

第1回 次期国民健康づくり運動 プラン策定専門委員会

日時：平成23年11月25日（金）
9:00～12:00
場所：航空会館 501、502

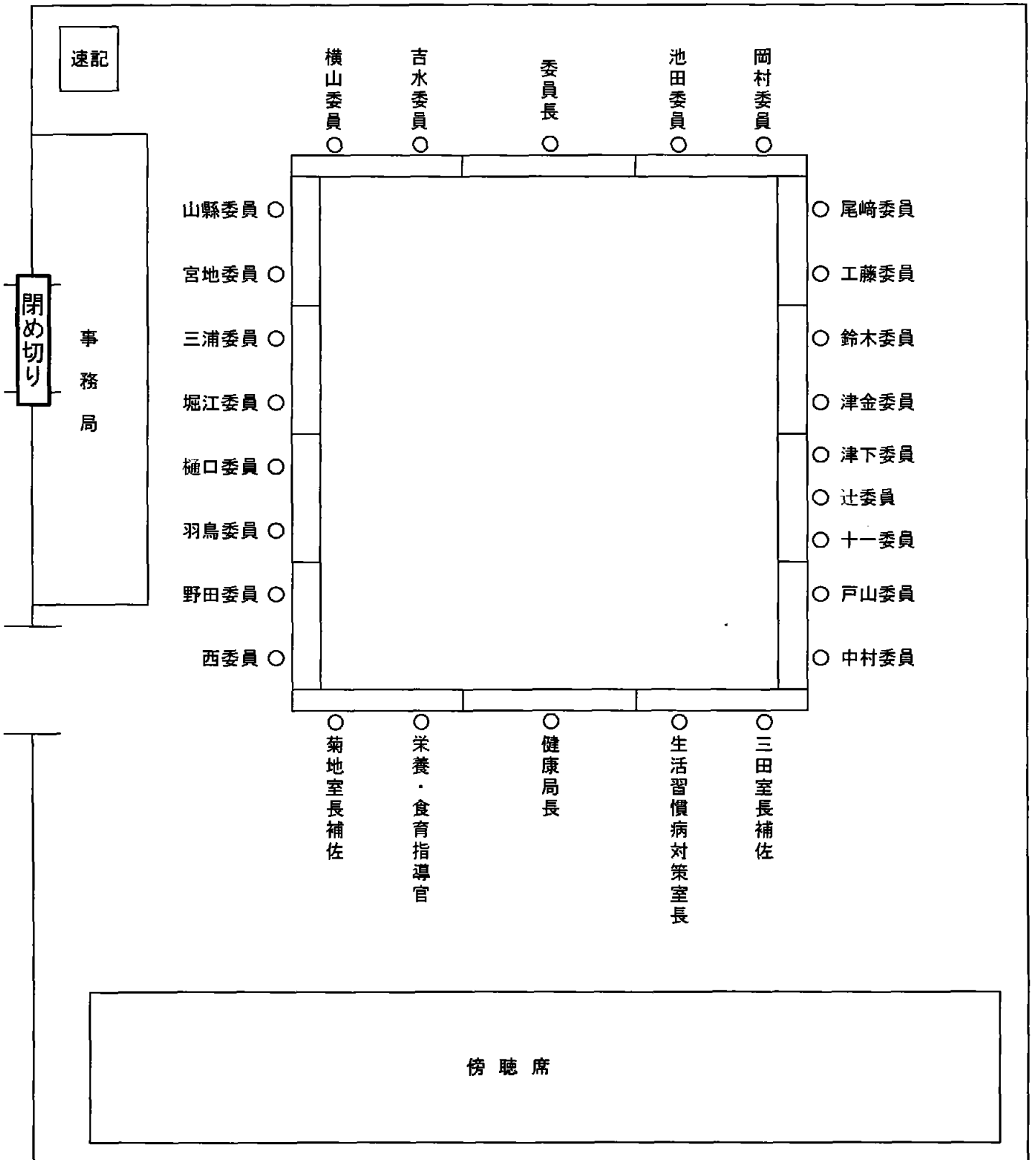
議事次第

○ 議題

1. 次期国民健康づくり運動プランの目的及び基本的な方向について
2. 次期国民健康づくり運動プランにおける目標設定の考え方について
3. その他

第1回 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 座席表

日時:平成23年11月25日(金)9:00~12:00
会場:航空会館501+502会議室



○ 配付資料一覧

資料1 次期国民健康づくり運動のプラン策定に向けた検討の進め方

資料2 健康づくり対策の流れ

資料3 「健康日本21」最終評価 概要

資料4 次期国民健康づくり運動プランの見直しの方向性（案）

資料5 健康づくりに関連した日本の社会経済、人口構造等の状況

資料6 第1回次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 論点メモ

資料7 第1回次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 論点メモに対するご意見（例）

資料8 次期国民健康づくり運動プラン策定に関する意見聴取の進め方（案）

資料9 次期国民健康づくり運動に関する委員提出資料

参考資料1 厚生科学審議会関係規程等

参考資料2 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

参考資料3 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について

次期国民健康づくり運動のプラン策定に向けた検討の進め方

- ・ 平成25年度から開始する予定である次期国民健康づくり運動のプラン（以下「次期プラン」という。）策定に向けた検討は、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会（以下「部会」という。）において行うこととし、最終的には、次期プラン（基本方針）案については、部会に対する諮問・答申により取りまとめることとする。
- ・ また、部会における検討に当たっては、現在の健康日本21において設定された各分野のほか、新たに設定すべき分野や評価手法などに係る具体的なデータ収集、評価指標や目標値等の検討などの作業が必要であることから、部会の下に、関係する分野の有識者や専門家による専門委員会を設置し、部会と連携しながら検討作業を進める。
- ・ なお、専門委員会を設置するため、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会運営細則を新たに定めることとする。

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会次期国民健康づくり運動プラン 策定専門委員会設置要綱

(次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会委員長決定)

1. 目 的

急速な人口の高齢化や生活習慣の変化に伴う疾病構造の変化に対応し、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、平成12年より「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を策定し、平成24年度までを運動期間として取組が進められてきた。

この健康日本21においては、各分野ごとに個別に設定された健康づくりの目標や関連する取組・施策の達成度の評価を行い、その結果を取りまとめたところである。

こうした健康日本21の評価の結果や、国民の健康を取り巻く現状や課題等を踏まえ、平成25年度から開始予定の次期国民健康づくり運動のプラン策定に向けて、必要な作業を行うため、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会に「次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会」を設置する。

2. 検討事項

次期国民健康づくり運動プランに盛り込むべき目的や理念、目標などの在り方、運動の推進方策などに関する検討等。

3. 構 成

- (1) 専門委員会の委員は別紙のとおりとする。なお、専門の事項について検討を行うため、必要があるときは、委員会の下にワーキンググループを置くことができる。
- (2) 委員長は、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会運営細則（平成23年10月14日地域保健健康増進栄養部会長決定）第3条に従い、専門委員会委員の中から部会長が指名する。
- (3) 委員長に事故があるときは、専門委員会委員のうちからあらかじめ委員長が指名したものがその職務を行う。

4. 委員会の運営等

- (1) 専門委員会は委員長が招集する。なお、審議の必要に応じ、適当と認める有識者等を参考人として招致することができる。
- (2) 専門委員会の議事は公開とする。ただし、特段の事情がある場合には、委員長の判断により、会議、議事録及び資料を非公開とすることができる。
- (3) 専門委員会の庶務は、健康局総務課生活習慣病対策室において総括し、及び処理する。

次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会委員名簿

(50音順・敬称略)

氏名	所属
池田俊也	国際医療福祉大学大学院教授
岡村智教	慶應義塾大学医学部教授
尾崎哲則	日本大学歯学部教授
工藤翔二	公益財団法人結核予防会複十字病院長
熊坂義裕	盛岡大学栄養科学部教授
新開省二	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 研究部長（社会参加と地域保健研究チーム）
鈴木隆雄	独立行政法人国立長寿医療研究センター研究所長
津金昌一郎	独立行政法人国立がん研究センター がん予防・検診研究センター予防研究部長
辻一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
津下一代	あいち健康の森健康科学総合センター長
十一元三	国立大学法人京都大学大学院医学研究科教授
戸山芳昭	慶應義塾大学医学部教授
中村正和	財団法人大阪府保健医療財団大阪府立健康科学センター健康生活推進部長
西信雄	独立行政法人国立健康・栄養研究所国際産学連携センター長
野田光彦	独立行政法人国立国際医療研究センター糖尿病・代謝症候群診療部長
羽鳥裕	社団法人神奈川県医師会理事
樋口進	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター院長
堀江正知	産業医科大学産業生態科学研究所所長
三浦宏子	国立保健医療科学院統括研究官
宮地元彦	独立行政法人国立健康・栄養研究所健康増進研究部長
村山伸子	新潟医療福祉大学健康科学部健康栄養学科教授
山縣然太郎	国立大学法人山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座教授
湯澤直美	立教大学コミュニティ福祉学部教授
横山徹爾	国立保健医療科学院生涯健康研究部長
吉水由美子	伊藤忠ファッションシステム（株） ブランディング第1グループクリエイションビジネスユニット マネージャー

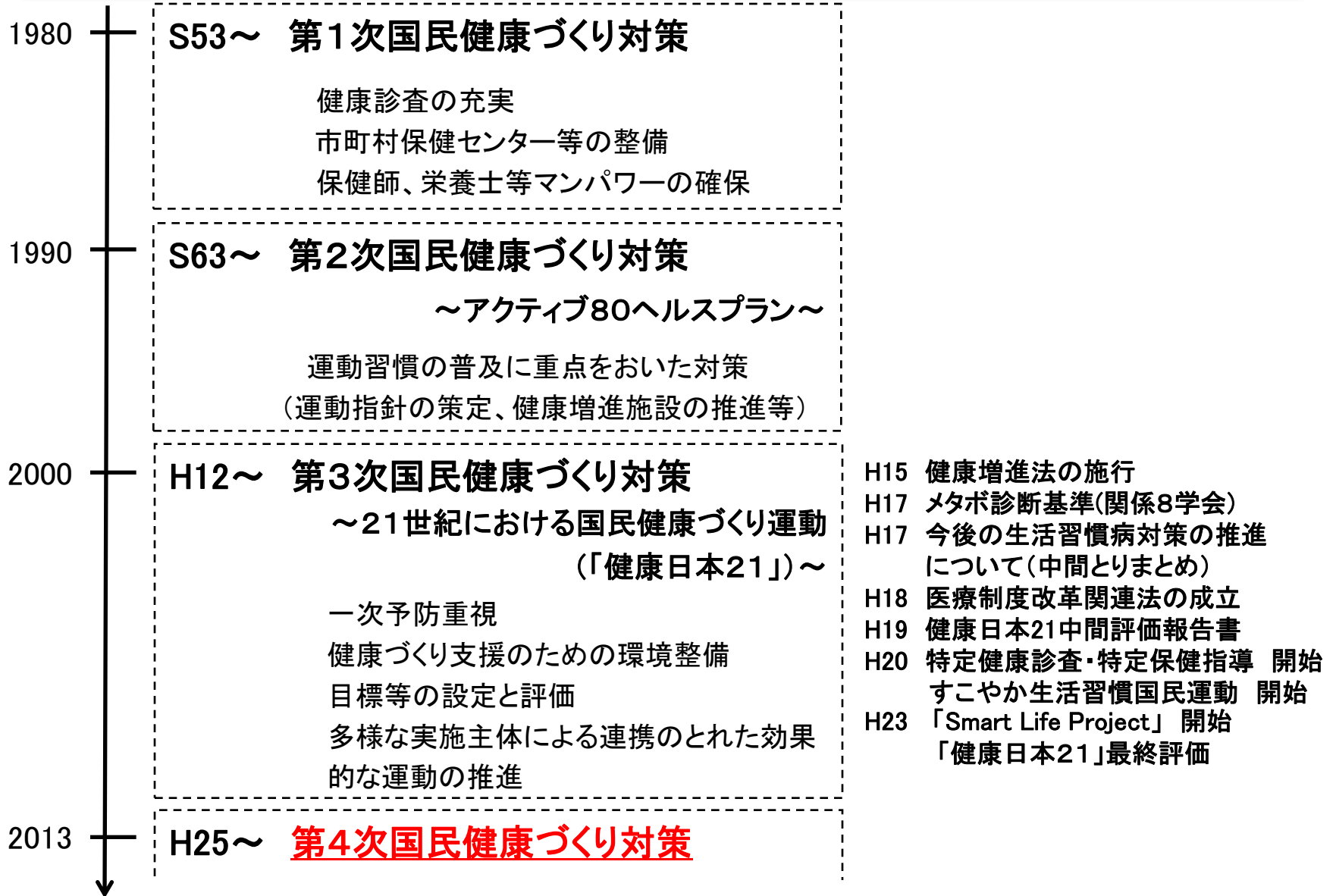
次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会の今後の日程（案）

- 第1回：平成23年11月25日（金）
内 容：目的、基本的な方向及び目標について
- 第2回：平成23年12月7日（水）
内 容：目的、基本的な方向及び目標について
- 第3回：平成24年1月12日（木）
内 容：次期国民健康づくり運動プランの骨子（中間とりまとめ）（案）
- 第4回：平成24年2月15日（水）
内 容：次期国民健康づくり運動プラン（素案）
- 第5回：平成24年3月19日（月）
内 容：次期国民健康づくり運動プラン最終（諮問）案

<参考>厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の今後の日程（案）

- 第30回：平成23年10月14日（金）（開催済み）
- 第31回：平成23年12月21日（水）
- 第32回：平成24年1月23日（月）
- 第33回：平成24年2月28日（水）
- 第34回：平成24年4月下旬～5月下旬 頃
内 容：次期国民健康づくり運動プラン（基本的方針）案の諮問・答申

健康づくり対策の流れ



I はじめに（健康日本 2 1 の策定と経過など）

- 「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本 2 1）」は、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸等の実現を目的とし、平成22年度を目途とした具体的な目標を提示すること等により、関係機関・団体等を始めとして、国民が一体となって取り組む健康づくり運動（運動期間は平成12年度から平成24年度まで）である。平成19年4月に中間評価報告書を取りまとめた。

II 最終評価の目的と方法

- 健康日本 2 1 の評価は、平成22年度から最終評価を行い、その評価を平成25年度以降の運動の推進に反映させることとしている。（平成23年3月から「健康日本 2 1 評価作業チーム」を計6回開催し、評価作業を行ってきた。）
- 健康日本 2 1 では9分野の目標（80項目、うち参考指標1項目及び再掲21項目を含む。）を設定している。これらの目標の達成状況や関連する取組の状況の評価などを行った。

III 最終評価の結果

1 全体の目標達成状況等の評価

- ・ 9つの分野の全指標 80 項目のうち、再掲 21 項目を除く 59 項目の達成状況は次のとおり。Aの「目標値に達した」とBの「目標値に達していないが改善傾向にある」を合わせ、全体の約6割で一定の改善がみられた。

評価区分（策定時* の値と直近値を比較）	該当項目数＜割合＞
A 目標値に達した	10項目＜16.9％＞
B 目標値に達していないが改善傾向にある	25項目＜42.4％＞
C 変わらない	14項目＜23.7％＞
D 悪化している	9項目＜15.3％＞
E 評価困難	1項目＜1.7％＞
合計	59項目＜100.0％＞

* 中間評価時に設定された指標については、中間評価時の値と比較

【主なもの】

- A：メタボリックシンドロームを認知している国民の割合の増加、高齢者で外出について積極的態度をもつ人の増加、80歳で20歯以上・60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加 など
- B：食塩摂取量の減少、意識的に運動を心がけている人の増加、喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及、糖尿病やがん検診の促進 など
- C：自殺者の減少、多量の飲酒する人の減少、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少、高脂血症の減少 など
- D：日常生活における歩数の増加、糖尿病合併症の減少 など
- E：特定健康診査・特定保健指導の受診者数の向上（平成20年からの2か年のデータに限定されるため）

2 分野別の評価

- ・ 各分野（栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がん）の指標項目ごとに達成状況と評価、指標に関連した施策、今後の課題を取りまとめた。（特に直近実績値に係るデータ分析や課題などについて、コメントを加え、評価の理由やポイントについて分かりやすく示した。）

3 取組状況の評価

- ・自治体における健康増進計画の策定状況は、都道府県 100 %、市町村 76 %であった。
- ・98 %の都道府県で健康増進計画の評価を行う体制があり、中間評価も実施されていたが、市町村では約半数であった。また、健康増進施策の推進体制については、98 %の都道府県で関係団体、民間企業、住民組織が参加する協議会・連絡会等の体制があり、市町村でも7割弱を占めた。
- ・都道府県の健康増進施策の取組状況については、9分野のうち「充実した」と回答した割合が高かったのは、がん(89%)、たばこ(83%)など、50%を下回ったのはアルコール(23%)と循環器病(43%)であった。目標達成の状況は、今後の各自治体での最終評価の状況を踏まえた整理が必要である。
- ・市町村で各分野の代表項目で「充実した」と回答した割合が高かったのは、がん検診の受診者の増加(66%)、特定健康診査・特定保健指導の受診者数の向上(61%)などであった。
- ・健康日本21推進全国連絡協議会の加入会員団体で、取組体制について担当者を決めたとする団体は81%と高く、他の機関や団体との連携や年度ごとに計画を立てた取組の実施も6割を超えた。

IV おわりに(次期国民健康づくり運動に向けて)

1 次期運動方針の検討の視点

- ① 日本の特徴を踏まえ10年後を見据えた計画の策定
- ② 目指す姿の明確化と目標達成へのインセンティブを与える仕組みづくり
- ③ 自治体等関係機関が自ら進行管理できる目標の設定
- ④ 国民運動に値する広報戦略の強化
- ⑤ 新たな理念と発想の転換

2 次期運動の方向性

- ① 社会経済の変化への対応
 - ・家族・地域の絆の再構築、助け合いの社会の実現(東日本大震災からの学び等)
 - ・人生の質(幸せ・生活満足度等)の向上
 - ・全ての世代の健やかな心を支える社会の在り方の再構築 など
- ② 科学技術の進歩を踏まえた効果的なアプローチ
 - ・進歩する科学技術のエビデンスに基づいた目標設定
 - ・個々の健康データに基づき地域・職域の集団をセグメント化し、それぞれの対象に応じて確実に効果があがるアプローチを展開できる仕組み
 - ・最新技術の発展を視野に入れた運動の展開
- ③ 今後の新たな課題(例)
 - ・休養・こころの健康づくり(睡眠習慣の改善、働く世代のうつ病の対策)
 - ・将来的な生活習慣病発症の予防のための取組の推進
 - ・高齢者、女性の健康
 - ・肺年齢の改善(COPD、たばこ) など

健康日本21の各目標項目における評価

A: 目標値に達した(10項目、再掲除く)

目標項目:1. 15	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)を認知している国民の割合の増加
目標項目:2. 4	外出について積極的な態度をもつ人の増加 [運動習慣者の割合]
目標項目:2. 5	何らかの地域活動を実施している者の増加 [地域活動を実施している人]
目標項目:3. 2	睡眠による休養を十分にとれていない人の減少 [とれない人の割合]
目標項目:6. 2	フッ化物歯面塗布を受けたことのある幼児の増加 [を受けたことのある幼児の割合(3歳)]
目標項目:6. 7	進行した歯周炎の減少 [有する人の割合]
目標項目:6. 11	80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加 [自分の歯を有する人の割合]
目標項目:6. 12	定期的な歯石除去や歯面清掃を受ける人の増加 [過去1年間に受けた人の割合]
目標項目:6. 13	定期的な歯科検診の受診者の増加 [過去1年間に受けた人の割合]
目標項目:7. 6	糖尿病有病者の減少(推計)

B: 目標値に達していないが改善傾向にある(25項目、再掲除く)

目標項目:1. 3	食塩摂取量の減少 [1日当たりの平均摂取量]
目標項目:1. 8	量、質ともに、きちんとした食事をする人の増加 [1日最低1食、きちんとした食事を、家族等2人以上で楽しく、30分以上かけてとる人の割合]
目標項目:1. 9	外食や食品を購入する時に栄養成分表示を参考にする人の増加 [参考にする人の割合]
目標項目:1. 10	自分の適正体重を維持することのできる食事量を理解している人の増加 [理解している人の割合]
目標項目:1. 12	ヘルシーメニューの提供の増加と利用の促進 [提供数、利用する人の割合]
目標項目:2. 1	意識的に運動を心がけている人の増加 [意識的に運動をしている人の割合]
目標項目:2. 7	安全に歩行可能な高齢者の増加 [開眼片脚起立時間20秒以上に該当する人の増加]
目標項目:4. 1	喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及 [知っている人の割合]
目標項目:4. 2	未成年者の喫煙をなくす [喫煙している人の割合]
目標項目:4. 3	公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及 [分煙を実施している割合]
目標項目:4. 4	禁煙支援プログラムの普及 [禁煙支援プログラムが提供されている市町村の割合]
(参考指標) 目標項目:4. 5	喫煙をやめたい人がやめる 参考
目標項目:5. 2	未成年者の飲酒をなくす [飲酒している人の割合]
目標項目:6. 1	う歯のない幼児の増加 [う歯のない幼児の割合(3歳)]
目標項目:6. 4	一人平均う歯数の減少 [1人平均う歯数(12歳)]
目標項目:6. 5	学童期におけるフッ化物配合歯磨剤の使用の増加 [使用している人の割合]
目標項目:6. 6	個別的な歯口清掃指導を受ける人の増加 [過去1年間に受けたことのある人の割合]
目標項目:6. 8	歯間部清掃器具の使用の増加 [使用する人の割合]
目標項目:7. 4	糖尿病検診の受診の促進 [受けている人の数]
目標項目:7. 5	糖尿病検診受診後の事後指導の推進 [受けている人の割合]
目標項目:7. 7	糖尿病有病者の治療の継続 [治療継続している人の割合]
目標項目:8. 5	高血圧の改善(推計) 参考
目標項目:8. 10	健康診断を受ける人の増加 [検診受診者の数]
目標項目:8. 11	生活習慣の改善等による循環器病の減少(推計)
目標項目:9. 7	がん検診の受診者の増加 [検診受診者数]

C: 変わらない(14項目、再掲除く)

目標項目:1. 1	適正体重を維持している人の増加 [肥満者等の割合]
目標項目:1. 2	脂肪エネルギー比率の減少 [1日当たりの平均摂取比率]
目標項目:1. 4	野菜の摂取量の増加 [1日当たりの平均摂取量]
目標項目:1. 6	自分の適正体重を認識し、体重コントロールを実践する人の増加 [実践する人の割合]
目標項目:1. 11	自分の食生活に問題があると思う人のうち、食生活の改善意欲のある人の増加 [改善意欲のある人の割合]
目標項目:1. 13	学習の場の増加と参加の促進 [学習の場の数、学習に参加する人の割合]
目標項目:1. 14	学習や活動の自主グループの増加 [自主グループの数]
目標項目:2. 3	運動習慣者の増加 [運動習慣者の割合]
目標項目:3. 4	自殺者の減少 [自殺者数]
目標項目:5. 1	多量に飲酒する人の減少 [多量に飲酒する人の割合]
目標項目:5. 3	「節度のある適度な飲酒」の知識の普及 [知っている人の割合]
目標項目:6. 3	間食として甘味食品・飲料を頻回飲食する習慣のある幼児の減少 [習慣のある幼児の割合(1歳6ヶ月児)]
目標項目:7. 10	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者・予備群の減少 [メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者・予備群の人数(40~74歳)]
目標項目:8. 7	高脂血症の減少 [高脂血症の人の割合]

D: 悪化している(9項目、再掲除く)

目標項目:1. 5	カルシウムに富む食品の摂取量の増加 [1日当たりの平均摂取量(成人)]
目標項目:1. 7	朝食を欠食する人の減少 [欠食する人の割合]
目標項目:2. 2	日常生活における歩数の増加 [日常生活における歩数]
目標項目:2. 6	日常生活における歩数の増加 [日常生活の歩数]
目標項目:3. 1	ストレスを感じた人の減少 [ストレスを感じた人の割合]
目標項目:3. 3	睡眠の確保のために睡眠補助品やアルコールを使うことのある人の減少 [睡眠補助品等を使用する人の割合]
目標項目:8. 2	カリウム摂取量の増加 [1日当たりの平均摂取量]
目標項目:9. 4	1日の食事において、果物類を摂取している者の増加 [摂取している人の割合]

E: 評価困難(1項目、再掲除く)

目標項目:7. 11	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上
------------	--

次期国民健康づくり運動プランの見直しの方向性（案）

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15年4月30日 厚生労働省告示第195号）	次期国民健康づくり運動プラン（基本的な方針案） ※見直しの視点等
<p>○前文 ～ 方針の趣旨・目的</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目指す姿～すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会 ・目的～壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上 ・趣旨～国民の健康（心身の健康）の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を示すもの 	<p>※目指す姿は、10年後を見据えどう考えるか。</p> <p>※目的は、左の3項目のほか、追加すべきものがないか。</p> <p>※方針の対象期間や評価時期などを盛り込んでどうか。（対象期間～10年間＜H25.4.1～H35.3.31＞、評価時期～中間評価（5年度目）、最終評価（最終年度））</p>
<p>第一 国民の健康の増進の推進の基本的な方向</p> <p>一 一次予防の重視</p> <ul style="list-style-type: none"> ・従来の疾病対策の中心であった二次予防や三次予防にとどまることなく、一次予防に重点を置いた対策を推進 <p>二 健康増進の支援のための環境整備</p> <p>1 社会全体による支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家庭、地域、職場等を含めた社会全体が、個人の取組を支援することが重要 <p>2 休日及び休暇の活用の促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人の休日等における健康づくり活動の支援や健康休暇の普及促進等の環境整備が必要 <p>三 目標の設定と評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・科学的根拠に基づく具体的目標の設定や目標到達のための諸活動の成果の適切な評価が必要 <p>四 多様な関係者による連携のとれた効果的な健康増進の取組の推進</p> <p>1 多様な経路による情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国民に対する十分かつ的確な情報提供が重要。このため、多様な経路によりきめ細かな情報提供の推進が必要 <p>2 ライフステージや性差等に応じた健康増進の取組の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者の特性やニーズ等を十分に把握し、ライフステージや性差に応じた健康課 	<p>※基本的な方向として盛り込むべき事項についてどう見直すか。（項目の追加や順番の変更などを行うか。）</p>

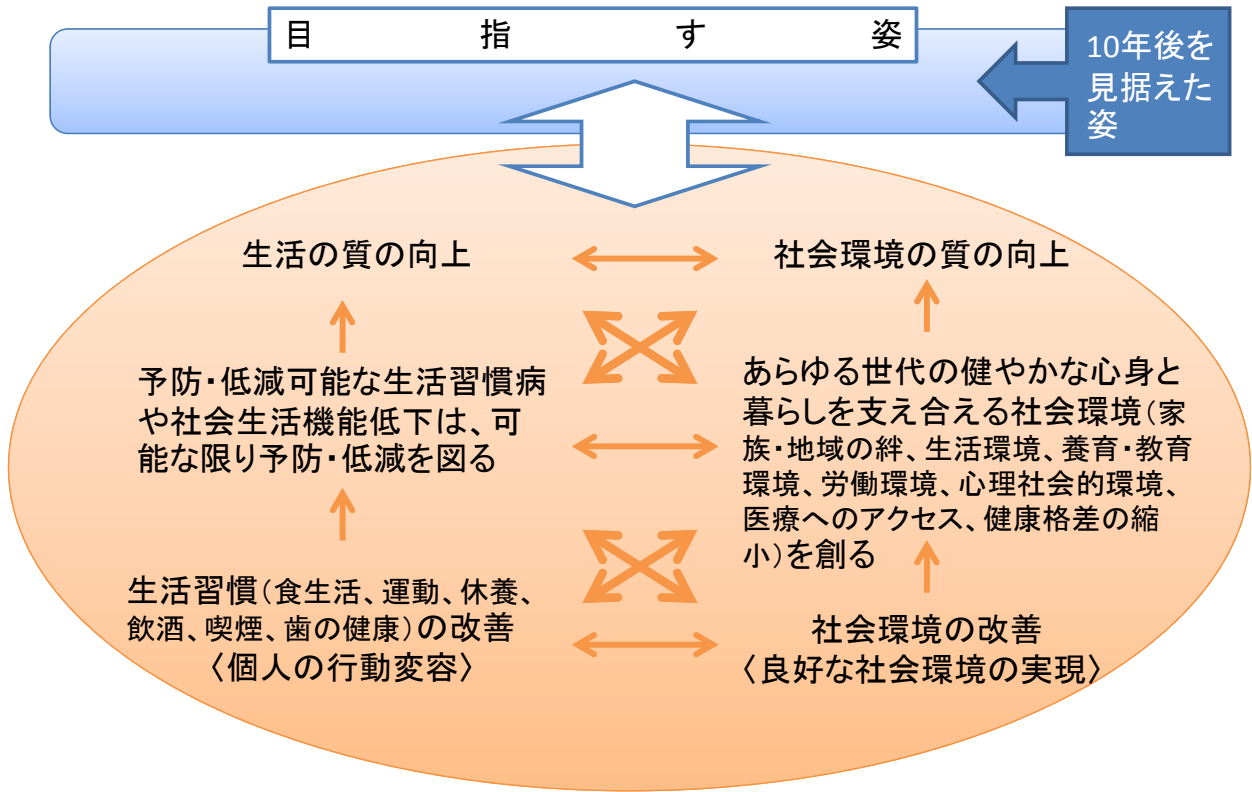
<p>題に対して配慮しつつ、乳幼児期からの健康増進の取組を効果的に推進することが重要</p> <p>3 多様な分野における連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働行政分野における健康増進に関する対策のみならず、学校保健対策やまちづくり対策、障害スポーツ分野における対策等、関係行政分野、機関等との十分な連携が必要 ・国、都道府県、市町村及び特別区、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者間の相互の連携も必要 	
<p>第二 国民の健康の増進の目標に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国～健康増進についての全国的な目標を設定し、広く周知するとともに、継続的に健康指標の推移等の調査・分析を行い、結果情報を還元することで国民の取組を支援 ・地方公共団体～全国的な目標を参考に、実情に応じ、関係者間で共有されるべき目標を設定 ・地域、職場、学校、個人等～これらの目標を参考としつつ、地域等の実情に応じて目標を設定し、そのための計画を策定することが望まれる。 	<p>※主要な指標について数値目標として盛り込んでどうか。</p> <p>※国、地方公共団体、地域等の役割などについて、変更・充実すべき点があるか。</p>
<p>第三 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 健康増進計画の目標設定 二 計画策定に当たって留意すべき事項 <p>第四 国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 健康増進に関する施策を実施する際の調査の活用 二 健康の増進に関する研究の推進 <p>第五 健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項</p> <p>第六 食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 基本的考え方 二 健康増進普及月間 <p>第七 その他国民の健康の増進に関する重要事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 国民の健康増進の推進体制整備 二 民間事業者等との連携 三 健康増進を担う人材 	<p>※現行を基本としつつ、変更・充実すべき点があるか。</p>

※現行の告示の柱立て（第一から第七まで）は、健康増進法第7条第2項各号に掲げる「基本方針に定める事項」に基づくもの。

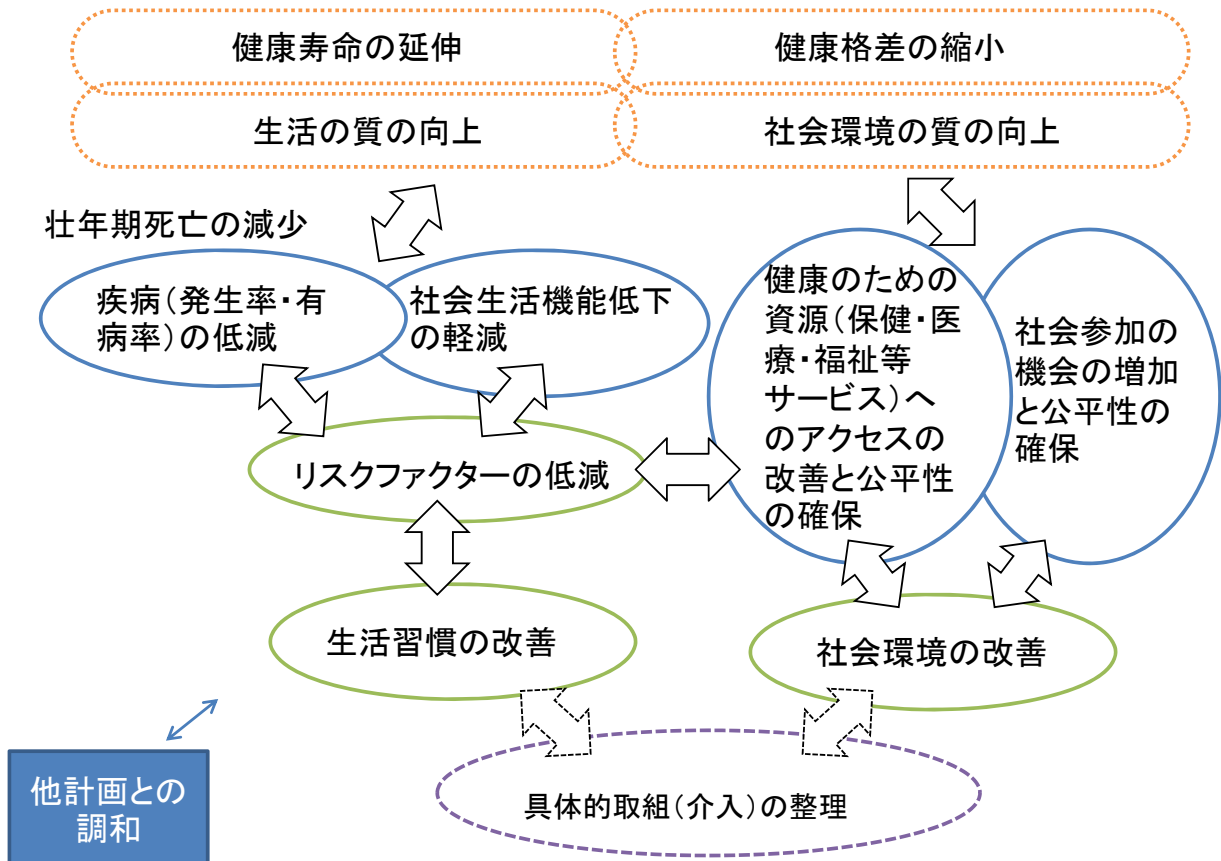
(参考)

次期プラン策定の枠組(案)

— 個人の行動変容と良好な社会環境の実現を通して、生活と社会環境の両者の質の向上を図る —



次期プランの目標設定の考え方(例)

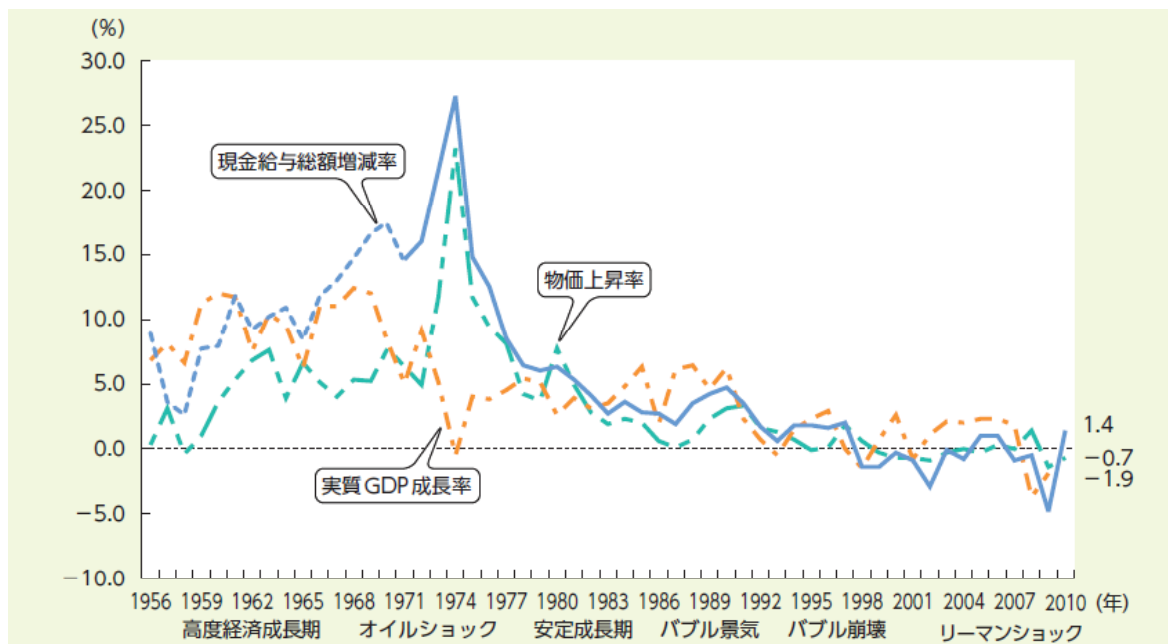


健康づくりをめぐる 日本の社会経済、人口構造等の状況

経済・働き方

○実質GDP成長率は高度経済成長期には6～10%超、オイルショックで急激に物価が上昇。

実質GDP成長率、物価上昇率、現金給与総額の増減率

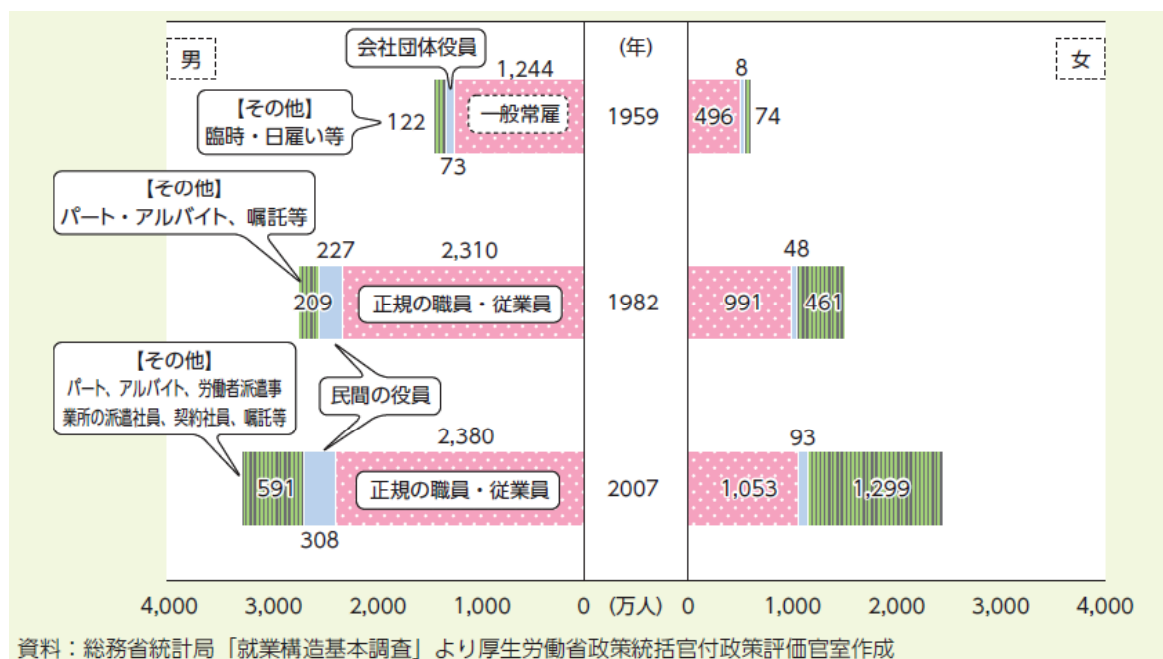


資料：内閣府「国民経済計算」、総務省統計局「消費者物価指数」、厚生労働省大臣官房統計情報部「毎月勤労統計調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
 (注) 現金給与総額増減率について、1970年までは製造業かつ事業所規模30人以上、1971年以降は全産業の平均かつ事業所規模30人以上。

資料：平成23年版 厚生労働白書

○女性の半数以上が非正規雇用であり、近年は男性も非正規雇用の割合が増加。

雇用形態別雇用者の変化

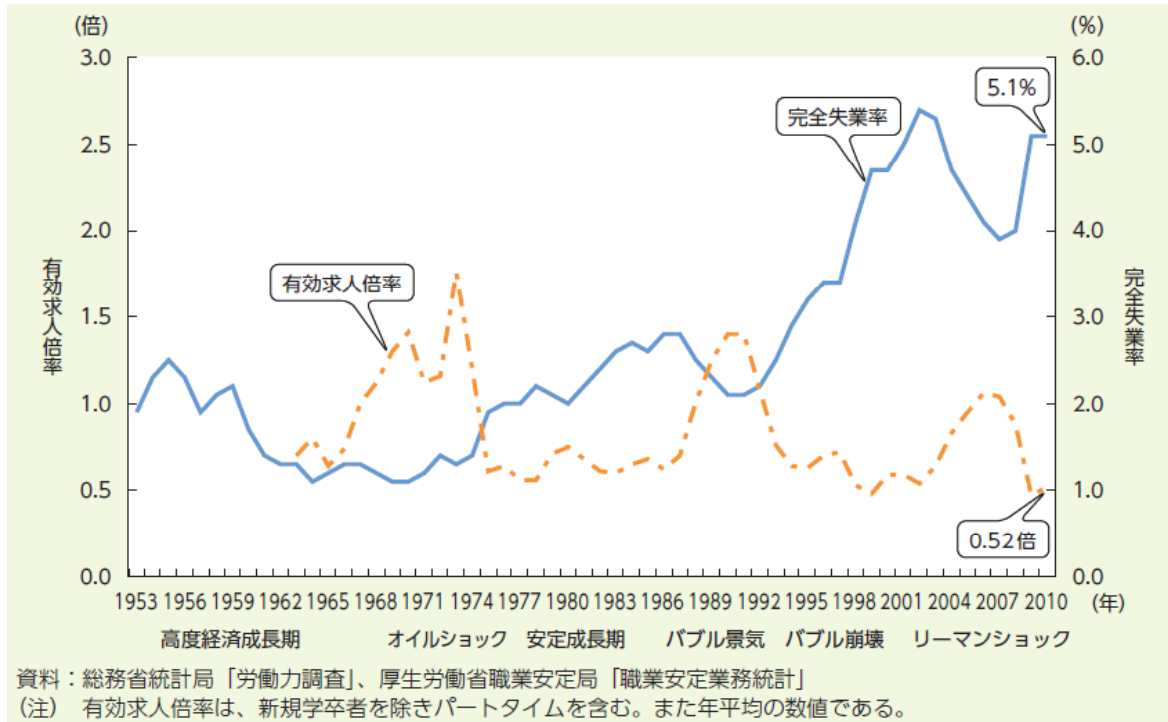


資料：総務省統計局「就業構造基本調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

資料：平成23年版 厚生労働白書

○完全失業率は1%前後で1970年代まで推移、近年急激に上昇。

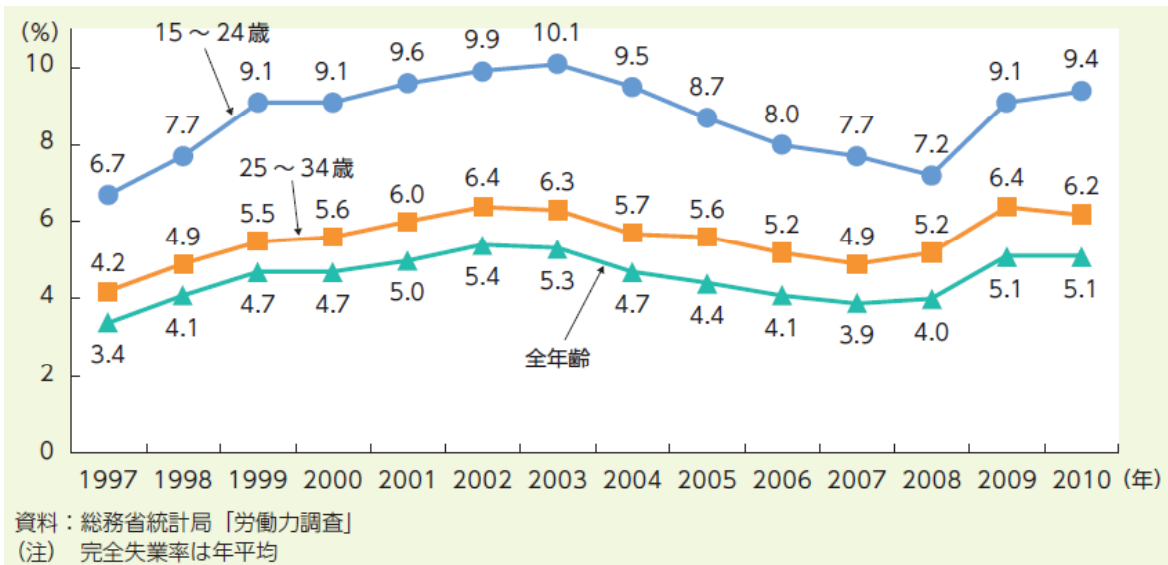
完全失業率と有効求人倍率の推移



資料：平成23年版 厚生労働白書

○若年者の完全失業率は依然として厳しい状況。

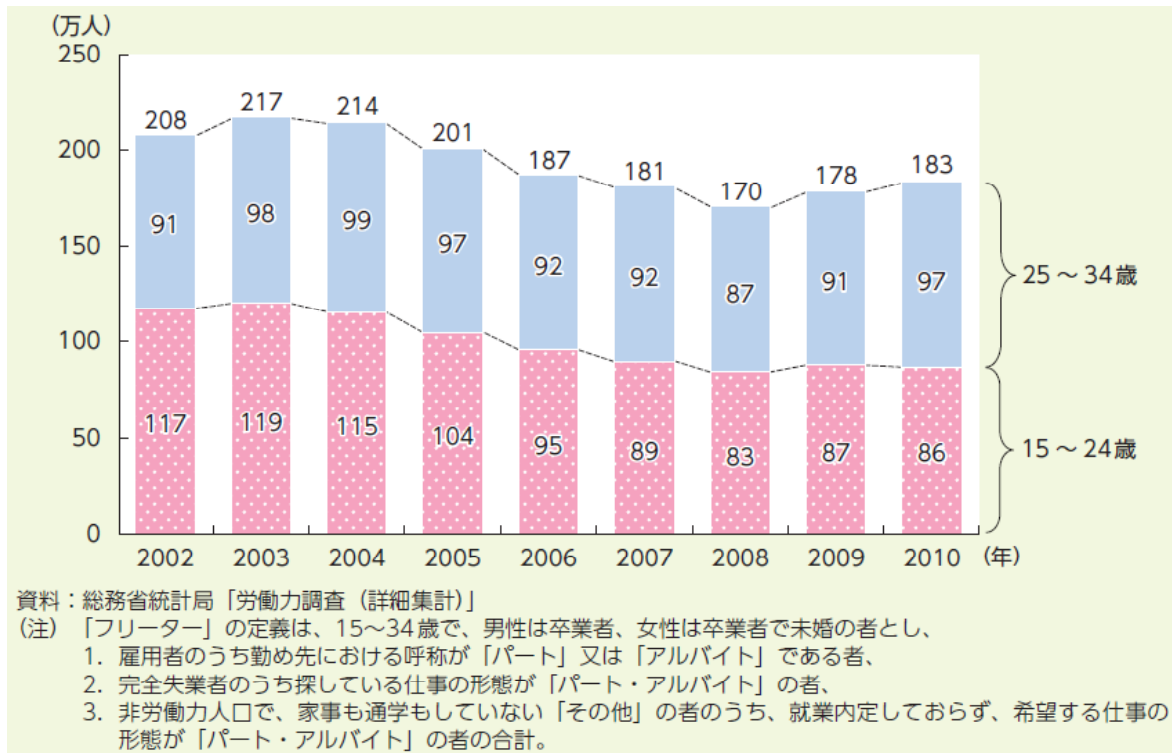
若年者の完全失業率の推移



資料：平成23年版 厚生労働白書

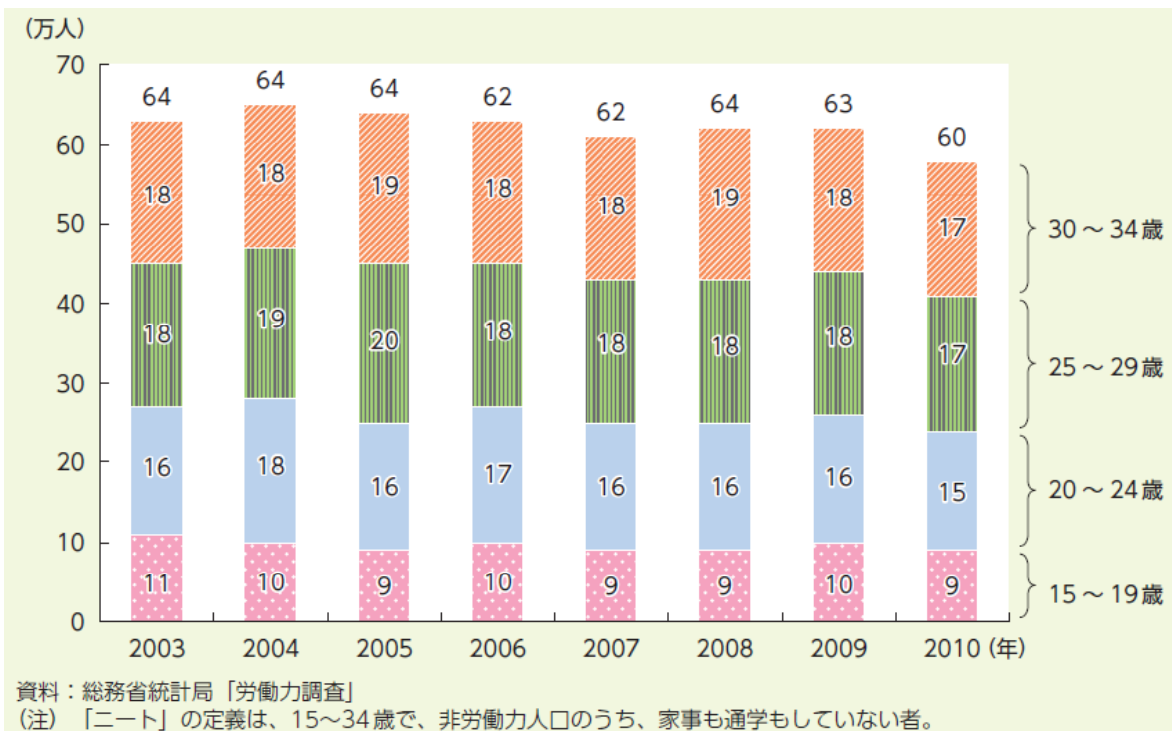
○不安定な形態の就労に従事している若年者は依然として多い。

フリーターの数の推移



資料：平成23年版 厚生労働白書

ニートの数の推移

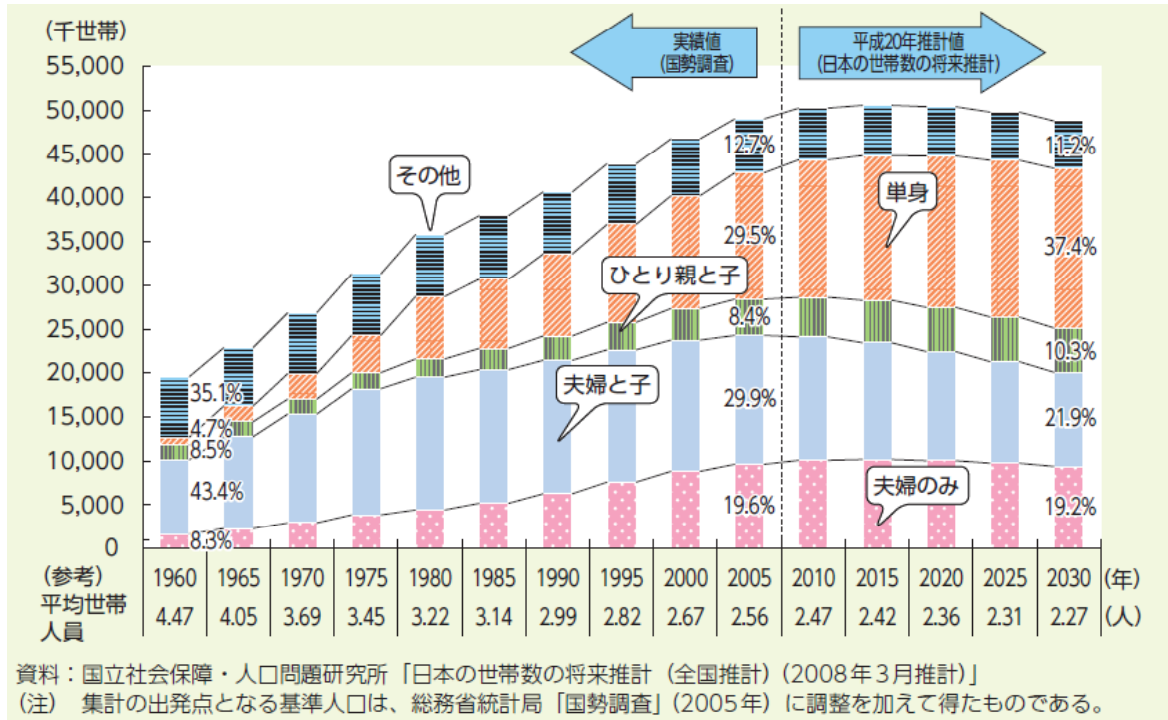


資料：平成23年版 厚生労働白書

家族・家庭

○単身世帯が増加する一方で、「夫婦と子」、三世代同居等の「その他」の世帯は減少。

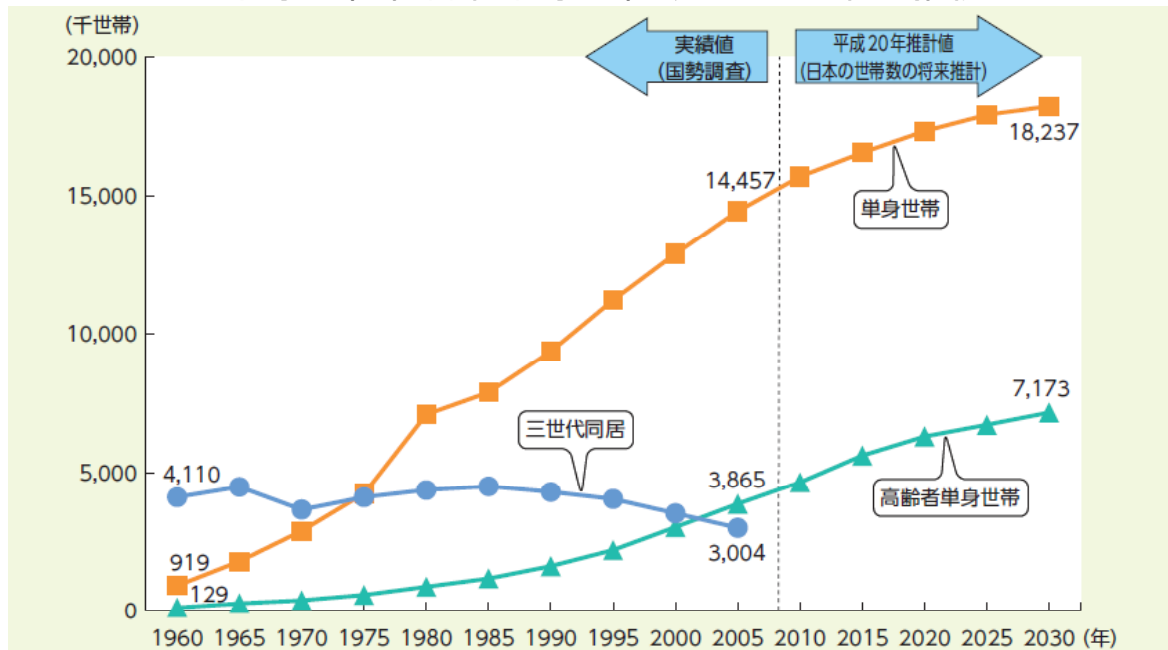
家族類型別一般世帯数と平均世帯人員の推移



資料：平成23年版 厚生労働白書

○単身世帯は今後も増加が予測。そのうち、高齢者の単身世帯も増加。

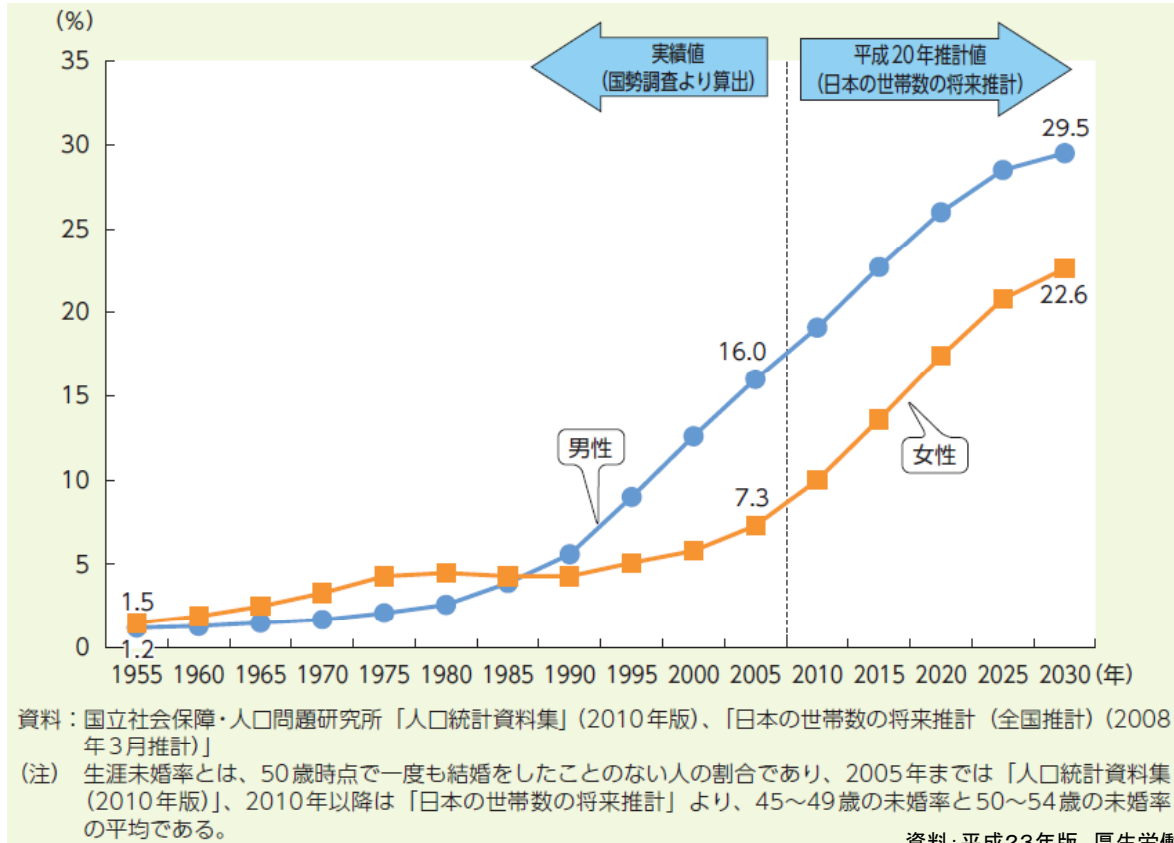
単身世帯(高齢者単身世帯)、三世代同居の推移



資料：平成23年版 厚生労働白書

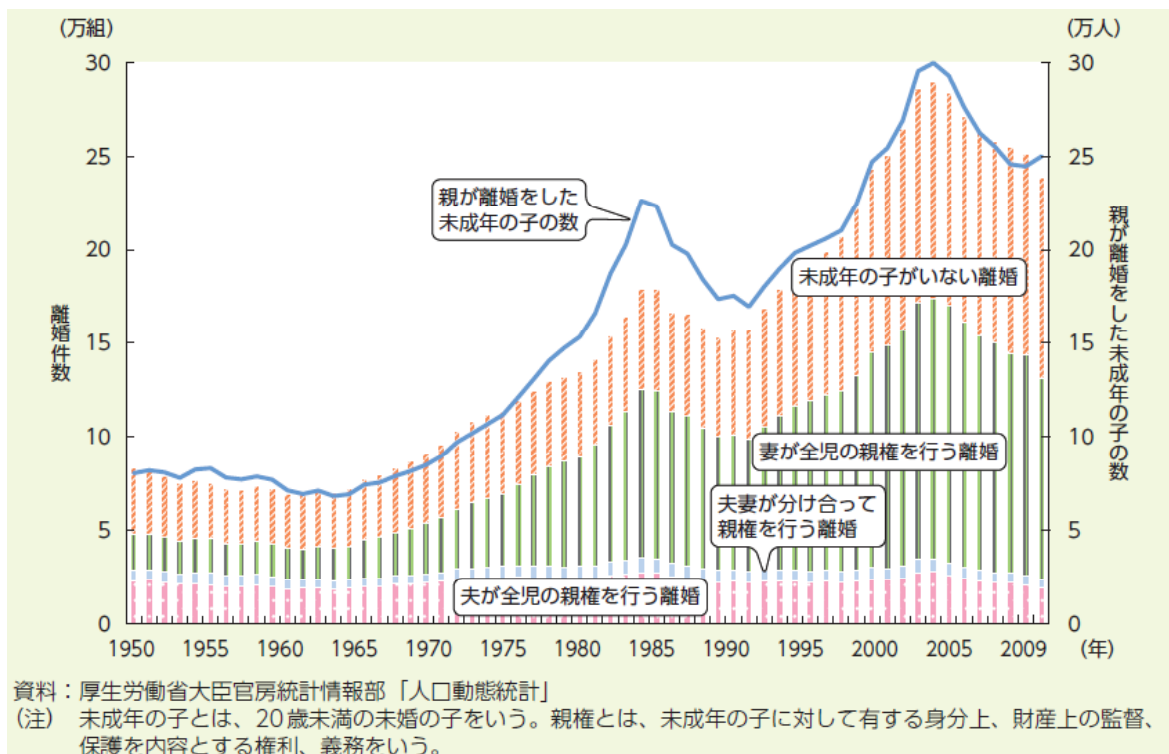
○生涯未婚率は男女とも上昇傾向にあり、今後もさらに上昇。

生涯未婚率の推移



○離婚件数は増加傾向にあり、とりわけ妻が未成年の子の親権を行う離婚が増加。

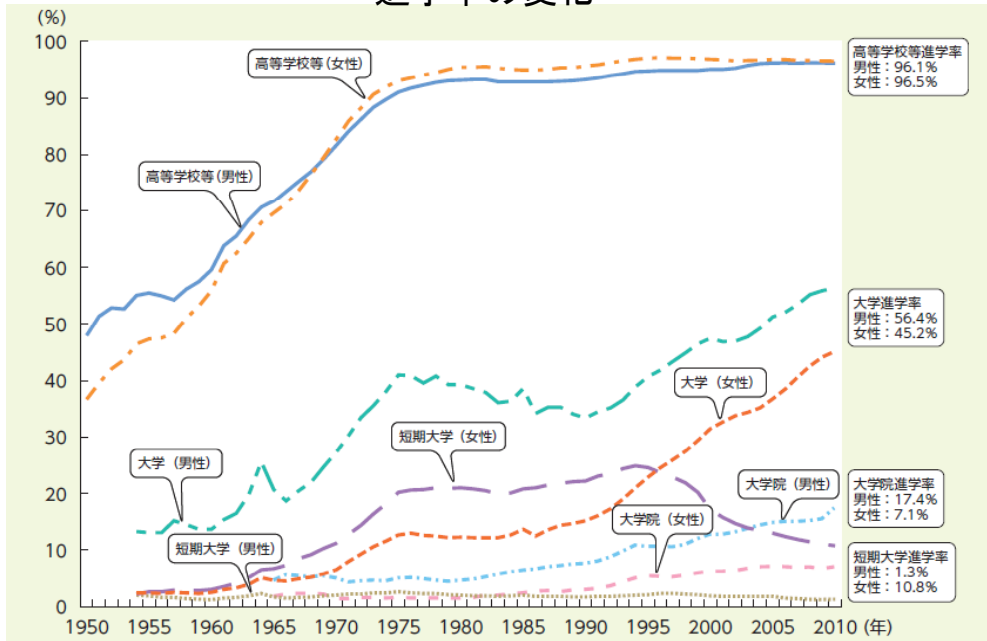
離婚件数と親が離婚した未成年の子の数の推移



教育・養育

○高等学校等進学率は1970年代に90%を超え、現在は2人に1人が大学に進学。

進学率の変化



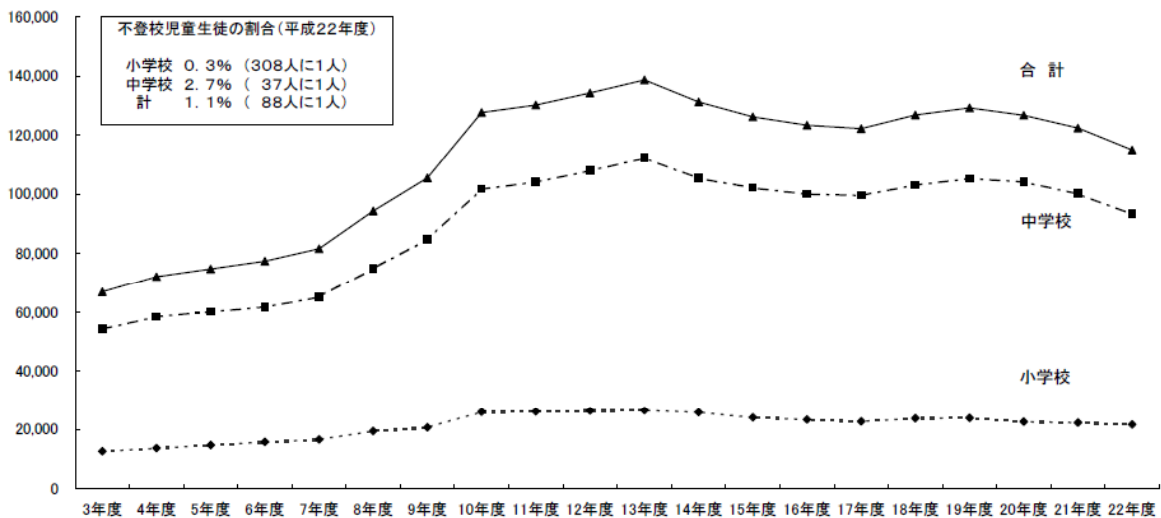
資料：文部科学省「学校基本調査」

- (注) 1. 高等学校等への進学率：中学校卒業後及び中等教育学校前期課程修了者のうち、高等学校、中等教育学校後期課程及び特別支援学校高等部の本科・別科並びに高等専門学校に進学した者の占める比率（高等学校の通信制課程（本科）への進学者を除く）
 2. 大学・短期大学への進学率：大学学部・短期大学本科入学者数（過年度高卒者等を含む。）を3年前の中学校卒業後及び中等教育学校前期課程修了者数で除した比率。
 3. 大学院への進学率：大学学部卒業者のうち、ただちに大学院に進学した者の比率

資料：平成23年版 厚生労働白書

○小中学校における不登校児童生徒数は約11万5千人。

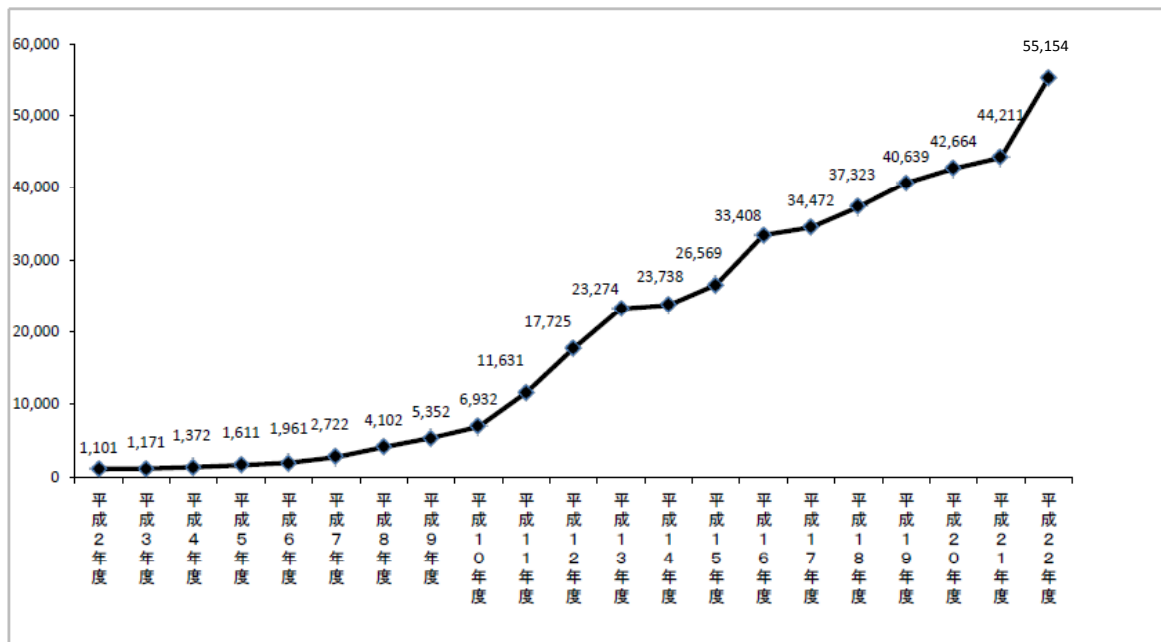
不登校児童生徒数(小・中学校)の推移



資料：文部科学省 平成22年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」

○全国の児童相談所に対応した児童虐待相談対応件数は、増加傾向にあり、平成22年度では、55,154件。

児童虐待相談対応件数の推移



注)：平成22年度は、東日本大震災の影響により、宮城県、福島県を除いて集計した数値である。

資料：厚生労働省「平成22年度 福祉行政報告例」

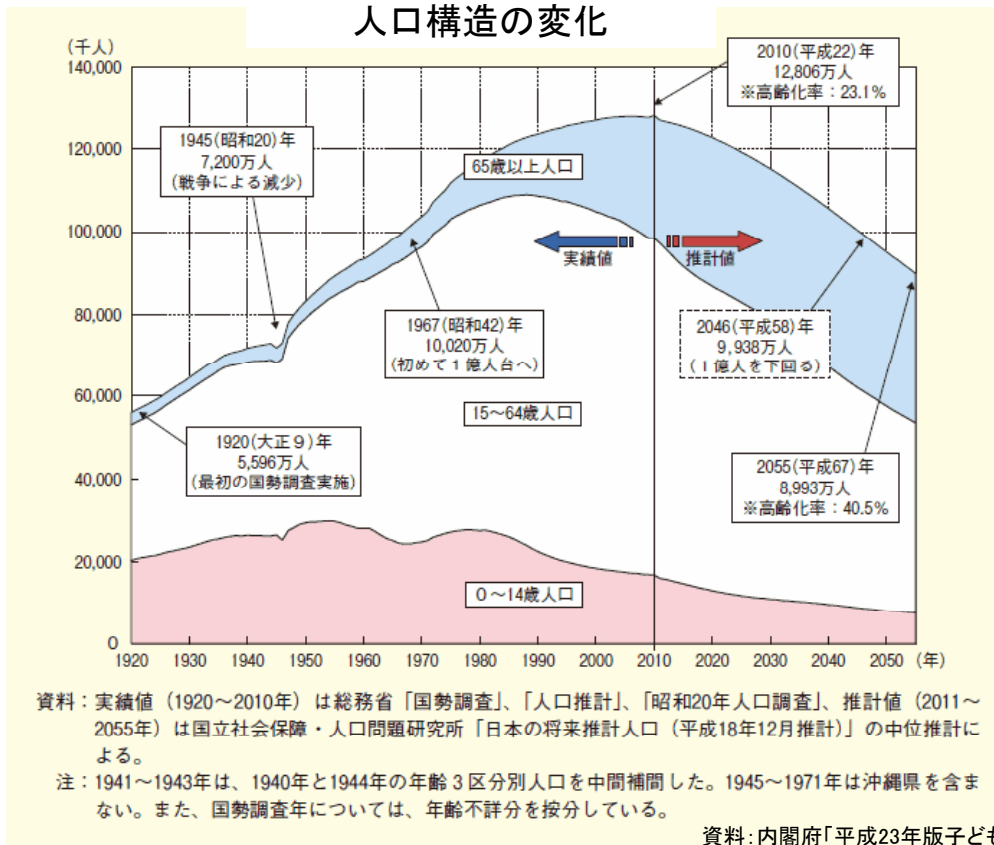
社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会で指摘した虐待による死亡が生じ得るリスク要因

<p>保護者の側面</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 保護者等に精神疾患がある、あるいは強い抑うつ状態である ○ 妊娠の届出がされていない ○ 母子健康手帳が未発行である ○ 特別の事情がないにも関わらず中絶を希望している ○ 医師、助産師が立ち会わないで自宅等で出産した ○ 妊婦健診が未受診である (途中から受診しなくなった場合も含む) ○ 妊産婦等との連絡が取れない (途中から関係が変化した場合も含む) ○ 乳幼児にかかる健診が未受診である (途中から受診しなくなった場合も含む) ○ 子どもを保護してほしい等、保護者等が自ら相談してくる ○ 虐待が疑われるにもかかわらず保護者等が虐待を否定 ○ 過去に心中の未遂がある ○ 訪問等をして子どもに会わせてもらえない ○ 双子を含む複数人の子どもがいる 	<p>子どもの側面</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 子どもの顔等に外傷が認められる ○ 子どもが保育所等に来なくなった ○ 保護施設への入退所を繰り返している <p>生活環境等の側面</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 児童委員、近隣住民等から様子がおかしいと情報提供がある ○ きょうたいに虐待があった ○ 転居を繰り返している <p>援助過程の側面</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 単独の機関や担当者のみで対応している ○ 要保護児童対策地域協議会(子どもを守る地域ネットワーク)が一度も開催されていない ○ 関係機関の役割、進行管理する機関が明確に決まっていない
--	---

※子どもが低年齢、または離婚等により一人親の場合であって、上記に該当する場合は、特に注意して対応する必要がある。

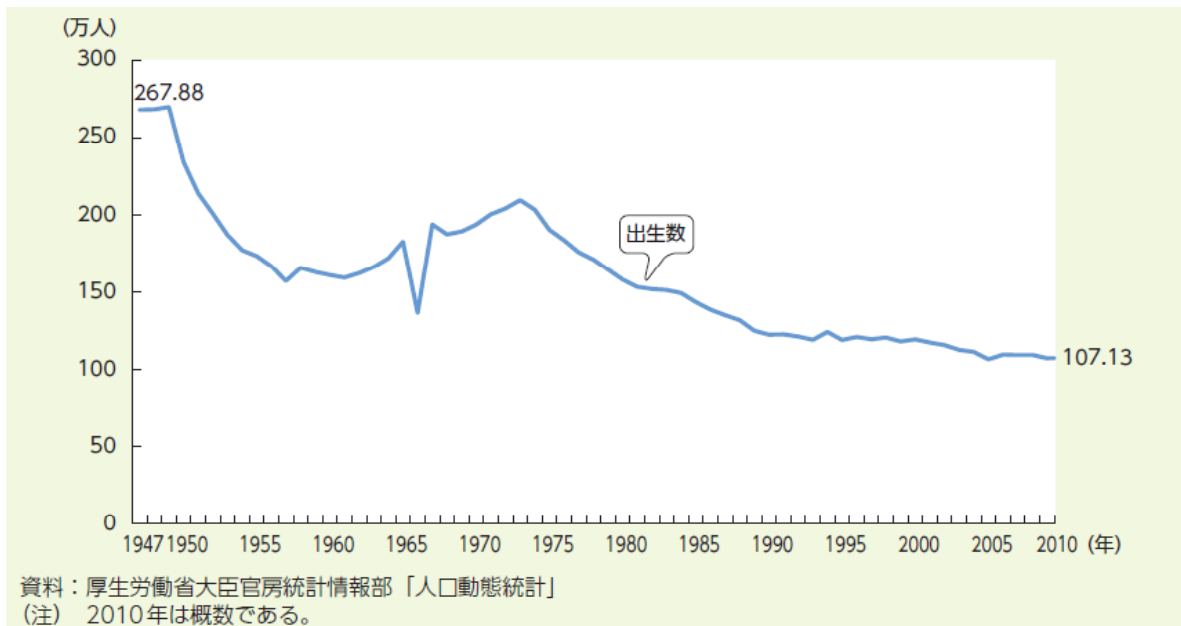
人口構造の変化

- 総人口は増加傾向から減少傾向へ。
- 高齢者人口の増加・生産年齢人口の減少。



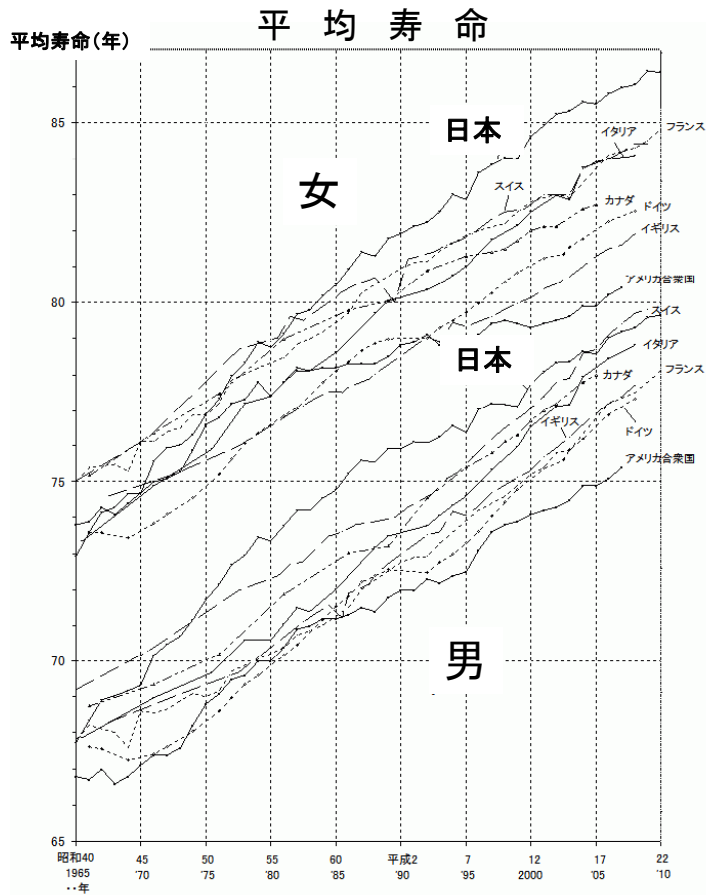
○出生数は急激に低下。

出生者数の推移



寿命の変化

○平均寿命は延伸。

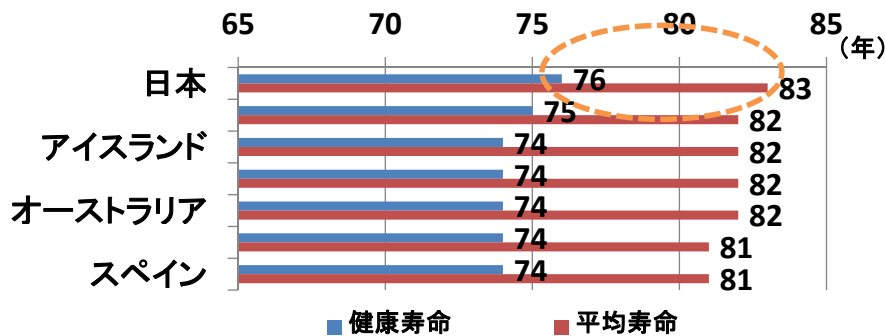


日本の平均寿命
女 86.39歳
男 79.64歳

資料:厚生労働省
「平成22年簡易生命表の概況」

○健康寿命は延伸。

健康寿命(WHO方式)の国際比較



出典: WHO, World Health Statistics 2009
資料:総務省統計局「世界の統計2010」を
もとに作成

各種指標による健康寿命の推移

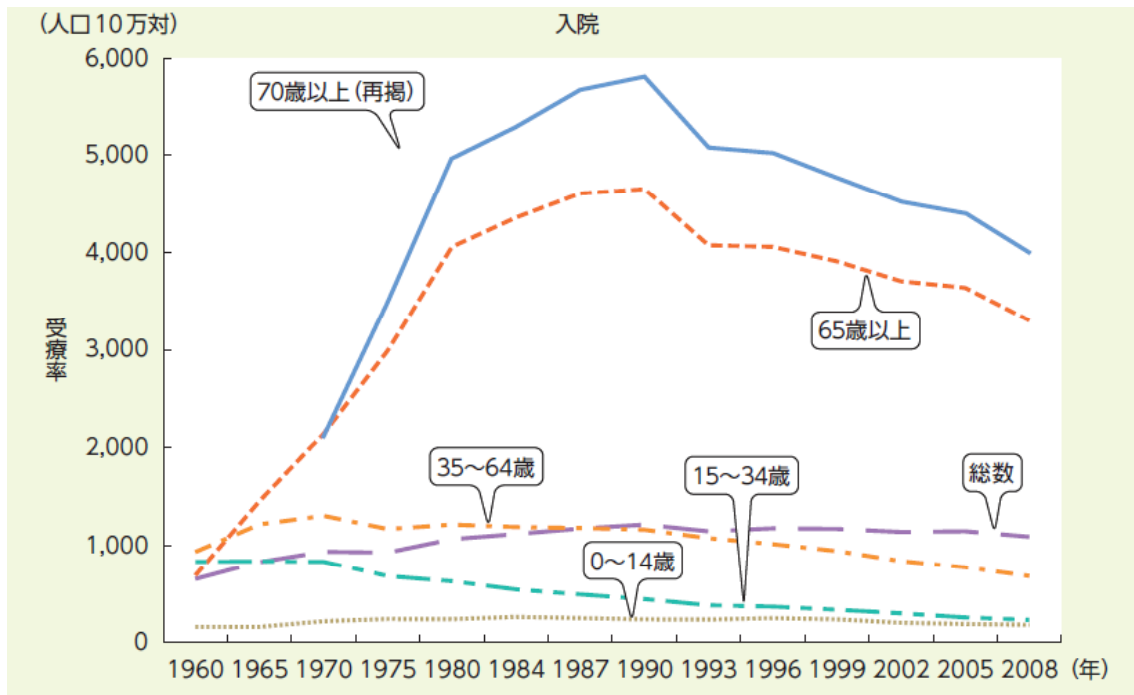
	平成17年	→	平成21年	都道府県分布 (平成21年)	
平均自立期間 (65歳時)	男性	16.66	→	17.24 (年)	15.34~17.94 (年)
	女性	20.13	→	20.48 (年)	19.33~21.38 (年)
日常生活に制限のない平均期間	男性	68.49	→	70.74 (年)	68.95~72.53 (年)
	女性	72.12	→	74.11 (年)	72.83~75.96 (年)
自覚的に健康な平均期間	男性	68.54	→	69.72 (年)	67.43~71.31 (年)
	女性	72.00	→	72.93 (年)	71.36~74.90 (年)
自立調整健康余命 (65歳時)	男性	16.47	→	16.89 (年)	都道府県最小値・最大値 (平成21年)
	女性	19.90	→	20.18 (年)	15.59~17.60 (年)
				19.29~21.08 (年)	

資料:「健康日本21」最終評価

疾病構造等の変化

○1970年代以降急上昇する高齢者の受療率。

年齢階級別に見た受療率(人口10万対)の年次推移(入院)

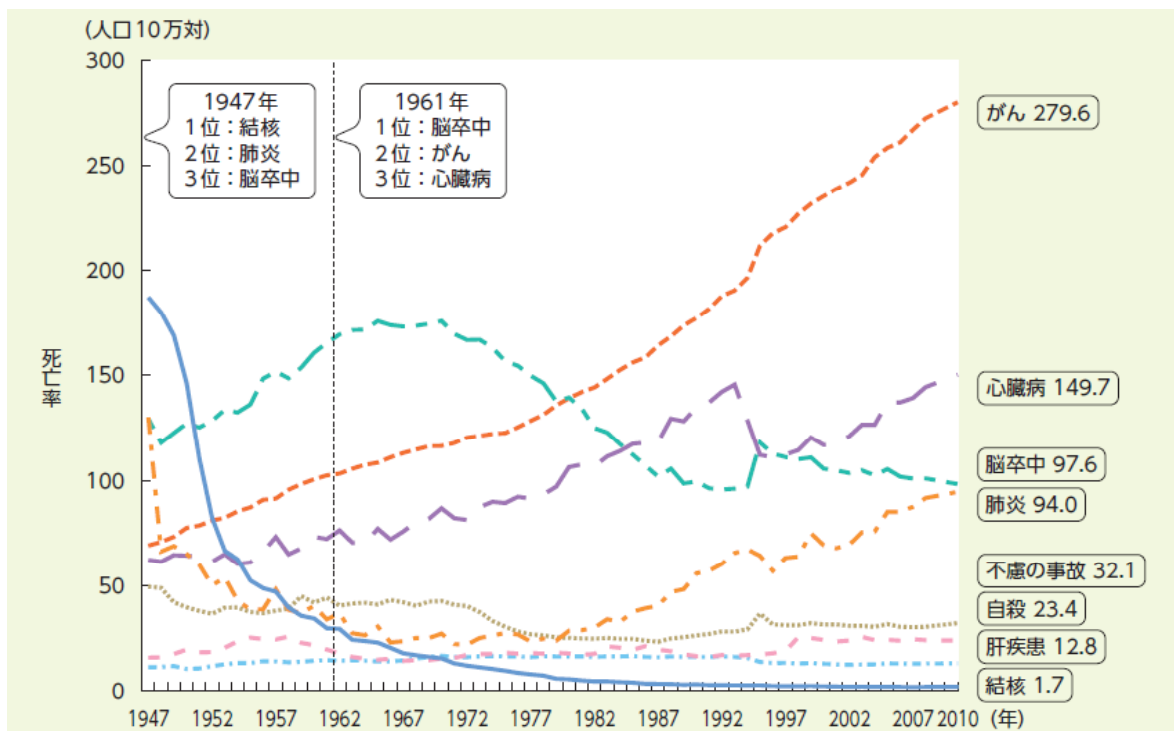


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」

資料：平成23年版 厚生労働白書

○医療の進歩により、結核等の感染症による死亡が減少。がん等の生活習慣病が増加。

死因で見た死亡率の推移

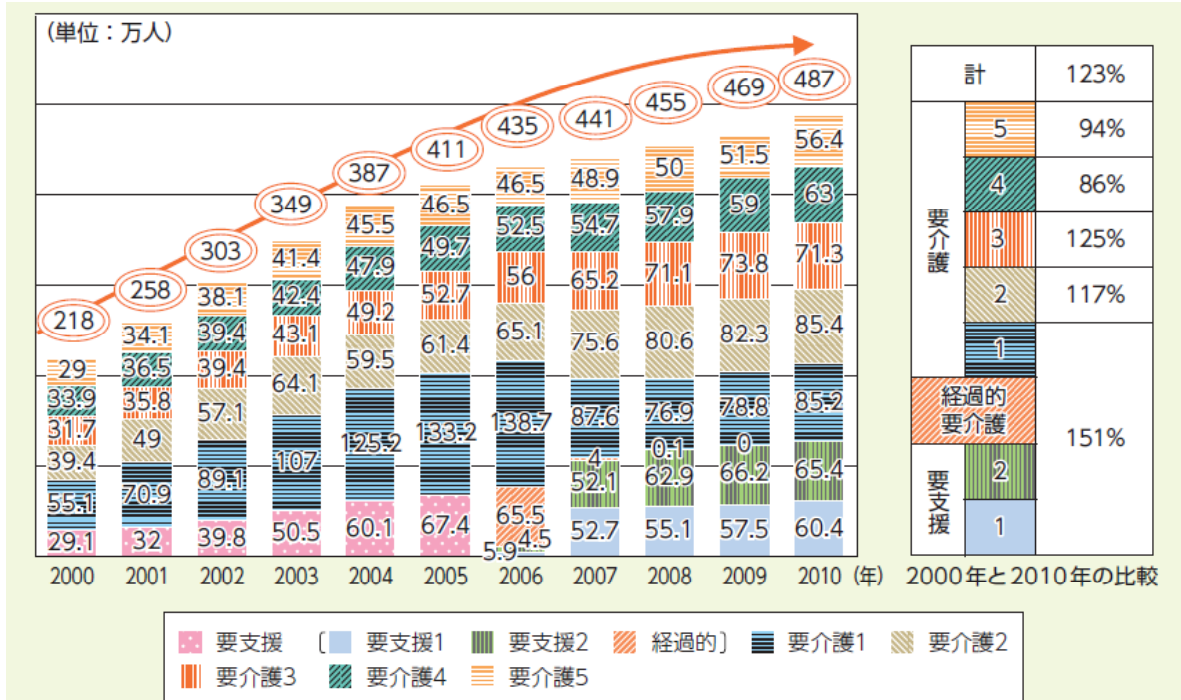


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
(注) 2010年は概数値である

資料：平成23年版 厚生労働白書

○要介護認定者数は増加。特に、軽度、中程度の者の増加率が高い。

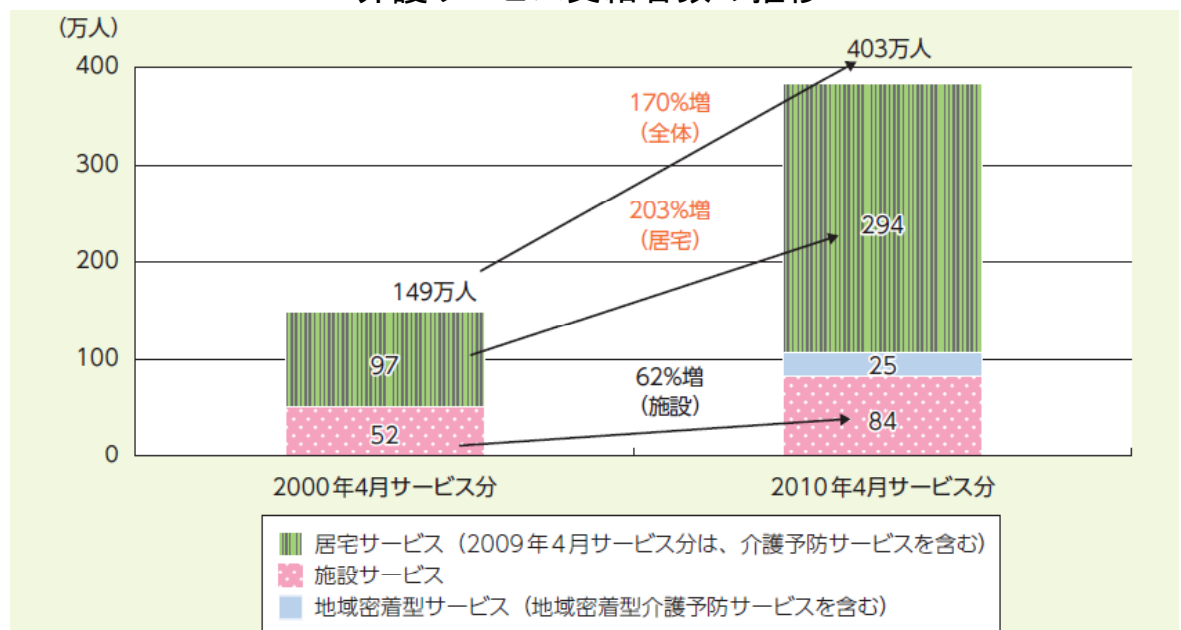
要介護度別認定者数の推移



資料：平成23年版 厚生労働白書

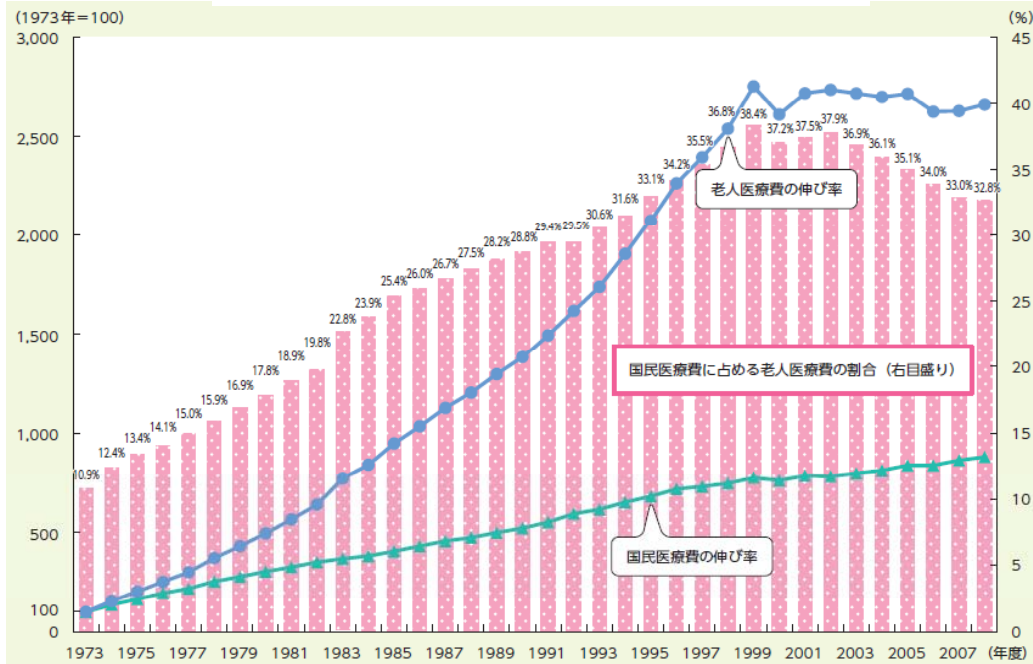
○サービス受給者数は、10年で約254万人(170%)増加。
○特に、居宅サービスの伸びが大きい。(10万で203%増)

介護サービス受給者数の推移



資料：平成23年版 厚生労働白書

国民医療費及び老人医療費の年次推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」、保険局「後期高齢者医療事業年報」
 (注) 後期高齢者(老人)医療費は、1983年1月以前は旧老人医療費支給制度の対象者に係るものであり、1983年2月以降は老人保健法による医療の対象者に係るものであって、老人保健制度の創設に伴う対象者の拡大のため1981年度と1982年度、1982年度と1983年度は単純に比較できない。また、2008年4月以降は後期高齢者医療費であり、制度が異なるため2007年度と2008年度についても単純に比較できない。

資料：平成23年版 厚生労働白書

○OECD加盟国の中で、我が国の保健医療支出のGDP比および一人当たりの総保健医療支出は平均をやや下回る。

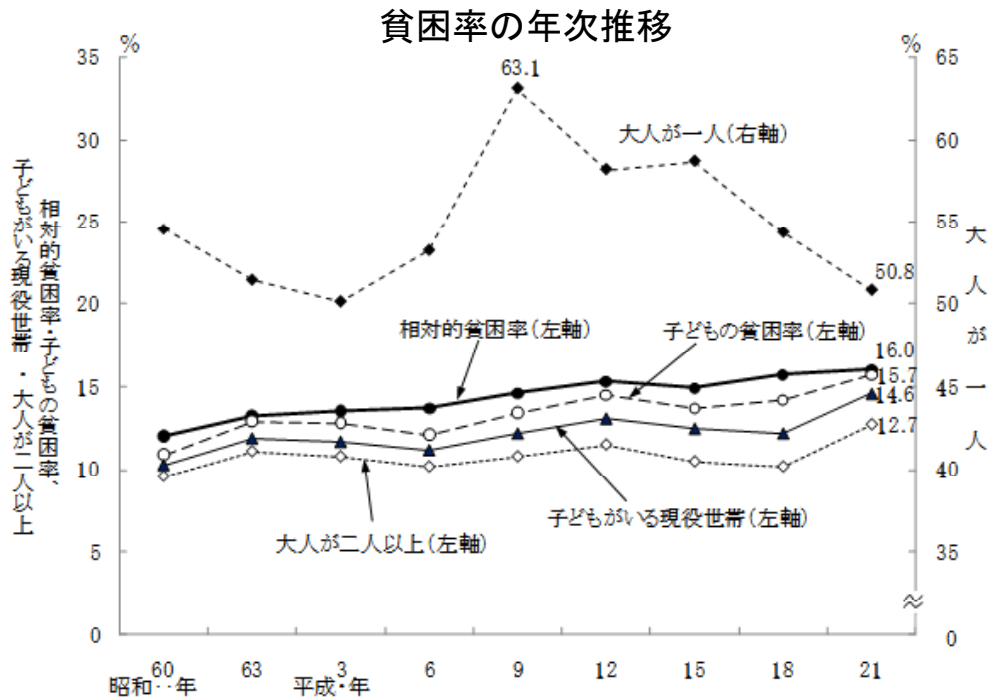
OECD加盟国の医療費の状況(2008年)

国名	総医療費の対GDP比 (%)		一人当たり医療費 (ドル)		備考
	順位	順位	順位	順位	
アメリカ合衆国	16.0	1	7,538	1	
フランス	11.2	2	3,696	10	
スイス	10.7	3	4,627	3	*
ドイツ	10.5	4	3,737	9	
オーストリア	10.5	4	3,970	7	
カナダ	10.4	6	4,079	5	*
ベルギー	10.2	7	3,677	11	*
ポルトガル	9.9	8	2,151	23	※
オランダ	9.9	8	4,063	6	*
ニュージーランド	9.8	10	2,683	22	
デンマーク	9.7	11	3,540	12	※
ギリシャ	9.7	12	2,687	21	※
スウェーデン	9.4	13	3,470	13	
アイスランド	9.1	14	3,359	14	
イタリア	9.1	14	2,870	19	
スペイン	9.0	16	2,902	18	
英国	8.7	17	3,129	16	
アイルランド	8.7	17	3,793	8	
ノルウェー	8.5	19	5,003	2	*
オーストラリア	8.5	19	3,353	15	※
フィンランド	8.4	21	3,008	17	
日本	8.1	22	2,729	20	※
スロバキア	7.8	23	1,738	26	
ハンガリー	7.3	24	1,437	27	
ルクセンブルク	7.2	25	4,210	4	※
チェコ	7.1	26	1,781	25	
ポーランド	7.0	27	1,213	28	
チリ	6.9	28	999	29	
韓国	6.5	29	1,801	24	
トルコ	6.0	30	767	31	※
メキシコ	5.9	31	852	30	
OECD平均	9.0		3,060		

資料：「OECD HEALTH DATA 2010」
 (注) 1. 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの
 2. ※の数値は2007年のデータ(ただし、ポルトガル、ルクセンブルクは2006年のデータ)
 3. *の数値は予測値

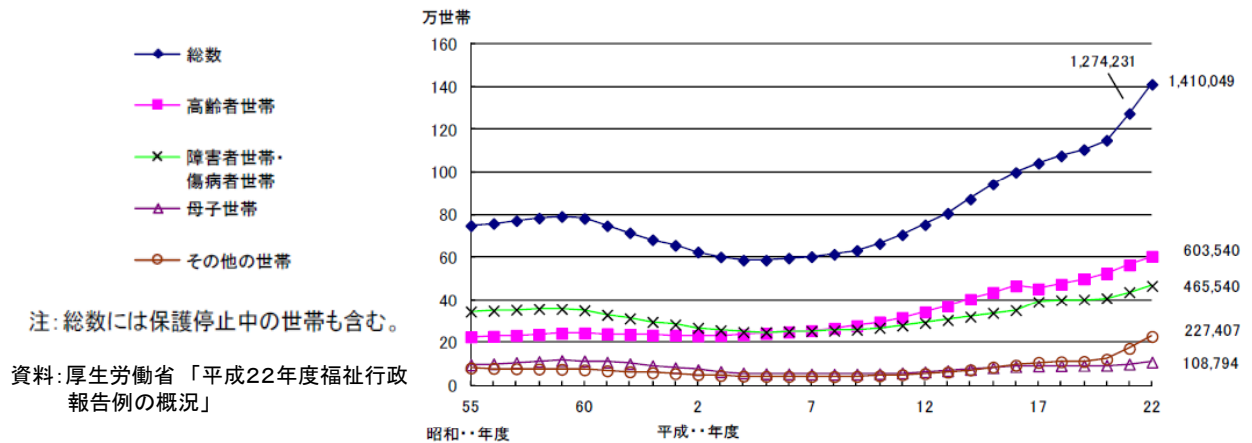
資料：平成23年版 厚生労働白書

○平成21年の「相対的貧困率」は16.0%、「子どもの貧困率」は15.7%。

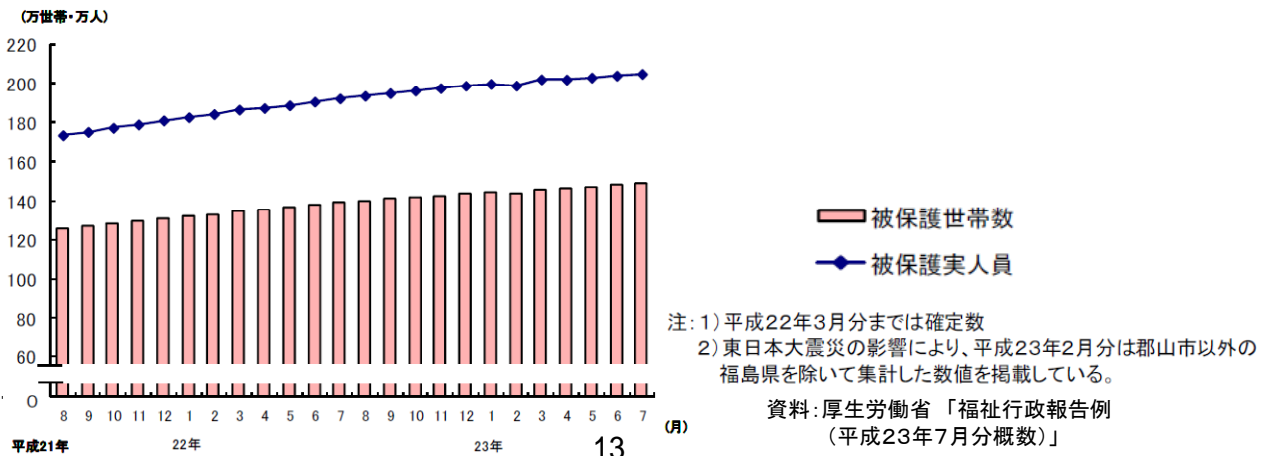


- 注: 1) 平成6年の数値は、兵庫県を除いたものである。
 2) 貧困率は、OECDの作成基準に基づいて算出している。
 3) 大人とは18歳以上の者、子どもとは17歳以下の者をいい、現役世帯とは世帯主が18歳以上65歳未満の世帯をいう。
 4) 等価可処分所得金額不詳の世帯員は除く。 資料: 厚生労働省「平成22年 国民生活基礎調査の概況」

○生活保護受給者数は過去最高の205万人(平成23年7月時点)。



注: 総数には保護停止中の世帯も含む。
 資料: 厚生労働省「平成22年度福祉行政報告例の概況」



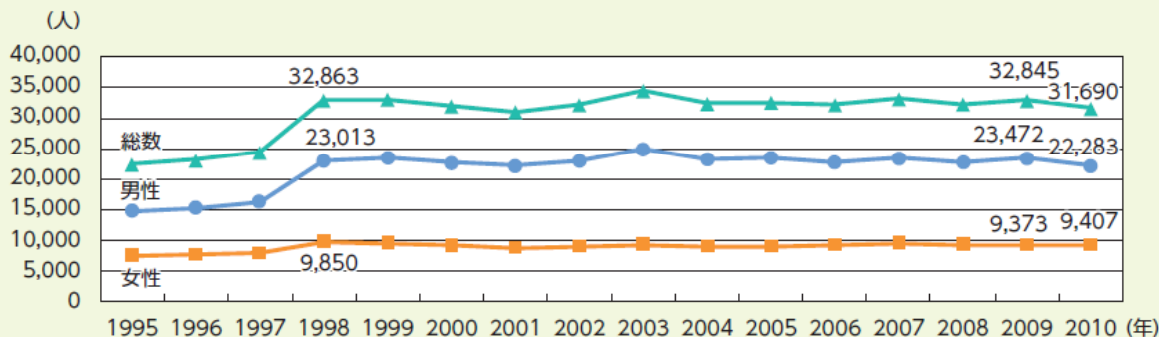
- 注: 1) 平成22年3月分までは確定数
 2) 東日本大震災の影響により、平成23年2月分は郡山市以外の福島県を除いて集計した数値を掲載している。
 資料: 厚生労働省「福祉行政報告例 (平成23年7月分概数)」

- 自殺者は平成10年に急増し、その後年間3万人程度の高い水準で推移。
- 自殺は様々な要因が重なって生じるが、精神疾患、中でもうつ病、統合失調症、依存症は特に自殺の大きな要因と考えられている。

日本の自殺の現状

現状

- 自殺者数は平成10年に急増し、その後年間3万人程度の高い水準で推移している
- 自殺は様々な要因が重なって生じるが、精神疾患、中でもうつ病、統合失調症、依存症は特に自殺の大きな要因と考えられている。



警察庁統計における自殺の原因・動機 (2010年) 原因・動機は3つまで計上

自殺者	原因・動機特定者	健康問題											
		健康問題				経済・生活問題	家庭問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他		
		うつ病	統合失調症	アルコール依存症	その他の精神疾患の悩み								
2010年	31,690	23,572	15,802 (67.0%)	7,020 (29.8%)	1,395	327	1,242	7,438	4,497	2,590	1,103	371	1,533

資料：警察庁統計

資料：平成23年版 厚生労働白書

「過労死」等及び精神障害等の労災補償状況 (2006(平成18)～2010(平成22)年度)

		2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度
「過労死」等	請求件数	938	931	889	767	802
	支給決定件数	355	392	377	293	285
精神障害等	請求件数	819	952	927	1136	1181
	支給決定件数	205	268	269	234	308

資料：厚生労働省労働基準局調べ。

- (注) 1. 「過労死」等とは、業務により脳・心臓疾患（負傷に起因するものを除く。）を発症した事案（死亡を含む。）をいう。
 2. 精神障害等とは、業務により精神障害を発症した事案（自殺を含む。）をいう。
 3. 請求件数は当該年度に請求されたものの合計であるが、支給決定件数は当該年度に請求されたものに限るものではない。

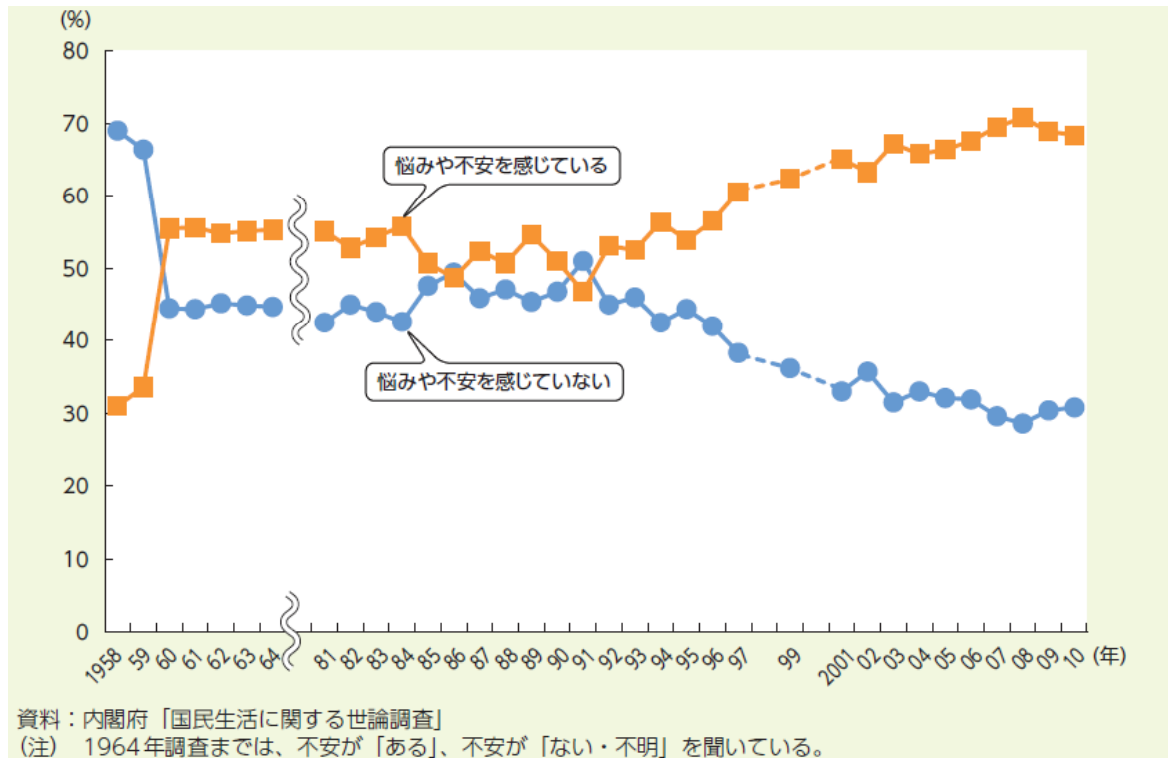
資料：平成23年版 厚生労働白書

脳血管疾患及び虚血性心疾患等(「過労死」等事案)の労災補償状況(件)						精神障害等の労災補償状況(件)							
年度		平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	年度		平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
脳・心臓疾患	請求件数	938	931	889	767	802	精神障害等	請求件数	819	952	927	1136	1181
	決定件数 注2	818	856	797	709	696		決定件数 注2	607	812	862	852	1061
	うち支給決定件数 注3	355	392	377	293	285		うち支給決定件数 注3	205	268	269	234	308
	(認定率) 注4	(43.4%)	(45.8%)	(47.3%)	(41.3%)	(40.9%)		(認定率) 注4	(33.8%)	(33.0%)	(31.2%)	(27.5%)	(29.0%)
うち死亡	請求件数	315	318	304	237	270	うち自殺(未遂を含む。)	請求件数	176	164	148	157	171
	決定件数	303	316	313	253	272		決定件数	156	178	161	140	170
	うち支給決定件数	147	142	158	106	113		うち支給決定件数	66	81	66	63	65
	(認定率)	(48.5%)	(44.9%)	(50.5%)	(41.9%)	(41.5%)		(認定率)	(42.3%)	(45.5%)	(41.0%)	(45.0%)	(38.2%)

資料：厚生労働省「平成22年度 脳・心臓疾患および精神障害などの労災補償状況まとめ」

○約7割が悩みや不安を感じている。

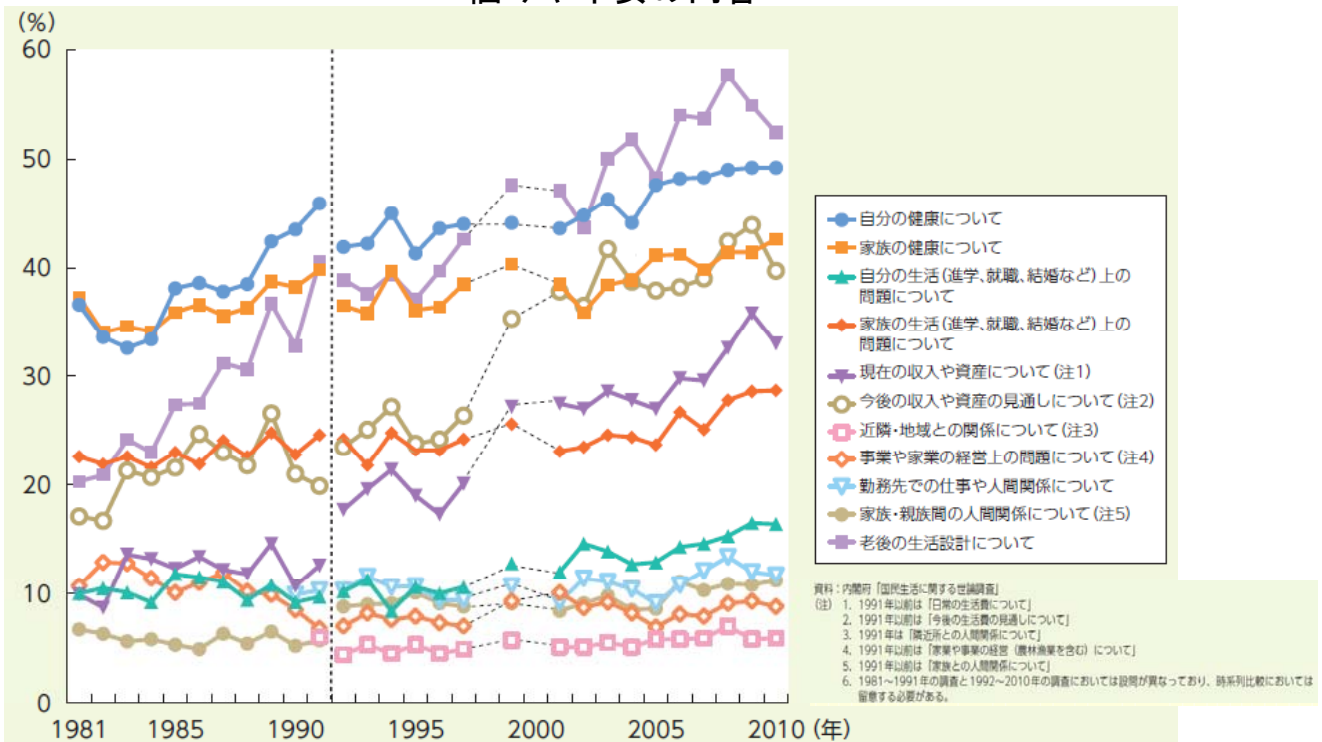
日常生活での悩みや不安



資料：平成23年版 厚生労働白書

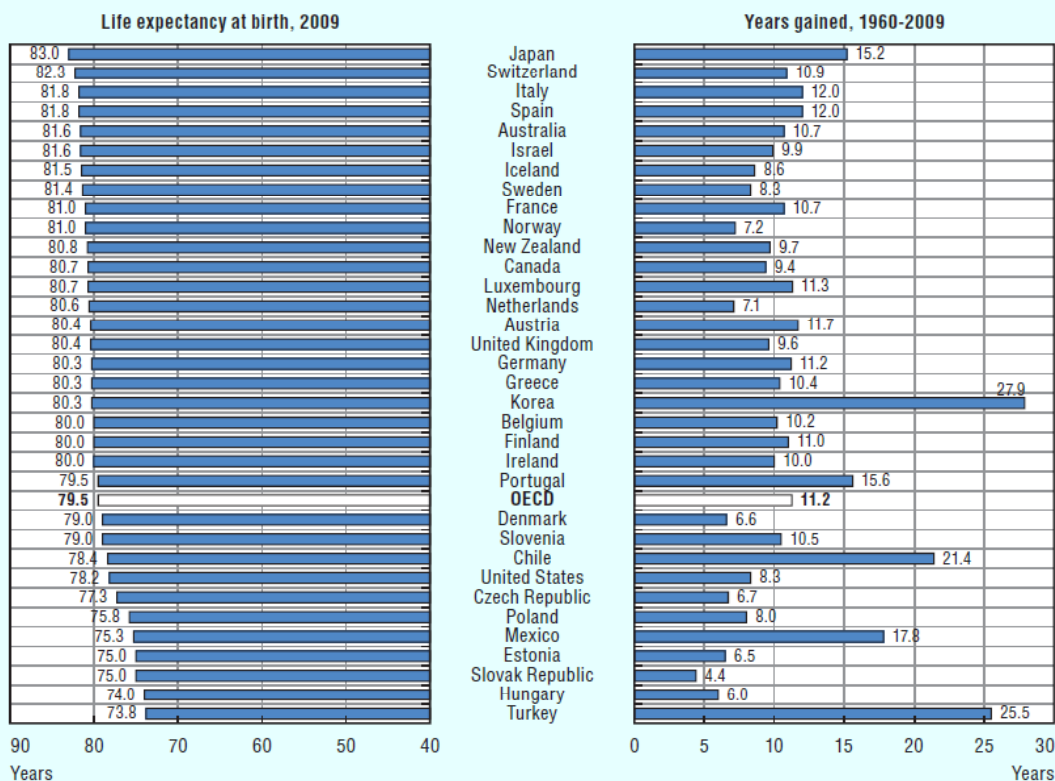
○以前は自分や家族の健康についての悩みが多かったが、最近では「老後の生活設計」「自分の健康」「今後の収入や資産」についての悩みが多い。

悩みや不安の内容



資料：平成23年版 厚生労働白書

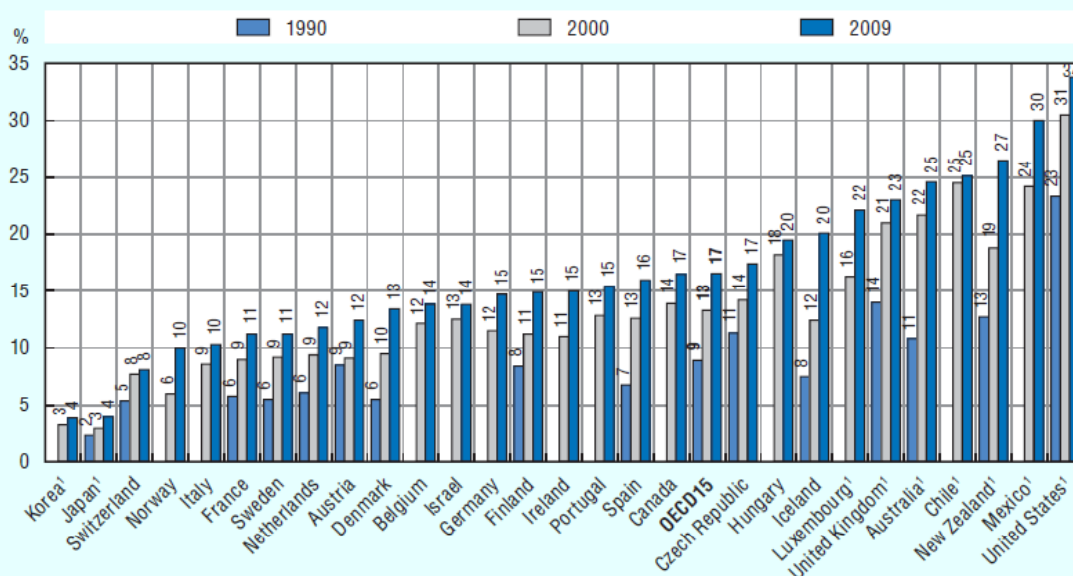
Life expectancy at birth, 2009 (or nearest year available), and years gained since 1960



資料: Health at a Glance 2011

OECD加盟国における成人の肥満の増加

Increasing obesity rates among the adult population in OECD countries, 1990, 2000 and 2009 (or nearest years)



Information on data for Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

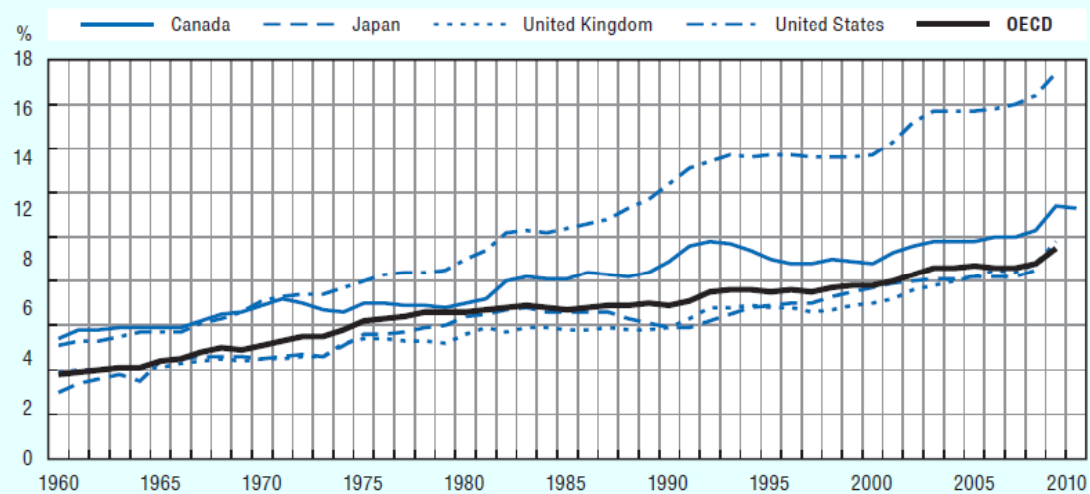
1. Data are based on measurements rather than self-reported height and weight.

Source: OECD Health Data 2011.

資料: Health at a Glance 2011

OECD加盟国における1960～2009年のGDP中の健康関連支出

Health expenditure as a share of GDP, 1960-2009, selected OECD countries



Source: OECD Health Data 2011.

資料: Health at a Glance 2011

第 1 回 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

論点メモ

次期プラン（健康増進法第 7 条に基づく基本方針）の方向性について

（1）10 年後を見据えた目指す姿について

○日本における近年の社会経済変化とともに、急激な少子高齢化が進む中で、10 年後の人口動態を見据え、どういう姿を目指すか。

（2）目的について

○現在の基本方針では、壮年期死亡の減少、健康寿命（認知症又は寝たきりにならない状態で生活できる期間をいう。）の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的としているが、どういう目的とするか。

（3）基本的な方向について

○現在の基本方針では、一次予防の重視、健康増進の支援のための環境整備、目標の設定と評価、多様な関係者による連携のとれた効果的な健康増進の取組の推進、の 4 点を掲げるが、どういう基本的な方向とするか。

<例>

※社会づくりを重点化してはどうか。

※一次予防の重視に加えて、重症化予防を加えてはどうか。

（4）目標について

○主要な指標（数値目標）については、基本方針（告示）に盛り込むべきと考えるがどうか。また、指標として、どういうものを主要な指標として位置付けるか。

第 1 回 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

論点メモに対するご意見（例）

（1）10 年後を見据えた目指す姿について

○個人と社会の両面の目指す姿を設定する。米国の Healthy People 2020 にもあるように、“Healthy people in Healthy communities” という考え方を明確に打ち出すことが必要である。

○個人が自立してがんばるには限界があるので、地域社会の中で絆を大切にして支え合うような社会、社会経済的に不利な立場の人々やなんらかの疾病や障がいを持った人も社会参加し、健康づくりの資源にアクセスできる社会をつくっていくことを目指す。「社会環境」より「地域社会」と表現した方が意図に近い。

○近年の経済格差の拡大に伴い今後さらに深刻化と思われる健康格差の拡大を防ぐために、個人への働きかけに加えて、すべての人々の健康に役立つ健康政策や社会環境のあり方を見直し、さまざまな側面（政策、環境整備、絆やネットワーク、家庭・地域・職場・医療の場など）から「健康を支え合える社会の実現」を目指すのがよい。

○ソーシャルキャピタルの活用等を通して地域での互助による健康づくりの視点（地域互助）を入れるべきではないか。少子高齢化のより一層の進展を踏まえると、健康づくりの場として「地域」の重要性は、ますます高まるものと考えられる。

○地域との“絆”が確認できる社会、世代間の相互扶助が行える社会、共生社会の実現。

○高齢社会の中で健全な社会機能を維持していくためには、性別や年代を問わず社会の中で何らかの役割（社会への貢献）を果たしているということを自負できる環境が必要である。社会での役割を果たすためには、年齢やハンディキャップにかかわらず、それぞれのレベルで「健康」を維持していくことが重要となる。社会通念上、健康そのものが最終目的にはならないので、健康な状態で何をなすかという視点が重要である。

○今後の人口動態、自然・社会環境、食などの影響をすべて考えながら、特に高齢社会における健康寿命延伸をいかに構築するかが、一番の鍵。

○高齢期の生き方、延命治療に対する考え方、情報システムの発展をどう取り入れて効率化を図るか。

○高齢者の生きがいづくりを促すことが必要ではないか。

- 若者も高齢者も生きがいを持った活力ある社会を目指すべき。
- 「生涯現役を目指す」というような文言を入れてはどうか。
- 「健康支援のための環境整備」「多様な分野における連携」がうまく機能してこなかったことを踏まえ、「社会環境の質の向上（家族・地域の絆の再構築、助け合い社会の実現、すべての世代の健やかな心を支える社会の再構築等）」を目指してほしい。
- どうすれば健やかで心豊かになれるか、自殺や児童虐待などのない人の交わり、心の交流を大事にする。
- 10年後の姿（死因別死亡率、有病率、医療費など）を科学的根拠に基づいて予測したうえで、そこからどういう方向にシフトさせるかを考える必要があるのではないか。
- どんなに一次予防が機能しても、がんなど高齢に伴い罹患率が上がる疾病の罹患率・有病者数の増加は避けられないのが現状。従って、この現状を認識して、高齢者においてがんなどと如何に共存してゆくかという視点は必須。ライフステージに応じた健康増進・疾病予防と医療が行われる必要がある。例えば、高齢者においては、一次予防のための介入（生活習慣改善や予防医療）やがんの早期発見が行き過ぎないことが極めて重要。

(2) 目的について

- 日本らしい「社会的健康」の在り方について具体化して、すべての国民が社会において何らかの役割を担うことを目的に加えてはどうか。
- 従来のものに追加して、社会の目指す姿に対応した目的を加える。具体的には、地域社会の質の向上、健康格差の縮小など。
- これまでの目標に加えて、次期プランで重点をおくべき社会環境に関わる目標として、健康格差の拡大防止・縮小を追加するのがよい。
- 健康格差の縮小について、上位を下げることで縮小したのでは意味がなく、下位をどう高めるかの視点を明確にすることが必要。
- 「健康寿命の延伸」と「生活の質の向上」は、超高齢社会のわが国の現状を踏まえると極めて重要かつ不可欠な視点である。
- 「健康格差の縮小」は、昨今の社会経済状況の変化を鑑みると、重要な視点のひとつではある。しかし、「健康格差の縮小」を達成するためには、健康づくりだけでなく、医療提供のあり方が極めて重要な要素となってくる。ここでは、「地域での健康づくりによる健康格差の縮小」等の健康づくりに特化した表現ならば、次期プランとの整合性を図れるのではないかと考える。
- 大目的は、生活の質（QOL）の向上。目的は、壮年期・老年期においては健康

寿命の延伸、少年期・青年期においては精神的健康の維持・増進。ライフステージや性別、健康意識セグメント別の目的の設定。

○個人の生きがいと活力ある社会の実現。

○当面の目的としては現状程度で欲張らないほうがいいが、個人が健康を増進することにより社会全体が健全な方向に向かうことを後押しするような視点が必要ではないか。

○基本方針は適切。その意味において、特定疾患の予防に偏らないことが、極めて重要。特定疾患の罹患率・死亡率減少だけでなく、その介入による他の疾患への影響や介入に伴う不利益（他の疾患リスクの増加、生活の質の低下、医療費や予防に伴う支出などの経済的損失など）を絶対的リスク（相対的リスクのみでなく）によって評価し、総合的利益のエビデンスに基づいて介入の推奨を決めるべき。

○壮年期は“死亡”だけでなく“障がい”（例えば、重篤な合併症と後遺障害、人工透析など）を含めた方がよいのでは。

（３）基本的な方向について

○社会の目指す姿に対応し、「誰もが主体になれる健康な社会づくり」の重視など加えてはどうか。

○すべての人々の健康に役立つ健康政策や社会環境の実現。

○社会システムによるセーフティーネットづくり、健康格差の是正。

○活力ある社会づくり。

○環境整備は非常に重要。特に、受動喫煙防止のための職場を含む公共屋内空間の禁煙、減塩・カロリーコントロールのための栄養成分表示、身体活動を容易に上げられる環境整備（特に、車社会の地方）、感染制御のための医療費補助や予防給付など。

○「社会づくり」は健康づくりの基盤となるものであり、非常に広範な取り組みが求められるものである。現行の「健康増進の支援のための環境整備」は、まさしく「社会づくり」の一翼を担っているものと考えられるため、「健康増進の支援のための社会・環境整備」とし、健康社会の実現のための社会づくりの意味合いを強調するなどの工夫を行い、国民健康づくり運動との整合性を図るべきではないか。

○社会づくりを重点化、一予防の重視に加えて重症化予防を加えることについては、賛成。予防できるタイミングで確実に予防策につなげることが重要。

○一次予防の重視に重症化予防を加え、医療の場での予防の推進とそのための制度の検討を行うことが必要。

○重症化予防は、医療費の削減には有力な指標であると認識。高血圧、糖尿病、脂質異常、慢性腎疾患の4項目は、特に重要。

○重症化予防の視点は、超高齢社会における新しい健康観にもつながるものであり、次期国民健康づくり運動の基本的な方向性にとっても重要な事項であると考えられる。ただし、他の施策と一部重複するところもあり、整理を行う必要がある。

○情報の共有化と自己決定できる選択肢の整備。

○すべてを満たすことは難しいので、どこで折り合いをつけるかは個人の選択かもしれない。例えば、アクセスは悪いけれど、ここに住みたい場合に、強制的に移住させることは難しいが、適切な情報提供により、「自分の意志による選択」が健康にとって最適で満足のいくものにしたい。

○目標の設定と評価に、モニタリングを加えるとよい。

○設定した目標の評価のためのモニタリングの仕組みを最初の計画段階から組み込んでおき、都道府県や市町村が評価を容易にできる仕組みをプランの中で提供することが必要。

○栄養学などにおいえ、国際的に比較可能なデータを収集するための調査デザイン改定を含めた国の情報インフラの改善が急務である。

○多様な関係者による連携のとれた効果的な健康増進の取組の推進に、ターゲットを明確にし、ターゲットに応じた取組の推進を加えるとよい。

○現在の方針で大きな問題はない。ただし健康づくり運動に対する国民世論の理解がないと、孤立した健康関連業界だけの活動になってしまう。したがって基本方針の中に「啓発活動を通じた国民全体の理解の促進」という大項目があってもいい。

○目標達成のためには、計画と実行面の整合性を担保することが重要であり、計画を保健衛生関係の事業だけでなく、広く他部門の事業にも反映させる仕組みが必要である。連携から一歩踏み込んで「それぞれの立場での多様な人的・物的な社会資源の活用」という形で整理できないか。

○多様な関係者について、市町村においては健康環境づくりが必要であり、高齢者の自立では特に住宅政策や交通政策との連動が欠かさないので、このような観点での言及が必要ではないか。

○基礎的産業保健活動（BOHS, 第13回 ILO/WHO 産業保健合同委員会、2003）の考え方を取り入れてはどうか。

○経済性（効率性）の観点は不要か。重複やムダの少ない制度設計を目指す必要がある、そのための部局横断的な検討が必要。また、どこまでのレベルが公として実施すべきかなどの考えも必要か。

(4) 目標について

- 主要な指標(数値目標)を基本方針(告示)に盛り込むことは、わが国の健康のあり方の方向性を明確にすることであるので、ある程度の効果が期待される。
- 主要指標(数値目標)を基本方針(告示)に盛り込むことには賛成。
- 主要な指標として掲げるものの候補としては、①政策としてニーズやインパクトの大きさ、費用対効果などの面から優先順位が高く、今回のプランにおいて重点を置く目標、②政策やアクションプランが明確でかつエビデンスに裏付けられ、実行可能性のある目標設定が可能なものの条件を満たすものがよい。
- 数値目標については、設定すべき。
- 目標について、指標を記載することはよいが、目標値は記載しなくてもよいのではないか。
- これまでの反省を踏まえ、主要な指標を設定するのは最小限にすべき。
- 数値目標は、必要最小限が望ましい。
- 主要指標として、健康格差の拡大防止・縮小、各論では日本人の死亡原因の大きさを考慮すると、成人喫煙率の減少や食塩摂取量の減少などが重点目標となる。
- 具体的な数値目標を示すのがよい。現行の健康日本21のように、国民の平均血圧が2mmHg下がると、脳卒中死亡者は〇〇人減少するなど具体的な目標はインパクトがあった。
- 主要指標には、生活習慣の改善に関する指標として、喫煙、食事、運動が重要。
- 喫煙率減少や高血圧有病率減少など、その改善により健康リスクを低減させることが明白で、それによる不利益がほとんど想定されないリスクファクターに関する客観的指標は有意義。
- 医療費抑制の観点から糖尿病合併症(特に腎症)の減少の目標値を設定。
- 糖尿病有病率の減少など、特定疾患のみをターゲットとした指標は、他の指標とのバランスを考えながら用いるべき。
- 十分に根拠を集めてから示した方がよい。指標については、健康寿命の延伸、死因別年齢調整死亡率、重篤な合併症の罹患率、生活習慣病リスクの保有率などの、最終的に目指す結果指標を重視してはどうか。
- 評価指標相互の関連も重要である。例えば循環器病対策では、通常、ハードエンドポイント(脳卒中や冠動脈疾患)を発生させないのが主目標であり、危険因子(高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙)の管理はハードエンドポイントの予防手段である。危険因子とハードエンドポイントは階層化して評価する必要がある、臨床試験のPrimary Endpoint、Secondly Endpointのような考え方

が必要となる。また数値目標は Primary か Secondly のどちらか一方だけでいいという考え方もあるのではないか。

○「生きがいの向上」は活力ある社会にとって重要な指標になると思う。

○主要な指標となるものは、項目（２）での「目的」と対応し、かつ具体的な数値アウトカムとして明示できる上位指標が望ましい。「健康寿命の延伸」は、これらの条件を満たすものであり、かつ総合的健康指標と考えられる。

○健康寿命の延伸、主観的健康度、幸福度、生きがいの向上、健康格差の縮小など、客観性が担保出来ない指標は避けるべき（妥当性が担保された客観的指標が利用出来るのであれば良いが）。75歳までの死亡率の減少などの客観的に示せる数値にすべき。

○モニタリング指標としては健康格差や幸福度、生きがいなどの社会疫学的な指標は有用と考えるが、これらはむしろ経済的、社会心理的な外的環境の影響を強く受けるので目標設定に組み込むのは危険と考える。またこれらの指標のモニタリングについては代表集団の設定が困難であり、サンプル調査の場合では応諾率の影響を強く受けるので注意が必要である。厚労省を超えた国家的な位置づけにできるのであれば社会疫学的な指標を中心に置くのは問題ない。

○子どもたちに（特に思春期）に対する健康教育及び妊娠出産を担う女性への健康支援について、具体的な指標を設定してはどうか。

○産業保健サービスが働く人々すべてに供給される体制を目標とすべきではないか。

○地域環境の健康度に注目して、その向上のための目標値を設定してはどうか。

○国民健康づくりは種々の分野が連携して実施するものであることから、数個以上の指標を盛り込む場合には、特定の領域に偏らないように、課題のクラスター化（グループ化）を行い、中項目を設定するなどの工夫が必要である。例として、壮年期での有病率が高い疾病の改善（糖尿病、循環器、がん、歯周病等）とそのリスクファクターの低減（たばこ、栄養等）や社会生活機能（口腔機能や運動機能など）低下の低減などの項目設定が考えられる。

○アウトカムだけではなく、システム、プロセス、アウトプットの指標も目標化してはどうか。

○指標については、保健統計指標、個人の行動指標、環境整備・支援の指標のように3つに分けて指標を設定してはどうか。

○評価するに当たっての情報の利活用の仕組みを具体的に考えてはどうか。

次期国民健康づくり運動プラン策定に関する意見聴取の進め方（案）

次期国民健康づくり運動のプラン策定に当たっては、関係学会、自治体、関係団体、等との関係の重要性から、以下の通り、意見聴取を行いながら、次期国民健康づくり運動のプラン策定を進めていくこととする。

○ 関係学会

別紙 1 の関係学会に対し、書面にて意見聴取を行う。開始時期に関しては平成 23 年 12 月頃を予定。但し、対象学会は、必要に応じて、追加する。

○ 関係団体

別紙 2 の健康日本 21 推進全国連絡協議会加入会員団体に対し、書面にて意見聴取を行う。開始時期に関しては平成 23 年 12 月頃を予定とする。但し、対象団体は、必要に応じて、追加する。

○ 自治体

平成 23 年度の全国健康関係主管課長会議にて、次期国民健康づくり運動プラン策定の検討状況等について報告するとともに、その後、意見聴取を行う。（2 月中目途）。

関係学会リスト (案) (H. 23. 11. 25 版)

- | | |
|-----------------|---------------|
| ○日本栄養改善学会 | ○日本循環器管理研究協議会 |
| ○日本栄養・食糧学会 | ○日本循環器学会 |
| ○日本疫学会 | ○日本小児科学会 |
| ○日本学校保健学会 | ○日本小児保健学会 |
| ○日本がん疫学・分子疫学研究会 | ○日本腎臓学会 |
| ○日本癌学会 | ○日本整形外科学会 |
| ○日本がん予防学会 | ○日本体育学会 |
| ○日本禁煙科学会 | ○日本体力医学会 |
| ○日本禁煙学会 | ○日本糖尿病学会 |
| ○日本禁煙推進医師歯科医師連盟 | ○日本動脈硬化学会 |
| ○日本健康教育学会 | ○日本内科学会 |
| ○日本口腔衛生学会 | ○日本認知症学会 |
| ○日本高血圧学会 | ○日本肥満学会 |
| ○日本公衆衛生学会 | ○日本病態栄養学会 |
| ○日本行動医学会 | ○日本老年医学会 |
| ○日本国際保健医療学会 | ○日本老年歯科医学会 |
| ○日本産業衛生学会 | |

健康日本21推進全国連絡協議会
加入会員団体名簿

NO.	団体（組織）名	NO.	団体（組織）名
1	(社) アルコール健康医学協会	71	(社) 日本家族計画協会
2	一般財団法人 医療情報健康財団	72	(財) 日本学校保健会
3	一般財団法人 ウェルネスアカデミー	73	公益社団法人 日本看護協会
4	公益財団法人エイズ予防財団	74	(財) 日本がん知識普及協会
5	(社) 栄養改善普及会	75	日本禁煙科学会
6	(NPO) NSCAジャパン	76	(NPO) 日本禁煙学会
7	(財) エム・オー・エー健康科学センター	77	日本禁煙推進医師歯科医師連盟
8	(財) がん研究振興財団	78	(財) 日本ゲートボール連合
9	(NPO) 禁煙ネット	79	(NPO) 日本健康運動指導士会
10	公益財団法人 結核予防会	80	(財) 日本健康開発財団
11	(NPO) 健康寿命増進機構	81	(社) 日本健康倶楽部
12	(財) 健康・体力づくり事業財団	82	(財) 日本健康スポーツ連盟
13	健康日本21推進フォーラム	83	(財) 日本健康増進財団
14	健康の駅推進機構	84	一般財団法人 日本口腔保健協会
15	健康保険組合連合会	85	日本公衆衛生学会
16	(財) 公衆衛生振興会	86	(財) 日本公衆衛生協会
17	(財) 厚生年金事業振興団	87	一般財団法人 日本呼吸器財団
18	(社) 国民健康保険中央会	88	(NPO) 日本呼吸器障害者情報センター
19	(医社) こころとからだの元氣プラザ	89	(社) 日本サウナ・スパ協会
20	(財) 骨粗鬆症財団	90	(社) 日本3日体操協会
21	(NPO) 子どもに無煙環境を推進協議会	91	公益社団法人 日本産婦人科医会
22	公益財団法人 笹川スポーツ財団	92	(社) 日本歯科医師会
23	一般社団法人 実践体育学体操三井島システム	93	(社) 日本循環器管理研究協議会
24	公益財団法人 社会教育協会	94	(社) 日本小児保健協会
25	(NPO) ジュース	95	(NPO) 日本食育協会
26	(財) 食品産業センター	96	(財) 日本食生活協会
27	食品産業中央協議会	97	(社) 日本女子体育連盟
28	(社) スポーツ健康産業団体連合会	98	(財) 日本心臓財団
29	公益財団法人 住友生命健康財団	99	公益財団法人 日本スポーツクラブ協会
30	(NPO) 青果物健康推進協会	100	(社) 日本精神科病院協会
31	船員災害防止協会	101	(財) 日本成人病予防会
32	(財) 船員保険会	102	(NPO) 日本成人病予防協会
33	全国衛生部長会	103	(社) 日本体育学会
34	(社) 全国栄養士養成施設協会	104	公益財団法人 日本体育協会
35	(社) 全国結核予防婦人団体連絡協議会	105	公益財団法人 日本対がん協会
36	全国健康保険協会	106	(財) 日本退職公務員連盟
37	(NPO) 全国市町村保健活動協議会	107	(社) 日本調理師会
38	社会福祉法人 全国社会福祉協議会	108	(財) 日本糖尿病財団
39	全国商工会連合会	109	公益社団法人 日本人間ドック学会
40	公益財団法人 全国私立保育園連盟	110	(NPO) 日本人間ドック健診協会
41	(社) 全国体育指導委員連合	111	(財) 日本農村医学研究会
42	(社) 全国地区衛生組織連合会	112	(社) 日本PTA全国協議会
43	(社) 全国調理師養成施設協会	113	(社) 日本フィットネス協会
44	全国保健師長会	114	(社) 日本フィットネス産業協会
45	全国保健所長会	115	(社) 日本ボディビル連盟
46	一般財団法人 全国保健福祉情報システム開発協会	116	(社) 日本薬剤師会
47	(財) 全国老人クラブ連合会	117	(財) 日本予防医学協会
48	(社) 全国老人保健施設協会	118	(社) 日本酪農乳業協会
49	公益社団法人 全国労働衛生団体連合会	119	公益財団法人 日本リウマチ財団
50	公益社団法人 全日本断酒連盟	120	(社) 日本理学療法士協会
51	(財) 総合健康推進財団	121	一般社団法人 日本臨床内科医会
52	公益財団法人 大同生命厚生事業団	122	公益財団法人 日本レクリエーション協会
53	(財) 体力づくり指導協会	123	日本労働組合総連合会
54	一般社団法人 タバコ問題情報センター	124	(財) ノバルティス科学振興財団
55	(社) 地域医療振興協会	125	公益財団法人 8020推進財団
56	(NPO) 地球足もみ健康法実践普及協会	126	一般社団法人 ファイブ・ア・デイ協会
57	中央労働災害防止協会	127	(財) 復光会
58	公益財団法人 長寿科学振興財団	128	(NPO) フレンドリー情報センター
59	一般財団法人 長寿社会開発センター	129	(社) 米穀安定供給確保支援機構
60	公益社団法人 長寿社会文化協会	130	(NPO) ヘルスマネジメントあおぞら
61	(社) 調理技術技能センター	131	(財) 北陸体力科学研究所
62	(財) 千代田健康開発事業団	132	一般財団法人 保健福祉広報協会
63	(財) 東京顕微鏡院	133	(社) 母子保健推進会議
64	公益財団法人 難病医学研究財団	134	(社) 真向法協会
65	(社) 日本医師会	135	(財) 三井生命厚生事業団
66	(財) 日本ウェルネス協会	136	メタボリックシンドローム撲滅委員会
67	(社) 日本ウオーキング協会	137	(社) メディカル・フィットネス協会
68	(NPO) 日本運動療法推進機構	138	(財) メンタルヘルス岡本記念財団
69	(社) 日本エアロビック連盟	139	(財) 予防医学事業中央会
70	(社) 日本栄養士会		