

**東京都健康推進プラン21（第二次）
中間評価報告書（案）**

東京都福祉保健局

目 次

第1章 東京都健康推進プラン21（第二次）の概要	1
第1節 東京都健康推進プラン21（第二次）の基本的事項・目標等	1
1 理念と目的	1
2 位置付け	1
3 対象期間	1
4 目標	1
(1) 総合目標	1
(2) 領域と分野	2
(3) 重点分野	2
第2節 都民及び推進主体の役割	3
1 都民に求められること	3
2 推進主体の役割	3
(1) 区市町村	3
(2) 学校等教育機関	4
(3) 保健医療関係団体	4
(4) 事業者・医療保険者等	4
(5) NPO・企業等	5
第3節 都の役割と取組	5
1 普及啓発	5
2 人材育成	5
3 企業等への働きかけ	5
4 推進主体の取組支援と連携強化	6
5 区市町村間の差の把握と取組の推進支援	6
第2章 都民の健康をめぐる状況	8
第1節 人口・世帯	8
1 5歳年齢階級別人口構成	8
2 年齢3区分別人口の推移と将来推計	9
3 世帯数の推移と将来推計	10
第2節 出生と死亡	11
1 出生数及び合計特殊出生率の推移	11
2 死亡数及び人口千人当たり死亡率の推移	11
3 主要死因の割合	12

4	主要死因の人口 10 万人当たり死亡率の推移	12
第 3 節	平均寿命と 65 歳健康寿命	13
1	平均寿命の推移	13
2	65 歳平均余命の推移	13
3	65 歳健康寿命の推移	14
4	区市町村別の 65 歳健康寿命	15
(1)	男性	15
(2)	女性	16
第 4 節	医療と介護	17
1	医療費の状況	17
2	要介護認定者数と年齢階級別要介護認定率の推移	18
3	介護が必要となった主な原因	19
第 5 節	就業状況と地域別の人口・世帯の状況	20
1	就業状況	20
(1)	5 歳年齢階級別就業状況	20
(2)	人口（15 歳以上）に占める雇用者の割合の推移	20
(3)	従業者規模別事業所数及び従業者数の構成比	21
2	地域別の人口と世帯の状況	21
(1)	地域別の人口	21
(2)	他県間及び都内間の移動増減	22
(3)	地域別の高齢者人口	22
(4)	地域別の人口構成比	23
(5)	単独世帯と高齢単独世帯の割合	23
(6)	一般世帯の 1 世帯当たりの人員	24
第 3 章	東京都健康推進プラン 2 1（第二次）の中間評価	25
第 1 節	中間評価の目的	25
第 2 節	中間評価の方法	25
1	指標に対する現状値の評価方法について	25
2	指標評価を踏まえた今後の取組の方向性について	27
第 3 節	総合目標及び分野別目標の中間評価	28
1	総合目標	30
○	健康寿命の延伸	30
○	健康格差の縮小	34
2	分野別目標（主な生活習慣病の発症予防と重症化予防【領域 1】）	36
○	がん <重点分野>	36

○ 糖尿病・メタボリックシンドローム <重点分野>	43
○ 循環器疾患	51
○ COPD	55
3 分野別目標（生活習慣の改善【領域2】）	60
○ 栄養・食生活	60
○ 身体活動・運動	67
○ 休養	72
○ 飲酒	77
○ 喫煙	81
○ 歯・口腔の健康	86
4 分野別目標（ライフステージを通じた健康づくりと 健康を支える社会環境の整備【領域3】）	90
○ こころの健康 <重点分野>	90
○ 次世代の健康	96
○ 高齢者の健康	103
○ 社会環境整備	110
第4節 中間評価の総括	114
第4章 最終評価に向けた今後の取組方針	116
第1節 中間評価からみえた課題	116
1 生活習慣の改善に向けた都民の意識変容、行動変容	116
2 世代や性別ごとに異なる指標の達成状況	116
3 生涯を通じて切れ目なく健康づくりに取り組むことができる社会環境	116
第2節 今後の取組方針	117
1 都民のヘルスリテラシー（健康情報の収集・理解・活用能力）の向上を支援	117
2 ライフステージやターゲット（対象）の特性に応じた施策の展開	117
3 都民一人ひとりの健康づくりを支える環境の整備	117
第3節 評価・進行管理	118
資料編	121
○ 東京都健康推進プラン21（第二次）中間評価見直し後の指標一覧	122
○ 東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議設置要綱	127
○ 東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議委員名簿	129
○ 健康増進法（抄）	131

第1章 東京都健康推進プラン21（第二次）の概要

第1節 東京都健康推進プラン21（第二次）の基本的事項・目標等

東京都では、平成13年10月に「東京都健康推進プラン21」（対象期間：平成13年度から平成24年度まで）を策定し、都民の健康な長寿の実現を目指し、予防重視の生活習慣病対策や、健康づくり機運の醸成などに取り組んできました。

平成25年3月には、「東京都健康推進プラン21（第二次）」（以下「プラン21（第二次）」という。）を策定し、生活習慣病の発症予防や生活習慣の改善の取組を更に強化することとしています。

1 理念と目的

プラン21（第二次）は、がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病といった生活習慣病やうつ病など、身体とこころの病気によって都民の生活の質が下がることをできるだけ減らし、誰もが生涯にわたり健やかで心豊かに暮らすことができる社会を目指すことを理念とし、その理念の実現に向けて、都民一人ひとりが主体的に取り組む健康づくりを、社会全体で支援し、総合的に推進することを目的としています。

2 位置付け

健康増進法（平成14年法律第103号）¹第8条の規定に基づく、都道府県健康増進計画として策定したものです。

3 対象期間

対象期間は、平成25年度から平成34年度（2022年度）までの10年間であり、5年を目途に中間評価を行うこととしています。

4 目標

（1）総合目標

① 健康寿命²の延伸

健康寿命が延伸することは、高齢期に至るまでの間に心身の健康が大きく損なわれなかったこと、更には、たとえ病気になっても重症化や健康障害に至らず、その後も生活機能を維持し続けることを意味します。

都民の健やかで心豊かな生活を実現するため、健康寿命の延伸を総合目標に定めています。

¹ 健康増進法：国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じることにより国民保健の向上を図ることを目的として、平成15年5月に施行された法律

² 健康寿命：健康上の理由で日常生活が制限されることなく生活できる期間

1 ② 健康格差の縮小

2 「都民の病気や健康状態についての区市町村間の違い」を「健康格
3 差」とし、その縮小についても総合目標の一つとしています。

4
5 (2) 領域と分野

6 総合目標を達成するため、健康づくりを3つの「領域」に分け、領域
7 ごとに、都民の健康への関わりが特に大きく、対策が必要な項目を「分
8 野」として設定しています。

9 また、都民や区市町村、事業者などの関係機関が取り組む共通の目標
10 として、各領域の分野ごとに「分野別目標」を掲げるとともに、分野別
11 目標ごとに、「指標」と「目指すべき方向」を定めています。

12 さらに、分野別目標の指標を補完する指標と、当該分野の現状や課題
13 を把握することに役立つと考えられる指標を「参考指標」として定めて
14 います。

15
16 ① 領域1「主な生活習慣病の発症予防と重症化予防」

17 発症予防、早期発見、早期治療、重症化予防に着目し、主な生活習慣
18 病とそのリスクを高める疾患・症候群である「がん」「糖尿病・メタボ
19 リックシンドローム」「循環器疾患」「COPD（慢性閉塞性肺疾患）」
20 の4分野を設定しています。

21
22 ② 領域2「生活習慣の改善」

23 多くの都民に実践してもらいたい、望ましい習慣に着目し、健康づ
24 くりの基本となる「栄養・食生活」「身体活動・運動」「休養」「歯・口
25 腔の健康」と健康に影響がある「飲酒」「喫煙」の6分野を設定してい
26 ます。

27
28 ③ 領域3「ライフステージを通じた健康づくりと健康を支える社会環境の整備」

29 ライフステージを通じて健やかで心豊かな生活を実現するために必
30 要な健康づくりと、健康を支え、守るための社会環境に着目し、「ここ
31 ろの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」「社会環境整備」の4分野
32 を設定しています。

33
34 (3) 重点分野

35 (2) で示した14分野のうち、都民の健康づくりを推進する上で、特
36 に重点的な対策が必要な、「がん」「糖尿病・メタボリックシンドローム」
37 「こころの健康」の3分野を、重点分野に設定しています。

第2節 都民及び推進主体の役割

プラン21（第二次）においては、都民一人ひとりの取組を中心に健康づくりを推進していくこととしています。

また、都民の健康づくりを支える関係機関のうち、「区市町村」「学校等教育機関」「保健医療関係団体」「事業者・医療保険者等」「NPO・企業等」の5つを推進主体と位置づけ、それぞれが独自の役割に応じて、主体的かつ積極的に都民の健康づくりに関わるとともに、相互に連携することで、より効果的に都民の取組を支援することが期待されるとしています。

1 都民に求められること

- 健康づくりは個人の自覚と実践が基本であることから、主体的に健康づくりに取り組み、発症予防、早期発見、早期治療、重症化予防の観点から健康管理に努めることが重要です。
- 子供の頃に健康的な生活習慣を確立し、それを継続することで、成人になってからの生活習慣病予防につながることを期待されます。また、家庭での取組とともに、周囲の大人が協力して子供の健康的な生活習慣を支えていくことが求められます。
- 高齢期に充実した生活を送るためには、社会生活を営むのに必要な運動機能や認知機能を維持することが重要です。そのため、青壮年期から疾病予防に努め、高齢期になっても地域活動への参加などを通じて、社会との関わりを持ち続けることが求められます。
- 地域のつながりは、住民の健康状態を示す指標と正の相関関係があると言われています。ボランティアや近所付き合いなど、地域のつながりを醸成しながら生涯にわたる健康づくりを推進することが求められます。
- 健康づくりがしやすい環境整備を進めるため、自治体の施策に関心を持つことが重要です。都や区市町村から提供される健康に関する情報や事業を活用するとともに、健康づくりにつながる提案を行うなど、積極的な取組が期待されます。

2 推進主体の役割

(1) 区市町村

保健衛生主管課や保健所・保健センターのほか、子供から高齢者まで年齢や障害の有無にかかわらず広く住民の健康づくりに関係する全ての部署を指します。

なお、医療保険者としての国民健康保険主管課は、後述の「事業者・医療保険者等」に含みます。

- 地域における健康づくりの推進役として、地域の実情や特性に応じて健康づくりに関する普及啓発や施策を実施

- 1 ○ 他の推進主体との連携により、運動施設等の地域資源の有効活用や効
2 果的な普及啓発を推進
3 ○ 他の推進主体の取組を推進するため、参考となる取組事例・データ等
4 の情報を提供

5
6 (2) 学校等教育機関

7 幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、
8 大学、高等専門学校、専修学校（専門学校を含む。）等を指します。

- 9 ○ 児童・生徒の発達段階に応じた健康教育を実施
10 ○ 保護者に対して、健康的な生活習慣や健康づくりのための正しい知
11 識の普及啓発を実施
12 ○ 学校施設の地域への開放や地域の推進主体と連携した地域行事等を
13 通じ、地域のつながりを醸成しながら、住民の健康づくりを支援

14
15 (3) 保健医療関係団体

16 病院・診療所（歯科を含む。）、薬局、訪問看護ステーション等の医療
17 提供施設や、医師会・歯科医師会・薬剤師会等の関係団体を指します。

- 18 ○ 発症予防、早期発見、早期治療、重症化予防の観点からの指導・助言
19 や受診勧奨を行うほか、患者が適切な治療を受けられるよう支援
20 ○ 都や他の推進主体と連携し、専門性を生かして都民の健康づくりに貢献

21
22 (4) 事業者・医療保険者等

23 事業者は、事業を行う者で、労働者を使用するものを指します³。

24 医療保険者等は、医療保険各法⁴の規定により医療に関する給付を行う
25 全国健康保険協会、健康保険組合、区市町村国民健康保険、国民健康保険
26 組合、共済組合及び日本私立学校振興・共済事業団に加え、高齢者の医療
27 の確保に関する法律の規定による後期高齢者医療広域連合及び保険者協
28 議会⁵を指します。

- 29 ○ 健診の実施や受診勧奨、普及啓発を通じて、従業員や医療保険加入
30 者（被保険者・被扶養者）の健康づくりを推進

31

³ 労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）の定義に基づく。

⁴ 医療保険各法：健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）、船員保険法（昭和 14 年法律第 73 号）、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）、国家公務員共済組合法（昭和 33 年法律第 128 号）、地方公務員等共済組合法（昭和 37 年法律第 152 号）及び私立学校教職員共済法（昭和 28 年法律第 245 号）

⁵ 保険者協議会：平成 16 年 8 月に施行された「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」において医療保険者が連携・協力して地域の特性に応じた健康づくりを行うという趣旨により都道府県ごとの設置が示されたことを受け、都では平成 17 年 10 月に設置。都内の医療保険者の加入者に係る健康づくりの推進に当たり、保険者間の問題意識の共有やそれに基づく取組の推進等を図るとともに、東京都保健医療計画や東京都医療費適正化計画の策定又は変更に当たっての意見提出等を行うことを目的として各種会議を開催している。

- 医療保険者は、特定健康診査・特定保健指導等のデータを活用した生活習慣病の予防など、加入者の健康づくりに関与
- 保険者協議会等を活用し、他の推進主体の取組を促進するため、参考となる取組事例・データ等の情報を提供

(5) NPO・企業等

ここでは、営利・非営利を問わず、不特定多数の都民を対象とした、健康づくりに関する活動・サービスを提供する民間団体を指します。

NPO 等には、非営利活動を行う法人のほか、子育て支援や高齢者の生きがいづくりなど、地域で活動する自主グループを含みます。

企業等は、健康に関わる製品や情報を提供する企業、健康に関するサービスを提供する企業、外食等を提供する企業や、これらの産業に関連する業界団体を指します。また、社会貢献活動として地域の健康づくりに貢献する企業も含みます。

- NPO 等は、地域のニーズに応じた活動等を通じ、地域の交流の活性化や高齢者の生活機能の維持などに寄与
- 企業等は、健康に関するサービスや食事の提供、社会貢献活動等を通じ、都民の健康づくりに貢献

第3節 都の役割と取組

都（都保健所を含む。）は、都民に直接働きかけるとともに、各推進主体の取組を支援し、連携を促進することで、都民の健康づくりを推進する体制を整備するため、以下の事項に取り組むとしています。

1 普及啓発

- 生活習慣病予防等に関する広域的・効果的な普及啓発の実施
- 啓発用媒体を作成し、推進主体の活動を支援

2 人材育成

- 区市町村や医療保険者等において健康づくりの企画や指導的な役割を担うことが期待される人材を対象に、栄養・運動・休養等に関する知識・技術を普及する研修等を実施

3 企業等への働きかけ

- 企業等に対し、都民の生活習慣改善に資する取組を行うよう、働きかけを実施
- 保険者協議会を通じ、医療保険者が行う特定健康診査や保健事業の取組状況や課題を把握し、好事例の横展開などにより医療保険者の取組を支援

1 4 推進主体の取組支援と連携強化

- 2 ○ 各推進主体の取組事例の収集・紹介を行い、各主体が相互に連携して効
3 果的な取組が効率的に進むよう支援を実施
4 ○ 中小企業等における健康づくりを支援するため、各地域での地域保健
5 と職域保健の連携を推進

6
7 5 区市町村間の差の把握と取組の推進支援

- 8 ○ 区市町村別に住民の生活習慣の状況等を把握し、情報提供
9 ○ 参考となる取組事例の紹介などにより、区市町村の取組の推進を支援

10 **Column**

11 <国及び都における健康づくり施策の動向>

12
13 1 国の健康づくり対策

- 14 昭和 53 年：第 1 次国民健康づくり対策
15 昭和 63 年：第 2 次国民健康づくり対策～アクティブ 80ヘルスプラン～
16 平成 12 年：第 3 次国民健康づくり対策として「健康日本 21」策定
17 平成 15 年：「健康増進法」施行
18 平成 18 年：「医療制度改革関連法」制定
19 平成 19 年：「健康日本 21」中間評価
20 平成 20 年：特定健康診査・特定保健指導の実施の義務化
21 平成 24 年：第 4 次国民健康づくり対策として「健康日本 21（第二次）」策定
22 平成 30 年：「健康日本 21（第二次）」中間評価

23 2 都の健康づくり対策

- 24 昭和 55 年：「東京都健康づくり検討委員会」設置
25 平成 3 年：「健康づくり都民会議」設置
26 「いきいき都民の健康づくり行動計画」策定
27 平成 9 年：「東京ヘルスプロモーション」策定
28 平成 13 年：「東京都健康推進プラン 21」策定
29 平成 14 年：「東京都健康推進プラン 21 評価推進委員会」設置
30 平成 17 年：「東京都健康づくり応援団」設立
31 平成 18 年：「東京都健康推進プラン 21」中間評価
32 「東京都健康推進プラン 21 後期 5 か年戦略」策定
33 「東京都健康推進プラン 21 評価推進戦略会議」設置
34 平成 20 年：「東京都健康推進プラン 21 新後期 5 か年戦略」策定
35 平成 25 年：「東京都健康推進プラン 21（第二次）」策定
36 「東京都健康推進プラン 21（第二次）推進会議」設置
37 平成 31 年：「東京都健康推進プラン 21（第二次）」中間評価

1

＜ 分野別目標一覧（策定時） ＞

分野（★は重点分野）		分野別目標
領域1 主な生活習慣病の発症予防と重症化予防		
★	1 がん	がんの75歳未満年齢調整死亡率を下げる
★	2 糖尿病・メタボリックシンドローム	糖尿病による合併症を発症する人の割合を減らす
	3 循環器疾患	脳血管疾患及び虚血性心疾患の年齢調整死亡率を下げる
	4 COPD	COPD（慢性閉塞性肺疾患）について知っている人の割合を増やす
領域2 生活習慣の改善		
	1 栄養・食生活	適切な量と質の食事をとる人を増やす
	2 身体活動・運動	日常生活における身体活動量（歩数）を増やす
	3 休養	睡眠に充足感を感じている人の割合を増やす
	4 飲酒	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合を減らす
	5 喫煙	成人の喫煙率を下げる
	6 歯・口腔の健康	歯・口の状態についてほぼ満足している者の割合を増やす
領域3 ライフステージを通じた健康づくりと健康を支える社会環境の整備		
★	1 こころの健康	うつ傾向や不安の強い人の割合を減らす
	2 次世代の健康	運動を習慣的にしている子供の割合を増やす
	3 高齢者の健康	社会生活を営むために必要な機能を維持する
	4 社会環境整備	地域のつながりを醸成する

2

3

第2章 都民の健康をめぐる状況

現在の社会状況を踏まえて中間評価を行い、今後の健康づくり施策を推進していくため、本章では、主に都民の健康に関連する統計データをみていきます。第1節では「人口・世帯」について、第2節では「出生と死亡」について、第3節では「平均寿命と65歳健康寿命」について、第4節では「医療と介護」について、第5節では「就業状況と地域別の人口・世帯の状況」について、データから分かる都の状況を示します。

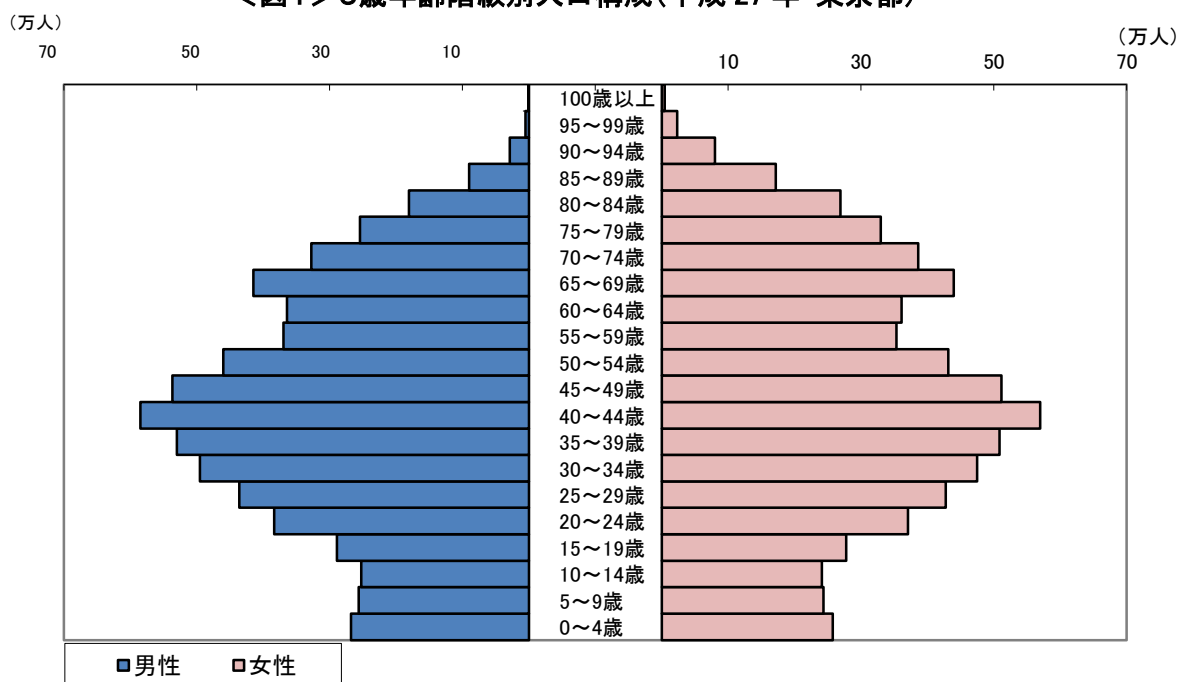
総合目標及び分野別目標の指標等に関する統計データは、第3章「東京都健康推進プラン21（第二次）の中間評価」において、指標等の数値変化の評価や分析とともに掲載します。

第1節 人口・世帯

1 5歳年齢階級別人口構成

5歳年齢階級別人口構成（平成27年）をみると、男女とも40歳から44歳までの割合が最も高く、次いで45歳から49歳までの割合が高くなっています。

＜図1＞5歳年齢階級別人口構成（平成27年 東京都）

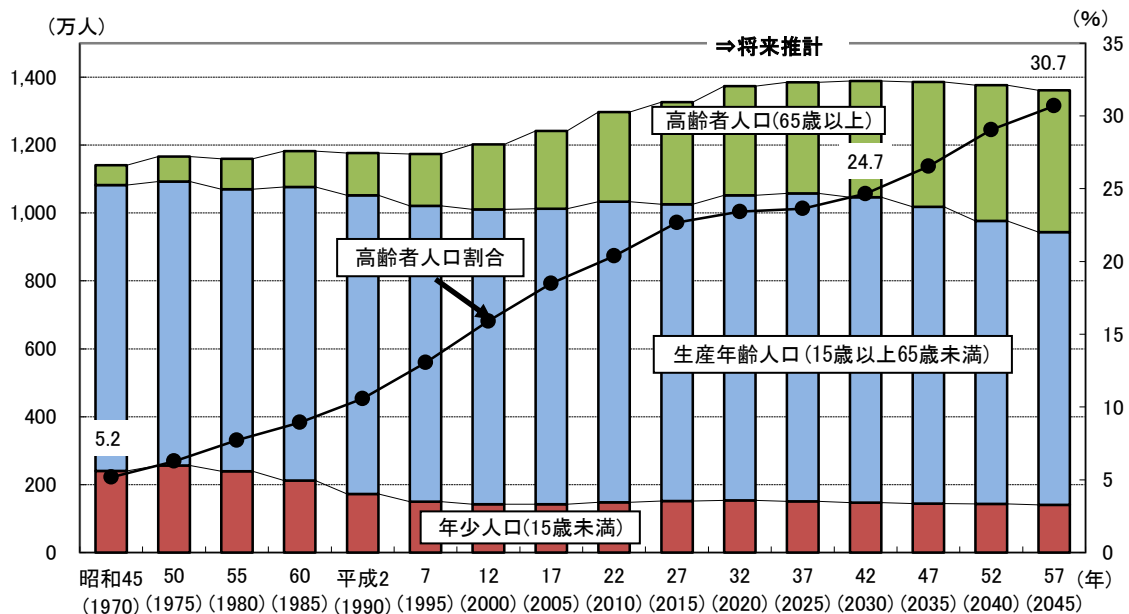


資料：「国勢調査」（総務省）

2 年齢3区分別人口の推移と将来推計

年少人口(0歳から14歳まで)、生産年齢人口(15歳から64歳まで)、高齢者人口(65歳以上)の3区分で人口構成の推移をみると、年少人口の割合は減少が続く一方、高齢者人口の割合は増加しており、平成42年(2030年)には、全人口に占める高齢者人口の割合は24.7%に達し、都民の約4人に1人が高齢者になると見込まれています。

<図2>年齢3区分別人口の推移と将来推計(東京都)



資料:「国勢調査」(総務省)[昭和45年から平成27年まで]

「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」「平成32年(2020年)から平成57年(2045年)まで」(国立社会保障・人口問題研究所)

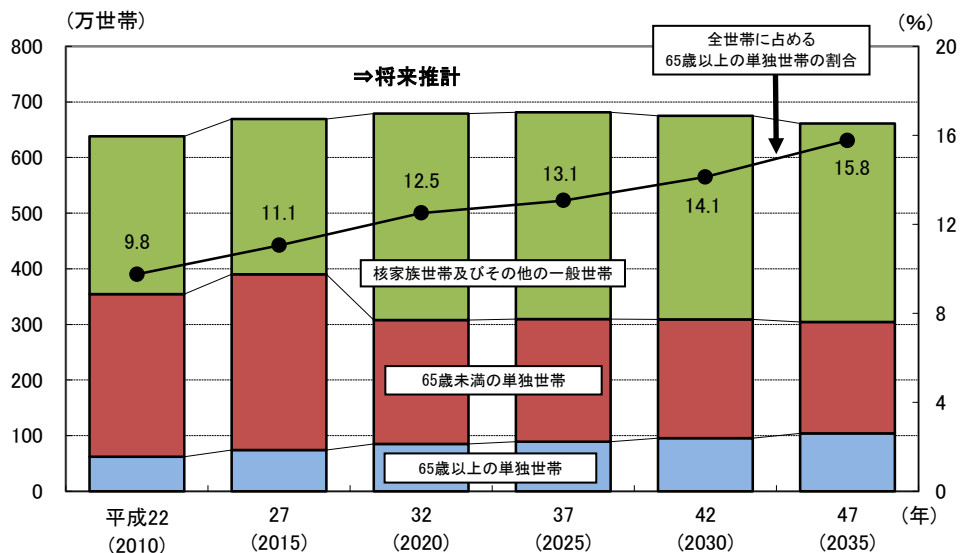
※国勢調査結果(昭和45年~平成27年)には、年齢「不詳」の人口を含まない。

平成32年(2020年)以降は、平成27年国勢調査結果を基にした推計。

3 世帯数の推移と将来推計

世帯数は、平成37年（2025年）頃まで増加を続け、その後は減少に転じることが予測されています。65歳以上の単独世帯については増加を続け、平成47年（2035年）には全世帯数の15.8%を占めることが予測されています。

<図3>世帯数の推移と将来推計（東京都）



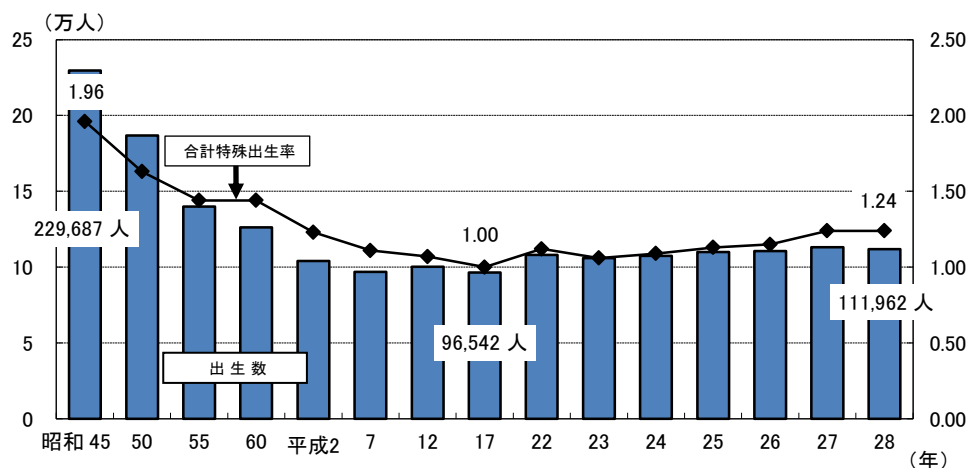
資料:「国勢調査」(総務省)[平成22年から平成27年まで]
 「日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計)(2014年4月推計)」[平成32年(2020年)から平成47年(2035年)まで]

第2節 出生と死亡

1 出生数及び合計特殊出生率¹の推移

出生数及び合計特殊出生率は減少傾向にあり、平成17年には過去最低となりました。その後は微増傾向に推移し、平成28年は出生数111,962人、合計特殊出生率は1.24となっています。

＜図4＞出生数及び合計特殊出生率の推移（東京都）

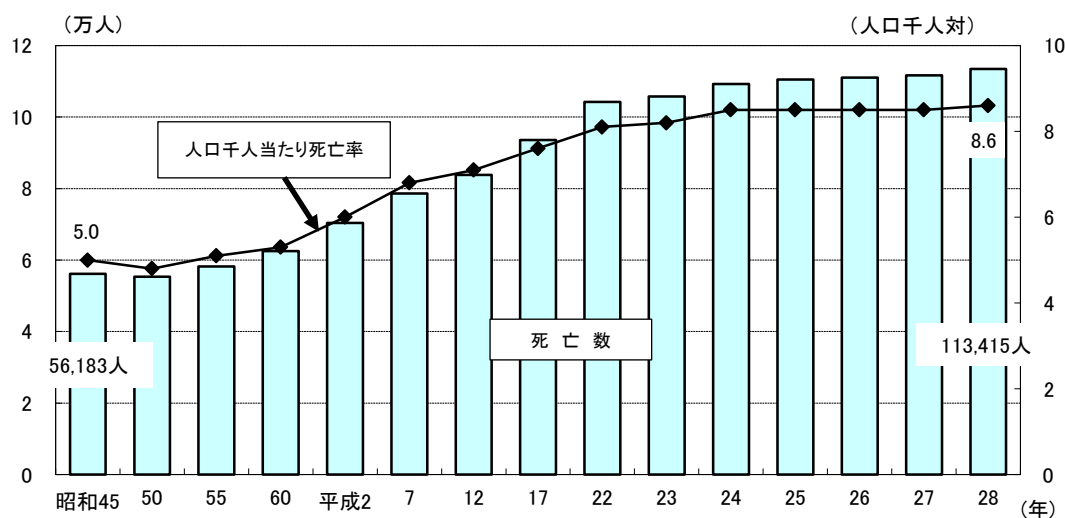


資料:「人口動態統計」(厚生労働省)

2 死亡数及び人口千人当たり死亡率²の推移

高齢化に伴い、死亡数及び人口千人当たり死亡率は増加傾向が続いており、平成28年の死亡数は113,415人、人口千人当たり死亡率は8.6となっています。

＜図5＞死亡数及び人口千人当たり死亡率の推移（東京都）



資料:「人口動態統計」(厚生労働省)

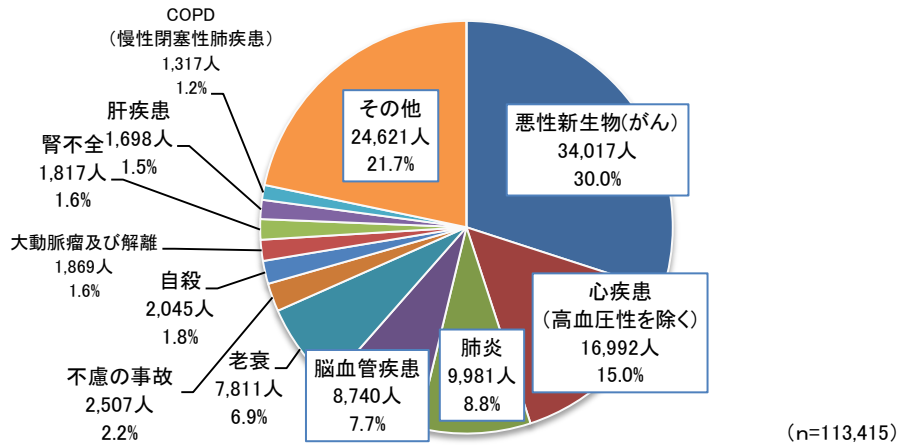
¹ 合計特殊出生率:15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、一人の女性が仮にその年次の年齢別出生率で一生涯の間に生むとしたときの子供の数に相当する。

² 死亡率:一定期間における死亡者数を人口で割ったもの

3 主要死因の割合

主要死因の割合（平成28年）をみると、悪性新生物（がん）が30.0%、心疾患（高血圧性を除く。）³が15.0%、肺炎が8.8%、脳血管疾患⁴が7.7%の順となっています。生活習慣病である悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患を合わせると、全体の52.7%を占めます。

＜図6＞主要死因の割合（平成28年 東京都）

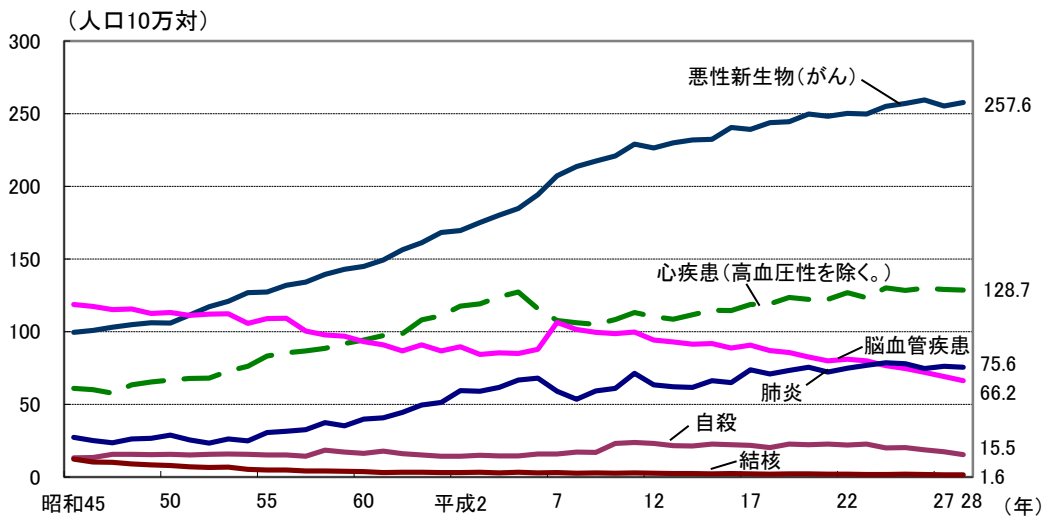


資料:「人口動態統計」(東京都福祉保健局)

4 主要死因の人口10万人当たり死亡率の推移

主要死因の人口10万人当たり死亡率の推移をみると、死因の第1位は悪性新生物（がん）で、昭和52年以降、増加傾向にあります。次いで、心疾患となっており、微増傾向にあります。一方、脳血管疾患は減少傾向にあり、平成24年以降、死因の第4位となっています。

＜図7＞主要死因の人口10万人当たり死亡率の推移(東京都)



資料:「人口動態統計」(東京都福祉保健局)

³ 心疾患(高血圧性を除く.):心筋梗塞などの虚血性心疾患、心筋症、心不全など

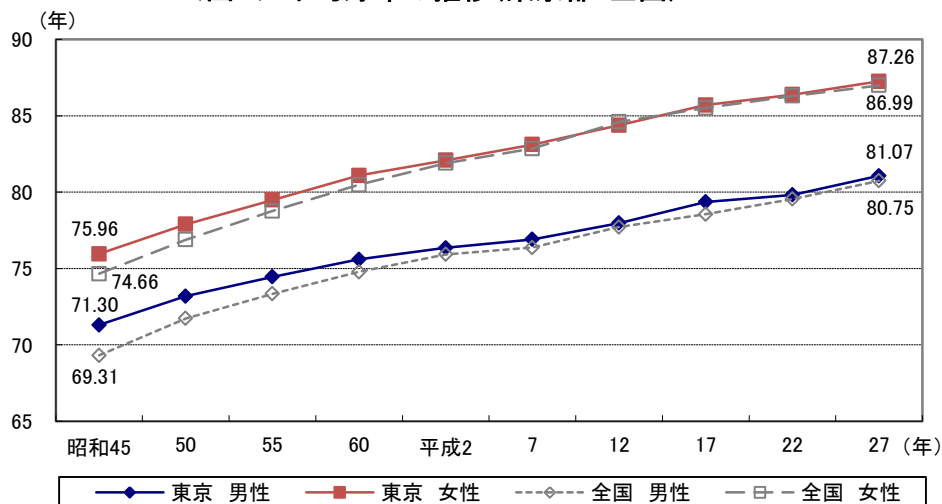
⁴ 脳血管疾患:くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞

第3節 平均寿命と65歳健康寿命

1 平均寿命の推移

平成27年の東京都の平均寿命は、男性81.07年、女性87.26年であり、昭和45年と比べて、男女ともに10年近く延びています。

＜図8＞平均寿命の推移(東京都・全国)

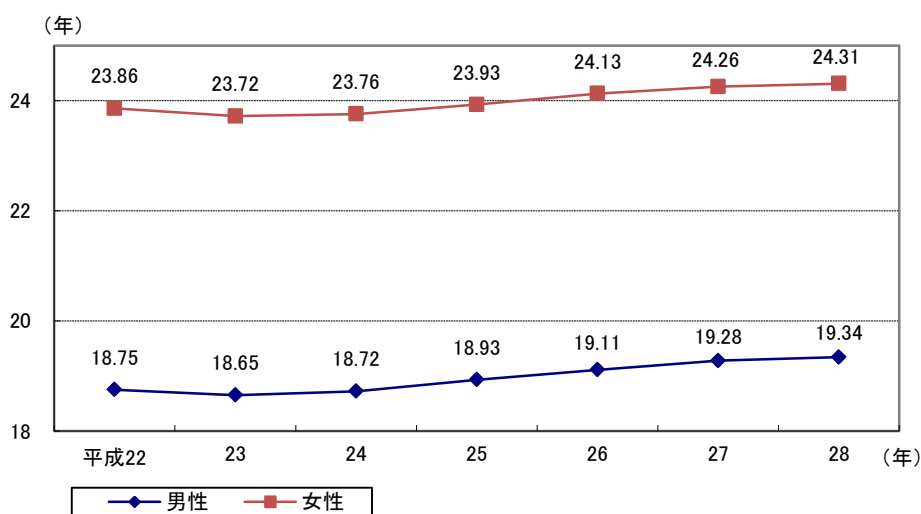


資料:「都道府県別生命表」(厚生労働省)

2 65歳平均余命⁵の推移

65歳平均余命は、わずかずつ延伸し、平成28年は、男性は19.34年、女性は24.31年となっています。

＜図9＞65歳平均余命の推移(東京都)



資料:「簡易生命表」(厚生労働省)

⁵ 65歳平均余命:65歳の人が、平均してあと何年生きられるかの期待値

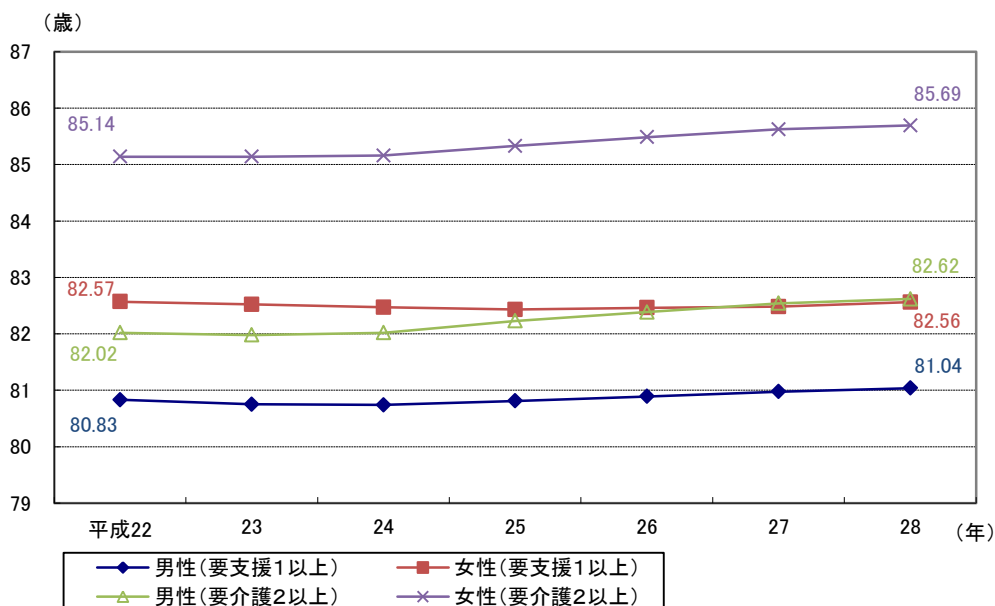
3 65歳健康寿命の推移

65歳健康寿命とは、65歳の方が何らかの障害のために介護保険の要介護（要支援）認定を受けるまでの状態を健康と考え、その認定を受けるまでの年齢を平均的に表すものです。

都では、65歳健康寿命の把握に当たり、「東京保健所長会方式」を採用し、介護保険の要支援1以上を障害とした場合と要介護2以上を障害とした場合の2つのパターンを算出しています。

65歳健康寿命は男女ともおおむね延伸しており、平成28年は、要支援1以上を障害とした場合では男性81.04歳、女性82.56歳、要介護2以上を障害とした場合では男性82.62歳、女性85.69歳となっています。

<図10>65歳健康寿命(要支援1以上、要介護2以上)の推移(東京都)



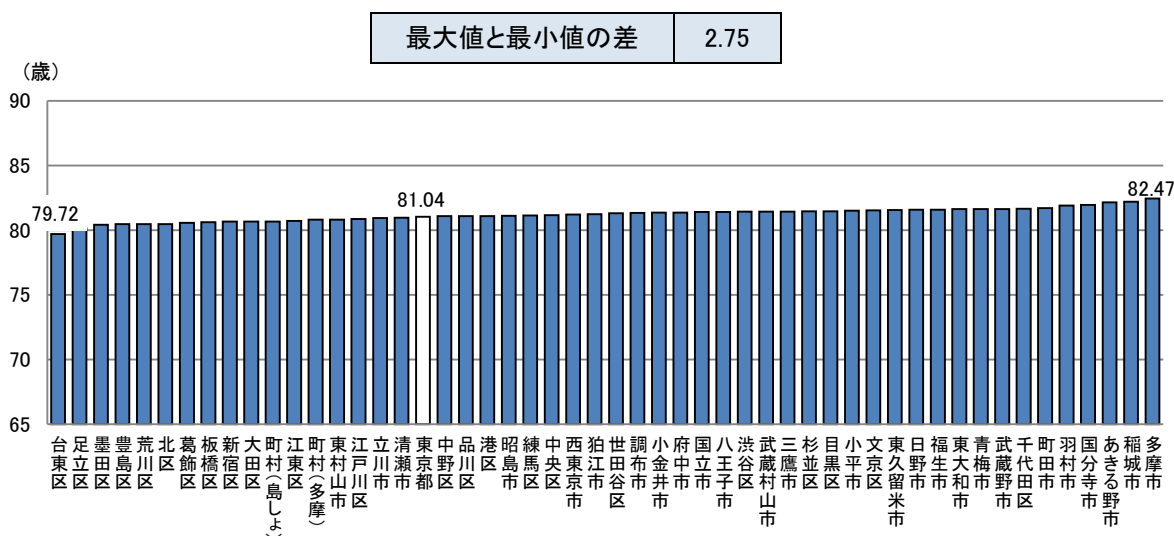
資料:「65歳健康寿命(東京保健所長会方式)」(東京都福祉保健局)

4 区市町村別の65歳健康寿命

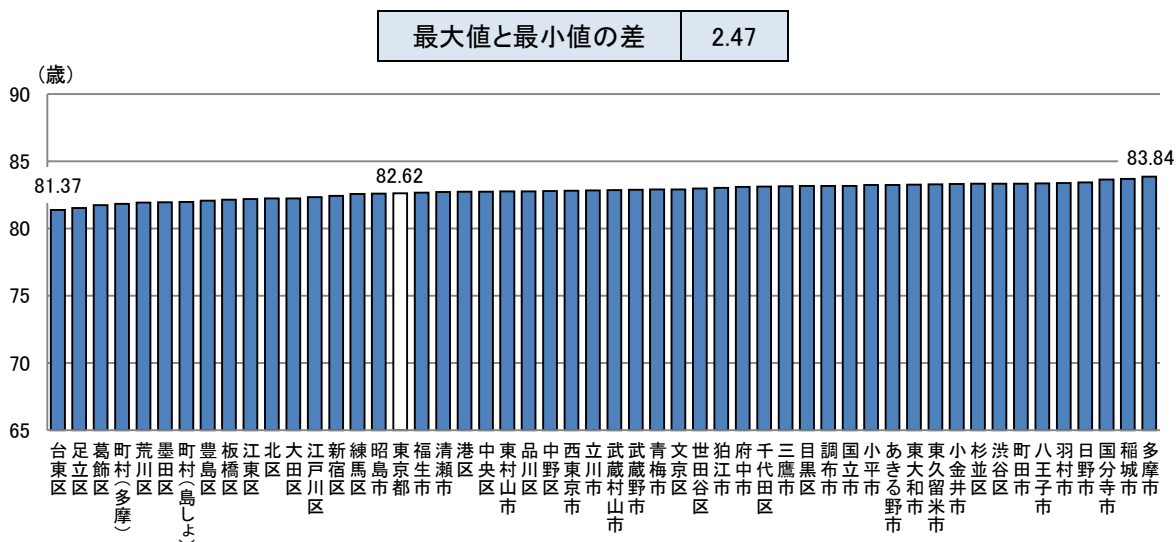
区市町村別の65歳健康寿命(平成28年)をみると、男性は要支援1以上を障害とした場合で最大2.75歳、要介護2以上を障害とした場合で最大2.47歳、女性は要支援1以上を障害とした場合で最大2.56歳、要介護2以上を障害とした場合で最大2.05歳の違いがみられます。

(1)男性

<図11>区市町村別の65歳健康寿命(要支援1以上)(平成28年)



<図12>区市町村別の65歳健康寿命(要介護2以上)(平成28年)

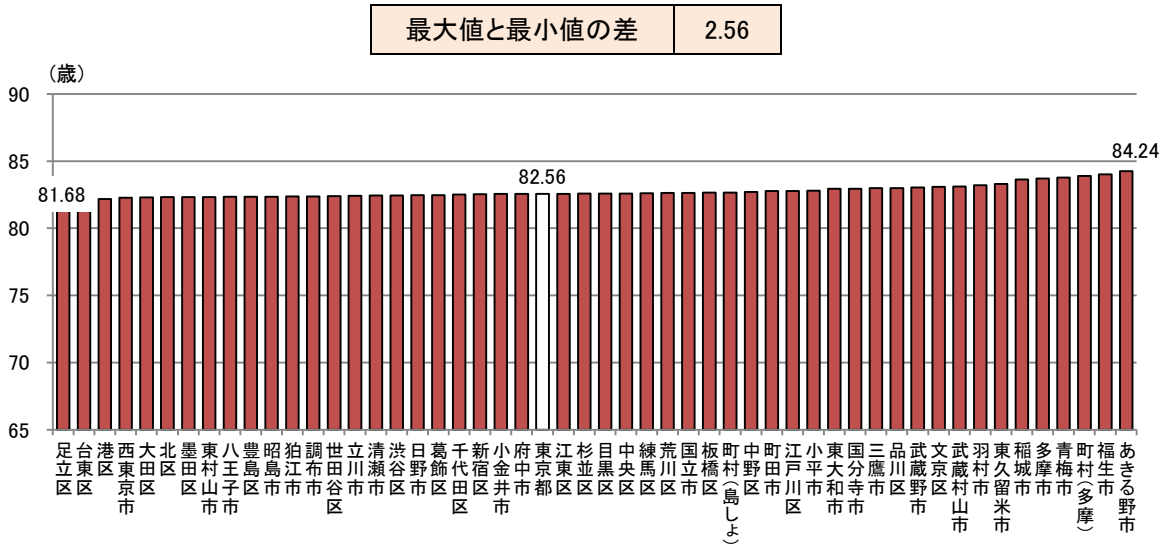


資料:「65歳健康寿命(東京保健所長会方式)」(東京都福祉保健局)

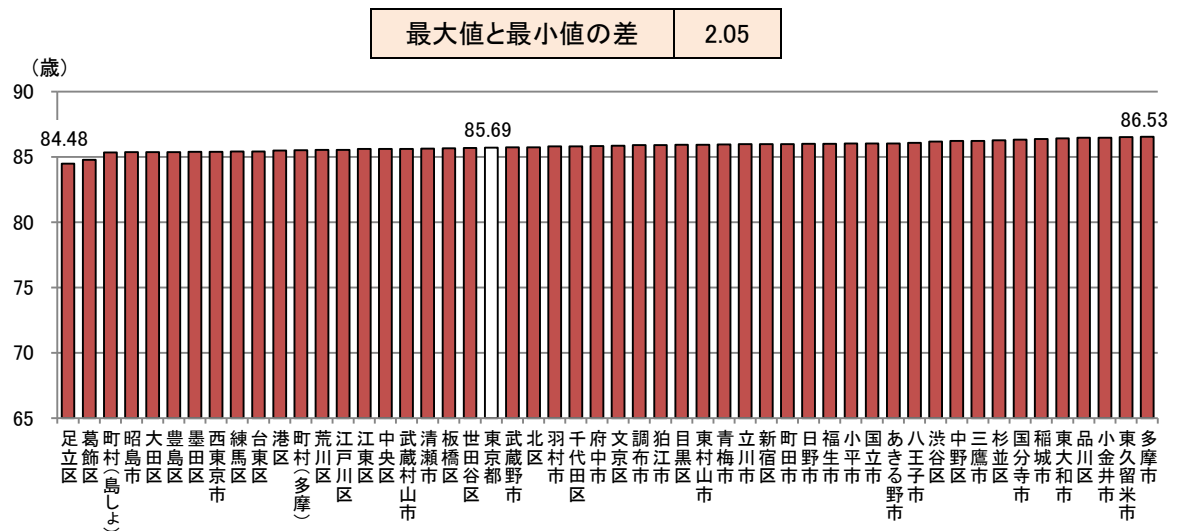
※人口規模が小さいと年間死亡数の変動が多くなり、経年推移の把握に影響が出るため、町村部(多摩)及び町村部(島しょ)をそれぞれまとめて算出し、示すこととしている。

1 (2)女性

2 <図 13>区市町村別の 65 歳健康寿命(要支援1以上)(平成 28 年)



32 <図 14>区市町村別の 65 歳健康寿命(要介護2以上)(平成 28 年)



資料:「65 歳健康寿命(東京保健所長会方式)」(東京都福祉保健局)

※人口規模が小さいと年間死亡数の変動が多くなり、経年推移の把握に影響が出るため、
町村部(多摩)及び町村部(島しょ)をそれぞれまとめて算出し、示すこととしている。

第4節 医療と介護

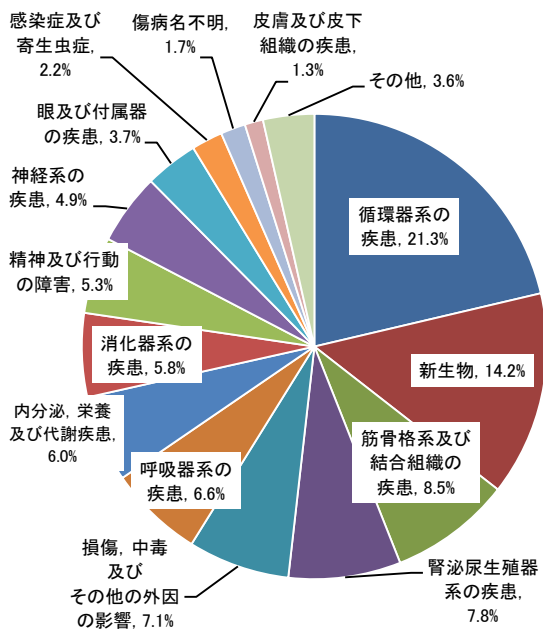
1 医療費の状況

近年の都民医療費は年間約4兆円であり、国民医療費の約1割に相当します。

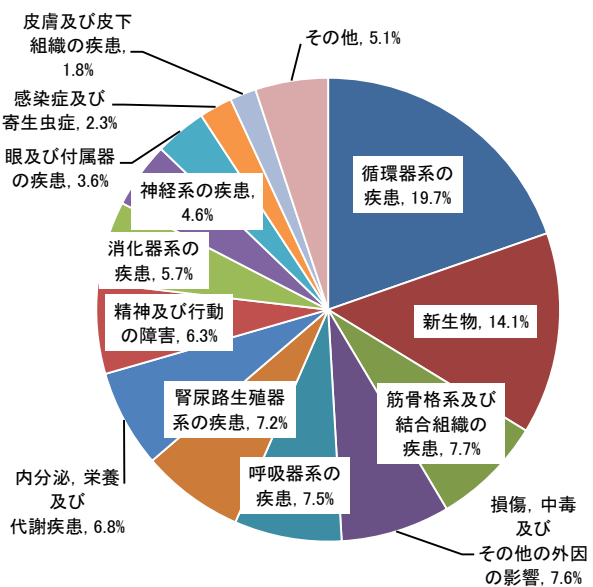
都民医療費を疾病別にみると、循環器系疾患や新生物（がん）などの生活習慣病の占める割合が高くなっています。全国と比べると、循環器系疾患などいくつかの疾病の割合がやや高くなっていますが、傾向はおおむね変わりません。

<図 15> 医療費の構成(東京都・全国)

疾病大分類別医療費の構成
(平成 28 年 11 月診療分 国保+後期 医科計 東京都)



国民医療費の構成
(平成 28 年度 全国)



資料：区市町村国保、後期高齢者医療の入院・入院外レセプトデータ⁶を東京都福祉保健局にて集計

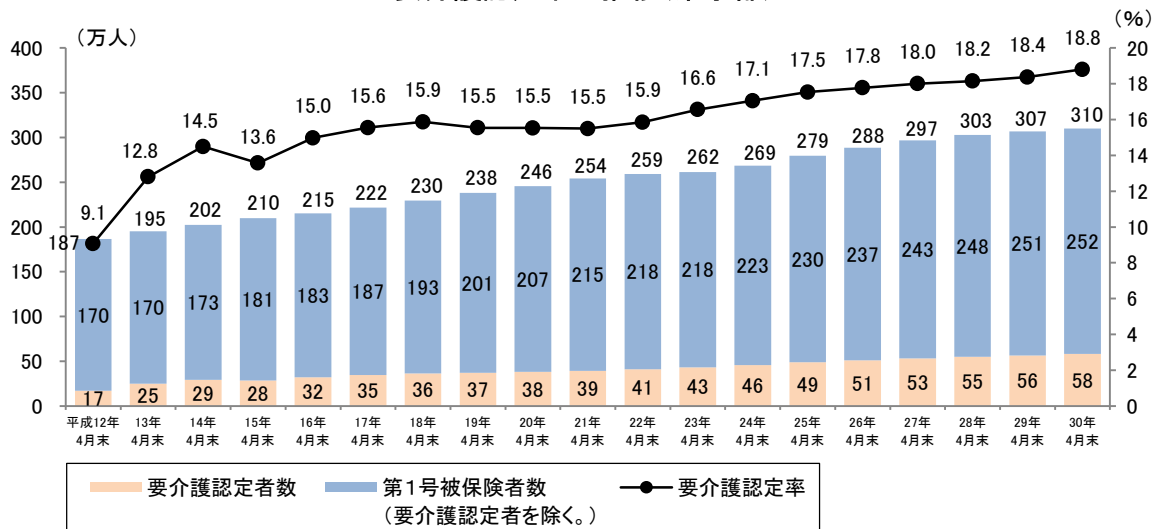
資料：「国民医療費」(厚生労働省)

⁶ レセプトデータ:医科の入院、入院外レセプト(診療報酬明細書)を集計したものであり、調剤、歯科レセプトは含まない。レセプトデータの疾病は、実際は医師がレセプトに複数の主傷病名を記載していても、レセプトごとに1つの傷病を主な疾病として機械的に選択したものであり、診療内容や医療費の投入度合い等は加味していない。

2 要介護認定者数と年齢階級別要介護認定率⁷の推移

高齢者人口の増加や介護保険制度の浸透に伴い、要介護（要支援）認定者数は増加しています。平成30年4月末では、第1号被保険者⁸の約6人に1人が要介護（要支援）認定を受けています。要介護認定率は年齢とともに上がり、85歳以上では5割を超えています。

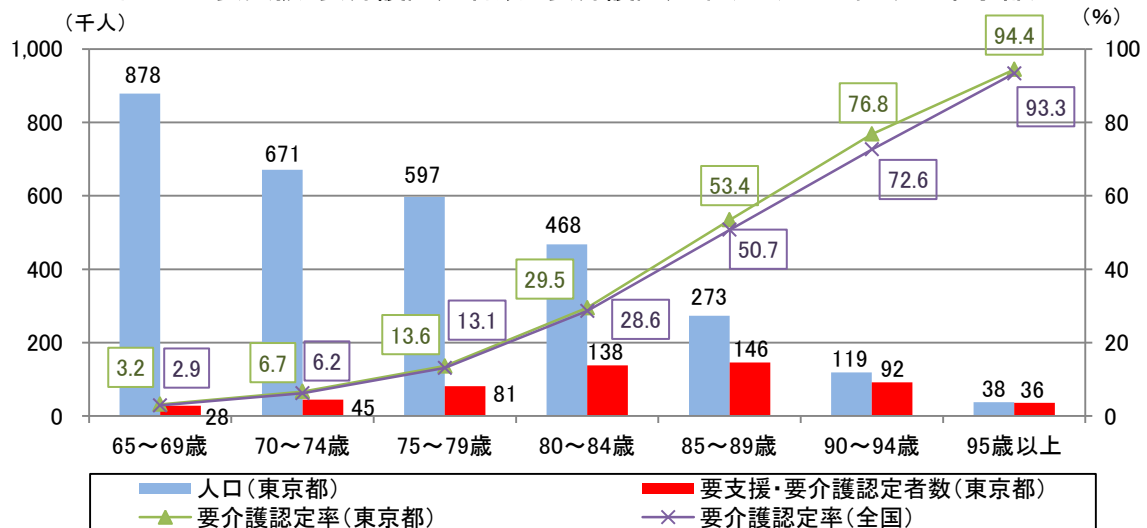
＜図16＞介護保険制度における第1号被保険者の要介護者数と要介護認定率の推移（東京都）



資料:「介護保険事業状況報告(月報)」(厚生労働省)

※1万人未満を四捨五入しているため、内訳の合計値と一致しない場合がある。

＜図17＞要支援・要介護認定者数と要介護認定率(平成29年1月 東京都)



資料:「介護給付費実態調査(平成29年1月審査分)」(厚生労働省)

「住民基本台帳による東京都の世帯と人口(平成29年1月)」(東京都総務局)

「人口推計(平成29年1月確定値)」(総務省)

※要支援・要介護認定者数・要介護認定率は、「介護給付費実態調査」(平成29年1月審査分)を用いているため、そのほかの「介護保険事業状況報告(月報)」に基づく数字と異なる。

⁷ 要介護認定率:第1号被保険者数に占める要介護(要支援)認定者数の割合

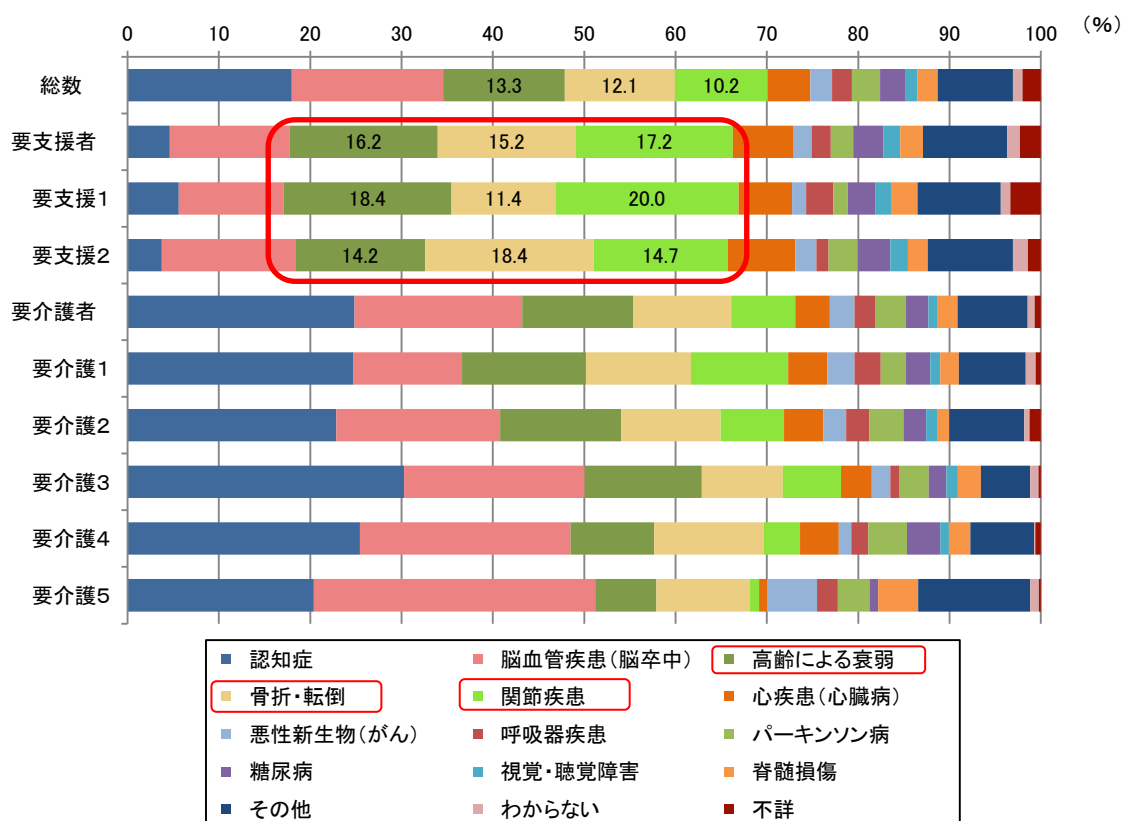
⁸ 第1号被保険者:区市町村の区域内に住所を有する65歳以上の者を指す。なお、第2号被保険者は、区市町村の区域内に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入者のことをいう。

3 介護が必要となった主な原因

介護が必要となった主な原因の割合（平成 28 年）を要介護度別にみると、要支援者では、「関節疾患」が最も高く、次いで「高齢による衰弱」、「骨折・転倒」の順となっています。

これらはいずれも、体を動かさないことによる身体機能の低下が要因の一つと考えられます。

<図 18> 要介護度別にみた介護が必要になった主な原因の割合(平成 28 年 全国)



資料:「国民生活基礎調査」(厚生労働省)

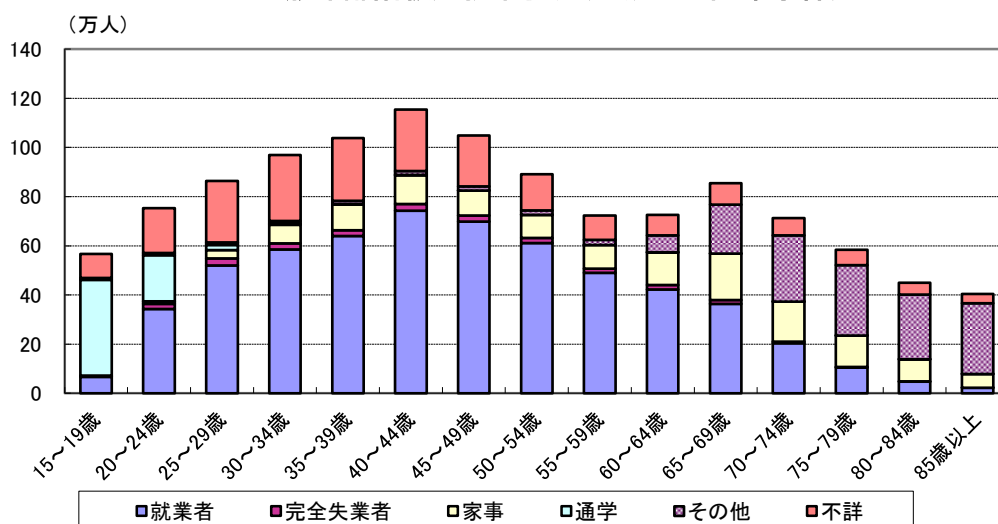
第5節 就業状況と地域別の人口・世帯の状況

1 就業状況

(1) 5歳年齢階級別就業状況

5歳年齢階級別就業状況(平成27年)をみると、20歳代から60歳代までは、就業者の割合が最も高くなっています。

<図19>5歳年齢階級別就業状況(平成27年 東京都)

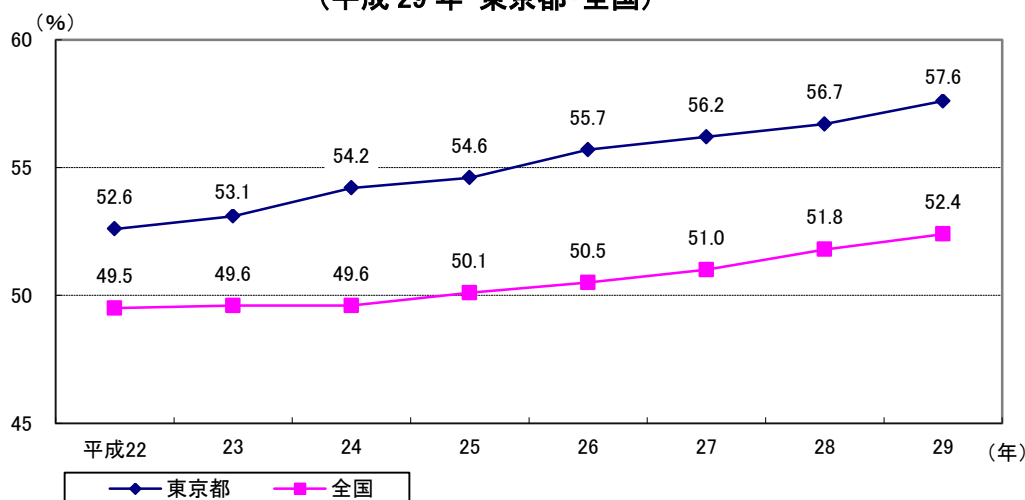


資料:「国勢調査」(総務省)

(2) 人口(15歳以上)に占める雇用者⁹の割合の推移

人口(15歳以上)に占める雇用者の割合をみると、全国と比べて高く推移しており、平成29年は57.6%となっています。

<図20>人口(15歳以上)に占める雇用者の割合の推移
(平成29年 東京都・全国)



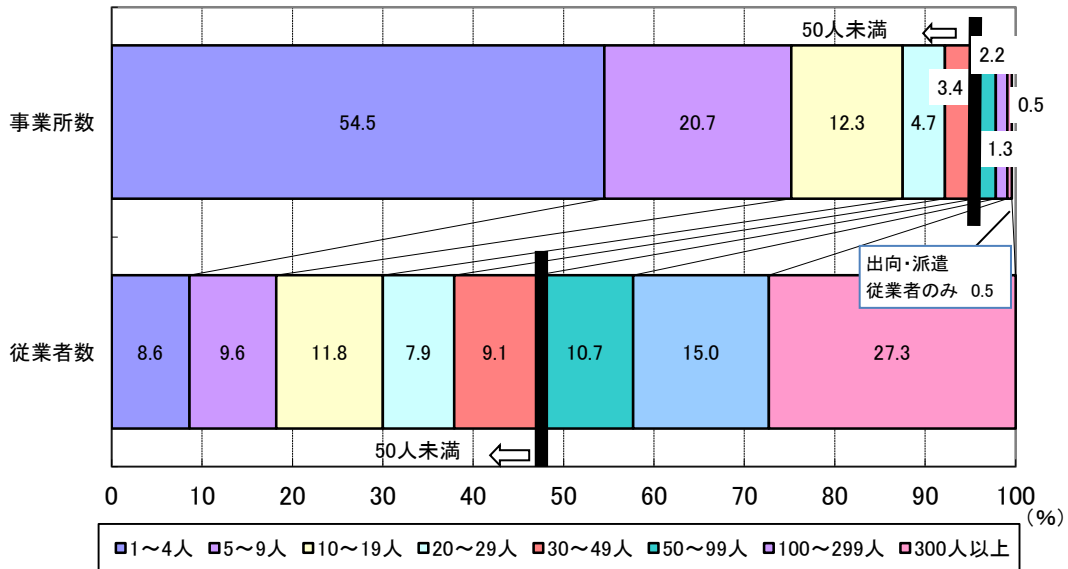
資料:「労働力調査」(総務省)及び「東京の労働力(労働力調査結果)」(東京都総務局)

⁹ 雇用者:「労働力調査」では、会社、団体、官公庁又は自営業主や個人家庭に雇われて給料、賃金を得ている者及び会社、団体の役員のことをいう。

1 (3) 従業者¹⁰規模別事業所数及び従業者数の構成比

2 従業者規模別事業所数及び従業者数の構成比(平成26年)をみると、
 3 50人未満の事業所数は全体の95.6%、従業員数は全体の47.0%とな
 4 っています。

5
 6 <図21> 従業者規模別事業所数及び従業者数の構成比(平成26年 東京都)



17 資料:「経済センサス-基礎調査 東京都結果報告」(東京都総務局)

18
 19
 20
 21 2 地域別の人口と世帯の状況

22 (1) 地域別の人口

23 平成22年と平成27年の地域別の人口を比較すると、区部及び市部は
 24 人口が増加していますが、町村部(多摩及び島しょ)は減少しています。

25
 26 <表1> 地域別の人口(平成22年と平成27年 東京都)

27 (人)

	東京都	区部	市部	町村部 (多摩)	町村部 (島しょ)
平成22年	13,159,417	8,945,695	4,127,157	58,750	27,815
平成27年	13,515,271	9,272,740	4,157,706	58,334	26,491
増減率	2.7%	3.7%	0.7%	△0.7%	△4.8%

28
 29
 30
 31
 32
 33 資料:「国勢調査 人口等基本集計結果概要」(東京都総務局)

34
 35
 36
 37
 10 従業者:「労働力調査」では、賃金、給料、諸手当、内職収入などの収入を伴う仕事を1時間以上した者をいう。

1 (2) 他県間及び都内間の移動増減

2 平成 28 年中の他県間の移動増減（転入者数から転出者数を差し引いた
3 数）をみると、区部に人口の移動が多い傾向がみられます。

4
5 <表2>他県間及び都内間の移動増減（平成 28 年中 東京都）

6 (人)

	東京都	区部	市部	町村部 (多摩)	町村部 (島しょ)
他県間	72,339	55,698	16,804	△128	△35
都内間	—	△1,012	52	229	△196

7
8
9
10
11
12 資料:「東京都の人口(推計)」(東京都総務局)

13 ※都内間移動は、転入・転出の届出が同一月ではない場合等、時間差があるため区市町村間
14 における合計はゼロとはならない。

15
16
17
18 (3) 地域別の高齢者人口

19 平成 22 年と平成 27 年の地域別高齢者人口を比較すると、全ての地
20 域で 65 歳以上の高齢者人口は増加しており、特に市部・町村部（多摩）
21 の増加率は 15%を超えています。

22
23 <表3>地域別の高齢者人口(平成 22 年と平成 27 年 東京都)

24 (人)

	東京都	区部	市部	町村部 (多摩)	町村部 (島しょ)
平成 22 年	2,642,231	1,771,978	846,534	15,550	8,169
平成 27 年	3,005,516	1,997,870	980,612	18,431	8,603
増減率	13.8%	12.8%	15.8%	18.5%	5.3%

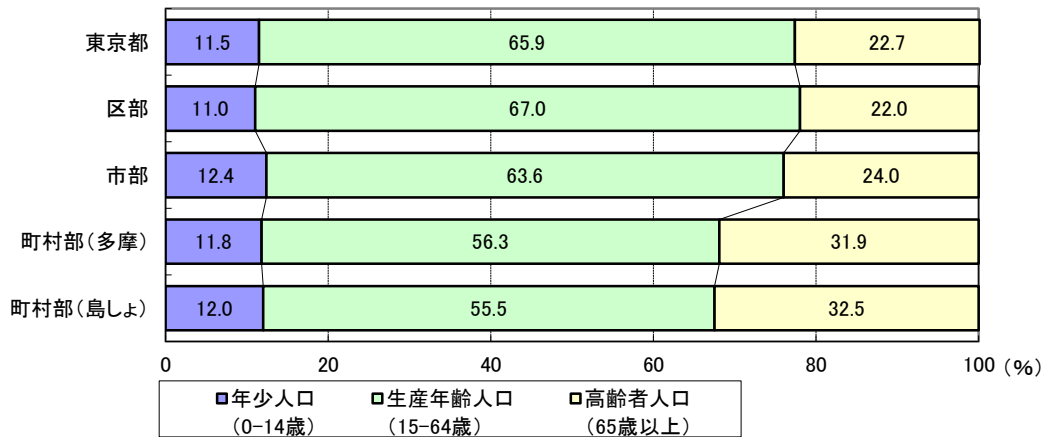
25
26
27
28
29
30 資料:「国勢調査 人口等基本集計結果概要」(東京都総務局)

1 (4) 地域別の人口構成比

2 地域別の人口構成比（平成 27 年）をみると、東京都全体では、年少人
3 口 11.5%、生産年齢人口 65.9%、高齢者人口 22.7%となっています。

4 地域別に比較すると、町村部（多摩及び島しょ）では特に高齢者人口の
5 割合が高くなっています。

6 <図 22> 地域別の人口構成比(平成 27 年 東京都)



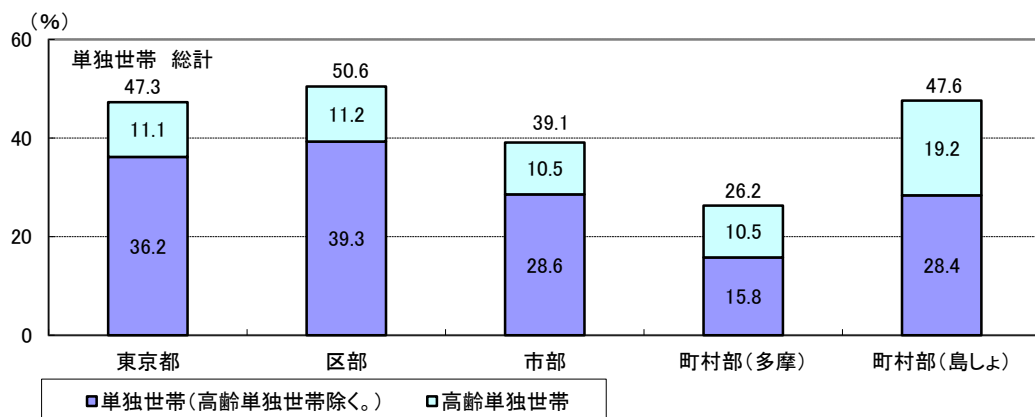
7 資料:「国勢調査 人口等基本集計結果概要」(東京都総務局)

8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18 (5) 単独世帯と高齢単独世帯¹¹の割合

19 一般世帯¹²における単独世帯及び高齢単独世帯の割合（平成 27 年）
20 をみると、東京都全体では、単独世帯は 47.3%であり、そのうち高齢
21 単独世帯は 11.1%となっています。

22 地域別に比較すると、単独世帯は区部及び町村部（島しょ）では高く、
23 市部及び町村部（多摩）では低くなっています。

24
25 <図 23> 一般世帯に占める単独世帯及び高齢単独世帯の割合(平成 27 年 東京都)



26
27
28
29
30
31
32
33 資料:「国勢調査」(総務省)

34 ※各項目の割合は、小数点以下第2位を四捨五入しているため、内訳合計と総計は一致しないことがある。

35 ¹¹ 高齢単独世帯:「国勢調査」では、65歳以上の一人一人のみの一般世帯のことをいう。

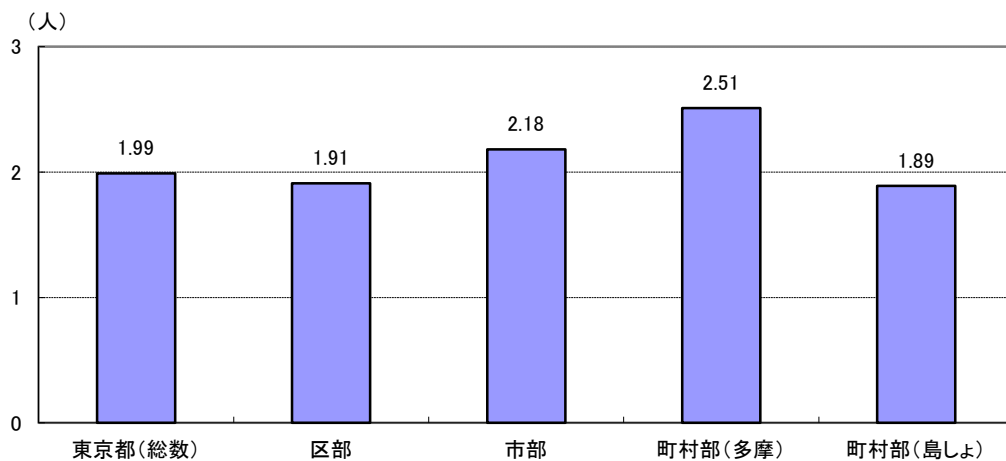
36 ¹² 一般世帯:「国勢調査」では、施設等の世帯(寮・寄宿舎の学生・生徒、病院・療養所の入院者、社会施設の入所者、自衛隊営舎内居住者、矯正施設の入所者等)を除いた世帯のことをいう。

1 (6) 一般世帯の1世帯当たりの人員

2 一般世帯の1世帯当たりの人員(平成27年)をみると、東京都全体
3 では1.99人となっています。

4 地域別に比較すると、市部及び町村部(多摩)では多く、区部及び町村
5 部(島しょ)では少なくなっています。

6 <図24>地域別の一般世帯の1世帯当たり人員(平成27年 東京都)



18 資料:「国勢調査 人口等基本集計結果概要」(東京都総務局)

19
20

第3章 東京都健康推進プラン21（第二次）の中間評価

第1節 中間評価の目的

中間評価は、策定時に設定した総合目標、分野別目標及び指標について、現時点での達成状況や関連する取組の状況を評価するとともに、目標達成に向けた課題を明らかにし、今後の施策に反映することを目的としています。

第2節 中間評価の方法

プラン21（第二次）を着実に推進することを目的に設置した「東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議」¹の下に、「中間評価部会」と「施策検討部会」を設置し、中間評価及び今後の施策の検討を行いました。

中間評価に当たっての基本的な考え方として、分野ごとに指標の達成状況の評価を行うとともに、指標の推移についてグラフ化するなど、“見える化”する工夫を行いました。また、評価結果を踏まえて、社会状況の変化等も見据えながら、重点的に取り組むべき課題を整理し、取組の方向性を示しました。

1 指標に対する現状値の評価方法について

プラン21（第二次）で設定した指標の動きを記載するとともに、数値の変化が分かるグラフ等を合わせて記載しました。また、性別や年代などで数値に差がみられるものは、それらの特徴を踏まえた分析を行いました。

評価に当たっては、プラン21（第二次）策定時の指標数値（以下「ベースライン値」という。）と現状値とを比較するとともに、上記分析を踏まえ、現状値が「指標の方向」に向けて、改善したか、変わらなかったか、または悪化したか等を簡潔に記載しました。

評価区分は、総合目標指標については「A（改善）」「B（不変）」「C（悪化）」の3段階で、分野別目標指標については「a（改善）」「b（不変）」「c（悪化）」「－（評価不能）」の4段階で判定しました。

¹ 東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議：プラン21（第二次）を着実に推進し、計画の実効性を確保するとともに、その推進にかかわる関係者間の連携・協力を図るために設置された会議体。厚生労働省が定めた「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」第三の7において、都道府県や地域単位での設置が規定されている、地域・職域連携協議会の機能を併せ持たせている。

1 <総合目標指標の評価区分と判断基準 >

2

3

区分	評価内容	主な判断基準
A	改善	ベースライン値から現状値までの数値を比較するとともに、指標を評価する上で必要な分析を行い、それらの結果を総合的に勘案して、指標が改善傾向にあると判断されるもの
B	不変	ベースライン値から現状値までの数値を比較するとともに、指標を評価する上で必要な分析を行い、それらの結果を総合的に勘案して、指標がおおむね不変だと判断されるもの
C	悪化	ベースライン値から現状値までの数値を比較するとともに、指標を評価する上で必要な分析を行い、それらの結果を総合的に勘案して、指標が悪化傾向にあると判断されるもの

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18 <分野別目標指標の評価区分と判断基準 >

19

区分	評価内容	主な判断基準
a	改善	ベースライン値から現状値までの数値変化の割合（増減率）が、指標の方向に対して+5%超
b	不変	ベースライン値から現状値までの数値変化の割合（増減率）が、指標の方向に対して±5%以内
c	悪化	ベースライン値から現状値までの数値変化の割合（増減率）が、指標の方向に対して-5%超
—	評価不能	ベースライン値から現状値までの数値変化の割合（増減率）の比較ができない等、指標評価が困難

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

2 指標評価を踏まえた今後の取組の方向性について

指標の改善状況を踏まえ、現状・課題を整理するとともに、今後、充実・強化すべき施策について、取組の方向性を示しました。

なお、取組については、平成 24 年に策定された、国の「21 世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次）」²（以下「健康日本 21（第二次）」という。）の考え方に基づくとともに、都の関連計画である「東京都保健医療計画（平成 30 年 3 月改定）」³、「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」⁴、「東京都歯科保健推進計画『いい歯東京』」⁵、「第三期東京都医療費適正化計画」⁶、「東京都食育推進計画」⁷、「東京都アルコール健康障害対策推進計画（平成 30 年度末策定予定）」⁸、「東京都自殺総合対策計画」⁹、「都立学校における健康づくり推進プラン」¹⁰、「第 7 期東京都高齢者保健福祉計画」¹¹等との整合性を図っています。

また、各指標の評価結果を踏まえ、領域ごとにも総括的な評価を行いました。

² 21 世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））：健康増進法第 7 条第 1 項に基づき策定され、国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向や国民の健康の増進の目標に関する事項等を定めた「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成 15 年厚生労働省告示第 195 号）」を平成 24 年に全部改正したものを指す。この改正後の方針「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成 24 年 7 月 10 日 厚生労働大臣告示）」がいわゆる「健康日本 21（第二次）」とされている。

³ 東京都保健医療計画（平成 30 年 3 月改定）：医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 に基づく「医療計画」を含む、都の保健医療に関し施策の方向を明らかにする基本的かつ総合的な計画（計画期間：平成 30 年度から平成 35 年度（2023 年度）まで）。

⁴ 東京都がん対策推進計画（第二次改定）：がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）第 12 条に基づく都道府県計画として策定された、がんの予防から治療、療養生活の質の向上に至るまでのがん対策に関する総合的な計画（計画期間：平成 30 年度から平成 35 年度（2023 年度）まで）。

⁵ 東京都歯科保健推進計画『いい歯東京』：歯科口腔保健の推進に関する法律（平成 23 年法律第 95 号）第 13 条に基づく都道府県計画として、歯科口腔保健の推進に関する方針、目標、計画等の基本的事項を盛り込んだ歯科保健医療の総合的な計画（計画期間：平成 30 年度から平成 35 年度（2023 年度）まで）。

⁶ 第三期東京都医療費適正化計画：高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 9 条に基づく都道府県計画として、都民の健康の保持や良質で効率的な医療提供体制の確立及び介護サービス基盤の充実等に向けた取組を推進することにより、都民医療費の適正水準の確保に資することを目的とした計画（計画期間：平成 30 年度から平成 35 年度（2023 年度）まで）。

⁷ 東京都食育推進計画：食育基本法（平成 17 年法律第 63 号）第 17 条に基づく都道府県計画として、都民一人ひとりが生涯にわたり健全な食生活を実践することができるよう都における食育を推進する計画（計画期間：平成 28 年度から平成 32 年度（2020 年度）まで）。

⁸ 東京都アルコール健康障害対策推進計画（平成 30 年度末策定予定）：アルコール健康障害対策基本法（平成 25 年法律第 109 号）第 14 条に規定する都道府県計画として、都におけるアルコール健康障害対策を推進することを目的に策定された計画（計画予定期間：平成 31 年度（2019 年度）から平成 35 年度（2023 年度）まで）。

⁹ 東京都自殺総合対策計画：自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）第 13 条第 1 項に基づく都道府県計画として、関係機関・団体との連携・協力の強化を図り、総合的・効果的な自殺対策をより一層進めていくことを目的とした計画（計画期間：平成 30 年度から平成 34 年度（2022 年度）まで）。

¹⁰ 都立学校における健康づくり推進プラン：都教育委員会が平成 16 年度に策定した「都立学校における健康づくり推進計画」を改定したもので、都立学校の全ての教職員が、健康課題を総合的に理解し、組織的で具体的な取組が可能となることを目指した体系的な計画（計画期間：平成 26 年度から平成 35 年度（2023 年度）まで）。

¹¹ 第 7 期東京都高齢者保健福祉計画：老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 20 条の 9 に基づく都道府県計画及び介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 118 条に基づく都道府県計画を合わせた、都における高齢者の総合的・基本的計画（計画期間：平成 30 年度から平成 32 年度（2020 年度）まで）。

第3節 総合目標及び分野別目標の中間評価

総合目標及び分野別目標の評価は、以下の構成としています。

<総合目標>

【望ましい姿】

当該目標における、健康づくりの取組が進んでいる状態（望ましい姿）を記載しています。

【指標の達成状況及び評価】

当該目標における指標の推移と指標の達成度について評価（3段階）を記載しています。

また、指標数値の変化が分かるようグラフ等を掲載し、評価を判定するに当たっての考え方等について記載しています。

※ 健康寿命の指標について

総合目標の指標である、65歳健康寿命（東京保健所長会方式）には、介護保険の要支援1以上の認定を受けるまでの期間を用いた結果と、要介護2以上の認定を受けるまでの期間を用いた結果の2種類があります。

中間評価に当たっては、要介護2以上の認定を受けるまでの期間を用いて¹²評価・分析を行っています。

<分野別目標>

【望ましい姿】

中間評価における検討状況や近年の社会構造の変化等を踏まえ、当該分野における、健康づくりの取組が進んでいる状態（望ましい姿）を記載しています。

【これまでの主な取組】

当該分野における、都の健康づくりに関するこれまでの主な取組について記載しています。

¹²上木隆人,東京都市区町村の健康寿命算出の行政的検討.日本公衆衛生雑誌.2008;55(12):.811-821 東京保健所長会方式では、要介護2以上の認定を受けるまでの期間を用いた結果を65歳健康寿命の主たる指標と定めている。

1
2
3 **【指標の達成状況及び評価】**

4 当該分野の指標について、プラン21（第二次）策定時のベースラ
5 イン値及び中間評価時の現状値、増減率（※）、達成度の評価（4段
6 階）を記載しています。

7 また、指標数値の変化が分かるよう、適宜グラフ等を掲載し、評価
8 を判定するに当たっての考え方等について記載しています。

9
10 **※ 指標数値の増減率**

11 ベースライン値から現状値までの数値変化の増減割合をパーセ
12 ンテージで示しました。

13
14 増減率 = (現状値 - ベースライン値) / ベースライン値

15
16 △：指標の方向に対して、正の方向に増加

17 ▽：指標の方向に対して、正の方向に減少

18 ▲：指標の方向に対して、負の方向に増加

19 ▼：指標の方向に対して、負の方向に減少
20

21 **【参考指標の数値の推移】**

22 当該分野の参考指標について、プラン21（第二次）策定時のベー
23 スライン値及び中間評価時の現状値を記載しています。

24 また、参考指標数値の変化が分かるよう、適宜グラフ等を掲載し、
25 参考指標の傾向等について記載しています。

26
27 **【現状と課題】**

28 指標の評価や参考指標の数値の推移等を踏まえ、当該分野における、
29 現状と課題について記載しています。

30 また、その他参考となる情報やグラフがある場合には、追加して記
31 載・掲載し、現状と課題に反映させています。

32
33 **【取組の方向性】**

34 現状と課題を踏まえ、当該分野における、今後の健康づくりに関す
35 る施策の方向性を記載しています。

36
37 **【最終評価に向けた目標・指標等の見直し】**

38 最終評価に向けて、当該分野の目標及び指標（参考指標）の見直し
39 を行った場合、見直し後の目標及び指標（参考指標）とその理由を記
40 載しています。

1 1 総合目標

総合目標①	健康寿命の延伸
-------	----------------

2

3 【望ましい姿】

4 高齢期に至るまでの間に心身の健康が大きく損なわれません。

5 また、たとえ病気になっても重症化や健康障害に至らず、その後も生活機能を維持し続けています。

7

8 【指標の達成状況及び評価】

指 標		指標の 方向	ベースライン値 (平成 22 年)	現状値 (平成 28 年)	評価
65 歳健康寿命 (要介護 2 以上)	男性	延伸	82.02 歳	82.62 歳	A
	女性		85.14 歳	85.69 歳	

9

10 ○ 65 歳健康寿命（要介護 2 以上）は、男性で 0.60 歳、女性で 0.55 歳延
11 伸しています。〈図 25〉

12

13 ○ 同じ期間における 65 歳平均余命¹は、男性で 0.59 年、女性で 0.45 年
14 延びており、65 歳平均自立期間²（要介護 2 以上）の延びは、65 歳平均余
15 命のそれを上回っています。〈参考図 1〉

16

17 ○ これらのことを総合的に勘案すると、指標は改善傾向と言えることから、
18 評価を A と判定しました。

19

20 ○ なお、「健康日本 2 1（第二次）」で採用されている、国民生活基礎調
21 査のデータを用いて算出する健康寿命においても、都の値は延伸していま
22 すが、男女ともに全国平均を下回っています（都と国の健康寿命の比較に
23 ついては、33 ページのコラム参照）。〈参考図 2〉

24

25

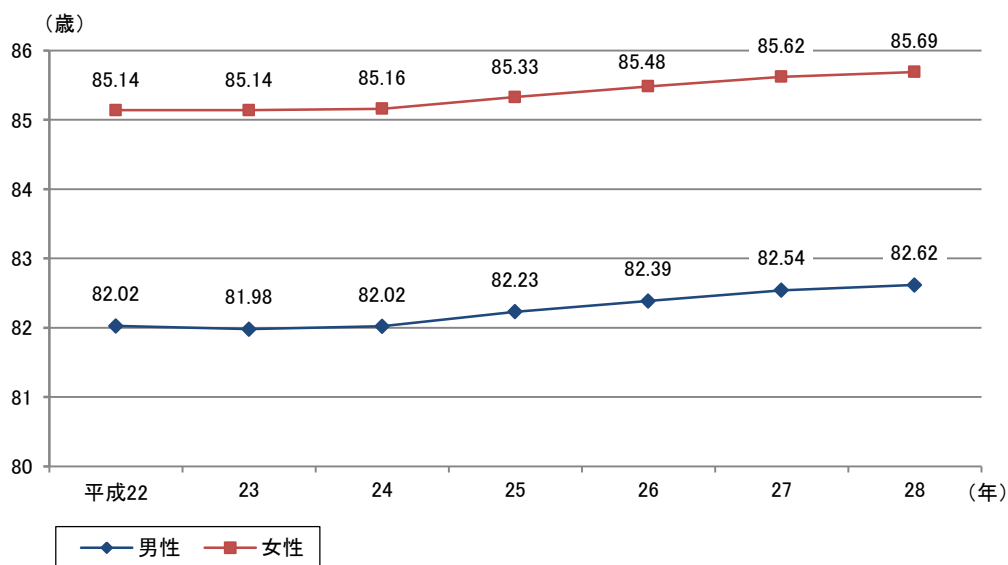
26

27

¹ 65 歳平均余命:65 歳の人が、平均してあと何年生きられるかの期待値であり、65 歳平均自立期間(年)と 65 歳平均障害期間(年)を合わせた値

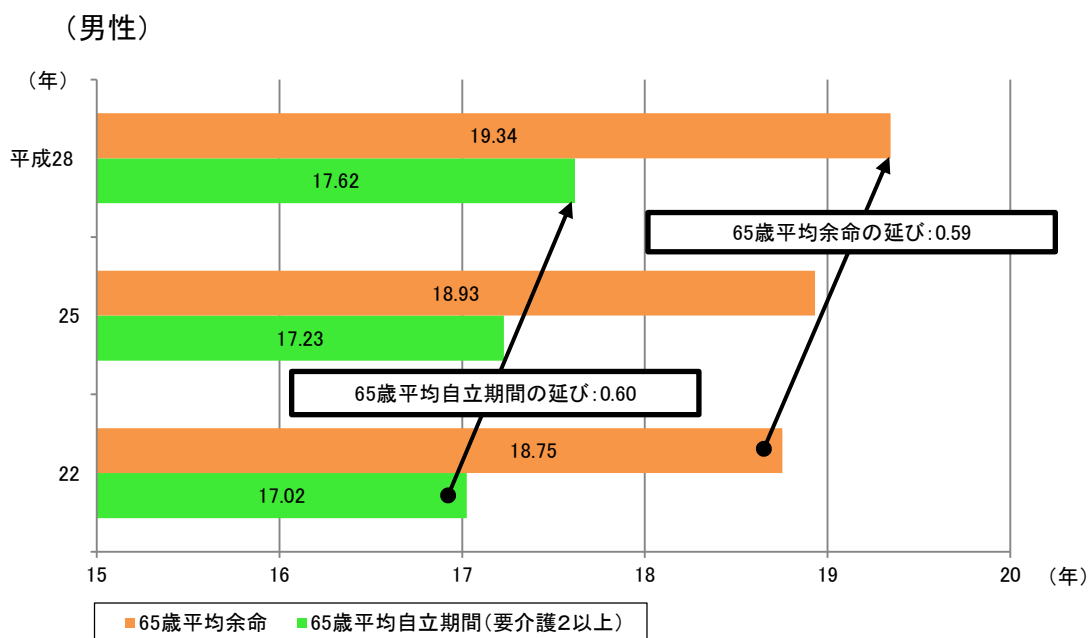
² 65 歳平均自立期間:65 歳の人が要介護(要支援)認定を受けるまでの期間の平均。健康と考える期間。

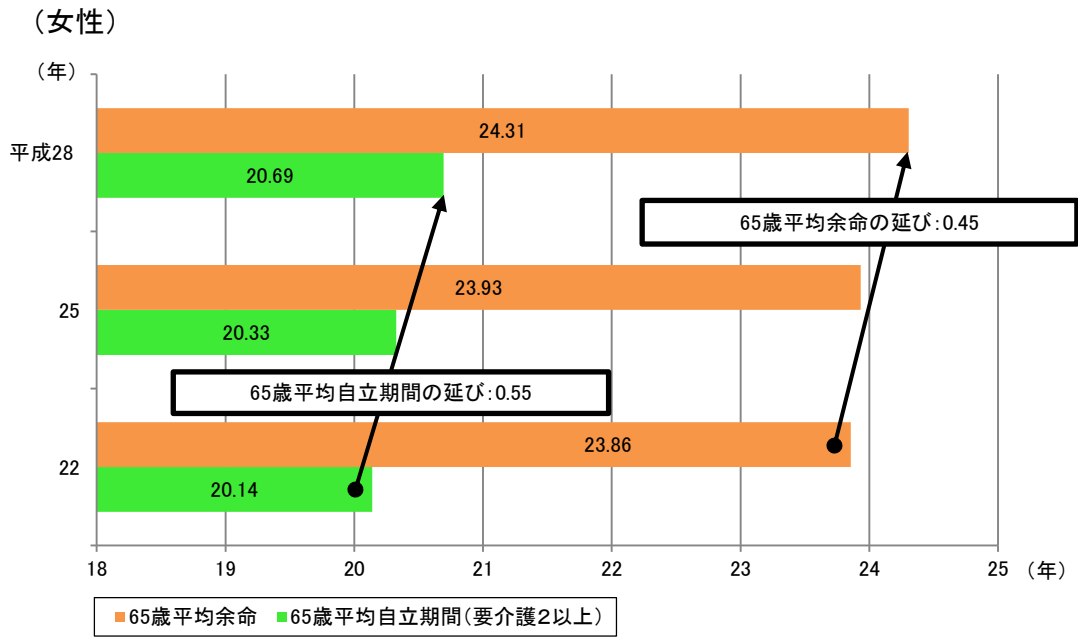
＜図 25＞ 65 歳健康寿命(要介護2以上)の推移(東京都)



資料:「65 歳健康寿命(東京保健所長会方式)」(東京都福祉保健局)

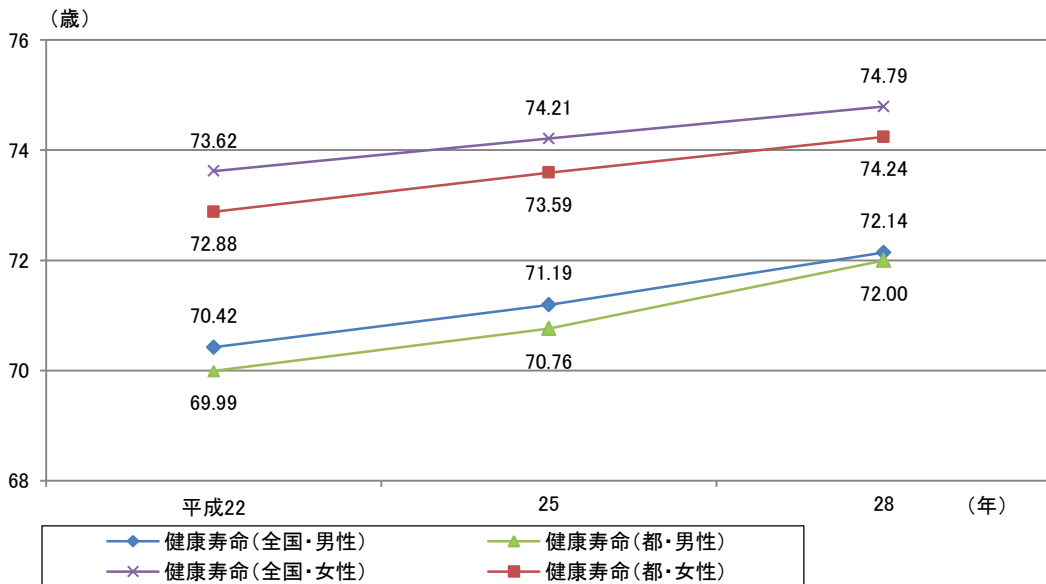
＜参考図1＞ 65 歳平均自立期間(要介護2以上)と、
65 歳平均余命の延びの比較(東京都)





資料:「65歳健康寿命(東京保健所長会方式)」(東京都福祉保健局)
 ※65歳からの年数の比較を行うため、65歳健康寿命の代わりに65歳平均自立期間を比較対象として掲載している。

<参考図2> 健康寿命の推移(東京都・全国)



資料:厚生労働科学研究費補助金
 「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用に関する研究」(厚生労働省)

Column

<都と国との「健康寿命」の比較>

国の「健康日本21（第二次）」においても「健康寿命の延伸」を総合目標にしていますが、健康寿命の算出方法は統一されていません。

その中で都は、区市町村ごとの比較ができ、毎年算出が可能という理由から、「65歳健康寿命（東京保健所長会方式）」を健康寿命の算出に用いています。

	65歳健康寿命 (東京保健所長会方式) [東京都健康推進プラン 21(第二次)]	健康寿命 [健康日本 21(第二次)]
算出方法	<p>65歳の人が必要支援・要介護認定を受けるまでの自立期間の平均に、65歳を足して算出する。</p>	<p>0歳の人が必要生活に制限を受けるまでの期間の平均を算出する。</p>
東京都の現状値 (平成 28 年)	<p>【要介護 2 以上】 男性：82.62 歳 女性：85.69 歳 【要支援 1 以上】 男性：81.04 歳 女性：82.56 歳</p>	<p>男性：72.00 歳 女性：74.24 歳</p>
算出に使用する データ	<p>要介護・要支援認定者数 (介護保険事業状況報告) 及び人口、死亡者数等</p>	<p>アンケートによる調査 (国民生活基礎調査) の結果 及び人口、死亡者数等</p>
算出可能な 自治体の 最小単位	<p>区市町村</p>	<p>都道府県</p>

総合目標②
健康格差の縮小

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29

【望ましい姿】

住民の生活習慣の状況や健康状態、区市町村の健康づくりへの取組状況などについて、区市町村間の違いが把握されています。

また、地域間の健康格差の縮小に向けて、社会的な健康づくりの機運醸成や環境整備が、全都的に行われることで、都民一人ひとりが、住んでいる地域にかかわらず、日常生活に必要な機能を維持できています。

【指標の達成状況及び評価】

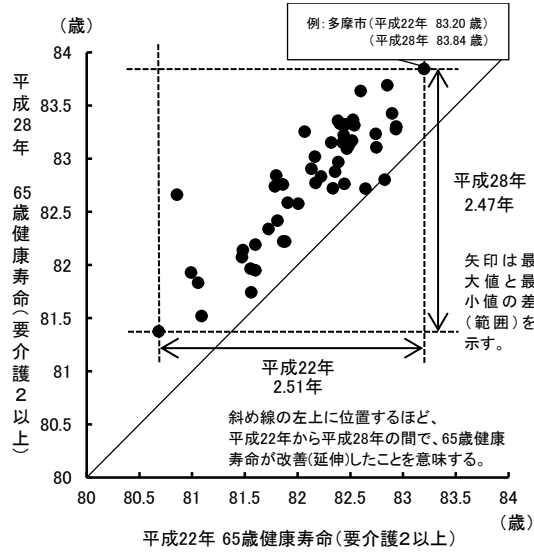
指 標		指標の方向	ベースライン値 (平成 22 年)	現状値 (平成 28 年)	評価
区市町村別 65 歳健康寿命(要介護 2 以上) の最大値と最小値の差	男性	縮小	2.51 年	2.47 年	B
	女性		1.98 年	2.05 年	

- 区市町村別の 65 歳健康寿命（要介護 2 以上）の最大値と最小値の差は、男女ともにおおむね同程度で推移しています。〈図 26〉
- また、集団のばらつきを大きさを表す標準偏差³を用いて、区市町村間の 65 歳健康寿命（要介護 2 以上）の分布をみると、男女ともに顕著な変化はみられません。〈参考図 3〉
- これらのことを総合的に勘案すると、指標はおおむね不変と言えることから、評価を B と判定しました。

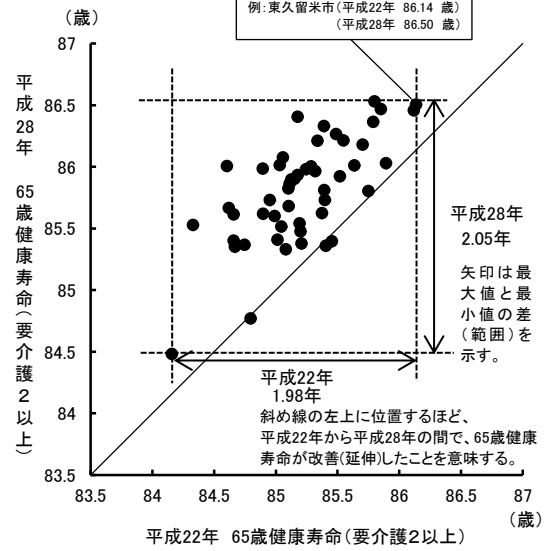
³ 標準偏差: データの散らばりの大きさを表す指標で、大きいほど、データが散らばっていることを表す。

1 <図 26>区市町村別 65 歳健康寿命(要介護2以上)の
 2 最大値と最小値の差(範囲)の平成 22 年と平成 28 年との比較(東京都)

3 (男性)



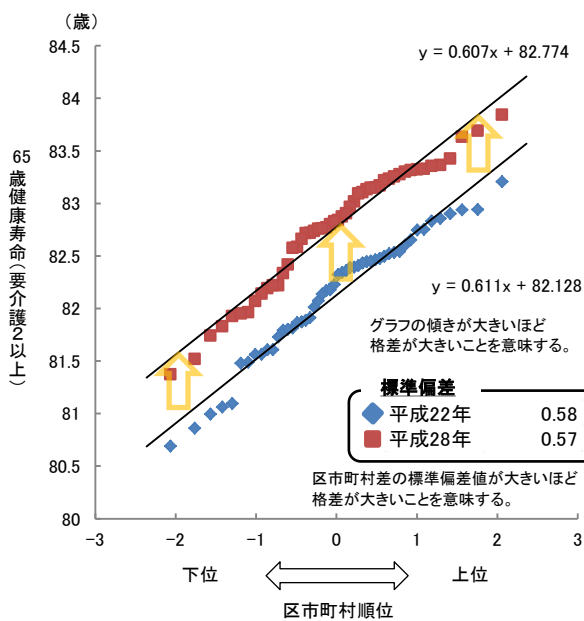
4 (女性)



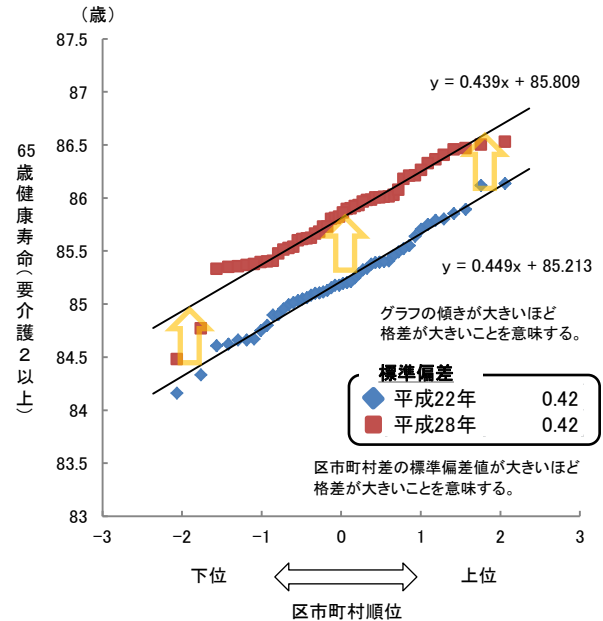
5 資料:「65 歳健康寿命(東京保健所長会方式)」(東京都福祉保健局)を基に作成
 6 ※平成 22 年は、青梅市の数値が把握できなかったため、本図において青梅市は
 7 含まれていない。

8 <参考図3>区市町村別 65 歳健康寿命(要介護2以上)の分布の
 9 平成 22 年と平成 28 年の推移(東京都)

10 (男性)



11 (女性)



12 資料:「65 歳健康寿命(東京保健所長会方式)」(東京都福祉保健局)を基に作成
 13 ※平成 22 年は、青梅市の数値が把握できなかったため、本図において青梅市は
 14 含まれていない。

2 分野別目標（主な生活習慣病の発症予防と重症化予防【領域1】）

<重点分野>

領域と分野	分野別目標
1-1 がん	がんの75歳未満年齢調整死亡率を下げる

【望ましい姿】

多くの都民が、科学的根拠に基づくがんのリスクを下げるための生活習慣を実践し、定期的に検診を受けています。自覚症状がある場合は早めに医療機関を受診し、必要な精密検査を受けることにより早期発見に努めています。

【これまでの主な取組】

- 「乳がん月間（10月）」や「女性の健康週間（3月1日から同月8日まで）」などの機会を捉えて、がん検診の受診促進に係る都民向けの啓発を実施
- 国の指針を踏まえ、がん検診の実施方法等をより具体的に示した「がん検診の精度管理のための技術的指針¹」等を作成し、区市町村が適切な検診を行えるよう技術的支援を実施
- がん検診従事者の資質向上を図るための研修や講習会を行い、検診の実施体制を整備
- がん対策に積極的に取り組む意欲のある企業等を「取組企業」に認定し、職域におけるがん対策の取組促進に向けた支援を実施
- 職域と連携し、都がこれまで蓄積してきた健康づくりやがん対策等の知見の普及啓発を行い、事業者の取組を支援
- がん検診の質の向上を含む精度管理や、個別勧奨・再勧奨、啓発等に関する区市町村の取組に対して、福祉保健区市町村包括補助事業²（以下「包括補助」という。）による財政支援を実施

¹ がん検診の精度管理のための技術的指針：区市町村が住民を対象に実施するがん検診の質の向上が図られることを目的として都が作成。がん検診の実施から精密検査の結果把握に至るまでの精度管理（検診が有効かつ効率的に実施されているかの継続的な評価・管理）を行う際に使用できるよう、検診の各段階でのチェックポイントや標準的な様式を示している。

² 福祉保健区市町村包括補助事業：区市町村が地域の実情に応じ、創意工夫を凝らして主体的に実施する福祉・保健・医療サービスの向上を目指す取組を都が支援する事業

1 【指標の達成状況及び評価】

指 標	指標の方向	ベースライン値 (平成 17 年)	現状値 (平成 28 年)	増減率	評価
人口 10 万人当たりがんによる 75 歳未満年齢調整死亡率	減らす (20%減)	93.9	75.5	▽ 19.6%	a

2

3 ○ 人口 10 万人当たりがんによる 75 歳未満年齢調整死亡率³は減少してい
4 ます。指標は改善傾向にあることから、評価を a としました。〈図 27〉

5

6 <図 27> 人口 10 万人当たりがんによる 75 歳未満年齢調整死亡率の推移(東京都・全国)

7

8

9

10

11

12

13

14

15

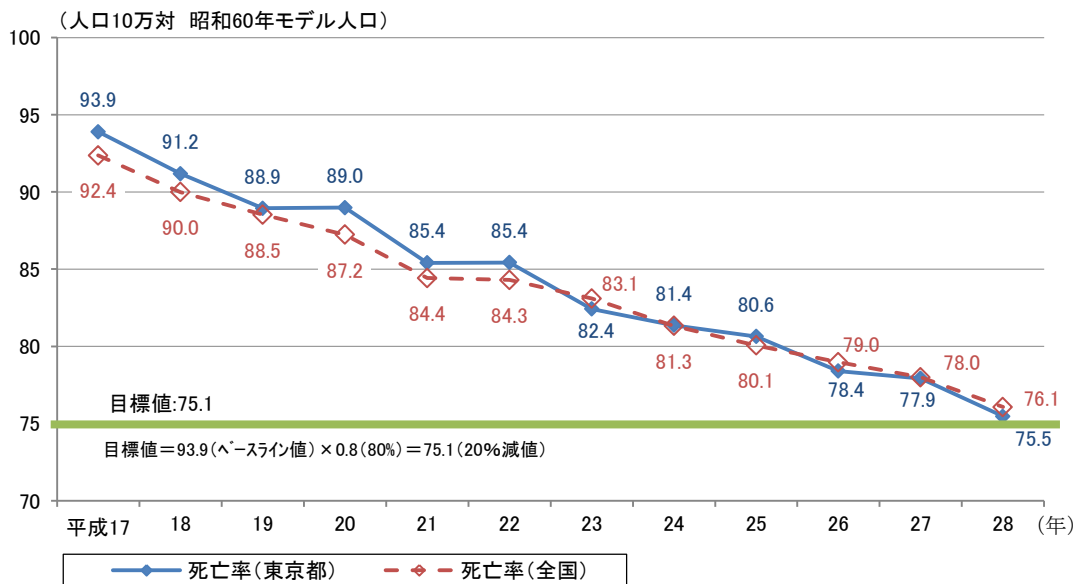
16

17

18

19

20



21

資料: 人口動態統計による都道府県別がん死亡データ(国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」)

22

23

24

25

26

27

28

29

30

³ 年齢調整死亡率: 高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で死亡率を比較したり、同じ集団の死亡率の年次推移をみるため、集団全体の死亡率を基準となる集団の年齢構成(基準人口)に合わせた形で算出した死亡率(人口 10 万対)。「東京都がん対策推進計画(第二次改定)」では、がんの壮年期死亡の減少を高い精度で評価するため、「75 歳未満」の年齢調整死亡率を用いている。

1 【参考指標の数値の推移】

参考指標		ベースライン値	現状値
都民のがん検診の受診率	胃がん	36.7% (平成 22 年)	39.8% (平成 27 年)
	肺がん	35.1% (平成 22 年)	37.2% (平成 27 年)
	大腸がん	37.2% (平成 22 年)	41.9% (平成 27 年)
	子宮頸がん	35.9% (平成 22 年)	39.8% (平成 27 年)
	乳がん	32.8% (平成 22 年)	39.0% (平成 27 年)
精密検査受診率 ⁴	胃がん	70.7% (平成 22 年度)	71.7% (平成 27 年度)
	肺がん	62.0% (平成 22 年度)	72.9% (平成 27 年度)
	大腸がん	44.0% (平成 22 年度)	54.8% (平成 27 年度)
	子宮頸がん	58.3% (平成 22 年度)	66.8% (平成 27 年度)
	乳がん	75.1% (平成 22 年度)	82.2% (平成 27 年度)
精密検査結果未把握率 ⁵	胃がん	22.8% (平成 22 年度)	23.6% (平成 27 年度)
	肺がん	29.5% (平成 22 年度)	23.4% (平成 27 年度)
	大腸がん	47.1% (平成 22 年度)	33.0% (平成 27 年度)
	子宮頸がん	37.6% (平成 22 年度)	29.4% (平成 27 年度)
	乳がん	20.1% (平成 22 年度)	15.5% (平成 27 年度)

2

3 ○ がん検診受診率は、5がん⁶とも増加していますが、肺がんの増加幅は小
4 さくなっています。〈図 28〉

5

6 ○ 精密検査受診率は、5がんとも増加していますが、胃がんの増加幅は小
7 さくなっています。〈図 29〉

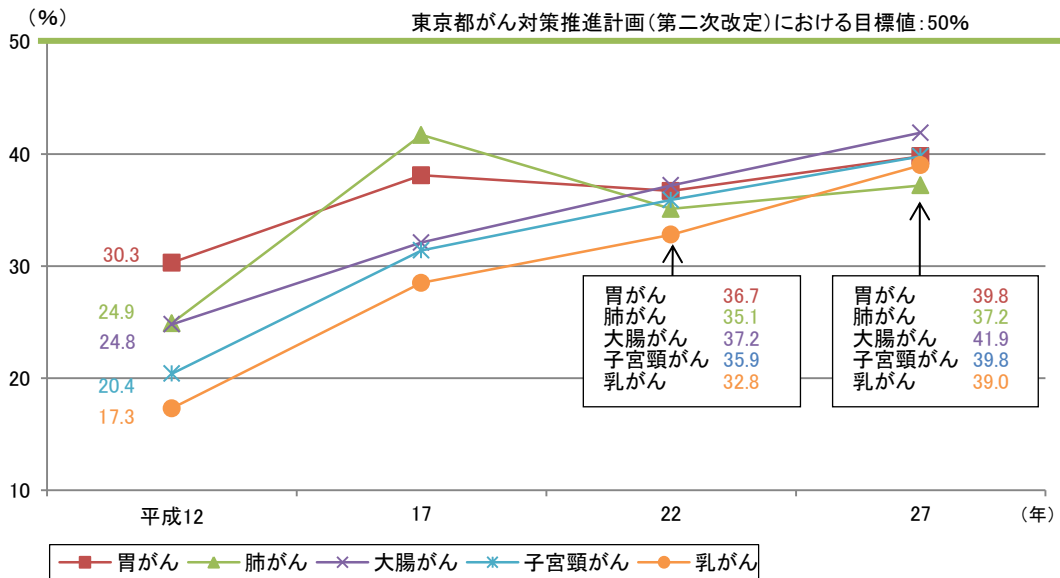
⁴ 精密検査受診率:がん検診受診者の中で、精密検査が必要とされた者(要精密検査者)のうち、精密検査を受けた者の割合

⁵ 精密検査結果未把握率:要精密検査者のうち、精密検査受診の有無が分からない者及び(精密検査を受診したとしても)精密検査結果が正確に把握できていない者の割合

⁶ 5がん:厚生労働省が「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」において検診を勧める5つのがん(胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん)のことを指す。

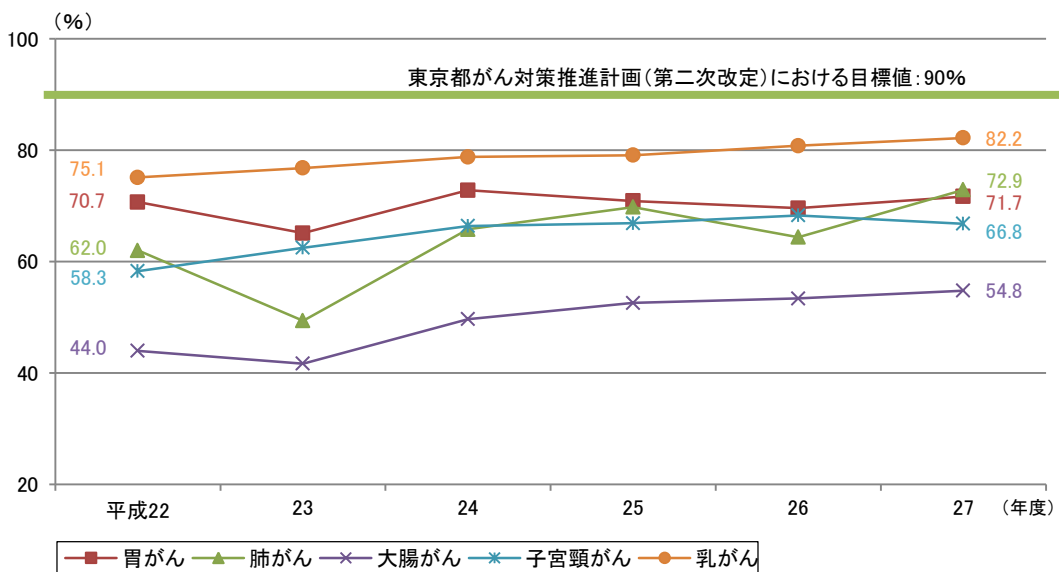
○ 精密検査結果未把握率は、胃がんは若干増加していますが、他のがんは20%以上減少しています。〈図 30〉

〈図 28〉がん検診受診率の推移(東京都)



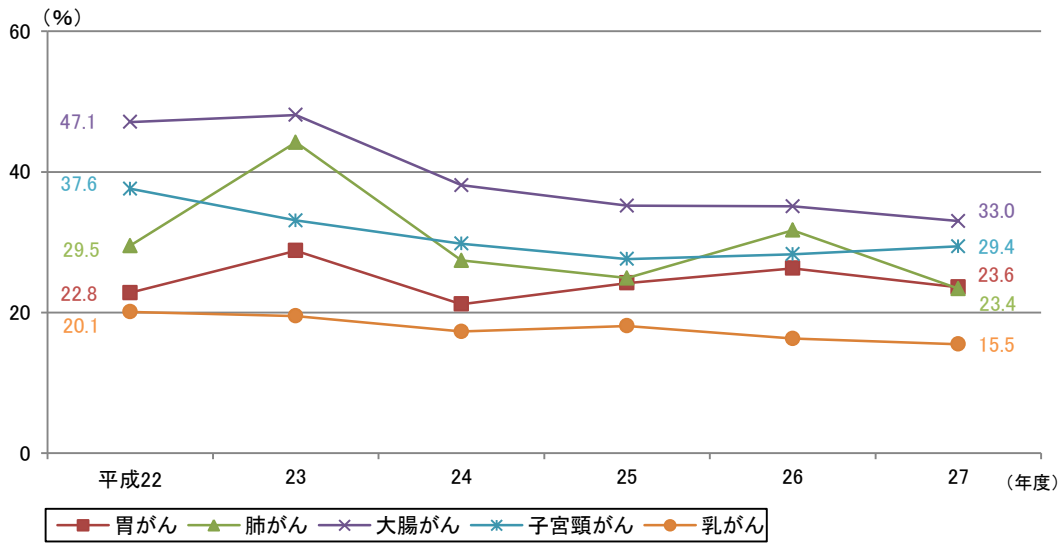
資料:「老人保健法等に基づく健康診査及びがん検診の対象人口率調査」(平成12年から平成17年まで)及び「健康増進法に基づくがん検診の対象人口率等調査」(平成22年から)(東京都福祉保健局)

〈図 29〉精密検査受診率の推移(東京都)



資料:「地域保健・健康増進事業報告」(厚生労働省)

＜図 30＞精密検査結果未把握率の推移（東京都）



資料:「地域保健・健康増進事業報告」(厚生労働省)

【現状と課題】

- がんによる75歳未満年齢調整死亡率は年々減少していますが、依然として都民の主要死因割合の第一位はがんで、全体の約3割を占めます（平成28年）。こうしたことから、がんはリスク要因となる生活習慣や生活環境を改善することにより予防効果が期待できることなど、がん予防に関する正しい知識の普及啓発が必要です。
- がん検診受診率は5がんとも増加傾向にあるものの、40%前後であり、関連計画である「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」における目標値50%の達成に向けて、更なるがん検診受診率向上の取組が必要です。
- 精密検査受診率は5がんとも増加傾向にあるものの、がん種により50%から80%台であり、「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」における目標値90%の達成に向けて、引き続き、精密検査対象者の受診状況や結果を把握し、効果的な勧奨・再勧奨を行うことが必要です。
- 職域におけるがん検診は、制度上の位置付けが明確でなく、実施状況や精度管理の状況について正確な把握が困難です。職域のがん検診がより効果的に実施されるよう国が作成した「職域におけるがん検診に関するマニュアル」⁷等に基づき、職域のがん検診の実態を把握し、検診実施や受診率向上に向けた取組を支援する必要があります。

⁷ 職域におけるがん検診に関するマニュアル:がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状に鑑み、職域におけるがん検診の実施に関し参考となる事項を示し、がんの早期発見の推進を図ることにより、がんの死亡率を減少させること等を目的とするマニュアル

1 【取組の方向性】

2 ■がんの発症予防

3 がんのリスクを下げるため、望ましい食生活や節度ある飲酒、運動等の身
4 体活動、喫煙や受動喫煙による健康影響、がんのリスク因子としての感染症
5 予防などについて、正しい知識を広く普及し、生活習慣や生活環境の改善に
6 つなげる取組を進めます。

7 また、日常生活の多くの時間を過ごす職場において、健康づくりや生活習
8 慣改善を実践できるよう、事業者団体と連携し、企業に対する普及啓発や取
9 組支援を推進していきます。

10 ■がん検診の受診率向上

11 がん検診の個別勧奨・再勧奨や受診しやすい環境整備などを行う区市町村
12 に対し、財政的・技術的支援を行います。

13 また、企業や関係団体等との連携を図りながら、職域での検診実施や受診
14 率向上に対する支援を行います。

15 さらに、より多くの都民ががん検診を正しく理解し、受診につながるよう、
16 区市町村や企業等の関係機関等と連携しながら、効果的な普及啓発を行いま
17 す。

18 ■がん検診の質の向上

19 全ての区市町村で科学的根拠に基づくがん検診が適切に実施されるよう、
20 「がん検診の精度管理のための技術的指針」等を活用して技術的支援を行いま
21 す。

22 また、精密検査の未受診者に対し、区市町村が個別に受診勧奨できるよう、
23 精密検査結果の把握を促進する取組を実施します。

24 さらに、がん検診実施機関が質の高い検診を実施できるよう、検診従事者
25 向け研修の実施等により人材育成を行います。

26 【最終評価に向けた目標・指標等の見直し】

- 27 ○ 指標「人口10万人当たりがんによる75歳未満年齢調整死亡率」につい
28 ては、「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」との整合を図り、指標の方
29 向を「減らす（69.1未満⁸）」に変更します。

8 「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」では、75歳未満年齢調整死亡率の目標数値を、同計画の最終年（平成35年（2023年））の時点で把握可能な平成34年（2022年）の値である67.9としている。プラン21（第二次）では、最終年度が平成34年度（2022年度）であることから、「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」の推計方法をもとに、最終年度の時点で把握可能な数値である平成33年（2021年）の値69.1とする。

1 (見直し後の指標)

指 標	指標の 方向	ベースライン値 (平成 17 年)	現状値 (平成 28 年)
人口 10 万人当たりがんによる 75 歳未満年齢調整死亡率	減らす (69.1 未満)	93.9	75.5

2

3 ○ 参考指標「精密検査受診率」及び「精密検査結果未把握率」については、
4 「東京都がん対策推進計画（第二次改定）」との整合を図り、出典を「地域
5 保健・健康増進事業報告」から「東京都精度管理評価事業」に変更します。

6

7 (見直し後の参考指標)

参考指標		ベースライン値 (平成 23 年度)	現状値 (平成 27 年度)
精密検査受診率	胃がん	<u>65.3%</u>	<u>73.0%</u>
	肺がん	<u>48.5%</u>	<u>70.2%</u>
	大腸がん	<u>41.7%</u>	<u>56.8%</u>
	子宮頸がん	<u>57.3%</u>	<u>65.8%</u>
	乳がん	<u>77.9%</u>	<u>82.1%</u>
精密検査結果未把握率	胃がん	<u>29.9%</u>	<u>23.9%</u>
	肺がん	<u>44.5%</u>	<u>27.0%</u>
	大腸がん	<u>48.9%</u>	<u>32.4%</u>
	子宮頸がん	<u>37.4%</u>	<u>31.0%</u>
	乳がん	<u>18.6%</u>	<u>16.1%</u>

8

9

1 <重点分野>

領域と分野	分野別目標
<p>1-2 糖尿病・ メタボリック シンドローム</p>	<p>糖尿病による合併症を発症する人の割合を減らす</p>

2

3 【望ましい姿】

4 都民の多くが、食生活や運動等の生活習慣を改善し、適正体重を維持し、定
5 期的に健診等を受診することで、糖尿病の予防・早期発見やメタボリックシン
6 ドローム（内臓脂肪症候群）の予防に努めています。

7 糖尿病の診断を受けた場合は早期に治療を開始し、自己判断で中断すること
8 なく適切な治療を受けています。

9 適正な血糖値と血圧を保つことにより、糖尿病の重症化と合併症の発症が予
10 防されています。

11

12 【これまでの主な取組】

13 ○ 世界糖尿病デー（11月14日）のシンボル「ブルーサークル」¹にちな
14 み、都庁舎や東京ゲートブリッジ等を青色にライトアップし、糖尿病予防
15 の機運を醸成

16

17 ○ 職域向けパンフレットや講演会、都民向けリーフレット等を通じて、糖
18 尿病の正しい知識や定期的な健診受診等による予防の重要性について普及
19 啓発を実施

20

21 ○ 企業や医療保険者等から、糖尿病の重症化予防の取組を行う上での課題
22 を収集し、今後の取組支援等につなげるため、シンポジウムを開催

23

24 ○ 「東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム」²を策定し、医療機関未受
25 診者及び治療中断者について、区市町村国民健康保険が適切な受診勧奨、
26 保健指導を実施

27

28

29

¹ ブルーサークル：糖尿病に関する国連決議が採択された翌年 2007 年から使われるシンボルマーク。国連やどこまでも続く空を表す「ブルー」と、団結を表す「輪」をデザインしたもの

² 東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム：東京都国民健康保険運営方針に基づき、東京都医師会、東京都糖尿病対策推進会議及び東京都の三者の連名により、「東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を平成 30 年3月に策定。同プログラムは、区市町村の重症化予防に向けた取組の考え方や標準的な内容を示すとともに、関係機関の連携体制を構築し、区市町村における事業の円滑な推進を支援するためのもの

1 ○ 糖尿病患者の重症化予防、療養生活の質の向上につなげるため、予防から治療までの一貫した糖尿病対策を推進し、都民の誰もが身近な地域で症状に応じた適切な治療を受けられる医療連携体制を構築

5 ○ 国民健康保険の保険者である区市町村及び国民健康保険組合による特定健康診査³・特定保健指導⁴への財政支援を実施

8 ○ 自分自身で健康状態をチェックできるような体験型の手法を用いた普及啓発や個人の生活に合わせた相談指導などの区市町村の取組に対して、包括補助による財政支援を実施

12 **【指標の達成状況及び評価】**

指 標	指標の方向	ベースライン値	現状値	増減率	評価
人口 10 万人当たり 糖尿病性腎症による新規透析導入率	減らす	11.3 (平成 22 年)	10.7 (平成 27 年)	▽ 5.3%	a
人口 10 万人当たり 糖尿病網膜症による失明発症率	減らす	1.78 (平成 22 年度)	1.40 (平成 27 年度)	▽ 21.3%	a

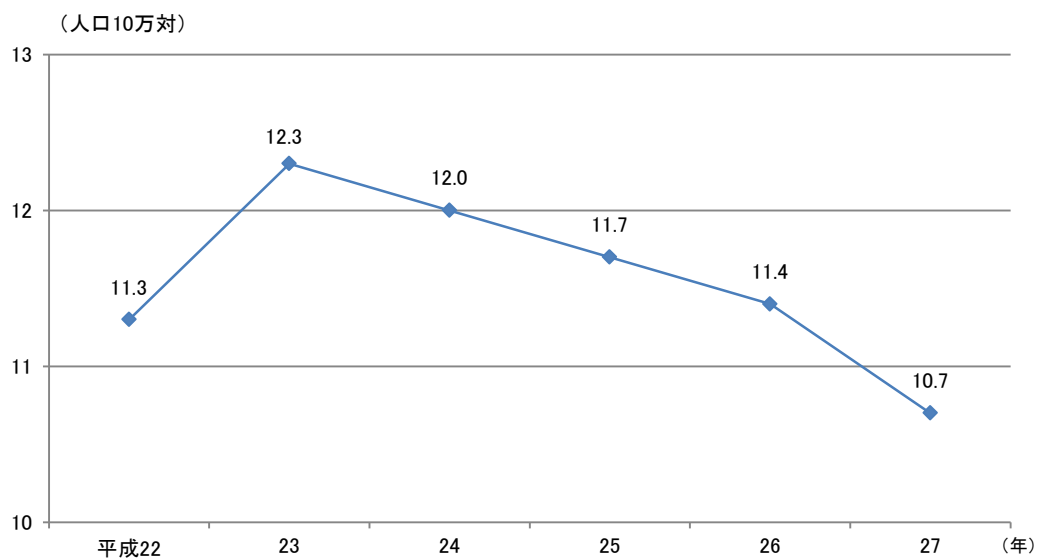
14 ○ 人口 10 万人当たり糖尿病性腎症による新規透析導入率は、経年でみると平成 23 年に一度増加しましたが、その後は減少しています。指標は改善傾向にあることから、評価を a としました。〈図 31〉

18 ○ 人口 10 万人当たり糖尿病網膜症による失明発症率は、平成 24 年度に一度増加しましたが、その後は減少しています。指標は改善傾向にあることから、評価を a としました。〈図 32〉

³ 特定健康診査: 日本人の死亡原因の約6割を占める生活習慣病の予防のために、医療保険者が 40 歳から 74 歳までの加入者(被保険者・被扶養者)を対象に、メタボリックシンドローム等に着眼して行う健診

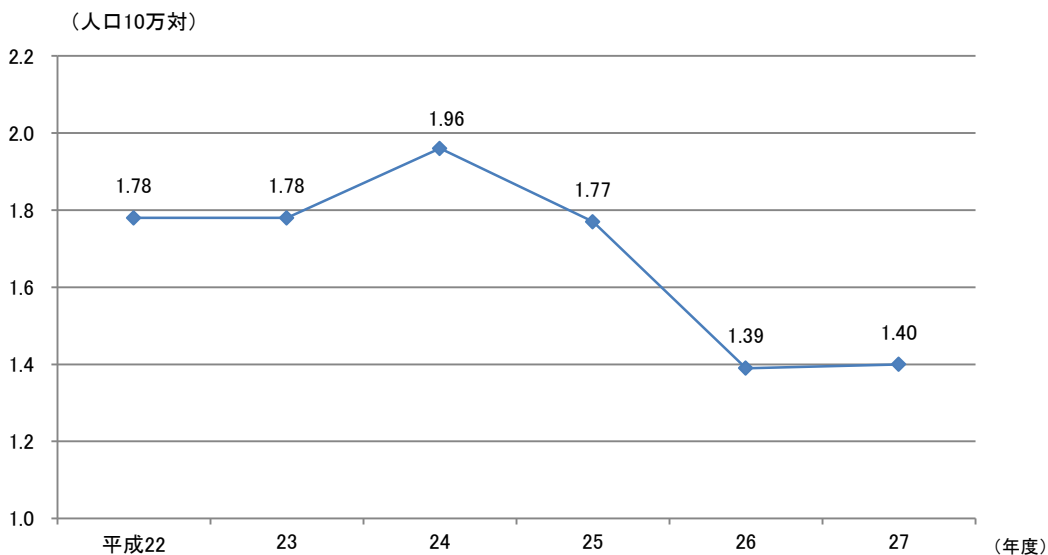
⁴ 特定保健指導: 医療保険者が特定健康診査の結果により、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげることができるよう、医師や保健師等の専門職が個別に介入、指導するもの

1
2 **<図 31>人口 10 万人当たり糖尿病性腎症による新規透析導入率の推移(東京都)**



15
16 資料:「わが国の慢性透析療法の現況 各年 12 月 31 日現在」(一般社団法人日本透析医学会)を用いて
17 東京都福祉保健局にて算出

18
19
20
21 **<図 32>人口 10 万人当たり糖尿病網膜症による失明発症率の推移(東京都)**



34
35 資料:「福祉行政報告例(身体障害者手帳交付台帳登載数)」(厚生労働省)を用いて
36 東京都福祉保健局にて算出

1 【参考指標の数値の推移】

参考指標		ベースライン値	現状値
特定健康診査の実施率	区市町村国民健康保険 実施分	42.5% (平成 22 年度)	44.9% (平成 27 年度)
	東京都全体	60.2% (平成 22 年度)	63.4% (平成 27 年度)
特定保健指導の実施率	区市町村国民健康保険 実施分	15.3% (平成 22 年度)	15.7% (平成 27 年度)
	東京都全体	11.1% (平成 22 年度)	14.8% (平成 27 年度)
メタボリックシンドローム該当者 の割合	区市町村国民健康保険 実施分	16.1% (平成 22 年度)	16.4% (平成 27 年度)
	東京都全体	14.0% (平成 22 年度)	13.4% (平成 27 年度)
メタボリックシンドローム予備群 の割合	区市町村国民健康保険 実施分	10.4% (平成 22 年度)	10.3% (平成 27 年度)
	東京都全体	12.1% (平成 22 年度)	11.5% (平成 27 年度)
適正体重 (BMI ⁵ 18.5 以上 25 未満) を維持している人の割合	男性 (20 歳~69 歳)	65.5% (平成 19-21 年)	67.4% (平成 24-26 年)
	女性 (40 歳~69 歳)	67.6% (平成 19-21 年)	66.9% (平成 24-26 年)
糖尿病有病者・予備群の割合 (40~74 歳)	男性	35.9% (平成 19-21 年)	25.2% (平成 24-26 年)
	女性	29.4% (平成 19-21 年)	27.8% (平成 24-26 年)

2
3
4
5
6
7
8
9
10
11

○ 特定健康診査・特定保健指導の実施率は、年度ごとの増減はあるものの、ベースライン値からは増加しています。〈図 33〉〈図 34〉

○ メタボリックシンドローム該当者⁶・予備群⁷の割合は、大きな変化はなく、依然としてそれぞれ全体の 1 割程度を占めています。〈図 35〉

○ 適正体重 (BMI 18.5 以上 25 未満) を維持している人の割合は、男女とも大きな変化はなく、全体の約 65% を占めています。

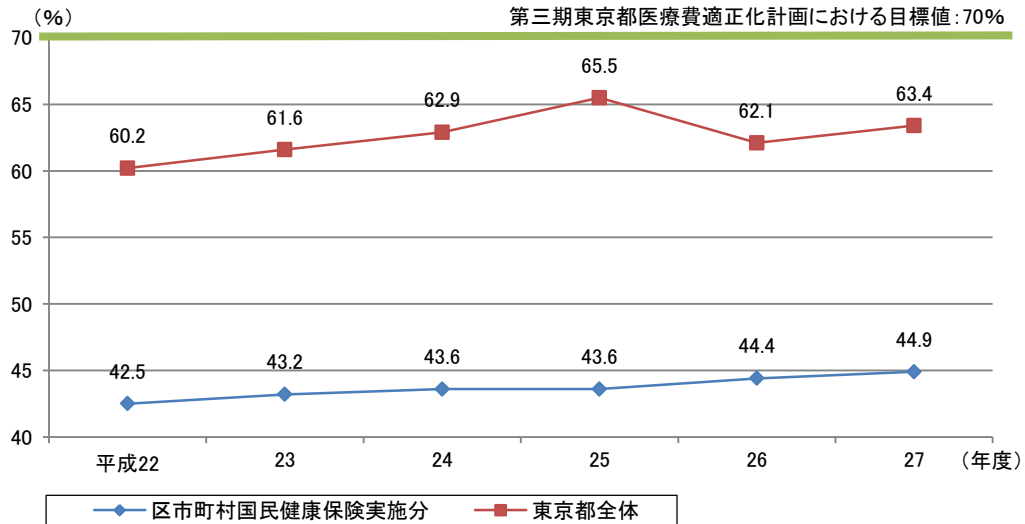
⁵ BMI (Body Mass Index) : 体重(kg)÷身長(m)²で算出される値。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる。

⁶ メタボリックシンドローム該当者:メタボリックシンドロームが強く疑われる者のことで、腹囲が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上で、3つの項目(高血糖、高血圧、脂質異常)のうち2つ以上の項目に該当する者

⁷ メタボリックシンドローム予備群:腹囲が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上で、3つの項目(高血糖、高血圧、脂質異常)のうち1つに該当する者

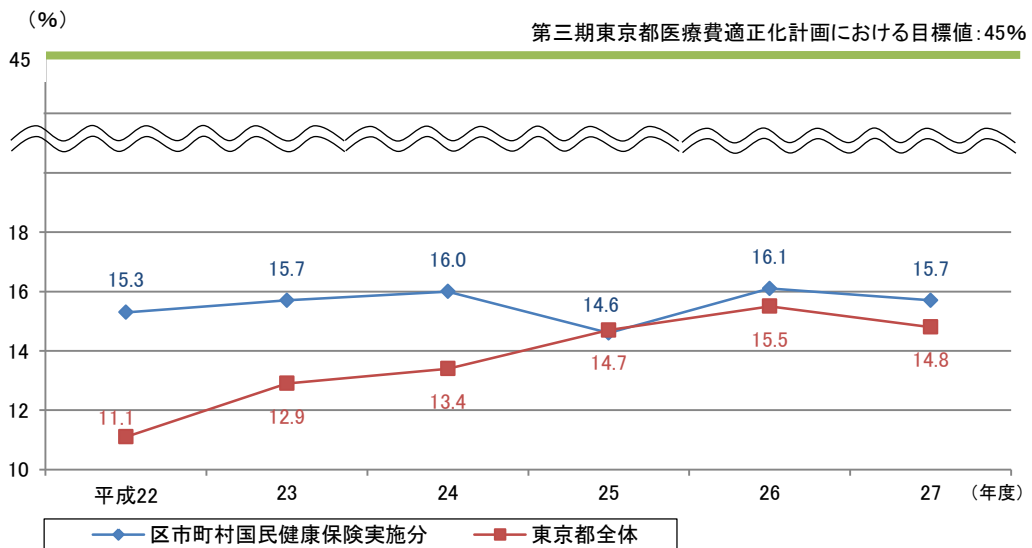
○ 糖尿病有病者⁸・予備群⁹の割合は、男女とも減少していますが、女性の減少幅は小さくなっています。

＜図 33＞特定健康診査実施率の推移(東京都)



資料:「特定健診等データ管理システム」(区市町村国保)及び「レセプト情報・特定健康診査等情報データ」(厚生労働省)

＜図 34＞特定保健指導実施率の推移(東京都)

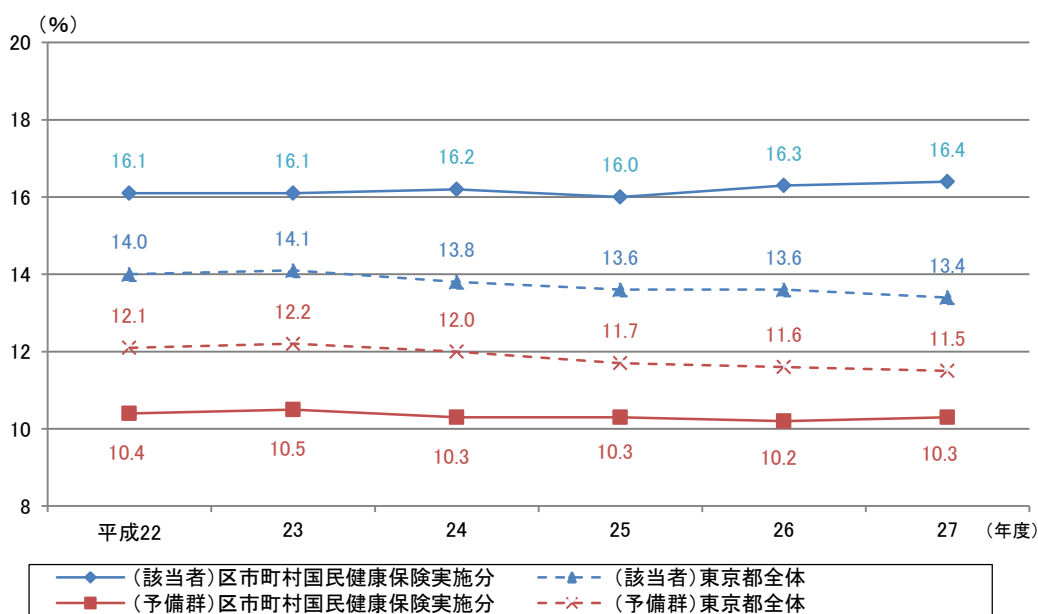


資料:「特定健診等データ管理システム」(区市町村国保)及び「レセプト情報・特定健康診査等情報データ」(厚生労働省)

⁸ 糖尿病有病者:「国民健康・栄養調査」では、「糖尿病が強く疑われる人」(HbA1c(NGSP)6.5%以上に該当する人)であるか、「血糖を下げる薬を服薬又はインスリン注射を使用している」に該当する人のこと。

⁹ 糖尿病予備群:「国民健康・栄養調査」では、「糖尿病の可能性を否定できない人」(血糖値を下げる薬を服薬又はインスリン注射を使用している人を除く、HbA1c(NGSP)6.0%以上 6.5%未満に該当する人)のこと。HbA1cの値は、採血時から過去1、2か月間の平均血糖値を反映し、糖尿病の診断に用いられるとともに、血糖コントロール状態の指標となる。

＜図 35＞メタボリックシンドローム該当者・予備群の割合の推移(東京都)



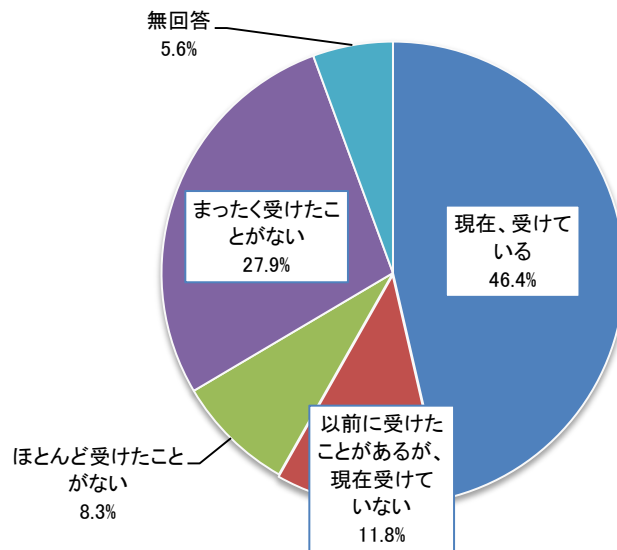
資料:「特定健診等データ管理システム」(区市町村国保)及び
「レセプト情報・特定健康診査等情報データ」(厚生労働省)

【現状と課題】

- 糖尿病は、初期の段階では自覚症状が乏しく、未治療者や治療中断者が半数を占めています。＜参考図4＞
- 糖尿病になり、血糖値が高い状況が続くと、心筋梗塞や脳卒中のリスクが高まるほか、糖尿病性腎症による透析や糖尿病網膜症による失明など深刻な合併症につながるおそれがあります。
また、メタボリックシンドロームを放置すると、糖尿病の発症や重症化を引き起こす可能性が高いとされています。
- 糖尿病有病者とその予備群、メタボリックシンドローム該当者とその予備群は、依然として一定割合を占めています。糖尿病の発症・重症化予防に向けて、引き続き、望ましい生活習慣に関する正しい知識や定期的な健診受診の必要性について普及啓発を行うとともに、要治療者に対する受診勧奨や重症化リスクのある者への個別指導（服薬を含む。）の推進が必要です。

- 1 ○ 特定健康診査実施率・特定保健指導実施率はおおむね増加傾向ですが、関
2 連計画である「第三期東京都医療費適正化計画」における目標値（特定健康
3 診査実施率：70%以上、特定保健指導実施率：45%以上）の達成に向けて、
4 区市町村や事業者等における取組を支援し、特定健康診査・特定保健指導の
5 実施率の更なる向上が必要です。

7 <参考図4> 糖尿病の疑いまたは糖尿病であると言われた人の受診状況
8 (平成26年度 東京都 20歳以上)



21 資料：「東京都福祉保健基礎調査(都民の健康と医療に関する実態と意識)」(東京都福祉保健局)

24 【取組の方向性】

25 ■糖尿病・メタボリックシンドローム予防の普及啓発

26 糖尿病やメタボリックシンドロームにならないための生活習慣改善の工
27 夫（一次予防）、定期的な健診受診や必要に応じ早期に医療機関を受診し、
28 治療を継続することの重要性（二次予防）、糖尿病の重症化予防（三次予防）
29 について、都民の理解を一層深めていくため、様々な広報媒体を活用し、引
30 き続き、普及啓発を図っていきます。

32 ■糖尿病の重症化予防

33 「東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に沿って、区市町村国民健
34 康保険と地区医師会・かかりつけ医等との連携強化を図るとともに、糖尿病
35 対策に係る会議等において情報提供や共有等を行うなど、未受診者に対する
36 受診勧奨や、重症化リスクのある対象者への個別指導の取組などが効果的に
37 行われるよう、区市町村を支援していきます。

1 **■特定健康診査・特定保健指導等の受診啓発**

2 医療保険者が行う特定健康診査・特定保健指導の実施率向上やデータ分
3 析に基づく保健事業（データヘルス計画¹⁰）の推進等について、区市町村等
4 に対し、交付金等の交付や保険者協議会を通じた先進的取組の情報提供に
5 より支援を行います。

6 また、特定健康診査・特定保健指導の受診の重要性やリスクの高い方へ
7 の受診勧奨・治療継続の必要性について、普及啓発や研修を実施し、医療
8 保険者や企業等の働く世代に向けた取組を支援していきます。

¹⁰ データヘルス計画:レセプト(診療報酬明細書)・健診情報等のデータの分析に基づく、効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画で、平成 25 年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、全ての健康保険組合等に対して、データヘルス計画の作成と事業実施等を求めることとされた。計画の策定にあたっては、電子化された健康・医療情報を分析し、被保険者等の健康課題を明確にした上で、事業の企画を行うこととしている。

領域と分野	分野別目標
1-3 循環器疾患	脳血管疾患及び虚血性心疾患の 年齢調整死亡率を下げる

1
2 **【望ましい姿】**

3 多くの都民が、望ましい生活習慣が循環器疾患の発症予防につながることを
4 理解し、実践しています。

5 また、血圧を測定したり、脈を診たり、特定健康診査を毎年受診するなど早
6 期発見に努めています。必要に応じて適切な治療を開始・継続するとともに、
7 生活上の注意を守り、重症化を予防しています。

8
9 **【これまでの主な取組】**

10 ○ 職域向けパンフレットや講演会、都民向けリーフレット等を通じて、循
11 環器疾患と糖尿病との関連性や定期的な健診受診の重要性等について普及
12 啓発を実施

13
14 ○ リーフレットや普及啓発動画などの各種広報媒体やイベント、シンポジ
15 ウム等の機会を活用し、日頃から行う脳卒中の発症予防法や発症が疑われ
16 る具体的な症状、速やかな救急通報等について普及啓発を実施

17
18 ○ 国民健康保険の保険者である区市町村及び国民健康保険組合による特定
19 健康診査・特定保健指導の実施を財政的に支援

20
21 **【指標の達成状況及び評価】**

指 標		指標の 方向	ベースライン値 (平成22年)	現状値 (平成27年)	増減率	評価
人口10万人当たり 脳血管疾患による 年齢調整死亡率	男性	下げる	49.2	35.7	▽ 27.4%	a
	女性		25.8	19.4	▽ 24.8%	
人口10万人当たり 虚血性心疾患による 年齢調整死亡率	男性	下げる	48.5	42.5	▽ 12.4%	a
	女性		19.8	16.0	▽ 19.2%	

22

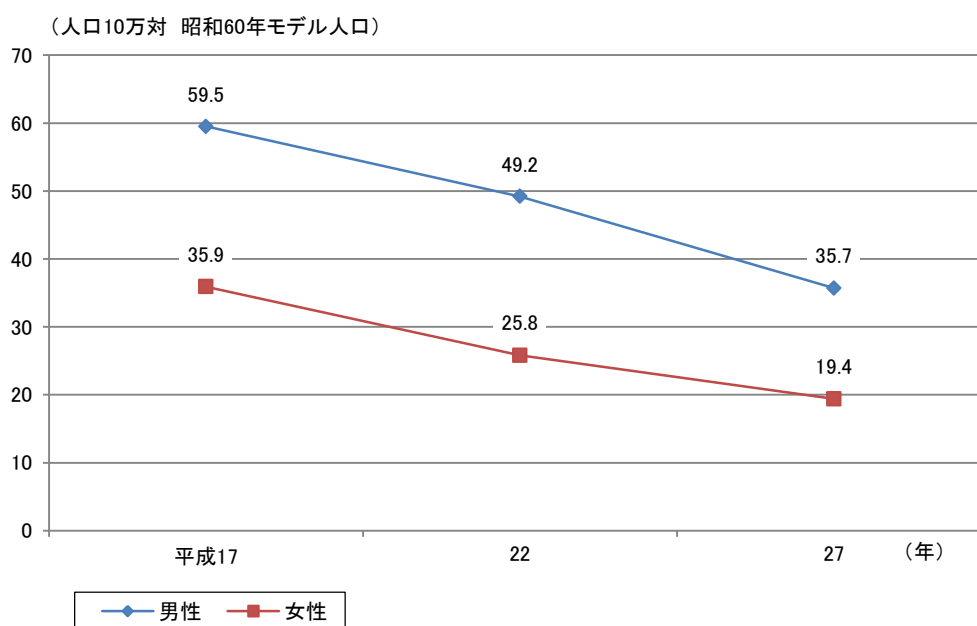
23

24

1
2 ○ 人口10万人当たり脳血管疾患による年齢調整死亡率は、男女ともに減少
3 しています。指標は改善傾向にあることから、評価を a としました。〈図
4 36〉

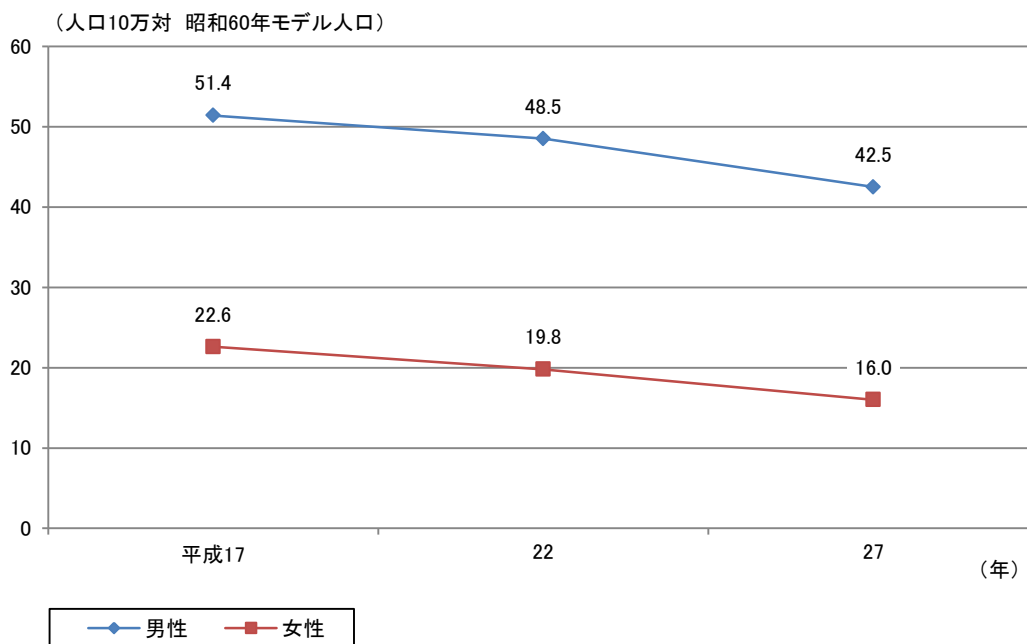
5
6 ○ 人口10万人当たり虚血性心疾患による年齢調整死亡率は、男女ともに減
7 少しています。指標は改善傾向にあることから、評価を a としました。
8 〈図37〉

9
10
11 <図36>人口10万人当たり脳血管疾患による年齢調整死亡率の推移(東京都)



26 資料:「人口動態統計特殊報告」(厚生労働省)

1 <図 37>人口 10 万人当たり虚血性心疾患による年齢調整死亡率の推移(東京都)



資料:「人口動態統計特殊報告」(厚生労働省)

21 【参考指標の数値の推移】

参考指標		ベースライン値 (平成 23 年)	現状値 (平成 26 年)
人口 10 万人当たり脳血管疾患の受療率 ¹	入院	103	94
	外来	77	69
人口 10 万人当たり虚血性心疾患の受療率	入院	10	9
	外来	38	43

22 ○ 人口 10 万人当たり脳血管疾患の受療率は、入院・外来とも減少してい
23 ます。

24
25 ○ 人口 10 万人当たり虚血性心疾患の受療率は、入院はほぼ変化がありま
26 せんが、外来は増加しています。

27
28
¹ 受療率:ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口 10 万人との比率。患者調査によって、病院あるいは診療所に入院又は外来患者として治療のために通院した患者の全国推計患者数を把握し、算出する。

1 **【現状と課題】**

2 ○ 脳血管疾患及び虚血性心疾患による年齢調整死亡率は減少傾向にありま
3 す。両疾患を含む循環器疾患は、がんに次ぐ都民の主要な死因であり、死
4 因の全体の2割強を占めています（平成28年）。

5
6 ○ 循環器疾患の発症リスクを高める要因には、喫煙、睡眠不足、過度な飲酒、
7 肥満、高血圧症、脂質異常症、糖尿病等があり、生活習慣の改善によりこれ
8 らのリスク要因を減らし、発症を予防することが可能です。引き続き、発症
9 予防のための望ましい生活習慣への正しい理解を促すことが必要です。

10
11 ○ また、循環器疾患は要介護状態になる要因となりやすく、健康寿命にも影
12 響を及ぼします。区市町村や事業者等における取組を支援し、特定健康診
13 査・特定保健指導の実施率の更なる向上を図るとともに、要治療者に対する
14 受診勧奨や重症化リスクのある者への個別指導（服薬を含む）などの重症化
15 予防の取組が重要です。

16
17 **【取組の方向性】**

18 **■循環器疾患の発症予防**

19 生活習慣の改善や適切な治療により、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、
20 メタボリックシンドローム、ストレスなどの危険因子を減らすことが効果的
21 であることについて、また、定期的な健診受診による疾患の早期発見、早期
22 治療や適切な治療の継続などの必要性について、区市町村、医療保険者等と
23 連携し普及啓発を行います。

24
25 **■特定健康診査・特定保健指導等の受診啓発**

26 医療保険者が行う特定健康診査・特定保健指導の実施率向上やデータ分析
27 に基づく保健事業（データヘルス計画）の推進等について、区市町村等に対
28 し、交付金等の交付や保険者協議会を通じた先進的取組の情報提供により支
29 援を行います。

30 また、特定健康診査・特定保健指導の受診の重要性やリスクの高い方への
31 受診勧奨・治療継続の必要性について、普及啓発や研修を実施し、医療保険
32 者や企業等の働く世代に向けた取組を支援していきます。

領域と分野	分野別目標
1-4 COPD	COPD（慢性閉塞性肺疾患）について 知っている人の割合を増やす

1
2 **【望ましい姿】**

3 多くの都民が、COPD¹の原因や症状について正しい知識を持ち、予防に
4 努め、早期治療と治療継続の意義を理解しています。長期にわたる喫煙者等リ
5 スクの高い人は、早期発見と早期受診に努めています。

6
7 **【これまでの主な取組】**

- 8 ○ COPDの早期発見・早期受診などの必要性を分かりやすく説明した都
9 民向けパンフレットを作成し、普及啓発を実施
- 10
11 ○ COPDのおそろしさや診断方法、治療方法などを紹介した、職場向け
12 普及啓発動画の作成や、働く世代に向けたインターネットバナー広告、働
13 く女性向け情報誌への記事掲載、医療従事者向け講習会を実施
- 14
15 ○ COPDを知り、発症予防及び早期発見・早期治療の大切さを認識して
16 もらうとともに、家族等にも伝える意識を醸成するため、区市町村と連携
17 し、イベント会場での肺年齢測定を実施
- 18
19 ○ 卒煙支援のリーフレットの作成や、健康保険でニコチン依存症治療が受
20 けられる医療機関の情報をホームページに掲載することなどにより、禁煙
21 希望者を支援

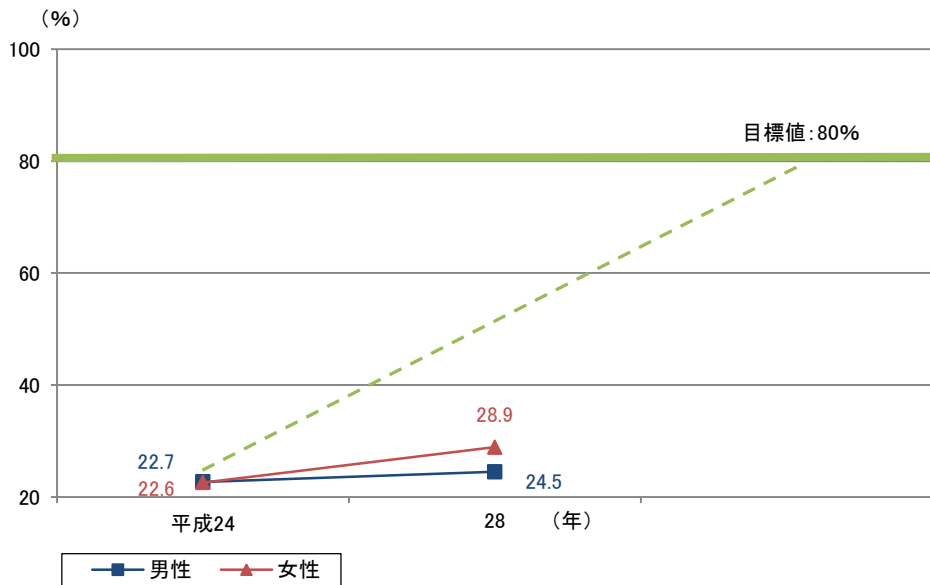
22
23 **【指標の達成状況及び評価】**

指標		指標の 方向	ベースライン値 (平成24年)	現状値 (平成28年)	増減率	評価
COPDの認知度 (言葉の内容を知っていた人の割合) (20歳以上)	男性	増やす (80%)	22.7%	24.5%	△ 7.9%	a
	女性		22.6%	28.9%	△ 27.9%	

- 24
25 ○ COPDの認知度は男女ともに上昇しており、指標は改善傾向にあること
26 から、評価をaとしました。しかし、これまでの増加率のペースでは、80%
27 まで認知度を増やすことは困難と推測されます。〈図38〉

¹ COPD(Chronic Obstructive Pulmonary Disease):これまで、肺気腫や慢性気管支炎と診断された疾患の総称で、主な症状は咳・痰・息切れであり、徐々に呼吸障害が進行する。主な原因は長期にわたる喫煙習慣。

＜図 38＞COPDの認知度の推移(東京都 20 歳以上)



資料:「健康に関する世論調査」及び「健康と保健医療に関する世論調査」(東京都生活文化局)

【参考指標の数値の推移】

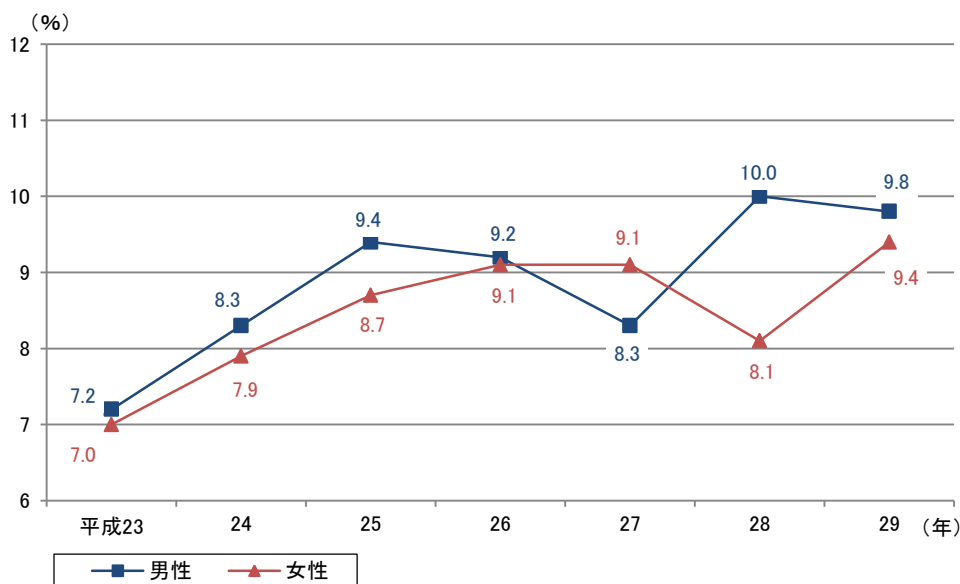
参考指標		ベースライン値	現状値
国民のCOPDの認知度 (COPDについてどんな病気かよく知っている人の割合) (20歳以上)	男性	7.2% (平成23年)	9.8% (平成29年)
	女性	7.0% (平成23年)	9.4% (平成29年)
人口10万人当たり気管支炎及びCOPDの受療率	入院	4 (平成23年)	3 (平成26年)
	外来	23 (平成23年)	19 (平成26年)
人口10万人当たりCOPDによる年齢調整死亡率	男性	8.5 (平成22年)	6.8 (平成28年)
	女性	1.5 (平成22年)	1.0 (平成28年)

○ 国民のCOPDの認知度は上昇傾向にありますが、都民の認知度に比べると低く、全体の1割に満たない状況です。＜図 39＞

○ 人口10万人当たりの気管支炎及びCOPDの受療率は、入院はほぼ変化がありませんが、外来は減少しています。

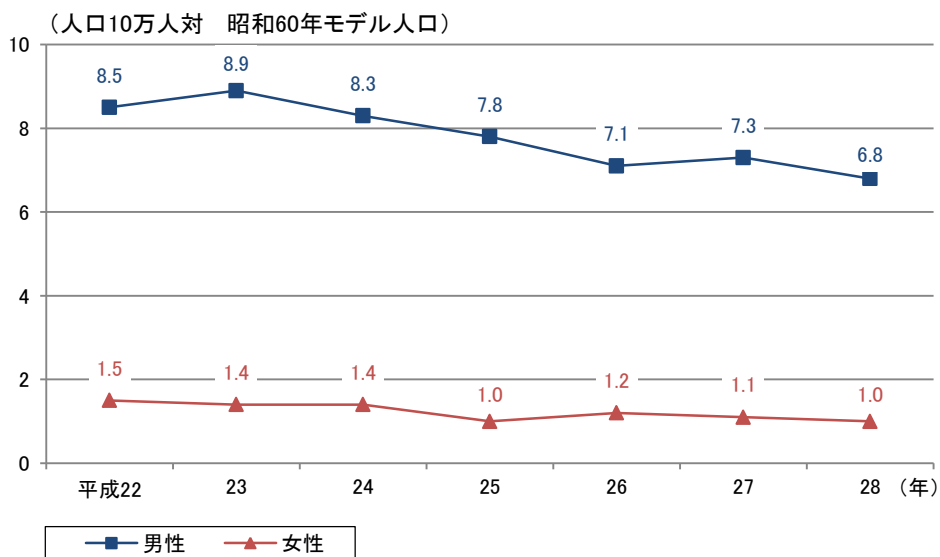
○ 人口10万人当たりのCOPDによる年齢調整死亡率は、男女ともに減少傾向にあります。＜図 40＞

＜図 39＞国民のCOPDの認知度の推移(全国 20歳以上)



資料:「COPD 認知度把握調査」(一般社団法人 GOLD 日本委員会)

＜図 40＞人口 10 万人当たり COPD による年齢調整死亡率の推移(東京都)

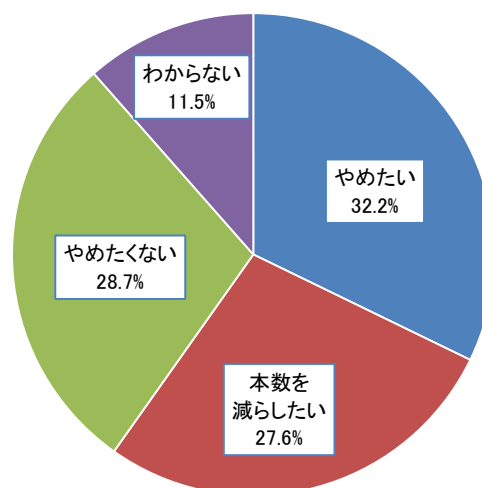


資料:「人口動態統計」(東京都福祉保健局)を用いて算出

1 **【現状と課題】**

- 2 ○ COPD患者の9割以上が長期にわたる喫煙者であり、喫煙者の2割がC
3 OPDを発症すると言われています。しかし、COPDが比較的新しい病名
4 であることから、疾患の理解や医療機関受診の必要性の認識が十分でないま
5 ま、適切な治療を受けずに症状が進行している人が少なくないと推測されま
6 す。
- 7
- 8 ○ 喫煙率は減少傾向にあるものの、平成28年の人口動態統計では、COP
9 Dは都民の死因の第11位であり、かつて喫煙していた方が高齢者となるこ
10 となどにより、今後、COPDを発症する方が増加すると推測されます。
- 11
- 12 ○ COPDは、禁煙等により発症予防が可能であり、発症しても服薬により
13 重症化を予防することが可能あるため、COPDについての認知度を高め、
14 発症予防、早期発見、自覚症状が出た場合の受診につなげていくことが重要
15 です。都民の認知度は上昇傾向にあるものの、約25%にとどまっているこ
16 とから、認知度80%に向けた、更なる普及啓発が必要です。
- 17
- 18 ○ 都民の世論調査（平成28年度）の結果では、喫煙者のうち、喫煙習慣を
19 見直したいと考えている人が6割近くいます。たばこをやめたい喫煙者への
20 禁煙・卒煙支援が重要です。〈参考図5〉

21
22
23 **〈参考図5〉喫煙習慣見直しに対する意欲(平成28年度 東京都 20歳以上)**



36 資料:「健康と保健医療に関する世論調査」(東京都生活文化局)

1 **【取組の方向性】**

2 **■COPDの認知度の向上**

3 COPDの予防、早期発見・早期治療の促進に向けて、疾病の原因や症状、
4 発症予防の方法、治療による重症化予防が可能であること等、正しい知識の
5 普及啓発を行っていきます。

6 また、リーフレットや動画等を活用し、職域と連携した普及啓発を行いま
7 す。

8
9 **■喫煙率減少に向けた取組の推進**

10 喫煙や受動喫煙は、COPDを含む呼吸器疾患や、肺がん等のリスクを高
11 めるとされていることから、正しい知識の普及に加え、禁煙希望者を支援す
12 るため、禁煙外来等の情報提供や、住民に対して禁煙治療費等を助成する区
13 市町村への支援などを行います。

14
15 **【最終評価に向けた目標・指標等の見直し】**

- 16 ○ 指標「COPDの認知度」については、「東京都保健医療計画（平成 30
17 年3月改定）」との整合を図り、新たに男女総数の項目を追加します。

18
19 (見直し後の指標)

指 標		指標の 方向	ベースライン値 (平成 24 年)	現状値 (平成 28 年)
COPDの認知度 (言葉の内容を知っていた人の割合) (20 歳以上)	総数	増やす (80%)	22.6%	26.8%
	男性		22.7%	24.5%
	女性		22.6%	28.9%

- 20
21 ○ 参考指標「国民のCOPDの認知度」については、上記見直し後の指標と
22 の整合を図り、新たに男女総数の項目を追加します。

23
24 (見直し後の参考指標)

参考指標		ベースライン値 (平成 23 年)	現状値 (平成 29 年)
国民のCOPDの認知度 (COPDについてどんな病気かよく知っている人の割合) (20 歳以上)	総数	7.1%	9.6%
	男性	7.2%	9.8%
	女性	7.0%	9.4%

25

3 分野別目標（生活習慣の改善【領域2】）

領域と分野	分野別目標
2-1 栄養・ 食生活	適切な量と質の食事をとる人を増やす

【望ましい姿】

栄養成分表示など、望ましい食生活を送るようになるための環境が整っています。

あらゆる年代の都民が、適切な量と質の食事を取り、心身の健康を保つための望ましい食べ方をしています。若い女性のやせや高齢期の低栄養の防止など、栄養状態が改善されています。

【これまでの主な取組】

- 都民の野菜摂取量を増やすため、野菜を120g以上食べられるメニューを提供する飲食店を「野菜メニュー店」としてホームページ等で紹介（平成30年9月時点で450店舗掲載）
- 都民一人ひとりが食生活改善についての理解を深め、日常生活で実践できるよう、区市町村や関連団体等と連携しながら、毎年テーマを設定して9月に「東京都食生活改善普及運動」を実施
- 毎日の食卓に野菜料理を“あと一皿”加えてもらうため、シェフが考案した家庭等で簡単にプロの味を楽しめる「野菜たっぷり！簡単レシピ」をホームページ等で紹介
- 食育関連団体の活動内容の紹介や講演会などを行う食育フェアを開催し、食の安全・安心を普及啓発するとともに、フェアにおける活動を通じて参加団体のネットワーク化を進め、地域に密着した食育活動を推進
- 幼児の適切な食事内容や量を分かりやすく示した「東京都幼児向け食事バランスガイド」¹と立体式組立てコマを活用して、保育所や幼稚園等で食育を推進

¹ 東京都幼児向け食事バランスガイド：3歳から5歳の幼児を対象として、1日に「何を」「どれだけ」食べたらよいか、主食、副菜、主菜、牛乳・乳製品、果物の5つのグループからバランスよく選べるよう、コマの形と料理のイラストで分かりやすく示したもの。平成17年6月に厚生労働省と農林水産省が6歳以上を対象として策定した「食事バランスガイド」の幼児向け（東京都版）に当たる。

- 地域の子供やその保護者が気軽に立ち寄り、栄養バランスの取れた食事を取りながら、相互に交流を行う場を提供する民間団体の活動を支援
- 飲食店等に働きかけ、健康に配慮したメニューの提供を増やすなどの食環境整備等に関する区市町村の取組に対して、包括補助による財政支援を実施

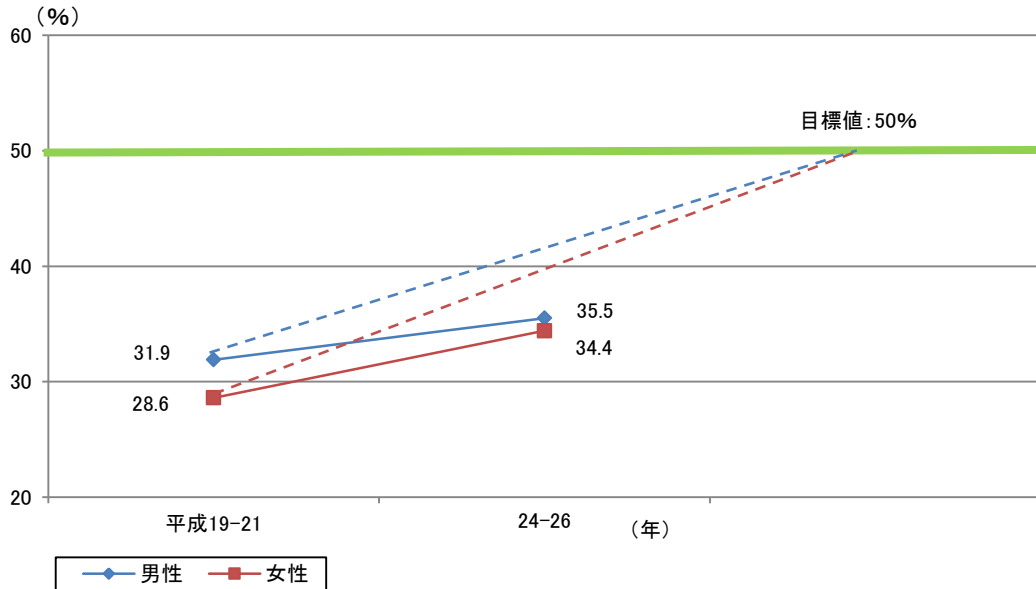
【指標の達成状況及び評価】

指 標		指標の方向	ベースライン値 (平成 19～21 年)	現状値 (平成 24～26 年)	増減率	評価
野菜の摂取量（1 日当たり） 350g 以上の人の割合 (20 歳以上)	男性	増やす (50%)	31.9%	35.5%	△ 11.3%	a
	女性		28.6%	34.4%	△ 20.3%	
食塩の摂取量（1 日当たり） 8g 以下の人の割合 (20 歳以上)	男性	増やす	18.9%	22.4%	△ 18.5%	a
	女性		31.5%	37.1%	△ 17.8%	
果物の摂取量（1 日当たり） 100g 未満の人の割合 (20 歳以上)	男性	減らす	60.9%	61.8%	▲ 1.5%	b
	女性		49.5%	52.0%	▲ 5.1%	
脂肪エネルギー比率が適正な 範囲内(20%以上 25%未満) にある人の割合 (30～69 歳)	男性	増やす	31.2%	26.1%	▼ 16.3%	c
	女性		20.6%	18.6%	▼ 9.7%	

- 野菜の摂取量（1 日当たり）350g 以上の人の割合は、男女ともに増加しています。指標は改善傾向であることから、評価を a としました。しかし、これまでの増加率のペースでは、50%まで割合を増やすことは困難と推測されます。＜図 41＞
- 食塩の摂取量（1 日当たり）8g 以下の人の割合は、男女ともに増加しています。指標は改善傾向であることから、評価を a としました。
- 果物の摂取量（1 日当たり）100g 未満の人の割合は、男性は大きな変化がありませんが、女性は増加しています。総合的に考察すると、指標はおおむね不変であることから、評価を b としました。

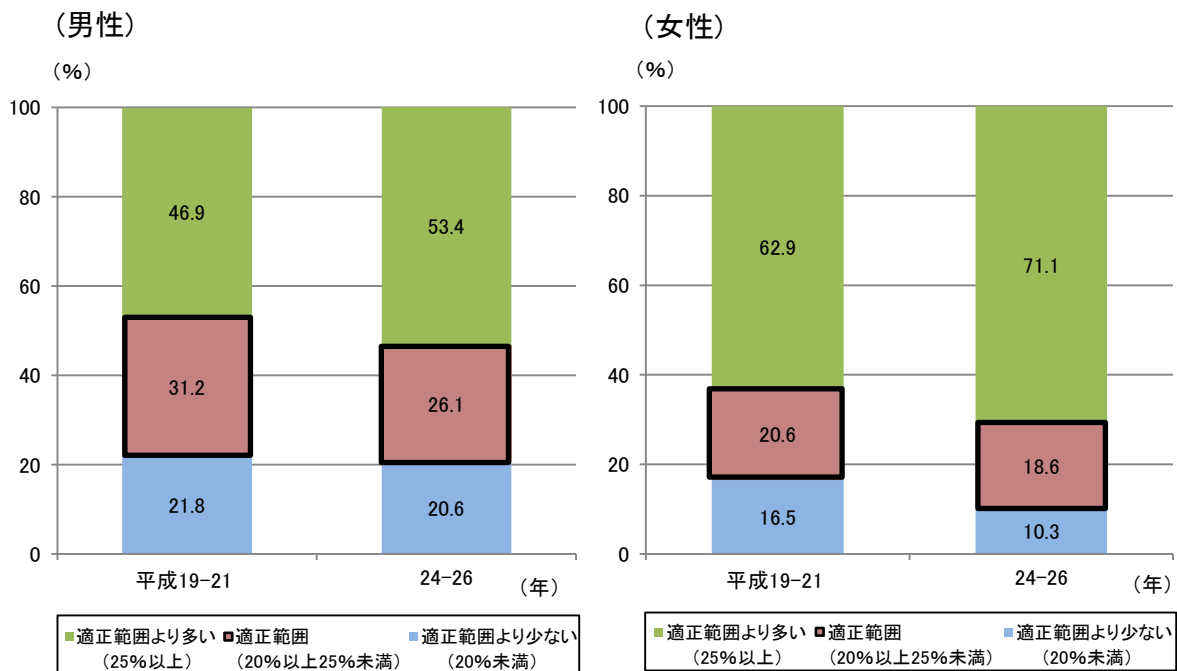
- 脂肪エネルギー比率が適正範囲内にある人の割合は、男女ともに減少しており、特に男性の減少率が大きくなっています。指標は男女ともに悪化傾向にあることから、評価をcとしました。〈図 42〉

〈図 41〉野菜の摂取量(1日当たり)350g以上の人割合の推移
(東京都 20歳以上)



資料:「国民健康・栄養調査(栄養摂取状況調査)」(厚生労働省)から東京都分を再集計

〈図 42〉脂肪エネルギー比率が適正範囲内にある人の割合の推移
(東京都 30歳から69歳まで)



資料:「国民健康・栄養調査(栄養摂取状況調査)」(厚生労働省)から東京都分を再集計

1 **【参考指標の数値の推移】**

参考指標		ベースライン値	現状値
朝食の欠食の割合 (朝食を「週2～3回」「週4～5回」「ほとんど」食べない人の割合の合計) (20歳以上)	男性	18.1% (平成21年)	21.4% (平成23年)
	女性	14.7% (平成21年)	14.9% (平成23年)
肥満(BMI 25以上)の人の割合	男性 (20～69歳)	30.5% (平成19～21年)	26.3% (平成24～26年)
	女性 (40～69歳)	20.8% (平成19～21年)	18.1% (平成24～26年)
20歳代女性のやせ(BMI 18.5未満)の人の割合		22.7% (平成19～21年)	27.3% (平成24～26年)
栄養成分表示を参考にしている人の割合 (栄養成分表示を「いつも参考にしている」「時々参考にしている」人の割合の合計) (20歳以上)	男性	38.3% (平成24年度)	42.3% (平成29年度)
	女性	65.7% (平成24年度)	56.6% (平成29年度)

2

3 ○ 朝食の欠食の割合は、男女ともに増加しています。

4

5 ○ 肥満の人の割合は、男女ともに減少しています。

6

7 ○ 20歳代女性のやせの人の割合は増加しています。

8

9 ○ 栄養成分表示を参考にしている人の割合は、女性が男性を大きく上回って
10 いるものの、男性が増加傾向にあるのに対し、女性は減少傾向にあります。

11

12 **【現状と課題】**

13 ○ 十分な量の野菜や適量の果物を摂取することは、循環器疾患やがん等の予
14 防に効果があります。一方、脂質やエネルギーの過剰摂取は脂質異常症や肥
15 満の原因となり、循環器疾患や糖尿病のリスクを高めます。

16 また、食塩・塩蔵食品の過剰摂取は、胃がん等のリスクを高めます。

17

18 ○ 十分な量の野菜を摂取している人の割合は増加傾向にありますが、都民の
19 一日当たりの平均摂取量をみると、目標量(350g/日)に対して、約70g、
20 あと一皿分不足しています。

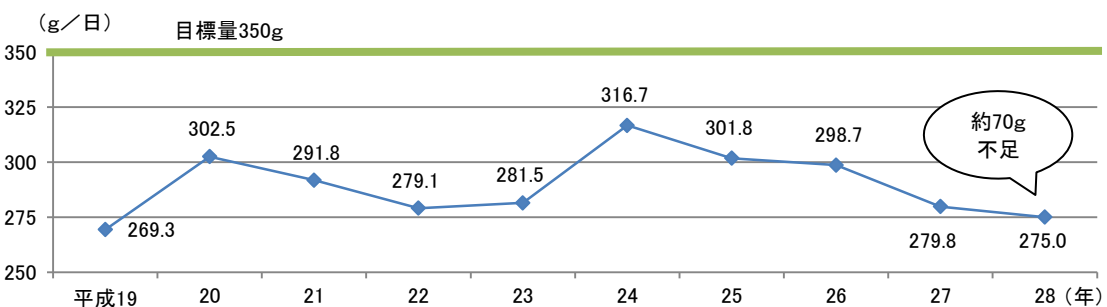
21 また、食塩も目標量(8g/日)以下とするためには、一日約2gの減塩
22 が必要です。〈参考図6〉

23

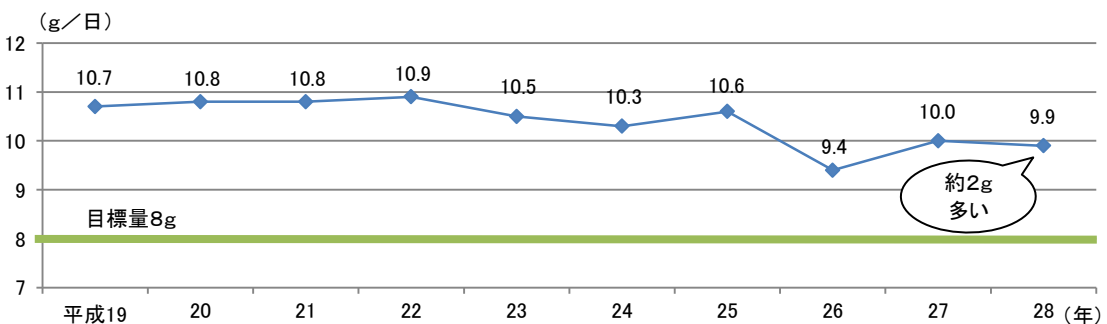
- 1 ○ 脂肪エネルギー比率が適正な範囲内²にある人の割合は男女ともに悪化し
 2 ており、適正範囲を上回る人の割合が増えています。直近の調査結果を年代
 3 別にみると、全ての年代で、脂肪エネルギー比率が適正範囲を上回っている
 4 人の割合が多くを占めていますが、年代によっては、適正範囲を下回る人の
 5 割合も多いことから、世代ごとの健康課題に応じた働きかけが必要です。
 6 <参考図7>
 7
 8 ○ 肥満の人の割合は減少傾向にありますが、20歳代女性では、やせの人の
 9 割合が増加しています。健康を維持するためには、適正体重の維持が必要で
 10 あり、適切な量と質の食事をとるなど、望ましい食生活の実践が重要です。
 11
 12 ○ これらの結果を総合的にみると、健康的な食生活を実践している人の割合
 13 は十分とは言えません。ライフステージにも留意した普及啓発を行うなど、
 14 都民の食生活の改善に向け、区市町村や職域などと連携した取組を一層推進
 15 していく必要があります。

17 <参考図6>野菜及び食塩の平均摂取量の推移(東京都 20歳以上)

18 (野菜)



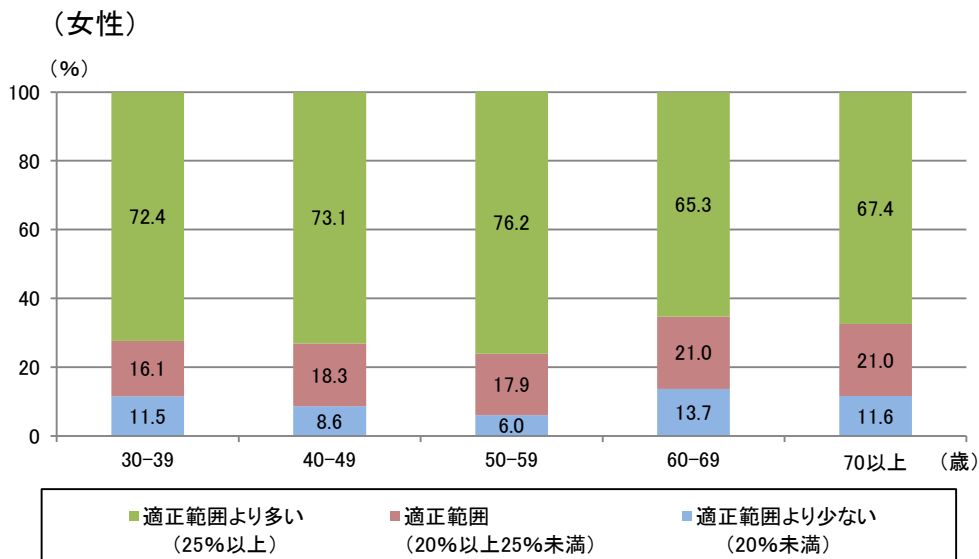
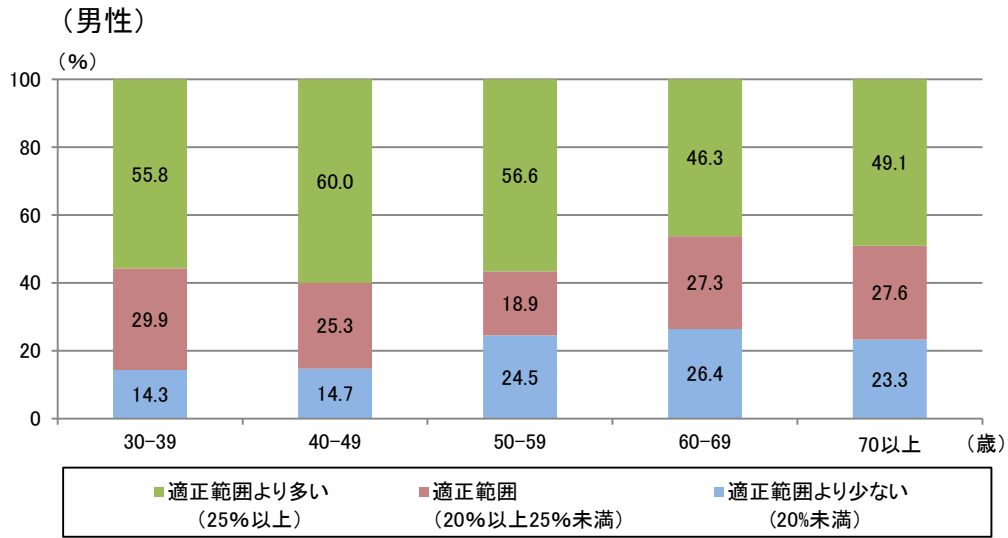
26 (食塩)



34 資料:「東京都民の健康・栄養状況(国民健康・栄養調査 東京都・特別区・八王子市・町田市実施分集計結果)」
 35 (東京都福祉保健局)

² 脂肪エネルギー比率が適正な範囲内:国民の健康の保持・増進を図る上で摂取することが望ましいエネルギー及び栄養素の量の基準を示した「日本人の食事摂取基準(2015年版)」(厚生労働省)において、脂肪エネルギー比率(総エネルギーに占める総脂質の割合)の目標量の範囲が、20%以上 30%未満(1歳~29歳)、20%以上 25%未満(30歳以上)から20%~30%(1歳以上)に変更された。

＜参考図7＞脂肪エネルギー比率の割合
 (平成 24 年から平成 26 年まで 東京都 30 歳以上)



資料:「国民健康・栄養調査(栄養摂取状況調査)」(厚生労働省)から東京都分
 (平成 24 年から平成 26 年分)を再集計

【取組の方向性】

■健康的な食生活の推進

都民が望ましい食習慣を身に付け、実践できるよう、健康的な食生活の意義、ライフステージや性別に応じた適切な量と質の食事(望ましい野菜、食塩、果物の摂取量及び脂肪エネルギー比率)、栄養等の知識、適正体重を維持することの重要性等について、区市町村、保健医療関係団体、事業者・医療保険者等と連携し、普及啓発を行っていきます。

また、「東京都幼児向け食事バランスガイド」を活用した食育を通じて、乳幼児期からの健康づくりを推進します。

1 ■食環境の整備

2 健康に配慮したメニューを提供する飲食店の増加を図るなど、健康的な
3 食生活を実践しやすい環境整備を進めていきます。

4 また、講習会や事例検討会等を通じて、地域で栄養指導業務に従事する
5 人材を養成し、地域の栄養・食生活改善の普及活動を推進します。

7 【最終評価に向けた目標・指標等の見直し】

- 8 ○ 指標「脂肪エネルギー比率が適正な範囲内（20%以上 25%未満）にあ
9 る人の割合（30～69 歳）」については、「日本人の食事摂取基準（2015
10 年版）」において、脂肪エネルギー比率の適正範囲が変更されたため、指標
11 を「脂肪エネルギー比率が適正な範囲内（20%以上 30%未満）にある人
12 の割合（20 歳以上）」に変更します。

14 （見直し後の指標）

指 標		指標の 方向	ベースライン値 (平成 19～21 年)	現状値 (平成 24～26 年)
脂肪エネルギー比率が適正な範囲内 (20%以上 30%未満)にある人の割合 <u>(20 歳以上)</u>	男性	増やす	<u>51.9%</u>	<u>48.2%</u>
	女性		<u>48.2%</u>	<u>50.3%</u>

- 15 ○ 参考指標「朝食の欠食の割合（20 歳以上）」については、平成 23 年度
16 以降、出典の「国民健康・栄養調査（生活習慣調査）」から同設問がなくな
17 ったため、「朝食の欠食率(20 歳以上)(出典「東京都民の健康・栄養状況）」
18 に変更します。

21 （見直し後の参考指標）

参考指標		ベースライン値 (平成 19～21 年)	現状値 (平成 24～26 年)
朝食の欠食率 (調査を実施した日(任意の1日)において朝食を欠食した者の割合) <u>(20 歳以上)</u>	男性	<u>16.1%</u>	<u>17.5%</u>
	女性	<u>13.8%</u>	<u>13.1%</u>

領域と分野	分野別目標
2-2 身体活動 ・運動	日常生活における身体活動量（歩数）を増やす

1
2 **【望ましい姿】**

3 多くの都民が、身体活動・運動の意義を理解し、健康づくりに理想的とされ
4 る1日当たり8,000歩以上の歩行や、週2回以上の習慣的な運動に取り組ん
5 でいます。運動の機会や時間を持つことが難しい人は、日常生活の中で工夫し
6 て身体活動を増やしています。

7 散歩がしやすく、また、地域のスポーツ施設が気軽に利用できるなど、運動
8 しやすい環境が整っています。フィットネスクラブなどでは、楽しく運動でき
9 るプログラムが提供され、あらゆる年代の人が身近なところで気軽に運動を楽
10 しんでいます。

11
12 **【これまでの主な取組】**

- 13 ○ 区市町村が健康づくりの視点を取り入れて作成したウォーキングコース
14 を掲載した「ウォーキングマップ」と、身体活動の効果などの情報を集約
15 したポータルサイト「TOKYO WALKING MAP」¹を開設・運営
16
17 ○ 日常生活の中で工夫して身体活動を増やすことができるよう、都営地下
18 鉄等において駅階段表示や広告等を掲出し、日常的な階段利用などを促進
19
20 ○ スポーツに触れて楽しむ機会を創出するため、都民が気軽に参加できる
21 スポーツイベントを開催
22
23 ○ 地域スポーツクラブが実施する広く都民が参加できる事業（働き盛り世
24 代・障害者の参加工夫事業、スポーツ活動の動機づけ事業等）を支援
25
26 ○ 都民のスポーツの裾野拡大を図るため、子供と一緒に楽しめるレクリエ
27 ーション、体力向上にもつながるニュースポーツ²を通じて子育て世代のス
28 ポーツ実施を誘引
29
30 ○ 海の魅力を体感しながらサイクリングを楽しめるよう、海上公園におけ
31 るサイクリングルートを整備し、自転車利用を促進

¹ ポータルサイト「TOKYO WALKING MAP」: (URL) <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/walkmap/>

² ニュースポーツ: 日本において20世紀後半以降に新しく考案・紹介されたスポーツ群をいう。一般に、勝敗にこだわらずレクリエーションの一環として気軽に楽しむことを主眼とした身体運動を指す。

- 1 ○ 河川管理用通路等を利用したコースを設定し、ウォーキング等を促進
- 2
- 3 ○ 健康づくりの視点を取り入れたウォーキングマップを作成し、そのウォーキングマップを活用した事業等を実施する区市町村の取組に対して、包括補助による財政支援を実施
- 4
- 5
- 6

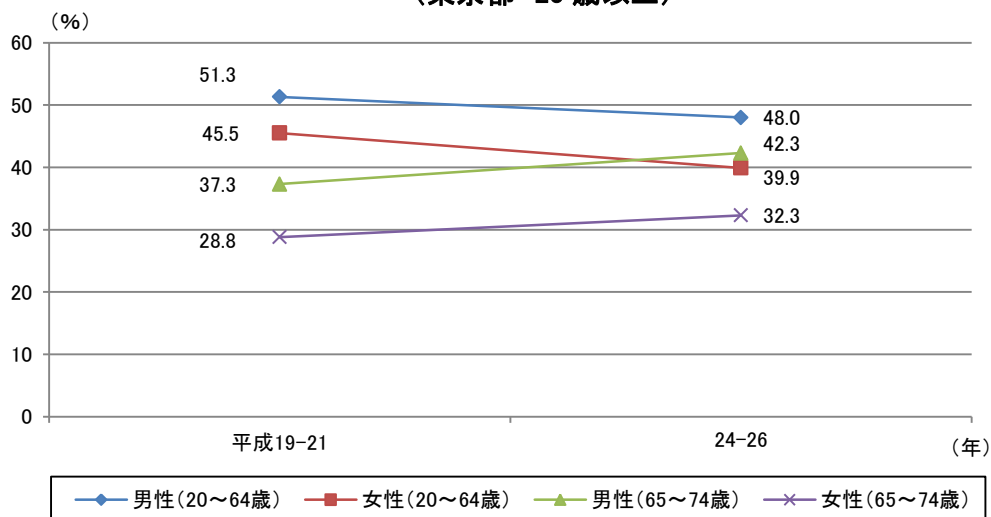
7 **【指標の達成状況及び評価】**

指 標			指標の方向	ベースライン値 (平成 19～21 年)	現状値 (平成 24～26 年)	増減率	評価
歩数(1日当たり)が8,000歩以上の人の割合	20～64歳	男性	増やす	51.3%	48.0%	▼ 6.4%	c
		女性		45.5%	39.9%	▼ 12.3%	
	65～74歳	男性	増やす	37.3%	42.3%	△ 13.4%	a
		女性		28.8%	32.3%	△ 12.2%	
歩数(1日当たり)が下位25%に属する人の平均歩数	20～64歳	男性	増やす	3,357歩	3,152歩	▼ 6.1%	b
		女性		3,083歩	3,458歩	△ 12.2%	
	65～74歳	男性	増やす	2,361歩	2,535歩	△ 7.4%	a
		女性		2,115歩	2,178歩	△ 3.0%	

- 8
- 9 ○ 歩数(1日当たり)が8,000歩以上の人(20歳から64歳まで)の割合は、男女とも減少しています。指標は悪化傾向にあることから、評価をcとしました。<図43>
- 10
- 11
- 12
- 13 ○ 歩数(1日当たり)が8,000歩以上の人(65歳から74歳まで)の割合は、男女とも増加しています。指標は改善傾向にあることから、評価はaとしました。<図43>
- 14
- 15
- 16
- 17 ○ 歩数(1日当たり)が下位25%に属する人(20歳から64歳まで)の平均歩数は、男性は減少していますが、女性は増加しています。総合的に
- 18 考察すると、指標はおおむね変化がないことから、評価をbとしました。
- 19
- 20
- 21
- 22

○ 歩数（1日あたり）が下位 25%に属する人（65 歳から 74 歳まで）の平均歩数は、男性は増加していますが、女性はほぼ横ばいとなっています。総合的に考察すると、指標は改善傾向にあることから、評価を a としました。

＜図 43＞歩数(1日あたり)が 8,000 歩以上の人の割合の推移
(東京都 20 歳以上)



資料:「国民健康・栄養調査(身体状況調査)」(厚生労働省)から東京都分を再集計

【参考指標の数値の推移】

参考指標		ベースライン値 (平成 19~21 年)	現状値 (平成 24~26 年)
運動習慣者の割合 (1回 30 分以上の運動を週 2 日以上実施し、1 年以上継続している者) (20 歳以上)	男性	39.9%	39.1%
	女性	37.6%	37.3%

○ 運動習慣者の割合は、男女ともに変化はありません。

【現状と課題】

○ 国の「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」³では、18 歳から 64 歳までの男女に対し、生活習慣病や生活機能低下の予防のために 1 日 8,000 歩に相当する身体活動を推奨しています。

身体活動や運動により、基礎代謝が増加し、内臓脂肪が減少することから、推奨量以上の身体活動を継続することにより、肥満解消の効果があります。

³ 健康づくりのための身体活動指針(アクティブガイド): 国の「健康づくりのための身体活動基準 2013」で定められた基準を達成するための実践の手立てとして、『+10(プラステン): 今より 10 分多く体を動かそう』をメインメッセージに、国民向けに理解しやすくまとめられた指針

1 ○ 区市町村のウォーキングコースは年々増加し、ポータルサイト「TOKYO
2 WALKING MAP」にマップを掲載する区市町村も年々増加（平成 30 年
3 12 月時点で 29 自治体）しているなど、日常生活の中で身近に身体活動が
4 できるための環境整備は進んでいます。

5 しかしながら、都民の意識調査（平成 29 年度）の結果では、「TOKYO
6 WALKING MAP」の認知度は 2 割程度と高くありません。

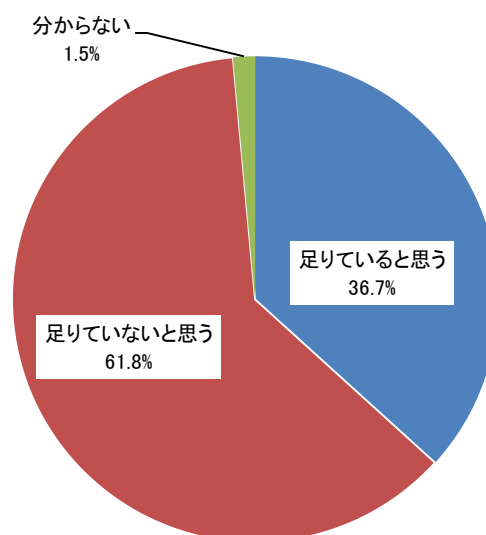
7 また、6 割強の方が日常生活で歩数が足りていないと感じています。

8 <参考図 8>

9
10 ○ 1 日当たり 8,000 歩以上の人の割合をみると、65 歳から 74 歳までの
11 高齢世代では男女ともに増加していますが、20 歳から 64 歳までの働く世
12 代・子育て世代では男女ともに減少しており、年代により差があります。

13
14 ○ 都道府県別にみると、東京都の 1 日の平均歩数は男女ともに全国で上位に
15 ありますが、仕事や育児に忙しい働く世代に対しては、職域との連携を図り
16 ながら、日常生活の中で負担感なく取り組める身体活動を働きかけることが
17 重要です。また、高齢世代に対しては、定期的な運動の実践や地域活動への
18 参加などを促していくことが重要です。<参考表>

20
21 <参考図 8>健康維持に必要な歩数分の身体活動をしていると思う人の割合
22 （平成 29 年度 東京都 20 歳以上）



35
36 資料:「インターネット福祉保健モニターアンケート」(東京都福祉保健局)

37
38

1
2 **<参考表>都道府県別の1日平均歩数(平成28年 20歳から64歳まで)**

3 (男性)

	都道府県名	平均値(歩/日)
1	大阪府	8,762
2	静岡県	8,676
3	奈良県	8,631
4	東京都	8,611
5	京都府	8,572
6	埼玉県	8,310
~~~~~		
	全国平均	7,779
~~~~~		
41	徳島県	6,791
42	和歌山県	6,743
43	鳥取県	6,698
44	岩手県	6,626
45	秋田県	6,626
46	高知県	5,647

3 (女性)

	都道府県名	平均値(歩/日)
1	神奈川県	7,795
2	京都府	7,524
3	広島県	7,357
4	滋賀県	7,292
5	東京都	7,250
6	岐阜県	7,234
~~~~~		
	全国平均	6,776
~~~~~		
41	岡山県	6,042
42	青森県	6,010
43	宮崎県	5,939
44	山形県	5,893
45	鳥取県	5,857
46	高知県	5,840

14 資料:「国民健康・栄養調査報告」(厚生労働省)

15 ※都道府県別データから熊本県は除く。

16
17 **【取組の方向性】**

18 **■身体活動量の増加に向けた取組の推進**

19 身体活動・運動の意義や、ライフステージに応じて日常生活の中で負担感
20 なく実践できる身体活動量を増やす方法について、ホームページ等で分かり
21 やすく紹介していきます。

22 また、ウォーキングマップの掲載を増やすなど、ポータルサイト「TOKYO
23 WALKING MAP」の内容を充実させるとともに、職域等とも連携を図りな
24 がら、健康づくりの視点を取り入れたウォーキングマップ活用の更なる普及
25 啓発を行います。

26
27 **■いつでもどこでもスポーツができる環境の整備**

28 道路、遊歩道、公園等にウォーキング・ランニング・サイクリングコー
29 スなどを整備し、身近なスポーツの場としての活用を推進します。

30 また、スポーツ教室等の実施など公園内でのスポーツ活動の促進を図り
31 ます。

領域と分野	分野別目標
2-3 休養	睡眠に充足感を感じている人の割合を増やす

1
2 **【望ましい姿】**

3 多くの都民が睡眠に充足感を感じています。適切な睡眠のとり方を理解し、
4 就寝時間の2時間前までに食事をとり、刺激を避けてリラックスするなど、忙
5 しくても質の高い睡眠がとれるよう工夫しています。眠ろうとしても眠れない
6 ことが続いた場合には、医療機関を受診するなど、早期に対応しています。

7 また、スポーツや趣味の活動を通じて、余暇時間を充実させ、英気を養って
8 います。

9
10 **【これまでの主な取組】**

- 11 ○ 職域と連携し、企業向け会報誌に日常生活の中でできる休養のコツに関
12 する記事を掲載

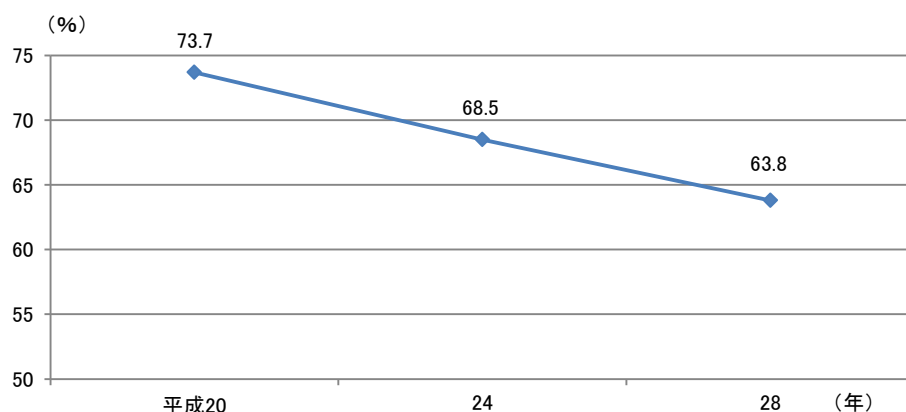
13
14 **【指標の達成状況及び評価】**

指 標	指標の 方向	ベースライン値 (平成 24 年)	現状値 (平成 28 年)	増減率	評価
睡眠時間が十分、 あるいはほぼ足りている人の割合 (20 歳以上)	増やす	68.5%	63.8%	▼ 6.9%	C
眠れないことがまったくない、 あるいはめったにない人の割合 (20 歳以上)	増やす	52.4%	48.3%	▼ 7.8%	C

- 15
16 ○ 睡眠時間が十分、あるいはほぼ足りている人の割合は、減少しています。
17 指標は悪化傾向にあることから、評価をcとしました。〈図 44〉

- 18
19 ○ 眠れないことがまったくない、あるいはめったにない人の割合は、減少し
20 ています。指標は悪化傾向にあることから、評価をcとしました。

1 <図 44> 睡眠時間が十分、あるいはほぼ足りている人の割合の推移
 2 (東京都 20 歳以上)



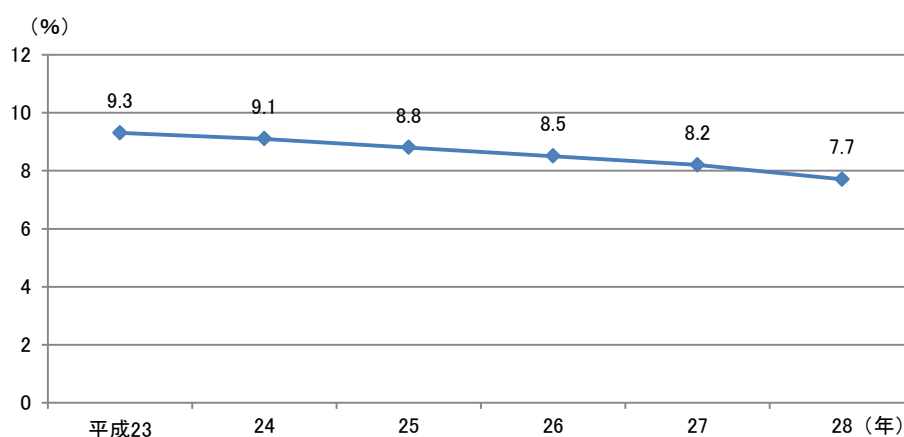
12 資料:「健康に関する世論調査」及び「健康と保健医療に関する世論調査」(東京都生活文化局)

13
14 【参考指標の数値の推移】

参考指標		ベースライン値	現状値
余暇が充実している人の割合 (余暇が「非常に充実している」「まあ充実している」人の割合の合計) (20 歳以上)	男性	61.4% (平成 24 年)	69.0% (平成 28 年)
	女性	65.3% (平成 24 年)	67.9% (平成 28 年)
週労働時間が 60 時間以上の雇用者の割合 (全国) (15 歳以上)		9.3% (平成 23 年)	7.7% (平成 28 年)

- 15 ○ 余暇が充実している人の割合は、男女ともに増加しています。
- 16
- 17
- 18 ○ 週労働時間が 60 時間以上の雇用者の割合は減少しています。 <図 45>
- 19

20 <図 45> 週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の推移(全国 15 歳以上)



30 資料:「労働力調査」(総務省)

1 【現状と課題】

2 ○ 心身の健康を保つためには、適切な休養をとることが必要です。健康づく
3 りのための休養は、受動的な「休」と能動的な「養」の二つの要素から構成
4 されます。心身の疲労を解消する「休」のうち、不眠はこころの病気として
5 現れることもあり注意が必要です。

6 また、スポーツや趣味の活動などにより余暇を楽しむ「養」の充実も重要
7 です。

8
9 ○ 30歳代から50歳代の働く世代・子育て世代では、男女ともに約半数が
10 睡眠が不足していると回答しています。そして、睡眠が不足している人は、
11 こころのゆとりを持つことができていない、余暇が充実していないとする割
12 合が高くなっています。〈参考図9〉〈参考図10〉

13
14 ○ 理想の就寝時間に寝られない理由は、仕事や家庭に関することなど様々で
15 す。〈参考図11〉

16 中でも、残業や夜勤などの働き方に関連する部分が大きく、十分な休養が
17 生産性の向上や判断力の低下による事故のリスクの低減に必要なことを経
18 営者、従業員ともに理解することが必要です。

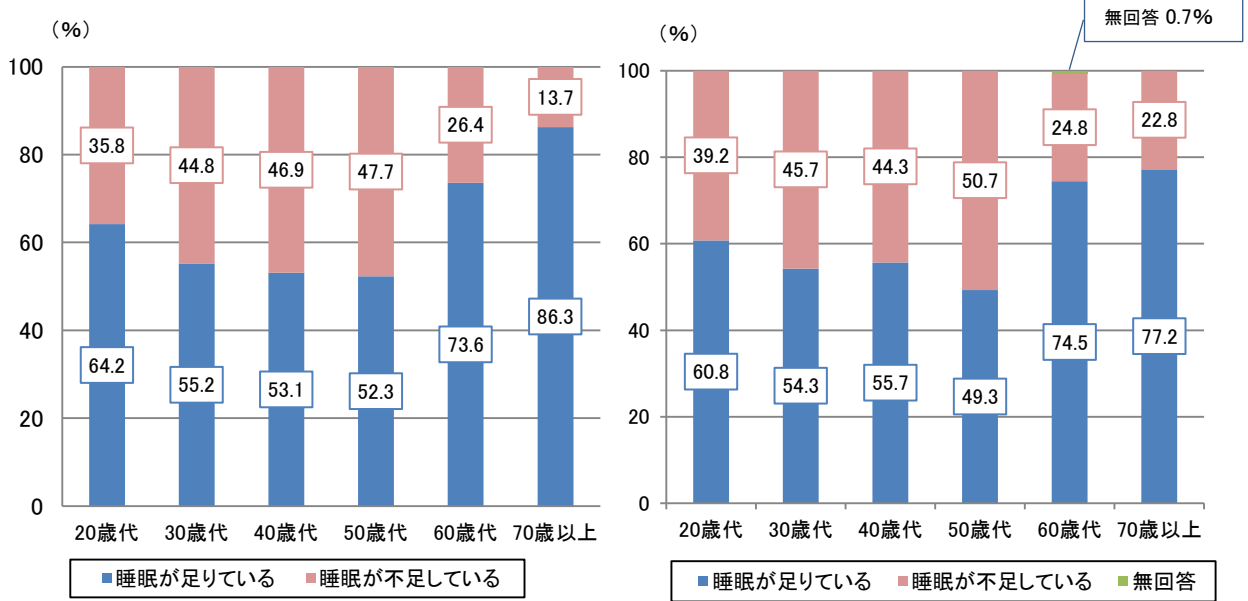
19 一方で、テレビやインターネットの視聴、勉強など、自らの行動により睡
20 眠不足に陥っている人も少なくありません。睡眠不足が心身の機能低下をも
21 たらすことやうつ病等の疾患リスクが高まることなどについて啓発を進め、
22 睡眠時間を確保することの重要性について理解を深めてもらうことが重要
23 です。

24
25 ○ 適切な睡眠時間は、生活習慣や年齢等により個人差があります。また、休
26 養のために時間を確保できても不眠症など様々な睡眠障害のために質の良
27 い睡眠がとれない人がいます。一人ひとりが充足感を感じられる質の良い睡
28 眠の必要性や、睡眠不足が改善しない場合の医療機関の受診など、適切な睡
29 眠をとるための普及啓発が必要です。

＜参考図9＞睡眠の充足感(平成28年 東京都)

(男性)

(女性)

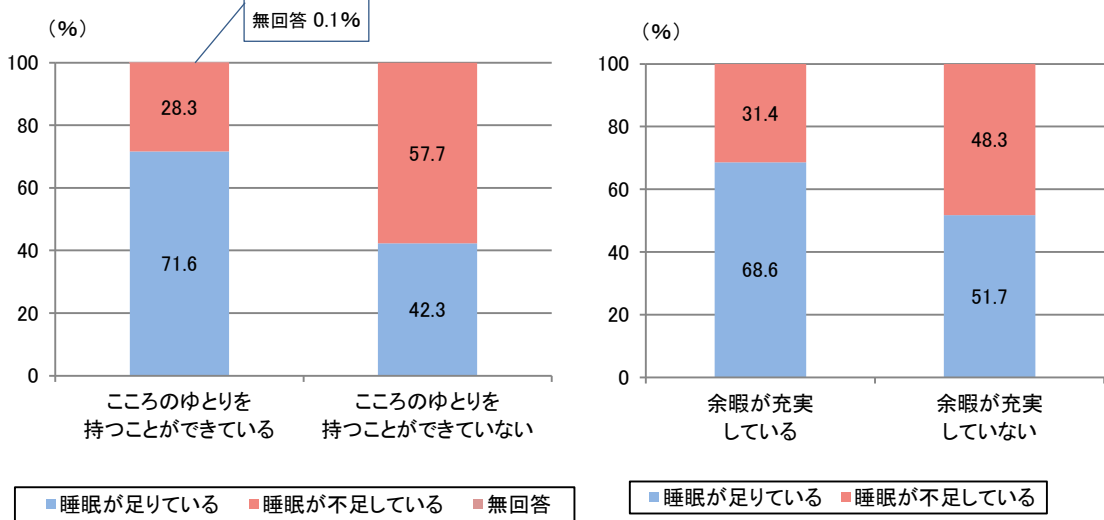


資料:「健康と保健医療に関する世論調査」(東京都生活文化局)

＜参考図10＞睡眠の充足感(こころのゆとり別・余暇の充実度別)(平成28年 東京都)

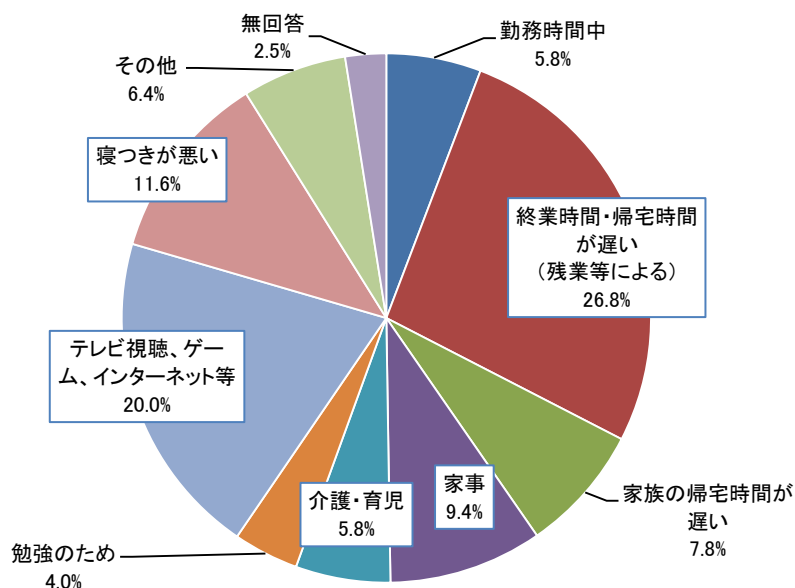
(こころのゆとり別)

(余暇の充実度別)



資料:「健康と保健医療に関する世論調査」(東京都生活文化局)

＜参考図 11＞理想の就寝時間に寝られない理由(平成 28 年 東京都)



資料:「健康と保健医療に関する世論調査」(東京都生活文化局)

【取組の方向性】

■適切な休養・睡眠に関する普及啓発

ストレスなどの「こころの健康」の問題をはじめとした不眠症状の原因の理解促進を図るとともに、生活習慣や年代等に応じた適切な睡眠の意義やとり方、望ましい生活習慣による睡眠の質の改善、心身の健康を保つのに必要な余暇時間の充実の重要性等について、職域とも連携しながら、普及啓発を行います。

■かかりつけ医などへの相談の推奨

睡眠障害には、不眠症やうつ病、睡眠時無呼吸症候群等の様々な疾患が隠れている可能性があることから、睡眠に問題が生じて改善しない場合には、自己流の解決に固執することなく、適宜かかりつけの内科や精神科、耳鼻咽喉科などの医療機関に相談するよう啓発を行います。

領域と分野	分野別目標
2-4 飲酒	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合を減らす

1
2 **【望ましい姿】**

3 都民の多くが飲酒の健康影響を正しく理解し、飲酒する場合は生活習慣病の
4 リスクを高めない程度としています。

5 未成年者¹、妊婦、授乳中の女性は飲酒していません。

6
7 **【これまでの主な取組】**

- 8 ○ アルコールの健康影響に関する正しい知識の理解促進や公的な相談機関、
9 自助グループ等を紹介するリーフレット（本人用と家族・関係者用）を作成
10
11 ○ アルコール等依存問題に関する本人向け回復支援等のプログラムや家族
12 教室等を実施
13
14 ○ 学校等教育関係機関と連携し、児童・生徒への飲酒防止教育の中で、飲
15 酒の健康影響について正しい知識を普及
16
17 ○ アルコール依存症等の問題などについて、保健師や福祉職等の専門職に
18 よる精神保健福祉相談（こころの健康相談）を実施
19

20 **【指標の達成状況及び評価】**

指標	指標の方向	ベースライン値 (平成 24 年)	現状値 (平成 28 年)	増減率	評価
生活習慣病のリスクを高める量を 飲酒している人の割合 (1日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g以上、女性 20g以上の人割合) (20歳以上)	男性	19.0%	18.9%	▽ 0.5%	b
	女性	14.1%	15.4%	▲ 9.2%	c

21
22 ○ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合について、男性
23 の指標はおおむね不変であることから、評価をbとしました。

24
25 ○ 一方、女性の割合は増加しています。女性の指標は悪化傾向にあること
26 から、評価をcとしました。

¹ 未成年者:民法の一部を改正する法律(平成 30 年法律第 59 号)において、成年(成人)年齢を 18 歳に引き下
げることとされた。平成 34 年 (2022 年)4月1日から施行。なお、飲酒や喫煙に関する年齢制限については、健康
被害への懸念などの観点から、20 歳のまま維持される。

Column

<生活習慣病のリスクを高める飲酒量と節度ある適度な飲酒>

健康に悪影響を及ぼすことのないお酒の適量は、飲んだお酒の量ではなく、飲んだお酒に含まれる純アルコール量を基準として考えます。1日当たりの純アルコール摂取量が、成人男性で40g以上、成人女性で20g以上の飲酒を続けていると、様々な健康問題のリスクが高まると言われています。

なお、飲酒に伴うリスクが低い「節度ある適度な飲酒」の量は、1日平均純アルコールで約20g程度とされています。ただし、一般に、アルコールの影響を受けやすい女性や高齢者、お酒に弱い人は、より少ない量が適当であり、飲酒習慣のない方に対しては、この量を推奨するものではありません。

<主な酒類の純アルコール量換算の目安>



資料:「健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料」(厚生労働省)より東京都福祉保健局にて作成

【参考指標の数値の推移】

参考指標		ベースライン値 (平成24年)	現状値 (平成28年)
適切な1回当たりの飲酒量の認知度 (週に何日かお酒を飲む人のうち、適切だと思う1回当たりのお酒の量について、男性は2合(360ml)未満、女性は1合(180ml)未満と回答した人の割合) (20歳以上)	男性	69.2%	63.1%
	女性	46.7%	38.5%
適切な飲酒量にするために工夫している人の割合 (20歳以上)	男性	20.1%	20.4%
	女性	25.5%	19.0%

1 **【現状と課題】**

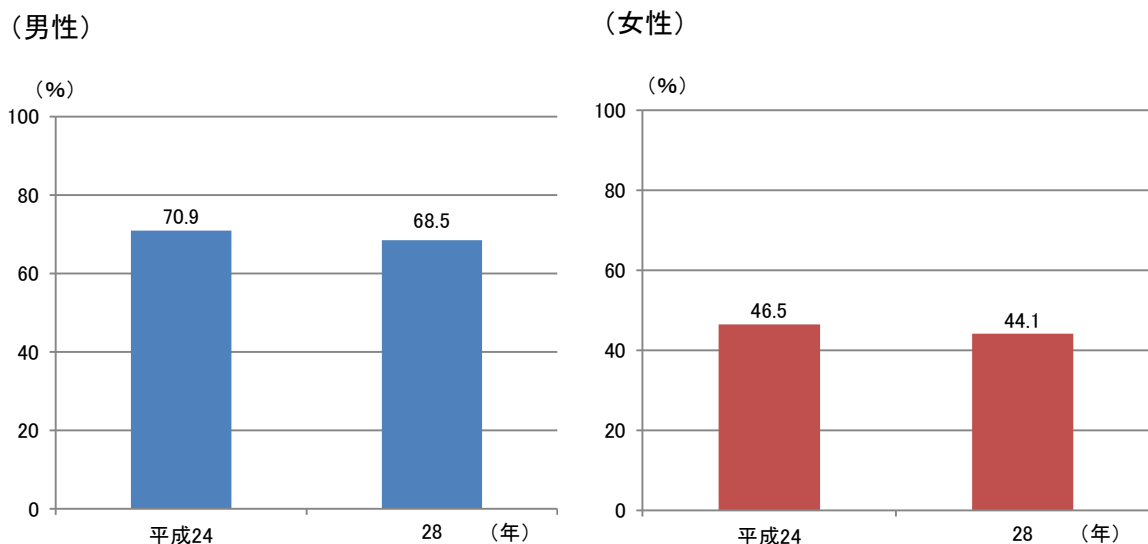
2 ○ 飲酒をする人（「あなたは週に何日位お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒な
3 ど）を飲みますか」の設問に、「毎日」、「週5～6日」、「週3～4日」、「週
4 1～2日」、「月に1～3日」のいずれかを回答した人）の割合の推移をみる
5 と、男女ともにほぼ横ばいです。〈参考図 12〉

6
7 ○ 飲酒をする人のうち、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の
8 割合の推移をみると、男性がほぼ横ばいなのに比べて、女性は増加傾向にあ
9 ります。〈参考図 13〉

10
11 ○ 過度な飲酒は、がん、高血圧症、脂質異常症、循環器疾患などを引き起こ
12 すとされているほか、こころの健康との関連も指摘されています。

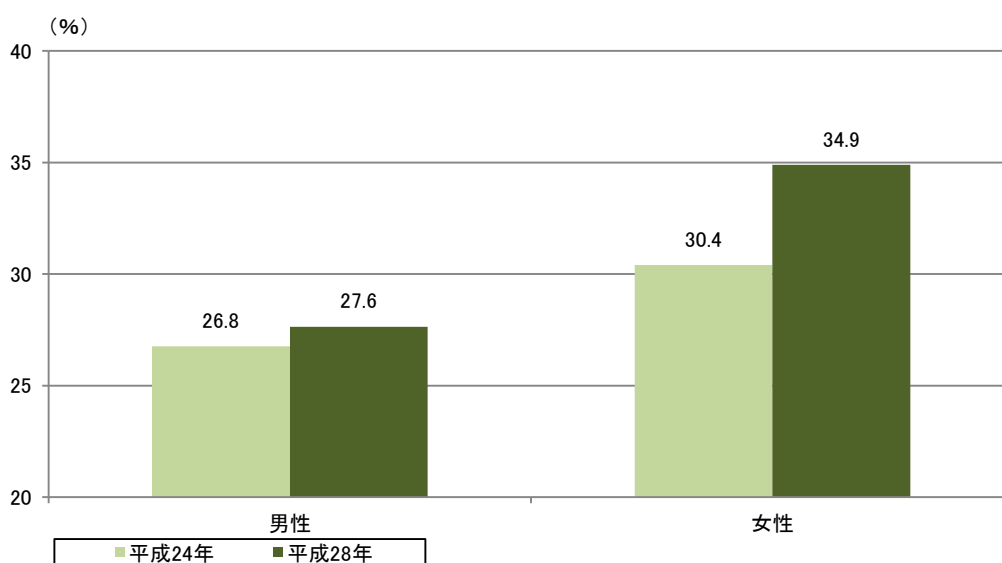
13 また、本人の健康障害の原因となるだけでなく、周囲の人への深刻な影響
14 や社会問題に発展する危険性も高いことから、飲酒に伴うリスクや節度ある
15 適度な飲酒に関する正しい知識の普及啓発が必要です。特に、女性は男性よ
16 りも、少ない飲酒量で健康に影響を及ぼすほか、アルコール依存症に至るま
17 での期間も短いため、注意が必要です。

18
19
20 **〈参考図 12〉 飲酒をする人の割合の推移(東京都)**



34
35 資料:「健康に関する世論調査」及び「健康と保健医療に関する世論調査」(東京都生活文化局)を
36 用いて東京都福祉保健局にて算出

1 <参考図 13> 飲酒をする人のうち、生活習慣病のリスクを高める量を
 2 飲酒している人の割合の推移(東京都)



16 資料:「健康に関する世論調査」及び「健康と保健医療に関する世論調査」(東京都生活文化局)を
 17 用いて東京都福祉保健局にて算出

18
19 **【取組の方向性】**

20 **■ 飲酒に関する正しい知識の普及啓発**

21 飲酒の健康影響や、妊婦・授乳中の女性の飲酒による胎児・乳児への影響、
 22 男女で異なる節度ある飲酒量の違い等を踏まえ、年代や性別、アルコール代
 23 謝能力の個人差など、個人の特性や置かれた状況に応じた飲酒に関する正し
 24 い知識について、普及啓発を行います。

25
26 **■ 未成年者、妊娠中の飲酒防止**

27 学習指導要領に基づいた飲酒防止教育や母子保健事業における保健指導
 28 等を通じて、未成年者や妊娠中・授乳中の女性の飲酒防止に努めます。

29
30 **■ 相談支援の継続実施**

31 アルコール等依存症の問題などを抱える本人やその家族に対する精神保
 32 健福祉相談を継続して行っていきます。

33
34 **【最終評価に向けた目標・指標等の見直し】**

- 35 ○ 参考指標「適切な1回当たりの飲酒量の認知度」及び「適切な飲酒量に
 36 するために工夫している人の割合」については、参考指標策定時の出典「健
 37 康に関する世論調査」及び「健康と保健医療に関する世論調査」における設
 38 問の見直しを予定しているため、削除します。

領域と分野	分野別目標
2-5 喫煙	成人の喫煙率を下げる

1
2 **【望ましい姿】**

3 都民がたばこの健康影響を理解しています。また、禁煙を希望する都民は、
4 支援を受けながら禁煙に取り組んでいます。未成年者、妊婦や、糖尿病・循環
5 器疾患・呼吸器疾患・歯周疾患などの患者は喫煙していません。

6 改正健康増進法¹や東京都受動喫煙防止条例（平成 30 年東京都条例第 75
7 号）に基づき、子育て中の家庭では禁煙するなど、屋内での受動喫煙防止が徹
8 底されているとともに、喫煙所が適切に設置されるなど、吸う人も吸わない人
9 も誰もが快適に暮らせる街が整備されています。

10
11 **【これまでの主な取組】**

- 12 ○ 喫煙の健康影響について、リーフレット、ポスター、動画等の作成・配
13 布及びホームページへの掲載、禁煙週間（5月31日から6月6日まで）
14 におけるパネル展等により普及啓発を実施
- 15
- 16 ○ 事業者が職場で適切な受動喫煙防止対策を実施する際の手引となるよう、
17 職域向けハンドブックを作成するとともに、研修会を実施
- 18
- 19 ○ 未成年者の喫煙防止や喫煙・受動喫煙による健康影響について、中学生
20 向け喫煙防止リーフレットの配布や、全小・中・高等学校を対象としたポ
21 スターコンクールを実施するとともに、未成年者喫煙防止教育動画を活用
22 した普及啓発を実施
- 23
- 24 ○ 妊産婦の喫煙による健康影響や、妊産婦及び乳幼児の受動喫煙による健
25 康影響についての情報をホームページに掲載
- 26
- 27 ○ 子供の生命及び健康を受動喫煙の悪影響から保護するため、東京都子ど
28 もを受動喫煙から守る条例（平成 29 年東京都条例第 73 号）を制定し、
29 都民に対して、いかなる場所においても、子供に受動喫煙をさせることの
30 ないよう努めることなどについて普及啓発を実施

31

¹ 改正健康増進法:健康増進法の一部を改正する法律(平成 30 年法律第 78 号)。望まない受動喫煙の防止を図るため、多数の者が利用する施設等の区分に応じ、当該施設等の一定の場所を除き喫煙を禁止するとともに、当該施設等の管理について権原を有する者が講ずべき措置等について定めたもの。平成 32 年(2020 年)4月1日から全面施行。

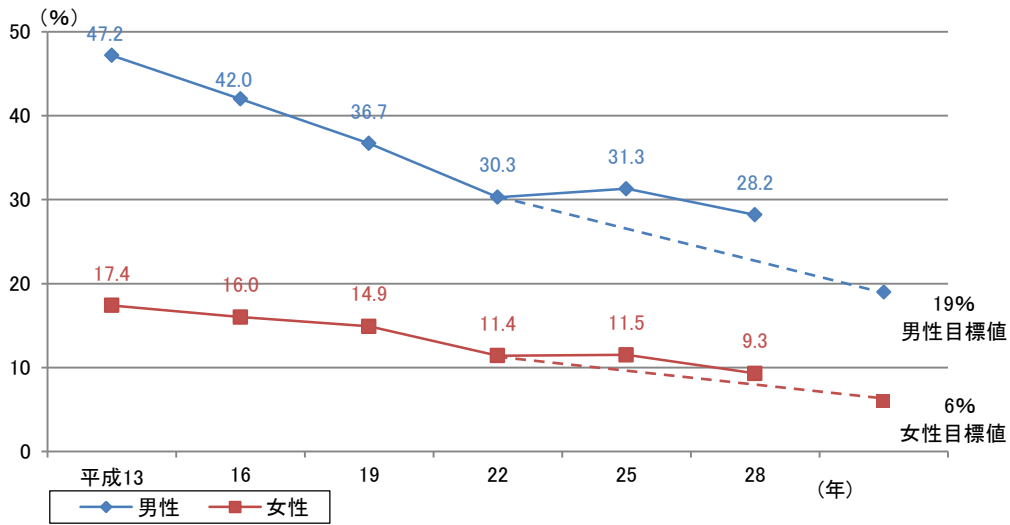
- 卒煙支援のリーフレットの作成や、健康保険でニコチン依存症治療が受けられる医療機関の情報をホームページに掲載することなどにより、禁煙希望者を支援
- 職域と連携し、都がこれまで蓄積してきた健康づくり等の知見の普及啓発を行うなど、事業者の取組を支援
- 多数の者が利用する施設の屋内での受動喫煙による健康影響を未然に防止するため、東京都受動喫煙防止条例を制定（平成 32 年（2020 年）までに全面施行の予定）
- 未成年者や妊婦等若年層に重点を置いた喫煙の健康影響に関する知識の普及や禁煙希望者への支援等に関する区市町村の取組に対して、包括補助による財政支援を実施

【指標の達成状況及び評価】

指 標		指標の方向	ベースライン値 (平成 22 年)	現状値 (平成 28 年)	増減率	評価
成人の喫煙率 (20 歳以上)	男性	下げる (19%)	30.3%	28.2%	▽ 6.9%	a
	女性	下げる (6%)	11.4%	9.3%	▽ 18.4%	

- 成人の喫煙率は、男女ともに減少しており、指標は改善傾向にあることから、評価を a としました。しかし、ここ数年は減少幅が小さくなっており、これまでの減少率のペースでは、特に男性について、19%まで喫煙率を下げることは困難と推測されます。〈図 46〉

＜図 46＞ 成人の喫煙率の推移（東京都）



資料:「国民生活基礎調査」(厚生労働省)

【参考指標の数値の推移】

参考指標		ベースライン値 (平成 25 年度)	現状値
受動喫煙の機会を有する者の割合	職場	15.4%	—
	飲食店	50.7%	—

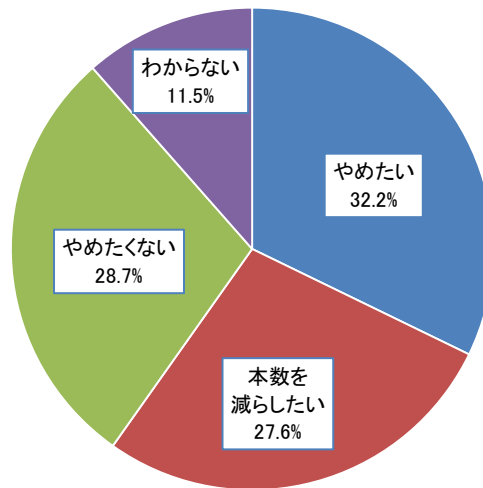
- 受動喫煙の機会を有する者の割合については、出典である「東京都がん予防・検診等実態調査」の直近の調査結果が公表されていないため、現状値はありません（平成 31 年 2 月時点）。

【現状と課題】

- 喫煙は、がん、循環器疾患、COPDを含む呼吸器疾患、糖尿病、周産期の異常や歯周疾患等のリスクを高めるとされています。
また、「喫煙と健康 喫煙の健康影響に関する検討会報告書（平成 28 年 8 月）」（喫煙の健康影響に関する検討会編）によると、受動喫煙のある人はない人に比べ、肺がんリスクが約 1.3 倍、受動喫煙の影響による年間死亡者数は約 15,000 人と推定されています。
- 成人の喫煙率は減少傾向にありますが、ここ数年は下げ幅が小さくなっています。喫煙率の減少に向けた更なる取組が必要です。

- 1 ○ 都民の世論調査（平成 28 年度）の結果では、喫煙者の約 6 割が、喫煙習
2 慣を見直したいと考えています。たばこに含まれるニコチンには強い依存性
3 があることから、たばこをやめたい喫煙者への禁煙・卒煙支援が重要です。
4 <参考図 5>

6 <参考図 5>喫煙習慣見直しに対する意欲(平成 28 年度 東京都 20 歳以上)【再掲】



19 資料:「健康と保健医療に関する世論調査」(東京都生活文化局)

22 【取組の方向性】

23 ■喫煙率減少に向けた取組の推進

24 喫煙や受動喫煙が、健康に悪影響を与えることは科学的に明らかにされて
25 おり、COPDを含む呼吸器疾患、糖尿病、肺がん、乳幼児突然死症候群、
26 虚血性心疾患等のリスクを高めるとされていることから、正しい知識の普及
27 に加え、禁煙希望者を支援するため、禁煙外来等の情報提供や、住民に対し
28 て禁煙治療費等を助成する区市町村への支援などを行います。

30 ■未成年者・妊娠中の喫煙防止

31 学習指導要領に基づいた喫煙防止教育を推進するとともに、未成年者の喫
32 煙防止と喫煙・受動喫煙による健康影響について、小・中・高校生向け喫煙
33 防止リーフレットの配布や、全小・中・高等学校を対象としたポスターコン
34 クールの実施、また、未成年者喫煙防止教育動画を活用した普及啓発を行
35 います。

36 さらに、各種広報媒体や母子保健事業における保健指導を通じて、妊娠
37 中・授乳中の女性の喫煙防止に努めます。

1 **■受動喫煙の防止**

2 改正健康増進法や東京都受動喫煙防止条例に基づき、受動喫煙の健康影響
3 についての正しい理解の促進を図るため、様々な媒体を活用した効果的な普
4 及啓発を行います。

5 また、屋内での受動喫煙防止の徹底に向け、公衆喫煙所を整備する区市町
6 村への支援や、基準に沿った喫煙場所の整備に関する事業者への支援を行
7 います。

8
9 **【最終評価に向けた目標・指標等の見直し】**

- 10 ○ 指標「成人の喫煙率（20歳以上）」については、「東京都がん対策推進計
11 画（第二次改定）」との整合を図り、新たに男女総数の項目を追加します。

12
13 （見直し後の指標）

指 標		指標の 方向	ベースライン値 (平成 22 年)	現状値 (平成 28 年)
成人の喫煙率 (20 歳以上)	総数	下げる (12%)	20.3%	18.3%
	男性	下げる (19%)	30.3%	28.2%
	女性	下げる (6%)	11.4%	9.3%

- 14
15 ○ 参考指標「受動喫煙の機会を有する者の割合」については、「東京都がん
16 対策推進計画（第二次改定）」との整合を図り、「受動喫煙の機会（出典「東
17 京都民の健康・栄養状況）」に変更します。

18
19 （見直し後の参考指標）

参考指標		ベースライン値 (平成 25 年)	現状値 (平成 28 年)
受動喫煙の機会	行政機関	14.9%	8.0%
	医療機関	6.0%	6.5%
	職場	38.5%	37.5%
	飲食店	64.8%	50.7%

領域と分野	分野別目標
2-6 歯・口腔 の健康	歯・口腔の状態についてほぼ満足している者の割合を増やす

1
2 **【望ましい姿】**

3 都民の多くが、歯の喪失を抑制し、口腔ケア等の適切な歯科保健行動を身につけています。「8020 運動¹」の推進により、歯と口腔の満足度が向上しています。

6
7 **【これまでの主な取組】**

- 8 ○ 8020 の達成を目指して、在宅歯科医療など、歯科口腔保健の推進に携わる人材に対する研修等を実施
- 9
- 10 ○ 在宅歯科医療²を実施する歯科医療機関向けに、設備整備費補助を実施
- 11
- 12 ○ 周術期³における口腔ケアの重要性に鑑み、がん患者等の術前・術後における口腔ケアの普及を推進
- 13
- 14
- 15 ○ 地域で治療が困難な重度・難症例の心身障害児（者）を対象とした歯科診療や、歯科医療従事者等への教育研修を実施
- 16
- 17
- 18 ○ 都保健所において、専門機関としての立場から、市町村の事業を支援するとともに、管内の保健医療情報の提供により、地域における歯と口腔の健康づくりを推進
- 19
- 20
- 21
- 22 ○ 障害者施設や介護保険施設等の利用者の歯科健診の機会確保等に関する区市町村の取組に対して、包括補助による財政支援を実施
- 23
- 24
- 25

26 **【指標の達成状況及び評価】**

指 標	指標の方向	ベースライン値 (平成 21 年度)	現状値 (平成 26 年度)	増減率	評価
歯・口の状態について ほぼ満足している人の割合 (80 歳以上)	増やす	57.9%	54.8%	▼ 5.4%	C

¹ 8020 運動:「80 歳になっても自分の歯を 20 本以上保とう」というキャンペーンで、生涯にわたり自分の歯で食べ物を噛むことを意味する。

² 在宅歯科医療:加齢や疾病、障害等のため通院が困難な者が在宅や施設で歯科診療や予防処置が受けられるもの

³ 周術期:手術の前から手術後までの一連の期間

1 ○ 歯・口の状態についてほぼ満足している 80 歳以上の人の割合は、減少
2 しています。指標は悪化傾向にあることから、評価を c としました。

3

4 **【参考指標の数値の推移】**

参考指標		ベースライン値 (平成 21 年度)	現状値 (平成 26 年度)
「8020」の達成者の割合 (80 歳)		39.8%	54.7%
かかりつけ歯科医を持つ者の割合	3 歳	45.0%	48.5%
	12 歳	59.7%	57.6%
「8020」を知っている都民の割合 (20 歳以上)		57.6%	57.1%
かかりつけ歯科医で定期健康診査又は 予防処置を受けている者の割合 (35~44 歳)		59.6%	71.9%

5

6 ○ 80 歳で「8020」を達成した者の割合は、増加しています。

7

8 ○ かかりつけ歯科医を持つ者の割合は、3 歳では増加していますが、12 歳
9 では大きな変化はありません。

10

11 ○ 「8020」を知っている都民の割合は、変化ありません。

12

13 ○ 35 歳から 44 歳までの人のうち、かかりつけ歯科医で定期健康診査又は
14 予防処置を受けている者の割合は、増加しています。

15

16 **【現状と課題】**

17 ○ 歯と口腔の健康は、生活する上で基礎的かつ重要な役割を果たしており、
18 心身の健康にも大きく寄与しています。

19

20 ○ 「『8020』の達成者の割合(80 歳)」及び「かかりつけ歯科医で定期健
21 康診査又は予防処置を受けている者の割合(35~44 歳)」は、改善傾向に
22 ありますが、自身の歯と口の状態に満足している人の割合はわずかに減少し
23 ています。

24 引き続き「8020」の実現を目指し、生涯にわたる歯と口腔の健康づくり
25 を一層推進する必要があります。

26

1 ○ 糖尿病が歯周病のリスクであることを知っている者の割合（20 歳以上）
2 は増加傾向にあるものの、5割程度にとどまっています。歯と口の健康と全
3 身の健康との関係について、一層の理解促進が必要です。〈参考図 14〉

4
5 ○ 高齢期においては、滑舌低下、食べこぼし、わずかなむせ、噛めない食品
6 が増えるなどのささいな口腔機能の低下などに早めに気づき対応すること
7 が重要です。これらの様々な口の衰えは、身体の衰え（フレイル）と大きく
8 関わっていることから、身体機能を維持し、食べる、話す、笑うといった口
9 の機能を十分に使うことや、口腔ケアを続けることの重要性について、啓発
10 していくことが必要です。

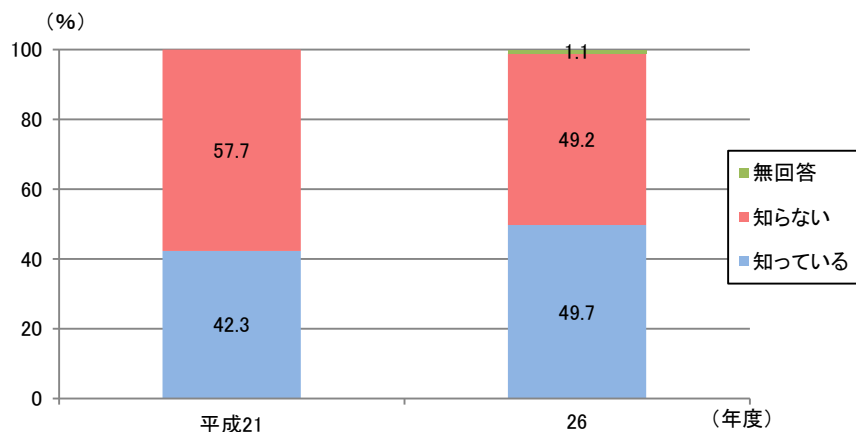
Column

＜糖尿病と歯周病の関係＞

14 糖尿病と歯周病は共に代表的な生活習慣病で、生活習慣要因として食生活や喫煙
15 に関与します。糖尿病は喫煙と並んで歯周病の二大危険因子であり、一方歯周病は
16 三大合併症といわれる腎症・網膜症・神経症に次いで第6番目の糖尿病合併症でも
17 あり、両者は密接な相互関係にあります。

資料:「厚生労働省 eヘルスネット」より引用

＜参考図 14＞糖尿病が歯周病のリスクであることを知っている者の割合の推移 (東京都 20 歳以上)



資料:「東京都歯科診療所患者調査」(東京都福祉保健局)

【取組の方向性】

■ ライフステージに応じた歯と口の健康づくり

35 全ての世代に対し、かかりつけ歯科医での定期的な歯科健康診査や予防処
36 置の意義等について普及啓発するとともに、乳幼児期、学齢期、成人期、高
37 齢期といったライフステージの特徴に応じた歯と口の健康づくりの大切さ
38 について普及啓発を行います。

1 高齢期に向けては、加齢や疾病に伴う口腔機能の低下や誤嚥性肺炎のリス
 2 クを予防するために大切な口腔ケアの知識や定期的な歯科健康診査の必要
 3 性を普及啓発し、生涯を通じて食事や会話を楽しむことができる歯と口の機
 4 能維持を支援します。

5 また、成人期に向けては、糖尿病や喫煙、心疾患、脳梗塞、早産など全身
 6 の健康と歯周病との深い関わりについて都民の認知度を高め、都民自らが口
 7 腔ケア等に取り組むよう、普及啓発を進めていきます。

8
 9 **■かかりつけ歯科医での予防管理の定着**

10 かかりつけ歯科医の機能を正しく理解し、生涯を通じて自ら口腔ケアに取り
 11 り組むとともに、かかりつけ歯科医で定期的に歯科健康診査を受診し、むし
 12 歯（う蝕）、歯周病、歯の喪失等の予防処置を受けるよう啓発していきます。

13
 14 **【最終評価に向けた目標・指標等の見直し】**

- 15 ○ 「東京都歯科保健推進計画『いい歯東京』」との整合を図り、分野別目標、
 16 指標、参考指標を全て変更します。

17
 18 (見直し後の分野別目標)

分野別目標
「8020」の達成者の割合を増やす

19
 20 (見直し後の指標)

指標	指標の方向	ベースライン値 (平成 21 年度)	現状値 (平成 26 年度)
「8020」の達成者の割合 (75～84 歳)	増やす	50.7%	55.5%

21
 22 (見直し後の参考指標)

参考指標		ベースライン値	現状値
むし歯（う蝕）のない者の割合	3 歳	83.7% (平成 21 年度)	88.5% (平成 27 年度)
	12 歳	53.5% (平成 21 年度)	66.4% (平成 28 年度)
喪失歯のない者の割合 (35～44 歳)		54.9% (平成 21 年度)	63.6% (平成 26 年度)
24 歯以上ある者の割合 (55～64 歳)		63.4% (平成 21 年度)	70.0% (平成 26 年度)

4 分野別目標（ライフステージを通じた健康づくりと健康を支える社会環境の整備【領域3】）

3 <重点分野>

領域と分野	分野別目標
3-1 こころ の健康	うつ傾向や不安の強い人の割合を減らす

5 【望ましい姿】

6 都民がそれぞれストレスに上手に対処するとともに、必要に応じ、早期に適
7 切な支援を受けることで、うつ傾向や強い不安を持たずに生活しています。う
8 つ傾向や不安の強い人への支援環境が整い、職場環境は心身の健康に配慮され
9 たものになっています。

10 経済・多重債務・就労など様々な悩みに対応できる総合的な相談窓口や支援
11 体制が整備され、うつ傾向や不安の強い人は、早期に精神科診療を受けるなど
12 相談・支援体制を活用しています。こころの病気への偏見がなく、家庭や職場、
13 地域の中で身近な人々がお互いのこころの健康状態や自殺のサインに気を配
14 り、支援につなげられる仕組みが整っています。

16 【これまでの主な取組】

- 17 ○ ストレスとの付き合い方を紹介したリーフレットや、心の不安や悩みに関
18 する相談窓口など各種相談窓口一覧リーフレットの作成・配布
- 19
- 20 ○ こころの健康に関わる内容等について、保健師や福祉職等の専門職による
21 精神保健福祉相談（こころの健康相談）を実施するとともに、相談体制
22 が十分でない夜間に、精神的な不安や悩みに対する、専門職による電話相
23 談を実施
- 24
- 25 ○ 自殺専門の電話相談窓口及びSNSによる相談窓口において、自殺の悩
26 みを抱える都民の相談に応じるとともに、各分野の専門相談機関と連携し、
27 相談者への積極的な支援を実施
- 28
- 29 ○ 労働者の多くが抱えている不安やストレスを緩和するため、専門相談員
30 を配置した心の健康相談や、働く人の心の健康づくり講座を実施するなど、
31 労働者が健康で働き続けることができる労働環境整備を推進
- 32
- 33
- 34

○ 誰もが生き生きと働ける職場づくりの実現を目指すため、キャンペーンの展開やシンポジウム・相談会の開催等を通じて都内中小企業の経営者等に対して普及啓発を行い、経営者等の主導による職場のメンタルヘルス対策への取組を促進

○ 区市町村が実施するゲートキーパー¹養成研修等の自殺対策事業を支援

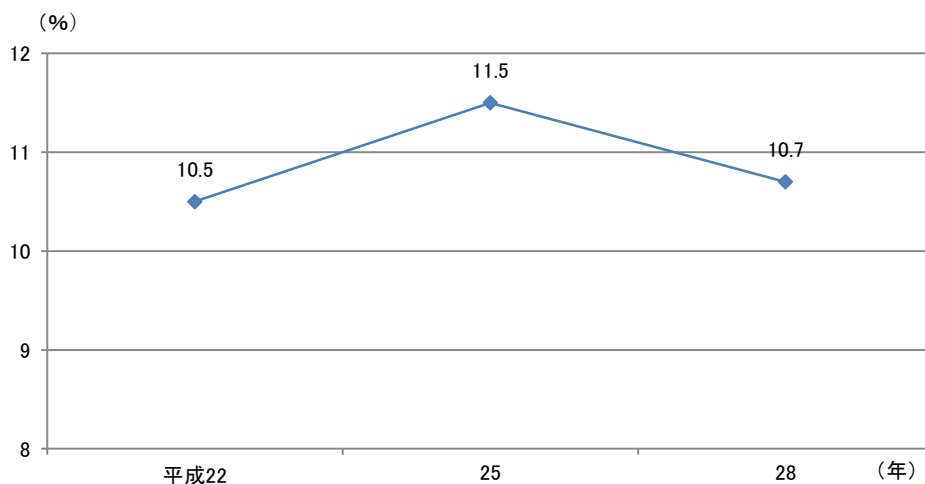
○ 睡眠、リフレッシュ、ストレスマネジメントなど、こころの健康づくりに資する講演会の開催や、ストレスチェックシートの作成等に関する区市町村の取組に対して、包括補助による財政支援を実施

【指標の達成状況及び評価】

指標	指標の方向	ベースライン値 (平成 22 年)	現状値 (平成 28 年)	増減率	評価
支援が必要な程度の心理的苦痛を感じている者（K6 ² の合計点数 10 点以上）の割合 (20 歳以上)	減らす	10.5%	10.7%	▲ 1.9%	b

○ 支援が必要な程度の心理的苦痛を感じている者の割合は、おおむね不変であることから、評価をbとしました。〈図 47〉

〈図 47〉支援が必要な程度の心理的苦痛を感じている者（K6の合計点数 10 点以上）の割合の推移（東京都 20 歳以上）



資料:「国民生活基礎調査」(厚生労働省)

¹ ゲートキーパー: 地域や職場、教育、その他様々な分野において、身近な人の自殺のサインに気づき、その人の話を受け止め、必要に応じて専門相談機関につなぐなどの役割が期待される人

² K6: 米国のケスラーらにより、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、住民を対象とした調査で、心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として利用されている。合計点数が高いほど、精神的な問題がより重い可能性があると考えられている。平成 22 年から、日本でも国民生活基礎調査により把握している。

1 【参考指標の数値の推移】

参考指標		ベースライン値	現状値
気軽に話ができる人がいる割合 (20歳以上)	男性	89.5% (平成24年)	88.9% (平成28年)
	女性	93.3% (平成24年)	91.7% (平成28年)
専門家(機関)への相談が必要だと感じた時に適切な相談窓口を見つけることができた人の割合 (20歳以上)		60.6% (平成24年)	63.0% (平成28年)
人口10万人当たり自殺死亡率	男性	30.1 (平成23年)	20.4 (平成28年)
	女性	15.4 (平成23年)	10.7 (平成28年)

2

3 ○ 気軽に話ができる人がいる割合は、男女ともに大きな変化はありません。

4

5 ○ 専門家(機関)への相談が必要だと感じた時に適切な相談窓口を見つける
6 ことができた人の割合は、大きな変化はありません。

7

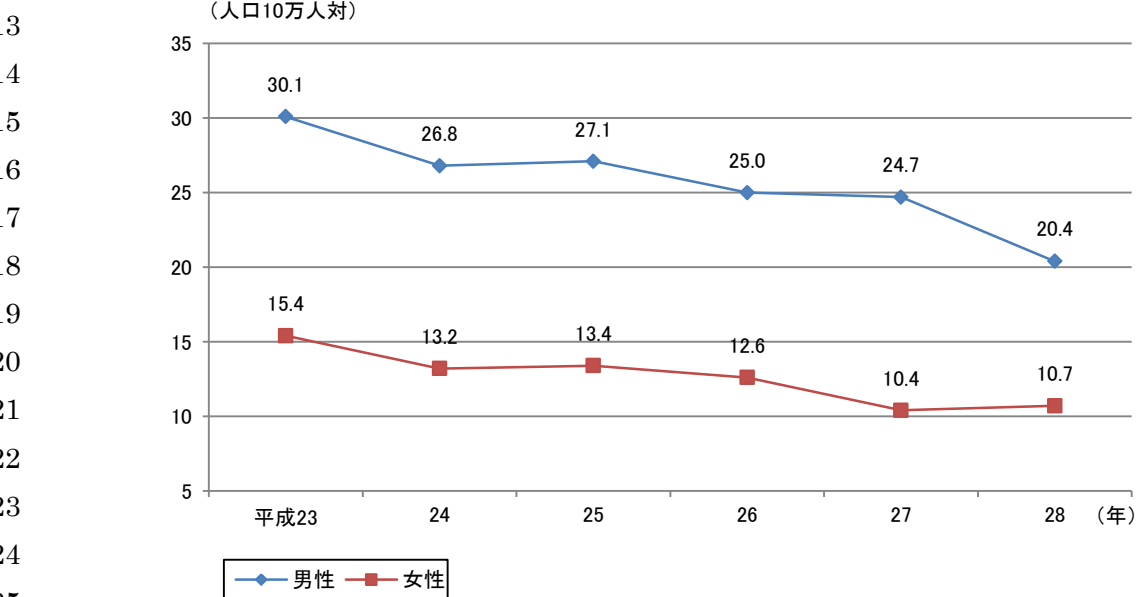
8 ○ 人口10万人当たり自殺死亡率は、男女ともに減少傾向にあります。

9 <図48>

10

11 <図48>人口10万人当たり自殺死亡率の推移(東京都)

12



13 資料:「人口動態統計年報(確定数)」(東京都福祉保健局)

14

15

16

17

18

19

20

1 **【現状と課題】**

2 ○ 支援が必要な程度の心理的苦痛を感じている者の割合は、依然として約1
3 割を占めており、若年層の割合が高くなっています。〈参考図 15〉

4 ストレスに耐える力には個人差があります。若い人でもそれを大きく超え
5 るような強いストレスが続くと、こころの病気が起こりやすくなります。

6 このため、適度な運動や十分な休養をとるなどの望ましい生活習慣により
7 ストレスを上手に解消するなど、日常生活の中でストレスをためないことの
8 大切さを啓発する必要があります。

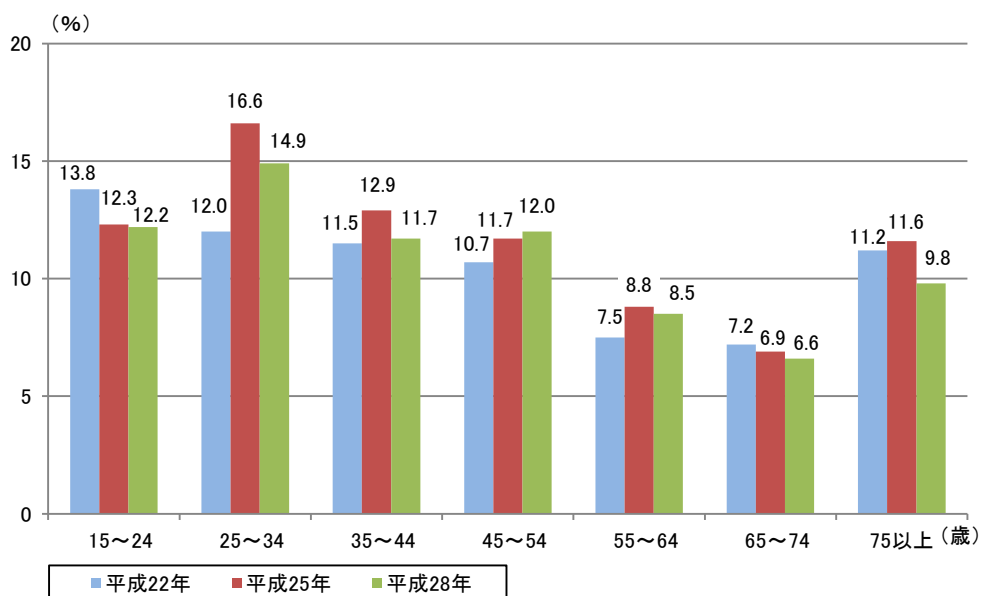
9 また、自身のこころの不調に早めに気づき、必要に応じて早期に適切な機
10 関に相談し、支援を受けるよう促していくことも必要です。

11
12 ○ 専門家（機関）への相談が必要だと感じた時に、適切な相談窓口を見つけ
13 ることができた人の割合は6割程度で、年代別にみると30歳代から50歳
14 代までの働く世代・子育て世代の割合が低くなっています。〈参考図 16〉

15 ストレスへの個人的な対応だけでなく、日頃から家庭や職場、地域で話し
16 やすい関係（つながり）を築くことで、周囲の人がこころの不調に気づくよ
17 うな環境づくりも必要です。

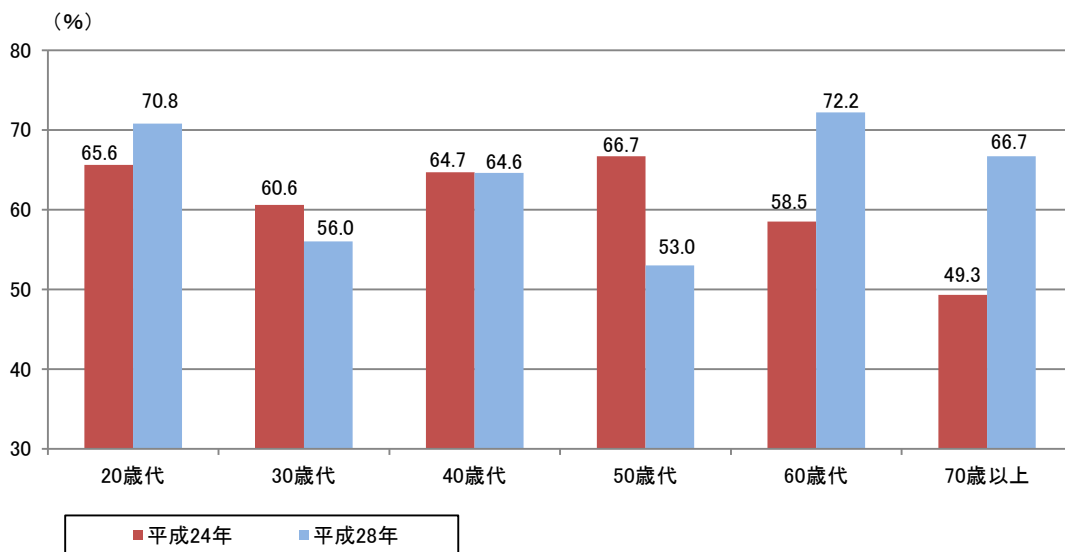
18
19 ○ 自殺の背景には、様々な要因が複雑に絡み合っていますが、「健康問題」
20 に起因するものが最も多く、特に、精神疾患の割合が高くなっています。こ
21 のため、こころの健康づくりの視点も踏まえた自殺対策の推進が重要です。

22
23 **〈参考図 15〉支援が必要な程度の心理的苦痛を感じている者**
24 **（K6の合計点数 10 点以上）の割合の推移（東京都）**



資料:「国民生活基礎調査」(厚生労働省)を用いて東京都福祉保健局にて算出

1 <参考図 16> 専門家(機関)への相談が必要だと感じた時に、
 2 適切な相談窓口を見つけることができた人の割合の推移(東京都)



14 資料:「健康に関する世論調査」及び「健康と保健医療に関する世論調査」(東京都生活文化局)を
 15 用いて東京都福祉保健局にて算出

16
17
18 **【取組の方向性】**

19 **■ 上手なストレス対処法の啓発**

20 ストレスへの対処法や話しやすい関係(つながり)の重要性、自身や周囲
 21 の人のこころの不調に早めに気づく方法等について、講習会やホームページ
 22 等による情報提供を引き続き行っていきます。

23
24 **■ 相談・支援体制の充実**

25 こころの不調の早期発見・早期治療につなげるため、こころの悩みを抱え
 26 る人やその家族、友人が、必要な時に適切な相談を受けられるよう相談窓口
 27 の充実に努めるとともに、相談者が利用しやすいように、電話や対面(来所・
 28 訪問)だけでなく、メールやSNSの活用など、様々な手法による相談体制
 29 の構築を図ります。

30 併せて、多くの媒体を活用して地域の相談・支援機関を広く周知し、様々
 31 な悩みに応じた適切な相談窓口につなげる取組を推進します。

1 **■職場におけるメンタルヘルス対策の推進**

2 労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）により、労働者が50人以上
3 の事業所での実施が義務付けられているストレスチェックについて、ホーム
4 ページ等による情報提供を引き続き行います。

5 また、ストレスチェックを義務付けられていない中小企業に対しては、産
6 業保健総合支援センター³や地域産業保健センター⁴による訪問支援等の活
7 用を紹介していきます。

8
9 **【最終評価に向けた目標・指標等の見直し】**

- 10 ○ 参考指標「人口10万人当たり自殺死亡率」については、「東京都自殺総
11 合対策計画」との整合を図り、新たに男女総数の項目を追加します。

12
13 （見直し後の参考指標）

参考指標		ベースライン値 (平成23年)	現状値 (平成28年)
人口10万人当たり自殺死亡率	総数	22.7	15.5
	男性	30.1	20.4
	女性	15.4	10.7

14
15
16
17
18
19
20
21
22

³ 産業保健総合支援センター:メンタルヘルスの専門的な窓口相談を行うほか、職場を訪問して、メンタルヘルス
ケア対策への助言や職場復帰支援を含むメンタルヘルス対策の情報提供、相談機関の利用促進などを行う。

⁴ 地域産業保健センター:産業保健総合支援センター地域窓口で、労働者数50人未満の小規模事業者やそこで
働く者を対象として、労働安全衛生法で定められた保健指導などの産業保健サービスを無料で提供している。

領域と分野	分野別目標
3-2 次世代 の健康	運動を習慣的にしている子供の割合を増やす

1
2 **【望ましい姿】**

3 子供は、発達段階に応じて健康に関する知識を得て、習慣的に運動を行うな
4 ど望ましい生活習慣を確立し、健やかな心身と生活機能を獲得しています。地
5 域活動に参加し、他世代との交流を行っています。

6 保護者をはじめとした周囲の大人は、子供の健康を保つために必要な生活習
7 慣について正しく理解し、子供自身の力で実践できるようになるまで支援して
8 います。

9
10 **【これまでの主な取組】**

- 11 ○ 全ての子育て家庭に対して妊娠期から専門職が関わることにより、出
12 産・子育てに関する不安を軽減するとともに、各家庭のニーズに応じた支
13 援を妊娠期から子育て期にわたって切れ目なく行う区市町村の取組を支援
14 し、妊婦・乳幼児・保護者の心身の健康の保持・増進を推進
- 15
- 16 ○ 幼児の適切な食事内容や量を分かりやすく示した「東京都幼児向け食事
17 バランスガイド」と立体式組立てコマを活用して、保育所や幼稚園等で食
18 育を推進【再掲】
- 19
- 20 ○ 様々な事情を有する全ての子供やその保護者が気軽に立ち寄れる地域の
21 「居場所」を創設し、子供に対する学習支援や保護者に対する養育支援、
22 食事提供をはじめとした生活支援を行う区市町村の取組を財政的に支援し、
23 生活の質の向上と地域全体で子供や家庭を支援する環境を整備
- 24
- 25 ○ 東京都の児童・生徒の体力や運動能力、生活・運動習慣等の実態を把握
26 するため、都内公立学校の全校、全学年で「東京都統一体力テスト」を年
27 間指導計画に位置付けて実施
- 28
- 29 ○ 幼稚園及び学校において、子供の日常の生活活動や体力・運動能力に関
30 する具体的目標を定め、それぞれ特色のある体力・運動能力向上の取組「一
31 校（園）一取組」運動を展開
- 32
33
34

- 基本的な生活習慣や「運動・栄養・休養」の健康3原則の確立等に関連して、保護者との連携を図り、理解を深めるなどして、子供の発達段階に即して具体的な目標や計画を定め、体力・運動能力の向上を推進
- 児童・生徒の健康増進や体力向上を目的とした特色ある取組を行う学校を指定し、その取組を全校展開することで、健康づくり・体力向上を推進
- 健康課題に関する研修等を通じて学校の健康づくりを担う人材を育成するとともに、学校管理職、養護教諭、学校医、学校歯科医等が連携し、組織的に一体となって学校保健活動を推進

【指標の達成状況及び評価】

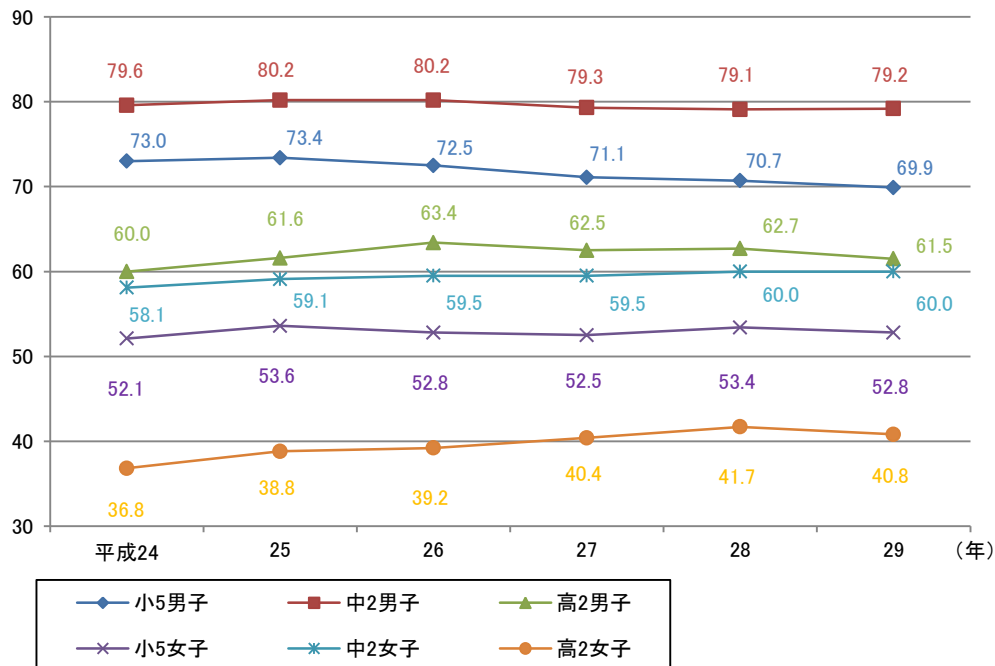
指 標			指標の方向	ベースライン値 (平成 24 年度)	現状値 (平成 29 年度)	増減率	評価
1 日に 60 分以上 運動・スポーツをする 児童・生徒の割合	男子	小 5	増やす	73.0%	69.9%	▼ 4.2%	b
		中 2		79.6%	79.2%	▼ 0.5%	
		高 2		60.0%	61.5%	△ 2.5%	
	女子	小 5	増やす	52.1%	52.8%	△ 1.3%	b
		中 2		58.1%	60.0%	△ 3.3%	
		高 2		36.8%	40.8%	△ 10.9%	

○ 1 日に 60 分以上運動・スポーツをする児童・生徒（男子）の割合は、おおむね不変であることから、評価を b としました。〈図 49〉

○ 1 日に 60 分以上運動・スポーツをする児童・生徒（女子）の割合は、小 5、中 2 はほぼ変化はありませんが、高 2 は増加しています。総合的に考察すると、女子の指標はおおむね不変であることから、評価を b としました。〈図 49〉

＜図 49＞1 日に 60 分以上運動、スポーツをする児童・生徒の割合の推移(東京都)

(%)



資料:「東京都児童・生徒体力・運動能力、生活・運動習慣等調査」(東京都教育委員会)

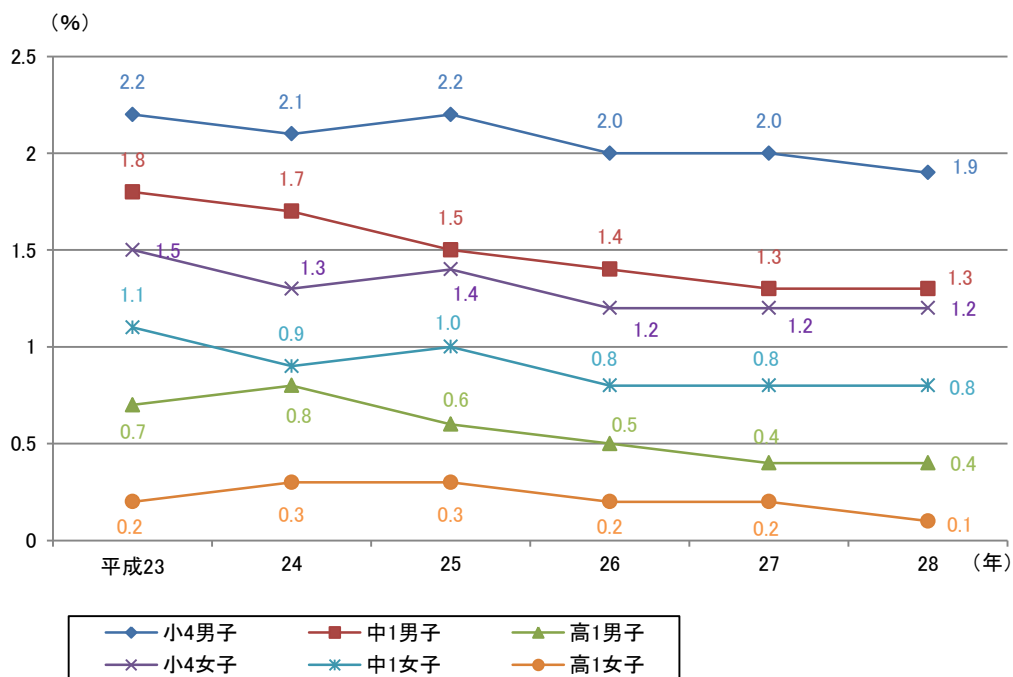
【参考指標の数値の推移】

参考指標			ベースライン値 (平成 23 年度)	現状値 (平成 28 年度)
児童・生徒の1日の平均歩数	男子	小5	12,347 歩	—
		中2	10,072 歩	—
		高2	8,346 歩	—
	女子	小5	9,670 歩	—
		中2	8,624 歩	—
		高2	7,885 歩	—
肥満傾向にある児童・生徒の割合	男子	小4	2.2%	1.9%
		中1	1.8%	1.3%
		高1	0.7%	0.4%
	女子	小4	1.5%	1.2%
		中1	1.1%	0.8%
		高1	0.2%	0.1%

○ 児童・生徒の1日の平均歩数については、平成23年度以降、参考指標設定時の出典である「東京都児童・生徒の日常生活活動に関する調査」を行っていないため、現状値はありません。

○ 肥満傾向にある児童・生徒の割合は、男女とも各学年で減少しています。
 <図 50>

<図 50> 肥満傾向にある児童・生徒の割合の推移(東京都)



資料:「東京都の学校保健統計書」(東京都教育委員会)

【現状と課題】

○ 子供が望ましい生活習慣を身に付けるためには、家庭を中心に学校、地域が連携して支援に取り組むことが求められます。生涯にわたる健康の基礎を作るため、母子保健事業における保健指導や学校における健康教育等を通じて、体力の基盤となる基本的な生活習慣の改善・定着やこころの健康づくりを進めていくことが重要です。

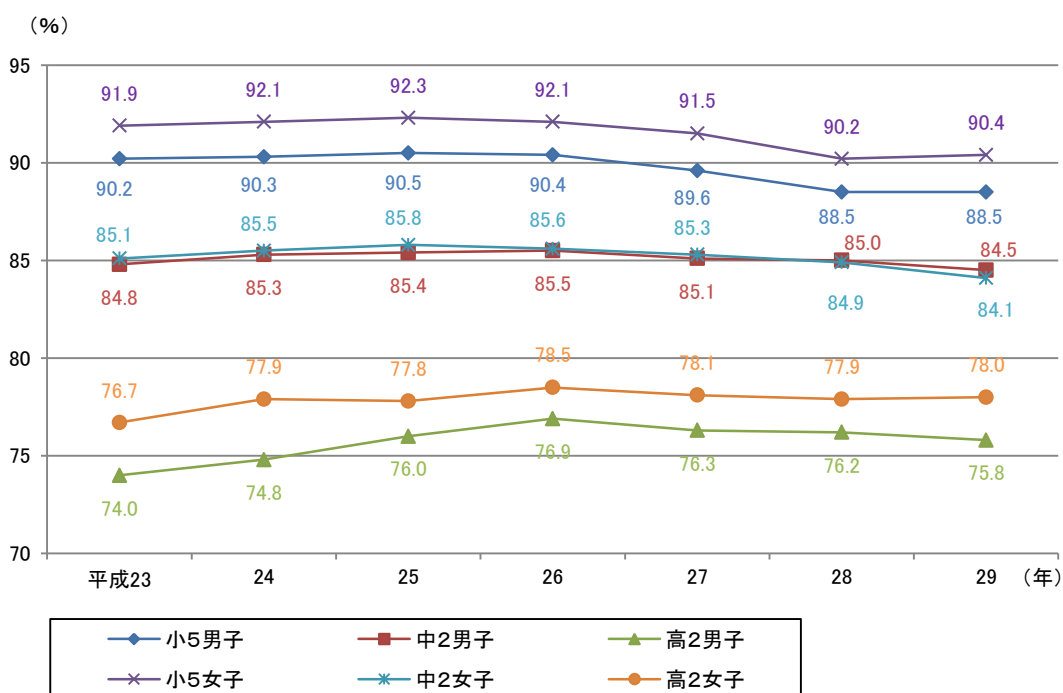
○ 毎日朝食を食べる児童・生徒の割合は、学齢が上がるにつれて減少しています。<参考図 17>

児童・生徒が将来にわたって心身ともに健康的な生活を送ることができるよう、朝食を含め三食を欠かさずとり、必要な栄養素を摂取する、活発に体を動かす、日常的に運動を実践する、早寝早起きをすることを身につけることが重要です。

○ 都統一体力テストにおける体力合計点平均値は上昇傾向にあるものの、多くの種目において、設定している目標値¹には届いていません。また、都統一体力テストにおける総合評価では、中位層から上位層までの割合は年々増加していますが、下位層の割合には大きな変化がみられず、運動する子供としない子供の二極化が進んでいます。〈参考図 18〉

区市町村教育委員会や学校と連携し、更なる体力向上の取組を推進するとともに、運動・スポーツに親しむ元気な児童・生徒の育成が必要です。

〈参考図 17〉毎日朝食を食べる児童・生徒の割合の推移(東京都)



資料:「東京都児童・生徒体力・運動能力・生活・運動習慣等調査」(東京都教育委員会)

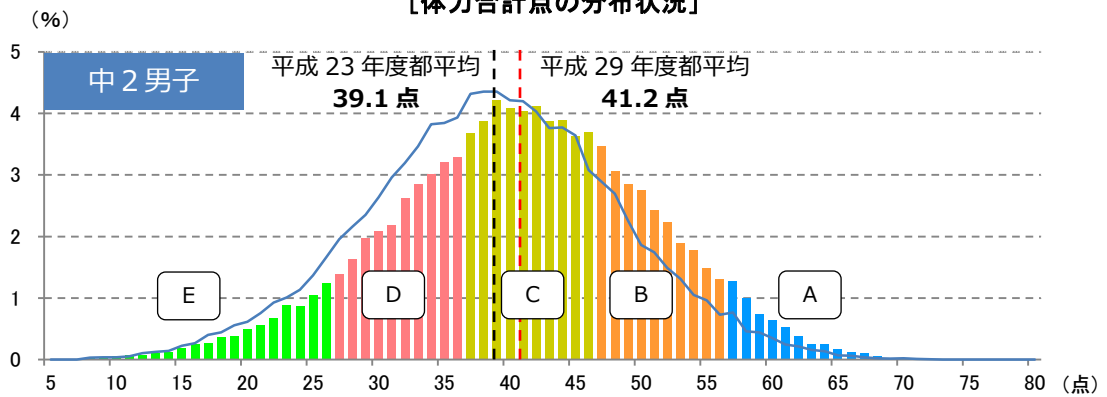
¹ 設定している目標値:都教育委員会は、平成 32 年(2020 年)までの具体的な目標として、体力合計点の都平均値を、小学生は都道府県別の上位、中学生・高校生は全国平均値程度まで向上させることとしている。

1 <参考図 18>東京都統一体力テストの結果(平成 29 年度 中学2年生)

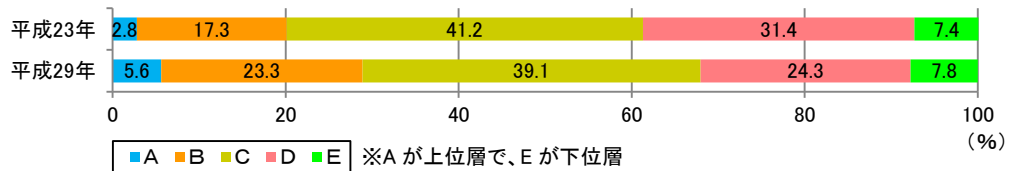
2 [アクティブプラン to 2020 体力テストにおける具体的目標値との比較]



10 [体力合計点の分布状況]



20 [総合評価の推移]



25 資料:「東京都児童・生徒体力・運動能力、生活・運動習慣等調査」(東京都教育委員会)

26

27 【取組の方向性】

28 ■母子保健の推進

29 乳幼児健康診査や保健指導など、母子保健事業の実施主体である区市町
30 村に対して、広域的・専門的・技術的支援を行い、都内全域の母子保健サー
31 ビスの向上を図り、乳幼児期からの健康づくりを引き続き推進していきます。

32

33 ■健康教育の推進

34 学習指導要領に基づき、飲酒・喫煙防止教育や薬物乱用防止教育、性教
35 育、生活習慣病の予防に関する教育やがん教育等を推進し、発達段階に応じ
36 た健康教育を適正に実施していきます。

37 また、学校保健安全法による健康診断や法令に基づく統計調査の実施に
38 より、子供の健康状態を把握するとともに、健康管理を充実していきます。

1 ■体力向上の取組

2 「アクティブプラン to 2020」－総合的な子供の基礎体力向上方策（第
3 3次推進計画）²に基づく取組を実施し、基本的な生活習慣の定着、栄養・
4 運動・休養（健康三原則）、アクティブライフの実践の徹底を図っていきま
5 す。

6 ■心の健康づくりへの取組

7 集団への不応、拒食症など、児童・生徒の様々な問題行動等の早期発
8 見・早期対応を図るため、スクールカウンセラーの活用、アドバイザー・ス
9 タッフの派遣、精神科専門医による学校相談活動の充実など、学校における
10 重層的な支援体制を構築するとともに、関係機関との連携を強化していきま
11 す。

12 【最終評価に向けた目標・指標等の見直し】

- 13
- 14 ○ 参考指標「児童・生徒の1日の平均歩数」については、平成23年度以
15 降、出典の「東京都児童・生徒の日常生活活動に関する調査」を行っていな
16 いため、見直すこととし、生涯にわたる健康づくりの基礎となる健康的な食
17 習慣を測る参考指標として、「毎日朝食を食べる児童・生徒の割合（出典「東
18 京都児童・生徒体力・運動能力、生活・運動習慣等調査）」に変更します。

19
20
21 （見直し後の参考指標）

参考指標		ベースライン値 (平成23年度)	現状値 (平成29年度)
毎日朝食を食べる児童・生徒の割合	男子	小5	90.2%
		中2	84.8%
		高2	74.0%
	女子	小5	91.9%
		中2	85.1%
		高2	76.7%

22
23
24
25

² 「アクティブプラン to 2020」－総合的な子供の基礎体力向上方策(第3次推進計画)－:都教育委員会は、長期的に低下している子供の体力向上を目指し、平成22年7月に「総合的な子供の基礎体力向上方策(第1次推進計画)」を定め、以降、様々な取組を推進してきた。平成28年1月には、「総合的な子供の基礎体力向上方策(第3次推進計画)」として、計画期間を平成28年度から平成32年度(2020年度)までとする「アクティブプラン to 2020」を策定した。

領域と分野	分野別目標
3-3 高齢者の健康	社会生活を営むために必要な機能を維持する

1
2 **【望ましい姿】**

3 青壮年期から、フレイル¹やロコモティブシンドローム²（運動器症候群）、
4 認知機能障害の予防を意識して望ましい生活習慣を実践しています。

5 加齢に伴う体力の低下や障害があっても、やりがいや興味を持つことができ
6 る地域活動が豊富にあり、高齢者が生き生きと暮らしています。

7
8 **【これまでの主な取組】**

9 ○ 関係団体と連携し、フレイルを分かりやすく紹介する冊子の活用などに
10 より、フレイルの意味と予防の重要性を啓発

11
12 ○ 近い将来退職などによって地域で過ごす時間が増えることが見込まれる
13 50歳代から60歳代までを対象に、地域活動の重要性と活動への参加の
14 きっかけづくりを目的として、パンフレットを作成し、企業や区市町村と
15 連携して普及啓発を実施

16
17 ○ 企業人や元気な高齢者などの豊富な知識と経験を活用し、地域福祉の担
18 い手を創出していくためのセミナー等を開催するほか、多様な主体による
19 地域貢献活動の情報を発信

20
21 ○ 住民運営の通いの場の立ち上げや充実などを支援する専門職である「介
22 護予防による地域づくり推進員」を地域包括支援センター等に配置する区
23 市町村を支援

24
25 ○ 東京都介護予防推進支援センターを設置し、介護予防に取り組む人材の
26 育成や、リハビリテーション専門職等の派遣など、地域の実情や取組段階
27 に応じて区市町村が介護予防に取り組めるよう、総合的かつ継続的に支援
28
29

¹ フレイル:「厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業) 総括研究報告書」によると、加齢とともに、心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像のこと。

² ロコモティブシンドローム:骨、関節、軟骨、椎間板、筋肉といった運動器のいずれか、あるいは複数に障害が起これ、「立つ」、「歩く」といった機能が低下している状態をいう。進行すると日常生活にも支障が生じ、介護が必要になるリスクが高くなる。

○ 高齢者向けスポーツイベントを開催し、高齢者に適したスポーツや健康づくり推進活動を通して、多くの高齢者が社会参加や仲間づくり、世代間交流を拡げることにより、明るく活力のある長寿社会づくりを推進

○ 地域の健康課題に応じたメインターゲットとなる対象者を明確にし、継続的に地域とのつながりが醸成されるような普及啓発等に関する区市町村の取組に対して、包括補助による財政支援を実施

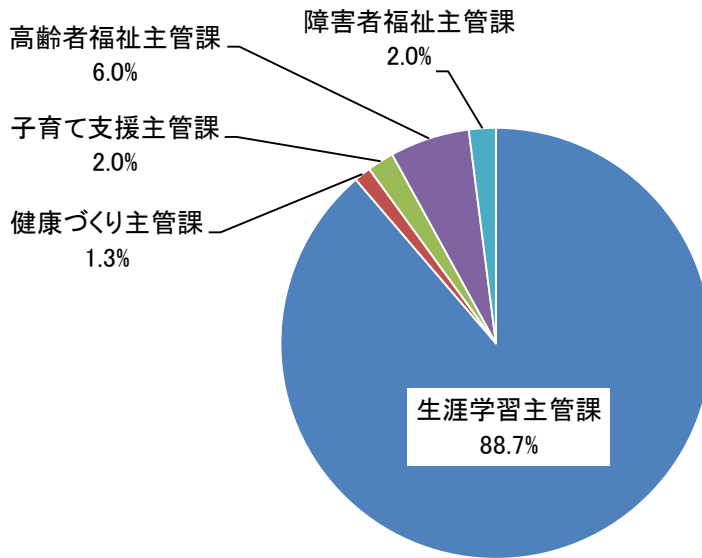
【指標の達成状況及び評価】

指 標		指標の方向	ベースライン値 (平成 24 年度)	現状値 (平成 28 年度)	増減率	評価
地域で活動している団体の数 (健康、子育て支援、高齢、障害、生涯学習等の各部署で把握できる団体 (各部署の公共施設等に登録又は利用実績がある団体や、部署が活動を直接的・間接的に支援している団体)の数)	総数	増やす	90,461	97,586	△ 7.9%	b
	高齢者(65歳以上)人口 千人当たり		32.88	32.05	▼ 2.5%	
地域で活動している団体の 年間活動回数	総数	増やす	2,185,618	—	—	—
	高齢者(65歳以上)人口 千人当たり		794.34	—	—	

○ 地域で活動している団体の数は増加していますが、それ以上に高齢者人口が増加しており、高齢者人口千人当たりの団体数は減少しています。総合的に考察すると、指標は改善しているとも悪化しているとも言えないことから、評価をbとしました。〈図 51〉

○ 地域で活動している団体の年間活動回数は、各自治体での把握状況に差があったため、経年比較による指標の評価は困難と判定しました。

1 <図 51> 地域で活動している団体の数の割合(主管課別) (平成 28 年度 東京都)



資料:「区市町村調査」(東京都福祉保健局)

16 【参考指標の数値の推移】

参考指標		ベースライン値	現状値
ロコモティブシンドローム(運動器症候群)の認知度 (全国)		17.3% (平成 24 年)	46.8% (平成 29 年)
高齢者の社会参加 (スポーツや趣味等の活動をしている人の割合)		48.9% (平成 22 年度)	46.4% (平成 27 年度)
第 1 号被保険者に占める要介護認定者の割合		16.6% (平成 23 年 4 月)	18.4% (平成 29 年 4 月)
シルバー人材センター会員数	男性	57,768 人 (平成 23 年度)	53,607 人 (平成 28 年度)
	女性	28,980 人 (平成 23 年度)	28,344 人 (平成 28 年度)
高齢者の近所付き合いの程度 (お互いに訪問し合う人がいる割合)		22.9% (平成 22 年度)	18.7% (平成 27 年度)

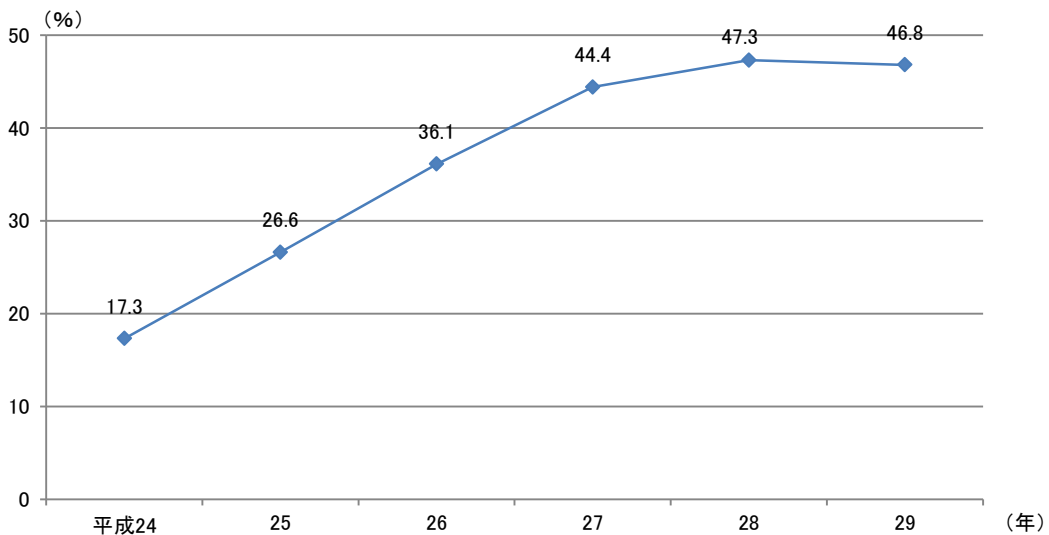
17 ○ 国民のロコモティブシンドロームの認知度は上昇していますが、近年は横
18 ばいです。<図 52>

19 ○ 都内の高齢者の社会参加の割合は、大きな変化はありません。

20 ○ 都における介護保険の第 1 号被保険者に占める要介護(要支援)認定者の
21 割合は、増加しています。<図 53>

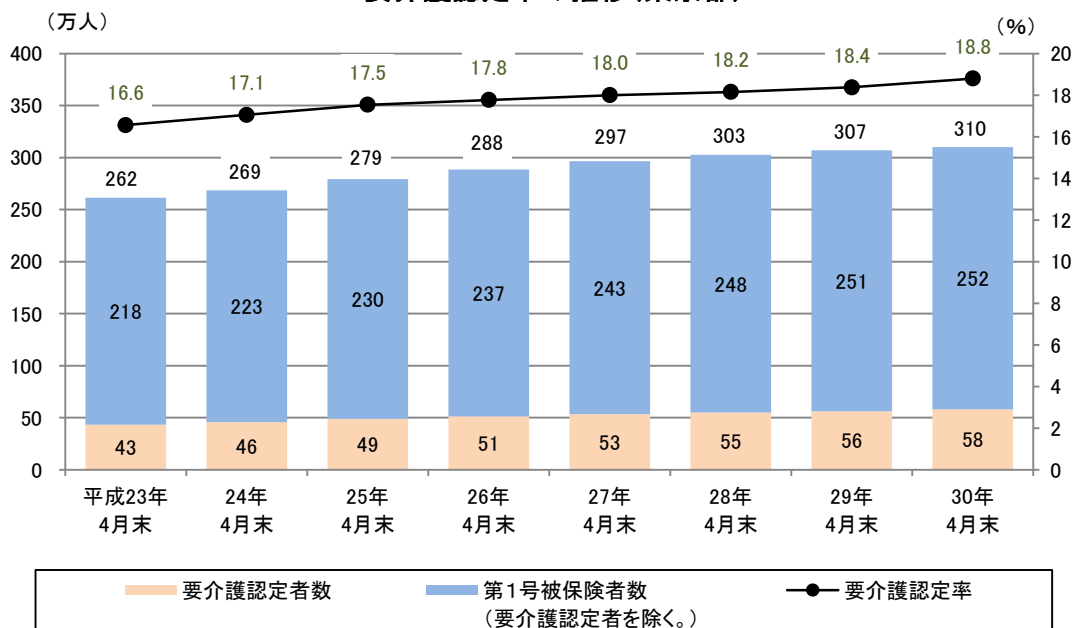
- 1 ○ 都内のシルバー人材センター会員数は、男女ともに減少しています。
- 2
- 3 ○ 都内の高齢者の近所付き合いの程度の割合(お互いに訪問し合う人がいる
- 4 割合)は、減少しています。
- 5
- 6
- 7

＜図 52＞ロコモティブシンドロームの認知度の推移(全国)



資料:平成 24 年から平成 26 年まで 日本整形外科学会によるインターネット調査
平成 27 年から公益財団法人「運動器の 10 年・日本協会」によるインターネット調査

＜図 53＞ 介護保険制度における第1号被保険者の要介護者数と
要介護認定率の推移(東京都)



資料:「介護保険事業状況報告(月報)」(東京都福祉保健局)

※1万人未満を四捨五入しているため、内訳の合計値と一致しない場合がある。

1 **【現状と課題】**

2 ○ 都の高齢化は急速に進行しており、平成 42 年（2030 年）には、都民
3 の約4人に1人が65歳以上の高齢者になる見込みです。また今後、団塊の
4 世代が75歳以上の後期高齢者になることに伴い、要介護認定者数も増加す
5 ると見込まれています。

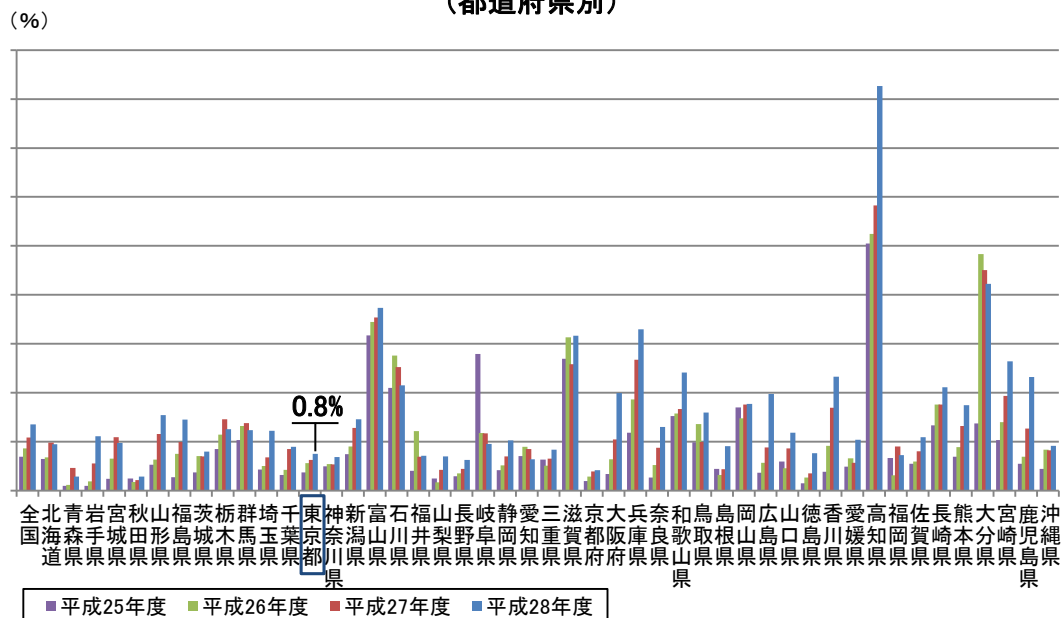
6 要介護高齢者の多くが、フレイルという段階を経て徐々に要介護状態に陥
7 ることから、高齢期になっても自立した日常生活を送るためには、加齢に伴
8 い低下する運動機能や認知機能をできる限り維持し、フレイルに至らないこ
9 とが重要です。

10
11 ○ 地域で活動する団体数は増えていますが、高齢者の社会参加やシルバー人
12 材センター会員数、近所付き合いの程度は減少傾向にあります。また、週に
13 1回以上開催の通いの場への参加率は、全国平均を下回っています。

14 <参考図 19>

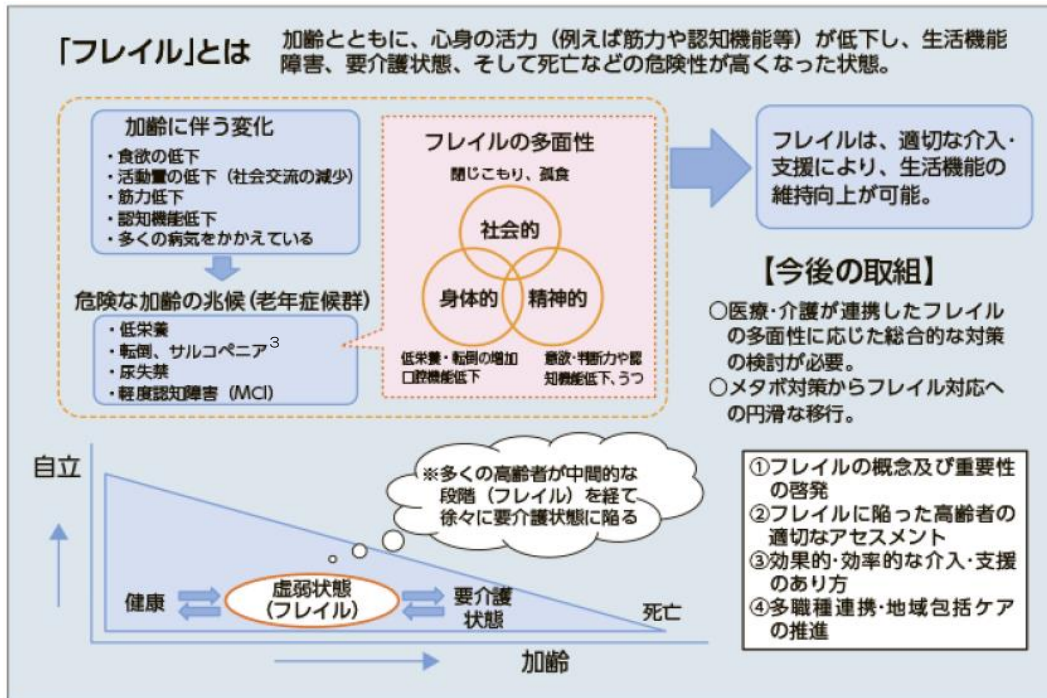
15 社会参加は、身体活動量を増やし、運動機能を維持することのみならず、
16 人とのコミュニケーションにより脳の機能が活性化され、認知機能の維持に
17 も効果があることから、高齢者の積極的な参加を促すため、活動の機会を増
18 やすなど社会環境を整えることが必要です。

21 **<参考図 19> 通いの場(週1回以上開催の通いの場)への参加率の推移**
22 **(都道府県別)**



Column

<高齢者の虚弱(フレイル)>



資料：「平成 28 年版厚生労働白書」（厚生労働省）

【取組の方向性】

■フレイル・ロコモティブシンドローム予防と介護予防

関係団体と連携し、ロコモティブシンドロームを含めたフレイルについて、様々な媒体の活用などにより都民に分かりやすく紹介し、フレイルの意味と予防の重要性を啓発していきます。

また、筋力の低下や低栄養などに陥りがちな高齢者の特性を踏まえ、区市町村や保健医療関係団体、事業者・医療保険者等と連携し、日常生活の中で負担感なく身体活動量を増やす方法や、適切な食事量（望ましい野菜、食塩、果物の摂取量及び脂肪エネルギー比率）、健康的な食生活の意義や栄養に関する知識に関して普及啓発するとともに、関連した取組を行います。

³ サルコペニア：加齢や疾患により、筋肉量が減少することで、握力や下肢筋・体幹筋など全身の筋力低下が起こること。または、歩くスピードが遅くなる、杖や手すりが必要になるなど、身体機能の低下が起こること。

1 **■地域のつながりを生かした健康づくりの推進**

2 これまで培った知識や経験を地域で生かすことは、生きがいを持つきっかけとなり、心身の健康にもつながることについてホームページやリーフレット等により普及啓発を行っていきます。

3
4
5 また、人生 100 年時代において、多様なニーズを持つ高齢者の生きがいづくりや自己実現に役立つよう、多様な主体による地域貢献活動の情報発信や、「学び」と「新たな交流」の場の開設など、高齢者の社会活動・地域活動等への参加を促進し、地域社会で活躍できる機会を提供する区市町村などの取組を支援します。

10
11 **【最終評価に向けた目標・指標等の見直し】**

12 ○ 指標「地域で活動している団体の年間活動回数」については、各自治体での把握状況に差があり、経年比較による指標の評価が困難であることから削除します。

13
14
15 それに代わり、新たに参考指標として、「週 1 回以上の通いの場への参加率（65 歳以上）（出典「介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査及び住民基本台帳）」を追加します。

16
17
18
19 (追加する参考指標)

参考指標	ベースライン値 (平成 25 年度)	現状値 (平成 28 年度)
週 1 回以上の通いの場への参加率 <small>(通いの場への参加率 = 開催頻度が週 1 回以上の通いの場の参加実人数 / 高齢者(65 歳以上)人口) (65 歳以上)</small>	0.4%	0.8%

領域と分野	分野別目標
3-4 社会環境 整備	地域のつながりを醸成する

1
2 **【望ましい姿】**

3 都民一人ひとりが、近隣や地域の人と何らかの良い関係を築いています。
4 一人ひとりが自由に選択した地域活動への参加を通じ、住民同士のつながり
5 が強化されています。遠くまで行くことができない人も、区市町村が提供する
6 情報を得て、身近な場所で行われる活動に参加しています。
7 地域のつながりが豊かになることで、心身の健康に良い影響が生じています。

8
9 **【これまでの主な取組】**

- 10 ○ 地域における健康づくりの参考となるよう、地域の実情に応じた区市町
11 村の健康づくりに関する取組や好事例を紹介した「地域のつながりを通じ
12 た健康づくり事業事例集」を作成し、ホームページ上に掲載
- 13
- 14 ○ 保育現場等で働きたいと強く訴求するための動画やチラシなどを作成し、
15 普及啓発することで、元気高齢者や主婦等多様な人材を掘り起こし、保育
16 サービス等の担い手となる人材を確保
- 17
- 18 ○ 地域の子育て家庭に対して、身近な場所につどいの場を提供し、区市町
19 村による子育て相談事業などを推進
- 20
- 21 ○ 様々な事情を有する全ての子供やその保護者が気軽に立ち寄れる地域の
22 「居場所」を創設し、子供に対する学習支援や保護者に対する養育支援、
23 食事提供をはじめとした生活支援を行う区市町村の取組を財政的に支援し、
24 生活の質の向上と地域全体で子供や家庭を支援する環境を整備【再掲】
- 25
- 26 ○ 地域の課題を解決するために、地域活動の担い手である町会・自治会が
27 取り組む事業に対する支援を実施
- 28
- 29 ○ 地域住民による自主的な健康づくりを推進するため、地域で活躍する健
30 康づくり推進員¹等の活動支援等に関する区市町村の取組に対して、包括補
31 助による財政支援を実施
- 32

¹ 健康づくり推進員：区市町村が実施する保健事業への協力や自主的な活動等を通して地域における健康づくりの担い手となる者であり、各区市町村がそれぞれの方法で任用している。

1 **【指標の達成状況及び評価】**

指 標		指標の方向	ベースライン値 (平成 24 年度)	現状値 (平成 28 年度)	増減率	評価
地域で活動している団体の数 (健康、子育て支援、高齢、障害、生涯学習等の各部署で把握できる団体(各部署の公共施設等に登録又は利用実績がある団体や、部署が活動を直接的・間接的に支援している団体)の数)	総数	増やす	90,461	97,586	△ 7.9%	a
	人口 千人当たり		6.89	7.21	△ 4.6%	
地域で活動している団体の 年間活動回数	総数	増やす	2,185,618	—	—	—
	人口 千人当たり		166.45	—	—	

2

3 ○ 地域で活動している団体の数は増加しており、人口千人当たりの団体数
4 も増加しています。総合的に考察すると、指標はおおむね改善傾向にある
5 ことから、評価を a としました。

6

7 ○ 地域で活動している団体の年間活動回数は、各自治体での把握状況に差
8 があったため、経年比較による指標の評価は困難と判定しました。

9

10 **【参考指標の数値の推移】**

参考指標		ベースライン値	現状値
健康状態の評価 (主観的健康感(自分自身の健康状態を「よい」「まあよい」と回答した人の割合の合計) (20歳以上))	男性	80.4% (平成 24 年)	81.4% (平成 28 年)
	女性	81.8% (平成 24 年)	80.9% (平成 28 年)
地域などの子育て活動への参加経験 (子育てをしている父親と母親で、過去 1 年間に「親子が共に参加できる活動やプログラム」「親同士の交流の機会やグループ活動(母親クラブなど)」「子供を保育しあったりするグループ活動」等に参加したことがある人の割合)	父親	30.8% (平成 19 年度)	29.8% (平成 29 年度)
	母親	48.9% (平成 19 年度)	40.0% (平成 29 年度)
地域のつながり等に関する都民の意識 (地域のボランティア活動や趣味のグループへの参加状況)	男性	28.6% (平成 25 年度)	—
	女性	34.6% (平成 25 年度)	—

11

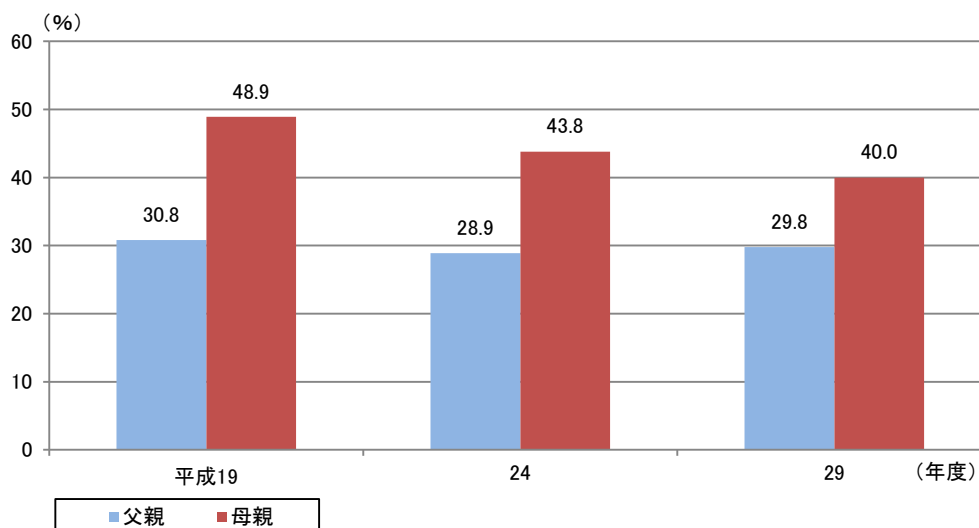
12 ○ 健康状態の評価(主観的健康感)は、男女とも大きな変化はありません。

13

14 ○ 地域などの子育て活動への参加経験の割合は、減少しています。〈図 54〉

- 1 ○ 地域のつながり等に関する都民の意識については、中間評価時点で調査結
2 果の報告がありませんが、最終評価に向けて調査を実施する予定です。

4 <図 54> 父親と母親の地域などの子育て活動への参加経験の割合の推移(東京都)



17 資料:「東京都福祉保健基礎調査(東京の子どもと家庭)」及び「東京都福祉保健基礎調査(東京の
18 子どもと家庭)」(東京都福祉保健局)

19 【現状と課題】

- 20 ○ 地域のつながりが豊かなほど、住民の健康状態が良いことが報告されてお
21 り、都民の健康を維持・向上させるためには、本人の生活習慣の改善のみな
22 らず、地域や人とのつながりと健康との関連など、ソーシャルキャピタル²の
23 重要性について、更に周知を図る必要があります。

- 24
25 ○ 地域で活動する団体数は増えていますが、子育て世代の地域活動への参加
26 状況は、特に母親が減少傾向にあります。区市町村や職域など関係機関とも
27 連携し、現役世代のうちから、地域のボランティア活動や自治会活動などに
28 参加し、地域とのつながりを作っておくことの意義や重要性を啓発する必要
29 があります。

31 【取組の方向性】

32 ■地域のつながりを生かした健康づくりの推進

33 地域の住民同士のつながりが健康に良い影響を与えることについて、ホー
34 ムページ等により普及啓発を行うとともに、引き続き区市町村が行う地域と
35 のつながりを醸成する取組に対して、財政支援を行います。

36
37
² ソーシャルキャピタル: 地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会関係資本等

1 **■地域活動への参加促進**

2 子育てや介護等に関する活動、高齢者や子供など多世代交流の活動など、
3 ボランティア、自治会、NPO等による多種多様な地域の取組を支援すると
4 ともに情報提供を行い、都民の参加を促進します。

5 また、地域における健康づくりの取組好事例を集約し、区市町村間で共有
6 することにより、ソーシャルキャピタルの強化・充実に努めます。

7
8 **■地域・職域連携³の強化と健康づくりを担う人材の育成**

9 地域の健康づくりを効果的に進めていくため、「東京都健康推進プラン21
10 (第二次)推進会議」等の機会を活用し、地域や職域における健康課題や健
11 康づくりに関する取組について認識を共有等していきます。加えて、地域に
12 おける健康づくり推進主体の相互連携についても支援し、地域・職域連携の
13 取組を通じて、地域住民一人ひとりが健康づくりを実践できる環境づくりを
14 促進します。

15 また、区市町村や関係機関等において健康づくりの企画や指導的な役割を
16 担うことが期待される人材を対象に、知識・技術を普及する研修等を引き続
17 き実施していきます。

18
19 **【最終評価に向けた目標・指標等の見直し】**

20 ○ 指標「地域で活動している団体の年間活動回数」については、各自治体で
21 の把握状況に差があり、経年比較による指標の評価が困難であることから削
22 除します。

23 それに代わり、新たに参考指標として、「健康づくり推進員を設置してい
24 る区市町村の数（出典「都の実施する区市町村調査）」を追加します。

25
26 (追加する参考指標)

参考指標	ベースライン値 (平成22年度)	現状値 (平成28年度)
健康づくり推進員を設置している区市町村の数	31 区市町	35 区市町村

27
³ 地域・職域連携:「健康日本21(第二次)」において、都道府県は、健康増進事業実施者、医療機関、企業の代表者、都道府県労働局その他の関係者から構成される地域・職域連携推進協議会等を活用し、これらの関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について議論を行い、その結果を都道府県健康増進計画に反映させることとされている。

1 第4節 中間評価の総括

2 前節でみてきたとおり、プラン21（第二次）の総合目標及び領域ごとの分
3 野別目標の指標は、おおむね改善傾向にあります。策定時から変化がない項
4 目や悪化した項目もみられています。

5 各領域の評価を総括すると、以下のとおりになります。

7 【領域1】「主な生活習慣病の発症予防と重症化予防」について

8 領域1は、都民の死亡原因の多くを占める、主な生活習慣病の一次予防
9 と二次予防に重点を置いた領域です。

10 各分野を通じて、指標はおおむね改善傾向にあると言えますが、現状のペ
11 ースでは達成が難しいと推測されるものもあります。

12 領域1に掲げる主な生活習慣病の予防には、医療の進展も大きく影響しま
13 すが、基本となるのは望ましい生活習慣の実践と疾病の早期発見・早期治療
14 です。健康づくりの基本となる生活習慣の改善に関する領域2や社会環境整
15 備などの領域3における取組とも連動しながら、引き続き対策を継続してい
16 く必要があります。

18 【領域2】「生活習慣の改善」について

19 領域2は、都民の健康づくりの基本であり、他の領域の取組にも関連する
20 領域です。

21 分野によっては、世代や性別において指標の達成状況に差があり、特に、
22 青年期・壮年期の「身体活動・運動」や「休養」、女性の「飲酒」等につい
23 ては、悪化傾向となっています。

24 また、生活習慣の改善に対する意識や行動には大きな変化はみられていま
25 せん。

26 都民の健康増進に当たっては、特定の分野のみならず、領域全体の各分野
27 における生活習慣の改善が望まれるため、より一層の取組の充実・強化が必
28 要です。また、「栄養・食生活」や「身体活動・運動」など、個人の生活習
29 慣や行動が大きく影響する分野については、領域3の各分野における取組と
30 連動しながら推進していくことも重要です。

32 【領域3】「ライフステージを通じた健康づくりと健康を支える社会環境の整備」について

33 領域3は、ライフステージと社会環境に着目した領域であり、領域1と領
34 域2を支える位置づけともなります。

35 各分野とも、指標にはおおむね変化はありませんが、「高齢者の健康」に
36 ついては、地域の活動団体の数が高齢者人口の増加に対して十分な状況とは
37 言えず、また、社会活動や地域活動への参加も進んでいるとは言えません。
38 地域のつながりの基盤となる、地域活動の場の一層の整備と社会参加の促進

1
2
3
4
5
6
7

が必要です。

少子高齢化の進展や高齢単独世帯の増加、雇用形態の多様化などの社会状況の変化や地域の実情などを踏まえながら、都民一人ひとりが生涯を通じて途切れることなく健康づくりに取り組むことができるよう、社会環境整備を進めていくことが重要です。

第4章 最終評価に向けた今後の取組方針

第1節 中間評価からみえた課題

プラン21（第二次）に基づく健康づくりの取組を進めていくに当たり、中間評価を踏まえた課題を以下のとおり整理しました。

1 生活習慣の改善に向けた都民の意識変容、行動変容

健康づくりの基本となる都民の生活習慣については、現状維持・悪化傾向にある指標が多くなっています。

生活習慣病は、食生活や運動習慣、喫煙等の様々な生活習慣に起因していることから、都民一人ひとりが自身の健康課題に気づき、自発的に健康づくりに取り組むことが重要です。

そのためには、自身の課題に応じて健康に関する情報を適切に収集し、正しく理解して、それを実際の行動につなげていくことができるよう、一人ひとりの「ヘルスリテラシー」¹を高めていく必要があります。

2 世代や性別ごとに異なる指標の達成状況

同じ指標でも、働く世代や高齢世代などの世代間、また、男女間で達成状況に差があるものが見受けられます。

「人生100年時代」を迎える中、都民のライフステージごとの健康課題も多様化してきています。生涯にわたって健康な生活を送るためには、性別や世代ごとの身体特性、健康に関する意識や行動、生活・労働環境等を考慮して、都民一人ひとりが健康づくりに取り組むことができるようにする必要があります。

3 生涯を通じて切れ目なく健康づくりに取り組むことができる社会環境

児童に係る望ましい生活習慣の指標や、子育て世代や高齢者の地域での活動に関する指標などについては、目立った改善はみられていません。

個人の健康は、生涯を通じて、家庭、学校、地域、職場などの社会環境の影響を受けることから、都民の健康づくりを途切れることなく支え、守る環境づくりに努めることが重要です。また、近年では、仕事や家事、育児・介護などに追われて、自身の健康に関心を持つ余裕がない方や健（検）診機会

¹ ヘルスリテラシー：世界保健機関（WHO）では、ヘルスリテラシーについて、“the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health”（ヘルスリテラシーは、健康を増進し、維持するための方法で、情報へのアクセスを獲得し、理解し、情報を活用するための個人の動機と能力を規定する、認知的、社会的技能を表わす。）と定義している。また、アメリカ国立衛生研究所（National Institutes of Health）では、「健康面での適切な意思決定に必要な、基本的健康情報やサービスを調べ、得、理解し、効果的に利用する個人的能力の程度」と定義している。

1 の少ない方を含めた健康づくりを推進することも求められています。総合目
2 標に掲げる健康格差の縮小のためにも、健康づくりの推進主体が連携し、都
3 民一人ひとりの健康づくりを、社会全体で継続的かつ包括的に支えていく必
4 要があります。

6 **第2節 今後の取組方針**

7 上記課題を踏まえ、都民や健康づくりの各推進主体が、主体的かつ積極的に
8 健康づくりに向けた取組を一層進めていけるよう、以下のとおり最終評価に向
9 けた今後の取組方針を定めます。

10
11 1 都民のヘルスリテラシー（健康情報の収集・理解・活用能力）の向上を支援
12 都民一人ひとりが、健康づくりを“自分事”として捉えてもらえるよう、
13 エビデンスに基づく望ましい生活習慣や、運動不足や喫煙等の望ましくない
14 生活習慣の健康への影響などについて、様々な手法を活用して広くメッセー
15 ジを発信し、都民一人ひとりの健康づくりへの意識づけ・動機づけを図って
16 いきます。

17 そして、実際の行動に結び付けてもらうため、飲食店における「野菜たっ
18 ぷりメニュー」の提供や、ウォーキングコースの紹介、通勤・通学時の階段
19 利用の呼びかけなど、日常生活の中で負担感なく健康づくりに取り組める環
20 境整備を行い、保健医療分野のみならず、教育や産業など様々な分野とも幅
21 広く連携・協働し、多方面から都民の主体的な健康づくりを支えていきます。

22
23 2 ライフステージやターゲット（対象）の特性に応じた施策の展開

24 児童期からの基本的な健康習慣の形成や、働く世代の特定健康診査・がん
25 検診等の受診や生活習慣の改善、高齢者のフレイル予防、女性の節度ある飲
26 酒など、各年代や性別における特性を踏まえながら、望ましい生活習慣の重
27 要性を普及啓発するなど、ライフステージやターゲット（対象）に応じたき
28 め細やかな健康づくりの取組を推進していきます。

29 特に、職域との連携を強化し、目立った改善がみられなかった働く世代を
30 中心に、生活習慣全般の改善を効果的に促進していきます。

31
32 3 都民一人ひとりの健康づくりを支える環境の整備

33 「東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議」等の機会を活用し、先
34 進的な取組事例や有用な情報、地域の健康課題などを共有・活用することで、
35 地域の実情に応じた効果的な事業展開を図ります。

36 また、各推進主体の地域内での相互連携を支援することで、地域の特性を
37 生かした健康づくりがより効果的に行われるよう、環境づくりを促進してい
38 きます。

1 加えて、地域や職域における健康づくりの指導的役割を担う人材を育成し、
2 多様な主体の自主的な健康づくりの取組を推進していきます。

3 4 **第3節 評価・進行管理**

5 プラン21（第二次）に掲げる総合目標を達成するためには、分野別目標や
6 指標の達成状況、関係機関の取組状況を把握・評価し、その結果を踏まえ、必
7 要に応じて取組の見直しを行っていくことが重要です（PDCA サイクルの推進）。

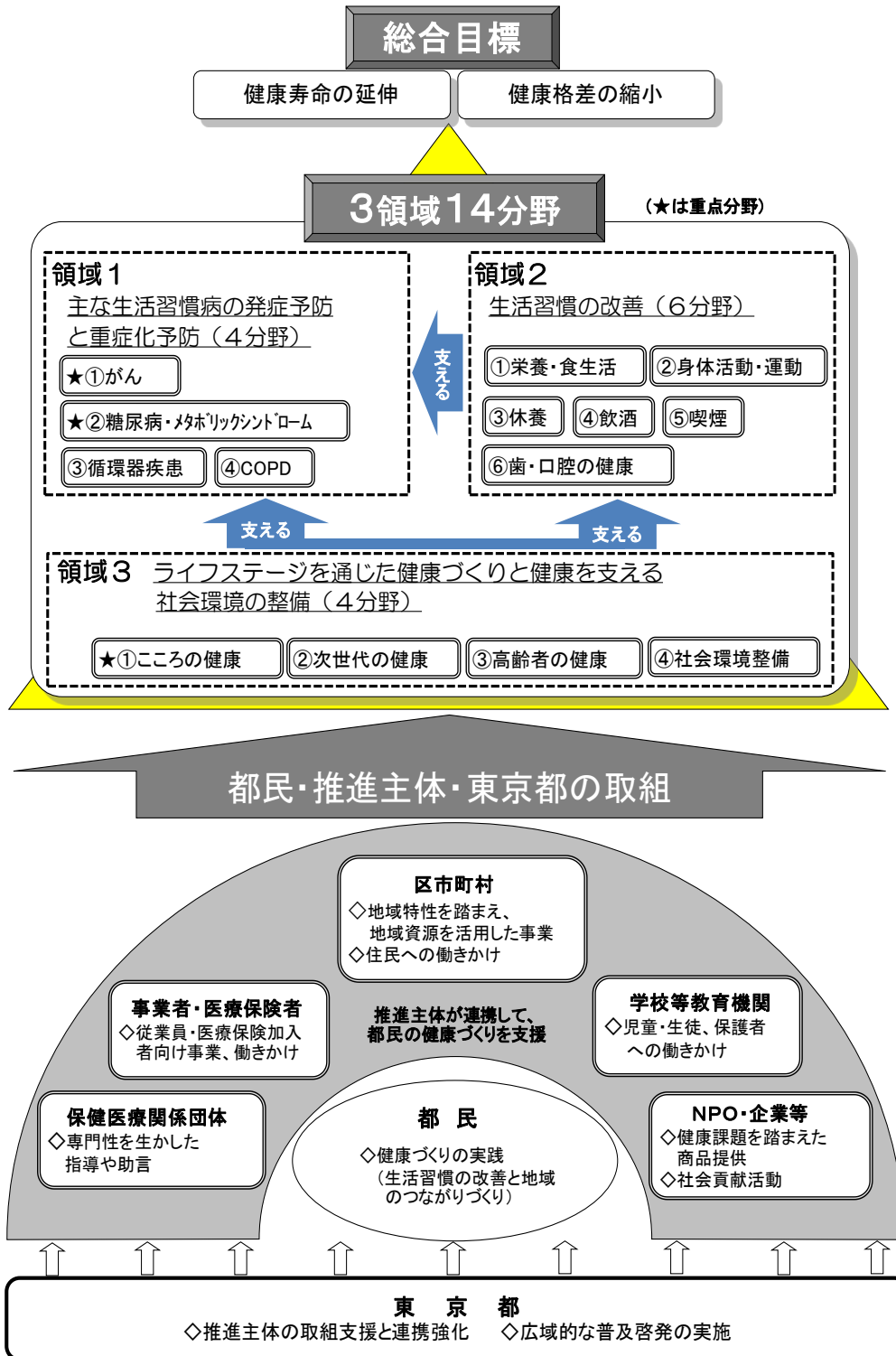
8 また、各関係機関が相互に取組や課題を共有し、より効果的に取組を行える
9 ようにすることも必要です。

10 そのため、学識経験者や医療関係団体、医療保険者団体、関係行政機関など
11 から構成する「東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議」やその下に設
12 置する部会において、目標等の達成状況や取組の実施状況等について把握・評
13 価を行い、プラン21（第二次）の進行管理を行っていきます。

14 また、特定健康診査・特定保健指導等の実施結果の分析や、専門家・関係機
15 関からの意見等も踏まえながら必要に応じて取組の見直しを行っていきます。

1 < 東京都健康推進プラン21（第二次）概念図 >

2 中間評価結果を踏まえ、プラン21（第二次）の概念図を以下のとおり整理
 3 し、領域ごとの関係性を明示します。



5

資料編

- 東京都健康推進プラン21（第二次）中間評価見直し後の指標一覧
- 東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議設置要綱
- 東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議委員名簿
- 健康増進法（平成十四年法律第百三号）（抄）


東京都健康推進プラン21（第二次）中間評価見直し後の指標一覧

総合目標

指標		指標の方向	ベースライン値	現状値	主な出典 [調査主体]
健康寿命の延伸	65歳健康寿命(要介護2以上)	延伸	平成22年 男性:82.02歳 女性:85.14歳	平成28年 男性:82.62歳 女性:85.69歳	65歳健康寿命(東京保健所長会方式) [東京都福祉保健局]
健康格差の縮小	区市町村別65歳健康寿命(要介護2以上)の最大値と最小値の差	縮小	平成22年 男性:2.51歳 女性:1.98歳	平成28年 男性:2.47歳 女性:2.05歳	65歳健康寿命(東京保健所長会方式) [東京都福祉保健局]

分野別目標

領域	分野	指標	指標の方向	ベースライン値	現状値	主な出典 [調査主体]
領域1 主な生活習慣病の発症予防と重症化予防	がん	人口10万人当たりがんによる75歳未満年齢調整死亡率	減らす (69.1未満)	平成17年 93.9	平成28年 75.5	人口動態統計による都道府県別がん死亡データ [国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」]
	糖尿病・メタボリックシンドローム	人口10万人当たり糖尿病性腎症による新規透析導入率	減らす	平成22年 11.3	平成27年 10.7	わが国の慢性透析療法の現況 [一般社団法人 日本透析医学会]
		人口10万人当たり糖尿病網膜症による失明発症率	減らす	平成22年度 1.78	平成27年度 1.40	福祉行政報告例(身体障害者手帳交付台帳登載数) [厚生労働省]
	循環器疾患	人口10万人当たり脳血管疾患による年齢調整死亡率	下げる	平成22年 男性:49.2 女性:25.8	平成27年 男性:35.7 女性:19.4	人口動態統計特殊報告 [厚生労働省]
		人口10万人当たり虚血性心疾患による年齢調整死亡率	下げる	平成22年 男性:48.5 女性:19.8	平成27年 男性:42.5 女性:16.0	人口動態統計特殊報告 [厚生労働省]
	COPD	COPDの認知度 (言葉の内容を知っていた人の割合)(20歳以上)	増やす (80%)	平成24年 総数:22.6% 男性:22.7% 女性:22.6%	平成28年 総数:26.8% 男性:24.5% 女性:28.9%	健康に関する世論調査及び健康と保健医療に関する世論調査 [東京都生活文化局]

 指標内容を見直した項目

領域	分野	指標	指標の方向	ベースライン値	現状値	主な出典 [調査主体]
領域2 生活習慣の改善	栄養生活	野菜の摂取量(1日当たり) 350g以上の人の割合(20歳以上)	増やす (50%)	平成19-21年 男性:31.9% 女性:28.6%	平成24-26年 男性:35.5% 女性:34.4%	国民健康・栄養調査(栄養摂取状況調査) [厚生労働省]
		食塩の摂取量(1日当たり) 8g以下の人の割合(20歳以上)	増やす	平成19-21年 男性:18.9% 女性:31.5%	平成24-26年 男性:22.4% 女性:37.1%	
		果物の摂取量(1日当たり) 100g未満の人の割合(20歳以上)	減らす	平成19-21年 男性:60.9% 女性:49.5%	平成24-26年 男性:61.8% 女性:52.0%	
		脂肪エネルギー比率が適正な範囲内(20%以上30%未満)にある人の割合(20歳以上)	増やす	平成19-21年 男性:51.9% 女性:48.2%	平成24-26年 男性:48.2% 女性:50.3%	
	身体活動・運動	歩数(1日当たり)が8,000歩以上の人の割合	増やす	平成19-21年 20~64歳(男性):51.3% (女性):45.5% 65~74歳(男性):37.3% (女性):28.8%	平成24-26年 20~64歳(男性):48.0% (女性):39.9% 65~74歳(男性):42.3% (女性):32.3%	国民健康・栄養調査(身体状況調査) [厚生労働省]
		歩数(1日当たり)が下位25%に属する人の平均歩数	増やす	平成19-21年 20~64歳(男性):3,357歩 (女性):3,083歩 65~74歳(男性):2,361歩 (女性):2,115歩	平成24-26年 20~64歳(男性):3,152歩 (女性):3,458歩 65~74歳(男性):2,535歩 (女性):2,178歩	
	休養	睡眠時間が十分、あるいはほぼ足りている人の割合(20歳以上)	増やす	平成24年 68.5%	平成28年 63.8%	健康と保健医療に関する世論調査 [東京都生活文化局]
		眠れないことがまったくない、あるいはめったにない人の割合(20歳以上)	増やす	平成24年 52.4%	平成28年 48.3%	
	飲酒	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合 (1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の人の割合)(20歳以上)	減らす	平成24年 男性:19.0% 女性:14.1%	平成28年 男性:18.9% 女性:15.4%	健康と保健医療に関する世論調査 [東京都生活文化局]
	喫煙	成人の喫煙率 (20歳以上)	下げる (総数12%、 男性19%、 女性6%)	平成22年 総数:20.3% 男性:30.3% 女性:11.4%	平成28年 総数:18.3% 男性:28.2% 女性:9.3%	国民生活基礎調査 [厚生労働省]
歯・口腔の健康	「8020」の達成者の割合 (75歳~84歳)	増やす	平成21年度 50.7%	平成26年度 55.5%	東京都歯科診療所患者調査 [東京都福祉保健局]	
領域3 ライフステージを支える社会環境の健康づくりと整備	この健康	支援が必要な程度の心理的苦痛を感じている者(K6の合計点数10点以上)の割合(20歳以上)	減らす	平成22年 10.5%	平成28年 10.7%	国民生活基礎調査 [厚生労働省]
	次世代	1日に60分以上運動・スポーツをする児童・生徒の割合	増やす	平成24年度 男子:(小5)73.0% (中2)79.6% (高2)60.0% 女子:(小5)52.1% (中2)58.1% (高2)36.8%	平成29年度 男子:(小5)69.9% (中2)79.2% (高2)61.5% 女子:(小5)52.8% (中2)60.0% (高2)40.8%	東京都児童・生徒体力・運動能力、生活・運動習慣等調査 [東京都教育委員会]
	高齢者健康	地域で活動している団体の数 (健康、子育て支援、高齢、障害、生涯学習等の各部署で把握できる団体(各部署の公共施設等に登録又は利用実績がある団体や、部署が活動を直接的・間接的に支援している団体)の数)	増やす	平成24年度 総数:90,461 高齢者(65歳以上)人口 千人当たり:32.88	平成28年度 総数:97,586 高齢者(65歳以上)人口 千人当たり:32.05	都の実施する区市町村調査 [東京都福祉保健局]
	社会環境整備	地域で活動している団体の数 (健康、子育て支援、高齢、障害、生涯学習等の各部署で把握できる団体(各部署の公共施設等に登録又は利用実績がある団体や、部署が活動を直接的・間接的に支援している団体)の数)	増やす	平成24年度 総数:90,461 人口千人当たり:6.89	平成28年度 総数:97,586 人口千人当たり:7.21	都の実施する区市町村調査 [東京都福祉保健局]

指標内容を見直した項目

参考指標

領域	分野	参考指標	ベースライン値	現状値	主な出典 [調査主体]
領域 1 主な生活習慣病の発症予防と重症化予防	がん	都民のがん検診の受診率	平成22年 胃がん:36.7% 肺がん:35.1% 大腸がん:37.2% 子宮頸がん:35.9% 乳がん:32.8%	平成27年 胃がん:39.8% 肺がん:37.2% 大腸がん:41.9% 子宮頸がん:39.8% 乳がん:39.0%	健康増進法に基づくがん検診の対象人口率等調査 [東京都福祉保健局]
		精密検査受診率	平成23年度 胃がん:65.3% 肺がん:48.5% 大腸がん:41.7% 子宮頸がん:57.3% 乳がん:77.9%	平成27年度 胃がん:73.0% 肺がん:70.2% 大腸がん:56.8% 子宮頸がん:65.8% 乳がん:82.1%	東京都精度管理評価事業 [東京都福祉保健局]
		精密検査結果未把握率	平成23年度 胃がん:29.9% 肺がん:44.5% 大腸がん:48.9% 子宮頸がん:37.4% 乳がん:18.6%	平成27年度 胃がん:23.9% 肺がん:27.0% 大腸がん:32.4% 子宮頸がん:31.0% 乳がん:16.1%	東京都精度管理評価事業 [東京都福祉保健局]
	糖尿病・ メタボリック シンドローム	特定健康診査の実施率 ①区市町村国民健康保険実施分 ②東京都全体	平成22年度 ① 42.5% ② 60.2%	平成27年度 ① 44.9% ② 63.4%	①特定健診等データ管理システム[区市町村国保] ②レセプト情報・特定健康診査等情報データ[厚生労働省]
		特定保健指導の実施率 ①区市町村国民健康保険実施分 ②東京都全体	平成22年度 ① 15.3% ② 11.1%	平成27年度 ① 15.7% ② 14.8%	①特定健診等データ管理システム[区市町村国保] ②レセプト情報・特定健康診査等情報データ[厚生労働省]
		メタボリックシンドローム該当者の割合 ①区市町村国民健康保険実施分 ②東京都全体	平成22年度 ① 16.1% ② 14.0%	平成27年度 ① 16.4% ② 13.4%	①特定健診等データ管理システム[区市町村国保] ②レセプト情報・特定健康診査等情報データ[厚生労働省]
		メタボリックシンドローム予備群の割合 ①区市町村国民健康保険実施分 ②東京都全体	平成22年度 ① 10.4% ② 12.1%	平成27年度 ① 10.3% ② 11.5%	①特定健診等データ管理システム[区市町村国保] ②レセプト情報・特定健康診査等情報データ[厚生労働省]
		適正体重(BMI 18.5以上25未満)を維持している人の割合(男性20~69歳、女性40~69歳)	平成19-21年 男性:65.5% 女性:67.6%	平成24-26年 男性:67.4% 女性:66.9%	国民健康・栄養調査(身体状況調査) [厚生労働省]
		糖尿病有病者・予備群の割合(40~74歳)	平成19-21年 男性:35.9% 女性:29.4%	平成24-26年 男性:25.2% 女性:27.8%	国民健康・栄養調査(身体状況調査) [厚生労働省]
	循環器 疾患	人口10万人当たり脳血管疾患の受療率	平成23年 入院:103 外来:77	平成26年 入院:94 外来:69	患者調査 [厚生労働省]
		人口10万人当たり虚血性心疾患の受療率	平成23年 入院:10 外来:38	平成26年 入院:9 外来:43	患者調査 [厚生労働省]
	C O P D	国民のCOPDの認知度(COPDについてどんな病気かよく知っている人の割合)(20歳以上)	平成23年 総数:7.1% 男性:7.2% 女性:7.0%	平成29年 総数:9.6% 男性:9.8% 女性:9.4%	COPD認知度把握調査 [一般社団法人GOLD日本委員会]
		人口10万人当たり気管支炎及びCOPDの受療率	平成23年 入院:4 外来:23	平成26年 入院:3 外来:19	患者調査 [厚生労働省]
		人口10万人当たりCOPDによる年齢調整死亡率	平成22年 男性:8.5 女性:1.5	平成28年 男性:6.8 女性:1.0	人口動態統計 [東京都福祉保健局]

指標内容を見直した項目

領域	分野	参考指標	ベースライン値	現状値	主な出典 [調査主体]	
領域2 生活習慣の改善	栄養生活	朝食の欠食率 (調査を実施した日(任意の1日)において朝食を欠食した者の割合) (20歳以上)※	平成19-21年 男性:16.1% 女性:13.8%	平成24-26年 男性:17.5% 女性:13.1%	東京都民の健康・栄養状況 [東京都福祉保健局]	
		肥満(BMI25以上)の人の割合	平成19-21年 男性(20~69歳):30.5% 女性(40~69歳):20.8%	平成24-26年 男性(20~69歳):26.3% 女性(40~69歳):18.1%	国民健康・栄養調査(身体状況調査) [厚生労働省]	
		20歳代女性のやせ(BMI18.5未満)の人の割合	平成19-21年 22.7%	平成24-26年 27.3%	国民健康・栄養調査(身体状況調査) [厚生労働省]	
		栄養成分表示を参考にしている人の割合 (栄養成分表示を「いつも参考にしている」「時々参考にしている」人の割合の合計)(20歳以上)	平成24年度 男性:38.3% 女性:65.7%	平成29年度 男性:42.3% 女性:56.6%	インターネット都政モニターアンケート [東京都生活文化局]	
	身体活動・運動	運動習慣者の割合 (1回30分以上の運動を週2日以上実施し、1年以上継続している者)(20歳以上)	平成19-21年 男性:39.9% 女性:37.6%	平成24-26年 男性:39.1% 女性:37.3%	国民健康・栄養調査(身体状況調査) [厚生労働省]	
	休養	余暇が充実している人の割合(余暇が「非常に充実している」「まあ充実している」人の割合の合計)(20歳以上)	平成24年 男性:61.4% 女性:65.3%	平成28年 男性:69.0% 女性:67.9%	健康と保健医療に関する世論調査 [東京都生活文化局]	
		週労働時間60時間以上の雇用者の割合(全国)(15歳以上)	平成23年 9.3%	平成28年 7.7%	労働力調査 [総務省]	
	喫煙	受動喫煙の機会	平成25年 行政機関: 14.9% 医療機関: 6.0% 職場: 38.5% 飲食店: 64.8%	平成28年 行政機関: 8.0% 医療機関: 6.5% 職場: 37.5% 飲食店: 50.7%	東京都民の健康・栄養状況 [東京都福祉保健局]	
	歯・口腔の健康	むし歯(う蝕)のない者の割合	3歳	平成21年度 83.7%	平成27年度 88.5%	厚生労働省「母子保健課調べ」(平成25年まで)及び地域保健・健康増進事業報告(平成26年から)
		むし歯(う蝕)のない者の割合	12歳	平成21年度 53.5%	平成28年度 66.4%	東京都の学校保健統計書 [東京都教育委員会]
		喪失歯のない者の割合(35~44歳)		平成21年度 54.9%	平成26年度 63.6%	東京都歯科診療所患者調査 [東京都福祉保健局]
		24歯以上ある者の割合(55~64歳)		平成21年度 63.4%	平成26年度 70.0%	東京都歯科診療所患者調査 [東京都福祉保健局]

指標内容を見直した項目

領域	分野	参考指標	ベースライン値	現状値	主な出典 [調査主体]
領域3 ライフステージを通じた健康づくりと健康を支える社会環境の整備	このころ健康	気軽に話ができる人がいる割合(20歳以上)	平成24年 男性:89.5% 女性:93.3%	平成28年 男性:88.9% 女性:91.7%	健康と保健医療に関する世論調査 [東京都生活文化局]
		専門家(機関)への相談が必要だと感じた時に適切な相談窓口を見つけることができた人の割合(20歳以上)	平成24年 60.6%	平成28年 63.0%	健康と保健医療に関する世論調査 [東京都生活文化局]
		人口10万人当たりの自殺死亡率	平成23年 総数:22.7 男性:30.1 女性:15.4	平成28年 総数:15.5 男性:20.4 女性:10.7	人口動態統計年報(確定数) [東京都福祉保健局]
	次の世代健康	毎日朝食を食べる児童・生徒の割合	平成23年度 男子(小5) 90.2% (中2) 84.8% (高2) 74.0% 女子(小5) 91.9% (中2) 85.1% (高2) 76.7%	平成29年度 男子(小5) 88.5% (中2) 84.5% (高2) 75.8% 女子(小5) 90.4% (中2) 84.1% (高2) 78.0%	東京都児童・生徒体力・運動能力、生活・運動習慣等調査 [東京都教育委員会]
		肥満傾向にある児童・生徒の割合	平成23年度 男子(小4) 2.2% (中1) 1.8% (高1) 0.7% 女子(小4) 1.5% (中1) 1.1% (高1) 0.2%	平成28年度 男子(小4) 1.9% (中1) 1.3% (高1) 0.4% 女子(小4) 1.2% (中1) 0.8% (高1) 0.1%	東京都の学校保健統計書 [東京都教育委員会]
	高齢者健康	ロコモティブシンドローム(運動器症候群)の認知度(全国)	平成24年 17.3%	平成29年 46.8%	平成24年～26年 日本整形外科学会によるインターネット調査 平成27年～ 公益財団法人「運動器の10年・日本協会」によるインターネット調査
		高齢者の社会参加(スポーツや趣味等の活動をしている人の割合)	平成22年度 48.9%	平成27年度 46.4%	東京都福祉保健基礎調査(高齢者の生活実態) [東京都福祉保健局]
		第1号被保険者に占める要介護認定者の割合	平成23年4月 16.6%	平成29年4月 18.4%	介護保険事業状況報告(月報) [東京都福祉保健局]
		シルバー人材センター会員数	平成23年度 男性: 57,768人 女性: 28,980人	平成28年度 男性: 53,607人 女性: 28,344人	会員と就業会員の男女比 [公益財団法人東京しごと財団 東京都シルバー人材センター連合]
		高齢者の近所付き合いの程度(お互いに訪問し合う人がいる割合)	平成22年度 22.9%	平成27年度 18.7%	東京都福祉保健基礎調査(高齢者の生活実態) [東京都福祉保健局]
		週1回以上の通いの場の参加率(65歳以上) (通いの場への参加率 = 週1回以上の通いの場への参加実人数 / 高齢者(65歳以上)人口)	平成25年度 0.4%	平成28年度 0.8%	介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査[厚生労働省]及び住民基本台帳[総務省]
		健康状態の評価(主観的健康感) (自分自身の健康状態を「よい」「まあよい」と回答した人の割合の合計)(20歳以上)	平成24年 男性:80.4% 女性:81.8%	平成28年 男性:81.4% 女性:80.9%	健康と保健医療に関する世論調査 [東京都生活文化局]
	社会環境整備	地域などの子育て活動への参加経験 (子育てをしている父親と母親で、過去1年間に「親子が共に参加できる活動やプログラム」「親同士の交流の機会やグループ活動(母親クラブなど)」「子供を保育しあったりするグループ活動」等に参加したことがある人の割合)	平成19年度 父親:30.8% 母親:48.9%	平成29年度 父親:29.8% 母親:40.0%	東京都福祉保健基礎調査(東京の子供と家庭) [東京都福祉保健局]
		地域のつながり等に関する都民の意識 (地域のボランティア活動や趣味のグループへの参加状況)	平成25年度 男性:28.6% 女性:34.6%	-	都民の健康や地域とのつながりに関する意識・活動状況調査 [東京都福祉保健局]
		健康づくり推進員を設置している区市町村の数	平成22年度 31区市町	平成28年度 35区市町村	都の実施する区市町村調査 [東京都福祉保健局]

指標内容を見直した項目

東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議設置要綱

平成25年4月19日
25福保保健第27号

（設 置）

第1 東京都健康推進プラン21（第二次）（以下「プラン21（第二次）」という。）を着実に推進し、計画の実効性を確保するとともに、その推進にかかわる関係者間の連携・協力を図るため、東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

（所掌事項）

第2 推進会議は、次の事項を所掌する。

- （1）プラン21（第二次）の推進方策に関する事。
- （2）プラン21（第二次）の目標の達成状況に係る調査及び評価・検証に関する事。
- （3）プラン21（第二次）の推進にかかわる行政機関及び関係団体等の協力・連携体制の構築に関する事。
- （4）その他推進会議の目的を達成するために必要な事項に関する事。

（構 成）

第3 推進会議は、次に掲げる者のうちから東京都福祉保健局長（以下「局長」という。）が委嘱し、又は任命する委員をもって構成する。

- （1）学識経験者
- （2）医療関係団体の代表
- （3）保険者団体の代表
- （4）関係行政機関の職員
- （5）その他局長が指名する者

（委員の任期）

第4 委員の任期は2年以内とする。ただし、再任を妨げない。

2 委員の欠員により補充する委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（座 長）

第5 座長は、委員の互選により選任する。

2 座長は、推進会議を代表し、会務を総括する。

3 座長に事故あるとき又は座長が欠けたときは、副座長がその職務を代行することとし、副座長は、あらかじめ座長が指名する。

（会 議）

第6 推進会議の会議は、委員の過半数が出席しなければ、開くことができない。

(部 会)

- 第7 推進会議に、専門の事項を検討するための部会を設置することができる。
- 2 部会は、推進会議が定める事項について検討する。
 - 3 部会委員は、推進会議の委員のうちから座長が指名する者、又は座長が指名する者の中から局長が別に委嘱又は任命する委員をもって構成する。
 - 4 部会委員の任期は、第4（委員の任期）に準ずるものとする。

(部会長)

- 第8 部会に部会長を置く。
- 2 部会長は、座長の指名により定める。
 - 3 部会長は、部会を総括する。

(作業部会)

- 第9 推進会議に、専門の事項を検討するための作業部会を設置することができる。
- 2 作業部会は、推進会議が定める事項について検討する。
 - 3 作業部会委員は、推進会議の委員のうちから座長が指名する者、又は座長が指名する者の中から局長が別に委嘱又は任命する委員をもって構成する。
 - 4 作業部会委員の任期は、第4（委員の任期）に準ずるものとする。

(作業部会長)

- 第10 作業部会に作業部会長を置く。
- 2 作業部会長は、座長の指名により定める。
 - 3 作業部会長は、部会を総括する。

(関係者の出席)

- 第11 座長は、必要があると認めるときは、推進会議、部会及び作業部会に委員以外の者の出席を求め、又は他の方法で意見を聞くことができる。

(会議等の公開)

- 第12 会議（部会及び作業部会の会議を含む。以下同じ。）並びに会議録及び会議に係る資料（以下「会議録」という。）は、公開する。ただし、座長は、公開することにより公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるときその他正当な理由があると認めるときは、会議録等の全部又は一部を非公開とすることができる。

(庶 務)

- 第13 推進会議、部会及び作業部会の庶務は、福祉保健局保健政策部健康推進課において処理する。

(補 則)

- 第14 この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に必要な事項は、座長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成25年4月19日から施行する。

東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議 委員名簿

平成31年3月現在（敬称略）

	氏名	所属等
学識経験者	◎ 河原 和夫	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 政策科学分野教授
	○ 古井 祐司	東京大学 政策ビジョン研究センター データヘルス研究ユニット 特任教授
	武見 ゆかり	女子栄養大学栄養学部教授
	近藤 尚己	東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻 保健社会行動学分野/健康教育・社会学分野准教授
関係団体	鳥居 明	公益社団法人東京都医師会理事
	山本 秀樹	公益社団法人東京都歯科医師会理事
	一瀬 信介	公益社団法人東京都薬剤師会常務理事
	西村 一弘	公益社団法人東京都栄養士会長
保険者団体	板谷 雅光	世田谷区保健福祉部長
	渡邊 昭浩	武蔵野市市民部長
	加島 保路	東京都国民健康保険団体連合会専務理事
	鳥海 孝治	健康保険組合連合会東京連合会専務理事
	野尻 恭史	全国健康保険協会東京支部保健専門役
	石橋 純一	東京都後期高齢者医療広域連合保険部長
関係機関	染谷 政克	東京商工会議所サービス・交流部長
	斉藤 彦明	東京都商工会連合会総務課長
	田村 三雄	東京労働局労働基準部健康課長
	柴田 昌志	独立行政法人労働者健康安全機構 東京産業保健総合支援センター副所長
関係行政機関	倉橋 俊至	荒川区健康部長兼保健所長
	鈴木 佳代	国分寺市健康部長
	野村 雅巳	檜原村福祉けんこう課長
	小林 信之	東京都南多摩保健所長
関係部署	猪口 純子	産業労働局雇用就業部労働環境課長
	石丸 雄二	教育庁都立学校教育部学校健康推進課長
	堀川 勝史	教育庁指導部体育健康教育担当課長
	鈴木 和典	福祉保健局医療政策部医療政策課長
	三ツ木 浩	福祉保健局医療政策部歯科担当課長
	坂田 早苗	福祉保健局高齢社会対策部計画課長
	佐瀬 一葉	福祉保健局少子社会対策部事業推進担当課長
	西脇 誠一郎	福祉保健局障害者施策推進部精神保健医療課長

◎は座長、○は副座長

東京都健康推進プラン21（第二次）推進会議 部会委員名簿

中間評価部会

平成31年3月現在（敬称略）

	氏名	所属等
学識	◎ 古井 祐司	東京大学 政策ビジョン研究センター データヘルス研究ユニット 特任教授
	近藤 尚己	東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻 保健社会行動学分野/健康教育・社会学分野 准教授
	津金 昌一郎	国立研究開発法人 国立がん研究センター 社会と健康研究センター長
	西村 理明	東京慈恵会医科大学内科学講座 糖尿病・代謝・内分泌内科 教授
	岡村 智教	慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学 教授
	三島 和夫	秋田大学大学院医学系研究科 精神科学講座 教授
関係行政機関	高橋 郁美	新宿区健康部長兼保健所長
	丸山 慎一	練馬区健康部健康推進課長
	田中 利和	町田市保健所健康推進課長
	野村 雅巳	檜原村福祉けんこう課長
	小林 信之	東京都南多摩保健所長

◎は部会長

施策検討部会

平成31年3月現在（敬称略）

	氏名	所属等
学識	◎ 近藤 尚己	東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻 保健社会行動学分野/健康教育・社会学分野 准教授
マーケティング	平野 治	株式会社エイチ・ツー・オー総合研究所 代表取締役
関係機関	小山内 幹典	東京スポーツ用品専門店協同組合
	伊藤 廣幸	一般社団法人日本フランチャイズチェーン協会専務理事
	石井 滋	一般社団法人日本フードサービス協会常務理事
	野尻 恭史	全国健康保険協会東京支部保健専門役
	中村 友樹	東京商工会議所サービス・交流部会員交流センター所長
	大川 友弘	一般社団法人東京法人会連合会事務局次長
関係行政機関	倉橋 俊至	荒川区健康部長兼保健所長
	伊藤 重夫	多摩市保健医療政策担当部長
	野村 雅巳	檜原村福祉けんこう課長
	小林 信之	東京都南多摩保健所長
関係部署	猪口 純子	産業労働局雇用就業部労働環境課長
	堀川 勝史	教育庁指導部体育健康教育担当課長
	下川 明美	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、我が国における急速な高齢化の進展及び疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の重要性が著しく増大していることにかんがみ、国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ることを目的とする。

（国民の責務）

第二条 国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。

（国及び地方公共団体の責務）

第三条 国及び地方公共団体は、教育活動及び広報活動を通じた健康の増進に関する正しい知識の普及、健康の増進に関する情報の収集、整理、分析及び提供並びに研究の推進並びに健康の増進に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに、健康増進事業実施者その他の関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努めなければならない。

（健康増進事業実施者の責務）

第四条 健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談その他国民の健康の増進のために必要な事業（以下「健康増進事業」という。）を積極的に推進するよう努めなければならない。

（関係者の協力）

第五条 国、都道府県、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない。

（定義）

第六条 この法律において「健康増進事業実施者」とは、次に掲げる者をいう。

- 一 健康保険法（大正十一年法律第七十号）の規定により健康増進事業を行う全国健康保険協会、健康保険組合又は健康保険組合連合会
- 二 船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）の規定により健康増進事業を行う全国健康保険協会
- 三 国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）の規定により健康増進事業を行う市町村、国民健康保険組合又は国民健康保険団体連合会
- 四 国家公務員共済組合法（昭和三十三年法律第二百二十八号）の規定により健康増進事業を行う国家公務員共済組合又は国家公務員共済組合連合会
- 五 地方公務員等共済組合法（昭和三十七年法律第百五十二号）の規定により健康増進事業を行う地方公務員共済組合又は全国市町村職員共済組合連合会
- 六 私立学校教職員共済法（昭和二十八年法律第二百四十五号）の規定により健康増進事業を行う日本私立学校振興・共済事業団

- 七 学校保健安全法（昭和三十三年法律第五十六号）の規定により健康増進事業を行う者
- 八 母子保健法（昭和四十年法律第四百十一号）の規定により健康増進事業を行う市町村
- 九 労働安全衛生法（昭和四十七年法律第五十七号）の規定により健康増進事業を行う事業者
- 十 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和三十七年法律第八十号）の規定により健康増進事業を行う全国健康保険協会、健康保険組合、市町村、国民健康保険組合、共済組合、日本私立学校振興・共済事業団又は後期高齢者医療広域連合
- 十一 介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）の規定により健康増進事業を行う市町村
- 十二 この法律の規定により健康増進事業を行う市町村
- 十三 その他健康増進事業を行う者であつて、政令で定めるもの

第二章 基本方針等

（基本方針）

第七条 厚生労働大臣は、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（以下「基本方針」という。）を定めるものとする。

2 基本方針は、次に掲げる事項について定めるものとする。

- 一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向
- 二 国民の健康の増進の目標に関する事項
- 三 次条第一項の都道府県健康増進計画及び同条第二項の市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項
- 四 第十条第一項の国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項
- 五 健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項
- 六 食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項
- 七 その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

3 厚生労働大臣は、基本方針を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係行政機関の長に協議するものとする。

4 厚生労働大臣は、基本方針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。

（都道府県健康増進計画等）

第八条 都道府県は、基本方針を勘案して、当該都道府県の住民の健康の増進の推進に関する施策についての基本的な計画（以下「都道府県健康増進計画」という。）を定めるものとする。

2 市町村は、基本方針及び都道府県健康増進計画を勘案して、当該市町村の住民の健康の増進の推進に関する施策についての計画（以下「市町村健康増進計画」という。）を定めるよう努めるものとする。

3 国は、都道府県健康増進計画又は市町村健康増進計画に基づいて住民の健康増進のために必要な事業を行う都道府県又は市町村に対し、予算の範囲内において、当該事業に要する費用の一部を補助することができる。

（中略）

附 則 （平成三十年七月二十五日法律第七十八号） 抄

（施行期日）

第一条 この法律は、平成三十二年四月一日から施行する。

（後略）