健康日本21（第２次）とアルコール健康障害対策の推進について

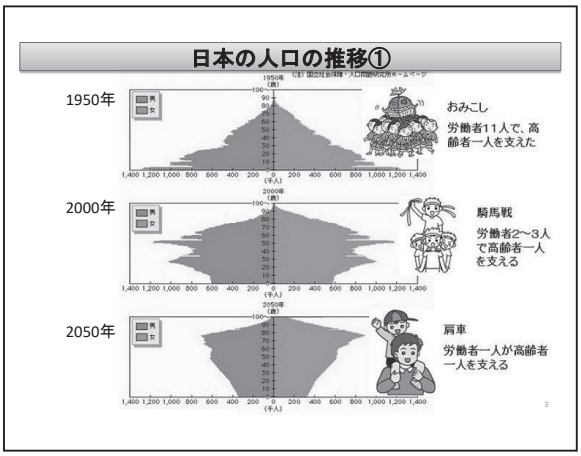
神ノ田　昌博
厚生労働省　健康局健康課長

ご紹介いただきました厚生労働省、健康課長の神ノ田です。本日はこのような場でお話する機会をいただきまして、誠にありがとうございます。田中理事長をはじめ、アルコール健康医学協会の関係の皆さま方に深く感謝を申し上げたいと思います。また、本日は厚生労働省の健康づくり対策にご理解をいただき、アルコール問題について熱心にお取組の専門職の方が多数お集まりと伺っています。日頃の取組に対しまして、この場をお借りしまして厚く御礼を申し上げます。

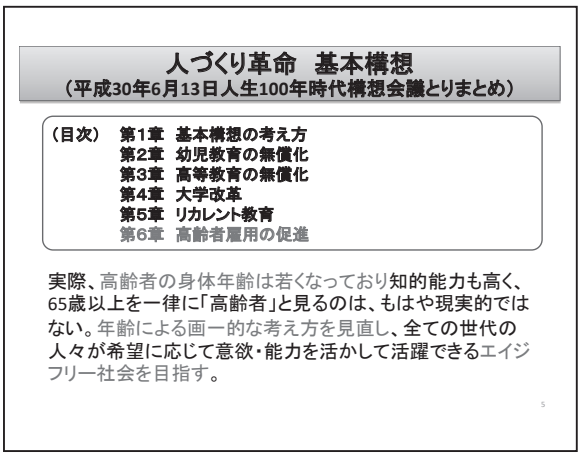
私のほうからは、健康づくり施策の動向につきましてご紹介をしたいと思います。３点ほど用意してまいりました。１つは、今年の５月に健康寿命延伸プランが策定をされました。その背景を含めて、まずはご紹介をしたいと思います。

健康寿命延伸プランについて

（スライド１）ご案内のとおり、現在の日本は少子高齢化が進んでいます。将来は労働者１人が高齢者１人を支えなくてはいけないという「肩車型」の人口構成になることが見込まれています。日本は現在、世界に誇れる社会保障制度を持っていますが、その制度が作られたのが「おみこし型」の人口構成だった時代ということで、この世界に誇れる社会保障制度を将来にわたって、いかに安定的に維持していくかということが厚生労働省に限らず、政府全体の最重要課題になっています。いわゆる2040年問題というものがありますが、これは第２次ベビーブーム世代が高齢者の仲間入りをすることで、社会保障制度をはじめとする行政運営が最も厳しくなる時代を迎えるということです。これにどのように対応していくかということで、官邸を中心にさまざまな提言等が取りまとめられています。（スライド２）最近のものでは、昨年の６月に「人生100年時代構想会議」が取りまとめました「人づくり革命基本構想」があります。この中で第６章を見ていただくと、「高齢者雇用の促進」が掲げられています。高齢者の身体年齢は若くなっているということで、年齢による画一的な考え方、つまり、年齢だけで支える側



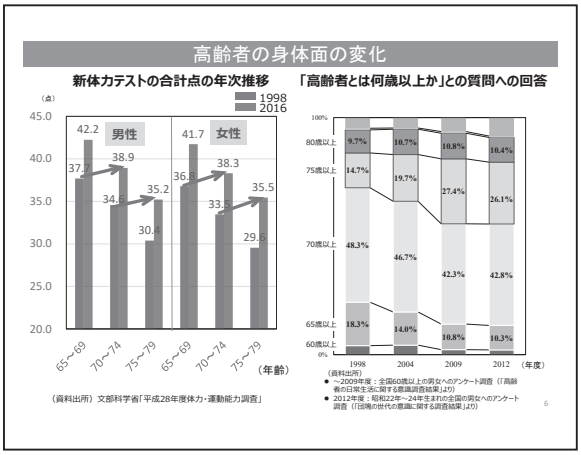
スライド１



スライド２

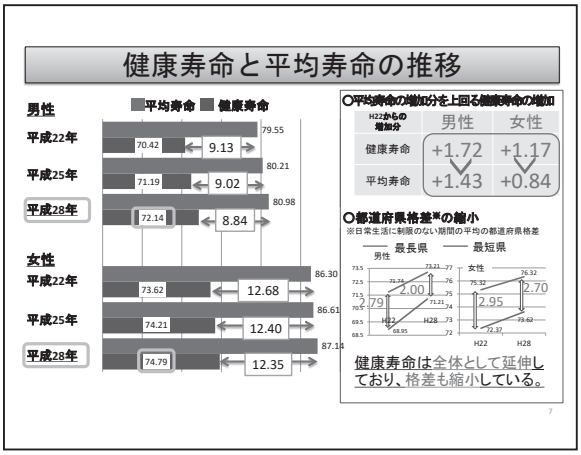
と支えられる側を区分するのではなく、意欲のある方、能力のある方につきましては、高齢になってもしっかりと社会で活躍できるような、そういうエイジフリー社会を目指そうということが打ち出されています。

また、第２章、第３章を見ていただくと「幼児教育の無償化」や「高等教育の無償化」と書かれていますが、若い人も社会保障の対象にしていこうということで、全世代型の社会保障に転換していこうという動きが出てきています。（スライド３）実際に高齢者は非常に身体面の機能が向上してきているというデータがあります。左側のグラフを見ますと、これは文部科学省のデータですが、1998 年～ 2016 年、この 18 年ぐらいの間に、男性も女性も５歳以上身体機能が向上しているということがお分かりいただけると思います。また、意識面でも右のグラフのとおり、「高齢者とは何歳以上か」という質問に対し、「75 歳以上」あるいは「80 歳以上」と回答をされる方が増えてきています。こういった身体面でも健康になっているということであれば、高齢になってもしっかりと社会の中で活躍していただくと、そのような環境づくりをしていこうということで、取組が進められています。



スライド３

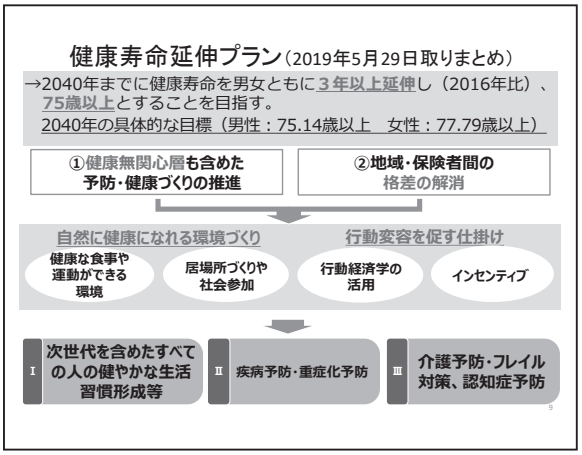
（スライド４）こちらは健康寿命と平均寿命の推移です。この６年間にどれぐらい変わったかをグラフで示していますが、健康寿命も平均寿命も延びています。平均寿命の延びを上回る健康寿命の延びが得られたのが大きな成果でありまして、この差に当たるところがいわゆる不健康な年数になるかと思います。平均寿命を延ばしつつ不健康な年数、これは短縮することができているということで、人生の長さを長くするだけではなく質を向上されることにも成功しているということです。これはこれまでの健康づくり対策の大きな成果だろうと、評価されるものではないかと思います。また、格差も都道府県の最長県と最短県を比較していますが、その差が年々縮小していると、格差も縮小しているという成果が上がってきています。仮にですが、75 歳までしっかりと活躍できるような社会を実現できれば、先ほど「肩車型」と少し悲観的なことを申し上げましたが、十分に「騎馬戦型」、支える側に回っていただくような方が増えてくるということで、この日本の社会保障制度も維持できるだろうということです。



スライド４

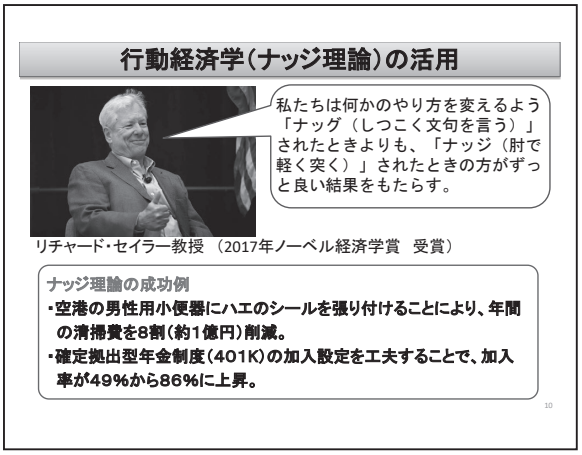
（スライド５）そういった社会、エイジフリー社会を実現していこうという中で、その前提として健康づくり対策はこれまでも大きな成果を挙げてきましたが、これまで以上にしっかりと取組をし、健康づくり対策を加速することで、こういったエイジフリー社会を実現していくと、そういった意味で現在、健康づくり対策が非常に重要な課題になってきています。そういった背景の下、今年の５月に「健康寿

命延伸プラン」が取りまとめられました。この中で目標としては、2040年までに健康寿命を男女ともに３年以上延伸しようということを目標に掲げています。これまでも健康づくり対策にしっかり取り組んできましたし、また大きな成果を挙げてきました。これ以上何をしたらいいかということですが、健康無関心層にしっかりとターゲットを当て、取り組んでいこうというのが一つのポイントになっています。「では、健康教室を開きましょう」と言っても、関心のある人にしか参加してもらえません。そういうことだと格差も広がってしまいますし、全体の底上げにもならないので、健康に関心のないような方、そういった方々もしっかりと健康になれるような、そういう取組を進めていこうということです。それによって格差の解消も図っていきます。では、どうしたらいいかということですが、これまでと同じような取り組みでは関心のある方しか健康になれないだろうということで、自然に健康になれる環境づくり、また行動変容を促す仕掛けについて考えていこうというのが、この「健康寿命延伸プラン」で盛り込まれた新しいものになります。



スライド５

（スライド６）また、「行動経済学の活用」と書かれていますが、2017年にノーベル経済学賞を受賞されましたリチャード・セイラー教授が「ナッジ理論」を提唱されています。行動変容を起こそうとするときに、しつこく文句を言うことを、ナッグと言うようですけれども、例えば「勉強しなさい、勉強しなさい」というやり方をするよりも、ナッジということで、肘で軽く突いて促すような、そういうやり方のほうがより行動変容を起こす上では大きな成果を挙げることができると、そういう理論を提唱されています。成功例としては下に書いていますが、空港の男性用の小便器です。はみ出して汚してしまうことで清掃費が非常にかさんでいたという問題があった中で、その小便器にハエのシールのようなものを貼り付けることで、みんながそこを目指してするということで、はみ出すことがなくなりました。それによって清掃費を８割削減したと、そういう実際の大きな成果も挙げています。先ほどトイレに入ったら、同じように的が貼り付けてありましたけれども、そういった形で、「はみ出さないで、一歩前に出なさい」など、そういうやり方ではなく、こういったちょっとした工夫で大きな成果を挙げていくと。そして望ましい方向に行動変容させていくと、そういったことを、こういった「ナッジ理論」などもしっかりと活用しながら、健康づくり対策を変えていこうという動きがあります。



スライド６

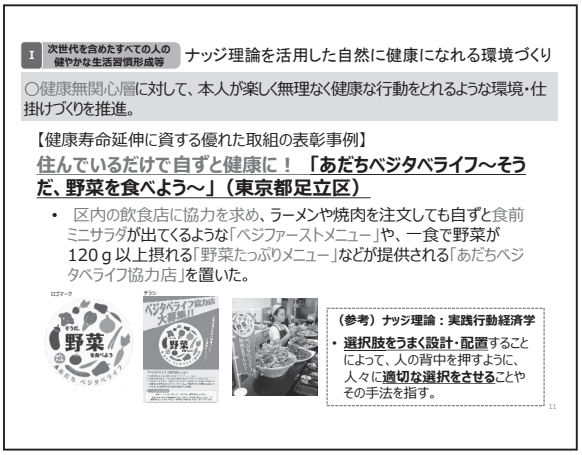
（スライド７）こちらは健康づくりの関係の例ですが、足立区では「あだちベジタベライフ」という、そういう取組をしています。住んでいるだけで自然に健康になれる地域を目指そうということで、区内

の飲食店に協力を求め、食前に自動的にラーメンや焼き肉を注文してもミニサラダが必ず出てくるようなベジファーストメニューや、あるいは野菜がたっぷり取れるような野菜たっぷりメニュー、そういったことに協力してくれる飲食店を増やし、その地域に住んでいるだけで、また、そこに勤務しているだけで自然に健康になれるような、そういう取組が進められています。

（スライド８）また、スマートミール。これも食事の関係ですが、学会等がスマートミール認証というものを始めていまして、すでに幾つか認証されているところが出てきています。１万 6,000 店舗が認証されています。こういった形でバランスの取れた食事が取れるような、そういう認証をすることで、例えば職場での社員食堂をこういったものに変えるなど、あるいは出入りの弁当の業者さんをこういったスマートミール認証を受けているところにするなど、そういったことで特に健康に気を使っていなくても、自然といいバランスの取れた食事が取れるような、そういう取組を広げていく、これは行政主導というよりも学会等をはじめとする民間主導の取組になりますが、こういったことも合わせて取り組んでいく動きが出てきています。

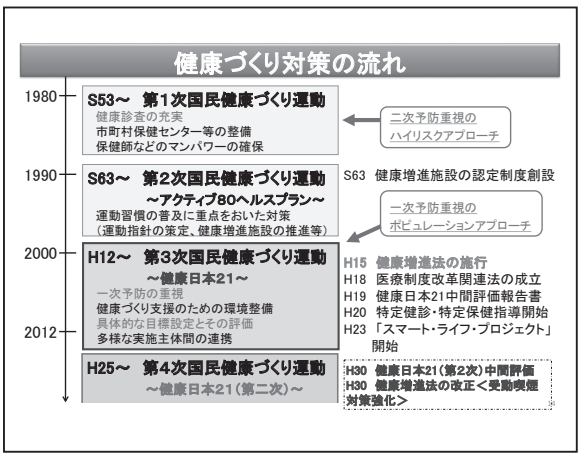
健康日本 21（第二次）について

（スライド９）健康日本 21 第二次は、皆さま方には十分ご案内かと思いますが、国民健康づくり運動は昭和 53 年から始められていまして、すでに 40 年以上の歴史があります。先ほど伺ったら、アルコール健康医学協会も 40 年ぐらいになるということで、不惑の年を迎えるというお話を先ほども伺いましたが、同じぐらいの取組の歴史があるということです。当初は２次予防重視のハイリスクアプローチという取組が進められてまいりましたが、健康日本 21、平成 12 年からはポピュレーションアプローチの取組、それを強化してきています。これをさらに、この「健康寿命延伸プラン」では強化をしていこうということで、本当に無関心な人も含めてしっかりと

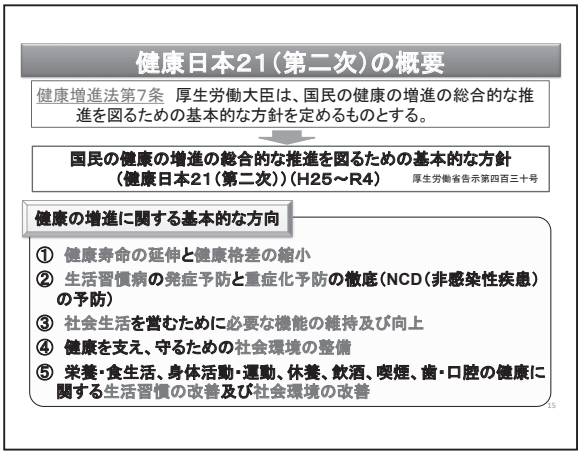


スライド７

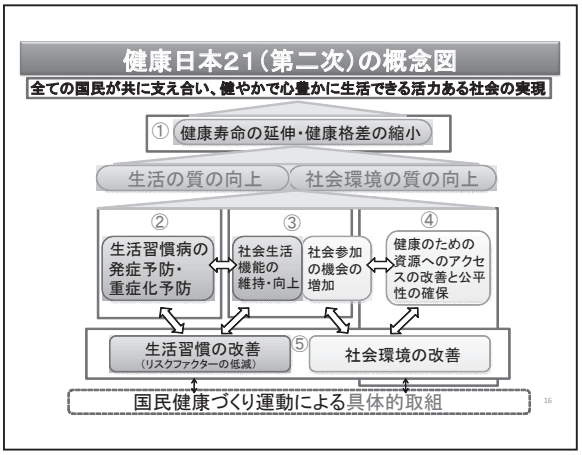
スライド８



スライド９



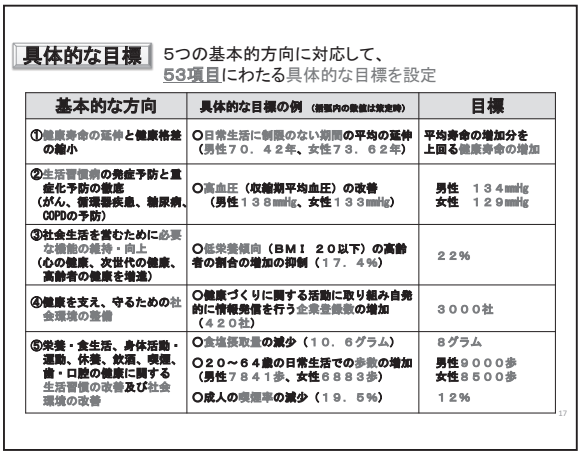
スライド 10



スライド 11

ポピュレーション全体の底上げを図っていくと、そういう取組を今後は強化していくことになります。

（スライド 10）概要は皆さま方にご案内かと思いますが、現在の健康日本 21 の第二次は、平成 25 年からスタートしていまして、令和の４年までの期間になっています。こちらは初めての法定計画になり、健康増進法第７条に基づく基本的な方針が定められています。こちらに挙げている５つの基本的な方向に沿ってしっかりと取組を進めていこうということになっています。（スライド 11）その５つの取組について、その関係はこちらの図で示したとおりです。まずは５番のところで、生活習慣の改善または社会環境の改善をすることで、２番の生活習慣病の発症予防、重症化予防、また社会生活の機能の維持・向上、社会参加の機会の増加、また健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保。そういったことを通じて一番の健康寿命の延伸、健康格差の縮小を目指そうというものです。（スライド 12）実際に具体的な数値目標も掲げています。53 項目にわたりますが、中間年に、昨年の９月に中間評価をしまして、その報告書が取りまとめられています。（スライド 13）この 53 項目について、「改善しているもの」、「変わらないもの」、「悪化しているもの」、「評価困難」と４つに分類し、整理したものが下です。全体としてはａの達成率というところを見ると、６割方の数値目標が「改善している」という評価になっていま

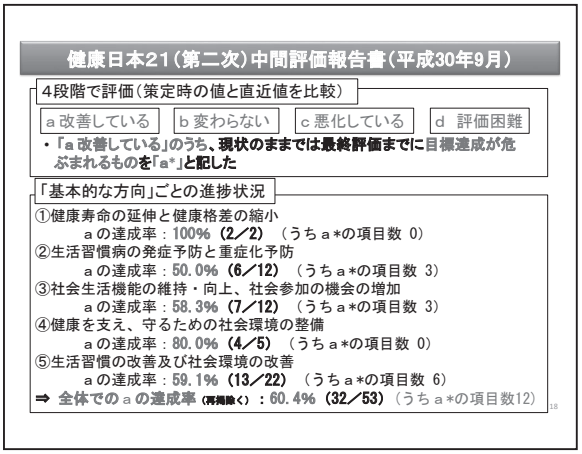


具体的な目標　５つの基本的方向に対応して、53項目にわたる具体的な目標を設定

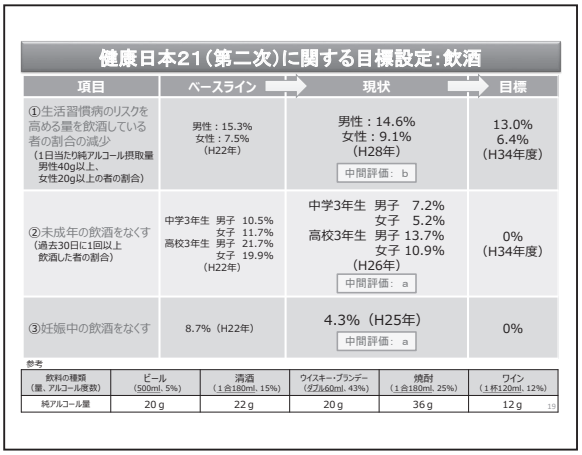
基本的な方向	具体的な目標の例（括弧内の数値は策定時）	目標
①健康寿命の延伸と健康格差の縮小	○日常生活に制限のない期間の平均の延伸（男性７０．４２年、女性７３．６２年）	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加
②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（がん、循環器疾患、糖尿病、COPDの予防）	○高血圧（収縮期平均血圧）の改善（男性１３８mmHg、女性１３３mmHg）	男性　１３４mmHg 女性　１２９mmHg
③社会生活を営むために必要な機能の維持・向上（心の健康、次世代の健康、高齢者の健康を増進）	○低栄養傾向（ＢＭＩ　２０以下）の高齢者の割合の増加の抑制（１７．４％）	２２％
④健康を支え、守るための社会環境の整備	○健康づくりに関する活動に取り組み自発的に情報発信を行う企業登録数の増加（４２０社）	３０００社
⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善	○食塩摂取量の減少（１０．６グラム） ○２０～６４歳の日常生活での歩数の増加（男性７８４１歩、女性６８８３歩） ○成人の喫煙率の減少（１９．５％）	８グラム 男性９０００歩 女性８５００歩 １２％

17

スライド 12



スライド 13



健康日本21（第二次）に関する目標設定：飲酒

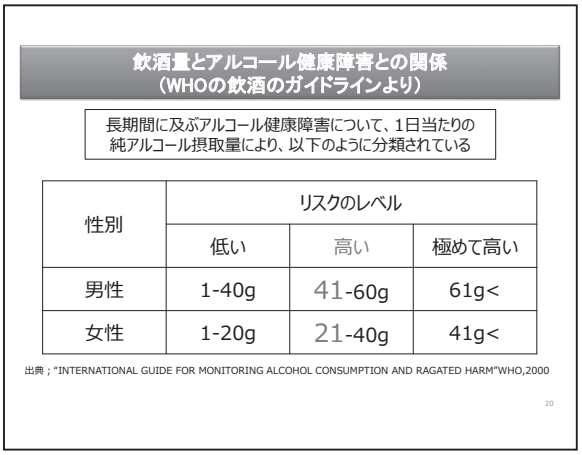
項目	ベースライン	現状	目標
①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少（1日当たり純アルコール摂取量 男性40g以上、女性20g以上の者の割合）	男性：15.3% 女性：7.5% （H22年）	男性：14.6% 女性：9.1% （H28年） 中間評価：b	13.0% 6.4% （H34年度）
②未成年の飲酒をなくす（過去30日に1回以上飲酒した者の割合）	中学3年生 男子 10.5% 女子 11.7% 高校3年生 男子 21.7% 女子 19.9% （H22年）	中学3年生 男子 7.2% 女子 5.2% 高校3年生 男子 13.7% 女子 10.9% （H26年） 中間評価：a	0% （H34年度）
③妊娠中の飲酒をなくす	8.7%（H22年）	4.3%（H25年） 中間評価：a	0%

参考

飲料の種類（量、アルコール度数）	ビール（500ml. 5%）	清酒（1合180ml. 15%）	ウイスキー・ブランデー（ダブル60ml. 43%）	焼酎（1合180ml. 25%）	ワイン（1杯120ml. 12%）
純アルコール量	20g	22g	20g	36g	12g

19

スライド 14



飲酒量とアルコール健康障害との関係（WHOの飲酒のガイドラインより）

長期間に及ぶアルコール健康障害について、1日当たりの純アルコール摂取量により、以下のように分類されている

性別	リスクのレベル		
	低い	高い	極めて高い
男性	1-40g	41-60g	61g<
女性	1-20g	21-40g	41g<

出典；"INTERNATIONAL GUIDE FOR MONITORING ALCOHOL CONSUMPTION AND RAGATED HARM"WHO,2000

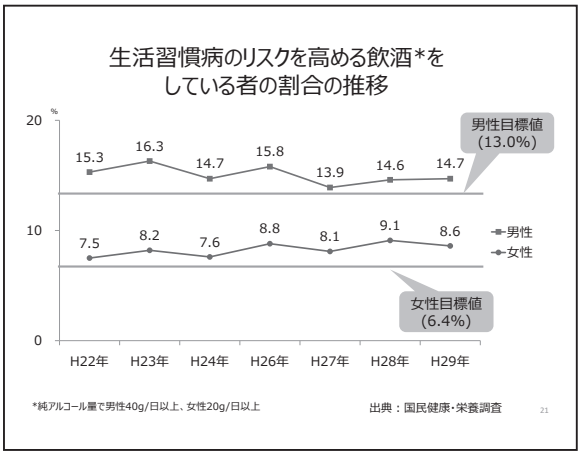
20

スライド 15

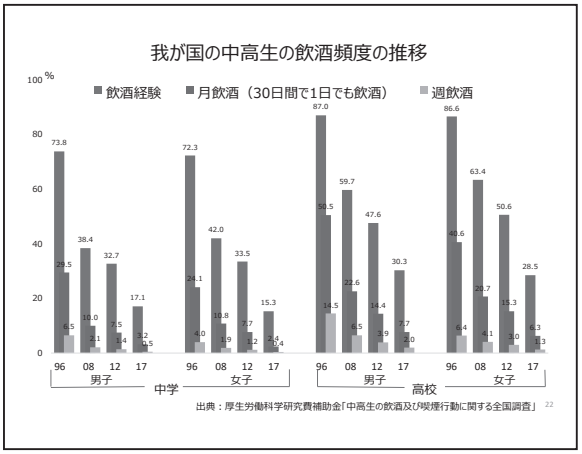
す。ただ、a*としていますが、a*というのは、改善はしているのだけれども、数値目標の達成までは少し難しいというものがa*です。それが12項目ありますので、全体として見ると、目標が達成できるのは4割ぐらいですが、これをさらにしっかりと取り組むことで、この数値目標についても、全体としては改善の方向に向かっているということです。

（スライド14）また、アルコール関係の数値目標は3つあります。1つは、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少」、これがb評価になっています。ほとんど横ばいになっていまして、女性はむしろ悪化してしまっています。目標の達成も難しい状況です。また、2番の「未成年の飲酒をなくす」、これはa評価になっています。かなり未成年の飲酒の率は低下してきているということで、成果を挙げています。また、「妊娠中の飲酒をなくす」についても、8.7から4.3で、中間評価ではa評価になっています。

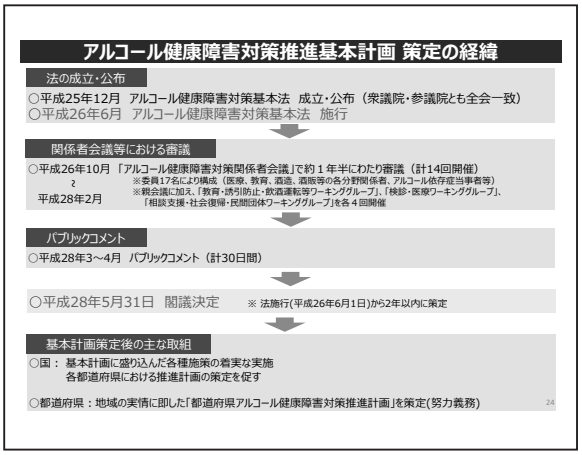
（スライド15）こちらがWHOの飲酒のガイドラインによるリスクのレベルです。男性の場合は41グラム以上のアルコール摂取、また女性の場合は21グラム以上のアルコール摂取はリスクが高いということで分類されています。（スライド16）このレベルについて推移を取ってみると、男性、女性ともに横ばいで、目標値の達成はなかなか難しい状況です。



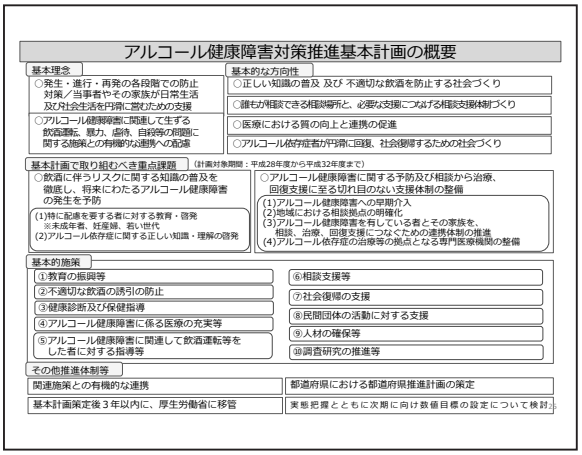
スライド 16



スライド 17



スライド 18

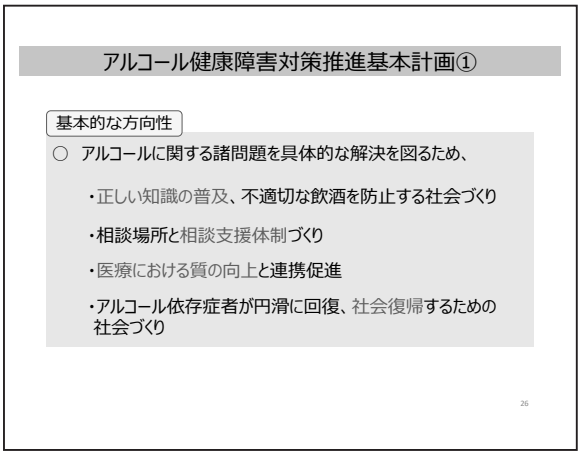


スライド 19

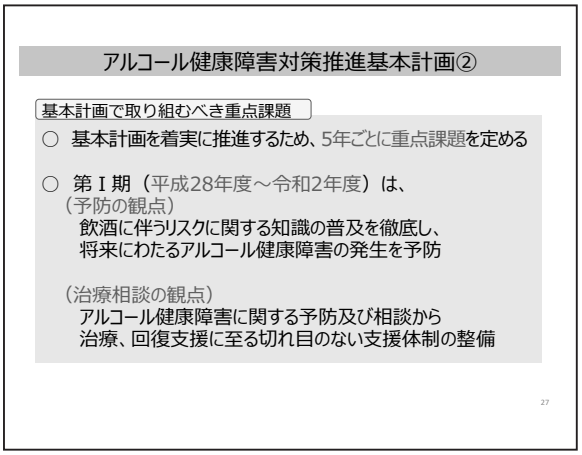
（スライド 17）中高生の飲酒の頻度については、これは年々非常に効果を挙げていまして、中学生、高校生ともに低下をしてきているということで、これは大きな成果を挙げています。学校保健分野での取組に、非常に熱心に取り組んでいただき、また大きな成果を挙げているということだろうと思います。

アルコール健康障害対策基本法について

（スライド 18）最後に、アルコール健康障害対策基本法について、少しご紹介させていただきます。策定の経緯、基本計画というものを策定していますが、経緯の中では平成 26 年 6 月にアルコール健康障害対策基本法が施行されています。その後、この法律に基づく基本計画の検討が進められてまいりました。平成 28 年 5 月 31 日に閣議決定に至っています。（スライド 19）内容は「基本理念」、「基本的な方向性」、また「基本計画で取り組むべき重点課題」、「基本的施策」、その他「推進体制等」という、そういう構成になっています。（スライド 20）この中で基本的な方向性というところでは、「アルコールに関する諸問題の具体的な解決を図るために正しい知識の普及をすることで、不適切な飲酒を防止する社会づくりを進めていく」が１点。２点目が「相談場所と相談支援体制づくり」、３点目が「医療における質の向上と連携促進」、４点目が「アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための社会づく

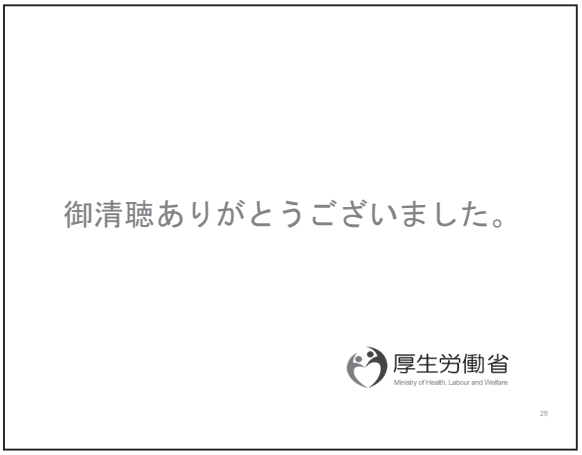


スライド 20



スライド 21

スライド 22



スライド 23

り」ということで、この４点を基本的な方向性としています。（スライド 21）重点課題としては、この２点です。予防の観点からは、「飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防」ということです。アルコール健康障害にならないようにするという予防の観点からの重点課題が１点と、さらにもう１つは治療、相談の観点で、アルコール健康障害になってしまった者について、治療、回復支援に至るまでの切れ目のない支援体制を整備していくということで、治療、相談の観点からの重点課題、この２点を掲げています。第１期として、これが令和２年度までになりまして、つい先週から、この基本計画の見直しの検討が始められています。今後１年ぐらいかけて基本計画の見直しをし、パブリックコメントにかけた上で、令和３年度から次期計画のスタートを切れるように、検討、見直しの作業が進められています。

（スライド 22）また、来週がちょうどアルコール関連問題啓発週間ということで、11 月 10 日～ 11 月 16 日までの７日間、これが啓発週間ということで、これに合わせて、イベントも予定しています。もしよろしければ、ご参加いただければと思いますし、皆さま方がそれぞれのお立場で、こういったアルコール問題に関する啓発にご協力いただければと思っています。以上です。ご清聴どうもありがとうございました。

◆質疑応答◆

質問者１：「ナッジ理論」というのは非常に面白いと思って聞いていたのですが、アルコールの適正飲酒に関して何か適用することをご示唆いただけますか。

神ノ田：そこはみんなで考えていったらどうかと思っていますが、つい最近、地域・職域の連携について強化するような報告書をまとめたのですが、恐らく地域全体でそういう「ナッジ理論」を適用したような、活用したような取組はなかなか難しいのではないかと思うのですが、職場単位で行うのは、かなり小さい単位のコミュニティーになりますので、もう少しやりやすいと思います。また、これまでの健康づくり対策では、地域保健としては母子保健と退職後の高齢者を重点的に取り扱っていたところがあり、この健康寿命を延ばす上で最も重要な働き盛り世代、その辺のところが少し手薄になっていたこともありまして、地域と職域の連携を強化するという方針を打ち出しています。アルコール問題はやはり職場での飲酒の機会が多いと思いますし、仕事上、飲酒するということも機会として多いと思いますの

で、そういった中で適正飲酒ができるような環境づくりのようなものが取組としてできたらいいのではないかと思っています。職場で飲み会をするときには、例えばですが、いろいろな取組があると思いますが、「飲み放題コースはやめておこう」や、「水を１杯飲んだらアルコールを１杯飲めるようにしよう」など、そういったちょっとした遊び心も入れながら、少しゲーム感覚で過度な飲酒につながらないような工夫をしてみるなど、そういったことは考えられるかと思います。ここは行政主導というよりも各地域あるいは職場単位など、そういったところでいろいろな知恵を出して、アルコールに伴う健康障害が生じないような、そういった取組が広がっていってもらえればうれしいと思っています。

質問者２：産業保健師している者です。本日は貴重なお話をいただきありがとうございました。スライドの 20 ～ 21 の「アルコール健康障害対策推進基本計画」のところで、先週から見直し、検討作業を行っているというところなのですが、その中でパブリックコメントを現在募集しているということなのですが、お答えできる範囲でよろしいので、どのくらいの件数のパブリックコメントが集まっているのか。また、そのコメントの内容をお答えできる範囲でよろしいのでお伺いできたらと思います。

神ノ田：すみません、少し私の説明がまずかったです。つい先週から検討が始まりまして、スケジュールの案では、来年の 12 月ぐらいまでに見直し案を作りましょうと。その見直し案をパブリックコメントにかけましょうということですので、まだパブリックコメントにはかけていないです。来年、12 月ぐらいにその見直しの基本計画案がまとまったものをパブリックコメントにかけると、そういう段取りになってくると思います。すみません、少し言葉足らずでした。