

資料編

1 ハッピープラン策定会議

(1) 第3次たじみ健康ハッピープラン策定会議設置要綱

(設置)

第1条 市民の健康づくりに関する施策についての計画（以下「たじみ健康ハッピープラン」という。）の策定に関し、市民等と協働して多角的に協議及び検討を行うため、たじみ健康ハッピープラン策定会議（以下「策定会議」という。）を設置する。

(所掌事項)

第2条 策定会議は、たじみ健康ハッピープランの策定に関する協議及び検討を行い、市長に対し必要な提言を行う。

(組織)

第3条 策定会議は、委員50人以内で組織する。

2 委員は、次に掲げる者のうちから、市長が委嘱し、又は任命する。

- (1) 保健医療団体及び福祉関係団体の代表者
- (2) 公共的団体、学校及び民間事業者の代表者
- (3) 関係行政機関の職員
- (4) 市民
- (5) その他市長が必要と認める者

(任期)

第4条 委員の任期は、たじみ健康ハッピープランの策定までとする。

(会長及び副会長)

第5条 策定会議に、会長及び副会長を置く。

2 会長及び副会長は、委員の互選によりこれを定める。

3 会長は、会務を統括し、策定会議の議長となる。

4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は会長の欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 策定会議は、会長が招集する。ただし、委員の委嘱又は任命後の最初の策定会議は、市長が招集する。

2 会長は、必要があると認めるときは、委員以外の者を策定会議に出席させ、その意見を聴くことができる。

(庶務)

第7条 策定会議の庶務は、保健センターにおいて行う。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、策定会議の運営に関し必要な事項は、会長が定める。

附 則

この告示は、令和5年6月23日から施行する。

(2) 第3次たじみ健康ハッピープランアドバイザー設置要綱

(設置)

第1条 たじみ健康ハッピープラン（第3次たじみ健康ハッピープラン策定会議設置要綱（令和5年告示第152号）第1条に規定するたじみ健康ハッピープランをいう。以下同じ。）の策定に関し、専門的助言を受けるため、たじみ健康ハッピープランアドバイザー（以下「アドバイザー」という。）を設置する。

(職務)

第2条 アドバイザーの職務は、次に掲げる事項について、市長に対し必要な助言を行うこととする。

- (1) 令和5年度に策定するたじみ健康ハッピープランにおける指標及び目標値の設定に関すること。
- (2) 意見の集約方法及び活用方法に関すること。
- (3) 他自治体等における事例の調査に関すること。
- (4) 冊子の監修その他のたじみ健康ハッピープランの効果的な広報に関すること。
- (5) 前各号に掲げるもののほか、たじみ健康ハッピープランの策定に関し市長が必要と認めること。

(委嘱)

第3条 アドバイザーは、学識経験者のうちから、市長が委嘱する。

(任期)

第4条 アドバイザーの任期は、たじみ健康ハッピープランの策定までとする。

(その他)

第5条 この要綱に定めるもののほか、アドバイザーに関し必要な事項は、市長が定める。

附 則

この告示は、令和5年6月1日から施行する。

(3) 会議委員名簿

	氏 名	所 属
1	太田 竜夫	多治見市医師会
2	佐々木 洋一郎	多治見市歯科医師会
3	後藤 啓介	多治見市薬剤師会
4	土本 裕子	多治見市民病院
5	猪野 千津子	多治見市文化振興事業団
6	西山 友広	多治見市社会福祉協議会（ひまわりサロン）
7	廣瀬 聖子	多治見市社会福祉協議会（児童館）
8	細江 朋子	NPO 法人 ワーカーズコープ（児童館）
9	松元 哲也	感謝と挑戦のTYK 体育館
10	安江 亜希	東濃保健所
11	石川 理恵	小中養護教諭（池田小学校）
12	竹口 睦美	高等学校養護教諭（多治見西高等学校）
13	黒岩 逸平	東濃信用金庫
14	村井 和久	陶都信用農業協同組合
15	奥村 真司	多治見ライオンズクラブ
16	伊藤 威一郎	多治見市PTA連合会
17	榎岡 正代	多治見市スポーツ推進委員会

	氏 名	所 属
18	原 輝道	区長会
19	河地 勝彦	株式会社 河地鉄工
20	柴田 浩幸	バローグループ中部薬品株式会社
21	小木曾 利之	多治見市商店街連合会
22	富田 美朝代	小泉地域福祉協議会
23	木村 ゆかり	株式会社 ジーアップ
24	宮木 幸英	NPO 法人 Mama's Café
25	佐藤 多佳子	NPO 法人 まあ〜る
26	網干 牧夫	多治見市健康づくり推進員
27	長江 弓子	多治見市食生活改善推進員協議会
28	水野 美紀	多治見市母子保健推進員
29	佐々木 一郎	市民公募
30	水野 靖子	多治見市役所 保険年金課
31	伊藤 佳苗	多治見市役所 高齢福祉課
32	佐藤 美千世	多治見市役所 子ども支援課
33	岩下 美保	多治見市役所 子ども支援課
34	奥村 康平	多治見市役所 くらし人権課
35	富士 友紀乃	多治見市役所 文化スポーツ課
36	箱谷 美香	多治見市役所 産業観光課
37	松岡 昭将	多治見市役所 道路河川課
38	小木曾 明芳	多治見市役所 緑化公園課
39	菊永 美桜	多治見市役所 食育推進課
40	山村 恭子	多治見市役所 教育推進課
41	近藤 輝成	多治見市役所 都市政策課

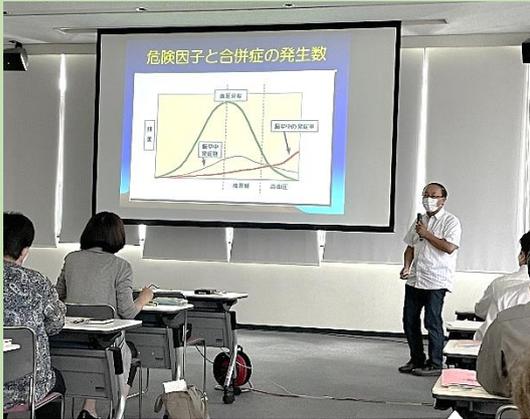
(4) 策定会議日程及び会議内容

	日 程	内 容
1	6月23日(金)	講演「みんなでつくる健康づくり計画」 講師：岐阜大学医学教育開発研究センター教授 藤崎和彦氏 第2次たじみ健康ハッピープランの取り組みと市の現状
2	7月27日(木)	講演「最近の喫煙対策について」 講師：岐阜大学医学部看護学科教授 額瀨朋弥氏 グループワーク：①タバコの害を知るために ②受動喫煙対策を進めるために
3	8月17日(木)	前回のグループワークまとめ、食生活対策の現状 グループワーク：①野菜を食べる回数が増えるために ②減塩できるために
4	9月21日(木)	前回のグループワークまとめ、運動に関する現状 グループワーク：気軽に体を動かすために
5	11月30日(木)	新プランについての発表 グループワーク：新プランを市民に知ってもらうために

策定会議は主にグループワーク形式で開催。1グループ6～7人で行い、毎回メンバーを入れ替え、出来るだけ多くのメンバーと話し合いが出来るよう配慮した。なお、グループワークは随時アドバイザーの助言を得て、KJ法やMIDORIモデルを用いて実施。

第4回策定会議と第5回策定会議の間に、関係各所へのヒアリングを実施し、各団体の行動目標を作成。

■ 策定会議の様子

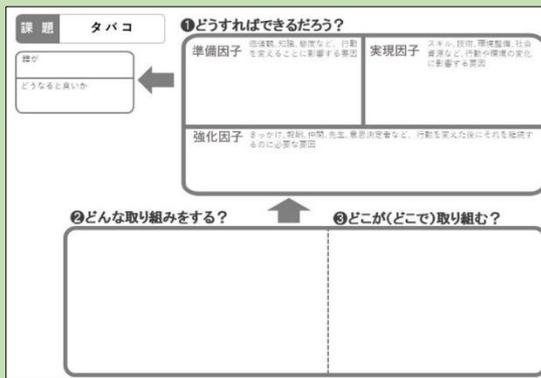


↑ 第一回策定会議
藤崎和彦氏による講演の様子

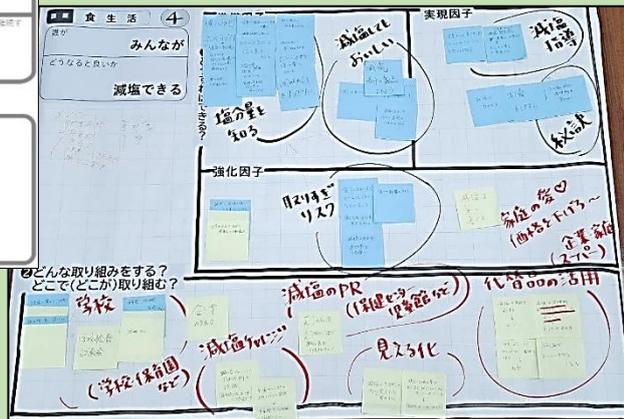


↑ 第二回策定会議
グループワークで議論する様子

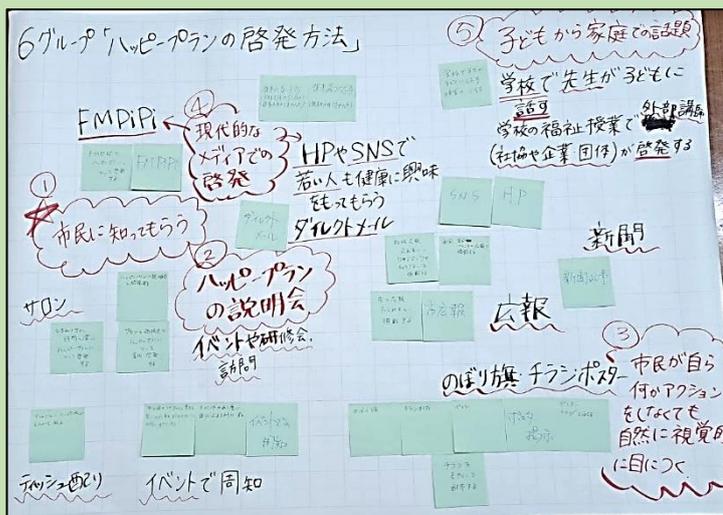
■ グループワークの様子



← MIDORI モデルを利用した
ワークシート



↑ グループワーク実施後
のワークシート



← KJ法を用いた、
グループワークの様子

2 多治見市民健康調査

(1) 調査の概要・目的

第2次たじみ健康ハッピープランは、平成22年度及び平成25年度に実施した市民健康調査の結果から科学的根拠に基づく優先課題を設定し、平成24年度に策定されました。その計画期間が令和4年度に最終年度となるため、健康に関する市民の意識と実態を把握し、現行計画の評価と、次期計画策定の検討資料とすることを目的に、令和3年度に健康調査を実施しました。

(2) 令和3年度健康調査実施内容

①調査対象者

ライフステージ (年齢)		抽出方法	対象者数
乳幼児期	4か月	調査期間中に4か月児健診を受ける児	350人
幼児期	3歳6か月	調査期間中に3歳6か月児健診を受ける児	402人
	4～5歳	令和3年4月2日時点の年齢に基づき、各ライフステージから無作為に抽出	300人
学童期	7～8歳		300人
	10～11歳	令和3年5月時点の住民情報に基づき、各ライフステージから無作為に抽出	300人
思春期	13～14歳		300人
	16～17歳		300人
青年期	20～34歳	令和3年7月時点の住民情報に基づき、各ライフステージから無作為に抽出	300人
壮年期	35～44歳		300人
	45～54歳		300人
初老期	55～64歳		300人
高齢期	65～74歳		300人

②調査期間・調査方法・回収率

ライフステージ (年齢)		調査期間	調査方法	回収率
乳幼児期	4か月	令和3年 6月～12月	調査票は事前に郵送配布、健診時に回収	96.0%
幼児期	3歳6か月			97.5%
		4～5歳	郵送調査	70.0%
学童期	7～8歳	令和3年 7月～8月	学校における配布・回収 市立学校に在籍しない児童・生徒は郵送調査	92.7%
	10～11歳			87.7%
思春期	13～14歳			79.3%
	16～17歳	61.0%		
青年期		令和3年9月	郵送調査	48.7%
壮年期				61.0%
初老期				69.3%
高齢期				79.7%

③調査項目

調査様式		調査項目
乳児用（4か月）	保護者が 記入	基礎項目、タバコ、プラン認知度、育児
幼児用（3歳児）		基礎項目、生活、食生活、運動習慣、タバコ、育児
5歳・8歳用		基礎項目、身体状況、生活、食生活、運動習慣、タバコ、保護者自身について
子ども用（10歳以降）		基礎項目、身体状況、生活、食生活、運動習慣、タバコ
保護者用		プラン認知度、保護者自身について
大人用		基礎項目、身体状況、食生活、運動習慣、タバコ、歯科、健康管理、休養、プラン認知度

※本調査の期間は、新型コロナウイルス感染症が流行し、まん延防止等重点措置等が数回発令されています。

3 優先課題の科学的根拠

(1) 全般

- 生活習慣の改善が健康寿命に寄与する
- 適正体重を維持することが健康寿命に関与する

① 健康寿命の延伸について

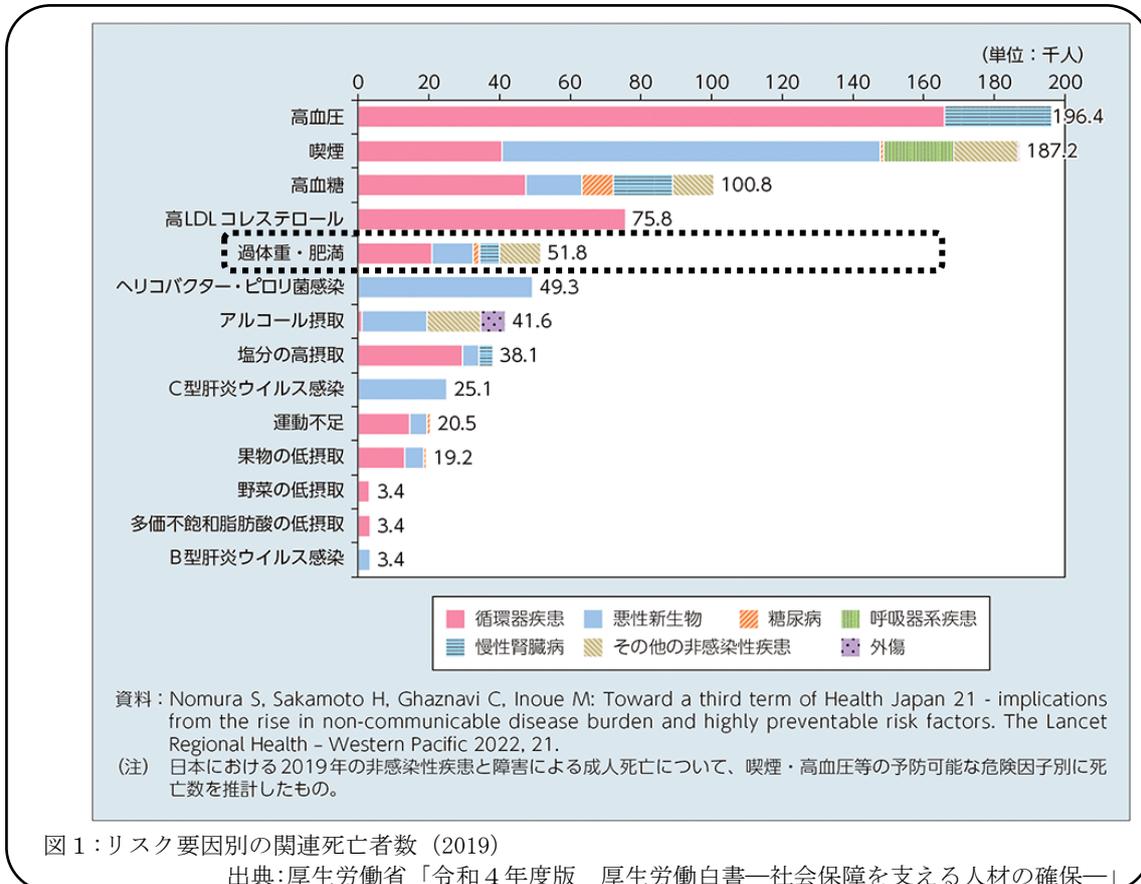
健康寿命とは健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間を指します。平均寿命の延び以上に健康寿命を延ばす（不健康な状態になる時点を遅らせる）ことは、個人の生活の質の低下を防ぎます。

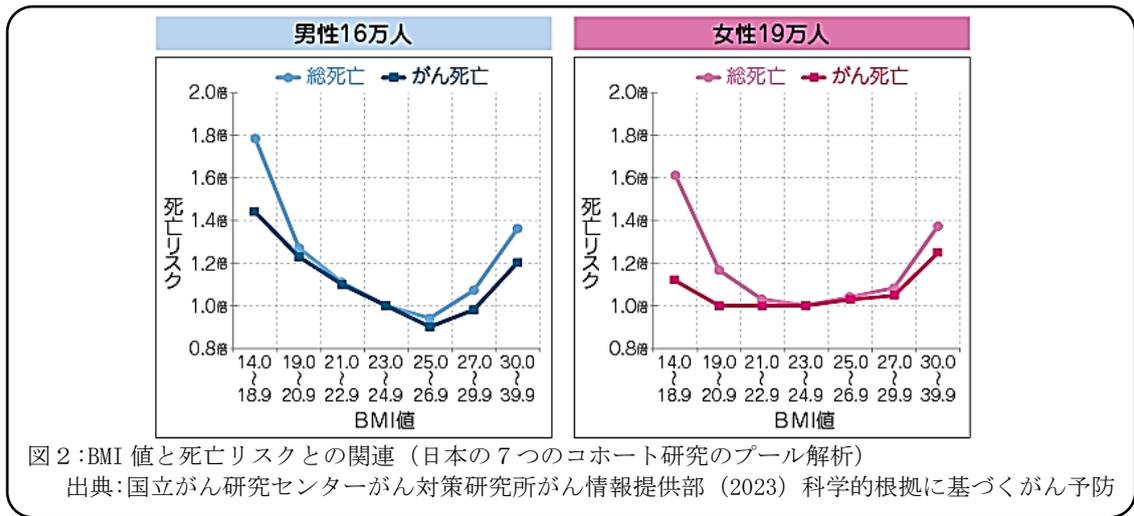
5つの生活習慣（喫煙、身体活動、睡眠時間、野菜摂取、果物摂取）と健康寿命には関係があることが報告されています¹⁾。

② 肥満について

体重はライフステージを通して、日本人の主要な生活習慣病や健康状態との関連が強く、特に、肥満はがんや循環器疾患、糖尿病等の生活習慣病との関連が報告されています^{1) 2) 7)}。(図1)

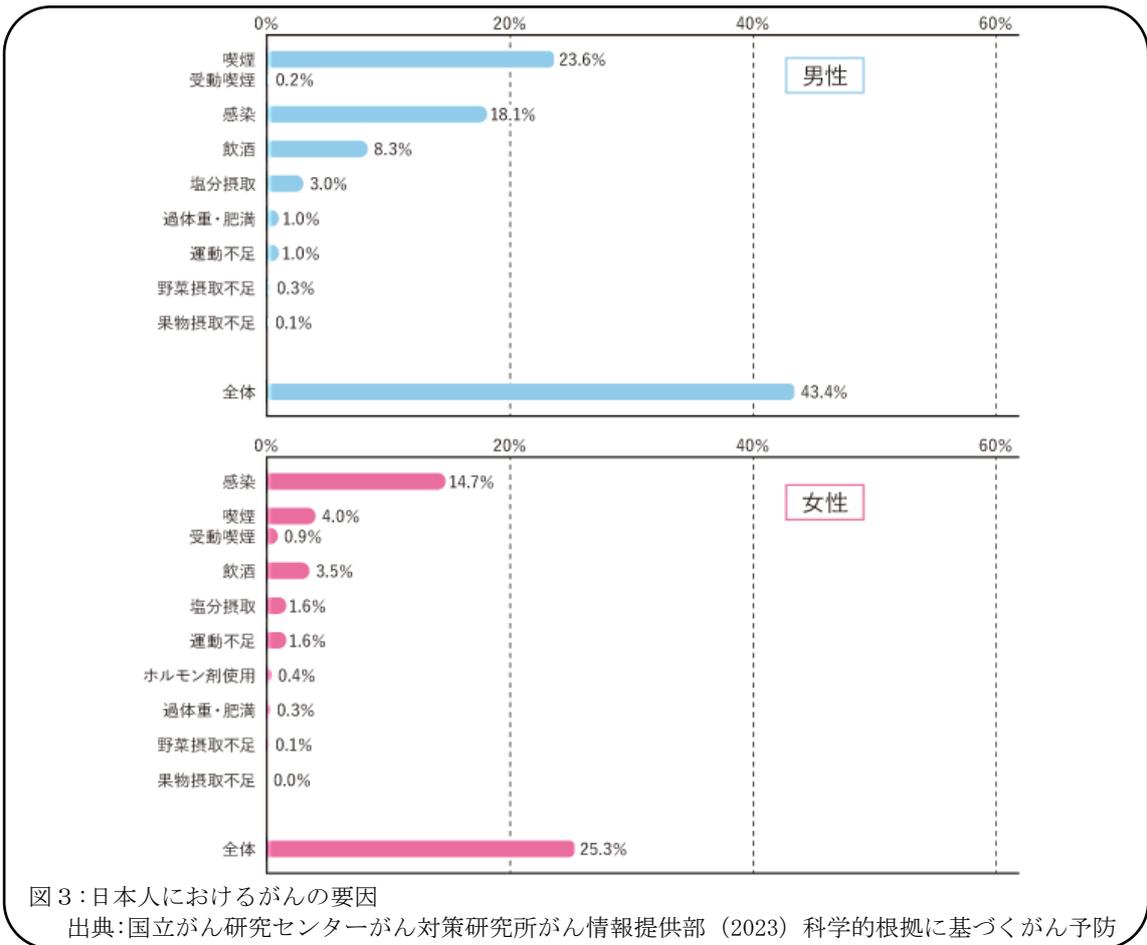
BMI25~27の者に比べ、BMI23未満またはBMI29以上の者で健康寿命が有意に短いことが報告され^{1) 4) 5)}、適正体重の維持が健康寿命に影響することが分かっています。(図2)





③ がんについて

がんは、日本人の死因の第1位かつ全死亡の3分の1を占める国民にとっての重要疾患です。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染等が報告されています^{1) 3) 5) 6)}。



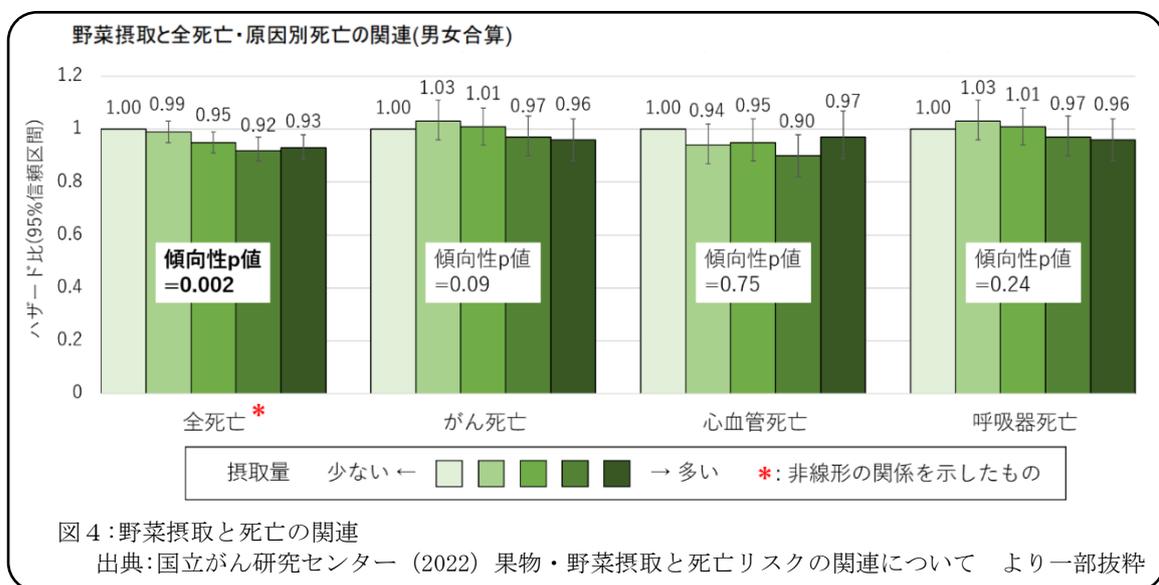
(2) 食生活

- 食生活はがんや循環器疾患の発症に関与する
- 正しい食生活により生活習慣病を予防できる

① 野菜摂取について

野菜摂取量の増加は、体重コントロールに重要な役割があること、循環器疾患、2型糖尿病の一次予防に効果があることが報告されています¹⁾。また国立がん研究センターからも果物・野菜摂取量が多いグループは全死亡リスクが低いことが報告されています⁸⁾。(図4)

また、消化器系のがんに予防的に働くことが報告され、日本でも、食道がん、胃がんとの関連が示され、不足しないことが推奨されています^{1) 5)}。



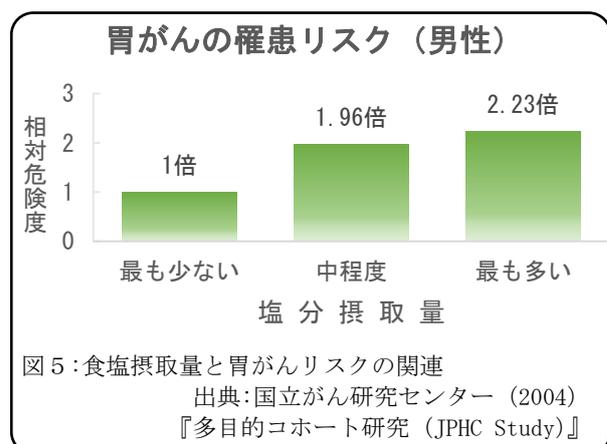
② 減塩について

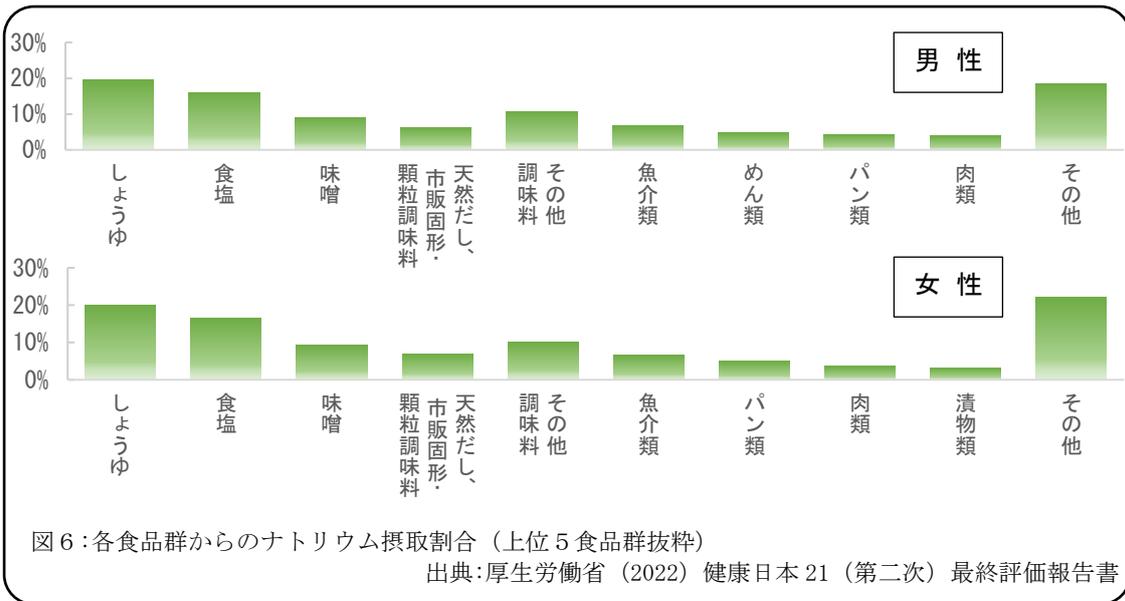
減塩が血圧を低下させ、結果的に循環器疾患を減少させることについては、立証されています¹⁾。

また、食塩・高塩分食品摂取が胃がんのリスクを上げることも示されています^{1) 5)}。

(図5)

食塩摂取源について、自宅で調理した料理(自宅調理)が最も多く、総ナトリウム摂取量について、調味料類が最も寄与率が高いことが分かっています¹⁾。(図6)



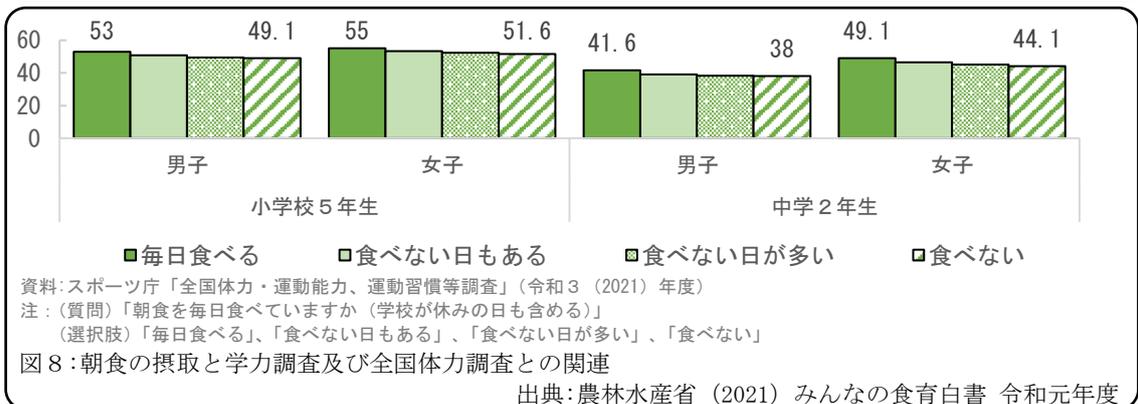
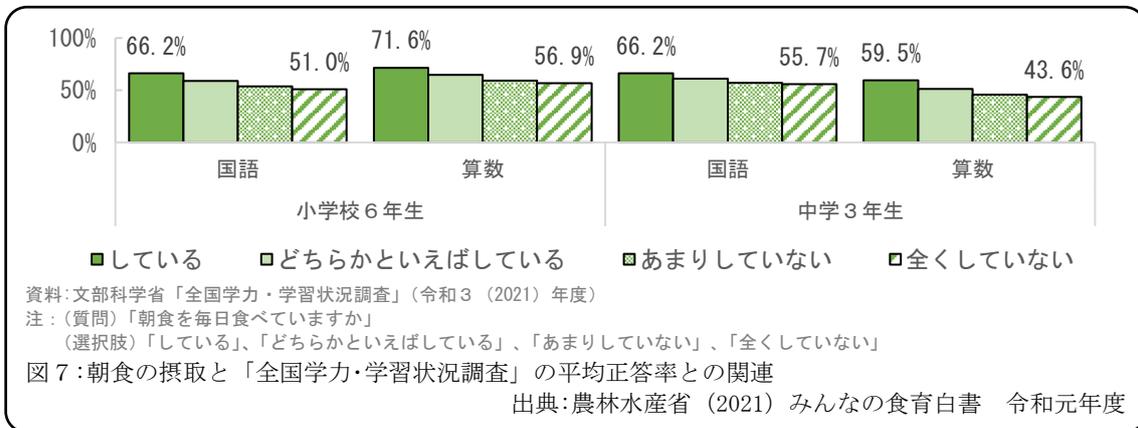


③ うす味の推進について

新生児期から減塩を行うと、小児期の血圧上昇が抑制されることが報告されています⁹⁾。また、小児期の高血圧は成人の高血圧に相関し、その相互強度は年長期及び思春期において強くなることが分かっています⁹⁾。そのため、早期からの生活習慣の改善が大切です。

④ 朝食摂取について

毎日朝食を食べる子どもの方が、学力テストの平均正答率が高い傾向にあること（図7）、体力調査の体力合計点も高い傾向にあること（図8）が分かっています¹⁰⁾。



(3) 運動

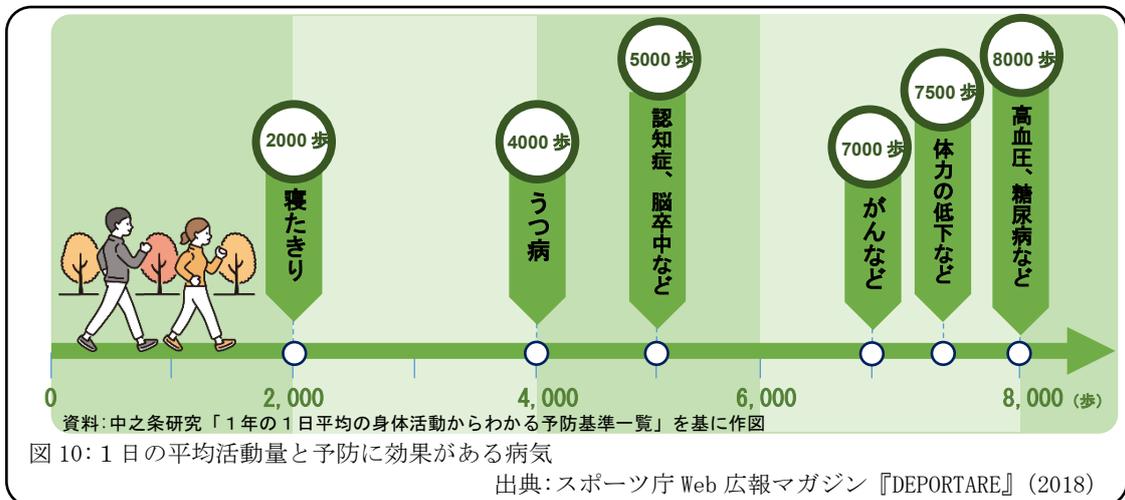
- 運動不足は高血圧・糖尿病等の生活習慣病全般に深く影響する
- 筋力向上によって、ロコモティブシンドロームを予防・改善できる

① 身体活動について

身体活動は、日常生活における身体活動である「生活活動」と、体力の維持向上を目的として計画的・継続的に実施される「運動」の二種類に分類されます¹⁾。(図9) このため、健康日本21と同様に、歩行等の身体活動についての質問項目を「生活活動」の指標に、運動習慣の質問項目を「運動」の指標にし、それぞれの目標値を設定しました。

身体活動量を増やすことで、メタボリックシンドロームを含めた循環器疾患・糖尿病・がんといった生活習慣病の発症及びこれらを原因として死亡に至るリスクや加齢に伴う生活機能低下(ロコモティブシンドローム及び認知症等)をきたすリスクを下げることができると分かっています¹¹⁾。(図10)

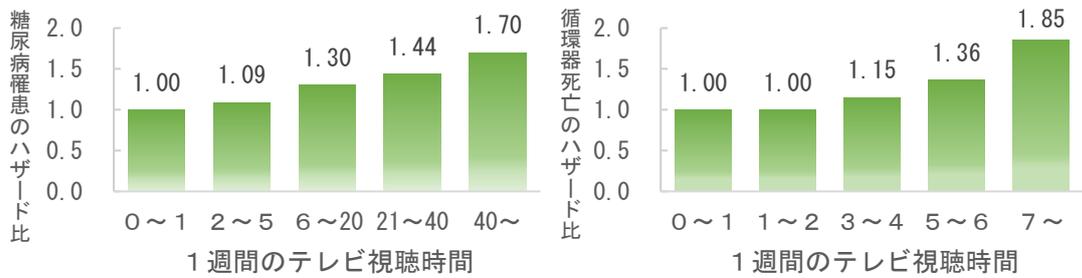
特に身体活動量が22.5メッツ・時/週より多いと、生活習慣病等及び生活機能低下のリスクが有意に低いと報告されています¹¹⁾。



② 運動不足や座位時間について

身体活動不足は、肥満や生活習慣病発症の危険因子であり、高齢者の自室度低下や虚弱の危険因子です¹¹⁾。

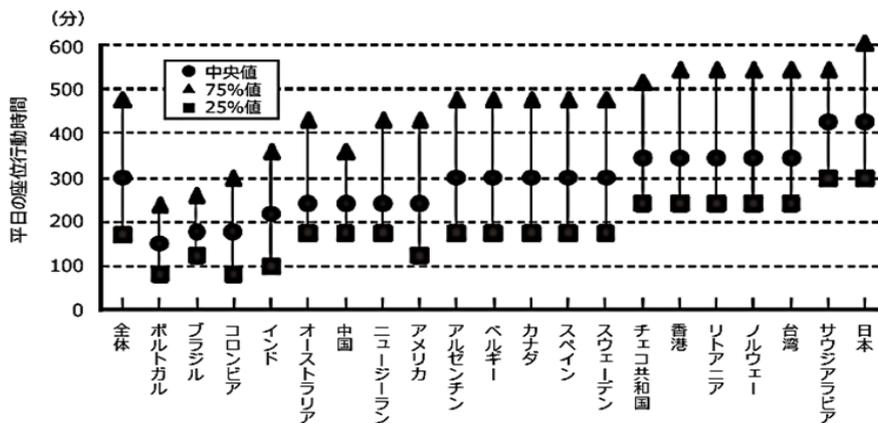
座位行動と生活習慣病の関係性について、長時間の座位行動が様々は健康被害をもたらすこと¹⁾ (図 11)、その一方で日本人は他国と比較して平日の座位時間が長いことが報告されています¹⁾。(図 12)



資料:Hu FB. et al. JAMA. 2003
Matthews CE. et al. Am J Clin Nutr. 2012

図 11:座位行動と生活習慣病の関係

出典:厚生労働省(2022)健康日本21(第二次)最終評価報告書



資料:岡浩一朗 他, Bauman らの文献をもとに作成, 2013

図 12:世界各国における平日の座位時間行動

出典:厚生労働省(2022)健康日本21(第二次)最終評価報告書

③ 運動あそびの推進について

幼児期は運動機能が急速に発達し、多様な動きを見につけやすい時期です¹³⁾。また、この時期により多くの友だちと活発に遊びを楽しむ子ほど運動能力が高い傾向にあることが分かっています¹³⁾。

楽しく体を動かす遊びは、生涯にわたって運動を楽しむための基礎的な体力や運動能力を発達させるだけでなく、友だちとの関わりを通してコミュニケーション能力、やる気や集中力、社会性や認知的能力などを育む機会を与えます¹³⁾。

(4) 喫煙対策

○ 喫煙はがんをはじめ様々な病気に大きく寄与する要因である

① 喫煙について

現在のタバコ製品は、ニコチンによる「依存性」と「有害性」に加え、メンソールなどの添加物による「魅惑性」を有しています¹⁴⁾。喫煙によって発生するタバコの煙には約 5,300 種類の化学物質、約 70 種類の発がん性物質が存在していると報告されています¹⁴⁾。

タバコについて、WHO は世界がこれまでに直面した最大の保健衛生上の脅威のひとつで、年間 800 万人以上が死亡していると報告されています¹⁸⁾。国内においても同様で、喫煙は、日本人が命を落とす回避可能な主要なリスク因子で、喫煙者本人の喫煙による年間の超過死亡数は 18 万人以上と報告されています¹⁾。(図 13)

また、肥満・高血圧レベルによらず、非喫煙群の健康寿命は喫煙群より健康寿命が短かったと報告されており、喫煙は健康寿命にも影響を与えます。

喫煙との関連が「確実」と判定されている病気には、がんでは肺がんをはじめ、咽頭がん、食道がん、肝臓がん、胃がん、すい臓がん、子宮頸がんなどが報告されています¹⁵⁾。また、がん死亡に限ると能動喫煙によるがん死亡者数は他の危険因子を大きく引き離して第一位であり、がん死亡の中心的な危険因子です¹⁵⁾。

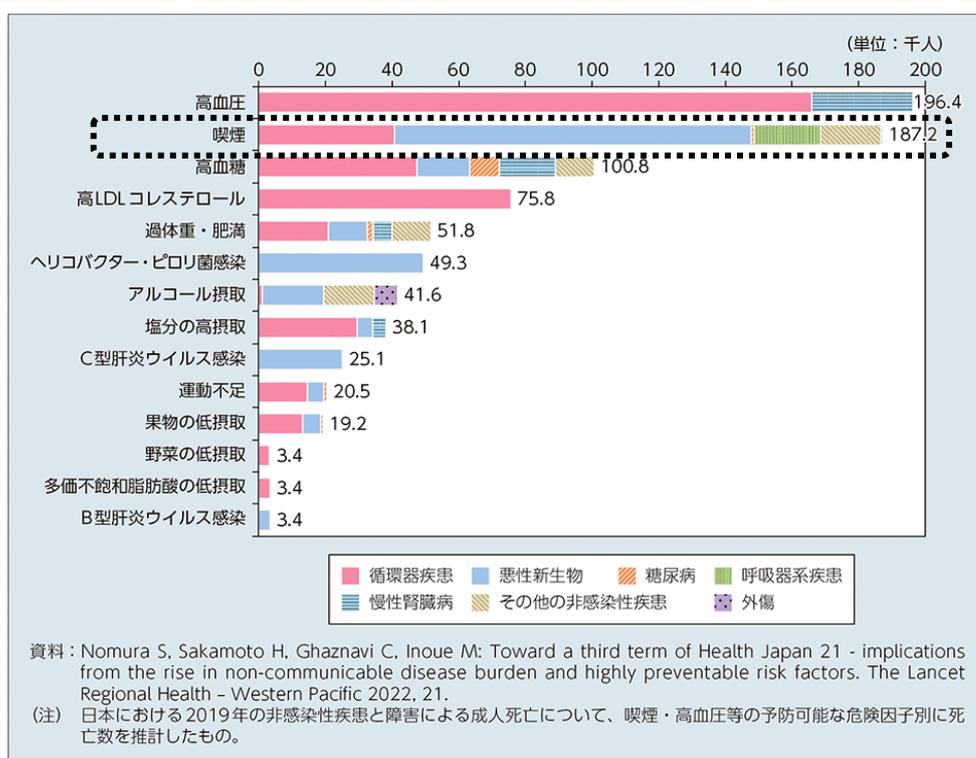


図 13: リスク要因別の関連死亡者数 (2019)

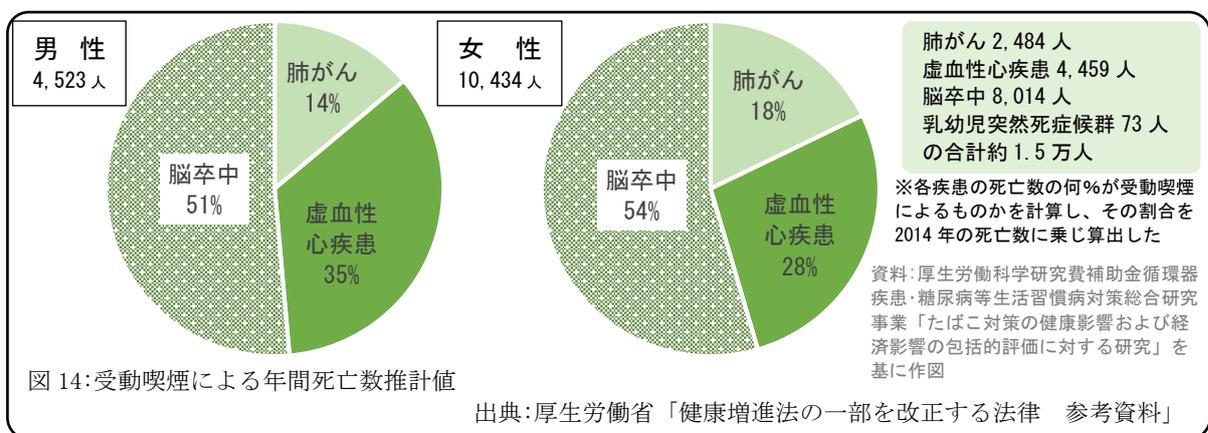
出典: 厚生労働省「令和4年度版 厚生労働白書—社会保障を支える人材の確保—」

② 受動喫煙について

タバコの煙に含まれる発がん性物質などの有害物質は、喫煙者が吸い込む煙よりも、タバコの先から出ている煙（副流煙）に多く含まれています。この煙を非喫煙者が吸い込むことを、「二次喫煙」や「受動喫煙」と言います。

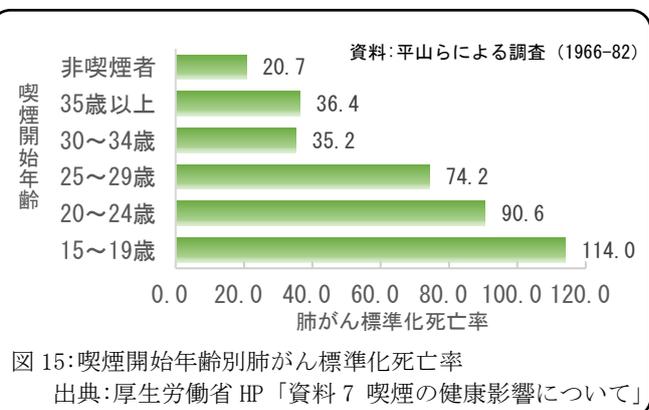
受動喫煙によって、肺がん、虚血性心疾患、慢性閉塞性肺疾患（COPD）など、広範囲な健康への害が生じます¹⁴⁾。小児への受動喫煙の影響として、乳幼児突然死症候群や喘息に関係があることが明らかになっています¹⁴⁾。日本国内での受動喫煙による超過死亡数は、年間で推定約1.5万人と報告されています^{1) 14)}。（図14）

受動喫煙の曝露状況の改善により、短期的に急性心筋梗塞や成人及び小児の喘息等の呼吸器疾患による入院を減少させる等、確実な健康改善効果が期待できることも分かっています¹⁾。



③ 未成年の喫煙について

「二十歳未満ノ者ノ喫煙ノ禁止ニ関スル法律」に基づき、20歳未満の喫煙は禁止されています。また、20歳未満からの喫煙は健康影響が大きく（図15）かつ成人期を通じた喫煙継続につながりやすいことが報告されています^{14) 15) 16)}。



④ 妊娠中の喫煙や受動喫煙について

妊娠中の喫煙は、妊婦自身の妊娠合併症などのリスクを高めるだけでなく、胎児にも早産や低出生体重、胎児発育遅滞、出生後の乳幼児突然死症候群¹⁴⁾、喘息の既往などのリスクとなることが分かっています¹⁴⁾。

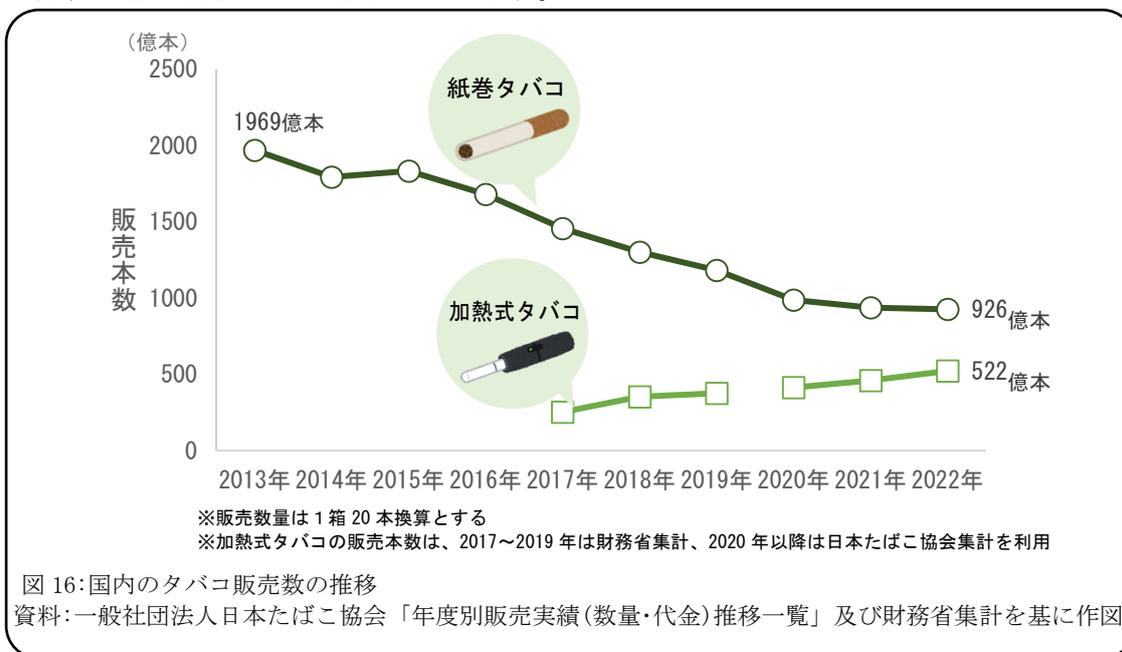
⑤ 加熱式タバコなどについて

近年、加熱式タバコなど従来の紙巻タバコとは形態の異なるタバコが、市場に流通するようになり、若年層を中心に利用者が増えています。（図16）

加熱式タバコについて、WHO はニコチンや有害化学物質を含むエアロゾルを生成する

タバコ製品¹⁸⁾と説明し、加熱式タバコが従来のタバコ製品より有害性が低い証拠はなく¹⁸⁾、あらゆる形態のタバコの使用は有害で、タバコへの曝露に安全なレベルはない¹⁸⁾と報告しています。

国内でも、有害成分分析等による健康リスクやタバコ規制への影響が報告されており^{1) 17)}、健康影響が解明されるまでは、予防原則に基づいて、紙巻タバコ同様の規制を行うことが望ましい¹⁾とされています。



参考文献

- 1) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 健康日本 21 (第二次) 推進専門委員会 (2022) 『健康日本 21 (第二次) 最終評価報告書』
- 2) 厚生労働省 (2022) 『令和 4 年度版厚生労働白書-社会保障を支える人材の確保-』
- 3) 厚生労働省がん対策推進協議会 (2018) 『がん対策推進基本計画 (第 3 期)』
- 4) 研究代表者 辻一郎 (2019) 『健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究 (H28-循環器等-一般-008) 平成 30 年度統括・分担研究報告書』
- 5) 国立がん研究センターがん対策研究所がん情報提供部 (2023) 『科学的根拠に基づくがん予防』
- 6) Inoue M, et al. Burden of cancer attributable to modifiable factors in Japan in 2015. *Glob Health Med.* 2022; 4(1): 26-36
- 7) 医歯薬出版株式会社 (2001) 『肥満・肥満症の指導マニュアル (第 2 版)』
- 8) 国立がん研究センター, 横浜市立大学 (2022) 『野菜・果物摂取と死亡リスクとの関連について 多目的コホート研究 (JPHC 研究) からの成果』
- 9) 宮川政昭 (2021) 「小児期からの高血圧予防」『臨床栄養』第 138 巻 3 号, 2021 年 3 月
- 10) 農林水産省 (2021) 『令和 3 年度食育白書』
- 11) 厚生労働省 (2013) 『健康づくりのための身体活動基準 2013』
- 12) スポーツ庁 (2018) 「数字で見る! たったプラス「10」分で病気が防げる?」スポーツ庁 Web 広報マガジン『DEPORTARE』, 2018 年 3 月
- 13) 文部科学省 (2012) 『幼児期運動指針ガイドブック』
- 14) 厚生労働省 (2016) 『喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書』
- 15) 厚生労働省 健康局 健康課 (2018) 『禁煙支援マニュアル (第二版) 増補改訂版』
- 16) 厚生労働省 (1999) 『平成 10 年度 喫煙と健康問題に関する実態調査』
- 17) 中村正和、田淵貴大、尾崎米厚、大和浩、櫻田尚樹、吉見逸郎、片野田耕太、加治正行、揚松龍治 (2020) 「加熱式たばこ製品の使用実態、健康影響、たばこ規制への影響とそれを踏まえた政策提言」『日本公衆衛生雑誌』第 67 巻 1 号, 2020 年 1 月
- 18) World Health Organization (2023) 『Tobacco』 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (参照 2024-01-10)

4 健康日本 21（第三次）

健康増進法に基づき策定された「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本方針（平成 24 年厚生労働省公示第 430 号）」が、令和 5 年 5 月に全部改正され、令和 6 年度から令和 17 年度までの「21 世紀における第 3 次国民健康づくり運動（健康日本 21（第三次）」として推進されることになりました。

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

国民誰もが、より長く元気に暮らしていくための基盤として、健康の重要性はより高まってきており、平時から個人の心身の健康を保つため、健康づくりの取組を更に強化していくことが求められる。

我が国では、基本的な法制度の整備や仕組みの構築、地方公共団体、保険者、企業、教育機関、民間団体等の多様な主体による取組に加え、データヘルス・ICT の利活用、社会環境整備、ナッジやインセンティブ等の新しい要素を取り入れた取組等の諸活動の成果により、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間をいう。以下同じ。）は着実に延伸してきた。

一方で、平成 25 年度から令和 5 年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次）」（以下「健康日本 21（第二次）」という。）においては、主に一次予防（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病（NCDs（非感染性疾患をいう。以下同じ））の発症を予防することをいう。）に関連する指標が悪化している、一部の性・年齢階級について悪化している指標が存在する等の課題が指摘され、また、健康増進に関連するデータの見える化・活用や国及び地方公共団体における PDCA サイクルの推進が不十分であること等の課題が指摘されている。

また、少子化・高齢化による総人口・生産年齢人口の減少、独居世帯の増加、女性の社会進出、労働移動の円滑化、仕事と育児・介護との両立、多様な働き方の広まり、高齢者の就労拡大等による社会の多様化、あらゆる分野におけるデジタルトランスフォーメーション（DX）の加速、次なる新興感染症を見据えた新しい生活様式への対応の進展等の社会変化が予想されている。

これらを踏まえ、この方針は、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開（Inclusion）とより実効性をもつ取組の推進（Implementation）を通じて、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事項を示し、令和 6 年度から令和 17 年度までの「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本 21（第三次）」を推進するものである。

第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のため、個人の行動と健康状態の改善に加え、個人を取り巻く社会環境の整備やその質の向上を通じて、健康寿命の延伸及び健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差をいう。以下同じ。）の縮小を実現する。その際、個人の行動と健康状態の改善とそれらを促す社会環境の質の向上との関係性を念頭に取組を進める。なお、個人の行動と健康状態の改善のみが健康寿命の延伸・健康格差の縮小につながるわけではなく、社会環境の質の向上自体も健康寿命の延伸・健康格差の縮小のための重要な要素であることに留意が必要である。

二 個人の行動と健康状態の改善

国民の健康増進を推進するに当たっては、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善（リスクファクターの低減）に加え、これらの生活習慣の定着等による生活習慣病（NCDs）の発症予防及び合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に関し、引き続き取組を進める。

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

三 社会環境の質の向上

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

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

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

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

四 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

社会がより多様化することや、人生100年時代が本格的に到来することを踏まえれば、一から三までに掲げる各要素を様々なライフステージ(乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。)において享受できることがより重要であり、各ライフステージ特有の健康づくりについて、引き続き取組を進める。

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

第二 国民の健康の増進の目標に関する事項

一 目標の設定と評価

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

国が具体的な目標を設定するに当たっては、健康に関する科学的根拠に基づくこととし、実態の把握が継続的に可能なものとする。

また、具体的な目標は、計画期間における諸活動の達成状況の評価を目的として設定すべきであり、かつ、評価を行う時点で実際に到達したかどうか確認できるものが望ましいことから、具体的な目標については、計画開始後のおおむね9年間(令和14年度まで)を目途として設定することとする。

計画開始後6年(令和11年度)を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、計画開始後10年(令和15年度)を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する。中間評価及び最終評価の際に用いる比較値(以下「ペースライン値」という。)については、令和6年度までの最新値とする。

中間評価や最終評価等の事後的な実態把握のため、具体的な目標の設定に当たっては、公的統計等をデータソースとする。

二 目標設定の考え方

1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命については、学術的に概念や算定方法が一定程度確立していること、令和22年までの健康寿命の延伸目標が定められていること、国民の認知度が高いこと等を踏まえ、健康日本21(第二次)から引き続き健康寿命の延伸を実現されるべき最終的な目標とする。また、社会環境の質の向上等を通じて、各生活習慣等についての格差を縮小することで、健康寿命の地域格差の縮小も目指す。具体的な目標は、別表第一のとおり設定する。

2 個人の行動と健康状態の改善

(一) 生活習慣の改善

栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する目標は、それぞれ次の考え方に基づき、別表第二のとおり設定する。

栄養・食生活は、生活習慣病(NCDs)の予防のほか、生活機能の維持・向上の観点からも重要である。目標は、適正体重の維持に加え、適切な食事として、バランスの良い食事を摂っている者の増加、野菜摂取量の増加、果物摂取量の改善及び食塩摂取量の減少について設定する。

身体活動・運動は、生活習慣病(NCDs)の予防のほか、生活機能の維持・向上の観点からも重要である。目標は、次世代を含む運動習慣の定着及び身体活動量の増加について設定する。

休養・睡眠については、これらを日常生活に適切に取り入れることが、心身の健康の観点から重要である。目標は、十分な睡眠による休養の確保、睡眠時間の確保及び労働時間の縮減について設定する。

飲酒は、生活習慣病(NCDs)をはじめとする様々な健康障害のリスク要因となり得るのみならず、事故等の社会的な問題の要因となり得る。目標は、生活習慣病(NCDs)のリスクを高める量を飲酒している者の減少及び20歳未満の者の飲酒の防止について設定する。

喫煙は、がん、循環器病、糖尿病、COPD(慢性閉塞性肺疾患をいう。以下同じ。)等の予防可能な危険因子であり、喫煙による健康被害を回避することが重要である。目標は、20歳以上の者の喫煙の減少、20歳未満の者の喫煙及び妊娠中の喫煙の防止について設定する。

歯・口腔の健康については、これが社会生活の質の向上に寄与すること等の観点から、歯科疾患の予防や口腔機能の獲得・維持・向上等の歯・口腔の健康づくりが重要である。目標は、歯周病予防、よく噛んで食べることができる者の増加及び歯科検診の受診者の増加について設定する。

(二) 生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防

高齢化に伴い生活習慣病(NCDs)の有病者数の増加が見込まれており、その対策は国民の健康寿命の延伸を図る上で引き続き重要な課題である。このため、生活習慣の改善等により多くが予防可能であるがん、循環器病、糖尿病及びCOPDに関する目標を別表第二のとおり設定する。なお、国際的には、これら4つの疾患は重要なNCDsとして捉えられ、予防及び管理のための包括的な対策を講ずることが重視されている。

がんは、我が国の主要な死因であり、禁煙等の生活習慣の改善を通じた予防等に取り組むことで、罹患率・死亡率の減少を目標とする。加えて、早期発見を促すために、がん検診の受診率の向上を目標とする。

循環器病は、我が国の主要な死因であり、脳血管疾患及び心疾患の発症の危険因子となる高血圧の改善、脂質高値の減少、これらの疾患による死亡率の減少等を目標とする。

糖尿病は、患者数が多く、重大な合併症を引き起こすおそれがあり、発症予防や重症化予防が重要である。このため、有病者の増加の抑制、血糖値の適正な管理、治療中断者の減少及び合併症の減少を目標とする。

また、循環器病及び糖尿病の発症予防・重症化予防のため、メタボリックシンドローム、特定健康診査及び特定保健指導に関する目標を設定する。

COPDは、喫煙が最大の発症要因であるため、禁煙による予防が効果的であるとともに、早期発見が重要である。予防・早期発見を通じ、死亡率の減少を目標とする。

㉔ 生活機能の維持・向上

健康寿命の延伸を実現するには、生活習慣病(NCDs)の予防とともに、心身の健康を維持し、生活機能を可能な限り向上させることが重要である。身体健康に関連し、ロコモティブシンドロームの予防や骨粗鬆症検診についての目標を、こころの健康に関連し、うつや不安の軽減に関する目標を設定する。

これらの具体的な目標は、別表第二のとおり設定する。

3 社会環境の質の向上

以下に示す各目標の達成を通じて、個人の行動と健康状態の改善を促し、健康寿命の延伸を図る。具体的な目標は、別表第三のとおり設定する。

㉕ 社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上

社会とのつながりについては、ソーシャルキャピタルの醸成が健康に影響するとされている。このため、地域の人々とのつながりや様々な社会参加を促すことを目標として設定する。

また、関連する栄養・食生活分野の目標として、地域等で共食している者の増加を設定する。

加えて、こころの健康について、地域や職域等様々な場面で課題の解決につながる環境整備を行うことが重要である。このため、メンタルヘルス対策に取り組む事業場や心のサポーターに関する目標を設定する。

㉖ 自然に健康になれる環境づくり

自然に健康になれる環境づくりとして、栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙をはじめとする分野で取組が進められており、これらの取組の推進に関する目標を設定する。具体的には、健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ、「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくり等による身体活動・運動に取り組むやすい環境整備及び受動喫煙環境に関する目標について設定する。

㉗ 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備

誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備には、地方公共団体だけでなく、企業、民間団体等様々な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要である。このため、地方公共団体、企業、民間団体等が参画するプラットフォームや健康経営に関する目標を設定する。また、栄養・食生活分野での取組として、特定給食施設(特定かつ多数の者に対して継続的に食事を供給する施設をいう。以下同じ)に関する目標を設定する。加えて、各事業場において必要な産業保健サービスを提供している事業場に関する目標を設定する。

4 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

ライフステージに特有の健康づくりやライフコースアプローチの取組を進める必要がある。特にこども、高齢者及び女性に関する目標を設定する。

幼少期からの生活習慣や健康状態は、成長してからの健康状態にも大きく影響を与えるため、こどもの健康を支える取組を進める必要がある。こども自身に加え、妊婦の健康増進を図ることが重要である。こうした観点から、こどもの頃からの運動習慣の獲得、適正体重のこどもの増加並びに20歳未満の者の飲酒及び喫煙に関する目標を設定する。

高齢期に至るまで健康を保持するためには、高齢者の健康を支えるだけでなく、若年期からの取組が重要である。こうした観点から、適正体重の高齢者の増加、ロコモティブシンドロームの予防及び社会参加の促進に関する目標を設定する。

女性については、ライフステージごとに女性ホルモンが劇的に変化するという特性等を踏まえ、人生の各段階における健康課題の解決を図ることが重要である。このため、女性に多いやせ、骨粗鬆症

等の健康課題、男性とは異なる傾向にある女性の飲酒及び妊婦に関する目標を設定する。

これらの具体的な目標は、別表第四のとおり設定する。

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

一 健康増進計画の目標の設定と分析・評価等

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

国は、地方公共団体における都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定の支援を行う。

二 都道府県の役割と都道府県健康増進計画

都道府県は、庁内の関連する部局が連携して都道府県健康増進計画を策定することとし、当該計画において、国が設定した目標を勘案しつつ、具体的な目標を設定する。また、区域内の市町村ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握を行い、地域間の健康格差の是正に向けた取組を位置付けるよう努めるものとする。

都道府県は、地域・職域連携推進協議会等も活用し、市町村や医療保険者、企業、教育機関、民間団体等の関係者の連携強化のための中心的役割を担い、データの活用や分析を積極的に行い、市町村における市町村健康増進計画の策定の支援を行う。

保健所は、地域保健の広域的、専門的かつ技術的な拠点として、健康づくりに関する情報を収集・分析し、地域の住民や関係者に提供するとともに、地域の実情に応じ市町村における市町村健康増進計画の策定の支援を行う。

都道府県健康増進計画の策定に当たっては、都道府県が策定する医療法(昭和23年法律第205号)に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法(平成9年法律第123号)に規定する都道府県介護保険事業支援計画、がん対策基本法(平成18年法律第98号)に規定する都道府県がん対策推進計画、都道府県が定める歯科口腔保健の推進に関する法律(平成23年法律第95号)に規定する基本的事項、健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法(平成30年法律第105号)に規定する都道府県循環器病対策推進計画に加え、データヘルス計画、成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律(平成30年法律第104号)に規定する成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針その他の都道府県健康増進計画と関連する計画等との調和に配慮する。

三 市町村の役割と市町村健康増進計画

市町村は、都道府県や保健所とも連携しつつ、また、庁内の関連する部局が連携して市町村健康増進計画の策定に努めるものとする。

市町村は、国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な目標を設定するよう努めるものとする。

市町村は、市町村健康増進計画を策定するに当たっては、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律に規定する特定健康診査等実施計画、市町村が策定する介護保険法に規定する市町村介護保険事業計画に加え、データヘルス計画その他の市町村健康増進計画と関連する計画との調和に配慮する。

また、市町村は、健康増進法(平成14年法律第103号)に基づき実施する健康増進事業について、市町村健康増進計画において位置付けることが望ましい。

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

一 調査及び研究の活用

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

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

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

さらに、国及び地方公共団体は、PHR(パーソナル・ヘルス・レコード)の利活用を更に進めるとともに、保健医療情報に関するビッグデータをはじめとする情報の収集・分析を行い、その結果等を踏まえ、国民や関係者が効果的な健康増進施策を実施することができる仕組みを構築するよう努める。

二 研究の推進

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

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

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

例えば、健康増進事業のうちの健康診査の場合、健康診査に関するデータについて、健康増進事業実施者間で共有を図ることで、転居や転職、退職等があっても効果的な健康づくりを行うことが可能となる。また、受診率向上に向けて健康増進事業実施者間で連携し、複数の健康診査を同時に実施することも考えられる。

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

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

一 基本的な考え方

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

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

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

二 健康増進普及月間等

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

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

加えて、女性の健康問題に対する意識を高めるため、3月1日から同月8日までを女性の健康週間とし、たばこ・受動喫煙対策を更に推進するため、5月31日から6月6日までを禁煙週間とする。

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

第七 その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

一 多様な主体による連携及び協力

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

二 関係する行政分野との連携

健康増進の取組を推進するには、国と地方公共団体のいずれにおいても、様々な分野との連携が必要である。医療、食育、産業保健、母子保健、生活保護、生活困窮者自立支援、精神保健、介護保険、医療保険等の取組に加え、教育、スポーツ、農林水産、経済・産業、まちづくり、建築・住宅等の分野における取組と積極的に連携することが必要である。

三 具体的な方策の策定

国民の健康の増進に関する目標達成のために、国と地方公共団体のいずれにおいても、予算・人員の確保に努めることが必要である。国は、地方公共団体の取組に資するよう、具体的な方策(アクションプラン)等の策定に取り組む。

四 デジタル技術の活用

デジタル技術を積極的に活用することで、より効果的・効率的に健康増進の取組を進めることが望ましい。こうした中で、オンラインやアプリケーション、ウェアラブル端末等のICTを用いたサービスを活用した健康づくりを検討し、その際、民間事業者との連携も視野に入れて取組を推進する。あわせて、事務手続のデジタル化等も検討することが必要である。加えて、人工知能等、今後実用化が進むことが予想されるデジタル技術についても、科学的根拠を踏まえつつ、健康づくりにおける活

用を検討する。

なお、デジタル格差により必要な健康増進の取組が受けられない等の格差につながらないように留意する必要がある。

五 人材の育成

健康増進の取組には、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等の様々な専門職等が携っており、国及び地方公共団体は、これらの人材の確保及び資質の向上に努めるものとする。また、これらの人材が自己研鑽に励むことができるような環境整備を行う。加えて、これらの人材の連携(多職種連携)が進むよう支援を行う。

六 その他考慮すべき事項

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

別表第一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小に関する目標

目 標	指 標	目標値
① 健康寿命の延伸	日常生活に制限のない期間の平均	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (令和 14 年度)
② 健康格差の縮小	日常生活に制限のない期間の平均の下位 4 分の 1 の都道府県の平均	日常生活に制限のない期間の平均の上位 4 分の 1 の都道府県の平均の増加分を上回る下位 4 分の 1 の都道府県の平均の増加 (令和 14 年度)

別表第二 個人の行動と健康状態の改善に関する目標

1 生活習慣の改善

(1) 栄養・食生活

目 標	指 標	目標値
① 適正体重を維持している者の増加(肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少)	BMI 18.5 以上 25 未満(65 歳以上はBMI 20 を超え 25 未満)の者の割合(年齢調整値)	66% (令和 14 年度)
② 児童・生徒における肥満傾向児の減少	児童・生徒における肥満傾向児の割合	令和 5 年度から開始する第 2 次成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する方針(以下「第 2 次生育期両党基本方針」という。)に合わせて設定
③ バランスの良い食事を摂っている者の増加	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が 1 日 2 回以上の日がほぼ毎日の者の割合	50% (令和 14 年度)
④ 野菜摂取量の増加	野菜摂取量の平均値	350 g (令和 14 年度)
⑤ 果物摂取量の改善	果物摂取量の平均値	200 g (令和 14 年度)
⑥ 食塩摂取量の減少	食塩摂取量の平均値	7 g (令和 14 年度)

(2) 身体活動・運動

目 標	指 標	目標値
① 日常生活における歩数の増加	1 日の歩数の平均値(年齢調整値)	7,100 歩 (令和 14 年度)

② 運動習慣者の増加	運動習慣者の割合(年齢調整値)	40% (令和14年度)
③ 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少	1週間の総運動時間(体育授業を除く。)が60分未満の児童の割合	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定

(3) 休養・睡眠

目 標	指 標	目標値
① 睡眠で休養がとれている者の増加	睡眠で休養がとれている者の割合(年齢調整値)	80% (令和14年度)
② 睡眠時間が十分に確保できている者の増加	睡眠時間が6～9時間(60歳以上については、6～8時間)の者の割合(年齢調整値)	60% (令和14年度)
③ 週労働時間60時間以上の雇用者の減少	週労働時間40時間以上の雇用者のうち、週労働時間60時間以上の雇用者の割合	5% (令和7年)

(4) 飲酒

目 標	指 標	目標値
① 生活習慣病(NCDs)のリスクを高める量を飲酒している者の減少	1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合	10% (令和14年度)
② 20歳未満の者の飲酒をなくす	中学生・高校生の飲酒者の割合	0% (令和14年度)

(5) 喫煙

目 標	指 標	目標値
① 喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)	20歳以上の者の喫煙率	12% (令和14年度)
② 20歳未満の者の喫煙をなくす	中学生・高校生の喫煙者の割合	0% (令和14年度)
③ 妊娠中の喫煙をなくす	妊婦の喫煙率	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定

(6) 歯・口腔の健康

目 標	指 標	目標値
① 歯周病を有する者の減少	40歳以上における歯周炎を有する者の割合(年齢調整値)	40% (令和14年度)
② よく噛んで食べることができる者の増加	50歳以上における咀嚼良好者の割合(年齢調整値)	80% (令和14年度)
③ 歯科検診の受診者の増加	過去1年間に歯科検診を受診した者の割合	95% (令和14年度)

2 生活習慣病(NCDs)の発症予防・重症化予防

(1) がん

目 標	指 標	目標値
① がんの年齢調整罹患率の減少	がんの年齢調整罹患率(人口10万人当たり)	減少 (令和10年度)

② がんの年齢調整死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率(人口10万人当たり)	減少 (令和10年度)
③ がん検診の受診率の向上	がん検診の受診率	60% (令和10年度)

(2) 循環器病

目 標	指 標	目 標 値
① 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少	脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率(人口10万人当たり)	減少 (令和10年度)
② 高血圧の改善	収縮期血圧の平均値(40歳以上、内服加療中の者を含む。)(年齢調整値)	ベースライン値から5mmHgの低下 (令和14年度)
③ 脂質(LDLコレステロール)高値の者の減少	LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合(40歳以上、内服加療中の者を含む。)(年齢調整値)	ベースライン値から25%の減少 (令和14年度)
④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数(年齢調整値)	令和6年度から開始する第4期医療費適正化計画(以下「第4期医療費適正化計画」という。)に合わせて設定
⑤ 特定健康診査の実施率の向上	特定健康診査の実施率	第4期医療費適正化計画に合わせて設定
⑥ 特定保健指導の実施率の向上	特定保健指導の実施率	第4期医療費適正化計画に合わせて設定

(3) 糖尿病

目 標	指 標	目 標 値
① 糖尿病の合併症(糖尿病腎症)の減少	糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数	12,000人 (令和14年度)
② 治療継続者の増加	治療継続者の割合	75% (令和14年度)
③ 血糖コントロール不良者の減少	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.0% (令和14年度)
④ 糖尿病有病者の増加の抑制	糖尿病有病者数(糖尿病が強く疑われる者)の推計値	1,350万人 (令和14年度)
⑤ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少(再掲)	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数(年齢調整値)	第4期医療費適正化計画に合わせて設定
⑥ 特定健康診査の実施率の向上(再掲)	特定健康診査の実施率	第4期医療費適正化計画に合わせて設定
⑦ 特定保健指導の実施率の向上(再掲)	特定保健指導の実施率	第4期医療費適正化計画に合わせて設定

(4) COPD

目 標	指 標	目 標 値
COPDの死亡率の減少	COPDの死亡率(人口10万人当たり)	10.0 (令和14年度)

3 生活機能の維持・向上

目 標	指 標	目標値
① ロコモティブシンドロームの減少	足腰に痛みのある高齢者の人数(人口千人当たり) (65 歳以上)	210 人 (令和 14 年度)
② 骨粗鬆症検診受診率の向上	骨粗鬆症検診受診率	15% (令和 14 年度)
③ 心理的苦痛を感じている者の減少	K 6 (こころの状態を評価する指標)の合計得点が 10 点以上の者の割合	9.4 % (令和 14 年度)

別表第三 社会環境の質の向上に関する目標

1 社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上

目 標	指 標	目標値
① 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加	地域の人々とのつながりが強いと思う者の割合	45% (令和 14 年度)
② 社会活動を行っている者の増加	いずれかの社会活動(就労・就学を含む。)を行っている者の割合	ベースライン値から 5%の増加 (令和 14 年度)
③ 地域等で共食している者の増加	地域等で共食している者の割合	30% (令和 14 年度)
④ メンタルヘルス対策に取り組む事業場の増加	メンタルヘルス対策に取り組む事業場の割合	80% (令和 9 年度)
⑤ 心のサポーター数の増加	心のサポーター数	100 万人 (令和 15 年度)

2 自然に健康になれる環境づくり

目 標	指 標	目標値
① 「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」の推進	「健康的で持続可能な食環境づくりのための戦略的イニシアチブ」に登録されている都道府県数	47 都道府県 (令和 14 年度)
② 「居心地が良く歩きたくなる」まちなかづくりに取り組む市町村数の増加	滞在快適性等向上区域(まちなかウォークアップ区域)を設定している市町村数	100 市町村 (令和 7 年度)
③ 望まない受動喫煙の機会を有する者の減少	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合	望まない受動喫煙のない社会の実現 (令和 14 年度)

3 誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備

目 標	指 標	目標値
① スマート・ライフ・プロジェクト活動企業・団体の増加	スマート・ライフ・プロジェクトへ参画し活動している企業・団体数	1,500 団体 (令和 14 年度)
② 健康経営の推進	保険者とともに健康経営に取り組む企業数	10 万社 (令和 7 年度)

③ 利用者に応じた食事提供をしている特定給食施設の増加	管理栄養士・栄養士を配置している施設(病院、介護老人保健施設、介護医療院を除く。)の割合	75% (令和14年度)
④ 必要な産業保健サービスを提供している事業場の増加	各事業場において必要な産業保健サービスを提供している事業場の割合	80% (令和9年度)

別表第四 ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりに関する目標

(1) こども

目 標	指 標	目標値
① 運動やスポーツを習慣的に行っていないこどもの減少(再掲)	1週間の総運動時間(体育授業を除く。)が60分未満の児童の割合	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定
② 児童・生徒における肥満傾向児の減少(再掲)	児童・生徒における肥満傾向児の割合	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定
③ 20歳未満の者の飲酒をなくす(再掲)	中学生・高校生の飲酒者の割合	0% (令和14年度)
④ 20歳未満の者の喫煙をなくす(再掲)	中学生・高校生の飲酒者の割合	0% (令和14年度)

(2) 高齢者

目 標	指 標	目標値
① 低栄養傾向の高齢者の減少(適正体重を維持している者の増加の一部を再掲)	BMI 20以下の高齢者(65歳以上)の割合	13% (令和14年度)
② ロコモティブシンドロームの減少(再掲)	足腰に痛みのある高齢者の人数(人口千人当たり)(65歳以上)	210人 (令和14年度)
③ 社会活動を行っている高齢者の増加(社会活動を行っている者の増加の一部を再掲)	いずれかの社会活動(就労・就学を含む。)を行っている高齢者(65歳以上)の割合	ベースライン値から10%の増加 (令和14年度)

(3) 女性

目 標	指 標	目標値
① 若年女性のやせの減少(適正体重の維持している者の増加の一部を再掲)	BMI 18.5未満の20歳～30歳代女性の割合	15% (令和14年度)
② 骨粗鬆症検診受診率の向上(再掲)	骨粗鬆症検診受診率	15% (令和14年度)
③ 生活習慣病(NCDs)のリスクを高める量を飲酒している女性の減少(生活習慣病(NCDs)のリスクを高める量を飲酒している者の減少の一部を再掲)	1日当たりの純アルコール摂取量が20g以上の女性の割合	6.4% (令和14年度)
④ 妊娠中の喫煙をなくす(再掲)	妊婦の喫煙率	第2次成育医療等基本方針に合わせて設定

あ

1. **悪性新生物** あくせいしんせいぶつ p13
悪性腫瘍のこと。がんや肉腫。
2. **一次予防** いちじよぼう p2
健康を増進し、疾患の発病を予防すること。
3. **ウォーキングコース 100選マップ** せん p51
多治見市が作成したウォーキングマップ。平成12年度初版。
4. **うながっポーツの日** ひ p42
多治見市が制定した、運動の日。

か

5. **学校保健統計** がっこうほけんとうけい p26
学校における幼児、児童及び生徒の発育と健康の状態を明らかにすることを目的として、文部科学大臣があらかじめ指定する学校に在籍する満5歳から17歳を対象に毎年実施される健康調査。
6. **加熱式タバコ** かねつしき p4
タバコ葉やその加工品を燃焼させず電氣的に加熱しエアロゾル化したニコチンを吸入するタバコ製品
7. **喫煙対策検討会議** きつえんたいさくけんとうかいぎ p8
多治見市の喫煙対策を総合的かつ効果的に推進するため、喫煙対策に関する具体的な施策の立案と施策の進捗管理・評価を行う機関。平成14年度設置。
8. **減塩応援店** げんえんおうえんてん p33
減塩メニューやうす味対応が可能もしくは減塩資料を設置する形で、市民の減塩を応援する多治見市内の登録飲食店。
9. **健康経営** けんこうけいえい p39
”従業員の健康増進が、経営面においても大きな成果につながる”との視点に立って、健康管理を経営的観点から考え、取り組む企業の経営手法。（「健康経営」はNPO法人健康経営研究会の登録商標）
10. **健康寿命** けんこうじゆみょう p1
健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間を意味する。
11. **健康づくり推進員** けんこうすいしんいん p6
健康づくり事業の充実を図り、地域住民の健康増進に寄与するため、多治見市が委嘱。ウォーキングやらくらく筋力アップ体操などの運動分野や禁煙啓発活動などの喫煙分野等に関し、地区や専門部会に分かれて活動している。
12. **健康づくり推進協議会** けんこうすいしんきょうぎかい p6
多治見市民の健康づくりを推進するため、保健事業の計画に関する意見や助言、保健事業の企画及び運営に関する協力を所掌事項とする。平成6年度設置。
13. **健康都市連合** けんこうと しれんごう p1
都市に住む人の健康を守り、生活の質を向上させるため健康都市に取り組んでいる年のネットワークを広げることで、各都市の経験を生かしながら、国際的な協働を通して健康都市の発展のための知識や技術を開発することを目的として、2003年に設立された組織。

14. **健康日本21** けんこうにほん p1
第三次国民健康づくり対策として、2000年から厚生省（当時）が行った一連の対策のこと。「21世紀における国民健康づくり運動」ともいう。
15. **健康マイレージ** けんこう p49
健康づくりでポイントを貯め応募するとインセンティブが得られる、健康ポイント事業。
16. **健（検）診** けん けん しん p39
血液検査を含む健康診査を指す健診と、がんなど特定の病気の早期発見・早期治療を目的とする診査を指す検診を併せて表現したもの。
17. **合計特殊出生率** ごうけいとくしゅしゅつしよくりつ p11
15歳～49歳の女性の年齢別出生率を合計したもの。1人の女性がその年次の年齢別出生率で一生涯の間に産むと仮定したときの平均の子どもの数に相当する。
18. **高齢化率** こうれいかりつ p10
総人口に占める65歳以上の高齢者人口の割合。
19. **子重トレーニング** こじゅう p43
ふれあい遊びを通して実施する、子どもの体重を利用した保護者向けトレーニング。

さ

20. **歯周病** ししゅうびょう p39
歯肉、セメント質、歯根膜および歯槽骨より構成される歯周組織に発生する疾患の総称。
21. **市民健康調査** しみんけんこうちようさ p8
たじみ健康ハッピープランを策定するにあたり、市民の健康実態を把握し、今後の健康づくり施策の具体的な方向性を見出すための基準値を得る調査。平成13年度、18年度、22年度、28年度、令和3年度に実施。
22. **受動喫煙** じゆうきつえん p4
喫煙により生じた副流煙、呼出煙を発生源とする有害物質を含む環境タバコ煙やエアロゾル等に曝露され、それを吸入すること。健康増進法第25条では、「室内又はこれに準ずる環境において、他人のタバコの煙を吸わされること」と定義している。
23. **食生活改善推進員** しょくせいかうかいかいぜんすいしんいん p6
「私たちの健康は、私たちの手で」をスローガンに、自分や家族、そして地域の食生活改善を目指し、生活習慣予防調理実習、各種料理教室等の開催を通して健康づくりのためのボランティア活動を展開している。
24. **心疾患** しんしつかん p13
心筋梗塞や狭心症のような虚血性心疾患や、慢性リウマチ性心疾患、心不全などが含まれる。
25. **スニーカービズ** p55
スニーカーを履くことで仕事の合間や休憩時間、通勤時に気軽に歩くことができる服装を推奨する運動。
26. **スポーツ推進委員** すいしんいん p6
スポーツ基本法に基づき、多治見市から委嘱。地域において「軽スポーツ」を中心とした様々な普及活動を行っている。

27. スワンデー・・・p51
毎月22日の「禁煙の日」(禁煙推進学術ネットワーク制定)。数字の2を白鳥(スワン)に見立て、禁煙をスワン(吸わん)と表現することから由来する。
28. 生活習慣病せいかつしゅうかんびょう・・・p1
食生活や運動習慣など、生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられる疾患の総称。
29. 生産年齢人口せいさんねんれいじんこう・・・p10
15歳から64歳までの人口。
30. その他の野菜た やさい・・・p18
きゅうりや玉ねぎなど、緑黄色野菜以外の野菜。淡色野菜。

た

31. 全国体力・運動能力、運動習慣等調査ぜんこくたいりょく うんどうのうりょく うんどうしゅうかんとう ちょうさ・・・p28
文部科学省が実施する、体力・運動能力調査。国民の体力・運動能力の現状を明らかにし、体育・スポーツ活動の指導と、行政上の基礎資料として広く活用。
32. たじみ健康都市宣言けんこうと し せんげん・・・p1
平成15年度に議決された多治見市の都市宣言。「健康でいきいきと暮らすことができるまち」を願って、生涯にわたる健康づくりを宣言している。
33. 多治見市総合計画たじみしそうごうけいかく・・・p5
多治見市市政基本条例に則り、多治見市が目指すまちの将来像を示し、その実現のため市が行わなければならないことを明らかにするための、市の政策を定める最上位の計画。
34. 多治見市地域福祉計画たじみしちいきふくしけいかく・・・p5
多治見市福祉基本条例に基づき、福祉のまちづくりに関する施策を総合的かつ計画的に推進するために策定するもの。
35. 多治見市望まないタバコの被害から市民を守る条例たじみしほがいの ひがい しみん まも じょうれい・・・p29
市民のタバコによる健康被害等を防止し、市民の健康及び安全を守ることを目的とする条例。令和2年4月1日施行。
36. 地域福祉計画評価委員会ちいきふくしけいかくひょうかいいんかい・・・p8
多治見市地域福祉計画の進行を適切に管理するため、その実施状況の評価を行う委員会。
37. 出前講座でまえこうざ・・・p33
依頼に応じて、保健師・管理栄養士・歯科衛生士等が健康に関する講座を、指定の場所に向いて実施すること。

な

38. 年少人口ねんしょうじんこう・・・p10
14歳以下の人口。
39. 年齢調整死亡率ねんれいちょうせいしぼうりつ・・・p13
年齢構成が異なる地域間や時点等で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、揃えた死亡率。
40. 脳血管疾患のうけっかんしつかん・・・p13
脳梗塞と脳出血、くも膜下出血に代表される脳の病気の総称。

は

41. ひまわりサロン・・・p43
多治見市社会福祉協議会が行う事業。様々な行事を通して交流を深め、いつも気軽に話し合える仲間づくりを目指し、福祉委員や民生児童委員、ボランティア等が地域で実施する。
42. 標準化死亡比ひょうじゆんかしぼうひ・・・p14
死亡率は通常年齢によって大きな違いがあることから、異なった年齢構成を持つ地域別の死亡率の比較を行うために用いられる指標のこと。国の平均を100とし、100以上の場合は国の併記により死亡率が多いと判断する。
43. フレイル・・・p25
加齢とともに心身の活力が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像。介護が必要になりやすい、健康と要介護の間の虚弱な状態のこと。
44. 平均寿命へいきんじゆみょう・・・p1
0歳の平均余命(ある年齢の人がその後何年生きられるかという期待値)。年齢別の推定人口と死亡率のデータを使い、各年齢の死亡率を割り出したデータを基に平均的に何歳までに寿命を迎えるかを出す。
45. 平均寿命と健康寿命の差へいきんじゆみょう けんこうじゆみょう さ・・・p12
日常生活に制限のある期間を意味する。
46. ベースライン値ち・・・p26
計画策定時に実施した、令和3年市民健康調査の調査値。
47. 母子保健推進員ぼしほけんすいしんいん・・・p6
多治見市の母子保健の向上に寄与するため、母子保健法に基づいて設置。妊婦・乳幼児訪問や母子保健に関する知識の普及を主な業務としている。
48. ポピュレーションアプローチ・・・p50
リスクがある人またや集団のみを対象とせず、大多数が健康な人であるより大きな集団全体に働きかける疾病予防の方法。

や

49. 幼稚園保育園巡回指導ようちえんほいくえんじゆんかいしどう・・・p57
保健センターの歯科衛生士による幼稚園保育園への歯科衛生巡回指導。保護者指導や園児衛生教育、プラークテスト、ブラッシング等を指導内容としている。

ら

50. らくらく筋力アップ体操きんりょく たいそう・・・p35
自分の体重を利用して行う、非常に単純で簡易な、筋力の維持増進のための体操。多治見市では健康づくり推進員が中心となって各地域で普及している。
51. 緑黄色野菜りよくおうしょくやさい・・・p18
かぼちゃやにんじんなどβカロチンを豊富に含む野菜の総称

A

52. ACP p59
Active Child Programの略称で、子どもが楽しみながら積極的に体を動かすプログラムを指す。

B

53. BMI p26
Body Mass Indexの略称。身長から見た体重を示す体格指数。体重_(kg)/身長_(m)²で使われることが多い。日本肥満学会の定義ではBMI25以上を肥満、BMI18.5未満を痩せと判定している。

K

54. KJ法 p61
断片的な情報やアイデアを効率的に整理する目的で用いられる手法。ふせんに一つ一つの情報を記載し、ふせんを並べ替えたりグループ化したりすることで情報を整理する。

L

55. LDLコレステロール p26
悪玉コレステロール。コレステロールを体内に供給する働きをするが、増加しすぎると動脈硬化を促進する。

M

56. MIDORIモデル p61
別名プリシード・プロシードモデル。人々の行動や生活習慣と、人々を取り巻く社会環境の両方に対し、段階的多角的にアセスメントを行うことを特徴にもつ基礎理論。

P

57. PDCAサイクル p8
地域保健活動の評価方法の一つ。計画P (plan)、実施D (do)、評価C (check)、改善A (action)の過程を繰り返して行う過程のこと。