

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

骨子（案）

○人生100年時代に本格的に突入する中で、国民誰もが、より長く元気に暮らしていくための基盤として、健康の重要性はより高まってきている。また、新型コロナウイルス感染症流行下において、一部の基礎疾患が重症化リスク因子とされたことも踏まえると、平時から個人の心身の健康を保つことが不可欠である。このため、予防・健康づくりの取組をさらに強化していくことが求められる。

○我が国では、平成12（2000）年の健康日本21開始以来、基本的な法制度の整備や仕組みの構築が行われ、自治体、保険者、企業、教育機関、民間団体など多様な主体が予防・健康づくりに取り組むようになった。加えて、データヘルス・ICTの利活用、社会環境整備、ナッジ・インセンティブといった、当初はなかった新しい要素も取り入れられつつある。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。

○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¹、総人口・生産年齢人口が減少し、独居世帯が増加²する・女性の社会進出、労働移動の円滑化、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³な社会の実現」を「ビジョン」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（Implementation⁴）を行う。具体的な内容としては、以下のものを

¹ 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。

² 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。

³ 「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。

⁴ 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

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
- ・テクノロジーも活用したPDCAサイクル推進の強化

○計画期間は、令和6（2024）年度から令和17（2035）年度までの12年間とする。

<国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向>

一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

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、個人をとりまく社会環境整備や、その質の向上を通じて健康寿命の延伸及び健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差）の縮小を実現する。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。

二 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、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、循環器疾患、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）をはじめとする生活習慣病（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、日常生活に支障をきた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、既になんか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く健康づくりが重要である。こうした点を鑑み、心身の生活機能の維持・向上の観点も踏まえた取組を推進する。

三 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、大きく3つに再整理し、他省庁とも連携しつつ、取組を進める。

就労、ボランティア、通いの場といった居場所づくりや社会参加の取組に加え、より緩やかな関係性も含んだつながりを各人が持つことができる環境整備を行い、社会とのつながり

繰り返し強調されている。

の維持・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、健康無関心層を含む幅広い世代を対象とした予防・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。

四 ライフコース

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、一から三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、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があることや、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。こうしたことを踏まえ、胎児期から老齢期に至るまで人の生涯を経時的に捉えた健康づくり（ライフコースアプローチ）について、他計画とも連携しつつ、取組を進めていく。

<国民の健康の増進の目標に関する事項>

一 目標の設定と評価

国は、全国的な目標を設定し、広く国民や関係者に対してその目標を周知するとともに、継続的に指標の推移等の調査及び分析を行い、その結果に関する情報を国民や関係者に還元することにより、関係者をはじめ広く国民一般の意識の向上及び自主的な取組を支援するものとする。

目標の設定に当たっては、健康に関する科学的根拠に基づくこととし、実態の把握が継続的に可能な具体的目標を設定するものとする。

また、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、具体的目標については、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こととする。

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については、令和6（2024）年までの最新値とする。

中間評価や最終評価など事後的な実態把握のため、具体的目標の設定に当たっては、公式統計等をデータソースとする。

二 目標設定の考え方

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命については、学術的にも概念や算定方法が一定程度確立していること、健康寿命延伸プラン⁵や健康・医療戦略⁶において、令和 22（2040）年までの健康寿命の延伸目標が定められていること、国民の認知度も高いこと⁷等を踏まえ、健康日本 21（第二次）から引き続き健康寿命の延伸を実現されるべき最終的な目標とする。また、社会環境の質の向上等を通じて、各生活習慣等についての健康格差を縮小することで、健康寿命の地域格差の縮小も目指す。具体的な目標は、日常生活に制限のない期間の平均の指標に基づき、別表のとおり設定する。

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

<都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項>

一 健康増進計画の目標の設定と分析・評価

都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に当たっては、地方公共団体は、人口動態、医療・介護をはじめとする各分野の統計やデータベース等の地域住民に関する各種指標を活用しつつ、地域の社会資源等の実情を踏まえ、独自に必要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に分析・評価を行った上で、改定を実施することとする。

健康増進計画の策定に当たっては、がん対策推進計画や循環器病対策推進計画等の疾患に関する計画、医療費適正化計画やデータヘルス計画など保険者として策定する計画、その他医療計画、介護保険事業支援計画、歯科口腔保健の推進に関する基本的事項、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などと連携することとする。

二 都道府県の役割と都道府県健康増進計画

都道府県は、国が設定した目標を勘案しつつ、具体的な目標を設定する。また、区域内の市町村ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握を行い、地域間の健康格差の是正に向け

⁵ 令和元（2019）年 5 月 29 日厚生労働省 2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部策定

⁶ 令和 22（2040）年までに平成 28（2016）年比で男女とも 3 歳以上延伸し、75 歳以上とすることが目標。なお、健康・医療戦略（令和 2（2020）年 3 月 27 日閣議決定）においては、この目標が当該戦略全体の K P I として設定されている。

⁷ 令和 2（2020）年に実施したスマート・ライフ・プロジェクト効果判定調査によると、約 8 割の人が「健康寿命」という言葉を認知している。

た目標を設定することに努めること。

都道府県は、地域・職域連携推進協議会等も活用し、市町村や医療保険者、民間企業、教育機関、民間団体等の関係者の連携強化のための中心的役割を担う。データの活用や分析を積極的にいき、市町村における健康増進計画策定の支援を行う。保健所は、地域保健の広域的、専門的かつ技術的な拠点として、市町村の健康増進計画策定の支援を行う。

三 市町村の役割と市町村健康増進計画

市町村は、都道府県や保健所とも連携しつつ、計画を策定する。その際には、庁内の関連する部局が連携して策定する。国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な目標を設定する。健康増進事業について、位置づけることに留意する。

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

一 調査及び研究の活用

国は、国民健康・栄養調査等の企画を行い、効率的に実施する。併せて、個人の行動と健康状態の改善及び社会環境の質の向上に関する調査研究についても推進する。

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査、都道府県健康・栄養調査、国民生活基礎調査、健康診査（健診・検診のことをいう。）等に関する各種統計・データベース、その他の収集した情報等に基づき、現状分析を行うとともに、健康増進に関する施策の評価を行い、それらの結果等を踏まえ、必要に応じて施策の見直しを行う。

また、これらの調査等により得られた分析・評価の結果については、積極的な公表に努める。

さらに、国、地方公共団体は、PHRの利活用をさらに進めるとともに、保健医療情報に関するビッグデータをはじめとした情報の収集・分析等を踏まえ、国民や関係者が効果的な健康増進施策を実施することができる仕組みを構築するよう努める。

二 研究の推進

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

<健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項>

健康増進事業をより効果的に進めるためには、健康増進事業者間で連携・協力を進めることが不可欠である。

具体的には、健康増進事業の1つである健康診査に関するデータについて、健康増進事業者間で共有を図ることで、転居や転職、退職等があっても効果的な健康づくりを行うことが可能となる。このほか、受診率向上に向けて複数の健康診査について同時実施することも考

えられる。

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

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

一 基本的な考え方

健康増進には、国民の意識と行動の変容が重要であることから、国民の主体的な取組を支援するため、国民に対する十分かつ確な情報提供が必要である。このため、情報提供を行う際には、科学的知見に基づき、分かりやすく、国民の健康増進の取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫する。さらに、個人の生活習慣に関する情報に加え、社会環境の重要性についても認識を高めるよう工夫する。また、正しい知識の普及を通じて、健康増進に係るスティグマの解消に努める。

情報提供に当たっては、マスメディア、ホームページやSNS、学校教育、健康相談等多様な経路を活用するとともに、対象者の特性に応じた効果的な働きかけを、複数の方法を組み合わせる行うことが重要である。あわせて、国民に対して、様々な媒体で流布されている情報には、誤った情報や著しく偏った不適切な情報が含まれることについて注意喚起を行う。また、情報取得や意思疎通に配慮が必要な者を含めあらゆる国民が正しい情報にアクセスできるような環境整備に努める。

国は、地方公共団体や民間企業等が参画するプラットフォームも活用し、正しい知識の普及に努める。地方公共団体は、地域の実情に応じた取組を行う。

二 健康増進普及月間等

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

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

加えて、女性の健康問題に対する意識を高めるため、3月1日から7日を女性の健康週間とし、たばこ・受動喫煙対策をさらに推進するため、5月31日から6月6日を禁煙週間とする。

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

＜その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項＞

一 多様な主体による連携及び協力

誰一人取り残さない健康づくりを効果的に展開するためには、行政だけでなく、地域の関係者や民間部門の協力が必要である。保健、医療、福祉の関係機関及び関係団体並びに大学等の研究機関、企業、教育機関、NPO、NGO、住民組織等の関係者が連携し、効果的な取組を行うことが望ましい。地方公共団体は、これら関係者間の意思疎通を図りつつ、協力を促していくことが期待される。

二 関係する行政分野との連携

健康増進の取組を推進するには、様々な分野との連携が、国、地方公共団体いずれにおいても必要である。医療、食育、産業保健、母子保健、生活保護、生活困窮者自立支援、精神保健、介護保険、医療保険といった取組に加え、学校保健、教育、スポーツ、農林水産、経済・産業、まちづくり、建築・住宅などの分野における取組と積極的に連携することが求められる。

三 デジタル技術の活用

デジタル技術を積極的に活用することで、より効果的・効率的に健康増進の取組を進めることが期待される。こうした中で、ICTやオンライン、アプリケーションを用いたサービスを活用した健康づくり、事務手続のデジタル化等も検討することが必要である。

なお、デジタル格差により、健康増進の取組が受けられないといった格差につながらないよう留意する必要がある。

四 人材の育成

健康増進の取組には、医師、歯科医師、保健師、看護師、管理栄養士など様々な専門職が携わっており、こうした人材について、国及び地方公共団体は、資質の向上に努めるものとする。また、これらの人材が自己研鑽に励むことができるような環境整備を行う。加えて、これらの人材の連携（多職種連携）が進むよう支援を行う。

五 その他考慮すべき事項

計画期間中には、様々な変化が発生しうる。国、地方公共団体等は、地球温暖化をはじめとする気候変動、新興・再興感染症の拡大、孤独・孤立の深刻化等による健康影響についても考慮し、健康増進に関する施策を進めることが必要である。

次期プランにおける目標(案)

		項目	分類	指標	
1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小		①健康寿命の延伸	最上位	日常生活に制限のない期間の平均	
		②健康格差の縮小	最上位	日常生活に制限のない期間の平均の低位4分の1都道府県の平均	
2. 個人の行動と健康状態の改善	2-1.生活習慣の改善	(1) 栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加(肥満、やせ、低栄養傾向の高齢者の減少)	I	BMI●～●の者の割合(20歳以上)(調整中)
			②児童・生徒における肥満傾向児の減少	Ⅲ	【省内担当部局と調整中】
			③バランスの良い食事を食べている者の増加	I	(調整中)
			④野菜摂取量の増加	I	野菜摂取量の平均値
			⑤果物摂取量が不足している者の減少	I	果物摂取量が不足している者の割合
			⑥食塩摂取量の減少	I	食塩摂取量の平均値
		(2) 身体活動・運動	①日常生活における歩数の増加	I	歩数の平均値
			②運動習慣者の増加	I	運動習慣のある者の割合
			③運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの減少	Ⅲ	【省内担当部局と調整中】
		(3) 休養	①睡眠時間が適切に確保できている者の増加	I	1日の平均睡眠時間●時間～●時間の者の割合(調整中)
			②睡眠で休養が十分取れている者の増加	I	睡眠で休養が十分取れている者の割合
			③週労働時間60時間以上の雇用の減少	Ⅲ	【省内担当部局と調整中】
		(4) 飲酒	①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少	I	1日あたりの純アルコール量が、男性40g以上、女性20g以上の割合
			②20歳未満の飲酒をなくす	Ⅳ	中学生・高校生の飲酒の割合(調整中)
			③妊娠中の飲酒をなくす	Ⅲ	【省内担当部局と調整中】妊娠中の飲酒者の割合
		(5) 喫煙	①喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)	I	20歳以上の喫煙率
			②20歳未満の喫煙をなくす	Ⅳ	中学生・高校生の喫煙の割合(調整中)
			③妊娠中の喫煙をなくす	Ⅲ	【省内担当部局と調整中】妊娠中の喫煙者の割合
	(6) 歯・口腔の健康	歯科専門委で議論	Ⅲ	【歯科保健課と調整中】	
		2-2.生活習慣病の発症予防・重症化予防	(1) がん	①がんの年齢調整罹患率の減少	Ⅱ
	②がんの年齢調整死亡率の減少			Ⅱ	【省内担当部局と調整中】75歳未満のがんの年齢調整死亡率
	③がん検診の受診率の向上			Ⅲ	【省内担当部局と調整中】
	(2) 循環器		①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少	Ⅱ	【省内担当部局と調整中】
			②高血圧の改善	Ⅱ	収縮期血圧の平均(内服加療中の者を含む)
			③脂質高値の者の減少	Ⅱ	LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合(内服加療中の者を含む)
			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	Ⅱ	【省内担当部局と調整中】メタボリックシンドロームの該当者及び予備群
			⑤特定健康診査の受診率の向上	Ⅲ	【省内担当部局と調整中】特定健康診査の受診率
			⑥特定保健指導の実施率の向上	Ⅲ	【省内担当部局と調整中】特定保健指導の実施率
	(3) 糖尿病		①糖尿病の合併症(糖尿病腎症)の減少	Ⅱ	糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数
			②治療継続者の割合の増加	Ⅱ	治療継続者の割合
③血糖コントロール不良者の減少			Ⅱ	HbA1c 8.0%以上の者の割合	
④糖尿病有病者の増加の抑制		Ⅱ	糖尿病有病者数の推計		
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)		(Ⅱ)	上記と同じ		
⑥特定健康診査の受診率の向上(再掲)		(Ⅲ)	上記と同じ		
⑦特定保健指導の実施率の向上(再掲)		(Ⅲ)	上記と同じ		
(4) COPD	①COPDの死亡率の減少	Ⅱ	COPD死亡率(年齢調整の有無調整中)		
	2-3. 心身の生活機能の維持・向上	①ロコモティブシンドロームの減少	Ⅱ	足腰に痛みのある高齢者の割合(1,000人当たり)	
②骨粗鬆症検診受診率の向上		I	骨粗鬆症検診受診率		
③心理的苦痛を感じている者の減少		Ⅲ	【省内担当部局と調整中】		
3. 社会環境の質の向上	3-1. 社会とのつながりの維持・向上	①コミュニティのつながりの強化	I	コミュニティの人々と繋がっていると感じる者の割合(調整中)	
		②社会活動に参加している者の増加	I	社会活動(就労・就学を含む)に参加している者の割合(調整中)	
		③共食している者の増加	I	(調整中)	
	3-2. 自然に健康になれる環境づくり	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」への参画数の増加	I	(調整中)	
		②歩きやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	Ⅲ	【国土交通省と調整中】	
		③受動喫煙の機会を有する者の減少	I	受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合	
	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	①スマート・ライフ・プロジェクトへの参画数の増加	I	(調整中)	
		②健康経営の推進	Ⅲ	【経済産業省と調整中】	
		③利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の増加	I	管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合	
		④メンタルヘルス対策に取り組む事業場の割合の増加	Ⅲ	【省内担当部局と調整中】	
		⑤心のサポーター数の増加	Ⅲ	心のサポーター数	
	4. ライフコース	4-1. こども	①運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの減少(再掲)	(Ⅲ)	上記と同じ
			②児童・生徒における肥満傾向児の減少(再掲)	(Ⅲ)	上記と同じ
			③20歳未満の飲酒をなくす(再掲)	(Ⅳ)	上記と同じ
			④20歳未満の喫煙をなくす(再掲)	(Ⅳ)	上記と同じ
4-2. 高齢者		①適正体重を維持している者の増加(低栄養傾向の高齢者の増加の抑制)(一部を再掲)	(I)	BMI 20以下の高齢者の割合(一部を再掲)	
		②ロコモティブシンドロームの減少(再掲)	(Ⅱ)	上記と同じ	
		③社会活動に参加している者(高齢者)の増加(一部を再掲)	(I)	社会活動(就労・就学を含む)に参加している高齢者の割合(一部を再掲)	
4-3. 女性		①適正体重を維持している者の増加(やせの減少)(一部を再掲)	(I)	BMI 18.5未満の20代女性の割合(一部を再掲)	
		②骨粗鬆症検診受診率(再掲)	(I)	上記と同じ	
		③生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(女性)の減少(一部を再掲)	(I)	1日あたりの純アルコール量が20g以上の女性の割合(一部を再掲)	
		④妊娠中の飲酒をなくす(再掲)	(Ⅲ)	上記と同じ	
		⑤妊娠中の喫煙をなくす(再掲)	(Ⅲ)	上記と同じ	

これまでの成果

- 基本的な**法制度**の整備・**枠組み**の構築
- 自治体のみならず、保険者・企業など**多様な主体**が健康づくりの取組を実施
- データヘルス・ICT利活用、社会環境整備、ナッジ・インセンティブなど**新しい要素**も

課題

- 一部の**指標が悪化**
- 全体としては改善しているも、一部の**性・年齢階級**では悪化している指標がある
- データの**見える化・活用**が不十分
- **PDCAサイクル**の推進が不十分

予想される社会変化

- 総人口減少、高齢化の進展、独居世帯の増加
- 女性の社会進出、労働移動の円滑化、多様な働き方の広まりによる社会の多様化
- あらゆる分野でデジタルトランスフォーメーションが加速
- 次なる新興感染症も見据えた新しい生活様式への対応

ビジョン

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

➡ **① 誰一人取り残さない健康づくりを展開する（Inclusion）**

② より実効性をもつ取組を推進する（Implementation）

- 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（プレイヤー）の有機的な連携や、社会環境の整備
- テクノロジーも活用したPDCAサイクル推進の強化

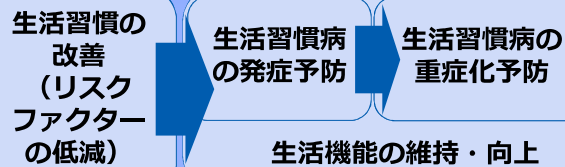
1

次期プランの方向性（案）

※内容のイメージ

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に、以下に示す方向性で健康づくりを進める

健康寿命の延伸・健康格差の縮小



個人の行動と健康状態の改善

社会環境の質の向上

自然に健康になれる環境づくり

社会とのつながりの維持・向上

誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備

ライフコース

次期プランの期間について（案）

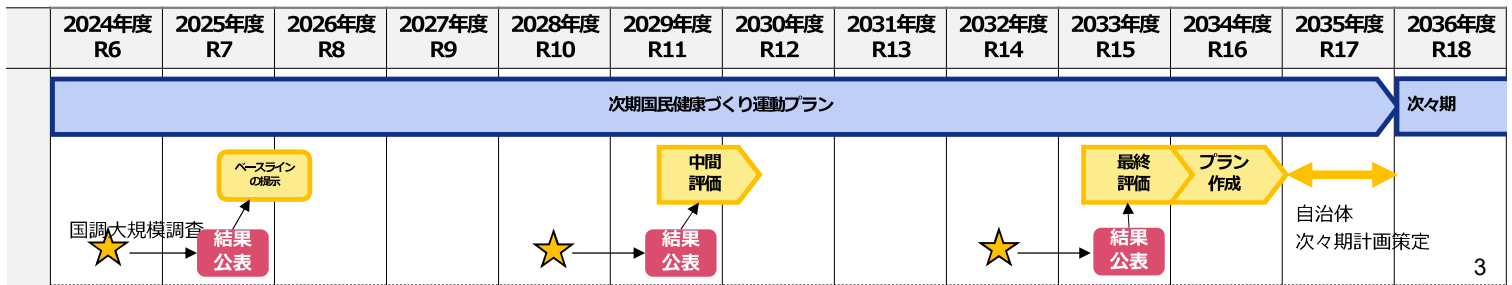
- 次期プランについては、現行の健康日本21（第二次）の計画期間を1年間延長することで、他計画（医療費適正化計画：6年、医療計画：6年、介護保険事業（支援）計画：3年）の計画期間と一致させることとしている。
- 国民健康づくり運動プランによる健康増進への効果を短期間で測ることは難しく、評価を行うには一定の期間を要することを踏まえた期間設定が必要である。
- また、次期プラン期間中に、自治体による次々期計画策定のための期間を1年程度設けることが必要。
- 加えて、中間評価・最終評価において、指標の主たるデータソースとして参照する国民健康・栄養調査（国調）の大規模調査（※）の実施が、保健所負担等を踏まえ4年に1度であることを考慮する必要。

※健康日本21（第二次）運動期間中は、平成24年及び平成28年に、通常時より客体数を4倍にして実施（令和2年に予定していた調査は、新型コロナウイルス感染症の影響により中止）
 全国平均だけでなく、一部の項目は「都道府県別の結果」も公表
 また、都道府県は、大規模調査にあわせて県民健康・栄養調査を実施し、国民健康・栄養調査データと合算して集計し、都道府県の健康増進計画の評価等に活用していることが多い。

以上を踏まえ、

- 次期プランの期間については、12年とし、次期プランのビジョンや方向性は長期的な視点ももって検討することとしてはどうか。
- なお、次期プラン期間中は、毎年、基本となる指標についての報告を推進専門委員会（地域保健健康指導栄養部会に別途設置予定）で実施し、中間評価では、必要に応じて指標の見直しも含めて検討することとするとしてどうか。

※地方分権改革に関する提案募集においても、次期プランの期間を12年とすべき、とする要望が自治体から寄せられている。



目標項目のベースライン値と目標値の考え方について（案）

- 第一次、第二次の目標項目については、計画策定時に入手できる最新の数値を（評価のための）ベースライン値とし、計画期間の最終年の数値を目標値としていた。このため、ベースライン値は、計画期間開始前のものとなり、最終評価は計画期間終了前に行うため、目標値に実際到達したかどうかの評価はできない（目標値に到達しそうでどうかの評価のみ）。

	基本方針策定	計画期間	ベースライン値	目標値	最終評価を行った時期	最終評価に用いたデータ
第一次	2000.3	2000～2010年度 →2000～2012年度に変更	1997年まで	2010年	2011.3～2011.10	2010年までのデータ
第二次	2012.7	2013～2022年度 →2013～2023年度に変更	2010年まで	2022年	2021.6～2022夏	2019年までのデータ ※2020年、2021年は国調中止

- 目標項目は、計画期間内の取組評価のために設定されていることを鑑みれば、ベースライン値は、計画期間初年度の値とし、目標値は、最終評価時に評価できる（＝データが入手できる）値とすべきではないか。

→次期プランにおけるベースライン値は2024年までの最新値、目標値は2032年として設定してはどうか。

※目標値については、直近のデータ等を用いて、当委員会で設定。ベースライン値は、2024年までの最新値で設定し、2025年度に公表することを想定



次期プランにおける目標の枠組みについて（案）

これまでの経緯・現状

- 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べき」との意見もあり、53項目の目標を設定。
- 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、多くの指標のデータソースとなる国民健康・栄養調査がコロナの影響で中止となった、といった理由により、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。

次期プランでの方向性（案）

- 次期プランにおいても、PDCAサイクルを回す観点から、目標の設定は引き続き行う。
- 健康日本21（第二次）に引き続き、大原則として、実行可能性のある目標をできるだけ少ない数を設定することとする（全体で現行の50目標程度とする）。
- 現状及び上記の点を鑑み、全ての目標を同列に扱うのではなく、目標を複数の群に分類する（具体的な分類については以下の表のとおり）。
- 目標の設定に当たっては、生活習慣病発症予防をはじめとする健康に関するエビデンスがあることを原則とする。また、データソースについては、公式統計を利用することを原則とする。

群	内容	データソース	告示	モニタリング頻度
I	生活習慣の改善、生活習慣病の発症予防、社会環境の質の向上に関連するもの	公式統計等	○	毎年
II	生活習慣病の状況を表すもの			中間・最終評価のみ
III	他計画等で位置付けられ、国民健康づくり運動プランに関連するもの			中間・最終評価のみ
IV	健康増進に係る指標で上記以外	公式統計等でなくともよいが、信頼性・妥当性が担保されていることが望ましい	×	中間・最終評価のみ

5

健康日本21（第二次）最終評価報告書 概要

厚生労働省健康局健康課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

健康日本21（第二次）の概要

健康増進法 第7条 厚生労働大臣は、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を定めるものとする。

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針

(平成24年厚生労働省告示第430号)

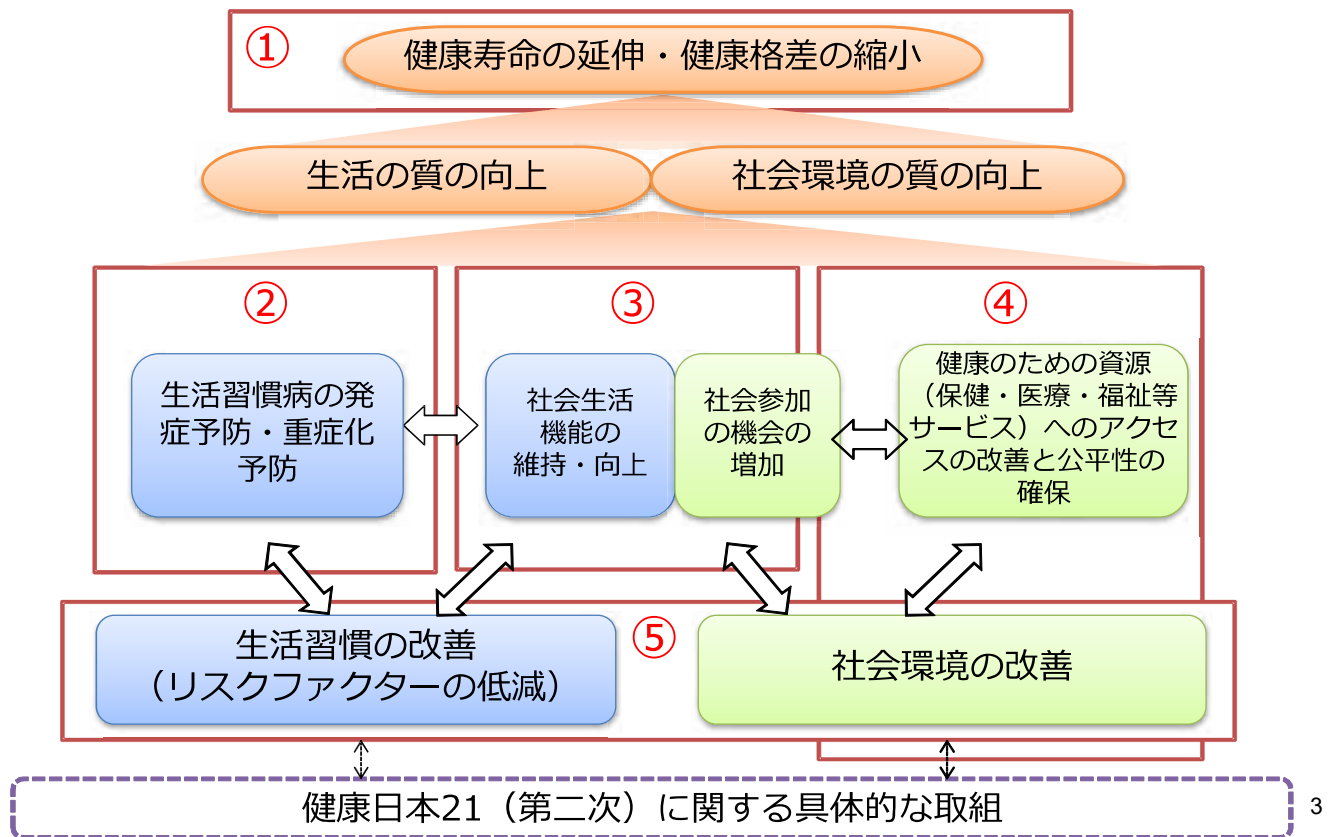
二十一世紀における第二次国民健康づくり運動：健康日本21（第二次）

健康の増進に関する基本的な方向

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

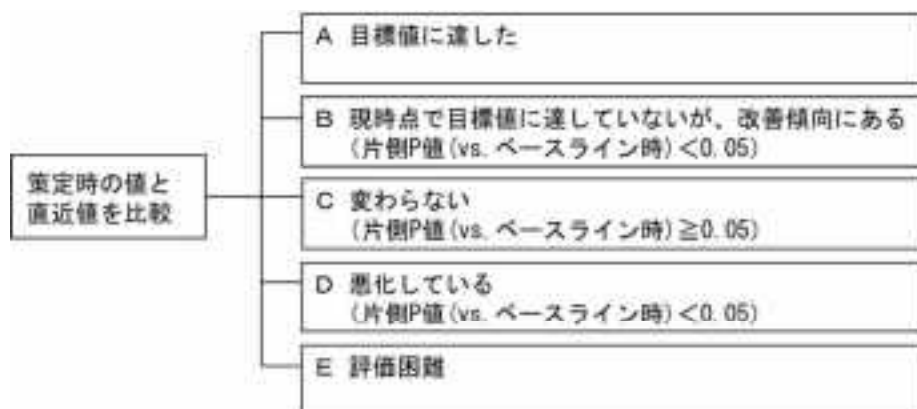
健康日本21（第二次）の概念図

全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現



健康日本21（第二次）最終評価

- 平成25年度より開始した、健康日本21（第二次）については、合計53項目の目標を設定している。
- これらの目標について、「**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」とされている。
- 具体的には、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。



※「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」、目標達成が危ぶまれるものを「B*」として評価する

※加えて、

- 国、地方公共団体等の取組（成果）の評価
 - 21世紀の健康づくり運動全体としての評価と次期国民健康づくり運動プラン（次期プラン）に向けての課題の整理
- についても実施。

最終評価における目標達成状況の概要

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%)

※ Eのうち6項目は、新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目
 ※%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

5

健康日本21（第二次）最終評価 53項目の評価のまとめ

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%)

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 <33.4%> (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%> (5.6%)	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

目標値に達した項目（A）

- 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（BMI 20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）

悪化している項目（D）

- 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を飲酒している者（一日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少

（※）基本的な方向

- 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 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）
- 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- 健康を支え、守るための社会環境の整備
- 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

最終評価における目標達成状況の概要①

項目	評価
1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標	
①健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	A
②健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均的都道府県格差の縮小）	C
2. 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標	
（1）がん	
①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	A
②がん検診の受診率の向上	B
（2）循環器疾患	
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	A
②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	B*
③脂質異常症の減少	C
④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	D
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	B*
（3）糖尿病	
①合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	C
②治療継続者の割合の増加	C
③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがJ D S 値8.0%（N G S P 値8.4%）以上の者の割合の減少）	A
④糖尿病有病者の増加の抑制	E※（参考B*）
⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）	D
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	B*
（4）C O P D	
①C O P Dの認知度の向上	C

※は、新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

7

最終評価における目標達成状況の概要②

項目	評価
3. 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標	
（1）こころの健康	
①自殺者の減少（人口10万人当たり）	B
②気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	C
③メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	B*
④小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	A
（2）次世代の健康	
①健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加	C
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加	
イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少	
②適正体重の子どもの増加	D
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	
（3）高齢者の健康	
①介護保険サービス利用者の増加の抑制	B*
②認知症サポーター数の増加	A
③ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加	C
④低栄養傾向（B M I 20以下）の高齢者の割合の増加の抑制	A
⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）	B*
⑥高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）	E※（参考B）

※は、新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

最終評価における目標達成状況の概要③

項目	評価
4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標	
①地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	C
②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加	E※
③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業等登録数の増加	B
④健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	E（参考B）
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）	B
5. 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標	
（1）栄養・食生活	
①適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25以上）、やせ（BMI 18.5未満）の減少）	C
②適切な量と質の食事をとる者の増加	C
ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加	
イ 食塩摂取量の減少	
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	
③共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）	A
④食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	B*
⑤利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	B*
（2）身体活動・運動	
①日常生活における歩数の増加	C
②運動習慣者の割合の増加	C
③住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	B*
（3）休養	
①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	D
②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	B*

※は、新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

9

最終評価における目標達成状況の概要④

項目	評価
5. 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標	
（4）飲酒	
①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少	D
②未成年者の飲酒をなくす	B
③妊娠中の飲酒をなくす	B
（5）喫煙	
①成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	B*
②未成年者の喫煙をなくす	B
③妊娠中の喫煙をなくす	B*
④受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少	B*
（6）歯・口腔の健康	
①口腔機能の維持・向上（60歳代における咀嚼良好者の割合の増加）	C
②歯の喪失防止	E※（参考B）
ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	
イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	
ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加	E※
③歯周病を有する者の割合の減少	
ア 20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	
イ 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	
ウ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	B
④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	
ア 3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加	
イ 12歳児の一人平均歯数が1.0未満である都道府県の増加	E※
⑤過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	

※は、新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

自治体等の取組状況の評価のための調査概要・健康増進計画の策定状況

- 調査は、健康日本21（第二次）策定時及び中間評価時に設定された目標について、関連する取組の状況の評価するとともに、次期健康づくり運動プラン策定に向け、健康増進に取り組む上での問題や課題を明らかにすることを目的として実施した。
- 調査は全国の都道府県、市区町村、健康日本21推進全国連絡協議会加入団体に対して悉皆で実施し、都道府県の100%、市区町村の78.7%、団体の62.0%から回答を得た。

- ・ 調査対象：全国の都道府県、市区町村、健康日本21推進全国連絡協議会（以下「協議会」という。）加入団体に対する悉皆調査
- ・ 調査実施期間：令和3（2021）年8月～10月
- ・ 調査対象期間：健康日本21（第二次）が開始された平成25（2013）年度から令和3（2021）年7月末時点までの取組
- ・ 調査方法：都道府県・市区町村には厚生労働省から、協議会には協議会事務局からメールで依頼し、集計・解析は厚生労働省予算事業において（株）NTTデータ経営研究所が行った。

調査対象と回収数

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

- 全ての都道府県、また少なくとも1,289市区町村が健康増進計画を策定している。

健康増進計画策定状況（都道府県）

	策定数（割合）
都道府県（全47都道府県）	47（100.0%）

出典：健康日本21（第二次）分析評価事業（国立健康栄養研究所）

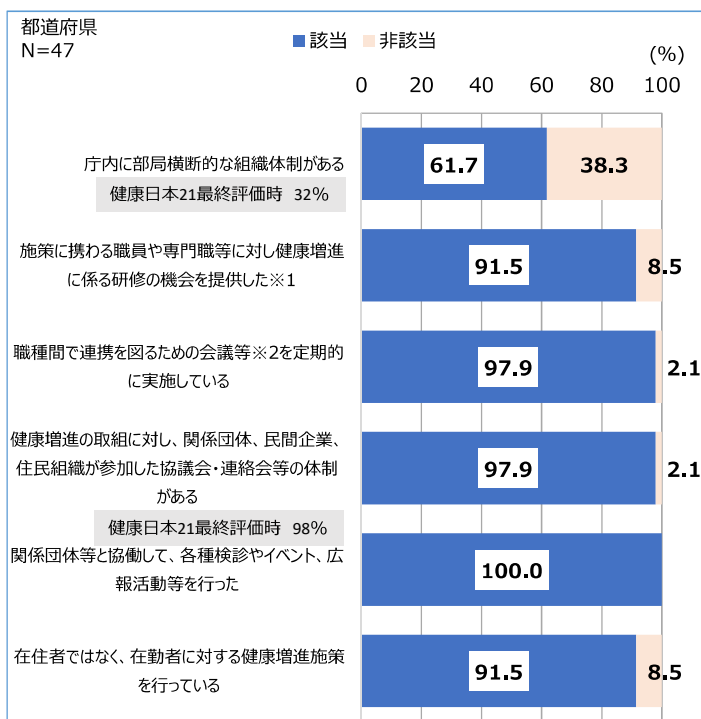
健康増進計画策定状況（市区町村）

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

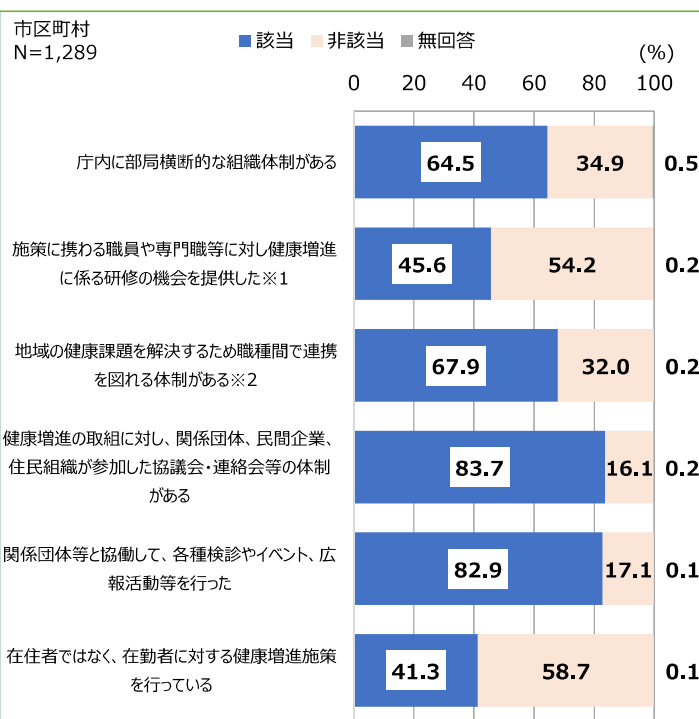
11

健康増進の取組に対する推進体制

- 庁内に部局横断的な組織体制があると回答した割合は、都道府県、市区町村とも約60%で、健康日本21最終評価時点から増加した。
- 関連団体、民間企業、住民組織が参加した協議会・連絡回答の体制があると回答した割合は、都道府県で97.9%、市区町村で83.7%と、特に市区町村では健康日本21最終評価時点から増加した。



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

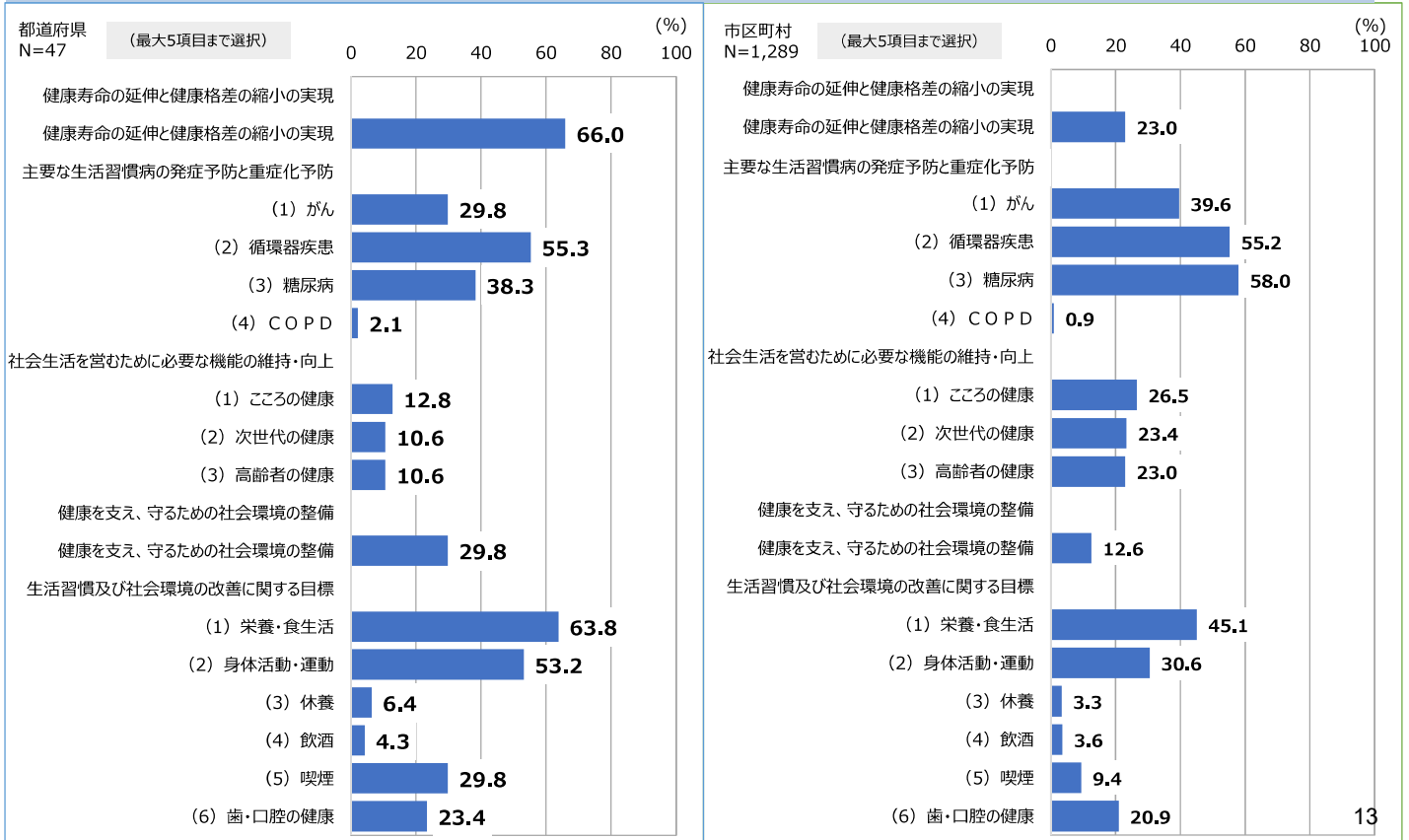


※1 会議の機会に講演・グループワークを行うなども含む
※2 地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等

12

今後重点的に取り組みたい領域

- 都道府県、市区町村いずれにおいても、重点的に取り組みたい領域として循環器疾患、栄養・食生活と回答した割合が高かった。
- そのほか、都道府県においては、健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現、身体活動・運動と回答した割合が高く、市区町村においては、糖尿病と回答した割合が高かった。



20年間の評価のまとめと次期プランに向けた課題

20年間の評価のまとめ

- 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」を最終的な目標とし、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より認識。
- 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、生活保護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
- 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】

- 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】

- 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】

- 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