

健康日本 21（第三次）推進のための説明資料

令和 5 年 5 月

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

次期国民健康づくり運動プラン（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

目次

第1章 健康増進を取り巻く現状.....	6
1. 国際的な公衆衛生の流れ.....	6
2. 我が国におけるこれまでの健康づくりの動向.....	7
第2章 健康日本21（第二次）の最終評価及び次期プランに向けた課題.....	8
1. 健康日本21（第二次）の最終評価.....	8
2. 最終評価において示された次期プランに向けた課題.....	10
第3章 健康日本21（第三次）のビジョン・基本的な方向.....	13
1. ビジョン.....	13
2. 基本的な方向.....	14
3. 基本方針等とアクションプラン.....	16
第4章 目標の設定.....	17
1. 目標の設定と評価.....	17
2. 具体的な目標.....	21
(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小.....	21
背景.....	21
① 健康寿命の延伸.....	22
② 健康格差の縮小.....	23
(2) 個人の行動と健康状態の改善.....	25
2-1. 生活習慣の改善.....	25
<1> 栄養・食生活.....	25
背景.....	25
① 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）.....	28
② 児童・生徒における肥満傾向児の減少.....	28
③ バランスの良い食事を摂っている者の増加.....	29
④ 野菜摂取量の増加.....	29
⑤ 果物摂取量の改善.....	30
⑥ 食塩摂取量の減少.....	30
<社会経済的要因による格差について>.....	33
<2> 身体活動・運動.....	34
背景.....	34
① 日常生活における歩数の増加.....	35
② 運動習慣者の増加.....	36
③ 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少.....	37
<3> 休養・睡眠.....	40
背景.....	40

① 睡眠で休養がとれている者の増加.....	41
② 睡眠時間が十分に確保できている者の増加.....	42
③ 週労働時間 60 時間以上の雇用者の減少.....	44
〈4〉 飲酒.....	47
背景.....	47
① 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.....	48
② 20 歳未満の者の飲酒をなくす.....	49
〈5〉 喫煙.....	52
背景.....	52
① 喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）.....	53
② 20 歳未満の者の喫煙をなくす.....	54
③ 妊娠中の喫煙をなくす.....	54
〈6〉 歯・口腔の健康.....	56
背景.....	56
① 歯周病を有する者の減少.....	57
② よく噛んで食べることができる者の増加.....	58
③ 歯科検診の受診者の増加.....	58
2-2. 生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防.....	60
〈1〉 がん.....	60
背景.....	60
① がんの年齢調整罹患率の減少.....	62
② がんの年齢調整死亡率の減少.....	62
③ がん検診の受診率の向上.....	63
〈2〉 循環器病.....	65
背景.....	65
① 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少.....	67
② 高血圧の改善.....	68
③ 脂質（LDL コレステロール）高値の者の減少.....	70
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.....	71
⑤ 特定健康診査の実施率の向上.....	71
⑥ 特定保健指導の実施率の向上.....	72
〈3〉 糖尿病.....	74
背景.....	74
① 糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少.....	77
② 治療継続者の増加.....	79
③ 血糖コントロール不良者の減少.....	80
④ 糖尿病有病者の増加の抑制.....	81
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）.....	84

⑥ 特定健康診査の実施率の向上（再掲）	85
⑦ 特定保健指導の実施率の向上（再掲）	85
〈4〉 COPD	90
背景	90
① COPDの死亡率の減少	91
2-3. 生活機能の維持・向上	92
背景	92
① ロコモティブシンドロームの減少	93
② 骨粗鬆症検診受診率の向上	93
③ 心理的苦痛を感じている者の減少	93
(3) 社会環境の質の向上	96
3-1. 社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上	96
背景	96
① 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加	98
② 社会活動を行っている者の増加	99
③ 地域等で共食している者の増加	100
④ メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加	100
⑤ 心のサポーター数の増加	101
3-2. 自然に健康になれる環境づくり	103
背景	103
① 「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	104
② 「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくりに取り組む市町村数の増加	105
③ 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少	106
3-3. 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備	109
背景	109
① スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加	110
② 健康経営の推進	111
③ 利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加	112
④ 必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加	112
(4) ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり	114
背景	114
〈1〉 こども	116
① 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少（再掲）	116
② 児童・生徒における肥満傾向児の減少（再掲）	116
③ 20歳未満の者の飲酒をなくす（再掲）	116
④ 20歳未満の者の喫煙をなくす（再掲）	117
〈2〉 高齢者	117
① 低栄養傾向の高齢者の減少（適正体重を維持している者の増加の一部を再掲）	

.....	117
② ロコモティブシンドロームの減少（再掲）.....	117
③ 社会活動を行っている高齢者の増加（社会活動を行っている者の増加の一部を再掲）.....	118
〈3〉女性.....	119
① 若年女性のやせの減少（適正体重を維持している者の増加の一部を再掲）... ..	119
② 骨粗鬆症検診受診率の向上（再掲）.....	119
③ 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（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の一部を再掲）.....	119
④ 妊娠中の喫煙をなくす（再掲）.....	120
第5章 その他の留意事項について.....	123
1. 正しい知識の普及について.....	123
2. 地方公共団体における健康増進計画策定について.....	123
（1）健康増進計画の目標の設定と分析・評価.....	123
（2）都道府県の役割と都道府県健康増進計画.....	125
（3）市町村の役割と市町村健康増進計画.....	126
3. 多様な主体・多分野連携について.....	127
（1）多様な主体による連携及び協力.....	127
（2）関係する行政分野との連携.....	127
（3）人材の育成等.....	127
付録1 部会・専門委員会開催状況.....	129
付録2 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会委員名簿.....	130
付録3 次期国民健康づくり運動プラン（令和6年度開始）策定専門委員会委員名簿..	131

第1章 健康増進を取り巻く現状

1. 国際的な公衆衛生の流れ

健康増進 (Health Promotion) の考え方は、昭和21 (1946) 年に世界保健機関 (WHO) 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。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ものであるという概念的な定義がなされ(ラロンド・レポート(カナダ))、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するものとされている。そして、1980年代以降、健康増進は再度捉え直され、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(オタワ憲章、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が、世界人口に占める65歳以上の者の割合(高齢化率)は平成17 (2015) 年には8.2%となり、令和42 (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、医療費適正化の取組も重要となっている。こうした背景から健康増進の重要性は今後より高まっていくといえる。

このような中で、健康増進分野においては、様々な新しい概念が提唱されている。平成10 (1998) 年のSOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH THE SOLID FACTS (WHO) において、「健康の社会的決定要因 (SDH : Social Determinant of Health)」の定義がなされ、SDH に対する取組として、「部局横断的な取組 (HiAP)」として全ての政策において健康を考慮するアプローチや、コミュニティが主導する健康づくりの重要性がうたわれるようになった。

また、平成17 (2005) 年の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、それ以降のWHOの文書等では「Implementation (実装)」の重要性が繰り返し強調されるようになった。

平成13 (2001) 年に策定されたミレニアム開発目標 (MDGs : Millennium Development Goals) の後継として、平成27 (2015) 年9月に国連総会で持続可能な開発目標 (SDGs : Sustainable Development Goals) が定められた。“誰一人取り残さない”を基本理念として、国際社会が令和12 (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、「貧困をなくそう」「飢餓をゼロに」など17の目標 (Goals) が設定されたが、保健分野においても、「すべての人に健康と福祉を」(Goal 3) が目標として設定され、取組の推進が行われている。

2. 我が国におけるこれまでの健康づくりの動向

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）に応じた、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（NCD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。

令和6（2024）年度からは、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（令和5年厚生労働省告示第207号。以下「基本方針」という。）に基づき、第5次国民健康づくり対策である「21世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次）」）が開始されるが、その推進に当たっては、これまでの取組の変遷に留意しつつ、新たな健康課題や社会背景、国際的な潮流等を踏まえながら、取り組んでいくことが必要である。

第2章 健康日本21（第二次）の最終評価及び次期プランに向けた課題

1. 健康日本21（第二次）の最終評価

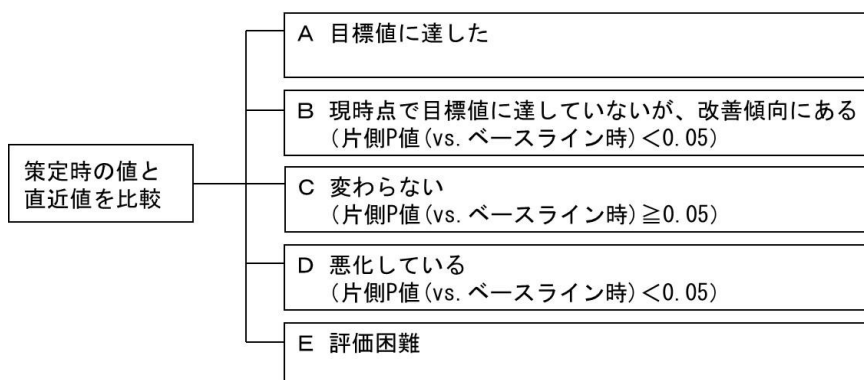
平成25（2013）年度より開始した、健康日本21（第二次）では、合計53項目の目標が設定され、「目標設定後10年を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する」こととしている。

これを踏まえ、令和3（2021）年より健康日本21（第二次）推進専門委員会において最終評価の検討を開始し、令和4（2022）年10月にとりまとめを行った。

i 最終評価の結果

最終評価では、各目標について、データ分析等を踏まえ、以下の5段階で評価を行った。

図表1：最終評価の評価区分



※「B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある」のうち、設定した目標年度までに目標に達しそうなものを「B」、目標到達が危ぶまれるものを「B*」として評価する

全53項目の達成状況、基本的な方向ごとの評価結果はそれぞれ以下のとおり。

図表2：目標項目の評価状況

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

※%表示の小数第2位を四捨五入しているため、合計が100%にならない

図表 3 : 基本的な方向ごとの評価状況 (〈〉内は基本的な方向内における割合)

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

※%表示の小数第2位を四捨五入しているため、合計が100%にならない

※基本的な方向

- 1 : 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 2 : 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底 (NCD (非感染性疾患) 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、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

ii 諸活動の成果の評価

- 自治体における健康増進計画の策定率は健康日本 21 最終評価時点と比べて変化はないが、評価状況や取組の推進体制は改善しており、更なる推進に向けて技術的な支援の充実や市区町村レベルでの標準的な指標の提示が望まれている。
- 全ての都道府県で、管内市区町村の健康に関する指標や生活習慣に関する格差の実態を把握している一方で、所得や教育、職業等の社会的要因による健康格差を把握している都道府県の割合は低い。
- 自治体での施策の実施における他部門との連携について、医療部門、介護保険部門、

福祉部門だけでなく、国民の生活環境に関わるまちづくり部門や経済・産業部門、スポーツ部門、教育部門等幅広い分野の部門との連携が必要である。

- 健康増進の取組を進めるに当たっての課題・改善点や今後の健康増進計画のあるべき姿について、自治体からは働き盛り世代に向けた取組を充実すべきとの意見があり、そのためには保険者間連携によるデータ活用等を推進する必要がある。
- 自治体において取組が充実した領域や項目に偏りがあり、差がある理由として目標の評価が難しいことや健康部門単独では取り組みにくい項目であること等が考えられる。

2. 最終評価において示された次期プランに向けた課題

最終評価では、健康日本 21 開始以来の 20 年間の評価のまとめと次期プランに向けた課題について、以下のとおり示されている。

i 20 年間の評価のまとめ

- 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」等を基本的な方針とし、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 PHR 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まっている。
- 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 (健康的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 次期プランに向けた課題

【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合わせるために、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】

- PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）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。

第3章 健康日本21（第三次）のビジョン・基本的な方向

健康日本21（第二次）最終評価において示された課題等を踏まえ、健康日本21（第三次）におけるビジョン及び基本的な方向は以下のとおりとする。

1. ビジョン

健康日本21（第三次）の計画期間は、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で、各種取組の健康増進への効果を短期間で測ることは難しく、評価を行うには一定の期間を要すること等を踏まえ、令和6（2024）年度から令和17（2035）年度までの12年間とされている。

平成12（2000）年の健康日本21開始以来の成果としては、第2章2 iで述べたとおり、基本的な法制度の整備や仕組みの構築、自治体、保険者、企業、教育機関、民間団体など多様な主体による予防・健康づくり、データヘルス・ICTの利活用、社会環境整備、ナッジ¹やインセンティブ²といった、当初はなかった新しい要素の取り込みがあり、こうした諸活動の成果により、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）は着実に延伸してきたといえる。

一方で、

- ・一部の指標、特に一次予防に関連する指標が悪化している
- ・全体としては改善していても、一部の性・年齢階級別では悪化している指標がある
- ・健康増進に関連するデータの見える化・活用が不十分である
- ・PDCAサイクルの推進が国・自治体とも不十分である

といった課題が指摘されている。

加えて、計画期間では、

- ・少子化・高齢化がさらに進み³、総人口・生産年齢人口が減少し、独居世帯が増加⁴する
- ・女性の社会進出、労働移動の円滑化、仕事と育児・介護との両立や多様な働き方の広まり、高齢者の就労拡大などを通じ社会の多様化がさらに進む
- ・あらゆる分野でデジタルトランスフォーメーション（DX）が加速する
- ・次なる新興感染症も見据えた新しい生活様式への対応が進む

といった社会変化が予想されている。

上記を踏まえ、「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能⁵な社会の実現」を「ビ

¹ 「ナッジ」とは「ひじで軽く突く」という意味。行動経済学上、対象者に選択の余地を残しながらも、より良い方向に誘導する方法。

² 目標の達成度等の取組の成果等に応じた配分を行うことで、意欲を引き出すための仕組み。

³ 令和6（2024）年には、団塊世代全てが75歳以上となり、国民の3人に1人が65歳以上になると予想されている。

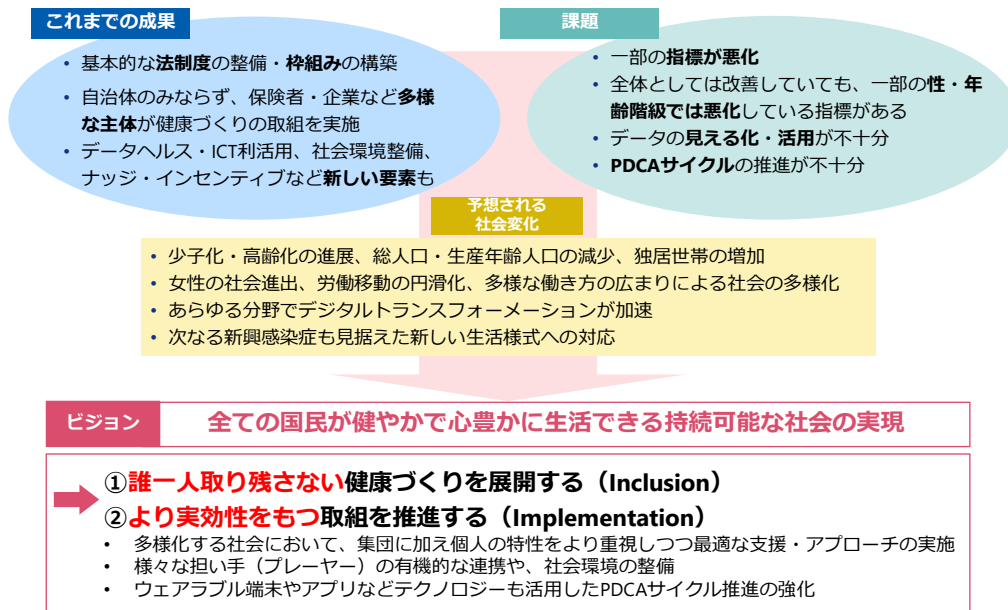
⁴ 令和17（2035）年には、独居世帯は3分の1超となり、男性の3人に1人、女性に5人に1人が生涯未婚となると予想されている。

⁵ 「持続可能」とは、「誰一人取り残さない」という包摂的な視点や仕組みを有し、将来世代のニーズを損なうことなく現代世代のニーズを満たすことができるような強靱な社会の状態をいう。

ジョン」とし、そのために、①誰一人取り残さない健康づくりの展開（Inclusion）、②より実効性をもつ取組の推進（Implementation⁶）を行う。具体的な内容としては、以下のものを含む。

- ・多様化する社会において、集団に加え個人の特性をより重視しつつ最適な支援・アプローチの実施
 - ・様々な担い手（プレーヤー）の有機的な連携や社会環境の整備
 - ・ウェアラブル端末やアプリなどテクノロジーも活用したPDCAサイクル推進の強化
- こうした取組を行うことで、well-beingの向上にも資することとなる。

図表1：健康日本21（第三次）のビジョン



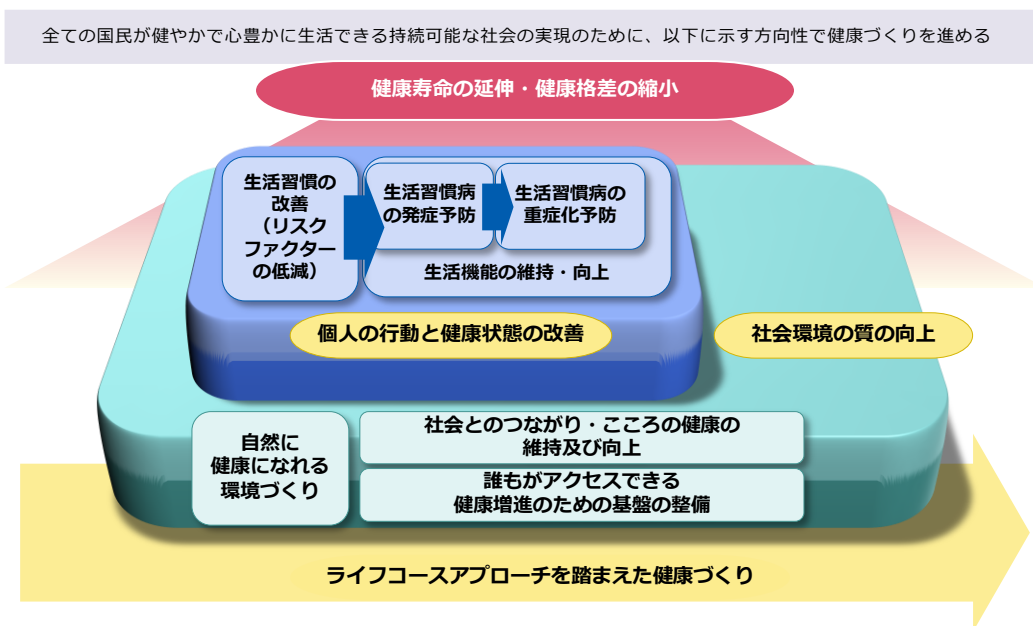
2. 基本的な方向

「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」というビジョン実現のため、基本的な方向を①健康寿命の延伸・健康格差の縮小、②個人の行動と健康状態の改善、③社会環境の質の向上、④ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりの4つとする。

それぞれの関係性は、図表2のとおりである。個人の行動と健康状態の改善及び社会環境の質の向上の取組を進めることで、健康寿命の延伸・健康格差の縮小の実現を目指す。その際は、個人の行動と健康状態の改善を促す社会環境の質の向上という関係性を念頭に置いて、取組を進める。なお、個人の行動と健康状態の改善のみが健康増進につながるわけではなく、社会環境の質の向上自体も健康寿命の延伸・健康格差の縮小のための重要な要素であることに留意が必要である。加えて、ライフコースアプローチも念頭に置く。

⁶ 第1章で述べたように、国際的にも、バンコク憲章（平成17（2005）年）以降、WHO文章等においてImplementationの重要性が繰り返し強調されている。

図表 2：健康日本 21（第三次）の概念図



4つの基本的な方向の詳細は、以下のとおりである。

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

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のため、個人の行動と健康状態の改善に加え、個人を取り巻く社会環境の整備やその質の向上を通じて、健康寿命の延伸及び健康格差の縮小を実現する。

(2) 個人の行動と健康状態の改善

国民の健康増進を推進するに当たって、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善（リスクファクターの低減）に加え、こうした生活習慣の定着等によるがん、生活習慣病（NCDs：非感染性疾患）の発症予防、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に関して引き続き取組を進めていく。

一方で、生活習慣病（NCDs）に罹患せずとも、日常生活に支障を来す状態となることもある。ロコモティブシンドローム（運動器症候群）、やせ、メンタル面の不調等は生活習慣病（NCDs）が原因となる場合もあるが、そうでない場合も含め、これらを予防することが重要である。また、既ががんなどの疾患を抱えている人も含め、「誰一人取り残さない」健康づくりの観点から、生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防だけでない健康づくりが重要である。こうした点を鑑み、生活機能の維持・向上の観点も踏まえた取組を推進する。

なお、「生活習慣病」は生活習慣のみならず、個人の体質等が発症に影響を及ぼすにもかかわらず、その用語から生活習慣の影響のみで発症すると誤解されやすく、第三者からの偏見・差別や、自己否定といったスティグマを生み、場合によってはそのスティグマが健康増進の取組を阻害するという指摘がある。一方で、「生活習慣病」という用語が世間的に広く

定着していることを踏まえ、用語のあり方については、社会動向等も踏まえ、中長期的に検討が必要である。

（３）社会環境の質の向上

健康日本 21（第二次）の期間中の動向も踏まえ、関係省庁とも連携しつつ、取組を進める。

就労、ボランティア、通いの場等の居場所づくりや社会参加の取組に加え、各人がより緩やかな関係性も含んだつながりを持つことができる環境整備やこころの健康を守るための環境整備を行うことで、社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上を図る。

健康な食環境や身体活動・運動を促す環境をはじめとする自然に健康になれる環境づくりの取組を実施し、健康に関心の薄い者を含む幅広い対象に向けた健康づくりを推進する。

誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備として、保健・医療・福祉等へのアクセスの確保に加え、PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）をはじめとする自らの健康情報を入手できるインフラ整備、科学的根拠に基づく健康に関する情報を入手・活用できる基盤の構築や周知啓発の取組を行うとともに、多様な主体が健康づくりに取り組むよう促す。

（４）ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

社会がより多様化することや、人生 100 年時代が本格的に到来することを踏まえれば、（１）から（３）に掲げる各要素を様々なライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階）において享受できることがより重要であり、各ライフステージに特有の健康づくりについて、引き続き取組を進める。

加えて、現在の健康状態は、これまでの自らの生活習慣や社会環境等の影響を受ける可能性や次世代の健康にも影響を及ぼす可能性があるものである。これらを踏まえ、ライフコースアプローチ（胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり）について、健康づくりに関連する計画等とも連携しつつ、取組を進めていく。

3. 基本方針等とアクションプラン

基本方針及び本説明資料においては、健康日本 21（第二次）において示された課題や国際的な潮流等も踏まえ、上記のとおり、ビジョンや基本的な方向、それに基づく目標項目の設定など、国民健康づくり運動を推進するに当たっての基本的な枠組み・考え方を示している。一方で、こうした枠組み・考え方に基づき、自治体などにおいて実際に取る方策等については、「アクションプラン」として別途示すこととしているので、留意されたい。

第4章 目標の設定

健康日本 21（第三次）における目標項目の設定及び評価に当たっての考え方を示すとともに、個別の目標について、現状、設定理由、目標値の根拠などについて記載する。

1. 目標の設定と評価

i 目標設定の基本的な考え方

健康日本 21（第二次）では、実行可能性のある目標をできるだけ少ない数で設定するとの考え方から、53項目が設定された。健康日本 21（第三次）においても、この考えを踏襲し、全体で健康日本 21（第二次）と同程度である 50 項目程度とする。

国民健康づくり運動は、健康増進法に基づき行われるものであること、健康寿命の延伸が健康日本 21（第三次）における最終的な目標とされていることを踏まえ、目標項目は、健康（特に健康寿命の延伸や生活習慣病（NCDs）の予防）に関する科学的なエビデンスがあることを原則とする。

加えて、健康日本 21（第二次）の最終評価においては、

- ・ データソースとなる調査が直近では実施されていない
- ・ 調査自体は継続しているが、調査方法が途中で変更となった
- ・ 当初想定していた指標の算出・計算方法、データ参照のタイミング（年末か年度末か等）が不明
- ・ 厚生労働科学研究が終了しているため、データ収集が不可能となった
- ・ オープンとなっていないデータソースのため、事後的に検証ができない

といった原因により、目標によっては、評価が困難となったり、事前の想定とは異なる評価を行う必要があったりしたことを踏まえ、データソースについては、事後的な実態把握のため、公的統計を利用することを原則とし、その前提で目標の設定を行う。

目標は、第3章2. で述べた基本的な方向に関連するものについて設定を行う。

ii 目標値設定の基本的な考え方

目標は、計画期間における諸活動の達成状況の評価を目的として設定すべきこと、評価を行う時点で実際に到達したかどうか確認できるものが望ましいことから、具体的な目標値については、計画開始後のおおむね9年間（令和 14（2032）年度まで）を目途として設定する。具体的には、他計画等で目標年度が別途定められている場合を除き、令和 14（2032）年度にデータが取れない項目を含めて、令和 14（2032）年度を目標年度として目標設定を行う。なお、令和 14（2032）年度以降も令和 17（2035）年度までの計画期間中は、国、地方公共団体等は、取組を引き続き推進する。

また、健康日本 21（第二次）の最終評価においては、1つの目標項目の中に、性・年齢階級別など複数の指標がある目標項目について、目標項目全体としての評価が不明瞭との指摘があった。このため、項目全体としての目標値を設定する。

iii 目標の評価

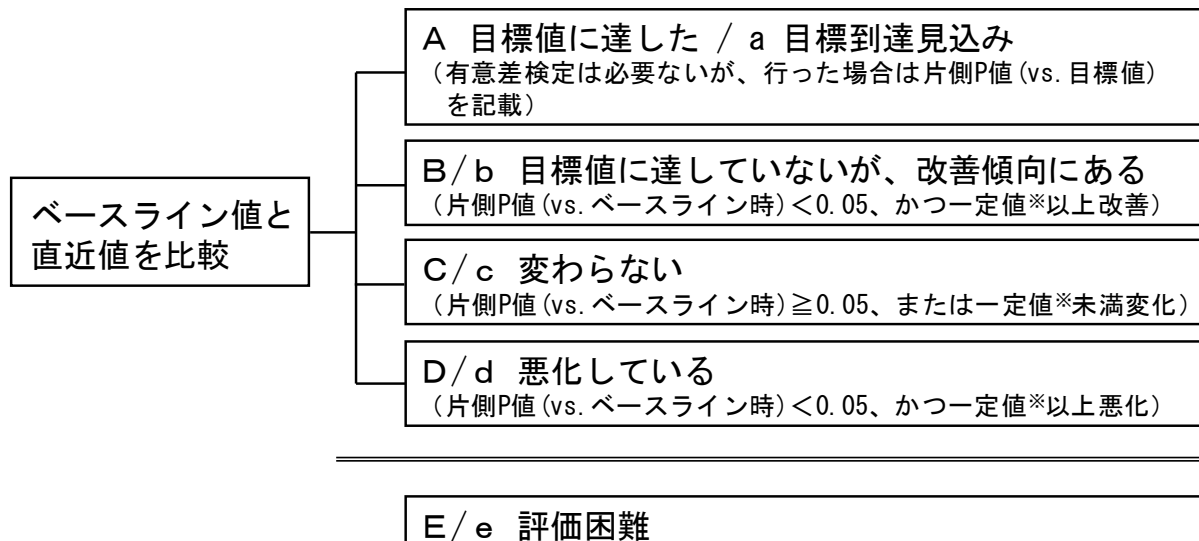
目標の評価については、実質的な改善効果を中間段階で確認できるように、計画開始後6年（令和11（2029）年）を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、計画開始後10年（令和15（2033）年）を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する。中間評価及び最終評価の際に用いる比較値（ベースライン値）については、令和6（2024）年度までの最新値とする。計画期間における主なスケジュール（予定）は図表1のとおりである。

図表1：計画期間中のスケジュール（予定）



目標項目の評価は、図表2のとおり、A、B、C、D（中間評価ではa、b、c、d）の4段階で評価する。評価困難な目標項目はE（中間評価ではe）とする。

図表2：目標項目の評価区分



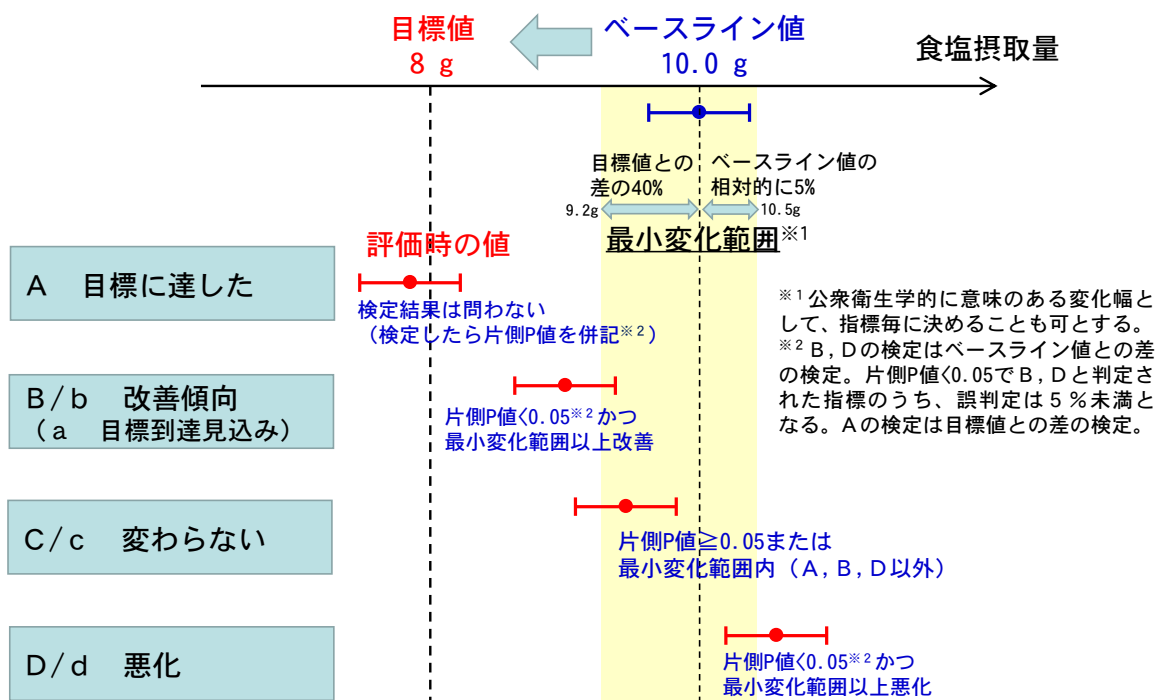
*一定値：後述の「最小変化範囲」

各目標項目の評価においては、まず、評価時点での直近値を目標値と比較し、目標値に達した（A）かどうか（中間評価においては目標到達見込み（a）かどうか）を判定する。

例えば、令和 14（2032）年度を目標値としている目標項目について、最終評価時点の直近のデータが令和 13（2031）年度の場合、目標値と令和 13（2031）年度のデータを比較し分析・評価を行うこととする（令和 13（2031）年度のデータから令和 14（2032）年度の値を推計するなどはしない）。

目標値に到達していない項目においては、ベースライン値と直近値を比較してベースライン値からの改善・不変・悪化（B・C・D、中間評価ではb・c・d）を判定する。なお、ベースライン値からの改善・不変・悪化の判断は、統計学的に有意かつ最小変化範囲以上の変化があるかどうかによって判断することとし、図表 2 にある「最小変化範囲」とは、「ベースライン値から目標値に向けて原則 30%以上の改善」もしくは「ベースライン値から相対的に原則 5%以上の悪化」とする。（図表 3）

図表 3：評価判定のイメージ（図中の値は説明用の仮想値）



上記の方法で評価できない項目に関しては、個別に評価方法を設定しておくこととし、例えば、

- ・「(ベースライン値からの) 増加」「減少」が目標値となっている項目については、「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・悪化を判定する
- ・将来予測からの抑制を目指して目標値設定した項目は、ベースライン値と目標値を結ぶ線以上に改善している場合を A (a)、ベースライン値と目標値を結ぶ線と予測曲線の間であり予測曲線から一定以上改善している場合を B (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。検定と最小変化範囲の考え方は、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」と読み替え同様に評価する

こととする。

分析・評価を行う際には、

- ・全体の値だけではなく、性、年齢で値に差が見られるものは、それらの特徴を踏まえた分析を行う
- ・地域別で差が見られるものは都道府県格差、市区町村格差等の分析を行う。また、分析可能な項目においては、社会経済的要因による格差についての分析も行う
- ・評価判定にはベースライン値と直近値の2点比較を用いるが、必要に応じてトレンド検定等も行う

こととする。

その他、分析上の課題や関連する調査・研究のデータの動向も踏まえて、分析・評価を行う。

中間評価、最終評価の際は、今後強化又は改善すべき点を検討した上で、国民に対して評価の結果を公表し、周知を図る。

2. 具体的な目標

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

背景

健康日本 21（第二次）において、健康寿命の延伸は最終的な目標とされており、健康寿命の指標である「日常生活に制限のない期間の平均」は、令和元（2019）年には、男性 72.68 年、女性 75.38 年まで順調に延伸してきた。生活習慣の改善、生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防、社会環境の質の向上等によって、健康寿命の延伸を目指すことは、健康づくりを推進するに当たり、引き続き最も重要な課題である。

健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義される。誰一人取り残さない健康づくりを展開するには、様々な健康格差を把握するとともに、格差の要因を分析し、格差縮小を目指すことが重要である。

基本的な考え方

① 健康寿命の延伸

健康寿命については、学術的にも概念や算出方法が一定程度確立していること、健康寿命延伸プラン¹⁾や健康・医療戦略²⁾等において、令和 22（2040）年までの延伸目標（平成 28（2016）年比で男女ともに 3 年延伸）が設定されていること、国民の認知度も高いこと等を踏まえ、引き続き健康寿命の延伸を実現されるべき最終目標とする。

健康寿命には様々な指標があるが、「健康寿命のあり方に関する有識者研究会報告書」³⁾等を踏まえ、「日常生活に制限のない期間の平均」を主指標に、「自分が健康であると自覚している期間の平均」や「日常生活動作が自立している期間の平均」を補完的な指標として用いる。「日常生活に制限のない期間」の算定方法に関しては、現状における公的統計との整合性・実施可能性などを踏まえると、国民生活基礎調査データをもとにした計算（サリバ法による障害のない平均余命の考え方）が最も適切と考えられる。

平均寿命と健康寿命の差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味し、平均寿命と健康寿命（日常生活に制限のない期間）の差は、令和元（2019）年で、男性 8.73 年、女性 12.06 年である。今後も平均寿命の延伸が予想されているが、平均寿命と健康寿命の差を短縮することで、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、医療費や介護給付費等の社会保障負担の軽減も期待でき、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に寄与するものと考えられる。このため、平均寿命の伸び以上に健康寿命を延ばすことを目標とする。

② 健康格差の縮小

健康格差の実態を明らかにしその縮小に向けた取組を強化する際の指標としては、様々なものが考えられるが、各種格差を是正することにより最終的には健康寿命の格差の縮小を目指すこと、自治体間の格差を明らかにすることで各自治体の自主的な取組を促進する効果が期待できること等から、引き続き、健康寿命の都道府県格差を目標項目として設定する。特に、底上げを図る観点から、下位 4 分の 1 の都道府県の平均に着目した目標とする。

なお、健康寿命の都道府県格差の縮小を目指すにあたっては、社会環境の質の向上等を通じて、健康寿命の延伸につながる各生活習慣等についての健康格差を縮小させるとともに、地域間格差だけでなく、社会経済的要因による格差等についても把握・分析し、それらを踏まえた取組を行うことも重要である。

① 健康寿命の延伸

指標	日常生活に制限のない期間の平均
データソース	健康寿命：国民生活基礎調査（大規模調査：3年ごと）の調査結果、簡易生命表をもとに厚生労働科学研究において算出 平均寿命：簡易生命表（完全生命表がある年は完全生命表を使用）
現状値	健康寿命：男性 72.68 年、女性 75.38 年（令和元年度：厚生労働科学研究「健康日本 21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究（研究代表者 辻一郎）」 ⁴⁾ で算出） 平均寿命：男性 81.41 年、女性 87.45 年（令和元年度）
ベースライン値	健康寿命：男性 - 年、女性 - 年（令和 4 年度：令和 4 年の健康寿命） 平均寿命：男性 - 年、女性 - 年（令和 4 年度：令和 4 年簡易生命表） ※令和 4 年国民生活基礎調査の結果をもとに令和 4 年の健康寿命を算出（令和 6 年度に公表）予定
目標値	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（令和 14 年度） ※令和 13 年の健康寿命（令和 15 年度に公表予定）を用いて評価予定

平均寿命と健康寿命との差は、日常生活に制限のある期間（不健康な期間）を意味するが、平均寿命の伸び以上に健康寿命を延ばすことによってこの期間を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぎ、社会保障負担の軽減も期待できることから、「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」を目標値とした。

健康寿命は最終的な目標であることから、男性、女性それぞれ別に評価を行うこととし、平均寿命の増加分を上回る増加を認めた場合（不健康期間が短縮した場合）を目標到達（A）、平均寿命の増加分には達しない（不健康期間が短縮しない）ものの、不健康期間割合は短縮している場合を改善（B）、健康寿命が短縮している場合を悪化（D）、BとDの間を変化なし（C）と評価する。

なお、健康寿命延伸プラン等においては、「2040年までに男女ともに3年の延伸（2016年比）」を目標としていることから、この目標に向かって順調に延伸しているかについても補完的に評価する。

また「自分が健康であると自覚している期間の平均」（男性 73.15 年、女性 76.47 年（令和元（2019）年））及び「日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）」（要介護 2 以上になるまでの期間の平均）（男性 79.91 年、女性 84.18 年（令和元（2019）年））を補完的指標として用いる。（いずれも「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）」⁴⁾ による算出。）

なお、健康寿命の算定方針、算出プログラム等はWEBサイト⁵⁾で公開しているほか、国保データベース（KDB）システムでは、都道府県・市町村・二次医療圏別の平均自立期間を毎年算出し⁶⁾、都道府県別の値はWEBサイト⁷⁾で公開している。

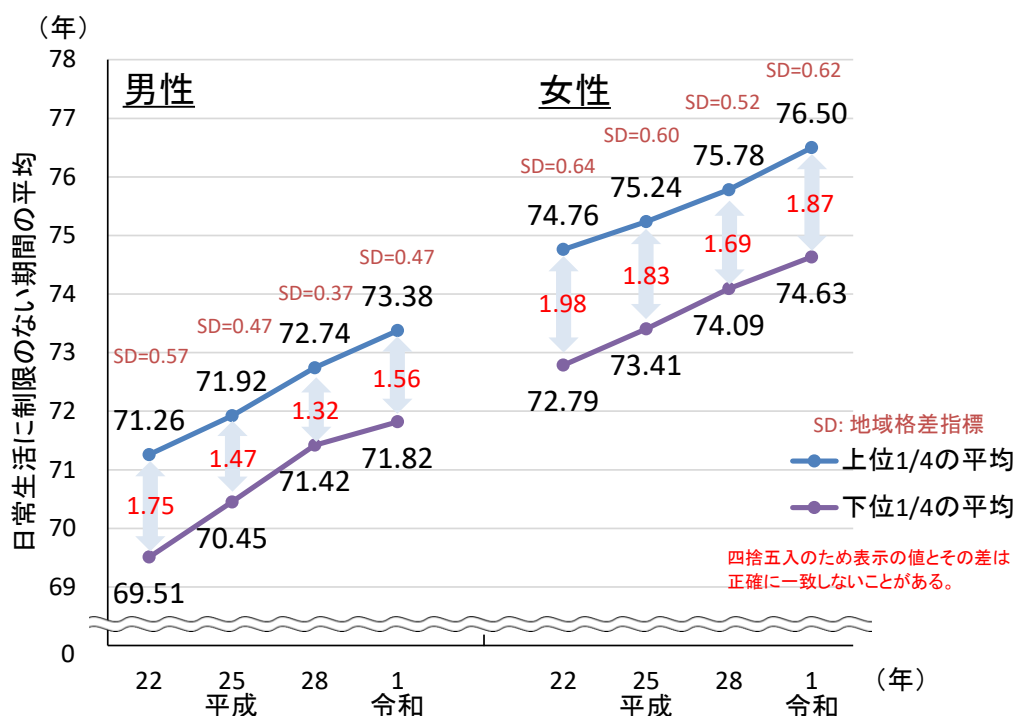
② 健康格差の縮小

指標	日常生活に制限のない期間の平均の下位4分の1の都道府県の平均
データソース	国民生活基礎調査（大規模調査：3年ごと）の調査結果、簡易生命表をもとに厚生労働科学研究において算出 ※下位4分の1：下位11都道府県、上位4分の1：上位12都道府県
現状値	下位4分の1：男性71.82年、女性74.63年 上位4分の1：男性73.38年、女性76.50年 （令和元年度：令和元年の健康寿命を用いて算出）
ベースライン値	下位4分の1：男性・年、女性・年 上位4分の1：男性・年、女性・年（令和4年度） ※令和4年の健康寿命（令和6年度に公表予定）を用いて算出予定
目標値	日常生活に制限のない期間の平均の上位4分の1の都道府県の平均の増加分を上回る下位4分の1の都道府県の平均の増加（令和14年度） ※令和13年の健康寿命（令和15年度に公表予定）を用いて算出する値を用いて評価予定

健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の上位の都道府県の延び以上に、下位の都道府県の健康寿命を延ばすことができれば、全国の健康寿命を底上げし、健康寿命の都道府県格差を縮小できることから、「日常生活に制限のない期間の平均の上位4分の1の都道府県の平均の増加分を上回る下位4分の1の都道府県の平均の増加」を目標値とした。補完指標として、47都道府県全体の格差の大きさを表す「地域格差指標」（男性0.47、女性0.62（令和元（2019）年）：「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）」⁴⁾による算出。）も算出する。

なお、健康寿命と同様に、男女別で評価することとし、下位4分の1の都道府県の平均の増加分が上位4分の1の都道府県の平均の増加分を上回っている場合（格差が縮小している場合）を目標到達（A）、差がない場合を変化なし（C）、下回っている場合（格差が拡大している場合）を悪化（D）と評価する（B評価は設定なし）。

図表 1 : 健康寿命上位 4 分の 1 の都道府県の平均と下位 4 分の 1 の都道府県の平均とその差の推移



(注) 平成 28 (2016) 年の国民生活基礎調査は熊本地震により熊本地を調査対象に含まない。(上位 4 分の 1、下位 4 分の 1 とともに 11 都道府県の平均を算出。)

【参考文献】

- 1) 厚生労働省. 第 2 回 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部 資料 4 . 健康寿命延伸プラン. 令和元 (2019) 年 5 月.
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000101520_00002.html
- 2) 健康・医療戦略
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/senryaku/>
- 3) 健康寿命のあり方に関する有識者研究会
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04074.html
- 4) 厚生労働行政推進調査事業費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「健康日本 21 (第二次) の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」(令和元 (2019) 年度～令和 3 (2021) 年度、研究代表者 辻一郎) 総括・分担研究報告書.
- 5) 厚生労働科学研究 健康寿命のページ (グループ代表 橋本修二) .
<http://toukei.umin.jp/kenkoujyumu/>
- 6) 国民健康保険中央会. 国保データベース (KDB) システム.
<https://www.kokuho.or.jp/hoken/kdb.html>
- 7) 国民健康保険中央会. 平均自立期間.
<https://www.kokuho.or.jp/statistics/heikinjiritukikan.html>

(2) 個人の行動と健康状態の改善

健康寿命の延伸に向け、個人の行動と健康状態の改善は重要であり、そのため、生活習慣の改善、これらの生活習慣の改善等による生活習慣病（NCDs）の予防に加え、生活機能の維持・向上の観点も踏まえた取組を推進する。これらの取組に関連する目標を以下のとおり設定する。

また、健康格差の縮小のため、これらの目標達成に向けた取組を行う際には、生活習慣等の格差など、様々な格差の是正に取り組むことにも留意する必要がある。

2-1. 生活習慣の改善

(1) 栄養・食生活

背景

栄養・食生活は、生命の維持に加え、こども達が健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みである。また、多くの生活習慣病（NCDs）の予防・重症化予防のほか、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。

基本的な考え方

身体的、精神的、社会的に良好な食生活の実現を図ることを目的に、健康・栄養状態レベルとして「適正体重を維持している者の増加」、適切な量と質の食事を摂取する観点で、食事レベルの「バランスの良い食事を摂っている者の増加」、食品レベルの「野菜摂取量の増加」、「果物摂取量の改善」、栄養素レベルの「食塩摂取量の減少」について以下のとおり目標設定を行う。なお、取組を進めるに当たっては、集団に加え個人の特性を踏まえたアプローチが必要になることから、地域格差だけでなく社会経済格差に伴う栄養格差の対策や食習慣に対する関心度に応じた取組等に資する分析も行うことが重要である。

① 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）

② 児童・生徒における肥満傾向児の減少

体重は、各ライフステージにおいて、それぞれ主要な生活習慣病（NCDs）や健康状態との関連が強い。肥満はがん、循環器病、2型糖尿病等の生活習慣病（NCDs）との関連がある^{1),2)}。若年女性のやせは骨量減少、低出生体重児出産のリスク等との関連があり³⁻⁵⁾、高齢者のやせは、肥満よりも死亡率が高くなる⁶⁻⁹⁾。

20～60歳代男性の肥満者の割合は、経年的な推移をみると、平成22(2010)年31.2%から平成25(2013)年29.1%まで有意に減少したものの、平成25(2013)年から令和元(2019)年は有意に増加し、いずれの年代も同様の傾向である。40～60歳代女性の肥満者の割合は約2割であり、経年的な推移でも有意な増減はないことから、今後も取組が必要である。

これまで、若年女性のやせは、20歳代を対象としてきたが、この20年間大きな増減はなく、30歳代においても同様に一定の割合が存在することから、20～30歳代女性を対象に取組を進めていくことが重要である。

低栄養傾向の高齢者（65歳以上）の割合は、後期高齢者の増加による自然増により見込まれる割合を上回ることなく抑制はできているが、今後、高齢者の割合が更に増加することを踏まえ、引き続き対応を行っていく必要がある。

③ 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は日本の食事パターンであり、良好な栄養素摂取量、栄養状態につながる事が報告されている^{10),11)}。主食・主菜・副菜がそろった食事を1日2回摂っている場合、それ以下の場合と比較して、栄養素摂取量（たんぱく質、脂肪エネルギー比、ミネラル、ビタミン）が適正となる事が報告されている¹²⁾。

主食・主菜・副菜を組み合わせた食事をしている者は、37.7%（令和3（2021）年度食育に関する意識調査）であり、この割合を増加させることは、良好な栄養素摂取量（栄養素の過不足のない食事）を達成し、生活習慣病（NCDs）の一次予防、生活機能の維持・向上のために重要である。

④ 野菜摂取量の増加

食事による摂取と生活習慣病（NCDs）との関連から食事摂取基準において目標量が設定されている栄養素のうち、食物繊維及びカリウムは野菜からの摂取寄与度が高い¹³⁾。諸外国の報告を含むメタアナリシスによって、野菜及び果物の摂取量を増やすことで循環器病死亡率が低下することが認められている¹⁴⁾。また、日本では循環器病の疾病負荷が課題であり、日本人において野菜の摂取を70g増やすことにより循環器病の疾病負荷が小さくなると予測されている¹⁵⁾。

⑤ 果物摂取量の改善

果物の摂取は、高血圧¹⁶⁾、肥満¹⁷⁾、2型糖尿病¹⁸⁾などの生活習慣病（NCDs）の発症リスク低下との関連が報告されているが、日本人の平均摂取量は増加していない。さらに、日本人の全死亡に寄与する食事要因として、食塩の過剰摂取、全粒穀類の摂取量の少なさに次いで、果物摂取量の少なさが報告されており¹⁹⁾、日本人における果物摂取量の増加は、食生活改善の重要な課題の1つである。

⑥ 食塩摂取量の減少

世界195か国を対象にした、非感染性疾患（NCDs）による死亡・障害調整生命年（DALYs）に対する不健康な食事の影響をみた研究報告によると、世界的には全粒穀類の摂取不足が最も影響が大きい食事因子であるのに対し、我が国を含む東アジアでは、ナトリウムの多量摂取が最大の食事因子となっている¹⁹⁾。また、成人のNCDsと傷害による死亡に対する主要な決定因子（単一の因子）をみた研究では、食事因子としては食塩の過剰摂取が最も大きいことが示されている²⁰⁾。こうした食塩の過剰摂取の課題解決に向けて、減塩に関する取組の一層の推進を図る必要がある。

なお、令和元（2019）年国民健康・栄養調査によると、健康日本21（第二次）の目標値（1日8g）以上の食塩を摂取している群においても、食習慣改善の意思がない者の割合が男女とも約6割を占めており（図表1）、今後、減塩の取組を効果的に進めていくためには、食習慣改善に対する考え方も考慮した取組が重要となる。

上記の目標に加え、こうした個人の行動と健康状態の改善を促すために、社会環境の質の

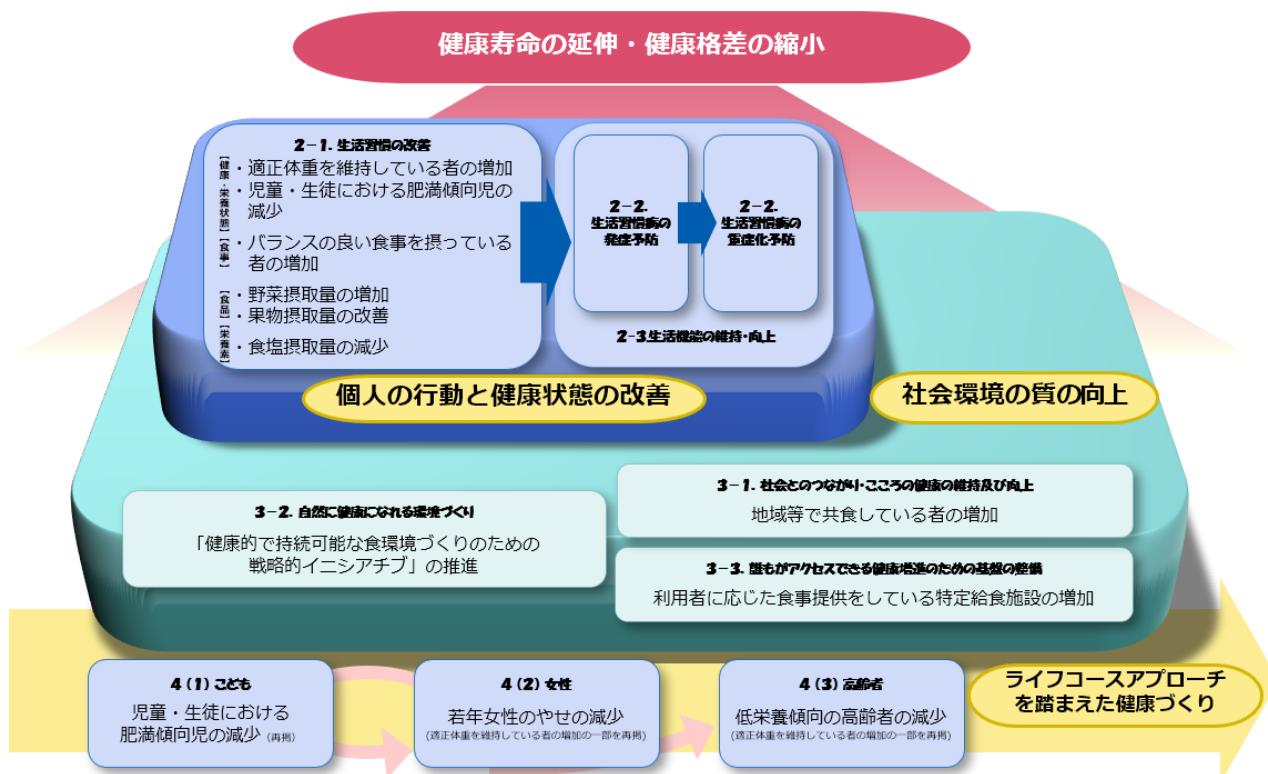
向上の観点で、社会とのつながりの維持・向上として「地域等で共食している者の増加」、自然に健康になれる環境づくりとして「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進、誰もがアクセスできる健康増進のための基盤として「利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加」をそれぞれ目標に設定しており、栄養・食生活分野と連動させながら、取組を進めていくことが必要である。（図表2）

図表1：食塩摂取量の状況別、食習慣改善の意思(20歳以上、男女別)



(出典) 厚生労働省「令和元年国民健康・栄養調査」

図表2：栄養・食生活に関連する目標



① 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）

指標	B M I 18.5 以上 25 未満（65 歳以上は B M I 20 を超え 25 未満）の者の割合（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査 ※20 歳以上
現状値	60.3%（令和元年度）
ベースライン値	- %（令和 6 年度：令和 6 年国民健康・栄養調査予定）
目標値	66%（令和 14 年度）

※現状値は年齢調整していない値

体重は、性・年齢で差が見られるため、その特徴を踏まえ、〔1〕20～60 歳代男性の肥満者（B M I 25 以上の者）の割合の減少、〔2〕40～60 歳代女性の肥満者の割合の減少、〔3〕20～30 歳代女性のやせの者（B M I 18.5 未満の者）の割合の減少、〔4〕低栄養傾向（B M I 20 以下）の高齢者（65 歳以上）の割合の減少を目指すこととし、令和 14（2032）年の目標値を以下のとおり算出した。

〔1〕については、平成 22（2010）年から平成 25（2013）年までは減少していたが、平成 25（2013）年から令和元年（2019）年は増加していた。その状況も踏まえ、平成 25（2013）年から令和元（2019）年までの推移から、trend-analysis ツールを用いて将来推計を実施した上で、目標値を設定した。また、〔2〕～〔4〕については、平成 22（2010）年から令和元（2019）年までのそれぞれの割合の推移から、trend-analysis ツールを用いて将来推計を実施した上で、目標値を設定した。

- 〔1〕 20～60 歳代男性の肥満者の割合の減少：30%未満
- 〔2〕 40～60 歳代女性の肥満者の割合の減少：15%未満
- 〔3〕 20～30 歳代女性のやせの者の割合の減少：15%未満
- 〔4〕 低栄養傾向の高齢者（65 歳以上）の割合の減少：13%未満

〔1〕～〔4〕の目標を達成したと仮定した場合の適正体重の者の割合について、令和 14（2032）年の割合は 65.9%であることから、目標値を 66%以上とする。

② 児童・生徒における肥満傾向児の減少

指標	児童・生徒における肥満傾向児の割合 ※評価には 10 歳（小学 5 年生）男女総計の割合を用いる予定
データソース	学校保健統計調査
現状値	10 歳（小学 5 年生）10.96%（令和 3 年度） ※男子 12.58%、女子 9.26%
ベースライン値	- %（令和 6 年度：令和 6 年度学校保健統計調査予定）
目標値	令和 5 年度から開始する第 2 次成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針（以下「第 2 次成育医療等基本方針」という。）に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

成育医療等基本方針の目標値に合わせて、本項目の目標値も設定する予定。

なお、成育医療等基本方針における評価とは異なり、本計画における評価に当たっては、第4章1. iiに記載のとおり、1つの目標項目の中に性・年齢階級別など複数の指標があるものについても、項目全体としての目標値（男女合わせた目標値等）を設定し、1つの指標で評価することとしているため、成育医療等基本方針の指標（10歳（小学5年生）男子、〈参考〉10（小学5年生）女子、他）ではなく、10歳（小学5年生）男女総計の数値を本計画の評価のための指標として用いることとする。

（参考）13歳（中学2年生）：男子 10.99%、女子 8.35%
16歳（高校2年生）：男子 10.64%、女子 7.20%

③ バランスの良い食事を摂っている者の増加

指標	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
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	なし （参考）令和3年度食育に関する意識調査：37.7% ※令和2年度に調査方法の変更があり、調査員による個別面接聴取から郵送及びインターネットを用いた自記式とされたことから、これまでの傾向と異なる可能性がある。
ベースライン値	- %（令和6年度：令和6年国民健康・栄養調査予定）
目標値	50%（令和14年度）

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「週に4～5日」、「週に2～3日」、「ほとんどない」者のそれぞれが2日程度増やすことで、全体として「ほぼ毎日」の者が30%増加することを見込み、目標値は50%とする。なお、目標達成に向けては、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上の日がほぼ毎日でない者の食事状況や社会経済状況等の影響を把握し、具体的な対策を検討することが重要であり、そのための詳細な分析が必要となるため、今後は国民健康・栄養調査で分析していく。

④ 野菜摂取量の増加

指標	野菜摂取量の平均値
データソース	国民健康・栄養調査 ※20歳以上
現状値	281g（令和元年度）
ベースライン値	- g（令和6年度：令和6年国民健康・栄養調査予定）
目標値	350g（令和14年度）

健康日本 21（第二次）においては 350 g/日 を目標値としていたが、最終評価時点（令和元（2019）年値）でベースライン値から有意な変化を認めず、目標値に到達しなかった（目標設定年度（令和 4（2022）年度）までの目標到達も難しいと考えられた）。野菜からの食物繊維やカリウム等の摂取寄与度等も踏まえ、引き続き健康日本 21（第二次）の目標値を維持し、350 g/日以上とする。なお、野菜に加えて果物の摂取量も考慮する必要がある。

⑤ 果物摂取量の改善

指標	果物摂取量の平均値
データソース	国民健康・栄養調査 ※20 歳以上
現状値	99 g（令和元年度）
ベースライン値	- g（令和 6 年度：令和 6 年国民健康・栄養調査予定）
目標値	200 g（令和 14 年度）

高血圧¹⁶⁾、肥満¹⁷⁾及び2型糖尿病¹⁸⁾の発症リスクとの関連を検討したメタアナリシスによると、果物摂取量について、200 g/日まではリスクが減少することが報告されている。また、冠動脈疾患、脳卒中及び全死亡のリスクと果物摂取量を検討したメタアナリシスでは、200 g/日程度で相対リスクが低くなることが報告されている²¹⁾。これらを踏まえ、果物摂取量（ジャムを除く果実類）200 g/日 を目標とする。ただし、2型糖尿病など一部の疾患のある者については、果物の過剰摂取が疾患管理において影響を与えうることには留意が必要である。

また、健康日本 21（第二次）の最終評価において、果物摂取量 100 g 未満の者の割合が 63.3%であり、果物摂取量が少ない者について一定の割合が存在することから、果物摂取量の割合の分布も引き続き確認していく。

⑥ 食塩摂取量の減少

指標	食塩摂取量の平均値
データソース	国民健康・栄養調査 ※20 歳以上
現状値	10.1 g（令和元年度）
ベースライン値	- g（令和 6 年度：令和 6 年国民健康・栄養調査予定）
目標値	7 g（令和 14 年度）

WHOでは1日当たり5 g 未満という目標量を掲げており、我が国を始め各国のガイドラインを考慮すると、高血圧の予防には1日当たり6 g 未満の食塩摂取量が望ましいと考えられる。一方で「日本人の食事摂取基準」（2020年版）における食塩摂取の目標量は、習慣的な摂取量を考慮して、成人男性7.5 g 未満、成人女性6.5 g 未満とされている²²⁾。以上を踏まえ、20歳以上の男女の目標値は1日当たり7.0 g 未満とする。

【参考文献】

- 1) フランク・B・フー. 小林身哉, 八谷寛, 小林邦彦監訳. 肥満の疫学. 2010. 名古屋大学出版会.
- 2) Crawford D, Jeffery RW, Ball K, and Brug J. Obesity epidemiology 2nd ed.: From aetiology to 102 public health. 2010. Oxford University Press.
- 3) Blum M, Harris SS, Must A, et al. Weight and body mass index at menarche are associated with premenopausal bone mass. *Osteoporos Int* 2001;12(7):588-94.
- 4) Han Z, Mulla S, Beyene J, et al. Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses. *Int J Epidemiol*. 2011;40(1):65-101.
- 5) Nakanishi K, Saijo Y, Yoshioka E, et al. Japan Environment and Children's Study (JECS) Group. Severity of low pre-pregnancy body mass index and perinatal outcomes: the Japan Environment and Children's Study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Feb 11;22(1):121.
- 6) Tamakoshi A, Yatsuya H, Lin Y, et al. BMI and all-cause mortality among Japanese older adults: Findings from the Japan Collaborative Cohort Study. *Obesity* 2010; 18: 362-369.
- 7) Nagai M, Kuriyama S, Kakizaki M, et al. Effect of age on the association between body mass index and all-cause mortality: The Ohsaki Cohort Study. *J Epidemiol* 2010; 20: 398-340.
- 8) Sasazuki S, Inoue M, Tsuji I, et al. Body mass index and mortality from all causes and major causes in Japanese: Results of a pooled analysis of 7 large-scale cohort studies. *J Epidemiol* 2011; 21: 417-430.
- 9) Hanlon P, Nicholl I B, Jani D B, et al. Frailty and pre-frailty in middle-aged and older adults and its association with multimorbidity and mortality: a prospective analysis of 493 737 UK Biobank participants. *Lancet Public Health*. 2018 Jul;3(7):e323-e332.
- 10) Kurotani K, Akter S, Kashino I, Goto A, Mizoue T, Noda M, Sasazuki S, Sawada N, Tsugane S, Japan Public Health Center based Prospective Study Group. Quality of diet and mortality among Japanese men and women: Japan Public Health Center based prospective study. *BMJ* 2016;352:i1209.
- 11) 黒谷佳代、中出麻紀子、瀧本秀美. 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事と健康・栄養状態ならびに食物・栄養素摂取状況との関連—国内文献データベースに基づくシステマティックレビュー. *栄養学雑誌*, 2018 ; 76 (4) : 77-88.
- 12) Ishikawa-Takata K, Kurotani K, Adachi M, Takimoto H. Frequency of meals that includes staple, main and side dishes and nutrient intake: findings from the 2012 National Health and Nutrition Survey, Japan *Pub Health Nutr*: 24(9), 2618-2628.
- 13) 健康日本 21 (第二次) 分析評価事業
- 14) Wand X, Ouyang Y, Liu J, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ*. 2014 July; 349: g4490.

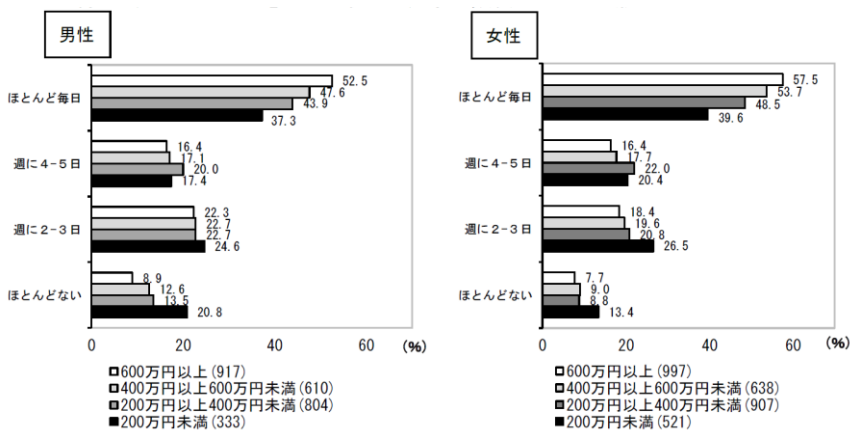
- 15) Xiuting Mo, Ruoyan Tobe Gai, Kimi Sawada, et al. Coronary heart disease and stroke disease burden attributable to fruit and vegetable intake in Japan: projected DALYS to 2060. *BMC Public Health*. 2019 Jun;19(1):707
- 16) Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G et al. Food Groups and Risk of Hypertension: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Studies. *Adv Nutr*. 2017 Nov;8(6):793-803.
- 17) Schlesinger S, Neuenschwander M, Schwedhelm C et al. Food Groups and Risk of Overweight, Obesity, and Weight Gain: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Studies. *Adv Nutr*. 2019 Mar;10(2):205-218.
- 18) Schwingshackl L, Hoffmann G, Lampousi AM et al. Food groups and risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Epidemiol*. 2017 May;32(5):363-375.
- 19) GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019 May;393(10184):1958-1972.
- 20) Ikeda N, Inoue M, Iso H, et al. Adult Mortality Attributable to Preventable Risk Factors for Non-Communicable Diseases and Injuries in Japan: A Comparative Risk Assessment. *PLoS Med*. 2012; 9(1): e1001160.
- 21) Aune D, Giovannucci E, Boffetta P et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality—a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int J Epidemiol*. 2017 Jun;46(3):1029-1056.
- 22) 厚生労働省「日本人の食事摂取基準」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyuu/syokuji_kijyun.html

＜社会経済的要因による格差について＞

平成 30 (2018) 年国民健康・栄養調査では、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を 1 日 2 回以上食べる頻度が「ほとんど毎日」と回答した者の割合は、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員に比較して、男女ともに 200 万円未満の世帯員で有意に低く、「ほとんどない」と回答した者の割合は、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員に比較して、男女ともに 200 万円未満の世帯員で有意に高く、経済格差に伴う栄養格差が明らかとなった（図表 1）。また、食品を選択する際に栄養価を重視すると回答した者の割合は、世帯の所得が 600 万円以上の世帯員に比較して、男女ともに 200 万円未満の世帯員で有意に低く（図表 2）、世帯の年間収入別に栄養素等摂取量をみると、世帯の年間収入が多いほど、炭水化物エネルギー比率が低く、動物性たんぱく質が高く、栄養素レベルにおいても栄養格差が示唆された。

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も含めて、生きがいをもって自らの健康づくりに取り組むことのできる社会環境を構築するという視点が重要である。

図表 1：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、男女別）



（出典）厚生労働省「平成 30 年国民健康・栄養調査」

図表 2：所得と食品を選択する際に重視する点に関する状況（20 歳以上、男女別）

項目	性別	世帯の所得				有意差		
		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
解析対象者 (人)	男性 女性	338 529	810 909	614 644	927 1,001			
おいしさ (%)	男性 女性	65.5 66.6	73.3 76.8	76.9 81.6	78.5 85.3	★ ★	★ ★	★
好み (%)	男性 女性	63.4 66.3	69.5 65.2	71.8 64.3	70.7 71.5	★		
栄養価 (%)	男性 女性	25.3 45.1	29.5 55.9	31.6 60.7	34.3 62.1	★ ★		
季節感・旬 (%)	男性 女性	26.2 39.8	28.0 54.0	29.9 59.2	35.7 60.0	★ ★	★	
安全性 (%)	男性 女性	40.1 61.3	40.8 64.3	46.2 72.6	45.3 67.3	★	★	
価格 (%)	男性 女性	49.4 68.1	54.0 71.1	50.9 76.2	50.6 72.0			★

注 1) 生活習慣調査票の問 1 と問 2 に回答した者。かつ、世帯主又は世帯の代表者が問 12 と問 13 に回答した世帯の世帯員を集計対象とした。
なお、同一世帯で複数の世帯員が問 12 又は問 13 に回答した世帯、及び問 13 で「わからない」と回答した世帯は集計から除外した。
注 2) 推定値は、年齢階級(20-39歳、40-59歳、60-69歳、70歳以上の 4 区分)と世帯員数(1人、2人、3人、4人、5人以上世帯の 5 区分)での調整値。割合に関する項目は直接法、平均値に関する項目は共分散分析を用いて算出。
注 3) 世帯の所得額を当該世帯員に当てはめて多変量解析(割合に関する項目はロジスティック回帰分析、平均値に関する項目は共分散分析)を用いて 600 万円以上を基準とした他の 3 群との群間比較を実施。
注 4) ★は世帯の所得が 600 万円以上の世帯員と比較して群間の有意差があった項目。

（出典）厚生労働省「平成 30 年国民健康・栄養調査」

〈2〉身体活動・運動

背景

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

身体活動・運動の量が多い者は、少ない者と比較して2型糖尿病、循環器病、がん、ロコモティブシンドローム、うつ病、認知症等などの発症・罹患リスクが低いことが報告されている¹⁾。WHOは、高血圧、喫煙、高血糖に次いで、身体活動不足を全世界の死亡に対する危険因子の第4位と認識し²⁾、また、我が国では、身体活動・運動の不足は喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡の3番目の危険因子であることが示唆されている³⁾。加えて、身体活動は、妊婦・産後の女性、慢性疾患や障害のある人を含め、様々な人々に対して健康効果が得られるとされている⁴⁻⁶⁾。身体活動・運動の意義と重要性が広く国民に認知され実践されることは、超高齢社会を迎える我が国の健康寿命の延伸に有用であると考えられる。一方で、機械化・自動化の進展、移動手段の変化等により、国民の身体活動量が減少しやすい社会環境にあることや、「日常生活における歩数」、「運動習慣者の割合」のいずれも横ばいから減少傾向であることを踏まえると、引き続き身体活動・運動分野の取組を積極的に行う必要がある。さらに、身体活動量の減少は肥満や生活習慣病（NCDs）発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子であることから⁷⁾、早急に重点的な対策を実施する必要がある。

基本的な考え方

身体活動・運動量を増加させ、健康増進につなげていくことが重要であることから、以下の目標を設定する。

① 日常生活における歩数の増加

歩数は身体の移動を伴うような比較的活発な身体活動の客観的な指標であり、「歩数の増加」は、健康寿命延伸や社会生活機能の維持・増進につながる直接的かつ効果的な方策である。これまでの研究において、歩数と疾病罹患率あるいは死亡率との間に明確な負の関係があることが確認されている⁸⁻¹⁰⁾。また、歩数はスマートフォンなどを通じ、多くの国民にとって日常的な測定・評価が可能な指標といえる。特に「日常生活における歩数」は、主として「生活活動」を反映していると考えられ、労働場面・家庭場面・移動場面における歩数の総数であるが、過去10年間で全ての世代において、男性、女性ともに横ばいから減少傾向にある¹¹⁾。将来の生活習慣病（NCDs）発症や社会生活機能低下を防止するためには、日常生活における歩数を増加させ、健康づくりのための身体活動基準2013における個人への推奨値（成人については、23メッツ・時/週≒8,000～10,000歩、高齢者については、10メッツ・時/週）に近づける必要がある。これらを踏まえ、「日常生活における歩数の増加」を目標として設定し、身体活動全体の増加・活発化を促す必要がある。

② 運動習慣者の増加

健康増進や体力向上などを通じて、個々人の抱える多様かつ個別の健康問題を効率的に改

善することができる。「運動」は「余暇身体活動」とも呼ばれ、これまでに数多くの研究が報告されている¹²⁻¹⁴⁾。これらの研究では、運動習慣を有する者は、運動習慣のない者に比べて、生活習慣病（NCDs）発症や死亡のリスクが低いことが報告されており、より多くの国民が運動習慣を持つことが重要である。これらを踏まえ、引き続き、「運動習慣者の増加」を目標として設定する。

③ 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少

こどもに対して、身体活動が身体的・心理的・社会的に良い影響を及ぼすことが報告されている¹⁵⁻¹⁶⁾。運動習慣を有するこどもの割合を増やすことで、心身の健康の保持・増進や体力の向上を図り、健康で活力に満ちた長寿社会の実現につなげることが重要であり、このことから、「運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少」を目標とする。

① 日常生活における歩数の増加

指標	1日の歩数の平均値（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査
現状値	6,278 歩（令和元年度） ※20～64 歳：男性 7,864 歩、女性 6,685 歩 65 歳以上：男性 5,396 歩、女性 4,656 歩
ベースライン値	- 歩（令和 6 年度：令和 6 年国民健康・栄養調査予定）
目標値	7,100 歩（令和 14 年度） ※20～64 歳：男性 8,000 歩、女性 8,000 歩 65 歳以上：男性 6,000 歩、女性 6,000 歩

※現状値は年齢調整していない値

国民健康・栄養調査から得られた平成 22（2010）年から令和元（2019）年までの歩数を基に、trend-analysis ツールを用いて算出した令和 18（2036）年の予測値を 1.1 倍した値が性・年代によっては現状値を下回る結果となったため、予測値ではなく、現状値を基にした目標設定を行った（図表 1）。歩数と疾病罹患率あるいは死亡率との間に明確な負の関係があることが確認されていることから⁷⁻⁹⁾、目標値を現状値から 10%の増加（現状値×1.1）と設定した上で、分かりやすく、覚えやすい目標をとすべく、20～64 歳では 8,000 歩/日、65 歳以上では 6,000 歩/日为目标値とした。この値は、健康づくりのための身体活動基準 2013 における個人への推奨値とも整合性のとれた値となっている。また、令和元（2019）年国民健康・栄養調査の性・年齢分布を基にして、総計の目標値を、7,100 歩/日として設定した。

図表 1 : 歩数に関する目標値設定

		男 性		女 性	
		20～64 歳	65 歳以上	20～64 歳	65 歳以上
健康日本 21（第二次）の目標		9,000	7,000	8,500	6,000
粗平均	平成 22（2010）年	7,841	5,628	6,883	4,584
	現状値：令和元（2019）年	7,864	5,396	6,685	4,656
目標候補	現状値に基づいた目標（現状×1.1）	8,650	5,936	7,354	5,122
目標値	目標（現状値×1.1、かつ男女同数）	8,000	6,000	8,000	6,000

② 運動習慣者の増加

指標	運動習慣者の割合（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査 ※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の割合を集計
現状値	28.7%（令和元年度） ※20～64歳：男性23.5%、女性16.9% 65歳以上：男性41.9%、女性33.9%
ベースライン値	- %（令和6年度：令和6年国民健康・栄養調査予定）
目標値	40%（令和14年度） ※20～64歳：男性30%、女性30% 65歳以上：男性50%、女性50%

※現状値は年齢調整していない値

国民健康・栄養調査から得られた平成22（2010）年から令和元（2019）年までの運動習慣者の割合を基に、trend-analysis ツールを用いて算出した令和18（2036）年の予測値に10%加えた値が性・年代によっては現状値を下回る結果となったため、歩数と同様に、予測値ではなく、現状値を基にした目標設定を行った（図表2）。運動についても疾病罹患率あるいは死亡率との間に明確な負の関係があることが確認されていることから¹²⁻¹⁴⁾、目標値を現状値に10%加えた値と設定し、分かりやすく、覚えやすい目標値とすべく、20～64歳では30%、65歳以上では50%を目標値として設定した。また、令和元（2019）年国民健康・栄養調査の性・年齢分布を基にして、総計の目標値を、40%と算出し、これを目標値として設定した。

図表 2：運動習慣に関する目標値設定

		男 性		女 性	
		20～64 歳	65 歳以上	20～64 歳	65 歳以上
健康日本 21（第二次）の目標		36	58	33	48
粗平均	平成 22（2010）年	26.3	47.6	22.9	37.6
	現状値：令和元（2019）年	23.5	41.9	16.9	33.9
目標候補	現状値に基づいた目標（現状+10%ポイント）	33.6	51.9	27.0	43.9
目標値	目標（現状値+10%ポイント、かつ男女同数）	30	50	30	50

③ 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少

指標	1 週間の総運動時間（体育授業を除く。）が 60 分未満の児童の割合 ※評価には小学 5 年生女子の割合を用いる予定
データソース	スポーツ庁 全国体力・運動能力、運動習慣等調査 ¹⁷⁾ ※各曜日の回答の合計（総運動時間）が 60 分未満の割合を集計
現状値	小学 5 年生：女子 14.4%（令和 3 年度） ※男子 8.8%
ベースライン値	- %（令和 6 年度：令和 6 年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査 予定）
目標値	第 2 次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

成育医療等基本方針の目標値に合わせて、本項目の目標値も設定する予定。

なお、成育医療等基本方針における評価（小学 5 年生男子・女子、中学 2 年生男子・女子の 4 つの指標をそれぞれ別々に評価）とは異なり、本計画における評価に当たっては、第 4 章 1. ii に記載のとおり、1 つの目標項目の中に性・年齢階級別など複数の指標があるものについても、項目全体としての目標値（男女合わせた目標値等）を設定し、1 つの指標で評価することとしている。そのため、本来であれば男女総計の目標を立てるべきところであるが、「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」の結果において、男女総計の値は集計されていないことから、評価のための代表的指標として、割合が高く改善余地のある小学 5 年生女子を用いることとする。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省. 「健康づくりのための身体活動基準 2013」および「健康づくりのための身体活動指針 (アクティブガイド)」 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xple.html>
- 2) World Health Organization. (2009). Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization.
- 3) Ikeda N, Saito E, Kondo N, Inoue M, Ikeda S, Satoh T, et al. What has made the population of Japan healthy? *The Lancet*. 2011;378(9796):1094-105. doi: 10.1016/s0140-6736(11)61055-6.
- 4) Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018.
- 5) Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020 Dec;54(24):1451-62. doi: 10.1136/bjsports-2020-102955.
- 6) Di Pietro L, Evenson KR, Bloodgood B, Sprow K, Troiano RP, et al. Benefits of Physical Activity during Pregnancy and Postpartum: An Umbrella Review. *Med Sci Sports Exerc*. 2019 Jun;51(6):1292-1302. doi: 10.1249/MSS.0000000000001941.
- 7) Rodrigues MA, Facchini LA, Thumé E, Maia F. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. *Cad Saude Publica*. 2009;25 Suppl 3:S464-76. doi: 10.1590/s0102-311x2009001500011.
- 8) Kraus WE, Janz KF, Powell KE, Campbell WW, Jakicic JM, et al. Daily Step Counts for Measuring Physical Activity Exposure and Its Relation to Health. *Med Sci Sports Exerc*. 2019 Jun;51(6):1206-12. doi: 10.1249/MSS.0000000000001932.9) Hall KS, Hyde ET, Bassett DR, Carlson SA, Carnethon MR, et al. Systematic review of the prospective association of daily step counts with risk of mortality, cardiovascular disease, and dysglycemia. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2020 Jun 20;17(1):78. doi: 10.1186/s12966-020-00978-9.
- 10) Yamamoto N, Miyazaki H, Shimada M, Nakagawa N, Sawada SS, et al. Daily step count and all-cause mortality in a sample of Japanese elderly people: a cohort study. *BMC Public Health*. 2018 Apr 23;18(1):540. doi: 10.1186/s12889-018-5434-5.
- 11) Takamiya T, Inoue S. Trends in Step-determined Physical Activity among Japanese Adults from 1995 to 2016. *Med Sci Sports Exerc*. 2019 Sep;51(9):1852-1859. doi: 10.1249/MSS.0000000000001994.
- 12) Zhao M, Veeranki SP, Li S, Steffen LM, Xi B. Beneficial associations of low and large doses of leisure time physical activity with all-cause, cardiovascular disease and cancer mortality: a national cohort study of 88,140 US adults. *Br J Sports Med*. 2019 Nov;53(22):1405-1411. doi: 10.1136/bjsports-2018-099254.
- 13) Samitz G, Egger M, Zwahlen M. Domains of physical activity and all-cause mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Int J Epidemiol*. 2011

Oct;40(5):1382-400. doi: 10.1093/ije/dyr112.

- 14) O'Donovan G, Lee IM, Hamer M, Stamatakis E. Association of "Weekend Warrior" and Other Leisure Time Physical Activity Patterns With Risks for All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality. *JAMA Intern Med.* 2017 Mar 1;177(3):335-342. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.8014.
- 15) Poitras VJ, Gray CE, Borghese MM, Carson V, Chaput JP, Janssen I, Katzmarzyk PT, Pate RR, Connor Gorber S, Kho ME, Sampson M, Tremblay MS. Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2016 Jun;41(6 Suppl 3):S197-239. doi: 10.1139/apnm-2015-0663.
- 16) Chaput JP, Willumsen J, Bull F, Chou R, Ekelund U, et al. 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5-17 years: summary of the evidence. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020 Nov 26;17(1):141. doi: 10.1186/s12966-020-01037-z.
- 17) スポーツ庁「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」
https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/toukei/kodomo/zencyo/1368222.htm

〈3〉休養・睡眠

背景

「休養」には二つの意味が含まれ、「休」は、労働や活動等によって生じた心身の疲労を、休息により解消し、元の活力を持った状態への復帰を図る働きを、「養」は、「英気を養う」というように、社会的機能の向上に資する心身の能力を自ら高める営みを主として指す。

日々の生活においては、睡眠や余暇が重要であり、十分な睡眠や余暇活動は、心身の健康に欠かせない。睡眠不足は、日中の眠気や疲労に加え、頭痛等の身心愁訴の増加、情動不安定¹⁾、注意力や判断力の低下²⁾に関連する作業能率の低下等、多岐にわたる影響を及ぼし、事故³⁾等、重大な結果を招く場合もある。また、睡眠不足を含め様々な睡眠の問題が慢性化すると、肥満⁴⁾、高血圧⁵⁾、糖尿病⁶⁾、心疾患⁷⁾や脳血管障害⁸⁾の発症リスク上昇と症状悪化に関連し、死亡率の上昇⁹⁾にも関与することが明らかとなっている。また、睡眠の問題はうつ病などの精神障害において、発症初期から出現し、再燃・再発リスクを高めることが知られているが、不眠の存在自体が精神障害の発症リスクをも高める¹⁰⁾という報告もある。また、長時間にわたる過重な労働は、疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられ、さらには脳・心臓疾患との関連性が強いと言われている。

一方で、日本人の睡眠時間は、男性で7時間52分、女性で7時間33分と、諸外国に比べ短く¹¹⁾、さらに短縮する傾向であることが示されている。また、日本における睡眠不足に起因する経済損失は小さくない¹²⁾。また、日本人の総労働時間は減少傾向にある¹³⁾が、引き続き長時間労働対策を進め、労働者が健康を保持しながら労働以外の生活のための時間を確保して働くことができるような労働環境を整備する必要がある。このため、休養分野について引き続き取組を進めていく必要がある。

基本的な考え方

睡眠や余暇が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが、健康増進においては重要な課題である。

より良い睡眠を取ることは心身の健康の保持・増進においては極めて重要であるが、より良い睡眠には、睡眠の質と量、いずれもが重要であることから、それぞれに関連する目標を以下のとおり設定する。

① 睡眠で休養がとれている者の増加

国民健康・栄養調査においては、睡眠による休養をとれていない者の有訴者率は20%前後で推移している。健康日本21(第二次)において、睡眠による休養をとれていない者の有訴者率の減少を目標としていたが、ほぼ全ての世代で有訴者率は増加しており、引き続き国民の睡眠習慣に対して積極的に施策を講じていく必要がある。

また、いわゆる「熟睡感」、「睡眠の質」、「睡眠休養感」といった「睡眠により休養をとれていると感じているか」に関連する主観的評価について高血圧、糖尿病、心疾患や、うつ病等の精神的健康と強く関連するという報告が多く認められる^{14) 15) 16)}ことや、睡眠時間と併せて評価する有用性が示された¹⁴⁾ことから、引き続き睡眠での休養感についての目標項目を設定することとした。

② 睡眠時間が十分に確保できている者の増加

近年、睡眠時間と健康寿命との関連における科学的エビデンスが急速に蓄積されている¹³⁾。これまでの知見では、極端な短時間睡眠・長時間睡眠のいずれも寿命短縮に寄与することが明らかになっていた。加えて、勤労世代においては睡眠不足（6時間未満）¹⁷⁾、高齢世代においては床上時間の過剰（8時間以上）¹³⁾や睡眠充足の誤解¹⁸⁾が寿命短縮に影響することが明らかになったことや、米国の「Healthy People 2030」¹⁹⁾において十分な睡眠を確保できている成人の割合の増加が設定されていることなどから、「睡眠の量」を図るものとして、「睡眠時間が十分に確保できている者の増加」という目標を追加することとした。

③ 週労働時間 60 時間以上の雇用者の減少

長時間労働削減の取組を進め、労働者が健康で充実した働き方ができる環境整備を進めるため、「過労死等の防止のための対策に関する大綱」²⁰⁾において目標として設定されている「週労働時間 40 時間以上の雇用者のうち、週労働時間 60 時間以上の雇用者の減少」を目標とする。

加えて、終業時刻から次の始業時刻の間に、一定時間以上の休息時間（インターバル時間）を設ける勤務間インターバル制度は、従業員の睡眠時間の確保、健康維持にもつながるものであり、企業における取組を広げていくことも必要である。

① 睡眠で休養がとれている者の増加

指標	睡眠で休養がとれている者の割合（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査 ※睡眠で休養が「充分とれている」又は「まあまあとれている」と回答した者を集計予定
現状値	78.3%（平成 30 年度：平成 30 年国民健康・栄養調査の結果より算出） ※20 歳～59 歳：70.4%、60 歳以上：86.8%
ベースライン値	- %（令和 6 年度：令和 6 年国民健康・栄養調査予定）
目標値	80%（令和 14 年度） ※20 歳～59 歳：75%、60 歳以上：90%

※現状値は年齢調整していない値

平成 21（2009）年以降の国民健康・栄養調査によると、20 歳以上 60 歳未満の世代と、60 歳以上の世代では睡眠により休養感がある者の割合に顕著な差があり（20 歳以上 60 歳未満：70.4%、60 歳以上：86.8%（平成 30（2018）年）、年々減少傾向が認められている（図表 1）。このため、これら二世代に分けて、各々の目標値を設定することが妥当である。具体的には、平成 21（2009）年より減少した分を回復させることを目標とし、具体的な目標値（20～59 歳：75%、60 歳以上：90%）を設定した。その上で、これらが達成された場合の全年代での目標値 80%を、項目全体の目標とした。

② 睡眠時間が十分に確保できている者の増加

指標	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（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査 ※新規集計予定
現状値	54.5%（令和元年度：令和元年国民健康・栄養調査の結果より算出） ※20歳～59歳：53.2%、60歳以上：55.8%
ベースライン値	- %（令和6年度：令和6年国民健康・栄養調査予定）
目標値	60%（令和14年度） ※20歳～59歳：60%、60歳以上：60%

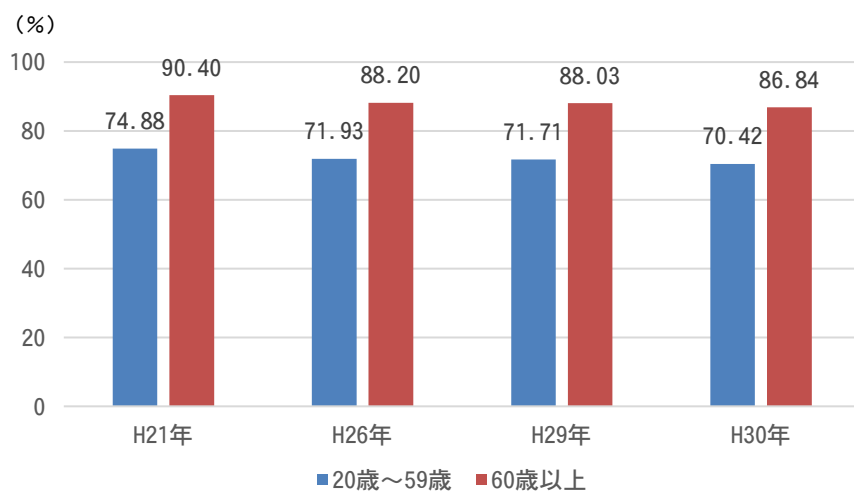
※現状値は年齢調整していない値

平成21（2009）年以降の国民健康・栄養調査によると、20歳以上60歳未満で睡眠時間が5時間未満の者が増加傾向、60歳以上では睡眠時間が8時間以上の者が減少傾向にある（図表2）。これらの集団をさらに減少させることが睡眠健康増進に重要である。

20歳以上60歳未満の世代では、短時間睡眠の是正が健康増進に寄与するが、他方で長すぎる睡眠も健康阻害因子となり得る²¹⁾ことから、年齢相応の生理的な睡眠必要量²²⁾を勘案して、6時間以上9時間未満を「十分な睡眠時間」と設定した。これに対し、60歳以上の世代では、過剰な床上時間の是正が健康増進に寄与するが、短すぎる睡眠も健康阻害因子となり得る²³⁾ことから、年齢相応の生理的な睡眠必要量²²⁾を勘案して、6時間以上8時間未満を「十分な睡眠時間」と設定した。なお、十分な睡眠時間については、年齢や労働時間、個人差が影響するため、今後、必要に応じて評価基準を見直すことも必要である。

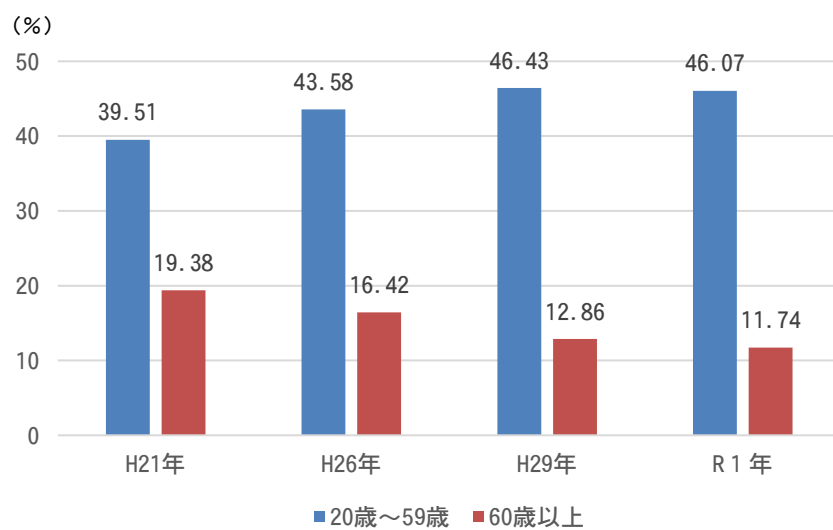
上記定義における十分な睡眠時間を確保できている者の割合は、20歳以上60歳未満の世代で減少傾向、60歳以上の世代ではほぼ横ばいの推移を示している（図表3）。これを踏まえ、20歳以上60歳未満の世代では平成21（2009）年より減少した分を回復させることを、60歳以上の世代では長時間臥床の是正という視点も踏まえ、さらに増加させることを目標とした。具体的には、20歳以上60歳未満、60歳以上それぞれで60%を達成することが目標であり、項目全体としては、全年代で60%を達成することを目標とした。

図表 1 : 睡眠で休養がとれている者の割合の年次推移



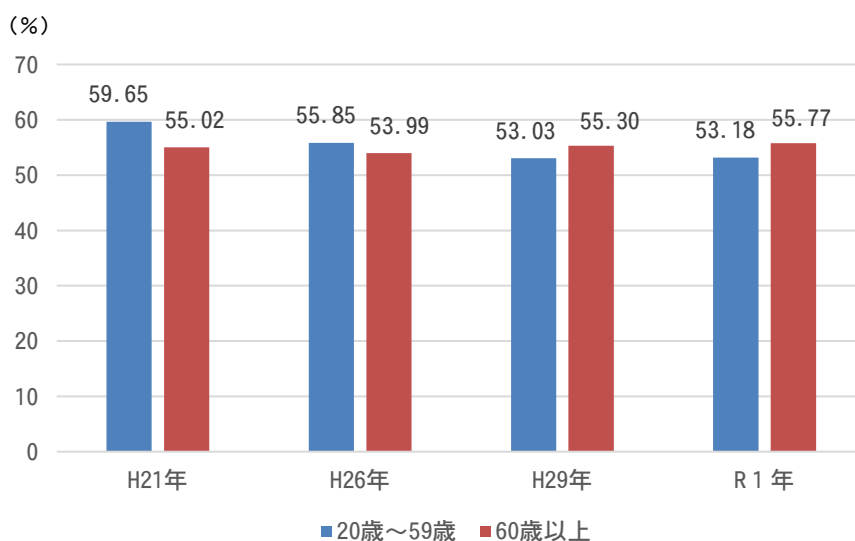
(出典) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 2 : 不十分な睡眠時間（睡眠不足（20～59歳）・過剰（60歳～））の者の割合の年次推移



(出典) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 3 : 睡眠時間が十分に確保できている者の割合の年次推移



(出典) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」

③ 週労働時間 60 時間以上の雇用者の減少

指標	週労働時間 40 時間以上の雇用者のうち、週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合
データソース	総務省 労働力調査 (年次) ※毎年 1 月～12 月分のデータを集計 【非農林業：(週 60 時間以上の雇用者数 / (週 40～48 時間の雇用者数 + 週 49～59 時間の雇用者数 + 週 60 時間以上の雇用者数)) × 100】
現状値	8.8% (令和 3 年)
ベースライン値	- % (令和 6 年：令和 6 年労働力調査予定)
目標値	5 % (令和 7 年) ※過労死等の防止のための対策に関する大綱の見直し等を踏まえて更新予定

「過労死等の防止のための対策に関する大綱」²⁰⁾において目標として設定されている「週労働時間 40 時間以上の雇用者のうち、週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合を 5 % 以下 (令和 7 年)」を目標とした。

なお、過労死等の防止のための対策に関する大綱の見直し等も踏まえて、本項目の目標値 (目標年度) も更新していく予定である。

【参考文献】

- 1) Vandekerckhove M, Wang YL. Emotion, emotion regulation and sleep: An intimate relationship. *AIMS Neurosci.* 2018;5(1):1-17. Epub 20171201. doi: 10.3934/Neuroscience.2018.1.1. PubMed PMID: 32341948; PubMed Central PMCID: PMC7181893.
- 2) Groeger JA, Stanley N, Deacon S, Dijk DJ. Dissociating effects of global SWS disruption and healthy aging on waking performance and daytime sleepiness. *Sleep.* 2014;37(6):1127-42. Epub 20140601. doi: 10.5665/sleep.3776. PubMed PMID: 24882908; PubMed Central PMCID: PMC4015387.
- 3) Léger D, Pepin E, Caetano G. The Economic Burden of Sleepy Driving. *Sleep Med Clin.* 2019;14(4):423-9. Epub 20190923. doi: 10.1016/j.jsmc.2019.07.004. PubMed PMID: 31640870.
- 4) Häusler N, Heinzer R, Haba-Rubio J, Marques-Vidal P. Does sleep affect weight gain? Assessing subjective sleep and polysomnography measures in a population-based cohort study (CoLaus/HypnoLaus). *Sleep.* 2019;42(6). doi: 10.1093/sleep/zsz077. PubMed PMID: 30895315.
- 5) Wang D, Zhou Y, Guo Y, Zhang R, Li W, He M, et al. The effect of sleep duration and sleep quality on hypertension in middle-aged and older Chinese: the Dongfeng-Tongji Cohort Study. *Sleep Med.* 2017;40:78-83. Epub 20171012. doi: 10.1016/j.sleep.2017.09.024. PubMed PMID: 29221783.
- 6) Reutrakul S, Van Cauter E. Sleep influences on obesity, insulin resistance, and risk of type 2 diabetes. *Metabolism.* 2018;84:56-66. Epub 20180303. doi: 10.1016/j.metabol.2018.02.010. PubMed PMID: 29510179.
- 7) Korostovtseva L, Bochkarev M, Sviryaev Y. Sleep and Cardiovascular Risk. *Sleep Med Clin.* 2021;16(3):485-97. Epub 20210625. doi: 10.1016/j.jsmc.2021.05.001. PubMed PMID: 34325825.
- 8) Chaudhry R, Suen C, Mubashir T, Wong J, Ryan CM, Mokhlesi B, et al. Risk of major cardiovascular and cerebrovascular complications after elective surgery in patients with sleep-disordered breathing: A retrospective cohort analysis. *Eur J Anaesthesiol.* 2020;37(8):688-95. doi: 10.1097/EJA.0000000000001267. PubMed PMID: 32692083.
- 9) Ensrud KE, Blackwell TL, Ancoli-Israel S, Redline S, Cawthon PM, Paudel ML, et al. Sleep disturbances and risk of frailty and mortality in older men. *Sleep Med.* 2012;13(10):1217-25. Epub 20120615. doi:10.1016/j.sleep.2012.04.010. PubMed PMID: 22705247; PubMed Central PMCID: PMC3449012.
- 10) Li L, Wu C, Gan Y, Qu X, Lu Z. Insomnia and the risk of depression: a metaanalysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry.* 2016;16(1):375. Epub 20161105. doi: 10.1186/s12888-016-1075-3. PubMed PMID: 27816065; PubMed Central PMCID: PMC5097837.
- 11) OECD Health Statistics 2016
<https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- 12) Hafner M, Stepanek M, Taylor J, Troxel WM, van Stolk C. Why Sleep Matters-The Economic Costs of Insufficient Sleep: A Cross-Country Comparative Analysis. *Rand Health Q.* 2017 Jan 1;6(4):11. eCollection 2017 Jan. PMID: 28983434 PMCID: PMC5627640

- 13) Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep*. 2010;33(5):585-592.
- 14) Okamoto M, Kobayashi Y, Nakamura F, Musha T. Association Between Nonrestorative Sleep and Risk of Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Behav Sleep Med*. 2017;15(6):483-90. Epub 20160506. doi: 10.1080/15402002.2016.1163701. PubMed PMID: 27152770.
- 15) Li Y, Zhang X, Winkelman JW, Redline S, Hu FB, Stampfer M, et al. Association between insomnia symptoms and mortality: a prospective study of U.S. men. *Circulation*. 2014;129(7):737-46. Epub 20131113. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.004500. PubMed PMID: 24226807; PubMed Central PMCID: PMC3987964.
- 16) Saitoh K, Yoshiike T, Kaneko Y, Utsumi T, Matsui K, Nagao K, et al. Associations of nonrestorative sleep and insomnia symptoms with incident depressive symptoms over 1-2 years: Longitudinal results from the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos and Sueno Ancillary Study. *Depress Anxiety*. 2022;39(5):419-428.
- 17) Yoshiike T, Utsumi T, Matsui K, Nagao K, Saitoh K, Otsuki R, et al. Mortality associated with nonrestorative short sleep or nonrestorative long time-in-bed in middle-aged and older adults. *Sci Rep*. 2022;12(1): 189.
- 18) Utsumi T, Yoshiike T, Kaneita Y, Aritake-Okada S, Matsui K, Nagao K, et al. The association between subjective-objective discrepancies in sleep duration and mortality in older men. *Sci Rep*. 2022;12(1): 18650.
- 19) Healthy People 2030. Sleep. <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/sleep>
- 20) 「過労死等の防止のための対策に関する大綱」. 令和3（2021）年7月.
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_20085.html
- 21) Jike M, Itani O, Watanabe N, Buysse DJ, Kaneita Y. Long sleep duration and health outcomes: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Sleep Med Rev*. 2018;39:25-36.
- 22) Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*. 2004;27(7):1255-1273.
- 23) Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Med*. 2017;32:246-256.

〈4〉 飲酒

背景

アルコールは、様々な健康障害との関連が指摘されており、アルコール性肝障害、膵炎等の臓器障害、高血圧、心血管障害、がん等に深く関連する。加えて、不安やうつ、自殺、事故といったリスクとも関連する¹⁾²⁾。平成30(2018)年にWHOが発表した「Global status report on alcohol and health 2018」によると、平成28(2016)年の試算で、年間300万人がアルコールの有害な使用のために死亡し、全死亡に占める割合は5.3%とされており、この割合は、糖尿病(2.8%)、高血圧(1.6%)、消化器疾患(4.5%)を上回っている³⁾。

健康日本21(第二次)では、「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」を1日の平均純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性で20g以上と定義した上で、このような飲酒の予防を図るため、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少」を目標として設定し、取組を行ってきた。我が国全体のアルコール消費量は減少傾向にある一方で、この目標については、男性では変化なし、女性では悪化傾向にあり、より一層のアルコールによる健康影響に関する知識の普及啓発、減酒支援等の推進が求められる。また、令和3(2021)年度から開始されたアルコール健康障害対策推進基本計画(第2期)において、アルコール健康障害の発生予防が重点課題とされ、がん対策推進基本計画(第4期)において、飲酒は予防可能ながんリスク因子とされており、これらの計画との整合性を保ちつつ、取組を進めることが必要である⁴⁾⁵⁾。

また、20歳未満の者や教育者、保護者、妊婦に対しても、国、地方公共団体、関係団体、事業者等と連携し、飲酒による健康影響等について、引き続き、分かりやすい普及啓発を行うことが必要である。

基本的な考え方

① 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

健康日本21(第二次)では、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少」を目標としていたが、男性では変化なし、女性では悪化傾向であったことを鑑みて、引き続き目標として設定する。

国内外の研究結果から、がん、高血圧、脳出血、脂質異常症などの飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量とともにほぼ直線的に上昇することが示されており、これらの知見からは生活習慣病(NCDs)のリスクを高める飲酒量の域値は低ければ低いほどよいことが示唆される⁶⁾⁻⁹⁾。一方、全死亡、脳梗塞及び虚血性心疾患については、飲酒量との関係がほぼ直線的に上昇するとは言えない。男性では44g/日(日本酒2合/日)程度以上の飲酒(純アルコール摂取)で非飲酒者や機会飲酒者に比べてリスクが高くなることを示す研究が多い¹⁰⁾⁻¹³⁾。また、女性では22g/日(日本酒1合/日)程度以上の飲酒で、リスクが高くなることを示す研究がある¹¹⁾¹⁴⁾⁻¹⁷⁾。

これらの飲酒による健康障害の調査研究結果とともに、実行性のある目標設定という観点も踏まえ、引き続き、生活習慣病(NCDs)のリスクを高める飲酒量を1日当たりの平均純アルコール摂取量を男性で40g、女性で20g以上と定義し、目標を設定することとする。

② 20歳未満の者の飲酒をなくす

20歳未満の者の身体は発達する過程にあるため体内に入ったアルコールが身体に悪影響を及ぼし健全な成長を妨げること、臓器の機能が未完成であるためにアルコールの分解能力が20歳以上の者に比べて低く¹⁸⁾¹⁹⁾、アルコールの影響を受けやすいこと等から、20歳未満の者の飲酒は医学的に好ましくない。例えば、20歳未満の者の飲酒は、20歳以上の者の飲酒に比べ急性アルコール中毒や臓器障害を起こしやすい²⁰⁾。また、飲酒開始年齢が若いほど将来のアルコール依存症リスクがより高くなるとの報告もある²¹⁾。このような健康問題に加えて、20歳未満の者の飲酒は事件や事故に巻き込まれやすくなるなど、社会的な問題をも引き起こしやすい。上記の点や20歳未満の者の飲酒は法律上禁止されていることを踏まえ、引き続き、20歳未満の者の飲酒を完全に防止することを目標とする。

① 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

指標	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
データソース	国民健康・栄養調査 ※男性40g以上：「毎日×2合以上」＋「週5～6日×2合以上」＋「週3～4日×3合以上」＋「週1～2日×5合以上」＋「月1～3日×5合以上」、女性20g以上：「毎日×1合以上」＋「週5～6日×1合以上」＋「週3～4日×1合以上」＋「週1～2日×3合以上」＋「月1～3日×5合以上」を集計
現状値	11.8%（令和元年度） ※男性14.9%、女性9.1%
ベースライン値	- %（令和6年度：令和6年国民健康・栄養調査予定）
目標値	10%（令和14年度）

健康日本21（第二次）においては、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」の割合をベースライン値から10年間で15%低減することを目指し、男性13%、女性6.4%を目標値としていたが、最終評価時点（令和元（2019）年値）でベースライン値と比較して男性では有意な変化を認めず、女性では悪化しており、いずれも目標値に到達していなかった（目標設定年度（令和4（2022）年度）までの目標到達も難しいと考えられた）。そのため、まずは現行の目標（男性13%、女性6.4%）の達成を目指し、男女合わせた全体の目標値として10%を設定した。

② 20歳未満の者の飲酒をなくす

指標	中学生・高校生の飲酒者の割合
データソース	厚生労働科学研究による調査 ※この30日間で1日でも飲酒した者の割合を算出 ※中学1～3年・高校1～3年の男女の平均
現状値	2.2%（令和3年度：厚生労働科学研究「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」の調査結果 ²²⁾ より算出）
ベースライン値	- %（令和6年度：厚生労働科学研究「20歳未満の喫煙、飲酒等の実態把握及び環境要因の解明のための研究」による調査予定）
目標値	0%（令和14年度）

「二十歳未満ノ者ノ飲酒ノ禁止ニ関スル法律」に基づき20歳未満の者の飲酒が禁止されていることや20歳未満の者に対する飲酒の悪影響を踏まえ、引き続き20歳未満の者に対する飲酒をなくす目標を0%と設定した。

【参考文献】

- 1) Anker JJ, Kushner MG. Alcohol Res. Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Anxiety: Bridging Psychiatric, Psychological, and Neurobiological Perspectives. 2019 Dec 30;40(1):arcr.v40.1.03. doi: 10.35946/arcr.v40.1.03. eCollection 2019.
- 2) Boden JM, Fergusson DM. Addiction. Alcohol and depression. 2011 May;106(5):906-14. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x. Epub 2011 Mar 7.
- 3) WHO: Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 4) アルコール健康障害対策推進基本計画（第2期）（令和3（2021）年3月26日閣議決定）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000760238.pdf>
- 5) 厚生労働省. がん対策推進基本計画第4期（令和5年3月）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001077564.pdf>
- 6) Inoue M, Tsugane S. Impact of alcohol drinking on total cancer risk: data from a large-scale population-based cohort study in Japan. Br J Cancer. 2005 Jan 17;92(1):182-7. doi: 10.1038/sj.bjc.6602277.
- 7) Nakanishi N, Makino K, Nishina K, Suzuki K, Tatara K. Relationship of light to moderate alcohol consumption and risk of hypertension in Japanese male office workers. Alcohol Clin Exp Res. 2002 Jul;26(7):988-94. doi: 10.1097/01.ALC.0000021161.94001.33.
- 8) Ohmori S, Kiyohara Y, Kato I, Kubo M, Tanizaki Y, Iwamoto H, et al. Alcohol intake and future incidence of hypertension in a general Japanese population: the Hisayama study. Alcohol Clin Exp Res. 2002 Jul;26(7):1010-6. doi: 10.1097/01.ALC.0000021147.31338.C2.
- 9) Nakashita Y, Nakamura M, Kitamura A, Kiyama M, Ishikawa Y, Mikami H. Relationship of cigarette smoking and alcohol consumption to metabolic syndrome in Japanese men. J

Epidemiol. 2010;20(5):391–7. doi: 10.2188/jea.je20100043.

- 10) Iso H, Baba S, Mannami I, Sasaki S, Okada K, Konishi M, et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men: the JPHC Study Cohort I. *Stroke*. 2004 May;35(5):1124–9. doi:10.1161/01.STR.0000124459.33597.00.
- 11) Ikehara S, Iso H, Toyoshima H, Date C, Yamamoto A, Kikuchi S, et al. Alcohol consumption and mortality from stroke and coronary heart disease among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study. *Stroke*. 2008 Nov;39(11):2936–42. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.520288.
- 12) Ikehara S, Iso H, Yamagishi K, Yamamoto S, Inoue M, Tsugane S; JPHC Study Group. Alcohol consumption, social support, and risk of stroke and coronary heart disease among Japanese men: the JPHC Study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009 Jun;33(6):1025–32. doi:10.1111/j.1530-0277.2009.00923.x.
- 13) Iso H, Kitamura A, Shimamoto T, Sankai T, Naito Y, Sato S, et al. Alcohol intake and the risk of cardiovascular disease in middle-aged Japanese men. *Stroke*. 1995 May;26(5):767–73. doi: 10.1161/01.str.26.5.767.
- 14) Marugame T, Yamamoto S, Yoshimi I, Sobue T, Inoue M, Tsugane S; Japan Public Health Center-based Prospective Study Group. Patterns of alcohol drinking and all-cause mortality: results from a large-scale population-based cohort study in Japan. *Am J Epidemiol*. 2007 May 1;165(9):1039–46. doi: 10.1093/aje/kwk112.
- 15) Keyes KM, Martins SS, Blanco C, Hasin DS. Telescoping and gender differences in alcohol dependence: new evidence from two national surveys. *Am J Psychiatry*. 2010 Aug;167(8):969–76.
- 16) Roerecke M, Vafaei A, Hasan OSM, Chrystoja BR, Cruz M, Lee R, et al. Alcohol Consumption and Risk of Liver Cirrhosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol*. 2019 Oct;114(10):1574–1586.
- 17) Inoue M, Nagata C, Tsuji I, Sugawara Y, Wakai K, Tamakoshi A, et al. Impact of alcohol intake on total mortality and mortality from major causes in Japan: a pooled analysis of six large-scale cohort studies. Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. *J Epidemiol Community Health*. 2012 May;66(5):448–56. doi: 10.1136/jech.2010.121830. Epub 2010 Dec 10.
- 18) Kelly SJ, Bonthius DJ, West JR. Developmental changes in alcohol pharmacokinetics in rats. *Alcohol Clin Exp Res*. 1987 Jun;11(3):281–6. doi: 10.1111/j.1530-0277.1987.tb01308.x
- 19) Lees B, Meredith LR, Kirkland AE, Bryant BE, Squeglia LM. Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacol Biochem Behav*. 2020 May;192:172906. doi: 10.1016/j.pbb.2020.172906.
- 20) De Bellis MD, Clark DB, Beers SR, Soloff PH, Boring AM, Hall J, et al. Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *Am J Psychiatry*. 2000 May;157(5):737–44. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.737

- 21) Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006 Jul;160(7):739-46. doi: 10.1001/archpedi.160.7.739.
- 22) 尾崎米厚 令和3年度 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 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. 総括・分担研究報告書, 2021.

〈5〉喫煙

背景

たばこ消費量は近年減少傾向にあるが、過去のたばこ消費による長期的な健康影響と急速な高齢化により、たばこ関連疾患による死亡数は年々増加しており、我が国の年間死亡者数のうち、喫煙者本人の喫煙による年間の超過死亡数は約 19 万人¹⁾と報告されている。たばこ消費を継続的に減少させることによって、日本人の死因の第一位であるがんをはじめとした喫煙関連疾患による超過死亡と超過医療費、経済的損失等を将来的に確実に減少させることができる。

喫煙は、世界保健機関（WHO）による非感染性疾患（NCDs）対策の対象疾患であるがん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、糖尿病²⁾に共通した主要なリスク要因である。たばこ対策の推進は、NCDsの発症や死亡を短期間に減少させることにつながる³⁾ことが諸外国での経験から明らかにされており、WHOではNCDs対策の中で、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約⁴⁾（FCTC）の完全な履行に向けた取組を加速させることとしている⁵⁾。

以上のことから、当面及び将来の健康影響や経済損失を回避するために、また、FCTCの締約国としての国際的責務を果たすために、たばこ対策の着実な実行が必要である。

基本的な考え方

たばこ対策においては、「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」が重要であるが、個人の行動と健康状態の改善に関するものとして、以下の3つの目標を設定する。

① 喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）

喫煙率の減少は、喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であり、多くの疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながるため、目標として引き続き設定する。

健康増進・疾病予防の観点から喫煙率は低ければ低い方が望ましい一方で、たばこは我が国において長年その使用が容認されてきたものであって、目標値については社会的・経済的要因を考慮し、現実的で到達可能なものとすべきである。健康日本21（第二次）では喫煙率の目標値を、やめたい者がやめた場合の喫煙率として12%と算出・設定したが、直近（令和元（2019）年）の喫煙率は16.7%であり、目標達成が危ぶまれる状況にある。引き続き、やめたい者がやめた場合の喫煙率を目標値とし、対策を進めていくこととする。

② 20歳未満の者の喫煙をなくす

「二十歳未満ノ者ノ喫煙ノ禁止ニ関スル法律」に基づき20歳未満の者の喫煙は禁止されている。また、20歳未満からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通じた喫煙継続につながりやすいことから⁶⁾、中・長期的な観点で指標として含めておく意義がある。家庭、学校等での受動喫煙対策や20歳以上の者の喫煙率の減少に伴い、20歳未満の者の喫煙の低下がみられることから、20歳未満の者の喫煙率は、たばこ対策全般の効果を評価する重要な指標の一つであるといえる。

また、FCTC第16条において、「未成年者（※）への及び未成年者による販売」を禁止することが規定され⁴⁾、諸外国でも未成年者の喫煙に関する規制強化が進んでいることを踏

まえ、日本でも 20 歳未満の者の喫煙をなくす対策を推進するとともに、目標を設定することが必要である。

※ F C T C において「未成年者」とは、「国内法によって定める年齢又は 18 歳未満の者」とされており、我が国においては 20 歳未満のことである。

③ 妊娠中の喫煙をなくす

妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけでなく、胎児にも悪影響がある。妊娠中の喫煙は胎児の発育遅延や低出生体重、出生後の乳幼児突然死症候群発症などのリスクとなる⁶⁾ことから、妊娠中の喫煙をなくすことが、周産期死亡率や低出生体重児の割合の減少のために重要である。

① 喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）

指標	20 歳以上の者の喫煙率
データソース	国民健康・栄養調査 ※たばこ「毎日吸っている」又は「時々吸う日がある」と回答した者を集計 ※たばこは紙巻きたばこ、加熱式たばこ、その他のことをいう（電子たばこは含まない）。
現状値	16.7%（令和元年度）
ベースライン値	- %（令和 6 年度：令和 6 年国民健康・栄養調査予定）
目標値	12%（令和 14 年度）

令和元（2019）年の国民健康・栄養調査では、20 歳以上の喫煙率（現在習慣的に喫煙している者の割合）は 16.7%、現在習慣的に喫煙している者のうちたばこをやめたいと思う者の割合は 26.1%であった。令和元（2019）年の現在習慣的に喫煙している者のうち、やめたい者がすべてやめた場合の喫煙率を算出すると 12.3%（ $16.7\% \times (100 - 26.1\%)$ ）となる。

また、健康日本 21（第二次）でも同様の考え方にに基づき目標値を 12%としていたが、最終評価時点（令和元（2019）年値）で目標値に到達しなかった（目標設定年度（令和 4（2022）年度）までの目標到達も危ぶまれた）。以上を踏まえ、目標値は引き続き 12%とする。

② 20歳未満の者の喫煙をなくす

指標	中学生・高校生の喫煙者の割合
データソース	厚生労働科学研究による調査 ※この30日間で1日以上紙巻きタバコ又は加熱式タバコを喫煙した者の割合を算出 ※中学1～3年・高校1～3年の男女の平均
現状値	0.6%（令和3年度：厚生労働科学研究「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」の調査結果 ⁷⁾ より算出）
ベースライン値	- %（令和6年度：厚生労働科学研究「20歳未満の喫煙、飲酒等の実態把握及び環境要因の解明のための研究」による調査予定）
目標値	0%（令和14年度）

「二十歳未満ノ者ノ喫煙ノ禁止ニ関スル法律」に基づき20歳未満の者の喫煙が禁止されていることや20歳未満の者に対する喫煙の健康影響を踏まえ、20歳未満の者に対する喫煙をなくす目標を0%に設定した。

③ 妊娠中の喫煙をなくす

指標	妊婦の喫煙率
データソース	こども家庭庁 母子保健課調査 ※乳幼児健康診査問診回答状況（全国） ※「妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか。」の項目で把握：【妊娠中に喫煙がありと回答した人数/全回答者×100（分母に無回答は含めない。）】
現状値	1.9%（令和3年度：令和3年度母子保健課調査「乳幼児健康診査問診回答状況（全国）」 ⁸⁾ ）
ベースライン値	- %（令和6年度までの最新値）
目標値	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定 ※成育医療等基本方針の見直し等を踏まえて更新予定

【参考文献】

- 1) Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, Inoue M. Toward a third term of Health Japan 21 - implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. Lancet Reg Health West Pac. 2022 Apr;21:10037. doi: 10.1016/j.lanwpc.2021.100377.
- 2) WHO Noncommunicable diseases.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- 3) Glantz S, Gonzalez M: Effective tobacco control is key to rapid progress in reduction of non-communicable diseases. Lancet. 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)60615-6.

- 4) 外務省. 「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」..
https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/treaty159_17.html
- 5) WHO Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
- 6) 厚生労働省. 2016年8月. 「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書」.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf>
- 7) 尾崎米厚 令和3年度 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 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. 総括・分担研究報告書 2021.
- 8) 令和3年度母子保健事業の実施状況等について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_30143.html

〈6〉 歯・口腔の健康

背景

歯・口腔の健康は、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしている。近年は口腔の健康が全身の健康にも関係していることが指摘されるなど、全身の健康を保つ観点からも、歯・口腔の健康づくりへの取組が必要となっている。平成 23（2011）年 8 月に施行された歯科口腔保健の推進に関する法律では、歯科口腔保健の推進に関する基本理念等が定められており、国及び地方公共団体の責務等が示されている。なお、同法において歯科口腔保健に関する施策推進するための基本的な事項を定めることとされている。

令和 6（2024）年度から令和 17（2035）年度までの歯科口腔保健施策等を総合的に推進するための基本的な事項については、健康日本 21（第三次）と連携を図りながら、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項（第 2 次）」（歯・口腔の健康づくりプラン）として取り組むものとしている。歯・口腔の健康づくりプランにより、全ての国民にとって健康で質の高い生活を営む基盤となる生涯を通じた歯科口腔保健を実現するために、国及び地方公共団体の歯科口腔保健に係る施策等を総合的に推進していく。

基本的な考え方

上記のように本領域と歯・口腔の健康づくりプランは内容面で関連が強いことから、歯・口腔の健康づくりプランにおいて設定されている目標の中から、特に予防・健康づくりの推進と関係の強い項目を、共通の目標として設定した。

① 歯周病を有する者の減少

歯周病は、歯の喪失をもたらす主要な原因疾患¹⁾であるとともに、歯周病と糖尿病や循環器疾患等の全身疾患との関連性^{2) 3)}も指摘されていることから、その予防は生涯を通じての重要な健康課題のひとつである。歯周病を有する者を減少させることにより歯の喪失を防止するとともに、糖尿病等の全身疾患の重症化リスクの軽減等により全身の健康の保持・増進に寄与することも期待される。

歯周炎が顕在化し始めるのは 40 歳以降といわれており、平成 28（2016）年の歯科疾患実態調査によると、40 歳以上の者で 4 mm 以上の歯周ポケットを有する歯周炎を有する者は 56.2%（年齢調整値）に達している。一方で、歯周病の発症予防については若年層での歯肉炎への対策も重要であることや、高齢になってもより多く自分の歯を保つ者が増加し歯の寿命が延びていることから、生涯を通じた切れ目のない対策が必要である。

こうしたことを踏まえ、生涯を通じて歯周病対策を総合的に評価する観点から、「40 歳以上における歯周炎を有する者の割合」を本目標の指標として設定した。

② よく噛んで食べることができる者の増加

口腔機能は、健康で質の高い生活を営むために不可欠な摂食や構音等に密接に関連するものであり、健康寿命の延伸や生活の質の向上に関係している^{4) 5)}ことから、生涯を通じて口腔機能の獲得・維持・向上を図ることが望ましい。特に、咀嚼機能については、主観的な健康感や運動機能と密接な関連性を有するとの研究知見⁶⁾も多く、高齢者における咀嚼機能の低下は、摂取できる食品群にも大きな影響を与えられている。また、口腔機能は、

う蝕や歯周病等に起因する歯の喪失が関係する。このため、よく噛んで食べることができる者は、国民の歯・口腔の状況について、器質的及び機能的な要素を含めて、総合的に評価し得る指標と考えられる⁷⁾。

口腔機能は中年期頃から低下し始めるという報告⁸⁾もあり、中年期からの口腔機能の維持及び口腔機能が低下した際は回復・向上を図ることが重要であることから、中年期以降の口腔機能の状況を把握する指標として、「50歳以上における咀嚼良好者の割合」を設定した。

③ 歯科検診の受診者の増加

定期的な歯科検診による継続的な口腔管理は、歯・口腔の健康状態に大きく寄与する⁹⁾ため、生涯を通じて歯科検診を受診し、歯科疾患の早期発見・重症化予防等を図ることが重要である。定期的に自身の歯・口腔の健康状態を把握することで、受診者の状況に応じて、歯科医療機関への受療に適切につながることも期待される。

以上から、歯・口腔の健康づくりのストラクチャーやアウトプットに係る項目として「歯科検診の受診者の増加」を目標として設定した。

① 歯周病を有する者の減少

指標	40歳以上における歯周炎を有する者の割合（年齢調整値）
データソース	歯科疾患実態調査
現状値	57.2%（平成28年度） ※年齢調整していない値 （参考）56.2%（平成28年度） ※平成27（2015）年モデル人口を用いて年齢調整した値
ベースライン値	- %（令和6年度：令和6年歯科疾患実態調査予定）
目標値	40%（令和14年度）

過去4回分の歯科疾患実態調査の結果から、40歳以上における歯周炎を有する者の割合（平成27（2015）年平滑化人口による年齢調整値）を算出し、線形回帰モデルによる将来推計を行ったところ、モデルの適合度が低く、また、将来予測値が増加傾向にあった。このため、目標値の設定には将来予測を用いず、過去4回の歯科疾患実態調査において最も低い46.8%（平成23（2011）年）より低い値とすることを目標として、40%を目標値として設定した。

② よく噛んで食べることができる者の増加

指標	50歳以上における咀嚼良好者の割合（年齢調整値）
データソース	国民健康・栄養調査 ※「何でもかんで食べることができる」と回答した者（50歳以上）の割合を集計予定
現状値	71.0%（令和元年度：令和元年国民健康・栄養調査の結果より算出） ※年齢調整していない値 （参考）72.2% （令和元年度：令和元年国民健康・栄養調査の結果より算出） ※平成27（2015）年モデル人口を用いて年齢調整した値
ベースライン値	- %（令和6年度：令和6年国民健康・栄養調査予定）
目標値	80%（令和14年度）

国民健康・栄養調査の生活習慣調査の「何でもかんで食べることができる」と回答した者を咀嚼良好者とし、50歳以上における咀嚼良好者の割合（平成27（2015）年平均化人口による年齢調整）を算出したところ、70%前半台で推移していた。過去5回分の数値から、線形回帰モデルによる将来推計を行ったところ、モデルの適合度は低かった。このため、目標値の設定には将来予測を用いずに、過去5回の国民健康・栄養調査において最も高値であった75.0%（平成25（2013）年）よりも高い値とすることを目標として、80%を目標値として設定した。

③ 歯科検診の受診者の増加

指標	過去1年間に歯科検診を受診した者の割合
データソース	歯科疾患実態調査又は国民健康・栄養調査（調整中）
現状値	52.9%（平成28年度：平成28年国民健康・栄養調査）
ベースライン値	- %（令和5年度又は令和6年度：令和5年国民健康・栄養調査又は令和6年歯科疾患実態調査予定（調整中））
目標値	95%（令和14年度）

※現状値は年齢調整していない値

過去3回の国民健康・栄養調査の結果をもとに、線形回帰モデルによる将来予測を行ったところ、モデルの適合性は高く、令和14（2032）年の予測値は96.3%であった。このため、将来予測値の近似値である95%を目標値として設定した。

【参考文献】

- 1) Bruce L Pihlstrom, et al. Periodontal diseases. Lancet 2005; 366:1809-20.
- 2) Nguyen ATM, et al. The association of periodontal disease with the complications of diabetes mellitus. A systematic review. J.Diabetes Res Clin Pract. 2020;165:108244.
- 3) Preshaw PM, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. Diabetologia. 2012; 55(1): 21-31.
- 4) Matsuyama Y, et al. Dental status and compression of life expectancy with disability. J Dent Res 2017; 96:1006-1013.
- 5) Yamamoto S, et al. Masticatory performance and health-related quality of life and after complete denture treatment. J Prosthodontic Res 2018;62: 370-374.
- 6) Watanabe Y, et al. Oral health for achieving longevity. Geriatr Gerontol Int 2020;20:526-538.
- 7) Motokawa K, et al. Relationship between chewing ability and nutritional status in Japanese older adults: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health 2021;18:1216.
- 8) Iyota K, et al. A cross-sectional study of age-related changes in oral function in healthy Japanese individuals. Int j Res Environ Res Public Health 2020; 17: 1376.
- 9) Furuta M, et al. Baseline periodontal status and modifiable risk factors are associated with tooth loss over a 10-year period: Estimates of population attributable risk in a Japanese community. J Periodontal 2022;93:526-536.