

第4章 21世紀の健康づくり運動全体としての評価と次期国民健康づくり運動プランに向けての課題

21世紀以降の国民運動として、我が国では平成12（2000）年度から健康日本21を、続く平成25（2013）年度から健康日本21（第二次）を推進してきた。最終評価では、これまでの国民健康づくり運動が、国民の健康意識や行動変容等にどのような影響を与えてきたかも含め、健康日本21から続く大きな流れの中で、我が国の健康づくり運動全体を国際的な公衆衛生施策の潮流も踏まえながら評価した。

また、健康づくり対策を取り巻く技術的進歩や社会的変化、制度の変更等も考慮して、次期国民健康づくり運動プラン策定に向けて検討の視点や運動の方向性について整理を行った。

I 21世紀の健康づくり運動全体としての評価

1. 現状

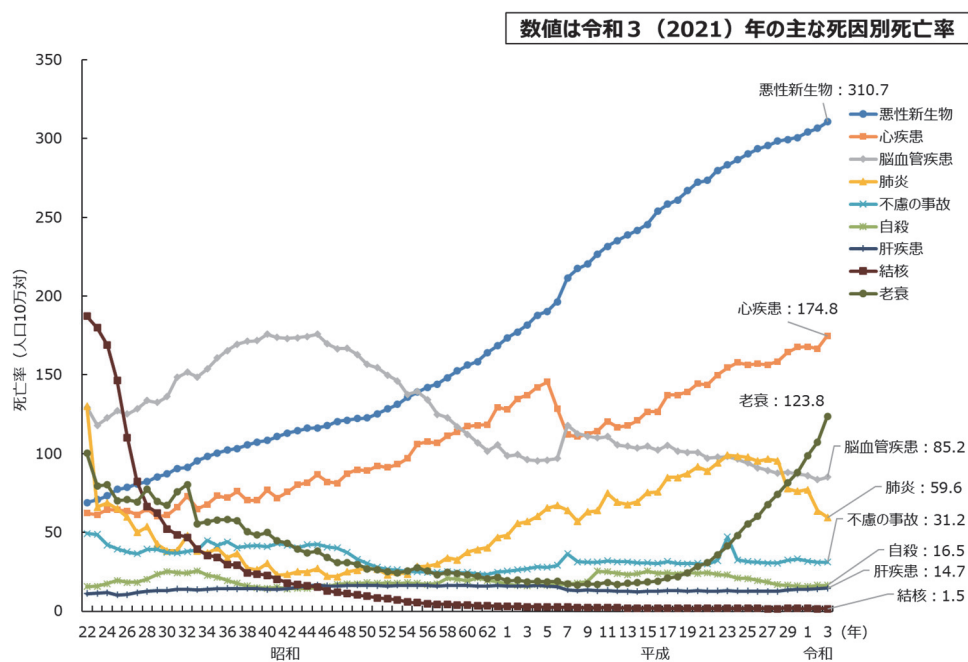
（1）我が国の健康水準

日本では、第二次世界大戦後、生活環境の改善や医学の進歩によって感染症が激減する一方で、がんや循環器疾患等の生活習慣病が増加し、疾病構造は大きく変わってきた（図表I-1-1）。

平均寿命についてみると、健康日本21が開始した平成12（2000）年には、男性77.72歳、女性84.6歳だったのが、令和2（2020）年には、男性81.64歳、女性87.74歳まで延伸した（図表I-1-2）。令和47（2065）年には男性84.95歳、女性91.35歳に到達すると予測されている（図表I-1-3）。

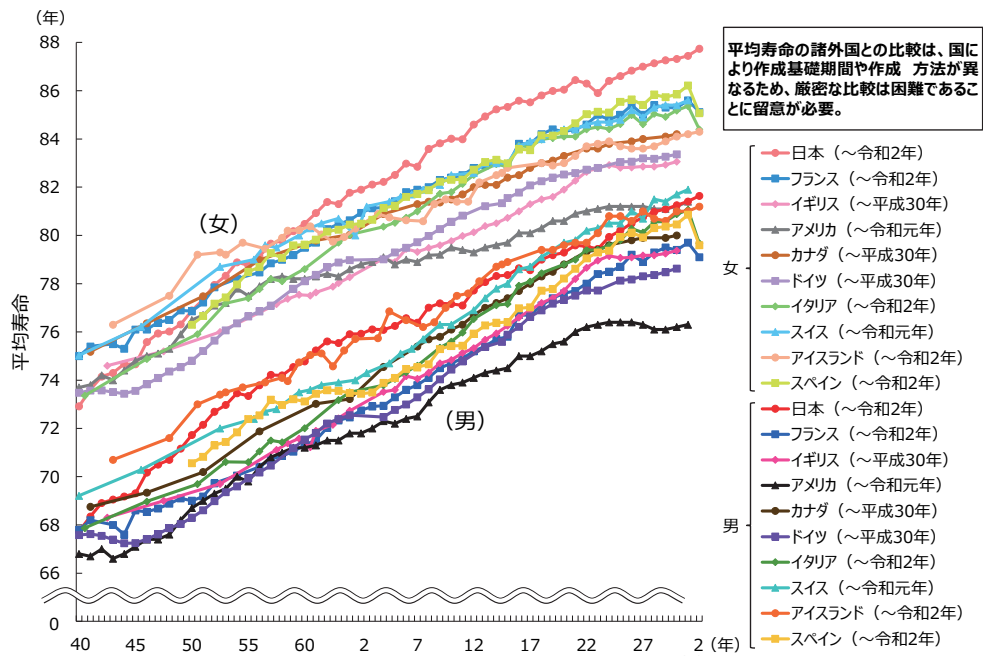
このように我が国の平均寿命は高い水準を示しているが、健康に関する指標については、例えば世界的にも様々な健康課題があるなかで、大きな健康課題となっている「肥満」に関して、経済協力開発機構（OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development）のデータによると、多くの国において割合が著しく増加しているのに対し、日本ではその増加が抑制されている（図表I-1-4、図表I-1-5）。

図表 I - 1 - 1 : 死因でみた死亡率の推移



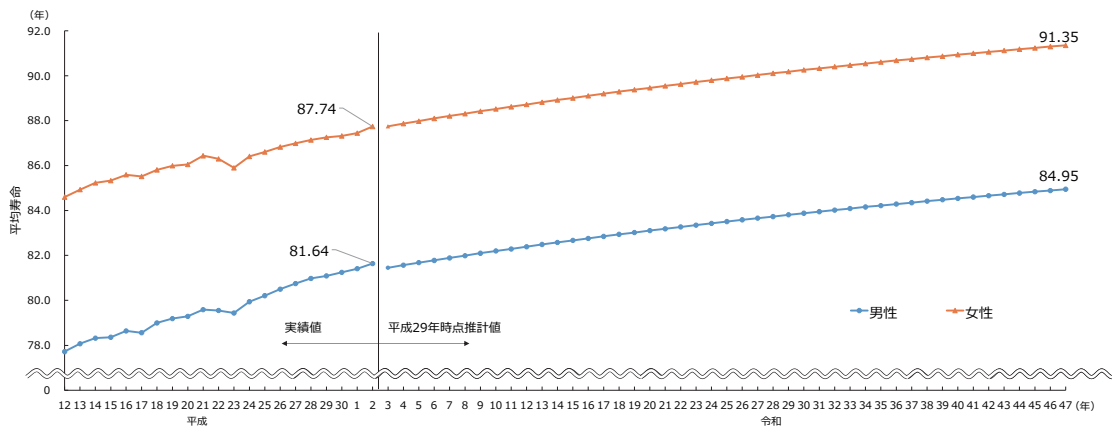
資料：厚生労働省「令和3年（2021）人口動態統計月報年計（概数）の概況」図6

図表 I - 1 - 2 : 平均寿命の推移 (各国比較)



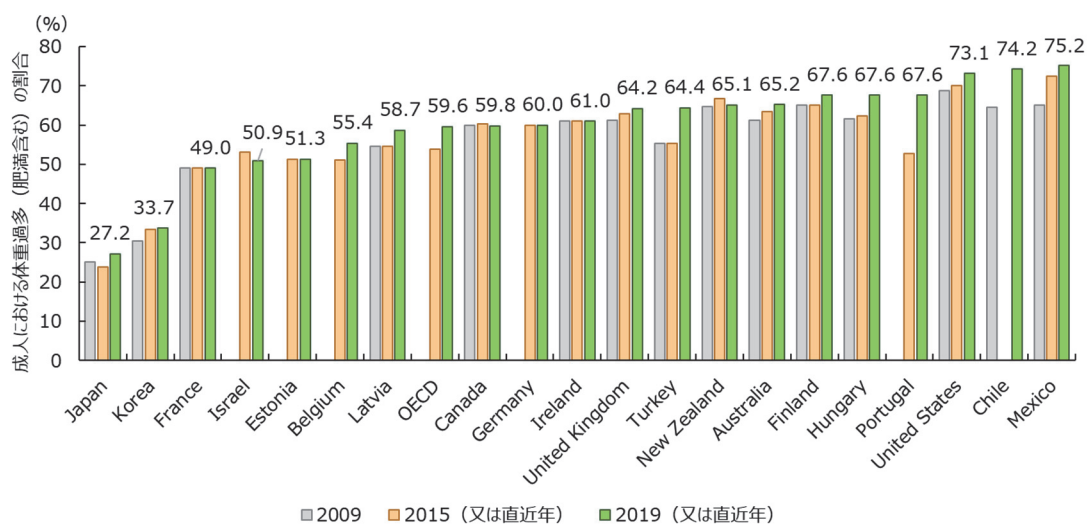
資料：厚生労働省「令和2年簡易生命表の概況」 図4

図表 I - 1 - 3 : 平均寿命の将来推計



資料：令和2（2020）年までは厚生労働省「令和2年簡易生命表の概況」 参考資料2
 令和3（2021）年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」における出生中位・死亡中位推計

図表 I - 1 - 4 : OECD 加盟国における成人の体重過多（肥満を含む）の割合

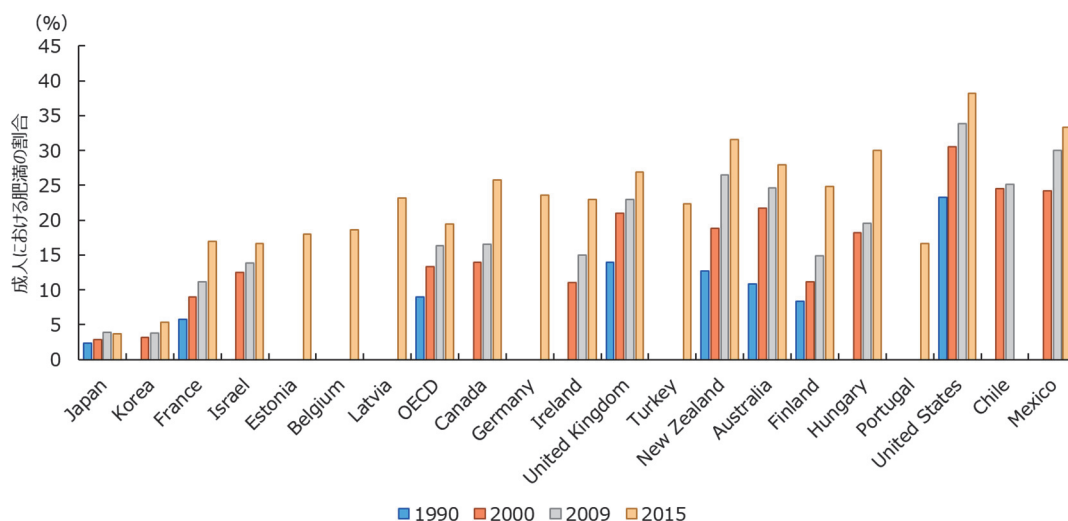


資料 : OECD「Health at a Glance」

注 1 : OECD 数値は各集計時点での加盟国平均

注 2 : BMI25 以上 30 未満を過体重、30 以上を肥満と定義

図表 I - 1 - 5 : OECD 加盟国における成人の肥満の割合



資料 : OECD「Health at a Glance」

注 1 : 各年とも全て直近年での数値

注 2 : OECD 数値は各集計時点での加盟国平均

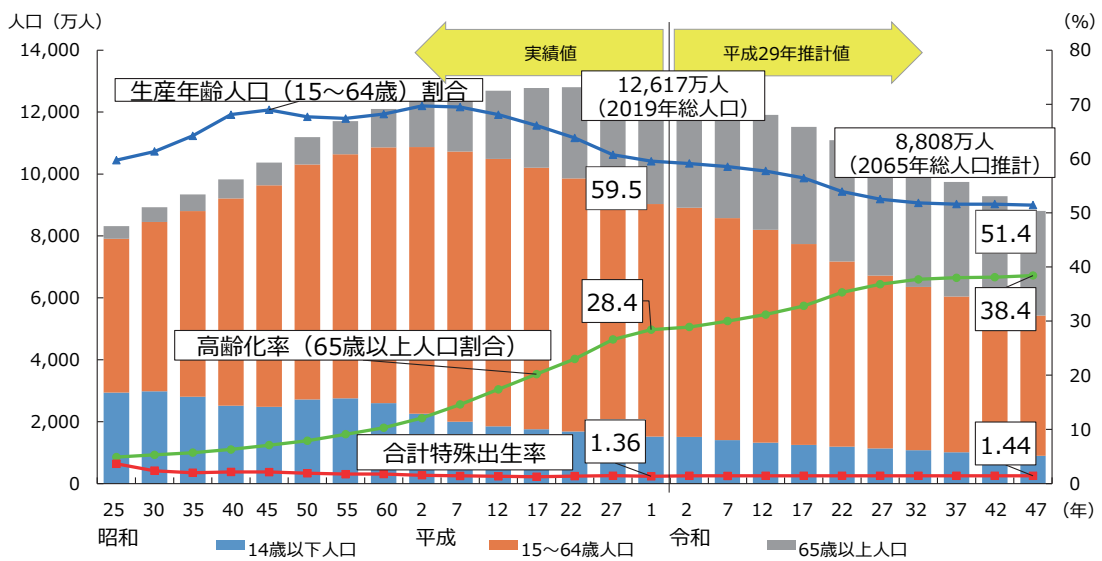
注 3 : BMI30 以上を肥満と定義

一方、急速な出生率の低下に伴って、高齢化が進展している。平成 22（2010）年には高齢化率（総人口における 65 歳以上の者の割合）が 23.1%となり、超高齢社会に突入した。

健康日本 21（第二次）の計画期間中にも高齢化率は上昇を続け、令和元（2019）年時点で 28.4%となっている。人口は減少しはじめており、令和 47（2065）年には総人口が 9,000 万人を割り込み、高齢化率は 38%台の水準になると予測されている（図表 I - 1 - 6）。

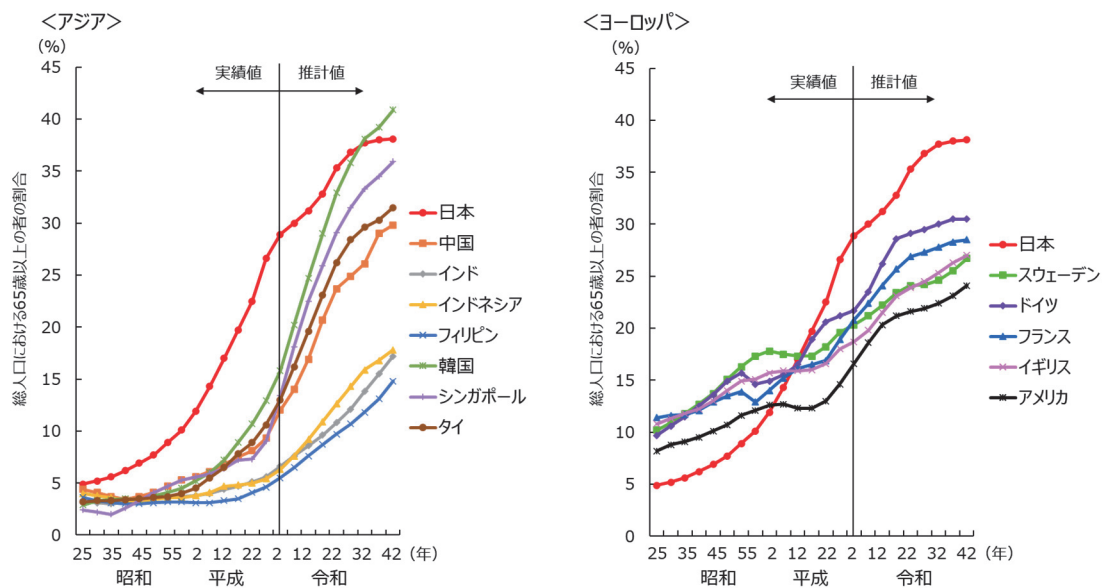
このような超高齢社会はかつて経験したことがなく、国際的に見ても急速に高齢化が進んでいるといえる（図表 I - 1 - 7）。

図表 I - 1 - 6 : 人口構造の変化



資料：厚生労働省「令和3年版厚生労働白書」資料編「日本の人口の推移」

図表 I - 1 - 7 : 総人口に占める 65 歳以上の者の割合（各国比較）



資料：内閣府「令和3年版高齢社会白書」図1-1-6

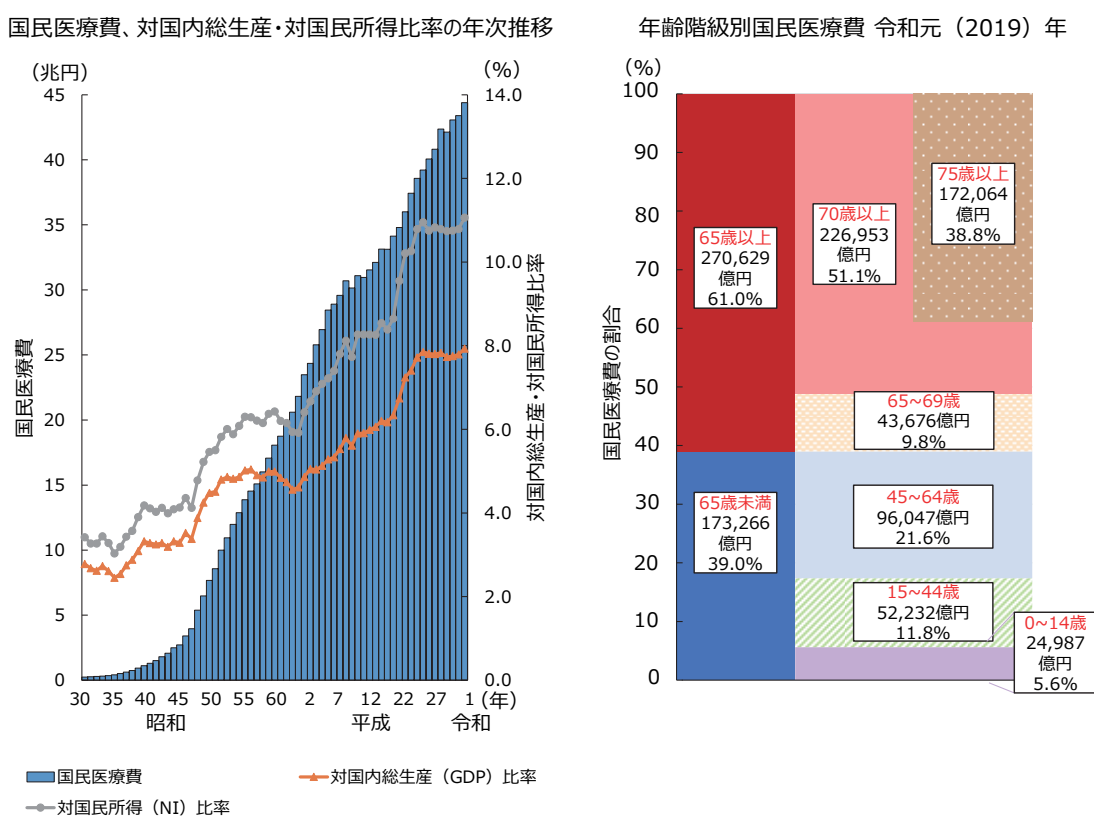
(2) 人口減少社会における健康増進対策の意義

このような中で、国民医療費は年々増加を続けており、平成 21（2013）年時点の 36 兆 67 億円から令和元（2019）年には 44 兆 39 億円まで増加している（図表 I - 1 - 8）。

生活習慣病についてみると、国民医療費（一般診療医療費）の約 3 割、死亡者数の約 5 割を占めており、介護が必要となった主な原因としても、脳血管疾患をはじめとした生活習慣病が約 3 割を占めている（図表 I - 1 - 9、図表 I - 1 - 10）。

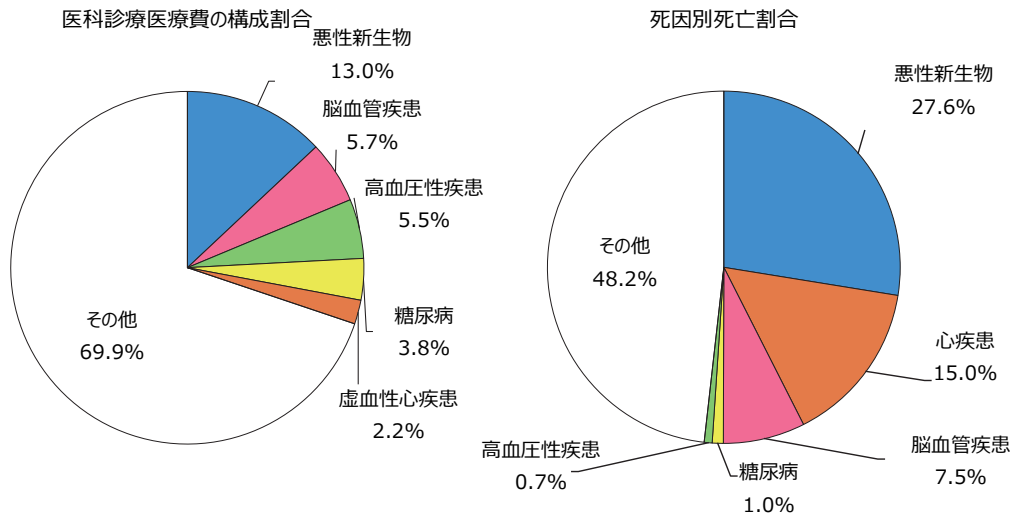
こうした状況下で活力ある社会を実現するためには、生活習慣病を予防し、また、社会生活を営むために必要な機能を維持・向上させること等によって、国民の健康づくりを推進することが重要と考えられた。

図表 I - 1 - 8 : 国民医療費の推移と年齢階級別の割合



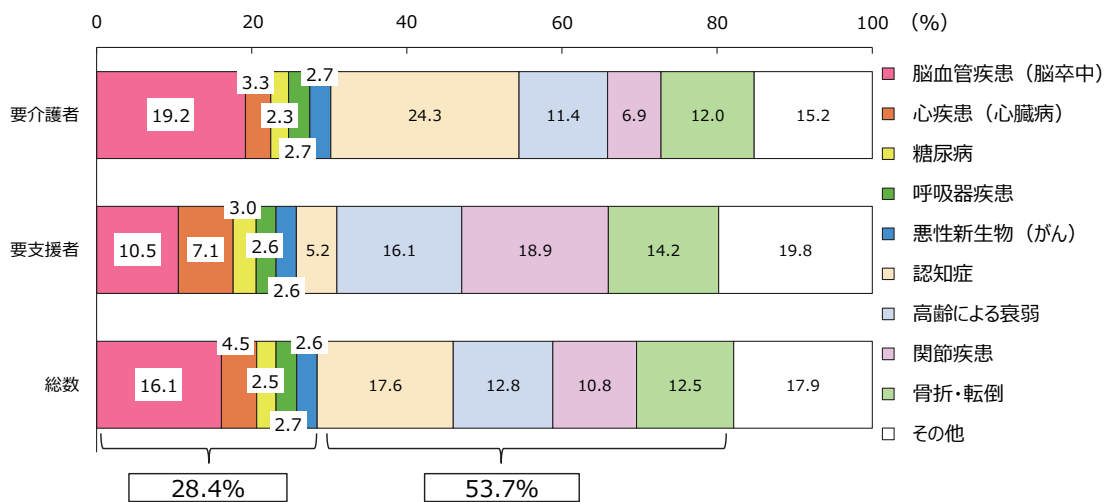
資料：厚生労働省「令和元（2019）年度 国民医療費の概況」図1、表5、第5表

図表 I - 1 - 9 : 生活習慣病の医療費に占める割合と死亡に占める割合



資料：厚生労働省「令和元年度国民医療費」第 13 表、第 14 表
 厚生労働省「令和 2 年（2020）人口動態統計（確定数）の概況」第 7 表

図表 I - 1 - 10 : 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因



資料：厚生労働省「令和元年国民生活基礎調査」介護票 第 26 表
 「介護を要する者数、現在の要介護度の状況・介護が必要となった主な原因別」

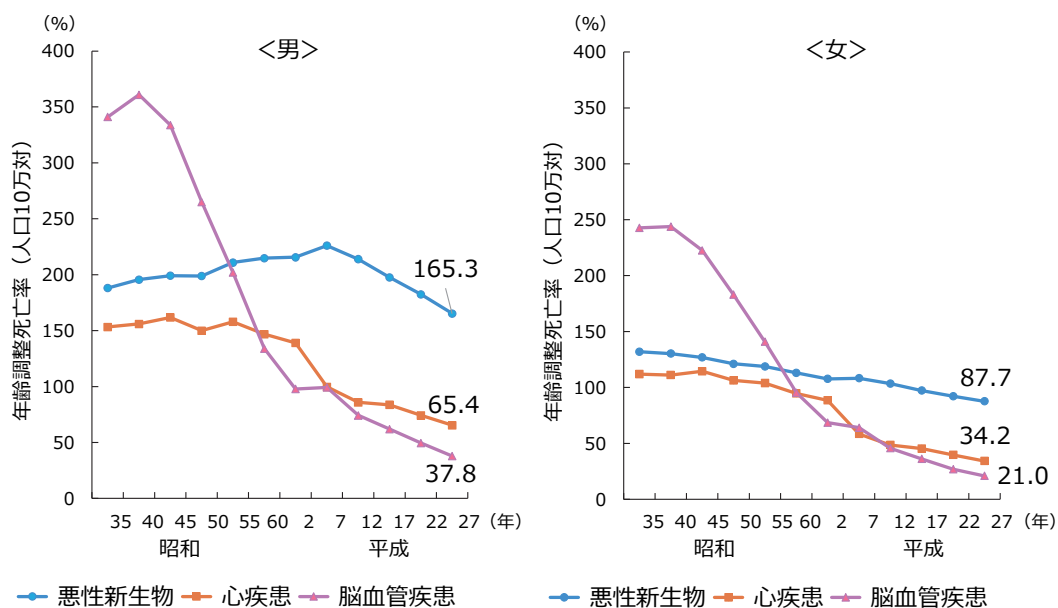
近年は健康対策が進み、がん、心疾患、脳血管疾患の 3 大死因による死亡率はいずれも減少している（図表 I - 1 - 11）。国際的に見てもこれらの死亡率は低下傾向である（図表 I - 1 - 12～図表 I - 1 - 14）。

しかしながら、日本における予防可能な危険因子を評価した研究においては、非感染性疾患と障害による成人死亡の主要な決定因子（単一の因子）を見ると平成 19（2007）年同様、

高血圧、喫煙、高血糖が上位を占めていた。対象となった死亡のうち、196万4千人が高血圧、187万3千人が喫煙、100万8千人が高血糖を要因とする死亡であった（図表 I - 1 - 15、図表 I - 1 - 16）。我が国における疾病負荷の推計をみても、脳卒中や虚血性心疾患等の生活習慣病が上位となっている（図表 I - 1 - 17）。

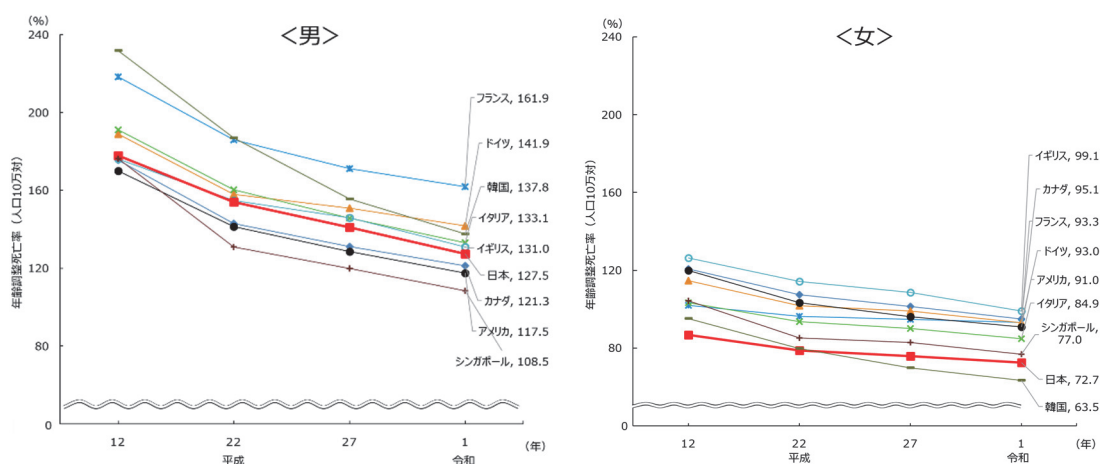
禁煙や減塩、運動等、生活習慣の改善により発症リスクを低下させることのできる生活習慣病に関しては、徹底して予防を図ることが重要である。

図表 I - 1 - 11 : 3大死因の年齢調整死亡率の年次推移



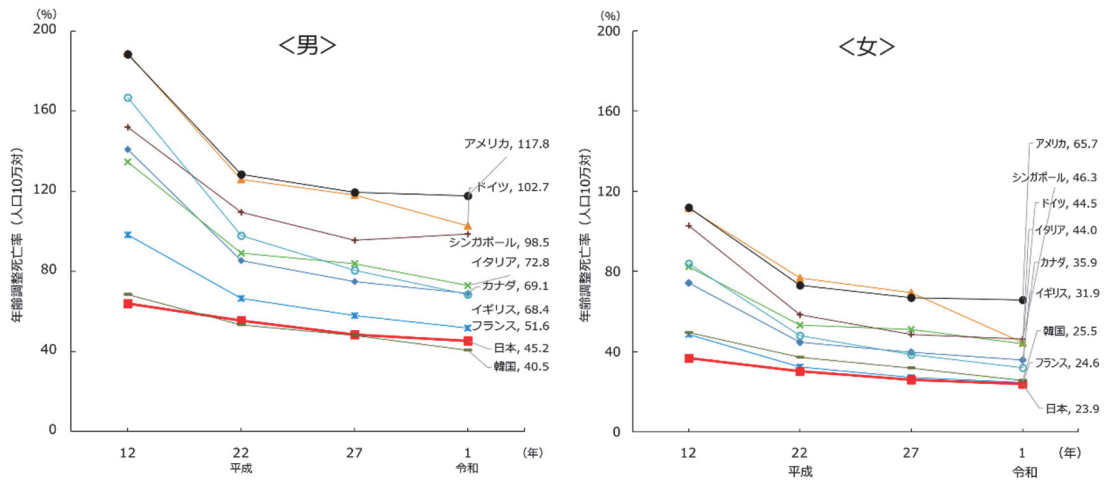
資料：厚生労働省「平成 27 年都道府県別年齢調整死亡率の概況」

図表 I - 1 - 12 : 悪性新生物による海外各国の年齢調整死亡率



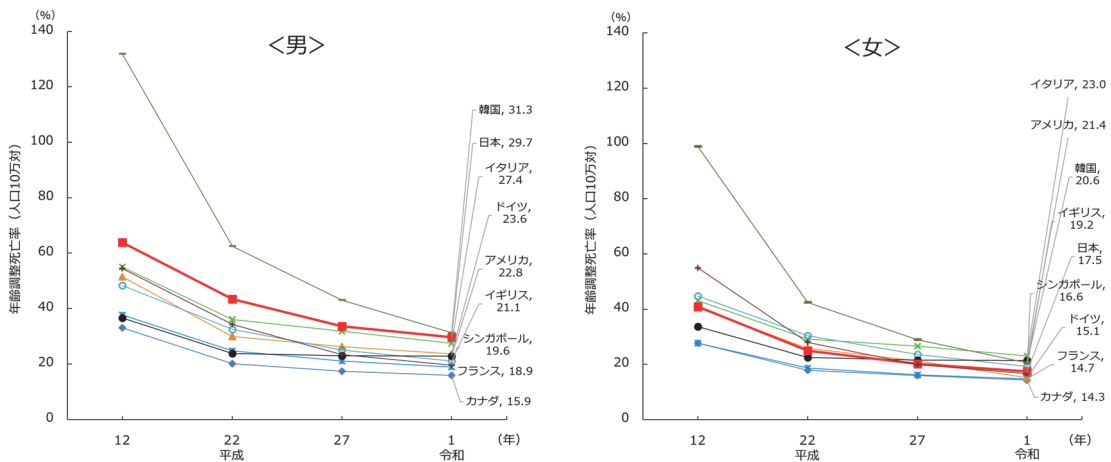
資料：WHO「World Health Statistics」より

図表 I - 1 - 13 : 心疾患による海外各国の年齢調整死亡率



資料 : WHO「World Health Statistics」より

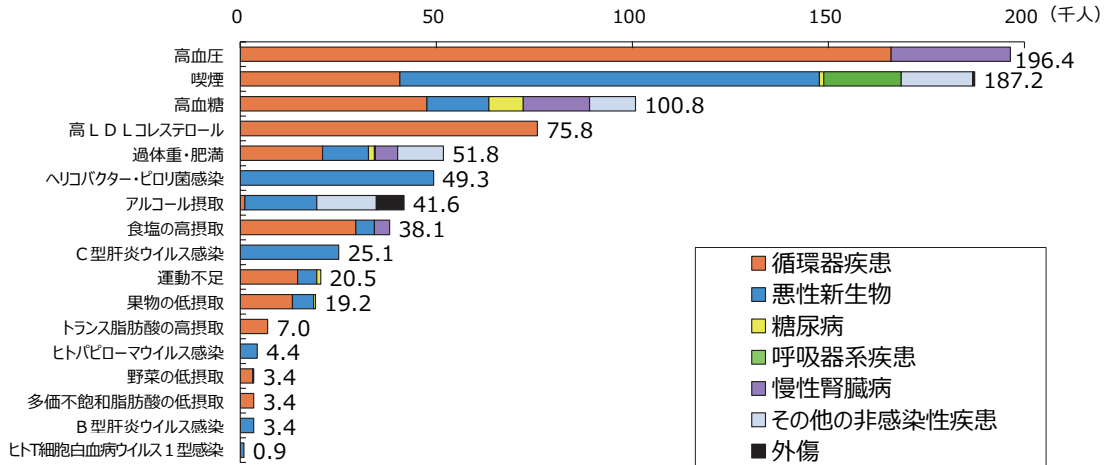
図表 I - 1 - 14 : 脳血管疾患による海外各国の年齢調整死亡率



資料 : WHO「World Health Statistics」より

**図表 I - 1 - 15 : 我が国における危険因子に関連する非感染性疾患と外因による死亡数
令和元（2019）年**

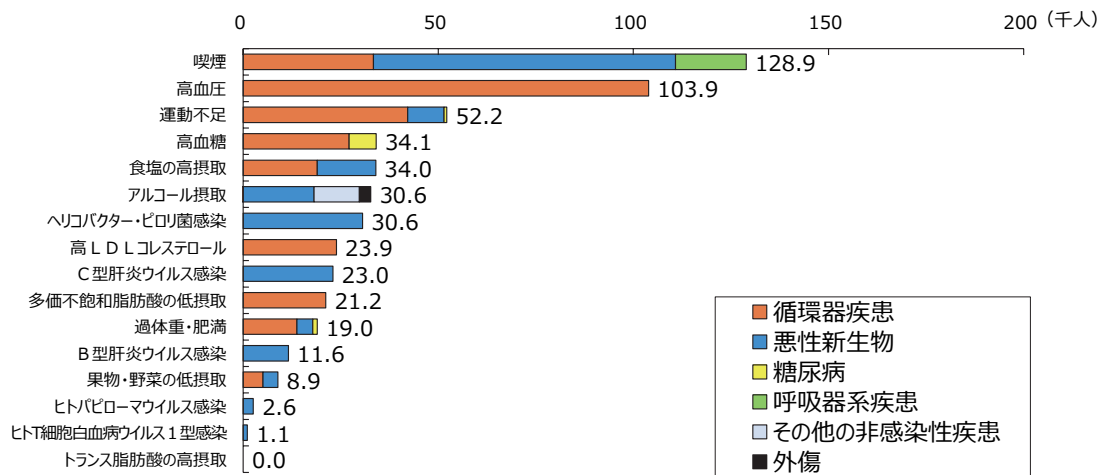
(注) 日本における令和元（2019）年の非感染性疾患と障害による成人死亡（対象 127 万人）について、喫煙・高血圧等の予防可能な危険因子別に死亡数を推計したもの



資料 : Nomura S, et al : Lancet Reg Health West Pac. 2022 ; 21 : 100377

**図表 I - 1 - 16 : 我が国における危険因子に関連する非感染性疾患と外因による死亡数
平成 19（2007）年**

(注) 日本における平成 19（2007）年の非感染性疾患と障害による成人死亡（対象 96 万人）について、喫煙・高血圧等の予防可能な危険因子別に死亡数を推計したもの

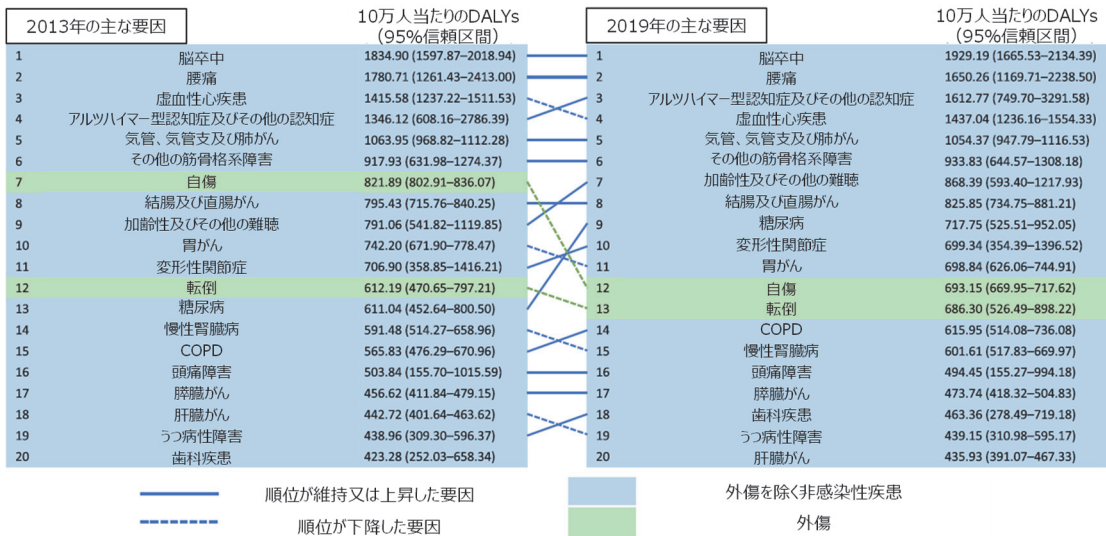


資料 : Ikeda N, et al : PLoS Med. 2012 ; 9(1) : e 1001160.

図表 I - 1 - 17 : 我が国における疾病負荷の推計

平成 25 (2013) 年、令和元 (2019) 年

- DALYs: Disability Adjusted Life Years 生涯調整生命年 その要因が社会に与える影響を測る指標。その要因による寿命の短縮(寿命ロス)に、その要因による障害や苦痛に影響されていた期間(健康ロス)を加えて算出される。
- 各年時点での、様々な要因による DALYs 負荷を推計したもの



資料 : Nomura S, et al : Lancet Reg Health West Pac. 2022 ; 21 : 100377

健康は、生物学的要因や、個人の生活習慣だけでなく、個人の社会経済的状況や居住する地域の社会的・物理的環境によっても決定される。

平成 30（2018）年の国民健康・栄養調査の結果からは、所得によって生活習慣の状況に差が見られることや、肥満や主な生活習慣の状況に都道府県格差が見られることがわかった（図表 I - 1 - 18、図表 I - 1 - 19）。こうした現状を踏まえ、性別や年齢を問わず、社会経済的に不利な立場の人々や、疾病や障害を持った人も含めて、生きがいを持って自らの健康づくりに取り組むことのできる社会環境を構築する視点が重要である。

また、この 20 年でスマートフォンやタブレット端末の世帯保有率は高まってきていること等からも（図表 I - 1 - 20）、今後 ICT 技術等を用いた予防健康づくりの取組も期待される。

図表 I - 1 - 18 : 所得と生活習慣等に関する状況（20 歳以上）

		①200 万円未満		②200 万円以上 400 万円未満		③400 万円以上 600 万円未満		④600 万円以上		① vs ④	② vs ④	③ vs ④	
		人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値				
1. 食生活	食塩摂取量の平均値	(男性)	281	10.5g	705	10.9g	537	11.1g	821	11.2g	★		
		(女性)	453	9.2g	802	9.3g	574	9.2g	900	9.3g			
	野菜摂取量の平均値	(男性)	281	253.9g	705	271.2g	537	301.2g	821	296.6g	★	★	
		(女性)	453	266.6g	802	264.4g	574	283.7g	900	278.5g			
	果物摂取量 100g 未満 の者の割合	(男性)	281	64.4%	705	65.3%	537	62.7%	821	67.9%			
		(女性)	453	64.5%	802	56.3%	574	53.3%	900	55.7%	★		
2. 運動	運動習慣のない者 の割合	(男性)	179	66.4%	439	70.6%	285	66.3%	407	61.7%			
		(女性)	325	70.9%	534	76.5%	375	78.6%	560	63.1%			
	歩数の平均値	(男性)	253	5,327	653	6,751	522	7,243	798	7,015	★		
		(女性)	396	5,685	743	5,897	548	5,779	868	6,373	★	★	★
3. 喫煙	現在習慣的に喫煙 している者の割合	(男性)	337	34.3%	810	32.9%	613	29.4%	925	27.3%	★	★	
		(女性)	529	13.7%	911	9.6%	646	6.6%	1,001	6.5%	★		
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	(男性)	338	12.1%	809	15.3%	615	13.8%	927	19.2%	★	★	
		(女性)	528	6.6%	911	8.7%	645	15.6%	1,001	8.7%			
5. 睡眠	睡眠による休養が十分と れていない者の割合	(男性)	338	16.4%	810	22.5%	615	20.0%	927	22.0%			
		(女性)	529	28.1%	910	20.9%	644	22.4%	999	20.2%	★		
6. 健診	未受診者の割合	(男性)	337	40.7%	810	29.8%	615	19.2%	927	16.7%	★	★	★
		(女性)	528	41.1%	909	34.2%	644	36.8%	1,001	26.1%	★	★	★
7. 体型	肥満者の割合	(男性)	260	30.0%	660	30.8%	486	31.9%	732	32.0%			
		(女性)	431	18.5%	712	23.8%	518	28.1%	804	27.0%			
	やせの者の割合	(男性)	260	4.8%	660	5.1%	486	2.7%	732	2.2%		★	
		(女性)	431	9.0%	712	10.7%	518	11.4%	804	9.9%			
8. 歯の本数	歯の本数 20 未満と 回答した者の割合	(男性)	334	30.2%	802	24.0%	612	21.3%	927	18.9%	★	★	★
		(女性)	529	29.8%	905	22.2%	643	16.6%	998	21.6%	★	★	

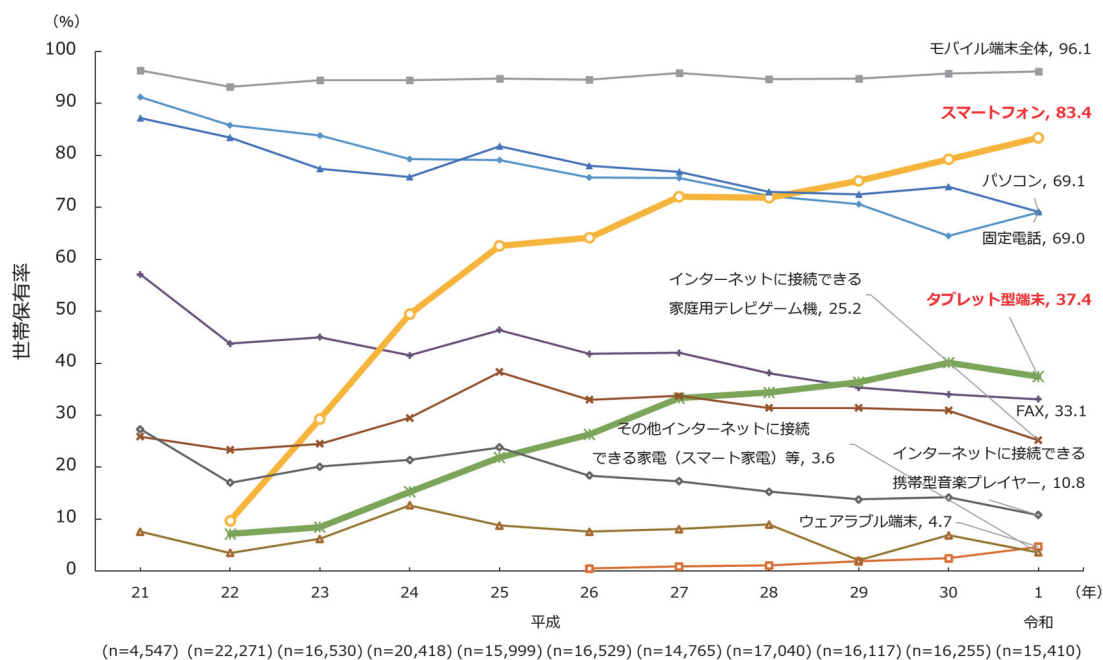
資料：厚生労働省「平成 30 年国民健康・栄養調査」

図表 I - 1 - 19 : 体格 (BMI) 及び生活習慣に関する都道府県の状況

	全国	都道府県の状況		上位群と下位群の
	平均	上位群	下位群	差
1. BMIの平均値 (kg/m ²)				
男性 (20~69歳)	23.8	24.4	23.4	0.9
女性 (40~69歳)	22.6	23.3	22.1	1.2
2. 野菜摂取量の平均値 (g/日)				
男性 (20歳以上)	284	318	258	59
女性 (20歳以上)	270	302	242	60
3. 食塩摂取量の平均値 (g/日)				
男性 (20歳以上)	10.8	11.5	10.0	1.5
女性 (20歳以上)	9.2	9.7	8.5	1.1
4. 歩数の平均値 (歩/日)				
男性 (20~64歳)	7,779	8,264	6,774	1,490
女性 (20~64歳)	6,776	7,200	5,930	1,270
5. 現在習慣的に喫煙している者の割合 (%)				
男性 (20歳以上)	29.7	35.2	25.4	9.9

資料 : 厚生労働省「平成 28 年国民健康・栄養調査」

図表 I - 1 - 20 : 情報通信機器の普及状況



資料 : 総務省「令和 2 年度 情報通信白書」より

2. 国内外の健康づくり運動に関する動向

(1) 国際的な公衆衛生の流れ（参照：別添3（参考））

健康増進（Health Promotion）の考え方は、昭和 21（1946）年に世界保健機関（WHO：World Health Organization）が提唱した「健康とは単に病気でない、虚弱でないというのみならず、身体的、精神的そして社会的に完全に良好な状態を指す」という健康の定義から出発している。その後、1970 年代になると、健康増進は、疾病とは対比した理想的な状態、すなわち健康を想定し、それを更に増強することを意味する概念的な定義がなされ（ラウンド報告）、また、米国の Healthy People で応用された際には、個人の生活習慣の改善を意味している。そして、1980 年代以降、健康増進はもう一度捉え直され、個人の生活習慣の改善だけでなく、環境の整備を合わせたものとして改めて提唱された（オタワ宣言、ヘルシーシティ）。このように、健康増進という考え方は時代によって内容が変遷してきたといえる。

1950 年から 1960 年代には世界人口に占める 65 歳以上の者の割合（高齢化率）が約 5%であったが、2015 年には 8.2%に上昇し、2060 年には 17.8%にまで上昇するものと見込まれている。また、疾病構造も大きな変化を遂げており、主要な疾病は、感染性疾患や栄養障害から非感染性疾患に移行してきた。さらに、臨床医学の目覚ましい技術革新とともに、医療の需要増加による医療費の増加が課題となり、医療費適正化の観点からも予防・健康づくりの重要性が高まってきた。

そして、1980 年代後半になると、予防は個人のみで実現できるものではなく、社会環境の整備や資源の開発が必要であることが指摘され、オタワ宣言につながっていく。

【代表的な文書・宣言】

- 1986 年 オタワ憲章（WHO）（21 世紀の健康戦略として）
- 1990 年 Healthy People 2000（アメリカ）
- 1998 年 SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH THE SOLID FACTS（WHO）
- 2000 年 Healthy People 2010（アメリカ）
- 2005 年 バンコク憲章（WHO）
- 2009 年 ナイロビ会議（WHO）
- 2010 年 Adelaide Statement on Health in All Policies（WHO）
- 2011 年 Rio Political Declaration on Social Determinants of Health（WHO）
- 2020 年 Healthy People 2030（アメリカ）

【新しい概念】

- **健康の社会決定要因 : Social Determinant of Health (SDH)**
 - ・ 1998年 SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH THE SOLID FACTS
：健康の社会的要因について、科学的観点から10のテーマを定義
 - ・ 2005年 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（「ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。」）
 - ・ 2008年 WHO は健康の社会決定要因に関する委員会の最終報告書の中で、健康格差是正のための対策を提唱。

- **Implementation** へのアプローチ
2005年 バンコク憲章において「オタワ憲章以降、かなりの数の決議が調印されたが、ほとんどが活動にまでは及んでいない」として、実践上のギャップを埋めることが強く要求され、以降WHO の文章等で「Implementation（実装）」の重要性が繰り返し強調されるようになった。

- 健康の社会決定要因（SDH）への対処
1998年「SOLID FACTS」取りまとめ以降は、健康の社会的決定要因（SDH）にどのように対処するかに主眼がおかれ、「部局横断的なアクション（HiAP）」や「コミュニティの役割の強化」が必要とされた。
 - **部局横断的な取組 : Health in All Policies (HiAP)**
 - ・ 全ての政策において健康を考慮するアプローチ
 - ・ 2010年 Adelaide Statement on Health in All Policies において、HiAP についての定義と、効力を発揮する要件、及びそれを支えるツールや駆動力が示された
 - **コミュニティの役割の強化**
 - ・ コミュニティを通じて行う健康づくりからコミュニティが主導する健康づくりへの移行

- 国連ミレニアム開発目標（MDGs）と**持続可能な開発目標（SDGs）**
2001年に策定されたミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）の後継として、2015年9月に国連総会で持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals : SDGs）が定められた。
“**誰一人取り残さない**”を基本理念として、国際社会が2030年までに貧困を撲滅し、持続可能な社会を実現するため、持続可能な開発目標（SDGs）として「貧困をなくそう」「飢餓をゼロに」など17の目標（ゴール）が設定された。
保健分野においても、Goal3「すべての人に健康と福祉を」が設定されている。

図表 I - 2 - 1 : 持続可能な開発目標 (SDGs) における保健分野への言及



資料 : 国際連合広報センター

(2) 我が国における健康づくり運動に関する動向（参考：別添3）

我が国においては健康増進に係る取組として、「国民健康づくり対策」が昭和 53（1978）年から数次にわたって展開されてきた。

1) 第1次国民健康づくり対策（昭和 53（1978）年～）

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

2) 第2次国民健康づくり対策《アクティブ 80 ヘルスプラン》（昭和 63（1988）年～）

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

3) 第3次国民健康づくり対策《21世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）》（平成 12（2000）年～）

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

4) 第4次国民健康づくり対策《21世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））》（平成 25（2013）年～）

少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、健康づくりを推進。

生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命を延伸し、また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差の縮小を実現することを最終的な目標とした。

図表 I - 2 - 2 : 国民健康づくり対策の概要

※健康日本 21（第二次）の推進に関する参考資料より引用・改変

第 1 次国民健康づくり対策 (昭和 53 年 (1978) ～)	第 2 次国民健康づくり対策 (昭和 63 (1988) 年～) アクティブ 80 ヘルスプラン	第 3 次国民健康づくり対策 (平成 12 (2000) 年～) 21 世紀における国民健康づくり運動 (健康日本 21)
<p>【基本的考え方】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 	<p>【基本的考え方】</p> <ol style="list-style-type: none"> 生涯を通じる健康づくりの推進 栄養、運動、休養のうち遅れていた運動習慣の普及に重点を置いた、健康増進事業の推進 	<p>【基本的考え方】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>【施策の概要】</p> <ol style="list-style-type: none"> 生涯を通じる健康づくりの推進 <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 健康増進センター、市町村保健センター等の整備 保健婦、栄養士等のマンパワーの確保 健康づくりの啓発・普及 <ul style="list-style-type: none"> 市町村健康づくり推進協議会の設置 栄養所要量の普及 加工食品の栄養成分表示 健康づくりに関する研究の実施等 	<p>【施策の概要】</p> <ol style="list-style-type: none"> 生涯を通じる健康づくりの推進 <ul style="list-style-type: none"> 乳幼児から老人に至るまでの健康診査・保健指導体制の充実 健康づくりの基盤整備等 <ul style="list-style-type: none"> 健康科学センター、市町村保健センター、健康増進施設等の整備 健康運動指導者、管理栄養士、保健婦等のマンパワーの確保 健康づくりの啓発・普及 <ul style="list-style-type: none"> 栄養所要量の普及・改定 運動所要量の普及 健康増進施設認定制度の普及 たばこ行動計画の普及 外食栄養成分表示の普及 健康文化都市及び健康保養地の推進 健康づくりに関する研究の実施等 	<p>【施策の概要】</p> <ol style="list-style-type: none"> 健康づくりの国民運動化 <ul style="list-style-type: none"> 効果的なプログラムやツールの普及啓発、定期的な見直し メタボリックシンドロームに着目した、運動習慣の定着、食生活の改善等に向けた普及啓発の徹底 効果的な健診・保健指導の実施 <ul style="list-style-type: none"> 医療保険者による 40 歳以上の被保険者・被扶養者に対するメタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導の着実な実施（2008 年度より） 産業界との連携 <ul style="list-style-type: none"> 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） <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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

第4次国民健康づくり対策

(平成25(2013)年～)

21世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本21(第二次))

【基本的考え方】

- 生涯を通じた健康づくりの推進(健康寿命の延伸と健康格差の縮小を最終的な目標とする)
- 国民の健康増進の推進に関する基本的な方向
 - 1: 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
 - 2: 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCDの予防)
 - 3: 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
 - 4: 健康を支え、守るための社会環境の整備
 - 5: 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善
- 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
- その他(健康課題を解決する推進体制、多様な主体による取組・連携、人材育成)

【施策の概要】

- 基本的な方向に沿った施策
 - 1: 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
生活習慣病対策の総合的な推進、医療や介護など様々な分野における取組の支援
 - 2: 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCDの予防)
一次予防・重症化予防に重点を置いた対策
適切な食事、適度な運動、禁煙など、健康に有用な行動変容や社会環境の整備、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施
 - 3: 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
ライフステージに応じて、「こころの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」を推進
 - 4: 健康を支え、守るための社会環境の整備
社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備
健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、取組の評価を推進
 - 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
各生活習慣の改善、対象集団ごとの特性、健康課題の把握
- スマート・ライフ・プロジェクトの更なる推進
- 保険者等多様な主体による取組、他部門連携、人材育成
- データヘルス改革、PHR等

3. その他

(1) 国民の健康意識について

健康日本 21 が開始された平成 12（2000）年からの 20 年間における国民の健康に対する意識の変化を知るため、テレビ番組や新聞記事で「健康」が取り上げた回数を調査した。

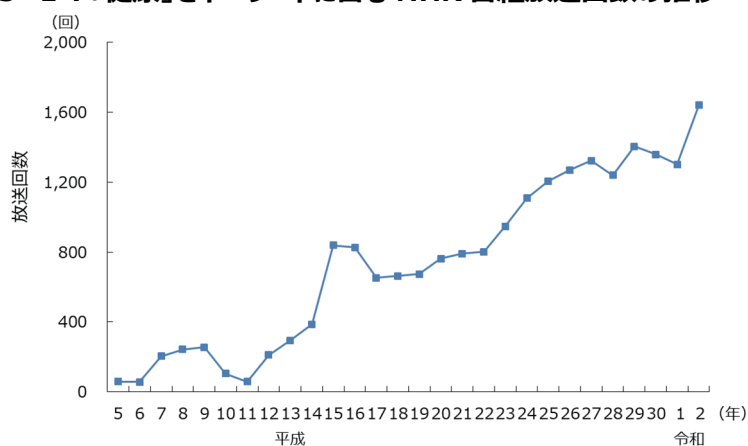
1) NHK 番組放送回数

まず NHK 総合における「健康」をキーワードとして含む番組について調査し、過去の放送回数の推移を確認した。

- 調査方法：NHK アーカイブス (<https://www.nhk.or.jp/archives/>) にて、タイトル又は概要説明に「健康」という言葉が含まれている平成 12（2000）年以降の放送番組を検索し、検索結果を基に放送回数を年別に集計した。NHK 総合における放送を対象としており、平成 17（2005）年まではアナログ総合、平成 18（2006）年からはデジタル総合（デジタル総合 2 は含まない）の放送数を集計した。
- 調査時期：令和 3（2021）年 9 月
- 令和 3（2021）年度厚生労働省予算事業において、受託者、株式会社 NTT データ経営研究所が集計。

NHK において「健康」をキーワードに含む番組の放送回数は、平成 12（2000）年頃から増加傾向にあった（図表 I - 3 - 1）。

図表 I - 3 - 1 : 「健康」をキーワードに含む NHK 番組放送回数の推移



資料：令和 3（2021）年度厚生労働省予算事業

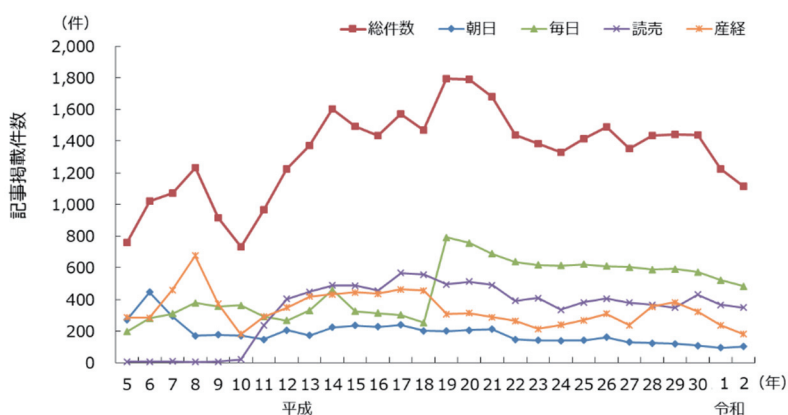
2) 全国4紙の記事掲載件数

全国4紙（朝日新聞、毎日新聞、読売新聞、産経新聞）においても調査を行った。見出しに「健康」をキーワードとして含む記事について、過去の掲載件数の推移を確認し、併せて「健康寿命」「健康日本 21」が見出しとなった件数も調査・集計を行った。

- 調査方法：日経テレコン（<https://telecom.nikkei.co.jp/>）にて、記事見出しに「健康」「健康寿命」「健康日本 21」という言葉が含まれている平成 12（2000）年以降の記事を検索し、検索結果を基に掲載件数を年別に集計した。全国4紙（朝日新聞、毎日新聞、読売新聞、産経新聞）の掲載件数を集計した。
- 調査時期：令和 3（2021）年 9 月
- 令和 3（2021）年度厚生労働省予算事業において、受託者、株式会社 NTT データ経営研究所が集計。

見出しに「健康」を含む記事の掲載件数は、平成 12（2000）年頃から増加し、近年は横ばいで推移しているが、新聞社によって傾向が異なった（図表 I - 3 - 2）。

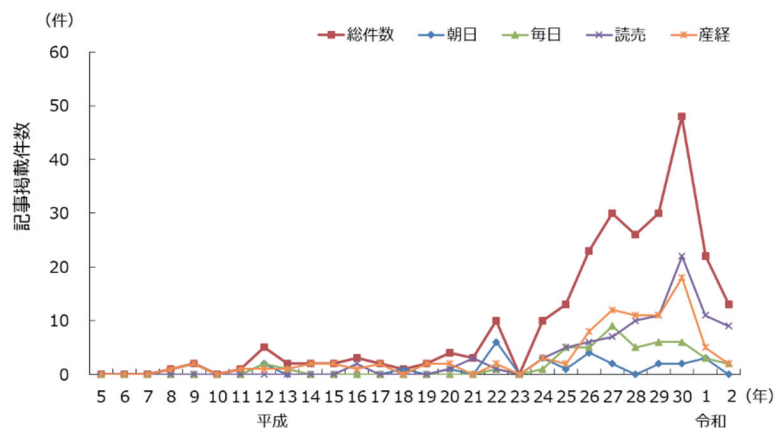
図表 I - 3 - 2：見出しに「健康」を含む全国4紙の記事掲載件数の推移



資料：令和 3（2021）年度厚生労働省予算事業

「健康寿命」を見出しに含む記事の掲載件数は、平成 24（2012）年頃から平成 30（2018）年頃にかけて増加傾向にあった。健康寿命は 3 年ごとに算出し公表しているが、平成 28（2016）年の健康寿命を公表した平成 30（2018）年が掲載件数のピークとなっている（図表 I - 3 - 3）。

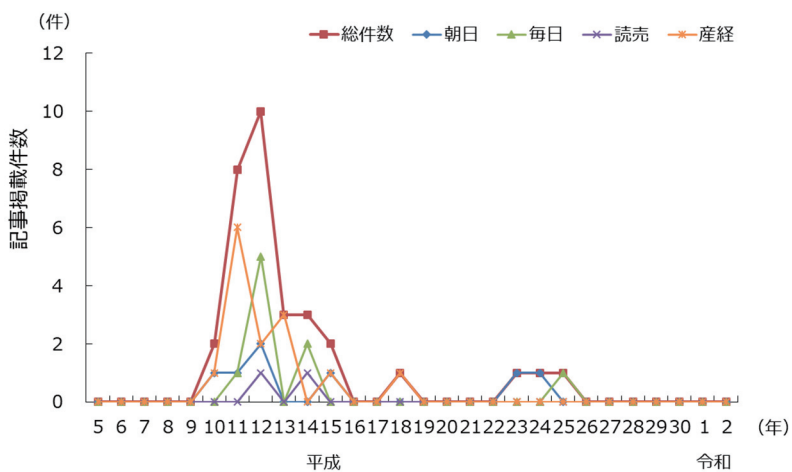
図表 I - 3 - 3 : 見出しに「健康寿命」を含む全国 4 紙の記事掲載件数の推移



資料 : 令和 3 (2021) 年度厚生労働省予算事業

見出しに「健康日本 21」を含む記事は、平成 12 (2000) 年に始まった健康日本 21 開始前後は増加したが、その後は減少し、近年は平成 18 (2006) 年及び平成 23 (2011) 年から平成 25 (2013) 年に掲載があったのみでその他の年には掲載されていなかった。健康日本 21 (第二次) 開始後はほぼ見出しとして取り上げられていない (図表 I - 3 - 4)。

図表 I - 3 - 4 : 見出しに「健康日本 21」を含む全国 4 紙の記事掲載件数の推移



資料 : 令和 3 (2021) 年度厚生労働省予算事業

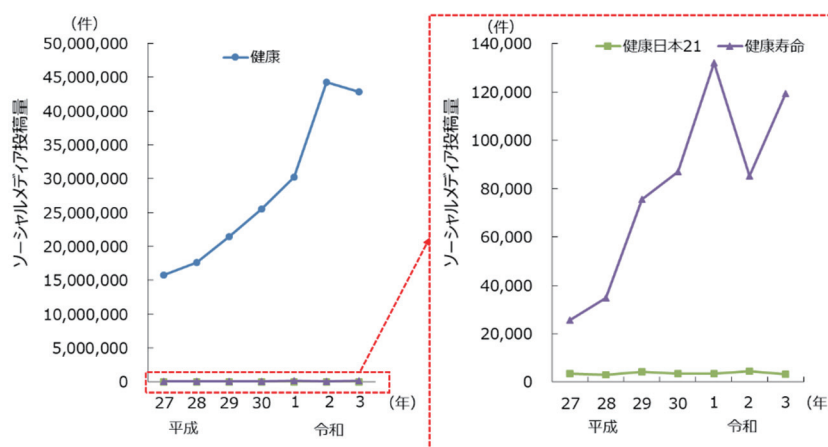
3) ソーシャルメディアの投稿量

近年はソーシャル・ネットワーキング・サービスによる情報発信も増えてきていることから、Twitter（ツイッター）においても、「健康」をキーワードとして含む投稿について、過去の投稿量の推移を確認した。

- 調査方法：トータルデータ解析サービス「なずき」（<https://nttdata-nazuki.jp/>）を用いて、「健康」「健康寿命」「健康日本 21」という言葉が含まれている平成 27（2015）年以降の投稿を年別に集計した。
- 調査時期：令和 4（2022）年 2 月
- 令和 3（2021）年度厚生労働省予算事業において、受託者、株式会社 NTT データ経営研究所が集計。

「健康」及び「健康寿命」を含むソーシャルメディア（Twitter）の投稿は近年増加傾向にあった。また、令和 2（2020）年には「健康」をキーワードに含む投稿が急激に増加しており、新型コロナウイルス感染症拡大の影響も考えられた。「健康日本 21」を含む投稿は少数にとどまっていた（図表 I - 3 - 5）。

図表 I - 3 - 5：健康に関連するキーワードを含むソーシャルメディア投稿量の推移

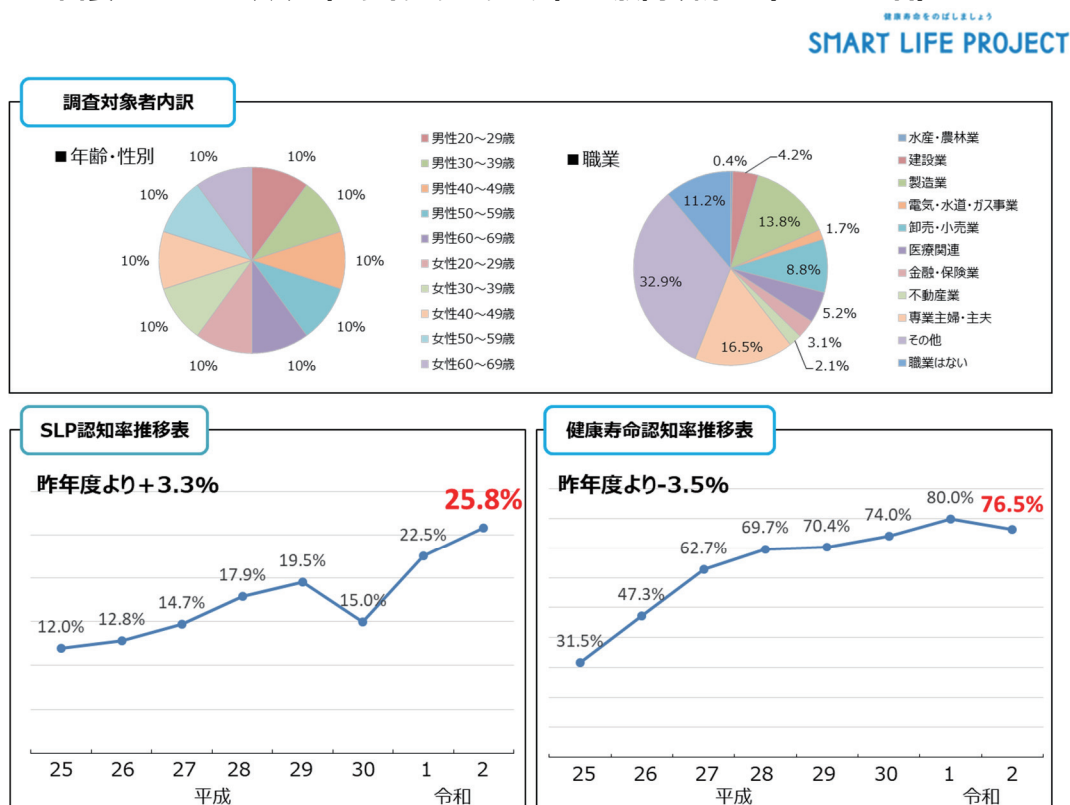


資料：令和 3（2021）年度厚生労働省予算事業

4) スマート・ライフ・プロジェクトにおける調査

その他、スマート・ライフ・プロジェクトで行った一般向けの調査においては、スマート・ライフ・プロジェクトや健康寿命の認知率は増加傾向であることがわかった（図表 I - 3 - 6）。

図表 I - 3 - 6 : スマート・ライフ・プロジェクト 一般向け調査 (n=520名)



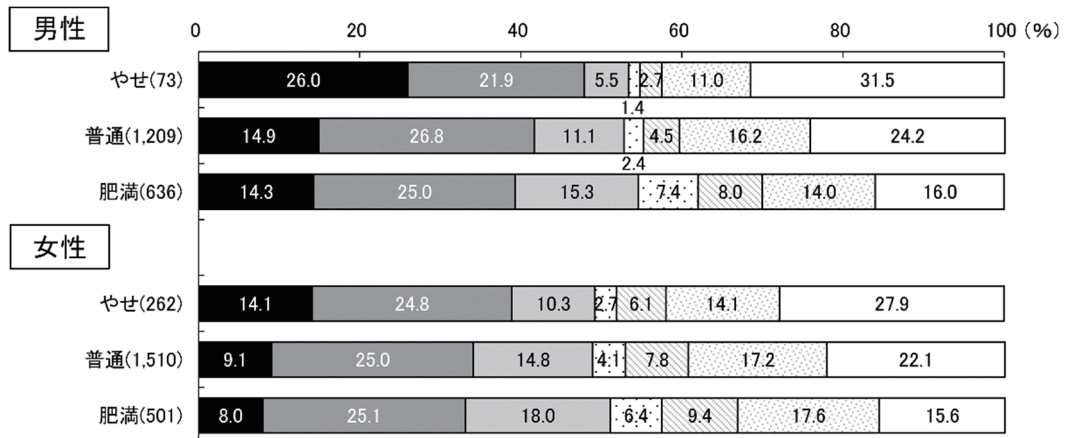
資料：スマート・ライフ・プロジェクト効果判定調査より

5) 国民健康・栄養調査

また、令和元（2019）年の国民健康・栄養調査においては、食習慣改善の意思や運動習慣改善の意思について調査を行っており、この調査からも国民の健康に対する関心を把握できる。

本調査においては、食塩摂取量が多い者や運動習慣がない者、肥満者等、生活習慣の改善が必要である可能性がある群においても、食習慣や運動習慣を「改善することに関心がない」又は「改善の必要はない」と回答した者が少なくなく、引き続き健康無関心層へのアプローチの方法を検討する必要性が示唆された（図表 I - 3 - 7）。

**図表 I - 3 - 7 : 食習慣改善の意思・運動習慣改善の意思
BMI の状況別、食習慣改善の意思 (20 歳以上、男女別)**

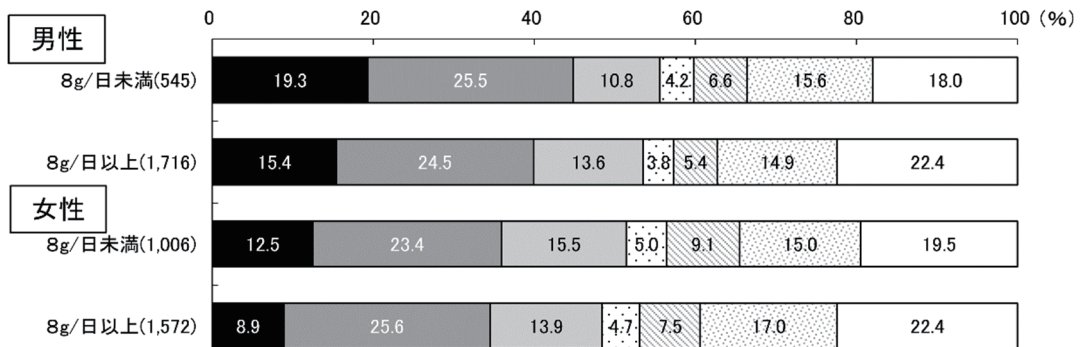


- 改善することに関心がない
- 関心はあるが改善するつもりはない
- 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)
- 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりである
- 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)
- 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
- 食習慣に問題はないため改善する必要はない

※BMI は体重(kg) / (身長(m))²で算出し、以下のとおり判定。

やせ: 18.5 未満
普通: 18.5 以上 25 未満
肥満: 25 以上

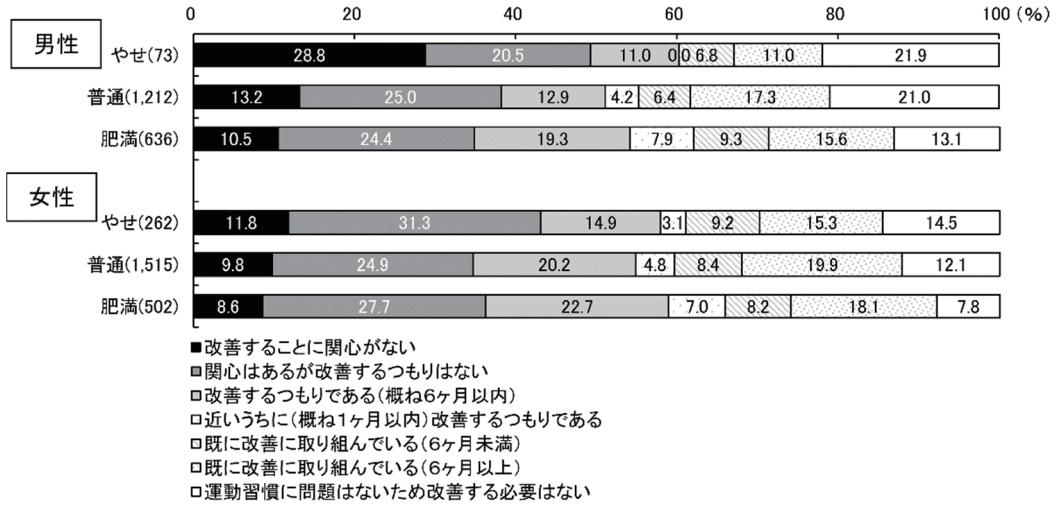
食塩摂取量の状況別、食習慣改善の意思 (20 歳以上、男女別)



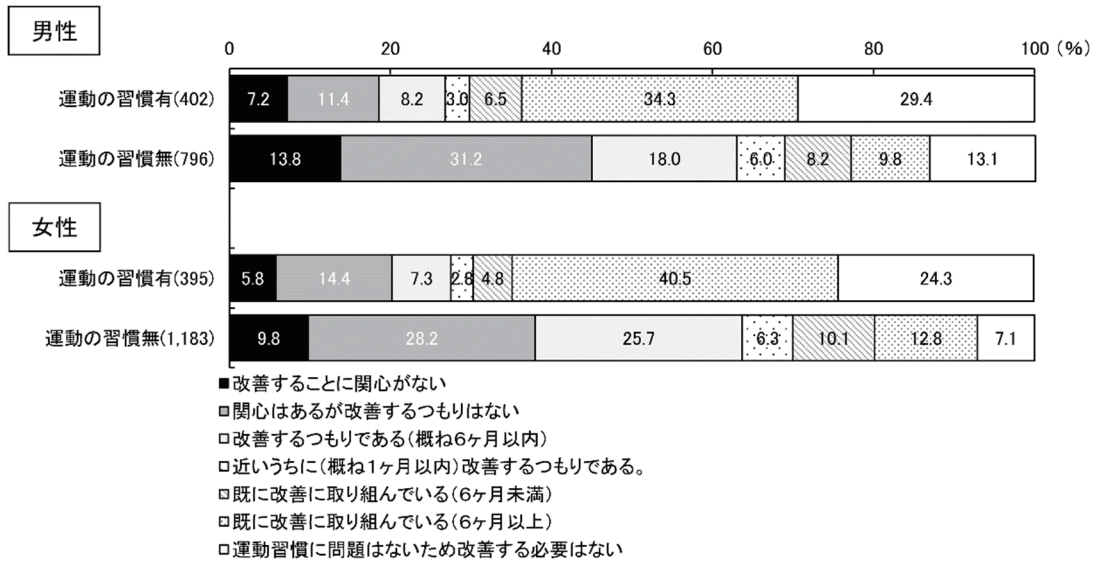
- 改善することに関心がない
- 関心はあるが改善するつもりはない
- 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)
- 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりである
- 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)
- 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
- 食習慣に問題はないため改善する必要はない

(参考) 「健康日本21(第二次)」の目標
食塩摂取量の減少
目標値: 1日当たりの食塩摂取量の平均値 8g

BMI の状況別、運動習慣改善の意思（20 歳以上、男女別）



運動習慣の状況別、運動習慣改善の意思（20 歳以上、男女別）



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

資料：厚生労働省「令和元年国民健康・栄養調査」

(2) 新型コロナウイルス感染症の影響（参照：参考資料2）

- 個人の生活習慣の変化
 - ・ 活動自粛による身体活動量の低下や、食生活、喫煙・飲酒量変化等による生活習慣の悪化の懸念
 - ・ 労働時間、睡眠状況等の変化、テレワークの増加等
 - ・ 社会参加の減少、インターネット・オンラインの活用等
 - ・ マスク着用、手洗い、手指消毒の広がり
- 外出自粛による医療機関受診控え（治療頻度の低下、中断）や健診・検診受診控え
- 新型コロナウイルス感染症の重症化のリスク因子
 - ： COPD、糖尿病、高血圧症、肥満、喫煙等
- 死亡数の減少、呼吸器疾患（新型コロナウイルス感染症以外の肺炎やインフルエンザ）、心疾患、脳血管疾患による死亡の減少（令和2年人口動態統計）
（注：令和3年度人口動態統計月報年計（概数）においては、死亡数や心疾患による死亡は、新型コロナウイルス感染症拡大前よりも増加している。）

- 新型コロナウイルス感染症拡大が浮き彫りにした社会の課題
 - ・ 新型コロナウイルス感染症の拡大による格差の拡大の可能性、自殺者の増加懸念、子どもの問題
 - ・ 孤独・孤立の深刻化

- 行政サービス（特に保健行政）の変化、医療機関・介護施設等の変化
 - ・ 令和2（2020）年、令和3（2021）年の国民健康・栄養調査の中止
 - ・ 保健事業の縮小と感染症予防対策を踏まえた上での事業の実施
 - ・ 新型コロナウイルス感染症の診療が通常診療の遂行の妨げとなっている懸念
 - ・ オンライン化の浸透（オンライン通いの場、オンライン保健指導等）

- その他
 - ・ 新型コロナウイルス感染症の影響は時期によって異なるため、次期プラン作成においては今後の状況も考慮して検討が必要である

4. この20年の評価のまとめ

- 平成 12（2000）年の健康日本 21 の開始、平成 15（2003）年の健康増進法施行など健康づくり分野においては、この 20 年間に於いて基本的な法制度・枠組みの構築が進み、健康づくりに対する機運の醸成などに貢献してきた。
- 健康日本 21 では、「一次予防の重視」等を基本方針とし、平成 25（2013）年から開始された健康日本 21（第二次）では、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を最終的な目標とし、国民の健康づくりを推進してきた。
- 平成 27（2015）年に国連サミットで採択された国際目標である「持続可能な達成目標（SDGs）」においても「すべての人に健康と福祉を」が目標の一つとされており、国際的にも健康づくりの重要性がより認識されるようになってきている。
- 自治体においては、健診・検診などの健康増進事業に加え、地域支援事業を通じた介護予防、保険者（市町村国保・広域連合）による保健事業、令和 3（2021）年 1 月から開始した生活保護制度における被保護者健康管理支援事業など、各分野において、健康づくりに関する取組を進めてきた。
- 加えて、保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施や企業における健康経営の取組など、被保険者や従業員に対する健康づくりが広まった。また、日本健康会議など経済団体や保険者、自治体等が連携する取組も進んできている。
- こうした各主体の取組を通じて、健康日本 21 の主目標である健康寿命は着実に延伸し、平成 22（2010）年の男性 70.42 歳、女性 73.62 歳から直近値の令和元（2019）年には男性 72.68 歳、女性 75.38 歳となっている。
- 直近では、ICT 技術の発展やデータヘルス改革の進展、スマートフォンやウェアラブル端末の普及に伴い、健診・検診等のデータ標準化や民間事業者による P H R サービスの広まりなど、健康づくり分野においても最新のテクノロジーを活用する動きが広がっている。
- 令和元（2019）年の「健康寿命延伸プラン」においては、「自然に健康になれる環境づくり（健康な食事や運動ができる環境、居場所づくりや社会参加）」や「行動変容を促す仕掛け（行動経済学の仕組み、インセンティブ）」など新たな手法も活用して健康寿命延伸に向けた取組を進めることとされている。
- 健康日本 21（第二次）においても健康格差の縮小について目標の一つとされてきたところであるが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を機に、格差が拡大しているとの指摘もある。

Ⅱ 次期国民健康づくり運動プランに向けての課題

【プランの在り方】

- 次期プランとして打ち出すビジョンをどのように考えるか。
- 健康日本 21（第二次）は、医療費適正化計画等と計画期間をあわせるために、計画期間を1年間延長し、11年間としたが、これも踏まえ、次期プランの計画期間をどのように考えるか。それと併せて、中間評価及び最終評価の時期についてどのように考えるか。
- 健康日本 21（第二次）では、健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を主目標としてきたが、次期プランにおける主目標をどのように考えるか。
- 健康日本 21（第二次）においては、「基本的な方向」として、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②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の5つを設定しており、健康増進に関わる分野が幅広く取り入れられているが、次期プランの「基本的な方向」をどのように考えるか。
- 他計画との整合性・調和・連携についてどのように考えるか。

【指標】

- 健康日本 21（第二次）においては、「基本的な方向」の①～⑤に沿って53項目が設定されているが、指標をどのように設定するか。また、指標を設定する際に参照するデータソースについてどのように考えるか。加えて、全ての指標を継続的にモニタリングしているが、このことについてどのように考えるか。
- 中間評価及び最終評価における指標の評価方法についてどのように考えるか。
- 指標の設定にとどまらず、目標達成のための方策についてどのように考えるか。

【自治体による取組】

- 自治体において、健康増進部局、国保部局、介護部局など健康づくりに関連する部局が複数にまたがっていることが多いが、住民に対して、効果的に介入する体制についてどのように考えるか。加えて、自治体内の各部門との連携を進め、健康づくり施策を効果的に進めるための方策をどのように考えるか。
- 健康増進分野における都道府県と市町村の役割分担が曖昧との指摘があるが、都道府県が司令塔として、より機能するための方策についてどのように考えるか。
- より効果的な健康づくり施策を展開するために、自治体と大学や企業、保険者、民間団体などが協力・連携を深めるための方策についてどのように考えるか。

【その他】

- P H Rや自治体間でのデータ連携など、データを利活用してより効果的に住民の行動変容を促すための方策についてどのように考えるか。

- 住民や自治体・職域で健康づくりに携わる職員に対して、エビデンスや最新の知見を伝えるための情報発信及び職員の人材育成方法についてどのように考えるか。
- ひとり暮らし世帯の増加や人口減少による労働力の減少などにより、コミュニティがより重要となってくる中で、健康づくり分野におけるコミュニティの力をより向上させるための方策についてどのように考えるか。
- 社会環境整備等を通じ、健康無関心層を含めた健康づくり施策を更に進めていくための方策についてどのように考えるか。
- 性差や年齢等も加味した健康づくり施策についてどのように考えるか。
- 健康格差の縮小を進めるための方策についてどのように考えるか。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大による生活習慣の変化等を踏まえた健康づくり施策についてどのように考えるか。

健康日本21（第二次）目標項目評価一覧

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

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価（最新値）	（変更前）目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	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	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動向に関する研究」（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推進事業費補助金「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	A	A
	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	令和4年度	A	
②健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）	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	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動向に関する研究」（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推進事業費補助金「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	A	C
	健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の最も長い県と短い県の差 女性	2.95年	2.70年	3.90年		都道府県格差の縮小	令和4年度	D	

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

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	75歳未満のがんの年齢調整死亡率	84.3 平成22年	76.1 平成28年	70.0 参考：69.6 令和元年 参考：令和2年	73.9 平成27年	減少傾向へ 令和4年	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。	A	A
	胃がん検診受診率 男性	36.6% 平成22年	46.4% 平成28年	48.0% 令和元年	40% 平成28年度	50% 令和4年度		B	B
	胃がん検診受診率 女性	28.3% 平成22年	35.6% 平成28年	37.1% 令和元年	40% 平成28年度	50% 令和4年度		B*	B*
	肺がん検診受診率 男性	26.4% 平成22年	51.0% 平成28年	53.4% 令和元年	40% 平成28年度	50% 令和4年度		A	A
	肺がん検診受診率 女性	23.0% 平成22年	41.7% 平成28年	45.6% 令和元年	40% 平成28年度	50% 令和4年度		B	B
	大腸がん検診受診率 男性	28.1% 平成22年	44.5% 平成28年	47.8% 令和元年	40% 平成28年度	50% 令和4年度		B	B
	大腸がん検診受診率 女性	23.9% 平成22年	38.5% 平成28年	40.9% 令和元年	40% 平成28年度	50% 令和4年度		B*	B*
	子宮頸がん検診受診率 女性	37.7% 平成22年	42.4% 平成28年	43.7% 令和元年	50% 平成28年度	50% 令和4年度		B*	B*
	乳がん検診受診率 女性	39.1% 平成22年	44.9% 平成28年	47.4% 令和元年	50% 平成28年度	50% 令和4年度		B	B
	②がん検診の受診率の向上							厚生労働省「国民生活基礎調査」 ※がん検診の受診率の算定に当たっては、40歳から69歳まで (子宮頸がんは20歳から69歳まで)を対象とする。	B

(2) 循環器疾患

項目	評価指標	測定時のベースライン値	中間評価値	最終評価値(最新値)	(変更前) 目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)	脳血管疾患の年齢調整死亡率 男性	49.5	36.2	33.2		41.6	厚生労働省「人口動態統計」	A	A
		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			
		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			
		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				
平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度					
②高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下)	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	厚生労働省「国民健康・栄養調査」 ※40歳~89歳、服薬者含む。	B*	B*
		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			
		平成22年	平成28年	平成30年 参考: 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 男性	13.8%	10.8% 11.2%(年齢調整値)	14.2% 14.8%(年齢調整値)		10%			
		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%			
		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%				
	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%				
	平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度				

④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数	約1,400万人 平成20年度	約1,412万人 平成27年度	約1,516万人 令和5年度	平成20年度と比べて 25%減少 平成27年度	平成20年度と比べて 25%減少 令和4年度	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	D	D
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率	41.3% 平成21年度	50.1% 平成27年度	55.6% 令和5年度	70%以上 平成29年度	70%以上 令和5年度	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	B*	B*
	特定保健指導の実施率	12.3% 平成21年度	17.5% 平成27年度	23.2% 令和5年度	45%以上 平成29年度	45%以上 令和5年度		B*	

(3) 糖尿病

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価 (最新値)	(変更前) 目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①合併症 (糖尿病腎症による年間新発透析導入患者数) の減少	糖尿病腎症による年間新発透析導入患者数	16,247人 平成22年	16,103人 平成28年	16,019人 参考：15,690人 令和元年 参考：令和2年	15,000人 令和4年度	15,000人 令和4年度	日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」	C	C
		63.7% 平成22年	66.7% 平成28年	67.6% 64.9%(年齢調整値) 令和元年	75% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」			
②治療継続者の割合の増加	治療継続者の割合	1.2% 平成21年度	0.96% 平成26年度	0.94% 令和元年	1.0% 令和4年度	1.0% 令和4年度	平成21年度：特定健康診査・特定保健指導・メタポリックシンドロームの状況 平成26年度、平成30年度：NDBオープンデータ	A	A
		890万人 平成19年	1,000万人 平成28年	(参考値) (1,150万人) (令和元年)	1,000万人 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」 令和元年(参考値)：厚生労働科学研究費補助金「糖尿病の発症抑制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			
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DS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)	HbA1cがDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者の割合	約1,400万人 平成20年度	約1,412万人 平成27年度	約1,516万人 令和元年	平成20年度と比べて 25%減少 平成27年度	平成20年度と比べて 25%減少 平成27年度	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	D	D
		41.3% 平成21年度	50.1% 平成27年度	55.6% 令和元年	70%以上 令和5年度	特定健康診査・特定保健指導の実施状況			
④糖尿病患者の増加の抑制	糖尿病患者数	25% 平成23年	26% 平成29年	28% 参考：28% 令和元年 参考：令和3年	80% 令和4年度	80% 令和4年度	一般社団法人GOLD日本委員会「COPD認知度把握調査」	B*	C
		12.3% 平成21年度	17.5% 平成27年度	23.2% 令和元年	45%以上 令和5年度	特定健康診査・特定保健指導の実施状況			
⑤メタポリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 (再掲)	メタポリックシンドロームの該当者及び予備群の人数	41.3% 平成21年度	50.1% 平成27年度	55.6% 令和元年	70%以上 令和5年度	70%以上 令和5年度	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	B*	B*
		12.3% 平成21年度	17.5% 平成27年度	23.2% 令和元年	45%以上 令和5年度	特定健康診査・特定保健指導の実施状況			
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 (再掲)	特定健康診査の実施率	25% 平成23年	26% 平成29年	28% 参考：28% 令和元年 参考：令和3年	80% 令和4年度	80% 令和4年度	一般社団法人GOLD日本委員会「COPD認知度把握調査」	B*	C
		12.3% 平成21年度	17.5% 平成27年度	23.2% 令和元年	45%以上 令和5年度	特定健康診査・特定保健指導の実施状況			

(4) COPD

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価 (最新値)	(変更前) 目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①COPDの認知度の向上	COPDの認知度	25% 平成23年	26% 平成29年	28% 参考：28% 令和元年 参考：令和3年	80% 令和4年度	80% 令和4年度	一般社団法人GOLD日本委員会「COPD認知度把握調査」	B*	C
		12.3% 平成21年度	17.5% 平成27年度	23.2% 令和元年	45%以上 令和5年度	特定健康診査・特定保健指導の実施状況			

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

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①自殺者の減少(人口10万人当たり)	自殺者の割合(人口10万人当たり)	23.4	16.8	15.7	19.4	13.0以下	厚生労働省「人口動態調査」	B	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			
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	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%	厚生労働省「国民生活基礎調査」	C	C
		平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度			
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	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%		100%	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)」	B*	B*
		平成19年	平成28年	平成30年 参考：令和3年		令和2年			
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	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	増加傾向へ	増加傾向へ	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」	A	A
		平成22年	平成28年	平成30年 参考：令和2年	増加傾向へ	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	増加傾向へ	増加傾向へ	平成28年以前：日本児童青年精神医学会による算出(計算方法非公開) 令和元年以降 児童精神科医：日本児童青年精神医学会調べ 小児人口：総務省「人口推計(10月1日現在)」	A	A
		平成21年	平成28年	令和元年 参考：令和3年度	増加傾向へ	令和4年度			

(2) 次世代の健康

項目	評価指標	測定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前) 目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①健康な生活習慣(栄養・食生活・運動)を有する子どもの割合の増加 ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加	朝・昼・夕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 小学5年生	89.4%	89.5%	93.1%	100%に近づける	100%に近づける	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関するエビデンスの構築に関する研究」(研究代表者 佐々木誠) 平成26年報告書 令和3年度：科学技術振興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」	C	C
		平成22年度	平成26年度	令和3年度	令和4年度	令和4年度			
イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	(参考値)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	文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」		C
		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30分未満の子どもの割合の減少	(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	文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」		
		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30分未満の子どもの割合の減少	小学5年生男子	10.5%	6.4%	7.6%	減少傾向へ	減少傾向へ	文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」	B*	B*
		平成22年度	平成29年度	令和元年度	令和4年度	令和4年度			
(変更後) 1週間の総運動時間が30分未満の子どもの割合の減少	小学5年生女子	24.2%	11.6%	13.0%	減少傾向へ	減少傾向へ	文部科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」	B*	B*
		平成22年度	平成29年度	令和元年度	令和4年度	令和4年度			
②適正体重の子どもの増加 ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	全出生数中の低出生体重児の割合	9.6%	9.4%	9.4%	減少傾向へ	減少傾向へ	厚生労働省「人口動態調査」	C	C
		平成22年	平成28年	令和元年度	平成26年	令和4年			
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	4.60%	4.55%	(5.12%)	減少傾向へ	参考値とする	文部科学省「学校保健統計調査」		D
		平成23年	平成28年	(令和元年)	平成26年				
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	3.39%	3.75%	(3.63%)	減少傾向へ	参考値とする	文部科学省「学校保健統計調査」		D
		平成23年	平成28年	(令和元年)	平成26年				
(変更後) 小学5年生の肥満傾向児の割合	小学5年生の肥満傾向児の割合	8.59%	(8.89%)	9.57%	児童・生徒における肥満傾向児の割合 7.0%	児童・生徒における肥満傾向児の割合 7.0%	文部科学省「学校保健統計調査」	D	D
		平成23年	(平成29年)	令和元年度	令和6年度				

(3) 高齢者の健康

項目	評価指標	策定のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	項目評価	
								評価	項目評価
①介護保険サービス利用者の増加の抑制	介護保険サービス利用者数	452万人	52.7万人	567万人		657万人	平成27年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告」 ※平成24年度は、「社会保険・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。	B*	B*
		平成24年度	平成27年度	令和元年度		令和7年度			
②認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率	0.9%	3.7%		10%		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・高齢生活支援総合事業報告」		
		平成21年	平成26年		令和4年度				
(変更後)②認知症サポーター数の増加	認知症サポーター数	330万人	(882万人)	1,264万人		1,200万人	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	A	A
		平成23年度	(平成28年度)	令和元年度 参考：1,380万人 参考：令和3年度		令和2年度			
③ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加	ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合	44.4% (参考値：17.3%)	46.8%	44.8% 参考：44.6%		80%	公益財団法人運動器の10年・日本協会(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	C	C
		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			
④低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合	17.4%	17.9%	16.8%		22%	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	A	A
		平成22年	平成28年	令和元年		令和4年度			
⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(1,000人当たり)	足腰に痛みのある高齢者の割合	218人	210人	206人		200人	厚生労働省「国民生活基礎調査」	B*	B*
		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	291人	267人	255人		260人		A	
		平成22年	平成28年	令和元年		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	64.0%	(62.0%)		80%		内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」		
		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	55.1%	(60.2%)		80%				
		平成20年	(平成25年)		令和4年度				
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)	(変更後)高齢者の社会参加の状況	63.6%	62.4%	-		80%	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	E	E
		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	55.2%	55.0%	-		80%		E	E
		平成24年	平成28年		令和4年度				

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

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①地域のつながりの強化 (居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加)	(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	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」	C	C
		平成19年			令和4年度				
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	(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	50.4%	55.9%	50.1%	65%	65%	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	E	E
		平成23年	平成27年	令和元年	令和4年度	令和4年度			
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	企業登録数	3.0%			25%	評価指標を変更	総務省「社会生活基本調査」	E	E
		平成18年			令和4年度				
④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	企業登録数	27.7%	27.8%	-	35%	35%	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	E	E
		平成24年	平成28年	-	令和4年度	令和4年度			
⑤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	企業登録数	420社	3,751社		3,000社	評価指標を変更	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数)	A	B
		平成24年	平成28年度		令和4年度				
⑥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	参画企業数	233社	(2,890社)	4,182社	3,000社	3,000社	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)	A	B
		平成23年度	(平成28年度)	令和元年 参考：5,385社	令和4年度	令和4年度			
⑦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	参画団体数	367団体	(3,673団体)	5,476団体	7,000団体	7,000団体	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)	B	B
		平成23年度	(平成28年度)	令和元年 参考：6,853団体	令和4年度	令和4年度			
⑧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	民間団体から報告のあった活動拠 点数	(参考値) 7,134	(参考値) 13,404	-	15,000	15,000	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)	E	E (参考指 標：B)
		平成24年	平成27年	-	令和4年度	令和4年度			
⑨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)	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	47	47	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)	B	B
		平成24年度	平成28年度	令和元年 参考：40	令和4年度	令和4年度			

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

項目	評価指標	測定時のベースライン値	中間評価値	最終評価値(最新値)	(変更前) 目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
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)	20歳～60歳代男性の肥満者の割合	31.2% 平成22年	32.4% 平成28年	35.1% 34.7%(年齢調整値) 令和元年	28% 令和4年度	28% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	D	C
	40歳～60歳代女性の肥満者の割合	22.2% 平成22年	21.7%(年齢調整値) 平成28年	22.5% 22.7%(年齢調整値) 令和元年	19% 令和4年度	19% 令和4年度			
②適切な量と質の食事をとる者の増加 ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合 イ 食塩摂取量の減少 ウ 野菜と果物の摂取量の増加	20歳代女性のやせの者の割合	29.0% 平成22年	20.7% 平成28年	20.7% 令和元年	20% 令和4年度	20% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	C	C
	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% 平成23年度	59.7% 平成28年度	56.1% 37.7% 令和5年度 参考：令和3年度	80% 令和4年度	80% 令和4年度			
③共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少)	朝食 小学生	15.3% 平成22年度	11.3% 平成26年度	12.1% 令和3年度	減少傾向へ 令和4年度	減少傾向へ 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	A	A
	朝食 中学生	33.7% 平成22年度	31.9% 平成26年度	28.8% 令和3年度	減少傾向へ 令和4年度	減少傾向へ 令和4年度			
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	夕食 小学生	2.2% 平成22年度	1.9% 平成26年度	1.6% 令和3年度	減少傾向へ 令和4年度	減少傾向へ 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	A	A
	夕食 中学生	6.0% 平成22年度	7.1% 平成26年度	4.3% 令和3年度	減少傾向へ 令和4年度	減少傾向へ 令和4年度			
④食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	食品企業登録数	14社 平成24年	103社 平成28年度	117社以上 令和3年度	100社 令和4年度	100社 令和4年度	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	A	B*
	飲食店登録数	17,284店舗 平成24年	26,225店舗 平成29年	24,441店舗 令和元年	30,000店舗 令和4年度	30,000店舗 令和4年度		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	

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	(参考値) 管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合	70.5% 平成22年度	72.7% 平成27年度	74.7% 参考：75.5% 令和元年度 参考：令和2年度	80% 令和4年度	厚生労働省「衛生行政報告例」	B*	B*
---	-----------------------------	-----------------	-----------------	--	--------------	----------------	----	----

(2) 身体活動・運動

項目	評価指標	算定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①日常生活における歩数の増加	20歳～64歳 男性	7,841歩 平成22年	7,769歩 7,762歩(年齢調整値) 平成28年	7,864歩 7,887歩(年齢調整値) 令和元年	9,000歩 令和4年度	9,000歩 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	C	C
	20歳～64歳 女性	6,883歩 平成22年	6,770歩 6,757歩(年齢調整値) 平成28年	6,685歩 6,671歩(年齢調整値) 令和元年	8,500歩 令和4年度	8,500歩 令和4年度			
	65歳以上 男性	5,628歩 平成22年	5,744歩 5,775歩(年齢調整値) 平成28年	5,396歩 5,403歩(年齢調整値) 令和元年	7,000歩 令和4年度	7,000歩 令和4年度			
	65歳以上 女性	4,584歩 平成22年	4,856歩 4,891歩(年齢調整値) 平成28年	4,656歩 4,674歩(年齢調整値) 令和元年	6,000歩 令和4年度	6,000歩 令和4年度			
	20歳～64歳 男性	26.3% 平成22年	23.9% 24.3%(年齢調整値) 平成28年	23.5% 24.1%(年齢調整値) 令和元年	36% 令和4年度	36% 令和4年度			
	20歳～64歳 女性	22.9% 平成22年	15.0% 19.0%(年齢調整値) 平成28年	16.9% 16.5%(年齢調整値) 令和元年	33% 令和4年度	33% 令和4年度			
②運動習慣者の割合の増加	65歳以上 男性	47.6% 平成22年	46.5% 46.3%(年齢調整値) 平成28年	41.9% 41.5%(年齢調整値) 令和元年	58% 令和4年度	58% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	C	C
	65歳以上 女性	37.6% 平成22年	38.0% 38.2%(年齢調整値) 平成28年	33.9% 33.8%(年齢調整値) 令和元年	48% 令和4年度	48% 令和4年度			
	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	17 平成24年度	29 平成28年度	34 参考：35 令和元年 参考：令和2年度	47 令和4年度	47 令和4年度			
	③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							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)	

(3) 休養

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前) 目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①睡眠による休養を十分ととれない者の割合の減少	睡眠による休養を十分ととれない者の割合	18.4%	19.7%	21.7%		15%	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	D	D
		平成21年	20.3%(年齢調整値) 平成28年	22.6%(年齢調整値) 平成30年		令和4年度			
②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	週労働時間60時間以上の雇用者の割合	9.3%	7.7%	6.5%		5.0%	総務省「労働力調査」	B*	B*
		平成23年	平成28年	令和元年 参考：令和3年		令和2年			

(4) 飲酒

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前) 目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者 (1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者) の割合の減少	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%	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	C	D
		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			
		7.5%	9.1%	9.1%		6.4%			
		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			
		10.5%	7.2%	3.8%		0%			
		平成22年	平成26年	平成29年 参考：令和3年		令和4年度			
		11.7%	5.2%	2.7%		0%			
		平成22年	平成26年	平成29年 参考：令和3年		令和4年度			
		21.6%	13.7%	10.7%		0%			
		平成22年	平成26年	平成29年 参考：令和3年		令和4年度			
②未成年者の飲酒をなくす	高校3年生男子	19.9%	10.9%	8.1%		0%	厚生労働省「乳幼児身体発育調査」 平成22年：厚生労働省「乳幼児身体発育調査」 平成25年：厚生労働省研究費「「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：山藤然太郎) 令和元年、令和2年：厚生労働省母子保健調査	B	B*
		平成22年	平成26年	平成29年 参考：令和3年		令和4年度			
		8.7%	4.3%	1.0%		0%			
		平成22年	平成26年	平成29年 参考：令和3年		令和4年度			
③妊娠中の飲酒をなくす	妊娠中の飲酒した者の割合	8.7%	4.3%	1.0%		0%	厚生労働省「乳幼児身体発育調査」 平成22年：厚生労働省「乳幼児身体発育調査」 平成25年：厚生労働省研究費「「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：山藤然太郎) 令和元年、令和2年：厚生労働省母子保健調査	B	B
		平成22年	平成26年	平成29年 参考：令和3年		令和4年度			

(5) 喫煙

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価値	最終評価値(最新値)	(変更前)目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)	成人の喫煙率	19.5%	18.3%	16.7%	12%	12%	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	B*	B*
		平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度	令和4年度			
②未成年者の喫煙をなくす	中学1年生男子	1.6%	1.0%	0.5%	0%	0%	厚生労働省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予防のための喫煙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	B	B
		平成22年	平成26年	令和3年	令和4年度	令和4年度			
	0.9%	0.3%	0.5%	0%	0%				
	平成22年	平成26年	平成29年	令和4年度	令和4年度				
	8.6%	4.6%	3.1%	0%	0%				
高校3年生男子	3.8%	1.4%	1.3%	0%	0%				
高校3年生女子	5.0%	3.8%	2.3%	0%	0%				
③妊婦中の喫煙をなくす	妊婦中の喫煙した者の割合	16.9%	8.0%	4.1%	0%	0%	平成22年：厚生労働省「乳幼児身体発育調査」 平成26年：厚生労働省科学研究費「「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	B*	B*
		平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度	令和4年度			
④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	(a)行政機関	13.3%	6.2%	2.9%	0%	0%	(a) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」 (b) 厚生労働省「労働安全衛生調査(実態調査)」をもとに算定 (c) 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」	B*	B*
		平成20年	平成28年	令和元年	令和4年度	令和4年度			
	64%	65.5%	71.8%	望まない受動喫煙のない社会の実現	望まない受動喫煙のない社会の実現				
	平成23年	平成28年	平成30年	受動喫煙の無い職場の実現	受動喫煙の無い職場の実現				
	10.7%	7.7%	6.9%	令和2年	令和4年度				
(d)家庭	50.1%	42.2%	29.6%	3%	15%	望まない受動喫煙のない社会の実現	望まない受動喫煙のない社会の実現		
(e)飲食店	50.1%	43.3%	31.3%	15%	15%	望まない受動喫煙のない社会の実現	望まない受動喫煙のない社会の実現		

(6) 歯・口腔の健康

項目	評価指標	策定時のベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	(変更前) 目標値	目標値	データソース	評価	項目評価
①口腔機能の維持・向上(60歳代における咀嚼良好者の割合の増加)	50歳代における咀嚼良好者の割合	73.4% 平成21年	72.6% 平成27年	71.5% 令和元年		80% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	C	C
②歯の喪失防止 ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合	25.0% 平成17年	51.2% 平成28年		50% 令和4年度	60% 令和4年度		E (参考指標：B)	E
イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合	60.2% 平成17年	74.4% 平成28年		70% 令和4年度	80% 令和4年度	厚生労働省「歯科疾患実態調査」	E (参考指標：B)	E
ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加	40歳で喪失歯のない者の割合	54.1% 平成17年	73.4% 平成28年			75% 令和4年度		E (参考指標：C)	E
③歯周病を有する者の割合の減少 ア 20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合	31.7% 平成21年	27.1% 平成26年	21.1% 平成30年		25% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	A	A
イ 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合	37.3% 平成17年	44.7% 平成28年			25% 令和4年度		E	E
ウ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合	54.7% 平成17年	62.0% 平成28年			45% 令和4年度	厚生労働省「歯科疾患実態調査」	E	E
④乳幼児・学童期のう蝕のない者の増加 ア 3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加	3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県数	6 平成21年	26 平成27年	44 平成30年	23 令和4年度	47 令和4年度	厚生労働省実施状況調べ(3歳児歯科健康診査)	B	B
イ 12歳児の一人平均う蝕数が1.0歯未満である都道府県の増加	12歳児の一人平均う蝕数が1.0歯未満である都道府県数	7 平成23年	28 平成28年	37 令和元年	28 令和4年度	47 令和4年度	文部科学省「学校保健統計調査」	B	B
⑤過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	過去1年間に歯科検診を受診した者の割合	34.1% 平成21年	52.9% 平成28年			65% 令和4年度	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	E	E

健康日本 21（第二次）推進専門委員会の設置について

平成 26 年 6 月 3 日 制定
平成 30 年 9 月 20 日 一部改正
厚生科学審議会
地域保健健康増進栄養部会了承

1. 目的

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

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

平成 25 年 4 月 1 日に「健康日本 21（第二次）」を開始しており、目標設定後 5 年を目途にすべての目標について中間評価を行うとともに、目標設定後 10 年を目途に最終評価を行うこととされている。「健康日本 21（第二次）」の進捗を確認し、着実に推進することを目的として、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会に「健康日本 21（第二次）推進専門委員会」を設置する。

2. 検討事項

下記の項目について、科学的知見に基づき検討を行う。

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

3. 構成

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

4. 委員会の運営等

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

健康日本 21（第二次）推進専門委員会等の開催状況

- 2014年 6月 3日 第38回 地域保健健康増進栄養部会
- 2014年 7月 31日 第1回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2014年 10月 1日 第2回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2015年 3月 9日 第3回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2015年 7月 17日 第4回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2015年 9月 14日 第39回 地域保健健康増進栄養部会
- 2015年 12月 24日 第5回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2016年 3月 15日 第6回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2016年 12月 16日 第40回 地域保健健康増進栄養部会
- 2017年 2月 17日 第7回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2017年 5月 30日 第8回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2017年 6月 29日 第9回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2017年 9月 6日 第10回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2018年 3月 9日 第11回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2018年 8月 2日 第12回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2018年 9月 20日 第41回 地域保健健康増進栄養部会

- 2021年 1月 21日 第43回 地域保健健康増進栄養部会
- 2021年 6月 30日 第13回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2021年 9月 3日 第14回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2021年 10月 18日 第15回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2021年 12月 20日 第16回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2022年 2月 2日 第44回 地域保健健康増進栄養部会
- 2022年 2月 28日 第17回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2022年 6月 16日 第18回 健康日本 21（第二次）推進専門委員会
- 2022年 8月 3日 第45回 地域保健健康増進栄養部会

健康日本21 (第二次) 推進専門委員会における最終評価のスケジュール概要

第13回 健康日本21 (第二次) 推進専門委員会 (2021年6月30日)

- (1) 健康日本21 (第二次) の最終評価について
- (2) 健康日本21 (第二次) の最終評価の方法について
- (3) 都道府県健康増進計画等の取組状況について

第14回 健康日本21 (第二次) 推進専門委員会 (2021年9月3日)

- (1) 各領域の評価について (各委員より報告)
 - 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、(2) 循環器疾患、(3) 糖尿病、(4) COPD

第15回 健康日本21 (第二次) 推進専門委員会 (2021年10月18日)

- (1) 各領域の評価について (各委員より報告)
 - 別表第三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標
 - (1) こころの健康、(2) 次世代の健康、(3) 高齢者の健康
 - 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
 - 別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標
 - (1) 栄養・食生活、(2) 身体活動・運動

第16回 健康日本21 (第二次) 推進専門委員会 (2021年12月20日)

- (1) 各領域の評価について (各委員より報告)
 - 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
 - 別表第五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標
 - (3) 休養、(4) 飲酒、(5) 喫煙、(6) 歯・口腔の健康※
- (2) 諸活動の成果の評価について
- (3) 総合評価及び次期国民健康づくり運動プランに向けての課題 (事務局案) について
- (4) 最終評価報告書骨子案について

■ 第44回 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 (2022年2月2日)

第17回 健康日本21 (第二次) 推進専門委員会 (2022年2月28日)

- (1) 「健康日本21 (第二次) 最終評価報告書素案」について

第18回 健康日本21 (第二次) 推進専門委員会 (2022年6月16日)

- (1) 各領域の評価について (各委員より報告) : 歯・口腔の健康※
- (2) 「健康日本21 (第二次) 最終評価報告書 (案)」について
 - ※歯・口腔の健康については、データ入手時期を考慮し第16回と第18回の2回に分けて議論

■ 第45回 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 (2022年8月3日)

健康日本 21（第二次）推進専門委員会委員名簿（最終評価）

（氏名）	（所属）
岡村 智教	慶應義塾大学医学部 教授
尾崎 章子	東北大学大学院医学系研究科老年・在宅看護学分野 教授（第 18 回）
鎌田 久美子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
北原 佳代	三菱重工業（株）人事労政部健康管理センター 統括産業医
近藤 克則	千葉大学予防医学センター教授 兼 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 老年学評価研究部長
金野 倫子	埼玉県立大学保健医療福祉学部共通教育科 教授（第 13 回～第 17 回）
澤田 亨	早稲田大学スポーツ科学学術院 教授
瀧本 秀美	国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所 栄養疫学部長
○辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科 教授
津下 一代	女子栄養大学 特任教授
長津 雅則	公益社団法人日本薬剤師会 常務理事
中村 正和	公益社団法人地域医療振興協会 ヘルスプロモーション 研究センター長
西 大輔	東京大学大学院医学系研究所 公共健康医学専攻精神保健学分野 准教授
西村 正治	一般社団法人北海道呼吸器疾患研究所 代表理事
羽鳥 裕	公益社団法人日本医師会常任理事
福田 英輝	国立保健医療科学院 統括研究官
松下 幸生	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 副院長
村山 伸子	新潟県立大学人間生活学部健康栄養学科 教授
山縣 然太郎	山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座 教授
山本 秀樹	公益社団法人日本歯科医師会 常務理事
横山 徹爾	国立保健医療科学院 生涯健康研究部長
吉村 典子	東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター ロコモ予防学講座 特任教授
若尾 文彦	国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策情報センター長

（敬称略・五十音順・○委員長）

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会委員名簿

(氏名)	(所属)
荒俣 忠志	健康日本 21 推進全国連絡協議会幹事
井伊 久美子	公益社団法人日本看護協会副会長
植木 浩二郎	国立国際医療研究センター糖尿病研究センター長
大津 欣也	国立研究開発法人国立循環器病研究センター理事長
岡村 智教	慶應義塾大学医学部教授
尾崎 章子	東北大学大学院医学系研究科老年・在宅看護学分野教授
清田 啓子	全国保健師長会（北九州市子ども家庭局長）
黒瀬 巖	公益社団法人日本医師会常任理事
白井 千香	枚方市保健所所長
祖父江 友孝	大阪大学大学院医学系研究科教授
武見 ゆかり	女子栄養大学教授
田代 堯	全国町村会理事（大阪府岬町長）
達増 拓也	全国知事会社会保障常任委員会委員・岩手県知事
田中 久美子	一般財団法人日本食生活協会会長
津金 昌一郎	国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所理事
○辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
友岡 史仁	日本大学法学部教授
長津 雅則	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
萩 裕美子	東海大学体育学部教授
福田 英輝	国立保健医療科学院統括研究官
藤井 律子	全国市長会山口県周南市長
本田 麻由美	読売新聞東京本社編集局医療部次長
松岡 正樹	公益社団法人国民健康保険中央会審議役
松下 幸生	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター副院長
水澤 英洋	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター理事長
諸岡 歩	公益社団法人日本栄養士会理事
山本 秀樹	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
米川 孝	健康保険組合連合会常務理事

（令和 4 年 8 月 3 日時点、敬称略・五十音順、○部会長）

○厚生労働省告示第四百三十号

健康増進法（平成十四年法律第百三号）第七条第一項の規定に基づき、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成十五年厚生労働省告示第百九十五号）の全部を次のように改正し、平成二十五年四月一日から適用することとしたので、同条第四項の規定に基づき公表する。

平成二十四年七月十日

厚生労働大臣 小宮山洋子

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針

この方針は、21世紀の我が国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、平成25年度から平成34年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次））」（以下「国民運動」という。）を推進するものである。

第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

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

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

二 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCDの予防）

がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPD（慢性閉塞性肺疾患をいう。以下同じ。）に対処するため、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病の発症を予防することをいう。）に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に重点を置いた対策を推進する。

（注）がん、循環器疾患、糖尿病及びCOPDは、それぞれ我が国においては生活習慣病の一つとして位置づけられている。一方、国際的には、これら四つの疾患を重要なNCD（非感染性疾患をいう。以下同じ。）として捉え、予防及び管理のための包括的な対策を講じることが重視されているところである。

三 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

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

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

さらに、働く世代のメンタルヘルス対策等により、ライフステージに応じた「こころの健康づくり」に取り組む。

四 健康を支え、守るための社会環境の整備

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

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

五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔^{くわう}の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

上記一から四までの基本的な方向を実現するため、国民の健康増進を形成する基本要素となる栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要である。生活習慣の改善を含めた健康づくりを効果的に推進するため、乳幼児期から高齢期までのライフステージや性差、社会経済的状况等の違いに着目し、こうした違いに基づき区分された対象集団ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

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

第二 国民の健康の増進の目標に関する事項

一 目標の設定と評価

国は、国民の健康増進について全国的な目標を設定し、広く国民や健康づくりに関わる多くの関係者に対してその目標を周知するとともに、継続的に健康指標の推移等の調査及び分析を行い、その結果に関する情報を国民や関係者に還元することにより、関係者を始め広く国民一般の意識の向上及び自主的な取組を支援するものとする。

また、国民の健康増進の取組を効果的に推進するため、国が具体的な目標を設定するに当たっては、健康づくりに関わる多くの関係者が情報を共有しながら、現状及び課題について共通の認識を持った上で、課題を選択し、科学的根拠に基づくものであり、かつ、実態の把握が可能な具体的目標を設定するものとする。

なお、具体的目標については、おおむね 10 年間を目途として設定することとし、国は、当該目標を達成するための取組を計画的に行うものとする。また、設定した目標のうち、主要なものについては継続的に数値の推移等の調査及び分析を行うとともに、都道府県における健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努める。さらに、目標設定後 5 年を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、目標設定後 10 年を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する。

二 目標設定の考え方

健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、これらの目標達成のために、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命の延伸及び健康格差の縮小は、生活習慣の改善や社会環境の整備によって我が国において実現されるべき最終的な目標である。具体的な目標は、日常生活に制限のない期間の平均の指標に基づき、別表第一のとおり設定する。また、当該目標の達成に向けて、国は、生活習慣病対策の総合的な推進を図るほか、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

2 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

我が国の主要な死亡原因であるがん及び循環器疾患への対策に加え、患者数が増加傾向にあり、かつ、重大な合併症を引き起こすおそれのある糖尿病や、死亡原因として急速に増加すると予測される COPD への対策は、国民の健康寿命の延伸を図る上で重要な課題である。

がんは、予防、診断、治療等を総合的に推進する観点から、年齢調整死亡率の減少とともに、特に早期発見を促すために、がん検診の受診率の向上を目標とする。

循環器疾患は、脳血管疾患及び虚血性心疾患の発症の危険因子となる高血圧の改善並びに脂質異常症の減少と、これらの疾患による死亡率の減少等を目標とする。

糖尿病は、その発症予防により有病者の増加の抑制を図るとともに、重症化を予防するため

に、血糖値の適正な管理、治療中断者の減少及び合併症の減少等を目標とする。

COPDは、喫煙が最大の発症要因であるため、禁煙により予防可能であるとともに、早期発見が重要であることから、これらについての認知度の向上を目標とする。

上記に係る具体的な目標は別表第二のとおりとし、当該目標の達成に向けて、国は、これらの疾患の発症予防や重症化予防として、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

3 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

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

社会生活を営むために必要な機能を維持するために、身体健康と共に重要なものが、こころの健康である。その健全な維持は、個人の生活の質を大きく左右するものであり、自殺等の社会的損失を防止するため、全ての世代の健やかな心を支える社会づくりを目指し、自殺者の減少、重い抑鬱や不安の低減、職場の支援環境の充実及び子どもの心身の問題への対応の充実を目標とする。

また、将来を担う次世代の健康を支えるため、妊婦や子どもの健康増進が重要であり、子どもの頃からの健全な生活習慣の獲得及び適正体重の子どもを増加を目標とする。

さらに、高齢化に伴う機能の低下を遅らせるためには、高齢者の健康に焦点を当てた取組を強化する必要があり、介護保険サービス利用者の増加の抑制、認知機能低下及びロコモティブシンドローム（運動器症候群）の予防とともに、良好な栄養状態の維持、身体活動量の増加及び就業等の社会参加の促進を目標とする。

上記に係る具体的な目標は別表第三のとおりとし、当該目標の達成に向けて、国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援などの取組を進める。

4 健康を支え、守るための社会環境の整備

健康を支え、守るための社会環境が整備されるためには、国民、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要である。具体的な目標は、別表第四のとおりとし、居住地域での助け合いといった地域のつながりの強化とともに、健康づくりを目的とした活動に主体的に関わる国民の割合の増加、健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業数の増加並びに身近で専門的な支援及び相談が受けられる民間団体の活動拠点の増加について設定するとともに、健康格差の縮小に向け、地域で課題となる健康格差の実態を把握し、対策に取り組む地方公共団体の増加について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康づくりに自発的に取り組む企業、民間団体等の動機づけを促すため、当該企業、団体等の活動に関する情報提供やそれらの活動の評価等に取り組む。

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

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目標は、それぞれ次の考え方に基づき、別表第五のとおりとする。

(1) 栄養・食生活

栄養・食生活は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持及び向上並びに生活の質の向上の観点から重要である。目標は、次世代の健康や高齢者の健康に関する目標を含め、ライフステージの重点課題となる適正体重の維持や適切な食事等に関するものに加え、社会環境の整備を促すため、食品中の食塩含有量等の低減、特定給食施設（特定かつ多数の者に対して継続的に食事を供給する施設をいう。以下同じ。）での栄養・食事管理について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康な食生活や栄養に関する基準及び指針の策定、関係行政機関の連携による食生活に関する国民運動の推進、食育の推進、専門的機能を

有する人材の養成、企業や民間団体との協働による体制整備等に取り組む。

(2) 身体活動・運動

身体活動・運動は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持及び向上並びに生活の質の向上の観点から重要である。目標は、次世代の健康や高齢者の健康に関する目標を含め、運動習慣の定着や身体活動量の増加に関する目標とともに、身体活動や運動に取り組みやすい環境整備について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康増進のための運動基準・指針の見直し、企業や民間団体との協働による体制整備等に取り組む。

(3) 休養

休養は、生活の質に係る重要な要素であり、日常的に質量ともに十分な睡眠をとり、余暇等で体や心を養うことは、心身の健康の観点から重要である。目標は、十分な睡眠による休養の確保及び週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康増進のための睡眠指針の見直し等に取り組む。

(4) 飲酒

飲酒は、生活習慣病を始めとする様々な身体疾患や鬱病等の健康障害のリスク要因となり得るのみならず、未成年者の飲酒や飲酒運転事故等の社会的な問題の要因となり得る。目標は、生活習慣病の発症リスクを高める量を飲酒している者の減少、未成年者及び妊娠中の者の飲酒の防止について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、飲酒に関する正しい知識の普及啓発や未成年者の飲酒防止対策等に取り組む。

(5) 喫煙

喫煙は、がん、循環器疾患、糖尿病、COPDといったNCDの予防可能な最大の危険因子であるほか、低出生体重児の増加の一つの要因であり、受動喫煙も様々な疾病の原因となるため、喫煙による健康被害を回避することが重要である。目標は、成人の喫煙、未成年者の喫煙、妊娠中の喫煙及び受動喫煙の割合の低下について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、受動喫煙防止対策、禁煙希望者に対する禁煙支援、未成年者の喫煙防止対策、たばこの健康影響や禁煙についての教育、普及啓発等に取り組む。

(6) 歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は摂食と構音を良好に保つために重要であり、生活の質の向上にも大きく寄与する。目標は、健全な口腔機能を生涯にわたり維持することができるよう、疾病予防の観点から、歯周病予防、う蝕^{しよく}予防及び歯の喪失防止に加え、口腔機能の維持及び向上等について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発や「8020（ハチマルニイマル）運動」の更なる推進等に取り組む。

第三 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項

一 健康増進計画の目標の設定と評価

都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画（以下「健康増進計画」という。）の策定に当たっては、地方公共団体は、人口動態、医療・介護に関する統計、特定健康診査データ等の地域住民の健康に関する各種指標を活用しつつ、地域の社会資源等の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に評価及び改定を実施することが必要である。

都道府県においては、国が設定した全国的な健康増進の目標を勘案しつつ、その代表的なものについて、地域の実情を踏まえ、地域住民に分かりやすい目標を設定するとともに、都道府県の区域内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努めるものとする。

市町村においては、国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な各種の施策、事業、基盤整備等に関する目標に重点を置いて設定するよう努めるものとする。

二 計画策定の留意事項

健康増進計画の策定に当たっては、次の事項に留意する必要がある。

- 1 都道府県は、市町村、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者、健康づくりに取り組む企業、民間団体等の一体的な取組を推進する観点から、都道府県健康増進計画の策定及びこれらの関係者の連携の強化について中心的な役割を果たすこと。このため、都道府県は、健康増進事業実施者、医療機関、企業の代表者、都道府県労働局その他の関係者から構成される地域・職域連携推進協議会等を活用し、これらの関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について議論を行い、その結果を都道府県健康増進計画に反映させること。
- 2 都道府県健康増進計画の策定に当たっては、都道府県が策定する医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第9条第1項に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画、がん対策基本法（平成18年法律第98号）第11条第1項に規定する都道府県がん対策推進計画その他の都道府県健康増進計画と関連する計画及び都道府県が定める歯科口腔保健の推進に関する法律（平成23年法律第95号）第12条第1項に規定する基本的事項との調和に配慮すること。
また、都道府県は、市町村健康増進計画の策定の支援を行うとともに、必要に応じ、市町村ごとの分析を行い、地域間の健康格差の是正に向けた目標を都道府県健康増進計画の中で設定するよう努めること。
- 3 保健所は、地域保健の広域的、専門的かつ技術的な拠点として、健康格差の縮小を図ること等を目的とした健康情報を収集分析し、地域の住民や関係者に提供するとともに、地域の実情に応じ、市町村における市町村健康増進計画の策定の支援を行うこと。
- 4 市町村は、市町村健康増進計画を策定するに当たっては、都道府県や保健所と連携しつつ、事業の効率的な実施を図る観点から、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律第19条第1項に規定する特定健康診査等実施計画と市町村健康増進計画を一体的に策定するなど、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図るとともに、市町村が策定する介護保険法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画その他の市町村健康増進計画と関連する計画との調和に配慮すること。
また、市町村は、健康増進法（平成14年法律第103号）第17条及び第19条の2に基づき実施する健康増進事業について、市町村健康増進計画において位置付けるよう留意すること。
- 5 都道府県及び市町村は、国の目標の期間を勘案しつつ、一定の期間ごとに計画の評価及び改定を行い、住民の健康増進の継続的な取組に結び付けること。当該評価及び改定に当たっては、都道府県又は市町村自らによる取組のほか、都道府県や市町村の区域内の医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者、企業等における取組の進捗状況や目標の達成状況について評価し、その後の取組等に反映するよう留意すること。
- 6 都道府県及び市町村は、健康増進のための目標の設定や、目標を達成するまでの過程及び目標の評価において、地域住民が主体的に参加し、その意見を積極的に健康増進の取組に反映できるように留意すること。

第四 国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項

一 健康増進に関する施策を実施する際の調査の活用

国は、国民の健康増進を推進するための目標等の評価するため、国民健康・栄養調査等の企画を行い、効率的に実施する。併せて、生活習慣の改善のほか、社会環境の改善に関する調査研究についても推進する。

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査、都道府県健康・栄養調査、国民生活基礎調査、健康診査、保健指導、地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計、診療報酬明細書（レセプト）の情報その他の収集した情報等に基づき、現状分析を行うとともに、健康増進に関する施策の評価を行う。この際、個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律

第 57 号)、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 58 号)、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 59 号)、統計法(平成 19 年法律第 53 号)、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律第 11 条第 1 項の趣旨を踏まえて制定される条例等を遵守するほか、各種調査の結果等を十分活用するなどにより、科学的な根拠に基づいた健康増進に関する施策を効率的に実施することが重要である。

また、これらの調査等により得られた情報については、積極的な公表に努める。

さらに、国、地方公共団体は、ICT(情報通信技術をいう。以下同じ。)を利用して、健診結果等の健康情報を個人が活用するとともに、全国規模で健康情報を収集・分析し、国民や関係者が効果的な生活習慣病対策を実施することができる仕組みを構築するよう努める。

二 健康の増進に関する研究の推進

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民の社会環境や生活習慣と生活習慣病との関連等に関する研究を推進し、研究結果に関して的確かつ十分な情報の提供を国民や関係者に対し行う。また、新たな研究の成果については、健康増進に関する基準や指針に反映させるなど、効果的な健康増進の実践につながるよう支援を行っていくことが必要である。

第五 健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項

各保健事業者は、質の高い保健サービスを効果的かつ継続的に提供するため、特定健康診査・特定保健指導、がん検診、労働者を対象とした健康診断等の徹底を図るとともに、転居、転職、退職等にも適切に対応し得るよう、保健事業の実施に当たって、既存の組織の有効活用のほか、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、共同事業の実施等保健事業者相互の連携の促進を図られることが必要である。

具体的な方法として、がん検診、特定健康診査その他の各種検診の実施主体間で、個人の健康情報の共有を図るなど、健康に関する対策を効果的かつ効果的に実施することがある。また、受診者の利便性の向上や受診率の目標達成に向けて、がん検診や特定健康診査その他の各種検診を同時に実施することや、各種検診の実施主体の参加による受診率の向上に関するキャンペーンを実施することがある。

なお、健康診査の実施等に係る健康増進事業実施者間の連携については、これらのほか、健康増進法第 9 条第 1 項に基づく健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針の定めるところによる。

第六 食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項

一 基本的な考え方

健康増進は、国民の意識と行動の変容が必要であることから、国民の主体的な健康増進の取組を支援するため、国民に対する十分かつ確かな情報提供が必要である。このため、当該情報提供は、生活習慣に関して、科学的知見に基づき、分かりやすく、国民の健康増進の取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫する。また、当該情報提供において、家庭、保育所、学校、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めるよう工夫する。

生活習慣に関する情報提供に当たっては、ICTを含むマスメディアや健康増進に関するボランティア団体、産業界、学校教育、医療保険者、保健事業における健康相談等多様な経路を活用するとともに、対象集団の特性に応じた効果的な働きかけを、複数の方法を組み合わせる行うことが重要である。なお、情報提供に当たっては、誤った情報や著しく偏った不適切な情報を提供しないよう取り組むものとする。

また、国、地方公共団体等は、生活習慣の各分野に関し、指針の策定、普及等に取り組む。

二 健康増進普及月間等

国民運動の一層の推進を図るため、9 月を健康増進普及月間とし、国、地方公共団体、企業、民間団体等が行う様々なイベントや広報活動等の普及啓発活動等を通じ、国民の自覚を高めるほか、社会全体で健康づくりを支え合う環境を醸成するための健康増進の取組を一層促進すること

とする。

また、当該取組が一層効果的となるよう、併せて、食生活改善普及運動を9月に実施する。

健康増進普及月間及び食生活改善普及運動（以下「健康増進普及月間等」という。）の実施に当たっては、地域の実情に応じた課題を設定し、健康に関心の薄い者も含めてより多くの住民が参加できるように工夫するよう努めることが必要である。また、地域における活動のほか、国、地方公共団体、企業、民間団体等が相互に協力して、全国規模の中核的なイベント等を実施することにより、健康増進普及月間等の重点的かつ効果的な実施を図る。

第七 その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

一 地域の健康課題を解決するための効果的な推進体制

健康増進に関係する機関及び団体等がそれぞれ果たすべき役割を認識するとともに、地域の健康課題を解決するため、市町村保健センター、保健所、医療保険者、医療機関、薬局、地域包括支援センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等から構成される中核的な推進組織が、市町村保健センター、保健所を中心として、各健康増進計画に即して、当該計画の目標を達成するための行動計画を設定し、各機関及び団体等の取組をそれぞれ補完し合うなど職種間で連携を図ることにより、効果的な取組が図られることが望ましい。

また、国は、地方公共団体が健康増進計画の策定等を行う際に、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、都道府県も市町村に対し同様の技術的援助を行うことが必要である。

二 多様な主体による自発的取組や連携の推進

栄養、運動、休養に関連する健康増進サービス関連企業、健康機器製造関連企業、食品関連企業を始めとして、健康づくりに関する活動に取り組む企業、NGO、NPO等の団体は、国民の健康増進に向けた取組を一層推進させるための自発的取組を行うとともに、当該取組について国民に情報発信を行うことが必要である。国、地方公共団体等は、当該取組の中で、優れた取組を行う企業等を評価するとともに、当該取組が国民に広く知られるよう、積極的に当該取組の広報を行うなど、健康づくりのための社会環境の整備に取り組む企業等が増加するような動機付けを与えることが必要である。健康増進の取組としては、民間の健康増進サービスを実施する企業等が、健診・検診の実施主体その他関係機関と連携し、対象者に対して効果的かつ効率的に健康増進サービスを提供することも考えられる。こうした取組の推進により、対象者のニーズに応じた多様で質の高い健康増進サービスに係る市場の育成が図られる。

また、健康増進の取組を推進するに当たっては、健康づくり対策、食育、母子保健、精神保健、介護予防及び就業上の配慮や保健指導等を含む産業保健の各分野における対策並びに医療保険の保険者が実施する対策を含めた厚生労働行政分野における健康増進に関する対策のほか、学校保健対策、ウォーキングロード（遊歩道等の人の歩行の用に供する道をいう。）の整備等の対策、森林等の豊かな自然環境の利用促進対策、総合型地域スポーツクラブの活用等の生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、関係行政分野、関係行政機関等が十分に連携する必要がある。

三 健康増進を担う人材

地方公共団体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康等の生活習慣全般についての保健指導及び住民からの相談を担当する。

国及び地方公共団体は、健康増進に関する施策を推進するための保健師、管理栄養士等の確保及び資質の向上、健康運動指導士等の健康増進のための運動指導者や健康スポーツ医との連携、食生活改善推進員、運動普及推進員、禁煙普及員等のボランティア組織や健康増進のための自助グループの支援体制の構築等に努める。

このため、これらの人材について、国において総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図るとともに、都道府県において市町村、医

療保険者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体等と連携し、地方公共団体の職員だけでなく、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく研修の充実を図ることが必要である。

また、地域保健担当者、学校保健担当者等は、国民の健康増進のために相互に連携を図るよう努める。

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

項 目	現 状	目 標
① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	男性 70.42年 女性 73.62年 （平成22年）	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 （平成34年度）
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）	男性 2.79年 女性 2.95年 （平成22年）	都道府県格差の縮小 （平成34年度）

（注） 上記①の目標を実現するに当たっては、「日常生活に制限のない期間の平均」のみならず、「自分が健康であると自覚している期間の平均」についても留意することとする。

また、上記②の目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各都道府県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むものである。

別表第二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

(1) がん

項 目	現 状	目 標
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）	84.3 （平成22年）	73.9 （平成27年）
② がん検診の受診率の向上	胃がん 男性 36.6% 女性 28.3% 肺がん 男性 26.4% 女性 23.0% 大腸がん 男性 28.1% 女性 23.9% 子宮頸がん 女性 37.7% 乳がん 女性 39.1% （平成22年）	50% （胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%） （平成28年度）

（注） がん検診の受診率の算定に当たっては、40歳から69歳まで（子宮頸がんは20歳から69歳まで）を対象とする。

(2) 循環器疾患

項 目	現 状	目 標
① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	脳血管疾患 男性 49.5 女性 26.9 虚血性心疾患 男性 36.9 女性 15.3 （平成22年）	脳血管疾患 男性 41.6 女性 24.7 虚血性心疾患 男性 31.8 女性 13.7 （平成34年度）
② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	男性 138mmHg 女性 133mmHg （平成22年）	男性 134mmHg 女性 129mmHg （平成34年度）
③ 脂質異常症の減少	総コレステロール240mg/	総コレステロール240mg/

	d1以上の者の割合 男性 13.8% 女性 22.0% LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合 男性 8.3% 女性 11.7% (平成22年)	d1以上の者の割合 男性 10% 女性 17% LDLコレステロール 160mg/dl以上の者の割合 男性 6.2% 女性 8.8% (平成34年度)
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	1,400万人 (平成20年度)	平成20年度と比べて 25%減少 (平成27年度)
⑤ 特定健康診査・特定保健指導の 実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% (平成21年度)	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)

(3) 糖尿病

項 目	現 状	目 標
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	16,247人 (平成22年)	15,000人 (平成34年度)
② 治療継続者の割合の増加	63.7% (平成22年)	75% (平成34年度)
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%（NG SP値8.4%）以上の者の割合の 減少)	1.2% (平成21年度)	1.0% (平成34年度)
④ 糖尿病有病者の増加の抑制	890万人 (平成19年)	1000万人 (平成34年度)
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）	1,400万人 (平成20年度)	平成20年度と比べて25%減 少 (平成27年度)
⑥ 特定健康診査・特定保健指導の 実施率の向上（再掲）	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% (平成21年度)	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)

(4) COPD

項 目	現 状	目 標
① COPDの認知度の向上	25% (平成23年)	80% (平成34年度)

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

項 目	現 状	目 標
① 自殺者の減少（人口10万人当た）	23.4	自殺総合対策大綱の見直し

り)	(平成22年)	の状況を踏まえて設定
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	10.4% (平成22年)	9.4% (平成34年度)
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	33.6% (平成19年)	100% (平成32年)
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	小児科医 94.4 (平成22年) 児童精神科医 10.6 (平成21年)	増加傾向へ (平成26年)

(2) 次世代の健康

項 目	現 状	目 標
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	小学5年生 89.4% (平成22年度)	100%に近づける (平成34年度)
イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	(参考値) 週に3日以上 小学5年生 男子 61.5% 女子 35.9% (平成22年)	増加傾向へ (平成34年度)
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	9.6% (平成22年)	減少傾向へ (平成26年)
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 4.60% 女子 3.39% (平成23年)	減少傾向へ (平成26年)

(3) 高齢者の健康

項 目	現 状	目 標
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人 (平成24年度)	657万人 (平成37年度)
② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	0.9% (平成21年)	10% (平成34年度)
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	(参考値) 17.3% (平成24年)	80% (平成34年度)
④ 低栄養傾向（BMI 20以下）の高齢者の割合の増加の抑制	17.4% (平成22年)	22% (平成34年度)
⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）	男性 218人 女性 291人 (平成22年)	男性 200人 女性 260人 (平成34年度)
⑥ 高齢者の社会参加の促進（就業）	(参考値) 何らかの地域活動	80%

又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)	をしている高齢者の割合 男性 64.0% 女性 55.1% (平成20年)	(平成34年度)
---------------------------	--	----------

(注) 上記①の目標については、社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)の策定に当たって試算した結果に基づき設定したものである。

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

項 目	現 状	目 標
① 地域のつながりの強化(居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加)	(参考値)自分と地域のつながりが強い方だと思う割合 45.7% (平成19年)	65% (平成34年度)
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	(参考値)健康や医療サービスに関係したボランティア活動をしている割合 3.0% (平成18年)	25% (平成34年度)
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	420社 (平成24年)	3,000社 (平成34年度)
④ 健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	(参考値)民間団体から報告のあった活動拠点数 7,134 (平成24年)	15,000 (平成34年度)
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)	11都道府県 (平成24年)	47都道府県 (平成34年度)

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

項 目	現 状	目 標
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)	20歳~60歳代男性の肥満者の割合 31.2% 40歳~60歳代女性の肥満者の割合 22.2% 20歳代女性のやせの者の割合 29.0% (平成22年)	20歳~60歳代男性の肥満者の割合 28% 40歳~60歳代女性の肥満者の割合 19% 20歳代女性のやせの者の割合 20% (平成34年度)
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	68.1% (平成23年)	80% (平成34年度)

イ 食塩摂取量の減少	10.6g (平成22年)	8g (平成34年度)
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	野菜摂取量の平均値 282g 果物摂取量100g未満の者の割合 61.4% (平成22年)	野菜摂取量の平均値 350g 果物摂取量100g未満の者の割合 30% (平成34年度)
③ 共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少)	朝食 小学生 15.3% 中学生 33.7% 夕食 小学生 2.2% 中学生 6.0% (平成22年度)	減少傾向へ (平成34年度)
④ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	食品企業登録数 14社 飲食店登録数 17,284店舗 (平成24年)	食品企業登録数 100社 飲食店登録数 30,000店舗 (平成34年度)
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	(参考値) 管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合 70.5% (平成22年)	80% (平成34年度)

(2) 身体活動・運動

項 目	現 状	目 標
① 日常生活における歩数の増加	20歳～64歳 男性 7,841歩 女性 6,883歩 65歳以上 男性 5,628歩 女性 4,584歩 (平成22年)	20歳～64歳 男性 9,000歩 女性 8,500歩 65歳以上 男性 7,000歩 女性 6,000歩 (平成34年度)
② 運動習慣者の割合の増加	20歳～64歳 男性 26.3% 女性 22.9% 65歳以上 男性 47.6% 女性 37.6% (平成22年)	20歳～64歳 男性 36% 女性 33% 65歳以上 男性 58% 女性 48% (平成34年度)
③ 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	17都道府県 (平成24年)	47都道府県 (平成34年度)

(3) 休養

項 目	現 状	目 標
① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4% (平成21年)	15% (平成34年度)
② 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	9.3% (平成23年)	5.0% (平成32年)

(4) 飲酒

項 目	現 状	目 標
① 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少	男性 15.3% 女性 7.5% (平成22年)	男性 13% 女性 6.4% (平成34年度)
② 未成年者の飲酒をなくす	中学3年生 男子 10.5% 女子 11.7% 高校3年生 男子 21.7% 女子 19.9% (平成22年)	0% (平成34年度)
③ 妊娠中の飲酒をなくす	8.7% (平成22年)	0% (平成26年)

(5) 喫煙

項 目	現 状	目 標
① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	19.5% (平成22年)	12% (平成34年度)
② 未成年者の喫煙をなくす	中学1年生 男子 1.6% 女子 0.9% 高校3年生 男子 8.6% 女子 3.8% (平成22年)	0% (平成34年度)
③ 妊娠中の喫煙をなくす	5.0% (平成22年)	0% (平成26年)
④ 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少	行政機関 16.9% 医療機関 13.3% (平成20年) 職場 64% (平成23年) 家庭 10.7% 飲食店 50.1% (平成22年)	行政機関 0% 医療機関 0% (平成34年度) 職場 受動喫煙の無い職場の実現 (平成32年) 家庭 3% 飲食店 15% (平成34年度)

(6) 歯・口腔の健康

項 目	現 状	目 標
① 口腔機能の維持・向上（60歳代における咀嚼 ^{そしやく} 良好者の割合の増加）	73.4% (平成21年)	80% (平成34年度)
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	25.0% (平成17年)	50% (平成34年度)

イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	60.2% (平成17年)	70% (平成34年度)
ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加	54.1% (平成17年)	75% (平成34年度)
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	31.7% (平成21年)	25% (平成34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% (平成17年)	25% (平成34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% (平成17年)	45% (平成34年度)
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	6 都道府県 (平成21年)	23都道府県 (平成34年度)
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	7 都道府県 (平成23年)	28都道府県 (平成34年度)
⑤ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	34.1% (平成21年)	65% (平成34年度)

○厚生労働省告示第五十号

健康増進法（平成十四年法律第百三号）第七条第一項の規定に基づき、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成二十四年厚生労働省告示第四百三十号）の一部を次の表のように改正し、平成三十一年二月二十八日から適用することとしたので、同条第四項の規定に基づき公表する。

平成三十一年二月二十八日

厚生労働大臣 根本 匠

改正後	改正前
<p>第三 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項</p> <p>一 (略)</p> <p>二 計画策定の留意事項 健康増進計画の策定に当たっては、次の事項に留意する必要がある。</p> <p>1 (略)</p> <p>2 都道府県健康増進計画の策定に当たっては、都道府県が策定する医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第9条第1項に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画、がん対策基本法（平成18年法律第98号）<u>第12条第1項</u>に規定する都道府県がん対策推進計画その他の都道府県健康増進計画と関連する計画及び都道府県が定める歯科口腔保健の推進に関する法律（平成23年法律第95号）第12条第1項に規定する基本的事項との調和に配慮すること。</p> <p>また、都道府県は、市町村健康増進計画の策定の支援を行うとともに、必要に応じ、市町村ごとの分析を行い、地域間の健康格差の是正に向けた目標を都道府県健康増進計画の中で設定するよう努めること。</p> <p>3～6 (略)</p> <p>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</p> <p>(1) がん</p>	<p>第三 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項</p> <p>一 (略)</p> <p>二 計画策定の留意事項 健康増進計画の策定に当たっては、次の事項に留意する必要がある。</p> <p>1 (略)</p> <p>2 都道府県健康増進計画の策定に当たっては、都道府県が策定する医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第9条第1項に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画、がん対策基本法（平成18年法律第98号）<u>第11条第1項</u>に規定する都道府県がん対策推進計画その他の都道府県健康増進計画と関連する計画及び都道府県が定める歯科口腔保健の推進に関する法律（平成23年法律第95号）第12条第1項に規定する基本的事項との調和に配慮すること。</p> <p>また、都道府県は、市町村健康増進計画の策定の支援を行うとともに、必要に応じ、市町村ごとの分析を行い、地域間の健康格差の是正に向けた目標を都道府県健康増進計画の中で設定するよう努めること。</p> <p>3～6 (略)</p> <p>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</p> <p>(1) がん</p>

項目	現状	目標
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）	(略)	<u>減少傾向へ</u> (平成34年度)
② がん検診の受診率の向上	(略)	<u>50%</u> (平成34年度)

(注) (略)

(2) 循環器疾患

項目	現状	目標
①～③ (略)	(略)	(略)
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	(略)	平成20年度と比べて <u>25%減少</u> (平成34年度)
⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	(略)	<u>特定健康診査の実施率 70%以上</u> <u>特定保健指導の実施率 45%以上</u> (平成35年度)

(3) 糖尿病

項目	現状	目標
①～④ (略)	(略)	(略)
⑤ メタボリックシンドロームの該当者及	(略)	平成20年度と比べて <u>25%減少</u> (平成34年度)

項目	現状	目標
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）	(略)	<u>73.9</u> (平成27年度)
② がん検診の受診率の向上	(略)	<u>50%</u> (胃がん、肺がん、 大腸がんは当面40%) (平成28年度)

(注) (略)

(2) 循環器疾患

項目	現状	目標
①～③ (略)	(略)	(略)
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	(略)	平成20年度と比べて <u>25%減少</u> (平成27年度)
⑤ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	(略)	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 <u>設定</u> (平成29年度)

(3) 糖尿病

項目	現状	目標
①～④ (略)	(略)	(略)
⑤ メタボリックシンドロームの該当者及	(略)	平成20年度と比べて <u>25%減少</u> (平成27年度)

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)	(略)	特定健康診査の実施率 70%以上 特定保健指導の実施率 45%以上 (平成35年度)

(4) (略)

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

項目	現状	目標
① 自殺者の減少(人口10万人当たり)	(略)	13.0以下 (平成38年度)
②・③(略)	(略)	(略)
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	(略)	増加傾向へ (平成34年度)

(2) 次世代の健康

項目	現状	目標
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(略)	(略)	(略)
イ 運動やスポーツ	1週間の総運動時	減少傾向へ

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)	(略)	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)

(4) (略)

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

項目	現状	目標
① 自殺者の減少(人口10万人当たり)	(略)	自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定
②・③(略)	(略)	(略)
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	(略)	増加傾向へ (平成26年)

(2) 次世代の健康

項目	現状	目標
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(略)	(略)	(略)
イ 運動やスポーツ	(参考値)週に3	増加傾向へ

ーツを習慣的にに行っていない子どもの割合の減少	間が60分未満の子どもの割合 小学5年生 男子 10.5% 女子 24.2% (平成22年度)	(平成34年度)
-------------------------	---	----------

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	9.6% (平成22年)	減少傾向へ (平成34年)
----------------------	-----------------	------------------

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 4.60% 女子 3.39% (平成23年)	児童・生徒における肥満傾向児の割合 7.0% (平成36年度)
--------------------	---	---------------------------------------

(3) 高齢者の健康

項目	現状	目標
①(略)	(略)	(略)
② 認知症サポーター数の増加	330万人 (平成23年度)	1,200万人 (平成32年度)
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	44.4% (平成27年 公益財団法人運動器の10年・日本協会によるインターネット調査)	(略)

ーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	日以上 小学5年生 男子 61.5% 女子 35.9% (平成22年)	(平成34年度)
----------------------	---	----------

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	9.6% (平成22年)	減少傾向へ (平成26年)
----------------------	-----------------	------------------

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 4.60% 女子 3.39% (平成23年)	減少傾向へ (平成26年)
--------------------	---	------------------

(3) 高齢者の健康

項目	現状	目標
①(略)	(略)	(略)
② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	0.9% (平成21年)	10% (平成34年度)
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	(参考値)17.3% (平成24年)	(略)

	(参考値)17.3% (平成24年 日本整形外科学会による国際調査)	
④・⑤ (略)	(略)	(略)
⑥ 高齢者の社会参加の促進 (就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)	高齢者の社会参加の状況 男性 63.6% 女性 55.2% (平成24年)	(略)

(注) (略)

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

項目	現状	目標
① 地域のつながりの強化 (居住地域で互いに助け合っていると思う国民の割合の増加)	居住地域で互いに助け合っていると思う国民の割合 50.4% (平成23年)	(略)
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	健康づくりに関係したボランティア活動への参加割合 27.7% (平成24年)	(略)
③ 健康づくりに関する活動	参画企業数 233社	参画企業数 3,000社

④・⑤ (略)	(略)	(略)
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)	(参考値) 何らかの地域活動をしている高齢者の割合 男性 64.0% 女性 55.1% (平成20年)	(略)

(注) (略)

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

項目	現状	目標
① 地域のつながりの強化 (居住地域で互いに助け合っていると思う国民の割合の増加)	(参考値) 自分と地域のつながりが強い方だと思う割合 45.7% (平成19年)	(略)
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	(参考値) 健康や医療サービスに係ったボランティア活動をしている割合 3.0%	(略)
③ 健康づくりに関する活動	420社 (平成24年)	3,000社 (平成34年度)

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	参画団体数 367団体 (平成23年度)	参画団体数 7,000団体 (平成34年度)
④・⑤ (略)	(略)	(略)

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)～(3) (略)
(4) 飲酒

項目	現状	目標
①・② (略)	(略)	(略)
③ 妊娠中の飲酒をなくす	(略)	0% (平成34年度)

(5) 喫煙

項目	現状	目標
①・② (略)	(略)	(略)
③ 妊娠中の喫煙をなくす	(略)	0% (平成34年度)
④ 受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	(略)	望まない受動喫煙のない社会の実現 (平成34年度)

(6) 歯・口腔の健康

項目	現状	目標
----	----	----

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		
④・⑤ (略)	(略)	(略)

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)～(3) (略)
(4) 飲酒

項目	現状	目標
①・② (略)	(略)	(略)
③ 妊娠中の飲酒をなくす	(略)	0% (平成26年)

(5) 喫煙

項目	現状	目標
①・② (略)	(略)	(略)
③ 妊娠中の喫煙をなくす	(略)	0% (平成26年)
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	(略)	行政機関 0% 医療機関 0% (平成34年度) 職場 受動喫煙のない職場の実現 (平成32年) 家庭 3% 飲食店 15% (平成34年度)

(6) 歯・口腔の健康

項目	現状	目標
----	----	----

① (略)	(略)	(略)
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	(略)	60% (平成34年度)
イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	(略)	80% (平成34年度)
ウ (略)	(略)	(略)
③ (略)		
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	(略)	47都道府県 (平成34年度)
イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	(略)	47都道府県 (平成34年度)
ウ (略)	(略)	(略)
⑤ (略)	(略)	(略)

① (略)	(略)	(略)
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	(略)	50% (平成34年度)
イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	(略)	70% (平成34年度)
ウ (略)	(略)	(略)
③ (略)		
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	(略)	23都道府県 (平成34年度)
イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	(略)	28都道府県 (平成34年度)
ウ (略)	(略)	(略)
⑤ (略)	(略)	(略)

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の一部を改正する件

○厚生労働省告示第三百二号

健康増進法（平成十四年法律第百三号）第七条第一項の規定に基づき、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成二十四年厚生労働省告示第四百三十号）の一部を次の表のように改正したので、同条第四項の規定に基づき公表する。

令和三年八月四日

厚生労働大臣 田村 憲久

改 正 後	改 正 前																		
<p>この方針は、21世紀の我が国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、平成25年度から令和5年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」（以下「国民運動」という。）を推進するものである。</p> <p>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</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項 目</th> <th>現 状</th> <th>目 標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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）</td> <td>(略)</td> <td>平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (令和4年度)</td> </tr> <tr> <td>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）</td> <td>(略)</td> <td>都道府県格差の縮小 (令和4年度)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) (略)</p> <p>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</p>	項 目	現 状	目 標	① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	(略)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (令和4年度)	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）	(略)	都道府県格差の縮小 (令和4年度)	<p>この方針は、21世紀の我が国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、平成25年度から平成34年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」（以下「国民運動」という。）を推進するものである。</p> <p>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</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項 目</th> <th>現 状</th> <th>目 標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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）</td> <td>(略)</td> <td>平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (平成34年度)</td> </tr> <tr> <td>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）</td> <td>(略)</td> <td>都道府県格差の縮小 (平成34年度)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(注) (略)</p> <p>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</p>	項 目	現 状	目 標	① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	(略)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (平成34年度)	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）	(略)	都道府県格差の縮小 (平成34年度)
項 目	現 状	目 標																	
① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	(略)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (令和4年度)																	
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）	(略)	都道府県格差の縮小 (令和4年度)																	
項 目	現 状	目 標																	
① 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	(略)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (平成34年度)																	
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）	(略)	都道府県格差の縮小 (平成34年度)																	

(1) がん

項 目	現 状	目 標
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）	(略)	減少傾向へ (令和4年)
② がん検診の受診率の向上	(略)	50% (令和4年度)

(注) (略)

(2) 循環器疾患

項 目	現 状	目 標
① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	(略)	脳血管疾患 男性 41.6 女性 24.7 虚血性心疾患 男性 31.8 女性 13.7 (令和4年度)
② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	(略)	男性 134mmHg 女性 129mmHg (令和4年度)
③ 脂質異常症の減少	(略)	総コレステロール240mg/dl以上の者の割合 男性 10% 女性 17% LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合

(1) がん

項 目	現 状	目 標
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）	(略)	減少傾向へ (平成34年)
② がん検診の受診率の向上	(略)	50% (平成34年度)

(注) (略)

(2) 循環器疾患

項 目	現 状	目 標
① 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	(略)	脳血管疾患 男性 41.6 女性 24.7 虚血性心疾患 男性 31.8 女性 13.7 (平成34年度)
② 高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	(略)	男性 134mmHg 女性 129mmHg (平成34年度)
③ 脂質異常症の減少	(略)	総コレステロール240mg/dl以上の者の割合 男性 10% 女性 17% LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合

		男性 6.2% 女性 8.8% (令和4年度)
④	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	平成20年度と比べて25%減少 (令和4年度)
⑤	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 70%以上 特定保健指導の実施率 45%以上 (令和5年度)

(3) 糖尿病

項目	現 状	目 標
①	合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	15,000人 (令和4年度)
②	治療継続者の割合の増加	75% (令和4年度)
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	1.0% (令和4年度)

		男性 6.2% 女性 8.8% (平成34年度)
④	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	平成20年度と比べて25%減少 (平成34年度)
⑤	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 70%以上 特定保健指導の実施率 45%以上 (平成35年度)

(3) 糖尿病

項目	現 状	目 標
①	合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	15,000人 (平成34年度)
②	治療継続者の割合の増加	75% (平成34年度)
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	1.0% (平成34年度)

	上の者の割合の減少	
④	糖尿病有病者の増加の抑制	1,000万人 (令和4年度)
⑤	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）	平成20年度と比べて25%減少 (令和4年度)
⑥	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	特定健康診査の実施率 70%以上 特定保健指導の実施率 45%以上 (令和5年度)

(4) COPD

項目	現 状	目 標
①	COPDの認知度の向上	80% (令和4年度)

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

項目	現 状	目 標
①	自殺者の減少（人口10万人当たり）	13.0以下 (令和8年度)
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	9.4% (令和4年度)

	上の者の割合の減少	
④	糖尿病有病者の増加の抑制	1000万人 (平成34年度)
⑤	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）	平成20年度と比べて25%減少 (平成34年度)
⑥	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	特定健康診査の実施率 70%以上 特定保健指導の実施率 45%以上 (平成35年度)

(4) COPD

項目	現 状	目 標
①	COPDの認知度の向上	80% (平成34年度)

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

項目	現 状	目 標
①	自殺者の減少（人口10万人当たり）	13.0以下 (平成38年度)
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	9.4% (平成34年度)

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	(略)	100% (令和2年)
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	(略)	増加傾向へ (令和4年度)

(2) 次世代の健康

項目	現状	目標
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	(略)	100%に近づける (令和4年度)
イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少	(略)	減少傾向へ (令和4年度)

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	(略)	100% (平成32年)
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	(略)	増加傾向へ (平成34年度)

(2) 次世代の健康

項目	現状	目標
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	(略)	100%に近づける (平成34年度)
イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少	(略)	減少傾向へ (平成34年度)

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	(略)	減少傾向へ (令和4年)
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	(略)	児童・生徒における肥満傾向児の割合 7.0% (令和6年度)

(3) 高齢者の健康

項目	現状	目標
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制	(略)	657万人 (令和7年度)
② 認知症サポーター数の増加	(略)	1,200万人 (令和2年度)
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	(略)	80% (令和4年度)
④ 低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	(略)	22% (令和4年度)
⑤ 足腰に痛みのある高齢者	(略)	男性 200人 女性 260人

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	(略)	減少傾向へ (平成34年)
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	(略)	児童・生徒における肥満傾向児の割合 7.0% (平成36年度)

(3) 高齢者の健康

項目	現状	目標
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制	(略)	657万人 (平成37年度)
② 認知症サポーター数の増加	(略)	1200万人 (平成32年度)
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	(略)	80% (平成34年度)
④ 低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	(略)	22% (平成34年度)
⑤ 足腰に痛みのある高齢者	(略)	男性 200人 女性 260人

の割合の減少 (1,000人当 たり)		(令和4年度)
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)	(略)	80% (令和4年度)

(注) (略)

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

項目	現 状	目 標
① 地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	(略)	65% (令和4年度)
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	(略)	25% (令和4年度)
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	参画企業数 233社 参画団体数 367団体 (平成23年度)	参画企業数 3,000社 参画団体数 7,000団体 (令和4年度)

の割合の減少 (1,000人当 たり)		(平成34年度)
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)	(略)	80% (平成34年度)

(注) (略)

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

項目	現 状	目 標
① 地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	(略)	65% (平成34年度)
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	(略)	25% (平成34年度)
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	参画企業数 233社 参画団体数 367団体 (平成23年度)	参画企業数 3,000社 参画団体数 7,000団体 (平成34年度)

業等登録数の増加		
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	(略)	15,000 (令和4年度)
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）	(略)	47都道府県 (令和4年度)

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

項目	現 状	目 標
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	(略)	20歳～60歳代男性の肥満者の割合 28% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合 19% 20歳代女性のやせの者の割合 20%

業等登録数の増加		
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	(略)	15,000 (平成34年度)
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）	(略)	47都道府県 (平成34年度)

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

項目	現 状	目 標
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	(略)	20歳～60歳代男性の肥満者の割合 28% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合 19% 20歳代女性のやせの者の割合 20%

未満)の減少)		(令和4年度)
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	(略)	80% (令和4年度)
イ 食塩摂取量の減少	(略)	8g (令和4年度)
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	(略)	野菜摂取量の平均値 350g 果物摂取量100g未満の者の割合 30% (令和4年度)
③ 共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少)	(略)	減少傾向へ (令和4年度)
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	(略)	食品企業登録数 10 0社 飲食店登録数 30,000店舗 (令和4年度)

未満)の減少)		(平成34年度)
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	(略)	80% (平成34年度)
イ 食塩摂取量の減少	(略)	8g (平成34年度)
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	(略)	野菜摂取量の平均値 350g 果物摂取量100g未満の者の割合 30% (平成34年度)
③ 共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少)	(略)	減少傾向へ (平成34年度)
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	(略)	食品企業登録数 10 0社 飲食店登録数 30,000店舗 (平成34年度)

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	(略)	80% (令和4年度)
--	-----	----------------

(2) 身体活動・運動

項目	現 状	目 標
① 日常生活における歩数の増加	(略)	20歳～64歳 男性 9,000歩 女性 8,500歩 65歳以上 男性 7,000歩 女性 6,000歩 (令和4年度)
② 運動習慣者の割合の増加	(略)	20歳～64歳 男性 36% 女性 33% 65歳以上 男性 58% 女性 48% (令和4年度)
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	(略)	47都道府県 (令和4年度)

(3) 休養

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	(略)	80% (平成34年度)
--	-----	-----------------

(2) 身体活動・運動

項目	現 状	目 標
① 日常生活における歩数の増加	(略)	20歳～64歳 男性 9,000歩 女性 8,500歩 65歳以上 男性 7,000歩 女性 6,000歩 (平成34年度)
② 運動習慣者の割合の増加	(略)	20歳～64歳 男性 36% 女性 33% 65歳以上 男性 58% 女性 48% (平成34年度)
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	(略)	47都道府県 (平成34年度)

(3) 休養

項目	現 状	目 標
① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	(略)	15% (令和4年度)
② 週労働時間60時間以上の雇用の割合の減少	(略)	5.0% (令和2年)

(4) 飲酒

項目	現 状	目 標
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	(略)	男性 13% 女性 6.4% (令和4年度)
② 未成年者の飲酒をなくす	(略)	0% (令和4年度)
③ 妊娠中の飲酒をなくす	(略)	0% (令和4年度)

(5) 喫煙

項目	現 状	目 標
① 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい	(略)	12% (令和4年度)

項目	現 状	目 標
① 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	(略)	15% (平成34年度)
② 週労働時間60時間以上の雇用の割合の減少	(略)	5.0% (平成32年)

(4) 飲酒

項目	現 状	目 標
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	(略)	男性 13% 女性 6.4% (平成34年度)
② 未成年者の飲酒をなくす	(略)	0% (平成34年度)
③ 妊娠中の飲酒をなくす	(略)	0% (平成34年度)

(5) 喫煙

項目	現 状	目 標
① 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい	(略)	12% (平成34年度)

者がやめる		
② 未成年者の喫煙をなくす	(略)	0% (令和4年度)
③ 妊娠中の喫煙をなくす	(略)	0% (令和4年度)
④ 受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	(略)	望まない受動喫煙のない社会の実現 (令和4年度)

(6) 歯・口腔の健康

項目	現 状	目 標
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)	(略)	80% (令和4年度)
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	(略)	60% (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	(略)	80% (令和4年度)
ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加	(略)	75% (令和4年度)
③ 歯周病を有		

者がやめる		
② 未成年者の喫煙をなくす	(略)	0% (平成34年度)
③ 妊娠中の喫煙をなくす	(略)	0% (平成34年度)
④ 受動喫煙の機会を有する者の割合の減少	(略)	望まない受動喫煙のない社会の実現 (平成34年度)

(6) 歯・口腔の健康

項目	現 状	目 標
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)	(略)	80% (平成34年度)
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	(略)	60% (平成34年度)
イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	(略)	80% (平成34年度)
ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加	(略)	75% (平成34年度)
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	(略)	25% (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	(略)	25% (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	(略)	45% (令和4年度)
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	(略)	47都道府県 (令和4年度)
イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	(略)	47都道府県 (令和4年度)
⑤ 過去1年間	(略)	65%

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	(略)	25% (平成34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	(略)	25% (平成34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	(略)	45% (平成34年度)
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	(略)	47都道府県 (平成34年度)
イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	(略)	47都道府県 (平成34年度)
⑤ 過去1年間	(略)	65%

に歯科検診を受診した者の割合の増加		(令和4年度)
-------------------	--	---------

に歯科検診を受診した者の割合の増加		(平成34年度)
-------------------	--	----------