

厚生労働行政推進調査事業費補助金
循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

健康日本21（第三次）の推進及び
進捗評価のための研究（25FA2001）

令和7年度総括・分担研究報告書

令和8（2026）年3月

研究代表者 辻 一郎（東北大学大学院医学系研究科）

目 次

I. 研究組織	1
II. 総括研究報告書	
健康日本 21（第三次）の推進及び進捗評価のための研究	3
III. 分担研究報告書	
効果的な健康づくり施策に関する研究, WEB 研修会の開催（辻 一郎）	17
飲酒対策の推進及び進捗評価に関する研究（池原賢代）	21
身体活動・運動対策の推進及び進捗評価に関する研究（井上 茂）	38
循環器病対策の推進及び進捗評価に関する研究（岡村智教）	64
たばこ対策の推進及び進捗評価に関する研究（片野田耕太）	81
健康寿命の算定・評価、関連要因に関する検討（川戸美由紀）	85
休養・睡眠対策の推進及び進捗評価に関する研究（栗山健一）	102
社会とのつながり対策の推進及び進捗評価に関する研究（近藤尚己）	110
糖尿病対策の推進及び進捗評価に関する研究（杉山雄大）	122
栄養・食生活対策の推進及び進捗評価に関する研究（村山伸子）	129
健康寿命の自治体格差の要因と縮小策に関する検討（横山徹爾）	140
骨粗鬆症対策の推進及び進捗評価に関する研究（吉村典子）	156
IV. 研究成果の刊行に関する一覧表	163
(1) 論文発表	
(2) 学会発表	
(3) 報道・その他	
V. 倫理審査等報告書の写し	

I. 研究組織

研究代表者

辻 一郎

東北大学大学院医学系研究科 公衆衛生学分野・客員教授

研究課題：総括・効果的な健康づくり施策に関する研究，WEB研修会の開催

研究分担者

池原賢代

琉球大学医学部保健学科 疫学・行動科学分野・教授

研究課題：飲酒対策の推進及び進捗評価に関する研究

井上 茂

東京医科大学医学部 公衆衛生学分野・主任教授

研究課題：身体活動・運動対策の推進及び進捗評価に関する研究

岡村智教

慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室・教授

研究課題：循環器病対策の推進及び進捗評価に関する研究

片野田耕太

国立がん研究センター がん対策研究所 データサイエンス研究部・部長

研究課題：たばこ対策の推進及び進捗評価に関する研究

川戸美由紀

国立保健医療科学院 疫学・統計研究部・上席主任研究官

研究課題：健康寿命の算定・評価、関連要因に関する検討

栗山健一

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 睡眠・覚醒障害研究部・部長

研究課題：休養・睡眠対策の推進及び進捗評価に関する研究

近藤尚己

京都大学大学院医学研究科 社会疫学分野・教授

研究課題：社会とのつながり対策の推進及び進捗評価に関する研究

杉山雄大

国立国際医療研究センター糖尿病情報センター 医療政策研究室・室長

研究課題：糖尿病対策の推進及び進捗評価に関する研究

村山伸子

新潟県立大学人間生活学部・教授

研究課題：栄養・食生活対策の推進及び進捗評価に関する研究

横山徹爾

国立保健医療科学院 生涯健康研究部・特任研究官

研究課題：健康寿命の自治体格差の要因と縮小策に関する検討

吉村典子

東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター ロコモ予防学講座・特任教授

研究課題：骨粗鬆症対策の推進及び進捗評価に関する研究

Ⅱ. 総括研究報告書

健康日本 21（第三次）の推進及び進捗評価のための研究

研究代表者 辻 一郎 東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野・客員教授

研究要旨

健康日本 21（第三次）の推進及び進捗評価を学術面からサポートを行うことを目的に、12名の研究者で研究班を組織し、以下の結果を得た。

1. 自治体において健康寿命の地域間格差の要因分析を行い、格差縮小策につなげる方法を整理した。健康日本 21（第三次）の各分野の優良事例を抽出し、アクションプランの改訂及び指標の整理を行った。健康日本 21 推進全国連絡協議会を対象に、健康日本 21（第三次）の取組状況をアンケート調査し、その現状と課題を浮き彫りにした。地域住民を対象に骨粗鬆症検診を試行し、現在提案中の検診項目は実施可能性が高いことを明らかにした。
2. 健康日本 21（第三次）の各分野に関して、自治体や関連研究者との話し合いを経て、ロジックモデル（とくにアウトプット指標とアウトカム指標）を更新するとともに、自治体におけるロジックモデル作成・活用を促すための方策について検討した。
3. 健康寿命の 2025 年値の算定と推移評価に関する方法論上の検討を行った。健康寿命の推移の評価にあたって、COVID-19 に関するさまざまなシナリオで健康寿命の指標値を算定し、推定の精度について検討した。これにより健康寿命算定に関する方法論上の課題はクリアできたと思われるので、次年度に実施予定の 2025 年指標値の算定に向けた準備を完了することができた。
4. 上記の検討結果を全国の健康づくり担当者に幅広く伝えるためにウェブによる「アクションプラン研修会」を 2 回開催した。終了後 1 ヶ月間は講義の動画を YouTube で公開した。各回とも、当日と YouTube と合わせて 800 名程度が視聴した。研修会受講者の感想では、94.9%が「非常に満足した」または「まあ満足した」と回答するなど、高い評価をいただいた。

以上のように、本研究は計画通りに進捗している。最終年度にあたる来年度も、計画通りに研究事業を実施し、健康日本 21（第三次）の円滑な展開、そして国民における健康寿命のさらなる延伸と健康格差の縮小に貢献するものである。

研究分担者	川戸美由紀	国立保健医療科学院疫学・統計研究部・上席主任研究官	
池原 賢代	琉球大学医学部保健学科疫学・行動科学分野・教授	栗山 健一	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所睡眠・覚醒障害研究部・部長
井上 茂	東京医科大学医学部公衆衛生学分野・主任教授	近藤 尚己	京都大学大学院医学研究科社会疫学分野・教授
岡村 智教	慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室・教授	杉山 雄大	国立国際医療研究センター糖尿病情報センター医療政策研究室・室長
片野田耕太	国立がん研究センターがん対策研究所データサイエンス研究部・部長		

村山 伸子 新潟県立大学人間生活学部・教授
横山 徹爾 国立保健医療科学院生涯健康研
究部・特任研究官
吉村 典子 東京大学医学部附属病院 22 世紀
医療センターロコモ予防学講座・
特任教授

A. 研究目的

令和 6 年度に開始された国民健康づくり運動「健康日本 21（第三次）」は、「より実効性をもつ取組（Implementation）」と「誰一人取り残さない健康づくり（Inclusion）」を二本柱の一つに位置付け、前者については目標の設定・評価（エビデンスを踏まえた目標設定、中間評価・最終評価の精緻化）、アクションプランの提示（自治体の取組の参考となる具体的な方策の提示）、そして ICT の利活用をもって当たるとしている。

健康日本 21（第三次）の策定にあたって、本申請者らは厚生労働行政推進調査事業補助金により「次期健康づくり運動プラン作成と推進に向けた研究（22FA2001）」を令和 4 年度から同 6 年度まで実施し、健康日本 21（第三次）で取り上げるべき目標項目・目標値の提案に加えて、目標達成に向けて取組むべき健康増進施策（アクションプラン）・進捗評価指標（ロジックモデル）の提案などを行ってきた。

健康日本 21（第三次）が動き始めた現在、その推進及び進捗評価を円滑かつ効果的に行うことが求められている。本研究の目的は、健康日本 21（第三次）の推進及び進捗評価を学術面からサポートを行うことである。そのため、以下の研究と社会還元活動を行う。

第 1 に、効果的な健康づくり施策に関する研究として、各研究分担者が担当する健康日本 21（第三次）の領域・目標項目に関して、昨年度までの研究班で作成したアクションプランを改訂するとともに、国内外の優良事例を収集する。これにより自治体・保険者・関係団体が取組むべき健康増進施策を提案する。

第 2 に、健康日本 21（第三次）の進捗管理に関する研究として、昨年度までの研究班で検討してきたロジックモデルのうちアウトプット指標（施策の実施状況、参加者数など）や中間アウトカム指標（対象とする地域や人の変化）について、都道府県・市町村がデータを収集・分析して PDCA サイクルに活かしていく方法を提案する。

第 3 に、健康寿命の算出に関する研究として、国民生活基礎調査データを用いて健康寿命の令和 7 年値を算出する。

第 4 に、上記の研究成果を全国の健康づくり担当者に効果的かつ早急に伝えるため、ウェブによる「アクションプラン研修会」を毎年 2 回ずつ開催するとともに、それ以外の媒体でも広報に努める。

これらの検討・広報を通じて、健康日本 21（第三次）の推進及び進捗評価を学術面からサポートし、国民における健康寿命のさらなる延伸と健康格差の縮小に資するものである。

B. 研究方法

本研究班は、研究代表者と研究分担者 11 名、研究協力者 5 名で構成される。第 1 回班会議を令和 7 年 6 月 6 日に開催して本年度の研究計画について協議した。その後、各研究者が相互に連携しつつ研究を実施した。9 月 2 日に第 2 回班会議を開催して中間報告とその協議・検討を行った。

さらに令和 8 年 1 月 19 日に第 3 回班会議を開催して本年度の研究成果を取りまとめた。さらに、ウェブによる「アクションプラン研修会」を 2 回（11 月 17 日、12 月 19 日）開催した。

なお、研究方法の詳細については、各分担研究報告書を参照されたい。

（倫理面への配慮）

すべての研究は文部科学省・厚生労働省・経済産業省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づいて実施された。

C. 研究結果

1) 効果的な健康づくり施策に関する研究

(横山徹爾・村山伸子・井上 茂・栗山健一・池原賢代・片野田耕太・岡村智教・吉村典子)

横山は、自治体（都道府県・市区町村）において健康寿命の地域間格差の要因分析を行い格差縮小策につなげる方法を整理した。市区町村では健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」を算定できないため、補完的指標である「日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）」を扱う。過去の研究班において、都道府県・市区町村別に、平均自立期間・平均寿命・自立していない期間の平均・死因別SMR・要介護認定率等の地域差や経年推移を“見える化”する資料・ツール類を作成し、疾患別医療費、特定健診によるリスク因子・生活習慣の状況に関する既存の資料・ツール類も合わせて、健康寿命の自治体格差とその要因に関する分析手順書にまとめてきた。本年度は、これらの資料等を最新年の数値に更新し、分析手順書にデータ活用の視点を加えた。

村山は、「健康寿命をのぼそう！アワード」の第1回（2012年）から13回（2024年）までの間に、栄養・食生活分野での取組で受賞した16自治体を抽出し、その取組内容を「介入のはしご」に沿って整理した。その結果、自治体でも介入のはしごのレベル2（選択の制限）～レベル7（情報提供）の取組が実施されており、実現可能性が確認された。

井上は、身体活動推進に積極的な3自治体へのヒアリング調査に基づき、行政の個別施策についてアクションプランの改訂及び指標の整理を行った。その結果、個別施策については、施策の解説のみでは具体的な事業内容を想起しにくいとの指摘があったことから、解説に加え具体的な事業内容の例を追加した。さらに、各施策の担当部署が必ずしも明確でないとの指摘を踏まえ、施策ごとに主導する行政内の部署を分析し、アクションプランに追加した。その結果、運動習慣の定着に関する施策は保健部

門及び教育・スポーツ部門が、日常生活における歩数の増加に関する施策は保健部門及び都市計画・交通部門が、それぞれ主導的な役割を担うことが示された。

栗山は、健康日本21（第三次）の2つの休養目標（睡眠休養感、睡眠時間）を達成するには「健康づくりのための睡眠ガイド2023」に基づき目標・具体的対策の教育・啓発が必要であり、それを実現するには、教育・啓発を適切に実施する保健師や管理栄養士等の睡眠健康管理担当者の充実も重要な課題であると認識した。そこで、アクション・プランで企業や自治体における保健師や管理栄養士等の睡眠健康管理担当者を充実させることを盛り込むことで、上記課題を解決し健康増進に寄与する休養目標の達成を図る方針とした。

池原は、飲酒分野の目標（生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者＝全体で10%、女性で6.4%）の達成に向けた対策を推進するため、都道府県アルコール健康障害対策推進計画をレビューするとともに、自治体や企業などの優良な取組事例を収集した。その結果、都道府県アルコール健康障害対策推進計画の位置付けは、アルコール健康障害対策推進計画（単独）30件、依存症対策推進計画（内包）11件、保健医療計画／ヘルスプラン（内包）6件であり、記載内容は都道府県でばらつきがあった。

「健康寿命をのぼそう！アワード」では13年間の受賞プロジェクト237件のうちアルコール関連は5件にとどまった。今後、飲酒関連の取組を吸い上げ、周知できる仕組みを構築することで、今後の自治体や企業などでの飲酒分野の取組増加につながることを期待された。

片野田は、たばこ対策の好事例を効果的に活用するために、効果的だと考えられる要素の抽出とそれに基づく構造化をすることを目的とした。たばこ対策の優良事例を「健康寿命をのぼそう！アワード」および医中誌Webから収集し、職域4事例および自治体1事例を選択した。それらの事例から効果的だと考えられる4つ

の要素（「時間をかける＝多段階展開」、「楽しむ＝ナッジの活用」、「周りを巻き込む＝多部門連携」、および「コンセプトの明確化と伝達＝愛情」）を抽出した。さらに、これら各要素に該当する項目を上記の5事例から抽出し、各要素に該当する事例として構造的に配置した。この構造化の結果に基づいて、たばこ対策の好事例紹介パンフレットを作成する予定である。

岡村は、健康日本21（第三次）の推進に重要な役割を担うと考えられる健康日本21推進全国連絡協議会を対象に、健康日本21（第三次）目標項目への取組状況をアンケートにより調査した。140団体中89団体から回答があった。健康日本21（第三次）の目標項目について、79.8%が何らかの項目に取組中で、59.6%がミッションとして活動中と回答した。一方、取組の公開は16.9%、独自の目標値設定は7.9%、他団体との連携は14.6%にとどまった。健康日本21（第三次）で実施中の分野間では、がんとCOPD、循環器病と糖尿病の間で強い相関が認められ、生活習慣や慢性疾患、心身の機能に関わる複数の分野間でも強い相関が認められた。国や学術団体に対しては、取組事例・ガイドライン・進捗状況・研修機会等に関する情報の提供が求められた。以上より、各団体がそのミッションに基づいて健康日本21（第三次）の各目標に取り組んでいるものの、定量的な評価指標や連携の具体性が不足している現状が浮き彫りになった。

吉村は、健康日本21（第三次）における骨粗鬆症検診受診率向上に向けて提案された新たな検診項目（FRAX および OSTA の組み合わせ）を、地域住民コホートで実地に適用し、その実施可能性を検証することを目的とした。本年度は、骨関節症・骨粗鬆症に関する地域住民コホートである Research on Osteoarthritis/Osteoporosis Against Disability (ROAD) スタディ参加者の20年目にあたる追跡調査として、山村地域において住民検診を実施し、638人（男性218人、女性420人、平均年齢68.3歳）の参

加を得た。検診は円滑に実施され、提案された検診項目は地域住民を対象とした検診において適用可能であることが示唆された。

2) 健康日本21（第三次）の進捗管理に関する研究（村山伸子・井上 茂・栗山健一・杉山雄大・近藤尚己）

村山は、子どもの肥満の減少、食塩摂取量の減少、野菜摂取量の増加、主食・主菜・副菜の摂取増加を目標として取組を実施している4自治体と、研究者が関与している1自治体の計5自治体について、詳細な資料分析とインタビューを実施した。その結果、アウトプット指標はいずれの自治体でも適切に設定・把握されており実現可能であることが確認された。中間アウトカム指標については、行動指標は多くの自治体で把握されていたが、知識・態度の指標は少なく、「取組の認知度」や「取組による行動変容」を指標とすることが有効であると考えられた。また、ロジックモデルをPDCAに活用している自治体が複数確認され、その有効性と今後の課題が示された。

井上は、身体活動・運動のアウトプット指標・中間アウトカム指標について、自治体の負担を考慮し国保データや既存の定例調査等から把握可能な項目を中心に整理した。今後は、地域特性や自治体体制の違いに応じた一般化可能性を検証するため、ヒアリング調査の対象をさらに拡大し、より汎用性の高いものへ発展させる予定である。

栗山は、上記研究1で示した問題認識（睡眠ガイドを教育・啓発する保健師や管理栄養士等の充実が重要な課題）のもと、休養・睡眠に関するロジックモデルの中で、企業や自治体における保健師や管理栄養士等の睡眠健康管理担当者の数をアウトプット指標としてモニタリングし、これらの睡眠健康管理担当者を活用する人の増加を中間アウトカム指標に加えるなどの改訂を行った。

杉山は、各都道府県の健康増進計画（健康日本 21（第三次））における糖尿病分野の取組を分析し、実効的な施策やロジックモデルのあり方を検討するため、①計画の比較分析と②3県へのヒアリング調査を行った。その結果、「治療継続者の割合」を指標とする自治体は少なく、その背景として現状の国のデータでは都道府県別の数値を把握できないことの影響が示唆された。また、ロジックモデルの活用は13県に留まり、その半数が健康日本 21（第三次）推進のための説明資料内の図を引用していた。作成県は「因果関係の可視化」を利点とする一方、不足施策への予算確保を課題として挙げていた。未活用県からは、国レベルのロジックモデルは医療計画に比して漠然としており、庁内の他部署への説明に使いにくいといった意見もあった。今後、国レベルでの利用可能なデータソースの提示やロジックモデルの詳細化、掲載の利点を明示していくことが計画の質向上とロジックモデル活用に繋がると推察される。

近藤は、健康日本 21（第三次）の「社会とのつながり」に関する目標（つながり・社会活動・共食）について、公衆衛生の専門家によるワーキンググループを設置し、これまでに提案した都道府県向けのアクションプランとそのマネジメントのためのモニタリング指標案を整理した。本年度は、社会とのつながりが及ぼす心身の健康への影響、および社会とのつながりに関連する環境要因や健康施策の効果に関する疫学研究を進めた。さらに、得られた学術的知見や最近の公衆衛生活動の潮流を踏まえて、モニタリング指標案を整理し、修正デルファイ法を活用して取捨選択を行い、最終的にアウトプット指標とアウトカム指標の合計 68 項目を選定した。あわせて、各目標に関する国内の優良事例を収集した。

3) 健康寿命の算出に関する研究（川戸美由紀）

川戸は、健康寿命の算定・評価方法の検討、2025 年の指標値の算定と推移評価（全国と都道

府県格差）および COVID-19 などの関連要因の検討を行っている。2 年計画の初年度の研究として、健康寿命の基礎資料の不健康割合と死亡率に対する COVID-19 流行の影響を検討した。COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法として、従前の方法を標準の方法（COVID-19 の影響を含む）とし、それ以外に COVID-19 の影響を含まない方法、COVID-19 の直接的影響を含まない方法、年平均の COVID-19 の直接的影響を含む方法を示し、各算定方法で、2022 年の健康寿命の指標値に違いがあることを確認した。これらの算定方法による指標値に基づく、COVID-19 流行を考慮した健康寿命の推移の評価方法と都道府県格差の評価方法を示すとともに、2010～2022 年の健康寿命の推移と都道府県格差を観察した。これにより、次年度に実施予定の 2025 年値の算定に向けた準備を完了した。

4) 研究成果の社会還元・広報活動（辻 一郎・研究分担者全員）

本研究班の研究成果をできるだけ早期に全国の健康づくり施策担当者に伝えて、健康日本 21（第三次）のより効果的な展開に資するため、ウェブによるアクションプラン研修会を 2 回開催した。第 1 回研修会（11 月 17 日）では睡眠、身体活動・運動、飲酒、栄養・食生活に関する国のガイドラインを健康日本 21（第三次）アクションにつなげる方策について、第 2 回研修会（12 月 19 日）ではたばこ対策と社会環境の質の向上について、講義を行った。研修会后 1 ヶ月程度、講義の動画を YouTube で公開した。各回とも、当日と YouTube と合わせて 800 名程度が視聴した。研修会受講者の感想では、94.9%が「非常に満足した」または「まあ満足した」と回答するなど、高い評価をいただいた。来年度は生活習慣病（循環器疾患、糖尿病、骨粗鬆症）と健康寿命（2025 年値の解説、都道府県格差の評価と格差縮小に向けた立案、健康寿命関連要因のレビュー）に関する研修会をウェブにて開催する予定である。

D. 考 察

本研究事業では、以下の4点について調査研究と社会還元活動を行った。

1. 効果的な健康づくり施策に関する研究
2. 健康日本21（第三次）の進捗管理に関する研究
3. 健康寿命の算出に関する研究
4. 研究成果の社会還元・広報活動

このうち、第1項と第2項の研究は健康日本21（第三次）の進め方に関する検討という点で共通しているため、この2つの研究については一括して、本年度の達成状況と今後の課題について論じたい。

第1項「効果的な健康づくり施策に関する研究」と第2項「健康日本21（第三次）の進捗管理に関する研究」では、研究計画の通り、国内外の優良事例の収集や自治体・関連団体に対するアンケート調査・聞き取り調査などに基づき、アクションプランとロジックモデルの改訂を行った。そのなかで、いくつかの課題が浮かび上がってきた。たとえば、糖尿病分野では「治療継続者の増加」を目標に掲げる都道府県が約半数にとどまったこと、ロジックモデルを活用している都道府県も3分の1以下であったこと、などである。前者の問題については、都道府県別の治療継続者の割合を把握可能な国のデータベースが現状では存在しないこと（このデータを都道府県が調査・把握することはかなり困難であること）が影響していると思われる。したがって、健康日本21（第三次）の目標項目に掲げる以上は、各都道府県がデータソースとして利用可能なデータを国が提示する必要があるのではなかろうか。後者の問題（ロジックモデルの活用が不十分）では、(1)活用することの具体的なメリットや必要性に関する理解が十分に浸透していないこと、(2)国が提示している健康増進計画のロジックモデル（健康日本21（第三次）の説明資料内で循環器・糖尿病分野について記載されているロジックモデルのこと）は内容が漠然としており、そのまま用

いるには使いづらいといった意見が自治体から聞かれた。本研究では、健康日本21（第三次）の目標全51項目のうち30項目について、ロジックモデルとアクションプランを作成し、ロジックモデルのアウトプット指標と中間アウトカム指標については具体的な項目と把握方法を提案している。これらの提案が実際に活用されることを望むものである。

さらに本研究では、今後取組むべき健康増進施策や自治体によるデータの分析方法などについても検討を行った。これらをさらに実効性ある取組に進化させるために、本研究ではさまざまな提案を行った。たとえば、ICTを活用した情報発信や連携基盤の構築と取組の可視化、目標分野（例：身体活動・運動と栄養・食生活）どうしの連携モデルの構築・提示、国・学術団体による現場実装用ツールの提供などである。とくに最後の提案（国・学術団体による現場実装用ツールの提供）は健康日本21推進全国連絡協議会加入団体へのアンケート調査で浮かび上がってきたものであり、本研究班としても重視すべき課題と思われる。

第3項「健康寿命の算出に関する研究」では、健康寿命の2025年値の算定と推移評価（全国と都道府県格差）に関する方法論上の検討を行った。健康寿命の長期的推移を評価するうえではCOVID-19の影響程度の検討が不可欠である。そこで本年度はCOVID-19に関するさまざまなシナリオで健康寿命の指標値を算定し、推定の精度について検討した。これにより健康寿命算定に関する方法論上の課題はクリアできたと思われるので、次年度に実施予定の2025年指標値の算定に向けた準備を完了した。

第4項「研究成果の社会還元・広報活動」では、本年度もアクションプラン研修会をウェブにより2回開催し、各回とも800名程度が視聴し、受講者の感想でも高い評価をいただくことができた。アクションプラン研修会は、前身（令和4～6年度）の研究班でも令和6年度に開催したが、今回は研修会終了後約1ヶ月間

YouTube での視聴を可能にしたことが大変好評であり、「(他の業務との間で) 時間を気にせず視聴できた」や「大事なところ・難しいところは何度も繰り返せたので理解が深まった」などのご意見をいただいた。来年度は生活習慣病(循環器疾患、糖尿病、骨粗鬆症)と健康寿命(2025年値の解説、都道府県格差の評価と格差縮小に向けた立案、健康寿命関連要因のレビュー)に関するアクションプラン研修会をウェブにて開催する予定である。

横山は研究成果を「自治体における健康寿命等の格差分析を進めるためのデータ読み解きポイント」(<https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/data/KenkoJumyoBunsekiV1.21.pdf>)としてウェブ上に公開した。それは厚生労働省「健康日本21アクション支援システム～健康づくりサポートネット～」の学習教材「健康寿命の延伸・健康格差の縮小を目指した都道府県の取組事例集」(https://kennet.mhlw.go.jp/tools/wp/wpcontent/themes/targis_mhlw/pdf/casestudies_hle.pdf)にも掲載された。

来年度は最終年度であるため、多くの研究分担者が自治体や一般の方々を対象とするパンフレット・啓発資料などを作成するなど、社会還元活動を充実させる予定である。

以上のように、本研究は計画通りに進捗している。最終年度にあたる来年度も、計画通りに研究事業を実施し、健康日本21(第三次)の円滑な展開、そして国民における健康寿命のさらなる延伸と健康格差の縮小に貢献するものである。

E. 結論

健康日本21(第三次)の推進及び進捗評価を学術面からサポートを行うことを目的に、12名の研究者で研究班を組織し、以下の結果を得た。

1. 自治体において健康寿命の地域間格差の要因分析を行い格差縮小策につなげる方法を整理した。健康日本21(第三次)の各分野に

関する優良事例を抽出し、アクションプランの改訂及び指標の整理を行った。健康日本21推進全国連絡協議会を対象に、健康日本21(第三次)目標項目への取組状況をアンケート調査し、その現状と課題を浮き彫りにした。地域住民を対象に骨粗鬆症検診を試行し、現在提案中の検診項目は実施可能性が高いことを明らかにした。

2. 健康日本21(第三次)の各分野に関して、自治体や関連研究者との話し合いを経て、ロジックモデル(とくにアウトプット指標とアウトカム指標)を更新するとともに、自治体におけるロジックモデル作成・活用を促すための方策について検討した。
3. 健康寿命の2025年値の算定と推移評価(全国と都道府県格差)に関する方法論上の検討を行った。健康寿命の長期的推移を評価するうえではCOVID-19の影響程度の検討が不可欠であるため、COVID-19に関するさまざまなシナリオで健康寿命の指標値を算定し、推定の精度について検討した。これにより健康寿命算定に関する方法論上の課題はクリアできたと思われるので、次年度に実施予定の2025年指標値の算定に向けた準備を完了することができた。
4. 上記の検討結果を全国の健康づくり担当者に幅広く伝えるためにウェブによる「アクションプラン研修会」を2回開催した。終了後1ヶ月間は講義の動画をYouTubeで公開した。各回とも、当日とYouTubeと合わせて800名程度が視聴した。研修会受講者の感想では、94.9%が「非常に満足した」または「まあ満足した」と回答するなど、高い評価をいただいた。

以上のように、本研究は計画通りに進捗している。最終年度にあたる来年度も、計画通りに研究事業を実施し、健康日本21(第三次)の円滑な展開、そして国民における健康寿命のさらなる延伸と健康格差の縮小に貢献するものである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. 辻 一郎. 【健康日本 21 第三次】健康日本 21(第三次)の概要について. *New Diet Therapy*, 2025;41(3):3-7.
2. Fukushima N, Inoue S, et al. Changes in Step-Defined Physical Activity by Occupation: The National Health and Nutrition Survey of Japan 2001–2019. *Journal of Physical Activity and Health*, 2025;22(7):827-836.
3. Amagasa S, Inoue S, et al. Two-by-two Framework for Physical Activity Environments in the 2023 Japanese Physical Activity Guidelines. *Journal of Physical Activity and Health*, 2025;22(9):1061-1063.
4. Takahashi M, Inoue S, et al. Neighborhood environment attributes are associated with disparities in walking by exercise preference. *Journal of Physical Activity and Health*, 2025;23(3):362–369.
5. 井上 茂, 菊池宏幸. 身体活動・運動ガイド 2023 を読み解く① 身体活動を促進する社会環境整備 (その1) –身体活動支援環境–. *健康づくり*, 健康・体力づくり事業財団, 2025;570:16.
6. 菊池宏幸, 井上 茂. 身体活動・運動ガイド 2023 を読み解く② 身体活動を促進する社会環境整備 (その2) –健康日本 21 と環境整備–. *健康づくり*, 健康・体力づくり事業財団, 2025;571:16.
7. 天笠志保, 井上 茂. 身体活動・運動ガイド 2023 を読み解く③ 女性の身体活動・運動. *健康づくり*, 健康・体力づくり事業財団, 2026;573:16.
8. 井上 茂. 【特集 1 ロジックモデルを活用した身体活動を増やすアクションプラン】. *健康づくり*, 健康・体力づくり事業財団, 2026;574:1-6.
9. 奈良香菜子, 井上 茂, 他. 加速度計を用いた労働者の通勤手段による身体活動量の比較: 7 事業所を対象とした横断研究. *運動疫学研究*, 2025 Epub ahead of print
10. 天笠志保, 井上 茂. WHO 身体活動・座位行動ガイドライン. *日本循環器病予防学会誌*, 2025;60(3):209-216.
11. 岡村智教. 健康日本 21 の循環器病分野について –第 2 次 (2013~2023) の評価と第 3 次 (2024~2035) の概要. *日本循環器病予防学会誌*, 2025;60(2):103-113.
12. 片野田耕太. がん検診, 健康日本 21 等におけるナッジの活用事例. *医療と社会*, 2025;35(1):49-59.
13. 高田 碧, 片野田耕太, 近藤尚己, 横山徹爾, 他. 公的データを用いた多面的な健康格差のモニタリングの必要性と可能性の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 2025;72(12):961-967
14. Matsunaga S, Kuriyama K, et al. Longitudinal association of non-restorative sleep with subjective health and work performance: a cohort study in the Japanese construction industry. *Industrial Health*, 2026 Feb 9.
15. Hazumi M, Kuriyama K, et al. The relationship between nonrestorative sleep and persistent post-acute sequelae of COVID-19: a longitudinal study of recovery trajectories. *Sleep and Biological Rhythms*, 2026;24:291-298.
16. Fushimi M, Kuriyama K, et al. Relationship Between Insoluble Dietary Fiber Intake and Non-Restorative Sleep in Japanese Adults: A Cross-Sectional Analysis of the NHNS Japan, 2014 and 2018. *Nutrients*, 2025;17(23):3749.
17. Yoshiike T, Kuriyama K, et al. Autonomic evidence that avoidance matters in the mourning process: A prospective observational study in Japan. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2026;28(1):1-10.

18. Kuriyama K. Nonrestorative sleep: a potential indicator or consequence of job stress. *Sleep and Biological Rhythms*, 2025;23(4):353-354.
19. Hazumi M, Kuriyama K, et al. Nonrestorative sleep mediates the influence of Adverse Childhood Experiences on psychological distress, physical health, mental health, and activity limitation: A longitudinal study for the general population in Japan. *Sleep Medicine*, 2025;133:106658.
20. 栗山健一. Column「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」. 特集「睡眠-覚醒障害」. *精神科 Resident*, 2025年 winter号 (6-5) .
21. 内海智博, 栗山健一. TOPIC Sleep Tech. 特集「睡眠-覚醒障害」. *精神科 Resident*, 2025年 winter号 (6-5) .
22. 栗山健一. 睡眠保健活動「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」特集 睡眠障害の診療 update. *日本臨牀*, 2025;83(7):1040-1045.
23. 内海智博, 栗山健一. 次世代に向け求められる睡眠健康増進のための社会基盤～客観的睡眠評価・ウェアラブルデバイスを用いた次世代評価系の構築～. 特集 新たな睡眠健康増進を目指した我が国の政策～健康づくりのための睡眠ガイド 2023 による国民健康啓発の発展～心と社会. *日本精神衛生会*, 2025;56(3):33-40.
24. 栗山健一. 特集の企画要旨. 特集 新たな睡眠健康増進を目指した我が国の政策～健康づくりのための睡眠ガイド 2023 による国民健康啓発の発展～心と社会. *本精神衛生会*, 2025;56(3):8-10.
25. 駒田陽子, 栗山健一, 他. こどもにおける睡眠ガイドのポイント. 特集「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」から考える Healthy Sleep～睡眠の量と質の両立による国民の健康増進～. *睡眠医療ネクサス*, 2025;1(2):61-66.
26. 栗山健一. 「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」の概要とゴール. 特集「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」から考える Healthy Sleep～睡眠の量と質の両立による国民の健康増進～. *睡眠医療ネクサス*, 2025;1(2):49-55.
27. Lunar FR, Kondo N, et al. Socio-demographic heterogeneity in the association between social isolation and all-cause mortality among Japanese older adults: JAGES longitudinal panel study. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, 2025;63:101691.
28. Du Z, Kondo N, et al. Gender, socioeconomic, and built environment differences in the association of participation in an incentivized walking program with physical and social activity: a prospective cohort study among older adults in Japan. *Social Science & Medicine*, 2025;377:118093.
29. Liu Q, Sato K, Kondo N. Heterogeneous associations between community social capital and loneliness: a cross-sectional study in 2019. *Journal of Epidemiology*, 2026;36(1):28-34.
30. Takemura Y, Kondo N, et al. Social participation and depressive symptoms among older adults. *JAMA Netw Open*, 2025;8(9):e2530523.
31. Otani S, Sato K, Kondo N. Public Libraries and Functional Disability: A Cohort Study of Japanese Older Adults. *SSM - Population Health*, 2025;29:101762.
32. Kato D, Kondo N, et al. Association of the 2018 Japanese financial incentive policy with long-term care needs and mortality. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 2026;38(1):79-87.
33. Matsushima M, Kondo N, et al. Positive childhood experiences and adulthood loneliness and social participation in Japan: exploring their mitigating effects for adverse childhood experiences. *Journal of Affective Disorders*, 2025;120997.

34. Nishio M, Kondo N, et al. Towards a global scale for functional ability: what gets measured and gets done—but are we measuring the right thing? *Age Ageing*, 2025;54(11): afaf323.
35. Ohseto H, Kondo N, Kuriyama S, et al. Genome-wide association study of social isolation in 63,497 Japanese individuals from the general population. *Translational Psychiatry*, 2026 Feb 17.
36. Yamamoto K, Sugiyama T, et al. Recognition of ophthalmology consultation and fundus examination among individuals with diabetes in Japan: A cross-sectional study using claims-questionnaire linked data. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 2025; 27(4):1762-1772.
37. 吉村典子. 健康日本 21 (第三次) を進めるためのロコモ・骨粗鬆症・運動・栄養 効果的な骨粗鬆症検診と受診率の向上. *日本骨粗鬆症学会雑誌*, 2025;11(2):342-346.
38. 吉村典子. 住民コホートからみた骨粗鬆症の疫学. *Precision Medicine*, 2025;8(5):370-373.
39. Nakajima K, Ogawa A, Yoshimura N, et al. Investigation of brain volume changes associated with aging: Results from the fourth Research on Osteoarthritis/Osteoporosis Against Disability Survey. *Geriatrics & Gerontology International*, 2025;25(2):279-286.
40. Kanis JA, Johansson H, Yoshimura N, et al. Rheumatoid arthritis and subsequent fracture risk: an individual person meta-analysis to update FRAX. *Osteoporosis International*, 2025;36(4):653-671.
41. Nakajima K, Horii C, Yoshimura N, et al. Association Between Vertebral Fractures and Brain Volume: Insights from a Community Cohort Study. *Osteoporosis International*, 2025;36(4):627-636.
42. Moro T, Yoshimura N, et al. Development of artificial intelligence-assisted lumbar and femoral BMD estimation system using anteroposterior lumbar X-ray images. *Journal of Orthopaedic Research*, 2025;43(9): 1619-1631.
43. Yoshimura N, et al. Trends in the prevalence of hypovitaminosis D over a 10-year period in Japan: The Research on Osteoarthritis/Osteoporosis Against Disability study 2005–2015. *Archives of Osteoporosis*, 2025;20(1): 117.
44. Harvey N, Johansson H, Yoshimura N, et al. Body mass index and subsequent fracture risk: A meta-analysis to update FRAX®. *Journal of Bone and Mineral Research*, 2025; 40(10):1144-1155.
45. McCloskey EV, Johansson H, Yoshimura N, et al. Family history of fracture and fracture risk: a meta-analysis to update the FRAX® risk assessment tool. *Osteoporosis International*, 2025;36(9):1725-1741.
46. Kawamura T, Yoshimura N, et al. The Q-BONE System: A Novel Dual-Energy X-ray Diagnostic Method for Osteoporosis. *Journal of clinical densitometry*, 2025;29(1):101638.
- (2) 学会発表
1. 国際学会
1. Amagasa S, Inoue S, et al. Japan Postcode-level walkability index and total and domain-specific walking time for adults living in 95 cities across the country. the 2025 International Society of Behavioral Nutrition and Physical Activity Conference (ISBNPA), Auckland, June 12,2025
2. Inoue S, et al. Proximity to Municipally-Designated Walkability Promotion Areas in City Center and Residents' Walking Time in Japan: A Natural Experiment. the 2025

International Society of Behavioral Nutrition and Physical Activity Conference (ISBNPA), Auckland, June 12, 2025

3. Iidaka T, Yoshimura N, et al. Does Low Quadriceps Strength Influence the Risk of Disability? - The ROAD Study-. WCO-IOF-ESCEO 2025, Roma, Italy, April 10-13, 2025.
 4. Nicholas C Harvey, et al; the FRAX Meta-analysis Cohort Group (Yoshimura N). Weight, height, BMI and their association with fracture risk: an international meta-analysis. WCO-IOF-ESCEO 2025, Roma, Italy, April 10-13, 2025.
 5. Helena Johansson, et al; the FRAX Meta-analysis Cohort Group (Yoshimura N). Number of fractures and fracture incidence in relation to bone mineral density: an international meta-analysis. WCO-IOF-ESCEO 2025, Roma, Italy, April 10-13, 2025.
 6. Nicholas C Harvey, et al; the FRAX Meta-analysis Cohort Group (Yoshimura N). Independent predictive value of height and BMI for incident fracture: an international meta-analysis. ASBMR 2025 Annual Meeting, Seattle, WA, USA, September 5-8, 2025.
 7. Yoshimura N. Plenary Session VIII: IOF-JOF Joint Session: Gender and its influence on Osteoporosis Management: Osteoporosis in Men. IOF REGIONAL TOKYO'25, Tokyo, December 11-13, 2025.
 8. Iidaka T, Yoshimura N, et al. Quadriceps muscle strength is associated with bone, joint, and muscle disorders of the locomotor system regardless of location - The ROAD Study-. IOF REGIONAL TOKYO'25, Tokyo, December 11-13, 2025.
2. 国内学会
 1. 辻 一郎. これからの介護予防に必要な要件. 第 67 回老年社会科学会, 千葉, 2025 年 6 月.
 2. 辻 一郎. 健康日本 21 (第三次) とこれからの健康づくり戦略. 第 14 回日本公衆衛生看護学会, 金沢, 2025 年 12 月.
 3. 辻 一郎. 健康日本 21 (第三次) 目標達成へ向けて～総合健診への期待. 日本総合健診医学会 第 54 回大会, 横浜, 2026 年 1 月.
 4. 辻 一郎. 日本食パターンと認知症発生リスクとの関連－疫学エビデンスの要約－. 日本和食会議シンポジウム「和食と健康 2026 初春」, 東京, 2026 年 2 月.
 5. 池原賢代, 他. 若い成人を含む飲酒状況に関する実態調査. 第 26 回日本健康支援学会, 川崎, 2026 年 3 月.
 6. 井上 茂. 身体活動支援環境の整備をどう進めるか: 健康日本 21 (第三次) と身体活動・運動ガイド 2023 における地域環境の整備. 第 27 回日本運動疫学会学術総会, 摂津, 2025 年 7 月.
 7. 奈良香菜子, 井上 茂, 他. 立地適正化計画内の誘導区域と歩行時間の関連. 第 27 回日本運動疫学会学術総会, 摂津, 2025 年 7 月.
 8. 天笠志保, 井上 茂, 他. 高齢者におけるスポーツ参加と社会的ネットワークとの関連: NEIGE study. 第 79 回日本体力医学会, 滋賀県草津, 2025 年 9 月.
 9. 井上 茂. 歩数アップ, 運動習慣確立のポイント【シンポジウム 7: 健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023 を踏まえた身体活動・運動分野の推進】. 第 84 回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025 年 10 月.
 10. 天笠志保, 井上 茂. 成人におけるスポーツ参加と社会的アウトカムに関する文献レビュー. 第 84 回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025 年 10 月.
 11. 福西厚子, 井上 茂, 他. 全国郵便番号界ウォーカビリティ指標と歩行時間の関連および人口分布に関する分析. 第 84 回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025 年 10 月.
 12. 岡村智教. 健康日本 21 (第 3 次) の推進に向けて－循環器分野のロジックモデル作成と介入のはしご－. 宮崎県健康増進計画評価支援事業

- に係る評価支援研修会, 2025年9月25日(オンライン).
13. 岡田結生子, 井上 茂, 岡村智教, 他. 健康日本21 推進機関の連携指標開発に向けた健康日本21(第三次) 目標項目への取組状況の調査. 第84回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025年10月.
 14. 岡田結生子, 井上 茂, 岡村智教, 他. 健康日本21 推進機関に加入する民間団体の取組および連携体制の現状把握. 第96回日本衛生学会総会, 宇都宮, 2026年3月.
 15. 栗山健一. 健康日本21(第三次)で掲げる休養課題における労働者の位置づけ~健康づくりのための睡眠ガイド2023を用いた睡眠障害の一次・二次予防~. 第98回日本産業衛生学会スポンサードシンポジウム, 仙台, 2025年5月
 16. 栗山健一. 心身の健康増進を目指した不眠症の予防・治療のあり方. 日本睡眠学会第49回定期学術集会(ランチョンセミナー), 広島, 2025年6月.
 17. 内海智博, 吉池卓也, 栗山健一. 睡眠の質の評価法. 日本睡眠学会第49回定期学術集会, 広島, 2025年6月.
 18. 吉池卓也, 栗山健一. 睡眠休養感と心身の健康ー最近の知見と公衆衛生向上のための戦略ー. 日本睡眠学会第49回定期学術集会, 広島, 2025年6月.
 19. 吉池卓也, 栗山健一. 睡眠の質とは何かー睡眠の質の重要性とその評価法ー. 日本睡眠学会第49回定期学術集会, 広島, 2025年6月.
 20. 河村 葵, 栗山健一. 更年期の睡眠問題とメンタルヘルス. 日本睡眠学会第49回定期学術集会, 広島, 2025年6月.
 21. 高橋恵理矢, 栗山健一, 他. 睡眠休養感の欠如は慢性疾患の死亡リスクを増加させる. 日本睡眠学会第49回定期学術集会, 広島, 2025年6月.
 22. 伏見もも, 栗山健一, 他. 日本人における不溶性食物繊維摂取量と睡眠休養感の関連に及ぼす習慣飲酒, 睡眠時間の影響. 日本睡眠学会第49回定期学術集会, 広島, 2025年6月.
 23. 内海智博, 栗山健一, 他. 睡眠評価への活用を目的としたウェアラブルデバイスの精度・有用性検証の事業化. 日本睡眠学会第49回定期学術集会, 広島, 2025年6月.
 24. 高橋恵理矢, 栗山健一, 他. 睡眠休養感の欠如は慢性疾患の死亡リスクを増加させる. 日本睡眠学会第49回定期学術集会, 広島, 2025年6月.
 25. 内海智博, 吉池卓也, 栗山健一. 精神科診療における Sleep Tech の応用. 第121回日本精神神経学会学術総会, 神戸, 2025年6月.
 26. 金子宜之, 栗山健一, 他. 新たな「睡眠の質」指標を精神疾患診療にどのように活かすか. 第121回日本精神神経学会学術総会, 神戸, 2025年6月.
 27. 栗山健一. 健康づくりのための睡眠ガイド2023の活用と課題. 第72回日本栄養改善学会学術総会, 東京, 2025年9月.
 28. 松永晶太, 田中勝利, 栗山健一. 睡眠休養感と医療費の関連. 第84回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025年10月.
 29. 内海智博, 栗山健一, 他. 不眠症状を有する地域高齢男性における睡眠時間の主観ー客観乖離と総死亡リスクとの関連. 第84回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025年10月.
 30. 栗山健一. 国民の睡眠健康管理指針における交替制勤務従事者の睡眠管理上の課題. 第63回日本医療・病院管理学会学術総会, 東京, 2025年10月.
 31. 栗山健一. 国民の健康指針に準じた不眠症の予防・治療戦略. 第38回総合病院精神医学会(ランチョンセミナー), 宇都宮, 2025年11月.
 32. 栗山健一. 国民の睡眠健康向上指針に準じた高齢不眠の予防と治療. 第44回日本認知症学会学術集会(ランチョンセミナー), 新潟, 2025年11月.
 33. 吉村典子, 飯高世子, 田中 栄. 疫学研究からみたメタボとロコモの相互関係ーThe ROAD studyー. 第98回日本整形外科学会学術総会,

東京，2025年5月。

34. 飯高世子，吉村典子，他。大腿四頭筋筋力は部位を問わず骨・関節・筋の運動器疾患と関連する－The ROAD study－。第98回日本整形外科学会学術総会，東京，2025年5月。
 35. 吉村典子。運動器疾患の疫学アップデート 地域住民コホート研究 ROAD より。第62回日本リハビリテーション医学会学術集会，京都，2025年6月。
 36. 飯高世子，吉村典子，他。大腿四頭筋筋力と多部位における運動器疾患との関連性について The ROADstudy。第62回リハビリテーション医学会，京都，2025年6月。
 37. 吉村典子，他。地域住民コホートからみた運動器老化とその要因：ROAD スタディより。第43回日本骨代謝学会学術集会，熊本，2026年7月（口演）
 38. 吉村典子，他。脊椎椎体骨折と脳容積の関連：地域住民コホート ROAD スタディからみたオステオネットワーク。第43回日本骨代謝学会学術集会，熊本，2026年7月。
 39. 飯高世子，吉村典子，他。運動器疾患と大腿四頭筋筋力の関連性－The ROAD Study－。第36回日本運動器科学会，松江，2025年7月。
 40. 飯高世子，吉村典子，他。大腿四頭筋筋力と骨・関節・筋疾患の広範な関連性 The ROAD study。第27回日本骨粗鬆症学会，幕張，2025年9月。
 41. 吉村典子。フレイルとロコモの実態と予後：地域住民コホート ROAD スタディより。第84回日本公衆衛生学会総会，静岡，2025年10月。
- H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
なし
 2. 実用新案登録
なし
 3. その他
なし

Ⅲ. 分担研究報告書

効果的な健康づくり施策に関する研究
－健康日本 21（第三次）の円滑な実施に向けたアクションプラン研修会の開催－

研究分担者 辻 一郎 東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野・客員教授

研究要旨

本研究班の研究成果をできるだけ早期に全国の健康づくり施策担当者に伝えて、健康日本 21（第三次）のより効果的な展開に資するため、WEB によるアクションプラン研修会を 2 回開催した。

第 1 回研修会では睡眠、身体活動・運動、飲酒、栄養・食生活について、第 2 回研修会ではたばこ対策と社会環境の質の向上について講義を行った。研修会后 1 ヶ月程度、講義の動画を YouTube で公開した。各回とも、当日と YouTube と合わせて 800 名程度が視聴した。研修会受講者の感想では、94.9%が「非常に満足した」または「まあ満足した」と回答するなど、高い評価をいただいた。

来年度は生活習慣病と健康寿命に関する WEB 研修会を開催する予定である。

A. 研究目的

本研究班は、健康日本 21（第三次）の円滑な推進と進捗評価を学術面からサポートすることを目的として、健康づくりに関する理論と実践に豊富な経験を有する研究者により構成されている。本研究班では、健康づくり施策の進捗評価を行うためのアウトプット指標の収集・活用方法、効果的な健康づくり施策の提案などを行っている。

これらの研究結果は、できるだけ早期に健康づくり施策担当者に伝えて、健康日本 21（第三次）のより効果的な展開に活用していただく必要がある。そこで本研究班は、全国の健康づくり施策担当者を対象に WEB によるアクションプラン研修会を実施するものである。

本研究班の前身にあたる研究班（令和 4～6 年度・厚生労働行政推進調査事業費「次期健康づくり運動プラン作成と推進に向けた研究」班）は、令和 6 年度に研修会を 3 回開催した。各回とも約 800 名の登録があり、受講者の 9 割以上が「非常に満足」または「まあ満足」と回答するなど、高い評価をいただいた。一方、定員超過により受講できなかった者もあり、それが反省点の一

つであった。

本研究の目的は、本研究班の研究成果を社会に還元することである。そのため、研究班ホームページを開設し、自治体などの健康づくり施策担当者を対象にアクションプランなどに関する WEB 研修会を開催した。それにより、健康日本 21（第三次）の円滑な推進に資するものである。

B. 研究方法

1. アクションプラン研修会の概要

WEB によるアクションプラン研修会を 2 回開催し、6 名の分担研究者が講義を行った。

対象としては、健康日本 21（第三次）と健康づくりに関わる者であれば職種や所属に制限は設けなかった。

研修会の参加申し込みは WEB にて行い、先着順で定員に達するまで受け付けた。なお定員は 800 名程度で、参加費は無料とした。昨年度は定員を超過してしまったので、本年度は研修会后 1 ヶ月程度、講義の動画を YouTube で自由に閲覧できるようにした。

研修会では、本研究班の研究分担者が 1 時間

ずつ講義を行った。質疑応答の機会は設けなかった。

2. 各研修会の内容

各研修会の開催月日、テーマ、講義内容と講師の氏名は、以下の通りである。

◆第1回研修会（令和7年11月17日）

テーマ「ガイドラインからアクションへ」

趣旨：睡眠ガイド2023、運動ガイド2023、飲酒ガイド2024、食事摂取量基準2025の概要を紹介し、それらを地域・職域の健康づくりにどう活かすかを論じる。

- | | |
|----------|-------|
| ・栄養・食生活 | 村山 伸子 |
| ・身体活動・運動 | 井上 茂 |
| ・休養・睡眠 | 栗山 健一 |
| ・飲酒 | 池原 賢代 |

◆第2回研修会（令和7年12月19日）

テーマ「たばこ対策と社会環境」

趣旨：健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health: SDH）の視点から、たばこ対策と社会環境の質の向上策を提言する。

- | | |
|--------|-------|
| ・たばこ対策 | 片野田耕太 |
| ・社会環境 | 近藤 尚己 |

3. 広報活動

本研究班ホームページにて研修会の内容（目的、講義内容と講師など）・日程・参加申し込みの方法などを告知した。

さらに、日本公衆衛生学会、日本栄養改善学会、日本公衆衛生看護学会の会場でチラシを配布した。

健康づくり関連雑誌（月刊公衆衛生情報の表2、月刊へるすあっぷの表紙裏面）でチラシを無料掲載していただいた。

健康づくり関連雑誌（週刊保健衛生ニュース、月刊保健師ジャーナル）で案内記事を掲載していただいた。

健康づくり関連団体のホームページ（健康・体力づくり事業財団、健康日本21推進全国連絡協議会、地域保健Web、健康づくり）で案内記事を掲載していただいた。

（倫理面への配慮）

本研究事業は研究班ホームページの開設とWEB研修会の開催であり、倫理上特段の問題は想定されない。WEB研修会の受講申込において申込者から個人情報（氏名・職種・メールアドレス）が提供されるので、個人情報保護の観点から最大限の注意を払って取扱うとともに、研修会終了時に個人情報は削除した。以上より、倫理面の問題は存在しない。

C. 研究結果

1. 各研修会の登録状況

各研修会の登録者数と職種内訳を表1に示す。登録者数は、第1回671名、第2回580名であった。

職種の内訳（重複回答）は、第1回・第2回とも保健師・看護師が最も多く、管理栄養士・栄養士、行政の順で続いた。

2. 受講者の感想アンケート調査の結果

研修会終了後に受講者がZoomを退出する際に、3問の感想アンケート調査への協力を依頼した（したがって、研修会の途中で退出した者にはアンケート調査は依頼していない）。

その結果を表2に示す。「全体としてどれくらい満足しましたか」との問いに対して、2回の平均で94.9%が「非常に満足した」または「まあ満足した」と回答した（昨年度研修会では96.1%）。個々の結果は、95.2%と94.7%であった。

「講師の話は分かりやすかったですか」との問いに対して、2回の平均で96.4%が「非常に分かりやすかった」または「まあ分かりやすかった」と回答した（昨年度研修会では95.5%）。個々では96.6%と96.3%であった。

「配布した資料は分かりやすかったですか」との問いに対して、2回の平均で93.8%が「非常に分かりやすかった」または「まあ分かりやすかった」と回答した（昨年度研修会では88.3%）。個々では94.1%と93.5%であった。

表 1 各研修会の登録状況（職種）

第 1 回研修会		第 2 回研修会	
登録者数	671	登録者数	580
職種 = 複数回答		職種 = 複数回答	
医師	15	医師	17
歯科医師	5	歯科医師	5
薬剤師	1	薬剤師	5
保健師・看護師	313	保健師・看護師	319
管理栄養士・栄養士	258	管理栄養士・栄養士	125
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	13	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	5
健康運動指導士	20	健康運動指導士	9
行政	99	行政	103
医療保険関係	5	医療保険関係	4
教育・研究	54	教育・研究	36
その他	56	その他	55
合計（重複回答）	839	合計（重複回答）	683

表 2 受講者の感想アンケート調査の結果

全体としてどれくらい満足しましたか	(%)
とても満足した	270 44.0
まあ満足した	312 50.9
どちらとも言えない	28 4.6
やや不満である	2 0.3
非常に不満である	1 0.2

講師の話は分かりやすかったですか	(%)
非常に分かりやすかった	298 48.6
まあ分かりやすかった	293 47.8
どちらとも言えない	19 3.1
やや分かりにくかった	2 0.3
非常にわかりにくかった	1 0.2

配布した資料は分かりやすかったですか	(%)
非常に分かりやすかった	252 41.1
まあ分かりやすかった	323 52.7
どちらとも言えない	34 5.5
やや分かりにくかった	3 0.5
非常にわかりにくかった	1 0.2

各研修会の回答を合計したもの（N=613）
 回答は、研修会終了後にZoomを退出する際に依頼した
 （途中退出者は集計されない）

3. 講義後の YouTube 配信について

第 1 回研修会の講義動画は、令和 7 年 11 月 25 日から令和 8 年 1 月 9 日まで YouTube 配信された。各講義で最も視聴回数が多かったものは 204 回で、131 回、107 回、105 回の順で続いた。

第 2 回研修会の講義動画は、令和 7 年 12 月 24 日から令和 8 年 2 月 13 日まで YouTube 配信された。各講義で最も視聴回数が多かったものは 229 回で、177 回が次いだ。

D. 考 察

本研究班の研究成果を広く社会に伝えるため、研究班ホームページを開設するとともに、自治体などを対象にアクションプランなどに関する WEB 研修会を開催した。

本年度の研修会は、6 名の講師（本研究班の研究分担者）により 2 回に分けて実施したが、参加登録は第 1 回 671 名、第 2 回 580 名であり、昨年度の登録者数（約 800 名）を下回った。その理由の一つが本年度は講義動画を YouTube で配信したことにあると思われる。YouTube の視聴回数は 105～229 回であり、登録者数と YouTube 視聴回数とを合計すると、800 名前後という前年度の実績に近い数字となった。YouTube 配信を行ったことで、多忙な健康づくり施策担当者が都合良い時間に講義を視聴できるようになったことの意義は大きく、実際に各方面から高い評価をいただいた。

また、受講者の感想アンケート調査では、前年同様に高い評価をいただいたが、特筆すべき

は「配布した資料は分かりやすかったですか？」との問いに対し、93.8%が「非常に分かりやすかった」または「まあ分かりやすかった」と回答したことである。これは、昨年度の研修会での数値が88.3%であったことと比べると、大きな改善があったと言えよう。実際に、昨年度の研修会の後、資料に対する満足度が低かったことを班員全員との間で共有し、分かりやすい資料を作るうえでどのような改善が必要であるかについて話し合った。今回のアンケート結果は、その努力が身を結んだものと言えるかもしれない。今後も、班員の間で話し合いとフィードバックを続け、さらなる改善に向けた不断の努力を行う所存である。

来年度は、生活習慣病対策（循環器病・糖尿病・骨粗鬆症）と健康寿命（令和7年値の解説、延伸策の提言など）に関する研修会を開催する予定である。これにより、健康日本21（第三次）の円滑な展開と進捗評価に向けた理論的なバックグラウンドを提供し、健康寿命のさらなる延伸と健康格差の縮小に貢献する所存である。

E. 結 論

本研究班の研究成果をできるだけ早期に全国の健康づくり施策担当者に伝えて、健康日本21（第三次）のより効果的な展開に資するため、WEBによるアクションプラン研修会を2回開催した。

第1回研修会では睡眠、身体活動・運動、飲酒、栄養・食生活について、第2回研修会ではたばこ対策と社会環境の質の向上について講義を行った。研修会后1ヶ月程度、講義の動画をYouTubeで公開した。

各回とも、当日とYouTubeと合わせて800名程度が視聴した。研修会受講者の感想では、94.9%が「非常に満足した」または「まあ満足した」と回答するなど、高い評価をいただいた。

来年度は生活習慣病と健康寿命に関するWEB研修会を開催する予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 辻 一郎. 【健康日本 21 第三次】健康日本21(第三次)の概要について(解説). *New Diet Therapy*, 2025;41(3):3-7.

2. 学会発表

1) 辻 一郎. 「これからの介護予防に必要な要件」. 第67回老年社会科学会(シンポジウム), 千葉, 2025年6月.

2) 辻 一郎. 健康日本21(第三次)とこれからの健康づくり戦略. 第14回日本公衆衛生看護学会(特別講演), 金沢, 2025年12月.

3) 辻 一郎. 健康日本21(第三次)目標達成へ向けて～総合健診への期待. 日本総合健診医学会第54回大会(特別講演), 横浜, 2026年1月.

4) 辻 一郎. 日本食パターンと認知症発生リスクとの関連—疫学エビデンスの要約—. 日本和食会議シンポジウム「和食と健康2026初春」, 東京, 2026年2月.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

飲酒対策の推進及び進捗評価に関する研究

研究分担者 池原 賢代 琉球大学医学部保健学科 疫学・行動科学分野・教授

研究要旨

健康日本 21（第三次）における国民の健康増進に寄与する飲酒分野の目標として、「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」、「20歳未満の者の飲酒者をなくす」の2項目が設定された。「20歳未満の者の飲酒者をなくす」については、法律で禁止されており、減少傾向にあることが報告されているが、「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」即ち、純アルコール摂取量で1日あたり男性40g以上、女性20g以上の飲酒者の割合は、健康日本21（第二次）において男性では横ばい、女性では増加傾向となっている。健康日本21（第三次）では、このような背景を踏まえ、目標値として全体で10%、女性では6.4%と設定された。本研究では、飲酒分野の目標の達成に向けた対策を推進するため、都道府県アルコール健康障害対策推進計画のレビュー、自治体や企業など団体による優良な取組事例の収集を行った。都道府県アルコール健康障害対策推進計画の記載内容から独自の取組及び「健康寿命をのばそう！アワード」の優良事例を把握することができた。飲酒関連の取組を吸い上げ、周知できる仕組みを構築することで、今後の自治体や企業などでの飲酒分野の取組増加につながることを期待された。

A. 研究目的

健康日本21（第二次）の最終評価において、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量：男性40g以上、女性20g以上）の割合」は、男性14.9%で横ばい、女性9.1%と増加傾向でD評価（悪化している）となり、ベースライン時より15%低減（男性13.0%、女性6.4%）という目標を達成できなかった。

令和6年度開始の健康日本21（第三次）では、このような結果を踏まえ、「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」を目標設定し、男女計で10%を目標値とした。また、女性が増加傾向にあることや男性よりも少ないアルコール量で健康影響を生じる可能性があることから、ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりの「女性」においても目標値6.4%が設定されている。「20歳未満の者の飲酒者をなくす」についても飲酒分野及び「子

ども」の目標として記載されている。

また、令和6年2月には、「健康に配慮した飲酒に関するガイドライン」（以下、飲酒ガイドライン）が公表され、その中で、飲酒量（純アルコール量）には閾値がなく、少ない量であるほど、健康リスクが低くなることが記された。

健康日本21（第二次）最終評価書において、都道府県、市区町村の取組状況調査の結果、栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙領域については、計画期間中に取組が充実したとの回答が多かったが、飲酒領域では変わらないが多かった。また、今後取り組みたい領域として、栄養・食生活（63.8%）、身体活動・運動（53.2%）、喫煙（29.8%）に比べて、飲酒（4.3%）と少なかった。

本研究では、健康日本21（第三次）を推進すべく、都道府県アルコール健康障害対策推進計画における取組や、自治体や企業など団体による優良な取組事例の収集を行うこととした。

B. 研究方法

今年度は、以下の2研究を行った。

研究1) 47都道府県でどのような飲酒対策が計画・実施されているのか、どういった位置づけになっているのか、飲酒ガイドラインは引用されているかなどを把握するため、公表されている都道府県アルコール健康障害対策推進計画をレビューした。

研究2) 団体による優良な取組事例について、厚生労働省が平成24年度から実施している「健康寿命をのばそう！アワード」(生活習慣病予防分野)における飲酒に関する取組を収集した。「健康寿命をのばそう！アワード」は、魅力的で参加しやすく、効果が期待できる健康づくり事例が表彰されている。

本研究では、第1回～第13回までの受賞プロジェクトから、飲酒、または、アルコールをキーワードとして検索し、飲酒分野の取組を含む優良事例を抽出した。

(倫理面への配慮)

本研究は個人情報を含まない公開情報をもとにした研究であり、倫理審査は不要である。

C. 研究結果

研究1) 以下に、結果を示す。(表1, 表2)

1. 計画の策定状況

第2期推進計画の策定状況としては、R3～R7の間に策定されており、その期間としては、R6～R11としているものが多かったが、R7～R14、R6～R17と幅広い期間での計画もあった。計画の位置づけ(公表資料)は、アルコール健康障害対策推進計画(単独)30件、依存症対策推進計画(内包)11件、保健医療計画/ヘルスプラン(内包)6件であった。

2. 統計情報

統計による現状把握(生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合、多量飲酒

(1日純アルコール量60gを超える)者の割合、酒類販売(消費)量、未成年、妊婦、救急搬送、肝疾患、アルコール依存症者数、相談件数、通院者数、専門医療機関での入院・外来、飲酒運転、運転免許取消、110番通報、配偶者暴力、児童虐待、自殺、飲酒関連の自殺未遂など)が記載されていたが、必ずしも飲酒関連ではないものや全国値を用いたもの、また都道府県によって項目も様々であった。

3. 基本的施策

アルコール健康障害対策推進基本計画(第2期:令和3年度～令和7年度)の基本的施策の①教育の振興等、②不適切な飲酒の誘引防止、③健康診断及び保健指導、④アルコール健康障害に係る医療の充実等、⑤アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等、⑥相談支援等、⑦社会復帰の支援、⑧民間団体の活動に対する支援、⑨人材の確保(再掲)、⑩調査研究の推進(再掲)の記載内容を確認することができた。

4. 減酒

減酒や節酒について言及がなされていないものもあれば、ブリーフインターベーションや減支援の手引きを資料として添付しているものもあった。また、適正飲酒や節度ある適度な飲酒という表現を用いているものが多く見受けられた。

5. AUDIT

ほとんどの都道府県は、AUDITや飲酒習慣スクリーニングテストについて言及していたが、スクリーニングを行うなどの記載にとどまっているものもあった。

6. 飲酒に伴う健康障害

多量飲酒や過度の飲酒、不適切な飲酒、ビンジドリンキングなどに関わる健康障害のみの記載などが見受けられた。飲酒ガイドラインに

については、引用しているものや飲酒ガイドラインを活用するなどの文言も確認できたが、令和6年2月に公表されたこともあり、少数であった。

7. 啓発（取組内容）

学校教育、アルコール健康障害の普及啓発のための資料作成・イベント、未成年への啓発、妊産婦向けの啓発、高齢者向けの啓発、依存症への取組、飲酒運転等への取組（警察との連携）、情報提供の充実、出前講座、出張相談、職場教育、保護者への啓発などを挙げるところが多かった。

独自の取組として、飲酒カレンダー、アプリの周知・普及、地区組織の活用、学生啓発リーダーの育成、酒類を提供する飲食店を対象にした取組、学校教育におけるパッチテストの実習等への導入、インターネット広告を利用したプッシュ型の情報発信、AUDIT やアルコール摂取量計算サイトの活用について普及啓発などの記載があった。

研究2) これまでの13年間の受賞プロジェクトのうち、飲酒、または、アルコールで検索した結果、ヒットしたのは5件であった。（表3）

第4回では、企業による社員や家族を対象とした医療費分析結果に基づく、健康づくり活動の推進・強化の一つとして、「ノンアルコール」を実施したが、具体的な評価はなされていなかった。

第11回は2件あり、自治体により、塩分、糖質、カロリーに加えて、アルコールについても「ちょい減らし」などちょっと「チャレンジ」事業を展開し、アルコール対策そのものの評価はなかったが、医療費の減少や特定健診やがん検診の受診率の向上などが成果として挙げられていた。

企業による取組では、職域において、従業員を対象に、従業員同士が健康づくりの各自の体験談や成功例をシェアし合う形で実施されて

いた。「取り組んだきっかけ」、「取り組みの成果」、「従業員へのメッセージ」などをパワーポイントにまとめて、事務局が健康情報を加えてまとめて発信したり、全従業員のパソコンに当月の重点啓発テーマに関する一言を自動ポップアップで表示したり、また、成功者は大勢の前で成功談を発表したことが紹介されていた。その中で、飲酒習慣の改善については9例あったことが報告されていた。

第13回では、医学部の大学3学生を対象にして、たばこ関連の講義、演習と合わせて、健康影響や適正飲酒における医師の役割についての講義やアルコール代謝に関わる質問紙や検査の体験など、演習を実施したことが紹介されていた。受講後のアンケートでは、将来医師として患者の行動変容を支援する立場からのポジティブな意見・感想が挙げることが成果として報告された。

また、企業の取組として、ヘルスアクション（体重、朝食摂取、野菜摂取、歩数、たばこ、飲酒、睡眠に関する項目）を設定し、データによる健康管理区分とセルフケア実践個数を評価していた。飲酒は、週2日以上休肝日を作るが項目に挙がっていたが、当該項目のみの評価は報告されていなかった。

D. 考 察

本研究では、今年度は、まず、都道府県アルコール健康障害対策推進計画をレビューし、記載内容や位置づけ、取組を定性的に把握した。また、自治体や企業などの団体による優良な取組事例を収集することを目的として、「健康寿命をのばそう！アワード」（生活習慣病予防分野）の受賞プロジェクトから飲酒関連の事例を把握した。

計画の位置づけは大きく3つあり、一般の住民に対して広くアルコールの健康影響を周知していくためには、アルコール健康障害対策推進計画としての公表が望まれた。

内容に関して、統計情報については、飲酒関

連の都道府県レベルのデータと全国値を比較して詳細に示しているところがある一方で、全国値のみのデータや飲酒が起因している部分がかきり示されていないデータなどが用いられているなど、都道府県でばらつきがあった。

減酒や AUDIT、飲酒に伴う健康障害についても記載にばらつきがあり、主に依存症対策や多量飲酒や過度の飲酒、不適切な飲酒、ベンジドリンキングについて記載していたり、飲酒ガイドラインについては記載が少ない状況が確認できた。飲酒ガイドラインの周知やアルコール健康障害に関する知識の普及を浸透させるためにもこれらの計画への記載が求められる。

取組内容では、学校教育（未成年、保護者）、妊産婦や高齢者を対象としたアルコール健康障害やアルコール依存症に関する啓発であったり、警察との連携による飲酒運転等への取組、出前講座、出張相談、職場教育などが挙げられていた。健康日本 21（第二次）最終評価書において、栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙に比べて、飲酒は、今後取り組みたいと回答する自治体がとても少なく、具体的な取組事例を示していく必要が示唆されている。「健康寿命をのばそう！アワード」（生活習慣病予防分野）における受賞事例でも、飲酒やアルコールに関する事例はとても少なく、飲酒に限った評価はほとんどないことが明らかとなった。

「健康寿命をのばそう！アワード」は、スマート・ライフ・プロジェクト（運動、食生活、禁煙、睡眠、健診・検診の受診、女性の健康）の一環として創設されている背景もあり、飲酒に関する事例をなかなか収集することが難しいが、飲酒は睡眠や健診・検診、女性の健康にも関係していることを周知し、分野横断的に組み込まれた形の取組が増えていくことが望ましいと考えられた。

また、計画には独自の取組として、飲酒アプリ、地区組織の活用や学生啓発リーダーの育成、学校教育への導入、インターネットやサイト等を利用した啓発、そして、飲食業生活衛生同業

組合等との連携による酒類を提供する飲食店を対象にした不適切な飲酒防止への取組も記載されていた。こういった独自の取組を吸い上げ、全国に紹介・周知できる仕組みを構築することで、今後、飲酒分野に取り組みたいという自治体の増加につながることを期待される。

E. 結論

本研究では、都道府県アルコール健康障害対策推進計画のレビューを行うとともに、「健康寿命をのばそう！アワード」（生活習慣病予防分野）の受賞プロジェクトから飲酒関連の事例を把握した。

飲酒関連の取組を取集し、周知できる仕組みを構築することが飲酒分野の取組の増加につながるのではないかと考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 池原賢代, 他. 若い成人を含む飲酒状況に関する実態調査. 第 26 回日本健康支援学会, 川崎, 2026 年 3 月 7 日.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1. 都道府県アルコール健康障害対策推進計画の記載内容

都道府県	計画期間	飲酒状況	未成年	妊婦	救急搬送	肝疾患	依存症者	相談件数	通院者数	専門医療機関での入院・外来	飲酒運転件数	飲酒運転事故件数	運転免許取消(飲酒講習)	110番通報状況	配偶者暴力	児童虐待	自殺	飲酒関連の自殺未遂
1	R3~R7	○	○	○	-	○	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	R5~R9	○	△ (補導人数)	○	-	○	○	○	○	△(専門医療機関との記載はなし、精神病床の入院患者数のみ)	○	○	-	○	○	△(件数のみ、アルコール以外の要因も含む)	△	-
3	R6~R8	○	△ (全国値)	○	○	-	○ (推計値)	○	○	○	-	○	○	-	-	-	-	○
4	R3~R8	○	△ (全国値)	-	-	-	○ (精神科受診・入院患者数+推計値)	○	-	△(専門医療機関との記載はなし、依存症者として精神科の外来・入院患者数は記載あり。専門医療機関における入院患者数は全国値のみ)	○	○	-	-	-	-	-	-
5	R3~R7	○	○	△(全国値か県の数値か不明)	-	-	○ (推計値)	○	○	△(専門医療機関との記載はなし、外来はなし)	-	-	-	-	-	-	-	-
6	R4~R8	○	△ (全国値)	○	-	△(全国値)	○ (推計値)	-	-	○	-	○	○	-	△(全国値で「保護命令違反者のうち飲酒に関する問題を有していた者」の割合記載あり)	-	-	△(全国値、搬送時のアルコール検出割合を提示。死亡・未遂は不明)
7	R4~R8	○	○	○	-	-	○ (推計値)	○	-	○	-	○	-	-	-	-	△(件数記載あり、アルコールとの関連件数は不明)	-
8	R6~R11 (第8次埼玉県地域保健医療計画に内包)	○	○	○	-	-	○ (推計値)	○	-	○(保険診療の患者のみ抽出、生活保護受給者等は含まれない)	-	○	○	-	△(R4-R5年度の依存症対策推進計画に記載あり。飲酒によるものに限らないDV件数)	-	○	-
9	R5~R8	○	△(全国値)	○	-	○	○	○	-	○(厚労省のNDBオープンデータより抽出、専門医療機関のみか不明)	○	○	-	一(泥酔者・酩酊者の保護件数記載あり)	△(アルコール起因の件数特定は困難)	△(アルコール起因の件数特定は困難)	△(件数記載あり、アルコールとの関連件数は不明)	-
10	R5~R9	○	△(補導者数のみ)	○	-	-	○ (推計値)	○	○	△(専門医療機関との記載はなし。入院・通院者数はあり、外来者数はなし)	-	-	-	-	-	-	-	-

都道府県	計画期間	飲酒状況	未成年	妊婦	救急搬送	肝疾患	依存症者	相談件数	通院者数	専門医療機関での入院・外来	飲酒運転件数	飲酒運転事故件数	運転免許取消(飲酒講習)	110番通報状況	配偶者暴力	児童虐待	自殺	飲酒関連の自殺未遂
11	R5～R9	○	○	○	—	—	○ (推計値)	○	—	○(専門医療機関との記載はなし、アルコール依存症による精神科外来数、入院患者数)	—	○	○	—	△(相談件数記載あり、アルコールとの関連件数は不明)	△(相談件数記載あり、アルコールとの関連件数は不明)	○(動機が明らかなものうち、アルコール依存症の人数まで記載あり)	—
12	R5～R9	○	○	○	—	○ (死亡者数)	○ (推計値)	○	○	△(専門医療機関との記載はなし、入院患者数のみ)	—	○	—	—	△(相談件数記載あり、アルコールとの関連件数は不明)	△(相談件数記載あり、アルコールとの関連件数は不明)	△(件数記載あり、アルコールとの関連件数は不明)	—
13	R5～R9	○	○	○	—	—	○ (推計値)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	R6～R10	○	△(補導人数のみ)	○	—	○	○	○	—	△(精神科での入院患者数のみ)	○	△(人身事故発生件数、死亡者数の記載はあるが物損等含まれた全体数字なし)	—	—(泥酔者及び酩酊者の保護件数は記載あり)	—	△(相談対応件数の記載はあるが、「飲酒の影響についての詳細な調査・研究は皆無に等しく、今後の課題」と記載あり)	△(自死した人の1/3に直前の飲酒が認められたとの記載あり。全国が県の数字か不明)	—
15	R6～R10	○	○	○	—	○	○ (推計値)	○	—	△(外来患者数、精神科における入院患者数の記載はあるが、専門医療機関との記載はなし)	○	○	—	—	—	△(平成30年以降は年間500件以上と記載)	—(自殺率は全国平均より高いと記載されているが、数字等はなし)	—
16	R6～R11	○	△	○	—	—	○ (推計値)	○	○	△(専門医療機関との記載はなし、精神科病院入院患者数のみ)	○	△(人身事故発生件数のみ)	—	△(110番通報件数はないが、泥酔者及び酩酊者の保護件数の記載あり)	△(DV相談件数記載あり、アルコール以外の要因も含む)	△(相談対応件数記載あり、アルコール以外の要因も含む)	△(件数記載あり、アルコール以外の要因も含む)	—
17	R6～R11	○	○	○	—	—	○	○	△(入院・通院で合算した数で記載)	△(専門医療機関で入院・通院で合算した数で記載。外来者はないが新規数は記載あり)	—	○	—	—	—	—	—	—
18	R6～R11	○	○	○	—	—	○	△(依存症に関する相談件数。グラフのみで詳細不明)	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—
19	R6～R11	○	△(飲酒での補導件数のみ)	○	—	—	○ (推計値)	○	—	△(専門医療機関との記載はなし、精神科病院での入院患者数のみ)	—	○	—	—	—	—	—	—
20	R6～R11	○	○	○	○(急性アルコール中毒による救急搬送件数)	○	△(依存症者として入院・通院者数が記載されている)	○	○	△(専門医療機関との記載はなし、外来者数なし)	○	△(人身事故件数のみ)	—	△(110番通報件数はないが、泥酔者等の保護件数の記載あり)	△(アルコール以外の要因も含む)	△(アルコール以外の要因も含む)	○	—

都道府県	計画期間	飲酒状況	未成年	妊婦	救急搬送	肝疾患	依存症者	相談件数	通院者数	専門医療機関での入院・外来	飲酒運転件数	飲酒運転事故件数	運転免許取消(飲酒講習)	110番通報状況	配偶者暴力	児童虐待	自殺	飲酒関連の自殺未遂
21	R6～R11	○	○	○	—	—	△(依存症者として入院・外来者数が記載されている)	○	—	○	○	△(人身事故件数のみ)	○	—	—	—	—	—
22	R6～R11	○	○	○	—	○	—(依存症者数として入院・外来者数記載。全国値のみ)	△(依存症に関する相談件数。アルコールのみの件数は不明)	—	—(依存症者数として入院・外来者数記載。全国の数値のみ)	—	△(人身事故、死亡事故の件数のみ)	—	—	—	—	—	—
23	R6～R11	○	△(全国値)	○	—	○	○(推計値)	○	—	△(専門医療機関との記載はないが、精神科病院での入院患者・外来者数あり)	—	○	—	—	△(アルコール以外の要因も含む)	△(アルコール以外の要因も含む)	△(アルコール以外の要因も含む)	—
24	R6～R9	○	○	○	—	○	○	○	—	△(専門医療機関との記載はないが、精神科での入院患者・外来者数あり)	○	△(人身事故の件数のみ)	○	—	—	—	—	—
25	R6～R17	○	△(全国値)	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	R6～R11	○	○	○	—	○	○(推計値)	○	—	○	—	○	○	—	△(アルコール以外の要因も含む)資料編に記載あり	△(アルコール以外の要因も含む)資料編に記載あり	△(アルコール以外の要因も含む)資料編に記載あり	—
27	R6～R10	○	△(全国値が県の数値が不明)	○	—	—	○(推計値)	○	○	○	○	△(人身事故件数のみ)	○	—	—	—	—	—
28	R6～R10	○	○	○	—	○	○(推計値)	○	—	△(専門医療機関との記載はなし、精神科・科での数字)	—	○	—	—	△(アルコール以外の要因も含む)	△(アルコール以外の要因も含む)	△(アルコール以外の要因も含む)	—
29	R6～R11	○	○	○	—	○	○(推計値)	○	○	△(専門医療機関との記載はなし、入院者数のみ)	—	○	—	—	—	—	—	—
30	R6～R11	○	△(全国値)	○	—	○	△(依存症者数として入院者数・外来者数を記載。推定者数は全国値)	○	△(通院者数として外来者数が記載されている)	△(専門医療機関ではなく精神科との記載)	—	—	—	—	—	—	—	—

都道府県	計画期間	飲酒状況	未成年	妊婦	救急搬送	肝疾患	依存症者	相談件数	通院者数	専門医療機関での入院・外来	飲酒運転件数	飲酒運転事故件数	運転免許取消(飲酒講習)	110番通報状況	配偶者暴力	児童虐待	自殺	飲酒関連の自殺未遂
31	R6～R17 (アルコール関連は3年ごとに見直し)	○	△	△	—	△(飲酒関連ではなく死因としての数値)	○ (推計値)	○	—	△(専門医療機関ではなく精神科との記載)	—	—	—	—	—	—	△(こころの健康に関する項目に10万人当たりの数字記載あり)	—
32	R6～R17	○	—(年齢別の入院患者割合は記載あり)	—	—	—	△(依存症者数として入院者数・外来者数が記載されている。)	—	—	△(専門医療機関ではなく精神科との記載)	○	○	—	—	—	—	—	—
33	R6～R11	○	○	△	—	—	○ (推計値)	—	△ (入院者数と合算)	△(専門医療機関ではなく精神科との記載。入院・通院者数合算)	—	△(人身事故数のみ)	—	—	—	—	△(アルコール以外の要因も含む)	—
34	R6～R10	○	△(全国値)	○	—	○	○ (推計値)	○	○	△(専門医療機関との記載なし。入院者数のみ)	○	○	—	—	—	—	—	—
35	R6～R11	○	△(全国値)	○	—	○	○ (推計値)	○	○	△(専門医療機関との記載なし。入院者数のみ)	—	△(人身事故数のみ)	○	—	—	—	—	—
36	R6～R10	○	○	○	—	—	○ (推計値)	○	△(アルコール以外の要因も含む)	△(専門医療機関との記載なし。精神科病院の入院者数のみ)	○	○	○	—	—	—	○	—
37	R6～R11	○	△(指導・助言した少年の人数)	—	—	○	△(依存症者数として入院者数・外来者数が記載されている。)	○	○	△(入院者数は専門医療機関との記載なし。別で専門医療機関の受診数記載あり)	○	○	—	—	—	—	○	—
38	R6～R11	○	○(データが少ないため、解釈に注意が必要との記載あり)	○	—	○	○ (推計値)	○	—	△(専門医療機関との記載なし)	○	○	—	—	○	△(アルコール以外の要因も含む)	○	—
39	R7～R14	○	○	○	—	○	○ (推計値)	○	—	△(専門医療機関との記載なし)	○	○	○	—	○(警察での件数のみ)	—	○	—
40	R7～R11	○	△(補導件数のみ)	○	—	—	△(依存症者数として入院者数・外来者数を記載)	○	△ (外来(通院))	△(専門医療機関との記載なし)	○	△(人身事故のみ)	—	—	—	—	—	—

都道府県	計画期間	飲酒状況	未成年	妊婦	救急搬送	肝疾患	依存症者	相談件数	通院者数	専門医療機関での入院・外来	飲酒運転件数	飲酒運転事故件数	運転免許取消(飲酒講習)	110番通報状況	配偶者暴力	児童虐待	自殺	飲酒関連の自殺未遂
41	R3~R7	○	○	○	○	○	○ (推計値)	○	○	△(専門医療機関との記載はなし、依存症の入院者数のみ。アルコール健康障害の内科・精神科での外来者数あり)	—	○	○	—	—	—	○	—
42	R4~R8	○	○	○	-	-	○	○	○	○	○(飲酒運転違反者人数)	○	-	-	○	○	○	-
43	R5~R9	○	○	○	-	○	○(全国値から推定)	○	-	-	○	○	-	-	-	-	-	-
44	R6~R8	○	○	○	-	-	○	○	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-
45	R6~R7	○	○	-	○	○	○	○	○	○	-	○	-	-	-	-	-	-
46	R6~R11	○	○	○	-	-	△(推定値)	○	-	-	○	○	-	-	-	-	-	-
47	R6~R10	○	○	○	-	○	○	○	-	○	○	○	○	-	○	○	○	-

都道府県	具体的取組								減酒	節度ある適度な飲酒	AUDIT	飲酒に伴うリスク	飲酒ガイドラインの引用	
	教育・啓発	内容	不適切飲酒の誘引防止	健康診断及び保健指導	医療の充実	飲酒運転等への指導	相談支援	社会復帰の支援						民間団体への支援
7	○	<ul style="list-style-type: none"> ・20歳未満や妊産婦、女性や高齢者等への広報啓発 ・学校教育 ・保護者への啓発（PTA研修等） ・母子手帳発行時、妊婦検診等での啓発 ・職域等での交通安全教育 ・自動車教習所でのカリキュラム履行の徹底 ・運転免許更新講習等での啓発 ・啓発週間、県民運動の活用 	○	○	○	○	○	○	○	○	△（啓発週間で適度な飲酒に関する正しい知識を普及するとの記載あり）	○	○（出生前～成年期以降まで、時期に分けたリスクが記載されている）	—
8	○	<ul style="list-style-type: none"> ・啓発週間、キャンペーン活動等における啓発 ・県及び各市町村HPによる啓発 ・ガイドブックや冊子、パンフレットによる啓発 ・飲酒運転根絶キャンペーン等 ・講演会や研修会の周知、参加の促進 ・保健指導実務者を対象とした研修の実施 ・市町村等が実施する節酒プログラムへの協力 ・学校教育 ・20歳未満飲酒防止のための年齢確認の推進 ・母子手帳交付時の助言指導 	○	△（早期発見、介入等の文言はあるが、健康診断の文言はなし。保健指導は教育・啓発の箇所に記載あり）	○	○	○	○	○	△（節酒）	—	—	△（多量の飲酒は、との前置きあり）	—
9	○	<ul style="list-style-type: none"> ・啓発資料の作成、配布 ・職域への普及啓発（医療保険者との連携） ・保健指導（医療保険者） ・広告媒体を活用した情報発信（マスメディア、SNS） ・学校教育（パッチェラストの実習・実験等も取り入れる） ・母子手帳交付時や妊産婦訪問等の機会の活用（市町村、医療機関とも連携） ・働き盛り世代に対する啓発（商工団体や業界団体、労働局等と連携） ・高齢者への周知（市町村や社会福祉協議会等と連携） 	○	○	○	○	○	○	○	○	○（「節度ある適度な飲酒は1日平均純アルコール量20gとされている」「適度な飲酒に関する正しい知識の普及啓発」「保健指導において適正飲酒の推進する必要がある」といった記載あり）	○（飲酒習慣スクリーニングテスト）	△（適度な飲酒や不適切な飲酒等に係るもの記載のみ。啓発用リーフレットにも適度な飲酒に伴うリスクとして少し詳しく記載あり）	—
10	○	<ul style="list-style-type: none"> ・学校教育等の推進 ・自動車教習所における周知 ・保護者、同居家族へ20歳未満者、妊産婦、女性やアルコール代謝の低い者、65歳以上の高齢者の飲酒に伴うリスクを啓発 ・地域、職場での行事や季節のイベント等において、20歳未満やリスクの高い人へ飲酒の必要、容認をしないよう周知、働きかけ ・啓発週間やリーフレットや広報紙、HPでの啓発（飲酒すべきではない者、女性や高齢者等、特有の影響に留意すべき者の飲酒に伴うリスク） ・関係団体や職域、自助グループ等と連携した啓発イベント ・国、市町村、関係団体、職域等との連携による社会全体での取り組み（不適切飲酒が及ぼす影響や身体運動機能、認知機能に及ぼす影響、飲酒により理性的働きが抑えられる等、正しい知識の普及） 	○	○	○	○	○	○	○	△（節酒）	○（若い世代を対象に、節度ある適度な飲酒など正確で有益な情報を提供すると記載あり）	○	△（適度な飲酒の場合のリスクは記載あり）	—
11	○	<ul style="list-style-type: none"> ・学校教育、家庭教育 ・関係事業者への啓発物等配布 ・酒害予防講演会の実施（県民対象） ・労働センターでの資料配布 ・県HPにアルコール依存症についてのチェックシートを掲載 ・インターネットや動画、パナー高校やデジタルサイネージを利用した依存症の啓発 ・かながわ依存症ポータルサイトでの情報発信 ・職場教育（講演会、ハラスメント対策、ストレスチェック、研修等） ・地域、学校でのこころの健康づくりの推進（電話・LINE相談他、相談窓口） ・SNS広告 	○	○（人材育成含む）	○	○	○	○	○	△（ブリーフインターベンション、減酒指導）	△（適正飲酒について正しい知識の普及啓発を行うとの記載あり。目標として適量飲酒の為の取り組み（生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少）もあげられている）	○	—	—
12	○	<ul style="list-style-type: none"> ・学校教育 ・養護教諭研修会等での健康教育推進 ・妊娠届出や母子手帳交付、マタニティー教室や新生児訪問等の機会での啓発 ・地域・職域連携推進事業や出前講座での周知 ・依存症患者家族への研修会 ・地域住民への健康教育や健康情報の提供（市町村） ・啓発イベント ・「飲酒ガイドライン」を踏まえた適切な飲酒行動、リスクの普及啓発 ・新聞、ラジオ、テレビ、SNS等の活用 ・啓発用パンフレットの作成 	○	○（人材育成含む）	○	○	○	○	○	△（節酒、ブリーフインターベンション）	△（健康日本21の引用で節度ある適度な飲酒量の記載あり。適正飲酒量に関する正しい知識の周知を図るとの記載あり）	○	—	△（引用はないが、「国が作成する飲酒ガイドラインを踏まえた普及啓発に務めるとの文言あり）

都道府県	具体的取組									減酒	節度ある適度な飲酒	AUDIT	飲酒に伴うリスク	飲酒ガイドラインの引用	
	教育・啓発	内容	不適切飲酒の誘引防止	健康診断及び保健指導	医療の充実	飲酒運転等への指導	相談支援	社会復帰の支援	民間団体への支援						
20	○	<ul style="list-style-type: none"> 相談窓口や講演会等でのリーフレット等配布 啓発イベント 学校教育 職場教育（労働関係機関と連携） 妊産婦への啓発（医師会、市町村、学校教育と連携） 高齢者へ生涯大学や老人クラブを通じた啓発 	○	○	○	○	○	○	○	○	△（コラムにて生活習慣病のリスクを高める飲酒量を記載後、体質的に弱い人・高齢者はこの基準よりも少なめを適量と考えるように、との記載あり。別のコラムでも適正飲酒の10ヶ条の記載あり。重点課題に指標が悪化した女性を中心に健康に配慮した飲酒の普及啓発が必要との記載あり）	—	○	△（文章中ではないが、項目の間にコラムとして掲載されている）	
21	○	<ul style="list-style-type: none"> インターネットを活用した情報発信、支援策等の周知、検索運動型広告 依存症サポーター養成 セミナー等啓発事業の展開 啓発イベント等 事業所への出前講座 学校教育 妊産婦への啓発（不適切飲酒の誘引防止の項目に記載） 	○	○	○	○	○	○	○	○	—	○	—	△（飲酒ガイドライン作成検討委員会資料より一部抜粋）	
22	○	<ul style="list-style-type: none"> セミナー等開催や、ポスター、インターネット等ツールの活用 予防教育（就職、結婚、出産、離婚、親しい人の逝去等、依存症のきっかけになる生活の変化に応じた相談等） 学校教育 職場における健康増進活動の活用 飲酒ガイドラインの周知・活用 20歳未満、妊産婦への普及啓発 飲酒運転防止の重要性について啓発 多量飲酒者、高齢者、女性等リスクが相対的に高いものに対する啓発 	○	○	○	○	○	○	○	○	—	—	○	△（「健康に配慮した飲酒に関するガイドライン等を周知・活用」との文言あり）	
23	○	<ul style="list-style-type: none"> 学校教育 保護者への啓発 母子手帳交付時や健診時の情報提供（市町村と連携） 退職や配偶者との死別など高齢者の孤独に起因する依存症防止のための啓発（市町村、地域包括支援センターと連携） 職場教育の推進 啓発イベント 飲酒ガイドラインに基づいた情報発信（HP等メディアの活用） 	○	○	○	○	○	○	○	○	—	—	△（資料としての添付あり）	○	
24	○	<ul style="list-style-type: none"> 学校教育 自動車教習所における教育 家庭への啓発推進 女性への啓発（リーフレット、インターネット広告、プッシュ型通知等） 母子手帳交付時、定期健診、教室等での啓発（市町村、医療機関と連携） 職場教育の推進 啓発イベント 広告媒体の活用や自助グループと連携したセミナー等の開催 依存症治療拠点機関での情報発信 飲酒ガイドラインの周知（配布、HP掲載） 	○	○	○	○	○	○	○	○	○	—	○	△（適度な飲酒や不適切な飲酒等に係るものの記載のみ）	△（引用はないが、周知活用する旨の記載あり）
25	○	<ul style="list-style-type: none"> 学校教育 教育者、保護者への情報提供 マタニティクラスや母子手帳交付時の機会を利用した啓発 適切な飲酒量等に関する情報提供 相談窓口を周知するためのリーフレット配布 	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
26	○	<ul style="list-style-type: none"> 啓発イベント 啓発資料の作成、情報発信 学校教育 保護者への啓発 母子手帳交付時の飲酒状況確認（不適切飲酒誘引防止の項目に記載） 	○	○	○	○	○	○	○	○	△（適正飲酒）	—（スクリーニングとの記載はあり）	—	—	

都道府県	具体的取組								減酒	節度ある適度な飲酒	AUD IT	飲酒に伴うリスク	飲酒ガイドラインの引用			
	教育・啓発	内容	不適切飲酒の誘引防止	健康診断及び保健指導	医療の充実	飲酒運転等への指導	相談支援	社会復帰の支援						民間団体への支援		
27	○	<ul style="list-style-type: none"> セミナーや講演会等の開催 イベントや広報誌での特集、パネル展示、冊子配布等 保険者が啓発を推進できるような、媒体のデータ提供やHPへのリンクの貼付 HP等の充実 女性への啓発推進 母子手帳交付時や妊婦教室等で周知指導できるような、市町村への研修会の開催支援 飲酒運転根絶、未成年飲酒防止等の啓発キャンペーン 学校教育 DVや虐待、貧困、自殺等の問題に関連する機関と連携した取組 	○	△(がん検診や特定保健指導の際、との記載) 人材育成含む	○	○	○	○	○	○	○	○	△(多量飲酒の場合のリスク記載あり)	—		
28	○	<ul style="list-style-type: none"> 啓発イベント 健診や乳幼児訪問等の母子保健事業の中での啓発 精神保健センターでの相談対応、掲示物、HP等での啓発 「県民行動指標」を活用 電話相談や保健所、医療機関、自助グループ等の社会資源の情報提供 学校教育 	△(不適切飲酒や誘引防止といった文言ではないが、販売店との連携等、おおその記載はあり)	○(人材育成含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	△(多量飲酒の場合のリスク記載あり)	—		
29	○	<ul style="list-style-type: none"> 学校教育 保護者への啓発 自動車教習所におけるカリキュラム履行の徹底 免許更新時の普及啓発 飲酒運転根絶に向けた関係機関との連携 職場への啓発(産業保健総合センター、地域産業保健センターと連携) 啓発イベント 母子手帳交付時や面談時での啓発 HP等での啓発 自助グループと連携したイベント、研修会の開催 	○	○(人材育成含む)	○(人材育成含む)	○	○	○	○	○	○	○	△(多量飲酒の場合のリスク記載あり)	—		
30	○	<ul style="list-style-type: none"> 学校教育 保護者への啓発(学校行事等を活用) 職場教育(教職員、酒類販売管理者対象) 講演等の啓発イベント(自助グループ、関係機関と連携) 適量飲酒について「おいしくお酒を飲むための教室」の実施及び周知広報 医療従事者へ国が実施する研修等の情報提供 相談支援体制の周知・広報 	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△(節酒)	○	—(具体的なリスクの記載なし)	—
31	○	<ul style="list-style-type: none"> 学校教育(飲酒制限年齢20歳の周知) 自動車教習所における周知 家庭に対する啓発 職場教育の推進 イベント等での啓発 20歳未満や妊産婦の飲酒防止のための取組(国、市町村、関係団体等との連携) 	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	—(具体的なリスクの記載なし)	—
32	○	<ul style="list-style-type: none"> 学校教育 自動車教習所における教育の推進 免許更新講習での危険性の周知 家庭に対する啓発 職場教育の推進 母子手帳交付時等の機会での啓発(不適切飲酒防止の項目) 	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○(アルコール障害 識別テスト)	△(簡単な記載のみ)	—
33	○	<ul style="list-style-type: none"> 学校教育 母子手帳交付時等の啓発(市町村と連携) 職場教育の推進 自動車教習所や免許更新時の機会の活用 啓発週間等イベント等の活用 	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	—	—	
34	○	<ul style="list-style-type: none"> 学校教育 職場教育(アハラによる企業の社会的信用への影響、適正飲酒) 自動車教習所におけるカリキュラム履行の徹底 各種イベント・セミナー等の活用 アルコールによる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題阻止のための啓発(県警、福祉、保健等と連携) 飲酒運転一斉取り締まりの実施による抑止 母子手帳交付時の保健指導(不適切飲酒への対策) 	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△(節酒)	—	—

都道府県	具体的取組								減酒	節度ある適度な飲酒	AUDIT	飲酒に伴うリスク	飲酒ガイドラインの引用	
	教育・啓発	内容	不適切飲酒の誘引防止	健康診断及び保健指導	医療の充実	飲酒運転等への指導	相談支援	社会復帰の支援						民間団体への支援
35	○	・学校教育（私立学校含む） ・保護者への啓発 ・映像資料等を活用した飲酒運転根絶に向けた啓発（県警） ・母子手帳交付時、妊婦検診、両親学級等での啓発 ・啓発イベント等	○	○（人材育成含む）	○	○	○（人材育成含む）	○	○	-	○	-	-	
36	○	・学校教育 ・アルコール健康障害対策に係る文科省通知等について、適宜学校へ通知 ・職場での啓発 ・啓発イベント等 ・家庭に対する啓発 ・自殺予防対策への盛り込み ・母子手帳交付時や健診、学級等での啓発 ・高齢者層に対する啓発（特定健診時や民生委員、地域包括支援センターと連携） ・県HPやSNS、広告媒体、セミナー等での啓発 ・保健所での家族支援教室の開催	○	○	○	○	○（人材育成含む）	○	○	△（ブリーフインターベンション）	△（適正な飲酒量）	○	△（資料編に記載あり）	△（資料編に記載あり）
37	○	・学校教育（予防教育の推進） ・保護者への啓発 ・少年補導における指導の推進 ・職場教育 ・啓発イベント等 ・リーフレットやメンタルヘルス総合サイト（メンタルヘルスサポートナビ）による周知・啓発 ・SNS等、様々な広告媒体の活用 ・インターネットの検索ワードと連動した検索連動型広告の実施	○	○	○	○	○	○	○	△（節酒）	○	-	-	-
38	○	・学校教育（保健教育） ・妊産婦への啓発（市町村、医療機関と連携） ・啓発イベント等 ・地域や職場に飲酒ガイドラインに基づき正しい知識を普及 ・自動車教習所、交通安全講習での教育推進	○	○（人材育成含む）	○（人材育成含む）	○	○	○	○	△（節酒）	-	○	-	△（ガイドラインに基づき正しい知識の普及を図る、との文言あり）
39	○	・学校教育 ・家庭に対する啓発 ・職場教育（関係団体や医療保険者と連携） ・女性、妊産婦、高齢者への啓発（市町村等と連携） ・啓発イベント ・AUDITやアルコール摂取量計算サイトの活用 ・飲酒運転（自転車含む）に繋がるアルコール依存症の危険性の積極的な広報、安全教育	○	○	○	○	○	○	○	△（節酒、ブリーフインターベンション）	△（健康に配慮した飲酒）	○	○	○
40	○	・学校教育 ・母子手帳交付時や健診等の機会での啓発（不適切飲酒対策の項目） ・イベント、セミナー等の活用（不適切飲酒対策の項目） ・様々な機関と連携した相談体制の構築（不適切飲酒対策の項目）	○	△（不適切飲酒対策の項目に記載あり）	○（人材育成含む）	-	○	○	○	-	-	-	-	-
41	○	・学校教育 ・教職員への研修等 ・自動車教習所におけるカリキュラム履行の徹底 ・飲酒の健康影響や「節度ある適度な飲酒量」など、正確で有益な情報の提供 ・「20歳未満や妊産婦等、飲酒するべきではない者」「若い世代」「女性や高齢者」等、広く県民へ向けた啓発（出前講座、健康関連イベント） ・飲酒運転の防止に関する広報啓発 ・啓発イベント等 ・パンフレット等の作成（依存症に重点）	○	○（人材育成含む）	○	○	○（人材育成含む）	○	○	○	○	○	○	-
42	○	・学校教育 ・従業員、大学生への啓発 ・自動車教習所での飲酒運転防止に係るカリキュラムの履行の指導 ・自助グループと連携した県民への啓発 ・20歳未満の者の飲酒防止の広報啓発活動を推進 ・講習 ・県のホームページで取組や施策を掲載 ・妊娠届出時アンケートや妊婦健診票を活用した妊婦への保健指導	○	○	○	○	○	○	○	-	○	-	○	-

都道府県	具体的取組									減酒	節度ある適度な飲酒	AUDIT	飲酒に伴うリスク	飲酒ガイドラインの引用
	教育・啓発	内容	不適切飲酒の誘引防止	健康診断及び保健指導	医療の充実	飲酒運転等への指導	相談支援	社会復帰の支援	民間団体への支援					
43	○	<ul style="list-style-type: none"> ・学校教育 ・家庭、企業等に対する啓発・周知 ・20歳未満、妊産婦、若い世代、女性に対する教育・啓発 ・教職員、自動車教習所等における周知 ・飲酒に伴うリスク（男女差）に関する知識の普及の推進 ・アルコール依存症・アルコール健康障害に関する正しい知識・理解の啓発 ・健康診断及び保健指導 	○	○	○	○	○	○	○	-	○	-	○	-
44	○	<ul style="list-style-type: none"> ・保健教育 ・教職員や従業員に対する普及啓発 ・フォーラム等の開催の推進 ・様々な広報媒体を活用し、各種イベントにおいてアルコール健康障害の正しい知識の普及 ・自殺対策強化月間を行うキャンペーン、ゲートキーパー研究等の自殺対策と連携 	○	○	○	○	○	○	○	-	-	○	○	-
45	○	<ul style="list-style-type: none"> ・学校教育 ・飲酒に関する正しい知識の普及啓発 ・妊婦健康診査や訪問指導で飲酒について指導 ・自動車教習所での指導 ・飲酒運転防止の普及啓発（CMを作成し映画館で上映、公共交通機関の車体へのラッピング等） ・職場教育の推進 	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
46	○	<ul style="list-style-type: none"> ・学校に対する啓発 ・家庭に対する啓発 ・職場教育の推進 ・広報・啓発の推進（「飲酒ガイドライン」を参考にした周知） 	○	○	○	○	○	○	○	-	-	-	-	-
47	○	<ul style="list-style-type: none"> ・小学校から高等学校における教育 ・大学等における教育 ・教育委員会等と連携 ・20歳未満の者がいる家庭に対する周知 ・妊婦への周知啓発 ・職場教育の推進 ・飲酒に伴うリスクに関する知識の普及啓発（「飲酒ガイドライン」を活用） ・アルコール依存症に関する正しい知識の普及啓発 ・県、市町、関係団体、事業者等の連携による社会全体での取組 ・自動車教習所への指導 	○	○	○	○	○	○	○	-	-	-	-	○

表3. 「健康寿命をのばそう！アワード」（生活習慣病予防分野）の受賞プロジェクトから飲酒関連の事例

	団体名	タイトル	受賞名	対象者	取組	成果
第4回	(株)デンソー/ デンソー健康 管理組合	データDEコラボヘルス～ 社員と家族の健康づくり活 動への取り組み～	厚生労働大臣 企業部門 優秀賞	社員・ 家族	医療費分析の結果に基づく健康づくり活 動の推進・強化。 喫煙、睡眠、飲酒、運動、食育、健診・ 検診の総合的な実践	禁煙外来の成功率8割以上、喫煙所閉鎖等 での喫煙率低減 運動習慣、栄養バランス思考増加。家族 の特定健診受診率80%など。 飲酒については、対象者に1週間の禁酒を 行う「ノンアルプラン」を実施。（具体 的な数値なし）
第11回	三重県紀北町	ちょい減らし+10（プラ ス・テン）チャレンジ	スポーツ庁長官 自治体部門 優秀賞	町民	塩分、糖分、カロリー、アルコールなど の「ちょい減らし」と、普段から意識し て体を動かす「+10（プラス・テン）」 を、「ちょっとチャレンジ、ずっと健 康」を合言葉に、「チャレンジ」事業を 展開 期間内に30ポイント（健康ポイントのよ うなもの）に達した場合に達成として、 参加記念品を贈呈。さらに抽選で健康関 連グッズが当たる。	①国民健康保険加入者の一人当たりの医 療費が下降し、県下ワーストから脱却 ②国民健康保険加入者の特定健診受診率 が向上（H25年度35%→R2年度43%） ③がん検診受診率が向上（平成27年度か ら令和2年度にかけて全体で2.8%向上） ④5大がん検診を無料化
第11回	東芝キャリア 株式会社	Stay Healty TCC ～ 健 康づくりの秘訣を従業員が 従業員に伝授！～	厚生労働省健康局長 企業部門 優良賞	従業員	「取り組んだきっかけ」「取り組みの成 果」「従業員へのメッセージ」を従業員 自身がパワーポイント1枚にまとめたも のを、事務局が健康情報を加えてまと めて発信。毎週月曜日に全従業員のパソ コンに当月の重点啓発テーマに関する、一 言を自動ポップアップ表示。	大勢の前で成功談を宣言 飲酒習慣は、9例 生活習慣改善情報は専門家に押し付けら れる苦しい取組ではなく、身近な人が実 行し、成果がでている情報のため、その 情報をもとに健康づくりについて職場で 日常的な話題になっている。
第13回	自治医科大学 学生寮生活サ ポートセン ター	地域の健康を守る医療者育 成一医学生への生活習慣学 習プログラム「ともしび 塾」の試み	厚生労働省 団体部門 優秀賞	大学3年生	講義（健康影響とたばこ対策・適正飲酒 における医師の役割）と演習（禁煙支援 動画を用いたモデリング学習、アルコ ール代謝に関わる質問紙や検査の体験）を 実施。	2019,2021,2022年度に3年生ほぼ全員にあ たる367人が受講し、実施後アンケートの 自由記載に将来医師として患者の行動変 容を支援する立場でのポジティブな意見 や感想が多く記載されていた。
第13回	出光興産株式 会社	「出光ヘルスアクション」 で活き活き働く。生活習慣 病を予防する。	厚生労働省健康・生 活衛生局長 企業部門 優良賞	社員	出光ヘルスアクションの設定。 毎日体重を測る、毎日朝食を食べる、野 菜を1日350g以上食べる、毎日8000歩 以上歩く、たばこを吸わない、週2日以 上休肝日を作る、毎日6時間以上睡眠をと る。	2020～2023年度のデータで健康管理区分 とセルフケア実践個数を評価。

身体活動・運動の推進及び進捗評価のための研究

研究分担者 井上 茂 東京医科大学公衆衛生学分野・主任教授

研究要旨

本研究は、健康日本 21（第三次）の身体活動・運動分野における目標達成に向け、実装可能性の高い具体的施策と、PDCA 推進のためのアウトプット指標、中間アウトカム指標を整備することを目的とした。身体活動推進に積極的な 3 自治体（雲南市、鹿沼市、板橋区）へのヒアリング調査に基づき、行政が担う個別施策についてアクションプランの改訂及び指標の整理を行った。その結果、個別施策については、施策の解説のみでは具体的な事業内容を想起しにくいとの指摘が得られたことから、解説に加え具体的な事業内容を想起しやすい事業例を追加した。さらに、各施策の担当部署が必ずしも明確でないとの指摘を踏まえ、施策ごとに主導する行政内の部署を分析し、その結果をアクションプランに追加した。その結果、運動習慣の定着に関する施策においては保健部門及び教育・スポーツ部門が、日常生活における歩数の増加に関する施策においては保健部門及び都市計画・交通部門が、それぞれ主導的な役割を担うことが示された。また、アウトプット指標・中間アウトカム指標については、自治体の負担を考慮し国保データや既存の定例調査等から把握可能な項目を中心に整理した。今後は、地域特性や自治体体制の違いに応じた一般化可能性を検証するため、ヒアリング調査の対象をさらに拡大し、より汎用性の高いものへ発展させる予定である。

研究協力者

菊池 宏幸 東京医科大学公衆衛生学分野
荒井 一光 東京大学大学院医学系研究科
健康教育・社会学分野
菊池可南子 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科

身体活動・運動分野におけるアクションプランの改訂、個別施策の具体化、中間アウトカム指標およびアウトプット指標の整理を行う。あわせて、自治体ヒアリング等を通じて、実装可能性の高い施策例や指標活用のあり方を検討し、都道府県・市町村が PDCA サイクルに基づいて取組を進めるための基礎資料を得ることを目的とする。

A. 研究目的

健康日本 21（第三次）において、身体活動・運動分野は健康寿命の延伸に資する重要な生活習慣であり、その推進には、自治体等が実施可能な具体的施策の提示と、進捗を把握するための評価手法の整備が求められる。令和 4～6 年度の先行研究班では、身体活動分野に関するアクションプランやロジックモデルの作成を通じて理論的枠組みの構築を行ってきた。本研究では、その成果を踏まえ、健康日本 21（第三次）の円滑な推進に資することを目的として、

B. 研究方法

1. 自治体へのヒアリング

身体活動・運動分野のロジックモデルにおける個別施策、アウトプット指標及び中間アウトカム指標の妥当性を検討するとともに、自治体における好事例を収集することを目的として、自治体担当者へのヒアリングを実施した。ヒアリングでは、現在、その自治体が重点的に実施している身体活動関連事業、その実施の契機、

参考にした他自治体事例、推進体制、他自治体で同様の事業を実施する際の留意点を聴取した。さらに、ロジックモデルに示した施策の実施状況、実施上のバリア、必要な支援やツール、事業評価の方法、重要かつ収集可能な指標、部門間連携の現状についても情報収集を行った。対象は、身体活動・運動の推進に積極的な自治体とした。具体的には、厚生労働省「健康寿命をのばそう！アワード」の受賞自治体や、研究分担・協力者が共同研究を実施している自治体を中心に選定した。

2. ヒアリングに基づくアクションプランの改訂

令和4～6年度研究班で作成した身体活動・運動分野の個別施策一覧及び解説を基礎資料とし、自治体ヒアリングで得られた知見を踏まえてアクションプランの改訂を行った。改訂にあたっては、各個別施策について、従来の解説中心の記述に加え、自治体担当者が実務上のイメージを持ちやすいよう、主導する部署の明確化及び具体的な事業例の追加を行う方針とした。これにより、自治体が取り組むべき施策を、より実装可能性の高い形で整理することを目指した。

3. 中間指標（アウトプット指標・中間アウトカム指標）の改訂

中間指標（アウトプット指標・中間アウトカム指標）の改訂にあたっては、自治体ヒアリングの結果を踏まえ、現場で実際に保有又は活用されている指標を把握し、一覧表の見直しを行った。具体的には、評価指標を、①多くの市町村ですでに活用されている指標、②新たな調査負担を大きく増やすことなく今後活用できる可能性の高い指標、の2つの視点から整理した。さらに、指標の実装可能性を高める観点から、国保データや既存事業の記録等を活用して把握可能な指標を重視しつつ、必要に応じて都道府県から市町村への照会により収集可能な指標も検討対象とした。加えて、今後の進捗管理

への活用を念頭に、過度な負担を避けながら活用可能性と説明力を両立できるよう、コア項目とオプション項目の考え方も踏まえて整理を行った。

（倫理面への配慮）

自治体担当者等へのヒアリングは行政施策に関する情報収集であり、個人情報扱わないため、倫理審査の対象外であった。

C. 研究結果

1. 自治体へのヒアリング

身体活動・運動分野の個別施策及び中間指標の見直しに資する知見を得るため、雲南市、鹿沼市、板橋区の3自治体を対象にヒアリングを実施した。（表1）その結果、個別施策の実施主体や担当部署の捉え方、現場で実際に活用されている評価指標、ならびに他自治体にも応用可能な事業上の工夫に関する具体的知見が得られた。一方、昨年度までの検討において、身体活動・運動分野のロジックモデルおよび実施主体別の個別施策を提示したものの、主導する部門が不明確である点や、具体的な取り組み内容のイメージがつきにくいといった課題が現場から指摘されていた。

表1 インタビュー対象自治体と対応部署

	自治体	日	対応部署	形式
1	島根県 雲南市	10/19	身体教育医学研究所 うんなん 副所長	オンライン
2	栃木県 鹿沼市	1/7	①スポーツ振興課 ②健康課	対面
3	東京都 板橋区	1/9	地域包括支援センター ①介護普及係 ②保健予防係	対面

2. ヒアリングに基づくアクションプランの改訂

1) 運動習慣者を増やすための個別施策及び主導する担当部署

運動習慣者の割合を増やすためのロジックモデル（資料2-1）には、21の個別施策（下

位項目7を含む)が示されている。これらについて、行政内の担当部署ごとに、主導することが期待される個別施策の数を集計した。その結果を表2に示す。また各個別施策ごとにどの部署が主導するか、項目別の詳細を資料2-2に示す。

運動習慣者を増やす施策は、成人保健部門と教育・スポーツ部門が主導する部署であることが明らかとなった。特に「好事例の展開」や「運動自主グループの支援」、「施設の利用促進」などの施策においては、両部門が共通のアクションを有していた。また、関与施策数としては限定的な都市計画・交通部門や福祉・障害部門においても、遊歩道の整備や障害特性に応じた環境構築等を担っていることが明らかになった。

表2 運動習慣者を増やす個別施策:担当部署別の個別施策数およびその特徴

行政内の部署	主導する個別施策数 ¹⁾	特徴	
1)健康福祉部門	成人保健	13	啓発、個別指導から地域連携まで、全アクションの約2/3に関与する中心的存在。
	高齢者保健	2	「通いの場」への運動機会の追加など
	母子保健	0	
	福祉・障害	1	障害者スポーツの振興に関わるアクション
2)教育・スポーツ部門	12	スポーツ機会の提供や施設開放、自主グループ支援など実技・実践面のアクションを広く担当。	
3)都市計画・交通・公園等	3	公園や遊歩道の整備、施設の物理的な利便性向上など、環境整備に特化したアクションを担う。	

1) ロジックモデルに示した個別施策(下位項目を含む)のうち、各部署が主たる実施担当部署として位置づけられた施策数を示す。

2) 歩数を増やすための個別施策及び主導する担当部署

日常生活における歩数の増加を目的とした

ロジックモデル(資料3-1)には、24の個別施策(下位項目を含む)が示されている。これらについて、行政内の担当部署ごとに、主導することが期待される個別施策の数を集計した。その結果を表3に示す。また、各個別施策ごとにどの部署が主導するかについての項目別の詳細を資料3-2に示す。

表3 日常生活における歩数を増やす個別施策:担当部署別の個別施策数およびその特徴

行政内の部署	主導する個別施策数 ¹⁾	特徴	
1)健康福祉部門	成人保健	10	歩数アプリのインセンティブ付与、地域・職域連携協議会の運営
	高齢者保健	5	通いの場での「ちよい足し」体操、高齢者世帯の住宅改修支援
	母子保健	3	子育て支援センターでの親子体操、ベビーカー散歩コースの案内
	福祉障害	0	
2)教育・スポーツ部門	5	アクティブ通学の推進、学校運営計画への階段利用促進の反映	
3)都市計画・交通・公園等	11	ウォークアブル区域の設定、自転車道の整備、自動車進入制限	

1) ロジックモデルに示した個別施策(下位項目を含む)のうち、各部署が主たる実施担当部署として位置づけられた施策数を示す。

日常生活における歩数の増加という目標に対しては、成人保健部門(10)に加え、都市計画・交通部門(12)が極めて重要な主導的役割を担っていることが明らかとなった。特に「まちなかウォークアブル区域の設定」や「自転車利用の促進」、「公共交通システムの整備」など、都市環境そのものへ働きかける施策において、都市計画・都市交通部門が専門的な施策を担っている。また、高齢者保健部門(7)や教育・スポーツ部門(6)、さらには母子保健部門(3)においても、通学路の安全確保や家事・子育て支援を通じた身体活動の啓発などが期待される。特に「アクティブ通学」や「モビリティ・マネ

ジメント」といった施策では、保健・教育・交通の3部門が共通のアクションを有しており、部局を跨いだ連携が不可欠である。

3. 中間指標（アウトカム指標・中間アウトプット指標）の改訂

中間指標については、自治体ヒアリングで得られた知見を基に、現場で保有又は活用されている指標の整理を進めた。具体的には、評価指標を、①多くの市町村で既に活用されている指標、②新たな調査負担を大きく増やさず今後活用できる可能性の高い指標、の2つの視点から整理した。その結果を表4に示す。前者には、運動施設の利用者数、健康イベントの開催数・参加者数、スポーツ実施率、運動習慣者の割合などが含まれた。後者には、運動自主グループ数、特定健診・保健指導の標準質問項目（歩行時間、運動習慣、歩行速度）、通いの場の数、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の標準質問項目（外出頻度、地域活動参加割合等）などが含まれた。

また、アウトプット指標候補として、まちなかウォークアブル区域の設定数、立地適正化計画の設定数、通いの場の増加、身体活動推進や座りすぎ対策に取り組む事業所数、アクティブ通勤を支援する事業所数等を整理した。

表4 自治体が把握可能な中間指標

	アウトプット指標	中間アウトカム指標
歩数の増加	①通いの場の数 (運動以外)	①特定健診・保健指導の標準質問項目（歩行時間） ②介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の標準質問項目（外出頻度、地域活動参加割合等）
運動習慣者割合の増加	①運動自主グループ数 ②通いの場の数 (運動以外) ③運動施設の利用者数 ④健康イベントの開催数・参加者数	①特定健診・保健指導の標準質問項目（運動習慣）

D. 考察

健康日本21（第三次）の身体活動・運動目標を達成するためには、多角的な取り組みが不可欠である。本年度は、雲南市、鹿沼市、板橋区の先進的な3自治体へのヒアリング調査に基づき、個別施策を具体化するための事業例を新たに整理・提示した。またこれらの個別施策における主導部門を分析した結果、運動習慣の定着には保健とスポーツ部門の連携が、歩数増加には保健部門及び都市計画・交通部門の主導的な関与が重要であることが示された。さらに、アウトプット指標・中間アウトカム指標については、既存または定例で収集されるものを中心に整理したことは、現場の過度な事務負担を避けつつ実効的なPDCAサイクルを構築する上で重要と考える。

一方で、これらの知見は現状では先進的な取り組みを行う一部の自治体事例に留まっており、地域特性や自治体体制が異なる他の地域における一般化可能性については検証の余地がある。次年度はインタビュー調査をさらに継続・拡大し、都市部や地方部の違いに応じた実行可能な個別施策や評価指標の整理を進め、より実効性の高い推進モデルを提示したい。

E. 結論

自治体ヒアリングに基づき個別施策の具体的事業例の提示および中間評価指標の整理を行い、実務で活用しやすい担当部門と指標案を提示した。今後は対象自治体を拡大し、地域特性を踏まえた一般化可能性を検証する方針である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Noritoshi Fukushima, Shiho Amagasa, Hiroyuki Kikuchi, Rei Ono, Shigeru Inoue. Changes in Step-Defined Physical

- Activity by Occupation: The National Health and Nutrition Survey of Japan 2001–2019. *J Phys Act Health*. 22(7):827–836. 2025
- 2) Shiho Amagasa, Ding Ding, James F Sallis, Hiroyuki Kikuchi, Susumu S Sawada, Shigeru Inoue. Two-by-two Framework for Physical Activity Environments in the 2023 Japanese Physical Activity Guidelines. *J Phys Act Health*. 22(9):1061-1063. 2025
 - 3) Misaki Takahashi, Shiho Amagasa, Noritoshi Fukushima, Masataka Taguri, Yoshiharu Fukuda, Klaus Gebel, Ding Ding, Shigeru Inoue. Neighborhood environment attributes are associated with disparities in walking by exercise preference. *J Phys Act Health*. 23(3): 362–369. 2026
 - 4) 井上 茂, 菊池宏幸. 身体活動・運動ガイド 2023 を読み解く⑱ 身体活動を促進する社会環境整備（その1）－身体活動支援環境－. 健康づくり, 健康・体力づくり事業財団. No.570 P16. 2025
 - 5) 菊池宏幸, 井上 茂. 身体活動・運動ガイド 2023 を読み解く⑳ 身体活動を促進する社会環境整備（その2）－健康日本 21 と環境整備－. 健康づくり, 健康・体力づくり事業財団. No.571 P16. 2025
 - 6) 天笠志保, 井上 茂. 身体活動・運動ガイド 2023 を読み解く㉑ 女性の身体活動・運動. 健康づくり. 健康・体力づくり事業財団. No.573 P16. 2026
 - 7) 井上 茂. 【特集1 ロジックモデルを活用した身体活動を増やすアクションプラン】. 健康づくり. 健康・体力づくり事業財団. No.574 P1-6. 2026
 - 8) 奈良香菜子, 天笠志保, 福島教照, 菊池宏幸, 町田征己, 井上 茂. 加速度計を用いた労働者の通勤手段による身体活動量の比較: 7 事業所を対象とした横断研究. 運動疫学研究. 2025 Epub ahead of print
 - 9) 天笠志保, 井上 茂. WHO 身体活動・座位行動ガイドライン. 日本循環器病予防学会誌. 60(3):209-216. 2025
- ## 2. 学会発表
- 1) 井上 茂. 歩数アップ, 運動習慣確立のポイント【シンポジウム7:健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023 を踏まえた身体活動・運動分野の推進】. 第 84 回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025 年 10 月 29 日.
 - 2) 井上 茂. 身体活動支援環境の整備をどう進めるか: 健康日本 21 (第三次) と身体活動・運動ガイド 2023 における地域環境の整備. 第 27 回日本運動疫学会学術総会, 摂津, 2025 年 7 月 4 日.
 - 3) 菊池宏幸. 身体活動推進のためのロジックモデルとアクションプラン【シンポジウム 7: 健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023 を踏まえた身体活動・運動分野の推進】. 第 84 回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025 年 10 月 29 日.
 - 4) 菊池宏幸. 身体活動・運動を推進する環境整備: 防災体力に着目して【オンデマンドシンポジウム 7: 災害時に備える身体活動・運動を中心とした健康づくり, 地域づくり】. 第 84 回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025 年 10 月 19-22 日.
 - 5) 菊池宏幸. 身体活動・運動ガイド 2023 を踏まえたロジックモデルとアクションプランの紹介【日本運動疫学会・日本栄養改善学会 合同シンポジウム 健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023 の活用と課題】. 第 72 回日本栄養改善学会学術総会, 東京, 2025 年 9 月 14 日.
 - 6) 奈良香菜子, 菊池宏幸, 町田征己, 福島教照, 天笠志保, 井上 茂. 立地適正化計画内の誘導区域と歩行時間の関連. 第 27 回日

本運動疫学会学術総会, 摂津, 2025年7月4日.

- 7) 天笠志保, 井上 茂. 成人におけるスポーツ参加と社会的アウトカムに関する文献レビュー. 第84回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025年10月30日.
- 8) 福西厚子, 町田征己, 中谷友樹, 谷本 涼, 樋野公宏, 福島教照, 菊池宏幸, 天笠志保, 井上 茂. 全国郵便番号界ウォークアビリティ指標と歩行時間の関連および人口分布に関する分析. 第84回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025年10月30日.
- 9) 天笠志保, 井上 茂, 菊池宏幸, 村山洋史, 藤原武男, 菖蒲川由郷. 高齢者におけるスポーツ参加と社会的ネットワークとの関連: NEIGE study. 第79回日本体力医学会, 滋賀県草津, 2025年9月18日.
- 10) Shiho Amagasa, Misaki Takahashi, Noritoshi Fukushima, Masaki Machida, Shigeru Inoue. Japan Postcode-level walkability index and total and domain-specific walking time for adults living in 95 cities across the country. the 2025

International Society of Behavioral Nutrition and Physical Activity Conference (ISBNPA). Auckland, June12, 2025.

- 11) Shigeru Inoue, Shiho Amagasa, Hiroyuki Kikuchi, Noritoshi Fukushima. Proximity to Municipally-Designated Walkability Promotion Areas in City Center and Residents' Walking Time in Japan: A Natural Experiment. the 2025 International Society of Behavioral Nutrition and Physical Activity Conference (ISBNPA). Auckland, June12, 2025.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

資料1：ヒアリング内容の概要

	雲南市	鹿沼市	板橋区
1. 受賞事業・個別施策に関する事業	<p>事業内容：多面的地域介入研究</p> <p>【事業の実施経緯】</p> <ul style="list-style-type: none"> 2006年に身体教育医学研究所を設置（吉田村の事業の全市展開が目的）。 設置当初は、運動教室など小規模な施策が中心だった → これでは行動変容を起こせないと考え、ポピュレーションアプローチ（多面的地域介入）へ方針転換（2007～2009に構想→2009年10月にベースライン評価）。 その後、体制を段階的に拡充（運動指導士、事務員、広報、SEによるデータベース構築など） <p>【他自治体で実施する場合のポイント】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 地域介入とソーシャルマーケティングの視点を持つ <ul style="list-style-type: none"> 多くの自治体は「個人」をターゲットにして事業を作るが、地域全体に働きかける視点（多層的アプローチ）が必要。 2) 長期評価を意識する <ul style="list-style-type: none"> 1年で行動は変わらない 行動変容のプロセス（認知→態度→行動）を理解した上で、まず「認知」が上がっているかを評価し、PDCAを回す 3) 部門横断的な連携を強化する <ul style="list-style-type: none"> 福祉、教育、都市計画、交通など、他部局との連携が必要 初期コストは高いが、その後の波及効果による事業の効率化が期待出来る <p>【課題／バリア】</p> <ul style="list-style-type: none"> 行政一般として、事業を始めるのは腰が重い。声をあげて事業を推進できる人物が必要かもしれない 		<p>事業内容：10の筋トレ（通いの場の展開）</p> <p>【事業の実施経緯】</p> <ul style="list-style-type: none"> 「地域リハビリテーション活動支援事業」として、平成29年度に試行実施、平成30年度から本格実施 令和6年度時点で124団体が活動 立ち上げの目的は、身体づくり・仲間づくりを通じて、高齢者が活躍できる地域づくりを進めること 群馬大学が開発した「高齢者の暮らしを拓げる10の筋力トレーニング（10の筋トレ）」を通いの場のプログラムとして採用 要支援者など外出が困難な方も参加できるように、コロナ禍以降、オンラインでの活動も取り入れている <p>【事業を実施する際のポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> 住民主体の活動を重視。自走（自主運営）ができるよう、以下の3本柱で支援を行う <ol style="list-style-type: none"> 1) 動機付け支援（体験講座、出前説明会など 2) 立ち上げ支援（原則4回目まで区のリハ職が介入し、役割分担の整理などを支援。以降は住民主体での実施を支援） 3) 継続支援（出前講座等の提供） <p>※ 他部署による講座（例：詐欺対策）等も提供。</p> <ul style="list-style-type: none"> 立ち上げの経緯に応じて、支援方法を調整。 既存の集いの場からの立ち上げ申請の場合：基本は参加者による自主運営。 会場先行型（住宅供給公社・介護施設等から会場提供の申し出がある場合）：体験講座＋リハ職等の派遣（計4回）による立ち上げ支援を行い、その後の自主運営を目指す。 <p>【課題／バリア】</p> <ul style="list-style-type: none"> 区職員のみで事業評価を実施することが難しい。 職員リソースに限りがあり、出前講座の提供は各通いの場で年1回程度。

2. ロジック
モデルと個
別施策

【実施している事業】

- ・ 健康福祉部門は、シート上実施出来ている施策は多い
- ・ 立地適正化計画は策定済み
- ・ アクティブ通学も実装しているが、1件の限定的な事例のみ（主に安全面への懸念）

【未実施／不十分と感じる事業】

- ・ 国交省系の施策（まちなかウォークブル等）
- ・ 中山間地域では遠い施策に見えがち

【重要だと思う施策】

- ・ 認知、啓発（少しでも動くのが良いというメッセージ）
- ・ 身体活動・運動ガイドの普及、「運動」ではなく「身体活動」の認識の普及

【実施している事業】

- ・ 運動自主グループ（スポーツ少年団など）
- ・ → 各団体の連携体制は不十分
- ・ インセンティブを活用した運動推進
- ・ → 健康マイレージ事業（取り組んだ健康活動の自己申告に応じてポイントを付与）
- ・ 地域での健康運動指導ボランティアの育成
- ・ → 「かぬま文化・スポーツ振興財団」にてスポーツボランティア育成に取り組んでいるが、制度活用は不十分
- ・ 健康運動施設の整備・アクセスの改善、公園等の整備
- ・ → 修繕など取り組んでいるが、施設へのアクセスはあまりよくない
- ・ ウォーキングコース
- ・ → 県として設定されているコースがある。しかし、安全に歩ける歩道が少ない。
- ・ 運動プログラム／イベントの提供（さつきマラソン大会など）
- ・ 運動施設の整備
- ・ 総合型地域スポーツクラブの整備。参加者は高齢者がほとんど。世代の多様性は低い
- ・ 障がい者スポーツの振興（ふれあいスポーツ大会の開催）
- ・ 子育て支援（親子運動教室の開催）
- ・ アクティブスクールの推進（登校班、スクールガードの配置など）
- ・ 立地適正化計画（コンパクトシティ化への取り組み）
- ・ 移動上の徒歩／自転車／公共交通利用の促進（レンタサイクル整備など）

【未実施／不十分と感じる事業】

- ・ 地域・職域連携の推進
- ・ まちなかウォークブルへの取り組み

【取り組みたい事業】

- ・ 教室／イベントに運動要素を取り入れる（例：高齢者サロンでポッチャ体験会）
- ・ 多面的地域介入（研究者と協働して準備を進めている）

【実施している事業】

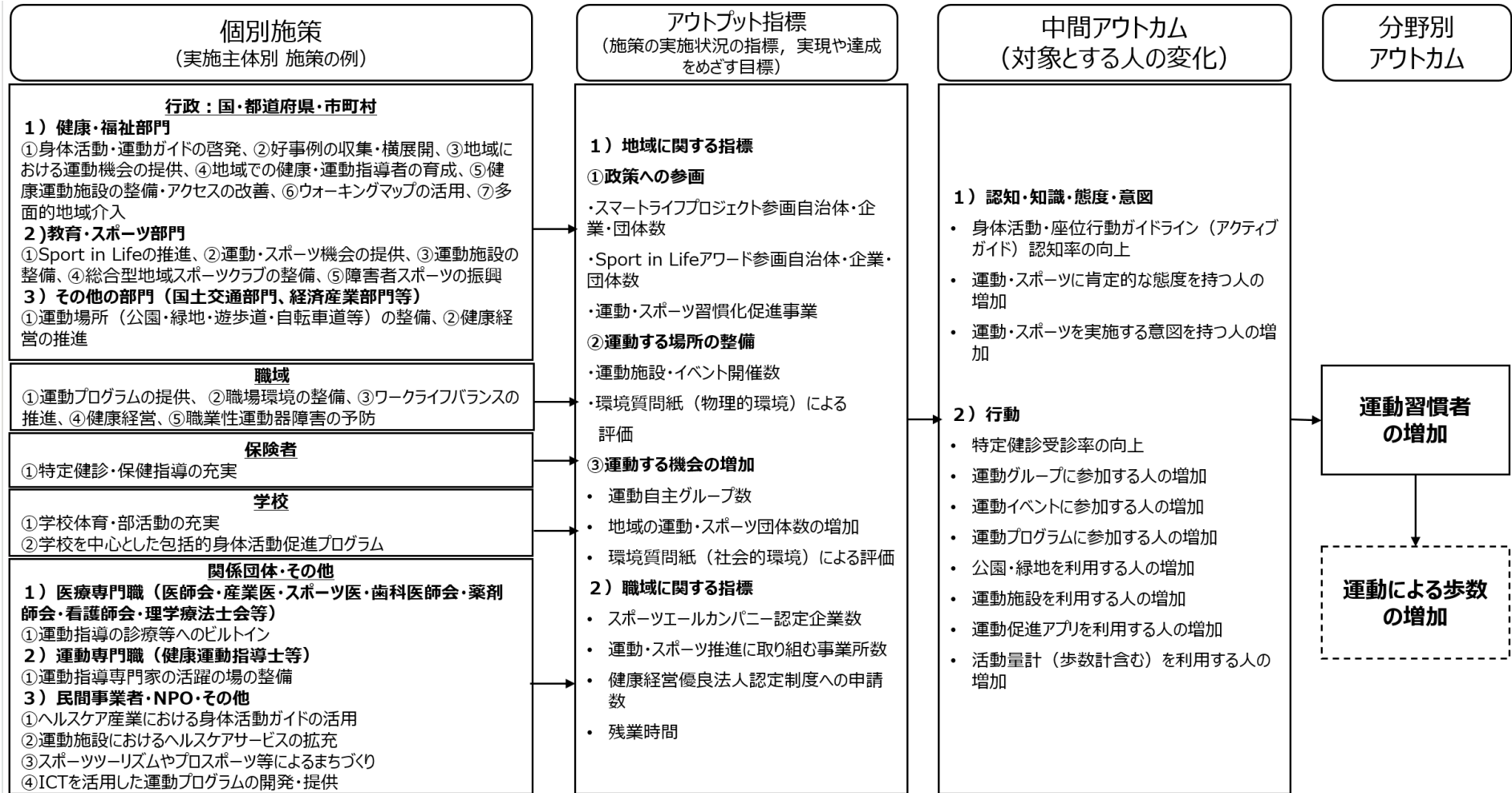
- ・ 事業の横展開／情報発信（事例共有）
- ・ → 地域リハビリテーション連携会議において、取組の情報提供を実施
- ・ → 東京都の介護予防推進会議において、事例紹介を実施
- ・ インセンティブを活用した運動推進
- ・ → 「いた Pay 健幸ポイント」を活用した事業
- ・ 健康・運動指導ボランティアの育成
- ・ → フレイルサポーター、介護予防サポーターの養成事業を実施
- ・ ウォーキング環境（ウォーキングコース等）の整備
- ・ → 生活支援体制整備事業の取組の一環として、ウォーキングコースの設定を実施

【未実施／不十分と感じる事業】

- ・ 身体活動ガイドの普及
- ・ → 積極的な活用は行っていないが、リハ職による出前講座の資料等として活用している可能性あり

<p>3. アウトプット指標・アウトカム指標</p>	<p>【用いている中間評価指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> 市民アンケートにおける、スポーツ実施状況の設問（1回30分以上の運動） （健康部局では身体活動に関する設問はない） 行政データではないが、研究所で個別に身体活動に関するデータを取得している <p>【取得可能な指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> スポーツ環境の認知 「通いの場」の拠点数、参加者数 健診受診率 女性の就業人口 運動イベントの回数、参加人数（部局個別に取得） 自主グループ数は、「いきいき百歳体操」など市の推奨プログラムに限れば把握可 運動・スポーツ団体数 市役所職員の労働時間 市の事業シート内の情報（体育施設の利用者数や修繕回数など） <p>【取得困難／未整備な指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ウェアラブルデバイスによる評価指標 <p>【重要だと感じる指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> 環境認知に関する指標（認知 → 行動のパスにおいて重要なため） 	<p>【用いている中間指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> 運動実施率（世論調査にて。2年に1回実施） マラソン大会参加者数 <p>【取得可能な指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> 運動自主グループ数 地域のスポーツ団体数（特にスポーツ協会加盟団体） ・サロンなど通いの場の数 	<p>【用いている中間指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ニーズ調査の設問項目（主観的健康感など） → 区内から4,000～5,000人規模を無作為抽出して実施 KDB指標 後期高齢者質問票（15項目） 運動自主グループ数 → 頻度／登録者数／直近の参加者数を年1回把握 ◇ 国・健康長寿関連の調査（報告）にも提出している
<p>4. その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> 市の総合計画では、分野横断的に施策を設定し、計画上の施策数を削減 	<ul style="list-style-type: none"> シルバー人材センターと一部連携あり → 就労の継続が難しくなった高齢者に対し、通いの場の紹介など（日々の活動機会消失を防ぐ目的） 	

資料 2-1 : 運動習慣者の割合を増やすためのロジックモデル (改訂版)



資料2-2：運動習慣者の割合を増やすための個別施策：行政内の担当部署と具体的な事業例

実施主体	個別施策	個別施策の下位項目	行政内の主たる担当部署（新）						具体的な事業例（新）	解説
			成人保健	母子保健	高齢者保健	福祉・障害	教育・スポーツ	都市計画・交通・公園・緑地等		
1) 健康・福祉部門	① 身体活動ガイドの啓発		○					<ul style="list-style-type: none"> ・ ホームページ・市報で紹介する。 ・ 印刷してあるいは QR コードとして配布する。 ・ ガイドに基づいた事業を展開する ・ 都市計画部門等にガイドを紹介する。 ・ 学校教育でガイドを使用する。 ・ 市民の認知率を調査する。 	健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023 等を活用し、適切な身体活動・運動に関する知識の啓発を行う。ここで留意したい点は、市民を対象とした啓発のみならず、身体活動に関連する施策を実施している他の部門（医療・福祉部門、教育・スポーツ部門、都市計画・交通部門、公園・緑地部門、経済産業部門等）のキーパーソンの知識を高め、理解を深めることである。これにより、身体活動推進の関連施策が様々な場面で展開され、身体活動が一体的かつ総合的に推進されると期待できる。	
	② 好事例の収集・横展開		○				○	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県レベル ・ 市町村の優良事例を集め、表彰する。 ・ 優良事例を実施する市町村に財政的支援をする。 ・ 市町村担当者を集めた連絡会を行う。 ・ 市町村レベル ・ 優良団体、活動を集め、表彰する。 ・ 情報交換会（地区担当者、団体担当者、民生委員、健康ボランティア等）を行う。 	自治体、企業、団体等が行っている健康づくり・身体活動推進の好事例を収集し、横展開する。そのために、健康増進活動、身体活動・運動推進対策に関する情報交換会の開催や、実践活動の表彰、認定等を行う。単なる情報収集やその周知に終わらせない工夫が重要である。横展開にあたっては、実装科学のエビデンスを積極的に参考する。	

		運動を主目的とした教室・イベントを開催する	○				○	<ul style="list-style-type: none"> ・ 体育館で仕事をしている人向けの夜間、運動プログラムを提供する。 ・ 運動指導専門家によるカウンセリングが受けられる機会を提供する。 ・ 保健所・保健センター・体育館・公民館等で小グループの運動教室を開催する。 ・ 地区単位でウォーキングイベントを開催する。 ・ スポーツの日に体力測定会を行う。 ・ 県民・市民マラソン大会を開催する 	個人～小グループを対象として行われる運動教室や、多人数が集まりウォーキング大会等の運動イベントを開催する。また、ラジオ体操、ご当地体操などの運動プログラムを提供し様々な手段（オンラインを含む）で広く普及させる。
	③ 地域における運動機会の提供	運動以外を主目的とした教室・イベントに運動する機会を加える	○				○	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通いの場（サロン）でラジオ体操をする。 ・ 公民館で開催される料理教室、囲碁教室などで5分間の体操をする。 ・ 図書館で短時間のストレッチプログラムを提供する。 ・ 防災活動の一環で、防災体力について説明する。そのために運動のちょい足しが可能な、人が集まる場を探す。 ・ 運動指導専門家を派遣し、ちょい足し体操を指導する。 	運動以外を主目的とした教室・イベント内で、運動する機会を追加（ちょい足し）する。例えば、通いの場・サロン、公民館、公園、図書館、神社仏閣等で人を集めて開催される様々な教室やイベントに着目して、それらの活動に手短に行える運動プログラムを「ちょい足し」する。
		運動自主グループの育成	○				○	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既知の運動自主グループについて、稼働状況を確認する ・ 運動自主グループの一覧表（運動の内容、場所、頻度、連絡先、参加方法等）を作成する。 ・ 運動自主グループのマップを作成する。 ・ 自治体が保有する会場等の優先予約の制度を設ける。 ・ 活動に必要な備品の貸出を行う。 ・ 自主グループ情報の公開 ・ 運動自主グループ制度の構築 	地区会でのウォーキングサークルや、公民館前で行うラジオ体操の会など、地域で自主的に運営、開催されている運動グループの支援を行う。具体的には、組織化、組織運営、技術的支援、運動場所の環境整備（優先利用など）を行う。

		インセンティブを活用した運動推進	○					<ul style="list-style-type: none"> ・歩数アプリで一定歩数を達成した住民に、地域ポイントや商店街クーポンを付与する。 ・健診受診や教室参加と運動継続を組み合わせるインセンティブを付与する。 ・町内会対抗、職場対抗の歩数チャレンジを実施する。 ・協賛企業から景品提供や優待を受けられる仕組みをつくる。 ・獲得したポイントの使用方法を工夫する。例：学校、福祉施設等に寄付。 	運動を実施することで、ポイント等の様々なインセンティブを付与するような仕掛けをする。例えば、携帯アプリを用いて歩数を測定し、歩数に応じてポイントがもらえる制度、企業が主体となり、労働者の運動量を部署別に競う制度、官民が連携するショッピングモールでのウォーキング大会等がある。
	④ 地域での健康・運動指導ボランティア者の育成		○					<ul style="list-style-type: none"> ・健康づくり推進員、運動サポーター等の養成講座を開催する。 ・地域の運動指導者を登録する ・住民リーダー向けに、ストレッチ、転倒予防体操、声かけの研修を行う。 ・修了者をサロン、通いの場、地区の運動教室等へ派遣する。 ・年1~2回のフォローアップ研修や交流会を実施する。 	地域での運動教室や、運動自主グループ等で活動するボランティアを育成するとともに、育成したボランティアが運動教室等で継続的に活動できるように支援する。
	⑤ 健康運動施設の整備・アクセスの改善	健康運動施設の整備・アクセスの改善	○					<ul style="list-style-type: none"> ・体育館、公民館、公園、遊歩道等に、気軽に使える運動スペースや遊具を整備する。 ・夜間・休日の開館、利用料の減免、回数券の導入等で利用しやすくする。 ・転入者や初回利用者向けに、施設の使い方や運動メニューを案内する。 ・ホームページやSNSで、場所、時間、料金、プログラムをわかりやすく周知する。 	地域の健康運動施設（ジム、公園等）を整備したり、利用しやすしたりする。例えば、わかりやすい案内表示、利用時間の拡大、利用料を値下げなどを行い、利用法を周知する。
		厚労大臣認定健康増進施設・指定運動療法施設の整備・周知	○					<ul style="list-style-type: none"> ・地域の民間ジムや運動施設に対して、健康増進施設等の認定取得を働きかける。 ・市報、ホームページ、健診会場、医療機関で対象施設を周知する。 ・医師会と連携し、運動療法処方箋の活用や紹介ルートを整備する。 ・事業者向けに認定取得の説明会・相談会を開催する。 	市民が利用できる運動施設のうち、一定の基準を満たすとして厚生労働大臣が認定するものが「健康増進施設」である。さらに「健康増進施設」のうち一定の条件を満たす施設が「指定運動療法施設」とされ、同施設で、運動療法処方箋に基づく運動療法を実施した場合、かかった料金は医療費控除の対象となるなどの

										メリットがある。これらの「健康増進施設」「指定運動療法施設」を市民または関係団体へ周知し、利活用を促す。さらに市民が利用できる健康増進施設を増やすため、既存の運動施設に認定取得を促す
	⑥ ウォーキングマップの作製		○						<ul style="list-style-type: none"> ・小学校区ごとに、1km、3km、5km等の日常的に利用できるコースを設定する。 ・コース上の距離、消費カロリー、ベンチ、トイレ、休憩地点を地図に掲載する。 ・観光資源、商店街、河川敷、公園等をつなぐ周遊コースを作る。 ・紙のマップ配布に加え、ホームページやQRコードでも閲覧可能とする。 ・コースを歩く健康教室、健康イベントを開催する 	自治体内に、市民が日常的に利用できるウォーキングコースを設置する。コースは安全かつ快適であり、自宅からアクセスしやすいよう、小学校区単位で設定するのが望ましい。また、市民の認知度を高めるために、コースマップを作成し、ホームページなどで案内するほか、コース上に掲示することも検討するとよい。
	⑦ 多面的地域介入	多面的地域介入	○	○					<ul style="list-style-type: none"> ・身体活動政策の全般を所掌する部署または職員を指定する。 ・保健、福祉、教育、都市計画、スポーツ、交通、地域づくり等の関係部署による庁内連携体制を構築し、役割分担を明確化する。 ・行政内連携のみならず地域内連携（自治会、町内会、民生委員、学校、企業、商店街、NPO、医療機関等と協働）を構築し、身体活動を増やすための地域キャンペーンを展開する。 ・住民との対話（ヒアリング等）を通して、求められる施策を同定する。 	地域全体で運動を促進するために、単一のアプローチではなく、個人から環境まで複数のレベルの要因に多面的に働きかける介入である。ポピュレーション全体のレベルで、長期にわたり住民の行動変容が達成されたという優れたエビデンスが複数の地域（日本）から報告されている。ソーシャルマーケティングの考え方に基づいて、働きかけたい対象集団の特徴を把握して、それに適した事業をデザインすることが求められる。情報提供（チラシ、リーフレット、音声放送）や教育機会（地域の様々な行事での声かけ・講座や健康教室）の提供、コミュニティ形成促進（運動指導ボランティアやウォーキング・グループの育成など）などを複合的に組み合わせて実施する。実施にあたっては、地域住民や様々な行政分野・ステークホルダーと協働する。

		地域・職域連携の推進	○					<ul style="list-style-type: none"> ・地域職域連携推進協議会で、住民と就業者の身体活動促進を共通議題にする。 ・自治体と企業が共同で、歩数チャレンジや啓発資材を企画する。 ・駅前や商業施設で、住民と就業者が参加できる健康イベントを開催する。 	地域・職域保健が連携して、地域在住者だけでなく、同地域への在勤者も対象とした身体活動の推進対策を行う。例えば、地域職域連携推進協議会等の場で、両者が持つ資源や健康課題の共有したうえで、啓発資材を共同で開発する、大型商業施設を活用したイベントを開催する、運動を促す環境の整備を行う等がある。
2)教育・スポーツ部門	① Sport in Lifeの推進						○	<ul style="list-style-type: none"> ・Sport in Life 月間・週間を設定し、自治体全体でスポーツ実施を呼びかける。 ・スポーツ団体、商工会、大学、企業等でコンソーシアムを組織する。 ・参加団体の好事例を集め、表彰・横展開する。 	スポーツを行うことが生活習慣の一部となるような社会である「Sport in Life」を目指すための各種取り組みを実施する。例えば、自治体やスポーツ団体、そして経済団体、企業等がコンソーシアムを構成し、一体的な広報活動、好事例を収集、表彰、横展開させるなどにより、一層スポーツを推進する取り組みを強化する。
	② 運動・スポーツ機会の提供	運動スポーツプログラムの提供					○	<ul style="list-style-type: none"> ・初心者向けのウォーキング、筋トレ、ストレッチ、ヨガ等の教室を定期開催する。 ・高齢者向けフレイル予防教室、子育て世代向け親子運動教室を提供する。 ・短期教室で終わらせず、自主活動やクラブ参加につなげる。 	地域住民に対して、運動施設（体育館・公民館・図書館等）やその他運動ができる場（グラウンド、広場、公園、緑地等）で、様々な運動プログラムを提供する。個人～小グループを対象として行われる定期的な運動教室や、アプリ等でインセンティブにより運動の習慣化を目指すプログラムを提供する等がある。
		運動・スポーツイベントの開催					○	<ul style="list-style-type: none"> ・市民ウォークラリー、スポーツフェスタ、地区運動会等を開催する。 ・スポーツの日にあわせて、体力測定会や体験会を実施する。 ・パラスポーツ体験会や多世代交流型イベントも実施する。 ・スポーツイベントを誘致する。 ・地元スポーツチームとの共同イベントを企画する。 	運動・スポーツへの関心を高めるような、運動・スポーツイベントを開催する（ウォーキング大会など）。また啓発活動として、スポーツの日や、国体やオリンピック、ワールドカップ等の大規模イベント、地域に密着した各種イベント（祭り、運動会等）に付随して、運動・スポーツを啓発するイベントを開催する。

	③ 運動施設の整備						○	○	<ul style="list-style-type: none"> ・学校体育施設や公共スポーツ施設の開放時間を拡大する。 ・予約方法を簡素化し、オンライン予約や空き状況確認を可能にする。 ・夜間照明、更衣室、シャワー、バリアフリー動線等を整備する。 ・利用料減免や転入者や初心者向けに案内することで、利用のハードルを下げる。 	住民が身近で運動ができる公共のスポーツ施設・学校体育施設（体育館、ジム、プール等）を整備する。あわせて、施設の周知、開館時間の工夫、利用料の設定、利用資格の工夫等によって、多くの人が利用できるようにアクセスを改善する。
	④ 総合型地域スポーツクラブの整備						○		<ul style="list-style-type: none"> ・総合型地域スポーツクラブの稼働状況を確認する。 ・総合型地域スポーツクラブの運営課題をヒアリングする。 ・総合型地域スポーツクラブがない地区で、立上げ支援を行う。 ・競技スポーツのみならず、健康スポーツプログラムを含める。 ・体験会や見学会を実施し、幅広い年代の新規参加を促す。 ・高齢者、障害者、初心者が参加しやすい種目・時間帯を設定する 	公益財団法人日本スポーツ協会（略称：JSP0）内に組織されている総合型地域スポーツクラブ全国協議会（SC 全国ネットワーク）が地域住民のスポーツ実施率を高めるための目標（スローガン）を立てている。当該目標実現のための取組を喚起する。また、健康のためのプログラムを有する総合型地域スポーツクラブを増加させる。
	⑤ 障害者スポーツの振興						○	○	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者スポーツ体験会を実施する。 ・障害特性に応じた用具や、利用しやすい会場設備を整備する。 ・送迎、介助者同伴、情報保障等により参加しやすくする。 ・指導者やボランティア向けの障害者スポーツ研修を行う。 ・パラアスリートとの連携イベントを行う。 	障害のある人が身近な場所でスポーツを実施できる環境を整備する。非実施層に対する関心を高める、障害者スポーツを体験する機会を提供する、障害者スポーツの理解の啓発、などに取り組む。
3) その他の部門（国土交通、経済産業部門等）	① 運動場所（公園・緑地・遊歩道・自転車道等）の整備	公園・緑地、子供の遊び場等の運動場所の整備、アクセス（認知・利便性）の改善						○	<ul style="list-style-type: none"> ・公園に遊具、芝生広場、周回園路、休憩ベンチ、トイレ等を整備する。 ・園路に距離表示や歩数の目安を示し、歩きっかけをつくる。 ・遊具更新やバリアフリー化により、子どもから高齢者まで利用しやすくする。 	住民が身近で運動に利用できる公園や、子供の遊び場としての公園、施設を整備する。また照明や装置、設備等による施設の安全性を高めたり、利用がしやすくなるように案内を表示する、利用時間を広げる、利用料金を下げるなど、認知や利便性が高まるよう工夫する。

		遊歩道・自転車道の整備						○	<ul style="list-style-type: none"> ・河川敷、通学路、緑道等、連続して歩行・自転車移動できる空間を探す。(街に出て探す、ヒアリングする) ・自転車レーン、標識、路面表示等により利用しやすくする。 ・休憩場所、トイレを設置する ・ウォーキングマップと連携する ・夜間照明や防犯対策により、安全性を高める。 	散歩やウォーキング、サイクリング等で利用できる遊歩道、自転車道を新たに整備する、または既存の遊歩道、自転車道に対し、案内標識等によりアクセスしやすくしたり、車道と区分して安全性を高めたり、市内のスポット等めぐるようなネットワークを構築する。
	②健康経営の推進							○	<ul style="list-style-type: none"> ・健康経営に関する説明会を開催する ・健康経営の中で身体活動推進の好事例を収集、横展開する。 ・リソースが不足する事業所を念頭に、自治体独自の認証制度を構築する。 	健康経営に取り組む企業・事業所数を増やす。この中で、身体活動・運動習慣推進への取り組みは、健康経営度調査にも含まれることや、そのための取り組み内容が例示されていることも周知する。
主たる担当部署として位置づけられた個別施策数の合計			13	0	2	1	12	3		

資料3-1：日常生活における歩数を増やすためのロジックモデル（本年度は改訂なし）



資料3-2：日常生活の歩数を増やすための個別施策：行政内の担当部署と具体的な事業例

実施主体	個別施策	個別施策の下位項目	行政内の主たる担当部署（新）						具体的な事業例（例）	解説
			成人保健	母子保健	高齢者保健	福祉・障害	教育・スポーツ	都市計画・交通・公園・緑地等		
1) 健康・福祉部門	①身体活動ガイドの啓発		○						<ul style="list-style-type: none"> ・ ホームページ・市報で紹介する。 ・ 印刷してあるいは QR コードとして配布する。 ・ ガイドに基づいた事業を展開する都市計画部門等にガイドを紹介する。 ・ 学校教育でガイドを使用する。市民の認知率を調査する。 	健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023等を活用し、適切な身体活動・運動に関する知識の啓発を行う。ここで留意したい点は、市民を対象とした啓発のみならず、身体活動に関連する施策を実施している他の部門（医療・福祉部門、教育・スポーツ部門、都市計画・交通部門、公園・緑地部門、経済産業部門等）のキーパーソンの知識を高め、理解を深めることである。これにより、身体活動推進の関連施策が様々な場面で展開され、身体活動が一体的かつ総合的に推進されると期待できる。
	②好事例の収集・横展開		○				○	<p>県レベル</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村の優良事例を集め、表彰する。 ・ 優良事例を実施する市町村に財政的支援をする。 ・ 市町村担当者を集めた連絡会を行う。 <p>市町村レベル</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 優良団体、活動を集め、表彰する。 ・ 情報交換会（地区担当者、団体担当者、民生委員、健康ボランティア等）を行う。 	自治体、企業、団体等が行っている健康づくり・身体活動推進の好事例を収集し、横展開する。そのために、健康増進活動、身体活動・運動推進対策に関する情報交換会の開催や、実践活動の表彰、認定等を行う。単なる情報収集やその周知に終わらせない工夫が重要である。横展開にあたっては、実装科学のエビデンスを積極的に参考する。	

	③地域拠点における身体活動推進		○		○			<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域拠点で健康・身体活動プログラムを行う。 ・ 目的の如何を問わず、行政が多くの人を集める場、または地域で多くの人が集まる場の活用を検討する。 ・ 通いの場や相談会の前後に、体操・ストレッチを「ちょい足し」する。 ・ 公民館、図書館、集会所、商店街の空き店舗等で、定期的に短時間の身体活動・運動プログラムを実施する。 	<p>公民館、体育館等の地域拠点を活用して健康づくり教室、身体活動・運動プログラム等を行う。場所や機会に着目する際には、必ずしも運動関連施設にこだわる必要はない。まずは人が集まる場所に注目する。例えば、通いの場・サロン、公民館、公園、図書館、神社仏閣、銭湯等の地域拠点が考えられる。住民が集まって行う活動・機会を活用して、健康づくり・身体活動のプログラムを提供する。活動の主体が他の目的であったとしても短時間の身体活動を「ちょい足し」できないかを考えてみる。</p>
	④地域活動の活性化による身体活動推進		○		○			<ul style="list-style-type: none"> ・ 自治会の清掃・見守り・祭りなど外出を伴う地域活動の参加者募集を広報で強化する。 	<p>地区自治会、ボランティア活動、伝統行事や祭り、地域の防災活動、趣味の会等の地域活動を支援する。これらの活動は身体活動促進のために行われるわけではないが、副次的に外出や身体活動の機会を増やし、地域のソーシャルキャピタルの涵養にも役立つ。</p>
	⑤インセンティブを活用した健康づくり		○					<ul style="list-style-type: none"> ・ 歩数アプリで一定歩数を達成した住民に、地域ポイントや商店街クーポンを付与する。 ・ 健診受診や教室参加と運動継続を組み合わせるインセンティブを付与する。 ・ 町内会対抗、職場対抗の歩数チャレンジを実施する。 ・ 協賛企業から景品提供や優待を受けられる仕組みをつくる。 ・ 獲得したポイントの使用方法を工夫する。 例：学校、福祉施設等に寄付するなど。 	<p>健康無関心層の身体活動・運動を促進するため、スマホで測定された歩数等と連動し、歩いたり運動することでポイントや地域通貨、優待券等が付与されるような仕組みを整える。</p>
	⑥ウェアラブルデバイスを		○				○	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診保健指導や健康相談の機会にスマホによる歩数の確認を行う。 ・ 日常的にスマホの歩数を確認するように推 	<p>スマホに内蔵されている歩数計や、スマートウォッチ、活動量計等を通じて、個人が</p>

	用いた歩数の見える化								<ul style="list-style-type: none"> 奨励する。 健康教育で活動量計を活用する。 希望者に活動量計を貸与し、測定結果を保健師が返却時に説明する。 	自身の客観的な歩数を知る機会を提供する。
	⑦身体活動を促進する生活支援	高齢者・女性等の就労支援		○	○				<ul style="list-style-type: none"> 就労による身体活動・健康効果について啓発する。 就労支援を行う。 	通勤、仕事は身体活動の機会となりうる。就労は社会参加の機会であり、社会とのつながりを維持・向上することで健康に資すると期待できる。
		家庭参加の推進		○	○				<ul style="list-style-type: none"> 家事の健康効果、長時間座位の健康リスクについて啓発する。 カジメン・イクジイ教室で『家事・庭仕事も運動』と伝える 	性別、年齢に関係なく家庭の中で役割を持つように支援する。特に、高齢者においては家庭参加が身体活動の機会となり、身体機能・認知機能の維持・向上に役立つ。具体的には、家事、育児、日曜大工、園芸、犬の世話等がある。役割を持つことは、座位時間の減少、座位時間のブレイク、軽強度身体活動の増加等に資する。犬の散歩は中高強度身体活動を増やす。
		子育て支援		○					<ul style="list-style-type: none"> 子育て中は身体活動が低下しやすいことを啓発する 親が不活動だと子供も不活動になりやすいことを啓発する 子育て支援センターで親子体操を定例化する ベビーカーで歩ける近隣散歩コースを案内する。 乳幼児一時預かり場所を増やす。 	子育て世代の女性で歩数が少ないことが報告されている。さらに、成人（20-64歳）女性は健康日本 21（第二次）において歩数、運動習慣者割合ともに減少した層であり、対策が求められる。子育て支援によって、子育て中であっても、身体活動を行いやすい、あるいは子どもを連れて出歩きやすい社会を形成する。また、親と子供の身体活動の関連が指摘されているため、親の身体活動推進が子どもの身体活動推進（運動、外遊び等）につながることも期待される（ライフコース・アプローチ）。
		住宅内環境の整備					○		<ul style="list-style-type: none"> 室温が低すぎたり隣室との温度差が大きいと、身体活動が低下しやすいことを啓発する。 高齢者世帯の住宅改修支援で、手すり設 	住居内の環境は自宅で過ごす時間の身体活動・座位行動と関連している。住居内、居室間の温度を適温に保ち、安全に移動しやすい室内空間を確保する。WHOは循環器病の

									置・段差解消・室温改善を進める。	リスクの観点から室内の温度を 18℃以上にすることを推奨しているが、これは家庭内での座位行動時間、身体活動の推進にも寄与することが期待できる。住居内の温度を温かく保つことで、外出も促進されるという報告もある。
	⑧多面的地域介入	多面的地域介入	○		○				<ul style="list-style-type: none"> 身体活動政策の全般を所掌する部署または職員を指定する。 保健、福祉、教育、都市計画、スポーツ、交通、地域づくり等の関係部署による庁内連携体制を構築し、役割分担を明確化する。 行政内連携のみならず地域内連携（自治会、町内会、民生委員、学校、企業、商店街、NPO、医療機関等と協働）を構築し、身体活動を増やすための地域キャンペーンを展開する。 住民との対話（ヒアリング等）を通して、求められる施策を同定する。 	<p>地域全体で身体活動を促進するために、単一のアプローチではなく、個人から環境まで複数のレベルの要因に多面的に働きかける介入である。ポピュレーション全体のレベルで、長期にわたり住民の行動変容が達成されたという優れたエビデンスが複数の地域（日本）から報告されている。ソーシャルマーケティングの考え方に基づいて、働きかけたい対象集団の特徴を把握して、それに適した事業をデザインすることが求められる。情報提供（チラシ、リーフレット、音声放送）や教育機会（地域の様々な行事での声かけ・講座や健康教室）の提供、コミュニティ形成促進（運動指導ボランティアやウォーキング・グループの育成など）などを複合的に組み合わせて実施する。実施にあたっては、地域住民や様々な行政分野・ステークホルダーと協働する。</p>
		地域・職域連携の推進	○						<ul style="list-style-type: none"> 地域職域連携推進協議会で、住民と就業者の身体活動促進を共通議題にする。 自治体と企業が共同で、歩数チャレンジや啓発資材を企画する。 駅前や商業施設で、住民と就業者が参加できる健康イベントを開催する。 	<p>地域・職域保健が連携して、地域在住者だけでなく、同地域への在勤者も対象とした身体活動の推進対策を行う。例えば、地域職域連携推進協議会等の場で、両者が持つ資源や健康課題の共有したうえで、啓発資材を共同で開発する、大型商業施設を活用したイベントを開催する、身体活動を促す環境の整備を行う等がある。</p>

2)教育・スポーツ部門	①アクティブ通学の推進							○	○	<ul style="list-style-type: none"> ・ 徒歩・自転車による通学が重要な身体活動の機会であることを啓発する ・ 通学路点検と見守り体制を強化する。 ・ スクールバス利用時は降車位置を工夫し、一定の距離を歩けるようにする。 ・ 学校の統廃合にあたり児童・生徒の身体活動に配慮する 	通学は子供にとって身体活動の重要な機会であり、体力・健康の維持増進に役立っている。子どもの通学はまた地域のソーシャルキャピタルとも関連している可能性がある。以上より、徒歩あるいは自転車で通学する児童・生徒の割合を増やす、あるいは維持する方策を考える。学校の統廃合、通学路の安全確保といった課題に対して、安易にバスや自家用車を用いた通学への切り替えを行うのではなく、アクティブ通学を維持できるような政策を優先する。通学路の整備、見守り、スクールバスは少し離れた場所に停める等の対策も含まれる。
	②アクティブな学校環境							○		<ul style="list-style-type: none"> ・ 校庭遊びの時間確保と校舎内の階段利用促進を学校運営計画に位置づける。 	小学校によって在校時の歩数に 3400 歩の差があるとする報告がある。文部科学省、教育委員会等の担当部局と連携し、体育館、グラウンド、校舎（階段、教室等）、遊具等をアクティブなデザインにする。文部科学省において「学校施設の在り方に関する調査研究協力者会議」が設置され、学校施設の在り方に関する議論が進められている。
3) その他の部門 (国土交通部門等)	①まちなかウォークアブル区域の設定							○		<ul style="list-style-type: none"> ・ まちなかウォークアブル事業を実施する。 ・ まちなかウォークアブル事業の中で身体活動指標を事業成果指標の一つとして設定する。 ・ 健康部門と共同で身体活動推進（共同イベント開催、ウォーキングコースに含める等）に取り組む。 	滞在快適性等向上区域（通称：まちなかウォークアブル区域）を設定し、まちなかを「居心地が良く歩きたくなる」空間に整備する。同区域では歩道の拡幅、都市公園に交流拠点の整備、建物低層部のガラス張り化等が進められている。
	②立地適正化計画の設定	コンパクトシティの推進						○		<ul style="list-style-type: none"> ・ 立地適正化計画を定める ・ 立地適正化計画の中で、身体活動指標を事業成果指標の一つとして設定する。 	巨視的（マクロ）なスケールで都市環境を整備し、歩いて暮らせる都市構造を実現する。最もエビデンスの確立した身体活動支援環境の地域環境指標として walkability index（密度、混合土地利用度、道路の接続性の3要素からなる）があげられる。都市

										全体の構造に関する指標であり、高い walkability と関係する都市設計のコンセプトとしては、コンパクトシティ、15 分都市などがある。いずれも住居、都市機能をコンパクトに配置することによって、歩いて暮らせるような街づくりを目指す考え方である。その実現のための方策として立地適正化計画を策定して取り組むこと、その中で身体活動・健康に言及することなどが期待される。コンパクトなまちでは、歩くことが生活の一部であり、デフォルトである。
	その他の都市環境に関する対策	交通安全・通学路の安全の推進					○	○	<ul style="list-style-type: none"> 生活道路にゾーン 30・防護柵・横断歩道照明を整備し、歩行者の安全を確保する。 危険箇所マップを整備する。 市民と協働しセーフコミュニティ政策へ取り組む。 	安全に歩行し、自転車に乗ることができる道路、通学路を整備する。整備が局地的にならないように、人の流れ、ネットワークを意識して整備する場所を選択する。なお、WHO（世界保健機構）による市民参画を通じて地域の安全を推進するセーフコミュニティ政策がある。
		都市・建築空間デザインの整備						○	<ul style="list-style-type: none"> 身体活動のための微視的空間を整備する。（ナッジを用いた階段利用の促進、階段に絵を飾る、落書きを消す） 	微視的（マイクロ）なスケールで都市環境、建築物のデザインを整備することで身体活動を誘発する環境を形成する。上述した滞在快適性向上区域（まちなかウォークブル区域）の設定・整備以外にも、地元商店街の活性化（経済産業省中小企業庁）、身体活動を促進するナッジ、公園・緑地の整備、階段・広場・建物のデザインの工夫等があげられる。
	③ モビリティ・マネジメント	移動における徒歩・自転車の推奨や公共交通機関等の利用促進	○					○	<ul style="list-style-type: none"> エコ通勤を推進する。 活動的な通学（徒歩、自転車）を推進する 公共交通の利便性を高めたり、利用方法の周知・啓発を強化する 社内に End of trip facilities（自転車置き場、シャワー、ロッカーなど）を整 	交通手段を自家用車から、徒歩、自転車、公共交通等に切り替えるモビリティ・マネジメント教育を行う。教育・啓発のみならず、そのための環境整備として、公共交通利用のためのパンフレットの作成、利用しやすいコミュニティバスの運行、バス停・

									備する	駅の整備、バス停等における案内表示の強化、などを行う。
		クロスセクター効果に基づいた公共交通システムの整備							○	・ 交通計画の検討時に、健康、福祉、教育、環境面の便益を見える化する。 地域の公共交通網の維持促進を図り、自動車を利用しなくても生活できる地域を維持する。そのためには、地域の公共交通システムのあり方を再考する。すなわち公共交通の採算を、公共交通の運航費用と運賃収入のみで評価するのではなく、それが廃止された場合、行政の各分野で要する費用（分野別代替費用）とを比べることにより、地域公共交通の多面的な効果（クロスセクター効果）を把握する。
	④自転車利用の促進								○	・ 駅前や公共施設に駐輪場を整備する。シェアサイクルやコミュニティサイクルを導入する。自転車レーン、自転車道、案内サインを整備する。自転車通勤・通学モデル地区を設定し、利用促進を図る。 移動手段として自転車利用を誘導する環境を形成する。駐輪場の整備、自転車レーン・自転車道の整備、シェアサイクルの整備、公共交通機関への自転車乗り入れ、等の実施が期待される
	⑤自動車利用の抑制（乗入禁止）								○	・ 中心市街地や学校周辺で、時間帯別の車両進入制限を行う。 ・ 歩行者天国を試行する。 ・ パーク&ライド、サイクル&ライドを整備し、車からの転換を促す。 ・ 公共施設の駐車料金や利用ルールを見直し、歩行・公共交通を優先する。 必要に応じて、自動車の保有・利用を抑制し、歩行者・公共交通機関の優先度が高い交通政策を採用する。一方通行化・乗り入れ禁止・料金設定等による自動車利用の抑制、パーク&ライド（サイクル&ライド）の推進などを行う。
	⑥健康経営の推進		○							・ 健康経営に関する説明会を開催する ・ 健康経営の中で身体活動推進の好事例を収集、横展開する。 ・ リソースが不足する事業所を念頭に、自治体独自の認証制度を構築する。 健康経営に取り組む企業・事業所数を増やす。この中で、身体活動・運動習慣推進への取り組みは、健康経営度調査にも含まれることや、そのための取り組み内容が例示されていることも周知する。

	⑦住宅内環境の整備							○	・ 高齢者世帯の住宅改修支援で、手すり設置・段差解消・室温改善を一体的に進める。	適正な室温（18 度以上）を保たれる、バリアフリー化され転倒が起きにくい等、健康・快適な居住環境を有する住宅を増やす。
主たる担当部署として位置づけられた個別施策数の合計		10	3	5	0	5	11			

循環器病対策の推進及び進捗評価に関する研究
～健康日本 21 の推進と循環器病のロジックモデルに関する研究～
健康日本 21 推進全国連絡協議会加入団体の健康日本 21 目標項目への取組状況の分析
および脂質異常症対策の推進に向けた検討

研究分担者 岡村 智教 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学・教授

研究要旨

健康日本 21（第三次）の推進において、健康日本 21 推進全国連絡協議会（以下、協議会）加入団体は重要な役割を担うと考えられるが、その取組状況や他団体との連携を客観的に評価する指標は十分に整備されていない。本研究では、協議会加入団体における健康日本 21（第三次）目標項目への取組状況を把握し、団体間の連携を進めていく上の基礎資料を得ることを目的とした。既存資料（2025 年に協議会加入団体に実施した団体向けのアンケート）解析した。このアンケートは 140 団体中 89 団体から回答があった（回答率 63.6%）。89 団体における普及啓発活動の実施状況は、ウェブサイトや SNS を活用した情報発信がいずれも低調であった。健康日本 21（第三次）の目標項目については、79.8%が何らかの項目に取組中で、59.6%がミッションとして活動していると回答した。一方、取組の公開は 16.9%、独自の目標値設定は 7.9%、他団体との連携は 14.6%にとどまった。健康日本 21（第三次）の目標分野間の実施状況の相関では、「がん」と「COPD」、「循環器病」と「糖尿病」の分野間で強い相関が認められ、生活習慣や慢性疾患、心身の機能に関わる複数の分野間でも強い相関が認められた。さらに、各団体の領域属性別に分けると、その取組傾向は、健康日本 21（第三次）の目標項目に横断的に取り組む領域属性、主たる活動分野の関連項目に集中的に取り組む領域属性、ならびに回答率が低く取組傾向の把握が不十分と考えられる領域属性の 3 つに大分された。また、回答団体から、国や学術団体に対し、取組事例、ガイドライン、進捗状況、資材・ツール、研修機会等、実際の活動に直結する具体的かつ実装可能な情報の提供が求められていた。以上より、回答した各団体がそれぞれのミッションに基づいて健康日本 21（第三次）の各目標に取り組んでいるものの、定量的な評価指標や連携の具体性が不足している現状が浮き彫りになった。今後は、目標分野間の関連構造と領域属性ごとの特性を踏まえつつ、各取組の可視化、評価可能な指標の設定、団体間ネットワークの形成を促進する仕組みを整備する必要がある。

一方、循環器病予防のロジックモデルでは、アクションプランの方策が十分でない脂質異常症（高 LDL コレステロール血症）の対策について整理し、体系的な成人への受診勧奨、小児期からのスクリーニングの整備の必要性が示唆された、今後、循環器病予防のロジックモデルに組み込んでいく必要がある。

研究協力者

岡田結生子 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科

A. 研究目的

「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」（以下、健康日本 21）は、平成 12 年に施行され、その後、平成 25 年に「健康日本 21

(第二次)」、そして、令和6年度4月から健康日本21(第三次)が施行された。

第三次からは、「胎児期から高齢期に至る生涯を経時的に捉えた健康づくり(ライフコースアプローチ)」の視点が基本的な方向に追加され、「ライフコースアプローチ」を念頭に入れた上で、「社会環境」が「個人の行動と健康状態」を支えることによる「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」の実現を目指す。

民間の立場からは、2001年に健康日本21の推進を図ることを目的として、健康日本21に賛同する団体が一堂に会した「健康日本21推進全国連絡協議会(以下、協議会)」が設立され、現在、約144団体が加入している[1]。各団体は、健康日本21(第三次)の目標達成に向けて大きな役割を担うと考えられる一方で、各団体の活動と健康日本21の目標との結びつきや団体間の連携の実態等は十分に把握されておらず、その取組状況を客観的に評価するための指標も存在していない。

本分担研究では、協議会加入団体の第三次の目標項目への取組状況、その寄与度の評価、将来の課題抽出に必要な「健康日本21連携指標」の開発を目指し、現時点の実態把握のためのアンケート調査を実施した。アンケート回答団体における目標項目への取組状況の探索的な調査、協議会加入団体における属性とアンケート回答状況および取組状況との関連構造の可視化を目的とした(研究1)。

また別途、循環器病予防のロジックモデルのうち、具体的なアクションプランの方策が十分でない脂質異常症(高LDLコレステロール血症)の対策について情報を収集・整理した(研究2)。

B. 研究方法

(研究1)

I. 対象・手順

解析に使用するデータは、厚生労働科学研究補助金による「国民健康・栄養調査対象集団の

新旧コホート研究による健康日本21(第三次)推進のエビデンス構築:NIPPON DATA80/90/2010」研究班で収集した2024年度のアンケート調査結果である。この調査は、協議会に加入する140の民間団体(当時)を調査対象とした。協議会事務局の協力を得て、全加入団体にGoogleフォームを用いて作成した質問票をメールで配布し、回答を依頼した。

II. 調査項目

質問票の調査項目は、普及啓発活動の実施状況、推進体制の構築状況、国および学術団体からの情報提供の必要性、ならびに健康日本21(第三次)の目標項目のうち再掲目標を除いた54項目の実施状況である。調査項目の検討においては、事前に全加入団体のウェブサイトを確認し、掲載情報から、健康日本21の普及啓発を意識した活動、および各団体の取組が関連している健康日本21(第三次)の目標項目を把握した。それらの結果を参考に、本研究として、団体横断的に取組状況を把握すべき項目を抽出した。

III. 分析方法

記述統計を用いて、回答団体の領域属性および健康日本21に関する活動状況を整理した。また、回答団体における健康日本21(第三次)目標分野別の取組状況の関連を探索的に把握するため、Spearmanの順位相関係数を算出した。国および学術団体からの情報提供として希望する内容に関する自由記述回答は、類似項目ごとに整理し分類した。

さらに、記述統計を用いて、全加入団体の領域属性ごとの本調査への回答状況および健康日本21(第三次)目標項目別の活動状況を整理した。加入団体の領域属性は、表1に示した通り、主たる活動分野別に分類した上で確認した。データ解析にはRを用いた。

(研究2)

脂質異常症の主要目標である高LDLコレステロール血症については、特定保健指導の対象に

表1. 加入140団体の主たる活動分野別分類

活動分野	加入団体名	活動分野	加入団体名	活動分野	加入団体名	活動分野	加入団体名		
身体活動・運動	日本運動疫学会	栄養・食生活	NPO法人 日本栄養改善学会	生活習慣病予防	一般社団法人 日本循環器病予防学会	行政	公益財団法人 健康・体力づくり事業財団		
	NPO法人 日本スポーツ栄養学会		一般社団法人 全国栄養士養成施設協会		一般社団法人 日本糖尿病学会		全国衛生部長会		
	一般社団法人 日本体育・スポーツ健康学会		公益社団法人 全国調理師養成施設協会		公益財団法人 骨粗鬆症財団		全国保健師長会		
	一般社団法人 日本体力医学会		公益社団法人 日本栄養士会		NPO法人 日本呼吸器障害者情報センター		全国保健所長会		
	一般社団法人 日本臨床スポーツ医学会		公益社団法人 日本調理師会		公益財団法人 日本心臓財団		一般財団法人 日本公衆衛生協会		
	NPO法人 日本健康運動指導士会		一般社団法人 栄養改善普及会		一般社団法人 日本生活習慣病予防協会		医療保険者	健康保険組合連合会	
	NPO法人 NSCAジャパン		一般社団法人 JMRク		NPO法人 日本成人病予防協会			公益社団法人 国民健康保険中央会	
	公益財団法人 笹川スポーツ財団		食品産業中央協議会		公益財団法人 日本対がん協会		一般財団法人 船員保険会	全国健康保険協会	
	NPO法人 ジュース		一般財団法人 東京顕微鏡院		公益財団法人 日本糖尿病財団		その他の職能・養成	公益社団法人 日本医師会	
	公益社団法人 スポーツ健康産業団体連合会		NPO法人 日本食育協会		子ども・女性 公益社団法人 日本産婦人科医会			公益社団法人 日本看護協会	
	公益社団法人 全国スポーツ推進委員連合		一般財団法人 日本食生活協会		公益社団法人 全国私立保育連盟		公益社団法人 日本鍼灸師会	公益社団法人 日本鍼灸師会	
	公益社団法人 全国大学体育連合		公益社団法人 米穀安定供給確保支援機構		一般社団法人 日本家族計画協会		公益社団法人 日本臨床内科医会	一般社団法人 日本作業療法士協会	
	公益財団法人 体力づくり指導協会		飲酒・禁煙・歯科		公益財団法人 日本学校保健会		一般社団法人 日本作業療法士協会	公益社団法人 日本理学療法士協会	
	一般社団法人 日本ウオーキング協会				一般社団法人 日本禁煙学会		公益財団法人 日本小児保健協会	一般社団法人 日本健康教育学会	
	NPO法人 日本運動療法推進機構				一般社団法人 日本口腔衛生学会		公益社団法人 母子保健推進会議	一般社団法人 日本健康心理学会	一般社団法人 日本公衆衛生学会
	公益社団法人 日本エアロビック連盟				公益社団法人 日本歯科医師会		健診事業 一般社団法人 日本総合健診医学会	一般社団法人 日本公衆衛生看護学会	日本行動医学会
	公益財団法人 日本ゲートボール連合				公益社団法人 日本歯科衛生士会		公益社団法人 日本人間ドック・予防医療学会	日本ストレス学会	一般社団法人 日本精神保健看護学会
	公益財団法人 日本健康スポーツ連盟				公益社団法人 全日本断酒連盟		一般財団法人 医療情報健康財団	その他の学術団体	一般財団法人 ウエルネスアカデミー
	一般財団法人 日本コアコンディショニング協会				NPO法人 禁煙ネット		公益財団法人 結核予防会		一般財団法人 MOA健康科学センター
	公益社団法人 日本3B体操協会				一般社団法人 タバコ問題情報センター		医療法人社団 ここからだの元氣プラザ	公益財団法人 住友生命健康財団	公益財団法人 住友生命健康財団
NPO法人 日本Gボール協会	日本禁煙推進医師歯科医師連盟	公益社団法人 全国労働衛生団体連合会		公益社団法人 全国結核予防婦人団体連絡協議会	公益財団法人 大樹生命厚生財団				
一般財団法人 日本自転車普及協会	公益財団法人 8020推進財団	一般財団法人 日本がん知識普及協会		公益財団法人 大同生命厚生事業団	NPO法人 地球足もみ健康法実践普及協会				
公益社団法人 日本女子体育連盟	公益社団法人 アルコール健康医学協会	一般財団法人 日本健康開発財団		公益財団法人 日本健康生活推進協会	公益社団法人 日本サウナ・スパ協会				
公益財団法人 日本スポーツクラブ協会	労働・産業	一般社団法人 日本健康倶楽部		公益社団法人 日本健康法実践普及協会	一般社団法人 日本寝具寝装品協会				
NPO法人 日本トレーニング指導者協会		一般社団法人 日本産業保健師会		一般財団法人 日本健康増進財団	NPO法人 日本ヘルスツーリズム振興機構	公益財団法人 日本リウマチ財団			
公益社団法人 日本フィットネス協会		全国商工会連合会		一般財団法人 日本健診財団	公益財団法人 明治安田厚生事業団				
一般社団法人 日本フィットネス産業協会		中央労働災害防止協会		一般財団法人 日本成人病予防会					
公益社団法人 日本ボディビル・フィットネス連盟		日本労働組合総連合会		NPO法人 日本人間ドック健診協会					
公益財団法人 日本レクリエーション協会		一般財団法人 日本退職公務員連盟		一般財団法人 日本予防医学協会					
NPO法人 フレンドリー情報センター		地域医療・福祉		公益財団法人 予防医学事業中央会					
公益財団法人 北陸体力科学研究所				社会福祉法人 全国社会福祉協議会	健康寿命 NPO法人 健康寿命増進機構				
一般社団法人 メディカル・フィットネス協会				公益社団法人 全国老人保健施設協会	公益財団法人 全国老人クラブ連合会				
			公益財団法人 総合健康推進財団	公益財団法人 長寿科学振興財団					
			公益社団法人 地域医療振興協会	一般財団法人 長寿社会開発センター					
			公益社団法人 日本精神科病院協会						
			公益財団法人 日本農村医学研究会						
			公益財団法人 パブリックヘルスリサーチセンター						
			NPO法人 ヘルスマネジメントあおぞら						
			一般財団法人 保健福祉広報協会						

なっていない上、生活習慣の改善指導も困難であるため、まず受診勧奨、そしてより若年期からの対策が重要となる。そこで日本最大の保険者である全国健康保険協会（きょうかい健保）に依頼し、高LDL血症に対する受診勧奨の効果を集計・分析してもらうこととした。これはきょうかい健保の自己評価事業として実施された。また若年期からの対策例として、香川県で小中学生に採血を行い県の事業として高LDL対策を行っている事例があるため、香川県庁と交渉して必要資料を入手して内容を検証した。

IV. 倫理的配慮

研究1は団体を対象とした調査であり、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の適用範囲外と考えられるが、データの公表に鑑み、慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した（2025年6月12日、承認番号：2025-05）。

研究2は各機関から依頼した集計データ等の提供を受けただけであり、こちらは特に倫理委員会の審査は受けていない。

C. 研究結果

（研究1）

140団体中89団体から回答があり、回答率は63.6%であった。法人格別および主たる活動分野別の内訳は、表2に示す。

I. アンケート回答団体における目標項目別の取組状況についての探索的評価（n=89）

89団体のうち、普及啓発活動の実施状況は、「協議会の後援名義の使用」「団体ウェブサイトへの協議会のシンボルマークの掲載」「団体ウェブサイトでの協議会プラットフォーム（note）のリンク設定」「団体ウェブサイトでの厚生労働省『スマート・ライフ・プロジェクト』のリンク設定」「団体ウェブサイトを通じたSNSによる健康日本21の普及啓発」は14.6～27.0%と低かった。一方、「健康日本21の普及啓発事

業の主催」は38.2%とやや高かった。普及啓発事業の内容は、講演会、指導者研修、広報資料、学術集会の順に多かった。健康日本21（第三次）目標項目の実施状況については、79.8%が何らかの項目に「取組あり」、59.6%が「団体のミッションとしての活動あり」と回答した。一方、「取組の公表あり」は16.9%、「団体独自の目標値設定あり」は7.9%、「他団体との連携あり」は14.6%にとどまり、実施状況に比して、その可視化や連携は限定的であった。健康日本21推進体制の構築状況については、13.5%が「団体独自の目標設定あり」、36.0%が「推進体制あり」と回答した。国および学術団体からの情報提供の必要性については、46.1～48.3%が「必要あり」と回答した（表3）。

「取組あり」と回答した項目における健康日本21（第三次）目標分野間の関連を探索的に把握するため、Spearman順位相関係数を算出した（図1）。その結果、非常に強い相関（ $\rho \geq 0.8$ ）が「循環器病」と「糖尿病」、「がん」と「COPD」

表2. 加入団体の法人区分別・主たる活動分野別回答状況（N=140）

	回答あり n (%)	回答なし n (%)
法人区分		
一般財団法人(n=47)	29 (61.7)	18 (38.3)
公益社団法人(n=33)	19 (57.6)	14 (42.4)
公益財団法人(n=25)	15 (60.0)	10 (40.0)
NPO法人(n=18)	11 (61.1)	7 (38.9)
その他(n=17)	15 (88.2)	2 (11.8)
主たる活動分野		
身体活動・運動(n=32)	24 (75.0)	8 (25.0)
健診事業(n=15)	5 (33.3)	10 (66.7)
栄養・食生活(n=12)	9 (75.0)	3 (25.0)
飲酒・禁煙・歯科(n=11)	8 (72.7)	3 (27.3)
地域医療・福祉(n=9)	2 (22.2)	7 (77.8)
生活習慣病予防(n=9)	5 (55.6)	4 (44.4)
子ども・女性(n=6)	3 (50.0)	3 (50.0)
労働・産業(n=5)	4 (80.0)	1 (20.0)
行政(n=5)	4 (80.0)	1 (20.0)
健康寿命(n=4)	3 (75.0)	1 (25.0)
医療保険者(n=4)	3 (75.0)	1 (25.0)
その他の職能・養成(n=7)	6 (85.7)	1 (14.3)
その他の学術(n=7)	6 (85.7)	1 (14.3)
その他(n=14)	7 (50.0)	7 (50.0)
全加入団体 N=140)	89 (63.6)	51 (36.4)

表3. 回答団体の活動状況と情報提供の要否 (N=89)

	あり n (%)	なし n (%)
健康日本21普及啓発活動の実施状況		
健康日本21推進全国連絡協議会の後援名義の使用	23 (25.8)	66 (74.2)
団体ウェブサイトへの健康日本21推進全国連絡協議会シンボルマークの掲載	18 (20.2)	71 (79.8)
団体ウェブサイトでの健康日本21推進全国連絡協議会のプラットフォーム <small>(note)</small> のリンク設定	24 (27.0)	65 (73.0)
団体ウェブサイトでの厚生労働省「スマート・ライフ・プロジェクト」のリンクの設定	13 (14.6)	76 (85.4)
団体SNSを通じた健康日本21の普及啓発	17 (19.1)	72 (80.9)
健康日本21の普及啓発事業の主催	34 (38.2)	55 (61.8)
普及啓発事業の主催ありの場合、その事業の内容 複数回答/ (内は34を分母とした割合)		
講演会	21 (61.8)	—
指導者研修	16 (47.1)	—
広報資料	15 (44.1)	—
学術集会	11 (32.4)	—
その他(体験事業・イベント等)	6 (17.6)	—
健康日本21(第三次)目標項目の活動状況【項目以上】		
取組	71 (79.8)	18 (20.2)
取組の公表	15 (16.9)	74 (83.1)
団体のミッションとしての活動	53 (59.6)	36 (40.4)
団体独自の目標値の設定	7 (7.9)	82 (92.1)
他団体との連携	13 (14.6)	76 (85.4)
健康日本21推進体制の構築状況		
団体独自の目標の設定	12 (13.5)	77 (86.5)
推進体制	32 (36.0)	57 (64.0)
国および学術団体からの情報提供の必要性		
国からの情報提供	43 (48.3)	46 (51.7)
学術団体からの情報提供	41 (46.1)	48 (53.9)

図1. 各団体で「取組あり」と回答した項目における健康日本21(第三次)目標分野間のSpearman順位相関係数 (n=89)

	健康寿命と健康格差	栄養・食生活	身体活動・運動目標	休養・睡眠	飲酒	喫煙	歯・口腔の健康	がん	循環器病	糖尿病	COPD	生活機能	つながり・心の健康	健康になれる環境	アクセス基盤
健康寿命と健康格差	1.00	0.65	0.61	0.47	0.34	0.33	0.45	0.45	0.61	0.60	0.43	0.49	0.50	0.34	0.44
栄養・食生活		1.00	0.62	0.57	0.56	0.45	0.51	0.56	0.63	0.64	0.54	0.59	0.47	0.40	0.38
身体活動・運動目標			1.00	0.47	0.38	0.28	0.38	0.43	0.48	0.47	0.36	0.59	0.46	0.29	0.35
休養・睡眠				1.00	0.48	0.32	0.59	0.65	0.67	0.64	0.57	0.69	0.64	0.56	0.45
飲酒					1.00	0.65	0.65	0.53	0.46	0.48	0.61	0.42	0.42	0.47	0.36
喫煙						1.00	0.54	0.54	0.50	0.51	0.62	0.38	0.32	0.50	0.39
歯・口腔の健康							1.00	0.71	0.46	0.43	0.67	0.52	0.53	0.47	0.41
がん								1.00	0.62	0.59	0.85	0.68	0.58	0.52	0.52
循環器病									1.00	0.96	0.60	0.68	0.61	0.59	0.47
糖尿病										1.00	0.57	0.64	0.57	0.56	0.43
COPD											1.00	0.55	0.45	0.55	0.44
生活機能												1.00	0.61	0.42	0.50
つながり・心の健康													1.00	0.56	0.44
健康になれる環境														1.00	0.38
アクセス基盤															1.00

注:回答団体(n=89)について、各分野の取組状況の関連を探索的に把握するため、Spearman順位相関係数を算出した。セルの濃淡は相関係数の大きさを示す。
 ■ $\rho \geq 0.8$ ■ $0.6 \leq \rho < 0.8$ ■ $0.4 \leq \rho < 0.6$

の間で認められた。「循環器病」と「糖尿病」には特定健康診査等に関連する共通項目が3つ含まれていた。また、「栄養・食生活」「休養・睡眠」と「循環器病」「糖尿病」の間、「飲酒」「喫煙」「歯・口腔の健康」と「COPD」の間、「がん」「循環器病」「糖尿病」と「生活機能」の間、「休養・睡眠」「生活機能」と「つながり・心の健康」の間等、複数の分野間で強い相関 ($0.6 \leq \rho < 0.8$) が認められた。さらに、「健康寿命と健康格差」は「栄養・食生活」「身体活動・運動目標」「循環器病」「糖尿病」等、複数の分野間で強い相関 ($0.6 \leq \rho < 0.8$) を示した。

II. 加入団体の属性と取組状況の関連の探索的評価 (N=140)

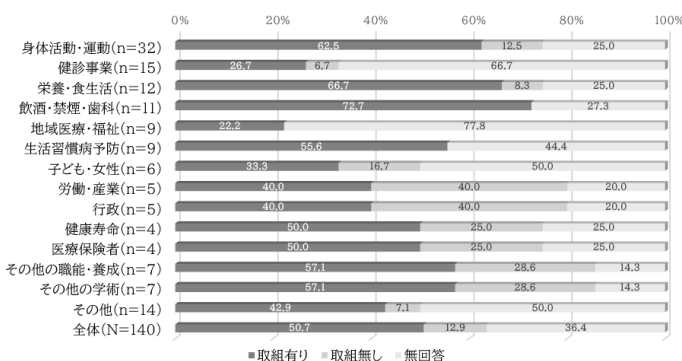
次に、無回答団体も含む全加入団体について、領域属性ごとのアンケート回答状況および健康日本21(第三次)目標項目別の実施状況を整理した。

全加入団体の主たる活動分野別の「取組状況」と「他団体との連携状況」の目標分野別集計結果は、図2に示す。140団体のうち、本アンケートに回答し、かつ何らかの項目に「取組あり」と回答した団体は、50.7%であったが、その回答および取組の状況は、主たる活動分野による差がみられた。回答率は、「身体活動・運動」「栄養・食生活」「飲酒・禁煙・歯科」「労働・産業」「行政」「健康寿命」「医療保険者」「その他職能・養成」「その他学術」の関連団体で比較的高く、「健診事業」「地域医療・福祉」の関連団体で低

かった。回答率が高かった活動分野のうち、特に「身体活動・運動」「栄養・食生活」「飲酒・禁煙・歯科」の関連団体は、健康日本21(第三次)の目標項目への取組率も高かった。また、140団体のうち、本アンケートに回答し、かつ「他団体と連携あり」と回答した団体は9.3%であった。そのうち、「飲酒・禁煙・歯科」「行政」「その他学術」の関連団体で「他団体と連携あり」と回答した団体は、54項目すべてにおいて連携していた一方で、「身体活動・運動」「健診事業」「生活習慣病予防」「医療保険者」の関連団体で「他団体と連携あり」と回答した団体は、限定的な項目においてのみ連携していた。

全加入団体の主たる活動分野別の「取組状況」の健康日本21(第三次)目標項目別集計結果を図3に示す。ここでは、協議会への加入団体数が6団体以上の活動分野のみを、数の多い順に掲載した。図3からは、目標分野横断的に幅広い項目に取り組んでいる「身体活動・運動」「健診事業」「栄養・食生活」「生活習慣病予防」等の関連団体に対し、主たる活動分野に関連する項目を集中的に取り組んでいる「飲酒・禁煙・歯科」「地域医療・福祉」等の関連団体の大きく2つのパターンが存在することが確認された。また、「健診事業」「地域医療・福祉」の関連団体等、協議会への加入団体数は少ないがアンケートそのものへの回答率が高くないことにより、集団としての取組傾向が把握できない活動分野が存在することも確認された。

図2. 全加入団体の主たる活動分野別回答/取組状況 (N=140)



全加入団体の主たる活動分野別回答/他団体との連携状況 (N=140)

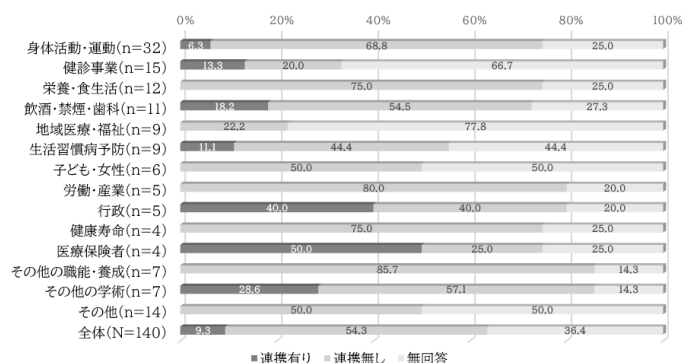
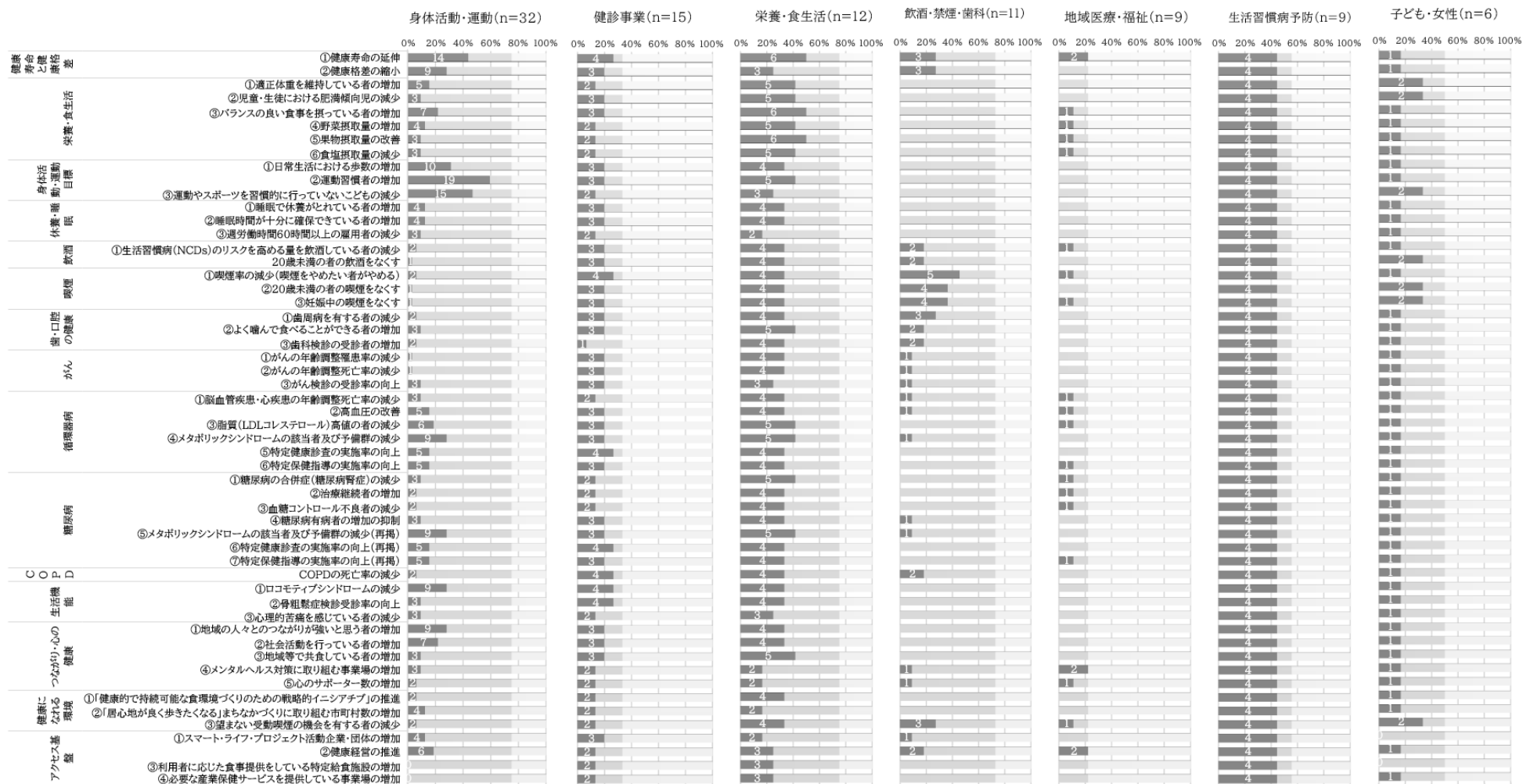


図3. 全加入団体の活動分野別54項目の取組状況 (N=140)



Ⅲ. 国および学術団体からの情報提供として希望する内容 (n=89)

回答団体が国および学術団体からの情報提供として希望する内容について、自由記載回答を類似項目ごとに整理した結果は、表4に示す。

国に関する内容は42件、学術団体に関する内容は40件であった。希望する内容は、「健康日本21(第三次)に関する情報」「国の取組推進に関する情報/学術団体の論文や取組に関する内容」「科学的根拠に基づく情報」「資材・ツールの提供」「研修会の情報」の大きく5つに分類された。「健康日本21(第三次)に関する情報」では、両者に対して「取組事例・成功事例」

「各種ガイドラインの情報」「進捗状況・中間評価」を希望する回答が多かった。「国の取組推進に関する情報/学術団体の論文や取組に関する内容」では、国に対して「他団体・関係施設・関係事業者との連携方法」「国や自治体の支援策・助成事業の情報」「国が推進する最新の取組や変更に関するタイムリーな情報提供」、学術団体に対して「最新の研究・調査・動向」を希望する回答が多かった。「科学的根拠に基づく情報」では、国に対しては「国民健康・栄養調査等の国の統計情報」「科学的根拠に基づく最新情報全般」、学術団体に対しては専門領域別の様々な情報を希望する回答がみられた。「資材・ツールの提供」では、両者に対して「そのまま普及啓発に活用できる資料」を希望する回答が多く、学術団体に対しては「一般の人々向けの科学的根拠に基づいた教育・啓発資材の提供」を求める回答が多かった。

(研究2)

特定健診では研修受診後に受診勧奨判定値に基づいて、健診機関から受診勧奨が行われる。さらに協会けんぽでは、従前から高血圧と糖尿病については、受診後3ヶ月以内に医療機関の受診が確認できない者に対して重症化予防の一環として本部からの文書、さらに支部からの文書・電話等による受診勧奨を重症者に絞って

実施していた(糖尿病領域とⅡ度高血圧以上)。そして2022年度後半からはLDLコレステロール180mg/dL以上を対象とした重症化予防受診勧奨事業を開始した(図4)。今回は、開始年度(2022年度)と翌年度(2023年度)のLDLを含む各重症化予防の生活習慣病予防健診の受診勧奨後の受療率をレセプトの有無で判定して集計した。

図5は、2022年での結果を示す。この年の生活習慣病予防健診の受診者数は約1千50万人である。ここではすべての受診勧奨が終了した健診受診後10ヶ月経過時点の受療率を示す。危険因子の重複者除く、血圧、血糖、脂質(LDL)単独群(「のみ」と記載があるもの)を比較すると、血圧が35.1%、血糖が37.8%であるのに対し、脂質は27.9%と低い水準に留まっていた。この年は、重症の脂質異常症(LDLコレステロール180mg/dL以上)への重要化予防受診勧奨は年度後半のみであることに留意すべきである。

図6は、2023年度の状況を示す。この年の年から年間を通じて脂質異常症への重症化予防の受診勧奨が開始された。生活習慣病予防健診の受診者数は約1千100万人である。同じく健診受診後10ヶ月経過時点の受療率を示す。危険因子の重複者除く、血圧、血糖、脂質(LDL)単独群(「のみ」と記載があるもの)を比較すると、血圧が35.2%、血糖が38.6%であるのに対し、脂質は29.7%と前年度よりは高くなっていたが、他と比べて低いままであった。

若年期からの高LDL対策の資料として、香川県から資料の提供を受けた。図7に香川県の循環器病対策推進計画を抜粋して示すが、「小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策」として、学校での小児生活習慣病予防健診が明記されている。小学4年生と中学2年生に実施されており、受診率は85%を超えている。

図8に香川県学校健診におけるLDLコレステロール140mg/dL以上の割合の推移を示した。おおむね小学生で3~4%、中学生で2~3%で推

表4. 国および学術団体からの情報提供として希望する内容 (n=89/自由記述/複数回答)

	国からの情報提供として希望する内容 (n = 42)	回答 団体数	学術団体からの情報提供として希望する内容 (n = 40)	回答 団体数
健康日本21 第三次)に関する情報	健康日本21 第三次)の目標項目に関連する取組事例・成功事例	6	健康日本21 第三次)の目標項目を達成するための具体的な取組事例、成功事例	7
	健康日本21 第三次)の目標項目に関連する各種ガイドラインの情報	5	健康日本21 第三次)の目標項目に関連する各種ガイドラインの情報	5
	健康日本21 第三次)の進捗状況・中間評価	5	健康日本21 第三次)の進捗状況・中間評価	2
	健康日本21 第三次)の目標項目に関連する各種対策基本法・指針等の情報	4	健康日本21 第三次)に関する論文の公開日や参照先	2
	健康日本21 第三次)の目標項目・目標値・目標年度	3		
	健康日本21 第三次)の目標項目に関連する自治体向けの国の通知の発出日と参照先	2		
国の取組促進に関する情報/ 学術団体の論文や取組に関する情報	他団体・関係施設・関係事業者との連携方法	3	最新の研究・調査・動向の報告	6
	国や自治体の支援策・助成事業の情報	2	最新の調査結果	1
	国が推進する最新の取組や変更に関するタイムリーな情報提供	2	他の専門領域の学術団体の取組状況	1
	地域別の健康指標	1	地域における実践活動などの事例やその成果の評価に関する学術論文	1
	地域で活用できる運動指導場所	1	汎用性および社会実装できる研究を行っている研究者の学術論文	1
	運動指導者の要求がある地域	1		
	産業保健分野における施策や国の動向	1		
	喫煙や禁煙に関する国の取組や規制の方向	1		
	「タバコ規制枠組み条約 (FCTC)」・WHOの動向の情報提供	1		
科学的根拠に基づく情報	国民健康・栄養調査等の国の統計情報	7	科学的根拠に基づく情報全般	2
	科学的根拠に基づく最新情報全般	6	好事例の紹介や対策に役立つ科学的根拠	2
	加熱式タバコ・電子タバコ対策の情報	3	運動・スポーツが心身の健康に与える影響に関するエビデンス	1
	タバコの害・受動喫煙の害	2	運動・食事・休養と健康寿命の相関関係	1
	食育推進のための有効情報の提供	2	飲酒と健康に関する情報	1
	高齢者に関する情報全般・運動・栄養・睡眠・社会活動への参加状況等)	2	高齢者に関わる情報全般・運動・栄養・睡眠の状況・対策)	1
	運動・スポーツに関する全国調査結果	2	メンタルヘルス対策	1
	資格保持者による指導と健康の関係を示す情報	1	各目標項目とこころの健康維持の項目および経済状況の関連性	1
	禁煙治療の情報	1	COPD・心臓疾患・がん罹患に関する情報	1
			新型タバコに関する最新情報	1
			喫煙対策を推進する科学的根拠	1
			禁煙治療に関する情報	1
		「百害あるタバコ」の情報	1	
資料、ツールの提供	そのまま普及啓発に活用できる資料・統計・グラフ・文献・取組・ガイドライン等)	3	一般の人々向けの科学的根拠に基づいた教育・啓発資料の提供	3
	各目標項目に関する取り組み事例集	1	そのまま普及啓発に活用できる資料・統計・グラフ・文献・取組・ガイドライン等)	2
	一般の人々への普及啓発に活用できるアプリ	1	運動指導者が利用しやすいプレゼン用のデータ例	1
研修会の情報	研修会の案内	2	各学術団体が提供しているコンテンツや掲載情報の共有	1
			研修会の案内	2

図 4. 全国健康保険協会の生活習慣病予防健診後の受診勧奨基準値

* 血圧・血糖値の未治療者への受診勧奨は平成25年10月から開始

一次案内の「対象者」と「実施方法」

【対象者】以下の基準のうち、いずれかひとつでも該当する方

血圧		血糖		LDL
収縮期血圧値	拡張期血圧値	空腹時血糖値	HbA1c	LDLコレステロール値
160mmHg以上	100mmHg以上	126mg/dl以上	6.5%以上 (NGSP値)	180mg/dL以上

2022.10から
該当基準を追加

※ 6年度から、被扶養者及び協会が事業者健診結果データを取得した者等も受診勧奨対象に追加する。

【実施方法】

概ね健診受診の半年後、上の対象者に医療機関への受診案内を自宅へ送付。
また、より重症域（二次案内対象者）の方に対しては、回答書を同封し、支部への返送を依頼。

二次案内の「対象者」と「実施方法」

【対象者】

一次案内の対象者のうち、以下の基準のいずれかひとつでも該当する方

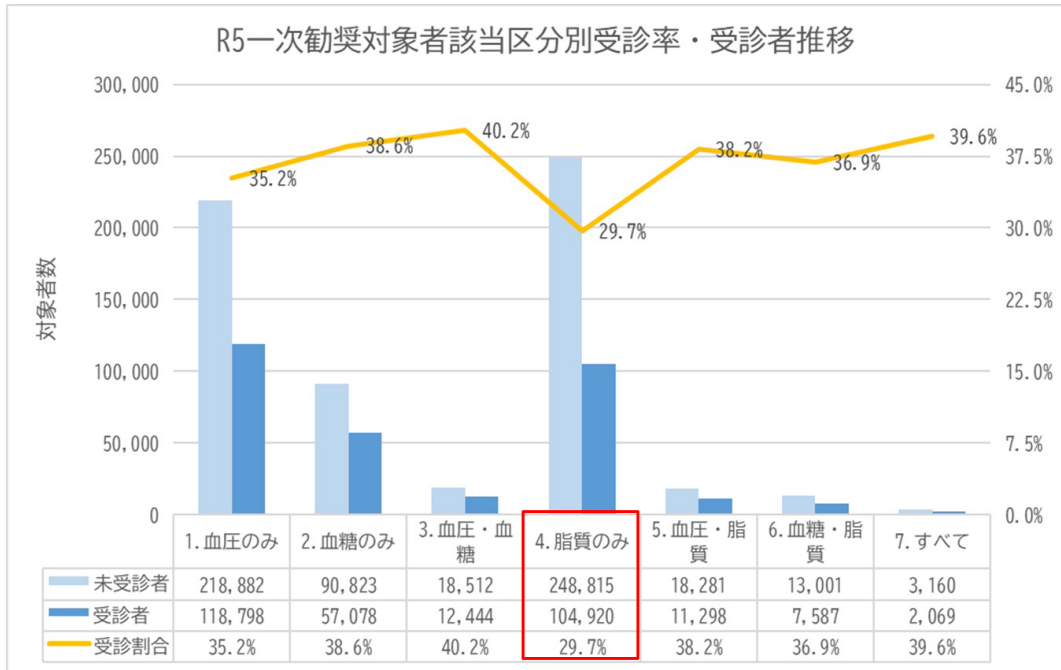
収縮期血圧値	拡張期血圧値	空腹時血糖値	HbA1c	①血圧 ②血糖 ③LDLコレステロール
180mmHg以上	110mmHg以上	160mg/dl以上	8.4%以上 (NGSP値)	一次勧奨該当基準 に2つ以上該当

【実施方法】

一次案内を送付後、支部の保健師等から電話・文書・訪問により医療機関への未受診の方に対して再度医療機関への受診案内を実施。

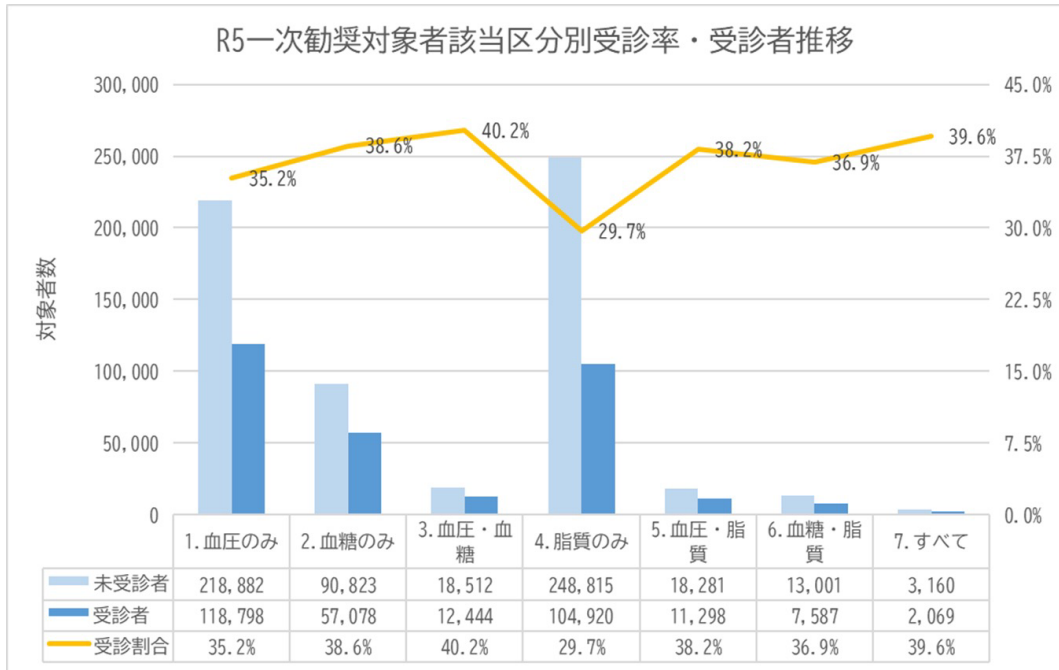
大和昌代. 第56回日本動脈硬化学会総会・学術集会(神戸)、合同シンポジウム1. 2024年から引用

図 5. 全国健康保険協会の生活習慣病予防健診受診から 10 ヶ月後の対象者の医療機関受診状況 (2022 年度)



※R5生活習慣病予防健診受診者数:10,924,275人

図6. 全国健康保険協会の生活習慣病予防健診受診から10ヶ月後の対象者の医療機関受診状況(2023年度)



※R5生活習慣病予防健診受診者数:10,924,275人

図7. 香川県循環器病対策推進計画(令和6年3月)

(10)小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

【現状・課題】

- 本県では、学校健診等の機会に加え、小児生活習慣病予防健診を独自に実施しており、血液検査等の結果から、家族性高コレステロール血症などの診断・治療につながっています。
- 小児慢性特定疾病などの小児期からの疾患の治療、合併症や続発性に対する生涯を通じた医療や社会福祉的管理が必要で、小児から成人に至る自立支援事業が円滑に行われることが必要です。

【対策】

- 学校健診や小児生活習慣病予防健診等により、二次検診や保健指導が必要となった場合は、家庭・地域・学校・医療機関・医師会・大学、脳卒中・心臓病等総合支援センターなどと連携を取りながら、対象の子どもとその家族に対して適切なフォローアップを推進していきます。
- 小児慢性特定疾病児童等が、成人後も必要な医療等を切れ目なく受けられるための取組みを進めるとともに、成人期を見据え、各種支援策と連携していきます。

小児生活習慣病予防健診の実施率	小学4年生	88.1%	増加 (令和14年度)	健康福祉総務課(令和4年度)
	中学1年生	86.5%	増加 (令和14年度)	

図8. 香川県学校健診における高LDLコレステロール血症の推移 (140 mg/dl 以上)

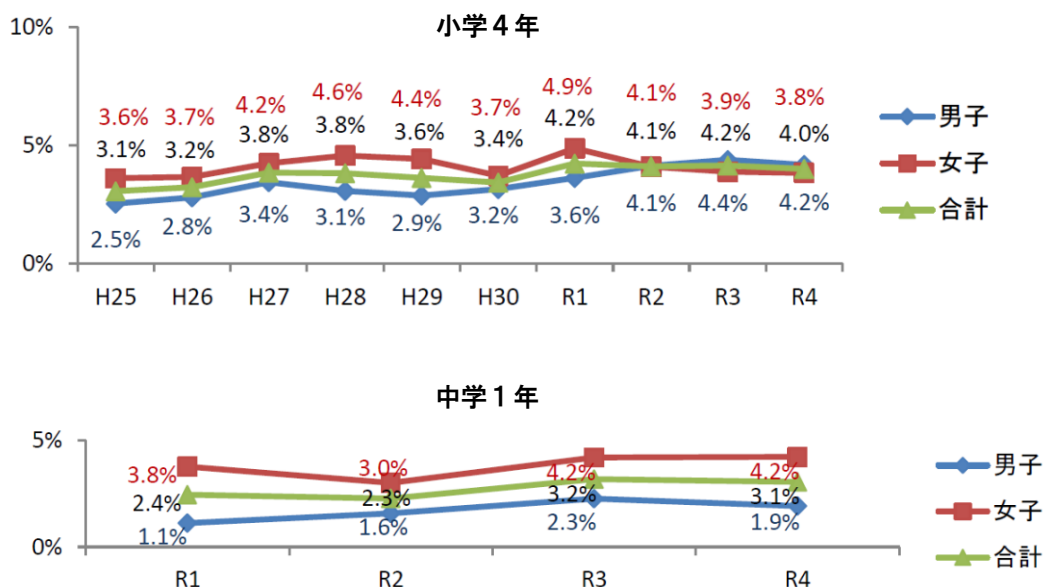
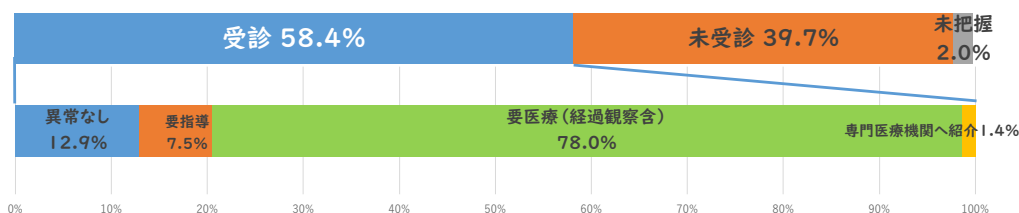
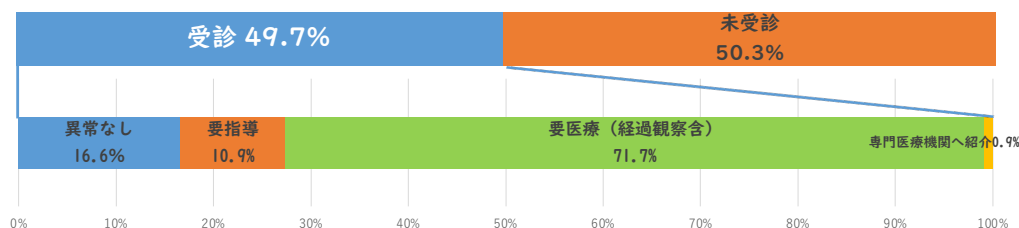


図9. 二次検診受診フォローアップ

令和3年度受診状況及び受診結果 (小学4年生)



令和3年度二次検診受診状況及び受診結果 (中学1年生)



移している。なお該当者には二次検診の受診勧奨が行われているが、受診率は小学生で58.4%、中学生で49.7%であり、受診した者の7割以上が要医療(経過観察含む)となっていた(図9)。

D. 考察

(研究1)

協議会加入団体の主たる活動分野は、「身体活動・運動 (n=32)」「健診事業 (n=15)」「栄養・

食生活 (n=12)」の順に多く、これらの領域属性は、今後の協議会内における指標開発や連携体制構築を検討する上で、重要な基盤となり得る。

回答のあった団体における健康日本21の普及啓発活動の実施状況からは、多くの加入団体において、協議会のプラットフォーム (note) や厚生労働省のスマート・ライフ・プロジェクトのウェブサイトへのリンク設定、SNSによる情報発信等、ICTを活用した情報発信や外部資

源との接続が十分とはいえない実態が示された。2010年の英国公衆衛生白書では「介入のはしご」が示されており[2]、2024年に当研究班により作成された健康日本21（第三次）のアクションプランでも、この考え方を踏まえて施策整理が行われ、主に「レベル6 環境を整えて健康な選択を誘導」「レベル7 情報提供・教育」に「スマート・ライフ・プロジェクトによる表彰」「ウェブサイトによる情報提供」「SNSを活用した情報発信」等が位置づけられている[3]。このことから、第三次期間中においては、ICT活用基盤のさらなる強化が望まれる。実施率が比較的高かった普及啓発事業の開催についても、ICTを活用した周知促進等により、より一層の効果が得られる可能性がある。

また、回答のあった団体の大半は、団体のミッションに基づいて健康日本21（第三次）の各目標に取り組んでいるものの、団体独自の目標値の設定や他団体との連携等、定量的な評価指標や連携の具体性は十分でない現状が示された。健康日本21（第三次）では、目標達成に向けて領域レベルのロジックモデルとアクションプランが整備されている一方で、現場の団体レベルでそれに対応する具体的な指標設定は十分でない可能性がある[3,4]。他団体との連携についても、国、自治体、医療保険者、企業、学校等の主体別に施策を整理する考え方が示されており、例えば循環器病領域と糖尿病領域のロジックモデルでは、生活習慣病等の改善段階における「栄養・食生活」、「身体活動・運動」「飲酒」「喫煙」「歯・口腔」の領域との連携や環境整備の必要性が明記されている[4]。このことから、今後は、各団体において、目標への賛同にとどまらず、評価可能な指標設定と連携主体としての役割の明確化が求められる。

健康増進分野における分野間連携に関するスコーピングレビューでは、連携を促進するために、基準、モデル、指標の整備が重要であり、評価指標として参加者数、連携の程度、持続可能性等が用いられることが示されている[5]。

本研究においても、協議会加入団体での取組自体は一定程度認められた一方で、その可視化や他団体との連携の具体化は十分ではなかったことから、今後は、連携を評価可能な形で設計しうる指標の整備が必要と考えられる。

本研究で示した目標分野間の相関（図1）からは、取組項目の共通性や領域属性が分野間の結びつきに影響している可能性が示唆された。そこで、その背景を相関係数の算出に用いた元データの内訳から確認した。

特に、「循環器病」と「糖尿病」の相関係数の高さについては、特定健康診査や特定保健指導に関連する共通項目を背景に、一体的な取組が行われやすい構造があることの影響が考えられる。一方、「飲酒」「喫煙」「歯・口腔の健康」「がん」と「COPD」、「栄養・食生活」「休養・睡眠」「生活機能」と各種生活習慣病関連分野、「休養・睡眠」「生活機能」と「つながり・心の健康」の相関係数の高さについては、「身体活動・運動」「健診事業」「栄養・食生活」等、団体数の多い領域属性の取組の影響が考えられる。

加えて、図3にて、主たる活動分野別に54項目への取組状況を俯瞰することは、図1で相関係数の高かった目標分野について、その取組構造や補完・連携の余地を検討するための材料となる。「循環器病」と「糖尿病」の目標分野については、図3に掲載した7つの領域属性すべてで取組が認められた。その他の目標分野についても、多くの領域属性において目標分野横断的な取組が認められたが、その構造には領域属性による違いがみられた。

「身体活動・運動」関連団体では、自領域に近い項目を中心に広がりを持つ一方で、各目標項目の取組団体数にはばらつきが認められた。加入団体が最も多く、運動を基盤とした健康づくり施策全般の担い手になり得る領域属性であるため、より一層の目標分野横断的な取組が期待される。

「栄養・食生活」関連団体は、全54項目にわたり幅広い取組がみられ、栄養を基盤とした健

康づくり施策全般の担い手となり得る可能性が示唆された。

「健診事業」関連団体も、回答した団体に限れば目標分野横断的な取組がみられ、連携の担い手となる可能性を有していた。しかし、アンケート回答率そのものは高くなかったことから、現時点では領域全体の傾向というより、協議会に接続しやすい一部団体の特徴を反映している可能性も考えられる。したがって、今回の結果における目標分野横断的な取組をもって直ちに協議会における中心的な担い手と位置づけるのではなく、まずは領域内部で無回答団体の巻き込みの強化、および、潜在的な特徴の把握が必要な領域属性として捉える必要がある。

一方、「飲酒・禁煙・歯科」関連団体では、自らの専門領域に対応した目標項目への集中的な取組がみられ、目標分野横断的な広がりよりも、特定の目標分野に対する専門的役割を担っている可能性が示唆された。

「地域医療・福祉」関連団体についても、専門領域を中心とした取組がみられたが、回答率が高くなかったことから、現時点では領域全体の潜在的な特徴を十分に把握できていない可能性がある。

以上より、協議会加入団体における今後の連携推進においては、目標分野間の相関の強度を手がかりとしつつ、各領域属性を「目標分野横断型」「目標分野特化型」「把握不十分型」の3つに整理し、それぞれの役割を明確化していく必要があると考える。すなわち、「身体活動・運動」「栄養・食生活」関連団体のように比較的可視化されやすい「目標分野横断型」の領域属性を連携の起点としつつ、「飲酒・禁煙・歯科」関連団体のような「目標分野特化型」の領域属性が専門的役割を担い、連携を進めていく。一方、「健診事業」「地域医療・福祉」関連団体のようにアンケートへの無回答団体の多かった「把握不十分型」の領域属性については、協議会の活動との積極的な接続の促進と情報把握の強化

が求められる。

さらに、アンケート回答団体が国および学術団体からの情報提供として希望する内容を確認したところ、回答団体は、健康日本21（第三次）に関する総論的な情報に加えて、取組事例、ガイドライン、進捗状況、資材・ツール、研修機会等、実際の活動に直結する具体的かつ実装可能な情報を求めていることが示された。このようなニーズの存在は、各団体が健康日本21（第三次）に一定の関心と取組を有していても、それを評価可能な形で整理し、普及啓発や連携に具体化していくための支援基盤がなお十分ではない可能性を示している。健康日本21（第三次）では、全ての目標項目について計画開始後6年を目途に中間評価、10年を目途に最終評価を行い、PDCAサイクルを通じてより効果的な健康づくりを進める考え方が示されており[6]、本研究で確認された情報提供ニーズに国や学術団体に対応していくことは、各団体がこうした評価と改善の枠組みに積極的に参画するための重要な支援となると考えられる。

また、国に対しては、施策動向、支援策、統計情報、他団体との連携方法等に関する希望が多くみられた一方、学術団体に対しては、最新の研究成果や専門領域別の科学的根拠、一般向けにも活用可能な教育・啓発資材への期待が示された。すなわち、国には制度的・実務的な情報提供主体としての役割が、学術団体には科学的知見を現場で活用可能な形へ翻訳する役割が、それぞれ期待されていると考えられる。こうした情報提供体制の整備は、各団体の取組の可視化と質の向上、ならびに他団体との連携の具体化を支える重要な基盤となると考えられる。

本研究の結果から、

- 1) ICTを活用した情報発信や連携基盤の構築、ならびに取組の可視化支援
- 2) 目標分野横断型の領域属性（「身体活動・運動」「栄養・食生活」等）を核とした分野間連携モデルの提示

3) 国・学術団体による現場実装用ツールの提供

の3点が特に重要であると示唆された。

(本研究の限界)

本研究の限界として、アンケート回答率が63.6%に留まり、無回答団体における取組状況が反映されていないことが挙げられる。特に回答率の低かった領域属性については、結果の解釈に慎重を要する。また、取組の有無は各団体の自己申告に基づくものであり、活動の質を客観的には評価するには至らない。

(研究2)

メタボリックシンドロームは、もともと高LDL コレステロール血症をスタチン等で治療した際、それでも動脈硬化性疾患が発症しやすい要因(残余リスク)の探索で産まれた概念である。そのため、メタボリックシンドロームの構成要素の脂質異常症にはLDLは含まれていない[7]。しかし臨床的には脂質異常症の最大管理目標はLDLであり、これは臨床試験において、中性脂肪の低下やHDLを上昇させる薬の効果がはかばかしくないのに対し、LDL低下両方は安定した効果を示していることによる。そのため健康日本21(第三次)では、高LDL コレステロール血症(160mg/dL以上)の減少を目標にあげている。

なお血圧と異なり、LDLのポピュレーションアプローチは困難であり、これは生活習慣の改善の難易度が高いためである。健康日本21(第三次)の循環器病のロジックモデルにおいて、第1層の生活習慣の改善として「飽和脂肪酸摂取の減少」が記載されているものの、実際は、摂取エネルギーもコントロールしつつ多価不飽和脂肪酸とのバランスをとるといった難易度が高いことが求められるため、情報提供や自己管理で進めるのは負担が大きい。一方、前述のようにスタチンを中心とした安価な薬で簡単かつ安全にLDLコレステロールを下げるのが可能なため、特にハイリスク者については受診

勧奨が重要となる。

きょうかい健保では、健康日本21のLDLコレステロール160mg/dLではなく、180mg/dLを重症化予防の高LDL血症の定義としているが、前者は動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年度版の低リスク者の管理目標値であるのに対し、後者は同ガイドラインのすぐに服薬を勧めるべき基準値となっており[8]、両者の目的を考えると妥当な値と考えられる。LDLコレステロール180mg/dL以上は、遺伝性の家族性高コレステロール血症を疑う必要もあるレベルであり、一般集団の数百人に1人という頻度の高さを考えると必ず受診勧奨の際に念頭に置いて置くべき疾患である。

さらに採血を伴う学校健診が稀な中、香川県の事業は白眉に値する。義務教育の時からLDLコレステロールを上昇させないような生活習慣やその知識を身に着けておくことは、将来的なポピュレーションアプローチの推進の支えになる。また香川県の循環器病対策推進計画では、家族性高コレステロール血症のスクリーニングとしての意義も記載されている。実際にカスケードスクリーニングを行い、子供の高LDLコレステロール血症をきっかけに親の家族性高コレステロール血症を発見・治療する事業も進められていた。また地元の大学や医療機関、教育委員会などでかなり密な連携体制がとられている。このような事業を他地域で展開する場合、香川県の事例は大きな参考事例となるであろう。

E. 結論

研究1では、健康日本21推進全国連絡協議会加入団体がそれぞれのミッションに基づいて健康日本21(第三次)の各目標に取り組んでいることが示されたが、定量的な評価指標や連携の具体例が不足している現状が支援された。目標分野間の関連構造と領域属性ごとの特性を踏まえつつ、評価可能な指標の設定、団体間ネットワークの形成を促進する仕組みが必要

である。

研究2では、循環器病予防のロジックモデルのうちアクションプランの方策が十分でない脂質異常症（高LDLコレステロール血症）の対策について整理し、成人における体系的な受診勧奨の必要性、小児期からのスクリーニングの普及の必要性が示唆された、今後、循環器病予防のロジックモデルに組み込んでいく必要があると考えられた。

（文献）

- [1] 健康日本21推進全国連絡協議会. 加入団体紹介. <https://note.com/kenkounippon21/m/mb1d88aa10d75> (2026年3月31日アクセス)
 - [2] Department of Health. Healthy Lives, Healthy People: Our strategy for public health in England. London: The Stationery Office; 2010.
 - [3] 厚生労働行政推進調査事業費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業). 次期健康づくり運動プラン作成と推進に向けた研究 ロジックモデルとアクションプラン. <https://kenkounihon21-3rd.net/region.html> (2026年3月31日アクセス)
 - [4] 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(令和6年度開始)策定専門委員会, 歯科口腔保健の推進に関する専門委員会. 健康日本21(第三次)推進のための説明資料. <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001158816.pdf> (2026年3月31日アクセス)
 - [5] Esmaili MRA, Damari B, Hajebi A, et al. Basic criteria, models, and indicators of intersectoral collaboration in health promotion: a scoping review. Iran J Public Health. 2021;50(5):852-865.
 - [6] 厚生労働省. 健康日本21(第三次)の概要. <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001158810.pdf> (2026年3月31日アクセス)
 - [7] Hirata A, Uchida T. The Specific Health Checkups and Specific Health Guidance Program: A Strategy for the Prevention of Cardiovascular Disease in Japan. J Atheroscler Thromb 2026;33:367-376.
 - [8] Okamura T, et al. Japan Atherosclerosis Society (JAS) Guidelines for Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Diseases 2022. J Atheroscler Thromb 2024;31:641-853.
- F. 健康危険情報
なし
- G. 研究発表
1. 論文発表
 - 1) 岡村智教. 健康日本21の循環器病分野について—第2次(2013~2023)の評価と第3次(2024~2035)の概要. 日本循環器病予防学会誌, 60:103-113, 2025.
 2. 学会発表
 - 1) 岡田結生子, 井上 茂, 奥田奈賀子, 門田 文, 三浦克之, 岡村智教. 「健康日本21推進機関の連携指標開発に向けた健康日本21(第三次)目標項目への取組状況の調査」. 第84回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025年10月29日.
 - 2) 岡田結生子, 井上 茂, 奥田奈賀子, 門田 文, 三浦克之, 岡村智教. 「健康日本21推進機関に加入する民間団体の取組および連携体制の現状把握」. 第96回日本衛生学会総会, 宇都宮, 2026年3月19日.
 - 3) 岡村智教. 宮崎県健康増進計画評価支援事業に係る評価支援研修会健康日本21(第3次)の推進に向けて—循環器分野のロジックモデル作成と介入のはしご—. 2025年9月25日(オンライン).

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

(謝辞)

本研究の推進にあたり情報と資料の提示にご協力いただいた全国健康保険協会本部保健部、香川県健康福祉部理事 星川洋一先生にこの場を借りて御礼申し上げます。

既存資料として使用した健康日本 21 推進全国連絡協議会加入団体に対するアンケートデータは、厚生労働科学研究補助金による「国民健康・栄養調査対象集団の新旧コホート研究による健康日本 21 (第三次) 推進のエビデンス構築:NIPPON DATA80/90/2010」研究班で収集した2024年度のアナケート調査である。

たばこ対策の推進及び進捗評価に関する研究

研究分担者 片野田耕太 国立がん研究センターがん対策研究所 データサイエンス研究部・部長

研究要旨

喫煙は高血圧とともに日本人における疾病負荷が最も大きい要因の一つである。たばこ対策の好事例はインターネット上などで入手可能であるが、体系化された形では提供されていない。本研究は、たばこ対策の好事例を効果的に活用するために、効果的だと考えられる要素の抽出とそれに基づく構造化をすることを目的とした。たばこ対策の事例を「健康寿命を伸ばそう！アワード」および医中誌 Web から収集し、職域 4 事例および自治体 1 事例を選択した。それらの事例から効果的だと考えられる 4 つの要素（「時間をかける」、「楽しむ」、「周りを巻き込む」、および「コンセプトの明確化と伝達」）を抽出した。さらにこれら各要素に該当する項目を 5 事例から抽出し、各要素に該当する事例として構造的に配置した。この構造化の結果に基づいて、たばこ対策の好事例紹介パンフレットを作成する予定である。

A. 研究目的

喫煙は高血圧とともに日本人における疾病負荷が最も大きい要因の一つである¹⁾。健康日本 21（第二次）では、成人の喫煙率、未成年者（20 歳未満）の喫煙、妊娠中の喫煙、および受動喫煙の 4 つの目標が設定され、第三次でも基本的に踏襲されている。健康日本 21（第二次）の最終評価でこれら 4 つの目標はいずれも B（目標値に達していないが改善傾向にある）であり、うち未成年者の喫煙以外は B*（目標達成が危ぶまれる）であった。たばこ対策など保健政策の実践においては多くの障壁があり、それを軽減するための好事例が蓄積している²⁾。保健政策の好事例はインターネット上などで入手可能であるが、体系化された形では提供されていない。たばこ対策の好事例から共通項目の抽出や情報の構造化をすることで、より効果的に好事例の情報共有が可能になると考えられる。そこで本研究では、たばこ対策の好事例を効果的に活用するために、効果的だと考えられる要素の抽出とそれに基づく構造化をすることを目的とした。

B. 研究方法

たばこ対策の好事例候補を以下のデータソースから抽出した。

①健康寿命を伸ばそう！アワード

(<https://kennet.mhlw.go.jp/slp/award/index>)

取組内容＝「禁煙」

②医中誌 Web (<https://login.jamas.or.jp/>)

検索語＝「禁煙」「たばこ」「受動喫煙」（学会発表を除く）

抽出された好事例候補から、対策の具体性、多面性、活用可能性の観点で好事例を選択した。

選択された好事例から、対策の効果につながると考えられる共通する要素（概念）の抽出を行った。さらに、それらの各要素に該当する項目を好事例から抽出し、各要素に該当する事例として構造的に配置した。

C. 結果

データソース①から職域 3 事例、自治体 1 事例が、データソース②から職域 1 事例が選択された（表 1）³⁾。これら 5 つの事例から、対策の効果につながると考えられる 4 つの要素：

時間をかける（多段階展開）

楽しむ（ナッジの活用）

周りを巻き込む（多部門連携）

コンセプトの明確化と伝達（愛情）

を抽出した。これらの要素それぞれに該当すると考えられる項目を抽出して配置した（表1）。

D. 考 察

本研究では、たばこ対策の好事例を選定し、効果的だと考えられる上記4つの要素を抽出した。これらの好事例は、実際に職場や自治体の喫煙率などのアウトカムの改善にもつながっている。

まず最初の要素「時間をかける（多段階展開）」は、今回選択した好事例の特徴の一つとして、現状把握から開始して、環境を整えながら、徐々に対策の強度を上げていることから抽出された。たばこ対策は経営者や自治体首長へ説得、喫煙者、非喫煙者への丁寧な説明と動機づけ、喫煙所や禁煙支援などの環境整備、インセンティブ・ディスインセンティブの制度化、それらの周知・啓発、禁煙者のフォローなど、長い期間を必要とする。強引に進めることで喫煙者の反発を生むこともある。準備期間を含めて長いスパンで段階的に展開していくことが肝要だと考えられる。同じ生活習慣改善である身体活動の普及対策でも、単年度では効果につながらず、数年継続することで初めて効果が出ることを示されている⁴⁾。

2番目の要素「楽しむ（ナッジの活用）」については、本研究で選択した好事例において、肺年齢の測定、テレビプロデューサーの講演、「卒煙ダービー」など、思わず参加したくなる要素がちりばめられていることから抽出された。たばこ対策においても行動経済学で提唱されている「ナッジ」、つまり人々を強制することなく、望ましい行動に誘導するようなシグナルまたは仕組みを活用することが重要だと考えられる。

3番目の要素「周りを巻き込む（多部門連携）」

については、本研究で選択した好事例の多くが、喫煙者だけでなく非喫煙者の参加を促したり、非喫煙者にもインセンティブを提供する仕掛けをしていた。また、大分県の事例では、たばこ対策を栄養・食生活、身体活動・運動と一体化したキャンペーンに位置づけて、県内の多くの業種や団体の参加を募りやすくしていた。

最後の要素「コンセプトの明確化と伝達（愛情）」については、本研究で選択した好事例の特徴として、組織のトップや担当者がたばこ対策のコンセプトを明確化し、メッセージとして伝えていたことから抽出された。やや感情的な表現ではあるが、たばこ対策を「愛情」を込めて実施するかどうか、たばこ対策の持続性や効果につながっていると推察される。

これらの4つの要素はそれぞれが独立したのではなく、相互に関連しているものである。例えば、たばこ対策に「時間をかける」ためには、「コンセプトの明確化と伝達」が必要であるし、「楽しむ」要素があることで「周りを巻き込む」ことが可能となる。

本研究の次のステップとして、これらの4つの要素と抽出された項目の構造に基づいて、たばこ対策のパンフレットを作成する予定である。これによって、より効果的なたばこ対策の普及が可能になると期待される。

E. 結 論

たばこ対策の事例を収集し、効果的だと考えられる要素と該当項目を抽出、構造化した。

文献

- 1) Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, Inoue M. Toward a third term of Health Japan 21 - implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. *Lancet Reg Health West Pac.* 2022. doi: 10.1016/j.lanwpc.2021.100377.
- 2) 片野田耕太. がん検診, 健康日本 21 等にお

けるナッジの活用事例. 医療と社会 2025;
35(1):49-59.

- 3) 鶴岡康代, 林安希, 山口優紀. 事業所の喫煙対策と禁煙支援～2015年から2022年の取り組みの振り返りと今後の展望～. 禁煙科学 2024;18(3):P1-P4
https://www.jascs.jp/kinen_kagaku/2024/2024-03/kinen-kagaku2024-03-P1.pdf
- 4) Masamitsu Kamada et al. Community-wide intervention and population-level physical activity: a 5-year cluster randomized trial. Int J Epidemiol. 2018; 47(2):642-653.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 片野田耕太. がん検診、健康日本 21 等におけるナッジの活用事例. 医療と社会, 2025;35(1):49-59
- 2) 高田 碧, 相田 潤, 伊藤ゆり, 尾島俊之, 片岡 葵, 片野田耕太, 他. 公的データを用いた多面的な健康格差のモニタリングの必要性と可能性の検討. 日本公衆衛生雑誌, 2025;72(12):961-967

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1. たばこ対策好事例と抽出された要素、およびそれに該当する項目

事例	職域/自治体	要素1：時間をかける（多段階展開）	要素2：楽しむ（ナッジの活用）	要素3：周りを巻き込む（多部門連携）	要素4：コンセプトの明確化と伝達（愛情）	データソース
株式会社クボタ堺製造所	職域	<ul style="list-style-type: none"> ・9年間取組み継続 ・当初から環境整備、教育啓発、禁煙支援の3本柱を設定 ・喫煙所の数など現状把握、情報提供から開始し、徐々に禁煙支援とその拡大に移行 	<ul style="list-style-type: none"> ・テレビ番組プロデューサーのゲスト講座、肺年齢・血管年齢測定 		<ul style="list-style-type: none"> ・社長メッセージ 「会社と家族はあなたの健康を心から願っています。一度禁煙してみませんか?会社は応援します。」 	②
JFEスチール株式会社千葉	職域	<ul style="list-style-type: none"> ・8年間取組み継続 ・当初から禁煙支援と受動喫煙対策の2本柱を設定 ・喫煙率、自販機数など現状把握から開始、禁煙教室、禁煙外来、自販機撤去などへ展開 ・まずは禁煙デーの設定、その後就業時間禁煙へ 	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙所のリニューアル案を公募、予算確保して「癒しの空間」に 	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙所のリニューアル案を職場全体で公募 	<ul style="list-style-type: none"> ・「JFEグループ健康宣言」 ・「Smoke Free JFE千葉」立ち上げ 	①
株式会社真幸土木	職域	<ul style="list-style-type: none"> ・4年間かけて分煙、室内禁煙、敷地内全面禁煙と段階的に実現 ・社員の「卒煙チャレンジ」を11年間に4回実施、禁煙継続者にも手当を支給 		<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙社員が禁煙すれば全社員に報奨金 ・従来から吸わない人も含め、非喫煙者全員に健康手当支給 	<ul style="list-style-type: none"> ・社長コメント 「いくら嫌な顔をされても言い続け、喫煙者ゼロになるまでチャレンジします。社員の健康を願う一心です。」 	①
ロート製薬株式会社	職域		<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙者自らが企画した「卒煙ダービー」で禁煙を参加型のイベントに（遠隔禁煙外来プログラムと費用全額負担も実施） 	<ul style="list-style-type: none"> ・「卒煙ダービー」で社員が一体となって参加・応援できるように ・非喫煙者、禁煙者が使える社内通貨を発行、喫煙率の把握にも活用 		①
大分県	自治体		<ul style="list-style-type: none"> ・Youtube「まず野菜から食べよう♪」、Cookpad「大分県シルブプレ」、SNS「桶サラ」、アプリ「おおいた歩得（あるとっく）」 	<ul style="list-style-type: none"> ・たばこ対策を前面に出さずに運動、栄養、環境の3本柱に ・「健康寿命日本一おおいた創造会議」を知事が設置、県内経済団体を通じて応援企業を募集 ・「オール県庁」を超えた「オール県民」の取組み ・コンビニと協働で灰皿のない店舗導入、薬剤師会と協働で禁煙パッチ無償配布、大学と協働で敷地内全面禁煙化と職員・学生の禁煙支援など 	<ul style="list-style-type: none"> ・知事主導で「健康寿命日本一おおいた創造会議」立ち上げ ・担当者コメント 「『ちょっとそこまではついていけない』という人がいても、その人たちを決して置き去りにせず、できれば巻き込んで、一緒にやっていく。」 	①

①健康寿命を伸ばそう！アワード（<https://kennet.mhlw.go.jp/slp/award/index>）

②医中誌Web（<https://login.jamas.or.jp/>），禁煙科学 2024; 18(3):P1-P4（https://www.jascsc.jp/kinen_kagaku/2024/2024-03/kinen-kagaku2024-03-P1.pdf）

健康寿命の算定・評価、関連要因に関する検討
－COVID-19 流行を考慮した算定・評価方法－

研究分担者 川戸美由紀 国立保健医療科学院疫学・統計研究部・上席主任研究官

研究要旨

健康寿命の算定・評価方法の検討、2025 年の指標値の算定と推移評価（全国と都道府県格差）および COVID-19 などの関連要因の検討を行うことを目的とした。2 年計画の初年度研究として、健康寿命の基礎資料の不健康割合と死亡率に対する COVID-19 流行の影響を検討した。COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法として、従前の方法を標準の方法（COVID-19 の影響を含む）とし、それ以外に COVID-19 の影響を含まない方法、COVID-19 の直接的影響を含まない方法、年平均の COVID-19 の直接的影響を含む方法を示すとともに、これらの算定方法の間で、2022 年の健康寿命の指標値に違いがあることを確認した。これらの算定方法による指標値に基づく、COVID-19 流行を考慮した健康寿命の推移の評価方法と都道府県格差の評価方法を示すとともに、2010～2022 年の健康寿命の推移と都道府県格差を観察した。次年度実施予定の 2025 年指標値の算定に向けた準備を完了した。

研究協力者

橋本修二 藤田医科大学
村上義孝 東邦大学医学部社会医学講座医療
統計学分野
尾島俊之 浜松医科大学健康社会医学講座

響が大きいと想定され、そのため、健康寿命の算定・評価方法として、COVID-19 流行の影響を考慮した方法の開発・検討が重要である。

令和 4～6 年度厚生労働行政推進調査事業「次期健康づくり運動プラン作成と推進に向けた研究」（前研究班）において、健康寿命について、算定・評価方法の検討、2022 年指標値の算定と推移評価および関連要因の検討が実施された。

A. 研究目的

健康日本 21（第三次）において、健康日本 21（第二次）に続いて、「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」が主要な目標に位置づけられている。「健康寿命の延伸」では「日常生活に制限のない期間の平均」が主要な評価指標に、「健康格差の縮小」では健康寿命の都道府県格差が主要な評価対象に定められている。

「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」の目標達成の評価では、基本的に、健康日本 21（第三次）に伴う健康づくり対策による、健康寿命に対する効果が評価対象である。2020 年以降、COVID-19 流行による健康寿命への影

本分担研究課題「健康寿命の算定・評価、関連要因に関する検討」では、健康寿命について、前研究班の研究を継続・発展させ、健康日本 21（第三次）の実施・評価に向けて、算定・評価方法の検討、2025 年の指標値の算定と推移評価（全国と都道府県格差）および COVID-19 などの関連要因の検討を行うことを目的とした。とくに、健康寿命の算定・評価方法の検討には、COVID-19 流行の影響を考慮した方法の開発を含めた。

本年度は 2 年計画の初年度研究として、健康

寿命について、従前の方法を基本としつつ、COVID-19 流行を考慮した算定方法、その推移と都道府県格差の評価方法を検討するとともに、次年度に実施予定の 2025 年指標値の算定に向けた準備の完了を目指した。ここでは、「日常生活に制限のない期間の平均」を検討対象とし、以下、健康寿命と呼ぶ。

B. 研究方法

1. COVID-19 流行、不健康割合と死亡率

(1) COVID-19 感染者数

2010 年 1 月 1 日～2023 年 5 月 8 日において、全国と各都道府県の日別の COVID-19 感染者数として、「新型コロナウイルス感染症情報」による HER-SYS に基づく報告値を用いた（HER-SYS の報告値と呼ぶ）。全国と各都道府県の日ごとに、HER-SYS の報告値を比例按分して、性・年齢階級別の COVID-19 感染者数を求めた。比例按分のための性・年齢階級構成割合は、必要に応じて日間で一定と仮定して、「新型コロナウイルス感染症情報」による全国と各都道府県の週・性・年齢階級別の報告値（2020/9/2-9/8～2022/9/14-9/20）と週・年齢階級別の報告値（2022/9/21-9/27～2023/4/26-5/2）から計算した。年齢階級は 0-4 歳、5-9 歳、・・・、85 歳以上とした。

2023 年 5 月 9 日～2025 年 12 月 28 日において、全国と各都道府県の日別の COVID-19 感染者数として、感染症発生動向調査による第 19 週（2023 年 5 月 8～14 日）～2025 年第 52 週（2025 年 12 月 22～28 日）の各週のインフルエンザ／COVID-19 定点医療機関の COVID-19 の定点あたり報告数に拡大乗数（35,880）を乗じ、週内の日間で一定と仮定して推計した（感染症発生動向調査に基づく推計値と呼ぶ）。拡大乗数としては、インフルエンザ／COVID-19 定点医療機関から全国の医療機関へ COVID-19 報告数を拡大する乗数であり、インフルエンザ報告数のそれと同じと仮定し、2023 年第 19 週～2025 年第 14 週におけるインフル

エンザ／COVID-19 定点医療機関のインフルエンザの定点あたり報告数とそれに基づく罹患数の推計値の比とし、各週のデータに対する回帰分析（切片 0）の傾きで推定した（決定係数 0.99）。

(2) 不健康割合

2010・2013・2016・2019・2022 年、全国と都道府県、性・年齢階級別、不健康割合の観察値と期待値として、前研究班による国民生活基礎調査に基づくそれを用いた。なお、不健康割合の期待値は 2010・2013・2016・2019 年の観察値を対象データとし、年次を説明変数とする回帰分析による予測値であった（2010～2019 年観察値に基づく期待値と呼ぶ）。

2020 年以降の不健康者数には、COVID-19 の直接・間接的影響による不健康者が含まれると仮定した。2020～2025 年の日ごとに、COVID-19 の直接的影響による不健康者数として、当該日の 0～1 週前の全数と 1～13 週前の 10%の COVID-19 感染者数と仮定し、前述の COVID-19 感染者数を用いて計算した。この日別の不健康者数を用いて、2020～2025 年の年平均、2022 年と 2025 年の国民生活基礎調査の調査日（2022 年 6 月 2 日、2025 年 6 月 5 日）の COVID-19 の直接的影響による不健康者数を求め、人口で除して不健康割合を計算した。

2022 年において、不健康割合の観察値は調査日の COVID-19 の直接的影響を含むことから、不健康割合の観察値から調査日の直接的影響による不健康割合（前述の計算値）を引いて、調査日の COVID-19 の直接的影響を除く不健康割合を算定した。また、調査日の COVID-19 の直接的影響を除く不健康割合に、年平均の COVID-19 の直接的影響による不健康割合（前述の計算値）を加えて、年平均の COVID-19 の直接的影響を含む不健康割合を算定した。なお、2010～2019 年では、COVID-19 流行がなかったことから、不健康割合の観察値は COVID-

19 の直接・間接的影響を含まない。

2010・2013・2016・2019・2022 年、全国と都道府県、男性と女性ごとに、年齢階級別の不健康割合の観察値と期待値から、平成 27 年モデル人口を基準人口とする年齢調整不健康割合の観察値と期待値を計算した。同様の方法により、2022 年における COVID-19 の直接的影響による年齢調整不健康割合を計算した。

(3) 死亡率

2010・2013・2016・2019・2022 年、全国と都道府県、男性と女性ごとの年齢調整死亡率の観察値と期待値として、前研究班による人口動態統計に基づくそれを用いた。なお、年齢調整死亡率の期待値は 2010・2013・2016・2019 年の観察値を対象データとし、年次を説明変数とする回帰分析による予測値であった(2010～2019 年観察値に基づく期待値と呼ぶ)

2010～2024 年の月別死亡率(年換算率)を人口動態統計から得た(観察値と呼ぶ)。その期待値としては、2010～2019 年の月別死亡率をデータとし(東日本大震災の発生月の 2011 年 3 月を除き、COVID-19 が流行した 2020～2024 年を含まない)、年次と月を説明変数(ダミー変数)とする回帰分析から計算した。観察値と期待値の差を超過死亡と仮定した。

2020～2024 年の原死因が COVID-19 の月別死亡率、2022 年の原死因が COVID-19 の都道府県・性・年齢階級別死亡率を人口動態統計から得た。原死因が COVID-19 の死亡率を COVID-19 の直接的影響による死亡率と仮定した。COVID-19 の直接的影響を除く死亡率として、死亡率から COVID-19 の直接的影響による死亡率を引いて算定した。

COVID-19 の直接的影響による年齢調整死亡率、COVID-19 の直接的影響を除く年齢調整死亡率を、平成 27 年モデル人口を基準人口として計算した。

2. COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法と推移の評価方法

健康寿命について、健康日本 21 (第三次)では、健康日本 21 (第二次)と同様に、国民生活基礎調査の不健康割合と人口動態統計の死亡率を用いた Sullivan 法による算定方法が利用される。この算定方法では、不健康割合と死亡率が COVID-19 流行の影響を受ける。死亡率は年間値、不健康割合は年平均の利用が原則的であるが、一般に、不健康割合は年内で変動が大きくないことから、年内の 1 時点の値が利用される。国民生活基礎調査の不健康割合は同調査の調査日の不健康割合であり、後述のように、COVID-19 の流行に伴い、年平均の不健康割合と異なる。

COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法として、COVID-19 流行を考慮した不健康割合と死亡率に基づく方法を検討した。不健康割合としては、調査日の COVID-19 の直接的影響を含む(従前の方法)、年平均の COVID-19 の直接的影響を含む、COVID-19 の直接的影響を含まないものを検討対象とした。死亡率としては、COVID-19 の直接的影響を含む(従前の方法)、COVID-19 の直接的影響を含まないものを検討対象とした。

COVID-19 流行を考慮した健康寿命の推移の評価方法として、COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法による指標値を利用する方法を検討した。

COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法を用いて、2022 年の健康寿命の指標値を算定するとともに、2010～2022 年の健康寿命の推移を観察した。

3. COVID-19 流行を考慮した健康寿命の都道府県格差の評価方法

COVID-19 流行を考慮した健康寿命の都道府県格差の評価方法について、COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法による指標値を利用した方法を検討した。COVID-19 流行を考

慮した健康寿命の算定方法による 2022 年の指標値を用いて、2010～2022 年の健康寿命の都道府県格差を観察した。

4. 2025 年の健康寿命の算定に向けた準備

2025 年の全国と都道府県別の健康寿命の算定方法を確認・準備した。健康寿命としては「日常生活に制限のない期間の平均」、「自分が健康であると自覚している期間の平均」と「日常生活動作が自立している期間の平均」とした。この算定方法の基礎資料は、2025 年の推計人口、簡易生命表、人口動態統計、国民生活基礎調査、介護関連統計に基づく死亡率と不健康割合である。

(倫理面への配慮)

本研究では、個人情報を含まない既存の統計資料のみを用いるため、個人情報保護に係る問題は生じない。

C. 研究結果

研究結果として、「COVID-19 流行、不健康割合と死亡率」、「COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法と推移の評価方法」と「COVID-19 流行を考慮した健康寿命の都道府県格差の評価方法」の詳細を示し、「2025 年の健康寿命の算定に向けた準備」（研究方法の通りに完了した）を省略した。

1. COVID-19 流行、不健康割合と死亡率

図 1-1 に COVID-19 感染者数の週別推移を示す。2020 年第 1 週～2023 年第 18 週では HERSYS の報告値、2023 年第 19 週～2025 年第 52 週では感染症発生動向調査に基づく推計値である。週別の COVID-19 感染者数をみると、2022 年をピークとし、その後大きく減少する傾向であった。2022 年以降、COVID-19 感染者数は年内で大きく変動し、2022 年と 2025 年の年内では国民生活基礎調査の調査日で比較的少なかった。

図 1-2 に COVID-19 の直接的影響による不健康者数を示す。COVID-19 の直接的影響による不健康者数をみると、年平均では 2022 年の 108 万人に対して、2025 年で 30 万人（28%）に減少した。国民生活基礎調査の調査日では 2022 年の 52 万人に対して、2025 年で 12 万人（22%）であった。

図 1-3 に COVID-19 の影響の有無別、年齢調整不健康割合を示す。2022 年において、年齢調整不健康割合の観察値（調査日の COVID-19 の直接的影響を含む）は 2010～2019 年観察値に基づく期待値（COVID-19 の直接的・間接的影響を含まない）と比べると大きく、調査日の COVID-19 の直接的影響を除く算定値と比べると男性ではほぼ一致、女性でやや小さかった。

図 1-4 に月別死亡率と超過死亡を示す。2010～2024 年において、月別死亡率の観察値と期待値はいずれも夏期（7～9 月）に低く、冬期（12～翌年 1 月）に高い傾向であった。超過死亡の月別死亡率をみると、2010～2020 年（2011 年 3 月を除く）で小さく、2021 年以降、大きな変動を伴いつつ、直線的な上昇傾向であった。

図 1-5 に月別、COVID-19 の直接的影響による死亡率と COVID-19 感染者数を示す。COVID-19 の直接的影響による死亡数は 2020～2024 年でそれぞれ約 0.3、1.7、4.8、3.8、3.6 万人であった。COVID-19 の直接的影響による月別死亡率をみると、2022～2023 年に大きな山が、それ以降にいくつかの小さな山があり、その推移は月別 COVID-19 感染者数と類似の推移傾向であった（相関係数 0.80）であった。

図 1-6 に月別、超過死亡から COVID-19 の直接的影響による死亡を除く死亡率を示す。超過死亡から COVID-19 の直接的影響による死亡を除く月別死亡率をみると、超過死亡による月別死亡率と比べて、変動が比較的小さく、直線的な上昇傾向であった。

図 1-7 に COVID-19 の影響の有無別、年齢調整死亡率を示す。2022 年において、年齢調整

死亡率の観察値（COVID-19 の直接・間接的影響を含む）は 2010～2019 年観察値に基づく期待値（COVID-19 の直接的・間接的影響を含ま

ない）と比べると大きく、COVID-19 の直接的影響を除く算定値は観察値と比べるとやや小さかった。

図 1-1. COVID-19 感染者数の週別推移

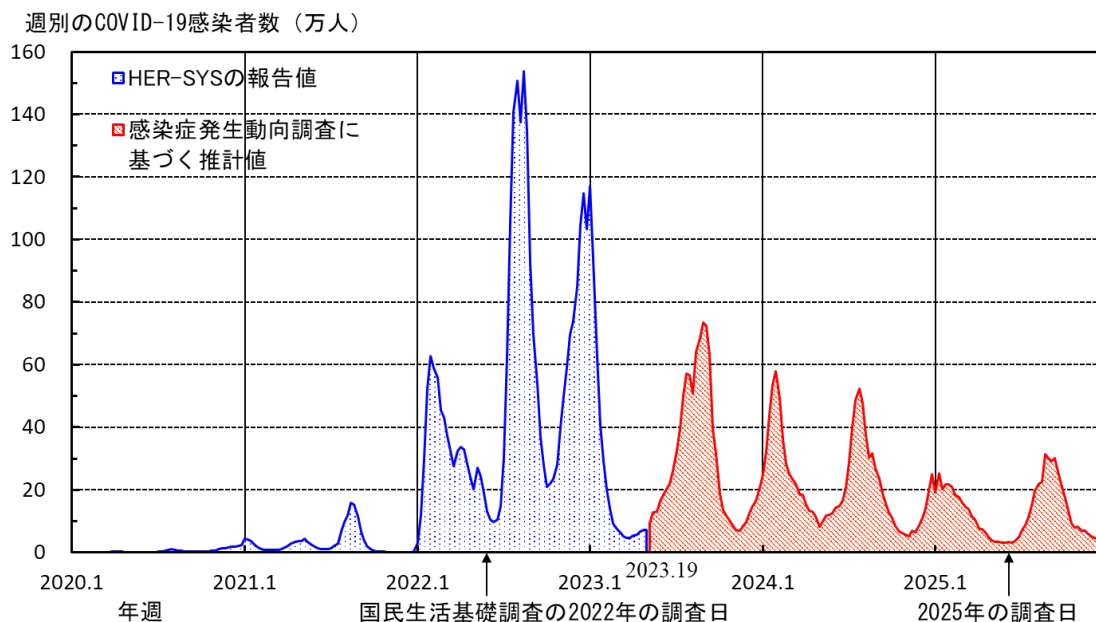


図 1-2. COVID-19 の直接的影響による不健康者数

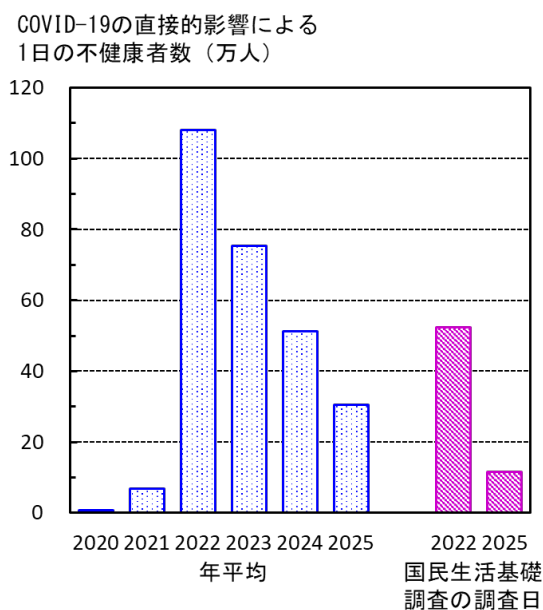


図 1-3. COVID-19 の影響の有無別、年齢調整不健康割合

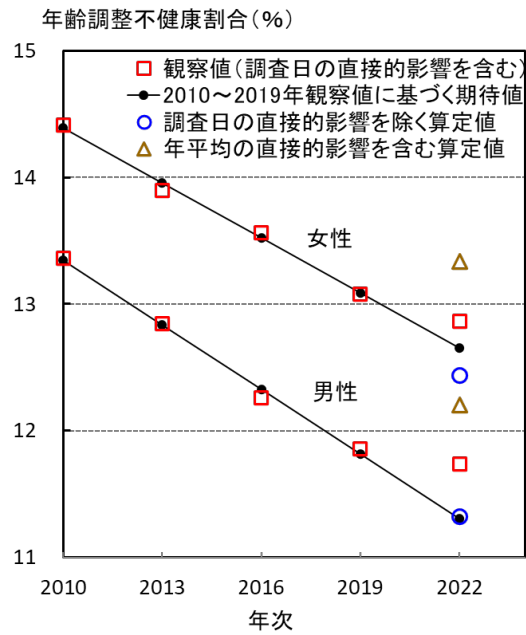


図 1-4. 月別死亡率と超過死亡

月別死亡率(年換算率)(人口千対)

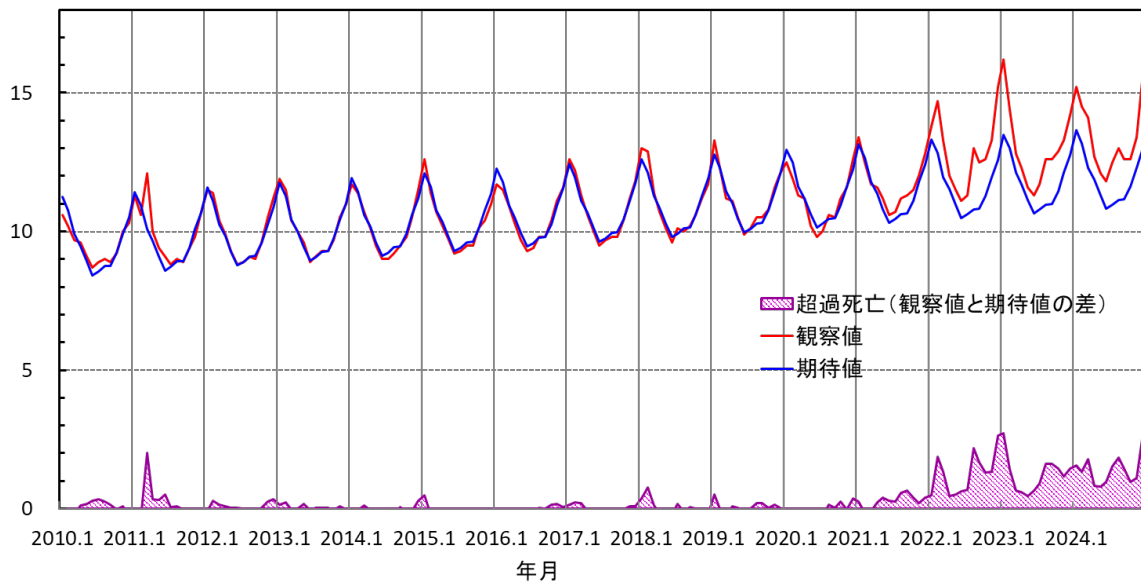


図 1-5. 月別、COVID-19 の直接的影響による死亡率と COVID-19 感染者数

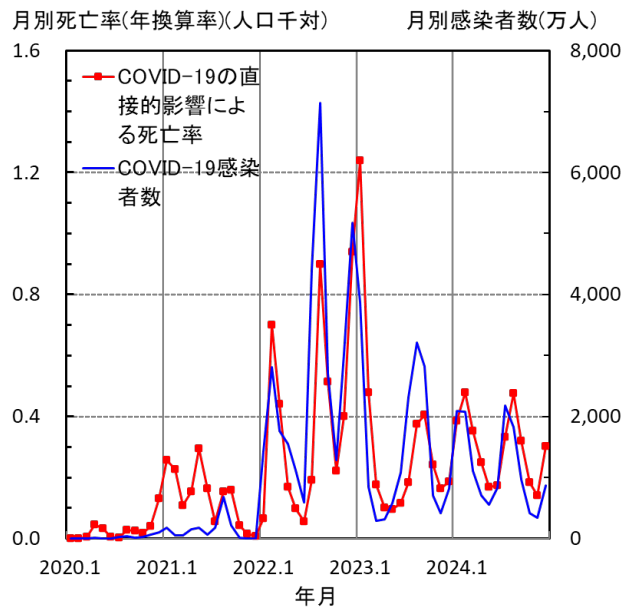


図 1-6. 月別、超過死亡から COVID-19 の直接的影響による死亡を除く死亡率

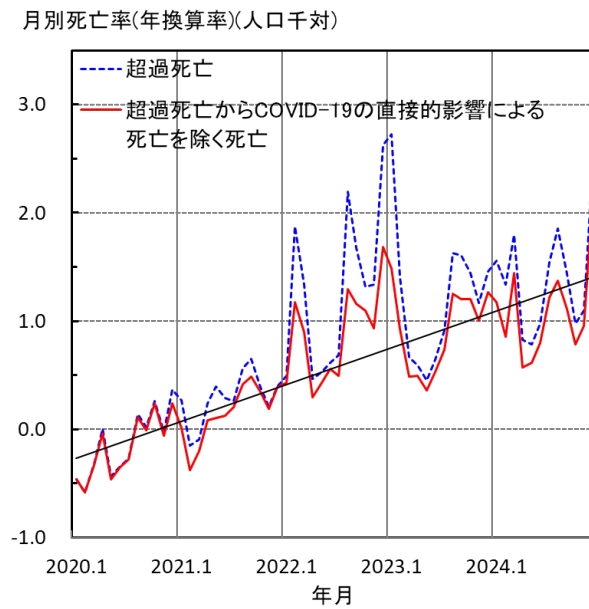
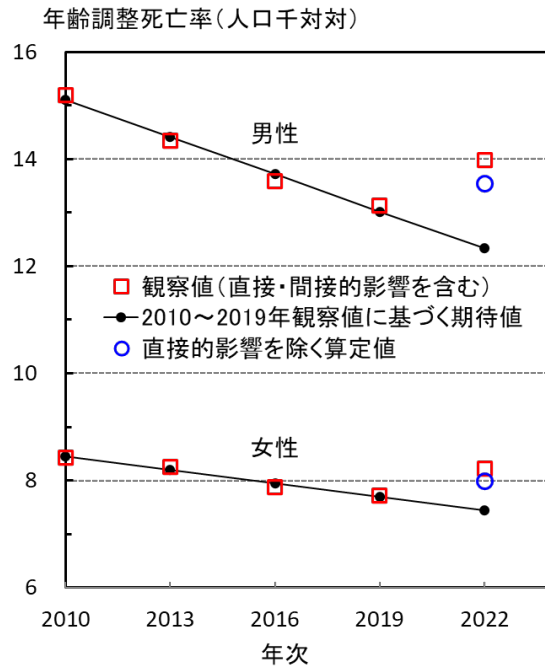


図 1-7. COVID-19 の影響の有無別、年齢調整死亡率



2. COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法と推移の評価方法

表 2-1 に COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法を示す。COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法は次の①～④の方法とし、各方法の不健康期間は平均寿命と健康寿命の差とした。①標準の方法（COVID-19 の影響を含む）としては、従前の方法とし、死亡率と不健康割合を用いて Sullivan 法で算定する。②COVID-19 の影響を含まない方法としては、2010・2013・2016・2019 年の健康寿命の観察値を外挿して算定する。③COVID-19 の直接的影響を含まない方法としては、COVID-19 の直接的影響を含まない死亡率と不健康割合を用いて Sullivan 法で算定する。④年平均の COVID-19 の直接的影響を含む方法としては、死亡率と年平均の COVID-19 の直接的影響を含む不健康割合を用いて Sullivan 法で算定する。

表 2-2 に COVID-19 流行を考慮した健康寿命の推移の評価方法を示す。COVID-19 流行を考慮した健康寿命の推移の評価方法としては、健康寿命と不健康期間の標準の方法に基づく

指標値を用いて、ベースライン年と評価対象年の指標値の年次差を基本としつつ、参考として、他の算定方法に基づく指標値を考慮して、上昇・不変・低下傾向を総合的に評価する。健康寿命の算定方法は表 2-1 の 4 つの方法（標準の方法を含む）とし、不健康期間は平均寿命と健康寿命の差とする。

図 2-1 に COVID-19 流行を考慮した算定方法による健康寿命と不健康期間の推移を示す。2022 年の健康寿命において、COVID-19 の影響を含まない方法と比べて標準の方法で低く、一方、標準の方法と比べて、COVID-19 の直接的影響を含まない方法で高く、年平均の COVID-19 の直接的影響を含む方法で低かった。2019 年に比べて、2022 年において、標準の方法では男性で低く、女性でやや高く、一方、COVID-19 の影響を含まない方法では男女とも高く、年平均の COVID-19 の直接的影響を含む方法では男女とも低かった。2022 年の不健康期間において、COVID-19 と他の影響を含まない方法と比べて標準の方法では男性で高く、女性で同程度であり、一方、標準の方法と比

べて、COVID-19 の直接的影響を含まない方法で低く、年平均の COVID-19 の直接的影響を含む方法で高かった。2019 年に比べて、2022 年において、標準の方法と COVID-19 の影響を含

まない方法では男女とも低く、年平均の COVID-19 の直接的影響を含む方法では男性でやや高く、女性で同程度あった。

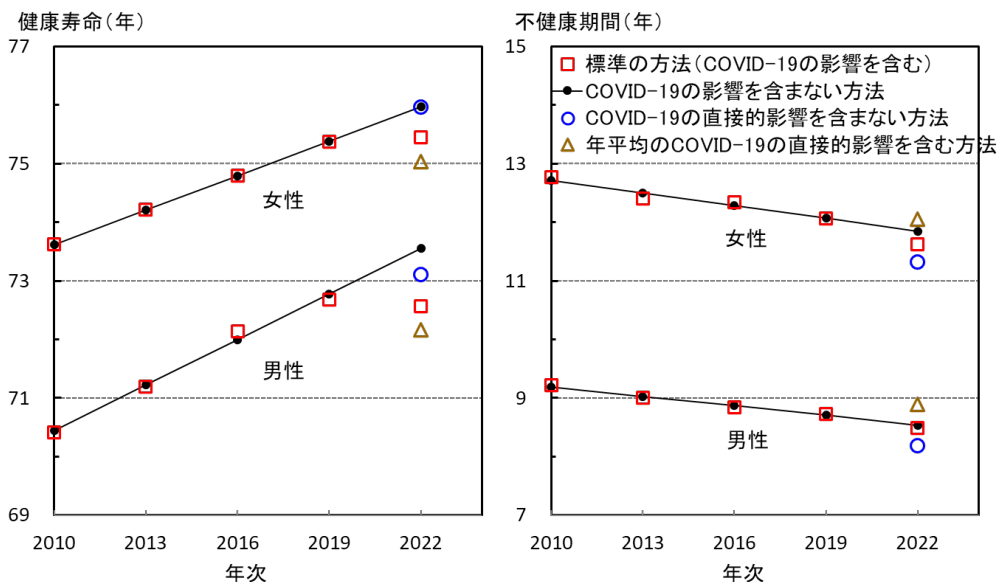
表 2-1. COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法

<p>健康寿命の算定方法：</p> <ul style="list-style-type: none"> 標準の方法（COVID-19 の影響を含む） ：死亡率と不健康割合を用いて、Sullivan 法で算定する（従前の方法）。 COVID-19 の影響を含まない方法 ：2010・2013・2016・2019 年の健康寿命の観察値を外挿して算定する。 COVID-19 の直接的影響を含まない方法 ：COVID-19 の直接的影響を含まない死亡率と不健康割合を用いて Sullivan 法で算定する。 年平均の COVID-19 の直接的影響を含む方法 ：死亡率と年平均の COVID-19 の直接的影響を含む不健康割合を用いて、Sullivan 法で算定する。 <p>不健康期間の算定方法： それぞれの方法において、不健康期間は平均寿命と健康寿命の差とする。</p>

表 2-2. COVID-19 流行を考慮した健康寿命の推移の評価方法

<p>COVID-19 流行を考慮した健康寿命の推移の評価方法：</p> <p>健康寿命と不健康期間の標準の方法に基づく指標値を用いて、ベースライン年と評価対象年の指標値の年次差を基本としつつ、参考として、他の算定方法に基づく指標値を考慮して、上昇・不変・低下傾向を総合的に評価する。健康寿命と不健康期間の算定方法は表 2-1 の 4 つの方法（標準の方法を含む）とする。</p>

図 2-1. COVID-19 流行を考慮した算定方法による健康寿命と不健康期間の推移



3. COVID-19 流行を考慮した健康寿命の都道府県格差の評価方法

表 3-1 に COVID-19 流行を考慮した健康寿命の都道府県格差の評価方法を示す。COVID-19 流行を考慮した健康寿命の都道府県格差の評価方法としては、健康寿命の標準の方法に基づく都道府県格差の指標値を用いて、ベースライン年と評価対象年の都道府県格差の指標値の年次差を基本としつつ、参考として、他の算定方法に基づく都道府県格差の指標値を考慮して、上昇・不変・低下傾向を総合的に評価する。健康寿命の算定方法は表 2-1 の 4 つの方法（標準の方法を含む）とし、都道府県格差の指標は都道府県の健康寿命の上位 1/4 と下位 1/4 の平均の差とする。

図 3-1 に都道府県別、2022 年の COVID-19 の直接的影響による年齢調整不健康割合を示す。2022 年では、調査日と年平均の COVID-19 の直接的影響による年齢調整不健康割合は沖縄県（流行開始が早い）を除くと、男女とも都道府県間差が小さく、全体の年齢調整不健康割合との相関が小さかった。

図 3-2 に都道府県別、2022 年の COVID-19 の直接的影響による年齢調整死亡率を示す。2022 年では、COVID-19 の直接的影響による年齢調整死亡率は男女とも、沖縄県を含めて都道府県間差が小さく、全体の年齢調整死亡率との相関が小さかった。

図 3-3 に都道府県別、2022 年の健康寿命として、標準の方法（COVID-19 の影響を含む）を示す。2022 年の健康寿命において、COVID-19 の影響を含まない方法と比べ、標準の方法は低く、また、女性では高低に外れ値がみられた。

図 3-4 に都道府県別、2022 年の健康寿命として、COVID-19 の直接的影響を含まない方法を示す。2022 年の健康寿命において、標準の方法と比べ、COVID-19 の直接的影響を含まない方法は高かったが、都道府県間差には大きな違いがなかった。

図 3-5 に都道府県別、2022 年の健康寿命として、年平均の COVID-19 の直接的影響を含む方法を示す。2022 年の健康寿命において、標準の方法と比べ、年平均の COVID-19 の直接的影響を含む方法は低かったが、都道府県間差には大きな違いがなかった。

図 3-6 に COVID-19 流行を考慮した算定方法による健康寿命の都道府県格差の推移を示す。2022 年の健康寿命の都道府県格差（上位 1/4 と下位 1/4 の平均の差）において、男性では 4 つの算定方法とも比較的近く、女性では COVID-19 と他の影響を含まない方法を除くと、3 つの算定方法で比較的近かった。

表 3-1. COVID-19 流行を考慮した健康寿命の都道府県格差の評価方法

COVID-19 流行を考慮した健康寿命の都道府県格差の評価方法：

健康寿命の標準の方法に基づく都道府県別の指標値を用いて、ベースライン年と評価対象年の都道府県格差の指標値の年次差を基本としつつ、参考として、他の算定方法に基づく都道府県格差の指標値を考慮して、上昇・不変・低下傾向を総合的に評価する。健康寿命の算定方法は表 2-1 の方法（標準の方法を含む）とし、都道府県格差の指標は都道府県の健康寿命の上位 1/4 と下位 1/4 の平均の差とする。

図 3-1. 都道府県別、2022 年の COVID-19 の直接的影響による年齢調整不健康割合

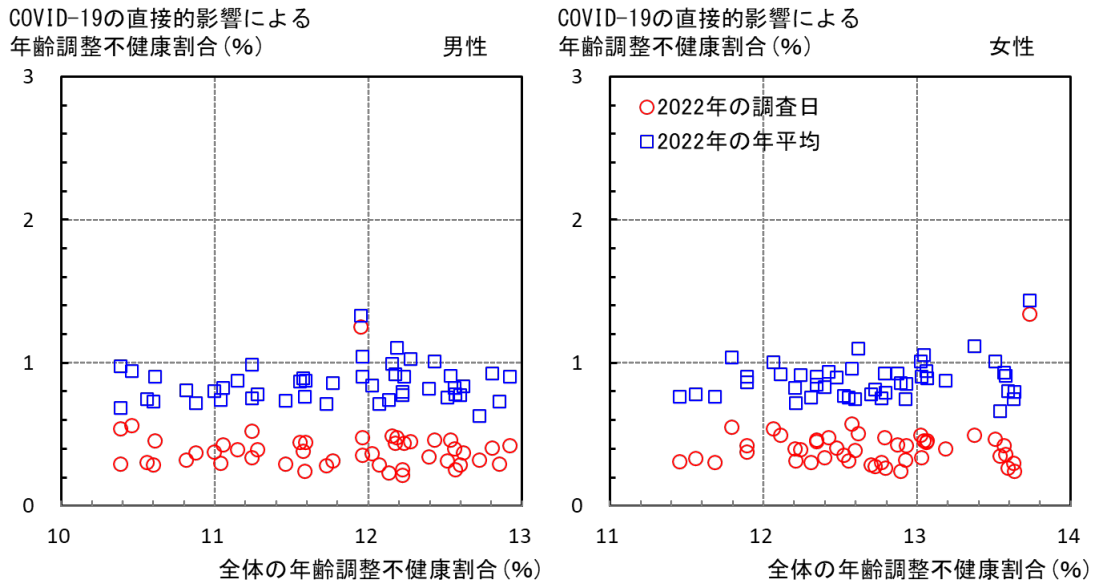


図 3-2. 都道府県別、2022 年の COVID-19 の直接的影響による年齢調整死亡率

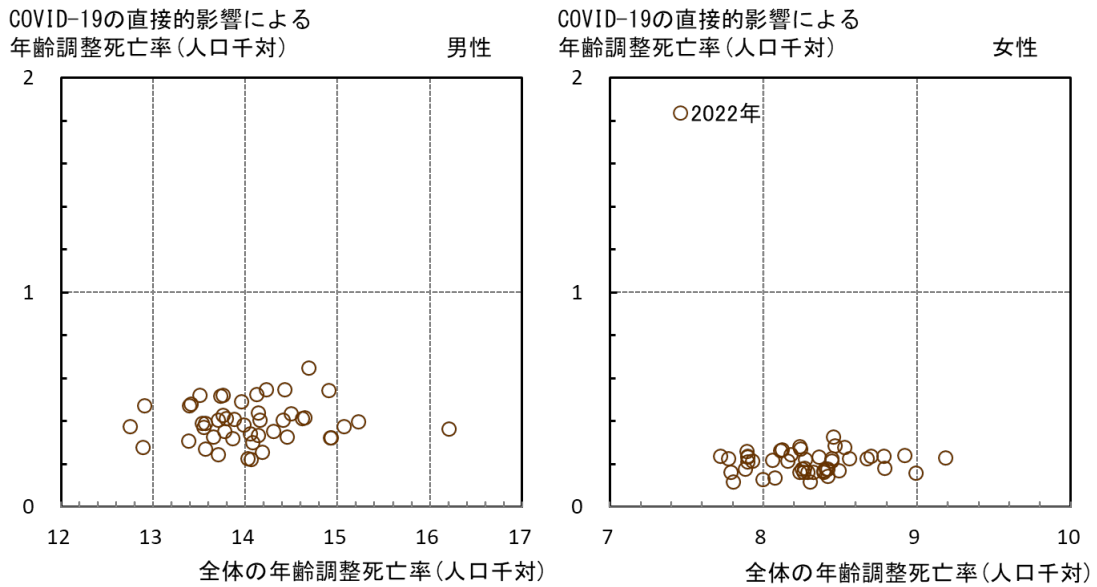


図 3-3. 都道府県別、2022 年の健康寿命：標準の方法（COVID-19 の影響を含む）

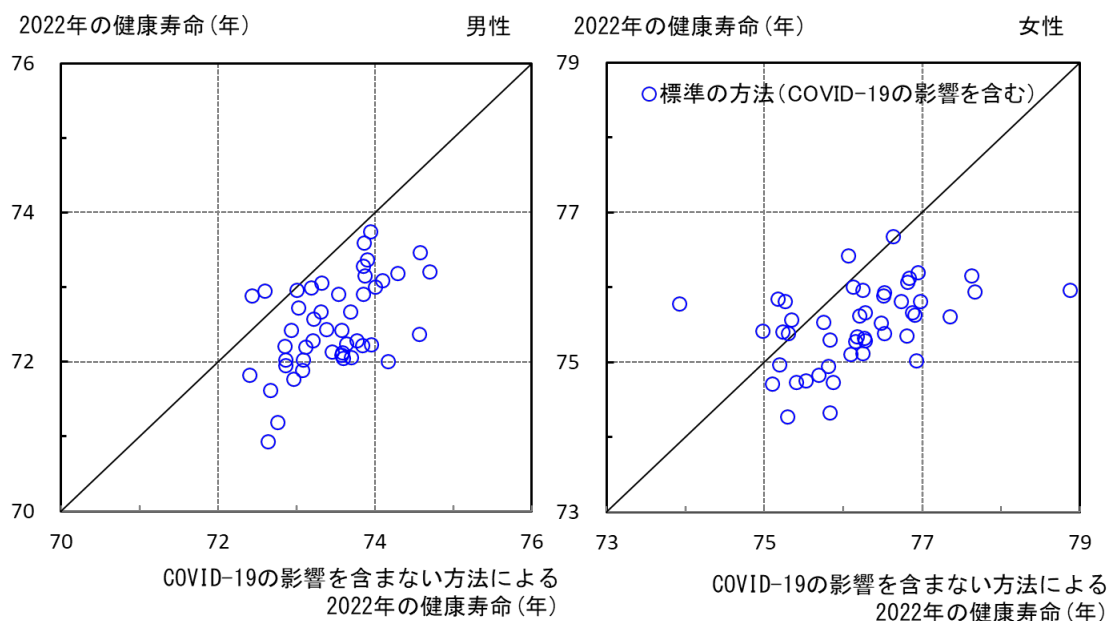


図 3-4. 都道府県別、2022 年の健康寿命：COVID-19 の直接的影響を含まない方法

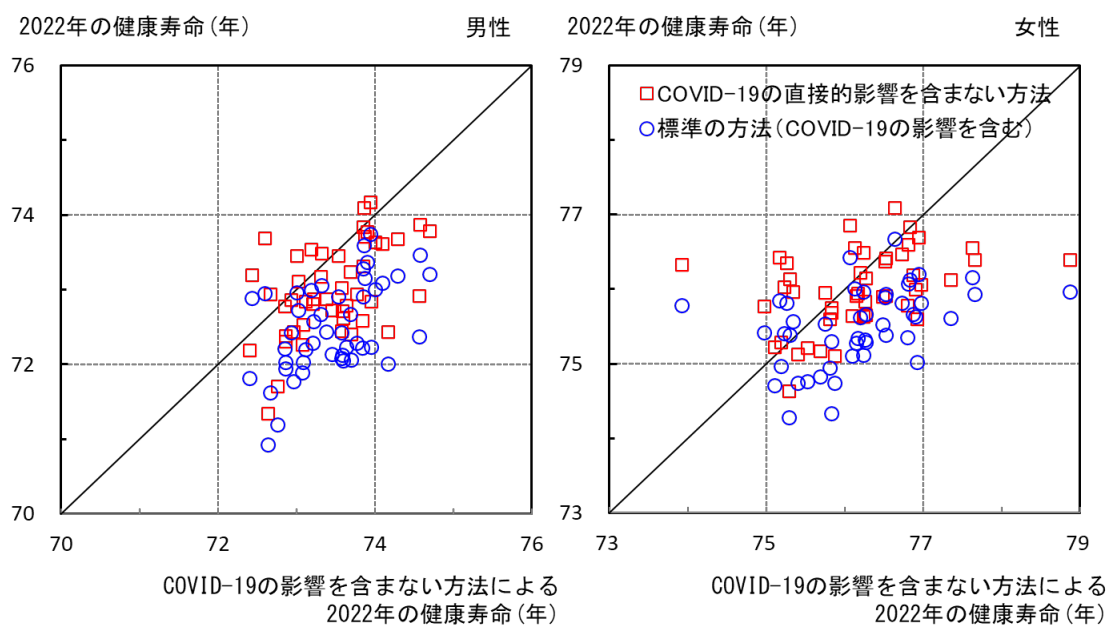


図 3-5. 都道府県別、2022 年の健康寿命：年平均の COVID-19 の直接的影響を含む方法

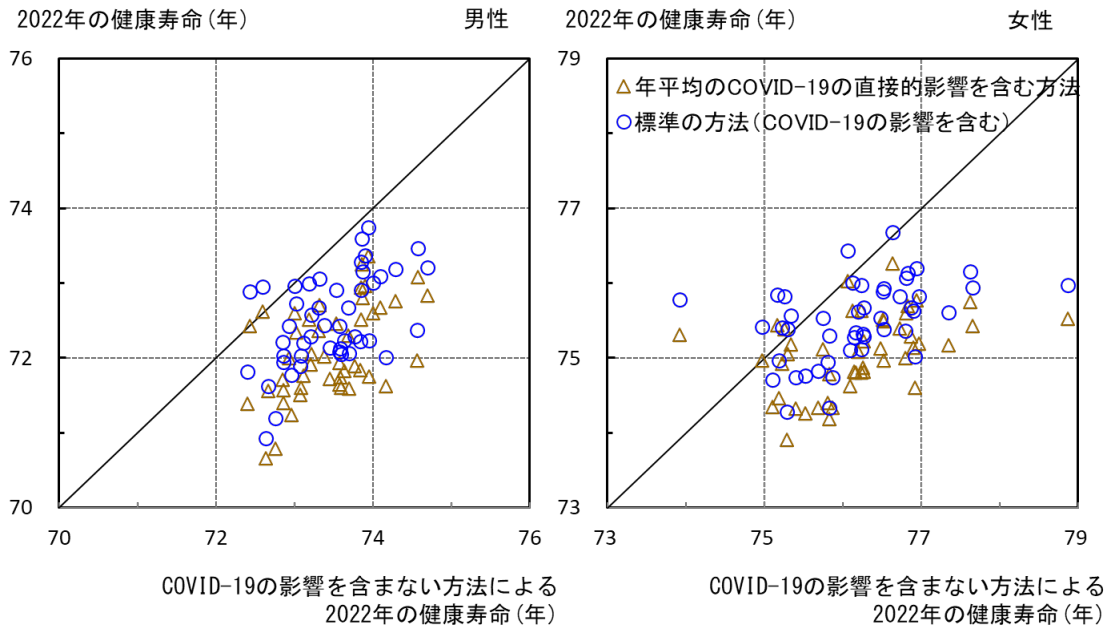
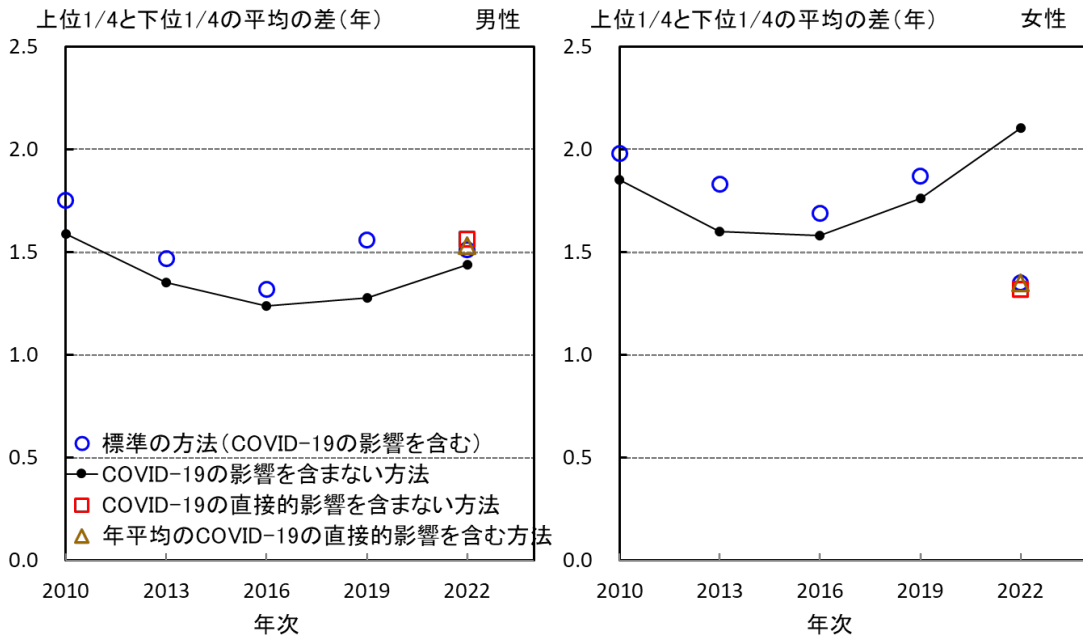


図 3-6. 都道府県格差の推移：健康寿命の 4 つの指標値



D. 考 察

1. COVID-19 流行、不健康割合と死亡率

健康寿命の算定方法では、基礎資料とする 1 日の不健康割合と年間の死亡率が COVID-19 流行の影響を受ける可能性がある。不健康割合と死亡率について、いずれも 2010～2019 年に直線的な低下傾向であったことから、2020 年以降、その傾向線を外挿して COVID-19 の影響を含まない期待値を求めることが考えられる。ただし、外挿法では、年次に伴う推移傾向に強い仮定をおき、対象が比較的短い期間（たとえば、2025 年あるいは 2028 年程度まで）に限定される。また、外挿値は大きな不確実性を含むことから、別の方法による推計値との比較・吟味が重要であろう。本研究では、外挿法による、2010～2019 年観察値に基づく不健康割合と死亡率の期待値を用いた。

まず、不健康割合について議論する。COVID-19 流行による 1 日の不健康割合への影響として、当該日の COVID-19 感染に伴う症状による不健康状態を直接的影響とし、それ以外の影響を間接的影響と区分した。COVID-19 の直接的影響による 1 日の不健康者数としては、当該日の COVID-19 感染に伴う症状を有する人数とし、当該日の 0～1 週前の全数と 1～13 週前の 10%の COVID-19 感染者数と仮定し、日別の COVID-19 感染者数の推計値から計算した。この仮定は先行論文の症状の継続期間の知見を参考としたものであった。COVID-19 感染者数は HER-SYS の報告値と感染症発生动向調査に基づく推計値を用いたが、いずれも大きな不確実性を伴う。これらの仮定とデータに基づく、COVID-19 の直接的影響による 1 日の不健康割合は大きな不確実性を有すると考えられる。

2022 年において、不健康割合の観察値は調査日の COVID-19 の直接的影響を含むことから、不健康割合の観察値から調査日の直接的影響による不健康割合を引いて、調査日の COVID-19 の直接的影響を除く不健康割合を算定した。

また、健康寿命の不健康割合として、年平均の利用が原則的であることから、調査日の COVID-19 の直接的影響を除く不健康割合に、年平均の COVID-19 の直接的影響による不健康割合を加えて、年平均の COVID-19 の直接的影響を含む不健康割合を算定した。

2020～2025 年の COVID-19 感染者数の推移をみると、2022 年をピークとし、その後大きな減少傾向であった。COVID-19 の直接的影響による不健康者数は年平均と調査日ともに、2022～2025 年で 1/4 程度に減少していた。この結果から、COVID-19 の直接的影響による不健康割合の観察値の悪化程度が 2022 年に比べて 2025 年で比較的小さく、それに伴い、2022～2025 年の不健康割合の観察値の年次差は良い方向に影響される可能性が示唆された。

2022 年において、年齢調整不健康割合の観察値は 2010～2019 年観察値に基づく期待値（COVID-19 の影響を含まない）と比べると大きく、調査日の COVID-19 の直接的影響を除く算定値と比べると男性ではほぼ一致、女性でやや小さかった。これは、不健康割合に対して COVID-19 の直接的影響がある程度大きく、一方、間接的影響がそれほど大きくない可能性を示唆するものの、さらに検討を要するものと考えられる。

次に、死亡率について議論する。COVID-19 流行による死亡率への影響として、原死因が COVID-19 の死亡率を COVID-19 の直接的影響による死亡率とし、それ以外の影響を間接的影響と区分した。この区分は原死因の意味から自然なものと考えられる。2022 年において、死亡率の観察値から COVID-19 の直接的影響による死亡率を引いて、COVID-19 の直接的影響を除く死亡率を算定した。2010～2024 年の月別死亡率をみると、よく知られている通り、観察値は毎年季節変動を有し、超過死亡（観察値と期待値の差）は東日本大震災による 2011 年 3 月を除くと、2021 年以降に大きな変動を伴いつつ、直線的な上昇傾向であった。

COVID-19 の直接的影響による月別死亡率は COVID-19 感染者数と強く相関しており、COVID-19 の直接的影響による死亡率の算定方法の妥当性が示唆される。超過死亡から COVID-19 の直接的影響を除くと、月別死亡率は変動幅がかなり小さく、直線的な上昇傾向であった。この上昇傾向は COVID-19 の間接的影響と他の影響によるものと考えられる。

2022 年において、年齢調整死亡率の観察値は 2010～2019 年観察値に基づく期待値と比べて大きく、COVID-19 の直接的影響を除く算定値は観察値と比べてやや小さかった。これは、死亡率に対して COVID-19 の影響がかなり大きく、一方、COVID-19 の直接的影響がそれほど大きくない可能性を示唆しているものの、さらに検討を要するものと考えられる。

2. COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法と推移の評価方法

COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法として、従前の方法を①標準の方法と定めた。従前の方法は調査日の COVID-19 の影響を含むものの、他の方法と異なり、大きな不確実性がないと考えたためであった。②COVID-19 の影響を含まない方法としては、2010・2013・2016・2019 年の健康寿命の観察値を外挿して算定する方法と定めた。これによる指標値は COVID-19 の影響を含まないものの、外挿法に伴う不確実性がきわめて大きいと考えられる。③COVID-19 の直接的影響を含まない方法としては、COVID-19 の直接的影響を含まない死亡率と不健康割合を用いて Sullivan 法で算定する方法と定めた。これによる指標値は COVID-19 流行による最小限の影響を除き、COVID-19 の間接的影響を含むものとみなされ、①の指標値の解釈にあたって参考になるものと思われる。④年平均の COVID-19 の直接的影響を含む方法としては、死亡率と年平均の COVID-19 の直接的影響を含む不健康割合を用いて Sullivan 法で算定する方法と定めた。これは、

①での調査日の COVID-19 の影響でなく、年間の平均的な COVID-19 の影響を含むものと考えられる。今後、さらに COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法を開発・検討することが重要であろう。

COVID-19 流行を考慮した健康寿命の推移の評価方法として、健康寿命と不健康期間の標準の方法に基づく指標値を用いて、ベースライン年と評価対象年の指標値の年次差を基本としつつ、参考として、他の算定方法に基づく指標値を考慮して、上昇・不変・低下傾向を総合的に評価すると定めた。この理由として、健康寿命の推移の評価にあたって、COVID-19 流行を考慮することが重要であり、そのために、COVID-19 流行を考慮した算定方法による健康寿命と不健康期間の指標値の利用が適切と考えられる。COVID-19 流行を考慮した算定方法の中で、不確実性からみて標準の方法を基本、それ以外の方法を参考とすることが適切と考えられる。将来の健康寿命に対して、COVID-19 流行による影響は不明であり、また、各算定方法による指標値に不確実性が避けられないことから、健康寿命の指標値を総合的に評価することが必要と考えられる。今後、COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法の開発・検討と平行して、さらに、COVID-19 流行を考慮した健康寿命の推移の評価方法を検討することが重要であろう。

COVID-19 流行を考慮した算定方法による 2022 年の健康寿命の指標値から、4 つの算定方法の大小関係がおおよそ確認された。すなわち、標準の方法 (COVID-19 の影響を含む) による健康寿命は COVID-19 の影響を含まない方法のそれと比べて低く、一方、COVID-19 の直接的影響を含まない方法による健康寿命は標準の方法のそれと比べて高く、年平均の COVID-19 の直接的影響を含む方法による健康寿命は低かった。この結果から、これらの算定方法に一定の妥当性があると示唆される。2019 年と 2022 年の健康寿命の年次差をみると、

標準の方法では、男性で低下傾向と女性でやや上昇傾向に対して、COVID-19 の直接的影響を含まない方法では男女とも上昇傾向であり、COVID-19 流行を考慮した方法によって健康寿命の指標値の推移傾向が異なった。これより、COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法、COVID-19 流行を考慮した健康寿命の推移の評価方法について、一定の有用性が示唆される。

3. COVID-19 流行を考慮した健康寿命の都道府県格差の評価方法

COVID-19 流行を考慮した健康寿命の都道府県格差の評価方法として、健康寿命の標準の方法に基づく都道府県格差の指標値を用いて、ベースライン年と評価対象年の都道府県格差の指標値の年次差を基本としつつ、参考として、他の算定方法に基づく都道府県格差の指標値を考慮して、上昇・不変・低下傾向を総合的に評価すると定めた。これは、健康寿命の推移の評価方法に準じたものであった。COVID-19 流行を考慮した算定方法による各都道府県の健康寿命の指標値は全国のそれと比べて不確実性が大きく、それに伴い、都道府県格差の指標値はより不確実性が大きいと考えられる。都道府県格差の評価では、都道府県格差の指標値の不確実性を考慮して、より慎重さが求められよう。今後、COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法の開発・検討と平行して、さらに、COVID-19 流行を考慮した健康寿命の都道府県格差の評価方法を検討することが重要であろう。

都道府県格差の指標として、都道府県の健康寿命の上位 1/4 と下位 1/4 の平均の差とし、健康寿命の地域格差指標を取り上げなかった。これは、COVID-19 流行を考慮した算定方法（標準の方法を除く）による都道府県別の健康寿命の指標値では、その地域格差指標を正確に算定することが難しいためであった。標準の方法による都道府県別の健康寿命の指標値における地域格差指標を算定し、都道府県

格差の評価の参考とすることが考えられる。

2022 年の都道府県別、COVID-19 の直接的影響による年齢調整不健康割合と年齢調整死亡率をみると、全体のそれと比べて、都道府県間差が小さい傾向であった。2022 年の都道府県別、COVID-19 流行を考慮した算定方法による健康寿命をみると、算定方法の間で、指標値の高低に全国と同様の傾向があり、女性では高低に外れ値がみられたが、都道府県間差には大きな違いがなかった。これは、COVID-19 の直接的影響による年齢調整不健康割合と年齢調整死亡率の都道府県格差の小ささを反映したものと考えられる。

2022 年の健康寿命の都道府県格差（上位 1/4 と下位 1/4 の平均の差）において、男性では 4 つの算定方法とも比較的近く、女性では COVID-19 の影響を含まない方法を除くと、3 つの算定方法で比較的近かった。これは、COVID-19 流行を考慮した算定方法による健康寿命の都道府県間差に大きな違いがなかったこと、および、女性の高低の外れ値が COVID-19 の影響を含まない方法で影響が大きかったためであった。今後の COVID-19 流行状況において、2022 年のように、都道府県格差が比較的小さければ、健康寿命の都道府県格差の評価において、健康寿命の標準の方法に基づく都道府県格差の指標値を利用し、参考として、他の算定方法によるそれを確認することになる。

E. 結 論

健康寿命の基礎資料の不健康割合と死亡率に対する COVID-19 流行の影響を検討した。COVID-19 流行を考慮した健康寿命の算定方法として、従前の方法を標準の方法（COVID-19 の影響を含む）とし、それ以外に COVID-19 の影響を含まない方法、COVID-19 の直接的影響を含まない方法、年平均の COVID-19 の直接的影響を含む方法を示すとともに、これらの算定方法の間で、2022 年の健康寿命の指標値に

違いがあることを確認した。これらの算定方法による指標値に基づく、COVID-19 流行を考慮した健康寿命の推移の評価方法と都道府県格差の評価方法を示すとともに、2010～2022年の健康寿命の推移と都道府県格差を観察した。次年度実施予定の 2025 年指標値の算定に向けた準備を完了した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

休養・睡眠対策の推進及び進捗評価に関する研究
－休養に関するロジックモデルの見直しとアクション・プランの修正－

研究分担者 栗山 健一 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
睡眠・覚醒障害研究部・部長

研究要旨

健康日本 21（第三次）における国民の健康増進に寄与する休養目標として、「睡眠休養感」および「睡眠時間」が十分に確保できていることが設定され、これに係る具体的な数値目標が定められた。この数値目標を達成するために、「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」に基づき適切な睡眠の確保のための目標および具体的対策を広く教育・啓発することがまず求められるが、これを適切に提供する保健師や管理栄養士等の睡眠健康管理担当者の充実も重要な課題である。

このため休養・睡眠に関するロジックモデルの中で、企業や自治体における保健師や管理栄養士等の睡眠健康管理担当者の数をアウトプット指標としてモニタリングし、これらの睡眠健康管理担当者を活用する人の増加を中間アウトカムに加え、アクション・プランで企業や自治体における保健師や管理栄養士等の睡眠健康管理担当者を充実させることを盛り込むことで、上記課題を解決し健康増進に寄与する休養目標の達成を図る方針とした。

A. 研究目的

睡眠は生理学的に重要な休養行動であり、慢性的な睡眠不足のみならず睡眠充足感の不全は、生活習慣病をはじめとした様々な疾患の発病・悪化因子となる¹⁻⁶。厚生労働省による国民の健康増進の総合的推進方針である健康日本 21（第二次）においても、睡眠を休養行動の柱と位置づけ、「睡眠休養感」を指標とした睡眠健康の増進を図っている。令和 6 年度より開始される、「健康日本 21（第三次）」でも、引き続き「睡眠休養感」を睡眠健康指標として用いられている。

さらに、欧米では睡眠健康の指標として睡眠時間長が多く採用されており、成人において 7 時間の睡眠時間長を低点とし、これより短くても長くても、高血圧、脂質代謝異常、糖尿病等の生活習慣病やうつ病の発症率が高くなるとともに、総死亡率も上昇することが示されている⁷。令和 6 年度より開始された「健康日本 21

（第三次）」では、年代ごとに適切な睡眠時間を確保すること⁸が採用され、睡眠休養感および適切な睡眠時間の確保が国民の睡眠健康指標として示された。

健康日本 21（第三次）における休養（睡眠）目標（令和 14 年度時点）は、①睡眠で休養が取れている者の増加（80%）、②睡眠時間が十分に確保（20 歳～59 歳：6～9 時間；60 歳以上：6～8 時間）できている者の増加（60%）と定められた。これを基に、令和 5 年度に国・自治体・関係団体・個人の各レベルが取り組むべき施策（アクション・プラン）が提案されたが、健康日本 21（第三次）をより効果的に展開するためにアクション・プランを見直し、より実効性・有効性の高いプランに改訂することを本研究の目的とする。さらに、新しいアクション・プランに基づき、地域・自治体の健康づくり施策担当者の支援するための WEB 研修会を実施する。

B. 研究方法

既存のロジックモデルのうちアウトプット指標や中間アウトカム指標について精査・見直しを行い、適切な睡眠時間、睡眠休養感の確保をもたらす上でより現実に即した新ロジックモデルへ改訂する。改訂ロジックモデルに基づき、国・自治体・関係団体・個人の各レベルが取り組むべき、より実効性・有効性の高い施策（改訂アクション・プラン）を提案する。

（倫理面への配慮）

本研究に含まれるすべての研究計画は、文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づいて実施された。

C. 研究結果

厚生労働行政推進調査事業費（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業：22FA2001）の中でまとめたロジックモデルにおいて、睡眠休養感および適切な睡眠時間を確保するために、これをサポートする支援者が明確

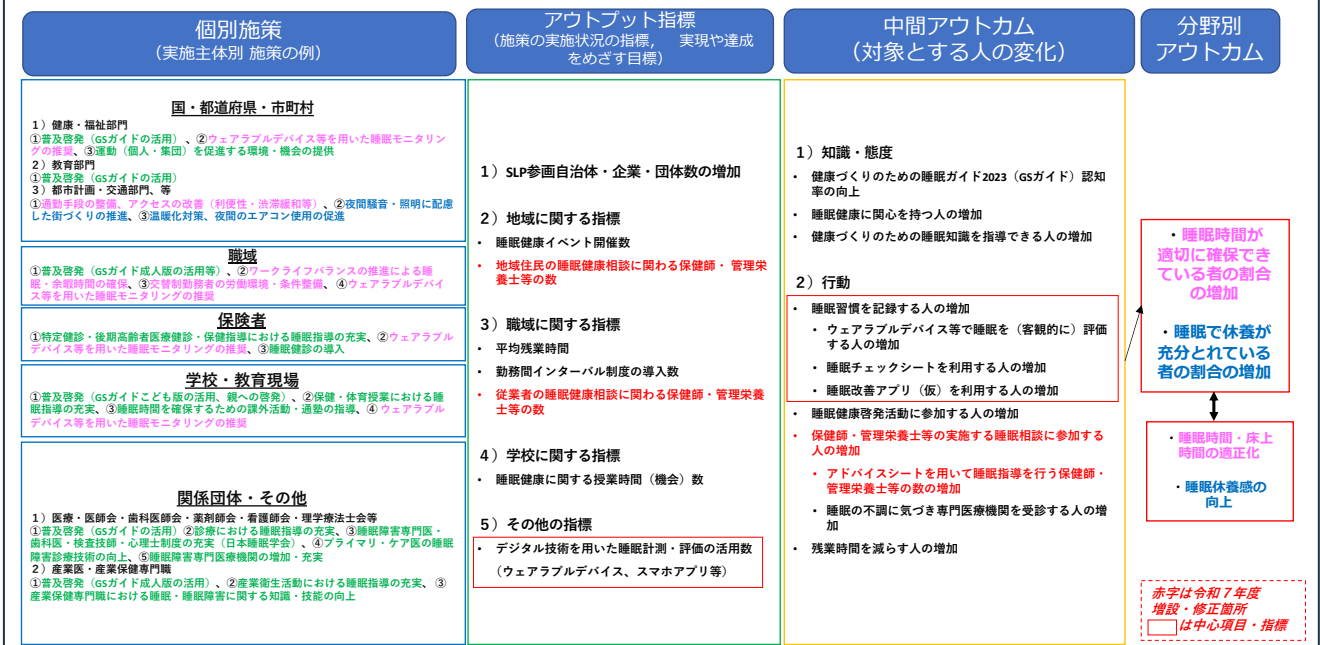
に定められていなかった。このため、地域住民および職域従業者に対し、健康相談に関わる保健師・管理栄養士を、睡眠健康向上をサポートするために睡眠に関する正しい知識を提供し、必要に応じて睡眠医療の受療を促す支援者と明確に位置づけた。そして、アウトプット指標として健康相談に関わる保健師・管理栄養士等の数を、中間アウトカムとして、保健師・管理栄養士等の実施する睡眠相談に参加する職員・住民の数を新たに設定した。また、健康づくりのための睡眠ガイド 2023 に基づき前事業（22FA2001）内で作成した睡眠アドバイスシート⁹を用いて、睡眠指導を行う保健師・管理栄養士等の数も中間アウトカム指標に加えた（資料1）。

さらに、前事業（22FA2001）内でまとめたアクション・プランの中の、介入のはしご¹⁰に基づく環境整備による選択の誘導（レベル6）において、「職域・自治体における睡眠健康増進の普及・啓発を担う保健師・管理栄養士の育成と配置の充実」を追加設定し、新アクション・プラン案（資料2）を作成した。

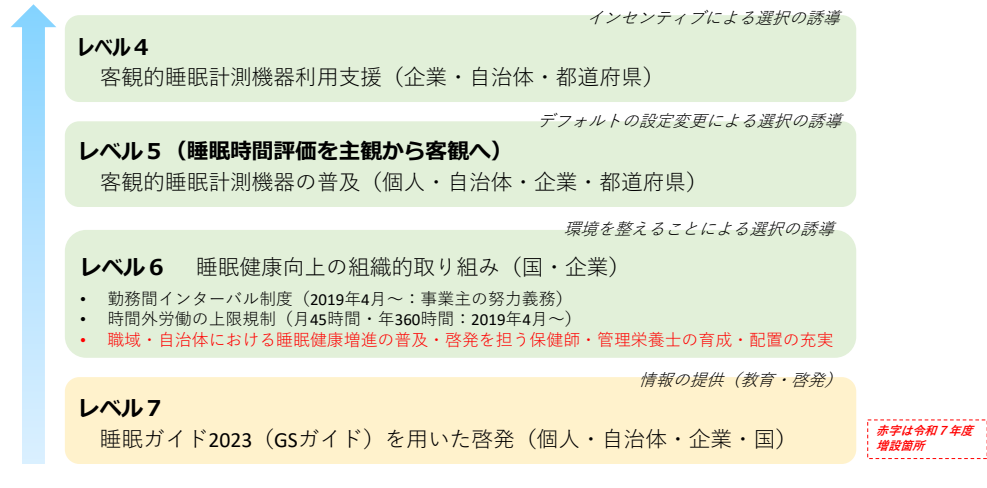
資料1

ロジックモデル＜睡眠時間が適切に確保できている者の割合の増加＞ ＜睡眠で休養が十分とれている者の割合の増加＞

緑は睡眠時間・睡眠休養感共通



資料2 睡眠健康増進のための中核的アクション・プラン案



これらに基づき、辻 一郎研究代表が設定した、健康づくり施策担当者の支援のためのアクション・プラン研修会（WEB研修会）第一回（2025年11月11日開催）において、「ガイドラインからアクションへ〈休養・睡眠〉」をテーマに、地域・自治体の健康管理担当者を対象に、新アクション・プランの内容を包含した、睡眠健康増進のための目標、や施策立案の参考事例および運用に関して説明を行った。さらに、その他の地域・自治体の健康管理を担う人材が集まる学会や、職域健康管理者を対象とした講演会等において、同様の内容を解説する機会を積極的に設けた。

健康日本21（第三次）で掲げる休養課題における労働者の位置づけ。2025年5月16日 第98回日本産業衛生学会スポンサードシンポジウム（仙台国際センター）
心身の健康増進を旨とした不眠症の予防・治療のあり方。2025年6月28日 日本睡眠学会第49回定期学術集会（広島大学霞キャンパス）
健康づくりのための睡眠ガイド2023の活用と課題。2025年9月14日 第72回 日本栄養改善学会学術集会 教育講演（東京農業大学）
『健康づくりのための睡眠ガイド2023』に準じた労働者の睡眠対策。2025年10月2日 川崎市睡眠改善研修（川崎市役所）
国民の睡眠健康管理指針における交替勤務従事者の睡眠管理上の課題。2025年10月5日 第63回日本医療・病院管理学会 指定委員会企画（東京科学大学 湯島キャンパス）
働く人と職場のための『睡眠』学～エンゲージメントとパフォーマンスを高める睡眠習慣～。2025年10月6日 マツダ株式会社 2025年度「健康講演」（マツダ株式会社本社講堂）
働く人のための新しい睡眠習慣。2025年10月17日 JFEスチール株式会社 2025年度 衛生週間特別講演会（JFEスチール千葉）

より良い眠りのために あなたも睡眠力アップ。2025年10月23日 清瀬市「きよせ健幸大学」講義（清瀬市役所）
国民の睡眠健康向上指針に準じた高齢不眠の予防と治療。2025年11月21日 第44回日本認知症学会学術集会ランチョンセミナー4（朱鷺メッセ 新潟）
国民の健康指針に準じた不眠症の予防・治療戦略。2025年11月22日 第38回日本総合病院精神医学会ランチョンセミナー6（ライトキューブ宇都宮）
心と体を整える睡眠。2026年2月25日 小平市健康づくり講座（上水南公民館）
良質な睡眠をとるコツを伝授します！～睡眠衛生指導のポイントを中心に～。2026年3月15日 2026年春のすいみんの日 市民公開講座（ベルサール神保町）

D. 考 察

睡眠健康増進のためのロジックモデルの中心は、ウェアラブルデバイス等を用いて自身の睡眠状態（睡眠時間等）を客観的に把握し、睡眠休養感などの主観的指標とともに、睡眠衛生に関する状態を継続的にモニタリングする人の増加と位置付けている。保健師や管理栄養士など、これをサポートするための睡眠に関する正しい知識を提供し、必要に応じて睡眠医療の受療を促すキーパーソンを確保・育成する事も国民の睡眠健康増進には欠かせない事から、これに関するモニタリング指標を、前述の指標と同等に重要なアウトプットおよび中間アウトカム指標に位置付ける方針を定めた。

アクション・プランにおいては、介入のはしごのレベル6（選択を可能とする環境調整）に、「職域・自治体における睡眠健康増進の普及・啓発を担う保健師・管理栄養士の育成・配置の

充実」を追加した。職域や自治体において睡眠健康の増進を援助する健康管理担当者が増えることにより、睡眠健康の増進を目指す個人の助けとなるばかりでなく、職域や自治体における健康増進の機運が高まり、企業・地域文化に昇華することが期待できる。

この方針に基づき実施した、健康づくり施策担当者の支援のためのアクション・プラン研修会（WEB研修会）には、多くの自治体の保健師や管理栄養士が参加した。自治体の健康管理担当者も睡眠健康増進の必要性を感じ、研修会に期待して参加されたと思われる。さらに、様々な医学系学会でも、本方針の解説を実施し、討議を展開することができた。また、職域の健康管理者からも説明の機会を求める声が挙がり、一般従業者を含めて睡眠健康管理・増進の必要性を説明する機会を設けた。今後もこのような機会を継続的に設けることで、日本全国の健康管理者ならびに地域住民、職域従業者に、科学的根拠の確かな睡眠健康増進に関する情報を届けることが重要と思われる。

睡眠健康の悪化は、精神健康の悪化を敏感に反映することが分かっている¹¹。健康日本21（第三次）では、特に働く人の健康増進を重視しているが、労災認定に占める精神疾患の割合がうなぎ上りに増加している昨今において¹²、睡眠健康の援助者の増加は、精神健康を援助する人員の増加を促すことにもつながる。こうした波及効果も含めて、本研究で定めた方針・成果は日本国民の健康増進に寄与しうらと思われる。

E. 結 論

ウェアラブルデバイス等を用いた客観的睡眠評価基盤が整うことに加えて、地域自治体や企業が、「健康づくりのための睡眠ガイド2023」等を用いた睡眠健康教育・啓発を推進し、睡眠健康不安・不良者の援助を担う睡眠健康担当者（保健師や管理栄養士等）を充実させることで、より多くの国民が適切な睡眠改善対策を講じることが可能となる。

参考文献

1. Häusler N, Heinzer R, Haba-Rubio J, Marques-Vidal P. Does sleep affect weight gain? Assessing subjective sleep and polysomnography measures in a population-based cohort study (CoLaus/HypnoLaus). *Sleep*. 2019;42(6). doi:10.1093/sleep/zsz077.
2. Wang D, Zhou Y, Guo Y, Zhang R, Li W, He M, et al. The effect of sleep duration and sleep quality on hypertension in middle-aged and older Chinese: the Dongfeng-Tongji Cohort Study. *Sleep Med*. 2017;40:78-83. Epub 20171012. doi:10.1016/j.sleep.2017.09.024.
3. Reutrakul S, Van Cauter E. Sleep influences on obesity, insulin resistance, and risk of type 2 diabetes. *Metabolism*. 2018;84:56-66. Epub 20180303. doi: 10.1016/j.metabol.2018.02.010.
4. Korostovtseva L, Bochkarev M, Sviryaev Y. Sleep and Cardiovascular Risk. *Sleep Med Clin*. 2021;16(3):485-97. Epub 20210625. doi: 10.1016/j.jsmc.2021.05.001.
5. Chaudhry R, Suen C, Mubashir T, Wong J, Ryan CM, Mokhlesi B, et al. Risk of major cardiovascular and cerebrovascular complications after elective surgery in patients with sleep-disordered breathing: A retrospective cohort analysis. *Eur J Anaesthesiol*. 2020;37(8):688-95. doi: 10.1097/EJA.0000000000001267.
6. Ensrud KE, Blackwell TL, Ancoli-Israel S, Redline S, Cawthon PM, Paudel ML, et al. Sleep disturbances and risk of frailty and mortality in older men. *Sleep Med*. 2012;13(10):1217-25. Epub 20120615. doi: 10.1016/j.sleep.2012.04.010.
7. Shen X, Wu Y, Zhang D. Nighttime sleep duration, 24-hour sleep duration and risk of all-cause mortality among adults: a meta-

- analysis of prospective cohort studies. *Sci Rep.* 2016;6:21480. doi: 10.1038/srep21480.
8. Yoshiike T, Utsumi T, Matsui K, Nagao K, Saitoh K, Otsuki R, Aritake-Okada S, Suzuki M, Kuriyama K. Mortality associated with nonrestorative short sleep or nonrestorative long time-in-bed in middle-aged and older adults. *Sci Rep.* 2022;12(1):189. doi: 10.1038/s41598-021-03997-z.
 9. e-健康づくりネット:睡眠:アドバイスシート (https://kennet.mhlw.go.jp/tools/wp/wp-content/themes/targis_mhlw/pdf/advice-sleep.pdf)
 10. Department of Health (2010) Healthy Lives, Health People: Our strategy for public health in England. London. (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_121941)
 11. 令和6年度 業務災害に係る精神障害に関する事案の労災補償状況. (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_59039.html)
 12. Palagini L, Hertenstein E, Riemann D, Nissen C. Sleep, insomnia and mental health. *J Sleep Res.* 2022;31(4):e13628. doi: 10.1111/jsr.13628.
- F. 健康危険情報
なし
- G. 研究発表
1. 論文発表
 1. Matsunaga S, Sado M, Kaneita Y, Arai M, Sasaki N, Tanaka K, Kuriyama K. Longitudinal association of non-restorative sleep with subjective health and work performance: a cohort study in the Japanese construction industry. *Ind Health.* 2026 Feb 9. doi: 10.2486/indhealth.2025-0204.
 2. Hazumi M, Kataoka M, Usuda K, Miyake M, Nakashita A, Kitamura M, Okazaki E, Yoshiike T, Matsui K, Kuriyama K, Nishi D, Kuroda N. The relationship between nonrestorative sleep and persistent post-acute sequelae of COVID-19: a longitudinal study of recovery trajectories. *Sleep Biol Rhythms* 2026. Doi: 10.1007/s41105-025-00629-1.
 3. Fushimi M, Kawamura A, Utsumi T, Nagao K, Matsui K, Kimura A, Aritake-Okada S, Yoshiike T, Kuriyama K. Relationship Between Insoluble Dietary Fiber Intake and Non-Restorative Sleep in Japanese Adults: A Cross-Sectional Analysis of the NHNS Japan, 2014 and 2018. *Nutrients* 17(23): 3749, 2025. doi: 10.3390/nu17233749.
 4. Yoshiike T, Yajima T, Utsumi T, Tripathi S, Kawamura A, Nagao K, Matsui K, Matsuda Y, Abe M, Ito M, Nakajima S, Kuriyama K. Autonomic evidence that avoidance matters in the mourning process: A prospective observational study in Japan. *Dialogues Clin Neurosci* 28(1): 1-10, 2026. doi:10.1080/19585969.2025.2597058.
 5. Kuriyama K. Nonrestorative sleep: a potential indicator or consequence of job stress. *Sleep Biol Rhythms* 23(4): 353-354, 2025. doi: 10.1007/s41105-025-00606-8.
 6. Hazumi M, Matsui K, Tabuchi T, Okubo R, Yoshiike T, Kitamura S, Kawamura A, Nagao K, Utsumi T, Izuhara M, Kizuki J, Fushimi M, Nishi D, Kuriyama K. Nonrestorative sleep mediates the influence of Adverse Childhood Experiences on psychological distress, physical health, mental health, and

- activity limitation: A longitudinal study for the general population in Japan. *Sleep Med* 133: 106658, 2025. doi: 10.1016/j.sleep.2025.106658.
7. 栗山健一. Column「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」. 特集「睡眠-覚醒障害」精神科 Resident 2025 年 winter 号 (6-5) .
 8. 内海智博, 栗山健一. TOPIC Sleep Tech. 特集「睡眠-覚醒障害」精神科 Resident 2025 年 winter 号 (6-5)
 9. 栗山健一. 睡眠保健活動「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」 特集 睡眠障害の診療 update 日本臨牀 83(7), 1040-1045, 2025.
 10. 内海智博, 栗山健一. 次世代に向け求められる睡眠健康増進のための社会基盤～客観的睡眠評価・ウェアラブルデバイスを用いた次世代評価系の構築～. 特集 新たな睡眠健康増進を目指した我が国の政策～健康づくりのための睡眠ガイド 2023 による国民健康啓発の発展～ 心と社会 日本精神衛生会 56(3), 33-40, 2025.
 11. 栗山健一. 特集の企画要旨. 特集 新たな睡眠健康増進を目指した我が国の政策～健康づくりのための睡眠ガイド 2023 による国民健康啓発の発展～ 心と社会 日本精神衛生会 56(3), 8-10, 2025.
 12. 駒田陽子, 志村哲祥, 松井健太郎, 河村葵, 羽澄恵, 栗山健一. こどもにおける睡眠ガイドのポイント. 特集「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」から考える Healthy Sleep～睡眠の量と質の両立による国民の健康増進～. 睡眠医療ネクサス 1(2), 61-66, 2025.
 13. 栗山健一. 「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」の概要とゴール. 特集「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」から考える Healthy Sleep～睡眠の量と質の両立による国民の健康増進～. 睡眠医療ネクサス 1(2), 49-55, 2025.
2. 学会発表
 1. 栗山健一. 国民の健康指針に準じた不眠症の予防・治療戦略 (ランチョンセミナー) 第 38 回総合病院精神医学会 2025 年 11 月 21-22 日 ライトキューブ宇都宮 (栃木)
 2. 栗山健一. 国民の睡眠健康向上指針に準じた高齢不眠の予防と治療. 第 44 回日本認知症学会学術集会 (ランチョンセミナー) 2025 年 11 月 21-23 日 朱鷺メッセ (新潟)
 3. 栗山健一. 国民の睡眠健康管理指針における交替制勤務従事者の睡眠管理上の課題. 第 63 回日本医療・病院管理学会学術総会 2025 年 10 月 4-5 日 東京科学大学湯島キャンパス (東京)
 4. 栗山健一. 心身の健康増進を目指した不眠症の予防・治療のあり方 (ランチョンセミナー) 日本睡眠学会第 49 回定期学術集会 2025 年 6 月 28-29 日 広島大学霞キャンパス (広島)
 5. 内海智博, 吉池卓也, 栗山健一. 睡眠の質の評価法. 日本睡眠学会第 49 回定期学術集会 2025 年 6 月 28-29 日 広島大学霞キャンパス (広島)
 6. 吉池卓也, 栗山健一. 睡眠休養感と心身の健康—最近の知見と公衆衛生向上のための戦略—. 日本睡眠学会第 49 回定期学術集会 2025 年 6 月 28-29 日 広島大学霞キャンパス (広島)
 7. 吉池卓也, 栗山健一. 睡眠の質とは何か—睡眠の質の重要性とその評価法—. 日本睡眠学会第 49 回定期学術集会 2025 年 6 月 28-29 日 広島大学霞キャンパス (広島)
 8. 河村 葵, 栗山健一. 更年期の睡眠問題とメンタルヘルス. 日本睡眠学会第 49 回定期学術集会 2025 年 6 月 28-29 日 広島大学霞キャンパス (広島)
 9. 栗山健一. 健康づくりのための睡眠ガイド 2023 の活用と課題. 第 72 回日本栄養改善

学会学術総会 2025年9月12-14日 東京農業大学世田谷キャンパス(東京)

10. 内海智博, 吉池卓也, 栗山健一. 精神科診療における Sleep Tech の応用. 第121回日本精神神経学会学術総会 2025年6月19-21日 神戸国際会議場(兵庫)
11. 金子宜之, 吉池卓也, 斎藤かおり, 大槻怜, 木附隼, 栗山健一, 鈴木正泰. 新たな「睡眠の質」指標を精神疾患診療にどのように活かすか. 第121回日本精神神経学会学術総会 2025年6月19-21日 神戸国際会議場(兵庫)
12. 栗山健一. 健康日本21(第三次)で掲げる休養課題における労働者の位置づけ～健康づくりのための睡眠ガイド2023を用いた睡眠障害の一次・二次予防～. 第98回日本産業衛生学会スポンサードシンポジウム 2025年5月14-17日 仙台国際センター(宮城)
13. 松永晶太, 田中勝利, 栗山健一. 睡眠休養感と医療費の関連. 第84回日本公衆衛生学会総会 2025年10月29-31日 グランシップ(静岡)
14. 内海智博, 吉池卓也, 長尾賢太郎, 栗山健一. 不眠症状を有する地域高齢男性における睡眠時間の主観-客観乖離と総死亡リスクとの関連. 第84回日本公衆衛生学会総会 2025年10月29-31日 グランシップ(静岡)
15. 高橋恵理矢, 吉池卓也, 内海智博, 河村葵, 長尾賢太郎, 羽澄恵, 岡邨しのぶ, 不破真衣, 松島舜, 南學正仁, 木村綾乃, 北村真吾, 松井健太郎, 栗山健一. 睡眠休養感の欠如は慢性疾患の死亡リスクを増加させる. 日本睡眠学会第49回定期学術集会 2025年6月28-29日 広島大学霞キャンパス(広島)
16. 伏見もも, 河村葵, 内海智博, 吉池卓也, 松井健太郎, 長尾賢太郎, 木村綾乃, 有竹清夏, 栗山健一. 日本人における不溶性食

物繊維摂取量と睡眠休養感の関連に及ぼす習慣飲酒、睡眠時間の影響. 日本睡眠学会第49回定期学術集会 2025年6月28-29日 広島大学霞キャンパス(広島)

17. 内海智博, 吉池卓也, 大庭真梨, 成田 瑞, 河村葵, 岡邨しのぶ, 栗山健一. 睡眠評価への活用を目的としたウェアラブルデバイスの精度・有用性検証の事業化. 日本睡眠学会第49回定期学術集会 2025年6月28-29日 広島大学霞キャンパス(広島)

3. 報道・その他

1. 栗山健一. 睡眠の悩み NHK テキスト きょうの健康 2026年4月号 pp11-19, 24-27
2. 栗山健一. “睡眠の悩み NHK きょうの健康 2026年3月30日～4月2日放送(第1・2・4回)
3. 栗山健一. 教えてなぜ? なに? 睡眠先生! FM 西東京 2026年3月7日～4月25日放送(全8回)
4. 栗山健一. 睡眠力をアップしてイキイキ生活～「健康づくりのための睡眠ガイド2023」より～ 講演会報告 東京都在宅保健師の会 会報 2026年3月1日 第24号
5. 栗山健一. 「良質な睡眠をとるコツを伝授します! ～睡眠衛生指導のポイントを中心に～」. 2026年春のすいみんの日市民公開講座 日本睡眠学会主催・日本精神神経学会、日本神経学会、日本呼吸器学会、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会、日本循環器学会、エーザイ株式会社共催・日本睡眠健康推進機構後援 2026年3月15日(ベルサール神保町)
6. 栗山健一. 心と体を整える睡眠. 令和7年度 上水南公民館事業企画委員会企画 健康づくり講座 2026年2月25日(小平市上水南公民館)
7. 栗山健一. 不眠症の概要. 不眠症に対する認知行動療法研修 厚生労働省 2026年1月

- 15日 (NCNP)
8. 栗山健一. 最新データで導く快適睡眠への道! Smile Life 西武健康保険組合 2025 Autumn pp.22-23.
 9. 栗山健一. より良い眠りのためにあなたも睡眠力アップ! 令和7年度「きよせ健康幸大学」 2025年10月23日(清瀬市しあわせ未来センター)
 10. 栗山健一. 働く人のための新しい睡眠習慣. 2025年度衛生週間 特別講演会. 2025年10月27日(JFE スチール千葉 見学センター)
 11. 栗山健一. 働く人と職場のための『睡眠学』～エンゲージメントとパフォーマンスを高める睡眠習慣～. 2025年度「健康講演」. 2025年10月6日(マツダ株式会社本社)
 12. 栗山健一. 「健康づくりのための睡眠ガイド2023」に準じた労働者の睡眠対策. 睡眠改善研修 令和7年度セルフケア向上のためのメンタルヘルス研修. 2025年10月2日(川崎市役所本庁舎)
 13. 栗山健一. 会社における睡眠対策 BOOK 協会けんぽリーフレット 2025年10月
 14. 栗山健一. 知っておきたい睡眠の役割と良い睡眠のコツ 協会けんぽリーフレット 2025年10月
 15. 栗山健一. 最新データで導く快適睡眠への道! smile life 2025年秋号 pp.22-23. 株式会社法研
 16. 栗山健一. 睡眠改善で健康づくり6. 社会が取り組むべき睡眠健康向上対策 地方公務員安全と健康フォーラム vol.131 pp.28-29, 2025年8月号
 17. 栗山健一. 睡眠の質の高め方. あんしん Life 日経BP 2025年7月1日
 18. 栗山健一. 変わる睡眠シニアの新常識 聖教新聞(12面) 2025年6月25日 日刊
 19. 栗山健一. 睡眠力をアップしてイキイキ生活～「健康づくりのための睡眠ガイド2023」より～. 東京の国保 No.680. 2025年5月春号
 20. 栗山健一. 睡眠改善で健康づくり5. 知らずに潜む睡眠の質を低下させる疾患 地方公務員安全と健康フォーラム vol.130 pp.28-29, 2025年4月号
 21. 栗山健一. 快適睡眠のための生活習慣 すこやかファミリー 4月号(第850号) pp.6-11.
- H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
なし
 2. 実用新案登録
なし
 3. その他
なし

社会とのつながりづくりの推進及び進捗評価の方法に関する研究

研究分担者 近藤 尚己 京都大学大学院医学研究科 社会疫学分野・教授

研究要旨

健康日本 21（第三次）において厚生労働省が示した「社会とのつながり」に関する目標（つながり・社会活動・共食）について、公衆衛生の専門家によるワーキンググループを設置し、これまでに提案した都道府県向けのアクションプランとそのマネジメントのためのモニタリング指標案を整理してきた。本年度は、社会とのつながりが及ぼす心身の健康への影響、および社会とのつながりに関連する環境要因や健康施策の効果に関する疫学研究を進める一方、得られた学術的知見や最近の公衆衛生活動の潮流を踏まえて、モニタリング指標案を整理し、修正デルファイ法を活用して取捨選択を行い、最終的に 68 項目を選定した。あわせて、各目標に関する国内の優良事例を収集した。今後は都道府県へのヒアリングの場等を活用して現場での実用性の確認と効果的な活用法の検討と普及を目指す。

研究協力者

永田 英恵	京都大学社会疫学分野
片野田耕太	国立がん研究センター
井上 茂	東京医科大学
村山 伸子	新潟県立大学
中込 敦士	千葉大学
近藤 克則	千葉大学
井手 一茂	千葉大学
飯塚 玄明	千葉大学
相田 潤	東京科学大学
田淵 貴大	東北大学
長谷田真帆	京都大学
伊藤 ゆり	大阪医科薬科大学
西尾麻里沙	大阪医科薬科大学
片岡 葵	神戸大学
畑 幸一	京都大学
山江 海邦	京都大学
大須賀美恵子	京都大学

り・こころの健康の維持及び向上」が掲げられている。本分担班では、これまでに組織した、社会環境整備と健康格差の縮小に関するアクションプランを検討する「社会環境整備アクションプランワーキンググループ」を設置し、これらの取り組みを各自治体がどのように実施するかについて議論を行い、アクションプラン案を作成・公表した。具体的には、健康日本 21（第三次）の「社会環境の質の向上」に関する目標項目のうち、社会関係に関する 3 つについてのアクションプラン案を改定した（表 1）。また、それらのアクションが各目標項目の改善にどのように寄与するか示すロジックモデルを構築した。また、構築したロジックモデルに基づき、それぞれのアクションプラン案を整理した。「①地域の人々とのつながりが強いと思うものの増加」を近藤尚己（京都大学）が担った。「②社会活動を行っている者の増加」は近藤克則（千葉大学）が担当した。「③地域等で共食している者の増加」は村山伸子（新潟県立大学）が担った¹。また、アクションプラン案を実際に実施する際に、その活動のマネジメントに必要な

A. 研究目的

健康日本 21（第三次）では、「社会環境の質の向上」に関する目標として、「社会とのつなが

となるアウトカム指標やアウトプット指標を整理し、主に都道府県のアクションを想定して43項目の指標を提案した。

表1 検討した3目標

目標①	地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加
目標②	社会活動を行っている者の増加
目標③	共食している者の増加

令和7年度は、各アクションに関連する学術的課題を整理して実証研究を進めた。また、本実証研究や近年の他の学術活動を通じて得た情報をもとに、ワーキンググループでの検討を進めて、アウトプット指標及びアウトカム指標と入手法について見直しを行った。とりわけ実行可能性を高めるための項目の取捨選択と文言の修正に重点を置いた。

B. 研究方法と手順

<学術研究>

国内外の既存の疫学調査データを活用して、社会的つながり（あるいは社会的な孤立・孤独感）を予測する要因や社会的つながりや社会参加を促す介入方法の平均的な効果および健康格差への効果の分析を行った。また、社会的つながり（社会的健康）がもたらす身体的・精神

的健康（死亡リスクやメンタルヘルス、認知機能等）への影響についての分析も進めた。

<政策研究（アクションプランの評価指標の見直し>

本研究班の分担研究者に加え、14名の外部の研究協力者の参画を得て作業を進めた。令和6年度版のモニタリング指標について、各指標の採用、再検討または削除の要否に関し、対面会議、ビデオ会議および電子メールを通じて意見を収集し、数回にわたる会議を経て同意形成を図った。

アクションプランのモニタリング指標の見直しについては、修正デルファイ法の手順を用いた。まず、7つの判断基準（表2）を定め、各アウトプット指標およびアウトカム指標を4段階で評価するためのフォーマットを作成して配布した。各研究協力者から提出された評価結果をもとに、全員で内容を共有しながらさらなる意見収集と項目の取捨選択、見直しを行った。さらに、指標の把握方法については、好事例などを共有しつつ、データ取得方法を具体的に提案できるよう、検討を重ねた。

（倫理面への配慮）

市民や患者の一次データを用いる研究ではないため、研究倫理審査は実施しなかった。

表2 デルファイ法での判断基準7項目

判断基準	各指標を1-4点の4段階評価（低い-やや低い-やや高い-高い）で評価
正確性	実態を正しく表しているか
内容的代表性	見たい領域全体を表しているか
社会的受容性	社会が受け入れやすく、人々が理解しやすいか
学術的重要性	どのような対策を行えば良いかが見えてくるか
介入可能性	対策を行なった時に良い数字に変化しやすいか
入手容易性	データの入手が容易か
主観的な勧奨度	総合的に判断して、当該指標の活用をどの程度推奨したいか

C. 研究結果

<学術研究>

日本老年学的評価研究 (JAGES) の追跡データを用いた研究からは、以下のことが明らかになった。

- 1) 機械学習を応用した Heterogeneous Treatment Effects (HTE) 推計による分析では、社会的孤立とその後の死亡リスクが高齢・低学歴・男性といった要因を併せ持つ (intersectionality がある) 場合に最大で 205 日分短くなる可能性が示され、社会的孤立対策 (つながりづくり) における複合的な社会背景要因への配慮の重要性が示唆された (論文発表 1)。
- 2) 自治体による普及が目覚ましく、身体的健康に加え社会的つながりの醸成も期待される「健康ポイント」や「ウォーキングポイント」事業は、平均すると身体活動としての歩行時間を 1 日 6.8 分増加させ、社会的孤立のリスクを 21% 減少させる可能性が示された。一方、所得や学歴 (社会経済状況) が不利な人、公園に近接していたり人口の多い都市部に住んでいる人により恩恵が大きい可能性が示された。これらの自治体によるインセンティブ事業を進める際には、こういった異質効果のエビデンスを活用することで、戦略的に健康格差縮小を目指す取組が期待される (論文発表 2)。
- 3) 地域レベルの認知的ソーシャルキャピタルが、孤独感が低いことと関連したが、その関連は学歴が高い人により強いことが分かった。所得やジェンダーによる関連の違いは明らかではなかった。現在の日本の地域単位の認知的ソーシャルキャピタルは社会的に恵まれた人々への恩恵が大きい可能性が高く、社会的に不利な人々への積極的な支援を追加する必要性が示唆された (論文発表 3)。
- 4) Haigh benefit approach (介入の効果が特

に高い集団を同定して介入の優先ターゲットとする公衆衛生アプローチへの実装を想定した機械学習に基づく HTE 分析により、社会活動参加による抑うつリスク減少効果が高い集団を検索したところ、高齢や社会経済状況が良くない場合によりリスクが低いことが分かった。

- 5) 社会的交流を促す拠点として注目される図書館の整備状況について、公開データをもとに分析し、要介護認定についての個票データと連結して分析したところ、蔵書が人口当たり 1 冊増えると要介護リスク 4% 減に相当する関連がみられた。その効果は社会経済状況や、本人の実際の図書館利用の有無等により差がなかった。蔵書数に代表される図書館への投資が多い自治体ほど、だれも取り残さずに介護リスクを減らすような環境の効果が高い可能性が示された。

他にも、JAGES 及びその他のデータ (JACSIS インターネット調査・生活保護利用者データ、バイオバンク GWAS データ) をもちいて、自治体による高齢者の自立支援・重度化防止、社会的つながりの醸成に向けた地域包括ケアの活動を支援する介護保険保険者努力支援交付金 (介護予防のインセンティブ交付金) 制度に基づく地域の社会環境改善支援が盛んな自治体ほど、その後の要介護や死亡リスクが低いこと (論文発表 6)、幼少期の逆境体験による成人期の孤独感リスクが、地域の大人との社会的つながりにより緩和される可能性 (論文発表 7) などが明らかになった。

これらの知見を基にしたワーキンググループでの議論から、社会的ウェルビーイングをより体系的に評価するための指標の必要性や、遺伝子多型と社会環境の交互作用を探求することで今後のテーラーメイドな高齢者支援活動に生かせるのではといった意見が生まれ、関連する意見論文やゲノムワイド研究の成果につながった (論文発表 8, 9)。

＜政策研究＞

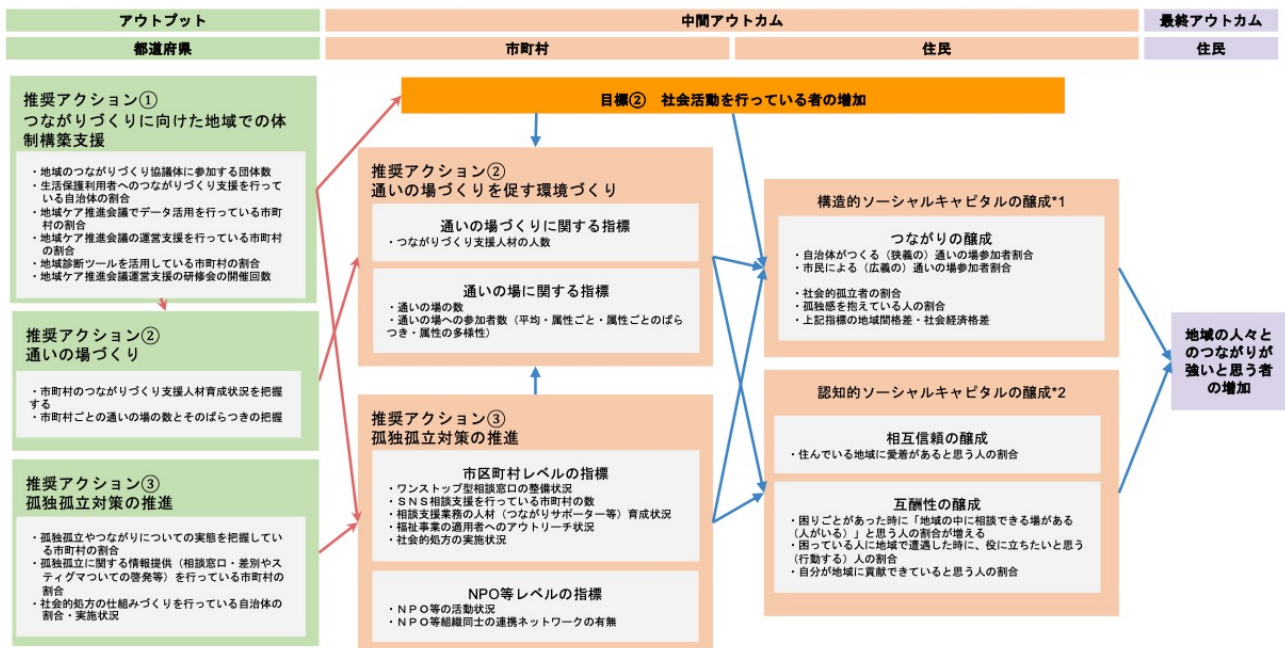
社会的つながりに関するアクションの評価に向けたアウトカム指標、アウトプット指標の見直しを行った。

まず、「目標①地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加」に向けたアクションについては、都道府県が「つながりづくりに向けた地域での体制構築支援」「通いの場づくり」「孤独孤立対策の推進」というアクションを実施することにより、市区町村レベルでは「相談支援体制の整備」や「見守り・交流の場の確保」といった環境整備が進み、住民レベルで「つながり（構造的ソーシャルキャピタル）」や「相互信頼・互酬性（認知的ソーシャルキャピタル）」といった中間アウトカムが達成され、最終的に地域でのつながりを感じる者が増加する、というロジックを想定している（図1）。今回の改訂では、市区町村で得られた中間アウトカムを都道府県がアウトプットとして把握できるよう、都道府県における「推奨アクション②通いの場づ

くり」を追加した。市区町村におけるつながりづくり支援人材育成状況の把握や、市区町村ごとの通いの場の数及びそのばらつきを把握することにより、都道府県が重点的に支援すべき市区町村の把握等を行えるのではないかと考えた。

「推奨アクション③孤独孤立対策の推進」においては、「社会的処方¹の仕組みづくりを行っている自治体の割合・実施状況」を追加した。「社会的処方¹の仕組みづくりを行っている」自治体の例として、兵庫県養父市によるいわゆる社会的処方（医療機関等を起点とした社会的つながり・孤独孤立対策の地域モデル）などの取り組みが共有された。提示された自治体の活動とアウトカム、アウトプット指標とを照らし合わせ、的確にそういった活動のマネジメントが可能か否かを検討する作業も行い、最終的に中間アウトカム指標 22 個、アウトプット指標 11 個、そして各指標の把握方法を提案した（表3・表4・表5）。

図1 目標① 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加に向けた都道府県のアクションのロジックモデルと評価指標



*1 つながりを生み出す取り組みや仕組み
*2 地域をつながりに対する認識（助け合いの規範・互いの信頼・つながりの豊かさの認識）

表3 目標① 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加：アウトプット指標とその把握方法（11指標）

アクション		アウトプット指標	指標の把握方法
つながりづくりに向けた地域での体制構築支援	(環境整備)	地域のつながりづくり協議体に参加する団体数や孤独孤立対策を推進する多様な組織同士のネットワークや協議体に参加する団体数 都道府県内の市町村間のばらつき（人口当たりの団体数の格差（最大値・最小値・標準偏差・最大—最小）	(測定法要検討) 各都道府県での情報収集方法の実態把握に基づき、収集方法の標準化を進めることを検討（中込班情報を採用）各市町村での把握・都道府県によるその集計。市町村ごとのばらつきの評価も推奨（各市町村人口単位でカウント）
		生活保護利用者へのつながりづくり支援を行っている自治体の割合	(測定法要検討)
		地域ケア推進会議でデータ活用を行っている市町村の割合	高齢者：介護保険保険者努力支援交付金「1. PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築」スコア 他の世代：市町村向け調査
		地域ケア推進会議の運営支援を行っている市町村の割合	高齢者：介護保険保険者努力支援交付金「Ⅱ（2）地域包括支援センター・地域ケア会議」スコア 他の世代：市町村向け調査
	(人材育成)	地域ケア推進会議を活用している市町村の割合	高齢者：介護保険保険者努力支援交付金「1. PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築」スコア 他の世代：市町村向け調査
		地域ケア推進会議運営支援の研修会の開催回数	高齢者：介護保険保険者努力支援交付金「Ⅱ（3）在宅医療・介護連携」スコア 都道府県による庁内独自調査・市町村向け調査
通いの場づくり	(人材育成)	・市町村のつながりづくり支援人材育成状況を把握する	
	(環境整備)	・市町村ごとの通いの場の数とそのばらつきを把握	
孤独孤立対策の推進	(環境整備)	孤独孤立やつながりについての実態を把握している市町村の割合	市町村向け調査
		孤独孤立に関する情報提供（相談窓口・差別やスティグマについての啓発等）を行っている市町村の割合	市町村向け調査
		社会的処方等の仕組みづくりを行っている自治体の割合・実施状況	

表4 目標① 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加：中間アウトカム指標（市町村）とその把握方法（13指標）

アクション		中間アウトカム指標（市町村）	指標の把握方法	
通いの場づくり	(人材育成)	つながりづくり支援人材の人数	通いの場（サロン・子ども食堂など）等の運営ボランティアの登録者数を自治体ごとに把握する	
	(機会づくり)	通いの場の数		(測定法要検討) 各種通いの場の関係者向け調査
		通いの場への参加者数		(測定法要検討) 各種通いの場の関係者向け調査
		属性ごとの参加者数		(測定法要検討) 各種通いの場の関係者向け調査（性別・保険種別・居住地区別・所得別等）ごとに把握する
		属性ごとの参加者数のばらつき		(測定法要検討) 各種通いの場の参加者割合のばらつき（最大と最小の差や比など）を計算する
		通いの場の種類の多様性		(測定法要検討) 通いの場（講義）の種類について、各活動責任者からデータ収集する
孤独孤立対策の推進	(人材育成)	相談支援業務の人材（つながりサポーター等）育成状況	(測定法要検討) 市町村内のつながりサポーター養成担当部局での把握	
	(環境整備)	フンストップ型相談窓口の整備状況	市町村内各部局への問い合わせ（重層的支援体制整備事業の担当部署など）	
		SNS相談支援を行っている市町村の数	(測定法要検討) 市町村内各部局への問い合わせ	
		福祉事業の適用者へのアウトリーチ状況	(測定法要検討) 市町村内の福祉担当部局での把握	
		社会的処方の実施状況	(測定法要検討)	
		NPO等の活動状況	(測定法要検討) 市町村内のNPO担当部局での把握	
		NPO等組織同士の連携ネットワークの有無	(測定法要検討) 市町村内のNPO担当部局での把握	

表5 目標① 地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加：中間アウトカム指標（住民）とその把握方法（9指標）

アクション		中間アウトカム指標（住民）	指標の把握方法
つながりの醸成	（行動）	（狭義の）通いの場参加者割合	介護保険保険者努力支援交付金「Ⅱ（5）介護予防／日常生活支援」スコア
		（広義の）通いの場（社会活動）参加者割合	（測定法要検討）各種通いの場の参加者を、対象集団の人口当たりの割合として把握する。できるだけ、性別・保険種別（医療扶助含む）・居住地区別・所得別等、社会属性ごとの割合を把握する
	（認識）	社会的孤立者の割合	（測定法要検討）住民向け調査*（内閣府の孤独孤立の調査項目と同じにする）
		孤独感を抱えている人の割合	（測定法要検討）住民向け調査*（内閣府の孤独孤立の調査項目と同じにする）
（行動・認識）	上記指標の地域間格差・社会経済格差	住民向け調査*結果に基づき、市町村内の各地区や住民の属性（性別・保険種別（医療扶助含む）・所得水準等）ごとに各割合を算出する	
相互信頼の醸成	（認識）	住んでいる地域に愛着があると思う人の割合	（測定法要検討）住民向け調査*
互酬性の醸成	（認識）	困りごとがあった時に「地域の中に相談できる場がある（人がいる）」と思う人の割合が増える	（測定法要検討）住民向け調査*
		困っている人に地域で遭遇した時に、役に立ちたいと思う（行動する）人の割合	（測定法要検討）住民向け調査*
		自分が地域に貢献できていると思う人の割合	（測定法要検討）住民向け調査*

「目標②社会活動を行っている者の増加」に向けたアクションについては、都道府県が「人材育成」「機会づくり」「人が集まる場やしきみづくり」「ICTを積極的に取り入れた住民サービスの提供」というアクションが、市区町村レベルでの同項目の環境整備が進み、住民の中で実際に社会活動者やボランティア、交流施設やインターネット利用が増加する、というロジックを想定している（図2）。これら进行评估するアウトカム、アウトプット指標として、本年度の改訂ではそれぞれ12個、8個を提示した（表6・表7・表8）。

主な改訂として、推奨アクション①社会活動の場を促す人材育成と機会づくりにおいて、「多様な就労機会の提供状況の把握」および「多様な就労機会の提供状況の把握している自治体の割合」を追加した。これは、健康日本21（第三次）において、社会活動に就学・就労を含めた目標が設定されたことを踏まえたものである。

また、「推奨アクション③ICT技術を積極的に取り入れた住民サービスの提供」において、「ICTを取り入れたつながりづくり」「健康づくりや社会活動へのポイント制度の導入」状況の把握および行っている自治体の割合を追加した。

「健康づくりや社会活動へのポイント制度の導入」をしている自治体の例として、高知県の

事例が共有され、同活動の評価が的確に行われ得るかどうかを検討しながら指標選定を行った。

指標に関する情報の取得方法については、日常的な行政施策のマネジメントのためにルーチンとして収集されている可能性の高い項目を中心に提案した。

「目標③地域等で共食している者の割合の増加」については、都道府県レベルでの推奨アクションが、市区町村レベルでのこれらの資源や活動の醸成につながり、「住民の共食の増加」、そして「従来の共食の場に参加しにくい集団の共食の場への参加」が増えることで、最終アウトカムとその社会経済状況による格差の是正が期待できる、というロジックを想定している（図3）。

令和6年度までのロジックモデルからの主な変更点としては、「推奨アクション①地域の共食を促す環境づくり」を土台とし、「推奨アクション②地域で共食を促す場作り」へと繋がるモデルに修正した点が挙げられる。あわせて、都道府県でのアウトプット指標を明確に提示した。また、これまでのアクションプランに提示していた「父親の育児参加としての食事づくり」については、健康日本21（第三次）における共食の文脈、すなわち、第二次までの子どもを中

心とした家庭での共食のイメージから、一人暮らしの者を含めた地域での共食を推進する方向へと重点が移行していることを踏まえ、削除とした。

これらのマネジメントのための指標として、本年度の改訂では、アウトカム、アウトプット

指標としてそれぞれ9個、7個を提示した。共食の場づくりの予算、連携体制の整備、広報件数、活動の実施回数、人材育成数など、いずれもまちづくりに関する行政施策のマネジメント項目としてルーチンに取得されている可能性の高いものの提案とした(表9・表10・表11)。

図2 目標②「社会活動を行っている者の増加」に向けた都道府県のアクションのロジックモデルと評価指標

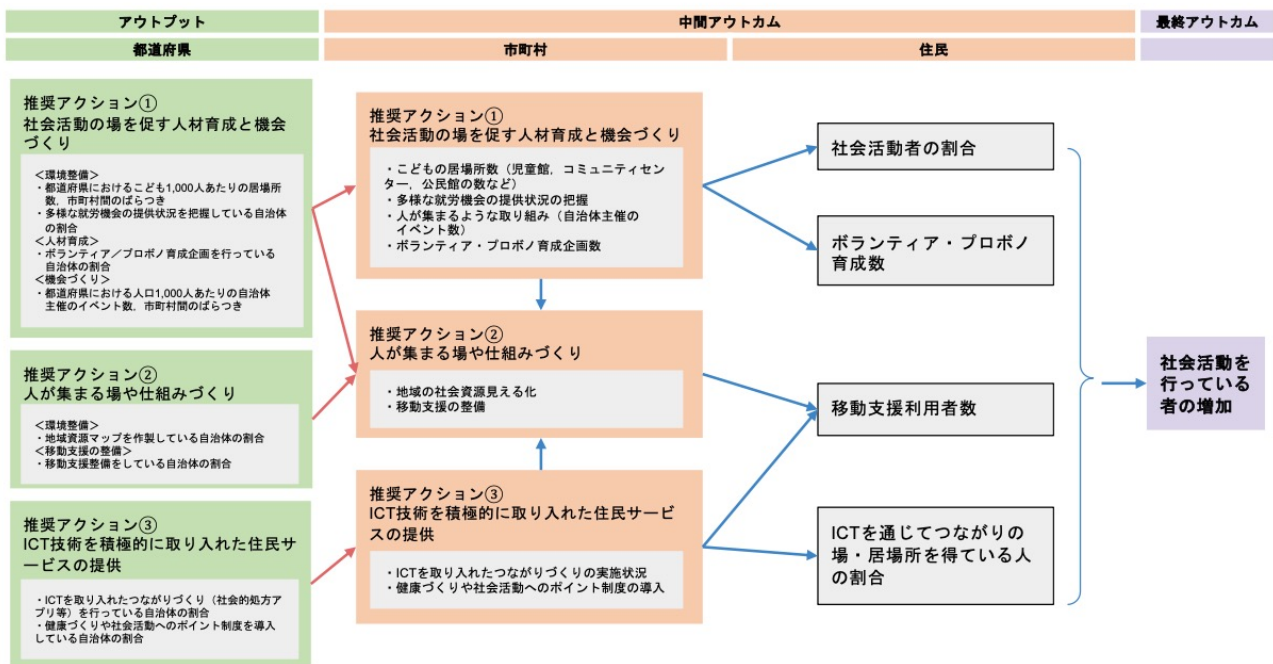


表6 目標② 社会活動を行っている者の増加：アウトプット指標とその把握方法（8指標）

アクション		アウトプット指標	指標の把握方法
社会活動の場を促す人材育成と機会づくり	(環境整備)	都道府県におけるこども1,000人あたりの居場所数、市町村間のばらつき	(こどもに特化した)自治体ごとの地域の社会資源マップ整備の有無、児童館、コミュニティセンター、公民館、こども食堂、習い事の場(塾を含む)の合計。
	(機会づくり)	多様な就労機会の提供状況を把握している自治体の割合	自治体ごとのシルバー人材センター、高齢者の積極採用を進めている事業者の支援の有無。
	(人材育成)	都道府県における人口1,000人あたりの自治体主催のイベント数、市町村間のばらつき	自治体主催・協賛・後援のイベント数
人が集まる場や仕組みづくり	(環境整備)	ボランティア・プロボノ育成企画を行っている自治体の割合	ボランティア・プロボノ育成企画の把握
	(移動支援の整備)	ボランティア・プロボノ育成企画を行なっている自治体の割合	高齢者：介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況
	(移動支援の整備)	地域資源マップを作製している自治体の割合	介護予防に関するボランティアなどの育成するための研修数
ICT技術を積極的に取り入れた住民サービスの提供	(環境整備)	地域資源マップを作製している自治体の割合	地域の社会資源マップ整備の有無
	(環境整備)	ICTを取り入れたつながりづくり(社会的処方アプリ等)を行っている自治体の割合	移動支援の有無
ICT技術を積極的に取り入れた住民サービスの提供	(環境整備)	健康づくりや社会活動へのポイント制度を導入している自治体の割合	移動支援の本数、カバーエリアの把握
	(環境整備)	健康づくりや社会活動へのポイント制度を導入している自治体の割合	IoTを活用した相談窓口の用意の有無
			ポイントの制度の導入の有無

表7 目標② 社会活動を行っている者の増加：中間アウトカム指標（市町村）とその把握方法（8指標）

アクション		中間アウトカム指標（市町村）	指標の把握方法
社会活動の場を促す 人材育成と機会づくり	（環境整備）	こどもの居場所数	地域の社会資源マップ整備の有無、児童館、コミュニティセンター、公民館、こども食堂、習い事の場（塾を含む）の合計
		多様な就労機会の提供状況の把握	シルバー人材センター、高齢者の積極採用を進めている事業者の支援
	（機会づくり）	人が集まるような取り組み（自治体主催のイベント数）	自治体主催・協賛・後援のイベント数
	（人材育成）	ボランティア・プロボノ育成数	（測定法要検討）
			介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況
			介護予防に関するボランティアなどの育成するための研修実参加者数
人が集まる場や 仕組みづくり	（環境整備）	地域の社会資源見える化	（測定法要検討）
	（機会づくり）	移動支援の整備	（測定法要検討）
ICT技術を積極的に取り入 れた住民サービスの提供	（環境整備）	ICTを取り入れたつながりづくりの実施状況	（測定法要検討）
		健康づくりや社会活動へのポイント制度の導入	ポイントの制度の導入

表8 目標② 社会活動を行っている者の増加：中間アウトカム指標（住民）とその把握方法（4指標）

アクション		中間アウトカム指標（住民）	指標の把握方法
社会活動の場を促す 人材育成と機会づくり	（人材育成）	ボランティア・プロボノ育成数	実施主体に自治体への参加者の報告を依頼
	（行動）	社会活動者の割合	社会生活基礎調査 調査票A（オ 学習・研究活動の状況 カ ボランティア活動の状況 キ スポーツ活動の状況 ク 趣味・娯楽活動の状況）
人が集まる場や 仕組みづくり	（行動）	移動支援利用者数	移動支援実施主体に自治体への利用者の報告を依頼
ICT技術を積極的に取り入 れた住民サービスの提供	（行動）	ICTを通じてつながりの場・居場所を得ている人の割合	総務省 情報白書 インターネット利用率

図3 目標③「地域等で共食している者の割合の増加」に向けた都道府県のアクションのロジックモデルと評価指標

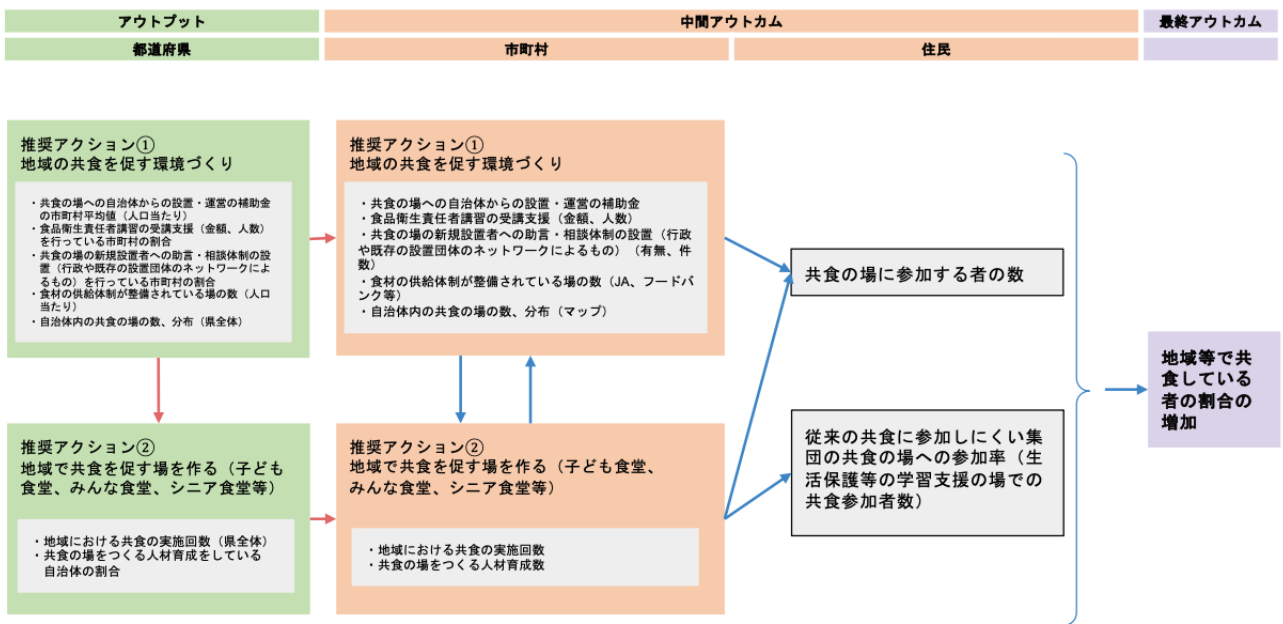


表9 目標③ 地域等で共食している者の割合の増加：アウトプット指標とその把握方法（7指標）

アクション		アウトプット指標	指標の把握方法
①地域で共食を促す環境づくり	(環境整備)	共食の場への自治体からの設置・運営の補助金の市町村平均値（人口当たり）	市町村から補助金の金額を把握
		食材の供給体制の整備されている場の数（人口あたり）	市町村から共食の場で食材の供給体制が整備されている数を把握
		自治体内の共食の場の数、分布（県全体）	市町村から共食の場の数を把握
(人材育成)	共食の場づくりを目的とした食品衛生責任者講習の受講支援を行っている市町村の割合	市町村から共食の場づくりを目的とした食品衛生責任者講習の受講支援の有無を把握	
	共食の場の新規設置者への助言・相談体制の設置（行政や既存の設置団体のネットワークによるもの）を行っている市町村の割合	市町村から共食の場の新規設置者への助言・相談体制の有無を把握	
②地域で共食を促す場を作る（子ども食堂、みんな食堂、シニア食堂等）	(機会づくり)	地域における共食の実施回数（県全体）	市町村から共食の場毎の共食の実施回数を把握
	(人材育成)	共食の場をつくる人材育成をしている自治体の割合	市町村から共食の場を作る人材育成の有無を把握

表10 目標③ 地域等で共食している者の割合の増加：中間アウトカム指標（市町村）とその把握方法（7指標）

アクション		中間アウトカム指標（市町村）	指標の把握方法
①地域で共食を促す環境づくり	(環境整備)	自治体内の共食の場の数、分布（マップ）	地域子ども食堂、みんなの食堂等の数の把握（社協、NPO法人全国子ども食堂支援センターHP）の社会資源マップ 地域の茶の間の数の把握（社協） 共食のイベントの開催状況の集計
		従来の共食に参加しにくい集団の共食の場への自治体からの設置・運営の補助金（生活保護等の学習支援の場での共食等）	行政資料から関連する補助金の金額の集計
		食材の供給体制が整備されている場の数（JA、フードバンク等）	食材の供給がうまくできている共食の場の数の集計
		共食の場づくりを目的とした食品衛生責任者講習の受講支援（金額、人数）	補助金額の集計 養成した食品衛生責任者の数の集計
(人材育成)	共食の場の新規設置者への助言・相談体制の設置（行政や既存の設置団体のネットワークによるもの）（有無、件数）	新規設置者への研修や専門的助言の体制の有無、年間件数の集計	
	②地域で共食を促す場を作る（子ども食堂、みんな食堂、シニア食堂等）	(機会づくり)	子ども食堂、みんなの食堂等の実施回数の収集と集計 地域の茶の間の実施回数の収集と集計 共食のイベントの開催回数の収集と集計 生活保護等の学習支援の場での共食の開催回数の収集と集計
(人材育成)	共食の場をつくる人材育成数	共食の場の主催団体の人材数の集計 共食の場づくりを目的に養成した食品衛生責任者の数の集計	

表11 目標③ 地域等で共食している者の割合の増加：中間アウトカム指標（住民）とその把握方法（2指標）

アクション		中間アウトカム指標（住民）	指標の把握方法
②地域で共食を促す場を作る（子ども食堂、みんな食堂、シニア食堂等）	(行動)	共食の場に参加する者の数	子ども食堂、みんなの食堂の参加者数を実施団体から収集する
			地域の茶の間の参加者数を実施団体から収集する
			共食イベントの参加者数を実施団体から収集する
		従来の共食に参加しにくい集団の共食の場への参加率（生活保護等の学習支援の場での共食参加者数）	学習支援の場での共食参加者数の集計

D. 考 察

実証研究の成果からは、地域における社会的つながりの推進に向けた取り組みや現在のつながりの状況（地域レベルのソーシャルキャピタル）の効果は個人の属性により一定程度異なり、特に所得や教育歴といった社会経済状況、個人の社会関係の状況等による差が顕著であることが示された。アクションプランで示したような ICT の活用等により、個人の社会関係や社会経済状況を簡便かつ安全に収集して、個人に対するケア（個人の状況にあったつながりの推奨）や優先的に社会環境整備を支援する地域や集団の選定等、テーラーメードな公衆衛生活動（precision public health）を推進できるのではないかと考えた。そのような活動を支えるためには、さらなる異質効果や社会環境と個人属性の相互作用の分析を進めることが有益である。

政策研究では、昨今の社会動向を踏まえ、社会とのつながりに関する対策の推進及び進捗評価を行うため、これまでのアウトプット、アウトカム指標の見直しを行い、最終的に両者合わせて 68 項目の指標に集約した。

既存のアウトプット、アウトカム指標の見直しにあたり判断基準を設定し、アンケート、フィードバック、オンラインでの議論を組み合わせる合意形成手法を用いて、研究協力者間のコンセンサス形成を図った。その結果、アクションプランの推進に繋がる指標を提示するとともに、情報の把握方法については、ルーチンに取得されている可能性が高いものや、市区町村が行う事業評価のための情報を活用できると考えられるものを提案した。

一方で、都道府県や市区町村において、どの部署がどのように情報把握や評価に関与するか、といった部署間連携の具体的なあり方については、現場へのヒアリングが必要であるとの意見も示された²。次年度には現場ヒアリングを実施する予定であり、指標がより活用しやすいものとなるよう、さらなる改善を進める予定

である。

また、都道府県が市区町村レベルでの活動をアウトプット指標として把握した後、それを PDCA サイクルに活用していくにあたっては、市区町村間や他の都道府県との比較検討が可能となる仕組みが整備されれば、課題の優先順位づけなどに資することで、アクションプランを一層推進できる可能性があると考えられた。例えば、今回提案した指標や実証研究の成果をもとに、介護保険保険者努力支援交付金における評価指標の項目を追加したり既存の指標の改定をしていくことで、標準的なスコア付け基準に基づく市区町村の評価と比較、支援の優先順位付け等が可能となるだろう³。

E. 結 論

人とのつながり・社会参加・共食に関する社会環境の質の向上に向けて、実証研究を進め、またアクションプランおよびそのマネジメントのための指標を改訂し、提案した。今後はさらなる実証、特に社会環境整備に向けた介入がもたらす異質効果の推計を進めていく。アクションプランとその評価指標については、実際の活動をどのように進め、どのように評価結果を活用していくべきかについて、啓発用のわかりやすい資料等にまとめていくことも必要ではないかとの意見が出され、次年度の検討課題としたい。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Lunar FR, Kondo N, Honda Y, Nakagomi A, Komura T, Inoue K, Shiba K. Socio-demographic heterogeneity in the association between social isolation and all-cause mortality among Japanese older adults: JAGES longitudinal panel study.

- Lancet Reg Health West Pac. 2025 Oct 3;63:101691. doi: 10.1016.
- 2) Du Z, Sato K, Hino K, Kondo K, Kondo N. Gender, socioeconomic, and built environment differences in the association of participation in an incentivized walking program with physical and social activity: a prospective cohort study among older adults in Japan. Soc Sci Med. 2025 Apr 23;377:118093.
 - 3) Liu Q, Sato K, Kondo N. Heterogeneous associations between community social capital and loneliness: a cross-sectional study in 2019. J Epidemiol. 2025 Aug 2 [Epub ahead of print]. doi:10.2188/jea.JE20250020. PMID: 40754450.
 - 4) Takemura Y, Inoue K, Sato K, Haseda M, Shiba K, Kondo N. Social participation and depressive symptoms among older adults. JAMA Netw Open. 2025 Sep 2;8(9):e2530523. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.30523. PMID: 40920380.
 - 5) Otani S, Sato K, Kondo N. Public Libraries and Functional Disability: A Cohort Study of Japanese Older Adults. SSM - Population Health. SSM Popul Health. 2025 Feb 4;29:101762.
 - 6) Kato D, Kawachi I, Saito T, Yasufuku Y, Kondo N. Association of the 2018 Japanese financial incentive policy with long-term care needs and mortality. Asia Pac J Public Health. 2025 Dec 24:[Epub ahead of print].
 - 7) Matsushima M, Shinohara K, Ueno K, Kondo N, Tabuchi T. Positive childhood experiences and adulthood loneliness and social participation in Japan: exploring their mitigating effects for adverse childhood experiences. J Affect Disord. 2025 Dec 20:120997. doi:10.1016/j.jad.2025.120997. PMID: 41429324.
 - 8) Nishio M, Ito Y, Kondo N, Amuthavalli Thiyagarajan J. Towards a global scale for functional ability: what gets measured and gets done—but are we measuring the right thing? Age Ageing. 2025 Oct 30;54(11):afaf323. doi:10.1093/ageing/afaf323. PMID: 41206103.
 - 9) Ohseto H, Inoue K, TAKAHASHI I, Obara T, Narita A, Ishikuro M, Orui M, Murakami K, Noda A, Shinoda G, Takase M, Nakaya N, Kogure M, Hatanaka R, Nakaya K, Chiba I, Tokioka S, Kotozaki Y, Shimizu A, Tanno K, Hozawa A, Tamiya G, Kondo N, Kuriyama S. Genome-wide association study of social isolation in 63,497 Japanese individuals from the general population. Transl Psychiatry. 2026 Feb 17. doi:10.1038/s41398-026-03896-9. Epub ahead of print. PMID: 41702882.
2. 学会発表
 - なし
 - H. 知的財産権の出願・登録状況
 1. 特許取得
 - なし
 2. 実用新案登録
 - なし
 3. その他
 - なし
- 引用文献
1. 近藤尚己. 分担研究報告書「社会環境の整備・健康格差の縮小に関する検討」. in 令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「次期健康づくり運動プラン

作成と推進に向けた研究（22FA2001）報告書（2025）.

2. 日本医療研究開発機構・長寿科学研究開発事業「データに基づき地域づくりによる介護予防対策を推進するための研究」研究班 予防介護のための地域診断データの活用と組織連携ガイド.

https://www.jages.net/library/regional-medical/?action=common_download_main&upload_id=4704（2026年4月10日閲覧）

3. 保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17527.html（2026年4月10日）

糖尿病対策の推進及び進捗評価に関する研究

－糖尿病分野における都道府県の取組状況およびロジックモデル活用の実態に関する検討－

研究分担者 杉山 雄大 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療研究所
糖尿病情報センター 医療政策研究室・室長

研究要旨

各都道府県の健康増進計画（健康日本 21（第三次））における糖尿病分野の取組を分析し、実効的な施策やロジックモデルのあり方を検討するため、①計画の比較分析と②3県へのヒアリング調査を行った。調査の結果、「治療継続者の割合」を指標とする自治体は少なく、その背景として現状国のデータでは都道府県別の治療継続者の割合を把握できず、各都道府県が独自で調査を行う必要があることが影響している可能性が示唆された。また、ロジックモデルの活用は13県に留まり、その半数が健康日本 21（第三次）推進のための説明資料内の図を引用していた。作成県は「因果関係の可視化」を利点とする一方、不足施策への予算確保を課題として挙げていた。未活用県からは、国レベルのロジックモデルは医療計画に比して漠然としており、庁内の他部署への説明に使いにくいといった意見もみられた。今後国レベルでの利用可能なデータソースの提示やロジックモデルの詳細化、掲載の利点を明示していくことが計画の質向上とロジックモデル活用に繋がると推察される。

研究協力者

津下 一代 女子栄養大学栄養学部
山本 行子 糖尿病情報センター
新井あゆみ 糖尿病情報センター

A. 研究目的

国が定める健康日本 21（第三次）の目標値に準じた健康増進計画を策定している自治体が多いことが推測されるが、目標と具体的施策の連動性や、ロジックモデルの活用実態については不明瞭な点が多い。本研究では、健康日本 21（第三次）糖尿病分野に関して都道府県の取り組み状況を分析することで、より実効性の高い施策に寄与する指標の設定およびロジックモデルの在り方を検討することを目的とした。具体的には、全都道府県の健康増進計画の比較・分析、および好事例と考えられる取り組みを行う3県（福島県、長野県、愛知県）へのヒアリ

ング調査を実施した。

B. 研究方法（倫理面への配慮）

（1）都道府県健康増進計画の比較・分析

各都道府県のウェブサイトにて公開されている健康増進計画を対象に、以下の項目を調査した。

・糖尿病分野におけるロジックモデルの活用状況：計画内への掲載有無、および内容

・糖尿病分野において健康日本 21 に提示している以下の7つの指標の設定状況とそのデータソース：

1. 糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数
2. 治療継続者の割合
3. HbA1c8.0%以上の者の割合
4. 糖尿病有病者数（糖尿病が強く疑われる者）の推計値
5. 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）

6. 特定健康診査の実施率

7. 特定保健指導の実施率

(2) 都道府県に対するヒアリング調査

上記(1)の調査結果に基づき、計画策定の現状と課題を深掘りするため、以下の基準で選定した3県（福島県、長野県、愛知県）に対し、Web会議システム（Teams）を用いた約60分のヒアリングを実施した。

選定基準：健康増進計画における指標やデータソースが比較的明確である、健康増進計画にロジックモデルを使用している、フィードバックレポート（FBR）を使用しワークショップや勉強会に参加している市町村がある、健康増進計画に各市町村に関して詳細な言及がされているなど。

倫理的配慮：個人情報扱わず、倫理指針には該当しない。ヒアリング後に議事録を作成し、内容の正確性を各自治体に確認した。また、調査内容の発表に際しては、事前に資料を共有し、承諾を得た範囲で利用することを合意した。

C. 研究結果

(1) 都道府県健康増進計画の比較・分析

健康日本21に提示している糖尿病分野の7つの指標のうち、「糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数」「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）」「特定健康診査の実施率」「特定保健指導の実施率」はほとんどの都道府県で指標として取り入れられていた一方、「治療継続者の割合」を健康増進計画の指標に設定していた都道府県は24であった。この指標のデータソースについては、他の指標と比較して都道府県独自のデータを利用している傾向が強く、国が提示しているデータである国民健康・栄養調査をデータソースとして利用していたのは4都道府県にとどまった（図1）。また、指標として取り入れられていたものについても、必ずしも糖尿病分野の指標と

して記載されているわけではなく、循環器分野の指標として取り入れられている場合や、健康増進計画内に糖尿病分野という枠組みの設定がなく、他分野と併せて「生活習慣病予防」「血管病」といった枠組みの中に指標が含まれている場合など、様々なパターンが見受けられた。

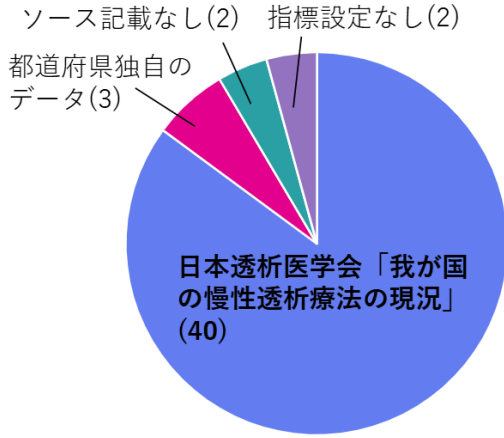
ロジックモデルの活用状況については、13府県が健康増進計画内にロジックモデルを掲載していた。活用形態の内訳を見ると、山梨県、岐阜県、滋賀県、和歌山県、佐賀県、長崎県、沖縄県では、健康日本21（第三次）推進のための説明資料内のモデルを引用、または一部改変して掲載していた。一方で、青森県は健康増進計画と医療計画で同一のロジックモデルを使用し、福島県ではがんや循環器病など他分野と併せた「生活習慣病の発症予防・重症化予防 ロジックモデル」を作成しており、神奈川県や鳥取県では他分野も含めた健康増進計画全体のロジックモデルを作成していた。さらに、長野県や京都府では健康増進計画だけでなく医療計画などと統合したロジックモデルの作成が行われていた。独自に糖尿病単独かつ健康増進計画単独のロジックモデルを作成していた都道府県はなかった。

(2) 都道府県に対する健康日本21（第三次）糖尿病分野の指標に関するヒアリング

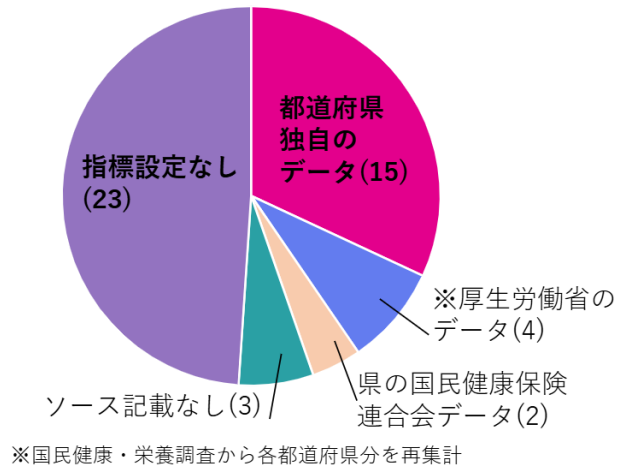
前述の調査結果から、「治療継続者の割合」を指標に含む都道府県が約半数であることが明らかになったほか、各都道府県における健康増進計画糖尿病分野の記載の中で、必ずしも指標と施策の対応は明確化されておらず、対応を明確化するためにロジックモデルを利用している都道府県も少ないという現状が明らかになった。そのため、自治体へのヒアリングを通して健康増進計画策定の実態や課題について把握を進めることとした。1月20日に福島県、2月10日に愛知県、2月17日に長野県に対してヒアリングを実施した。さらに、愛知県へのヒアリングによってあいち健康の森健康科学総

図 1. 都道府県の健康増進計画における糖尿病分野指標のデータソースの分布

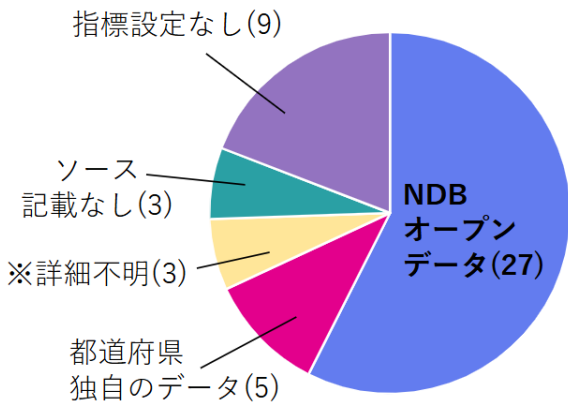
糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少



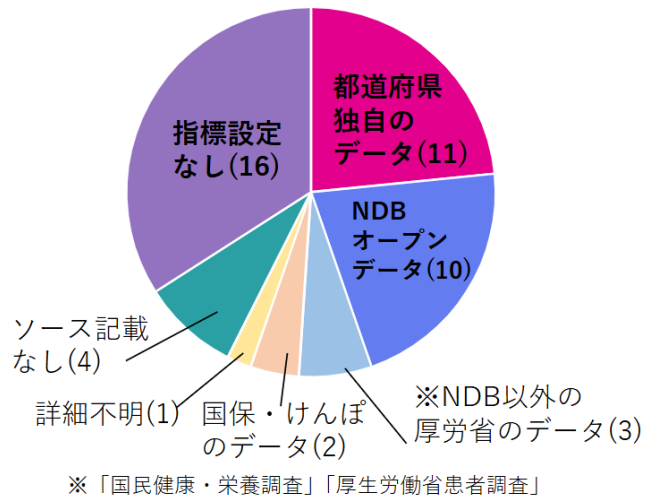
治療継続者の増加



血糖コントロール不良者の減少

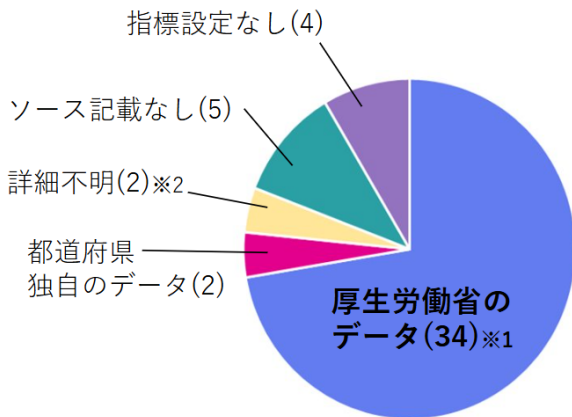


糖尿病有病者の増加の抑制

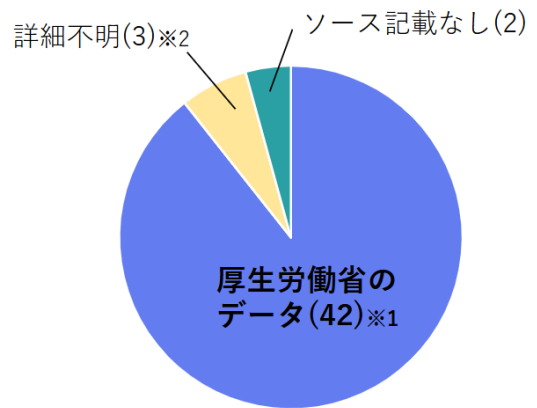


※詳細不明…「特定健康診査結果」「特定健診データ分析」「医療費等分析システム」

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少



**特定健康診査の実施率の向上
特定保健指導の実施率の向上**



※1 「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」「厚生労働省提供データ」等
 ※2 詳細不明…「医療費適正化計画進捗状況」「特定健診・特定保健指導結果」「特定健診法定報告」

合センターが愛知県健康事業に大きく関わっていることが明らかになったため、3月17日に追加でヒアリングを実施した。

各県における健康増進計画の策定・運用状況を概観すると、データの利活用や組織間連携のあり方において、それぞれの地域特性に応じた取り組みが進められていた。福島県は、福島県立医科大学に委託した独自データベースを活用した詳細な地域課題の分析を強みとしており、長野県では医療計画等と統合した総合計画を策定しつつ、市町村単位でフィードバックレポート(FBR)の活用も進んでおり、各自治体の取組の横展開を推進していた。また、「スティグマ」や「アドボカシー」のコラムを掲載していたことも特徴の一つである。愛知県においては、計画策定に教育委員会が参画するほか、長野県と同様に計画内に「スティグマ」に関するコラムを掲載するなど、幅広い視点を取り入れている点が特徴的である。また、愛知県が実施している健康づくり事業に関わるあいち健康の森健康科学総合センターは、県と密に連携しながら多職種による研修や学校への出前講座など、地域に根ざした多角的な事業を展開していた。

一方で、各組織が直面している課題も浮き彫りとなった。まず連携面の課題では、地域や職域、あるいは庁内他部署と同じ目線で協力体制を築くことの難しさが共通して挙げられる。愛知県では、県として得られるデータに限界があり、他部署の理解を得るための詳細なデータが不足していることが調整を困難にする要因となっていることがヒアリングを通して明らかになった。また、住民や企業、現場への働きかけについての課題も明らかになり、長野県が指摘する健康に対する無関心層や治療継続者への意識改革に加え、あいち健康の森健康科学総合センターが行っている中小企業への特定保健指導の周知、現場レベルでのデータ活用に対する抵抗感の払拭が重要な焦点として挙げられた。

さらに、(1)で挙げた治療継続者の割合とロジックモデルの活用についても各県の担当者にヒアリングを行った。「治療継続者の割合」を県の健康増進計画の指標に採用していなかった福島県と長野県の担当者からは、治療継続者の割合を示すための具体的な数値の選定について検討した結果、現状の国のデータでは都道府県別の治療継続者の割合を把握できないこと等が障壁となり指標の採用を見送ったことが述べられた。これに関連して、今後は国から都道府県単位で活用可能なデータソースが提供されることを望む意見が挙げられた。また、ロジックモデルの活用に関しては、独自のロジックモデルを作成していた福島県および医療計画と統合したロジックモデルを作成していた長野県の担当者より、ロジックモデルの作成により疾病事業の全体像や因果関係が可視化された点がメリットとして示された。一方で、ロジックモデル作成によって可視化されたことで不足している部分が明らかになっても、自治体の予算のみで不足部分を埋めることは困難だったという声も挙げられた。いずれの県もロジックモデルの作成に際して他の自治体の事例や有識者の意見を参考にしていた。一方で、ロジックモデルを掲載していなかった愛知県の担当者からは、健康日本21(第三次)の説明資料内で循環器・糖尿病分野について国の指標に関するロジックモデルの記載があること自体は認識しており、県の指標を策定する際の参考にしていたものの、県独自のロジックモデル作成については検討の場に上らなかったことが聴取された。医療計画と比較して国が提示している健康増進計画のロジックモデルは内容が漠然としているとの印象もあり、庁内で新規指標の検討を行う際などに国のロジックモデルをそのまま説明に用いるには使いづらいといった意見も挙げられた。各自治体および自治体と連携している公益財団法人の特色、ロジックモデルの活用、課題・要望についての概要は、表1の通りである。

表1. 自治体・自治体と連携している公益財団法人へのインタビュー（概要）

・福島県

特色	健康増進計画内で県内の各地域の課題が詳細に分析されている 県が福島県立医大に委託しているFDB（福島県版健康データベース）を用いて健康課題の管理を行っている
ロジックモデル（LM）	全体像を捉えやすくするために『生活習慣の改善』として包括的にまとめたLMを作成 疾病ごとに分けず分野ごとに大きく捉えて、その指標の因果関係を表すということを意識している
課題・要望	国への要望としては、都道府県などの細かい単位でのデータ開示をしてほしい （例：国民健康・栄養調査で全国値として出ている数値について都道府県別の数値も出せるよう検討してほしい） 計画を進める上で地域や職域との連携が必要であり、同じ目線で共に取り組んでもらえるかが課題

・長野県

特色	健康増進計画だけでなく、医療計画などと統合した総合計画を作成している スティグマについてコラムに掲載している 市町村ごとの取組が進んでおり、県内の多くの市町村でフィードバックレポート（FBR）が使用されている
ロジックモデル（LM）	LMは医療計画において作成（総合計画のなかの健康増進計画にあたる部分には置かれていない） 県から厚労省に派遣された職員がLMとPDCAという研修会を受けており第3期総合計画に入れることになった 有識者に庁内の勉強会をしていただき理解を得て、既にLMを導入している他自治体も参考にして導入に至った LM作成により疾病事業の全体像が端的に示せて可視化できた一方、手薄な部分も明らかになり課題と感じている
課題・要望	無関心層や、治療中ゆえに特定健診を受けなくても良いと思っている層に対する意識改革・普及啓発が必要 治療中の方の特定健診の結果についてマイナポータル等で時間差なく主治医と共有できるシステム等が整備されると良い 重症化予防プログラムについて、プログラム自体の理解が進んでいない部分もあり、さらなる医療者への周知も必要

・愛知県

特色	あいち健康の森健康科学総合センターへ研修事業を委託しているほか、センターが自主的に実施している事業もある 健康増進計画に教育委員会が参画されている スティグマについて計画のコラム内に掲載している
ロジックモデル（LM）	健康日本21（第三次）の説明資料内に糖尿病分野の国の指標に関するLMの記載があることについては認識していたが、ロジックモデル作成について話題に上らなかった 医療計画と比較して健康増進計画ではロジックモデルについての記載が参考程度で必須という認識はなく、医療計画と比べて漠然とした印象があった
課題・要望	生活習慣病という分野や対象年齢の幅広さゆえに庁内でも他部署との連携が必要となるが、他部署の理解を得るために必要となる詳細なデータを持ち合わせていないため調整が困難 県が間に入って市町村支援をするという県の立ち位置に関して、他の計画と比較して独特であるため、他部署を巻き込んだ対応をする際に理解が得られない場合がある

・あいち健康の森健康科学総合センター

特色	研究だけでなく、多職種で連携して市町村や企業、医療機関などの研修会や養成事業、学校への出前講座、実習生の受け入れなど、多様な事業に取り組んでいる 公益財団法人であり、プロパーの職員が大半だが県からの出向者等も在籍し、県とのかかわりが密
課題	健診を受診しているものの受けっぱなしの人が多いほか、特定保健指導の認知度が低いなど検査結果の見かたについて理解できない人も多く、特に中小企業では上記に関してセミナーによる周知が行き届いていないためボトムアップが重要 データ活用推進に対して現場のスタッフは苦手意識を示している場合もある 大きい目標を具体的な作業レベルへ落とし込むという考え方を広めるアプローチが必要

D. 考 察

本年度の調査により、糖尿病分野の7つの指標のうち「治療継続者の増加」を目標に入れている都道府県は比較的少なく、導入が進まない背景には、地域の実態を反映できるデータソースの不足があることが示唆された。

「治療継続者の割合」について国は国民健康・栄養調査からデータを出しているが、現状の国のデータでは都道府県別の治療継続者の割合を把握できず、各都道府県が独自で調査を行う必要があることが影響していると示唆され、国民健康・栄養調査と各都道府県独自の調査の比較可能性にも課題があることが考えられた。また、多くの都道府県で「指標として掲載あり」と示されている指標においても、指標が糖尿病分野の指標として掲載されていないケースや、そもそも健康増進計画内に糖尿病分野という枠組みを設定していないケースもあり、同じ「掲載あり」でもパターンが異なる場合があるため留意が必要である。

ロジックモデルの活用については、計画策定に関わる担当者間でその存在は認識されているものの、活用の深度や導入の必要性についての捉え方は自治体ごとに様々であった。本来、ロジックモデルは問題を俯瞰して可視化するだけでなく、施策の客観的な評価を可能にするとともに、関係者の共通認識を形成するためのツールでもある。庁内の他部署や医療機関、保険者協議会等と連携して計画を遂行・評価する上でその活用は有用と考えられ、単なる「図解」に留めず施策を評価するためのツールおよび合意形成の基盤として位置づけることが、今後の導入促進において重要となる。国や研究班においては、各自治体のリソース状況によってモデルのまとめ方が異なる実態を踏まえ、好事例の横展開や複数のプロトタイプを提示することで、各自治体がより円滑に取り入れられるよう支援していく必要がある。併せて、ロジックモデルをより具体的・実践的なものへと改善し、予算獲

得の根拠や多部署連携の促進といった行政的なメリットを明確に提示していくことも、より実効性の高い計画策定に寄与すると考える。

E. 結 論

本年度の都道府県健康増進計画の比較・分析および自治体へのヒアリングの結果、糖尿病分野において「治療継続者の増加」を目標に掲げる都道府県が約半数にとどまる要因として、都道府県別の治療継続者の割合を把握可能な国のデータソースが現状存在しないことが示唆された。また、ロジックモデルを活用している都道府県も3分の1以下であり、ロジックモデルの存在自体は認識されているものの、活用による具体的なメリットや必要性についての理解が十分に浸透していない可能性が考えられた。

以上から、今後健康日本21（第三次）の目標として掲げる項目については、各都道府県がデータソースとして利用可能なデータを国が提示する必要がある。また、国が提示するロジックモデルをより詳細かつ実践的な内容に改訂することや、好事例の横展開や複数のプロトタイプを提示し、自治体の計画においてロジックモデルを作成・掲載することによるメリットを明確に示していくことが、ロジックモデルのさらなる活用と実効性の高い計画策定につながるものと考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Yamamoto K, Ihana-Sugiyama N, Sugiyama T, Yamaoka T, Wakui-Kimura A, Imai K, Kuroda N, Ohsugi M, Ueki K, Yamauchi T, Tamiya N. Recognition of ophthalmology consultation and fundus examination among

individuals with diabetes in Japan: A cross-sectional study using claims-questionnaire linked data. *Diabetes Obes Metab*, 2025 Apr;27(4):1762-1772.

2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

栄養・食生活対策の推進及び進捗評価に関する研究

研究分担者 村山 伸子 新潟県立大学人間生活学部・教授

研究要旨

研究目的は、(1) 健康日本 21（第三次）の進捗管理に関する研究として、これまで作成した栄養・食生活対策のロジックモデルのアウトプット指標や中間アウトカム指標について精査・見直しを行うこと、(2) 効果的な健康づくり施策に関する研究として、国内の優良事例から、実現可能なアクションプランを収集すること。方法は、スマート・ライフ・プロジェクト第 1 回（2012 年）から 13 回（2024 年）までに、自治体部門で受賞した自治体の内、栄養・食生活の取組で受賞した自治体 16 自治体を抽出した。健康増進計画と取組について公表されている資料から検討し、子どもの肥満の減少、食塩摂取量の減少、野菜摂取量の増加、主食・主菜・副菜の摂取増加を目標として取組を実施している 4 自治体と、研究者が関与している 1 自治体（倉敷市：野菜摂取量の増加）の計 5 自治体について、詳細な資料分析とインタビューを実施した。その結果、アウトプット指標はいずれの自治体でも適切に設定・把握されており実現可能であることが確認された。中間アウトカム指標については、行動指標は多くの自治体で把握されていたが、知識・態度の指標は少なく、「取組の認知度」や「取組による行動変容」を指標とすることが有効であると考えられた。アクションプランについては、自治体でも介入のはしごのレベル 2（選択の制限）～レベル 7（情報提供）の取組が実施されており実現可能性が確認された。また、ロジックモデルを PDCA に活用している自治体が複数確認され、その有効性と今後の課題が示された。

研究協力者

林 芙美 女子栄養大学栄養学部

A. 研究目的

厚生労働省により令和 4 年度に健康日本 21（第三次）が策定され、令和 6 年度より実施されている。本研究は、健康日本 21（第三次）の推進と進捗評価に関して学術的観点からサポートすることを目的として、(1) 健康日本 21（第三次）の進捗管理に関する研究、(2) 効果的な健康づくり施策に関する研究を行う。

令和 7 年度は次の 2 つを目的とした。(1) 健康日本 21（第三次）の進捗管理に関する研究として、これまで作成した栄養・食生活対策のロジックモデルのうち、アウトプット指標や中間アウトカム指標について精査・見直しを行うこ

と。(2) 効果的な健康づくり施策に関する研究として、国内の優良事例から、実現可能なアクションプランを収集すること。これまで作成してきた栄養・食生活分野のロジックモデルとアクションプランは、国内外の先行研究と理論をベースに作成してきた。本研究を通して、現在の日本の自治体で実現可能なロジックモデルとアクションプランについて提示し、都道府県や市町村が PDCA サイクルに活かす際の課題を整理する。

B. 研究方法

目的の (1) (2) に共通して、国内の事例収集を行い、検討した。

1) 事例を収集する自治体の範囲

スマート・ライフ・プロジェクト第 1 回（2012

年) から 13 回 (2024 年) までに、自治体部門で受賞した取組の内、栄養・食生活の 16 の取組を抽出した (表 1)。

2) 事例を収集する自治体の選定

16 の取組を実施した自治体の健康増進計画の目標と取組について公表されている資料を検討し、次の基準で事例を抽出した。

- ・健康日本 21 (第三次) の栄養・食生活の目標を使用している
- ・アウトプット指標、中間アウトカム指標が設定されている

- ・できるだけ介入のはしごの環境整備以上のアクションを含む
- ・最終アウトカムを設定して評価している (PDCA を回している)

その結果、子どもの肥満の減少、食塩摂取量の減少、野菜摂取量の増加、主食・主菜・副菜の摂取増加を目標として取組を実施している 4 自治体を選定した。これらに、研究者が関与している自治体 1 つ (倉敷市: 野菜摂取量の増加) を加えた。

表 1 収集事例のリスト (スマート・ライフ・プロジェクトの自治体部門で受賞した内、栄養・食生活の目標に関するもの)

	受賞回	自治体名	テーマ	目標
1	2	呉市	「呉市糖尿病性腎症等重症化予防事業/はじめよう! 減塩生活」	減塩
2	4	青森県	「だし活」で減塩推進! 減塩の普及啓発を目的とした、青森生まれのだし商品「できるだし」の商品開発と販促活動	減塩
3	4	新潟県	健康寿命の延伸に向けて取り組む県民運動「にいがた減塩ルネサンス運動」	減塩
4	5	京丹波町	目に見える化を取り入れた学童期の減塩の食育実践	減塩
5	6	足立区	住んでいるだけで自ずと健康に! 「あだちベジタベライフ~そうだ、野菜を食べよう~」	野菜
6	7	牛久市	生涯かっぱつ! 小学生チャレンジ! 『朝ごはんに野菜のおかずを30日間たべよう』	野菜
7	8	下呂市	まちぐるみで取組む食環境整備により健康寿命の延伸を目指す 下呂・減塩・元気・大作戦	減塩
8	8	青森市	子どもの食と健康応援 5 か年プロジェクト こども食育レッスン 1・2・3 ♪	こどもの肥満
9	9	京丹波町	尿中塩分測定検査を活用した慢性腎臓病対策における 5 年間の保健活動評価について	減塩
10	9	時津町	地元の酒店・菓子店や飲食店との協働で推進する高血圧対策 (減塩への取組)	減塩
11	10	砺波市	よごし・レンチン・でかいと野菜~となベジプロジェクト~	野菜
12	10	三条市	食を通じた生活習慣病予防事業	減塩
13	10	南風原町	沖縄南風原町と丸大スーパーの連携による食環境整備~SM認証弁当の普及活動を通じて~	主食・主菜・副菜
14	11	南阿蘇村	地元企業と連携した「まるっと減塩」活動による高血圧対策の推進	減塩
15	12	横浜市	誰もが自然に健康になれる食環境づくりに向けた取組 (ハマの元気ごはん弁当の販売)	主食・主菜・副菜
16	13	飛騨市	今日も「まめなかな!」減塩食品・料理の普及活動による食環境整備2019-2024~地元企業での減塩中華そば開発と導入に至るまで~	減塩

3) 事例調査

研究分担者と研究協力者が、ロジックモデル、アウトプット指標、アウトカム指標、取組、評価方法 (PDCA) 等について、資料収集、および、各自治体の栄養・食生活分野の担当者にEメールでのやりとり、オンラインを使用したインタビュー等を実施した。

4) 現場で実現可能なロジックモデル、アウトプット、アウトカム指標の検討

ロジックモデルは、各自治体で様式が異なることから、本研究班で使用している形式に沿って研究者が作成し直した。指標については、収集した事例の指標を集約して一覧表を作成した。

C. 研究結果

1) 調査・インタビューを実施した自治体

調査を実施した自治体 (表 2) は、青森市 (子どもの肥満の減少)、三条市 (食塩摂取量の減少)、足立区 (野菜摂取量の増加)、倉敷市 (野菜摂取量の増加)、横浜市 (主食・主菜・副菜をそろえた食事の増加) である。アウトプット指標、中間アウトカム指標の設定は、個別の事業単位の自治体 3 箇所、健康増進計画等の計画単位の自治体 2 箇所であった。ロジックモデルを PDCA に活用している自治体は 3 箇所であった。

表 2 調査・インタビューを実施した自治体

自治体名	目標	アウトプット・中間アウトカム指標の設定	ロジックモデルをPDCAへ活用
三条市	食塩摂取量の減少	事業単位	○
足立区	野菜摂取量の増加	計画単位	○
倉敷市	野菜摂取量の増加	事業単位	今後
横浜市	主食・主菜・副菜をそろえた食事の増加	計画単位	○
青森市	小児の肥満の減少	事業単位	今後

2) ロジックモデル: アウトカム指標、アウトプット指標、個別施策 (アクションプラン)

目的 (1) (2) を合わせて、栄養・食生活の目標ごとに、ロジックモデルを記載する。

(1) 子どもの肥満の減少

青森市の事例 (図 1)

・アウトカム指標は、分野アウトカムとして肥満傾向児の割合、中間アウトカムとして、朝食を毎日食べる子どもの割合、運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合等であった。

・個別施策 (アクション) とアウトプット指標は、保育所、幼稚園での子どもと保護者への食育レッスンプログラムを実施し、実施園数、園児数、保護者数を指標とした。小学校での食育チャレンジプログラム (授業での食育と運動) を実施し、実施学校数を指標とした。

アクションは、教育のアプローチが中心であるが、市内の全ての保育所、幼稚園、学校で実施することは、介入のはしごのレベル 5 (デフォルトを変える) に該当する。

(2) 食塩摂取量の減少

三条市の事例 (図 2)

・アウトカム指標は、分野アウトカムとして、尿中ナトリウムからの推定食塩摂取量、Na/K 比率、中間アウトカムとして、UMAMI SANJO マークの認知度と商品の購入頻度、適塩パンフレットを見て減塩行動をした人の割合、減塩行動をした人の割合である。

・個別施策 (アクション) は、食環境整備、啓発活動、個別指導で組み立てられている。食環境整備は、健康に無関心な人をターゲットとした中食に減塩と表示しない「こっそり減塩」(介入のはしごのレベル 5) と地産地消推進店にお

図1 青森市 子どもの肥満対策“子どもの食と健康応援5か年プロジェクト子ども食育レッスン1・2・3♪”ロジックモデル

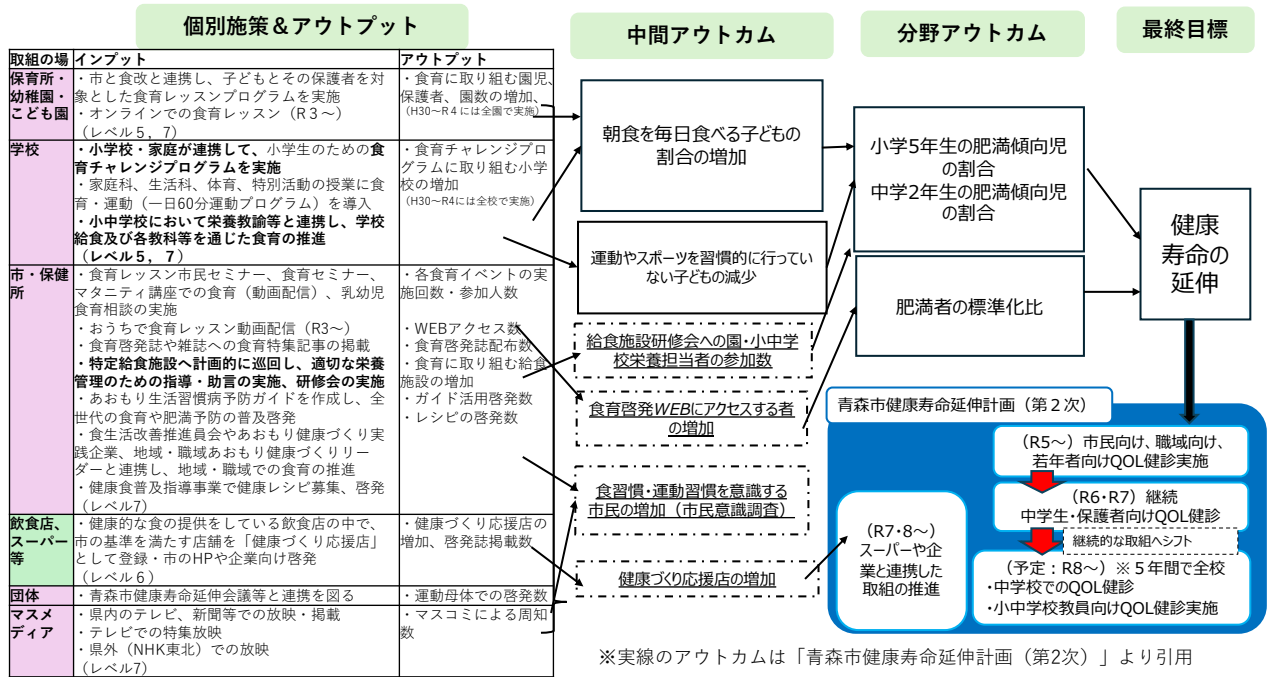
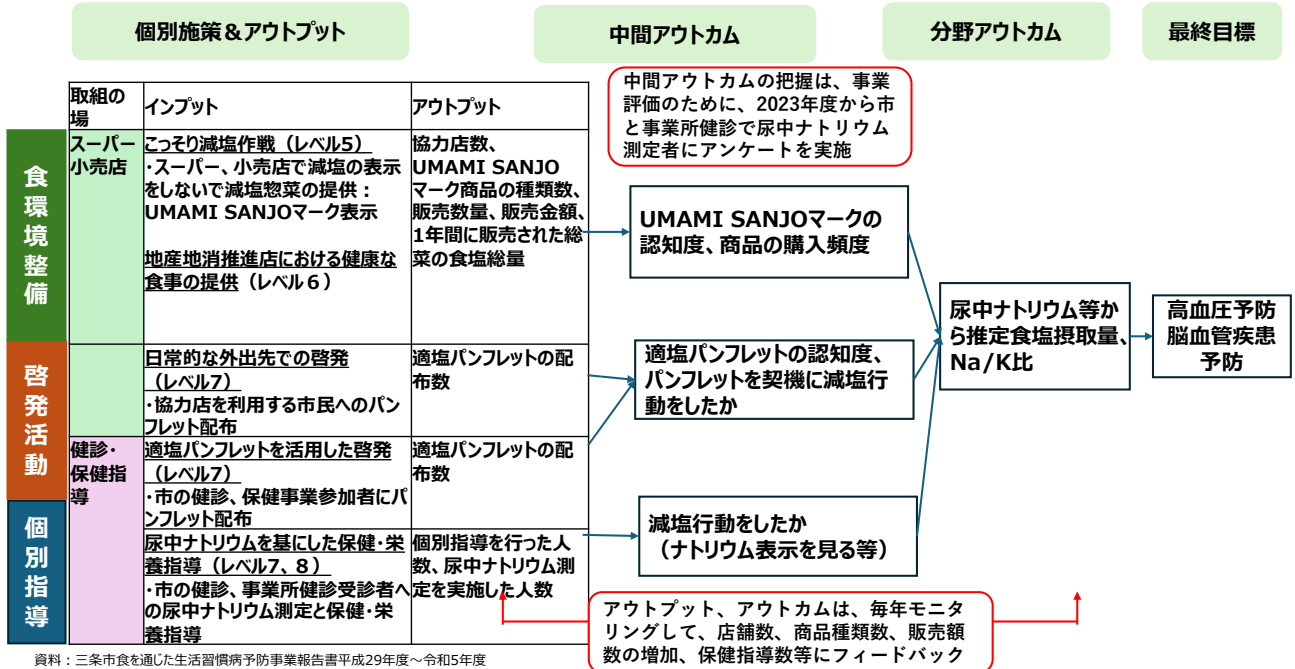


図2 三条市 減塩 “食を通じた生活習慣病予防事業” ロジックモデル



ける健康な食事の提供（レベル6）があり、アウトプット指標は共に店の数、該当商品の種類数、販売数、販売金額、年間に販売された総菜の食塩総量である。啓発活動は、適塩パンフレットの配布であり、指標は配布数である。個別指導は、市の健診、事業所健診での尿中ナトリウム測定と保健・栄養指導を実施し、指標は測定者数、指導を実施した人の人数である。

（3）野菜摂取量の増加

足立区の事例（図3）

・アウトカム指標は、分野アウトカムとして、野菜摂取量、野菜から食べる人の割合等、中間アウトカムとして「あだちベジタベライフ」の認知割合である。

・個別施策（アクション）は、子どもに対しては、区内の全ての保育所、幼稚園、学校等での「あだち食のスタンダード」の啓発を実施し（介入のはしごのレベル5（デフォルト）、中でも小松菜の種の配布はレベル4（インセンティブ）に該当する。また既存の日本一「おいしい給食」事業では、全ての小中学校で天然出汁の使用等おいしさの取組が行われ、介入のはしごのレベル2（選択を制限する）に該当し、残食減少の成果を得ている。

アウトプット指標は、食育体験の実施回数、家庭科と連動した学習の実施回数等である。区民全体に対しては、食環境整備として、ベジタベライフ協力店の開拓（レベル6（食環境整備））やプレゼントキャンペーン（レベル4（インセンティブ））、推定野菜摂取量測定器を活用したベジチェックを実施し、アウトプット指標は店舗数、キャンペーンの実施回数、イベント実施回数、ベジチェック測定者数である。

健康経営との連携で事業所での取組を実施し（レベル5）、アウトプット指標は企業数、講演会の開催数等である。

倉敷市の事例（図4）

・アウトカム指標は、分野アウトカムとして、1口目に野菜を食べている人の割合、よく噛んでゆっくり食べている人の割合、野菜を1日

350g以上食べている人の割合、中間アウトカムとして、研修会やイベントに参加する人数、3ベジ認知度、野菜を食べるように気を付けている人数、3ベジを内容まで知りかつ自分で料理ができる人数、外食・中食で3ベジに沿ったメニューを選択する人数、地域づくりにつながる料理教室の参加者数である。

・個別施策（アクション）は、食環境整備と地域での研修会やイベントに分けて設定されている。食環境整備では、保育園、小学校、中学校、学校以外の給食等で3ベジを考慮した給食の提供をし、アウトプット指標は該当する給食施設数である。スーパー、コンビニ、弁当総菜店、飲食店での3ベジに沿った商品の提供（介入のはしごのレベル6（環境整備））や情報提供をし、指標は各取組を実施する店舗数である。今後野菜選択へのインセンティブを付与している施設数をモニタリング予定である。情報提供では、食育フェア、地域の料理教室等であり、指標はSNSアクセス数、イベント等の開催回数、情報提供実施回数である。

（4）バランスの良い食事をとっている者の増加（主食・主菜・副菜を組み合わせた食事）
横浜市の事例（図5）

・アウトカム指標は、分野アウトカムとして、1日3色栄養バランス良く食べる（朝食欠食者割合、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上食べる人の割合、野菜摂取量、食塩摂取量）、適正体重を維持する人の割合である。中間アウトカムとして、栄養バランスの良い食事を提供する環境づくりを実施している店舗数、給食利用者による給食内容の評価の実施割合である。食に関心をもち、自ら健全な食生活を実施しようとしている児童・生徒の割合、家庭で体重を測定する習慣のある者の割合である。

・個別施策（アクション）は、食環境整備と生活習慣の改善に向けた学校や地域等での教育や情報提供に分けて設定されている。食環境整備では、スーパー、コンビニでの栄養バランス

図3 足立区 野菜摂取 “住んでいるだけで自ずと健康に！「あだちベジタベライフ～そうだ、野菜を食べよう～」ロジックモデル

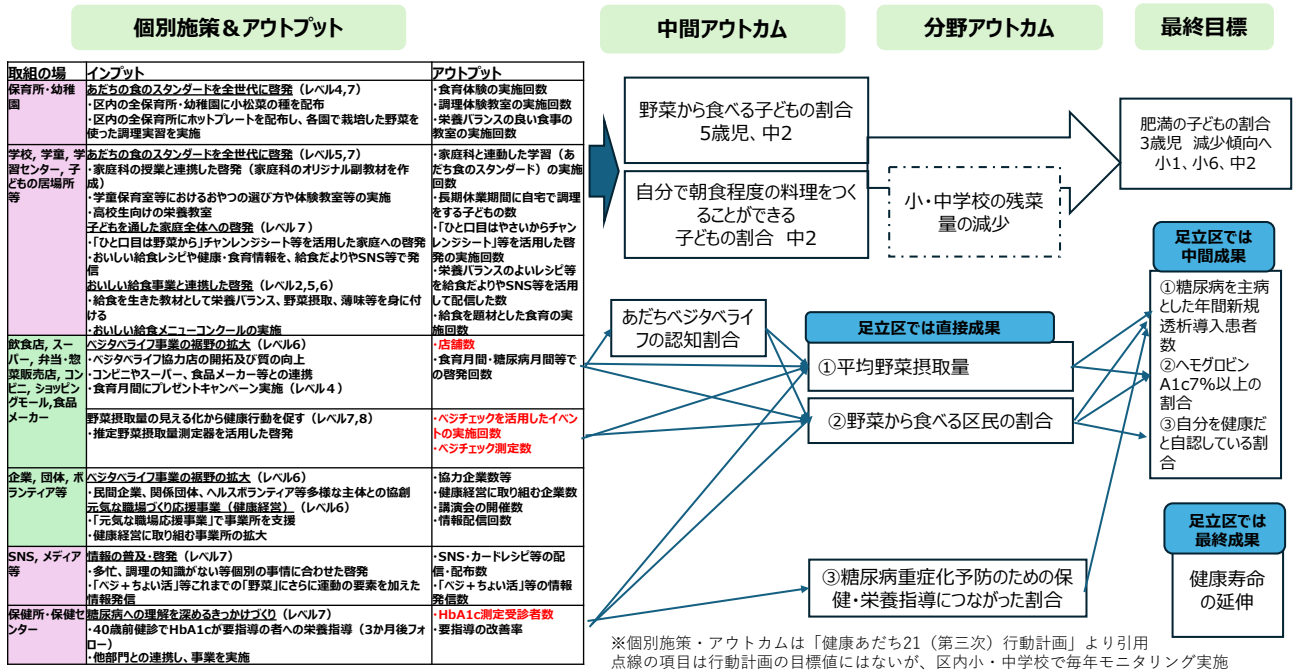


図4 倉敷市 野菜摂取 “3ベジプロジェクト” ロジックモデル

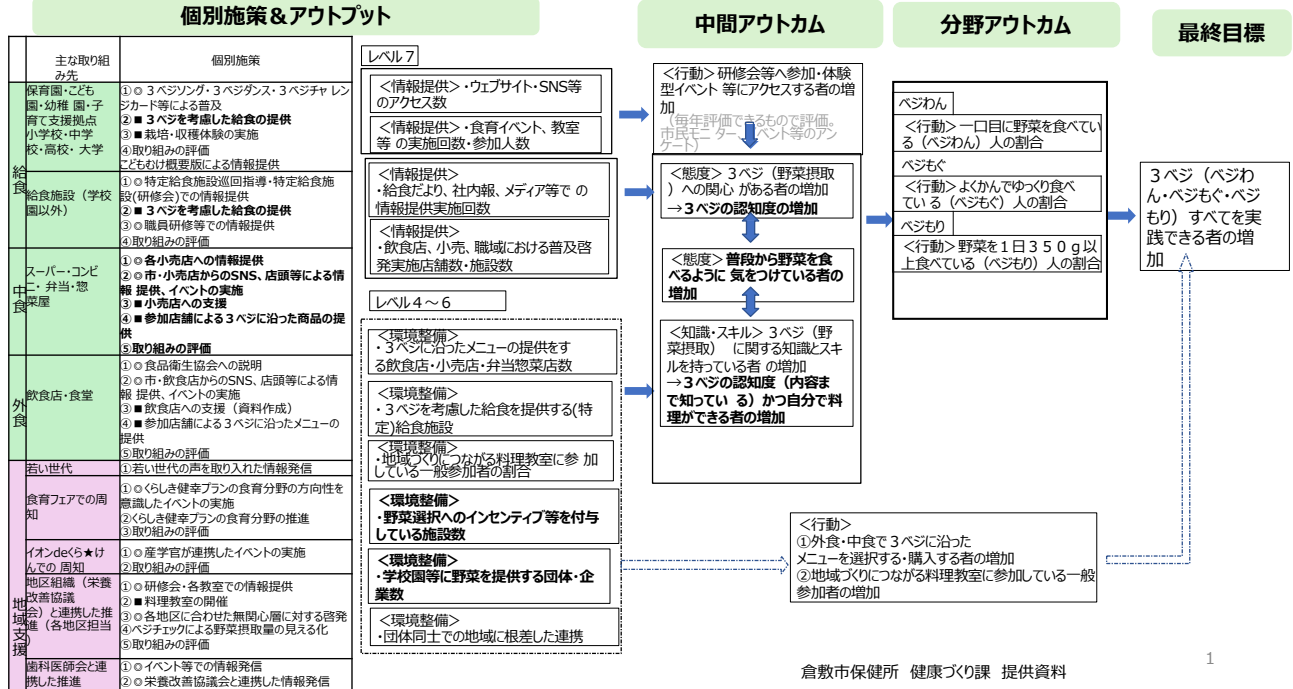
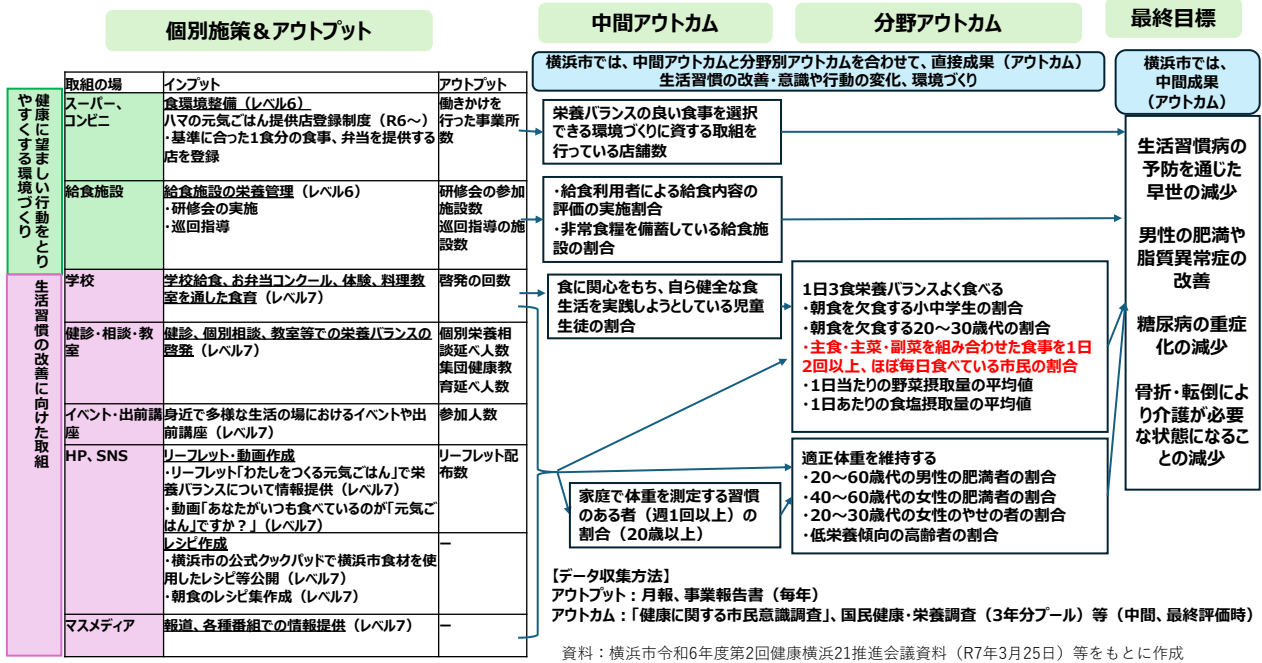


図5 横浜市 主食・主菜・副菜がそろった食事 “誰もが自然に健康になれる食環境づくりに向けた取組（ハマの元気ごはん弁当の販売）”ロジックモデル



の良い食事（弁当等）を提供する店の登録制度を作り（介入のはしごのレベル6（環境整備）、アウトプット指標は働きかけを行った事業所数、給食施設での栄養管理のための研修会や巡回指導を行い、指標は対象施設数である。生活習慣の改善に向けた取組として、学校での食育のアウトプット指標は食育の回数、健診・相談・教室での啓発の指標は対象者数、イベント・出前講座の指標は参加者数、リーフレット・動画作成の指標はリーフレット配布数である。

3) 事例のアクションプランとアウトプット指標、中間アウトカム指標のまとめ

実際に自治体で用いられていたアクションとアウトプット指標について取組の場別に整理した（表3）。取組の場は、保育所・学校、職場といった所属組織、スーパー等の食料品店、地区組織活動、市の事業に分けられた。アクションについて、介入のはしごのレベルが最も高かったのは、保育所・学校で全て一斉に給食の改善をするレベル2（選択の制限）であった。次いで、レベル4（インセンティブ）の保育所・学校で野菜の種を配布する、スーパー等でのプレゼントキャンペーンであった。レベル5（デ

フォルト）に該当する取組として、保育所・学校で全校で共通した教育を実施し、それがあたりまえにすること、スーパー等で総菜の減塩を表記せずにあたりまえにすることが行われていた。ほぼ全ての自治体で、スーパー等で健康的な弁当や総菜を明示した販売はレベル6（食環境整備）、地域や市の保健指導等での教育はレベル7（情報提供）が実施されていた。

事例で用いられていた中間アウトカム指標を把握する項目別に整理した（表4）。食環境の指標として、健康的な食事の提供をしている店の数を設定している自治体があり、この自治体ではアウトプット指標として働きかけをした店の数を設定していた。健康的な食事の提供をしている店の数は他の自治体ではアウトプット指標として設定されており、自治体により解釈が異なる指標であった。

取組の認知度も複数の自治体で把握されていた。取組の参加数は全ての自治体で把握されていた。1つの自治体で取組の影響度を知るための指標が設定されていた。人の知識・態度・行動については、知識の指標を設定している自治体は少なく、態度も次いで少なく、行動の指標を設定している自治体が多かった。

表3 事例で用いられていたアクションとアウトプット指標（取組の場別）

取組の場	介入のしほ	取組（アクション）	アウトプット指標
保育所・学校	レベル2（選択を制限する）	・全ての保育所、学校給食で取組の基準に合った給食の提供	・基準に合った給食の提供数
	レベル4（インセンティブ）	・全保育所・幼稚園で小松菜の種、ホットプレートを配布し、各園で栽培した小松菜で調理実習	・栽培体験の実施回数 ・調理体験の実施回数
	レベル5（デフォルト）	・全保育所・幼稚園、学校で市の計画に沿った食育の実施 ・家庭科の授業等学校での教育 ・学童保育等での調理教室 ・おいしい学校給食を用いた教育	・食育の実施校、実施回数 ・授業等の実施回数 ・長期休暇に家庭で調理する子どもの数 ・給食を題材とした食育の実施回数
	レベル7（情報提供、教育）	・学校を通じた家庭への啓発 ・学校給食だより等の情報提供	・家庭への啓発の実施回数 ・情報提供実施回数
職場	レベル6（環境整備）	・職場給食等の給食施設で取組の基準に合った給食の提供	・基準に合った給食を提供する施設数
	レベル7（情報提供、教育）	・事業所での情報提供、教育	・事業所での情報提供や教育の回数、参加者数
スーパー等の食料品店	レベル4（インセンティブ）	・スーパー等でのプレゼント・キャンペーン	・キャンペーンの実施回数、応募数
	レベル5（デフォルト）	・スーパーで減塩表示をしない減塩惣菜の販売	・協力店数、減塩表示なし減塩商品の種類数、販売数量、販売金額 ・1年間に販売された食塩総量
	レベル6（環境整備）	・減塩、野菜が多い惣菜や、主食・主菜・副菜がそろったスマートミール等の弁当の販売	・働きかけを行った店数、協力店数、商品の種類数、販売数量、販売金額 ・1年間に販売された食塩総量
	レベル7（情報提供、教育）	・日常的な外出先（スーパー等）でのパンフレットの配布、イベントの実施 ・推定野菜摂取量測定器での計測	・配布したパンフレット枚数、イベント実施数 ・測定イベントの実施回数、測定者数
地区組織活動	レベル7（情報提供、教育）	・地区組織での調理教室、食育教室	・調理教室等の実施回数、参加者数
市の事業	レベル7（情報提供、教育）	・市や事業所健診での尿中ナトリウム測定と個別指導 ・40歳前健診でHbA1cが要指導の者への栄養指導（3か月） ・市のマタニティ講座、乳幼児健診での相談	・尿中ナトリウム測定を実施した人数、個別指導をした人数 ・HbA1c測定者数、要指導の改善率 ・講座、相談の実施回数、参加者数
		HP、SNS等での動画、レシド等の情報提供	発信数、アクセス数

表4 事例で用いられていた中間アウトカム指標

把握する項目	中間アウトカム指標例
食環境	健康的な食事の提供をしている店の数 給食利用者による給食内容の評価の実施数
取組の認知度	取組のマークや取組名称を知っている人の数（認知度）
取組への参加度	研修会、イベントへの参加者数 WEB・SNSへのアクセス数
	健康的な惣菜等を購入した人数、頻度
取組の影響度	パンフレット、SNS等を契機に行動変容したか
知識	野菜の1日の目標量、野菜から食べる、よくかんで食べるを知っている人の数
態度	食習慣・運動習慣を意識する人 野菜摂取への関心がある（取組内容への関心がある）、普段から野菜を食べるように気をつけている人の数 食に関心をもち、自ら健全な食生活を実践しようとしている人の数
行動	家庭で体重測定をする習慣がある人、運動の実施をする人の数 朝食摂取する人の数 料理ができる人の数 減塩行動をする人の数 野菜摂取、野菜から食べる行動、中食や外食で取組にそった食事を選択する人の数 主食・主菜・副菜の摂取をする人の数 保健・栄養指導につながった人の数

表5 ロジックモデルをPDCAに活用している事例

自治体	単位	アウトプット指標	アウトカム指標	分析と評価	備考
三条市	事業	毎年	毎年	数年に1回	
横浜市	計画	毎年	中間、最終評価時	中間、最終評価時	
足立区	計画	毎年	毎年	毎年	行政内と区民による評価

4) PDCA の実施状況 (図6、図7)

既にロジックモデルを PDCA に活用している事例 (三条市、横浜市、足立区) があった (表5)。全ての自治体でアウトプット指標を毎年把握しており、アウトプット指標レベルでの PDCA が実施されていた。このうち三条市と足立区ではアウトカム指標も毎年把握しており、足立区ではロジックモデルを用いて行政と区民により評価が実施されていた。以下に、アウトカム指標まで含めた PDCA を実施している三条市と足立区の事例を示す。

三条市 (図6) では、2017 年度～2023 年度までの評価より、取組として尿中ナトリウムを用いた個別指導 (ナトリウム表示を見る等) を実施し、中間アウトカムであるナトリウム表示を見るようになった人は、分野アウトカムである尿中ナトリウムが減少、尿中ナトリウムが減少した人は血圧が減少し、個別指導の有効性が示唆された。一方、取組の認知度と影響度を把握するための中間アウトカムは 2023 年度から把握し、2023 年度では、食環境整備と啓発活動の認知度は低く、また経年データが無いことから評価には至らなかった。従って、次の改善としては、個別指導はこのまま継続し、食環境整備

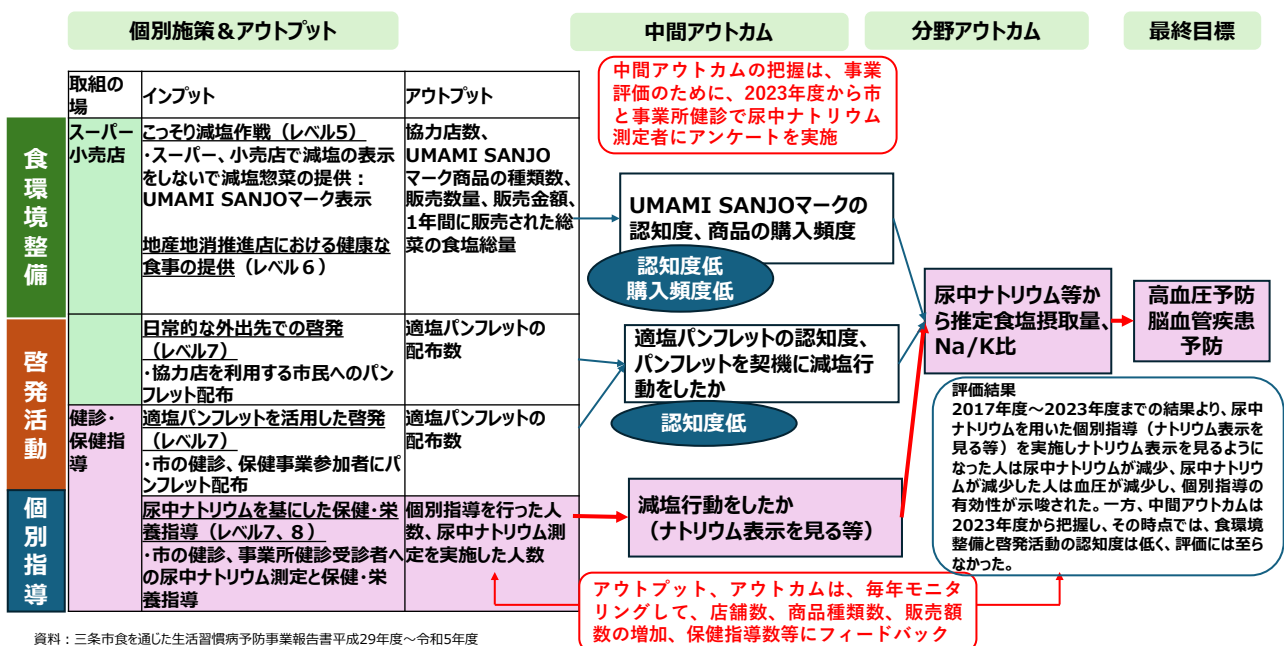
と啓発活動の認知度を高め、中間アウトカム指標の把握をして効果検証することとした。足立区 (図7) では、取組としてベジタベライフ協力店の数、ベジチェックを活用したイベントの回数と参加者数は目標を達成し、アウトカム指標である野菜から食べる区民の割合は目標に達成した一方、野菜摂取量は増加していなかった。そこで、区民評価では、効果的な取組をするために、取組の効果が明確になるような分析が必要とされていた。

D. 考 察

1) ロジックモデルにおけるアウトプットと中間アウトカム指標のブラッシュアップ

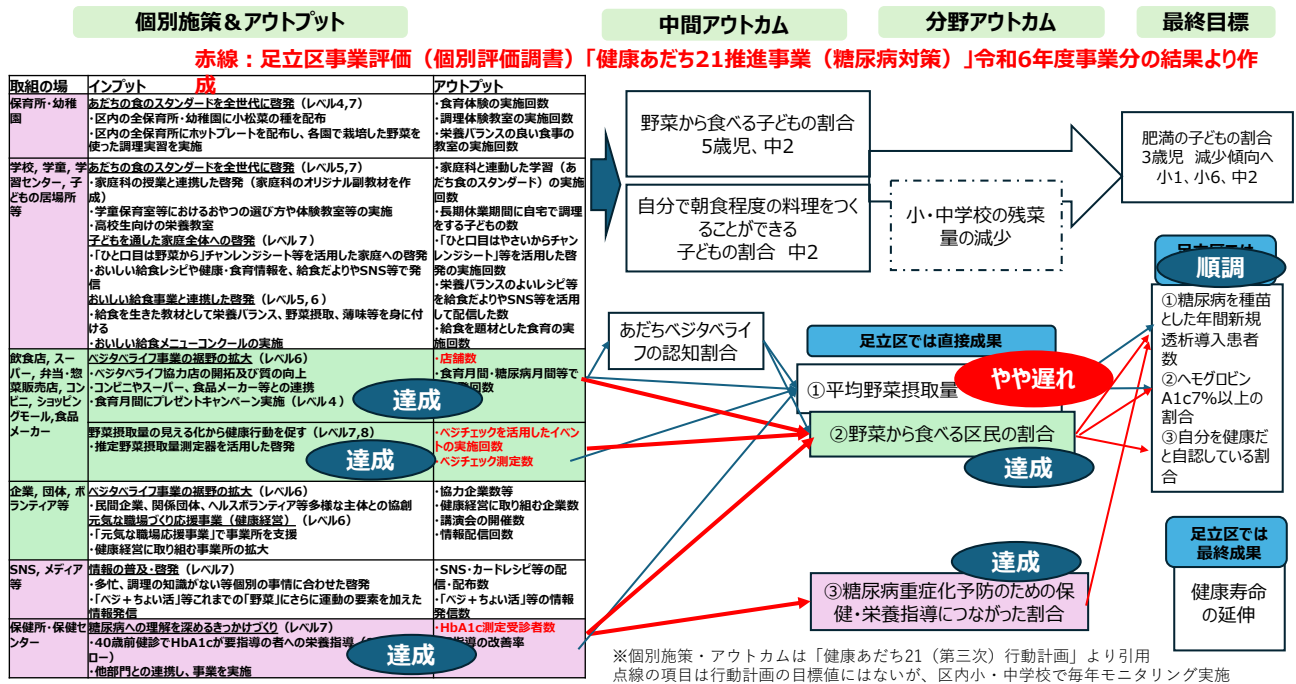
これまで研究班で作成してきたロジックモデル^{1)~4)}は、先行研究やプリシード・プロシード理論等をもとに作成したものであり、実際の自治体でどのような指標の設定と把握が可能かを検証する必要があった。そのため、本研究では、優良事例をもとに、アウトプット指標・中間アウトカム指標について、実現可能性について検討した。その結果、アウトプット指標については、いずれの自治体でも取組の実施回数等が適切に設定、把握されており、問題なく実

図6 三条市 減塩 “食を通じた生活習慣病予防事業” 評価



資料：三条市食を通じた生活習慣病予防事業報告書平成29年度～令和5年度

図7 足立区 野菜摂取 “住んでいるだけで自ずと健康に！「あだちベジタベライフ～そうだ、野菜を食べよう～」 評価



現可能であると考えられた。一方で、中間アウトカム指標は、いずれの自治体でも取組への参加者数、行動の指標は設定、把握されていたが、知識や態度の指標は少なかった。知識や態度の把握が難しい場合は、行動で把握することを提案するが、取組 (アウトプット) と分野別アウトカムとのつながりを担保する指標を設定する必要がある。そのためには、「取組の認知度」、「取組によって行動変容したか」等の指標は実現可能であり、有効であると考え。具体的な指標の提案としては、これまでの理論的なロジックモデル^{1)~4)}、本研究の事例のロジックモデル、表3、表4を参考にして、各自治体の取組に合わせて設定する。

2) 優良事例の収集とアクションプランの改訂

本研究では、優良事例をもとに、栄養・食生活分野の目標に向けて実施されているアクションについて整理し、介入のはしごを用いて位置づけた。その結果、レベル6 (食環境整備)、レベル7 (情報提供) は全ての自治体で実施されていた。一方で介入のはしごの上のレベルでは、全ての学校で基準に合った給食を提供するといった介入のはしごのレベル2 (選択を制限

する) も実際に実施されていた。また、レベル4 (インセンティブ) とレベル5 (デフォルト) は、保育所・学校やスーパーの取組で実施されていた。

保育所・学校は、行政の管轄でもあることから、自治体内の全ての施設で一斉に食事を変える、インセンティブを提供する、教育を実施することをデフォルトにすることができ、公衆栄養上有効な場であると考え。スーパーでも健康的な食事を提供する食環境整備に加えて、それを選択するように促すレベル4 (インセンティブ)、レベル5 (デフォルト) の取組が必要と考えられる。

3) ロジックモデルの PDCA への活用の提案に向けて

実際の自治体の計画から事業、評価までの流れをロジックモデルを活用して行う手法について、実際の自治体での検証が必要である。本研究の結果、2つの自治体では実際にPDCAを回し、アウトプット指標、アウトカム指標をつなげて評価し、改善点も把握できていたことから、この手法は実現可能性、有効性があると考えられる。

但し、今後の課題として次の点がある。取組（アウトプット指標）、中間アウトカム指標、分野別アウトカム指標のつながりが妥当かをよく検討する必要がある。そのための工夫として、中間アウトカム指標に取組の認知度や取組によって行動変容したかを入れることで、取組と分野別アウトカム指標のつながりがわかりやすくなる。認知度が足りない場合は、認知度を上げる取組が必要だとわかる。取組を見ても行動変容しないようであれば、取組の質を改善する。

取組を認知している人、行動変容した人は、分野別アウトカム指標が良いのか等、取組の効果の分析ができると、取組の継続、改善の根拠になる。

アウトプット指標は毎年把握できるので、アウトプット指標自体の目標を設定することで評価し、フィードバックできる。

考察 1) から 3) に共通して、本研究で取り上げた事例が優良事例であったことから、自治体内の体制が整っている等の条件が良かった可能性がある。他の自治体でも適用可能かは不明であるが、実施できている自治体があることは提示できたと考える。

参考文献

- 1) 吉池信男. 国や地域レベルでの小児の肥満予防対策ー新たな視点とロジックモデルー. 日健教誌, 2024;32(S):S16-S27
- 2) 村山伸子. 栄養・食生活対策のロジックモデルとアクションプランの例:食塩摂取量の減少. 日健教誌, 2024;32(S):S64-S74
- 3) 林芙美. 栄養・食生活分野のロジックモデルとアクションプランの例:野菜・果物摂取量の増加. 日健教誌, 2024;32(S):S52-S63
- 4) 赤松利恵. 栄養・食生活分野のロジックモデルとアクションプランの例:バランスの良い食事を摂っている者の増加. 日健教誌, 2024;32(S):S43-S51

E. 結論

健康日本 21 (第三次) の栄養・食生活分野の目標である、子どもの肥満の減少、食塩摂取量の減少、野菜摂取量の増加、栄養バランスの良い食事の増加について、自治体の優良事例を収集し、これまでの研究や理論をベースにしたロジックモデルとアクションプランをベースに、アウトプット指標や中間アウトカム指標、アクションプランについて、実現可能な内容を示した。ロジックモデルの PDCA への活用方法について、自治体での実施状況と課題を示した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

健康寿命の自治体格差の要因と縮小策に関する検討

研究分担者 横山 徹爾 国立保健医療科学院生涯健康研究部・特任研究官

研究要旨

健康日本 21（第三次）では、上位目標の一つとして健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の都道府県格差の縮小を掲げている。同様に、都道府県健康増進計画でも健康寿命の市区町村格差の縮小を目標としていることが多い。また、都道府県は「区域内の市区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」とされている。本研究では、自治体（都道府県・市区町村）において健康寿命の地域間格差の要因分析を行い格差縮小策に繋げる方法を整理する。市区町村では健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」を算定できないため、補完的指標である「日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）」を扱う。過去の研究班において、都道府県・市区町村別に、平均自立期間、平均寿命、自立していない期間の平均、死因別SMR、要介護認定率等の地域差や経年推移を“見える化”する資料・ツール類を作成し、疾患別医療費、特定健診によるリスク因子・生活習慣の状況に関する既存の資料・ツール類も合わせて、健康寿命の自治体格差とその要因に関する具体的な分析手順書にまとめてきた。本分担研究ではこれらの資料等を最新のものに更新するとともに、分析手順書に格差縮小策に繋げるためデータ活用の視点を加える。今年度は、資料と分析手順書を最新年のデータで更新した。

A. 目的

健康日本 21（第三次）では¹⁾、上位目標の一つとして、健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の都道府県格差の縮小を掲げている。同様に、都道府県健康増進計画でも健康寿命の市区町村格差の縮小を目標としていることが多い。また、都道府県は「区域内の市区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。」とされている。しかし、市区町村単位で活用できる既存データは限られており、人口が少ないことによる数値の不安定さへの配慮や、年齢調整等の統計学的手法の導入なども必要であり、各自治体で最適な分析を行うことは容易ではない。データの収集・分析に莫大な時間や予算を費やしてしまい、健康格差の是正に向けた具体的な取り

組みが進められないようでは望ましくない。

そこで本分担研究では、各市区町村の健康寿命（平均自立期間）・平均寿命・不健康期間（自立していない期間の平均）と、死因別死亡（標準化死亡比 SMR）、要介護認定率（標準化比）、リスク因子・生活習慣等、その他の健康指標の同時点及び経年的変化を地域間で比較できる“見える化”ツール類をパッケージとして各自治体に提供し、これらを用いて健康寿命の自治体格差とその要因を分析し、格差縮小策に繋げるための手順を整理することを目的とする。

B. 方法

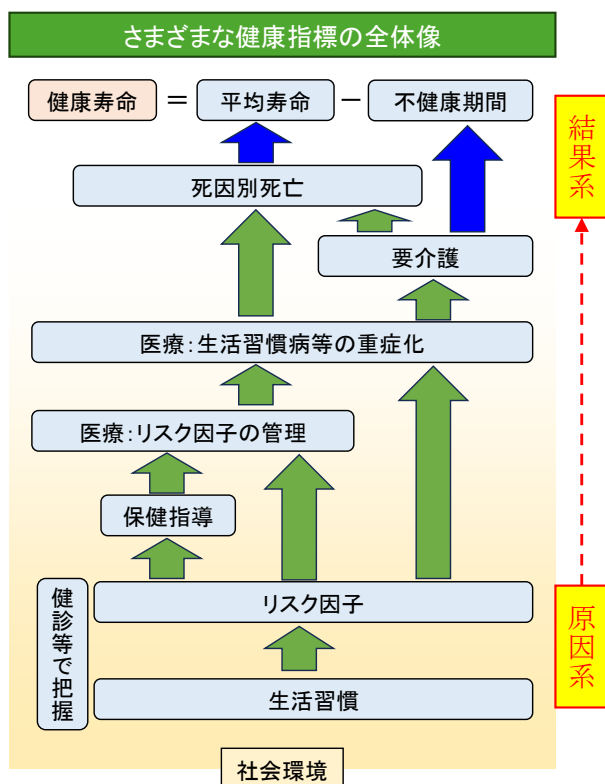
これまでの研究班（以下、先行研究班）²⁾において作成した“見える化”資料・ツール類を最新のものに更新するとともに、分析手順書に格差縮小策に繋げるためデータ活用の視点

を加える。

活用が想定される既存データ

健康寿命の地域間格差の分析のために、自治体（都道府県・市区町村）で活用が可能な既存データとして、健康寿命（平均自立期間）・平均寿命、死因別死亡、要介護情報、医療、リスク因子、生活習慣、社会環境等が考えられる。これらを原因系～結果系に位置づけて（図1）、それぞれのデータの関係性を解釈しやすいように、一時点での比較及び経年的な比較を行うための“見える化”資料・ツールを過去の研究班で作成し公表している。全ての資料はe-Stat³⁾等で公開されている既存データを用いて作成した。

図1. 健康寿命の要因分析のための健康指標の関係性の整理（概念図）



平均自立期間・平均寿命等の10年間の推移

健康日本21（第三次）での健康寿命の主指標「日常生活に制限のない期間の平均」は、一部の大都市を除き市区町村では算定できず、補完

指標である「日常生活動作が自立している期間の平均（要介護2以上になるまでの期間の平均）」（以下、「平均自立期間」）を用いることが多いため⁴⁾、本研究では平均自立期間を扱うこととする。今年度は先行研究班²⁾で作成した9年間の推移の見える化資料に、最新年のデータを加えて、10年間の推移を示した。

●使用したデータ

- ① 2013～2024年 人口動態統計 死亡数，都道府県・保健所一市区町村・性・年齢（5歳階級）別
- ② 2015～2024年1月1日 住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）（日本人住民）
- ③ 2014～2023年 介護保険事業状況報告 月報（12月末） 保険者別 第1号被保険者数、要介護（要支援）認定者数
- ④ 2015～2024年1月1日 住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）（総計）

●計算方法

平均自立期間は、「健康寿命の算定方法の指針」⁵⁾に準じて計算した。人口13万人未満の市区町村では、人口と死亡数は対象年次とその前後を合わせた3年間、13万人以上では対象年次1年間、また人口規模に関わらず、介護保険被保険者数と要介護認定者数は対象年次1年間を用いて計算した値を図示した。なお、上記③では被保険者数が男女別に得られないため、④を用いて性・年齢階級別の被保険者数を比例按分して推定した。介護保険広域連合に加入している市町村は、市町村別の値が得られないため、また人口規模の小さい一部市町村では計算不能だったため対象から除外した。平均自立期間の算定には、「健康寿命の算定プログラム2010-2023年」⁶⁾を用いた。

経年推移の分析では、人口規模にかかわらず対象年次1年間の人口・死亡数・介護保険被保険者数・要介護認定者数を用いて計算した平均自立期間等を用いて、回帰直線の推定とトレンド検定を行い、その際、「平均自立期間」と「自立していない期間の平均」はPrais-Winsten法

で系列相関を調整した。また、COVID-19 流行拡大後の 2021～2022 年に、それまで延伸していた全国平均寿命が短縮に転じたため、2020 年前後での平均自立期間等の延伸・短縮傾向（回帰直線の傾き）に違いがないかを検定し、有意な違いがある場合には 2020 年で折れ曲がった回帰直線として図示した。

一方、都道府県が独自に平均自立期間（呼称は自治体によって異なることもある）を計算して市区町村に提供することもあり、また、国保データベース（KDB）システム^{7, 8)}を用いれば、全ての市区町村で共通の計算方法で算出が可能である（市区町村人口が少ない場合には二次医療圏単位で運用することもある）。具体的には、KDB の帳票「地域の全体像の把握」に、「平均自立期間」と「平均余命」（KDB で独自に計算した平均寿命）が 95%信頼区間とともに表示され、同帳票画面から CSV ファイルでその情報を保存可能である。この CSV ファイルを用いて、自市区町村と県・同規模市区町村・国との比較、および 5 年間の経年推移を図示可能なツール（エクセルファイル）⁹⁾を活用することもできる。今年度は、同ツールをより容易に扱えるように、操作性を改良した。

死因別死亡（SMR）の 10 年間の推移

死亡は平均寿命を直接規定する要因であり、死因別死亡の経年推移についても見える化資料を作成した。一時点における死因別 SMR の高低だけでなく、上昇／下降傾向など、長期的な推移も地域の健康課題の把握のためには重要である。そこで、2015～2024 年の毎年の市区町村別総死亡及び 17 死因別 SMR を算出し、国・県と比較可能な形で示した。

●使用したデータ（最新版の場合）

- ①2015～2024 年人口動態統計 性・死因（選択死因分類）・都道府県・市区町村別死亡数
- ②2015～2024 年 性・年齢（5 歳階級）・死因（死因簡単分類）別死亡数（全国）
- ③2015～2024 年 1 月 1 日 住民基本台帳年齢階

級別人口（市区町村別）（日本人住民）

- ④市区町村合併情報 廃置分合等情報（2025 年 9 月 18 日現在）

●計算方法

2015 年の全国および各年の全国を基準とした場合の 2 種類について、2015～2024 年の毎年の市区町村別総死亡及び 17 死因別 SMR と 95%信頼区間を算出した。ポアソン回帰により回帰曲線と増減率を推定してトレンド検定を行った。¹⁰⁾

要介護認定率の 10 年間の推移

「自立していない期間の平均」は、要介護 2 以上を自立していない状態として算定するため、「自立していない期間の平均」の地域差や経年推移の理由を検討するためには、要介護認定率（年齢階級別及び年齢調整値）の地域差や経年推移を把握することが望まれる。そこで、介護保険の保険者別に（広域連合等加入市町村を除く）、先行研究班²⁾で作成した 9 年間の推移の見える化資料に最新年のデータを加えて、2014～2023 年まで 10 年間の年齢階級別及び年齢調整要介護認定率の対全国比（標準化比）を算定し、国・県と比較可能な形で示した。

●使用したデータ（最新版の場合）

- ①2014～2023 年介護保険事業状況報告 月報（12 月末）保険者別 第 1 号被保険者数、要介護（要支援）認定者数
- ②2015～2024 年 1 月 1 日 住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）（総計）

●計算方法

2015 年の全国および各年の全国を基準とした場合の 2 種類について、2014～2023 年の毎年の市区町村別（介護保険広域連合加入市町村を除く）、性・年齢階層（総数、第 1 号被保険者、第 2 号被保険者、65～74 歳（再掲）、75 歳以上（再掲）、85 歳以上（再掲））別に、SMR と同じ計算原理で標準化比を算出した。経年推移の分析では、対数変換した標準化比を用いて直線回帰し、Prais-Winsten 法で系列相関を調整し

てトレンド検定を行った。

自治体格差把握のための市区町村地図

上記の平均寿命、平均自立期間、自立していない期間の平均、要介護認定率について、10年間のデータをプールして値を算定し、都道府県別に市区町村地図として表した。なお、死因別死亡については、人口動態特殊報告「人口動態保健所・市区町村別統計」の死因別 EBSMR の値を用いて、先行研究班²⁾で市区町村地図として示したものが活用可能である。

リスク因子・生活習慣等

リスク因子・生活習慣等に関しては、全ての市区町村で利用可能な特定健診データを用いることとし、過去の厚生労働科学研究等で開発した見える化ツールを¹⁰⁾、より容易に扱えるように、操作性を改良した。また、他の厚生労働科学研究で NDB オープンデータを用いて作成した「二次医療圏別標準化該当比グラフ」および「二次医療圏別標準化該当比の経年推移 2018-2022」¹¹⁾も活用する。

読み解き手順書

先行研究班²⁾で作成した、健康寿命、死因別死亡、リスク因子等の自治体格差について検討するための具体的な読み解き手順書「自治体における健康寿命等の格差分析を進めるためのデータ読み解きのポイント」を、以上の最新データ用いて改訂した。

C. 結果

全ての資料は国立保健医療科学院の WEB サイトで公表した⁹⁾。

平均自立期間・平均寿命等の 10 年間の推移

47 都道府県及び 1540 市区町村について、平均自立期間、平均寿命、自立していない期間の平均の経年推移を示した。【資料 1】にその解説資料と例示を示す。

なお、本研究で算定した全国及び都道府県の平均自立期間等は、これまでに公表されている値¹²⁾や KDB で得られる値⁸⁾と少し異なるのでそれらと厳密な比較はできない。理由として、本研究では市区町村別分析を主目的としたため、用いた人口が異なること（住民基本台帳人口を使用）、時期が異なること（12 月末日時点）などが挙げられる。

死因別死亡（SMR）の 10 年間の推移

47 都道府県及び 1889 市区町村（政令市の行政区を含む）について、最新データで改訂した死因別死亡（標準化死亡比：SMR）の経年推移を示した。【資料 2】にその解説資料と例示を示す。

要介護認定率の 10 年間の推移

47 都道府県及び 1540 市区町村について、最新データで改訂した要介護 2 以上認定率（標準化比）の経年推移を示した。【資料 3】にその解説資料と例示を示す。

自治体格差把握のための市区町村地図

【資料 4-1～4-2】に最新データで改訂した市区町村地図の一部を示す。

リスク因子・生活習慣等

最新の KDB システムの「厚生労働省様式（様式 5-2）健診有所見者状況」「質問票調査の状況」から出力される CSV ファイルを用いて、各検査検査値について有所見者の人数・割合・標準化該当比（SMR と同じ計算原理で年齢調整した指標）を算出可能なツールの操作性を改良した。なお、国保以外のデータに関しては、過去の厚生労働科学研究で¹⁰⁾、複数の保険者の特定健診データを併合して、市区町村別に標準化該当比を算出し、地図化するツールを開発しており、全国健康保険協会から必要なデータとともに毎年提供されているので、併せて利用することも可能である。

読み解き手順書

【資料5】に、「自治体における健康寿命等の格差分析を進めるためのデータ読み解きのポイント」の改訂版の一部を示した。結果系から原因系に向けて、都道府県内市区町村格差と市区町村別経年推移について、順に読み解いていく構成である。

D. 考 察

既存データを用いて健康寿命の自治体格差に関連する要因を分析するための方法の一つとして、生態学的研究が考えられる。生態学的研究には、同時点において多数の地域間で疾病と要因との相関関係を調べる地域相関研究と、ある地域において疾病の経年的変化と要因の経年的変化との関係を調べる方法、多数の地域間で疾病の経年的変化と要因の経年的変化との関係を調べる方法（混合法）などがある。いずれも因果推論には大きな制限があるが、混合法は経年的変化と地域差という2種類の比較を同時に行っていることから、同時点での地域相関研究よりも結果の解釈は強化されると考えられる¹⁴⁾。混合法は多数の地域での健康指標の経年的変化の違いを、関連が疑われる要因の経年的変化の違いによって説明するためにしばしば用いられる。地域間の健康格差の縮小を目指すためには、各地域での健康指標の経年的変化の違いに着目した分析を推進することは重要であるが、市区町村単位でそのような経年的変化を容易に把握できる既存データは限られている。各自治体でデータの収集・分析に莫大な時間や予算を費やしてしまい、健康格差の是正に向けた具体的な取り組みが進められないようでは望ましくない。本分担研究では、先行研究班²⁾で作成した、各市区町村の健康寿命（平均自立期間）・平均寿命・不健康期間（自立していない期間の平均）と、平均寿命に直接影響する死因別死亡（SMR）、自立していない期間に直接影響する要介護認定率（標準化比）を同時点及び経年的変化を地域間で比較できる

資料を、最新年のデータで更新した。また、過去の厚生労働科学研究で開発し、リスク因子・生活習慣等、その他の健康指標の同時点及び経年的変化を地域間で比較できるツール類も、より容易に利用できるように本分担研究で操作性を改良した。さらに、健康課題を抽出して具体的な取組につなげるために、データを読み解く手順を整理した具体的な手順書も最新データを用いて改訂した。

これらの活用により、健康寿命（平均自立期間）の一時点及び経年的な変化の地域差の要因分析を進め、健康格差縮小策に繋がられるよう、今後、分析手順書に格差縮小策に繋げるためデータ活用の視点を加えていく予定である。

E. 結 論

健康寿命の自治体格差に関連する要因を分析するために、健康寿命（平均自立期間）・平均寿命、死因別 SMR、要介護認定率の標準化比、リスク因子・生活習慣等、その他の健康指標の同時点及び経年的変化を地域間で比較できる資料・ツール類を最新版に更新し、データを読み解く手順を整理した具体的な手順書も改訂した。これらの活用により、健康寿命（平均自立期間）の一時点及び経年的な変化の地域差の要因分析を進め、健康格差縮小策に繋がられるよう、分析手順書に格差縮小策に繋げるためデータ活用の視点を加えていく予定である。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省告示第 207 号「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」（健康日本 21(第三次)）令和 5 年 5 月.
- 2) 健康寿命の自治体格差とその要因に関する検討. 厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「次期健康づくり運動プラン作成と推進に向けた研究」（研究代表者：辻 一郎）令和 6 年度分担研究報告書.
- 3) e-Stat 政府統計の総合窓口. <https://www.e-stat.go.jp/>

e-stat. go. jp/

- 4) 健康寿命のあり方に関する有識者研究会報告書. 2019(平成31)年3月. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04074.html
- 5) 健康寿命の算定方法の指針. 平成24年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究班」(研究代表者:橋本修二). <https://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>
- 6) 健康寿命の算定プログラム 2010-2023年(2025年3月) <https://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>
- 7) 国民健康保険中央会. KDB 等利活用部会 報告書. 平成30年8月30日. <https://www.kokuho.or.jp/hoken/kdb.html>
- 8) 国民健康保険中央会. 平均自立期間. <https://www.kokuho.or.jp/statistics/heikinjitukikan.html>
- 9) 地方自治体における生活習慣病関連の健康課題把握のための参考データ・ツール集. <https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/>
- 10) 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業) 健診・医療・介護等データベースの活用による地区診断と保健事業の立案を含む生活習慣病対策事業を担う地域保健人材の育成に関する研究(研究代表者:横山徹爾)「データ活用のための教材作成」平成26年度総括・分担研究報告書. <https://www.niph.go.jp/soshiki/07shougai/datakatsuyou/>
- 11) 地域・職域連携に役立つ健康課題の可視化. 令和7年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)「健康寿命延伸につながる地域・職域連携の推進のための研究」(研究代表者:津下一代) 令和7年度分担研究報告書.

<https://ktsushita.com/index.php/kenkyuhan-tiiki06/>

- 12) 健康寿命の算定・評価と延伸可能性の予測に関する研究—2019年の算定、2010～2019年の評価、2020～2040年の予測—. 厚生労働行政推進調査事業費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)「健康日本21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」(研究代表者:辻一郎) 令和3年度分担研究報告書.
- 13) 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. 健康日本21(第二次)最終評価報告書. 令和4年10月.
- 14) Morgenstern H. Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles, and methods. *Annu Rev Public Health.* 1995;16:61-81.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

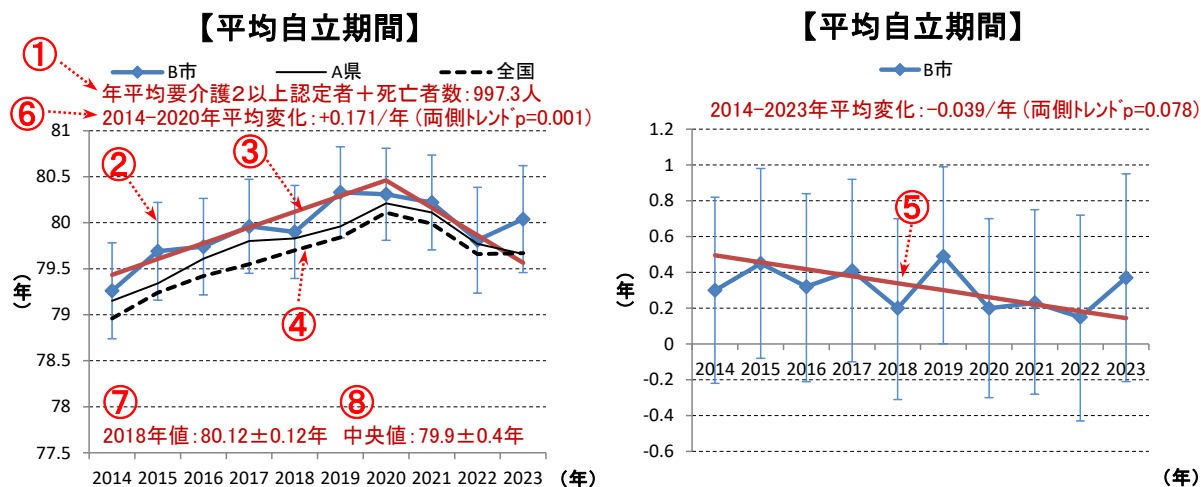
なし

3. その他

なし

【資料 1】 平均自立期間・平均寿命の 10 年間の推移（解説資料）

(2) 図の見方 (例)



- ① 認定者数等の基本情報。人数が少ないと平均自立期間等は不確かになりやすい（偶然変動が大きい）ので、参考に確認しておく。

（注）年平均死亡者数が非常に少ない場合（25 人未満）、③⑤⑥⑦は表示されません。

- ② B 市の毎年の平均自立期間と 95%信頼区間（ \downarrow の縦線の範囲 = 偶然による変動の目安）。毎年の値は変動しながら推移していくので、毎年の値で見るのではなく、③赤い線（回帰直線）で解釈する。2020 年まで全国④と同じペースで（平行に）平均自立期間は延伸していたが（ $p=0.001$ ）、その後短縮に転じた。

（人口 13 万人未満の市町村では、毎年の値 \downarrow は 3 年間の人口と死亡数、回帰直線は 1 年間の人口と死亡数を用いて計算しているため、見た目の印象（回帰直線の当てはまり）は少しずれることがあるが、回帰直線の方で解釈する。）

- ⑤ 全国との差（⑤ = ③ - ④）を見ると、全国よりも約 0.4 年長かったが、近年は全国との差が縮まったように見える。しかし信頼区間は広く、有意に縮まったとはいえない（ $p=0.078$ ）。
- ⑥ 2014～2020 年の年平均の変化。2020 年で回帰直線が折れ曲がっているため、それ以前の変化で示している。有意に折れ曲がっていない場合には、2014～2023 年までの変化を示している。変化が極端に大きい場合、“###”と表示される。
- ⑦ 回帰直線による（ \downarrow の値ではない）2018 年（期間の中央）の平均自立期間と 95%信頼区間、及び参考として⑧ 10 年間の（10 個の）平均自立期間の中央値とその 95%信頼区間。

【解釈例】 B 市は全国よりも平均自立期間が長く、全国と同じペースで延びていたが、2021～2022 年にかけて短縮した（2023 年は再び少し改善した）。

（資料）

- 健康日本 21（第三次）推進のための説明資料（令和 5 年 5 月）
- 厚生労働科学研究 健康寿命のページ <http://toukei.umin.jp/kenkoujyumyou/>

令和 8 年 1 月 16 日

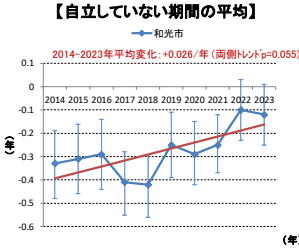
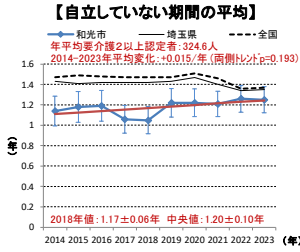
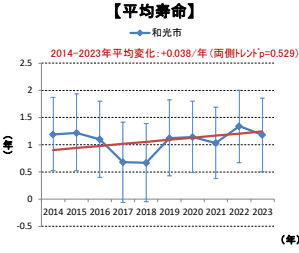
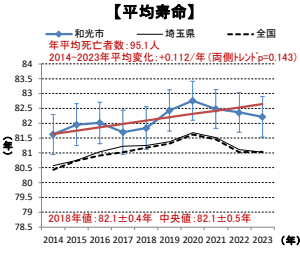
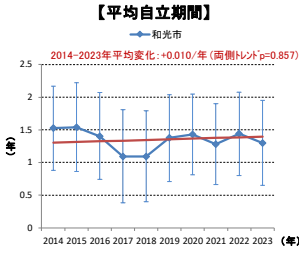
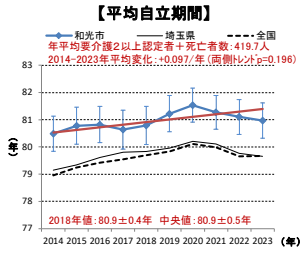
国立保健医療科学院生涯健康研究部 横山徹爾

この資料は、令和 7 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「健康日本 21（第三次）の推進および進捗評価のための研究」（研究代表：辻一郎）の補助を受けて作成しました。

【資料1】 平均自立期間・平均寿命の10年間の推移（一部例示）

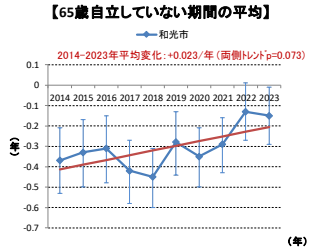
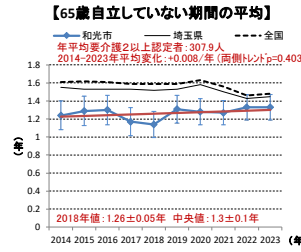
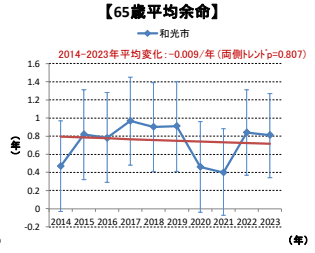
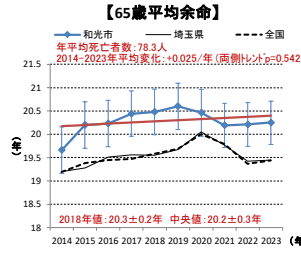
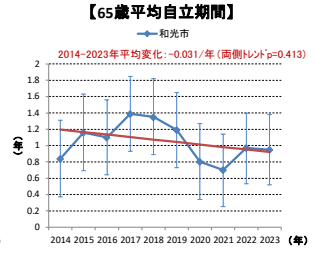
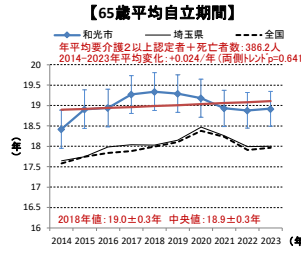
11229 埼玉県 和光市（男性）

<要介護2以上を自立していない期間として算定>
経年推移 **全国との差**



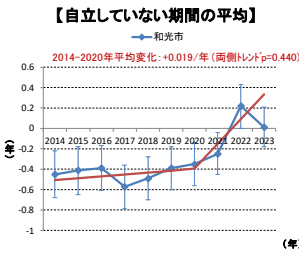
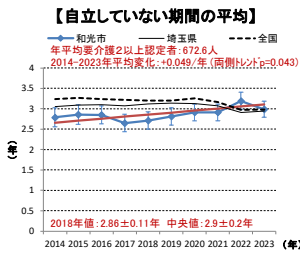
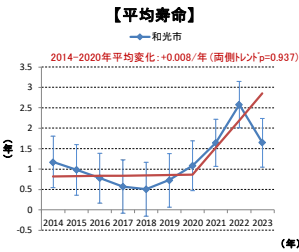
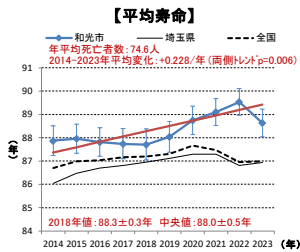
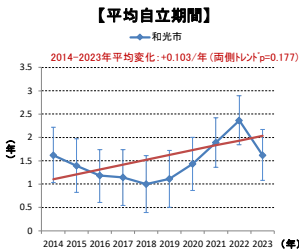
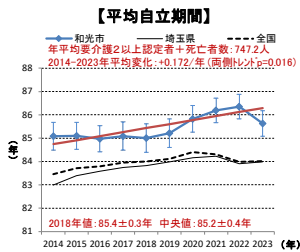
11229 埼玉県 和光市（男性）

<要介護2以上を自立していない期間として算定>
経年推移 **全国との差**



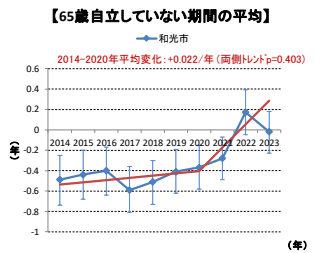
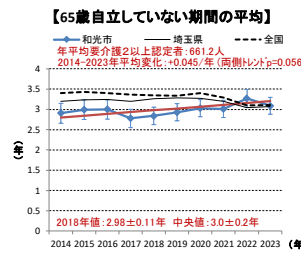
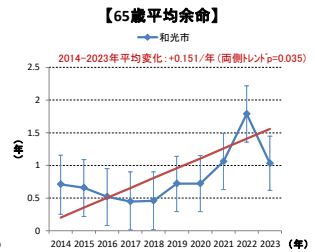
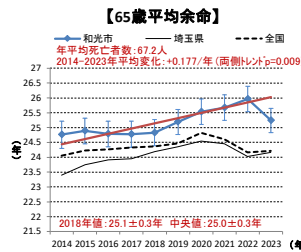
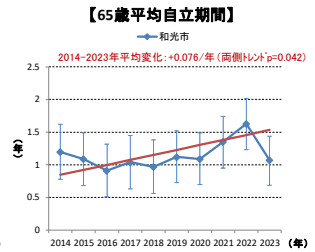
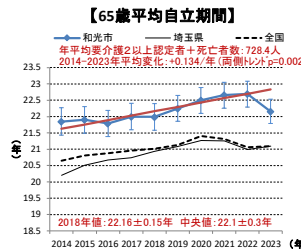
11229 埼玉県 和光市（女性）

<要介護2以上を自立していない期間として算定>
経年推移 **全国との差**



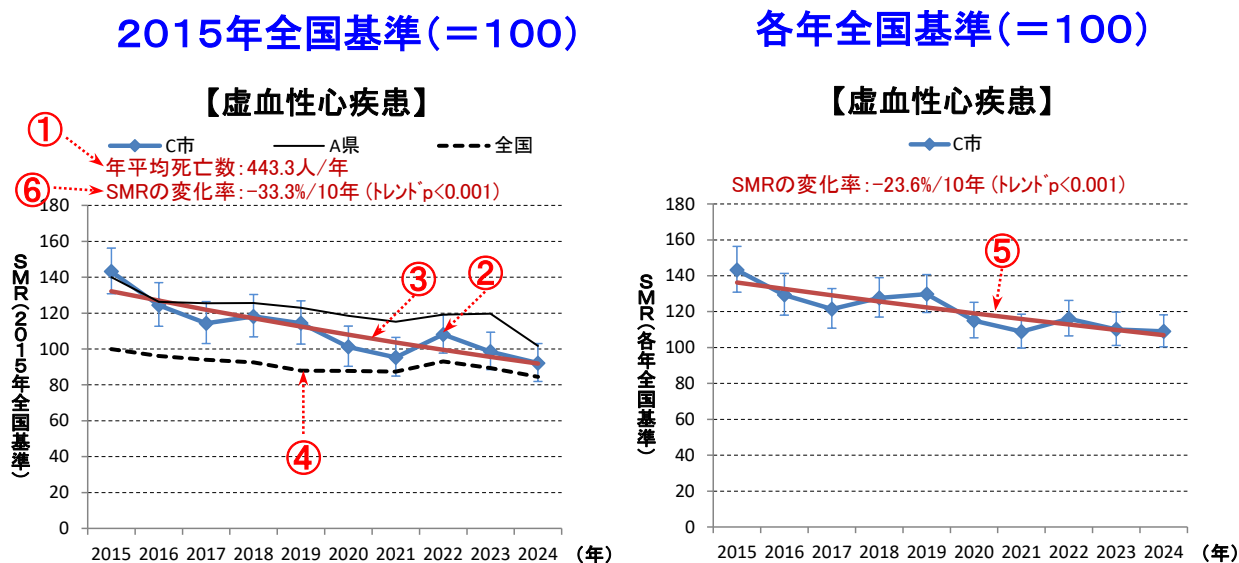
11229 埼玉県 和光市（女性）

<要介護2以上を自立していない期間として算定>
経年推移 **全国との差**



【資料2】死因別死亡（SMR）の10年間の推移（解説資料）

(3) 図の見方 (例)



① 虚血性心疾患による年平均の死亡者数。人数が少ないと SMR の偶然変動が大きいので、参考に確認しておく。

② 2015 年の全国を 100 とした毎年の C 市の SMR と 95%信頼区間（ \downarrow の縦線の範囲 = 偶然による変動の目安）。毎年の値は変動しながら推移していくので、毎年の値で見るのではなく、③赤い線（回帰曲線）で解釈する。C 市③は全国④よりも高いが、有意に低下してきており（左図 $p < 0.001$ ）、その低下速度は全国④よりもかなり速いように見える（④よりも③の方が傾きが急）。

⑤ そのため、各年の全国を 100 とした SMR（⑤ = $③ \div ④$ ）を見ると、（C 市③よりも全国④の低下ペースの方が早いため）2015 年は全国の 1.43 倍（右図赤線の標準化比 143）だったが、2024 年は 1.07 倍（右図赤線の標準化比 107）に有意に近づいた（右図 $p < 0.001$ ）。

⑥ 10 年あたりの変化率。2024 年は 2015 年の 9 年後だが、区切りよく 10 年あたりに換算してある。
なお、n 年あたりに換算したい場合には、 $(1 + \text{変化率})^{n/10} - 1$ で計算できる。
例えば、9 年あたりならば、 $(1 + (-0.333))^{9/10} - 1 = -30.5\%$ である。

【解釈例】C 市は全国よりも虚血性心疾患 SMR が高いが、2015～2024 年にかけて全国よりも速い速度で改善したため、全国の値に近づいた（ $p < 0.0001$ ）。

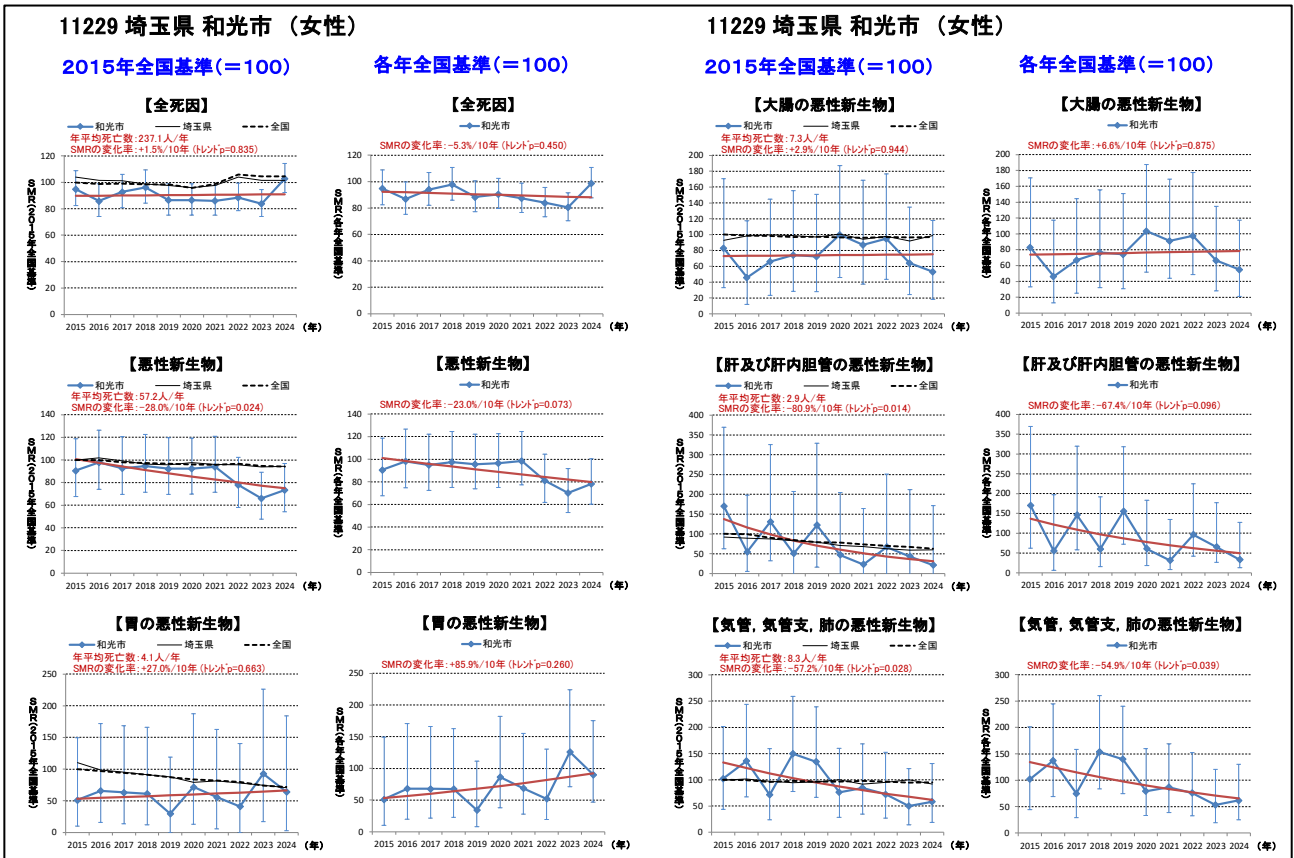
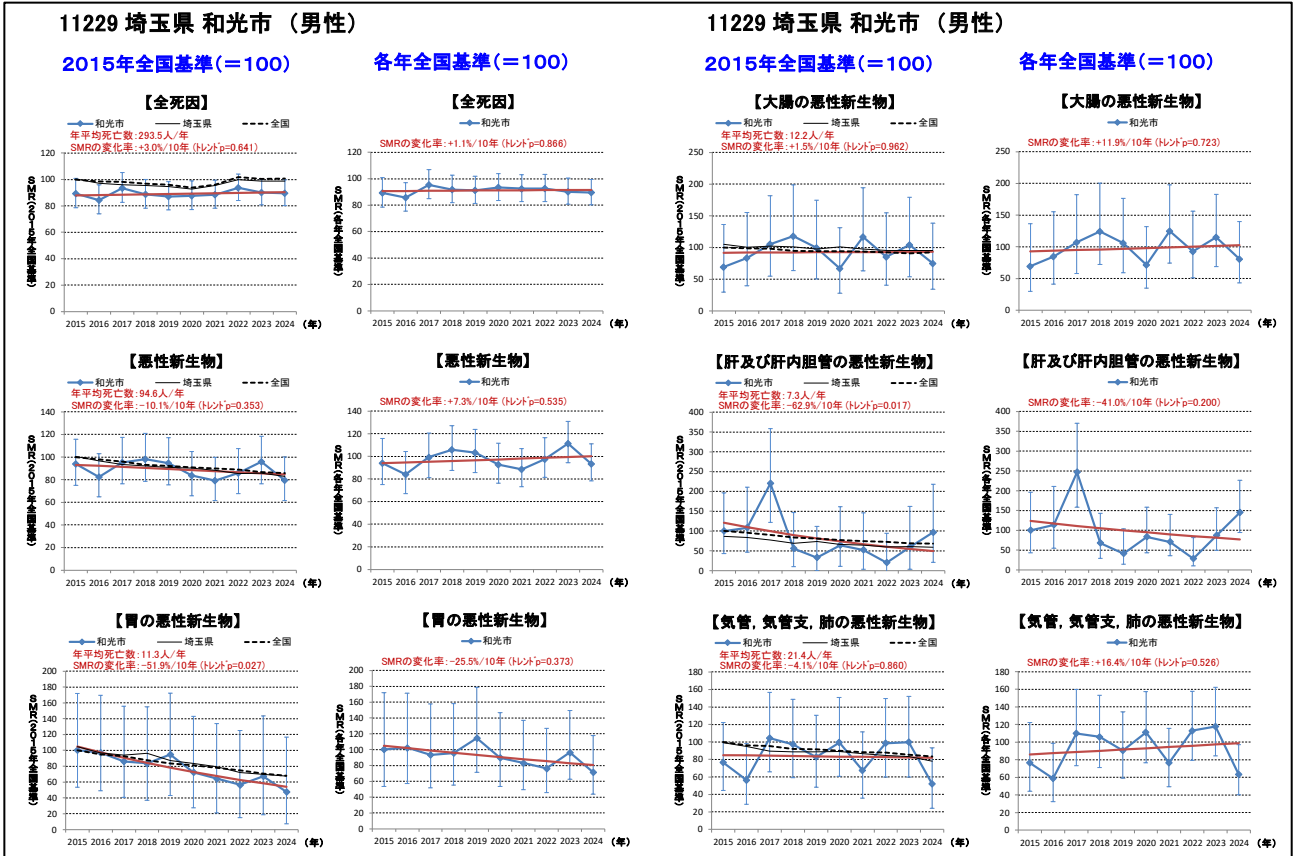
※赤色の線は Poisson 回帰による 10 年間の SMR の回帰曲線です。長期間の増減傾向を平滑化してみるために使います。これは単調な増減傾向を仮定した回帰曲線であり、2020 年以降の新型コロナウイルス感染症流行拡大時の不規則な変化は考慮していないので、解釈にはご注意ください。

令和 7 年 9 月 26 日

国立保健医療科学院生涯健康研究部 横山徹爾

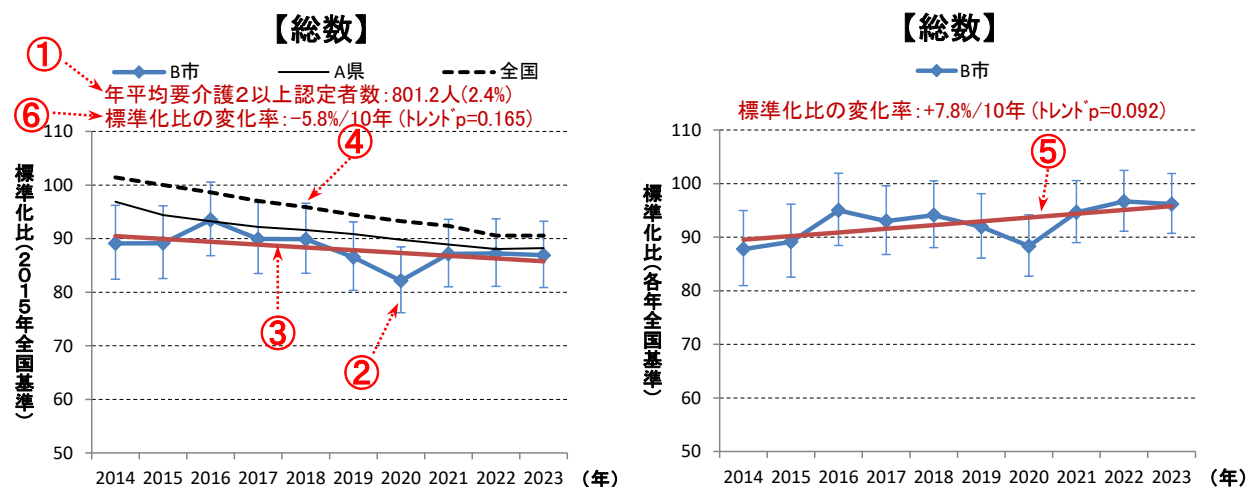
この資料は、令和 7 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「健康日本 21（第三次）の推進及び進捗評価のための研究」（研究代表：辻一郎）の補助を受けて作成しました。

【資料2】死因別死亡（SMR）の10年間の推移（一部例示）



【資料3】要介護2以上認定率の10年間の推移（解説資料）

(2) 図の見方（例）



- ① 認定者数等の基本情報。人数が少ないと認定率の偶然変動が大きいため、参考に確認しておく。
- ② B市の毎年の要介護認定率の2015年の全国を100とした比（“標準化比”は年齢調整あり、“比”は年齢調整なし）と95%信頼区間（ \diamond の縦線の範囲＝偶然による変動の目安）。毎年の値は変動しながら推移していくので、毎年の値で見るのではなく、③赤い線（回帰曲線）で解釈する。2014～2023年にかけて全国④よりも低い状態でわずかに低下傾向にある（ただし $p=0.165$ で有意な低下ではない）。
- ⑤ 各年の全国を100とした比（⑤＝③÷④）を見ると、A市③よりも全国④の低下ペースの方が早いため、2014年は全国の0.90倍（右図赤線の標準化比90）だったが、2023年は0.95倍（右図赤線の標準化比95）に近づいた（ただし $p=0.092$ で有意に近づいたとはいえない）。
- ⑥ 10年あたりの変化率。2023年は2014年の9年後だが、区切りよく10年あたりに換算してある。
 なお、 n 年あたりに換算したい場合には、 $(1+変化率)^{n/10} - 1$ で計算できる。
 例えば、9年あたりならば、 $(1+(-0.058))^{9/10} - 1 = -5.2\%$ である。

【解釈例】B市は全国よりも年齢調整した要介護認定率（標準化比）が低いですが、2014～2023年にかけて全国の値に少し近づいた（ただし $p=0.092$ で有意に近づいたとはいえない）。

（資料）

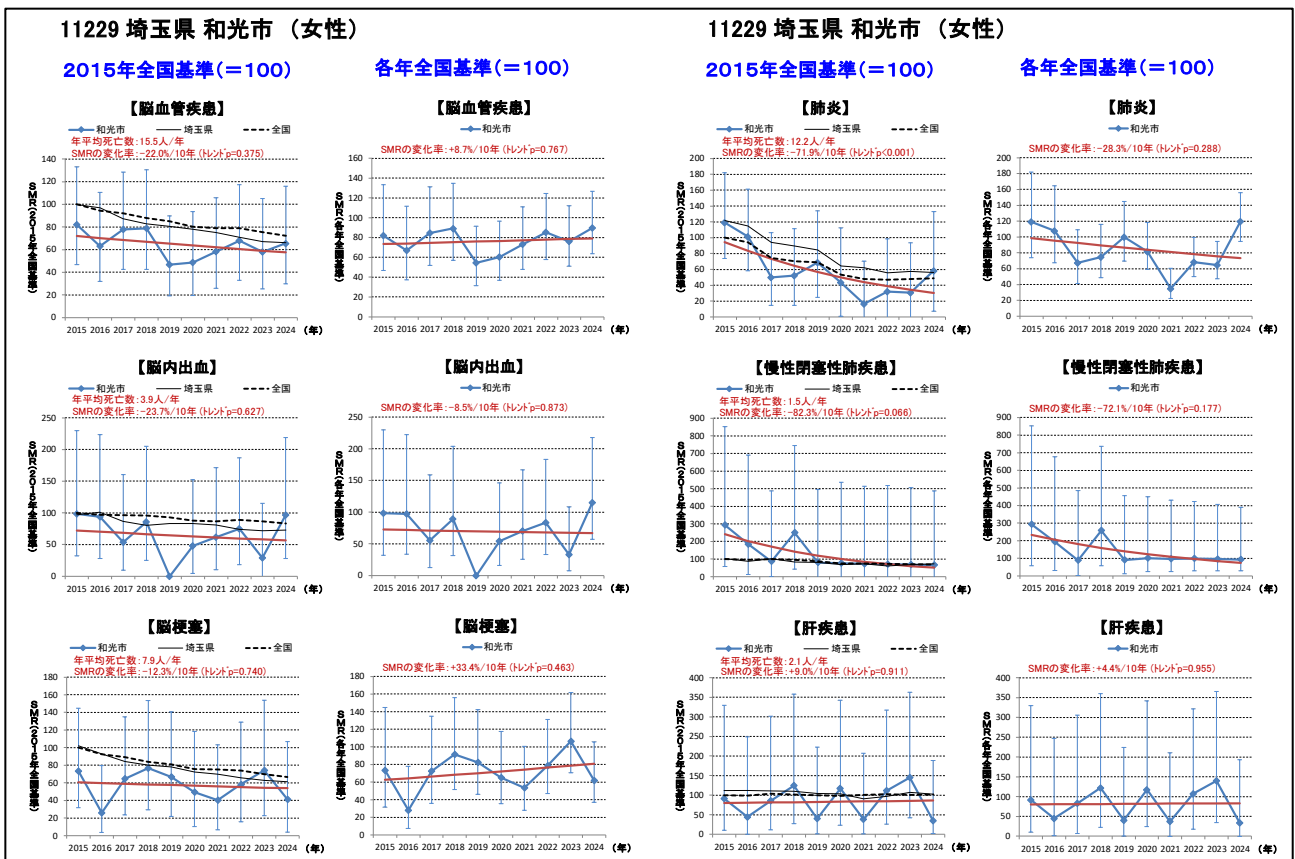
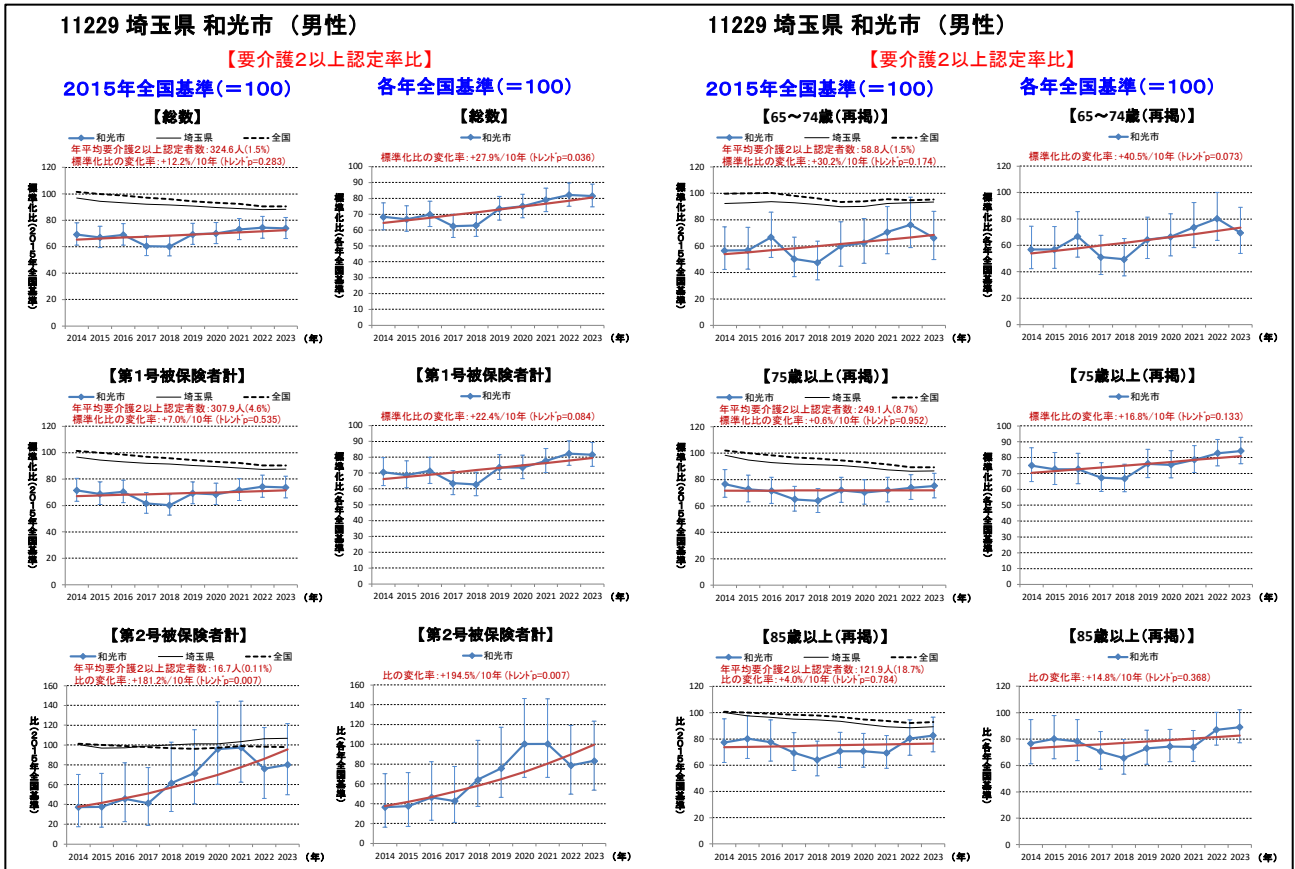
- 1) 健康日本 21（第三次）推進のための説明資料（令和5年5月）

令和8年1月16日

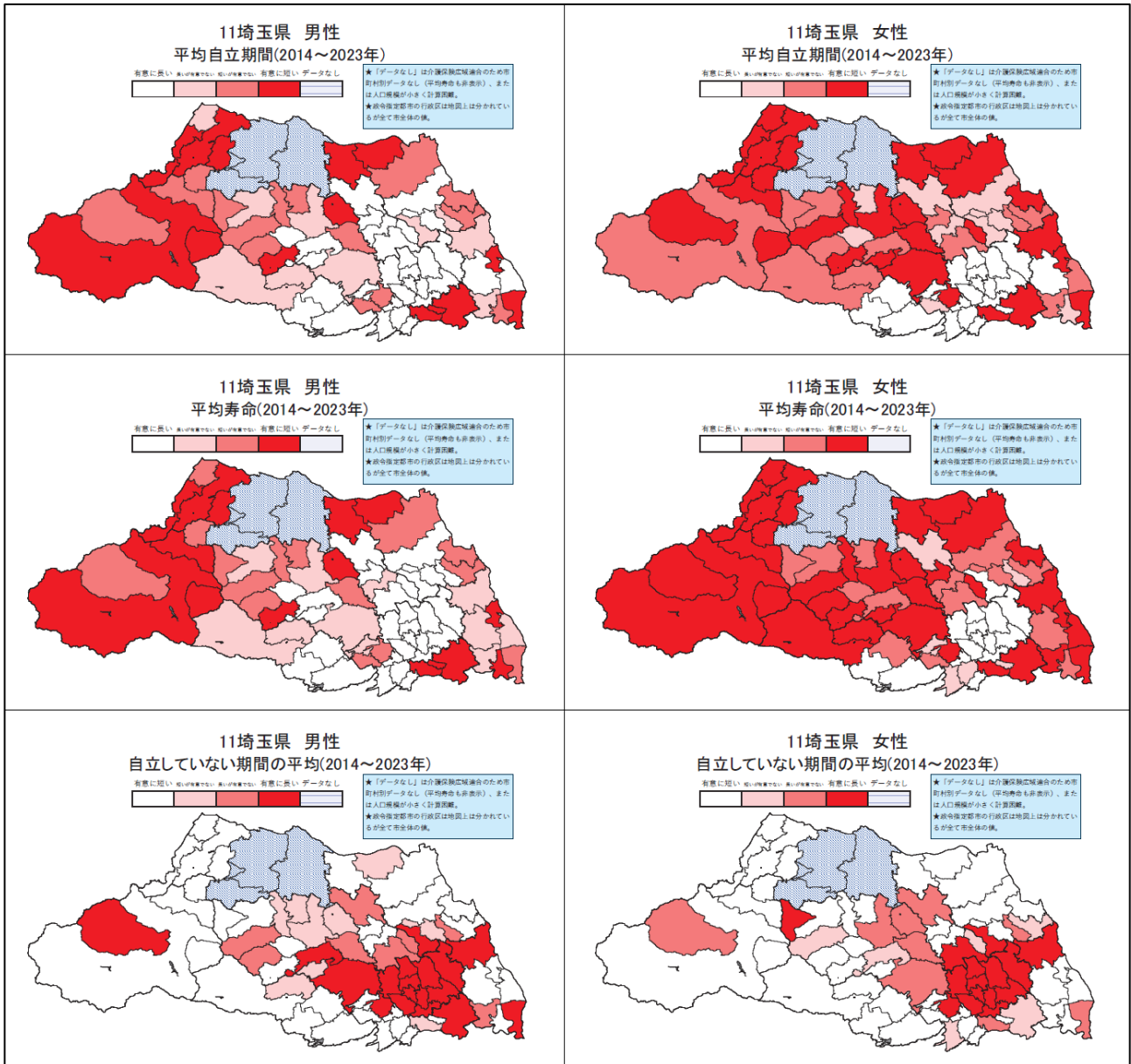
国立保健医療科学院生涯健康研究部 横山徹爾

この資料は、令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「健康日本21（第三次）の推進および進捗評価のための研究」（研究代表：辻一郎）の補助を受けて作成しました。

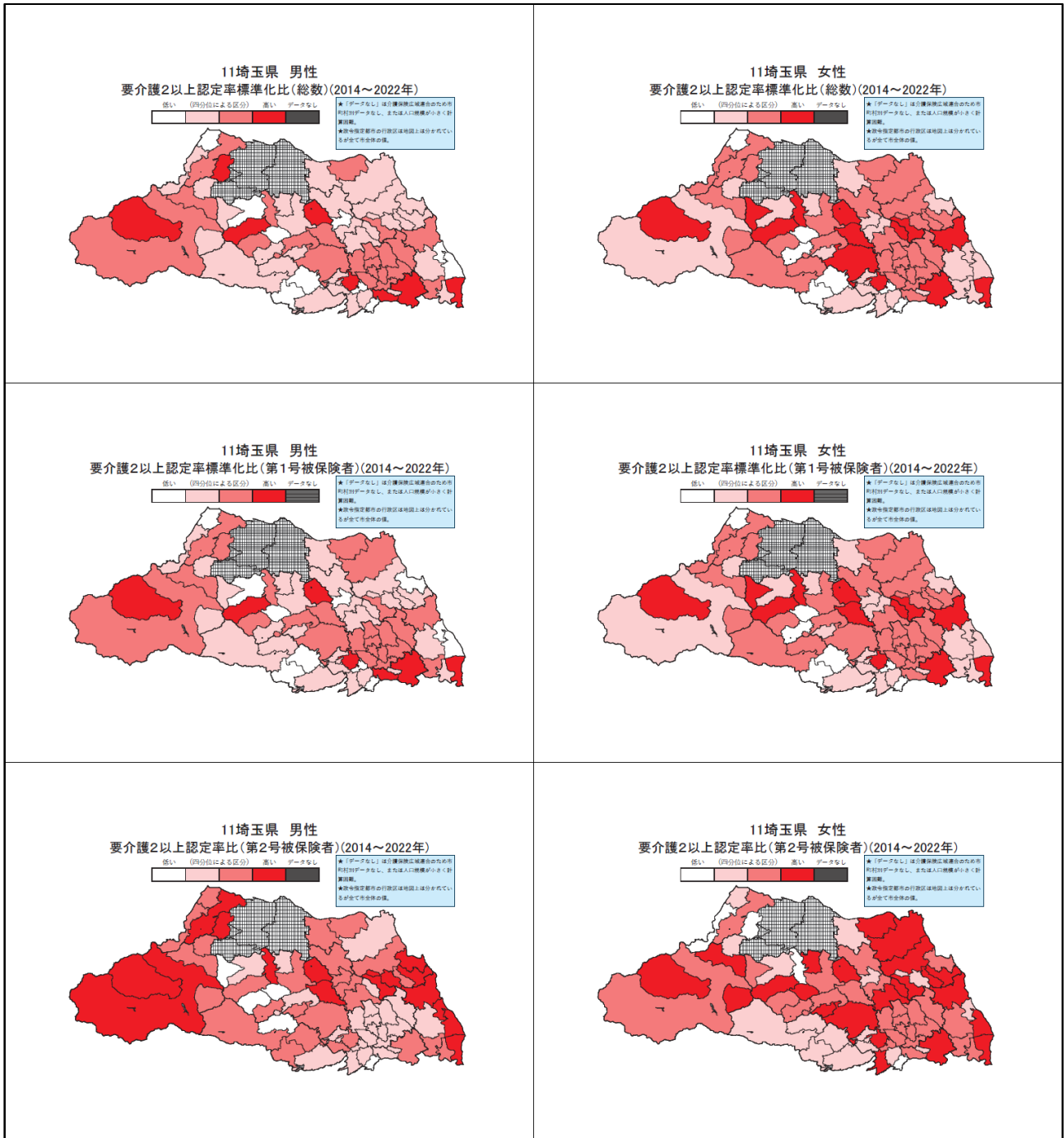
【資料3】要介護2以上認定率の10年間の推移（一部例示）



【資料4-1】自治体格差把握のための市区町村地図（平均自立期間等）（一部例示）
（平均自立期間、平均寿命、自立していない期間の平均）（2014～2023年の平均）



【資料4-2】自治体格差把握のための市区町村地図（要介護2以上認定率）（一部例示）
（2014～2023年の平均）（総数、第1号被保険者、第2号被保険者、65～74歳（再掲）、75歳以上（再掲）、85歳以上（再掲））



【資料5】自治体格差分析のための手順書（一部）

令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
健康日本21（第三次）の推進及び進捗評価のための研究 研究代表者：辻 一郎（東北大学）
健康寿命の自治体格差の要因と縮小策に関する検討 研究分担者：横山徹爾（国立保健医療科学院）

自治体における健康寿命等の格差分析を進めるための データ読み解きのポイント ver.1.2β

健康日本21（第三次）では、上位目標の一つに「健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の都道府県格差の縮小」がある。都道府県健康増進計画でも健康寿命の市町村格差の縮小を目標としていることが多い。また、都道府県は「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」としている。

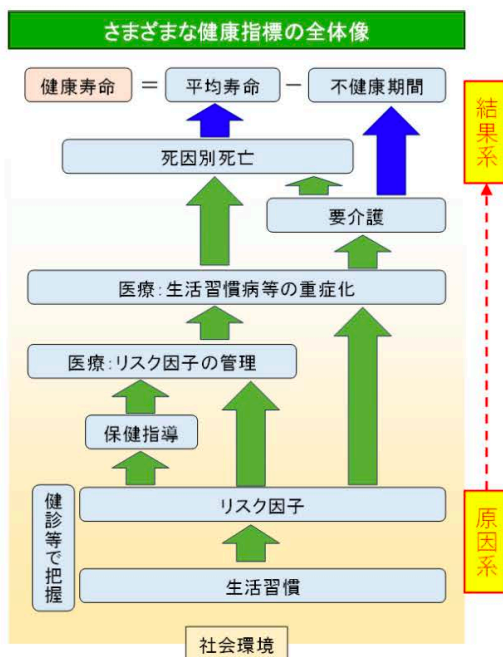
健康寿命の延伸及びその地域間格差を縮小するためには、健康寿命に影響し格差が生じる要因を明らかにして対策に活かすことが重要である。本資料では、自治体（都道府県・市町村）において健康寿命の地域間格差の要因分析を進めるための行うための「見える化」資料等を提供し、その読み解きのポイントを解説する。なお、市町村では健康寿命「日常生活に制限のない期間の平均」を算定できないため、補完的指標である「日常生活動作が自立している期間の平均（平均自立期間）」を扱う。

1. 健康指標の全体像を整理する

ポイント

地域の健康課題を明らかにしていくために
さまざまな健康指標を扱う必要性
そのため
「データがたくさんありすぎて何を見たら
よいかかわからない」という悩み
そうならないために
疾患、リスク因子、生活習慣等の
上下関係（原因系～結果系）を意識しよう

- 右図に様々な健康指標の**原因系**と**結果系**を示しました。この図の上下関係（原因系～結果系）を意識しながら、次ページ以降の手順で、**結果系から原因系**に向かって順に見ていきましょう。
- 市町村格差を地図等で確認する場合、特定の市町村という目で見ることではなく、県全体を俯瞰して、「県西部」「県東部」のような地域の特徴を把握し、その社会的・文化的背景を考えるとよいでしょう。
- 一時点で良い／良くないを考えるだけでなく、**経年的**にはどのように推移しているのかも確認し、その理由を考えながら原因系を見ていくとよいでしょう。



2. 健康寿命(平均自立期間)・平均寿命・不健康期間(自立していない期間の平均)

ポイント💡

健康寿命(平均自立期間) = 平均寿命 - 不健康期間(自立していない期間の平均)

従って

健康寿命(平均自立期間)の延伸のためには

① 平均寿命の延伸

- 早世を減らす(死因別死亡率を確認⇒リスク因子等への対策)

② 自立していない期間の平均を短縮

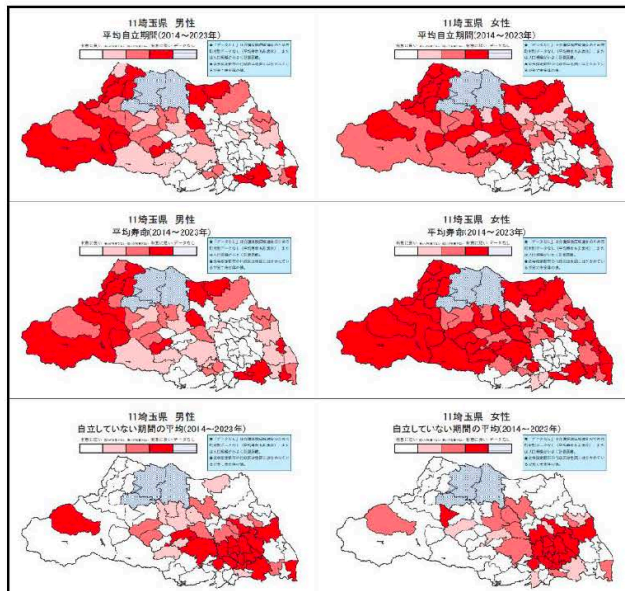
- 要介護の原因対策(要介護認定率を確認⇒要介護の原因を確認⇒原因疾患等への対策)
- 介護予防・日常生活支援総合事業等

(①のリスク因子等の一部は②の原因疾患対策とも重なる)

各都道府県内(以下、県内)市町村間差の確認

📌資料「平均自立期間・要介護認定率比等の市町村地図」[\(webリンク\)](#)

- ・「平均自立期間」「平均寿命」「自立していない期間」(2014～2023年の10年間をプールして計算)の市町村別の状況を地図で確認しましょう(色が白い方が望ましい)。
- ・各市町村は「平均自立期間」「平均寿命」「自立していない期間」のうちどれが長い/短いのかを確認してください。
- ・市町村単位で考えるのではなく、少し広い単位(伝統的な文化の地域、都市型の地域など)で生活習慣等の地域性についても考えると、ヒントが得られるかもしれません。



●基本的な考え方● 平均自立期間は「平均寿命から「自立していない期間の平均」を差し引いたもの」として表されます。したがって平均自立期間を延伸するためには、まず平均寿命そのものを延ばすことが基本になります。若くして亡くなる人を減らすために、主な死因を確認し、生活習慣やリスク因子への対策を進めることが重要です。同時に、自立していない期間をできるだけ短くすることも欠かせません。そのためには、要介護となる原因を調べて、原因疾患やフレイルへの対策を行う必要があります。介護予防・日常生活支援総合事業などによって、高齢者ができるだけ長く自立した生活を続けられるように支援し、地域全体で支え合う仕組みをつくることも大切です。このように、平均寿命を延ばすことと介護が必要な期間を短くすることの両方に取り組むことが、平均自立期間を伸ばすために必要だと考えられます。

骨粗鬆症対策の推進及び進捗評価に関する研究
—一般住民における簡便で効率的な骨粗鬆症スクリーニング検査項目の検証—

研究分担者 吉村 典子 東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター
ロコモ予防学講座・特任教授

研究要旨

地域住民コホート Research on Osteoarthritis/Osteoporosis Against Disability (ROAD) スタディは、和歌山県の山村において 2005 年、漁村において 2006 年に開始され、ベースライン調査および複数回の追跡調査において、Dual Energy X-ray Absorptiometry (DXA) による骨密度測定や生活習慣調査を実施し、骨粗鬆症 (osteoporosis, OP) の早期発見および関連要因の解明を目的としている。さらに、Fracture Risk Assessment Tool (FRAX) および Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians (OSTA) を用いた評価が可能なデータ収集を継続している。

本研究では、健康日本 21（第三次）における骨粗鬆症検診受診率向上に向けて提案された新たな検診項目（FRAX および OSTA の組み合わせ）を、地域住民コホートにおいて実地適用し、その実施可能性を検証することを目的とした。

2025 年度は、ROAD スタディ参加者の 20 年目にあたる追跡調査として、山村地域において住民検診を実施し、638 人（男性 218 人、女性 420 人、平均年齢 68.3 歳）の参加を得た。検診は円滑に実施され、提案された検診項目は地域住民を対象とした検診において適用可能であることが示唆された。

今後は、本データを用いて感度および特異度の評価を行い、効果的な検診体制の構築に向けた検証を進めることで、骨粗鬆症検診受診率の向上および健康日本 21（第三次）の目標達成に資することが期待される。

研究協力者

飯高世子 東京大学医学部附属病院 22 世紀医療
センターロコモ予防学講座

A. 研究目的

健康日本 21（第三次）においては、運動器疾患に関する項目のうち、今回始めて取り上げられた項目として、骨粗鬆症(osteoporosis, OP)の検診率の向上がある。健康日本 21（第三次）における OP 受診率の現状値は 4.5%（令和 2 年度）であるが、令和 14 年度の目標値を 15%にしている。

わが国における OP 検診は、高齢化社会に伴

い、早期発見と予防の重要性が高まる中で段階的に整備されてきた。しかしながら、検診実施率は全国平均で 5.0%前後と極めて低く、地域差も大きいと報告されている（骨粗鬆症財団ニュースリリース 2018.12.3, The Journal of Japan Osteoporosis Society 4, 513, 2018）。さらに OP 検診の手法や対象者の年齢、実施間隔も統一されておらず、それらの効果も明らかではない。

OP 検診受診率の向上は自治体における OP 患者を早期発見し治療行動につなげ、骨粗鬆症による骨折患者の減少、ひいては健康寿命の延伸につながると考えられる。さらに骨粗鬆症の予

防は骨折のみならず、高齢者の衰弱の原因となるサルコペニア・フレイルの発生リスクを下げるとの報告もあり¹⁾²⁾、要介護予防の観点からOP検診の意義は大きい。

本研究班において、我々は、健康日本21（第三次）におけるOP検診を担当し、目標を達成するための推進及び進捗評価を行うことを目的としている。そのために、我々は厚生労働省厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病総合研究事業）骨粗鬆症検診実施率・受診率向上に資する検診実施体制の見直しのための研究（24FA1003, 研究代表者：田中栄）と緊密に提携をとり、本研究班から提案されたOP検診項目を地域住民コホートROADスタディに適用し、検診実施可能性を検証することを目的とした。

B. 研究方法

我々が2005年に設立し、管理している大規模住民コホートROADスタディにおいて、2005-7年に実施したベースライン調査におけるOP検診参加者1690人（男性596人、女性1094人）を対象とし、ベースライン調査時に質問紙にて回答を得た。

参加者には、生活習慣調査、栄養調査、X線調査（脊椎、股関節、膝）、血液検査、尿検査に加えて、FRAXの項目（年齢、性別、体重、身長、骨折歴、両親の大腿骨近位部骨折歴、現在の喫煙の有無、糖質コルチコイド使用の有無、関節リウマチの有無、続発性骨粗鬆症の有無、アルコール1日3単位以上の摂取の有無、Body mass index (BMI)（身長と体重から計算）、OSTA index（体重、年齢）が計算可能となっている。さらに、Dual Energy X-ray Absorptiometry (DXA, Hologic Discovery)を用いて、腰椎L2-4、大腿骨頸部の骨密度を測定している。

今年度は、田中班において提案されたOP検診項目（FRAX、OSTAの組み合わせ）の実地での適用可能性を検証するため、今回はベースライン調査からみて20年目の追跡調査を山村住民

に対して実施し、ベースライン調査と同様の調査を実施した。

（倫理面への配慮）

ROADスタディの追跡研究については、東京大学及び和歌山県立医科大学倫理委員会にて承認されている（東京大学承認番号1264、和歌山医科大学承認番号373）。

本研究は、各種法律・政令・各省通達特に、疫学研究に関する倫理指針（平成19年文部科学省・厚生労働省告示第1号）、臨床研究に関する倫理指針（平成16年厚生労働省告示第459号）、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成26年12月22日文部科学省、厚生労働省、平成29年2月28日一部改正）及び東京大学、和歌山県立医科大学及び東京大学が定めた倫理規定を遵守して行う。

C. 研究結果

年度初めから検診準備を開始し、地域説明会を複数回実施するとともに、行政（日高川町役場住民福祉課）にも本検診の意義について説明し、検診実施の協力体制を構築した。10月から12月までの検診期間において、638人（男性218人、女性420人、平均年齢68.3歳）の参加を得た。

検診結果を解析し、DXAによる骨密度<Peak Bone Massの70%をOPとして、本人に通知し、検診説明会を複数回開催して、検診参加者の気づきと注意喚起を行った。本調査により、地域住民を対象とした骨粗鬆症検診の実施体制を構築し、提案された検診項目の実地における適用可能性が示唆された。

D. 考察

本年度は提案された新しい検診項目をOP検診に適用したときのsensitivity, specificity, feasibilityを確認するための基礎データとして、地域住民を対象とした検診を実施し、638人の参加を得た。検診は円滑に実施され、特段の問題は認められなかった。

本結果は、提案された検診項目が地域住民を対象とした検診において実装可能であることを示唆するものである。

今後は、本データセットにおいて、腰椎L2-4及び大腿骨頸部の骨密度のいずれかが日本骨代謝学会の基準による骨量減少以上（若年最大骨密度の80%未満）に該当する場合をOPスクリーニング要精査者と定義し、感度、特異度、実施可能性を評価することで、健康日本21（第三次）の目標達成に向けた検証を行う。

E. 結論

本研究では、健康日本21（第三次）における骨粗鬆症検診受診率向上に向けて提案された新たな検診項目について、地域住民を対象とした実地環境において適用し、その実施可能性を検証した。その結果、検診は円滑に実施され、提案された検診項目は地域住民を対象とした検診において適用可能であることが示唆された。今後は、本データを用いて感度、特異度、実施可能性の評価を行い、効果的な検診体制の構築に向けた検証を進めることで、骨粗鬆症検診受診率の向上および健康日本21（第三次）の目標達成に資することが期待される。

F. 研究発表

1. 論文発表

■ 英文原著論文

1. Nakajima K, Ogawa A, Kodama H, Shirokoshi T, Konishi S, Horii C, Oshima Y, Iidaka T, Muraki S, Oka H, Kawaguchi H, Akune T, Hashizume H, Yamada H, Yoshida M, Nakamura K, Shojima M, Tanaka S, Yoshimura N: Investigation of brain volume changes associated with aging: Results from the fourth Research on Osteoarthritis/Osteoporosis Against Disability Survey. *Geriatr Gerontol Int* 25(2): 279-286, 2025 doi: 10.1111/ggi.15033
2. Kanis JA, Johansson H, McCloskey EV, Liu E, Schini M, Vandenput L, Akesson KE, Anderson

FA, Azagra R, Bager CL, Beaudart C, Bischoff-Ferrari HA, Biver E, Bruyere O, Cauley JA, Center JR, Chapurlat R, Christiansen C, Cooper C, Crandall CJ, Cummings SR, da Silva JAP, Dawson-Hughes B, Diez-Perez A, Dufour AB, Eisman JA, Elders PJM, Ferrari S, Fujita Y, Fujiwara S, Gluer CC, Goldshtein I, Goltzman D, Gudnason V, Hall J, Hans D, Hoff M, Hollick RJ, Huisman M, Iki M, Ish-Shalom S, Jones G, Karlsson MK, Khosla S, Kiel DP, Koh WP, Koromani F, Kotowicz MA, Kroger H, Kwok T, Lamy O, Langhammer A, Larijani B, Lippuner K, McGuigan FEA, Mellstrom D, Merlijn T, Nguyen TV, Nordstrom A, Nordstrom P, O'Neill TW, Obermayer-Pietsch B, Ohlsson C, Orwoll ES, Pasco JA, Rivadeneira F, Schott AM, Shiroma EJ, Siggeirsdottir K, Simonsick EM, Sornay-Rendu E, Sund R, Swart K, Szulc P, Tamaki J, Torgerson DJ, van Schoor NM, van Staa TP, Vila J, Wright NC, Yoshimura N, Zillikens MC, Zwart M, Harvey NC, Lorentzon M, Leslie WD. Rheumatoid arthritis and subsequent fracture risk: an individual person meta-analysis to update FRAX. *Osteoporos Int* 36(4): 653-671, 2025, doi: 10.1007/s00198-025-07397-1.

3. Nakajima K, Horii C, Kodama H, Shirokoshi T, Ogawa A, Osada T, Konishi S, Oshima Y, Iidaka T, Muraki S, Oka H, Kawaguchi H, Akune T, Hashizume H, Yamada H, Yoshida M, Nakamura K, Shojima M, Tanaka S, Yoshimura N: Association Between Vertebral Fractures and Brain Volume: Insights from a Community Cohort Study. *Osteoporos Int* 36 (4): 627-636, 2025 doi: 10.1007/s00198-025-07403-6
4. Moro T, Yoshimura N, Saito T, Oka H, Muraki S, Iidaka T, Tanaka T, Ono K, Ishikura H, Wada N, Watanabe K, Kyomoto M, Tanaka S: Development of artificial intelligence-assisted lumbar and femoral BMD estimation system using anteroposterior lumbar X-ray images. *J Orthop*

- Res 43(9): 1619-1631, 2025 doi: <https://doi.org/10.1002/jor.70000>
5. Yoshimura N, Iidaka T, Horii C, Muraki S, Oka H, Kawaguchi H, Akune T, Nakamura K, Tanaka S: Trends in the prevalence of hypovitaminosis D over a 10-year period in Japan: The Research on Osteoarthritis/Osteoporosis Against Disability study 2005–2015. *Arch Osteoporos* 20(1):117, 2025, doi: 10.1007/s11657-025-01601-9.
 6. Harvey N, Johansson H, McCloskey EV, Liu E, Åkesson KE, Anderson FA, Azagra R, Bager CL, Beaudart C, Bischoff-Ferrari HA, Biver E, Bruyere O, Cauley JA, Center JR, Chapurlat R, Christiansen C, Cooper C, Crandall CJ, Cummings SR, da Silva JAP, Dawson-Hughes B, Diez-Perez A, Dufour AB, Eisman JA, Elders PJM, Ferrari S, Fujita Y, Fujiwara S, Glüer CC, Goldshtein I, Goltzman D, Gudnason V, Hall J, Hans D, Hoff M, Hollick RJ, Huisman M, Iki M, Ish-Shalom S, Jones G, Karlsson MK, Khosla S, Kiel DP, Koh WP, Koromani F, Kotowicz MA, Kröger H, Kwok T, Lamy O, Langhammer A, Larijani B, Lippuner K, Mellström D, Merlijn T, Nordström A, Nordström P, O'Neill TW, Obermayer-Pietsch B, Ohlsson C, Orwoll ES, Pasco JA, Rivadeneira F, Schott AM, Shiroma EJ, Siggeirsdottir K, Simonsick EM, Sornay-Rendu E, Sund R, Swart KMA, Szulc P, Tamaki J, Torgerson DJ, van Schoor NM, van Staa TP, Vila J, Wareham NJ, Wright NC, Yoshimura N, Zillikens MC, Zwart M, Schini M, Vandenput L, Harvey NC, Lorentzon M, Leslie WD, Kanis JA. Body mass index and subsequent fracture risk: A meta-analysis to update FRAX®. *J Bone Miner Res J Bone Miner Res* 40(10): 1144-1155, 2025, doi: 10.1093/jbmr/zjaf091.
 7. McCloskey EV, Johansson H, Liu E, Åkesson KE, Anderson FA, Azagra-Ledesma R, Bager CL, Beaudart C, Bischoff-Ferrari HA, Biver E, Bruyère O, Cauley JA, Center JR, Chapurlat R, Christiansen C, Cooper C, Crandall CJ, Cummings SR, da Silva JAP, Dawson-Hughes B, Diez-Perez A, Dufour AB, Eisman JA, Elders PJM, Ferrari S, Fujita Y, Fujiwara S, Glüer CC, Goldshtein I, Goltzman D, Gudnason V, Hall J, Hans D, Hoff M, Hollick RJ, Huisman M, Iki M, Ish-Shalom S, Jones G, Karlsson MK, Khosla S, Kiel DP, Koh WP, Koromani F, Kotowicz MA, Kröger H, Kwok T, Lamy O, Langhammer A, Larijani B, Lippuner K, Mellström D, Merlijn T, Nordström A, Nordström P, O'Neill TW, Obermayer-Pietsch B, Ohlsson C, Orwoll ES, Pasco JA, Rivadeneira F, Schott AM, Shiroma EJ, Siggeirsdottir K, Simonsick EM, Sornay-Rendu E, Sund R, Swart KMA, Szulc P, Tamaki J, Torgerson DJ, van Schoor NM, van Staa TP, Vila J, Wareham NJ, Wright NC, Yoshimura N, Zillikens MC, Zwart M, Vandenput L, Harvey NC, Lorentzon M, Leslie WD, Kanis JA. Family history of fracture and fracture risk: a meta-analysis to update the FRAX® risk assessment tool. *Osteoporos Int* 36(9): 1725-1741, 2025, doi: 10.1007/s00198-025-07607-w.
 8. Kawamura T, Takahashi T, Okano K, Yamada M, Iidaka T, Tanaka S, Yoshimura N: The Q-BONE System: A Novel Dual-Energy X-ray Diagnostic Method for Osteoporosis. *J Clin Densitom* 29(1): 101638, 2025, doi: 10.1016/j.jocd.2025.101638.
- 総説
1. 吉村典子：健康日本 21(第三次)を進めるためのロコモ・骨粗鬆症・運動・栄養 効果的な骨粗鬆症検診と受診率の向上：日本骨粗鬆症学会雑誌 11(2): 342-346, 2025.05
 2. 吉村典子：住民コホートからみた骨粗鬆症の疫学：Precision Medicine 8(5): 370-373, 2025.05
2. 学会発表
- 国際学会
1. Iidaka T, Horii C, Tanegashima G, Muraki S, Oka

- H, Nakamura K, Tanaka S, Yoshimura N: Does Low Quadriceps Strength Influence the Risk of Disability? - The ROAD Study-: WCO-IOF-ESCEO 2025, Roma, Italy, 2025.4.10-13, poster
2. Nicholas C Harvey, Helena Johansson, Eugene V McCloskey, Enwu Liu, Liesbeth Vandenput, Mattias Lorentzon, William D Leslie, John A Kanis and the FRAX Meta-analysis Cohort Group (Yoshimura N): Weight, height, BMI and their association with fracture risk: an international meta-analysis.: WCO-IOF-ESCEO 2025, Roma, Italy, 2025.4.10-13, Oral
 3. Helena Johansson, Nicholas C Harvey, Eugene V McCloskey, Enwu Liu, Liesbeth Vandenput, Mattias Lorentzon, William D Leslie, John A Kanis and the FRAX Meta-analysis Cohort Group (Yoshimura N): Number of fractures and fracture incidence in relation to bone mineral density: an international meta-analysis.: WCO-IOF-ESCEO 2025, Roma, Italy, 2025.4.10-13, Oral
 4. Yoshimura N: Plenary Session VIII: IOF-JOF Joint Session: Gender and its influence on Osteoporosis Management: Osteoporosis in Men: IOF REGIONAL TOKYO'25, 2025.12.11-13, Tokyo, Oral
 5. Iidaka T, Horii C, Tanegashima G, Muraki S, Oka H, Tanaka S, Yoshimura N: Quadriceps muscle strength is associated with bone, joint, and muscle disorders of the locomotor system regardless of location - The ROAD Study-: IOF REGIONAL TOKYO'25, 2025.12.11-13, Tokyo, Poster
 6. Nicholas C Harvey, Helena Johansson, Eugene V McCloskey, Enwu Liu, Liesbeth Vandenput, Mattias Lorentzon, William D Leslie, John A Kanis and the FRAX Meta-analysis Cohort Group (Yoshimura N): Independent predictive value of height and BMI for incident fracture: an international meta-analysis.: ASBMR 2025 Annual Meeting, 2025.9.5-8, Seattle, WA, USA,

Oral.

■国内学会

1. 飯高世子、村木重之、堀井千彬、種子島岳、岡敬之、中村耕三、阿久根徹、田中栄、吉村典子: 大腿四頭筋筋力は部位を問わず骨・関節・筋の運動器疾患と関連する-The ROAD study-: 第98回日本整形外科学会学術総会、2025. 5. 22-25、東京都、国内、口演
2. 飯高世子、中村耕三、阿久根徹、田中栄、吉村典子: 大腿四頭筋筋力と多部位における運動器疾患との関連性について The ROAD study : 第62回リハビリテーション医学会、2025. 6. 12-14、京都市、国内、口演
3. 飯高世子、村木重行、中村耕三、阿久根徹、田中栄、吉村典子: 運動器疾患と大腿四頭筋筋力の関連性-The ROAD Study- : 第36回日本運動器科学会、2025. 7. 19-20、松江市、口演
4. 飯高世子、種子島岳、堀井千彬、村木重之、岡敬之、中村耕三、阿久根徹、田中栄、吉村典子: 大腿四頭筋筋力と骨・関節・筋疾患の広範な関連性 The ROAD study : 第27回日本骨粗鬆症学会、2025. 9. 12-14、幕張市、国内、口演

■シンポジウム・講演

1. 吉村典子、飯高世子、田中栄 : 疫学研究からみたメタボとロコモの相互関係-The ROAD study- : 第98回日本整形外科学会学術総会、2025. 5. 25、東京都、国内、口演
2. 吉村典子: 運動器疾患の疫学アップデート 地域住民コホート研究 ROAD より : 第62回日本リハビリテーション医学会学術集会、2025. 6. 12、京都市、国内、口演
3. 吉村典子、飯高世子、田中栄 : 地域住民コホートからみた運動器老化とその要因: ROAD スタディより、第43回日本骨代謝学会学術集会、2026. 7. 26、熊本市、国内、口演
4. 吉村典子、中嶋香児、堀井千彬、飯高世子、

大島寧、田中栄：脊椎椎体骨折と脳容積の関連：地域住民コホート ROAD スタディからみたオステオネットワーク：第 43 回日本骨代謝学会学術集会、2026. 7. 26、熊本市、国内、口演

5. 吉村典子：フレイルとロコモの実態と予後：地域住民コホート ROAD スタディより：第 84 回日本公衆衛生学会総会、2025. 10. 31、静岡市、国内、口演

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

(1) 論文発表

1. 辻 一郎.
【健康日本 21 第三次】健康日本 21(第三次)の概要について.
New Diet Therapy, 2025;41(3):3-7.
2. Fukushima N, Amagasa S, Kikuchi H, Ono R, Inoue S.
Changes in Step-Defined Physical Activity by Occupation: The National Health and Nutrition Survey of Japan 2001–2019.
Journal of Physical Activity and Health, 2025;22(7):827-836.
doi: 10.1123/jpah.2024-0702.
3. Amagasa S, Ding D, Sallis JF, Kikuchi H, Sawada SS, Inoue S.
Two-by-two Framework for Physical Activity Environments in the 2023 Japanese Physical Activity Guidelines.
Journal of Physical Activity and Health, 2025;22(9):1061-1063.
<https://doi.org/10.1123/jpah.2025-0345>
4. Takahashi M, Amagasa S, Fukushima N, Taguri M, Fukuda Y, Gebel K, Ding D, Inoue S.
Neighborhood environment attributes are associated with disparities in walking by exercise preference.
Journal of Physical Activity and Health, 2025;23(3): 362–369.
doi: 10.1123/jpah.2025-0499.
5. 井上 茂, 菊池宏幸.
身体活動・運動ガイド 2023 を読み解く⑱ 身体活動を促進する社会環境整備 (その1)
—身体活動支援環境—.
健康づくり, 健康・体力づくり事業財団, 2025;570:16.
6. 菊池宏幸, 井上 茂.
身体活動・運動ガイド 2023 を読み解く⑳ 身体活動を促進する社会環境整備 (その2)
—健康日本 21 と環境整備—.
健康づくり, 健康・体力づくり事業財団, 2025;571:16.
7. 天笠志保, 井上 茂.
身体活動・運動ガイド 2023 を読み解く㉑ 女性の身体活動・運動.
健康づくり, 健康・体力づくり事業財団, 2026;573:16.
8. 井上 茂.
【特集1 ロジックモデルを活用した身体活動を増やすアクションプラン】.
健康づくり, 健康・体力づくり事業財団, 2026;574:1-6.

9. 奈良香菜子, 天笠志保, 福島教照, 菊池宏幸, 町田征己, 井上 茂.
加速度計を用いた労働者の通勤手段による身体活動量の比較 : 7 事業所を対象とした横断研究.
運動疫学研究, 2025 Epub ahead of print
10. 天笠志保, 井上 茂.
WHO 身体活動・座位行動ガイドライン.
日本循環器病予防学会誌, 2025;60(3):209-216.
https://doi.org/10.11381/jjcdp.60.3_209
11. 岡村智教.
健康日本 21 の循環器病分野について—第 2 次 (2013~2023) の評価と第 3 次 (2024~2035) の概要.
日本循環器病予防学会誌, 2025;60(2):103-113.
https://doi.org/10.11381/jjcdp.60.2_103
12. 片野田耕太.
がん検診, 健康日本 21 等におけるナッジの活用事例.
医療と社会, 2025;35(1):49-59.
<https://doi.org/10.4091/iken.35-49>
13. 高田 碧, 相田 潤, 伊藤ゆり, 尾島俊之, 片岡 葵, 片野田耕太, 近藤克則, 近藤尚己, 田中宏和, 中谷友樹, 西尾麻里沙, 西 大輔, 横山徹爾, 田淵貴大.
公的データを用いた多面的な健康格差のモニタリングの必要性と可能性の検討.
日本公衆衛生雑誌, 2025;72(12):961-967
14. Matsunaga S, Sado M, Kaneita Y, Arai M, Sasaki N, Tanaka K, Kuriyama K.
Longitudinal association of non-restorative sleep with subjective health and work performance: a cohort study in the Japanese construction industry.
Industrial Health, 2026 Feb 9.
doi:10.2486/indhealth.2025-0204.
15. Hazumi M, Kataoka M, Usuda K, Miyake M, Nakashita A, Kitamura M, Okazaki E, Yoshiike T, Matsui K, Kuriyama K, Nishi D, Kuroda N.
The relationship between nonrestorative sleep and persistent post-acute sequelae of COVID-19: a longitudinal study of recovery trajectories.
Sleep and Biological Rhythms, 2026;24:291-298.
doi:10.1007/s41105-025-00629-1.
16. Fushimi M, Kawamura A, Utsumi T, Nagao K, Matsui K, Kimura A, Aritake-Okada S, Yoshiike T, Kuriyama K.
Relationship Between Insoluble Dietary Fiber Intake and Non-Restorative Sleep in Japanese Adults: A Cross-Sectional Analysis of the NHNS Japan, 2014 and 2018.
Nutrients, 2025;17(23):3749.
doi:10.3390/nu17233749.

17. Yoshiike T, Yajima T, Utsumi T, Tripathi S, Kawamura A, Nagao K, Matsui K, Matsuda Y, Abe M, Ito M, Nakajima S, Kuriyama K.
Autonomic evidence that avoidance matters in the mourning process: A prospective observational study in Japan.
Dialogues in Clinical Neuroscience, 2026;28(1):1-10.
doi:10.1080/19585969.2025.2597058.
18. Kuriyama K.
Nonrestorative sleep: a potential indicator or consequence of job stress.
Sleep and Biological Rhythms, 2025;23(4):353-354.
doi:10.1007/s41105-025-00606-8.
19. Hazumi M, Matsui K, Tabuchi T, Okubo R, Yoshiike T, Kitamura S, Kawamura A, Nagao K, Utsumi T, Izuhara M, Kizuki J, Fushimi M, Nishi D, Kuriyama K.
Nonrestorative sleep mediates the influence of Adverse Childhood Experiences on psychological distress, physical health, mental health, and activity limitation: A longitudinal study for the general population in Japan.
Sleep Medicine, 2025;133:106658.
doi:10.1016/j.sleep.2025.106658.
20. 栗山健一.
Column「健康づくりのための睡眠ガイド2023」. 特集「睡眠-覚醒障害」
精神科 Resident, 2025年 winter号(6-5).
21. 内海智博, 栗山健一.
TOPIC Sleep Tech. 特集「睡眠-覚醒障害」
精神科 Resident, 2025年 winter号(6-5).
22. 栗山健一.
睡眠保健活動「健康づくりのための睡眠ガイド2023」 特集 睡眠障害の診療 update.
日本臨牀, 2025;83(7):1040-1045.
23. 内海智博, 栗山健一.
次世代に向け求められる睡眠健康増進のための社会基盤～客観的睡眠評価・ウェアラブルデバイスをを用いた次世代評価系の構築～. 特集 新たな睡眠健康増進を目指した我が国の政策～健康づくりのための睡眠ガイド2023による国民健康啓発の発展～ 心と社会.
日本精神衛生会, 2025;56(3):33-40.
24. 栗山健一.
特集の企画要旨. 特集 新たな睡眠健康増進を目指した我が国の政策～健康づくりのための睡眠ガイド2023による国民健康啓発の発展～ 心と社会.
日本精神衛生会, 2025;56(3):8-10.

25. 駒田陽子, 志村哲祥, 松井健太郎, 河村葵, 羽澄恵, 栗山健一.
こどもにおける睡眠ガイドのポイント. 特集 「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」 から考える Healthy Sleep～睡眠の量と質の両立による国民の健康増進～.
睡眠医療ネクサス, 2025;1(2):61-66.
26. 栗山健一.
「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」の概要とゴール. 特集 「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」から考える Healthy Sleep～睡眠の量と質の両立による国民の健康増進～.
睡眠医療ネクサス, 2025;1(2):49-55.
27. Lunar FR, Kondo N, Honda Y, Nakagomi A, Komura T, Inoue K, Shiba K.
Sociodemographic heterogeneity in the association between social isolation and all-cause mortality among Japanese older adults: JAGES longitudinal panel study.
The Lancet Regional Health – Western Pacific, 2025;63:101691. doi: 10.1016.
28. Du Z, Sato K, Hino K, Kondo K, Kondo N.
Gender, socioeconomic, and built environment differences in the association of participation in an incentivized walking program with physical and social activity: a prospective cohort study among older adults in Japan.
Social Science & Medicine, 2025;377:118093.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118093>
29. Liu Q, Sato K, Kondo N.
Heterogeneous associations between community social capital and loneliness: a cross-sectional study in 2019.
Journal of Epidemiology, 2026;36(1): 28-34.
doi:10.2188/jea.JE20250020..
30. Takemura Y, Inoue K, Sato K, Haseda M, Shiba K, Kondo N.
Social participation and depressive symptoms among older adults.
JAMA Netw Open, 2025;8(9): e2530523.
doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.30523.
31. Otani S, Sato K, Kondo N.
Public Libraries and Functional Disability: A Cohort Study of Japanese Older Adults.
SSM - Population Health, 2025;29:101762.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2025.101762>
32. Kato D, Kawachi I, Saito T, Yasufuku Y, Kondo N.
Association of the 2018 Japanese financial incentive policy with long-term care needs and mortality.
Asia-Pacific Journal of Public Health, 2026;38(1):79-87.
doi: 10.1177/10105395251400134.

33. Matsushima M, Shinohara K, Ueno K, Kondo N, Tabuchi T.
Positive childhood experiences and adulthood loneliness and social participation in Japan: exploring their mitigating effects for adverse childhood experiences.
Journal of Affective Disorders, 2025;120997.
doi:10.1016/j.jad.2025.120997.
34. Nishio M, Ito Y, Kondo N, Amuthavalli Thiyagarajan J.
Towards a global scale for functional ability: what gets measured and gets done—but are we measuring the right thing?
Age Ageing, 2025;54(11): afaf323.
doi:10.1093/ageing/afaf323.
35. Ohseto H, Inoue K, TAKAHASHI I, Obara T, Narita A, Ishikuro M, Orui M, Murakami K, Noda A, Shinoda G, Takase M, Nakaya N, Kogure M, Hatanaka R, Nakaya K, Chiba I, Tokioka S, Kotozaki Y, Shimizu A, Tanno K, Hozawa A, Tamiya G, Kondo N, Kuriyama S.
Genome-wide association study of social isolation in 63,497 Japanese individuals from the general population.
Translational Psychiatry, 2026 Feb 17.
doi:10.1038/s41398-026-03896-9.
36. Yamamoto K, Ihana-Sugiyama N, Sugiyama T, Yamaoka T, Wakui-Kimura A, Imai K, Kuroda N, Ohsugi M, Ueki K, Yamauchi T, Tamiya N.
Recognition of ophthalmology consultation and fundus examination among individuals with diabetes in Japan: A cross-sectional study using claims-questionnaire linked data.
Diabetes, Obesity and Metabolism, 2025;27(4):1762-1772.
doi: 10.1111/dom.16164.
37. 吉村典子.
健康日本 21（第三次）を進めるためのロコモ・骨粗鬆症・運動・栄養 効果的な骨粗鬆症
検診と受診率の向上.
日本骨粗鬆症学会雑誌, 2025;11(2):342-346.
38. 吉村典子.
住民コホートからみた骨粗鬆症の疫学.
Precision Medicine, 2025;8(5):370-373.
39. Nakajima K, Ogawa A, Kodama H, Shirokoshi T, Konishi S, Horii C, Oshima Y, Iidaka T, Muraki S, Oka H, Kawaguchi H, Akune T, Hashizume H, Yamada H, Yoshida M, Nakamura K, Shojima M, Tanaka S, Yoshimura N.
Investigation of brain volume changes associated with aging: Results from the fourth Research on Osteoarthritis/Osteoporosis Against Disability Survey.
Geriatrics & Gerontology International, 2025;25(2):279-286.
doi: 10.1111/ggi.15033

40. Kanis JA, Johansson H, McCloskey EV, Liu E, Schini M, Vandenput L, Akesson KE, Anderson FA, Azagra R, Bager CL, Beaudart C, Bischoff-Ferrari HA, Biver E, Bruyere O, Cauley JA, Center JR, Chapurlat R, Christiansen C, Cooper C, Crandall CJ, Cummings SR, da Silva JAP, Dawson-Hughes B, Diez-Perez A, Dufour AB, Eisman JA, Elders PJM, Ferrari S, Fujita Y, Fujiwara S, Gluer CC, Goldshtein I, Goltzman D, Gudnason V, Hall J, Hans D, Hoff M, Hollick RJ, Huisman M, Iki M, Ish-Shalom S, Jones G, Karlsson MK, Khosla S, Kiel DP, Koh WP, Koromani F, Kotowicz MA, Kroger H, Kwok T, Lamy O, Langhammer A, Larijani B, Lippuner K, McGuigan FEA, Mellstrom D, Merlijn T, Nguyen TV, Nordstrom A, Nordstrom P, O'Neill TW, Obermayer-Pietsch B, Ohlsson C, Orwoll ES, Pasco JA, Rivadeneira F, Schott AM, Shiroma EJ, Siggeirsdottir K, Simonsick EM, Sornay-Rendu E, Sund R, Swart K, Szulc P, Tamaki J, Torgerson DJ, van Schoor NM, van Staa TP, Vila J, Wright NC, Yoshimura N, Zillikens MC, Zwart M, Harvey NC, Lorentzon M, Leslie WD.
Rheumatoid arthritis and subsequent fracture risk: an individual person meta-analysis to update FRAX.
Osteoporosis International, 2025;36(4):653-671.
doi: 10.1007/s00198-025-07397-1.
41. Nakajima K, Horii C, Kodama H, Shirokoshi T, Ogawa A, Osada T, Konishi S, Oshima Y, Iidaka T, Muraki S, Oka H, Kawaguchi H, Akune T, Hashizume H, Yamada H, Yoshida M, Nakamura K, Shojima M, Tanaka S, Yoshimura N.
Association Between Vertebral Fractures and Brain Volume: Insights from a Community Cohort Study.
Osteoporosis International, 2025;36(4):627-636.
doi: 10.1007/s00198-025-07403-6
42. Moro T, Yoshimura N, Saito T, Oka H, Muraki S, Iidaka T, Tanaka T, Ono K, Ishikura H, Wada N, Watanabe K, Kyomoto M, Tanaka S.
Development of artificial intelligence-assisted lumbar and femoral BMD estimation system using anteroposterior lumbar X-ray images.
Journal of Orthopaedic Research, 2025;43(9): 1619-1631.
doi: <https://doi.org/10.1002/jor.70000>
43. Yoshimura N, Iidaka T, Horii C, Muraki S, Oka H, Kawaguchi H, Akune T, Nakamura K, Tanaka S.
Trends in the prevalence of hypovitaminosis D over a 10-year period in Japan: The Research on Osteoarthritis/Osteoporosis Against Disability study 2005–2015.
Archives of Osteoporosis, 2025;20(1):117.
doi: 10.1007/s11657-025-01601-9.
44. Harvey N, Johansson H, McCloskey EV, Liu E, Åkesson KE, Anderson FA, Azagra R, Bager CL, Beaudart C, Bischoff-Ferrari HA, Biver E, Bruyere O, Cauley JA, Center JR, Chapurlat R, Christiansen C, Cooper C, Crandall CJ, Cummings SR, da Silva JAP, Dawson-Hughes B, Diez-Perez A, Dufour AB, Eisman JA, Elders PJM, Ferrari S, Fujita

Y, Fujiwara S, Glüer CC, Goldshtein I, Goltzman D, Gudnason V, Hall J, Hans D, Hoff M, Hollick RJ, Huisman M, Iki M, Ish-Shalom S, Jones G, Karlsson MK, Khosla S, Kiel DP, Koh WP, Koromani F, Kotowicz MA, Kroger H, Kwok T, Lamy O, Langhammer A, Larijani B, Lippuner K, Mellström D, Merlijn T, Nordström A, Nordström P, O'Neill TW, Obermayer-Pietsch B, Ohlsson C, Orwoll ES, Pasco JA, Rivadeneira F, Schott AM, Shiroma EJ, Siggeirsdottir K, Simonsick EM, Sornay-Rendu E, Sund R, Swart KMA, Szulc P, Tamaki J, Torgerson DJ, van Schoor NM, van Staa TP, Vila J, Wareham NJ, Wright NC, Yoshimura N, Zillikens MC, Zwart M, Vandenput L, Lorentzon M, Leslie WD, Kanis JA.

Body mass index and subsequent fracture risk: A meta-analysis to update FRAX®.
Journal of Bone and Mineral Research, 2025;40(10):1144-1155.
doi: 10.1093/jbmr/zjaf091.

45. McCloskey EV, Johansson H, Liu E, Åkesson KE, Anderson FA, Azagra-Ledesma R, Bager CL, Beaudart C, Bischoff-Ferrari HA, Biver E, Bruyère O, Cauley JA, Center JR, Chapurlat R, Christiansen C, Cooper C, Crandall CJ, Cummings SR, da Silva JAP, Dawson-Hughes B, Diez-Perez A, Dufour AB, Eisman JA, Elders PJM, Ferrari S, Fujita Y, Fujiwara S, Glüer CC, Goldshtein I, Goltzman D, Gudnason V, Hall J, Hans D, Hoff M, Hollick RJ, Huisman M, Iki M, Ish-Shalom S, Jones G, Karlsson MK, Khosla S, Kiel DP, Koh WP, Koromani F, Kotowicz MA, Kröger H, Kwok T, Lamy O, Langhammer A, Larijani B, Lippuner K, Mellström D, McGuigan FEA, Merlijn T, Nguyen TV, Nordström A, Nordström P, O'Neill TW, Obermayer-Pietsch B, Ohlsson C, Orwoll ES, Pasco JA, Rivadeneira F, Schei B, Schott AM, Shiroma EJ, Siggeirsdottir K, Simonsick EM, Sornay-Rendu E, Sund R, Swart KMA, Szulc P, Tamaki J, Torgerson DJ, van Schoor NM, van Staa TP, Vila J, Wareham NJ, Wright NC, Yoshimura N, Zillikens MC, Zwart M, Schini M, Vandenput L, Harvey NC, Lorentzon M, Leslie WD, Kanis JA.

Family history of fracture and fracture risk: a meta-analysis to update the FRAX® risk assessment tool.
Osteoporosis International, 2025;36(9):1725-1741.
doi: 10.1007/s00198-025-07607-w.

46. Kawamura T, Takahashi T, Okano K, Yamada M, Iidaka T, Tanaka S, Yoshimura N.
The Q-BONE System: A Novel Dual-Energy X-ray Diagnostic Method for Osteoporosis.
Journal of clinical densitometry, 2025;29(1):101638.
doi: 10.1016/j.jocd.2025.101638.

(2) 学会発表

1. 国際学会

1. Amagasa S, Takahashi M, Fukushima N, Machida M, Inoue S.
Japan Postcode-level walkability index and total and domain-specific walking time for adults living in 95 cities across the country.
the 2025 International Society of Behavioral Nutrition and Physical Activity Conference (ISBNPA), Auckland, June 12,2025
2. Inoue S, Amagasa S, Kikuchi H, Fukushima N.
Proximity to Municipally-Designated Walkability Promotion Areas in City Center and Residents' Walking Time in Japan: A Natural Experiment.
the 2025 International Society of Behavioral Nutrition and Physical Activity Conference (ISBNPA), Auckland, June 12, 2025
3. Iidaka T, Horii C, Tanegashima G, Muraki S, Oka H, Nakamura K, Tanaka S, Yoshimura N.
Does Low Quadriceps Strength Influence the Risk of Disability? - The ROAD Study-.
WCO-IOF-ESCEO 2025, Roma, Italy, April 10-13, 2025.
4. Nicholas C Harvey, Helena Johansson, Eugene V McCloskey, Enwu Liu, Liesbeth Vandenput, Mattias Lorentzon, William D Leslie, John A Kanis and the FRAX Meta-analysis Cohort Group (Yoshimura N).
Weight, height, BMI and their association with fracture risk: an international meta-analysis.
WCO-IOF-ESCEO 2025, Roma, Italy, April 10-13, 2025.
5. Helena Johansson, Nicholas C Harvey, Eugene V McCloskey, Enwu Liu, Liesbeth Vandenput, Mattias Lorentzon, William D Leslie, John A Kanis and the FRAX Meta-analysis Cohort Group (Yoshimura N).
Number of fractures and fracture incidence in relation to bone mineral density: an international meta-analysis.
WCO-IOF-ESCEO 2025, Roma, Italy, April 10-13, 2025.
6. Nicholas C Harvey, Helena Johansson, Eugene V McCloskey, Enwu Liu, Liesbeth Vandenput, Mattias Lorentzon, William D Leslie, John A Kanis and the FRAX Meta-analysis Cohort Group (Yoshimura N).
Independent predictive value of height and BMI for incident fracture: an international meta-analysis.
ASBMR 2025 Annual Meeting, Seattle, WA, USA, September 5-8, 2025.
7. Yoshimura N.
Plenary Session VIII: IOF-JOF Joint Session: Gender and its influence on Osteoporosis Management: Osteoporosis in Men.
IOF REGIONAL TOKYO'25, Tokyo, December 11-13, 2025.

8. Iidaka T, Horii C, Tanegashima G, Muraki S, Oka H, Tanaka S, Yoshimura N.
Quadriceps muscle strength is associated with bone, joint, and muscle disorders of the locomotor system regardless of location - The ROAD Study-.
IOF REGIONAL TOKYO'25, Tokyo, December 11-13, 2025.

2. 国内学会

1. 辻 一郎.
「これからの介護予防に必要な要件」.
第 67 回老年社会科学会, 千葉, 2025 年 6 月.
2. 辻 一郎.
健康日本 21 (第三次) とこれからの健康づくり戦略.
第 14 回日本公衆衛生看護学会, 金沢, 2025 年 12 月.
3. 辻 一郎.
健康日本 21 (第三次) 目標達成へ向けて～総合健診への期待.
日本総合健診医学会第 54 回大会, 横浜, 2026 年 1 月.
4. 辻 一郎.
日本食パターンと認知症発生リスクとの関連－疫学エビデンスの要約－.
日本和食会議シンポジウム「和食と健康 2026 初春」, 東京, 2026 年 2 月.
5. 池原賢代, 他.
若い成人を含む飲酒状況に関する実態調査.
第 26 回日本健康支援学会, 川崎, 2026 年 3 月.
6. 井上 茂.
身体活動支援環境の整備をどう進めるか: 健康日本 21 (第三次) と身体活動・運動ガイド 2023
における地域環境の整備.
第 27 回日本運動疫学会学術総会, 摂津, 2025 年 7 月.
7. 奈良香菜子, 菊池宏幸, 町田征己, 福島教照, 天笠志保, 井上 茂.
立地適正化計画内の誘導区域と歩行時間の関連.
第 27 回日本運動疫学会学術総会, 摂津, 2025 年 7 月.
8. 天笠志保, 井上 茂, 菊池宏幸, 村山洋史, 藤原武男, 菖蒲川由郷.
高齢者におけるスポーツ参加と社会的ネットワークとの関連: NEIGE study.
第 79 回日本体力医学会, 滋賀県草津, 2025 年 9 月.
9. 井上 茂.
歩数アップ, 運動習慣確立のポイント【シンポジウム 7: 健康づくりのための身体活動・運動
ガイド 2023 を踏まえた身体活動・運動分野の推進】.
第 84 回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025 年 10 月.

10. 天笠志保, 井上 茂.
成人におけるスポーツ参加と社会的アウトカムに関する文献レビュー.
第 84 回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025 年 10 月.
11. 福西厚子, 町田征己, 中谷友樹, 谷本 涼, 樋野公宏, 福島教照, 菊池宏幸, 天笠志保, 井上 茂.
全国郵便番号界ウォークアビリティ指標と歩行時間の関連および人口分布に関する分析.
第 84 回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025 年 10 月.
12. 岡村智教.
健康日本 21 (第 3 次) の推進に向けて一循環器分野のロジックモデル作成と介入のはしごー.
宮崎県健康増進計画評価支援事業に係る評価支援研修会, 2025 年 9 月 25 日 (オンライン) .
13. 岡田結生子, 井上 茂, 奥田奈賀子, 門田文, 三浦克之, 岡村智教.
健康日本 21 推進機関の連携指標開発に向けた健康日本 21 (第三次) 目標項目への取組状況の調査.
第 84 回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025 年 10 月.
14. 岡田結生子, 井上 茂, 奥田奈賀子, 門田 文, 三浦克之, 岡村智教.
健康日本 21 推進機関に加入する民間団体の取組および連携体制の現状把握.
第 96 回日本衛生学会総会, 宇都宮, 2026 年 3 月.
15. 栗山健一.
健康日本 21 (第三次) で掲げる休養課題における労働者の位置づけ～健康づくりのための睡眠ガイド 2023 を用いた睡眠障害の一次・二次予防～.
第 98 回日本産業衛生学会スポンサードシンポジウム, 仙台, 2025 年 5 月
16. 栗山健一.
心身の健康増進を目指した不眠症の予防・治療のあり方.
日本睡眠学会第 49 回定期学術集会 (ランチョンセミナー) , 広島, 2025 年 6 月.
17. 内海智博, 吉池卓也, 栗山健一.
睡眠の質の評価法.
日本睡眠学会第 49 回定期学術集会, 広島, 2025 年 6 月.
18. 吉池卓也, 栗山健一.
睡眠休養感と心身の健康ー最近の知見と公衆衛生向上のための戦略ー.
日本睡眠学会第 49 回定期学術集会, 広島, 2025 年 6 月.
19. 吉池卓也, 栗山健一.
睡眠の質とは何かー睡眠の質の重要性とその評価法ー.
日本睡眠学会第 49 回定期学術集会, 広島, 2025 年 6 月.

20. 河村 葵, 栗山健一.
更年期の睡眠問題とメンタルヘルス.
日本睡眠学会第 49 回定期学術集会, 広島, 2025 年 6 月.
21. 高橋恵理矢, 吉池卓也, 内海智博, 河村 葵, 長尾賢太郎, 羽澄 恵, 岡邨しのぶ, 不破真衣, 松島 舜, 南學正仁, 木村綾乃, 北村真吾, 松井健太郎, 栗山健一.
睡眠休養感の欠如は慢性疾患の死亡リスクを増加させる.
日本睡眠学会第 49 回定期学術集会, 広島, 2025 年 6 月.
22. 伏見もも, 河村 葵, 内海智博, 吉池卓也, 松井健太郎, 長尾賢太郎, 木村綾乃, 有竹清夏, 栗山健一.
日本人における不溶性食物繊維摂取量と睡眠休養感の関連に及ぼす習慣飲酒, 睡眠時間の影響.
日本睡眠学会第 49 回定期学術集会, 広島, 2025 年 6 月.
23. 内海智博, 吉池卓也, 大庭真梨, 成田 瑞, 河村 葵, 岡邨しのぶ, 栗山健一.
睡眠評価への活用を目的としたウェアラブルデバイスの精度・有用性検証の事業化.
日本睡眠学会第 49 回定期学術集会, 広島, 2025 年 6 月.
24. 高橋恵理矢, 吉池卓也, 内海智博, 河村 葵, 長尾賢太郎, 羽澄 恵, 岡邨しのぶ, 不破真衣, 松島 舜, 南學正仁, 木村綾乃, 北村真吾, 松井健太郎, 栗山健一.
睡眠休養感の欠如は慢性疾患の死亡リスクを増加させる.
日本睡眠学会第 49 回定期学術集会, 広島, 2025 年 6 月.
25. 内海智博, 吉池卓也, 栗山健一.
精神科診療における Sleep Tech の応用.
第 121 回日本精神神経学会学術総会, 神戸, 2025 年 6 月.
26. 金子宜之, 吉池卓也, 斎藤かおり, 大槻 怜, 木附 隼, 栗山健一, 鈴木正泰.
新たな「睡眠の質」指標を精神疾患診療にどのように活かすか.
第 121 回日本精神神経学会学術総会, 神戸, 2025 年 6 月.
27. 栗山健一.
健康づくりのための睡眠ガイド 2023 の活用と課題.
第 72 回日本栄養改善学会学術総会, 東京, 2025 年 9 月.
28. 松永晶太, 田中勝利, 栗山健一.
睡眠休養感と医療費の関連.
第 84 回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025 年 10 月.
29. 内海智博, 吉池卓也, 長尾賢太郎, 栗山健一.
不眠症状を有する地域高齢男性における睡眠時間の主観-客観乖離と総死亡リスクとの関連.
第 84 回日本公衆衛生学会総会, 静岡, 2025 年 10 月.

30. 栗山健一.
国民の睡眠健康管理指針における交替制勤務従事者の睡眠管理上の課題.
第 63 回日本医療・病院管理学会学術総会, 東京, 2025 年 10 月.
31. 栗山健一.
国民の健康指針に準じた不眠症の予防・治療戦略.
第 38 回総合病院精神医学会 (ランチョンセミナー), 宇都宮, 2025 年 11 月.
32. 栗山健一.
国民の睡眠健康向上指針に準じた高齢不眠の予防と治療.
第 44 回日本認知症学会学術集会 (ランチョンセミナー), 新潟, 2025 年 11 月.
33. 吉村典子, 飯高世子, 田中 栄.
疫学研究からみたメタボとロコモの相互関係—The ROAD study—.
第 98 回日本整形外科学会学術総会, 東京, 2025 年 5 月.
34. 飯高世子, 村木重之, 堀井千彬, 種子島岳, 岡 敬之, 中村耕三, 阿久根徹, 田中 栄,
吉村典子.
大腿四頭筋筋力は部位を問わず骨・関節・筋の運動器疾患と関連する—The ROAD study—.
第 98 回日本整形外科学会学術総会, 東京, 2025 年 5 月.
35. 吉村典子.
運動器疾患の疫学アップデート 地域住民コホート研究 ROAD より.
第 62 回日本リハビリテーション医学会学術集会, 京都, 2025 年 6 月.
36. 飯高世子, 中村耕三, 阿久根徹, 田中 栄, 吉村典子.
大腿四頭筋筋力と多部位における運動器疾患との関連性について The ROADstudy.
第 62 回リハビリテーション医学会, 京都, 2025 年 6 月.
37. 吉村典子, 飯高世子, 田中 栄.
地域住民コホートからみた運動器老化とその要因: ROAD スタディより.
第 43 回日本骨代謝学会学術集会, 熊本, 2026 年 7 月.
38. 吉村典子, 中嶋香児, 堀井千彬, 飯高世子, 大島 寧, 田中 栄.
脊椎椎体骨折と脳容積の関連: 地域住民コホート ROAD スタディからみたオステオネットワーク.
第 43 回日本骨代謝学会学術集会, 熊本, 2026 年 7 月.
39. 飯高世子, 村木重行, 中村耕三, 阿久根徹, 田中 栄, 吉村典子.
運動器疾患と大腿四頭筋筋力の関連性—The ROAD Study—.
第 36 回日本運動器科学会, 松江, 2025 年 7 月.
40. 飯高世子, 種子島岳, 堀井千彬, 村木重之, 岡 敬之, 中村耕三, 阿久根徹, 田中 栄,
吉村典子.

大腿四頭筋筋力と骨・関節・筋疾患の広範な関連性 The ROAD study.
第 27 回日本骨粗鬆症学会，幕張，2025 年 9 月。

41. 吉村典子.

フレイルとロコモの実態と予後：地域住民コホート ROAD スタディより.
第 84 回日本公衆衛生学会総会，静岡，2025 年 10 月。

3. 報道・その他

1. 栗山健一.

快適睡眠のための生活習慣.

すこやかファミリー 4 月号 (第 850 号) pp.6-11.

2. 栗山健一.

睡眠改善で健康づくり 5. 知らずに潜む睡眠の質を低下させる疾患.

地方公務員安全と健康フォーラム vol.130 pp.28-29, 2025 年 4 月号.

3. 栗山健一.

睡眠力をアップしてイキイキ生活～「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」より～.
東京の国保 No.680. 2025 年 5 月春号.

4. 栗山健一.

変わる睡眠シニアの新常識.

聖教新聞 (12 面) 2025 年 6 月 25 日 日刊.

5. 栗山健一.

睡眠の質の高め方.

あんしん Life 日経 BP 2025 年 7 月 1 日.

6. 栗山健一.

睡眠改善で健康づくり 6. 社会が取り組むべき睡眠健康向上対策.

地方公務員安全と健康フォーラム vol.131 pp.28-29, 2025 年 8 月号.

7. 栗山健一.

最新データで導く快適睡眠への道！

smile life 2025 年秋号 pp.22-23. 株式会社法研.

8. 栗山健一.

知っておきたい睡眠の役割と良い睡眠のコツ.

協会けんぽリーフレット 2025 年 10 月.

9. 栗山健一.

会社における睡眠対策 BOOK.

協会けんぽリーフレット 2025 年 10 月.

10. 栗山健一.
「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」に準じた労働者の睡眠対策.
睡眠改善研修 令和 7 年度セルフケア向上のためのメンタルヘルス研修. 2025 年 10 月 2 日
(川崎市役所本庁舎)
11. 栗山健一.
働く人と職場のための『睡眠学』～エンゲージメントとパフォーマンスを高める睡眠習慣～
2025 年度「健康講演」. 2025 年 10 月 6 日 (マツダ株式会社本社)
12. 栗山健一.
働く人のための新しい睡眠習慣.
2025 年度衛生週間 特別講演会. 2025 年 10 月 27 日 (JFE スチール千葉 見学センター)
13. 栗山健一.
より良い眠りのためにあなたも睡眠力アップ!
令和 7 年度「きよせ健幸大学」 2025 年 10 月 23 日 (清瀬市しあわせ未来センター)
14. 栗山健一.
最新データで導く快適睡眠への道!
Smile Life 西武健康保険組合 2025 Autumn pp.22-23.
15. 栗山健一.
不眠症の概要.
不眠症に対する認知行動療法研修 厚生労働省 2026 年 1 月 15 日 (NCNP)
16. 栗山健一.
心と体を整える睡眠.
令和 7 年度 上水南公民館事業企画委員会企画 健康づくり講座 2026 年 2 月 25 日 (小平市上水南公民館)
17. 栗山健一.
「良質な睡眠をとるコツを伝授します! ～睡眠衛生指導のポイントを中心に～」.
2026 年春のすいみんの日市民公開講座 日本睡眠学会主催・日本精神神経学会, 日本神経学会, 日本呼吸器学会, 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会, 日本循環器学会, エーザイ株式会社共催・日本睡眠健康推進機構後援 2026 年 3 月 15 日 (ベルサール神保町)
18. 栗山健一.
睡眠力をアップしてイキイキ生活～「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」より～
講演会報告 東京都在宅保健師の会 会報 2026 年 3 月 1 日 第 24 号
19. 栗山健一.
教えてなぜ? なに? 睡眠先生!
FM 西東京 2026 年 3 月 7 日～4 月 25 日放送 (全 8 回)

20. 栗山健一.
“睡眠の悩み.”
NHK きょうの健康 2026年3月30日～4月2日放送 (第1・2・4回)

21. 栗山健一.
睡眠の悩み.
NHK テキスト きょうの健康 2026年4月号 pp11-19,24-27