細胞診
	20歳以上の女性・2年に1回
乳房	視触診とマンモグラフィ（乳房X線）の併用
	40歳以上の女性・2年に1回
肺	胸部X線と喀痰検査（喫煙者のみ）の併用
	40歳以上の男女・年に1回
大腸	便潜血検査
	40歳以上の男女・年に1回

（資料：公益財団法人がん研究振興財団
<http://www.fpcr.or.jp/publication/others.html>）

ii. 基本的な考え方

がんの予防、診断、治療等を総合的に推進する観点から、平成 24 年 6 月に閣議決定したがん対策推進基本計画（以下「現基本計画」という。）で目標値として採用されている「がんの年齢調整死亡率の減少」と「がん検診の受診率の向上」を目標として設定する。なお、がんの発症予防に関して設定する目標としてはがんの罹患率を、がんの重症化予防に関して設定する目標としては進行がん罹患率をそれぞれ用いることが望ましいが、現行の地域がん登録等から得られるデータの精度に限界があることから、前述の 2 指標で代替することが現実的である。

iii. 現状と目標

上記を踏まえ、目標を以下のとおり設定する。

（i）75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

目標項目	75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）
現状	84.3（平成 22 年）
目標	73.9（平成 27 年）
データソース	厚生労働省「人口動態統計」

現基本計画においては、たばこ対策、がん検診の推進、がん医療のさらなる充実といったがん対策の総合的推進によって、がんの年齢調整死亡率を減少させることが目指されている。健康日本 21（第 2 次）の目標はこれに合わせて設定する。

（ii）がん検診受診率の向上

目標項目	がん検診の受診率の向上
現状	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)
目標	50%（胃がん、肺がん、大腸がんは当面 40%） (平成 28 年)
データソース	厚生労働省「国民生活基礎調査」 ※がん検診の受診率の算定に当たっては、40 歳から 69 歳まで （子宮頸がんは 20 歳から 69 歳まで）を対象とする。

「健康日本 21」においても、がんに関する指標の一つに「各がん検診の受診者の増

加」を挙げ、「5割以上の増加」を目標としていた。結果としては、胃がん、肺がんについてはともに目標値を達成し、子宮頸がん、乳がん、大腸がんについてはともに目標値に達していないが改善傾向にあった。しかしながら、前基本計画の目標値（平成 23 年度末までに受診率を 50%にする）には遠く及ばないことから、指標を継承した上で、現基本計画に沿った目標値を設定することとした。

なお、健康増進法に基づくがん検診では、年齢制限の上限を設けず、ある一定年齢以上の者を対象としているが、受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も踏まえ、40 歳から 69 歳まで（子宮頸がんは 20 歳から 69 歳まで）を対象とする。

iv. 今後必要となる施策

がんの年齢調整死亡率を減少させるため、がん予防及びがんの早期発見を推進するとともに、現基本計画に掲げられている放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実等のがん医療への対応や、がん研究の推進、小児がん対策の充実等を総合的かつ計画的に実施していく必要がある。

（i）発症予防

がんの発症予防及び罹患率低下によって死亡率を減少させるという目標達成のためには、次のような観点から対策を行う必要がある。

①喫 煙：喫煙率を低下させる。受動喫煙者の割合を低下させる。

②飲 酒：生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を低下させる。

③身体活動：身体活動量が少ない者の割合を低下させる。

④体 型：適正体重を維持している者の割合を増加させる。

⑤食生活：高塩分食品の摂取頻度を減少させる。

野菜・果物の摂取不足の者の割合を減少させる。

⑥がんに関連する細菌・ウイルス：子宮頸がん予防ワクチン接種の推進や、HTLV-1 感染予防対策の実施等を通じ、感染者の割合を低下させる。肝炎ウイルス検査体制の充実等を通じ、感染者で未診断・未対策の者の割合を低下させる。

（ii）重症化予防

進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見である。早期発見に至る方法としては、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受けることと、自覚症状がある場合にはいち早く医療機関を受診することの両方について、様々な媒体を通じて普及・啓発活動を行うことが必要である。

まず、がん検診については、現基本計画に沿った取組を行っていくことが重要である。具体的には、これまでの受診率向上施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡略化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域のがん検診との連携など、より効率的・効果

的ながん検診を検討する。なお、普及啓発活動に取り組む際には、がん検診の意義、がんの死亡率を下げるため政策として行う対策型検診と人間ドックなどの任意型検診との違いや、がん検診で必ずがんを見つけられるとは限らないこと、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合があること、がん検診やその後の精密検査を受けることによって身体的（検査による合併症等）・精神的（苦痛、心配等）・社会的（費用、時間等）な負担が生じ得ること、また、その人の寿命を縮めるとは限らないがんを診断・治療する可能性（いわゆる過剰診断・過剰治療）があることなど、がん検診の欠点やがん検診に伴う不利益についても理解を得られるようにすることも必要である。

また、自覚症状がある場合の早期受診については、どのような自覚症状に注意すべきなのかについての啓発を行っていくことが望ましい（図 11）。

図 11 主ながんの自覚症状

胃がん	胃部不快感、消化不良 食欲不振、食習慣の変化
肺がん	咳、痰、血痰
乳がん	硬いしこり、血性の乳頭分泌物
子宮体がん	性交時出血 血性のおりもの、月経異常
大腸がん	血便、排便異常、便柱狭小 肛門からの出血
肝がん 膵がん	上腹部の不快感、黄疸
食道がん	胸骨裏の激痛 食物を飲みこむ時のつかえ感
口腔がん	難治性の潰瘍
膀胱がん	肉眼的血尿
喉頭がん	声のかすれ
白血球	出血傾向、易疲労性、発熱
皮膚がん	境界不鮮明なほくろ

（資料：公益財団法人がん研究振興財団
<http://www.fpcr.or.jp/publication/others.html>）

v. 参考文献

- 1) 国立がん研究センターがん対策情報センターのがん情報サービス
<http://ganjoho.ncc.go.jp/public/statistics/index.html>
- 2) Katanoda K, et al. Cancer Science 2012;103:360-368.
- 3) 厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）による「生活習慣改善によるがん予防法の開発に関する研究」班（2003～2011年度）（http://epi.ncc.go.jp/can_prev/index.html）
- 4) Inoue M, et al. Ann Oncol in press
- 5) http://ganjoho.jp/public/pre_scr/screening/about_scr.html

②循環器疾患

i. はじめに

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、がんと並んで日本人の主要死因の大きな一角を占めている。循環器疾患の予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の4つがある。循環器疾患の予防はこれらの危険因子の管理が中心となるため、これらのそれぞれについて改善を図るという観点で健康日本21（第2次）を展開していく必要がある。

健康日本21ではこれらのうち喫煙以外の3つを指標としていたが、健康日本21（第2次）ではこれら4つのすべてを指標とする。4つの危険因子のうち、高血圧と脂質異常症（高コレステロール血症）については本章で扱い、喫煙と糖尿病については別項で詳述する。

ii. 基本的な考え方

（i）脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率の減少

前述の4つの危険因子が適切に管理されれば、脳血管疾患・虚血性心疾患の発症リスクを低減することができる。また近年、虚血性心疾患による慢性心不全が増加しており、その予防は慢性心不全の増加も抑制し得る。生活習慣の改善によって循環器疾患の発症を予防することを目指すという観点では、循環器疾患発症率を指標とすることが望ましいが、循環器疾患の発症登録を実施している地域は稀であるため、全国のデータが得られる脳血管疾患と虚血性心疾患のそれぞれの死亡率を指標として設定する。

（ii）高血圧の改善

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患、慢性心不全などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、日本人の循環器疾患の発症や死亡に対して大きな人口寄与危険割合を示し、他の危険因子と比べるとその影響は大きい^{1)~3)}。また、至適血圧と高血圧の間の領域（正常高値血圧と正常血圧）の循環器疾患発症数への寄与も非常に大きいことが示されている。

健康日本21においては、「高血圧の改善」を指標として掲げ、「推計値 平均最大血圧約4.2mmHgの低下」を目標値として設定していた。平成10年と平成21年度の値を比較すると、男性で132.7mmHg→131.7mmHg、女性で126.2mmHg→123.3mmHgであったことを踏まえ、平成23年度の最終評価では、「国民の血圧値、高血圧有病率は低下傾向にあるものの、有病率は高齢者を中心に依然として高く、国民全体での予防対策の強化が必要である」とされた。

血圧と循環器疾患の関連は少なくとも至適血圧領域までは“lower the better”と考えられることから^{4)~5)}、国民集団全体として考えた場合、少なくとも80歳代までは平均血圧レベルを下げるという目標設定が妥当である。また、血圧の諸指標のうち循環器疾

患の発症予測に最も有用なのは収縮期血圧であることが示されているため⁶⁾、血圧の簡便な指標としては健康日本21と同様、収縮期血圧を用いるのが妥当である。

(iii) 脂質異常症（高コレステロール血症）患者の減少

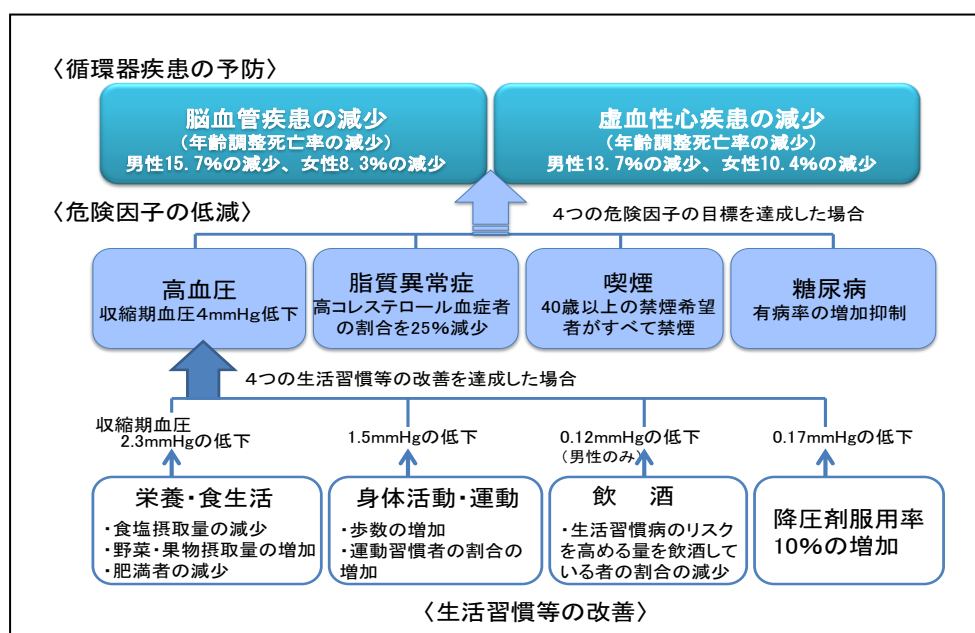
脂質異常症は虚血性心疾患の危険因子であり、特に総コレステロール及びLDLコレステロールの高値は日米欧いずれの診療ガイドラインでも、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされている。日本人を対象とした疫学研究でも、虚血性心疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは総コレステロール値240mg/dl以上あるいはLDLコレステロール160mg/dl以上からが多い⁷⁾。

健康日本21においては、「高脂血症（血清総コレステロール値240mg/dl以上）の者の割合」の50%減、具体的には男性では10.5%から5.2%以下に、女性では17.4%から8.7%に低下させることを目指していたが、平成21年の時点で男性10.4%、女性16.0%であった。平成23年度の最終評価では、「服薬者を含めた高脂血症有病率は悪化した可能性が高いが、国民全体の総コレステロール平均値の悪化はみられなかった」とされたことを踏まえ、健康日本21（第2次）についても引き続き、脂質異常症患者の減少を目指すべきである。

なお、虚血性心疾患リスクは、高コレステロール血症のみで決まるのではなく、他の危険因子の有無で異なっている。臨床においては、虚血性心疾患リスクに応じたコレステロール管理目標が提示されているが、国民健康づくり運動としては集団としての目標の見地から他の危険因子を保有していない一般的な者の管理目標値（LDLコレステロール160mg/dl）を参考にすべきと考えられ、また、これは前述の疫学研究の結果とも合致していることから指標として妥当と考えられる。

上記（i）～（iii）の考え方をまとめると、下図のようになる。

循環器の目標設定の考え方



(iv) 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（内臓脂肪症候群）が強く疑われる者と予備群と考えられる者を合わせた割合は、平成 22 年国民健康・栄養調査によると、40 歳から 74 歳では、男性で 2 人に 1 人、女性で 5 人に 1 人の割合に達している。

メタボリックシンドロームと循環器疾患との関連は証明されており⁸⁾、健康日本 21（第 2 次）においても引き続き指標として設定する。

(v) 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

平成 18 年の医療構造改革によって、メタボリックシンドロームに着目した健診と保健指導を医療保険者に義務付ける、特定健診・特定保健指導の制度が導入された。特定健診・特定保健指導の実施率は、生活習慣病対策に対する取組状況を反映することから、健康日本 21（第 2 次）においても引き続き指標として設定する。

iii. 現状と目標

以上の考え方から現状と目標を以下のように設定した。

(i) 脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率の減少

目標項目	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）
現状	脳血管疾患： 男性 49.5、女性 26.9 虚血性心疾患：男性 36.9、女性 15.3 (平成 22 年)
目標	脳血管疾患： 男性 41.6、女性 24.7 虚血性心疾患：男性 31.8、女性 13.7 (平成 34 年度)
データソース	厚生労働省「人口動態調査」

各危険因子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すると以下ようになる。

ア. 高血圧：40～89 歳の収縮期血圧の平均値を 4mmHg 低下させる。

これにより、脳血管疾患死亡率が、男性で 8.9%、女性で 5.8%低下する。

また、虚血性心疾患の死亡率が、男性で 5.4%、女性で 7.2%低下する。

イ. 脂質異常症：高コレステロール血症（総コレステロール値 240 mg/dl 以上（LDL コレステロール 160mg/dl））の割合を 25%低下させる（40～79 歳）。

この場合、脳血管疾患死亡率への影響は中立として推計には含めない。

また、虚血性心疾患の死亡率が、男性で 1.3%、女性で 0.6%低下する。

ウ. 喫煙：喫煙者の割合を男性 29.9%、女性 6.7%から男性 19.1%、女性 3.9%に減少させる（禁煙を希望している喫煙者がすべて禁煙を達成できた場合。40 歳以上で再集計）。これにより、脳血管疾患死亡率が、男性で 7.0%、女性で 2.5%低下する。
また、虚血性心疾患の死亡率が、男性で 7.0%、女性で 2.5%低下する。

エ. 糖尿病：男女別の各年齢区分で有病率を増加させない。
この場合、循環器疾患の死亡率への影響はないと考えられる。

上記ア～エを総合すると、脳血管疾患では男性 15.9%、女性 8.3%、虚血性心疾患では男性 13.7%、女性 10.4%の死亡率の減少が期待できる。さらに、高齢化の影響を除くため、現時点の年齢調整死亡率に乗じて目標値とする。

（ii）高血圧の改善

目標項目	高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）
現状	男性 138 mmHg、女性 133 mmHg （平成 22 年）
目標	男性 134 mmHg、女性 129 mmHg （平成 34 年度）
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」（40 歳～89 歳、服薬者含む）

健康日本 2 1（第 2 次）における血圧の目標値は、健康日本 2 1 と同様、関連する他の分野における目標値を考慮して設定することとする。具体的には、栄養（減塩、野菜・果物の摂取増加、肥満者の減少）・運動（1 日歩数の増加・運動習慣者の割合増加）、飲酒（生活習慣病へのリスクを高める量を飲酒している者の減少）の各分野で設定された目標がすべて達成された場合に、収縮期血圧 4 mmHg の低下が期待される。

ア. 栄養分野（現状と目標）

①食塩摂取量（1 日）

現状 10.6g → 8.0g へ：食塩 2.6g の減少

②野菜摂取量の増加（1 日）

現状 282g → 350g へ：野菜約 70g の増加（カリウム 140mg= 3.58mmol）

③果物摂取量の増加（1 日）：

現状 果物摂取量 100g 未満（1 日）の者の割合 61.4%→30%に減らす。

母集団の約 30%の構成員の果物摂取量が 50 g 増える（カリウム 100mg=2.56mmol の増加）と仮定すると集団全体で 33 mg = 0.77mmol 増加する。

④肥満者の減少（40～60 歳代の年齢別の目標値から）

現状 男性 40 歳代：35.2%、50 歳代：37.3%、60 歳代：29.9%

女性 40 歳代：18.3%、50 歳代：19.0%、60 歳代：27.0%

目標 男性 40 歳代：28.8%、50 歳代：35.2%、60 歳代：29.9%

女性 40 歳代：18.3%、50 歳代：18.3%、60 歳代：19.0%

以上の栄養分野の目標達成による国民の血圧レベルへの効果を推計すると、次のようになる。

- ①食塩摂取については、2.6gの減少を目標としている。1gの減塩により収縮期血圧が、高血圧者で1mmHg、非高血圧者で0.5mmHg低下することがわかっており⁹⁾、国民健康・栄養調査では高血圧者と非高血圧者の比率は年代によって異なるが40～74歳の範囲ではほぼ1：1となっていることから、食塩摂取量2.6gの減少で約2mmHgの収縮期血圧の低下が期待できる。
- ②③野菜・果物摂取の増加により、カリウム173mg（約4.43mmol）の増加が期待される。カリウム10mmolの増加で収縮期血圧は約0.5mmHg低下するとの推計を用いると、カリウム4.43mmolの増加で収縮期血圧0.22mmHgの低下が期待できる^{10)～11)}。
- ④肥満者割合については、大規模統合コホートを用いた推計を活用すると¹²⁾、男性では40～69歳で0.14mmHgの減少、女性では40～69歳で0.24mmHgの減少が期待できる。

以上をまとめると、栄養分野の目標達成による国民の収縮期血圧レベルの低下として期待できるのは約2.3mmHgである。

イ. 運動分野（現状と目標）

⑤1日の歩数の増加

歩数を現状よりも約1500歩増やす（男性では1364歩、1883歩の増加）。

毎日3メッツ×0.25時間=1週間では×7で5.25メッツ時の増加。

⑥運動習慣者の割合の増加

4メッツ時/週の運動している者を40%から50%に10%増やす。

歩数の増加により高血圧者に対して収縮期血圧2～3mmHgの低下が期待できるという研究結果に基づき¹³⁾、運動の血圧への効果は主に高血圧者に作用すると考え、前述のように40歳以上の高血圧者と非高血圧者の比率を1：1とすると、集団全体への降圧効果は1.0～1.5mmHgと試算される。さらに、このレベルの運動量の増加で循環器疾患の発症率や死亡率が5～10%減少することが期待できることから¹⁴⁾、血圧低下以外にも運動の循環器病に対しての有益な効果が期待できる。

以上をまとめると、運動分野の目標達成による国民の収縮期血圧レベルの低下として期待できるのは約1.5mmHgである。

ウ. 飲酒分野

⑦生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上）の割合を低減させる。

現状 男性 15.3%、女性 7.5%

目標 男性 13%、女性 6.4%

多量飲酒は高血圧の危険因子であり、血圧レベルの低下には多量飲酒者の減少も貢献する。日本人の高血圧者に対する研究で、日本酒換算で2合以上（エタノール56ml＝45g以上）の飲酒量を1合程度（28ml＝22g）まで減らすと、収縮期血圧がコントロール群に比して5mmHg低下した¹⁵⁾。したがって、男性の40g以上の飲酒者が目標通りに減少した場合、2.4%の男性の収縮期血圧が5mmHg下がり、男性全体の平均血圧は0.12mmHg下がると考えられた。なお女性の場合、飲酒量と飲酒者の頻度から考えて集団全体への降圧効果は小さいため推計には用いなかった。

エ. 高血圧者における降圧薬の服用

臨床試験のメタアナリシスでは、降圧剤のプラセボと比較した降圧効果は5～8mmHgである¹⁶⁾。年齢によって大きく異なるが、現在、40歳～74歳の高血圧者の50%が服薬治療を受けており、これは母集団の25%に相当する。米国のHealthy People 2020において、18歳以上の降圧薬服用率を10%上昇させるという目標設定をしていることを参考として、次期プランにおいては降圧薬服用率10%上昇を想定すると、これによる降圧効果は、0.13～0.20mmHg（中間値0.17mmHg）と推計される。

なお、実際の降圧効果は、多剤併用療法の普及によってここで示したものより大きく、集団全体への降圧効果はさらに大きいことが期待される。

オ. まとめ

以上の結果を整理すると、期待される収縮期血圧の低下量は、

栄養分野の目標達成	2.3 mmHg
運動分野の目標達成	1.5 mmHg
飲酒分野の目標達成	0.12 mmHg（男性のみ）
降圧剤服用率 10%の増加	0.17 mmHg

となり、合計すると国民の血圧水準（収縮期血圧）は約4mmHg低下することになり、この値を目標値として設定する。

（iii）脂質異常症（高コレステロール血症）患者の減少

目標項目	脂質異常症の減少
現状 ^{注)}	総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 男性 13.8%、女性 22.0% LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合 男性 8.3%、女性 11.7% (平成 22 年)
目標	総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 男性 10%、女性 17% LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合 7.7% 男性 6.2%、女性 8.8% (平成 34 年度)
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」（40～79 歳、服薬者含む）

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群を 25%減少させることを目指した特定健康診査等実施計画に準じて、高コレステロール血症の者を 25%減じることが目標とする。健康日本 2 1 では 50%減という目標を設定していたが現実的とは言えないこと、また、特定健康診査等実施計画においてメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を平成 27 年度の時点で平成 20 年度と比べて 25%減少と設定しており、平成 27 年度以降も引き続きその目標値が維持されると想定されることから、高コレステロール血症者の割合に関する目標値は現状値の 25%減と設定することとする。また、対象年齢については、高コレステロール血症で明らかに虚血性心疾患が増えるのは 40 歳以降であり¹⁷⁾、さらに予防効果のエビデンスがあるのは 70 歳代までであることから、40～79 歳とする¹⁸⁾。

国民健康・栄養調査や特定健診においては、空腹時採血を徹底することが現実的でないことから、LDL コレステロールの測定には直接測定法を採用している。ただし、自治体においてこれらのデータを活用して LDL コレステロール値によるモニタリングを行う場合は、直接測定法による LDL コレステロール値は食事の影響を受けないという利点がある一方で、精度管理が十分でない場合に被検者の状況や用いる試薬によって測定精度がばらつくとの指摘があること等を考慮した上で用いる必要がある。

なお、国民健康・栄養調査を用いた現状値には、総コレステロール値 240mg/dl 以上である集団の割合と LDL コレステロール 160mg/dl 以上の集団の割合とに乖離が認められるが、これは総コレステロールが高い者の中に HDL コレステロールが高い者が含まれていること等を反映していると考えられる。しかし、国内外の一般集団を対象とした疫学研究の結果により、両集団は虚血性心疾患の発症・死亡リスクが上昇し始めるという観点で理論的には概ね共通した集団と考えられることから、こうした乖離を前提とした上で国民健康・栄養調査の総コレステロール値をモニタリングに活用することは妥当と言える。

また、コレステロールについては、コレステロールが低い場合に脳出血等による死亡率が高くなるとする指摘がある一方で^{19)~21)}、一部の脳梗塞は高コレステロール血症でリスクが高まるとする研究もある²²⁾。このように、脳血管疾患と高コレステロール血症の関係については評価が定まっていないことから、血圧の目標値のように“lower the better”を前提とした平均値の低下目標とはせず、脳血管疾患の死亡率に対する影響も中立として推計を行った。

(iv) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

目標項目	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
現状値	約 1,400 万人 (平成 20 年度)
目標値	平成 20 年度と比べて 25%減少 (平成 27 年度)
データソース	特定健康診査・特定保健指導の実施状況

健康日本 2 1 や「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（平成 20 年厚生労働省大臣告示）」において、平成 27 年度末時点で平成 20 年度当初と比べてメタボリッ

クシンドロームの該当者及び予備群を 25%以上減少させるという目標を設定していた。しかし、健康日本 21 の最終評価の段階では改善が認められなかったことから、引き続きこの目標値を踏襲し設定する。

＜各危険因子の目標達成が脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率に及ぼす影響＞

(i)～(iv)の危険因子の目標値を達成した場合の脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡率に対する影響及び死亡減少者数等は、10～13 のコホート研究を統合したデータを用いて推計した結果を用いている(表1～表3)^{5), 12), 23), 24)}。

なお、メタボリックシンドロームに対する対策は、肥満を始めとする栄養分野や運動分野の対策に含まれていると考えて、脳血管疾患・虚血性心疾患死亡率に及ぼす効果は、他の危険因子の対策に包括されているものとした。

表1 脳血管疾患の減少率の推計

血圧水準の低下(収縮期血圧、40歳以上)						糖尿病と喫煙の減少				
		40,50歳代	60歳代	70,80歳代	全体					
血圧値シフト (mmHg)	男性	4	4	4		糖尿病(40歳以上) 有病率(対策後) 15.9% 有病率(対策前) 15.9% ハザード比 2.5 減少死亡数 0 死亡減少割合 0.0%				
	女性	4	4	4						
死亡減少者数 (人)	男性	862	783	4,469	6,113	喫煙(40歳以上) 有病率(対策後) 19.1% 有病率(対策前) 29.9% ハザード比 2.0 死亡数減少 4802 死亡減少割合 7.0%				
	女性	371	386	2,482	3,239					
年間死亡者数 (人)	男性	5,349	8,483	54,952	68,784	喫煙(40歳以上) 有病率(対策後) 3.9% 有病率(対策前) 6.7% ハザード比 2.0 死亡数減少 1416 死亡減少割合 2.5%				
	女性	2,322	3,793	49,967	56,081					
死亡減少割合 (%)	男性	16.1	9.2	8.1	8.9%					
	女性	16.0	10.2	5.0	5.8%					
修正乗数 (実測/EPOCH)	男性	0.36	0.57	0.94						
	女性	0.19	0.25	1.03						

国民集団の脳血管疾患死亡率減少割合

男性	15.9%
女性	8.3%

減少数は15,570人(男性10,915人、女性4,655人)

表2 高コレステロール血症者の割合を 25%減らした場合の虚血性心疾患死亡者の推移

		40,50歳代	60歳代	70歳代	全体
高コレステロール血症の推移 (総コレステロール 240 mg/dl以上)	男性	割合の推移(%)	18.9→14.2	13.2→9.9	7.8→5.9
		減少ポイント	4.7	3.3	2.0
	女性	割合の推移	19.9→14.9	28.7→21.5	16.3→12.2
		減少ポイント	5.0	7.2	4.1
死亡減少者数 (人)	男性	233	194	194	621
	女性	76	109	3	187
虚血性心疾患年間死亡者数 (人)	男性	4947	8040	12693	25680
	女性	1008	2273	6916	10197
死亡減少割合 (%)	男性	4.7	2.4	1.5	2.4
	女性	7.5	4.8	0.0	1.8
修正乗数 (実測/EPOCH)	男性	0.52	1.30	1.34	
	女性	0.29	0.25	0.64	

表3 虚血性心疾患の減少率の推計

血圧水準の低下(収縮期血圧、40歳以上)					脂質異常症の減少(40~79歳)		糖尿病と喫煙の減少					
		40,50歳代	60歳代	70,80歳代	全体							
血圧値シフト (mmHg)	男性	4	4	4		*25%減少による予測値		糖尿病(40歳以上)				
	女性	4	4	4				有病率 (対策後)	有病率 策前)	(対 ハザード 比	減少死亡数	死亡減少割合
死亡減少者数 (人)	男性	506	834	1,185	2,525	高脂血症 (40~79歳) 死亡減少数死亡減少割合		15.9%	15.9%	2.5	0	0.0%
	女性	25	194	1,958	2,177			8.7%	8.7%	2.5	0	0.0%
年間死亡者数 (人)	男性	4,947	8,040	34,166	47,153	621	1.3%	喫煙(40歳以上)				
	女性	1,008	2,273	26,918	30,199	187	0.6%	有病率 (対策後)	有病率 策前)	(対 ハザード 比	死亡数減少	死亡減少割合
死亡減少割合 (%)	男性	10.2	10.4	3.5	5.4%			19.1%	29.9%	2.0	3292	7.0%
	女性	2.4	8.6	7.3	7.2%			3.9%	6.7%	2.0	763	2.5%
修正乗数 (変換/EPOCH)	男性	0.61	1.08	1.75								
	女性	0.94	0.55	1.29								

国民集団の虚血性 心疾患死亡率減少 割合	
男性	13.7%
女性	10.4%

減少数は9,565人(男性 6,438人、女性 3,127人)

(v) 特定健診・特定保健指導の実施率の向上

目標項目	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上
現状	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% (平成 21 年度)
目標	平成 25 年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせて設定 (平成 29 年度)
データソース	特定健康診査・特定保健指導の実施状況

目標値は、平成 25 年度から第 2 期医療費適正化計画が開始することとなっていることを踏まえ、当該計画の策定に向けた検討と合わせて設定する。

iv. 今後必要となる対策

循環器疾患の予防において重要なのは危険因子の管理であり、危険因子の管理のためには関連する生活習慣の改善が最も重要である。循環器疾患の危険因子と関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒があり、それぞれ必要とされる対策はすでに該当する項に記載されている。特定健診・特定保健指導の実施率の向上についても同様である。

必要な対策は国民全体への啓発である。個々の生活習慣と危険因子の関連、危険因子と循環器疾患との関連についての国民の理解を深め、どれほどの値であれば治療を開始する必要があるかについての認識 (awareness) を高めることが必要と考えられる。市町村、都道府県、保険者、学術団体等が用いることのできる市民啓発ツールの洗練と体系化を行い、健診受診率の向上を図ることが求められる。国は、マスメディア等を活用した啓発活動にさらに

取り組む必要がある。

また、循環器疾患における重症化予防の観点からは、高血圧及び脂質異常症の治療率を上昇させることも必要である。明らかに医療を要する水準にあっても適切な治療を受けている者は必ずしも多くない。特にこの2つの危険因子は肥満を伴わない者にも多く認められ、しかも循環器疾患の発症リスクは肥満を伴う場合と遜色がないことが示されていることに留意すべきである。

vi. 参考文献

- 1) Hozawa A, Okamura T, Murakami Y, et al. Joint impact of smoking and hypertension on cardiovascular disease and all-cause mortality in Japan: NIPPON DATA80, a 19-year follow-up. *Hypertens Res* 2007; 30: 1169-75.
- 2) Ikeda A, Iso H, Yamagishi K, et al. Blood pressure and the risk of stroke, cardiovascular disease, and all-cause mortality among Japanese: the JPHC Study. *Am J Hypertens* 2009; 22: 273-80.
- 3) Yamamoto T, Nakamura Y, Hozawa A, et al. Low-risk profile for cardiovascular disease and mortality in Japanese. *Circ J* 2008; 72: 545-50.
- 4) Kokubo Y, Kamide K, Okamura T, et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease in a Japanese urban cohort: the Suita study. *Hypertension* 2008; 52: 652-9.
- 5) Murakami Y, Hozawa A, Okamura T, et al. Relation of blood pressure and all-cause mortality in 180,000 Japanese participants: pooled analysis of 13 cohort studies. *Hypertension* 2008; 51: 1483-91.
- 6) Miura K, Nakagawa H, Ohashi Y, et al. Four blood pressure indexes and the risk of stroke and myocardial infarction in Japanese men and women: a meta-analysis of 16 cohort studies. *Circulation* 2009; 119: 1892-8.
- 7) 日本動脈硬化学会高脂血症治療ガイドライン検討委員会. 高脂血症診療ガイドライン. I. 成人高脂血症の診断基準、治療適用基準、治療目標値. *動脈硬化* 1997; 25: 1-34.
- 8) Kokubo Y, Okamura T, Yoshimasa Y, et al. Impact of metabolic syndrome components on the incidence of cardiovascular disease in a general urban Japanese population: the Suita study. *Hypertens Res* 2008; 31(11):2027-35.
- 9) He FJ, MacGregor GA. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (3): CD004937.
- 10) Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. Intersalt Cooperative Research Group. *BMJ* 1988; 297(6644): 319-28.
- 11) Stamler J, Rose G, Stamler R, et al. Public health and medical care implications. *Hypertension* 1989; 14: 570-577.
- 12) Fujiyoshi A, Ohkubo T, Miura K, et al. Blood pressure categories and long-term risk of cardiovascular disease by age groups in Japanese men and women. *Hypertens Res*, in press.
- 13) Whelton SP, Chin A, Xin X, et al. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis

- of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 136: 493-503. 14. Hamer M, Chida Y. Walking and primary prevention: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Br J Sports Med* 2008; 42: 238-43.
- 14) Hamer M, Chida Y. Walking and primary prevention: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Br J Sports Med* 2008; 42: 238-43. 15.
- 15) Ueshima H, Mikawa K, Baba S, et al. Effect of reduced alcohol consumption on blood pressure in untreated hypertensive men. *Hypertension* 1993; 21: 248-52.
- 16) Turnbull F; Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2003; 362(9395): 1527-35.
- 17) Rumana N, Kita Y, Turin TC, et al. Trend of increase in the incidence of acute myocardial infarction in a Japanese population: Takashima AMI Registry, 1990-2001. *Am J Epidemiol* 2008; 167: 1358-64.
- 18) Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, et al. PROspective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 360(9346): 1623-30.
- 19) Okamura T, Tanaka H, Miyamatsu N, et al. The relationship between serum total cholesterol and all-cause or cause-specific mortality in a 17.3-year study of a Japanese cohort. *Atherosclerosis* 2007; 190: 216-223.
- 20) Jacobs D, Blackburn H, Higgins M, et al. Report of the Conference on Low Blood Cholesterol: Mortality Associations. *Circulation* 1992; 86: 1046-60.
- 21) Smith GD, Shipley MJ, Marmot MG, et al. Plasma cholesterol concentration and mortality. The Whitehall Study. *JAMA* 1992; 267: 70-6.
- 22) Imamura T, Doi Y, Arima H, et al. LDL cholesterol and the development of stroke subtypes and coronary heart disease in a general Japanese population: the Hisayama study. *Stroke* 2009; 40: 382-8.
- 23) Murakami Y, Miura K, Okamura T, et al. Population attributable numbers and fractions of deaths due to smoking: a pooled analysis of 180,000 Japanese. *Prev Med* 2011; 52(1):60-5.
- 24) 平成 23 年度厚生労働科学研究「大規模コホート共同研究の発展による危険因子管理の優先順位の把握と個人リスク評価に関するエビデンスの構築（H23-循環器等（生習）——一般——005）」報告書

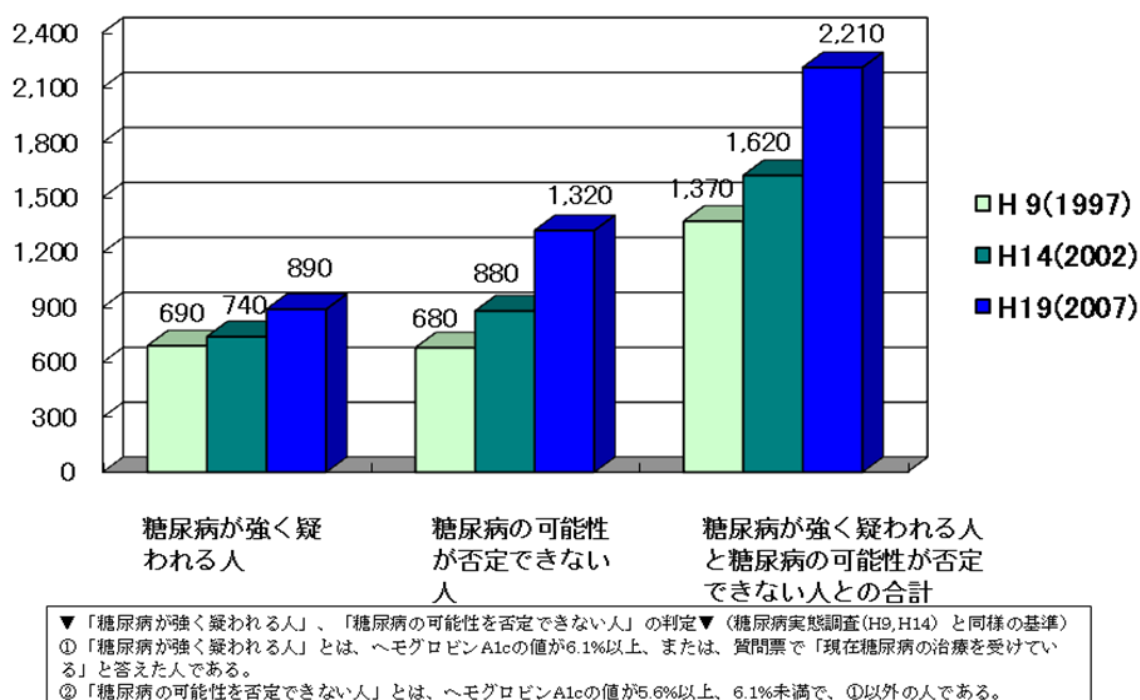
③糖尿病

i. はじめに

わが国の糖尿病有病者数は、平成 19 年国民健康・栄養調査において、「糖尿病が強く疑われる人」は約 890 万人、「糖尿病の可能性が否定できない人」が約 1,320 万人であった。両者を合わせると約 2,210 万人¹⁾で、「糖尿病が強く疑われる人」は 10 年前の 1997 年と比べて約 1.3 倍に増えており（図 1）、わが国の人口構成の高齢化に伴って、増加ペースは加速することが予想される。

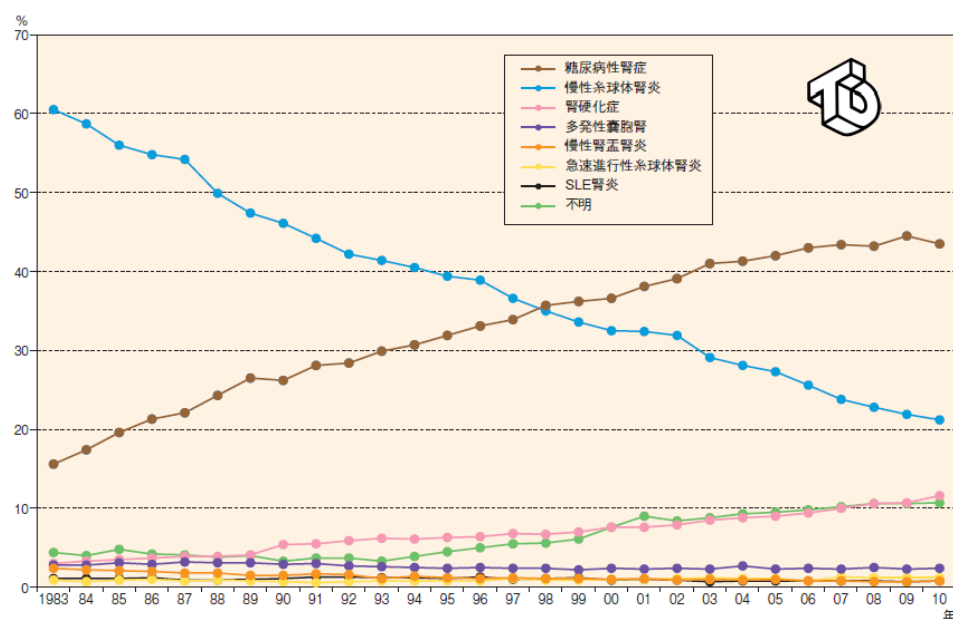
糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質ならびに社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼす。糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患である²⁾とともに（図 2、表 1）、成人中途失明の原因疾患としても第 2 位に位置しており³⁾、さらに、心筋梗塞⁴⁾や脳卒中⁵⁾のリスクを 2～3 倍増加させるとされている。

図 1 糖尿病有病者数の推移



（資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」）

図2 年別透析導入患者の主要原疾患の推移



(資料：社団法人日本透析医学会 統計調査委員会)

「図説 わが国の慢性透析療法の現況 2010年12月31日現在」(日本透析医学会、2011年発行、東京)12頁 図表11)

表1 糖尿病腎症による新規透析導入患者の状況(都道府県別、2010年)

都道府県名	2010年末患者数	2010年導入患者数	〈左のうち〉 糖尿病腎症による導入患者数
北海道	14,452	1,887	830
青森	3,229	469	201
岩手	2,903	367	124
宮城	4,794	501	215
秋田	1,863	277	115
山形	2,393	287	94
福島	4,503	593	265
茨城	7,033	942	435
栃木	5,491	684	316
群馬	5,239	628	324
埼玉	15,191	1,938	893
千葉	12,759	1,725	802
東京	28,620	3,395	1,482
神奈川	18,258	2,125	959
新潟	4,810	508	211
富山	2,333	320	130
石川	2,504	319	156
福井	1,726	193	93
山梨	2,192	323	149
長野	4,574	593	246
岐阜	4,440	601	275
静岡	9,718	1,173	506
愛知	16,201	2,034	905
三重	4,026	533	272
滋賀	2,798	350	137
京都	5,898	690	280
大阪	21,581	2,723	1,183
兵庫	12,469	1,581	694
奈良	3,184	440	204
和歌山	2,747	319	144
鳥取	1,376	185	87
島根	1,463	198	83
岡山	4,424	600	239
広島	7,127	952	408
山口	3,364	478	174
徳島	2,478	295	132
香川	2,493	342	126
愛媛	3,543	485	178
高知	2,230	338	124
福岡	13,439	1,566	731
佐賀	2,104	251	98
長崎	3,735	451	149
熊本	6,001	592	245
大分	3,765	473	196
宮崎	3,612	401	156
鹿児島	5,078	618	248
沖縄	4,091	485	232

(資料：社団法人日本透析医学会 統計調査委員会)

「わが国の慢性透析療法の現況(2010年12月31日現在)CD-ROM版」表50、76)

ii. 基本的な考え方

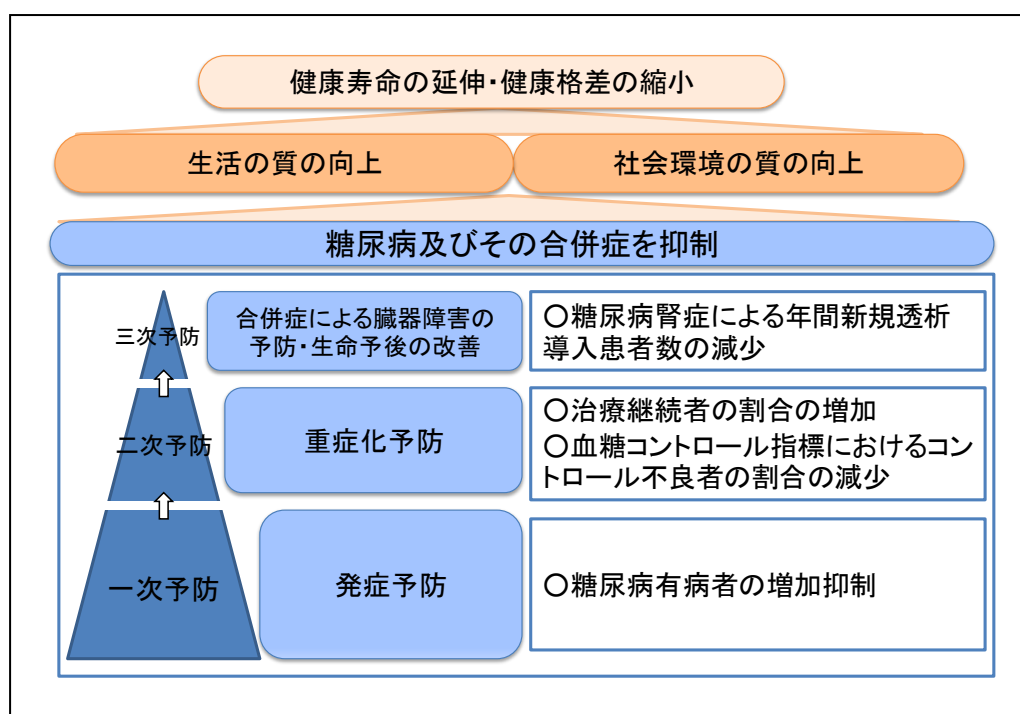
多段階において糖尿病およびその合併症を抑制していくことが、糖尿病に関する国民の健康増進の総合的な推進策として重要であることから、糖尿病対策に関する指標については、一次予防、二次予防、三次予防それぞれに関わるものを設定する必要がある。

一次予防とは「糖尿病の発症予防」であり、これに関しては「糖尿病有病者の増加の抑制」を指標とする。糖尿病有病者の増加を抑制できれば、糖尿病自体だけでなく、さまざまな糖尿病合併症を予防することにもなる。

二次予防とは「糖尿病の合併症の予防」であり、これに関しては「治療継続者の割合の増加」と「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」を指標とする。未治療であったり、治療を中断したりすることが糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されている⁶⁾。治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持できれば、糖尿病による合併症の発症等を抑制することができる。

三次予防とは「合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善」である。糖尿病の合併症のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい「糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少」を指標とする。

糖尿病の目標設定の考え方



iii. 現状と目標

(i) 糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少

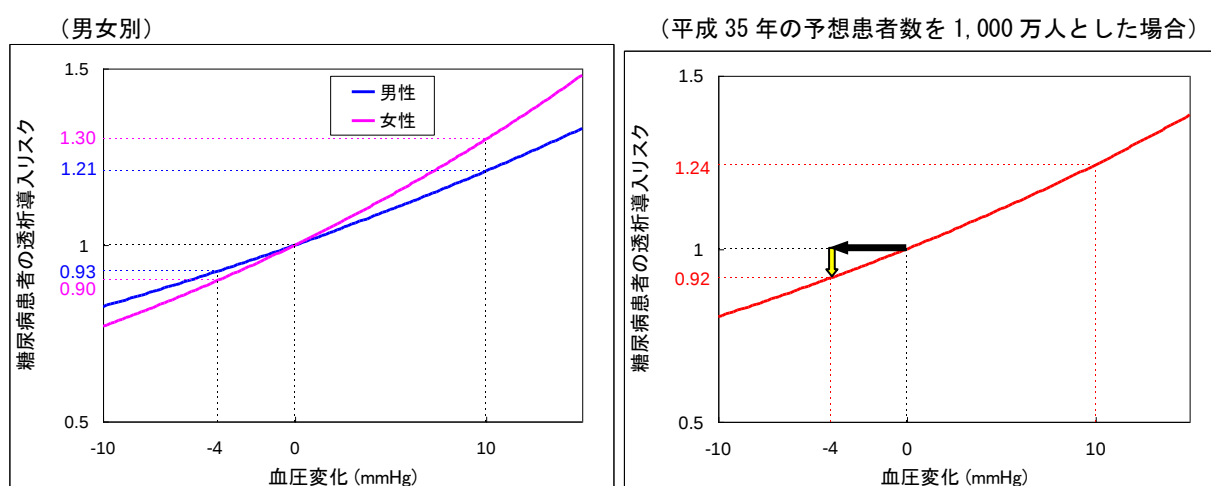
近年、糖尿病腎症による新規透析導入患者数は、増加から横ばいに転じており、平成20年以降の3年間は年間約16,500人で推移している¹⁾。経年変化が認められない理由としては、糖尿病患者総数の増加や高齢化はあるものの、糖尿病治療や疾病管理の向上の

効果が高まっているということが考えられ、少なくともこの傾向を維持することが必要である。

また、一般に、正常域を超えて血圧が上昇すると、それが軽度であっても透析導入のリスクとなることが国内外の研究によって分かっている⁷⁾⁸⁾。したがって、高血圧を改善することができれば、それによって新規透析導入患者数の増加が抑えられ、その結果として糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数を現状よりも減少させることが期待できる。

健康日本21（第2次）では、収縮期血圧の平均値を4mmHg低下させることを目標としている。収縮期血圧10mmHgの変化は男性で1.21、女性で1.30の透析導入への相対危険度の変化をもたらすことが報告されている（図4）⁸⁾。これらの相対危険度に、平成35年に期待される男女別推定糖尿病有病者数（ivの項参照）を算入することによって、収縮期血圧4mmHgの低下は8%の新規透析導入率の低下をもたらすものと推定され（図4）、これに基づいて目標値を15,000人と算出した。

図4 血圧変化による糖尿病患者の透析導入リスク



目標項目	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
現状	16,247人（平成22年）
目標	15,000人（平成34年度）
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」

（ii）治療継続者の割合の増加

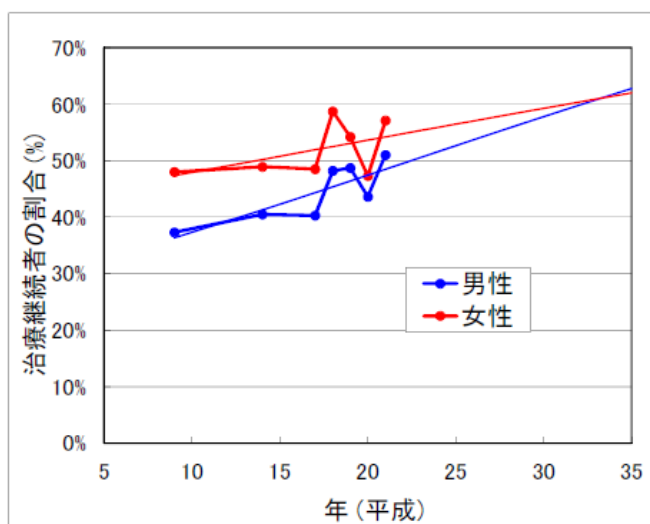
糖尿病における治療中断を減少させることは糖尿病合併症抑制のために必須である。平成9年及び14年の糖尿病実態調査や平成19年以降の国民健康・栄養調査によると、「これまで医師から糖尿病といわれたことがある」と回答した者のうち、「糖尿病の治療を現在受けている」と回答した者は、平成9年の41.8%から平成21年の53.5%へと増加傾

向にある。この増加傾向を今後も維持できた場合、平成 35 年には治療継続者が男性で 63%、女性で 62%となっていることが期待される（図 5）。

最新のデータである平成 22 年国民健康・栄養調査では、特定健診・保健指導の導入を踏まえた調査票の改訂を行っており、「医療機関や健診で糖尿病と言われたことがある」と回答した者のうち、「過去から現在にかけて継続的に受けている」又は「過去に中断したことがあるが、現在は受けている」と回答した者は 63.7%であり、平成 21 年の同趣旨の調査結果よりも約 10%上回る値となっている。今後は改訂後の調査票でモニタリングを行っていくことから、この差を勘案して目標値を設定する必要がある。

以上を踏まえ、平成 9～21 年の増加傾向が維持できた場合に期待される平成 35 年時点の上述の割合に、調査票の改訂により増加する約 10%を加えることにより、75%を目標値とする。

図 5 男女別の治療継続者割合とその予測
（治療継続者割合を logit 変換し一次近似した）



目標項目	治療継続者の割合の増加
現状	63.7% （平成 22 年）
目標	75% （平成 34 年度）
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」

（iii）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

日本糖尿病学会の「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2010」では、血糖コントロールの評価指標として HbA1c（NGSP）8.4%以上が「血糖コントロール不可」と位置づけている⁹⁾。同ガイドラインでは、血糖コントロールが「不可」である状態とは、細小血管症への進展の危険が大きい状態であり、治療法の再検討を含めて何らかのアク

ションを起こす必要がある場合を指し⁹⁾、HbA1c (NGSP) 8.4%を超えると著明に網膜症のリスクが増える¹⁰⁾ことを指摘している。

兵庫県尼崎市の実績¹¹⁾では、個別指導の結果、HbA1c (JDS) 8.0% (HbA1c (NGSP) 8.4%) 以上であった人の割合が、平成 19 年度から平成 22 年度に、全体の 2.0%から 1.1%に減少した。国は、「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」策定時に、平成 24 年の目標として特定健診受診率 70%、特定保健指導実施率 45%を掲げており、平成 25 年度以降、この割合が維持されると仮定すると、こうしたコントロール不良者が特定健診を受診し、何らかの個別指導を受ける可能性は全体の約 32%になると期待される。これらの者について上述の減少効果 (2.0%から 1.1%へという 45%の減少) が得られれば、全体への波及効果としては 14%となる。これを踏まえ、現状値から約 15%減少させることを目標とする。

目標項目	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)
現状	1.2% (平成 21 年度)
目標	1.0% (平成 34 年度)
データソース	特定健康診査・特定保健指導の実施状況 (第二期医療費適正化計画の作成のために把握したもの)

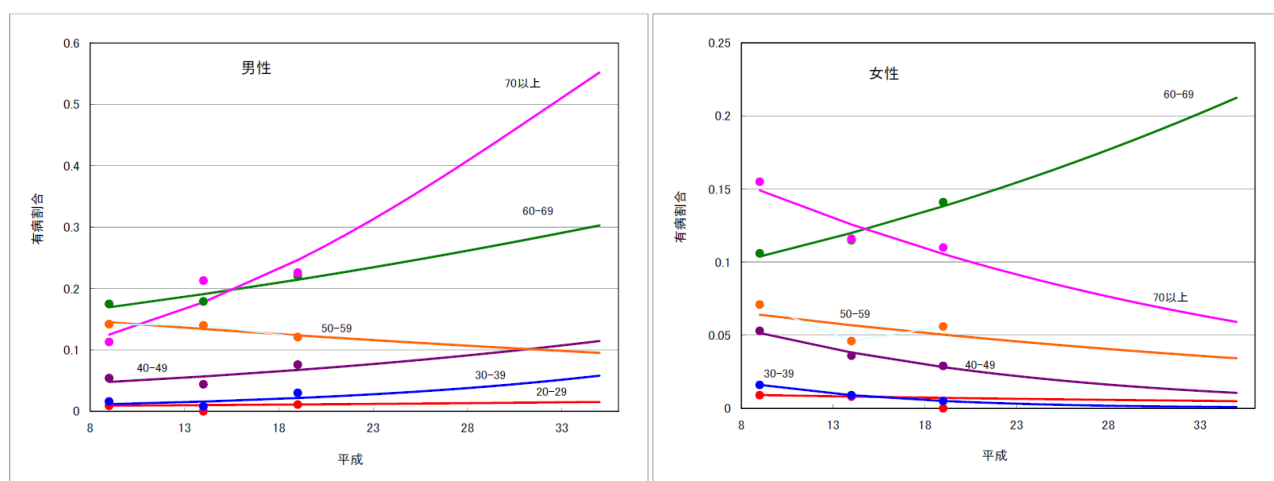
(iv) 糖尿病有病者の増加の抑制

現行の健康日本 21 では、糖尿病有病率の低下が指標として掲げられている。健康日本 21 策定当時、平成 9 年に 690 万人であった糖尿病有病者数が、平成 22 年には 1,080 万人になると推計されており、肥満の改善と 1 日歩数の増加によって 1,000 万人に抑制することを目標としていた。実際には、平成 19 年の時点で 890 万人 (平成 9 年の性・年齢構成で調整すると 740 万人) となっており、健康日本 21 に掲げた目標は達成された。しかし、健康日本 21 の最終評価においては、性・年齢構成で調整して高齢化が進展した影響を除くと、糖尿病有病率が改善したとは言えないとの指摘がなされた。また、性・年齢階級別にみると、男性の 60 歳代及び 70 歳以上、女性の 60 歳代では増加したが、女性の 20 歳代、30 歳代、40 歳代及び 70 歳以上では減少しており、性・年齢階級別糖尿病有病率にはそれぞれに異なる傾向があることも示された (図 6)。

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 (図 6)、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。

しかし、生活習慣の改善を含めた糖尿病に対する総合的な取組の結果、平成 19 年時点の性・年齢階級別糖尿病有病率を維持できれば、糖尿病有病者数は約 1000 万人への増加にとどまると推計されることから、この値を目標値として設定する。

図6 性・年齢階級別糖尿病有病率とその予測



目標項目	糖尿病有病者の増加の抑制
現状	890 万人 （平成 19 年）
目標	1,000 万人 （平成 34 年度） ＜参考＞ 平成 9 年・14 年・19 年にかけての性・年齢階級別糖尿病有病率の傾向が以降も続くとした場合、1,410 万人
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」

iv. 今後必要となる対策

まず、糖尿病患者に関する実態把握のための方法を強化することが必要である。国民健康・栄養調査等を活用して糖尿病の有病率や糖尿病予備群の動向を調査するとともに、糖尿病網膜症等の糖尿病による種々の合併症の状況を把握し、政策立案等にもつなげることが望ましい。

また、糖尿病でありながら未治療である者や、治療を中断している者をさらに減少させるために、糖尿病治療の重要性に対する社会全体の認知度を向上させ、また治療中の者にはより積極的な保健指導等を行うなど、適切な治療の開始・継続を支援する仕組みを構築することが求められる。

v. 参考文献等

- 1) 厚生労働省：平成 19 年国民健康・栄養調査 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/12/h1225-5.html>
- 2) 日本透析医学会：わが国の慢性透析療法の現況 http://www.jsdt.or.jp/overview_confirm.html
- 3) 平成 17 年度 厚生労働科学研究 難治性疾患克服研究事業「網膜脈絡膜・視神経萎縮症に関する調査研究」（主任研究者 石橋達朗）：中江公裕、他「42. わが国における視覚障害の現状」

- 4) Saito T, Kokubo Y, Yamagishi K, Iso H, Inoue M, Tsugane S: *Atherosclerosis* 216: 187-191, 2011.
- 5) Doi Y, Ninomiya T, Hata J, Fukuhara M, Yonemoto K, Iwase M, Iida M, Kiyohara Y: *Stroke* 41: 203-209, 2010.
- 6) 奥平真紀、内潟安子、岡田泰助、岩本安彦：糖尿病 46: 781-785, 2003.
- 7) Klag MJ, Whelton PK, Randall BL, Neaton JD, Brancati FL, Ford GE, Shulman NB, Stamler J: *N Engl J Med* 1996;334:13-18.
- 8) Tozawa M, Iseki K, Iseki C, Kinjo K, Ikemiya Y, Takishita S: *Hypertension* 41:1341-1345, 2003.
- 9) 日本糖尿病学会：糖尿病治療の目標と指針「科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン 2010（改訂第3版）」、南江堂、2010.
- 10) Yoshida Y, Hagura R, Hara Y, Sugawara G, Akanuma Y: *Diabetes Res Clin Pract* 51: 195-203, 2001.
- 11) 厚生労働省アフターサービス推進室活動報告書（平成24年4月13日）
<http://www.mhlw.go.jp/iken/after-service-vol6.html>

④COPD

i. はじめに

COPD（慢性閉塞性肺疾患）は、主として長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主訴として緩徐に呼吸障害が進行する。かつて肺気腫、慢性気管支炎と称されていた疾患が含まれている。

世界的にみると、COPDの患者数は2億人、年間死亡者は300万人と推定されている。WHOは、緊急のタバコ対策等を行わなかった場合、COPDによる死亡は今後10年間に30%増加し、2030年には死亡順位第3位（2008年、第4位）になると推定している（図1）。

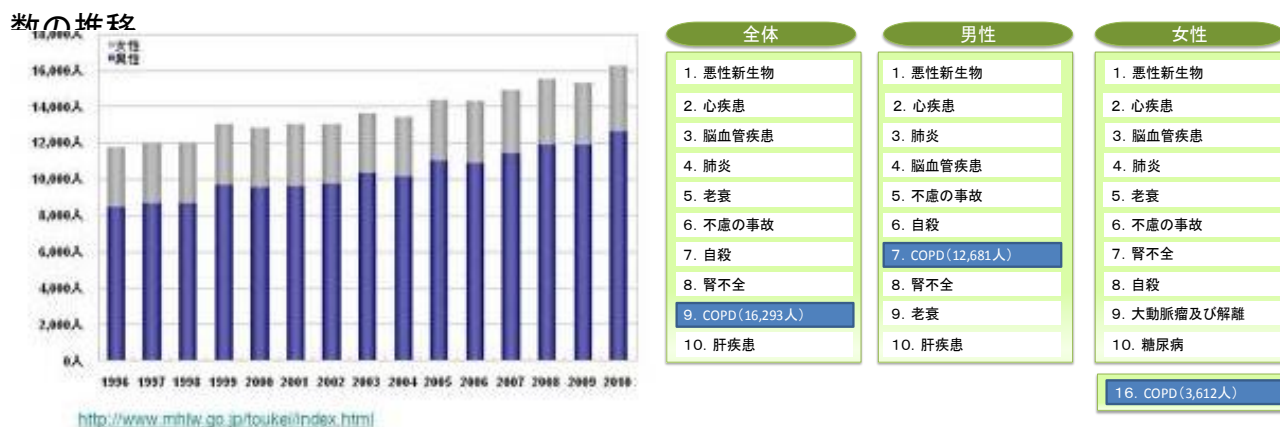
図1 死亡原因ランキング世界状況



(WHO, World Health Statistics 2008)

我が国でも、COPDによる死亡数は増加傾向にあり（図2）、2010年には16,293人となり、死亡順位9位、男性では7位になっている（表1）。

図2 日本におけるCOPD死亡者 表1 日本における性別にみた死因順位



（資料：厚生労働省「平成22年人口動態統計」）

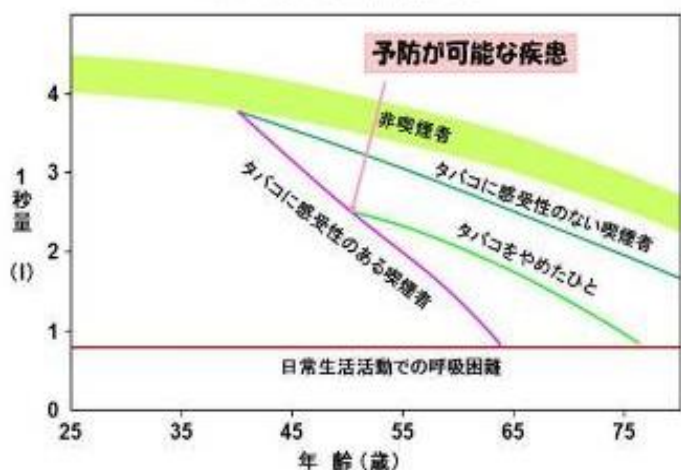
（資料：厚生労働省「平成22年人口動態統計」）

COPDの主要原因は長期にわたる喫煙習慣であり、我が国のたばこ消費量は近年減少傾向にあるが、過去のたばこ消費による長期的な影響と急速な高齢化によって、今後、さらに罹患率、有病率、死亡率の増加が続くと予想される。

COPDの原因の90%はタバコ煙によっており、喫煙者の20%がCOPDを発症するとされる。女性は男性よりタバコ煙に対する感受性が高く、女性喫煙率の増加によって、男女ともに喫煙が最大の発症リスクとなっている。COPDの発症予防と進行の阻止は禁煙によって可能であり、早期に禁煙するほど有効性は高い（図3）。

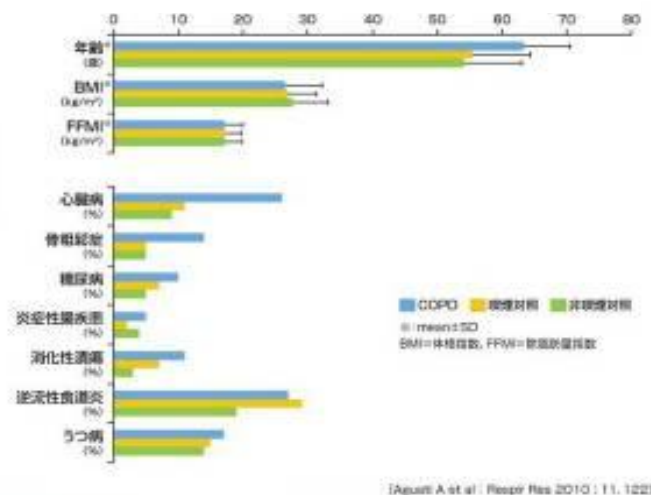
また、COPDは「肺の炎症性疾患」と位置づけられており、心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつなどの併存疾患が多い（図4）。COPDの抑制はこれら疾患の低減効果の可能性も期待される。

図3 COPDの自然経過



(Fletcher et.al. The natural history of chronic airflow 1997 より改変)

図4 COPDの併存症



[Agusti A et al. Respir Res 2010; 11: 102]

一方、COPDに対する治療の基本は気管支拡張薬であり、長時間作用型抗コリン薬が第一選択とされ、長時間作用型 β 刺激薬および吸入ステロイド薬が併用される¹⁾。治療によって、短期的には症状（息切れ）、呼吸機能が改善し、長期的にはQOLの改善、増悪頻度の減少、進行の抑制、生命予後の改善が期待できる。

COPDは禁煙による予防と薬物等による治療が可能な疾患であり、早期発見による早期治療が求められている。

ii. 基本的な考え方

2000年の日本における、40歳以上のCOPD有病率は、8.6%、患者数530万人と推定されており²⁾、先進諸国における有病率にほぼ匹敵する。一方、2008年患者調査によると、医療機関に入院又は通院しているCOPD患者数（治療患者数）は約17万3千人に過ぎない³⁾。このことは大多数の患者が未診断、未治療の状況に置かれていることを示している（図5）。

その最大の要因は、COPDという疾患が国民の健康増進にとってきわめて重要な疾患であるにもかかわらず、19世紀以来知られている高血圧、糖尿病などの疾患とは異なり新しい疾患名であることから、国民に十分認知されていないことにある。そのため、COPDという疾患の国民の認知率を急速に高める必要がある。

図5 COPDの推計患者数と治療患者数



(NICD study, Nippon COPD epidemiology study

全国18都道府県の35施設で2000年4月から2001年1月に40歳以上の成人、2,666人を対象に実施)

iii. 現状と目標

(i) COPDの認知度の向上

我が国におけるCOPDの認知度に関して、これまで国としての調査は行われていない。現時点で得られるデータとして、GOLD (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) 日本委員会によって、各年齢層を含む1万人を対象に行われたインターネット調査がある。2011年12月の調査では、「COPDについてどんな病気かよく知っている」が1万人中711名(7.1%)、「名前は聞いたことがある」が1,806名(18.1%)と、わずか25%の認知率であり、75%は「知らない」と答えている(図6)。

図6 COPDの認知状況



(単一回答 n=10,000)

※設問: あなたはCOPD (シー・オー・ピー・ディー) という病気を知っていますか?

●性・年齢階級別解析結果

	どんな病気かよく知っている		名前は聞いたことがある		知らない		総計	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
男性/20-29才	94	9.4	213	21.3	693	69.3	1,000	100.0
男性/30-39才	79	7.9	179	17.9	742	74.2	1,000	100.0
男性/40-49才	63	6.3	171	17.1	766	76.6	1,000	100.0
男性/50-59才	67	6.7	181	18.1	752	75.2	1,000	100.0
男性/60-才	56	5.6	179	17.9	765	76.5	1,000	100.0
女性/20-29才	109	10.9	195	19.5	696	69.6	1,000	100.0
女性/30-39才	72	7.2	168	16.8	760	76.0	1,000	100.0
女性/40-49才	75	7.5	191	19.1	734	73.4	1,000	100.0
女性/50-59才	49	4.9	178	17.8	773	77.3	1,000	100.0
女性/60-才	47	4.7	151	15.1	802	80.2	1,000	100.0
男性総計	359	7.2	923	18.5	3,718	74.4	5,000	100.0
女性総計	352	7.0	883	17.7	3,765	75.3	5,000	100.0
20-29才総計	203	10.2	408	20.4	1,389	69.5	2,000	100.0
30-39才総計	151	7.6	347	17.4	1,502	75.1	2,000	100.0
40-49才総計	138	6.9	362	18.1	1,500	75.0	2,000	100.0
50-59才総計	116	5.8	359	18.0	1,525	76.3	2,000	100.0
60-才総計	103	5.2	330	16.5	1,567	78.4	2,000	100.0
総計	711	7.1	1,806	18.1	7,483	74.8	10,000	100.0

(資料: GOLD (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) 日本委員会調査)

健康日本21においては、「メタボリックシンドローム」を認知している国民の割合の増加を目指して「20歳以上の者の80%以上」という目標値を設定しており、この目標を達成できた。このことを踏まえ、10年後に80%の国民がCOPDを認知することを目標とする。

目標項目	COPDの認知度の向上
現状	25% (平成23年)
目標	80% (平成34年度)
データソース	GOLD (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) 日本委員会調査 ※インターネット調査で「COPDについてどんな病気かよく知っている」又は「名前は聞いたことがある」と回答した者の割合。

iv. 今後必要となる対策

COPD予防・早期発見の方向性と方策については、2010年の「慢性閉塞性肺疾患(COPD)の予防・早期発見に関する検討会」の提言を踏まえて対応していくことが望ましい。

具体的には、COPDの名称と疾患に関するメディア等を介した知識の普及、COPDが予防可能な生活習慣病であることの理解の促進、禁煙指導、COPDのスクリーニング票の活用(図7)等とCOPD早期発見とを結びつけた活動の推進などが考えられる。

また、COPD認知率を経年的に把握するための調査研究体制の整備等を検討することが必要である。

COPD問診票		
17ポイント以上：COPDの可能性あり 16ポイント以下：COPDの可能性は低い		
質問	選択肢	ポイント
1. あなたの年齢はいくつですか？	40～49歳	0
	50～59歳	4
	60～69歳	8
	70歳以上	10
2. 1日に何本くらいタバコを吸いますか？(もし今は禁煙しているならば、以前は何本くらい吸っていましたか？) 今まで、合計で何年間くらいタバコを吸っていましたか？ (1日の本数×年数)	0～299	0
	300～499	2
	500～999	3
	1000以上	7
3. あなたの体重は何キログラムですか？ あなたの身長は何センチメートルですか？ (BMI=体重(kg)/身長(m) ²)	BMI<25.4	5
	BMI 25.4～29.7	1
	BMI>29.7	0
4. 天候により、咳がひどくなることがありますか？	はい、天候によりひどくなる場合があります	3
	いいえ、天候は関係ありません	0
	咳は出ません	0
5. 風邪をひいていないのに痰がからむことがありますか？	はい	3
	いいえ	0
6. 朝起きてすぐに痰がからむことがよくありますか？	はい	0
	いいえ	3
7. 喘鳴(ゼイゼイ、ヒューヒュー)がよくありますか？	いいえ、ありません	0
	時々、もしくはよくあります	4
8. 今現在(もしくは今まで)アレルギーの症状はありますか？	はい	0
	いいえ	3

(資料：IPAG 診断・治療ハンドブック日本語版 慢性気道疾患 プライマリケア医用ガイド)

v. 参考文献

- 1) 日本呼吸器学会『COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン第3版』2009年
- 2) Fukuchi Y, et al, COPD in Japan: the Nippon COPD Epidemiology study, Respiriology. 2004 Nov;9(4):458-65
- 3) 平成20年患者調査(総患者数, 性・年齢階級×傷病小分類別)
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001060228>

(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

少子高齢化が進む中で、健康寿命の延伸を実現するには、生活習慣病を予防するとともに、社会生活を営むための機能を高齢になっても可能な限り維持していくことが重要である。

社会生活を営むために必要な機能を維持するために、身体と共に関心のあるものが、こころの健康である。その健全な維持は、個人の生活の質を大きく左右するものであり、自殺等の社会的損失を防止するため、全ての世代の健やかな心を支える社会づくりを目指す。

また、将来を担う次世代の健康を支えるため、妊婦や子どもの健康増進が重要であるほか、高齢化に伴う機能の低下を遅らせるためには、高齢者の健康に焦点を当てた取組を強化する必要がある。

目標は以下のとおり設定し、考え方や目標値等を次頁以降に示す。

	目標項目
こころの健康	① 自殺者の減少(人口 10 万人当たり) 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 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 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
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 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 イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少
高齢者の健康	① 介護保険サービス利用者の増加の抑制 ② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 ③ ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加 ④ 低栄養傾向(BMI20 以下)の高齢者の割合の増加の抑制 ⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(千人当たり) 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)

①こころの健康

i. はじめに

こころの健康とは、世界保健機関（WHO）の健康の定義を待つまでもなく、ひとがいきいきと自分らしく生きるための重要な条件である。具体的には、自分の感情に気づいて表現できること（情緒的健康）、状況に応じて適切に考え、現実的な問題解決ができること（知的健康）、他人や社会と建設的で良い関係を築けること（社会的健康）を意味している。人生の目的や意義を見出し、主体的に人生を選択すること（人間的健康）も大切な要素であり、こころの健康は「生活の質」に大きく影響するものである。

こころの健康を保つには多くの要素があり、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活は、身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となるものである。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養が加えられ、健康のための3つの要素とされてきた。さらに、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっている。

健やかなこころを支える社会づくりを目指すためには、こころの健康を維持するための生活やこころの病気への対応を多くの人が理解し、自己と他者のために取り組むことが不可欠である。中でもうつ病は、こころの病気の代表的なものであり、多くの人がかかる可能性を持つ精神疾患である。自殺の背景にうつ病が多く存在することも指摘されている²⁾。また、うつ病は、不安障害やアルコール依存症などとの合併も多く、それぞれに応じた適切な治療が必要になる。さらに、うつ病にうつ状態を加えた「うつ」があると、喫煙率が高くなり³⁾、肥満が増え⁴⁾⁵⁾、服薬をしなくなる⁶⁾など、健康的な生活習慣が妨げられる。その結果、心臓病⁷⁾⁸⁾や脳卒中⁹⁾の予後が悪化することが明らかになっている。

こころの健康を守るためには、社会環境的な要因からのアプローチも重要である。様々なライフステージに応じたこころの健康対策に社会全体で取り組む必要がある。

ii. 基本的な考え方

(i) 自殺者の減少

自殺対策基本法が平成18年に成立し、国全体として自殺対策に力を入れて取り組んできた¹³⁾。健康日本21においても、「自殺者の減少」を指標として掲げ、全国数が22,000人以下となることを目指していたが、近年の我が国の自殺者総数は約3万人となっている。

自殺の原因として、うつ病などのこころの病気の占める割合が高いため、自殺を減少させることは、こころの健康も含めた国民の健康増進と密接に関連する。そのため、健康

日本 2 1（第 2 次）においても、引き続き自殺者数の減少を指標として設定する。

（ii）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

うつ病などのこころの病気は有効な治療法が確立しているため、早期診断・早期治療が重要である。しかし、現実には、こころの病気にかかった人の一部しか医療機関を受診しておらず、精神科医の診療を受けている人はさらに少ないとの報告がある¹⁰⁾。

適切な保健医療サービスを受けることで、気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛が減少することが期待されるため、こうした変化の指標として「心理的苦痛を感じている者の割合の減少」を指標として設定する。

具体的な指標としては、うつ病や不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発された調査手法である K 6¹⁴⁾の活用が有効である。K 6 とは、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されている。ただし、K 6 はあくまで心理的苦痛を評価するための質問であり、診断を行うものではない点に留意する必要がある。

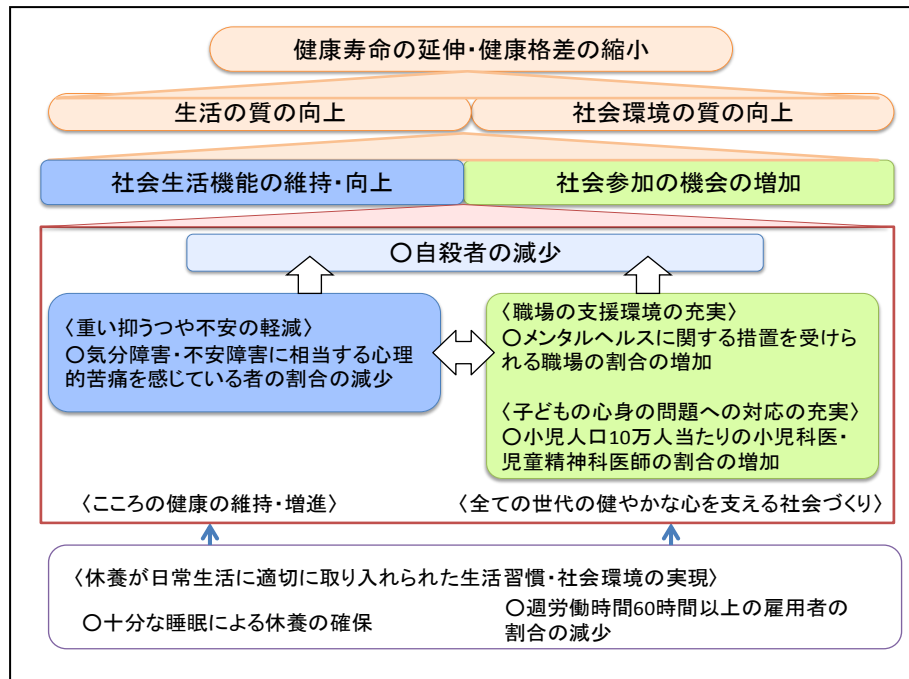
（iii）メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加

3 万人を超える自殺者数のうち、約 8,600 人が労働者であり、「勤務問題」を自殺の原因の一つとしている者は約 2,600 人に達している。また、職業生活等において強いストレス等を感じる労働者は約 60%に上っており、精神障害に係る労災認定件数は増加傾向にある。一方で、職場におけるメンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所は約 3 分の 1 にとどまっていることから、この割合の増加を指標として設定する。

（iv）小児人口 10 万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加

小児保健医療では、育児不安や小児の成長発達上の相談、親子の心のケア等を行うほか、近年増加する児童虐待や発達障害をはじめ、様々な子どものこころの問題への対応を行う必要がある。そのため、母子保健と精神保健活動の連携を図るとともに、小児科医や児童精神を学んだ医師の割合が増加することによって、子どもの心身の問題への対応が充実することが期待されることから、小児科医・児童精神科医師の割合を指標として設定する。

こころの健康の目標設定の考え方



iii. 現状と目標

以上の考え方から、現状と目標を以下のように設定した。

(i) 自殺者数の減少

目標項目	自殺者の減少（人口 10 万人当たり）
現状	23.4（平成 22 年）
目標	自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定
データソース	厚生労働省「人口動態統計」

現在、自殺総合対策大綱の見直しが予定されており、これに合わせて目標を設定する。

(ii) 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

目標項目	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
現状	10.4%（平成 22 年）
目標	9.4%（平成 34 年度）
データソース	厚生労働省「国民生活基礎調査」 ※20 歳以上で、こころの状態に関する 6 項目の質問（K 6）の合計点（0～24 点）における 10 点以上

K 6 合計得点 10 点以上の者の頻度は、気分障害・不安障害と同等の状態の頻度の推定値と考えることができる。K 6 を利用できるデータは平成 22 年以降のものに限られることから、米国の Healthy People 2020 において大うつ病のエピソードを経験した者の割合を 10%減少させることを目標にしていることを参考として、当面、現状値から 10%の減少を目標値として設定する。

〈参考〉 K 6 について

K 6 は米国のKesslerらによって、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されている。

「神経過敏に感じましたか」「絶望的だと感じましたか」「そわそわ、落ち着かなく感じましたか」「気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか」「何をするのも骨折りだと感じましたか」「自分は価値のない人間だと感じましたか」の 6 つの質問について 5 段階（「まったくない」（0 点）、「少しだけ」（1 点）、「ときどき」（2 点）、「たいてい」（3 点）、「いつも」（4 点））で点数化する。合計点数が高いほど、精神的な問題がより重い可能性があるとしてされている。

（iii）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

目標項目	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
現状	33.6%（平成 19 年）
目標	100%（平成 32 年）
データソース	厚生労働省「労働者健康状況調査」等

新成長戦略（平成 22 年閣議決定）においては、2020 年までの目標として「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合 100%」が盛り込まれており、本目標に合わせて目標を設定する。

（iv）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

目標項目	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
現状	小児科医：94.4（平成 22 年） 児童精神医学分野に取り組んでいる小児科医若しくは精神科医：10.6（平成 21 年）
目標	増加傾向へ（平成 26 年）
データソース	厚生労働省「健やか親子 21 第 2 回中間評価」（小児科医は医師・歯科医師・薬剤師調査、児童精神科医師は日本児童青年精神医学会調べ） ※小児人口：0 歳から 14 歳

本指標は、目標値として具体的な数値を設定することが困難であるため、健やか親子21の目標に合わせて「増加傾向」とする。なお、健やか親子21は平成26年に見直しが予定されており、これに合わせて目標を再設定する。

iv. 今後必要となる対策

(i) ストレス対策

ストレス対策としては、①ストレスに対する個人の対処能力を高めること、②個人を取り巻く周囲のサポートを充実させること、③ストレスの少ない社会を作ること、が必要であるとされている。特に個人の対処能力を高めるためには、ストレスに関する正しい知識の習得、健康的な生活習慣による心身の健康の維持、自らのストレスの状態の把握、リラックスや気分転換などに柔軟に取り組む、などが重要であり、こうした情報を広く提供していくことが必要である。

(ii) こころの病気への対策

こころの病気への対策は、自殺予防活動がモデルとして参考になる¹⁵⁾。自殺の一次予防には、こころの健康を高め孤立を防ぐ地域づくり、一般住民向け、地域のキーパーソン向けの普及啓発がある。国民の健康増進の総合的な推進という観点からは、職場や学校、地域などを通じ、うつ病やアルコール依存症、統合失調症など、自殺と関連が強いとされる精神疾患に対する住民の理解を深めることが重要である。そのため、各種の連絡会議や研修会、講演会等を通じて、偏見の是正を幅広く行うことが必要である。また、啓発を行う際は、単なる情報発信にとどまるだけでなく、相談者や受診者にきちんと対応できるような受皿作りを同時に行うことが極めて重要である。

v. 参考文献

- 1) Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *J Am Coll Cardiol* 53: 936-946, 2009.
- 2) Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 294: 2064-2074, 2005.
- 3) Chaiton MO, Cohen JE, O'Loughlin J, et al. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health* 9: 356, 2009.
- 4) de Wit L, Luppino F, van Straten A, et al. Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Res*. 178: 230-235, 2010.
- 5) Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* 67: 220-229, 2010.

- 6) DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 160: 2101–2107, 2000.
- 7) Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *Gen Hosp Psychiatry* 33: 203–216, 2011.
- 8) Rutledge T, et al. Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol* 48: 1527–1537, 2005.
- 9) Pan A, Sun Q, Okereke OI, et al. Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review. *JAMA* 306: 1241–1249, 2011.
- 10) Naganuma Y, Tachimori H, Kawakami N, et al. Twelve-month use of mental health services in four areas in Japan: findings from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 60: 240–248, 2006.
- 11) Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med* 363: 2611–2620, 2010.
- 12) Davidson KW, Rieckmann N, Clemow L, et al. Enhanced depression care for patients with acute coronary syndrome and persistent depressive symptoms: coronary psychosocial evaluation studies randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 170: 600–608, 2010.
- 13) 自殺対策基本法. <http://law.e-gov.go.jp/announce/H18H0085.html>
- 14) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res* 17: 152–158, 2008.
- 15) 内閣府. 平成 22 年度版自殺対策白書：特集 3 地域における自殺対策プログラム.
http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2010/html/honpen/tokusyu/toku3_3_2.html

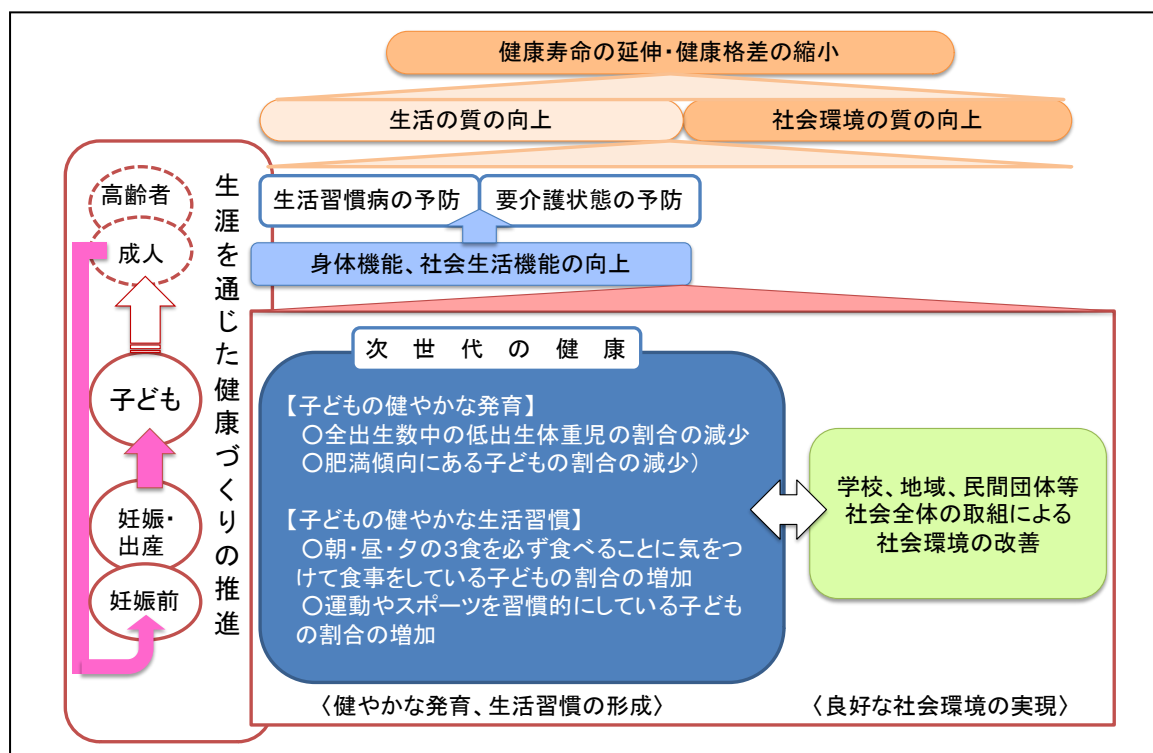
②次世代の健康

i. はじめに

生涯を通じ健やかで心豊かに生活するためには、妊娠中や子どもの頃からの健康、つまり次世代の健康が重要である。妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりを行うとともに、子どもの健やかな発育とより良い生活習慣を形成することで、成人期、高齢期等の生涯を通じた健康づくりを推進していくことが出来る。また、子どもが成長し、やがて親となり、その次の世代をはぐくむという循環においても、子どもの健やかな発育や生活習慣の形成は、その基礎となるものでもある。

子どもや妊婦に係る母子保健分野における取組としては、2001 年度から、関係機関・団体が一体となって推進する国民運動計画である「健やか親子21」¹⁾の取組を開始しており、その計画の中で、21 世紀における取組の方向性と目標を示しているところであるが、こうした取組とも協同しつつ、次世代の健康を育むことが望まれる。

次世代の健康の目標設定の考え方



ii. 基本的な考え方

子どもの健やかな発育や生活習慣の形成の状況については、子どもの体重（全出生数中の低出生体重児の割合、肥満傾向にある子どもの割合）や生活習慣（朝・昼・夕の3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、食事を1人で食べる子どもの割合）、う蝕有病状況、運動やスポーツ習慣、さらには子どもの心身の問題への対応を行う小児科医

や児童精神科医の状況を目標として設定することで確認することができる。

また、子どもの健やかな発育のためには、妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりと基本的な生活習慣が重要であり、適正体重の維持（20歳代女性のやせの減少）や妊娠中の喫煙や飲酒をしないことを確認することも必要である。

子どもの頃からの生活習慣病対策の重要性については、日本学術会議（2008年）も提言しているところであるが²⁾、健やかな生活習慣を幼少時から身につけ、生活習慣病予防の基盤を固め、生涯にわたって健康な生活習慣を継続できるようにすることが重要である。

なお、子どもの心の問題への対応の充実は「(1) こころの健康」で、妊娠前や妊娠期の生活習慣等については「5 食生活等に関する生活習慣及び社会環境」の該当分野に、それぞれ記載した。

iii. 現状と目標

(i) 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

① 朝・昼・夜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

食生活は、心身を育むうえで不可欠な生活習慣であり、幼少時の食習慣は成人期の食習慣に影響を与える。20歳以上で習慣的に欠食している者で、朝食を食べない習慣が「小学生の頃から」又は「中学、高校生の頃から」始まったと回答した者の割合を合わせると、男性で32.7%、女性で25.2%であるとの報告もある³⁾。

（独）日本スポーツ振興センター「平成22年度児童生徒の食生活等実態調査報告書」によると、「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」と回答した小学校5年生は89.4%であり、前回調査（平成17年度）84.5%から4.9%増加している。規則正しく食べる習慣は、すべての子どもが身につけるべきものであるため、目標値は「100%に近づける」とした。

目標項目	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増加
現状	小学5年生 89.4%（平成22年度）
目標	100%に近づける（平成34年度）
データソース	（独）日本スポーツ振興センター「児童生徒の食生活等実態調査」

② 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合

健康な運動習慣を有する子どもの割合を増やすことで、心身の健康の保持・増進や体力の向上を図り、健康で活力に満ちた長寿社会の実現につなげることが重要である。

平成24年3月に中央教育審議会において答申された「スポーツ基本計画の策定について」においても、すべての人々が幸福で豊かな生活を営むことができる社会を目指し、子どものスポーツの機会の充実やライフステージに応じたスポーツ活動の推進等が盛り込まれている。

平成 22 年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査によれば、運動やスポーツを週に 3 日以上している小学校 5 年生の割合は、男子で 61.5%、女子 35.9%である。指標の設定に関しては、今後さらなる検討が必要であることから、この設問並びに回答率を参考値とした。また、目標値については、本調査が平成 20 年度からの実施であり、その推移を評価することが困難なため、「増加傾向へ」とした。

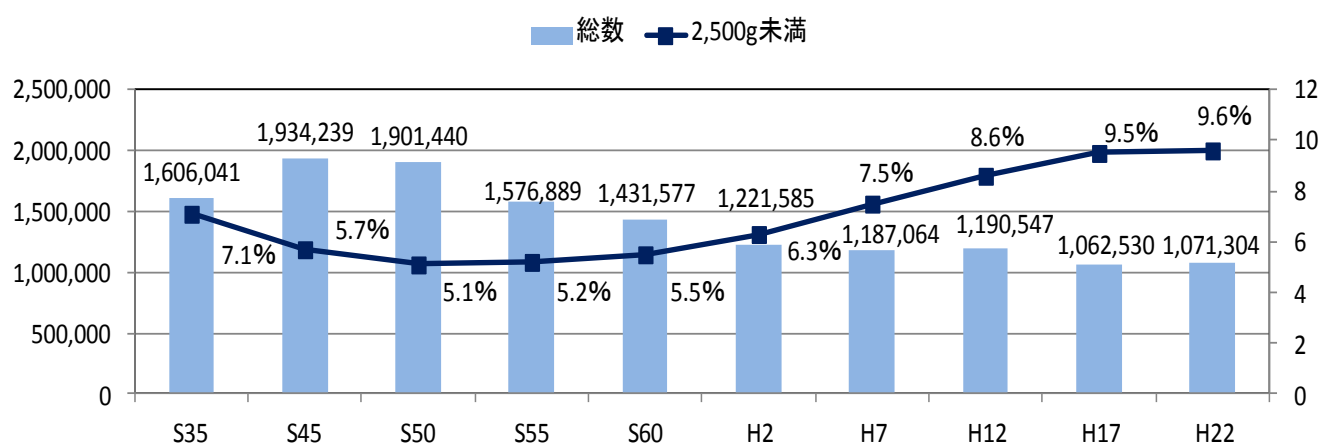
目標項目	運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加
現状	(参考値) 週に 3 日以上 小学 5 年生 男子 61.5%、女子 35.9% (平成 22 年度)
目標	増加傾向へ (平成 34 年度)
データソース	文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」

(ii) 適正体重の子どもの増加

① 出生数中の低出生体重児の割合の減少

昭和 50 年代以降、わが国においては、低出生体重児の割合が増加傾向にある(図 1)。低出生体重児については、神経学的・身体的合併症の他、成人後に糖尿病や高血圧等の生活習慣病を発症しやすいとの報告もあり⁴⁾⁵⁾、その動向や予後について注視する必要がある。

図 1 出生数及び出生時の体重が 2500g 未満の出生割合の年次推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

低出生体重児増加の要因としては、医療の進歩、多胎妊娠、妊娠前の母親のやせ、低栄養、妊娠中の体重増加抑制、喫煙等が考えられる⁶⁾⁹⁾。予防が可能な要因の寄与度や具体的な介入方法が明らかになっていないため、数値目標の設定は困難であり、目標を「減少傾向へ」と設定した。

目標項目	全出生数中の低出生体重児の割合
現状	9.6%（平成22年）
目標	減少傾向へ（平成26年）
データソース	厚生労働省「人口動態統計」

② 肥満傾向にある子どもの割合の減少

子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病に結びつきやすいとの報告がある^{10)~14)}ことから、肥満傾向のある子ども（以下「肥満傾向児」という。）について目標を設定する。

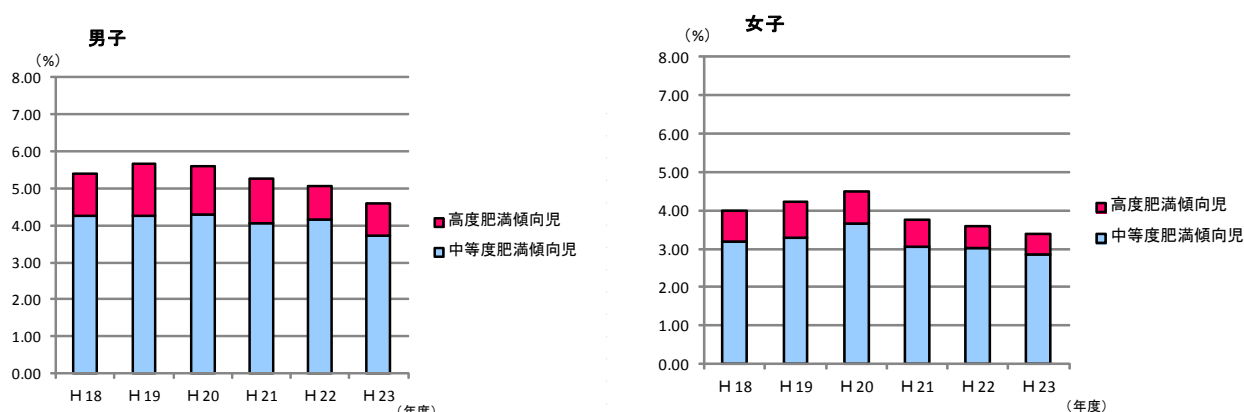
学校保健統計調査では、性別・年齢別・身長別標準体重をもとに肥満度を計算し、肥満度20%以上を「肥満傾向児」、肥満度20%以上30%未満を「軽度肥満傾向児」、肥満度30%以上50%未満を「中等度肥満傾向児」、肥満度50%以上を「高度肥満傾向児」と区分している¹⁵⁾。

目標値については、運動習慣及び生活習慣の確認の必要性の高い「中等度・高度肥満傾向児」の割合について、「運動やスポーツをしている子どもの割合」の目標と同じ小学校5年生（10歳）を指標とすることとする。

数値目標については、健康日本21の最終評価において、児童・生徒の肥満児の割合に有意な変化はみられなかった。また、近年の中等度・高度肥満傾向児の割合も傾向が安定せず（図2）、現時点で予測値を示すのが難しい。したがって、具体的な減少幅は設定せず、「減少傾向へ」とする。ただし、関連指標の設定されている「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。

目標項目	肥満傾向にある子どもの割合の減少
現状	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）
目標	減少傾向へ（平成26年）
データソース	文部科学省「学校保健統計調査」

図2 中等度・高度肥満傾向児の出現率の推移



（資料：文部科学省「学校保健統計調査」）

iv. 今後必要となる対策

子どもの健康な生活習慣の形成のためには、学校、家庭、地域、企業、民間団体等が連携し社会全体で取り組むことが求められる。

低出生体重児の増加については、喫煙のように予防が可能な要因については改善を進めるとともに、その他の要因についても検証することが望ましい。

子どもの肥満については、学校における健康診断に基づく健康管理指導や体育等の教育の一環としての取組のほか、適切な生活習慣を身に付けるための教育を推進していくことが重要である。医療的な対応が必要な場合には、肥満傾向児に対し、小児科医との連携の上で、学校関係者並びに保護者に適切な早期対応を啓発していく必要がある。また、生活面での対応が求められる場合には、保護者の食に対する考え方や行動を把握した上で、子どもが何をどのように食べているかを含めた総合的な食行動改善・日常生活改善のための教育的アプローチを行うことが重要である。

v. 参考文献

- 1) 健やか親子21 (厚生労働省) <http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/>
- 2) 提言 出生前・子どものときからの生活習慣病対策 日本学術会議 臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同生活習慣病対策分科会 2008年8月28日
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t62-4.pdf>
- 3) 平成21年国民健康・栄養調査
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h21-houkoku.html>
- 4) D. J. P. Barker, C. Osmond, P. D. Winter, B. Margetts, S. J. Simmonds, Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet*, 1989, 2(8663) 577-580
- 5) Barker DJ. Developmental origins of chronic disease. *Public Health* 2012; 126(3) 185-189
- 6) Simpson JW, Lawless RW, Mitchell AC. Responsibility of the obstetrician to the fetus. II Influence of prepregnancy weight and pregnancy weight gain on birthweight. *Obstet Gynecol* 1975;45:8 1-7
- 7) Power C, Jefferis BJ. Fetal environment and subsequent obesity: a study of maternal smoking. *Int J Epidemiol*. 2002; 31(2):413-9
- 8) Mizutani T, Suzuki K, Kondo N, Yamagata Z. Association of maternal lifestyles including smoking during pregnancy with childhood obesity. *Obesity (Silver Spring)*. 2007 Dec; 15(12):3133-9.
- 9) Suzuki K, Kondo N, Sato M, Tanaka T, Ando D, Yamagata Z. Gender differences in the association between maternal smoking during pregnancy and childhood growth trajectories: multilevel analysis. *Int J Obes (Lond)*. 2011; 35(1): 53-9
- 10) Kotani K, Nishida M, Yamashita S, et al. Two decades of annual medical examinations in Japanese obese children: do obese children grow into obese adults? *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1997;21:912-21.
- 11) Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH: Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*. 1997; 337: 869-73
- 12) Guo SS, Roche AF, Chumlea WC, Gardner JD, Siervogel RM: The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35y. *Am J Clin Nutr*. 59:810-819 (1994)
- 13) Mossberg H-O: 40-year follow-up of overweight children. *Lancet*. 26:491-493 (1989)
- 14) Vanhala M, Vanhala P, Kumpusalo E, Halonen P, Takala J: Relation between obesity from childhood to adulthood and the metabolic syndrome: population based study. *BMJ*. 317:319 (1998)
- 15) 文部科学省. 学校保健統計調査
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/1268826.htm

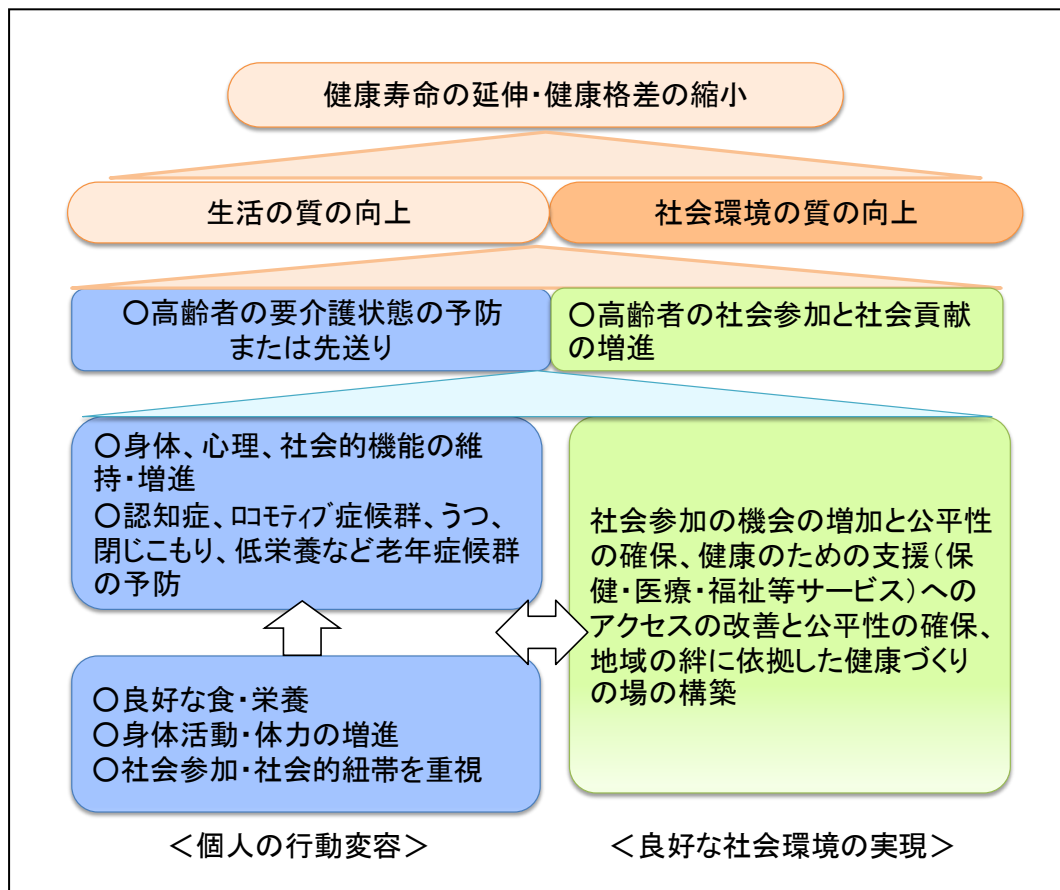
③高齢者の健康

i. はじめに

わが国は世界最長寿国であるとともに少子化が同時に進行し、人口の急激な高齢化が進んでいる。今後 10 年先を見据えた時に、高齢者の健康づくりの目標として、健康寿命の更なる延伸、生活の質の向上、健康格差の縮小、さらには社会参加や社会貢献などが重要となる。

健康寿命の更なる延伸に向けては、健康度の高くなっている高齢者については就労や社会参加を促進する必要がある、一方で、虚弱化を予防又は先送りすることも重要な課題となる。いずれにしても、個々の高齢者の特性に応じて生活の質の向上が図られる必要がある。

高齢者の健康の目標設定の考え方



ii. 基本的な考え方

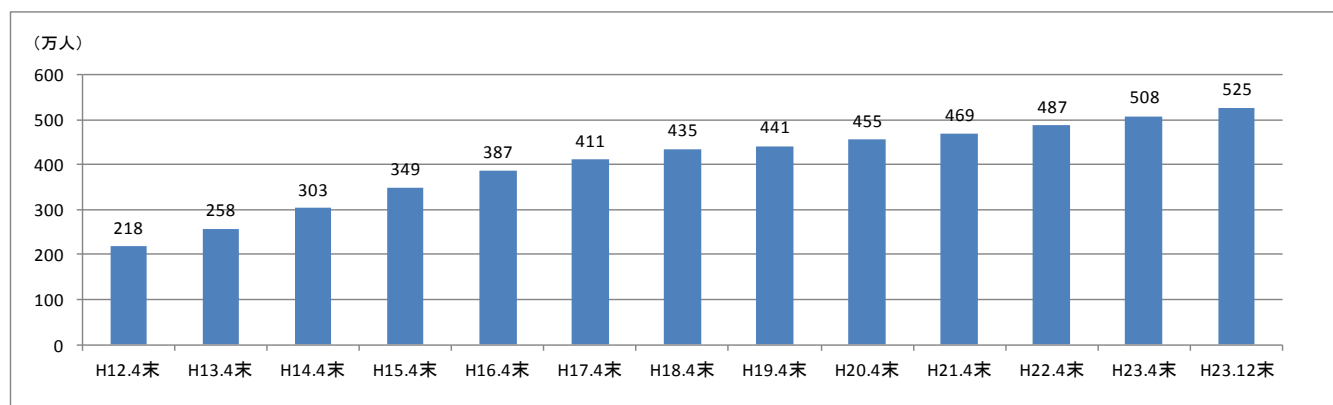
(i) 介護保険サービス利用者の増加の抑制

現在のわが国の要介護認定者数（要支援認定者数を含む。以下同じ。）は平成 23 年 12 月には 525 万人となっている。（図 1）この状況は介護保険発足当時の要介護認定者数 218

万人から見て介護認定者数は約 2.4 倍に増加している。

今後は、高齢化の進展に伴い、より高い年齢層の高齢者が増加することから、介護保険サービスの利用者数の増加傾向は続くと推測される。しかし、健康寿命の延伸を目指して生活習慣を改善し、介護予防の取組を推進することにより、高齢者が要介護状態となる時期を遅らせることができると期待される。こうした観点から、健康日本 21（第 2 次）においては、介護保険サービス利用者の増加の抑制を図ることを指標として設定する。

図 1 要介護及び要支援者数の推移



（資料：厚生労働省「介護保険事業報告」）

（ii）認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上

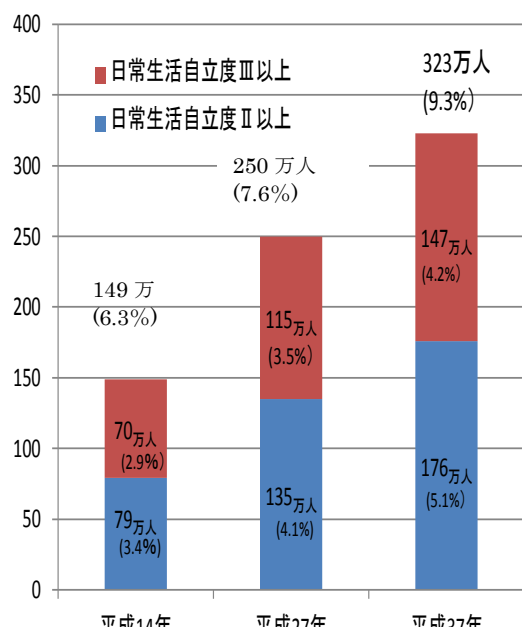
高齢社会の進展に伴い、認知症高齢者は確実に増加すると推定される。平成 14 年時点で日常生活自立度 II 以上の認知症高齢者数（65 歳以上高齢者）は 149 万人と推計され、平成 27 年度は 250 万人、さらに平成 37 年度では 323 万人と増加の一途を示している（図 2）。

現時点で認知症、特に我が国で主流となっているアルツハイマー型認知症自体を予防することは不可能である。しかし、認知症とはいえないが、加齢に伴う範囲を越えた認知機能低下がみられる「軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment : MCI）」と呼ばれる状態の高齢者（以下、「MCI 高齢者」という。）では、認知症、特にアルツハイマー型への移行率が正常高齢者と比較して著しく高いことが分かっている。この MCI 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によって認知症発症の時期を遅らせたり、認知機能低下を抑制したりできることが明らかになっている^{4)~9)}。

健康日本 21（第 2 次）では、介護予防事業においてスクリーニングとして用いられている「基本チェックリスト」で、認知症関連 3 項目のうち 1 項目以上に該当した者（以下、「認知機能低下ハイリスク高齢者」という。）の発見率を指標とし、この発見率の向上を目指すこととする。

図2 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく
認知症高齢者数の推移（括弧内は65歳以上人口対比）

（万人）



（資料：厚生労働省「高齢者介護研究会報告書」）

（iii）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

歩行速度が速い高齢者ほど生活機能を維持しやすく余命も長いことが知られており、歩行速度は要介護状態に対する予知因子ともいえる機能である^{1)~3)}。高齢者における歩行速度は、65歳以降、緩やかで直線的な低下を示し、ある閾値に達する頃（女性75歳以降、男性80歳以降）には日常生活に不自由が生じ始める。総合的な歩行機能の維持向上のためには、高齢者における運動器の健康維持が極めて重要である。

ロコモティブシンドローム（運動器症候群）は、運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態と定義される¹⁸⁾¹⁹⁾。ロコモティブシンドロームの予防の重要性が認知されれば、個々人の行動変容が期待でき、国民全体として運動器の健康が保たれ、介護が必要となる国民の割合を減少させることが期待できる。その端緒として、まず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必要があることから、健康日本21（第2次）において指標として設定する。

（iv）低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制

高齢期の適切な栄養は、生活の質のみならず、身体機能を維持し生活機能の自立を確保する上でも極めて重要である。我が国の高齢者においては、やせ・低栄養が、要介護及び総死亡に対する独立したリスク要因として重要である。したがって、高齢者の低栄養状態を予防あるいは改善し、適切な栄養状態を確保することができれば、健康余命の延伸が期待できる。そこで、高齢者の健康づくりの指標として「低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制」を設定することとする。

具体的な指標の選択に際しては、一次予防を重視する観点から、介護予防の地域支援

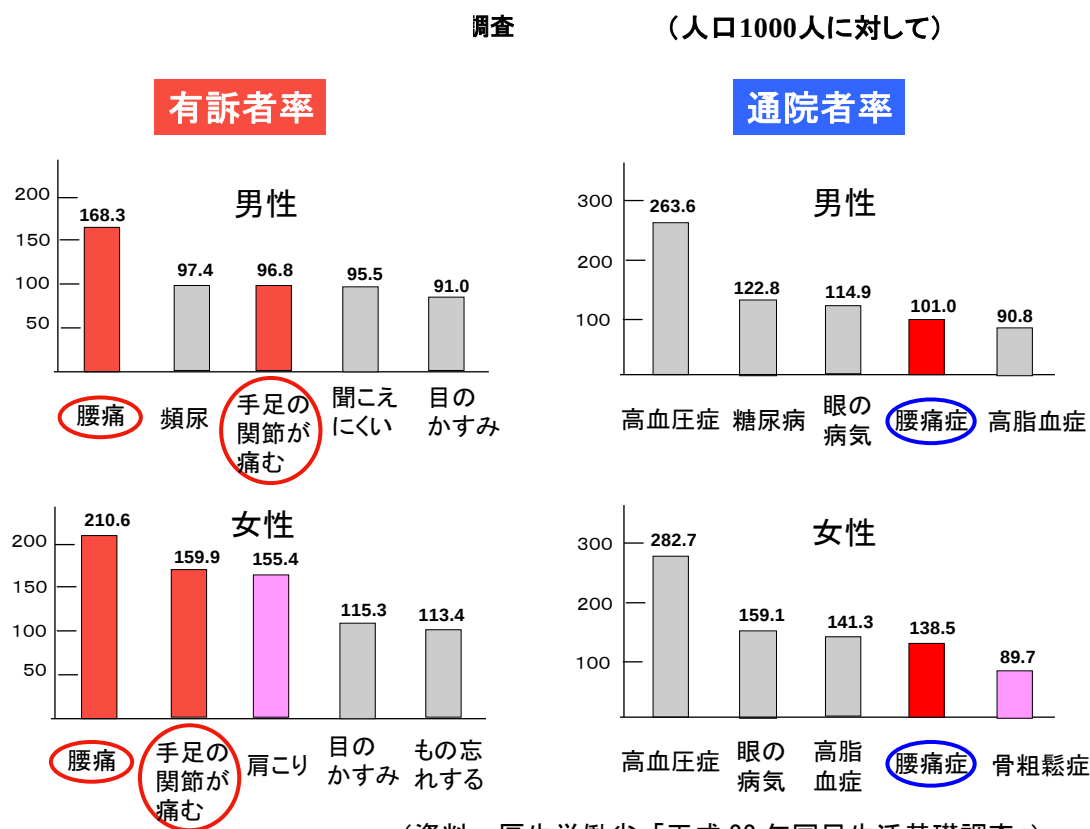
事業で着目している「やせあるいは低栄養状態にある高齢者」ではなく、より緩やかな基準を用いて「低栄養傾向にある高齢者」の割合を減少させることを重視する。その際、「低栄養傾向」の基準は、要介護や総死亡リスクが統計学的に有意に高くなるポイントとして示されている BMI 20 以下が有用と考えられ^{20)~25)}、これを指標として設定する。

(v) 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（千人当たり）

平成 22 年国民生活基礎調査によると、「腰痛」と「手足の関節の痛み」の 65 歳以上の高齢者における有訴者率は男性で千人当たり 168.3 人と 96.8 人、女性で 210.6 人と 159.9 人で、高齢者では男女とも上位 3 位以内にある。また、高齢者の腰痛症通院者率も男性 1000 人当たり 101.0 人、女性 138.5 人と、男女とも上位 4 位に当たり、多くの高齢者が実際に運動器に問題を抱えている(図 3)²⁸⁾。

高齢者の腰や手足の痛みは、変形性関節症や骨粗鬆症による脊椎圧迫骨折によって生じることが多い。生活の質に影響するだけでなく、姿勢不安定、転倒、歩行困難などと密接な関係があることが複数の疫学研究で示唆されており²⁶⁾²⁷⁾、外出や身体活動を阻害する。これらの改善により、外出や社会参加が促進され、高齢者の自立を保つ上でも重要な要素であることから、足腰に痛みのある高齢者の割合を指標として設定する。

図 3 65 歳以上高齢者の男女別に見た有訴者率・通院者率（複数回答可）



(vi) 就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加

研究により、高齢期における仕事（就業）、ボランティア活動、趣味・稽古事などの社会参加・社会貢献活動は、将来のADL障害のリスクを減少させることが研究で報告されている^{13)~15)}。また、社会参加は、心理的健康にとって好影響をもたらすほか、外出の機会の増加にもつながり、身体活動や食欲の増進効果もある¹⁶⁾¹⁷⁾。

健康日本21において、何らかの地域活動をする60歳以上の者の割合を増やすことが目指され、目標値（男性58%以上、女性50%以上）が達成された。そこで、健康日本21（第2次）においては、就業の要素を加え、「就業または何らかの地域活動をする高齢者の割合を増やすこと」を指標として設定する。

iii. 現状と目標

(i) 介護保険サービス利用者の増加の抑制

目標項目	介護保険サービス利用者の増加の抑制
現状	452万人（平成24年度）
目標	657万人（平成37年度）
データソース	厚生労働省「介護保険事業報告」

介護保険サービスの利用者数は、平成12年度で184万人だったものが、平成21年度時点では393万人となっている。一方、「社会保障・税一体改革」における重点化・効率化項目の中で、介護保険サービスの利用者数は平成24年度時点で452万人であると推計されているところ、介護予防や重度化予防の取組など、介護保険サービスの利用者数の増加幅を抑制する取組を行い、平成37年度時点では657万人とすることが目標として示されている。これを踏まえ、社会保障・税一体改革において示されたこの数字を目標とする。

(ii) 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上

目標項目	認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上
現状	0.9%（平成21年）
目標	10%（平成34年）
データソース	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）

認知機能低下ハイリスク高齢者は、実態として全高齢者の10.8%~23.4%でみられると推計されているが、このうち実際に介護予防事業で認知機能低下ハイリスク高齢者として把握されているのは平成21年度で0.9%にとどまる。こうした現状を踏まえ、基本チェックリストの実施率を向上させることにより、認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率が実態を反映して10%となるよう目標を設定する。

(iii) 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

目標項目	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
現状	（参考値）17.3% （平成 24 年）
目標	80% （平成 34 年度）
データソース	日本整形外科学会によるインターネット調査 ※インターネット調査で「言葉も意味もよく知っていた」、「言葉も知っていたし、意味も大体知っていた」、「言葉は知っていたが、意味はあまり知らなかった」又は「言葉は聞いたことがあるが、意味は知らなかった」と回答した者の割合

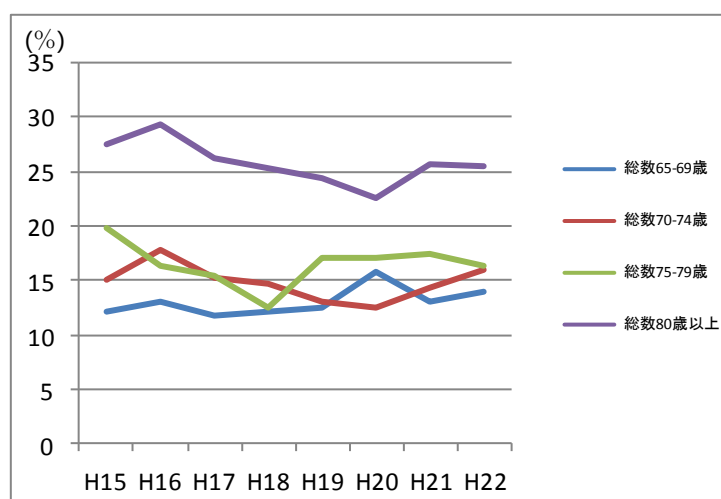
ロコモティブシンドロームの認知度の向上を目指すにあたり、メタボリックシンドロームの事例が参考となる。健康日本 21 においては、メタボリックシンドロームを認知している国民の割合を 80%とすることを目標とし啓発に取り組んだところ、メタボリックシンドロームの認知度は著しく高まり、平成 21 年の調査では 92.7%となった。そこで、ロコモティブシンドロームの目標値については、メタボリックシンドロームに準じて 80%とする。

(iv) 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制

目標項目	低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制
現状	17.4% （平成 22 年）
目標	22% （平成 34 年度）
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」

BMI 20 以下の者の割合は、疾病や老化などの影響を受けて 65 歳以降も年齢が上がるにつれ増加する（図 5）。今後、高齢者人口のうち 75 歳以上高齢者の占める割合が増加することから、現在（平成 21 年）の出現率がその後一定と仮定しても、平成 35 年には BMI 20 以下の者の割合は 22.2%に達すると推計される。そこで、自然増により見込まれる割合（22.2%）を上回らないことを目指し、目標は 22%とする。

図5 BMI 20 以下の者の割合の年次推移(65 歳以上、年齢階級別)



（資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」）

(v) 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（千人当たり）

目標項目	足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（千人当たり）
現状	男性 218 人、女性 291 人 （平成 22 年）
目標	男性 200 人、女性 260 人 （平成 34 年度）
データソース	厚生労働省「国民生活基礎調査」

現状については、国民生活基礎調査より、男性では腰痛（168.3 人）と手足の関節の痛み（96.8 人）とを加えると千人当たり 265.1 人であり、両方に該当する 47.1 人を除くと 218 人となり、女性では腰痛（210.6 人）と手足の関節の痛み（159.9 人）とを加えると千人当たり 370.5 人であり、両方に該当する 79.8 人を除くと 290.7 人であることから設定した。

今後も高齢化が一段と進行し、高齢者、特に 75 歳以上の高齢者が急増すること等から、足腰の痛みのある高齢者の割合の自然増は避けられないが、実現可能性も考慮し、足腰に痛みのある有訴者率を男女ともに現状よりも約 1 割減らすことを目指して目標値（男性 200 人、女性 260 人）を設定する。

(vi) 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）

目標項目	高齢者の社会参加の促進（就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）
現状	（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）
目標	80% （平成 34 年）
データソース	内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」

健康日本 21 において、「何らかの地域活動を実施している 60 歳以上の者の増加」を指標として掲げたところ、平成 10 年（男性 48.3%、女性 39.7%）と比べて平成 20 年（男性 64.0%、女性 55.1%）で約 15%増加し、今後も増加傾向が期待される。また、少子高齢化を背景として、高齢者の労働力への期待が高まっていることから、今後も就業率増加傾向が期待される。これらを踏まえ、合わせて約 20%の伸びを期待して 80%を目標とする。

vi. 今後必要となる対策

高齢者の健康の中で、特に①介護保険サービス利用者の増加の抑制、及び②認知機能低下ハイリスク高齢者の発見率の向上に関しては、現行の介護予防事業における二次予防事業対象者（要介護状態・要支援状態にはないが、そのおそれがあると考えられる 65 歳以上の者）の早期発見・早期対策の一層の普及・推進が必要である。

また、痛みの発生に関しては、身体活動・運動不足や体力低下などの生活習慣が関係していることはあまり知られていない。ロコモティブシンドロームの普及啓発などを通して、運動器の痛みに対する正しい知識を提供していくことが必要である。

今後必要となる低栄養対策としては、まず、高齢期に不足しがちなタンパク質や脂質は十分に摂り、多様な食品摂取に留意すること、また、体はよく動かして筋肉や骨を強くするといった、高齢期の正しい食のあり方を普及することが重要である。一方で、一人暮らしで、移動が困難なために食へのアクセサビリティが制限されたり調理が億劫になったりして、多様な食品を摂取することが困難な高齢者が増えている。自治体、ボランティア・NPO 団体、民間事業者などが高齢者の食環境を支援することを推進する必要がある。

就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加に関しては、まず、その推移を把握できる調査体制を整える必要がある。また、高齢者のプロダクティビティ（活力）を生かす社会環境の整備が急務である。若年者雇用を奪わない形で高齢者就労の促進とその分野の創出、退職した会社員が地域社会に溶け込みさらに定着できるような配慮、社会参加の場として使用できる施設の拡充（不要となった公共施設の再利用等）、NPOなどと協働した多様な社会参加・社会貢献プログラムの開発等が望まれる。

v. 参考文献

- 1) Suzuki T, Yoshida H, Kim H, et al.: Walking speed as a good indicator for maintenance of I-ADL among the rural community elderly in Japan: A 5-year follow-up study from TMIG-LISA. *Geriatr Gerontol Int.* 3: S6-14, 2003
- 2) Shinkai, S., Watanabe, S., Kumagai, S., et al. (2000). Walking speed as a good predictor for the onset of functional dependence in a Japanese rural community population. *Age Ageing*, 29, 441-446.
- 3) Studenski, S., Perera, S., Patel, K., et al. (2011). Gait speed and survival in older adults, *Journal of American Medical Association*, 305, 50-58.
- 4) Suzuki T, Shimada H, et al. A Randomized Controlled Trial of a Multicomponent Exercise in Older Adults with Mild Cognitive impairment. [Prepublication paper]
- 5) Suzuki T, Shimada H, et al. Effects of Multicomponent Exercise on Cognitive Function in Older Adults with Amnesic Mild Cognitive Impairment: A Randomized Control Trial. [Submitted paper]
- 6) Shimada H, et al. Relationship between Atrophy of the Medial Temporal Areas and Memory Function in Elderly Adults. *European Neurology*. 2012 ; 67 : 168-177.
- 7) Doi T, Shimada H, et al. Brain Atrophy and Trunk stability during Dual-task Walking among Older Adults. *J Gerontol A*. [in press]
- 8) Makizako H, Shimada H, et al. The Association between Decline in physical Functioning and Atrophy of Medial Temporal Areas in Community-dwelling Older Adults with Amnesic and Non-amnesic Mild Cognitive Impairment. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011; 92: 1992-1999.
- 9) Maki Y, Ura C, Yamaguchi T, et al. ; Effects of intervention by a community-based walking program for prevention of mental decline: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* (in press), 2012.
- 10) Lawton, M.P. (1972). Assessing the competence of older people. In: Kent, D.P., Kastenbaum, R., & Sherwood, S. (Ed.). *Research, Planning, and Action for Elderly: the Power and Potential*

of Social Science, New York: Behavioral Publications. pp. 122-143.

- 11) 鈴木隆雄・権珍嬉 (2006) . 日本人高齢者における身体機能の縦断的・横断的变化に関する研究—高齢者は若返っているか—. 厚生の指標, 53(4), 1-10.
- 12) Fujiwara, Y., Shinkai, S., Kumagai, S., et al. (2003). Longitudinal changes in higher-level functional capacity of an older population living in a Japanese urban community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 36, 141-153.
- 13) Ishizaki, T., Watanabe, S., Suzuki, T., et al. (2000). Predictors for functional decline among nondisabled older Japanese living in a community during a 3-year follow-up. *Journal of American Geriatrics Society*, 48, 1424-1429.
- 14) Suzuki, T., Shibata, H. (2003). An introduction of the Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Longitudinal Interdisciplinary Study on Aging (TMIG-LISA, 1991-2001). *Geriatrics and Gerontology International*, 3, S1-S4.
- 15) Shinkai S, Kumagai S, Fujiwara Y, et al. Predictors for the onset of functional decline among initially non-disabled older people living in a community during a 6-year follow-up. *Geriatr Gerontol Int* 2003; 3: S31-S39.
- 16) 藤原佳典, 杉原陽子, 新開省二. ボランティア活動が高齢者の心身の健康に及ぼす影響. 地域保健福祉における高齢者ボランティアの意義. *日本公衛誌* 2005; 52: 293-307.
- 17) 岡本秀明. 高齢者の社会活動と生活満足度の関連. 社会活動の4側面に着目した男女別の検討. *日本公衛誌* 2008; 55: 388-395.
- 18) Nakamura K: Locomotive syndrome; disability-free life expectancy and locomotive organ health in a "super-aged" society. *J Orthop Sci* 13:1-2, 2008
- 19) 中村耕三. 高齢社会におけるロコモティブシンドローム 運動・物理療法 20:300-304, 2009
- 20) Tamakoshi A, Yatsuya H, Lin Y et al. BMI and all-cause mortality among Japanese older adults: Findings from the Japan Collaborative Cohort Study. *Obesity* 2010; 18: 362-369.
- 21) Nagai M, Kuriyama S, Kakizaki M, et al. Effect of age on the association between body mass index and all-cause mortality: The Ohsaki Cohort Study. *J Epidemiol* 2010; 20: 398-340.
- 22) Sasazuki S, Inoue M, Tsuji I, et al. Body mass index and mortality from all causes and major causes in Japanese: Results of a pooled analysis of 7 large-scale cohort studies. *J Epidemiol* 2011; 21: 417-430.
- 23) 東口みづか, 中谷直樹, 大森芳, 他. 低栄養と介護保険認定・死亡リスクに関するコホート研究 鶴ヶ谷プロジェクト. *日本公衛誌* 2008;55:433-439.
- 24) Okamura T, Hayakawa T, Hozawa A, et al. Lower levels of serum albumin and total cholesterol associated with decline in activities of daily living and excess mortality in a 12-year cohort study of elderly Japanese. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 529-535.
- 25) Takata Y, ansai T, Yoshihara A, et al. Serum albumin (SA) levels and 10-year mortality in a community-dwelling 70-year-old population. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 54: 39-43.
- 26) Jinks C, Jordan K, Croft P. Osteoarthritis as a public health problem: the impact of developing knee pain on physical function in adults living in the community: (KNEST 3). *Rheumatology (Oxford)* 2007;46:877-81.
- 27) Arden NK, Crozier S, Smith H et al. Knee pain, knee osteoarthritis, and the risk of fracture. *Arthritis Rheum* 2006;55:610-5.
- 28) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成 22 年国民生活基礎調査の概況. 2011:<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/>.

(4) 健康を支え、守るための社会環境の整備

i. はじめに

人々の健康は、社会経済的環境の影響を受けることから、健康に関心を持ち、健康づくりに取り組みやすいよう、健康を支える環境を整備するとともに、時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な人や健康づくりに関心のない人なども含めて、社会全体が相互に支え合いながら、健康を守るための環境を整備することが必要である。

近年、社会における相互信頼の水準や相互扶助の状況を意味するソーシャルキャピタルや人間関係を通じた支援を意味するソーシャルサポートと健康との関連に関する報告¹⁾²⁾³⁾⁻⁶⁾。また、未曾有の被害をもたらした東日本大震災の発生、その復旧や復興においては、家族や地域の絆や助け合いの重要性が再認識されることとなった。

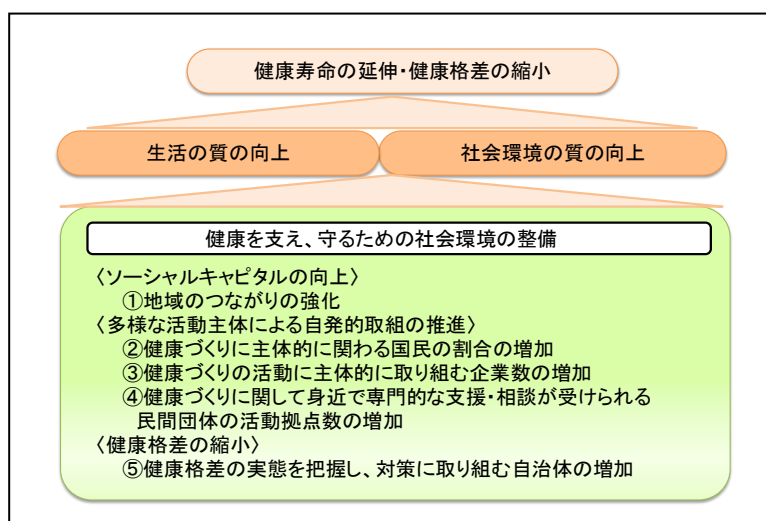
健康づくりへの取組は、従来、個人の健康づくりへの取組が中心だったが、今後は、個人の取組では解決できない地域社会の健康づくりに取り組むことが必要となる。

ii. 基本的な考え方

健康を支え、守るための社会環境が整備されるためには、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。

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

「健康を支え、守るための社会環境の整備」の目標設定の考え方



iii. 現状と目標

(i) 地域のつながりの強化

地域のつながりが健康に影響することについて、ソーシャルキャピタルと健康との関連が報告されている¹⁾²⁾。ソーシャルキャピタルとは、ある社会における相互信頼の水準や相互利益、相互扶助に対する考え方（規範）の特徴である。また、健康でかつ医療費が少ない日本の地域の背景に、「いいコミュニティ」があることが指摘されている。したがって、地域のつながりの強化（ソーシャルキャピタルの水準を上げること）、「いいコミュニティ」づくりは、健康づくりに貢献すると考えられる。

ソーシャルキャピタルの指標としては、様々な指標が用いられているが、今後は、健康日本21（第2次）では、継続的に調査が可能である国民健康・栄養調査の調査項目である「居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合（平成23年調査）」を指標として設定する。

なお、現時点では、平成19年の少子化対策と家族・地域のきずなに関する意識調査（内閣府）で、自分と地域の人たちのつながりについて「強い方だと思う」と答えた者の割合が45.7%（「強い方だと思う」15.3%＋「どちらかといえば強い方だと思う」30.4%）であることから、この設問及び回答率を、参考値とすることとした。また、自分と地域の人たちのつながりについて「強い方だと思う」と答えた者の割合について、性・年齢階級別でみたところ、70歳以上で男性66.7%、女性65.4%と最も高いことから、全世代がこの割合に達することを目指して、目標は65%とすることとした。

目標項目	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）
現状	（参考値）自分と地域の人たちとのつながりが強い方だと思う割合45.7%（平成19年）
目標	65%（平成34年度）
データソース	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」

(ii) 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加

従来の行政主導型の健康づくりの場だけでなく、新たな方向性として、住民が楽しく主体性を発揮できる健康づくりの場が必要である。

住民の主体的な活動を把握する指標として、「ボランティア活動」がある。平成18年の社会生活基本調査（総務省）で、「健康や医療サービスに関係したボランティア活動」の行動者率は3.0%であり、これを参考値とすることとした。なお、住民の主体的な活動は、健康づくりを目的とした活動に限られるものではなく、高齢者や子どもを対象とした活動、まちづくりのための活動、安全な生活のための活動、自然や環境を守るための活動等にも、健康づくりの視点が加わることが重要であり、こうした内容に関係したボランティア活動（その他の活動のみ除く）の行動者率が24.3%であることから、25%を目標とすることとした。

今後は、「健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加」を指標とし、近隣の人への手助けや支援を含め、生活習慣改善のための活動にとどまらず、まちづくりや防災に関係した活動、子どもや高齢者を対象とした活動、自然や環境を守るための活動など、幅広い年代層において、それぞれの年代で日常的に実施可能な活動に主体的に関わっている国民の割合を把握することとする。

目標項目	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
現状	(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 3.0% (平成 18 年)
目標	25% (平成 34 年度)
データソース	総務省「社会生活基本調査」

(iii) 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数の増加

国民の健康づくり対策を積極的に推進していく上で、行政と産業界（企業）や産業間の連携は不可欠であり、健康づくりを国民運動として、より実効性あるものとするためには、国民の健康意識の向上や行動変容をサポートする関連情報を積極的に発信する活動主体（発信源）としての企業の役割が重要である。

このため、「健康づくりに関する活動に自発的に取り組む企業数の増加」を指標とすることとした。現在、「健康日本 21」推進の一つの事業として、企業連携を主体とした Smart Life Project において、「適度な運動・適切な食生活・禁煙」を推進する国民運動の呼びかけに賛同し、登録している企業は 420 社であり、これを現状とすることとした。これまでの 2 年間の取組で 500 社に近づいたことから、今後 10 年での登録数を 2,500 社と推定し、現行の登録数と合わせ、3,000 社を目標とすることとした。

目標項目	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数の増加
現状	420 社 (平成 24 年)
目標	3,000 社 (平成 34 年度)
データソース	Smart Life Project の参画企業数

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

地域住民の健康・栄養に関して専門的な支援・相談が受けられる活動拠点として、現在、民間団体の取組として、地域住民のための食生活支援活動の拠点である栄養ケア・セッションや地域住民にとって身近な医療提供施設である薬局においては、地域における健康づくり支援等の機能が充実してきている。

こうした地域住民が身近で専門的な支援・相談が受けられる拠点を、民間ベースで増や

していくことは、住民のニーズに応じた健康づくりを進めるに当たって効果を発揮していくものと思われる。

そこで、「健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加」を指標することとした。平成 24 年 2 月現在、地域住民に対して専門的な知識・技術をもとに栄養支援を行う栄養ケア・ステーション（社団法人日本栄養士会）、地域住民の健康支援・相談等を行い、その旨を積極的に地域住民に周知している薬局（公益社団法人日本薬剤師会）として、各団体から報告を受けた数の合計は、7,134 であることから、この値を参考値とする。今後は、多様な民間団体による活動拠点が拡大していくことを目指し、現状の 2 倍となる 15,000 を目標とすることとした。

目標項目	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
現状	（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）
目標	15,000（平成 34 年度）
データソース	各民間団体からの報告

（ⅴ）健康格差対策に取り組む自治体の増加

日本における健康の社会経済的決定要因や健康格差については、地域、職業、経済力、世帯構成等による、健康状態やその要因となる生活習慣の差が報告されている⁷⁾⁻²⁰⁾。また、保健医療施設や食料品店などの資源の地域的偏在化は、健康状態の地域差につながる可能性がある。これらに対する対策がない場合、健康格差は今後も増大することが予想される。

特に、都道府県においては、①市町村の健康に関する指標（平均寿命や健康寿命、がん・脳血管疾患・虚血性疾患の年齢調整死亡率、糖尿病有病者率、自殺率、肥満ややせなどの体格、高血圧者の割合等）や生活習慣の状況（食生活、身体活動・運動習慣、喫煙等）の格差の実態を把握し、②その縮小に向けた対策を検討し、③その検討結果に基づき格差の縮小に向けた対策を実施することが重要であることから、これを指標とすることとした。都道府県の取組状況では、47 都道府県のうち、平成 24 年 5 月現在、①格差の実態を把握しているのが 33、②格差の縮小に向けた対策を検討しているのが 15、③その検討結果を踏まえ対策を実施しているのが 11 であることから、①健康格差の実態の把握から③格差の縮小に向けた対策の実施まで行っている 11 都道府県を現状とし、目標は全都道府県とした。

目標項目	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）
現状	11 都道府県（平成 24 年）
目標	47 都道府県（平成 34 年度）
データソース	健康局がん対策・健康増進課による把握

iv. 今後必要となる対策

居住地域での助け合いといった地域のつながりを強化するためには、健康づくりを目的とした活動について、子どもから高齢者まで多様な年齢層による自助や共助を引き出す活動へと拡大していく必要がある。生涯教育やスポーツ、福祉、防災等、すでに存在する様々な地域活動のネットワークに、健康の視点からアプローチしていく方策も重要である。

また、健康づくりに自発的に取り組む企業、団体等の動機付けを促すため、当該企業、団体等の活動に関する情報提供やそれらの活動の評価等を行うことも検討することが望ましい。健康づくりの観点で主体的に活動する企業の広報物や製品等に、国民健康づくり運動のロゴを活用するなど、周知・広報のための戦略を強化するとともに、地域住民の健康・QOLの向上に向けた企業・団体と自治体等との連携を推進することが必要である。

健康格差については、その実態や背景にある要因等を分析するための調査研究を推進する。また、健康格差の縮小に向けた対策の推進に向けて、国においては都道府県間の健康状態や生活習慣の状況の差、都道府県においては市町村間の健康状態や生活習慣の状況の差を、それぞれモニタリングするような仕組みを構築していく必要がある。

v. 参考文献

- 1) イチロー・カワチ他. ソーシャルキャピタルと健康、日本評論社、2008.
- 2) 今村晴彦他. コミュニティのちからー“遠慮がち”なソーシャル・キャピタルの発見、慶応義塾大学出版会、2010.
- 3) イチロー・カワチ、ブルース・P・ケネディ. 不平等が健康を損なう. 日本評論社、2004.
- 4) 近藤克則. 健康格差社会 - 何が心と健康を蝕むのか. 東京：医学書院、2005.
- 5) 川上憲人、小林廉毅、橋本英樹編. 社会格差と健康ー社会疫学からのアプローチ、東京：東京大学出版会、2006.
- 6) 近藤克則. 「健康格差社会」を生き抜く. 東京：朝日新聞出版社、2010.
- 7) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Socioeconomic pattern of smoking in Japan: income inequality and gender and age differences. Ann Epidemiol. 2005; 15(5):365-372.
- 8) Takao S, Kawakami N, Ohtsu T. Occupational class and physical activity among Japanese employees. Soc Sci Med 2003; 57(12): 2281-2289.
- 9) Murakami K, Hashimoto H, Lee JS, Kawakubo K, Mori K, Akabayashi A. Distinct impact of education

- and income on habitual exercise: A cross-sectional analysis in a rural city in Japan. *Soc Sci Med*. 2011 Dec;73(12):1683-8.
- 10) Murakami K, Sasaki S, Takahashi Y, Uenishi K. Neighborhood socioeconomic disadvantage is associated with higher ratio of 24-hour urinary sodium to potassium in young Japanese women. *J Am Diet Assoc*. 2009; 109(9): 1606-1611.
 - 11) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Accumulation of health risk behaviours is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan. *BMC Public Health* 2005;5(1): 53.
 - 12) Nishi N, Makino K, Fukuda H, et al. Effects of socioeconomic indicators on coronary risk factors, self-rated health and psychological well-being among urban Japanese civil servants. *Soc Sci Med* 2004; 58(6): 1159-1170.
 - 13) Nishi N, Sugiyama H, Hsu WL, et al. Differences in mortality and incidence for major sites of cancer by education level in Japanese population. *Ann Epidemiol* 2008; 18(7): 584-591.
 - 14) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Higher mortality in areas of lower socioeconomic position measured by a single index of deprivation in Japan. *Public Health* 2007;121:163-73.
 - 15) Murata C, Kondo K, Hirai H, et al. Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). *Health Place* 2008; 14(3): 406-414.
 - 16) Kawakami N, Haratani T, Kobayashi F, et al. Occupational class and exposure to jpo stressors among employed men and women in Japan. *J Epidemiol* 2004; 14(6): 204-211.
 - 17) Sekine M, Chandola T, Martikainen P, et al. Socioeconomic inequalities in physical and mental functioning of British, Finnish, and Japanese civil servants: role of job demand, control, and work hours. *Soc Sci Med* 2009; 69(10): 1417-1425.
 - 18) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Cause-specific mortality differences across socioeconomic position of municipalities in Japan, 1973-1977 and 1993-1998: increased importance of injury and suicide in inequality for ages under 75. *Int J Epidemiol* 2005;34:100-9.
 - 19) Fujimoto Y, Tamakoshi A, Iso H, et al. A nationwide cohort study of educational background and major causes of death among elderly population in Japan. *Prev Med* 2005; 40(4): 444-451.
 - 20) Hirokawa K, Tsutsumi A, Kayaba K. Impacts of educational level and employment status on mortality for Japanese women and men: the Jichi Medical School cohort study. *Eur J Epidemiol* 2006;21:641-51.

(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

生活習慣病の発症を予防し、健康寿命を延伸するためには、国民の健康の増進を形成する基本的要素となる栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要である。

目標は以下のとおり設定し、考え方や目標値等を次頁以降に示す。

	目標項目
栄養・食生活	① 適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) 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 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) ④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録の増加 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
身体活動・運動	① 日常生活における歩数の増加 ② 運動習慣者の割合の増加 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
休養	① 睡眠による休養を十分とれていない者の減少 ② 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少
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(1日当たりの純アルコールの摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者)の割合の減少 ② 未成年者の飲酒をなくす ③ 妊娠中の飲酒をなくす
喫煙	① 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい人がやめる) ② 未成年者の喫煙をなくす ③ 妊娠中の喫煙をなくす 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
歯・口腔の健康	① 口腔機能の維持・向上 ② 歯の喪失防止 ③ 歯周病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 ⑤ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

①栄養・食生活

i. はじめに

栄養・食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みであり、多くの生活習慣病の予防のほか、生活の質の向上及び社会機能の維持・向上の観点から重要である。また、健康な社会環境づくりとして、企業等による食環境の改善を促進することも重要である。

そこで、国民の生活の質の向上及び社会環境の質の向上を図るために、身体的、精神的、社会的に良好な食生活の実現を図ることを目標とする。

栄養・食生活の目標設定に際して、これまでの健康日本21では、最終目標である健康及び生活の質の向上のために、1)「栄養状態」をより良くするための「栄養素(食物)摂取」、2)適切な栄養素(食物)摂取のための「行動変容」、3)個人の行動変容を支援するための「環境づくり」の大きく3段階で、設定が行われた。今回の健康日本21(第2次)では、生活の質の向上とともに、社会環境の質の向上のために、食生活、食環境の双方の改善を推進する観点から、目標設定を行った。

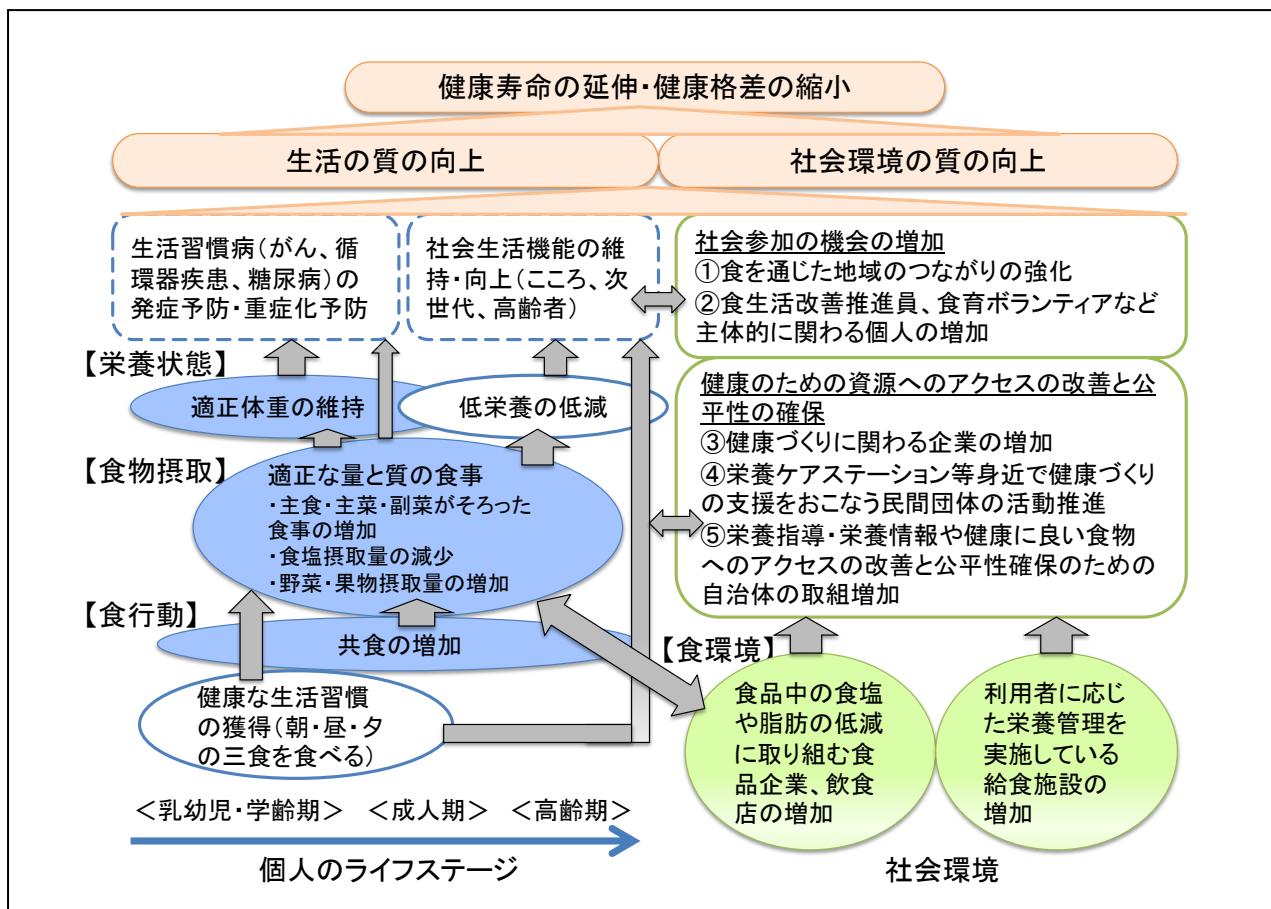
ii. 基本的な考え方

栄養・食生活に関する目標の考え方を次頁に示す。生活の質の向上のために、主要な生活習慣病(がん、循環器疾患、糖尿病)予防の科学的根拠があるものを中心に、栄養状態、食物摂取、食行動、食環境の目標を設定した。

また、ライフステージを通した社会生活機能の維持・向上のために、子どもについては、健康な生活習慣の獲得として3食食べること、高齢者については低栄養の予防・改善を設定した。これらについては、第4章(3)「社会生活を営むために必要な機能の維持・向上」に記載する。

社会環境の質の向上のために、食生活の面からも「社会参加の機会の増加」と「健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保」をすることで寄与できる。これについては、第4章(4)健康を支え、守るための社会環境の整備に含まれる。さらに、ここで食環境の目標としてあげた2項目は、個人の行動変容を支援するための「環境づくり」として個人の生活の質の向上に寄与すると同時に、健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保に寄与することで、社会環境の質の向上にも寄与する。

栄養・食生活の目標設定の考え方



各目標設定の理由は、以下のとおりである。

（ⅰ）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）

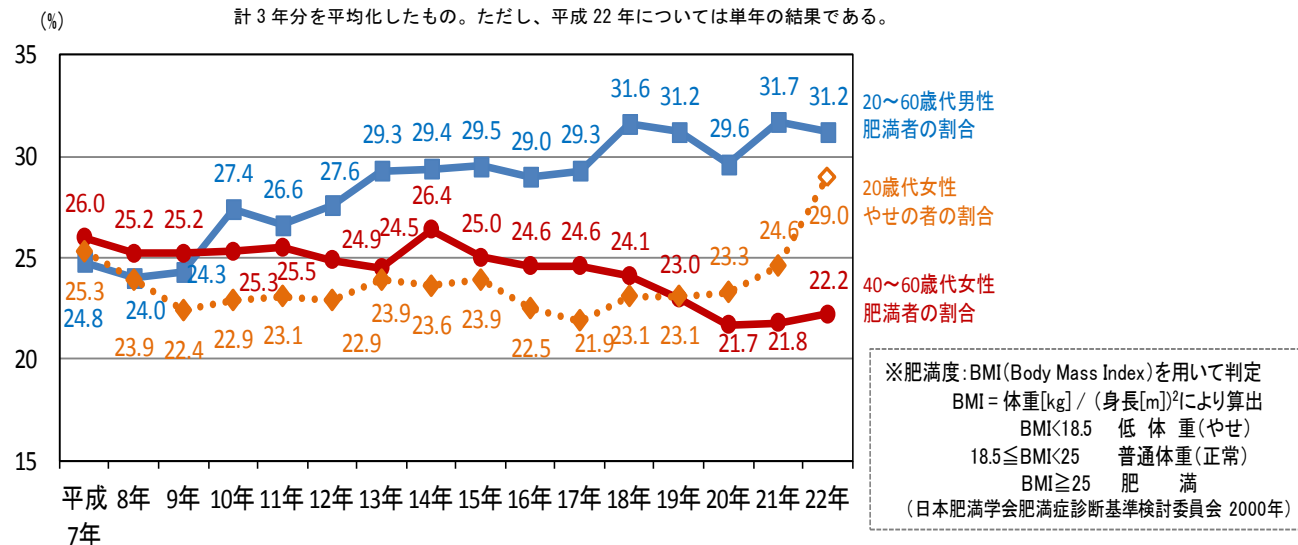
体重は、ライフステージをとおして、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強い。肥満はがん、循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連がある^{1) 2)}。若年女性のやせは骨量減少³⁾、低出生体重児出産⁴⁾のリスク等との関連がある。

適正体重者（ $18.5 \leq \text{BMI} < 25$ ）の割合は、15 歳以上で 66.7%（平成 22 年国民健康・栄養調査）であり、男性では減少傾向、女性では横ばいにある。この要因として、男性では 20～60 歳代の肥満が 31.2%と多く、女性では 40～60 歳代の肥満 22.2%、また 20 歳代のやせ 29.0%が多いことがあげられる（図 1）。健康日本 21 の最終評価では、20～60 歳代男性の肥満者がこの 10 年間で有意に増加しているものの、平成 12 年以降、それ以前の 5 年間に比べその割合の増加傾向が鈍化していることが指摘されている。

図1 肥満及びやせの者の割合の年次推移（20歳以上）（平成7年～22年）

※20歳代女性やせの者の割合は、移動平均により平滑化した結果から作成。

移動平均：グラフ上の結果のばらつきを少なくするため、各年次結果の前後の年次結果を足し合わせ、計3年分を平均化したもの。ただし、平成22年については単年の結果である。



(資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」)

(ii) 適切な量と質の食事をとる者の増加

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

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

主食・主菜・副菜を組み合わせた食事は日本の食事パターンであり、良好な栄養素摂取量、栄養状態につながることが報告されている^{5) - 7)}。1日2食、主食・主菜・副菜がそろっている場合、それ以下と比べて、栄養素摂取量（たんぱく質、脂肪エネルギー比、ミネラル、ビタミン）が適正となることが報告されている⁵⁾。

また、食生活指針、食事バランスガイドでも主食・主菜・副菜等の料理で1日の適量が表示されており、個々の栄養素の目標を設定するよりも包括的で、国民にとっても実践しやすい目標である。

主食・主菜・副菜を組み合わせた食事をしている人は、68.1%（平成23年度食育の現状と意識に関する調査）であり、この割合を増加させることは、良好な栄養素摂取量（栄養素の過不足のない食事）を達成し、生活習慣病の一次予防、社会生活を営むために必要な機能の維持・向上のために重要である。

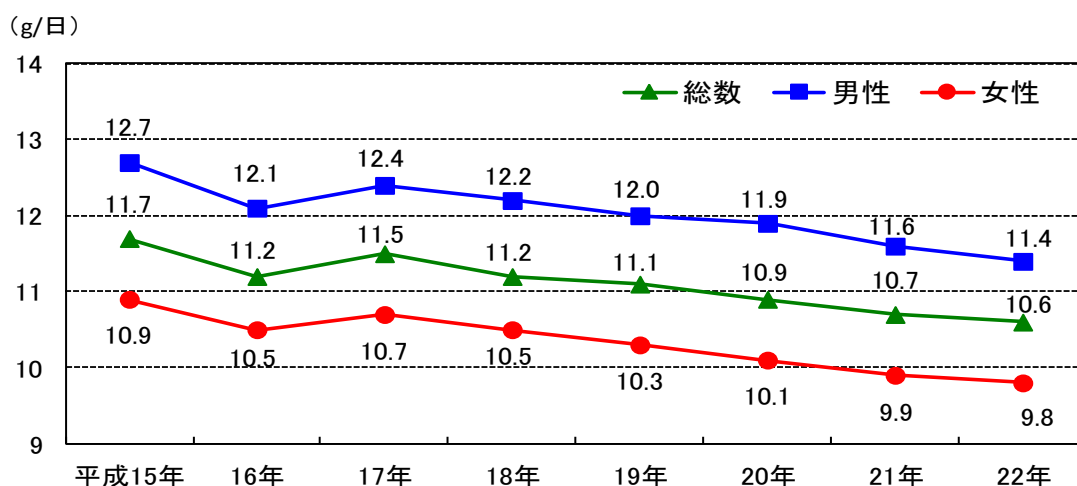
イ. 食塩摂取量の減少

減塩が血圧を低下させ、結果的に循環器疾患を減少させることについては、立証されている⁸⁾。また消費者の啓発や食品中の塩分量の規制が、高血圧対策において費用対効果が

高いこと⁹⁾、さらに、食塩・高塩分食品摂取が胃がんのリスクを上げることも示されている¹⁰⁾。

食塩摂取量は、成人1人1日あたり平均値で10.6g（男性11.4g、女性9.8g）（平成22年国民健康・栄養調査）で減少傾向にある（図2）が、健康増進法の規定に基づく食事による栄養摂取量の基準（以下、「食事摂取基準2010」という）の目標量に比べて高い。

図2 食塩摂取量の平均値の年次推移（20歳以上）（平成15年～22年）



※食塩摂取量 (g) = ナトリウム摂取量 (mg) × 2.54 / 1,000

(資料：厚生労働省「平成22年国民健康・栄養調査」)

ウ. 野菜と果物の摂取量の増加

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

野菜・果物摂取量は、成人1人1日当たり平均値で野菜281.7g、果物（ジャムを除く）102.4g（平成22年国民健康・栄養調査）であり、増加していない。また、野菜についてはこれまで目標量としてきた350gに達していない。

(iii) 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）

国内外の研究で家族との共食頻度が低い児童生徒で肥満・過体重が多いことが報告されている^{15) -17)}。日本人について、孤食頻度が高い中学生は、自覚的症状の訴えが多いこと¹⁸⁾、共食頻度が高い者は、野菜・果物・ご飯を「よく食べる」者が多いなど食物摂取状況が良好な傾向にあることが報告されている¹⁹⁾。欧米では、共食頻度が高い児童・生徒ほど、野菜・果物摂取量が多く、清涼飲料水の摂取量が低く、ビタミン、ミネラルの摂取量が多いことが報告されている²⁰⁾²¹⁾。また、思春期の共食頻度の高さがその後の食物摂

取状況とも関連することが報告されている²²⁾²³⁾。したがって、学童・思春期の共食を推進することは、健康状態、栄養素等摂取量等、食習慣の確立等につながると考えられる。

食事を1人で食べる子どもの割合は、朝食で小学生 15.3%、中学生 33.7%、夕食で小学生 2.2%、中学生 6.0%（平成 22 年度児童生徒の食生活等実態調査）である。

（iv）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

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

日本では、外食・給食の利用者割合は昼食が多く 31.0%、調理済み食品の利用者割合は昼食が多く 7.1%である（平成 22 年国民健康・栄養調査）が、調理済み食品の朝食での利用者が増加している。外食や加工食品を購入する際に、栄養成分表示を参考にする者の割合は、国民健康・栄養調査によれば、20～69 歳男性 25.0%、女性 55.3%（平成 21 年）であり、平成 12 年の男性 20.1%、女性 41.0%と比べて有意に増加している（健康日本 2 1 最終評価）。

食品中の栄養成分の改善と栄養成分表示が合わせて実施されることで、国民の食品の選択行動の幅が広がり、企業や飲食店の自主的な栄養成分改善にもつながる。

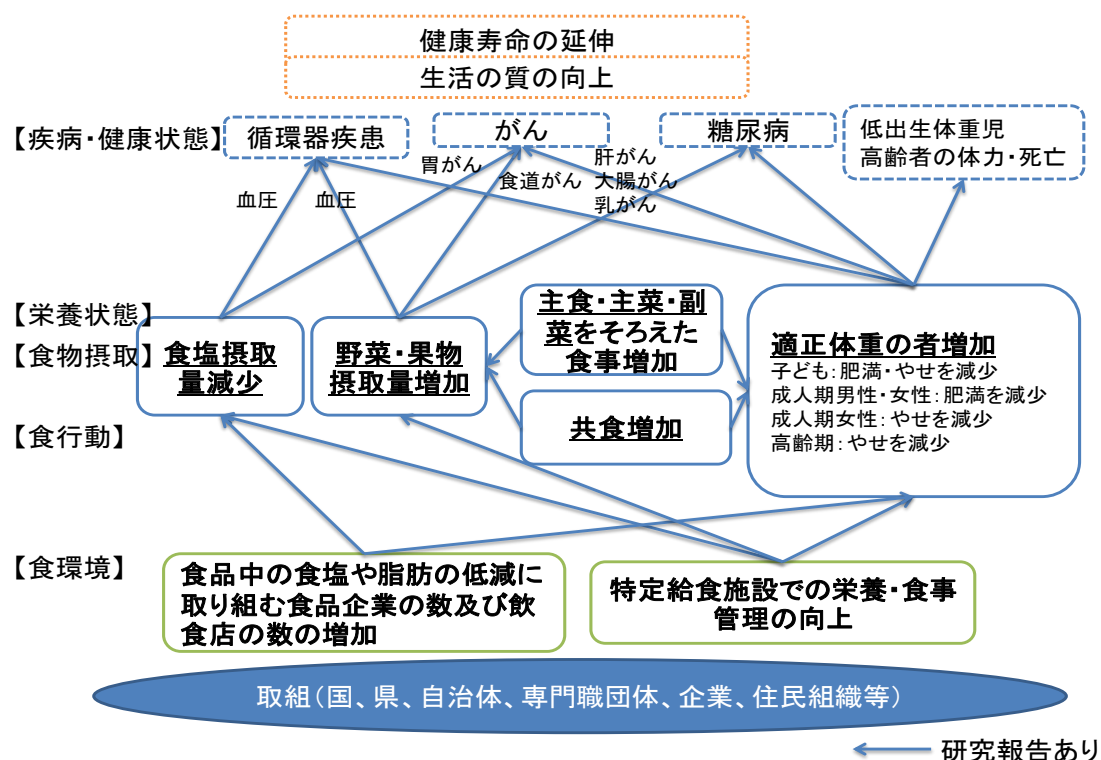
（v）利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加

日本の研究では、職場の給食や栄養管理の改善（提供する食事の量と質、栄養成分表示などの利用者の食事選択のための情報提供や栄養教育）が、利用者の血中脂質改善²⁴⁾、体重コントロールや関連する知識・態度・行動・食事内容の改善^{25)~28)}に有効であることが報告されている。海外でも同様の報告がみられ^{29)~31)}、食塩摂取量減少への効果についても報告されている³²⁾。

給食施設は、日本全国で約 8 万 4 千施設（平成 22 年度衛生行政報告例）に上り、保育所、学校、事業所、病院、高齢者施設までを含む。これらの施設で提供される給食内容が栄養的・衛生的に配慮されたものであれば、喫食者の健康の維持・増進に寄与することが期待できる。健康増進法において、特定給食施設（継続的に 1 回 100 食以上又は 1 日 250 食以上の食事を供給する施設）における栄養管理が規定されており、今後取組が充実すれば、栄養管理の質が向上することが期待される。

生活習慣病等と栄養・食生活の目標の具体的な関連について整理したものを図 3 に示す。

図3 生活習慣病等と栄養・食生活の目標の関連



iii. 現状と目標

(i) 適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）

目標項目	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)
現状	20 歳～60 歳代男性の肥満者の割合：31.2% 40 歳～60 歳代女性の肥満者の割合：22.2% 20 歳代女性のやせの者の割合：29.0% (平成 22 年)
目標	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)
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」

健康日本 21 では、①20～60 歳代男性の肥満者、②40～60 歳代女性の肥満者、③20 歳代女性のやせの者の各割合を減少させることを目標としていた。結果としては①は増加、②は減少、③は変化なしであり、最終評価は C (変わらない) であったことから、健康日本 21 (第 2 次) においても引き続き指標として設定する。

20～60 歳代男性の肥満者の割合については増加させないことを目標として、加齢により肥満者の割合が増加するのではなく、10 年後も現在の肥満者の割合が維持されると仮定して目標を設定している (20 歳代と肥満者の割合が 50 歳代より低い 60 歳代については現状

値の肥満者の割合を当てはめている)。

40～60 歳代女性の肥満者の割合についても、加齢により肥満者の割合が増加するのではなく、10 年後も現在の肥満者の割合が維持されると仮定して目標値を設定している(40 歳代については現状値の肥満者の割合を当てはめている)。

20 歳代女性のやせの者の割合は、最近の 10 年間 20%から 30%の間を推移しており、15～19 歳の年齢階級も 20 歳代と同様に高い割合を示していることから、20%にまで低下することを目標とする。

(ii) 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

目標項目	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
現状	68.1% (平成 23 年度)
目標	80% (平成 34 年度)
データソース	内閣府「食育の現状と意識に関する調査」

健康日本 21 では、「量・質ともに、きちんとした食事をする人の増加」として、成人について「1 日最低 1 食、きちんとした食事を、家族等 2 人以上で楽しく、30 分以上かけてとる人の割合」が目標項目にあげられた。最終評価は B (目標値に達していないが、改善傾向にある) であった。

健康日本 21 (第 2 次) では、生活習慣病予防に焦点をあて、食事内容についての指標をとりあげ、「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」を指標とした。本指標について得られるデータは限られているが、地域別のデータが報告されており、最もよい地域の現状値を目指すことによって地域差を減少させるという考え方にに基づき、目標を 80% (四国の現状値 78.9%) に設定する。

イ. 食塩摂取量の減少

目標項目	食塩摂取量の減少
現状	10.6g (平成 22 年)
目標	8g (平成 34 年度)
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」

健康日本 21 では成人 1 人 1 日当たり 10g 未満という目標に対して平成 9 年のベースライン値 13.5g から最終評価時の 10.7g まで減少し、最終評価は B (目標値に達していないが、改善傾向にある) であった。近年食塩と同様に総エネルギーも摂取量が減少の傾向にあるが、総エネルギー摂取量の減少が鈍化すると、食塩摂取量の減少も鈍化することが想定される。食塩摂取の目標量について、WHO では 1 日当たり 5g を掲げている。日本では、食事摂取基準 2010 においてその目標量は成人男性 9g/日未満、成人女性 7.5g/日

未満であり、日本型の食事の特長を保ちつつ食塩摂取量を減少させるためには8gという目標が現実的と考えられる。

ウ. 野菜と果物の摂取量の増加

目標項目	野菜と果物の摂取量の増加
現状	野菜摂取量の平均値：282g 果物摂取量 100g 未満の者の割合：61.4% (平成 22 年)
目標	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)
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」

健康日本 21 では、野菜摂取量の増加が目標項目としてあげられ、目標値成人 1 人 1 日当たり平均値 350g 以上に対して、平成 9 年のベースライン時 292g から最終評価時 295g で変化はなく、最終評価は C（変わらない）であった。果物については、がん予防の観点から 1 日の食事において果物類を摂取している者の増加が目標項目としてあげられたが、最終評価は D（悪くなっている）であった。

健康日本 21（第 2 次）の目標については、健康日本 21 と同様に、カリウム、ビタミン C、食物繊維等の適量摂取が期待される量として、1 日当たりの平均摂取量 350g を目標値とする。

果物については、その摂取量が少ない場合、がんのリスクが上がるとされるが、摂取量が多いほどリスクが低下するものでもないため、果物（ジャムを除く）摂取量の平均値の増加を目標とせず、摂取量が平均値未満である 100g 未満の者の割合の減少を指標とする。この割合については、より減少させることが望ましいが、この 10 年間で悪化の方向にあることを踏まえ、30%にまで半減させることを目標とする。

（iii）共食の増加（食事を 1 人で食べる子どもの割合の減少）

目標項目	共食の増加（食事を 1 人で食べる子どもの割合の減少）
現状	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)
目標	減少傾向へ（平成 34 年度）
データソース	（独）日本スポーツ振興センター「児童生徒の食生活等実態調査」

健康日本 21 では、「量・質ともに、きちんとした食事をする人の増加」が目標とされ、その指標として成人について「1 日最低 1 食、きちんとした食事を、家族等 2 人以上で楽しく、30 分以上かけてとる人の割合」があげられた。最終評価は B（目標値に達していないが、改善傾向にある）であった。

また、第 2 次食育推進基本計画では「家庭における共食を通じた子どもへの食育の推進」が重要課題に掲げられ、指標として成人について「朝食又は夕食を家族と一緒に食べる回数」

が1週間に平成22年度9回を10回以上とすることが目標とされた。

健康日本21（第2次）では、生活習慣病との関連で科学的根拠が報告されている子どもについて目標を設定する。また、共食の平均回数を上げるのではなく、より課題と対策を明確にしやすいように朝食、夕食別に1人で食べる子どもを減らす方向とした。なお、共食と健康状態、食物・栄養素等摂取量との関連については現在定量的なデータを得ることは困難であり、家族構成や生活環境との関わりも深いことから、減少傾向という定性的な目標とする。

（iv）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

目標項目	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
現状	食品企業登録数 14 社 飲食店登録数 17,284 店舗（平成24年）
目標	食品企業登録数 100 社 飲食店登録数 30,000 店舗（平成34年度）
データソース	食品企業：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 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）

食品企業については、現在、「健康日本21」推進の一つの事業として、企業連携を主体とした Smart Life Project において、食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む企業が登録を行う仕組みを整備し、その登録企業数を把握する。飲食店については、自治体が実施している健康づくり支援店等の事業を通して把握している店舗数のうち、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とする。

平成24年5月時点で、登録のあった食品企業数は、14社であり、これを現状とした。この値は、Smart Life Project の登録企業数の全体(420社)の3.3%に当たり、Smart Life Project の登録企業数の平成34年度の目標値が3,000社であることを踏まえ、3,000社の3.3%に概ね相当する100社を目標とすることとした。なお、波及効果をより大きなものとしていくため、食品産業の主要統計において売上高や販売額が上位の企業が多く含まれることを目指していくこととする。

また、自治体から報告のあったヘルシーメニューの提供に取り組む飲食店数は、平成24年5月時点で、17,284であり、これを現状とした。管内の飲食店の全体数を把握している自治体において、該当店舗の占める割合は、0.2～3.9%であった。衛生行政報告例（平成22年度末）によれば、飲食店（一般食堂・レストラン）の数は760,560であり、自治体で最も高い割合である3.9%に、全国の値を近づけていくことを目標とすると、30,000店舗になる。なお、各自治体においては、波及効果をより大きなものとしていくため、どのような

店舗でヘルシーメニューを実践することが効果的かを検証し、より効果の期待できる店舗での実践を促していくことが求められる。

今後は、こうした食品企業や飲食店の数だけではなく、これらで提供されている食品や食事中の食塩量（または濃度）などを指標としてモニタリングすることも考えられる。

一方で飲食店等が少ない地域や外食率が低い地域では、各家庭や集落での漬物などの料理中の食塩量の低減等を目標にすることも考えられる。この目標のねらいは、食品や料理中の塩分や脂肪量等の低減であるため、地域住民の食塩や脂肪等の摂取源に応じて柔軟に目標を設定することが必要である。

（ⅴ）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

目標項目	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
現状	（参考値）管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合 70.5%（平成 22 年度）
目標	80%（平成 34 年度）
データソース	厚生労働省「衛生行政報告例」

指標とする給食施設については、健康増進法において施設設置者の届出が義務づけられている特定給食施設（継続的に 1 回 100 食以上又は 1 日 250 食以上の食事を供給する施設）を対象とする（平成 22 年度で約 4 万 7 千施設）。特定給食施設の管理栄養士・栄養士の配置率の推移をみると、平成 12～22 年度の配置率は 64.5%から 70.5%に増加し、その増加率は 6.0%だった。また、平成 22 年度の施設全体の配置率は 70.5%であり、施設の種別で事業所や児童福祉施設など平均値以下の配置率の施設においてその配置率が 70.5%に達すると仮定すると、全体平均値は 78.4%になることから、目標は 80%とした。

健康日本 2 1（第 2 次）では、「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」を指標とする。この場合、「利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善」に関する評価基準について、施設の種別に応じてその基準内容が異なることも含め検討する必要がある。あわせて、自治体で評価基準を用いた状況の把握を行い、国が収集する仕組みを整備する必要がある。自治体においては、健康増進法に基づく特定給食施設指導の業務の中で把握し活用するとともに、自治体間の状況の差を縮小する対策も必要になる。

iv. 今後必要となる対策

①栄養・食生活の格差の実態を把握する仕組みづくり

国は、都道府県間の栄養状態、食物摂取、食行動、食環境の格差の実態を把握し、その結果をわかりやすく公開する仕組みを構築する必要がある。また、格差の要因を分析するための研究を推進し、効果的な対策の検討、実施に取り組む。

都道府県は、市町村と協力し、市町村間格差、市町村内のどのような層に栄養・食生活上の問題があるかを検討し、対応を行う。例えば、地理的、経済的あるいは時間的な理由で購入する食品が制約されたり、欠食したりする人々などへの対応が考えられる。

②科学的根拠に基づいた栄養や食生活に関する基準及び指針の策定

食事摂取基準を発展させ、がん、循環器疾患、糖尿病について、予防や治療に寄与する食事、生活の質の維持・向上のための専門的な食生活支援に関する科学的根拠の蓄積に努め、それらに基づいたガイドラインを整備する必要がある。また、子どもや高齢者など、栄養や食に関する機能発達やその低下が課題となる対象についても対応する必要がある。

③科学的根拠に基づいた有効な政策・対策

国際的には、生活習慣病予防について政策や対策の介入効果を検証し、有効な効果、費用対効果が高い介入を行おうとする動きがある。日本においても、実施する政策・対策について、その効果を検証することを前提に企画を行い、実施後、その評価・検証を通して結果を公表・共有することで、様々な場で実施される政策・対策の企画に活用できる仕組みづくりが必要である。

④新たな主体による取組を促進する仕組みづくり

これまでの“しなくてはならない健康づくり”から、自らやりたくなる“楽しい健康づくり”に転換できるよう、保育所、学校、職域、食品企業や外食産業、メディア等の様々な場において、個人の自発的な参加を推進する仕組みづくりを検討する必要がある。

⑤モニタリングシステムの構築

各指標について、データベースを整備し、定期的にモニタリングできる仕組みが必要である。さらに、国と自治体、あるいは国と食品企業が連動したモニタリングシステムも必要となる。例えば、食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む企業の栄養成分の内容のモニタリングをすることにより、食品企業が栄養成分を改善することを促す仕組みが考えられる。これにより食塩や脂肪の量が少ない食品が誰にでも入手しやすくなることが期待できる。

⑥専門領域で求められる高度な人材育成

医療機関、介護保健施設、学校、保育所、行政などの領域において、生活習慣病の発症予防や重症化予防とともに、乳幼児期から高齢期まで対象特性に応じた栄養管理が求められている。こうした様々な場において、管理栄養士等が高度な専門性を発揮できるよう、関係機関・学会との連携により、資質の向上に向けた取組が必要である。

v. 参考文献

- 1) フランク・B・フー、小林身哉、八谷寛、小林邦彦監訳。肥満の疫学。2010。名古屋大学出版会。
- 2) Crawford D, Jeffery RW, Ball K, and Brug J. Obesity epidemiology 2nd ed.: From aetiology to

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

- 18) 小西史子, 黒川衣代. 子どもの食生活と精神的な健康状態の日中比較(第1報) 食事状況と精神的な健康状態の関連. 小児保健研究 2001; 60: 739-748.
- 19) Kusano-Tsunoh A, Nakatsuka H, Satoh H et al. Effects of Family-Togetherness on the Food Selection by Primary and Junior High School Students: Family Togetherness Means Better Food. Tohoku J Exp Med 2001; 194: 121-127.
- 20) Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, et al. Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. J Am Diet Assoc 2003; 103: 317-322.
- 21) Gillman M, Rifas-Shiman SL, Frazier A et al. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. Archives of Family Medicine 2000; 9: 235-240.
- 22) Burgess-Champoux TL, Larson N, Neumark-Sztainer D et al. Are Family Meal Patterns Associated with Overall Diet Quality during the Transition from Early to Middle Adolescence? J Nutr Educ Behav 2009; 41: 79-86.
- 23) Larson NI, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M. Family meals during adolescence are associated with higher diet quality and healthful meal patterns during young adulthood. J Am Diet Assoc 2007; 107: 1502-1510.
- 24) Okamura T, Tanaka T, Takebayashi T, et al. Methodological issues for a large-scale intervention trial of lifestyle modification: interim assessment of the high-risk and population strategy for occupational health promotion (HIPOP-OHP) study. Environ Health and Prev Med 2004; 9: 137-143.
- 25) Yoshita K, Tanaka T, Kikuchi Y, et al. The evaluation of materials to provide health-related information as a population strategy in the worksite: the high-risk and population strategy for occupational health promotion (HIPOP-OHP) study. Environ Health and Prev Med 2004; 9: 144-151.
- 26) 澤田樹美、武見ゆかり、村山伸子他. 職場におけるトランスセオレティカルモデルを応用した食環境介入と栄養教育の統合プログラムの開発と評価. 日本健康教育学会誌 2009; 17(2): 54-70.
- 27) 由田克士、中川芽衣子、杉森裕子他: 管理栄養士が中心となって職場において実施したメタボリックシンドローム改善のための付加の小さな減量プログラムの効果について. 日本栄養士会雑誌 2009; 52(9): 17 - 26.
- 28) 入山八江、村山伸子. 職場における男性を対象とした栄養教育と食環境介入が体重コントロールに及ぼす効果-無作為化比較試験による検討-. 栄養学雑誌 2012; 70 (2) 83-98.
- 29) Anderson LM, Quinn TA, Glanz K, et al. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. Am J Prev Med 2009; 37: 340-357.
- 30) Beresford SA, Thompson B, Bishop S, et al. Long-term fruit and vegetable change in worksites: Seattle 5 a Day follow-up. Am J Health Behav 2010; 34: 707-720.
- 31) Steenhuis I, Van Assema P, Van Breukelen G, et al. The impact of educational and environmental intervention in Dutch Worksite cafeterias. Health Promot Int 2004; 19: 335-343.
- 32) Geaney F, Harrington J, Fitzgerald AP, et al. The impact of a workplace catering initiative on dietary intakes of salt and other nutrients: a pilot study. Public Health Nutr 2011; 14: 1345-1349.

②身体活動・運動

i. はじめに

(i) 身体活動・運動の意義

「身体活動」とは、安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動きを、「運動」とは、身体活動のうち、スポーツやフィットネスなどの健康・体力の維持・増進を目的として計画的・意図的に行われるものを指す。

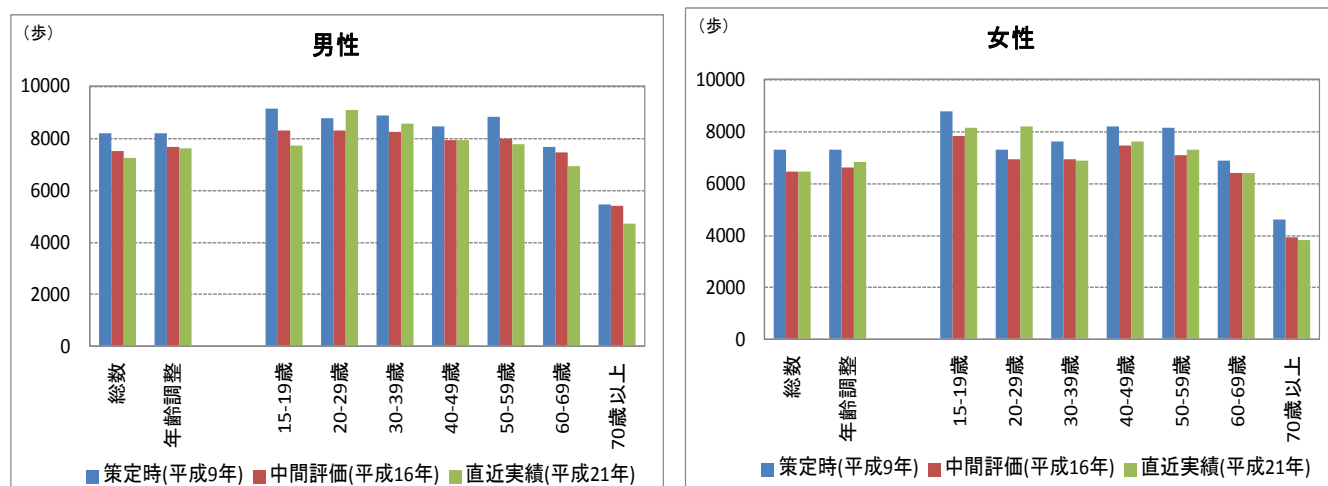
身体活動・運動の量が多い者は、不活発な者と比較して循環器疾患やがんなどのNCDの発症リスクが低いことが実証されている。これらの疫学研究による知見を踏まえ、WHOは、高血圧(13%)、喫煙(9%)、高血糖(6%)に次いで、身体不活動(6%)を全世界の死亡に対する危険因子の第4位と認識し、その対策として「健康のための身体活動に関する国際勧告」を2010年に発表した¹⁾。我が国では、身体活動・運動の不足は喫煙、高血圧に次いでNCDによる死亡の3番目の危険因子であることが示唆されている²⁾。また最近では、身体活動・運動はNCDの発症予防だけでなく、高齢者の認知機能や運動器機能の低下などの社会生活機能の低下と関係することも明らかとなってきた³⁾。これらの身体活動・運動の意義と重要性が広く国民に認知され実践されることは、超高齢社会を迎える我が国の健康寿命の延伸に有用であると考えられる。

(ii) 健康日本21における取組状況

健康日本21の最終評価によると、身体活動・運動の分野における最大の懸念は、歩数の減少であると指摘されている。歩数は比較的活発な身体活動の客観的な指標である。健康日本21の策定時には、10年間に歩数を約1,000歩増加させることを目標としていた。しかし、平成9年と平成21年の比較において、15歳以上の1日の歩数の平均値が、男性で8,202歩から7,243歩、女性で7,282歩から6,431歩と、約1,000歩も減少した(図1)。1日1,000歩の減少は、1日約10分の身体活動減少を示している。

厚生労働省の健康づくりのための運動指針2006(エクササイズガイド2006)⁴⁾では、生活習慣病予防のために1日8,000歩～10,000歩(週23メッツ・時)以上の身体活動を推奨しているが、我が国の現状はそれに遠く及ばない。歩数の不足ならびに減少は肥満や生活習慣病発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子であるなど最も懸念すべき問題であることから、早急に重点的な対策を実施する必要がある。

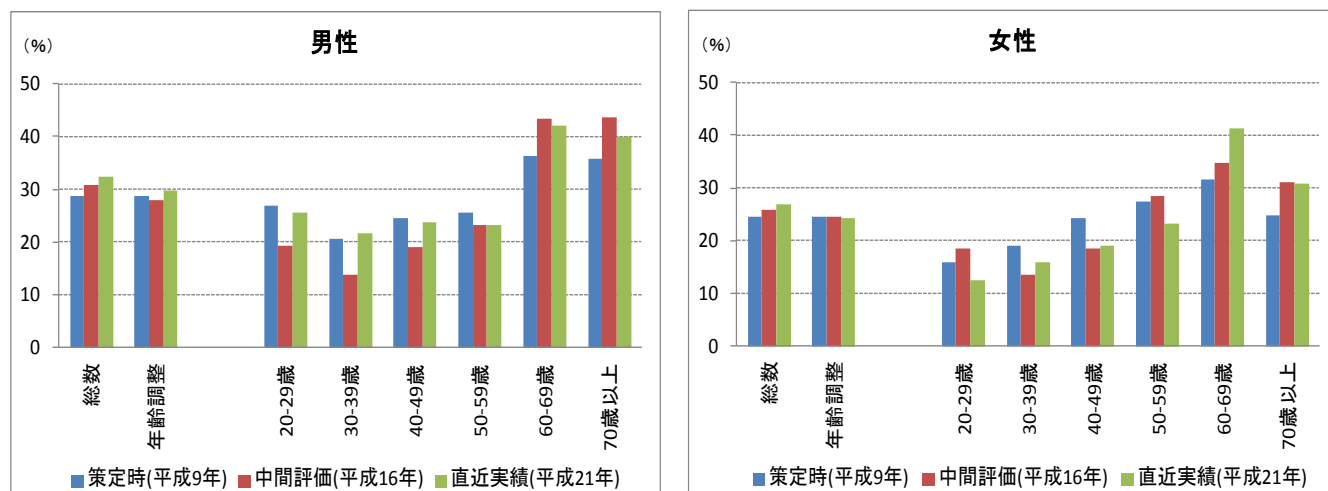
図1 性年代別の歩数の平均値



(資料：健康日本21評価作業チーム「健康日本21」最終評価)

健康日本21最終評価では、30分・週2回の運動を1年以上継続している者と定義されている運動習慣者の割合は、男性で平成9年の28.6%から平成21年の32.2%へ、女性では24.6%から27.0%へ微増していた。しかし、性年代別に見てみると、男女とも60歳以上の運動習慣者は増加している一方、60歳未満では増加しておらず、特に女性では減少が見られる(図2)。エクササイズガイド2006では、30分・週2回とほぼ同等の週1時間以上の運動(週4メッツ・時)を推奨しているが、特に60歳未満の就労世代で7割～8割が実施できていない現状が見られた。

図2 性年代別の運動習慣者の割合



(資料：健康日本21評価作業チーム「健康日本21」最終評価)

健康日本21では、歩数や運動習慣者の割合の他に、意識的に運動をしている人の割合、外出に積極的な態度を持つ高齢者など、身体活動・運動に対する意識や態度についての評価

も行ったが、歩数や運動習慣者の割合とは対照的に、有意に改善していた。このことは、身体活動や運動の重要性を認識し意欲的な者は増えたが、実際の行動に移すことができていないことを示唆している。

ii. 基本的な考え方

健康日本21の最終評価等を踏まえ、健康日本21（第2次）における身体活動・運動対策の指標としては、意欲や動機付けの指標でなく、「歩数の増加」や「運動習慣者の割合の増加」などの行動の指標を用いることが重要である。

（i）日常生活における歩数の増加

歩数は身体の移動を伴うような比較的活発（概ね3メッツ以上）な身体活動の客観的な指標である。「歩数の増加」は、健康寿命を延伸し、NCDを予防し、社会生活機能の維持・増進する上で、直接的かつ効果的方策であるため、指標として有用である。また、最近の歩数計や活動量計の普及ならびに多くの携帯電話に歩数計の機能が搭載されつつあることにより、歩数は多くの国民にとって日常的な測定・評価が可能な身体活動量の指標となっている。特に余暇時間の少ない働き盛りの世代において、運動のみならず就業や家事など場面での生活活動も含む身体活動全体の増加や活発化を通して、歩数⇨活発な身体活動を増加させる必要がある。

これらの観点から、健康日本21に引き続き、歩数の増加を指標として設定する。

（ii）運動習慣者の割合の増加

健康増進や体力向上など、目的や意図を持って余暇時間に取り組む運動を実施することによって、個々人の抱える多様かつ個別の健康問題を効率的に改善することができる。このため、健康日本21に引き続き、運動習慣者の割合を指標として設定する。

65歳以上の高齢者は、何らかの生活習慣病危険因子を有している者が多く、また余暇時間が相対的に多いことから、運動もしくは余暇活動に積極的に取り組むことが可能であり、運動習慣による効果が特に期待される。

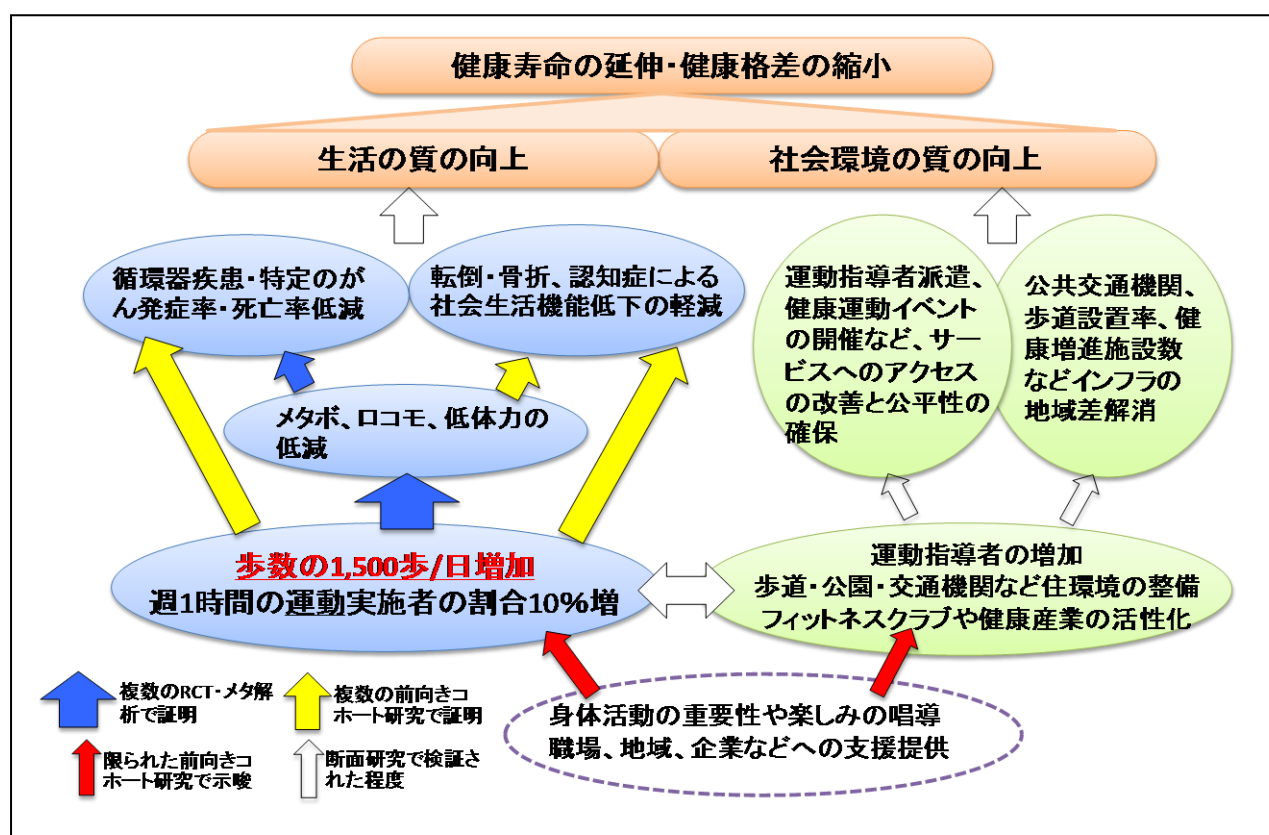
（iii）住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加

身体活動や運動習慣は個人の意識や動機づけだけでなく、身体活動の増加に対する人々の協調行動の活発化を形成するための生活環境や社会支援が関係する⁵⁾⁶⁾。したがって、個人に対する啓発に加えて、自治体や職域における住環境・就労環境の改善や社会支援の強化などが望まれる。そこで、健康日本21（第2次）では、「運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体の増加」を指標として設定する。住民が運動しやすいまちづくり・環境整備の取組とは、住民の運動習慣や身体活動の向上を主目的とした環境やサービスの整備を対象とし、具体的には、住民の運動・身体活動の向上に関連する施設や公共交通機関等のインフラ整備、具体的な数値目標を伴った明確な施策実施、

身体活動・運動参加を促進する財政措置、学校での体育授業以外の教育施策、身体活動を促すマスメディアキャンペーンなどの実施があげられる。なお、WHOの健康づくりのための身体活動国際勧告、米国の Healthy People 2020、身体活動のトロント憲章などでも、身体活動増加のために個人に対するアクションだけでなく、住環境整備やソーシャル・キャピタル構築の重要性が強調されている。

個人の身体活動・運動習慣の目標と社会の環境整備の目標がともに達成されることが、壮年期死亡や高齢者の社会生活機能低下の予防、ひいては健康寿命の延伸、健康格差の縮小などにつながることを期待される。

身体活動・運動の目標設定の考え方



iii. 現状と目標

(i) 日常生活における歩数の増加

国民健康・栄養調査では、歩数計を用いて平日1日の歩数を測定している。平成22年では、20歳以上の歩数の平均値は、男性7,136歩、女性6,117歩であった。ただし、歩数は65歳以降加齢に伴い減少していくので、20歳～64歳と65歳以上の2つの年齢群に分けて、それぞれ1日当たりの歩数を約1,500歩増加させることを目指し、以下の目標を定めた。

目標項目	日常生活における歩数の増加
現状	20 歳～64 歳：男性 7,841 歩、女性 6,883 歩 65 歳以上：男性 5,628 歩、女性 4,585 歩（平成 22 年）
目標	20 歳～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）
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」

歩数を 1 日 1,500 歩増加させることは、約 15 分間の活動時間の増加ととらえることができる。また、身体活動量に換算すると 1 日 0.75～1.0 メッツ時増加、エネルギー消費量では、体重 70kg の男性で 50-70kcal、60kg の女性で 45-60kcal に相当する。こうした取組を 1 年間継続すると、食事の量（エネルギー摂取量）を変化させずに 2.0-3.5kg の減量が可能である。

なお、1 日 1,500 歩の増加は、NCD 発症および死亡リスクの約 2% 減少に相当し⁷⁾、また、血圧を 1.5mmHg 減少させることが示唆されている⁸⁾。20 歳～64 歳の目標値である男性 9,000 歩/日、女性 8,500 歩/日は、健康づくりのための運動指針 2006（エクササイズガイド 2006）において身体活動量の基準値の目安である 1 日 8,000 歩～10,000 歩（23 メッツ・時/週）以上を満たしている⁹⁾。

市町村単位で身体活動量の評価を行う場合は、特定健診で用いられている標準的質問票の 10 の質問「日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施」、選択肢「①はい、②いいえ」を用いることで他の市町村国保との比較や全国における各自治体の位置づけが把握できる¹⁰⁾。

（ii）運動習慣者の割合の増加

国民健康・栄養調査では、30 分・週 2 回以上の運動を 1 年以上継続している者を運動習慣者と定義し、その割合を調査している。運動習慣者は就労世代と比較して退職世代では明らかに多いので、歩数と同様に 20～64 歳と 65 歳以上の 2 つの年代に分けて目標値を定める必要がある。平成 22 年の国民健康・栄養調査の値を現状値とし、両性、両年齢とも運動習慣者の割合を約 10% 増加させることを目指し以下の目標値を定めた。

目標項目	運動習慣者の割合の増加
現状	20～64 歳：男性 26.3%、女性 22.9%、総数 24.3% 65 歳以上：男性 47.6%、女性 37.6%、総数 41.9%（平成 22 年）
目標	20～64 歳：男性 36%、女性 33%、総数 34% 65 歳以上：男性 58%、女性 48%、総数 52%（平成 34 年度）
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」

30 分・週 2 回（週 1 時間）の運動習慣を有する者は運動習慣のない者と比較して NCD 発症・死亡リスクが約 10% 低いことが研究で示されている¹¹⁾。なお、週 1 時間の運動実施

者の割合を現状から 10%増加させると、国民全体のNCD発症・死亡リスクの約1%減少が期待できる。

目標値を20～64歳と65歳以上に分けた根拠は、余暇時間に取り組む運動の実施が就労の有無の影響を強く受けるからである。就労していない者の割合の多い高齢者と就労の多い若い世代では、異なった目標値を設定することが必要である。

市町村が運動習慣者の割合を評価する場合は、身体活動量と同様に、特定健診で用いられている標準的質問票の9の質問「1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施」、選択肢「①はい、②いいえ」を用いることができる¹⁰⁾。

(iii) 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

住民が運動しやすいまちづくり・環境整備の取組のために、特に都道府県が

①住民の健康増進を目的とした運動しやすいまちづくりや環境整備の推進に向け、その対策を検討するための協議会（庁内又は庁外）などの組織の設置

②市町村が行う歩道、自転車道、公園及びスポーツ施設の整備や普及・啓発などの取組への財政的支援

に取り組むことが重要であるから、これを指標とすることとした。都道府県の取組状況で、平成24年5月現在、①又は②のいずれかを実施している17都道府県を現状とし、目標は全都道府県とした。

目標項目	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
現状	17 都道府県（平成24年）
目標	47 都道府県（平成34年度）
データソース	厚生労働省健康局がん対策・健康増進課による把握

iv. 今後必要となる対策

(i) 他の生活習慣病対策との連動

平成18年に策定された運動基準・運動指針の改定とその活用、すこやか国民生活習慣運動といったポピュレーションアプローチや、特定健診・保健指導や介護予防事業といったハイリスクアプローチといった、従来から実施されている生活習慣病対策や介護保健に関連する施策・事業を今まで以上に活用して、若者から高齢者までの全ての世代において、歩数増加ならびに運動習慣者増加のための支援をより一層強化することが不可欠である。

(ii) 評価・目標の妥当性・簡便性の確保と見える化

歩数などの評価指標は、身体活動・運動に関する目標設定の基盤であるが、こうした指標の妥当性を再評価し、さらなる標準化の余地がないか等を検討することが必要である。また、身体活動・運動に関する個人や自治体の取組の位置づけを、他者や他の自治体と比較可能にし、「見える化」していかなければならない。

(iii) 多様なステークホルダーとの連携・リソースの活用

身体活動・運動習慣は年齢やライフステージの影響を強く受けるため、それに応じた多様なステークホルダーとの連携やリソースの活用が求められる。具体的には、こどもに対する取組として、学校との連携や協力、家庭における生活習慣改善に対する支援が必要である。若者や働き盛り世代に対する啓発のために、雇用主や保険者などの職域における通勤方法や就労環境の改善、フィットネスクラブなどの健康増進施設やその他の健康産業の役割を支援する必要がある。また、高齢者の社会生活機能低下予防のために重要な社会参加を促進するために、高齢者の就労環境の整備や社会貢献の機会の提供を、行政と雇用主が共同して一層進める必要がある。

(iv) ソーシャル・キャピタルの構築

身体活動・運動習慣の重要性に対する国民の認知は明らかに高まりを見せている。しかし、そこから一歩進んで行動につなげるためには、たばこ分野における近年の成果を推進したと思われる、公共施設での禁煙や路上禁煙の徹底などといった社会規範の形成が、身体活動・運動の分野でも必要である。また、身体活動・運動を改善するために、休養や食事・栄養などを含めた個々人の生活習慣全体を包括的に捉えたアプローチが望ましく、そのために様々な専門職が連携を図っていく必要がある。

v. 参考文献

- 1) WHO. Global recommendations on physical activity for health. 2010
- 2) Ikeda N, Inoue M, Iso H, Ikeda S, Satoh T, Noda M, Mizoue T, Imano H, Saito E, Katanoda K, Sobue T, Tsugane S, Naghavi M, Ezzati M, Shibuya K. Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in japan: A comparative risk assessment. *PLoS Med.* 2012;9:e1001160
- 3) Sofi F, Valecchi D, Bacci D, Abbate R, Gensini GF, Casini A, Macchi C. Physical activity and risk of cognitive decline: A meta-analysis of prospective studies. *J Intern Med.* 2011;269:107-117
- 4) 厚生労働省、運動指針小委員会. 健康づくりのための運動指針 2006 -エクササイズガイド 2006-. 2006
- 5) Inoue S, Murase N, Shimomitsu T, Ohya Y, Odagiri Y, Takamiya T, Ishii K, Katsumura T, Sallis JF. Association of physical activity and neighborhood environment among japanese adults. *Prev Med.* 2009;48:321-325
- 6) Sallis JF, Bowles HR, Bauman A, Ainsworth BE, Bull FC, Craig CL, Sjostrom M, De Bourdeaudhuij I, Lefevre J, Matsudo V, Matsudo S, Macfarlane DJ, Gomez LF, Inoue S, Murase N, Volbekiene V, McLean G, Carr H, Heggebo LK, Tomten H, Bergman P. Neighborhood environments and physical activity among adults in 11 countries. *Am J Prev Med.* 2009;36:484-490
- 7) Hamer M, Chida Y. Walking and primary prevention: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Br J Sports Med.* 2008;42:238-243
- 8) Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med.* 2002;136:493-503
- 9) 村上晴香, 川上諒子, 大森由美, 宮武伸行, 森田明美, 宮地元彦. 健康づくりのための運動基準 2006 における身体活動量の基準値週 23 メッツ時と 1 日あたりの歩数との関連. *体力科学*. 2012;61: 印刷中
- 10) Kawakami R, Miyachi M. [validity of a standard questionnaire to assess physical activity for specific medical checkups and health guidance]. *[Nihon koshu eisei zasshi] Japanese journal of public health.* 2010;57:891-899
- 11) 田中茂穂. 生活習慣病予防のための身体活動・運動量(特集 新しい健康づくりのための運動基準・指針). *体育の科学*. 2006;56:601-607

③休養

i. はじめに

こころの健康を保つため、心身の疲労の回復と充実した人生を目指すための休養は重要な要素の一つである。十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことは、こころの健康に欠かせない要素であり、休養が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが重要である。

健康づくりのための休養には、「休む」とことと「養う」とことの二つの機能が含まれており、各個人の健康や環境に応じて、これら両者の機能を上手に組み合わせることにより、健康づくりのための休養が一層効果的なものとなる。

「休」の要素は、主として、労働や活動等によって生じた心身の疲労を、安静や睡眠等で解消することにより、疲労からの回復を図り元の活力を持った状態に戻し、健康の保持を図るものである。一方、「養」の要素は、明日に向かって英気を養うと言うように、主体的に自らの身体的、精神的、社会的な機能を高めることにより、健康の潜在能力を高め、健康増進を図っていくものである。すなわち、健康づくりのための休養は、単に身体を休めるというだけでなく、受動的な「休」の要素と能動的な「養」の要素から成る底辺の広いものである。一人一人の実践方法が異なるのは当然であり、自分なりの休養が実現されてこそ、生活の質の向上が図られ、健康で豊かな人生の礎が築かれることとなる。

ii. 基本的な考え方

(i) 睡眠による休養を十分とれていない者の減少

睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし¹⁾、適切な判断力を鈍らせ²⁾、事故のリスクを高める³⁾など、生活の質に大きく影響する⁴⁾。また、睡眠障害はこころの病気の一症状としてあらわれることも多く⁵⁾、再発や再燃リスクも高める⁶⁾。さらに近年では、睡眠不足や睡眠障害が肥満⁷⁾⁸⁾、高血圧⁹⁾、糖尿病¹⁰⁾¹¹⁾の発症・悪化要因であること、心疾患¹²⁾¹³⁾や脳血管障害¹⁴⁾を引き起こし、ひいては死亡率の上昇¹⁵⁾をもたらすことも知られている。しかしながら、ここ数年の国民健康・栄養調査においては、睡眠による休養を十分にとれていない人の有訴者率は20%前後で推移している。このため、国民の睡眠習慣に対して積極的に施策を講じていく必要がある。

指標の設定に当たっては、現行の国民健康・栄養調査で評価することが可能であること、過去の疫学データの集積があること、睡眠習慣を有する個人差についても対応可能であることを考慮し、「睡眠による休養を十分とれていない者の減少」とした。

(ii) 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少

過重労働などを原因とする脳・心臓疾患、精神障害に係る労災認定件数が高水準で推移しており、長時間労働の実態がみられる。長時間労働に従事する者は、週労働時間が 40

時間以下の者よりも急性心筋梗塞の発生率が高いこと¹⁶⁻¹⁹⁾や糖尿病のリスクを高めること²⁰⁾が指摘されている。就業に伴う心身への過度の負荷は業務に過重感を与える要因となり、交感神経の緊張や精神的な疲労を介して、循環器疾患や精神疾患のリスクを高めると考えられる。過重労働を解消し、労働者が健康を保持しながら労働以外の生活のための時間を確保して働くことができるような労働環境を整備することが重要な課題となっていることから、「週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少」を指標として設定した。

iii. 現状と目標

(i) 睡眠による休養を十分とれていない者の減少

目標項目	睡眠による休養を十分にとれていない者の減少
現状	18.4%（平成 21 年）
目標	15%（平成 34 年度）
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」（20 歳以上）

目標値は、全ての年齢階級で統計学的に有意な低下が認められる値として算出した。

(ii) 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少

目標項目	週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少
現状	9.3%（平成 23 年）
目標	5.0%（平成 32 年）
データソース	総務省「労働力調査」

「新成長戦略」（平成 22 年 6 月 18 日閣議決定）においては、2020 年までの目標として、「週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合（10.0%（2008 年）） 5 割減」が盛り込まれており、目標はこれに準じて設定している。

iv. 今後必要となる対策

休養に関する情報について、広く国民一般に提供していくほか、休養に関する研究の進捗を踏まえ、健康づくりのための睡眠指針や休養指針など、関連する指針等の見直しに向けた取組を進めることとする。

v. 参考文献

1. Vandeckerckhove M, Cluydts R. The emotional brain and sleep: an intimate relationship. *Sleep Med Rev* 14: 219-26, 2010.
2. Lim J, Dinges DF. A meta-analysis of the impact of short-term sleep deprivation on cognitive variables. *Psychol Bull* 136: 375-89, 2010.
3. Olson EJ, Drage LA, Auger RR. Sleep deprivation, physician performance, and patient safety.

Chest 136:1389–1396, 2009.

4. Banks S, Dinges DF. Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. *J Clin Sleep Med* 3: 519–28, 2007.
5. Baglioni C, Battagliese G, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord* 135: 10–9, 2011.
6. Cho HJ, Lavretsky H, et al. Sleep disturbance and depression recurrence in community-dwelling older adults: a prospective study. *Am J Psychiatry* 165:1543–50, 2008.
7. Mozaffarian D, Hao T, et al. Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. *N Engl J Med* 364(25): 2392–404, 2011.
8. Nedeltcheva AV, Kilkus JM, et al. Insufficient sleep undermines dietary efforts to reduce adiposity. *Ann Intern Med* 153: 435–41, 2011.
9. Peppard, P.E., Young, T. et al. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *N Engl J Med* **342**, 1378–84, 2000.
10. Tasali, E., Mokhlesi, B. et al. Obstructive sleep apnea and type 2 diabetes: interacting epidemics. *Chest* **133**, 496–506 (2008).
11. Cappuccio, F.P., D’Elia, L. et al. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep* **33**, 585–92, 2010.
12. Oldenburg, O., Lamp, B. et al. Sleep-disordered breathing in patients with symptomatic heart failure: a contemporary study of prevalence in and characteristics of 700 patients. *Eur J Heart Fail* **9**, 251–7, 2007.
13. King CR, Knutson KL, et al. Short sleep duration and incident coronary artery calcification. *JAMA* 300: 2859–66, 2008.
14. Yaggi, H.K., Concato, J. et al. Obstructive sleep apnea as a risk factor for stroke and death. *N Engl J Med* **353**, 2034–41, 2005.
15. Cappuccio FP, D’Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep* 33:585–592, 2010.
16. Liu Y, Tanaka H. Overtime work, insufficient sleep, and risk of non-fatal acute myocardial infarction in Japanese men. *Occup Environ Med* 2002; 59(7):447–51.
17. Virtanen M, Ferrie JE, Singh-Manoux A, et al. Overtime work and incident coronary heart disease: the Whitehall II prospective cohort study. *Eur Heart J* 2010; 31:1737–1744.
18. McInnes G. Overtime is bad for the heart. *Eur Heart J* 2010; 31:1672–73.
19. Kivimäki M, Batty GD, Hamer M, et al: Using additional information on working hours to predict coronary heart disease: a cohort study. *Ann Intern Med* 2011; 154(7):457–63.
20. Davila E, Florez H, Trepka M. Long work hours is associated with suboptimal glycemic control among US workers with diabetes. *Am J Ind Med* 2011; 54(5):375–383.

④ 飲酒

i. はじめに

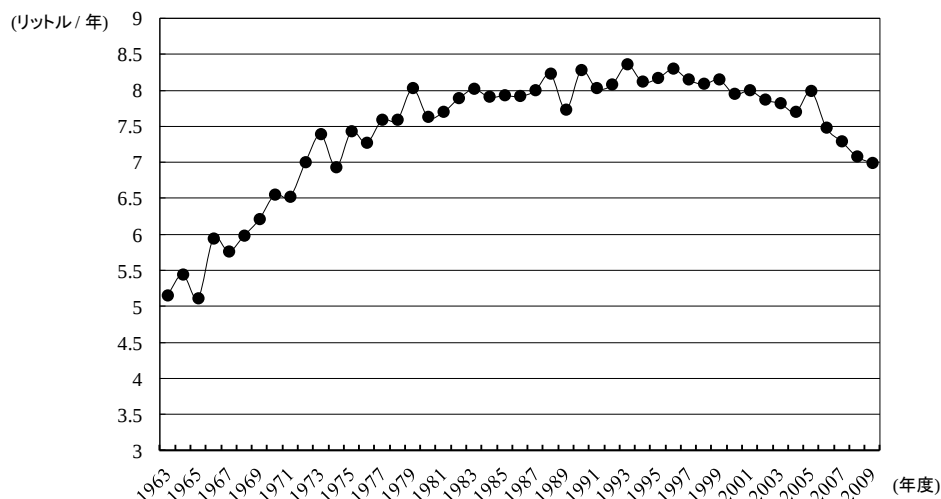
(i) 国民の飲酒状況

1. わが国の平均アルコール消費量

図1は、国民一人当たりの年間平均飲酒量をアルコール換算した年次推移である。近年、我が国の国民一人当たりの年間平均飲酒量は減少傾向にあり、平成21年のデータで年間6.99リットルとなっている。

わが国のこの消費レベルを諸外国と比較すると、多くのヨーロッパ諸国のレベルより低いが、米国やカナダのそれとほぼ同レベルである。また、アジアの新興大国の中国やインドに比べるとはるかに多い¹⁾。

図1 国民一人当たりの年間平均アルコール消費量（純アルコール換算）の推移



(Higuchi S et al. Japan: alcohol today. Addiction 2007; 102(12): 1849-1862. より改変)

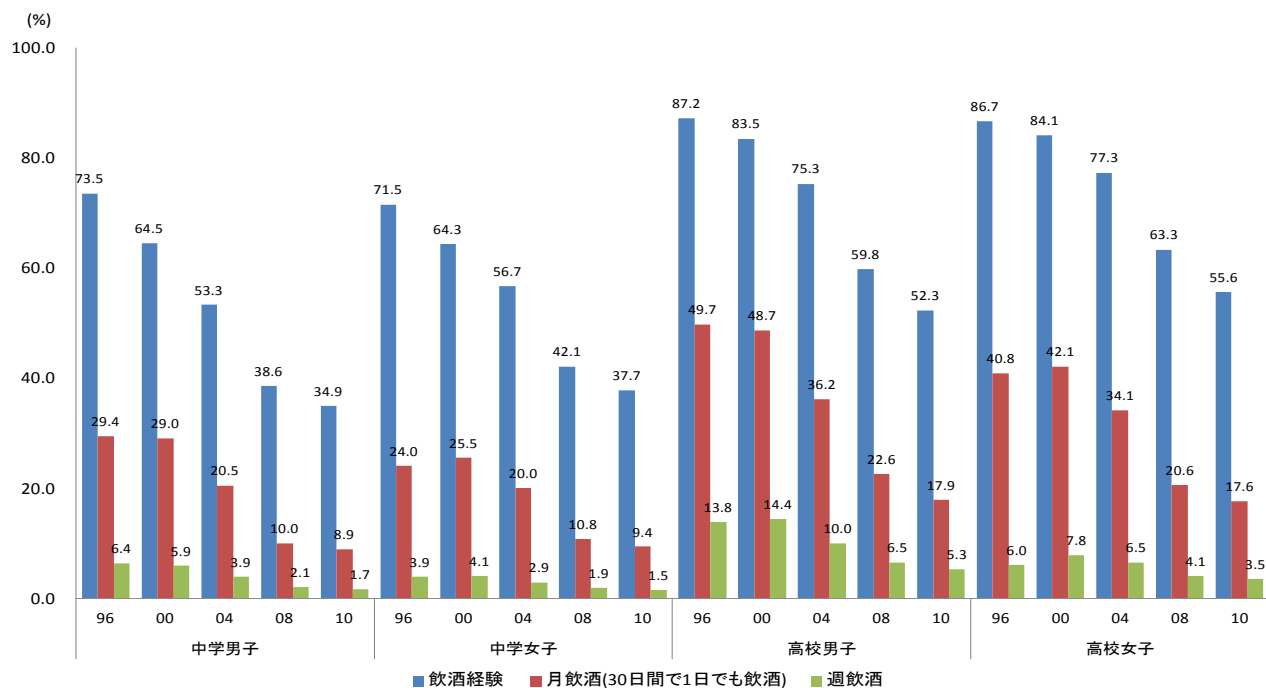
注：我が国では未成年者飲酒禁酒法により20歳未満の飲酒を禁止しているが、WHOでは、一人あたりのアルコール消費量について、生産量と輸出入量とを勘案したアルコール消費量全体を15歳以上人口で割って算出することとしており²⁾、各国も同様の考え方でWHOへの報告を行うことを求められていることから、上記の図はWHOの基準に基づき毎年算出している。

2. 未成年者の飲酒

未成年者飲酒は大きな社会問題である。未成年者飲酒をモニターするために中学生・高校生に対して実施されている全国調査³⁾⁻⁷⁾によると、学年が進むに従い飲酒者割合が増加していること、また、それらの割合は男女間でほとんど差がないことが明らかになっている。図2のように、結果を時系列でみると、平成8年から14年間に、飲酒者

割合は中学生も高校生も明らかに減少しており、特にその傾向は、女性に比べて男性で顕著である³⁾⁻⁷⁾。

図2 中学生、高校生の飲酒者割合の推移



注

1) 調査年は、1996年(96)、2000年(00)、2004年(04)、2008年(08)、2010年(10)である。

2) 飲酒経験は過去に飲酒経験がある者の割合、月および週飲酒は、それぞれ調査前30日および1週間に1回以上飲酒した者の割合である。

(資料：厚生労働科学研究補助金「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」)

3. 多量飲酒者

健康日本21では、多量飲酒者を「1日平均60グラムを超える飲酒者」と定義した。アルコールに関連した健康問題や飲酒運転を含めた社会問題の多くは、この多量飲酒者によって引き起こされていると推定されている。

健康日本21の最終評価において、この多量飲酒者の割合には変化がないと結論付けられた⁸⁾。平成21年の国民健康・栄養調査結果によれば、その推計値は男性4.8%、女性0.4%と報告されており⁷⁾、多量飲酒者数の低減に向けて引き続き努力がなされるべきである。

(ii) アルコール関連健康問題

1. 疾病負荷

WHOの推計によると、世界の主な健康関連リスク19のうち、アルコールは死亡への負荷は第8位であるが、死亡以外の有病や障害なども加味したDALY^{※1}に換算す

ると3番目に大きな健康リスクとなる¹⁾。一般に、精神疾患のように、死亡のみならず、死亡に至らないまでも有病により療養や障害を長期にもたらし、本人にも社会にも多大な疾病負荷をもたらすような疾病の場合、DALYに換算すると大きな疾病負荷を示す。アルコールによる健康被害もこのような特徴を持つ。わが国におけるアルコール使用の疾病負荷量(DALY)は、男性では全DALYの6.7%、女性1.3%と推計されている⁹⁾。

※1 : DALY (Disability Adjusted Life Years) : 障害調整生命年。その疾病が社会に与える影響を測る指標。WHOの定義では、その疾病による寿命の短縮(寿命ロス)に、その疾病による障害や苦痛に影響されていた期間(健康ロス)を加えて算出される。(疾病により失われた寿命) + (疾病により影響を受けた年数) × (その障害ウェイト : 0~1)により計算。

2. アルコール依存症

平成15年に実施された全国飲酒実態調査によると、久里浜式アルコール症スクリーニングテスト(KAST)で「アルコール依存症の疑い」とされた者の割合は、男性の7.1%、女性の1.3%であった¹⁰⁾。この割合をもとにアルコール依存症が疑われる者を推計すると440万人であった。また、同調査において、男性の1.9%、女性の0.1%がアルコール依存症の診断基準を満たし、その数は約80万人と推計された。2008年に実施された全国飲酒実態調査によると、上記有病率は男性1.0%、女性0.3%であり、男性は減少、女性は増加の各傾向が認められた¹⁰⁾⁻¹²⁾。

一方、患者調査の結果によると、総患者数(調査日現在において、継続的に医療を受けているアルコール依存症患者数)の推計値は、平成11年が3.7万人、平成14年が4.2万人、平成17年が4.3万人、平成20年が4.4万人と増加傾向にある¹³⁾。

ii. 基本的な考え方

(i) 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

生活習慣病のリスクを高める飲酒量を1日の平均純アルコール摂取量が男性で40g、女性で20g以上と定義して、国民に周知しこのような飲酒の予防を図るため、指標として設定する。

生活習慣病のリスクを高める飲酒量の考え方を以下に示す。

①内外の研究結果から、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されており¹⁴⁾⁻¹⁷⁾、これらの知見からは生活習慣病のリスクを高める飲酒量の域値は低ければ低いほどよいことが示唆される。

②一方、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患については、飲酒量との関係がほぼ直線的に上昇するとは言えない。しかし、その場合でも、男性では44g/日(日本酒2合/日)

程度以上の飲酒（純アルコール摂取）で非飲酒者や機会飲酒者に比べてリスクが高くなることを示す研究が多い^{18)–21)}。また、女性では22g/日（日本酒1合/日）程度以上の飲酒で、リスクが高くなることを示す研究がある^{19), 22)}。

③一般に女性は男性に比べて肝臓障害など飲酒による臓器障害をおこしやすく、アルコール依存症に至るまでの期間も短いことが知られている^{23)–25)}。また、多くの国内の疫学的研究より、肝疾患におけるアルコール性肝障害の比率と成人1人当たりのアルコール消費量は正の相関を示す²⁶⁾。このような男女差、国内外のコホート研究等からの知見、摂取量の目安として国民にとってわかりやすい指標とすることなどを踏まえ、健康日本21（第2次）においては、生活習慣病のリスクを高める飲酒量（純アルコール摂取量）について、男性で1日平均40g以上、女性20g以上と定義した。

④なお、WHOのガイドライン²⁾では、アルコール関連問題リスク上昇の域値について、男性では1日40gを超える飲酒、女性では1日20gを超える飲酒としている。また、多くの先進諸国もガイドラインで許容飲酒量に男女差を設け、女性は男性の1/2～2/3としている。

表. 主な酒類の換算の目安

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

（ii）未成年者の飲酒をなくす

未成年者の飲酒が好ましくない医学的根拠としては、未成年者の身体は発達する過程にあるため体内に入ったアルコールが身体に悪影響を及ぼし健全な成長を妨げること、臓器の機能が未完成であるためにアルコールの分解能力が成人に比べて低く²⁷⁾、アルコールの影響を受けやすいこと等が挙げられる。例えば、未成年者飲酒は、成人の飲酒に比べ急性アルコール中毒や臓器障害を起こしやすい^{28), 29)}。また、飲酒開始年齢が若いほど将来のアルコール依存症リスクがより高くなる^{28), 30)}。このような健康問題のみならず、未成年者の飲酒は事件や事故に巻き込まれやすくなるなど、社会的な問題をも引き起こしやすい。未成年者飲酒禁止法や上記の点等を踏まえ、健康日本21から引き続き、未成年者の飲酒を完全に防止することを目標とする。

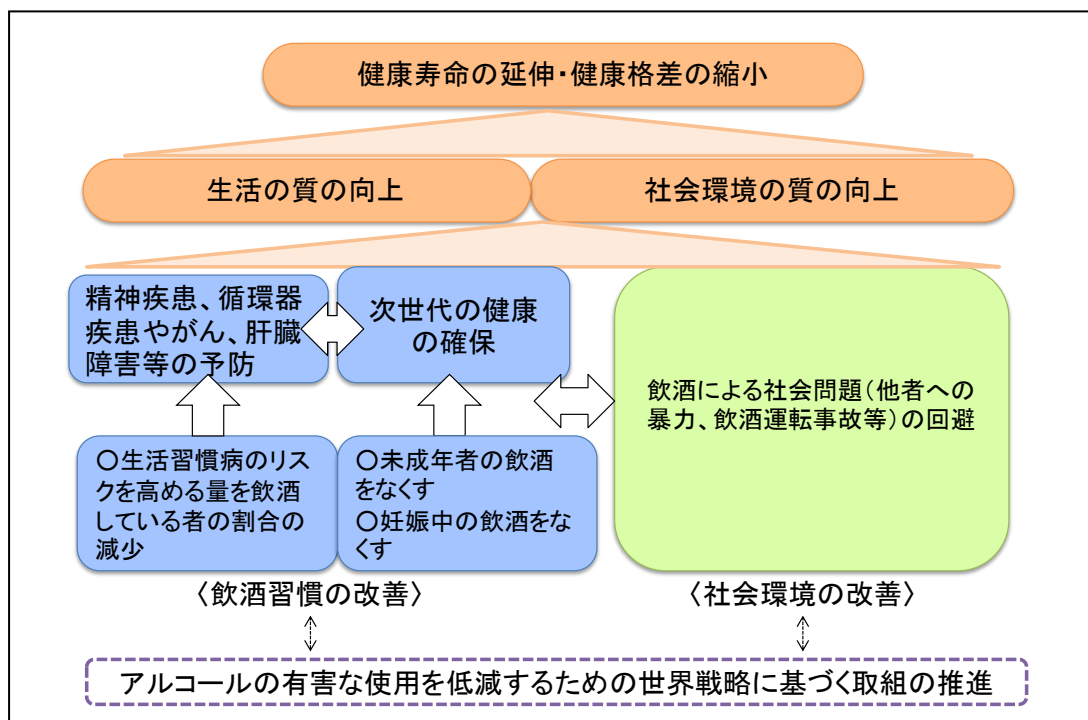
（iii）妊娠中の飲酒をなくす

女性は男性に比べて、アルコールによる健康障害を引き起こしやすいことが知られて

いる。妊娠中の飲酒は、胎児性アルコール症候群や発育障害を引き起こす。これを予防し得る安全な飲酒量はいまだわかっておらず、妊娠中あるいは妊娠しようとしている女性はアルコールを断つことが求められる³¹⁾。また、授乳中も血中のアルコールが母乳にも移行するため飲酒を控えるべきである。さらに、妊婦や授乳している女性本人の努力のみならず、そのような女性が飲酒しないよう、周囲の人達が理解し支援する体制づくりも必要である²⁸⁾。これらを踏まえ、健康日本21（第2次）では新たに、妊娠中の飲酒をなくすことを指標として設定する。

なお、上記のほか、飲酒は飲酒者本人のみならず、家族、親戚、職場の者、知人など広範囲の他者に悪い影響を及ぼすことが多い。この悪影響には健康問題のみならず社会的問題も含まれる。健康問題では、家族の心の健康問題やそれにとまなう自殺、暴力による外傷などに加えて、子供の発育障害なども報告されている。一方、飲酒は家庭内暴力や虐待、飲酒運転による被害など、今日のわが国における大きな社会問題の原因となっている。平成15年の研究によると、他者の飲酒が原因で困った経験のある成人は3,000万人以上存在すると推定されており、健康日本21（第2次）の推進に当たっては、健康問題にとどまらず、このような社会的問題にも留意することが必要である。

飲酒の目標設定の考え方



iii. 現状と目標

(i) 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

目標項目	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）の割合の低減
現状	男性 15.3%、女性 7.5%（平成 22 年）
目標	男性 13% 女性 6.4%（平成 34 年度）
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」

現状は、平成 22 年国民健康・栄養調査の生活習慣調査票より、飲酒の頻度と飲酒日の１日当たりの飲酒量を用いて、次の方法で算出した。

男性：（「毎日×２合以上」＋「週５～６日×２合以上」＋「週３～４日×３合以上」＋「週１～２日×５合以上」＋「月１～３日×５合以上」）／全回答者数

女性：（「毎日×１合以上」＋「週５～６日×１合以上」＋「週３～４日×１合以上」＋「週１～２日×３合以上」＋「月１～３日×５合以上」）／全回答者数

わが国の成人一人当たりの平均飲酒量は過去 10 年間で 10%以上減少したと推定される。今後も規模は明確ではないが、この低下傾向は続くと予想される。平均飲酒量低減がそのまま「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の割合に反映されるわけではないが、自然減として今後 10 年間に一定割合の「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の割合の低減が見込まれる。しかし、健康日本 21 において多量飲酒者割合の低減目標（男性 3.2%以下、女性 0.2%以下）を達成できなかったこと等も考慮し、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の割合については、今後 10 年間で 15%の低減を目標とする。

(ii) 未成年者の飲酒をなくす

目標項目	未成年者の飲酒をなくす
現状	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）
目標	0% （平成 34 年度）
データソース	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）

未成年者飲酒禁止法や未成年者に対する飲酒の悪影響を踏まえ、健康日本 21 から引き続き、未成年者の飲酒をなくす目標を設定した。

(iii) 妊娠中の飲酒をなくす

目標項目	妊娠中の飲酒をなくす
現状	8.7% (平成 22 年)
目標	0% (平成 26 年)
データソース	厚生労働省「乳幼児身体発育調査」

妊娠中の飲酒は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけでなく、胎児にも悪影響がある。妊娠中の飲酒は、胎児性アルコール症候群や発達障害を引き起こすとされており、妊娠中の飲酒の胎児への影響に関する安全域は存在しない。「健やか親子 21」において、平成 26 年までに妊娠中の喫煙をなくすとの目標設定がなされていることを踏まえて目標を設定した。

iv. 今後必要となる対策

アルコール関連問題は健康問題から社会的問題までその範囲が広いため、その対策は様々な分野で包括的に行われなければならない。そのためには、国においては、関係省庁、地方公共団体、関係機関との連携が必要である。

その指針となるのが、WHO による「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」である³²⁾。この戦略には、アルコール関連問題を低減するための具体的な対策が 10 分野に分類されて示されている。今後、この戦略に示されている政策オプションを踏まえ、わが国の実情に応じた最も適切な対策がなされていく必要がある。

健康日本 21（第 2 次）の目標を踏まえた対策としては以下の点が挙げられる。

(i) 国民一般への情報提供

国民一般に対しては、アルコールと健康の問題について適切な判断ができ、より健康的な行動に結びつくよう、現行の健康日本 21 に引き続き、飲酒の健康影響や「節度ある適度な量の飲酒」など、正確で有益な情報を十分に提供する必要がある。また、アルコールと健康の問題に関心ない人や、特に飲酒のリスクが高い人に対しても十分な情報がいきわたるような配慮や工夫が必要である。その際、情報としては、未成年者の発達や健康への影響、胎児や母乳を授乳中の乳児への影響なども含まなければならない。

(ii) 教育の推進

未成年者や妊婦の飲酒の低減や根絶には特に、教育が重要である。単に教室での授業にとどまらず、家庭や地域を巻き込んだより包括的な教育が望ましい^{33), 34)}。学校で行われる喫煙、薬物、エイズ等に関する健康教育とともに、飲酒に関する教育の実施にも注力する必要がある³⁵⁾。

(iii) アルコール関連問題の早期発見と早期介入

家庭、学校、職場、地域、保険医療サービスなどあらゆる場面で、アルコール関連問題の早期発見と、アルコール関連問題の低減に結びつく適切な介入を行う必要がある。今後、介入手法の向上を目指した研究や、これらに従事する人の資質の向上のため、適切な情報提供や研修等による技術提供が必要と考えられる。

(iv) 飲酒行動やアルコール関連問題等に対する調査・研究

適切な対策を実施し、その有効性を評価するために、飲酒行動やアルコール関連問題の実態調査を行うとともに、アルコール関連問題の早期発見、早期介入に関する研究も重要である。前者の場合、早期発見を簡便にしかも効果的に行う手法の開発や向上を目指した研究が必要である。後者においては、多量飲酒者の飲酒量低減のための手法の開発・向上および手法実施の促進に寄与する研究などが望まれる。

v. 参考文献

- 1) World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health. World Health Organization, Geneva, 2011.
- 2) International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. World Health Organization, Geneva, 2000.
- 3) 箕輪眞澄. 厚生科学研究費補助金, 未成年者の飲酒行動に関する全国調査 1996 年度報告書, 1998.
- 4) 上畑鉄之丞. 厚生労働科学研究費補助金, 未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査 2000 年度報告書, 2001.
- 5) 林 謙二. 厚生労働科学研究費補助金, 未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査 2004 年度報告書, 2005.
- 6) 大井田 隆. 厚生労働科学研究費補助金, 未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査 2008 年度報告書, 2009.
- 7) 大井田 隆. 厚生労働科学研究費補助金, 未成年者の喫煙・飲酒行動に関する実態調査研究 2011 年度報告書, 2012.
- 8) 健康日本 21 評価作業チーム. 「健康日本 21」最終評価. 2011.
- 9) Rehm J, Mathers C, Popova S et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Lancet 2009; 373(9682): 2223-2233
- 10) 尾崎米厚, 松下幸生, 白坂知信ほか. わが国の成人飲酒行動およびアルコール症に関する全国調査. アルコール研究と薬物依存 2005; 40(5): 455-470
- 11) 樋口 進. 厚生労働科学研究費補助金, 成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究, 平成 15 年度報告書. 2004.
- 12) 樋口 進. 成人の飲酒と生活習慣に関する実態調査研究. 厚生労働科学研究費補助金, わが国における飲酒の実態ならびに飲酒に関連する生活習慣病, 公衆衛生上の諸問題とその対策に関する総合

的研究（主任研究者，石井裕正），平成 20 年度報告書，2009.

- 13) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubyo/suiihyo18.html#02>
- 14) Inoue M, Tsugane S. Impact of alcohol drinking on total cancer risk: data from a large-scale population-based cohort study in Japan. *Br J Cancer*. Jan 17 2005;92(1):182-187.
- 15) Nakanishi N, Makino K, Nishina K, Suzuki K, Tatara K. Relationship of light to moderate alcohol consumption and risk of hypertension in Japanese male office workers. *Alcohol Clin Exp Res*. Jul 2002;26(7):988-994.
- 16) Ohmori S, Kiyohara Y, Kato I, et al. Alcohol intake and future incidence of hypertension in a general Japanese population: the Hisayama study. *Alcohol Clin Exp Res*. Jul 2002;26(7):1010-1016.
- 17) Nakashita Y, Nakamura M, Kitamura A, Kiyama M, Ishikawa Y, Mikami H. Relationships of cigarette smoking and alcohol consumption to metabolic syndrome in Japanese men. *J Epidemiol*. 2010;20(5):391-397.
- 18) Iso H, Baba S, Mannami T, et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men: the JPHC Study Cohort I. *Stroke*. May 2004;35(5):1124-1129.
- 19) Ikehara S, Iso H, Toyoshima H, et al. Alcohol consumption and mortality from stroke and coronary heart disease among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study. *Stroke*. Nov 2008;39(11):2936-2942.
- 20) Ikehara S, Iso H, Yamagishi K, Yamamoto S, Inoue M, Tsugane S. Alcohol consumption, social support, and risk of stroke and coronary heart disease among Japanese men: the JPHC Study. *Alcohol Clin Exp Res*. Jun 2009;33(6):1025-1032.
- 21) Iso H, Kitamura A, Shimamoto T, et al. Alcohol intake and the risk of cardiovascular disease in middle-aged Japanese men. *Stroke*. May 1995;26(5):767-773.
- 22) Marugame T, Yamamoto S, Yoshimi I, Sobue T, Inoue M, Tsugane S. Patterns of alcohol drinking and all-cause mortality: results from a large-scale population-based cohort study in Japan. *Am J Epidemiol*. May 1 2007;165(9):1039-1046.
- 23) Keyes K, Martins S, Blanco C et al. Telescoping and Gender Differences in Alcohol Dependence: New Evidence From Two National Surveys. *Am J Psychiatry* 2010; 167(8): 969-976
- 24) Becker U, Deis A, Sorensen T et al. Prediction of Risk of Liver Disease by Alcohol Intake, Sex, and Age: A Prospective Population Study. *Hepatology* 1996; 23(5): 1025-1029
- 25) Thurman G. Mechanisms of Hepatic Toxicity II. Alcoholic Liver injury involves activation of Kupffer cells by endotoxin. *Am J Physiol* 1998; 275(4): G605-611
- 26) 堀江義則. 成人の飲酒と生活習慣に関する実態調査研究. 厚生労働科学研究費補助金, わが国における飲酒の実態ならびに飲酒に関連する生活習慣病、公衆衛生上の諸問題とその対策に関する総合的研究（主任研究者，石井裕正），アルコールと健康に関する保健指導マニュアル. 2010.
- 27) Kelly SJ, Bonthius DJ, West JR. Developmental changes in alcohol pharmacokinetics in rats. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1987 11(3): 281-286
- 28) 樋口 進, 遠藤太一郎, 白坂知信ほか. アルコール保健指導マニュアル. 樋口 進(編), 社会保険研

究所，東京，2003.

- 29) De Bellis MD, Clark DB, Beers SR et al. Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157(5): 737-744
- 30) Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine* 2006; 160(7): 739-746
- 31) American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse and Committee on Children With Disabilities. Fetal alcohol syndrome and alcohol-related neurodevelopmental disorders. *Pediatrics* 2000; 106(2 Pt 1): 358-361
- 32) World Health Organization. *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*. World Health Organization, Geneva, 2011.
- 33) Babor T, Caetano R, Casswell S et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity, Research and Public Policy*, Second edition. Oxford University Press, Oxford, 2010.
- 34) Perry CL, Williams CL, Veblen-Mortenson S et al. Project Northland: outcomes of a communitywide alcohol use prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health* 1996; 86(7): 956-965
- 35) 尾崎米厚，原口由紀子. わが国の小・中・高校におけるアルコール教育の実態に関する全国調査. 厚生労働科学研究費補助金，青少年の飲酒問題に実態と予防に関する研究（主任研究者，白倉克之），平成 13 年度報告書，2002.

⑤喫煙

i. はじめに

(i) 喫煙の健康影響

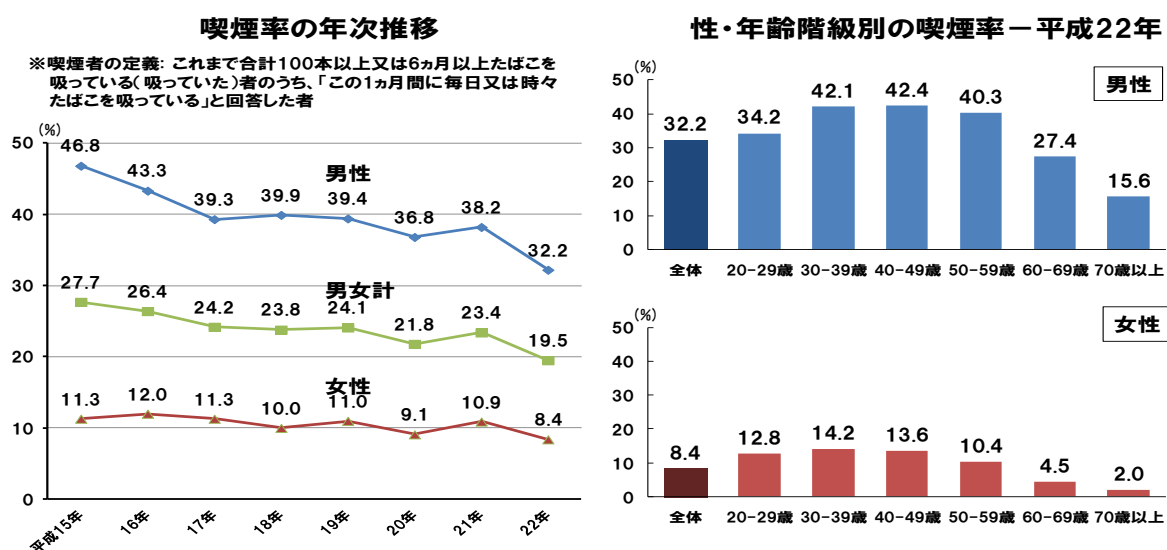
たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立している^{1)~3)}。具体的には、喫煙はがん（口腔、咽頭、喉頭、肺、食道、胃、大腸、膵臓、肝臓、腎臓、尿路、膀胱、子宮頸部、鼻腔、副鼻腔、卵巣のがん、急性骨髄性白血病）、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患等）、呼吸器疾患（慢性閉塞性肺疾患等）、糖尿病、周産期の異常（早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等）等の原因である。受動喫煙も、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息や呼吸器感染症、乳幼児突然死症候群（SIDS）等の原因である。たばこは、受動喫煙などの短期間の少量曝露によっても健康被害が生じる³⁾。

禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされており、肺がんをはじめ、喫煙関連疾患のリスクが禁煙後の年数とともに確実に低下する⁴⁾。

(ii) 喫煙とその健康被害の実態

わが国の喫煙率は男女計 19.5%（平成 22 年）であり、男性においては 32.2%と前年に比べ減少しているものの（図 1）、諸外国と比較して依然高い水準にある。女性においては 8.4%と男性と比較し低い水準であるが、ほぼ横ばいで推移している⁵⁾。しかし、年齢階級別にみると、男性の 30～40 歳代では約 40%、女性の 20～40 歳代では 13～14%と喫煙率が高い年齢層が存在している。

図 1 わが国の喫煙率（20 歳以上）



（資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」）

喫煙者の 4 割近くは禁煙を希望しているが⁵⁾、たばこに含まれるニコチンには依存性

があり、自分の意志だけでは、やめたくてもやめられないことが多い。

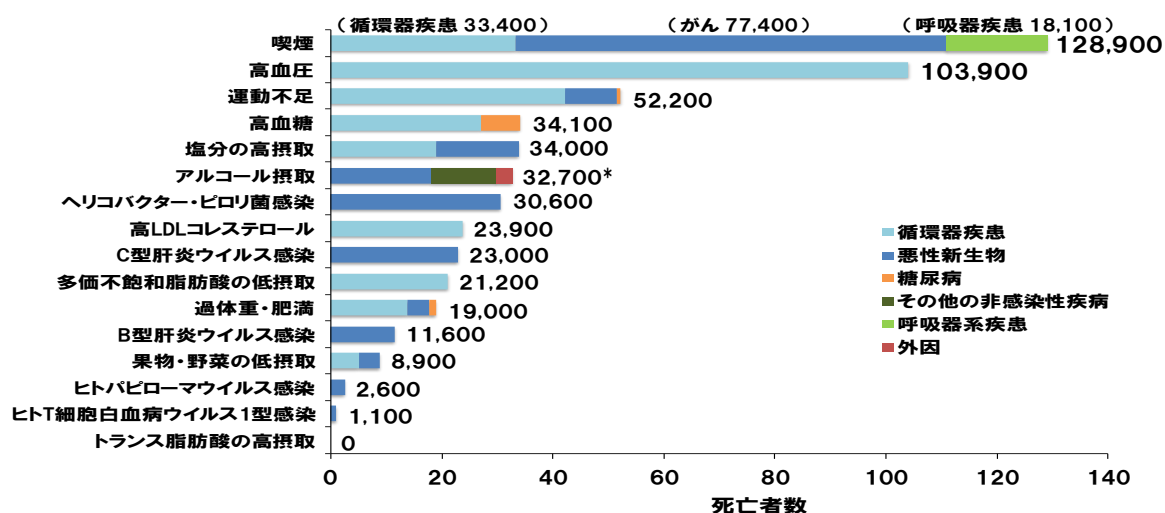
たばこ消費量は近年減少傾向にあるが、過去のたばこ消費による長期的な健康影響と急速な高齢化により、たばこ関連疾患による死亡数は年々増加しており^{6)~9)}、わが国の年間死亡者数（参考：平成 22 年 119 万人）のうち、喫煙者本人の喫煙による年間の超過死亡数は 12~13 万人と報告されている^{7)~9)}。一方、受動喫煙による超過死亡数は、約 6,800 人と推定されている¹⁰⁾。

たばこは年間約 2 兆円規模の税収をもたらす一方で、これらの疾病により、多くの超過医療費、労働力損失等の経済損失が生じている。

(iii) たばこ対策の必要性と意義

たばこは日本人の疾病と死亡の原因として、最大かつ回避可能な単一の原因である⁷⁾（図 2）。たばこの消費量や喫煙率の減少を図る上で、効果が実証された種々の介入方法が明らかになっている。

図 2 わが国におけるリスク要因別の関連死亡者数—男女計（平成 19 年）



* アルコール摂取は、循環器疾患死亡2,000人、糖尿病死亡100人の予防効果が推計値として報告されているが、図には含めていない。

(Ikeda N, et al: PLoS Med. 2012; 9 (1): e1001160.)

たばこ消費を継続的に減らすことによって、日本人の死因の第一位であるがんをはじめとした喫煙関連疾患による回避可能な超過死亡と超過医療費、経済的損失等を将来的に確実に減少させることができる。

喫煙は世界保健機関によるNCD対策の対象疾患であるがん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、COPD、糖尿病に共通した主要なリスク要因であり、後述する「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」において非感染性疾患の予防と対策のモデルとして位置づけられている¹¹⁾。たばこ対策の推進は、非感染性疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながる事が諸外国での経験から明らかにされている¹²⁾。

以上のことから、当面並びに将来の健康被害や経済損失を回避するために、また、たばこ規制枠組条約の締約国としての国際的責務としても、たばこ対策の着実な実行が必

要である。

(iv) たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約について

わが国は平成 17 年 2 月に発効した「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」(以下「たばこ規制枠組条約」とする)¹³⁾を批准している。わが国においてもたばこ規制枠組条約及びそのガイドラインに基づき、近年様々な取組が実施されているが、包括的な戦略という観点からは未だ十分とは言えない。今後、さらなる取組の充実が必要である。

(v) 受動喫煙について

たばこ規制枠組条約の第 8 条において、「たばこの煙にさらされることからの保護」のための効果的な措置を講じることが規定された。さらに、平成 19 年に示された「たばこ規制枠組条約第 8 条履行のためのガイドライン」においては、「すべての屋内の職場、屋内の公共の場及び公共交通機関は禁煙とすべきである」ことが明記され、諸外国において受動喫煙に関する規制強化が進んでいる。

わが国においては、平成 15 年に施行された健康増進法において、多数の者が利用する施設を管理する者に対し、受動喫煙防止のための措置を講じることが努力義務として規定したほか、平成 22 年に発出した健康局長通知では、「今後の受動喫煙防止対策の基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間は、原則として全面禁煙であるべき」ことを示した。また、職場については、平成 22 年に閣議決定した「新成長戦略」において、平成 32 年までに「受動喫煙の無い職場の実現」が掲げられた。

ii. 基本的な考え方

たばこ対策に関する指標としては、「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」に関わるものを設定することが重要と考える。

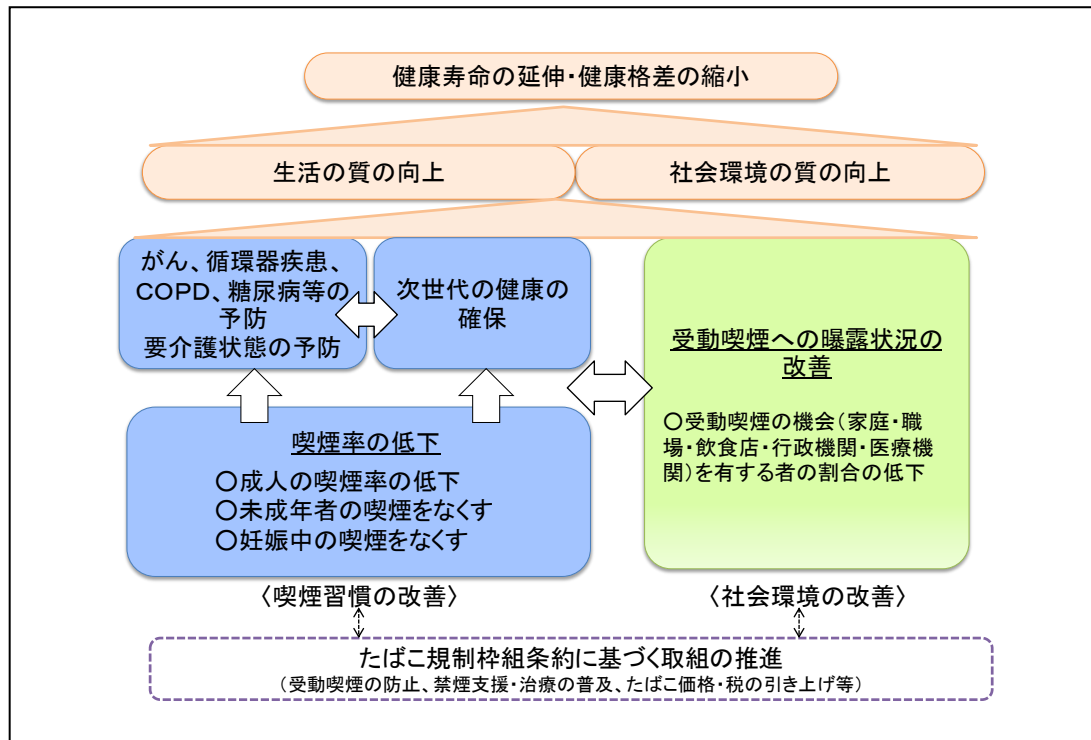
リスク低減の観点からは、喫煙と受動喫煙のいずれも日本人の多くの疾患の確立した原因であり、その対策により、わが国のがん・循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患)・慢性閉塞性肺疾患、糖尿病等の予防の推進や健康づくりにおいて、大きな効果が期待できる。現状の科学的知見からは健康リスクを回避出来る「閾値」を設定することは困難であり、喫煙率も受動喫煙への曝露も目標が低ければ低いほど望ましい。

一方で、たばこは長年にわたりわが国においてはその使用が社会において容認されてきていることから、目標値の設定については、社会的・経済的な要因をも考慮し、現実的で到達可能なものとすべきである。

(i) 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい人がやめる)

喫煙率の低下は、それが喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから指標として重要である¹⁴⁾。特に、成人の喫煙率の低下は喫煙関連疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながる¹²⁾¹⁴⁾。

喫煙の目標設定の考え方



(ii) 未成年者の喫煙をなくす

未成年期からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通した喫煙継続につながりやすいことから¹⁴⁾¹⁵⁾、中・長期的な観点で指標として含めておく意義がある。また、家庭や学校等での受動喫煙防止対策や成人の喫煙率の減少に伴って未成年者の喫煙の低下がみられることから¹⁴⁾¹⁵⁾、未成年者の喫煙の低下はたばこ対策全般の効果を評価する重要な指標の1つである。

(iii) 妊娠中の喫煙をなくす

妊娠中の喫煙は、妊娠合併症（自然流産、早産、子宮外妊娠、前置胎盤や胎盤早期剥離など）のリスクを高めるだけでなく、児の低体重、出生後の乳幼児突然死症候群のリスクとなることから、健康日本21（第2次）では新たに、妊娠中の喫煙をなくすことを指標及び目標として設定する。

(iv) 受動喫煙の機会を有する者の割合の低下

受動喫煙による超過死亡数が肺がんと虚血性心疾患に限っても年間 6,800 人にのぼり¹⁰⁾、その影響が大きい。また、受動喫煙の曝露状況の改善により短期的に急性心筋梗塞や成人および小児の喘息等の呼吸器疾患による入院を減少させるなど、確実な健康改善効果が期待できる¹²⁾。

受動喫煙を取り巻く国際的、国内的状況を踏まえ、受動喫煙の防止を一層推進するため、受動喫煙の防止に関する目標を設定することが必要である。

受動喫煙指標の曝露源の選定にあたっては、曝露の頻度や対策の実態を考慮して、主要な曝露源であり、かつ今後の改善が特に望まれるものとして、家庭、職場、飲食店の3つを選定した。さらに、平成22年2月の厚生労働省健康局長通知で「官公庁や医療施設においては、全面禁煙とすることが望ましい。」とされていることから、官公庁及び医療施設を選定した。

iii 現状と目標

(i) 成人の喫煙率の減少

目標項目	成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい人がやめる）
現状	19.5%（平成22年）
目標	12%（平成34年度）
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」

喫煙は、日本人のがん、循環器疾患、糖尿病をはじめ多くの疾患の確立した原因であり、成人の喫煙率の低下は、それらの疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながる。平成19年に策定された「がん対策推進基本計画」では、個別目標として「喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことを目標とする」ことが閣議決定されており、厚生労働省のみならず、政府全体として、喫煙をやめたい人が禁煙する環境を整備することが求められている。また、平成24年6月に閣議決定された新たながん対策推進基本計画では、平成34（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより成人喫煙率を12%とすることが個別目標として設定された。

このような状況を踏まえ、目標値については、現在の成人の喫煙率（19.5%）から禁煙希望者が禁煙した場合の割合（37.6%）を減じた値である12%を設定する。

(ii) 未成年者の喫煙をなくす

目標項目	未成年者の喫煙をなくす
現状	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）
目標	0%（平成34年度）
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

健康日本21において、「未成年者の喫煙をなくす」ことが目標として掲げられた。0%の目標値を達成することはできなかったものの、明らかな改善傾向が認められている。健康日本21（第2次）においても、引き続きこの考え方を継続する。

(iii) 妊娠中の喫煙をなくす

目標項目	妊娠中の喫煙をなくす
現状	5.0%（平成 22 年）
目標	0%（平成 26 年）
データソース	厚生労働省「乳幼児身体発育調査」

妊娠中の喫煙は、妊娠合併症のリスクを高めるだけでなく、児の低体重、出生後の乳幼児突然死症候群のリスクとなる。そのため、妊婦の喫煙率については、妊娠ならびに胎児、出生児への影響の大きさを考慮する必要がある。「健やか親子 21」において、平成 26 年までに妊娠中の喫煙をなくすとの目標設定がなされていることを踏まえて目標値を設定した。

(iv) 受動喫煙の機会を有する者の割合の低下

目標項目	日常生活で受動喫煙（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低下
現状	行政機関：16.9%（平成 20 年） 医療機関：13.3%（平成 20 年） 職場：64%（平成 23 年） 家庭：10.7%（平成 22 年） 飲食店：50.1%（平成 22 年）
目標	行政機関：0%（平成 34 年度） 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%（平成 34 年度） 飲食店：15%（平成 34 年度）
データソース	厚生労働省「職場における受動喫煙防止対策に係る調査」 （職場については、受動喫煙防止対策（全面禁煙又は空間分煙）を講じている職場の割合） 厚生労働省「国民健康・栄養調査」

①行政機関・医療機関について

平成 22 年の健康局長通知において、「少なくとも官公庁や医療施設においては、全面禁煙とすることが望ましい。」とされているとおり、これらの施設については、住民の健康を守るための公的責任を果たす要請が特に強い。したがって、住民の健康被害を防止する観点から、行政機関・医療機関については、「受動喫煙の機会を有する者をなくす」ことを目標に掲げ、目標値は 0%とする。

②職場について

職場については、労働安全衛生法に基づき、快適な職場環境を形成することが事業主

の努力義務として規定されており、その一環として、空気環境における必要な措置として喫煙対策を講ずることとされている。平成 22 年の「新成長戦略」との整合性を図り、「受動喫煙の無い職場の実現」を目標に掲げることが適切である。

③家庭・飲食店について

国民の健康被害を防止する観点から、家庭・飲食店においても、行政機関等と同様、受動喫煙を完全になくす目標を設定することが望ましい。特に妊婦や小児がいる家庭の場合、受動喫煙防止の徹底が望まれる。

しかし、プライベートな空間である家庭において完全な受動喫煙防止を求めることは、現時点では困難と思われる。飲食店の場合は、平成 21 年 3 月に取りまとめられた「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」において、顧客に対して禁煙等とすることを一律に事業者を求めることは、現時点では困難と考えられている。以上のことを踏まえ、受動喫煙の機会を有する者を半減することを目標とする。

なお、喫煙率そのものが低下すれば、受動喫煙の割合も自然に低下することとなるので、半減させる基準となる値は、現在、家庭や飲食店で受動喫煙の機会を有する者の割合〔家庭：10.7%（毎日受動喫煙の機会を有する者）、飲食店 50.1%（月 1 回以上受動喫煙の機会を有する者）〕に、禁煙希望者が全て禁煙した場合の割合を減じた割合（家庭：6.7%、飲食店：31.3%）とし、それを半減させた目標値（家庭：3%、飲食店：15%）とする。

iv. 今後必要となる対策

わが国のたばこ対策としては、平成 17 年 2 月に発効したたばこ規制枠組条約に基づく取組が最も重要であり、今後も推進していく必要がある。具体的には、たばこ価格・税の引上げ、受動喫煙の防止、たばこの警告表示の強化、たばこ広告の包括的禁止、禁煙支援・治療の普及、未成年者への販売防止措置、リスクに関する教育・啓発等である^{16)~18)}。これらの施策が喫煙と受動喫煙の影響から人々を保護する上で有効であることについて、十分な科学的根拠が報告されている^{16)~20)}。

特に受動喫煙防止対策では、国レベルでの推進方策の検討に加え、都道府県・市町村レベルでの受動喫煙防止対策の推進が必要であり、全ての医療機関、官公庁に加えて学校においても全面禁煙を達成するための取組が必要である。また、職場における受動喫煙防止対策の推進のほか、飲食店等の多数の者が利用する公共的な空間における受動喫煙防止対策についても地域での対策の推進のためのモニタリング等を強化するべきである。さらに、小児等への受動喫煙防止対策の観点から、家庭での受動喫煙防止を普及啓発する必要がある。

禁煙支援・治療の普及については、平成 18 年から禁煙治療に保険適用がなされ成果をあげているが²¹⁾、今後一層の普及とその内容の充実が求められる。さらに、たばこ規制枠組条約のガイドラインの内容を踏まえ、先進諸国やアジアの近隣国ですでに実施されている無料の禁煙電話相談体制の整備や、特定健診やがん検診、妊娠届出時の保健相談、乳幼児健診

など、種々の保健事業の場で禁煙の助言や情報提供を一層推進することが望まれる。

さらに、国民の健康の観点からたばこ規制枠組条約の趣旨に基づいて優先的に取り組むべきその他の施策についても、関係省庁間の協議を進める必要がある。

また、各施策の進捗管理のための評価の体制を国と地方自治体において整備することも必要である。

v. 参考文献

- 1) 喫煙と健康問題に関する検討会：新版 喫煙と健康，保健同人社，東京，2002.
- 2) U.S. Department of Health and Human Services: The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta, 2004.
- 3) U.S. Department of Health and Human Services: The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General; U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta, 2006.
- 4) International Agency for Research on Cancer: IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Reversal of Risk After Quitting Smoking. Volume 11, IARC; Lyon, 2007.
- 5) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室：平成 22 年国民健康・栄養調査結果の概要. 2012.
- 6) Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al: Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000. 2nd edition, updated June 2006. (<http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>, 2012 年 3 月 26 日アクセス).
- 7) Ikeda N, Inoue M, Iso H, et al: Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. PLoS Med. 2012; 9(1): e1001160.
- 8) Katanoda K, Marugame T, Saika K, et al: Population attributable fraction of mortality associated with tobacco smoking in Japan: a pooled analysis of three large-scale cohort studies. J Epidemiol, 2008; 18(6): 251–64.
- 9) Murakami Y, Miura K, Okamura T, et al: Population attributable numbers and fractions of deaths due to smoking: a pooled analysis of 180,000 Japanese. Prev Med, 2011; 52(1): 60–5.
- 10) 片野田耕太，望月友美子，雑賀公美子，他：わが国における受動喫煙起因死亡数の推計. 厚生指標, 2010; 57(13): 14–20.
- 11) World Health Organization: 2008–2013 Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organization; Geneva, 2008. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf, 2012 年 3 月 26 日アクセス)
- 12) Glantz S, Gonzalez M: Effective tobacco control is key to rapid progress in reduction of non-communicable diseases. Lancet. 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)60615-6

- 13) World Health Organization: WHO Framework Convention on Tobacco Control .Geneva, 2003.
- 14) Starr G, Rogers T, Schooley M, et. al: Key outcome indicators for evaluating comprehensive tobacco control programs. Centers for Disease Control and Prevention; Atlanta, 2005.
- 15) U.S. Department of Health and Human Services: Preventing Tobacco Use Among Young People: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta, 1994.
- 16) World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. The MPOWER Package. World Health Organization; Geneva, 2008.
- 17) World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments, World Health Organization; Geneva, 2009.
- 18) World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. World Health Organization; Geneva, 2011.
- 19) Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, et al: Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. Am J Prev Med, 2001; 20: 16-66.
- 20) Levy DT, Gitchell JG, Chaloupka F: The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard. J Public Health Manag Pract, 2004; 10: 338-51.
- 21) 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会: 診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成 21 年度調査)ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査報告書. 平成 22 年 6 月 2 日 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/dl/s0602-3i.pdf>, 2012 年 3 月 26 日アクセス)

⑥ 歯・口腔の健康

i. はじめに

(i) 背景

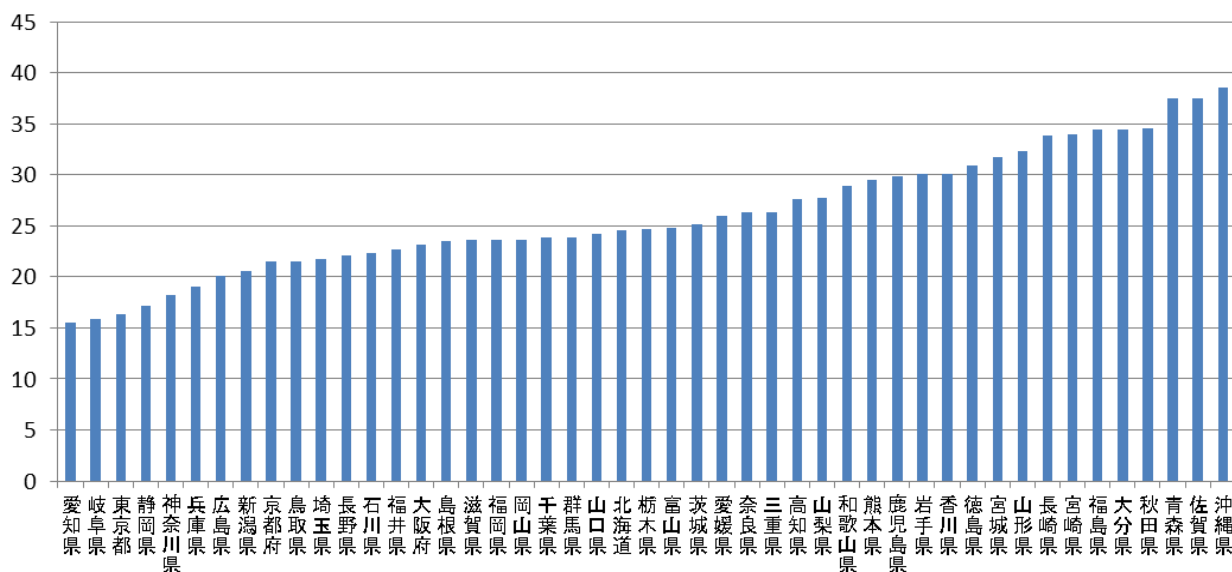
歯・口腔の健康は、口から食べる喜び、話す楽しみを保つ上で重要であり、身体的な健康のみならず、精神的、社会的な健康にも大きく寄与する¹⁾⁻³⁾。歯の喪失による咀嚼機能や構音機能の低下は多面的な影響を与え、最終的に生活の質に大きく関連する。平成 23 年 8 月に施行された歯科口腔保健の推進に関する法律（以下「歯科口腔保健法」という。）の第 1 条においても、歯・口腔の健康は、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしていることが定められている。

従来から、すべての国民が生涯にわたって自分の歯を 20 本以上残すことをスローガンとした「8020（ハチマルニイマル）運動」が展開されているところであるが、超高齢社会の進展を踏まえ、さらなる取組が必要である。生涯を通じて歯科疾患を予防し、歯の喪失を抑制することは、高齢期での口腔機能の維持につながるものであり、今まで以上に大きな意義を有するものと考えられる。

歯の喪失の主要な原因疾患は、う蝕（むし歯）と歯周病であり、歯・口腔の健康のためには、う蝕と歯周病の予防は必須の項目である。小児期のう蝕の有病状況は、健康日本 21 等による地域での歯科保健活動等の進展により、この 10 年間で大きく改善した。しかし、その地域格差は未だに大きく⁴⁾、早急な改善が求められる。平成 21 年の 3 歳児歯科健康診査によると、3 歳児う蝕有病者率の都道府県別データにおいて、最も高値を示す自治体と最も低値を示す自治体の間には、約 2.5 倍の地域格差が存在する（図 1）。また、平成 22 年の学校保健統計調査によると、う蝕有病状況を示す代表的な指標である 12 歳児の一人平均う歯数（未治療のう歯とう蝕により喪失した歯数、ならびに治療済みのう歯数の合計の 1 人あたりの平均値）の都道府県別データにおいては、最も高値を示す自治体と最も低値を示す自治体の間には、約 3.5 倍の地域格差が存在する（図 2）。

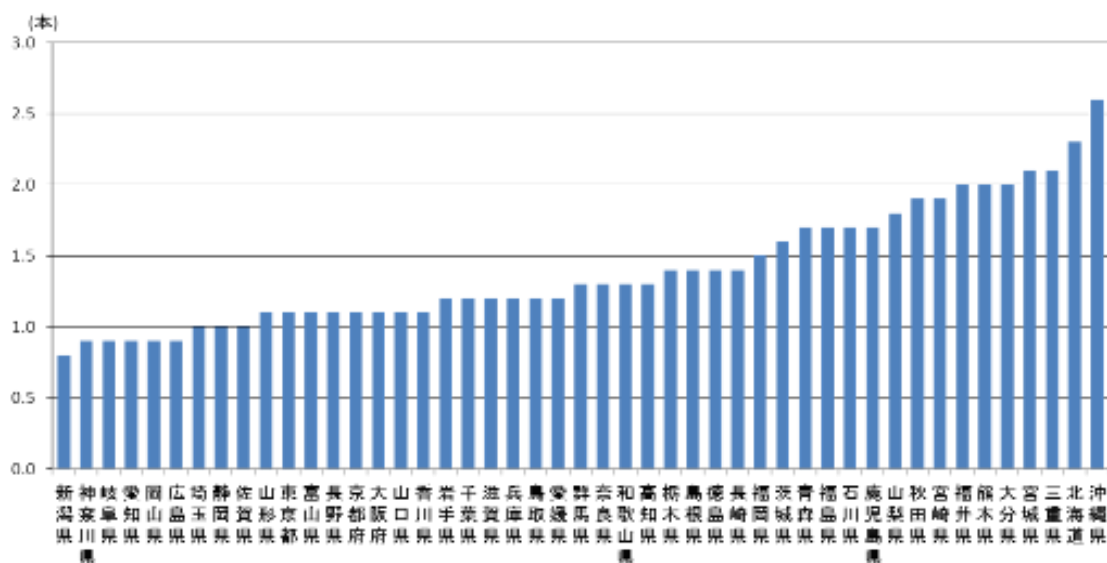
歯周病の有病状況については、平成 17 年の歯科疾患実態調査によると、40 歳代の 37.3%は進行した歯周炎を有している。また、20 歳代で歯肉炎に関する自覚症状を有している者の割合が 31.7%にのぼり、未だに多くの国民が何らかの歯周病を有している状況である。さらに、近年のいくつかの疫学研究において、歯周病と糖尿病や循環器疾患等との密接な関連性が報告されており⁵⁾⁻⁷⁾、成人期の健康づくりにおいて「歯周病予防」の推進は不可欠と考えられる。

図1 3歳児う蝕有病者率（都道府県別）



(資料：平成 21 年厚生労働省実施状況調べ（3 歳児歯科健康診査））

図2 12歳児一人平均う歯数（都道府県別）



(資料：文部科学省「平成 22 年学校保健統計調査」)

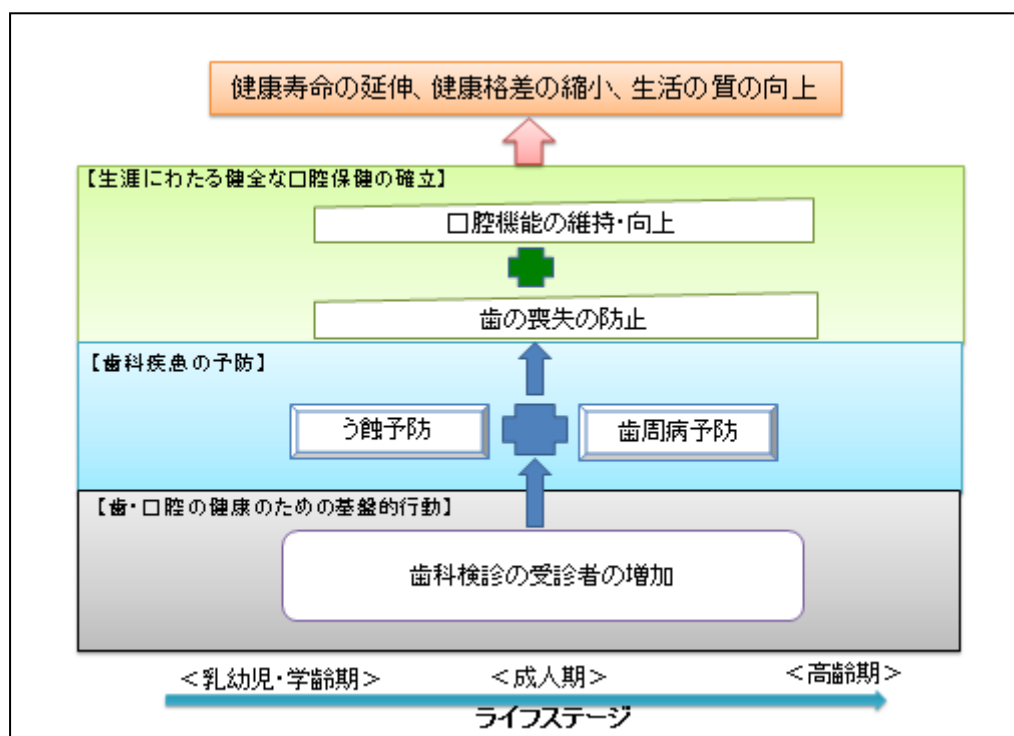
ii. 基本的な考え方

高齢化が進展する我が国の将来像と、前述した背景を踏まえると、器質的な障害である「歯の喪失防止」に加え、機能面にも着目し「口腔機能の維持・向上」を推進する必要がある。代表的な歯科疾患であるう蝕については、健康格差の縮小の観点を加え、引き続き予防対策を実施する必要がある。また、歯周病については、成人期において未だに有病者率等が高率

であることと、高齢期においても自分の歯を有する者の増加に伴い、その対策は高齢期での大きな健康課題の一つであること、また全身疾患との関係が注目されていることから、より一層の歯周病予防対策の推進が求められている。

このため、歯・口腔の健康に関する目標については、歯科疾患の予防の観点から「う蝕予防」および「歯周病予防」を設定し、これらの予防を通じて、生涯にわたる健全な口腔保健の確立を図るために、器質的な観点から「歯の喪失の防止」および機能面の観点から「口腔機能の維持・向上」を設定する。その際、ライフステージごとの特性を踏まえて目標を設定する。また、生涯にわたって歯・口腔の健康を保つために、個人個人で自身の歯・口腔の状況を的確に把握することは重要な保健行動であることから、歯・口腔の健康を保つための基盤的項目として、歯科検診についての目標を設定する。

「歯・口腔の健康」の目標設定の考え方



iii. 現状と目標

(i) 口腔機能の維持・向上

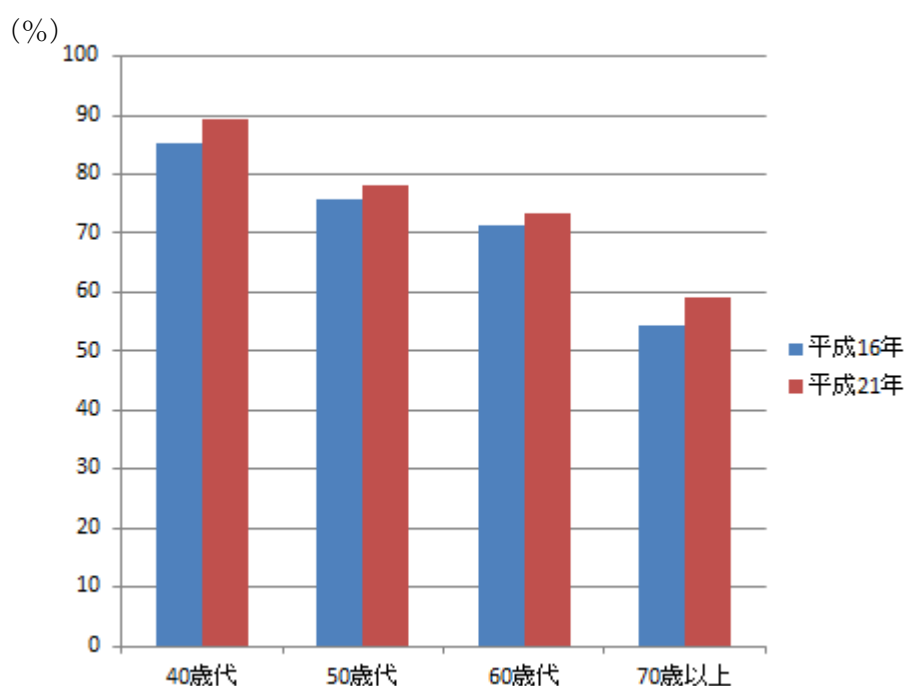
口腔機能は、日常生活を営むために不可欠な摂食と構音と密接に関連するものであり、その良否は寿命の延伸や生活の質の向上に大きく関係している⁸⁾⁹⁾。特に、咀嚼機能については、主観的な健康感や運動機能と密接な関連性を有するとの研究知見も多い¹⁰⁾¹¹⁾。高齢者における咀嚼機能の低下は、野菜摂取量の低下と有意な関連性を示すことが報告されており、摂取できる食品群にも大きな影響を与えると考えられる¹²⁾¹³⁾。このような口腔機能の低下は、虚弱高齢者や要介護高齢者では低栄養を招くリスク要因のひとつとなり、生命予後にも大きな

な影響を与える¹⁴⁾。

生涯を通じて健やかな日常生活を送る上で、咀嚼機能をはじめとする口腔機能は大きな役割を果たすため、中高年になっても若年期と同程度の機能を維持することが望ましい。平成21年の国民健康・栄養調査での主観的咀嚼良好者の割合は、50歳代で78.2%、60歳代で73.4%、70歳以上で59.2%であり、年齢とともに大きく低下していた（図3）。高齢期においても口腔機能をできる限り維持することは、重症化予防の観点からも大きな意義を有する。これらのことから、「60歳代における咀嚼良好者の増加」を目標項目とし、目標値としては、平成21年に50歳代の主観的咀嚼良好者の割合が78.2%であったことから、50歳代の状況の保持を目指すことを踏まえ、80%と設定した。

咀嚼機能は、歯の状態や舌運動の巧緻性等のいくつかの要因が複合的に関係するものであるため、地域保健研究・調査等において主観的な評価方法がしばしば使用されていること等も踏まえ、データソースとして国民健康・栄養調査を利用し、生活習慣調査の項目のひとつである「咀嚼の状況」において、「何でも噛んで食べることができる」と回答した者を咀嚼良好者とする。

図3 咀嚼の状況（40歳以上の咀嚼良好者の割合）



（資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」）

目標項目	60歳代における咀嚼良好者の増加
現状	73.4%（平成21年）
目標	80%（平成34年度）
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」

（ii）歯の喪失防止

歯の喪失は器質的な障害であり、健全な摂食や構音などの生活機能にも影響を与える。また、歯の喪失と寿命との間に有意な関連性があることは複数の疫学研究によっても明らかにされている¹⁵⁾¹⁶⁾。

「8020運動」は、歯の喪失防止を目指した包括的な歯・口腔の健康目標であり、健康日本21においても目標項目のひとつとして掲げられていたものである。しかし、歯の早期喪失の防止を目指すためには、より早い年代から対策を始める必要がある。そこで、今回、健康日本21で掲げた目標項目「80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加」と「60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加」に加え、40歳での目標項目「40歳で喪失歯のない者の増加」を掲げることにより、成人期から高齢期にかけての目標を段階的に設定した。

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、平成5年の時点では10.6%であったが、平成17年には25.0%と増加した。今後もこの改善傾向が続くと仮定すると、平成35年には約46%と推計されるため、目標値としての区切りの良さも考慮して目標値を50%と設定した。

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11年の時点では58.3%であったが、平成17年には60.2%と僅かに増加した。今後もこの近年の改善傾向が続くと仮定すると、平成35年には約66%と推計されるため、目標値を70%と設定した。

40歳で喪失歯のない者の割合については、平成5年の時点では40歳で28歯以上の自分の歯を有する者の割合は35.6%であったが、平成17年には54.1%となった。今後もこの改善傾向が続くと仮定すると、平成35年には約81%と推計されるが、「喪失歯がない者の増加」という指標達成の難しさを考慮して目標値を75%と設定した。

データソースとしては、客観的なデータを得ることができる歯科疾患実態調査を利用する。なお、歯数については、地方公共団体において目標設定する場合、自己評価でその保有状況を評価する方法も代替手段のひとつになると考えられる¹⁷⁾。

目標項目	ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加 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
現状	ア 25.0%（平成17年） イ 60.2%（平成17年） ウ 54.1%（平成17年）
目標	ア 50%（平成34年度） イ 70%（平成34年度） ウ 75%（平成34年度）
データソース	厚生労働省「歯科疾患実態調査」

（iii）歯周病を有する者の減少

歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患である。歯周病のうち、歯肉に局限した炎症が起こる病気を歯肉炎、他の歯周組織にまで炎症が起こっている病気を歯周炎といい、これらが大きな二つの疾患となっている。また、近年、歯周病と糖尿病や循環器疾患との関連性^{5)~7)}について指摘されていることから、歯周病予防は成人期以降の重要な健康課題のひとつである。

国民健康・栄養調査の生活習慣調査項目のひとつである「歯ぐきの状態」において、「歯ぐきが腫れている」、「歯を磨いた時に血が出る」のいずれかに該当する者は20代において31.7%にも達していた（平成21年）。一方、歯周炎が顕在化し始めるのは40歳以降といわれており、平成17年歯科疾患実態調査によると、40歳代で4mm以上の歯周ポケットを有する進行した歯周炎を有する者は37.3%にも達していた。これらのことより、ライフステージと病態の両者を勘案して、20歳代においては歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少を、40歳代および60歳代以上においては進行した歯周炎を有する者の割合の減少を指標とした。

また、歯の寿命が延伸していることを踏まえ、高齢期においても歯周病対策を継続して実施する必要がある。60歳代で歯周炎を有する者の割合は54.7%と高率であり、成人期から高齢期にかけての連続的な対策が必要である。

これらのことより、歯周病については「20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少」、「40歳における進行した歯周炎を有する者の割合の減少」並びに「60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少」の3つの目標を設定した。

20歳代ではセルフチェックによる自己管理が重要である視点から、今回は国民健康・栄養調査の生活習慣調査項目のひとつである「歯ぐきの状態」において、「歯ぐきが腫れている」、「歯を磨いた時に血が出る」のいずれかに該当する者を「歯肉に炎症所見を有する者」とする。国民健康・栄養調査によれば、平成16年の時点で「歯肉に炎症所見を有する者」の割合は32.2%であったのに対し、平成21年でも31.7%とほとんど変化しなかったことから明らかなように、20歳代での歯科保健行動の変容は難しい傾向にある。しかし、歯肉炎は、適切なセルフケアを行い、良好な口腔管理が維持できれば改善すると言われていることより、25%を目標値とした。

40歳代については、平成11年の時点では進行した歯周炎を有する者の割合は39.2%であったが、平成17年には37.3%と僅かに減少した（歯科疾患実態調査）。今後もこの減少傾向が続くと仮定すると、平成35年には約32%となると推計されるが、糖尿病や循環器疾患のリスク低減を図るうえでも、40歳代の歯周炎有病状況をさらに改善する必要がある。これらのことを踏まえ、25%を目標値とした。

60歳代についても、平成11年の時点では進行した歯周炎を有する者の割合は56.7%であったが、平成17年には54.7%と僅かに減少した（歯科疾患実態調査）。今後もこの傾向が続くと仮定すると、平成35年には約49%となると推計されたが、この年代からの歯周炎の病態改善の難しさを考慮し、45%を目標値とした。

なお、上記の数値算出にあたっては、歯周疾患のスクリーニング評価法であるWHOのC

P I (Community Periodontal Index, 地域歯周疾患指数) にて、4mm以上の深いポケットを有する者(コード3以上の者)を「進行した歯周炎を有する者」とする。また、歯の喪失のため対象歯がない者を示すコードXについては総数から除外し、有病者率を算出する。

目標項目	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 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
現状	ア 31.7% (平成21年国民健康・栄養調査) イ 37.3% (平成17年歯科疾患実態調査) ウ 54.7% (平成17年歯科疾患実態調査)
目標	ア 25% (平成34年度) イ 25% (平成34年度) ウ 45% (平成34年度)
データソース	ア 厚生労働省「国民健康・栄養調査」等 イ、ウ 厚生労働省「歯科疾患実態調査」

(iv) 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

乳幼児期のう蝕有病状況は、近年大きく改善し、3歳児でう蝕のない者の割合は77.1%に達している(平成21年厚生労働省実施状況調べ(3歳児歯科健康診査))。この傾向は永久歯でも同様にみられ、永久歯う蝕の代表的評価指標である12歳児の一人平均う蝕数についても1.3歯まで減少した。しかし、う蝕有病状況に関する地域格差は未だに明確に存在しており、乳歯う蝕と永久歯う蝕の各々について地域格差の縮小を目指す必要がある。

乳幼児期は生涯にわたる歯科保健行動の基盤が形成される時期であり、乳歯咬合の完成期である3歳児のう蝕有病状況の改善は、乳幼児の健全な育成のために不可欠である。平成21年において、う蝕がない者の割合が最も高率である都道府県のう蝕有病者率が84.4%であったことを踏まえ、「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」を目標項目とする。平成17年の時点では80%以上を達成している都道府県は1都道府県のみであったが、平成21年には6都道府県に増加した。今後もこの傾向が続くと仮定すると、平成35年には23都道府県まで増加すると推計されるため、約5割の都道府県での達成を目指して、目標値を23都道府県と設定した。

一方、学齢期のう蝕有病状況の評価では、12歳児一人平均う蝕数を用いる。12歳児一人平均う蝕数は国際間比較の尺度としても用いられており、学齢期でのう蝕の都道府県格差をみる上で最も適した指標である。平成22年の学校保健統計調査で最も低い値を示す都道府県での値が0.8歯、最も高い値を示す都道府県での値が2.6歯であったことを踏まえ、「12歳児の一人平均う蝕数が1.0歯未満の都道府県の増加」を目標とした。平成19年の時点で12歳児の一人平均う蝕数が1.0未満の都道府県は1都道府県のみであったが、平成23年には7都道府県に増加した。今後もこの傾向が続くと仮定すると、平成35年には28都道府県

まで増加すると推計されるため、約 6 割の都道府県での達成を目指して、目標値を 28 都道府県と設定した。

データソースとしては、乳幼児のう蝕有病状況については、母子保健法による 3 歳児健康診査での歯科健診結果を利用する。また、学齢期のう蝕有病状況については、データソースとして学校保健統計調査を利用する。

目標項目	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 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
現状	ア 6 都道府県 (平成 21 年) イ 7 都道府県 (平成 23 年)
目標	ア 23 都道府県 (平成 34 年度) イ 28 都道府県 (平成 34 年度)
データソース	ア 厚生労働省実施状況調べ (3 歳児歯科健康診査) イ 文部科学省「学校保健統計調査」

(v) 歯科検診の受診者の増加

定期的な歯科検診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく寄与する。特に、定期的な歯科検診は成人期の歯周病予防において重要な役割を果たす¹⁸⁾。定期的な歯科検診の受診により、自身の歯・口腔の健康状態を把握することができ、各自のニーズに応じて、歯石除去や歯面清掃ないしは個別的な歯口清掃指導といったプロフェッショナルケアに適切につながることを期待される。

成人期の歯周病を予防し、歯の喪失を抑制することにより、生涯を通じて円滑な口腔機能を営むことが可能になるため、20 歳以上の年代において、歯科検診を受診する者の割合の増加を図ることは大きな意義を有する。目標値設定については、平成 11 年の時点で過去 1 年間に歯科検診を受診した 20 歳以上の者の割合は 16.6%であったが、平成 21 年には 34.1%と増加した。今後もこの傾向が続くと仮定すると、平成 35 年には約 61%と推計されることと、歯科口腔保健法の基本的事項に基づく「歯科口腔保健の知識等の普及啓発」と「定期的に歯科検診を受けること等の勧奨」が今後進展することが期待されることを踏まえて目標値を 65%と設定した。

データソースについては、国民健康・栄養調査を利用し、生活習慣調査の項目のひとつである「過去 1 年間に歯科健康診査を受けた者の割合」を用いる。

目標項目	過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 (20 歳以上)
現状	34.1% (平成 21 年)
目標	65% (平成 34 年度)
データソース	厚生労働省「国民健康・栄養調査」

iv. 今後必要となる対策

今回、歯・口腔の健康の指標として口腔機能の維持・向上に係る項目を新たに導入したところであるが、今後は、器質的障害である「歯の喪失」だけでなく、機能的障害である「口腔機能の低下」についても対策を進め、機能向上面からのアプローチを強化する必要がある。口腔機能評価の結果に基づく咀嚼訓練や口腔周囲筋機能訓練等の実施を推進するうえでも、口腔機能のスクリーニング評価法の開発ならびに標準値の提示についても、今後取り組む必要がある。

従来のがわが国の歯科保健対策は、小児期のう蝕予防対策に大きく重点が置かれてきたが、これまでの歯科保健施策等の効果もあり、国全体としてのう蝕有病状況は大きく改善してきている。しかし、う蝕有病状況が未だ改善していない地域もあり、その地域格差の解消には至っていない。今後、う蝕予防を進めるに当たっては地域格差を含めた健康格差の縮小を目指す必要がある。地方自治体は地域診断の結果に基づき、積極的な健康支援を行うとともに、フッ化物応用法や小窩裂溝填塞法（シーラント）等のエビデンスが確立しているう蝕予防法について、地域の現状に応じて実施することが求められる。

歯周病は、成人期以降の歯の喪失の主要原因であるばかりでなく、糖尿病や循環器疾患のリスク要因となることから、より一層の予防対策が求められるところである。そのための有効な保健行動の一つとして定期的な歯科検診の受診が挙げられる。歯科検診受診の勧奨については、平成 23 年に制定された歯科口腔保健法でも「国及び地方公共団体は、国民が定期的に歯科に係る検診を受けること及び必要に応じて歯科保健指導を受けることを促進するため、定期的に歯科検診を受けること等の勧奨その他の必要な施策を講ずるものとする。」と定められているところであり、歯科口腔保健の知識の普及と併せて、より一層取り組む必要がある。また、禁煙支援に関わる保健指導の実施を含む歯科保健対策を充実していくことも大切である。

こうした歯・口腔の重点目標項目の実現を図るためには、8020運動を更に推進し、個人が歯・口腔の健康づくりに取り組むとともに、地域、職場、学校、医療機関等を含めた社会全体としてその取組を支援することが必要である。その際、ライフステージごとの特性を踏まえて、歯・口腔に関する正しい知識の普及啓発や、個人の状況に応じた食生活の改善、歯間部清掃用器具の使用等の歯科保健指導を行うことが重要である。

また、今回の目標項目には取り入れていないが、高齢期に多い誤嚥性肺炎については、予防策として栄養管理とともに口腔ケアが効果的である¹⁹⁾⁻²¹⁾。肺炎がわが国の死因の第4位であること、さらに誤嚥性肺炎患者数の増加が予想されることを踏まえると、器質的口腔ケア（口腔内の歯や粘膜、舌などの汚れを取り除くケア）、機能的口腔ケア（口腔機能の維持・回復を目的としたケア）および栄養管理をバランスよく組み合わせて実施することが、ますます重要になる。今後は、高齢者の誤嚥リスクを評価し、その結果を踏まえた口腔ケアを実施する体制を構築していく必要がある。

v. 参考文献

- 1) Miura H, et al.: Factors influencing oral health related quality of life (OHRQoL) among the frail elderly residing in the community with their family. *Archs Gerontol Geriatr* 2010; 51: e51-e65.
- 2) Shimazaki Y, et al. Influence of dentition status on physical disability, mental impairment, and mortality in institutionalized elderly people. *J Dent Res*. 2001; 80: 340-345.
- 3) Petersen PE. : Global policy for improvement of oral health in the 21st century -implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37: 1-8.
- 4) Aida J, et al.: An ecological study on the association of public dental health activities and sociodemographic characteristics with caries prevalence in Japanese 3-year-old children. *Caries Res* 2006; 40: 466-72.
- 5) Teeuw WJ, et al. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients. *Diabetes Care* 2010; 33:421-7.
- 6) Bascones-Martines A, et al. Periodontal disease and diabetes-Review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16: e722-e729.
- 7) Humphrey LL, et al.: Periodontal disease and coronary heart disease incidence: A systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 2079-86.
- 8) Nakanishi N, et al.: Relationship between self-assessed masticatory disability and 9-year mortality in a cohort of community-residing elderly people. *J Am Geriatr Soc* 2005; 55: 54-58.
- 10) Ansai T, et al.: Relationship between chewing ability and 4-year mortality in a cohort of 80-year-old Japanese people. *Oral Dis* 2007; 13: 214-219.
- 11) Moriya S, et al.: Relationship between oral conditions and physical performance in a rural elderly population in Japan. *Int Dent J* 2009; 59: 369-75.
- 12) Miura H, et al.: Relationship between general health status and the change in chewing ability: a longitudinal study of the frail elderly in Japan over a 3-year period. *Gerodontology* 2005; 22:200-205.
- 12) Yoshida M, et al.: Correlation between dental and nutritional status in community-dwelling elderly Japanese. *Geriatr Gerontol Int* 2011; 11: 315-319.
- 13) 神森秀樹、他：健常高齢者における咀嚼能力が栄養摂取に及ぼす影響。 *口腔衛生会誌* 2003 ; 53 : 13-22.
- 14) Gil-Montoya JA, et al.: Oral health-related quality of life and nutritional status. *Am. Assoc. Public Health Dent* 2008; 68: 88-93.
- 15) Homl-Pedersen P, et al.: Tooth loss and subsequent disability and mortality in old age. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 429-435.
- 16) Morita I, et al. Relationship between survival rates and number of natural teeth in an elderly Japanese population. *Gerodontology* 2006; 23: 214-218.
- 17) 安藤雄一他. : 質問紙法による現在歯数調査の信頼性. *口腔衛生会誌* 1997 ; 47: 657-662.
- 18) 山本龍生他. : 地域における 14 年間の歯周疾患予防活動の評価. *口腔衛生会誌* 2007 ; 57 : 192-200.
- 19) Yoneyama T, et al. Oral care reduces pneumonia in older patitents in nursing homes. *J Ame Geriatr Soc* 2002; 50: 430-3.
- 20) Watando A, et al. Daily oral care and cough reflex sensitivity in elderly nursing home patients. *Chest* 2004; 126: 1066-70.
- 21) Sarin J, et al. Reducing the risk of aspiration pneumonia among elderly patients in long-term care facilities through oral health interventions. *J Am Med Dir Assoc* 2008; 25: 128-35.

（参考1）定期的にモニタリングを行う目標

設定した目標のうち、国、地方自治体において重要と考えられる指標については、中間評価を行う年や、最終評価を行う年以外の年においても、継続的に数値の推移等の調査、分析を行い、政策の立案に活用すべきである。重要な目標とする項目は、地域の実情に応じて変わりうるが、例えば、これまでの取組の中で目標として設定していながら達成できなかった項目や、現行の健康日本21で代表項目として取組を推進していた項目などが中心となると考えられる。なお、継続的に把握することを踏まえると、重要な目標とする項目は、国、地方公共団体において既存の統計調査で毎年度モニタリングすることが可能な指標とすることが望ましい。

＜参考：定期的にモニタリングを行う項目として考えられる目標の例＞

分野	目標項目
健康寿命	健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均）
循環器疾患	高血圧の改善
糖尿病	糖尿病有病者の増加の抑制
こころの健康	自殺者の減少
次世代の健康	全出生数中の低出生体重児の割合の減少
高齢者の健康	介護保険サービス利用者数の増加の抑制
社会環境の整備	健康格差対策に取り組む自治体の増加
栄養・食生活	適正体重を維持している人の増加（肥満、やせの減少）
身体活動・運動	日常生活における歩数の増加
休養	睡眠による休養を十分とれていない者の減少
喫煙	成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい人がやめる）
飲酒	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）の割合の低減
歯・口腔の健康	乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加

また、健康日本21（第2次）を進める上で目指すべき基本的な方向として位置付けられている「健康格差の縮小」を達成するため、重要な目標については、地域ごとに実情を把握し、必要な対策に取り組むべきである。このため、国は、重要と考えられる指標について、都道府県における健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努め、同様に都道府県は、市町村における健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努めることが望ましい。

（参考2） 地方自治体が活用可能な指標

現行の健康増進法に基づく基本的な方針では、都道府県、市町村は地域住民の健康に関する各種指標の状況や地域の社会資源等の実情を踏まえ、目標を設定することとされている。

国と同様に、都道府県や市町村において健康栄養調査を実施することも考えられるが、実際には代表性を確保するための調査の方法論や費用等の面から、全ての地方自治体で信頼度の高い調査を行うことは困難と考えられる。また、地方自治体からも、「目標値の設定は、特別な調査によらず、定期的に把握可能なものを指標として取り入れてほしい」、「都道府県における計画策定において、国の重点項目をガイドライン等で示してほしい」等の意見がある。

そこで、今回、目標項目として設定する指標について、既存のデータで都道府県及び市町村が活用可能と考えられるものを別表に例示する。市町村においてこうした既存の統計を活用することにより、都道府県においても、所管区域内の健康状況を把握することが可能となる。

例示に当たっては、原則として市町村別、年齢別統計が公表されている資料であり、保健・医療・介護・障害・労働・学校保健等、庁内横断的な情報共有があることを前提としている。

別表に記載されていない指標については、市町村事業の実施状況等で把握することになるが、指標のモニタリングを行うに当たっては、性・年齢階級別の有所見率等を確認すること、協議会等を活用して職域と積極的な情報共有を図ることや、アンケート調査のみならず保健事業等の中で実態を把握することが重要である。

(別表) 地方自治体が活用可能な統計例

分野	項目	地方自治体での目標例	活用可能な統計
	健康寿命の延伸	要介護率	要介護認定高齢者の割合(性・年齢、要介護度別)
がん	75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少	がん死亡者数 標準化死亡比(SMR)	厚生労働省「人口動態統計」 死因別分類
	がん検診の受診率の向上	胃、大腸、肺、乳がん、子宮がん 検診受診率	市町村実績データ 厚生労働省「地域保健・健康増進 事業報告」
循環器疾患	脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	「循環器系の疾患」の死亡率、標準化死亡比(SMR)	人口動態統計 死因別分類
	高血圧の改善	最高血圧の平均値又は高血圧有病率(140/90mmHg以上の割合)	特定健診
	脂質異常症の減少	LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合	特定健診
	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の該当者及び予備群	特定健診
	特定健診・特定保健指導の実施率の向上	特定健診・特定保健指導実施率	特定健診
糖尿病	合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入率)の減少	新規透析導入率	腎臓病登録
	治療継続者の割合の増加	HbA1c(JDS)6.1%以上の者のうち 治療中と回答したものの割合	特定健診
	糖尿病有病者の増加の抑制	糖尿病治療薬内服中又は HbA1c(JDS)6.1%以上の者の割合	特定健診
	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8.0%以上の者の割合の減少)	HbA1cが8.0%以上の者の割合の減少(治療中、治療なしに分けて集計)	特定健診
こころの健康	自殺者数の減少	自殺による死亡率	厚生労働省「人口動態統計」 死因分類別
	強いうつや不安を感じている人の割合の減少	強いうつや不安を感じている人の割合 うつ病で治療中の人数又は割合	厚生労働省 「国民生活基礎調査(大規模調査年)」 「患者調査」 自立支援医療受給者証の新規交付件数

次世代の健康	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	朝食を毎日食べている子どもの割合 運動やスポーツをしている子どもの割合	文部科学省 「全国学力・学習状況調査」 「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」
	全出生数中の低出生体重児の割合の減少	全出生数中の低出生体重児の割合	厚生労働省「人口動態統計」
	肥満傾向にある子どもの割合の減少	中等度・高度肥満児の割合	文部科学省「学校保健統計調査」
高齢者の健康	介護保険サービス利用者数の増加の抑制	介護サービス受給者数	厚生労働省「介護保険事業状況報告」
	認知機能低下ハイリスク高齢者の発見率の向上	（二次予防事業対象者の新規決定者の認知症予防支援該当者）÷（基本チェックリスト実施者数又は65歳以上人口）	厚生労働省「介護予防事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査」
	低栄養傾向の高齢者の割合の減少	低栄養傾向の高齢者の割合	特定健診・後期高齢者健診
社会環境の整備	健康づくりに関する活動に自発的に取り組む企業数の増加、健康づくりに関して身近で支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	健康宣言を行う企業、団体の数	プロジェクトや保健活動を通して把握
栄養・食生活	適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少）	性・年代別の肥満、やせ	特定健診
喫煙	成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい人がやめる）	「現在、たばこを習慣的に吸っている」人の割合	特定健診
歯・口腔	3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加	3歳児でう蝕がない者の割合	厚生労働省実施状況調べ（3歳児歯科健康診査）
	12歳児の1人平均う蝕数が1.0未満である都道府県の増加	12歳児の1人平均う蝕数が1.0未満の者の割合	文部科学省「学校保健統計調査」

注) がんや循環器疾患について、罹患率が得られる場合は、その値を活用する。
運動習慣、睡眠、飲酒頻度等、特定健診の任意項目についてその値が得られる場合は、活用する。
健康格差を把握する1つの方法として、生活保護受給者等健康診査結果を分析・活用することもできる。

第5章 次期国民健康づくり運動の推進に向けて

1. 地方自治体における健康増進に向けた取組の推進

健康日本21（第2次）の推進においては、地方自治体が地域住民の健康に関する各種指標を活用しつつ、地域の社会資源等の実情を踏まえ、健康増進法第8条に基づく都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画（以下「健康増進計画」という。）を策定し、その取組を推進していくことになる。

地域住民の健康寿命の延伸を図ることは、急速に進む高齢化にあって、自治体にとっても一人一人の住民にとっても重要な課題である。したがって、健康増進計画の策定に当たっては、健康増進施策を自治体の最も重要な行政施策として位置づけていく必要がある。

（1）健康増進計画の目標の設定と評価における役割

健康増進計画の策定に当たっては、人口動態、医療・介護に関する統計、特定健診データ等の地域住民の健康に関する各種指標を活用しつつ、地域の社会資源等の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に評価及び改定を実施すべきである。国の目標設定期間を勘案しつつ、一定の期間ごとに計画の評価及び改定を行い、継続的な取組に結びつけること。評価に当たっては、都道府県又は市町村自らによる取組だけでなく、管内の医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等における取組の進捗状況や目標の達成状況について評価し、その後の取組等に反映するように留意する。また、健康増進のための目標の設定や、目標を達成するまでの過程及び目標の評価において、住民が主体的に参加し、その意見を積極的に反映できる仕組みを整備する。

特に、都道府県においては、国が設定した全国的な健康増進の目標を勘案しつつ、その代表的なものについて、地域の実情を踏まえた住民に分かりやすい目標を提示するとともに、市町村における健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努めるものとする。

また、市町村においては、国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な各種の施策、事業、基盤整備等に関する目標に重点を置いて設定することも考えられる。

① 都道府県の役割

都道府県は、市町村、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等の一体的な取組を推進する観点から、健康増進計画の策定及びこれらの関係者の連携の強化について中心的な役割を果たすことになる。このため、都道府県は、都道府県単位で健康増進事業実施者、医療機関その他の関係機関等から構成される地域・職域連携推進協議会等を活用し、関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について協議を行い、健康増進計画に反映させる。

都道府県健康増進計画の策定に当たっては、都道府県が策定する医療法（昭和23年法律第205号）に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する都道府県介護保険事業支援計画、がん対策基本法（平成18年法律第98

号)に規定する都道府県がん対策推進計画等の都道府県健康増進計画と関連する計画及び都道府県が定める歯科口腔保健の推進に関する法律(平成23年法律第95号)に規定する基本的事項との調和に配慮する。

また、都道府県は、市町村健康増進計画の策定支援を行うとともに、市町村ごとの分析を行い、市町村間の健康格差の是正に向けた目標を設定するよう努める。

② 保健所の役割

保健所は、地域保健の広域的、専門的かつ技術的拠点として、健康格差の縮小を図ること等を目的とした健康情報を収集分析し、提供するとともに、地域の実情に応じ、市町村における計画策定の支援を行う。

③ 市町村の役割

市町村健康増進計画を策定するに当たっては、都道府県や保健所と連携しつつ、事業の効率的な実施を図る観点から、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定する特定健康診査等実施計画と市町村健康増進計画を一体的に策定するなど、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図るとともに、市町村が策定する介護保険法に規定する市町村介護保険事業計画等の市町村健康増進計画と関連する計画との調和を図るようにする。

(2) 健康増進を担う人材の育成

地方自治体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、喫煙、飲酒、歯・口腔の健康等の生活習慣全般についての保健指導及び住民からの相談を担当する。このため、健康増進に関する施策を推進するための保健師、管理栄養士等の確保及び資質の向上、健康運動指導士等健康づくりのための運動指導者や健康スポーツ医との連携、食生活改善推進員、運動普及推進員、禁煙普及員等のボランティア組織や健康づくりのための自助グループの支援体制の構築等に努める。

このため、都道府県においては、市町村、医療保険者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体等と連携し、地方公共団体の職員だけでなく、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく研修の充実を図ることが必要である。地域保健担当者、学校保健担当者等は、住民の健康増進のために相互に連携を図るよう努める。

2. 多様な分野における連携(推進体制)

(1) 地域の健康課題を解決するための効果的な推進体制

地域の健康課題を解決するため、市町村保健センター、保健所、医療保険者、医療機関、薬局、地域包括支援センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等から構成される中核的な推進組織が、市町村保健センター、保健所を中心と

して、各健康増進計画に即して、当該計画の目標を達成するための行動計画をできるだけ具体的に設定し、各機関及び団体等の取組をそれぞれ補完し合うなど職種間で連携を図りながら、効果的な取組を進めていくことが望ましい。そうした取組を進めていくことが、地域の健康課題の解決に向け重要である

（２）企業等多様な主体による自発的取組や連携の推進

国民の健康増進の総合的な推進を図るためには、運動や休養に関連する健康増進サービス関連企業、健康機器製造関連企業、食品関連企業等、健康づくりに関する活動に取り組む企業、ＮＧＯ、ＮＰＯ等の団体が、国民一人一人の健康増進に向けた取組を一層推進させるための自発的取組を行うとともに、その取組について国民に情報発信を行うことが必要である。特に、企業における自発的な取組としては、企業内での従業員やその家族に対する健康関連情報の啓発や健康づくりに関する施策の実践を通して福利厚生が充実し、従業員のより働きやすい職場環境づくりと家族の生活向上につながる。また、企業活動や自社の商品・サービスを通じて、より多くの国民に対して健康づくりの意識を高め、行動を変えるよう働きかけを行うことにより、健康に関する情報の露出が図られ、健康づくりへの意識付けが広がることが期待される。さらに、健康づくりに貢献する企業が健康に対する高い意識を持つ国民の支持を受け、企業活動や社会貢献活動の拡大につながることが想定される。こうした企業レベルでの取組が、今後の国民運動の効果的な推進における課題の一つとなるとと思われる。

さらに、国、地方公共団体等としても、そうした企業等の取組の中で、優れた取組を行う企業等を評価するとともに、当該取組が国民に広く知られるよう、積極的に当該取組の広報を行うことで他の企業等における健康づくりの取組への波及効果が期待できるなど、健康づくりのための社会環境の整備に取り組む企業等が増加するような動機付けを与えることが必要である。

（３）その他の健康関連の対策との連携

健康増進の取組を進めるに当たっては、厚生労働行政分野における対策、すなわち、健康づくり対策、食育、母子保健、精神保健、介護予防及び就業上の配慮や保健指導などを含む産業保健の各分野における対策並びに医療保険の保険者が実施する対策などの健康増進に関するもののみならず、厚生労働行政分野以外における対策、すなわち、学校保健対策やウォーキングロード（遊歩道等の人の歩行の用に供する道をいう。）の整備などの対策、森林等の豊かな自然環境の利用促進対策、総合型地域スポーツクラブの活用などの生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、関係する諸対策も重要であり、こうした対策に係る関係行政分野、関係行政機関等が十分に連携をとりながら、健康増進の取組を進めていく必要がある。

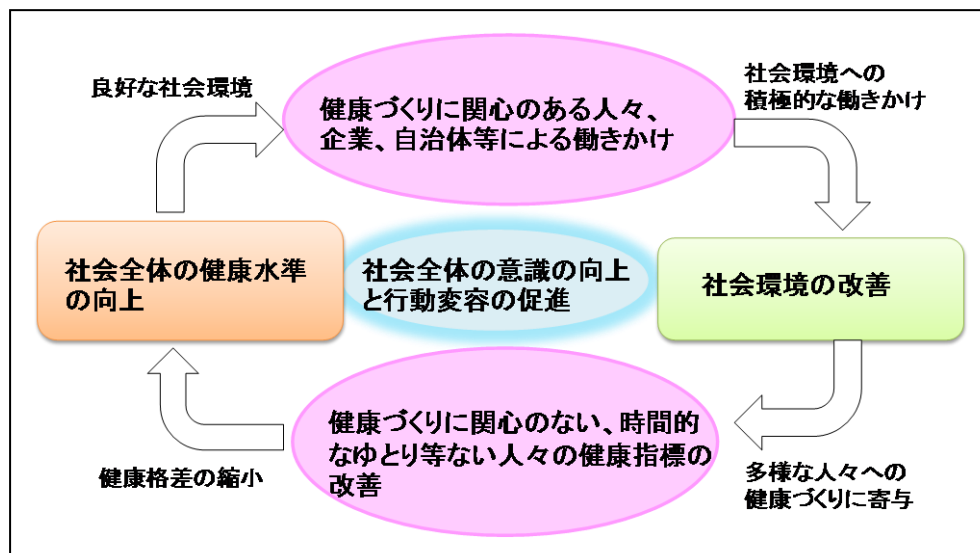
3. 周知・広報戦略

(1) 社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性の周知に関する広報

個人の健康は社会環境の影響を受けることから、社会全体として健康を支え、守る環境づくりに取り組むことの重要性について周知を図る。健康づくりに関心のある人々や企業、自治体等が、食品中の栄養成分の改善や受動喫煙防止、職場環境の改善などに積極的に関与し、社会環境の改善を促すことができれば、健康づくりに関心がない人や時間的なゆとりのない人の健康増進にも寄与することができる。特に、企業や自治体等の長が、社会全体が健康づくりに取り組む重要性を認識し、積極的に進めようとする機運を醸成するものとする。

また、「健康日本21（第2次）」を国民運動として推進するに当たり、その運動の意味をわかりやすく伝えるため、ロゴマークやキャッチコピーを活用するなど、周知方法に工夫を図る。

良好な社会環境の構築に向けた循環（例）



(2) 今後十分な周知が必要な課題に関する広報

受動喫煙など徐々に対策は進みつつあるが、その周知が未だ十分ではない課題とともに、COPDやロコモティブシンドロームといった新たな課題については、特定の課題にターゲットに対する広報に、関係機関の連携の下、積極的に取り組む。

また、生活習慣に関する情報の提供に当たっては、マスメディアやインターネット、ソーシャルメディアのほか、健康増進に関するボランティア団体や、産業界、学校教育、保健事業における健康相談等多様な経路・タッチポイントを活用するとともに、対象集団の特性に応じた効果的な働きかけを、複数の方法を組み合わせて行っていくことが重要である。なお、情報提供に当たっては、誤った情報や著しく偏った不適切な情報が提供されないよう留意する。

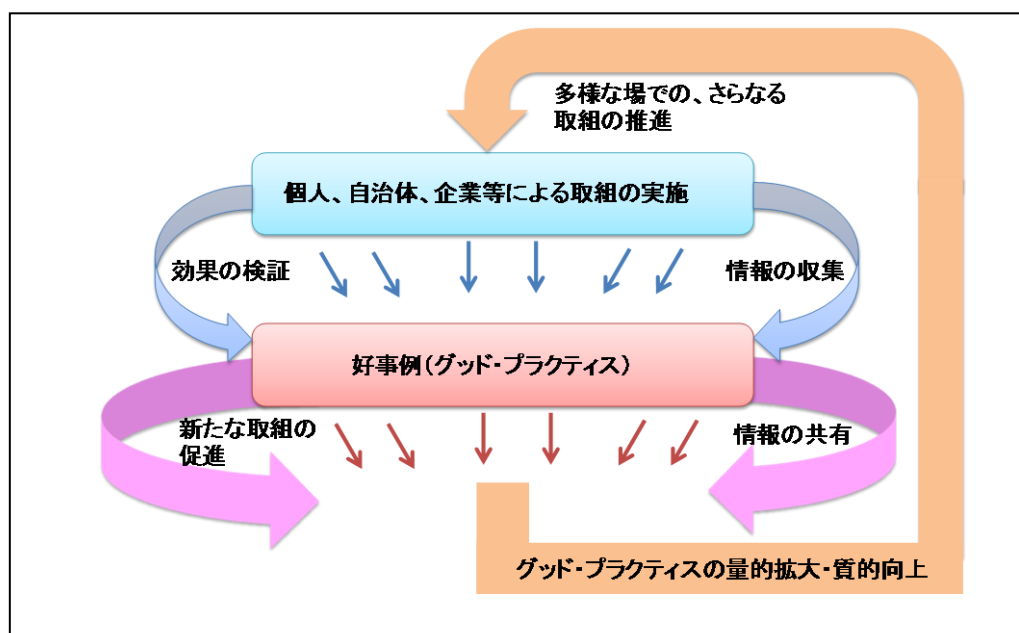
(3) 調査・分析に基づくターゲットを明確にした広報戦略

国民に周知するメッセージをより多くの人々に届けようと考えたと、発信するメッセージが広く浅くになってしまい、自分事として捉えられないものになってしまうおそれがある。行動変容を促すための具体的な内容のメッセージを届けるためには、性別やライフステージだけに着目するのではなく、ターゲットとする集団を明確にするとともに、行動や意識に関する特徴や健康に関するニーズなどの違いを十分に把握・分析し、自分事として受け取られるメッセージを発信する。

(4) グッドプラクティスを活用した広報戦略

個人のみならず、自治体や企業等が健康づくりに取り組むにあたって、身近な取組の好事例（グッドプラクティス）があると、効果的な実践につながりやすいことが知られている。また、複数の取組の課題がある場合、ひとつの課題に効果的に取り組むことができれば、その経験や自信をもとに、新たな課題に取り組むという好循環につながる可能性が期待できる。そこで、グッドプラクティスに関する情報を広く発信して、個人、自治体や企業等のそれぞれの健康づくりの実践を促すとともに、関係者での情報共有を通して、グッドプラクティスの量的拡大と質的向上を図ることにより、環境整備を含めた社会全体としての取組を促していく仕組みを構築していく必要がある。

グッドプラクティスの量的拡大・質的向上に向けた循環（例）



部会・専門委員会開催状況

○ 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

- | | | |
|--------|-------------------|---|
| 第 30 回 | 平成 23 年 10 月 14 日 | ・ 次期国民健康づくり運動プラン策定に向けた検討の進め方について |
| 第 31 回 | 平成 23 年 12 月 21 日 | ・ 次期国民健康づくり運動プランの基本的な方向性について |
| 第 32 回 | 平成 24 年 1 月 23 日 | ・ 次期国民健康づくり運動プラン骨子（案）について |
| 第 33 回 | 平成 24 年 2 月 28 日 | ・ 次期国民健康づくり運動プランの素案について |
| 第 34 回 | 平成 24 年 6 月 1 日 | ・ 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会報告について
・ 「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（案）の修正案について |
| 第 35 回 | 平成 24 年 6 月 20 日 | ・ 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の改正案について |

○ 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

- | | | |
|-------|-------------------|---|
| 第 1 回 | 平成 23 年 11 月 25 日 | ・ 次期国民健康づくり運動プランの目的及び基本的な方向について
・ 次期国民健康づくり運動プランにおける目標設定の考え方について |
| 第 2 回 | 平成 23 年 12 月 7 日 | ・ 次期国民健康づくり運動プランの目的及び基本的な方向について
・ 次期国民健康づくり運動プランにおける目標設定の考え方について |
| 第 3 回 | 平成 24 年 1 月 12 日 | ・ 次期国民健康づくり運動プランの骨子（案）について |
| 第 4 回 | 平成 24 年 2 月 15 日 | ・ 次期国民健康づくり運動プランの素案について |
| 第 5 回 | 平成 24 年 3 月 19 日 | ・ 次期国民健康づくり運動プランの素案について |
| 第 6 回 | 平成 24 年 4 月 13 日 | ・ 次期国民健康づくり運動プランの素案について
・ 次期国民健康づくり運動プラン報告書たたき台について |

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会委員名簿

(50 音順・敬称略)

飯山	幸雄	国民健康保険中央会理事
磯部	哲	慶應義塾大学大学院法務研究科准教授
市原	健一	全国市長会理事・茨城県つくば市長
井部	俊子	聖路加看護大学学長
上谷	律子	財団法人日本食生活協会会長
加藤	静子	全国保健師長会会長
春日	雅人	独立行政法人国立国際医療研究センター研究所長
坂本	雅子	福岡市専門員（こども施策担当）・こども総合相談センター 名誉館長
佐藤	保	社団法人日本歯科医師会常務理事
澁谷	いづみ	愛知県豊川保健所長
下光	輝一	健康日本21推進全国連絡協議会会長
武見	ゆかり	女子栄養大学教授
多田羅	浩三	財団法人日本公衆衛生協会会長
田畑	泉	立命館大学スポーツ健康科学部教授
辻	一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
徳留	信寛	独立行政法人国立健康・栄養研究所理事長
◎ 永井	良三	自治医科大学学長
中村	丁次	社団法人日本栄養士会会長
橋本	信夫	独立行政法人国立循環器病研究センター理事長
樋口	進	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター院長
樋口	輝彦	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター理事長
福田	富一	全国知事会理事・栃木県知事
藤原	英憲	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
古木	哲夫	全国町村会行政委員会副委員長・山口県和木町長
松田	晋哉	産業医科大学公衆衛生学教授
三浦	宏子	国立保健医療科学院総括統括研究官
道永	麻里	社団法人日本医師会常任理事
宮下	暁	健康保険組合連合会常任理事

◎：部会長

(平成24年6月1日現在)

次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会委員名簿

(50 音順・敬称略)

池田	俊也	国際医療福祉大学大学院教授
岡村	智教	慶應義塾大学医学部教授
尾崎	哲則	日本大学歯学部教授
工藤	翔二	公益財団法人結核予防会複十字病院長
熊坂	義裕	盛岡大学栄養科学部教授
新開	省二	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 研究部長（社会参加と地域保健研究チーム）
鈴木	隆雄	独立行政法人国立長寿医療研究センター研究所長
津金	昌一郎	独立行政法人国立がん研究センター がん予防・検診研究センター予防研究部長
◎ 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
十一	元三	国立大学法人京都大学大学院医学研究科教授
戸山	芳昭	慶應義塾大学医学部教授
中村	正和	大阪がん循環器病予防センター予防推進部長
西	信雄	独立行政法人国立健康・栄養研究所国際産学連携センター長
野田	光彦	独立行政法人国立国際医療研究センター 糖尿病・代謝症候群診療部長
羽鳥	裕	社団法人神奈川県医師会理事
樋口	進	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター院長
堀江	正知	産業医科大学産業生態科学研究所所長
三浦	宏子	国立保健医療科学院統括研究官
宮地	元彦	独立行政法人国立健康・栄養研究所健康増進研究部長
村山	伸子	新潟医療福祉大学健康科学部健康栄養学科教授
山縣	然太郎	国立大学法人山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座 教授
湯澤	直美	立教大学コミュニティ福祉学部教授
横山	徹爾	国立保健医療科学院生涯健康研究部長
吉水	由美子	伊藤忠ファッションシステム（株） ブランディング第1グループクリエイションビジネスユニット マネージャー

◎：委員長