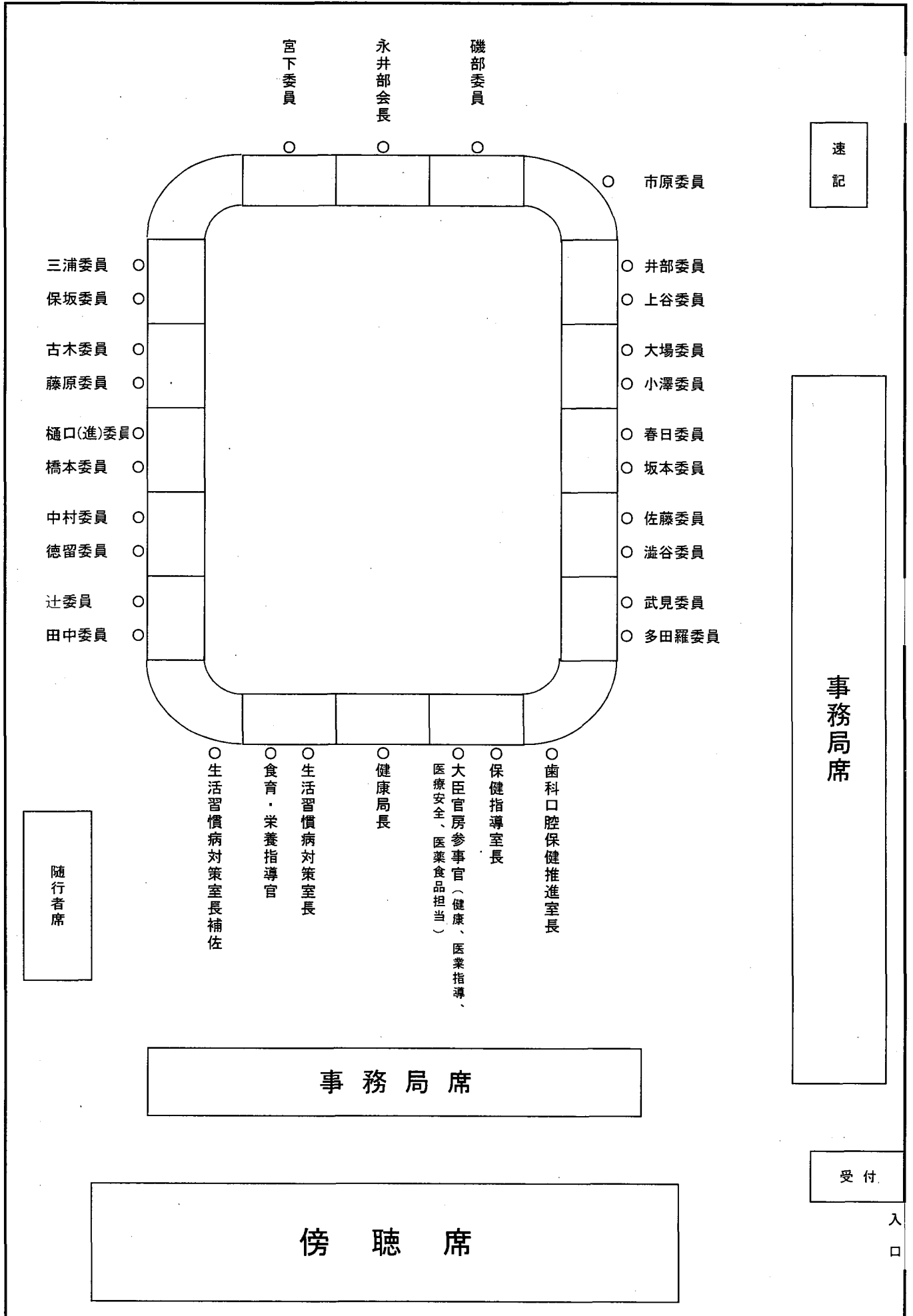


「第31回 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会」 座席図

日時:平成23年12月21日(水)10:00~12:00
 会場:厚生労働省 省議室(9階)



宮下委員

永井部会長

磯部委員

速記

市原委員

三浦委員

井部委員

保坂委員

上谷委員

古木委員

大場委員

藤原委員

小澤委員

樋口(進)委員

春日委員

橋本委員

坂本委員

中村委員

佐藤委員

徳留委員

澁谷委員

辻委員

武見委員

田中委員

多田羅委員

事務局席

日比谷公園側

生活習慣病対策室長補佐

食育・栄養指導官

生活習慣病対策室長

健康局長

大臣官房参事官(健康、医薬指導、
医療安全、医薬食品担当)

保健指導室長

歯科口腔保健推進室長

随行者席

事務局席

傍聴席

受付

入口

第31回 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

日時：平成23年12月21日（水）

10:00～12:00

場所：厚生労働省 省議室

議事次第

○ 議題

1. 審議事項

次期国民健康づくり運動プランの基本的な方向性について

2. 報告事項

(1) 健診・保健指導の在り方に関する検討会について

(2) 歯科口腔保健の推進に関する専門委員会について

3. その他

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会委員名簿

(50音順・敬称略)

氏名	所属
磯部 哲	慶應義塾大学大学院法務研究科准教授
市原 健一	全国市長会理事・茨城県つくば市長
井部 俊子	聖路加看護大学学長
上谷 律子	財団法人日本食生活協会常務理事
大場 エミ	全国保健師長会会長
小澤 壯六	健康日本21推進全国連絡協議会会長
春日 雅人	独立行政法人国立国際医療研究センター研究所長
坂本 雅子	福岡市専門員（こども施策担当）・こども総合相談センター名誉館長
佐藤 保	社団法人日本歯科医師会常務理事
澁谷 いづみ	愛知県半田保健所長
武見 ゆかり	女子栄養大学教授
多田 羅浩三	財団法人日本公衆衛生協会会長
田中 一哉	国民健康保険中央会常務理事
田畑 泉	立命館大学スポーツ健康科学部教授
辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
徳留 信寛	独立行政法人国立健康・栄養研究所理事長
◎ 永井 良三	東京大学大学院医学系研究科教授
中村 丁次	社団法人日本栄養士会会長
橋本 信夫	独立行政法人国立循環器病研究センター理事長
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
樋口 輝彦	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター理事長
福田 富一	全国知事会理事・栃木県知事
藤原 英憲	社団法人日本薬剤師会常務理事
古木 哲夫	全国町村会行政委員会副委員長・山口県和木町長
保坂 シゲリ	社団法人日本医師会常任理事
松田 晋哉	産業医科大学公衆衛生学教授
三浦 宏子	国立保健医療科学院統括研究官
宮下 暁	健康保険組合連合会常任理事

◎部会長

○ 配付資料一覧

資料 1 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について

資料 2 次期国民健康づくり運動プランの基本的な方向性に関する論点

資料 3 第 1 回、第 2 回次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会での
主なご意見

資料 4 健診・保健指導の在り方に関する検討会について

資料 5 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会歯科口腔保健の推進に
関する専門委員会について

資料 6 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

参考資料 1 健康づくり対策の流れと「健康日本 21」最終評価 概要
(第 1 回次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 資料)

参考資料 2 次期国民健康づくり運動プランの見直しの方向性 (案)
(第 1 回次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 資料)

参考資料 3 健康づくりをめぐる日本の社会経済、人口構造等の状況
(第 1 回次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 資料)

参考資料 4 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会における次期国民
健康づくり運動に関する委員提出資料

参考資料 5 東日本大震災における被害状況 (医療機関・社会福祉施設)

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
について

○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 1

○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 . . . 2

○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）
. 3

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、相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 然太朗	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

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会及び専門委員会の今後の日程（案）

<厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会>

○第30回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会（開催済み）

10月14日（金）10時～12時

- ・最終評価の報告
- ・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会の設置了承
- ・その他、報告事項など

○第31回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

12月21日（水）10時～12時

- （・次期国民健康づくり運動プランの基本的方向性）

○第32回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

1月23日（月）14時～16時

- （・次期国民健康づくり運動プランの骨子（中間取りまとめ）案）

○第33回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

2月28日（水）15時～17時

- （・次期国民健康づくり運動プラン（素案））

○第34回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

4月下旬～5月下旬頃

- （・次期プラン（基本方針）案の諮問・答申
→ 検討の進捗状況に応じ、日程をセット）

<次期プラン専門委員会>

★第1回専門委員会（開催済み）

11月25日（金）9～12時
（進め方、論点整理）

★第2回専門委員会（開催済み）

12月7日（水）9～12時
（基本的方向性）

★第3回専門委員会

1月12日（木）13～16時
（骨子（中間取りまとめ）案）

★第4回専門委員会

2月15日（水）13～16時
（プラン（素案））

★第5回専門委員会

3月19日（月）13～16時
（プラン最終（諮問）案）

次期国民健康づくり運動プランの基本的な方向性に関する論点

10年後を見据えた目指す姿について

- 国民が共に支え合い健康で幸せに暮らすためには何が必要か。
- 子ども達が希望を持つ社会づくりや、虐待や不登校などの問題を解決する社会をどう作るのか。
- 子育て世代が、仕事と家庭のバランスを保って生活の余力が持てるような社会には何が必要か。
- 高齢者が生き甲斐を持って生きるためにどういった社会が必要か。
 - ・ 上記を達成するために、
 - 地域づくりの観点からどう考えるか。
 - 個人、専門家、行政等の役割をどう考えるか。

基本的な方向について

- 個人の生活習慣改善以外の視点として、個人の健康が大きな影響を受ける社会環境について計画に取り込むべきではないか。どういった視点があるか。
- 健康寿命の延伸のために、必要なライフステージに応じた健康づくりは何か。
- 健康格差の縮小について取り組むべきではないか。その課題はなにか。
- 健康に関心のない人に対してどう取り組むべきか。
- 高齢者社会を踏まえて、治療中や介護中の人に対して段階に応じた健康づくりにどう取り組むべきか。
- 国民に分かりやすく伝え、理解を広めるためにどうすればよいか。

目標について

- 目標に関して、個人で達成すべきものと社会環境に関する目標の両方があってよいのではないか。
- 地方自治体が健康増進に取り組むにあたって、国民に分かりやすく、既存のもの

を活用した客観的な指標が必要ではないか。

- 目標設定にあたっては、上位の目標（大きく目指す目標）とそれを達成するための目標といった整理や目標の相互関係の整理など、構造を明らかにすべきではないか。
- 指標については、重複を排除し、全体バランスを考え整理が必要。どの領域に重点的に取り組むかも踏まえ決めるべきではないか。その場合、どの領域を重点化すべきか。
- 評価方法として、平均値を用いるか割合を用いるか等は個別に整理すべきでは。
例) 平均値：野菜平均 350g 以上、割合：野菜 350g 以上を摂取している人の割合の増加

自治体の計画策定や調査、連携等

- 都道府県及び市町村における健康増進計画の策定に関する基本的な事項に関して、特に留意すべき点としてどのようなものがあるか。
- 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に関して、どういう取組が必要か。
- 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に関して、どういう取組が必要か。
- 生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項に関して、どういう取組が必要か。
- 上記以外の、国民の健康の増進の推進に関する重要事項に関して、特にどういう事項に留意すべきか。

第 1 回、第 2 回次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

での主なご意見

10 年後を見据えた目指す姿について

-国民の支え合い-

- ・ 全ての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会を目指す。

-子ども達を支援する社会-

- ・ 子どもたちが希望の持てる社会を目指すべき。その基盤となる健康を大切にできる社会を目指す。
- ・ 子どもの不登校も高止まりの状況だが、適切に支援をすれば再登校して社会を担っていく。将来支援を受ける側になるか、支援をする立場になるかは大きな違いで、少子高齢社会だからこそ、子どもに対するサポートは重要。
- ・ アメリカの大規模研究では、幼児期の虐待などの逆境的な環境が、うつや喫煙などに関連しているという結果もあるので、早期の段階での環境をより良いものにすることは、大人のメンタルヘルスにとっても大変重要。

-子育て世代の仕事と家庭のバランス-

- ・ 若い世代は、労働時間が長くて、生活に余力をもてない。働きながら家庭生活の役割も担うバランスのとれた働き方をもっと普及しなければ、10 年後は家庭で高齢者を支えながら働くという姿はなく、そのためにもワークライフバランスが重要。
- ・ 親世代が忙しい世代なので、祖父母が孫の育児をサポートするなど、お互いに助けあう、ポジティブな世代間相互扶助の像が提案できるとよい。

-高齢化社会に向けて-

- ・ 高齢者が生きがいを持っていきいきできる社会を目指す。
- ・ 10 年後のさらに 10 年後を見据えた土台づくりとして、著しく進む高齢社会を見据えることが必要。
- ・ 単に健康というものではなく、労働も見据えた躍動型超高齢者社会の構築を目指すべき。
- ・ 高齢者にとっての働きやすい職場づくりも必要。
- ・ 高齢者の一人暮らしが増えてくることを踏まえ、高齢者になってからの施策ではなく、もう少し手前の段階から施策を進めることが必要。

-地域社会、環境づくり-

- ・ 在宅医療、地域コミュニティの問題も含めてほしい。
- ・ 地域づくりという観点が重要。有効なソーシャルキャピタルの活用を促進。
- ・ 誰もが社会参加でき、健康づくりの資源にアクセスできる社会を目指す。
- ・ 「健康日本 21」には、health environment（環境面）が弱かった。社会環境の課題を明確にすべき。

-専門家等の役割-

- ・ 病院、介護の現場にいる専門家や臨床家の役割も含めて考え、専門家や臨床家への普及もしていくべき。

基本的な方向について

-社会環境の改善-

- ・ 健康日本 21 は、個人の生活習慣に着目して作られていたが、個人の健康は、社会環境により大きな影響を受けるので、生活や労働環境など様々な要因を考慮して計画をたてる必要がある。
- ・ 健康日本 21 の反省として、目標が個人の目標が中心だったことがあるので、社会をみる指標をしっかりと確立していく必要がある。
- ・ 個人のニーズがないと環境は変わらない。知識が行動に結びつくことを身につけた国民を増やしていくことが重要。
- ・ 個人と環境は両方重要で、車の両輪のようにいずれも必要。

-ライフステージに応じた健康寿命の延伸への取組-

- ・ 国民が一番重要視しているのは、健康寿命。
- ・ 健康寿命の延伸は大変重要なことで、高齢者になる前まではその方針だが、75 歳以上になると不健康寿命をいかに縮めるかという観点も必要。
- ・ 健康に過ごして、人生の最期に、自分が満足してよかったと思えることが重要。
- ・ 成育期から高齢期まで各ライフステージ（世代）の社会的役割とそれを支える健康の確保のための取組を推進することが重要。

-健康格差の縮小、健康に関心のない人に対して-

- ・ 新しい健康づくり運動プランで守るべきターゲットで優先順位が一番高いのは、健康の意識はありながら生活に追われて健康が守れない、また生活に追われるあまり健康にも関心が持てない人々である。今後健康格差が広がる中で、こうした人々の健康に役立つような健康政策や社会環境整備に取り組み、どこまで健康格差が縮小できるかが重要
- ・ 病気や健康に関する講座を開いても、いらっしやる方は関心の高い方。無関心層をどうひきつけるかが重要。

-高齢化社会を踏まえて-

- ・ 健康日本 21 では、一次予防の重視が中心だったが、今回は高齢社会ということもあり、治療中の方も介護を要している方も、それぞれの段階に応じた健康づくりに取り組める働きかけが必要。
- ・ 一次予防とともに、重症化予防も重視。

-国民への啓発-

- ・ 国民運動として、国民にわかりやすく伝え、理解を広める啓発活動を促進。

-その他-

- ・ 関係省庁の連携による取組の推進。

健康に関連するような環境が地域にどれくらいあるのか、積極的に開示して、それを広報することで、自治体間の競争が生まれ、健康なまちづくりが進むような工夫が必要。

目標について

-個人の目標と社会の目標-

- ・ 目標に関して、個人で達成すべき目標と、社会に環境に関する目標が両方あってよい。
- ・ 社会生活機能低下の低減と社会参加の機会の増加は、関連して考えるべきもの。
- ・ 個人についてはライフステージに応じた目標を設定すること、社会環境については地域社会、職場、学校は、何を指すかを明らかにすることが重要である。
- ・ 「個人に関する目標」と「社会に関する目標」をシンクロさせることが必要。
- ・ こどもの健康は環境・社会の影響を受けやすいので、環境という観点も重要。
- ・ 高齢者領域は、個人と社会の両者が関連し合う領域でもある。
- ・ 社会環境はデータの蓄積がなく、難しいものがあるが、目標として今後10年間続けられるものを1つ2つ出し、モニタリングをしてみるという感覚も大事。

-運動の展開を視野に入れた目標の設定-

- ・ 国民に伝え、実現していくために、わかりやすく、実施しやすい目標値にすべき。
- ・ 目標設定をどうたてるのかの「What to do」とこの運動をどう展開するか「How to do」の整理が必要。前者については、エビデンスで整理できる部分もあり、優先順位で選ぶことも可能である。一方、後者については、健康日本21での反省点でもあり、best Practiceとまではいなくても、good Practiceを、自治体職域の事例から学んで、次期プランでは十分に発信していく必要がある。
- ・ 自治体、地域の本気度が試される時代。自治体が健康施策に総合的に取り組んでいることが客観視できる目標を設定すべき。
- ・ 地域をサポートする体制が必要。
- ・ 継続的にモニタリングが可能なものとすべき。
- ・ 新たに取り組むのではなく、データも含め、既存のものをうまく活用して取り組むことも重要。
- ・ 他の計画との整合性もしっかり図っていくべき。

-目標設定の構造や考え方-

- ・ 目標については、政策としてのニーズ、インパクトの大きさからみて、優先順位が高く、今回のプランにおいて重点を置く目標、エビデンスに裏付けられていて、実行可能性のある目標設定が可能なものに絞り込むとよい。
- ・ 健康日本21の反省は、指標が多すぎて、上位の目標とそれを達成するための目標などの整理が不十分だった点があげられるので、指標の相互関係をしっかり整理した方がよい。
- ・ 健康日本21では、大きく目指す目標とそれを達成するためにやるべきことの目標につ

いて必ずしも論理的な構造の中で整理されていなかったため、整理する必要がある。

- ・ なるべく客観的な指標を用いるべき、なるべく少ない指標を掲げ、それを達成するための複数の指標があってもよいが、単純化することが重要。
- ・ 健康づくりという観点が抜けないよう、特定の病気に偏らないようにすべき。
- ・ 複数あった指標のなかで関連の高いものは片方を選ぶなどの整理も必要。
- ・ 都道府県や市町村が取り組むことが明確となる、わかりやすい指標として、数値として示すのがよい。
- ・ 疾病予防とリスク低減については、サイエンスでの整理と、実行可能性も含めてのマネジメントは分けて考えることが必要。まずは、サイエンスで整理可能な部分は、その整理を行う。
- ・ 疾病の認知度の向上に加え、性年齢別、地域別にわけて考えてはどうか。
- ・ 専門性、エビデンスに関しては、各分野で様々であるので、一律にすることは難しいため、強弱をつけて目標を設定してはどうか。
- ・ 病気とうまく付き合っていく視点が大事であり、病気であってもそのリスクをどの程度知っているかが課題である。
- ・ 疾患によっては、予防と治療が重なってくる部分があり、その部分をどう扱うかが課題。

-評価方法-

- ・ 評価方法として、平均値を用いるか割合を用いるか等は個別検討すべきでは。
例) 平均値：野菜平均 350g 以上、割合：野菜 350g 以上を摂取している人の割合の増加
- ・ ハイリスク者の割合を減少させるのか、国民平均のリスクを減少させるのかは、疾病のおかれた状況などに応じ、適宜使い分ける必要あるのではないか。

-個別目標について-

- ・ 喫煙、飲酒、身体活動、体重、野菜・果物不足、塩分・高塩分食の摂取、感染等が日本人の発がんリスク要因としてエビデンスが報告されており、日本人への相対リスク、寄与割合等を踏まえ、がん予防を推進すべき
- ・ 血圧値とコレステロール値の減少が必要
- ・ 食事以外の要因では、20歳からの体重変化や高血圧の既往、喫煙、飲酒等が生活習慣にかかるリスクとして報告されており改善が必要
- ・ COPDの原因の90%はタバコ煙によるものであり、喫煙者の20%がCOPDを発症するとされており、喫煙が最大の発症リスクとなっている
- ・ 早期禁煙ほど有効性が高くたばこ消費の20-30年後に遅れて死亡が増加するため、若年者の喫煙率の低減は喫煙の課題
- ・ COPDのモニタリング、健診、診療、国民認識の向上等が課題
- ・ 喫煙と受動喫煙に関連した疾病、障害、死亡を減少させるために、喫煙率の低下と受動喫煙の防止を達成するための施策等をより一層充実させるとともに、喫煙率の低下と受動喫煙の防止に関わる指標と目標を設定することが重要
- ・ 未成年が出入りする場所での対策が必要

- ・多量飲酒の低減と未成年者の飲酒防止は引き続き取り組むべき
- ・リスクの少ない飲酒についての知識の普及が必要
- ・若年女性の飲酒量の増加が懸念され、女性のアルコール依存症数も増加しており女性の飲酒量の低減が必要
- ・成人期の肥満が課題。男性の20歳代から30歳代にかけての体重増加の割合が最も多く、抑制が必要
- ・地域格差がみられるため、地域格差に配慮した取組が必要
- ・家庭における共食等を通じた子どもの食育の推進が必要
- ・食塩摂取量減少、野菜摂取量の増加が重要であり、更なる食塩摂取量の減少のために、消費者の啓発、栄養成分表示等が必要
- ・20歳代で栄養素の摂取や行動変容が乏しいことから、この年代への対策が必要
- ・ライフステージを踏まえ、幼児・学齢期におけるう蝕予防、成人期における歯周病予防、中高齢期における歯の喪失の防止と口腔機能低下の軽減への取組が重要
- ・過去10年の減少が著しい1日の歩数は、一番の課題。
- ・高い体力を持つことが必要。(例：1日の歩数を概ね1000歩増やす、週1時間の息が弾む運動の実施者を性・年齢を考慮して10%増加させる、体力を1割上げる等)
- ・睡眠衛生、自殺者数、ストレスを感じた人等のモニタリングを継続し、「うつ」をターゲットにしては。
- ・思春期のメンタルヘルスに対する学校、医療機関の対応が必要
- ・就業等地域活動をしている高齢者の増加や認知症リスクのあるものの減少、運動器症候群（ロコモティブシンドローム）対策を遂行することが高齢化社会を見据え必要。
- ・適切な身体運動、食生活の改善の啓発、骨粗鬆症検診率の向上等により、骨粗鬆症、運動器慢性疼痛（腰痛、膝痛など）等の改善を目指す。

次期国民健康づくり運動プランに盛り込む目標に対するご意見(例)

- 健康寿命(日常生活に支障のない期間、自分が健康であると自覚している期間)の延伸
- 主観的健康度
- 早世の減少、疾患別・年齢調整死亡率の低下(心血管、脳血管、がん)
- 高血圧者の割合の減少／高血圧の有病率(性・年代別)の減少
- 脂質異常者の減少／脂質異常症の有病率(性・年代別)の減少
- 糖尿病患者の減少／糖尿病の有病率(性・年代別)
- 糖尿病とその合併症について正しく理解している国民の増加
- 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少(年齢調整)
- メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少(性・年代別・地域別割合)
- 生活習慣病治療中の患者のうち、コントロール不良者の減少、未治療者のうち、放置者の減少
- 認知症ハイリスク高齢者の割合の減少
- うつ・自殺者の減少
- ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加
- 骨粗鬆症者の割合の減少(思春期の低骨量女子の減少、40歳以降骨粗鬆症者の割合の減少)
- 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思う人の割合の増加
- 健診受診率(特定健診、がん検診、運動器健診)の向上
- 健診後の保健指導の実施率の向上
- 肥満者の割合の減少(小児、40歳以上中高年)
- やせの者の割合の減少(思春期、20歳代女性、高齢者)
- 塩分摂取量の減少(多量摂取者の減少、国民平均値の減少)
- 野菜・果物低摂取者の割合の減少
- 学童・思春期の家族との共食の増加
- 日常生活における歩数の増加(成人、高齢者)
- 運動習慣者の割合の増加(成人、高齢者)
- 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)
- 十分な睡眠の確保
- ストレスを感じた人の割合の減少
- 成人の喫煙率の低下
- 未成年者の喫煙率の低下(中学生、高校生)
- COPD等の知識の向上
- アルコール摂取量の減少
- 過剰飲酒者(週1日以上、1日平均男性46(女性23)g以上)の割合の減少
- 一人平均のう歯数の減少
- 歯肉炎、歯周炎の減少(有する人の割合)
- 歯の早期喪失の防止
- 口腔機能低下の軽減
- 喫煙が及ぼす健康影響(歯周病)についての十分な知識の普及

- 都道府県別の平均余命・健康寿命格差の縮小
- 所得や雇用形態でグループ化された集団別の健康寿命の格差の縮小
- 都道府県別(または市町村別)年齢調整死亡率格差の縮小
- 健康格差の把握とその対策をしている自治体数の増加
- ソーシャルサポートの授受が豊かな地域社会(自治体)数の増加
- 自治体総合計画等のなかに、10年後を見据えた健康政策の具体的指針の記載がある自治体の割合の増加
- 高齢者就業率の増加
- 社会活動をしている高齢者の割合の増加
- 健康づくりを目的とした住民組織が活動している自治体の割合
- 保健サービスへのアクセス改善に向けた取組をしている自治体の割合の増加
(30分以内にアクセスできない地域住民の減少等)
- 栄養表示(特に、総エネルギーや食塩)を行う食品数の増加
- 食品・外食料理・給食の栄養成分表示を行う店舗数の増加
- 健康的な食物(低エネルギー密度、適切なポーションサイズ)へのアクセスの改善
- 通勤・通学における自動車利用率の減少
- スポーツ施設提供業事業所数(フィットネスクラブ含む)の増加
- 都道府県対抗「1日1万歩！」アワードの実施(「1日1万歩歩く人の人数/人口比」で効果を上げた自治体を表彰)
- 都市計画に「歩く(活動する人が増加する)人が増えるまちづくり」方針を掲げて具体的な施策を実施している自治体の割合の増加
- 職場の管理監督者に心の健康対策の教育研修・情報提供を実施している事業所割合の増加
- 未成年が出入りする飲食店で禁煙
- 受動喫煙を受けた人の割合の低下(家庭、職場、公共施設、飲食店)
- 歯科保健推進条例を制定する自治体数の増加

健診・保健指導の在り方に関する検討会について

- 健診・保健指導の在り方に関する検討会 開催要綱・・・・・・・・ 1
- 「健診・保健指導の在り方に関する検討会」の開催状況について
・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

健診・保健指導の在り方に関する検討会 開催要綱

1 目的

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年に「健康日本21」を策定し、国民が主体的に取り組むことのできる健康づくり運動を推進してきたところである。この運動期間が平成24年度をもって終了することから、現在、健康日本21の評価結果を踏まえて次期の国民健康づくり運動のプランの策定に向けた作業が進められているが、国民を対象として実施されている健康診査等の内容等についても、次期国民健康づくり運動の目標達成に資するため、必要な見直しの要否について検討を行う必要がある。

また、生活習慣病予防の徹底を図る観点から、40歳以上の医療保険加入者等に対して実施している特定健診・保健指導については、平成20年の開始以来定着してきているが、その効率的・効果的实施を図るため、これまでの制度の運営状況や、制度創設後に蓄積された知見を踏まえ、その実施内容や実施手法等について検討を行う必要がある。

このような状況を踏まえ、今後の健診・保健指導の在り方について厚生労働省健康局長の下、有識者の参集を求め、所要の検討を行う。

2 検討事項

- (1) 今後の健康増進対策として必要な健診・保健指導について
- (2) 特定健診・保健指導の実施上の課題について
- (3) 今後の健診・保健指導の在り方について

3 構成員

別紙参照

4 その他

- (1) 検討会に座長を置く。
- (2) 健康局長は、必要に応じ、構成員以外の有識者等に出席を求めることができる。
- (3) 検討会は、原則として公開とする。
- (4) 検討会の事務は、健康局総務課生活習慣病対策室の協力を得て、健康局総務課保健指導室において行う。
- (5) この要綱に定めるもののほか、検討会の運営に関し必要な事項は、検討会において定める。

(別紙)

健診・保健指導の在り方に関する検討会 構成員名簿

荒木田 美香子	国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻看護学分野地域看護学領域教授
井伊 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事
大井田 隆	日本大学医学部教授
大江 和彦	東京大学大学院 医学系研究科医療情報経済学分野教授
門脇 孝	東京大学大学院 医学系研究科糖尿病・代謝内科教授
迫 和子	社団法人日本栄養士会専務理事
佐藤 保	社団法人日本歯科医師会常務理事
島本 和明	札幌医科大学長
竹村 克二	医療法人寿慶会竹村クリニック院長
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター長
鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター病院長
永井 良三	東京大学大学院 医学系研究科教授
野口 緑	尼崎市環境市民局市民サービス室健康支援推進担当課長
林 謙治	国立保健医療科学院長
保坂 シゲリ	社団法人日本医師会常任理事
松岡 幸代	国立病院機構京都医療センター・臨床研究センター予防医学研究室研究員
三浦 宏子	国立保健医療科学院 地域医療システム研究分野統括研究官
宮崎 美砂子	千葉大学大学院 看護学研究科地域看護学教育研究分野教授
宮澤 幸久	帝京大学 医療技術学部教授
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
山門 實	三井記念病院総合健診センター所長
吉池 信男	青森県立保健大学 健康科学部栄養学科教授

(50音順・敬称略)

「健診・保健指導の在り方に関する検討会」の開催状況について

平成23年

12月7日(水) 第1回検討会

- ・健診・保健指導の在り方に関する検討会の進め方について
- ・健診・保健指導の課題について

<今後の予定について>

平成23年

12月27日(火) 第2回検討会

- ・特定健診・保健指導の課題について
- ・次期国民健康づくり運動プランの検討状況について

平成24年

1月中 第3回検討会

- ・次期国民健康づくり運動プランや各計画の骨子を踏まえた検討項目について
- ・特定健診・保健指導の課題について

2月中 第4回検討会

- ・各計画・プランへの検討内容の反映方針について
- ・中間的なとりまとめ

※平成24年度以降も随時開催

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
歯科口腔保健の推進に関する専門委員会
について

○厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会歯科口腔保健の推進に
関する専門委員会設置要綱 1

○厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会歯科口腔保健の推進に
関する専門委員会委員名簿 2

○歯科口腔保健の推進に関する専門委員会 ワーキンググループ委
員名簿 3

○歯科口腔保健の推進に関する専門委員会の進め方 4

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会歯科口腔保健の推進に関する専門委員会 設置要綱

(歯科口腔保健の推進に関する専門委員会委員長決定)

1. 目 的

歯科口腔保健の推進に関する法律（以下、「歯科口腔保健法」という。）が平成23年8月2日成立し、同月10日に公布、施行された。

歯科口腔保健法第12条第1項において、「厚生労働大臣は、第7条から前条までの規定により講ぜられる施策につき、それらの総合的な実施のための方針、目標、計画その他の基本的事項（以下、「基本的事項」という。）を定めるものとする。」とされていることから、「基本的事項」を早急に策定する必要がある。

歯科口腔保健を取り巻く現状や課題などを踏まえ、基本的事項策定に必要な作業を行うため、地域保健健康増進栄養部会に「歯科口腔保健の推進に関する専門委員会」を設置する。

2. 検討事項

歯科口腔保健法の基本的事項に盛り込むべき目的や理念のほか、歯科口腔保健法第7条から第11条に関する方針、目標、計画などに関する検討に向けた作業を行う。

- ・ 歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発等について（第7条）
- ・ 定期的に歯科検診を受けることへの奨励等について（第8条）
- ・ 障害者等が定期的に歯科検診を受けること等のための施策等について（第9条）
- ・ 歯科疾患の予防のための措置等について（第10条）
- ・ 口腔の健康に関する調査及び研究の推進等について（第11条）

3. 構 成

- (1) 専門委員会の委員は公衆衛生学や歯科保健に関する研究者、行政関係者等から構成するとし、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、医政局歯科保健課歯科口腔保健推進室において総括し、及び処理する。

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
 歯科口腔保健の推進に関する専門委員会委員名簿

	氏 名	現 職
1	石塚 共 實	秋田県健康福祉部健康推進課長
2	井上 美津子	昭和大学歯学部教授
3	井下 英 二	滋賀県衛生科学センター副所長
4	今村 聡	日本医師会常任理事
5	植田 耕一郎	日本大学歯学部教授
6	大内 章 嗣	新潟大学大学院医歯学総合研究科教授
7	大村 秀 章	愛 知 県 知 事
8	金澤 紀 子	日本歯科衛生士会長
9	金田 麻里子	荒川区健康部長兼保健所長
10	神原 正 樹	日本口腔衛生学会理事長
11	佐藤 保	日本歯科医師会常務理事
○ 12	林 謙 治	国立保健医療科学院長
13	藤田 尚	新潟県立看護大学准教授
14	堀井 しづ子	富山地方鉄道健康保険組合保健事業推進担当
15	三浦 宏 子	国立保健医療科学院統括研究官
16	南 砂	読売新聞医療情報部長
17	森崎 市治郎	大阪大学歯学部附属病院長
18	安井 利 一	明 海 大 学 学 長

(50音順、敬称略)

○：委員長

厚生科学審議会 地域保健健康増進栄養部会
 歯科口腔保健の推進に関する専門委員会
 ワーキンググループ委員名簿

	氏 名	現 職
1	井上 美津子 <small>いの うえ みつこ</small>	昭和大学歯学部教授
2	井下 英二 <small>いの した えいじ</small>	滋賀県衛生科学センター副所長
3	植田 耕一郎 <small>うえ だ こういちろう</small>	日本大学歯学部教授
4	大内 章嗣 <small>おお うち あきつぐ</small>	新潟大学大学院医歯学総合研究科教授
5	金澤 紀子 <small>かな ざわ のりこ</small>	日本歯科衛生士会長
6	神原 正樹 <small>かん ばら まさき</small>	日本口腔衛生学会理事長
7	佐藤 保 <small>さ とう たもつ</small>	日本歯科医師会常務理事
8	藤田 尚 <small>ふじ た ひさし</small>	新潟県立看護大学准教授
9	堀井 しづ子 <small>ほり い しづこ</small>	富山地方鉄道健康保険組合保健事業推進担当
10	三浦 宏子 <small>み うら ひろこ</small>	国立保健医療科学院統括研究官
11	森崎 市治郎 <small>もり さき いちじろう</small>	大阪大学歯学部附属病院長
12	安井 としかず <small>やす い としかず</small>	明海大学学長

(50音順、敬称略)

地域保健健康増進栄養部会

歯科口腔保健の推進に関する専門委員会

第30回地域保健健康増進部会(開催済み)

10月14日(金)10:00~12:00

第31回地域保健健康増進部会

12月21日(水)10:00~12:00

第32回地域保健健康増進部会

1月23日(月)14:00~16:00

第33回地域保健健康増進部会

2月28日(火)15:00~17:00

第34回地域保健健康増進部会

4月下旬~5月下旬頃

○第1回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会(開催済み)

12月8日(木)13:30~15:30、進め方、論点整理

・第1回ワーキンググループ

12月27日(火)15:30~17:30、基本的方向性

・第2回ワーキンググループ

1月16日(月)10:00~12:00、骨子

・第3回ワーキンググループ

1月30日(月)13:00~15:00、プラン

○第2回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会

3月19日(月)17:00~19:00、プラン最終

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

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

健康日本21推進全国連絡協議会加入会員団体（但し、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の構成員が所属する団体を除く。）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。

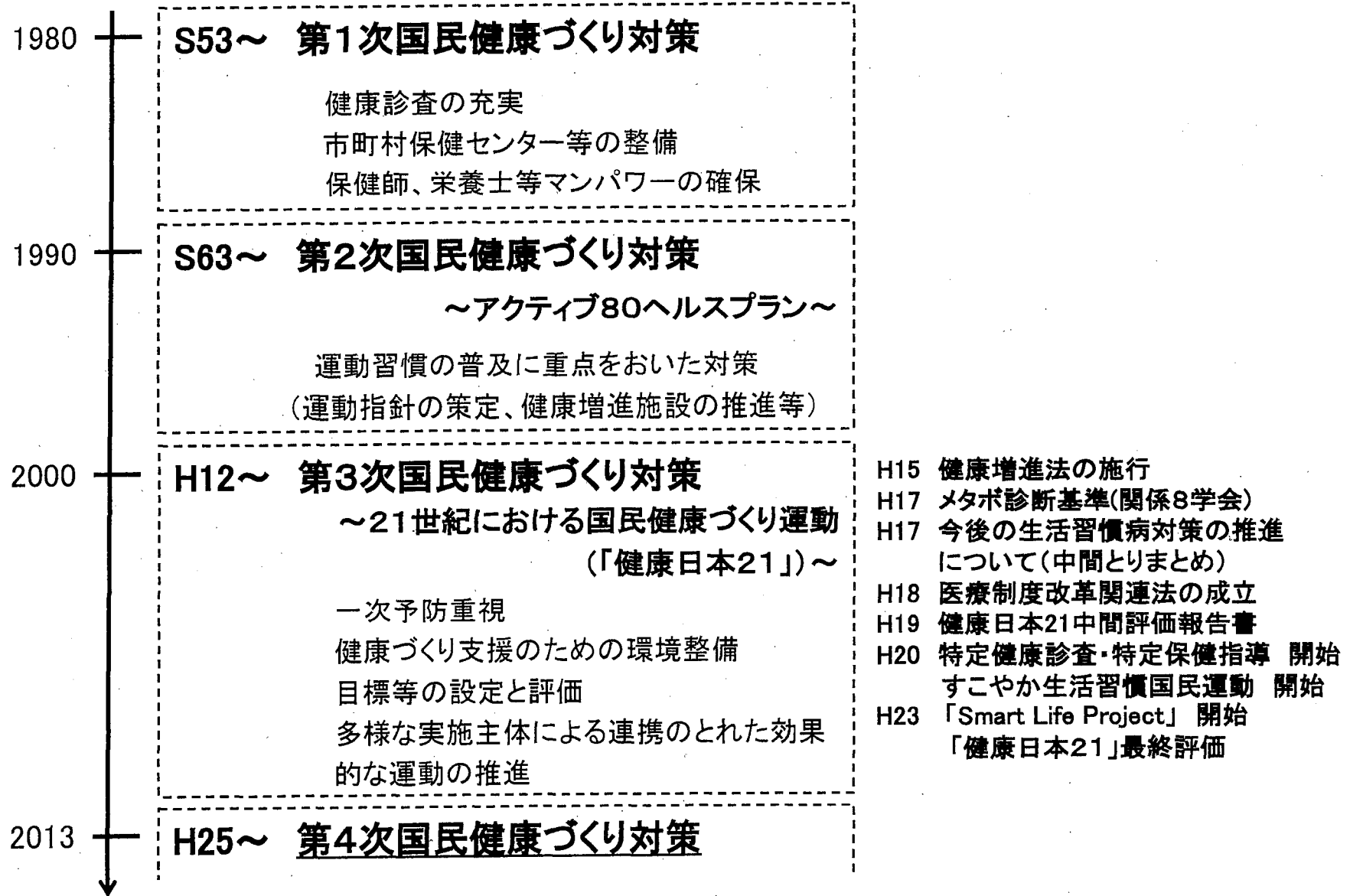
○ 自治体

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. 12. 21 版)

- | | |
|---------------------|---------------|
| ○日本アルコール・薬物医学会 | ○日本骨粗鬆症学会 |
| ○日本アルコール関連問題学会 | ○日本産業衛生学会 |
| ○日本栄養改善学会 | ○日本産婦人科学会 |
| ○日本栄養・食糧学会 | ○日本循環器管理研究協議会 |
| ○日本疫学会 | ○日本循環器学会 |
| ○日本学校保健学会 | ○日本小児科学会 |
| ○日本がん疫学・分子疫学研究会 | ○日本小児保健学会 |
| ○日本癌学会 | ○日本腎臓学会 |
| ○日本がん予防学会 | ○日本整形外科学会 |
| ○日本禁煙科学会 | ○日本体育学会 |
| ○日本禁煙学会 | ○日本体力医学会 |
| ○日本禁煙推進医師歯科医師連盟 | ○日本糖尿病学会 |
| ○日本健康教育学会 | ○日本動脈硬化学会 |
| ○日本口腔衛生学会 | ○日本内科学会 |
| ○日本高血圧学会 | ○日本認知症学会 |
| ○日本公衆衛生学会 | ○日本肥満学会 |
| ○日本行動医学会 | ○日本病態栄養学会 |
| ○日本呼吸器学会 | ○日本臨床スポーツ医学会 |
| ○日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 | ○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 |

健康づくり対策の流れ



「健康日本21」最終評価（概要）について

H23.10.13

I はじめに（健康日本21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21）」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21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21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21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 [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）

<p>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）</p>	<p>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>
<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>

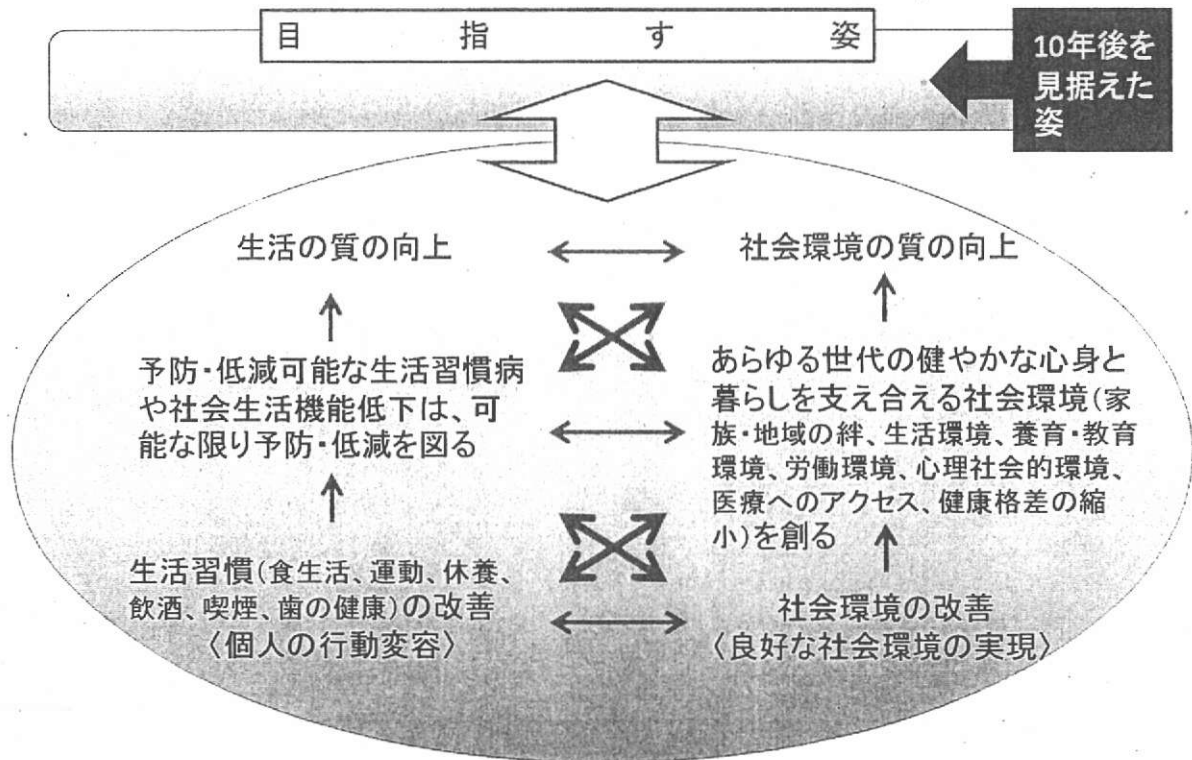
<p>題に対して配慮しつつ、乳幼児期からの健康増進の取組を効果的に推進することが重要</p> <p>3 多様な分野における連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働行政分野における健康増進に関する対策のみならず、学校保健対策やまちづくり対策、障害スポーツ分野における対策等、関係行政分野、機関等との十分な連携が必要 ・国、都道府県、市町村及び特別区、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者間の相互の連携も必要 	
<p>第二 国民の健康の増進の目標に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国～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> <ul 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>※現行を基本としつつ、変更・充実すべき点があるか。</p>
<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> <ul 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> <ul 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> <ul 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 	

※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。

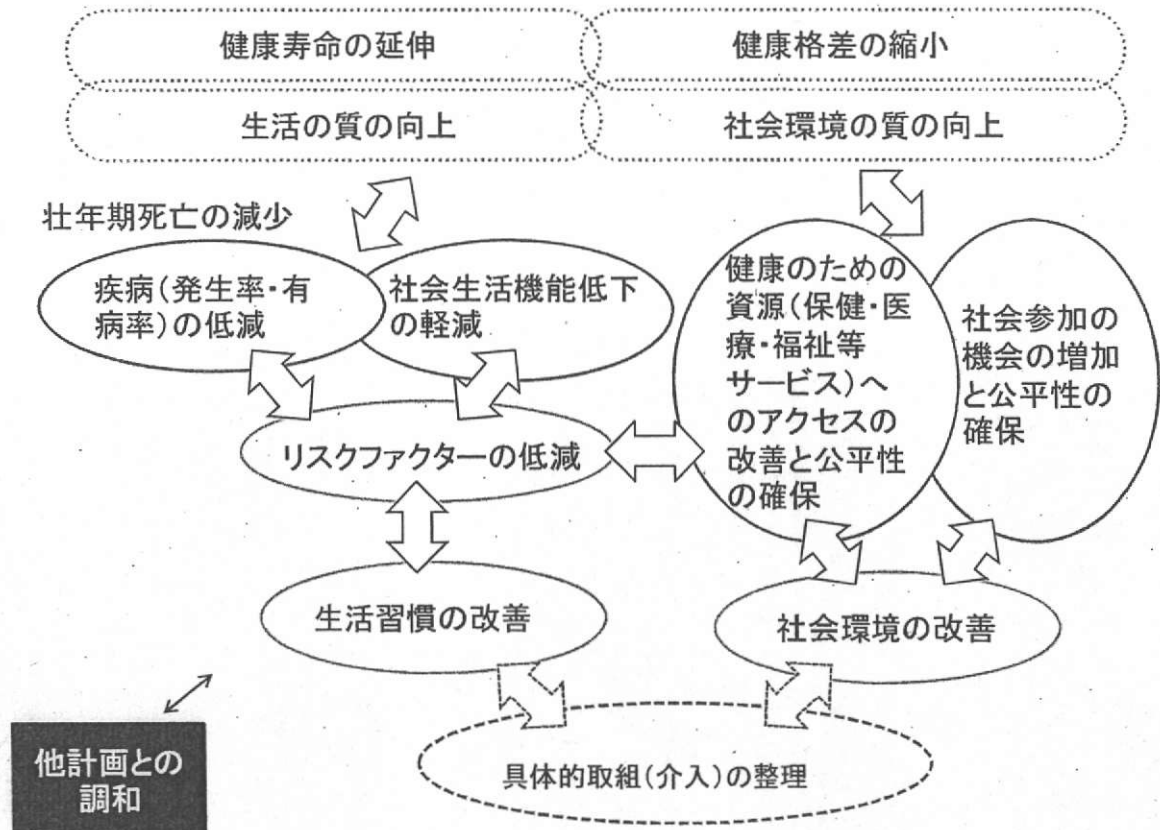
(参考)

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)



参考資料 3

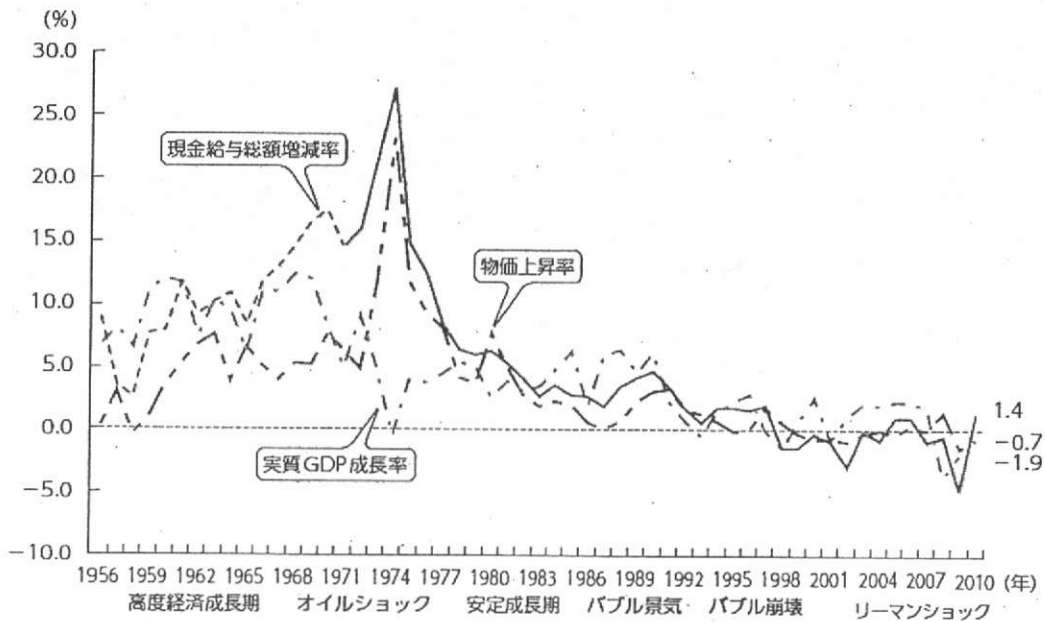
第1回次期国民健康づくり運動
プラン策定専門委員会 資料

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

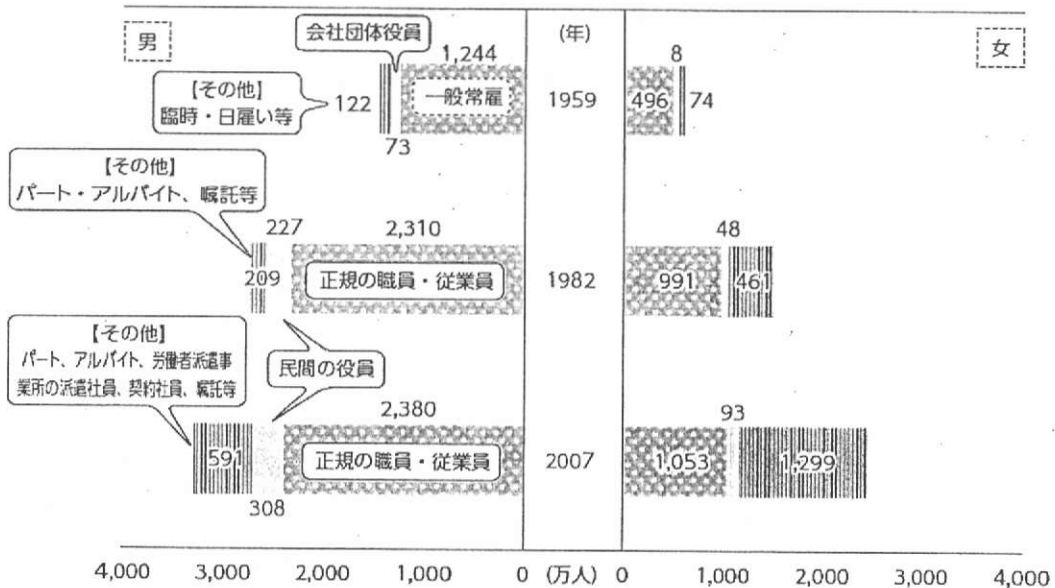


資料：内閣府「国民経済計算」、総務省統計局「消費者物価指数」、厚生労働省大臣官房統計情報部「毎月勤労統計調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
 (注) 現金給与総額増減率について、1970年までは製造業かつ事業所規模30人以上、1971年以降は全産業の平均かつ事業所規模30人以上。

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

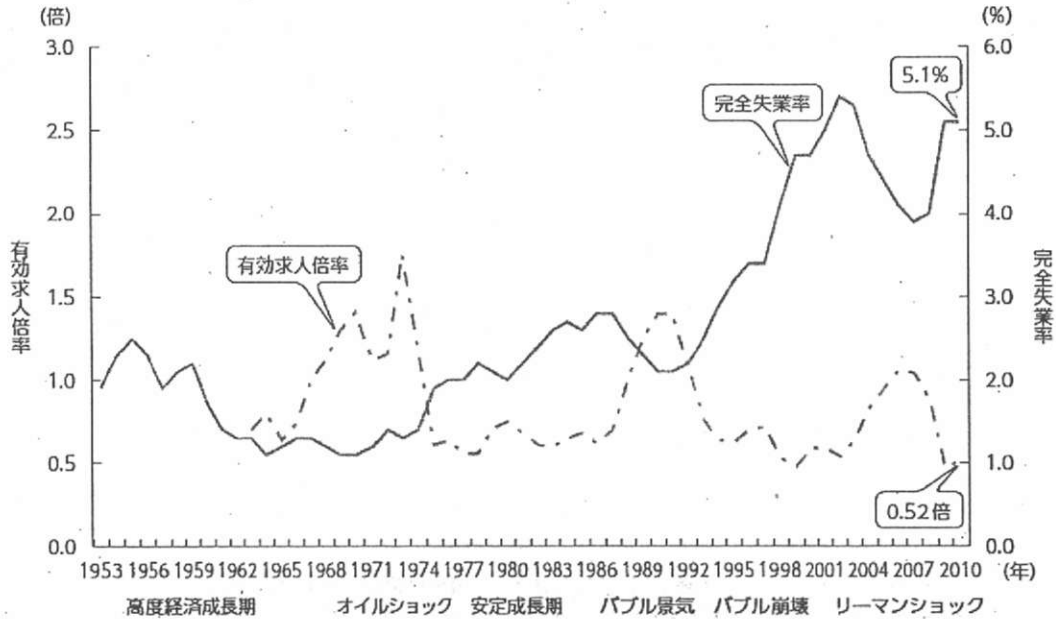


資料：総務省統計局「就業構造基本調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

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

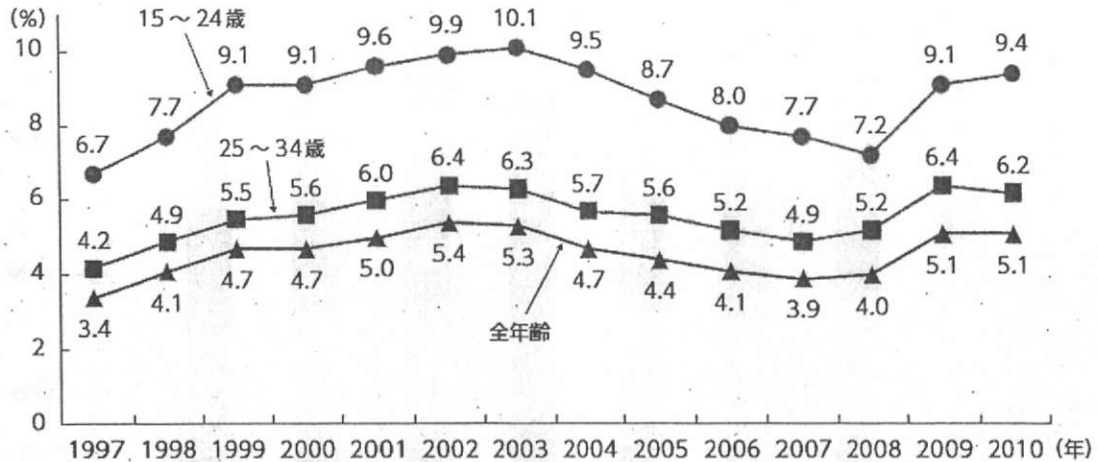


資料：総務省統計局「労働力調査」、厚生労働省職業安定局「職業安定業務統計」
 (注) 有効求人倍率は、新規学卒者を除きパートタイムを含む。また年平均の数値である。

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

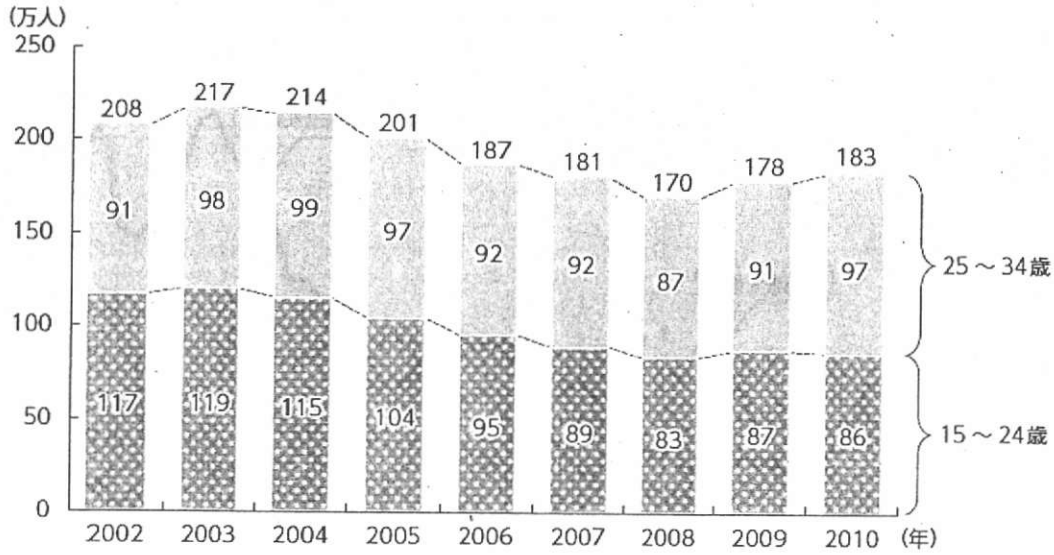


資料：総務省統計局「労働力調査」
 (注) 完全失業率は年平均

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



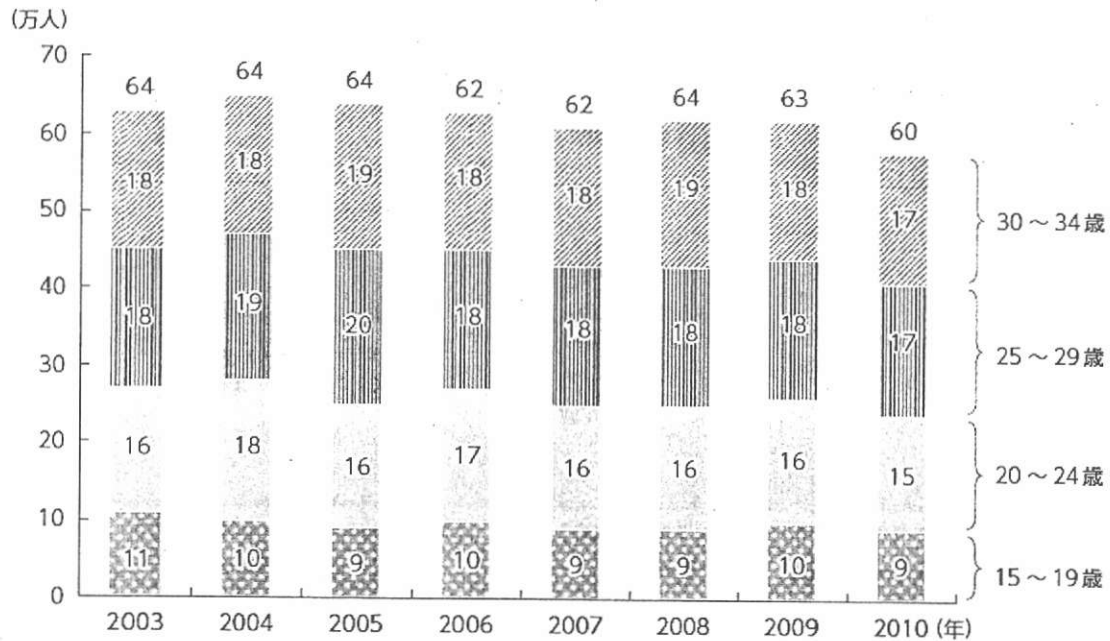
資料：総務省統計局「労働力調査（詳細集計）」

(注) 「フリーター」の定義は、15~34歳で、男性は卒業生、女性は卒業生で未婚の者とし、

1. 雇用者のうち勤め先における呼称が「パート」又は「アルバイト」である者、
2. 完全失業者のうち探している仕事の形態が「パート・アルバイト」の者、
3. 非労働力人口で、家事も通学もしていない「その他」の者のうち、就業内定しておらず、希望する仕事の形態が「パート・アルバイト」の者の合計。

資料：平成23年版 厚生労働白書

ニートの数の推移



資料：総務省統計局「労働力調査」

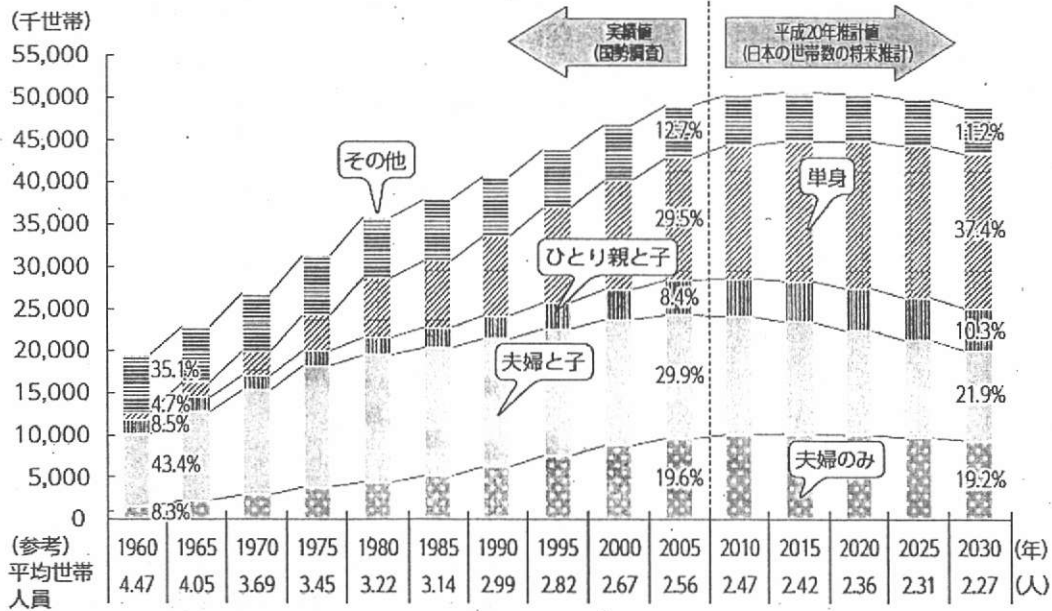
(注) 「ニート」の定義は、15~34歳で、非労働力人口のうち、家事も通学もしていない者。

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

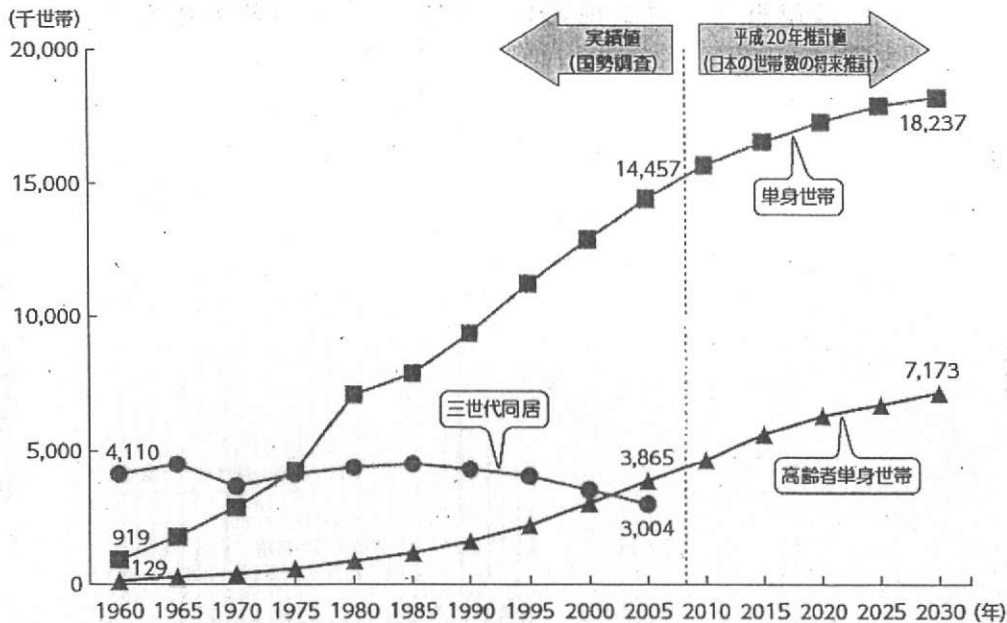


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（2008年3月推計）」
 (注) 集計の出発点となる基準人口は、総務省統計局「国勢調査」(2005年)に調整を加えて得たものである。

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

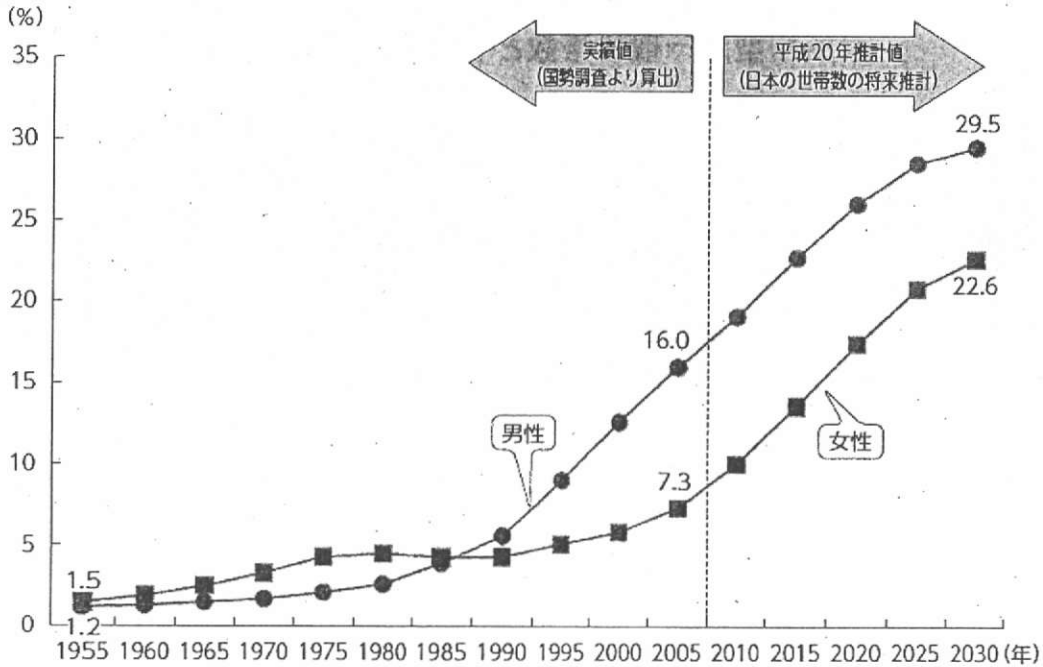


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（2008年3月推計）」
 (注) 1. 集計の出発点となる基準人口は、総務省統計局「国勢調査」(2005年)に調整を加えて得たものである。
 2. 三世代同居とは、「夫婦と子どもと両親から成る世帯」「夫婦と子どもと片親から成る世帯」を合計したものである。
 3. 高齢者単身世帯の1960年は世帯主の年齢が70歳以上、1965年以降は世帯主の年齢が65歳以上の単身世帯である。

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



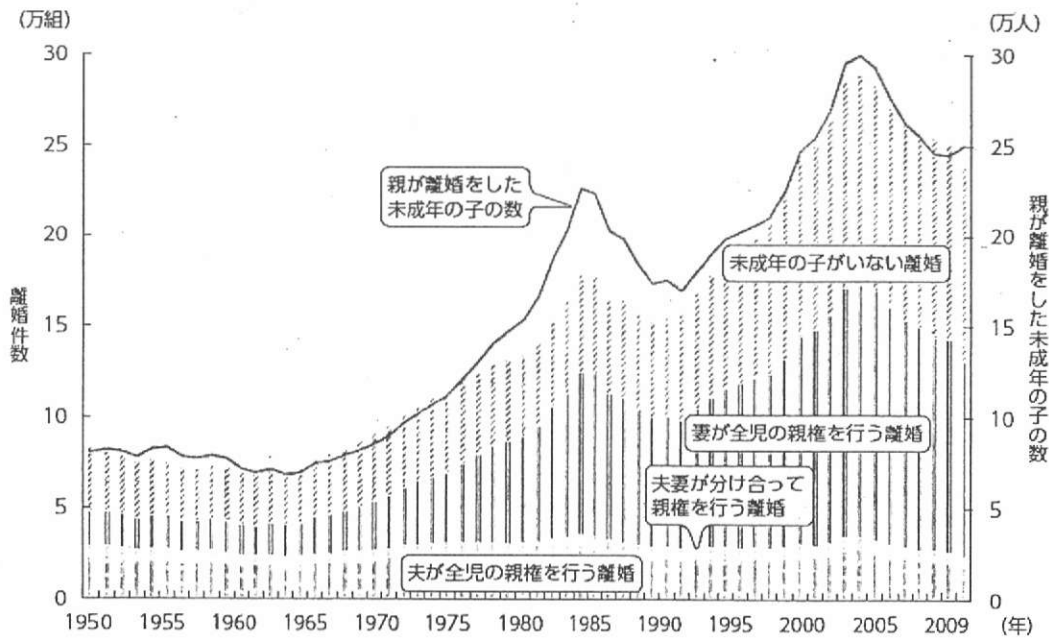
資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(2010年版)、「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(2008年3月推計)」

(注) 生涯未婚率とは、50歳時点で一度も結婚をしたことのない人の割合であり、2005年までは「人口統計資料集(2010年版)」、2010年以降は「日本の世帯数の将来推計」より、45～49歳の未婚率と50～54歳の未婚率の平均である。

資料：平成23年版 厚生労働白書

○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



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

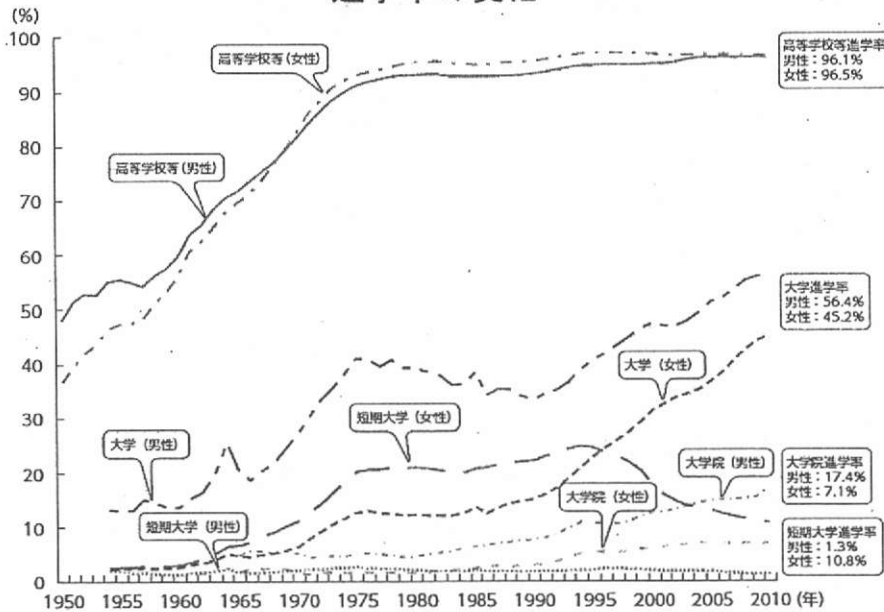
(注) 未成年の子とは、20歳未満の未婚の子をいう。親権とは、未成年の子に対して有する身分上、財産上の監督、保護を内容とする権利、義務をいう。

資料：平成23年版 厚生労働白書

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



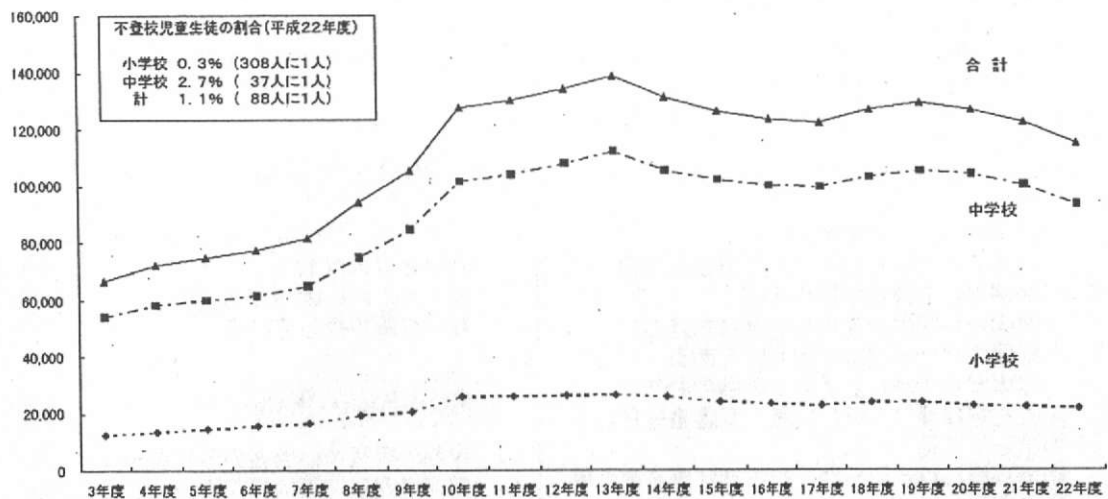
資料：文部科学省「学校基本調査」

- (注) 1. 高等学校等への進学率：中学校卒業生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年前の中学校卒業生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。

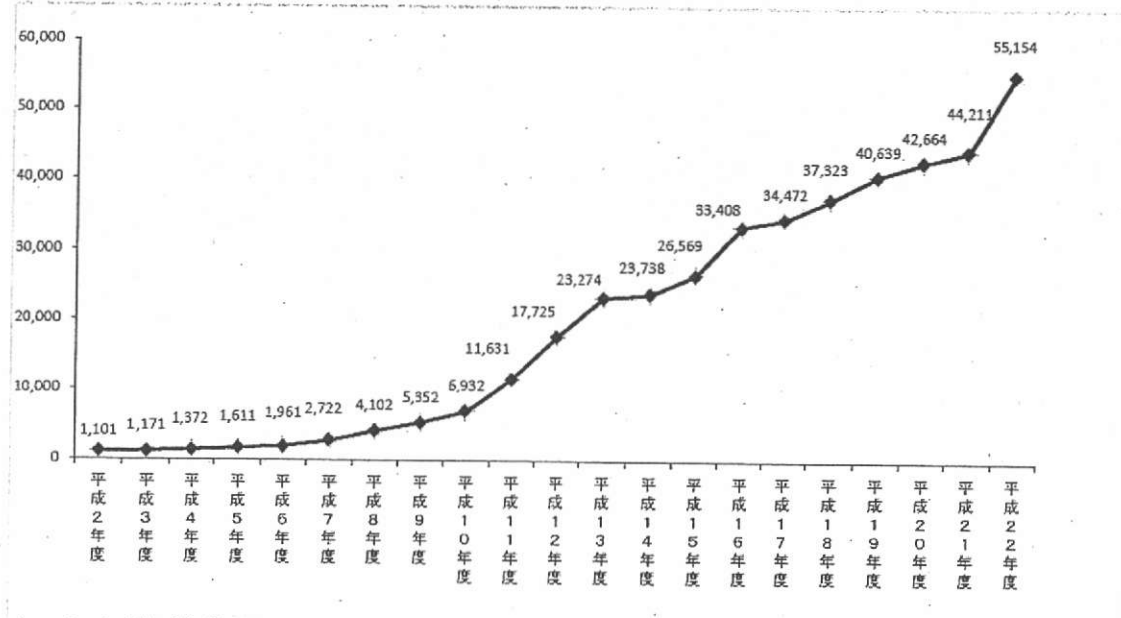
不登校児童生徒数(小・中学校)の推移



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

保護者の側面

- 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かか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

子どもの側面

- 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

生活環境等の側面

- 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
- きょうだいに虐待があった
- 転居を繰り返している

援助過程の側面

- 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

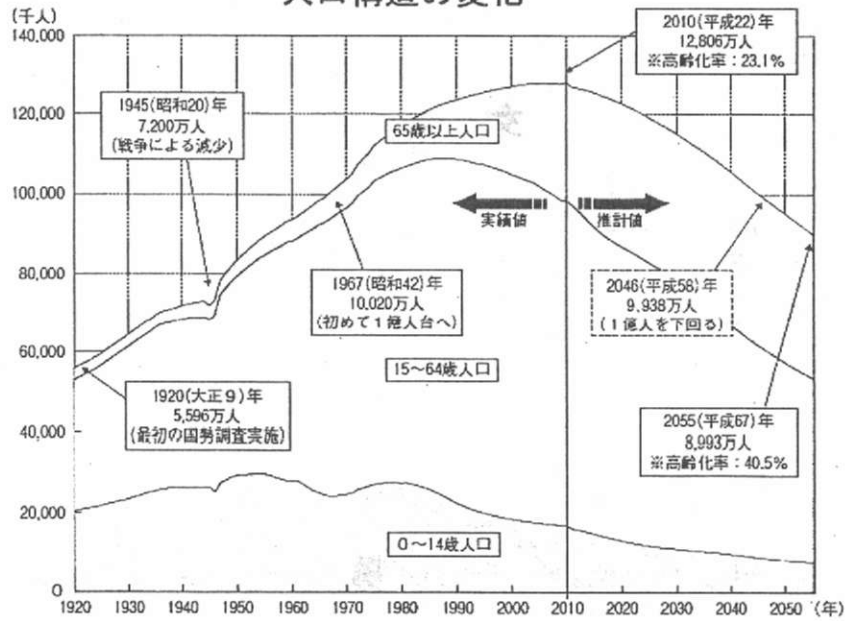
※子どもが低年齢、または離婚等により一人親の場合であって、上記に該当する場合は、特に注意して対応する必要がある。

資料：厚生労働省 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 第7次報告「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」

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。

人口構造の変化



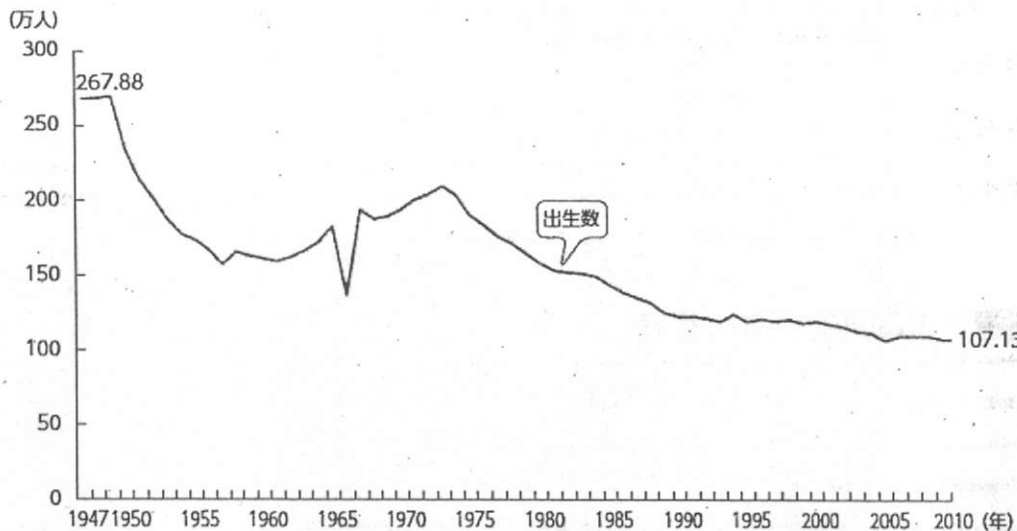
資料：実績値（1920～2010年）は総務省「国勢調査」、「人口推計」、「昭和20年人口調査」、推計値（2011～2055年）は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」の中位推計による。

注：1941～1943年は、1940年と1944年の年齢3区分別人口を中間補間した。1945～1971年は沖縄県を含まない。また、国勢調査年については、年齢不詳分を按分している。

資料：内閣府「平成23年版子ども・子育て白書」

○出生数は急激に低下。

出生者数の推移

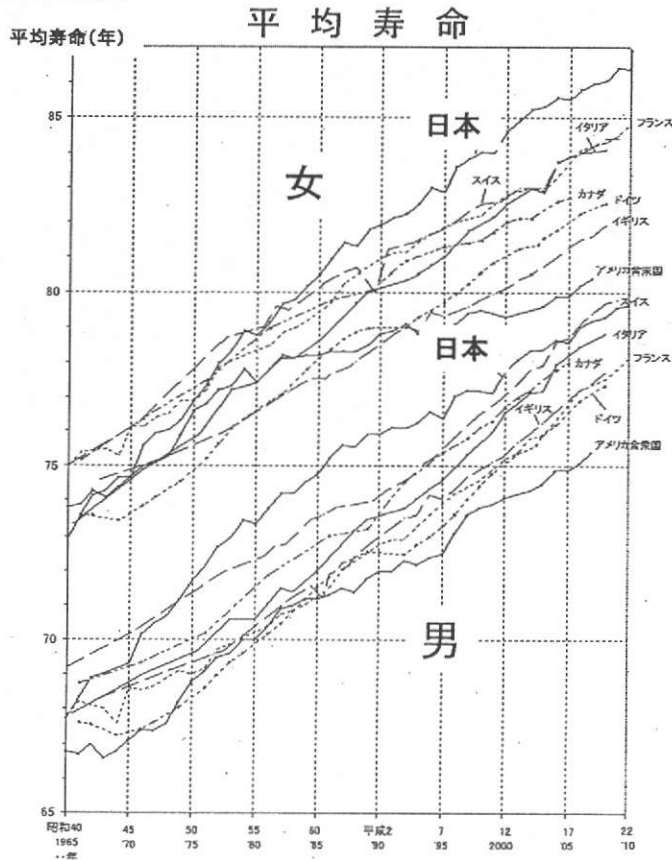


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
 (注) 2010年は概数である。

資料：平成23年版 厚生労働白書

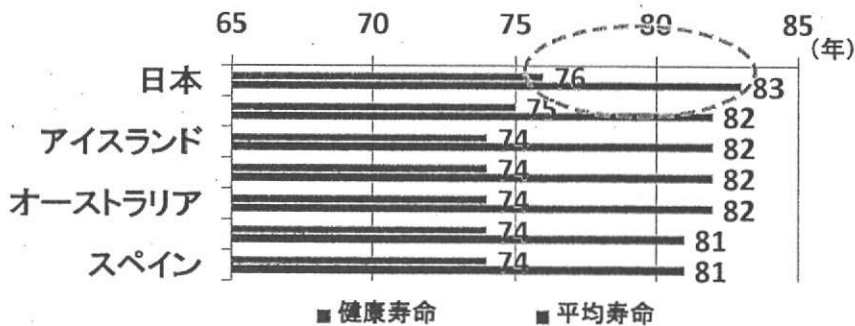
寿命の変化

○平均寿命は延伸。



○健康寿命は延伸。

健康寿命(WHO方式)の国際比較



各種指標による健康寿命の推移

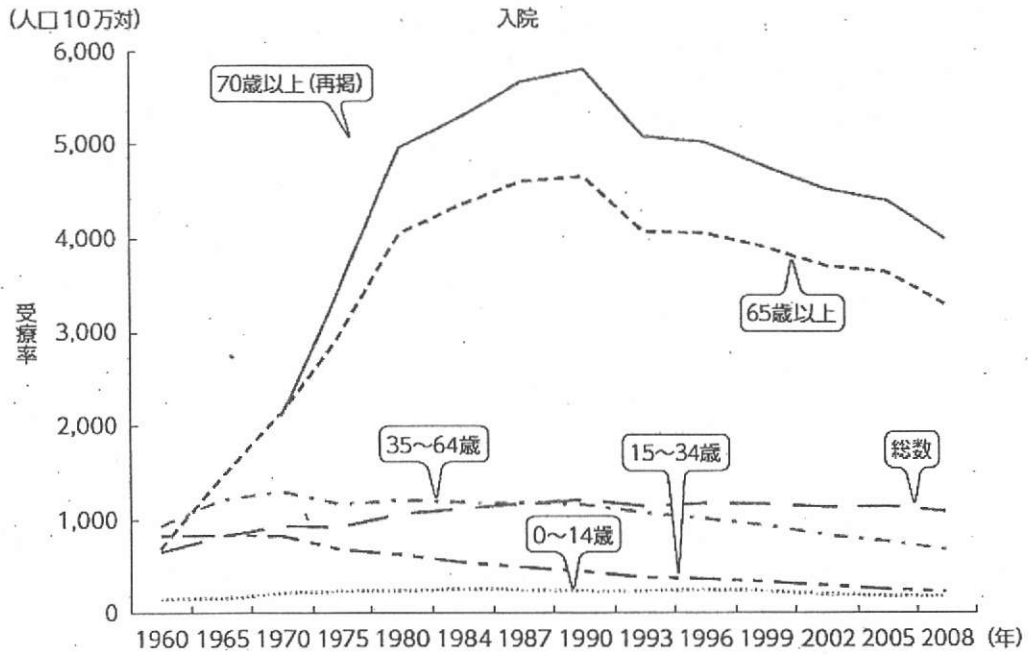
	平成17年	→	平成21年	都道府県分布 (平成21年)	
平均自立期間 (65歳時)	男性	16.66	→	17.24 (年)	15.34~17.94 (年)
	女性	20.13	→	20.48 (年)	19.33~21.38 (年)
日常生活に制限のない平均期間	男性	68.49	→	70.74 (年)	68.95~72.53 (年)
	女性	72.12	→	74.11 (年)	72.83~75.96 (年)
自覚的に健康な平均期間	男性	68.54	→	69.72 (年)	67.43~71.31 (年)
	女性	72.00	→	72.93 (年)	71.36~74.90 (年)
自立調整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

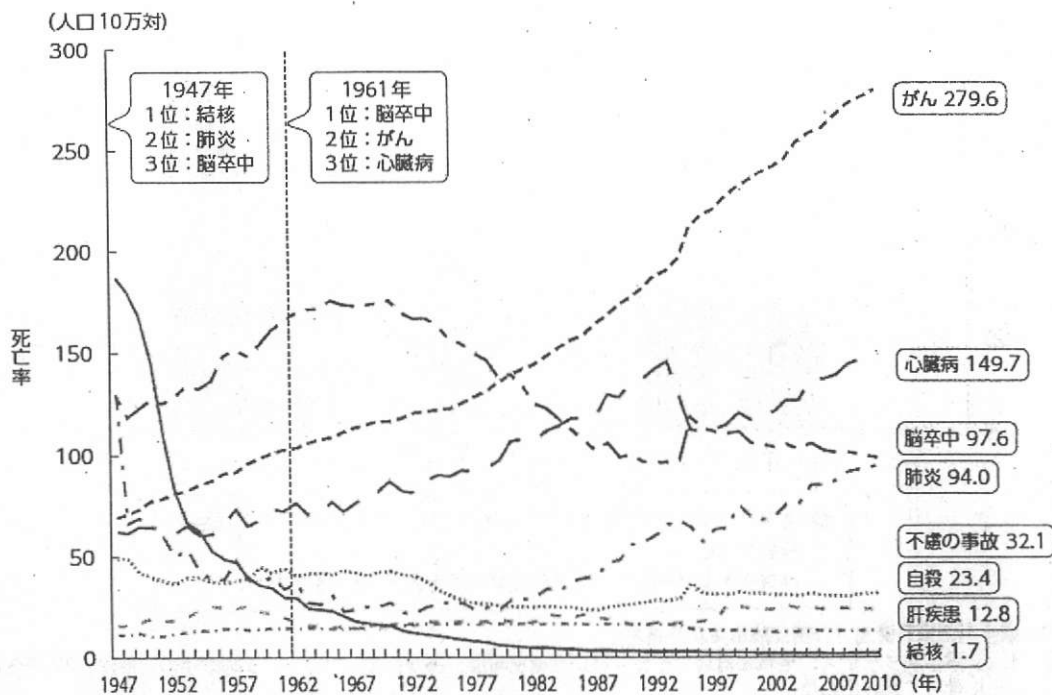


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」

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

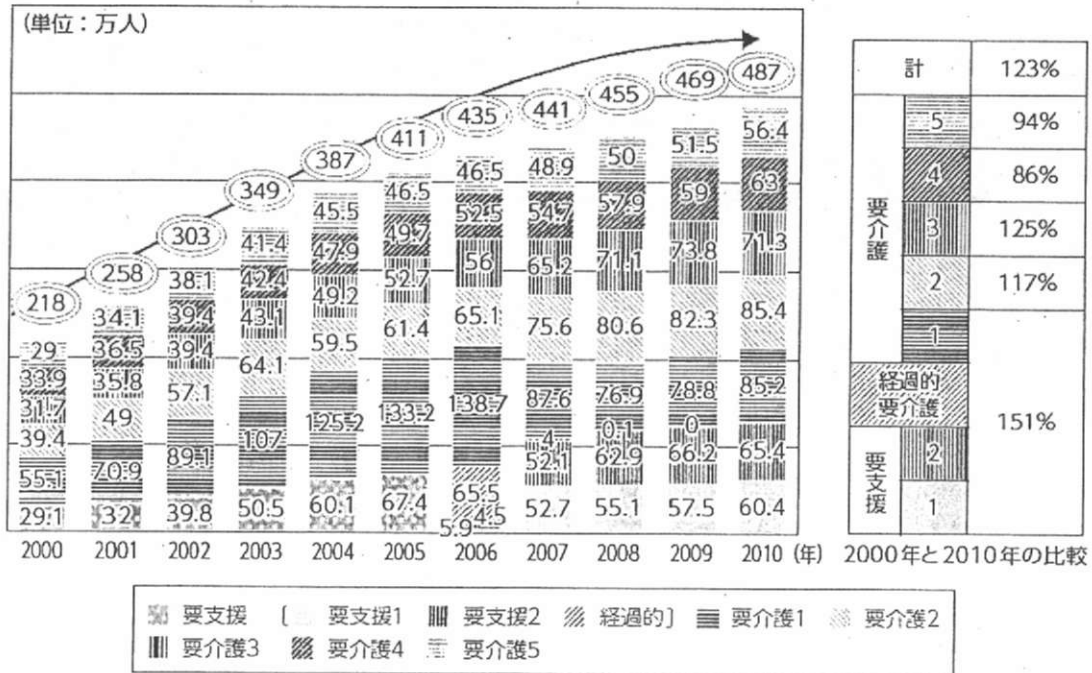


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
(注) 2010年は概数値である

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

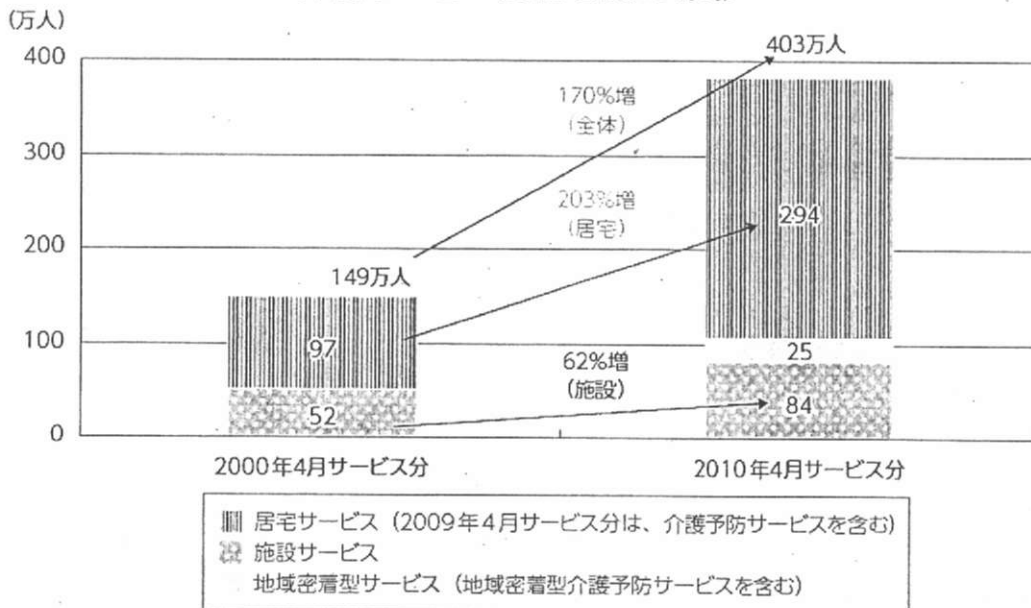


資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」他
 (注) 数値は4月末日

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



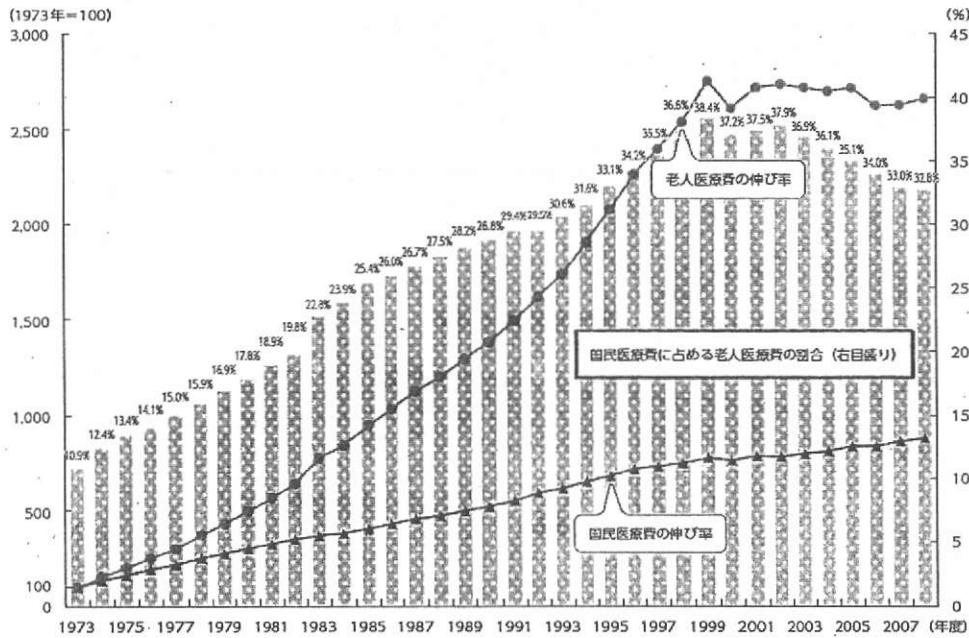
資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」

(注) 1. 介護予防サービス、地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスは、2005年の介護保健制度改正に伴って創設された。

2. 各サービス受給者の合計とサービス受給者は端数調整のため一致しない。

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。

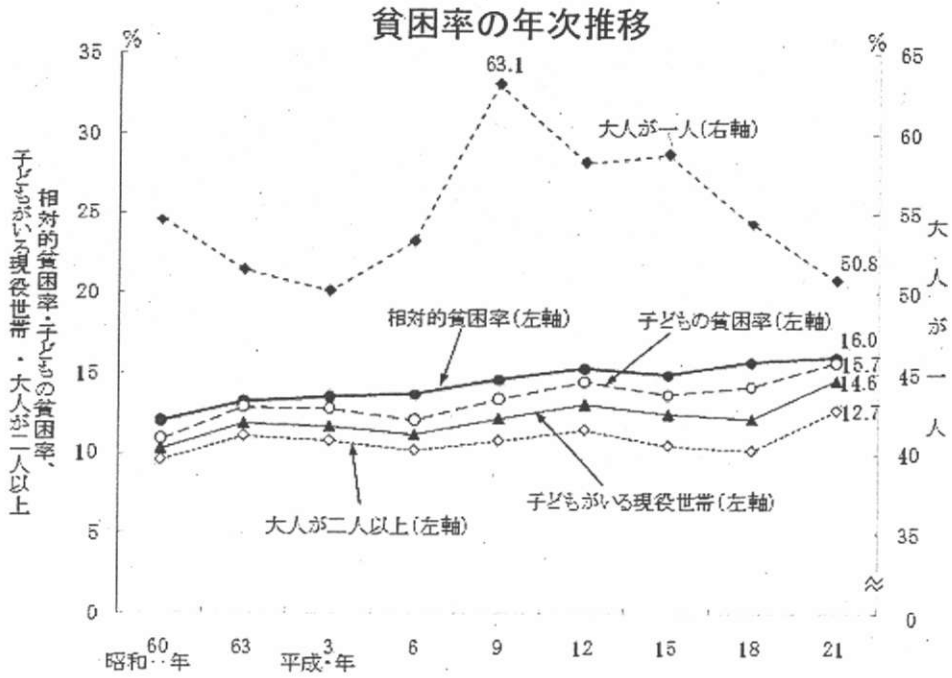
OECD加盟国の医療費の状況(2008年)

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	
OECD平均	9.0		3,060		
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	

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

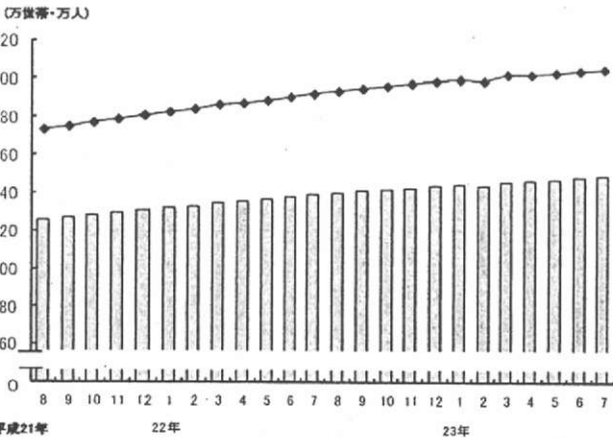
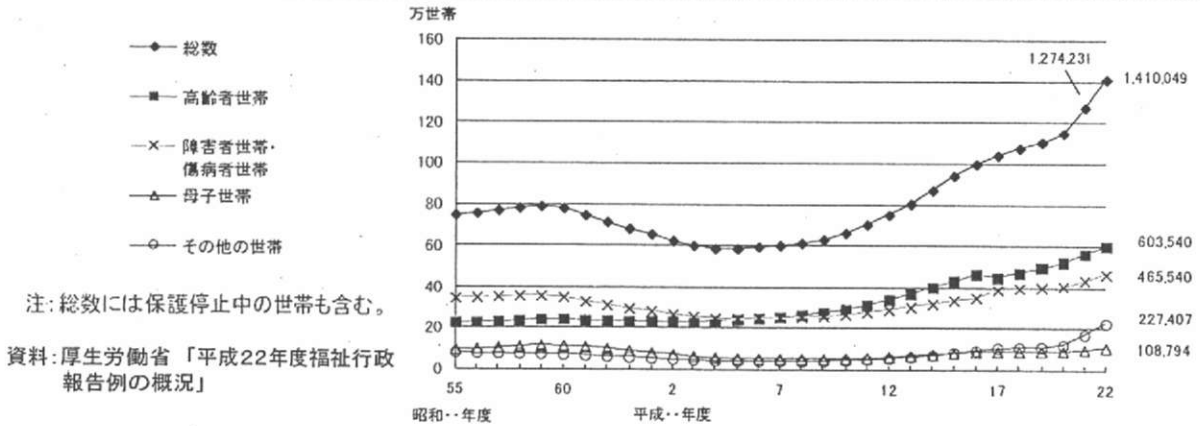
資料：平成23年版 厚生労働白書

○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)。



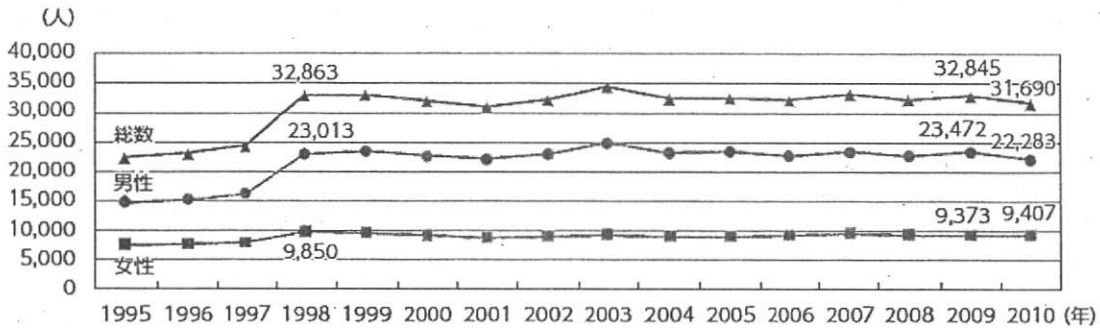
- 注: 1) 平成22年3月分までは確定数
 2) 東日本大震災の影響により、平成23年2月分は郡山市以外の福島県を除いて集計した数値を掲載している。
 資料: 厚生労働省「福祉行政報告例 (平成23年7月分概数)」

- 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	原因・動機											
		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)

区分	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
	決定件数 注2	818	856	797	709	696
	うち支給決定件数 注3 (認定率) 注4	355 (43.4%)	392 (45.8%)	377 (47.3%)	293 (41.3%)	285 (40.9%)
	うち死亡	315	318	304	237	270
うち死亡	請求件数	315	318	304	237	270
	決定件数	303	316	313	253	272
	うち支給決定件数 (認定率)	147 (48.5%)	142 (44.9%)	158 (50.5%)	106 (41.9%)	113 (41.5%)

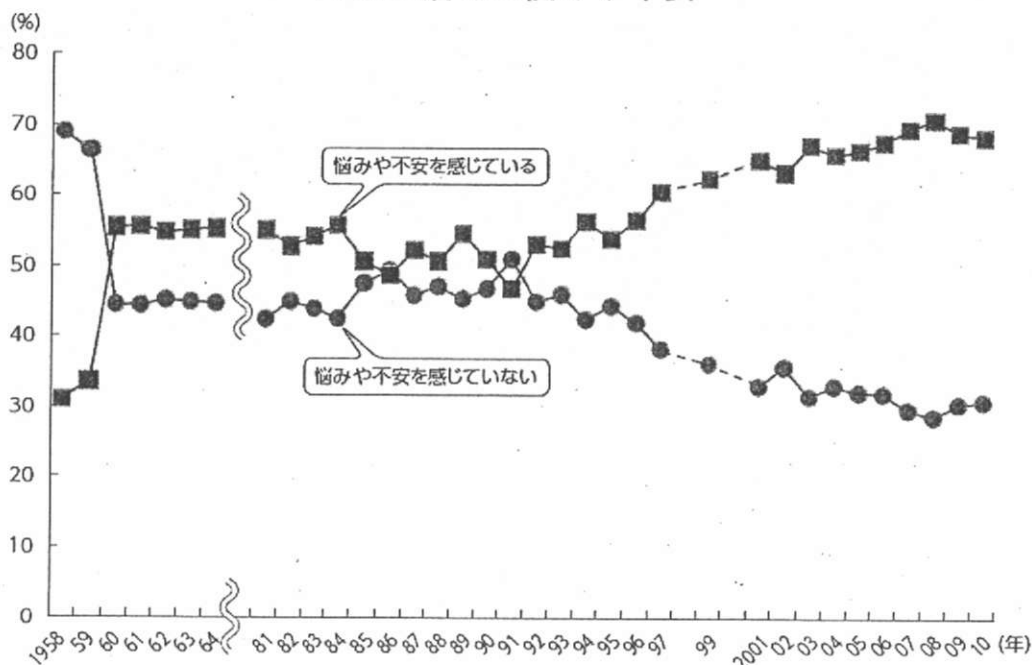
精神障害等の労災補償状況 (件)

区分	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
精神障害等	請求件数	819	952	927	1136	1181
	決定件数 注2	607	812	862	852	1061
	うち支給決定件数 注3 (認定率) 注4	205 (33.8%)	268 (33.0%)	269 (31.2%)	234 (27.5%)	308 (29.0%)
	うち自殺(未遂を含む。)	176	164	148	157	171
うち自殺(未遂を含む。)	請求件数	176	164	148	157	171
	決定件数	156	178	161	140	170
	うち支給決定件数 (認定率)	66 (42.3%)	81 (45.5%)	66 (41.0%)	63 (45.0%)	65 (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



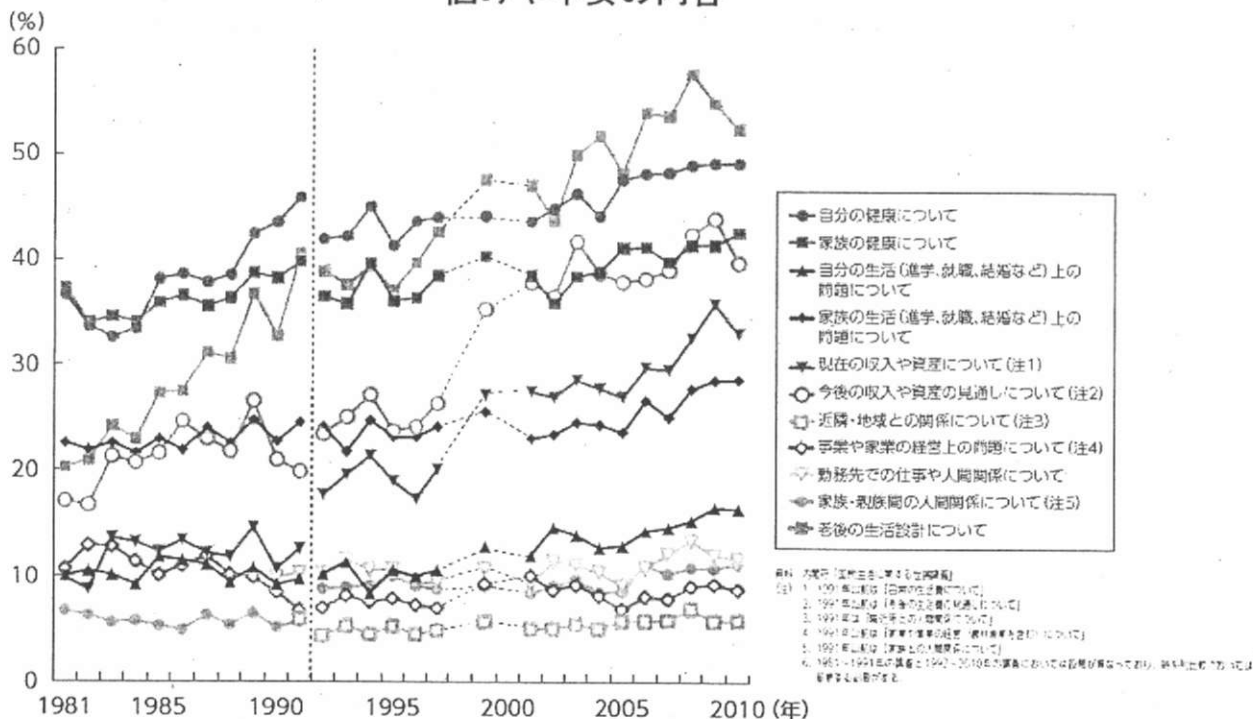
資料：内閣府「国民生活に関する世論調査」

(注) 1964年調査までは、不安が「ある」、不安が「ない・不明」を聞いている。

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



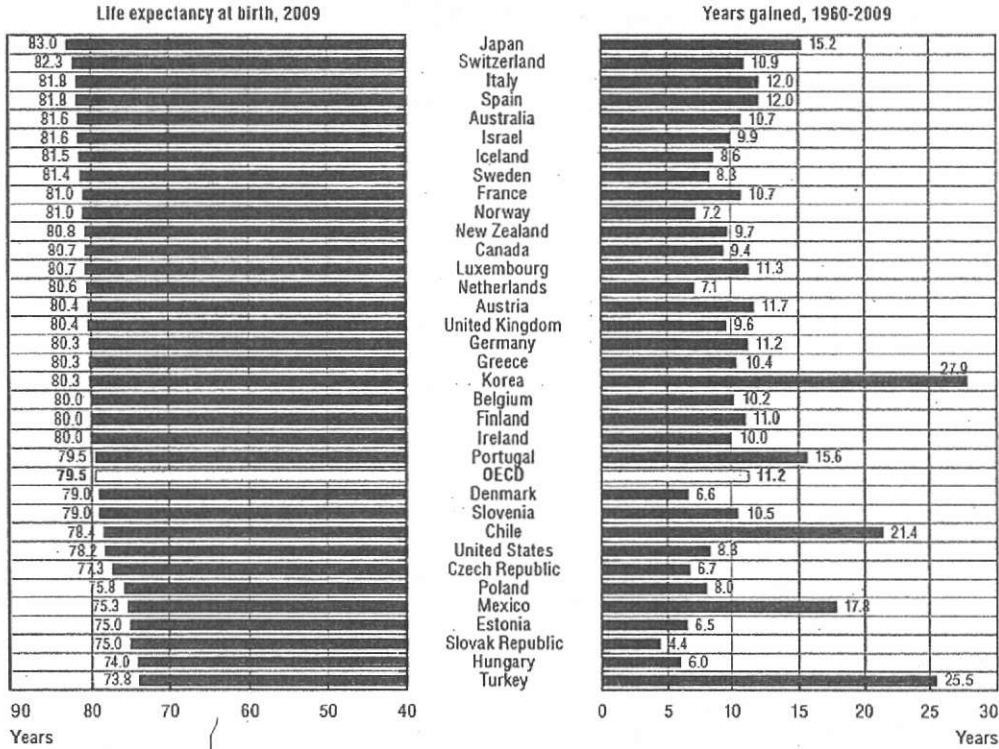
資料：大塚市「国民生活に関する世論調査」
 (注) 1. 1991年調査は「自分の健康について」
 2. 1991年調査は「今後の収入や資産の見通しについて」
 3. 1991年調査は「近隣・地域との関係について」
 4. 1991年調査は「事業や家業の経営上の問題について」
 5. 1991年調査は「家族・親戚間の人間関係について」
 6. 1981～1991年の調査と1997～2010年の調査においては取扱いが異なっており、読みかたについては
 前ページを参照してください。

資料：平成23年版 厚生労働白書

世界の中の日本

平均寿命と1960～2009年に伸びた年数

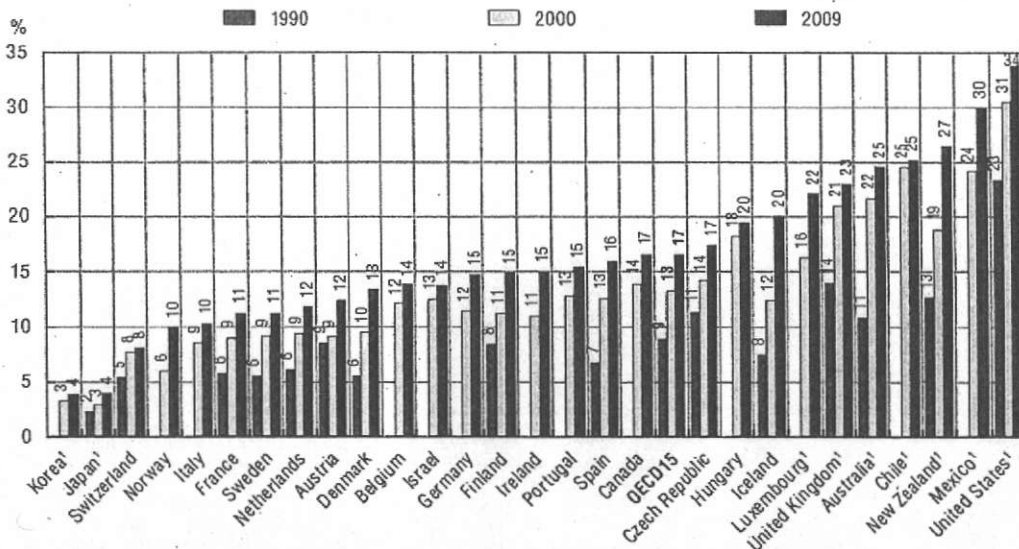
Life expectancy at birth, 2009 (or nearest year available), and years gained since 1960



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>.

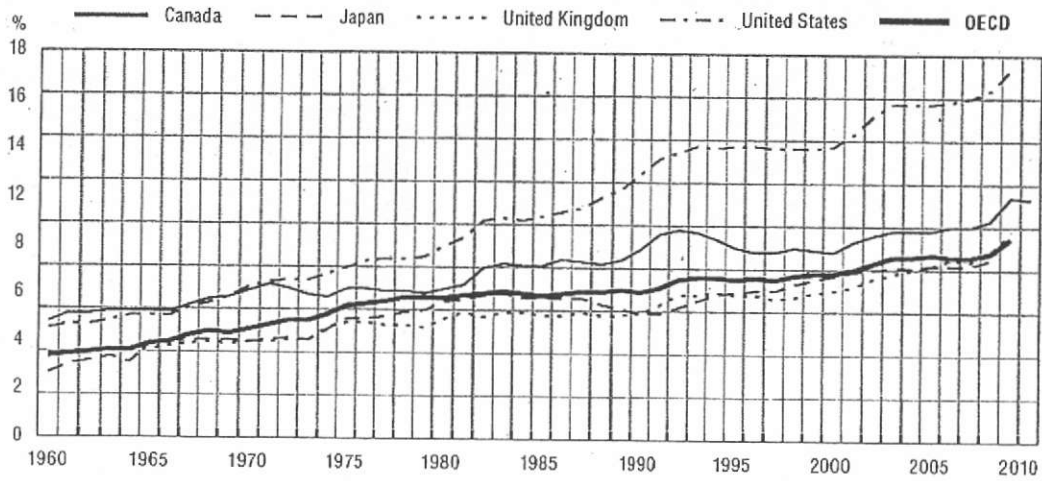
1. Data are based on measurements rather than self-reported height and weight.

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

次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 における次期国民健康づくり運動に 関する委員提出資料

○ 栄養・食生活	1
○ 身体活動・運動	27
○ 休養・こころの健康づくり	31
○ たばこ	37
○ アルコール	47
○ 歯の健康	57
○ 糖尿病	65
○ 循環器病	71

栄養・食生活

1. 健康日本21の最終評価

栄養・食生活分野では、15の指標があり、A目標に達した1項目、B目標に達していないが改善傾向にある5項目、C変わらない7項目、D悪化している2項目であった。

今後の課題としては、以下の4点があげられた。

- ① 個人の生活習慣全体を包括的に捉えた新たなアプローチとともに、子どもの頃からの望ましい生活習慣の定着を強化する必要がある
- ② 食塩摂取量の減少のように個人の努力だけでは、これ以上改善が困難なものについては、栄養成分表示の義務化や市販食品の減塩など企業努力を促すための環境介入が必要。
- ③ 地域格差や経済格差の影響が大きくなることも想定されるため、社会環境要因に着目した戦略が必要。
- ④ 男女とも20歳代で栄養素の摂取や行動変容が乏しいことから、この年代への対策が必要。特に男性は20歳代から30歳代にかけて体重を増やさないためのアプローチが必要。

2. 栄養・食生活分野の目標の考え方

健康日本21の最終評価を受けて、次の点を次期プランの特徴とする。

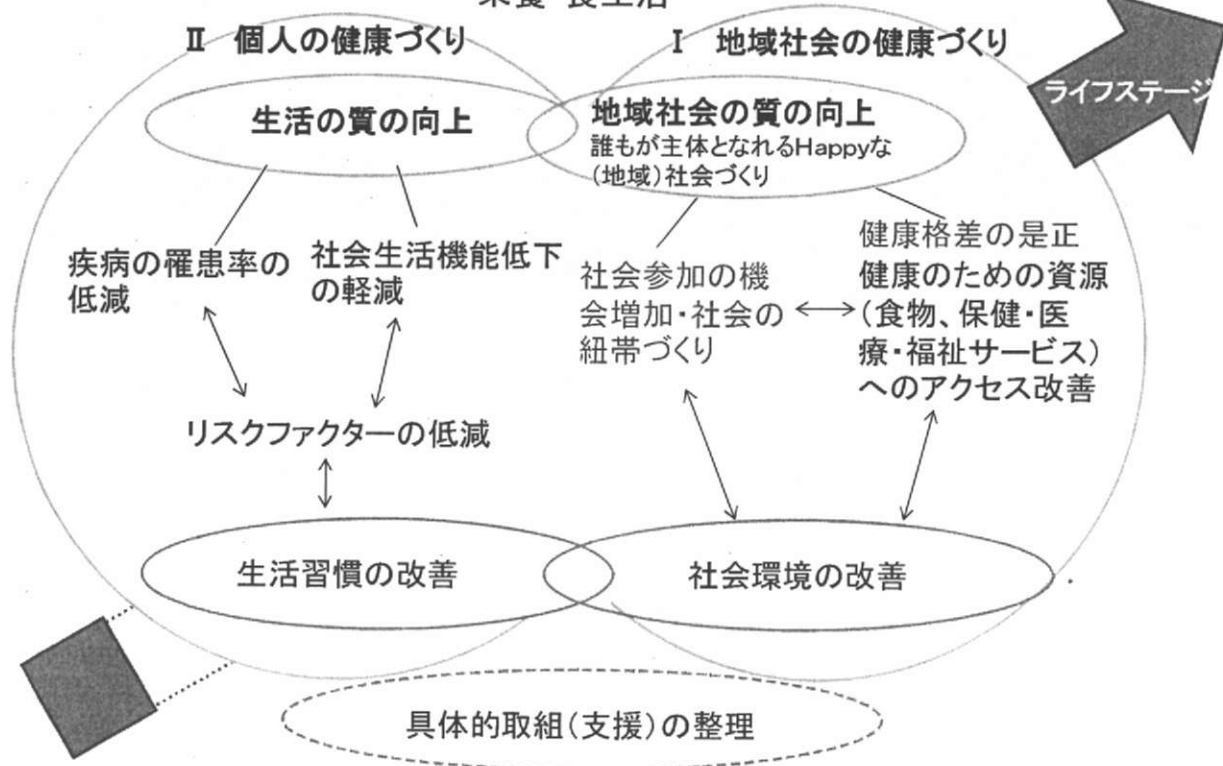
・個人の健康づくりだけでなく、地域社会自体が健康であること（誰もが主体となれる健康でHappyな地域社会づくり）をめざす。⇒課題③に対応しつつ、さらにヘルスプロモーションの本来のねらいを加える。

・個人の健康づくりでは、子どもを含めた各ライフステージの重点課題を目標とする。⇒課題①④ 特に、子どもの食習慣（早期の生活習慣改善が必要）、成人期の肥満（男性、とくに30歳代で増加が著しい）、食塩摂取量（生活習慣病予防効果が確実）については目標に入れる。また、政策ですべきこととして、個人が行動変容しやすい環境づくりを重点化する。⇒課題②

・目標－要因－取組のつながりを重視し、可能な限りエビデンスに基づく設定をする。

次期プランでの目標設定等の考え方(案)

—栄養・食生活—



次期プランでの目標設定等の考え方(案) 栄養・食生活
 右側 **I 地域社会の健康づくり(健康な地域社会づくり)**

考え方

- ・健康な地域社会づくりにとって重要な要素として、**「社会参加・社会とのつながり」**、**「健康格差・健康のための資源(食物、保健・医療・福祉サービス)へのアクセス」**をとりあげる。
- ・今後10年の日本社会の変化の中で重要であると考えられること、日本での研究が比較的多くあるため。
- ・健康格差は、WHOやHealthy People 2020等諸外国の保健計画でもとりあげられており、公的部門の役割であるため。

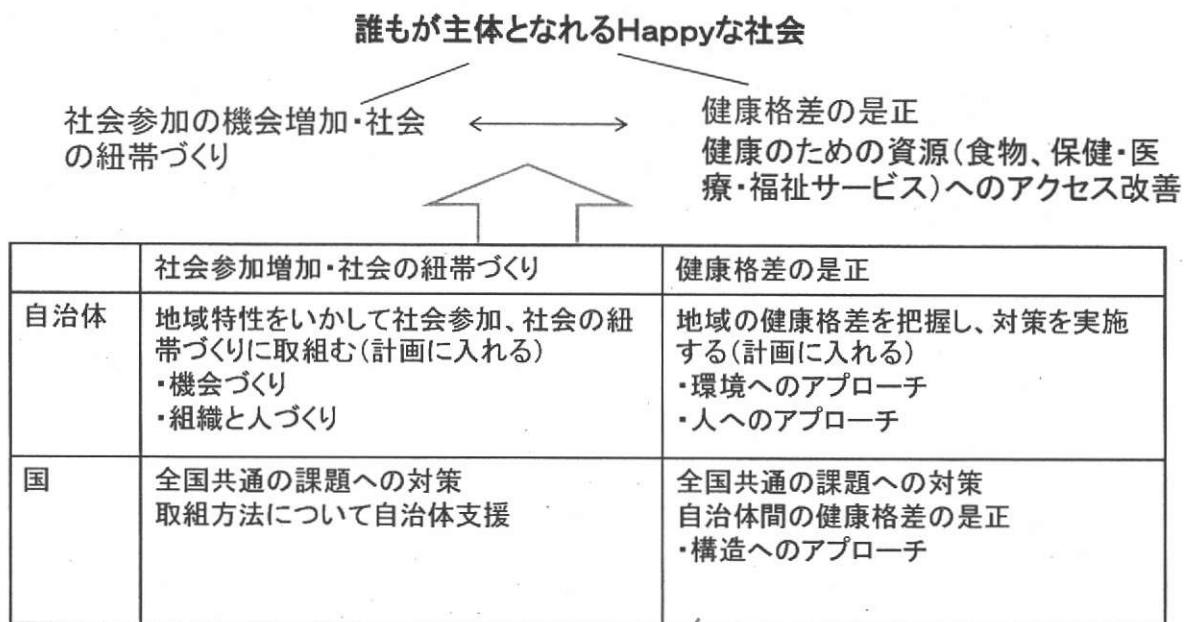
作業手順

1. エビデンスや関連書籍の収集。
2. 社会参加と生きがい等との関連、健康格差の実態について整理。
3. WHOや各国の事例から取組手法を提示。

エビデンスの整理結果

地域社会の健康づくり(健康な地域社会づくり)(別添1)

次期プランでの目標設定等の考え方(案) 栄養・食生活
右側 I (地域)社会の健康づくり



次期プランでの目標設定等の考え方(案) 栄養・食生活
左側 II 個人の健康づくり

考え方

- ・ライフステージを通じた健康づくり(生活習慣病予防+α)
- ・疾病・リスクファクター・生活習慣・取組のつながり
- ・エビデンスによるプライオリティづけ(できるだけ定量化)

作業手順

1. エビデンスの収集(リスクファクターと生活習慣の関連、生活習慣と支援方法との関連)。
2. 社会にとってのインパクトが大きい生活習慣病やそのリスクファクターを選択。
3. リスクファクターとの関連が強い生活習慣(食生活)を選択。
4. 生活習慣(食生活)改善に有効な支援法を選択。

エビデンスの整理結果

- 成人期 食塩摂取量の減少(別添2)
- 成人期 野菜・果物摂取量の増加(別添3)
- 成人期 肥満者の減少・肥満予防(別添4)
- 学童・思春期 共食(別添5)

次期プランでの目標設定等の考え方(案) 栄養・食生活

左側 **Ⅱ個人の健康づくり** 生活の質の向上

色をつけた部分を重点として目標を設定

疾病の罹患率の低減 社会生活機能低下の軽減

		1. 妊娠期	2. 乳幼児期	3. 学童・思春期	4. 成人期	5. 高齢期
疾病		将来：循環器疾患、糖尿病等予防			循環器疾患・がん・糖尿病予防	循環器疾患・がん・糖尿病予防；死亡率低下、体力低下防止
リスクファクター		児の低出生体重の予防	肥満・やせ予防	肥満・やせ、血圧、血中脂質異常等予防	高血圧予防・肥満予防（男性）、やせ改善（女性）	高血圧・肥満； 低栄養予防
生活習慣		妊婦のエネルギー、栄養素摂取量、食品群別摂取量、食事パターン	エネルギーの過不足、3大栄養素のバランス、食品群別摂取量、食事パターン	エネルギーの過不足、3大栄養素のバランス、食品群別摂取量、食事パターン	ナトリウム摂取量、カリウム摂取量、食物繊維摂取量、エネルギー過剰、3大栄養素のバランス（脂肪酸組成）、食品群別摂取量（野菜、果物）、食事パターン	成人期と同様； エネルギー、タンパク質摂取量、他栄養素摂取量
			食事のリズムと時間、共食	食事のリズムと時間、共食	食事のリズムと時間、共食	食事のリズムと時間、共食
			(次の年代への影響)	食事づくりの自立（次の年代への影響）		
取組	取組のターゲット	適正体重増加と食事の支援	食事リズム、共食、食事パターンへの支援	食事リズム、共食、食事パターン、食事づくり支援	減塩支援、野菜果物増加支援、肥満予防・減量支援	成人同様； 共食、食事パターンと量への支援
	教育	医療機関での支援、市町村妊産婦健診教室での支援	幼稚園・保育園での支援、市町村1歳半・3歳児健診での支援	学校での支援、地域での支援	職域での支援、地域での支援	地域での支援； 地域での支援
	環境			栄養成分表示、健康に良い食品、料理の提供（量・価格）、マスメディアの情報（食品の広告）	栄養成分表示、健康に良い食品、料理の提供（量・価格）、マスメディアの情報（食品の広告）	成人同様； 施設の給食、配食サービス、食品の販売環境