

特集：令和6年度から始まる厚生労働省の施策

<総説>

健康日本21（第三次）の12年間の取組の開始

和田安代

国立保健医療科学院生涯健康研究部

Start of the 12-year initiative for the third term of Health Japan 21

WADA Yasuyo

Department of Health Promotion, National Institute of Public Health

抄録

健康日本21（第三次）では、社会の多様化にともなって健康課題も多様化する中で、「誰一人取り残さない健康づくり」の展開（Inclusion）、「より実効性をもつ取組」の推進（Implementation）に重点が置かれている。健康日本21（第三次）のビジョンは、「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」であり、令和6～17年度の12年間の予定である。基本的な方向性は、ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり、そして社会環境の質の向上の上に、個人の行動と健康状態の改善を目指し、最終的に健康寿命の延伸と健康格差の縮小を達成し、ビジョンを実現するための健康づくり運動を進め、「誰一人取り残さない健康づくり」を推進する。健康日本21（第三次）では、女性の健康、自然に健康になれる環境づくり、他の計画や施策との連携も含む目標設定、アクションプランの提示、個人の健康情報の見える化・利活用について記載を具体化といった新たな視点を取り入れられた。健康日本21（第三次）の目標は全部で51項目設定された。目標については、健康に関する科学的なエビデンスに基づくこと、継続性や事後的な実態把握等を加味し、データ源は公的統計を利用することを原則とし、目標値は、直近の傾向や科学的なエビデンス等を考慮し、原則として健康日本21（第二次）で未達成のものは同じ目標値、目標を達成したものはさらに高い目標値として設定されている。新たな目標として、睡眠時間が十分に確保できている者の増加、COPD（慢性閉塞性肺疾患）の死亡率の減少、「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進、健康経営の推進、骨粗鬆症検診受診率の向上が挙げられる。評価方法や時期等に関しては計画策定時に決めておくべきであり、健康日本21（第三次）ではそれがなされており、令和6年国民健康・栄養調査の結果を最新値としてベースラインを提示する。全ての目標について、計画開始後6年である令和11年を目途に中間評価を行い、計画開始後10年後の令和15年（2033年）を目途に最終評価を行うことで、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ことが可能となる。評価や分析に応じて、基本方針も必要に応じて更新するなど、PDCAサイクルを通じてより効果的な健康づくりを実施していく。

キーワード：健康日本21（第三次）、誰一人取り残さない栄養政策、健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ、東京栄養宣言

連絡先：和田安代

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami, Wako, Saitama 351-0197, Japan.

Tel: 048-458-6339 (直通) Fax: 048-458-6714

E-mail: wada.yaa@niph.go.jp

[令和6年3月22日受理]

Abstract

The third term of Health Japan 21 focuses on developing “health promotion that leaves no one behind” (Inclusion) and promoting of “more effective measures” (Implementation) in response to the diversity in health issues that accompanies the diversity of society. The vision behind the third term is “achieving a sustainable society in which all citizens can lead healthy and fulfilling lives,” and is scheduled for a 12-year period from FY2024 to FY2035. The basic direction of the vision is to promote health a based on the life course approach, improve the quality of the social environment over and above improving individual behavior and health status, ultimately achieving an increase in a healthy life expectancy and reduction in health disparities, and conduct a health promotion campaign to realize the vision and health promotion that leaves no one behind. In developing health promotion that leaves no one behind, Health Japan 21 (the third term) incorporates new perspectives such as women’s health, the creation of a naturally healthy environment, setting goals that involve coordination with other plans and measures, presenting action plans, and specifying descriptions of the visualization and utilization of personal health information. A total of 51 goals were set for the third term. In principle, the targets should be based on scientific evidence on health and sustainability. A post-event grasp of an actual situation should be considered, and official statistics should be used as the data source. Higher targets should be set for issues for which the earlier targets have been achieved. New targets include increasing the number of people who get enough sleep, decreasing the mortality rate from chronic obstructive pulmonary disease, promoting “strategic initiatives for a healthy and sustainable food environment,” promoting health management, and increasing the rate of osteoporosis examinations. The evaluation method and timing should be decided during plan formulation. This has been done, and a baseline is presented using the results of the 2024 National Health and Nutrition Survey as the latest values. An interim evaluation will be conducted for all goals by 2029, six years after the start of the plan, and a final evaluation, by 2033, ten years after the start of the plan so that the results of various activities to achieve the goals can be appropriately evaluated and reflected in subsequent health promotion efforts. In response to this evaluation and analysis, the basic policy will be updated as necessary to promote health more effectively through the Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycle.

keywords: Third term of the Health Japan 21, Nutrition Policy in Japan to Leave No One Behind, Strategic Initiative for Healthy and Sustainable Food Environment, Tokyo Compact on Global Nutrition for Growth

(accepted for publication, March 22, 2024)

I. はじめに

昭和 54（1979）年に米国の保健福祉省（the U.S. Department of Health and Human Services; HHS）主導で Healthy People が始まり、1980 年以来、10 年ごとに HHS が発表している。これまでの健康づくり政策は、問題に対する課題解決の形であったが、このヘルシーピープルでは、あるべき姿を示し、健康増進と疾病予防の測定可能な目標を設定し、複数のセクターが行動を起こすように設計され、問題解決型から目標志向型へ転換した[1]。

そのような中、日本において、米国のヘルシーピープルを超えるような健康づくり政策を実施していきたいという機運ができており、そして、健康日本 21 計画策定検討会は平成 10（1998）年 10 月に発足し、現在の健康日本 21（第三次）に繋がる健康づくり政策のスタートとなった[2]。

II. 健康日本 21（第一次）

健康日本 21（第一次）は、第 3 次国民健康づくり運動として平成 12（2000）年から平成 25（2013）年まで展開され、壮年期の死亡減少と健康寿命の延伸を課題とし、一次予防が重視された。さらに、ヘルスプロモーションやポピュレーションアプローチに関する重要性を示した。その一方で、健康寿命の定義や健康寿命延伸の数値目標が示されておらず、喫煙率に関しては、「喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及」を目標にし、喫煙率の数値目標ではなかったこと、ヘルスプロモーションの具体的な内容を示しきれなかった点等の課題もあった[3]。

そのような中、平成 14（2002）年 8 月 2 日に公布、平成 15（2003）年 5 月に健康増進法が施行され[4]、路上禁煙地区の指定や、タクシーや公共交通機関等の禁煙化が進み、喫煙がしにくいという社会環境が整備されたことで、成人男性の喫煙率は大幅に減少した（2000 年 47.4%、2010 年 32.2%）[5-6]。この社会環境の整備を通じた変化が、健康日本 21（第二次）の基本方向の 1 つで

ある「健康を支え、守るための社会環境の整備」につながっていく。

また、平成23(2011)年2月にはスマート・ライフ・プロジェクトが開始され[7]、健康寿命延伸に向けて幅広い企業連携を主体とした取組が開始されている。健康日本21(第一次)の最終評価は平成23(2011)年3月に開始され、平成24(2012)年4月に健康日本21(第二次)の計画策定が終了した。この時期は平成23(2011)年3月11日に発生した東日本大震災の復興時期に重なり、絆の重要性や復興をめぐる格差拡大に影響された健康格差の拡大といった学びが、健康づくり政策にも生かされ、健康格差の縮小という目標が掲げられることになった[8]。

III. 健康日本21(第二次)

健康日本21(第二次)は、平成25(2013)年から令和5(2024)年までの第4次国民健康づくりとして行われ、健康寿命の延伸・健康格差の縮小を目標に、生活習慣の改善(リスクファクターの低減)と社会環境の改善といった2つの柱で健康づくり政策を推進することとなった。一方で、個人の軸と社会環境の軸の2つの軸に関しての併存・共存に関しては言及はされず、社会環境の整備に関する目標項目も少なかった[8]。

健康日本21(第二次)期間中の変化としては、まずは健康づくりに参加する主体の多様性が広まり、厚みが出てきたことがある。例としては、保険者のデータヘルス計画、国土交通省主導のウォークアブル、経済産業省からの健康経営等である。次に、スマートフォンやウェアラブルデバイスの普及、ゲーミフィケーション、行動経済

学等の健康づくりのツールが発展した。さらに、平成30(2018)年の健康増進法の改正により、受動喫煙の防止対策が強化されたのである[9]。

このような社会環境の整備や健康づくりの手法が発展する中で、国民の生活習慣や健康状況の改善が期待されたが、健康日本21(第二次)の最終評価は、一部の結果で不変や悪化したものもあった[10]。

健康日本21(第二次)の最終評価は、令和4(2023)年に実施され、健康寿命の目標や達成、がん・循環器疾患の死亡率の目標は達成しており、健康寿命は着実に延伸しつつある。しかしながら、生活習慣に関する項目や危険因子に関する項目は、不変や悪化の項目が存在した。全53項目は、A(目標値に達した)、B(現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある)、C(変わらない)、D(悪化している)、E(評価困難)に分類され、各評価は表1に示した通りである。目標値に達した項目(A)は、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)、75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10万人当たり)、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)、血糖コントロール指標におけるコントロール不者の割合の減少(HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)、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、認知症サポーター数の増加、低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制、共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少)の8項目であった。悪化した目標項目は、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少、適正体重の子どもの増加、睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少、生活習慣病のリスクを高める量(純アルコール

表1 健康日本21(第二次)最終評価における基本的な方向ごとの評価状況 文献[10]p.24図表I-2改変

評価	＜基本的な方向＞(％表示の小数第2位を四捨五入しているため、合計が100％にならない)					全体
	1: 健康寿命の延伸と健康格差の縮小	2: 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCDの予防)	3: 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上	4: 健康を支え、守るための社会環境の整備	5: 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善	
A: 目標値に達した	1 <50.0%> (1.9%)	3 <25.0%> (5.7%)	3 <25.0%> (5.7%)		1 <4.5%> (1.9%)	8 (15.1%)
B: 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある		3 <25.0%> (5.7%)	4 <33.3%> (7.5%)	2 <40.0%> (3.8%)	11 <50.0%> (20.8%)	20 (37.7%)
C: 変わらない	1 <50.0%> (1.9%)	4 <33.3%> (7.5%)	3 <25.0%> (5.7%)	1 <20.0%> (1.9%)	5 <22.7%> (9.4%)	14 (26.4%)
D: 悪化している		1 <8.3%> (1.9%)	1 <8.3%> (1.9%)		2 <9.1%> (3.8%)	4 (7.5%)
E: 評価困難		1 <8.3%> (1.9%)	1 <8.3%> (1.9%)	2 <40.0%> (3.8%)	3 <13.6%> (5.7%)	7 (13.2%)
合計	2 <100%> (3.8%)	12 <100%> (22.6%)	12 <100%> (22.6%)	5 <100%> (9.4%)	22 <100%> (41.5%)	1 (1.9%)

表2 20年間の評価のまとめおよび次期プランに向けた課題 文献[11-12]改変

20年間の評価のまとめ		<ul style="list-style-type: none"> ●健康日本21の開始、健康増進法施行などにより基本的な法制度の整備・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 ●健康日本21（第一次）では、「一次予防の重視」等を基本方針とし、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」を最終的な目標年、国民の健康づくりを推進 ●「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1つとされており、国際的にも健康づくりの重要性が認識 ●自治体においては、健康増進事業に加え、介護保険制度、医療保険制度、生活ほど制度におけるなど各分野において健康づくりの取組を推進。加えて、自治体だけでなく、保険者、企業等による健康づくりの広まり ●こうした各主体の取組を通じて、健康寿命は着実に延伸 ●直近では、ICTの発展、データヘルス改革の進展、スマホ等の普及に伴い、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 ●「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」や「行動変容を促す仕掛け」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が目標とされているが、新型コロナウイルス感染症を機に、格差が拡大しているとの指摘もある。
次期プラン（健康日本21（第三次））に向けた課題	プランの在り方	<ul style="list-style-type: none"> ●次期プランとして打ち出すビジョン ●次期プランの計画期間。それと併せた、中間評価及び最終評価の時期 ●次期プランにおける主目標及び「基本的な方向」 ●他計画との整合性・調和・連携
	指標	<ul style="list-style-type: none"> ●指標、データソースの設定、モニタリングの在り方 ●中間評価及び最終評価における指標の評価方法 ●指標の設定にとどまらない、目標達成のための方策
	自治体による取組	<ul style="list-style-type: none"> ●自治体において、住民に対して、効果的に介入する体制、自治体内の各部門の連携を進める方策 ●都道府県と市町村の役割分担、都道府県が司令塔として、より機能するための方策 ●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
	その他	<ul style="list-style-type: none"> ●データを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 ●住民や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・職員の人材育成方法 ●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 ●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 ●性差や年齢等も加味した健康づくり施策 ●健康格差縮小を進めるための方策 ●新型コロナウイルス感染症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

摂取量が男性40g/日以上、女性20g/日以上）を飲酒している者の割合の減少の4項目であった[10]。

以上のように、これまでの20年間の健康づくり運動の評価と次期プラン（第三次）に向けた課題に関しては、表2に示した通りである。

IV. 健康日本21（第三次）

そこで、健康日本21（第三次）では、社会が多様化する

中で健康課題も多様化しており、「誰一人取り残さない健康づくり」の展開（Inclusion）、つまり全ての人々にサービスを提供する考えと、健康寿命は着実に延伸してきているが、一部の指標が悪化している等、さらなる生活習慣の改善や個人の行動および健康状態の改善を促す必要があることから、「より実効性をもつ取組」の推進（Implementation）に重点が置かれている[13-14]。健康日本21（第三次）のビジョンは、「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」であり、

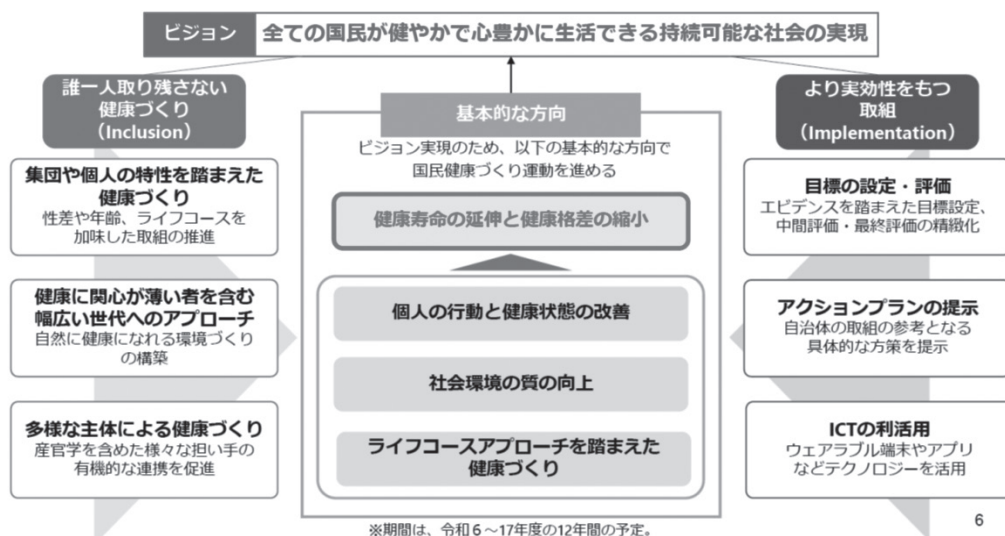


図1 健康日本21（第三次）の全体像 文献[15]p.4より引用

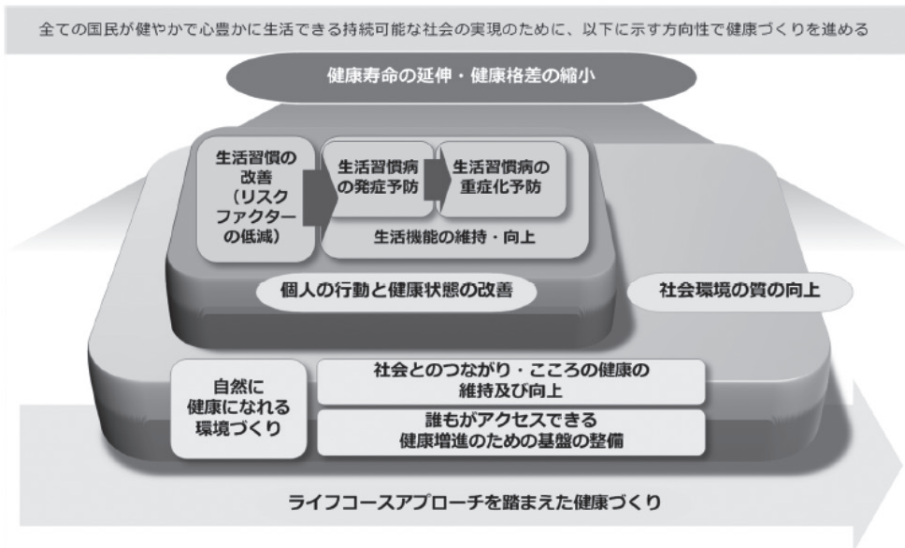


図2 健康日本21(第三次)の概念図 文献[14]から引用

令和6～17年(2024-2035年)度の12年間の予定である。基本的な方向性は、ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり、そして、社会環境の質の向上と個人の行動と健康状態の改善といった社会環境と個人の2軸の関係性を示し、健康寿命の延伸と健康格差の縮小に繋げる方向でビジョン実現のための健康づくり運動を進め、「誰一人取り残さない健康づくり」を推進する(図1)[15]。社会環境の質の向上の上に、個人の行動と健康状態の改善を目指し、最終的に健康寿命の延伸と健康格差の縮小を達成し、ビジョンを実現するという階層構造になっている(図2)[14]。

社会環境の質の向上には、社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上(地域等で共食している者の増加)、自然に健康になれる環境づくり(「健康的で実現可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進)[16]、誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備(利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設増加)が含まれる。

さらに、個人の行動と健康状態の改善には、生活習慣の改善(適正体重を維持している者の増加、児童・生徒における肥満傾向児の減少、バランスの良い食事を摂っている者の増加、野菜摂取量の増加、果物摂取量の改善、食塩摂取量の減少)、生活習慣病の発症予防、生活習慣病の重症化予防、生活機能の維持・向上が含まれる。

健康日本21(第三次)では、誰一人取り残さない健康づくりやより実効性をもつ取組の推進に取り組むため、新たな視点が取り入れられた。1つ目は、女性の健康を明記したことである。女性の健康については、これまで項目立てされておらず、性差に着目した取組は少なかったが、第三次では、新規に項目を立て、女性の健康週間についても明記、骨粗鬆症検診受診率の目標を新たに設定した。2つ目は、自然に健康になれる環境づくりであ

る。これは、健康に関心が薄い者を含めて生活習慣を改めることができるような、本人が無理なく健康な行動をとれるような環境づくりを推進するものである。3つ目は、他の計画や施策との連携も含む目標設定である。これは、多様な主体を巻き込んだ健康づくりの取組をより推進していく必要があることから、健康経営、産業保健、食環境イニシアチブに関する目標を追加し、自治体の取組と連携をはかっていく。4つ目は、アクションプランの提示である。目標や施策の概要についての記載はあるが、具体的にどのように現場で取組を実施していけばよいか示されていないため、スマート・ライフ・プロジェクトのあり方、自治体による情報発信のあり方や保健指導等の介入を実施する際の留意すべき点、好事例集を各分野で作成、周知していく。ここでいう好事例とは、必ずしも模範的で先進的・発展的なものだけでなく、他の自治体も実行できるような身の丈にあった事例を含む。アクションプランは、健康日本21(第三次)推進専門委員会検討され、自治体等に提示されていく。5つ目は、個人の健康情報の見える化・利活用について記載を具体化することである。personal health record (PHR)等のinformation and communications technology (ICT)を活用する取組は一定程度進めてきてはいるが、ウェアラブルデバイスやアプリケーションの利活用、自治体と民間事業者間での連携による健康づくりについて明記し、ICTを活用する取組のさらなる推進を行う。

健康日本21(第三次)の目標は全部で51項目設定され、主な目標としては、表3に示した通りである。目標について、健康(特に健康寿命の延伸や生活習慣病の予防)に関する科学的なエビデンスに基づくこと、継続性や事後的な実態把握等を加味し、データ源は公的統計を利用することを原則とする。目標値は、直近の傾向や科学的なエビデンス等を考慮し、原則として健康日本21(第二

健康日本21（第三次）の12年間の取組の開始

表3 健康日本21（第三次）の目標および指標 文献[14-15]改変

目標		指標	目標値
健康寿命の延伸と健康格差の縮小	健康寿命の延伸	日常生活に制限のない期間の平均	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加
個人の行動と健康状態の改善	適正体重を維持している者の増加（肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少）	BMI18.5以上25未満（65歳以上はBMI20を超え25未満）の者の割合	66%
	野菜摂取量の増加	野菜摂取量の平均値	350g
	運動習慣者の増加	運動習慣者の割合	40%
	【新】睡眠時間が十分に確保できている者の増加	睡眠時間が6～9時間（60歳以上については6～8時間）の者の割合	60%
	生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少	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	10%
	喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	20歳以上の者の喫煙率	12%
	糖尿病有病者の増加の抑制	糖尿病有病者数（糖尿病が強く疑われる者）の推計値	1,350万人
社会環境の質の向上	【新】「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進	「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」に登録されている都道府県数	47都道府県
	【新】健康経営の推進	保険者とともに健康経営に取り組む企業数	10万社
ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり（女性の健康関係）	若年女性のやせの減少	BMI18.5未満の20歳～30歳代女性の割合	15%
	生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している女性の減少	1日当たりの純アルコール摂取量が20g以上の女性の割合	6.4%
	【新】骨粗鬆症検診受診率の向上	骨粗鬆症検診受診率	15%

次)で未達成のものは同じ目標値、目標を達成したものはさらに高い目標値として設定されている。

新たな目標として、睡眠時間が十分に確保できている者の増加、COPD（慢性閉塞性肺疾患）の死亡率の減少、「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進、健康経営の推進、骨粗鬆症検診受診率の向上が挙げられる。

また、栄養・食生活は、生命維持、こどもの成長、人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできないものであり、生活習慣病の予防・重症化予防、やせや低栄養等の予防を通じた生活機能の維持・向上の観点からも重要である。さらに、個人の行動と健康状態の改善を促すための適切な栄養・食生活やそのための食事を支える食環境の改善を進めていくことも重要であるとのことから14)、健康日本21（第三次）で多くの目標が設定されている（表4）。

適正体重を維持している者の増加に関する目標については、健康日本21（第二次）の最終評価で、20～60歳代男性の肥満者の割合は悪化し（令和元年国民・健康栄養調査で35.1%、年齢調整値で34.7% [17]）、20歳代女性のやせの割合は不変（令和元年国民健康・栄養調査で20.7% [17]）であった。体重は性や年齢で特徴が異なることから、20～60歳代男性の肥満者、40～60歳代女性の肥満者、20～30歳代女性のやせの者、低栄養傾向の高齢者（65歳以上）の区分について、trend-analysis

のツールを用いて平成25年から令和元年の推移から将来推計を行い、目標値が設定された。各々が目標値に達したと仮定した場合に適正体重を維持している者の割合を推計し、目標値は66%以上に設定された。また、若年女性のやせに関しては、排卵障害（月経不順）、女性ホルモンの分泌低下、骨量減少と関連することや、低出生体重児を出産するリスクが高いことも報告されていることから、次世代の健康を育む観点からも若年女性のやせの減少を目標として掲げている。さらに、若年女性のやせの割合は20歳代だけでなく30歳代でも一定の割合で存在するために、目標の指標としては「BMI18.5未満の20歳～30歳女性の割合」として設定されている。

バランスの良い食事を摂っている者の増加に関しては、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が日本の食事パターンであり、良好な栄養素摂取量や栄養状態につながる事が報告されていることから、1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合を目標の指標として設定されている。国民健康・栄養調査では、所得と主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の頻度の状況（20歳以上）の結果を公表しており[18]、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の頻度をほぼ毎日摂取している者は、年収が高い群ほど多く、ほとんど摂取していない者は年収が低い群で多かったことから、食習慣や社会経済状況を踏まえた詳細な分析が必要であり、経済（所得）格差が健康格差につながっていることが考えられる。

表4 栄養・食生活に関連する目標 文献[14]をもとに作成

	目標	指標	現状値	目標値
生活習慣の改善 (栄養・食生活)	適正体重を維持している者の増加(肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少)	BMI18.5以上25未満(65歳以上はBMI20を超え25未満)の者の割合(年齢調整値)	60.3% (令和元年度)	66% (令和14年度)
	バランスの良い食事を摂っている者の増加	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合	なし	50% (令和14年度)
	野菜摂取量の増加	野菜摂取量の平均値	281g (平成元年度)	350g (平成14年度)
	果物摂取量の改善	果物摂取量の平均値	99g (令和元年度)	200g (令和14年度)
	食塩摂取量の改善	食塩摂取量の平均値	10.1g (令和元年度)	7g (令和14年度)
社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上	地域等で共食している者の増加	地域等で共食している者の割合	なし	30% (令和14年度)
自然に健康になれる環境づくり	「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進	「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」に登録されている都道府県数	0都道府県 (令和4年度)	47都道府県 (令和14年度)
誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備	利用者に応じた食事を提供している特定給食施設の増加	管理栄養士・栄養士を配置している施設(病院、介護老人保健施設、介護医療院を除く.)の割合	70.8%	75% (令和14年度)
ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり	児童・生徒における肥満傾向児の減少	児童・生徒における肥満傾向児の割合	10歳(小学5年生)10.96% (令和3年度)	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定
	低栄養傾向の高齢者の減少	BMI20以下の高齢者(65歳以上)の割合	16.8% (令和元年度)	13% (令和14年度)
	若年女性のやせの減少	BMI18.5未満の20歳~30歳女性の割合	18.1% (令和元年度)	15% (令和14年度)

野菜の摂取量の平均値に関しては、健康日本21(第二次)の最終評価では不変(令和元年国民健康・栄養調査の結果より281g、年齢調整値275g[17])であったが、諸外国の推奨摂取量の状況、野菜摂取と生活習慣病のリスクに関する文献の精査と、野菜からの摂取寄与度が高い栄養素の状況を踏襲し、健康日本21(第二次)の目標値と同じ1日350g以上を目標値として設定した。また、評価では、平均値だけでなく、摂取量区分の割合も検討する必要があるとしている。

果物の摂取量に関しては、健康日本21(第二次)の最終評価では、摂取量が100g未満の者の割合は悪化(総数で約6割が100g未満)したが、そのうち摂取量0gの者は約40%存在する。さらに、年齢階級別で摂取量が少ない者の割合は大きく異なっており、若年層の方が摂取量が少ない割合が高い。諸外国の推奨量の状況、果物摂取と生活習慣病のリスクに関する文献、生活習慣病予防の観点等から検討し、果物摂取量の平均値を指標として1日200gの摂取量を目標値として設定された。また、平均値だけでなく、摂取量区分の状況についても評価を行う。

食塩摂取量に関しては、健康日本21(第二次)の最終評価では、目標値には達していないが改善傾向にあるという評価であった。国民健康・栄養調査より平成22年

から平成28年は有意に減少し、平成28年から令和元年(10.1g、年齢調整値10.6g[17])にかけては有意な増減がなく、世界保健機関が推奨している1日5g未満の摂取量の約2倍摂取している状況である。食事摂取基準(2020年版)[19]において、食塩摂取量の目標は習慣的な摂取量をふまえて、成人男性で7.5g未満、成人女性で6.5g未満であることを考慮し、20歳以上の男女の目標値を7.0g未満とした。さらに、健康日本21(第二次)の目標値である食塩摂取量8gを基準に群分けすると、摂取量8g以上の群で食習慣の改善の意思がない(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、食習慣に問題がないため改善する必要はないの合算値)者の割合は男女ともに約6割を占めていたことから、今後、減塩の取組を実施していくにあたり、無関心層を考慮に入れた施策が必要であると考えられる。

社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上は、健康づくりに取り組む上で重要であり、地域や職場等のあらゆる場面で課題解決につながる社会環境の整備が大切である。人々の健康は、人々を取り巻く社会環境(就労、ボランティア、通いの場等の居場所や社会参加)が影響していることが知られ、健康な日本の地域の背景には「いいコミュニティ」があると指摘され、ソーシャルキャピタルの醸成を促進していくことは健康づくりにお

健康日本21（第三次）の12年間の取組の開始

いて有用であると考えられる。そこで、地域等で共食している者の増加を指標として設定された。

食塩摂取量と無関心層との関連にもいえるが、健康づくり、ひいては健康寿命の延伸には、自ら積極的に健康づくりに取り組む者だけでなく、健康に関心の薄い者、無関心層を含めた幅広い者に対して取り組んでいく必要がある。そのために、無理なく自然に健康な行動をとることができるような環境整備、すなわち健康な食環境・身体活動・運動を促す環境整備が必要であり、取組をさらに促進していく必要がある。そこで、「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ[16]、[20]」の推進が目標に設定された。このイニシアチブは、自然に健康になれる持続可能な食環境づくりに向けた検討会[21]および東京栄養サミット2021（2021年12月開催）の東京栄養宣言における日本政府のコミットメント[22]を踏まえ、産（食品製造事業者、食品流通事業者、メディア等の多様な業種を含む）学官等の連携による食環境づくりの推進体制として2022年3月に立ち上がったものであり、あらゆるステークホルダーを巻き込んだムーブメントである。食環境づくりを全国で効果的に推進するためには、国としての取組（健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ）と、地域の特性を考慮した都道府県の取組を合わせて相補的・相乗的に展開していくことが重要である。そこで、食環境づくりは全都道府県で重要であり、食環境づくりを推進できる事業者は全都道府県に存在することから、健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブに登録する都道府県を全都道府県として目標値を設定された。

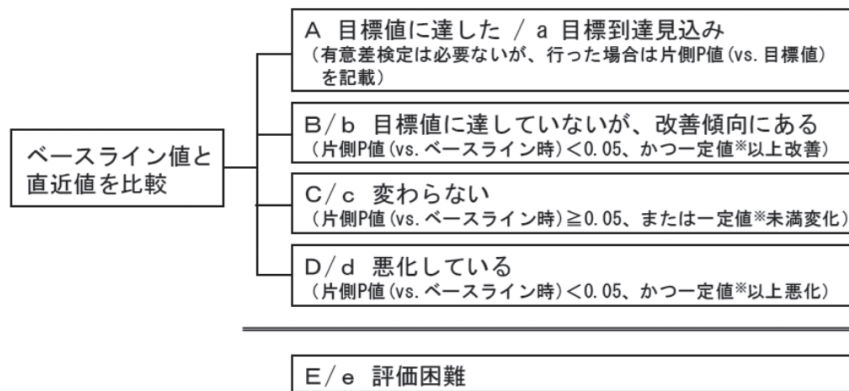
誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備に関しては、保健・医療・福祉だけでなく、様々な基盤を整えることが健康づくりに必要であるという考えに基づくものである。職場で提供される食事や栄養管理の改善が、野菜や果物の摂取量の増加、食事の改善、肥満等の件子状態の改善に寄与することが報告され、また、近年、健康経営の考え方の普及による職場で健康健康づくりに

取組む機運が上昇していることから、職場での健康づくりへの取組が、従業員への健康づくりだけでなく経営面からも重要であると考えられている。そこで、これまでの配置状況を踏まえた実行可能性の観点から、利用者に応じた食事を提供している特定給食施設の増加を目標に、管理栄養士・栄養士を配置している施設（病院、介護老人保健施設、介護医療院を除く。）の割合を指標として設定された。

健康日本21（第三次）は令和6～17（2024 - 2035）年度の12年間であるが、これは、関連する計画（医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業（支援）計画等）と計画期間を合わせることや各種取組の健康増進への効果を評価するために一定期間を要すること等を踏まえた期間である。評価は取組の終了後に行うものであるが、評価方法や時期等に関しては計画策定時に決めておくべきであり、第三次ではそれらが示されている。令和6（2024）年度に国民健康・栄養調査の大規模調査が実施され、この最新値を基にベースラインを提示する。全ての目標について、令和10（2028）年実施の国民健康・栄養調査の結果より、計画開始後6年である令和11（2029）年を目途に全ての項目について中間評価を行い、令和14（2032）年実施の国民健康・栄養調査の結果より、計画開始後10年後の令和15（2033）年を目途に最終評価を行う。第三次では、期間内での評価を行うことで、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ことが可能となる。また、評価や分析に応じて、基本方針も必要に応じて更新するなど、PDCAサイクルを通じてより効果的な健康づくりを実施していく。

第三次での目標項目の評価区分は、ベースライン値と直近値を比較し、最終評価ではA、B、C、D、中間評価ではa、b、c、dの4段階で評価し、評価困難な場合は最終評価ではE、中間評価ではeとする（図3）。評価判定のイメージは図4の通りである。

上記の項目で評価が難しい項目に関しては、個別に評価方法が設定されている。例えば、ベースライン値から



*一定値：後述の「最小変化範囲」

図3 健康日本21（第三次）における目標項目の評価区分 文献[14]p.18から引用

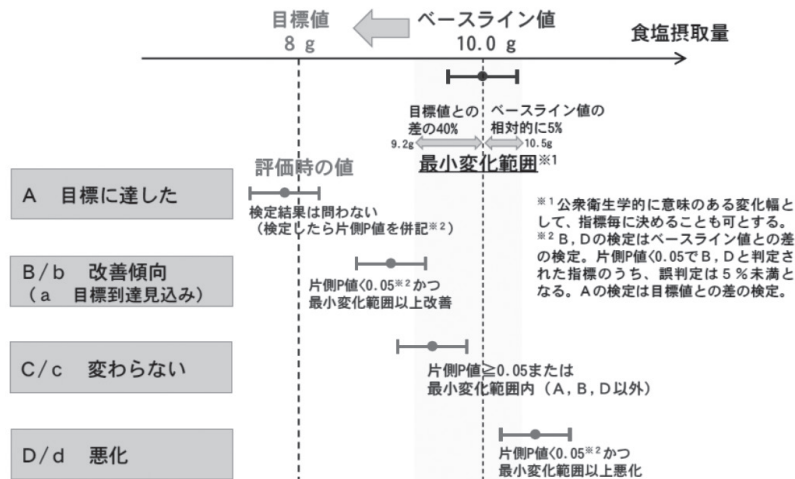


図4 健康日本21(第三次)における評価判定のイメージ(値は仮想値) 文献[14]p.19から引用

直近値が「増加」あるいは「減少」が目標になっている項目に関しては、「有意かつベースライン値から相対的に原則5%以上の変化」で改善あるいは悪化を判定する。将来予測からの抑制を目標として設定した項目は、ベースライン値と目標値を結ぶ線と予測曲線の間にあり、予測曲線から一定以上改善している場合をB(中間評価ではb)、予測曲線から変化がない場合をC(c)、予測曲線を超えて一定以上悪化している場合をD(d)と判定する。また、検定と最小変化範囲に関しては、ベースライン値を予測曲線、目標値をベースラインと目標値を結ぶ線と読み替えて同様に評価することとしている。

日本は、1000年以上にわたり、「誰一人取り残さない栄養政策」を実施してきており、食事、人材、エビデンスを重視した政策を行ってきた[23]。日本の栄養政策の経験を世界に発信し、日本の経験を世界の栄養課題の解決、さらにその先に達成されるであろう持続可能な社会の実現に貢献していくことが重要であると考え。健康日本21(第三次)は、第5次国民健康づくりと位置づけられ、無関心層や健康格差を考慮した自然に健康になれる健康づくりや健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ、女性の健康、アクションプラン、健康情報の見える化と利活用等、新しい視点も多く含まれ、より発展的な健康づくり運動が展開されるであろう。12年間の末には、目標達成と国民の健康増進に寄与したものであると期待する。

引用文献

[1] National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Healthy people. https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/index.htm (accessed 2024-03-22)

[2] 厚生労働省. 「健康日本21計画策定検討会」について. 第1回健康日本21計画策定検討会平成10(1998)年10

月2日.

Ministry of Health, Labour and Welfare. [“Kenko Nippon 21 keikaku sakutei iinkai” ni tsuite.] Dai 1 kai Kenko Nippon 21 keikaku sakutei kentokai heisei 10 (1998) nen 10 gatsu 2 nichi. <https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1009/h0922-1.html> (in Japanese) (accessed 2024-03-22)

[3] 健康日本21 企画検討会・健康日本21 計画策定検討会. 21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)について 報告書. 平成12年2月. Kenko Nippon 21 Kikaku Kentokai / Kenko Nippon 21 keikaku Sakutei Kentokai. [21 seiki niokeru kokumin kenko zukuri undo (Kenko Nippon 21) ni t suite hokokusho.] heisei 12 nen 2 gatsu. https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/pdf/all.pdf (in Japanese) (accessed 2024-03-22)

[4] 厚生労働省. 健康増進法. 平成14年8月2日法律第103号. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kenko zoshin-ho.] Heisei 14 nen 8 gatsu 2 nichi horitsu dai 103 go. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=78aa3837&dataType=0&pageNo=1 (in Japanese) (accessed 2024-03-22)

[5] 厚生労働省. 平成12年国民栄養調査. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Heisei 12 nen kokumin eiyo chosa.] https://www.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk_14_7.html (in Japanese) (accessed 2024-03-22)

[6] 厚生労働省. 平成22年国民健康・栄養調査. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Heisei 12 nen kokumin kenko / eiyo chosa.] <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoh/h22-houkoku.html> (in Japanese) (accessed 2024-03-22)

[7] スマート・ライフ・プロジェクト 事務局 (厚生労働

- 省). スマート・ライフ・プロジェクト. Smart Life Project Jimukyoku (Ministry of Health, Labour and Welfare). Smart Life Project. <https://www.smartlife.mhlw.go.jp/> (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [8] 厚生労働省. 健康日本21（第二次）. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kenko Nippon 21 (Dai 2 ji)]. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kenkounippon21.html (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [9] 厚生労働省. 健康増進法の一部を改正する法律（平成30年法律第78号）案文・理由. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kenko zoshin no ichibu o kaiseisuru horitsu (Heisei 30 nen horitsu dai 78 go) Anbun / riyu.] <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000482519.pdf> (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [10] 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）最終評価報告書を公表します. 令和4年10月. Kosei Kagaku Shingikai Chiiki Hoken Kenko Zoshin Eiyu Bukai / Kenko Nippon 21 (Dai 2 ji) Suishin Semmon Iinkai. [Kenko Nippon 21 (Dai 2 ji) saishu hyoka hokokusho o kohyo shimasu. Reiwa 4 nen 10 gatsu.] 2022.10. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_28410.html (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [11] 厚生労働省. 第1回次期国民健康づくり運動プラン（令和6年度開始）策定専門委員会（令和4年9月26日）資料4. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Dai 1 kai jiki kokumin kenkozukuri undo plan (Reiwa 6 nendo kaishi) sakutei semmon iinkai (Reiwa 4 nen 9 gatsi 26 nichi) Shiryo 4. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_28183.html (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [12] 厚生労働省. 健康日本21（第二次）最終評価報告書概要. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kenko Nippon 21 (dai 2 ji) saishu hyoka hokokusho gaiyo.] <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000999445.pdf> (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [13] 厚生労働省. 健康日本21（第三次）. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Kenko Nippon 21 (dai 3 ji).] https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kenkounippon21_00006.html (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [14] 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・国民健康づくり運動プラン（令和6年度開始）策定専門委員会・歯科口腔保健の推進に関する専門委員会. 健康日本21（第三次）推進のための説明資料. 令和5年5月. Kosei Kagaku Shingikai Chiiki Hoken Kenko Suishin Eiyu Bukai / Kokumin Kenkozukuri Undo Plan (Reiwa 6 nendo kaishi) Sakutei Semmon Iinkai / Shika Koku Hoken no Suishin ni kansuru Semmon Iinkai. [Kenko Nippon 21 (dai 3 ji) suishin no tameno setsumeishi Shiryo.] Reiwa 5 nen 5 gatsu. <https://www.mhlw.go.jp/content/001158870.pdf> <https://www.mhlw.go.jp/content/001158871.pdf> (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [15] 令和5年度地域・職域連携推進関係者会議. 資料1. 健康日本21（第三次）について. 令和5年10月13日. Reiwa 5 nendo Chiiki / Shokuiki Renkei Suishin Kankeisha Kaigi. [Shiro 1. Kenko Nippon 21 (dai 3 ji) nit suite.] Reiwa 5 nen 10 gatsu 13 nichi. <https://www.mhlw.go.jp/content/11907000/001153055.pdf> (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [16] 厚生労働省. 健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Strategic initiative for a healthy and sustainable food environment.] <https://sustainable-nutrition.mhlw.go.jp/> (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [17] 厚生労働省. 令和元年国民健康・栄養調査報告. 令和2年12月. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Reiwa gan nen kokumin kenko / eiyu chosa hokoku.] Reiwa 2 nen 12 gatsu. <https://www.mhlw.go.jp/content/001066903.pdf> (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [18] 厚生労働省. 平成30年国民健康・栄養調査報告. 令和2年3月. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Heisei 30 nen kokumin kenko / eiyu chosa hokoku.] Reiwa 2 nen 3 gatsu. <https://www.mhlw.go.jp/content/001066884.pdf> (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [19] 「日本人の食事摂取基準」策定検討会. 日本人の食事摂取基準（2020年版）「日本人の食事摂取基準」策定検討会報告書. 令和元年12月. “Nihonjin no shokuji sesshu kijun” Sakutei Kentokai. [Nihonjin no shokuji sesshu kijun (2020 nen ban) nihonjin no shokuji sesshu kijun sakutei kentokai hokokusho.] Reiwa gan nen 12 gatsu. <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000586553.pdf> (in Japanese) (accessed 2024-03-22)
- [20] WHO. Global mapping report on multisectoral actions to strengthen the prevention and control of noncommunicable diseases and mental health conditions: experiences from around the world. 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074255> / <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074279>. 2023. (accessed 2024-03-22)
- [21] 自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会 報告書. 2021（令和3）年6月23日. [Shizen ni kenko ni nareru jizoku kanona shokukankyo zukuri no suishin ni muketa kentokai hokokusho.] 2021

(reiwa 3) nen 6 gatsu 23 nichi. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000836820.pdf> (in Japanese) (accessed 2024-03-22)

[22] Ministry of Foreign Affairs of Japan. [Tokyo Nutrition for Growth Summit 2021: Food, health & prosperity for all. Tokyo compact on global nutrition for growth. December 7 – 8, 2021.] with Annex. <https://www.mofa.go.jp/>

[mofaj/files/100271245.pdf](https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100271245.pdf) <https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100275456.pdf> (accessed 2024-03-22)

[23] 厚生労働省. 誰一人取り残さない日本の栄養政策. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Dare hitori torinokosanai nihon no eiyo seisaku.] https://www.mhlw.go.jp/nutrition_policy/ (in Japanese) (accessed 2024-03-22)