

## 次期国民健康づくり運動策定に向けての提言に関する研究

研究代表者 辻 一郎 東北大学大学院医学系研究科 公衆衛生学分野・教授

### 研究要旨

次期国民健康づくり運動のあり方を提言することを目的として、本研究班を構成する研究分担者12名全員及び研究協力者3名で検討を行った。本年度は、昨年度の本研究で選定した目標項目のうち、主目標について2034年の目標値を検討した。その結果、13領域（健康寿命、がん、循環器疾患、糖尿病、こころの健康、高齢者の健康、健康格差の是正、社会環境の整備、栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒、喫煙、歯・口腔）で62項目について目標値を提案した。ただし、次世代の健康と休養に関する目標はまだ設定されていないので、目標項目はもっと増えることになる。一方、健康日本21（第二次）の目標が53項目であったことを考えると、さらなる絞り込みが必要であると思われる。

### A. 研究目的

国民健康づくり運動「健康日本21（第二次）」の最終評価が令和4年夏頃に終了する予定であり、その後は次期の国民健康づくり運動計画の策定作業が始まる。

本研究の目的は、これまでの国民健康づくり運動の成果と課題を踏まえた上で、2030年以降のわが国の人口構造や疾病動向などを展望した健康づくり対策の戦略と具体的方法について提言することである。そのため、本研究班を構成する12名の研究分担者及び3名の研究協力者による「全体研究」を実施している。3年間の研究期間のうち、初年度（2019年度）は健康課題を抽出し、目標となりうる項目を幅広くリストアップした。第2年度（2020年度）は、目標項目を選定し、目標項目間の相互関係・階層性について検討を深めた。そこで最終年度に当たる本年度では、主要な目標項目について、目標値を提案するものである。

これにより、次期国民健康づくり運動（以下、「次期プラン」）の策定に貢献し、国民の健康寿命の延伸と健康格差の縮小のさらなる推進に資するものである。

### B. 研究方法

研究班会議を3回開催するとともに、メールやオンラインでの会議を随時開催して、次期プランのあり方について協議を行った。

第1回班会議（令和3年5月7日）では、目標値設定の方法論、社会環境の整備、こころの健康について、担当の研究分担者から話題提供をいただき、全体で議論を行った。

臨時オンライン会議（同年8月3日）では、すでに目標値の設定作業を行っている研究分担者から報告をいただき、目標設定を行う上での諸問題と対処法について話し合った。また、身体活動・運動に関する社会環境の整備のあり方について担当の研究分担者から話題提供をいただき、全体で議論を行った。

第2回班会議（同年8月31日）では、各分担領域（表1）について目標値が提案され、その詳細について話し合いを行った。そのなかで、循環器疾患、がん、孤立・孤独のそれぞれについて、関連する研究者による小グループを組織し、それぞれで定期的にオンライン会議を開催し、目標設定につなげることとした。

第3回班会議（令和4年2月14日）では、各分担領域における目標項目を報告し、その詳細について話し合いを行った。

表 1 次期国民健康づくり運動で取り上げるべき目標項目に関する領域分担

研究分担者名	担当領域
辻 一郎	健康寿命
片野田耕太*	がん
岡村 智教	循環器疾患（メタボリック症候群と特定健診・特定健診は除く）
津下 一代	糖尿病（メタボリック症候群と特定健診・特定健診を含む）
西 大輔	こころの健康
近藤 克則	高齢者の健康
近藤 尚己	社会環境の整備
村山 伸子	栄養・食生活
井上 茂*	身体活動・健康
田淵 貴大	飲酒
田淵 貴大	喫煙
相田 潤	歯・口腔の健康
山縣然太郎*	次世代の健康

(\*：研究協力者)

## C. 研究結果

### 1) 第1回班会議での検討結果

(1) 目標値設定の方法論では以下の議論があった。

- ・昨年度までの班研究において主目標、副目標、開発中の目標、研究途上の目標という形で目標項目を分類してきたが、そのうち主目標を中心に目標値を設定することとしたい。
- ・目標年度は2034年とする。
- ・目標値設定には、その根拠・基準が必要である。その際は、米国ヘルシーピープル2030が提唱する目標値設定の方法・基準を参考にすることが望ましい。米国ヘルシーピープル2030は、6種類の設定方法を示している。  
(a) 現状値より何%の改善(10%か20%という目標が多い)にあたる数値、(b) 現状値(%)にCohen's effect size (0.1か0.2という目標が多い)をあてはめた数値、(c) これまでのトレンドから目標年の数値を推定し、そこから一定の改善をあてはめた数値、(d) 現状値に対して統計学的有意差をもたらす数値、(e) 他の目標や法制度との整合性のある

数値、(f) 現状の数値の維持（今後悪化が想定される場合などに適用）。以上の6種類から、状況に応じて適宜選択すべきとされている。

- ・健康寿命の延伸目標については、健康寿命延伸プランの目標「2040年までに3年以上延伸（2016年比）との整合性を重視するべきである。
  - ・各分野の目標は担当の研究分担者にお願いすることになるが、社会環境の整備や健康格差の縮小といった課題については分野横断的に目標項目・目標値を考えるべきである。
- (2) 社会環境の整備では以下の議論があった。
- ・目標とすべき項目は、健康格差、職場環境、住環境、嗜好品アクセス環境、歯科保健環境、全世代型社会保障・共生社会、省庁横断の環境整備、社会的弱者へ配慮した対策などである。
  - ・日本（健康日本21（第二次））、米国、英国、スウェーデン、タイの各国における社会環境整備について参考にする必要がある。
  - ・今後の手順としては、各分野における社会環

境の整備目標の整備、諸外国プランとの比較、資質としての質の評価を行った上で、目標項目を絞り込んでいく。

(3) こころの健康では以下の議論があった。

- ・うつ病のスクリーニングや早期受診、治療内容などに関して、日本と欧米とで比較することは有用である。
- ・精神保健対策の社会実装として、心のサポーター養成事業やトラウマを念頭に置いたケア、インターネットなどの活用・ゲーミフィケーションなどが期待される。

2) 臨時オンライン会議での検討結果

(1) 目標値設定に関しては以下の議論があった。

- ・データの変動が大きい場合、線形モデルによる予測値の設定は許容できる。変動が大きい場合は joinpoint regression model を用いて変曲点を明らかにし、その後の安定している時期のデータを用いて将来予測を行う。
- ・死亡率は年齢調整値を使用し、疾病や生活習慣に関する頻度・数は年齢調整しないこととする。ライフステージに応じて動向が異なるものについては年齢階級別（2～3カテゴリー）で目標値を設定する。
- ・悪化のトレンドが見られる指標については、現状維持または現状から 5～10%改善または増加（減少）の抑制などを目標とし、それに至るまでのロジックを明確にする。
- ・米国ヘルシーピープル 2030 における目標値設定の方法は 1つの参考として提示したものであり、それ以外の方法で目標値を設定する項目があっても良い。

(2) 社会環境の整備に関しては以下の議論があった。

- ・身体活動・運動に係る社会環境の目標として立地適正化計画を活用できないか。同計画を作成済みの自治体は 300～500 程度。ただし、同計画を作らない自治体のなかには、作る必

要のない自治体（主に都市部）や作れない自治体（山間部など）もあることに留意すべきであろう。

- ・健康日本 2 1（第二次）の目標「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」は、現状ではウォーキングマップの作成程度でも「取り組んでいる」とする自治体もあり、実際の環境整備につながっていない可能性もある。

3) 主目標項目に関する現状値と目標値

第 2 回班会議（令和 3 年 8 月 31 日）・第 3 回班会議（令和 4 年 2 月 14 日）での検討をもとに、主目標とされた項目について目標値を設定したので表 2 に示す。なお、年齢調整率を使う際は最新の「2015 年モデル人口」で統一することとした。以下、各目標について説明する。

- ・**健康寿命**：健康寿命延伸プランは、2016 年から 2040 年まで（24 年間で）男女とも健康寿命 3 年の延伸を目標としているので、それとの整合性（単純に 1 年あたり健康寿命は 0.125 年の延伸と仮定）をもとに 2034 年値を予測し、目標値とした。社会保障人口問題研究所『日本の将来推計人口（平成 29 年推計）』では、2034 年の平均寿命は男性 82.76 年、女性 89.11 年と仮定されている。2019 年比で、平均寿命は男性 1.35 年、女性 1.66 年の増加となる。一方、健康寿命は男女とも 1.88 年の増加となる。したがって「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」という健康日本 2 1（第二次）で掲げた目標は、次期プランでも達成が予想される。
- ・**がん**：年齢調整罹患率の減少とがん検診精密検査受診率の増加という 2 項目を追加した。前者は、がん登録推進法の施行により 2016 年以降がん罹患率が高い精度で毎年把握できるようになったことを反映している。ただし、全国がん登録制度は 2016 年に始まったばかりでデータの蓄積がないため、年齢調整罹患率（75 歳未満）の当面の目標は「減少」とい

うことにした。がん検診の精密検査受診率を上げることの重要性はがん対策推進基本計画（第3期）でも強調されている事項であることを考慮し、新たに加えた。

- ・**循環器疾患**：死亡率の目標は（75歳未満でなく）全年齢での数値である。「降圧薬服用率の増加」は40歳以上の全国民を母集団として想定している。糖尿病では患者を分母に治療継続率を目標にしているが、糖尿病と高血圧とでは治療内容が異なるため、合わせる必要ないと思われる。血清脂質については、第二次の「総コレステロール 240mg/dl 以上の割合、LDL-コレステロール 160mg/dl 以上の割合」というハイリスク・アプローチ的な目標から、次期プランでは「平均値」というポピュレーション・アプローチ的な目標への変更を提案したい。
- ・**糖尿病**：「糖尿病腎症による年間新規透析導入」は人数でなく年齢調整率にする（全年齢）。糖尿病の年齢調整有病率についても同様とする。メタボ該当率や特定健診実施率などについては、年齢調整を行わず、粗の率を使用する。
- ・**COPD**：現時点では目標項目・目標値とも設定していない（今後、厚生労働省や関連団体などと協議を深める予定）。
- ・**こころの健康**：「自殺者の減少」に関する目標値は「自殺総合対策大綱」のそれと同じ値とした。「心のサポーター」数について新たに目標に加えた。心のサポーター養成事業とはメンタルヘルスに関する正しい知識を持つ人を増やし、社会のスティグマを低減することを目的としている。これは精神疾患の有無や程度に関わらず地域で暮らしやすい社会の実現を目指しており、社会環境の整備にもつながることが期待される。
- ・**次世代の健康**：「健やか親子21（第2次）」との連携をもとに、目標項目などについて今後検討する予定である。
- ・**高齢者の健康**：要介護（要支援）認定者数や

認知症自立度Ⅱ以上の人数の抑制については介護保険データの活用によりモニタリングが可能と思われる（年齢調整の要否、目標値については要検討）。社会的孤立・孤独の問題が近年重視されてきたので、目標にも含めることとする。健康日本21（第二次）では「低栄養傾向（BMI20以下）の高齢者の割合の増加の抑制」という目標が高齢者の健康に含まれていたが、次期プランでは体重関連の目標は全て栄養・食生活で取りまとめることとしたい。

- ・**健康格差の是正**：健康日本21（第二次）では「健康寿命の地域格差の縮小」だけが健康格差に関する目標であったが、次期プランでは項目を増やす方向で検討しており、目標項目は疾病の頻度や生活習慣などにも広げる予定である。
- ・**社会環境の整備**：他者との繋がり強化、地域活動やまちづくりなどの活動に主体的に関わっている国民の増加などについて、目標項目を絞り込んだ。
- ・**栄養・食生活**：やせの問題についてライフコースの視点から包括的に検討するため、30歳代女性と65歳以上についても、この項目に盛り込んだ。食環境の整備については現時点でも検討中の課題である。
- ・**身体活動・運動**：歩数と運動習慣に関する目標は健康日本21（第二次）の目標を踏襲したものである。社会環境の整備については現時点でも検討中の課題である。
- ・**休養**：今年度は検討することができなかったため、来年度の検討課題としたい。
- ・**飲酒**：健康日本21（第二次）の3目標を踏襲し、さらに「依存症患者のモニタリング」という目標を追加した。
- ・**喫煙**：健康日本21（第二次）では「喫煙をやめたい者がやめる」というところから目標値を設定した。次期プランでもそれを踏襲するか、あるいは「タバコのない社会」の実現に向けた目標にするか、議論が必要である。

・歯・口腔：健康日本21（第二次）では年齢別の目標が個別に示されていたが、それを統合させることにより目標項目数を減らした。その分、保健行動の目標＝歯科健診の受診・歯磨き、環境（フッ化物洗口）の項目を追加した。

#### D. 考察

本研究班を構成する12名の研究分担者及び3名の研究協力者による「全体研究」として、各分担研究の成果や既存のエビデンスを吟味し、班員・有識者とのディスカッションなどを通じて、次期プランのあり方を検討し、13領域（健康寿命、がん、循環器疾患、糖尿病、こころの健康、高齢者の健康、健康格差の是正、社会環境の整備、栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒、喫煙、歯・口腔）で主目標62項目について目標値を提案した。ただし、次世代の健康と休養に関する目標はまだ設定されていないので、目標項目はもっと増えることになる。健康日本21（第二次）の目標数が53個であったことを考えると、さらなる絞り込みが必要であると思われる。

次期プランでは「健康格差の縮小」と「健康づくりを支える社会環境の整備」が、さらに重要になってくるものと思われる。健康格差に関しては、健康寿命の都道府県格差に加えて、社会経済状況による健康寿命の格差、がん・循環器疾患・健康行動に関する格差についても検討対象とした。また、社会環境の整備では、それ自身の領域に加えて、各領域でも必要に応じて社会環境に関する目標を検討している。たとえば、身体活動・運動では都市計画や運動施設を整備している自治体の数、喫煙では（飲食店や職場などにおける）受動喫煙の機会の減少、歯・口腔では集団フッ化物を実施している幼稚園・保育園・学校の数などを目標として提案している。今後、栄養・食生活などの領域でも社会環境の整備を充実させることにより、「自然に健康になれる社会」を実現することが重要と考え

るものである。

また今後十年間の動向として、孤独・孤立の問題がさらに強まること、疾病を治療しつつ職業や社会活動に参加する人々の増加、外国籍を有する人々の増加などが予想され、これらの変化は国民健康づくりにも影響を及ぼすものと思われる。さらには、国連の Sustainable Developmental Goals (SDGs) では“Leave no one behind（誰一人取り残さない）”ことが強調されている。このような文脈の中で、次期プランは位置づけられることになる。その意味では、身体の健康・こころの健康に加えて社会的健康という新しい領域・カテゴリーを加える必要もあるかもしれない。これまでの健康日本21（第二次）では「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、ライフステージに応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現」ということが全体ビジョンとして掲げられた。一方、次期プランでは、「健康な人がさらに健康になっていく」だけでなく、「さまざまな疾病や困難を抱える人たちが、自分らしく地域の中で暮らしていく」ことも考慮すべきであろう。

以上のように、本研究課題は当初の目的と年次計画に沿って順調に進捗し、本年度をもって終了となる。来年度は、次期プランに特化した研究班が組織される予定であることから、本研究班の検討の到達点と課題を引き継ぎ、より良い次期プランの作成に貢献する所存である。

#### E. 結論

次期国民健康づくり運動のあり方を提言することを目的として、本研究班を構成する研究分担者12名全員及び研究協力者3名で検討を行った。本年度は、昨年度の本研究で選定した目標項目のうち、主目標について2034年の目標値を検討した。その結果、13領域（健康寿命、がん、循環器疾患、糖尿病、こころの健康、高齢者の健康、健康格差の是正、社会環境の整備、栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒、喫煙、

歯・口腔)で62項目について目標値を提案した。ただし、次世代の健康と休養に関する目標はまだ設定されていないので、目標項目はもっと増えることになる。一方、健康日本21(第二次)の目標が53項目であったことを考えると、さらなる絞り込みが必要であると思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案取得

なし

3. その他

なし

表2 次期国民健康づくりプランにおける目標提案シート（主目標のみ）

新規 修正

取組目標	ベースライン値	目標値	評価に使う情報源 (政府統計の種類等)	階層1 (生活習慣モデル) : プロセス→アウトプット→アウトカム	階層2 (疾病モデル) : 生活習慣→基礎的病態→疾病	評価レベル: 国・都道府県・市区町村・企業・医療保険者・その他	データ提供者	第2次この関係: 新規提案・改善提案・同一目標	エビデンスの有無 ○: あり ×: なし	補定事項: 以下について補定願います。 ・諸外国の参考にした取組目標 ・効果に関するエビデンス ・項目の重要性について ・懸念事項 ・「その他」を選んだ場合はその中身 ・その他の補定事項
<b>健康寿命</b>										
健康寿命の延伸 (健康寿命延伸プランの2040年目標との整合性)	2019年 男性 72.68年 女性 75.38年	2034年 男性 74.56年 女性 77.26年	国民生活基礎調査 大規模調査			国・都道府県・政令指定都市	国			・健康寿命延伸プランは、2016年から2040年まで（24年間で）男女とも健康寿命3年の延伸を目標とする。単純に、1年あたり0.125年の延伸と想定し、2019年値に1.5年分（男女とも1.88年）を足して2034年値を予測。 ・2016年と19年との間で、健康寿命は男性0.54年、女性0.59年の延伸（0.125x3=0.375年の延伸という予測値を上回る結果） ・社人研『日本の将来推計人口（平成29年推計）』によると、2034年の平均寿命は男性82.76年、女性89.11年と仮定。2019年比で、男性1.35年、女性1.66年の増加。したがって健康寿命増加分（男女とも1.88年）の方が大きい。
<b>がん</b>										
がんの年齢調整罹患率の減少	2018年（男女計；75歳未満） 304.6（昭和60年モラル人口） 505.8（平成27年モラル人口） (人口10万対)	2033年（男女計） 304.6未満 (昭和60年モラル人口) 505.8未満 (平成27年モラル人口) (人口10万対) (減少)	全国がん登録		第3段（疾病）	国・都道府県	国	新規提案		・2016～2018年のがん年齢調整罹患率は減少しているが、全国がん登録導入時の不安定性による考えられる。 ・高精度地域の年齢調整罹患率は2010年以降横ばい（J Epidemiol 2021;31:426-450）。 ・全国がん登録でも同様の傾向が強く想定し、予防対策の効果としてシナジリ「減少」とした。 ・死亡との整合性とシナジリを重視して75歳未満とした。 ・目標年は2036年時点入手可能な2033年とした（全体方針に合わせる）。 ・年齢はこれまでの目標値との連続性、一次予防、二次予防による壮年期の疾病負担減少を重視して75歳未満とした。 ・人口動態推計がん死亡数（1975～2020年実測値）および将来推計人口を用いて、年齢、暦年、および性別の交互作用を説明変数としたモデル（Japanese Journal of Clinical Oncology 2014;44:36-41）による予測値：2034年52.1（2020年から24.5%減；昭和60年モラル人口）。 ・対策での上乗せとして30%減とした。 ・目標年は2036年時点入手可能な2034年とした（全体方針に合わせる）。 ・平成27年モラル人口の変化率は、両基準人口の推移の回帰式に基づくと約0.9倍（2020年から約22%減）になると考えられるが、同様に上乗せして30%とした。 ・2019年のベースライン値の一部が第一、第二の目標50%をほぼ達成していることから、目標年は2036年時点入手可能な最新値である2034年とした。
がんの年齢調整死亡率の減少	2020年（男女計；75歳未満） 69.0（1985年モラル人口） 126.6（2015年モラル人口） (人口10万対)	2034年（男女計；75歳未満） 48.3 (1985年モラル人口) 88.6 (2015年モラル人口) (人口10万対) 14年間で30%減	人口動態調査		第3段（疾病）	国・都道府県	国	改善提案		
がん検診の受診率の増加	2019年（男女計） 胃（40-69歳；過去1年）42.4% 胃（50-69歳；過去2年）49.5% 大腸（40-69歳；過去1年）44.2% 肺（40-69歳；過去1年）49.4% 女性乳房（40-69歳；過去2年）47.4% 子宮頸部（20-69歳；過去1年）43.7%	2034年（男女計） 60%	国民生活基礎調査		第2段	国・都道府県・区市町村	国	改善提案	○	
がん検診精密検査受診率の増加	2018年（男女計） 胃（X線；40-74歳）81.4% 胃（内視鏡；50-74歳）92.9% 大腸（40-74歳）71.4% 肺（40-74歳）83.8% 女性乳房（40-74歳）89.2% 子宮頸部（20-74歳）75.5%	2033年（男女計） 90%	地域保健・健康増進事業報告		第2段	国・都道府県・区市町村	国	新規提案	○	・がん対策推進基本計画（第5期）の目標値を踏襲。 ・一部達成されているがん種があるが、低いがん種も多いため上乗せせず。 ・目標年は2036年時点入手可能な最新値である2033年とした。

循環器疾患										
脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(2015年モラル人口)	(2019年) 脳血管疾患 = 男性 98.2, 女性 59.9 虚血性心疾患 = 男性 72.9, 女性 31.5						国	同一	○	HDS-02. 健康日本21 (第二次) の推定に用いた死亡率の回帰式 (EPOCH JAPAN研究) を用いて、危険因子等の推移から予測される死亡率の減少割合を求めて、現時点の年齢調整死亡率の集計 (健康日本21 (第二次) と同じ方式) 目標値の ( ) 内は喫煙率半減を想定した場合の目標値。
収縮期血圧値の平均値の低下	(2019年) 男性 137mmHg, 女性 131mmHg						国	同一	○	類似→HDS-04 (血圧高値者割合の減少)・各分野の目標達成による降圧効果は、食塩摂取量の減少 -0.4mmHg, 野菜・果物の増加 -0.19mmHg, 肥満の割合の減少 男性 -0.3mmHg, 女性 -0.43mmHg, 日常生活における歩数の増加 -1.0mmHg, 生活習慣の改善を高める飲酒者割合の減少 男性 -0.11mmHg, 女性 -0.05mmHg, 高血圧者における降圧剤服用率の増加 -0.2mmHg. 合計は男性 4.2mmHg, 女性 4.3 mmHgが簡便にするため前回と同じ4 mmHgとした。
LDLコレステロール平均値の低下	(2019年) 男性: 119mg/dl, 女性: 125mg/dl						国	同一	○	類似→HDS-06 (平均的総コレステロールの低下) 第二次では総コレステロール240mg以上の割合、LDLコレステロール160mg以上の割合
高血圧者における降圧剤服用率の増加	30% (母集団の50%が高血圧、そのうち降圧剤服用率60%)						国	同一&改善提案	○	類似→HDS-05 (血圧コントロール者の増加)。高血圧の有病率は35~75% (50~70歳代)、高血圧者の治療率40~70%、(50~70歳代)、以上、高血圧治療ガイドライン2019. 国民健康栄養調査で対象者全体に占める高血圧治療中の割合は30%。母集団の30%が高血圧治療中とした。現状でも高血圧者における服用率であるが、より明確に記載。母集団における降圧剤服用率が33%とあり、3%増加する。これによる集団全体の降圧効果は40.2 mmHg。
糖尿病										
糖尿病発症による年間新規透納入患者数の減少 (年齢調整、人口10万人対)	15,536人 (2019年) H27 年平均化人口を用いた調整値)	13,000人 (2034年) (75歳まで×0.8*、75歳以上×0.9) *trend analysisの推定値 (高齢) の数値採用					企業・NPO等	同一&改善提案	○	・第二次から継続的に実施。重症化予防のアウトカムとしても重要 ・日本透析医学会公表他を活用。市区町村別の公表は都道府県支部 (腎臓材回) にお任せがある。 ・市町村・保険者についてはKDB/NDBの活用を提案したい。 ・高齢化の影響や医療資源の影響を受ける。 ・がん、循環器疾患と合わせて75歳未満とすべきかどうか
治療継続者の割合の増加	2019年 60.2% (平滑化人口における%)	70% (2034年) 両立支援、Stigma解消、遠隔医療があれば80%目指す?					その他	同一&改善提案	○	国・都道府県・国保など医療保険者で、共通した指標で評価するためにKDB/NDBの活用を提案したい。
HbA1c 8.0%以上の者の割合の減少	H29年1.34%	1.0% (2034年) (25%減)					区市町村	同一	○	8.4% はJDS時代の値で、学会ガイドライン等と整合性をとり、8.0%以上の割合に変更することを提案したい。(参考: Healthy People では9.0%以上としているが、より良好なコントロールを目標すべき)
糖尿病年齢調整有病率の減少	2017年40~74歳の年齢調整有病率 15.7% (2019年人口)	2034年15% (糖尿病の治療率が高まっても増加しない)					国・都道府県・医療保険者	同一&改善提案	○	国・都道府県・国保など医療保険者で、共通した指標で評価するためにKDB/NDBの活用を提案したい。年齢調整、標準化該当人数、該当比などで比較可能な数値とする。 第二次では有病者数の増加の抑制
特定健診での受診動向により実際に医療機関へ受診した糖尿病患者	KDB等で把握可能か									KDBにて把握可能。受診動向に関する指標なので取り入れるべきか。全国的な集計値が発表される必要がある
メタボリックシンドローム及び予備群の年齢調整該当率	H27年メタボ該当14.4%、予備群11.7% (歳小値)	増加しない (両者合わせ25%未満)					国	同一	○	第二次より継続して評価。 対策のアウトカムとして重要 市区町村では国保データを把握できるが、被用者保険も含め全住民での分析が重要 第二次では有病者数の減少
特定健康診査・特定保健指導の実施率	特定健康診査 2019年度 55.6% 特定保健指導 2019年度 23.2%	特定健康診査 70%以上 (登えす) 特定保健指導 45%以上 (方法論の見直しも含めて)					国	同一	○	対策指標 Healthy People 2030では年に一回健康診査を受ける人の割合として表現されている。 糖尿病対策の入り口であり重要な指標 医療計画の指標候補 (重点)



COPD									
目標 = 未設定									
こころの健康									
自殺者の減少（人口10万人当たりの自殺死亡率）	15.7 (2019年)	13.0以下 (2025年) 自殺総合対策大綱の目標値に準じる	人口動態統計	疾病	国	国	同一	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・Healthly People2030でも目標として掲げられている。</li> <li>・自殺は15歳から39歳の死因の1位となっている。</li> <li>・平成28（2016）年の自殺対策基本法の改正等を踏まえ平成29（2017）年7月に改定された第3次大綱においては、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目指すことを基本理念として、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を図る必要性、具体的な施策として若年層向けの対策や自殺未遂者向けの対策を充実すること、国、地方公共団体、関係団体及び民間団体等の取組相互の連携・協力を推進することを掲げ、関係府省で連携し自殺対策に「一層強力に取り組んでいる。</li> <li>・緊急事項として、20歳以上ではすべての年齢階級で自殺死亡者の減少が認められているものの、15-19歳は平成22（2010）年の7.5から令和元（2019）年の9.9に上昇している（男性は9.7から13.2へ、女性は45.1から6.4へ）。また、自殺者数は令和2（2020）年に増加に転じ、特に若年者と女性において自殺者数の増加が認められており、今後とも注視が必要である。</li> </ul>
心理的苦痛を感じる者の割合の減少	10.3% (2019年)	9.3% (2036年)	国民生活基礎調査	基礎的状態	都道府県	国	同一	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・約4分の1の国民が中等度以上の心理的苦痛（K6で5点以上）を抱えていることが示されている。</li> <li>・K6が5点以上であることと身体症状および社会機能障害との関連が示されている。</li> <li>・カトオラジの追加については目的外利用が必要</li> <li>・緊急事項として、新型コロナウイルス感染症大前と比べて、世界中でうつ病・不安症が約25%増加したと推定されており、わが国でも精神的苦痛を抱えている者の割合が大幅に増加している可能性がある。</li> </ul>
メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業者の割合の増加	61.4% (2020年)	80% (2022年) 第14次労働災害防止計画の目標値に準じる	労働安全衛生調査	生活習慣	都道府県	国	同一	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・産業精神保健の領域で、最も包括的な目標と考えられる。</li> <li>・「第13次労働災害防止計画」の目標に準じて目標値を記載しているが、健康日本21（第3次）では2021年中に作成されると考えられる「第14次労働災害防止計画」の目標に準じるのが望ましいと考えられる。労働基準局等との情報共有が望ましい。</li> <li>・緊急事項として、50人以上の事業場では90.7%（2018年）であるが、30～49人の事業場では65.3%、10～29人の事業場では51.6%であり、小規模事業場での取組推進が容易ではない可能性がある。</li> </ul>
心のサポート人数	500人 (2021年度)	38万人 (2028年度) 100万人 (2033年度)	厚生労働省	生活習慣	区市町村	国	新規提案	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における普及啓発の部分を担うものとして、2021年度から厚労省からのサポート一層の事業を開始した。</li> <li>・オーストラリア等で行われているMental Health First Aidの考え方をとど、地域や職場でメンタルヘルスの問題を抱える人や家族等に対してできる範囲で手助けをする「心のサポート」を増やすとともに、メンタルヘルスに関する適切な知識をもった人を増やし、社会のメンタルヘルスマネジメントを低減し、精神疾患の有無や程度にかかわらず誰もが暮らしやすい社会を実現することを目的としている。</li> <li>・厚労省が2028年までに38万人、2033年までに100万人の養成を目標として掲げている。</li> </ul>
小児科医・児童精神科医市の割合の増加		削除							
次世代の健康									
目標 = 未設定									

高齢者の健康									
要介護状態への移行抑制 要介護(要支援)認定者数	令和2年度 669万人	推計値(10年後の年齢 階級別人数×認定率)の 90~95%値?	介護保険事業状況 報告	疾病	国・都道府県・ 区市町村	国	同一	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険事業状況報告 (<a href="https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/84-1.html">https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/84-1.html</a>)</li> <li>* 介護保険総合データベースに収録された認知症高齢者の日常生活自立度を用いて集計することを想定</li> </ul>
認知症の発症や進行の抑制 認知症自立度Ⅱ以上の人 数	令和2年度 410万人 厚生労働省 推計	推計値(10年後の年齢 階級別人数×出現率)の 90~95%値?	介護保険総合デー タベース	疾病	国・都道府県・ 区市町村	国	同一	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険総合データベース(社会保険審議会介護保険部会(第84回)参考資料: <a href="https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000560216.pdf">https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000560216.pdf</a>)</li> <li>厚生労働省: 認知症施策の推進 (<a href="https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutokutsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000021004.pdf">https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutokutsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000021004.pdf</a>)</li> </ul>
社会的孤立・孤独・閉じこ り者割合の減少	社会的健康WGの目標の高齢者の数値	1割抑制など	国勢調査 高齢社会対策に関す る調査(高齢者の生 活実態に関する調 査・高齢者の地域社 会への参加に関する 意識調査)	基礎的病態	国・都道府県・ 区市町村	国	同一&改善 提案	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会環境の整備、心の健康・休養の分野と調整</li> <li>* 高齢社会対策に関する調査については、年度により調査項目が異なる</li> <li>・国勢調査 (<a href="https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/index.html">https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/index.html</a>)</li> <li>・高齢社会対策に関する調査 (<a href="https://www8.cao.go.jp/koure/fshiki/kenkyu.html">https://www8.cao.go.jp/koure/fshiki/kenkyu.html</a>)</li> </ul>
主体的な社会参加や就労、 人のつながり 4種(スポーツ、学習、自己 啓発、ボランティア活動、 趣味・娯楽)行動者率	176.46 平成23(2011)年度 男女平均	2021年までの10年間の 伸び率(年齢階層別?) を参考に決める	社会生活基本調査 国民・健康栄養調査	生活習慣	国・都道府県	国	同一	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会環境の整備の分野と調整</li> <li>・社会生活基本調査 (<a href="https://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/index.html">https://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/index.html</a>)</li> <li>・国民・健康栄養調査 (<a href="https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html">https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html</a>)</li> </ul>
認知機能/イリスク高齢者の 把握率 ロコモの認知度 足腰の痛みのある高齢者の 割合	削除								
低栄養傾向の高齢者の割合	栄養・食生活に移動								

## 健康格差の是正

健康寿命の地域格差の縮小	<ul style="list-style-type: none"> <li>●都道府県（健康寿命が最長の地域と最短の地域の差）：男性2.70年（2016年）、女性2.70年（2016年）</li> <li>●都道府県（健康寿命が最長の地域の値）：男性71.21年（2016年）、女性73.62年（2016年）</li> </ul>	都道府県（最長の地域と最短の地域の差） <ul style="list-style-type: none"> <li>●男性2.45年、女性2.50年</li> <li>●都道府県（最低の地域の値の底上げ）：男性75.00歳、女性76.00歳</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・厚生労働省 市区町村別生命表 <a href="https://www.mhlw.go.jp/boukei/saiken/hw/life/ckst15/index.html">https://www.mhlw.go.jp/boukei/saiken/hw/life/ckst15/index.html</a></li> <li>・厚生労働科学研究所「健康寿命及び地域格差の分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」</li> <li>・総務省統計局 都道府県別人口データ</li> </ul>	アウトカム	—	都道府県	国	同一	○	健康寿命は今後も国民の健康づくりの運動の推進における最終アウトカムとして重視されることから、その格差についても引き続き評価し、幅広い国民との議論の元、是正すべき水準の格差があると認められるものについては数値目標を定めて取り組む。
社会経済状況による健康寿命の格差の縮小	<ul style="list-style-type: none"> <li>●有職者間の職業別の健康寿命の格差（40-65歳の部分健康寿命） 男性1.35年、女性2.22年（2015年）</li> <li>●無職者の健康寿命：男性18.49年、女性21.09年（2015年）</li> <li>●日常生活への影響がある人の割合の所得間格差</li> <li>●日常生活に制限があると答えた人の割合（%）： 有職者 男性 10.0（2019年）、女性 12.1（2019年） 無職者 男性 15.9（2019年）、女性 17.2（2019年）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●有職者間の職業別の健康寿命の格差を縮小する：</li> <li>●無職者の健康寿命を延伸する：</li> <li>●日常生活への影響がある人の割合の所得間格差の有無の職業分類をXXXにする</li> <li>●別項目表：日常生活に制限があると答えた人の割合：有職者 男性 9.0%、女性 11.0%/無職者 男性 14.5%、女性16.0%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>人口動態調査・産業別統計・性別・職業（大分類）・年齢階級別死亡数</li> <li>国民生活基礎調査</li> <li>日常生活への影響の有無の職業分類別・所得別（男女それぞれ） など</li> </ul>	アウトカム	—	職業等	国	新規提案	○	社会経済的背景による健康格差の存在は多くの国で報告されており、日本からも報告されている。健康寿命の社会経済状況別の政府による公式計算値は示されていない。今回職業の有無別の算出を行いその格差の目標を提示した。他の評価軸の算出については現在固み中。
地域の社会経済状況による健康寿命の格差の縮小	<ul style="list-style-type: none"> <li>●都道府県：失業率が最も高い都道府県の健康寿命と、失業率が最も小さい都道府県の健康寿命の差（格差勾配指数：SII）：男性0.56、0.77年（2013年、2016年）、女性0.47、0.62年（2013年、2016年）</li> <li>●市区町村ADI100分位によるSII：男性2.32年、女性0.93年（2010-2014年）（Kataoka et al. Lancet RHWFP）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●都道府県・市区町村の社会経済状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>人口動態統計・国勢調査の市区町村別人口、死亡データ</li> <li>市町村別要介護認定データ</li> </ul>	アウトカム	—	都道府県・市区町村	国	新規提案	○	都道府県や市区町村の社会経済状況により、健康寿命の格差があることが示されている。地域別格差（Area Deprivation Index: ADI）等、複数の社会経済状況に関する指標を用いた妥当性の確認された指標も開発されており、これらを用いて地域の社会経済状況による健康寿命の格差をモニタリングすることで、国や都道府県、市区町村等が活動をマネジメントしていくために役立つ。
健康寿命に加えて、がんや循環器疾患、健康行動に関する各分野の主要項目について地域間・社会属性の異なる集団間の格差を評価する	各分野数値目標評価					国、都道府県、市区町村など		新規提案	○	がんや循環器疾患、健康行動は今後も国民の健康づくり運動の推進におけるアウトカムとして重視される。

社会環境の整備										
他者とのつながりの強化	困った時に相談できる人や窓口がないと思う国民の割合 R1 7.4% (男性: 9.3%、女性: 5.9%) (国)	困った時に相談できる人や窓口がないと思う国民の割合: 3% (トレンド分析未実施)	厚生労働省国民生活基礎調査(健康調査) R1補問9-2: 最も気になる悩みやストレスについてどのように相談していますか」) <a href="https://www.mhlw.go.jp/toukei/douushiyos/2021/d/16h031ke.pdf">https://www.mhlw.go.jp/toukei/douushiyos/2021/d/16h031ke.pdf</a>	アウトプット	—	国	国	改善提案	○	第二次の目標は、繋がりを地域に限定している点で昨今の多様化した社会関係を反映しているとは言い難い。そのため、次期計画では地理的に依存しないソーシャルキャピタルの状況をとらえる。
地域活動やまちづくりなどの活動に主体的に関わっている国民の増加	H28 26.0% (国)、 H28 25.0% (男性)、26.9% (女性)	64歳まで: 男性: 30% 女性: 30% 65歳以上: 男性: 40% 女性: 40%	総務省「社会生活基本調査」R3 調査票A 問22 ボランティア活動について <a href="http://www.stat.go.jp/data/shakai/2021/pdf/qua.pdf">http://www.stat.go.jp/data/shakai/2021/pdf/qua.pdf</a>	プロセス	—	国	国・年齢階層	改善提案	○	健康づくりを目的にしている活動への参加でも健康と関連することが複数の研究で報告されている。第二次では健康に関するポテンシアに限定していたが、健康に関連しない活動も含めるようにした。
県内の市区町村間の健康指標の格差をモニタリングしている都道府県の増加	不明	都道府県: 100% (全都道府県) 市区町村: 80-100%	厚生労働省健康局による把握	プロセス	—	国	都道府県・市区町村	改善提案	○	健康日本21(第二次)では、健康格差対策に取り組み自治体数の増加が目標となっており、中間評価の時点で40都道府県(85.1%)が目標を達成していた。次のステップとして、数値目標を入れることをめざす。
厚生労働省内の局間連携の取組数の増加	不明	国: 部門間連携事業10個、省庁横断事業10個	厚生労働省健康局による把握	プロセス	—	国	国	新規提案	○	WHOのCSDHは部門間連携・ガバナンスの強化を通じた健康格差対策の重要性を強調している。健康格差対策には重層的な対策が不可欠であることから、複数レベルでの部門間連携の推進を明示した目標設定とする。

栄養・食生活									
低出生体重児の割合の減少 (2019年人口動態統計)	9.4% (2019年人口動態統計)	7%未満	人口動態統計	アワトカム	国・都道府県	国	同一	○	低出生体重は、神経学的・身体的合併症の他、成人後の生活習慣病の発症と関連 都道府県間格差を追加 17次世代の健康との間で要調整
肥満傾向の子どもの割合の減少 (2019年学校保健統計)	小学5年生男子 5.1% 小学5年生女子 3.6% (2019年学校保健統計)	男子 3%未満 女子 2%未満	学校保健統計	アワトカム	国・都道府県	国	同一	○	子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病につながりやすい 都道府県間格差を追加 17次世代の健康との間で要調整
20歳代～60歳代の男性の肥満の割合の減少 (2019年国調)	35.1% (2019年国調)	30%未満	国民健康・栄養調査、NDB	アワトカム	国・都道府県・保健者間	国	改善提案	○	体重過多や肥満は、全体死亡、がん、循環器病、糖尿病など多くの生活習慣病と関連する 国民健康・栄養調査では、都道府県間格差をモニタリングする NDBでは、40歳～60歳代について、保険者間格差をモニタリングする
40～60歳代の女性の肥満の割合の減少 (2019年国調)	22.5% (2019年国調)	15%未満	国民健康・栄養調査、NDB	アワトカム	国・都道府県・保健者間	国	改善提案	○	同上
20歳代～30歳代の女性のやせの割合の減少 (共に2019年国調)	20歳代 20.7% 30歳代 16.4% (共に2019年国調)	20歳代：15%未満 30歳代：10%未満	国民健康・栄養調査	アワトカム	国	国	改善提案	○	若年女性のやせは、子どもの低出生体重等に関連する 30歳代もやせが多いため、指標に含める この年代の対象数が少なく、評価レベルは都道府県は難しいため国レベルとする
高齢者のやせの割合の減少 (年要要検討)	65歳以上でBMI20以下 16.8%	13%未満	国民健康・栄養調査	アワトカム	国・都道府県	国	改善提案	○	高齢者のやせは、フレイル、生活の質や死亡に関連する 年代と低栄養の基準は要検討 健診データが使用できれば活用する
食塩摂取量の減少 (2019年国調)	10.1g (2019年国調)	7g未満	国民健康・栄養調査	アワトカム	国・都道府県	国	同一&改善提案	○	食塩摂取量が多いことは高血圧、脳卒中、胃がんと関連する 食塩摂取量の把握方法の検討が必要（従来の国民健康・栄養調査の食事調査に加えて、健診で尿中ナトリウム測定ができるように）
野菜摂取量の増加 (2019年国調)	281g (2019年国調)	350g以上	国民健康・栄養調査	アワトカム	国・都道府県	国	同一	○	野菜の摂取量が少ないことは、がん、脳卒中、心筋梗塞と関連する
果物摂取量の増加 (2019年国調)	61.6% (2019年国調)	57%未満	国民健康・栄養調査	アワトカム	国・都道府県	国	同一	○	果物の摂取量が少ないことは、がん、脳卒中、心筋梗塞と関連する
主食・主菜・副菜を組み合わせた食事をする行動の増加 (2020年)	36.4% (2020年)	55%以上	食育に関する意識調査（農水省）	アワトアウト	国	国	同一	○	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事は、健康の保持増進に必要な栄養素摂取量と関連する
共食の増加 食品企業及び飲食店の登録数 特定給食施設の割合	<b>削除</b>								

身体活動・運動										
日常生活における歩数の増加	①男性・20-64歳：7864歩/日 ②男性・65歳以上：5396歩/日 ③女性・20-64歳：6685歩/日 ④女性・65歳以上：4656歩/日	①男性・20-64歳： 8000歩/日 ②男性・65歳以上： 6000歩/日 ③女性・20-64歳： 8000歩/日 ④女性・65歳以上： 6000歩/日	国民健康・栄養調査	アクトカム		国 都道府県 世帯年収別	国	同一	○	
運動習慣者の割合の増加	①男性・20-64歳：23.6% ②男性・65歳以上：41.9% ③女性・20-64歳：17.0% ④女性・65歳以上：33.9%	①男性・20-64歳： 30% ②男性・65歳以上： 50% ③女性・20-64歳： 30% ④女性・65歳以上： 50%	国民健康・栄養調査	アクトカム		国 都道府県 世帯年収別	国	同一	○	
日常生活での身体活動の維持・推進につながる都市計画を策定する自治体の増加	要調査	調査後に策定	区市町村を対象とした厚生労働省による調査を策定している。(第二次において実施していた調査とおおよそ同じ方法)	プロセス		区市町村	区市町村	改審提案	○	都市計画の専門家と協議しつつ進めてきたが、最終的に国土交通省として受け入れられる質問項目になっているか
身体活動・運動を実施するための都市施設を整備する自治体の増加	要調査	調査後に策定	区市町村を対象とした厚生労働省による調査を策定している。(第二次において実施していた調査とおおよそ同じ方法)	プロセス		区市町村	区市町村	改審提案	○	都市計画の専門家と協議しつつ進めてきたが、最終的に国土交通省として受け入れられる質問項目になっているか エビデンスの有無については考え方が異なるという面がある。
運動しやすいまちづくり・環境改善に取り組み自治体数の増加	削除→上2つに改良									
休養										
目標 = 未設定										

飲酒										
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	(数値) 男性：14.9% 女性：9.1% (当該年) 2019年 (データ出典) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」令和元年国民健康・栄養調査 第94表 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 - 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、年齢階級別、人数、割合 - 総数・男性・女性、20歳以上 <a href="https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&amp;layout=datalist&amp;oukei=00450171&amp;stat=0000010417448&amp;cyde=78&amp;year=20190&amp;month=08&amp;clia=0000001148507">https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&amp;layout=datalist&amp;oukei=00450171&amp;stat=0000010417448&amp;cyde=78&amp;year=20190&amp;month=08&amp;clia=0000001148507</a>	(数値) 男性：12.8% 女性：8.2% (目標年) 2036年 (データ出典) 男性：「予防値に基づく目標」 女性：「ツールを使用しない10%減少(×0.90)、10%増加(×1.10)の目標」	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	アウトカム	国	国	同一	○		
未成年者の飲酒をなくす	(数値) 飲酒経験者率：中学で16.2%（男子17.1%、女子15.3%）、高校で29.4%（男子30.3%、女子28.5%）、 月飲酒者率：中学で2.8%（男子3.2%、女子2.4%）、高校で7.0%（男子7.7%、女子6.3%）、 週飲酒者率：中学で0.4%（男子0.5%、女子0.4%）、高校で1.7%（男子2.0%、女子1.3%） (当該年) 2017年 (データ出典) 厚生労働科学研究費補助金「飲酒や喫煙等の実態調査と生活習慣病予防のための減酒の効果的な介入方法の開発に関する研究」H29-循環器等-一般-008平成29年度報告書 総括研究報告書 <a href="https://mhiv-grants.niph.go.jp/system/files/2017/172031/201709021A_upload/201709021A0003.pdf">https://mhiv-grants.niph.go.jp/system/files/2017/172031/201709021A_upload/201709021A0003.pdf</a>	(数値) 0% (目標年) 2036年 (データ出典) 「整合性に基づく目標」	厚労科研尾崎班	アウトカム	国	その他	同一	○	※2015までで研究費が終了していると考えられるため、今後、詳細情報について取得し、モニタリングについて検討する	

妊娠中の飲酒をなくす	(数値) 8.7% (当該年) 2010年 (データ出典) 厚生労働省 乳幼児身体発育調査/平成22年度乳幼児身体発育調査 18-1 一般調査による妊娠中の飲酒の状況 <a href="https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&amp;layout=datalist&amp;koukei=0">https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&amp;layout=datalist&amp;koukei=0</a> 0450272&stat=0000010245338&cycle=8 &class1=0000010481.06&stat_infid=00012673596&dclass2val=0	(数値) 0% (目標年) 2036年 (データ出典) 『整合性に基づく目標』	厚生労働省「乳幼児身体発育調査」	アウトカム		国	国	同一	○	
依存症患者のモニタリング (AUDIT 15点以上(依存症のレベル・8点以上(飲酒関連問題があるレベル))	(数値) ①AUDIT(日本人人口における推計数/年齢調整有病率) 15点以上 全体：292万人/2.6 男性：256万人/5.1 女性：36万人/0.7 8点以上 全体：-人 男性：-人 女性：-人 ②AUDIT(日本人人口における推計数/年齢調整有病率) 15点以上 全体：303万人/2.9 男性：263万人/5.2 女性：40万人/0.7 8点以上 全体：1327万人/12.6 男性：1084万人/21.4 女性：243万人/4.5	(数値) AUDIT(日本人人口における推計数/年齢調整有病率) 15点以上 全体：273万人/2.6 男性：237万人/4.7 女性：36万人/0.6 8点以上 全体：1194万人/11.3 男性：976万人/19.3 女性：219万人/4.1 (目標年) 2036年 (データ出典) 『ツールを使用しない10%減少(×0.90)、10%増加(×1.10)の目標』	AMED「アルコール依存症の早期介入・回復プログラムの開発に関する研究」	プロセス		都道府県		新規提案	○	



喫煙										
成人の喫煙率の減少 （喫煙をやめたい者がやめ る）	(数値) 総数 16.7% 男 27.1% 女 7.6%  (当該年) 2019年  (データ出典) 国民健康・栄養調査	タバコのない社会（0～ 4%） (目標年) 2036年  (データ出典) 「整合性に基づく目標」 (数値) 総数 7.1% 男 11.9% 女 3.1% (目標年) 2036年  (データ出典) 国民健康・栄養調査（本 国に比べて喫煙率を減ら せたいという者がやめ たい場合を想定）	厚生労働省「国民健 康・栄養調査」国民 生活基礎調査」	アワトカム	生活習慣	国・都道府県	国	同一	○	厚生労働省「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書（たばこ白 書）」 <a href="https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf">https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf</a>
妊娠中の喫煙をなくす	(数値) 5.0%  (該当年) 2010年  (データ出典) 乳幼児身体発育調査	(数値) 0%  (目標年) 2036年  (データ出典) 「整合性に基づく目標」	厚生労働省「乳幼児 身体発育調査」 2020年に調査が実 施されていない？次 回の予定は？	アワトカム	生活習慣	国・都道府県	国	同一	○	厚生労働省「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書（たばこ白 書）」 <a href="https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf">https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf</a>
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	(数値) 家庭 6.9% 飲食店 29.6% 医療機関 2.9% 行政機関 4.1% 職場 26.1%  (当該年) 2019年  (データ出典) 国民健康・栄養調査	(数値) いずれも0%  (目標年) 2036年  (データ出典) 健康日本21第二次目標 「望まない受動喫煙のない 社会の実現」に基づく	厚生労働省「国民健 康・栄養調査」 「労働安全衛生調査 （実態調査）」	アワトカム	生活習慣	国・都道府県	国	同一	○	厚生労働省「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書（たばこ白 書）」 <a href="https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf">https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf</a>

歯・口腔									
60歳代における咀嚼良好者の割合の増加（口腔機能の維持・向上）・その健康格差	71.5%（2019年、国民健康・栄養調査）	78.1%（2036年）	国民健康・栄養調査 NDBデータ	アワトカム	国・都道府県・区中町村	国	同一&改善提案	○	咀嚼能力と栄養状態や要介護発生などの関連の研究の存在 咀嚼能力は現在歯数に相関 ・60歳代：2013年、15年、17年、19年の値（75.0%、72.6%、76.2%、71.5%）は経時的な変化に乏しい。平均値である73.8%から10%ポイントの改善を目標値とした。 ・3つの年齢で別々だった目標を統合する提案 ・現在歯数QOLや死亡率などの関連の研究の存在 ・5年に1度の調査なので、行政の計画やPDCAに利用しにくい。そのため独自調査を行う自治体もあるが、予算やマンパワーがかかる。歯科検診ではなく質問紙で把握する場合は、歯科以外の調査に含めることで把握が容易になる。
歯の喪失の減少（80歳で20歯以上、60歳で24歯以上、40歳で喪失歯なし）・その健康格差	80歳：80% 60歳：90% (2036年)	80歳：80% 60歳：90% (2036年)	厚生労働省「歯科疾患実態調査」 NDBデータ	アワトカム	国・都道府県・区中町村	国	同一&改善提案	○	歯周病の有病率は40歳代以降で高いが、発生率は30歳代で高いため、1次予防に資する目標として重要だと考えられる。 ・10代は、学校保健統計に数字があるが、国民健康・栄養調査との差が大きい（一桁の有病率）ので、目標値をどうするべきか？ ・40歳代、60歳代と年齢で別々だった目標を統合する提案 ・歯周病の有病者の多い年代の2次予防のために重要だと考えられる。
10歳代・20歳代・30歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少、その健康格差	20歳代：21.1% 30歳代：27.7% (2018年、国民健康・栄養調査)	20歳代：17.2% 30歳代：23.3% (2036年)	厚生労働省「国民健康・栄養調査」 NDBデータ	アワトカム	国・都道府県・区中町村	国	同一&改善提案	○	歯周病の有病率は40歳代以降で高いが、発生率は30歳代で高いため、1次予防に資する目標として重要だと考えられる。 ・10代は、学校保健統計に数字があるが、国民健康・栄養調査との差が大きい（一桁の有病率）ので、目標値をどうするべきか？ ・40歳代、60歳代と年齢で別々だった目標を統合する提案 ・歯周病の有病者の多い年代の2次予防のために重要だと考えられる。
進行した歯周炎を有する者の割合の減少、その健康格差	40歳代：44.7% 60歳代：59.4% (2016年、歯科疾患実態調査)	40歳代：34.9% 60歳代：49.5% (2036年)	厚生労働省「歯科疾患実態調査」 NDBデータ	アワトカム	国・都道府県・区中町村	国	同一&改善提案	○	歯周病の有病率は40歳代以降で高いが、発生率は30歳代で高いため、1次予防に資する目標として重要だと考えられる。 ・10代は、学校保健統計に数字があるが、国民健康・栄養調査との差が大きい（一桁の有病率）ので、目標値をどうするべきか？ ・40歳代、60歳代と年齢で別々だった目標を統合する提案 ・歯周病の有病者の多い年代の2次予防のために重要だと考えられる。
う蝕がない者の割合の増加（3歳・12歳）・その健康格差	3歳：88.1% 12歳：70.6% (3歳2019年、12歳2020年、厚生労働省実態調査調べ（3歳児歯科健康診査）、文部科学省「学校保健統計調査」)	3歳：90.0% 12歳：90.0% (2036年)	厚生労働省実態調査調べ（3歳児歯科健康診査）、文部科学省「学校保健統計調査」	アワトカム	国・都道府県（12歳児） 区中町村（3歳児）	国	同一&改善提案	○	3歳と12歳で年齢で別々だった目標を統合する提案 ・これまで12歳児は平均年齢本数だったが、正期分布していない指標に平均値が適さないことから、3歳と同様の有病率を提案
未処置う蝕がない者の割合の増加（子供から成人、高齢者まで）・その健康格差	40-49歳：67.1% 60-69歳：66.4% (2016年、歯科疾患実態調査)	40-49歳：79.7% 60-69歳：80.1% (2036年)	厚生労働省「歯科疾患実態調査」	アワトカム	国	国	新規提案	○	国際的な指標と整合。日本でも約3割の人が治療をしていないう蝕を有する。
過去1年間に歯科検診を受けた者の割合の増加（20歳以上）・その健康格差	52.9% (2016年、国民健康・栄養調査)	78.3%（2036年）	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	アワトカム	国・都道府県・区中町村	国	同一	○	治療により歯周病やう蝕の減少につながる ・1次予防にもつながる
歯ブラシを用いた歯みがきに加えてデンタルフロスや歯間ブラシを使う者の割合の増加、その健康格差	39.2% (2016年、歯科疾患実態調査)	43.1%（2036年）	厚生労働省「歯科疾患実態調査」	アワトカム	国	国	新規提案	○	
集団フッ化物塗布を実施している幼稚園・保育園・学校の増加	13.2%（2018年、厚生労働省「各都道府県におけるフッ化物塗布の実施状況について（平成30年度）」）	42.2%（2036年）	2018年：厚生労働省「各都道府県におけるフッ化物塗布の実施状況について（平成30年度）」、2016年：日本むし歯予防協会推進会議「集団適用でのフッ化物塗布状況の実態調査」	アワトカム	都道府県	その他	新規提案	○	厚生労働省からガイドラインが発表されており、う蝕とその健康格差の減少の報告がある

付表 分担領域ごとの目標提案シート

(主目標・副目標・研究途上の目標)



がん

取組目標	ベースライン値	目標値	評価に使う情報源 (政府統計の種類等)	階層1 (生活習慣 →アプトアクト→ア ワカム)	階層2 (疾病モ デル) ; 生活習慣 →基礎的疾患→ 疾病	評価レベル ; 国・ 都道府県・区市町 村・企業・医療保 険者・その他 自記式 (複数回 答可)	テーマ提供者 国	第2次との関係 ; 新規提案・改善提 案・同一目標	エビデンスの 有無 ○ : あり × : なし	補足事項 ; 以下について補足願います。 ・移外国の参考にした取組目標 ・効果に関するエビデンス ・項目の重要性について ・懸念事項 ・「その他」を避けた場合はその中身 ・その他の補足事項
がんの年齢調整罹患率の減少・増強の抑制	2018年 (男女計 ; 75歳未満) 304.6 (昭和60年モラル人口) 505.8 (平成27年モラル人口) (人口10万対)	2033年 (男女計) 304.6未満 (昭和60年モラル人口) 505.8未満 (平成27年モラル人口) (人口10万対) (減少)	全国がん登録		第3段 (疾病)	国・都道府県	国	新規提案	○	・2016~2018年のがん年齢調整罹患率は減少しているが、全国がん登録導入時の不安定性によることを考えられる。 ・高罹患率地域の年齢調整罹患率は2010年以降増加 (J Epidemiol 2021; 31:426-450) ・全国がん登録でも同様の傾向が継続と想定し、予防対策の効果としてアプトに「減少」とした。 ・死亡との整合性でアプトを重視して75歳未満とした。 ・目標年は2036年時点から手可能な2033年とした (全体方針に合わせる)。
がんの年齢調整死亡率の減少	2020年 (男女計 ; 75歳未満) 69.0 (昭和60年モラル人口) 126.6 (平成27年モラル人口) (人口10万対)	2034年 (男女計 ; 75歳未満) 48.3 (昭和60年モラル人口) 88.6 (平成27年モラル人口) (人口10万対) 14年間で30%減	人口動態調査		第3段 (疾病)	国・都道府県	国	改善提案	○	・年齢はこれまででの目標値との連続性、一次予防、二次予防による壮年期の疾病負担減少を重視して75歳未満とした。 ・人口動態統計がん死亡数 (1975~2020年実測値) および将来推計人口を用いて、年齢・暦年、およびそれらの交互作用を説明変数としたモラル (Japanese Journal of Clinical Oncology 2014; 44:36-41) による予測値 : 2034年52.1 (2020年から52.4.5%減 ; 昭和60年モラル人口)。 ・対策での上乗せとして30%減とした。 ・目標年は2036年時点から手可能な2034年とした (全体方針に合わせる)。 ・平成27年モラル人口の変化率は、同罹患率人口の推移の回帰式に基づくと約0.9倍 (2020年から約22%減) になると考えられるが、同様に上乗せで30%とした。
格差の縮小 (がんの罹患・死亡・生存率)		(社会経済的指標の種類と格差の計測方法は要検討)	人口動態調査、全国がん登録		第3段 (疾病)	国・都道府県・区市町村	国	新規提案	○	・社会経済的指標がアワカム第5五分位/第1五分位の比較が候補。 ・小地域別Area Deprivation Indexによる五分位別によるアワカム (死亡・罹患・生存率) を算出。 ・現状では研究目的のみ算出されているため算出枠組みの構築が必要。 ・がん検診、他の分野の指標も同様に検討。
がん個別年齢調整罹患率の減少 (胃・大腸・肝・肺・女性乳房・子宮頸部・ATL)		(75歳未満で今後のモニタリングによる値決定)	全国がん登録		第3段 (疾病)	国・都道府県	国	新規提案	○	・シミュレーションでモラル研究などの結果を反映
進行がん年齢調整罹患率の減少 (胃・大腸・肝・肺・女性乳房・子宮頸部)		(全国がん登録を用いた今後のモニタリングにより1割以上削減を決定。現在のe-site公表値では算出できなため算出枠組みの検討が必要。)	全国がん登録		第3段 (疾病)	国・都道府県	国	新規提案	○	・がん検診の疾病アワカム評価
がん個別年齢調整死亡率の減少 (胃・大腸・肝・肺・女性乳房・子宮頸部)		(胃60%減、大腸30%減、肝60%減、肺40%減、女性乳房減少または10%減、子宮頸部減少など、予測モデル・トレンド分析などに基づいて決定)	人口動態調査		第3段 (疾病)	国・都道府県	国	新規提案	○	・シミュレーションでモラル研究などの結果を反映
B型・C型肝炎ウイルス感染率の減少			厚生労働科学研究		第2段	国・都道府県	国	新規提案	○	
B型・C型肝炎ウイルス検査受検率・アワカム2の増加			厚生労働科学研究		第2段	国・都道府県	国	新規提案	○	
B型肝炎発症予防接種実施率の増加			地域保健・健康増進事業報告		第2段	国・都道府県	国	新規提案	○	
HTLV-1 感染率の減少			AMED		第2段	国・都道府県	国	新規提案	○	
HIV/AIDSに接する率の増加		増加など	厚生労働省 ( <a href="https://www.mhlw.go.jp/sta/seisaku/index.html">https://www.mhlw.go.jp/sta/seisaku/index.html</a> )		第2段	国・都道府県・区市町村	国	新規提案	○	・積極的勧奨再開に伴い増加

がん検診の受診率の増加向上	2019年(男女計) 胃(40-69歳; 過去1年) 42.4% 胃(50-69歳; 過去2年) 49.5% 大腸(40-69歳; 過去1年) 44.2% 肺(40-69歳; 過去1年) 49.4% 女性乳房(40-69歳; 過去2年) 47.4% 子宮頸部(20-69歳; 過去1年) 43.7%	2034年(男女計) 60%	国民生活基礎調査	第2段	国・都道府県・区市町村	国	改善提案	○	・2019年のベースライン値の一部が第二次の目標50%をほぼ達成していることから、上乗せ。 ・目標年は2036年時点入手可能な最新値である2034年とした。
がん検診精密検査受診率の増加向上	2018年(男女計) 胃(X歳; 40-74歳) 81.4% 胃(内視鏡; 50-74歳) 92.9% 大腸(40-74歳) 71.4% 肺(40-74歳) 83.8% 女性乳房(40-74歳) 89.2% 子宮頸部(20-74歳) 75.5%	2033年(男女計) 90%	地域保健・健康増進事業報告	第2段	国・都道府県・区市町村	国	新規提案	○	・がん対策推進基本計画(第3期)の目標値を踏襲。 ・一部達成されているがん種があるが、低いがん種も多いため上乗せせず。 ・目標年は2036年時点入手可能な最新値である2033年とした。
職場における適切ながん検診の普及と実施		(定性的目標)		第2段			新規提案	○	・定性的目標として提案
がん検診全体のマネジメントの向上		(定性的目標)		第1段			新規提案	○	・定性的目標として提案
B型・C型肝炎ウイルス検査と治療の普及啓発				第1段			新規提案		
HTLV-1 感染とスクリーニングの普及啓発				第1段			新規提案		
HIV/AIDSの普及啓発				第1段			新規提案	□	・積極的勧奨再開に伴い追加
コロナ禍における適切ながん検診の割合の向上				第1段	区市町村		新規提案		・腫瘍学認定
中野村がん検診予約システム、デジタル等の実施の向上				第1段	区市町村		新規提案		
中野村における精密検査未把握率の減少				第1段	区市町村		新規提案		・腫瘍学認定
健康宣言の中心にがん検診受診を推進する事業所の数の増大				第1段			新規提案		・がん検診全体のマネジメントの向上に集約
がん検診の感度・特異度を把握する都道府県の増大				第1段	都道府県		新規提案		・がん検診全体のマネジメントの向上に集約

赤文字：主目標項目 赤字：副目標 緑字：開発中の目標 黒字：研究途上の目標

循環器疾患

取組目標	ベースライン値 (2019年)	目標値	評価に使う情報源 (政府統計の種類等)	階層1 (生活習慣) →アウトプット→アウトカム	階層2 (疾病) →基礎的病態→疾病	評価レベル：国・都道府県・区市町村・企業・医療保険者・その他 自記式(複数回答可)	テーマ提供者	第2次との関係： 新規提案・改善提案・同一目標	エビデンスの有無 ○：あり ×：なし	補正事項：以下について補正願います。 ・他国の参考にした取組目標 ・効果に関するエビデンス ・項目の重要性について ・懸念事項 ・「その他」を選んだ場合はその中身 ・その他の補正事項
脳血管疾患の年齢調整死亡率の減少 (2015年モテラル人口による)	男性 98.2, 女性 59.9	男性 67.9, 女性 51.8 (男性 79.6, 女性 54.0)	人口動態調査	アウトカム	疾病	都道府県	国	同一	○	HDS-02. 健康日本21 (第二次) の推定に用いた死亡データの回帰式 (EPOCH JAPAN研究) を用いて、危険因子等の推移から予測される死亡率の減少割合を求めて、現時点の年齢調整死亡率の乗じた (健康日本21 (第二次) と同じ方式)。( ) 内は喫煙率半減の場合。
虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 (2015年モテラル人口による)	男性 72.9, 女性 31.5	男性 51.5, 女性 26.1 (男性 60.2, 女性 27.3)	人口動態調査	アウトカム	疾病	都道府県	国	同一	○	HDS-03. 健康日本21 (第二次) の推定に用いた死亡データの回帰式 (EPOCH JAPAN研究) を用いて、危険因子等の推移から予測される死亡率の減少割合を求めて、現時点の年齢調整死亡率の乗じた (健康日本21 (第二次) と同じ方式)。( ) 内は喫煙率半減の場合。
脳血管疾患の年齢調整入院率の減少			NDB	アウトカム	疾病	国	国	新規提案	○	予防の評価をするには発症で評価する必要があるが現時点ではその指標がない。またレセプトから発症を特定する共通指標もない。単純に病名+入院を把握するというのが難しい。しかし初発と再発の区別を付けるのは困難で両方もある。
虚血性心疾患の年齢調整入院率の減少			NDB	アウトカム	疾病	国	国	新規提案	○	同上
収縮期血圧値の低下	男性 137mmHg, 女性 131mmHg	男性 133mmHg, 女性 127mmHg	国民・健康栄養調査	アウトプット	基礎的病態	都道府県	国	同一	○	類似→HDS-04(血圧高値者割合の減少)。各分野の目標達成による降圧効果は、食塩摂取量の減少 -2.4mmHg、野菜・果物の増加 -0.19mmHg、肥満の割合の減少 男性 -0.3mmHg、女性 -0.43mmHg、日常生活における歩数の増加 -1.0mmHg、生活習慣のリスクを高める飲酒者割合の減少 男性 -0.11mmHg、女性 -0.05mmHg、高血圧者における降圧剤服用率の増加 -0.2mmHg、合計は男性 4.2mmHg、女性 4.3 mmHgだが簡便にするため前回と同じ4 mmHgとした。
LDLコレステロール平均値の低下	男性 119mg/dl, 女性 125mg/dl	男性 117mg/dl, 女性 123mg/dl	国民・健康栄養調査	アウトプット	基礎的病態	都道府県	国	同一	○	類似→HDS-06(平均の総コレステロールの低下)
成人の喫煙率の減少	男性 27.1% 女性 7.6%	共に0%	国民・健康栄養調査	アウトプット	基礎的病態	都道府県	国	同一	○	喫煙分野と調整。生活習慣ではあるがニコチン依存症という観点、危険因子を介せず循環器疾患の発症と関連するため調整するため調整
糖尿病有病者の増加の抑制	年齢調整有病率 15.7%	年齢調整有病率 15.0%	国民・健康栄養調査	アウトプット	基礎的病態	都道府県	国	同一	○	糖尿病分野で作成、要調整
食塩摂取量の減少	10.1g	7g未満 (6.9g)	国民・健康栄養調査	プロセス	生活習慣	都道府県	国	同一	○	栄養・食生活の分野と調整 (環境整備も含む)
野菜と果物の摂取量の増加	100g 未満(1日)の者の割合: 61.6%	57%未満	国民・健康栄養調査	プロセス	生活習慣	都道府県	国	同一	○	栄養・食生活の分野と調整 (環境整備も含む)
肥満の割合の減少	男性 35.1% 女性 22.5%	男性 30%未満 (29%) 女性 15%未満 (14%)	国民・健康栄養調査	プロセス	生活習慣	都道府県	国	同一	○	栄養・食生活の分野と調整

日常生活における歩数の増加	男性 7864 女性 6685	男性 8650 女性 7354	国民・健康栄養調査	プロセス	生活習慣	都道府県	国	同一	○	身体活動・運動の分野と調整（環境整備面含む）
運動習慣者の割合の増加	男性 23.6% 女性 17%	男性 33.6% 女性 27%	国民・健康栄養調査	プロセス	生活習慣	都道府県	国	同一	○	身体活動・運動の分野と調整（環境整備面含む）
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	男性 14.9% 女性 9.1%	男性 12.8% 女性 8.2%	国民・健康栄養調査	プロセス	生活習慣	都道府県	国	同一	○	飲酒の分野と調整（環境整備面含む）
高血圧者における降圧剤服用率の増加	30%（母集団の50%が高血圧、そのうち降圧剤服用率 60%）。	33%（母集団の50%が高血圧、そのうち降圧剤服用率60%が66%に近づくと仮定）。	国民・健康栄養調査	プロセス	生活習慣	都道府県	国	同一&改善提案	○	類似→HDS-05(血圧コントロール者の増加)。高血圧の有病率は35～75%（50～70歳代）、高血圧者の治療率40～70%、（50～70歳代）、以上、高血圧治療がドライン2019。国民健康栄養調査で対象者全体に占める高血圧治療中の割合は30%。母集団の30%が高血圧治療中とした。現状でも高血圧者における服用率であるが、より明確に記載。母集団における服薬者が33%となり、3%増加する。これによる集団全体の降圧効果は0.2 mmHg。
高（LDL）コレステロール血症者における服薬治療率の増加（高LDLコレステロール血症者（LDL 160 mg/dl以上）の未治療者を減らす）	95%	80%	国民・健康栄養調査	プロセス	生活習慣	都道府県	国	新規提案	○	HDS-07。国民健康栄養調査のLDLコレステロール区分の160mg/dl以上の構成人数の服薬を含む場合と含まない場合の差から高LDLコレステロール血症の未治療率を推計。MEGA study (Lancet. 2006;368(9542):1155-63)から、高LDLコレステロール血症者のうち15%（母集団の男性の1.5%、女性の2%）の虚血性心疾患リスクが0.67倍に下がると仮定する。虚血性心疾患リスクは1%下がる（単純モデルでLDL 1mg/dlの低下に相当）。
飽和脂肪摂取割合（%エネルギー）の減少→飽和脂肪摂取量の減少→P/S比の増加	17.9g → P/S比 0.73	15g未満（14.9g）→P/S比 0.88（砂糖不能脂肪摂取量が同じと仮定した場合）	国民・健康栄養調査	プロセス	生活習慣	都道府県	国	新規提案	○	飽和脂肪摂取の減少でP/S比が0.73から0.88へ、LDLの平均値は1.2mg/dl下がる。1.2mg/dlのLDL低下で、虚血性心疾患リスクは1%下がる。Prev Med. 2011 May;52(5):381-6。
特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（循環器疾患の発症リスク評価を含む）			国民・健康栄養調査	アウトプット	基礎的病態	都道府県	国	同一&改善提案	×	HDS-D07（個人の循環器疾患のリスク評価、重要なバイオマーカーは少ないという位置づけにある）

赤字：主目標項目 赤字：副目標 緑字：開発中の目標 黒字：研究途上の目標

注1) Healthy People 2030のHeart Disease and Stroke Workgroup Objectivesの番号をHDS-XXで記載。栄養・食生活、身体活動・運動、糖尿病の分野について記載していない（NWS-11を除く）。

注2) 厚生労働省「循環器病対策推進基本計画」および「日本循環器学会、日本脳卒中学会、日本脳卒中学会の「脳卒中・循環器病研究第二次5か年計画」の整合性を図る（[https://www.jsts.gr.jp/img/2021/02/26\\_Skanenn.pdf](https://www.jsts.gr.jp/img/2021/02/26_Skanenn.pdf)）。なお入院治療や急性期治療に関する指標については言及していない。



糖尿病

取組目標	ベースライン値	目標値	評価に使う情報源 (政府統計の種類等)	階層1 (生活習慣 モデル) : プロセス →アウトプット→ア ウトカム	階層2 (疾病モデ ル) : 生活習慣 →基礎的病態→ 疾病	評価レベル: 国・ 都道府県・区市 村・企業・医療保 険者・その他 自記式 (複数回 答可)	テーマ提供者	第2次との関係: 新規提案・改善提 案・同一目標	エビデンスの 有無 ○:あり ×:なし	補足事項: 以下について補足願います。 ・他外国の参考にした取組目標 ・効果に関するエビデ ンス ・項目の重要性につ いて ・懸念事項 ・「その他」を記入した場合はその中身 ・その他の補足事項
糖尿病症による年間新規診断導入患者 数 (年齢調整、人口10万人別)	15,536人 (R1年、H27年平均化 人口を用いた調整値)	R16年13,000人 (75歳まで×0.8*、 75歳以上×0.9) * trend analysisの控 め (高め) の数値採用	日本透析医学会 調べ	アウトカム	疾病	透析医学会データ なら、国・都道府県 KDB/NDB等の活 用なら市町村・ 医療保険者	企業・NPO等	同一・改善提案	○	第二次から継続的に実施、重症化予防のアウトカムとしても重要 ・日本透析医学会公表値を活用。市町村別の公表は都道府県支部 (腎臓財 団) により差がある。 ・市町村・保険者についてはKDB/NDBの活用を提案したい。 ・高齢化の影響や医療資源の影響を受ける。 ・ <b>がん、循環器疾患と合わせて75歳未満とすべきかどうか</b>
年に1回の眼底検査を受ける糖尿病患者の割合 の増加	詳細確診眼底検査実施率10.7%	NDB	NDB	医療のプロセス、患 者の行動アウトプ ット	疾病	国	国	新規提案	○	Healthy People 2030の項目 NDB・KDBにて分析可能 (国立国際医療研究センター調査)
治療継続者の割合の増加	R1年60.2% (平均化人口におけ る%)	R16年70%而立支援、Sigma降消、 遠隔医療があれば80%目指す?	国民健康・栄養調 査→NDB/ KDB へ	アウトプット	疾病	国・都道府県・ 医療保険者	その他	同一・改善提案	○	国・都道府県・国保など医療保険者で、共通した指標で評価するためにはKDB/NDB の活用を提案したい。
HbA1cが8.0%以上の者の割合の減少	H29年1.34%	R16年1.0% (25%減)	NDB: 特定健康 診査・特定保健指 導の実施状況	アウトカム	疾病	国・都道府県・ 医療保険者で 評価可能	区市町村	同一	○	8.4% はJD5時代の値で、学会ガイドライン等と整合性をとり、8.0%以上の割合に変 更することを提案したい。(参考: Healthy People では9.0%以上としているが、より 良いコントロールを目指すべき)
糖尿病年齢調整有病率の減少	H29年40~74歳の年齢調整有病率 15.7% (2019年人口)	R16年15% (糖尿病の有病率が高まっ ても増加させない)	国民健康・栄養調 査→NDB/ KDB へ	アウトカム	疾病	国・都道府県・ 医療保険者	国・都道府県・ 医療保険者	同一・改善提案	○	国・都道府県・国保など医療保険者で、共通した指標で評価するためにはKDB/NDB の活用を提案したい。年齢調整、標準化総当人数、総当たりなどで比較可能な数値と する。
特定健診での受診動向により実際に医療機関 へ受診した糖尿病患者	KDB等で把握可能か									医療計画の指標候補 (重点) KDBにて把握可能。受診動向に関する指標なので取り入れるべきか。全国的な集計値 が発表される必要がある
メタボリックシンドローム△及び予備群の年齢調整 該当率	H27年メタボ該当14.4%、予備群 11.7% (取組前)	増加させない (両者合わせて25%未 満)	NDB: 特定健康 診査・特定保健指 導の実施状況	アウトカム	基礎的病態	国・都道府県・ 医療保険者	国	同一	○	第二次より継続して評価。 対策のアウトカムとして重要 市町村では国保データを把握できるが、被用者保険も含め全住民での分析が重要 と表現されている。
特定健康診査の 実施率	R1年度55.6%	70%以上 (変えず)	NDB: 特定健康 診査・特定保健指 導の実施状況	アウトプット		国・都道府県・ 医療保険者	国	同一	○	対策指標 Healthy People 2030では年に一回健康診査を受ける人の割合として 表現されている。 糖尿病対策の入り口であり重要な指標
特定保健指導の 実施率	R1年度23.2%	45%以上 (方法論の見直しも含めて)	NDB: 特定健康 診査・特定保健指 導の実施状況	アウトプット		国・都道府県・ 医療保険者	国	同一	○	医療計画の指標候補 (重点) 対策指標 Healthy People 2030の、CDCが認めた糖尿病予防プログラム (USA ではDevelopmental) に相当するものが国では第二次より指標化。
糖尿病性神経障害化予防事業に取り組む自治 体			保険者全数調査	プロセス		都道府県・ 市町村	国	改善提案		対策指標 保険者努力支援制度、保険者全数調査で把握
肥満の割合の減少			国民健康・栄養調 査	アウトカム	基礎的病態	国・都道府県・医 療保険者	国	同一	○	栄養・食生活の分野に調整
日常生活における歩数の増加			国民健康・栄養調 査	アウトカム	生活習慣	都道府県	国	同一	○	身体活動・運動の分野と調整
運動習慣者の割合の増加			国民健康・栄養調 査	アウトカム	生活習慣	都道府県	国	同一	○	身体活動・運動の分野と調整
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者 の割合の減少			国民健康・栄養調 査	アウトカム	生活習慣	都道府県	国	同一	○	飲酒の分野と調整

赤太字: 主目標項目 赤字: 副目標 緑字: 開発中の目標 黒字: 研究途上の目標

こころの健康

取組目標	ベースライン値	目標値	評価に使う情報源 (政府統計の種類等)	階層1 (生活習慣 モデル) : プロセス → アウトプット → ア トカム	階層2 (疾病モデ ル) : 生活習慣 → 基礎的病態 → 疾病	評価レベル : 国・ 都道府県・区市町 村・企業・医療保 険者・その他 自己式 (複数回 答可)	テーマ提供者	第2次との関係: 新規提案・改善提 案・同一目標	エビデンスの 有無 ○ : あり × : なし	補足事項 : 以下について補足願います。 ・ 他外国の参考にした取組目標 ・ 効果に関するエビデンス ・ 項目の重要性について ・ 懸念事項 ・ 「その他」を選んだ場合はその中身 ・ その他の補足事項
うつ病の年間患者数の減少			NDB (補助的に 世帯精神健康調 査日本調査)	疾病	都道府県	国	新規提案	○	うつ病は最も頻度の高い精神疾患であり、疾病負担も大きい。うつ病をはじめとする精神疾患はもとも受療率が低い。うつ病の有病率が上昇していきたくても受療率が上がれば患者数は見かけ上増えず。NDBには生活習慣等が含まれていない。抗うつ薬を処方するために保険病名としてうつ病の診断がつけられることが少なくない。NDB上では寛解後も病名が残る。	
自殺者の減少 (人口10万人当たりの自殺死 亡率)	15.7 (2019年)	13.0以下 (2025年) 自殺総合対策大綱の目標値に準じる	人口動態統計	疾病	国	国	同一	○	・ Healthy People 2030でも目標として掲げられている。 ・ 自殺は15歳から39歳の死因の1位となっている。 ・ 平成28 (2016) 年の自殺対策基本法の改正等を踏まえ平成29 (2017) 年7月に改定された第3次大綱においては、「最も自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目標として基本理念として、地域レベルの基礎的は取組を中心とする自殺対策への転換を図る必要性、具体的な施策として若年層向けの対策や自殺未遂者向けの対策を充実すること、国、地方公共団体、関係団体及び民間団体等の取組相互の連携、協力を推進すること、国、関係府省で連携し自殺対策に「高強力で取り組んでいる」 ・ 懸念事項として、20歳以上ではすべての年齢層で自殺死亡率の減少が認められているもの、15-19歳は平成22 (2010) 年の7.5から令和元 (2019) 年の9.9に上昇している (男性は9.7から13.2)、女性は5.1から5.4)。また、自殺者数は令和2 (2020) 年に増加し、特に若者と女性において自殺者数の増加が認められ、今後注視が必要である。	
心理的苦痛を感じている者の割合の減少	10.3% (2019年)	9.3% (2036年)	国民生活基礎調 査	基礎的病態	都道府県	国	同一	○	・ 約9分の1の国民が中等度以上の心理的苦痛 (K6で5点以上) を抱えていることが示されている。 ・ K6が5点以上であることは身体症状および社会機能障害との関連が示されている。 ・ カットアウトの追加については目的外利用が必要 ・ 懸念事項として、新型コロナウイルス感染症拡大前と比べて、世界中でうつ病・不安症が約25%増加したと推定されており、わが国でも精神的苦痛を抱えている者の割合が大幅に増加している可能性がある。	
子どもを持つ親における心理的苦痛を感じる者の割合の減少	developing goal?		国民生活基礎調 査	基礎的病態	都道府県	国	同一・8改善提案	○	上記のサブグループとして1歳児以下の子どもを持つ親を抽出することを提案 妊産婦の死因1位が自殺であり、父親の精神的不調に関してもエビデンスが蓄積されてきている。 国民生活基礎調査の場合は目的外利用が必要 (developing goal?)	
重度の心理的苦痛を抱えながら精神科医療機関を受診しない人の減少			国民生活基礎調 査 (補助的に世界 精神保健調査日 本調査)	基礎的病態	都道府県	国	新規提案	○	Healthy People 2020でも "Increase the proportion of adults aged 18 years and older with serious mental illness (SMI) who receive treatment" が目標として挙げられている。 一方、軽症者への受診動向は必ずしも望ましいとは限らない。 受診率が向上しても有病率・有症率は下がらないことが先行研究で指摘されている。	
適正な睡眠の確保 (他領域の再掲)				生活習慣			新規提案	○	「休養」の目標に準じる	
身体活動量の増加 (他領域の再掲)				生活習慣			新規提案	○	「身体活動・運動」の目標に準じる	
適切な食生活 (他領域の再掲)				生活習慣			新規提案	○	「栄養・食生活」の目標に準じる。 ただし、精神健康への好影響が最も示されている食事パターン・食品は地中海式食事および魚等であり、エビデンスとしては「栄養・食生活」の目標とは少し異なる。	



# 高齢者の健康

取組目標	ベースライン値	目標値	評価に使う情報源 (政府統計の種類等)	階層1 (生活習慣 レベル) : プロセス →アウトカム →アウトカム トカム	階層2 (疾病 レベル) : 生活習慣 →基礎的病態 →疾病	評価レベル : 国・ 都道府県・区市町 村・企業・医療保 険者・その他 自記式 (複数回 答可)	テーマ提供者 国	第2次との関係 : 新規提案・改善提 案・同一目標	工ビデンスの 有無 ○ : あり × : なし	補定事項 : 以下について補定願います。 ・移外国の参考にした取組目標 ・効果に関するエビデンス ・項目の重要性について ・懸念事項 ・「その他」を避けた場合はその中身 ・その他の補定事項
要介護状態への移行抑制 要介護(要支援)認定者数	令和2年度 669万人	推計値 (10年後の年齢階級別人数× 認定率) の90~95%値?	介護保険事業状 況報告	疾病	疾病	国・都道府県・ 区市町村	国	同一	○	介護保険事業状況報告 (https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/84-1.html) * 介護保険総合データベースに収載された認知症高齢者の日常生活自立度を用いて集計することを想定 * 介護保険総合データベース (社会保険審議会介護保険部会(第84回)参考資料 : https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000560216.pdf) * 厚生労働省 : 認知症施策の推進 (https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutokatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000021004.pdf)
認知症の発症や進行の抑制 認知症自立度以上の人数	令和2年度 410万人/厚生労働省推計	推計値 (10年後の年齢階級別人数× 出現率) の90~95%値?	介護保険総合データベース	疾病	疾病	国・都道府県・ 区市町村	国	新規提案	○	心の健康・休養の分野と調整 * 幸福感に関しては、満足度への変更も考慮する * 介護予防・日常生活圏域二一調査については、全国調査ではない * 過去に幸福度の評価が収載されていた国民生活白書、国民生活満足度調査、生活の質に関する調査については、近年実施されていない * 介護予防・日常生活圏域二一調査 (第8期介護保険事業計画作成に向けた各種調査等に関する説明会 : https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000138653_00002.html) * 患者調査 (https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-2.0.html) * 満足度・生活の質に関する調査 (https://www5.cao.go.jp/keizai2/manzoku/index.html)
生活習慣病の有病者割合の減少	循環器・糖尿病の目標値を再掲?	循環器・糖尿病の目標値を再掲?	国民・健康栄養調査 患者調査	基礎的病態	基礎的病態	国・都道府県	国	新規提案	○	循環器疾患、糖尿病、喫煙・飲酒、身体活動・運動の分野と調整 * 国民・健康栄養調査 (https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html) * 患者調査 (https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-2.0.html)
フレイル (ロコモティブシンドロームを含む) 割合の減少	後期高齢者の割合	後期高齢者の割合	後期高齢者の質問表 (日本整形外科学会による調査)	基礎的病態	基礎的病態	国・都道府県・ 区市町村	国	新規提案	○	身体活動・運動の分野と調整 * フレイルに関する全国調査は実施されていない 後期高齢者の質問表 (https://www.mhlw.go.jp/content/000605506.pdf)
社会的孤立・孤独・閉じこもり者割合の減少	社会的健康WGの目標の高齢者の数値 1割抑制など	社会的健康WGの目標の高齢者の数値 1割抑制など	国勢調査 高齢社会対策に関する調査(高齢者の生活実態に関する調査・高齢者の地域社会への参加に関する意識調査)	基礎的病態	基礎的病態	国・都道府県・ 区市町村	国	同一&改善提案	○	社会環境の整備、心の健康・休養の分野と調整 * 高齢社会対策に関する調査については、年度により調査項目が異なる * 国勢調査 (https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/index.html) * 高齢社会対策に関する調査 (https://www8.cao.go.jp/koure/ishiki/kenkyu.html)
うつ病の発症や進行の抑制	こころの健康の指標を再掲?	こころの健康の指標を再掲?	国民生活基礎調査 患者調査	基礎的病態	基礎的病態	国・都道府県	国	同一	○	心の健康・休養の分野と調整 * 国民生活基礎調査 (https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html) * 患者調査 (https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-2.0.html)

<p>主体的な社会参加や就業、人のつながり 4種（スポーツ、学習・自己啓発、ボランティア 活動、趣味・娯楽）行動者率</p>	176-46 男女平均	平成23（2011）年度	2021年までの10年間の伸び率（年齢 階層別？）を参考に定める	<p>社会生活基本調 査 国民・健康栄養調 査</p>	生活習慣	国・都道府県	国	同一	○	<p>社会環境の整備の分野と調整 ・社会生活基本調査 (<a href="https://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/index.html">https://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/index.html</a>) ・国民・健康栄養調査 (<a href="https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html">https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html</a>)</p>
<p>身体活動・運動</p>				<p>国民・健康栄養調 査 (厚生労働省健 康局健康課題による 把握)</p>	生活習慣	国・都道府県	国	同一	○	<p>身体活動・運動の分野と調整 ・国民・健康栄養調査 (<a href="https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html">https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html</a>)</p>
<p>栄養・食生活・口腔機能</p>				<p>国民・健康栄養調 査 歯科疾患実態調 査</p>	生活習慣	国・都道府県	国	同一&改善提案	○	<p>栄養・食生活、歯・口腔の健康の分野と調整 ・国民・健康栄養調査 (<a href="https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html">https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html</a>) ・歯科疾患実態調査 (<a href="https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-17.html">https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-17.html</a>)</p>

赤字：主目標項目 赤字：副目標 緑字：調査中の目標 黒字：研究途上の目標

社会環境整備 (+健康格差の是正)

取組目標	ベースライン値	目標値	評価に使う情報源 (政府統計の種別等)	階層1 (生活習慣 →アウトカム) →アウトカム トカ	階層2 (疾病予 →アウトカム) 基礎的病態→疾 病	評価レベル: 国・ 都道府県・区市町 村・企業 医療保 険者・その他 自記式 (複数回 答可)	テーマ提供者	第2次との関係: 新規提案、改善提 案、同一目標	エビデンスの 有無 ○: あり ×: なし	補足事項: 以下について補足願います。 ・他外国の参考にした取組目標 ・効果に関するエビデンス ・項目の重要性について ・懸念事項 ・「その他」に該当した場合はその中身 ・その他の補足事項
<b>健康寿命の地域格差の縮小</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●都道府県 (健康寿命が最長の地域・最長の地域の差): 男性2.70年 (2016年)、女性2.70年 (2016年)</li> <li>●都道府県 (健康寿命が最短の地域の差): 男性2.45年、女性2.50年</li> <li>●都道府県 (最低の地域の差の底上げ): 男性75.00歳、女性76.00歳 (2016年)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●都道府県 (最長の地域・最長の地域の差)を縮小する:</li> <li>●無職者の健康寿命を延伸する:</li> <li>●日常生活への影響がある人の割合の所得階格差をXXXにする</li> <li>●別項目案: 日常生活に制限がある人と答えた人の割合: 有職者 男性 9.0%、女性 11.0%/無職者 男性 14.5%、女性16.0%</li> <li>●日常生活への影響がある人の割合の所得階格差</li> <li>●日常生活に制限があると答えた人の割合: 有職者 男性 10.0 (2019年)、女性 12.1 (2019年)</li> <li>●無職者 男性 15.9 (2019年)、女性 17.2 (2019年)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・厚生労働省 市区町村別生命表 <a href="https://www.mhlw.go.jp/oukei/sakin/hw/files/ckstst5/mdeok.html">https://www.mhlw.go.jp/oukei/sakin/hw/files/ckstst5/mdeok.html</a></li> <li>・厚生労働科学研究所「健康寿命及び地域格差の分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」</li> <li>・総務省統計局 都道府県別人口データ</li> </ul>	アウトカム	-	都道府県	国	同一	○	健康寿命は今後も国民の健康づくりの運動の推進における最終アウトカムとして重視されることから、その格差についても引き続き評価し、幅広い国民との議論の元、是正すべき水準の格差があると認められるものについては数値目標を定めて取り組む。
<b>社会経済状況による健康寿命の格差の縮小</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●職者間の職業別の健康寿命の格差: (40-65歳の部分健康寿命) 男性 1.35年、女性2.22年 (2015年)</li> <li>●無職者の健康寿命: 男性18.49年、女性21.09年 (2015年)</li> <li>●日常生活への影響がある人の割合の所得階格差</li> <li>●日常生活に制限があると答えた人の割合: 有職者 男性 10.0 (2019年)、女性 12.1 (2019年)</li> <li>●無職者 男性 15.9 (2019年)、女性 17.2 (2019年)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●職者間の職業別の健康寿命の格差を縮小する:</li> <li>●無職者の健康寿命を延伸する:</li> <li>●日常生活への影響がある人の割合の所得階格差をXXXにする</li> <li>●別項目案: 日常生活に制限がある人と答えた人の割合: 有職者 男性 9.0%、女性 11.0%/無職者 男性 14.5%、女性16.0%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>人口動態統計・産業別統計</li> <li>性・年齢 (大分類)・年齢階級別死亡率</li> <li>国民生活基礎調査 日常生活への影響の有無の階層別・所得別 (男女それぞれ) など</li> </ul>	アウトカム	-	職業等	国	新規提案	○	社会経済的背負による健康格差の存在は多くの国で報告されており、日本からも報告されている。健康寿命の社会経済状況別の政府による公式的計算値は示されていない。今回職業の有無別の算出を行ってその格差の目標を提示した。他の評価軸の算出については現在試み中。
<b>地域の社会経済状況による健康寿命の格差の縮小</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●都道府県: 失業率が最も高い都道府県の健康寿命と、失業率が最も低い都道府県の健康寿命の差 (格差勾配指数): SII: 男性0.56、0.77年 (2013年、2016年)、女性0.47、0.62年 (2013年、2016年)</li> <li>●市区町村ADI100分位によるSII: 男性2.32年、女性0.93年 (2010-2014年) (Kataboka et al. Lancet. RHWP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●都道府県失業率によるSII: 男性0.50、女性0.50</li> <li>●市区町村ADI100分位SII: 男性1.8年、女性1.0以下を維持</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>人口動態統計・国勢調査の市区町村別人口・死亡データ</li> <li>市町村別要介護認定データ</li> </ul>	アウトカム	-	都道府県・市区町村の社会経済状況	国	新規提案	○	都道府県や市区町村の社会経済状況により、健康寿命の格差があることが示されている。地域別格差指標 (Area Deprivation Index: ADI) 等、複数の社会経済状況に関する指標を用いた妥当性の確認された指標も開発されており、これらを用いて地域の社会経済状況による健康寿命の格差をモニタリングすることで、国や都道府県、市区町村等が活動をマネジメントしていくために役立つ。
<b>健康寿命に加え、がんや循環器疾患、健康行動に関する各分野の主要項目について地域・社会属性の異なる集団間の格差を評価する</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●国民の割合: R1 7.4% (男性); 9.3%、女性: 5.9% (国)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●国民の割合: R1 7.4% (男性); 9.3%、女性: 5.9% (国)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省国民生活基礎調査 (健康調査) (R1)</li> <li>補問9.2: 最も気になる悩みやストレスについてどのようにご相談していますか? (<a href="https://www.mhlw.go.jp/oukei/chousahy-e/20-21/dl/koku31ke.pdf">https://www.mhlw.go.jp/oukei/chousahy-e/20-21/dl/koku31ke.pdf</a>)</li> </ul>	アウトカム	-	国、都道府県、市区町村など	国	改善提案	○	がんや循環器疾患、健康行動は今後も国民の健康づくりの運動の推進におけるアウトカムとして重視される。 第二次の目標は、癌がかりを地域に限定している点で昨今の多様化した社会関係を変映しているとは言い難い。そのため、次期計画では地理的に依存しないソーシャルキャピタルの状況をとらえる。

他者とのつなごりの格差の縮小	要分析	検出中	厚生労働省「国民生活基礎調査(健康意識)」(R1補問9-2:最も気になる悩みやストレスについてどのようにつながっていきますか)」 https://www.mhw.go.jp/ce/keijichousahy/02b-27/01kok31he.pdf	アウトプット	—	所得・保険種別・職業・都道府県格差等	国	改善提案	○	困った時に相談できる人や窓口がないと思ふ国民の割合を減らすための政策が公平に効果を上げられるようモニタリングする。
地域活動やまちづくりなどの活動に主体的に関わっている国民の増加	H28 26.0% (国)、H28 25.0% (男性)、26.9% (女性)	64歳まで: 男性: 30% 女性: 30% 65歳以上: 男性: 40% 女性: 40%	総務省「社会生活基本調査」R3調査票A問22 市民ランディア活動について http://www.stat.go.jp/data/shikaj/2021/pd/qua.pdf	プロセス	—	国・年齢階層	国	改善提案	○	健康づくりを目的にしている活動への参加でも健康と関連することが複数の研究で報告されている。第二次では健康に関するポータルサイトに限定していたが、健康に関連しない活動も含めるようにした。
地域活動やまちづくりなどの活動に主体的に関わっている国民の地域格差の是正	H28 26.0% (国)、H28 25.0% (男性)、26.9% (女性)	最も割合の低い都道府県の割合を下記以上に 64歳まで 男性: 25% 女性: 25% 65歳以上 男性: 35% 女性: 35%	総務省「社会生活基本調査」R3調査票A問22 市民ランディア活動について http://www.stat.go.jp/data/shikaj/2021/pd/qua.pdf	プロセス	—	都道府県・年齢階層	国	改善提案	○	地域活動やまちづくりへの参加の確率が、公平に効果を上げられるようモニタリングする。
県内の市区町間の健康指標の格差をモニタリングしている都道府県の増加	不明	都道府県: 100% (全都道府県) 市区町村: 80-100%	厚生労働省健康局による把握 http://www.stat.go.jp/data/shikaj/2021/pd/qua.pdf	プロセス	—	都道府県・市区町村	国	改善提案	○	健康日本21(第二次)では、健康格差対策に取り組み自治体数が増加が目論みられており、中間評価の時点で40都道府県(85.1%)が目標を達成していた。次のステップとして、数値目標を入れることをめざす。
厚生労働省内の民間連携の取組数の増加	不明	国・都道府県連携事業10個・都庁横断事業10個	厚生労働省健康局による把握	プロセス	—	国	国	新規提案	○	WHOのCSDHは部門間連携・ガバナンスの強化を通じて健康格差対策の重要性を強調している。健康格差対策には重層的な対策が必要不可欠であることから、複数レベルでの部門間連携の推進を明示した目標設定をする。
健康づくりを目的の一つに含む都庁連携の取組数の増加	不明		厚生労働省健康局による把握	プロセス	—	国	国	新規提案	○	同上
保健以外の少なくとも2部門との連携による、健康づくりに資する事業をしている自治体数の増加	不明	都道府県: 60% 市区町村: 60%	厚生労働省健康局による把握	プロセス	—	都道府県・市区町村	国	新規提案	○	同上
国民の健康づくり運動プランの周知影響予測評価(HIA)を実施する	不明	策定時(策定前あるいは策定直後)・中間評価時に実施	未定	プロセス	—	国	国	新規提案	○	健康格差対策には、周知化されがちな人々の正確な状況把握および健康状態のモニタリングが急務である。厚生労働省の所管する統計以外のデータも有効に活用し、部門をまたいだ合意形成と連携に基づく取組が進むことが期待される。これはWHOのCSDH健康影響予測評価(HIA)として推奨しており、HIAを実施する自治体の増加が望まれる。
健康づくり計画について健康影響予測評価(HIA)を実施している都道府県数の増加	不明	未定	未定	プロセス	—	都道府県	国	新規提案	○	同上
自主的な従業員健康づくり活動(健康経営など)をすすめる企業・団体の増加	全国の健康経営宣言企業数: 27,493 (2019年1月5日時点) 都道府県別格差: 不明(協会けんぽが都道府県別一覧を出しているため、検討可能)	健康経営宣言企業数: 40,000 都道府県別格差: すべての都道府県の健康経営宣言をXXX/10万人以上にする(検討中)	協会けんぽ「健康経営宣言」企業数 協会けんぽ、都道府県別の「健康経営宣言」企業一覧 https://shem.or.jp/kyoukai/kenpo	プロセス	—	国・都道府県	その他	新規提案	×	職場・労働環境は働く人の健康に大きく影響することが知られており、健康経営など、各職場の状況に即した地域での自主的な健康づくりの活動が求められている。健康経営が従業員の健康づくりに効果的か否かを明確に検証した研究は不十分である。
自分の健康について考える(ヘルスプロモーション) 機会の増加	不明	義務教育における保健教育の推進を数値目標に基づき進める	保健事業の遂行 度・生徒の理解度・先生への数値など	プロセス	—	国、都道府県	国	新規提案	○	幼少期からの健康や生活に関する知識やスキルは生涯にわたって健康やwell-beingに影響する。このことから国および地方自治体において、保健部門と教育部門との連携の強化と、健康やライフスタイル、多様性に資する教育の全国的な達成度や地域格差等を評価しつつ、戦略的に進めることを推進しPDCAサイクルを継続的に回すことを目標として設定する。







<p>【かん】 がんとともに生活しながらの就労を支えるサービスや専門人材の地域格差の縮小</p>	<p>職小人数：高知46人、最大人数：東京1072人（※受雇者の勤務先所在地で集計）</p>	<p>職小値引き上げ 各都道府県のコーディネーター数を、都道府県人口で除した割合を算出して目標とする</p>	<p>独立行政法人労働者健康安全機構サイト (<a href="https://www.research.johas.go.jp/ryoritsucuo/jyukosha.htm">https://www.research.johas.go.jp/ryoritsucuo/jyukosha.htm</a>)</p>	<p>プロセス</p>	<p>—</p>	<p>国、都道府県</p>	<p>国</p>	<p>新規提案</p>	<p>×</p>	<p>同上</p>
<p>【かん】 がんとともに生活している人のうち、就労している人の割合の増加</p>	<p>不明</p>	<p>検討中</p>	<p>国民生活基礎調査【健康】質問4 あたはは現在疾病で病院や診療所等に通っていますか 質問4-1 38歳性新生物）と【世帯中の仕事】の状況 <a href="https://www.mhlw.go.jp/oukei/chousahyo/index.html#00450061">https://www.mhlw.go.jp/oukei/chousahyo/index.html#00450061</a></p>	<p>プロセス</p>	<p>—</p>	<p>国</p>	<p>国</p>	<p>新規提案</p>	<p>○</p>	<p>がん罹患者のうち就労を希望する人が就労・動就できるようなることで、安定した社会経済状況をもたらすQOLを向上させる。</p>
<p>【かん】 がんとともに生活している人のうち、QOLが低い人の割合の増加</p>	<p>・現在自分らしい日常生活を送れている人：70.5%（2018年） ・がんやがん治療に伴う身体苦痛や気持ちのつらさにより、日常生活を送る上で困っている人が約1人：69.2%（2018年）</p>	<p>現在自分らしい日常生活を送れていると感じる人：80% がんやがん治療に伴う身体苦痛や気持ちのつらさにより、日常生活を送る上で困っている人が約1人：69.2%（2018年）</p>	<p>国立がん研究センター がん対策推進基本計画 患者体験調査</p>	<p>アウトカム</p>	<p>—</p>	<p>国</p>	<p>国</p>	<p>新規提案</p>	<p>○</p>	<p>がんの症状や治療の副作用による心身の苦痛を最小限にし、自分らしく日常生活を送ることができると感じることを望ましい。</p>
<p>【こころ】 孤独感を抱える人の割合の減少</p>	<p>孤独孤立担当室で調査を検討中</p>	<p>検討中</p>	<p>孤独孤立担当室で調査を検討中</p>	<p>アウトカム</p>	<p>—</p>	<p>国</p>	<p>国</p>	<p>新規提案</p>	<p>○</p>	<p>孤独感はうつ病罹患率や精神的健康の悪化や全死因死亡率の悪化と関連がある。2021年内閣官房に「孤独・孤立対策担当室」を設置され、社会的にも注目される孤独感を抱える人の割合減少を目指す。</p>
<p>【こころ】 家族介護者（要介護・障がい者介護）の不安と即うつの減少</p>	<p>不明</p>	<p>国・検討中 都道府県：最も少ない都道府県の値をXXにする</p>	<p>国民生活基礎調査【健康】質問9 あたはは現在、日常生活で悩みやストレスがありますか 質問10 それはどのような原因ですか→11家族の病気や介護 <a href="https://www.mhlw.go.jp/oukei/chousahyo/index.html#00450061">https://www.mhlw.go.jp/oukei/chousahyo/index.html#00450061</a></p>	<p>プロセス</p>	<p>—</p>	<p>国・都道府県</p>	<p>国</p>	<p>新規提案</p>	<p>○</p>	<p>家族介護者はうつ病などの精神的健康を害するリスクが高く、日本では介護保険利用者数約3人に1人が臨床的うつ病であるとも言われる。要介護者や障害者本人のみならずその介護者の精神的健康を維持することが求められる。</p>
<p>【こころ】 精神疾患や障がい者有する者の就業率と、健康者の就業率の格差の縮小</p>	<p>不明</p>	<p>検討中</p>	<p>障害者雇用実態調査から推計 or 障害者雇用状況報告から実雇用率（雇用している者数/全雇用者数）に変更</p>	<p>プロセス</p>	<p>—</p>	<p>国・都道府県</p>	<p>国</p>	<p>新規提案</p>	<p>○</p>	<p>就業は社会参加の重要な一形態であり、疾病や障害の有無にかかわらず、その機会が保証されていることは、3次予防や共生社会づくりの観点からも目指すべきである。</p>
<p>【かん】 HPVワクチン接種率の市区町村・都道府県格差の縮小</p>	<p>平成22～26年度業績接種率 最大値：岡山県約30%</p>	<p>職小値の底上げ</p>	<p>子育てかん症圧をめざす専門家を議論</p>	<p>プロセス</p>	<p>—</p>	<p>市区町村、都道府県</p>	<p>その他</p>	<p>新規提案</p>	<p>○</p>	<p>HPVワクチンは積極的勧誘が中止されていた影響で、全国的に接種率が著しく低い実態がある。積極的勧誘の再開を受け、今後の接種率の回復が期待されるが、その際に地域格差が拡大せず、公平に回復して行くが望ましい。ワクチン接種状況をモニタリングし、対応に苦慮している自治体等への支援を行うなどの施策が求められる。</p>

【がん】がんを診断され、疾患や療養生活について相談できなかった割合の改善。都道府県格差の縮小	都道府県格差、最小値：大阪65.8%、最大値：栃木92.2%、全国値：76.5%	最小値の底上げ	国立がん研究センターがん対策情報センター「患者体験調査」厚生労働省委託事業 H30、患者体験調査問 12。「がんを診断されたから治療を始める前の間、病気のことや療養生活に關して誰かに相談することができましたか」 <a href="https://www.ncc.go.jp/jp/csi/divisions/health_s/h30_chapter5-1.pdf">https://www.ncc.go.jp/jp/csi/divisions/health_s/h30_chapter5-1.pdf</a>	プロセス	—	国、都道府県	その他	新規提案	○	がんとともに生きる人々の社会参加を促す動きが進んでおり、格差を広げず普及していくことが望ましい。
【がん】がん相談支援センターの認知度の都道府県格差の縮小	都道府県格差、最小値：福島53.5%、最大値：鳥取82.2%、全国値：66.9%	最小値の底上げ	国立がん研究センターがん対策情報センター「患者体験調査」(厚生労働省委託事業) H30、患者体験調査問 31。がん相談支援センターを知っていますか <a href="https://www.ncc.go.jp/jp/csi/divisions/health_s/projects/strategy/ncc.html">https://www.ncc.go.jp/jp/csi/divisions/health_s/projects/strategy/ncc.html</a>	プロセス	—	国	その他	新規提案	○	同上
【がん】がん相談支援センターの専従及び専任スタッフが確保できている当該センターの割合の増加	H24年度、専従OR専任54.7%、兼任45.3% H27年度、専従OR専任49.8%、兼任50.1% (悪化)	現状維持・改善	国立がん研究センターがん対策情報センター「患者体験調査」(厚生労働省委託事業)	プロセス	—	国	その他	新規提案	○	同上
【糖尿病・こころ】医療従事者から心理的なケアを受けたいと回答した糖尿病患者の割合の増加	「医療従事者から心理的なケアを受けたい」と回答した糖尿病患者の割合 15.9%、調査対象となった179国の中で最低値	現状維持・改善	公的機関の公表値なし	アウトカム	—	国	その他	新規提案	○	糖尿病患者へのステイグマや、糖尿病の療養をはじめたがら5の社会生活の困難さから、医療現場において心理的なケアが提供されることを求める。
【こころ】教育支援センター(適応指導教室)を配置している自治体数の増加	11.42自治体 (63%)	100%	文部科学省、「教育支援センター(適応指導教室)に関する実態調査」	プロセス	—	国、都道府県、市区町村	その他	新規提案	○	学校保健におけるメンタルヘルス対策の一端として、教育支援センターをはじめとした支援
【こころ】スクールカウンセラーを配置する小学校、中学校の割合の増加	(平成24年度)小学校 37.6%、中学校 82.4%、その他 1,534箇所 (平成29年度)小学校 66.0%、中学校 89.6%、その他 2,546箇所	全公立小中学校への配置 (27,500校)	文部科学省初等中等教育局児童生徒課調べ	プロセス	—	国、都道府県、市区町村	その他	新規提案	○	同上
【こころ】スクールソーシャルワーカーの増員(都道府県、自治体間格差の解消)	(平成24年度) 784人 (平成29年度) 2,041人	全中学校区への配置 (10,000中学校区)	文部科学省初等中等教育局児童生徒課調べ	プロセス	—	国、都道府県、市区町村	その他	新規提案	○	同上

栄養・食生活

取組目標	ベースライン値	目標値	評価に使う情報源 (政府統計の種類 等)	Trend analysis toolの2036年予測 値	パーセント目標や%ポイント目標の 場合、基差とした数値(増減 何%, hの値)	目標値の設定方法	階層1(生 活習慣セ ル):プロセ ス→アウトプ ト→アウトカム	階層2(疾 病モデル): 生活習慣→ 基礎的病態 →疾病	評価レベル: 国・都道府 県・区市町 村・企 業・NPO等・ その他	テーマ提供者	第2次との関 係:新規提 案・改善提 案・同一目標	エビデンスの 有無 ○:あり △:なし	補足事項:以下について補足願います。 ・隣外国の参考にした取組目標 ・効果に関するエビデンス ・項目の重要性について ・懸念事項 ・「その他」を記入した場合はその中身 ・その他の補足事項
低出生体重児の割合の減少	9.4% (2019年人口動 態統計)	7%未満	人口動態統計	8.9% (2010年~2019 年のトレンド)	絶対的な変化 effect size h=0.1 6.7% effect size h=0.2 4.4%	トレンド分析とパーセン ト目標h=0.1を用い て設定。	アウトカム	生活習慣セ ル:プロセ ス→アウトプ ト→アウトカム	国・都道府 県	国	同一	○	低出生体重は、神経学的・身体的合併症の他、成人後の生活習慣 病の発症と関連 都道府県間格差を追加
肥満傾向の子どもの割合の減少	小学5年生男子 5.1% 小学5年生女子 3.6% (2019年学校保 健統計)	男子 3%未満 女子 2%未満	学校保健統計	男子:4.7% 女子:3.7%	絶対的な変化 effect size h=0.1 3.1% effect size h=0.2 1.6% 女子 effect size h=0.1 2.0% effect size h=0.2 0.8%	トレンド分析とパーセン ト目標h=0.1を用い て設定。	アウトカム	生活習慣セ ル:プロセ ス→アウトプ ト→アウトカム	国・都道府 県	国	同一	○	子どもの肥満は、将来の肥満や生活習慣病につながりやすい 都道府県間格差を追加
20歳代~60歳代の男性の肥満の割合の減少	35.1% (2019年国調)	30%未満	国民健康・栄養調 査、NDB	50.9% (2013年~2019 年のトレンド)悪化	絶対的な変化 effect size h=0.1 30.4% effect size h=0.2 25.9%	2013年~増加してい るため、増加を抑制し た上でパーセント目標 h=0.1を用いて設 定。	アウトカム	生活習慣セ ル:プロセ ス→アウトプ ト→アウトカム	国・都道府 県	国	改善提案	○	体重過多や肥満は、全体死亡、がん、循環器病、糖尿病など多くの生 活習慣病と関連する 国民健康・栄養調査では、都道府県間格差をモニタリングする NDBでは、40歳~60歳代について、保険者間格差をモニタリングする
40~60歳代の女性の肥満の割合の減少	22.5% (2019年国調)	15%未満	国民健康・栄養調 査、NDB	22.7% (2010年~2019年 のトレンド分析)	絶対的な変化 effect size h=0.1 18.5% effect size h=0.2 14.8%	2010~2019年まで 20%前後のため、 パーセント目標h =0.2を用いて設定。	アウトカム	生活習慣セ ル:プロセ ス→アウトプ ト→アウトカム	国・都道府 県	国	改善提案	○	同上
20歳代~30歳代の女性のやせの割合の減少	20歳代 20.7% 30歳代 16.4% (共に2019年国 調)	20歳代:15%未 満 30歳代: 10%未満	国民健康・栄養調 査	20歳代 10.3% (2010年~ 2019年のトレンド分 析) 30歳代 20.9% (同上)	20歳代:絶対的な変化 effect size h=0.1 18.7% effect size h=0.2 14.9% 30歳代:絶対的な変化 effect size h=0.1 12.9% effect size h=0.2 9.7%	2011年~2019年ま で20%前後のため、 パーセント目標h =0.2を用いて設定。	アウトカム	生活習慣セ ル:プロセ ス→アウトプ ト→アウトカム	国	国	改善提案	○	若年女性のやせは、子どもの低出生体重率等に関連する 30歳代もやせが多いため、指標に含まる この年代の対象者が少なく、評価レベルは都道府県は難しいため国レ ベルとする
高齢者のやせの割合の減少(年齢要検討)	65歳以上TBMIZ0 以下 16.8%	13%未満	国民健康・栄養調 査	14.4% (2010~2019年の トレンド)	絶対的な変化 effect size h=0.1 13.2% effect size h=0.2 10.0%	トレンド分析とパーセン ト目標h=0.1を用い て設定。	アウトカム	生活習慣セ ル:プロセ ス→アウトプ ト→アウトカム	国・都道府 県	国	改善提案	○	高齢者のやせは、フレイル、生活の質や死亡と関連する 年代と低栄養の基準は要検討 健康データが使用できれば活用する
生活保護受給者の肥満の割合の減少	データ無		自治体による生活保 護受給者の健康診 査				アウトカム	生活習慣セ ル:プロセ ス→アウトプ ト→アウトカム	国	区市町村	新規提案	○	受給者内脂肪脂肪症候群の割合が高く、糖尿病、高血圧、脂質異常 症の割合が多い 健康診察が低いいため、まず受診率を上げることが必要、また、行動変 容につながる栄養プログラムが必要
食塩摂取量の減少	10.1g (2019年国調)	7g未満	国民健康・栄養調 査	11.7g (2010~2016年の トレンド) 悪化	相対的な変化 10%減少:1g 20%減少:8.1g 30%減少:7.1g	現WHO基準の5g未 満を考慮し、パーセン ト目標30%減を用い て設定。	アウトカム	生活習慣セ ル:プロセ ス→アウトプ ト→アウトカム	国・都道府 県	国	同一・改善 提案	○	食塩摂取量が多いことは高血圧、脳卒中、胃がんと関連する 食塩摂取量の把握方法の検討が必要(従来の国民健康・栄養調査 の食事調査に加えて、健診で尿中ナトリウム測定ができること)
野菜摂取量の増加	281g (2019年国調)	350g以上	国民健康・栄養調 査	274g (2010~2019年の トレンド) 悪化	相対的な変化 10%増加:309g 20%増加:337g 30%増加:365g	WHO基準の野菜と 果物400g以上、これ までの目標を考慮し、 パーセント目標の20 %~30%増を用いて設 定。	アウトカム	生活習慣セ ル:プロセ ス→アウトプ ト→アウトカム	国・都道府 県	国	同一	○	野菜の摂取量が少いことは、がん、脳卒中、心筋梗塞と関連する
果物摂取量の増加	61.6% (2019年国調)	57%未満	国民健康・栄養調 査	73.7% (2013~2019年の トレンド) 悪化	絶対的な変化 effect size h=0.1 56.7% effect size h=0.2 51.7%	食育推進基本計画の 令和7年度 (2025)の目標 30%以下とされている が困難。悪化を抑制 したうえで、パーセント 目標のh=0.1を用い て設定。	アウトカム	生活習慣セ ル:プロセ ス→アウトプ ト→アウトカム	国・都道府 県	国	同一	○	果物の摂取量が少いことは、がん、脳卒中、心筋梗塞と関連する



食糧の供給量	生活用：127千トン 食品加工業用：663千トン (2020年)	生活用 90千トン 食品加工業用 460千トン	財務省 糧食給與 額	生活用：5.9千トン 食品加工業用：462千トン	相対的な変化 生活用 10%減少114千トン 20%減少102千トン 30%減少89千トン 食品加工業用 10%減少597千トン 20%減少530千トン 30%減少464千トン	食糧採取量はバーゼント目標の30%減少を参考に設定。 (人口減少を考慮すると、1人当たり供給量は30%減少までいかない)	アウトカット	国	国	新規提案	×	食糧採取量を補完する一斉として使用する。生活用は、家庭や飲食店への販売量。食品加工業用は、食品加工産業への販売量。人口減少の影響を及ぼすこと、加工食品の輸出量の影響を及ぼす可能性を考慮する必要がある。
--------	--	----------------------------------	---------------	-----------------------------	--	---	--------	---	---	------	---	--

赤太字：主目標項目 赤字：副目標 緑字：開発中の目標 黒字：研究途上の目標

身体活動・運動

取組目標	ベースライン値	目標値	評価に使う情報源 (政府統計の種類等)	階層1 (生活習慣 目標) : アウトプット→ア ウトカム	階層2 (疾病予 防) : 生活習慣 →基礎的疾患→ 疾病	評価レベル : 国・ 都道府県・区市 町村・企業・医療保 険者・その他 自記式 (複数回 答可)	テーマ提供者	第2次との関係 : 新規提案・改善提 案・同一目標	工点工費の 有無 ○ : あり × : なし	補足事項 : 以下について補足願います。 ・他国の参考にした取組目標 ・効果に関するエビデンス ・項目の重要性について ・懸念事項 ・「その他」を避けた場合はその中身 ・その他の補足事項
日常生活における歩数の増加	①男性: 20-64歳: 7864歩/日 ②男性: 65歳以上: 5396歩/日 ③女性: 20-64歳: 6685歩/日 ④女性: 65歳以上: 4656歩/日	①男性: 20-64歳: 8000歩/日 ②男性: 65歳以上: 6000歩/日 ③女性: 20-64歳: 8000歩/日 ④女性: 65歳以上: 6000歩/日	国民健康・栄養調査	アウトカム		国 都道府県 世帯年取別	国	同一	○	
毎日60分以上身体活動を 実施する国民の割合 (ガイドライン遵守率) の 増加			特定健診・保健指 導 (日常生活にお いて歩行又は同等 の身体活動を1日 1時間以上実施し ていますか)	アウトカム		国 都道府県別 区市町村別 医療保険者別	その他	新規提案	○	テーマ提供者「その他」: NDB? メット: 「健康づくりのための身体活動基準2013」の充足率に相当する (国の推奨値 をリンクする)。区市町村、医療保険者レベルで把握が可能 なメット: 概念的には「歩数」に若干重複する面がある
座り行動時間の減少			国民健康・栄養調査	アウトカム		国 都道府県 世帯年取別	国	新規提案	○	評価、モニタリング法が定まっていない
運動習慣者の割合の増加	①男性: 20-64歳: 23.6% ②男性: 65歳以上: 41.9% ③女性: 20-64歳: 17.0% ④女性: 65歳以上: 33.9%	①男性: 20-64歳: 30% ②男性: 65歳以上: 50% ③女性: 20-64歳: 30% ④女性: 65歳以上: 50%	国民健康・栄養調査	アウトカム		国 都道府県 世帯年取別	国	同一	○	
運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割 合の増加	次世代の健康にお願いします	次世代の健康にお願いします	文部科学省「全国 体力・運動能力、 運動習慣等調査」	アウトカム		国 都道府県別 区市町村別	国	同一	○	次世代の健康から再掲 小学5年生、中学2年生の調査調査 (実施率は2019年実績で小学5年生: 96.5%、中学2年生: 90.3%) スポーツ庁ホームページ <a href="https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/toukei/kodomo/zencyo/1411922_00001.html">https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/toukei/kodomo/zencyo/1411922_00001.html</a> 高齢者の健康から再掲
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)			内閣府「高齢者の 地域社会への参加 に関する意識調 査」	アウトプット		国 都道府県 世帯年取別	国	新規提案	×	評価、モニタリング法が定まっていない
健康づくりのための身体活動基準 (厚生省) を 認知する者の割合の増加			国民健康・栄養調査	アウトカム		?		新規提案		把握方法は?
運動自主グループ・通いの場に参加する高齢者 の増加			特定健診・保健指 導	アウトプット		国 都道府県別 区市町村別 医療保険者別	その他	同一		御医等疾患からの再掲 テーマ提供者「その他」: NDB?
特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上				アウトプット		国 都道府県		新規提案	×	身体活動に特異的な目標ではなく、食生活等の他の領域で同様の目標設定が可能

健康増進プログラムを有する総合型地域スポーツクラブの増加				スポーツ庁	アウトプット	国 都道府県	国 都道府県	新規提案	○	文科省、スポーツ庁とのコラボレーションとなる。現在、全国に3500程度あり、数は増打ち。しかし、健康増進プログラムを持つクラブは少ない。自己点検評価の試みが見られる？モニタリングに向けては、この仕組みに評価項目の追加が必要。
運動推進対策を実施する職場の増加				スマートライフプロジェクトの枠組みの活用？	アウトプット	国 都道府県	国 都道府県	新規提案	○	身体活動に特異的な目標ではなく、食生活等の他の領域で同様の目標設定が可能
徒歩・自転車通勤 小中学生の割合の維持				文科科学省「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」に質問項目を追加	アウトプット	国 都道府県別 区市町村別	国 都道府県別 区市町村別	新規提案	○	文科省とのコラボレーションとなる。
徒歩・自転車・公共交通で 通勤する者の増加				国民健康・栄養調査実施調査	アウトプット	国 都道府県 世帯年取別	国 都道府県 世帯年取別	新規提案	○	国民健康・栄養調査での質問紙調査項目の追加が必要
住民が運動しやすいまちづくり：環境整備に取 組む自治体数の増加⇒以下の2項目に分割し て新たな目標を提案します				厚生労働省健康 局が対策・健康 増進課による把握 (現状では)	プロセス	国 都道府県 区市町村	国 都道府県 区市町村	同一&改善提案	○	立地適正化計画の目標との一体化を検討中。 市町村レベルの目標にできないか？ 基準の改善が必要（現時点では、①住民の健康増進を目的とした運動しやすいまちづくりや環境整備の推進に向け、その対策を検討するための協議会（庁内又は庁外）などの組織の設置。②市町村が行う歩道、自転車道、公園及びびろーツ施設の整備や普及・啓発などの取組への財政的支援、のいずれかが実施していることが要件となっている）
日常生活での身体活動の維持・推進につながる 都市計画を策定する自治体の増加				区市町村を対象とした厚生労働省による調査を策定している。（第2次において実施していた調査とおおよそ同じ方法）	プロセス	区市町村	区市町村	改善提案	○	都市計画の専門家と協議しつつ進めてきたが、最終的に国土交通省として受け入れられる質問項目になっているか
身体活動・運動を実施するための都市施設を 整備する自治体の増加				区市町村を対象とした厚生労働省による調査を策定している。（第2次において実施していた調査とおおよそ同じ方法）	プロセス	区市町村	区市町村	改善提案	○	都市計画の専門家と協議しつつ進めてきたが、最終的に国土交通省として受け入れられる質問項目になっているか 工点アシの有無については考え方次第といった面がある。
都市交通計画（住民の不活動対策・地域住民 の交流増加・食へのアクセス対策が盛り込まれた 都市交通計画（あるいは都市交通マスター プラン）の増加）				国土交通省	プロセス	国 都道府県 区市町村	国 都道府県 区市町村	新規提案	○	マスタープランの自身を精査する場合に、誰が確認するのか？また、「盛り込まれた」基準を明確化する必要がある。法令、制度等を精査中。



飲酒

<p>取組目標</p>	<p>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</p>	<p>ベースライン値 (数値) 男性：14.9% 女性：9.1% (当該年) 2019年 (データ出典) 厚生労働省 「国民健康・栄養調査」 令和元年国民健康・栄養調査 第94表 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 - 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、年齢階級別、人数、割合 - 総数・男性・女性、20歳以上 <a href="https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&amp;layout=datalist&amp;toukei=00450171&amp;stat=0000010417448&amp;cycle=7&amp;year=201908month=08&amp;class1=000001148507">https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&amp;layout=datalist&amp;toukei=00450171&amp;stat=0000010417448&amp;cycle=7&amp;year=201908month=08&amp;class1=000001148507</a></p>	<p>評価に使う情報源 (政府統計の種類等) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」</p>	<p>階層1 (生活習慣病) : フロントワード →アウトワード→アクトカム</p>	<p>階層2 (疾病) : フロントワード →アウトワード→アクトカム</p>	<p>評価レベル : 国・都道府県・区市町村・企業・医療関係者・その他 自記式 (複数回答可)</p>	<p>ターゲット提供者 国</p>	<p>第2次との関係 : 新規提案・改善提案 案・同一目標</p>	<p>エビデンスの有無 ○ : あり × : なし</p>	<p>補足事項 : 以下について補足願います。 ・他国の参考にした取組目標 ・効果に関するエビデンス ・項目の重要性について ・懸念事項 ・「その他」に選んだ場合はその中身 ・その他の補足事項</p>
<p>未成若者の飲酒をなくす</p>	<p>(数値) 飲酒経験者率 : 中学で16.2% (男子17.1%、女子15.3%)、高校で29.4% (男子30.3%、女子28.5%)、 目標達成率 : 中学で2.8% (男子3.2%、女子2.4%)、高校で7.0% (男子7.7%、女子6.3%)、 達成率差 : 中学で0.4% (男子0.5%、女子0.4%)、高校で1.7% (男子2.0%、女子1.3%) (当該年) 2017年 (データ出典) 厚生労働科学研究補助金 「飲酒や喫煙等の実態調査と生活習慣病予防のための減酒の効果的介入方法の開発に関する研究」 H29-年度報告書 一般-008 平成29年度報告書 総括研究報告書 <a href="https://nhhlw.grants.nih.gov/system/files/2017/172031/201709021A_upload/201709021A0003.pdf">https://nhhlw.grants.nih.gov/system/files/2017/172031/201709021A_upload/201709021A0003.pdf</a></p>	<p>目標値 (数値) 男性：12.8% 女性：8.2% (目標年) 2036年 (データ出典) 男性：「予測値に基づく目標」 女性：「ツールを使用しない1.0%減少(×0.90)、10%増加(×1.10)の目標」</p>	<p>厚労研研経倫班</p>	<p>アウトカム</p>	<p>アウトカム</p>	<p>国</p>	<p>その他</p>	<p>同一</p>	<p>○</p>	<p>※2015までで研究費が終了しているため、今後、詳細情報について取得し、モニタリングについて検討する</p>
<p>妊婦中の飲酒をなくす</p>	<p>(数値) 8.7% (当該年) 2010年 (データ出典) 厚生労働省 乳幼児身体発育調査 / 平成22年度乳幼児身体発育調査 <a href="https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&amp;layout=datalist&amp;toukei=00450272&amp;stat=0000010245338&amp;cycle=8&amp;class1=000001048106&amp;stat_mid=0000126735968&amp;class2val=0">https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&amp;layout=datalist&amp;toukei=00450272&amp;stat=0000010245338&amp;cycle=8&amp;class1=000001048106&amp;stat_mid=0000126735968&amp;class2val=0</a></p>	<p>目標値 (数値) 0% (目標年) 2036年 (データ出典) 「整合性に基づく目標」</p>	<p>厚生労働省「乳幼児身体発育調査」</p>	<p>アウトカム</p>	<p>アウトカム</p>	<p>国</p>	<p>国</p>	<p>同一</p>	<p>○</p>	<p>※2015までで研究費が終了しているため、今後、詳細情報について取得し、モニタリングについて検討する</p>

<p>アルコールに起因する健康障害などの減少</p>	<p>①ICD-10診断基準によるアルコール依存症(現在発生者)(日本人人口における粗計値/年総調整有病率)          全体: 502万人/0.9          男性: 3,025万人/0.5          女性: 7万人/0.1</p> <p>②ICD-10診断基準によるアルコール依存症(現在発生者)(日本人人口における粗計値/年総調整有病率)          全体: 25万人/0.2          男性: 22万人/0.4          女性: 4万人/0.1          (当該年)          ③2013          ④2018</p> <p>(データ出典)          ①厚生労働省研究費補助金「アルコール依存症対策推進プロジェクト」(2014年度)「アルコール依存症対策推進プロジェクト」(生医)一般-011          ②25歳未満(生医)一般-011          ③26歳以上(生医)一般-011  <a href="https://nhiv.grants.nih.gov/system/files/2014/143031/201412040A201412040A0002.pdf">https://nhiv.grants.nih.gov/system/files/2014/143031/201412040A201412040A0002.pdf</a>          ④AMED「アルコール依存症の基礎的・地域連動による早期介入・回復プログラムの開発に関する研究」          ※AMED finalでは報告書を掲載できない。          数値は次の内容(厚生労働省センター)から発生状況報告書に参照している。  <a href="https://kurhama.hosp.go.jp/research/pdf/research_201802_alcohol.pdf">https://kurhama.hosp.go.jp/research/pdf/research_201802_alcohol.pdf</a></p>	<p>アウトカム</p>	<p>AMEDI「アルコール依存症の実態把握、地域連動による早期介入・回復プログラムの開発に関する研究」</p>	<p>国</p>	<p>国</p>	<p>国</p>	<p>国</p>	<p>新規提案</p>	<p>○</p>	<p>Healthy People 2030 Reduce the proportion of people who had alcohol use disorder in the past year — SU-13          ※2015までで研究費が終了していると考えられるため、今後、詳細情報について取得し、モニタリングについて検討する</p>	<p>アルコールに起因する健康障害などの減少(1)アルコール依存症患者の減少</p>
<p>アルコールに起因する健康障害などの減少(2)アルコール性肝疾患による死亡の減少</p>	<p>①アルコール性肝疾患による年齢調整死亡率(人口10万人)          全体: 3.0          男性: 5.1          女性: 0.9          (当該年)          2019年</p> <p>(データ出典)          厚生労働省「人口動態調査/人口動態統計/死因」          死亡数、死因(原因基本分類)・在・年層(5歳層級)別          第1章 ICD-10ト A-T K70 総数  <a href="https://www.e-stat.go.jp/stat.html?lang=eng&amp;table=00490018&amp;cat=0000010288929&amp;code=28_y&amp;class2=201908month=08&amp;class1=000001053058&amp;class2=000001053061&amp;class3=000001053073&amp;class4=000001053082&amp;result_back=1&amp;class5val=0">https://www.e-stat.go.jp/stat.html?lang=eng&amp;table=00490018&amp;cat=0000010288929&amp;code=28_y&amp;class2=201908month=08&amp;class1=000001053058&amp;class2=000001053061&amp;class3=000001053073&amp;class4=000001053082&amp;result_back=1&amp;class5val=0</a>          よりアルコール性肝疾患による年齢調整死亡率を算出</p>	<p>アウトカム</p>	<p>人口動態統計</p>	<p>国</p>	<p>国</p>	<p>国</p>	<p>国</p>	<p>新規提案</p>	<p>○</p>	<p>Healthy People 2030 Reduce cirrhosis deaths — SU-02</p>	<p>アルコールに起因する健康障害などの減少(2)アルコール性肝疾患による死亡の減少</p>
<p>アルコールに起因する健康障害などの減少(3)アルコール健康障害に関連する飲酒運転事故の減少</p>	<p>①飲酒運転事故件数・2522件          交通事故における飲酒者の構成率: 0.9          (当該年)          2020年</p> <p>(データ出典)          警察庁ホームページ&gt;交通系&gt;飲酒運転          検挙&gt;かんぽで守る「飲酒運転を他対にしない、させない」  <a href="https://www.npa.go.jp/bureau/traffic/ns_yu/info.html">https://www.npa.go.jp/bureau/traffic/ns_yu/info.html</a>          飲酒運転による交通事故件数の推移 (平成22年～令和2年)  <a href="https://www.npa.go.jp/bureau/traffic/ns_yu/img/insyu_03.pdf">https://www.npa.go.jp/bureau/traffic/ns_yu/img/insyu_03.pdf</a></p>	<p>アウトカム</p>	<p>警察庁</p>	<p>国</p>	<p>国</p>	<p>国</p>	<p>国</p>	<p>新規提案</p>	<p>○</p>	<p>Healthy People 2030 Reduce alcohol-related deaths (5. Alcohol health promotion plan(5. Alcohol health promotion plan related to drinking and driving, etc.))</p>	<p>アルコールに起因する健康障害などの減少(3)アルコール健康障害に関連する飲酒運転事故の減少</p>

アルコールに起因する健康障害などの減少(4)アルコール健康障害に関連する暴力・虐待(他者への悪影響含む)の減少	※第2回研究会議資料で、副目標から、開発中の目標へ修正済	AMEDI「アルコール依存症の実態把握、地域連携による早期介入、回復プログラムの開発に関する研究」	アウトプット	国	その他	新規提案	○	アルコール健康障害対策推進基本計画(5. アルコール健康障害に関連して飲酒運送等をした者に対する指導等)
アルコールに起因する健康障害などの減少(5)アルコール健康障害に関連する自殺等の減少	※第2回研究会議資料で、副目標から、削除済	AMEDI「アルコール依存症の実態把握、地域連携による早期介入、回復プログラムの開発に関する研究」	アウトプット	国	国	新規提案	○	<a href="https://www.ndpa.go.jp/safetylife/seianki/isatsu/RO1_huroku.pdf">https://www.ndpa.go.jp/safetylife/seianki/isatsu/RO1_huroku.pdf</a> アルコール健康障害対策推進基本計画(5. アルコール健康障害に関連して飲酒運送等をした者に対する指導等)
アルコールに起因する健康障害などの減少(6)アルコール性肝疾患患者の減少 ※第2回研究会議資料で、「アルコール性肝疾患による発症者・死亡者の低減」より、目標名を修正済	(数値) アルコール性肝疾患の粗有病率(人口10万) 全体: 29.2 男性: 47.0 女性: 12.3 (当該年) 2017年 (データ出典) 厚生労働省 「患者調査」 平成29年患者調査 調査 調査 (報告書非掲載表) 第94表 総患者数、性・年齢階級 × 傷病中分類別 アルコール性肝疾患 総数 <a href="https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&amp;layout=datalist&amp;oukey=00450022&amp;stat=000001031167&amp;cycle=7&amp;tclass1=0000011248008&amp;tclass2=000001124803&amp;stat_infid=000031790841&amp;tclass3val=0">https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&amp;layout=datalist&amp;oukey=00450022&amp;stat=000001031167&amp;cycle=7&amp;tclass1=0000011248008&amp;tclass2=000001124803&amp;stat_infid=000031790841&amp;tclass3val=0</a> 総人口は、患者調査の概況「受療率の算出に用いた人口」より <a href="https://www.mhlw.go.jp/toukei/saiki/n/hw/kanja/17/dl/jinkou.pdf">https://www.mhlw.go.jp/toukei/saiki/n/hw/kanja/17/dl/jinkou.pdf</a>	患者調査	アウトプット	都道府県	国	新規提案	○	
飲み放題を提供している飲食店の減少	(数値) 823272店舗中64115店舗=7.8% (当該年) 2021年 (データ出典) 食入ロ <a href="https://tabelog.com/rstLst/cond05-00-00/">https://tabelog.com/rstLst/cond05-00-00/</a> (2021/06/28)	※モニタリングのための調査等について 要検討(食入ロ等のレビューサイトで飲み放題でバイト数を募集する等?)	アウトプット	都道府県・市区町村	企業・NPO等	同一&改善提案	○	※モニタリングのための調査等について要検討
飲酒に伴うリスクに関する知識及びアルコール依存症に対する認識の向上		※モニタリングのための調査等について 要検討(内閣府H28アルコール依存症に対する意識に関する世論調査) H28アルコール依存症に関する世論調査	アウトプット	国	国	新規提案	○	アルコール健康障害対策推進基本計画(1. 教育の振興等) <a href="https://survey.gov-online.go.jp/tokubetu/h28/h28-h28-alcohol.pdf">https://survey.gov-online.go.jp/tokubetu/h28/h28-h28-alcohol.pdf</a> 内閣府でH28に「新しい取消処分者講習 (モテル事業) の実施結果についての調査研究」が行われているが、その後の詳細不明のためモニタリングの方法について要検討
自動車教習所における飲酒運転防止に係るカリキュラムの履行率 上昇		※モニタリングのための調査等について 要検討(講習?)	アウトプット	都道府県	国	新規提案	○	アルコール健康障害対策推進基本計画(1. 教育の振興等) 調査研究でH20,21に「新しい取消処分者講習 (モテル事業) の実施結果についての調査研究」が行われているが、その後の詳細不明のためモニタリングの方法について要検討

酒類業界における広告・宣伝に関する自主基準の違反率減少	(数値) (1)東京を基一局とするTVCMのうち、(イ)注意表示違反の割合:0% (ロ)注意表示が臭いにくく指摘のあったCMの割合:13.6% (2)新聞・雑誌広告のうち、「注意表示のなかったもの」または「注意不足のもの」の割合:0.8% (当座年) 2021年 (データ出典) 公益社団法人アルコール健康医学協会・酒類の広告審査委員会の事業報告 <a href="http://www.rcaa.jp/member/index.html">http://www.rcaa.jp/member/index.html</a>	(数値) 0% (目標年) 2036年 (データ出典) 「整合性に基づく目標」	公益社団法人アルコール健康医学協会・酒類の広告審査委員会	アウトプット	国	企業・NPO等	新規提案	○	<a href="http://www.rcaa.jp/member/index.html">http://www.rcaa.jp/member/index.html</a> アルコール健康啓発推進基本計画(2. 不適切な飲酒の誘引の防止)
酒類業界における交通広告の全面自粛				アウトプット	国	企業・NPO等	新規提案	○	アルコール健康啓発推進基本計画(2. 不適切な飲酒の誘引の防止)
アルコール依存症専門医療機関の全都道府県整備	酒類業界における酒類販売管理研修の受講率向上	(数値) 15点以上 男性:273万人/4.7 女性:36万人/0.6	AMEDI/アルコール依存症の薬物肥満、地域連携による早期介入・回復プログラムの開発に関する研究	アウトプット	都道府県	国	新規提案	×	<a href="https://www.nta.go.jp/taxes/sake/hambai/mokuji.htm">https://www.nta.go.jp/taxes/sake/hambai/mokuji.htm</a> <a href="https://www.nta.go.jp/taxes/sake/kosetorhiki/tokusyuu201604/05_kaisetsu.pdf">https://www.nta.go.jp/taxes/sake/kosetorhiki/tokusyuu201604/05_kaisetsu.pdf</a> アルコール健康啓発推進基本計画(2. 不適切な飲酒の誘引の防止)
アルコール依存症者のモニタリング(AUDIT 1.5点以上(依存症のレベル)、8点以上(飲酒関連行動)があるレベル)		(数値) AUDIT(日本人人口における推計数/年) 15点以上 全体:273万人/4.7 男性:273万人/4.7 女性:36万人/0.6 8点以上 全体:1194万人/11.3 男性:976万人/19.3 女性:219万人/4.1 (目標年) 2036年 (データ出典) 「ツールを使用しない10%減少(×0.90)、10%増加(×1.10)の目標」	AMEDI/アルコール依存症の薬物肥満、地域連携による早期介入・回復プログラムの開発に関する研究	アウトプット	都道府県	国	新規提案	○	<a href="https://www.ncsis.jp/panip/you-do/treatment/treatment-map/アルコール健康啓発推進基本計画(4. アルコール健康啓発に係る医療の充実等)">https://www.ncsis.jp/panip/you-do/treatment/treatment-map/アルコール健康啓発推進基本計画(4. アルコール健康啓発に係る医療の充実等)</a>
飲酒に関するガイドライン策定				アウトプット	国	国	新規提案	×	第二次アルコール健康啓発推進基本計画

<p>成人におけるheavy episodic drinkingのモニタリング</p>	<p>(数値) 男性：32.3% 女性：8.4% (当該年) 2018年 (データ出典) 厚生労働科学研究費補助金 [飲酒や喫煙等の実態調査と生活習慣病予防のための減酒の効果的介入方法の構築に関する研究] H29-補償器等-一般-008 平成30年度報告書 総括研究報告書 p2 https://nhlwc-grants.nih.go.jp/system/files/2018/182031/201809016A_upload/201809016A0003.pdf</p>	<p>(数値) 男性：29.1% 女性：7.6% (目標年) 2036年 (データ出典) 「ツールを使用しない10%減少(×0.90)、10%増加(×1.10)の目標」</p>	<p>AMED「アルコール依存症の実態把握、地域連携による早期介入、回復プログラムの構築に関する研究」</p>	<p>プロセス</p>	<p>都道府県</p>	<p>国</p>	<p>新規提案</p>	<p>○</p>	<p>Healthy People 2030 Increase the proportion of people with a substance use disorder who got treatment in the past year — SU-01</p>
<p>アルコール依存症者の受療率向上：治療を受けているアルコール依存症者の増加 (①アルコール依存症と②アルコール依存症者の間の治療ギャップの解消)</p>	<p>(数値) ①(100%未満) 18.4%(2017年①) ②(100%未満) 1.0%(2017年②) ③(100%未満) 0.3%(2017年③) ④(100%未満) 0.7%(2017年④) ⑤(100%未満) 0.1%(2017年⑤) ⑥(100%未満) 0.1%(2017年⑥) ⑦(100%未満) 0.1%(2017年⑦) ⑧(100%未満) 0.1%(2017年⑧) ⑨(100%未満) 0.1%(2017年⑨) ⑩(100%未満) 0.1%(2017年⑩) ⑪(100%未満) 0.1%(2017年⑪) ⑫(100%未満) 0.1%(2017年⑫) ⑬(100%未満) 0.1%(2017年⑬) ⑭(100%未満) 0.1%(2017年⑭) ⑮(100%未満) 0.1%(2017年⑮) ⑯(100%未満) 0.1%(2017年⑯) ⑰(100%未満) 0.1%(2017年⑰) ⑱(100%未満) 0.1%(2017年⑱) ⑲(100%未満) 0.1%(2017年⑲) ⑳(100%未満) 0.1%(2017年⑳) ㉑(100%未満) 0.1%(2017年㉑) ㉒(100%未満) 0.1%(2017年㉒) ㉓(100%未満) 0.1%(2017年㉓) ㉔(100%未満) 0.1%(2017年㉔) ㉕(100%未満) 0.1%(2017年㉕) ㉖(100%未満) 0.1%(2017年㉖) ㉗(100%未満) 0.1%(2017年㉗) ㉘(100%未満) 0.1%(2017年㉘) ㉙(100%未満) 0.1%(2017年㉙) ㉚(100%未満) 0.1%(2017年㉚) ㉛(100%未満) 0.1%(2017年㉛) ㉜(100%未満) 0.1%(2017年㉜) ㉝(100%未満) 0.1%(2017年㉝) ㉞(100%未満) 0.1%(2017年㉞) ㉟(100%未満) 0.1%(2017年㉟) ㊱(100%未満) 0.1%(2017年㊱) ㊲(100%未満) 0.1%(2017年㊲) ㊳(100%未満) 0.1%(2017年㊳) ㊴(100%未満) 0.1%(2017年㊴) ㊵(100%未満) 0.1%(2017年㊵) ㊶(100%未満) 0.1%(2017年㊶) ㊷(100%未満) 0.1%(2017年㊷) ㊸(100%未満) 0.1%(2017年㊸) ㊹(100%未満) 0.1%(2017年㊹) ㊺(100%未満) 0.1%(2017年㊺) ㊻(100%未満) 0.1%(2017年㊻) ㊼(100%未満) 0.1%(2017年㊼) ㊽(100%未満) 0.1%(2017年㊽) ㊾(100%未満) 0.1%(2017年㊾) ㊿(100%未満) 0.1%(2017年㊿)</p>	<p>(数値) 100% (目標年) 2036年 (データ出典) 「整合性に基づく目標」</p>	<p>患者調査</p>	<p>プロセス</p>	<p>都道府県</p>	<p>国</p>	<p>新規提案</p>	<p>○</p>	<p>AMED「アルコール依存症の実態把握、地域連携による早期介入、回復プログラムの構築に関する研究」</p>
<p>健康診断及び保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニングにアルコール使用</p>	<p>(数値) ①(100%未満) 18.4%(2017年①) ②(100%未満) 1.0%(2017年②) ③(100%未満) 0.3%(2017年③) ④(100%未満) 0.7%(2017年④) ⑤(100%未満) 0.1%(2017年⑤) ⑥(100%未満) 0.1%(2017年⑥) ⑦(100%未満) 0.1%(2017年⑦) ⑧(100%未満) 0.1%(2017年⑧) ⑨(100%未満) 0.1%(2017年⑨) ⑩(100%未満) 0.1%(2017年⑩) ⑪(100%未満) 0.1%(2017年⑪) ⑫(100%未満) 0.1%(2017年⑫) ⑬(100%未満) 0.1%(2017年⑬) ⑭(100%未満) 0.1%(2017年⑭) ⑮(100%未満) 0.1%(2017年⑮) ⑯(100%未満) 0.1%(2017年⑯) ⑰(100%未満) 0.1%(2017年⑰) ⑱(100%未満) 0.1%(2017年⑱) ⑲(100%未満) 0.1%(2017年⑲) ⑳(100%未満) 0.1%(2017年⑳) ㉑(100%未満) 0.1%(2017年㉑) ㉒(100%未満) 0.1%(2017年㉒) ㉓(100%未満) 0.1%(2017年㉓) ㉔(100%未満) 0.1%(2017年㉔) ㉕(100%未満) 0.1%(2017年㉕) ㉖(100%未満) 0.1%(2017年㉖) ㉗(100%未満) 0.1%(2017年㉗) ㉘(100%未満) 0.1%(2017年㉘) ㉙(100%未満) 0.1%(2017年㉙) ㉚(100%未満) 0.1%(2017年㉚) ㉛(100%未満) 0.1%(2017年㉛) ㉜(100%未満) 0.1%(2017年㉜) ㉝(100%未満) 0.1%(2017年㉝) ㉞(100%未満) 0.1%(2017年㉞) ㉟(100%未満) 0.1%(2017年㉟) ㊱(100%未満) 0.1%(2017年㊱) ㊲(100%未満) 0.1%(2017年㊲) ㊳(100%未満) 0.1%(2017年㊳) ㊴(100%未満) 0.1%(2017年㊴) ㊵(100%未満) 0.1%(2017年㊵) ㊶(100%未満) 0.1%(2017年㊶) ㊷(100%未満) 0.1%(2017年㊷) ㊸(100%未満) 0.1%(2017年㊸) ㊹(100%未満) 0.1%(2017年㊹) ㊺(100%未満) 0.1%(2017年㊺) ㊻(100%未満) 0.1%(2017年㊻) ㊼(100%未満) 0.1%(2017年㊼) ㊽(100%未満) 0.1%(2017年㊽) ㊾(100%未満) 0.1%(2017年㊾) ㊿(100%未満) 0.1%(2017年㊿)</p>	<p>(数値) 100% (目標年) 2036年 (データ出典) 「整合性に基づく目標」</p>	<p>患者調査</p>	<p>プロセス</p>	<p>都道府県</p>	<p>国</p>	<p>新規提案</p>	<p>○</p>	<p>AMED「アルコール依存症の実態把握、地域連携による早期介入、回復プログラムの構築に関する研究」</p>

赤文字：主目標項目 赤字：副目標 緑字：調査中の目標 黒字：研究途上の目標

喫煙

取組目標	ベースライン値	目標値	評価に使う情報源 (政府統計の種類等)	階層1 (生活習慣 →アクトブリット→アクトカム)	階層2 (疾病 →基礎的疾患→ 疾病)	評価レベル: 国・ 都道府県・区市町 村・企業・医療保 険者・その他 自記式 (複数回 許可)	テーマ提供者	第2次との関係: 新規提案・改善提 案・同一目標	工ビデンスの 有無 ○:あり ×:なし	補足事項: 以下について補足願います。 ・他国の参考にした取組目標 ・効果に関するエビデンス ・項目の重要性について ・懸念事項 ・「その他」を避けた場合はその中身 ・その他の補足事項
成人の喫煙率の減少 <b>「喫煙をやめたい希望が伸び」</b>	(数値) 総数 16.7% 男 27.1% 女 7.6%  (当該年) 2019年 (データ出典) 国民健康・栄養調査	タロのない社会 (0~4%) (目標年) 2036年  (データ出典) 【整合性に基づく目標】 →(数値)→ 総数 7.4% 男 11.9% 女 3.1% →(目標年)→ 2036年 →(データ出典)→ 国民健康・栄養調査 (たばこをやめた 人が1年未満で減りた割合が喫煙率をやめた 場合を想定)→	厚生労働省「国民健康・栄養調査」 「国民生活基礎調査」	アクトカム	生活習慣	国・都道府県	国	同一	○	厚生労働省「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書 (たばこ白書)」 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf
未成年者の喫煙をなくす	(数値) 5.0% (該当年) 2010年 (データ出典) 乳幼児身体発育調査	(数値) 0% (目標年) 2036年 (データ出典) 【整合性に基づく目標】	※モニタリングのための調査等についての調査 (厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査、JASTIS調査)	アクトカム	生活習慣	国	その他	同一	○	厚生労働省「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書 (たばこ白書)」 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf
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	(数値) 家庭 6.9% 飲食店 29.6% 医療機関 2.9% 行政機関 4.1% 職場 26.1%  (当該年) 2019年 (データ出典) 国民健康・栄養調査	(数値) いずれも0% (目標年) 2036年 (データ出典) 健康日本21第二次目標「望まない受動喫煙のない社会の実現」に基づく	厚生労働省「乳幼児身体発育調査」 2020年に調査が実施されているか? 次の予定は?	アクトカム	生活習慣	国・都道府県	国	同一	○	厚生労働省「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書 (たばこ白書)」 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf
禁煙啓発広告も見つけた者の割合の増加	(数値) 2019年 (データ出典) 国民健康・栄養調査	(数値) 2036年 (データ出典) 国民健康・栄養調査	厚生労働省「国民健康・栄養調査」 「労働安全衛生調査 (実態調査)」	アクトカム	生活習慣	国・都道府県	国	同一	○	厚生労働省「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書 (たばこ白書)」 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000172687.pdf
			※モニタリングのための調査等についての調査 (JASTIS 研究班)	アクトブリット	生活習慣	国	その他	新規提案	○	WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) Article 13 (Tobacco advertising, promotion and sponsorship)

タバコ製品パッケージの警告表示を見た者の割合の増加					アウトプット	生活習慣	国	その他	新規提案	○	WHO FCTC Article 11 (Packaging and labelling of tobacco products)
タバコ製品の広告を見た者の割合の減少					アウトプット	生活習慣	国	その他	新規提案	○	WHO FCTC Article 13 (Tobacco advertising, promotion and sponsorship) Healthy People 2030 TU-22
禁煙相談支援・専門医療機関の利用の増加					アウトプット	生活習慣	国	その他	新規提案	○	WHO FCTC Article 12 (Education, communication, training and public awareness) Healthy People 2030 TU-12, 13
禁煙治療（オンライン、禁煙治療アプリを含む）の実施件数の増加					アウトプット	生活習慣	国、都道府県	国	新規提案	○	
禁煙を試みた者・継続的な禁煙に成功している者の割合の増加					アウトプット	生活習慣	国	その他	新規提案	○	Healthy People 2030 TU-11, TU-14
禁煙アトバイス実施件数の増加（診療・健診・検診・薬局等）					アウトプット	生活習慣	国	その他	新規提案	○	WHO FCTC Article 12 (Education, communication, training and public awareness) Healthy People 2030 TU-12, TU-13
受動喫煙防止条例制定する自治体数の増加					アウトカム	生活習慣	国、都道府県	国	新規提案	○	WHO FCTC Article 8 (Protection from exposure to tobacco smoke) Healthy People 2030 TU-17
受動喫煙防止条例制定する自治体数の増加					アウトプット	生活習慣	国、都道府県・区市町村	国	新規提案	○	WHO FCTC Article 8 (Protection from exposure to tobacco smoke) Healthy People 2030 TU-17

学校・職場・地域・家庭における禁煙啓発活動 (メディアキャンペーンを含む)の実施			各自治体および厚生労働省健康局がん対策・健康増進課による立案	プロセス	生活習慣	国・都道府県・区市町村	国	新規提案	○	WHO FCTC Article 12 (Education, communication, training and public awareness)
禁煙治療受診の促進			各自治体および厚生労働省健康局がん対策・健康増進課による立案	プロセス	生活習慣	国・都道府県・区市町村	その他	新規提案	○	WHO FCTC Article 12 (Education, communication, training and public awareness) Healthy People 2030 TU-12, TU-13
タバコ製品のパッケージにおける警告表示の推進			健康増進法および個別の厚生労働省令	プロセス	生活習慣	国	国	新規提案	○	WHO FCTC Article 11 (Packaging and labelling of tobacco products)
禁煙アドバイス実施の義務付け (診療・健診・検診・薬局等)			各自治体および厚生労働省健康局がん対策・健康増進課による立案	プロセス	生活習慣	国・都道府県・区市町村	その他	新規提案	○	WHO FCTC Article 12 (Education, communication, training and public awareness) Healthy People 2030 TU-12, TU-13
受動喫煙防止政策 (改正健康増進法) の推進			厚生労働省「国民健康・栄養調査」「労働安全衛生調査 (喫煙調査)」	プロセス	生活習慣	国・都道府県	国	新規提案	○	WHO FCTC Article 8 (Protection from exposure to tobacco smoke) Healthy People 2030 TU-18, TU-19, ECBP-DO6
タバコ製品価格およびタバコ税の引き上げ			財務省「たばこ税等に関する資料」 <a href="https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/consumption/d09.htm">https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/consumption/d09.htm</a>	プロセス	生活習慣	国	国	新規提案	○	WHO FCTC Article 6 (Price and tax measures to reduce the demand for tobacco)
タバコ製品の広告・販売・提供に関する規制法の制定			各自治体および厚生労働省健康局がん対策・健康増進課による立案	プロセス	生活習慣	国・都道府県・区市町村	国	新規提案	○	WHO FCTC Article 13 (Tobacco advertising, promotion and sponsorship) Healthy People 2030 TU-22

赤字：主目標項目 赤字：副目標 緑字：開発中の目標 黒字：研究途上の目標



歯・口腔

取組目標	ベースライン値	目標値	評価に使う情報源 (政府統計の種類等)	階層1 (生活習慣 →アウトプット→アウ トカム)	階層2 (疾病予 →評価レベル) ; フォ セブル) ; 生活習慣→ 基礎的病態→疾 病	テーマ提供者	第2次との関係: 新規提案、改善提 案、同一目標	エビデンスの 有無 ○:あり ×:なし	補足事項: 以下について補足願います。 ・他外国の参考にした取組目標 ・効果に関するエビデンス ・項目の重要性について ・懸念事項 ・「その他」に選んだ場合はその中身 ・その他の補足事項
60歳代における咀嚼良好者の割合の増加 (口腔機能の維持・向上)・その健康格差	71.5% (2019年、国民健康・栄養調査)	78.1% (2036年)	国民健康・栄養調査 NDBデータ	アウトカム	国・都道府県・ 区市町村	国	同一&改善提案	○	・咀嚼能力は現在国級に相関 ・60歳代: 2013年、15年、17年、19年の値 (75.0%, 72.6%, 76.2%, 71.5%) は経時的な変化に乏しい。平均値である73.8%から10%ポイントの改善を目標値とした。 ・3つの年齢で別々だった目標を統合する提案 ・現在歯数とOQや死亡・率等との関連の研究が存在 ・5年に1度の調査なので、行政の計画やPDCAに利用しにくい。そのため独自調査を行う自治体もあるが、予算やマンパワーがつかない。歯科検診では多く質問紙で把握する場合は、歯科以外の調査に含めることで把握が容易になる。 ・歯周病の有病率は40歳代以降で高いが、発生率は30歳代で高いため、1次予防に資する目標として重要だと考えられる。 ・10代は、学校保健統計に数字があるが、国民健康・栄養調査との差が大きい(一桁の有病率)ので、目標値をどうするか?
歯の喪失の減少 (80歳で20歯以上、60歳で24歯以上、40歳で喪失歯なし)・その健康格差	80歳代: 80% 60歳代: 90% (2036年)	80歳代: 80% 60歳代: 90% (2036年)	厚生労働省「歯科疾患実態調査」 NDBデータ	アウトカム	国・都道府県・ 区市町村	国	同一&改善提案	○	
10歳代・20歳代・30歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少・その健康格差	20歳代: 21.1% 30歳代: 27.7% (2018年、国民健康・栄養調査)	20歳代: 17.2% 30歳代: 23.3% (2036年)	厚生労働省「国民健康・栄養調査」 NDBデータ	アウトカム	国・都道府県・ 区市町村	国	同一&改善提案	○	
進行した歯周炎を有する者の割合の減少・その健康格差	40歳代: 44.7% 60歳代: 59.4% (2016年、歯科疾患実態調査)	40歳代: 34.9% 60歳代: 49.5% (2036年)	厚生労働省「歯科疾患実態調査」 NDBデータ	アウトカム	国・都道府県・ 区市町村	国	同一&改善提案	○	
うがいが無い者の割合の増加 (3歳、12歳)・その健康格差	3歳: 88.1% 12歳: 70.6% (3歳2019年、12歳2020年、厚生労働省実施状況調べ (3歳児歯科健康診断)、文部科学省「学校保健統計調査」)	3歳: 90.0% 12歳: 90.0% (2036年)	厚生労働省「歯科疾患実態調査」 NDBデータ 況調べ (3歳児歯科健康診断)、文部科学省「学校保健統計調査」	アウトカム	国・都道府県・ 区市町村 (3歳児)	国	同一&改善提案	○	・3歳と12歳で年齢で別々だった目標を統合する提案 ・これまで12歳児は平均歯本数だったが、正解分布していない指標に平均値が適さないことから、3歳と同様の有病率を提案
未如歯や歯がない者の割合の増加 (子供から成人、高齢者まで)・その健康格差	40-49歳: 67.1% 60-69歳: 66.4% (2016年、歯科疾患実態調査)	40-49歳: 79.7% 60-69歳: 80.1% (2036年)	厚生労働省「歯科疾患実態調査」	アウトカム	国	国	新規提案	○	・国際的な指標と整合、日本でも約3割の人が治療をしていない歯を有する。
過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 (20歳以上)・その健康格差	52.9% (2016年、国民健康・栄養調査)	78.3% (2036年)	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	アウトプット	国・都道府県・ 区市町村	国	同一	○	・治療により歯周炎や歯の減少につながる ・1次予防にもつながる
歯ブラシを用いた歯みがきに加えデンタルフロスや歯間ブラシを使う者の割合の増加・その健康格差	39.2% (2016年、歯科疾患実態調査)	43.1% (2036年)	厚生労働省「歯科疾患実態調査」	アウトプット	国	国	新規提案	○	子どもから高齢者まで歯予防のエビデンスがある
フッ化物応用の経験がある者の割合の増加・その健康格差	塗布: 61.8% 歯磨剤: 60.9% 洗口: 12.6% (2016年、歯科疾患実態調査)	塗布: 74.7% 歯磨剤: 70.0% 洗口: 13.9% (2036年)	厚生労働省「歯科疾患実態調査」	アウトプット	国	国	新規提案	○	
菓子類の減少・その健康格差	菓子類: 25.7g 料: 135.8g (2019年、国民健康・栄養調査)	菓子類: 21.5g 料: 109.8g (2036年)	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	アウトプット	国・都道府県・ 区市町村	国	新規提案	○	
喫煙をしない者の割合の増加・その健康格差	83.3% (2019年、国民健康・栄養調査)	91.6% (2036年)	厚生労働省「国民健康・栄養調査」	アウトプット	国・都道府県・ 区市町村	国	新規提案	○	喫煙は歯周病のリスク
障害者支援施設及び障害児入所施設での定期的な歯科検診実施率の増加	62.9% (2016年、厚生労働科学特別研究)	22.8% (2036年)	厚生労働科学特別研究 (*定期的統計調査ではない)	アウトプット	国・都道府県・ 区市町村	国	新規提案	○	歯科口腔保健の推進に関する基本的事項に設定されている項目
集団フッ化物洗口を実施している幼稚園・保育園・学校の増加	13.2% (2018年、厚生労働省「各都道府県におけるフッ化物洗口の実施状況について (平成30年度) )	42.2% (2036年)	2018年: 厚生労働省「各都道府県におけるフッ化物洗口の実施状況について (平成30年度) ) 日本お歯予防委員会 歯研歯研「集団洗口状況の実態調査」	アウトプット	都道府県	その他	新規提案	○	厚生労働省からガイドラインが出されており、う蝕とその健康格差の減少の報告がある

自治体での歯科医師・歯科衛生士の配置は極めて少なく、全く配置のない自治体も多 い	○	新規提案	国	都道府県・市町村	プロジェクト	厚生労働省「地域 保健・健康増進事 業報告」	都道府県：歯科医師82.0%、歯科衛 生士100% 市区町村：歯科医師1.8%、歯科衛生 士4.5% (2036年)	都道府県：歯科医師68.1%、歯科衛 生士95.7% 市区町村：歯科医師1.6%、歯科衛生 士3.6% (2019年、地域保健・健康増進事業報 告)
---	---	------	---	----------	--------	------------------------------	---	---

赤文字：主目標項目 赤字：副目標 緑字：前掲中の目標 黒字：研究途上の目標

前回からの削減（健康日本21（第二次）からの削減はなし（年齢を合算して項目を減らしたため））

3歳児で不正咬合等が認められる者の割合の減 少、その健康格差	○	新規提案	国	国、都道府県、区 市町村	アウトカム	地域保健・健康増 進事業報告	14% (2019年、厚生労働省実施状況 調べ (3歳児歯科健康診査))	10% (2036年)	歯科口腔保健の推進に関する基本的事項に設定されている項目 3歳での減少させるための方策はあるのか？ またこれにより防げる疾病負担はどの程度な のか？ (3歳までの指しゃぶりやめめる指導介入で減らしたというエビデンスはあるのか？ 指しゃぶりをやめる介入で、どの程度の将来のメカクがあるのか (びれくさい割合の子ど もが指しゃぶりの程度より、介入でどの程度防げるのか？) )。ないのであれば、まずは 研究を充実させて、対象年齢など、現実的な設定を考へるべきでは？
健康経営に歯科保健を含める企業の割合の増 加 (歯科検診の実施や自動販売機での清涼飲 料水を販売しない、禁煙環境を整備している)	○	新規提案	国	上場企業	アウトカム	健康経営度調査	大規模法人：41.9% (2020年、健康経営度調査)	95% (2036年)	64歳以下での疾病別の国民医療費で歯科疾患は最大 う蝕や肥満のリスクである清涼飲料水を減らす、また歯周病のリスクである喫煙を減らす、 環境対策のために
歯科口腔保健の推進に関する家例を制定して いる都道府県の増加	○	新規提案	国	都道府県・市町村	プロジェクト	8020推進財団 「都道府県歯科保 健康条例制定マップ 」	都道府県：95.7%(45道県)、市区 町村：9.6%(166市区町村) (都道府県：2021年、市区町村： 2020年、8020推進財団「都道府県歯 科保健条例制定マップ」)	100% (2036年)	歯科口腔保健の推進に関する基本的事項に設定されている項目
受動喫煙防止などタバコ政策に関する条例を制 定している自治体の割合の増加	○	新規提案	国	都道府県・市町村	プロジェクト	厚生労働省健康 局健康課調べ	14% (調べ)	100% (2036年)	歯周病のリスク要因であるタバコへの曝露を減少させる環境対策のために
水道法の水質基準内での、 う蝕が抑制される濃度の水道水の地域の割合の 増加	○	新規提案	国	市町村	プロジェクト	日本水道協会水 道統計	0.5ppmF以上の浄水場の個数：26 (2013年、水道統計)	50 (2036年)	日本の水道水に自然に入っているフッ化物濃度でもう蝕予防の報告があり、フッ化物濃 度調整に対しては厚生労働省から技術的支援が行えることが示されている
介護老人福祉施設及び介護老人保健施設での 定期的な歯科検診実施率の増加	○	新規提案	国	市町村	プロジェクト	厚生労働科学特 別研究 (* 定期 的な統計調査では ない)	19.0% (2016年、厚生労働科学特別研究)	22.8% (2036年)	歯科口腔保健の推進に関する基本的事項に設定されている項目 健康日本21というよりも、介護・訪問診療の方向性で進められている