

第3章 最終評価の結果

I 結果の概要

全 53 項目について、その達成状況を評価・分析した結果を図表 I - 1 にまとめた。

A（目標値に達した）は 8 項目（15.1%）であった。B（現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある）は 20 項目（37.7%）で、そのうち目標設定年度までに目標達成見込みである目標は 8 項目（15.1%）、目標設定年度までに達成が危ぶまれる項目（B*）は 12 項目（22.6%）であった。C（変わらない）は 14 項目（26.4%）、D（悪化している）は 4 項目（7.5%）であった。また、E（評価困難）が 7 項目（13.2%）あった。7 項目のうち 6 項目は、新型コロナウイルス感染症の影響で、国民健康・栄養調査等、データソースとなる調査が中止となったために最終評価のためのデータが取れなかった項目である。

AとBを合わせて、過半数の目標項目では策定時のベースライン値と比較して改善を認めた。

図表 I - 1：目標項目の評価状況

策定時のベースライン値と直近の実績値を比較	項目数（再掲除く）
A 目標値に達した	8（15.1%）
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	20（37.7%）
C 変わらない	14（26.4%）
D 悪化している	4（7.5%）
E 評価困難	7（13.2%）
合計	53（100.0%）

※%表示の小数第2位を四捨五入しているため、合計が100%にならない

＜参考＞健康日本21 最終評価における指標の評価状況（平成23年10月）

策定時※の値と直近値を比較	項目数 （再掲除く）
A 目標値に達した	10（16.9%）
B 目標値に達していないが改善傾向にある	25（42.4%）
C 変わらない	14（23.7%）
D 悪化している	9（15.3%）
E 評価困難	1（1.7%）
合計	59（100.0%）

※中間評価時に策定された指標については、中間評価時の値と比較

基本的な方向ごとの評価結果を図表 I - 2 に、目標項目ごとの目標達成状況を図表 I - 3 にまとめた。

図表 I - 2 : 基本的な方向ごとの評価状況 (<>内は基本的な方向内における割合)

	＜基本的な方向※＞					
評価	1	2	3	4	5	全体
A	1 <50.0%> (1.9%)	3 <25.0%> (5.7%)	3 <25.0%> (5.7%)		1 <4.5%> (1.9%)	8 (15.1%)
B		3 <25.0%> (5.7%)	4 <33.3%> (7.5%)	2 <40.0%> (3.8%)	11 <50.0%> (20.8%)	20 (37.7%)
C	1 <50.0%> (1.9%)	4 <33.3%> (7.5%)	3 <25.0%> (5.7%)	1 <20.0%> (1.9%)	5 <22.7%> (9.4%)	14 (26.4%)
D		1 <8.3%> (1.9%)	1 <8.3%> (1.9%)		2 <9.1%> (3.8%)	4 (7.5%)
E		1 <8.3%> (1.9%)	1 <8.3%> (1.9%)	2 <40.0%> (3.8%)	3 <13.6%> (5.7%)	7 (13.2%)
合計	2 <100%> (3.8%)	12 <100%> (22.6%)	12 <100%> (22.6%)	5 <100%> (9.4%)	22 <100%> (41.5%)	53 (100%)

※%表示の小数第 2 位を四捨五入しているため、合計が 100%にならない

※基本的な方向

- 1 : 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 2 : 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）
- 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

A（目標値に達した）と評価された主な目標項目は、「健康寿命の延伸」、「75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少」、「脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少」、「血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少」、「低栄養傾向（BMI 20 以下）の高齢

者の割合の増加の抑制」等であった。一方、D（悪化している）と評価されたのは、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」「適正体重の子どもの増加」「睡眠による休養を十分にとれていない者の割合の減少」「生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合の減少」であった。

図表 I - 3 : 目標達成状況の概要

項目	評価
1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標	
① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	A
② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）	C
2. 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標	
（1）がん	
① 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）	A
② がん検診の受診率の向上	B
（2）循環器疾患	
① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）	A
② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	B*
③ 脂質異常症の減少	C
④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	D
⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	B*
（3）糖尿病	
① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	C
② 治療継続者の割合の増加	C
③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c が J D S 値 8.0%（N G S P 値 8.4%）以上の者の割合の減少）	A
④ 糖尿病有病者の増加の抑制	E※(参考 B*)
⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）	D（再掲）
⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	B*（再掲）
（4）C O P D	
① C O P D の認知度の向上	C
3. 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標	
（1）こころの健康	
① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）	B
② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	C
③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	B*
④ 小児人口 10 万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	A
（2）次世代の健康	
① 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加	C
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行っていない子どもの割合の減少	
② 適正体重の子どもの増加	D
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	

項目	評価
(3) 高齢者の健康	
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制	B*
② 認知症サポーター数の増加	A
③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加	C
④ 低栄養傾向（BMI 20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制	A
⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000 人当たり）	B*
⑥ 高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）	E※(参考 B*)
4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標	
① 地域のつながりの強化（居住地域で互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	C
② 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加	E※
③ 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業等登録数の増加	B
④ 健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	E（参考 B）
⑤ 健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）	B
5. 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標	
(1) 栄養・食生活	
① 適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25 以上）やせ（BMI 18.5 未満）の減少）	C
② 適切な量と質の食事をとる者の増加	C
ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加	
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）	A
④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	B*
⑤ 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	B*
(2) 身体活動・運動	
① 日常生活における歩数の増加	C
② 運動習慣者の割合の増加	C
③ 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	B*
(3) 休養	
① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	D
② 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少	B*
(4) 飲酒	
① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40 g 以上、女性 20 g 以上の者）の割合の減少	D
② 未成年者の飲酒をなくす	B

項目	評価
③ 妊娠中の飲酒をなくす	B
(5) 喫煙	
① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	B*
② 未成年者の喫煙をなくす	B
③ 妊娠中の喫煙をなくす	B*
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	B*
(6) 歯・口腔の健康	
① 口腔機能の維持・向上（60 歳代における咀嚼良好者の割合の増加）	C
② 歯の喪失防止	E※ (参考 B)
ア 80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	
イ 60 歳で 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	
ウ 40 歳で喪失歯のない者の割合の増加	
③ 歯周病を有する者の割合の減少	E※
ア 20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	
イ 40 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	
ウ 60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	
④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	B
ア 3 歳児でう蝕がない者の割合が 80%以上である都道府県の増加	
イ 12 歳児の一人平均う蝕数が 1.0 歯未満である都道府県の増加	
⑤ 過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	E※

※新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目
(E 評価の項目に参考となるデータがある場合は参考評価を () 内に記載)

Ⅱ 各領域の評価（評価シート 様式 2）

1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小	30
2. 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	57
(1) がん	57
(2) 循環器疾患	87
(3) 糖尿病	105
(4) C O P D	148
3. 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上	156
(1) こころの健康	156
(2) 次世代の健康	172
(3) 高齢者の健康	187
4. 健康を支え、守るための社会環境の整備	210
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	230
(1) 栄養・食生活	230
(2) 身体活動・運動	273
(3) 休養	297
(4) 飲酒	314
(5) 喫煙	328
(6) 歯・口腔の健康	354

（参照：各目標項目のデータ分析の詳細は別添 1（評価シート 様式 1）に記載）

1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

背景

- 「健康寿命の延伸」は健康日本 21（第二次）の中心課題である。我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防及び社会生活を営むために必要な機能の維持・向上等により、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）の延伸を実現することが重要である。健康寿命の定義については、客観性の強い「日常生活に制限のない期間の平均」を主指標に、主観性の強い「自分が健康であると自覚している期間の平均」を副指標としている¹⁾。
- 平均寿命と健康寿命の差に着目し、平均寿命の伸び以上に健康寿命を延ばす（不健康な状態になる時点を遅らせる）ことを目指している。この差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味する。疾病予防と健康増進、介護予防、社会環境の改善等によって、平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぎ、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現に寄与するとともに、医療費や介護給付費等社会保障負担の軽減も期待できる。
- 健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義される。健康日本 21（第二次）では地域格差に焦点を置き、日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小を目指している。自治体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。各自治体にとって、健康寿命の格差の要因を把握・分析し、それを延ばす戦略を考えることは、健康づくりを推進する上で重要である。

1 目標項目の評価状況

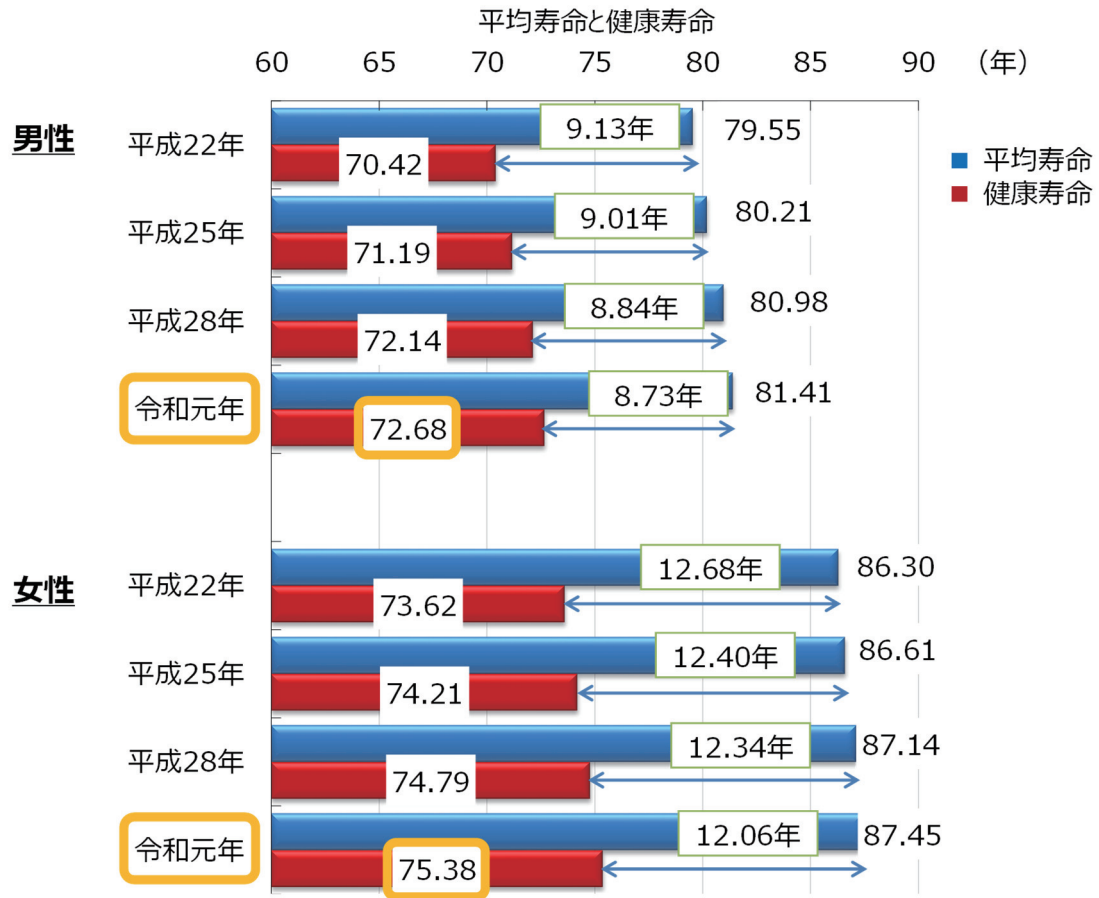
評価		項目数
A	目標値に達した	1
B	現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	0
	B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内0)
C	変わらない	1
D	悪化している	0
E	評価困難	0

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

① 健康寿命の延伸(日常生活に制限のない期間の平均の延伸)

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

図表Ⅱ-1-1：健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」の推移（男女別）



資料：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（研究代表者 辻一郎）²⁾、「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）³⁾において算出

注1：平均寿命：厚生労働省「平成22年完全生命表」

厚生労働省「平成25年/平成28年/令和元年簡易生命表」

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

厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年人口動態統計」

厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年国民生活基礎調査」

総務省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年人口推計」より算出

注2：平成28（2016）年の国民生活基礎調査においては、熊本地震により熊本県を調査対象としていないため、平成28（2016）年の健康寿命には熊本県が含まれていない

1.健康寿命の延伸と健康格差の縮小

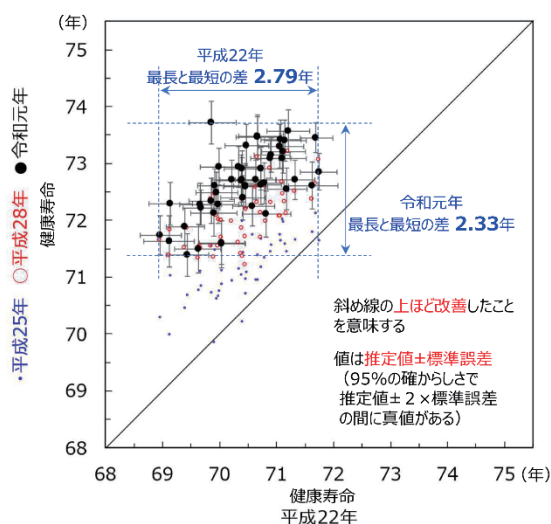
② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）

- 健康寿命の都道府県格差を最も長い県と短い県の差でみると、ベースラインの平成 22（2010）年と比較して、直近値の令和元（2019）年のデータで男性では縮小傾向であるが、女性では拡大している。最終評価は男性で「A 目標値に達した」、女性で「D 悪化した」となり、総合評価としては「C 変わらない」と評価された（図表Ⅱ-1-2、図表Ⅱ-1-3、図表Ⅱ-1-5（5-1））。
- 令和元（2019）年のデータでは女性の健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の最も長い県と短い県の差が 3.90 年と大きいが、これは他都道府県と比べてそれぞれが著しく長い・短いのである。なお、2 番目に長い県と 2 番目に短い県の差は、ベースラインと比較して 0.48 年（2.78 年→2.30 年）短縮している（図表Ⅱ-1-6）。

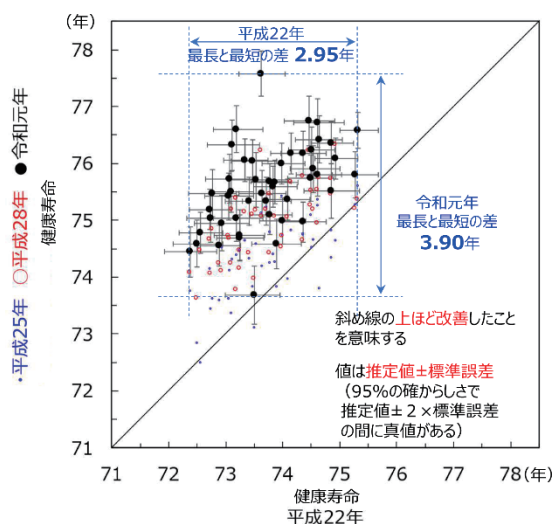
図表Ⅱ-1-2：健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」（都道府県別）

平成 22（2010）年と平成 25（2013）年、平成 28（2016）年、
令和元（2019）年との比較

図表 2-1：男性



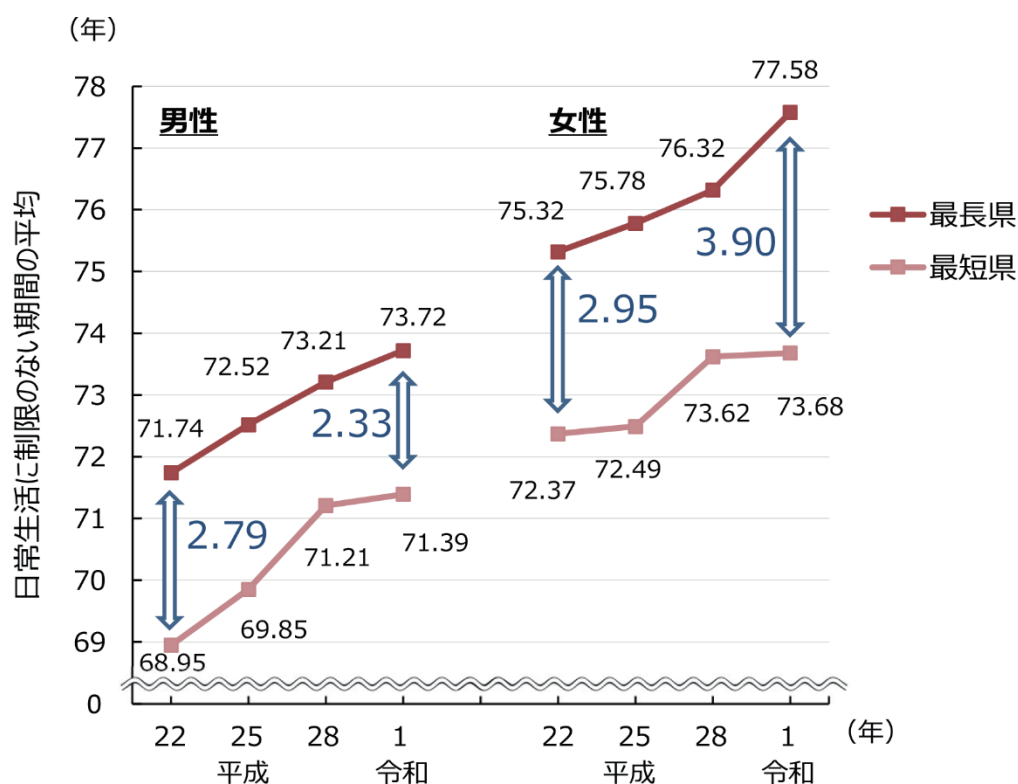
図表 2-2：女性



資料：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（研究代表者 辻一郎）、「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）において算出^{2) 3)}

注：平成 28（2016）年の国民生活基礎調査においては、熊本地震により熊本県を調査対象としていないため、平成 28（2016）年の都道府県別健康寿命には熊本県が含まれていない

図表Ⅱ-1-3：健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」（都道府県別）の最長県と最短県推移



資料：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（研究代表者 辻一郎）²⁾、「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）³⁾において算出

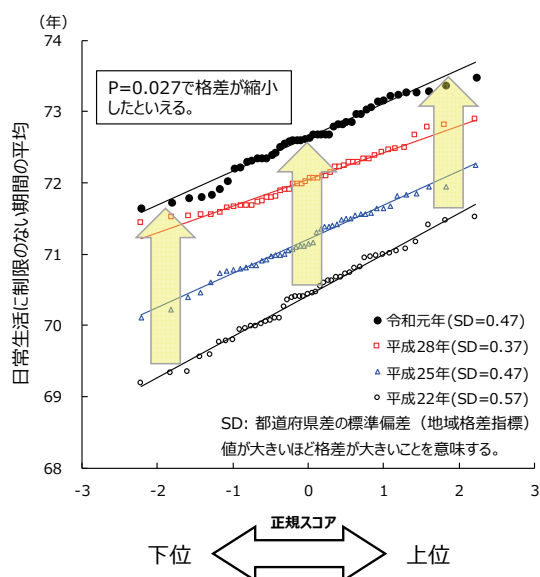
注：※日常生活に制限がない期間の平均の都道府県格差

- このようなことから、単純に最も長い県と短い県の差（図表Ⅱ-1-2、図表Ⅱ-1-3、図表Ⅱ-1-5（5-1））のみでは全都道府県間の格差の縮小に関する分析は十分ではなく、47 都道府県間のバラツキの大きさを標準偏差（都道府県差の標準偏差）で表すことで、都道府県格差の指標（地域格差指標）となると考える。
- 厚生労働科学研究「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（令和元（2019）年度～令和 3（2021）年度、研究代表者：辻一郎）において上記の地域格差指標を計算したところ、平成 22（2010）年、平成 25（2013）年、平成 28（2016）年、令和元（2019）年はそれぞれ、男性は 0.57 年、0.47 年、0.37 年、0.47 年（片側トレンド $p=0.027$ ）、女性は 0.64 年、0.60 年、0.53 年、0.62 年（片側トレンド $p=0.258$ ）となり、健康格差の縮小目標は、男性では目標達成といえるが、女性では目標達成とはいえないと判定された（図表Ⅱ-1-4、図表Ⅱ-1-5（5-2））。

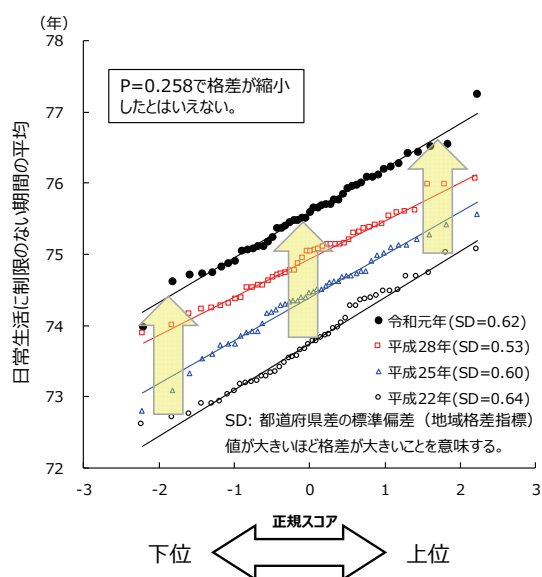
1.健康寿命の延伸と健康格差の縮小

図表Ⅱ-1-4：健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」の分布の推移
(都道府県別) 平成22(2010)年～令和元(2019)年

図表4-1：男性



図表4-2：女性



資料：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」(研究代表者 辻一郎)²⁾、「健康日本 21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」(研究代表者 辻一郎)³⁾において算出

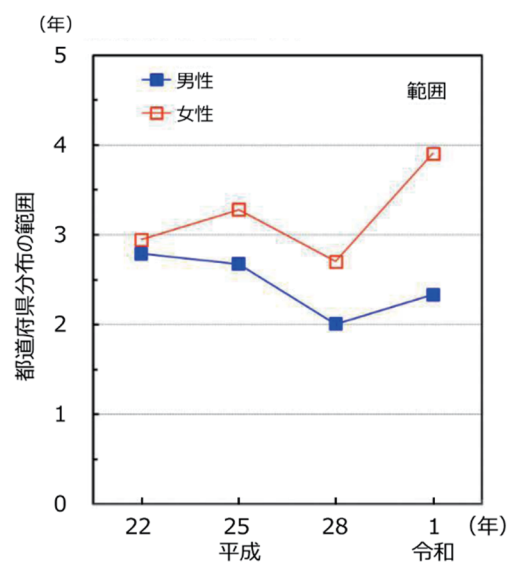
注1：標本誤差による偶然変動の影響を補正した値を用いているため、都道府県別健康寿命の公表値とは異なる

注2：平成28(2016)年の国民生活基礎調査においては、熊本地震により熊本県を調査対象としていないため、平成28(2016)年の都道府県別健康寿命には熊本県が含まれていない

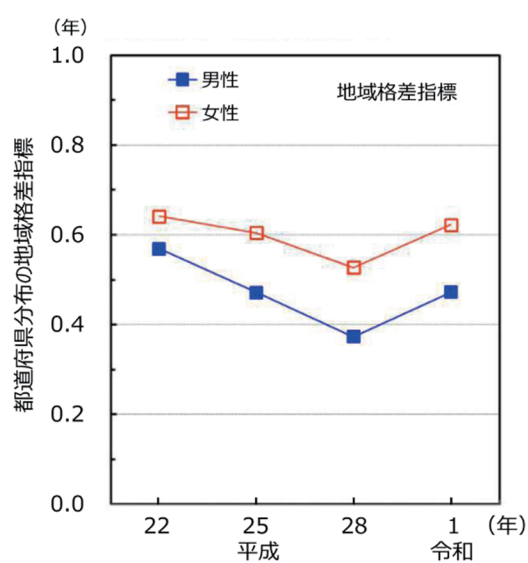
1.健康寿命の延伸と健康格差の縮小

図表Ⅱ-1-5：都道府県分布の範囲と地域格差指標

図表5-1：都道府県分布の範囲



図表5-2：都道府県分布の地域格差指標

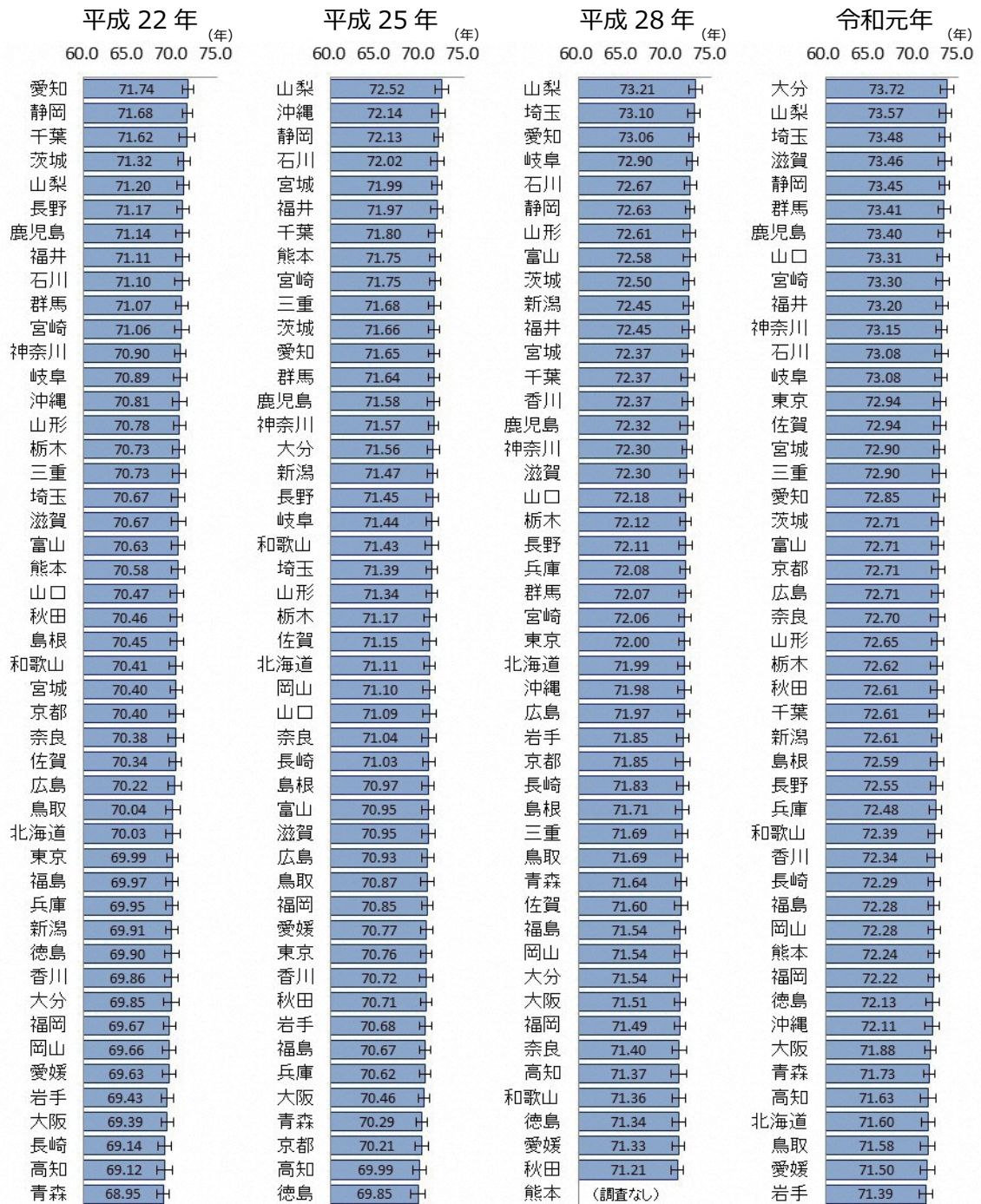


資料：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（研究代表者 辻一郎）²⁾、「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）³⁾ において算出

1.健康寿命の延伸と健康格差の縮小

図表Ⅱ-1-6：健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」（都道府県別）

図表 6-1：男性

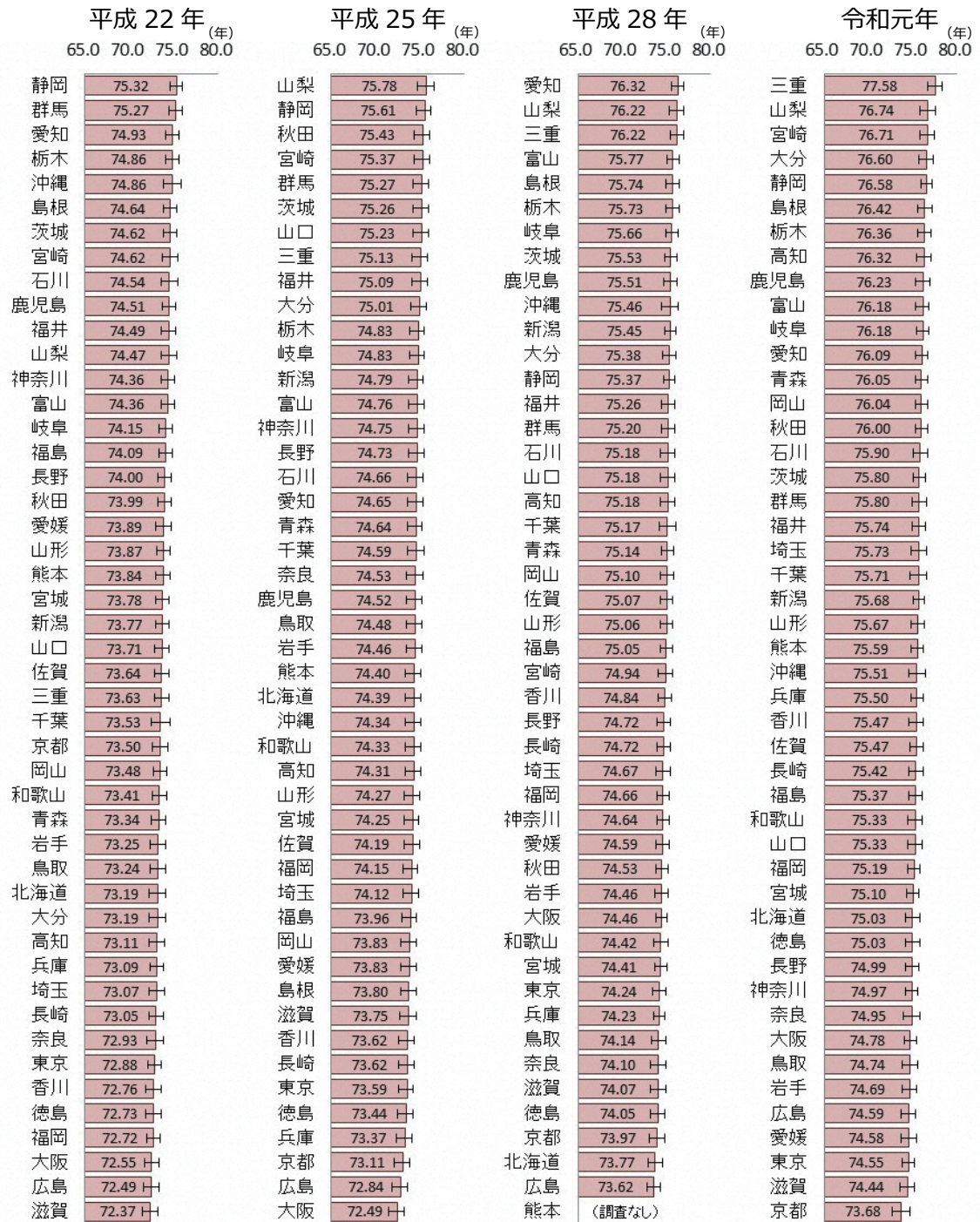


資料：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（研究代表者 辻一郎）²⁾、「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）³⁾において算出

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

1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

図表6-2：女性



資料：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（研究代表者 辻一郎）²⁾、「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（研究代表者 辻一郎）³⁾において算出

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

1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

2 関連する取組

＜領域全体に係る取組＞

- 健康寿命の全国値と都道府県値の推定値は、国民生活基礎調査（3年ごとに実施される大規模調査）の健康調査票における質問「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」に対する回答をもとに、厚生労働科学研究において計算されている^{2) 3)}。
- 国においては、平成 25（2013）年、平成 28（2016）年、令和元（2019）年の国民生活基礎調査のデータを用いて算出した健康寿命の値（全国、各都道府県及び政令指定都市）を公表した^{4) 5)}。
- 自治体が健康寿命を算定することを技術支援するため、研究班の研究成果として、健康寿命の算定方針、算定プログラム等を WEB サイト上に公表している（平成 24（2012）年 9 月～）⁵⁾。
- 研究成果として、地方自治体による効果的な健康施策展開のための既存データ（特定健康診査データ等）の活用の手引きを公表した（平成 25（2013）年 3 月）⁶⁾。

【関連する動き】

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

〔政府全体の動き〕

- 日本再興戦略 2016（平成 28（2016）年 6 月閣議決定）⁷⁾
- 健康・医療戦略（第 1 期：平成 26（2014）年 7 月閣議決定、第 2 期：令和 2（2020）年 3 月閣議決定）⁸⁾
- ニッポン一億総活躍プラン（平成 28（2016）年 6 月閣議決定）⁹⁾
- 経済財政運営と改革の基本方針 2019～「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦～（令和元（2019）年 6 月 21 日閣議決定）¹⁰⁾
- 成長戦略フォローアップ（2019：令和元（2019）年 6 月 21 日閣議決定、2020：令和 2（2020）年 7 月 17 日閣議決定）¹¹⁾
- 新経済・財政再生計画 改革工程表（2018：平成 30（2018）年 12 月 20 日閣議決定、2019：令和元（2019）年 12 月 18 日閣議決定、2020：令和 2（2020）年 12 月 18 日閣議決定、2021：令和 3（2021）年 12 月 23 日閣議決定）¹²⁾

〔厚生労働省等の動き〕

- 保健医療 2035 提言書（平成 27（2015）年 6 月「保健医療 2035」策定懇談会）¹³⁾
- スマート・ライフ・プロジェクト¹⁴⁾（健康寿命をのばそう！サロン、健康寿命をのばそう！アワード）

〔民間主導の活動体による取組〕

- 日本健康会議（平成 27（2015）年 7 月発足）¹⁵⁾
- 日本健康会議 2021（令和 3（2021）年～）¹⁵⁾
- 「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」において、健康寿命の定義や妥当性、目標等について整理を行い、報告書を取りまとめた（平成 31（2019）年 3 月）¹⁶⁾。
- 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部において、健康寿命延伸プランを策定し、2040

1.健康寿命の延伸と健康格差の縮小

年までに健康寿命を男女とも3年延伸し（2016年比）、75歳以上とすることを目指すこととした（令和元（2019）年5月「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」）¹⁷⁾。

【関連する研究】

- 健康寿命の延伸に関連して以下のような研究結果が報告されている²⁾。
 - 5つの生活習慣（①喫煙：非喫煙又は禁煙5年以上、②身体活動：1日平均歩行時間30分以上、③睡眠時間：1日平均睡眠時間6～8時間、④野菜摂取量：中央値以上、⑤果物摂取量：中央値以上）と健康寿命の関係について検証したところ、健康寿命の中央値は最低群（0～1つ該当）と比較して最高群（5つ該当）が25.4か月と、2年程度の差が認められた。
 - 肥満・高血圧レベルによらず、非喫煙群の健康寿命は喫煙群より健康寿命が短かった。
 - BMI25～27の者に比べ、BMI23未満又はBMI29以上の者で健康寿命が有意に短かった。
- 引き続き厚生労働科学研究で、健康寿命の延伸・短縮要因に関する研究³⁾、健康寿命の予測因子や地域間格差の要因分析の研究¹⁸⁾を推進していく。
- 健康格差に関しては、地域間格差だけでなく、社会経済的要因による健康格差も指摘されており、平成22（2010）年や平成30（2018）年の国民健康・栄養調査において所得と生活習慣等に関する状況の調査を行っている。
- 健康日本21（第二次）分析評価事業（受託者：国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所）において¹⁹⁾、国民健康・栄養調査結果の特別集計により健康日本21（第二次）実施期間中の体格及び生活習慣に関する都道府県格差の状況の変化を評価したところ、食塩摂取量について、都道府県格差が縮小していた。また、世帯収入と生活習慣等の状況の違いを評価したところ、望ましい変化は見られなかった（p.47～p.56参照）。
- 6NCコホート連携事業で「疾患横断的エビデンスに基づく健康寿命の延伸のための提言（第一次）」が作成された。（令和3（2021）年3月）²⁰⁾。

<各目標項目に係る取組>

- ① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）
- ② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）
 - 40 都道府県において管内市町村の健康寿命を把握している（令和元（2019）年末時点、厚生労働省健康局健康課による調査）。
 - 国保データベース（KDB）システムでは、市町村・二次医療圏別の平均自立期間を信頼区間とともに毎年算出し、国・県・同規模市と比較可能となっている²¹⁾。
 - その他、健康寿命の都道府県格差以外の格差を含めた都道府県における健康格差対策への取組の実施状況としては、
 - ①市町村の健康に関する指標や生活習慣の状況の格差の実態把握を実施：47 都道府県
 - ②その縮小に向けた対策を検討：43 都道府県

1.健康寿命の延伸と健康格差の縮小

③その検討結果に基づき格差の縮小に向けた対策を実施：41 都道府県であった（令和元（2019）年末時点、厚生労働省健康局健康課による調査）。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

＜各目標項目の評価の要因分析＞

① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）

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

② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）

評価は男性が「A 目標値に達した」、女性が「D 悪化している」であり、総合して「C 変わらない」であった。健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の都道府県格差は、男性では平均寿命と不健康寿命（日常生活に制限のある期間の平均）両方の格差の影響が大きく（令和元（2019）年都道府県別の健康寿命との相関係数：平均寿命 0.48、不健康寿命-0.41）、女性では不健康寿命の格差の影響が大きい（同：平均寿命-0.10、不健康寿命-0.85）。女性が「D 悪化している」のは、健康寿命が最も長い県と短い県が、他都道府県と比べて著しく長い・短いためである。健康寿命が最も短い県は、平均寿命は全国の上位である（長い）一方で不健康寿命も最も長い。ただし、不健康寿命の標準誤差が全国で最も大きいことから、解釈は慎重にすべきである。引き続き厚生労働科学研究で、地域格差の要因に関する研究を推進していく必要がある。

＜領域全体としての評価＞

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

1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

4 今後の取組と課題

<領域全体としての課題>

- 生活習慣の改善が健康寿命の延伸に寄与することは研究により示されているものの、都道府県・市町村レベルでの健康格差の確固たる要因の把握については、更なる研究が必要である。しかし、生活習慣を改善することは健康寿命の延伸に寄与することが示されているため、都道府県・市町村においては、住民の生活習慣改善を目指し、社会全体で予防・健康づくりを進める環境づくりに努めていく必要がある。
- 健康寿命延伸プランにおいては²²⁾、「健康寿命延伸に向けた取組」として「次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等」、「疾病予防・重症化予防」、「介護予防・フレイル対策、認知症予防」を重点取組分野とし、①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域間の格差の解消という2つの観点から健康寿命の延伸を目指すこととしている。また、骨太の方針（平成30（2018）年6月15日閣議決定）において²³⁾、「社会全体の活力を維持していく基盤として、健康寿命を延伸し、平均寿命との差を縮小することを目指す。」とされていることを踏まえ、今後目標の達成に向けた具体的な施策を取りまとめ実施していく必要がある。
- 国としては、引き続き各都道府県の健康寿命を算定して公表し、その動向と関連要因を検討するべきである。都道府県においては各市町村での健康寿命を算定することが望ましい。また、都道府県が各種の調査・統計を活用することにより、都道府県内の市区町村における健康格差の実態を解明し、その縮小に向けた取組を行うことが望ましい。ただし、その実施に当たっては、生命表を用いた計算方法や人口規模の小さな自治体におけるデータの取扱い等の点で統計学上の高度な知識・技術が必要となるので、都道府県に対する技術支援（研修会等による人材育成、算定ソフトの提供等）を行うことが望ましい。
- 健康寿命の算出に当たっては算出上の誤差が含まれるため、特に都道府県間の比較をする場合等には95%信頼区間も考慮して検討する必要がある。
- 健康寿命の延伸という課題に取り組むに当たって、健康増進・疾病予防が担う役割は極めて大きいものであるが、それに加えて疾病の早期発見、適切な治療管理による疾病の重症化予防、さらには介護予防や介護サービス等、様々な取組が必要となる。住民一人一人の健康レベルやリスク、さらには保健医療福祉介護ニーズに応じて、これらの取組を切れ目なく総合的に提供できるシステム（地域包括ケア）の構築が求められる。
- 健康寿命以外の観点から健康格差を把握することも検討する必要がある。国が実施している各種調査（人口動態調査、国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査、患者調査、介護給付費実態調査等）について、各都道府県における生活習慣・健康状態・疾病・介護保険の利用等に関する状況を比較できるように集計し、その結果を公表することが望ましい。
- 食塩摂取量は全体として減少し、都道府県間の格差は縮小した。これには国が都道府県別の食塩摂取量を公表したことを受けて、都道府県での取組が進んだことが考えられる（p.47～p.48「参考1」及び栄養・食生活領域の記載参照）。BMI、野菜摂取量、喫煙率に関しては都道府県格差の望ましい縮小（全体として改善し、かつ格差が縮小する）は認められなかったが、引き続き都道府県での取組が推進されるように集計結果の公表について工夫していくことが望ましい。

1.健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- 健康寿命の延伸や都道府県格差の縮小の評価に当たっては、健康日本 21（第二次）の各領域の評価や取組状況との関係を検討するとともに、生活習慣等の変化から健康寿命の延伸に至るまでにかかるタイムラグも含めて検討が必要であると考えられる。

＜各目標項目に係る課題＞

① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）

- 国民生活基礎調査（大規模調査）の 3 年ごとの調査データを用い、引き続き健康寿命を算出する。
- 「日常生活動作が自立している期間の平均」（要介護 2 以上になるまでの期間）を補完的指標として用いる。
- 都道府県においては各市町村での健康寿命（「日常生活動作が自立している期間の平均」等）を算定することが望ましい。各都道府県による独自の計算のほか、国保データベース（KDB）システムの利用も可能である。
- 都道府県が各種の調査・統計を活用することにより、都道府県内の市区町村における健康格差の実態を解明し、その縮小に向けた取組を行うことが望ましい。
- 厚生労働科学研究で、健康寿命の予測因子や地域間格差の要因を分析し取りまとめ、次期国民健康づくり運動プランへの提言を行う予定である^{3) 18)}。
- 健康寿命の延伸要因については研究途上にあり、引き続き研究を推進する必要がある。
- 令和元（2019）年に策定された健康寿命延伸プランにそって²²⁾、令和 22（2040）年までに健康寿命を男女ともに 3 年以上延伸し 75 歳以上とすることを目指して、各種取組を推進する。
- 疾病や障害を有したとしても、日常生活への制限が最小限にとどまり、主観的健康観を保つことができる社会づくりや福祉の充実等によって、日常生活に制限のない期間を延ばすことが望まれる。

② 健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）

- 厚生労働科学研究費補助金にて、健康寿命の全国推移と地域格差の算定と評価方法の研究を行う。また、健康日本 21（第二次）の主要目標項目のうち都道府県データから得られる指標についての分析及び各指標の地域格差の要因分析についての研究を行う。
- 健康格差対策に取り組む都道府県は、令和元（2019）年末時点で 41 都道府県となっており、引き続き目標項目である「健康格差対策に取り組む自治体の増加（目標：47 都道府県）」を達成するために取組を推進していく。
- 厚生労働科学研究で、健康寿命の予測因子や地域間格差の要因を分析して取りまとめ、次期国民健康づくり運動プランへの提言を行う¹⁸⁾。
- 令和元（2019）年に策定された健康寿命延伸プランにそって²²⁾、健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進や地域・保険者間の格差解消に向け、各種取組を推進する。
- 健康日本 21（第二次）においては、健康格差の指標として健康寿命の都道府県格差をみているが、今後は国においても都道府県格差のみでなく、市町村格差等より小さい単位での地域間格差も把握し、対策を検討する必要がある。

1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- 健康寿命の都道府県格差の縮小は、全ての都道府県で健康寿命が延伸すると同時に、健康寿命が短い県ほどより大きく延伸することによって達成されるべきである。都道府県格差の指標は最も長い県と短い県の差だけでなく、都道府県全体の格差の縮小に関する指標も考慮する必要がある。
- また、地域間格差のみでなく、保険者間格差や、所得・学歴・職業等の社会経済的要因による集団間格差等も把握していく必要があると考える。
- 国が実施している各種調査（国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査、患者調査、介護給付費実態調査等）について、各都道府県における生活習慣・健康状態・疾病・介護保険の利用等に関する状況を比較できるように集計し、その結果を公表することが望ましい。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 新型コロナウイルス感染症の流行下において、健康格差が拡大しているという懸念があり対策の検討が必要である。
- 健康寿命の延伸は、生活習慣病の予防及び社会生活を営むために必要な機能の維持・向上等により達成を目指すものであるから、新型コロナウイルス感染症の流行下における各分野の動向を注視していく必要がある。
- 新型コロナウイルス感染症による死亡は、令和2（2020）年の平均寿命を、男性で 0.03 年、女性で 0.02 年、短縮する方向に寄与したと考えられる（令和2（2020）年簡易生命表²⁴⁾）。

<参考文献・URL>

- 1) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会、健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料、平成 24（2012）年 7 月。
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf
- 2) 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（平成 28（2016）年度～平成 30（2018）年度、研究代表者 辻一郎）総括・分担研究報告書。
- 3) 厚生労働行政推進調査事業費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（令和元（2019）年度～令和 3（2021）年度、研究代表者 辻一郎）総括・分担研究報告書。
- 4) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会、第 16 回健康日本 21（第二次）推進専門委員会 資料、令和 3（2021）年 12 月。
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_22740.html
- 5) 厚生労働科学研究 健康寿命のページ（グループ代表 橋本修二）。
<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>
- 6) 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「生活習慣病予防活動・疾病管理による健康指標に及ぼす影響と医療費適正化効果に関する研究」（平成 22（2010）年度～平成 24（2012）年度、研究代表者 津下一代）地方自治体

1.健康寿命の延伸と健康格差の縮小

による効果的な健康施策展開のための既存データ（特定健診データ等）活用の手引き。

- 7) 日本再興戦略
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/kettei.html>
- 8) 健康・医療戦略
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryoku/senryaku/>
- 9) 「ニッポン一億総活躍プラン」. 平成 28（2016）年 6 月.
<https://www.kantei.go.jp/jp/headline/ichiokusoukatsuyaku/>
- 10) 「経済財政運営と改革の基本方針 2019」. 令和元（2019）年 6 月.
<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2019/decision0621.html>
- 11) 「成長戦略フォローアップ」. 令和 3（2021）年 6 月.
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/portal/follow_up/
- 12) 新経済・財政再生計画 改革工程表
<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/>
- 13) 「保健医療 2035」策定懇談会. 保健医療 2035 提言書. 平成 27（2015）年 6 月.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000088369.html>
- 14) スマート・ライフ・プロジェクト
<https://www.smartlife.mhlw.go.jp/>
- 15) 日本健康会議
<https://kenkokaigi.jp/about/>
- 16) 健康寿命のあり方に関する有識者研究会
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04074.html
- 17) 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakaihoshyou_306350_00001.html
- 18) 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「生活習慣及び社会生活等が健康寿命に及ぼす影響の解析とその改善効果についての研究」（令和元（2019）年度～令和 3（2021）年度、研究代表者 近藤尚己）
- 19) 医薬基盤・健康・栄養研究所. 健康日本 21（第二次）分析評価事業.
<https://www.nibiohn.go.jp/eiken/kenkounippon21/>
- 20) 国立高度専門医療研究センター 6 機関（国立がん研究センター、国立循環器病研究センター、国立精神・神経医療研究センター、国立国際医療研究センター、国立成育医療研究センター、国立長寿医療研究センター）. 疾患横断的エビデンスに基づく健康寿命の延伸のための提言（第一次）.
<https://www.ncc.go.jp/jp/icc/cohort/040/010/>
- 21) 国民健康保険中央会. 国保データベース（K D B）システム.
<https://www.kokuho.or.jp/hoken/kdb.html>
- 22) 厚生労働省. 第 2 回 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部 資料 4 .健康寿命延伸プラン. 令和元（2019）年 5 月.

1 .健康寿命の延伸と健康格差の縮小

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000101520_00002.html

- 23) 「経済財政運営と改革の基本方針 2018」. 平成 30 (2018) 年 6 月.

<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2018/decision0615.html>

- 24) 厚生労働省「令和 2 年簡易生命表」

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life20/index.html>

【参考 1】 体格及び生活習慣に関する都道府県格差の状況

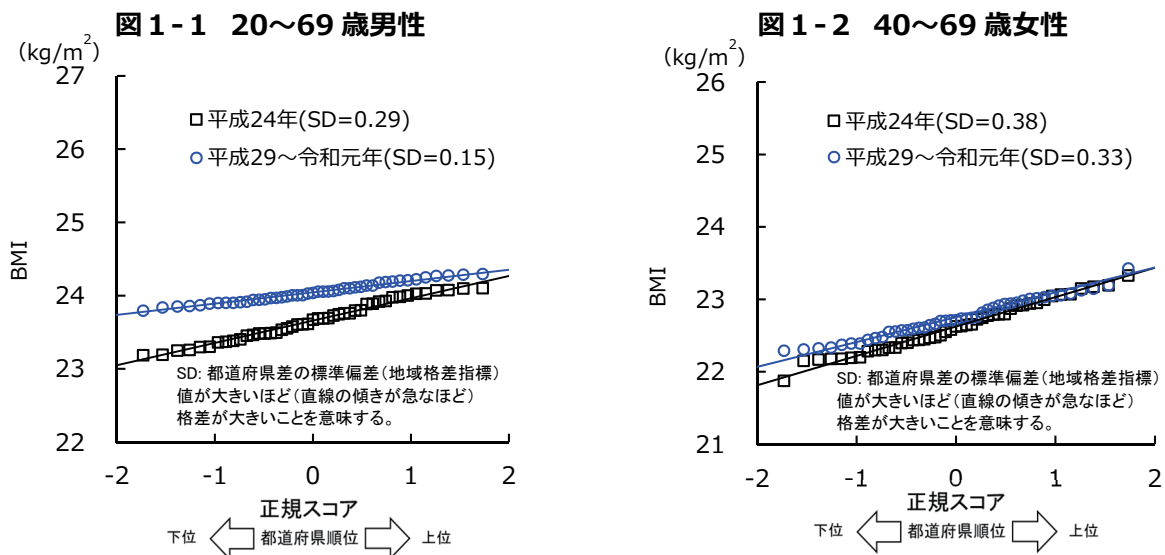
～健康日本 21（第二次）分析評価事業（受託先：国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所）より～

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

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

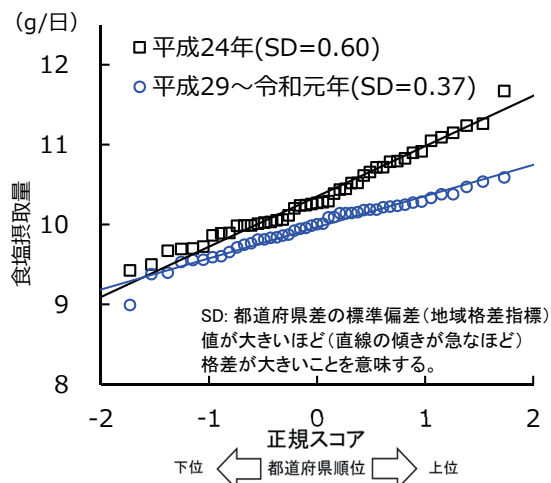
○BMI の全国平均値は、平成 24 年と比較して平成 29～令和元年は、男性ではやや増加（ $23.6\text{kg/m}^2 \Rightarrow 24.0\text{kg/m}^2$ ）しており、女性では大きな差はみられなかった（ $22.5\text{kg/m}^2 \Rightarrow 22.6\text{kg/m}^2$ ）。都道府県間の格差は、男女ともに平成 24 年と平成 29～令和元年の 2 時点間で有意な変化はなかった（図 1-1、図 1-2）。

図 1：BMI の分布の推移



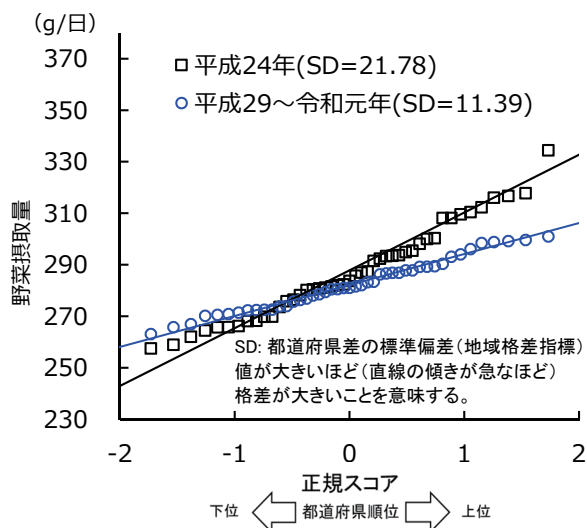
○食塩摂取量の全国平均値は、平成 24 年と比較して平成 29～令和元年では減少し、改善傾向が見られた（ $10.4\text{g/日} \Rightarrow 10.0\text{g/日}$ ）。また、都道府県間の格差も縮小した（図 2）。

図 2：食塩摂取量の分布の推移（20 歳以上、男女計）



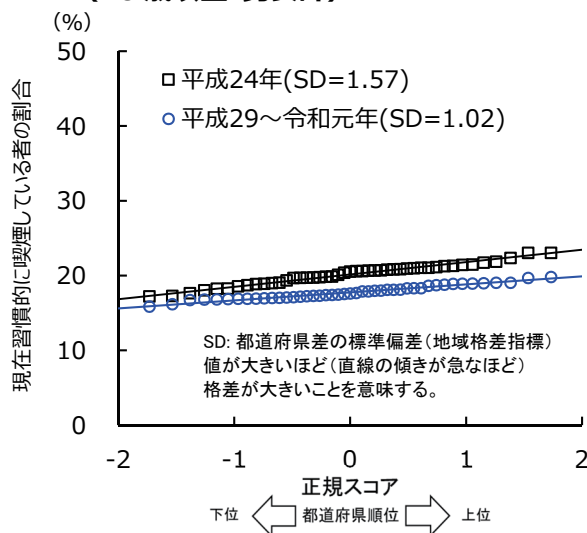
○野菜摂取量の全国平均値は、平成 24 年に摂取量が多かった上位の数県を除き大きな変化はなく、改善傾向は見られなかった（288g/日⇒281g/日）。高摂取の都道府県ほど大きく減少する傾向にあったため、平成 24 年と平成 29～令和元年の 2 時点間で都道府県間の格差は縮小したが、望ましい変化ではなかった（図 3）。

図 3：野菜摂取量の分布の推移（20 歳以上、男女計）



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

図 4：現在習慣的に喫煙している者の割合の分布の推移（20 歳以上・男女計）



＜参考：グラフの見方＞

平成 24 年（大規模年）と平成 29～令和元年（通常年のプールデータ）の都道府県格差の指標の変化を視覚的に把握しやすいよう、X 軸を都道府県順位の正規スコア、Y 軸を都道府県別補正值として正規プロットで図示した（誤差分散を補正した値であり単純な年齢調整平均値とは異なる。）。直線が上方に移動していれば全体として値が上昇したことを意味し、直線の傾きが急なほど都道府県の差が大きいことを意味する。

【参考 2】

世帯収入と生活習慣等に関する状況

1. 集計の目的

健康日本 21(第二次)の 10 の目標項目について、健康日本 21(第二次)の実施期間に世帯収入カテゴリ間の生活習慣等の状況の違いが年次によって変化したかどうかの評価をした。評価した項目は、エネルギー調整済み食塩摂取量の平均値、野菜摂取量の平均値、果物摂取量が 100g 未満の者の割合、運動習慣のある者の割合、歩数の平均値、現在習慣的に喫煙している者の割合、生活習慣病リスクを高める量を飲酒している者の割合、睡眠による休養が十分にとれていない者の割合、肥満の者の割合、やせの者の割合である。

2. 集計の対象年度、対象者

国民健康・栄養調査の生活習慣調査において、平成 22 年、平成 23 年、平成 26 年、平成 30 年に世帯収入を調査した。今回の集計では、健康日本 21(第二次)のベースライン(平成 22 年)と、平成 26 年、平成 30 年データを用いた。

世帯主又は世帯の代表者が、過去 1 年間の年間世帯収入について回答した。平成 22 年と平成 26 年は、「200 万円未満」「200 万円以上～600 万円未満」「600 万円以上」「わからない」の 4 択から、平成 30 年は、「200 万円未満」「200 万円以上 400 万円未満」「400 万円以上 600 万円未満」「600 万円以上」「わからない」の 5 択から回答した。

世帯収入の質問に対して、「わからない」以外の回答をした世帯における 20 歳以上の世帯員であって、性別・年齢の情報が明らかな者を集計対象とした。また目標項目ごとに、各項目の情報が得られなかったものを除外した。

3. 集計方法

集計対象者を「200 万円未満」「200 万円以上～600 万円未満」「600 万円以上」のいずれかの所得群に分類し、性別・年度別・所得群別に各評価項目の調整平均値又は調整割合を算出した。値は、「平成 22 年国勢調査による基準人口の年齢区分(20 歳～29 歳、30 歳～39 歳、40 歳～49 歳、50 歳～59 歳、60 歳～69 歳、70 歳以上の 6 区分)」と世帯員数(連続値)で調整した。平成 30 年調査では世帯主又は世帯の代表者が世帯員数の質問に回答しているが、平成 22 年と平成 26 年は、世帯人数を調査していない。そのため、全ての調査年で世帯当たりの国民健康・栄養調査参加人数を世帯員数として用いた。

また調査年によって調整平均値又は調整割合に違いがあるかを評価するために、調査年をカテゴリ変数とした重回帰分析によって p 値(年次間の一様性)を算出し、調整平均値又は調整割合の線形経年変化の傾向を評価するために、調査年を連続変数とした重回帰分析によって p 値(年次間の傾向性)を算出して検定を行った。

世帯収入カテゴリ間の違いが年次により縮小又は拡大したかどうかは、調査年カテゴリ、収入カテゴリ、調査年カテゴリ×収入カテゴリの交互作用、年齢カテゴリ、世帯員数を含むモデルを用いて、調査年カテゴリ×収入カテゴリの交互作用の p 値(以下、交互作用 p 値)に基づき検定した。

4. 結果

4-1. 男性における結果(表1・図1)

- ① エネルギー調整済み食塩摂取量の調整平均値は、所得に関わらず有意に減少していたため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.72)。
- ② 野菜の摂取量の調整平均値は、所得に関わらず、平成 22 年、平成 26 年、平成 30 年の間に有意な違いがあったが、線形経年変化はみられず、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.26)。
- ③ 果物摂取量 100g 未満の者の調整割合は、所得に関わらず、有意に増加していたため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.71)。
- ④ 運動習慣のある者の調整割合は、所得に関わらず、有意に減少していたため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.52)。
- ⑤ 歩数の調整平均値は、所得に関わらず、有意な増減はなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.07)。
- ⑥ 現在習慣的に喫煙している者の調整割合は、所得に関わらず、有意な増減はなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.47)。
- ⑦ 生活習慣病リスクを高める飲酒をしている者の調整割合は、所得に関わらず、有意な増減はなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.11)。
- ⑧ 睡眠による休養が十分にとれていない者の調整割合は、所得に関わらず、平成 22 年と平成 26 年で有意な違いはなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.73)。
- ⑨ 肥満の者の調整割合は、所得に関わらず、平成 22 年、平成 26 年、平成 30 年の間に有意な違いがあったが、線形経年変化はみられず、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.60)。
- ⑩ やせの者の調整割合は、所得に関わらず、有意な増減はなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.83)。

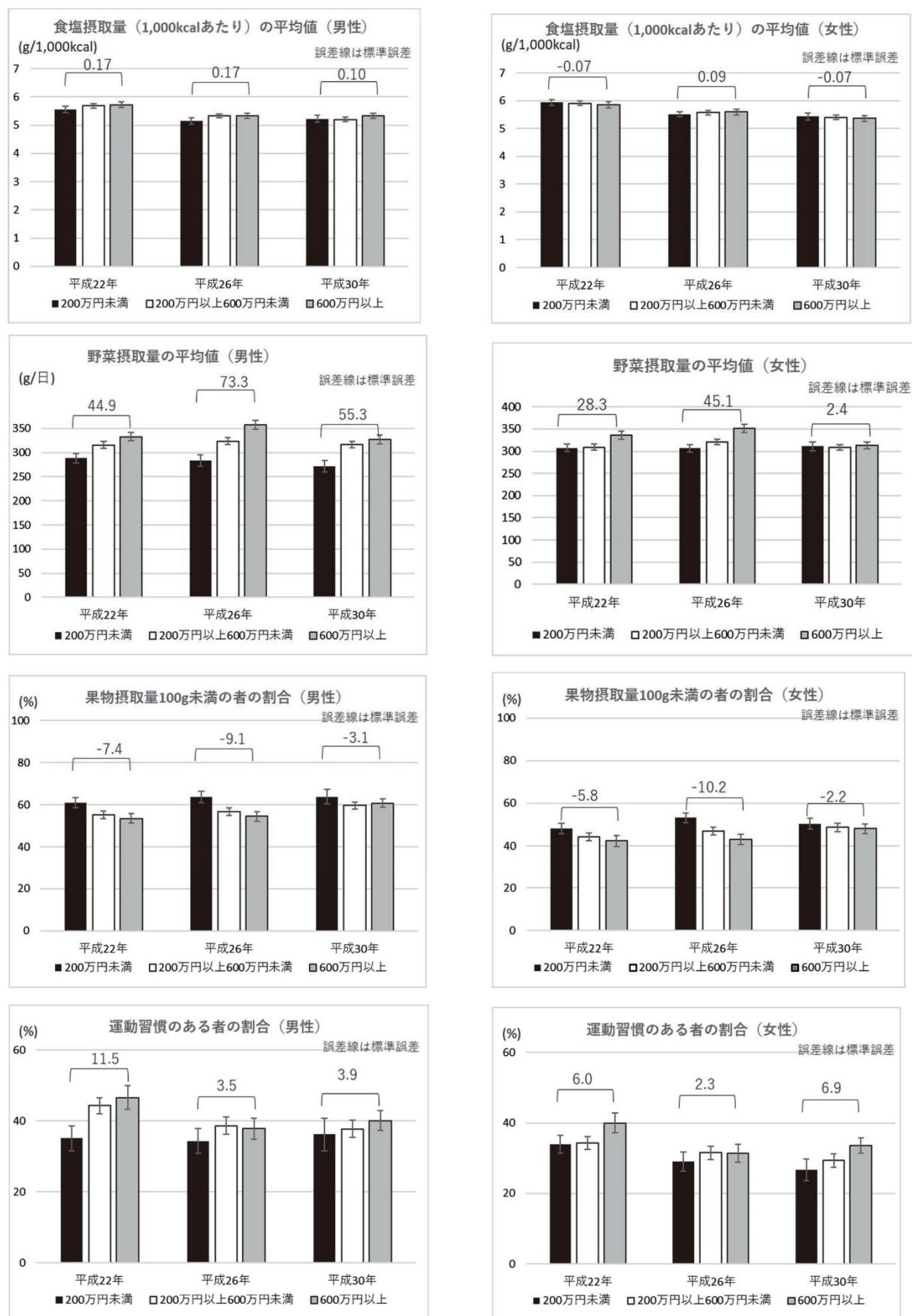
4-2. 女性における結果(表1・図1)

- ① エネルギー調整済み食塩摂取量の調整平均値は、所得に関わらず、有意に減少していたため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.85)。
- ② 野菜摂取量の調整平均値は、平成 22 年、平成 26 年、平成 30 年の間に有意な違いがあった。平成 26 年は 200 万円未満で 306.7g/日、600 万円以上で 351.9g/日であり 45.1g/日の差があったが、平成 30 年は 200 万円未満で 310.8g/日、600 万円以上で 313.2g/日で 2.4g/日の差があった。600 万円以上で減少したため、収入カテゴリ間の違いとしては有意に小さくなった(交互作用p値=0.03)。
- ③ 果物摂取量 100g 未満の者の調整割合は、所得に関わらず、有意に増加していたため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.37)。
- ④ 運動習慣のある者の調整割合は、所得に関わらず、有意に減少していたため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.35)。

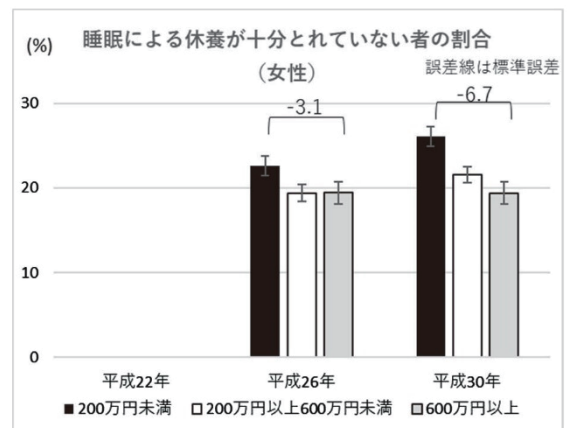
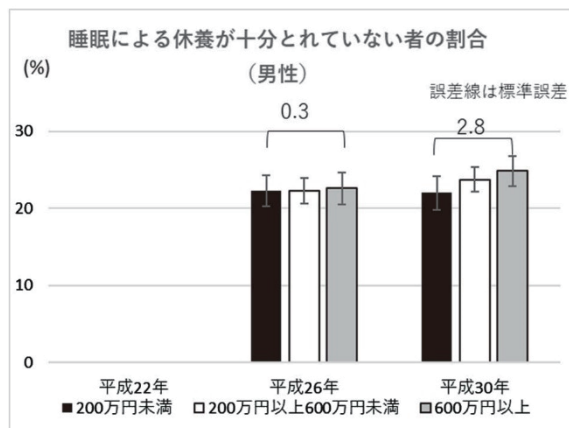
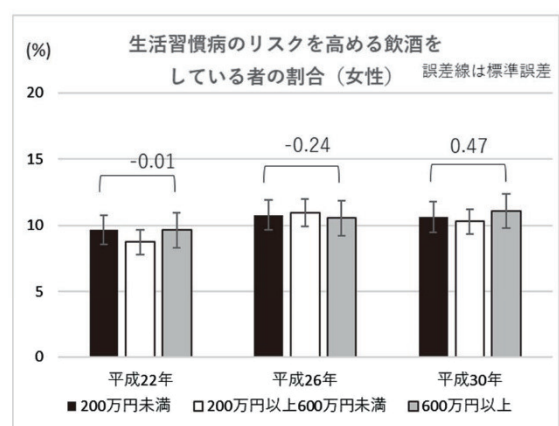
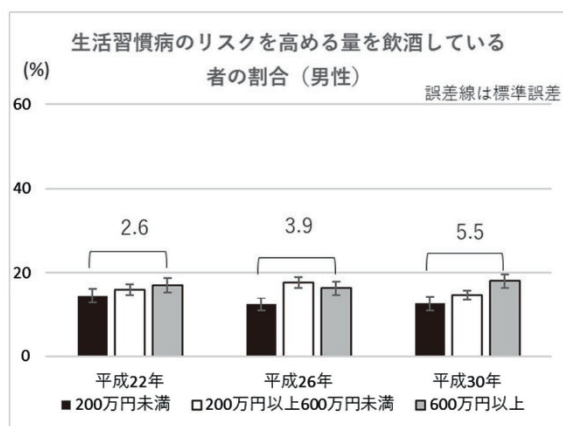
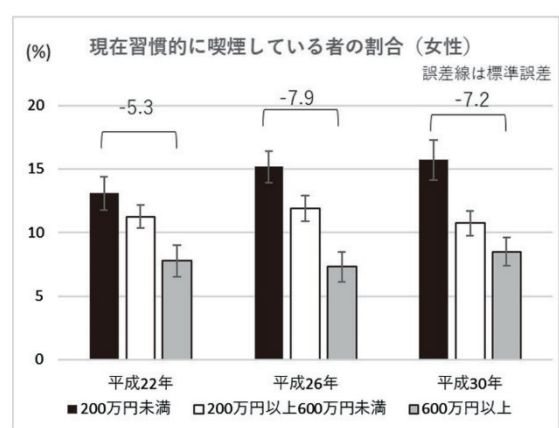
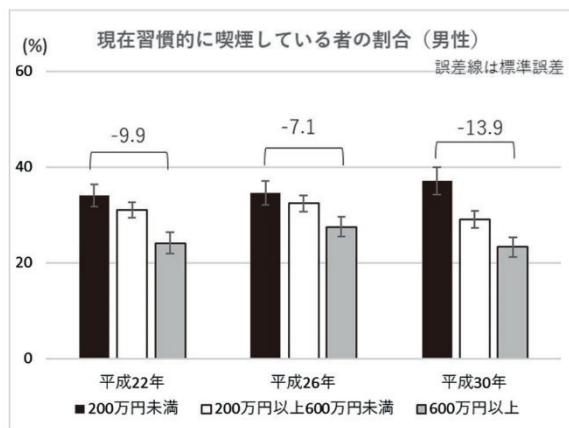
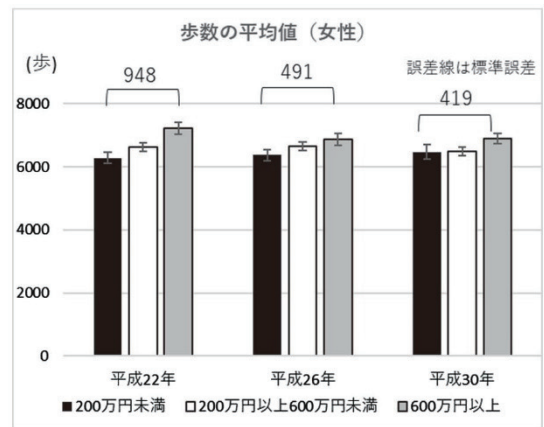
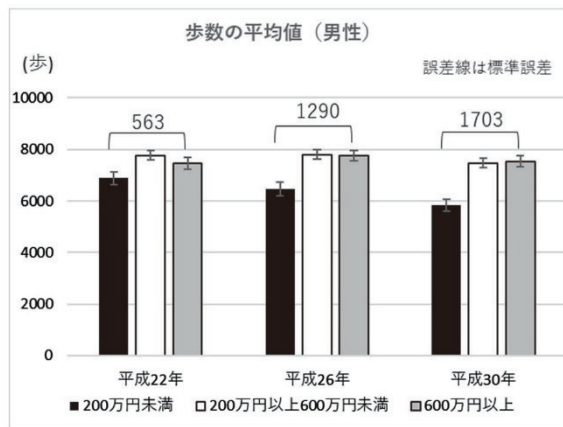
- ⑤ 歩数の調整平均値は、所得に関わらず、有意な増減はなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.24)。
- ⑥ 現在習慣的に喫煙している者の調整割合は、所得に関わらず、有意な増減はなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.34)。
- ⑦ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の調整割合は、所得に関わらず、有意に増加していたため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.91)。
- ⑧ 睡眠による休養が十分にとれていない者の調整割合は、所得に関わらず、平成 22 年と平成 26 年で有意な違いはなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.48)。
- ⑨ 肥満の者の調整割合は、平成 22 年、平成 26 年、平成 30 年の間に有意な増減がなかった。平成 22 年は 200 万円未満で 22.3%、600 万円以上で 11.5%であり－10.8%の差があったが、平成 30 年は 200 万円未満で 16.8%、600 万円以上で 15.2%であり－1.6%の差があった。200 万円未満で減少したものの 600 万円以上では増加したため、収入カテゴリ間の違いとしては有意に小さくなった(交互作用p値=0.01)。
- ⑩ やせの者の調整割合は、所得に関わらず、有意な増減はなかったため、収入カテゴリ間の違いに有意な変化は認められなかった(交互作用p値=0.23)。

※本集計は、「健康日本 21(第二次)分析評価事業」(受託者:国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所)において実施

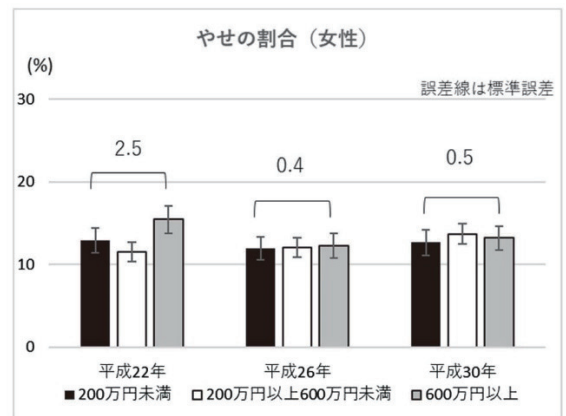
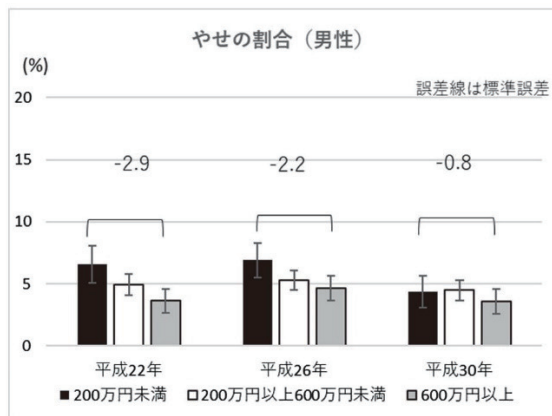
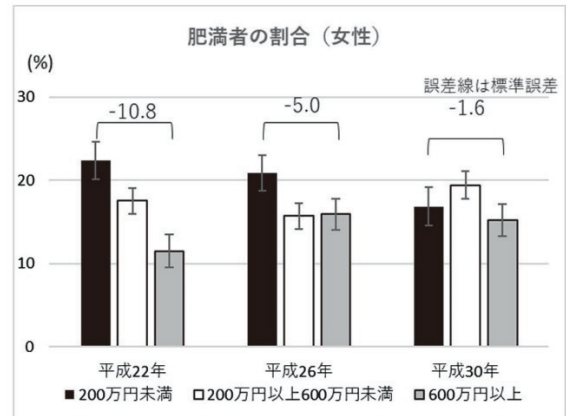
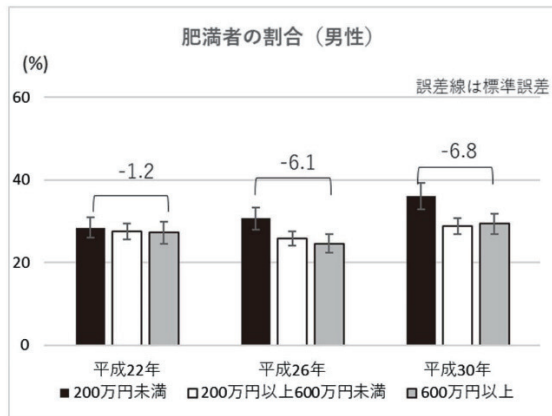
図 1. 健康日本 21(第二次)の実施期間における世帯収入カテゴリ間の生活習慣等の状況の違い



1.健康寿命の延伸と健康格差の縮小



1.健康寿命の延伸と健康格差の縮小



1.健康寿命の延伸と健康格差の縮小

表 1. 健康日本 21(第二次)の実施期間における世帯収入カテゴリ間の生活習慣等の状況の違い^{注1～3)}

	200 万円未満			200 万円以上 600 万円未満			600 万円以上			調査年と収入の 交互作用の p 値 (群間の差の経年変化) ^{注4)}
	人数	割合又は 平均値	標準 誤差	人数	割合又は 平均値	標準 誤差	人数	割合又は 平均値	標準 誤差	
男性										
エネルギー調整済み食塩摂取量の平均値 (g/1000kcal)										0.72
平成 22 年	455	5.55	0.11	1,716	5.68	0.08	755	5.72	0.10	
平成 26 年	423	5.16	0.11	1,623	5.33	0.07	758	5.32	0.09	
平成 30 年	283	5.23	0.13	1,259	5.20	0.08	828	5.32	0.09	
p値(年次間の一様性)					<0.0001					
p値(年次間のトレンド)					<0.0001					
野菜摂取量の平均値										0.26
平成 22 年	455	288.2	10.1	1,716	315.8	6.8	755	333.1	8.2	
平成 26 年	423	283.8	11.8	1,623	323.6	7.5	758	357.0	9.4	
平成 30 年	283	271.6	12.0	1,259	316.1	6.8	828	327.4	8.8	
p値(年次間の一様性)					0.03					
p値(年次間のトレンド)					0.51					
果物摂取量 100g 未満の者の割合										0.71
平成 22 年	455	60.9	2.4	1,716	55.2	1.7	755	53.5	2.2	
平成 26 年	423	63.7	2.6	1,623	56.7	1.8	758	54.6	2.3	
平成 30 年	283	63.8	3.4	1,259	59.7	1.7	828	60.8	2.0	
p値(年次間の一様性)					0.0004					
p値(年次間のトレンド)					0.0001					
運動習慣のある者の割合										0.52
平成 22 年	302	35.1	3.5	1,050	44.3	2.3	381	46.6	3.4	
平成 26 年	267	34.3	3.5	973	38.7	2.4	393	37.8	3.0	
平成 30 年	180	36.2	4.7	731	37.8	2.4	408	40.1	2.8	
p値(年次間の一様性)					0.009					
p値(年次間のトレンド)					0.008					
歩数の平均値										0.07
平成 22 年	403	6,892	250	1,631	7,776	184	721	7,455	239	
平成 26 年	383	6,469	254	1,537	7,807	171	743	7,759	208	
平成 30 年	255	5,830	229	1,189	7,476	179	806	7,533	217	
p値(年次間の一様性)					0.05					
p値(年次間のトレンド)					0.06					
現在習慣的に喫煙している者の割合										0.47
平成 22 年	498	34.1	2.4	1,897	31.0	1.7	816	24.2	2.3	
平成 26 年	498	34.6	2.5	1,853	32.4	1.7	867	27.5	2.0	
平成 30 年	340	37.1	2.8	1,441	29.1	1.7	934	23.3	2.1	
p値(年次間の一様性)					0.09					
p値(年次間のトレンド)					0.52					
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										0.11
平成 22 年	497	14.5	1.6	1,898	16.0	1.3	816	17.1	1.7	
平成 26 年	502	12.4	1.6	1,853	17.6	1.3	867	16.3	1.7	
平成 30 年	341	12.6	1.7	1,442	14.6	1.2	936	18.1	1.6	
p値(年次間の一様性)					0.54					
p値(年次間のトレンド)					0.50					
睡眠による休養が十分とれていない者の割合										0.73
平成 22 年	502	22.3	2.0	1,855	22.3	1.6	867	22.6	2.1	
平成 26 年	341	22.0	2.2	1,443	23.7	1.6	936	24.8	2.0	
平成 30 年										
p値(年次間の一様性)					0.19					
肥満者の割合										0.60
平成 22 年	380	28.5	2.5	1,438	27.6	1.9	600	27.3	2.7	
平成 26 年	383	30.7	2.7	1,457	25.9	1.7	659	24.6	2.3	
平成 30 年	262	36.2	3.2	1,160	28.9	1.9	735	29.4	2.4	
p値(年次間の一様性)					0.02					
p値(年次間のトレンド)					0.11					
やせの者の割合										0.83
平成 22 年	380	6.6	1.5	1,438	4.9	0.9	600	3.6	1.0	
平成 26 年	383	6.9	1.4	1,457	5.3	0.8	659	4.7	1.0	
平成 30 年	262	4.4	1.3	1,160	4.5	0.8	735	3.6	1.0	
p値(年次間の一様性)					0.19					
p値(年次間のトレンド)					0.38					
女性										
エネルギー調整済み食塩摂取量の平均値 (g/1000kcal)										0.85
平成 22 年	678	5.93	0.10	1,880	5.90	0.08	829	5.86	0.12	
平成 26 年	620	5.50	0.10	1,776	5.57	0.08	842	5.59	0.10	
平成 30 年	455	5.43	0.12	1,389	5.40	0.08	906	5.36	0.10	
p値(年次間の一様性)					<.0001					
p値(年次間のトレンド)					<.0001					

1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

野菜摂取量の平均値										0.03
平成 22 年	678	307.7	8.5	1,880	309.2	6.6	829	336.0	8.5	
平成 26 年	620	306.7	8.4	1,776	320.9	6.4	842	351.9	9.0	
平成 30 年	455	310.8	10.6	1,389	308.8	6.4	906	313.2	8.2	
p 値(年次間の一様性)					0.005					
p 値(年次間のトレンド)					0.27					
果物摂取量 100g 未満の者の割合										0.37
平成 22 年	678	48.1	2.3	1,880	44.1	1.8	829	42.3	2.5	
平成 26 年	620	53.2	2.3	1,776	46.9	1.8	842	43.0	2.3	
平成 30 年	455	50.3	2.6	1,389	48.6	1.9	906	48.1	2.3	
p 値(年次間の一様性)					0.004					
p 値(年次間のトレンド)					0.0009					
運動習慣のある者の割合										0.35
平成 22 年	492	34.0	2.6	1,315	34.3	1.8	505	39.9	2.8	
平成 26 年	417	29.1	2.7	1,146	31.5	1.9	546	31.4	2.5	
平成 30 年	327	26.7	3.0	917	29.4	1.9	563	33.6	2.2	
p 値(年次間の一様性)					0.001					
p 値(年次間のトレンド)					0.0004					
歩数の平均値										0.24
平成 22 年	608	6,276	181	1813	6,615	137	800	7,225	187	
平成 26 年	570	6,371	175	1673	6,661	137	813	6,862	191	
平成 30 年	398	6,471	227	1305	6,480	137	874	6,890	163	
p 値(年次間の一様性)					0.51					
p 値(年次間のトレンド)					0.26					
現在習慣的に喫煙している者の割合										0.34
平成 22 年	719	13.1	1.3	2,034	11.2	0.9	878	7.8	1.2	
平成 26 年	703	15.2	1.3	1,996	11.9	1.0	935	7.3	1.2	
平成 30 年	532	15.7	1.6	1,573	10.7	1.0	1,008	8.5	1.1	
p 値(年次間の一様性)					0.64					
p 値(年次間のトレンド)					0.51					
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										0.91
平成 22 年	719	9.6	1.1	2,037	8.7	0.9	877	9.6	1.3	
平成 26 年	705	10.8	1.1	1,996	10.9	1.0	936	10.5	1.3	
平成 30 年	531	10.6	1.2	1,572	10.3	0.9	1,008	11.1	1.3	
p 値(年次間の一様性)					0.02					
p 値(年次間のトレンド)					0.03					
睡眠による休養が十分とれていない者の割合										0.48
平成 22 年	705	22.6	1.7	1,997	19.4	1.6	937	19.4	2.1	
平成 26 年	532	26.1	1.9	1,570	21.5	1.5	1,006	19.4	2.0	
平成 30 年										
p 値(年次間の一様性)					0.08					
肥満者の割合										0.01
平成 22 年	587	22.3	2.3	1,634	17.5	1.6	686	11.5	1.9	
平成 26 年	576	20.9	2.2	1,565	15.7	1.6	750	15.9	1.9	
平成 30 年	434	16.8	2.3	1,241	19.4	1.6	809	15.2	1.9	
p 値(年次間の一様性)					0.65					
p 値(年次間のトレンド)					0.49					
やせの者の割合										0.23
平成 22 年	587	12.9	1.5	1,634	11.5	1.2	686	15.5	1.7	
平成 26 年	576	11.9	1.4	1,565	12.0	1.2	750	12.3	1.5	
平成 30 年	434	12.7	1.6	1,241	13.7	1.2	809	13.2	1.5	
p 値(年次間の一様性)					0.39					
p 値(年次間のトレンド)					0.64					

注1)世帯主又は世帯の代表者が、生活習慣調査票の世帯員数についての質問(平成 30 年のみ、問 12)と、世帯収入についての質問(平成 22 年間 29、平成 26 年間 10、平成 30 年間 13)に回答した世帯における 20 歳以上の世帯員を集計対象とした。なお、同一世帯で複数の世帯員が世帯員数(平成 30 年のみ)又は世帯収入に関する質問に回答した世帯、及び世帯収入の質問に「わからない」と回答した世帯は集計から除外した。

注2)世帯員数は、世帯当たりの調査参加人数を世帯員数として代用し、世帯員全員に当てはめた。

注3)推定値は、「平成 22 年国勢調査による基準人口(20 歳～29 歳、30 歳～39 歳、40 歳～49 歳、50 歳～59 歳、60 歳～69 歳、70 歳以上の6区分)」と世帯員数(連続値)での調整値。

注4)3時点の格差が縮まったかは、調査年(平成 22 年、平成 26 年、平成 30 年のダミー変数)と、収入(「200 万円未満」「200 万円以上～600 万円未満」「600 万円以上」のダミー変数)の相乗作用項の有意性に基づき判定した。

※果物摂取量は、ジャム、果汁・果汁飲料を除く。※「運動習慣のある者の割合」とは、運動習慣のある者(1回 30 分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している者)。※「現在習慣的に喫煙している者」とは、喫煙の状況が「毎日吸う」又は「時々吸う」と回答した者。※「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、1日当たりの純アルコール摂取量が男性で 40g 以上、女性 20g 以上の者とし、以下の方法で算出した。①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」②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」※「睡眠で休養が充分とれていない者」とは、睡眠で休養が「あまりとれていない」又は「まったくとれていない」と回答した者。※「肥満者」とは、BMI 25.0 以上の者。「やせの者」とは、BMI 18.5 未満の者。

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・重症化予防の徹底

(1) がん

背景

- がんは、昭和 56（1981）年以降、日本人の死因の第 1 位となり、令和 2（2020）年の死亡者は、37 万 8 千人を超え、全死亡の 3 分の 1 を占める国民にとっての重要疾患となっている。こうした背景から平成 18（2006）年 6 月には、がん対策を総合的かつ計画的に推進するため、「がん対策基本法」（以下この章において「基本法」という。）が制定された¹⁾。基本法に基づき、平成 19（2007）年 6 月がん対策推進基本計画²⁾（以下「基本計画」という。）を閣議決定し、がん対策を推進している。基本法は、平成 28（2016）年 12 月に改正され、基本計画は、平成 24（2012）年 6 月、平成 30（2018）年 3 月に改訂されて、現在は第 3 期となっている。
- 第 3 期基本計画（平成 30（2018）年 3 月）では、全体目標の一つに「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」が挙げられ、その中で「がんを予防する方法を普及啓発するとともに、研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現する。」とされており、「がんの死亡者の減少」を目標とした。さらに、分野別施策の「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」の個別目標として「国は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を 50%とする。」とされており、これを目標とした。

1 目標項目の評価状況

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

2. (1) がん

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

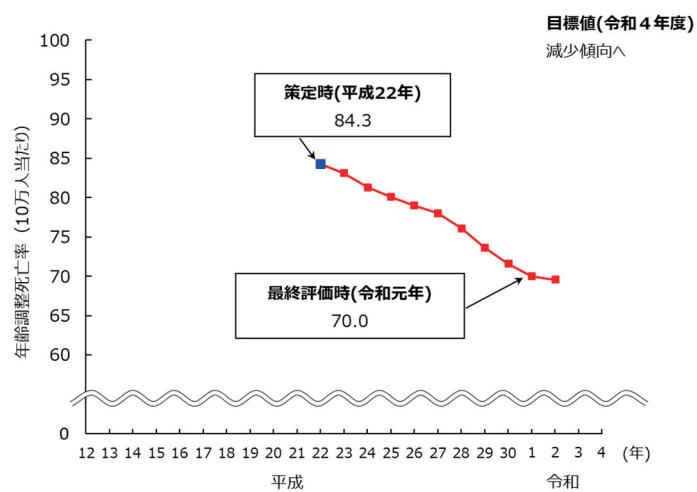
① 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）

75 歳未満の年齢調整死亡率の目標は、目標設定時、第 2 期基本計画に準拠して「73.9（平成 27（2015）年）」と設定されたが、健康日本 21（第二次）中間評価の時点で、平成 30（2018）年 3 月に閣議決定された第 3 期基本計画に合わせ「減少傾向へ（令和 4（2022）年）」と目標設定が変更された。令和元（2019）年の実績値は人口 10 万人当たり 70.0 と、ベースライン値（平成 22（2010）年）の 84.3 より減少しており、目標を達成している（図表Ⅱ-2-(1)-1）。

- 国際的に見ると、全がんの年齢調整死亡率の減少については、おおむね諸外国と同様である（図表Ⅱ-2-(1)-2）。
- 我が国の減少には、胃がん、肝臓がん、男性肺がんが主として寄与している⁴⁾（図表Ⅱ-2-(1)-3、図表Ⅱ-2-(1)-5、図表Ⅱ-2-(1)-6(6-1)、図表Ⅱ-2-(1)-11）。
- 大腸がん、肺がんは、欧米諸国より減少率が鈍く、かつて欧米諸国より低かった死亡率が逆転、あるいは同レベルになっている（図表Ⅱ-2-(1)-4、図表Ⅱ-2-(1)-6）。
- 女性乳がんは、死亡率は低いが欧米諸国が減少しているなか、増加している（図表Ⅱ-2-(1)-8）。
- 子宮頸がんは諸外国と対照的に増加しており、死亡率は欧米諸国を抜いて、第一位に転じている（図表Ⅱ-2-(1)-9(9-1)）。

2.(1) がん

図表Ⅱ-2-(1)-1：75歳未満のがんの年齢調整死亡率（10万人当たり）の推移

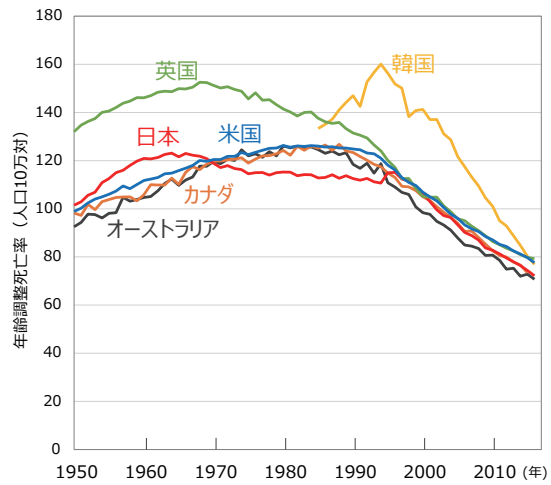


資料：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」³⁾

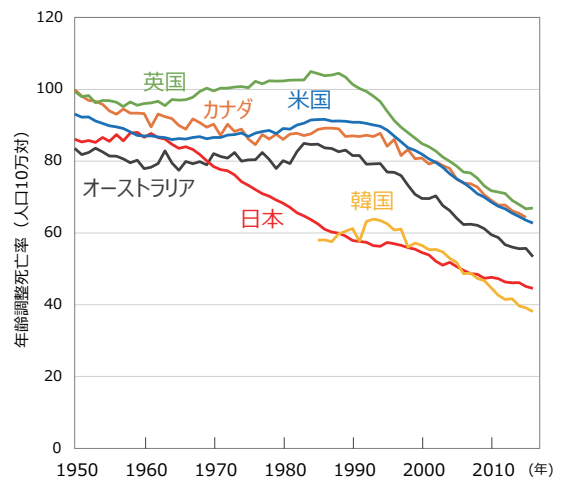
注：厚生労働省「人口動態調査」より国立がん研究センターが算出

図表Ⅱ-2-(1)-2：75歳未満の全がんの年齢調整死亡率国際比較

図表2-1：男性

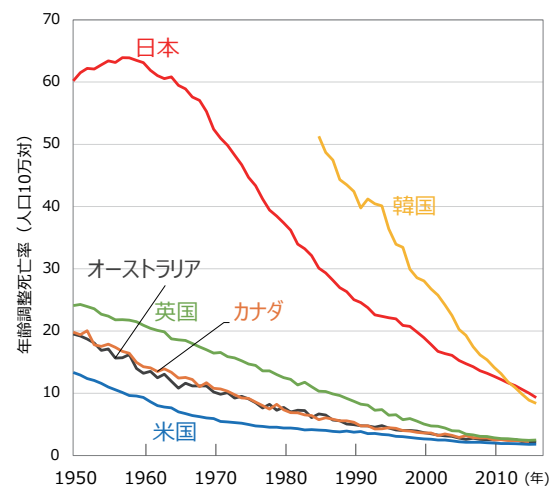


図表2-2：女性

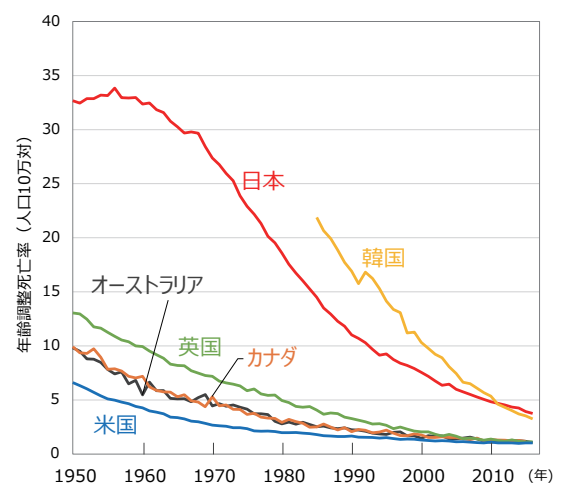


図表Ⅱ-2-(1)-3：75歳未満の胃がんの年齢調整死亡率国際比較

図表3-1：男性

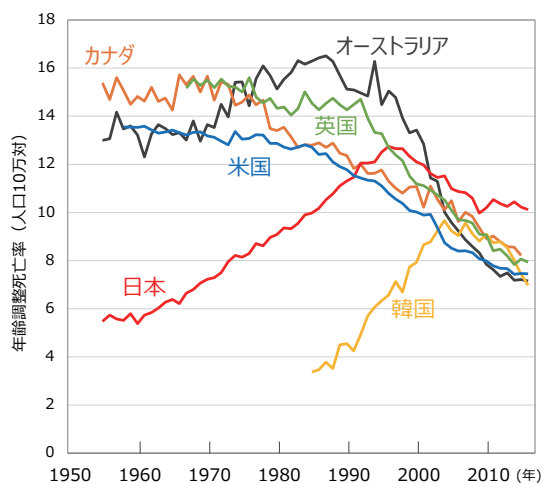


図表3-2：女性

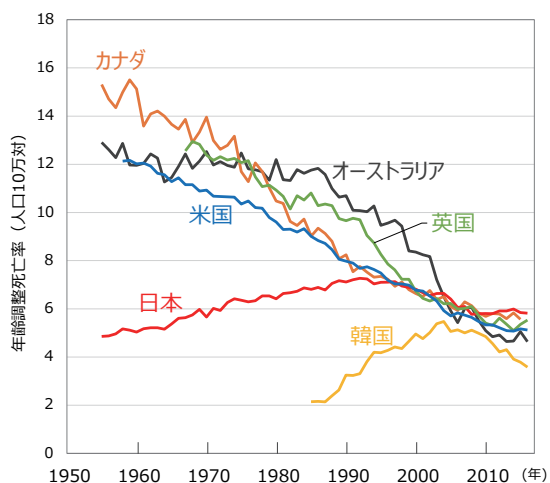


図表Ⅱ-2-(1)-4：75歳未満の大腸がんの年齢調整死亡率国際比較

図表4-1：男性

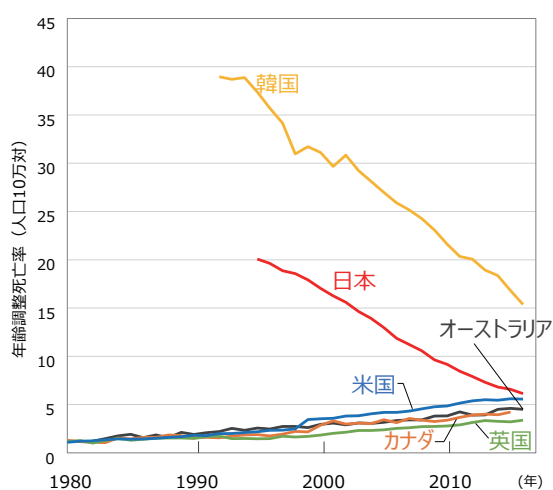


図表4-2：女性

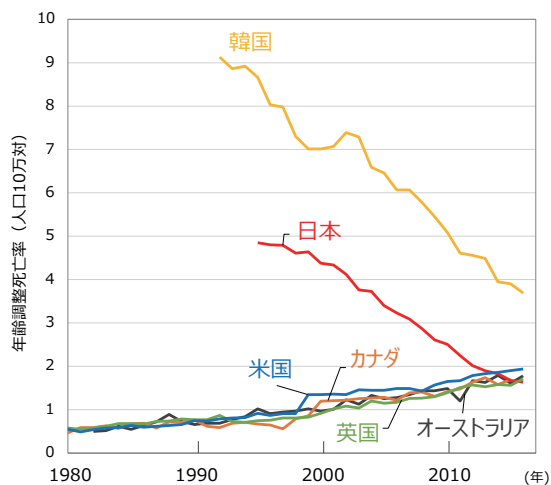


図表Ⅱ-2-(1)-5：75歳未満の肝臓がんの年齢調整死亡率国際比較

図表5-1：男性

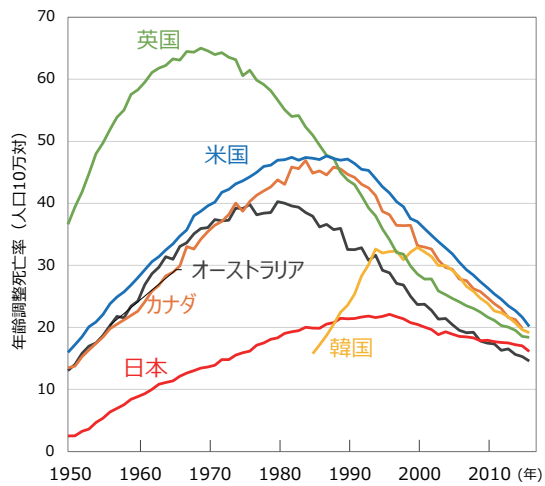


図表5-2：女性

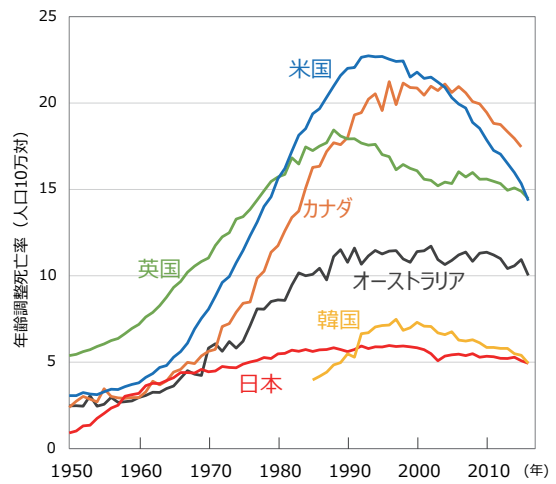


図表Ⅱ-2-(1)-6：75歳未満の肺がんの年齢調整死亡率国際比較

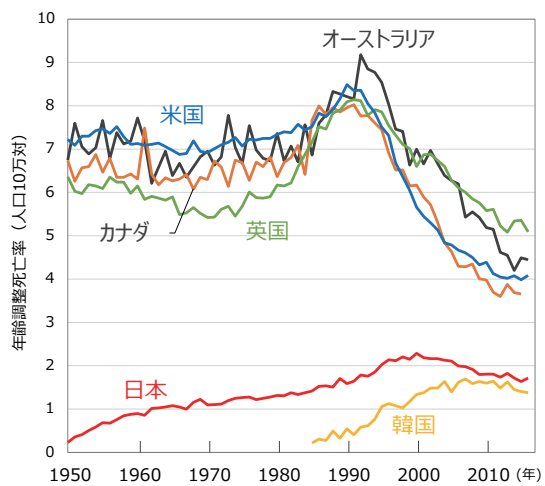
図表6-1：男性



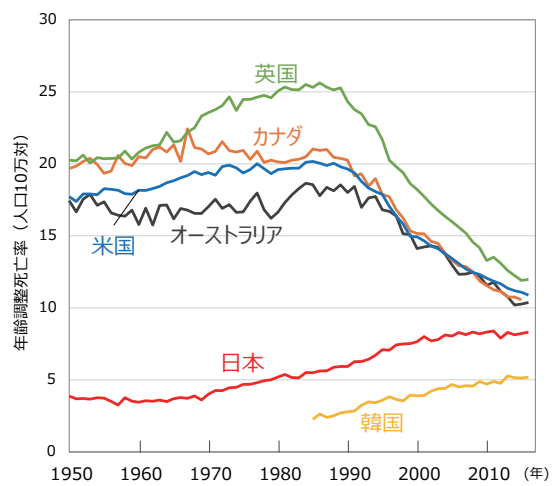
図表6-2：女性



図表Ⅱ-2-(1)-7：75歳未満の前立腺がんの年齢調整死亡率国際比較（男性）



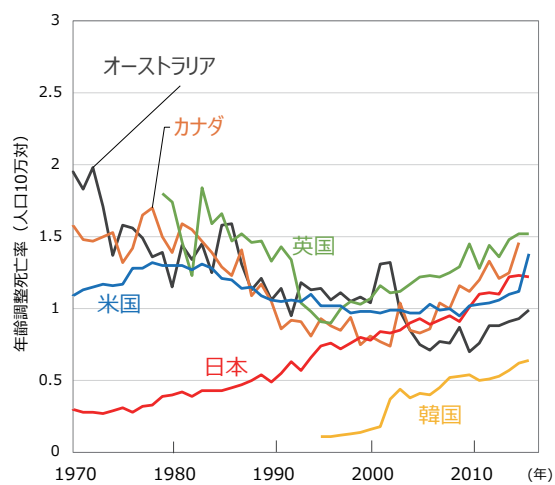
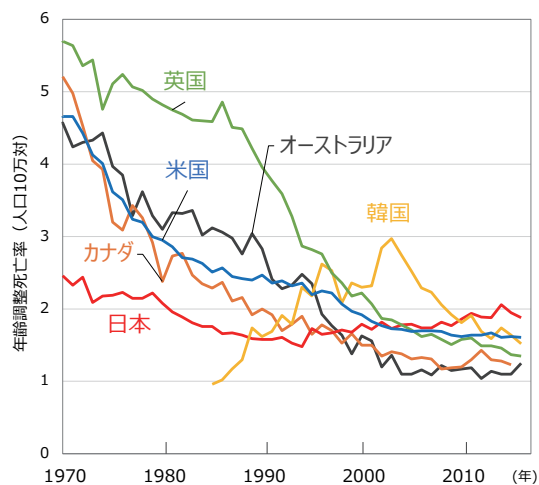
図表Ⅱ-2-(1)-8：75歳未満の乳がんの年齢調整死亡率国際比較（女性）



図表Ⅱ-2-(1)-9：75歳未満の子宮がんの年齢調整死亡率国際比較

図表9-1：子宮頸がん（女性）

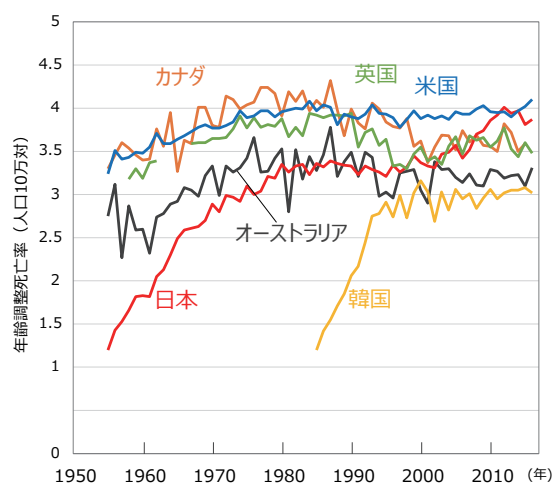
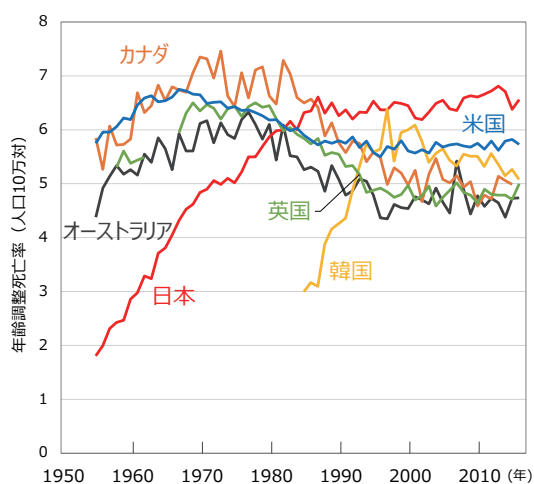
図表9-2：子宮体がん（女性）



図表Ⅱ-2-(1)-10：75歳未満の肺がんの年齢調整死亡率国際比較

図表10-1：男性

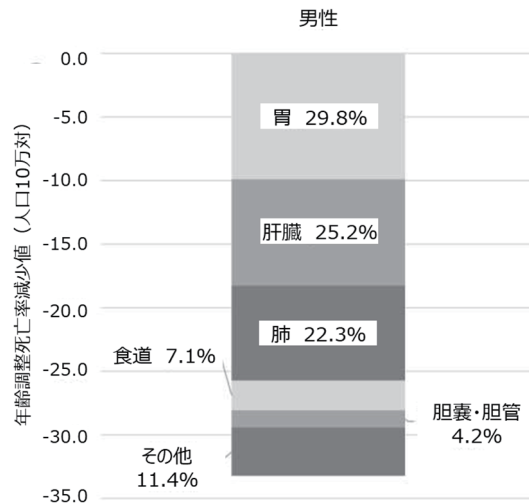
図表10-2：女性



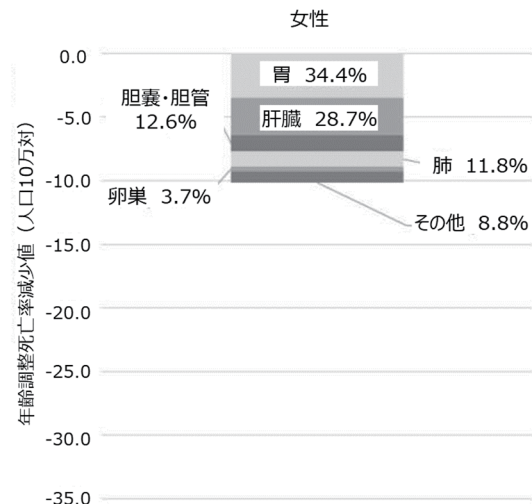
資料（図表Ⅱ-2-(1)-2～図表Ⅱ-2-(1)-10）：Katanoda K.et al. Journal of Epidemiology. 2021⁴⁾

図表Ⅱ-2-(1)-11：全がん年齢調整死亡率減少に寄与したがん種の内訳

図表 11-1：男性



図表 11-2：女性



資料：Katanoda K.et al. Journal of Epidemiology. 2021⁴⁾

② がん検診の受診率の向上

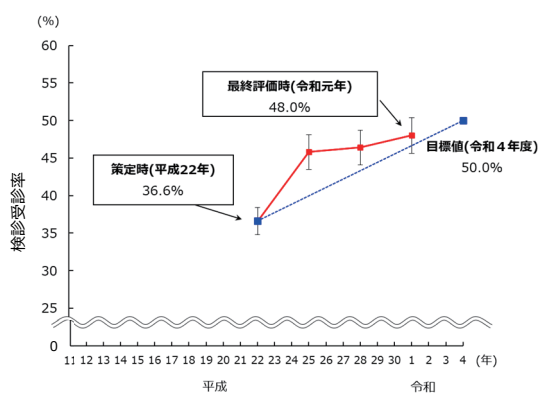
がん検診の受診率の目標は、健康日本 21（第二次）の目標設定時には、「50%（胃がん、肺がん、大腸がんは当面 40%（平成 28（2016）年））」とされていたが、健康日本 21（第二次）中間評価の時点では、第 3 期基本計画に合わせて「50%（令和 4（2022）年）」へ変更された。

令和元（2019）年の受診率は、ベースラインの平成 22（2010）年値よりは有意に改善しているものの、男性の肺がんを除いて、目標値の 50%には達しておらず、目標項目全体として「B 現時点では目標値に達していないが、改善傾向にある」と評価される。中でも、女性の胃がん検診と大腸がん検診、子宮頸がん検診の受診率は目標設定年度の令和 4（2022）年度までの目標到達が危ぶまれる（B*）（図表Ⅱ-2-(1)-12～図表Ⅱ-2-(1)-16）。

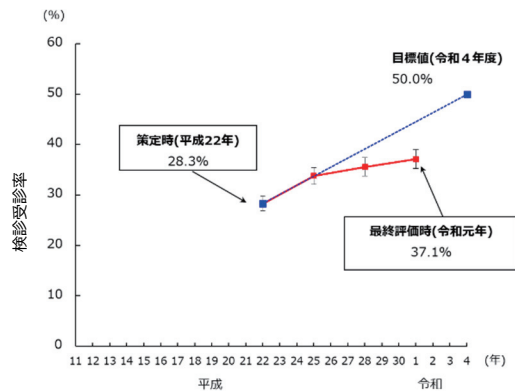
2.（1）がん

図表Ⅱ-2-(1)-12：胃がん検診受診率の推移（40～69歳）

図表12-1：男性

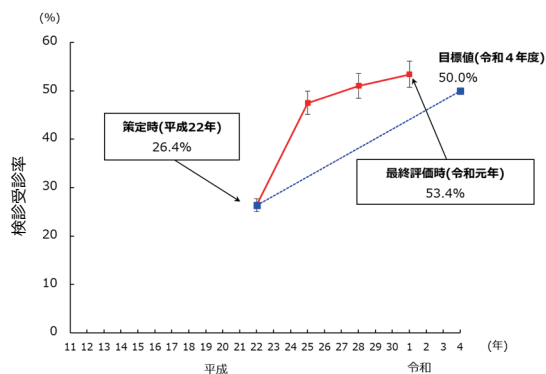


図表12-2：女性

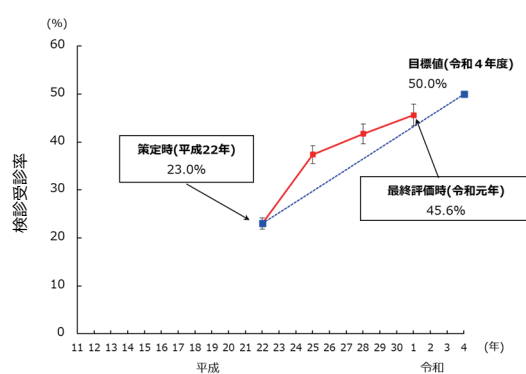


図表Ⅱ-2-(1)-13：肺がん検診受診率の推移（40～69歳）

図表13-1：男性

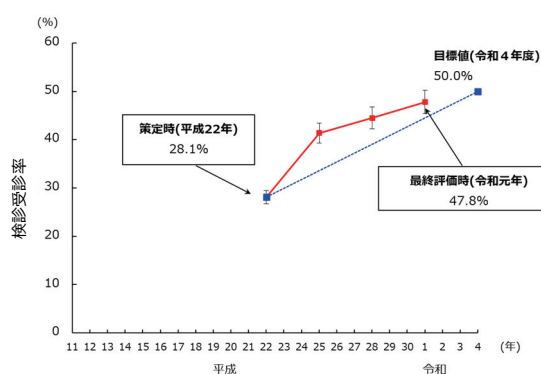


図表13-2：女性

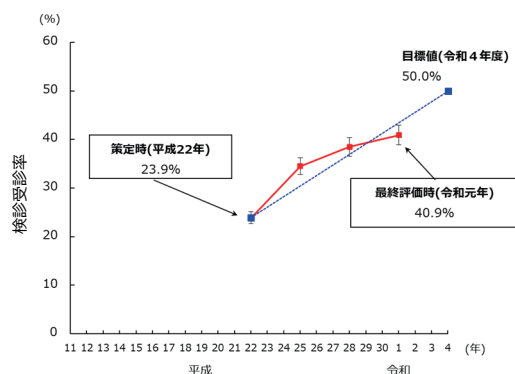


図表Ⅱ-2-(1)-14：大腸がん検診受診率の推移（40～69歳）

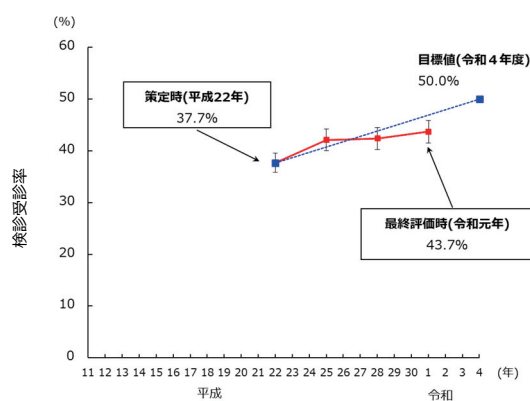
図表14-1：男性



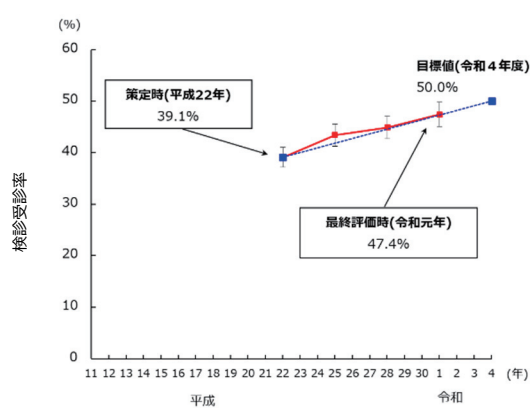
図表14-2：女性



図表Ⅱ-2-(1)-15：子宮頸がん検診受診率の推移（女性、20～69歳）



図表Ⅱ-2-(1)-16：乳がん検診受診率の推移（女性、40～69歳）



資料（図表Ⅱ-2-(1)-12～図表Ⅱ-2-(1)-16）：厚生労働省「国民生活基礎調査」

注：厚生労働省「国民生活基礎調査」より国立がん研究センターが算出

2 関連する取組

＜領域全体に係る取組＞

- 平成 18（2006）年 6 月 がん対策基本法が成立¹⁾。
- 平成 19（2007）年 6 月 第 1 期がん対策推進基本計画²⁾ 閣議決定。
- 平成 24（2012）年 6 月 第 2 期がん対策推進基本計画²⁾ 閣議決定。
- 第 2 期基本計画（平成 24（2012）年 6 月閣議決定）に基づき、がんによる死亡者の減少（75 歳未満の年齢調整死亡率の 20%減少）、全てのがん患者及び家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上、がんになっても安心して暮らせる社会の構築を全体目標として掲げ、がん医療、がん医療に関する 相談支援・情報提供、小児がん等の医療施策に加え、公衆衛生的施策として、下記の施策等により、がん対策を実施。
 - がん登録
 - がんの予防
 - がんの早期発見
 - がん研究
 - がんの教育・普及啓発
 - がん患者の就労を含めた社会的な問題、等
- 平成 25（2013）年 12 月 がん登録等の推進に関する法律が成立。
- 平成 26（2014）年 4 月 「がん研究 10 カ年戦略」開始。
- がん対策推進協議会⁹⁾ において「がん対策推進基本計画中間評価報告書」（平成 27（2015）年 6 月）の取りまとめを実施し、喫煙率減少、がん検診受診率向上を始めとしたがん対策のより一層の推進が必要と報告された。
- がんサミット（平成 27（2015）年 6 月 1 日開催）における総理の指示を受けて、年齢調整死亡率の更なる減少に向けて、「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」を 3 つの柱とした「がん対策加速化プラン」（平成 27（2015）年 12 月）を策定した（第 2 期計画の加速のためのプラン）。
- 平成 30（2018）年 3 月に第 3 期がん対策推進基本計画²⁾ が閣議決定された。第 3 期基本計画においても、がんの罹患者や死亡者の減少を実現することを目標としている。基本計画に基づき、下記の施策等によりがん対策を実施（実行期間は、平成 29（2017）年度から令和 4（2022）年度までの 6 年程度を目安として定められている）。
 - がん予防
 - がん医療の充実
 - がんとの共生
 - これらを支える基盤の整備
- 第 3 期基本計画について、がん対策推進協議会において、策定された指標に基づき、中間評価の議論が行われ、令和 4（2022）年 6 月に中間評価報告書が公表された。がん分野では、75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については、着実に減少していることが示された。一方、がん種別の年齢調整死亡率は、平成 29（2017）年から令和 2（2020）年にかけて胃がん・大腸が

2.（1）がん

ん・肝がんは減少していることが確認されたが、子宮頸がん・乳がんについては、横ばいとなっている等、がんの種類によって年齢調整死亡率の推移は異なった傾向がみられていることが示された⁹⁾。

＜各目標項目に係る取組＞

① 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）

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

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

がんによる死亡者を減少させるためには、予防、早期発見に加え、適切な医療を受けられる体制を充実させることも重要であり、第 3 期基本計画「患者本位のがん医療の実現」において、①がんゲノム医療、②がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実、③チーム医療の推進、④がんのリハビリテーション、⑤支持療法の推進、⑥希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）、⑦小児がん、AYA（Adolescent and Young Adult）世代^{※1}のがん及び高齢者のがん対策、⑧病理診断、⑨がん登録、⑩医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組を上げて推進している。

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

【がんの一次予防】

〔喫煙対策〕（受動喫煙対策含む）（詳細は喫煙領域に記載）

- 様々な企業・団体と連携し、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動を一層推進。
- 様々な機会を通じて、禁煙希望者に対する禁煙支援を実施。
- 禁煙支援を行う者が、実際の支援に活用できるよう、「禁煙支援マニュアル（第二版増補改訂版）」を周知。
- 健康増進法の改正に基づき、受動喫煙対策を徹底。
- 家庭における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発活動や、妊産婦や未成年者の喫

※1 AYA（アヤ）世代：Adolescent and Young Adult（思春期・若年成人）のことをいい、主に思春期（15 歳～）から 30 歳代までの世代を指す

煙をなくすための普及啓発活動を推進。

- がん診療連携拠点病院において、「たばこクイットライン」事業を開始し、電話等による禁煙相談を実施。
- 診療報酬におけるニコチン依存症管理料について、情報通信機器を用いた診療に係る評価がなされるとともに、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件が見直された。
- たばこの段階的な税率増加が行われた。
- たばこパッケージの注意文言の表示面積が 30%以上から 50%以上に拡大された。

〔身体活動〕（詳細は身体活動・運動領域に記載）

- 身体活動量が少ない者の割合を低下させるため、スマート・ライフ・プロジェクト、「健康づくりのための身体活動基準 2013」及び「アクティブガイドー健康づくりのための身体活動指針ー」、「e-ヘルスネット」、健康増進普及月間等を通じた普及啓発等の取組を積極的に推進している。

〔栄養・食生活〕（詳細は栄養・食生活領域に記載）

- 食塩摂取量の減少、野菜・果物摂取量の増加、肥満・やせの減少等に向け、食生活指針や食事バランスガイドを通じた啓発普及をしている。

〔感染症対策〕

- H P V ワクチンについては、接種の在り方について、国は、科学的知見を収集した上で総合的な判断に基づき、積極的な勧奨を差し控えることとした取扱いを終了し、個別の接種勧奨を基本的に令和 4（2022）年 4 月から順次実施することとされた。さらに、積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方に対しては、公平な接種機会を確保する観点から、令和 4（2022）年度から 3 年間、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行う「キャッチアップ接種」が実施されている。
- 肝炎対策については、肝炎の治療促進のための環境整備、肝炎ウイルス検査の促進、肝炎に係る診療及び相談体制の整備、国民に対する肝炎に係る正しい知識の普及啓発並びに肝炎に係る研究の推進の 5 本の柱からなる肝炎総合対策を進めている。
- 成人 T 細胞白血病と関連するヒト T 細胞白血病ウイルス 1 型（H T L V—1）については、平成 22（2010）年に取りまとめられた H T L V—1 総合対策に基づき対策を進めている。

② がん検診の受診率の向上

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

- 第 1 期基本計画において、分野別施策の一つに「がんの早期発見」が設定され、がん検診受診率を 50%以上にすることが目標とされた。
- 第 2 期基本計画では、個別目標が「胃がん、肺がん、大腸がんは当面 40%」と変更された。
- 第 3 期基本計画において、第 2 期計画で記載された「胃がん、肺がん、大腸がんは当面 40%」

2.（1）がん

が削除され、「男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を 50%とする。」とされるとともに、「精密検査受診率の目標値を 90%とする。」という新たな目標が追加された。

- がんの早期発見を目的として、検診受診率 50%の達成を目指し、具体的には、以下の取組を行った。
 - 検診受診率向上キャンペーン。
 - 企業との連携促進。
 - 市町村における科学的根拠に基づくがん検診の実施及び精度管理等に係る体制整備の推進。
 - 「がん対策推進企業等連携事業」による、職域のがん検診における普及啓発及び精度管理の推進等の取組を実施。
 - ナッジ理論に基づいた好事例を紹介した「受診率向上施策ハンドブック第2版」の公表等を実施。
 - 厚生労働省・経済産業省「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」内の「がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業」（令和2（2020）年度～令和4（2022）年度）において、効果的な受診率向上策を検証中。
 - がん検診の実施効果を高めるため、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「指針」という。）内の、がん検診の受診対象者について、受診を特に推奨する者について明示。
- 住民検診の受診率の市区町村で比較可能な受診率の指標の確立。
 - 住民検診において、職域検診受診者の割合の影響を取り除き、自治体間の受診率を比較可能にするために、対象者を国民健康保険被保険者に絞って算定する手法を平成30年から追加。
- 令和元（2019）年5月に策定された健康寿命延伸プランにそって下記の取組を推進。
 - ナッジ理論等を活用した健診・検診受診勧奨。
 - 保険者インセンティブの強化。
- 新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業を推進。
 - がん検診の受診対象者に対する個別受診勧奨（コール）・個別受診再勧奨（リコール）の推進（コールは約8割、リコールは約5割の自治体で実施され、いずれの実施割合も増加傾向）。
 - 子宮頸がん検診・乳がん検診の受診クーポン券の配布等。

<がん検診に関連する取組>

- がん検診の精度管理について
 - 都道府県は、指針に示される5つのがんについて、指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、必要な働きかけを行う。その際に生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図ることを進めている。
 - 精密検査未受診者への郵送や電話等による個別受診再勧奨の取組が、自治体において行

2.（1）がん

われている。

- がん検診の「事業評価のためチェックリスト」等によりチェックリストの実施状況を把握することとしている。自治体においては、チェックリストの全項目のうち、60%～80%の項目が実施されており、実施率は向上している。
 - 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（平成 20（2008）年 3 月、がん検診事業の評価に関する委員会報告）について、現在、改訂版の最終校正中である。
 - がん検診の受診対象者に対し、がん検診の利益・不利益を説明する重要性について、指針内で明確化。
 - 科学的根拠に基づいたがん検診の精度管理方法等については、厚生労働科学研究等で検討している。
- 職域におけるがん検診について
- 「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」の報告書として、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を平成 30（2018）年 3 月に公表し、科学的根拠に基づくがん検診の普及啓発に取り組んでいる。
 - 職域における検診受診状況の把握や、精度管理について、厚生労働科学研究において研究を進めている。

<その他、がん領域全体に関連する取組>

- がん等の治療と仕事の両立を支援するため、企業向けのガイドラインとして、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を平成 28（2016）年 2 月に作成（平成 31（2019）年 3 月に改称）し、参考資料として、がん等の疾患に関する基本情報や支援に当たった留意事項をまとめた。また平成 30（2018）年 3 月から「企業・医療機関連携マニュアル」を作成し、ガイドライン掲載の様式例の作成のポイントについて、がん等の具体的な疾患事例を通じて示した。

3 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

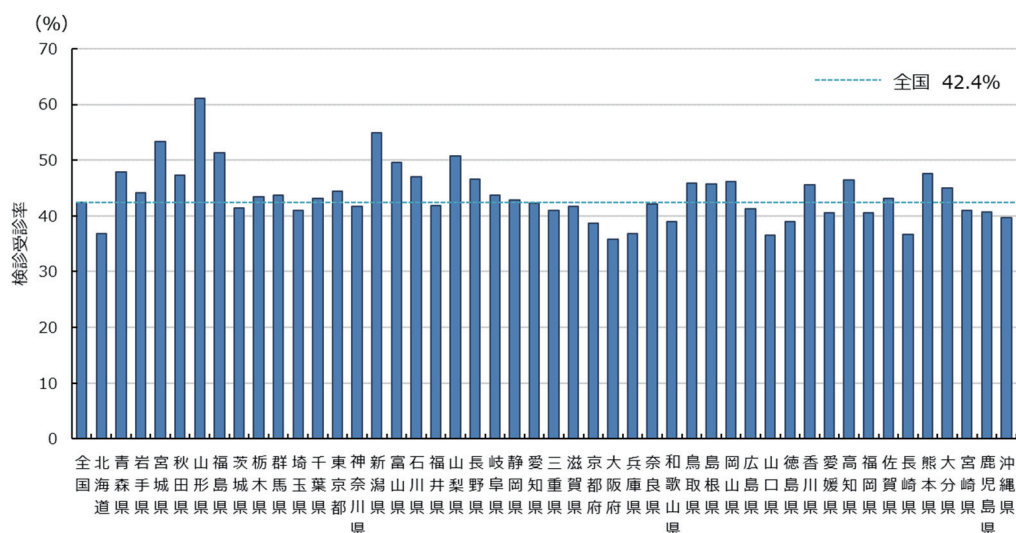
- 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については、着実に減少しており、目標を達成している（図表Ⅱ-2-(1)-1）。
- がんの年齢調整死亡率の低下の要因としては、この 10 数年間の治療の進歩も考えられる。
- がん検診の受診率については、男性の肺がんのみが目標を達成していた。その他は、現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある状態であった。一方、女性の胃がん検診と大腸がん検診、子宮頸がん検診は、目標年度までに目標達成が危ぶまれる状況である。達成できなかった要因の一つとして考えられることとして、都道府県間の受診率の差（図表Ⅱ-2-(1)-17～図表Ⅱ-2-(1)-21）さらには、市区町村間に受診率の差（図表Ⅱ-2-(1)-27）があると考えられ、各都道府県において、受診率が低い自治体の洗い出しと、受診率向上に向けた支援が必要と考える。
- 現在、がん検診受診率は、国民生活基礎調査により、住民検診、職域検診、人間ドック等を合わせたものとして、算出しているが、都道府県別の集計はされるが、市区町村別の比較をするのは、

2.(1) がん

住民検診で比較することが必要となる。この際に自治体間の受診率を比較可能にするために、対象者を国民健康保険被保険者に絞って算定する手法が平成 30（2018）年から追加された（図表Ⅱ-2-(1)-27）。

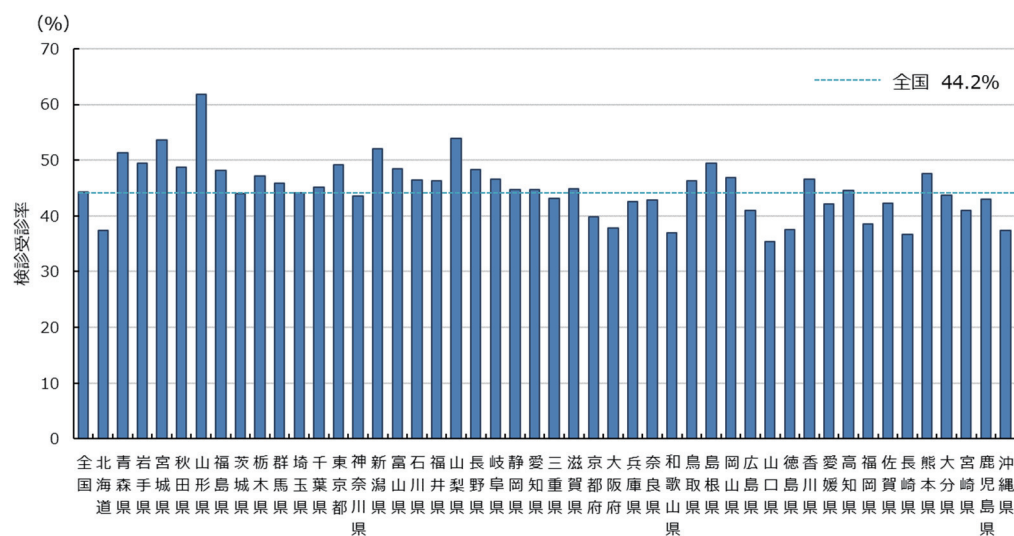
- 都道府県別受診率において、3 カテゴリーの合算指標ある国民生活基礎調査（図表Ⅱ-2-(1)-18）と住民検診の比較可能な指標である地域保健・健康増進事業報告国保者対象（図表Ⅱ-2-(1)-27）の差異を確認できる。
- 年次推移を見ると、受診率が低い県は、低値が継続されており、重点的な取組が必要と考える（図表Ⅱ-2-(1)-22～図表Ⅱ-2-(1)-26）。子宮頸がん検診においては、20 歳～25 歳の受診率が低い（図表Ⅱ-2-(1)-28）。さらに、初回検診の受診勧奨を目指したクーポン券についても、利用率は高くない（図表Ⅱ-2-(1)-29）。
- コールリコールの実施に関しては、令和元（2019）年度市町村におけるがん検診実施状況調査によると、平成 30（2018）年度の個別受診勧奨は、胃がん 83.3%、肺がん 82.3%、大腸がん 85.2%、乳がん 86.7%、子宮頸がん 85.4%と、8 割を超える自治体で実施されているが、個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨（全員又は一部）を実施した自治体は、胃がん 46.1%、肺がん 44.7%、大腸がん 52.5%、乳がん 60.2%、子宮頸がん 58.5%と、一部の自治体に限られている状況であった。

図表Ⅱ-2-(1)-17：胃がん検診受診率（都道府県別、男女計、40～69 歳）
令和元（2019）年

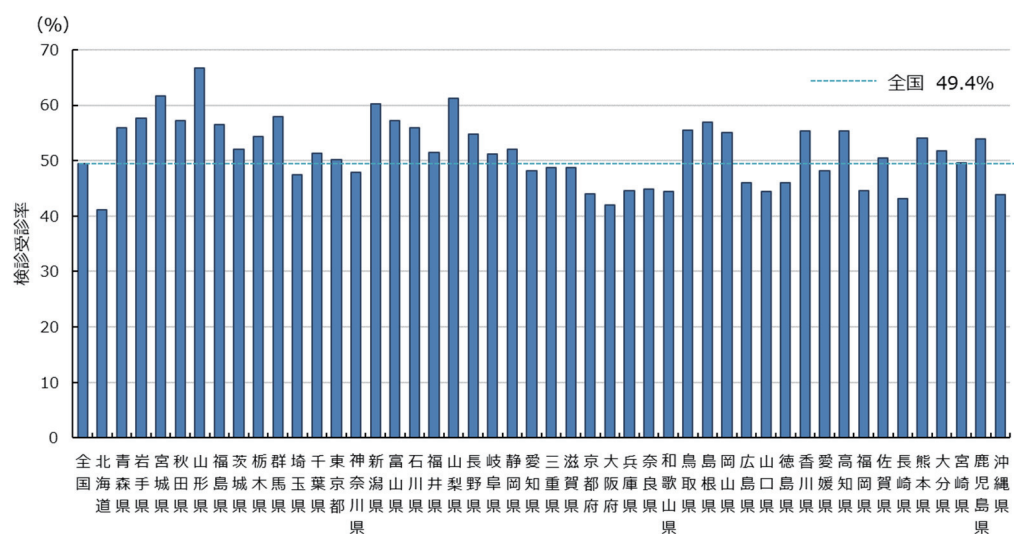


2. (1) がん

図表Ⅱ-2-(1)-18：大腸がん検診受診率（都道府県別、男女計、40～69歳）
令和元（2019）年

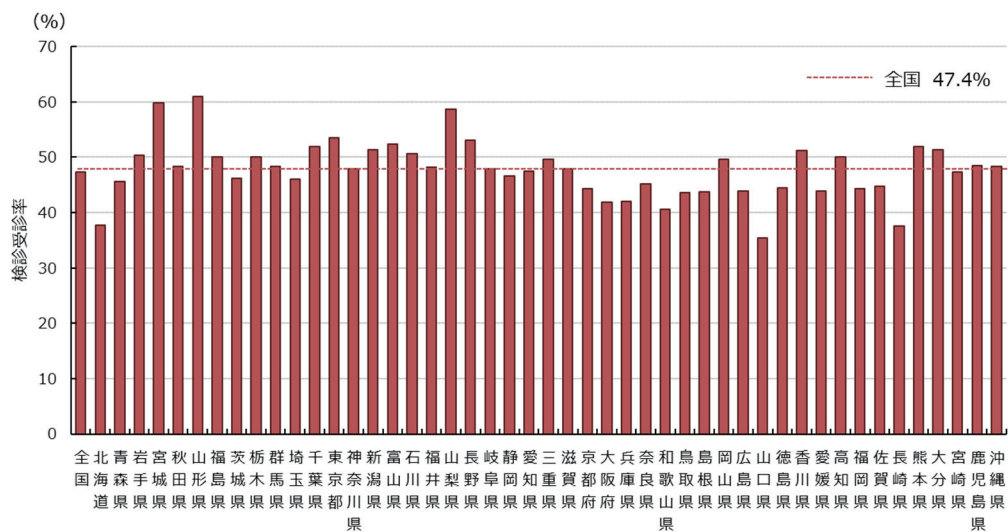


図表Ⅱ-2-(1)-19：肺がん検診受診率（都道府県別、男女計、40～69歳）
令和元（2019）年



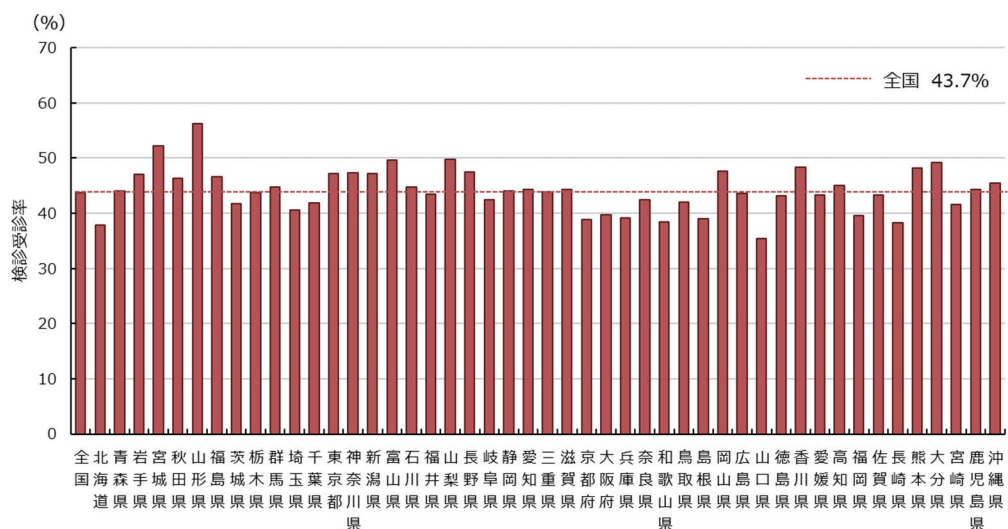
図表Ⅱ-2-(1)-20：乳がん検診受診率（都道府県別、女性、40～69歳）

令和元（2019）年



図表Ⅱ-2-(1)-21：子宮(頸)がん検診受診率（都道府県別、女性、20～69歳）

令和元（2019）年

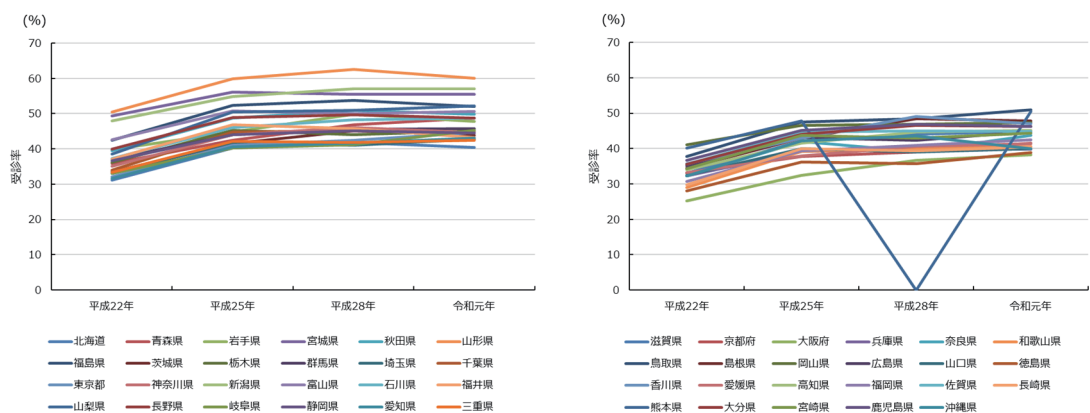


資料（図表Ⅱ-2-(1)-17～図表Ⅱ-2-(1)-21）：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」^{5) 6)}

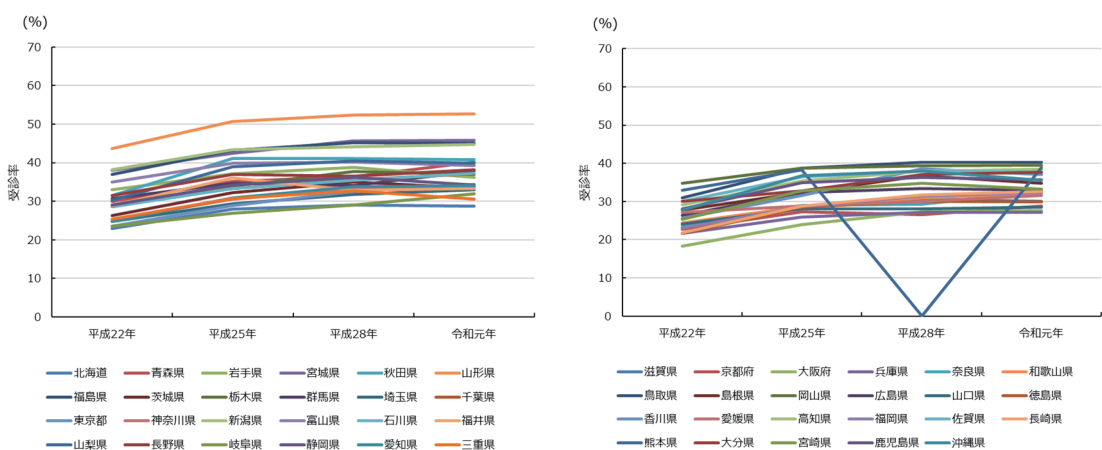
注：厚生労働省「2019年 国民生活基礎調査」より国立がん研究センターが算出

図表Ⅱ-2-(1)-22：胃がん検診受診率の年次推移（都道府県別、40～69歳）

図表 22-1：男性

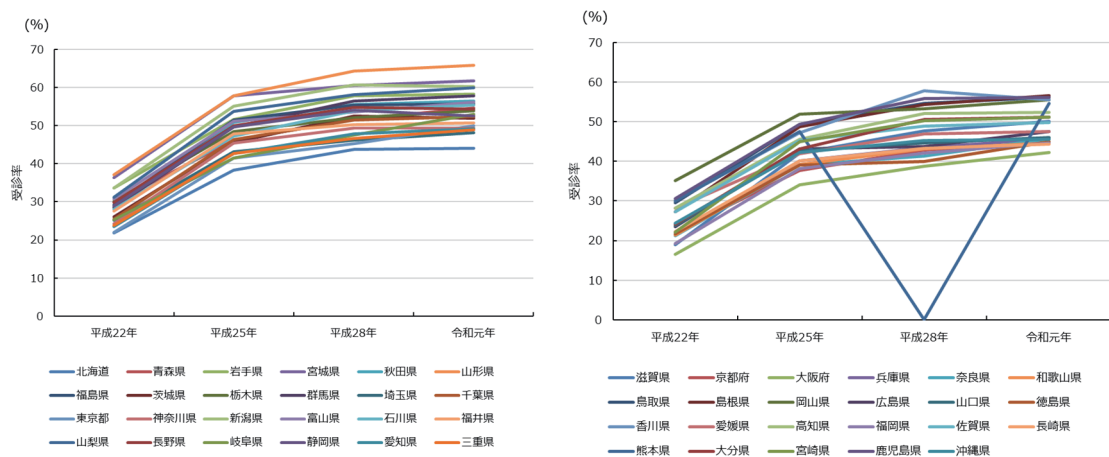


図表 22-2：女性

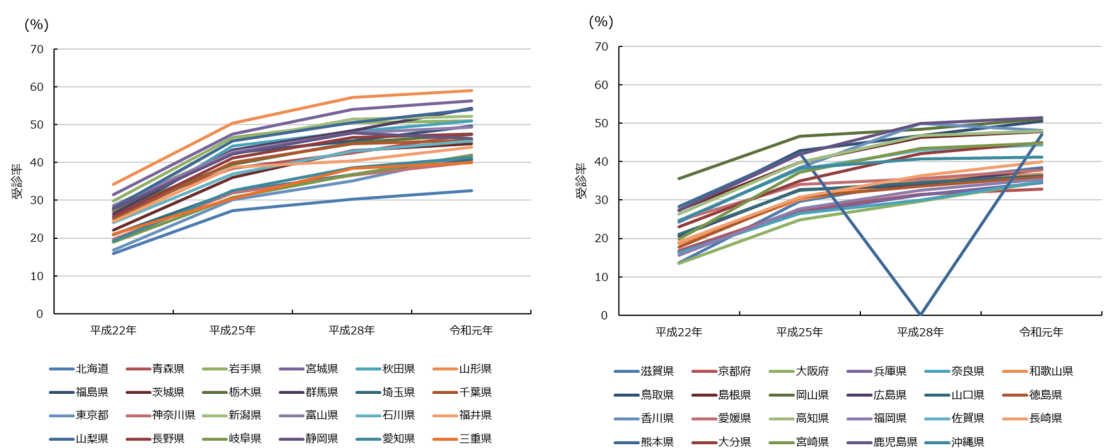


図表Ⅱ-2-(1)-23：肺がん検診受診率の年次推移（都道府県別、40～69歳）

図表 23-1：男性

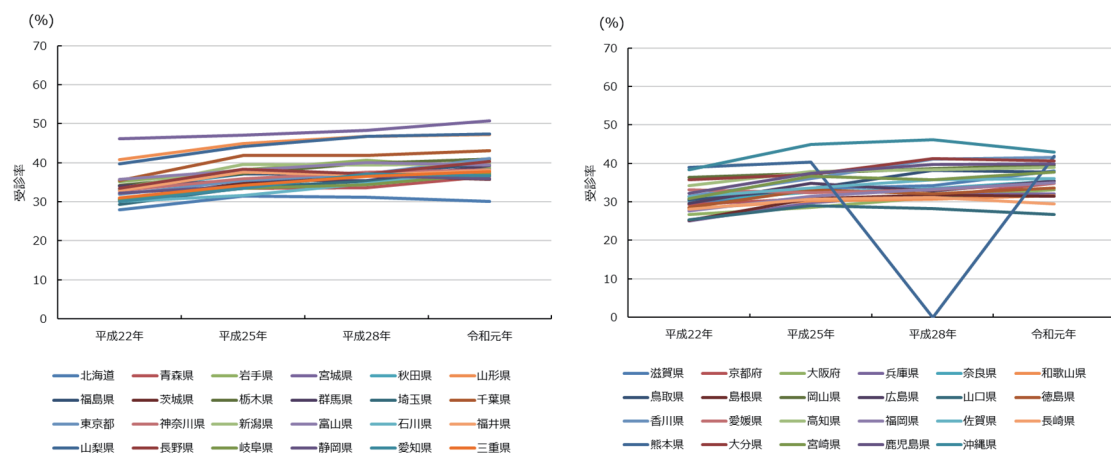


図表 23-2：女性



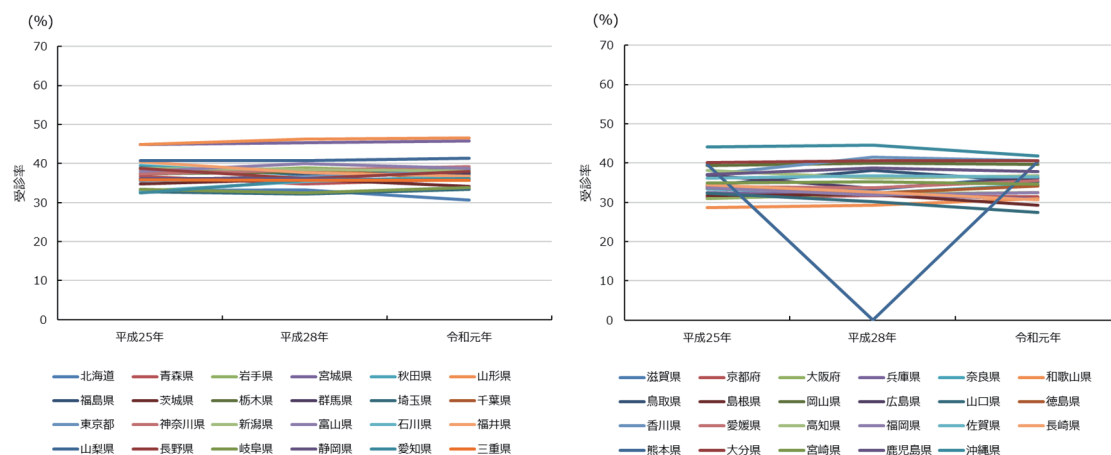
図表Ⅱ-2-(1)-24：乳がん検診受診率の年次推移（都道府県別、女性、40～69 歳）

過去 2 年*



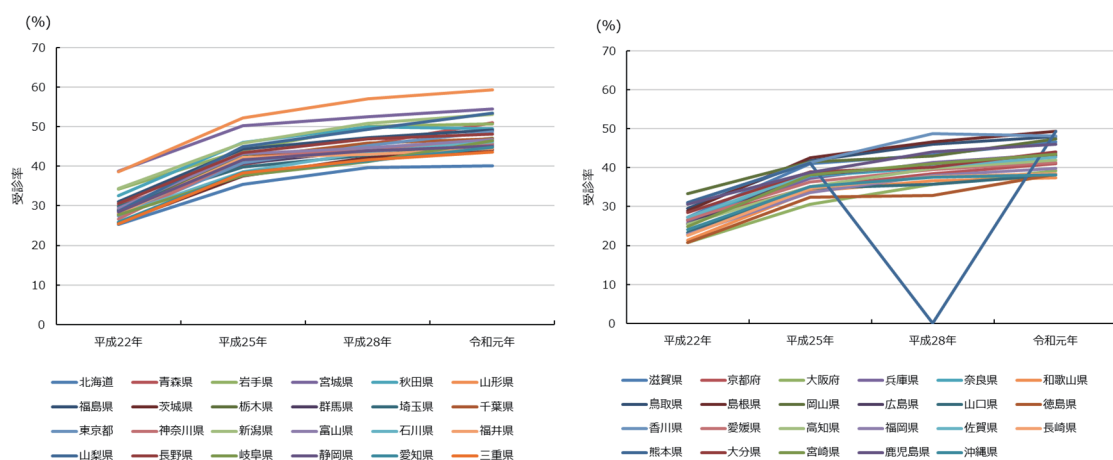
図表Ⅱ-2-(1)-25：子宮頸がん検診受診率の年次推移（都道府県別、女性、20～69 歳）

過去 2 年*

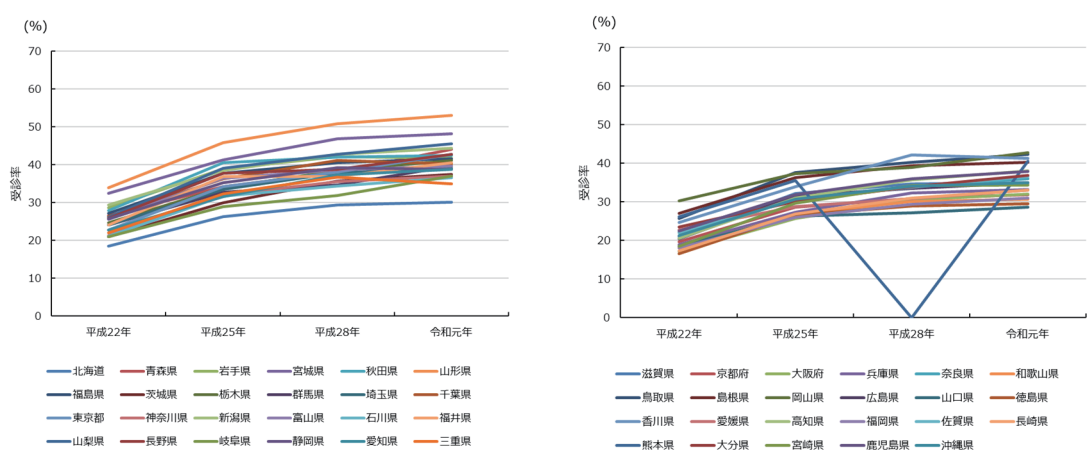


図表Ⅱ-2-(1)-26：大腸がん検診受診率の年次推移（都道府県別、40～69歳）

図表 26-1：男性



図表 26-2：女性



資料（図表Ⅱ-2-(1)-22～図表Ⅱ-2-(1)-26）：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」^{5) 6)}

注1：厚生労働省「国民生活基礎調査」より国立がん研究センターが算出

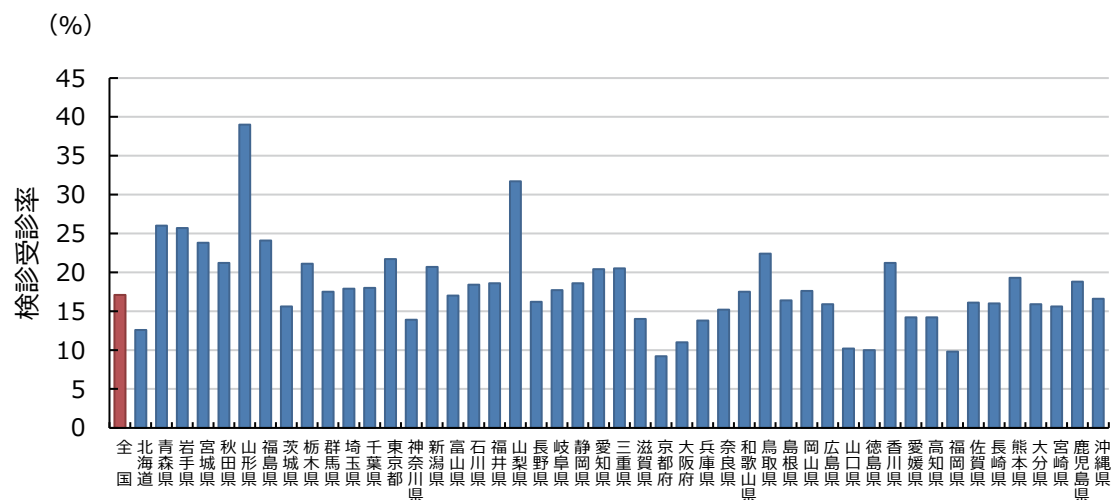
注2：平成28（2016）年の国民生活基礎調査においては、熊本地震により熊本県を調査対象としていないため、平成28（2016）年は熊本県のデータがない

*：図表Ⅱ-2-(1)-24（乳がん）、図表Ⅱ-2-(1)-25（子宮頸がん）は過去2年間ににおける検診受診の有無を調査している。

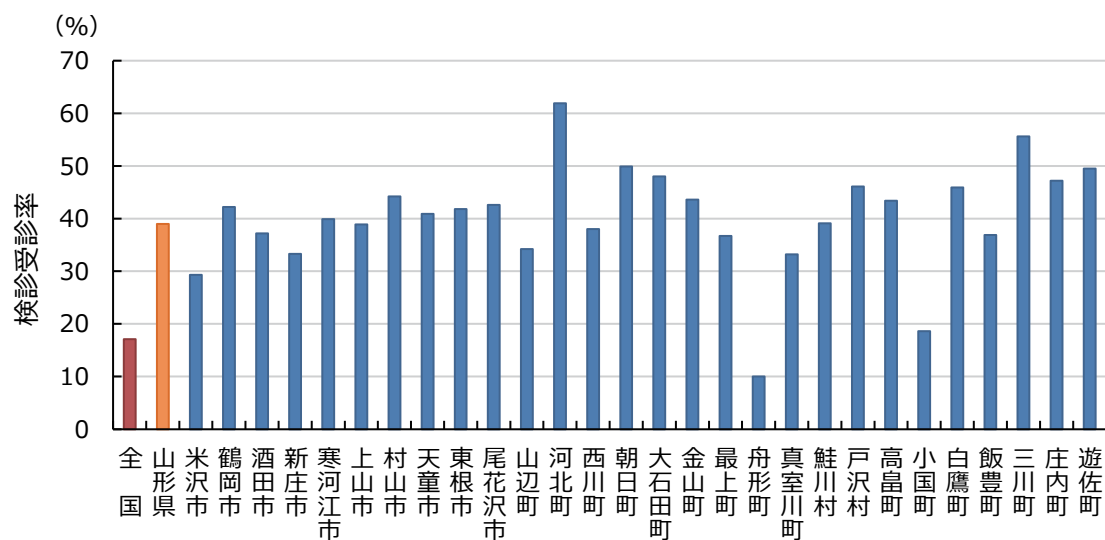
図表Ⅱ-2-(1)-27：住民大腸がん検診受診率（国民健康保険の被保険対象、40～69歳）

令和元年（2019）年

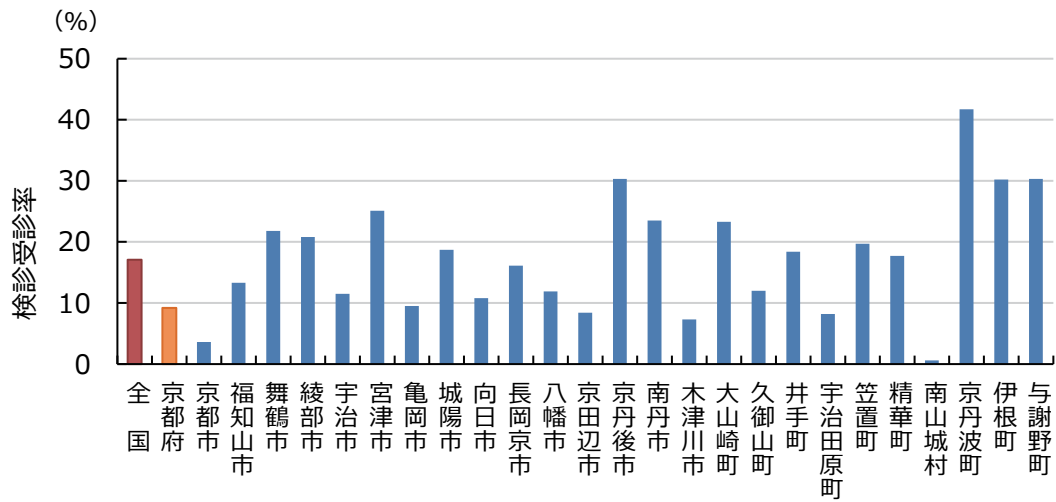
図表 27-1：都道府県別



図表 27-2：山形県、市町村別

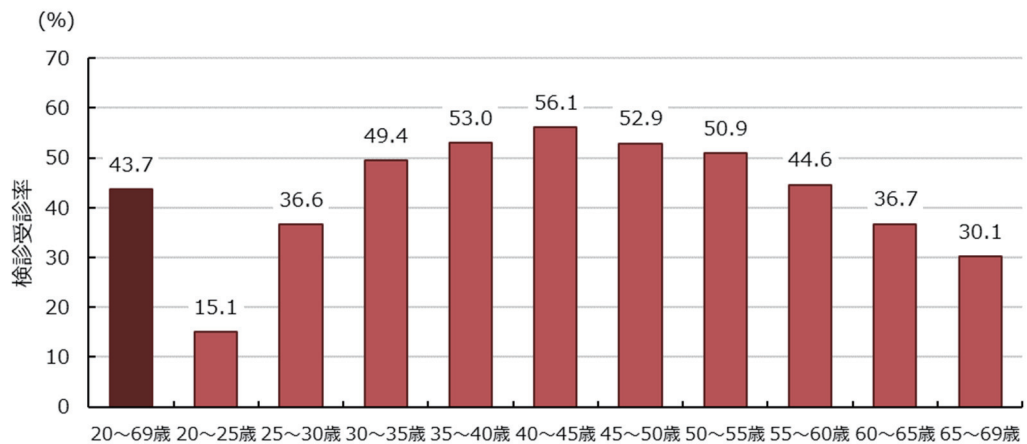


図表 27-3 : 京都府、市町村別



資料：厚生労働省「令和元年度地域保健・健康増進事業報告」⁷⁾

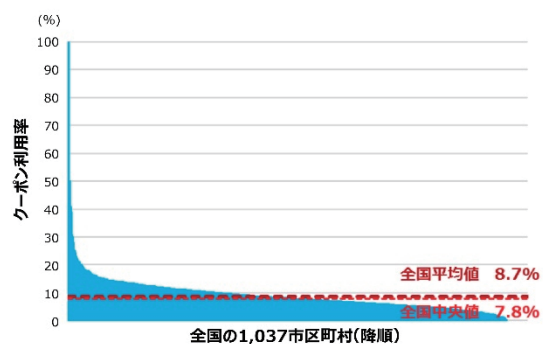
図表Ⅱ-2-(1)-28 : 子宮頸がん検診受診率（女性、年齢階級別）令和元（2019）年



資料：厚生労働省「2019 年国民生活基礎調査」

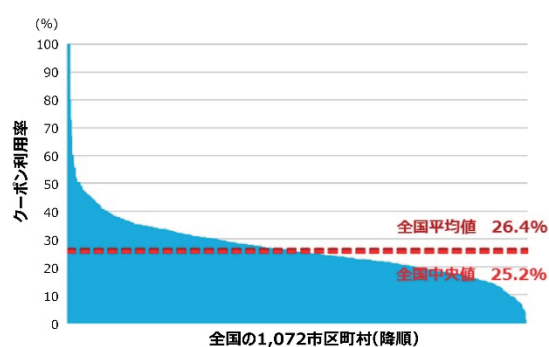
図表Ⅱ-2-(1)-29：クーポン券利用率（女性）令和2年度報告

図表 29－1：子宮頸がん



利用率	市区町村数
0.0-5.0%	233
5.0-10.0%	467
10.0-15.0%	255
15.0-20.0%	51
20.0-25.0%	15
25.0-50.0%	12
50.0-100.0%	4
計	1,037

図表 29－2：乳がん



利用率	市区町村数
0.0-5.0%	14
5.0-10.0%	31
10.0-15.0%	69
15.0-20.0%	155
20.0-25.0%	250
25.0-50.0%	526
50.0-100.0%	27
計	1,072

資料：第33回がん検診のあり方に関する検討会⁸⁾ 資料3

4 今後の取組と課題

<各目標項目に係る課題>

① 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

- 今後も 75 歳未満のがんの年齢調整死亡率を着実に低下させていくためには、がんにかかる国民を減らすことが重要であり、がん予防のための施策を一層充実させていく必要がある。また、がんにかかった場合にも、早期発見・早期治療につながるがん検診は重要であり、その受診率を向上させていく。
- 全がんでの年齢調整死亡率の減少は、感染率が減少している、胃がん、肝臓がんの減少に基づくもので、他は諸外国より減少率が低く、特に子宮頸がんは諸外国と対照的に増加に転じており、がん種別の状況をモニタリングして、がん種ごとの対策を実施する必要がある。
- 再開されたHPVワクチンの個別勧奨を確実に実施し、国民の理解のもと、接種率を向上させていくことが重要である。

② がん検診の受診率の向上

- がん検診受診率に関しては、全ての指標でベースラインより向上しているものの、男性の肺がん以外の検診については受診率 50%の目標には到達していない（図表Ⅱ-2-(1)-12～図表Ⅱ-2-(1)-16）ため、第3期基本計画の内容を踏まえ、検診の精度の管理の徹底とともに、個別の受診勧奨・再勧奨等を推進していく。
- がん検診の受診率が低い理由として「受ける時間がないから」「必要性を感じないから」「心配なときはいつでも医療機関を受診できるから」等が挙げられ、がん検診の普及啓発が不十分であること等が指摘されている。対象者全員に受診勧奨をしている市町村は約半数程度であり、引き続き、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域におけるがん検診との連携等、より効率的・効果的な施策を実施する。
- 都道府県別の受診率の推移（図表Ⅱ-2-(1)-22～図表Ⅱ-2-(1)-26）では、受診率が低い県は、低い値で経過しており、対策の強化が求められる。そのアプローチとしては、市区町村別、年齢階級別等、全体の受診率を下げている集団を割り出し、コールリコールの実施やスモールメディア等、受診率向上効果が科学的に確認されている手法を積極的に実施することが有効であると考える。
- 受診率と加入している医療保険との関連の分析では、学歴や既婚、失業等の社会的要因と独立して有意な関連が認められ、市町村国民健康保険（国保）加入者は、共済組合加入者よりも約 25～40 ポイント低いことが確認され、市町村国民健康保険（国保）加入者、被用者保険被扶養者等へのアプローチ強化が提案されている¹⁰⁾。
- 子宮頸がんの罹患は、20 歳代で上昇するため、この年齢層での子宮頸がん検診受診率の向上は重要な課題である（図表Ⅱ-2-(1)-28）。
- 子宮頸がん検診のクーポン券利用率は全国平均で 10%を下回っている状況であり、クーポン券を配布された 20 歳以上の方にがん検診の必要性等についての理解を促進させるとともに、居住地と住所地が異なる等の理由により、クーポン券が本人の手元に速やかに届かず利用の機会を逃している可能性に対する検討が必要である（図表Ⅱ-2-(1)-29）。

2. (1) がん

- 精密検査受診率は、多くのがん種で十分ではない。また、精密検査未把握率や精密検査未受診率については、依然として一定の水準で推移している。引き続き、がん検診の受診者に、精密検査受診の必要性を説明し、自治体に、精密検査実施機関等からの精密検査結果の把握を徹底する等、精密検査実施率の改善に向けた対策を検討する必要がある。
- 指針に基づかないがん検診の実施率は、85.4%と高い状況が続いていたことから、市区町是指針に基づいたがん検診の適切な実施に努め、都道府県は、管轄する市区町村のがん検診の実施状況を踏まえ、市区町村に対し必要な指導・助言等を行うよう体制を整備していくことが必要である。
- 職域におけるがん検診については、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」等の普及状況や活用に応じた課題等の把握を行いつつ、マニュアルの普及に取り組むことが必要である。
- 職域におけるがん検診は、明確な法的根拠に基づき実施されているものではなく、保険者や事業主により福利厚生として実施されている一方、有効性・安全性が確認された科学的根拠に基づく検診が実施されることが望ましいことから、厚生労働科学研究班等の結果を踏まえつつ、職域の関係者を踏まえた、幅広い対策を検討することが必要である。
- 職域における検診受診状況の把握や精度管理を可能とするため、将来的には、統一化されたデータ・フォーマットの作成や、データの集約について検討していくことも視野に入れることが必要である。
- 英国内閣府の傘下に設置された組織である The Behavioural Insights Team (BIT) が、ナッジ理論を実際の現場で使いやすい手法のフレームワークとして発表した「EAST」(Easy、Attractive、Social、Timely) を活用することでがん検診受診に対する抵抗感を低減し、受診行動に導くことが期待される。

<指標設定やデータに係る課題>

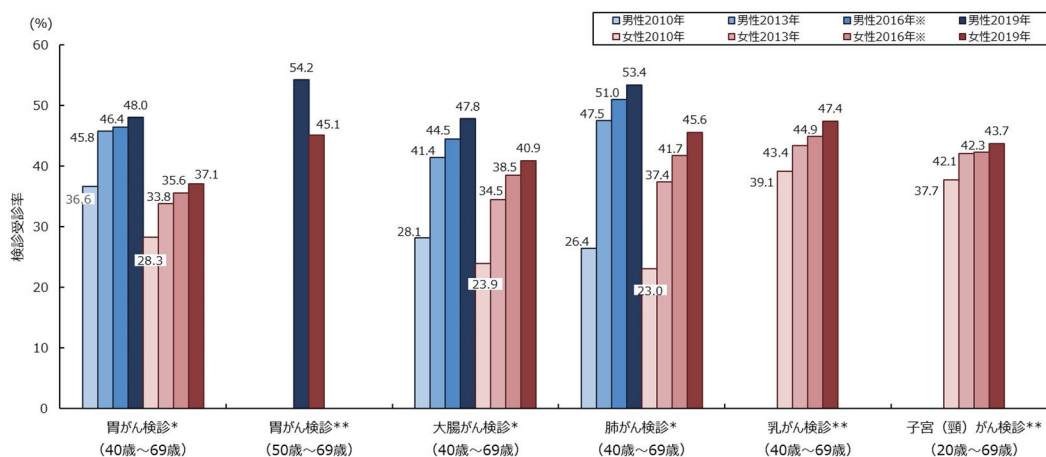
- 死亡数の減少に関しては、全がんのモニタリングのみならず、がん種別のモニタリングと減少幅が小さいがん種別の対策強化が必要であると考え。また、全国がん登録による罹患情報の精度が安定すれば、診断時の進行度から検診の有効性の評価が可能となると考える。
- がん検診受診率に関しては、我が国におけるがん検診は、住民検診、職域検診、人間ドック等が実施されているが、その全体の受診率を正確に計測する手段がないことが大きな課題であると考え。
- 現在、全体を把握するために、国民生活基礎調査をデータソースとしており自己申告によるサンプリング調査に基づいて把握されている。そのため、回答者の記憶が異なったり（数年前に受けたものを1年以内に受けたものと記憶等）、誤認（診療として受けた検査を検診と認識等）する場合もあり、正確な検診受診率が計測されていないことも考え得る。今後、住民検診及び職域検診において、対象者を把握した上で、より正確な受診率を算出することが求められると考える。福井県において、地域・職域全数調査と比較した結果、国民生活基礎調査が、胃がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんにおいて、6～12ポイント過大評価となるという結果も報告されている¹¹⁾。
- 現状使われている国民生活基礎調査では、職域検診を受けている者の割合や経済的状況の格差、住民検診のコールリコールの温度差等、様々な要因が複雑に絡み合っている状況であり、地域

2. (1) がん

格差を議論するには、データ不足で困難であるとする。今後、住民検診及び職域検診において、対象者を把握した上で、受診者数より、より正確な受診率を算出することが求められると考える。

- また、平成 28（2016）年から内視鏡による胃がん検診が 50 歳以上隔年で実施されるようになったが、従来の 40 歳以上毎年の胃 X 線検査も当面の間実施できるとされており、2 とおりの受診率が算出される状態となっている（図表Ⅱ-2-(1)-30）。今後の胃がん検診の受診率の提示方法についても検討が必要と考える。
- がん検診による死亡率減少を目指すためには、受診率のみでなく、検診の精度管理についても、目標を設定し、適切に管理することが必要である。第 3 期がん対策推進基本計画では、精検受診率 90%以上を個別目標として設定しているが、平成 28（2016）年度時点で、全ての検診において達成されていない状況である。また、指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合は平成 30（2018）年度で、85.4%もあり、有限のリソースを指針に基づくがん検診に集中し、「事業評価のためのチェックリスト」の実施等、精度管理状況を指標として、評価していることが重要である。
- さらに、職域におけるがん検診については、平成 30（2018）年 3 月に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が策定されたところであるが、職域におけるがん検診の実態も把握できていない状況であり、まずは、マニュアルを参考にしたがん検診の実施を進め、受診率を測定するとともに、精度管理を進めていく必要がある。

図表Ⅱ-2-(1)-30：がん検診受診率の推移（男女別）



資料：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」^{5) 6)}

注 1：厚生労働省「国民生活基礎調査」より国立がん研究センターが算出

注 2：平成 28（2016）年の国民生活基礎調査においては、熊本地震により熊本県を調査対象としていないため、平成 28（2016）年は熊本県のデータがない

*：過去 1 年間の受診有無

**：過去 2 年間の受診有無（胃がん検診の過去 2 年間の受診有無は 2019 年調査から）

2.（1）がん

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 令和2（2020）年度のがん検診受診率は、緊急事態宣言が発出されていた4月、5月に大幅に低下したが、6月以降は前年同月とおよそ同程度に回復を認め、通年では1～2割程度の減少であった。令和2（2020）年度に宮城県で実施された住民検診（宮城県対がん協会による報告）においては、実施されたがん検診のうち、胃がんで16.3%と最も受診率の減少幅が大きかった（第33回 がん検診のあり方に関する検討会（令和3（2021）年）⁸⁾）。
- 令和3（2021）年11月公表された令和2（2020）年院内がん登録全国集計報告書¹²⁾では、がん診療連携拠点病院等を含む863施設の1,040,379例のデータにより、令和2（2020）年の新型コロナウイルス感染症流行下におけるがん診療の状況について、報告がなされている。前年と比較すると、594施設で全登録数（新規にがんの診断や治療を受けた例）が減少（平均4.6%減、60,409件）、肝臓は男女ともほぼ横ばいであるのに対し、特に男性で胃・大腸、女性で乳房・胃の登録数の減少が確認された。
- 医療機関・検診受診控えに対してはリーフレットやホームページ等を通して受診推奨を啓発する取組を引き続き実施している。
- 実際の新型コロナウイルス感染症の影響を測るには、全国がん登録によるがん罹患数、罹患時の進行度、死亡数から確認する必要があると考える。全国がん登録による罹患数の確定や死亡数への影響が及ぶまでには、タイムラグもあるが、断片的なデータだけで判断するのではなく、様々なデータを踏まえて影響を評価することが重要であると考え。
- 一方、院内がん登録に基づく罹患数は、全国がん登録より早く集計が可能であるが、感染症の影響をよりタイムリーに把握するためには、新たな罹患情報の集計システムについて、検討する必要があると考える。

<参考文献・URL>

- 1) がん対策基本法
https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=418AC1000000098_20161216_428AC0000000107
- 2) がん対策基本計画
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html>
- 3) がん情報サービスがん統計サイト 集計表ダウンロード 部位別 75歳未満年齢調整死亡率
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/data/dl/index.html
- 4) Katanoda K, Hori M, Saito E, Shibata A, Ito Y, Minami T, et al. Updated Trends in Cancer in Japan: Incidence in 1985-2015 and Mortality in 1958-2018-A Sign of Decrease in Cancer Incidence. J Epidemiol. 2021;31(7):426-50. Epub 20210206. doi: 10.2188/jea.JE20200416. PubMed PMID: 33551387; PubMed Central PMCID: PMC8187612.
- 5) がん情報サービスがん統計サイト がん検診受診率
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/screening.html

2.（1）がん

- 6) がん情報サービスがん統計サイト グラフデータベース検診受診率
https://gdb.ganjoho.jp/graph_db/gdb8?graphId=804
- 7) 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450025>
- 8) がん検診のあり方に関する検討会
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kenkou_128563.html
- 9) がん対策推進協議会
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-gan_128235.html
- 10) 田淵 貴大, 中山 富雄, 津熊 秀明. 日本におけるがん検診受診率格差 医療保険のインパクト. 日本医事新報. 2012(4605):84-8. PubMed PMID: 2012271834.
- 11) 松田 一夫. 大腸がん検診のあり方 便潜血検査のピットフォールと新たなスクリーニング方法 便潜血検査による大腸がん検診の現状と課題 新しいスクリーニング法への期待を含めて. 総合健診. 2016;43(5):595-600. PubMed PMID: 2017043316.
- 12) 国立がん研究センター. 院内がん登録全国集計.
https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/hosp_c/hosp_c_registry.html

2. (1) がん

(2) 循環器疾患

背景

- 循環器疾患（この章では脳血管疾患と心疾患を合わせて循環器疾患と定義している）※¹は、悪性新生物（がん等）に次いで日本人の主要死因の大きな一角を占めており、平成 30（2018）年の人口動態統計によると、心疾患は死亡原因の第 2 位、脳血管疾患は第 4 位であり、両者を合わせると、悪性新生物（がん）に迫り、年間 31 万人以上の国民が亡くなっている。また「2019 年 国民生活基礎調査」によると、介護が必要となった主な原因の一つである（要介護の原因の 20.6%を占めている）。
- 循環器疾患の予防は基本的には危険因子の管理であり、国際的に確立している危険因子としては、制御できない性、年齢を除くと、高血圧、脂質異常症（特に高 L D L コレステロール血症）、喫煙、糖尿病の 4 つがある。循環器疾患の予防はこれらの危険因子の管理が中心となるため、それぞれの改善を図り、その結果として循環器疾患の予防対策を進めていくという視点で健康日本 21、健康日本 21（第二次）が展開されてきた。健康日本 21 ではこれらのうち喫煙以外の 3 つを指標としていたが、健康日本 21（第二次）ではこれら 4 つの全てを指標としていた。このうち喫煙はほぼあらゆる疾患の発症リスクを高めるため独立した領域で評価され、糖尿病は循環器疾患以外の独自の合併症（細小血管障害等）があるため、これも独立した領域で評価されている。そのためここでは 4 つの主要危険因子のうち、高血圧と脂質異常症（高コレステロール血症）について評価し、これらと喫煙と糖尿病の推移を参考にしながら循環器疾患の年齢調整死亡率等の評価を行った。

1 目標項目の評価状況

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

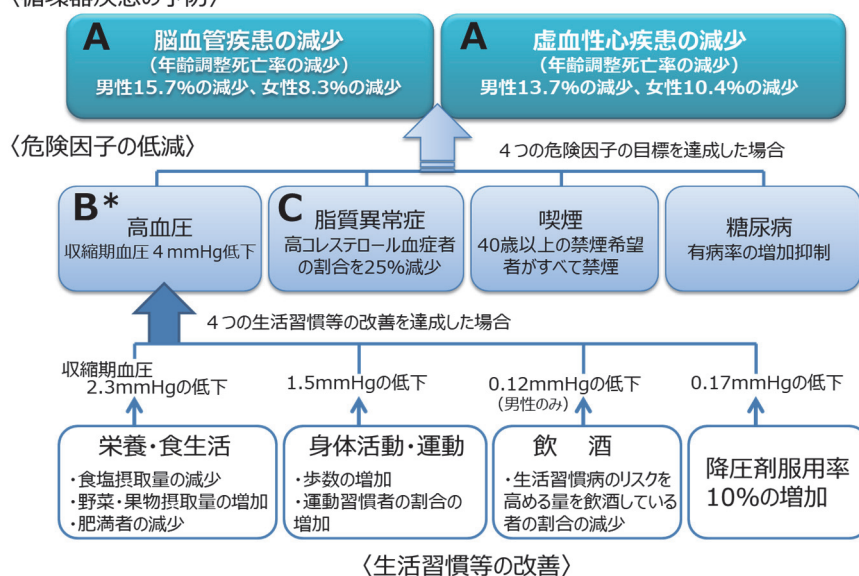
※¹ 健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法では、脳卒中、心臓病その他の循環器病を「循環器病」としている。

2. (2) 循環器疾患

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

図表Ⅱ-2-(2)-1：循環器疾患の目標設定の考え方及び目標項目の評価

〈循環器疾患の予防〉



資料：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料に最終評価結果を追記

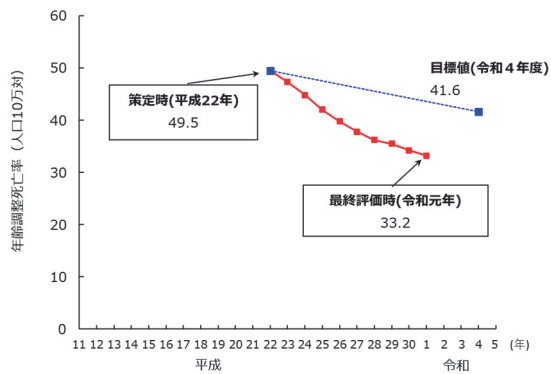
2. (2) 循環器疾患

① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）

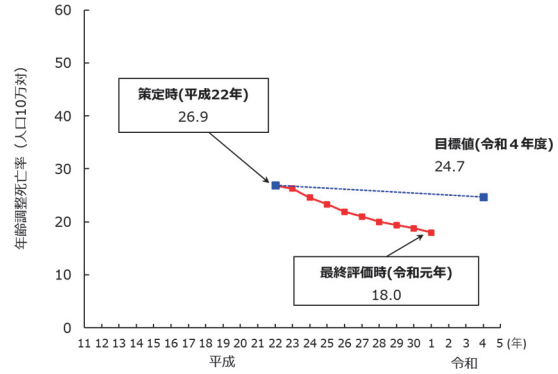
男性、女性ともに脳血管疾患の年齢調整死亡率は既に目標を達成している（図表Ⅱ-2-(2)-2）。同じく男性、女性とも虚血性心疾患の年齢調整死亡率も既に目標を達成している（図表Ⅱ-2-(2)-3）。

図表Ⅱ-2-(2)-2：脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移

図表 2-1：男性



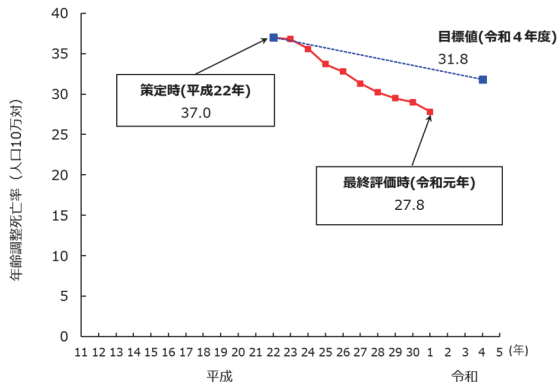
図表 2-2：女性



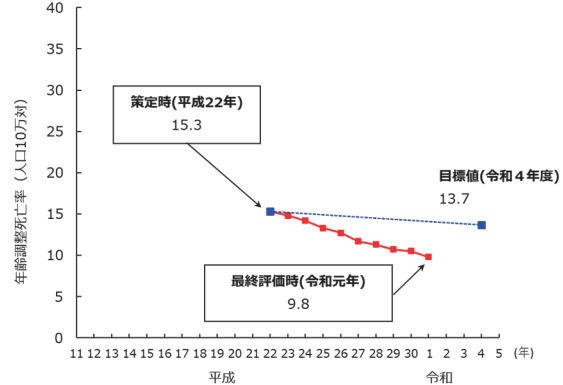
資料：厚生労働省「人口動態統計」

図表Ⅱ-2-(2)-3：虚血性心疾患の年齢調整死亡率の推移

図表 3-1：男性



図表 3-2：女性



資料：厚生労働省「人口動態統計」より作図

なお、本目標項目の年齢調整には昭和 60 年モデル人口を用いているが、令和 2（2020）年によく次の年齢調整死亡率の基準人口（平成 27（2015）年モデル人口）が示され¹²⁾、令和 2（2020）年「人口動態統計（確定数）」から新基準人口を用いて公表されている（令和 4（2022）年 2 月 25 日公開）。各年の年齢調整死亡率は遡及して計算されており、脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人当たり）は男性でベースラインの 153.7 から 98.2 と 36.1%減

2.（2）循環器疾患

少、女性で 93.3 から 59.9 と 35.8%の減少を認めた。虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人当たり）も、男性で 101.5 から 72.9 と 28.2%の減少、女性で 51.1 から 31.5 と 38.4% 減少しており、新しい基準人口を用いた年齢調整死亡率を用いて評価したとしても、当初予測していた減少率（脳血管疾患：男性で 15.9%、女性で 8.3%、虚血性心疾患：男性で 13.7%、女性で 10.4%）を超えて低下を認めており、目標を達成している（A 評価）と評価できると考える。

② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）

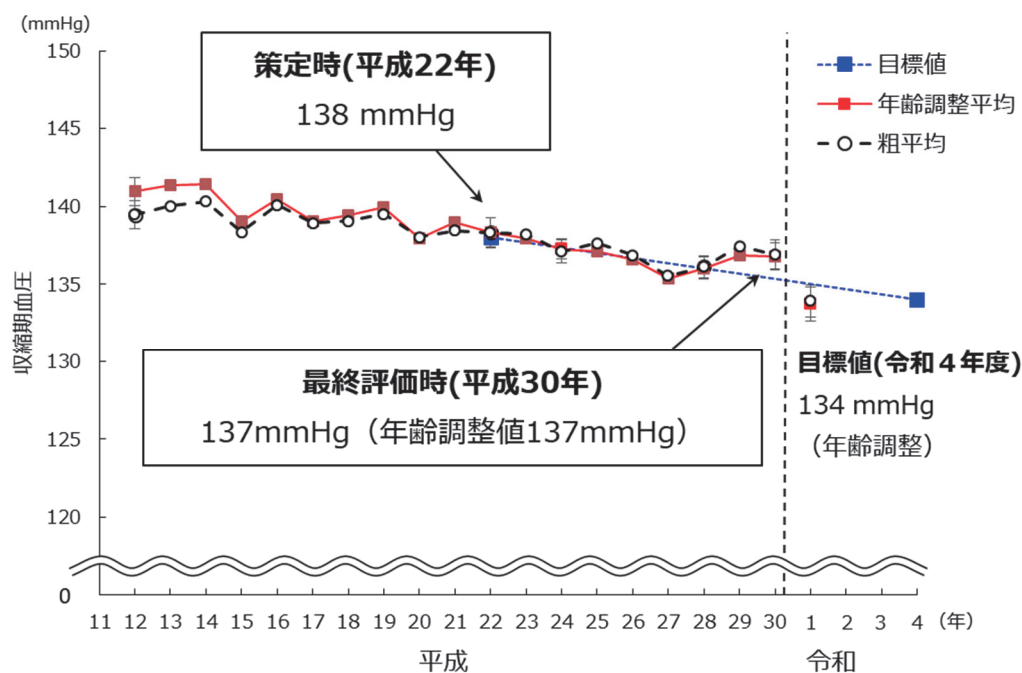
本検討での年齢調整の基準人口は、平成 22（2010）年調査実施人数としており、年齢調整は 40 歳～49 歳、50 歳～59 歳、60 歳～69 歳、70 歳～89 歳の 4 区分で実施している。男性、女性ともに現時点で目標値には達していないが、改善傾向にある。男性は、平成 22（2010）年から平成 27（2015）年までは減少したが、平成 28（2016）年から平成 30（2018）年までは逆に増加傾向を示した。女性は、平成 22（2010）年から平成 30（2018）年までで一貫して減少していた。男性については目標年度までの目標達成は厳しいと考えられた（図表Ⅱ-2-(2)-4）。なお、評価に使用可能な直近の国民健康・栄養調査は令和元（2019）年度であるが、この年から血圧計が水銀血圧計から電子圧力柱血圧計（ハイブリット血圧計）に変更されているため、血圧の評価は平成 30（2018）年度までの調査結果を用いて実施した。（令和元（2019）年に水銀を使用しない血圧計に変更したところ、平均値が 2 mmHg 程度低下した）

次に年齢階級別の収縮期血圧の推移も示した。年齢階級別の人数が少ないためここでは 3 年幅の移動平均を示している。ただし令和元（2019）年は移動平均ではなく単年度平均で示している。平成 22（2010）年からの推移は基本的に男女とも減少基調であるが、平成 29（2017）年と平成 30（2018）年において、男性では、60 歳～69 歳と 70 歳以上、女性では 70 歳以上でやや増加する傾向を示した（図表Ⅱ-2-(2)-5）。

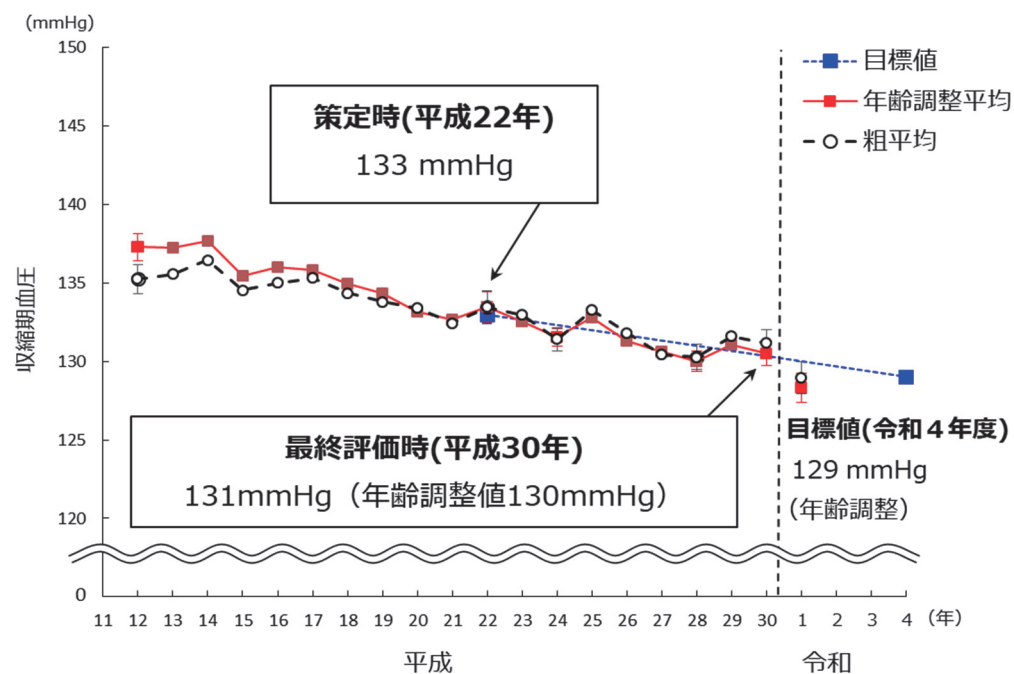
なお、本目標項目の指標は健康日本 21（第二次）が始まる前から継続してデータが収集されているが、平成 12（2000）年から平成 30（2018）年までの 19 年間でみると、男女ともに有意に低下している（図表Ⅱ-2-(2)-4）。

図表Ⅱ-2-(2)-4：収縮期血圧の平均値の推移（40～89歳）

図表4-1：男性



図表4-2：女性



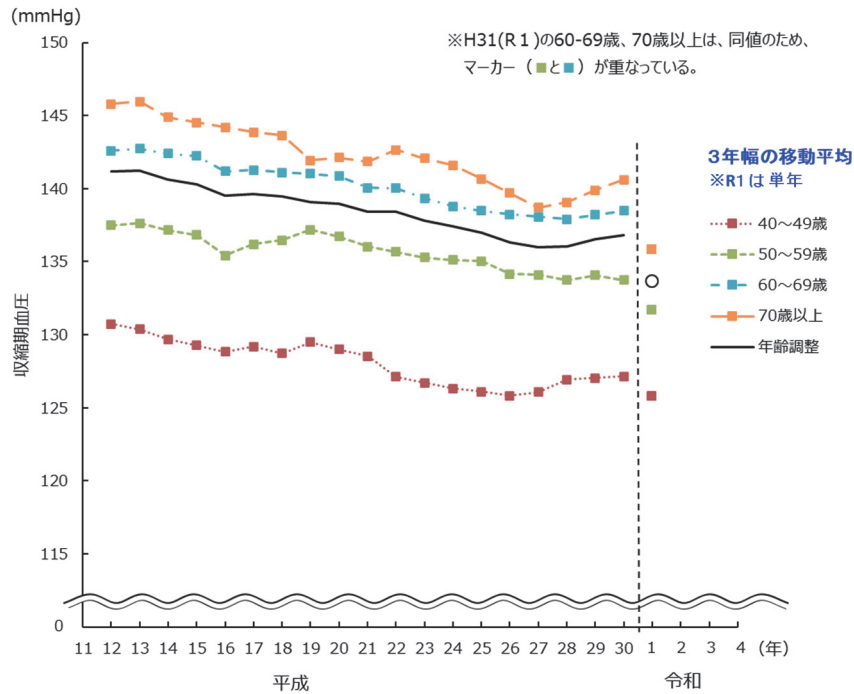
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

注：令和元（2019）年はハイブリット血圧計を使用。

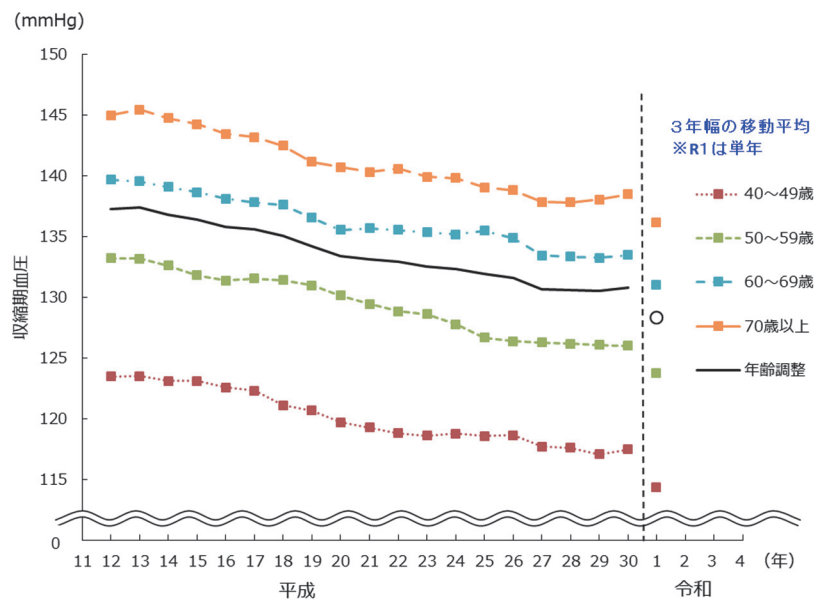
2.（2）循環器疾患

図表Ⅱ-2-(2)-5：収縮期血圧の平均値の推移（年齢階級別）

図表5-1：男性



図表5-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

注1：令和元（2019）年は単年データである。

注2：令和元（2019）年はハイブリット血圧計を使用。

2.（2）循環器疾患

③ 脂質異常症の減少

【指標設定の背景】

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

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

もう一つの指標となっているＬＤＬコレステロールは、国際的にはフリードワルド式で総コレステロール、トリグリセライド、ＨＤＬコレステロールから計算式で求めるのが標準であり、その際のトリグリセライドは空腹時の測定を要求される。一方、ＬＤＬコレステロールの直接測定法は日本で開発され、国内では広く用いられているが、測定精度には国際的に疑義が提起された経緯があり、ほぼ解決をみたのは平成 29（2017）年であったため¹⁾、平成 28（2016）年までのＬＤＬコレステロールの測定結果を見る際には注意が必要である。特定健康診査では、フリードワルド式と直接法のいずれかを用いてＬＤＬコレステロールを測定してもよいこととされているが、実際にはほとんどの保険者が直接法を用いていると推測される。

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

【今回の評価】

最終評価では総コレステロールとＬＤＬコレステロールのどちらを用いても脂質異常症の代表的な指標である高コレステロール血症の者（総コレステロール 240mg/dl 以上の者、ＬＤＬコレステロール 160mg/dl 以上の者）の割合は、男女とも目標に達しておらず、横ばいもしくは悪化傾向であり、総コレステロール 240mg/dl 以上の割合は、女性でベースラインと比較してむしろ悪化傾向であった（図表Ⅱ-2-(2)-6、図表Ⅱ-2-(2)-7）。

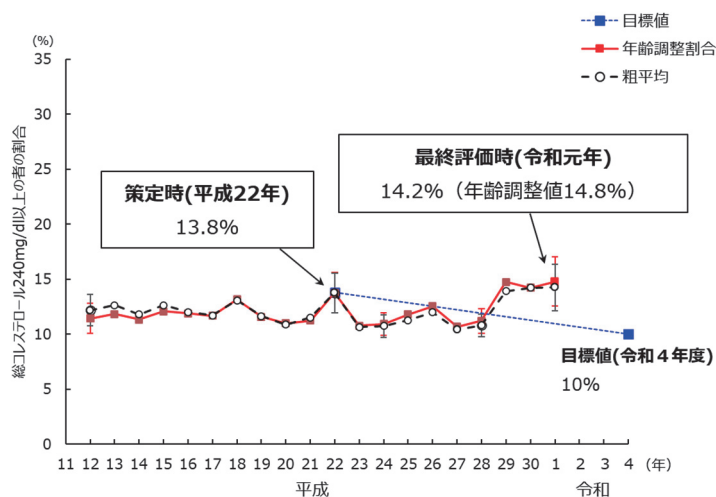
項目全体としては４つの指標の評価を総合し、「Ｃ 変わらない」と評価される。

なお、本目標項目の指標である総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合は健康日本 21（第二次）が始まる前から継続してデータが収集されているが、平成 12（2000）年から令和元（2019）年までの 20 年間でみると、男女とも有意に増加している（図表Ⅱ-2-(2)-6）。

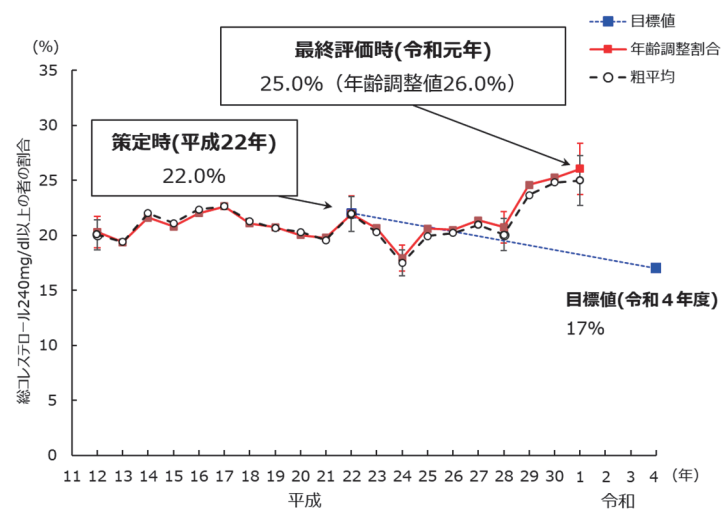
2.（2）循環器疾患

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

図表 6-1：男性



図表 6-2：女性

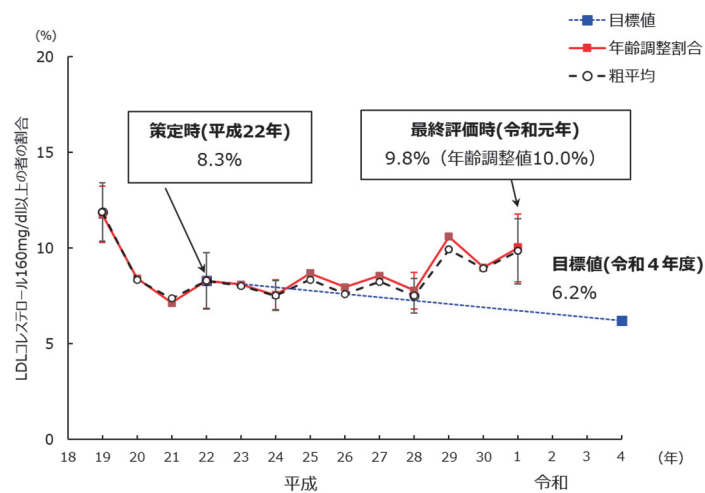


資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

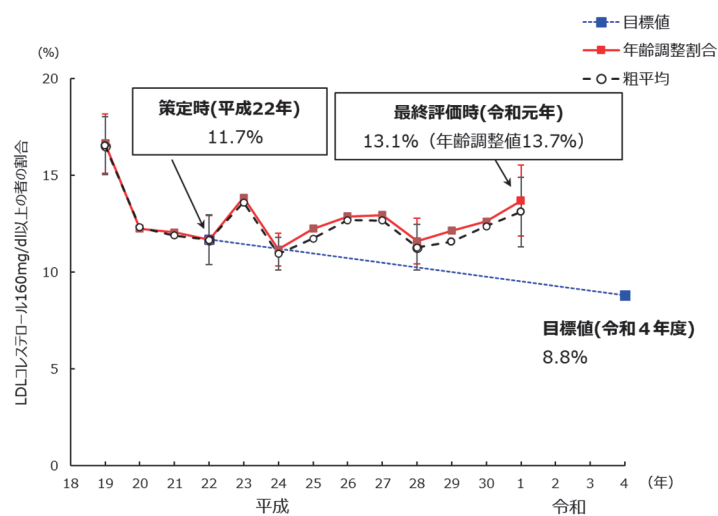
2. (2) 循環器疾患

図表Ⅱ-2-(2)-7：LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合の推移（40～79歳）

図表7-1：男性



図表7-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少：糖尿病領域に記載

⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上：糖尿病領域に記載

2. (2) 循環器疾患

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

【行政の取組】

- 循環器病に係る診療提供体制の在り方について、平成 29（2017）年 7 月に「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」³⁾ において報告書が取りまとめられ、当該報告書を踏まえた、循環器病の診療提供体制を構築する上での留意事項等に関する通知を、平成 29（2017）年 7 月に発出した。
- 上記報告書を踏まえ、循環器病の診療提供体制の評価に資する指標の確立や、急性期診療体制における施設間連携体制構築、地域におけるかかりつけ医等と専門的医療を行う施設との連携体制構築に関する厚生労働科学研究を実施している。
- 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制の在り方について、平成 30（2018）年 4 月に「循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ」において報告書が取りまとめられ⁴⁾、平成 30（2018）年 5 月に通知を発出した。現在、緩和ケアを推進するため、心不全学会が行っている心不全の緩和ケア講習会（H E P T : HEart failure Palliative care Training program for comprehensive care provider）を推進するための事業を実施中である。
- 上記の研究成果や報告書を踏まえ、各都道府県の診療提供体制の整備状況等を確認しながら、必要な循環器疾患対策の検討を行った。
- 「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」（平成 30（2018）年 12 月に成立）に基づいて、令和 2（2020）年 1 月から 7 月にかけて循環器病対策推進協議会を開催し「循環器病対策推進基本計画」を策定、令和 2（2020）年 10 月に閣議決定された。
- 厚生労働省・経済産業省は「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」を実施し、そのうち「食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業」の実証事業者として令和 2（2020）年 11 月に日本高血圧学会を選定した。この事業を通じて尿中ナトリウム・カリウム測定による減塩と野菜摂取増加のための保健指導及び食環境整備の手法を開発している。

【関連学会等の取組】

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

2.（2）循環器疾患

- 日本循環器学会は、平成 16（2004）年から循環器疾患診療実態調査（JROAD：The Japanese Registry Of All cardiac and vascular Diseases）として、施設概要（循環器医療の供給度）と検査や治療の実施状況（循環器医療の必要度）を把握しており、JROAD施設のうちDPC対象施設においては、DPCデータの分析も行っている。この事業のデータセンターと事務局は平成 25（2013）年度から国立循環器病研究センターに設置され、学会との共同研究を推進している。
- 「日本脳卒中データバンク」は、国内の 130 施設（令和 3（2021）年 1 月現在）が参加する脳卒中患者の登録事業で、平成 11（1999）年から実施されている。平成 27（2015）年 4 月より、公益社団法人日本脳卒中協会から国立循環器病研究センターに運営業務が移管された。疾患の実態や診療のベンチマークになるような登録事業である。
- 日本脳卒中協会は、平成 17（2005）年に社団法人として設立され、（平成 24（2012）年から公益社団法人）、脳卒中に関する正しい知識の普及及び社会啓発によって新たな脳卒中発症の減少に寄与すると同時に、脳卒中患者・家族に対する情報提供、自立のための支援を促進する事業を継続している。
- 令和 3（2021）年に一般社団法人日本循環器協会が設立され、循環器病の予防や治療に関する普及啓発等、基本法の実現に向けた活動を開始した。
- 平成 27（2015）年に脳・心血管疾患の危険因子の予防、治療と関連した 11 学会（日本内科学会、日本疫学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本循環器学会、日本腎臓学会、日本体力医学会、日本動脈硬化学会、日本脳卒中学会、日本肥満学会、日本老年医学会）が共同して、「脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート 2015」を作成し、個別ではなく包括的な危険因子管理の必要性を提起した（現在、令和元（2019）年版が公開されている）。
- 日本高血圧学会は、令和元（2019）年に「高血圧治療ガイドライン 2019」を公表し、高血圧の診断基準や降圧目標値等をアップデートした。また令和元（2019）年から「高血圧ゼロのまわり」モデルタウンの募集を行った。
- 日本動脈硬化学会は、平成 29（2017）年に「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017 年版」を公表し、LDL コレステロールのスクリーニング基準と管理目標値を示している。また令和 4（2022）年にガイドラインを改訂し、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」を公表した。

【循環器疾患の危険因子の管理に関する取組】

- 厚生労働省の生活習慣病予防のための健康情報サイト「e-ヘルスネット」⁵⁾ 等を通じた普及啓発を実施している。
- スマート・ライフ・プロジェクト⁶⁾ により、関係企業・団体を通じて、「適度な運動」、「適切な食生活」、「禁煙」と「健診・検診の受診」の普及を推進している。

〔喫煙対策〕（詳細は喫煙領域に記載）

- 喫煙に関して、「禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版」の策定（平成 30（2018）年 5 月）や禁煙週間におけるイベント等の開催、「たばこ対策促進事業」等を実施。

2.（2）循環器疾患

- 診療報酬におけるニコチン依存症管理料について、情報通信機器を用いた診療に係る評価がなされるとともに、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件が見直された。
- たばこパッケージの注意文言の表示面積が 30%以上から 50%以上に拡大されたほか、たばこの段階的な税率増加が行われた。

〔栄養・食生活〕（詳細は栄養・食生活領域に記載）

- 食塩摂取量の減少、野菜・果物摂取量の増加、肥満・やせの減少等に向け、食生活指針や食事バランスガイドを通じた啓発普及をしている。
- 平成 27（2015）年 4 月 1 日に「食品表示法」が施行され、ナトリウムは食塩相当量に換算したものを表記することが義務付けられた。
- 「健康な食事・食環境」コンソーシアム（日本栄養改善学会、日本給食経営管理学会、日本高血圧学会、日本糖尿病学会、日本肥満学会、日本公衆衛生学会、健康経営研究会、日本健康教育学会、日本腎臓学会、日本動脈硬化学会、日本補綴歯科学会、日本産業衛生学会、日本がん予防学会）は、平成 30（2018）年に外食、中食（持ち帰り弁当）、事業所給食で、「スマートミール」を継続的に健康的な空間（栄養情報の提供や受動喫煙防止等に取り組んでいる環境）で提供している店舗や事業所を認証する制度を創設し、審査・認証を行っている。

〔身体活動〕（詳細は身体活動・運動領域に記載）

- 「+ 10（プラステン）：今より 10 分多く体を動かそう」をテーマに、例えば通勤時の歩行を 10 分多く歩くことを推奨した“smart walk”を提唱する等、周知・広報を続けているところである。
- 「健康づくりのための身体活動基準 2013」及び「アクティブガイドー健康づくりのための身体活動指針ー」等を周知・広報している。
- 近年は室内でも取り組める体操等についても「e-ヘルスネット」で発信している。

〔肥満対策〕（取組の詳細は糖尿病領域及び栄養・食生活領域に記載）

- 循環器病の発症要因の一つであるメタボリックシンドロームに関する対策として、肥満を始めとする栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙の生活習慣の改善等の対策として、総合的に実施している。
- メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣の改善を目的として、特定健康診査・特定保健指導を実施している。

〔飲酒対策〕（詳細は飲酒領域に記載）

- 多量飲酒者への対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）」（平成 30（2018）年 4 月）に減酒支援（ブリーフインターベンション）を収載した。
- 「アルコール健康障害対策推進基本計画」が第二期計画を閣議決定（令和 3（2021）年 3 月）された。

2.（2）循環器疾患

3 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

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

もともと脳血管疾患と虚血性心疾患の年齢調整死亡率の目標値は、収縮期血圧、喫煙率、脂質異常症（高コレステロール血症）及び糖尿病の有病率という主要な 4 つの危険因子を改善させることによる効果として設定されており、これらの危険因子と脳血管疾患・虚血性心疾患の死亡との関連は、厚生労働科学研究¹⁰⁾で行ったコホート研究における危険因子と循環器系疾患死亡の関連から算出されている。実際の 4 つの危険因子のうち、最終評価時点である程度改善を認めた因子は収縮期血圧の平均値と喫煙率であり、高コレステロール血症は増加もしくは横ばいである。これらの危険因子の今回評価時の値を元の回帰式に入れてみると、年齢調整死亡率は減少傾向にはなるものの実際の死亡率の改善は予測値を上回っていた。死亡率の減少には危険因子の管理だけでなく急性期治療の進歩等も貢献していることが推測された。

② 高血圧の改善

評価は「B* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」であった。

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

「循環器疾患の目標設定の考え方」に示すように、高血圧の改善には、栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒等の生活習慣の変化が関与していると考えられる。また、降圧剤の服薬率も上昇しており、本目標項目の改善の要因の一つと考えられる。

③ 脂質異常症の減少

評価は「C 変わらない」であった。

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

今回の最終評価では、4 つの指標の評価を総括し、項目全体としては「C 変わらない」と評価されたが、これは、LDL コレステロールの測定が正確であるという前提の下、評価指標として LDL コレ

ステロールの結果を優先して評価した場合と同じ結果（「C 変わらない」）である。上記の理由から、測定精度上、平成 28（2016）年までの LDL コレステロールの測定結果を見る際には注意が必要であるが、総コレステロールを用いた場合の評価も、性別、年齢区分で層化しても概ね同様の傾向を示しており、どの層でも「変わらない」という解釈で問題ないと考えられる。

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

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

LDL コレステロールを低下させる具体的な方法として、「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」に、多価不飽和脂肪酸と不飽和脂肪酸の摂取割合に着目した指導の重要性等が記載されている⁹⁾。

4 今後の取組と課題

＜領域全体としての課題＞

- 脳血管疾患（脳卒中）と心臓病を合わせた脳・心血管疾患（広義の「循環器疾患」）の死亡者数は、第 2 位の死亡原因であり悪性新生物に迫る疾患群である。また脳卒中は重度の要介護状態に至る原因として認知症と並んで最大の原因となっている。健康日本 21（第二次）における本領域は、生活習慣→危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病）→脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率、という 3 層構造の目標設定になっており、最終的かつ最も重要な指標が脳血管疾患、虚血性心疾患の年齢調整死亡率であることはいままでのない。この指標が順調に低下していたことは大きな成果である。
- しかしながら死亡率の低下は実際の危険因子の推移から予測されるよりも大きく低下している。もとも健康日本 21（第二次）の計画策定に用いた推計モデルは、EPOCH-JAPAN（Evidence for Cardiovascular Prevention from Observational Cohorts in Japan）研究の危険因子と死亡率の関連から単純な推計をしており、治療等による同一個人の長期的な危険因子の推移等は考慮していない。これは推計できるエビデンスがないということと、無理にモデルを作ると仮定しなければならない事象が多くなり過ぎて、かえって予測が怪しい結果になる可能性が高かったためである。そのため単純に危険因子のレベルが異なる別の母集団での推計を示すというシンプルなモデルとしたため、現実とのズレが何で生じていたかという検証には困難が伴う。
- また根本的な理由として、予防対策の評価は発症率で見るべきであり死亡率で見るのは限界があるということもある。死亡率は、発症率と発症後の致命率の積で決まるが、通常、前者は社会環境や生活習慣の改善や予防対策の効果として、後者は医療技術の進歩によってなされる。したがって健康日本 21（第二次）の評価は本来発症率で行うべきであるが、残念ながら我が国には脳

2.（2）循環器疾患

血管疾患や虚血性心疾患の発症率を知る手段がない。日本における 35 歳～85 歳の年代における 30 年間の虚血性心疾患死亡の推移を特殊な統計モデルで推計した研究では、高齢化による死亡率の増加がかなり抑制されており、増加を抑制できたと考えられる虚血性心疾患死亡者のうち 56%は治療の進歩、35%は生活習慣等の改善による危険因子の変化が寄与していると推計されている¹¹⁾。しかし健康日本 21（第二次）で用いたモデルでは治療の進歩の影響は評価できていない。

- また平成 22（2010）年から 10 年が経過すると人口自体が高齢化していき、年齢調整の影響を過度に受けている可能性も考えられる。循環器系の死亡は高齢者になるほど等比級数的に高くなる。健康日本 21（第二次）の指標の評価に用いた基準人口は、昭和 60（1985）年モデル人口を用いており、現実の人口構成とは異なってきている。当時は 75 歳以上の人口も少なく、85 歳以上は僅少であった。そのため高齢層の分母が激減するため直接法で年齢調整を行うと死亡者数が非常に低く算出される。令和 2（2020）年によく次の年齢調整死亡率の基準人口（平成 27（2015）年モデル人口）が厚生労働省から示され、令和 2（2020）年「人口動態統計（確定数）」から新基準人口を用いて公表されているため¹²⁾、今後は新しい基準人口を用いた指標設定を検討していく必要がある。
- このように社会的な影響力、医療費への負担が大きい疾患群であるにもかかわらず、循環器病には、疾病の予防、発症者数の実態（発症登録）、治療の均てん化の状況等を一体的に俯瞰できるシステムがなかった。特に評価という点ではがん登録のような発症登録システムの整備が不可欠である。これらの問題点を克服するべく「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が平成 28（2018）年 12 月に成立し、基本法に基づく循環器病対策基本計画（令和 2（2020）年 10 月閣議決定）の中で、「循環器病対策全体の基盤の整備として、診療情報の収集・提供体制を整備し、循環器病の実態解明を目指す」と、データベースの構築に関する検討が進められている。
- さらに予防においては、一次予防（健康増進、疾病予防）、二次予防（早期発見・早期治療、重症化予防）、三次予防（再発予防やリハビリテーション）の各段階において（ここでの予防は「公衆衛生」での定義に従う）、国民の理解や切れ目や漏れのない対策が必要である。引き続き「スマート・ライフ・プロジェクト」⁶⁾等をととした普及・啓発等により、「適度な運動」、「適切な食生活」、「禁煙」と「健診・検診の受診」の取組を進め、高血圧・脂質異常症の改善や、健診の受診率の向上を推進していくとともに、基本法に基づいたシームレスな対策を進めていく必要がある。

＜各目標項目に係る課題＞

① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少

- 循環器病対策推進基本計画に基づき「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実」、「循環器病の研究推進」に取り組むことにより、年齢調整死亡率の減少を目指すこととしている。なお現在、国の循環器病対策推進基本計画を基に都道府県が循環器対策推進計画を作成中であり、全ての都道府県における策定状況等を引き続き注視していく必要がある。また国は、生活習慣や社会環境の改善を通じて、生活習慣病

2.（2）循環器疾患

の予防を推進するべく、日本脳卒中学会・日本循環器学会へ委託し「普及啓発事業」を進めている。

- 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少は、目標を達成しているものの、危険因子である高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病について対策を引き続き進め、循環器疾患の発症予防と重症化予防を一層推進していく必要がある。
- なお健康日本 21（第二次）では、脳血管疾患・虚血性心疾患をターゲットにしているが、平成 30（2018）年の人口動態統計の循環器疾患死亡者数のうちこの両疾患が占める割合は約 50%であり、残りの約半分（全体の 25%）が心不全である。これを加えると循環器疾患死亡者の約 75%をカバーすることができるが、心不全については危険因子との因果関係が複雑かつ 1 次予防介入のエビデンスが明確でないため、専門医療的な色彩が強く、健康日本 21 のような健康増進計画の俎上に載せるのが適切かどうか引き続き議論が必要である。

② 高血圧の改善

- 収縮期血圧の平均値は、男女ともに策定時から改善傾向にはあるが、目標には達していない。引き続き栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒の生活習慣の改善等の各取組を更に推進するとともに、スマート・ライフ・プロジェクト⁶⁾を通じて、関係企業・団体を通じて、適切な栄養と適度な運動の普及を更に推進していく必要がある。
- 高血圧改善のための取組として、次のような取組が挙げられる。
 - 関連団体の取組として日本高血圧学会は厚生労働省・経済産業省の「食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業」の実証事業者として、尿中のナトリウム・カリウム比を用いた保健指導等の技法を開発している。
 - 日本栄養改善学会が中心となり、生活習慣病関連の学会や関連企業等の「健康な食事・食環境」コンソーシアムが「健康な食事・食環境（スマートミール）」の認証を行っており、食塩相当量が認証基準に含まれている。
 - 日本脳卒中学会と日本循環器学会の「脳卒中と循環器病克服第二次 5 か年計画」では、予防・国民への啓発の 3 つの重点施策の一つとして社会的予防としての減塩対策を掲げているが、ここでは循環器疾患の既往者は 3 グラム／日、非既往者は 1.5 グラム／日の減塩を目指しており、ナッジ理論を用いた減塩政策の推進、産官学の連携による加工食品中の塩分含有量の減少を目標としている。
- いずれの取組も個々の理念と方向性には共通点があるが、現状ではそれぞれの活動の横のつながりが薄く、国（厚生労働省以外の農林水産省や経済産業省も含む）、都道府県、市町村等の行政機関、大学等の教育・研究機関、医療機関、民間企業で行われている取組についての情報共有、相互の連携が必要である。減塩や野菜摂取（カリウム摂取源）の促進に関しては俯瞰的に社会全体として進めていくことが必要と考える。

③ 脂質異常症の減少

- 最終評価における脂質異常症の評価は「C 変わらない」という結果であり、前述の分析のとおり、

2.（2）循環器疾患

LDLコレステロールをコントロールすることの重要性について周知・啓発を進める必要があると考えられる。

- 今後は、スマート・ライフ・プロジェクト⁶⁾等を通じて、適切な栄養摂取と適度な運動を更に推進していく必要があるが、LDLコレステロールをコントロールするためには、肥満の管理、エネルギー摂取量の抑制や身体活動量の増加だけでなく、食事の脂肪の質の調整（適正な総エネルギー摂取量のもとで飽和脂肪酸を減らすこと、又は飽和脂肪酸を多価不飽和脂肪酸に置き換えること）が極めて重要になる等、メタボ系（肥満や糖尿病と近縁）の脂質であるトリグリセライドやHDLコレステロールと、非メタボ系（脂肪の質、動脈硬化と近縁）の脂質であるLDLコレステロールでは、必要な情報発信や保健指導、受診勧奨の内容がかわってくるため、対策を分けて考える必要がある。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 新型コロナウイルス感染症は、感染力が強く、法令では新型インフルエンザ等感染症とされているためその診療には制度的な制約が多く、何よりも通常診療の遂行を妨げるという点で大きな問題を抱えている。がんや循環器病（脳血管疾患と心臓病）で毎日2,000人弱の国民が死亡していることを踏まえると、これらの疾患に対する医療に大きなしわ寄せがいかないようにすることが必要である。
- 新型コロナウイルス感染症による健診受診控えに対してリーフレットを通して受診勧奨を啓発する。
- 新型コロナウイルス感染症に対応した健診に関して厚生労働科学研究を通じて実施する。
- 日本脳卒中学会・日本循環器学会は、新型コロナウイルス感染症が拡大する現状に対し、脳卒中・循環器病の救急医療体制維持に強い危機感を抱き、令和2（2020）年4月に学会共同声明を発出している。そこには、①地域医療圏における医療供給情報の共有と有効利用、②新型コロナウイルス感染症の発生数を減らす有効な対策の実現、③脳卒中・循環器病救急医療施設間での院内感染対策を含む情報共有新型コロナウイルス感染症対策に必要な、感染症に限らない幅広い診療科間での密な連携、が記載されている。

<参考文献・URL>

- 1) Miida T, Nishimura K, Hirayama S, Miyamoto Y, Nakamura M, Masuda D, et al. Homogeneous Assays for LDL-C and HDL-C are Reliable in Both the Postprandial and Fasting State. J Atheroscler Thromb. 2017;24(6):583-99. Epub 20170317. doi: 10.5551/jat.40006. PubMed PMID: 28321014; PubMed Central PMCID: PMC5453684.
- 2) Kinoshita M, Yokote K, Arai H, Iida M, Ishigaki Y, Ishibashi S, et al. Japan Atherosclerosis Society (JAS) Guidelines for Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Diseases 2017. J Atheroscler Thromb. 2018;25(9):846-984. Epub 20180822. doi: 10.5551/jat.GL2017. PubMed PMID: 30135334; PubMed Central PMCID: PMC6143773.
- 3) 脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会。脳卒中、
2.（2）循環器疾患

心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について．平成 29（2017）年 7 月
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000173149.pdf>

- 4) 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ．循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について．平成 30（2018）年 4 月．
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204785.html>
- 5) e-ヘルスネット
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>
- 6) スマート・ライフ・プロジェクト
<http://www.smartlife.mhlw.go.jp/>
- 7) 厚生労働省「禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版」．平成 30（2018）年 5 月．
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/manual2/addition.html>
- 8) 厚生労働省「特定健診・保健指導について」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>
- 9) 厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」．平成 30（2018）年 4 月．
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>
- 10) 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「大規模コホート共同研究の発展による危険因子管理の優先順位の把握と個人リスク評価に関するエビデンスの構築」（平成 23（2011）年度～25（2013）年度、研究代表者 岡村智教）
- 11) Ogata S, Nishimura K, Guzman-Castillo M, Sumita Y, Nakai M, Nakao YM, et al. Explaining the decline in coronary heart disease mortality rates in Japan: Contributions of changes in risk factors and evidence-based treatments between 1980 and 2012. Int J Cardiol. 2019;291:183-8. Epub 20190214. doi: 10.1016/j.ijcard.2019.02.022. PubMed PMID: 30826193.
- 12) 基準人口の改訂に向けた検討会
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07161.html

2.（2）循環器疾患

(3) 糖尿病

背景

- 糖尿病は、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症の併発^{1) 2)}、心筋梗塞や脳卒中等の心血管疾患のリスクを高める³⁾ほか、認知症⁴⁾や大腸がん⁵⁾等の発症リスクを高めることが明らかにされている。生活の質への影響、社会経済的活力と社会保障資源への影響が大きく⁶⁾、適切な対策が必要である^{7) 8)}。
- 糖尿病と生活習慣の関連をみると、食生活の乱れ（不適切な総エネルギー摂取量、糖質・飽和脂肪酸の過剰摂取、食物繊維の不足、多量飲酒）⁹⁾、身体活動量の低下¹⁰⁾等が2型糖尿病の発症、増悪の危険因子¹¹⁾であることが報告されている。また、受動喫煙を含めた喫煙^{12) 13)}、睡眠の質・量の低下^{14) 15)}、うつ傾向や精神的ストレス^{16) 17)}が発症の危険因子であることが報告されている。
- 高血圧や脂質異常症、高尿酸血症、非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD：Nonalcoholic fatty liver disease）¹⁸⁾等との併存や歯周病¹⁹⁾との関連がみられている。
- 糖尿病への対策としては、生活習慣の見直し、肥満の是正、健診による早期発見と保健指導、適切な医療等が確実に切れ目なく行われることが重要である^{20) - 23)}。これらは健康な環境づくり²⁴⁾、地域・職域の保健事業、健診・保健指導、医療の各段階における対策の強化と連携が必要である。
- 健康日本 21（第二次）では、合併症（①糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少）、糖尿病の適切なコントロール（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）、発症予防（④糖尿病有病者の増加の抑制、⑤メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少）、対策（⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上）の各指標を掲げている（図表Ⅱ-2-(3)-1）。

1 目標項目の評価状況

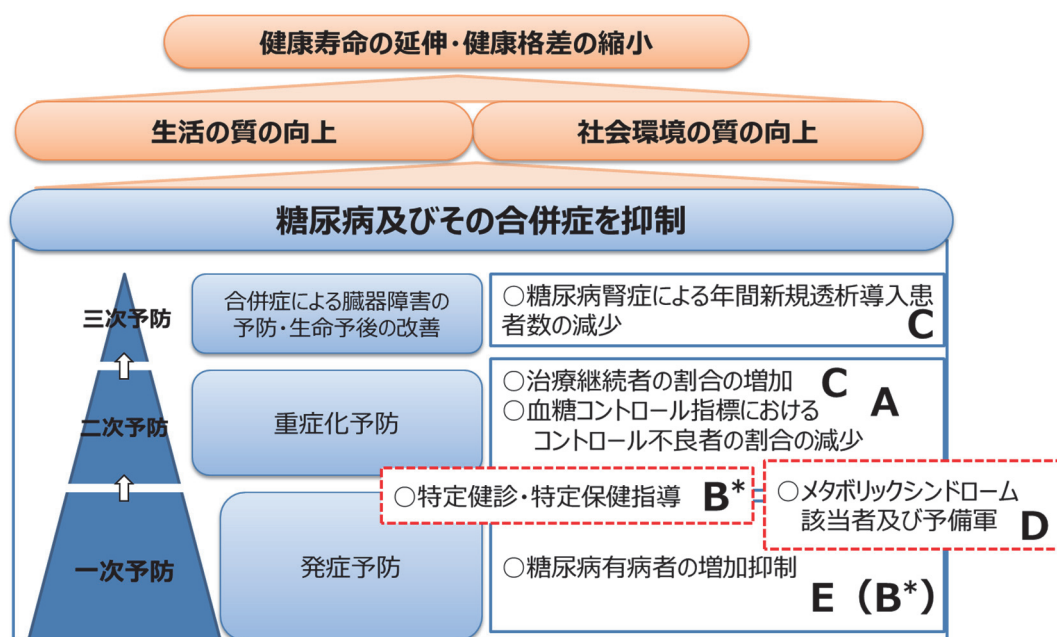
評価		項目数
A	目標値に達した	1
B	現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	1
	B* Bの中で目標年度までに 目標到達が危ぶまれるもの	(内1)
C	変わらない	2
D	悪化している	1
E	評価困難	1

2. (3) 糖尿病

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

※新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

図表Ⅱ-2-(3)-1：糖尿病の目標設定の考え方及び目標項目の評価



資料：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料に最終評価結果を追記

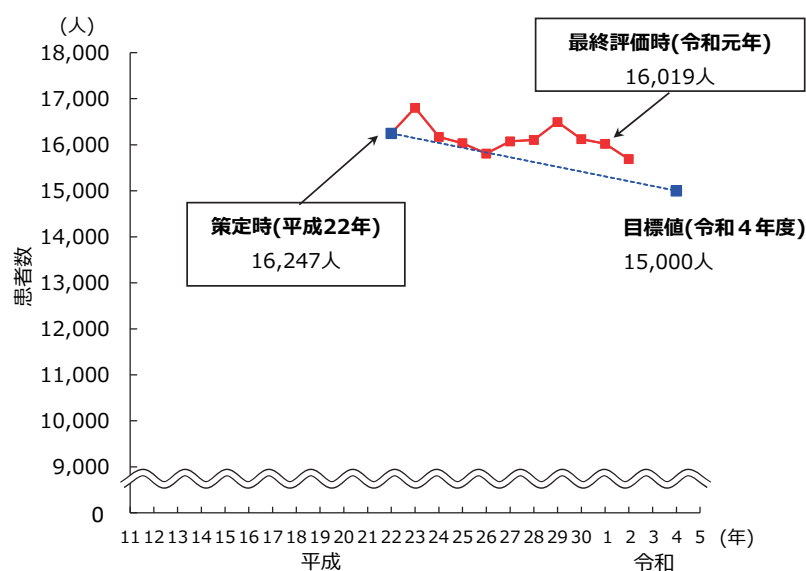
① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数は、ベースライン（平成 22（2010）年）16,247 人、最終評価時（令和元（2019）年）16,019 人であり 228 人の減少、相対的変化は 1.4%の減少にとどまり、目標値の 15,000 人には到達していない²⁵⁾（図表Ⅱ-2-(3)-2）。

2. (3) 糖尿病

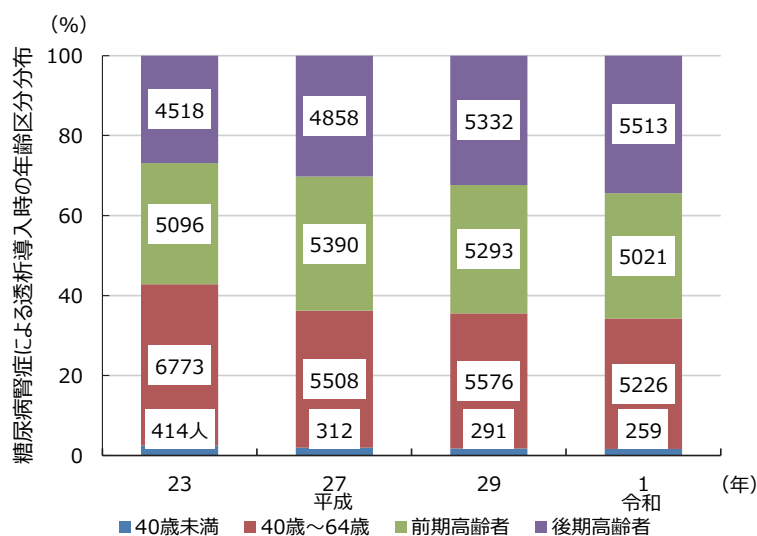
ただし、年齢区分別にみると、75 歳未満の透析導入患者数は平成 23（2011）年 12,283 人から最終評価時 10,506 人へと 1,777 人（14.5%）の減少がみられた（図表Ⅱ-2-(3)-3）。また、糖尿病腎症による透析導入時の年齢は高齢化しており（図表Ⅱ-2-(3)-4）、40 歳～64 歳及び 65 歳～74 歳においては人口 100 万人当たりでも糖尿病腎症による年間透析導入患者数は減少している（図表Ⅱ-2-(3)-5）。糖尿病腎症による透析導入患者のうち、7 割以上は男性であった。参考として、都道府県別の糖尿病腎症による透析導入患者数をみると、同程度の高齢化率の都道府県でも、人口 100 万人対の導入患者数に 2 倍程度の格差が存在していた（図表Ⅱ-2-(3)-6、図表Ⅱ-2-(3)-7）²⁵⁾。

図表Ⅱ-2-(3)-2：糖尿病腎症による年間透析導入患者数の推移



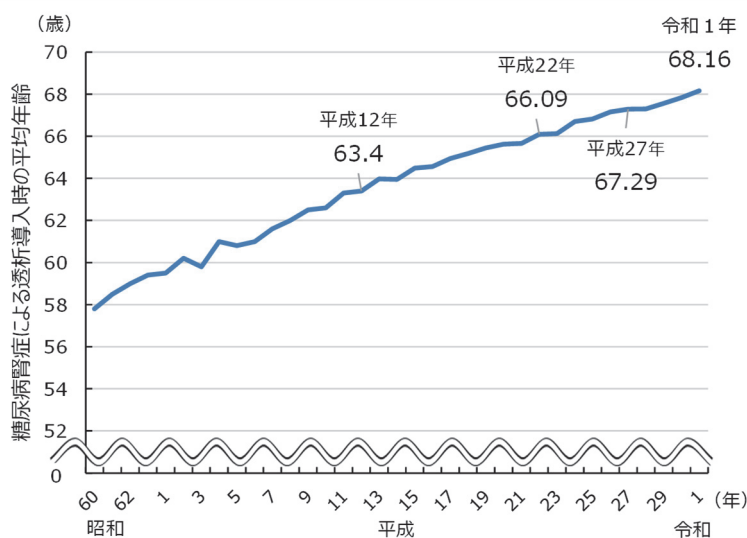
資料：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」より作図²⁵⁾

図表Ⅱ-2-(3)-3：糖尿病腎症による透析導入時の年齢区分分布の推移



資料：日本透析医学会のデータより作図

図表Ⅱ-2-(3)-4：糖尿病腎症による透析導入時の平均年齢の推移



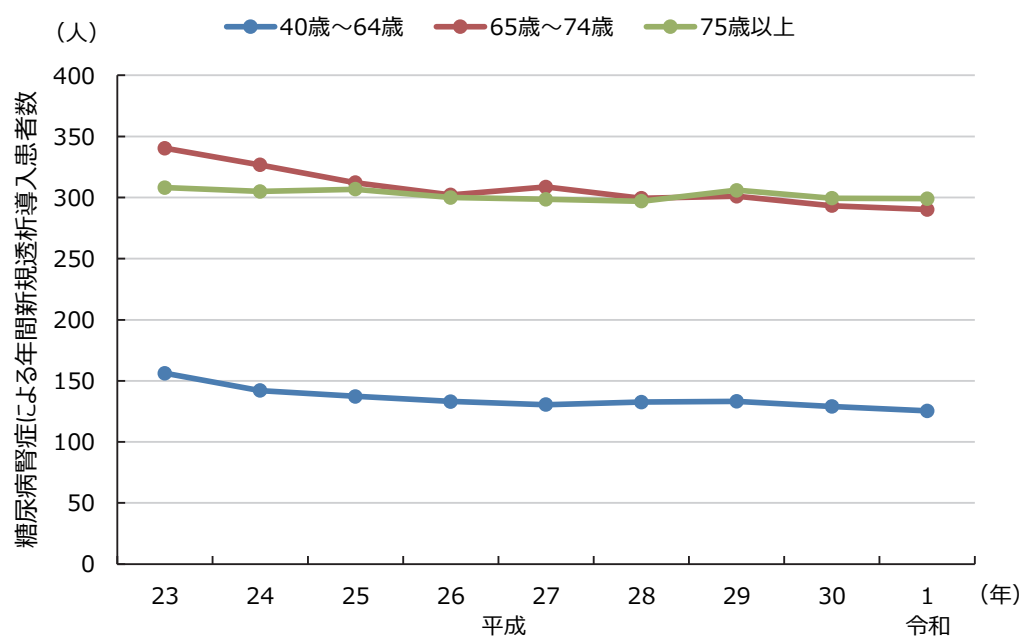
資料：平成15（2003）年から平成27（2015）年は、日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」²⁵⁾

平成14（2002）年以前及び平成28（2016）年以降は、日本透析医学会のデータより作図

注：平成19（2007）年、平成21（2009）年、平成23（2011）年、平成24（2012）年、平成25（2013）年については、日本透析医学会雑誌を参照しており、日本透析医学会ホームページ掲載資料とは数値が異なる。

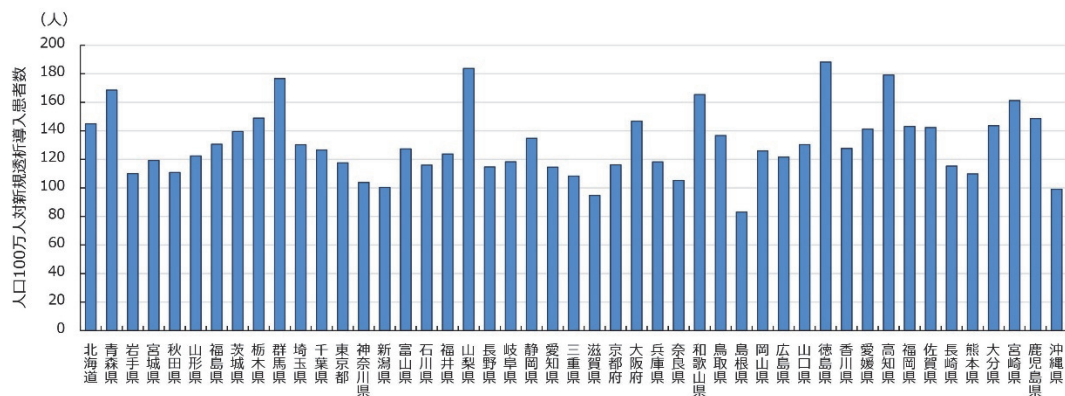
2. (3) 糖尿病

図表Ⅱ-2-(3)-5：糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数（人口100万人当たり）
の推移（年齢区分別）



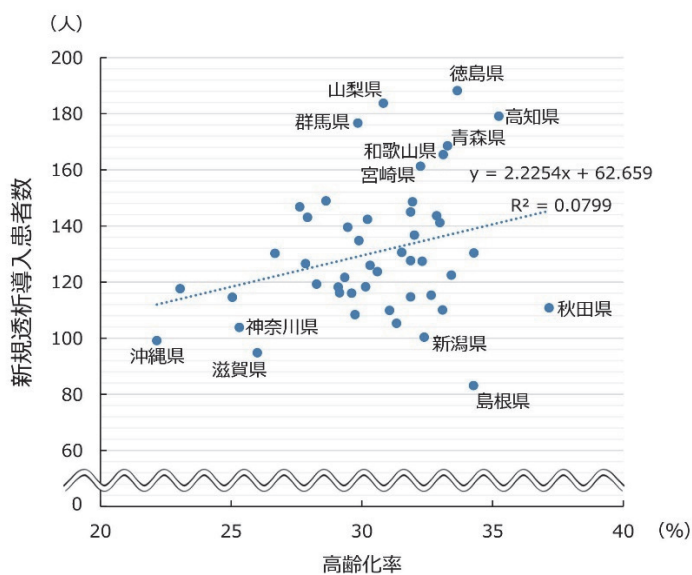
資料：日本透析医学会のデータより作図

図表Ⅱ-2-(3)-6：新規透析導入患者数（人口 100 万人対）（都道府県別）令和元（2019）年



資料：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2019年12月31日現在）」²⁵⁾

図表Ⅱ-2-(3)-7：高齢化率と糖尿病腎症による新規透析導入患者数（人口 100 万人当たり）（都道府県別）令和元（2019）年



資料：新規透析導入患者数：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2019年12月31日現在）」²⁵⁾

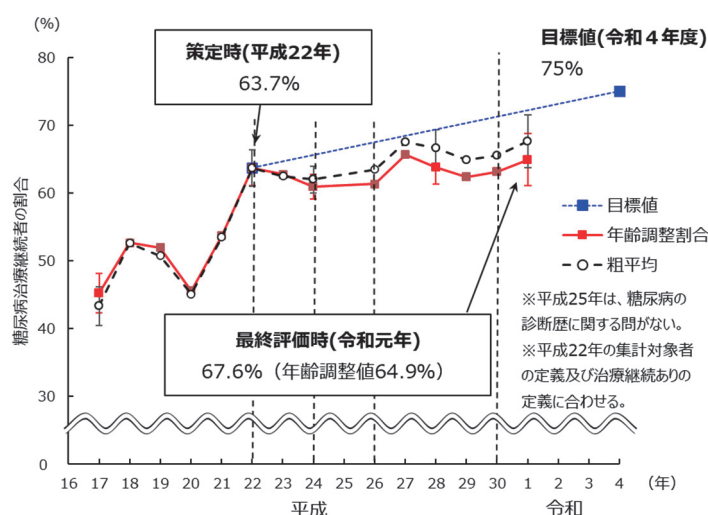
高齢化率：総務省「人口推計（2019年10月1日現在）」

2. (3) 糖尿病

② 治療継続者の割合の増加

糖尿病治療継続者はベースラインの平成 22（2010）年では 63.7%、最終評価時の令和元（2019）年では 67.6%であり、直近値とベースラインの比較では有意な増減はなく、経年的な推移の分析でも有意な増減はなかった。

図表Ⅱ-2-(3)-8：糖尿病治療継続者の割合の推移（男女計、20 歳以上）



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」²⁶⁾

注 1：これまでに医療機関や健診で糖尿病といわれたことがある者のうち、現在「糖尿病の治療あり」の者の割合

注 2：平成 22（2010）年～平成 24（2012）年は生活習慣調査票で、糖尿病の治療の有無について「過去から現在にかけて継続的に受けている」又は「過去に中断したことがあるが、現在は受けている」と回答した者を「糖尿病の治療あり」とした。

平成 25（2013）年以降は、身体状況調査票で、現在の糖尿病治療の有無を把握。「インスリン注射又は血糖を下げる薬」を使用している者も「糖尿病の治療あり」に含めた。

性・年齢階級別にベースライン値と直近値を比較したところ、10 歳刻みでの糖尿病有病者の母数が小さいため参考値ではあるが、男性の 50 歳代以降ではベースラインよりも治療継続者の割合が増える傾向であったが、女性の 50 歳代以降ではむしろ減る傾向が見られた（図表Ⅱ-2-(3)-9）。

図表Ⅱ-2-(3)-9：糖尿病を指摘されたことがある人における治療の状況の推移（年齢階級別）

図表9-1：男性

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

図表9-2：女性

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

資料：平成 22（2010）年：厚生労働省「平成 22 年国民健康・栄養調査」

令和 元（2019）年：厚生労働省「令和元年国民健康・栄養調査」（特別集計）

注 1：血液検査の有無にかかわらず、糖尿病といわれたことがある人の中で現在の糖尿病治療の有無をみている。

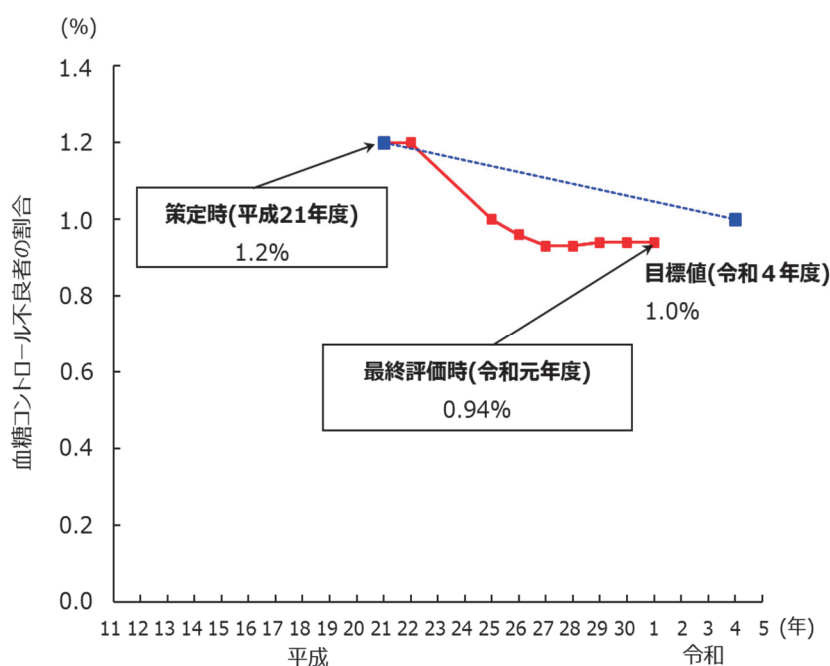
注 2：平成 22（2010）年は、これまでに医療機関や健診で糖尿病（境界型である、糖尿病の気がある、糖尿病になりかけている、血糖値が高い等を含む）といわれたことがあると回答した者のうち、糖尿病の治療（通院による定期的な検査や生活習慣の改善指導を含む）を「過去から現在にかけて継続的に受けている」又は「過去に中断したことがあるが、現在は受けている」と回答した者を「あり」、「過去に受けたことがあるが、現在は受けていない」又は「これまでに治療を受けたことがない」と回答した者を「なし」とした。

③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

血糖コントロール不良者の割合は、最終評価時の令和元（2019）年は 0.94%であった。ベースライン（平成 21（2009）年）の 1.2%と比較して改善しており（相対的変化：-21.7%）、目標も達成している（図表Ⅱ-2-(3)-10）。

性・年齢別の分析では、平成 29（2017）年度の男女・年齢区分別のコントロール不良者の割合は、どの年代においても、男性より女性が低く、男性全体では 1.33%、女性全体では 0.51%であった。男性では特に 50 歳～64 歳で高く、1.5%を超えていた（図表Ⅱ-2-(3)-11）。

図表Ⅱ-2-(3)-10：血糖コントロール不良者の割合の推移



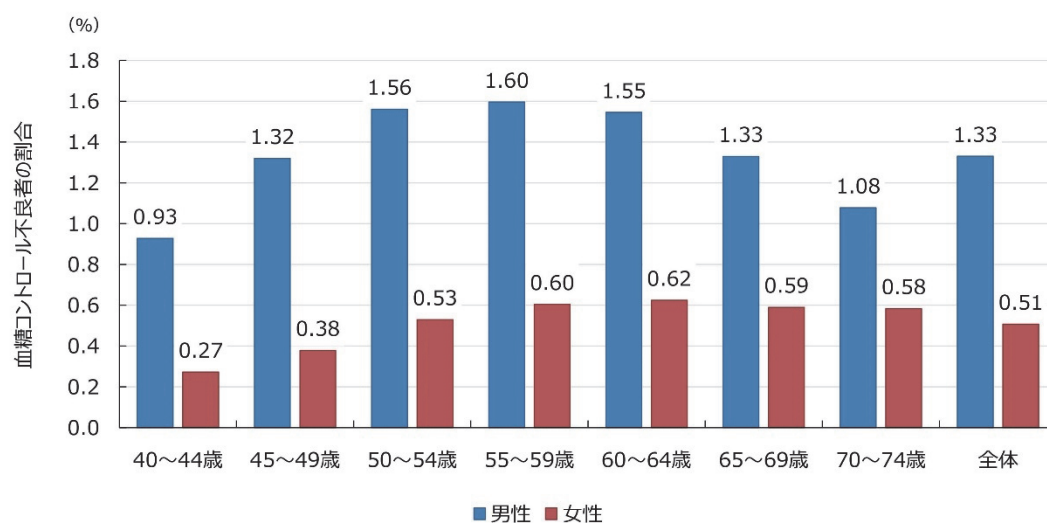
資料：平成 22（2010）年以前は特定健診・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況

平成 25（2013）年以降は NDB オープンデータ²⁷⁾

注 1：血糖コントロール不良者 = HbA1c が JDS 値 8.0%（NGSP 値（8.4%））以上の者

注 2：平成 30（2018）年以降は「都道府県判別不可」の者が集計対象となっているが本指標の計算には含まない

図表Ⅱ-2-(3)-11：コントロール不良者（HbA1c $\geq$ 8.4%）の割合（性・年齢階級別）
平成 29（2017）年度

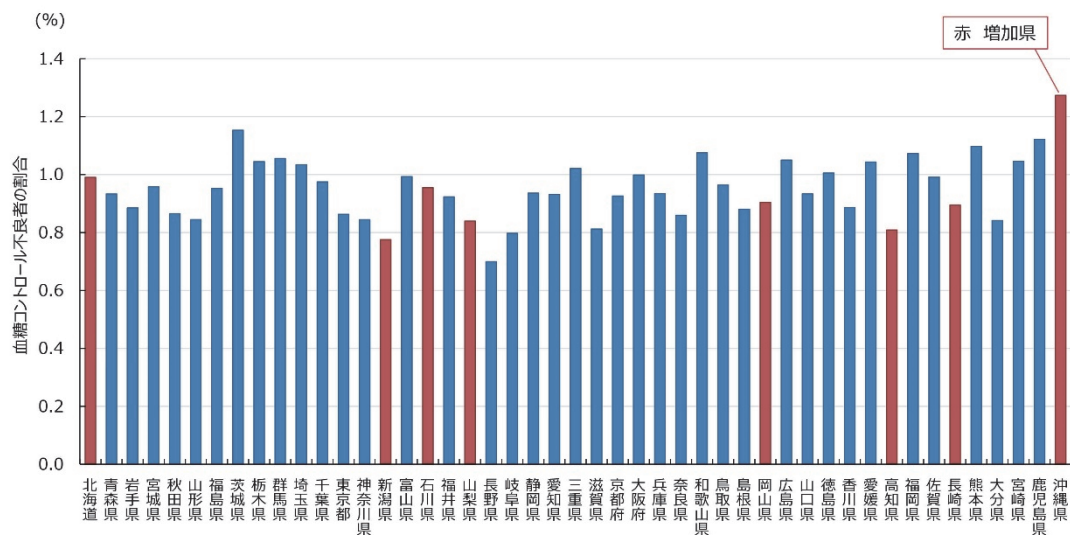


資料：第5回 NDB オープンデータ²⁷⁾

都道府県別にみると、コントロール不良者の割合が1%を超えていたのは、沖縄（1.27）、鹿児島（1.21）、茨城（1.15）、熊本（1.10）、和歌山（1.08）、福岡（1.07）、群馬（1.06）、宮崎（1.05）、広島（1.05）、愛媛（1.04）、栃木（1.04）、埼玉（1.03）、三重（1.02）、徳島（1.01）の各県であった（平成 29（2017）年度）（図表Ⅱ-2-(3)-12）。

2.（3）糖尿病

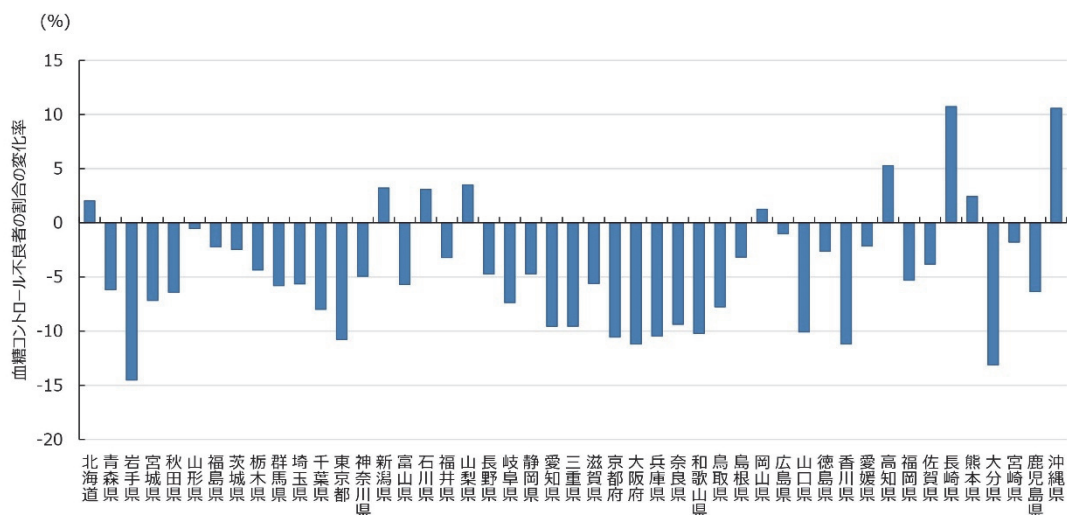
図表Ⅱ-2-(3)-12 : コントロール不良者 (HbA1c $\geq$ 8.4%) の割合 (都道府県別)
平成 29 (2017) 年度



資料 : 第 5 回 NDB オープンデータ²⁷⁾

平成 25 (2013) 年度と平成 29 (2017) 年度の比較において、沖縄、長崎では 10%増加、高知では 5 %増加、山梨、新潟、石川では 3 %以上の増加がみられた (図表Ⅱ-2-(3)-13)。

図表Ⅱ-2-(3)-13 : HbA1c8.4%以上の人の割合の変化率* (都道府県別)
(平成 25 (2013) 年度～平成 29 (2017) 年度)



資料 : 平成 25 年度 : 第 1 回 NDB オープンデータ

平成 29 年度 : 第 5 回 NDB オープンデータ²⁷⁾

* : 平成 25 (2013) 年度の割合を分母とし、平成 25 (2013) 年度から平成 29 (2017) 年度までの割合の増減分を分子とした比率 (変化幅ではない)

2. (3) 糖尿病

なお NDB オープンデータベースでは、特定健康診査受診者のデータを用いているため、受診率等の影響を受けることに留意する必要がある。特に、受診率向上策により掘り起こしが行われ、これまで健診を受けていなかったコントロール不良な人が新たに健診を受ける等の状況がある場合に、一時的にコントロール不良者が増加する可能性がある。一方、治療中断等の状況がないかどうかの確認が必要である。

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

【本指標の設定方法】

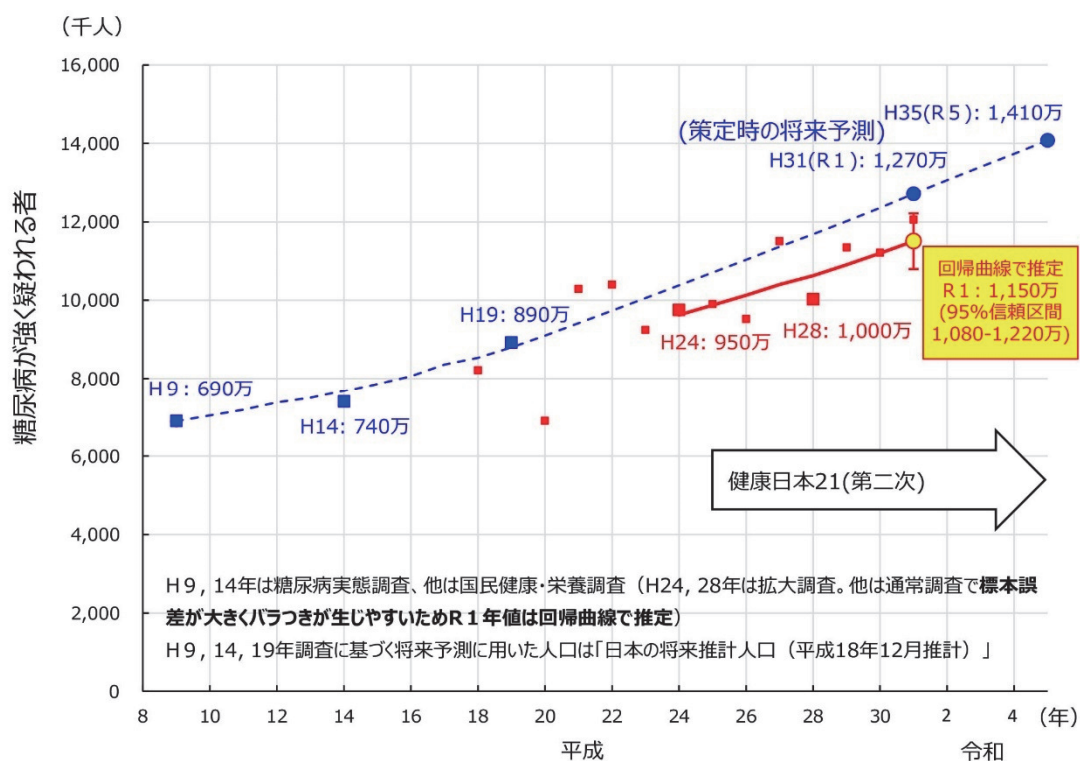
本指標は、平成 9（1997）年、平成 14（2002）年、平成 19（2007）年のデータに基づき、この期間の性・年齢階級ごとの傾向が今後も続くと仮定した上で、性・年齢階級別糖尿病有病率を logit 変換し一次近似して推計したものであり、令和 5（2023）年の糖尿病有病者数の予測値は 1,410 万人に達するとされていた。生活習慣の改善を含めた糖尿病に対する総合的な取組の結果、平成 19（2007）年時点の性・年齢階級別糖尿病有病率を維持できれば、糖尿病有病者数は約 1,000 万人への増加にとどまると推計されることから、この値を目標値として設定されているところである（1,410 万人の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

【今回の評価】

糖尿病有病者数の推計については、国民健康・栄養調査の大規模調査年に推計が行われているが、新型コロナウイルス感染症の流行のため、令和 2（2020）年と令和 3（2021）年の国民健康・栄養調査が中止となったことから、中間評価で使われた平成 28（2016）年以降データの更新がなく「E 評価困難」と判定された。

こうした状況の中で、本来の推計方法の代替案として、大規模調査年の調査結果から糖尿病有病者数を推計するかわりに、大規模調査年以外の年も含めた国民健康・栄養調査のデータを用いて、令和元（2019）年の糖尿病有病者数を厚生労働科学研究において推計した²⁸⁾。平成 24（2012）年から令和元（2019）年までの各年の性・年齢階級別の糖尿病有病者等割合を用いたロジスティック回帰を用いて、令和元（2019）年「糖尿病が強く疑われる者」の人数を推計したところ、約 1,150 万人（95%信頼区間：1,080 万人～1,220 万人）となり、目標値の 1,000 万人を上回ったが、目標策定時に予測された 1,270 万人（令和元（2019）年）よりは少なく、「B* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」相当と考えられた（図表Ⅱ-2-(3)-14）。

図表Ⅱ-2-(3)-14：「糖尿病が強く疑われる者」の平成9（1997）年、平成14（2002）年、平成19（2007）年調査に基づく策定時の将来予測（青線）と平成24（2012）年～令和元（2019）年調査に基づく令和元（2019）年推計（赤線）



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」より厚生労働科学研究「糖尿病の実態把握と環境整備のための研究」（研究代表者 山内敏正）において推計

その他本目標項目に関連するデータとしては、各年の「糖尿病が強く疑われる者」の割合や、患者調査、国民生活基礎調査における通院（受療）の状況等が参考となると考えられる。

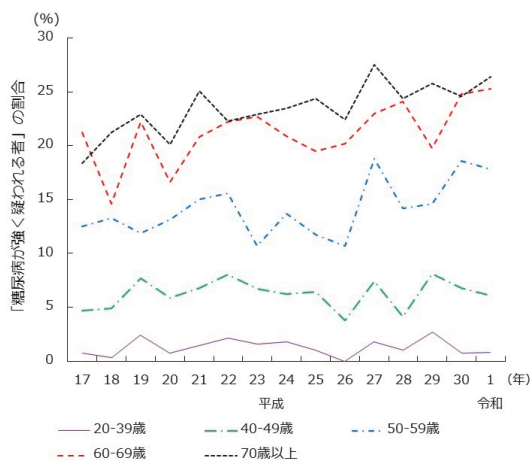
国民健康・栄養調査における「糖尿病が強く疑われる者」（HbA1c（NGSP）の値が6.5%以上、もしくは「現在、糖尿病治療の有無」で「あり」と回答）の割合について重回帰分析を用いて年齢調整（20歳～39歳、40歳～49歳、50歳～59歳、60歳～69歳、70歳以上の5区分）を行い、平成22（2010）年を基準とした比較を行った結果、平成22（2010）年と平成28（2016）年の比較では有意な増減なし（ $p=0.74$ ）、平成22（2010）年と令和元（2019）年の比較においても有意な増減なし（ $p=0.24$ ）であった（図表Ⅱ-2-(3)-15）。平成19（2007）年時点の性・年齢階級別糖尿病有病率を維持できているという点では、悪化していないといえる。

参考として、患者調査、国民生活基礎調査にて通院の状況を確認したところ、患者数の増加が観察されている（図表Ⅱ-2-(3)-16、図表Ⅱ-2-(3)-17）。

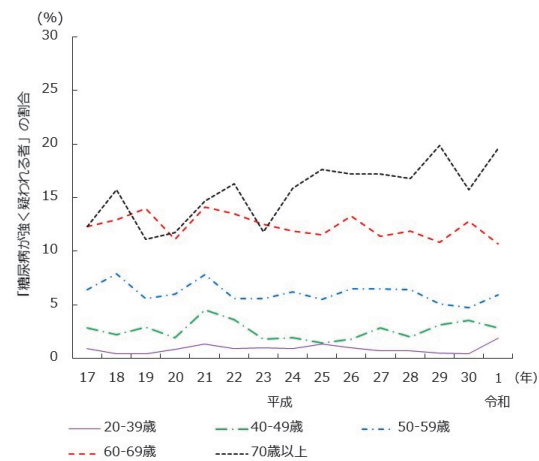
2. (3) 糖尿病

図表Ⅱ-2-(3)-15：「糖尿病が強く疑われる者」の割合の年次推移（20歳以上、年齢階級別）

図表 15-1：男性

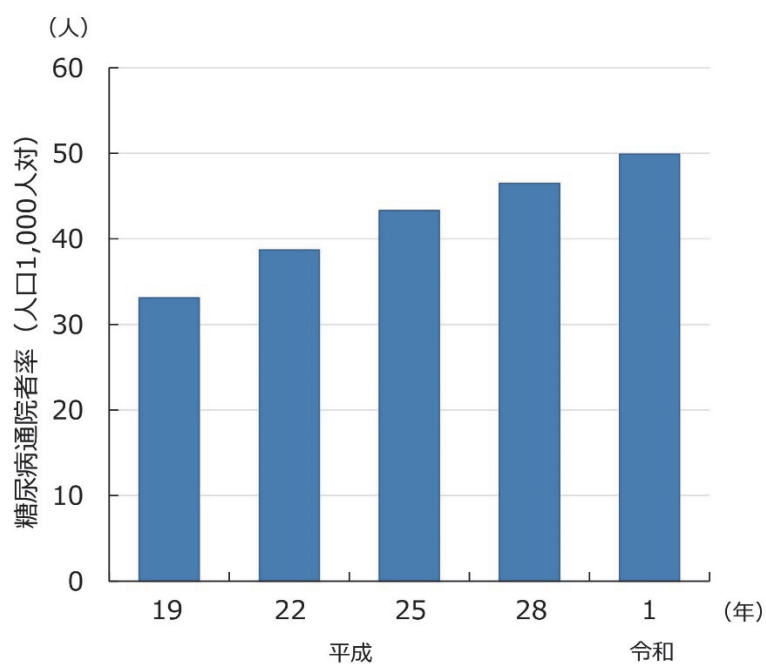


図表 15-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

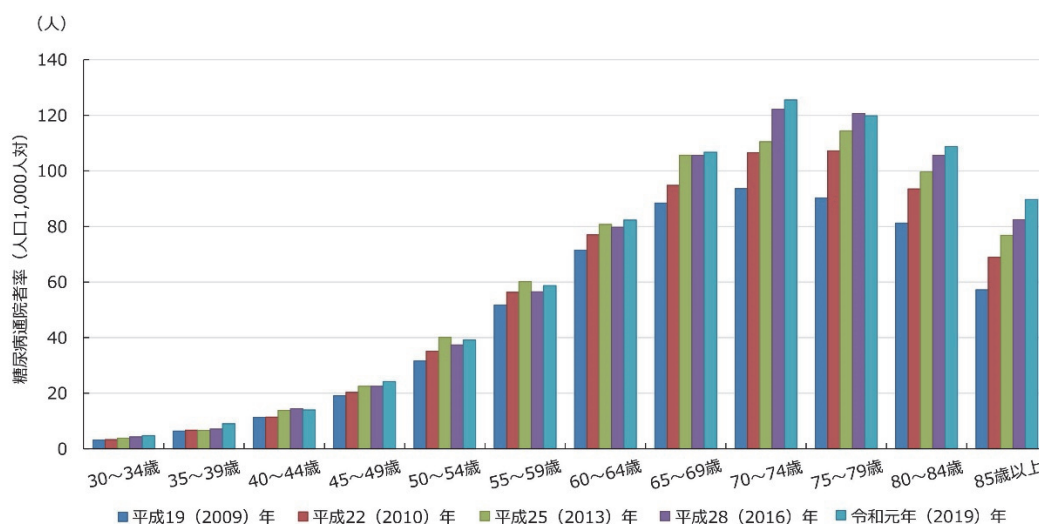
図表Ⅱ-2-(3)-16：糖尿病通院者率（人口1,000人対）の推移



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」

2. (3) 糖尿病

図表Ⅱ-2-(3)-17：糖尿病通院者率（人口1,000人対）の推移（年齢階級別）



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」

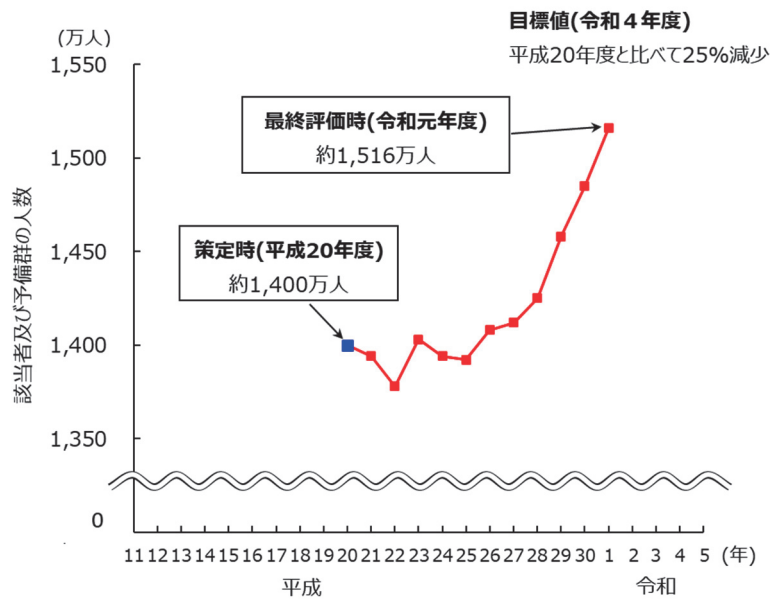
⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（循環器領域と共通の目標項目）

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数は、最終評価時点の令和元（2019）年度には約 1,516 万人であった。ベースラインと比較して悪化しており、目標値にも達していない（ベースラインからの相対的変化：+8.3%）（図表Ⅱ-2-(3)-18、図表Ⅱ-2-(3)-19）。

性・年齢階級別の変化（ベースライン、中間評価、最終評価）を見ると、男性では60歳～69歳で一貫して増加、他の年齢区分では中間ではいったん減少又は変化なしの傾向を見せるも、中間評価時点の平成27（2015）年以降増加、最終評価時点の令和元（2019）年ではどの年齢区分でも増加した（図表Ⅱ-2-(3)-20）。

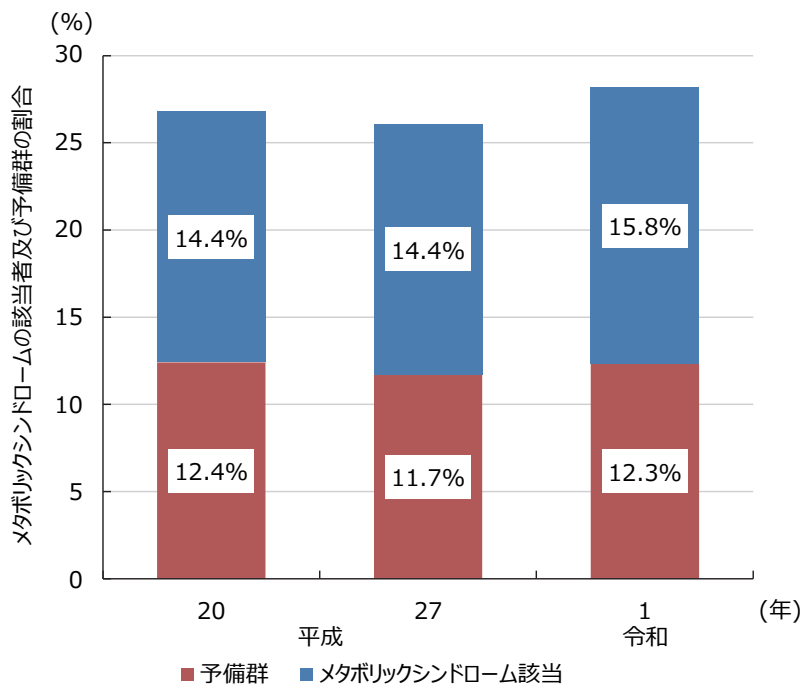
中間評価から最終評価の変化について保険者種類別にみると、全ての種類の保険者で増加傾向（悪化）が見られた（図表Ⅱ-2-(3)-21）。

図表Ⅱ-2-(3)-18：メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数の推移



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」より作図

図表Ⅱ-2-(3)-19：メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の推移

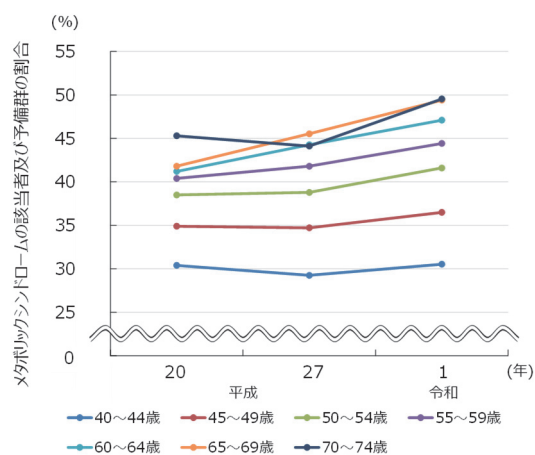


資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」より作図

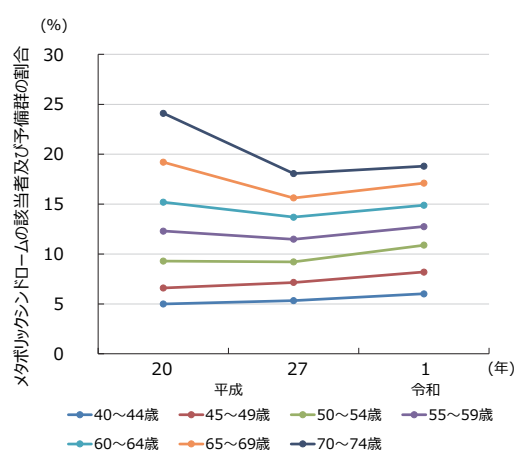
2.(3) 糖尿病

図表Ⅱ-2-(3)-20：メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の推移と変化幅
(令和元(2019)年(%)と平成20(2008)年(%)の差)(年齢階級別)

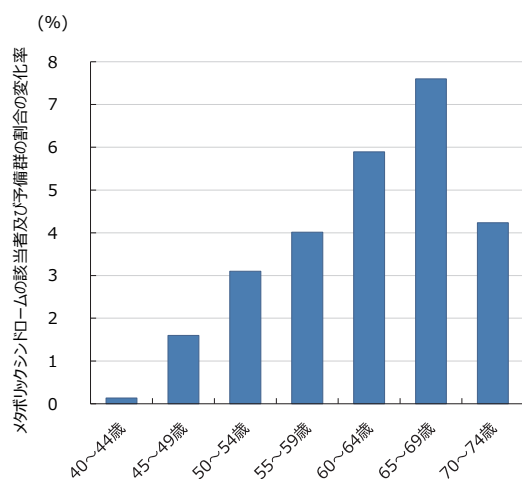
図表20-1：推移(男性)



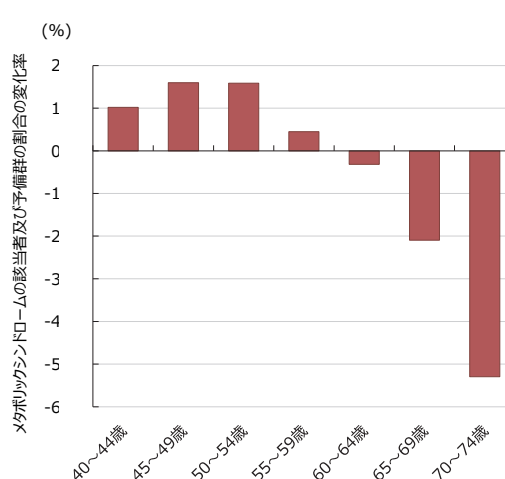
図表20-2：推移(女性)



図表20-3：変化幅(男性)



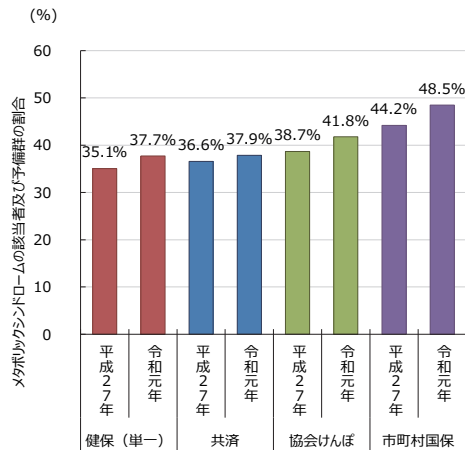
図表20-4：変化幅(女性)



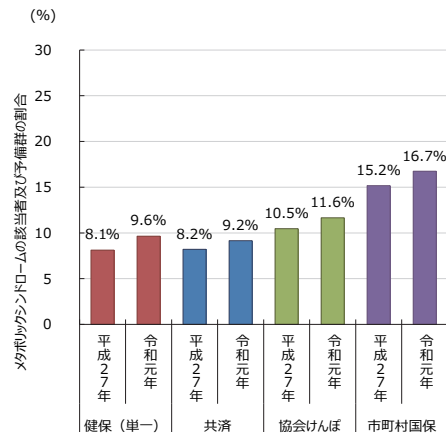
資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」より作図

図表Ⅱ-2-(3)-21：メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の比較
(平成27(2015)年と令和元(2019)年)(保険者種類別)

図表21-1：男性



図表21-2：女性

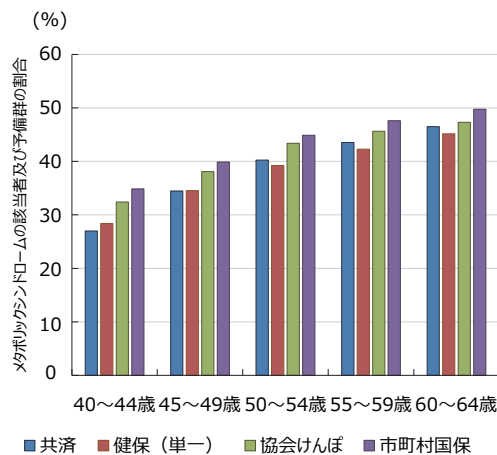


資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」²⁹⁾ ³¹⁾より作図

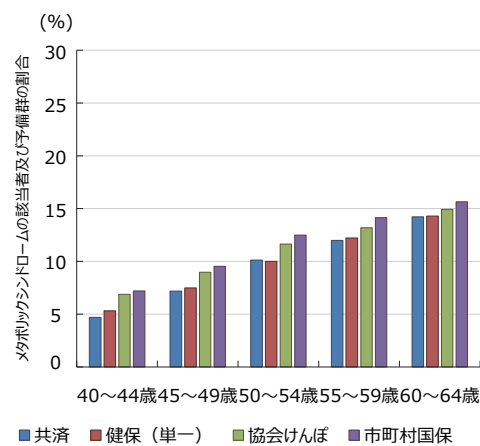
最終評価時のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の性・年齢階級別割合を保険者種類別に見ると、男女とも保険者種類による差がみられた(図表Ⅱ-2-(3)-22)。

図表Ⅱ-2-(3)-22：メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合
令和元(2019)年度(年齢階級別、保険者種類別)

図表22-1：男性



図表22-2：女性



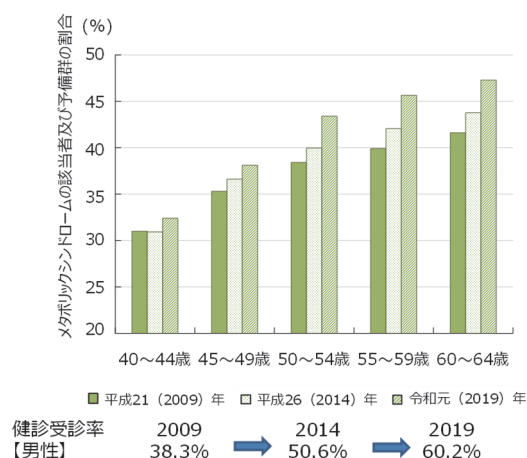
資料：厚生労働省「2019年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」³¹⁾より作図

2.(3) 糖尿病

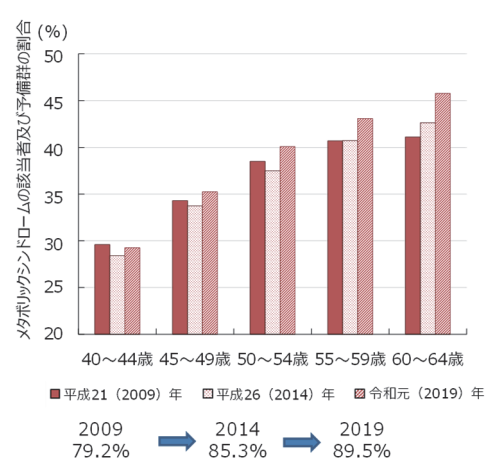
図表Ⅱ-2-(3)-23 に協会けんぽと健保組合（単一・総合）における男性のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の平成 21（2009）年からの年次推移を示した。健保組合では平成 26（2014）年時点でいったん減少傾向がみられた年齢区分もあるものの最終評価時点の令和元（2019）年ではやや増加に転じた。協会けんぽでは各年齢区分とも増加を示した。ただし、協会けんぽでは健診受診率がこの間 38.3%から 60.2%へと伸びており^{※1}、対象者の掘り起こしが進んだことが影響している可能性も考えられる。（参照：図表Ⅱ-2-(3)-33：保険者種別に平成 21（2009）年と令和元（2019）年の健診受診率を比較したデータを見ても、協会けんぽ（全国健康保険協会）においては健診受診率の増加幅が大きい^{※2}。）

**図表Ⅱ-2-(3)-23：メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の推移
（男性、年齢階級別）**

図表 23-1：協会けんぽ



図表 23-2：健保組合（単一・総合）



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」より作図

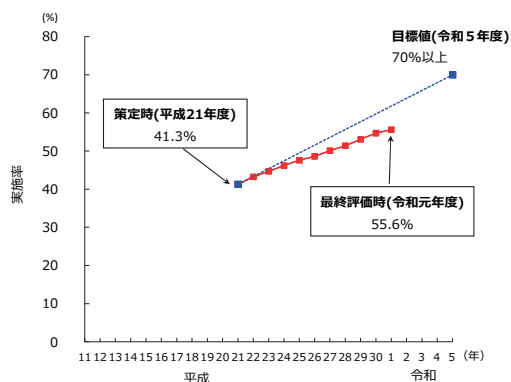
※1 本人のみのデータ

※2 被扶養者を含むデータ

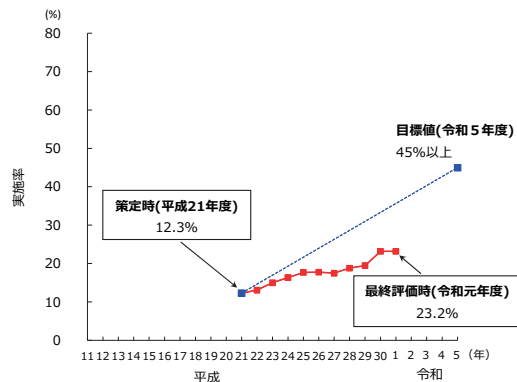
⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（循環器領域と共通の目標項目）

特定健康診査、特定保健指導⁵¹⁾の実施率は、最終評価時（令和元（2019）年）それぞれ、55.6%と 23.2%であり、いずれもベースライン時点の平成 21（2009）年と比較して改善しているものの、目標値に達しておらず、目標年（令和 5（2025）年）までの目標達成も危ぶまれる（図表Ⅱ-2-(3)-24、図表Ⅱ-2-(3)-25）。

図表Ⅱ-2-(3)-24：特定健康診査の実施率の推移



図表Ⅱ-2-(3)-25：特定保健指導の実施率の推移

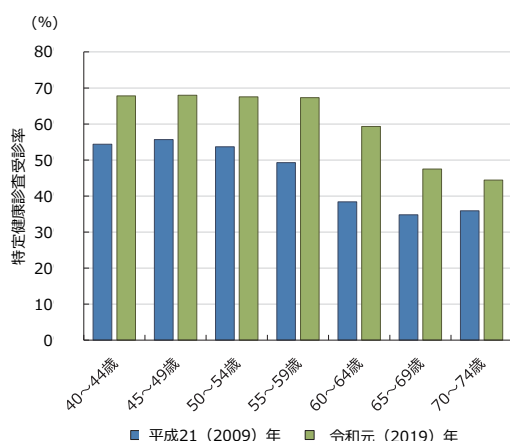


資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

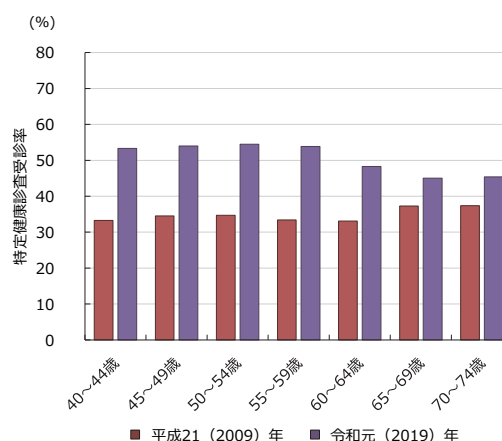
性・年齢区分別にみると、どのセグメントにおいても特定健康診査、特定保健指導の実施率はベースライン時点と比較して高くなっている。男性の40歳～59歳の健診受診率は約7割に近づいているが、男性の65歳～74歳及び女性については5割程度である（図表Ⅱ-2-(3)-26、図表Ⅱ-2-(3)-27）。

図表Ⅱ-2-(3)-26：特定健康診査受診率の比較（平成21（2009）年と令和元（2019）年）

図表26-1：男性



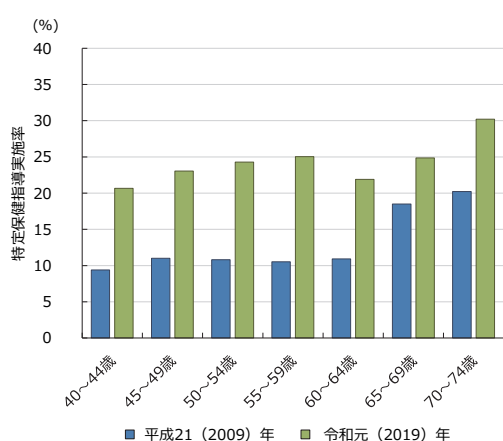
図表26-2：女性



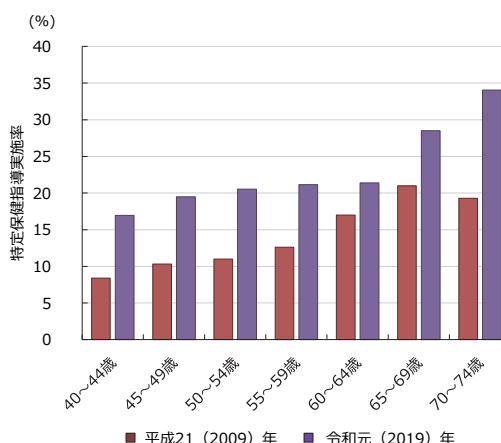
資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」^{30) 31)}より作図

図表Ⅱ-2-(3)-27：特定保健指導実施率の比較（平成21（2009）年と令和元（2019）年）

図表27-1：男性



図表27-2：女性



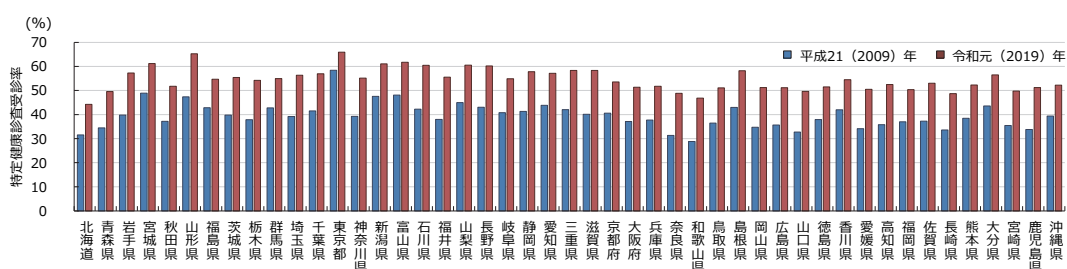
資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」^{30) 31)}より作図

2. (3) 糖尿病

特定保健指導は積極的支援、動機付け支援とも増加しているが目標には達していない。また、特定健康診査（図表Ⅱ-2-(3)-28）、特定保健指導（積極的支援）（図表Ⅱ-2-(3)-29、図表Ⅱ-2-(3)-30）、及び特定保健指導（動機付け支援）（図表Ⅱ-2-(3)-31、図表Ⅱ-2-(3)-32）の実施率は全ての都道府県で増加している。

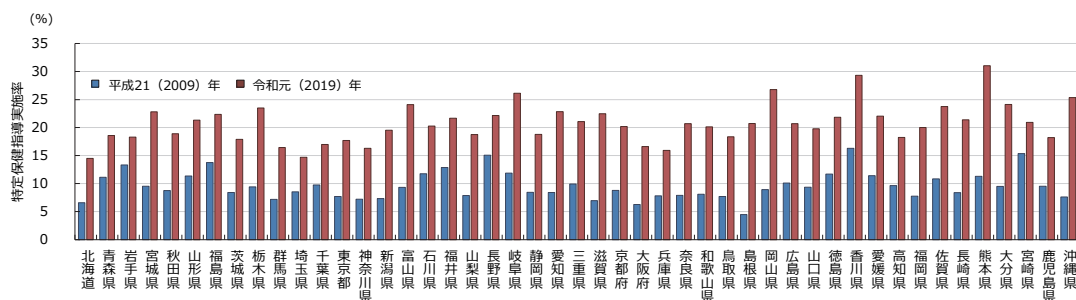
保険者種類別に特定健康診査受診率を見ると、全ての種類の保険者で増加しており、健康保険組合（全体）及び共済組合においては、健康日本 21（第二次）における特定健康診査実施率の目標値に達していた（図表Ⅱ-2-(3)-33）。

図表Ⅱ-2-(3)-28：特定健康診査受診率の比較（平成 21（2009）年と令和元（2019）年）（都道府県別）



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」³⁰⁾ ³¹⁾ より作図

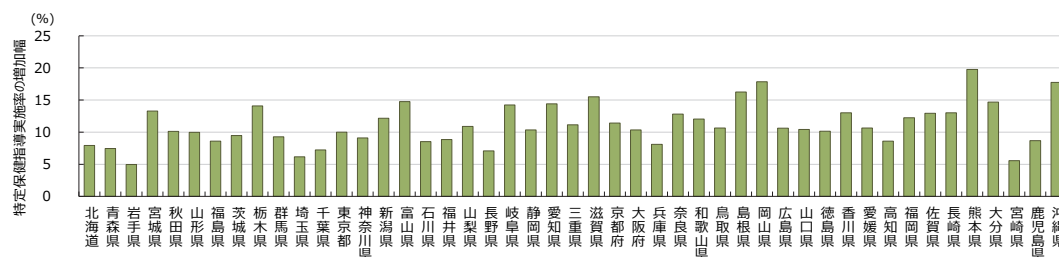
図表Ⅱ-2-(3)-29：特定保健指導実施率の比較（積極的支援）（平成 21（2009）年と令和元（2019）年）（都道府県別）



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」³⁰⁾ ³¹⁾ より作図

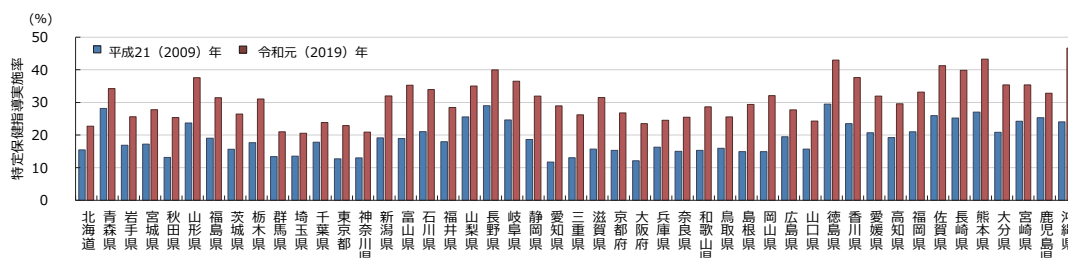
2.（3）糖尿病

図表Ⅱ-2-(3)-30：特定保健指導（積極的支援）の増加幅（令和元（2019）年（％）と平成21（2009）年（％）の差）（都道府県別）



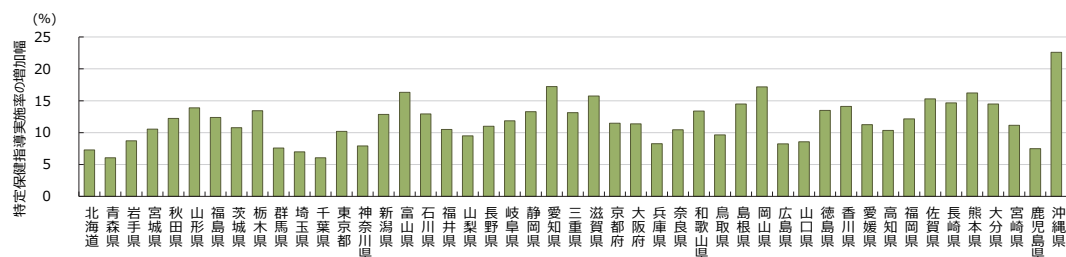
資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」³⁰⁾ ³¹⁾ より作図

図表Ⅱ-2-(3)-31：特定保健指導実施率の比較（動機付け支援）（平成21（2009）年と令和元（2019）年）（都道府県別）



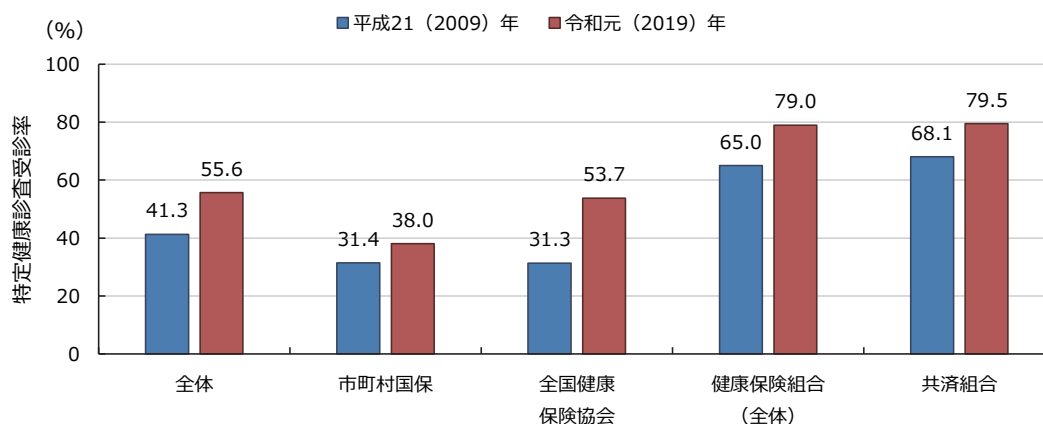
資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」³⁰⁾ ³¹⁾ より作図

図表Ⅱ-2-(3)-32：特定保健指導（動機付け支援）の増加幅（令和元（2019）年（％）と平成21（2009）年（％）の差）（都道府県別）



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」³⁰⁾ ³¹⁾ より作図

図表Ⅱ-2-(3)-33：特定健康診査受診率の比較（平成 21（2009）年と令和元（2019）年）（保険者種類別）



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」³⁰⁾ ³¹⁾ より作図

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

【発症予防】（④ 糖尿病有病者の増加の抑制に係る取組）

- スマート・ライフ・プロジェクト³²⁾を通じて、適切な食生活と適度な運動、禁煙、健診・検診の受診を推進。ポスターや優良事例の表彰等を通じた健康的な生活習慣についての普及・啓発活動を実施している。
- 厚生労働省の「生活習慣病予防のための健康情報サイト e-ヘルスネット」³³⁾等を通じた普及啓発を実施している。
- 健康増進事業（健康教育、健康相談、健康診査、訪問指導等）を通じた健康づくりを推進している。

〔適切な食生活〕（詳細は栄養・食生活領域に記載）

- 適切な食生活、肥満者の減少に向け、食生活指針や食事バランスガイドを用いた啓発をしている。
- 「健康な食事・食環境」コンソーシアムは、平成 30（2018）年からスマートミールの審査・認証を行っている。

〔身体活動〕（詳細は身体活動・運動領域に記載）

- 「+10（プラステン）：今より10分多く身体を動かそう」をテーマに、例えば通勤時の歩行を10分多く歩くことを推奨した“smart walk”を提唱する等、周知・広報を続けている。
- 「健康づくりのための身体活動基準 2013」及び「アクティブガイドー健康づくりのための身体活動指針ー」等を周知・広報している。
- 近年は室内でも取り組める体操等についても「e-ヘルスネット」で発信している。

2.（3）糖尿病

〔飲酒対策〕（詳細は飲酒領域に記載）

- 多量飲酒者への対策として、「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」（平成 30（2018）年 4 月）に減酒支援（ブリーフインターベンション）を収載した。
- 「アルコール健康障害対策推進基本計画」の第二期計画を閣議決定した（令和 3（2021）年 3 月）。

〔喫煙対策〕（詳細は喫煙領域に記載）

- 喫煙に関して、「禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版」の策定（平成 30（2018）年 5 月）や禁煙週間におけるイベント等の開催、「たばこ対策促進事業」、たばこクイットライン事業及び診療報酬上のニコチン依存症管理料に係る評価（加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件見直し）等を実施した。
- たばこパッケージの注意文言の表示面積が 30%以上から 50%以上に拡大された他、たばこの段階的な税率増加が行われた。
- 喫煙率の低下のため、MPOWER 政策パッケージに則った施策を実行、強化した。

【健診：早期発見・保健指導・受診勧奨】

- 医療保険者は、糖尿病等の発症・重症化予防や医療費適正化等を図るため、保険者共通の保健事業の取組として、特定健康診査・特定保健指導（法定義務）を実施。また、後期高齢者医療広域連合においても、高齢者保健事業として特定健康診査等に準じて健診等を実施。
- 特定健康診査の必須項目として、空腹時血糖・随時血糖又は HbA1c を測定し、その結果に応じて「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」の保健指導³⁴⁾ ³⁵⁾を実施。
- 特定健康診査においては、血糖・HbA1c が保健指導判定値以上の場合、詳細健診としてクレアチニン（eGFR）を、受診勧奨判定値以上の場合、眼底検査を、医師が必要と判断した場合には実施し、合併症の早期発見を行った。

【重症化予防】

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

【自治体・保険者の取組を後押しする対策】

- 各都道府県において、「糖尿病予防戦略事業（健康的な生活習慣づくり重点化事業の一環）」（糖尿病予防に取り組みやすい環境の整備として①地域特性を踏まえた糖尿病予防対策、②飲食店、食品関連企業等と連携した「健康な食事」の普及、③配食の機会を通じた栄養管理の支援）等を推進。
- 各都道府県において、「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制

2.（3）糖尿病

の推進に資する事業（都道府県保健対策推進事業の一環）」を実施。

- 保険者等に対し、糖尿病腎症重症化予防の取組への財政支援を実施。
- 国民健康保険、後期高齢者医療制度等における保険者インセンティブの指標として「重症化予防の取組の実施状況」を位置付けており、保険者による受診勧奨、保健指導等の取組を推進。

【糖尿病領域全体に係る研究の推進】

- 栄養・食生活、身体活動・運動等の各生活習慣に関する研究を推進。
- IoT 活用による糖尿病重症化予防法の開発を目指した研究を実施（スマートフォンアプリ「七福神」⁴⁰⁾）。
- 厚生労働科学研究において、学会横断的な研究（学会横断的ガイドライン作成）を推進した。
- 第7次医療計画の中間見直しに向け、指標の検討や糖尿病有病者数の推移に影響を与える因子の検討を実施した⁴¹⁾。
- 引き続き、厚生労働科学研究において、第8次医療計画に向け糖尿病対策の指標の見直し案等を検討している²⁸⁾。

【関連団体・学会の取組】

- 日本糖尿病学会では平成16（2004）年より「対糖尿病戦略5ヵ年計画」を推進しているが、第3次計画（平成27（2015）年発表）⁴²⁾では、「糖尿病を増やさない・悪化させない社会環境の構築」を目指して糖尿病対策を推進してきた。
- 令和2（2020）年には（1）糖尿病患者と非糖尿病患者の寿命の差を更に短縮させる、（2）糖尿病患者の生活の質を改善させる、ことを目標に第4次「対糖尿病戦略5ヵ年計画」⁴³⁾を作成し（令和2（2020）年8月公表）、引き続き糖尿病対策に係る取組を推進している。
- 日本肥満学会は、肥満に起因ないし関連する健康障害を保有する状態を「肥満症」と定義し、関連の学会とも領域横断的な取組を推進している⁴⁴⁾。
- 小児肥満症診療ガイドライン⁴⁵⁾では、小児肥満症、小児メタボリックシンドロームの診断基準を示し、医療だけでなく、学校（学校医、栄養教諭、養護教諭）向けに情報発信を行っている。
- 平成17（2005）年2月に日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会の三者で日本糖尿病対策推進会議⁴⁶⁾を設立。その後、日本歯科医師会も幹事団体に加わり、現在では理念に賛同した関係団体の参加のもと、計18団体で構成されている。この取組は47都道府県に広がり、都道府県版の対策会議が設置されている。

2.（3）糖尿病

＜個別の各指標と特に関連する対策＞

- ① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少
- ③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1c が JDS 値 8.0%（NGSP 値 8.4%）以上の者の割合の減少）
 - 透析導入のリスク低減を目的として、糖尿病、高血圧の改善の取組を実施した。
 - スマート・ライフ・プロジェクト³²⁾では糖尿病腎症等重症化予防事業を行った市町村の表彰等による好事例の横展開を図っている（第2回呉市）。
 - 日本健康会議の「健康なまち・職場づくり宣言 2020」の宣言2においてかかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とすることをKPI（令和2（2020）年まで）とした。平成29（2017）年は654市町村及び14広域連合、令和元（2019）年は、1,180市町村及び32広域連合が取組を実施した。（参考値：令和2（2020）年には1,292市町村及び45広域連合が取組を実施。（令和元（2019）年度より目標を1,500市町村、47広域連合に上方修正。））
 - かかりつけ医等での糖尿病診療の質の向上のための取組が日本糖尿病学会を中心に全国的に実施され、低血糖をおこしにくい新規の薬剤（DPP4阻害薬、SGLT2阻害薬等）の処方割合が増加した⁴⁷⁾。
 - 腎疾患政策研究事業、腎疾患実用化研究事業において、慢性腎臓病（CKD）対策として、新規透析導入患者の減少を目指して、診療連携体制の構築や、CKDの病態解明や重症化予防の研究を実施中である。
 - 糖尿病腎症も含めた腎疾患対策の更なる推進について、「腎疾患対策検討会」において報告書を取りまとめた⁴⁸⁾（平成30（2018）年7月）。当該報告書を踏まえた、腎疾患対策の取組の通知を、自治体や関係団体向けに発出した。
 - 糖尿病透析予防指導管理料の算定条件に、保険者による保健指導に協力する事項が追加された。生活習慣病管理料の算定要件に眼科受診に関する事項が追加された（令和2（2020）年4月診療報酬改定）。

【関係する研究】

- 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策実用化研究事業や腎疾患実用化研究事業において、糖尿病やCKDの病態解明や重症化予防の研究を引き続き推進する。
- 厚生労働省の戦略研究の一環として、「糖尿病合併症を抑制するための介入試験（J-DOIT3：Japan Diabetes Optimal Integrated Treatment study for 3 major risk factors of cardiovascular diseases）」を実施、長期にわたる包括的な血糖、血圧、脂質の管理、生活習慣改善により腎症をはじめとする糖尿病合併症の予防効果を示した。
- 厚生労働科学研究で、糖尿病腎症重症化予防プログラム開発のための研究および効果検証のための研究を実施（平成28（2016）年度から平成29（2017）年度まで及び平成30（2018）年度から令和2（2020）年度まで 研究代表者 津下一代³⁸⁾³⁹⁾）。厚生労働省・経済産業省「予防・健康づくりに関する大規模実証事業（糖尿病性腎症重症化予防プ

ログラムの効果検証等事業)」にて評価継続中である。

② 治療継続者の割合の増加

- 特定健康診査の必須項目として、空腹時血糖又は HbA1c を測定し、「受診勧奨」の判定になった者について、その時点で糖尿病治療を行っている者には治療継続を推奨、糖尿病治療を行っていない者には受診勧奨を実施している。
- 厚生労働科学研究（「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究－合併症予防と受診中断抑止の観点から」研究代表者 野田光彦）のワーキンググループにおいて「糖尿病受診中断対策包括ガイド」⁴⁹⁾ を作成した（平成 26（2014）年 5 月）。
- 「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」⁵⁰⁾ に係る参考資料「企業・医療機関連携マニュアル」⁵²⁾ に糖尿病の事例を追加した（令和 3（2021）年 3 月）。
- 保険者によっては、生活習慣病の重症化予防事業の取組として、かかりつけ医等と連携しながら相談・保健指導の実施や、生活習慣病等の受診中断者、未受診者の把握と受診勧奨を実施している。

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

- メタボリックシンドロームに関する対策は、肥満を始めとする栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙の生活習慣の改善等の対策として、総合的に実施している。
- メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣の改善及び生活習慣病の予防を目的として、特定健康診査・特定保健指導を実施している。

[特定健康診査・特定保健指導]

- 特定健康診査の必須項目として血圧、中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール等を測定した。健診受診者全員に対して健診結果等を「情報提供」とするとともに、結果に応じ特定保健指導として「動機付け支援」や「積極的支援」を実施している。
- 特定健康診査・特定保健指導の効果検証について、「特定健康診査・特定保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ」において検討を進め、平成 27（2015）年 7 月に最終取りまとめ⁵³⁾ を報告した。
- 平成 30（2018）年度からの第 3 期特定健康診査等実施計画期間に向けて、厚生労働省の検討会等で検討し、健診項目や実施率向上に向けた特定保健指導の実施方法について見直しを行い、平成 30（2018）年度より第 3 期特定健康診査等実施計画期間（平成 30（2018）年～令和 5（2023）年度）が開始された。
- 平成 30（2018）年からの第 3 期特定保健指導において、特定保健指導の質を確保しつつ、対象者の個別性に応じた現場の創意工夫や運用改善を可能とし、効果的・効率的な実施により、実施率の向上につながるよう、特定保健指導の運用ルールを緩和した。
- 「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】³⁴⁾」（平成 30（2018）年 4 月）において、特定保健指導対象者や糖尿病予備群（特定保健指導の対象とならない

2.（3）糖尿病

非肥満者を含む」といった脳血管疾患危険因子保有者に対する生活習慣の改善指導や、従来の保健指導では十分に効果が得られなかった者に対する保健指導の方法の一つとして、体験学習や相談の機会の増加、グループダイナミクスの相乗効果等を特徴とする宿泊型新保健指導（スマート・ライフ・ステイ）プログラムについての記載が追加された。

- 厚生労働省の「生活習慣病予防のための健康情報サイト e-ヘルスネット」等を通じた普及啓発を実施している。

⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（循環器領域と共通の目標項目）

- スマート・ライフ・プロジェクト³²⁾の中心となる4つのテーマ（運動、食生活、禁煙、健診・検診受診）の一つとして、健診の受診勧奨を推進。
- 保険者機能の責任を明確化するため、平成 29（2017）年度の実績から、各保険者別に特定健康診査・特定保健指導の実施率を公表している。

3 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

本目標項目の評価は「C 変わらない」であった。腎症による透析導入患者数の減少に向けて、糖尿病医療の質の向上、受診中断や未受診者の減少、健診による確実な発見と対応が重要である。

今回の評価結果では導入患者数の減少をみることはできなかったが、導入時の平均年齢が高齢化していることから（図表Ⅱ-2-(3)-4）、導入までの期間延長が図られたものと考えられ、一定の効果があったものと考えられる。しかし、いまだ年間約 16,000 人の新規導入患者がいること、糖尿病の継続治療率の向上やコントロール改善により更なる減少を期待できることから、引き続き高い目標をもって対策を進めることが重要である。糖尿病において医療機関を適切に受診している者を増やすには、国民への啓発、健診受診後の対応、治療と仕事の両立等各分野の活動と深くかかわっている。自治体や保険者における重症化予防事業の中で、未治療及び治療中のコントロール不良者が発見されており、適切な受診に向けて丁寧に働きかけを続けることの必要性が関係者に認識されるようになってきたと考えられる。レセプトと健診データを用いたハイリスク者の抽出は、保健事業として広く実施されるようになってきている。

合併症の減少を表す指標として、健康日本 21（第二次）では糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数を評価しているが、糖尿病の細小血管症としては、腎症と並んで、視覚障害の原因となる糖尿病網膜症が挙げられる。網膜症については、厚生労働省「平成 26（2014）～平成 30（2018）年度及び厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患等政策研究事業）」（山下英俊⁵⁴⁾）において、平成 27（2015）年に新たに視覚身体障害と認定された者（12,505 人）のうち、糖尿病網膜症は第 3 位（12.8%）であったとしており、血糖コントロール改善と治療の向上により糖尿病網膜症を原因とする失明は減少傾向にある。

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

2.（3）糖尿病

今後糖尿病領域における指標に関しては、「糖尿病有病者数の増加の抑制」から合併症の抑制（糖尿病腎症による年間透析導入患者数の減少）に至るまでの時間差等も考慮して、継続的な評価を行うとともに、指標間の関係性や評価の方法についても検討していく必要がある。

② 治療継続者の割合の増加

本目標項目の評価結果は「C 変わらない」であった。

糖尿病の治療継続者は 67.6%にとどまり、策定時より有意に増加はしていない。健診後の受診勧奨や治療中断者への働きかけ、仕事と治療の継続のための取組を更に推進する必要がある。自覚症状がなく本人が疾患を軽く考えていることへの対応や、事業所の通院への配慮の必要性等が挙げられている。仕事と治療の両立支援ガイドにも「糖尿病に対する誤った理解や知識から、職場における理解・協力、必要な配慮等が妨げられる場合がある」ことが指摘されている。また、重症化予防事業においては、医療費負担の面で治療を中断している者が少なくないという自治体からの報告もあり、糖尿病の治療中断の要因として経済的な要因の影響についても今後検証が必要である。

③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

本目標項目の指標はベースラインと比較して改善しており（相対的变化：-21.7%）、目標値の 1.0%より減少したため、「A 目標値に達した」と評価された。

HbA1c への理解が進んだことや、自治体・保険者等による重症化予防対策（適切な治療の必要性を啓発）、低血糖をおこしにくい新たな糖尿病薬の使用拡大等より、コントロール不良者が減少した可能性等が考えられる。

性・年齢階級別に見ると、男性は女性よりコントロール不良者の割合が高く、男性においては 65 歳以降徐々に割合が低下傾向にあるが（図表Ⅱ-2-(3)-11）、働き盛り男性でコントロール不良者が多い理由として、女性より肥満が多く、飲酒・身体活動不足・ストレス等の生活習慣の影響が考えられることや、働き世代において治療中断率が高いこと等も本指標の結果に影響している可能性が考えられる。

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

令和 2（2020）年度の国民健康・栄養調査（大規模調査）が中止となったため、糖尿病有病者の推計値は中間評価時の平成 28（2016）年度データから更新されておらず、「E 評価困難」である。

健康日本 21（第二次）の最終評価や各種計画の進捗フォローアップのため厚生労働科学研究⁴²⁾において参考となる代替指標について検討し、これまでの国民健康・栄養調査の結果から代替の推計方法で令和元（2019）年の有病者数を推計したところ約 1,150 万人と推計された。目標の 1,000 万人には達しなかったが、当初予想されていた令和元（2019）年の有病者数 1,270 万人と比較すると一定程度増加は抑制されていると考えられる。

その他糖尿病有病者数の参考となる他の調査として、国民生活基礎調査や患者調査では糖尿病有病者の増加が確認されている。これらの調査において、年齢調整値は増加していないが、高齢

2.（3）糖尿病

化にともない有病者数は増加している可能性がある。

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

「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少」の評価は「D 悪化している」であり、中間評価以降に増加がみられている。

平成 20（2008）年度に特定健康診査・特定保健指導が開始されたが、制度開始当初にはマスコミ等でも「メタボ」が話題になることが多く、認知度が一気に高まったことが中間評価までのメタボリックシンドローム抑制効果に関連している可能性がある。一方、中間評価以降についてはポピュレーションアプローチとして不十分だった可能性も考えられる。10 年間の世代の移行や体重が増加しやすい世代を考慮し、40 歳未満の人への働きかけの強化も必要であったと考えられる。

また、この指標は特定健康診査・特定保健指導の実施状況をデータソースとしているが、ランダムサンプリングではないため、健診受診率の影響を受けることに留意する必要がある。目標項目⑥に示すように、この期間の健診受診率は上昇しており、今までは健診を受けなかった人が受けるようになった影響（掘り起こしの効果）等も含まれている可能性がある。この影響については、ベースラインから健診受診率が大幅に伸びた協会けんぽでは影響が大きく、ベースラインから既に健診受診率が高かった健保組合では新たな掘り起こしの影響は小さいと考えられ（図表Ⅱ-2-(3)-33）、本目標項目の結果について保険者間でのトレンドに違いがみられたことの一因ではないかと考えられる。

さらに、メタボリックシンドロームの構成要素は、内臓脂肪型肥満があることと、高血圧・高血糖・脂質異常の二つ以上に該当すること、となっている（図表Ⅱ-2-(3)-34（34-1））。肥満については、国民健康・栄養調査において肥満者（20 歳以上、BMI $\geq$ 25kg/m²）の割合が平成 26（2014）年頃までは低下傾向がみられたが、以降は上昇に転じおり（図表Ⅱ-2-(3)-35）、肥満の改善がみられていないことが本目標項目の悪化の要因の一つであると考えられる。

一方、メタボリックシンドロームの構成要素については、循環器領域の目標項目である「高血圧の改善」、「脂質異常症の減少」の評価はそれぞれ「B* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」と「C 変わらない」となっており、ベースラインからの悪化は認めていない。高血圧や脂質異常症の悪化を認めていないにもかかわらず、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群は増加しているというように、関連する目標項目間で評価結果が異なっている要因としては、まず、メタボリックシンドロームの構成要素としての脂質異常には中性脂肪を用いているが、健康日本 21（第二次）における脂質異常症の指標には総コレステロールとLDLコレステロールを用いており、対象としている指標が異なっているという要因が考えられる。また、健康日本 21（第二次）における高血圧、脂質異常症の指標は、国民健康・栄養調査の検査値（収縮期血圧の平均値、総コレステロール・LDLコレステロールが基準値以上の者の割合）で評価しており、データの算出においては薬物療法の有無を考慮していない。すなわち、薬物治療によって検査値が低下している者のデータも含めて平均値や検査結果が基準値以下の者の割合を算出しているため、メタボリックシンドロームの構成要素としての高血圧や脂質異常症とは服薬者の扱いが異なっている点に留意する必要がある（メタボリックシンドロームの判定基準においては、薬物療法を行っていれば数値が基準範囲内でもリスク保有としてカウントされる）。

2.（3）糖尿病

【参考】健康日本 21（第二次）の目標項目では、指標としてメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数（年齢調整なし）を把握しているが、第3期特定健康診査等実施期間における「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率」では、特定保健指導対象者の減少率を評価しており、両者で対象者の範囲が異なる（参照：図表Ⅱ-2-(3)-34（34-2））。

図表Ⅱ-2-(3)-34：メタボリックシンドロームの対象範囲

図表 34-1：メタボリックシンドロームの判定基準

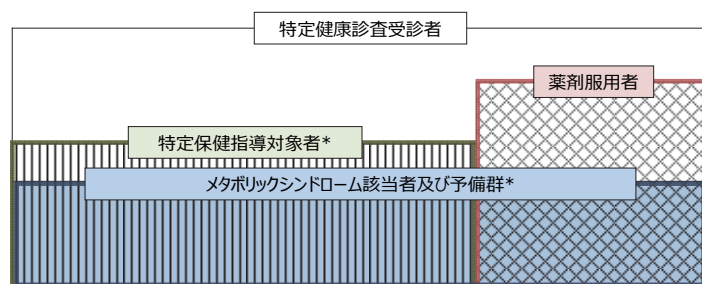
腹囲	追加リスク*	
	①血糖 ②脂質 ③血压	
≥85cm（男性）	2つ以上該当	メタボリックシンドローム該当者
≥95cm（女性）	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

* 追加リスクの基準値は以下のとおり。

- ① 血糖：空腹時血糖が 110mg/dl 以上
- ② 脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上、又はHDLコレステロール 40mg/dl 未満
- ③ 血压：収縮期 130mmHg 以上、又は拡張期 85mmHg 以上

注：糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療にかかる薬剤を服用している者も対象となる。

図表 34-2：メタボリックシンドローム該当者及び予備群と特定保健指導対象者の関係（イメージ図）



* メタボリックシンドローム該当者・予備群と特定保健指導対象者の範囲は以下の点で相違。

- ① 特定保健指導対象者からは服薬中の者を除外している。
- ② 特定保健指導対象者には、以下の者を含めている。
 - ・ BMI が 25kg/m^2 以上の者（メタボリックシンドローム該当者・予備群は腹囲基準のみで判定）
 - ・ 血糖値が $100\sim 109\text{mg/dl}$ の者（メタボリックシンドローム該当者・予備群では血糖値 110mg/dl 以上）

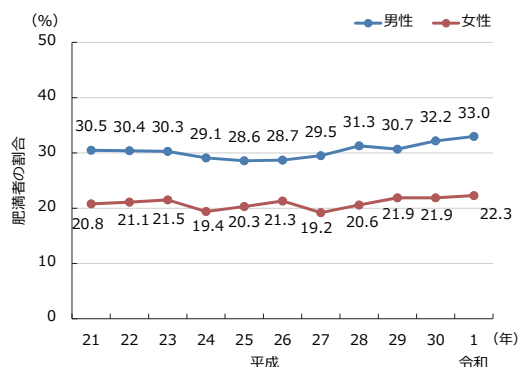
注：なお、特定保健指導対象者を階層化する際には、喫煙歴を用いていることもメタボリックシンドローム該当者・予備群の判定基準と異なる。

資料：特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ 最終取りまとめ（平成 27（2015）年 3 月）⁵⁵⁾ より一部改変

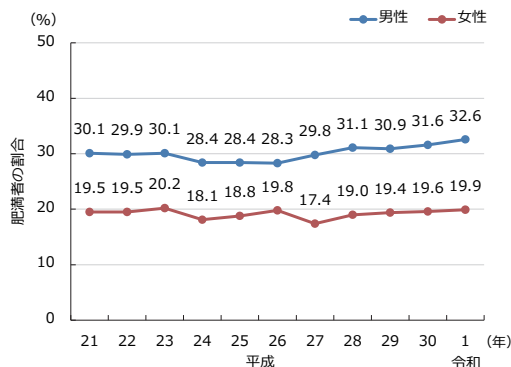
2.（3）糖尿病

図表Ⅱ-2-(3)-35：肥満者（BMI $\geq$ 25 kg/m²）の割合の年次推移
（男女別、20歳以上）

図表 35-1：年齢調整前



図表 35-2：年齢調整後



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

近年サルコペニア※¹、フレイル※²、やせ、低栄養等の対策の重要性にも注目が集まっており、生活習慣病等の慢性疾患の発症予防・重症化予防に加え、フレイルや低栄養防止等の心身機能の低下に伴う疾病の予防・改善に着目した対策も求められている。肥満ややせ等、個人の状態にあった適切な情報発信が必要である。

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

⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上（循環器領域と共通の目標項目）

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

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

※¹ 加齢に伴い筋肉の量が減少していく現象。

※² フレイルは、要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神・心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。

2.（3）糖尿病

＜領域全体としての評価＞

糖尿病分野全体を見てみると、血糖コントロールは改善（目標項目③ A 評価）、75 歳未満における糖尿病腎症の新規透析導入者数が減少しており、重症化予防の取組や糖尿病医療の進歩が寄与した可能性が示唆される。糖尿病の治療継続者は横ばいであり、受診勧奨の在り方について検討すべきと考えられた。糖尿病有病者数は、中間評価以降国民健康・栄養調査の大規模調査による推計が行われていなかったが、今回の最終評価において通常調査年のデータも活用する代替手法による推計を厚生労働科学研究にて行ったところ²⁸⁾、目標値には達していないものの一定程度増加は抑制されていると考えられた。特定健康診査・特定保健指導実施率はこの 10 年間に顕著な上昇を認めたが、設定された目標の到達には至らなかった。メタボリックシンドロームについては中間評価以降悪化傾向があり、次期国民健康づくり運動プラン及び今後の特定健康診査・特定保健指導においてより効果的な戦略を用いる必要性が示唆された。なお、健康日本 21（第二次）の指標としての「メタボリックシンドローム該当者及び予備群の人数」には服薬者が含まれているが、服薬者は特定保健指導の対象外となっている。服薬中のメタボリックシンドローム該当者等に対する対策は不十分であるので、今後は服薬中のメタボリックシンドローム該当者（肥満症）についての対策を進めていくことも重要である。

4 今後の取組と課題

＜指標の設定に係る課題＞

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

＜領域全体の課題＞

- 糖尿病の一次予防、二次予防、三次予防の各段階において、切れ目や漏れのない対策が重要である。
- 引き続き「スマート・ライフ・プロジェクト³²⁾」の普及・啓発により、「適度な運動」、「適切な食生活」、「禁煙」と「健診・検診の受診」の取組を進め、糖尿病の発症・重症化予防や適切な体重の維持、健診の受診率の向上を推進していく。
- 健診受診や糖尿病治療中断防止の啓発等を強化する必要がある。
- 「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業」を更に推進する。
- 食環境づくりを含め栄養・食生活に関する事業を引き続き推進する。
- 健康増進事業を引き続き実施する。
- 引き続き、栄養・食生活、身体活動・運動等の各生活習慣に関する研究を推進する。

2.（3）糖尿病

- 糖尿病患者の高齢化に伴い、高齢者の糖尿病対策について自治体等への周知が必要である。
 - 内臓脂肪蓄積だけでなく、サルコペニア、身体活動の低下の影響が大きいこと。
 - 保健事業の対象者抽出や保健指導方法についても検討が必要であること。
 - 認知症のある糖尿病患者への支援の在り方、治療目標・方法の修正等。
- がんや認知症と糖尿病についての研究・対策を推進する。
- 糖尿病と歯周病の関係性についても引き続き周知していく。
- 糖尿病や肥満症、メタボリックシンドロームに対するスティグマ^{※1}を是正していくことが求められる⁵⁶⁾。糖尿病患者ではうつ状態の合併が多いこと、我が国では心理的サポートが不十分であることが指摘されており、心理面に配慮した対策が必要である。

＜各目標項目に係る課題＞

【重症化予防に係る目標項目】

① 合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少

- 糖尿病腎症による年間新規透析新規導入患者数は横ばいが続いており、年間 15,000 人の目標達成は厳しい状況である。目標達成に向け重症化予防の更なる取組の推進が必要である。
- 医療保険者に対し、糖尿病腎症重症化予防の取組について保険者インセンティブを含めた財政支援を継続予定である。また令和 2（2020）年度から実施している「予防・健康づくりに関する大規模実証事業（糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証等事業）」で糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証を実施し、その結果を糖尿病性腎症重症化予防プログラムに反映予定である。
- 実証事業の結果等を踏まえ、今後の糖尿病対策として、自治体で介入すべき対象者の範囲を明確にしていく必要がある。
- 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策実用化研究事業や腎疾患実用化研究事業、腎疾患政策研究事業において、糖尿病や CKD の病態解明や重症化予防、診療連携体制構築に関する研究を引き続き推進する。
- 健康寿命延伸プランに沿って、令和 10（2028）年度までに年間新規透析導入患者数（糖尿病腎症以外の要因含む）を 3.5 万人以下にすることを目標として、慢性腎臓病診療連携体制を全国展開する。
- 今後の糖尿病腎症も含めた腎疾患対策の更なる推進について、平成 30（2018）年 7 月に「腎疾患対策検討会」において報告書が取りまとめられ、当該報告書を踏まえた、腎疾患対策の取組の通知を、自治体や関係団体向けに発出した。今後は、この報告書に基づき、糖尿病が重症化し、糖尿病腎症に病態が進行したとしても、早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続することにより、重症化予防を徹底するため、行政、関係学会、関係団体等の地域における関係者が連携して対策に取り組めるよう体制を整備し、普及啓発、医療提供体制整備等の対策に取り組む。

※1 スティグマ（stigma）：特定の属性に対して刻まれる負の烙印（社会的偏見による差別）

- 「糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業」を更に推進する。
- 厚生労働科学研究で、（糖尿病学会・日本医師会）大規模糖尿病診療データベースの構築（J-DREAMS⁵⁷⁾、J-DOME⁵⁸⁾）を用いた研究を実施する。

② 治療継続者の割合の増加

- 治療継続者の割合は、策定時より増加が認められない。目標達成に向け、治療継続の推奨や受診勧奨等の取組を更に推進する。
- データヘルス計画⁵⁹⁾等に基づき、適切な治療を継続できるよう取り組む保険者もあり、保険者が行う生活習慣病等の重症化予防や未治療・治療中断者に対する受診勧奨等の取組について支援を継続予定である。

③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少

- 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少は、目標を達成しているが、引き続き関連する取組を推進する。
- 日本糖尿病学会ガイドラインと整合を取り、本指標について HbA1c $\geq$ 8.0%の減少へと、更に目標を厳しくしていくことが重要である。日本糖尿病学会・日本老年医学会合同委員会において、75歳以上高齢者もしくは手段的 ADL が低下した者、軽度認知症者におけるコントロール目標値として、SU 剤・インスリン等重症低血糖が危惧される薬剤使用中の高齢者におけるコントロール目標は、8.0%未満、下限値は 7.0%としている⁶⁰⁾ことを考慮しても、「8.0%以上の者を減らす」目標を設定するのは妥当と考えられる。
- データヘルス計画等に基づき、糖尿病等のコントロール不良者への保健事業に取り組む保険者もみられ、保険者が行う生活習慣病等の重症化予防等の取組について支援を継続予定である。
- メタボリックシンドローム該当率、特定健康診査・特定保健指導実施率には自治体や保険者で差が生じていることから、行政、保険者、関係団体が連携した取組推進が求められる。
- 治療と仕事の両立支援、コントロールが安定した患者へのオンライン診療の普及等により、治療中断を防ぐことが大切である。

【発症予防に係る目標項目】

④ 糖尿病有病者の増加の抑制

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

⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（循環器領域と共通の目標項目）

- 糖尿病有病者数、メタボリックシンドロームの該当者・予備群者の減少を目指し、更なる取組を推進していく必要がある。
- 保険者種別に見て、健診受診率・保健指導実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群割合等に差がみられたことより、特に中小規模事業所の加入する保険者における取組の強化を検討する必要がある。地域・職域連携の推進、糖尿病の治療と仕事の両立支援、健康経営

2.（3）糖尿病

の推進等を通じて、事業主や就労者に対する働きかけ支援の強化を検討していく必要がある。

- データヘルス計画において、特定健康診査実施率・特定保健指導実施率の更なる向上を目指した保健事業に取り組む保険者は多く、保険者が行う保健事業について適切なインセンティブ付与等の支援を継続予定である。
- 働き盛りにも受け入れられやすい ICT を活用した予防プログラムの普及が必要である。
- より充実した保健指導を行えるよう標準的な健診・保健指導プログラムの周知啓発を行っていく。
- 令和 6（2024）年度より第 4 期特定健康診査・特定保健指導を開始予定。より効果的な特定健康診査・特定保健指導の在り方を検討している。
- 特定健康診査・特定保健指導について、令和 2（2020）年度から令和 4（2022）年度にかけて行う「予防・健康づくりに関する大規模実証事業（特定健診・保健指導の効果的な実施方法に係る実証事業）」の中で、健康増進効果等を引き続き検証しており、事業の結果等を踏まえて第 4 期計画に向けて適切な見直しを行っていく。
- 厚生労働科学研究を通して、意義のある特定健康診査の在り方や効果的な保健指導の方法について検討予定である。
- 健康なまちづくり・職場づくりを推進し、健康的なライフスタイル（身体活動・運動や食生活）が享受できることを広げていく（日本健康会議の活用）。
- パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）等、ICT を活用し、自らの健康状態をモニタリングできる仕組みづくり等、新たな方策に積極的に取り組んでいくことにより、本人にあった適切な方法で予防を進められることが肝要である。
- ICT 活用により特定保健指導の初回面接の実施率が高まったという報告もあり、保健指導への ICT 活用を普及することが必要である。
- 健診データの分析結果を分かりやすく示した健康スコアリング等、集団としてのデータ分析結果の保健事業への活用（データヘルス計画等）の更なる進展が期待される。
- 科学的根拠の乏しいいわゆる健康番組や商品等から消費者（国民）を守る仕組みが必要である。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 外出自粛に伴う活動量の低下や、喫煙、飲酒量増加による生活習慣の悪化等が懸念される。
- 治療中断による糖尿病コントロールの悪化が懸念される。
- 糖尿病は新型コロナウイルス感染症の重症化リスク⁶¹⁾とされており、新型コロナウイルス感染症対策の観点からも、糖尿病の発症予防・重症化予防は重要である。
- 糖尿病等の基礎疾患のある方に対しては優先的にワクチン接種を進めていく。
- ワクチン接種の待ち時間等に、新型コロナウイルス感染症対策としても生活習慣改善の取組を併せて実施していくことの大切さを伝える。
- 自治体は地域の感染状況に応じて、住民に対しフェーズに合わせた感染対策の具体的な方法を示していく。
- 令和 3（2021）年度特別研究⁶²⁾において、新型コロナウイルス感染症が糖尿病のコントロ

2.（3）糖尿病

ールや診療に与える影響を検討し、今後の診療体制を提案するための研究を実施した。

- 新型コロナウイルス感染症による健診受診控えに対してリーフレット等を通じた啓発により、受診勧奨を行っている。

<参考文献・URL>

- 1) Yokoyama H, Araki SI, Kawai K, Yamazaki K, Tomonaga O, Shirabe SI, et al. Declining trends of diabetic nephropathy, retinopathy and neuropathy with improving diabetes care indicators in Japanese patients with type 2 and type 1 diabetes (JDDM 46). BMJ Open Diabetes Res Care. 2018;6(1):e000521. Epub 20180529. doi: 10.1136/bmjdr-2018-000521. PubMed PMID: 29892340; PubMed Central PMCID: PMC5992467.
- 2) Kawasaki R, Tanaka S, Yamamoto T, Sone H, Ohashi Y, Akanuma Y, et al. Incidence and progression of diabetic retinopathy in Japanese adults with type 2 diabetes: 8 year follow-up study of the Japan Diabetes Complications Study (JDCS). Diabetologia. 2011;54(9):2288-94. Epub 20110601. doi: 10.1007/s00125-011-2199-0. PubMed PMID: 21630126.
- 3) Sone H, Tanaka S, Suzuki S, Seino H, Hanyu O, Sato A, et al. Leisure-time physical activity is a significant predictor of stroke and total mortality in Japanese patients with type 2 diabetes: analysis from the Japan Diabetes Complications Study (JDCS). Diabetologia. 2013;56(5):1021-30. Epub 20130227. doi: 10.1007/s00125-012-2810-z. PubMed PMID: 23443242.
- 4) Xue M, Xu W, Ou YN, Cao XP, Tan MS, Tan L, et al. Diabetes mellitus and risks of cognitive impairment and dementia: A systematic review and meta-analysis of 144 prospective studies. Ageing Res Rev. 2019;55:100944. Epub 20190817. doi: 10.1016/j.arr.2019.100944. PubMed PMID: 31430566.
- 5) Sasazuki S, Charvat H, Hara A, Wakai K, Nagata C, Nakamura K, et al. Diabetes mellitus and cancer risk: pooled analysis of eight cohort studies in Japan. Cancer Sci. 2013;104(11):1499-507. Epub 20130825. doi: 10.1111/cas.12241. PubMed PMID: 23889822; PubMed Central PMCID: PMC7656560.
- 6) Williams R, Karuranga S, Malanda B, Saeedi P, Basit A, Besançon S, et al. Global and regional estimates and projections of diabetes-related health expenditure: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. Diabetes Res Clin Pract. 2020;162:108072. Epub 20200213. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108072. PubMed PMID: 32061820.
- 7) Gregg E, et al. WHO: the Diabetes Targets Expert Consultation Group. Improving Health Outcomes of People with Diabetes Mellitus; Target Setting to Reduce the Global Burden of Diabetes Mellitus by 2030. World Health Organization, 2021. <https://www.who.int/publications/m/item/improving-health-outcomes-of-people-with-diabetes-mellitus>

2. (3) 糖尿病

- 8) Araki E, Goto A, Kondo T, Noda M, Noto H, Origasa H, et al. Japanese Clinical Practice Guideline for Diabetes 2019. *J Diabetes Investig.* 2020;11(4):1020-76. doi: 10.1111/jdi.13306. PubMed PMID: 33021749; PubMed Central PMCID: PMC7378414.
- 9) 「日本人の食事摂取基準」策定検討会. 日本人の食事摂取基準（2020 年版）p461-475. 令和元（2019）年 12 月.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000586553.pdf>
- 10) Aune D, Norat T, Leitzmann M, Tonstad S, Vatten LJ. Physical activity and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Eur J Epidemiol.* 2015;30(7):529-42. Epub 20150620. doi: 10.1007/s10654-015-0056-z. PubMed PMID: 26092138.
- 11) Hemmingsen B, Gimenez-Perez G, Mauricio D, et al. Diet, physical activity or both for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in people at increased risk of developing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Dec 4;12(12):CD003054. doi: 10.1002/14651858.CD003054.pub4. PubMed PMID: 29205264.
- 12) Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB, Wu T. Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015;3(12):958-67. Epub 20150918. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00316-2. PubMed PMID: 26388413; PubMed Central PMCID: PMC4656094.
- 13) Akter S, Goto A, Mizoue T. Smoking and the risk of type 2 diabetes in Japan: A systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol.* 2017;27(12):553-61. Epub 20170714. doi: 10.1016/j.je.2016.12.017. PubMed PMID: 28716381; PubMed Central PMCID: PMC5623034.
- 14) Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Med.* 2017;32:246-56. Epub 20160826. doi: 10.1016/j.sleep.2016.08.006. PubMed PMID: 27743803.
- 15) Jike M, Itani O, Watanabe N, Buysse DJ, Kaneita Y. Long sleep duration and health outcomes: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Sleep Med Rev.* 2018;39:25-36. Epub 20170705. doi: 10.1016/j.smrv.2017.06.011. PubMed PMID: 28890167.
- 16) Moulton CD, Pickup JC, Ismail K. The link between depression and diabetes: the search for shared mechanisms. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015;3(6):461-71. Epub 20150517. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00134-5. PubMed PMID: 25995124.
- 17) Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *J Affect Disord.* 2012;142 Suppl:S8-21. doi: 10.1016/S0165-0327(12)70004-6.

2.（3）糖尿病

PubMed PMID: 23062861.

- 18) Ito T, Ishigami M, Zou B, Tanaka T, Takahashi H, Kurosaki M, et al. The epidemiology of NAFLD and lean NAFLD in Japan: a meta-analysis with individual and forecasting analysis, 1995-2040. *Hepatol Int.* 2021;15(2):366-79. Epub 20210212. doi: 10.1007/s12072-021-10143-4. PubMed PMID: 33580453.
- 19) Katagiri S, Nitta H, Nagasawa T, Izumi Y, Kanazawa M, Matsuo A, et al. Effect of glycemic control on periodontitis in type 2 diabetic patients with periodontal disease. *J Diabetes Investig.* 2013;4(3):320-5. Epub 20130214. doi: 10.1111/jdi.12026. PubMed PMID: 23997922; PubMed Central PMCID: PMC3752968.
- 20) Sakane N, Kotani K, Suganuma A, et al. Effects of obesity, metabolic syndrome, and non-alcoholic or alcoholic elevated liver enzymes on incidence of diabetes following lifestyle intervention: A subanalysis of the J-DOIT1. *J Occup Health.* 2020 Jan;62(1):e12109. doi: 10.1002/1348-9585.12109. PubMed PMID: 32515888.
- 21) Sakane N. Diabetes prevention in the real world: Insights from the JDPP and J-DOIT1. *J Gen Fam Med.* 2017;18(6):325-30. Epub 20171009. doi: 10.1002/jgf2.85. PubMed PMID: 29264060; PubMed Central PMCID: PMC5729318.
- 22) Hayashino Y, Suzuki H, Yamazaki K, Goto A, Izumi K, Noda M. A cluster randomized trial on the effect of a multifaceted intervention improved the technical quality of diabetes care by primary care physicians: The Japan Diabetes Outcome Intervention Trial-2 (J-DOIT2). *Diabet Med.* 2016;33(5):599-608. Epub 20151009. doi: 10.1111/dme.12949. PubMed PMID: 26331280; PubMed Central PMCID: PMC5057414.
- 23) Ueki K, Sasako T, Okazaki Y, Kato M, Okahata S, Katsuyama H, et al. Effect of an intensified multifactorial intervention on cardiovascular outcomes and mortality in type 2 diabetes (J-DOIT3): an open-label, randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017;5(12):951-64. Epub 20171024. doi: 10.1016/S2213-8587(17)30327-3. PubMed PMID: 29079252.
- 24) Christine PJ, Auchincloss AH, Bertoni AG, Carnethon MR, Sánchez BN, Moore K, et al. Longitudinal Associations Between Neighborhood Physical and Social Environments and Incident Type 2 Diabetes Mellitus: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *JAMA Intern Med.* 2015;175(8):1311-20. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.2691. PubMed PMID: 26121402; PubMed Central PMCID: PMC4799846.
- 25) 日本透析医学会. わが国の慢性透析療法の現況.
<https://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html>
- 26) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」

2. (3) 糖尿病

- https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html
- 27) 厚生労働省「NDB オープンデータ」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html>
- 28) 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「糖尿病の実態把握と環境整備のための研究」(令和 2 (2020) 年度～令和 4 (2022) 年度、研究代表者 山内敏正)
- 29) 厚生労働省「2015 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173202.html>
- 30) 厚生労働省「平成 21 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info03_h21.html
- 31) 厚生労働省「2019 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173202_00008.html
- 32) スマート・ライフ・プロジェクト <http://www.smartlife.mhlw.go.jp/>
- 33) e-ヘルスネット
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>
- 34) 厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」. 平成 30 (2018) 年 4 月.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>
- 35) Tsushita K, S Hosler A, Miura K, Ito Y, Fukuda T, Kitamura A, et al. Rationale and Descriptive Analysis of Specific Health Guidance: the Nationwide Lifestyle Intervention Program Targeting Metabolic Syndrome in Japan. J Atheroscler Thromb. 2018;25(4):308-22. Epub 20171212. doi: 10.5551/jat.42010. PubMed PMID: 29238010; PubMed Central PMCID: PMC5906184.
- 36) 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム. 平成 31 (2019) 年 4 月 25 日改定.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/program.pdf>
- 37) 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証と重症化予防のさらなる展開を目指した研究」(平成 30 (2018) 年度～令和 2 (2020) 年度、研究代表者 津下一代)
- 38) 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「糖尿病腎症重症化予防プログラム開発のための研究」(平成 28 (2016) 年度～平成 29 (2017) 年度、研究代表者 津下一代)
- 39) 厚生労働省「国民健康保険制度の保険者努力支援制度の集計結果について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_10745.html
- 40) Kobayashi T, Tsushita K, Nomura E, Muramoto A, Kato A, Eguchi Y, et al. Automated Feedback Messages With Shichifukujin Characters Using IoT System-Improved Glycemic Control in People With Diabetes: A Prospective, Multicenter Randomized Controlled Trial. J Diabetes Sci Technol. 2019;13(4):796-8. Epub 20190520. doi: 10.1177/1932296819851785. PubMed PMID: 31104490;

2. (3) 糖尿病

PubMed Central PMCID: PMC6610601.

- 41) 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「今後の糖尿病対策と医療体制提供のための研究」(平成 29 (2017) 年度～令和元 (2019) 年度、研究代表者 門脇孝)
- 42) 日本糖尿病学会. 対糖尿病戦略5ヵ年計画 第3次計画. 平成 27 (2015) 年 5 月.
http://www.jds.or.jp/uploads/files/education/plan_5years_3rd.pdf
- 43) 日本糖尿病学会. 対糖尿病戦略5ヵ年計画 第4次計画. 令和 2 (2020) 年 8 月.
http://www.fa.kyorin.co.jp/jds/uploads/plan_5years_4th.pdf
- 44) 日本肥満学会. 肥満症診療ガイドライン 2016. 平成 28 (2016) 年 3 月.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/naika/107/2/107_262/_pdf/-char/ja
- 45) 日本肥満学会. 小児肥満症診療ガイドライン 2017. 平成 29 (2017) 年 4 月.
<http://www.jasso.or.jp/contents/magazine/journal.html#shoni17>
- 46) 日本医師会. 糖尿病対策.
<https://www.med.or.jp/doctor/diabetes/>
- 47) Tanaka H, Sugiyama T, Ihana-Sugiyama N, Ueki K, Kobayashi Y, Ohsugi M. Changes in the quality of diabetes care in Japan between 2007 and 2015: A repeated cross-sectional study using claims data. Diabetes Res Clin Pract. 2019;149:188-99. Epub 20190208. doi: 10.1016/j.diabres.2019.02.001. PubMed PMID: 30742858.
- 48) 腎疾患対策検討会. 腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～. 平成 30 (2018) 年 7 月.
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000172968_00002.html
- 49) 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究—合併症予防と受診中断抑止の視点から」(平成 25 (2013) 年度～平成 27 (2015) 年度、研究代表者 野田光彦) 糖尿病受診中断対策包括ガイド.
- 50) 厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」p46-50. 令和 4 (2022) 年 3 月改訂.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000912019.pdf>
- 51) 厚生労働省「特定健診・保健指導について」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>
- 52) 厚生労働省「企業・医療機関連携マニュアル」p176-201. 令和 3 (2021) 年 3 月改訂.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000780069.pdf>
- 53) 特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ. 特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ取りまとめ. 令和 2 (2020) 年 3 月.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000616588.pdf>
- 54) 厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究(難治性疾患政策研究)事業「網膜脈絡膜・視神経萎縮症に関する調査研究」(平成 29 (2017) 年度～令和元 (2019) 年度、

2. (3) 糖尿病

研究代表者 山下英俊)

- 55) 特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ. 特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ取りまとめ. 平成 27 (2015) 年 3 月. 「P34～P35」
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000090330.pdf>
- 56) 清野 裕, 他. 糖尿病とスティグマ—Cure, Care から Salvation (救済) へ. 医学のあゆみ. 2020;273(2)
- 57) 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「大規模レジストリ・大規模臨床試験の分析による合併症予防に有効な標準糖尿病診療のための研究」(令和元(2019)年度～令和3(2021)年度、研究代表者 植木浩二郎)
- 58) 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「糖尿病など生活習慣病対策の地域格差の把握とその改善—日本医師会かかりつけ医データベース J-DOME を活用して—」(令和3(2021)年度～令和5(2023)年度、研究代表者 野田光彦)
- 59) 厚生労働省、健康保険組合連合会「データヘルス計画作成の手引き(改訂版)」。平成 29 (2017) 年 9 月.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000201969.pdf>
- 60) 日本糖尿病学会・日本老年医学会の合同委員会. 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 2016. 平成 28 (2016) 年 5 月.
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/tool_01.html
- 61) Terada M, Ohtsu H, Saito S, Hayakawa K, Tsuzuki S, Asai Y, et al. Risk factors for severity on admission and the disease progression during hospitalisation in a large cohort of patients with COVID-19 in Japan. BMJ Open. 2021;11(6):e047007. Epub 20210615. doi: 10.1136/bmjopen-2020-047007. PubMed PMID: 34130961; PubMed Central PMCID: PMC8210659.
- 62) 厚生労働行政推進調査事業費補助金 厚生労働科学特別研究事業「新型コロナウイルス感染症流行による糖尿病患者の生活様式・受診行動の変化が重症化に及ぼす影響の解析と今後の診療体制構築のための研究」(令和3(2021)年度、研究代表者 植木浩二郎)

(4) COPD

背景

- COPD（Chronic Obstructive Pulmonary Disease）は主として喫煙等の有害物質を長期に吸入曝露することにより生ずる咳、痰、息切れを特徴とする肺疾患であり、主に高齢者に発症する。COPDの病態は肺気腫病変と気道病変が様々に混合して起こる。
- 平成 16（2004）年に発表された NICE study によると、無作為に抽出された一般住民調査による大規模な疫学調査で 40 歳以上の日本人の COPD 有病率は 8.6%であり、40 歳以上の約 530 万人、70 歳以上の約 210 万人が罹患していると推定された。
- 一方、厚生労働省の患者調査によれば、COPD 患者数は健康日本 21（第二次）が始まる平成 24（2012）年当時は 20 数万人前後で推移しており、この患者数推計格差から多くの診断されていない COPD 患者の存在が推定された。また、平成 24（2012）年当時、年間の COPD 死亡数は約 16,000 人であり、死亡原因として全体の 9 位、男性では 8 位であった。高齢者人口の増加によりこの死亡数も年々増加していくものと予想された。
- 以上の背景から健康日本 21（第二次）において、主に喫煙者の生活習慣病の一つとして COPD が取り上げられた。一般市民の認知率を高めることを通して、早期発見、早期治療介入に結び付け、その結果として健康寿命の延伸、COPD 死亡数の減少に寄与するものと期待された。

1 目標項目の評価状況

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

目標項目	評価
① COPDの認知度の向上	C

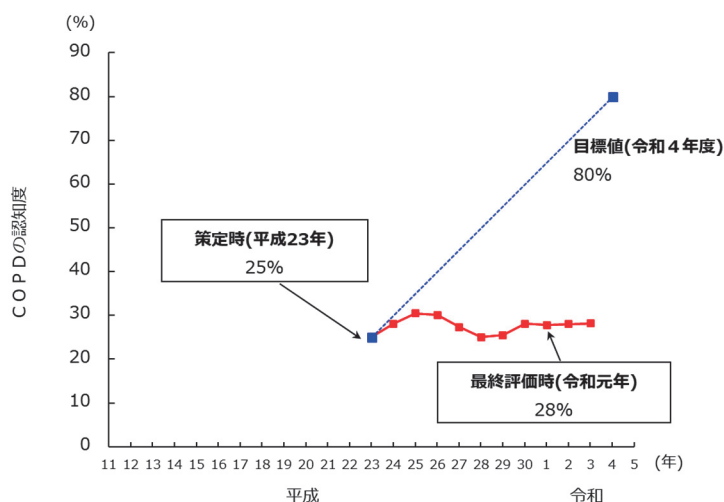
2. (4) COPD

① COPDの認知度の向上

健康日本 21（第二次）終了時点で認知度を 80%まで高めるという目標に比べ、令和元（2019）年時点では 27.8%に留まっており遠く及ばない。COPDの認知度はベースラインの 25.2%からメディアを使った啓発によりいったん 30.5%まで上昇したが、その後 25.0%に逆戻りし、最終的に 27.8%に再上昇した。ベースラインからの相対変化は+10.3%であり5%を超えて改善しているものの、目標値 80%に対してわずかな変化幅であることから、「C 変わらない」と評価した（図表Ⅱ-2-(4)-2）。

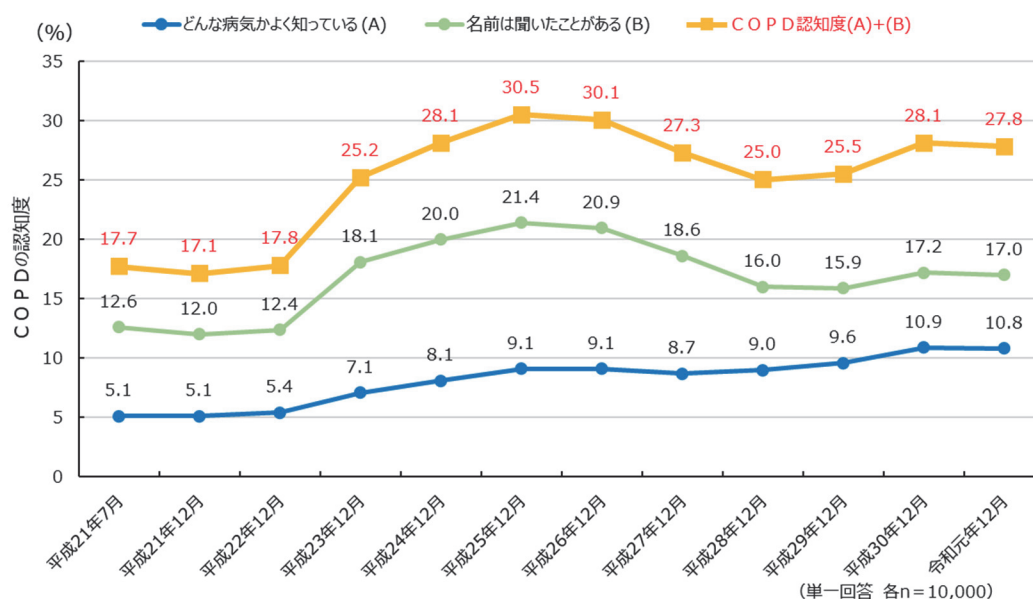
この間、「どんな病気かよく知っている」と答えた割合は 7.1%から 10.8%に上昇しており一定の評価はできる（図表Ⅱ-2-(4)-2）。年齢別にみると認知度は 20 歳代で 30%を超えており最も高く、高齢者世代ほど低下する傾向があり 60 歳以上では 25%を下回っている（図表Ⅱ-2-(4)-3）。COPDが高齢者の疾患であることを鑑みると問題点として指摘しうる。

図表Ⅱ-2-(4)-1：COPDの認知度の推移



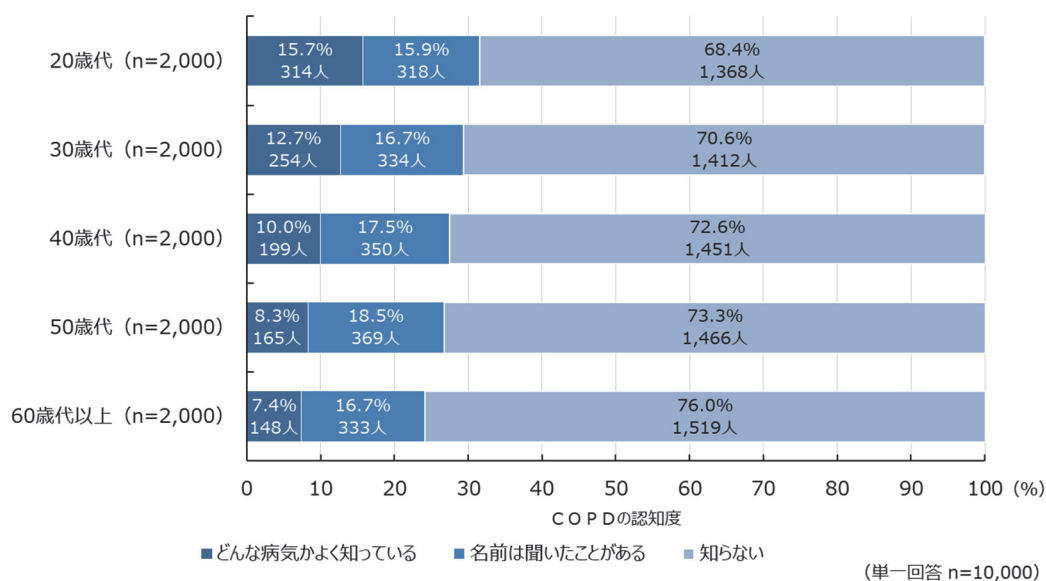
資料：一般社団法人GOLD日本委員会「COPD認知度把握調査」

図表Ⅱ-2-(4)-2：COPDの認知度の推移



資料：一般社団法人GOLD日本委員会「COPD認知度把握調査」

図表Ⅱ-2-(4)-3：COPDの認知度（年代別）令和元（2019）年



資料：一般社団法人GOLD日本委員会「COPD認知度把握調査」（令和元（2019）年12月調査）

2. (4) COPD

2 関連する取組

【国の取組】

- 厚生労働省の健康情報サイト e-ヘルスネット¹⁾ 等を用いて、「COPD」の名称と疾患に関する知識の普及や禁煙により発症予防可能であることの理解を促進。
- 厚生労働省では、日本呼吸器学会市民公開講座の後援に入り、COPDの周知に取り組んだ。
- 「スマート・ライフ・プロジェクト」²⁾ において「禁煙」、「適度な運動」、「適切な食生活」、「健診・検診の受診」に対する取組を推進しているところであり、禁煙の重要性や喫煙によって生じるリスク等について情報を発信。
- 喫煙（受動喫煙含む）対策（詳細は喫煙領域に記載）
 - 喫煙に関して、「禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版」の策定（平成 30（2018）年 5 月）³⁾ や禁煙週間におけるイベント等の開催、「たばこ対策促進事業」等を実施。
 - がん診療連携拠点病院において、「たばこクイットライン」事業を開始し、電話等による禁煙相談を実施。
 - 診療報酬におけるニコチン依存症管理料について、情報通信機器を用いた診療に係る評価がなされるとともに、加熱式たばこの喫煙者も対象となるよう要件が見直された。
 - たばこパッケージの注意文言の表示面積が 30%以上から 50%以上に拡大された。また、たばこパッケージ標記に関して、従来の「肺気腫を悪化させる危険があります」から「慢性閉塞性肺疾患（COPD）を悪化させる危険があります」に修正された。
 - たばこの段階的な税率増加が行われた。

【COPD疾患啓発のための組織】

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

【関連する団体・学会の具体的活動内容】

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

2. (4) COPD

- 全国自治体におけるCOPD検診（スパイロメトリー検査）の組み入れ推進。
- 「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン第5版」（平成30（2018）年4月発刊、日本呼吸器学会）及び「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6版」（令和4（2022）年6月発刊、日本呼吸器学会）の作成。
- 「禁煙治療のための標準的手順書（第8版）」の公開（令和2（2020）年4月、日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会、日本呼吸器学会）。

3 各目標項目の評価に係る分析及び領域全体としての評価

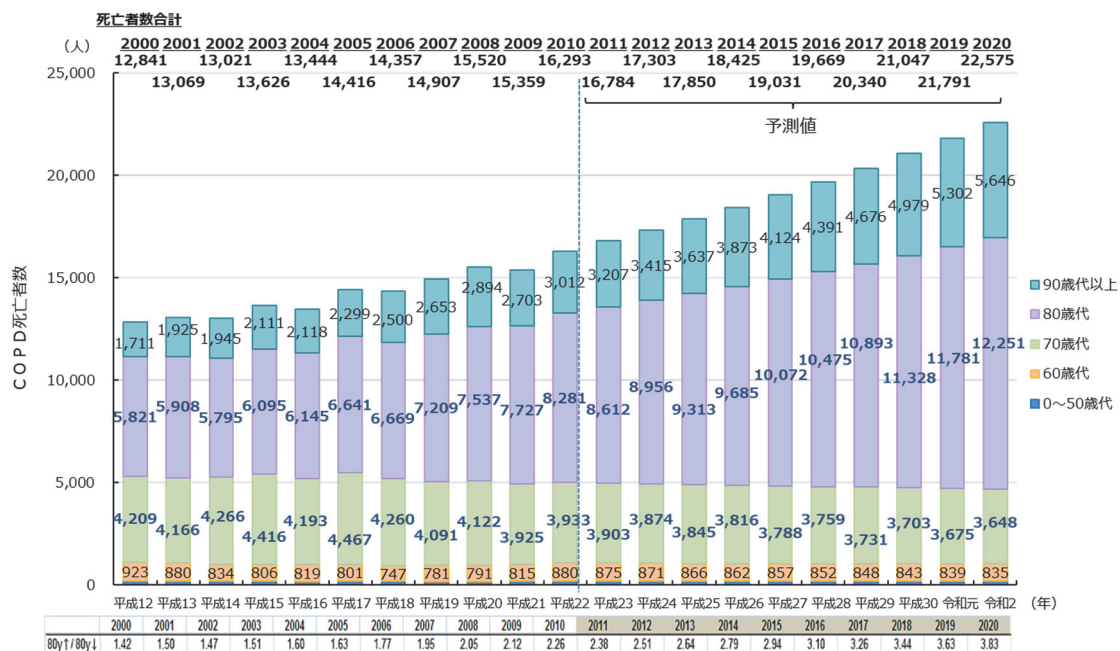
① COPDの認知度の向上

評価は「C 変わらない」であった。認知度の上昇が目標に遠く及ばなかった原因として、COPDという横文字病名が国民に浸透しづらいという背景があるかもしれない。特に年齢階層別の認知度をみると、高齢になるほど低いという傾向があり、これも横文字病名の問題が背景にある可能性がある。

一方、COPDの病型・病態とも言うべき「肺気腫」「慢性気管支炎」という病名については令和元（2019）年の調査で認知度はそれぞれ69.1%、63.0%とかなり高いことが判明した（ただしCOPDの日本語訳である慢性閉塞性肺疾患の認知度はわずか24.7%と低い）。つまり、COPDという病名としての認知度は低いが、本疾患によって起こる症候や病態については国民の半数以上に認知されていることを示している。

COPDという病名の認知度向上に関して目標設定年度までの目標達成は困難な状況にあるが、様々なCOPD啓発活動の取組は一定の成果があったと考える。その一つとして急速な高齢者人口の増加に伴いCOPD死亡数が増加するという平成22（2010）年当時の厚労省の予測（図表Ⅱ-2-(4)-4）に反して、COPDの年齢調整死亡率はこの10年間着実に減少しており、COPDによる死亡を絶対数でみても平成23（2011）年をピークに減少の傾向にある（図表Ⅱ-2-(4)-5）。なお、ICD-10（平成25（2013）年版）に準拠した死因統計分類の適応により、平成29（2017）年にいったん死亡数は増加したが、その後再び減少に転じている（図表Ⅱ-2-(4)-6）。また、その死亡年齢も経年的により高齢にシフトしていることが挙げられる。

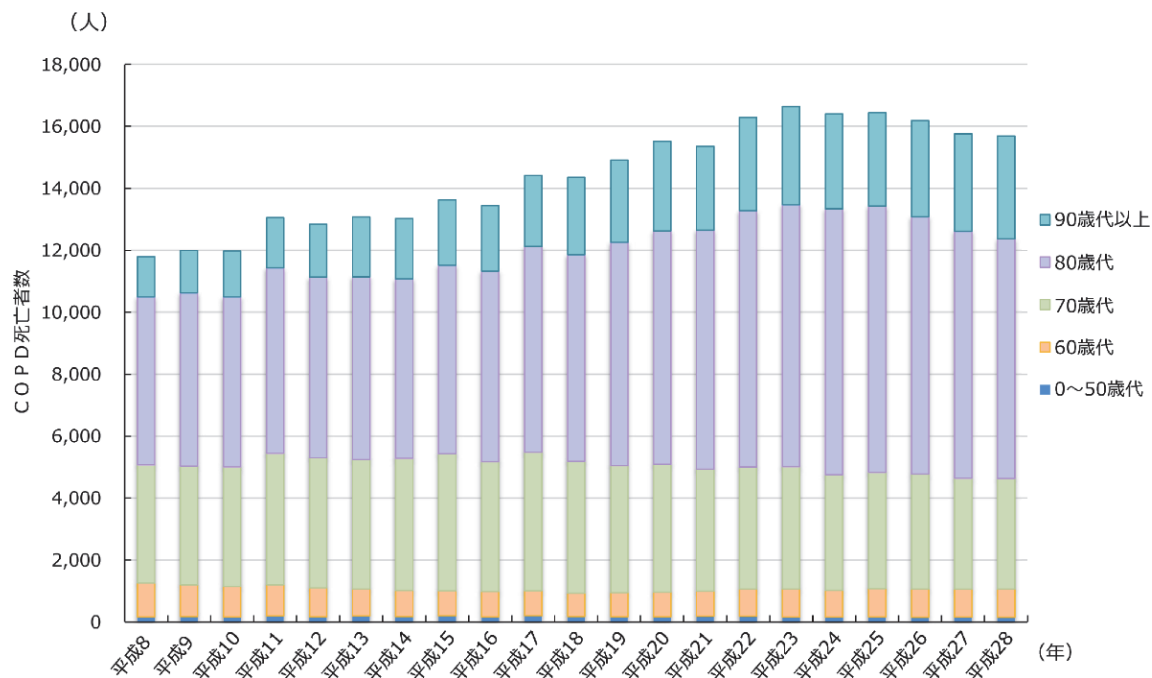
図表Ⅱ-2-(4)-4：COPD死亡者数及び予測値の推移（年代別）



資料：厚生労働省「人口動態統計」

注：平成12（2000）年～平成22（2010）年までは死亡者数
平成23（2011）年以降は予測値

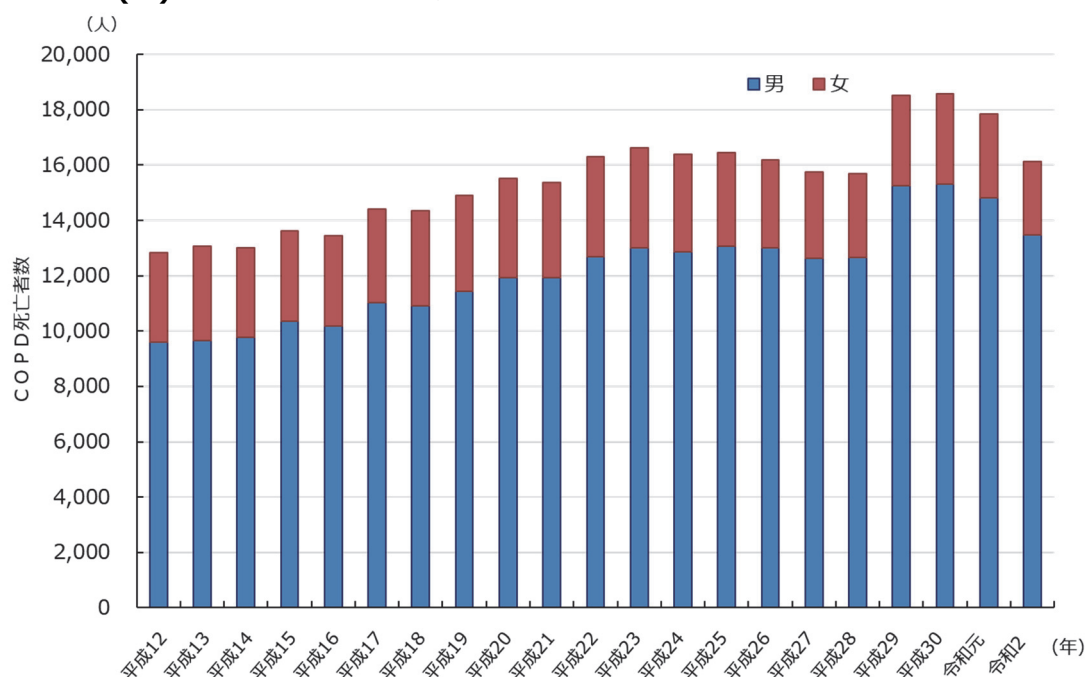
図表Ⅱ-2-(4)-5：COPD死亡者数の推移（年代別）



資料：厚生労働省「人口動態統計」

2. (4) COPD

図表Ⅱ-2-(4)-6：日本のCOPD死亡者数の推移（男女別）



資料：厚生労働省「人口動態統計」より作図

4 今後の取組と課題

- COPDの認知度は、ほぼ横ばいで推移しており、現状のままでは目標達成は困難な状況にある。COPDの認知度向上は大きな課題であり、特にCOPDが「どんな病気か知っている」者の増加が患者の受診行動を促す上でも意義がある。
- 次期プラン策定に向けての課題として、COPD認知度の上昇だけではなく、年齢調整死亡率の減少等の指標設定についても検討が必要である。
- 目標達成に向け、喫煙が最大の発症要因であり、禁煙により発症予防が可能であることや早期発見が重要であること等、普及啓発・認知度の向上に向けて取組を推進する。
- 喫煙によるCOPDのリスクや正しい知識について、学校教育や、健診・保健指導、健康増進事業における「慢性閉塞性肺疾患（COPD）健康教育」や「喫煙者個別健康教育」等を通じて、あらゆる世代により一層の普及啓発を図っていく必要がある。
- 加熱式たばこの普及に伴い、紙巻たばこと比較して加熱式たばこでは健康上の被害が遥かに少ないとの誤解がある。加熱式たばこによっても肺の障害をきたすとする報告が相次いでおり、禁煙啓発活動の中では紙巻たばこと同等に扱うべきである。
- COPDは肺炎や肺がんの危険因子として重要であり、軽症であっても高齢者の肺の健康という観点から重大な疾患であることを周知する。
- COPD対策において重要となる、たばこ対策を推進していく。
- 「スマート・ライフ・プロジェクト」²⁾ において「禁煙」、「適度な運動」、「適切な食生活」、「健診・検

2. (4) COPD

診の受診」に対する取組を推進しているところであり、禁煙の重要性や喫煙によって生じるリスク等について引き続き情報発信を行うとともに、スマート・ライフ・プロジェクトに参画している企業・団体・自治体と協力・連携し、国民運動として禁煙を更に推進する。

- C O P Dとフレイルや併存症の関係等も周知していく。
- C O P Dの早期発見に向けて、スパイロメトリー検査の更なる普及・実施に努める。
- 医療現場でC O P Dという疾患名が使われず、慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、慢性気管支炎等とされている。さらに、薬剤の添付文書、カルテ病名、DPC（診療群分類）、「疾病、傷害及び死因の統計分類」においてもC O P Dの記載がないというのが我が国の現状である。行政と学会が協働した普及啓発活動が求められている。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 新型コロナウイルス感染症の重症化因子であることの周知が必要である。「新型コロナウイルス感染症診療の手引き第5版」⁴⁾に記載されているとおり、C O P Dは新型コロナウイルス感染症の重症化因子であることが世界的に認知されている。一般人口において未診断C O P Dが多数潜在している現状を鑑みると、新型コロナウイルス感染症で重症化・死亡した症例にも多数の未診断C O P Dが潜在していたことが想定される。新型コロナウイルス感染症の知識普及と共に、C O P Dの認知度を向上させることの重要性は極めて高いと考える。
- 新型コロナウイルス感染症流行下においてスパイロメトリーが施行困難である状況を鑑み、スパイロメトリーを用いないC O P Dの診断治療の作業手順が提唱されている⁵⁾。

<参考文献、URL>

- 1) e-ヘルスネット
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/>
- 2) スマート・ライフ・プロジェクト
<http://www.smartlife.mhlw.go.jp/>
- 3) 厚生労働省「禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版」，平成30（2018）年5月。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/kin-en-sien/manual2/addition.html>
- 4) 厚生労働省「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き 第5版」，令和3（2021）年5月。
<https://www.mhlw.go.jp/content/000785119.pdf>
- 5) Shibata Y, Muro S, Yokoyama A, Hashimoto S. Statement from the Japanese Respiratory Society: Working diagnosis and initial management of C O P D during the COVID-19 pandemic. Respir Investig. 2021;59(4):385-8. Epub 20210406. doi: 10.1016/j.resinv.2021.03.004. PubMed PMID: 33893068; PubMed Central PMCID: PMC8023148.

3. 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

(1) こころの健康

背景

- 「こころの健康なくして健康なし」といわれるように¹⁾、こころの健康と身体の健康は相互に深く関わっており、身体健康や健康寿命延伸を考える上でもこころの健康は極めて重要である。
- 健康日本 21（第二次）では、基本的な方向3「社会生活を営むために必要な機能の維持・向上」のためには、身体健康とともにこころの健康が重要であるという考えのもとに、「こころの健康」領域において、「自殺者の減少（人口 10 万人当たり）」、「気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少」、「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加」及び「小児人口 10 万人当たりの小児科医・児童精神科医の割合の増加」の4つが目標として定められた。
- このうち「自殺者の減少（人口 10 万人当たり）」は自殺総合対策大綱²⁾に基づいて、「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加」は労働安全衛生法の改正とストレスチェック制度の創設に基づいて、それぞれ目標値が設定された。

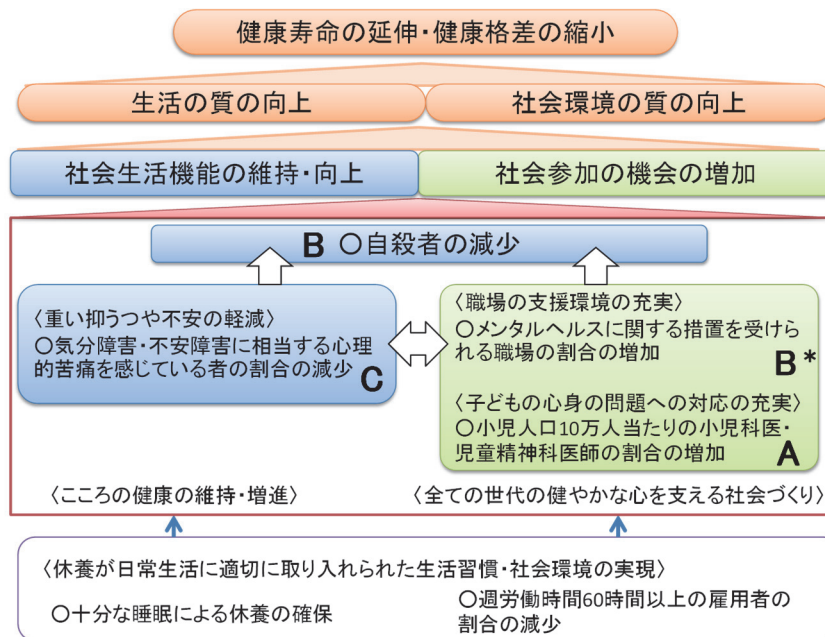
1 目標項目の評価状況

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

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

3. (1) こころの健康

図表Ⅱ-3-(1)-1：こころの健康の目標設定の考え方及び目標項目の評価

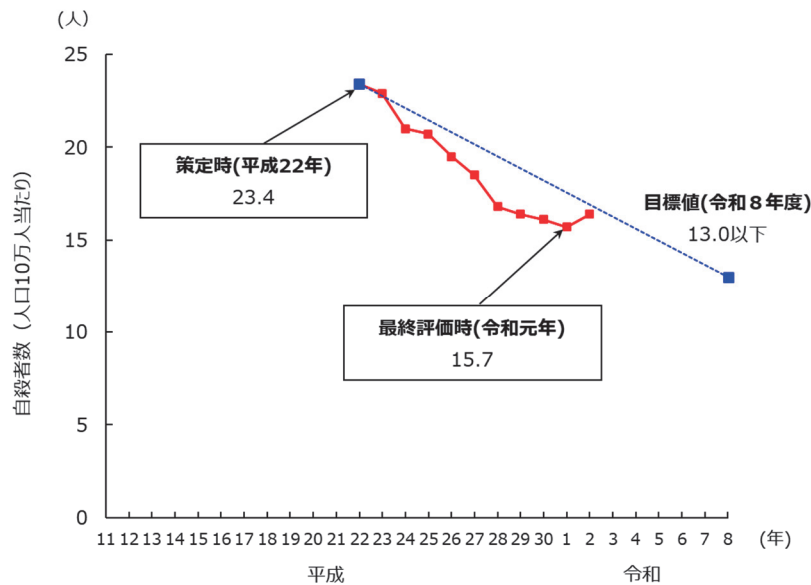


資料：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料に最終評価結果を追記

① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）

自殺総合対策大綱（平成 24（2012）年 8 月）では当初、人口 10 万人当たりの自殺者数について、平成 17（2005）年の 24.2 を平成 28（2016）年までに 20%減となる 19.4 にすることが目標とされていた。実際の自殺者数は平成 17（2005）年をピークに減少を続け、平成 28（2016）年の時点で目標値を上回り 16.8 となった。そのため中間評価時で、「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現をめざして～」²⁾（平成 29（2017）年 7 月閣議決定）に合わせて、目標値が変更され、現在は令和 8（2026）年までに平成 27（2015）年の 30%減となる 13.0 以下とすることが目標とされている。直近値である令和元（2019）年の自殺者数は 10 万人当たり 15.7 となっており、図表Ⅱ-3-(1)-2 をみると、策定時から目標値までの点線を実績値は下回って推移しており、目標達成に向けた動きとなっているが、最終評価時点の令和元（2019）年から目標として設定されている令和 8（2026）年度まで 7 年の期間があり、今後のフォローが必要である。なお、自殺死亡率の減少は全ての都道府県で認められている。

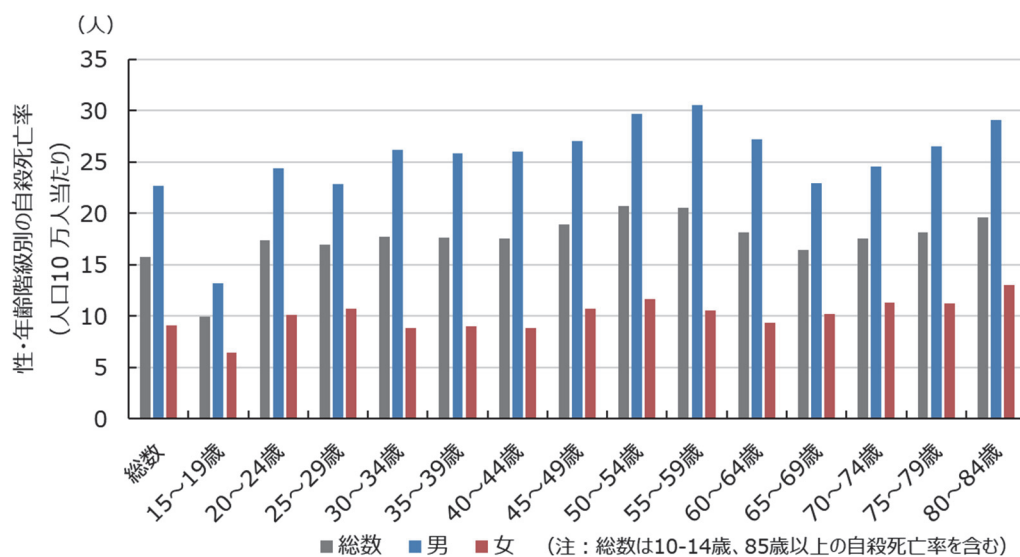
図表Ⅱ-3-(1)-2：自殺者数（人口10万人当たり）の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

性・年齢階級別にみると、男性に多く、年齢階級別では50歳代が最も多い。なお、20歳以上の全ての年齢階級で自殺死亡率の減少が認められているが、15歳～19歳は平成22（2010）年の7.5から令和元（2019）年の9.9に上昇している（男性は9.7から13.2へ、女性は5.1から6.4へ）（図表Ⅱ-3-(1)-3）。また、自殺は依然として15歳から39歳の死因の1位となっている。

図表Ⅱ-3-(1)-3：性・年齢階級別の自殺死亡率（人口10万人当たり）令和元（2019）年



資料：厚生労働省「令和元年（2019）人口動態調査」

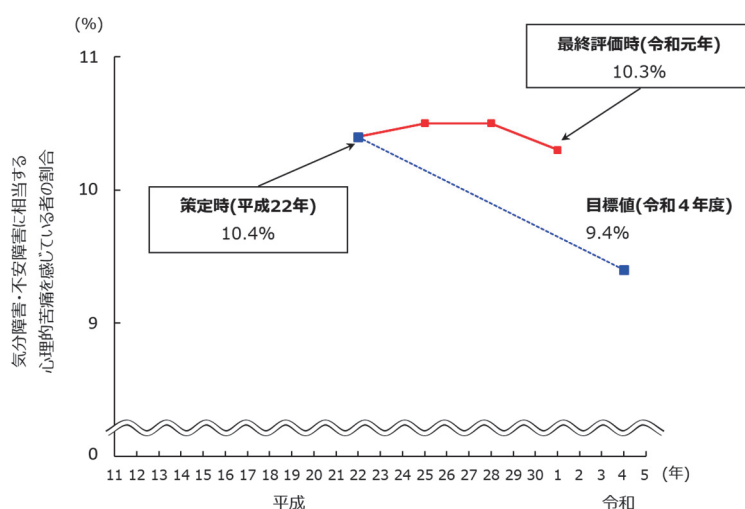
3.（1）こころの健康

② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少

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

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

図表Ⅱ-3-(1)-4：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推移

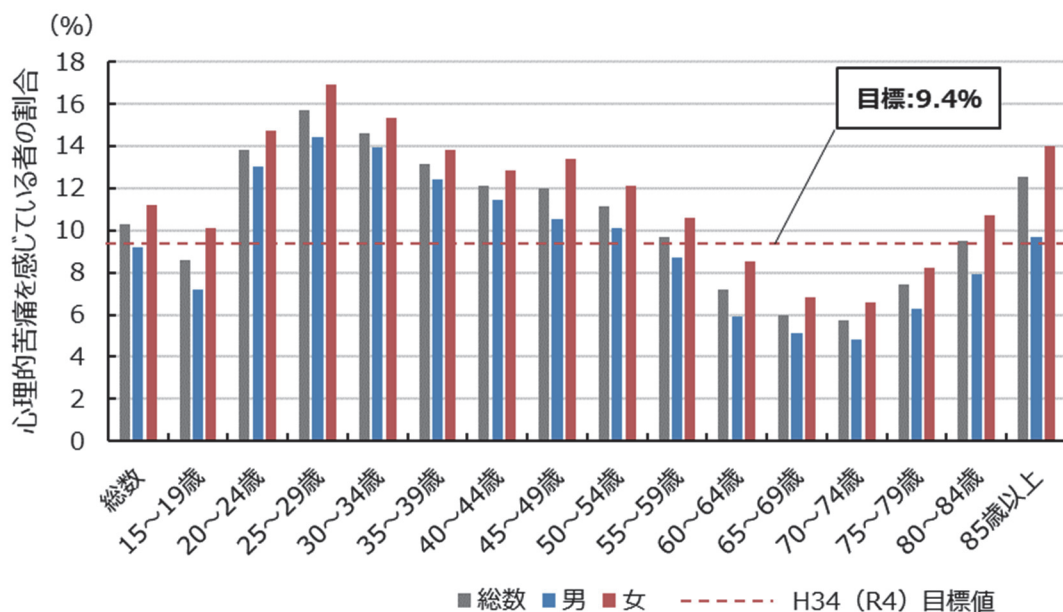


資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」

注：K6 ≥ 10 の者の割合

性・年齢階級別にみると、全ての年齢階級で女性の方が心理的苦痛を感じる者の割合は高い。年齢階級別では男女とも 25 歳～29 歳をピークとして若年層で高くなっている（図表Ⅱ-3-(1)-5）。

図表Ⅱ-3-(1)-5：心理的苦痛を感じている者の割合（性・年齢階級別）令和元（2019）年



資料：厚生労働省「2019年 国民生活基礎調査」

注：K6 ≥ 10 の者の割合

③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加

職場におけるメンタルヘルス対策³⁾については、平成26（2014）年6月の労働安全衛生法改正により、ストレスチェック制度が創設（平成27（2015）年12月施行）され、常時50人以上の労働者を使用する事業場においては毎年1回ストレスチェックの実施が義務付けられた。このような背景もあり、メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合を100%とする目標が設定された。

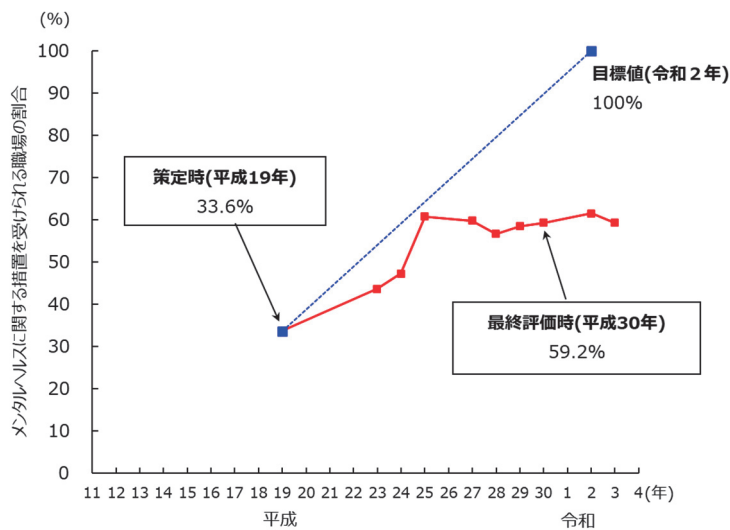
しかし、直近値である平成30（2018）年の値は59.2%であり、明らかな増加傾向にあるものの、令和2（2020）年までに100%という目標値の達成は困難な状況である（図表Ⅱ-3-(1)-6）。

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

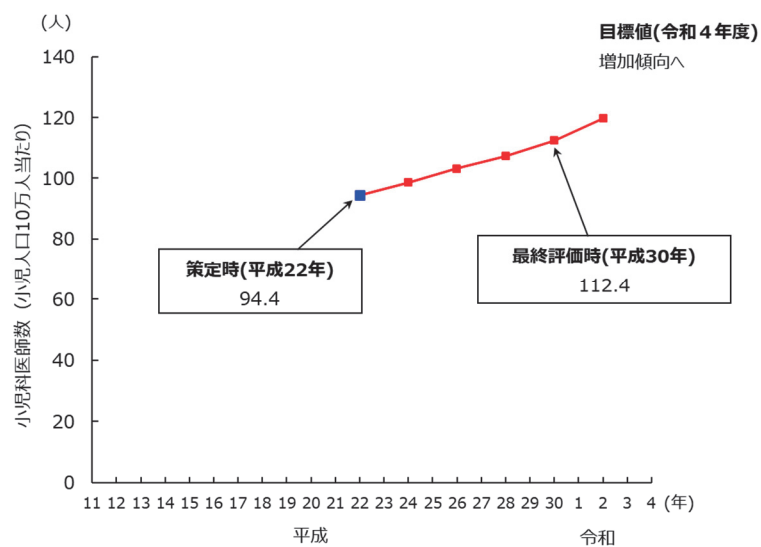
（参考値：令和2（2020）年の値は61.4%（事業場の規模別では、50人以上の事業場で92.8%、30人～49人の事業場では69.1%、10人～29人の事業場では53.5%）、令和3（2021）年の値は59.2%（事業場の規模別では、50人以上の事業場で94.4%、30人～49人の事業場では70.7%、10人～29人の事業場では49.6%）となっている）

3.（1）こころの健康

図表Ⅱ-3-(1)-6：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推移



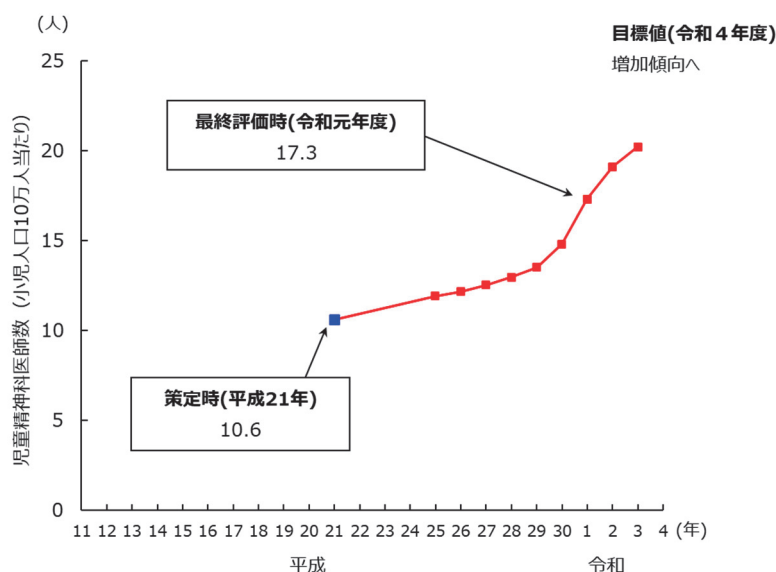
図表Ⅱ-3-(1)-7：小児科医師の割合（小児人口10万人当たり）の推移



資料：平成28（2016）年以前は、厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
平成30（2018）年以降は、厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

3.（1）こころの健康

図表Ⅱ-3-(1)-8：児童精神科医師の割合（小児人口10万人当たり）の推移



資料：平成 29 年までは日本児童青年精神医学会による算出（計算方法非公開）

平成 30 年以降は、

児童精神科医師数：日本児童青年精神医学会調べ

小児人口：総務省「人口推移（10 月 1 日現在）」（平成 30 年、令和元年、令和 3 年）

総務省「令和 2 年国勢調査」

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

精神保健医療福祉領域においては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を政策理念として掲げている⁴⁾。このシステムは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労等）、地域の助け合い、普及啓発（教育等）の包括的な確保を目指すものとされている。健康日本 21（第二次）と関連が深いものとして、このなかで地域住民全体を対象とした普及啓発、スティグマの減少、総合的な相談支援等の一次予防策が必要とされており、厚生労働省ではそのために令和 15（2033）年までに 100 万人の心のサポーター養成を目指す「心のサポーター養成事業」を開始している。

<各目標項目に係る取組>

① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）

- 平成 18（2006）年 6 月に成立した自殺対策基本法に基づき、平成 19（2007）年 6 月には自殺対策の指針として自殺総合対策大綱が策定された。平成 24（2012）年 8 月には同大

綱の見直しが行われ、第2次自殺大綱の下、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が緊密に連携して、自殺対策を総合的に推進してきた。

- 平成28（2016）年の自殺対策基本法の改正等を踏まえ平成29（2017）年7月に改定された第3次大綱^{2）}においては、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目指すことを基本理念として、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を図る必要性、具体的施策として若年層向けの対策や自殺未遂者向けの対策を充実すること、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等の取組相互の連携・協力を推進することを掲げ、関係府省で連携し自殺対策に一層強力に取り組んでいくこととなった。

② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少

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

③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加

- 平成26（2014）年6月に労働安全衛生法が改正され、ストレスチェック制度が創設（平成27（2015）年12月施行）され、常時50人以上の労働者を使用する事業場においては毎年1回ストレスチェックの実施が義務付けられた。
- 平成30（2018）年4月より「第13次労働災害防止計画」を開始した。
- 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」事業における相談窓口を増設した。
- 産業保健体制が不十分な労働者数50人未満の小規模事業場に対する支援として、産業保健総合支援センターの地域窓口（地域産業保健センター）において、健康診断の結果に対する相談、長時間労働者に対する面接指導、脳・心臓疾患のリスクの高い労働者に対する保健指導、メンタルヘルス不調者への相談指導等を実施している。
- さらに、独立行政法人労働者健康安全機構において、メンタルヘルス等の取組に対して費用の助成を行っている。

3.（1）こころの健康

④ 小児人口 10 万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加

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

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

＜各目標項目の評価の要因分析＞

① 自殺者の減少（人口 10 万人当たり）

評価は「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」であった。改善傾向にある要因としては、自殺総合対策大綱²⁾の下、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が緊密に連携して、自殺対策を総合的に推進してきたことが挙げられる。また自殺対策に加えて、失業率の減少等も自殺者の減少に寄与した可能性がある。

本目標項目は、中間評価時点で策定時の目標値に達しており、中間評価時に目標値を 13.0 以下（令和 8（2026）年度）と更新している。最終評価時点の令和元（2019）年時点では令和 8（2026）年度の目標値には到達しておらず B 評価となるが、目標年度まで 7 年あるため今後のデータフォローが必要である。

② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少

評価は「C 変わらない」であった。この間に患者数は増加しており精神疾患を抱えている者における受診割合は高くなったと考えられるが、それにもかかわらずこの指標が改善しなかった要因として、医療機関・公的機関への受診・相談が増えても、それが心理的苦痛を感じる者の割合の減少には必ずしもつながらないこと⁵⁾が挙げられる。

③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加

評価は「B* 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」であった。改善傾向にある要因としては、労働者 50 人以上の事業場におけるストレスチェックの義務化のほか、働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」事業における相談窓口の増設や、産業保健総合支援センターやその地域窓口（地域産業保健センター）による、特に労働者 50 人未満の小規模事業場を対象にした産業保健サービスの提供、労働者健康安全機構による産業保健関係助成金の支給が挙げられる。一方、目標未達となった要因として、上記の「目標項目の評価状況」でも述べたように、労働者 50 人未満の小規模事業場においてはメンタルヘルス対策に取り組めていない場合が少なくないことが挙げられる。

④ 小児人口 10 万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加

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

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

<領域全体としての評価>

「小児人口 10 万人当たりの小児科医・児童精神科医の割合の増加」に関しては目標を達成し、「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加」に関しては目標値には到達していないものの改善傾向にある等、全ての世代の健やかなこころを支える社会づくりに関する目標項目は改善しており、「自殺者の減少」も改善が見られる。一方でこころの健康の維持・増進に関わる目標項目である「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」に関してはベースラインから変化を認めず、この目標を達成することは特に次期に向けた大きな課題と考えられる。

3. (1) こころの健康

4 今後の取組と課題

<領域全体としての課題>

- 上述したように、精神保健医療福祉領域においては「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が政策理念として掲げられている。このシステムは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らせる地域共生社会を目指すものである。そのために、地域住民全体を対象とした普及啓発、スティグマの減少、総合的な相談支援等の1次予防策、計画的な地域の基盤整備、市町村ごとの協議の場を通じた精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者等との重層的な連携による支援体制を構築していくことが求められる。
- 虐待・犯罪被害・DV等の暴力の減少、経済的困窮者の減少、雇用率（及び正規雇用率）の上昇、住居の確保（ホームレスの減少）、住環境の確保（大気・環境汚染、室温、緑地等）、教育の確保、メンタルヘルスリテラシーの向上、地域のつながりの強化といった社会的決定因子がメンタルヘルスに好影響をもたらしていることが指摘されており⁵⁾、このような社会環境の整備が求められる。
- 特に虐待等に代表される逆境的小児期体験（ACEs: Adverse Childhood Experiences）が、心身にわたる広範な影響を与えることは広く知られるようになってきている。モニタリング可能な指標の検討やトラウマインフォームドケア^{※1}等の対策の普及が求められる。
- 身体的生活習慣病とうつ病・不安症が高率に併存するというエビデンスは確立しており、健康日本21（第二次）の他の分野（循環器疾患、糖尿病、飲酒、食生活・栄養、身体活動・運動、喫煙、歯・口腔の健康等）との連携が求められる。
- 依存症は本人、家族に与える心理的苦痛や日常生活・社会生活への影響が大きく、その予防と対策には適切な医療の提供や社会的な取組等が必要と考えられる。特にギャンブル依存症に関しては、平成30（2018）年7月にギャンブル等依存症対策基本法が成立し、より一層の普及・啓発活動と対策、研究開発が求められている。また、違法薬物に関しては犯罪であるとともに薬物依存症という疾病という側面があり、本人が地域で孤立しないように国民に対する啓発を進めるとともに、治療・回復のための社会資源を増やし、社会資源へのアクセスを促進する必要がある。なお、WHOによる国際疾病分類の最新版「ICD-11」において、「ゲーム障害」が正式に病名として認められている。

<各目標項目に係る課題>

① 自殺者の減少（人口10万人当たり）

- 目標の達成に向けて、引き続き自殺総合対策大綱²⁾に基づく取組を推進していく。

※1 被支援者のケアを行う際に、過去にその人がトラウマを体験した可能性や、現在の症状・不適応的な行動がトラウマの苦痛を和らげようとして生じている可能性を想定して支援者が関わること。

- なお、大綱は概ね 5 年を目途に見直しを行うこととされており、令和 4（2022）年度に見直しが予定されている。
- 今後本指標の評価に当たっては、年齢調整の必要性も含め検討する必要がある。

② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少

- 精神疾患を持つ人における受診者の割合を増やす（treatment gap をうめる）ことだけでなく、受診後の治療の格差の解消（quality gap をうめる）や、1 次予防法の開発・普及（prevention gap をうめること）が必要であることが指摘されている⁶⁾。
- Quality gap に関しては、精神科医に対して治療ガイドラインの教育の講習を行い、ガイドラインの効果を検証する研究を行う EGUIDE プロジェクト（Effectiveness of GUIDeline for Dissemination and Education in psychiatric treatment）が国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神疾患病態研究部によって開始されている。
- 厚生労働省の心のサポーター養成事業で多くの心のサポーター養成が期待される。
- 心理的苦痛を感じている者における要因の分析を進める必要がある。例えば、心理的苦痛を感じている割合が高い女性や若年層に関しては、妊娠・出産、更年期、就職等が心理的苦痛等に影響している可能性があり、こにちは赤ちゃん事業、妊産婦健診・産後ケア等の母子保健、産業保健等の取組と連携して、メンタルヘルス増進策を推進することが望ましい。

③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加

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

3.（1）こころの健康

しては、産業保健総合支援センターの地域窓口（地域産業保健センター）において、労働者からの相談対応、個別訪問指導等を実施する。

- 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」事業における、メンタルヘルス不調、過重労働による健康障害に関する相談窓口の周知を実施する。

④ 小児人口 10 万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加

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

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 経済的な困難、孤立・孤独の増加等、様々な要因によって、コロナ禍はこころの健康に無視できない悪影響を与えている可能性が考えられている。
- 警察庁「自殺統計」によると、自殺者数は令和 2（2020）年は前年から増加に転じた。特に、女性や学生・生徒等における自殺者数の増加が目立っており、今後も注視が必要である。
- 新型コロナウイルス感染症拡大前と比べて、世界中でうつ病は 5,320 万人（27.6%）、不安症は 7,620 万人（25.6%）増加したと推定されている⁷⁾。日本における心理的苦痛を感じている者の割合は、コロナ後の国民生活基礎調査が令和 4（2022）年に実施予定であるためコロナ前との直接の比較は現時点ではできないものの、重度の精神的苦痛を抱えている者の割合が大幅に増加している可能性が示唆されており^{8) 9)}、今後の注視が必要である。
- 精神疾患からの回復のための社会資源の変化によって精神疾患が悪化している可能性もある。例えば、依存症を持つ人が感染の恐怖から自助グループへの参加を中断したり、感染拡大防止の観点から自助グループの開催が中止されたりして、そのことが依存症の増悪につながっている可能性が指摘されている¹⁰⁾。
- 海外では、コロナ禍で子どもの行動上の問題も増えていることが指摘されている¹¹⁾。

<参考文献・URL>

- 1) Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. Lancet. 2007 Sep 8;370(9590):859-77. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0. PubMed PMID: 17804063.
- 2) 「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」．平成 29（2017）年 7 月．

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/taikou_h290725.html

- 3) 厚生労働省、労働者健康安全機構「職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～」. 令和2（2020）年7月.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055195_00002.html
- 4) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書. 令和3（2021）年3月.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000755200.pdf>
- 5) Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(4):357-69. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30060-9. PubMed PMID: 29580610.
- 6) Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry*. 2017;16(1):90-9. doi: 10.1002/wps.20388. PubMed PMID: 28127925; PubMed Central PMCID: PMC5269479.
- 7) Collaborators C-MD. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700-12. Epub 20211008. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7. PubMed PMID: 34634250; PubMed Central PMCID: PMC8500697.
- 8) Nishi D, Susukida R, Usuda K, Mojtabai R, Yamanouchi Y. Trends in the prevalence of psychological distress and the use of mental health services from 2007 to 2016 in Japan. *J Affect Disord*. 2018;239:208-13. Epub 20180710. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.016. PubMed PMID: 30025309.
- 9) Yoshioka T, Okubo R, Tabuchi T, Odani S, Shinozaki T, Tsugawa Y. Factors associated with serious psychological distress during the COVID-19 pandemic in Japan: a nationwide cross-sectional internet-based study. *BMJ Open*. 2021;11(7):e051115. Epub 20210705. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051115. PubMed PMID: 34226236; PubMed Central PMCID: PMC8260284.
- 10) Volkow ND. Collision of the COVID-19 and Addiction Epidemics. *Ann Intern Med*. 2020;173(1):61-2. Epub 20200402. doi: 10.7326/M20-1212. PubMed PMID: 32240293; PubMed Central PMCID: PMC7138334.
- 11) Lebrun-Harris LA, Ghandour RM, Kogan MD, Warren MD. Five-Year Trends in US Children's Health and Well-being, 2016-2020. *JAMA Pediatr*. 2022;176(7):e220056. Epub 20220705. doi:

3.（1）こころの健康

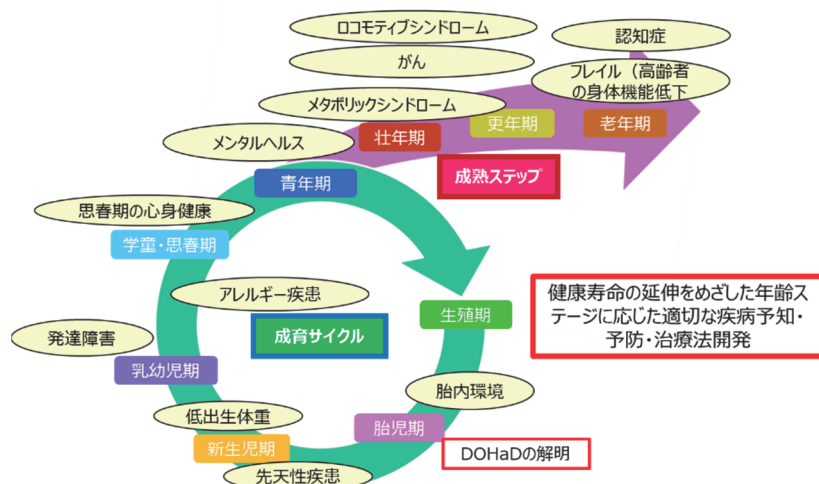
10.1001/jamapediatrics.2022.0056. PubMed PMID: 35285883; PubMed Central PMCID: PMC8922203.

(2) 次世代の健康

背景

- 将来を担う次世代の健康を支えるため、妊婦や子どもの健康増進が重要であり、子どもの頃からの健全な生活習慣の獲得及び適正体重の子どもの増加を目標とする。
- 背景として、子どもの朝食欠食、孤食等の食生活の課題や遊びを含む運動習慣のある子どもの減少、肥満の割合の高止まりややせの増加がある。さらに、胎児期から乳児期の環境が将来の健康に及ぼす影響（DOHaD: Developmental Origins of Health and Disease^{※1}）の概念^{1) 2) 3)}が注目される中、胎児期からの生活習慣病予防の視点^{4) 5)}からも、成育期サイクルにおける健康増進と生活習慣の獲得は成人期、高齢期の健康の基盤として重要である（図表Ⅱ-3-(2)-1⁶⁾）。
- 本領域の目標は①健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加（ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加、イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少）と②適正体重の子どもの増加（ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少、イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少）である（図表Ⅱ-3-(2)-2、図表Ⅱ-3-(2)-3）。

図表Ⅱ-3-(2)-1：成育サイクルと生涯の健康課題



資料：AME Dが示した成育サイクルの図を基に健康日本 21（第二次）推進専門委員会において作図

※1 DOHaDとは「将来の健康や特定の病気へのかかりやすさは、小児期や生後早期の環境の影響を強く受けて決定される」という概念。

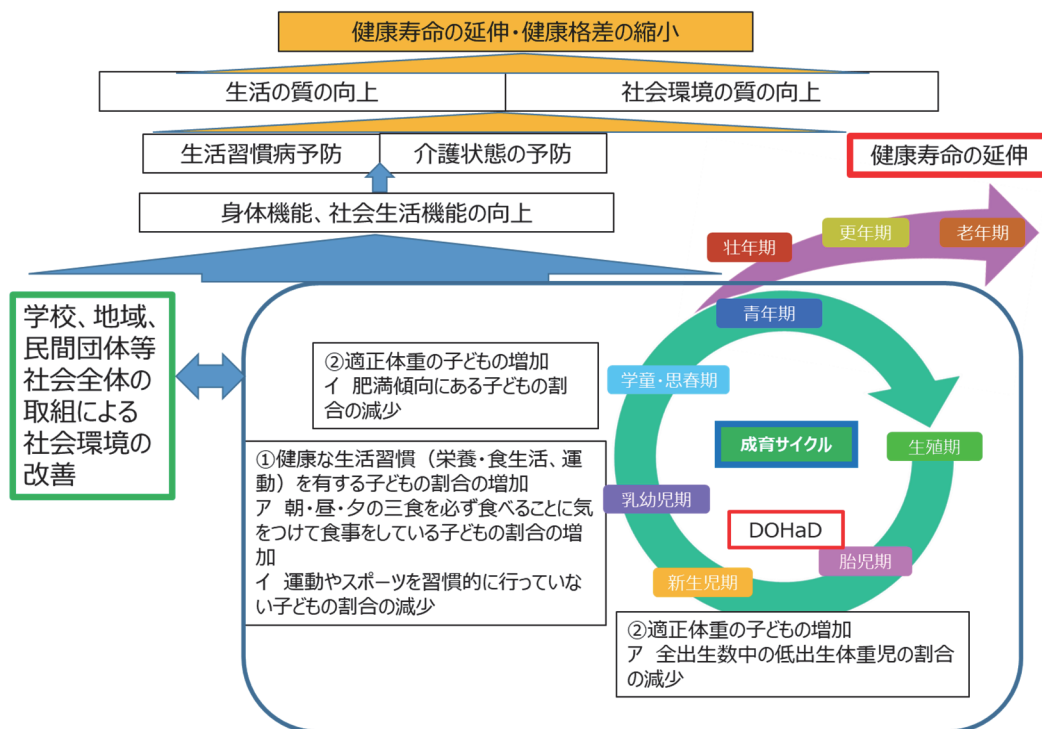
3. (2) 次世代の健康

1 目標項目の評価状況

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

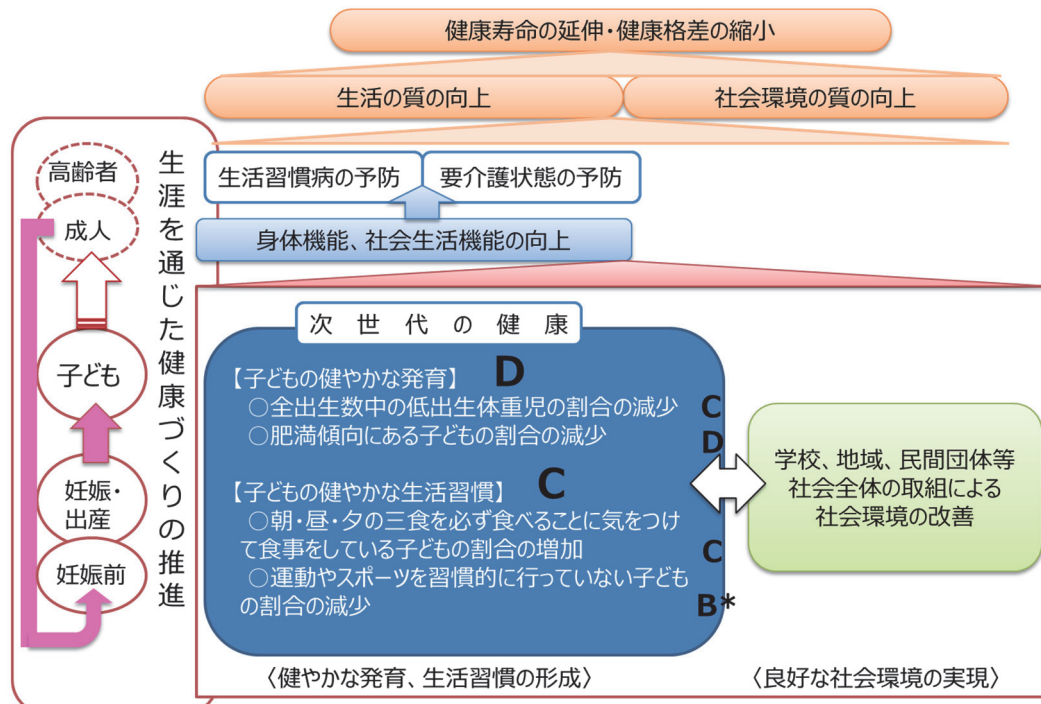
目標項目	評価
① 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加	C
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている 子どもの割合の増加	C
イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少	B*
1 週間の総運動時間が 60 分未満の子どもの割合 小学 5 年生男子	(B*)
1 週間の総運動時間が 60 分未満の子どもの割合 小学 5 年生女子	(B*)
② 適正体重の子どもの増加	D
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	C
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	D

図表Ⅱ-3-(2)-2：胎児期からの生涯を通じた健康づくりの推進



資料：健康日本 21（第二次）推進専門委員会において作図

図表Ⅱ-3-(2)-3：次世代の健康の目標設定の考え方及び目標項目の評価



資料：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料に最終評価結果を追記

3.（2）次世代の健康

① 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

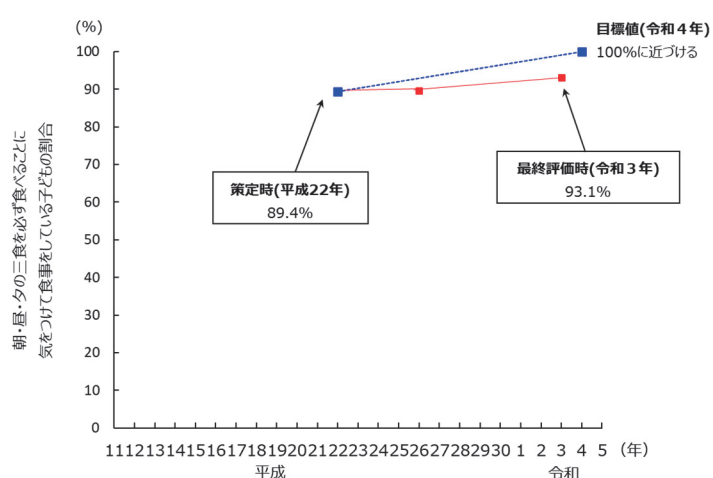
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加

朝・昼・夕三食必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合は、ベースライン 89.4%と比較して 93.1%、相対的変化は 4.1%と 5 %未満であることから、「C 変わらない」と判定した（図表Ⅱ-3-(2)-4）。

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

朝食欠食については、農林水産省「令和 2 年度食育白書」⁷⁾において、文部科学省「全国学力・学習状況調査」の調査結果から、近年は横ばい傾向と評価している（図表Ⅱ-3-(2)-5）。

図表Ⅱ-3-(2)-4：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推移



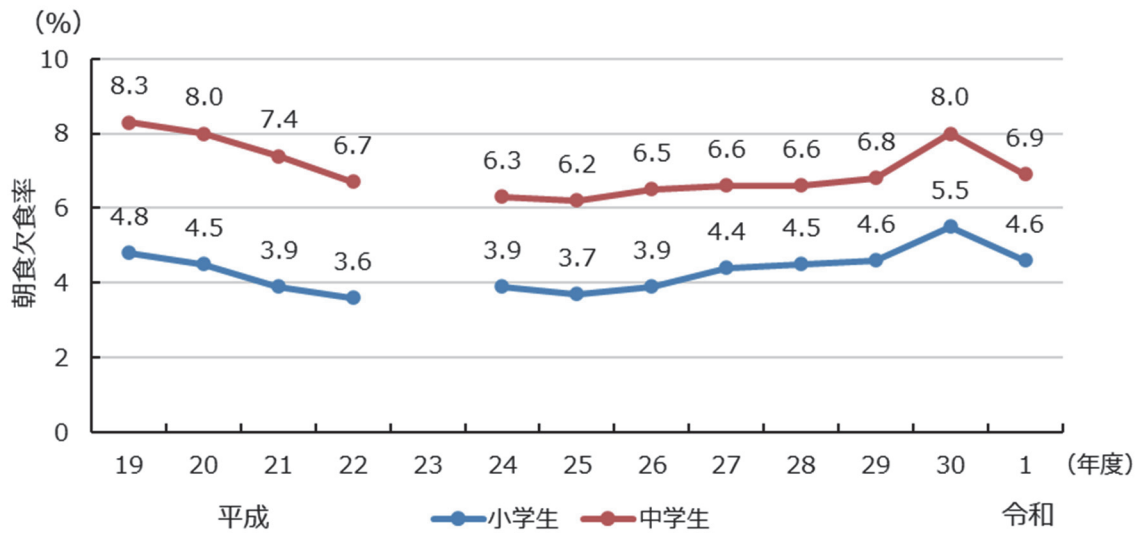
資料：平成 22（2010）年度：日本スポーツ振興センター「平成 22 年度 児童生徒の食生活等実態調査」

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

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

注：小学校 5 年生が対象

図表Ⅱ-3-(2)-5：小・中学生の朝食欠食率の推移



資料：文部科学省「全国学力・学習状況調査」

注1：平成23（2011）年度は、東日本大震災の影響等により、調査を実施しなかった

注2：令和2（2020）年度は新型コロナウイルス感染症の影響等により、調査を実施しなかった

注3：「朝食を毎日食べていますか」という質問に対して、選択肢「している」、「どちらかといえばしている」、「あまりしていない」、「全くしていない」のうち、「あまりしていない」、「全くしていない」と回答した割合の合計

注4：小学校6年生、中学校3年生が対象

イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少

本項目では1週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合（小学5年生男子・小学5年生女子）を指標としている。

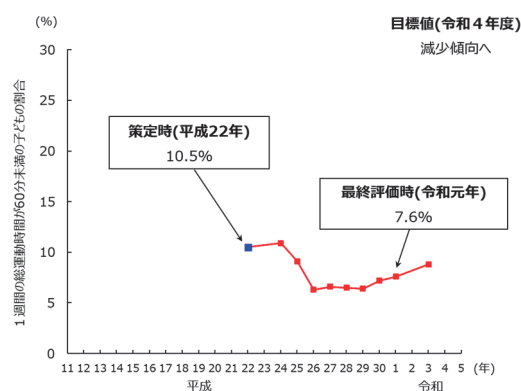
男女ともにベースラインからは減少しているが、中間評価から微増しており、「B* 目標を達成しているが目標年までに目標到達が危ぶまれる」と判定した。

男子は平成24（2012）年調査から平成26（2014）年調査にかけて改善がみられたが、その後横ばいとなり、平成30（2018）年、令和元（2019）年は増加している。

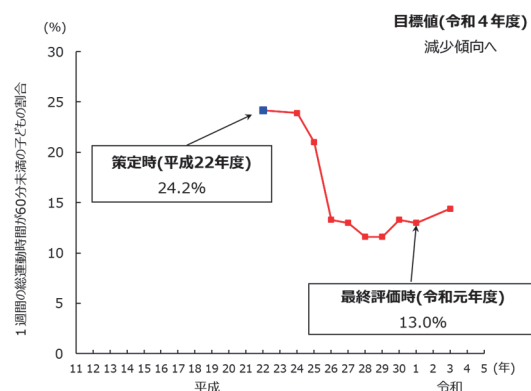
女子は平成24（2012）年調査から平成29（2017）年まで減少していたが、平成30（2018）年に増加している（図表Ⅱ-3-(2)-6）。（参考値：令和3（2021）年男子8.8%、女子14.4%。）

図表Ⅱ-3-(2)-6：1週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合の推移

図表6-1：小学5年生男子



図表6-2：小学5年生女子

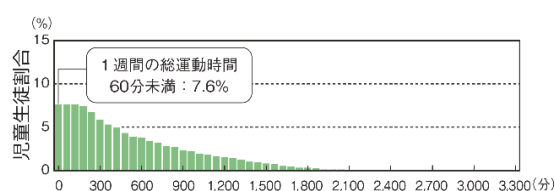


資料：文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」⁸⁾

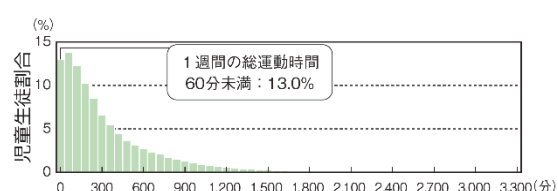
この指標は文部科学省の「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」の結果がデータソースである⁸⁾。分布は図表Ⅱ-3-(2)-7のようであり、男子の中央値は1週間当たり360分～420分（1日当たり51分～60分）であるが、女子は240分～300分にあり、女子の運動量が少ない。世界保健機関（WHO：World Health Organization）「Global Recommendations on Physical Activity for Health」（平成22（2010）年）では、健康づくりのための身体活動の推奨レベルとして、「5歳～17歳に分類される子ども・未成年者は、1日当たり60分の中～高強度の身体活動を毎日行うこと」とされている⁹⁾。

図表Ⅱ-3-(2)-7：運動時間別児童生徒割合 令和元（2019）年

図表7-1：小学5年生男子



図表7-2：小学5年生女子



資料：文部科学省「令和元年度 全国体力・運動能力、運動習慣等調査」⁸⁾

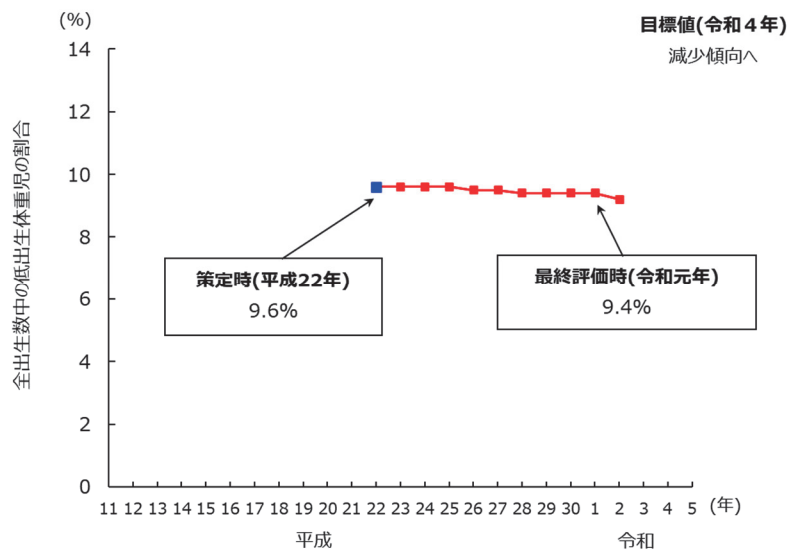
② 適正体重の子どもの増加

ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

全出生数中の低出生体重児の割合は、ベースラインからは減少しているが、中間評価以降は4年連続同じ値であり、変化がない。ベースラインからの相対的変化率は-2.1%と5%未満であることから「C 変わらない」と判定した。（参考値：令和2（2020）年9.2%。）

3.（2）次世代の健康

図表Ⅱ-3-(2)-8：全出生数中の低出生体重児の割合の推移

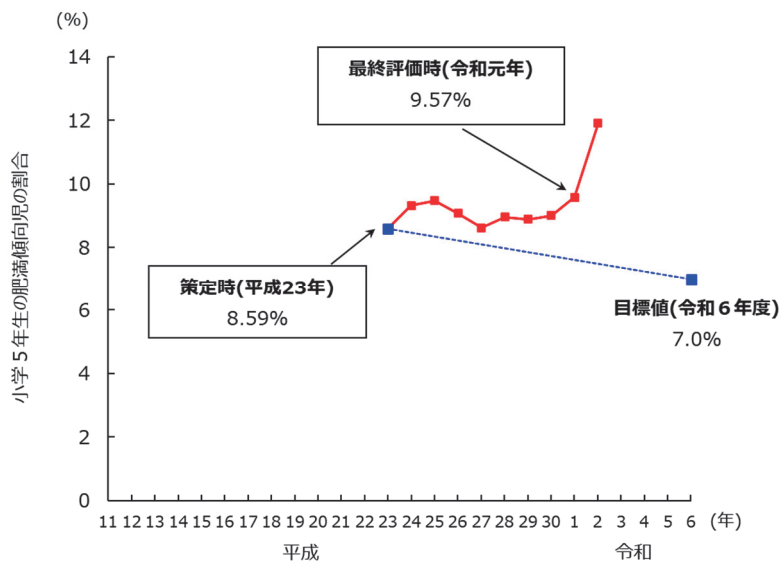


資料：厚生労働省「人口動態統計」

イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少

小学5年生の肥満傾向児の割合は、ベースラインの8.59%から令和元（2019）年には9.57%に増加しており、ベースラインからの相対的変化率が11.4%であることから、「D 悪化している」と判定した。（参考値：令和2（2022）年11.91%。）

図表Ⅱ-3-(2)-9：小学5年生の肥満傾向児の割合の推移



資料：文部科学省「学校保健統計調査」¹⁰⁾

3. (2) 次世代の健康

2 関連する取組

<領域全体に係る取組>

- 子どもや妊婦における母子保健分野における取組としては、母子保健の国民運動計画であり「健康日本 21」の一翼を担うものとして策定された「健やか親子 21」（平成 13（2001）年～平成 26（2014）年度）及び「健やか親子 21（第 2 次）」（平成 27（2015）年度～）（21 世紀の母子保健における課題解決に向け、国、地方公共団体、関係団体、事業者等が一体となって推進する国民運動計画の第 2 次計画）において 21 世紀における取組の方向性と目標が示されており、健康日本 21 及び健康日本 21（第二次）と協同しつつ取組を進めてきた¹¹⁾。

<各目標項目に係る取組>

① 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加

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

- 学校における食育を推進するために、スーパー食育スクール事業（平成 28（2016）年度まで）や、つながる食育推進事業（平成 29（2017）年度より）、食育教材の作成・配付等を実施した。
- 文部科学省の協力を得て、平成 26（2014）年度～平成 28（2016）年度厚生労働科学研究において、小中学生の食事摂取状況に関する詳細な調査を初めて実施した。その中で補足的に当該項目についても把握。結果を踏まえ、現状把握に基づく普及啓発を展開した。
- 子どもの健やかな成長を期して、基本的な生活習慣を育成し、生活リズムの向上を図るための取組を推進し、社会的な機運を醸成するため、「早寝早起き朝ごはん」全国協議会と連携して、「早寝早起き朝ごはん」国民運動を展開している。
- 児童福祉施設においては、入所している子どもの望ましい食習慣及び生活習慣の形成を図るため、「児童福祉施設における食事の提供ガイド」等を活用した取組を推進している。
- 平成 24（2012）年度～平成 26（2014）年度厚生労働科学研究において、世帯収入と子どもの食生活に関する調査を実施した。その結果、世帯収入が少ない世帯の子どもは、それ以外の世帯の子どもに比べて、朝食欠食者が多く、野菜の摂取頻度が低く、魚や肉の加工品、インスタント麺の摂取頻度が高いことが示され、日本において、世帯収入と子どもの食生活は関連することが明らかとなった。
- 令和 3（2021）年 2 月に閣議決定された「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」¹²⁾において、子どもの健やかな成長及び発達並びに健康の維持及び増進のため、「早寝早起き朝ごはん」国民運動や「健やか親子 21（第 2 次）」¹¹⁾の普及啓発等を通じて、乳幼児期においては保育所、幼稚園等と、学童期及び思春期においては学校等と、家庭や地域等がそれぞれ連携した食育を推進することが定められた。

イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少

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

② 適正体重の子どもの増加

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

ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少

- 「健やか親子 21」及び「健やか親子 21（第 2 次）」¹¹⁾において、指標「全出生数中の極低出生体重児の割合、全出生中の低出生体重児の割合」を設定し、関係者や関係団体、国民、地方公共団体、国等が一体となって目標達成に向けて取り組んできた。
- 低出生体重児増加の要因の一つとして指摘されている妊娠中の体重増加量¹³⁾については、これまで「妊産婦のための食生活指針」において「体格区分別妊娠全期間を通しての推奨体重増加量」として示してきた。本指針は令和 3（2021）年 3 月に改定し、名称を「妊娠前からはじめる妊産婦のための食生活指針」とするとともに、「妊娠中の体重増加指導の目安」（令和 3（2021）年 3 月 8 日 日本産科婦人科学会）を参考として提示した。また、妊娠中に望ましい食生活を実践するためのポイントを取りまとめた冊子を作成すること等により、普及啓発を行っている。

イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少

- 学校における食育を推進するために、スーパー食育スクール事業やつながる食育推進事業、食育教材の作成・配付を実施した。
- 「学校保健統計調査」において、児童生徒の肥満傾向児の割合が把握されている¹⁰⁾。

3.（2）次世代の健康

- 「健やか親子 21」及び「健やか親子 21（第2次）」¹¹⁾において、指標「児童・生徒における肥満児の割合」を設定し、関係者や関係団体、国民、地方公共団体、国等が一体となって目標達成に向けて取り組んでいる。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

①「健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加」

総合評価は「C 変わらない」であった。「朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合」については、ベースラインから変わらず（C）、「運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合」に関しては、ベースラインよりは改善していたが、直近3年～4年は横ばいもしくは悪化しており、目標年度までに目標達成が危ぶまれる（B*）。昨今のインターネットの利用やゲームに費やす時間の増加が、運動のみならず子どもの生活全体の時間を圧迫している可能性がある¹⁴⁾。

②「適正体重の子どもの増加」

総合評価は「D 悪化している」であった。「全出生数中の低出生体重児の割合」については、ベースラインから変わらなかったが（C）、悪化は抑制できており、これは、正期産の増加や妊娠中の体重増加の適正化による可能性がある。一方で、横ばい状態で改善できていない要因については妊娠前のやせの問題等更に分析を行って、要因を明らかにする必要がある。「肥満傾向にある子どもの割合」については、ベースラインから増加しており（D）、運動不足が悪化の要因と思われる。

<領域全体としての評価>

「健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合」はベースラインから変わらず、「適正体重の子どもの増加」はむしろ悪化していた。これらの結果は、身体活動量（通学、遊びを含む）の低下による影響が大きいと考えられる。領域全体として、目標の達成には至っておらず更なる取組が必要である。

4 今後の取組と課題

<領域全体としての課題>

- 子どもが健康でいるためのモチベーションとなる夢や希望が持てる社会の構築を目指す。
- 子どもの貧困にかかる健康問題を解析し対策を検討する。
- DOHaD 概念の理解とそれに基づく対策を推進する。
- 子どものメンタルヘルスについての現状把握と対策について検討する。
- ICT やゲーム依存と子どもの健康についての知見と科学的根拠に基づく対策を検討する。
- WHOにおいて子どもや青少年における長時間の座位行動（座りすぎ）が健康課題となっており¹⁵⁾、日本においても注意が必要である。
- 子どもの身体活動基準についても今後検討が必要である。

3.（2）次世代の健康

【今後の取組】

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

＜各目標項目に係る課題＞

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

【今後の取組】

- 引き続き、「早寝早起き朝ごはん」全国協議会と連携して、「早寝早起き朝ごはん」国民運動により全国的な普及啓発を推進する。
- 引き続き、「児童福祉施設における食事の提供ガイド」等を活用し、家庭や地域、児童福祉施設等において、望ましい食習慣及び生活習慣の形成を図るための取組を推進する。
- 世帯の経済状況は、日常の食品の入手、保護者の子どもの健康維持に適した量とバランスに関する知識と関連していることが指摘されており、子どもの食生活に直結する要因として重要であることから、栄養格差の縮小に向けた取組の検討が必要である。

イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少

- 子どもの心の健康、ネット依存等の課題にどのように取り組むか検討する必要がある。
- 健康の視点からのインターネットの活用やゲームの時間について子どもと一緒に考えて行動する必要がある。
- アウトメディア活動^{※2}が、学校を中心に地域で行われるようになっているが、このような取組に期待する。アウトメディア活動は地域全体での取組が効果的である。

【今後の取組】

- 引き続き、全国体力・運動能力、運動習慣等調査⁸⁾を行い、実技調査・運動習慣等調査結果を分析することで、各教育委員会・学校の子どもの体力向上に向けた取組の点検を促し、取組改善を推進する。
- 引き続き、指導内容・方法の研究や定着を目指し、生徒の自発的な行動につながる取組を実施する。
- 運動部活動の実施に当たっては、引き続き国が示したガイドラインに基づく適切な部活動を実現するとともに、令和 5（2023）年度以降から段階的に休日の部活動を学校から地域に移行し、地域スポーツの中で、子どもたちが専門的な指導を受けながら、運動を実施できるよう環境整備を

※2 テレビ、ゲーム、スマホ等のメディアを使う時間を減らす取組

進めていく。

- 平成 26（2014）年度に配布した指導参考資料第一集と、平成 27（2015）年度に配布した第二集を通じて、全国の幼稚園や保育園等での運動を促進していく。
- 子どもの体力の向上に係る、地域・学校ごとの課題をより明確にして、その課題への対応方策を検討し改善に向けた取組を実施するとともに、幼児期の運動遊びの重要性について、幼稚園教諭、保護者等への啓発も検討していく。
- 運動遊びプログラム（日本スポーツ協会の「アクティブ・チャイルド・プログラム」（ACP）等）のプレイリーダー（遊びの先導役）やインストラクター（プレイリーダーの指導者）の資質の向上も視野に入つつ養成し、普及を図るとともに、有資格者の活用を促進する。

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

- 胎児期から乳児期の環境が将来の健康に及ぼす影響（DOHaD）の視点からも、成育期サイクルにおける健康増進と生活習慣の獲得は成人期、高齢期の健康の基盤として重要である。

【今後の取組】

- 「健やか親子 21（第 2 次）」においても、「全出生数中の低出生体重児の割合」を設定し、低出生体重児と極低出生体重児の割合が減少することを目指して、妊娠前から始める妊婦のための食生活指針を活用すること等により、引き続き取組を一層推進していく。
- 低出生体重児の要因としては、医学の進歩（早期産児の割合の増加）、多胎児妊娠、妊娠前の母親のやせ、妊娠中の体重増加抑制、喫煙等の因子が報告されているが、増加した要因は、過期産の減少と妊娠中の体重増加の適正化等が考えられ、更なる研究の推進による要因分析等を行い、要因の軽減に向けた取組を実施する。
- 低出生体重で生まれた子どもの生涯にわたる疾病負担に関する研究を実施し、予後を踏まえた対策についても、国、地方公共団体、医療関係団体等が一体となった取組が必要である。
- 社会的にハイリスクな妊婦に対しては、地域医療機関と連携しながら支援を行っていく必要がある。

イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少

- 子どもの肥満については、将来の大人の肥満や生活習慣病に移行する可能性が示されている上、子どもの頃からの健康的な発育や生活習慣の形成をしていくための基礎づくりとして、食生活の改善及び外遊び等の身体を動かす習慣づくりの推進等、総合的な取組が不可欠である^{16) 17)}。そのため、学校における児童・生徒のやせ及び肥満に対する健康課題への対応のほか、地域や家庭、関係機関との連携による取組の充実が求められる。また、各種研究結果を踏まえた対応について検討をしていく必要がある。

【今後の取組】

- 引き続き、「学校保健統計調査」において、児童生徒の肥満傾向児の割合をモニタリングする¹⁰⁾。
- 「健やか親子 21（第 2 次）」においても、「児童・生徒における肥満傾向児の割合」を設定し、この割合が減少することを目指して、引き続き取組を一層推進していく。

3.（2）次世代の健康

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

新型コロナウイルス感染症による様々な影響が懸念されており、注視が必要である。

- ステイホームによる生活習慣の乱れ（運動不足、睡眠リズムや食習慣の乱れ等）やインターネットやゲーム時間の増加による健康影響^{18) 19)}。
- 健康危機を経験した子どもの精神発達、社会性の発達への影響²⁰⁾。具体的には、マスクによって保育者等の表情を読み取れないことによる影響や人や社会との交流の減少による影響。
- 経済格差が拡大していると言われており、そのことが子どもの健康にあたる影響。
- 令和2（2020）年度は未成年の自殺が増加しており、健康危機に対する恐怖や不安、日常生活の制限による心の健康への影響。
- 不登校やオンライン授業等の児童生徒の学校との関わりの多様化が健康に及ぼす影響。
- 健康危機による保護者の心身の健康の変化が子どもの健康に及ぼす影響。

<参考文献・URL>

- 1) Barker DJ, Winter PD, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. Lancet. 1989;2(8663):577-80. doi: 10.1016/s0140-6736(89)90710-1. PubMed PMID: 2570282.
- 2) Barker DJ. Developmental origins of chronic disease. Public Health. 2012 Mar;126(3):185-189. doi: 10.1016/j.puhe.2011.11.014. Epub 2012 Feb 10.
- 3) Mizutani T, Suzuki K, Kondo N, Yamagata Z. Association of maternal lifestyles including smoking during pregnancy with childhood obesity. Obesity (Silver Spring). 2007;15(12):3133-9. doi: 10.1038/oby.2007.373. PubMed PMID: 18198324.
- 4) 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(13):869-73. doi: 10.1056/NEJM199709253371301. PubMed PMID: 9302300.
- 5) Guo SS, Roche AF, Chumlea WC, Gardner JD, Siervogel RM. The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35 y. Am J Clin Nutr. 1994;59(4):810-9. doi: 10.1093/ajcn/59.4.810. PubMed PMID: 8147324.
- 6) 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. 1998;317(7154):319. doi: 10.1136/bmj.317.7154.319. PubMed PMID: 9685277; PubMed Central PMCID: PMC28624.
- 7) 農林水産省「令和2年度食育白書」
https://www.maff.go.jp/j/syokuiku/wpaper/attach/pdf/r2_index-5.pdf
- 8) 文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」
https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/toukei/kodomo/zencyo/136822.htm

3.（2）次世代の健康

- 9) Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization,2010.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>
- 10) 文部科学省「学校保健統計」
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/1268826.htm
- 11) 厚生労働省「健やか親子 21」
<https://sukoyaka21.mhlw.go.jp/>
- 12) 厚生労働省「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本方針」. 令和 3 (2021) 年 2 月.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000735844.pdf>
- 13) 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(5):481-7. PubMed PMID: 1091899.
- 14) Kojima R, Sato M, Akiyama Y, Shinohara R, Mizorogi S, Suzuki K, et al. Problematic Internet use and its associations with health-related symptoms and lifestyle habits among rural Japanese adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2019;73(1):20-6. Epub 20181204. doi: 10.1111/pcn.12791. PubMed PMID: 30375096.
- 15) WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization,2020.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- 16) 日本学術会議 臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同生活習慣病対策分科会. 提言『生活習慣病予防のための良好な成育環境・生活習慣の確保に係る基盤づくりと教育の重要性』. 令和 2 (2020) 年 8 月.
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-24-t293-3.pdf>
- 17) 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. 提言『出生前・子どものときからの生活習慣病対策』. 平成 20 (2008) 年 8 月.
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t62-4.pdf>
- 18) Horiuchi S, Shinohara R, Otawa S, Akiyama Y, Ooka T, Kojima R, et al. Caregivers' mental distress and child health during the COVID-19 outbreak in Japan. *PLoS One.* 2020;15(12):e0243702. Epub 20201210. doi: 10.1371/journal.pone.0243702. PubMed PMID: 33301517; PubMed Central PMCID: PMC7728265.
- 19) Caroppo E, Mazza M, Sannella A, Marano G, Avallone C, Claro AE, et al. Will Nothing Be the Same Again?: Changes in Lifestyle during COVID-19 Pandemic and Consequences on Mental Health. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(16). Epub 20210810. doi: 10.3390/ijerph18168433. PubMed PMID: 34444180; PubMed Central PMCID: PMC8393535.
- 20) Suarez-Lopez JR, Cairns MR, Sripada K, Quiros-Alcala L, Mielke HW, Eskenazi B, Etzel RA, Kordas K; International Society for Children's Health and the

3. (2) 次世代の健康

Environment. COVID-19 and children's health in the United States. Environ Res. 2021 Jun;197:111160. doi: 10.1016/j.envres.2021.111160.

3. (2) 次世代の健康

(3) 高齢者の健康

背景

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

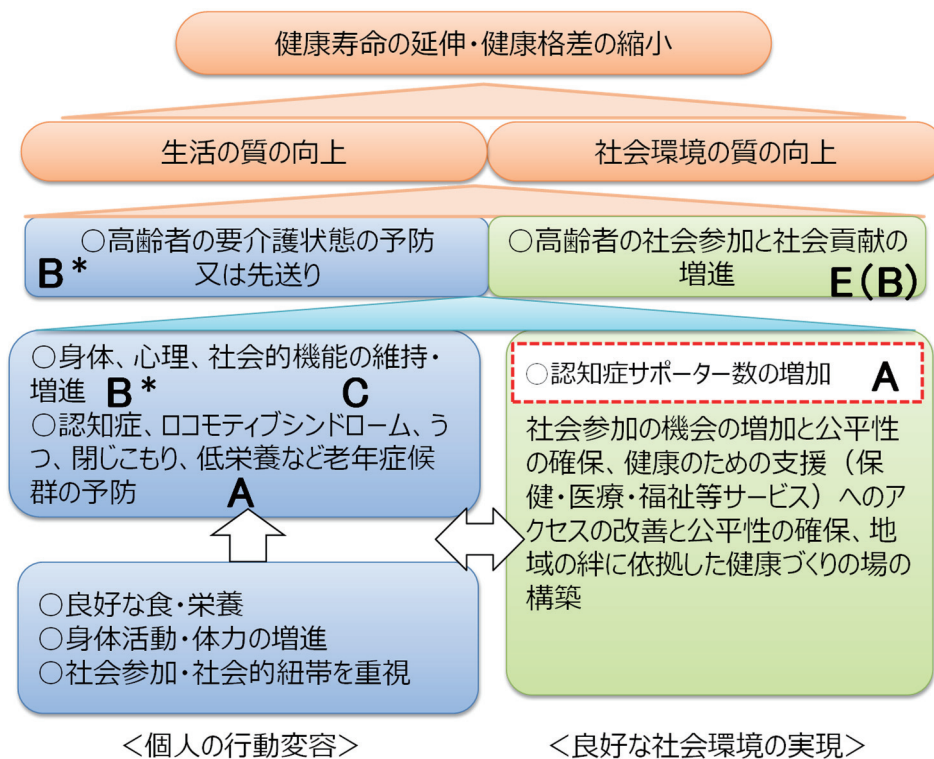
1 目標項目の評価状況

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

目標項目	評価
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制	B*
② 認知症サポーター数の増加 ※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」より変更	A
③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加	C
④ 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制	A
⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000 人当たり）	B*
足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 男性	(B*)
足腰に痛みのある高齢者の割合の減少 女性	(A)
⑥ 高齢者の社会参加の促進 （就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）	E※ (参考 B)
高齢者の社会参加の状況 男性	(E)
高齢者の社会参加の状況 女性	(E)

※新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

図表Ⅱ-3-(3)-1：高齢者の健康の目標設定の考え方及び目標項目の評価



資料：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料に最終評価結果を追記

3.（3）高齢者の健康

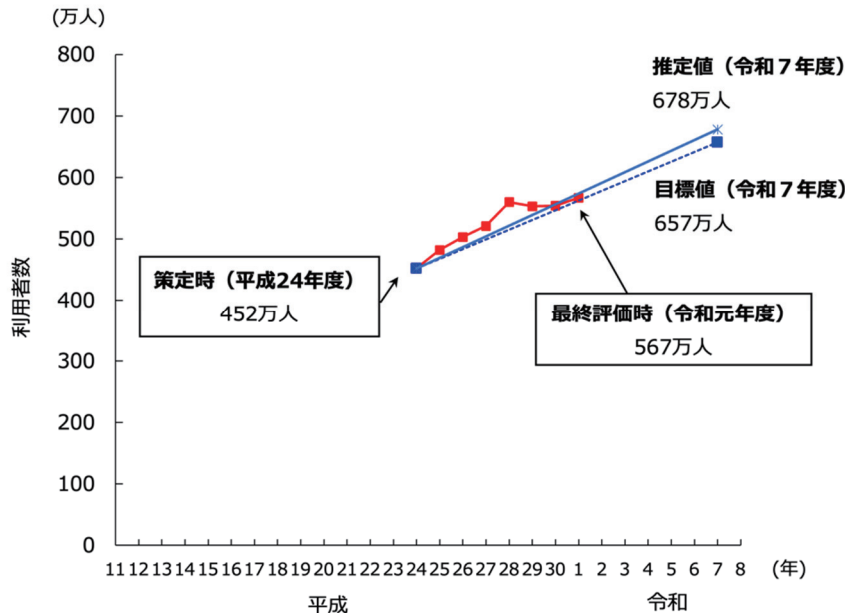
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制

本目標項目の評価指標である介護保険サービス利用者数は、健康日本 21（第二次）策定時、高齢化に伴いベースラインの 452 万人^{※1}から増加傾向が続くと推測されており、増加の抑制を目標として目標値は 657 万人（令和 7（2025）年）と設定された^{※2}。最終評価における実績値は 567 万人（令和元（2019）年）と、ベースラインと目標値を結ぶ直線のレベルまでは抑制されていないものの、ベースラインと目標年度の推定値を結ぶ直線よりは低値となっており（図表Ⅱ-3-(3)-2）、「B* 現時点で目標値に達していないが改善傾向にある（目標年度までに目標到達が危ぶまれる）」と評価した。

介護保険サービス利用者第 1 号被保険者数に占める要介護（要支援）認定者の割合（認定率）は、平成 24（2012）年度末の 17.6%に対し平成 26（2014）年年度末で 17.9%、令和元（2019）年度末で 18.4%と微増にとどまっている。

日本老年学的評価研究 2019 年調査参加市町村を対象とし、令和 2（2020）年 9 月末時点で、平成 27（2015）年から令和 2（2020）年にかけての要支援・要介護認定率の減少率が大きい上位 3 割と小さい下位 7 割の保険者における認定率の推移をみた分析において、上位 3 割の保険者では、介護予防・日常生活支援総合事業^{1) 2) 3)}の導入以降、要介護認定率が低下しているというデータもある（図表Ⅱ-3-(3)-3）。引き続き状況把握や要因分析を行う必要がある。

図表Ⅱ-3-(3)-2：介護保険サービス利用者数の推移



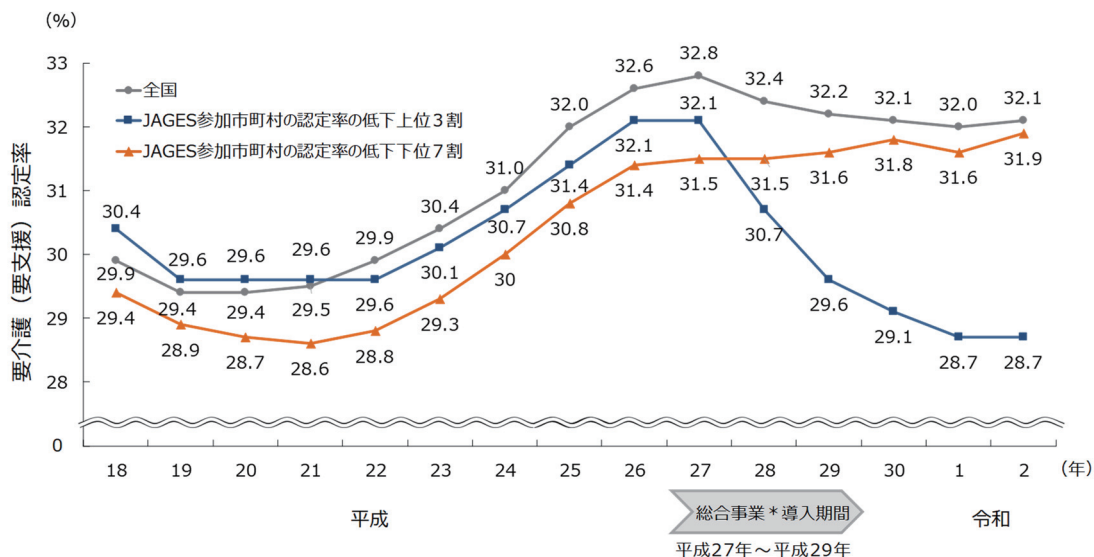
資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

※1 「社会保障・税一体改革」における重点化・効率化項目の中での推計値。

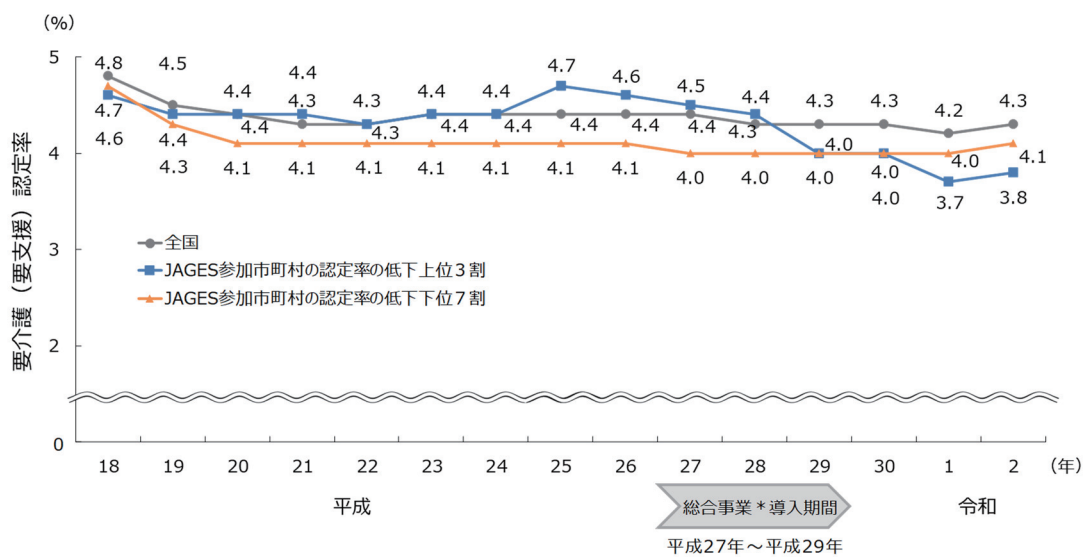
※2 「社会保障・税一体改革」において示された目標値を採用。

図表Ⅱ-3-(3)-3：平成27（2015）年から令和2（2020）年にかけての要介護（要支援）
認定率の低下の上位3割と下位7割の保険者における認定率の推移

図表3-1：後期高齢者



図表3-2：前期高齢者



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（月報（暫定版）各年9月分）より、日本老年学的評価研究2019年調査に参加した市町村で作成

注：要介護（要支援）認定率の低下は減少率で計算（令和2（2020）年の認定率－平成27（2015）年の認定率）／平成27（2015）年の認定率×100）

*：平成27（2015）年に開始した、介護予防・日常生活支援総合事業のことを示す。

3.（3）高齢者の健康

② 認知症サポーター数の増加

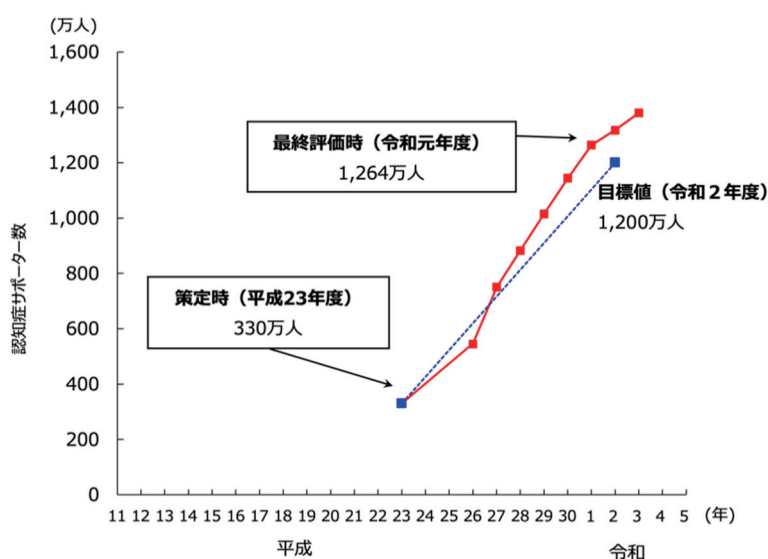
※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」から目標項目を変更

健康日本 21（第二次）の策定時には、本領域の目標項目の一つとして「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」を設定しており、介護予防事業報告の基本チェックリストの認知症関連 3 項目のうち 1 項目該当があれば「認知機能が低下している」と定義し、「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」の指標としていた。この基準の推移を見ると、平成 21（2009）年の 0.9%を基準とすると平成 23（2011）年 4.4%と把握率は向上したが、その後横ばい傾向にあった（平成 26（2014）年の実績値は 3.7%。）が、平成 27（2015）年介護保険制度改正により、データソースである基本チェックリストを使用した介護予防事業は基本的には実施しない方針となったため指標の把握ができなくなった。平成 26（2014）年以降本データは把握されておらず、中間評価においては評価困難と判断されている。

そのため、中間評価時点で目標項目を「認知症サポーター数の増加」に変更して、評価指標を「認知症サポーターの人数」とし、目標値を 1,200 万人（令和 2（2020）年度）と設定していた。令和元（2019）年の実績値は 1,264 万人であり目標値に達した（図表Ⅱ-3-(3)-4）。（参考値：令和 2（2020）年は 1,317 万人、令和 3（2021）年は 1,380 万人。）

認知機能低下の予防等介護予防の観点から推進している住民主体の「通いの場」への参加率は令和元（2019）年度まで上昇傾向であった（図表Ⅱ-3-(3)-15）。変更前の目標項目である「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」に関する参考データとしては、7 市町村の通いの場に参加している高齢者を対象にした分析において、参加者の約半数は認知症リスクがあると判定される高齢者であり、通いの場への参加の促進は要介護リスク者を包含する可能性がある、という報告もある⁴⁾（図表Ⅱ-3-(3)-5）。

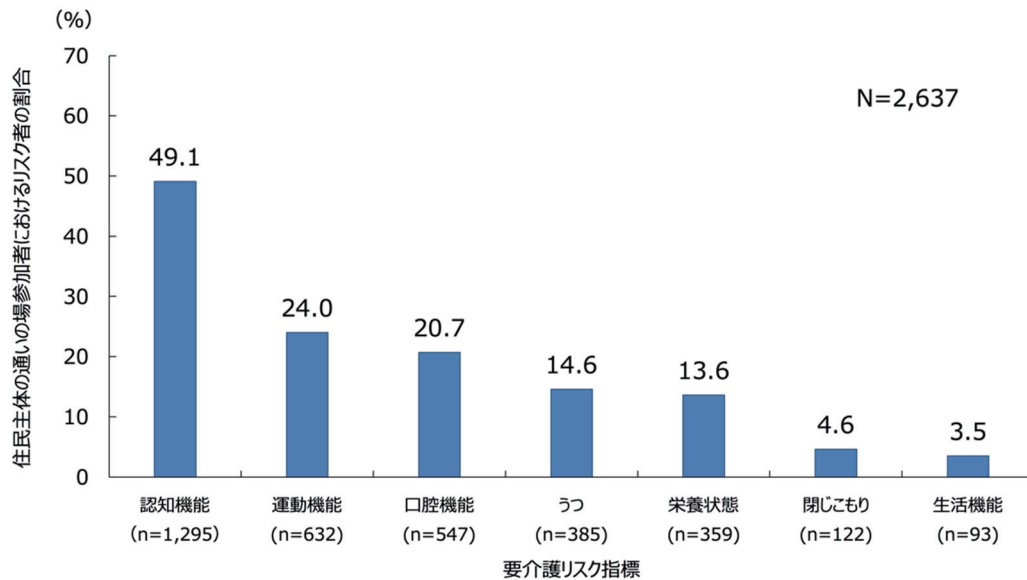
図表Ⅱ-3-(3)-4：認知症サポーター数の推移



資料：介護保険事業費補助金（認知症サポーター等推進事業）実績報告

3. (3) 高齢者の健康

図表Ⅱ-3-(3)-5：住民主体の通いの場参加者におけるリスク者の割合
(7種の要介護リスク指標別)



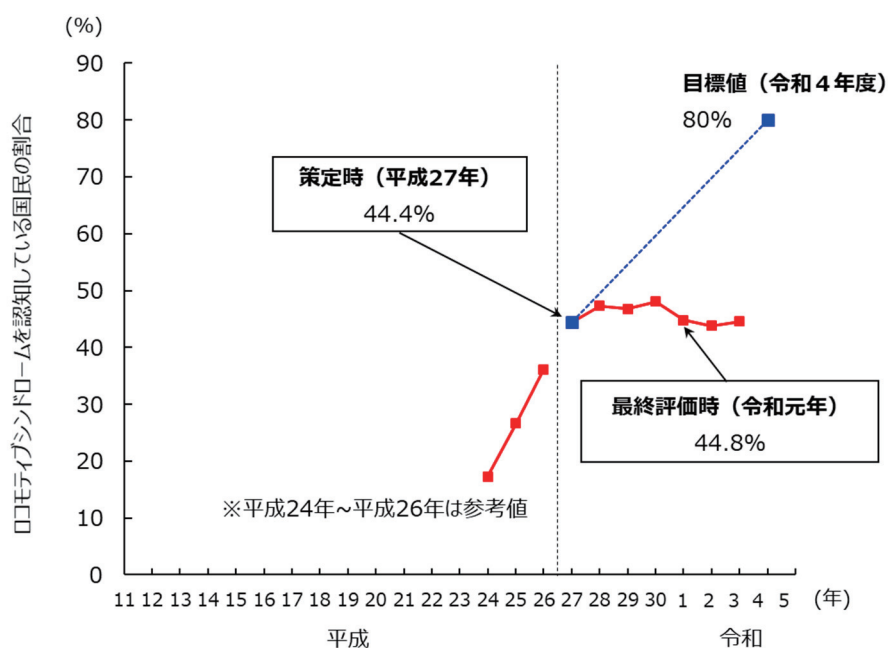
資料：日本老年学的評価研究；加藤清人 他、2020⁴⁾

③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加

本目標項目の評価指標は、インターネット調査における「ロコモティブシンドロームという言葉を知っている」者（「言葉も意味も知っている」「言葉も知っていたし、意味も大体知っていた」「言葉は知っていたが、意味はあまり知らなかった」又は「言葉は聞いたことがあるが、意味は知らなかった」者の合計）の割合で認知度を評価している。

健康日本 21（第二次）開始年である平成 24（2012）年の調査結果（17.3%）に比べると、認知度は 2.6 倍に上昇しているが、調査方法が変更となった平成 27（2015）年 44.4%をベースラインとすると、平成 28（2016）年の 47.3%以来、平成 29（2017）年 46.8%、平成 30（2018）年 48.1%、令和元（2019）年 44.8%と横ばいで推移している（図表Ⅱ-3-(3)-6）。（参考値：令和 2（2020）年は 43.8%、令和 3（2021）年は 44.6%。）

図表Ⅱ-3-(3)-6：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推移



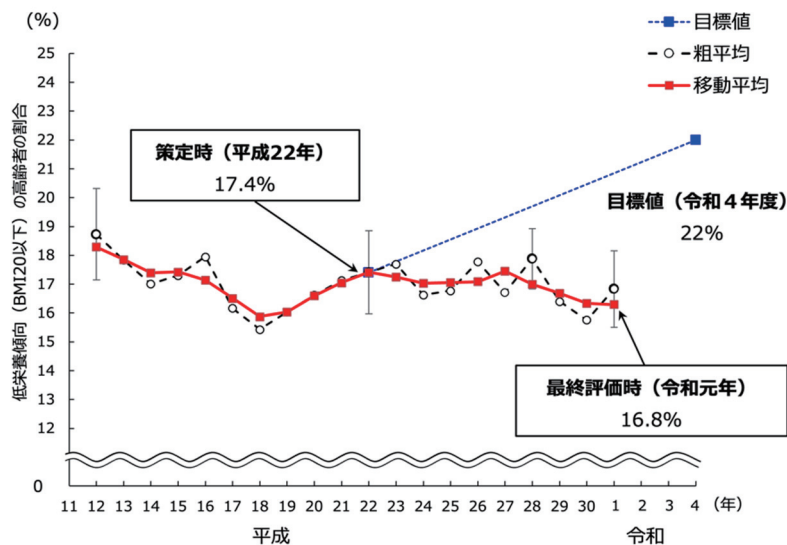
資料：公益財団法人「運動器の 10 年・日本協会（現 運動器の健康・日本協会）」によるインターネット調査（平成 27（2015）年以降）

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

④ 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制

「低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制」については、65 歳以上を対象として低栄養傾向の高齢者の割合が、後期高齢者の増加による自然増により見込まれる割合（令和 5（2023）年 22.2%）を上回らないことを目標として、目標値 22%（令和 4（2022）年度）が設定された。実績値は最終評価時の令和元（2019）年 16.8%であるが、自然増により見込まれる割合がベースラインから目標値に向けて単純推移すると仮定すると、実績値はベースラインの平成 22（2010）年から直近の令和元（2019）年に至るまで、ベースラインと目標値を結ぶ青の点線で示す予測推移の値を超えておらず（図表Ⅱ-3-(3)-7）、現時点で目標を達成している（増加を抑制している）と評価できる。

図表Ⅱ-3-(3)-7：低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の推移



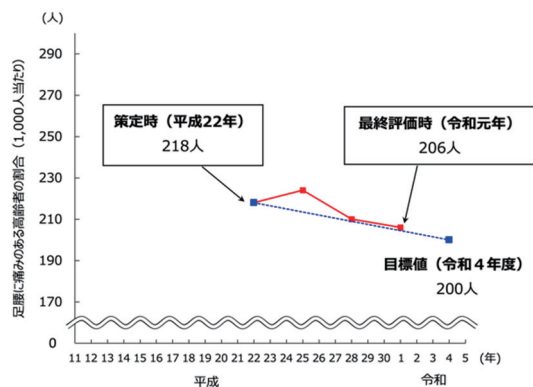
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）

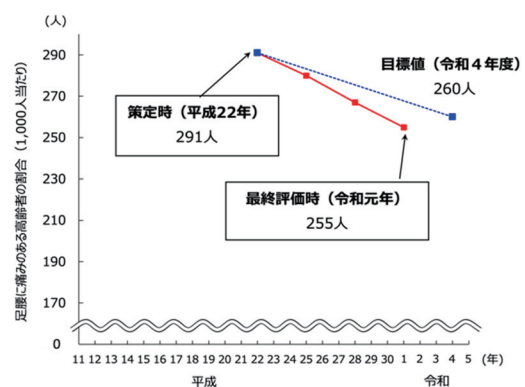
足腰に痛みのある高齢者（1,000人当たり）の令和元（2019）年の実績値は男性 206 人、女性 255 人であり、平成 22（2010）年に比べて男性、女性とも低下していた。男性は現時点では目標に達していないが改善傾向にあり、女性は現時点で既に目標年度の目標値に達している（図表Ⅱ-3-(3)-8）。

図表Ⅱ-3-(3)-8：足腰に痛みのある高齢者の割合（1,000人当たり）の推移

図表8-1：男性



図表8-2：女性



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」

3. (3) 高齢者の健康

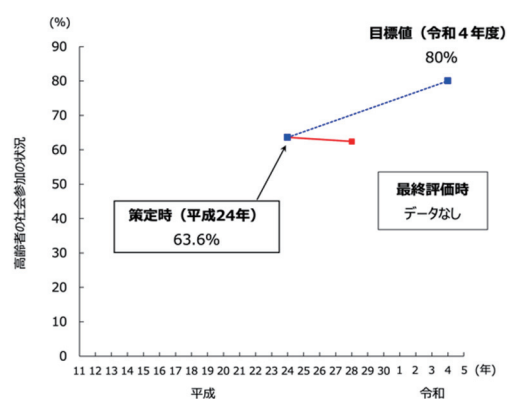
⑥ 高齢者の社会参加の促進（就業又何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）

平成 30（2018）年 9 月の「健康日本 21（第二次）」中間評価報告書では、高齢者の社会参加の割合は、ベースライン値の 59.0%（男性 63.6%、女性 55.2%）から平成 28（2016）年の中間評価値 58.3%（男性 62.4%、女性 55.0%）にかけて横ばいであるとされ、高齢者の社会参加に関して、効果評価に必要な参加者の割合の把握及び評価の必要性があったとした。本指標は、国民健康・栄養調査の大規模調査年に調査されていたが、新型コロナウイルス感染症の影響で平成 28（2016）年以降国民健康・栄養調査の大規模調査が実施されていないことから最終評価時点では評価困難となっている（図表Ⅱ-3-(3)-9）。

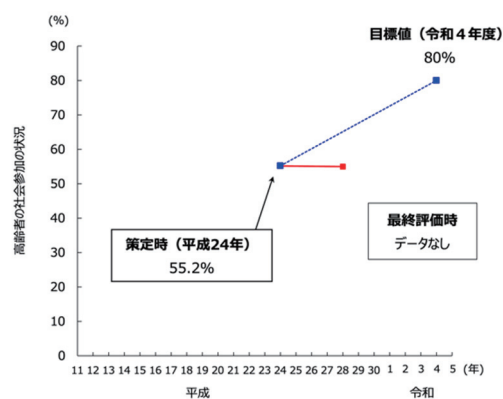
中間評価以降の高齢者の社会参加の促進を表す調査としては、社会参加が進んでいることを示唆する調査結果が、内閣府の令和 2 年度高齢社会白書⁵⁾に示されている。高齢社会白書によると、60 歳以上の人の社会参加活動は、「特に活動していない」の割合が平成 28（2016）年度の 69.9%と比較して、令和元（2019）年度は 63.3%であり、6.6%ポイント低下していることがわかる。この低下割合を年齢階級別にみると、75 歳以上（7.7%ポイント）、60～64 歳（7.6%ポイント）、65～74 歳（6.4%ポイント）の順に低下の割合が多く、後期高齢者において、特に活動していない人が減った割合が多かった（図表Ⅱ-3-(3)-10）。以上のように活動していない人が減っていることから、社会参加を行う高齢者が増え、活動を継続できている可能性があり、参考指標を B と判定した。

図表Ⅱ-3-(3)-9：高齢者の社会参加の状況の推移

図表 9-1：男性



図表 9-2：女性



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表Ⅱ-3-(3)-10：現在行っている社会的な活動（複数回答）の推移（年齢区分別）

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

資料：内閣府「令和元年度 高齢者の経済生活に関する調査」

内閣府「平成 28 年 高齢者の経済・生活環境に関する調査」

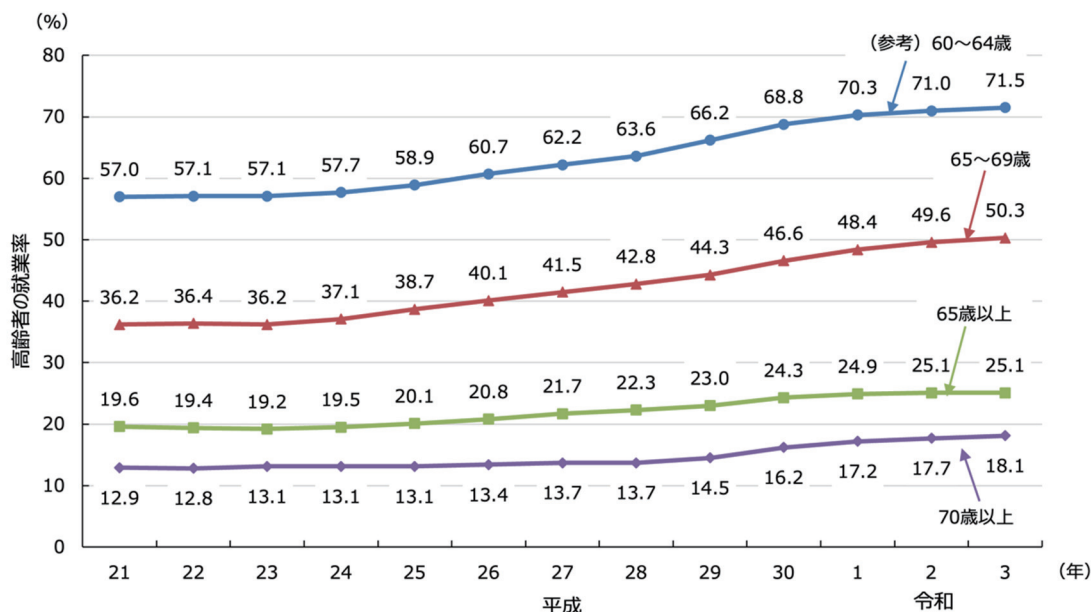
注：調査対象は、いずれも全国の 60 歳以上の男女。ただし平成 28（2016）年度は大分県と熊本県を除く。

また別の調査では、平成 22（2010）年度から平成 28（2016）年度にかけて、社会参加割合は全ての年齢階層で増加していたとの報告もある。同報告の内訳をみると就労割合は 65 歳～79 歳でより大きく（3.9%～9.0%）増加し、グループ活動参加割合は後期高齢者でより大きく（4.9%～11.5%）増加していた。同報告では、最もグループ活動に参加している年齢階層が 6 年間で高年齢化していることが明らかになっている⁶⁾。

高齢者の就業率も向上してきており（図表Ⅱ-3-(3)-11）、就労を含む高齢者の社会参加は徐々に進んでいる可能性が高い。

3.（3）高齢者の健康

図表Ⅱ-3-(3)-11：高齢者の就業率の推移



資料：総務省「労働力調査」（基本集計）⁷⁾

注1：年齢階級別就業率は、各年齢階級の人口に占める就業者の割合。

注2：平成23（2011）年は、東日本大震災に伴う補完推計値。

2 関連する取組

<各目標項目に係る取組>

① 介護保険サービス利用者の増加の抑制

- 高齢者が要介護状態となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業を行ってきた。
- 令和元（2019）年5月に策定された「健康寿命延伸プラン」において、介護予防の観点から通いの場の拡充を図ることとし、令和2（2020）年度までに通いの場の参加率を6%まで引き上げることを目標に取組を推進してきた。令和元（2019）年度時点で通いの場の参加率は6.7%と目標を超えていた（図表Ⅱ-3-(3)-15）。（新型コロナウイルス流行下の参考値：令和2（2020）年度の通いの場の参加率（運営主体が住民のもの）は4.5%であった。）

② 認知症サポーター数の増加

※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」から目標項目を変更

- 健康日本21（第二次）策定時に目標項目としていた「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」は、前述のとおり、介護保険制度改正により、データソースである基本チェックリストを使用した介護予防事業は基本的には実施しない方針となったため指標データの把握ができなくなったが、関連する取組としては、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施の手引きにおいて、個人を追跡して効果評価等をできるようにする目的で、個人識別可能な形での実施方針が示された。

3.（3）高齢者の健康

そのため、保険者は、ニーズ調査で認知症リスクありと判定された個人を特定して支援することは可能であるが、悉皆調査を行っていない保険者も存在する。

- 具体的な施策として、自治体や全国規模の企業・団体等が主体となり、「認知症サポーター養成講座」や「キャラバン・メイト養成研修」（「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバン・メイト」を養成）を実施し、認知症サポーターを養成している。この講座については、令和 2（2020）年度第 2 次補正予算によるオンライン受講用の研修教材の作成や配信用サイトの構築等により、受講機会の拡大を図っている。

③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加

⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000 人当たり）

- ロコモティブシンドローム（ロコモ）という言葉・概念の認知度を高めることによって、個々人の行動変容を目指している。日本整形外科学会が「ロコモ チャレンジ！推進協議会」を立ち上げ、公式ウェブサイト⁸⁾や協賛企業の認定等により、ロコモティブシンドロームの広報啓発活動を推進している。
- 健康日本 21（第二次）の開始に合わせ、「健康づくりのための身体活動基準 2013」を平成 25（2013）年 3 月に策定するとともに、厚生労働省ウェブサイト等で公開している。
- 厚生労働省ウェブサイト（e-ヘルスネット）等でロコモ度テストを公開している。
- 高齢者の足腰の痛みは、外出や身体活動を阻害するため、「健康づくりのための身体活動基準 2013」において、65 歳以上の基準を新たに設定するとともに、歩数の増加についても高齢者の目標を掲げ、取組を推進している。
- さらに、スマート・ライフ・プロジェクトの中心となる 4 テーマ（運動、食生活、禁煙、健診・検診受診）の一つとして、「プラス 10 分の運動」を推進している。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等において、運動・転倒を含む高齢者の特性を踏まえた健康状態を把握し、保健指導等の実施や必要な支援につなげるため「後期高齢者の質問票」の活用を推進することや、必要な財政支援等を行っている。
- ロコモ チャレンジ！推進協議会では、平成 28（2016）年には整形外科専門医以外のロコモティブシンドローム啓発に熱心な医師向けにロコモティブシンドロームサポートドクター認定制度を設定し運用開始した。令和 2（2020）年にはロコモパンフレットを改定し、公開した。
- 平成 29（2017）年度より「健康に与えるロコモの影響に関する研究」を行っており、ロコモティブシンドロームによる運動機能低下の程度と介護リスクとの関係を明らかにし、効果的な対策に資する基礎的な資料を作成している。
- ロコモティブシンドロームの判断基準として、日本整形外科学会は平成 27（2015）年にロコモ度 1、ロコモ度 2 を策定し、令和 2（2020）年には、運動器が原因となる身体的フレイルに相当する基準として、ロコモ度 3 を策定、公表した。
- ロコモ チャレンジ！推進協議会では、平成 29（2017）年から令和元（2019）年までに、ロコモ度テストに関する 10,000 人全国調査を行い、ロコモティブシンドロームの性・年代別基準値を発表し、ロコモパンフレット 2020 に掲載した。
- 日本整形外科学会と日本運動器科学会は、令和 3（2021）年に「ロコモティブシンドローム診

3.（3）高齢者の健康

療ガイド 2021」を作成し、出版した。

- 令和元（2019）年、人生 100 年時代における健康寿命延伸のための医療対策として、フレイル^{※1}、ロコモティブシンドロームへの適切な介入を実施することによる生活機能維持・改善を目指し、日本医学会連合の中に「領域横断的なフレイル・ロコモ対策の推進に向けたワーキンググループ（WG）」が設置された。この WG は日本整形外科学会、日本運動器科学会、日本老年医学会、日本サルコペニア・フレイル学会の代表、日本リハビリテーション医学会の委員をはじめとするフレイルとロコモに関わる主要なメンバーから構成されている。
- 令和 4（2022）年、日本医学会連合の「領域横断的なフレイル・ロコモ対策の推進に向けた WG」を中心として、日本医学会連合及び日本医学会連合加盟の 57 学会、非加盟の 23 学会・団体からなる 80 団体から、「フレイル・ロコモ克服のための医学会宣言」⁹⁾ が発出された。宣言はフレイルとロコモ（ロコモティブシンドローム）の概念の説明と予防・改善による効果の説明、国民の健康長寿の達成に貢献するという決意表明で、国民に向けた活動目標として「80GO（ハチマルゴー）」運動の展開からなる。

④ 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制

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

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

※2 加齢に伴い筋肉の量が減少していく現象。

3.（3）高齢者の健康

発症予防を目的とした量とは区別して示した。

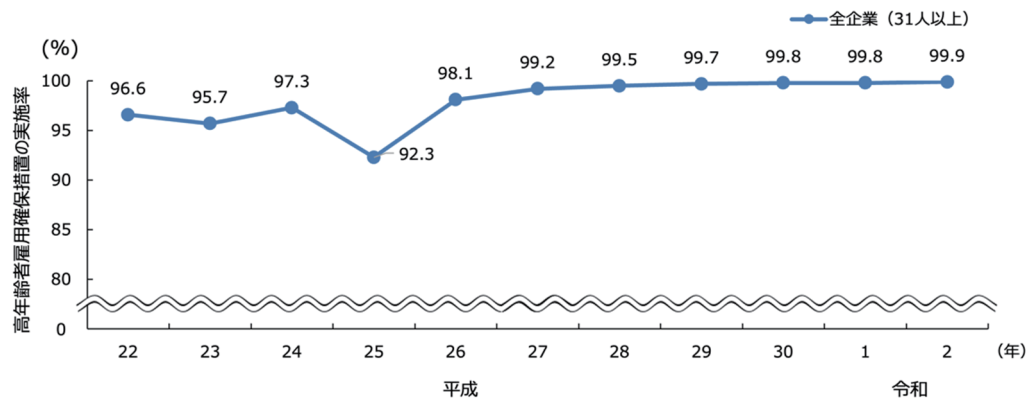
- フレイル対策にも資する新たな食事摂取基準の活用を図るため、令和元（2019）年度に普及啓発用動画及びパンフレット「食べて元気にフレイル予防」を作成した。
- 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理の在り方検討会を立ち上げ、検討内容を踏まえ報告書及び配食事業者向けガイドラインを平成 28（2016）年度末に取りまとめた。また、ガイドラインを踏まえた配食サービスの普及と利活用の推進に向けて、配食事業者向けと配食利用者向けの普及啓発用パンフレットを作成し、自治体等に周知するとともに厚生労働省ウェブサイトに掲載した。
- 自治体への補助事業である糖尿病予防戦略事業において、事業内容の一つとして、地域高齢者等の健康支援を推進する食環境の整備を設定。
- 一般社団法人日本老年医学会、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターから「フレイル診療ガイド 2018 年版」（荒井秀典編集主幹、株式会社ライフ・サイエンス出版）が刊行された。
- 前述のとおり、フレイル・ロコモへの適切な介入を実施することによる生活機能維持・改善を目指し、日本医学会連合の中に「領域横断的なフレイル・ロコモ対策の推進に向けた WG」が設置された。

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

- 高齢者の就業については、高年齢者雇用安定法が令和 2（2020）年に改正され（令和 3（2021）年 4 月施行）、65 歳までの雇用確保（義務）に加え、70 歳までの就業機会確保が事業主の努力義務となった。また、企業を退職した高年齢者が地域で活躍ができるよう、シルバー人材センターにて多様なニーズに応じた就業機会の提供を行っている。令和 2（2020）年の集計結果によると、「高年齢者雇用確保措置」を実施済の企業（31 人以上）は 99.9%となっている（図表Ⅱ-3-(3)-12）¹⁰⁾。
- 高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防ともなるため、高齢者の方にも生活支援の担い手になってもらうことにより、社会的役割を果たすための取組を介護保険制度の地域支援事業において推進してきた。
- 高齢者を含め、国民のボランティア活動への参加を促進する観点から、市町村社会福祉協議会等におけるボランティア活動に係る情報提供や人材育成等の取組を支援している。
- 令和元（2019）年国民健康・栄養調査によると、年に数回以上ボランティア活動に参加している者の割合は、60 歳～69 歳が 17.9%（男性:17.6%、女性:18.1%）、70 歳以上が 19.2%（男性:21.3%、女性:17.5%）であった（図表Ⅱ-3-(3)-13）。
- 一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業）として、介護予防に関するボランティアの育成が行われており、65 歳以上の高齢者も含まれている。平成 28（2016）年度は累積育成人数 101,984 人中、65 歳以上は 70,915 人であった。令和元（2019）年度には、累積育成人数 352,014 人まで増加し、65 歳以上は 160,413 人と倍以上の増加であった。（参考値：令和 2（2020）年度は、累積育成人数 320,781 人、65 歳以上は 137,745 人であった。）

3.（3）高齢者の健康

図表Ⅱ-3-(3)-12：高齢者雇用確保措置の実施状況の推移



資料：厚生労働省 令和2年「高齢者の雇用状況」¹⁰⁾

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

図表Ⅱ-3-(3)-13：社会活動に参加している者の割合(20歳以上、性・年齢階級別)
令和元(2019)年

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

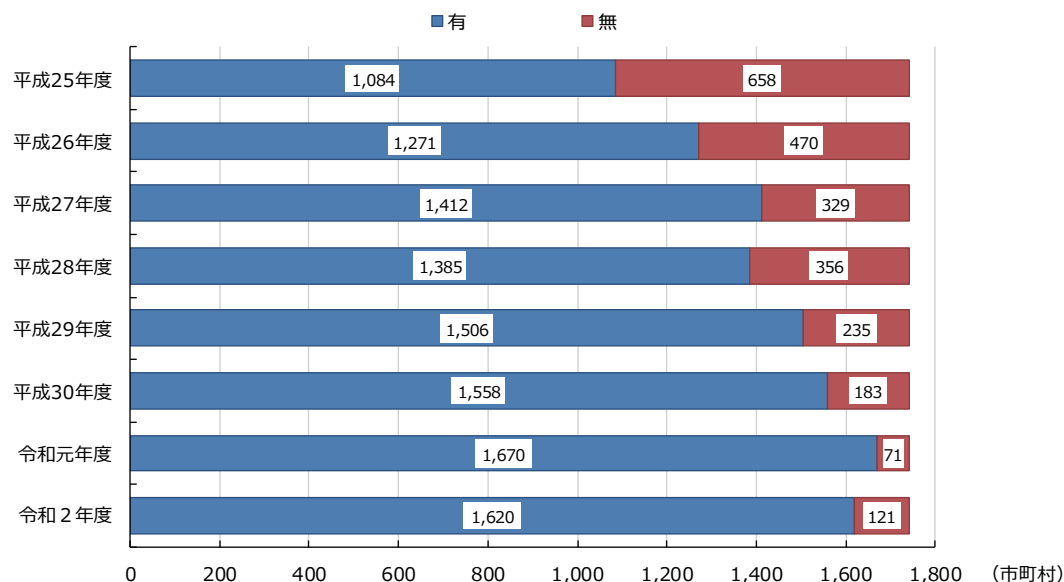
資料：厚生労働省「令和元年国民健康・栄養調査」

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

3.(3) 高齢者の健康

- 地域における活動に関しては、介護予防・日常生活支援総合事業において、高齢者に社会参加の場だけではなく社会的役割を提供する取組が推進されてきた。介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査によると、通いの場に関しては、実際に事業の一部として全国で開始された平成 25（2013）年度の 1,084 市町村・43,154 箇所から増加し、平成 27（2015）年度の調査結果では、全国で 1,412 市町村・70,134 箇所（平成 28（2016）年度は 1,385 市町村・76,492 箇所）、令和元（2019）年度には 1,670 市町村・128,768 箇所となった（図表Ⅱ-3-(3)-14、図表Ⅱ-3-(3)-15）。（参考値：令和 2（2020）年度の調査結果では、通いの場の数は全国で 1,620 市町村・113,882 箇所。）65 歳以上の人口 10 万人当たりでは 139 箇所（平成 25（2013）年度）、214 箇所（平成 27（2015）年度）、366 箇所（令和元（2019）年度）である（65 歳以上人口は住民基本台帳人口に基づく）。
- 通いの場の数と参加者実人数の推移に着目して見ると、平成 28（2016）年度には通いの場の参加者実人数が 1,439,910 人であったのに対し、令和元（2019）年度は 2,374,726 人に増加していることが明らかになっている。（参考値：令和 2（2020）年度の通いの場の参加者実人数は 1,884,745 人。）把握している参加者実人数の内訳を年齢区分別にみると、75 歳以上の高齢者の割合が、平成 28（2016）年度の 62.8%に対して、令和元（2019）年度は 68.1%に増加している。（参考値：令和 2（2020）年度は 69.0%。）

図表Ⅱ-3-(3)-14：通いの場を持つ自治体数の年次推移

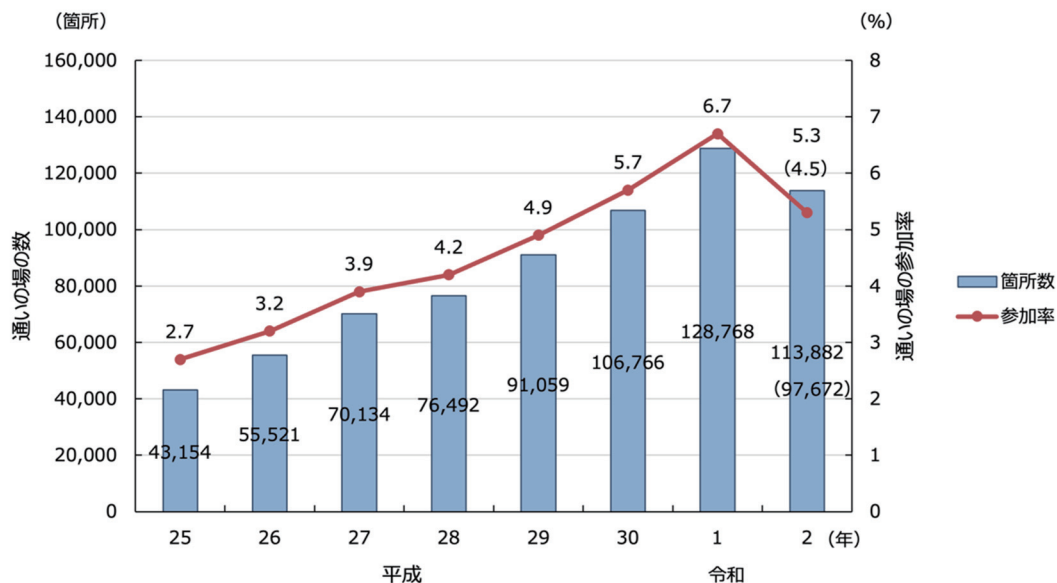


資料：厚生労働省「介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査」

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

3.（3）高齢者の健康

図表Ⅱ-3-(3)-15：通いの場の数と参加率の推移



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

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

注1：（ ）内の数値は運営主体が住民のもの。令和元（2019）年度までは全て住民主体。

注2：通いの場の参加率は参加実人数を高齢者（65歳以上）人口で除して算出した。

注3：「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査」令和2年度分は令和4（2022）年6月24日に再公表されている。

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

① 介護保険サービス利用者の増加の抑制

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

② 認知症サポーター数の増加

※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」から目標項目を変更

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

3.（3）高齢者の健康

1,200 万人の目標達成の要因に挙げられる。

③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加

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

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

④ 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制

本目標項目は「A 目標値に達した」と評価した。この項目は、65 歳以上を対象者として、低栄養傾向の高齢者の割合の増加を抑制することであるが、評価指標としては低栄養傾向の高齢者の割合で判定している。

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

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

⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000 人当たり）

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

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

本目標項目の評価は「E 評価困難」であった。新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和 2（2020）年度国民健康・栄養調査が中止となったことや、当初参考としていた調査に関しても、平成 28（2016）年度以降の社会参加活動の対象者及び質問内容が変更になっていることから、経年変化を正確に把握し、評価することが困難である。ただし、当初指標のデータソースとしていた調査

3.（3）高齢者の健康

とは別の調査（内閣府「高齢者の経済生活に関する調査」）等からすると、社会参加する高齢者が増えている可能性は高いことが示唆される。

4 今後の取組と課題

<各目標項目に係る課題>

① 介護保険サービス利用者の増加の抑制

- 介護保険サービス利用者の増加の抑制について、認定率は微増にとどまっているが、高齢者の増加に伴いサービス利用者が増えてくることは容易に想像できる。目標達成のためには、比較的軽度の利用者の抑制、すなわち高齢者の自立の維持が鍵となってくると考えられる。平成 26（2014）年度の介護保険法改正により、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、地域包括ケアシステムの構築が進められている。これにより、地域全体での介護予防の推進が期待される。
- 前述したように介護予防・日常生活支援総合事業の導入以降、一部の保険者では、要介護認定率が低下していることを示すデータもあり、引き続き状況把握と要因分析を行う必要がある。
- 「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ」（令和元（2019）年 12 月）で示されたように、通いの場の取組について、高齢者がそれぞれの状態やニーズ等に応じて参加できるよう、行政が介護保険による財政的支援を行っているものに限らず多様な取組が含まれるものとして、更なる取組の推進を図ることや、PDCA サイクルを回すための評価を行うことが重要である。
- 保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金や、研修会の開催、好事例の横展開等を通じて、自治体における介護予防の取組を支援する。

② 認知症サポーター数の増加

※「認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上」から目標項目を変更

- 認知症サポーターの人数は順調に増えているといえる。認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者の数が増えていることは、地域における認知症への理解を深めるための大きな力になる。今後これらのサポーターが受講のみにとどまらず、認知症の人が社会の中で尊重され、自分らしく暮らし続けることができるよう、例えば「チームオレンジ」の整備を促進する等、サポーターの適切な活用につながるような施策を行うことが必要となる。
- 引き続き、認知症サポーターの養成を進める。

③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加

④ 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制

⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000 人当たり）

- 「ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合」は調査初回からみると 3 倍近くの認知率となっており改善していたが、平成 27（2015）年以降横ばいである。若年層にあまり浸透していないと思われるが、若年層にリソースを振り向ける PR 活動を行うと、今まで浸透していたと思われる高齢層の認知率が落ちるといった課題がある。日本整形外科学会が「ロコモ

チャレンジ！推進協議会」を立ち上げ、公式 WEB サイトや協賛企業の認定等により、ロコモティブシンドロームの広報啓発活動を推進している。さらに、同学会よりロコモティブシンドロームの臨床判断値の改訂がなされており、令和 2（2020）年から要介護のハイリスクであるロコモ度 3 が追加された。これらロコモティブシンドロームの臨床判断基準が示されたことは疾病予防にとって有益である。エビデンスに基づいた予防方法の開発やプロモーション活動に期待する。

- 「低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制」について、低栄養傾向の高齢者の割合は平成 22（2010）年度からすでに目標値 22%を下回って 17.4%であったが、最終評価値も 16.8%となり、調査期間全てで目標値を下回っており、直近は更に低下傾向にあった。低栄養への回避の取組の成果が現れていると考えられる。サルコペニア・フレイル学会の設立や日本老年医学会におけるフレイルへの取組等も追い風となっている。
- 足腰に痛みのある高齢者の 1,000 人当たりの割合も改善傾向にあり、様々な取組の成果が現れてきたものと考えられるが、ロコモティブシンドロームの認知度はまだ低いと思われるため、更に取組の継続を期待する。
- 膝痛や腰痛がある高齢者の割合は、市町村間で 2 倍以上の差があることから、歩きやすさ（Walkability）をはじめとする建造環境による影響を示唆する報告もある¹¹⁾。環境に目を向けた研究の蓄積や国土交通省等と連携した取組の検討も課題である。

【運動器の健康維持】

- 日常生活における歩数の増加を目指し、健康増進普及月間（9 月）に加え、世界禁煙デー（5 月 31 日）や女性の健康週間（3 月 1 日～8 日）等の機会に地方自治体やスマート・ライフ・プロジェクトに参画する企業・団体と連携し、「アクティブガイドー健康づくりのための身体活動指針ー」等を周知・広報し、「プラス 10 分の運動」（1,000 歩の増加）を引き続き推進していく。
- ロコモティブシンドロームの認知度は令和元（2019）年度で 43.8%とほぼ横ばいの推移である。気軽に家庭でも可能なロコチェックを啓発する等、引き続き認知度向上に努める。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等において、運動等に関する必要な支援を講じるため、引き続き「後期高齢者の質問票」の活用を推進するとともに、必要な財政支援等を行う。

【低栄養の回避】

- 平成 28（2016）年度に作成したガイドラインを踏まえ、配食事業者や配食利用者を円滑に橋渡しする仕組みを検討する。関係部局と連携した体制の強化を図る。
- また、市町村での各種好事例の収集や共有等を通じて、市町村による効率的・効果的な地域支援事業の実施を引き続き支援していく。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等において、低栄養による心身機能の低下の予防を行うため、引き続き「後期高齢者の質問票」の活用を推進するとともに、必要な財政支援等を行う。
- 食生活と関連する要因として、孤食¹²⁾や食料品店へのアクセスの善し悪し¹³⁾があることが報告されている。環境要因に目を向けた取組が今後の課題である。

3.（3）高齢者の健康

【研究】

- ロコモティブシンドロームの早期対策の実践に資する包括的な研究を開始する。

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

- 高齢者の就業については、事業主への周知・啓発を行い、改正高年齢者雇用安定法の着実な施行に努めていく。また、シルバー人材センターの機能強化により、企業を退職した高齢者が地域で活躍できるよう多様なニーズに応じた就業機会の提供を行う。
- 高齢者の地域の社会的な活動への参加については、引き続き推進を行い、高齢者自身の生きがいや介護予防の取組を進めていく。
- 引き続き国民のボランティア活動への参加が促進されるよう、市町村社会福祉協議会等におけるボランティア活動に係る情報提供や人材育成等の取組を支援する。
- 行政や住民、企業、専門職団体の意識的な努力によって、少なくとも一部で高齢者の社会参加が進んだと思われる。一方で、高齢者の性別や年齢、地域、参加の種類別に係るデータの経年比較ができるデータの収集がなければ、好事例や政策効果の検証、関連要因の分析に基づく今後の政策の重点を明らかにすることは困難である。まずは政府が掲げる通いの場づくりと参加促進の進捗状況や効果評価に必要な縦断データ収集・活用、データ収集対象の拡大が望まれる。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 新型コロナウイルス感染症流行後の自粛生活によって高齢者の活動量や社会参加が減少し、心身の機能低下という健康二次被害が見られることが複数の調査で報告されている。
- 住民主体の「通いの場」への参加率についても、令和元（2019）年度（6.7%）までは上昇傾向であったが、新型コロナウイルス感染症流行下の令和2（2020）年度は4.5%と低下していることが明らかとなった³⁾（図表Ⅱ-3-(3)-15）。
- 令和元（2019）年5月に策定された「健康寿命延伸プラン」においては、介護予防の観点から通いの場の拡充を図ることとしており、新型コロナウイルス感染症の感染防止にも配慮しつつ、通いの場の拡充への更なる取組の推進を図っている。
- ロコモ チャレンジ！推進協議会では、コロナ禍にあっては、ホームページ上で特設サイト「コロナに勝つ、ロコモに勝つ」を作成し、コロナ禍での健康二次被害であるロコモリスクと対処法を啓発している。
- 日本整形外科学会もプロジェクト研究として、令和3（2021）年から令和5（2023）年にかけて、コロナ禍における全国横断運動器調査を実施している。
- 厚生労働省では、感染防止に配慮した通いの場や認知症カフェ等の取組を実施するための留意事項や取組事例の周知を行っている。さらに、高齢者の健康維持に参考となる情報や好事例等を掲載する特設 Web サイトを活用した情報発信、広報の強化等により、感染防止に配慮しつつ、高齢者の健康支援に取り組んでいる。
- 今後は、これらの周知拡大等、感染防止に配慮した高齢者の健康支援の拡大が望まれる。

3.（3）高齢者の健康

<参考文献・URL>

- 1) 厚生労働省「平成 28 年度介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00004.html
- 2) 厚生労働省「令和元年度介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和元年度実施分）に関する調査結果」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00007.html
- 3) 厚生労働省「令和 2 年度介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和 2 年度実施分）に関する調査結果」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00008.html
- 4) 加藤 清人, 竹田 徳則, 林 尊弘, 平井 寛, 鄭 丞媛, 近藤 克則. 介護予防制度改正による二次予防対象者割合の変化 複数市町データによる検討 JAGES 横断分析. 地域リハビリテーション. 2020;15(5):382-8. PubMed PMID: 2021063404.
- 5) 内閣府「令和 2 年版高齢社会白書」第 1 章 高齢化の状況、第 2 節 高齢期の暮らしの動向（3）. 令和 2（2020）年 7 月.
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/s1_2_3.html
- 6) 渡邊 良太, 辻 大士, 井手 一茂, 林 尊弘, 斎藤 民, 尾島 俊之, 他. 地域在住高齢者における社会参加割合変化 JAGES 6 年間の繰り返し横断研究. 厚生 の 指 標 . 2021;68(3):2-9. PubMed PMID: 2021202727.
- 7) 総務省「労働力調査」（基本集計）
<https://www.stat.go.jp/data/topics/toi1262.html>
- 8) ロコモチャレンジ！推進協議会. ロコモを知ろう. ロコモオンライン.
<https://locomo-joa.jp/locomo/>
- 9) 日本医学会連合、日本医学会連合加盟学会（57 学会）、日本医学会連合非加盟団体（23 団体）. フレイル・ロコモ克服のための医学会宣言. 令和 4（2022）年 4 月.
<https://www.jmsf.or.jp/uploads/media/2022/04/20220401211609.pdf>
- 10) 厚生労働省「令和 2 年「高齢者の雇用状況」集計結果を公表します」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15880.html
- 11) Okabe D, Tsuji T, Hanazato M, Miyaguni Y, Asada N, Kondo K. Neighborhood Walkability in Relation to Knee and Low Back Pain in Older People: A Multilevel Cross-Sectional Study from the JAGES. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(23). Epub 20191120. doi: 10.3390/ijerph16234598. PubMed PMID: 31756959; PubMed Central PMCID: PMC6926577.
- 12) 谷 友香子, 近藤 克則, 近藤 尚己. 日本人高齢者の孤食と食行動および Body Mass Index との関連 JAGES（日本老年学的評価研究）の分析結果. 厚生 の 指 標 . 2015;62(13):9-15. PubMed PMID: 2016102918.
- 13) Yamaguchi M, Takahashi K, Hanazato M, Suzuki N, Kondo K, Kondo N.

3.（3）高齢者の健康

Comparison of Objective and Perceived Access to Food Stores Associated with Intake Frequencies of Vegetables/Fruits and Meat/Fish among Community-Dwelling Older Japanese. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(5). Epub 20190303. doi: 10.3390/ijerph16050772. PubMed PMID: 30832455; PubMed Central PMCID: PMC6427395.

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

背景

- 人々の健康は、社会経済的環境の影響を受けることから、健康に関心を持ち、健康づくりに取り組みやすいよう、健康を支える環境を整備するとともに、時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な人や健康づくりに関心のない人等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、健康を守るための環境を整備することが必要である。
- 近年、社会における「信頼」「社会規範」「ネットワーク」から得られる資源を意味するソーシャルキャピタル^{1) - 4)} 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^{2) - 4)} がみられるとともに、健康格差に関する研究が進み、国内外でその存在が指摘されている^{5) - 7)}。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⁴⁾。健康づくりへの取組は、従来、個人の健康づくりへの取組が中心だったが、今後は、個人の取組では解決できない地域社会の健康づくりに取り組むことが必要となる。
- 健康日本 21（第二次）開始前の健康づくりの取組は、住民全体を対象とした働きかけとして進められてきたが、健康に無関心な層、社会経済的に不利な層、地理的に保健医療サービスへのアクセスが悪い層等へのアプローチは十分行われてきたとはいえなかった。健康格差として、社会経済等の条件が不利な集団に健康問題が多く、また、社会経済等の状況に格差が大きい地域に住む人に、健康問題が多いことも報告されている^{5) - 7)}。そのため、この層の健康状態の向上は、国全体の健康状態の向上に寄与し得る。こうした課題は、個人への対策では解決できないものであり、特に公的部門の役割として地域社会の健康づくりに取り組むことが重要であり、本領域の目標項目は下記のとおり設定された（図表Ⅱ-4-1）。

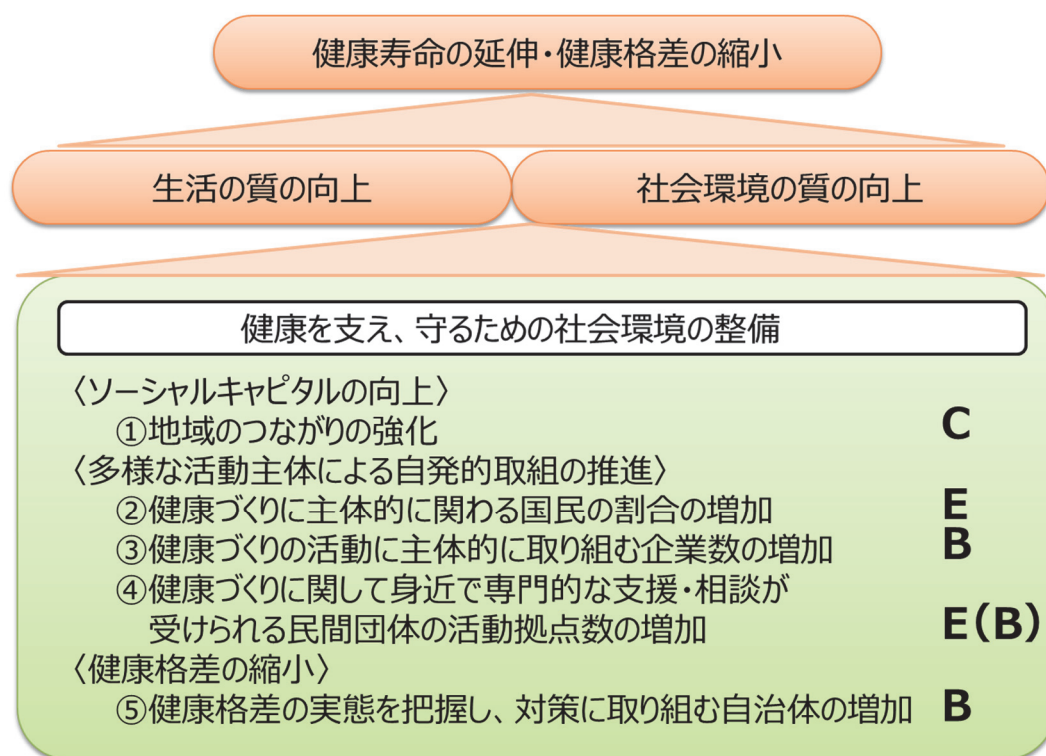
1 目標項目の評価状況

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

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

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

図表Ⅱ-4-1：「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及び目標項目の評価



資料：健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料に最終評価結果を追記

① 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）

【指標設定の背景】

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) - 5)}。ソーシャルキャピタルは、ある社会における信頼や相互利益、相互扶助に対する考え方（規範）やネットワークから得られる資源である。また、健康でかつ医療費が少ない日本の地域の背景に、「良いコミュニティ」があることが指摘されている。したがって、地域のつながりの強化（ソーシャルキャピタルの水準を上げること）、「良いコミュニティ」づくりは、健康づくりに貢献すると考えられる。ソーシャルキャピタルの指標としては、様々な指標が用いられているが、健康日本 21（第二次）では、継続的に調査が可能である国民健康・栄養調査の調査項目である「居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合（平成 23（2011）年調査）」を指標として設定した。

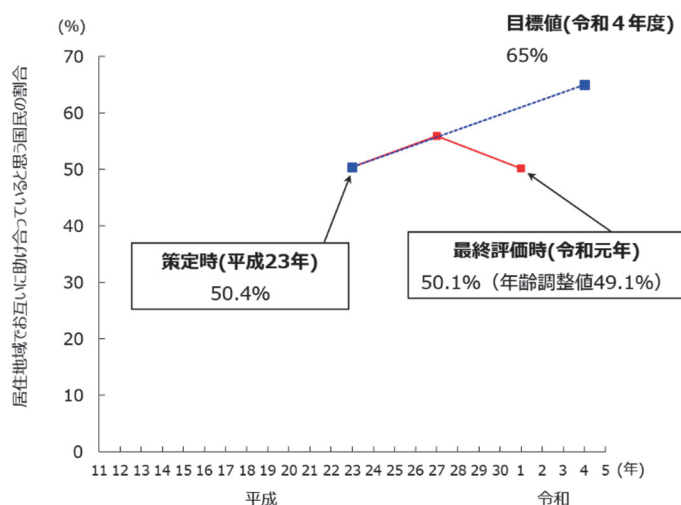
なお、健康日本 21（第二次）策定時点では、平成 19（2007）年の少子化対策と家族・地域の絆に関する意識調査（内閣府）で、自分と地域の人たちのつながりについて「強い方だと思う」と答えた者の割合が 45.7%（「強い方だと思う」15.3%＋「どちらかといえば強い方だと思う」30.4%）であったことから、この設問及び回答率を、参考値とした。自分と地域の人たちのつながりについて「強い方だと思う」と答えた者の割合について、性・年齢階級別でみたところ、70 歳以上で男性 66.7%、女性 65.4%と最も高いことから、全世代がこの割合に達することを目指して、目標は 65%とした。

その上で、健康日本 21（第二次）開始後は、前述の「居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合」を指標として、国民健康・栄養調査で把握することとした。

【今回の評価】

- ベースライン時（平成 23（2011）年）の 50.4%から中間評価時（平成 27（2015）年）には、55.9%と増加したが、令和元（2019）年には 50.1%と、ベースラインと同水準となった（図表Ⅱ-4-2）。
- 地域のつながり（ソーシャルキャピタル）には、橋渡し型や結束型、連結型等の側面があるという論議がなされている^{2) 4) 5)}。健康日本 21（第二次）で採用された指標は、ソーシャルキャピタルの認知的な側面をとらえていると思われるが、橋渡し型と結束型のうちどちらを、あるいは両者をとらえているのか、（将来の）健康指標と関連するのかどうか、（予測）妥当性等に関する科学的知見があるのか明らかではない。これらの妥当性が検証されていない段階では、用いた指標が改善していないことだけをもって、評価を下すことには十分な科学的な根拠があるとは言いがたい。

図表Ⅱ-4-2：居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の推移



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

② 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加

【指標設定の背景】

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り、住民の主体的な活動を把握する指標として、「ボランティア活動」がある。

平成 18（2006）年の社会生活基本調査（総務省）で、「健康や医療サービスに関係したボランティア活動」の行動者率は 3.0%であり、これを参考値とすることとした。なお、住民の主体的な活動は、健康づくりを目的とした活動に限られるものではなく、高齢者や子どもを対象とした活動、まちづくりのための活動、安全な生活のための活動、自然や環境を守るための活動等にも、健康づくりの視点が加わることが重要であり、こうした内容に関係したボランティア活動（その他の活動のみ除く）の行動者率が 24.3%であったことから、25%を目標とした。

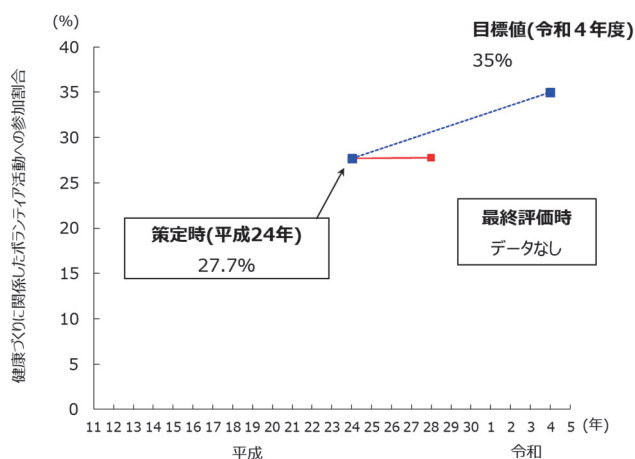
このように、健康日本 21（第二次）策定時は、健康や医療サービスに関係したボランティア活動をしている割合（総務省調査により把握）を参考値として目標設定を行ったが、健康日本 21（第二次）開始後は、「健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加」を目標とし、近隣の人への手助けや支援を含め、生活習慣改善のための活動にとどまらず、まちづくりや防災に関係した活動、子どもや高齢者を対象とした活動、自然や環境を守るための活動等、幅広い年代層において、それぞれの年代で日常的に実施可能な活動に主体的に関わっている国民の割合を把握することとした。評価指標は、「健康づくりに関係した何らかのボランティア活動を行っている割合」として、国民健康・栄養調査の大規模調査年で把握することとした。

なお、ベースラインとなる平成 24（2012）年の結果が 27.7%であり、目標値の 25%に既に達していたことから、目標値を 35%に更新することとしていた。

【今回の評価】

- 本指標は国民健康・栄養調査の大規模調査年に調査を行っており、中間評価時点（平成 28（2016）年）では 27.8%とベースライン値からほぼ横ばいであったが、新型コロナウイルス感染症の影響で平成 28（2016）年以降は大規模調査が行われておらず、中間評価以降データが更新されていない（図表Ⅱ-4-3）。
- 策定時に参考値としていた総務省の「社会生活基本調査」も、平成 28（2016）年が最新値であり、中間評価以降の評価に使える参考指標が入手できなかった。
- そのため、現在「健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合」が増えたかどうかについては評価が困難である。
- 一方、この指標が健康増進と関連を示すのかどうかについても明らかでなく、①と同様、今後指標に関する検証が必要と思われる。

図表Ⅱ-4-3：健康づくりに関係したボランティア活動への参加割合の推移



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

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

【指標設定の背景】

国民の健康づくり対策を積極的に推進していく上で、行政と産業界（企業）や産業界間の連携は不可欠であり、健康づくりを国民運動として、より実効性が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取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加」を目標とした。

「健康日本 21」推進の一つの事業として開始した、企業連携を主体としたスマート・ライフ・プロジェクト⁸⁾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健康日本 21（第二次）策定時の平成 24（2012）年時点で 420 社であり、事業開始後 2 年間の取組で 500 社に近づいていたことから、10 年間での新たな登録数を 2,500 社と推定し、策定時の登録数と合わせ 3,000 社を目標値とした。

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

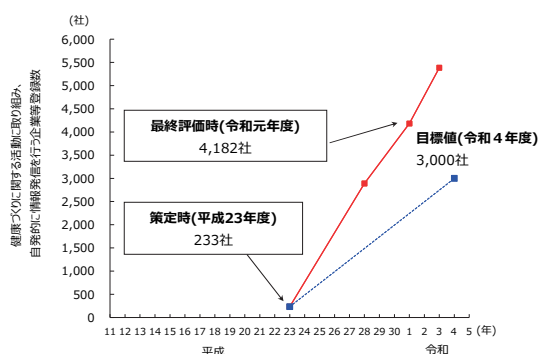
その後、平成 30（2018）年の中間評価時に、健康を支え、守るための社会環境の整備には、企業のみならず自治体等の役割も重要であることから、スマート・ライフ・プロジェクト⁸⁾に参画した企業等（自治体や組合も含む）の登録数（以下「参画団体数」という。）も指標として設定した。平成 25（2013）年から平成 28（2016）年の参画団体数のデータを基に線形近似線を作成し、令和 4（2022）年には約 7,000 団体になると予測されたことから、7,000 団体を目標値とした。

【今回の評価】

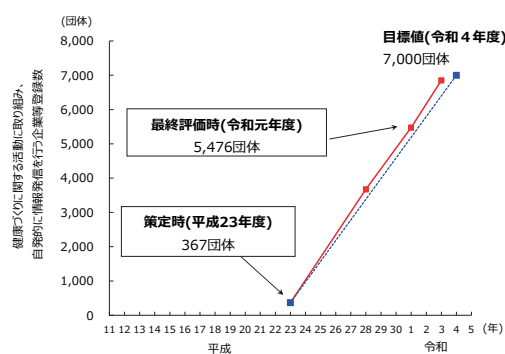
- スマート・ライフ・プロジェクトの「参画企業数」は最終評価時の令和元（2019）年に 4,182 社であり目標値の 3,000 社に達した。一方、「参画団体数」は令和元（2019）年に 5,476 団体であり、ベースラインから増加していたが、令和 4（2022）年度の目標値である 7,000 団体には達していない（図表Ⅱ-4-4）。（参考値：令和 3（2021）年度は、参画企業数 5,385 社、参画団体数 6,853 団体。）本目標項目総合評価は「B 現時点で目標値に達していないが改善傾向にある」と判定した。
- その他本目標に関連あるものとして、全国健康保険協会による「健康スコアリングレポート」が始まり、組合健保でも取組が広がった。日本健康会議によるモニタリングでも健康経営に取り組む企業等の目標数値が超過達成されており、企業における健康への取組が広がったことは間違いない。
- ワークライフバランスの推進や長時間労働の是正に向けた論議や合意形成は進んだ。
- 人員等の資源に余裕のある大企業での取組は大きく進み、協会けんぽでも一定の前進はある。一方で、中小零細企業の一部には「ブラック企業」が見られる等、企業の規模間格差を指摘する声は多い。日本全体の企業数は、359 万社（平成 28（2016）年、中小企業庁⁹⁾、2019 年版中小企業白書¹⁰⁾）であることを鑑みると、目標を超過達成したとは言え、いまだ一部企業の取組に留まっているといえる。
- また、この間に進んだ取組が、どの程度国民の健康増進に寄与しているのかといった健康経営等による効果が数字として示されているのは海外の企業の事例が多く、国内での効果の評価が望まれる。

図表Ⅱ-4-4：健康づくりに関する活動に取り組む、自発的に情報発信を行う企業等登録数の推移

図表 4-1：参画企業数



図表 4-2：参画団体数



資料：厚生労働省健康局健康課による把握（スマート・ライフ・プロジェクトの参画企業・団体数）

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

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

【指標設定の背景】

地域住民の健康・栄養に関して専門的な支援・相談が受けられる民間ベースの活動拠点として、地域住民のための食生活支援活動の拠点である栄養ケア・ステーションや地域住民にとって身近な医療提供施設である薬局があるが、これらについては、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。

健康日本 21（第二次）策定時の平成 24（2012）年 2 月時点で、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 であったことから、この値をベースラインの参考値とし、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、ベースラインの 2 倍となる 15,000 を目標とした。

なお、計画開始後も同指標で本目標項目のデータを把握することとし、中間評価時点からは、子育て・女性健康支援センターも集計対象とした。

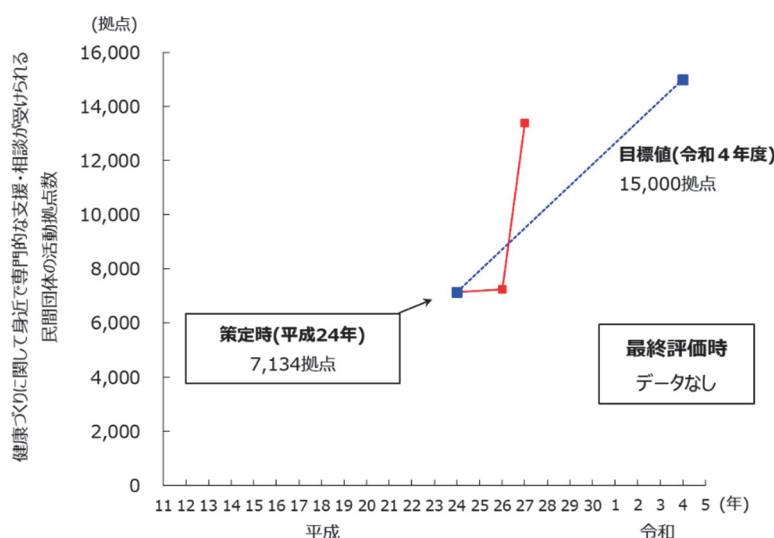
【今回の評価】

- 本目標項目の評価指標は、地域住民の健康支援・相談等を行い、その旨を積極的に地域住民に周知している薬局（公益社団法人日本薬剤師会）の数、地域住民に対して専門的な知識・技術をもとに栄養支援を行う栄養ケア・ステーション（公益社団法人日本栄養士会）の数、及び助産師により、妊娠・出産・子育てをはじめ、思春期、更年期、不妊の悩み等幅広く対応している子育て・女性健康支援センターの数を合計して把握しており、中間評価時点では改善していた（図表Ⅱ-4-5）。
- 集計対象の 1 つである地域住民の健康支援・相談等を行い、その旨を積極的に地域住民に周知している薬局の数は、平成 27（2015）年 10 月時点で 13,115 であり、策定時の 7,087 から約 2 倍となっていたが、平成 28（2016）年以降はデータが把握されていない。
- 健康サポート薬局が本項目の評価の参考となると考えられるが、健康サポート薬局の届出数は平成 28（2016）年の制度開始から経年的に増加しており、令和 3（2021）年 12 月末時点で 2,842 件となっている。
- 地域住民に対して専門的な知識・技術を基に栄養支援を行う栄養ケア・ステーションの数は、令和 3（2021）年 4 月 1 日時点で 356 であり、策定時の 47 から約 7.5 倍となっている。
- 子育て・女性健康支援センターも「健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点」として、中間評価時点で新たに集計対象となった（活動拠点数 47）。
- 集計対象であった薬局数が最終評価時点で把握できなくなっていたことから、本目標項目は「E 評価困難」と評価される。

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

- 同薬局数のかわりとして、健康サポート薬局数が参考になると考えられるが、健康サポート薬局は中間評価時点の平成 27（2015）年から増加しており、残りの 2 つの集計対象と合わせて全体的に増加していると考えられることから、本目標項目の参考指標を「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」と判断した。
- それらの取組が、どの程度国民の健康増進に寄与しているのかの評価が望まれる。

図表Ⅱ-4-5：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推移



資料：厚生労働省健康局健康課による算出（各民間団体からの報告）

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

【指標設定の背景】

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^{11) - 24)}。また、保健医療施設や食料品店等の資源の地域的偏在化は、健康状態の地域差につながる可能性がある²⁵⁾。これらに対する対策がない場合、健康格差は今後も増大することが予想される。

特に、都道府県においては、①市町村の健康に関する指標（平均寿命や健康寿命、がん・脳血管疾患・虚血性疾患の年齢調整死亡率、糖尿病有病者率、自殺率、肥満ややせ等の体格、高血圧者の割合、歯周疾患検診の受診率等）や生活習慣の状況（食生活、身体活動・運動習慣、喫煙等）の格差の実態を把握し、②その縮小に向けた対策を検討し、③その検討結果に基づき格差の縮小に向けた対策を実施することが重要であることから、「健康格差対策に取り組む自治体の増加」を目標とした。

都道府県の取組状況では、47 都道府県のうち、健康日本 21（第二次）策定時の平成 24（2012）年 5 月時点で、①格差の実態を把握している都道府県が 33、②格差の縮小に向けた

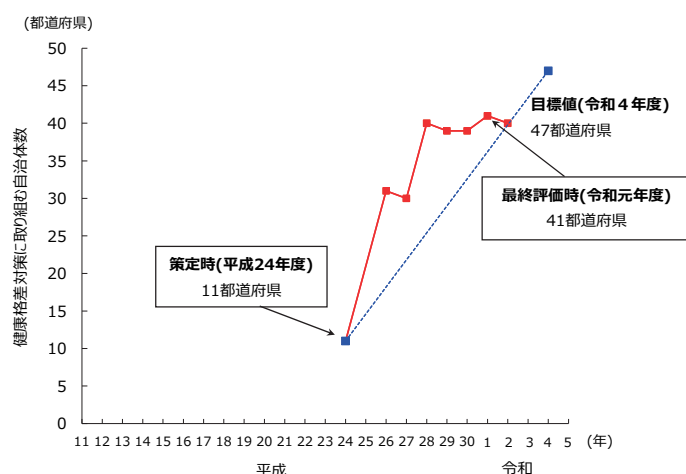
4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

対策を検討している都道府県が 15、③その検討結果を踏まえた対策を実施している都道府県が 11 であったことから、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都道府県を評価指標、11 都道府県をベースライン値とし、目標を全都道府県とした。

【今回の評価】

- 令和元（2019）年度末時点では 47 都道府県中 41 都道府県で健康格差対策に取り組んでおり、「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」と評価した（図表Ⅱ-4-6）。（参考値：令和 2（2020）年度は 40 都道府県。）
- 各自治体で行われた対策の広がりや進捗具合、取組による健康格差の縮小効果についての検証が望まれる。

図表Ⅱ-4-6：健康格差対策に取り組む自治体数の推移



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

2 関連する取組

<各目標項目に係る取組>

- ① 地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）
- ② 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加
 - 平成 24（2012）年に一部改正された地域保健法に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」にソーシャルキャピタルが明記されており、都道府県・市町村レベルでの対策の必要性が追加されている。
 - 厚生労働省科学研究「地域保健事業におけるソーシャルキャピタルの活用に関する研究」（研究代表者：藤原 佳典、平成 25（2013）年度～平成 27（2015）年度）において、ソーシャルキャピタルの発展及びその利活用についての研究が行われた。その成果の一部として、「住民組織を通じたソーシャルキャピタル醸成・活用にかかる手引き」及び「ソーシャルキャピタルを育てる・活か

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

す！地域の健康づくり実践マニュアル」を作成した。これらの資料を、都道府県・市町村を含む関連組織が利活用できるよう、厚生労働省ホームページに一般公開している。また、全国会議や研修会等を通して、全国の保健所長や保健師等へ研究成果の普及に努めた。

- 地方自治体において地域包括ケアや地域共生社会づくりの担当部署の整備が進んだ。
- 全国市町村における地域包括ケアや地域共生社会に関わる協議体の整備が進んだ。
- 東日本大震災後の復興に向けた住民や NPO 等の間で「絆」という言葉がよく使われた。
- 前述の厚生労働科学研究（平成 25（2013）年度～平成 27（2015）年度）によりソーシャルキャピタルの醸成・活用について研究し、さらに自治体における実証としてソーシャルキャピタル醸成の事例を展開した。
- 地域保健総合推進事業（平成 28（2016）年度）により、事例集及びソーシャルキャピタルを活用した地域保健対策の推進のための具体的なヒント等をまとめた。
- 全国会議、研修会等において、全国の保健所長、保健師等を対象に上記研究成果を周知。
- 厚生労働省・経済産業省「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」において、令和 3（2021）年度より「健康にやさしいまちづくりのための環境整備に係る実証事業」を開始している。

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

- 個人の主体的な予防の取組につながる活動の将来及び普及のため、個人の取組に加えて企業・団体・自治体が一体となり、良好な社会環境の構築を推進することを目的としたスマート・ライフ・プロジェクト⁸⁾を推進している。
- スマート・ライフ・プロジェクト⁸⁾においては、以下の情報発信・広報戦略を展開している。
 - メディア等を活用した効果的な広報戦略
 - WEB サイトのコンテンツの制作・運用
 - 企業等及び国民向けの啓発ツール（ポスター、チラシ等）の作成
 - 普及啓発コンテンツの制作・運用
 - 「受動喫煙のない社会を目指して」ロゴマークの作成・活用・展開
 - 禁煙週間や健康増進普及月間、女性の健康週間等での啓発普及イベントの実施、コンテンツの制作・発信
 - 関係団体等連携イベントの実施（「健康寿命をのばそう！サロン」等）
 - 「いきいき健康大使」の活用
- 平成 24（2012）年度より毎年、「健康寿命をのばそう！アワード」の開催による好取組事例の表彰を行っており、令和 3（2021）年度で第 10 回を迎えた。
- 「健康寿命をのばそう！アワード」や「健康寿命をのばそう！サロン」の開催により、好取組事例の横展開を行っている。
- スマート・ライフ・プロジェクト⁸⁾への企業等の参画誘致や、参画企業等への取組のサポートを行っている。
- スマート・ライフ・プロジェクト参画企業等における当プロジェクトに関する情報、ツール等の活用状況を把握し、結果も踏まえ以下の取組等を推進。

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

- スマート・ライフ・プロジェクト Web サイトを刷新
- 禁煙週間や女性の健康週間等の啓発イベントの実施、コンテンツの制作・発信
- 企業・団体等が開催するイベントにおいてブースや新聞等の媒体での広報
- 健康寿命をのばそう！アワード等の実施によるテレビや Web 等メディアへの露出
- 「食事バランス教室」等の食生活改善特設 Web コンテンツ、健康普及月間オンラインイベント、睡眠コンテンツ、スマートミール探訪、受賞事例研究、健康づくりの知恵袋等のコンテンツの掲載
- その他本目標に関連する取組としては、日本健康会議の取組が進み、数値目標が超過達成された。

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

- 薬剤師・栄養士等の保健医療の専門職団体による取組は広がっている。
- 民間団体の活動としては、地域住民の健康支援・相談等を行い、その旨を積極的に地域住民に周知している薬局や地域住民に対して専門的な知識・技術をもとに栄養支援を行う栄養ケア・ステーションの活動の他、子育て・女性健康支援センターにおいて、助産師により、妊娠・出産・子育てをはじめ、思春期、更年期、不妊の悩み等幅広く対応している。
- 平成 28（2016）年から届出制度が開始された健康サポート薬局は、かかりつけ薬剤師・薬局としての基本的な機能を有し、医薬品及び健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言、健康の保持増進に関する相談並びに適切な専門職種又は関係機関への紹介等に関する研修を修了した薬剤師が常駐して対応する等、健康サポート機能を有する薬局として地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援している。
- その他、本目標に関連する取組として、日本医師会の認定健康スポーツ医制度等があげられる。

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

- 健康格差対策に取り組む自治体についての現状把握を行っている。
- 平成 24（2012）年及び平成 28（2016）年の国民健康・栄養調査（拡大調査）においては、体格及び生活習慣に関する地域格差について調査を実施した。
- 平成 28（2016）年の国民健康・栄養調査では、BMI（Body Mass Index）、野菜摂取量、食塩摂取量、歩数、現在習慣的に喫煙している者の割合（男性）の結果を都道府県別に公表し、体格及び生活習慣に関する地域格差について分析を行った（参照：第 4 章図表 I - 1-19）。
- 健康格差に関しては、平成 22（2010）年や平成 30（2018）年の国民健康・栄養調査において、所得と生活習慣等に関する状況の調査も行っている（参照：第 4 章図表 I - 1-18）。
- これらの結果等も踏まえ、健康格差の要因分析を引き続き行う必要がある。
- 各都道府県の健康増進計画について、国と同一である項目と都道府県が独自に定めた項目がわかるように整理し、厚生労働省ホームページ「健康日本 21（第二次）分析評価事業」²⁶⁾ のページに掲載している。

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

3 各目標項目の評価に係る要因分析及び領域全体としての評価

<各目標項目の評価の要因分析>

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

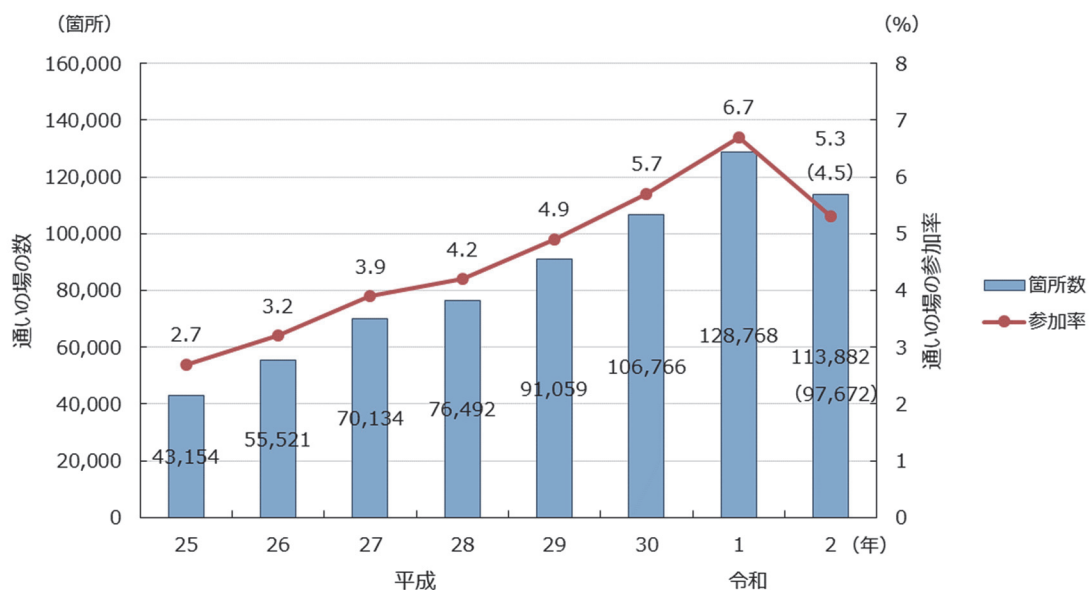
本目標項目の評価指標の評価は「C 変わらない」であった。地域包括ケアや地域共生社会という言葉が、保健医療介護の専門職、地域包括支援センターや社会福祉協議会職員、一部の住民ボランティア等の間で認知が進み、また東日本大震災後等、被災後の復興に向けた取組の中で「絆」という言葉がメディアでもよく使われた。加えて、子どもの貧困への対応としての子ども食堂等や認知症対策としての認知症カフェ等の取組が広がった。しかし、これらが、この指標にどの程度寄与したのかは不明である。

② 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加

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

厚生労働白書にも「ソーシャルキャピタル」という言葉が使われる等、この言葉は専門職には知られる言葉となった。高齢者においては、住民主体の「通いの場」づくりが進み、その箇所数と参加率は令和元（2019）年度まで増加・上昇傾向であった（図表Ⅱ-4-7）。

図表Ⅱ-4-7：通いの場の数と参加率の推移※1



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

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

※1 図表Ⅱ-3-(3)-15の再掲

注1：（）内の数値は運営主体が住民のもの。令和元（2019）年度までは全て住民主体。

注2：通いの場の参加率は参加実人数を高齢者（65歳以上）人口で除して算出した。

注3：「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査」令和2年度分は令和4（2022）年6月24日に再公表されている。

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

本目標項目の評価は「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」であった。「健康経営」や、「ブラック企業」の対極にある「ホワイト企業」等の言葉がメディア等を通じて広がり、大学生の就職活動等でも使われるようになった。こうした言葉や取組を意識する企業が増えたことも寄与した可能性がある。

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

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

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

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

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

<領域全体としての評価>

行政や住民、企業、専門職団体等の意識的な努力によって、一部で取組が進んだことは間違いないと思われる。一方で、その広がりや、それによる国民の健康行動や健康状態への波及効果がどの程度であるかの評価は、必要なデータの整備が進んでいないこと等から容易ではない。

指標に関する妥当性の検証、取組による国民の健康増進のモニタリングが可能なデータの整備が望まれる。

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

4 今後の取組と課題

<領域全体としての課題>

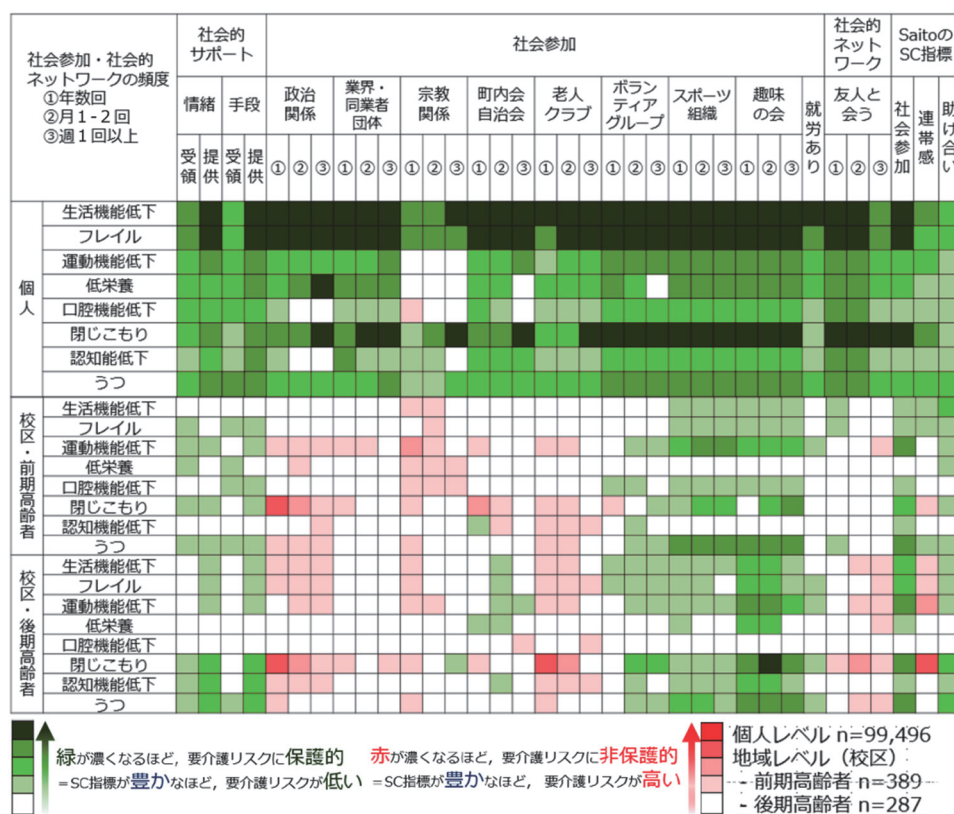
- 健康日本 21（第二次）においては、生活習慣に関し目標に達成していない項目がある。生活習慣の改善は健康寿命の延伸に寄与することが示されていることから、健康寿命の延伸のためには、この分野への取組を強化することが必要である。そのためには、これまでの施策で行動変容が生じてないと思われる無関心層へのアプローチが課題であり、例えば、平成 30（2018）年 6 月 15 日閣議決定の骨太の方針にも、「日本健康会議について、都道府県レベルでも開催の促進等、多様な主体の連携により無関心層や健診の機会が少ない層を含めた予防・健康づくりを社会全体で推進する。」「事業所、地方自治体等の多様な主体が参加した国民全体の健康づくりの取組を各地域において一層推進する。」と記載されているように、関係省庁と連携し、無関心層が意識せずとも自然に健康になるような、社会全体として個人の健康を支え、守る環境やまちづくりに努めていくことが必要である。
- 地方自治体においては、自らの健康増進計画の評価・見直しを行い、より一層の健康増進を図っていく必要がある。
- 事業所、地方自治体、保険者等の多様な主体が参加した国民全体の健康づくりの取組を各地域において一層推進することが必要であり、その中において、経済産業省における「健康経営の取組」やスポーツ庁の「FUN+WALK PROJECT」、また、厚生労働省の「健康寿命をのばそう！アワード」の受賞事例や前述の厚生労働科学研究による「ソーシャルキャピタルを育てる・活かす！地域の健康作り実践マニュアル」等で紹介されている好事例を広めること等、予防・健康づくりを社会全体で更に推進していくことが考えられる。
- 厚生労働省・経済産業省「予防健康づくりに関する大規模実証事業（健康にやさしいまちづくりのための環境整備に係る実証事業）」を実施しており、今後も他省庁と連携して健康まちづくりの取組を推進していく。
- 平成 30（2018）年 5 月に開催された日本健康会議は、健康保険組合等の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等をスコアリングして経営者に通知する「健康スコアリング」の詳細設計について報告書を取りまとめた。健康スコアリングは、企業、健保組合、労働組合、産業医等の産業保健スタッフ等の横断的な推進体制を構築することを促し、被用者保険における加入者の予防・健康づくりを効果的に実施することが期待される。
- スマート・ライフ・プロジェクト⁸⁾ に関しては、参画企業数の増加を効果的に図るために、新たな参画企業等がどのような媒体で情報を取得したか、参画要因は何か等を把握し、周知方法の改善を継続して図ると共に、健康づくりに積極的に取り組むことにより企業のイメージが向上する等の参画することによる企業のメリットを発信していく。さらに、メディアとの協力等による国民認知度の向上を通じ、更なる国民運動化を図ることが必要である。
- 生活習慣の改善が健康寿命の延伸に寄与することは先行研究により示されているものの、都道府県・市町村レベルでの健康格差の確固たる要因の把握については、更なる研究が必要である。しかし、生活習慣を改善することは健康寿命の延伸に寄与することが示されているため、都道府県・市町村においては、住民の生活習慣改善を目指し、社会全体で予防・健康づくりを進める環

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

境づくりに努めていく必要がある。

- 一例を以下に示すように、ソーシャルキャピタル関連指標の中でも健康指標との関連は指標によって様々な結果が示されており、地域診断指標は一部の指標にとどまる（図表Ⅱ-4-8）²⁷⁾ ことから、今後の指標の設定に当たっては、エビデンスに基づいて、図表Ⅱ-4-9²⁸⁾ に示すような健康寿命等、「健康日本 21（第二次）」が掲げる指標との関連のあるソーシャルキャピタル指標を検討することが望まれる。

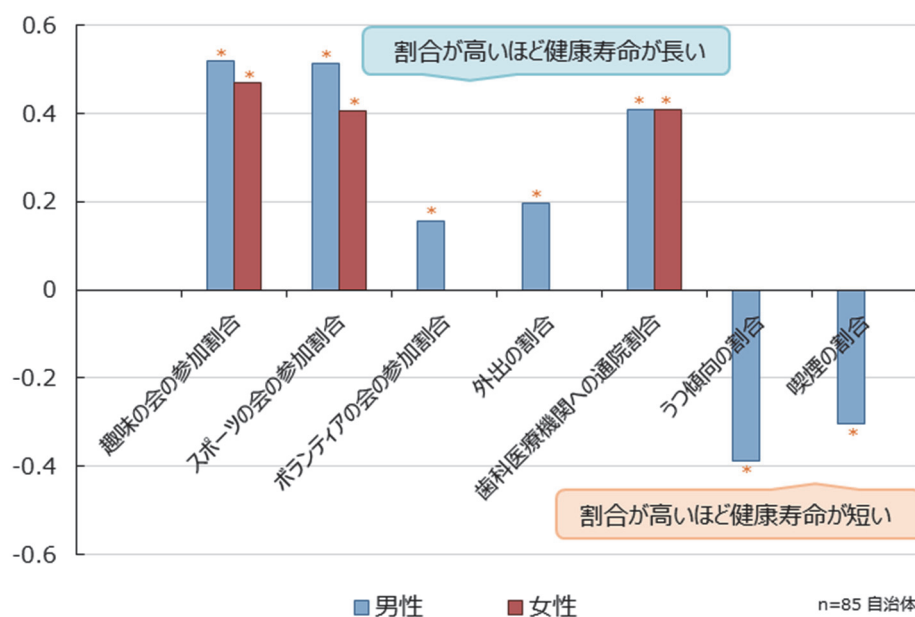
図表Ⅱ-4-8：要介護リスクと SC（ソーシャルキャピタル）指標の関係



資料：日本老年学的評価研究；井出一茂 ほか, 2018²⁷⁾

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

図表Ⅱ-4-9：健康寿命と高齢者の生活要因との関連



資料：日本老年学的評価研究；細川陸也 ほか, 2020²⁸⁾

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

＜各目標項目に係る課題＞

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

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

② 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加

- 優れた住民組織活動等について健康寿命をのばそう！アワードでの表彰や、健康日本 21 関連のホームページ等での紹介を行う。
- また、ソーシャルキャピタルにおいても、「ソーシャルキャピタルを育てる・活かす！地域の健康づくり実践マニュアル」やそこで紹介している好事例の周知等により、各地域での活動を推進する。
- 引き続き厚生労働省・経済産業省「予防健康づくりに関する大規模実証事業」における「健康にやさしいまちづくりのための環境整備に係る実証事業」を実施し、令和 4（2022）年度以降、成果の政策への反映を検討する。

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

- 今後も、スマート・ライフ・プロジェクト⁸⁾への新たな参画企業等の参画経緯を把握しながら、より効果的な普及活動（スマート・ライフ・プロジェクト Web サイトから情報や啓発ツールの提供、参画企業への働きかけ等）を行う。
- 実施する各イベントのメディア等への露出増加により、国民の認知や参画企業数を増加させる。

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

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

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

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

- 健康格差対策に取り組む自治体について、今後も定期的に調査を実施する。
- 健康格差対策に取り組む自治体の事例について、今後情報発信する方向で検討する。
- 今後は市町村間格差や、所得階層、教育歴、職業階層等の集団間格差の縮小に向けたモニタリング及び格差縮小のための対策の効果評価が望まれる。

5 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた今後の課題

- 新型コロナウイルス感染症の流行への対策として、外出制限及びそれに伴い社会参加や友人・知人との交流を控えた人は多い。調査によると、高齢者では約 6 割の回答者が、新型コロナウイルス感染症の流行前に比べ、社会参加の頻度が減ったと回答している²⁹⁾。新型コロナウイルス感染症対策のために、①地域のつながりや、②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わる国民の数は減少したと考えられる。失職を含む就業状況の変化や、収入の減少、感染への不安等他の要因もあって、新型コロナウイルス感染症以外の二次的な健康被害として、こころの健康、自殺、高齢者におけるフレイルの増加等が懸念される。
- 通いの場の箇所数と参加率も、令和元（2019）年まで上昇・増加傾向であったが、令和 2（2020）年度はいずれも減少・低下を認めた（図表Ⅱ-4-7）。新型コロナウイルス感染症の感染防止にも配慮しつつ、更なる取組の推進を図っている。
- 新型コロナウイルス感染リスクを上昇させることなく、交流や社会参加する方法として、インターネットを用いた活動が、少しずつ広がりを見せている。しかし、低所得者・低学歴者・農村的地域・高齢者等で、インターネット利用率が低いという「デジタルデバイド」が指摘されている^{30) - 32)}。インターネット利用者は、うつ発症や糖尿病発症が 2 ～ 3 割少ないこと^{30) 31) 33)}や、新型コロナウイルス感染症流行下でビデオ通話のインターネットを介したコミュニケーション等を増やした高齢者では、うつやフレイルが少ないこと等、インターネット利用による健康維持効果を示唆する報告が相次いでなされた²⁹⁾。今後、更なる検証が必要だが、デジタルデバイドが、新たな健康格差の要因になっている可能性がある。
- デジタルデバイドを緩和するための体験講習会や公的施設の Wi-Fi 環境の整備等が勧められているが、これらの効果を検証しつつ、インターネット利用の普及を加速することが今後の課題と思われる。

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

<参考文献・URL>

- 1) ソーシャルキャピタル関連資料
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000092042.html>
- 2) イチロー・カワチ, リサ・バークマン. ソーシャル・キャピタルと健康. p. 339-83. 社会疫学 第2版 <上>: 大修館書店; 2017.
- 3) 今村晴彦, 園田紫乃, 金子郁容. コミュニティのちから―“遠慮がち”なソーシャル・キャピタルの発見: 慶應義塾大学出版会; 2010.
- 4) 近藤克則, 他. ソーシャル・キャピタルと健康・福祉: ミネルヴァ書房; 2020.
- 5) 近藤克則. 健康格差社会―何が心と健康を蝕むのか 第2版: 医学書院; 2022.
- 6) 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.
- 7) 川上憲人, 小林廉毅, 橋本英樹, 他. 社会格差と健康 社会疫学からのアプローチ: 東京大学出版会; 2006.
- 8) スマート・ライフ・プロジェクト
<http://www.smartlife.go.jp/>
- 9) 中小企業庁「中小企業の企業数・事業所数」
https://www.chusho.meti.go.jp/koukai/chousa/chu_kigyocnt/index.htm
- 10) 中小企業庁「2019年版中小企業白書」. 令和元（2019）年6月.
https://www.chusho.meti.go.jp/pamflet/hakusyo/2019/PDF/chusho/00Hakusyo_zentai.pdf
- 11) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Socioeconomic pattern of smoking in Japan: income inequality and gender and age differences. Ann Epidemiol. 2005;15(5):365-72. doi: 10.1016/j.annepidem.2004.09.003. PubMed PMID: 15840550.
- 12) 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;5:53. Epub 20050527. doi: 10.1186/1471-2458-5-53. PubMed PMID: 15921512; PubMed Central PMCID: PMC1174875.
- 13) 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(3):163-73. Epub 20070112. doi: 10.1016/j.puhe.2006.10.015. PubMed PMID: 17222876.
- 14) 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(1):100-9. Epub 20041123. doi: 10.1093/ije/dyh283. PubMed PMID: 15561754.

- 15) Takao S, Kawakami N, Ohtsu T, Group JWSaHCS. Occupational class and physical activity among Japanese employees. *Soc Sci Med.* 2003;57(12):2281-9. doi: 10.1016/s0277-9536(03)00134-5. PubMed PMID: 14572837.
- 16) Nishi N, Makino K, Fukuda H, Tatara K. 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):1159-70. doi: 10.1016/s0277-9536(03)00287-9. PubMed PMID: 14723910.
- 17) Nishi N, Sugiyama H, Hsu WL, Soda M, Kasagi F, Mabuchi K, et al. Differences in mortality and incidence for major sites of cancer by education level in a Japanese population. *Ann Epidemiol.* 2008;18(7):584-91. Epub 20080516. doi: 10.1016/j.annepidem.2008.02.003. PubMed PMID: 18486486; PubMed Central PMCID: PMC2527034.
- 18) Murata C, Kondo K, Hirai H, Ichida Y, Ojima T. Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). *Health Place.* 2008;14(3):406-14. Epub 20070901. doi: 10.1016/j.healthplace.2007.08.007. PubMed PMID: 17913562.
- 19) Kawakami N, Haratani T, Kobayashi F, Ishizaki M, Hayashi T, Fujita O, et al. Occupational class and exposure to job stressors among employed men and women in Japan. *J Epidemiol.* 2004;14(6):204-11. doi: 10.2188/jea.14.204. PubMed PMID: 15617394; PubMed Central PMCID: PMC8784243.
- 20) Sekine M, Chandola T, Martikainen P, Marmot M, Kagamimori S. 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):1417-25. Epub 20090918. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.08.022. PubMed PMID: 19767137; PubMed Central PMCID: PMC2791858.
- 21) Fujino Y, Tamakoshi A, Iso H, Inaba Y, Kubo T, Ide R, et al. A nationwide cohort study of educational background and major causes of death among the elderly population in Japan. *Prev Med.* 2005;40(4):444-51. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.07.002. PubMed PMID: 15530597.
- 22) 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(9):641-51. Epub 20061018. doi: 10.1007/s10654-006-9049-2. PubMed PMID: 17048083.
- 23) 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

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

- in a rural city in Japan. Soc Sci Med. 2011;73(12):1683-8. Epub 20111010. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.09.024. PubMed PMID: 22033375.
- 24) Murakami K, Sasaki S, Takahashi Y, Uenishi K, Group JDSSFNAB. 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):1606-11. doi: 10.1016/j.jada.2009.06.391. PubMed PMID: 19699842.
 - 25) Tani Y, Suzuki N, Fujiwara T, Hanazato M, Kondo N, Miyaguni Y, et al. Neighborhood food environment and mortality among older Japanese adults: results from the JAGES cohort study. Int J Behav Nutr Phys Act. 2018;15(1):101. Epub 20181019. doi: 10.1186/s12966-018-0732-y. PubMed PMID: 30340494; PubMed Central PMCID: PMC6194719.
 - 26) 健康日本 21（第二次）分析評価事業
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkou/nkounippon21.html
 - 27) 井手 一茂, 宮國 康弘, 中村 恒穂, 近藤 克則. 個人および地域レベルにおける要介護リスク指標とソーシャルキャピタル指標の関連の違い JAGES2010 横断研究. 厚生指標. 2018;65(4):31-8. PubMed PMID: 2018210459.
 - 28) 細川 陸也, 近藤 克則, 山口 知香枝, 岡田 栄作, 尾島 俊之. 【高齢者をとりまく人と社会】健康寿命および平均寿命に関連する高齢者の生活要因の特徴. 厚生指標. 2020;67(7):31-9. PubMed PMID: 2020387424.
 - 29) 藤並 祐馬, 方 恩知, 近藤 克則. 新型コロナウイルス感染症流行前後における 高齢者の社会参加自粛・ネット利用・健康状態 11 市町との共同調査データの横断分析. 社会保険旬報. 2022(2850):6-12. PubMed PMID: 2022190472.
 - 30) Kondo N, Koga C, Nagamine Y, , editors. Understanding the Role of Internet Access on Health and Health Equity toward Healthy Ageing in the Western Pacific Region, 2021.
https://www.jages.net/project/wpro_en/
 - 31) 古賀 千絵, 近藤 克則, 近藤 尚己. 高齢者のインターネット利用と健康 JAGES 縦断研究の結果より. 社会保険旬報. 2021(2836):14-22. PubMed PMID: 2022042648.
 - 32) 総務省「令和 3 年版情報通信白書」. 令和 3（2021）年 7 月.
<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r03/pdf/index.html>
 - 33) Nakagomi A, Shiba K, Kondo K, Kawachi I. Can Online Communication Prevent Depression Among Older People? A Longitudinal Analysis. J Appl Gerontol. 2022;41(1):167-75. Epub 20201224. doi: 10.1177/0733464820982147. PubMed PMID: 33356760.