

健康日本 21（第二次）最終評価報告書

別添・参考資料

令和4年10月

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

健康日本 21（第二次）推進専門委員会

健康日本 21（第二次）最終評価報告書

別添・参考資料

令和4年10月

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

健康日本 21（第二次）推進専門委員会

健康日本 21（第二次）最終評価報告書 別添・参考資料

別添 1 評価シート 様式 1

別添 2－1 自治体等の取組状況の評価のための調査（詳細分析）

別添 2－2 自治体等の取組状況の評価のための調査（調査票）

別添 3 国内外の健康づくり運動に関する動向

参考資料 1 健康日本 21（第二次）の各領域に関連する主な計画等の概要

参考資料 2 新型コロナウイルス感染症の影響に関する調査概要

参考資料 3 健康寿命をのばそう！アワード 総合事例集

評価シート 様式 1

別表第一：健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標 …… 1

別表第二：主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

- (1) がん …… 5
- (2) 循環器疾患 …… 9
- (3) 糖尿病 …… 16
- (4) C O P D …… 22

別表第三：社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

- (1) こころの健康 …… 23
- (2) 次世代の健康 …… 28
- (3) 高齢者の健康 …… 32

別表第四：健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標 …… 38

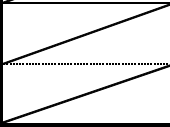
別表第五：栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び
歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

- (1) 栄養・食生活 …… 43
- (2) 身体活動・運動 …… 49
- (3) 休養 …… 54
- (4) 飲酒 …… 56
- (5) 喫煙 …… 60
- (6) 歯・口腔の健康 …… 67

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							
領域	—						
目標項目	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）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 男性	70.42年	72.14年	72.68年		平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	A 目標値に達した	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 女性	73.62年	74.79年	75.38年		平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	A 目標値に達した	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
調査名	平成22年：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」（研究代表者 橋本修二） 平成28年：厚生労働科学研究費補助金「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） 令和元年：厚生労働行政推進調査事業費補助金「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） ※「国民生活基礎調査」をもとに算定					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
						a 改善している	A 目標値に達した
設問	—						
表番号	日常生活に制限のない期間の平均						
算出方法	—						
算出方法（計算式）	—						
備考	・ 国民生活基礎調査（大規模調査）の質問「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」の（1）ある（2）ないに対する「ある」の回答者を日常生活に制限ありと定めて、算出。 ○平均寿命：厚生労働省「平成22年完全生命表」 厚生労働省「平成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28年／令和元年簡易生命表」 厚生労働省「平成22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28年／令和元年国民生活基礎調査」※ 総務省「平成22年／平成28年／令和元年人口推計」より算出。 ※平成22年、令和元年は熊本県を含み、平成28年は震災の影響から熊本県を含んでいない。						
分析	■直近値vs目標値 ・ 健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 男性は、目標（値）に達している。 ・ 健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 女性は、目標（値）に達している。 ■直近値vsベースライン ・ 健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 男性については、ベースラインと比較して2.26年（70.42年→72.68年）増加している（片側p値<0.001）。 ・ 健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 女性については、ベースラインと比較して1.76年（73.62年→75.38年）増加している（片側p値<0.001）。 ・ 平均寿命 男性はベースラインと比較して1.86年（79.55年→81.41年）増加している。 ・ 平均寿命 女性はベースラインと比較して1.15年（86.30年→87.45年）増加している。 ・ 男女ともに、健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の増加は平均寿命の増加分を上回っている。 ■経年的な推移の分析（平成22年、平成25年、平成28年、令和元年） ・ 健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 男性については、ほぼ直線的に増加している。 ・ 健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均） 女性については、ほぼ直線的に増加している。 ・ 男女ともに、健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の経年的な増加ペース（傾き）は平均寿命の経年的な増加ペース（傾き）を上回っている。						
	・ 平成28年の国民生活基礎調査は熊本地震により熊本県を調査していないため、平成28年の健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）では、熊本県を除く全国の健康情報と熊本県を含む全国の死亡情報を用いた。各年次の分析について、健康情報が熊本県を含む／含まない、死亡情報が熊本県を含む／含まないの組み合わせの間の差は、いずれも0.01年以内で非常に小さかった。						

分析に基づく評価

- 各指標の評価
 - ・健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）男性については、目標（値）に達していることからAと判定。
 - ・健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）女性については、目標（値）に達していることからAと判定。
- 目標項目の評価
 - ・全ての指標がAであることから、Aと判定。

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							
領域	—						
目標項目	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）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
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	2.79年	2.00年	2.33年		都道府県格差の縮小	A 目標値に達した	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
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	2.95年	2.70年	3.90年		都道府県格差の縮小	D 悪化している	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
調査名	平成22年：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」（研究代表者 橋本修二） 平成28年：厚生労働科学研究費補助金「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） 令和元年：厚生労働行政推進調査事業費補助金「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） ※「国民生活基礎調査」をもとに算定					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
						a 改善している	C 変わらない
設問	—						
表番号	—						
算出方法	健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）が最も長い県－最も短い県						
算出方法（計算式） 男性	ベースライン：71.74－68.95 中間評価：73.21－71.21 最終評価：73.72－71.39						
算出方法（計算式） 女性	ベースライン：75.32－72.37 中間評価：76.32－73.62 最終評価：77.58－73.68						
備考	・国民生活基礎調査（大規模調査）の質問「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」の（１）ある（２）ない に対する「ある」の回答者を日常生活に制限ありと定めて、算出。 ○平均寿命：厚生労働省「平成22年完全生命表」 厚生労働省「平成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28年／令和元年簡易生命表」 厚生労働省「平成22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28年／令和元年国民生活基礎調査」※ 総務省「平成22年／平成28年／令和元年人口推計」より算出。 ※平成22年、令和元年は熊本県を含み、平成28年は震災の影響から熊本県を含んでいない。						
分析	■ 直近値vs目標値 ・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 男性は、目標（値）に達している。 ・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 女性は、目標（値）に達している。 ■ 直近値vsベースライン ・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）については、ベースラインと比較して0.46年（2.79年→2.33年）縮小している（相対変化－16.5%）。 ・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）については、ベースラインと比較して0.95年（2.95年→3.90年）拡大している（相対変化＋32.2%）。 ■ 経年的な推移の分析 ・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）については、平成25年、平成28年にかけて縮小し続けたが、最終評価時にはやや縮小幅が狭まった。 ・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）については、中間評価時にやや縮小したものの、最終評価時には拡大した。 (参考) ■ 都道府県地域格差指標（値が大きいほど格差が大きいことを意味する）の推計値とトレンド検定 ・男性 平成22年：0.57、平成25年：0.47、平成28年：0.37、令和元年：0.47（片側トレンドp値=0.027で格差が縮小したといえる）。 ・女性 平成22年：0.64、平成25年：0.60、平成28年：0.53、令和元年：0.62（片側トレンドp値=0.258で格差が縮小したとはいえない）。 ※平成22年、平成25年、令和元年は熊本県を含み、平成28年は震災の影響から熊本県を含んでいない。						
調査・データ分析上の課題	・最終評価時における女性の健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の最も長い県と短い県の差が3.90年と大きい、これは最も長い県及び最も短い県の値が他都道府県と比べてそれぞれ著しく長い／短いためである。なお、2番目に長い県と2番目に短い県の差は、ベースラインと比較して0.48年（2.78年→2.30年）縮小している。						

分析に基づく評価	■各指標の評価 ・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）については、目標に達していることからAと判定。 ・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）については、ベースラインからの相対変化率が5%を超えて悪化傾向にあることからDと判定。 ■目標項目の評価 ・A= 5 点、B及びB*= 4 点、C= 3 点、D= 2 点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が3点であることから、Cと判定。
----------	---

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							
領域	(1) がん						
目標項目	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）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
75歳未満のがんの年齢調整死亡率	84.3	76.1	70.0 参考：69.6	73.9	減少傾向へ	A 目標値に達した	
	平成22年	平成28年	令和元年 参考：令和2年	平成27年	令和4年		
調査名	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」 ※厚生労働省「人口動態調査」をもとに算定している。					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a* 改善している(最終評価 までに目標達成が危ぶ まれる)	A 目標値に達した
表番号	部位別75歳未満年齢調整死亡率（1995年～2020年）						
算出方法	（上記集計結果における、部位：全部位、都道府県：全国、性別：男女計 の値を参照）						
算出方法（計算式）	—						
備考	・ 中間評価は変更前の目標値で行ったが、中間評価時に第3期がん対策推進基本計画に準拠して目標変更を行った。 ・ 死亡数を人口動態統計保管統計表（性・年齢5歳階級・死因簡単分類・都道府県別死亡数）、人口を国勢調査人口（国勢調査年）及び総務省人口推計（国勢調査年以外、10月1日時点）をもとに使用し、1985年日本人モデル人口を基準人口として国立がん研究センターにて算出された数値を引用している。						
分析	■直近値vs目標値 ・ 目標値に達している。 ■直近値vsベースライン ・ ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－17.0%）。 ・ 全数調査のため、検定不要と判断。						
調査・データ分析上の課題	・ 特記事項なし。						
分析に基づく評価	・ 目標に達していることからAと判定。						

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						
領域	(1) がん					
目標項目	② がん検診の受診率の向上					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)
胃がん検診受診率 男性	36.6%	46.4%	48.0%	40%	50%	B 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
	平成22年	平成28年	令和元年	平成28年度	令和4年度	
胃がん検診受診率 女性	28.3%	35.6%	37.1%	40%	50%	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）
	平成22年	平成28年	令和元年	平成28年度	令和4年度	
肺がん検診受診率 男性	26.4%	51.0%	53.4%	40%	50%	A 目標値に達した
	平成22年	平成28年	令和元年	平成28年度	令和4年度	
肺がん検診受診率 女性	23.0%	41.7%	45.6%	40%	50%	B 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
	平成22年	平成28年	令和元年	平成28年度	令和4年度	
大腸がん検診受診率 男性	28.1%	44.5%	47.8%	40%	50%	B 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
	平成22年	平成28年	令和元年	平成28年度	令和4年度	
大腸がん検診受診率 女性	23.9%	38.5%	40.9%	40%	50%	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）
	平成22年	平成28年	令和元年	平成28年度	令和4年度	
子宮頸がん検診受診率 女性	37.7%	42.4%	43.7%	50%	50%	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）
	平成22年	平成28年	令和元年	平成28年度	令和4年度	
乳がん検診受診率 女性	39.1%	44.9%	47.4%	50%	50%	B 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
	平成22年	平成28年	令和元年	平成28年度	令和4年度	

調査名	厚生労働省「国民生活基礎調査」			総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	(平成22年) あなたは過去1年間に、下記のがん検診を受けましたか。あてはまるすべての番号に○をつけてください。 1 胃がん検診（バリウムによるレントゲン撮影や内視鏡(胃カメラ、ﾌｧｲﾊﾞｰｽｺｰﾌﾟ)による撮影など） 2 肺がん検診（胸のレントゲン撮影や喀痰（かくたん）検査など） 3 子宮がん検診（子宮の細胞診検査など） 4 乳がん検診（マンモグラフィ撮影や乳房超音波エコー検査など） 5 大腸がん検診（便潜血反応検査（検便）など） 6 その他 7 受けていない あなたは過去2年間に、下記のがん検診を受けましたか。あてはまるすべての番号に○をつけてください。 1 子宮がん検診（子宮の細胞診検査など） 2 乳がん検診（マンモグラフィ撮影や乳房超音波エコー検査など） 3 1～2は受けていない (平成28年) あなたは過去1年間に、下記の5つのがん検診を受けましたか。それぞれの検診についてお答えください。また、受診した検診ごとに、どのような機会に受診したのかお答えください。 ・胃がん検診（バリウムによるレントゲン撮影や内視鏡(胃カメラ、ﾌｧｲﾊﾞｰｽｺｰﾌﾟ)による撮影など） ・肺がん検診（胸のレントゲン撮影や喀痰（かくたん）検査など） ・子宮がん（子宮頸がん）検診（子宮の細胞診検査など） ・乳がん検診（マンモグラフィ撮影や乳房超音波（エコー）検査など） ・大腸がん検診（便潜血反応検査（検便）など） 1 受けなかった 2 受けた あなたは過去2年間に、下記のがん検診を受けましたか。あてはまるすべての番号に○をつけてください。 ・子宮がん（子宮頸がん）検診（子宮の細胞診検査など） ・乳がん検診（マンモグラフィ撮影や乳房超音波（エコー）検査など） 1 受けなかった 2 受けた (令和元年) あなたは過去1年間に、下記の3つのがん検診を受けましたか。それぞれの検診についてお答えください。また、受診した検診ごとに、どのような機会に受診したのかお答えください。 ・胃がん検診（バリウムによるレントゲン撮影や内視鏡(胃カメラ、ﾌｧｲﾊﾞｰｽｺｰﾌﾟ)による撮影など） ・肺がん検診（胸のレントゲン撮影や喀痰（かくたん）検査など） ・大腸がん検診（便潜血反応検査（検便）など） 1 受けなかった 2 受けた あなたは過去2年間に、胃がん検診を受けましたか。また、どのような機会に受診したのかお答えください。 1 受けなかった 2 受けた あなたは過去2年間に、下記の2つのがん検診を受けましたか。それぞれの検診についてお答えください。また、受診した検診ごとに、どのような機会に受診したのかお答えください。 ・子宮がん（子宮頸がん）検診（子宮の細胞診検査など） ・乳がん検診（マンモグラフィ撮影や乳房超音波（エコー）検査など） 1 受けなかった 2 受けた			a* 改善している(最終評価までに目標到達が危ぶまれる)	B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある
	表番号	3健康票 第2巻 第52表	2健康票 第79表		
	算出方法	各年齢階層のがん検診受診者の合計／各年齢階層の調査対象者の合計×100 ※各年齢層：（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん）40～44、45～49、50～54、55～59、60～64、65～69 （子宮頸がん）20～24、25～29、30～34、35～39、40～44、45～49、50～54、55～59、60～64、65～69			
	算出方法（計算式） 胃がん 男性	ベースライン：(1,330+1,508+1,498+1,678+1,736+1,294)/(4,031+3,812+3,732+4,340+4,850+3,971)×100 中間評価：(1,951+1,977+1,956+1,849+1,925+2,098)/(4,437+4,215+3,812+3,689+4,055+5,114)×100 最終評価：(1,904+2,158+2,007+2,022+1,934+2,017)/(4,122+4,491+4,037+3,784+3,895+4,767)×100			
	算出方法（計算式） 胃がん 女性	ベースライン：(986+1,112+1,184+1,351+1,444+1,298)/(4,212+3,954+3,928+4,528+5,036+4,428)×100 中間評価：(1,484+1,515+1,516+1,507+1,550+1,926)/(4,579+4,413+3,967+3,870+4,361+5,479)×100 最終評価：(1,461+1,707+1,671+1,607+1,532+1,774)/(4,196+4,634+4,232+4,024+4,171+5,031)×100			
	算出方法（計算式） 肺がん 男性	ベースライン：(932+1,090+1,098+1,201+1,217+989)/(4,031+3,812+3,732+4,340+4,850+3,971)×100 中間評価：(2,102+2,136+2,099+2,050+2,125+2,398)/(4,437+4,215+3,812+3,689+4,055+5,114)×100 最終評価：(2,072+2,373+2,210+2,232+2,173+2,335)/(4,122+4,491+4,037+3,784+3,895+4,767)×100			
	算出方法（計算式） 肺がん 女性	ベースライン：(802+945+977+1,098+1,187+1000)/(4,212+3,954+3,928+4,528+5,036+4,428)×100 中間評価：(1,721+1,765+1,778+1,803+1,827+2,228)/(4,579+4,413+3,967+3,870+4,361+5,479)×100 最終評価：(1,767+2,108+2,054+1,994+1,886+2,186)/(4,196+4,634+4,232+4,024+4,171+5,031)×100			
	算出方法（計算式） 大腸がん 男性	ベースライン：(902+1072+1,100+1,273+1,416+1,195)/(4,031+3,812+3,732+4,340+4,850+3,971)×100 中間評価：(1,799+1,863+1,819+1,775+1,890+2,126)/(4,437+4,215+3,812+3,689+4,055+5,114)×100 最終評価：(1,832+2,112+1,977+2,003+1,940+2,120)/(4,122+4,491+4,037+3,784+3,895+4,767)×100			
	算出方法（計算式） 大腸がん 女性	ベースライン：(766+886+949+1,126+1,296+1,217)/(4,212+3,954+3,928+4,528+5,036+4,428)×100 中間評価：(1,605+1,609+1,622+1,628+1,725+2,082)/(4,579+4,413+3,967+3,870+4,361+5,479)×100 最終評価：(1,569+1,884+1,822+1,759+1,708+1,997)/(4,196+4,634+4,232+4,024+4,171+5,031)×100			

算出方法（計算式） 子宮頸がん 女性	ベースライン： $(357+969+1,628+2,164+2,038+1,880+1,722+1,660+1,571+1,101)/(2,734+3,018+3,660+4,566+4,212+3,954+3,928+4,528+5,036+4,428)\times 100$ 中間評価： $(355+918+1,485+1,931+2,472+2,236+1,916+1,663+1,554+1,604)/(2,351+2,445+3,006+3,628+4,579+4,413+3,967+3,870+4,361+5,479)\times 100$ 最終評価： $(344+815+1,395+1,831+2,356+2,452+2,155+1,795+1,530+1,516)/(2,274+2,229+2,824+3,457+4,196+4,634+4,232+4,024+4,171+5,031)\times 100$		
算出方法（計算式） 乳がん 女性	ベースライン：$(1,860+1,821+1,720+1,820+1,778+1,209)/(4,212+3,954+3,928+4,528+5,036+4,428)\times 100$ 中間評価：$(2,285+2,198+1,994+1,862+1,788+1,835)/(4,579+4,413+3,967+3,870+4,361+5,479)\times 100$ 最終評価：$(2,238+2,436+2,215+1,998+1,769+1,797)/(4,196+4,634+4,232+4,024+4,171+5,031)\times 100$		
備考	・中間評価は変更前の目標値で行ったが、中間評価時に第3期がん対策推進基本計画に準拠して目標変更を行った。 ・40歳から69歳まで（子宮頸がんは20歳から69歳まで）を対象としている。 ・胃がん、肺がん、大腸がんについては過去1年間、子宮頸がん、乳がんについては過去2年間を対象としている。 ・公表値での人数を千人単位でまとめていることによる影響で、平成28年の子宮頸がん検診受診率について上記の算出方法（計算式）での計算結果は42.3%となる。		
分析	■直近値vs目標値 ・胃がん検診受診率（男性）は、目標値に達していない。 ・胃がん検診受診率（女性）は、目標値に達していない。 ・肺がん検診受診率（男性）は、目標値に達している（片側P値<0.001）。 ・肺がん検診受診率（女性）は、目標値に達していない。 ・大腸がん検診受診率（男性）は、目標値に達していない。 ・大腸がん検診受診率（女性）は、目標値に達していない。 ・子宮頸がん検診受診率（女性）は、目標値に達していない。 ・乳がん検診受診率（女性）は、目標値に達していない。 【注】国立保健医療科学院公開ツール（https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/）を用い、Z検定を行った。 ■直近値vsベースライン ・胃がん検診受診率（男性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値<0.001）。 ・胃がん検診受診率（女性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値<0.001）。 ・肺がん検診受診率（男性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値<0.001）。 ・肺がん検診受診率（女性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値<0.001）。 ・大腸がん検診受診率（男性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値<0.001）。 ・大腸がん検診受診率（女性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値<0.001）。 ・子宮頸がん検診受診率（女性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値<0.001）。 ・乳がん検診受診率（女性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側P値<0.001）。 【注】国立保健医療科学院公開ツール（https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/）を用い、Z検定を行った。		
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。		
分析に基づく評価	■各指標の評価 ・胃がん検診受診率（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。 ・胃がん検診受診率（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることからB*と判定。 ・肺がん検診受診率（男性）は、目標値に達していることからAと判定。 ・肺がん検診受診率（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。 ・大腸がん検診受診率（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。 ・大腸がん検診受診率（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることからB*と判定。 ・子宮頸がん検診受診率（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることからB*と判定。 ・乳がん検診受診率（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。 ■目標項目の評価 ・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が4点であり、かつ目標年度までに目標達成見込みであることから、Bと判定。		

(様式 1)

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							
領域	(2) 循環器疾患						
目標項目	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）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
脳血管疾患の 年齢調整死亡率 男性	49.5	36.2	33.2		41.6	A 目標値に達した	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
脳血管疾患の 年齢調整死亡率 女性	26.9	20.0	18.0		24.7	A 目標値に達した	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
虚血性心疾患の 年齢調整死亡率 男性	37.0 ※	30.2	27.8		31.8	A 目標値に達した	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
虚血性心疾患の 年齢調整死亡率 女性	15.3	11.3	9.8		13.7	A 目標値に達した	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
調査名	厚生労働省「人口動態統計」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a 改善している	A 目標値に達した
表番号	・2019年 上巻 死亡 第5-27表 ・2019年 上巻 死亡 第5-28表						
算出方法 脳血管疾患	(上記表中の年齢調整死亡率（人口10万対）の値を参照)						
算出方法（計算式） 脳血管疾患	—						
算出方法 虚血性心疾患	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）＋その他の虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）						
算出方法（計算式） 虚血性心疾患 男性	ベースライン：20.4＋16.6 中間評価：15.5＋14.7 最終評価：12.9＋14.9						
算出方法（計算式） 虚血性心疾患 女性	ベースライン：8.4＋6.9 中間評価：5.7＋5.6 最終評価：4.6＋5.2						
備考	※虚血性心疾患の年齢調整死亡率 男性のベースラインの値に関して、基本方針（告示）においては36.9であるが、人口動態統計における都道府県からの報告漏れがあったことによる再集計の結果、37.0に修正となっている。 注：年齢調整死亡率の基準人口は、昭和60年モデル人口である。						
分析	■直近値vs目標値 ・脳血管疾患の年齢調整死亡率（男性）は、目標値に達した。 ・脳血管疾患の年齢調整死亡率（女性）は、目標値に達した。 ・虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男性）は、目標値に達した。 ・虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女性）は、目標値に達した。 ■直近値vsベースライン ・脳血管疾患の年齢調整死亡率（男性）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－32.9％）。 ・脳血管疾患の年齢調整死亡率（女性）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－33.1％）。 ・虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男性）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－24.9％）。 ・虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女性）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－35.9％）。 ・全数調査のため、検定不要と判断。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						

分析に基づく評価	■各指標の評価 ・脳血管疾患の年齢調整死亡率（男性）は、目標値に達していることからAと判定。 ・脳血管疾患の年齢調整死亡率（女性）は、目標値に達していることからAと判定。 ・虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男性）は、目標値に達していることからAと判定。 ・虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女性）は、目標値に達していることからAと判定。 ■目標項目の評価 ・全ての指標がAであることから、Aと判定。
----------	---

【参考】年齢調整死亡率の基準人口を平成27年モデル人口にして選及した場合のデータ

指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(参考値)
脳血管疾患の 年齢調整死亡率 男性	153.7	110	98.2	93.8
	平成22年	平成28年	令和元年	令和2年
脳血管疾患の 年齢調整死亡率 女性	93.3	68.0	59.9	56.4
	平成22年	平成28年	令和元年	令和2年
虚血性心疾患の 年齢調整死亡率 男性	101.5	80.8	72.9	73
	平成22年	平成28年	令和元年	令和2年
虚血性心疾患の 年齢調整死亡率 女性	51.1	37	31.5	30.2
	平成22年	平成28年	令和元年	令和2年

出典：令和2（2020）年 人口動態統計 上巻 死亡 表5－27、表5－28

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							
領域	(2) 循環器疾患						
目標項目	② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
収縮期血圧の平均値 男性	138mmHg	136mmHg 136mmHg(年齢調整値)	137mmHg 137mmHg(年齢調整値) 参考：134mmHg 134mmHg(年齢調整値)		134mmHg	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）	
	平成22年	平成28年	平成30年 参考：令和元年		令和4年度		
収縮期血圧の平均値 女性	133mmHg	130mmHg 130mmHg(年齢調整値)	131mmHg 130mmHg(年齢調整値) 参考：129mmHg 128mmHg(年齢調整値)		129mmHg	B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	
	平成22年	平成28年	平成30年 参考：令和元年		令和4年度		
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a 改善している	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）。 ※経年推移を見ると女性は減少、男性は平成27年までは減少していたが、それ以降はやや上昇。
表番号	第21表の1	第21表の2	第23表の2 参考：第23表の2				
算出方法	(上記表中の40歳～89歳の平均値を参照)						
算出方法（計算式）	—						
備考	・40歳～89歳、服薬者を含む。 ・平成28年（大規模年）の値は、通常年の実施世帯数を勘案した全国補正值である。						
分析	■ 直近値vs目標値 ・ 収縮期血圧の平均値（男性）は、目標値に達していない。 ・ 収縮期血圧の平均値（女性）は、目標値に達していない。 ■ 直近値vsベースライン ・ 収縮期血圧の平均値（男性）は、ベースラインと比較して有意に減少している（p=0.04）。 ・ 収縮期血圧の平均値（女性）は、ベースラインと比較して有意に減少している（p<0.001）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（40歳～49歳、50歳～59歳、60歳～69歳、70歳～89歳の4区分）を行い、平成22年を基準とした平成30年との比較を行った。 ■ 年齢別の分析 ・ 収縮期血圧の平均値（男性）の年齢階級別の推移は、平成22年からは減少基調であるが、平成29年と平成30年において、60歳～69歳と70歳以上で平成28年と比較してやや増加する傾向を示した。 ・ 収縮期血圧の平均値（女性）の年齢階級別の推移は、平成22年からは減少基調であるが、平成29年と平成30年において、70歳以上で平成28年と比較してやや増加する傾向を示した。 ■ 経年的な推移の分析 ・ 収縮期血圧の平均値（男性）は、平成22年～平成27年は有意に減少している（p=0.002）、平成27年～平成30年は有意に増加している（p=0.049）。 ・ 収縮期血圧の平均値（女性）は、平成22年～平成30年で有意に減少している（p=0.006）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。						
調査・データ分析上の課題	・ 特記事項なし。						
分析に基づく評価	■ 各指標の評価 ・ 収縮期血圧の平均値（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあるが、目標年度までに目標達成が危ぶまれることからB*と判定。 ・ 収縮期血圧の平均値（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。 ■ 目標項目の評価 ・ A＝5点、B及びB*＝4点、C＝3点、D＝2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、4点であり、かつ目標年度までに目標達成が危ぶまれることから、B*と判定。						

(様式 1)

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							
領域	(2) 循環器疾患						
目標項目	③ 脂質異常症の減少						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更後) 目標値	目標値	評価 (最終)	
総コレステロール 240mg/dl以上の者の割合 男性	13.8%	10.8% 11.2%(年齢調整値)	14.2% 14.8%(年齢調整値)		10%	C 変わらない	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
総コレステロール 240mg/dl以上の者の割合 女性	22.0%	20.1% 20.7%(年齢調整値)	25.0% 26.0%(年齢調整値)		17%	D 悪化している	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
ＬＤＬコレステロール 160mg/dl以上の者の割合 男性	8.3%	7.5% 7.8%(年齢調整値)	9.8% 10.0%(年齢調整値)		6.2%	C 変わらない	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
ＬＤＬコレステロール 160mg/dl以上の者の割合 女性	11.7%	11.3% 11.6%(年齢調整値)	13.1% 13.7%(年齢調整値)		8.8%	C 変わらない	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					b 変わらない	C 変わらない
表番号	・第32表の1 ・第35表の2	・第23表の1 ・第25表の1	・第34表の1 ・第36表の1				
算出方法	ベースライン：— 総コレステロール 240mg/dl以上の者の割合 中間評価：— 最終評価：血清総コレステロール240mg/dl以上の者の人数／総数（40歳～79歳）×100						
算出方法（計算式） 男性	ベースライン：— 中間評価：— 最終評価：113/793×100						
算出方法（計算式） 女性	ベースライン：— 中間評価：— 最終評価：276/1,106×100						
算出方法	ベースライン：— ＬＤＬコレステロール 160mg/dl以上の者の割合 中間評価：— 最終評価：ＬＤＬコレステロール160mg/dl以上の者の人数／総数（40歳～79歳）×100						
算出方法（計算式） 男性	ベースライン：— 特別集計※ 中間評価：— 最終評価：78/793×100						
算出方法（計算式） 女性	ベースライン：— 特別集計※ 中間評価：— 最終評価：145/1,106×100						
備考	・40歳～79歳、服薬者を含む。 ・平成28年（大規模年）の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なるため、表中の数値から算出できない。 ※平成22年のＬＤＬコレステロール160mg/dl以上の者の割合は特別集計で算出しているため、表中の数値（服薬者除外の数値）からは算出できない。						

分析	■直近値vs目標値 ・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（男性）は、目標に達していない。 ・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（女性）は、目標に達していない。 ・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（男性）は、目標に達していない。 ・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（女性）は、目標に達していない。 ■直近値vsベースライン ・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（男性）は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（$p=0.47$）。 ・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（女性）は、ベースラインと比較して有意に増加している（$p=0.02$）。 ・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（男性）は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（$p=0.15$）。 ・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（女性）は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（$p=0.12$）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（40歳～49歳、50歳～59歳、60歳～69歳、70歳～79歳の4区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ■年齢別の分析 ・男性はもともと40歳代、50歳代の高コレステロール血症者の割合が60歳代、70歳代以上より高いが、全ての年齢階級において特徴的な推移は認められない。 ・女性ももともと50歳代、60歳代の高コレステロール血症者の割合が40歳代、70歳代以上より高いが、全ての年齢階級において特徴的な推移は認められない。 ■経年的な推移の分析 ・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（男性）は、有意な変化は認められない（$p=0.06$）。 ・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（女性）は、平成22年～平成24年に有意差はなかったが（$p=0.26$）、平成24年～令和元年は有意に増加している（$p=0.005$）。 ・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（男性）は、有意な変化は認められない（$p=0.06$）。 ・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（女性）は、有意な変化は認められない（$p=0.43$）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。
分析に基づく評価	■各指標の評価 ・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。 ・総コレステロール240mg/dl以上の者の割合（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に悪化傾向にあることからDと判定。 ・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。 ・LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。 ■目標項目の評価 ・A= 5 点、B及びB*= 4 点、C= 3 点、D= 2 点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が3点であることから、Cと判定。

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							
領域	(2) 循環器疾患						
目標項目	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						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
メタボリック シンドロームの該当者及び 予備群の人数	約1,400万人 ※	約1,412万人	約1,516万人	平成20年度と比べて 25%減少	平成20年度と比べて 25%減少	D 悪化している	
	平成20年度	平成27年度	令和元年度	平成27年度	令和4年度		
調査名	特定健康診査・特定保健指導の実施状況					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					b 変わらない	D 悪化している
表番号	—						
算出方法	特定健康診査対象者数×(メタボリックシンドローム該当者数／特定健康診査受診者数＋ メタボリックシンドローム予備群者数／特定健康診査受診者数)						
算出方法(計算式)	ベースライン：51,919,920×(2,881,808/19,870,439+2,474,560/19,870,439) ※ 中間評価：53,960,721×(3,905,977/27,058,105+3,172,653/27,058,105) 最終評価：53,798,756×(4,743,616/29,935,810+3,689,815/29,935,810)						
備考	・健康日本21や「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（平成20年厚生労働大臣告示）」において同様の目標を設定していたが、健康日本21の最終評価時点で改善が認められなかったことから、目標の設定年度の平成27年度までは継続としていた。中間評価時点で既に設定年度（平成27年度）を過ぎており、目標値に達しておらず引き続き取り組む必要があることから、目標設定年を変更したものである。 ・平成27年度以降は医療費適正化計画の算出方法とは異なる。 ※平成20年度の算出に用いている各数値について、公開後に修正が入っており、修正後の数値を用いて計算すると約1,393万人となる。51,919,920×(2,907,018/20,192,502+2,511,254/20,192,502)						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋8.3%）。 ・ランダムサンプリングでないため、検定不要と判断。 ■性・年齢区分別の分析 ・ベースラインから最終評価の推移を見ると、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評価では一度減少・変化なしの傾向を見せたものの、中間評価以降増加、最終評価ではどの年齢区分でも増加した。 ■保険者別の分析 ・中間評価から最終評価の変化について保険者別にみても、全ての保険者で増加傾向（悪化）が見られた。						
調査・データ分析上の課題	・健診受診率増加に伴う掘り起こし効果の可能性あり。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5％を超えて悪化傾向にあることからDと判定。 ・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合で見ても、悪化傾向がみられる。特に中間評価以降に悪化している。						

2. 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標							
領域	(2) 循環器疾患						
目標項目	⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
特定健康診査の実施率	41.3%	50.1%	55.6%	70%以上 ※	70%以上	B*	
	平成21年度	平成27年度	令和元年度	平成29年度	令和5年度	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）	
特定保健指導の実施率	12.3%	17.5%	23.2%	45%以上 ※	45%以上	B*	
	平成21年度	平成27年度	令和元年度	平成29年度	令和5年度	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）	
調査名	特定健康診査・特定保健指導の実施状況					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a* 改善している(最終評価 までに目標到達が危ぶ まれる)	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)
表番号	—						
算出方法 特定健康診査実施率	特定健康診査受診者数／特定健康診査対象者数×100						
算出方法（計算式） 特定健康診査実施率	ベースライン：21,588,883/52,211,735×100 中間評価：27,058,105/53,960,721×100 最終評価：29,935,810/53,798,756×100						
算出方法 特定保健指導実施率	特定保健指導の終了者数／特定保健指導の対象者数×100						
算出方法（計算式） 特定保健指導実施率	ベースライン：503,712/4,086,952×100 中間評価：792,655/4,530,158×100 最終評価：1,205,961/5,200,519×100						
備考	※計画策定時に目標値を「平成25年度から開始する第2期医療費適正化計画に合わせて設定（平成29年度）」としていた。 ・中間評価時点で、第3期医療費適正化計画に合わせて目標設定年度を平成35（令和5）年度に変更した。						
分析	■直近値vs目標値 ・特定健康診査の実施率は、目標値に達していない。 ・特定保健指導の実施率は、目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・特定健康診査の実施率は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋34.6％）。 ・特定保健指導の実施率は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋88.6％）。 ・全数調査のため、検定不要と判断。 ■性・年齢別の分析 ・特定健康診査、特定保健指導の実施率は、どのセグメントにおいても高くなっている。 ・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、他のセグメントでは5割程度である。 ・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。 ■都道府県別の分析 ・特定健康診査、特定保健指導の実施率は、全ての都道府県で増加している。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	■各指標の評価 ・特定健康診査の実施率は、ベースラインからの相対的変化率が5％を超えて改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。 ・特定保健指導の実施率は、ベースラインからの相対的変化率が5％を超えて改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。 ■目標項目の評価 ・全ての指標がB*であることから、B*と判定。						

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							
領域	(3) 糖尿病						
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						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
糖尿病腎症による年間新規 透析導入患者数	16,247人	16,103人	16,019人 参考：15,690人		15,000人	C 変わらない	
	平成22年	平成28年	令和元年 参考：令和2年		令和4年度		
調査名	日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					b 変わらない	C 変わらない
表番号	表7 ※	導入患者の原疾患と性別 (図表15)	第3章 補足表16 参考：第3章 補足表16				
算出方法	(上記表中の原疾患が糖尿病性腎症である患者数の総計を参照)						
算出方法（計算式）	—						
備考	※「中井滋ほか.わが国の慢性透析療法の現況（2010年12月31日現在）.日本透析医学会雑誌.2011年45巻1号.1-47.DOI:10.4009/jstd.45.1」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。						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して有意な変化は認められない（ベースラインからの相対的变化：－1.4％）。 ・全数調査のため、検定不要と判断。 ■経時的な推移の分析 ・糖尿病性腎症による透析導入の平均年齢については、平成22年66.09歳、平成28年67.30歳、令和元年68.16歳と、年々高齢化している（日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」調べ）。 ・75歳未満の新規透析導入患者数は、平成23年12,283人から令和元年10,506人へと1,777人減少している。 ・後期高齢者の透析導入は、平成23年4,518人から令和元年5,513人へと約1,000人増加。高齢化シフトがみられる。 ■性別の分析 ・糖尿病性腎症による透析導入患者のうち、73％は男性（平成28年公表値 男性11,792人、女性4,311人、令和元年公表値 男性11,824人、女性4,195人）。 ・透析全体においても男性が平成28年68％、令和元年69％であった。 ■関連する項目の分析 ・都道府県別の糖尿病性腎症による透析導入患者数が公表されている（同調査）。 ・令和元年の都道府県別透析導入患者数（人口100万人対）、及び高齢化率との関連を示したが、同程度の高齢化率でも導入数の格差は大きい。 ・平成26年と令和元年の都道府県別の増減を示した（施設数や高齢化率等背景因子を考慮していないのであくまでも参考値である）。						
調査・データ分析上の課題	本指標は年齢を考慮していないが、今後は検討が必要である。 ・75歳未満の透析導入者数については減少している。 ・透析導入年齢のピークは平成23年の60歳～64歳から、令和元年の70歳～74歳に高齢化シフトしている。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的变化率が5％未満であることからCと判定。 ・ただし、透析導入年齢の高齢化がみられており、65歳未満の透析患者は減少、65歳～74歳は横ばいに転じ、75歳以上で増加していることから透析時期を遅らせることに成功している可能性が示唆される（今後学会の協力が得られれば、糖尿病性腎症に限った分析を行っていく）。 ・透析施設の状況等、背景要因を考慮しなければいけないが、都道府県別の糖尿病性腎症新規透析導入数及びその増減には都道府県の差がみられる。						

2. 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標							
領域	(3) 糖尿病						
目標項目	② 治療継続者の割合の増加						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
治療継続者の割合	63.7%	66.7% ※ 1 ※ 2 63.8%(年齢調整値)	67.6% ※ 1 64.9%(年齢調整値)		75%	C 変わらない	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	(平成22年) 問20：あなたは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りますか。どちらかの番号を選んで○印をつけて下さい。（「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」などのようにいわれた方を含みます。） 1 あり 2 なし 問20-2：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）を受けたことがありますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。 1 過去から現在にかけて継続的に受けている 2 過去に中断したことがあるが、現在は受けている 3 過去に受けたことがあるが、現在は受けていない 4 これまでに治療を受けたことがない (平成28年、令和元年) (7)：これまでに医療機関や健診で糖尿病といわれたことの有無（「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」などのようにいわれたことも含む） 1 有 2 無 (7-1)：現在、糖尿病治療の有無（通院による定期的な検査や生活習慣の改善指導を含む） 1 有 2 無					b 変わらない	C 変わらない
表番号	第88表	—	—				
算出方法	「過去から現在にかけて継続的に受けている」の人数＋「過去に中断したことがあるが、現在は受けている」の人数/総数×100						
算出方法（計算式）	ベースライン：527＋31/876×100 中間評価：－ 特別集計 ※ 1 最終評価：－ 特別集計 ※ 1						
備考	・20歳以上を対象としている。 ※ 1 データソースは同じ（国民健康・栄養調査）であるが、調査票等に変更があり単純比較することが出来ないことから、最終評価にあたり、平成22年と同様の方法で再解析を行った。平成28年、令和元年については、平成22年と同様の方法により特別集計で算出している。 ※ 2 再解析の結果、中間評価値については、中間評価報告書と値が異なる。 ・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」の者の割合を算出。 ・平成25年は、糖尿病の診断歴に関する問がないため算出できない。 (参考) ・平成22年～平成24年は生活習慣調査票（自記式調査）で調査。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年以降は身体状況調査票（問診）で調査。治療中断については質問せず、現在の糖尿病治療の有無のみ把握。「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。						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して有意な変化は認められない（p=0.57）。 【注】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年を基準とした令和元年との比較を行った。 ■性、年齢別の分析 ・性・年齢区分別にベースラインと直近値を比較した。本調査における10歳刻みでの糖尿病有病者の母数が小さいために参考値ではあるが、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、女性ではむしろ減る傾向が見られた。 ■経年的な推移の分析 ・有意な変化は認められない（p=0.29）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5%未満であることからCと判定。						

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							
領域	(3) 糖尿病						
目標項目	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)						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
HbA1cがJDS値8.0% (NGSP値8.4%)以上の者の 割合	1.2%	0.96%	0.94%		1.0%	A 目標値に達した	
	平成21年度	平成26年度	令和元年度		令和4年度		
調査名	平成21年度：特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームの状況 平成26年度、令和元年度：NDBオープンデータ					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a 改善している	A 目標値に達した
表番号	平成21年度：特定健康診査・特定保健指導の実施結果に関するデータ（平成20年度から平成22年度）NO. 4 平成26年度、平成30年度：HbA1C 都道府県別性年齢階級別分布						
算出方法	NGSP値8.4%以上（JDS値8.0%以上）の対象者数の全国合計値／全対象者数の全国合計値×100						
算出方法（計算式）	ベースライン：190,319/15,937,300×100 中間評価：195,415/20,444,676×100 最終評価：216,466/22,907,270×100（都道府県不明の者を含まない※）						
備考	※第6回NDBオープンデータ（平成30年度）から「都道府県判別不可」の者も集計対象となったが、本指標の算出では除いて計算。なお、令和元年のデータを「都道府県判別不可」の者を含めて計算しても0.94%である（220,545/23,385,925×100）。						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達している。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－21.7%）。 ・ランダムサンプリングでないため、検定不要と判断。 ■性・年齢別の分析 ・平成29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＞女性であり、男性全体では1.33%、女性全体では0.51%がコントロール不良者であった。 ・男性ではコントロール不良者の割合が特に50歳～64歳で高く、1.5%を超えていた。 ・NDBオープンデータベースにて、平成25年度と平成29年度を比較すると、60歳未満ではコントロール不良者が減少する傾向がみられた。 ■都道府県別 ・分析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年度）。 ・平成25年度と平成29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。						
調査・データ分析上の課題	・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、受診率の影響を受けることに留意する。 特に、受診率向上策により掘り起こしが行われた場合に、一時的にコントロール不良者が増加する可能性がある。						
分析に基づく評価	・目標値に達していることからAと判定。 ・ただし、男性の50歳～64歳ではいまだ1.5%を超えていること、都道府県格差が大きいこと、増加している都道府県が存在する。						

2. 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標							
領域	(3) 糖尿病						
目標項目	④ 糖尿病有病者の増加の抑制						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
糖尿病有病者数	890万人	1,000万人	(参考値) (1,150万人)		1,000万人	E 評価困難 (参考指標：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))	
	平成19年	平成28年	(令和元年)		令和4年度		
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」 最終評価(参考値)は、厚生労働科学研究費補助金「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					総合評価 (中間) b 変わらない	総合評価 (最終) E 評価困難 (参考指標：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))
設問	—						
表番号	結果の概要 表3	結果の概要 図2	—				
算出方法	—						
算出方法(計算式)	—						
備考	・性・年齢階級別の「糖尿病が強く疑われる者(HbA1c(NGSP)値が6.5%以上(平成19年まではHbA1c(JDS)値が6.1%以上)、又は「糖尿病治療の有無」に「有」と回答した者)」の割合に、性・年齢階級別の全国人口を乗じて全国推計値を算出している。						
分析	■本指標の設定背景 ・本指標は、平成9年、平成14年、平成19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して仮定した上で、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。 ・しかし、生活習慣の改善を含めた糖尿病に対する総合的な取組の結果、平成19年時点の性・年齢階級別糖尿病有病率を維持できれば、糖尿病有病者数は約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。 ■直近値vs目標値 ・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。 ・平成22年、平成28年の有病率を掛け合わせ、日本全国での患者数を推計すると、現在の糖尿病の増加抑制に関しては、平成28年まではももとの推計ペースよりも抑制されている。 ・年齢調整有病率は有意な増減はないが、人口構造の変化にともない、糖尿病患者数の増加が観察された。男女とも70歳以上区分での増加がみられた。 ・平成28年以降は国民健康・栄養調査の大規模調査が行われておらず、判定困難。 ■代替の推計(参考値) 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、令和元年の糖尿病有病者数の推計を行った。 平成24年～令和元年の各年の「糖尿病が強く疑われる者」の性・年齢別割合についてロジスティック回帰を行い、得られた回帰曲線から令和元年の性・年齢別割合を推定し、性・年齢別人口を乗じて令和元年の「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)であった。 ・目標値との比較では、目標値の1,000万人に達していない。 ・策定時に予測された令和元年の1,270万人と比較すると有意に少なかった。 ■関連指標の分析 ・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)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年を基準とした比較を行った結果、平成22年と平成28年の比較では有意な増減があるとは認められず(p=0.74)、平成22年と令和元年の比較においても有意な増減は認められなかった(p=0.24)。 ・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。年々、患者数の増加が観察されている。 ・国民生活基礎調査において年齢階級別に通院者率を見ると、60歳以上において糖尿病通院率の上昇を認めている。						
調査・データ分析上の課題	平成28年以降は国民健康・栄養調査の大規模調査が行われておらず、従来の方法での糖尿病有病者数の推計が困難なため、厚生労働科学研究班にて代替の推計案を検討した。						
分析に基づく評価	・評価困難であるためEと判定。 ・代替の推計においては、現時点で目標値に達していないが、改善傾向にあり、かつ目標年度までに目標到達が危ぶまれるため参考指標B*と判定。						

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							
領域	(3) 糖尿病						
目標項目	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)						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
メタボリック シンドロームの該当者及び 予備群の人数	約1,400万人 ※	約1,412万人	約1,516万人	平成20年度と比べて 25%減少	平成20年度と比べて 25%減少	D 悪化している	
	平成20年度	平成27年度	令和元年度	平成27年度	令和4年度		
調査名	特定健康診査・特定保健指導の実施状況					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					b 変わらない	D 悪化している
表番号	—						
算出方法	特定健康診査対象者数×(メタボリックシンドローム該当者数／特定健康診査受診者数＋ メタボリックシンドローム予備群者数／特定健康診査受診者数)						
算出方法(計算式)	ベースライン：51,919,920×(2,881,808/19,870,439+2,474,560/19,870,439) ※ 中間評価：53,960,721×(3,905,977/27,058,105+3,172,653/27,058,105) 最終評価：53,798,756×(4,743,616/29,935,810+3,689,815/29,935,810)						
備考	・健康日本21や「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（平成20年厚生労働大臣告示）」において同様の目標を設定していたが、健康日本21の最終評価時点で改善が認められなかったことから、目標の設定年度の平成27年度までは継続としていた。中間評価時点で既に設定年度（平成27年度）を過ぎており、目標値に達しておらず引き続き取り組む必要があることから、目標設定年を変更したものである。 ・平成27年度以降は医療費適正化計画の算出方法とは異なる。 ※平成20年度の算出に用いている各数値について、公開後に修正が入っており、修正後の数値を用いて計算すると約1,393万人となる。51,919,920×(2,907,018/20,192,502+2,511,254/20,192,502)						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋8.3%）。 ・ランダムサンプリングでないため、検定不要と判断。 ■性・年齢区分別の分析 ・ベースラインから最終評価の推移を見ると、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評価では一度減少・変化なしの傾向を見せたものの、中間評価以降増加、最終評価ではどの年齢区分でも増加した。 ■保険者別の分析 ・中間評価から最終評価の変化について保険者別にみても、全ての保険者で増加傾向（悪化）が見られた。						
調査・データ分析上の課題	・健診受診率増加に伴う掘り起こし効果の可能性あり。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5％を超えて悪化傾向にあることからDと判定。 ・メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合で見ても、悪化傾向がみられる。特に中間評価以降に悪化している。						

2. 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標							
領域	(3) 糖尿病						
目標項目	⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
特定健康診査の実施率	41.3%	50.1%	55.6%	70%以上 ※	70%以上	B*	
	平成21年度	平成27年度	令和元年度	平成29年度	令和5年度	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）	
特定保健指導の実施率	12.3%	17.5%	23.2%	45%以上 ※	45%以上	B*	
	平成21年度	平成27年度	令和元年度	平成29年度	令和5年度	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）	
調査名	特定健康診査・特定保健指導の実施状況					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a* 改善している(最終評価 までに目標到達が危ぶ まれる)	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)
表番号	—						
算出方法 特定健康診査実施率	特定健康診査受診者数／特定健康診査対象者数×100						
算出方法（計算式） 特定健康診査実施率	ベースライン：21,588,883/52,211,735×100 中間評価：27,058,105/53,960,721×100 最終評価：29,935,810/53,798,756×100						
算出方法 特定保健指導実施率	特定保健指導の終了者数／特定保健指導の対象者数×100						
算出方法（計算式） 特定保健指導実施率	ベースライン：503,712/4,086,952×100 中間評価：792,655/4,530,158×100 最終評価：1,205,961/5,200,519×100						
備考	※計画策定時に目標値を「平成25年度から開始する第2期医療費適正化計画に合わせて設定（平成29年度）」としていた。 ・中間評価時点で、第3期医療費適正化計画に合わせて目標設定年度を平成35（令和5）年度に変更した。						
分析	■直近値vs目標値 ・特定健康診査の実施率は、目標値に達していない。 ・特定保健指導の実施率は、目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・特定健康診査の実施率は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋34.6％）。 ・特定保健指導の実施率は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋88.6％）。 ・全数調査のため、検定不要と判断。 ■性・年齢別の分析 ・特定健康診査、特定保健指導の実施率は、どのセグメントにおいても高くなっている。 ・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、他のセグメントでは5割程度である。 ・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。 ■都道府県別の分析 ・特定健康診査、特定保健指導の実施率は、全ての都道府県で増加している。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	■各指標の評価 ・特定健康診査の実施率は、ベースラインからの相対的変化率が5％を超えて改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。 ・特定保健指導の実施率は、ベースラインからの相対的変化率が5％を超えて改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。 ■目標項目の評価 ・全ての指標がB*であることから、B*と判定。						

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							
領域	(4) C O P D						
目標項目	① C O P Dの認知度の向上						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
C O P Dの認知度	25%	26%	28% 参考：28%		80%	C 変わらない	
	平成23年	平成29年	令和元年 参考：令和3年		令和4年度		
調査名	一般社団法人GOLD日本委員会「C O P D認知度把握調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	あなたはC O P D（シー・オー・ピー・ディー）という病気を知っていますか？					b 変わらない	C 変わらない
表番号	—						
算出方法	「どんな病気かよく知っている者の割合」＋「名前は聞いたことがある者の割合」						
算出方法（計算式）	ベースライン：7.1＋18.1 中間評価：9.6＋15.9 最終評価：10.8＋17.0 参考：10.9＋17.3						
備考	—						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋10.3%）。 ・ランダムサンプリングでないため、検定不要と判断。 ■年齢別の分析 ・20歳代で30%を超えており最も高く、世代があがるたびに低下する傾向があり、60歳以上では25%を切っている。 ■経年的な推移の分析 ・平成21年（17.7%）から平成25年（30.5%）までは増加傾向が認められたが、その後平成28年（25.0%）にかけて減少傾向が認められ、令和元年（27.8%）にかけて再び微増している。 ■追加の分析 ・「どんな病気かよく知っている」という回答については平成22年（7.1%）から令和元年（10.8%）に上昇している。 ・「肺気腫」という語句の認知率は69.1%である（同調査）。 ・「慢性気管支炎」という語句の認知率は63.0%である（令和元年度 一般社団法人GOLD日本委員会「C O P D認知度把握調査」）。 ・C O P Dという病名としての認知率は低いが、本疾患によって起こる症候や病態については国民の半数以上に認知されていることが示唆される。						
調査・データ分析上の課題	・C O P D死亡数は絶対数でみても年齢調整死亡でみても減少していること、また、その死亡年齢もより高齢にシフトしている。 ・健康日本21（第二次）ではC O P Dという病名の認知率をあげることが目標としたが、“長年の喫煙による生活習慣病としての肺疾患”という観点からは、病名自体の認知率向上よりも高齢者の肺の健康という観点からの調査が必要であると考えられる。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率でみると5%を超えて改善しているが、目標80%に対してわずかな変化幅のため、Cと判定。						

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							
領域	(1) こころの健康						
目標項目	① 自殺者の減少（人口10万人当たり）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
自殺者の割合（人口10万人 当たり）	23.4	16.8	15.7 参考：16.4	19.4 ※	13.0以下	B	
	平成22年	平成28年	令和元年 参考：令和2年	平成28年	令和8年度	現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある	
調査名	厚生労働省「人口動態調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a 改善している	B 現時点で目標値に達 していないが、 改善傾向にある
表番号	令和2年 人口動態統計 上巻 死亡 第5－13表						
算出方法	—						
算出方法（計算式）	—						
備考	※計画策定時は目標値を「自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定」としていた。 ・中間評価は変更前の目標値で評価を行ったが、中間評価時に「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない 社会の実現を目指して～」に合わせて目標値を変更した。						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－32.9%）。 ・全数調査のため、検定不要と判断。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5％を超えて改善傾向にあり、かつ目標達成見込みであることから、Bと判定。						

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							
領域	(1) こころの健康						
目標項目	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						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
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	10.4%	10.5%	10.3%		9.4%	C 変わらない	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
調査名	厚生労働省「国民生活基礎調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	次の（ア）から（カ）の質問について、過去1か月の間はどのようにであったか、6つの項目それぞれのあてはまる番号1つに○をつけてください。 （ア）神経過敏に感じましたか （イ）絶望的だと感じましたか （ウ）そわそわ、落ち着かなく感じましたか （エ）気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか （オ）何をするのも骨折りだと感じましたか （カ）自分は価値のない人間だと感じましたか 1.いつも 2.たいてい 3.ときどき 4.少しだけ 5.まったくない					b 変わらない	C 変わらない
表番号	3 健康票 第23表	概況 図25	概況 図22				
算出方法	—						
算出方法（計算式）	—						
備考	・上記設問（K6）の合計点（0点～24点）が10点以上の20歳以上の者の割合（不詳を除く）を算出している。						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して有意な変化は認められない（p=0.19）。 ・ベースラインと比較して相対的な変化は認められない（ベースラインからの相対的変化：－0.96%）。 【注】国立保健医療科学院公開ツール（ https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/ ）を用い、Z検定を行った。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。						

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							
領域	(1) こころの健康						
目標項目	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						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合	33.6%	56.6%	59.2% 参考：59.2%		100%	B*	
	平成19年	平成28年	平成30年 参考：令和3年		令和2年	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）	
調査名	平成24年以前：厚生労働省「労働者健康状況調査」 平成25年以降：厚生労働省「労働安全衛生調査（実態調査）」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	(平成19年) 心の健康対策（メンタルヘルスケア）に取り組んでいますか。 1 取り組んでいる 2 取り組んでいない (平成28年、平成30年) 貴事業所では、メンタルヘルス対策に取り組んでいますか。該当する番号すべてに○をつけてください。 01.メンタルヘルス対策について、衛生委員会等での調査審議 ・ ・ ・ 17.取り組んでいない					a* 改善している (最終評価までに目標到達が危ぶまれる)	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）
表番号	事業所 第27表	事業所 第4表－2	事業所 第1表－3 参考：事業所 第3表				
算出方法	—						
算出方法（計算式）	—						
備考	—						
分析	■直近値（平成30年）vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値（平成30年）vsベースライン ・ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋76.2%）。 ・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。						

(様式1)

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							
領域	(1) こころの健康						
目標項目	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						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
小児人口10万人当たりの小児科医師の割合	94.4	107.3 ※	112.4 参考：119.7	19.4 ※	増加傾向へ	A 目標値に達した	
	平成22年	平成28年	平成30年 参考：令和2年	平成26年	令和4年度		
小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合	10.6	12.9	17.3 参考：20.2	増加傾向へ	増加傾向へ	A 目標値に達した	
	平成21年	平成28年	令和元年度 参考：令和3年度	平成26年	令和4年度		
調査名	小児人口10万人当たりの小児科医師の割合：（平成22年、平成28年）厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成30年、令和2年）厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」 小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合：（平成21年、平成28年）日本児童青年精神医学会による算出（計算方法非公開） （令和元年、令和3年） 児童精神科医：日本児童青年精神医学会調べ 小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合に用いた小児人口：令和元年、令和3年総務省「人口推計（10月1日現在）」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
						a 改善している	A 目標値に達した
設問	—						
表番号	小児科医師の割合（平成22年）：概況 統計表21 小児科医師の割合（平成28年）：概況 統計表17 小児科医師の割合（平成30年、令和2年）：概況 統計表17 児童精神科医師の割合に用いた小児人口（令和元年、令和3年）：参考表2 年齢（各歳）、男女別人口の計算表－総人口、日本人人口						
算出方法 小児人口10万人当たりの小児科医師の割合	—						
算出方法（計算式）	—						
算出方法 小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合	（精神科医＋小児科医＋上記以外の医師）／小児人口（0歳～14歳）×100,000						
算出方法（計算式）	ベースライン：— 中間評価：— 最終評価：(2,181+375+36)/(877,243+925,157+945,513+984,617+946,004+959,279+997,270+1,003,641+1,033,208+1,037,390+1,049,340+1,069,409+1,062,570+1,055,054+1,057,368)×100,000 参考：(2,515+393+40) / (812,032+819,917+854,262+898,341+922,153+961,691+987,531+985,171+1,010,264+1,014,154+1,040,533+1,050,446+1,056,313+1,075,938+1,070,694) ×100,000						
備考	※中間評価時、平成28年の小児人口10万人当たりの小児科医の割合は108.5となっていたが、この値は分母に人口推計（10月1日時点、日本人人口）を用いて算出した数値であった。今回記載している107.3は、総人口を用いて算出している数値である。ベースライン、最終評価と算出方法に一貫性を持たせるために算出したものであり、中間評価時とは数値が異なる。 ・令和2年の小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合は、19.1である（2,830/14,810,489×100,000）。児童精神科医師数は日本児童青年精神医学会調べ、小児人口は国勢調査不詳補完結果（第1-2表）を計算に用いている。 ・児童精神科医師数については、平成28年までは学会調べ（非公開、毎年4月1日時点）であり、令和元年度以降は学会ホームページで公開されている値（年度末時点）を計算に用いている。 ・小児人口10万人当たりの児童精神科医指数の分母は、日本人人口を用いて算出している。 ・当初は健やか親子21に準拠して設定されたが、健やか親子21（第2次）においては本指標について具体的数値目標設定がされなかったため、中間評価時に健康日本21（第二次）に合わせて目標設定年度のみ更新した。						
分析	■直近値vs目標値 ・小児人口10万人当たりの小児科医師の割合は、目標（値）に達している。 ・小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合は、目標（値）に達している。 ■直近値vsベースライン ・小児人口10万人当たりの小児科医師の割合は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋20.6％）。 ・小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋63.2％）。 ・全数調査のため、検定不要と判断。						

調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。
分析に基づく評価	■各指標の評価 ・小児人口10万人当たりの小児科医師の割合は、目標（値）に達していることからAと判定。 ・小児人口10万人当たりの児童精神科医師の割合は、目標（値）に達していることからAと判定。 ■目標項目の評価 ・全ての指標がAであることから、Aと判定。

(様式1)

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							
領域	(2) 次世代の健康						
目標項目	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						
項目	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						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
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	89.4%	89.5%	93.1%		100%に近づける	C 変わらない	
	平成22年度	平成26年度	令和3年度		令和4年度		
項目	イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 (変更後) 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						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
(参考値) 週に3日以上 小学5年生男子	61.5%	(59.2%)		増加傾向へ	評価指標を変更		
	平成22年	(平成25年)		令和4年度			
(参考値) 週に3日以上 小学5年生女子	35.9%	(33.6%)		増加傾向へ	評価指標を変更		
	平成22年	(平成25年)		令和4年度			
(変更後) 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	10.5%	6.4%	7.6% 参考：8.8%		減少傾向へ	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）	
	平成22年度	平成29年度	令和元年度 参考：令和3年度		令和4年度		
(変更後) 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	24.2%	11.6%	13.0% 参考：14.4%		減少傾向へ	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）	
	平成22年度	平成29年度	令和元年度 参考：令和3年度		令和4年度		
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						総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
調査名	平成22年度：日本スポーツ振興センター「児童生徒の食生活等実態調査」 平成26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」（研究代表者 佐々木敏）平成26年報告書 令和3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」					a* 改善している (最終評価までに目標到 達が危ぶまれる)	C 変わらない
設問	あなたは、次のようなことに気をつけて食事をしていますか。 朝・昼・夕三食必ず食べる 1 はい 2 いいえ 3 わからない						
表番号	VI集計表 問7（2）	表30	—				
算出方法	—	男子「はい」を回答した 者+女子「はい」を回答 した者／総数×100	—				
算出方法（計算式）	—	(160+181)/(160+14 +7+181+14+5)×100	—				
備考	—						
イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加							
調査名	文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」						
設問	平成22年度：備考参照 平成29年度、令和元年度、令和3年度： ふだんの1週間について聞きます。学校の体育の授業以外で、運動（体を動かす遊びをふくむ）やスポーツを合計で1日およ そどのくらいの時間していますか。それぞれの曜日のらんに記入してください。						

表番号	報告書 第2章小学校Ⅱ 調査結果の特徴 1. 児童の運動習慣と体力～1週間の総運動時間から	報告書 第1章調査結果の概要 2-1 1週間の総運動時間と体力・運動能力【小学校】〈1〉	報告書 第1章調査結果の概要 2-1 1週間の総運動時間の分布・内訳・体力合計点との関連【小学校】〈1〉	
算出方法	—			
算出方法（計算式）	—			
備考	・平成22年の「1週間の総運動時間」の算出方法は以下のとおりである。 ①平日の運動時間：平日の時間常別運動時間（朝始業前、中休み、昼休み、放課後、下校後）の回答を合計。 ②平日の運動日数：「運動やスポーツをどのくらいしていますか」の回答を次のように換算。 （1.ほとんど毎日＝4日）（2.時々＝1.5日）（3.ときたま＝0.5日）（4.しない＝0.1日） ③平日の総運動時間：平日の運動時間①×平日の運動日数② ④土曜日の運動日数：「ひと月あたり何回の土曜日に、運動やスポーツをしていますか」の回答を次のように換算。 （1.月に1回＝0.25日）（2.月に2回＝0.5日）（3.月に3回＝0.75日）（4.月に4回＝1日） ⑤土曜日の総運動時間：土曜日の運動時間×土曜日の運動日数④ ⑥日曜日の運動日数：「ひと月あたり何回の日曜日に、運動やスポーツをしていますか」の回答を次のように換算。 （1.月に1回＝0.25日）（2.月に2回＝0.5日）（3.月に3回＝0.75日）（4.月に4回＝1日） ⑦日曜日の総運動時間：日曜日の運動時間×日曜日の運動日数⑥ ⑧1週間の総運動時間：平日の総運動時間③＋土曜日の総運動時間⑤＋日曜日の総運動時間⑦ ・平成29年、令和元年、令和3年度の「1週間の総運動時間」は、上記設問に対する各曜日の回答を合計して算出された数値を引用している。 ・イに関して、策定時は「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」を参考として目標設定を行ったが、計画策定後、引き続き同調査においてデータの把握を行うこととした。なお、同調査の調査項目の変更に合わせて目標及び指標も変更している。			
分析	■直近値vs目標値 ・ア 朝・昼・タの三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合は、目標（値）に達していない。 ・イ 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）は、目標（値）に達していない。 ・イ 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）は、目標（値）に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ア 朝・昼・タの三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：4.1%）。 ・イ 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）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－27.6%）。 ・イ 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）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－46.3%）。 ・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。			
調査・データ分析上の課題	・アに関して、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。 ・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。			
分析に基づく評価	■各指標及び各項目の評価 ・ア 朝・昼・タの三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合は、ベースラインからの相対的変化率が5%未満であることからCと判定。 ・イ 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）は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることからB⁺と判定。 ・イ 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）は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることからB⁺と判定。 ・項目イは全ての指標がB⁺であることから、B⁺と判定。 ■目標項目の評価 ・項目アの評価はC、項目イの評価はB⁺であった。各項目の評価を、A＝5点、B及びB⁺＝4点、C＝3点、D＝2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が3点であることから、Cと判定。			

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								
領域	(2) 次世代の健康							
目標項目	② 適正体重の子どもの増加							
項目	ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少							
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)		
全出生数中の低出生 体重児の割合	9.6%	9.4%	9.4% 参考：9.2%	減少傾向へ	減少傾向へ	C 変わらない		
	平成22年	平成28年	令和元年 参考：令和2年	平成26年	令和4年			
項目	イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少							
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)		
小学5年生の中等度・ 高度肥満傾向児の割合 男子	4.60%	4.55%	(5.12%) (参考：7.02%)	減少傾向へ	参考値とする			
	平成23年	平成28年	(令和元年) (参考：令和2年)	平成26年				
小学5年生の中等度・ 高度肥満傾向児の割合 女子	3.39%	3.75%	(3.63%) (参考：4.11%)	減少傾向へ	参考値とする			
	平成23年	平成28年	(令和元年) (参考：令和2年)	平成26年				
(変更後) 小学5年生の 肥満傾向児の割合	8.59%	(8.89%)	9.57% 参考：11.91%		児童・生徒における 肥満傾向児の割合 7.0%	D 悪化している		
	平成23年	(平成29年)	令和元年 参考：令和2年		令和6年度			
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少						総合評価 (中間)	総合評価 (最終)	
調査名	厚生労働省「人口動態調査」						b 変わらない	D 悪化している
設問	－							
表番号	上巻 第4 - 28表	上巻 第4 - 28表	上巻 第4 - 28表 参考：上巻 第4 - 28表					
算出方法 ア 全出生数中の低出生 体重児の割合の減少	(2,500g未満の出生数／出生数) ×100							
算出方法（計算式） ア 全出生数中の低出生 体重児の割合の減少	ベースライン：(103,049/1,071,305)×100 中間評価：(92,102/977,242)×100 最終評価：(81,462/865,239)×100 参考：(77,539/840,835)×100							
備考	・中間評価の時点で健やか親子（第2次）に合わせて目標値を維持し、健康日本（第二次）に合わせて目標設定年度を更新した。							
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少								
調査名	文部科学省「学校保健統計調査」						b 変わらない	D 悪化している
設問	－							
表番号	表番号7	表番号6	表番号6 参考：表番号6					
算出方法	(参考値)：中等度肥満傾向児の割合＋高度肥満傾向児の割合 (変更後)：－							
算出方法（計算式） 小学5年生の中等度・ 高度肥満傾向児の割合 男子	ベースライン：3.72+0.88 中間評価：3.56+0.99 最終評価：4.14+0.98 参考：5.45+1.57							

算出方法（計算式） 小学5年生の中等度・ 高度肥満傾向児の割合 女子	ベースライン：2.86+0.53 中間評価：2.95+0.80 最終評価：2.99+0.64 参考：3.41+0.70		
算出方法（計算式） （変更後）小学5年生の 肥満傾向児の割合	—		
備考	・中間評価は変更前の指標で評価したが、中間評価時に健やか親子（第2次）に準拠して指標及び目標値を変更した。目標設定年度は健やか親子（第2次）の最終年度に合わせた。なお、変更前の指標は参考値として扱うこととした。		
分析	■直近値vs目標値 ・ア 全出生数中の低出生体重児の割合は、目標（値）に達していない。 ・イ 小学5年生の肥満傾向児の割合は、目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ア 全出生数中の低出生体重児の割合は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－2.1％）。 ・イ 小学5年生の肥満傾向児の割合は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋11.4％）。 ・ア 全出生数中の低出生体重児の割合は、全数調査のため、検定不要と判断。 ・イ 小学5年生の肥満傾向児の割合は、標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。 ・（参考値）イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少 小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合（男子）は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋11.3％） ・（参考値）イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少 小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合（女子）は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋7.1％）		
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。		
分析に基づく評価	■各項目の評価 ・ア 全出生数中の低出生体重児の割合は、ベースラインからの相対的変化率が5％未満であることからCと判定。 ・イ 小学5年生の肥満傾向児の割合は、ベースラインからの相対的変化率が5％を超えて悪化傾向にあることからDと判定。 ■目標項目の評価 ・A＝5点、B及びB*＝4点、C＝3点、D＝2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が2点であったことから、Dと判定。		

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							
領域	(3) 高齢者の健康						
目標項目	① 介護保険サービス利用者の増加の抑制						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
介護保険サービス利用者数	452万人※	521万人	567万人		657万人	B*	
	平成24年度	平成27年度	令和元年度		令和7年度	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）	
調査名	平成27年度、令和元年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					b 変わらない	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）
表番号	平成27年度、令和元年度：介護保険事業状況報告（年報）のポイント 4 サービス受給者数（1か月平均）						
算出方法	—						
算出方法（計算式）	—						
備考	※「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である。						
分析	■本指標の設定背景 ・介護保険サービスの利用者数については、高齢化の進展に伴い、より高い年齢層の高齢者が増加することから、増加傾向が続くと推察されていた。 ・しかし、健康寿命の延伸を目指して生活習慣を改善し、介護予防や重症化予防の取組を推進することにより、介護保険サービスの利用者数の増加を抑制することを指標として設定した（「社会保障・税一体改革」において示された数字を採用）。 ■直近値vs目標値 ・直近値は、ベースラインから目標値へ単純推移すると仮定した際の推移値に対しては上回っているものの、ベースラインから自然増の推定値へ単純推移すると仮定した際の推移値に対しては下回っている（増加は抑制されている）。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的变化：+25.4%）。 ■割合の分析 ・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、令和元（2019）年度末は18.4%と微増にとどまっている（ベースラインからの相対的变化+4.5%）。						
調査・データ分析上の課題	・増加の抑制が目標値として設定しているため、目標年度以前以外での達成の判断が難しい。						
分析に基づく評価	・ベースラインから自然増の推定値へ単純推移すると仮定した際の推移値を下回っており（増加は抑制されており）改善傾向にあるが、ベースラインから目標値へ単純推移すると仮定した際の推移値を上回っており目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。						

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							
領域	(3) 高齢者の健康						
目標項目	② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 (変更後) 認知症サポーター数の増加						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
認知機能低下ハイリスク高 齢者の把握率	0.9%	(3.7%※)		10%	目標項目を変更		
	平成21年	(平成26年)		令和4年度			
(変更後) 認知症サポーター数	330万人	(882万人)	1,264万人 参考：1,380万人		1,200万人	A 目標値に達した	
	平成23年度	(平成28年度)	令和元年度 参考：令和3年度		令和2年度		
調査名	(変更前) 平成21年：厚生労働省「介護予防事業報告」 平成26年：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報告」 (変更後) 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					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					(変更前) d 評価困難	A 目標値に達した
表番号	(変更前) 調査結果概要 表1 (変更後) —	(変更前) 調査結果概要 表2、表3 (変更後) —	—				
算出方法	(変更前) 基本チェックリスト等該当項目（認知症予防・支援）の人数／高齢者人口×100 (変更後) —						
算出方法（計算式）	(変更前) 269,065/28,933,063× 100 (変更後) —	(変更前) 1,201,022/32,824,84 1×100 (変更後) —	—				
備考	・ 認知症サポーター数は万未満の数値切り捨てで記載している。 ・ 各年度3月末時点の認知症サポーター総数（平成17年からの累計）を引用している。 ※平成27（2015）年度介護保険制度改正により、基本チェックリストを使用した介護予防事業は基本的には実施しない 方針となり、認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率は平成26年を最後に把握不可能となった（中間評価：d）。 このため中間評価時に目標項目を変更。						
分析	■ 直近値（令和元年度）vs目標値 ・ 目標値に達している。 ■ 直近値（令和元年度）vsベースライン ・ 認知症サポーター数は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：+283%）。 ・ ランダムサンプリングでないため、検定不可と判断。						
調査・データ分析上の課題	・ 特記事項なし。						
分析に基づく評価	・ 目標値に達していることからAと判定。						

(様式1)

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							
領域	(3) 高齢者の健康						
目標項目	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						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
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	44.4% (参考値：17.3%)	46.8%	44.8% 参考：44.6%		80%	C 変わらない	
	平成27年 (参考値：平成24年)	平成29年	令和元年 参考：令和3年		令和4年度		
調査名	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 （参考値）：日本整形外科学会によるインターネット調査					総合評価 （中間）	総合評価 （最終）
設問	あなたは、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）という言葉やその意味を知っていましたか。 1 言葉も意味もよく知っていた 2 言葉も知っていたし、意味も大体知っていた 3 言葉は知っていたが、意味はあまり知らなかった 4 言葉は聞いたことがあるが、意味は知らなかった 5 言葉も意味も知らなかった（今回初めて聞いた場合を含む）					a 改善している	C 変わらない
表番号	—						
算出方法	—						
算出方法（計算式）	—						
備考	・認知度（上記設問の1～4を選択した者の合計の割合）の数値を引用している。 ・策定当初は日本整形外科学会によるインターネット調査を参考値として目標設定した。 その後、現行の運動器の10年・日本協会によるインターネット調査でデータを把握することとした。						
分析	■直近値（令和元年度）vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値（令和元年度）vsベースライン ・ベースラインと比較して相対的な変化は認められない（ベースラインからの相対的変化：+0.9%）。 ・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。 ■経年的な比較 ・平成24（2012）年の調査結果に比べると、令和2（2020）年の認知度は2.6倍に上昇している。 ・一方、直近3年の推移を比較すると、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%を超えることはなく、横ばいである。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5%未満であることからCと判定。						

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							
領域	(3) 高齢者の健康						
目標項目	④ 低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
低栄養傾向（BMI20以下） の高齢者の割合	17.4%	17.9%	16.8%		22%	A 改善している	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a 改善している	A 改善している
表番号	第14表	第15表の1	第17表の1				
算出方法	—						
算出方法（計算式）	—						
備考	※本目標項目における高齢者は、65歳以上を対象としている。						
分析	■本指標の設定背景 ・BMI20以下の者の割合は、疾病や老化等の影響を受けて65歳以降も年齢が上がるにつれ増加すると予測された。 ・また、高齢者人口のうち75歳以上の高齢者の占める割合が増加することから、指標設定時の出現率が一定と仮定しても、自然増により増加が見込まれた。 ・この自然増による見込まれる割合（22.2%）を上回らないことを目指し、目標が設定された。 ■直近値vs目標値 ・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）。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して、有意な変化は認められない（p=0.63）。 【注】回帰分析を用いて、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ■経年的な推移の分析 ・平成22年から令和元年は有意な変化は認められない（p=0.42）。 【注】各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。						
調査・データ分析上の課題	・本来なら、疾病や老化の影響を受け、増加が見込まれたが、直近値において有意な変化は認められない。						
分析に基づく評価	・直近値とベースラインの比較において、本来ならば自然増するところ減少しており、経年的な推移の分析においても、有意な増加があるとは認められず、Aと判定。						

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							
領域	(3) 高齢者の健康						
目標項目	⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
足腰に痛みのある高齢者の 割合 男性	218人	210人	206人		200人	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）	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
足腰に痛みのある高齢者の 割合 女性	291人	267人	255人		260人	A 目標値に達した	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
調査名	厚生労働省「国民生活基礎調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	あなたはここ数日、病気やけがなどで体の具合の悪いところ（自覚症状）がありますか。 1 ある 2 ない それは、どのような症状ですか。あてはまるすべての症状名の番号に○をつけてください。その中で最も気になる症状名の番号を番号記入欄に記入してください。 01.熱がある ・ ・ ・ 30.腰痛 31.手足の関節が痛む ・ ・ ・ 42.その他					a* 改善している（最終評価までに目標到達が危ぶまれる）	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）
表番号	3 健康票 第55表	概況 統計表 第10表	2 健康票 第97表				
算出方法	—						
算出方法（計算式）	平成22年は特別集計 ※						
備考	・「足腰に痛み」とは、「腰痛」か「手足の関節が痛む」のいずれかもしくは両方の有訴者である。 ・有訴者に入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者が含まれている。 ※平成22年の数値は特別集計にて算出しているため、表中の数値からは算出できない。						
分析	■ 直近値vs目標値 ・足腰に痛みのある高齢者の割合（男性）は、目標値を達成していない。 ・足腰に痛みのある高齢者の割合（女性）は、目標値を達成している（片側P値=0.008）。 ■ 直近値vsベースライン ・足腰に痛みのある高齢者の割合（男性）は、ベースラインと比較して有意に減少している（片側P値<0.001）。 ・足腰に痛みのある高齢者の割合（女性）は、ベースラインと比較して有意に減少している（片側P値<0.001）。 ・足腰に痛みのある高齢者の割合（男性）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－5.5%）。 ・足腰に痛みのある高齢者の割合（女性）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－12.4%）。 【注】国立保健医療科学院公開ツール（ https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/ ）を用い、Z検定を行った。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	■ 各指標の評価 ・足腰に痛みのある高齢者の割合（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることからB*と判定。 ・足腰に痛みのある高齢者の割合（女性）は、目標値に達していることからAと判定。 ■ 目標項目の評価 ・A＝5点、B及びB*＝4点、C＝3点、D＝2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が4点であり、かつ目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。						

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							
領域	(3) 高齢者の健康						
目標項目	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）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
（参考値）何らかの地域活動をしている高齢者の割合 男性	64.0%	(62.0%)		80%	評価指標を変更		
	平成20年	(平成25年)		令和４年度			
（参考値）何らかの地域活動をしている高齢者の割合 女性	55.1%	(60.2%)		80%	評価指標を変更		
	平成20年	(平成25年)		令和４年度			
（変更後）高齢者の社会参加の状況 男性	63.6%	62.4%	－		80%	E 評価困難	
	平成24年	平成28年	－		令和４年度		
（変更後）高齢者の社会参加の状況 女性	55.2%	55.0%	－		80%	E 評価困難	
	平成24年	平成28年	－		令和４年度		
調査名	（参考値）内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」 （変更後）厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	あなたは現在働いていますか。または、ボランティア活動、地域社会活動（町内会、地域行事など）、趣味やおけいご事を行っていますか。どちらかの番号を選んで○印をつけて下さい。 １ 働いている・何らかの活動を行っている ２ いずれも行っていない					b 変わらない	E 評価困難 (参考指標： B) (現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある)
表番号	第48表	第52表	－				
算出方法	－						
算出方法（計算式）	－						
備考	・健康日本21（第二次）策定当初は、内閣府調査を参考値として目標設定を行ったが、その後、国民健康・栄養調査でデータを把握することとして現行の指標及び目標値の設定を行った。						
分析	・高齢者の社会参加の状況（男性）は、令和２年度「国民健康・栄養調査」が中止となった影響で評価困難。 ・高齢者の社会参加の状況（女性）は、令和２年度「国民健康・栄養調査」が中止となった影響で評価困難。 本目標項目の参考として、内閣府の「高齢者の経済生活に関する調査」「高齢者の経済・生活環境に関する調査」において、高齢者が現在行っている社会的な活動を調査しており、特に活動をしていない高齢者が69.9%（平成28年）から63.3%（令和元年）に減少していることから、社会的な活動を行っている高齢者は男女をあわせてみると増加していると考えられることができる。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし						
分析に基づく評価	■各指標の評価 ・高齢者の社会参加の状況（男性）は、評価困難であるためEと判定。 ・高齢者の社会参加の状況（女性）は、評価困難であるためEと判定。 ■目標項目の評価 ・全ての指標がEであることから、Eと判定。 ・内閣府の調査によると、参考指標としては改善していると考えられることから、参考指標Bと判定。						

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標							
領域	—						
目標項目	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	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
（参考値）自分と地域のつながりが強い方だと思う割合	45.7%			65%	評価指標を変更		
	平成19年			令和4年度			
（変更後）居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合	50.4%	55.9% 55.5%(年齢調整値)	50.1% 49.1%(年齢調整値)		65%	C 変わらない	
	平成23年	平成27年	令和元年		令和4年度		
調査名	（参考値）内閣府「少子化対策と家族・地域のきずなに関する意識調査」 （変更後）厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 （中間）	総合評価 （最終）
設問	あなたのお住まいの地域についておたずねします。次の質問について、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけてください。 あなたのお住まいの地域の人々は、お互いに助け合っている 1 強くそう思う 2 どちらかといえばそう思う 3 どちらともいえない 4 どちらかといえばそう思わない 5 全くそう思わない					a 改善している	C 変わらない
表番号	第88表	第113表	第101表				
算出方法	「強くそう思う」の人数＋「どちらかといえばそう思う」の人数／総数×100						
算出方法（計算式）	ベースライン：649+2,894/7,031×100 中間評価：639+3,296/7,043×100 最終評価：410+2,434/5,682×100						
備考	・健康日本21（第二次）策定当初は、内閣府調査を参考値として目標設定を行ったが、その後、国民・健康栄養調査でデータを把握することとして現行の指標及び目標値の設定を行った。						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側P値=0.42）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成23年を基準とした令和元年との比較を行った。 ■経年的な推移の分析 平成23年から令和元年は有意な変化は認められない（片側P値=0.60）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成23年、平成27年、令和元年の線形傾向を評価した。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。						

(様式1)

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標							
領域	—						
目標項目	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	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
(参考値) 健康や医療サービスに関係したボランティア活動をしている割合	3.0%			25%	評価指標を変更		
	平成18年			令和4年度			
(変更後) 健康づくりに関係したボランティア活動への参加割合	27.7%	27.8%	—		35% ※	E 評価困難	
	平成24年	平成28年	—		令和4年度		
調査名	(参考値) 総務省「社会生活基本調査」 (変更後) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	あなたがこの1年間に行ったボランティア活動（近隣の人への手助け・支援を含む）のうち、健康づくりに関係したものはありますか。あてはまる番号をすべて選んで○印をつけて下さい。※ここでは、必ずしも無償に限らず、実費や謝礼をもらう等、有償のものも含めてお考えください。 1 食生活などの生活習慣の改善のための活動 2 スポーツ・文化・芸術に関係した活動 3 まちづくりのための活動 4 子どもを対象とした活動 5 高齢者を対象とした活動 6 防犯・防災に関係した活動 7 自然や環境を守るための活動 8 上記以外の活動 9 健康づくりに関係したものはなし・ボランティア活動はしていない					b 変わらない	E 評価困難
表番号	第47表	第51表	—				
算出方法	—						
算出方法（計算式）	—						
備考	・健康日本21（第二次）策定当初は、総務省調査を参考値として目標設定を行ったが、その後、国民健康・栄養調査でデータを把握することとして現行の指標及び目標値の設定を行った。 ※告示においては、目標値25%となっているが、現行の指標を設定した時点で、既に目標値に到達していたため、目標値を35%にすることとして取組を進めていた。						
分析	・健康づくりに関係したボランティア活動への参加割合は令和2年国民健康・栄養調査が中止となったため、評価困難。 ・総務省「社会生活基礎調査」により把握される「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」が参考になる考えられるが、本データも現状平成28（2016）年以降のデータが把握できていない。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・評価困難であるためEと判定。						

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標							
領域	—						
目標項目	③ 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 (変更後) 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	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
企業登録数	420社	3,751社		3,000社	評価指標を変更		
	平成24年	平成28年度		令和4年度			
(変更後) 参画企業数	233社	(2,890社)	4,182社 参考：5,385社		3,000社	A 目標値に達した	
	平成23年度	(平成28年度)	令和元年度 参考：令和3年度		令和4年度		
(変更後) 参画団体数	367団体	(3,673団体)	5,476団体 参考：6,853団体		7,000団体	B 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある	
	平成23年度	(平成28年度)	令和元年度 参考：令和3年度		令和4年度		
調査名	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）					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a 改善している	B 現時点で目標値に達 していないが、 改善傾向にある
表番号	—						
算出方法	・中間評価の参画企業数（2,890社）は、参画団体数（3,673団体）から団体・協会・NPO・教育機関、自治体を除いて算出したもの。 ・最終評価（令和元年度）の参画企業数（4,182社）は、参画団体数（5,476団体）から団体・協会・NPO・教育機関、自治体、健康保険組合を除いて算出したもの。 ・令和3年度の参画企業数（5,385社）は、参画団体数（6,853団体）から団体・協会・NPO・教育機関、自治体、健康保険組合を除いて算出したもの。						
算出方法（計算式）	—						
備考	・変更前の指標である企業登録数は、現在と把握方法が異なっており、詳細な更新時期や内訳は不明である。 ・変更後の指標について、平成28年度、令和元年度、令和3年度の参画企業数、参画団体数は3月31日時点のものである（平成23年度については詳細な時期不明）。 ・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、中間評価時にスマート・ライフ・プロジェクトの参画企業数及び参画団体数に評価指標を変更。これに併せ評価項目も変更。 ・中間評価と最終評価で算出方法が異なる。						
分析	■ 直近値vs目標値 ・参画企業数は、目標値を達成している。 ・参画団体数は、目標値を達成していない。 ■ 直近値vsベースライン ・参画企業数は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：+1,695%）。 ・参画団体数は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：+1,392%）。 ・全数調査のため、検定不要と判断。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	■ 各指標の評価 ・参画企業数は、目標を達成していることからAと判定。 ・参画団体数は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。 ■ 目標項目の評価 ・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が4点であり、かつ目標年度までに目標達成見込みであることから、Bと判定。						

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標							
領域	—						
目標項目	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	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
(参考値) 民間団体から報告のあった活動拠点数	7,134	13,404	—		15,000	E 評価困難 (参考指標：B) (現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある)	
	平成24年	平成27年	—		令和4年度		
調査名	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） 栄養ケア・ステーション：公益社団法人日本栄養士会からの報告 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からの報告 子育て・女性健康支援センター：公益社団法人日本助産師会からの報告					総合評価 (中間) a 改善している	総合評価 (最終) E 評価困難 (参考指標：B) (現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある)
設問	—						
表番号	—						
算出方法	ベースライン：栄養ケア・ステーション数＋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数 中間評価以降：栄養ケア・ステーション数＋子育て・女性健康支援センター活動拠点数＋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数						
算出方法（計算式）	47＋7087	242＋47＋13115	—				
備考	・策定当初は参考値としていた指標をそのまま評価指標として用いている。						
分析	・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数は、平成28（2016）年以降は把握されておらず経年比較が困難になったため評価困難。 ・平成28（2016）年4月より「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する施行規則」に位置付けられている、健康サポート薬局数が本項目の評価の参考となると考えられるが、その数は増加傾向である。 ・栄養ケア・ステーションはベースライン値の47件から令和2（2020）年末時点で356件と増加している（令和元年度は把握なし）。 ・健康サポート薬局（参考）、栄養ケア・ステーション、子育て・女性健康支援センター活動拠点数の合計は、中間評価以降増加傾向といえる。 (参考) ・栄養ケア・ステーション数：平成24（2012）年度から平成30（2018）年度まで各年度末時点で、48、169、242、237、239、244、319拠点、令和元（2019）年度は把握なし、令和2（2020）年度末時点で356拠点 ・子育て・女性健康支援センター活動拠点数：47拠点 ・健康サポート薬局届出数：令和3（2021）年3月末：2,515件、令和3（2021）年12月末：2,842件						
調査・データ分析上の課題	・本評価指標は、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）、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）、子育て・女性健康支援センター（公益社団法人日本助産師会）として、各団体から報告を受けた数の合計をベースライン（参考値）としていたが、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数は平成28（2016）年以降はデータが把握されていない。						
分析に基づく評価	・評価困難であるためEと判定。 ・中間評価時点では改善しており、中間評価以降健康サポート薬局（参考）、栄養ケア・ステーション、子育て・女性健康支援センター活動拠点数の合計は増加傾向といえることから、参考指標Bと判定。						

(様式 1)

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標							
領域	—						
目標項目	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	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
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	11	40	41 参考：40		47	B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	
	平成24年度※	平成28年度※	令和元年度※ 参考：令和2年度		令和4年度		
調査名	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）					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	問1 貴都道府県は、管内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、糖尿病有病率、自殺率）や生活習慣の状況（食生活や運動習慣）の格差に関し、その実態を把握していますか。 問2 問1で把握していると答えた都道府県は、その格差の縮小に向けた対策について検討していますか。 問3 問2で検討していると答えた都道府県は、その検討結果に基づき、格差の縮小に向けた対策を実施していますか。					a 改善している	B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある
表番号	—						
算出方法	上記設問の問1から問3まで行っている都道府県を集計。						
算出方法（計算式）	—						
備考	※年度末時点の状況を次年度夏頃の調査により把握しているため年→年度に修正している（告示と表記が異なる）。						
分析	■ 直近値vs目標値 ・ 目標値に達していない。 ■ 直近値vsベースライン ・ ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：+272.7%）。 ・ 全数調査のため、検定不要と判断。						
調査・データ分析上の課題	・ 特記事項なし。						
分析に基づく評価	・ ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあり、目標年度までに目標達成見込みであることから、Bと判定。						

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							
領域	(1) 栄養・食生活						
目標項目	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）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
20歳～60歳代男性の肥満者の割合	31.2%	32.4% 32.3%（年齢調整値）	35.1% 34.7%（年齢調整値）		28%	D 悪化している	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
40歳～60歳代女性の肥満者の割合	22.2%	21.6% 21.7%（年齢調整値）	22.5% 22.7%（年齢調整値）		19%	C 変わらない	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
20歳代女性のやせの者の割合	29.0%	20.7%	20.7%		20%	C 変わらない	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					b 変わらない	C 変わらない
表番号	第14表	第15表の1	第17表の1				
算出方法	—						
算出方法（計算式）	平成28年は特別集計 ※						
備考	・女性は妊婦を除外して集計している。 ※平成28年（大規模年）の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なるため、表中からは算出できない。						
分析	■ 直近値vs目標値 ・20歳～60歳代男性の肥満者の割合は、目標値に達していない。 ・40歳～60歳代女性の肥満者の割合は、目標値に達していない。 ・20歳代女性のやせの者の割合は、目標値に達していない。 ■ 直近値vsベースライン ・20歳～60歳代男性の肥満者の割合は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側p値=0.03）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（20歳～29歳、30歳～39歳、40歳～49歳、50歳～59歳、60歳～69歳の5区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ・40歳～60歳代女性の肥満者の割合は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.75）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（40歳～49歳、50歳～59歳、60歳～69歳の3区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ・20歳代女性のやせの者の割合は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.07）。 【注】回帰分析を用いて、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ■ 経年的な推移の分析 ・20歳～60歳代男性の肥満者の割合については、平成22年～平成25年は有意に減少している（p=0.03）、平成25年～令和元年は有意に増加している（p<0.01）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。 ・40歳～60歳代女性の肥満者の割合については、平成22年～令和元年は有意な変化は認められない（p=0.42）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。 ・20歳代女性のやせの者の割合については、平成22年～令和元年は有意に減少している（p=0.046）。 【注】各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。						
調査・データ分析上の課題	・20歳代女性の対象者数が少ないことが課題である。						
分析に基づく評価	■ 各指標の評価 ・20歳～60歳代男性の肥満者の割合は、直近値とベースラインの比較において有意に悪化傾向にあることから、Dと判定。 ・40歳～60歳代女性の肥満者の割合は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。 ・20歳代女性のやせの者の割合は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。 ■ 目標項目の評価 ・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が3点であることから、Cと判定。						

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								
領域		(1) 栄養・食生活						
目標項目		② 適切な量と質の食事をとる者の増加						
項目		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						
指標		策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
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		68.1%	59.7%	56.1% 参考：37.7%		80%	D 悪化している	
		平成23年度	平成28年度	令和元年度 参考：令和3年度		令和4年度		
項目		イ 食塩摂取量の減少						
指標		策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
食塩摂取量		10.6g	9.9g 9.9g（年齢調整値）	10.1g 10.0g（年齢調整値）		8g	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）	
		平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
項目		ウ 野菜と果物の摂取量の増加						
指標		策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
野菜摂取量の平均値		282g	277g 274g（年齢調整値）	281g 275g（年齢調整値）		350g	C 変わらない	D 悪化している
		平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
果物摂取量100g未満の者の割合		61.4%	62.7% ※1 ※2 64.3%（年齢調整値）	63.3% ※1 66.5%（年齢調整値）		30%	D 悪化している	
		平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
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						総合評価 (中間)	総合評価 (最終)	
調査名		平成23年度：内閣府「平成23年度 食育に関する意識調査」 平成28年度以降：農林水産省「食育に関する意識調査」				b 変わらない	C 変わらない	
設問		(平成23年度) 主食・主菜・副菜を3つそろえて食べることが1日に2回以上あるのは、週に何日ありますか。この中から1つ選んでください。 1 ほとんど毎日 2 週に4～5日 3 週に2～3日 4 ほとんどない (平成28年度、令和元年度、令和3年度) 主食（ごはん、パン、麺など）・主菜（肉・魚・卵・大豆製品などを使ったメインの料理）・副菜（野菜・きのこ・いも・海藻などを使った小鉢・小皿の料理）を3つそろえて食べることが1日に2回以上あるのは、週に何日ありますか。この中から1つ選んでください。 1 ほぼ毎日 2 週に4～5日 3 週に2～3日 4 ほとんどない 5 わからない						
表番号		集計表10	集計表 5	集計表 5 参考：集計表 6				
算出方法		—						
算出方法（計算式）		—						
備考		・20歳以上を対象としている。 ・農林水産省「食育に関する意識調査」の調査方法が、令和2年度以降は「郵送及びインターネットを用いた自記式」に変更となっている（令和元年度までは「調査員による個別面接聴取」）。						
イ 食塩摂取量の減少								
調査名		厚生労働省「国民健康・栄養調査」						
設問		—						

表番号	第 1 表の 1	第 1 表の 1	第 1 表の 1	
算出方法	—			
算出方法（計算式）	—			
備考	・ 20歳以上を対象としている。 ・ 平成28年（大規模年）の平均値、割合は、全国補正值である。			
ウ 野菜と果物の摂取量の増加				
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」			
設問	—			
表番号	(野菜)：第 5 表の 1 (果物)：第 8 表の 1	(野菜)：第 5 表の 1 (果物)：第 8 表の 1	(野菜)：第 5 表の 1 (果物)：第 8 表の 1	
算出方法	—			
算出方法（計算式）	平成28年、令和元年は、特別集計 ※ 1			
備考	・ 20歳以上を対象としている。 ・ 平成28年（大規模年）の平均値、割合は、全国補正值である。 ※ 1 平成28年、令和元年は、平成22年と同様の方法で、ジャム及び果汁・果汁飲料を除く生果の重量を特別集計しているため、表中の数値からは算出できない。 ※ 2 最終評価にあたり、特別集計した結果、中間評価値については中間評価報告書と値が異なる。			
分析	■直近値vs目標値 ・ 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は、目標値に達していない。 ・ イ 食塩摂取量の減少は、目標値に達していない。 ・ ウ 野菜と果物の摂取量の増加（野菜摂取量の平均値）は、目標値に達していない。 ・ ウ 野菜と果物の摂取量の増加（果物摂取量100 g 未満の者の割合）は、目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ 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は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－17.6%）。 ・ イ 食塩摂取量は、ベースラインと比較して有意に減少している（片側p値<0.01）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ・ ウ 野菜摂取量は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.25）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ・ ウ 果物摂取量100 g 未満の者の割合は、ベースラインと比較して有意に増加している（片側p値<0.01）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ■経年的な推移の分析 ・ イ 食塩摂取量は、平成22年～平成28年是有意に減少している（片側p値<0.01）、平成28年～令和元年は有意な変化は認められない（片側p値=0.37）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。 ・ ウ 野菜摂取量は、平成22年～令和元年は有意な変化は認められない（片側p値=0.48）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。 ・ ウ 果物摂取量100 g 未満の者の割合は、平成22年～令和元年は有意に増加している（片側p値<0.01）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。			
調査・データ分析上の課題	ア 農林水産省「食育に関する意識調査」について、令和 2 年度に調査方法の変更があったため（郵送及びインターネットを用いた自記式に変更（令和元年度までは調査員による個別面接聴取））、以降のデータの比較の際は注意が必要。			
分析に基づく評価	■各指標及び各項目の評価 ・ ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が 1 日 2 回以上の日がほぼ毎日の者の割合は、ベースラインからの相対的変化率が 5 %を超えて悪化傾向にあることから、Dと判定。 ・ イ 食塩摂取量の減少は、直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることから、B*と判定。 ・ ウ 野菜と果物の摂取量の増加（野菜摂取量の平均値）は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。 ・ ウ 野菜と果物の摂取量の増加（果物摂取量100 g 未満の者の割合）は、直近値とベースラインの比較において有意に悪化傾向にあることから、Dと判定。 ・ 項目ウの各指標はCとD評価であり、A= 5 点、B及びB*= 4 点、C= 3 点、D= 2 点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が 2 点であることから、項目ウはDと判定。 ■目標項目の評価 ・ 項目アの評価はD、項目イの評価はB*、項目ウの評価はDであった。各項目の評価を、A= 5 点、B及びB*= 4 点、C= 3 点、D= 2 点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が 3 点であることから、Cと判定。			

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								
領域		(1) 栄養・食生活						
目標項目		③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）						
指標		策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
朝食 小学生		15.3%	32.4% 32.3%（年齢調整値）	12.1%		減少傾向へ	A 目標値に達した	
		平成22年度	平成26年度	令和3年度		令和4年度		
朝食 中学生		33.7%	31.9%	28.8%		減少傾向へ	A 目標値に達した	
		平成22年度	平成26年度	令和3年度		令和4年度		
夕食 小学生		2.2%	1.9%	1.6%		減少傾向へ	A 目標値に達した	
		平成22年度	平成26年度	令和3年度		令和4年度		
夕食 中学生		6.0%	7.1%	4.3%		減少傾向へ	A 目標値に達した	
		平成22年度	平成26年度	令和3年度		令和4年度		
調査名	平成22年度：日本スポーツ振興センター「児童生徒の食生活等実態調査」 平成26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」 （研究代表者 佐々木敏）平成26年報告書 令和3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」						総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
	設問	いつもどのように食事をしていますか。1つ選んで○をつけてください。 1 家族そろって食べる 2 おとなの家族のだけかと食べる 3 子どもだけで食べる 4 一人で食べる 5 その他						b 変わらない
表番号	調査結果（単純集計） 【児童生徒】Q25	表48	—					
算出方法	—							
算出方法（計算式）	—							
備考	・小学5年生、中学2年生を対象としている。							
分析	■直近値vs目標値 ・食事を1人で食べる子どもの割合（小学5年生男子）は、目標（値）に達している。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（小学5年生女子）は、目標（値）に達している。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（中学2年生男子）は、目標（値）に達している。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（中学2年生女子）は、目標（値）に達している。 ■直近値vsベースライン ・食事を1人で食べる子どもの割合（小学5年生男子）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－20.9%）。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（小学5年生女子）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－14.5%）。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（中学2年生男子）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－27.3%）。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（中学2年生女子）は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－28.3%）。 ・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。							
調査・データ分析上の課題	・ベースラインは日本スポーツ振興センターによる調査により把握したが、その後調査が行われていないことから、中間評価及び最終評価は、研究で実施した調査結果を用いて評価した。データソースが異なりサンプリング方法と人数が異なることに留意が必要である。 ・最終評価に関しては、基本的に新型コロナウイルス感染症の影響を受ける前の令和元（2019）年までのデータで評価することとしているが、本目標項目についてはデータソースとなる研究を令和元（2019）年に行っていないため、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。							
分析に基づく評価	■各指標の評価 ・食事を1人で食べる子どもの割合（小学5年生男子）は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて減少傾向であることからAと判定。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（小学5年生女子）は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて減少傾向であることからAと判定。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（中学2年生男子）は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて減少傾向であることからAと判定。 ・食事を1人で食べる子どもの割合（中学2年生女子）は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて減少傾向であることからAと判定。 ■目標項目の評価 ・全ての指標がAであることから、Aと判定。							

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								
領域		(1) 栄養・食生活						
目標項目		④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加						
指標		策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
食品企業登録数		14社	103社	117社以上		100社	A 目標値に達した	
		平成24年	平成28年度	令和3年度		令和4年度		
飲食店登録数		17,284店舗	26,225店舗	24,441店舗		30,000店舗	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）	
		平成24年	平成29年	令和元年		令和4年度		
調査名		食品企業登録数：厚生労働省健康局健康課による把握（スマート・ライフ・プロジェクト登録時の調査票による把握） ※食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む、スマート・ライフ・プロジェクトに登録のあった企業数 飲食店登録数：厚生労働省健康局健康課による把握（自治体からの報告） ※エネルギーや塩分控えめ、野菜たっぷり・食物繊維たっぷりといったヘルシーメニューの提供に取り組む店舗数					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
							a 改善している	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)
設問		―						
表番号		―						
算出方法		―						
算出方法（計算式）		―						
備考		―						
分析		■直近値vs目標値 ・食品企業登録数は、目標値に達している。 ・飲食店登録数は、目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・食品企業登録数は、ベースラインと比較して増加している。 ・飲食店登録数は、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的变化：+41.4%）。 ・全数調査のため、検定不要と判断。						
調査・データ分析上の課題		・食品企業登録数は、中間評価時点で目標達成済みのため、中間評価以降集計されていなかった。最終評価に際し、スマート・ライフ・プロジェクト参画企業へのアンケートを実施（令和4年3月）。食品中の食塩又は脂肪の含有量について、従来品と比べて10%以上の低減を行っていると回答した企業のうち中間評価時点で登録されていた企業を除くと中間評価以降の増加が14社であったため、少なくとも117社と考えられる。しかしながら、アンケート回収率が低く（食品企業以外を含む全回答者数981件）、数値の取扱いには注意が必要である。						
分析に基づく評価		■各指標の評価 ・食品企業登録数は、目標値を達成していることからAと判定。 ・飲食店登録数は、ベースラインからの相対的变化率が5%を超えて改善しているが、目標年度までの目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。 ■目標項目の評価 ・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が4点であり、かつ目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。						

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							
領域	(1) 栄養・食生活						
目標項目	⑤ 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
(参考値) 管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合	70.5%	72.7%	74.7% 参考：75.5%		80%	B*	
	平成22年度	平成27年度	令和元年度 参考：令和2年度		令和4年度	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）	
調査名	厚生労働省「衛生行政報告例」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a* 改善している（最終評価までに目標到達が危ぶまれる）	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）
表番号	第11表	第2章 栄養 第3表	第2章 栄養 第3表 参考：第2章 栄養 第3表				
算出方法	(（全施設数－管理栄養士・栄養士のいない施設数）／全施設数)×100						
算出方法（計算式）	ベースライン：((46,761－13,794)/46,761)×100 中間評価：((49,744－13,569)/49,744)×100 最終評価：((51,110－12,955)/51,110)×100 参考：((51,005－12,481)/51,005)×100						
備考	・平成22年度衛生行政報告例は、東日本大震災の影響により、宮城県のうち仙台市以外の市町村、福島県のうち郡山市及びいわき市以外の市町村が含まれていない。 ・策定当初は参考値としていた指標をそのまま評価指標に用いている。						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋6％）。 ・全数調査のため、検定不要と判断。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5％を超えて改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。						

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							
領域	(2) 身体活動・運動						
目標項目	① 日常生活における歩数の増加						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
20歳～64歳 (男性)	7,841歩	7,769歩 7,762歩(年齢調整値)	7,864歩 7,887歩(年齢調整値)		9,000歩	C 変わらない	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
20歳～64歳 (女性)	6,883歩	6,770歩 6,757歩(年齢調整値)	6,685歩 6,671歩(年齢調整値)		8,500歩	C 変わらない	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
65歳以上 (男性)	5,628歩	5,744歩 5,775歩(年齢調整値)	5,396歩 5,403歩(年齢調整値)		7,000歩	C 変わらない	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
65歳以上 (女性)	4,584歩	4,856歩 4,891歩(年齢調整値)	4,656歩 4,674歩(年齢調整値)		6,000歩	C 変わらない	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度		
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					b 変わらない	C 変わらない
表番号	第53表の1	第39表	第61表				
算出方法	—						
算出方法（計算式）	—						
備考	・歩数計を対象者に事前に配布して歩数測定方法を説明し、これに従って測定後、被調査者が1日の身体活動量（歩数）と歩数計の装着状況を記録したものを集計した。						
分析	■直近値vs目標値 ・20歳～64歳（男性）は、目標値に達していない。 ・20歳～64歳（女性）は、目標値に達していない。 ・65歳以上（男性）は、目標値に達していない。 ・65歳以上（女性）は、目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・20歳～64歳（男性）は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.83）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（20歳～29歳、30歳～39歳、40歳～49歳、50歳～59歳、60歳～64歳の5区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ・20歳～64歳（女性）は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.16）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（20歳～29歳、30歳～39歳、40歳～49歳、50歳～59歳、60歳～64歳の5区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ・65歳以上（男性）は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.31）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（65歳～74歳、75歳以上の2区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ・65歳以上（女性）は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.60）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（65歳～74歳、75歳以上の2区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ■経年的な推移の分析 ・20歳～64歳（男性）については、平成22年～令和元年は有意な変化は認められない（片側p値=0.23）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。 ・20歳～64歳（女性）については、平成22年～令和元年は有意に減少している（片側p値=0.02）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。 ・65歳以上（男性）については、平成22年～平成27年是有意な変化は認められない（片側p値=0.30）、平成27年～令和元年は有意に減少している（片側p値=0.01）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。 ・65歳以上（女性）については、平成22年～令和元年は有意な変化は認められない（片側p値=0.49）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						

分析に基づく評価	■各指標の評価 ・20歳～64歳（男性）については、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。 ・20歳～64歳（女性）については、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。 ・65歳以上（男性）については、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。 ・65歳以上（女性）については、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。 ■目標項目の評価 ・全ての指標がCであることから、Cと判定。
----------	--

(様式1)

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								
領域		(2) 身体活動・運動						
目標項目		② 運動習慣者の割合の増加						
指標		策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
20歳～64歳 男性		26.3%	23.9%	23.5%		36%	C 変わらない	
		平成22年	24.3%(年齢調整値) 平成28年	24.1%(年齢調整値) 令和元年		令和4年度		
20歳～64歳 女性		22.9%	19.0%	16.9%		33%	D 悪化している	
		平成22年	19.0%(年齢調整値) 平成28年	16.5%(年齢調整値) 令和元年		令和4年度		
65歳以上 男性		47.6%	46.5%	41.9%		58%	C 変わらない	
		平成22年	46.3%(年齢調整値) 平成28年	41.5%(年齢調整値) 令和元年		令和4年度		
65歳以上 女性		37.6%	38.0%	33.9%		48%	C 変わらない	
		平成22年	38.2%(年齢調整値) 平成28年	33.8%(年齢調整値) 令和元年		令和4年度		
調査名		厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問		—					b 変わらない	C 変わらない
表番号		第49表	第38表	第60表				
算出方法		運動の習慣有の人数／総数×100						
算出方法（計算式） 20歳～64歳 男性		ベースライン：308/1,173×100 中間評価：— 最終評価：132/561×100						
算出方法（計算式） 20歳～64歳 女性		ベースライン：376/1,641×100 中間評価：— 最終評価：140/827×100						
算出方法（計算式） 65歳以上 男性		ベースライン：376/790×100 中間評価：— 最終評価：275/657×100						
算出方法（計算式） 65歳以上 女性		ベースライン：382/1,017×100 中間評価：— 最終評価：261/769×100						
備考		・「運動の習慣有」とは、1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続していると回答した者 (身体状況調査の問診において「医師等からの運動禁止の有無」に「有」と回答した者を除く。) ・平成28年（大規模年）の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なる。						

分析	■直近値vs目標値 ・20歳～64歳（男性）は、目標値に達していない。 ・20歳～64歳（女性）は、目標値に達していない。 ・65歳以上（男性）は、目標値に達していない。 ・65歳以上（女性）は、目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・20歳～64歳（男性）については、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.36）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（20歳～29歳、30歳～39歳、40歳～49歳、50歳～59歳、60歳～64歳の5区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ・20歳～64歳（女性）については、ベースラインと比較して有意に減少している（片側p値<0.01）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（20歳～29歳、30歳～39歳、40歳～49歳、50歳～59歳、60歳～64歳の5区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ・65歳以上（男性）については、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.08）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（65歳～74歳、75歳以上の2区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ・65歳以上（女性）については、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（片側p値=0.18）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（65歳～74歳、75歳以上の2区分）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ■経年的な推移の分析 ・20歳～64歳（男性）については、平成22年～令和元年は有意な変化は認められない（片側p値=0.22）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。 ・20歳～64歳（女性）については、平成22年～令和元年は有意に減少している（片側p値<0.01）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。 ・65歳以上（男性）については、平成22年～令和元年は有意な変化は認められない（片側p値=0.18）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。 ・65歳以上（女性）については、平成22年～令和元年は有意な変化は認められない（片側p値=0.32）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。
分析に基づく評価	■各指標の評価 ・20歳～64歳（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。 ・20歳～64歳（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意に悪化傾向にあることから、Dと判定。 ・65歳以上（男性）は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。 ・65歳以上（女性）は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。 ■目標項目の評価 ・A= 5 点、B及びB*= 4 点、C= 3 点、D= 2 点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が3点であることから、Cと判定。

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							
領域	(2) 身体活動・運動						
目標項目	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						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
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	17	29	34 参考：35		47	B*	
	平成24年度※	平成28年度※	令和元年度※ 参考：令和2年度		令和4年度	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）	
調査名	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）					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	問1 住民の健康増進を目的とした運動しやすいまちづくりや環境整備の推進に向け、その対策を検討するための協議会（庁内又は庁外）などの組織を設置していますか。 問2 住民の身体活動・運動の促進を目的として市町村が行う歩道、自転車道、公園及びスポーツ施設の整備や普及・啓発などの取組に対し、助成（財政的措置）を実施していますか。					a 改善している	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）
表番号	－						
算出方法	都道府県の取組状況に関する調査において、上記の問1又は問2を行っている都道府県を集計。						
算出方法（計算式）	－						
備考	※年度末時点の状況を次年度夏頃の調査により把握しているため年→年度に修正している（告示と表記が異なる）。						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：＋100％）。 ・全数調査のため、検定不要と判断。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5％を超えて改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。						

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							
領域	(3) 休養						
目標項目	① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
睡眠による休養を十分とれていない者の割合	18.4%	19.7% 20.3% (年齢調整値)	21.7% 22.6% (年齢調整値)		15%	D 悪化している	
	平成21年	平成28年	平成30年		令和4年度		
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	ここ1ヶ月間、あなたは睡眠で休養が充分とれていますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。 1 充分とれている 2 まあまあとれている 3 あまりとれていない 4 まったくとれていない					b 変わらない	D 悪化している
表番号	第66表	第50表	第67表				
算出方法	(あまりとれていない+まったくとれていない) / 総数×100						
算出方法 (計算式)	ベースライン： (1,331+143) / 8,011×100 中間評価： — 特別集計 ※ 最終評価： (1,278+140) / 6,548×100						
備考	※平成28年の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なるため、表中の数値から算出できない。						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して有意に増加している (p<0.01) 。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整 (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) を行い、平成21年を基準とした平成30年との比較を行った。 ・男性は、ベースラインと比較して有意に増加している (p<0.01) 。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整 (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) を行い、平成21年を基準とした平成30年との比較を行った。 ・女性はベースラインと比較して有意に増加している (p<0.01) 。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整 (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) を行い、平成21年を基準とした平成30年との比較を行った。 ■経年的な推移の分析 ・平成21年～平成30年は有意に増加している (p<0.01) 。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整 (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) を行い、平成21年から平成30年の経年変化を評価した。 ・男性は、平成21年～平成30年は有意に増加している (p<0.01) 。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整 (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) を行い、平成21年から平成30年の経年変化を評価した。 ・女性は、平成21年～平成30年は有意に増加している (p<0.01) 。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整 (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) を行い、平成21年から平成30年の経年変化を評価した。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・直近値とベースラインの比較において有意に悪化傾向にあることからDと判定。						

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							
領域	(3) 休養						
目標項目	② 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
週労働時間60時間以上の雇用者の割合	9.3%	7.7%	6.5% 参考：5.0%		5.0%	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）	
	平成23年	平成28年	令和元年 参考：令和3年		令和2年		
調査名	総務省「労働力調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a* 改善している（最終評価までに目標到達が危ぶまれる）	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）
表番号	結果の要約 表10	結果の要約 表9	結果の要約 表10 参考：基本集計第II-3表				
算出方法	60時間以上実数（万人）／従業者実数（万人）×100						
算出方法（計算式）	ベースライン：481/5,153×100 中間評価：433/5,613×100 最終評価：378/5,858×100 参考：293/5,807×100						
備考	・令和2年の実績値は、5.1%（296/5,759×100）である。 ・労働力調査では、毎月の結果を算出するための基礎となる人口（ベンチマーク人口）として推計人口を用いており、2022年1月分結果（3月4日公表）から、ベンチマーク人口を2020年国勢調査結果を基準とする推計人口（新基準）へと切替えを行っている。これに伴い、過去の数値を新基準のベンチマーク人口に基づいて遡及又は補正した時系列接続用数値に変更している。そのため、「労働力調査（基本集計）平成23年平均（速報）結果の要約」表10、「平成28年（2016年）平均（速報）結果の要約」表9、「労働力調査（基本集計）2019年（令和元年）平均（速報）結果の要約」表10に記載されている割合の数値は、統計表から算出される割合と数値が合わない場合がある。 ・上記要約における割合の表記は、計算に用いる分母として従業者総数ではなく内訳の合計（週労働時間1～34時間従業者＋週35時間以上従業者）を用いているため、当該指標の計算結果とは数値が異なる。 ・令和3年については、基準人口変更後の数値を用いている。 ・千人以下を四捨五入した万人データを用いて算出している。 ・平成23年は、岩手県、宮城県、福島県を除く。						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：－30.1%）。 ・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。						

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								
領域		(4) 飲酒						
目標項目		① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少						
指標		策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
1日当たりの純アルコール 摂取量が男性40g以上の割 合		15.3%	14.6%	14.9%		13%	C 変わらない	
		平成22年	14.9%（年齢調整値） 平成28年	15.2%（年齢調整値） 令和元年		令和4年度		
1日当たりの純アルコール 摂取量が女性20g以上の割 合		7.5%	9.1%	9.1%		6.4%	D 悪化している	
		平成22年	9.3%（年齢調整値） 平成28年	9.6%（年齢調整値） 令和元年		令和4年度		
調査名		厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問		あなたは週に何日位お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲みますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。 1 毎日 2 週5～6日 3 週3～4日 4 週1～2日 5 月に1～3日 6 ほとんど飲まない 7 やめた 8 飲まない（飲めない） お酒を飲む日は1日あたり、どれくらいの量を飲みますか。清酒に換算し、あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。 1 1合（180ml）未満 2 1合以上2合（360ml）未満 3 2合以上3合（540ml）未満 4 3合以上4合（720ml）未満 5 4合以上5合（900ml）未満 6 5合（900ml）以上					b 変わらない	D 悪化している
表番号		第3部 第73-2表	第3部 第47表	第3部 第94表				
算出方法		生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者／総数×100						
算出方法（計算式） 男性		ベースライン：－ 特別集計 ※1 中間評価：－ 特別集計 ※2 最終評価：397/2,666×100						
算出方法（計算式） 女性		ベースライン：－ 特別集計 ※1 中間評価：－ 特別集計 ※2 最終評価：277/3,035×100						
備考		・上記設問の飲酒頻度と飲酒量を用いて、次の方法で算出している。 男性：（「毎日×2合以上」＋「週5～6日×2合以上」＋「週3～4日×3合以上」＋「週1～2日×5合以上」＋「月1～3日×5合以上」）／全回答者数 女性：（「毎日×1合以上」＋「週5～6日×1合以上」＋「週3～4日×1合以上」＋「週1～2日×3合以上」＋「月1～3日×5合以上」）／全回答者数 ※1 平成22年は上記定義に基づき特別集計で算出しているため、表中の数値（「月1～3日×5合以上」の人数が掲載されていない）からは算出できない。 ※2 平成28年の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なるため、表中の数値から算出できない。						
分析		■直近値vs目標値 ・1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の割合は、目標に達していない。 ・1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の割合は、目標に達していない。 ■直近値vsベースライン ・1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の割合は、ベースラインと比較して有意な変化は認められない（p=0.89）。 ・1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の割合は、ベースラインと比較して有意に増加している（p<0.01）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ■経年的な推移の分析 ・1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の割合は、平成22年～令和元年は有意な変化は認められない（p=0.46）。 ・1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の割合は、平成22年～令和元年は有意に増加している（p<0.01）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次のパーセンテージと標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。						
調査・データ分析上の課題		・特記事項なし。						
分析に基づく評価		■各指標の評価 ・1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の割合は、直近値とベースラインの比較において有意な変化は認められなかったため、Cと判定。 ・1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の割合は、有意に悪化傾向にあることからDと判定。 ■目標項目の評価 ・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が2点であったことから、Dと判定。						

(様式1)

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							
領域		(4) 飲酒					
目標項目		② 未成年者(※1)の飲酒をなくす					
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
中学3年生 男子	10.5%	7.2%	3.8% 参考：1.7%		0%	B 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある	
	平成22年	平成26年	平成29年 参考：令和3年		令和4年度		
中学3年生 女子	11.7%	5.2%	2.7% 参考：2.7%		0%	B 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある	
	平成22年	平成26年	平成29年 参考：令和3年		令和4年度		
高校3年生 男子	21.6% ※2	13.7%	10.7% 参考：4.3%		0%	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）	
	平成22年	平成26年	平成29年 参考：令和3年		令和4年度		
高校3年生 女子	19.9%	10.9%	8.1% 参考：2.9%		0%	B 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある	
	平成22年	平成26年	平成29年 参考：令和3年		令和4年度		
調査名	厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査 平成22年調査：「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」（研究代表者 大井田隆）平成23年報告書 平成26年調査：「未成年者の健康課題および生活習慣に関する実態調査研究」（研究代表者 大井田隆）平成27年報告書 平成29年調査：「飲酒や喫煙等の実態調査と生活習慣病予防のための減酒の効果的な介入方法の開発に関する研究」（研究 代表者 尾崎米厚）平成29年報告書 令和3年調査：「喫煙、飲酒等生活習慣の実態把握及び生活習慣の改善に向けた研究」（研究代表者 尾崎米厚）令和3年 報告書					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
						a 改善している	B 現時点で目標値に達 していないが、 改善傾向にある
設問	この30日間に、少しでもお酒を飲んだ日は合計何日になりますか？ 1. 0日 2. 1か2日 3. 3～5日 4. 6～9日 5. 10～19日 6. 20～29日 7. 毎日（30日）						
表番号	質問5	質問5	表1 参考：健康日本21(第二 次) 未成年の飲酒と喫煙 に関する目標項目				
算出方法	平成22年、平成26年は、「1か2日」、「3～5日」、「6～9日」、「10～19日」、「20～29日」、「毎日」と回答した 者／合計×100 平成29年は、月飲酒（この30日間で1日でも飲酒した者）／合計×100 合計（分母）には不明を含まない。						
算出方法（計算式） 中学3年生 男子	ベースライン：(373+175+39+34+10+16)/(6207-50)×100 中間評価：(222+99+13+27+7+7)/(5320-116)×100 最終評価：140/3702×100 参考：－						
算出方法（計算式） 中学3年生 女子	ベースライン：(454+178+43+35+6+13)/(6269-44)×100 中間評価：(158+70+14+12+5+5)/(5145-101)×100 最終評価：100/3713×100 参考：－						
算出方法（計算式） 高校3年生 男子	ベースライン：(877+638+159+177+61+39)/(9056-43)×100 中間評価：(504+304+74+82+34+21)/(7606-159)×100 最終評価：798/7470×100 参考：－						
算出方法（計算式） 高校3年生 女子	ベースライン：(1035+549+107+116+34+20)/(9410-57)×100 中間評価：(585+287+45+43+16+2)/(9122-160)×100 最終評価：480/5934×100 参考：－						
備考	・平成29年調査は、中学校48校（回答率49%）、高校55校（回答率64%）、合計回答数64,417通。 ・令和3年調査は、中学校 紙9校（回答率31%）＋ウェブ9校（回答率12%）、合計18校（回答率18%）。 高校 紙9校（回答率33%）＋ウェブ8校（回答率7%）、合計17校（回答率15%）。 合計 回答者15,832人。 ・令和3年調査は、紙及びウェブを用いた調査に変更（平成29年度までは紙の調査表を送付する方法で実施）。 ※1 民法（明治29年法律第89号）の改正法施行に伴い、令和4年4月1日から「未成年者」を「20歳未満の者」と呼称す る。 ※2 最終評価時に四捨五入の方法を改めて算出したため、告示とは値が異なる。						

分析	■直近値vs目標値 ・ 中学３年生(男子)は、目標値に達していない。 ・ 中学３年生(女子)は、目標値に達していない。 ・ 高校３年生(男子)は、目標値に達していない。 ・ 高校３年生(女子)は、目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ 中学３年生(男子)は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-63.8%）。 ・ 中学３年生(女子)は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-76.9%）。 ・ 高校３年生(男子)は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-50.7%）。 ・ 高校３年生(女子)は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-59.3%）。 ・ 標準誤差計算不可のため検定不可と判断。 <table><thead><tr><th colspan="3"></th><th>不明を母数に含む (健やか親子21)</th><th>不明を母数に含まない (健康日本21（第二次）)</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="4">ベースライン (平成22年度)</td><td rowspan="2">中学３年生</td><td>男子</td><td>647/6,207×100=10.4</td><td>647/6,157×100=10.5</td></tr><tr><td>女子</td><td>729/6,269×100=11.6</td><td>729/6,225×100=11.7</td></tr><tr><td rowspan="2">高校３年生</td><td>男子</td><td>1,951/9,056×100=21.5</td><td>1,951/9,013×100=21.6</td></tr><tr><td>女子</td><td>1,861/9,410×100=19.8</td><td>1,861/9,353×100=19.9</td></tr><tr><td rowspan="4">平成24年度</td><td rowspan="2">中学３年生</td><td>男子</td><td>589/6,186×100=9.5</td><td>589/6,145×100=9.6</td></tr><tr><td>女子</td><td>542/6,019×100=9.0</td><td>542/5,991×100=9.0</td></tr><tr><td rowspan="2">高校３年生</td><td>男子</td><td>1,642/10,215×100=16.1</td><td>1,642/10,178×100=16.1</td></tr><tr><td>女子</td><td>1,623/9,835×100=16.5</td><td>1,623/9,800×100=16.6</td></tr><tr><td rowspan="4">平成26年度</td><td rowspan="2">中学３年生</td><td>男子</td><td>375/5,320×100=7.0</td><td>375/5,204×100=7.2</td></tr><tr><td>女子</td><td>264/5,145×100=5.1</td><td>264/5,044×100=5.2</td></tr><tr><td rowspan="2">高校３年生</td><td>男子</td><td>1,019/7,606×100=13.4</td><td>1,019/7,447×100=13.7</td></tr><tr><td>女子</td><td>978/9,122×100=10.7</td><td>978/8,962×100=10.9</td></tr><tr><td rowspan="4">平成29年度</td><td rowspan="2">中学３年生</td><td>男子</td><td>－</td><td>140/3,702×100=3.8</td></tr><tr><td>女子</td><td>－</td><td>100/3,713×100=2.7</td></tr><tr><td rowspan="2">高校３年生</td><td>男子</td><td>－</td><td>798/7,470×100=10.7</td></tr><tr><td>女子</td><td>－</td><td>480/5,934×100=8.1</td></tr><tr><td rowspan="4">令和３年度</td><td rowspan="2">中学３年生</td><td>男子</td><td>－</td><td>1.7</td></tr><tr><td>女子</td><td>－</td><td>2.7</td></tr><tr><td rowspan="2">高校3年生</td><td>男子</td><td>－</td><td>4.3</td></tr><tr><td>女子</td><td>－</td><td>2.9</td></tr></tbody></table> 「健康日本21（第二次）」の指標数値は不明を分母に含まない方法で算出しているため、「健やか親子21（第2次）」の指標数値（不明を分母に含む方法で算出）とは合致しない。								不明を母数に含む (健やか親子21)	不明を母数に含まない (健康日本21（第二次）)	ベースライン (平成22年度)	中学３年生	男子	647/6,207×100=10.4	647/6,157×100=10.5	女子	729/6,269×100=11.6	729/6,225×100=11.7	高校３年生	男子	1,951/9,056×100=21.5	1,951/9,013×100=21.6	女子	1,861/9,410×100=19.8	1,861/9,353×100=19.9	平成24年度	中学３年生	男子	589/6,186×100=9.5	589/6,145×100=9.6	女子	542/6,019×100=9.0	542/5,991×100=9.0	高校３年生	男子	1,642/10,215×100=16.1	1,642/10,178×100=16.1	女子	1,623/9,835×100=16.5	1,623/9,800×100=16.6	平成26年度	中学３年生	男子	375/5,320×100=7.0	375/5,204×100=7.2	女子	264/5,145×100=5.1	264/5,044×100=5.2	高校３年生	男子	1,019/7,606×100=13.4	1,019/7,447×100=13.7	女子	978/9,122×100=10.7	978/8,962×100=10.9	平成29年度	中学３年生	男子	－	140/3,702×100=3.8	女子	－	100/3,713×100=2.7	高校３年生	男子	－	798/7,470×100=10.7	女子	－	480/5,934×100=8.1	令和３年度	中学３年生	男子	－	1.7	女子	－	2.7	高校3年生	男子	－	4.3	女子	－	2.9
				不明を母数に含む (健やか親子21)	不明を母数に含まない (健康日本21（第二次）)																																																																																
ベースライン (平成22年度)	中学３年生	男子	647/6,207×100=10.4	647/6,157×100=10.5																																																																																	
		女子	729/6,269×100=11.6	729/6,225×100=11.7																																																																																	
	高校３年生	男子	1,951/9,056×100=21.5	1,951/9,013×100=21.6																																																																																	
		女子	1,861/9,410×100=19.8	1,861/9,353×100=19.9																																																																																	
平成24年度	中学３年生	男子	589/6,186×100=9.5	589/6,145×100=9.6																																																																																	
		女子	542/6,019×100=9.0	542/5,991×100=9.0																																																																																	
	高校３年生	男子	1,642/10,215×100=16.1	1,642/10,178×100=16.1																																																																																	
		女子	1,623/9,835×100=16.5	1,623/9,800×100=16.6																																																																																	
平成26年度	中学３年生	男子	375/5,320×100=7.0	375/5,204×100=7.2																																																																																	
		女子	264/5,145×100=5.1	264/5,044×100=5.2																																																																																	
	高校３年生	男子	1,019/7,606×100=13.4	1,019/7,447×100=13.7																																																																																	
		女子	978/9,122×100=10.7	978/8,962×100=10.9																																																																																	
平成29年度	中学３年生	男子	－	140/3,702×100=3.8																																																																																	
		女子	－	100/3,713×100=2.7																																																																																	
	高校３年生	男子	－	798/7,470×100=10.7																																																																																	
		女子	－	480/5,934×100=8.1																																																																																	
令和３年度	中学３年生	男子	－	1.7																																																																																	
		女子	－	2.7																																																																																	
	高校3年生	男子	－	4.3																																																																																	
		女子	－	2.9																																																																																	
調査・データ分析上の課題	・ 特記事項なし。																																																																																				
分析に基づく評価	■各指標の評価 ・ 中学３年生(男子)は、ベースラインからの相対的変化率が５％を超えて改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。 ・ 中学３年生(女子)は、ベースラインからの相対的変化率が５％を超えて改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。 ・ 高校３年生(男子)は、ベースラインからの相対的変化率が５％を超えて改善傾向にあるが、目標年度までの目標達成が危ぶまれることからB*と判定。 ・ 高校３年生(女子)は、ベースラインからの相対的変化率が５％を超えて改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。 ■目標項目の評価 ・ A＝５点、B及びB*＝４点、C＝３点、D＝２点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が４点であり、かつ目標達成見込みであることから、Bと判定。																																																																																				

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							
領域	(4) 飲酒						
目標項目	③ 妊娠中の飲酒をなくす						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
妊娠中に飲酒した者の割合	8.7%	4.3%	1.0% 参考：0.8%	0%	0%	B	
	平成22年	平成25年	令和元年 参考：令和2年	平成26年	令和4年度	現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある	
調査名	平成22年：厚生労働省「乳幼児身体発育調査」 平成25年：厚生労働科学研究費「「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」（研究代表者 山縣然太郎） 令和元年、令和2年：厚生労働省 母子保健課調査					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	妊娠中のあなた（お母さん）の飲酒はどうでしたか。 1 なし 2 あり					a* 改善している（最終評価までに目標達成が危ぶまれる）	B 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある
表番号	表20	表41	—				
算出方法	平成22年：「あり」と回答した者の総数／「あり」＋「なし」＋「不詳」の総数 平成25年：「はい」と回答した者の人数／全回答者数×100※						
算出方法（計算式）	ベースライン：666/(666+6956+30)×100 中間評価：((197/6,181)+(383/8,688)+(448/8,444))/3×100 最終評価：－						
備考	※平成25年は、3、4か月児、1歳6か月児、3歳児健診時に調査した妊娠中の飲酒率（3.2%、4.4%、5.3%）の3時点の数値を単純平均している（3時点を同じ重みとした加重平均となる。細かい小数を用いて計算をしており、小数第1位までの数値の平均とは一致しない）。また、全回答者数（分母）には、全国（中間評価より継続調査の全市区町村）の3、4か月児、1歳6か月児、3歳児の人数を用いている（無回答者を含む）。 ・中間評価は変更前の目標値で行ったが、中間評価時点で、既に目標設定年度（平成26年）を過ぎていたため、健やか親子（第2次）に合わせて目標値は継続としたが、健康日本21（第二次）の計画期間に合わせて目標設定年度のみ更新した。						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的变化：-88.5%）。 ・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的变化率が5%を超えて改善傾向にあり、目標年度までに目標達成見込みであることから、Bと判定。						

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							
領域	(5) 喫煙						
目標項目	① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
成人の喫煙率	19.5%	18.3% 19.0%（年齢調整値）	16.7% 17.5%（年齢調整値）		12%	B*	
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度	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）	
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	（平成22年） あなたはこれまでにたばこを吸ったことがありますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。 1 合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている（吸っていた） 2 吸っている（吸ったことはある）が合計100本未満で6ヶ月未満である 3 まったく吸ったことがない 現在（この1ヶ月間）、あなたはたばこを吸っていますか。あてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。 1 毎日吸う 2 ときどき吸っている 3 今は吸っていない （平成28年、令和元年） あなたはたばこを吸いますか。あてはまる番号1つに○印をつけて下さい。 1 毎日吸っている 2 時々吸う日がある 3 以前は吸っていたが、1か月以上吸っていない 4 吸わない					a*	B*
表番号	第66表	第40表	第83表				
算出方法	（毎日吸っている＋時々吸う日がある）／総数×100						
算出方法（計算式）	ベースライン：(1,418＋113)/7,866×100 中間評価：－ 特別集計 ※ 最終評価：(898＋52)/5,691×100						
備考	・平成28年、令和元年は、「あなたはたばこを吸いますか？」の問いに対し「毎日吸っている」、「時々吸う日がある」と回答した者を集計している（続く設問では、紙巻たばこ、加熱式たばこ、その他、から吸っているたばこ製品を選択する形式となっていることから、当該設問は紙巻たばこ、加熱式たばこを含むと考えられる）。 ・平成22年は、問11「あなたはこれまでにたばこを吸ったことがありますか。」の問いに対し、合計100本以上、または6ヶ月以上たばこを吸っている（吸っていた）と回答した者のうち、問12「現在（この1ヶ月間）、あなたはたばこを吸っていますか」の問いに対し、「毎日吸う」又は「ときどき吸っている」と回答した者を集計している。 ※ 平成28年の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なるため、表中の数値から算出できない。						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して有意に減少している（p=0.04）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ・男性は、ベースラインと比較して有意に減少している（p<0.01）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ・女性は、ベースラインと比較して有意な認められない（p=0.82）。 【注】重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ■経年的な推移の分析 ・平成22年～平成24年には有意な変化は認められない（p=0.39）、平成24年～令和元年は有意に減少している（p=0.005）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。 ・男性は、平成22年～平成24年には有意な変化は認められない（p=0.2）、平成24年～令和元年は有意に減少している（p<0.01）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。 ・女性は、平成22年～令和元年は有意な変化は認められない（p=0.06）。 【注】平成22年の調査実施人数を用いて年齢調整値を算出し、各年次の平均値と標準誤差を用いて、joinpoint regression analysisで検定を行った。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・直近値とベースラインの比較において有意に改善傾向にあるが、目標年度までに目標達成が危ぶまれることから、B*と判定。						

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							
領域	(5) 喫煙						
目標項目	② 未成年者※の喫煙をなくす						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
中学1年生 男子	1.6%	1.0%	0.5% 参考：0.1%		0%	B 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある	
	平成22年	平成26年	平成29年 参考：令和3年		令和4年度		
中学1年生 女子	0.9%	0.3%	0.5% 参考：0.1%		0%	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）	
	平成22年	平成26年	平成29年 参考：令和3年		令和4年度		
高校3年生 男子	8.6%	4.6%	3.1% 参考：1.0%		0%	B 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある	
	平成22年	平成26年	平成29年 参考：令和3年		令和4年度		
高校3年生 女子	3.8%	1.4%	1.3% 参考：0.6%		0%	B 現時点で目標値に達していないが、 改善傾向にある	
	平成22年	平成26年	平成29年 参考：令和3年		令和4年度		
調査名	厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査 平成22年調査：「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」（研究代表者 大井田隆）平成23年報告書 平成26年調査：「未成年者の健康課題および生活習慣に関する実態調査研究」（研究代表者 大井田隆）平成27年報告書 平成29年調査：「飲酒や喫煙等の実態調査と生活習慣病予防のための減酒の効果的な介入方法の開発に関する研究」（研究代表者 尾崎米厚）平成29年報告書 令和3年調査：「喫煙、飲酒等生活習慣の実態把握及び生活習慣の改善に向けた研究」（研究代表者 尾崎米厚）令和3年報告書					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
						a 改善している	B 現時点で目標値に達 していないが、 改善傾向にある
設問	平成22年、平成26年： この30日間に何日タバコを吸いましたか？ 1. 0日 2. 1か2日 3. 3～5日 4. 6～9日 5. 10～19日 6. 20～29日 7. 毎日（30日） 平成29年、令和3年： この30日間に、何日、紙巻きタバコを吸いましたか？ 1. 0日 2. 1か2日 3. 3～5日 4. 6～9日 5. 10～19日 6. 20～29日 7. 毎日（30日）						
表番号	質問22	質問23	表26 参考：表30				
算出方法	平成22年、平成26年は、「1か2日」、「3～5日」、「6～9日」、「10～19日」、「20～29日」、「毎日（30日）」と回答した者／合計×100 平成29年、令和3年は、紙巻月喫煙／合計×100 合計（分母）には不明を含む。						
算出方法（計算式） 中学1年生 男子	ベースライン：（44+27+1+6+7+18）/6,435×100 中間評価：（28+6+5+4+4+6）/5,467×100 最終評価：17/3,740×100 参考：2/1,498×100						
算出方法（計算式） 中学1年生 女子	ベースライン：（27+11+4+4+3+10）/6,606×100 中間評価：（10+6+0+0+1+0）/5,061×100 最終評価：19/3,644×100 参考：1/1,299×100						
算出方法（計算式） 高校3年生 男子	ベースライン：（91+76+29+64+104+419）/9056×100 中間評価：（50+32+11+19+58+180）/7606×100 最終評価：230/7,470×100 参考：10/1,038×100						
算出方法（計算式） 高校3年生 女子	ベースライン：（68+38+14+42+47+153）/9410×100 中間評価：（21+17+9+18+14+53）/9122×100 最終評価：75/5,934×100 参考：8/1,262×100						
備考	平成29年調査は、中学校48校（回答率49%）、高校55校（回答率64%）、合計回答数64,417通。 令和3年調査は、中学校 紙9校（回答率31%）＋ウェブ9校（回答率12%）、合計18校（回答率18%）。 高校 紙9校（回答率33%）＋ウェブ8校（回答率7%）、合計17校（回答率15%）。 合計 回答者15,832人。 令和3年調査は、紙及びウェブを用いた調査に変更（平成29年度までは紙の調査表を送付する方法で実施）。 ※民法（明治29年法律89号）の改正法施行に伴い、令和4年4月1日から「未成年者」を「20歳未満の者」と呼称する。						

分析

- 直近値（平成29年）vs目標値
- ・中学1年生 男子は、目標値に達していない。
 - ・中学1年生 女子は、目標値に達していない。
 - ・高校3年生 男子は、目標値に達していない。
 - ・高校3年生 女子は、目標値に達していない。
- 直近値（平成29年）vsベースライン
- ・中学1年生 男子は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-69%）。
 - ・中学1年生 女子は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-44%）。
 - ・高校3年生 男子は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-64%）。
 - ・高校3年生 女子は、ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-66%）。
 - ・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。

【参考】加熱式たばこの使用状況

2017年

- ・中学1年生 男子：0.2%
- ・中学1年生 女子：0.3%
- ・高校3年生 男子：1.9%
- ・高校3年生 女子：0.7%

2021年

- ・中学1年生 男子：0.1%
- ・中学1年生 女子：0.2%
- ・高校3年生 男子：0.7%
- ・高校3年生 女子：0.5%

			計算式
ベースライン (平成22年度)	中学1年生	男子	$103/6,435 \times 100 = 1.6$
		女子	$59/6,606 \times 100 = 0.9$
	高校3年生	男子	$783/9,056 \times 100 = 8.6$
		女子	$362/9,410 \times 100 = 3.8$
平成24年度	中学1年生	男子	$80/6,920 \times 100 = 1.2$
		女子	$49/6,485 \times 100 = 0.8$
	高校3年生	男子	$568/10,215 \times 100 = 5.6$
		女子	$245/9,835 \times 100 = 2.5$
平成26年度	中学1年生	男子	$53/5,467 \times 100 = 1.0$
		女子	$17/5,061 \times 100 = 0.3$
	高校3年生	男子	$350/7,606 \times 100 = 4.6$
		女子	$132/9,122 \times 100 = 1.4$
平成29年度	中学1年生	男子	$17/3,740 \times 100 = 0.5$
		女子	$19/3,644 \times 100 = 0.5$
	高校3年生	男子	$230/7,470 \times 100 = 3.1$
		女子	$75/5,934 \times 100 = 1.3$
令和3年度	中学1年生	男子	$2/1,498 \times 100 = 0.1$
		女子	$1/1,299 \times 100 = 0.1$
	高校3年生	男子	$10/1,038 \times 100 = 1.0$
		女子	$8/1,262 \times 100 = 0.6$

※健やか親子21、健康日本21（第二次）ともに不明を分母に含む。

調査・データ分析上の課題

- ・特記事項なし。

分析に基づく評価

- 各指標の評価
- 中学1年生 男子は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。
- 中学1年生 女子は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることからB*と判定。
- 高校3年生 男子は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。
- 高校3年生 女子は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあることからBと判定（目標達成見込み）。
- 目標項目の評価
- ・A=5点、B及びB*=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が4点であり、かつ目標達成見込みであることから、Bと判定。

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							
領域	(5) 喫煙						
目標項目	③ 妊娠中の喫煙をなくす						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
妊娠中に喫煙した者の割合	5.0%	3.8%	2.3% 参考：2.0%	0%	0%	B*	
	平成22年	平成25年	令和元年 参考：令和2年	平成26年	令和4年度	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）	
調査名	平成22年：厚生労働省「乳幼児身体発育調査」 平成25年：厚生労働科学研究費「「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」（研究代表者 山縣然太郎） 令和元年、令和2年：厚生労働省 母子保健課調査					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	妊娠中のあなた（お母さん）の喫煙はどうでしたか。 1 なし 2 あり					a* 改善している（最終評価までに目標到達が危ぶまれる）	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）
表番号	表15	表31	—				
算出方法	平成22年は、「吸う」と回答した者の総数／「吸う」＋「吸わない」＋「不詳」の総数×100 平成25年度は、妊娠中に喫煙ありと回答した者の人数／全回答者×100※						
算出方法（計算式）	ベースライン：384/(384+7052+216)×100 中間評価：((238/6181)+(310/8688)+(339/8444))/3×100 最終評価：－						
備考	※平成25年は、3、4か月児、1歳6か月児、3歳児健診での割合を求め（3.9%、3.6%、4.0%）、これらの3時点の数値を単純平均している（3時点を同じ重みとした加重平均となる。細かい小数を用いて計算をしており、小数第1位までの数値の平均とは一致しない）。また、全回答者数（分母）には、全国（中間評価より継続調査の全市区町村）の3、4か月児、1歳6か月児、3歳児の人数を用いている（無回答者を含む）。 ・中間評価は変更前の目標値で行ったが、中間評価時点で既に目標設定年度（平成26年）を過ぎていたため、健やか親子21（第2次）に合わせて目標値は継続としたが、健康日本21（第二次）の計画期間に合わせて目標設定年度のみ更新した。						
分析	■直近値vs目標値 ・目標値に達していない。 ■直近値vsベースライン ・ベースラインと比較して減少している（ベースラインからの相対的変化：-54.0%）。 ・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	・ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善傾向にあるが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。						

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							
領域	(5) 喫煙						
目標項目	④ 受動喫煙の機会を有する者の割合の減少						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
受動喫煙の機会を有する者の割合 (a)行政機関	16.9%	8.0% 7.9% (年齢調整値)	4.1% 4.0% (年齢調整値)	0%	望まない受動喫煙のない社会の実現	B*	
	平成20年	平成28年	令和元年	令和4年度	令和4年度	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）	
受動喫煙の機会を有する者の割合 (b)医療機関	13.3%	6.2% 6.2% (年齢調整値)	2.9% 2.8% (年齢調整値)	0%	望まない受動喫煙のない社会の実現	B*	
	平成20年	平成28年	令和元年	令和4年度	令和4年度	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）	
受動喫煙の機会を有する者の割合 (c)職場	64%	65.5% ※1	71.8% 参考：95.5%	受動喫煙の無い職場の実現	望まない受動喫煙のない社会の実現	B*	
	平成23年	平成28年	平成30年 参考：令和2年	令和2年	令和4年度	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）	
受動喫煙の機会を有する者の割合 (d)家庭	10.7%	7.7% 7.7% (年齢調整値)	6.9% 7.1% (年齢調整値)	3%	望まない受動喫煙のない社会の実現	B*	
	平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度	令和4年度	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）	
受動喫煙の機会を有する者の割合 (e)飲食店	50.1%	42.2% 43.3% (年齢調整値)	29.6% 31.3% (年齢調整値)	15%	望まない受動喫煙のない社会の実現	B*	
	平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度	令和4年度	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）	
調査名	(a)、(b)、(d)、(e)：厚生労働省「国民健康・栄養調査」 (c)：厚生労働省「労働安全衛生調査（実態調査）」をもとに算定 平成23年は「平成23年職場における受動喫煙防止対策に係る調査」 (職場については、受動喫煙防止対策（全面禁煙又は空間分煙）を講じている職場の割合）					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
	(a)、(b)、(d)、(e) あなたはこの1ヶ月間に、望まずに自分以外の人吸っていたたばこの煙を吸う機会（受動喫煙）がありましたか。 次の場所について、それぞれあてはまる番号を1つ選んで○印をつけて下さい。 家庭 飲食店 行政機関（市役所、町村役場、公民館など） 医療機関 1 ほぼ毎日 2 週に数回程度 3 週に1回程度 4 月に1回程度 5 全くなかった 6 行かなかった (c)（平成28年、平成30年） 貴事業所では、受動喫煙防止対策に取り組んでいますか。 1 はい 2 いいえ 貴事業所における禁煙・分煙状況について、該当する番号1つに○をつけてください。 1 屋外を含めた事業所敷地内全体を禁煙にしている 2 事業所の建物内全体（執務室、会議室、食堂、休憩室、商談室等含む）を禁煙とし、屋外のみ喫煙可能としている 3 事業所の内部に空間的に隔離された喫煙場所（喫煙室）を設け、それ以外の場所は禁煙にしている 4 事業所の内部に空間的に隔離されていない喫煙場所（喫煙コーナー）を設け、それ以外の場所は禁煙にしている 5 上記1～4以外の方法で、事業所内の喫煙可能場所と禁煙場所を区分している 6 事業所内で自由に喫煙できる (c)（令和2年） 貴事業所における禁煙・分煙状況について、該当する項目1つを選んでください。 1 屋外を含めた敷地内全体を全面禁煙にしている 2 屋内を全面禁煙として、屋外喫煙所を設置している 3 事業所の屋内に喫煙専用室又は加熱式たばこ専用喫煙室を設置し、それ以外の屋内の場所を禁煙にしている 4 屋内で自由に喫煙できる					a*	B*
						改善している（最終評価までに目標到達が危ぶまれる）	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）
表番号	(a)：第81表の6 (b)：第81表の7 (c)：― ※2 (d)：第63表の1 (e)：第63表の4	(a)：第42表の6 (b)：第42表の7 (c)：第5表の1 (d)：第42表の1 (e)：第42表の4	(a)：第89表の6 (b)：第89表の7 (c)：第3表の1 参考：第14表-1 (d)：第89表の1 (e)：第89表の4				
算出方法	(a)(b)(e) 総数その他の欄の （ほぼ毎日、週に数回程度、週に1回程度、月に1回程度）÷（総数－行かなかった）×100 (d) 総数その他の欄の ほぼ毎日／総数×100 (c)（平成28年、平成30年）「屋外を含めた事業所敷地内全体を禁煙にしている」割合＋「事業所の建物内全体を禁煙とし、屋外のみ喫煙可能としている」割合＋「事業所の内部に空間的に隔離された喫煙場所（喫煙室）を設け、それ以外の場所は禁煙にしている」割合 (c)（令和2年）「屋外を含めた敷地内全体を全面禁煙にしている」割合＋「屋内を全面禁煙として、屋外喫煙所を設置している」割合＋「事業所の屋内に喫煙専用室又は加熱式たばこ専用喫煙室を設置し、それ以外の屋内の場所を禁煙にしている」割合						

算出方法（計算式） (a)行政機関	ベースライン：(17+33+78+304)/(6321-3758)×100 中間評価：－ 特別集計 ※3 最終評価：(4+3+14+62)/(4633-2621)×100		
算出方法（計算式） (b)医療機関	ベースライン：(21+32+75+408)/(6323-2288)×100 中間評価：－ 特別集計 ※3 最終評価：(3+5+11+76)/(4628-1373)×100		
算出方法（計算式） (c)職場	ベースライン：－ 中間評価：12.1+33.8+19.6 最終評価：13.7+38.8+19.3 参考：30.0+46.7+18.8		
算出方法（計算式） (d)家庭	ベースライン：672/6298×100 中間評価：－ 特別集計 ※3 最終評価：314/4552×100		
算出方法（計算式） (e)飲食店	ベースライン：(48+220+482+1309)/(6291-2181)×100 中間評価：－ 特別集計 ※3 最終評価：(12+83+200+672)/(4632-1369)×100		
備考	・受動喫煙の機会を有する者の割合（c）職場の割合は、受動喫煙対策を講じている職場の割合とする。 ・現在喫煙者：現在習慣的に喫煙している者。受動喫煙の機会を有する者：月1回以上受動喫煙の機会を有する者（家庭においては、毎日受動喫煙の機会を有する者）。 ・平成28年、令和元年：学校、飲食店、遊技場等に勤務していて、その職場で受動喫煙があった場合は、「職場」欄に回答。屋内・屋外等、受動喫煙が生じた場所や場面は不明。 ・中間評価は変更前の目標値で行ったが、中間評価時点受動喫煙対策に関わる動向を踏まえ、目標値の変更を行った。 ※1 最終評価時に算出方法を改めて整理し、中間評価を再計算したところ65.5%であり、中間評価報告書とは数値が異なる。 ※2 （c）平成23年に関しては、委託事業による調査であることから統計データは公開されていない。 ※3 平成28年の割合は全国補正值であり、単なる人数比とは異なるため、表中の数値からは算出できない。		
分析	■直近値vs目標値 ・受動喫煙の機会を有する者の割合(a)行政機関は、目標に達していない。 ・受動喫煙の機会を有する者の割合(b)医療機関は、目標に達していない。 ・受動喫煙の機会を有する者の割合(c)職場は、目標に達していない。 ・受動喫煙の機会を有する者の割合(d)家庭は、目標に達していない。 ・受動喫煙の機会を有する者の割合(e)飲食店は、目標に達していない。 ■直近値vsベースライン ・受動喫煙の機会を有する者の割合（行政機関、医療機関、家庭、飲食店）については、ベースラインと比較して有意に減少している（p<0.01）。 【注】行政機関、医療機関については、重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成20年を基準とした令和元年との比較を行った。 家庭、飲食店については、重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ・受動喫煙防止対策を講じている職場の割合については、ベースラインと比較して増加している（ベースラインからの相対的変化：+12.2%）。 ・ランダムサンプリングでないため、検定不可と判断。 ・受動喫煙の機会を有する者の割合（行政機関、医療機関、家庭、飲食店）について、男性は、ベースラインと比較して有意に減少している（p<0.01）。 【注】行政機関、医療機関については、重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成20年を基準とした令和元年との比較を行った。 家庭、飲食店については、重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成22年を基準とした令和元年との比較を行った。 ・受動喫煙の機会を有する者の割合（行政機関、医療機関、家庭、飲食店）について、女性は、ベースラインと比較して有意に減少している（p<0.01）。 【注】行政機関、医療機関については、重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成20年を基準とした令和元年との比較を行った。 家庭、飲食店については、重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成22年から令和元年の経年変化を評価した。 ■経年的な推移の分析 ・受動喫煙の機会を有する者の割合（行政機関、医療機関、家庭、飲食店）については、有意に減少している（p<0.01）。 【注】行政機関、医療機関については、重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成20年から令和元年の経年変化を評価した。 家庭、飲食店については、重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成22年から令和元年の経年変化を評価した。 ・受動喫煙の機会を有する者の割合（行政機関、医療機関、家庭、飲食店）について、男性は、有意に減少している（p<0.01）。 【注】行政機関、医療機関については、重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成20年から令和元年の経年変化を評価した。 家庭、飲食店については、重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成22年から令和元年の経年変化を評価した。 ・受動喫煙の機会を有する者の割合（行政機関、医療機関、家庭、飲食店）について、女性は、有意に減少している（p<0.01）。 【注】行政機関、医療機関については、重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成20年から令和元年の経年変化を評価した。 家庭、飲食店については、重回帰分析を用いて年齢調整（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）を行い、平成22年から令和元年の経年変化を評価した。		
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。		

分析に基づく評価	■各指標の評価 ・目標として設定された5つの全ての項目について、目標値が「望まない受動喫煙のない社会の実現」に変更されたが、具体的な数値目標が設定されていない。 ・以下に、最も厳しく目標を考え、令和4年度の目標値を、行政機関・医療機関・家庭・飲食店は0％、職場は100％で仮定した場合。 ・受動喫煙の機会を有する者の割合のうち、行政機関、医療機関、家庭、飲食店については、有意に改善しているが目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。 ・受動喫煙の機会を有する者の割合（職場）については、ベースラインからの相対的変化率が5％を超えて改善しているが、目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、B*と判定。 ■目標項目の評価 ・全ての指標がB*であることから、B*と判定。
-----------------	---

(様式1)

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							
領域	(6) 歯・口腔の健康						
目標項目	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）						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
60歳代における咀嚼良好者の割合	73.4%	72.6%	71.5%		80%	C 変わらない	
	平成21年	平成27年	令和元年		令和4年度		
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					b 変わらない	C 変わらない
表番号	第82表の1	第110表	第99表				
算出方法	何でもかんで食べることができる／総数×100						
算出方法（計算式）	ベースライン：1,180/1,608×100 中間評価：1,118/1,539×100 最終評価：836/1,169×100						
備考	—						
分析	■ 直近値vs目標値 ・ 目標に達していない。 ■ 直近値vsベースライン ・ 有意な変化は認められない（p=0.34）。 【注】重回帰分析を用いて、平成21年を基準とした令和元年との比較を行った。 ■ 経年的な推移の分析 ・ 有意な変化は認められない（p=0.79）。 【注】重回帰分析を用いて、平成21年、平成25年、平成27年、平成29年、令和元年の線形傾向を評価した。						
調査・データ分析上の課題	・ 特記事項なし。						
分析に基づく評価	■ 目標項目の評価 ・ 直近値とベースラインの比較において、有意な変化は認められなかったため、Cと判定。						

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							
領域	(6) 歯・口腔の健康						
目標項目	② 歯の喪失防止						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	25.0%	51.2%		50%	60%	E 評価困難 (参考指標：B) (現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある)	
	平成17年	平成28年		令和4年度	令和4年度		
イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	60.2%	74.4%		70%	80%	E 評価困難 (参考指標：B) (現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある)	
	平成17年	平成28年		令和4年度	令和4年度		
ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加	54.1%	73.4%			75%	E 評価困難 (参考指標：C) (変わらない)	
	平成17年	平成28年			令和4年度		
調査名	厚生労働省「歯科疾患実態調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a 改善している	E 評価困難 (参考指標：B) 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある
表番号	ア・イ：表Ⅲ-3-1 ウ：表Ⅲ-5-1	ア・イ：表Ⅲ-3-1a ウ：表Ⅲ-5-1	—				
算出方法	75歳～84歳で20本以上現在歯のある者の数／75歳～84歳の総数						
算出方法（計算式）	ベースライン：(7+10+8+8+8+14+9+9+5+3+3+3+2+6+3+2+5+4+4+5+2+1+2)/(321+171)×100 中間評価：(15+8+20+17+17+20+14+24+23+7+6+3+3+7+8+9+11+9+12+9+11+15+2+4+1+1)/(319+224)×100 最終評価：—						
算出方法	55歳～64歳で24本以上現在歯のある者の数／55歳～64歳の総数						
算出方法（計算式）	ベースライン：(28+39+42+51+73+24+15+2+3+24+27+44+45+48+17+13+6+5)/(407+434)×100 中間評価：(18+19+27+45+64+17+8+5+2+23+25+45+51+59+27+8+6+1)/(254+351)×100 最終評価：—						
算出方法	1－（35歳～44歳で喪失歯を持つ者）／（35歳～44歳の被調査者数）						
算出方法（計算式）	ベースライン：1－{(83+121)/(197+247)}×100 中間評価：1－{(39+79)/(190+254)}×100 最終評価：—						
備考	・ 中間評価時点でア、イについては既に目標値に到達していたため、目標値の更新を行った。						

分析	■ 直近値vs目標値 ・ 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については、令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため評価困難。 ■ 直近値vsベースライン ・ 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については、令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため評価困難。 ■ 経年的な推移の分析 ・ ア（参考） 国民健康・栄養調査における「80歳で20歯以上自分の歯を有する者の割合」について、中間評価時点の平成28年（38.8%）から令和元年（42.6%）までのトレンド分析を行った結果、統計学的に有意に増加傾向がみられた。P < 0.01。 ・ イ（参考） 国民健康・栄養調査における「60歳で24歯以上自分の歯を有する者の割合」について、中間評価時点の平成28年（61.4%）から令和元年（69.0%）までのトレンド分析を行った結果、統計学的に有意に増加傾向がみられた。P < 0.001。 ・ ウ（参考） 国民健康・栄養調査における「40歳で28歯以上自分の歯を有する者の割合」について中間評価時点の平成28年（66.9%）から令和元年（65.5%）までのトレンド分析を行った結果、統計学的に有意な変化がみられなかった。
調査・データ分析上の課題	・ 令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため、中間評価以降のデータが取得できず評価困難。
分析に基づく評価	■ 各項目の評価 ・ 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合は、評価困難であるためEと判定。 ・ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合は、評価困難であるためEと判定。 ・ 40歳で喪失歯のない者の割合は、評価困難であるためEと判定。 ■ 目標項目の評価 ・ 全ての項目がEであることから、Eと判定。 ・ 参考指標について、A= 5点、B及びB*= 4点、C= 3点、D= 2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が4点であり、かつ目標年度までに目標到達が危ぶまれることから、参考指標はB*と判定。

(様式1)

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							
領域	(6) 歯・口腔の健康						
目標項目	③ 歯周病を有する者の割合の減少						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
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	31.7%	27.1%	21.1%		25%	A 目標に達した	
	平成21年	平成26年	平成30年		令和4年度		
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	37.3%	44.7%			25%	E 評価困難	
	平成17年	平成28年			令和4年度		
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	54.7%	62.0%			45%	E 評価困難	
	平成17年	平成28年			令和4年度		
調査名	ア：厚生労働省「国民健康・栄養調査」 イ・ウ：厚生労働省「歯科疾患実態調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	－					C 悪化している	E 評価困難
表番号	ア：第77表を特別集計 イ・ウ：V-1-1	ア：第73表 イ・ウ：V-1-1	ア：第79表の2 イ・ウ：V-1-1				
算出方法	ベースライン：「歯ぐきが腫れている」、「歯を磨いた時に血が出る」のいずれかに該当する者の割合 中間評価：「歯肉の炎症あり」の割合 最終評価：「歯肉の炎症あり」の割合						
算出方法（計算式）	－						
算出方法	イ 40歳代における 進行した歯周炎を有する者の 割合の減少						
	40歳～49歳で歯周ポケット（4mm以上）のある者／（40歳～49歳の総数－対象歯のない者）						
算出方法（計算式）	ベースライン：(63+8+89+21)/(246+258-2)×100 中間評価：(114+90)/(254+202)×100 最終評価：－						
算出方法	ウ 60歳代における 進行した歯周炎を有する者の 割合の減少						
	60歳～69歳で歯周ポケット（4mm以上）のある者／（60歳～69歳の総数－対象歯のない者）						
算出方法（計算式）	ベースライン：(162+173+58+71)/(431+495-23-55)×100 中間評価：(202+303)/(349+501-12-23) 最終評価：－						
備考							

分析	■ 直近値vs目標値 ・ ア 20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合は、目標値に達している。 ・ 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、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については、令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため評価困難。 ■ 直近値vsベースライン ・ 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は、有意に減少している（$p<0.01$）。 【注】重回帰分析を用いて、平成21年を基準とした平成30年との比較を行った。 ・ 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、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については、令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため評価困難。 ■ 経年的な推移の分析 ・ 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は、有意に減少している（$p<0.01$）。 【注】重回帰分析を用いて、平成21年、平成26年、平成30年の線形傾向を評価した。 ・ イ 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の参考値として、都道府県等における地域住民を対象とした歯科健診の結果では、歯周ポケットが4 mm以上と判定された者の割合について、中間評価時点（平成28年）と最終評価時点（令和元年）を比較すると、両時点の比較が可能な19地域のうち6地域で微減していた。 ・ ウ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の参考値として、都道府県等における地域住民を対象とした歯科健診の結果では、歯周ポケットが4 mm以上と判定された者の割合について、中間評価時点（平成28年）と最終評価時点（令和元年）を比較すると、両時点の比較が可能な18地域のうち9地域で微減していた。
調査・データ分析上の課題	・ 令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため、40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少及び60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少についての中間評価以降のデータが取得できず、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の指標のみで総合評価を判定するのは困難。
分析に基づく評価	■ 各項目の評価 ・ 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は、目標に達していることからAと判定。 ・ 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合は、評価困難であるためEと判定。 ・ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合は、評価困難であるためEと判定。 ■ 目標項目の評価 ・ 項目アはA評価であったが、他の2つの項目がEであることや中間評価の結果等から、総合的に判断しEと判定。

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							
領域	(6) 歯・口腔の健康						
目標項目	④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	目標値	(変更後) 目標値	評価 (最終)	
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	6	26	44	23	47	B	
	平成21年	平成27年	平成30年	令和4年度	令和4年度	現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	
イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	7	28	37	28	47	B	
	平成23年	平成28年	令和元年	令和4年度	令和4年度	現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	
調査名	ア：厚生労働省実施状況調べ（3歳児歯科健康診査） イ：文部科学省「学校保健統計調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a 改善している	B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある
表番号	都道府県別 年齢別 疾病・異常被患率等（各年齢ごと）						
算出方法	ア：受診結果・むし歯のある人員数／受診実人員が0.2未満（＝80%以上）の都道府県数 イ：永久歯の1人当たり平均むし歯(う歯)等数(計)が1.0未満の都道府県数						
算出方法（計算式）	—						
備考	・中間評価時点で既に目標値に到達していたため、目標値の更新を行った。						
分析	■直近値vs目標値 ・ア 3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加は、目標値に達成していない。 ・全数調査のため、検定不要と判断。 ・イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加は、目標値に達成していない。 ・標準誤差計算不可のため、検定不可と判断。 ■直近値vsベースライン ・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は、ベースラインと比較して改善している（ベースラインからの相対的変化：633%）。 ・イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加は、ベースラインと比較して改善している（ベースラインからの相対的変化：429%）。						
調査・データ分析上の課題	・特記事項なし。						
分析に基づく評価	■各項目の評価 ・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は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善していることからBと判定。 ・12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加は、ベースラインからの相対的変化率が5%を超えて改善していることからBと判定。 ■目標項目の評価 ・A=5点、B=4点、C=3点、D=2点と換算して平均値を算出（小数点以下五捨六入、Eは除く）した結果、平均値が4点であり、かつ目標年度までに目標達成見込みであることから、Bと判定。						

(様式1)

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							
領域	(6) 歯・口腔の健康						
目標項目	⑤ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加						
指標	策定時の ベースライン	中間評価	最終評価	(変更前) 目標値	目標値	評価 (最終)	
過去1年間に歯科検診を受診した者の割合	34.1%	52.9%			65%	E 評価困難	
	平成21年	平成28年			令和4年度		
調査名	厚生労働省「国民健康・栄養調査」					総合評価 (中間)	総合評価 (最終)
設問	—					a 改善している	E 評価困難
表番号	第75表	第49表	—				
算出方法	受けた／総数×100						
算出方法（計算式）	ベースライン：(216+380+410+486+666+574)/(735+1,179+1,273+1,355+1,608+1,854)×100 中間評価：13,104/25,514×100 最終評価：—						
備考	—						
分析	■ 直近値vs目標値 ・過去1年間に歯科検診を受診した者の割合については、令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため評価困難。 ■ 直近値vsベースライン ・過去1年間に歯科検診を受診した者の割合については、令和3年歯科疾患実態調査が中止となったため評価困難。 ■ 経年的な推移の分析 ・参考値として、都道府県等におけるアンケート調査等の結果の過去1年間に歯科健診（検診）を受診した者の割合について、中間評価時点（平成28年）と最終評価時点（令和元年）で比較すると、両時点の比較が可能な10地域のうち8地域で微増していた。						
調査・データ分析上の課題	・厚生労働省「国民健康・栄養調査」の中止等により、過去1年間に歯科検診を受診した者の割合について中間評価以降のデータが取得できず、評価が困難。						
分析に基づく評価	■ 目標項目の評価 ・評価困難であるためEと判定。						



厚生労働省

ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

自治体等の取組状況の評価のための調査（詳細分析）

調査概要

- 調査は、健康日本21（第二次）策定時及び中間評価時に設定された目標について、関連する取組の状況を評価するとともに、次期健康づくり運動プラン策定に向け、健康増進に取り組む上での問題や課題を明らかにすることを目的として実施した。
 - 調査は全国の都道府県、市区町村、健康日本21推進全国連絡協議会加入団体に対して悉皆で実施し、都道府県の100%、市区町村の78.7%、団体の62.0%から回答を得た。
- ・ 調査対象：全国の都道府県、市区町村、健康日本21推進全国連絡協議会（以下「協議会」という。）加入団体に対する悉皆調査
 - ・ 調査実施期間：令和3（2021）年8月～10月
 - ・ 調査対象期間：健康日本21（第二次）が開始された平成25（2013）年度から令和3（2021）年7月末時点までの取組
 - ・ 調査方法：都道府県・市区町村には厚生労働省から、協議会には協議会事務局からメールで依頼し、集計・解析は厚生労働省予算事業において（株）NTTデータ経営研究所が行った。

調査対象と回収数

調査対象区分	調査対象数	回収数（率）
都道府県	47	47（100.0%）
市区町村	1,741	1,371（78.7%）
うち有効回答	同上	1,369（78.6%）
健康日本21推進全国連絡協議会加入団体 （令和3（2021）年6月時点）	142	88（62.0%）

健康増進計画の策定状況

- 全ての都道府県、また少なくとも1,289市区町村が健康増進計画を策定している。健康日本21最終評価時の策定状況と同水準である。

健康増進計画策定状況（都道府県）

	策定数（割合）
都道府県（全47都道府県）	47（100.0%）

出典：健康日本21（第二次）分析評価事業（国立健康栄養研究所）

健康増進計画策定状況（市区町村）

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

参考 自治体における健康増進計画策定状況（健康日本21最終評価）

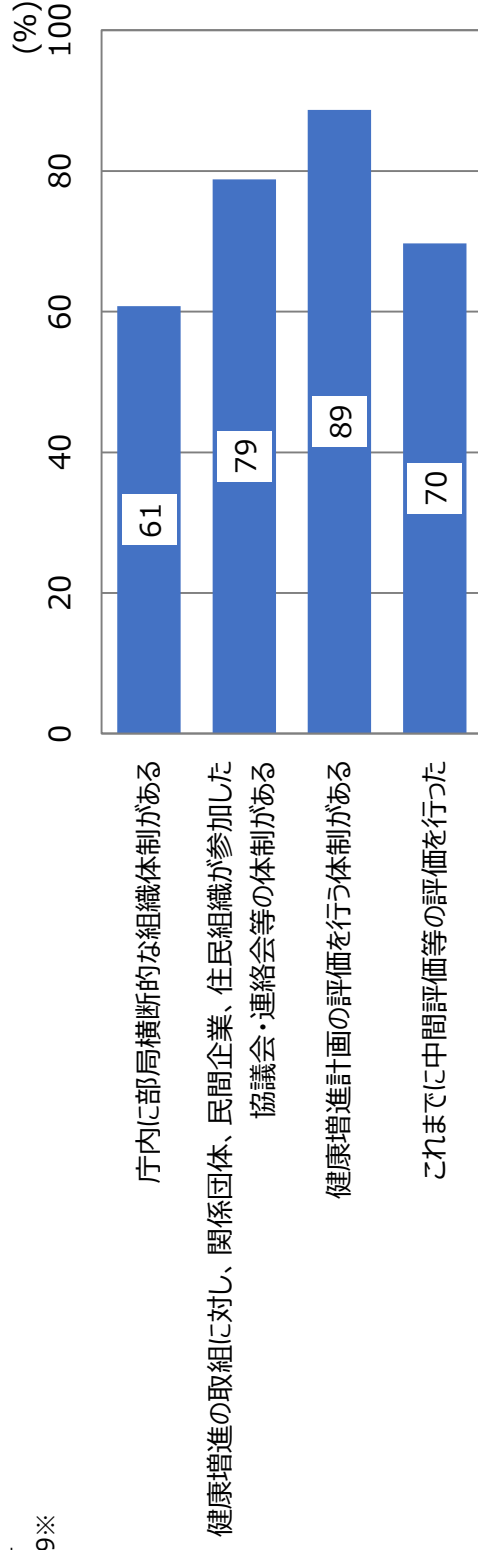
	策定数（割合）
都道府県（全47都道府県）	47（100.0%）
市町村（全1,750市町村）	
平成18（2006）年7月1日時点	1,001（54%）
平成22（2010）年12月1日時点	1,333（76%）

出典：「健康日本21」最終評価（平成23年10月 健康日本21評価作業子-△）

健康日本21の最終評価との比較

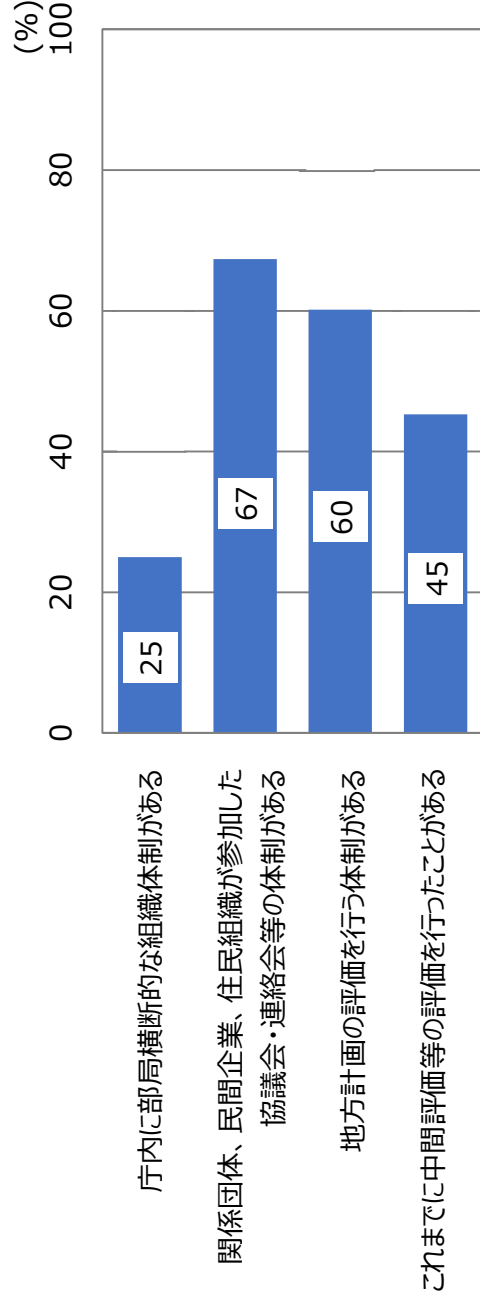
- 健康増進施策の推進体制及び健康増進計画の評価の進捗のいずれも、健康日本21の最終評価を超える水準であった。

市区町村
N=1,369※



※健康日本21最終評価と比較するため「計画未策定」と回答した80市町村を含む有効回答数1,369市町村を母数としている。そのため単純集計の値と異なる。

市区町村
N=1,484※



出典：「健康日本21」最終評価（平成23年10月 健康日本21評価作業チーム）
※調査対象は1,623市町村であった（回収率91.4%）。

都道府県別 市区町村の調査回答率

市区町村

○ 市区町村の都道府県別の回答率は、最も高いところで100.0%（山梨県、愛媛県）、低いところで60.0%（富山県、福岡県）であった。

都道府県別 市区町村の調査回答率 N=1,369

	回答率	回答数	市町村数
北海道	77.1	138	179
青森県	85.0	34	40
岩手県	66.7	22	33
宮城県	94.3	33	35
秋田県	80.0	20	25
山形県	80.0	28	35
福島県	72.9	43	59
茨城県	70.5	31	44
栃木県	92.0	23	25
群馬県	71.4	25	35
埼玉県	79.4	50	63
千葉県	75.9	41	54
東京都	90.3	56	62
神奈川県	90.9	30	33
新潟県	76.7	23	30
富山県	60.0	9	15
石川県	84.2	16	19
福井県	82.4	14	17
山梨県	100.0	27	27
長野県	68.8	53	77
岐阜県	95.2	40	42
静岡県	77.1	27	35
愛知県	79.6	43	54
三重県	89.7	26	29

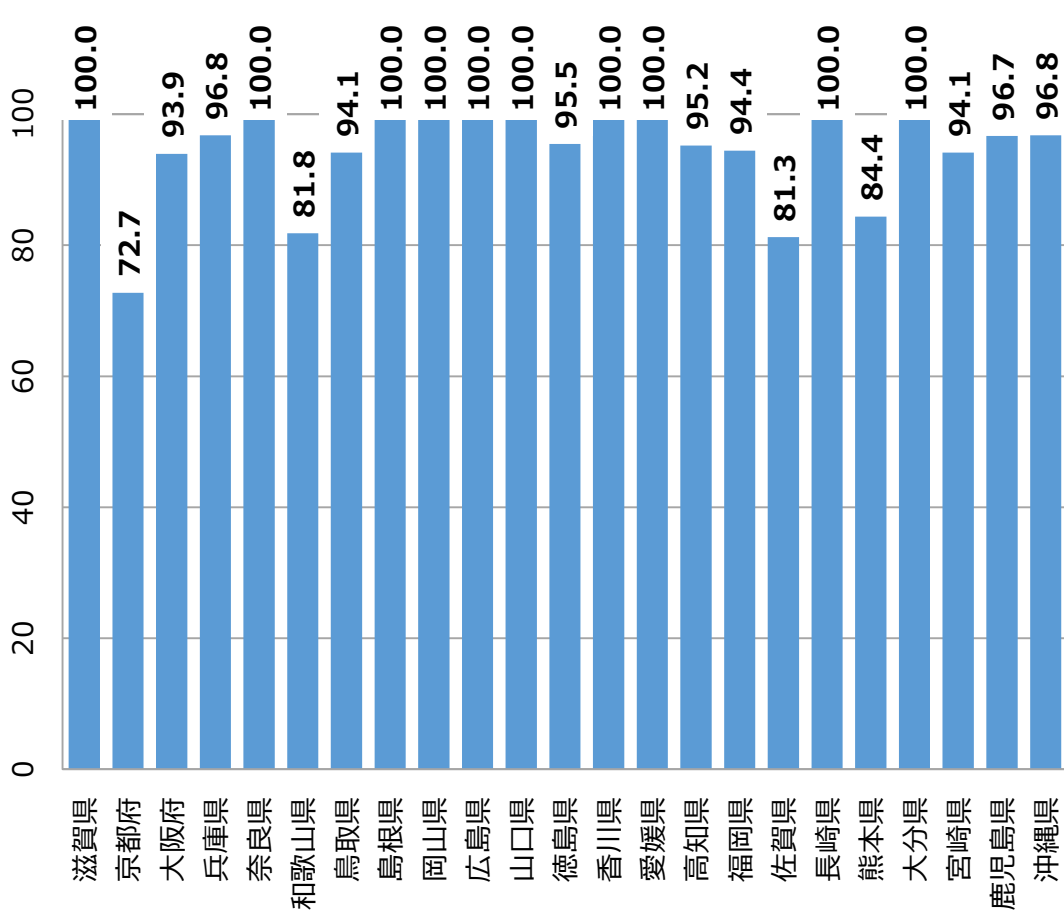
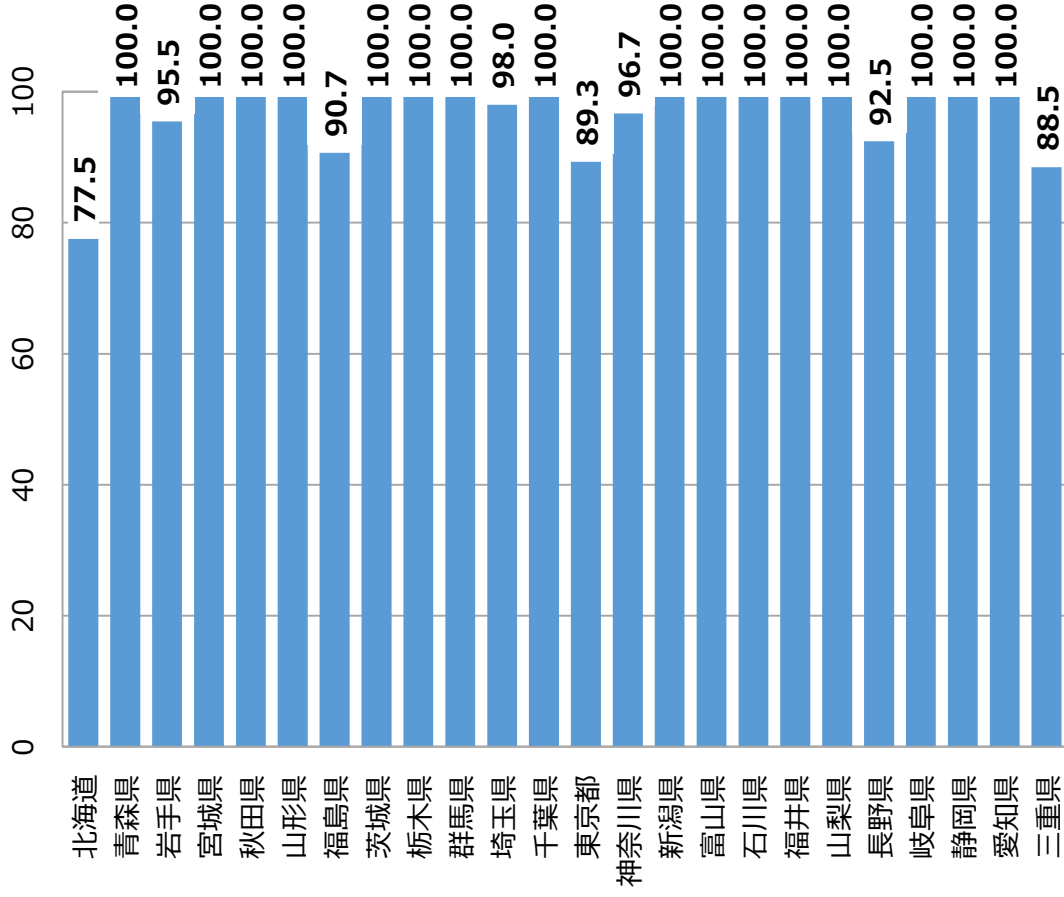
	回答率	回答数	市町村数
滋賀県	78.9	15	19
京都府	84.6	22	26
大阪府	76.7	33	43
兵庫県	75.6	31	41
奈良県	76.9	30	39
和歌山県	73.3	22	30
鳥取県	89.5	17	19
島根県	73.7	14	19
岡山県	88.9	24	27
広島県	82.6	19	23
山口県	78.9	15	19
徳島県	91.7	22	24
香川県	94.1	16	17
愛媛県	100.0	20	20
高知県	61.8	21	34
福岡県	60.0	36	60
佐賀県	80.0	16	20
長崎県	85.7	18	21
熊本県	71.1	32	45
大分県	88.9	16	18
宮崎県	65.4	17	26
鹿児島県	69.8	30	43
沖縄県	75.6	31	41
計		1,369	1,741

都道府県別 市町村の健康増進計画策定率

市区町村

- 市区町村の回答を都道府県別にみると、市町村健康増進計画を作成していると回答している割合について、いずれの都道府県においても7割を超えた。

調査回答市区町村における「市町村健康増進計画を作成している」割合 (%) N=1,369

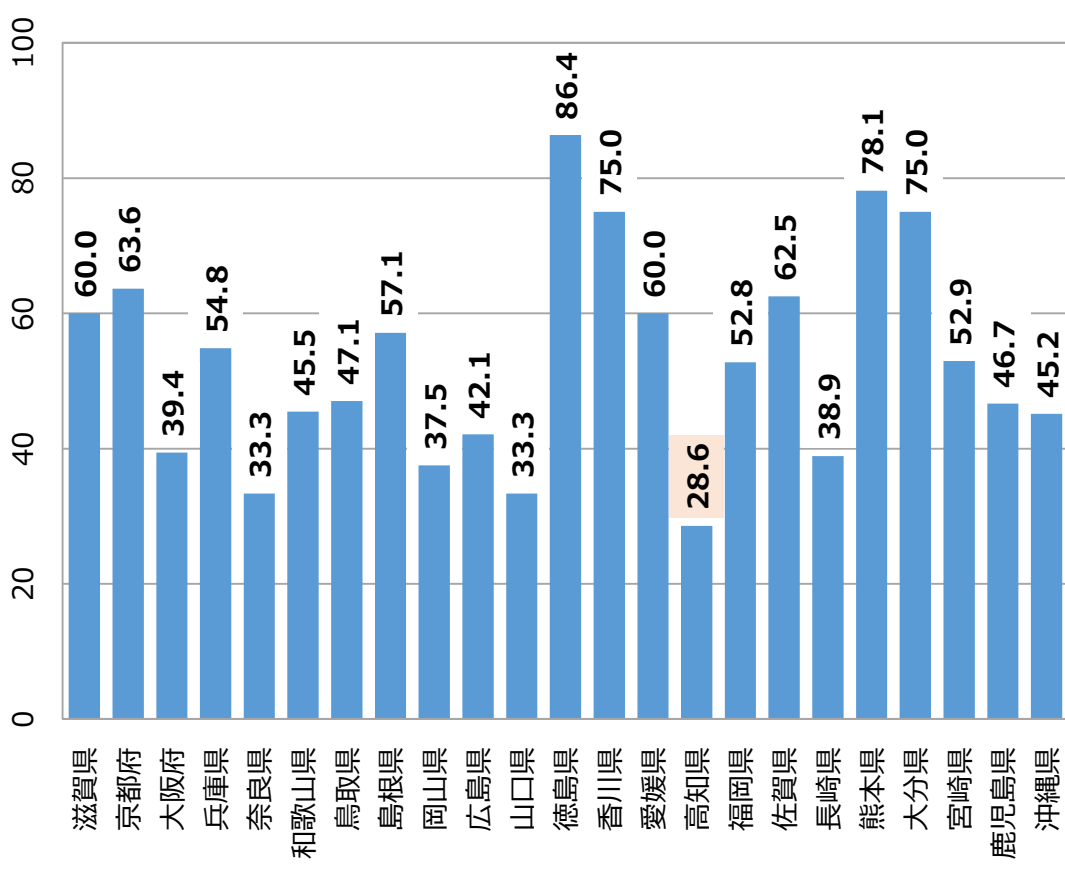
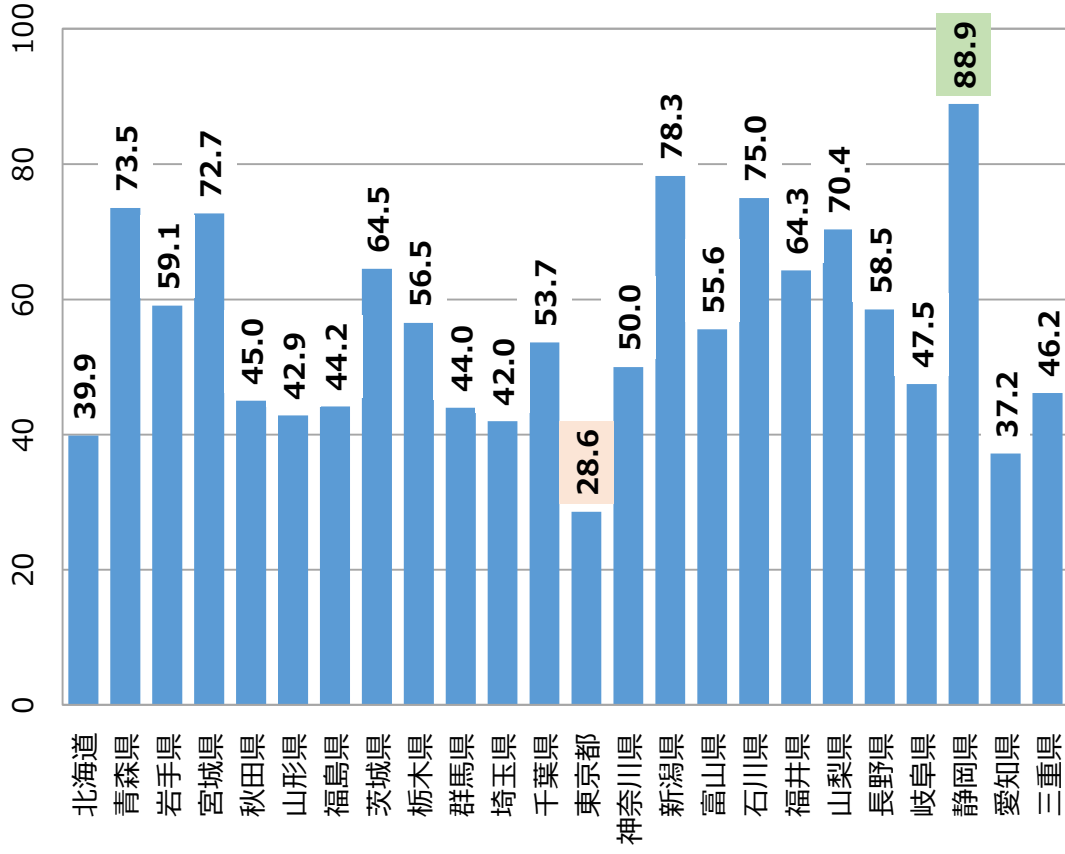


都道府県別 市区町村における健康格差の把握

市区町村

- 市区町村の回答を都道府県別にみると、地域間の健康格差を把握していると回答した割合について、最も高いところでは88.9%（静岡県）、低いところで28.6%（東京都、高知県）と、60.3ポイントの差があった。

「市区町村内の地域間の健康状態や生活習慣の状況の差を把握している」割合（%） N=1,369

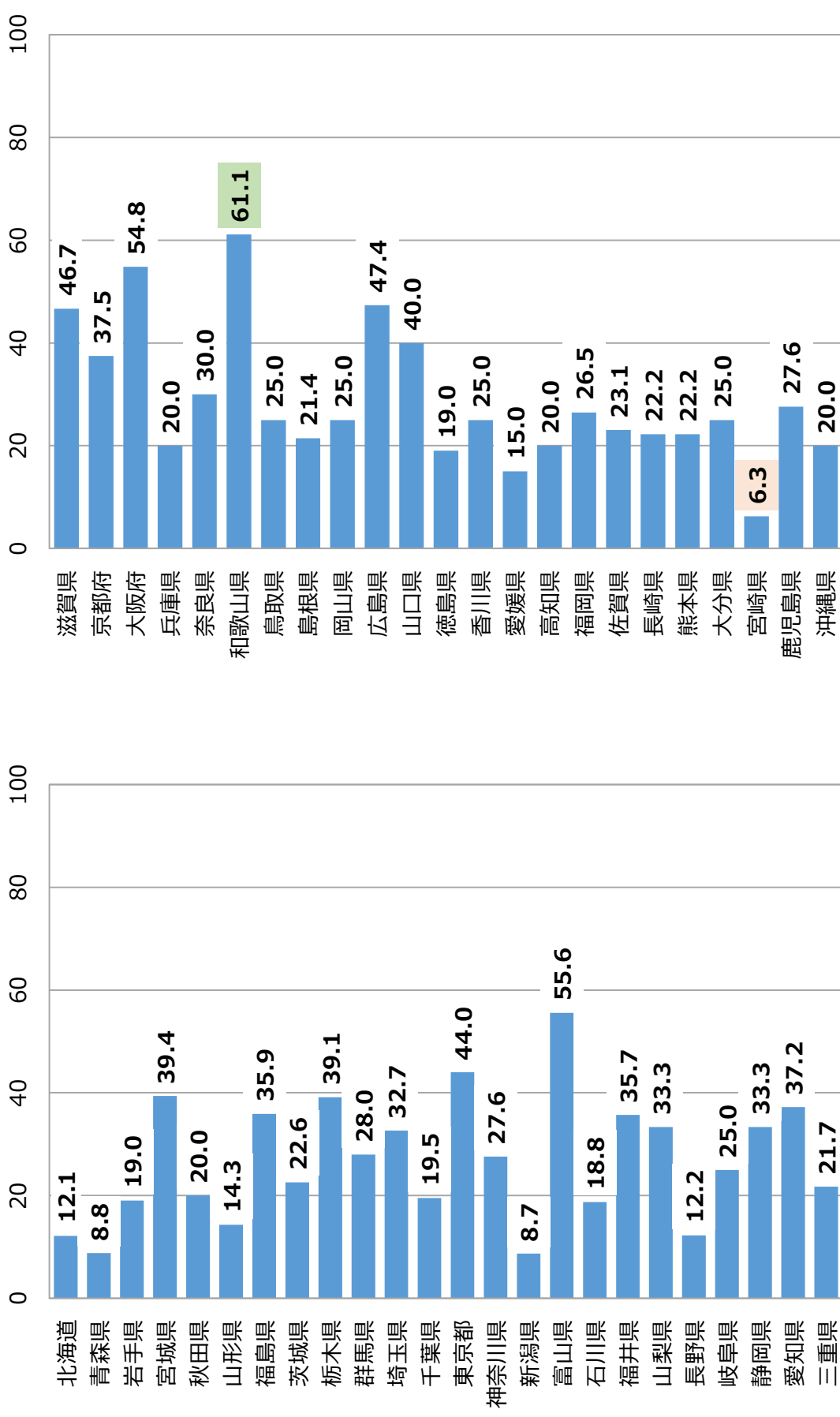


都道府県別 市区町村における有識者との連携

市区町村

○ 市区町村の回答を都道府県別にみると、有識者と連携したと回答した割合について、最も高いところで61.1%（和歌山県）、低いところで6.3%（宮崎県）と、54.8ポイントの差があった。

「計画の策定や目標項目の分析・評価に当たって、大学の公衆衛生学教室等、有識者と連携した」割合（%） N=1,289

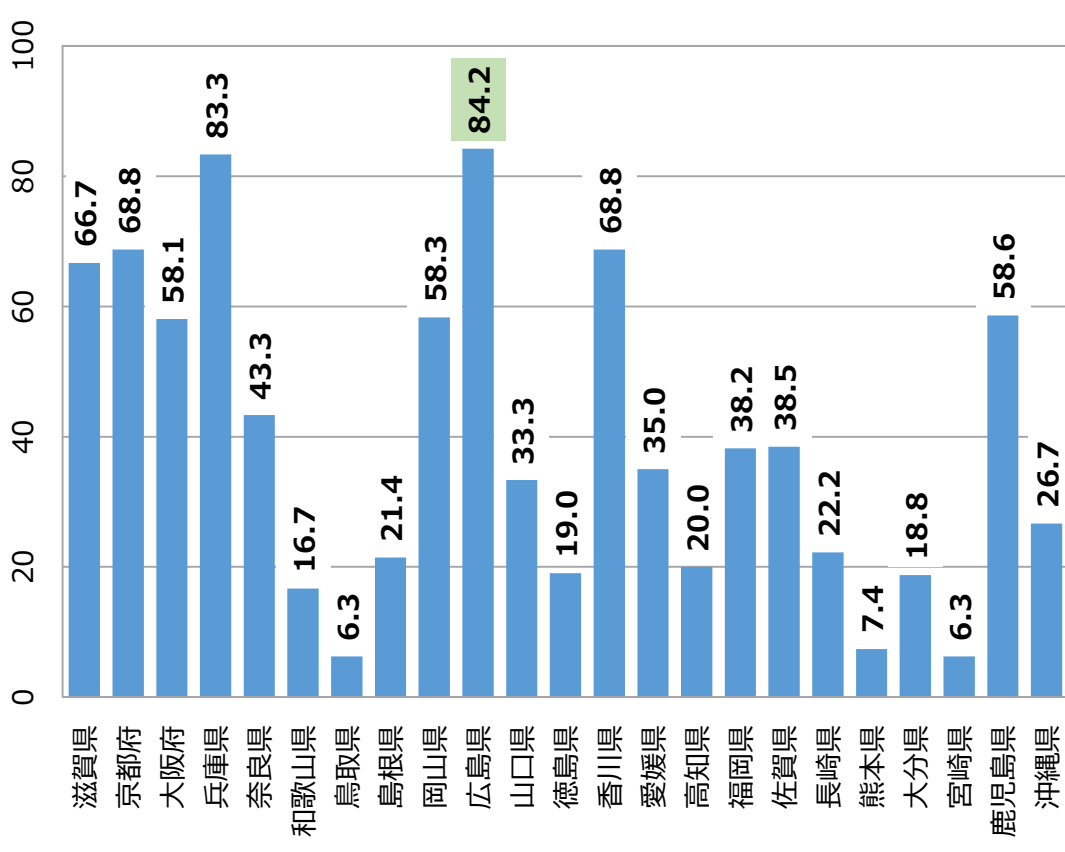
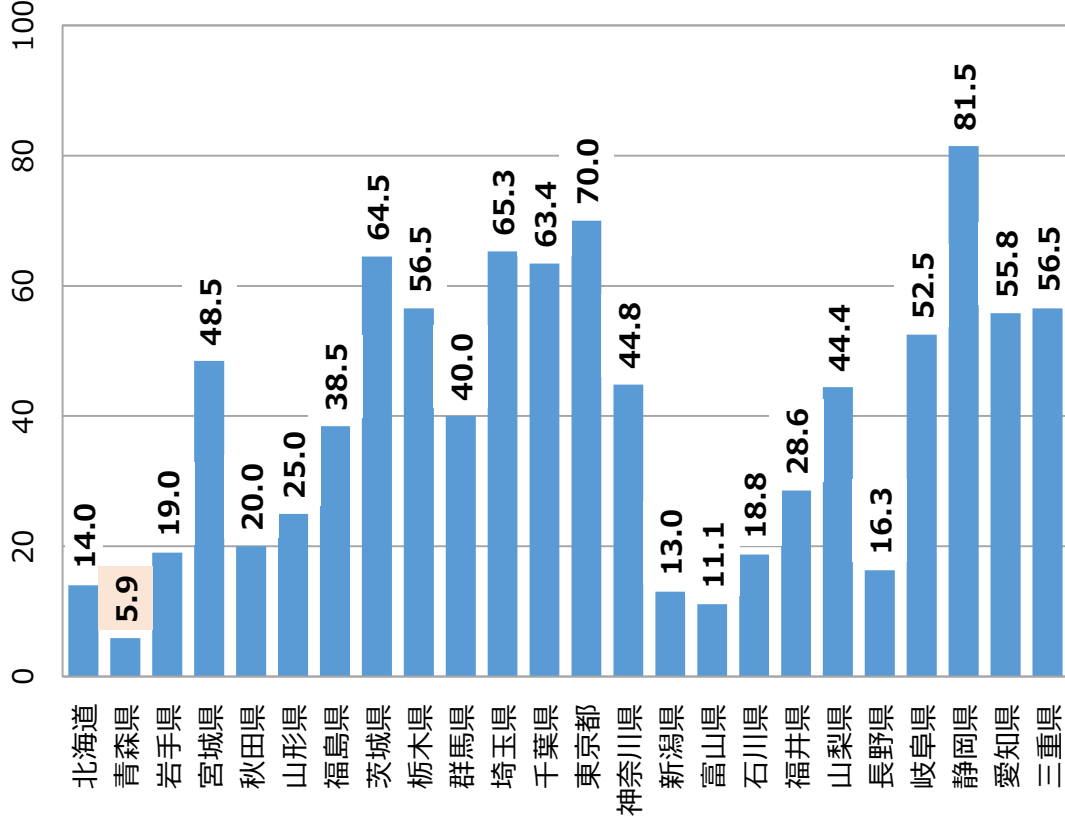


都道府県別 市区町村における外部委託の利用

市区町村

○ 市区町村の回答を都道府県別にみると、外部委託を利用したと回答した割合について、最も高いところで84.2%（広島県）、低いところで5.9%（青森県）と、78.3ポイントの差があった。

「計画の策定や評価に当たって、民間企業等の外部委託を利用した」割合（%） N=1,289



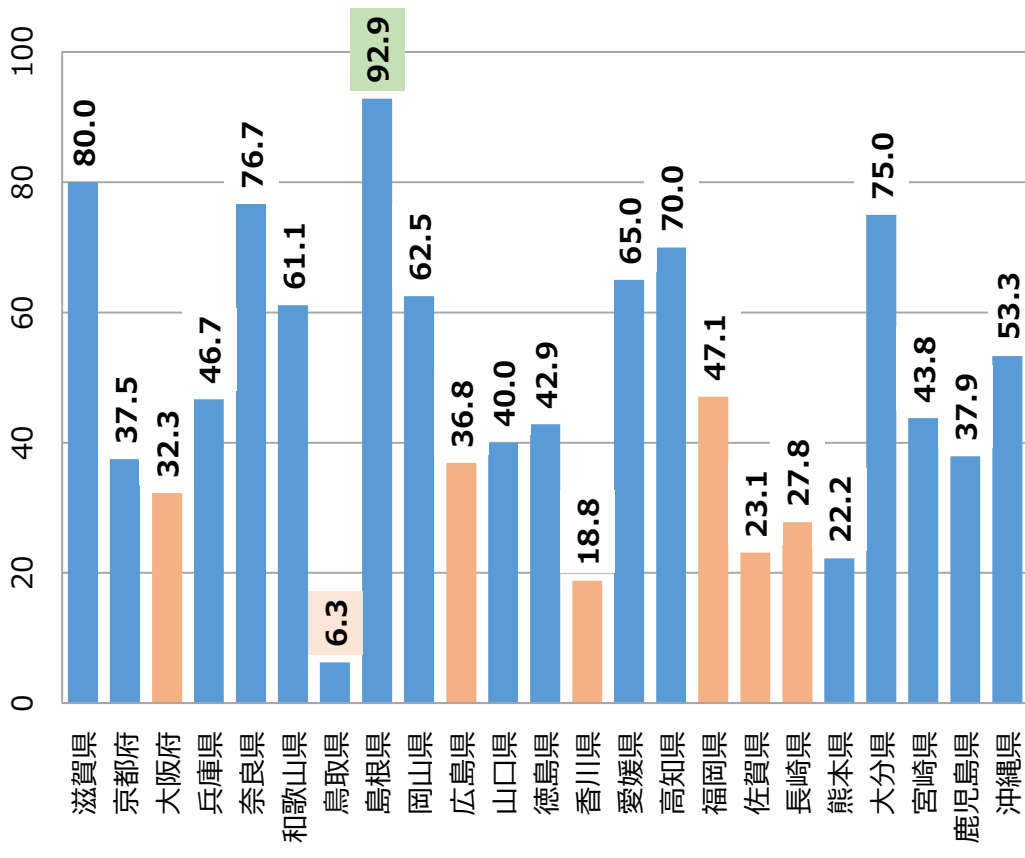
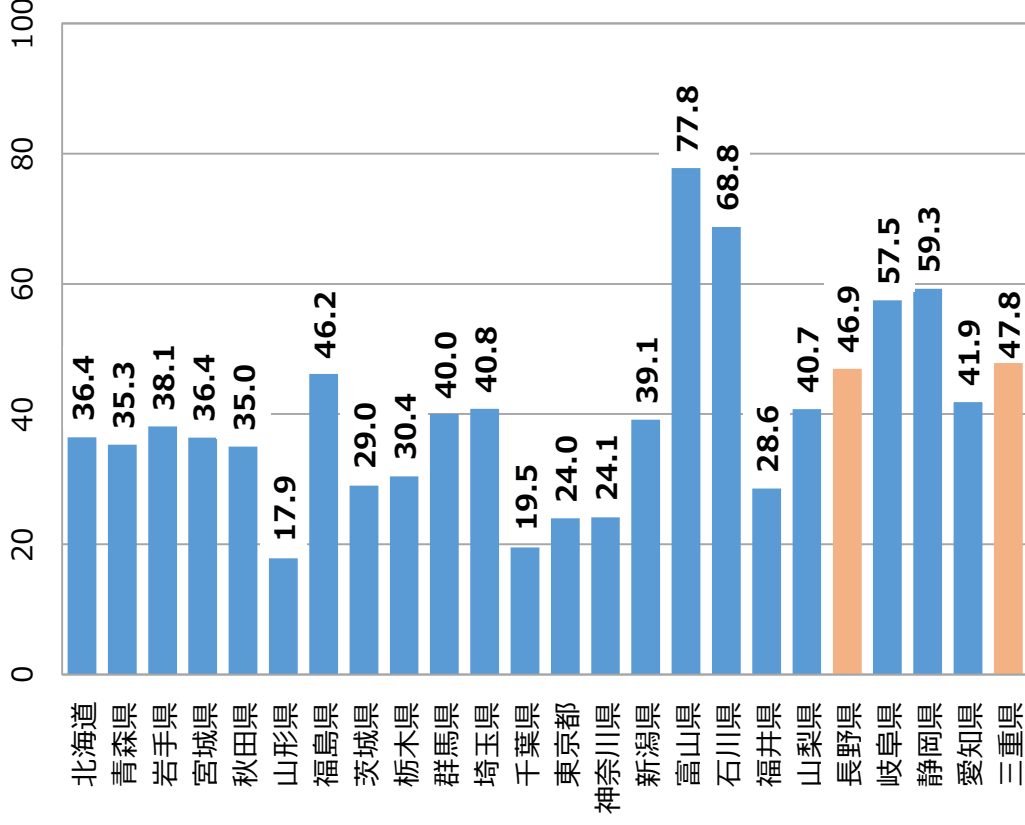
都道府県別 市区町村における有用な支援の有無

市区町村

○ 市区町村の回答を都道府県別にみると、都道府県又は保健所から有用な支援があったと回答した割合について、最も高いところで92.9%（島根県）、低いところで6.3%（鳥取県）と、86.6ポイントの差があった。

「都道府県又は保健所から有用な支援があった」割合（%） N=1,289

※ 青：都道府県票において「市区町村へ技術的援助を行った」と回答した都道府県 橙：都道府県票において「市区町村へ技術的援助を行っていない」と回答した都道府県



都道府県別 市区町村における有用な支援の有無

○ 市区町村の回答を都道府県別にみると、「市町村へ技術的援助を行った」と回答した都道府県下の市区町村が「有用な支援があった」と回答した割合は42.5%、「市町村へ技術的援助を行っていない」と回答した都道府県下の市区町村では38.4%であった。

都道府県の回答

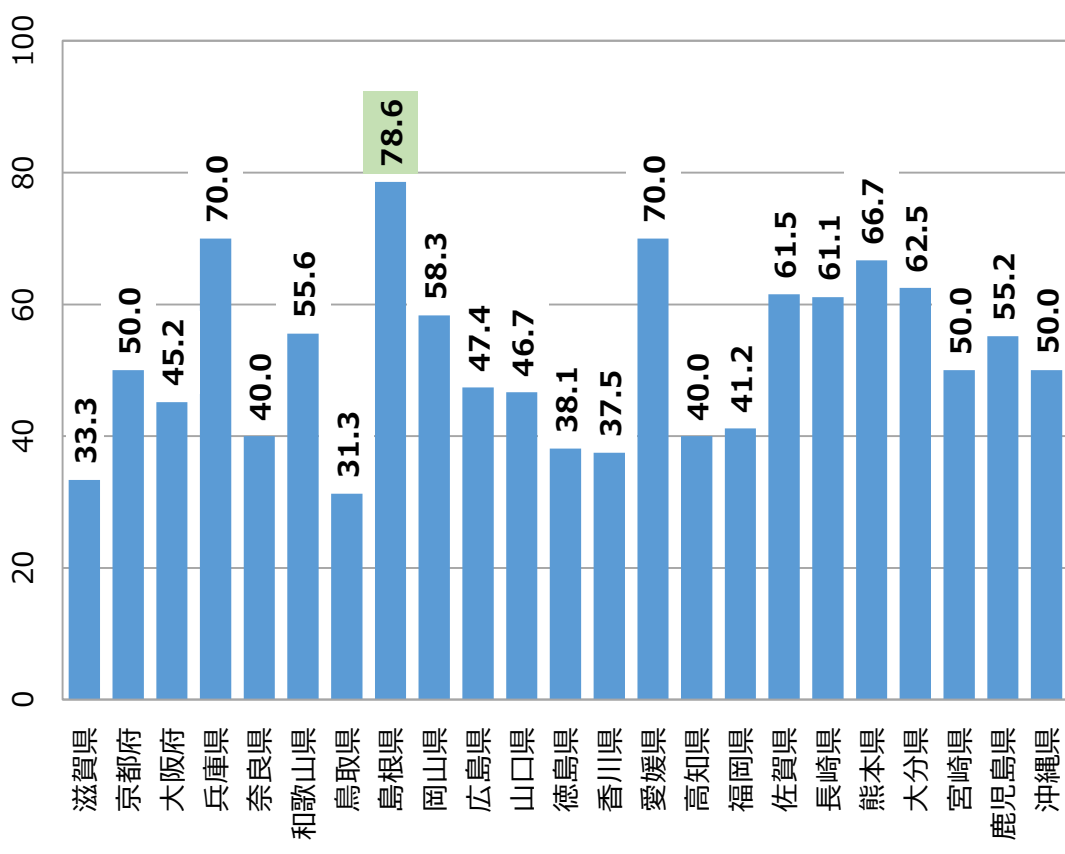
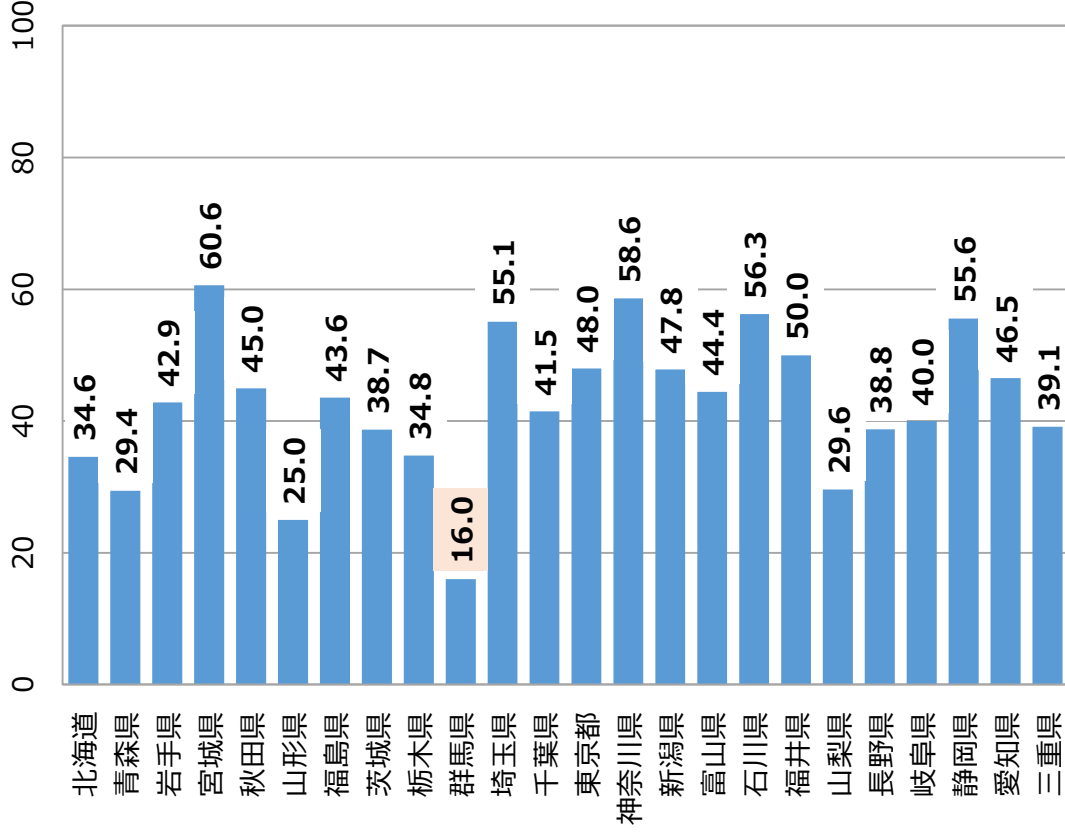
市区町村の回答			
	都道府県又は保健所から有用な支援があった割合 (%)	市区町村該当数	市区町村母数
都道府県又は保健所から市町村へ技術的援助を行った (39都道府県)	42.5	462	1,086
都道府県又は保健所から市町村へ技術的援助を行っていない (8都道府県)	38.4	78	203
合計		540	1,289

都道府県別 市区町村における研修の機会の提供

市区町村

○ 市区町村の回答を都道府県別にみると、職員や専門職等に対し研修の機会を提供したと回答した割合について、最も高いところで78.6%（島根県）、低いところで16.0%（群馬県）と、62.5ポイントの差があった。

「施策に携わる職員や専門職等に対し健康増進に係る研修の機会を提供した」割合（%） N=1,289

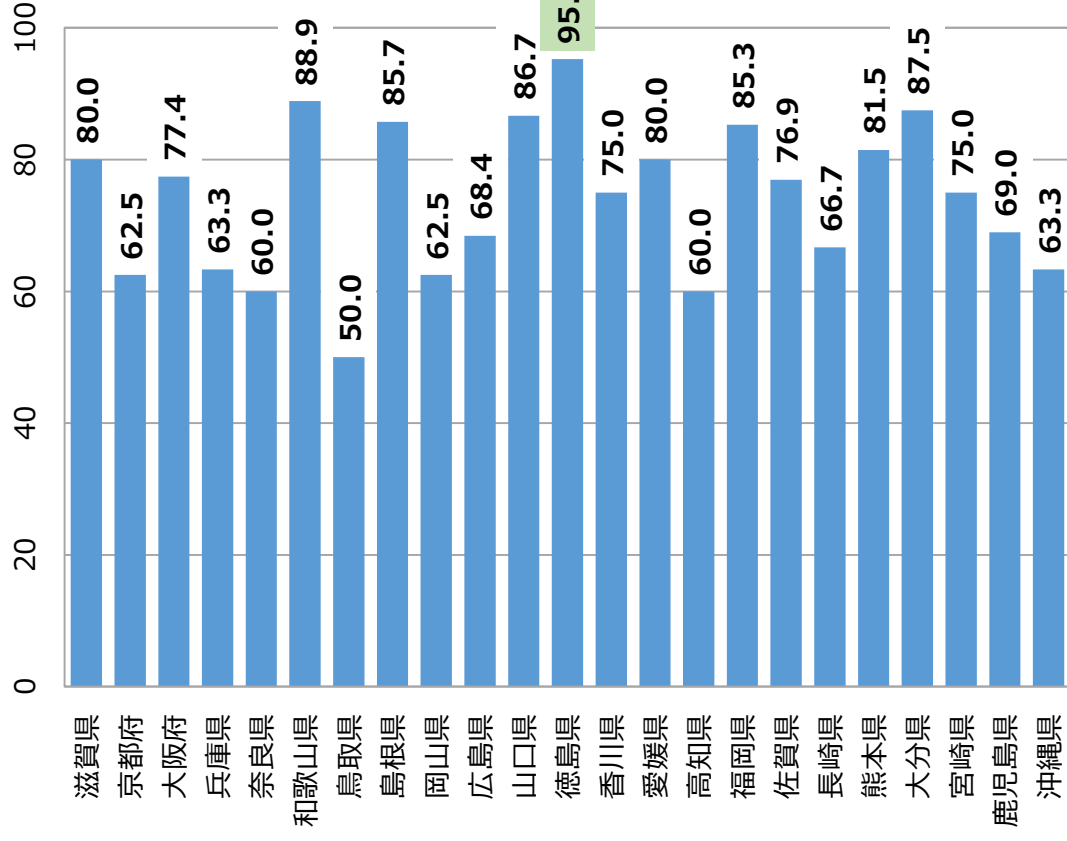
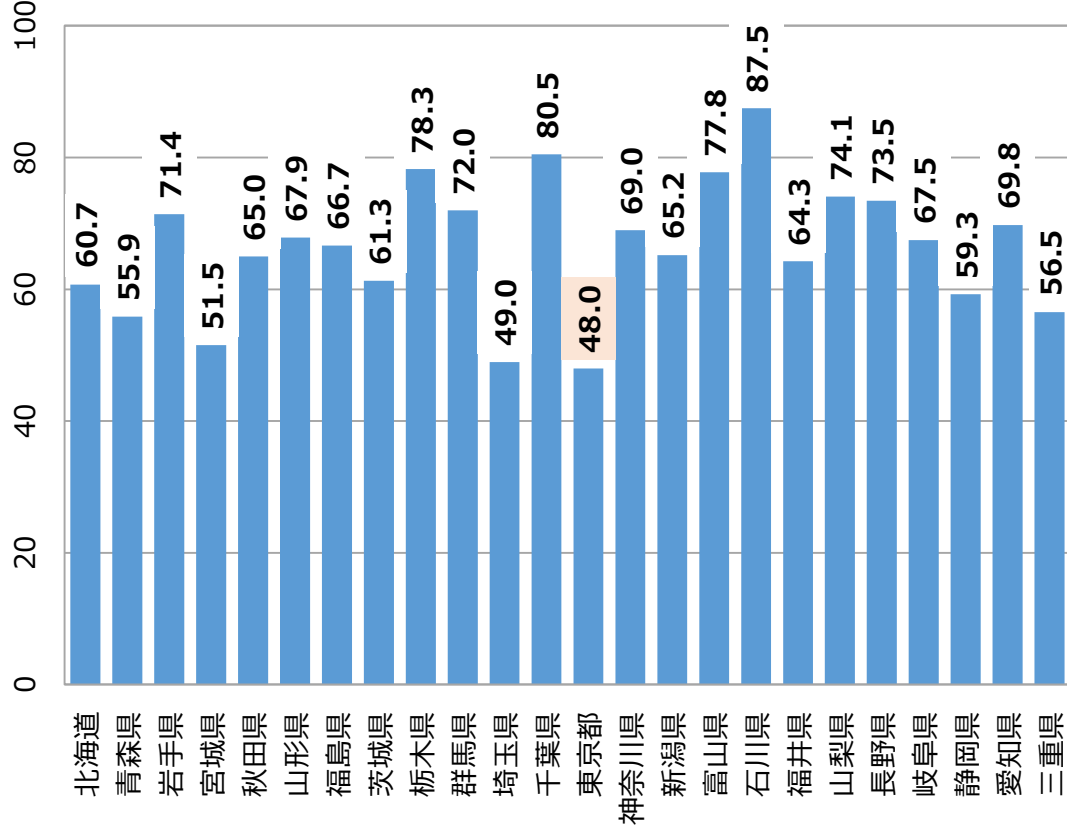


都道府県別 市区町村における在勤者への健康増進施策

市区町村

- 市区町村の回答を都道府県別にみると、在勤者への健康増進施策を実施したと回答した割合について、最も高いところで95.2%（徳島県）、低いところで48.0%（東京都）と、47.2ポイントの差があった。

「在勤者ではなく、在勤者に対する健康増進施策を行っている」割合（%） N=1,289



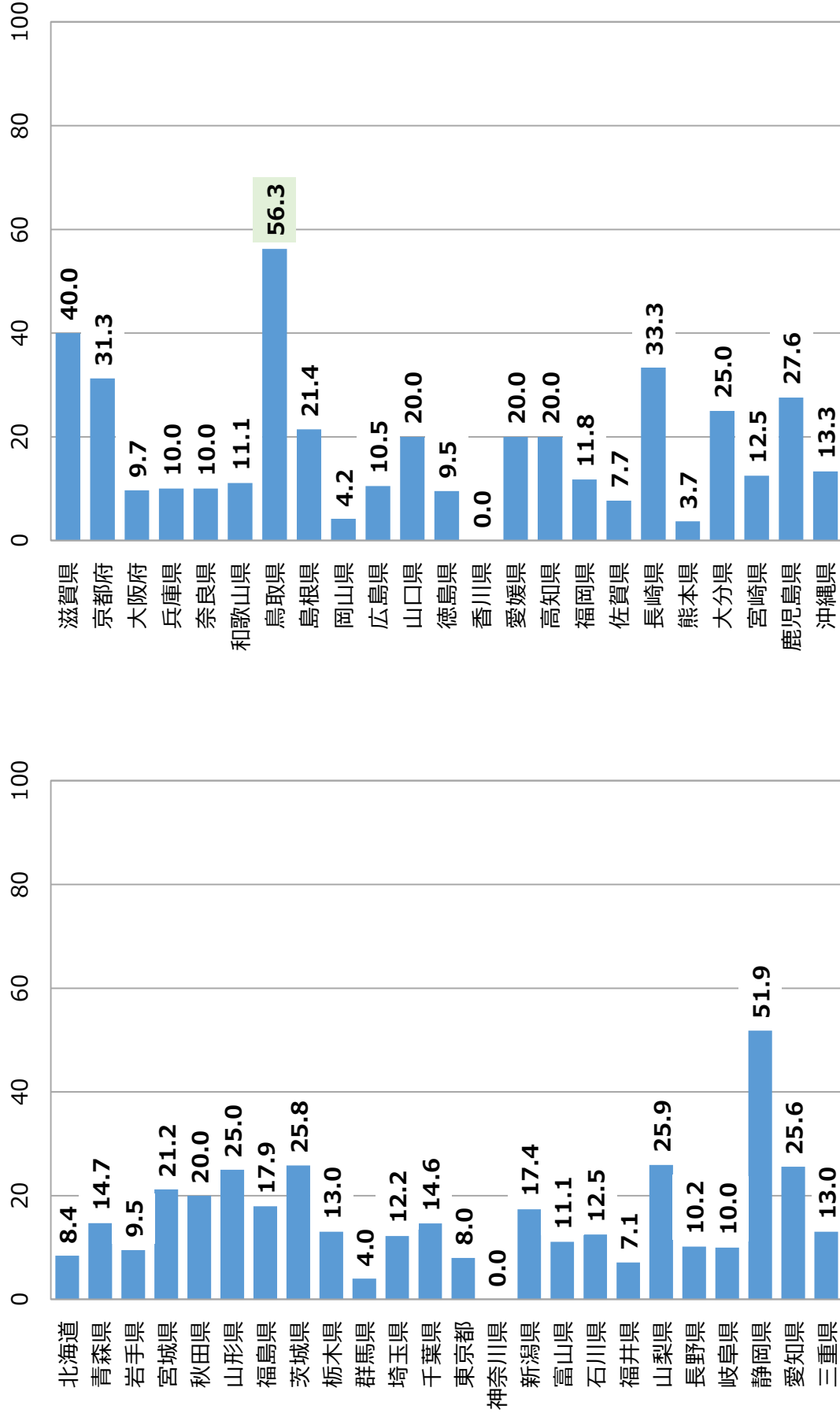
都道府県別 市区町村における特定健康診査データ（国保分以外）の活用有無

市区町村

- 市区町村の回答を都道府県別にみると、健康増進計画を策定・評価するために「特定健康診査データ（国保分以外）」を活用したと回答した割合について、最も高いところで56.3%（鳥取県）であった。

健康増進計画を策定・評価するために用いているデータ「特定健康診査データ（国保分以外※）」割合（%） N=1,289

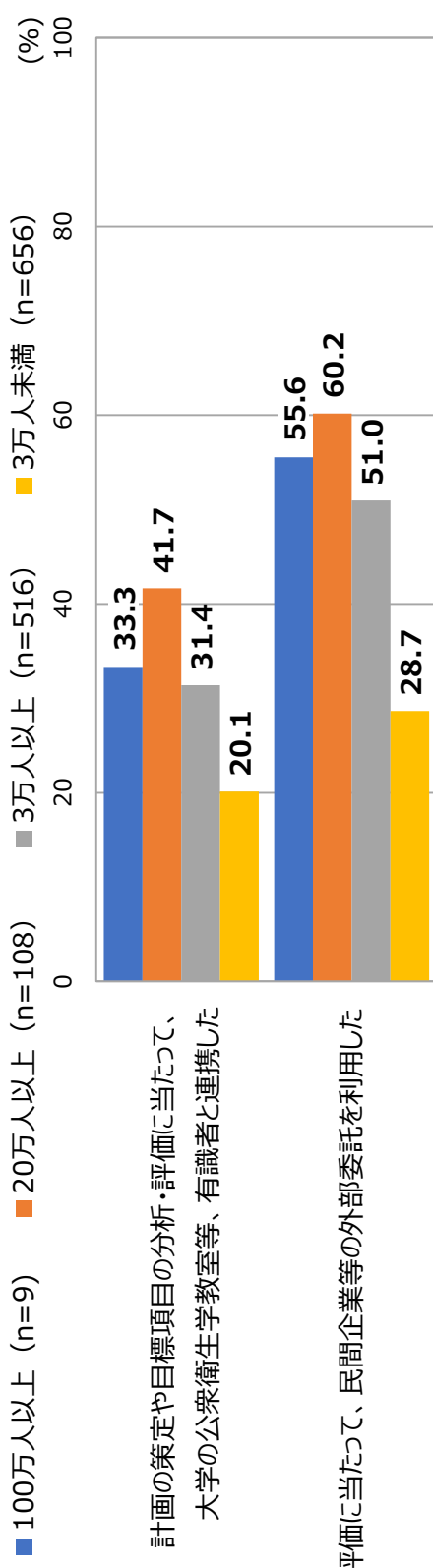
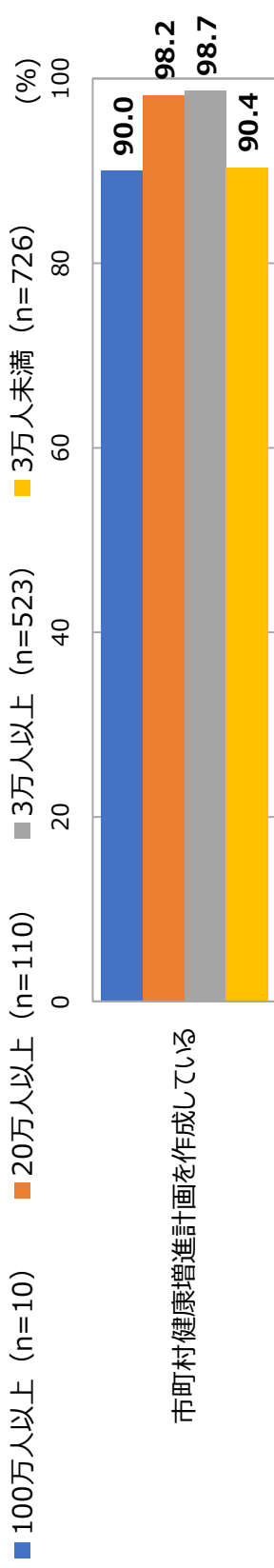
※協会けんぽ、共済組合のデータ等



市区町村人口規模別 健康増進計画の策定の状況

市区町村

- 有識者と連携していると回答した割合は人口20万人以上の市区町村で41.7%、人口3万人未満の市区町村では20.1%であった。
- 民間の外部委託を利用したと回答した割合は人口20万人以上の市区町村で60.2%、人口3万人未満の市区町村では28.7%であった。

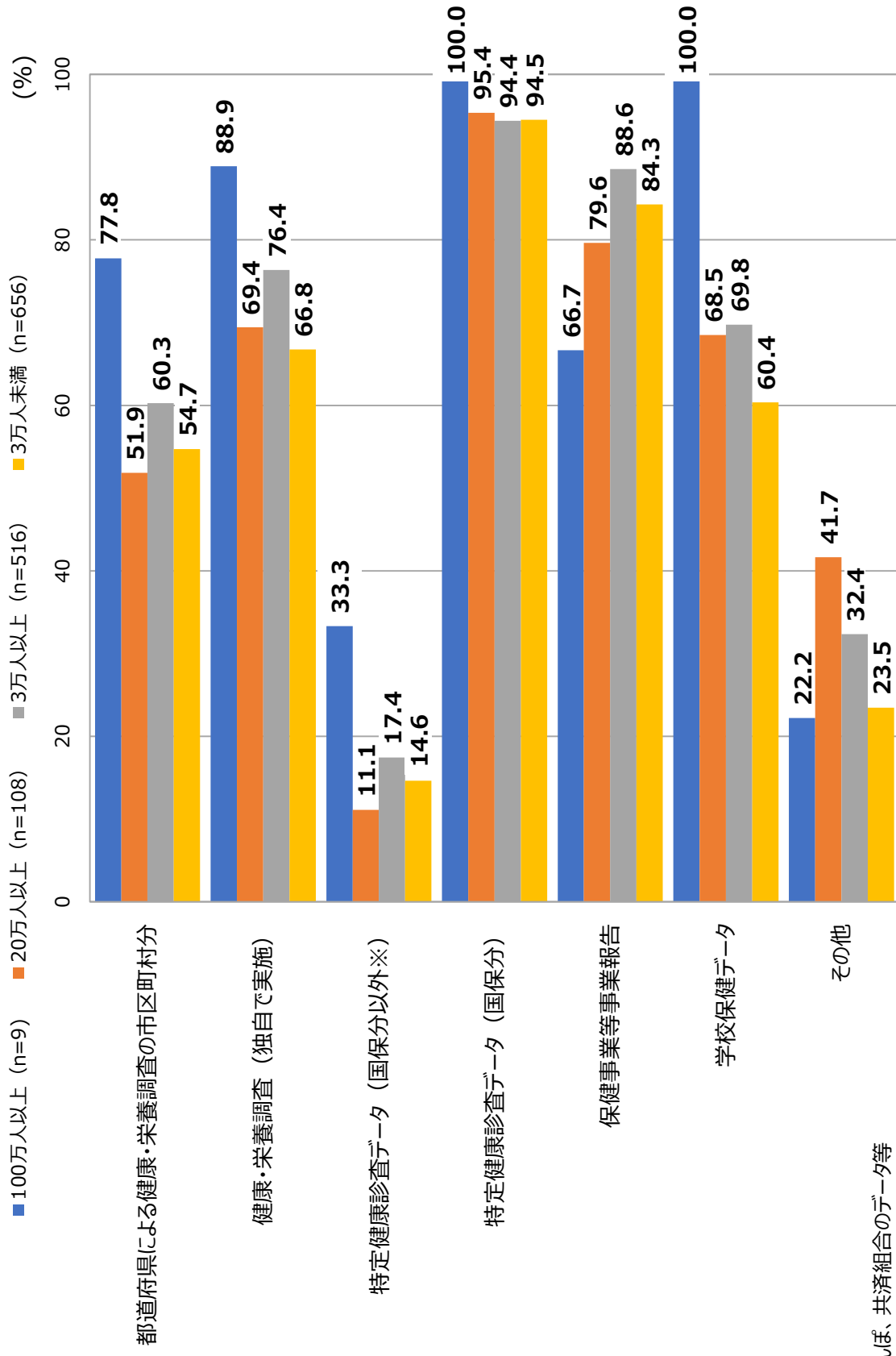


都道府県又は保健所から有用な支援※があった
※各種統計資料等のデータベースの作成や分析手法の提示等

市区町村人口規模別 計画の策定・評価に用いているデータ

市区町村

○ 人口規模にかかわらず、特定健康診査データ（国保分）と回答した割合が最も高く、特定健康診査データ（国保分外）と回答した割合が最も低かった。

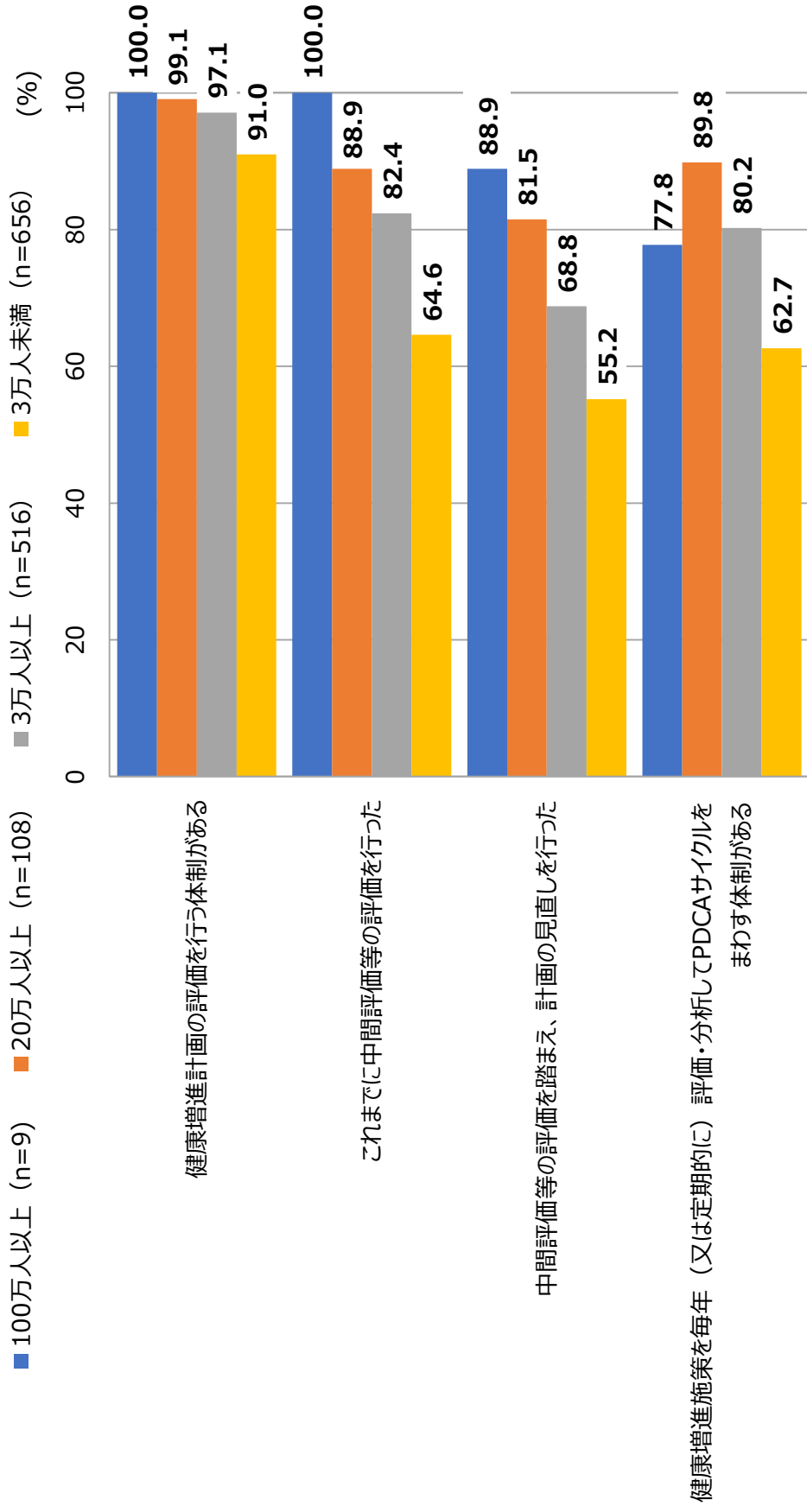


※協会けんぽ、共済組合のデータ等

市区町村人口規模別 健康増進計画の評価の状況

市区町村

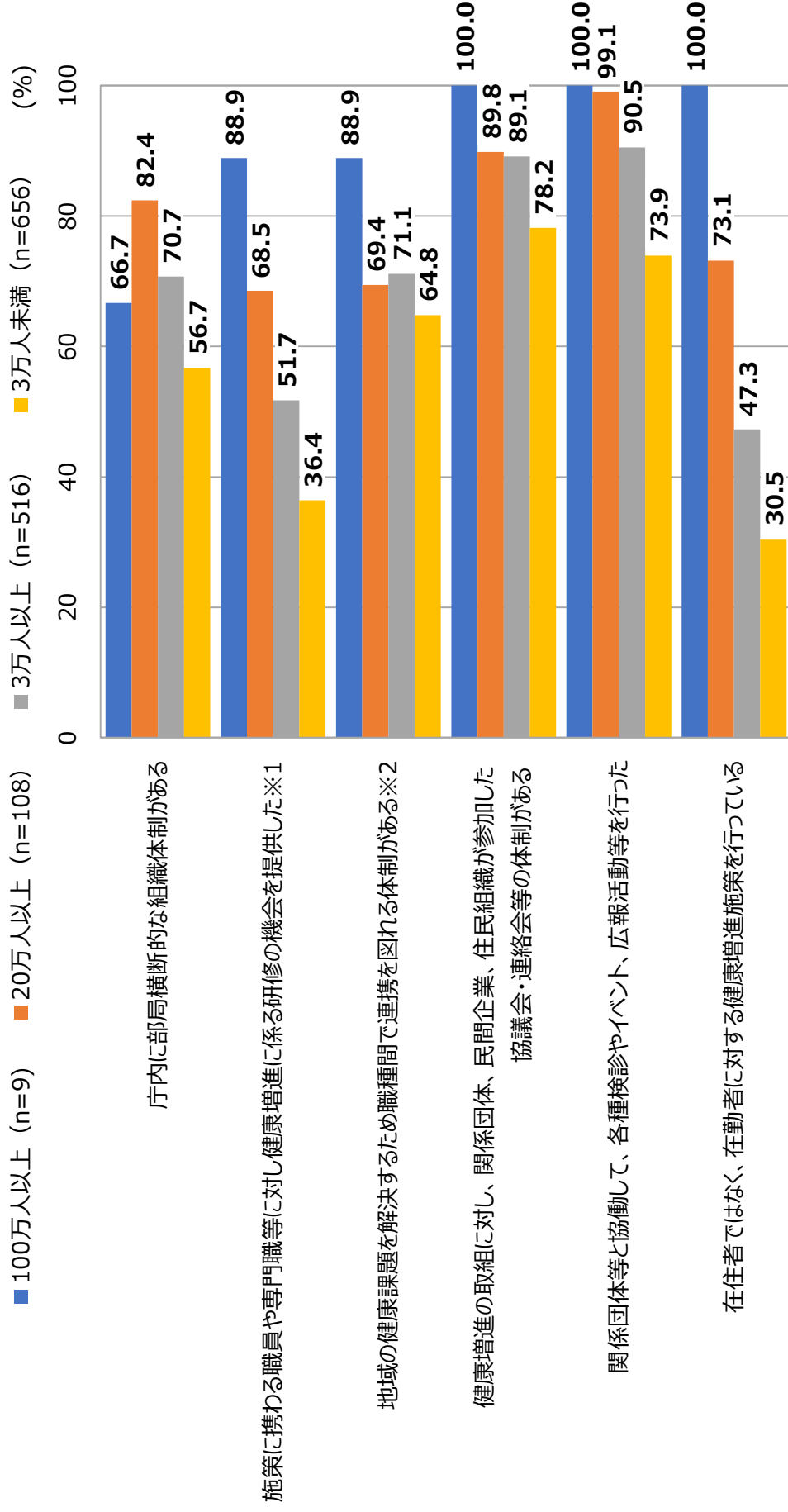
- 人口規模にかかわらず計画の評価を行う体制があると回答した割合は9割を超えた。
- PDCAサイクルをまわす体制があると回答した割合は、人口20万人以上の市区町村では89.8%であるのに対し、人口3万人未満の市区町村では62.7%であった。



市区町村人口規模別 健康増進の取組に対する推進体制

市区町村

- 庁内に部局横断的な体制がある割合、職員や専門職等に対し研修の機会を提供した割合、在勤者に対する施策を行っている割合は、人口20万人以上、20万人未満3万人以上、3万人未満のそれぞれの間で10ポイント以上の差があった。
- 人口100万人以上の市区町村の回答はN=9のため参考値であるが、庁内に部局横断的な体制があると回答した割合は66.7%と、他の項目と比較すると低かった。

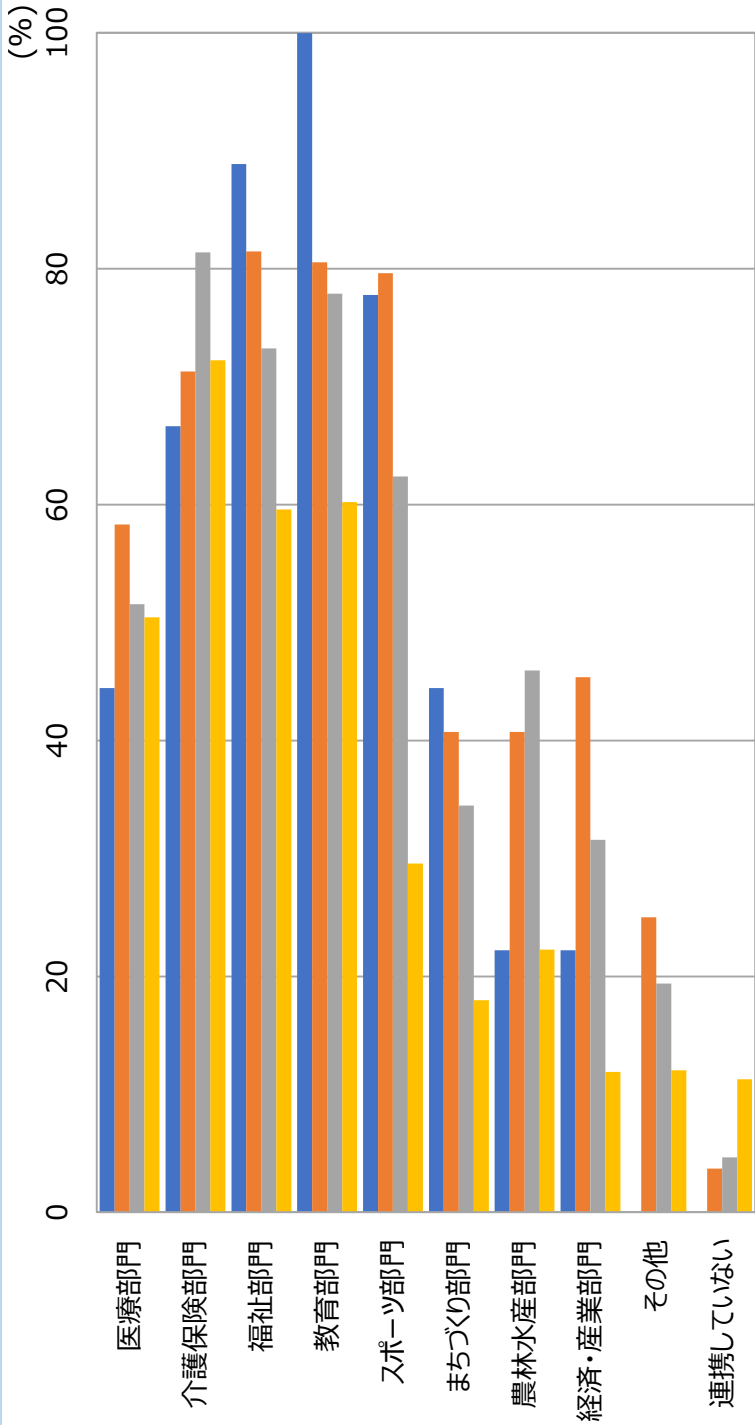


※1 会議の機会に講演・グループワークを行う等も含む
※2 地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等

市区町村人口規模別 庁内で連携して施策を行った部門

市区町村

- 介護保険部門、福祉部門と連携して施策を行ったと回答した割合は、人口規模にかかわらず、5割を超えた。
- 医療部門と連携して施策を行ったと回答した割合は、44.4%～58.3%と人口規模間の差が最も小さかった。
- 教育部門、スポーツ部門、まちづくり部門、農林水産部門、経済・産業部門と回答した割合は、20万人未満3万人以上の市区町村と3万人未満の市区町村の間で、いずれも15ポイント以上の差があった。

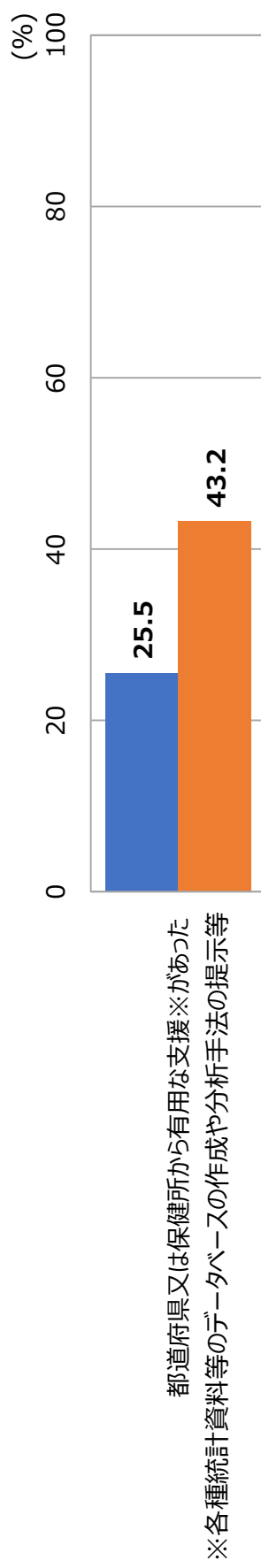
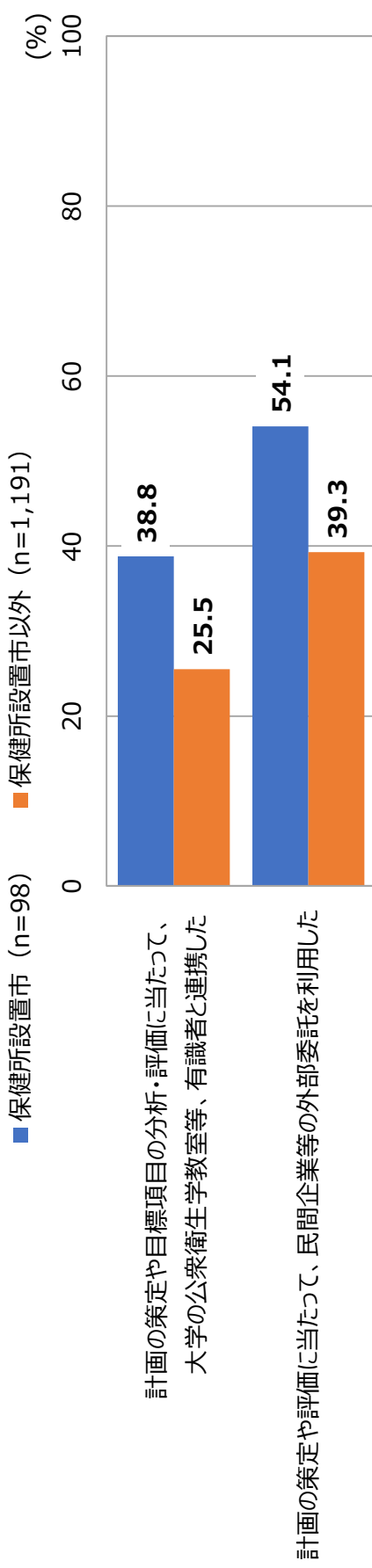
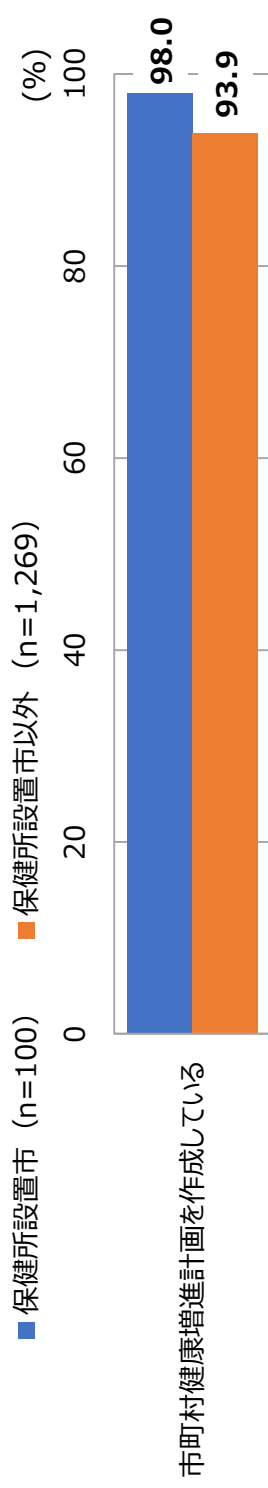


	医療部門	介護保険部門	福祉部門	教育部門	スポーツ部門	まちづくり部門	農林水産部門	経済・産業部門	その他	連携していない
100万人以上 (n=9)	44.4	66.7	88.9	100.0	77.8	44.4	22.2	22.2	0.0	0.0
20万人以上 (n=108)	58.3	71.3	81.5	80.6	79.6	40.7	40.7	45.4	25.0	3.7
3万人以上 (n=516)	51.6	81.4	73.3	77.9	62.4	34.5	45.9	31.6	19.4	4.7
3万人未満 (n=656)	50.5	72.3	59.6	60.2	29.6	18.0	22.3	11.9	12.0	11.3

保健所設置市 健康増進計画の策定の状況

市区町村

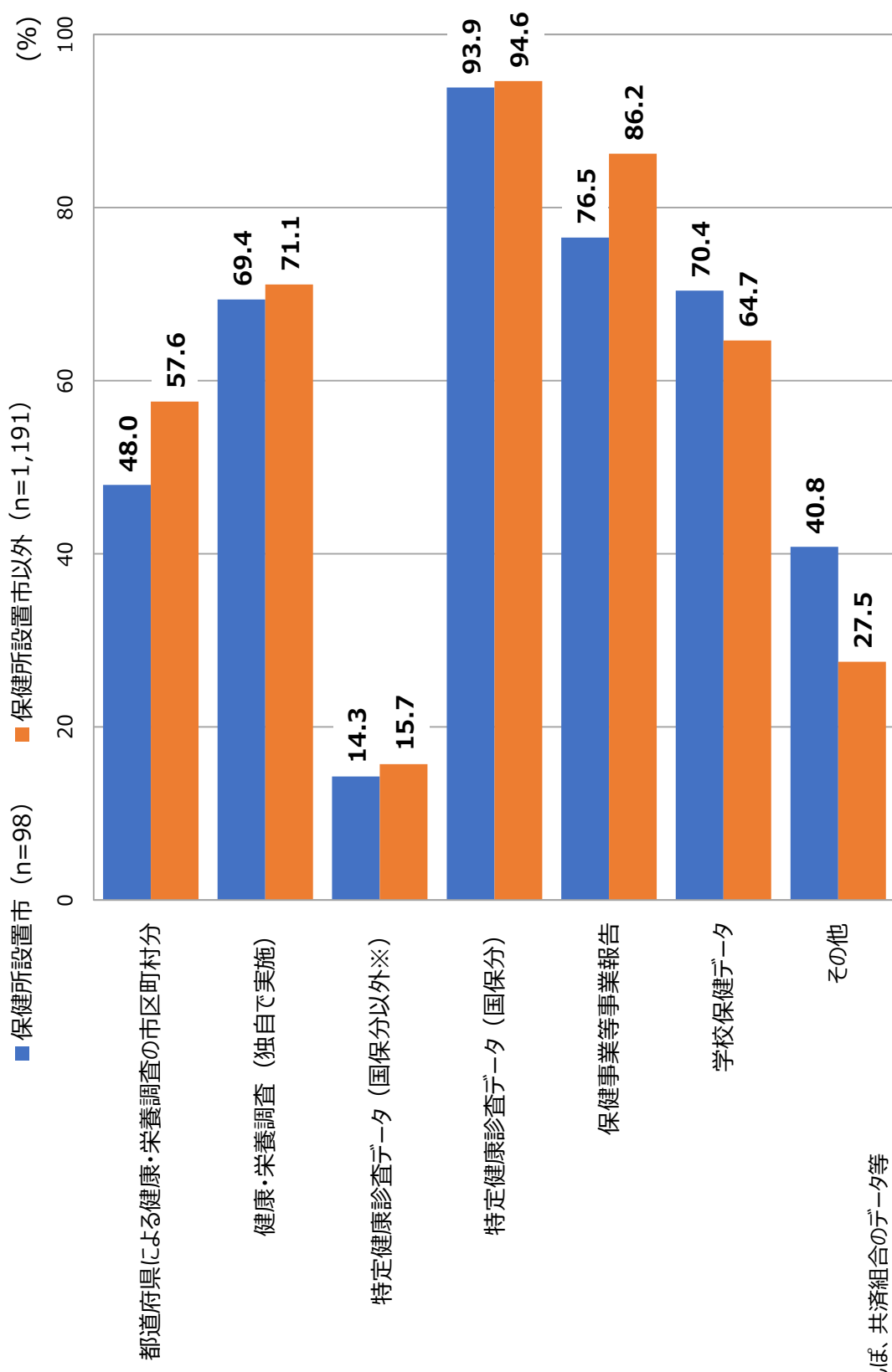
- 有識者と連携していると回答した割合は保健所設置市で38.8%、人口3万人未満の市区町村では25.5%であった。
- 民間の外部委託を利用したと回答した割合は保健所設置市で54.1%、保健所設置市以外では39.3%であった。
- 都道府県又は保健所から有用な支援があったと回答した割合は、保健所設置市で25.5%、保健所設置市以外では43.2%であった。



保健所設置市 計画の策定・評価に用いているデータ

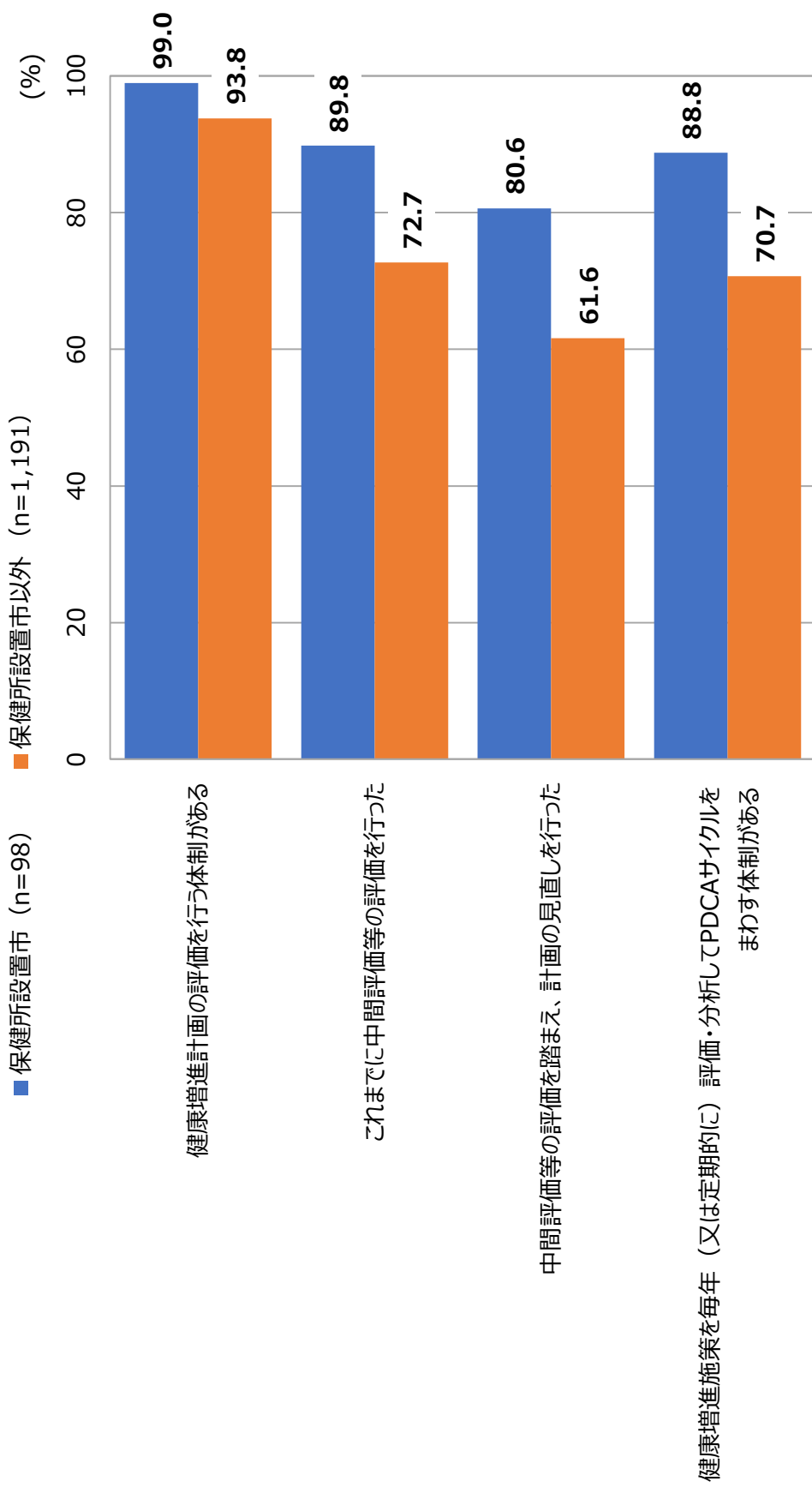
市区町村

- 保健所設置市かそれ以外かにかかわらず、特定健康診査データ（国保分）と回答した割合が最も高く、特定健康診査データ（国保分以外）と回答した割合が最も低かった。



※協会けんぽ、共済組合のデータ等

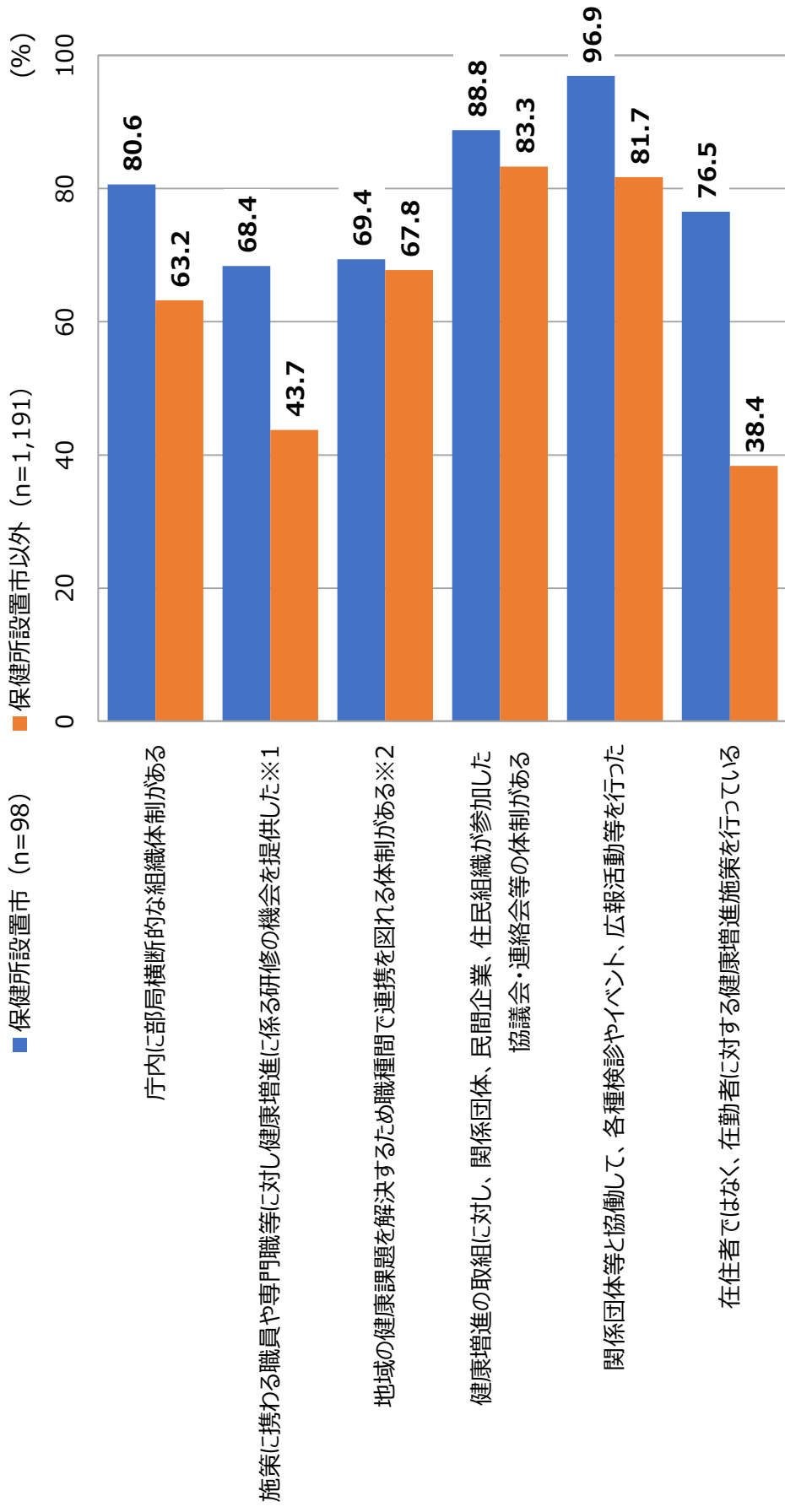
- 保健所設置市がそれ以外にかかわらず、計画の評価を行う体制があると回答した割合は9割を超えた。
- これまでに中間評価を行った、評価を踏まえ計画の見直しを行った、PDCAサイクルをまわす体制がある、と回答した割合は、保健所設置市のほうが保健所設置市以外の市区町村の割合より高かった。



保健所設置市 健康増進の取組に対する推進体制

市区町村

- 職員や専門職等に対し研修の機会を提供したと回答した割合は、保健所設置市で68.4%、保健所設置市以外では43.7%であった。
- 在勤者に対する健康増進施策を行っているとは回答した割合は、保健所設置市で76.5%、保健所設置市以外では38.4%であった。

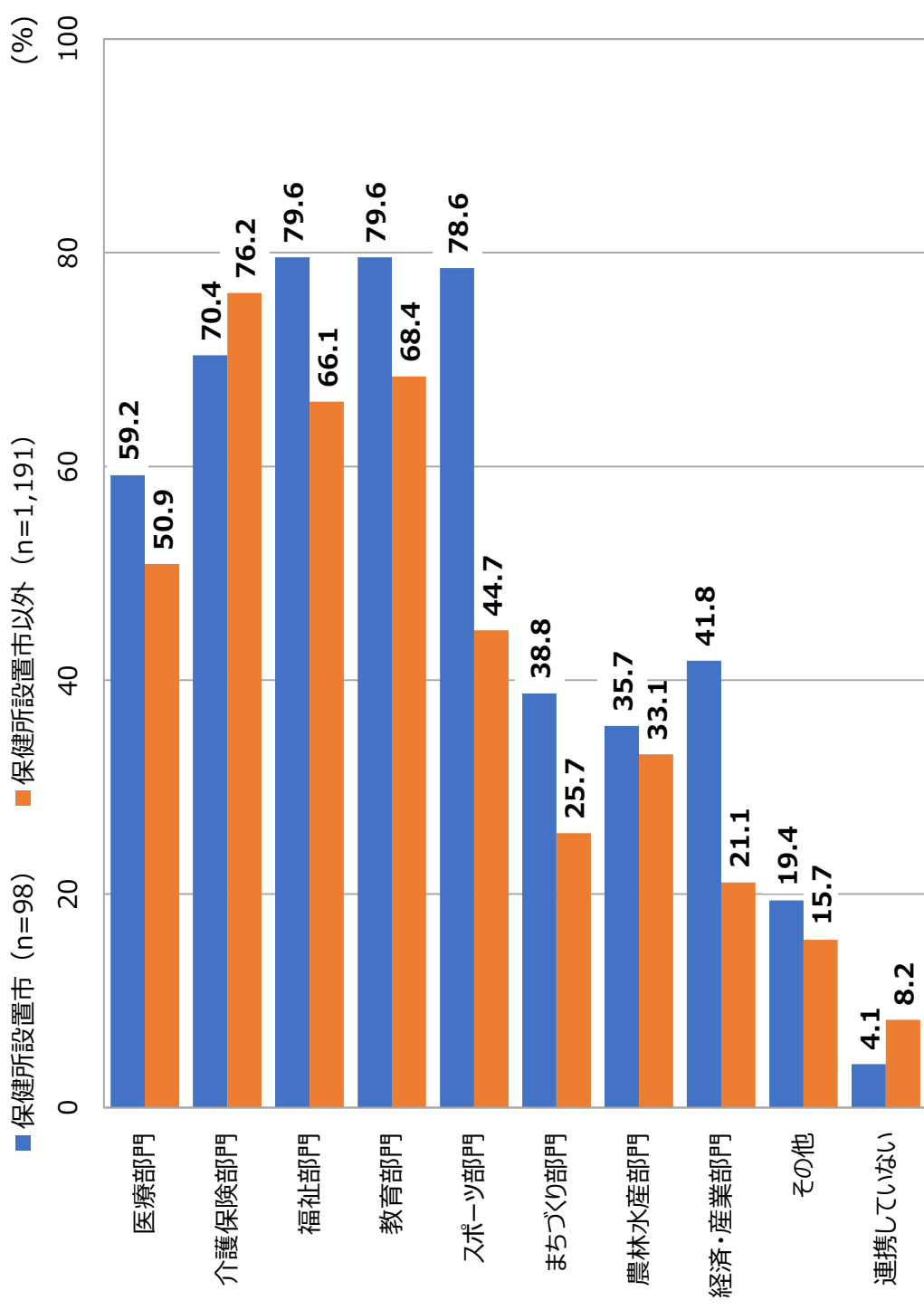


※1 会議の機会に講演・グループワークを行う等も含む
※2 地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等

保健所設置市 庁内で連携して施策を行った部門

市区町村

- スポーツ部門と連携して施策を行ったと回答した割合は、保健所設置市では78.6%、保健所設置市以外では44.7%であった。
- 経済・産業部門と連携して施策を行ったと回答した割合は、保健所設置市では41.8%、保健所設置市以外では21.1%であった。



今後の調査に向けた意見

- 健康日本21（第二次）最終評価に当たり実施した自治体等の取組状況の評価のための調査について、今後の調査に関して次のとおり意見を頂戴した。
- 次期計画の評価に当たったの調査では、頂戴した意見を踏まえて調査設計を行う。
- **（意見）** 健康増進の取組状況については、自治体の取組のほか、被用者保険の保険者や企業の取組状況もあわせて把握すべきである。国民、特に働き盛り世代の健康にとって、被用者保険の保険者や企業における健康増進の取組は大きな役割を果たすと考えられるため。
 - **（健康日本21（第二次）最終評価時点）** 健康日本21（第二次）最終評価においては、被用者保険の保険者や企業に対し、個別の調査を実施していない。
 - **（次期計画における評価での対応）** 次期計画の作成・評価においては、地域・職域連携に関連した調査や各省庁で実施される事業所を対象とした調査等を活用することで、国民の健康増進に関わる各主体の取組状況を把握できるように設計する。
- 健康増進計画の策定と一体的に作成した計画について、特に医療の分野においては、疾病事業が複数領域にわたるため、より詳しく個別の計画に分けて把握すべきである。
 - **（健康日本21（第二次）最終評価時点）** 健康日本21（第二次）最終評価においては、都道府県票では「医療計画」「医療費適正化計画」「がん対策推進計画」「母子保健計画」「歯科口腔保健推進計画」等を選択肢とした。市区町村票では、「特定健康診査等実施計画」「歯科口腔保健推進計画」等を選択肢とした。
 - **（次期計画における評価での対応）** その他に回答のあった計画（「自殺対策計画」「アルコール健康障害対策推進計画」等）を参照しつつ、選択肢を詳細にすることを検討する。
- 市区町村の調査結果を都道府県に共有する等、評価に用いるだけでなく今後の健康増進の取組の推進に役立てるべきである。
 - **（健康日本21（第二次）最終評価時点）** 都道府県へは、最終評価の参考資料として、都道府県ごとの市区町村の集計結果を共有する予定である。
 - **（次期計画における評価での対応）** 調査回答時に、集計結果だけでなく市区町村の個別の回答を都道府県に共有することを承諾いただくことを検討する。

自治体等の取組状況の評価のための調査 (調査票)

- ・ 都道府県票..... 1
- ・ 市区町村票..... 5
- ・ 団体票..... 9
- (参考) 健康日本 21 推進全国連絡協議会 会員団体一覧.....13

健康増進計画のご担当者のお名前、所属、連絡先をご記入ください。

都道府県名							
所属・職名							
担当者名							
担当者の職種	1 保健師	2 栄養士	3 事務	4 その他（自由記載）	から選択		
TEL							
E-mail							

※施策担当部局が他部局である場合等、他部局に照会が必要な場合は、適宜照会の上ご回答ください。

健康日本21（第二次）計画期間である平成25年度～現在の状況について、あてはまるものをお答えください。

新型コロナウイルスの影響がある場合は、新型コロナウイルス流行以前の状況を記入してください。

1 都道府県健康増進計画の策定と評価

(1) 健康増進計画を他の計画と一体的に作成しましたか。一体的に作成した計画をすべてお答えください。

「その他」については、その他の具体的な内容をお答えください。

回答欄1 (1)	1 単独で作成した	☐
	2 総合計画	☐
	3 医療計画	☐
	4 医療費適正化計画	☐
	5 介護保険事業支援計画	☐
	6 がん対策推進計画	☐
	7 母子保健計画	☐
	8 歯科口腔保健推進計画	☐
	9 食育推進計画	☐
	10 スポーツ推進計画	☐
	11 その他（労働衛生、職域分野の計画等を含む）	☐

その他の内容

(2) 健康増進計画の評価を行う体制はありますか。

1 ある 2 ない

回答欄1 (2)

(3) これまでに中間評価等の評価を行ったことがありますか。

1 ある 2 ない

回答欄1 (3)

(4) 中間評価等の評価をふまえ、計画の見直しを行いましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (4)

(5) 計画の策定や目標項目の分析・評価に当たって、科学的根拠に基づいた策定等を行うために大学の公衆衛生学教室等、有識者と連携しましたか。（連携とは、分析を行う等、実際に計画の立案に参画していることを指します。評価委員会の委員としての会議出席のみ等、そのとき限りの助言は含みません。）

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (5)

(6) 効果的・効率的な計画策定や評価のため、民間企業等の外部委託を利用しましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (6)

(7) 健康増進計画を策定・評価するためにどのようなデータを用いていますか。用いているデータをすべてお答えください。

「その他」については、その他の具体的な内容をお答えください。

回答欄1 (7)	1 国民健康・栄養調査の都道府県分	☐
	2 健康・栄養調査（独自で実施）	☐
	3 特定健診データ（NDBオープンデータ、被用者保険のデータ等、国保分以外）	☐
	4 特定健診データ（国保分）	☐
	5 保健事業等事業報告	☐
	6 学校保健データ	☐
	7 その他	☐

その他の内容

(8) 所得や教育、職業等、社会経済的要因による健康格差を把握していますか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (8)

(9) 健康増進施策を毎年（または定期的に）評価・分析してPDCAサイクルをまわす体制がありますか。

1 ある 2 ない

回答欄1 (9)

(10) 市区町村の計画策定に当たって、都道府県または保健所から市区町村へ、各種統計資料等のデータベースの作成や分析手法の提示等の技術的援助を行いましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (10)

2 健康増進の推進体制

- (1) 庁内に部局横断的な組織体制はありますか。
- 1 ある 2 ない

回答欄2 (1)

- (2) 庁内で、健康づくり部門以外の部門と連携して施策を行いましたか。行った場合は、連携している部門をすべてお答えください。
「その他」については、その他の具体的な内容をお答えください。

回答欄2 (2)	1 連携していない	☐
	2 医療部門	☐
	3 介護保険部門	☐
	4 福祉部門	☐
	5 教育部門	☐
	6 スポーツ部門	☐
	7 まちづくり部門	☐
	8 農林水産部門	☐
	9 経済・産業部門	☐
	10 その他	☐
その他の内容		

- (3) 健康増進施策に携わる職員や専門職等に対し、健康増進に係る研修の機会を提供しましたか。
(会議の機会に講演・グループワークを行う等も含む)

- 1 はい 2 いいえ

回答欄2 (3)

- (4) 地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等、職種間で連携を図るための会議等を定期的の実施していますか。

- 1 はい 2 いいえ

回答欄2 (4)

- (5) 健康増進の取組に対し、関係団体、民間企業、住民組織が参加した協議会・連絡会等の体制がありますか。

- 1 ある 2 ない

回答欄2 (5)

- (6) 関係団体等と協働して、各種検診やイベント、広報活動等を行いましたか。

- 1 はい 2 いいえ

回答欄2 (6)

- (7) 在任者ではなく、在勤者に対する健康増進施策を行っていますか。

- 1 はい 2 いいえ

回答欄2 (7)

3 健康増進施策の取組状況

健康日本21（第二次）の次の目標項目に関して、（1）～（3）の質問にご回答ください。

（1）都道府県健康増進計画策定において、重要だと考えた項目はどれですか。最大10項目まで○をつけてください。

（2）計画期間中の取組状況を、目標項目ごと、領域ごとにそれぞれ下記の1～5でお答えください。

- 1 充実した（予算の増額、条例等関係法令の整備、取組内容の見直しや関係機関との連携強化等により、取組の質を向上させた場合等）
- 2 縮小した（予算額の削減、投入する労力の減少のあった場合等）
- 3 変わらない（取組を実施したが、「充実した」、「縮小した」にあてはまらない場合）
- 4 未実施（取組を実施していない場合）
- 5 目標項目として設定していない

（3）今後重点的に取り組みたい領域はどれですか。最大5項目まで○をつけてください。

		回答欄3（1） 計画策定において、重要 だと考えた項目 （最大10項目まで○）	回答欄3（2） 計画期間中の取組状況 （1～5で回答）	回答欄3（3） 今後重点的に取り組みたい 領域（最大5項目まで ○）
健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現				
	① 健康寿命の延伸（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）			
主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底				
(1) がん	① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）			
	② がん検診の受診率の向上			
(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）			
	② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）			
	③ 脂質異常症の減少			
	④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少			
	⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上			
(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			
	② 治療継続者の割合の増加			
	③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）			
	④ 糖尿病有病者の増加の抑制			
	⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）			
	⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）			
(4) COPD	① COPDの認知度の向上			
社会生活を営むために必要な機能の維持・向上				
(1) こころの健康	① 自殺者の減少（人口10 万人当たり）			
	② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少			
	③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加			
	④ 小児人口10 万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加			
(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			
	イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加			
	② 適正体重の子どもの増加			
	ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少			
(3) 高齢者の健康	イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少			
	① 介護保険サービス利用者の増加の抑制			
	② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上			
	③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加			
	④ 低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制			
	⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）			
	⑥ 高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）			
健康を支え、守るための社会環境の整備				
	① 地域のつながりの強化（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			
	③ 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加			
	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			
	⑤ 健康格差対策に取り組み自治体の増加（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）			
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（BMI25以上）、やせ（BMI18.5未満）の減少）			
	② 適切な量と質の食事をとる者の増加			
	ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加			
	イ 食塩摂取量の減少			
	ウ 野菜と果物の摂取量の増加			
(2) 身体活動・運動	③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）			
	④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加			
	⑤ 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増			
	① 日常生活における歩数の増加			
	② 運動習慣者の割合の増加			
(3) 休養	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			
	① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少			
(4) 飲酒	② 過労働時間60 時間以上の雇用者の割合の減少			
	① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少			
	② 未成年者の飲酒をなくす			
	③ 妊娠中の飲酒をなくす			
(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）			
	② 未成年者の喫煙をなくす			
	③ 妊娠中の喫煙をなくす			
	④ 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少			

(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）				
	② 歯の喪失防止				
	ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加				
	イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加				
	ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加				
	③ 歯周病を有する者の割合の減少				
	ア 20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少				
	イ 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少				
	ウ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少				
	④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加				
	ア 3 歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加				
	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				

(4) 健康日本21（第二次）に示された目標項目以外に、独自に設定した項目があれば、その内容と理由をお答えください。（複数回答可）

① 独自に設定した項目の内容	
② 上記の項目を採用した理由	

(5) 健康日本21（第二次）の目標項目や独自に設定した項目に対して、都道府県として特に力を入れて実施した取組があれば、どの目標項目に対して、どのように取り組んだかを具体的にお答えください。（複数回答可）

(6) 健康日本21（第二次）の目標項目や独自に設定した項目に対して、管内市区町村のユニークな取組があれば、どの目標項目に対して、どのように取り組んだかを具体的にお答えください。（複数回答可）

(7) 次期健康増進計画策定に当たり、特に力を入れるべき健康づくりの分野※があれば、その内容と理由をお答えください。（複数回答可）

※健康日本21（第二次）で目標に設定されている領域以外の分野も含む。

① 特に力を入れるべき健康づくりの分野	
② その理由	

4 次期計画策定に向けた課題等

(1) 第二次計画期間中、健康増進の取り組みを進めるに当たって、課題と感じたことや改善点があれば、その内容をお答えください。（複数回答可）

(2) 次期健康増進計画策定に当たり、国に求める支援があればお答えください。（複数回答可）

（技術的支援、財政的支援等具体的に）

(3) 健康増進施策を進める上で、平成12年の健康日本21（第一次）策定以降の健康づくり運動計画は、全体としてどのように役立ちましたか。※

また今後の健康づくり運動計画はどうあるべきでしょうか。その他、ご自由にご意見をご記載ください。

※国民の意識改革に役立った、健康観の変化に繋がった、社会環境整備が進んだ、健康格差対策を意識するようになった、指標をモニタリングし評価するようになった、政策全体の中で健康づくりの優先度が上がった等

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

健康増進計画のご担当者のお名前、所属、連絡先をご記入ください。

都道府県名							
市区町村名							
所属・職名							
担当者名							
担当者の職種	1 保健師	2 栄養士	3 事務	4 その他（自由記載）	から選択	回答	その他の内容
TEL							
E-mail							

※施策担当部局が他部局である場合等、他部局に照会が必要な場合は、適宜照会の上ご回答ください。

健康日本21（第二次）計画期間である平成25年度～現在の状況について、あてはまるものをお答えください。
新型コロナウイルスの影響がある場合は、新型コロナウイルス流行以前の状況を記入してください。

1 健康格差の把握

(1) 市区町村内の地域間の健康状態や生活習慣の状況の差を把握していますか。

- 1 はい 2 いいえ

回答欄1 (1)	
----------	--

(2) 所得や教育、職業等、社会経済的要因による健康格差を把握していますか。

- 1 はい 2 いいえ

回答欄1 (2)	
----------	--

2 市町村健康増進計画の策定と評価（※特別区におかれましては特別区の健康増進計画についてお答えください。以下同様。）

(1) ①市町村健康増進計画を作成していますか。

- 1 はい 2 いいえ

回答欄2 (1) ①	
------------	--

②「いいえ」の場合は、計画を作成していない理由をお答えください。

回答欄2 (1) ②	
------------	--

2 (1) ①で「いいえ」を回答した市区町村は、質問は以上です。ご協力ありがとうございました。
2 (1) ①で「はい」と回答した市区町村は、2 (2) にお進みください。

(2) 健康増進計画を他の計画と一体的に作成しましたか。一体的に作成した計画をすべてお答えください。
「その他」については、その他の具体的な内容をお答えください。

回答欄2 (2)	1 単独で作成した	☐
	2 総合計画	☐
	3 特定健康診査等実施計画	☐
	4 介護保険事業計画	☐
	5 歯科口腔保健推進計画	☐
	6 食育推進計画	☐
	7 スポーツ推進計画	☐
	8 その他（労働衛生、職域分野の計画等を含む）	☐

その他の内容

(3) ①作成した計画を市区町村のホームページで公開していますか。
1 はい 2 いいえ

回答欄2 (3) ①

②「はい」の場合は、計画を公開しているURLをお答えください。（例： [https://www....](https://www.)）

回答欄2 (3) ②

(4) 健康増進計画の評価を行う体制がありますか。
1 ある 2 ない

回答欄2 (4)

(5) これまでに中間評価等の評価を行ったことがありますか。
1 ある 2 ない

回答欄2 (5)

(6) 中間評価等の評価をふまえ、計画の見直しを行いましたか。
1 はい 2 いいえ

回答欄2 (6)

(7) 計画の策定や目標項目の分析・評価に当たって、科学的根拠に基づいた策定等を行うために大学の公衆衛生学教室等、有識者と連携しましたか。（連携とは、分析を行う等、実際に計画の立案に参画していることを指します。評価委員会の委員としての会議出席のみ等、そのとき限りの助言は含みません。）
1 はい 2 いいえ

回答欄2 (7)

(8) 効果的・効率的な計画策定や評価のため、民間企業等に外部委託を行いましたか。
1 はい 2 いいえ

回答欄2 (8)

(9) 健康増進計画を策定・評価するためにどのようなデータを用いていますか。用いているデータソースをすべてお答えください。
「その他」については、その他の具体的な内容をお答えください。

回答欄2 (9)	1 都道府県による健康・栄養調査の市区町村分	☐
	2 健康・栄養調査（独自で実施）	☐
	3 特定健診データ（協会けんぽ、共済組合のデータ等、国保分以外）	☐
	4 特定健診データ（国保分）	☐
	5 保健事業等事業報告	☐
	6 学校保健データ	☐
	7 その他	☐

その他の内容

(10) 健康増進施策を毎年（または定期的に）評価・分析してPDCAサイクルをまわす体制がありますか。
1 ある 2 ない

回答欄2 (10)

(11) 市区町村の計画策定に当たって、都道府県または保健所から市区町村へ、各種統計資料等のデータベースの作成や分析手法の提示等の有用な支援がありましたか。
1 はい 2 いいえ

回答欄2 (11)

3 健康増進の推進体制

(1) 庁内に部局横断的な組織体制がありますか。
1 ある 2 ない

回答欄3 (1)

(2) 庁内で、健康づくり部門以外の部門と連携して施策を行いましたか。行った場合は、連携している部門をすべてお答えください。
「その他」については、その他の具体的な内容をお答えください。

回答欄3 (2)	1 連携していない	☐
	2 医療部門	☐
	3 介護保険部門	☐
	4 福祉部門	☐
	5 教育部門	☐
	6 スポーツ部門	☐
	7 まちづくり部門	☐
	8 農林水産部門	☐
	9 経済・産業部門	☐
	10 その他	☐

その他の内容

(3) 健康増進施策に携わる職員や専門職等に対し、健康増進に係る研修の機会を提供しましたか。
（会議の機会に講演・グループワークを行う等も含む）
1 はい 2 いいえ

回答欄3 (3)

(4) 地域の健康課題を解決するため職種間で連携を図れる体制がありますか。（例えば、地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等）
1 ある 2 ない

回答欄3 (4)

(5) 健康増進の取組に対し、関係団体、民間企業、住民組織が参加した協議会・連絡会等の体制がありますか。
1 ある 2 ない

回答欄3 (5)

(6) 関係団体等と協働して、各種検診やイベント、広報活動等を行いましたか。
1 はい 2 いいえ

回答欄3 (6)

(7) 在住者ではなく、在勤者に対する健康増進施策を行っていますか。
1 はい 2 いいえ

回答欄3 (7)

4 健康増進施策の取組状況

健康日本21（第二次）の次の目標項目に関して、（1）～（3）の質問にご回答ください。

（1）市町村健康増進計画の目標として設定した項目はどれですか。設定した項目すべてに○をつけてください。

（2）（1）で○をつけた項目を改善するための取組について、計画期間中の取組状況を、目標項目ごと、領域ごとにそれぞれ下記の1～4でお答えください。

- 1 充実した（予算の増額、条例等関係法令の整備、取組内容の見直しや関係機関との連携強化等により、取組の質を向上させた場合等）
- 2 縮小した（予算額の削減、投入する労力の減少のあった場合等）
- 3 変わらない（取組を実施したが、「充実した」、「縮小した」にあてはまらない場合）
- 4 未実施（取組を実施していない場合）

（3）今後重点的に取り組みたい領域はどれですか。最大5項目まで○をつけてください。

		回答欄4（1） 目標として設定した項目 （当てはまる項目すべてに ○）	回答欄4（2） 計画期間中の取組状況 （1～4で回答）	回答欄4（3） 今後重点的に取り組みたい 領域（最大5項目まで ○）
健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現				
① 健康寿命の延伸（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）				
主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底				
(1) がん	① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）			
	② がん検診の受診率の向上			
(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）			
	② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）			
	③ 脂質異常症の減少			
	④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少			
	⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上			
(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			
	② 治療継続者の割合の増加			
	③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）			
	④ 糖尿病有病者の増加の抑制			
	⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）			
	⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）			
(4) COPD	① COPDの認知度の向上			
社会生活を営むために必要な機能の維持・向上				
(1) こころの健康	① 自殺者の減少（人口10 万人当たり）			
	② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少			
	③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加			
	④ 小児人口10 万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加			
(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			
	イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加			
	② 適正体重の子どもの増加			
	ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少			
	イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少			
(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			
	② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上			
	③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加			
	④ 低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制			
	⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）			
	⑥ 高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）			
健康を支え、守るための社会環境の整備				
① 地域のつながりの強化（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				
③ 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加				
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				
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）				
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（BMI25以上）、やせ（BMI18.5未満）の減少）			
	② 適切な量と質の食事をとる者の増加			
	ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加			
	イ 食塩摂取量の減少			
	ウ 野菜と果物の摂取量の増加			
(2) 身体活動・運動	③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）			
	④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加			
	⑤ 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増			
	① 日常生活における歩数の増加			
	② 運動習慣者の割合の増加			
(3) 休養	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			
	① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少			
(4) 飲酒	② 週労働時間60 時間以上の雇用者の割合の減少			
	① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少			
	② 未成年者の飲酒をなくす			
	③ 妊娠中の飲酒をなくす			
(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）			
	② 未成年者の喫煙をなくす			
	③ 妊娠中の喫煙をなくす			
	④ 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少			

(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）				
	② 歯の喪失防止				
	ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加				
	イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加				
	ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加				
	③ 歯周病を有する者の割合の減少				
	ア 20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少				
	イ 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少				
	ウ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少				
	④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加				
	ア 3 歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加				
	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				

(4) 健康日本21（第二次）に示された目標項目以外に、独自に設定した項目があれば、その内容と理由をお答えください。（複数回答可）

① 独自に設定した項目の内容	
② 上記の項目を採用した理由	

(5) 健康日本21（第二次）の目標項目や独自に設定した項目に対して、特に力を入れて実施した取組があれば、どの目標項目に対して、どのように取り組んだかを具体的にお答えください。（複数回答可）

(6) 次期健康増進計画策定に当たり、特に力を入れるべき健康づくりの分野※があれば、その内容と理由をお答えください。（複数回答可）

※健康日本21（第二次）で目標に設定されている領域以外の分野も含む。

① 特に力を入れるべき健康づくりの分野	
② その理由	

5 次期計画策定に向けた課題等

(1) 第二次計画期間中、健康増進の取り組みを進めるに当たって、課題と感じたことや改善点があれば、その内容をお答えください。（複数回答可）

(2) 次期健康増進計画策定に当たり、国に求める支援があればお答えください。（複数回答可）

（技術的支援、財政的支援等具体的に）

(3) 健康増進施策を進める上で、平成12年の健康日本21（第一次）策定以降の健康づくり運動計画は、全体としてどのように役立ちましたか。※

また今後の健康づくり運動計画はどうあるべきでしょうか。その他、ご自由にご意見をご記載ください。

※国民の意識改革に役に立った、健康観の変化に繋がった、社会環境整備が進んだ、健康格差対策を意識するようになった、指標をモニタリングし評価するようになった、政策全体の中で健康づくりの優先度が上がった等

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

健康増進計画のご担当者のお名前、所属、連絡先をご記入ください。

団体名						
所属・職名						
担当者名						
担当者の職種	1 保健師	2 栄養士	3 事務	4 その他（自由記載）から選択	回答	その他の内容
TEL						
E-mail						

※他部署に照会が必要な場合は、適宜照会の上ご回答ください。

健康日本21（第二次）計画期間である平成25年度～現在の状況について、あてはまるものをお答えください。
新型コロナウイルスの影響がある場合は、新型コロナウイルス流行以前の状況を記入してください。

1 健康日本21（第二次）の推進体制

(1) ①健康日本21（第二次）を推進する体制がありますか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (1) ① 選択してください

②「いいえ」の場合は、今後健康づくり運動を体制を整備する予定がありますか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (1) ② 選択してください

③「いいえ」の場合、その理由をお答えください。

回答欄1 (1) ③

(2) 年度ごとに計画を立てて取組を行いましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (2) 選択してください

(3) ①取組の評価を行いましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (3) ① 選択してください

②「いいえ」の場合、その理由をお答えください。

回答欄1 (3) ②

(4) ①他の機関や団体と連携を図りましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (4) ① 選択してください

②「はい」の場合、どのような内容について連携を図ったかをお答えください。

回答欄1 (4) ②

(5) ①団体のホームページなどで取組を公表しましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄1 (5) ① 選択してください

②「はい」の場合、ホームページで公開していれば、公開しているURLをお答えください。（例： [https://www....](https://www.)）

回答欄2 (5) ②

2 健康日本21（第二次）の推進に関する取組状況

(1) 健康日本21（第二次）の次の目標項目のうち、第二次の計画期間中に取組を実施した項目はどれですか。当てはまるものをすべて選択してください。
※ 健康日本21（第二次）に示された目標項目以外については、（2）でお答えください。

		回答欄2（1） 計画期間中に取組を実施した項目（当てはまる項目すべてに○）
健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現		
	① 健康寿命の延伸（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）	
主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底		
(1) がん	① 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり） ② がん検診の受診率の向上	
(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） ② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下） ③ 脂質異常症の減少 ④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	
(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 ② 治療継続者の割合の増加 ③ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少） ④ 糖尿病有病者の増加の抑制 ⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲） ⑥ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	
(4) COPD	① COPDの認知度の向上	
社会生活を営むために必要な機能の維持・向上		
(1) こころの健康	① 自殺者の減少（人口10 万人当たり） ② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 ③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加 ④ 小児人口10 万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	
(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 イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加 ② 適正体重の子どもの増加 ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少 イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	
(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 ② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 ③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加 ④ 低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制 ⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり） ⑥ 高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）	
健康を支え、守るための社会環境の整備		
	① 地域のつながりの強化（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 ③ 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 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 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）	
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（BMI25以上）、やせ（BMI18.5未満）の減少） ② 適切な量と質の食事をとる者の増加 ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加 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） 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 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	
(2) 身体活動・運動	① 日常生活における歩数の増加 ② 運動習慣者の割合の増加 ③ 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	
(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 ② 週労働時間60 時間以上の雇用者の割合の減少	
(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40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少 ② 未成年者の飲酒をなくす ③ 妊娠中の飲酒をなくす	
(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） ② 未成年者の喫煙をなくす ③ 妊娠中の喫煙をなくす ④ 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少	

(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）	
	② 歯の喪失防止	
	ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	
	イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	
	ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加	
	③ 歯周病を有する者の割合の減少	
	ア 20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	
	イ 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	
	ウ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	
	④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	
	ア 3 歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加	
	イ 12歳児の一人平均歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	
	⑤ 過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	

(2) 健康日本21（第二次）に示された目標項目以外に、独自に設定した目標があれば、その内容と理由をお答えください。（複数回答可）

① 独自に設定した項目の内容	
② 上記の項目を採用した理由	

(3) 健康日本21（第二次）の目標項目や独自に設定した目標に対して、特に力を入れて実施した取組があれば、どの目標項目に対して、どのように取り組んだかを具体的にお答えください。（複数回答可）

(4) ①健康日本21（第二次）の推進に関する取組を実施する上で、国からの情報提供が役に立ちましたか。

1 はい 2 いいえ

回答欄 2（4）①

選択してください

②「はい」の場合は、どのような情報が役に立ったかお答えください。（複数回答可）

回答欄3（4）②	
----------	--

3 次期健康づくり運動に向けた課題等

(1) 健康日本21（第二次）の次の領域のうち、今後重点的に進めたい領域はどれですか。当てはまるものを選択してください。（最大5項目まで○をつける）
※ 健康日本21（第二次）に示された目標項目以外については、（2）でお答えください。

回答欄3（1） 今後重点的に取り組みたい領域 （最大5項目まで○）	
健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現	
主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	
（1）がん	
（2）循環器疾患	
（3）糖尿病	
（4）C O P D	
社会生活を営むために必要な機能の維持・向上	
（1）こころの健康	
（2）次世代の健康	
（3）高齢者の健康	
健康を支え、守るための社会環境の整備	
生活習慣及び社会環境の改善に関する目標	
（1）栄養・食生活	
（2）身体活動・運動	
（3）休養	
（4）飲酒	
（5）喫煙	
（6）歯・口腔の健康	

(2) 次期健康づくり運動において、特に力を入れるべきだと考えられる健康づくりの分野があれば、その内容と理由をお答えください。（複数回答可）
※健康日本21（第二次）で目標に設定されている領域以外の分野も含む。

① 特に力を入れるべき健康づくりの分野	
② その理由	

(3) 次期健康づくり運動に向けての改善点や課題など、健康日本21（第二次）の計画期間中に取組を行う上で気づいたことがあれば、その内容をお答えください。（複数回答可）

--

(4) 今後健康づくり運動の推進に関する取組を行う上で、だれから、どのような支援が必要ですか。（複数回答可）

--

(5) 平成12年の健康日本21（第一次）策定以降の健康づくり運動は、全体としてどのように役立ちましたか。※
また今後の健康づくり運動はどうあるべきでしょうか。その他、ご自由にご意見をご記載ください。
※ 国民の意識改革に役に立った、健康観の変化に繋がった、社会環境整備が進んだ、健康格差対策を意識するようになった、指標をモニタリングし評価するようになった等
※ 健康日本21（第二次）の推進に参画して、団体として活性化につながった、団体としてメリットがあった等ございましたら、そうした事例についてもご記載ください。

--

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

(参考)

健康日本2 1 推進全国連絡協議会 会員団体一覧

		(令和3年9月1日付)	
NO.	団体(組織)名	NO.	団体(組織)名
1	公益社団法人 アルコール健康医学協会	73	一般社団法人 日本健康生活推進協会
2	一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会	74	一般財団法人 日本健康増進財団
3	一般財団法人 医療情報健康財団	75	一般財団法人 日本健診財団
4	一般財団法人 ウエルネスアカデミー	76	一般財団法人 日本コアコンディショニング協会
5	一般社団法人 栄養改善普及会	77	一般社団法人 日本口腔衛生学会
6	NPO法人 NSCAジャパン	78	一般社団法人 日本公衆衛生学会
7	一般財団法人 MOA健康科学センター	79	一般社団法人 日本公衆衛生看護学会
8	公益財団法人 がん研究振興財団	80	一般財団法人 日本公衆衛生協会
9	NPO法人 禁煙ネット	81	日本行動医学会
10	公益財団法人 結核予防会	82	NPO法人 日本呼吸器障害者情報センター
11	NPO法人 健康寿命増進機構	83	公益社団法人 日本サウナ・スパ協会
12	公益財団法人 健康・体力づくり事業財団	84	一般社団法人 日本作業療法士協会
13	健康の駅推進機構	85	一般社団法人 日本産業保健師会
14	健康保険組合連合会	86	公益社団法人 日本3B体操協会
15	公益社団法人 国民健康保険中央会	87	公益社団法人 日本産婦人科医会
16	医療法人社団 こころとからだの元気プラザ	88	NPO法人 日本Gボール協会
17	公益財団法人 骨粗鬆症財団	89	公益社団法人 日本歯科医師会
18	公益財団法人 笹川スポーツ財団	90	公益社団法人 日本歯科衛生士会
19	一般社団法人 Jミルク	91	一般財団法人 日本自転車普及協会
20	一般社団法人 実践体育学体操三井島システム	92	一般社団法人 日本循環器病予防学会
21	NPO法人 ジュース	93	公益財団法人 日本障がい者スポーツ協会
22	一般財団法人 食品産業センター	94	公益社団法人 日本小児保健協会
23	食品産業中央協議会	95	NPO法人 日本食育協会
24	公益社団法人 スポーツ健康産業団体連合会	96	一般財団法人 日本食生活協会
25	公益財団法人 住友生命健康財団	97	公益社団法人 日本女子体育連盟
26	一般財団法人 船員保険会	98	公益社団法人 日本鍼灸師会
27	全国衛生部長会	99	一般社団法人 日本寝具寝装品協会
28	一般社団法人 全国栄養士養成施設協会	100	公益財団法人 日本心臓財団
29	公益社団法人 全国結核予防婦人団体連絡協議会	101	日本ストレス学会
30	全国健康保険協会	102	NPO法人 日本スポーツ栄養学会
31	社会福祉法人 全国社会福祉協議会	103	公益財団法人 日本スポーツ協会
32	全国商工会連合会	104	公益財団法人 日本スポーツクラブ協会
33	公益社団法人 全国私立保育連盟	105	一般社団法人 日本生活習慣病予防協会
34	公益社団法人 全国スポーツ推進委員連合	106	公益社団法人 日本精神科病院協会
35	公益社団法人 全国大学体育連合	107	一般財団法人 日本成人病予防会
36	公益社団法人 全国調理師養成施設協会	108	NPO法人 日本成人病予防協会
37	全国保健師長会	109	一般社団法人 日本総合健診医学会
38	全国保健所長会	110	一般社団法人 日本体育・スポーツ・健康学会
39	公益財団法人 全国老人クラブ連合会	111	公益財団法人 日本対がん協会
40	公益社団法人 全国老人保健施設協会	112	一般財団法人 日本退職公務員連盟
41	公益社団法人 全国労働衛生団体連合会	113	一般社団法人 日本体力医学会
42	公益社団法人 全日本断酒連盟	114	公益社団法人 日本調理師会
43	公益財団法人 総合健康推進財団	115	公益財団法人 日本糖尿病財団
44	公益財団法人 大樹生命厚生財団	116	NPO法人 日本トレーニング指導者協会
45	公益財団法人 大同生命厚生事業団	117	公益社団法人 日本人間ドック学会
46	公益財団法人 体力づくり指導協会	118	NPO法人 日本人間ドック健診協会
47	一般社団法人 タバコ問題情報センター	119	一般財団法人 日本農村医学研究会
48	公益社団法人 地域医療振興協会	120	公益社団法人 日本フィットネス協会
49	NPO法人 地球足もみ健康法実践普及協会	121	一般社団法人 日本フィットネス産業協会
50	中央労働災害防止協会	122	公益社団法人 日本ボディビル・フィットネス連盟
51	公益財団法人 長寿科学振興財団	123	公益社団法人 日本薬剤師会
52	一般財団法人 長寿社会開発センター	124	一般財団法人 日本予防医学協会
53	一般財団法人 東京顕微鏡院	125	公益財団法人 日本リウマチ財団
54	公益社団法人 日本医師会	126	公益社団法人 日本理学療法士協会
55	一般社団法人 日本ウオーキング協会	127	一般社団法人 日本臨床スポーツ医学会
56	日本運動疫学会	128	一般社団法人 日本臨床内科医会
57	NPO法人 日本運動療法推進機構	129	公益財団法人 日本レクリエーション協会
58	公益社団法人 日本エアロビック連盟	130	日本労働組合総連合会
59	公益社団法人 日本栄養士会	131	公益財団法人 8020推進財団
60	一般社団法人 日本家族計画協会	132	公益財団法人 パブリックヘルスリサーチセンター
61	公益財団法人 日本学校保健会	133	NPO法人 フレンドリー情報センター
62	公益社団法人 日本看護協会	134	公益社団法人 米穀安定供給確保支援機構
63	一般財団法人 日本がん知識普及協会	135	NPO法人 ヘルスマネジメントあおぞら
64	日本禁煙科学会	136	公益財団法人 北陸体力科学研究所
65	一般社団法人 日本禁煙学会	137	一般財団法人 保健福祉広報協会
66	日本禁煙推進医師歯科医師連盟	138	公益社団法人 母子保健推進会議
67	公益財団法人 日本ゲートボール連合	139	公益財団法人 明治安田厚生事業団
68	NPO法人 日本健康運動指導士会	140	一般社団法人 メディカル・フィットネス協会
69	一般財団法人 日本健康開発財団	141	公益財団法人 メンタルヘルス岡本記念財団
70	一般社団法人 日本健康倶楽部	142	公益財団法人 予防医学事業中央会
71	一般社団法人 日本健康心理学会		
72	公益財団法人 日本健康スポーツ連盟		

以上、50音順



厚生労働省

ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

国内外の健康づくり運動に関する動向

我が国における健康づくり運動

国内の健康づくり対策の動向

1980
昭和55年

1990
平成2年

2000
平成12年

2010
平成22年

2020
令和2年

第1次国民健康づくり対策 昭和53（1978）年

- 生涯を通じる健康づくりの推進
〔成人病予防のための1次予防の推進〕
- 健康づくりの3要素（栄養、運動、休養）の健康増進事業の推進（**栄養に重点**）

第2次国民健康づくり対策 （アゲイング80ヘルスプラン） 昭和63（1988）年

- 生涯を通じる健康づくりの推進
- 栄養、運動、休養のうち遅れていた**運動習慣の普及に重点**を置いて、健康増進事業の推進

21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21） 平成12（2000）年

- 生涯を通じる健康づくりの推進
〔「一次予防」の重視と健康寿命の延伸、生活の質の向上〕
- 個人の健康づくりを支援する社会環境づくり
- 国民の保健医療水準の指標となる**具体的目標の設定及び評価**に基づく健康増進事業の推進
- 多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進

21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）） 平成25（2013）年

- 生涯を通じた健康づくりと国民の健康増進の推進
〔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〕
目標の設定と評価
- 都道府県と市町村の健康増進計画
- 健康の増進に関する調査及び研究の推進
- 健康増進事業実施者間における連携及び協力
- 正しい知識の普及等

基本的考え方

施策の概要

- 生涯を通じる健康づくりの推進
 - 乳幼児から老人に至るまでの健康診査・保健指導体制の確立
- 健康づくりの基盤整備等
 - 健康増進センター、市町村保健センター等の整備
 - 保健婦、栄養士等のマンパワー確保
- 健康づくりの啓発・普及
 - 市町村健康づくり推進協議会の設置等
 - 栄養所要量の普及・改定
 - 運動所要量の普及等
- 労働安全衛生法の改正（昭和63年）
- 栄養士法及び栄養改善法の一部改正（昭和63年）
- 老人福祉法等の一部を改正する法律（平成2年）
- 栄養改善法の一部改正（平成6年）
- 地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律（平成6年）
- 栄養改善法の一部改正（栄養表示基準制度の創設）（平成7年）等

- 健康づくりの国民運動化
 - 効果的なプログラムやツールの普及啓発、定期的な見直し
 - 効果的な健診・保健指導の実施
 - メタリックサンドロームに着目した健診・保健指導の着実な実施
- 産業界との連携
 - 産業界の自主的取組との一層の連携
- 人材育成（医療関係者の資質向上）
 - 国、都道府県、医療関係者団体、医療保険者団体等が連携した人材育成のための研修等の充実
- エビデンスに基づいた施策の展開
 - アウトカム評価を可能とするデータの把握手法の見直し等
- 介護保険法（平成12年）：介護保険事業支援計画（3年更新）
- 母子保健の国民運動計画（健やか親子21）
 - （第1次：平成13～26年、第2次：平成27～令和6年）
- 健康増進法（平成14年）
- 第4次医療計画（平成15年、6年更新（第6次まで5年更新））
- 食育基本法（平成17年）：食育推進基本計画（平成19年、5年更新）
- がん対策基本法（平成18年）：がん対策推進基本計画（平成19年、6年更新（第1、2期は5年更新））
- 自殺対策基本法（平成18年）
- 医療法の改正（4疾病5事業の医療連携体制）（平成18年）
- 高齢者の医療の確保に関する法律（平成20年）
- 医療費適正化計画（平成20年、6年更新（第1、2期は5年更新））
- スポーツ基本法（平成23年）：スポーツ基本計画（平成24年、5年更新）
- 歯科技術の推進に関する法律（平成23年）等

法律・計画

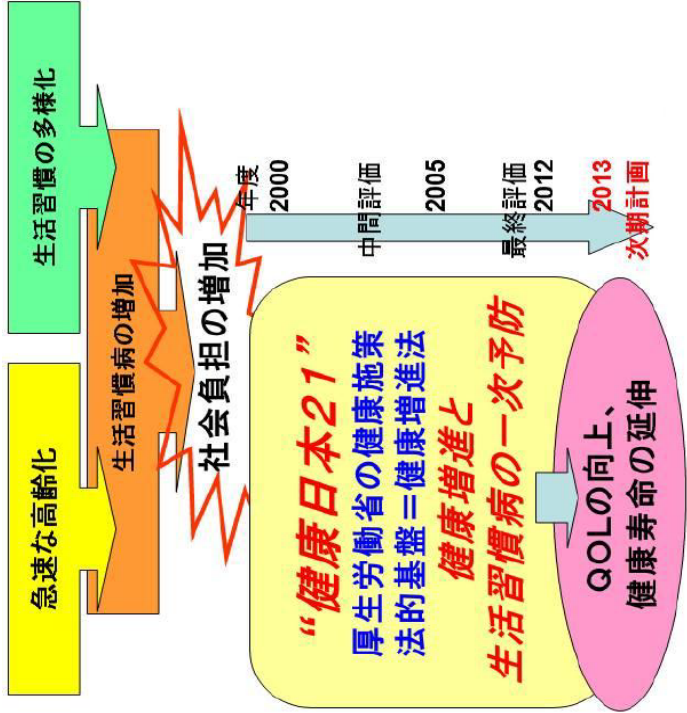
- 食品表示法（平成25年）
- アルコール健康障害対策基本法（平成25年）：アルコール健康障害対策推進基本計画（平成28年、5年更新）
- 労働安全衛生法の改正（ストレスマネジメント制度の創設）（平成26年）
- 医療法及び地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律の改正（地域医療構想）（平成26年）
- 働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律（平成30年）
- 健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（平成30年）
- 医療法の改正（医師確保計画、外来医療計画）（平成30年）
- 成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（平成30年）
- 健康増進法の一部改正（運動喫煙）（平成30年）
- 国民健康保険法等の改正（高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進（令和元年）等）
- 健康づくりのための身体活動基準2013：アクティブガイド—健康づくりのための身体活動指針—（平成25年）
- 健康づくりのための睡眠指針2014（平成26年）
- 日本人の食事摂取基準（2015年版）：平成26年、2020年版；平成31年）
- 労働者の心の健康の保持増進のための指針（メンタルヘルズ指針）の改正（平成27年）
- 喫煙と健康影響に関する検討会報告書（平成28年）
- 禁煙支援マニュアル（第二版）（増補改訂）（平成30年）
- 健康寿命延伸プラン（令和元年）等

指針等

- 健康づくりのための食生活指針（昭和60年）
- 加工食品の栄養成分表示に関する報告（昭和61年）
- 肥満とやせの判定表・図の発表（昭和61年）
- 喫煙と健康問題に関する報告書（昭和62年）等
- 職場における労働者の健康保持増進のための指針（昭和63年）
- 健康づくりのための食生活指針（（対象特性別）平成2年）
- 外食栄養成分表示ガイドライン策定（平成2年）
- 喫煙と健康問題に関する報告書（改定）（平成5年）
- 健康づくりのための運動指針（平成5年）
- 健康づくりのための休養指針（平成6年）
- たばこ行動計画検討会報告書（平成7年）
- 公共の場所における分煙のあり方検討会報告書（平成8年）
- 年齢対象別身体活動指針（平成9年）等

健康日本21の概要

健康日本21は急速な高齢化や生活習慣の多様化を背景に健康の実現は個人の健康観に基づき、一人一人が主体的に取り組む課題であり、社会全体としても個人の主体的な健康づくりを支援することが必要であるという考えのもと開始されました。この政策は意識的に運動をしている人の割合や食塩摂取量等70項目の具体的な目標を提示すること等により国民の健康づくりに関する意識の向上及び取組を促すものです。



背景

- ✓ 平均寿命の急速な延伸により、世界有数の長寿国となった。
- ✓ 急速な高齢化や生活習慣の変化により、疾病の構造が変化し、**疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加してきた。**
- ✓ 痴呆、寝たきり等の要介護状態等になる者の増加等が深刻な社会問題となっていた。



概要

目的： 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とするため、**壮年期死亡の減少**、**健康寿命の延伸**及び**生活の質の向上**を実現する

基本方針： 1)一次予防の重視、2)健康づくり支援のための環境整備、3)具体的な目標設定とその評価、4)多様な実施主体間の連携

分野： 「**栄養・食生活**」「**身体活動・運動**」「**休養・こころの健康づくり**」「**たばこ**」「**アルコール**」「**歯の健康**」「**糖尿病**」「**循環器病**」「**がん**」の9分野で具体的な目標を提示

実施期間：平成12（2000）年度～平成24（2012）年度

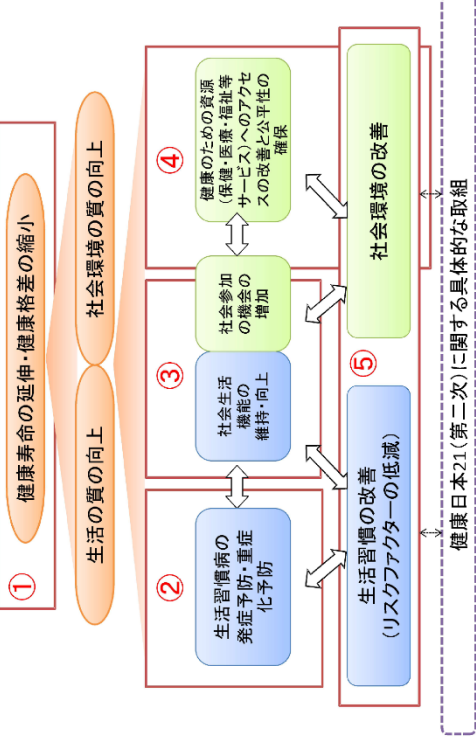
分野	目標項目（例）
① 栄養・食生活	適正体重を維持している人の増加、食塩摂取量の減少、野菜の摂取量の増加、自分の適正体重を認識し、体重コントロールを実践する人の増加 等
② 身体活動・運動	意識的に運動を心がけている人の増加、日常生活における歩数の増加、運動習慣者の増加、外出について積極的な態度をもつ人の増加 等
③ 休養・こころの健康づくり	ストレスを感じた人の減少、睡眠による休養を十分にとれていない人の減少、自殺者の減少 等
④ たばこ	喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及、未成年者の喫煙をなくす、禁煙支援プログラムの普及 等
⑤ アルコール	多量に飲酒する人の減少、未成年者の飲酒をなくす、「節度ある適度な飲酒」の知識の普及
⑥ 歯の健康	一人平均歯数の減少、フッ化物配合歯磨剤の使用の増加、進行的な歯科検診の受診者の増加 等
⑦ 糖尿病	糖尿病検診の受診の促進、糖尿病検診受診後の事後指導の推進、糖尿病有病者の減少、糖尿病有病者の治療の継続、糖尿病合併症の減少
⑧ 循環器病	カリウム摂取量の増加、高血圧の改善、高脂血症の減少、健康診断を受ける人の増加、生活習慣の改善等による循環器病の減少
⑨ がん	1日の食事において、果物類を摂取している者の増加、がん検診の受診者の増加

資料：健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動について）健康日本21企画検討会 健康日本21計画策定検討会報告書

健康日本21（第二次）の概要

健康日本21(第二次)は、健康日本21の最終評価及び少子高齢化や経済成長の鈍化といった社会情勢の変化を踏まえ、全ての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会を10年後に目指すべき姿として設定し、その目標を達成するための生活習慣と社会環境の改善への取組として開始されました。本取組においては53項目の具体的な目標を提示すること等により、生活習慣及び社会環境の改善等を通じて国民の健康の増進の総合的な推進を目指しています。

全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現



背景

- ✓ 平均寿命については世界で高い水準を示す一方、急速な出生率の低下に伴って高齢化が進んでいる。
- ✓ 高齢化の進展により医療や介護に係る負担が一層増すと予想されている一方で、これまでの高い経済成長が望めない可能性がある。
- ✓ 近年の社会経済的状況の変化を踏まえ、地域、職業、経済力、世帯構成等による健康状態やその要因となる生活習慣の差が報告され、こうした健康格差が、今後深刻化することが危惧されている。

概要

目指すべき姿：全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会

最終的な目標：健康寿命の延伸と健康格差の縮小

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、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

領域：5つの基本的な方向に沿った下記の各領域で具体的な目標を提示

実施期間：平成25（2013）年度～令和5（2023）年度

基本的な方向と領域		目標項目(例)
① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小	健康寿命の延伸、健康格差の縮小	健康寿命の延伸、健康格差の縮小
	(1)がん	75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少、がん検診の受診率の向上
	(2)循環器疾患	脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少、高血圧の改善、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 等
	(3)糖尿病	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、治療継続者の割合の増加、糖尿病有病者の増加の抑制 等
② 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	(4)COPD	COPDの認知度の向上
	(1)こころの健康	自殺者の減少、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 等
	(2)次世代の健康	健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加、適正体重の子どもの増加
	(3)高齢者の健康	介護保険サービス利用者の増加の抑制、ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加 等
③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上	健康を支え、守るための社会環境の整備	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、健康格差対策に取り組み自治体の増加 等
	(1)栄養・食生活	適正体重を維持している者の増加、適切な量と質の食事をする者の増加、共食の増加 等
	(2)身体活動・運動	日常生活における歩数の増加、運動習慣者の割合の増加、住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組み自治体数の増加
	(3)休養	睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少、週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少
④ 健康を支え、守るための社会環境の整備	(4)飲酒	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少、未成年者の飲酒をなくす、妊娠中の飲酒をなくす
	(5)喫煙	成人の喫煙率の減少、未成年者の喫煙をなくす、妊娠中の喫煙をなくす、受動喫煙の機会を有する者の割合の減少 等
	(6)歯・口腔の健康	口腔機能の維持・向上、歯の喪失防止、歯周病を有する者の割合の減少、乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 等

資料：健康日本21（第二次）の推進に関する参考資料

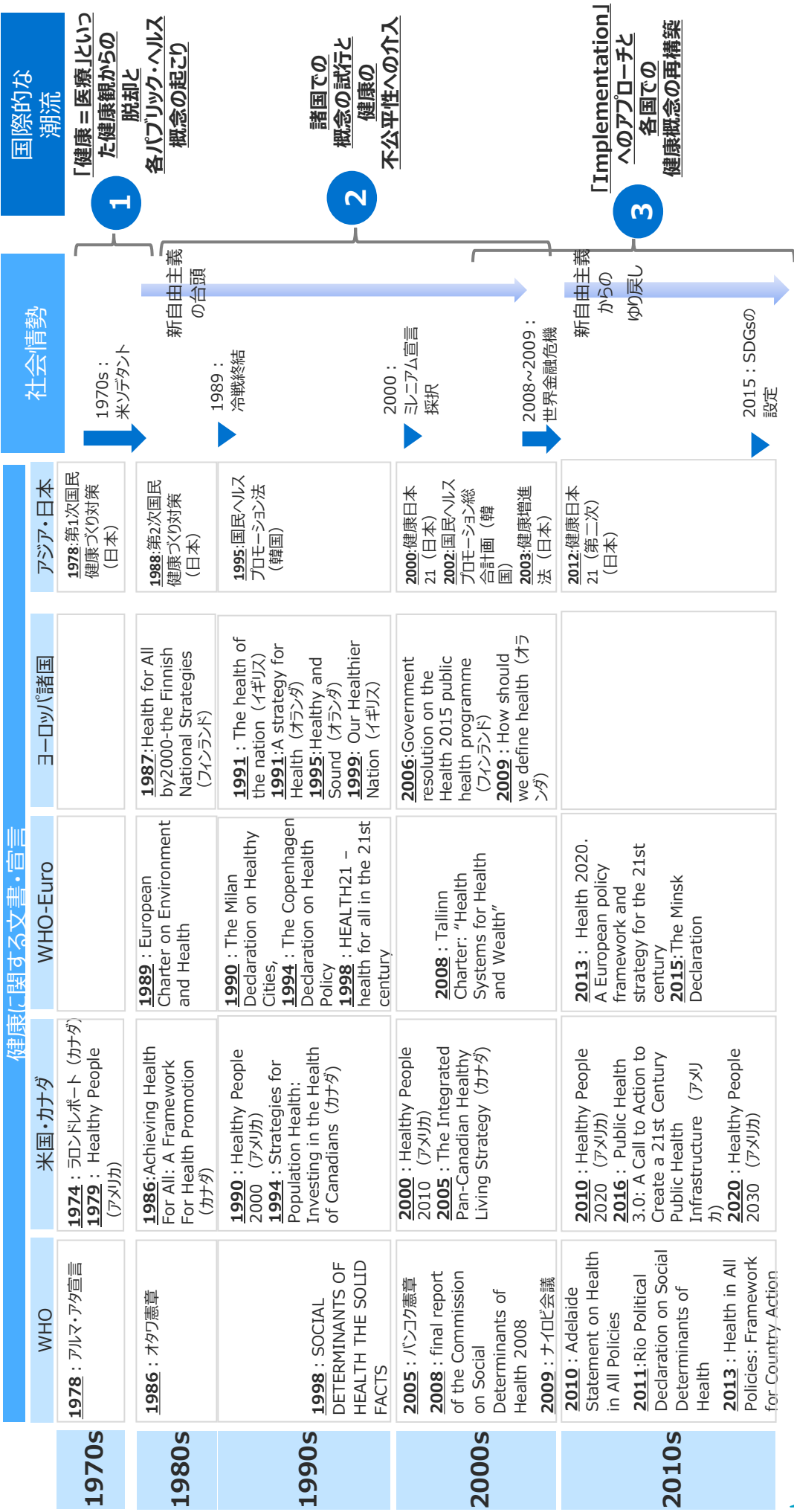
(参考) 公衆衛生施策の国際的な潮流

次世代の我が国における公衆衛生施策の在り方に関する調査等一式
報告書(※)より抜粋

※ 令和元年度厚生労働省予算事業において、
受託者、株式会社日本総合研究所リサーチ・コンサルティング部門
ヘルスケア・事業創造グループが取りまとめたもの

今回調査における主な文献とそこから見える国際的な潮流

今回の文献調査から、大きく3つの潮流が導かれた。



①「健康＝医療」といった健康観からの脱却と各パブリック・ヘルス概念の起こり

カナダの「ラوندレポート」は、病気の決定要因を生物学的なものから環境要因・ライフスタイルも含めた4つの広い領域として再定義し、合わせて医療レベルと健康レベルを同一視する思想から脱却し、包括的な健康観へ転換する嚆矢となった。続く1978年の「アルマ・アタ宣言」や1986年の「オタワ憲章」で、現在につながる各パブリック・ヘルス概念の基礎が作られた。

	この時期に概ね完成した概念		以降発展していく概念・記載		
	プライマリヘルスケア	Health Promotion	領域横断の取り組み	健康の決定要因	コミュニティの記載
1974 ラوند・レポート	健康の領域として 生物学的要因、環境的 要因、および ライフスタイル要因を、 医療機能と同様に定義	－	－	生物学的要因のみでなく 環境的要因および ライフスタイル要因も健康 に関係するものであると 定義	－
1978 アルマ・アタ宣言	自立と自決の精神に則り、 コミュニティの中の個人や 家族があまねく享受できる よう、十分な住民参加の もとで実施される必要不 可欠なヘルスケアと定義	－	プライマリヘルスケアは保健 分野に加え、国および地 域の開発の全てのセクター の協調的な取組を必要と すると記載	－	プライマリヘルスケアとは コミュニティの自立と自決の 精神に則り、十分な住民 参加のもとで、彼らの健康 ニーズに答えるものであると 記載
1986 オタワ憲章	健康は目的ではなく 日々の生活の資源と 見なされると記載	－	Build Healthy Public Policyとしてすべての部門 およびあらゆるレベルの政 策立案者の議題に健康を 置くことを活動手段として 提示	健康のための前提条件 として以下を定義 平和、安全な住居、教育、食 料、収入、安定した生態系、 持続的な資源、社会正義と 公平性	ヘルスプロモーションは 具体的かつ効果的な コミュニティのアクションを 通じて機能すると記載
静的な健康観から 動的な健康観へ 変化		以降 現在まで 継承	後年 Health in All Policiesとして整理	後年 Social Determinant of Healthとして整理	後年 コミュニティ エンパワメントとして 整理

次世代の国づくり

② 諸国での概念の試行と健康の不公平性への介入

オタワ憲章前後から、各国でヘルスプロモーションの概念を施行すべく、宣言・施策が打ち出された。また、オタワ憲章内で健康のための前提条件として身体的・生物学的側面以外の要素が示されたことを起点とし、健康の社会的決定要因についての整理と介入方針の検討がなされ、1998年には「SOLID FACTS」として10のテーマが導かれた。そして2005年にはWHOに健康の社会的決定要因に関する委員会が設置され、2008年には委員会の最終報告がリリースされた。それを受けて、2009年にはWHO総会決議がなされている。

健康の社会的決定要因に関する記載		各国での文書・白書など	
		米国・カナダ	欧州
1986 オタワ憲章	健康のための前提条件として以下を定義 (平和、安全な住居、教育、食料、収入、安定した生態系、持続的な資源、 社会正義と公平性)	1986: Achieving Health For All: A Framework For Health Promotion (カナダ)	1988: 第2次国民健康づくり対策 (日本)
1988-1997 アテレード勧告 ～ ジャカルタ宣言	各勧告・宣言の中で健康の不公平性への介入や 健康の決定要因に対するアプローチの重要性が強調される	1990: Healthy People 2000 (アメリカ)	1995: 国民ヘルスプロモーション法 (韓国)
1998 SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH THE SOLID FACTS	健康の社会的決定要因について、科学的観点から10のテーマを定義 (社会格差・ストレス・幼少期・社会的排除・労働・失業・社会的支援・ 薬物依存・食品・交通)	1994: Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians (カナダ)	1991: The health of the nation (イギリス) 1991: A strategy for Health (オランダ) 1993: Health for All by 2000: revised strategy for co-operation (フィンランド) 1995: Healthy and Sound (オランダ) 1999: Our Healthier Nation (イギリス) 2006: Government resolution on the Health 2015 public health programme (フィンランド)
2005 バンコク憲章	ヘルスプロモーションの定義に健康の決定要因についての記載を追記し、 「健康の社会的決定要因に取り組むために政策アプローチの統合、市民社会や民間部門との連携が必要である」と宣言	2000: Healthy People 2010 (アメリカ) 2005: The Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy (カナダ)	2000: 健康日本21 (日本) 2002: 国民ヘルスプロモーション総合計画 (韓国) 2003: 健康増進法 (日本)
2008 final report of the Commission on Social Determinants of Health 2008	健康の社会的決定要因に対処するためには、全ライフコースを通じて変化を起こすことが必要であり、これは政府のみの役割ではなく、市民社会の参加と公共政策の立案という民主的なプロセスと、これを支える各アクターの協力があってこそであると宣言		
2009 RESOLUTIONS WHA 62.14 Reducing health inequities through action on the social determinants of health 2009	「健康の社会的決定要因へのアクションプランを通じた健康格差の縮小」を謳う WHO総会決議がなされた		

健康の社会的決定要因が整理され、1998年以降は「どのように取り組むか」が主眼に
⇒HiAP、市民社会・コミュニティの参加に焦点が当たるように

次世代の国づくり

③「Implementation」へのアプローチと各国での健康概念の再構築(1)

バンコク憲章の中で「オタワ憲章以降でのかんりの数の決議が調印されたが、ほとんどが活動までには及んでいない」と記載されたように、2005年以降では「Implementation」がキーワードとなった。また、諸国においてもこれまでの振り返りにより、新たな概念・定義が構築されていった。この時期での宣言・文書の中では特に従来より提唱されていた「健康の社会的決定要因（SDH）」「コミュニティの役割強化」「部門横断的なアクション（Health in All Policies、HiAP）」が強調されている。

	健康観の記載	「Implementation」について	SDH	HiAP	コミュニティの役割強化
2005 バンコク憲章	—	かなりの数の決議が活動までには及んでいないとして、実践上のギャップを埋めることを強く要求	健康の決定要因に取り組むために政策アプローチの統合、市民社会や民間部門との連携が必要であると宣言	—	適切に組織され権限を与えられたコミュニティは、彼ら自身の健康を決定することに高い効果を及ぼすと記載
2008 健康の社会的決定要因に対する取組みを通じて健康の公平性	—	—	健康の社会的決定要因に対処するためには、全ライフコースを通じて変化を起こすことが必要であり、これは政府のみの役割ではなく、市民社会の参加と公共政策の立案という民主的なプロセスと、これを支える各アクターの協力があってこそであると言	—	—
2009 ナイロビ会議	—	「closing the implementation gap」がキーワードとなり、過去20年（オタワ憲章以降）の教訓を生かすべきとのメッセージが出された	健康の社会的決定要因・健康の公平性が考慮されていない政策立案・部門間のパートナーシップのギャップが効果的な対処が必要なギャップの一つであると記載	健康に対する「政府全体」のアプローチは重要であり、基本的な前提であるとして部門間のコラボレーションやパートナーシップを形成する実用的な側面を探るために議論を実施	コミュニティ・エンパワメントが主要な議題の一つとなっており、エンパワメントは「人々が自身の生活を形作る要素や意思決定をコントロールするプロセス」を指すと定義
2009 How Should we Define Health ? (オランダ)	WHO憲章（1946）における健康の定義を批判した上で、健康を「社会的・身体的・感情的課題に直面した際に適応し、自ら管理する能力」と定義	—	—	—	—
2009 Healthy People2020 (アメリカ)	—	—	健康・病気・障がい決定要因についての認知向上がミッションの一つとされ、健康の公平性を達成し、全てのグループの健康を改善することを包括的目標に設定	複数のセクターを関与させて、利用可能な証拠・知識に基づき政策を強化し、実践を改善するための行動をとることがミッションの一つとされる	—
2010 Adelaide Statement on Health in All Policies	健康とは、人の身体的能力（capacities）に加え、その人を持つ社会的および個人的なリソースにも重点を置く、ポジティブな概念であると記載	—	—	HiAPについての定義と、それが効力を発揮する要件、およびそれを支えるツールや駆動力（Driver）が合わせて示される	HiAPを推進するにあたっての有用な手段としてコミュニティ・コンサルテーションやCitizens' Juriesの事例が示される

③「Implementation」へのアプローチと各国での公衆衛生概念・健康概念の再構築(2)

前項からの続き

	健康観の記載	「Implementation」について	SDH	HiAP	コミュニティの役割強化
2011 Rio Political Declaration on Social Determinants of Health	—	政策立案と implementation (実装) への参加促進が一つのキーアクションとして設定されている	健康の不公平の解決に向けた進捗をさらに加速させるためとして、5つのキーアクションが設定され、コミュニティの役割の強化や政策立案・implementationにおける市民社会の貢献の強化、部門横断的な行動を起こすための各セクターへの働きかけが必要であると記載		
2013 Health in All Policies: Framework for Country Action	—	HiAPが概念として新しく運用されていないことを課題として、様々な国や地域レベルでの使用が出来る「スターターキット」と称してヘルシンキ宣言とともに発行	意思決定の健康への影響を体系的に考慮し、健康と健康の公平性を改善するために相乗効果を追求し、健康への有害な影響を回避する、セクター全体の公共政策へのアプローチと概念として記載し、理念やフレームワークのimplementationアプローチを提示	—	
2016 Public Health 3.0: A Call to Action to Create a 21st Century Public Health Infrastructure (アメリカ)	—	—	コミュニティを基点とし、複数のセクターを巻きこんでSDHを含めたより上流へアプローチすることをPublic Health 3.0と定義	公衆衛生部門が部門横断的なパートナーシップを形成することの重要性が繰り返し示されている。	コミュニティを起点としたヘルスプロモーションへの取組のため、資金、パブリック・ヘルスのリーダーによるコミュニティの主導、住民の関与が必要なが示されている
2020 (予定) Healthy People 2030 (アメリカ)	健康とWell-Beingの促進と病気の予防は身体的健康・精神的健康・社会的健康の各側面を連携させた取組であると記載	—	健康格差の解消と公平性の達成、健全な物理的、社会的、経済的な環境が基本的理念にすえられている	人々の健康とWell-Beingの完全な達成のために取り組むことは、全てのセクターにおける意思決定・政策策定に共通の要素であると記載	—

身体・状態としての健康観から脱却し社会的・精神的側面を含めた「能力」としての健康観が見られる

WHO文章において「Implementation」の重要性が繰り返し強調される

健康の不公平を生み出すSDHと、それに対処するためのコミュニティの役割強化・HiAPという整理がなされ、3要素が一体となった記載が多くなされる

次世代の国づくり

今回調査文書から見る健康観の歴史の変遷

1986年のオタワ憲章から健康を目的ではなく「資源」と捉える健康観が登場し、近年になって身体のみならず社会的な文脈への健康観の範囲の拡張や、能力としての健康の定義が見られる。

文書・宣言	健康の定義への言及	変遷
1946 : WHO憲章 :	健康を「Health is a state of complete, physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity」と定義	健康の国際的定義の確立
1976 : ランドレポート (カナダ) :	健康領域における伝統的な見方は、医療レベルと健康のレベルを同一視するものだったとして健康の領域を生物学的要因、環境的要因、およびライフスタイル要因を、医療機能と同様に定義	「健康＝医療」という健康観からの本格的な脱却
1986 : オタワ憲章 :	身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態に到達するためには、個人・集団は成したい事を定義し、実現し、ニーズを満たし、周囲の環境を変えたり対処することが出来なければならない。そのため、健康は目的ではなく日々の生活の資源と見なされる、と記載	「健康＝静的な状態」から 「健康＝動的な資源」である という健康観
1986 :Achieving Health For All: A Framework For Health Promotion (カナダ)	日常生活の一部であり、人々が環境を管理しさらには変化させる能力を与えるリソースであり、日常生活における基本的かつ動的な力と記載	
1998 :WHO執理事会 :	Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.との変更提議がなされる。(後にWHO総会で、現行の健康定義は適切に機能しており審議の緊急性が他案件に比べて低いなどの理由で採決見送り)	身体・状態としての健康観から脱却し 社会的・精神的側面を含めた 「能力」としての健康
2009 :Machteld Huber「How should we define health?」 (オランダ)	WHO憲章 (1946) における健康の定義を批判した上で、健康を「社会的・身体的・感情的課題に直面した際に適応し、自ら管理する能力」と定義	
2010 :Adelaide Statement on Health in All Policies	健康とは、人の身体的能力 (capacities) に加え、その人の持つ社会的および個人的なリソースにも重点を置く、ポジティブな概念である。そのためヘルスプロモーションは、単に保健部門の責任ではなく、健康的な生活習慣の推進という枠を越え、well-being や、(健康増進を促すような) 環境作りにまで至る、と記載	
2020 :Healthy People 2030	健康とwell-beingの促進と病気の予防は身体的健康・精神的健康・社会的健康の各側面を連携させた取組であると記載	

今回調査文書から見る健康観の歴史の変遷

1946年のWHO憲章は、健康の定義をそれまでの「病がないこと」から脱却する画期的なものであった。それ以降の健康観の変遷をみると、静的から動的、状態から能力、目的から手段、生物学的側面から全人的側面と、相對する概念への変遷がなされているといえる。

過去の健康観

静的

「Health is a **state** of complete, physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity」
(1946:WHO憲章)

動的

Health is a **dynamic state** of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.との変更提議がなされる。
(1998:WHO執理事会)

近年の健康観

状態

「Health is a **state** of complete, physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity」
(1946:WHO憲章)

資源・能力

身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態に到達するためには、個人・集団は成したい事を定義し、ニーズを満たし、周囲の環境を変えたり対処することが出来なければならぬ。そのため、健康は目的ではなく日々の生活の**資源**と見なされる (1986:オタワ憲章)
WHO憲章 (1946) における健康の定義を批判した上で、健康を「社会的・身体的・感情的課題に直面した際に適応し、自ら管理する**能力**」と定義
(2009:Machteld Huber「How should we define health?」(オランダ))

目的

身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態に到達するためには、個人・集団は成したい事を定義し、実現し、ニーズを満たし、周囲の環境を変えたり対処することが出来なければならぬ。そのため、**健康は目的ではなく日々の生活の資源と見なされる** (1986:オタワ憲章)

手段

生物学的側面

健康領域における伝統的な見方は、**医療レベルと健康のレベルを同一視**するもの (1974:ランドンレポート)

全人的側面

健康とは、**人の身体的能力 (capacities) に加え、その人の持つ社会的および個人的なリソースにも重点を置く、ポジティブな概念**
(2010:Adelaide Statement on Health in All Policies)

今回調査文書から見る健康の社会的決定要因の歴史の変遷

1986年のオタワ憲章で規定された健康の前提条件が各国で取組の模索とともに整理され、1998年のSOLID FACTSで取りまとめられて以降は、どのように取り組むべきかに主眼が置かれており、HiAPのアプローチとコミュニティの取組や市民社会の役割・権限の強化が必要とされている。



次世代の国づくり

今回調査文書から見る「コミュニティ」観の変遷

アルマ・アタ宣言から健康におけるコミュニティの重要性は謳われているが、コミュニティを通じて行う政策から、コミュニティが主導して行う健康づくりに移行的に移行しており、そのためのコミュニティの役割・権限の拡大や、エンパワメントについての記載が見られるようになる。

文書・宣言	コミュニティへの言及	変遷
1978 : アルマ・アタ宣言	プライマリヘルスケアとはコミュニティの自立と自決の精神に則り、コミュニティの中の個人や家族があまねく享受できるよう、十分な住民参加のもとで実施されるものであり、コミュニティの主な健康問題に対処し、それに応じてプロモーション、予防、治療、リハビリテーションのサービスを提供するものであると記載。	コミュニティを通じて行う健康づくり
1986 : オタワ憲章	ヘルス・プロモーションは優先順位設定、意思決定、戦略策定、その実装において、具体的かつ効果的なコミュニティアクションを通じて機能するが、そのプロセスにおいてコミュニティの努力と将来に当事者意識を持ちコントロールできるようなエンパワーが肝要であると記載	
1990 : Healthy People 2000 (アメリカ)	支援的なコミュニティが健康に対して重要な役割を担い、地方の健康局、ボランティア団体、ビジネスセクター、学校、教会などそれぞれに（役割を担う）機会があると記載	コミュニティが主導する健康づくり
2000 :Healthy People 2010 (アメリカ)	コミュニティの中のパートナーシップ、特に伝統的でないパートナーにリーチすることは、コミュニティの健康を改善する最も効果的なツールとなると記載	
2005 :バンコク憲章	適切に組織され権限を与えられたコミュニティは、彼ら自身の健康を決定することに高い効果を及ぼす。また、草の根のコミュニティ・プロジェクト、市民社会グループ、女性組織は、ヘルス・プロモーションにおける効果を示しており、他コミュニティが求める実践モデルを備えていると記載	
2009 :ナイロビ会議	コミュニティ・エンパワメントが主要な議題の一つとなっており、エンパワメントは「人々が自身の生活を形作る要素や意思決定をコントロールするプロセス」を指すと定義	
2011 :Rio Political Declaration on Social Determinants of Health	健康の社会的決定要因に向けたガバナンスの効果的な作用のために、政策の意思決定における効果的な参加手段を採用することによる政策立案・実装におけるコミュニティの強化が必要と記載	
2016 :Public Health3.0 (アメリカ)	コミュニティを基点とし、複数のセクターを巻きこんでSDHを含めたより上流へアプローチすることをPublic Health 3.0と定義しており、コミュニティの中でパブリック・ヘルスのリーダーがChief Health Strategistとしてさまざまな分野のリーダーと連携して、コミュニティのヘルス・プロモーションの取組を主導することが必要であると記載	

