

第3回 次期国民健康づくり運動 プラン策定専門委員会

日時：平成24年1月12日（木）
13：00～16：00
場所：厚生労働省 18階専用第22会議室

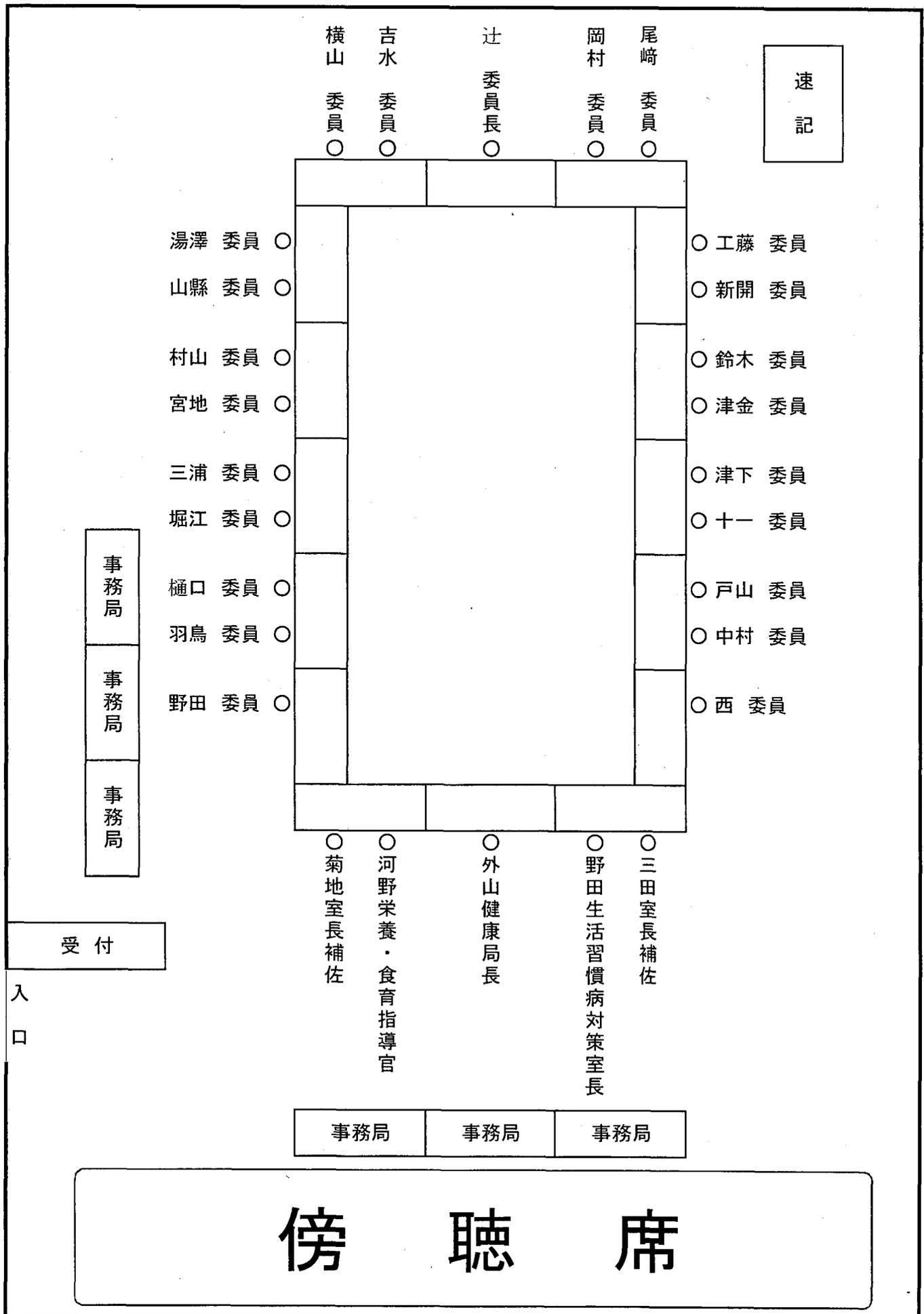
議事次第

○ 議題

1. 次期国民健康づくり運動プランの骨子（案）について
2. その他

「第3回 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会」座席図

日時:平成24年1月12日(木)13:00~16:00
 会場:厚生労働省 専用第22会議室(18階)



○ 配付資料一覧

資料1 次期国民健康づくり運動に関する委員提出資料

資料2 地域保健健康増進栄養部会（第31回）、次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会（第1回、第2回）での主なご意見

資料3 「国民の健康の総合的な推進を図るための基本的な方針」改正案 骨子(案)

資料4 「国民の健康の総合的な推進を図るための基本的な方針」改正案 対比表

参考資料1 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

参考資料2 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について

参考資料3 関係団体・関係学会への意見聴取について

次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会委員名簿

(50音順・敬称略)

氏 名	所 属
池 田 俊 也	国際医療福祉大学大学院教授
岡 村 智 教	慶應義塾大学医学部教授
尾 崎 哲 則	日本大学歯学部教授
工 藤 翔 二	公益財団法人結核予防会複十字病院長
熊 坂 義 裕	盛岡大学栄養科学部教授
新 開 省 二	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 研究部長 (社会参加と地域保健研究チーム)
鈴 木 隆 雄	独立行政法人国立長寿医療研究センター研究所長
津 金 昌 一 郎	独立行政法人国立がん研究センター がん予防・検診研究センター予防研究部長
◎ 辻 一 郎	東北大学大学院医学系研究科教授
津 下 一 代	あいち健康の森健康科学総合センター長
十 一 元 三	国立大学法人京都大学大学院医学研究科教授
戸 山 芳 昭	慶應義塾大学医学部教授
中 村 正 和	財団法人大阪府保健医療財団大阪府立健康科学センター健康生活推進部長
西 信 雄	独立行政法人国立健康・栄養研究所国際産学連携センター長
野 田 光 彦	独立行政法人国立国際医療研究センター糖尿病・代謝症候群診療部長
羽 鳥 裕	社団法人神奈川県医師会理事
樋 口 進	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター院長
堀 江 正 知	産業医科大学産業生態科学研究所所長
三 浦 宏 子	国立保健医療科学院統括研究官
宮 地 元 彦	独立行政法人国立健康・栄養研究所健康増進研究部長
村 山 伸 子	新潟医療福祉大学健康科学部健康栄養学科教授
山 縣 然 太 郎	国立大学法人山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座教授
湯 澤 直 美	立教大学コミュニティ福祉学部教授
横 山 徹 爾	国立保健医療科学院生涯健康研究部長
吉 水 由 美 子	伊藤忠ファッションシステム (株) ブランディング第1グループクリエイションビジネスユニット マネージャー

◎：委員長

次期国民健康づくり運動に関する 委員提出資料

○ 高齢者の健康	1
○ 「子どもの貧困」からみた健康をとりまく課題	27
○ 医療現場の視点からの健康づくり	39
○ たばこ(H. 24. 1. 12 版)	41
○ アルコール分野の基本方針と指標について	59
○ 循環器分野の目標設定について	63

高齢者の健康

<要約>

わが国は世界最長寿国であるとともに少子化が同時に進行し、人口の急激な高齢化が進んでいる。今後 10 年先を見据えた時に、高齢者の健康づくりの目標として、健康余命のさらなる延伸、生活の質の向上、健康格差の縮小に加えて、プロダクティビティの増進を掲げる必要がある。

*プロダクティビティとは

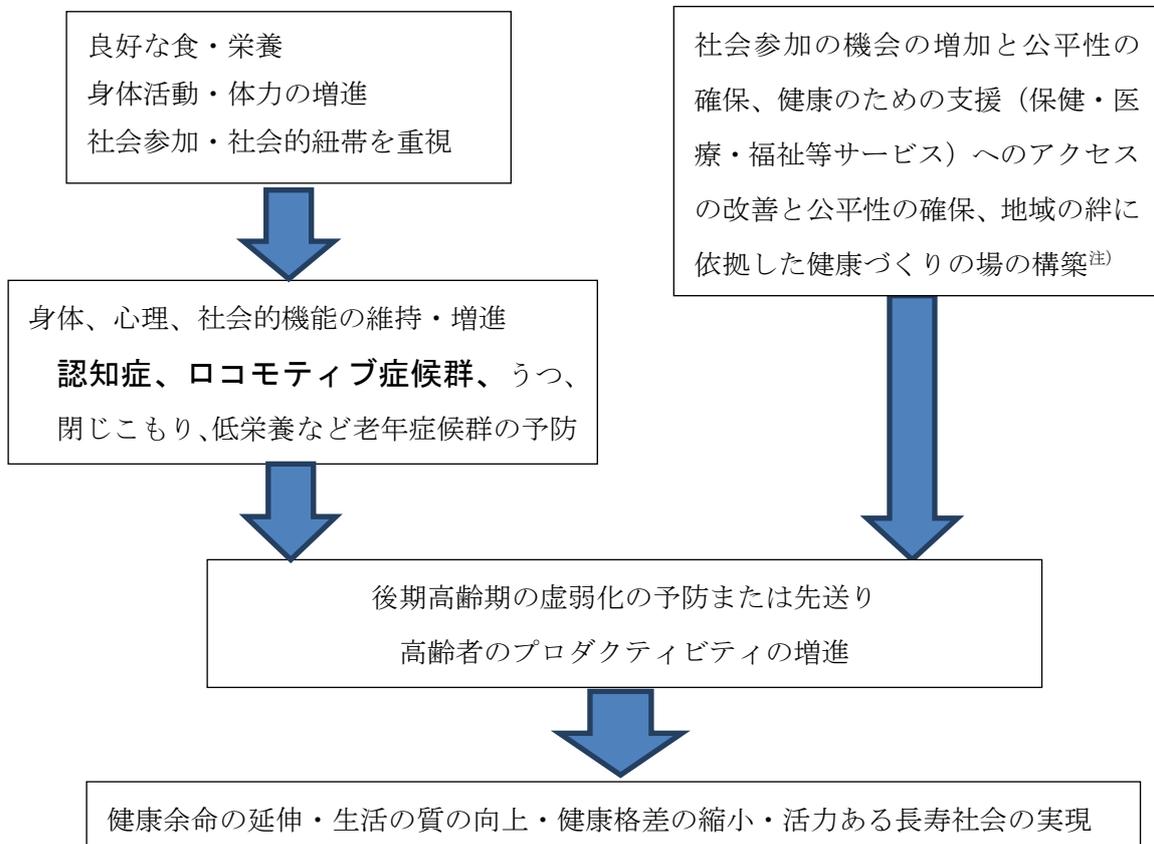
広い意味での生産的能力や意欲。有償労働（就労）、無償労働（家事など）、ボランティア活動、相互扶助、保健行動（self-care）などが含まれる。

健康余命のさらなる延伸に向けては、後期高齢期に生じやすい虚弱化を予防または先送りすること、高齢者のプロダクティビティの増進に向けては、就労や社会参加を促進することがキーポイントと思われる。両者を通じて生活の質の向上が図られる。また、健康格差の縮小に向けて、社会参加の公平性の確保、健康のための支援へのアクセスの改善と公平性の確保に加え、地域の絆に依拠した健康づくりの場の整備が必要と思われる。

高齢期の健康づくりの枠組み

<個人の行動変容>

<良好な社会環境の実現>



注) 地域の絆に依拠した健康づくりの場の構築 (資料①)

後期高齢期は生活空間が狭くなりそれが虚弱化を促進する。日常生活圏域に継続して楽しく健康づくりができ、社会的紐帯の強化や日常の安否確認ができるといった多目的機能を持つ場が必要と思われる。シニアボランティアが運営を担えば、高齢者自身の健康づくりにも役立つ。超高齢社会では、コミュニティの力を結集して後期高齢者の健康づくりを支援していく必要があり、それは高齢者の相互扶助機能に依拠することが可能である。

候補指標・取り組みの一覧

<個人の行動変容>

食・栄養の指標：BM)、血清アルブミン、総コレステロール、血中ヘモグロビン

身体活動・体力の指標：歩数、外出頻度(態度)、

握力、歩行速度、立位バランス

社会参加の指標：就労、ボランティア活動、生涯学習、趣味・娯楽活動

社会的紐帯の指標：近所づきあい、友人・知人との交流、地縁組織や任意団体への所属

社会関係資本(ソーシャルキャピタル)

身体・心理・社会的機能：ロコチェック、うつ、健康度自己評価、老研式活動能力指標

虚弱化の指標：基本チェックリスト 20 項目

プロダクティビティ：社会参加指標で代替可

<良好な社会環境の実現>

ライフコース・アプローチ(全世代を視野に入れた取組み)の視点を重視

社会参加の機会の増加

高齢者就労の促進・創出、社会参加を促す仕掛け(シニアライフアドバイザーやボランティアコーディネーターの配置、等)、参加の場となる施設の拡充(不要となった施設の流用、等)、多様な社会参加プログラムの開発、都市と農・山村の交流

国・自治体レベルでの行動計画の立案

健康のための支援(保健・医療・福祉等サービス)

良好な食・栄養(正しい知識の普及、宅配・配食サービスの普及、会食の機会の提供、食物・情報へのアクセスの整備)

身体・認知機能の維持・増進(日常生活圏域で継続的に利用できる場、プログラムの提供)

認知症予防やロコモーショントレーニングのノウハウを活用

アクセスの改善と公平性の確保

情報弱者、交通弱者やSES(社会経済状態)の低い層をこれまで以上に重視

保健・医療・福祉等へのアクセサビリティではSESに配慮した制度設計

地域の絆に依拠した健康づくりの場の構築

<最終アウトカム>

65歳時健康余命、65歳時障害期間、いきがい(感)、プロダクティビティ

本稿では、「Ⅰ．老化について」と「Ⅱ．高齢者の健康」の二つに分けて記述した。

「Ⅰ．老化について」

ここでは、疾病と老化との関連、老化のあらわれを概観し、高齢者の健康づくりにおいては、個々の疾病ではなく身体機能や生活機能に着目することの重要性を指摘した。

「Ⅱ．高齢者の健康」

ここでは、高齢期の健康の目標、健康余命からみたわが国高齢者の健康水準、および国内外の健康長寿研究を概観した。その上で、わが国の高齢者の健康余命をさらに延伸するには、後期高齢期の虚弱化の予防または先送りに焦点をあてるべきこと、来たる超高齢社会においては高齢者のプロダクティビティのポテンシャル（潜在力）を生かす社会システムの構築が急がれることを指摘した。

Ⅰ．老化について

1．老化の概念

老化とは成熟に達した後にくる加齢変化である。寿命（正確には余命）は死ぬまでの生存期間である。いつかは死が訪れるまでの余命は、社会の発展段階と密接に関わりながら次第に長くなってきており、人は身体的、精神的、社会的な老化を実感しながら（老性自覚 *age identification*）後半生を生きる。

2．老化の原因

老化には、外因に規定されない正常老化と疾病や外的環境要因により加速された病的老化がある。正常老化がなぜ起こるのか、これについては様々な仮説（＝老化学説）が出されているが、現在最も有力視されているのがフリーラジカル説である（安藤ほか, 2000）。これは、日光に含まれる紫外線や空気中の酸素によって、DNAを含む細胞の全構成員が障害を受けつづけ、それが蓄積すると神経系、内分泌系、循環器系、免疫系などの生体システムに変調が生じ、最終的に個体の老化につながるというものである。フリーラジカルの発生を促進するものを酸化ストレスとよぶ。酸化ストレスを受けつづけた影響は、分子レベル→細胞レベル→臓器レベル→生理機能・身体機能レベル→生活機能レベル→生死、につながる。

3．疾病と老化

疾病と老化は区別される。疾病は老化過程を修飾し、老化は疾病過程を修飾する。疾病過程には遺伝的および生活環境要因が関わっているように、老化過程も遺伝的および生活環境要因により修飾される。老化は普遍的な現象であるがそれは内的、外的要因により修飾され、その影響が蓄積して現れる高齢期には老化の個人差は大きくなる。

4．老化のあらわれ

老化は、生体分子、細胞、臓器、生理・身体機能、生活機能レベルに現れる。ここでは高齢期における身体機能（うち歩行機能と認知機能）と生活機能（うちADLとIADL）に絞って老化の姿を概観する。

1) 身体機能

高齢期の身体機能に影響する2大要因は疾病と老化である。はっきりとした疾病あるいは潜在的疾病をもたない場合でも老化による影響は避けられないため、高齢期は多くのからだの機能（認知機能、感覚器機能、血液循環機能、運動機能、口腔機能、内分泌機能、感染防御機能、など）が落ちてくる。

高齢期の運動機能は筋力、歩行能、立位バランス能の3つに要約でき、それぞれ握力、歩行速度、開眼片足立ち時間で簡便に測定することができる。なかでも歩行速度は、筋力、立位バランス能さらには柔軟性や全身協調性を総合的に反映する最もよい指標である。歩行速度が速い高齢者ほど生活機能を維持しやすく余命も長い (Shinkai et al., 2000; Studenski et al., 2011)。今日、歩行速度は高齢者のバイタルサインの一つとみなされている。65歳以降、歩行速度はゆっくりではあるが直線的に低下し、ある閾値に達する頃（女性75歳以降、男性80歳以降）日常生活に不自由が生じ始める。

認知機能は見当識、記憶、計算、判断、言語能力など大脳皮質の様々な機能を総称したものである。MMSEはこれら全般的脳機能を簡便に測定でき、**認知症**のスクリーニング検査として広く世界中で利用されている。MMSEの最高点は30点であるが、おおよその目安として27~30点が正常値、22~26点が軽度認知障害の疑い、21点以下が認知症などの認知障害がある可能性が高い。MMSEの平均点は65歳以降ゆっくりではあるが直線的に低下し、80歳以降は26点を下回るようになる。

これら二つの加齢変化は正常老化をベースにしつつも病的老化が加味されている。歩行速度には脳血管疾患、心臓病あるいは**ロコモティブ症候群**などが、認知機能にはアルツハイマー病、脳血管疾患、パーキンソン病などの、それぞれ疾病・症候群の有無が大きく影響する。社会人口学的要因では学歴、職歴、地域特性、ライフスタイル要因では身体活動、栄養状態や社会活動性なども影響する。同じ地域に住む高齢者について歩行速度を含む運動機能を10年間で3回測定した研究では、男女とも新しい世代の高齢者ほど運動機能が高いことが報告されている (鈴木・権, 2006)。筆者らもMMSE得点において同様な傾向を観察している (Fujirawa et al., 2002)。概してわが国の高齢者の身体機能は、時代効果を受け加齢変化が抑制されつつある。

高齢期の身体機能の加齢変化の結果、転倒・骨折、物忘れ、視力・聴力障害、息切れ、低栄養、易感染性といった症状があらわれやすい。一方で、心理面では人格、健康度自己評価、抑うつ度は加齢変化が少ない。また、脳の結晶性知能のように必ずしも低下しないものもあり、すべての機能が一律に低下するわけではない。

2) 生活機能

ロートン (Lawton, 1972) によると、人の活動能力は生命維持、機能的健康、知覚-認知、身体的自立、手段的自立、状況対応、社会的役割の7つからなり、それぞれの活動能力に階層性がある (次ページ図)。人はその発育・発達過程で左側のより低次の活動能力から右側のより高次の活動能力を獲得していく。身体機能はおおよそ「機能的健康度」や「知覚-

認知」に相当する部分である。これらはより上位の活動能力すなわち生活機能を支えている。生活機能のうち身体的自立は ADL、手段の自立は IADL と呼ばれ、これらは生活機能の基礎的な部分を成している。

某自治体における在宅高齢者全数(約 1,200 人)を対象に行われた調査(新開ほか, 2001)によると、ADL においては 75 歳以降の後期高齢期でもあまり落ちない(次ページ図の左側 5 項目)。個々の ADL 項目で障害が最も多いのは歩行であり、最も少ないのは食事である。ADL 低下の順序を検討した研究によると、歩行>入浴>身繕い>着替え>床の出入り>食事の順で障害が起こりやすい。歩行、入浴、トイレの動作は男性に比べ女性の自立度が低いが、その理由は女性の歩行移動力が男性より約 5 年早く低下するからである。IADL においては 75 歳までは自立度が高いが、75 歳以降は加齢とともに急速に落ちてくる(次ページ図の右側 5 項目)。調理項目以外では女性の自立度が低いが、その理由も歩行移動力の性差にある。IADL レベル以上の生活機能は、老研式活動能力指標で調べることができる。知的能動性、社会的役割のいずれも性差が顕著で、特に後期高齢期の女性の得点が低くなる。都市部在住高齢者では社会的役割が低い一方、農村部在住高齢者では知的能動性が低いという地域差もみられる。

生活機能は高齢期ではより高次のものから低下しやすい。生活機能の低下の順序にも階層性がある。このことは高次の生活機能を維持している高齢者ではより低次の生活機能は維持されやすいことを示唆している。また、近年になるほど高齢者の生活機能は高くなる傾向がみられている。高齢期の生活機能は、教育水準、職業歴、体力や栄養状態、ライフスタイル、性役割などの社会人口学的、文化的さらには生活環境要因による影響をうけるため、その加齢変化も時代効果を受ける。

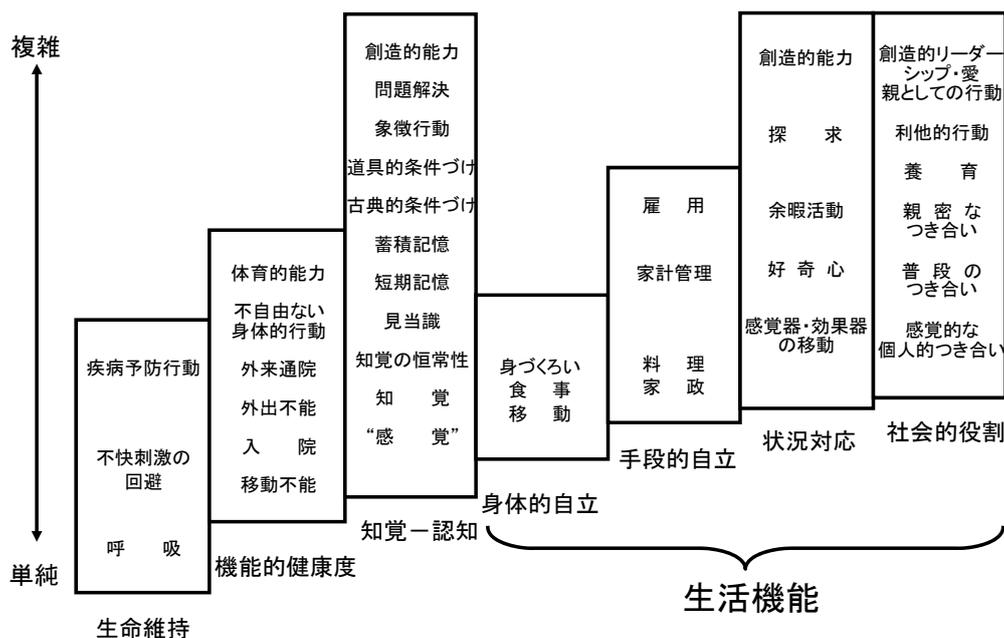
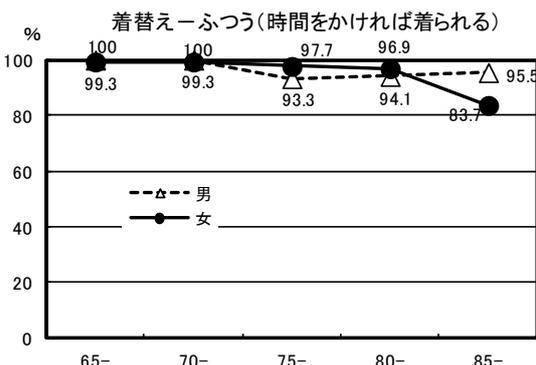
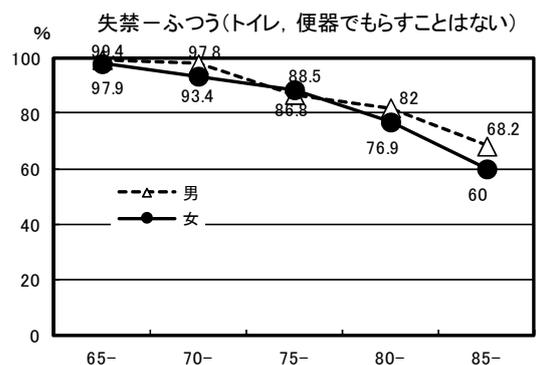
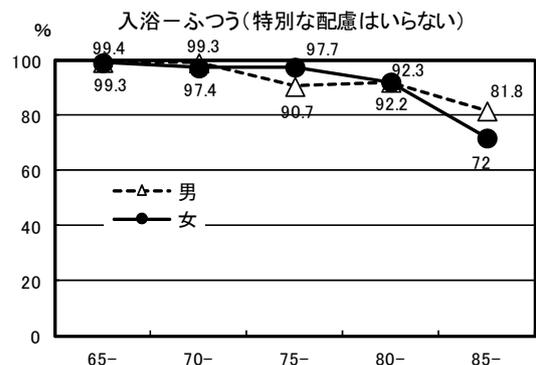
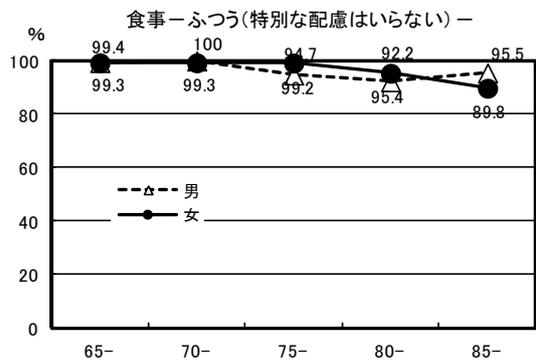
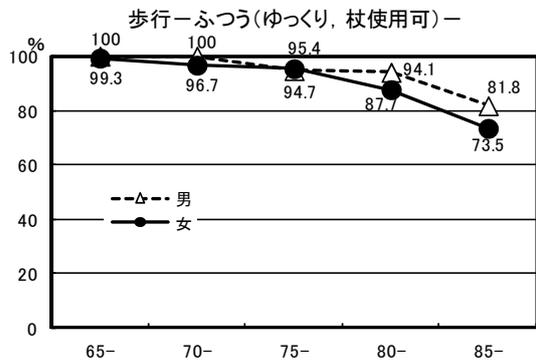


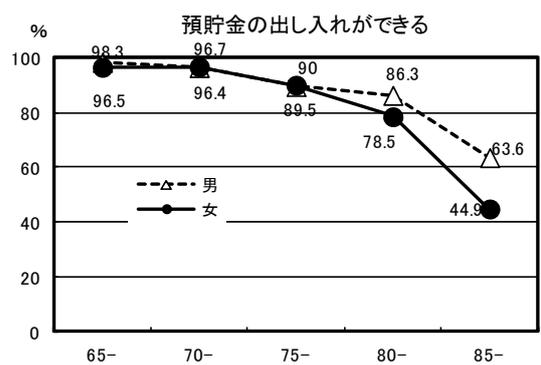
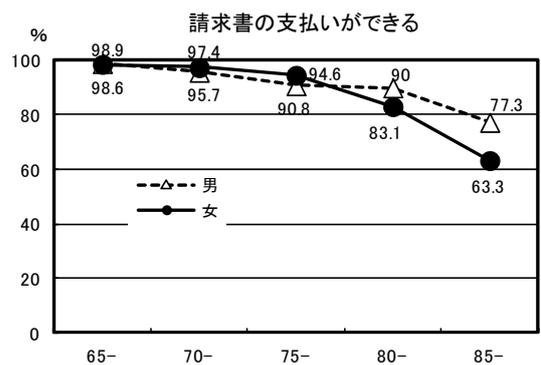
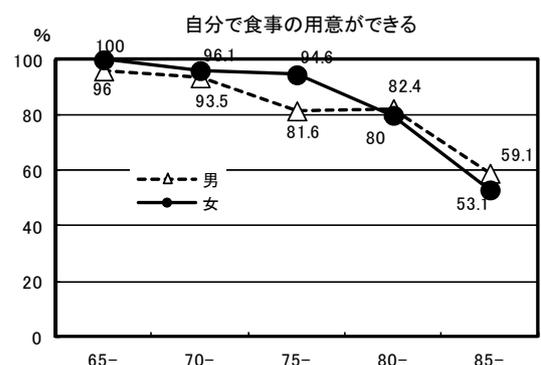
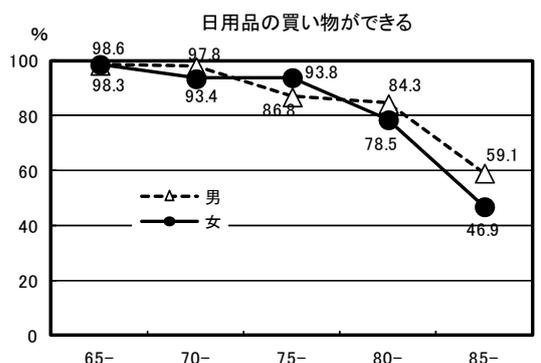
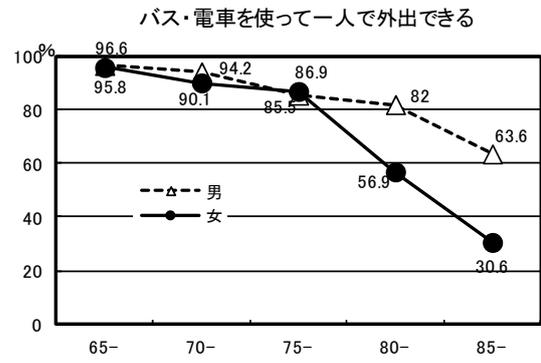
図 人の活動能力の諸段階 (Lawton, 1972)

ADLにおける自立割合



年齢階級(歳)

IADLにおける自立割合



年齢階級(歳)

II. 高齢者の健康

1. 国の統計にみる高齢者の健康状態

国民生活基礎調査は、昭和 61 年を初年度として 3 年ごと大規模調査、その中間の 2 年間は小規模・簡易調査を実施し、国民の保健・医療、福祉、年金、所得等国民生活の基礎的な事項を世帯面から総合的に把握する調査である。高齢者の健康状態と関連する統計では、病気やけがなどで自覚症状のある者＝有訴者（医療施設・介護保険施設への入院・入所者を除く）、医療施設、施術所（あんま・はり・きゅう・柔道整復師）に通所・通院している者＝通院者率、健康上の問題で日常生活に影響のあるもの、の 3 つがある。いずれも年齢が高くなるにしたがって上昇し、75 歳以上の年齢層では、有訴者率は男性 51.7%、女性 55.3%、通院者率は男性 67.6%、女性 67.5%であり、健康上の問題で日常生活に影響のあるものの割合は 3 割にのぼっている。自覚症状として多いのは、「腰痛」「肩こり」「手足の関節が痛む」などとなっている。通院者の傷病として多いのは、「高血圧症」「腰痛症」「歯の病気」「眼の病気」などとなっている（平成 19 年）。

患者調査は、全国の医療施設（病院、一般診療所、歯科診療所）を利用する患者の傷病などの状況を把握するため、層化無作為抽出された医療施設を受診した患者すべてを対象として 3 年に一度実施されている。性・年齢階級別にみた受療率では、外来受療率は 60 歳以降急激に上昇し 75 歳から 84 歳にかけてピーク（人口 10 万対 1200 から 1300）を迎える一方、入院受療率は 60 歳以降 90 歳以上まで等比級数的に上昇し、90 歳以上では 10 人に一人の割合となっている（平成 20 年）。

2. 高齢期の健康の目標

1) 健康余命の延伸

このように高齢期とくに 75 歳以降になると自覚症状や病気を有して医療機関を受診するものが極めて多くなっていく。高齢期の健康の目標を自覚症状や病気がない状態に置くことは、個人の目標となりえても社会的な共通目標とすることは非現実的である。病気あるいは死亡にもとづく健康指標は、死亡率が高く平均寿命の短い時代には有用であったが、平均寿命が延長したわが国のような社会では、別の指標が必要である。WHO は早くも 1984 年に、高齢者の健康指標として従来用いられている死亡率や罹患率は有用ではなく、むしろ生活機能の自立におくべきとした。いわゆる健康長寿（healthy aging）であり、より積極的には活動的長寿（active aging）の提案である。さらに、高齢者が人口全体の 25%を上回る超高齢社会では、高齢者の健康目標としてプロダクティビティ（productivity）を重視すべきとの考えが提出された（柴田, 1998）。

健康長寿、すなわち生活機能の自立した余命を延伸することは、介護との関連で社会的意義が強調される場合もあるが、高齢者本人の QOL や生き甲斐を維持・増進するものであり、個人と社会の双方にメリットがある目標である。また、10 年後のわが国の人口構造のさらなる高齢化を見据えた時、高齢者の健康づくりの目標として、健康余命のさらなる延

伸、生活の質の向上、健康格差の縮小に加えて、「プロダクティビティの増進」を掲げる必要がある。

2) プロダクティビティの増進

プロダクティビティとは、広い意味での生産的能力や意欲をさす。有償労働（就労）、無償労働（家事など）、ボランティア活動、相互扶助、保健行動（self-care）などが含まれる。今日の高齢者はかつての世代よりも高学歴で心身の機能水準が高く若返っている。こうした高齢者のポテンシャルを最大限に生かす社会システムを整備することがわが国の喫緊の課題である。その姿が高齢者の社会参加・社会貢献であり、同時に高齢者本人の健康保持にも役立つのである。

高齢期の健康の目標



都老研編「サクセスフル・エイジング」（ワールドプランニング, 1998）より引用

3. 健康長寿

1) 健康長寿とは

健康長寿とは生活機能の自立した余命（＝健康余命）が長いことをさす。生活機能とは、Lawton のモデル（5 ページの図）で示したように基本的 ADL から社会的役割までの活動能力を含んでおり、どのレベルの自立を目標とすべきかについては、社会の発展段階とも密接に関連しており、時代とともに変わる。これまでは、介護あるいは生活支援が必要でないという意味で ADL あるいは IADL における自立が目標であった。将来は、IADL よりもさらに高次な生活機能（社会的役割など）が目標となろう。

2) 健康余命からみたわが国の高齢者の健康水準

WHO では 2000 年より各国の健康寿命を算出している（大森・辻, 2008）。ここでは健康な状態での生存期間に加えて様々な疾病を抱えて生きる期間をその重症度に応じて換算したものを合計した指標 [＝障害を調整した平均寿命、DALE (disability adjusted life expectancy)] を用いている。わが国の平均寿命は長いことで有名であるが、同時に健康寿命も世界一長い（2002 年の日本人の健康寿命は男性 72.3 歳、女性 77.7 歳）。世界的にみれば平均寿命の長い国ほど健康寿命も長い。高齢者の健康水準をよく反映する 60 歳健康余命も男女ともトップランクにある。わが国の高齢者の健康水準は極めて高く、このこと自体は世界に誇るべきである。ただ、高齢者人口が急増する中で生活機能障害を有する高齢者も増えており、家族介護や介護保険制度の負担が増していることから、障害の発生時期を先送りして障害期間を短縮させ、要介護高齢者をできるだけ抑制することが国の政策目標となる。

4. 健康余命を延ばすには、その要因の解明

1) コホート研究

東京都健康長寿医療センター研究所（旧東京都老人総合研究所）では東京都小金井市と秋田県南外村（現大仙市南外地区）の65歳以上住民の代表サンプルを対象とした追跡調査（TMIG-LISA）を行い、健康長寿の要因を探ってきた（Suzuki et al., 2003）。資料②は、TMIG-LISAの初回調査（1991、92年実施）をうけADL障害がないと判定された高齢者約1,150人を6年間追跡し、追跡期間中に発生したADL障害と初回調査時の変数との関連を分析し、いわゆる健康長寿の促進要因（↑）と阻害要因（↓）をまとめたものである（Ishizaki et al., 2000; Shinkai et al., 2003）。これらはADL障害の発生と独立した関連性を認めた要因であり、矢印が二つは影響力が比較的強いもの、同一つは影響力が弱いものをあらわしている。ADLにおける自立を維持しやすい、すなわち健康長寿である高齢者の特徴は、体力がある、栄養状態がよい、咀嚼力がよい、抑うつ度が低い、健康度自己評価が高い、仕事や社会活動を担っている、慢性疾患を保有していない、過去一年間の入院歴がない、であった。一般高齢者を対象としたこうしたコホート研究は、欧米を中心に世界各地で行われている。スタックら（Stuck et al., 1999）はそうした一連の研究を総括し、ADL障害の共通したリスク要因として、下肢機能（低い）、認知機能（低い）、健康度自己評価（低い）、複数罹患（comorbidity、あり）、社会関係性（social contact、低い）、身体活動（少ない）、喫煙習慣（あり）、飲酒習慣（ありに対するなし）、視力障害（あり）、BMI（やせおよび肥満）があるとまとめている。

日本人高齢者の健康余命あるいは余命に関連する独立要因

疾病関係：	複数罹患
栄養関係：	BMI、アルブミン、総コレステロール、ヘモグロビン
身体機能・体力関係：	認知機能、体力（握力、歩行速度、立位バランス） 口腔機能（咀嚼力）
心理機能：	健康度自己評価、抑うつ度、睡眠時間
社会参加・社会的紐帯：	社会参加活動、社会的接触、外出頻度

2) 縦断研究

コホート研究は高齢者の生活機能の防御因子あるいは阻害因子を探することはできるが、生活機能が変化するプロセスについては語らない。加齢に伴う生活機能変化のプロセスは **disablement process** と呼ばれ、そのパターンと関連要因に関する解明には縦断研究という手法が必要である。

米国の高齢者を対象とした縦断研究により、障害のタイプは機能低下が短期間に急激に進行するタイプ（**catastrophic disability**）と長期間に緩慢に進行するタイプ（**progressive**

disability)の二つに大別できることが示された(Ferrucci et al., 1996; Guralnik et al., 2001)。catastrophic disability は心血管病などが、progressive disability は筋骨格系疾患や老化による心身機能低下が、それぞれ主な原因と考えられる。

TMIG-LISA の参加者のうち老研式活動能力指標の総合点が満点であったもののみを追跡していくと、加齢にともなって社会的役割あるいは知的能動性→IADL→ADL の順で生活機能が低下していくことがわかった(生活機能低下の階層性)(Fujiwara et al., 2003)。社会的役割あるいは知的能動性の低下を認めてから ADL 障害を認めるには平均で 10 年程度のタイムラグがある(資料③)。

また、ミシガン大学のリャンら(Liang et al. 2003)と東大の秋山ら(Akiyama et al. 2010)は、わが国の高齢者代表サンプルについて実施された 20 年間のパネルデータを用いて、高齢期の自立度の変化パターンは大きく 3 つに分類できることを示した(資料④、⑤)。Early-onset disability、late-onset disability、successful aging である。前期高齢期に生じる early onset disability (男性 19.0%、女性 12.1%)は、脳卒中、心臓病、がんなど生活習慣病との関連が、一方、late onset disability (男性 70.1%、女性 87.9%)は、筋骨格系疾患や老化による心身機能の低下が、それぞれ主な原因と考えられる。残りはそのいずれからも逃れて 90 歳に到達するが、それは男性の 10.9%に過ぎない。

障害の発生パターン

Early-onset disability (わが国男性の 19.0%、女性の 12.1%)

前期高齢期に生じる障害

Catastrophic disability → 生活習慣病の重篤化

Late-onset disability (わが国男性の 70.1%、女性の 87.9%)

後期高齢期に生じる障害

Progressive disability → 様々な疾病(心血管病、筋骨格系疾患)の影響
老化による身体・心理・社会的機能の低下

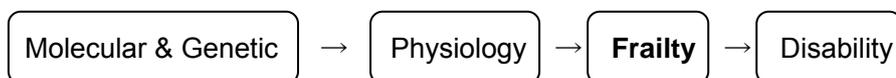
今後、わが国の高齢者の健康余命をさらに延伸するには、いかに後期高齢期に生じる late-onset disability を予防または先送りするかがキーポイントとなる。

3) 後期高齢期の虚弱化

late onset disability の多くは、10 年程度の長期間にわたり生活機能がゆっくりと低下していくことから、この過程を「高齢者の虚弱化」と表現し、その要因を探る研究が進んできた。その一つの流れが、「虚弱(frailty)」という概念を導入し、それを定義し研究しようというものである。現在、虚弱は「障害でも複数罹患でもない単一のエンティティであり、高齢期に様々な要因が関与して生じ、多臓器にわたり生理的予備能が低下するためストレス耐性が減弱し、負の健康アウトカム(障害、施設入所、死亡など)を起ししやすい病態」

と理解されている (Walton et al., 2006)

* Disablement process における虚弱の位置づけ



Fried ら (2001) らは、虚弱の構成概念として **Shrinking** (からだの縮み)、**Weakness** (弱々しさ)、**Slowness** (緩慢な動作)、**Exhaustion** (疲れやすさ)、さらに **Low activity** (動きの少なさ) の 5 つを取り上げ、それぞれを体力測定などの客観的な検査で測定し、5 項目のうち 3 項目以上で一定の基準を満たす場合を **Frailty** と定義し、研究をすすめている。新開ら (2012) は、この定義に準拠してわが国の高齢者における虚弱の実態を明らかにし、虚弱は男性よりも女性に多く、女性では 75 歳以降、男性では 80 歳以降それぞれ急増する、虚弱な高齢者はすでに身体・心理・社会的機能が低下しており、将来 ADL 障害を起こしやすい極めてハイリスクな一群である、虚弱の予知因子として、筋力や歩行能などの体力 (サルコペニア) や栄養状態 (低栄養)、baPWV や ABI に見られる潜在性血管障害があることを報告している。

わが国の高齢者の健康余命をさらに伸ばすには

主なターゲット：後期高齢期の虚弱化の予防または先送り

戦術： 高齢期における疾病負荷の軽減 (重度化の抑制)

老化による身体・心理・社会的機能低下の予防・抑制

5. 後期高齢期の虚弱化を予防または先送りする一次予防のポイント

健康長寿および虚弱の研究から、後期高齢期に表出しやすい虚弱化を一次予防するポイントは、1. 良好な食・栄養、2. 身体活動・体力の増進、3. 社会参加・社会的紐帯を重視、を通じて老化による身体・心理・社会的機能の低下を抑制することである。

(1) 個人へのアプローチ

1) 良好な食・栄養

後期高齢期は様々なことが原因となって、食が細り (総摂取カロリーの減少)、特に動物性たんぱく質や脂質が減少し、いわゆる「低栄養」を示すものが増えてくる。TMIG-LISA では、BMI、アルブミン、総コレステロール、ヘモグロビンの 4 つを指標にして、栄養状態と総死亡および死因別死亡との関連が調べられた (資料⑥、⑦、⑧、⑨)。いずれも第 1 四分位 (下位 25%) のものは第 4 四分位 (上位 25%) のものに比べると、様々な交絡要因の影響を調整しても総死亡リスクが 50% から 60% 高く (資料⑩)、死因別死亡では循環器疾患のリスクが有意に高かった (資料⑪、⑫)。適切な食・栄養は、筋肉や骨量、体力や

認知機能の維持の上でも極めて重要である (Taniguchi et al, 2012, in press)。

2) 身体活動・体力の増進

日常生活では身体活動を増やし体力を維持・増進することは、老化予防の上で極めて重要である。また、TMIG-LISA では、高齢者の体力について、握力、歩行速度、開眼片足立ち時間の3つを測定し、個々の体力と総死亡および死因別死亡との関連を調べた(資料⑬、⑭、⑮)。いずれも第1三分位(下位33.3%)のものは第3三分位(上位33.3%)のものに比べると、様々な交絡要因の影響を調整しても総死亡リスクが高く、死因別死亡では循環器疾患および肺炎死亡のリスクがそれぞれ3倍ほど高かった(資料⑯)。良好な体力を維持することは、循環器疾患や肺炎による死亡を抑制し余命を延長する可能性がある(Cooper et al., 2010; Dumurgier et al., 2009)。

3) 社会参加・社会的紐帯を重視

高齢期の趣味・稽古事などの余暇活動は高次生活機能を維持することに役立ち、また、仕事、ボランティア活動、趣味・稽古事などの社会参加・社会貢献活動は将来のADL障害のリスクを減少させる(資料⑰、⑱、⑲、⑳)。さらに、社会的紐帯(ソーシャルネットワーク)が豊富な高齢者は健康長寿であることが知られている。社会参加や社会的紐帯は、心理的健康にとって好影響をもたらす他、外出の機会にもつながり身体活動や食欲の増進効果もある。

以上の3つはそれぞれ密接に関連しており、それらが好循環する方向に向かえば、老化による身体・心理・社会的機能の低下が抑制され、**認知症、ロコモティブ症候群**、うつ、閉じこもり、低栄養などの老年症候群、ひいては後期高齢期の虚弱化が予防あるいは先送りされる。

(2) 良好な社会環境の実現

1) ライフコース・アプローチ(全世代を視野に入れた取組み)の視点を重視

高齢期のSESや生活習慣、社会関係性は、中年期までに獲得したものと密接に関連している。高齢期の健康づくりにおいてもライフコース・アプローチの視点を重視する。

2) 社会参加の機会の増加

以前の世代より心身とも若返っている高齢者のプロダクティビティを生かす社会環境の整備が急務である。若年者雇用を奪わない形で高齢者就労の促進とその分野の創出、退職サラリーマンが地域にソフトランディングしさらに定着できるような仕掛け(シニアライフアドバイザーやボランティアコーディネーターの配置、など)、社会参加の場として使用できる施設の拡充(不要となった公共施設の再利用、など)、NPOなどと協働した多様な社会参加・社会貢献プログラムの開発、などが望まれる。国・自治体・企業においては、高齢者の社会参加の促進に向けた行動計画を策定する必要がある。

3) 健康のための支援(保健・医療・福祉等サービス)

① 良好な食・栄養

高齢期は肥満あるいは過栄養よりもむしろ痩せあるいは低栄養が健康余命や余命にと

ってより大きなリスクである。高齢期はふだんからバランスのとれた食事をしっかりとることが健康長寿につながるというメッセージを伝える必要がある。これに関連して、高齢期の栄養状態の指標となるBMI、アルブミン、総コレステロール、ヘモグロビンに関して、日本人高齢者向けの下限値を設定することも急がれる課題である。

後期高齢期は移動能力や認知機能などの心身機能が低下しやすく、食物や情報へのアクセサビリティが悪くなる。良好な食・栄養を確保するには、買い物の利便性、宅配・配食サービスや会食の機会を含め、食のアクセス環境を地域ぐるみで向上させる必要がある。

② 身体・認知機能の維持・増進

後期高齢期は、移動能力や認知機能などの心身機能が低下しやすく、個人の努力のみでは身体活動や体力を維持することが難しくなってくる。日常生活圏域に継続して楽しく健康づくりができ、**認知症やロコモティブ症候群**の予防、さらには社会的紐帯の強化や日常の安否確認ができるといった多目的機能を持つ健康づくりの場が必要と思われる。シニアボランティアが運営を担えば本人自身の健康づくりにも役立つであろう。

4) アクセスの改善と公平性の確保

わが国の高齢者の間にも大きな健康格差があり、その主な背景として社会格差（SES、教育歴、職業歴など）があることが指摘されている（近藤, 2010）。したがって健康格差の縮小に向けては、教育や雇用、税制や社会保障制度などを含んだ幅拾い議論が必要である。

ここでは、高齢者の健康づくりとの関連で、健康のための支援（保健・医療・福祉等サービス）へのアクセスの改善と公平性の確保のみに絞り、私見を述べたい。

① 健康づくりの担当者（地方自治体の保健所、保健センター）が、情報弱者や交通弱者、SESの低い層を重視する姿勢を明確にし、健康のための支援サービスへのアクセスを向上させる（いわば、待ちの姿勢から、おせっかいの姿勢へ）。

② 保健・医療・福祉等へのアクセサビリティではSESに配慮した制度設計

SESの低い層の自己負担分の軽減措置を講じる、など。

③ 地域の絆に依拠した健康づくりの場の構築

高齢者の相互扶助機能に依拠して構築する後期高齢者向け健康づくりの場が、地域の社会関係資本（ソーシャルキャピタル）をさらに向上させ、地域の絆を深める可能性がある。超高齢社会に求められている家族を超えた「支え、支えられる」、「助け合う」地域環境づくりの一助となると期待される。

6. 高齢者のプロダクティビティの増進

1) プロダクティビティとは（柴田, 1998）

プロダクティビティは、かなり広い意味での生産的能力や意欲を意味している。アメリカの老年学者カーン（Kahn）は、**Productive behavior**として、有償労働（就労）、無償労働（家事など）、ボランティア活動、相互扶助、保健行動（**self-care**）を含めている。有償労働も無償労働もそれを行うに必要な能力や社会に対する貢献では変わるところがない。有償労働や無償労働にゆとりのある場合には、ボランティア活動や相互扶助の活動が求めら

れている。ボランティア活動のうち同世代の人々の助け合いを相互扶助あるいは互助とよぶ。これには食事、入浴などの手段的な面での助け合いもあれば、もっと精神的な面での助け合いもある。高齢者に対する支援の大切さは論をまたないが、健康な高齢者にとっては支援を与えることの意義も大きい。支援の与え手の側では、生きがい感も増し、長生きになることが知られている。保健行動は、単なる受療や疾病予防以上の自己開発という目標をもつ。

2) 社会参加とプロダクティビティ

高齢者の社会参加の形態には、就労、ボランティア活動、生涯学習、趣味・稽古事などがあり、家から離れて社会の中で他者と協働しておこなう活動全般をさしている。高齢者のプロダクティビティに基づく社会的活動であるが、プロダクティブであるかどうかは問わないため、厳密にはプロダクティブビヘイビヤの概念とは異なる。しかし、社会参加にある生涯学習や趣味・稽古事にしても、自己実現のみを目標とするものもあれば自己開発からプロダクティブビヘイビヤにつながることもあり、両者を区別することは難しい。

3) 超高齢社会と高齢者のプロダクティビティ

来たる超高齢社会においては、高齢者のプロダクティビティを増進するとともに、そのポテンシャル（潜在力）を最大限発揮できる社会環境システムを整備する必要がある。高齢者の健康づくりにおいてもプロダクティブビヘイビヤの一つである相互扶助機能を引き出す仕組みを作る視点が重要である。その一例として「地域の絆に依拠した健康づくりの場の整備」を提案する（資料①）。後期高齢期以降は人の生活空間は次第に狭くなるが、それがさらに虚弱化を促進する。生活圈域内に継続して楽しく健康づくりができ、かつ社会的紐帯の強化や日常の安否確認ができるといった多目的機能を持った場が必要である。シニアボランティアが運営を担えばボランティア自身の健康づくりにも役立つ。

参考文献

- Cooper, R., Kuh, D., Hardy, R. (2010). Objectively measured physical capacity levels and mortality: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 341: c4467
- Dumurgier, J., Elbaz, A., Ducimetiere, P., et al. (2009). Slow walking speed and cardiovascular death in well functioning older adults: prospective cohort study, *British Medical Journal*, 339: b4460
- Ferrucci, L., Guralnik, J.M., Simonsick, E., et al. (1996). Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *Journal of Gerontology: A Biological Sciences and Medical Sciences*, 51, M123-130.
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*; 56A: M146-M156.
- Fujiwara, Y., Shinkai, S., Kumagai, S., et al. (2003). Longitudinal changes in higher-level functional capacity of an older population living in a Japanese urban community. *Archives*

- of *Gerontology and Geriatrics*, 36, 141-153.
- Fujiwara, Y., Watanabe, S., Kumagai, S., et al. (2002). Prevalence and characteristics of older community residents with mild cognitive decline. *Geriatrics and Gerontology International*, 2, 57-67.
- Guralnik, J.M., Ferrucci, L., Balfour, J.L., et al. (2001). Progressive versus catastrophic loss of the ability to walk: implications for the prevention of mobility loss. *Journal of American Geriatrics Society*, 49, 1463-1470.
- Ishizaki, T., Watanabe, S., Suzuki, T., et al. (2000). Predictors for functional decline among nondisabled older Japanese living in a community during a 3-year follow-up. *Journal of American Geriatrics Society*, 48, 1424-1429.
- Lawton, M.P. (1972). Assessing the competence of older people. In: Kent, D.P., Kastenbaum, R., & Sherwood, S. (Ed.). *Research, Planning, and Action for Elderly: the Power and Potential of Social Science*, New York: Behavioral Publications. pp. 122-143.
- Liang, J., Krause, N.M., Bennett, J.M., et al. (2003). Changes in functional status among older adults in Japan: Successful and usual aging. *Psychology and Aging*, 18, 684-695.
- Shinkai, S., Kumagai, S., Fujiwara, Y., et al. (2003). Predictors for the onset of functional decline among initially non-disabled older people living in a community during a 6-year follow-up. *Geriatrics and Gerontology International*, 3, S31-S39.
- Shinkai, S., Watanabe, S., Kumagai, S., et al. (2000). Walking speed as a good predictor for the onset of functional dependence in a Japanese rural community population. *Age Ageing*, 29, 441-446.
- Stuck, A.E., Walthert, J.M., Nikolaus, T., et al. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Social Science and Medicine*, 48, 445-469.
- Studenski, S., Perera, S., Patel, K., et al. (2011). Gait speed and survival in older adults, *Journal of American Medical Association*, 305, 50-58.
- Suzuki, T., Shibata, H. (2003). An introduction of the Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Longitudinal Interdisciplinary Study on Aging (TMIG-LISA, 1991-2001). *Geriatrics and Gerontology International*, 3, S1-S4.
- Taniguchi, Y., Yoshida, H., Fujiwara, Y., et al. A prospective study of gait performance and subsequent cognitive decline in a general population of older Japanese (2012). *Journal of Gerontology: A Biological Sciences and Medical Sciences*, in press.
- Tsubota-Utsugi, M., Ito-Sato, R., Ohkubo, T., et al. (2011). Health behaviors and predictors for declines in higher-level functional capacity in older adults: The Ohasama Study. *Journal of American Geriatrics Society*, 59, 1993-2000.
- Walston, J., Hadley, E.C., Ferrucci, L., et al. (2006). Research agenda for frailty in older

adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on frailty in older adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 54, 991-1001.

秋山弘子 (2010) . 長寿時代の科学と社会の構想. 科学, 80, 59-64.

安藤進・鈴木隆雄・高橋龍太郎 (2000) . 老化のことを正しく知る本 中経出版

大森芳・辻一郎 (2008) . 世界各国の健康寿命 *Geriatric Medicine (老年医学)*, 46, 17-19.

小川貴志子, 藤原佳典, 吉田裕人, ほか (2011) . 「基本チェックリスト」を用いた虚弱判定と虚弱高齢者の血液生化学・炎症マーカーの特徴. *日本老年医学会雑誌*, 48(5), 545-552.

厚生統計協会編 (2010) . 国民衛生の動向・厚生指標 増刊・第 57 巻第 9 号, 厚生統計協会.

近藤克則 (2010) . 健康格差社会を生き抜く. 朝日新聞出版.

柴田博 (1998) . 第 2 章 求められている高齢者像. 東京都老人総合研究所 (編) サクセスフル・エイジング 老化を理解するために ワールドプランニング pp. 42-52.

社団法人日本整形外科学会. ロコモパンフレット 2010 年度版「ロコモティブシンドローム (ロコモ)」. http://www.joa.or.jp/public/locomo/locomo_pamphlet.pdf (2012 年 1 月 10 日アクセス可能)

新開省二 (2010) . 50 歳を過ぎたら「粗食」はやめなさい. 低栄養が老化を早める. 草思社
新開省二・渡辺修一郎・熊谷修, ほか (2001) . 地域高齢者における「準ねたきり」の発生率、予後および危険因子. *日本公衆衛生雑誌*, 48, 741-752.

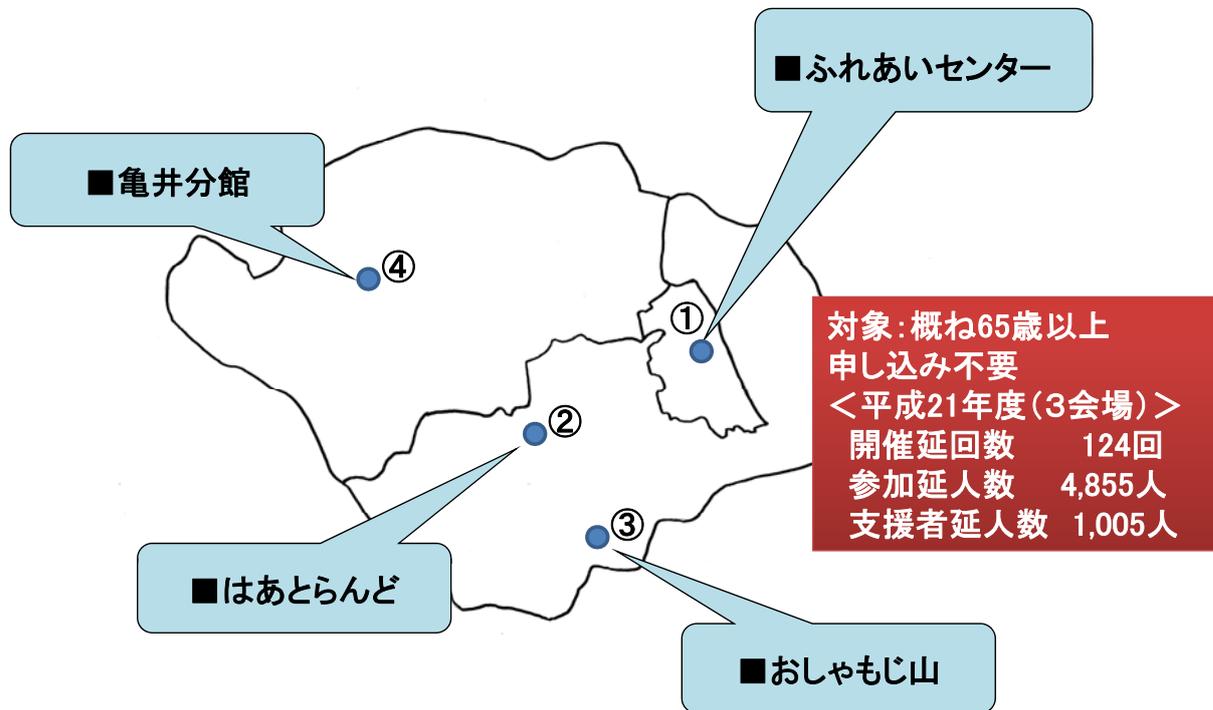
鈴木隆雄・権珍嬉 (2006) . 日本人高齢者における身体機能の縦断的・横断的变化に関する研究—高齢者は若返っているか—. *厚生指標*, 53(4), 1-10.

遠又靖丈・寶澤篤・大森芳, ほか (2011) . 1 年間の要介護認定発生に対する基本チェックリストの予測妥当性の検証. 大崎コホート 2006 研究. *日本公衆衛生雑誌*, 58(1), 3-13.

中出美代・近藤克則 (2011) . 健康の社会的決定要因(13)「高齢者の低栄養と社会経済的地位」. *日本公衆衛生雑誌*, 58(5), 382-387.

① 地域の絆に依拠した健康づくりの場

事例) 身近な場所に地域健康教室を！(埼玉県H町)



② 高齢者の健康長寿の要因 (6年間追跡)

生活習慣	飲酒(適量)	↑	身体	聴力(落ちる)	—
	喫煙(吸う)	↓		視力(落ちる)	↓
	睡眠時間(長い)	↓↓		咀嚼力(落ちる)	↓↓
	仕事・社会活動(活発)	↑↑		通院(過去1ヶ月あり)	↓
心理	健康度自己評価(よい)	↑↑	入院(過去1年あり)	↓↓	
	抑うつ傾向(あり)	↓	慢性疾患(あり)	↓	
体力	筋力(強い)	↑↑	検査	アルブミン(高い方)	↑
	バランス能力(高い)	↑↑		コレステロール(高い方)	↑
	歩行速度(速い)	↑↑		血圧	—

↑ 促進要因 ↓ 阻害要因

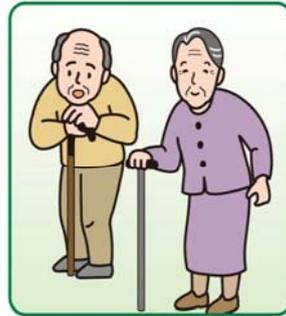
(TMIG-LISAより)

3

Progressive disabilityの経過



社会的役割や
知的能動性の
低下



IADL障害



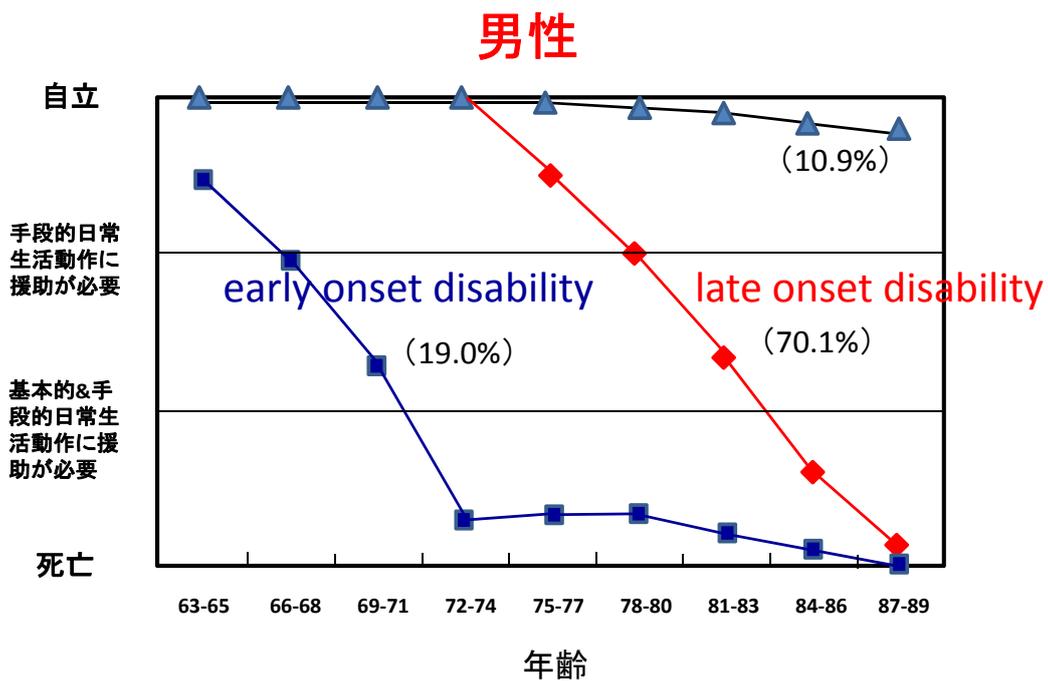
ADL障害

← 約10年 →

4

自立度の変化パターン

全国高齢者20年の追跡調査(N=5717)

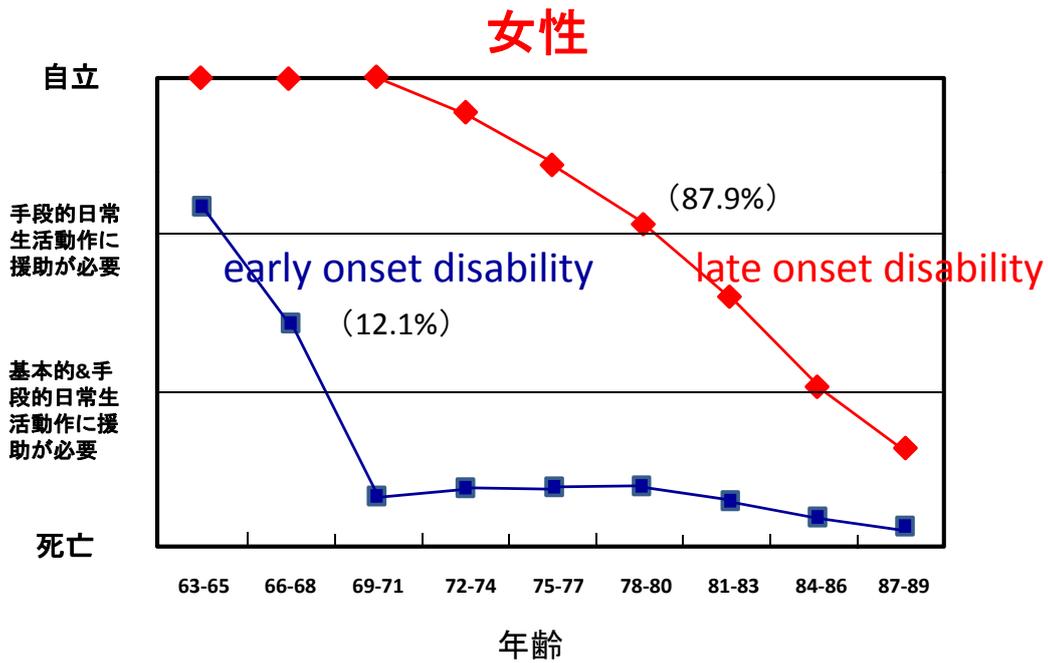


出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想 『科学』 岩波書店, 2010

⑤

自立度の変化パターン

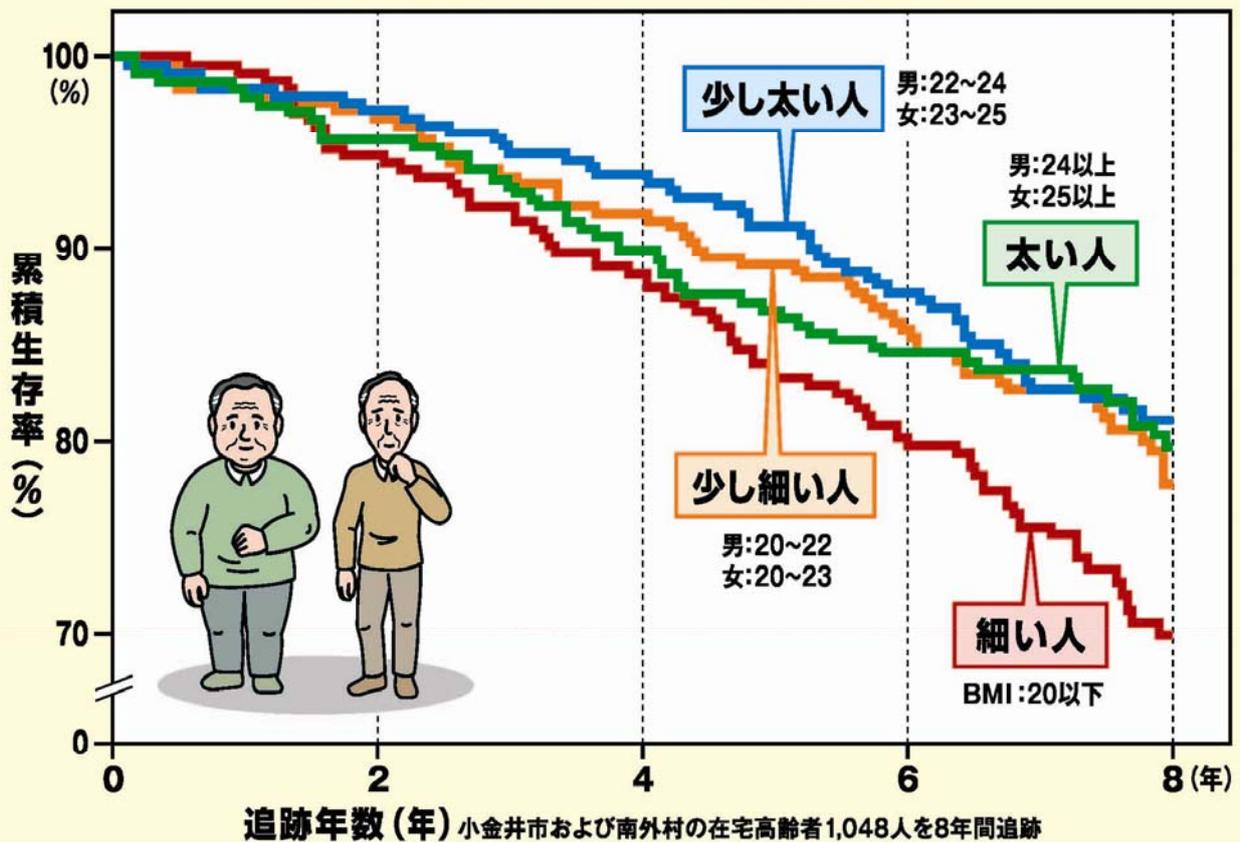
全国高齢者20年の追跡調査(N=5717)



出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想 『科学』 岩波書店, 2010

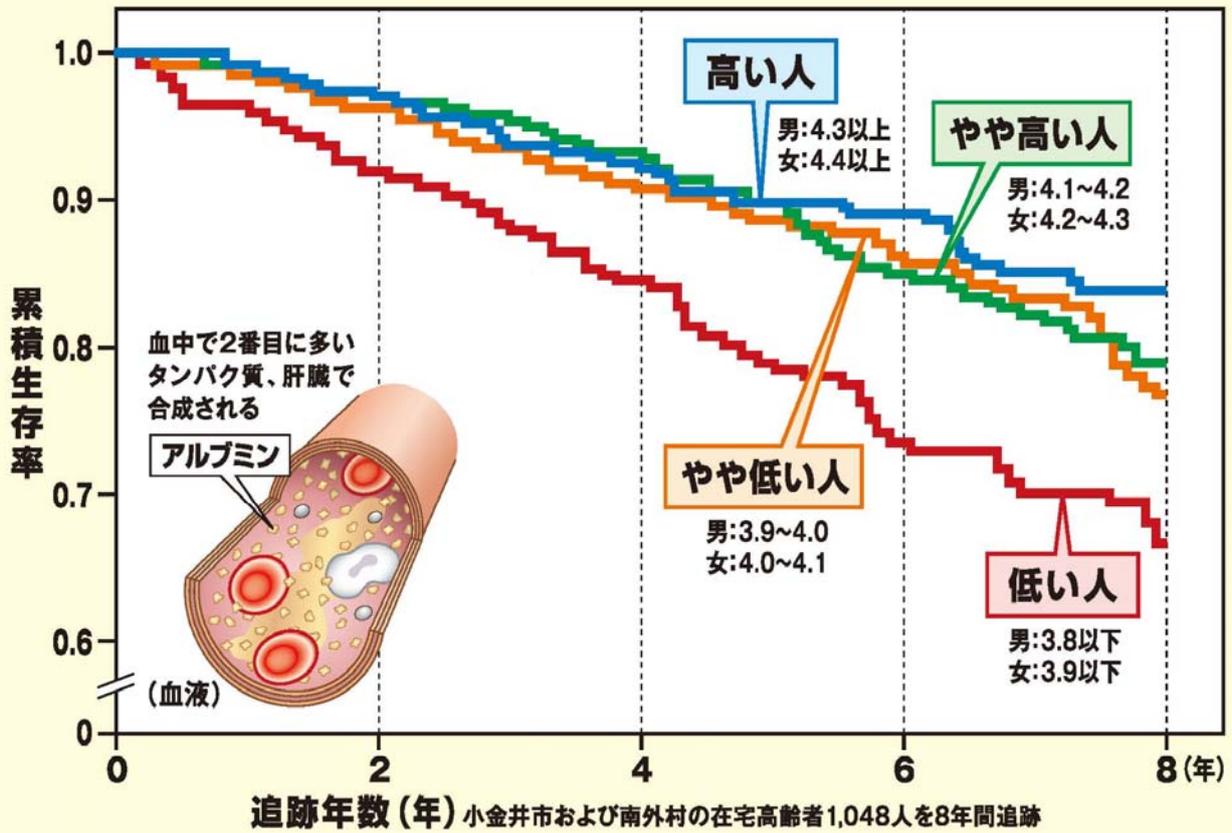
⑥

体格指数(BMI)と生存率



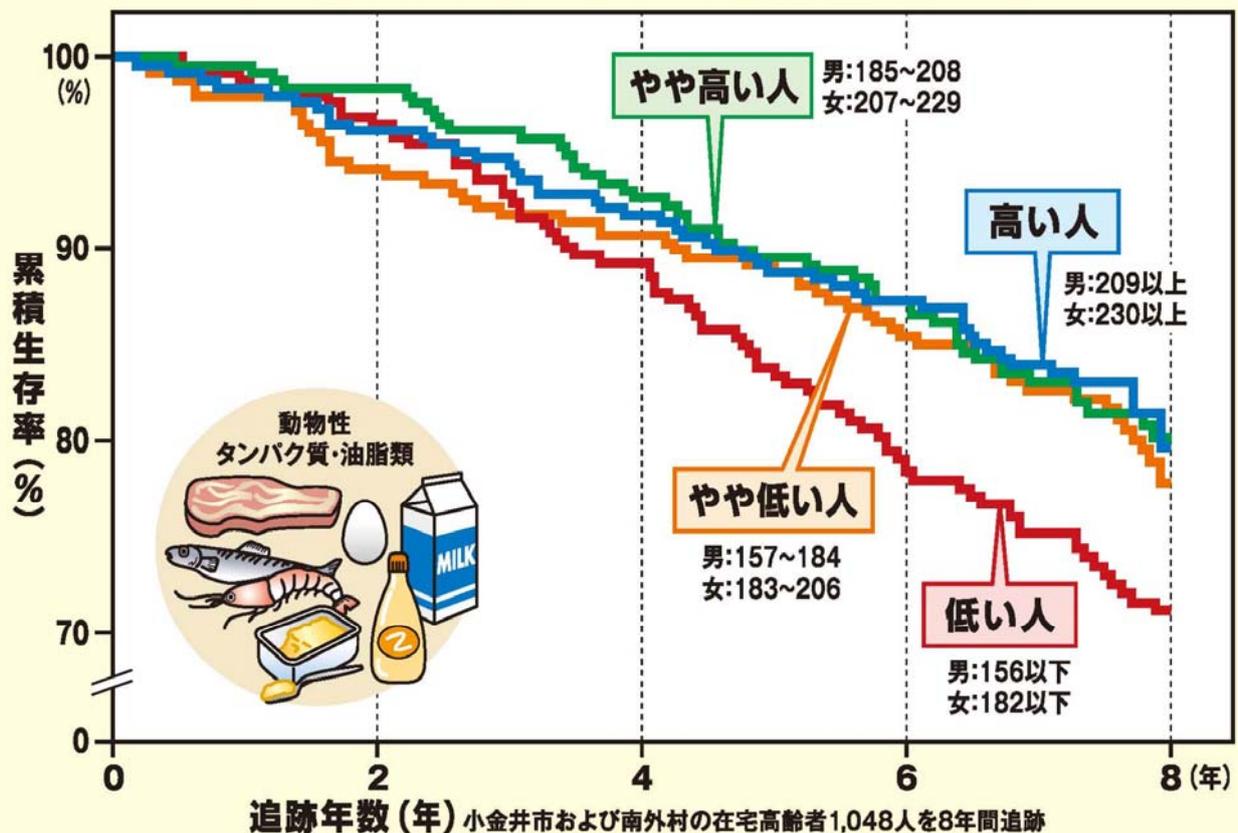
7

血清アルブミンと生存率



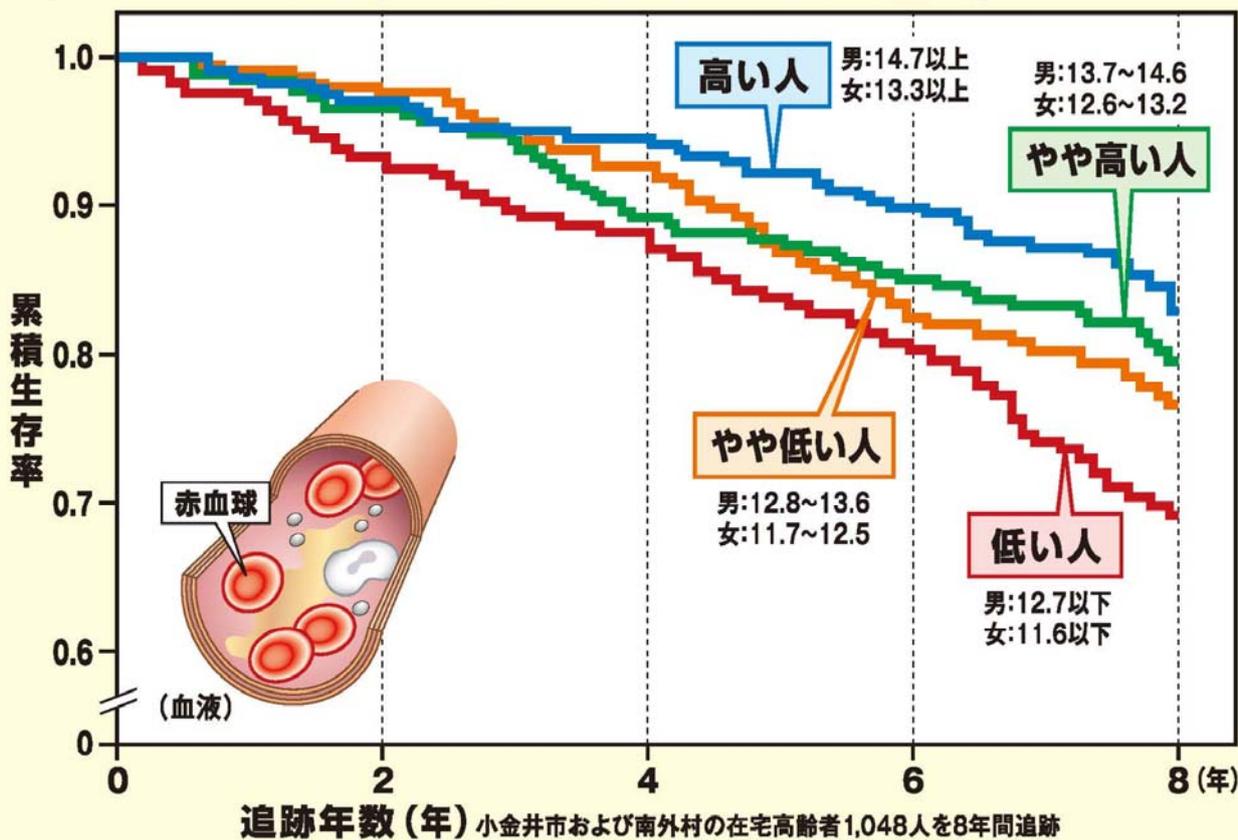
8

総コレステロールと生存率



9

血中ヘモグロビンと生存率



10

低栄養は死亡の危険度が大きい

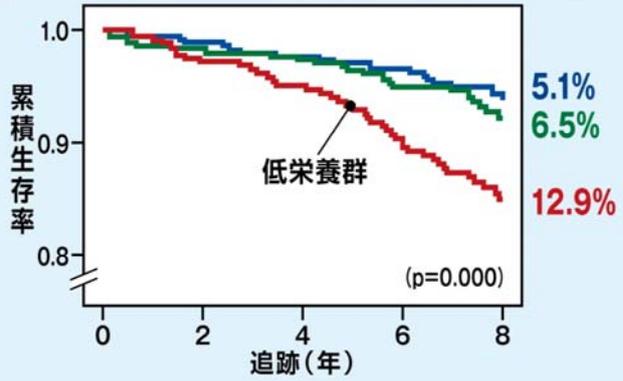


※もともとの健康状態や、その他の検査の異常の有無の影響を除いて比較

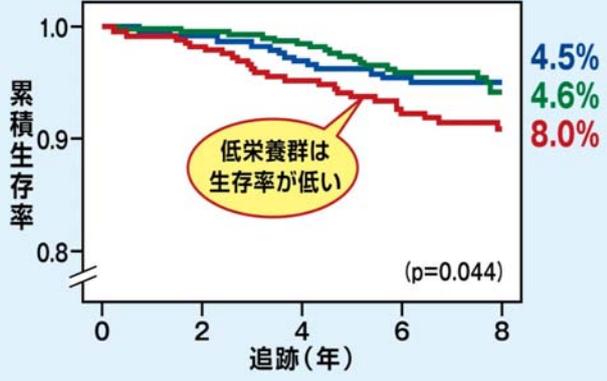
栄養状態と三大死因別死亡



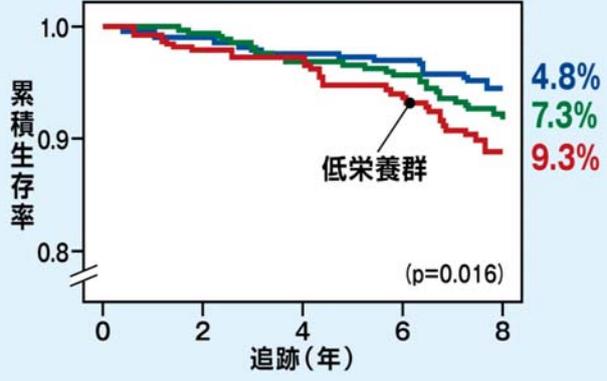
心血管病による死亡



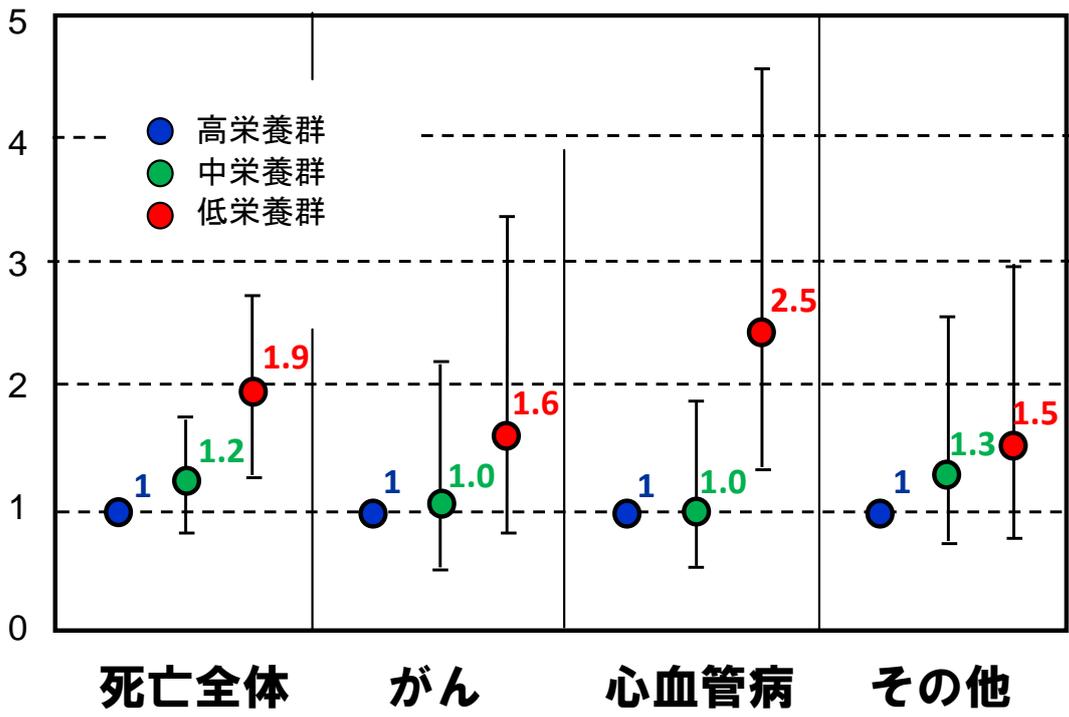
がん死亡



その他の死亡



栄養状態と各死亡の危険度の比較

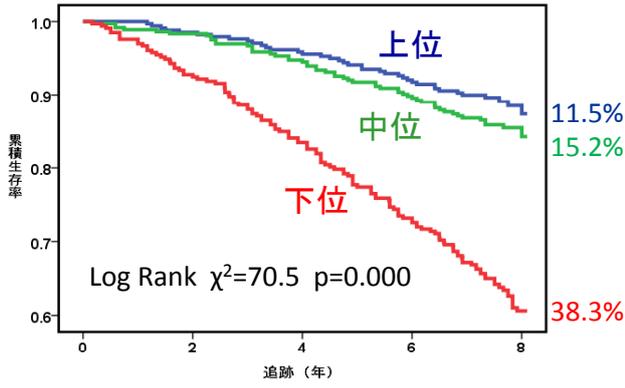


注) 性, 年齢, 調査地域, 既往歴, 飲酒・喫煙歴, 血圧, HbA1c, GPT, HDL-C, Cr, 握力, 歩行速度, 健康度自己評価, うつの有無を調整

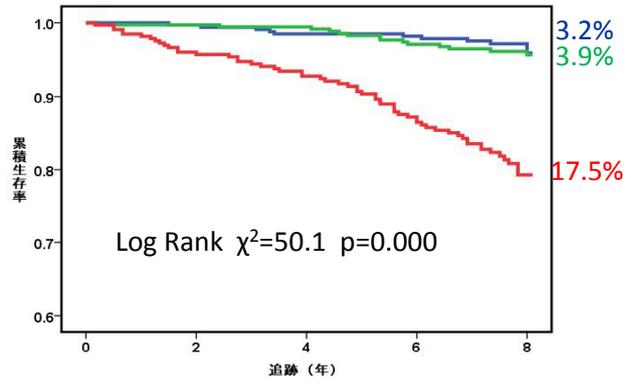
13

歩行速度と総死亡 & 死因別死亡

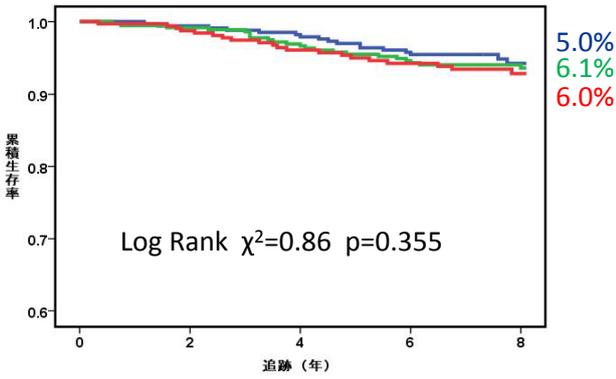
総死亡



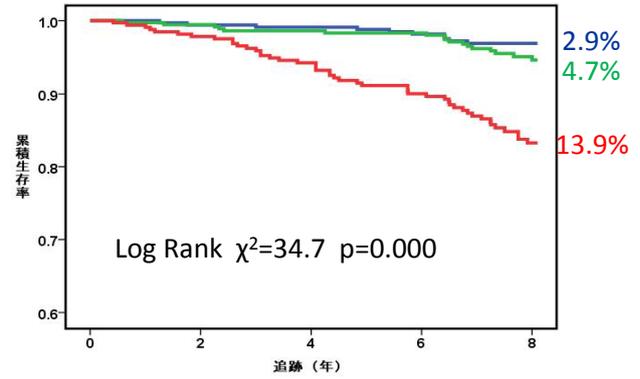
循環器疾患死亡



がん死亡



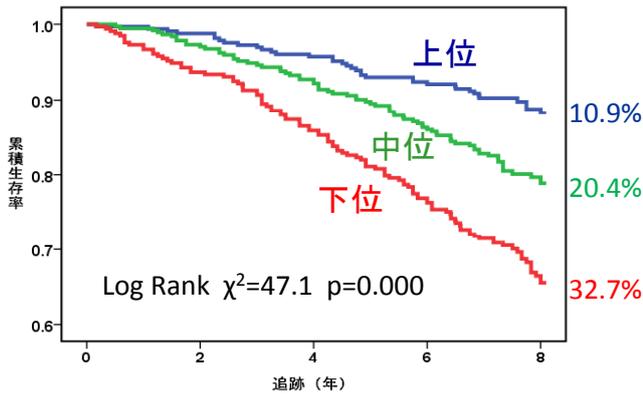
その他の死亡



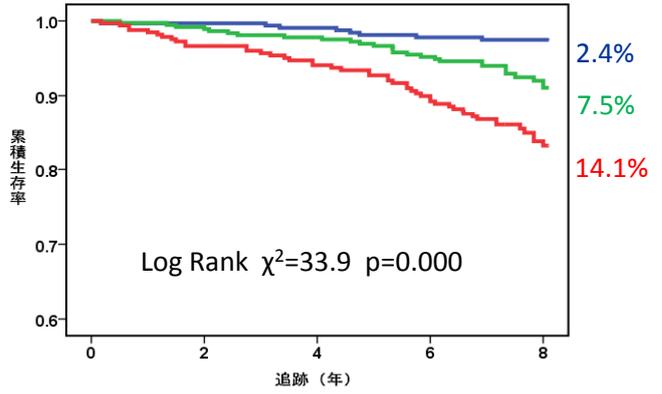
14

握力と総死亡 & 死因別死亡

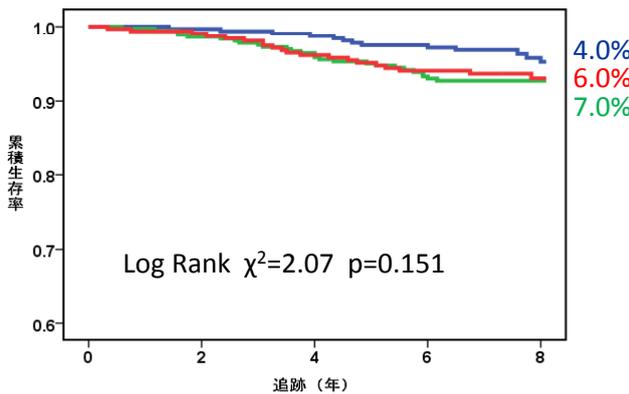
総死亡



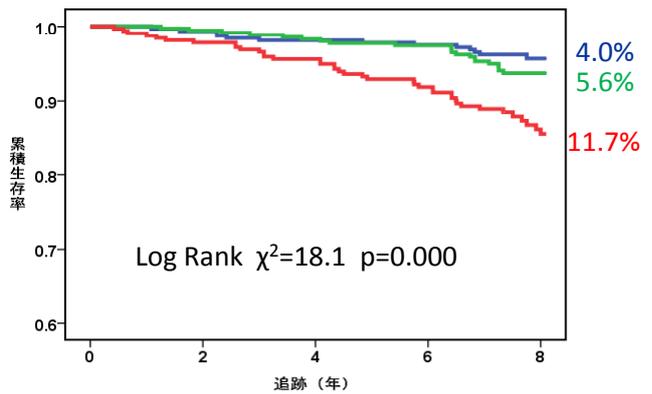
循環器疾患死亡



がん死亡

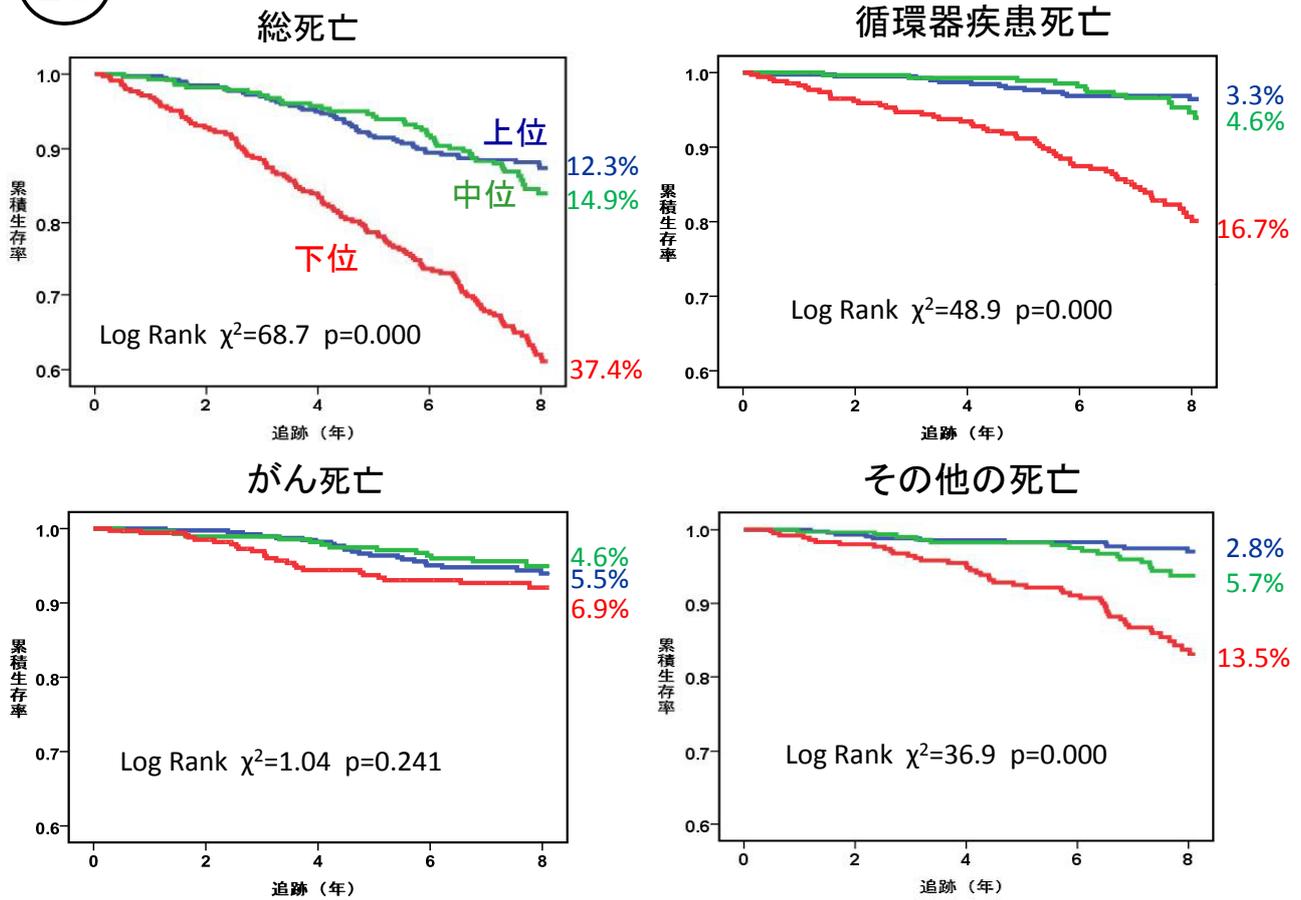


その他の死亡



15

立位バランスと総死亡 & 死因別死亡



16

3つの体力指標と循環器疾患死亡リスク

(多変量調整済、点推定値と95%CI)

A. 各体力変数を単独で投入した場合

	第1三分位	第2三分位	第3三分位
握力	3.03 (1.32-6.95)	2.48 (1.11-5.54)	1 [reference]
通常歩行速度	3.34 (1.61-6.93)	0.96 (0.42-2.19)	1 [reference]
立位バランス	2.92 (1.46-5.82)	1.01 (0.45-2.27)	1 [reference]

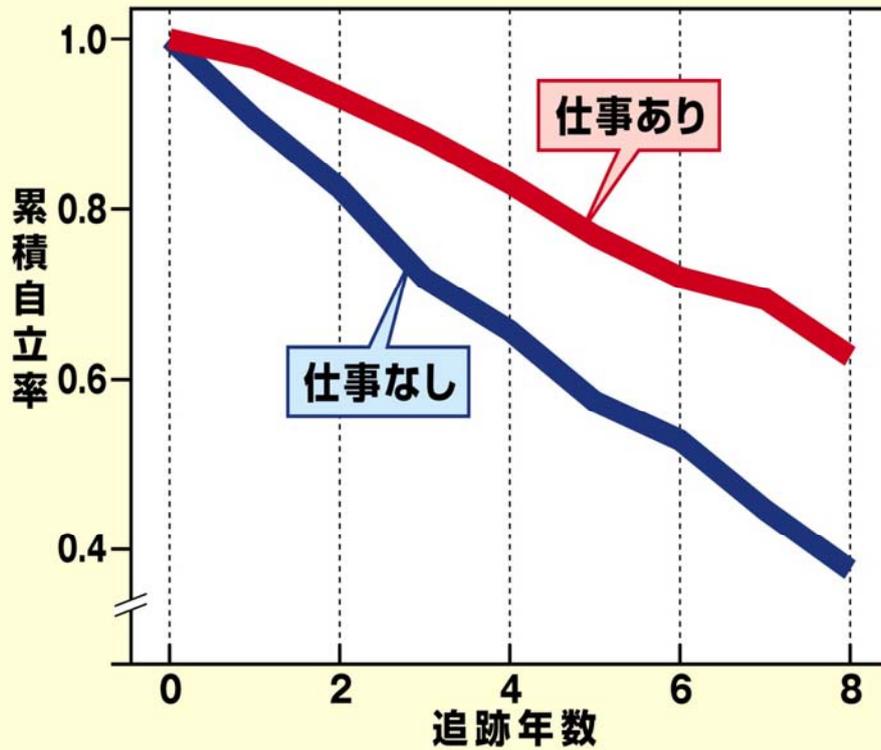
B. 3つの体力変数を同時に投入した場合

	第1三分位	第2三分位	第3三分位
握力	2.47 (1.05-5.81)	2.43 (1.07-5.52)	1 [reference]
通常歩行速度	2.29 (1.07-4.92)	0.90 (0.40-2.03)	1 [reference]
立位バランス	2.08 (1.01-4.92)	0.94 (0.42-2.11)	1 [reference]

17

社会参加と健康寿命 (TMIG-LISA)

仕事の有無と自立率

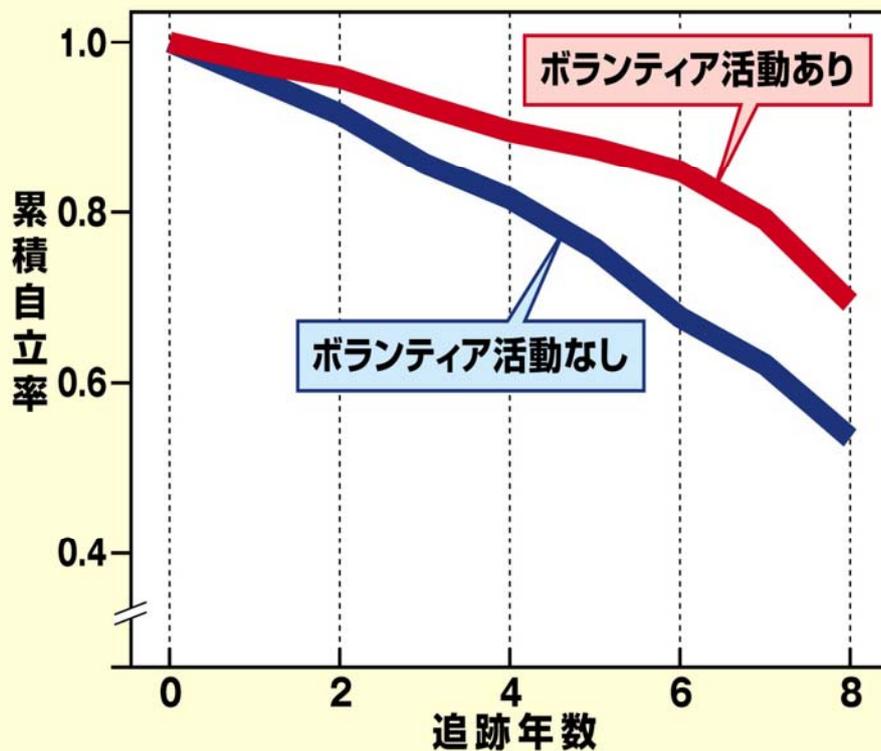


仕事をしている
高齢者ほど
自立を維持しやすい

18

社会参加と健康寿命 (TMIG-LISA)

ボランティア活動の有無と自立率

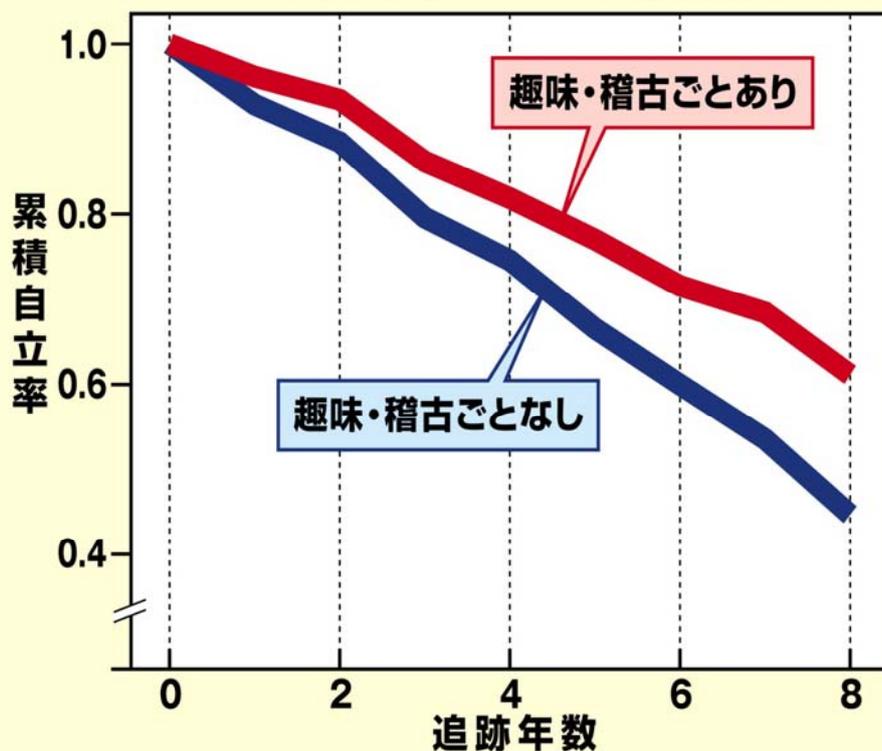


ボランティア活動をして
いる高齢者ほど
自立を維持しやすい

19

社会参加と健康寿命(TMIG-LISA)

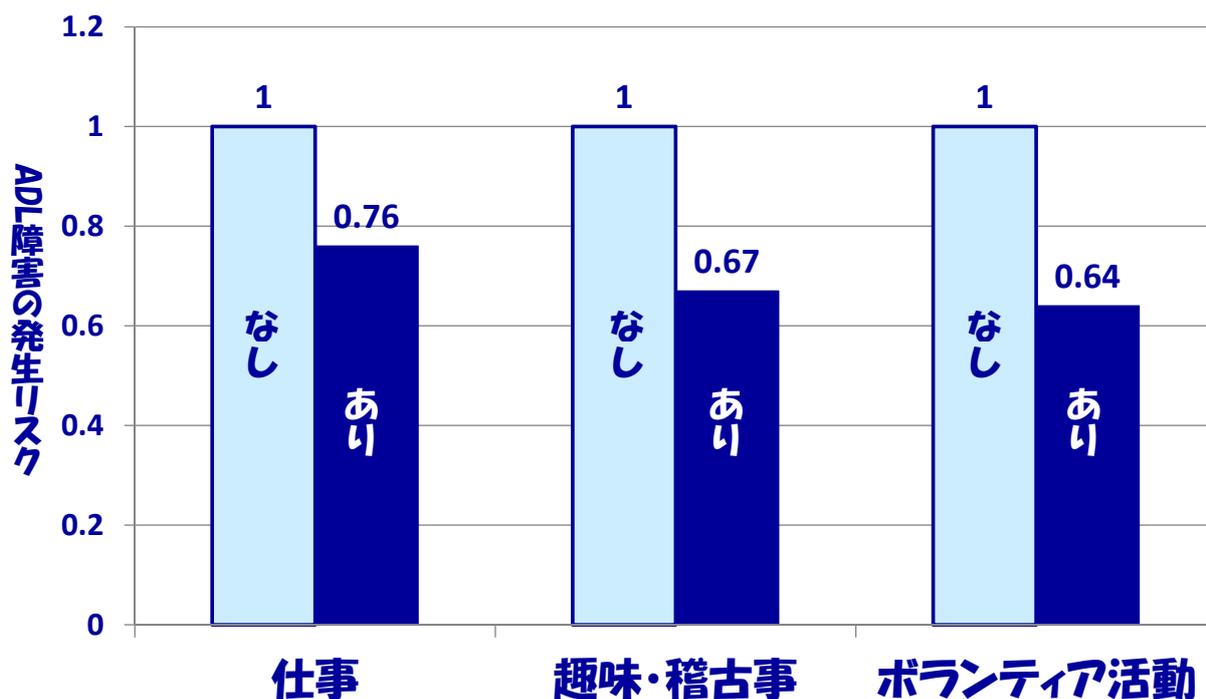
趣味や稽古ごとの有無と自立率



趣味や稽古ごとをしている高齢者ほど自立を維持しやすい

20

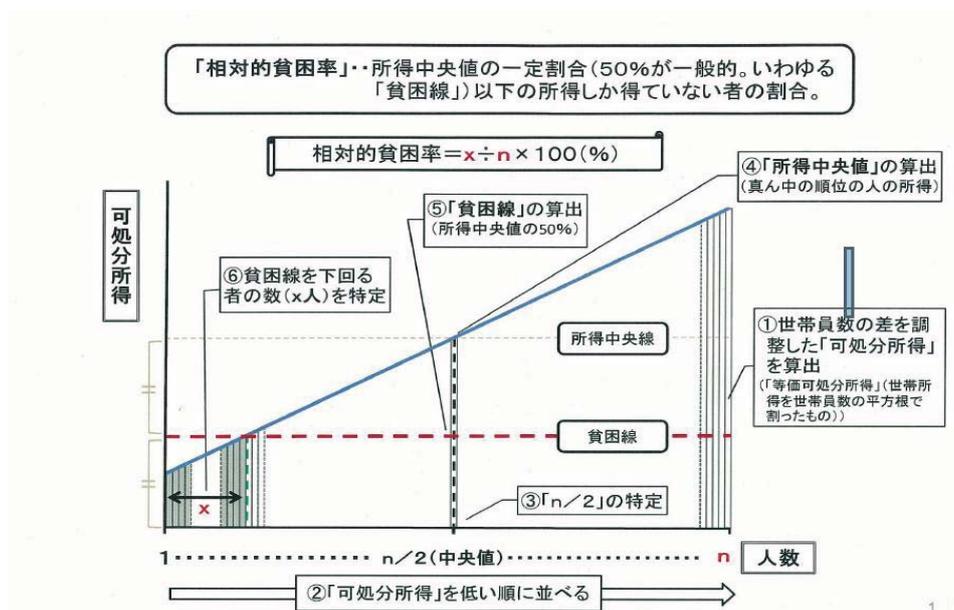
各社会参加とADL障害の発生リスク*



*性、年齢、調査地域および総合的移動能力を調整して比較

「子どもの貧困」からみた健康をとりまく課題

相対的貧困率の算出方法



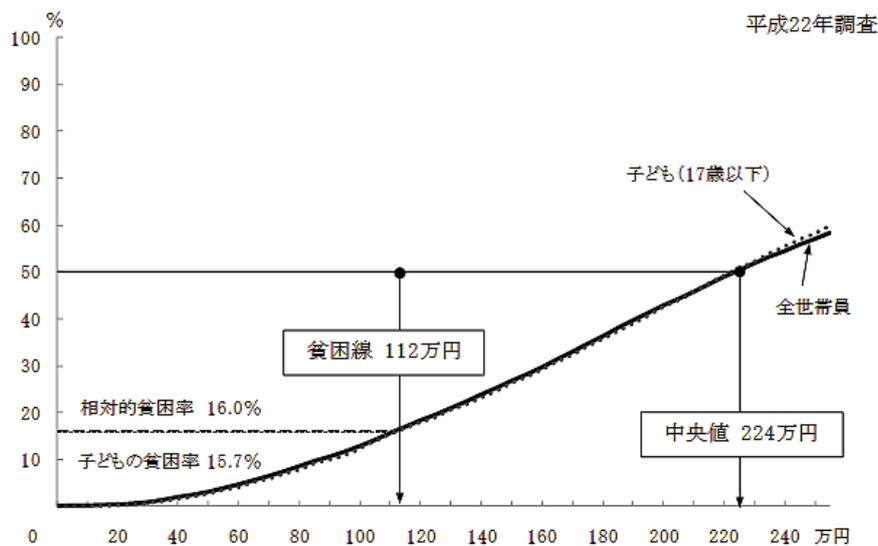
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/10/dl/h1020-3a.pdf>

相対的貧困率の動向

厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査」

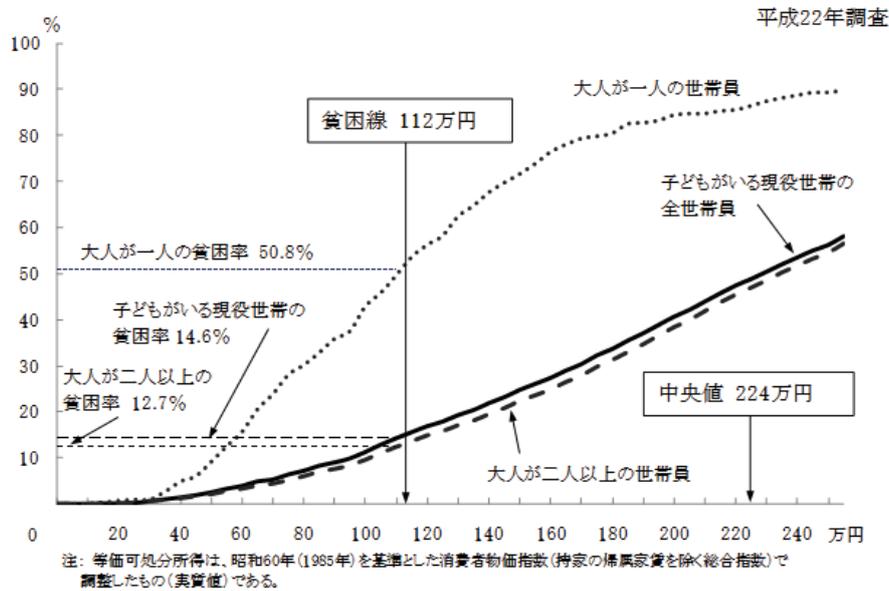
- 平成21年の貧困線(等価可処分所得の中央値の半分)は112万円(実質値)となっており、「相対的貧困率」(貧困線に満たない世帯員の割合)は16.0%。また、「子どもの貧困率」(17歳以下)は15.7%。
- 「子どもがいる現役世帯」(世帯主が18歳以上65歳未満で子どもがいる世帯)の世帯員についてみると、14.6%となっており、
そのうち「大人が一人」の世帯員では50.8%、「大人が二人以上」の世帯員では12.7%。

等価可処分所得金額別 世帯員数の累積度数分布

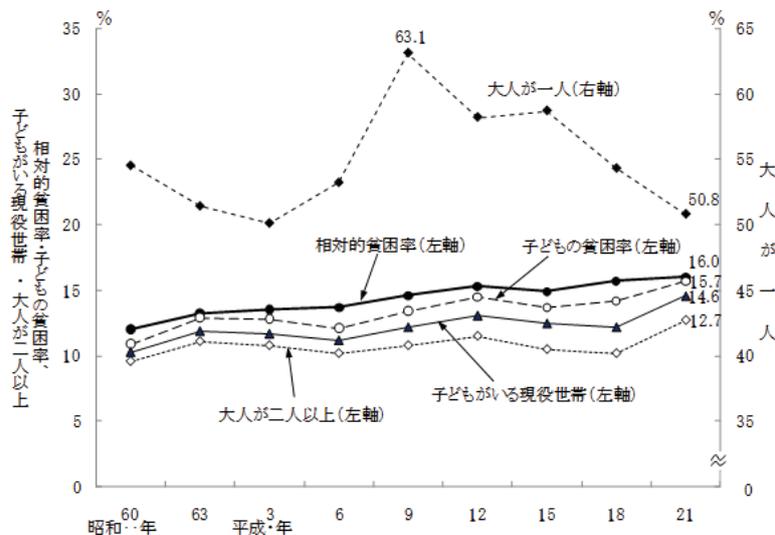


注：等価可処分所得は、昭和60年(1985年)を基準とした消費者物価指数(持家の帰属家賃を除く総合指数)で調整したもの(実質値)である。

子どもがいる現役世帯の等価可処分所得金額別にみた世帯員数の累積度数分布



相対的貧困率の年次推移 ※子どもの貧困率は悪化している



- 注：1) 平成6年の数値は、兵庫県を除いたものである。
 2) 貧困率は、OECDの作成基準に基づいて算出している。
 3) 大人とは18歳以上の者、子どもとは17歳以下の者をいい、現役世帯とは世帯主が18歳以上65歳未満の世帯をいう。
 4) 等価可処分所得金額不詳の世帯員は除く。

貧困率の国際比較(2000年代半ば)

	相対的貧困率		子どもの貧困率		子どもがいる現役世帯(世帯主が18歳以上65歳未満の世帯)の貧困率					
	割合	順位	割合	順位	合計		大人が一人		大人が二人以上	
					割合	順位	割合	順位	割合	順位
オーストラリア	12.4	20	11.8	16	10.1	16	38.3	19	6.5	12
オーストリア	6.6	4	6.2	5	5.5	5	21.2	8	4.5	5
ベルギー	8.8	15	10.0	10	9.0	12	25.1	10	7.3	14
カナダ	12.0	19	15.1	21	12.6	21	44.7	27	9.3	18
チェコ	5.8	3	10.3	13	7.7	9	32.0	15	5.5	7
デンマーク	5.3	1	2.7	1	2.2	1	6.8	1	2.0	1
フィンランド	7.3	9	4.2	3	3.8	4	13.7	4	2.7	3
フランス	7.1	6	7.6	6	6.9	7	19.3	7	5.8	8
ドイツ	11.0	17	16.3	23	13.2	22	41.5	25	8.6	16
ギリシャ	12.6	21	13.2	18	12.1	18	26.5	13	11.7	23
ハンガリー	7.1	6	8.7	8	7.7	9	25.2	11	6.8	13
アイスランド	7.1	6	8.3	7	7.3	8	17.9	5	6.2	10
アイルランド	14.8	26	16.3	23	13.9	23	47.0	28	10.1	21
イタリア	11.4	18	15.5	22	14.3	25	25.6	12	14.0	27
日本	14.9	27	13.7	19	12.5	19	58.7	30	10.5	22
韓国	14.6	24	10.2	12	9.2	13	26.7	14	8.1	15
ルクセンブルク	8.1	11	12.4	17	11.0	17	41.2	24	9.7	20
メキシコ	18.4	30	22.2	29	19.5	29	32.6	16	18.7	29
オランダ	7.7	10	11.5	15	9.3	14	39.0	20	6.3	11
ニュージーランド	10.8	16	15.0	20	12.5	19	39.1	21	9.4	19
ノルウェー	6.8	5	4.6	4	3.7	3	13.3	3	2.1	2
ポーランド	14.6	24	21.5	28	19.2	28	43.5	26	18.4	28
ポルトガル	12.9	22	16.6	25	14.0	24	33.4	17	13.3	24
スロヴァキア	8.1	11	10.9	14	10.0	15	33.5	18	9.2	17
スペイン	14.1	23	17.3	26	14.7	26	40.5	23	13.9	26
スウェーデン	5.3	1	4.0	2	3.6	2	7.9	2	2.8	4
スイス	8.7	14	9.4	9	5.8	6	18.5	6	4.9	6
トルコ	17.5	29	24.6	30	20.3	30	39.4	22	20.0	30
イギリス	8.3	13	10.1	11	8.9	11	23.7	9	6.1	9
アメリカ	17.1	28	20.6	27	17.6	27	47.5	29	13.6	25
OECD平均	10.6		12.4		10.6		30.8		5.4	

資料: OECD "Growing Unequal?"等

● OECD平均よりも高い
日本の子どもの貧困率

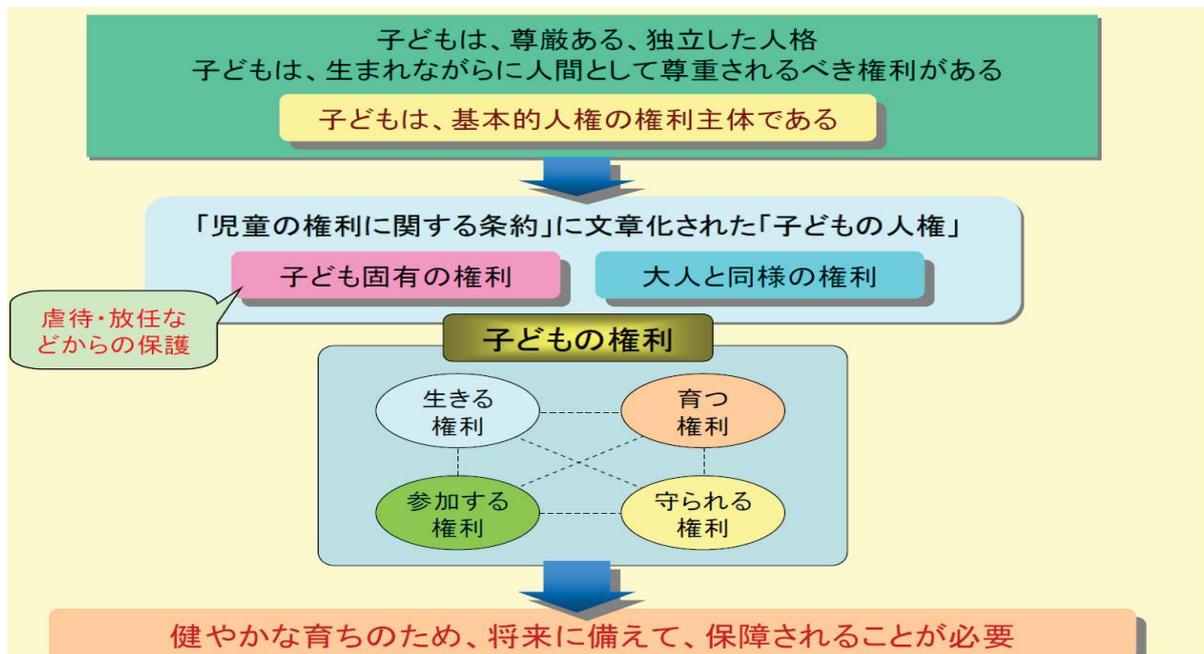
● 日本のひとり親世帯の貧困率は、最も高い

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000002i-cn-img/2r98520000002ie5.pdf>

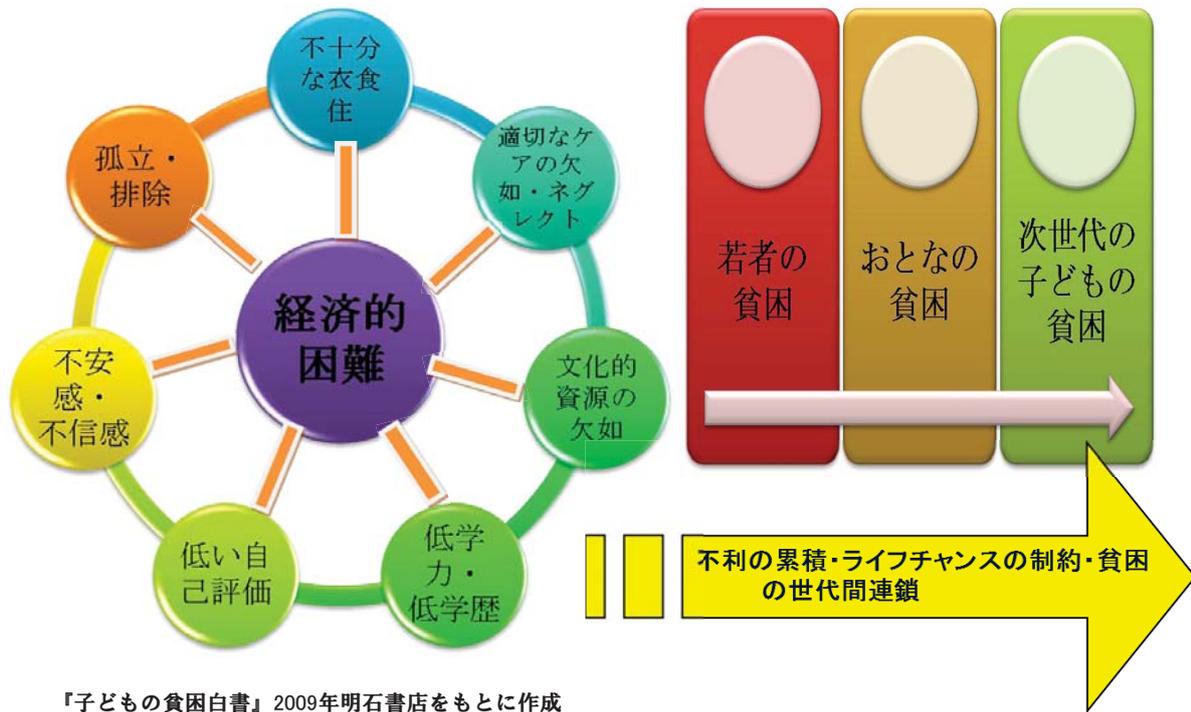
「子どもの貧困」への社会的対応が必要な理由

「人間の普遍的な価値である人権は、子どもの権利から始まる」

「子どもの貧困は、子どもの権利条約に明記されているすべての権利の否定(国連)」

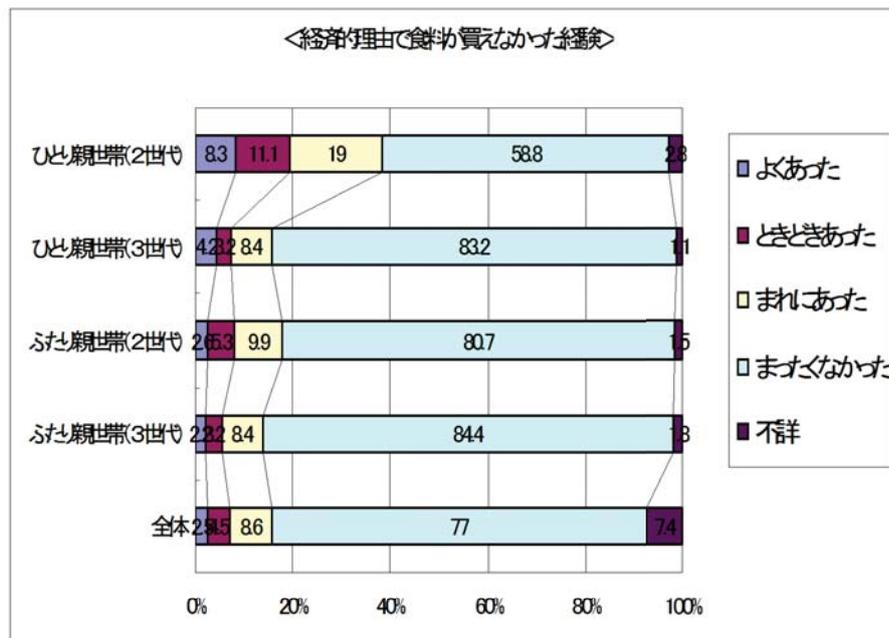


子どもの貧困の態様 複合的困難：貧困の連鎖



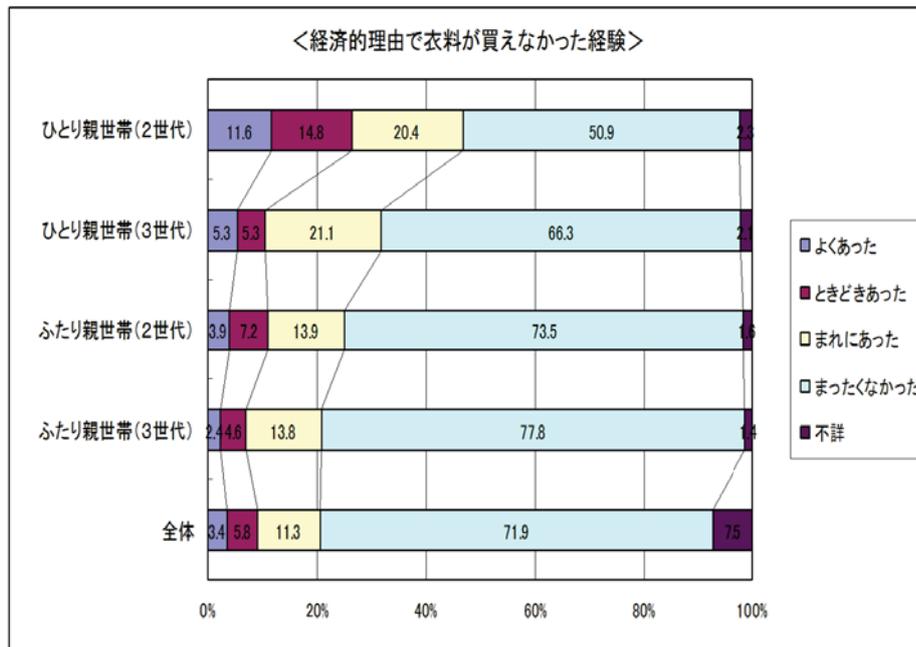
経済的貧困が暮らしに与える影響①

一国立社会保障人口問題研究所「社会保障実態調査」より一



経済的貧困が暮らしに与える影響②

— 国立社会保障人口問題研究所「社会保障実態調査」より —



経済的貧困が暮らしに与える影響③

— 国立社会保障人口問題研究所「社会保障実態調査」より —

	賃貸住宅費			住宅ローン			その他債務		
	該当世帯数	全世帯に占める割合 (%)	未払い経験世帯 (%)	該当世帯数	全世帯に占める割合 (%)	未払い経験世帯 (%)	該当世帯数	全世帯に占める割合 (%)	未払い経験世帯 (%)
全世帯	5,112	47.5	6.1	4,614	42.9	2.9	4,791	44.5	10.3
子どもがない世帯									
単身世帯									
単独高齢男性	144	56.5	9.7	89	34.9	1.1	115	45.1	10.4
単独高齢女性	314	44.3	5.1	178	25.1	1.1	200	28.2	3.0
単独非高齢男性	716	72.0	9.1	361	36.3	3.6	473	47.6	13.5
単独非高齢女性	488	70.0	6.6	275	39.5	1.8	331	47.5	10.6
夫婦のみ世帯									
夫婦ともに高齢者	291	31.3	3.1	241	25.9	2.5	267	28.7	6.0
夫婦の一方が高齢者	119	34.9	5.9	110	32.3	2.7	118	34.6	4.2
夫婦ともに非高齢者	676	55.0	3.6	576	46.9	3.3	590	48.0	8.0
その他世帯									
高齢者のみ世帯	37	34.3	2.7	34	31.5	0.0	29	26.9	6.9
高齢者以外も含む世帯	1,131	39.3	4.7	1,317	45.8	3.4	1,293	44.9	9.4
子どもがある世帯									
二親世帯(三世帯)	119	23.8	4.2	244	48.8	4.1	220	44.0	10.5
二親世帯(二世帯)	883	49.4	6.0	1,060	59.4	2.3	998	55.9	12.6
ひとり親世帯(三世帯)	32	33.7	12.5	37	38.9	5.4	43	45.3	11.6
ひとり親世帯(二世帯)	147	68.1	18.4	77	35.6	2.6	97	44.9	25.8
その他有子世帯	15	53.6	13.3	15	53.6	6.7	17	60.7	23.5

周産期における経済的貧困の影響①

- 周産期母子医療センター等における妊婦健康診査未受診妊婦の状況について
(東京都)

表2 本人の年齢階級別件数・割合

年齢階級	未受診調査		都人口動態統計	
	人数	割合	出生数	割合
～14歳	2	1.5% **	2	0.0%
15～19歳	22	16.9% **	858	0.8%
20～24歳	35	26.9% **	7,266	6.8%
25～29歳	28	21.5%	25,318	23.7%
30～34歳	21	16.2% **	41,124	38.6%
35～39歳	15	11.5% **	27,015	25.3%
40～44歳	7	5.4%	4,915	4.6%
45歳～	0	0.0%	115	0.1%
合計	130	100.0%	106,613	100.0%

**：1%有意

周産期における経済的貧困の影響②

- 今回の妊娠について、妊産婦検診を1度も受けたことがない者は60.8%
- 母子健康手帳を取得していない者は56.2%

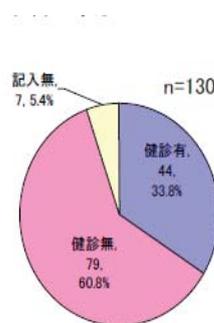


図11 妊婦健診受診

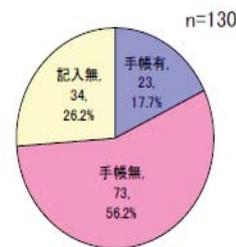
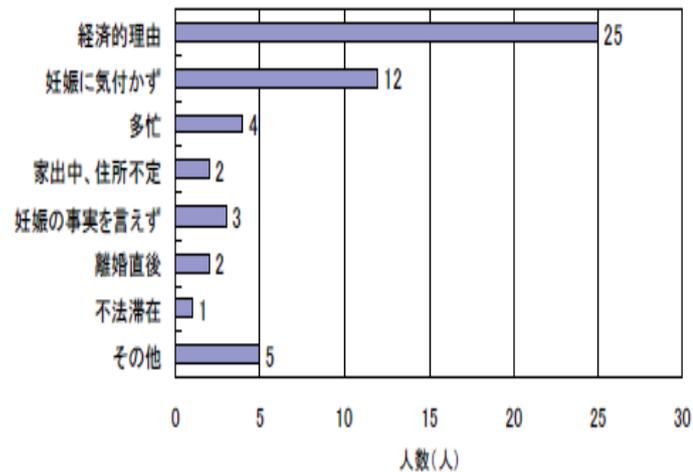


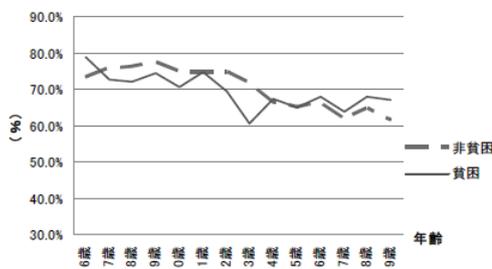
図12 母子健康手帳取得

周産期における経済的貧困の影響② —未受診の理由—

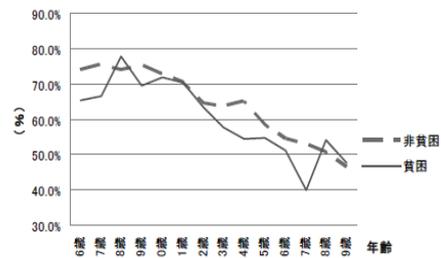


子どもの貧困と健康の関係 —主観的健康観—

図表 Ⅲ-H1 主観的健康感が「よい」「まあよい」の率(1995年)

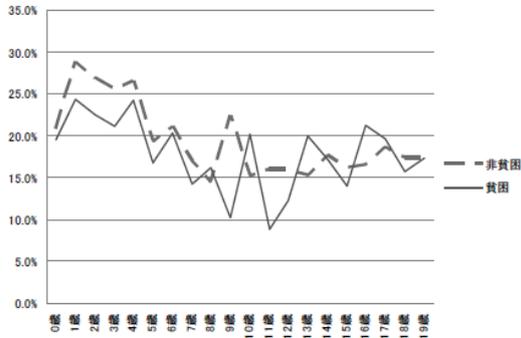


図表 Ⅲ-H2 主観的健康感が「よい」「まあよい」の率(2007年)

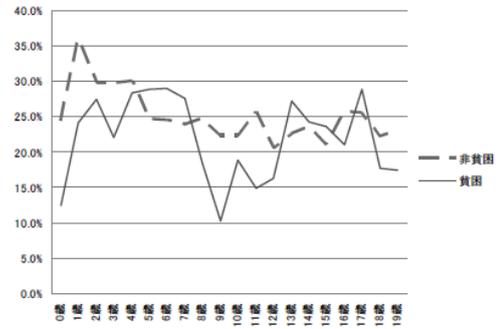


子どもの貧困と健康の関係 — 自覚症状ありの率 —

図表 Ⅲ-H3 自覚症状ありの率(1995年)



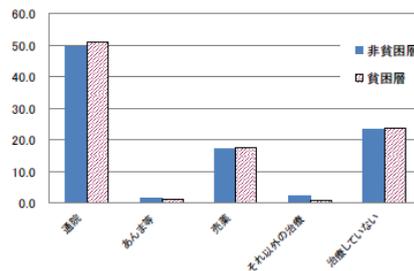
図表 Ⅲ-H4 自覚症状ありの率(2007年)



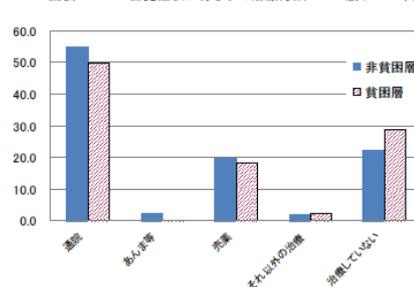
生活困難を抱える男女に関する検討会報告書：内閣府 P51

子どもの貧困と健康の関係 — 自覚症状のある子の治療方法 —

図表 Ⅲ-H5 自覚症状がある子の治療方法：0-19歳(1995年)

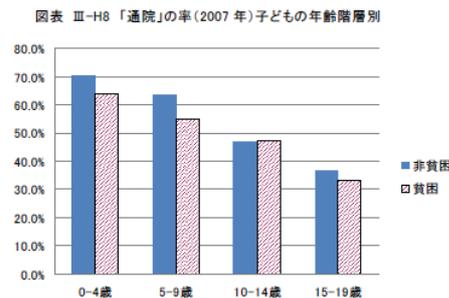
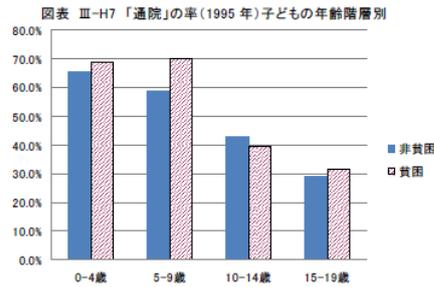


図表 Ⅲ-H6 自覚症状がある子の治療方法：0-19歳(2007年)



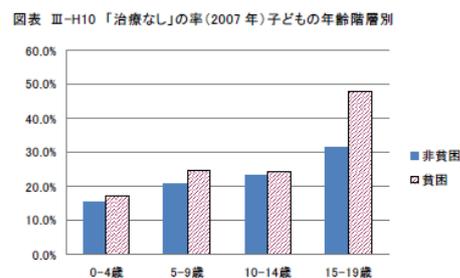
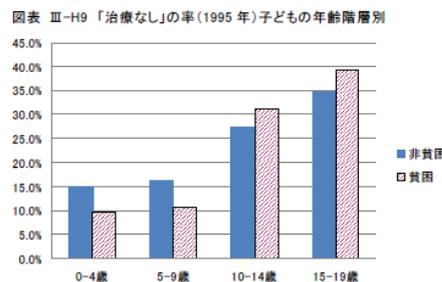
生活困難を抱える男女に関する検討会報告書：内閣府 P52

子どもの貧困と健康の関係 — 通院の率 —



生活困難を抱える男女に関する検討会報告書：内閣府 P54

子どもの貧困と健康の関係 — 治療なしの率 —



生活困難を抱える男女に関する検討会報告書：内閣府 P55

参考資料

- 厚生労働省平成22年「国民生活基礎調査」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/2-7.html>
- 国立社会保障・人口問題研究所2007年社会保障・人口問題基本調査
「社会保障実態調査」
<http://www.ipss.go.jp/ss-seikatsu/j/jittai2007/janda/jittai2007.asp>
内閣府「生活困難を抱える男女に関する検討会報告書－就業構造基本調査・国民生活基礎調査 特別集計－」平成22年3月
内閣府白書編集委員会編『子どもの貧困白書』明石書店・2009

医療現場の視点からの健康づくり

国民健康作りプランは、健康政策の基本精神を国民に理解してもらうため、健康に関する国民の教養レベルを上げるためにも重要な施策と考えます。日本は、国債による未来への借金がまだ膨らむために国運を左右するほどの困難な時代に入ります。従って過大な予算規模となるものでは受け入れられません。この委員会では、社会に受け入れられる費用対効果の大きい有効な健康作りプラン施策を打ち出すことが重要なポイントでありましょう。

十分な根拠、論旨と明快な哲学をもって長期に耐えられる基本プランを作成し、さらに情報提供する側もそれを受けて実際の国民運動の指導に当たる側、それを受けて実践する国民側にも共通の認識を持つことが大事です。もちろん、途中で新たな知見が得られれば改訂することを恐れてもいけないでしょう。

さて、医療者側から見れば普遍的な言葉とと思っているものも国民には別の認識を与えるものもあるので重要なキーワードには懇切丁寧な説明も必要です。

COPD ロコモ うつ、自殺対策、アルコール対策もその一つですが、共通認識があると思われる高血圧、糖尿病、脂質異常など医療者から見れば当たり前とと思っている言葉も定義や目標が国民に正確に理解されているか疑問な点もあります。

禁煙・アルコール制限・質のよい睡眠は委員会でコンセンサスが得られやすいとおもいます。

討議していただきたいことを列挙いたします。

1. 運動指導、栄養指導について

いままで、各専門委員から同一の項目に対して種々の提案があります。

たとえば、運動、栄養指導に関してそれにあたります。

高血圧、糖尿病、脂質異常、肥満症の認識、治療に関して、或いは特定健診における保健指導において、運動指導、栄養指導などが指導の具体的項目の一つになっています。

生活習慣病では、一日10,000歩、300Kcal以上の運動量の指導がなされますが、各疾患に応じてメリハリが必要だと考えます。

歩行によるエネルギー消費などほぼ共通した手法による指導でできると思われませんが、多数の疾患を抱える人が増えているので複合的視点に立った指導が必要です。その一方、整形外科から指摘のロコモ、精神科領域のうつ、認知症予防のための運動、アルコール依存症、小児の肥満、強度のやせ対策が運動療法、栄養指導の対象となるときには、運動の頻度、強度、継続性など指導の内容が異なります。運動の量、強度、頻度などの指導内容は基礎疾患或いは目的とする項目について微調整をコメントしておくことも重要と考えます。たとえば、1)変形性膝関節症で、糖尿病、高血圧、肥満がある方には、10000歩も歩くことは不可能で、プール歩行を〇〇分間すすめる。ではプールがみじかになければどうするか？ 2)うつ、認知症の人に同じレベルの運動を強要しても持続は困難と思います。3)運動にともない新たな発見、知見をみいだす。競うことなどの楽しみが必要でしょう。全国の遊歩道、散歩道、ハイキングコースなどに、どのくらいのカロリー消費になるかなどの明示も必要と考えます。

高齢者は複合的に病気をもっていますので、集団的な指導とともに、個人へのきめの細かい指導が実際には役に立ち現実的と考えます。

1-2 栄養指導について

運動療法と並んで重要な提言となるのが、栄養指導、食事の取り方と考えます。

前回第二回の委員会でも述べましたが、LANCET日本特集号で、批判されているデータの把握が不十分であることが事実ならば早急に改善して具体的な指導内容の変更をお願いしたいと考えます。

又、クリニックで栄養指導士の方が変わると指導の方法が変わることがあります。これだめあれだめという人、ほめる人、クールな人など個性はあつて当然ですが、受診者にはうけいれやすいわかりやすい共通の手法を持ってお願いしたいと考えます。

外食や食品購入に際してその食品における総カロリー表示、タンパク量、炭水化物量、脂肪量のグラム表示ならびにカロリー表示、不飽和脂肪酸の量表示については、厚労省がすべての行政官庁に意義を説明して表示の義務化をしてほしいと考えます。

国民一人一人が自分に必要な摂取総カロリーと栄養バランス、実際の食行動から一日にとる総カロリーと栄養バランス、これらが認識されれば少なくとも意欲のある人々の生活習慣病予防はかなりできると思います。思春期女子の過剰なやせは数十年後の予測され

る骨塩量低下、精神へ及ぼす影響、不妊、子育てへの影響が心配ですし、若年壮年男子の肥満傾向は直接生活習慣病を惹起していますのでこのプランでは特に強調してほしいと考えます。

2. 循環器疾患、心房細動・脳梗塞の把握について

健康日本21の平成15年4月30日付健康局長通知には、心房細動が取り上げられておりませんが、臨床の現場で心房細動脳梗塞の予防でワーファリンを含む抗凝固療法の発展をさらに敷衍させる、脳梗塞、下肢動脈血栓症などを予防することが必要です。循環器の岡村委員の提出資料にも心房細動の有無の判定は脳梗塞への予防につながるとあります。(1%以下、危険度は15倍)。それには心電図検査を必須としてほしいと考えます。今回、策定プラン案に一次予防だけでなく重症化予防が視野に入っていますし、臨床の現場から見ても、左室肥大、虚血性心疾患、疾患のスクリーニングのためにも必要な検査と考えます。

特定健診においては、心電図検査について、予後改善に寄与がないという理由で、前年度に異常がないときは行わないことが原則になってしまいましたが、特に保健指導、生活指導に運動療法がらみの指導がありますから、H20. 3までの老健法に基づく健診と同様に心電図検査は必須とすべきです。もし特定健診の仕組み改訂に間に合わないようならば、いまでも市町村の特例によって、心電図検査を前年度異常がなくても主治医の判断で行っても査定の対象としない地区がありますのでそれに習って、国は毎年心電図検査を行ってもかまわないというお墨付きを与えるべきです。

3. プラン実効に向けて

厚生労働省、都道府県、市町村も行政は原則縦割りでの施策が多いですし、医師会や他の医療団体も縦割が多いと思いますが、この健康作り施策に関しては、幅広く国民の賛同を得るためにも横の関係を生かして壁を打ち破ってほしいと考えます。国においては、健康局だけでなく、労働分野の労働局、産業構造にも関与することですので、経産省、財務省など横断的に扱ってほしいと考えます。医師会も看護協会、栄養士会、OT、PT、ケアマネージャー、運動指導士、スポーツクラブなど他業種の関係をとっていきまじ、現に4疾病5事業対策では、脳卒中、5大がん、糖尿病などにおいては、各職種の方々との共通の講演会、症例検討会を何回も開いています。

以上よりまとめとして、

策定プラン作成に当たって、各省庁、都道府県、市町村の各レベルにおいて横の関係も重視して情報の共有化、協調姿勢、国民運動の原点目的を見失わぬようお願いしたい。

心電図検査の健診における重要性を認識していただきたい。

運動療法、食事・栄養指導について、各疾患で微妙に異なることもあるが齟齬のないよう、具体的に丁寧に指導プランを提示してほしい。

他職種の方々とも関係をとりながら実際の診療は動いているので、現場で患者に接する医師会会員の発信力を活用してほしい。

たばこ (H. 24. 1. 12 版)

1. 最終目標

「喫煙と受動喫煙に関連した疾病、障害、死亡を減少させる。」

2. 背景

わが国の喫煙率は23.4% (2009年)であり、男性において38.2%と減少しているものの、諸外国と比較して依然高い水準にある。女性においても10.9%と男性と比較し低い水準であるが、ほぼ横ばいで推移している¹⁾。しかし、年齢階級別にみると、男性の30～40歳代では約50%、女性の20～40歳代では約20%と喫煙率が高い年齢層が存在している。喫煙者の3割以上は禁煙を希望しているが¹⁾、たばこに含まれるニコチンには依存性があり、自分の意志だけでは、やめたくてもやめられないことが多い。

たばこ消費量は近年減少傾向にあるが、過去のたばこ消費による長期的な健康影響と急速な高齢化により、たばこ関連疾患による死亡数は年々増加しており²⁻⁵⁾、わが国の年間死亡者数(参考:平成22年119万人)のうち、喫煙者本人の喫煙による年間の超過死亡数は12～13万人と報告されている³⁻⁵⁾。一方、受動喫煙による超過死亡数は肺がん2,000～3,000人⁶⁻⁷⁾、虚血性心疾患3,000人⁷⁾、と推定されている。

たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立している⁸⁻¹⁰⁾。具体的には、喫煙はがん(口腔、咽頭、喉頭、肺、食道、胃、大腸、膵臓、肝臓、腎臓、尿路、膀胱、子宮頸部、鼻腔、副鼻腔、卵巣のがん、急性骨髄性白血病)、循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患等)、呼吸器疾患(慢性閉塞性肺疾患等)、糖尿病、周産期の異常(早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等)等の原因であり、受動喫煙も、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息や呼吸器感染症、乳幼児突然死症候群(SIDS)等の原因である。たばこは、受動喫煙などの短期間の少量曝露によっても健康被害が生じる。

禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされており、肺がんをはじめ、喫煙関連疾患のリスクが禁煙後の年数とともに確実に低下する¹¹⁾。

たばこは年間約2兆円規模の税収をもたらす一方で、これらの疾病により、多くの超過医療費、労働力損失等の経済損失が生じている。

わが国も批准し2005年2月に発効した「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」(以下「たばこ規制枠組条約」とする)¹²⁾は、たばこ対策に関する長期的な総合戦略であり、条約の各条項のうち、「たばこの需要を減少させるための価格及び課税に関する措置」(第6条)、「たばこの煙にさらされることからの保護」(第8条)、「たばこ製品の包装及びラベル」(第11条)、「教育、情報の伝達、訓練及び啓発」(第12条)、「たばこの広告・販売促進及び後援」(第13条)、「たばこへの依存及びたばこの使用の中止についてのたばこの需要の

減少に関する措置」(第 14 条)、「未成年者への及び未成年者による販売」(第 16 条)は、特に消費抑制に効果のある対策として、世界保健機関によって推奨されている¹³⁻¹⁵⁾。わが国は各省庁の所掌に従って条約への対応がされているが、包括的な戦略として実施されておらず、ガイドラインの履行も十分とは言えない。

3. 関連分野

がん、循環器疾患、呼吸器疾患(慢性閉塞性肺疾患等)、糖尿病、歯科口腔 等

4. なぜたばこ対策が必要なのか

たばこは日本人の疾病と死亡の原因として、最大かつ回避可能な単一の原因であり、効果が実証された種々の介入方策が国内外で実施されている。

たばこ消費を継続的に減らすことによって、日本人の死因の第一位であるがんをはじめとした喫煙関連疾患による回避可能な超過死亡と超過医療費、経済的損失等を将来的に確実に減少させることができる。

喫煙は世界保健機関による非感染性疾患(NCD: Non-communicable diseases)対策の対象疾患であるがん、循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患)、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、糖尿病に共通した主要なリスク要因であり、たばこ規制枠組条約は非感染性疾患の予防と対策のモデルとして位置づけられている¹⁶⁾。たばこ対策の推進は、非感染性疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながるものが諸外国での経験から明らかにされている¹⁷⁾。

以上のことから、当面ならびに将来の健康被害や経済損失を回避するために、また、たばこ規制枠組条約の締約国としての国際的責務としても、たばこ対策の着実な実行が必要である。

5. わが国のたばこ対策の現状

たばこ規制枠組条約及びガイドラインに基づき日本では近年次のような様々な取り組みを実施している。

「たばこの需要を減少させるための価格及び課税に関する措置」(第 6 条)としては、2010 年 10 月より、たばこ 1 本あたり 3.5 円のたばこ税率の引き上げが実施された。

「たばこの煙にさらされることからの保護」(第 8 条)としては、2003 年に施行された健康増進法で対応するとともに、2010 年 2 月に、公共的な空間については、原則として、全面禁煙であるべき旨を付した健康局長通知を自治体へ発出した。それを受け、自治体独自の取り組みが推進されているほか、2010 年に閣議決定された「新成長戦略」の工程表では、「受動喫煙のない職場の実現」が目標として掲げられた。一方、神奈川県では、2009 年に全国初の受動喫煙防止条例(罰則付き)が成立し、翌年から施行されている。

「たばこ製品の含有物に関する規制」(第 9 条)「たばこ製品についての情報の開示に関

する規制」(第 10 条)としては、紙巻たばこの煙に含まれるタール量及びニコチン量の表示を義務づけられている。また、たばこ成分についての分析調査が公表されている。

「たばこ製品の包装及びラベル」(第 11 条)としては、2003 年 11 月たばこ事業法施行規則を改正し、2005 年 7 月以降出荷するたばこ製品に、新たに 8 種類の注意文言の表示を義務化された。

「教育、情報の伝達、訓練及び啓発」(第 12 条)としては、ホームページでの情報提供、啓発事業や禁煙教育・指導の研修等が実施されている。

「たばこの広告・販売促進及び後援」(第 13 条)としては、2004 年 3 月たばこ事業法に基づく「製造たばこに係る広告を行う際の指針」を改正し、たばこ広告の規制を強化。2004 年 10 月より電車・バスなどの公共機関への広告の掲載禁止、新聞・雑誌への広告規制。2005 年 4 月より屋外広告が禁止された。

「たばこへの依存及びたばこの使用の中止についてのたばこの需要の減少に関する措置」(第 14 条)としては、2006 年度の診療報酬改定で、「ニコチン依存症管理料」が新設され、外来で行う禁煙治療とその一環として処方される、禁煙補助剤が、新たに保険適用の対象となった。

「未成年者への及び未成年者による販売」(第 16 条)としては、2008 年 7 月にたばこ自動販売機に成人識別機能の付与を義務付けた。また、2010 年 9 月にインターネットによるたばこ販売において、公的証明書による年齢確認が徹底された。

このような取り組みが実施されているが、たばこ規制枠組条約及びガイドラインで求められている内容と比較すると、未だ十分ではないため、さらなる取り組みの充実が必要である。

6. 指標と目標

たばこ対策に関する指標については以上を踏まえ、「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」に関わるものを設定することが重要と考える。その理由は以下のとおりである。

まず喫煙率の低下を選んだ理由は、それが喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であるからである¹⁸⁾。特に、成人の喫煙率の低下は喫煙関連疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながる¹⁷⁻¹⁸⁾。一方、未成年者の喫煙率の低下は短期間の喫煙による健康被害の減少につながらないが、未成年期からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通じた喫煙継続につながりやすいことから¹⁸⁻¹⁹⁾、中・長期的な観点で指標として含めておく意義がある。また、家庭や学校等での受動喫煙対策や成人の喫煙率の減少に伴って未成年者の喫煙の低下がみられることから¹⁸⁻¹⁹⁾、たばこ対策全般の効果を評価する指標の 1 つとして用いることも可能である。次に、受動喫煙への曝露状況の改善を選んだ理由は、前述したように受動喫煙による超過死亡数が肺がんと虚血性心疾患に限っても年間 5,000 人以上にのぼり、その影響が大きいことと、受動喫煙の曝露状況の改善により短期的

に急性心筋梗塞や成人および小児の喘息等の呼吸器疾患による入院を減少させるなど、確実な健康改善効果が期待できるからである¹⁷⁾。受動喫煙指標の曝露源の選定にあたっては、曝露の頻度や対策の実態を考慮して、主要な曝露源であり、かつ今後の改善が特に望まれるものとして、家庭、職場、飲食店の3つを選定した。さらに、2010年2月の厚生労働省健康局長通知に、「官公庁や医療施設においては、全面禁煙とすることが望ましい。」とされていることから、これら2つを選定した。

リスク低減の観点からは、喫煙と受動喫煙のいずれも日本人の多くの疾患の確立した原因であり、その対策により、わが国のがん・循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）・慢性閉塞性肺疾患、糖尿病等の予防の推進や健康づくりにおいて、大きな効果が期待できる。現状の科学的知見からは健康リスクを回避出来る「閾値」を設定することは困難であり、喫煙率も受動喫煙への曝露も目標が低ければ低いほど望ましい。

一方、たばこは長年にわたりわが国においてはその使用が社会において容認されてきていることから、目標値の設定については、社会的・経済的・技術的な要因をも考慮し、現実的で到達可能なものとするべきである。

以上を踏まえ、国民の健康の確保を図る観点から、指標及び目標を以下のように設定することが必要である。

<指標と目標>

① 成人の喫煙率の低下【新】

目標設定方法	禁煙希望の喫煙者を全て禁煙させる*
データソース	国民健康栄養調査

*平成22年国民健康栄養調査の結果（今後公表予定）を用い、成人の喫煙率（男女計）を基本値とし、禁煙を希望する喫煙者が全て禁煙した場合の割合を減じたものを目標値とする。

② 未成年者の喫煙率（月喫煙者率*）の低下（中学生、高校生）

基本値	中学生 2.0%、高校生 5.3%（平成22年）
目標	中学生 0%、高校生 0%（平成35年）
目標設定方法	健康日本21の目標を保持する
データソース	厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査

*月喫煙者率：最近30日間で1日以上たばこを吸った割合

③ 日常生活で受動喫煙をする人の割合の低下

（家庭、職場、飲食店、行政機関、医療機関）【新】

目標設定方法	家庭、飲食店は、①の成人の喫煙率低下相当の減少を参考とし目標値を設定する。
--------	---------------------------------------

	行政機関、医療機関については、受動喫煙をなくす。 職場については、『新成長戦略』（平成22年6月18日閣議決定）における【2020年までの目標】として掲げられている「受動喫煙の無い職場の実現」を踏まえ目標値を設定する。
データソース	国民健康栄養調査（家庭、飲食店、行政機関、医療機関） 労働者健康状況調査及び労働安全衛生基本調査（職場）

7. 今後に向けて

わが国のたばこ対策としては、2005年2月に発効したたばこ規制枠組条約に基づく取り組みが最も重要であり今後も推進していく必要がある。具体的には、たばこ価格・税の引上げ、受動喫煙の防止、たばこの警告表示の強化、たばこ広告の包括的禁止、禁煙支援・治療の普及、未成年者への販売防止措置、リスクに関する教育・啓発等である¹³⁻¹⁵⁾。これらの施策が喫煙と受動喫煙の影響から人々を保護する上で有効であることについて、十分な科学的根拠が報告されている^{13-15,20,21)}。

特に受動喫煙対策では、都道府県・市町村レベルでの受動喫煙対策の更なる推進が必要であり、全ての医療機関、学校、官公庁においては全面禁煙を達成するための取り組みが必要である。また、職場における受動喫煙防止対策の推進のほか、飲食店等の多数の者が利用する公共的な空間における受動喫煙対策についても地域での推進のためのモニタリング等を強化するべきである。さらに、小児等への受動喫煙対策の観点から、家庭での受動喫煙防止を普及啓発する必要がある。

禁煙支援・治療の普及については、2006年から禁煙治療に保険適用がなされ成果をあげているが²²⁾、今後一層の普及とその内容の充実が求められる。さらに、たばこ規制枠組条約のガイドラインの内容を踏まえ、各種保健事業の場で禁煙の助言や情報提供を一層推進することが望まれる。

さらに、健康の観点から他の施策についても関係省庁間の協議を進める必要がある。

また、各施策の進捗管理のための評価の体制を国と地方自治体において整備することも必要である。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室：平成21年国民健康・栄養調査結果の概要。2010。
- 2) Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al: Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000. 2nd edition, updated June 2006. (<http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>,2011)

年 11 月 21 日アクセス).

- 3) Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al: What has made the population of Japan healthy? . Lancet, 2011; 378(9796):1094-105.
- 4) Katanoda K, Marugame T, Saika K, et al: Population attributable fraction of mortality associated with tobacco smoking in Japan: a pooled analysis of three large-scale cohort studies. J Epidemiol, 2008; 18(6): 251-64.
- 5) Murakami Y, Miura K, Okamura T, et al: Population attributable numbers and fractions of deaths due to smoking: a pooled analysis of 180,000 Japanese. Prev Med, 2011; 52(1): 60-5.
- 6) Inoue M, Sawada N, Matsuda T, et al: Attributable causes of cancer in Japan in 2005 – systematic assessment to estimate current burden of cancer attributable to known preventable risk factors in Japan. Ann Oncol, 2011. doi: 10.1093/annonc/mdr437
- 7) 片野田耕太, 望月友美子, 雑賀公美子, 他: わが国における受動喫煙起因死亡数の推計. 厚生指標, 2010; 57(13): 14-20.
- 8) 喫煙と健康問題に関する検討会: 新版 喫煙と健康, 保健同人社, 東京, 2002.
- 9) U.S. Department of Health and Human Services: The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta, 2004.
- 10) U.S. Department of Health and Human Services: The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General; U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta, 2006.
- 11) International Agency for Research on Cancer: IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Reversal of Risk After Quitting Smoking. Volume 11, IARC; Lyon, 2007.
- 12) World Health Organization: WHO Framework Convention on Tobacco Control .Geneva, 2003.
- 13) World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. The MPOWER Package. World Health Organization; Geneva, 2008.
- 14) World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments, World Health Organization; Geneva,

2009.

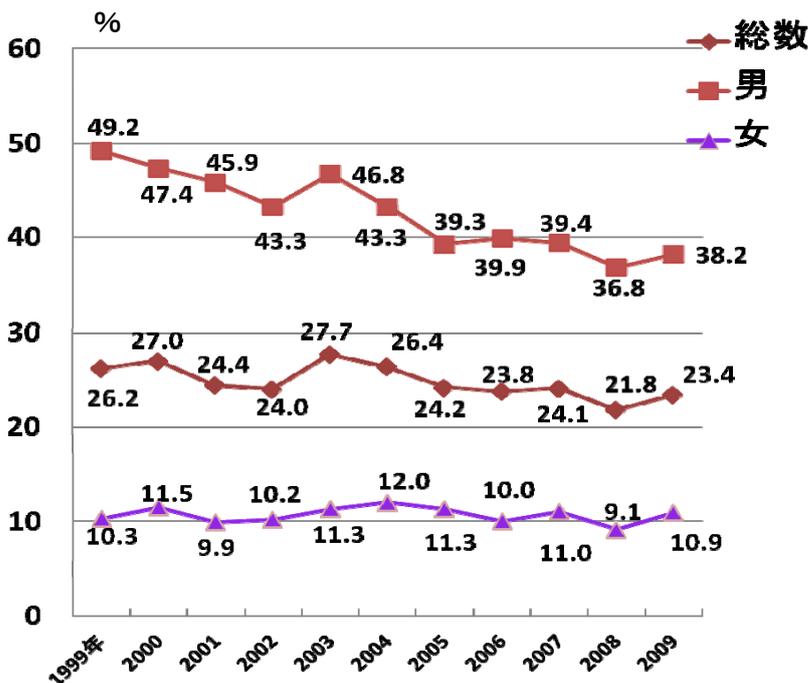
- 15) World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. World Health Organization; Geneva, 2011.
- 16) World Health Organization: 2008-2013 Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organization; Geneva, 2008. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf, 2011年12月2日アクセス)
- 17) Glantz S, Gonzalez M: Effective tobacco control is key to rapid progress in reduction of non-communicable diseases. *Lancet*. 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)60615-6
- 18) Starr G, Rogers T, Schooley M, et. al: Key outcome indicators for evaluating comprehensive tobacco control programs. Centers for Disease Control and Prevention; Atlanta, 2005.
- 19) U.S. Department of Health and Human Services: Preventing Tobacco Use Among Young People: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta, 1994.
- 20) Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, et al: Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med*, 2001; 20: 16-66.
- 21) Levy DT, Gitchell JG, Chaloupka F: The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard. *J Public Health Manag Pract*, 2004; 10: 338-51.
- 22) 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会: 診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成21年度調査)ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査報告書. 平成22年6月2日 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/dl/s0602-3i.pdf>, 2011年12月2日アクセス)

参考資料

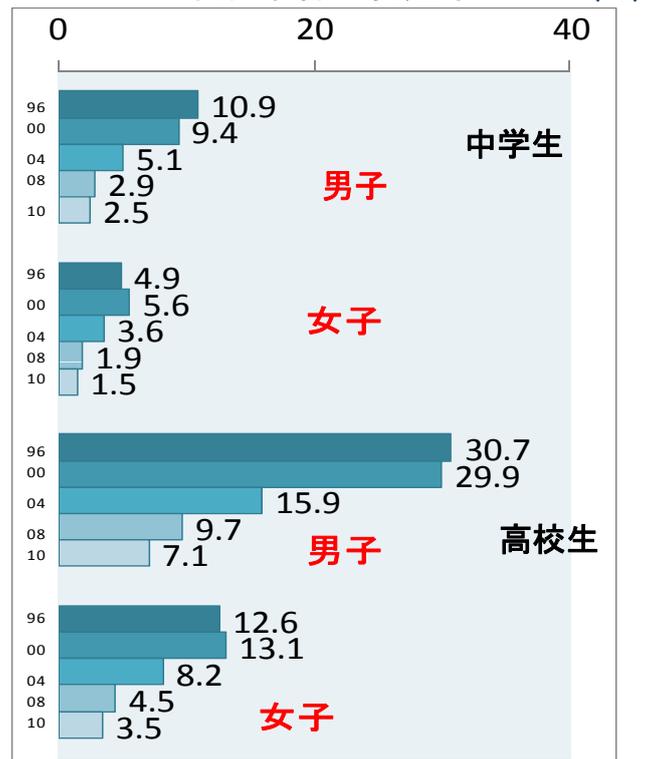
1. 日本の喫煙率の推移
2. 各国の喫煙率の比較
3. 喫煙による健康影響のメカニズム
4. 喫煙による各疾病の死亡リスク比
5. 喫煙による健康被害推計
6. 喫煙による経済損失推計
7. たばこ対策別の喫煙率減少の効果
8. 喫煙率減少による疾病の死亡減少効果と医療費の減少効果
9. FCTCで求められるたばこ対策の内容とわが国の現状との比較
10. 主要国の喫煙率目標とその進捗状況
11. 世界のたばこ対策(MPOWER)の進捗状況－わが国との比較

参考資料1. 日本の喫煙率の推移

成人の喫煙率



未成年者の喫煙率 (%)

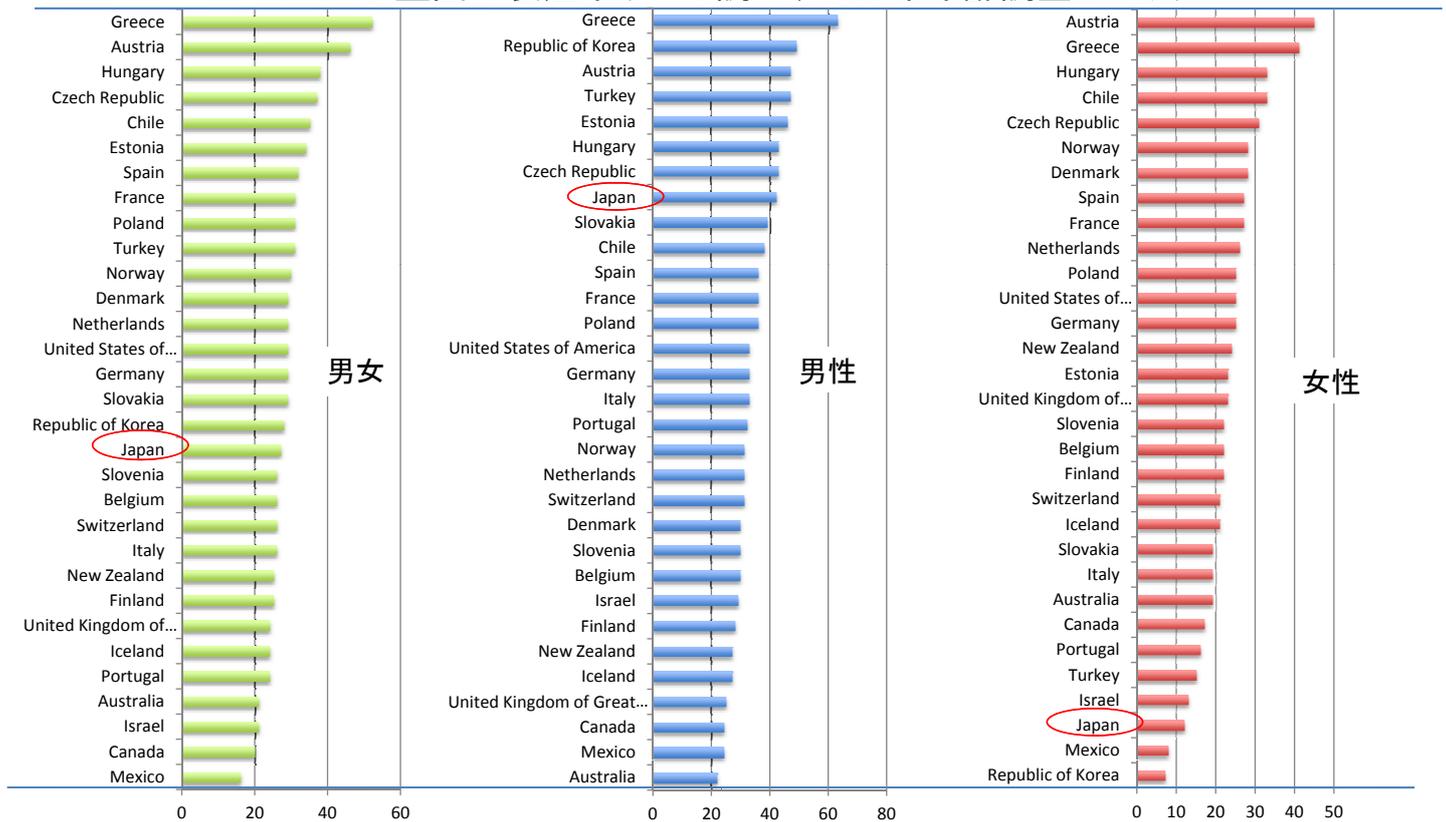


出典: 2002年までは国民栄養調査。2003年からは国民健康・栄養調査
 ※国民栄養調査と国民健康・栄養調査では、喫煙の定義及び調査方法が異なるため、その単純比較は困難である。

出典: 厚生労働科学研究費補助金「未成年者の喫煙実態状況に関する調査研究」等
 ※但し、2004年については下記の論文で発表された数値を用いた。
 Osaki Y, et al: Environ Health Prev Med. 2008; 13: 251-226

参考資料2. 各国の喫煙率の比較

OECD加盟国の喫煙率 (WHO調べ、2009年年齢調整データ)



WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2011 より作成
(2011年度厚労科学 循環器疾患・糖尿病等 望月班: 望月友美子先生 提供スライド)

参考資料3. 喫煙による健康影響のメカニズム

1. 健康影響全般

- たばこの煙には約4000種類の化学物質が含まれ、それらの中には60種類以上の発がん物質が含まれている。
- たばこの煙は、DNAの損傷、炎症、酸化ストレス等のメカニズムを介して、がんや循環器疾患、呼吸器疾患等の健康リスクを高める。
- 受動喫煙のようにたばこの煙への曝露が低いレベルであっても、血管内皮の機能障害や炎症が生じ、このことが急性の循環器イベントの発生や血栓形成と関連する。

2. 依存性

- ニコチンは、たばこ製品への強力な依存性を引き起こし、持続させる原因物質である。
- ニコチンが依存性を引き起こすメカニズムは、脳内のニコチン受容体への作用による。

3. がん、循環器疾患、呼吸器疾患

- たばこの煙は、DNA付加体の形成とDNAの損傷を介して、がんの発生のリスクを高める。
- たばこの煙に含まれる発がん物質の中で、発がんに関わる主要な物質は、多環式芳香族炭化水素、ニトロソアミン、芳香族アミン、ブタジエン、ベンゼン、アルデヒド、エチレンオキシドである。
- たばこの煙は、炎症、血管内皮の損傷と機能障害、LDLコレステロールの酸化、血小板の活性化などを介して、動脈硬化や循環器疾患のリスクを高める。
- 循環器疾患のリスクの増加に関与しているたばこ煙の主要成分は、酸化ケミカル、ニコチン、一酸化炭素などである。
- たばこの煙による血栓症のリスクの増加は、喫煙起因の循環器イベントの主たる要因となる。
- たばこの煙による酸化ストレスは、COPDを引き起こすメカニズムに中心的に関与している。

出典: U.S. DHHS. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: 2010

参考資料4. 喫煙による各疾病の死亡リスク比① — 非喫煙者を基準とした場合の現在喫煙者のリスク —

疾病	男性	女性
全死因	1.63 *	1.76 *
全喫煙関連疾患	1.85 *	2.00 *
全がん	1.97 *	1.57 *
全喫煙関連がん	2.32 *	2.01 *
口唇、口腔、咽頭がん	2.66 *	1.97
食道がん	3.39 *	1.90
胃がん	1.51 *	1.22
肝がん	1.81 *	1.73 *
膵がん	1.58 *	1.81 *
喉頭がん	5.47 *	0.00
肺がん	4.79 *	3.88 *
子宮頸がん	—	2.32 *
腎がん	1.57	0.60
腎盂、尿管、膀胱がん	5.35 *	1.86
骨髄性白血病	1.45	0.96

* 95%信頼区間で有意の上昇

出典: Katanoda K, et al: Journal of Epidemiology . 2008; 18 (6):251-64

参考資料4. 喫煙による各疾病の死亡リスク比② — 非喫煙者を基準とした場合の現在喫煙者のリスク —

疾病	男性	女性
全循環器疾患	1.52 *	1.98 *
全喫煙関連循環器疾患	1.51 *	2.09 *
虚血性心疾患	2.18 *	2.95 *
脳卒中	1.25 *	1.80 *
くも膜下出血	2.33 *	2.79 *
脳出血	1.24	1.92 *
脳梗塞	1.23 *	1.48 *
脳大動脈瘤	3.89 *	2.35 *
腹部大動脈瘤	3.89 *	4.30 *
全呼吸器疾患	1.41 *	1.65 *
全喫煙関連呼吸器疾患	1.35 *	1.53 *
肺炎	1.17	1.39 *
COPD	3.09 *	3.55 *
全消化器疾患	2.04 *	2.13 *
消化性潰瘍	7.13 *	1.37

* 95%信頼区間で有意の上昇

出典: Katanoda K, et al: Journal of Epidemiology . 2008; 18 (6):251-64

参考資料5-1. 喫煙による健康被害推計 — 能動喫煙による超過死亡数 —

	Katanoda (2008)	Ikeda (2011)	Murakami (2011)
推定年	2005年	2007年	2008年
推定方法	相対危険度と喫煙率を用いた推定	相対危険度とSIR*1を用いた推定	相対危険度と喫煙率を用いた推定
用いた疫学研究データ	大規模3コホート併合データ*2	大規模3コホート併合データ*2 および文献レビュー	EPOCH-JAPAN*3
推定結果			
全体	131,000人	129,000人	121,854人
男性	112,000人	—	109,998人
女性	19,000人	—	11,856人

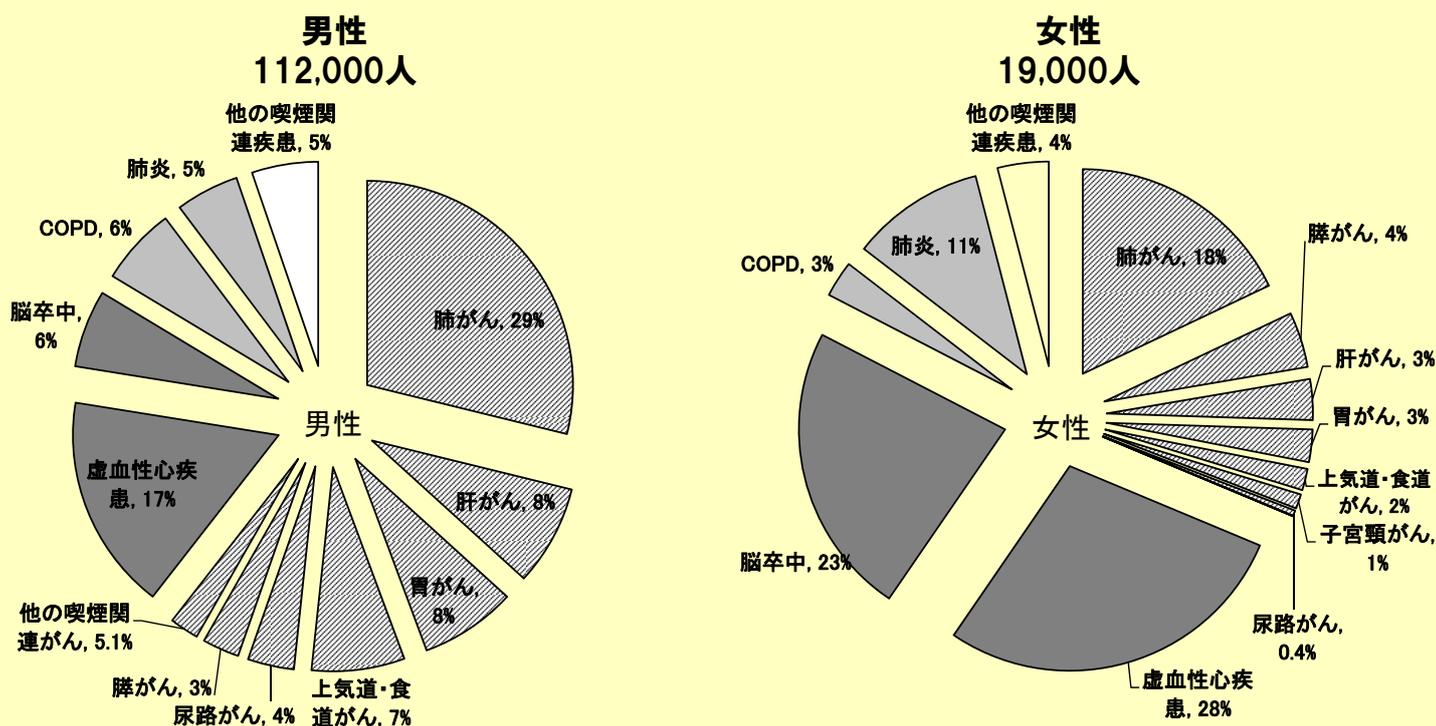
*1 Smoking Impact Ratio (喫煙影響比)の略

*2 JPHC研究、3府県コホート研究、JACC研究のコホート研究の併合データ(29.7万人対象、平均追跡期間10年)

*3 循環器疾患予防に関わる13のコホート研究の併合データ(18.8万人対象、平均追跡期間10年)

出典: Katanoda K, et al: Journal of Epidemiology. 2008; 18 (6): 251-64/ Ikeda N, et al: Lancet. 2011; 378 (9796): 1094-105/ Murakami Y, et al: Prev Med. 2011; 52 (1): 60-5

参考資料5-2. 喫煙による健康被害推計 — 死因別にみた能動喫煙による超過死亡数 —



出典: Katanoda K, et al: Journal of Epidemiology . 2008; 18 (6):251-64

参考資料6-1. 喫煙による経済損失推計

喫煙によるコスト（健康面）		（単位：億円）
超過医療費 ※3 コホート併合データ使用		17,680.85
直接喫煙	医療費	14,498.85
	歯科医療費	1,750.57
受動喫煙	医療費	1,431.43
超過介護費		※4,760.30
小計①（1999年度推計 13,088億円）		17,680.85
喫煙によるコスト（施設・環境面）		（単位：億円）
喫煙がもたらす火災の消防費用		1,879.03
喫煙関連の清掃費用		39.32
小計②（1999年度推計 2,105億円）		1,918.35
喫煙によるコスト（労働力損失）		（単位：億円）
喫煙関連疾患による労働力損失		23,596.15
直接喫煙	入院/死亡に関わる労働力損失	22,153.81
	受動喫煙	1,442.34
喫煙がもたらす火災による労働力損失		68.34
その他の労働力損失（喫煙時間分の労働力損失）		※15,604.15
小計③（1999年度推計 58,454億円）		23,664.49
総額（小計①+②+③）		4兆3,264億円

※ 超過介護費、喫煙時間分の労働力損失は参考値のため計上せず、含めると喫煙による経済損失の総額は6兆3,628億円。

出典：医療経済研究機構：平成20年度医療経済研究機構自主研究事業 禁煙政策のありかたに関する研究 報告書、2010年

参考資料6-2. 喫煙による経済損失推計 —過去の推計結果との比較—

推計対象年度	1993年度	1999年度	2002年度	2005年度(注1)	1999年度	2005年度
研究主体	医療経済研究機構(1997)	中原(2007)			医療経済研究機構(2002)	医療経済研究機構(2010)
喫煙によるコスト推計額(全体)	約3兆 7,935億円	約4兆 6,800億円	約4兆 6,100億円	約4兆 9,300億円	約7兆 1,500億円	約4兆 3,264億円(注4)
超過医療費	1兆1,512億円	1兆3,155億円	1兆3,180億円	1兆3,116億円	1兆3,086億円	1兆7,681億円
国民医療費に占める超過医療費の割合	4.7%	4.3%	4.2%	4.1%	4.3%	5.3%
推計対象年齢	45歳以上	45歳以上	45歳以上	45歳以上	40歳以上	40歳以上
相対危険度データ	平山データ(注2)	平山データ	平山データ	平山データ	平山データ	3コホート併合データ(注3)等
労働力損失に用いるデータ	国民所得	国民所得	国民所得	国民所得	雇用者報酬	国内純生産
平均損失年数	12年	12年	12年	12年	12年	4年

(注1) この時点でまだ2005年度国民医療費は公表されてなかったため、2004年度国民医療費を使用。

(注2) Hirayama (1990) Lifestyle and Mortality. 約27万人のコホートデータを基にした相対危険度データ。

(注3) Katanoda K, et al: Journal of Epidemiology, 2008; 18(6):251-64

(注4) 2005年度の喫煙によるコスト推計額が1999年度と比べて大きく減少している主な理由は、労働力損失推計における「喫煙による平均寿命の損失年数」を日本人を対象とした最近の研究結果に基づき、12年から4年に変更したことによる。

出典：医療経済研究機構：平成20年度医療経済研究機構自主研究事業 禁煙政策のありかたに関する研究 報告書、2010年

参考資料7. たばこ対策別の喫煙率減少の効果

対策	内容	喫煙率減少の効果
たばこ価格政策	たばこ税・価格の値上げ	喫煙率の価格弾力性 -0.3 (15-17歳) -0.2 (18-24歳) -0.15 (25-34歳) -0.1 (35歳以上) 〈価格弾力性の意味〉-0.3: 1%の価格の値上げで喫煙率が0.3%減少
受動喫煙の防止	職場の禁煙化 レストランやバーの禁煙化 レストランの禁煙化 その他の場所の禁煙化 遵守の強化と周知の徹底	建物内禁煙 6%減 喫煙室の設置 2%減 建物内禁煙 3%減 喫煙室の設置 1%減 4つの場所(モール、お店、公共の乗り物、エレベーター)のうち3つの場所の禁煙化 1%減 実施しなければ上記の効果が50%減
マスメディアキャンペーン	強力 中等度 弱い	1人あたり1USDルの資金で大々的に実施 → 6.5%減 1人あたり0.1USDルの資金で散発的に実施 → 3.6%減 新聞やビルボードなどのメディアで散発的に実施 → 1%減
広告の禁止	包括的 中等度 一部 遵守の強化と周知の徹底	全ての広告の禁止(テレビ、ラジオ、印刷メディア、ビルボード、お店のディスプレイ、スポンサー行為、無料サンプル) 喫煙率5%減、喫煙開始率6%減、禁煙率3%増 メディアのみ禁止(テレビ、ラジオ、印刷メディア、ビルボード) 喫煙率3%減、喫煙開始率4%減、禁煙率2%増 一部に適用(テレビ、ラジオ、印刷メディア、ビルボードの一部) 喫煙率1%減、喫煙開始率1%減 実施しなければ上記の効果が50%減
警告表示	強力 中等度 弱い 周知の徹底	大きく、太字で画像付き → 喫煙率2%減、喫煙開始率1%減、禁煙率4%増 少なくとも箱の1/3以上の表示(両面)、太字や画像はなし → 喫煙率1%減、喫煙開始率0.5%減、禁煙率2.5%増 箱の1/3未満の表示、太字や画像はなし → 喫煙率1%減、喫煙開始率1%減、禁煙率1%増 喫煙率と喫煙開始率をさらに1%減少
禁煙支援・治療	包括的取り組み	禁煙治療(薬物療法と行動療法)への保険適用、クイットライン、短時間介入を組み合わせた実施 喫煙率4.75%減、禁煙率39%増
未成年者への販売防止措置	強力 中等度 弱い	遵守の定期的チェック、重い罰則、強力な周知、自販機の撤廃 喫煙率と喫煙開始率30%減(16歳未満)、喫煙率と喫煙開始率20%減(16歳~17歳) 遵守の散発的チェック、重い罰則、中等度の周知 喫煙率と喫煙開始率15%減(16歳未満)、喫煙率と喫煙開始率10%減(16歳~17歳) 遵守のチェックなし、軽い罰則と周知 喫煙率と喫煙開始率3%減(16歳未満)、喫煙率と喫煙開始率2%減(16歳~17歳)

出典:Nagelhout, G.E., Levy, D.T., et al.: Addiction, 2011,doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03642.x

※上記の論文でシミュレーション用に用いている基礎データについては、これまでのたばこ規制・対策の効果に関する論文のレビュー等をもとに構築。

(2011年度厚労科学 第3次対がん研究 中村班 作成資料)

参考資料8-1. 喫煙率減少による疾病の死亡減少効果と医療費の減少効果

喫煙率減少による死亡率減少効果の推計

- がん死亡率を、年齢、喫煙年数、および禁煙後経過年数で説明するモデルを用いた¹
- 各説明変数の効果は、日本の大規模コホート(厚生労働省コホート、文部科学省コホート、三府県コホート)の併合データに基づく²
- 対象は40~79歳男性
- 2009年をベースラインとして2010~2019年の10年間を推計
- 2つのシナリオを対照シナリオと比較

①10年間で喫煙率半減

(40歳以上男性喫煙率35% → 10年後18%)

②10年間で喫煙率ゼロ

(40歳以上男性喫煙率35% → 10年後0%)

対照シナリオ: 喫煙率減少傾向維持

(40歳以上男性喫煙率35% → 10年後26%)

- 喫煙率は10年間一定の率で減少すると仮定

1. Katanoda K, et al. Jpn J Clin Oncol 2011;41:483-9.

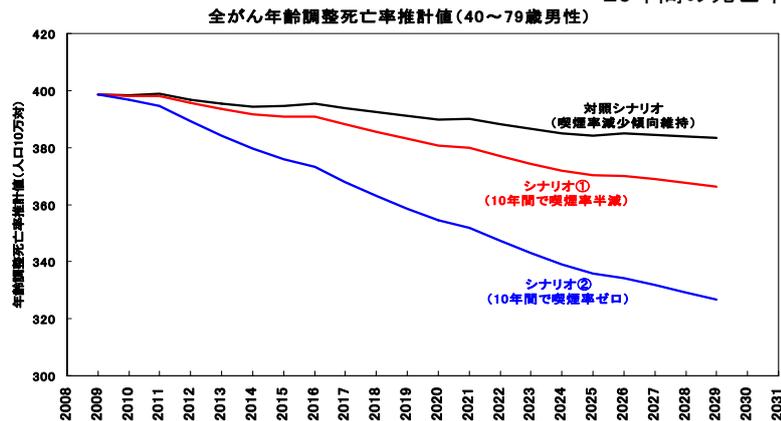
2. Wakai K, et al. Cancer Sci 2007;98:584-9.

参考資料8-2. 喫煙率減少による疾病の死亡減少効果と医療費の減少効果 10年間の死亡率減少効果

年齢調整死亡率減少の推計値(喫煙率減少傾向維持シナリオと比較した死亡率の減少割合)

シナリオ	全がん			全死亡		
	男性	女性	男女計	男性	女性	男女計
10年間で喫煙率半減	2.0%減	0.1%減	1.1%減	3.5%減	0.4%減	1.9%減
10年間で喫煙率ゼロ	8.1%減	0.6%減	4.3%減	14.1%減	1.7%減	7.9%減

～20年間の死亡率減少効果は10年間の約2倍



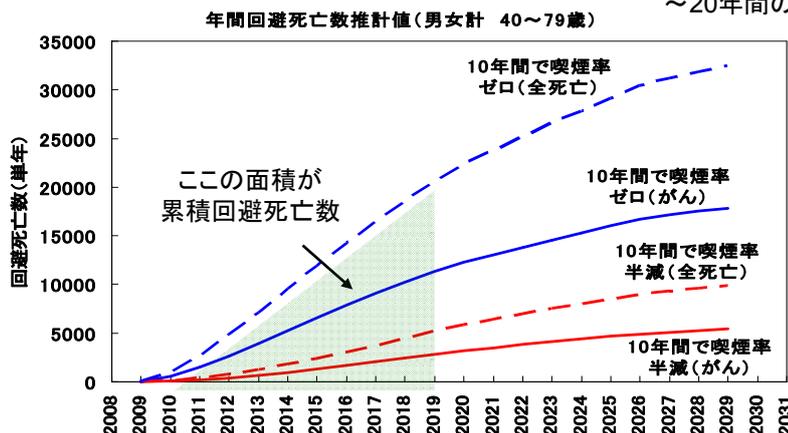
(2011年度厚労科学 第3次対がん研究 中村班: 片野田耕太先生 提供スライド)

参考資料8-3. 喫煙率減少による疾病の死亡減少効果と医療費の減少効果 10年間の回避死亡数

10年間の累積回避死亡数(喫煙率減少傾向維持シナリオとの死亡数の差の合計)

シナリオ	全がん			全死亡		
	男性	女性	男女計	男性	女性	男女計
10年間で喫煙率半減	12,000	1,000	13,000	20,000	2,000	22,000
10年間で喫煙率ゼロ	55,000	4,000	59,000	96,000	12,000	108,000

～20年間の回避死亡数は10年間の約4倍



(2011年度厚労科学 第3次対がん研究 中村班: 片野田耕太先生 提供スライド)

参考資料8-4. 喫煙率減少による疾病の死亡減少効果と医療費の減少効果 喫煙率半減による医療費削減効果

	男性		女性		男女計	
10年後	7,737	(6,674)	837	(722)	8,574	(7,396)
30年後	71,679	(44,034)	11,076	(6,622)	82,754	(50,656)
生涯	172,169	(76,510)	35,607	(14,217)	207,776	(90,727)

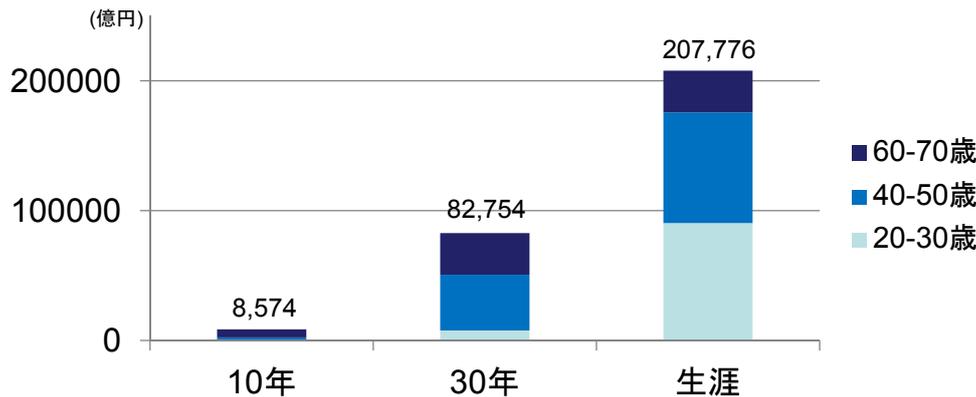
喫煙率と期待医療費・期待QALYに関するマルコフモデルに基づく試算

() 内は3%の割引を行った場合

シミュレーションの起点時に喫煙率が全ての性年齢階級で半減したと仮定して試算

単位: 億円

年齢階級別の医療費削減効果—男女計、割引なし



(2011年度厚労科学 第3次対がん研究 中村班: 五十嵐中先生、福田敬先生 提供スライド)

参考資料9. FCTCで求められるたばこ対策の内容とわが国の現状との比較

対策	FCTCおよびそのガイドラインで求められる内容	わが国の現状	国内の関連法規
たばこ価格政策	たばこ税・価格の値上げ(第6条)。 ☆WHOにより喫煙を減らす最良の方法として推奨。 ☆たばこ消費量や成人の喫煙率の減少、青少年の喫煙防止、低所得層の禁煙促進による健康格差の縮小に効果あり。	2010年にたばこ価格が約110円引き上げられたが、 <u>欧米諸国に比べて安い</u> 。 平成22年度および23年度の税制改正大綱では、国民の健康の観点から将来に向かって税率を引き上げること、たばこ事業法を改廃して新たな枠組みの構築を目指すことが明記されている。	たばこ事業法(財務省)
受動喫煙の防止	公共場所・職場・公共交通機関の100%全面禁煙化(第8条)。 ☆換気、空気清浄装置、指定喫煙区域による技術工学的対策では不十分。強制力のある立法措置。適切な罰則。	健康増進法で多数の者が使用する施設が対象とされているが、 <u>受動喫煙防止のための具体的な措置が明示されていない</u> 。関連法規や通達で空間分煙が認められている。しかも罰則規定がなく努力義務にとどまっている。	健康増進法(厚生労働省)
マスメディアキャンペーン	喫煙および受動喫煙の健康影響に関する教育・啓発など(第12条)	製薬企業のほか、一部の自治体や保健医療団体によるマスメディアを活用した広告やパブリシティはあるが、 <u>政府によるマスメディアキャンペーンは計画的に実施されていない</u> 。	
広告・宣伝の禁止	たばこの広告・販売促進・スポンサー活動の包括的禁止(第13条)。	たばこの広告に関する指針(たばこ事業法第40条第2項に基づく)が示されているが、 <u>罰則規定はなく、業界の自主規制による</u> 。	たばこ事業法(財務省)
警告表示	包装・ラベルへの明瞭で効果的な健康リスクに関する警告表示(第11条)。 ☆表示面の50%以上(最低30%以上)の表示が必要。写真・絵による表示が可能。	表示面が最低の30%で、 <u>文字が多く明瞭で効果的とは言えない</u> 。写真・絵もない。	たばこ事業法(財務省)
禁煙支援・治療	禁煙治療のガイドラインの作成・普及と効果的な措置(第14条)。 ☆保険適用、短時間のアドバイスの普及、キットライン(無料電話相談)、指導者トレーニング、マスメディアによる禁煙の広報など。	禁煙治療の保険適用や学会によるガイドラインの作成・普及は実施されているが、 <u>そのほかの取り組みが不十分</u> 。医療の場での医師からの短時間のアドバイスは欧米諸国と比べて低率。キットラインは未整備。	
未成年者への販売防止措置	未成年者に対するたばこ販売の禁止(第16条)	全国に約37万台設置(2010年12月現在)されている自動販売機にタスポが導入されたが、 <u>未成年者への効果については検証されていない</u> 。未成年者への対面販売に当たり成人証明の提示義務づけの法制化はなされていない。	未成年者喫煙禁止法(警察庁) たばこ事業法(財務省)

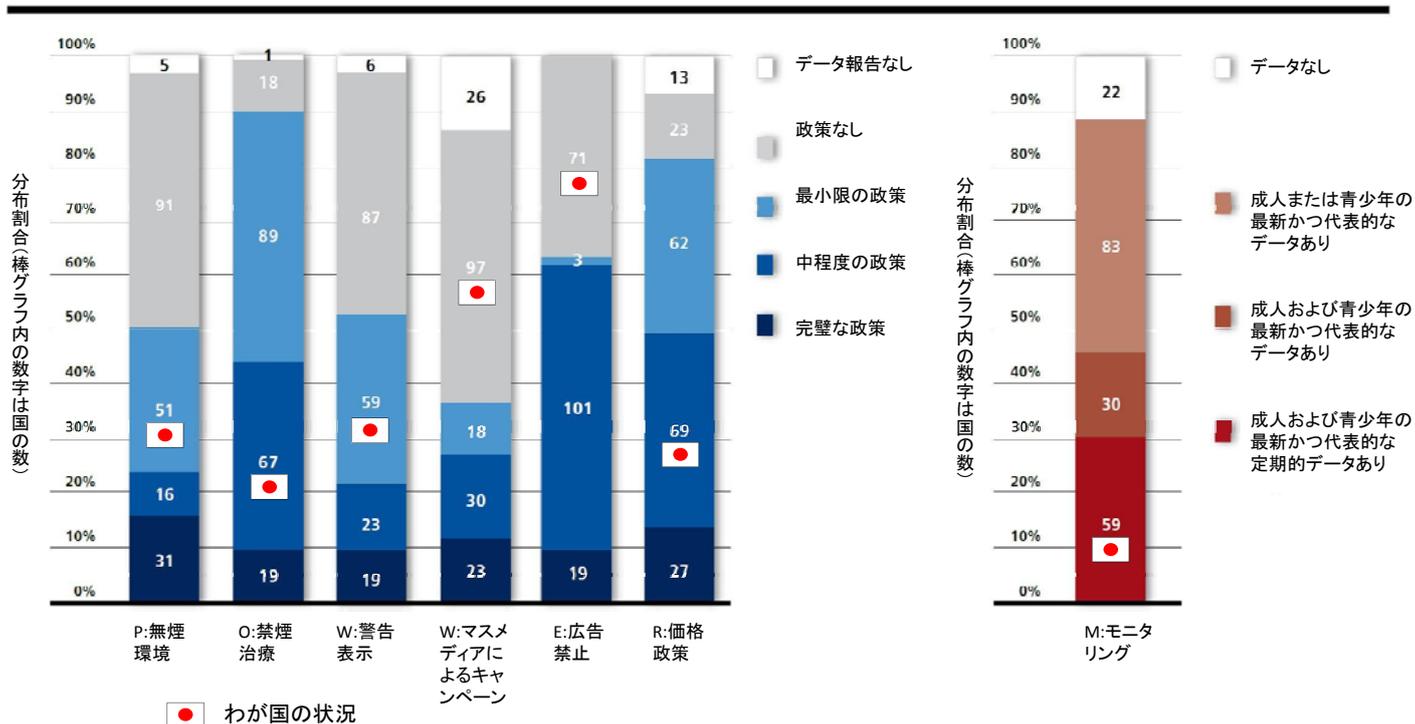
(2011年度厚労科学 第3次対がん研究 中村班 作成資料)

参考資料10. 主要国の喫煙率目標とその進捗状況

国名	根拠	意義	現状	喫煙率	目標年	進捗状況	政策主体
日本 批准	健康日本21,が ん対策推進基本 計画, FCTC	健康寿命 の延伸・ QOLの向 上のため の枠組	男性40%、 女性10%、 未成年者 (高校男 18%、女 5%)	(成人半減 →政治的撤回) 未成年者 0%	2010→201 2に延長	成人22%(実質 的半減)、未成 年喫煙は激減 (高男5%、女 2%)	国、都道 府県
イギリス 批准	Smoking Kills (White Paper), FCTC, PSA, RCP, A Smoke Free Future (Strategy)	健康格差 の是正, 国 際社会で の主導的 立場	成人21%	成人10%以 下, 肉体労 働・妊婦半 減	2020	広告禁止, 全 国禁煙法, 値 上げ, 警告表 示, 陳列禁止	国、地方
アメリカ 署名 未批准	SGR, Healthy People 2020, Ending the Tobacco Epidemic	たばこ流 行終焉の ための枠 組	成人20.6% 青少年 19.6%	成人12.0% 青少年16%	2020	2010年目標の 維持(=達成で きず), FDAによ る包括的規制	FDA、CDC、 州
フィンランド 批准	Tobacco Act 2010、FCTC	たばこ撲 滅のため の枠組	成人男女 20%	0%(喫煙開 始をゼロに)	2040	全面禁煙法, 値上げ, 18歳 未満への禁止, 陳列禁止	国、国立 研究所

(2011年度厚労科学 循環器疾患・糖尿病等 望月班: 望月友美子先生 提供スライド)

参考資料11. 世界のたばこ対策(MPOWER)の進捗状況ーわが国との比較



WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2011 より作成
(2011年度厚労科学 循環器疾患・糖尿病等 望月班: 望月友美子先生 提供スライド)

アルコール分野の基本方針と指標について

I. 基本方針

1. 多量飲酒問題の早期発見と適切な対応

アルコールは生活習慣病をはじめとする様々な身体疾患や、うつ病、自殺などの健康障害の 1 因となっているのみならず、飲酒運転事故や飲酒による暴力のような社会的に重大な問題をも引き起こしている。2010 年の世界保健総会にて採択された、アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略³でも、アルコールの有害な使用は公衆衛生に深刻な影響を与えており、世界の健康障害の最大のリスク要因の 1 つとされている。わが国でもこれまで以上にアルコールの有害使用を低減していくことが重要である。飲酒が有害となる大きな要因の 1 つとして多量飲酒があるため、多量飲酒問題を早期に発見し、飲酒量の低減や飲酒問題の改善に結びつくような適切な対応が必要である。

2. 未成年者の飲酒防止

未成年者の飲酒が好ましくない医学的根拠としては、未成年者の身体は発達する過程にあるため体内に入ったアルコールが身体に悪影響を及ぼし健全な成長を妨げること、臓器の機能が未完成であるためにアルコールの分解能力が成人に比べて低く、アルコールの影響を受けやすいこと等が挙げられる。例えば、未成年者飲酒は、成人の飲酒に比べ急性アルコール中毒や臓器障害を起こしやすい。また、飲酒開始年齢が若いほど将来のアルコール依存症リスクがより高くなる。このような健康問題のみならず、未成年者の飲酒は事件や事故に巻き込まれやすくなるなど、社会的な問題をも引き起こしやすい。さらに、未成年者は精神的および社会的にも成長する過程にあり、将来の可能性を広げるための大切な時期である。その時期に本来すべき勉強や有意義な活動などをせずに飲酒をしてしまうということは、将来の自分の可能性を狭めることに他ならない。未成年者飲酒禁止法や上記の事柄も踏まえて、未成年者の飲酒を完全に防止することを目標とする。

3. アルコールと健康についての知識の普及

飲酒は様々な疾病の原因となるが、飲酒量と疾病罹患の関係は疾病により様々である。日本でのエビデンスがあるものとしては、がん、糖尿病、脳卒中、高血圧、心血管病、メタボリック症候群が挙げられる。そのうち、がんと高血圧については、飲酒量が増えるほどリスクが上昇することがわかっている。また、少量飲酒の健康に与える影響については、現在のところエビデンスが十分揃っておらず、議論の分かれるところであるが、多量飲酒においては、ほぼ用量依存的にリスクの上昇に繋がっている。

それらを踏まえ、日本人において、非飲酒者や少量飲酒者と比較し、様々な疾患のリスクが明らかに上昇する飲酒量を検討したところ、1 日の平均飲酒量が、男性：約 40g（例えば、ビール 1000ml、または、日本酒 2 合弱）程度以上、女性：約 20g（例えば、ビール 500ml、または、日本酒 1 合弱）程度以上、の飲酒が「ハイリスク飲酒」と考えられる。

ただし、少量の飲酒で顔面紅潮を来す等のアルコール代謝能力の低いものでは上記の量よりもさらに少ない量が無難である。また、前述のとおり、アルコールには依存性があり、上記に至らない比較的少量の飲酒でも、長期にわたり習慣的に飲用を続けられれば、徐々に酒量が増えたり、アルコール依存症へと進行したりするおそれもあることに十分な注意が必要である。加えて、アルコールと相互作用を起こす内服薬を服用中の者、飲酒により悪化する可能性のある疾病に罹患している者、未成年者、車両の運転や機械の操作を行う場合、妊婦もしくは妊娠を考えている者、についての飲酒はすすめられない。さらに、飲酒習慣のない人に対して少量の飲酒を推奨するものではない。

上記のような、アルコールの健康影響等についての正確な知識を普及していくことが必要である。

(注) 主な酒類の換算の目安

お酒の種類	ビール (中瓶 1 本 500ml)	清酒 (1 合 180ml)	ウイスキー・ブランデー (ダブル 60ml)	焼酎 (35 度) (1 合 180ml)	ワイン (1 杯 120ml)
アルコール度数	5%	15%	43%	35%	12%
純アルコール量	20g	22g	20g	50g	12g

4. 飲酒による他者への影響と社会的問題の低減

飲酒は飲酒者本人のみならず、飲酒者の子供、配偶者、その他の家族、親戚、友人、職場の同僚、知人、見ず知らずの他人など、広範囲の他者に影響を及ぼすことが多く、しばしば社会的問題をも引き起こす。また、前述のとおり、飲酒運転や、飲酒に関連した暴力・迷惑行為、自殺等は周囲の者へ与える影響が大きく、今日のわが国において大変深刻な社会問題となっている。このような飲酒問題による被害者数を低減し、健全で住みよい社会の構築に向けて、今後より一層取り組んでいく必要がある。

5. 女性の飲酒問題増加の予防

近年、男性の飲酒量は頭打ちないし減少傾向にあるが、女性の飲酒量は依然として増加傾向にあると推測される。特に、若年女性の飲酒量の増加が懸念されている。また、女性は男性に比べて、アルコールによる健康障害を引き起こしやすいことが知られている。さらに、妊娠中の飲酒は、胎児性アルコール症候群などの胎児や乳児の発育障害を引き起こす。これを予防し得る安全な飲酒量はいまだわかっておらず、妊娠中あるいは妊娠しようとしている女性はアルコールを断つことが求められる。また、授乳中も血中のアルコールが母乳にも移行するため飲酒を控えるべきである。さらに、妊婦や授乳している女性本人の努力のみならず、そのような女性が飲酒しないよう、周囲の人達が理解し支援する体制づくりも必要である。

上記の事実を踏まえると、女性の飲酒量や飲酒者の増加に伴い、将来、女性の飲酒問題が増加していくことが危惧される。実際、女性のアルコール依存症数も増加して

いる現状を踏まえ、女性の飲酒問題増加を予防する対策が必要である。

II. 指標

1. ハイリスク飲酒者の割合

1) ハイリスク飲酒の定義

1日の平均飲酒量が、下記程度以上の飲酒。

男性：約 40g（例えば、ビール 1000ml、または、日本酒 2 合弱）

女性：約 20g（例えば、ビール 500ml、または、日本酒 1 合弱）

2) 指標とした理由

ハイリスク飲酒がアルコール関連問題の最大の要因の 1 つであり、アルコールの有害な使用を低減していくためにモニタリングしていく必要がある。なお、これまでの日本人を対象とした調査研究から、男性においては、約 44g/日（日本酒 2 合/日）程度以上の飲酒で、死亡、全がんによる死亡、全がん、下咽頭と食道のがん、食道扁平上皮がん、結腸直腸がん、2 型糖尿病、脳卒中、心血管病、高血圧のリスクが上がり、女性では、約 22g/日（日本酒 1 合/日）程度以上の飲酒で、死亡、全がんによる死亡、けがや外因による死亡、結腸直腸がん、高血圧のリスクが上がることを示されている。上記の数値に安全域を追加することに加えて、国民に一番よく飲まれている酒類（図 1）であるビールや発泡酒で換算しやすく、わかりやすい値が好ましい。上記を踏まえ、今後 10 年間の国民健康づくり運動におけるアルコール対策を考慮して、ハイリスク飲酒を指標として設定する。

3) 基準値

4) 目標値

2. 未成年者における飲酒者の割合

1) 指標の定義

月に 1-2 回以上の頻度で飲酒する者の割合

2) 指標とした理由

1996 年以降、定期的に調査されており、今後の未成年者飲酒の動向をモニタリングするのに最も相応しいため。

3) 基準値

男性：中学 3 年生 8.0%、高校 3 年生 21.0%

女性：中学 3 年生 9.1%、高校 3 年生 18.5%

（平成 22 年度厚生労働科学研究「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究（主任研究者 大井田隆）」）

4) 目標値

男性：中学 3 年生 0%、高校 3 年生 0%

女性：中学 3 年生 0%、高校 3 年生 0%

3. 基本方針 4（飲酒による他者への影響と社会的問題の低減）を反映した指標（現在検討中）

循環器分野の目標設定について

I. 循環器領域の目標値案

1. 喫煙対策以外の生活習慣の改善による循環器病の減少（死亡数、発症数、要介護数）

喫煙対策以外の生活習慣改善（喫煙対策による循環器病減少効果は喫煙分野を参照）の総合的な指標として目標値を設定する（後述）。「〇%減少」。性、年齢構成が同じ場合を仮定し、評価時は年齢調整を行う。脳卒中、虚血性心疾患、全循環器疾患のうち2つないし3つ。現状値とモニタリングは人口動態統計など。

2. 国民の血圧の平均値を低下させる

関連領域との整合性を取り、目標値を設定する（後述）。

栄養（塩分、カリウム）、運動、飲酒（多量飲酒者割合）、糖尿病（肥満者割合）。

現状値とモニタリングは国民健康栄養調査、National Data Base(市町村単位では特定健診データ)など。

3. 毎年血圧を測定し、自分の血圧が高いか低いかを知っている人を増やす。

現状値とモニタリング：高血圧学会ガイドライン、国民健康栄養調査等。

4. 高血圧症の成人のうち、処方された降圧薬を服用している人の割合を増加させる。

現状値とモニタリング：高血圧学会ガイドライン、国民健康栄養調査等。

5. 高コレステロール血症（総コレステロール 240mg/dl 以上または LDL コレステロール 160mg/dl 以上）の割合を減少させる。

現状値とモニタリング：動脈硬化学会ガイドライン、国民健康栄養調査、National Data Base(市町村単位では特定健診データ)。

6. 毎年コレステロールを測定し、自分のコレステロールが高いか低いかを知っている人を増やす。

現状値とモニタリング：動脈硬化学会ガイドライン、国民健康栄養調査等。

7. 脳卒中の初期症状を知っており、兆候が見られた場合、医療機関に早期受診する必要性を理解している人の割合を増加させる。

現状値とモニタリング：NIPPONDATA2010、厚生労働科学研究等。

8. バイスタンダーや救急医療サービスによる、適切な初期救急対応を受けることのできた

病院外心停止者の割合を増加させる。

現状値とモニタリング：総務省消防庁救急統計作業部会報告書、厚生労働科学研究等。

II. 関連分野の目標設定から見た循環器病の減少予測：血圧値の変化量から算出

1. 栄養分野

1) 食塩摂取量

現状値 10.7g → 8.0g へ：食塩 2.7g の減少

2) 野菜摂取量の増加

現状値 295g → 350g へ：野菜約 50g の増加（カリウム 100mg= 2.56mmol）

(追加目標案)

3) 果物摂取量の増加案

現状値プラス 50g

バナナ半本、中リンゴ 1/4 個、みかん 1 個 (50~180mg) =カリウム 100mg= 2.56mmol

これに伴うエネルギーの増加は 50kcal 以下と考えられ大きな悪影響はない

栄養改善の血圧値への効果

食塩 2.7g の減少+カリウム 200mg の増加

減塩で、収縮期血圧 1.3~2.7mmHg の減少（高血圧者と非高血圧者の比を 45:55 とすると 2.0mmHg の減少）。カリウムの増加で収縮期血圧 0.22~0.33mmHg の減少。

栄養改善により収縮期血圧を 2.25 mmHg 低下させる。

文献

Cochrane Database of Systematic Review 2004, Issue 1. Art.No.;CD004937.

BMJ 1998; 297: 319-328.

BMJ 1996; 312: 1249-1253

2. 運動分野

1) 1 日の歩数

歩数を現状よりも 1500 歩増やす。

毎日 3 メッツ×0.25 時間=1 週間では×7 で 5.25 メッツ時の増加。

2) 運動習慣者の割合の増加

4 メッツ時/週の運動している者を 40 から 50%に 10%ほど増やす。

運動の循環器病への効果

歩数の増加により高血圧者に対しては 2~3mmHg の血圧低下が期待できる。

集団全体への降圧効果については 0.9~1.35mmHg であるが、血圧以外への運動の効果についても加味して上限値を採用する。

運動量の増加により収縮期血圧を 1.35 mmHg の低下させる。

文献

Ann Intern Med 2002; 136: 493-503.

Br J Sports Med 2008; 42: 238-243.

3) 糖尿病分野

肥満者の頻度の目標値の設定が必要。肥満者の頻度の変化に応じた集団全体の血圧値の変化量を算出しそれを数値に入れ込む（健康日本 21 と同様）。

肥満者の減少により収縮期血圧を〇〇mmHg 減少させる。

糖尿病そのものの循環器病発症リスク（大血管障害）は非常に高いため、別枠で影響を計算し、最終的な循環器病の数値目標に入れ込む。そのためには糖尿病の有病率の現状と目標が必要（糖尿病分野で設定？）。なお糖尿病の循環器病への発症リスクは既存文献から算出可能である（ただし研究によって糖尿病の定義が異なるので留意する）。

4) 飲酒分野

多量飲酒者の頻度の目標値の設定が必要。多量飲酒者の頻度の変化に応じた集団全体の血圧値の変化量を算出してそれを数値に入れ込む（健康日本 21 と同様）。なお少量飲酒の循環器病への有益性については議論があるため null とする。

多量飲酒者の減少により収縮期血圧を〇〇mmHg 減少させる。

5) 喫煙分野

喫煙の循環器病発症リスクは他の要因と独立してハイリスクであり、多くの疾患と関わっている。そのため循環器分野ではなく喫煙分野の中で一括して扱う。そのため血圧等の循環器病の予測モデルでは常に喫煙を調整しておくようにする。

III. 栄養・運動の目標達成により予測される循環器病死亡者数

栄養・運動の目標達成による効果は収縮期血圧 3.6mmHg の低下となる。これによる循環器病死亡数の減少は下記のように計算する。

日本人集団における危険因子カテゴリ別の死亡者数推計および危険因子分布の変化にもなう死亡者数減少を推計するには、1)危険因子カテゴリ別人口(分布)、2)危険因子カテゴリ別の疾患死亡率の 2 つの情報が必要である。性別 i , 年齢階級 j の死亡者数 D_{ij} は、以下の式で示される。

$$D_{ij} = \sum_{k=1}^{c_k} n_{ijk} \times r_{ijk}$$

i : 性別, j : 年齢階級 (c_j カテゴリ), k : 危険因子カテゴリ (c_k カテゴリ)

n_{ijk} : 性別 i , 年齢階級 j , 危険因子 k カテゴリの人口

r_{ijk} : 性別 i , 年齢階級 j , 危険因子 k カテゴリの死亡率

また性別 i の死亡者数 D_i は年齢階級別死亡者数の和として、以下の式で示される。

$$D_i = \sum_{j=1}^{c_j} D_{ij}$$

日本人集団における危険因子カテゴリ別の人口分布については、2008 年国民健康・栄養調査および 2010 年人口推計を使用した。日本人集団における血圧分布には性・年齢階級別の収縮期血圧の平均値と標準偏差を使用、正規分布を想定し、各カテゴリの対象者数 n_{ijk} を算定した。血圧カテゴリ別対象者数は前述した血圧分布を用い、性・年齢別に以下の計算式より算出した。

$$n_{ijk} = n_{ij} \int_{x_k}^{x_{k+1}} N(\mu, \sigma) dx$$

$N(\mu, \sigma)$: 平均 μ , 標準偏差 σ の正規分布

n_{ij} : 性別 i , 年齢階級の j の人口, x_k : カテゴリ k の閾値

使用した血圧カテゴリは全循環器疾患では 6 カテゴリ (120mmHg 未満、120mmHg～130mmHg 未満、130mmHg～140mmHg 未満、140mmHg～150mmHg 未満、150mmHg～160mmHg 未満、160mmHg 以上)、冠状動脈疾患(以下 CHD)では 4 カテゴリ (130mmHg 未満、130mmHg～140mmHg 未満、140mmHg～150mmHg 未満、150mmHg 以上)とした。

日本人集団における危険因子カテゴリ別の疾患死亡率については、日本のコホート研究を対象とした統合研究である EPOCH-JAPAN (Evidence for Cardiovascular Prevention From Observational Cohorts in Japan)の循環器疾患データベース(10 コホート、約 10 万人)を使用した。カテゴリ別疾患死亡率の推定にはポワソン回帰モデルを使用し、コホート、喫煙、総コレステロール、収縮期血圧を変数とした。上記統計モデルにより、血圧カテゴリ別の調整疾患死亡率については、性別に求めた対象者全体の喫煙割合、総コレステロールの平均値を代入、コホートの影響については各コホート同等と仮定した。

危険因子カテゴリ別の疾患死亡者数の算定には、各カテゴリ別に人口分布と疾患死亡率を乗じることによって求められる。これら各カテゴリ別の死亡者数を合計することで集団全体の疾患死亡者数が推計される。なお EPOCH-JAPAN から推定された死亡率と実際の人口動態統計の死亡率とは絶対値が異なり、そのまま適用すると推計死亡者数と実際の死亡者数に齟齬が起こる。この違いを緩和する目的で修正係数を算定、EPOCH-JAPAN の死亡率に乘じることによって死亡者数推計の改善を試みた。修正係数は EPOCH-JAPAN から算出した死亡者数と人口動態統計の死亡者数の比とした。

栄養・運動の目標達成による収縮期血圧 3.6mmHg の低下による脳卒中、全循環器病の

予測減少割合を計算すると（性・年齢構成が不変の場合）、脳卒中は男性 7.9%、女性 5.3%の減少、全循環器病は男性 6.1%、女性 4.6%の減少が期待される（詳細は参照ファイル参照）。

表 1. 血圧 3.6mmHg 低下による脳卒中死亡の予測減少者数

		40,50 歳代	60 歳代	70,80 歳代	全体
血圧値シフト (mmHg)	男性	3.6	3.6	3.6	
	女性	3.6	3.6	3.6	
死亡減少者数 (人)	男性	701	672	4,075	5,448
	女性	348	338	2,138	2,824
年間死亡者数 (人)	男性	5,349	8,483	54,952	68,784
	女性	2,306	3,793	47,118	53,217
死亡減少割合 (%)	男性	13.1	7.9	7.4	7.9
	女性	15.1	8.9	4.5	5.3
修正乗数 (実測/EPOCH)	男性	0.33	0.56	0.99	
	女性	0.18	0.27	0.97	

表 2. 血圧 3.6mmHg 低下による循環器病死亡の予測減少者数

		40 歳代	50 歳代	60 歳代	70 歳代	80 歳代	全体
血圧値シフト (mmHg)		3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	
		3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	
死亡減少者数 (人)	男性	504	1,193	2,140	6,842	1,948	12,627
	女性	184	432	432	1,781	2,716	5,545
年間死亡者数 (人)	男性	4,483	10,509	24,103	101,019	65,251	205,366
	女性	1,508	3,338	9,297	27,815	79,796	121,754
死亡減少割合 (%)	男性	11.2	11.4	8.9	6.8	3.0	6.1
	女性	12.2	12.9	4.6	6.4	3.4	4.6
修正乗数 (実測/EPOCH)	男性	0.40	0.52	0.61	0.72	1.12	
	女性	0.26	0.40	0.40	0.60	1.14	

総括表(脳卒中)

		40,50歳代	60歳代	70,80歳代	全体
血圧値シフト (mmHg)	男性	3.6	3.6	3.6	
	女性	3.6	3.6	3.6	
死亡減少者数 (人)	男性	701	672	4,075	5,448
	女性	348	338	2,138	2,824
年間死亡者数 (人)	男性	5,349	8,483	54,952	68,784
	女性	2,306	3,793	47,118	53,217
死亡減少割合 (%)	男性	13.1	7.9	7.4	7.9
	女性	15.1	8.9	4.5	5.3
修正乗数 (実測/EPOCH)	男性	0.33	0.56	0.99	
	女性	0.18	0.27	0.97	

		SBPカテゴリ	Stroke死亡率	95%信頼区間	
男性	40,50歳代	110	36	20	63
		130	53	27	102
		140	165	92	294
		150	243	140	420
	60歳代	110	98	62	154
		130	97	58	164
		140	167	100	277
		150	304	194	476
	70.80歳代	110	377	294	485
		130	446	343	581
		140	749	591	949
		150	1047	867	1264
女性	40,50歳代	110	32	19	55
		130	97	57	164
		140	108	56	209
		150	340	218	531
	60歳代	110	84	60	118
		130	117	78	174
		140	131	83	205
		150	325	235	451
	70.80歳代	110	317	254	396
		130	348	270	450
		140	411	319	530
		150	598	491	727

死亡率:人口10万対

男性:40歳代

しきい値

130
140
150

SBP(mmHg)

シフト前 シフト後

平均

133.3 129.7

標準偏差

18.1 18.1

シフト

3.6

死亡率(10万対)

33

期待死者数

5349

修正係数(現実/EF)

0.33

死亡減少

701

人

割合

13.1

%

血圧分布(SBP(mmHg))				シフト前				シフト後				
				Z値	CPF	割合	人口(万人)	Z値	CPF	割合	人口(万人)	
	130	未満		-0.179558	0.429	0.429	704.1	0.0193	0.508	0.508	833.7	
	130	以上	140	未満	0.37292818	0.645	0.217	355.8	0.5718	0.716	0.209	342.5
	140	以上	150	未満	0.92541436	0.823	0.177	291.0	1.1243	0.870	0.153	251.7
	150	以上			0.92541436	0.177	291.3	1.1243		0.130	214.2	
				1.000				1642.1	1.000			

脳卒中死亡率				修正死亡率	EPOCH	死亡者数	死亡者数			
	130	未満		0.0001	0.0004	0.0002	824	0.0002	976	
	130	以上	140	未満	0.0002	0.0005	0.0001	616	0.0001	593
	140	以上	150	未満	0.0005	0.0016	0.0003	1,580	0.0003	1,366
	150	以上		0.0008	0.0024	0.0004	2,329	0.0003	1,713	
				0.001		5,349	0.001		4,648	

SBPの平均値:平成20年国民健康・栄養調査(p.193)

性・年齢階級別人口:国民衛生の動向2011/2012(p.378)

性・年齢階級別循環器疾患死亡率:国民衛生の動向2011/2012(p.390-391)

地域保健健康増進栄養部会（第 3 1 回）、次期国民健康づくり運動プラン策定**専門委員会（第 1 回、第 2 回）での主なご意見**

※○は部会でのご意見

10 年後を見据えた目指す姿について

-国民の支え合い-

- ・ 全ての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会を目指す。

-子ども達を支援する社会-

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

-子育て世代の仕事と家庭のバランス-

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

-高齢化社会に向けて-

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

-地域社会、環境づくり-

- ・ 在宅医療、地域コミュニティの問題も含めてほしい。
- ・ 地域づくりという観点が必要。有効なソーシャルキャピタルの活用を促進。

- ・ 誰もが社会参加でき、健康づくりの資源にアクセスできる社会を目指す。
 - ・ 「健康日本21」には、health environment（環境面）が弱かった。社会環境の課題を明確にすべき。
- 専門家等の役割-
- ・ 病院、介護の現場にいる専門家や臨床家の役割も含めて考え、専門家や臨床家への普及もしていくべき。
- 地域保健医療を理解する医療従事者が地域の中で増えてくる必要がある。

基本的な方向について

-社会環境の改善-

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

-ライフステージに応じた健康寿命の延伸への取組-

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

-健康格差の縮小、健康に関心のない人に対して-

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

-高齢化社会を踏まえて-

- ・ 健康日本21では、一次予防の重視が中心だったが、今回は高齢社会ということもあり、

治療中の方も介護を要している方も、それぞれの段階に応じた健康づくりに取り組める働きかけが必要。

- ・ 一次予防とともに、重症化予防も重視。

-国民への啓発-

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

-その他-

- 世界に向かって、健康国家日本という形で発信することが重要。
- ・ 関係省庁の連携による取組の推進。
- ・ 健康に関連するような環境が地域にどれくらいあるのか、積極的に開示して、それを広報することで、自治体間の競争が生まれ、健康なまちづくりが進むような工夫が必要。
- 今後の健康づくりについても「健康日本21」という名称を引き続き使用することでどうか。
- 次期プランの名称について「健康日本21」を継続することは重要だが、覚えやすく、なじみやすいサブタイトルもあわせて検討してはどうか。

目標について

-個人の目標と社会の目標-

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

-運動の展開を視野に入れた目標の設定-

- ・ 国民に伝え、実現していくために、わかりやすく、実施しやすい目標値にすべき。
- ・ 目標設定をどうたてるのかの「What to do」とこの運動をどう展開するか「How to do」の整理が必要。前者については、エビデンスで整理できる部分もあり、優先順位で選ぶことも可能である。一方、後者については、健康日本21での反省点でもあり、best Practiceとまではいかななくても、good Practiceを、自治体職域の事例から学んで、次期プランでは十分に発信していく必要がある。
- ・ 自治体、地域の本気度が試される時代。自治体が健康施策に総合的に取り組んでいることが客観視できる目標を設定すべき。
- ・ 地域をサポートする体制が必要。

- ・ 継続的にモニタリングが可能なものとするべき。
- ・ 新たに取り組むのではなく、データも含め、既存のものをうまく活用して取り組むことも重要。
- ・ 他の計画との整合性もしっかり図っていくべき。

○ 地域の現状によっては、分野横断的な取組をした方がよいのではないか。

-目標設定の構造や考え方-

- ・ 目標については、政策としてのニーズ、インパクトの大きさからみて、優先順位が高く、今回のプランにおいて重点を置く目標、エビデンスに裏付けられていて、実行可能性のある目標設定が可能なものに絞り込むとよい。
- ・ 健康日本 21 の反省は、指標が非常に多くて、上位の目標とそれを達成するための目標などの整理が不十分だった点があげられるので、指標の相互関係をしっかり整理した方がよい。
- ・ 健康日本 21 では、大きく目指す目標とそれを達成するためにやるべきことの目標について必ずしも論理的な構造の中で整理されていなかったもので、整理する必要がある。
- ・ なるべく客観的な指標を用いるべき、なるべく少ない指標を掲げ、それを達成するための複数の指標があってもよいが、単純化することが重要。
- ・ 健康づくりという観点が抜けないよう、特定の病気に偏らないようにすべき。
- ・ 複数あった指標のなかで関連の高いものは片方を選ぶなどの整理も必要。
- ・ 都道府県や市町村が取り組むことが明確となる、わかりやすい指標として、数値として示すのがよい。
- ・ 疾病予防とリスク低減については、サイエンスでの整理と、実行可能性も含めてのマネジメントは分けて考えることが必要。まずは、サイエンスで整理可能な部分は、その整理を行う。
- ・ 疾病の認知度の向上に加え、性年齢別、地域別にわけて考えてはどうか。
- ・ 専門性、エビデンスに関しては、各分野で様々であるので、一律にすることは難しいため、強弱をつけて目標を設定してはどうか。
- ・ 病気とうまく付き合っていく視点が大事であり、病気であってもそのリスクをどの程度知っているかが課題である。
- ・ 疾患によっては、予防と治療が重なってくる部分があり、その部分をどう扱うかが課題。

○ 数値目標を設定する際は、その数値が信頼でき、かつ妥当であることが必要。

-評価方法-

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

-個別目標について-

- ・喫煙、飲酒、身体活動、体重、野菜・果物不足、塩分・高塩分食の摂取、感染等が日本人の発がんリスク要因としてエビデンスが報告されており、日本人への相対リスク、寄与割合等を踏まえ、がん予防を推進すべき。
 - ・血圧値とコレステロール値の減少が必要。
 - ・食事以外の要因では、20歳からの体重変化や高血圧の既往、喫煙、飲酒等が生活習慣にかかるリスクとして報告されており改善が必要。
- 高血圧の有病率についての定義の仕方を改善すべき。
- ・COPDの原因の90%はタバコ煙によるものであり、喫煙者の20%がCOPDを発症するとされており、喫煙が最大の発症リスクとなっている。
 - ・早期禁煙ほど有効性が高くたばこ消費の20-30年後に遅れて死亡が増加するため、若年者の喫煙率の低減は喫緊の課題。
 - ・COPDのモニタリング、健診、診療、国民認識の向上等が課題。
 - ・喫煙と受動喫煙に関連した疾病、障害、死亡を減少させるために、喫煙率の低下と受動喫煙の防止を達成するための施策等をより一層充実させるとともに、喫煙率の低下と受動喫煙の防止に関わる指標と目標を設定することが重要。
 - ・未成年が出入りする場所での対策が必要。
 - ・多量飲酒の低減と未成年者の飲酒防止は引き続き取り組むべき。
 - ・リスクの少ない飲酒についての知識の普及が必要。
 - ・若年女性の飲酒量の増加が懸念され、女性のアルコール依存症数も増加しており女性の飲酒量の低減が必要。
 - ・成人期の肥満が課題。男性の20歳代から30歳代にかけての体重増加の割合が最も多く、抑制が必要。
 - ・地域格差がみられるため、地域格差に配慮した取組が必要。
 - ・家庭における共食等を通じた子どもの食育の推進が必要。
 - ・食塩摂取量減少、野菜摂取量の増加が重要であり、更なる食塩摂取量の減少のために、消費者の啓発、栄養成分表示等が必要。
 - ・20歳代で栄養素の摂取や行動変容が乏しいことから、この年代への対策が必要。
 - ・ライフステージを踏まえ、幼児・学齢期におけるう蝕予防、成人期における歯周病予防、中高齢期における歯の喪失の防止と口腔機能低下の軽減への取組が重要。
 - ・過去10年の減少が著しい1日の歩数は、一番の課題。
 - ・高い体力を持つことが必要。(例：1日の歩数を概ね1000歩増やす、週1時間の息が弾む運動の実施者を性・年齢を考慮して10%増加させる、体力を1割上げる等)。
 - ・睡眠衛生、自殺者数、ストレスを感じた人等のモニタリングを継続し、「うつ」をターゲットにしては。
 - ・思春期のメンタルヘルスに対する学校、医療機関の対応が必要。
 - ・就業等地域活動をしている高齢者の増加や認知症リスクのあるものの減少、運動器症候群(ロコモティブシンドローム)対策を遂行することが高齢化社会を見据え必要。
 - ・適切な身体運動、食生活の改善の啓発、骨粗鬆症検診率の向上等により、骨粗鬆症、運動

器慢性疼痛（腰痛、膝痛など）等の改善を目指す。

自治体の計画策定や調査、連携等

-自治体の計画策定-

- 国の役割と自治体の役割を明確にすべき。
- 行政の視点だけでなく、実際に暮らしている住民の視点が重視されるべき。

-調査-

- 今後10年を見据えて、10年間どういう調査を行いながら、それを検証していくかを併せた仕組みであるべき。
- 計画の評価の仕組みを都道府県レベルや市町村レベルでどうしていくのか、その評価の仕組みも組み込んだ形の計画を国から提示すべき。
- がん健診受診率の正しい把握に関するシステムづくりをすべき。

-連携-

- 栄養ケアステーションや薬局、ドラッグストアなど、地域で健康づくりに取り組んでいる組織・機関と連携を図るべき。
- 地域の医療、地域の保健に目を向けてもらえるような仕組みづくりが重要。
- 地域における、保健、医療の拠点である保健所をもう一度見直し、自治体とも連携しながら、次期計画の中で、具体的なシステムの在り方を検討すべき。
- 産業保健や学校保健との連携等に加え、一般市民、コミュニティとの連携、NGOやNPO等との連携を図るべきではないか。

平成 24 年 1 月 12 日

「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」改正案（新健康日本 2 1）

骨子（案）

この方針は、我が国における高齢化の進展や疾病構造の変化が進む中で、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージに応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現することができるよう、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的事項を示すもの。

第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- ・生活習慣の改善及び社会環境の改善（NCDリスクの低減等）により、健康寿命の延伸を実現する。
- ・あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差（個人の生活習慣や社会環境の違いにより生じる健康の集団特異的な違いをいう。）の縮小を実現する。

2. 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

- ・一次予防に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状進展などの重症化を予防することも重視する。

3. 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上

- ・高齢期における日常生活の自立を目指し、若年期から年代に応じた身体機能の強化・維持に取り組む。
- ・生活機能や身体機能を高め、将来、生活習慣病に罹患することがないように、子どもの頃からの健康づくりに取り組む。
- ・働く世代のストレス対策等による心の健康づくりに取り組む。

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備

- ・個人が主体的に健康づくりに取り組みやすい社会環境を整備する。
- ・地域や世代間の相互扶助が機能することにより、時間的にゆとりのない者や、健康づくりに関心のない者なども含めて、社会全体として、相互に支え合いながら、健康を守る環境を整備することを重視する。

5. 多様な関係者による連携のとれた効果的な健康増進の取組の推進

- ・地域や職場等における対象者の特性やニーズ等を十分に把握し、環境が健康に及ぼ

す要因を踏まえて、ライフステージや性差に応じた健康づくりに取り組む。

- ・国民の主体的な健康増進の取組を支援するための情報を分かりやすく国民に伝えることができるよう、多様な経路により、きめ細かな情報提供を推進する。
- ・他の関係行政機関、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者が十分に連携をとって国民の健康増進を図る。

第二 国民の健康の増進の目標に関する事項

1. 目標の設定と評価

- ・国民運動を効果的に推進するためには、健康づくりにかかわる多くの関係者が共通の認識として持つ科学的根拠に基づいた、実態把握が可能な具体的目標を設定する必要がある。
- ・国民運動の対象期間を10年間に設定した上で必要な目標を設定する。
- ・国民運動の成果については、運動開始後5年度目を目処に中間評価を行うとともに、対象期間の最終年度に再度評価を行うことにより、その後の健康づくり運動に反映できるようにする。

2. 健康増進を推進するための目標

(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標

- ・健康寿命の延伸
- ・健康格差の縮小（地域別の健康寿命の差の縮小）

(2) 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防に関する目標

①がん

- ・がん検診の受診率の向上、75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少

②循環器疾患

- ・高血圧者の減少、脂質異常者の減少、早世の減少（脳血管疾患、虚血性心疾患）
特定健診・特定保健指導の実施率の向上、メタボ予備群・メタボ該当者の減少

③糖尿病

- ・高血糖者の減少、合併症（糖尿病性腎症による透析患者数）の減少、治療中断者の減少、特定健診・特定保健指導の実施率の向上、メタボ予備群・メタボ該当者の減少

(3) 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

①こころの健康

- ・自殺者の減少、うつ病患者の減少、ストレスを感じた人の割合の減少、メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加

②次世代の健康

- ・健康な生活習慣（食生活、運動、睡眠）を有する子どもの割合の増加
- ・全出生数中の極低出生体重児の割合・全出生数中の低出生体重児の割合の減少

③高齢者の健康

- ・認知機能低下ハイリスク高齢者の発見率の向上、骨粗鬆症者の割合の減少、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加、就業または何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加

（４）健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

- ・地域のつながり強化（居住地域でお互いに助けあっていると思う国民の割合の増加）、健康づくりを目的とした住民組織活動の増加、地域の絆に依拠した健康づくりの場の増加

（５）国民の健康の増進を推進するための生活習慣の改善及び社会環境の改善（NCDリスクの低減等）に関する目標

①栄養・食生活

- ・適正体重を維持している人の増加（肥満、やせの減少）、塩分摂取量の減少、野菜の摂取量の増加、子どもと家族の共食の増加、栄養成分表示を行う食品数の増加

②身体活動・運動

- ・日常生活における歩数の増加、運動習慣者の割合の増加、安全に歩行可能な高齢者の増加、歩道や公園など運動しやすい環境づくりに取り組む自治体の増加

③休養

- ・十分な睡眠の確保、週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少

④喫煙

- ・成人の喫煙率の低下、未成年者の喫煙をなくす、妊娠中の喫煙率、育児期間中の両親の自宅での喫煙率をなくす、受動喫煙（家庭・職場・飲食店）の割合の低下、慢性閉塞性肺疾患（COPD）の知識の普及

⑤飲酒

- ・ハイリスク飲酒者の割合の低減、未成年者の飲酒をなくす、妊娠中の飲酒率をなくす、飲酒による他者への影響と社会的問題の低減

⑥歯の健康

- ・幼児・学齢期のう蝕のある者の減少・地域格差の縮小、学齢期から歯周病を有する者の割合の減少、歯の喪失防止、口腔機能低下の軽減、歯科検診の受診者の増加

第三 都道府県及び市町村の健康増進計画の策定に関する基本的な事項

1. 健康増進計画の目標の設定と評価
 - ・都道府県・市町村の健康増進計画の策定に当たっては、地域の実情を踏まえ独自に到達すべき目標を設定し、定期的に評価及び改定を実施すべき。
2. 計画策定の留意事項
(都道府県、市町村における留意事項を記述)

第四 国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項

1. 調査の実施及び活用
 - ・国は、健康の増進を推進するための目標を評価するため、効率的に国民健康・栄養調査等の企画を行い、実施する。
 - ・国、地方公共団体、独立行政法人等は、国民健康・栄養調査、健康診査、保健指導、診療報酬明細書その他の各種統計等の情報等を基に、個人情報保護に留意しつつ、現状分析を行うとともに、健康増進に関する施策の評価の際に十分活用する。
2. 研究の推進
 - ・国、地方公共団体は、国民の生活習慣と生活習慣病の相関関係等に関する研究を推進し、研究結果に関して的確かつ十分な情報の提供を行う。

第五 健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項

- ・各保健事業者が質の高い保健サービスを効果的かつ継続的に提供し、転居、転職、退職等にも適切に対応し得るよう、保健事業の実施に当たって、既存の組織の有効活用のほか、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、保健事業者相互の連携の促進を図る。

第六 食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項

1. 基本的な考え方
 - ・情報提供は多様な経路を活用し、かつ、その内容は科学的知見に基づき分かりやすく、取組に結び付きやすいものとなるよう工夫する。
2. 普及月間
 - ・9月を健康増進普及月間とし、広報を推進する。あわせて、食生活改善普及運動も9月に実施する。

第七 その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

- (国民の健康の増進の推進体制、民間事業者等との連携などを記述)

(参考)

基本的な方向 目 標

①健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現 全体目標 □健康寿命(日常生活に支障のない期間、自分が健康であると自覚している期間)の延伸 □健康格差の縮小(地域別の健康寿命の差の縮小)

②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

Table with 6 columns: がん, 循環器疾患, 糖尿病, 栄養・食生活, 身体活動・運動, 休養, 喫煙, 飲酒, 歯の健康. Includes sub-headers like '生活習慣の改善・社会環境の改善(NCDリスクの低減等)'.

③社会生活を営むために必要な機能の維持・向上

Table with 3 rows: こころの健康, 次世代の健康, 高齢者の健康. Includes sub-headers like '社会生活に必要な機能の維持・向上'.

④健康を支え、守るための社会環境の整備

Table with 1 row: 社会の絆の向上等. Includes sub-headers like '社会の絆の向上等'.

⑤多様な分野における連携

次期国民健康づくり運動プランの「基本的な方向」について(案)

現行の「健康日本21」と課題

(目的)

- 壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を目的として健康づくりを推進。

<課題> 非正規雇用の増加など雇用基盤の変化、家族形態・地域の変化等がある中で、今後、健康における地域格差縮小の実現が重要。

(一次予防の重視)

- 健康を増進し発病を予防する一次予防を重視。

<課題> 今後は、高齢化社会の中で、重症化を予防する観点や、年代に応じた健康づくりを行うことにより社会生活機能を維持する観点が重要。

(健康増進支援のための環境整備)

- 健康づくりに取り組もうとする個人を社会全体で支援していくことを重視。

<課題> 今後は、健康の意識はありながら生活に追われて健康が守れない者や、健康に関心が持てない者も含めた対策も必要。

(多様な分野における連携)

次期国民健康づくり運動プラン

(健康寿命の延伸と健康格差の縮小)

- 「健康寿命の延伸」に加えて、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築し、「**健康格差の縮小**」を実現することを「基本的方向」に明記。

(生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底)

- 引き続き一次予防に重点を置くとともに、合併症の発症や症状進展などの**重症化予防**を重視。

(社会生活を営むために必要な機能の維持・向上)

- 高齢期における日常生活の自立を目指した身体機能の強化・維持、**子どもの頃からの健康づくり**、働く世代の**こころの健康対策**等を推進。

(健康を支え、守るための社会環境の整備)

- **時間的にゆとりのない者や、健康づくりに無関心な者も含め**、社会全体として相互に支え合いながら健康を守る環境を整備することを重視。

(多様な分野における連携)

- ※引き続き重点的に推進
〔住民活動、NPO活動、産業界との連携などポピュレーションアプローチの進化〕

次期国民健康づくり運動プランの「目標」について(案)

現行の「健康日本21」

- 9分野79項目(再掲除き59項目)にわたる目標項目を設定。
- 具体的な目標項目は局長通知で規定。

(目標の分野)

- ① 栄養・食生活
- ② 身体活動・運動
- ③ 休養・こころの健康づくり
- ④ たばこ
- ⑤ アルコール
- ⑥ 歯の健康
- ⑦ 糖尿病
- ⑧ 循環器病
- ⑨ がん

次期国民健康づくり運動プラン

- 5つの基本的な方向(案)に対応させる形で指標の相互関係を整理し、49項目(一部調整中)にわたる目標項目を設定。
- 実効性を持たせるため、目標項目を大臣告示に格上げ。

(基本的方向に対応させた目標)

- ① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小に関する目標
- ② 生活習慣病の発症予防と重症化予防に関する目標
※ がん、循環器疾患、糖尿病に区分して設定
- ③ 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標
※ こころ、次世代、高齢者の健康に区分して設定
- ④ 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標
- ⑤ 国民の健康の増進を推進するための生活習慣の改善及び社会環境の整備(NCDリスクの低減等)に関する目標
※ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒、歯の健康に区分して設定

<新規の目標項目例>

(1) 新たな課題に対応した目標

(例:ロコモティブシンドローム(運動器症候群)、慢性閉塞性肺疾患(COPD)の知識の普及 等)

(2) 健康格差の縮小、社会環境の整備に関する目標

(例:地域別の健康寿命の差の縮小、健康づくりを目的とした住民組織活動の増加、週労働時間60時間以上の雇用者減少等)

次期「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」(案) 対比表

現行	改正案
<p>はじめに 目的</p> <p>第一 国民の健康の増進に関する基本的な方向</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 一次予防の重視 2. 健康増進の支援のための環境整備 <ol style="list-style-type: none"> 1) 社会全体による支援 2) 休日及び休暇の活用の促進 3. 目標の設定と評価 4. 多様な関係者による連携のとれた取組の増進 <ol style="list-style-type: none"> 1) 多様な経路による情報提供 2) ライフステージや性差に応じた取組 3) 多様な分野における連携 <p>第二 国民の健康の増進の目標に関する事項</p> <p>第三 都道府県及び市町村の健康増進計画の策定</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健康増進計画の目標設定 2. 計画策定に当たっての留意事項 <ol style="list-style-type: none"> 1) 都道府県の役割 2) 他の都道府県計画との調和 3) 他の市町村計画との調和 4) 計画の評価 5) 住民参加 <p>第四 調査研究</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 様々な調査の活用 2. 研究の推進 <p>第五 健康増進事業実施者間における連携及び協力</p> <p>第六 知識の普及</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 基本的考え 2. 健康増進普及月間 <p>第七 その他</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 推進体制整備 2. 民間事業者等との連携 3. 健康増進を担う人材 	<p>はじめに 目的</p> <p>第一 国民の健康の増進に関する基本的な方向</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>健康寿命の延伸と健康格差の縮小</u> 2. <u>生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底</u> 3. <u>社会生活を営むために必要な機能の維持・向上</u> 4. <u>健康を支え、守るための社会環境の整備</u> 5. 多様な関係者による連携のとれた取組の増進 <ol style="list-style-type: none"> 1) 多様な経路による情報提供 2) ライフステージや性差に応じた取組 3) 多様な分野における連携 <p>第二 国民の健康の増進の目標に関する事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>目標の設定と評価</u> 2. <u>健康増進を推進するための目標</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標</u> 2) <u>生活習慣病の発症予防と重症化予防に関する目標</u> <ol style="list-style-type: none"> ①がん、②循環器疾患、③糖尿病 3) <u>社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標</u> <ol style="list-style-type: none"> ①こころの健康、②次世代の健康、③高齢者の健康 4) <u>健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標</u> 5) <u>その他国民の健康増進を推進するための生活習慣の改善及び社会環境の改善に関する目標</u> <ol style="list-style-type: none"> ①栄養・食生活、②身体活動・運動、③休養、④喫煙、⑤飲酒、⑥歯の健康 <p>第三 都道府県及び市町村の健康増進計画の策定</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健康増進計画の目標設定 2. 計画策定に当たっての留意事項 <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>都道府県・市町村の役割</u> 2) <u>他の都道府県計画との調和</u> 3) <u>他の市町村計画との調和</u> 4) 計画の評価 5) 住民参加 <p>第四 調査研究</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 様々な調査の活用 2. 研究の推進 <p>第五 健康増進事業実施者間における連携及び協力</p> <p>第六 知識の普及</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 基本的考え 2. <u>健康増進普及月間(食生活改善普及運動を含む)</u> <p>第七 その他</p>

(下線：現行からの改正点)

○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

(平成十五年四月三十日)

(厚生労働省告示第百九十五号)

健康増進法(平成十四年法律第百三号)第七条第一項の規定に基づき、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を次のように定めたので、同条第四項の規定により公表する。

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

この方針は、二十一世紀の我が国を、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命(認知症又は寝たきりにならない状態で生活できる期間をいう。)の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的として、国民の健康(心身の健康)の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を示すものである。

第一 国民の健康の増進の推進の基本的な方向

一 一次予防の重視

我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化に伴い、二十一世紀の我が国をすべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするために、従来の疾病対策の中心であった二次予防(健康診査等による疾病の早期発見及び早期治療をいう。)や三次予防(疾病が発症した後、必要な治療を受け、機能の維持及び回復を図ることをいう。)にとどまることなく、一次予防(生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等を予防することをいう。)に重点を置いた対策を推進する。

二 健康増進の支援のための環境整備

1 社会全体による支援

健康の実現は、元来、個人が主体的に取り組むべき課題であるが、家庭、地域、職場等を含めた社会全体としても、その取組を支援していくことが重要である。このため、行政のみならず、広く国民の健康増進を支援する民間団体等の積極的な参加協力を得ながら、国民が主体的に行うことのできる健康増進の取組を総合的に推進していくことが必要である。

2 休日及び休暇の活用の促進

健康づくりに向けた休日や休暇の活用は重要であり、その過ごし方は個人の自由な選択に基づくものであることを前提としつつ、個人が休日又は休暇において運動を行う等の積極的に健康づくりを図ろうとする活動の支援や、健康づくりのために取得する休暇(健康休暇)の普及促進等を図るための環境整備を行うことが必要である。

三 目標の設定と評価

健康増進の取組を効果的に推進するためには、多くの関係者が情報を共有しながら、現状及び課題について共通の認識を持った上で、課題を選択し、科学的根拠に基づく具体的目標を設定する必要がある。また、目標に到達するための諸活動の成果を適切

に評価して、その後の健康増進の取組に反映できるようにする必要がある。

四 多様な関係者による連携のとれた効果的な健康増進の取組の推進

1 多様な経路による情報提供

健康増進は、最終的には、国民一人一人の意識と行動の変容にかかっていることから、国民の主体的な健康増進の取組を支援するためには、国民に対する十分かつ的確な情報提供が重要である。このため、各種の情報伝達手段や保健事業における健康相談、健康教育等の多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細かな情報提供を推進する必要がある。

2 ライフステージや性差等に応じた健康増進の取組の推進

地域、職場等を通じた国民全体に対する働きかけと生活習慣病を発病する危険度の高い集団への働きかけとを適切に組み合わせること等により、対象者の特性やニーズ等を十分に把握し、ライフステージ(乳幼児期、中年期等の人の生涯における各段階をいう。)や性差に応じた健康課題に対して配慮しつつ、乳幼児期からの健康増進の取組を効果的に推進することが重要である。特に、思春期は、不登校、引きこもり、思春期やせ症をはじめとした課題があることに留意する必要がある。また、女性の生涯にわたる健康についても、性差に着目した対策が講じられるよう配慮すべきである。

3 多様な分野における連携

健康増進の取組を進めるに当たっては、健康づくり対策、母子保健、精神保健、介護予防及び産業保健の各分野における対策並びに医療保険の保険者が実施する対策を含めた厚生労働行政分野における健康増進に関する対策(食育の推進を含む。)のみならず、学校保健対策、ウォーキングロード(遊歩道等の人の歩行の用に供する道をいう。)の整備などのまちづくり対策、森林等の豊かな自然環境の利用促進対策、総合型地域スポーツクラブの活用などの生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、関係行政分野、関係行政機関等と十分に連携をとって国民の健康増進を図っていく必要がある。

また、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る必要がある。

第二 国民の健康の増進の目標に関する事項

国は、健康増進について全国的な目標を設定し、広く関係者等に対してその目標を周知するとともに、継続的に健康指標の推移等の調査及び分析を行い、その結果に関する情報を還元することにより、関係者をはじめ広く国民一般の意識の向上及び自主的な取組を支援するものである。

地方公共団体においては、全国的な健康増進の目標を参考に、それぞれの実情に応じて、関係者間で共有されるべき目標を設定する必要がある。

また、地域、職場、学校、個人等においても、これらの目標を参考としつつ、地域等の実情に応じて目標を設定し、そのための計画を策定することが望まれる。

第三 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項

一 健康増進計画の目標設定

都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画(以下「健康増進計画」という。)の策定に当たっては、地方公共団体は、地域住民の健康に関する各種指標の状況や地域の社会資源等の地域の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定すべきである。特に、都道府県においては、全国的な健康増進の目標のうち、代表的なものについて、地域の実情を踏まえた住民に分かりやすい目標を提示する必要がある。具体的には、糖尿病等の有病者・予備群の増加という課題に対し、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者・予備群の減少率や、健康診査及び保健指導の実施率並びに食生活、運動及び喫煙等に関する目標の設定が必要である。また、市町村においては、国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な各種の施策、事業、基盤整備等に関する目標に重点を置いて設定することも考えられる。

二 計画策定に当たって留意すべき事項

健康増進計画の策定に当たっては、次のような事項に留意する必要がある。

- 1 都道府県は、市町村、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等の一体的な取組を推進する観点から、健康増進計画の策定及びこれらの関係者の連携の強化について中心的な役割を果たすこと。このため、都道府県は、都道府県単位で健康増進事業実施者、医療機関その他の関係機関等から構成される地域・職域連携推進協議会等を設置・活用し、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協議を行い、健康増進計画に反映させること。なお、都道府県が地域・職域連携推進協議会等を設置・活用するに当たっては、都道府県労働局に参加を要請するなど、連携を図ること。

また、保健所は、関係機関との連携のもと、地域保健の広域的、専門的かつ技術的拠点として、地域の実情に応じ、市町村における計画策定の支援を行うこと。

- 2 都道府県が策定する医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第三十条の四第一項に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)第九条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第一百八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画、がん対策基本法(平成十八年法律第九十八号)第十一条第一項に規定する都道府県がん対策推進計画等の都道府県健康増進計画と関連する計画との調和に配慮し、都道府県が中心となって策定すること。
- 3 市町村において、市町村健康増進計画を策定するに当たっては、事業の効率的な実施を図る観点から、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律第十九条第一項に規定する特定健康診査等実施計画と市町村健康増進計画を一体的

に策定するなど、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図るとともに、市町村が策定する介護保険法第百十七条第一項に規定する市町村介護保険事業計画等の市町村健康増進計画と関連する計画との調和を図るよう留意すること。

4 市町村は、健康増進法第十七条及び第十九条の二に基づき実施する健康増進事業について、市町村健康増進計画において位置付けるよう留意すること。

5 都道府県及び市町村は、一定の期間ごとに、計画の評価及び改定を行い、継続的な取組に結びつけること。評価に当たっては、都道府県又は市町村自らによる取組だけでなく、管内の医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等における取組の進捗状況や目標の達成状況について評価し、その後の取組等に反映するよう留意すること。

6 都道府県及び市町村は、健康増進計画の策定、実施及び評価の全ての過程において、住民が主体的に参加し、その意見を積極的に反映するよう留意すること。

第四 国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項

一 健康増進に関する施策を実施する際の調査の活用

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査や都道府県健康・栄養調査、健康診査、保健指導、地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計、診療報酬明細書(レセプト)の情報その他の収集した情報等を基に、個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十七号)、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十八号)、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十九号)、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律第十一条第一項の趣旨を踏まえて制定される条例等を遵守しつつ、現状分析を行うとともに、健康増進に関する施策の評価の際に、各種調査の結果等を十分活用するなどにより、科学的な根拠に基づいた健康増進に関する施策を効率的に実施していくことが重要である。

二 健康の増進に関する研究の推進

国及び地方公共団体においては、国民の生活習慣と生活習慣病との相関関係等に関する研究を、個人情報の取扱いに十分留意しつつ、推進し、研究結果に關して的確かつ十分な情報の提供を行うことにより、個人の効果的な健康増進の支援を行っていくことが必要である。

第五 健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項

各保健事業者が質の高い保健サービスを効果的かつ継続的に提供し、さらに、転居、転職、退職等にも適切に対応し得るよう、保健事業の実施に当たって、既存の組織の有効活用のほか、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、共同事業の実施等保健事業

者相互の連携の促進を図ることが必要である。

なお、健康診査の実施等に係る健康増進事業実施者間の連携については、これらによるほか、健康増進法第九条に基づく健康診査の実施等に関する指針の定めるところによる。

第六 食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項

一 基本的考え方

マスメディアを通じた広報やインターネットによる情報の提供、ボランティアによる情報の提供、産業界と連携した健康増進に関連するサービス提供の際の情報の提供等多様な経路を活用するとともに、対象集団の特性に応じた効果的な働きかけを、複数の方法を組み合わせて行っていくことが重要である。また、情報提供の内容は、科学的知見に基づいたものであるとともに、分かり易く、取組に結びつきやすいものとなるよう工夫する必要がある。さらに、国等は、生活習慣の各分野に関し、指針の策定、普及等に取り組む必要がある。

二 健康増進普及月間

九月を健康増進普及月間とし、国民一人一人の自覚を高め、健康増進の取組を一層促進するよう健康日本二十一全国大会を実施するなどの広報を行うこととする。

第七 その他国民の健康の増進に関する重要事項

一 国民の健康増進の推進体制整備

医療保険者、医療機関、市町村保健センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等の広く健康増進に係る機関及び団体等が、調整のとれた国民の健康増進のための取組を継続的に実施していくために、これらの機関等から構成される中核的な推進組織が設置され、効果的な運用が図られることが望ましい。

また、国は、地方公共団体が健康増進計画の策定等を行う際に、各種統計資料等のデータベースの作成や分析手法の提示等の技術的援助を行い、都道府県も市町村に対し同様の技術的援助を行うことが必要である。

二 民間事業者等との連携

国及び地方公共団体は、有酸素運動や温泉利用を安全かつ適切に行うことのできる健康増進施設及び医療機関、労働者の健康管理等に係る業務についての相談、情報提供等を行う地域産業保健センターその他民間事業者等と一層の連携を図り、健康増進の取組を推進する必要がある。

三 健康増進を担う人材

地方公共団体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、喫煙、飲酒、歯の健康等の生活習慣全般についての保健指導及び住民からの相談を担当する。

国及び地方公共団体は、健康増進に関する施策を推進するための保健師、管理栄養士等の確保及び資質の向上、健康スポーツ医や健康づくりのための運動指導者との連携、食生活改善推進員、禁煙推進員等のボランティア組織や健康づくりのための自助グループの支援等に努める必要がある。

このため、これらの人材について、国において総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図るとともに、都道府県において市町村、医療保険者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体等と連携し、地方公共団体の職員だけでなく、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく研修の充実を図ることが必要である。

また、地域保健担当者、学校保健担当者等は、国民の健康増進のために相互に連携に努める必要がある。

改正文（平成一九年九月三日厚生労働省告示第二九三号）抄
平成二十年四月一日から適用することとしたので、同条第四項の規定により公表する。

等の関係者が相互に連携を図りながら協力するよう努める。

2 国民の健康の増進の目標に関する事項

国は、全国的な目標を設定し、関係者等に普及する。

地方公共団体は、それぞれの実情に応じた関係者間で共有されるべき目標を設定する。地域、職場、学校、個人においても、目標を設定することが望まれる。

3 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項

(1) 健康増進計画の目標設定

都道府県、市町村の計画は、地域の実情等に応じ、独自の課題を設定すること等により作成する。

都道府県は、国が設定した代表目標項目について、参酌標準を踏まえて目標設定する必要がある。

市町村は施策、事業の目標に重点を置く方法もある。

(2) 計画策定に当たって留意すべき事項

地域・職域連携推進協議会等を活用し、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協議を行い、計画に反映させること。

都道府県は、医療計画、都道府県医療費適正化計画、都道府県介護保険事業支援計画、都道府県がん対策推進計画等との調和について配慮すること。

市町村は、医療保険者として策定する特定健康診査等実施計画と一体的に策定するなど医療保険者として行う保健事業との連携を図るとともに、市町村介護保険事業計画等と調和を図り、さらに、健康増進法に基づき市町村が実施する健康増進事業を計画に位置付けるよう留意すること。

都道府県、市町村、管内の医療保険者、産業保険関係者等の取組状況や目標達成状況について周期的に評価を実施し、その後の取組等に反映するよう留意すること。

計画策定に当たり、保健所は専門的かつ技術的拠点としての役割を果たすこと。

計画策定について、住民が主体的に参加し、その意見を積極的に反映するよう留意すること。

4 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

(1) 健康増進施策実施の際の調査の活用

国民健康・栄養調査その他各種統計情報や診療報酬明細書（レセプト）の情報等を活用して、個人情報保護に関する法律等を遵守し、科学的根拠に基づく健康増進施策を効率的に実施する。

(2) 健康の増進に関する研究の推進

国民の生活習慣と生活習慣病との相関関係等に関する研究等を推進する。

5 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

生涯を通じた健康増進のために、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、保健事業実施に当たっての共同事業を行うなど、健康増進事業実施者間において連携の促進を図る。

健康診査の精度管理、健康診査のデータの本人への通知や健康手帳のあり方等を定める健康増進法第9条の健診指針については、別途定めているとおりである。

6 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

(1) 基本的考え方

インターネット、ボランティアによる情報の提供等の多様な方法により普及啓発を行う。

(2) 健康増進普及月間

9月を健康増進普及月間とし、健康日本21全国大会を実施する。

7 その他国民の健康の増進に関する重要事項

(1) 国民の健康増進の推進体制整備

医療保険者、医療機関、市町村保健センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等の幅広い関係者により構成される推進体制を整備する。

地方公共団体に対し、データベースの作成や分析手法の提示等、国は技術的援助を行う。

(2) 民間事業者等との連携

健康関連企業、有酸素運動や温泉利用のできる健康増進施設及び医療機関、地域産業保健センター、給食関連事業者並びに一般公衆浴場等民間事業者等と連携を図る。

(3) 健康増進を担う人材

地方公共団体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、生活習慣全般についての住民からの相談及び保健指導を担当する。管理栄養士及び栄養士は、特に、栄養改善に関する事項につき、住民からの相談に応じ、必要な栄養指導を行う。

国及び地方公共団体は、保健師、管理栄養士等の確保及び資質の向上、日本医師会認定健康スポーツ医、健康づくりのための運動指導者、日本栄養士会及び日本メディカル給食協会の管理栄養士等との連携、日本食生活協会の食生活改善推進員、禁煙推進員、ヘルスサポーター等のボランティア組織の支援等に努める。

国は、総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図る。

都道府県は、関係者と連携し、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく内容の研修の充実を図る。

第2 基本方針と健康日本21の関係について

基本方針は、21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の内容を踏まえつつ、国民の健康づくりの理念となる基本的事項を記述したものである。一方、健康日本21は、基本方針の理念に基づく、目標期間、目標数値を有する具体的な計画として位置づけられる。今後の健康日本21の推進については別添のとおりとする。

21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の推進について

我が国の平均寿命は、戦後、国民の生活環境が改善し、医学が進歩したことによって、急速に延伸したため、我が国はいまや世界有数の長寿国となっている。しかし、人口の急速な高齢化とともに、生活習慣病及びこれに起因して認知症、寝たきり等の要介護状態等になる者の増加等は深刻な社会問題となっている。

このような人口の高齢化及び疾病構造の変化を勘案すれば、21世紀の我が国を、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするためには、従来の疾病予防の中心であった「二次予防」（健康診査等による早期発見・早期治療）や「三次予防」（疾病が発症した後、必要な治療を受け、機能の維持・回復を図ること）に留まることなく、「一次予防」（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等を予防すること）に重点を置いた対策を強力に推進して、壮年期死亡の減少及び健康で自立して暮らすことができる期間（以下「健康寿命」という。）の延伸等を図っていくことが極めて重要である。

厚生省では、昭和53年からの第1次国民健康づくり対策及び昭和63年からの第2次国民健康づくり対策の一環として、老人健康診査体制の確立、市町村保健センター等の整備、健康運動指導士の養成等の国民の健康づくりのための基盤整備等を推進してきた。また、これらの健康づくり運動の実績や国内外における公衆衛生活動の成果を踏まえ、21世紀における我が国の健康寿命の延伸等のための計画づくりについて検討するため、平成10年11月、公衆衛生審議会の了承を得て、多数の有識者や専門家からなる「健康日本21企画検討会」及び「健康日本21計画策定検討会」を設置し、約1年半にわたって精力的に検討を進め、その成果が「健康日本21企画検討会・計画策定検討会報告書」としてまとめられた。これを踏まえ、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の推進について」（平成12年3月31日付厚生省発健医第115号事務次官通知）において、第3次の国民健康づくり対策として、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善等に関する課題を選定した。また、それらの課題に対して、2010年度までを目途とした目標等を提示する「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を定めるとともに、行政のみならず、広く国民の健康づくりを支援する民間団体等の積極的な参加協力を得ながら、国民が主体的に取り組める健康づくり運動を総合的に推進していくこととした。

また、平成15年には、健康増進法（平成14法律第103号）の成立に伴い、同法第7条に基づく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を定め、これに基づき「健康日本21」を改正したが、今般、健康日本21中間評価報告書（平成19年4月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会）を踏まえ、「健康日本21」を下記のとおりとしたところである。

各都道府県、政令市及び特別区におかれては、本運動の趣旨を御理解いただき、本運動が効果的に推進されることが期待されるものである。

記

「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」

第一 趣 旨

健康を実現することは、元来、個人の健康観に基づき、一人一人が主体的に取り組む課題であるが、個人による健康の実現には、こうした個人の力と併せて、社会全体としても、個人の主体的な健康づくりを支援していくことが不可欠である。

そこで、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」（以下「運動」という。）では、健康寿命の延伸等を実現するために、2010年度等を目途とした具体的な目標等を提示すること等により、健康に関連する全ての関係機関・団体等をはじめとして、国民が一体となった健康づくり運動を総合的かつ効果的に推進し、国民各層の自由な意思決定に基づく健康づくりに関する意識の向上及び取組を促そうとするものである。

第二 基本的な方向

1 目的

21世紀の我が国を、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的とする。

2 期間

運動の期間は、2012年度までとする。

運動の評価は、2005年度を目途に中間評価を行うとともに、2010年度から最終評価を行い、その評価を2013年度以降の運動の推進に反映させる。

なお、2010年度以降の最終評価期間中においても本通知に掲げる目標により、運動を推進する。

3 基本方針

(1) 一次予防の重視

人口の高齢化の進展に伴い、疾病の治療や介護に係る社会的負担が過大となることが予想されているので、従来の疾病対策の中心であった二次予防や三次予防にとどまることなく、一次予防に一層の重点を置いた対策を推進する。

(2) 健康づくり支援のための環境整備

① 社会全体による支援

運動の目的を達成するためには、生活習慣を改善し、健康づくりに取り組もうとする個人を家庭、地域、職場等を含めた社会全体として支援していく環境を整備することが不可欠である。このため、行政機関をはじめ、医療保険者、医療機関、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等の健康に関わる様々な関係者がそれぞれの特性を生かしつつ連携することにより、個人が健康づくりに取り組むための環境を整備し、個人の健康づくりを総合的に支援する。

② 休日、休暇の活用の促進

休日や休暇の健康づくりに対する活用は、重要であり、個人が休日、休暇において、運動を行う等の積極的に健康づくりを図ろうとする活動の支援や、健康づくりのための年次有給休暇の取得促進、長期休暇制度の普及促進等を図るための環境整備を行うことが必要である。

(3) 目標の設定と評価

運動を効果的に推進するためには、健康づくりに関わる多くの関係者が健康状態等に関する情報を共有しながら、現状及び課題について共通の認識を持った上で、重要な課題を選択し、科学的根拠に基づいて、取り組むべき具体的な目標を設定する必要がある。また、目標に到達するための具体的な諸活動の成果を適切に評価して、その後の健康づくり運動に反映できるようにする必要がある。

(4) 多様な関係者による連携のとれた効果的な運動の推進

① 多様な経路による情報提供

個人による選択を基本とした、生活習慣の改善等の国民の主体的な健康づくりを支援するためには、国民に対する十分かつ的確な情報提供が重要である。このため、マスメディア等による広範な情報伝達手段や保健事業における健康相談、健康教育等の、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細かな情報提供を推進する必要がある。

② ライフステージや性差等に応じた健康増進の取組の推進

また、地域、職場等を通じた国民全体に対する働きかけと生活習慣病を発症する危険度の高い集団への働きかけとを適切に組み合わせること等により、対象者の特性やニーズ等を十分に把握しながら、運動を効果的に推進することに配慮することが重要である。この場合、ライフステージや性差に応じた健康課題に対して配慮が必要である。例えば、思春期は、不登校、引きこもり、思春期やせ症をはじめとした課題があることに留意する必要がある。また、女性の生涯にわたる健康についても、性差に着目した対策が講じられるよう配慮が必要である。

③ 多様な分野における連携

健康増進の取組を進めるに当たっては、健康づくり対策（健康日本21）、母子保健分野における対策（健やか親子21）、精神保健分野における対策、介護予防における対策及び産業保健分野における対策、医療保険の保険者が実施する対策を含めた厚生労働行政分野における健康増進対策（食育の推進を含む。）のみならず、学校保健対策、ウォーキングロードの整備などまちづくり対策、森林等の豊かな自然環境の利用促進対策、総合型地域スポーツクラブの活用などの生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、関係行政分野、関係行政機関等と十分に連携をとって国民の健康の増進を図っていく必要がある。

また、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る必要がある。

第三 目標等について

1 性格

運動の目標等は別表1に記載されたものであり、このうち代表目標項目は別表2に記載されたものである。これは健康日本21企画検討会・計画策定検討会、地方公聴会、地方シンポジ

ウム等における広範な議論の中で、多数の専門家及び関係者が情報を共有するとともに、現状及び課題について共通の認識を得る過程を経て提示された指標とその評価の目安である。

国は広く関係者等に対して目標等を普及するとともに、継続的に健康指標の推移等を調査、分析し、その結果に関する情報を還元することにより、関係者をはじめ広く国民一般の自由な意思決定に基づいた意識の向上及び自主的な取組を支援するものである。

運動の目標等は、全国レベルのものであるので、地方公共団体等のそれぞれの運動の実施主体においては、運動の目標等を参考に、それぞれの実情に応じて、関係者間で共有されるべき目標が設定されるべきである。

なお、地域、職場、学校、個人等の健康づくりの目標は、上記の目標等を参考としつつ、地域等の実情に応じて、生活上の創意工夫をこらして、個別具体的に設定すべきものである。

2 設定の考え方

(1) 栄養・食生活

栄養・食生活は、多くの生活習慣病との関連が深く、また、生活の質との関連も深いことから、健康・栄養状態の改善を図るとともに、人々が良好な食生活を実現するための個人の行動変容、及び「食育」等により個人の行動変容を支援する環境の確保が必要である。

目標は、適正な栄養状態、栄養素（食物）の摂取、適正な栄養素（食物）の摂取のための個人の行動及び個人の行動を支援するための環境づくりについて設定する。

(2) 身体活動・運動

身体活動・運動には、生活習慣病の発生を予防する効果があり、健康づくりの重要な要素であることから、国民の身体活動・運動に対する意識を高め、日常の活動性及び運動習慣を持つ者の割合を増加させるとともに、これらの活動を行うことができる環境づくりを行う必要がある。

目標は、日常の生活における身体活動に対する意識、運動習慣等について、成人及び高齢者に分けて設定する。

(3) 休養・こころの健康づくり

こころの健康は、生活の質を大きく左右する要素である。身体及びこころの健康を保つための三要素は、適度な「運動」、バランスの取れた「栄養・食生活」、心身の疲労回復と充実した人生を目指す「休養」とされている。さらに、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっている。

目標は、ストレスの低減、睡眠の確保及び自殺者の減少について設定する。

(4) たばこ

たばこは、がんや循環器病など多くの疾患と関連があるほか、妊娠に関連した異常の危険因子である。また、厚生科学審議会の「今後のたばこ対策の基本的考え方について」（平成14年12月25日意見具申）においては、「国民の健康増進の観点から、今後、たばこ対策に一層取り組むことにより、喫煙率を引き下げ、たばこの消費を抑制し、国民の健康に与える悪影響を低減させていくことが必要である。」と指摘されている。

目標は、たばこの健康影響についての十分な知識の普及、未成年者の喫煙防止（防煙）、受動喫煙の害を排除し、減少させるための環境づくり（分煙）、禁煙希望者に対する禁煙支援について設定する。

(5) アルコール

アルコールは、慢性影響としての臓器障害等の健康に対する大きな影響を与えるものである。近年、成人の飲酒による健康影響の問題のみならず、未成年者による飲酒が問題となっており、また、アルコールに関連した問題は、健康に限らず交通事故等社会的な問題にも影響するものである。

目標は、多量飲酒者の減少、未成年者の飲酒防止及び節度ある適度な飲酒についての知識の普及について設定する。

(6) 歯の健康

歯の健康は、食物の咀嚼のほか、食事や会話を楽しむ等による、生活の質を確保するための基礎となる重要な要素である。歯科保健の分野では、生涯にわたり自分の歯を20歯以上保つことにより健全な咀嚼能力を維持し、健やかで楽しい生活をすごそうという8020（ハチマル・ニイマル）運動が推進されており、この実現に向けた歯及び口腔の健康増進の推進が必要である。

目標は、歯の喪失防止と歯の喪失の原因となるう蝕及び歯周病の予防について設定する。

(7) 糖尿病

我が国の糖尿病患者数は、生活習慣と社会の変化に伴って、急速に増加している。糖尿病は自覚症状がないことが多く、また、放置すると重大な合併症を引き起こすことが多いことから、生活の質の低下等を招いている。この疾患の対策としては、発症の予防、早期発見、合併症の予防が重要である。

目標は、糖尿病の一次予防の推進を図る観点から、生活習慣の改善、糖尿病有病者の早期発見及び治療の継続について設定する。あわせて、生活習慣の改善が糖尿病有病者の減少に及ぼす影響について推計する。

(8) 循環器病

脳血管疾患と虚血性心疾患を含む循環器病は我が国の主要な死亡原因の一つであるが、これらの後遺症のために、本人の生活の質の低下を招く大きな原因となっている。特に脳卒中は、寝たきり・認知症の主要な要因となっており、循環器病の死亡率及び罹患率の改善が必要である。

目標は、循環器病の一次予防の観点から、生活習慣の改善及び循環器病の早期発見について設定する。あわせて、生活習慣の改善が循環器病による死亡率等の減少に及ぼす影響について推計する。

(9) がん

がんは、現在、我が国最大の死亡原因であるが、これに対応するために、生活習慣の改善による予防のための取組が重要である。また、がんの診断・治療技術も進歩してきており、検診による早期発見・早期治療により、死亡者数の低下も期待される。なお、厚生労働省においては、数次にわたり対がん対策が実施されているところである。

目標は、がんの一次予防の推進を図る観点から、生活習慣の改善、がんの検診の受診者等について設定する。

第四 地域等における健康づくり運動の推進について

1 計画の策定

運動を効果的に推進するために、各地域等において、住民、健康に関連する多様な関係機関及び関係団体等の参加を得て、計画策定委員会等を設置する等により、地域等の実情に応じた

都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画（以下「地方計画」という。）が策定される必要がある。特に、都道府県においては、全国的な目標のうち、代表的なものについて、地域の実情を踏まえた住民にわかりやすい目標を提示する必要がある。具体的には、糖尿病等の有病者・予備群の増加という課題に対し、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の減少率や、健診・保健指導の実施率並びに食生活、運動及び喫煙等に関する目標の設定が必要である。

さらに、都道府県は、市町村、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等の一体的な取組を推進する観点から、都道府県単位で健康増進事業実施者、医療機関その他の関係機関等から構成される地域・職域連携推進協議会等を設置・活用し、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協議を行い、地方計画の策定及びこれらの関係者との連携の強化について、中心的な役割を果たす必要がある。なお、都道府県が地域・職域連携推進協議会等を設置・活用するに当たっては、都道府県労働局に参加を要請するなど、連携を図る必要がある。また、保健所は、関係機関との連携を図り、地域保健の専門的かつ技術的拠点として、かつ市町村における計画策定の支援を行う必要がある。

また、都道府県において計画を策定する際には、健康増進が疾病予防・介護予防の鍵であることを踏まえ、関係機関との連携の下、都道府県が策定する医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第9条第1項に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する介護保険事業支援計画、がん対策基本法（平成18年法律第98号）第11条第1項に規定する都道府県がん対策推進計画等との調和に配慮し、都道府県が中心となって策定すること。また、市町村において計画を策定する際には、事業の効率的な実施を図る観点から、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律第19条第1項に規定する特定健康診査等実施計画と市町村健康増進計画を一体的に策定するなど医療保険者として実施する保健事業と市町村として実施する健康増進事業との連携を図るとともに、市町村が策定する介護保険法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画等の市町村健康増進計画と関連する計画と調和を図るよう留意するとともに、健康増進法に基づいて実施する健康増進事業を計画に位置付けるよう留意することが求められる。

なお、地方公共団体は、地域住民の健康に関する各種指標の状況や地域の社会資源等の地域の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定すべきである。市町村においては、国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な各種の施策、事業、基盤整備などに関する目標に重点を置いて設定することも考えられる。

さらに、地方計画については、一定の期間ごとに評価・改定を行い、継続的な取組に結びつけることが望ましい。評価に当たっては、都道府県及び市町村における取組だけでなく、管内の医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等における取組の進捗状況や目標の達成状況について評価すべきである。

なお、地方計画の策定等に係る具体的な立案の方法等については、「健康日本21企画検討会・計画策定検討会報告書」、「地域における健康日本21実践の手引き」、「健康日本21地方計画事例集」、「健康日本21中間評価報告書」、「健康増進計画改定ガイドライン」を参照し、また、住民の意見を積極的に反映するよう留意されたい。

2 推進体制の整備

運動の推進に当たっては、関係機関及び関係団体等がそれぞれの目的を持ちつつも、住民の

健康増進という目的に向かい、調整のとれた取組を継続的に実施していくことが不可欠であり、そのためには、医療保険者、医療機関、市町村保健センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等の広く健康に関連する関係機関及び関係団体等から構成される中核的な推進組織を設置し、十分に意見交換・経験交流を行い、効果的な運用を図ることが重要である。その際には既存の組織を有効に活用し、その機能を拡充強化することも考慮すべきである。

また、保健所は管内における関係機関、関係団体等の連携を推進するための中核機関としての役割を担うとともに、健康情報の収集、分析及び提供並びに市町村に対する技術的支援等を通じ、管内の運動の拠点としての役割を担う必要がある。さらに、保健所は、住民の健康に関するあらゆる問題についての相談窓口という機能を果たす。

3 その他運動の推進に当たり重要な事項

(1) 全国的な推進体制の整備

広く関係者が協力して、継続的に運動を進めるため、国、地方公共団体、各種健康関連団体等により構成する健康日本21推進全国会議を設置するなど運動の中核となる体制を整備する。

(2) 多様な経路による普及啓発の実施

運動に対する国民及び関係者の理解を深めるため、マスメディアを通じた広報やインターネットによる情報の提供、ボランティアによる情報の提供、産業界と連携した健康関連サービス提供の際の情報の提供等多様な経路を活用するとともに、対象集団の特性に応じた効果的な働きかけを、複数の方法を組み合わせ行っていくことが重要である。また、情報提供の内容は、科学的知見に基づいたものであるとともに、分かり易く、取組に結びつき易いものとなるよう、工夫する必要がある。さらに、国等は、生活習慣の各分野に関し、指針の策定・普及等に取り組む必要がある。

また、9月を健康増進普及月間とし、国民一人一人の自覚を高め、健康増進の取組を一層促進するよう健康日本21全国大会を実施するなどの広報を行うこととする。

(3) 地域等における地方計画の策定等に対する技術的支援

国は、都道府県及び市町村が地方計画を策定する際に利用できるよう、地方計画の策定及び保健事業推進に係るマニュアルの作成配布、各種統計資料のデータベースの構築、分析手法の提示などの技術的援助を行い、都道府県も市町村に対し同様の技術的援助を行うことが必要である。

(4) 調査研究の推進及び人材の活用等

① 調査研究の推進

国、地方公共団体及び独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査や都道府県健康・栄養調査、健康診査、保健指導及び地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計並びに診療報酬明細書（レセプト）の情報その他の収集した情報等をもとに、個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報の保護に関する法律、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第58号）、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）、個人情報の保護に関する法律第11条第1項の趣旨を踏まえて地方公共団体において制定される条例等を遵守しつつ、現状分析を行うとともに、健康増進施策の評価の際に、各種調査の結果等を十分活用するなどにより、科学的な根拠に基づいた健康増進施策を効

率的に実施していくことが重要である。

また、国及び地方公共団体においては、国民の生活習慣と生活習慣病との相関関係等に関する研究を、個人情報の取扱いに十分留意しつつ、推進し、研究結果に関する的確かつ十分な情報の提供を行うことにより、個人の効果的な健康増進の支援を行っていくことが必要である。

② 人材の活用等

地方公共団体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、喫煙、飲酒、歯の健康等の生活習慣全般について、住民からの相談及び保健指導を担当する。管理栄養士及び栄養士は、特に、栄養改善に関する事項につき住民からの相談に応じ、必要な栄養指導を行う。また、国及び地方公共団体は、健康増進対策を推進するための保健師、管理栄養士等の確保及び資質の向上、日本医師会認定健康スポーツ医や健康づくりのための運動指導者との連携、日本食生活協会の食生活改善推進員、禁煙推進員、ヘルスサポーター等のボランティア組織や健康づくりのための自助グループの支援に努める必要がある。

このため、国は、総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図るとともに、都道府県は、市町村、医療保険者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体等と連携し、地方公共団体の職員だけでなく、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく内容の研修の充実を図ることが必要である。

さらに、地域保健担当者、学校保健担当者等は、国民の健康増進のために相互に連携に努める必要がある。

(5) 民間事業者等との連携

国及び地方公共団体においては、有酸素運動や温泉利用を安全かつ適切に行うことのできる健康増進施設及び医療機関、労働者の健康管理等に係る業務についての相談、情報提供等を行う地域産業保健センター並びに一般公衆浴場等民間事業者等と一層の連携を図り、健康増進の取組を推進する必要がある。

(6) 各種保健事業の連携の推進

生涯を通じた効率的で一貫性のある保健事業の実施を図るため、健康増進事業や医療保険者等による保健事業が相互に連携しつつ実施されるよう、連携のための既存の組織の有効活用のほか、保健事業の実施に当たって、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、共同事業の実施等事業間の連携を円滑に進めるための共通の基盤づくりを推進する。また、地域保健分野と学校保健分野において、健康増進のために十分に連携を図ることが重要である。

なお、健康診査の実施等に係る健康増進事業実施者間の連携については、上述によるほか、健康増進法第9条に基づく健康診査の実施等に関する指針の定めるところによるものである。

(別表1)

健康日本21目標項目一覧

1. 栄養・食生活

適正な栄養素（食物）の摂取について（栄養状態、栄養素（食物）摂取レベル）

1.1 適正体重を維持している人の増加

指標の目安

	〔肥満者等の割合〕	現状*	2010年
1.1a	児童・生徒の肥満児	10.7%	7%以下
1.1b	20歳代女性のやせの者	23.3%	15%以下
1.1c	20～60歳代男性の肥満者	24.3%	15%以下
1.1d	40～60歳代女性の肥満者	25.2%	20%以下

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

児童・生徒の肥満児:日比式による標準体重の20%以上

肥満者:BMIが25以上の者

やせ:BMIが18.5未満の者

BMI (Body Mass Index): 体重(kg) / [身長(m)]²

1.2 脂肪エネルギー比率の減少

指標の目安

	〔1日当たりの平均摂取比率〕	現状*	2010年
1.2a	20～40歳代	27.1%	25%以下

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

脂肪エネルギー比率:総摂取エネルギーに占める脂肪からのエネルギーの割合

1.3 食塩摂取量の減少

指標の目安

	〔1日当たりの平均摂取量〕	現状*	2010年
1.3a	成人	13.5g	10g未満

*:平成9年国民栄養調査

1.4 野菜の摂取量の増加

指標の目安

	〔1日当たりの平均摂取量〕	現状*	2010年
--	---------------	-----	-------

1.4a	成人	292g	350g 以上
------	----	------	---------

*:平成9年国民栄養調査

1.5 カルシウムに富む食品の摂取量の増加 指標の目安

〔1日当たりの平均摂取量 (成人)〕		現状*	2010年
1.5a	牛乳・乳製品	107g	130g 以上
1.5b	豆類	76g	100g 以上
1.5c	緑黄色野菜	98g	120g 以上

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

カルシウムに富む食品:牛乳・乳製品、豆類、緑黄色野菜

適正な栄養素 (食物) を摂取するための行動の変容について (知識・態度・行動レベル)

1.6 自分の適正体重を認識し、体重コントロールを実践する人の増加

指標の目安

〔実践する人の割合〕		現状*	2010年
1.6a	男性(15歳以上)	62.6%	90%以上
1.6b	女性(15歳以上)	80.1%	90%以上

*:平成10年国民栄養調査

用語の説明

適正体重:「〔身長(m)〕²×22」を標準(BMI=22を標準とする)

1.7 朝食を欠食する人の減少

指標の目安

〔欠食する人の割合〕		現状*	2010年
1.7a	中学、高校生	6.0%	0%
1.7b	男性(20歳代)	32.9%	15%以下
1.7c	男性(30歳代)	20.5%	15%以下

*:平成9年国民栄養調査

1.8 量、質ともに、きちんとした食事をする人の増加

指標の目安

〔1日最低1食、きちんとした食事を、家族等2人以上で楽しく、30分以上かけてとる人の割合〕		現状*	2010年
1.8a	成人	56.3%	70%以上

*:参考値、「適量の食事を、家族や友人等と共に、ゆっくり時間をかけてとる人の割合」平成8年国民栄養調査

用語の説明

きちんとした食事:

1日当たりのエネルギー必要量及び各種栄養素密度について一定条件をみたす食事

1.9 外食や食品を購入する時に栄養成分表示を参考にする人の増加

指標の目安

[参考にする人の割合]		現状	2010年
1.9a	男性(20~69歳)	20.1%	30%以上
1.9b	女性(20~69歳)	41.0%	55%以上

1.10 自分の適正体重を維持することのできる食事量を理解している人の増加

指標の目安

[理解している人の割合]		現状*	2010年
1.10a	成人男性	65.6%	80%以上
1.10b	成人女性	73.0%	80%以上

*:参考値、「自分にとって適切な食事内容・量を知っている人の割合」平成8年国民栄養調査

1.11 自分の食生活に問題があると思う人のうち、食生活の改善意欲のある人の増加

指標の目安

[改善意欲のある人の割合]		現状*	2010年
1.11a	成人男性	55.6%	80%以上
1.11b	成人女性	67.7%	80%以上

*:平成8年国民栄養調査

(全対象のうち食生活に問題があると思う人の割合は、男性31.6%、女性33.0%)

適正な栄養素(食物)の摂取のための個人の行動変容に係る環境づくりについて(環境レベル)

1.12 ヘルシーメニューの提供の増加と利用の促進

指標の目安

[提供数、利用する人の割合]		現状*	2010年
1.12a	男性(20~59歳)	34.4%	50%以上
1.12b	女性(20~59歳)	43.0%	50%以上

*:「飲食店・食品売り場及び職場の給食施設・食堂等で、バランスのとれたメニューを提供していると思う者の割合」平成12年国民栄養調査

用語の説明

ヘルシーメニューの提供:

給食、レストラン、食品売場における、食生活改善のためのバランスのとれたメニューの

提供

1.13 学習の場の増加と参加の促進

指標の目安

	現状*	2010年
〔学習の場の数、学習に参加する人の割合〕		
1.13a 男性 (20歳以上)	6.1%	10%以上
1.13b 女性 (20歳以上)	14.7%	30%以上

*:「地域、職場や学校等で、健康あるいは栄養に関する学習や活動を行う自主的集まり（サークル）があると回答した者の割合」平成12年国民栄養調査

用語の説明

学習の場：地域、職域において健康や栄養に関する情報を得られる場

1.14 学習や活動の自主グループの増加

指標の目安

	現状*	2010年
〔自主グループの数〕		
1.14a 男性 (20歳以上)	2.4%	5%以上
1.14b 女性 (20歳以上)	7.8%	15%以上

*:「地域・職場・学校等で、健康あるいは栄養に関する学習や活動を行う自主的な集まり（サークル）があり、現在あるいは過去1年間の参加経験のある者の総数に対する割合」平成12年国民栄養調査

用語の説明

自主グループ：

地域、職域において健康や栄養に関する学習や活動を、自主的に取り組む住民、地区組織、企業等

1.15 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の割合の増加

指標の目安

	現状*	2010年
〔メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を知っている人の割合（全国平均）〕		
1.15a 20歳以上	-	80%以上

*:平成18年国民健康・栄養調査において把握

2. 身体活動・運動

成人

2.1 意識的に運動を心がけている人の増加

指標の目安

	現状*	2010年
--	-----	-------

2. 1a	男性	51. 8%	63%以上
2. 1b	女性	53. 1%	63%以上

*:平成8年保健福祉動向調査

用語の説明

意識的に運動を心がけている人:

日頃から日常生活の中で、健康の維持・増進のために意識的に体を動かすなどの運動をしている人

2.2 日常生活における歩数の増加

指標の目安

〔日常生活における歩数〕		現状*	2010年**
2. 2a	男性	8, 202 歩	9, 200 歩以上
2. 2b	女性	7, 282 歩	8, 300 歩以上

*:平成9年国民栄養調査

**:約1,000歩の増加:1,000歩は、歩く時間で約10分、歩行距離で600～700m程度の歩行に相当

2.3 運動習慣者の増加

指標の目安

〔運動習慣者の割合〕		現状*	2010年
2. 3a	男性	28. 6%	39%以上
2. 3b	女性	24. 6%	35%以上

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

運動習慣者:1回30分以上の運動を、週2回以上実施し、1年以上持続している人

高齢者

2.4 外出について積極的な態度をもつ人の増加

指標の目安

〔運動習慣者の割合〕		現状*	2010年
2. 4a	男性(60歳以上)	59. 8%	70%以上
2. 4b	女性(60歳以上)	59. 0%	70%以上
2. 4c	80歳以上(全体)	46. 3%	56%以上

*:平成11年「高齢者の日常生活に関する意識調査」(総務庁)

用語の説明

外出について積極的な態度をもつ人:

日常生活の中で買物や散歩などを含めた外出について、「自分から積極的に外出する方である」と意識している人

2.5 何らかの地域活動を実施している者の増加

指標の目安

〔地域活動を実施している人〕		現状*	2010年
2.5a	男性(60歳以上)	48.3%	58%以上
2.5b	女性(60歳以上)	39.7%	50%以上

*:平成10年「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」(総務庁)

2.6 日常生活における歩数の増加

指標の目安

〔日常生活の歩数〕		現状*	2010年**
2.6a	男性(70歳以上)	5,436歩	6,700歩以上
2.6b	女性(70歳以上)	4,604歩	5,900歩以上

*:平成9年国民栄養調査

:約1,300歩の増加**: 約1,300歩は、歩く時間で約15分、歩行距離で650~800m程度の歩行に相当

2.7 安全に歩行可能な高齢者の増加

指標の目安

〔開眼片脚起立時間20秒以上に該当する人の増加〕		現状*	2010年
2.7a	男性(65~74歳)	68.1%	80%以上
2.7b	男性(75歳以上)	38.9%	60%以上
2.7c	女性(65~74歳)	62.4%	75%以上
2.7d	女性(75歳以上)	21.2%	50%以上

*:平成9~17年「健康度評価」(あいち健康の森健康科学総合センター)

2.8 メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)を認知している国民の割合の増加(1. 栄養・食生活参照)

3. 休養・こころの健康づくり

ストレスへの対応

3.1 ストレスを感じた人の減少

指標の目安

〔ストレスを感じた人の割合〕		現状*	2010年**
3.1a	全国平均	54.6%	49%以下

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

:1割以上の減少**

用語の説明

ストレスを感じた人:最近1ヶ月間にストレスを感じた人

十分な睡眠の確保

3.2 睡眠による休養を十分にとれていない人の減少 指標の目安

[とれない人の割合]	現状*	2010年**
3.2a 全国平均	23.1%	21%以下

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

** :1割以上の減少

3.3 睡眠の確保のために睡眠補助品やアルコールを使うことのある人の減少 指標の目安

[睡眠補助品等を使用する人の割合]	現状*	2010年**
3.3a 全国平均	14.1%	13%以下

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

** :1割以上の減少

用語の説明

睡眠補助品:睡眠薬・精神安定剤

自殺者の減少

3.4 自殺者の減少 指標の目安

[自殺者数]	現状*	2010年
3.4a 全国数	31,755人	22,000人以下

*:平成10年厚生省人口動態統計

4. たばこ

4.1 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及 指標の目安

[知っている人の割合]	現状*	2010年
4.1a 肺がん	84.5%	100%
4.1b 喘息	59.9%	100%
4.1c 気管支炎	65.5%	100%
4.1d 心臓病	40.5%	100%
4.1e 脳卒中	35.1%	100%

4. 1f	胃潰瘍	34. 1%	100%
4. 1g	妊娠に関連した異常	79. 6%	100%
4. 1h	歯周病	27. 3%	100%

*:平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査

用語の説明

健康影響:別紙「喫煙が及ぼす健康影響」を参照

4.2 未成年者の喫煙をなくす

指標の目安

〔喫煙している人の割合〕		現状*	2010年
4. 2a	男性(中学1年)	7. 5%	0%
4. 2b	男性(高校3年)	36. 9%	0%
4. 2c	女性(中学1年)	3. 8%	0%
4. 2d	女性(高校3年)	15. 6%	0%

*:平成8年度未成年者の喫煙行動に関する全国調査

4.3 公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及

指標の目安

〔分煙を実施している割合〕		現状	2010年
4. 3a	公共の場		
	都道府県	89. 4%	100%
	政令市等	95. 9%	100%
	市町村	50. 7%	100%
	保健所	95. 5%	100%
4. 3b	職場	40. 3%	100%
〔知っている人の割合〕		現状	2010年
4. 3c	効果の高い分煙に関する知識の普及	-	100%

用語の説明

分煙の徹底:公共の場や職場における喫煙場所の設置等

効果の高い分煙:受動喫煙の害を極力排除し得る分煙方法

4.4 禁煙支援プログラムの普及

指標の目安

〔禁煙支援プログラムが提供されている市町村の割合〕		現状	2010年
4. 4a	全国	32. 9%	100%

用語の説明

禁煙支援プログラム:個人の禁煙を支援するための個別保健指導等

禁煙を希望する人	男性	女性
禁煙希望	24. 6%	32. 7%

(平成15年国民健康・栄養調査)

4.5 喫煙をやめたい人がやめる

参考

〔喫煙率、禁煙希望者の割合〕		男性	女性
4.5a	喫煙率*	43.3%	12.0%
	禁煙希望者の割合**	24.6%	32.7%

*:平成16年国民健康・栄養調査

**:平成15年国民健康・栄養調査

5. アルコール

5.1 多量に飲酒する人の減少

指標の目安

〔多量に飲酒する人の割合〕		現状*	2010年**
5.1a	男性	4.1%	3.2%以下
5.1b	女性	0.3%	0.2%以下

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

** :2割以上の減少

用語の説明

多量に飲酒する人:1日平均純アルコール約60gを超えて摂取する人

5.2 未成年者の飲酒をなくす

指標の目安

〔飲酒している人の割合〕		現状*	2010年
5.2a	男性(中学3年)	26.0%	0%
5.2b	男性(高校3年)	53.1%	0%
5.2c	女性(中学3年)	16.9%	0%
5.2d	女性(高校3年)	36.1%	0%

*:平成8年度未成年者の飲酒行動に関する全国調査

5.3 「節度ある適度な飲酒」の知識の普及

指標の目安

〔知っている人の割合〕		現状	2010年
5.3a	男性	50.3%	100%
5.3b	女性	47.3%	100%

用語の説明

節度ある適度な飲酒:1日平均純アルコールで約20g程度の飲酒

(注)主な酒類の換算の目安

お酒の種類	ビール (中瓶1本 500ml)	清酒 (1合 180ml)	ウイスキー・ブランデー (ダブル (ダブル 60ml)	焼酎(35度) (1合180ml)	ワイン (1杯 120ml)
アルコール度数	5%	15%	43%	35%	12%
純アルコール量	20g	22g	20g	50g	12g

6. 歯の健康

幼児期のう蝕予防

6.1 う歯のない幼児の増加

指標の目安

〔う歯のない幼児の割合（3歳）〕		現状*	2010年
6.1a	全国平均	59.5%	80%以上

*:平成10年度3歳児歯科健康診査結果

6.2 フッ化物歯面塗布を受けたことのある幼児の増加

指標の目安

〔受けたことのある幼児の割合（3歳）〕		現状*	2010年
6.2a	全国平均	39.6%	50%以上

*:平成5年歯科疾患実態調査

6.3 間食として甘味食品・飲料を頻回飲食する習慣のある幼児の減少

指標の目安

〔習慣のある幼児の割合（1歳6ヶ月児）〕		現状*	2010年
6.3a	全国平均	29.9%	15%以下

*:参考値、1日3回以上の間食をする1歳6ヶ月児の割合(久保田らによる調査、平成3年)

用語の説明

頻回飲食：間食として1日3回以上の飲食

学齢期のう蝕予防

6.4 一人平均う歯数の減少

指標の目安

[1人平均う歯数(12歳)]	現状*	2010年
6.4a 全国平均	2.9歯	1歯以下

*:平成11年学校保健統計調査

用語の説明

1人平均う歯数:

1人当たり平均の未治療のう歯、う蝕により失った歯、治療済のう歯の合計(DMF歯数)

6.5 フッ化物配合歯磨剤の使用の増加

指標の目安

[使用している人の割合]	現状*	2010年
6.5a 全国平均	45.6%	90%以上

*:参考値、児童のフッ化物配合歯磨剤使用率(荒川らによる調査、平成3年)

6.6 個別的な歯口清掃指導を受ける人の増加

指標の目安

[過去1年間に受けたことのある人の割合]	現状*	2010年
6.6a 全国平均	12.8%	30%以上

*:参考値、平成5年保健福祉動向調査(15~24歳)

用語の説明

個別的な歯口清掃指導:

歯科医師、歯科衛生士により個人の口の中の状態に基づいて行われる歯磨き指導

成人期の歯周病予防

6.7 進行した歯周炎の減少

指標の目安

[有する人の割合]	現状*	2010年**
6.7a 40歳	32.0%	22%以下
6.7b 50歳	46.9%	33%以下

*:参考値、平成9~10年富士宮市モデル事業報告

** : 3割以上の減少

用語の説明

進行した歯周炎:

歯周疾患の検査であるCPI検査で4mm以上の深い歯周ポケットのあるもの

6.8 歯間部清掃用器具の使用の増加

指標の目安

[使用する人の割合]	現状*	2010年
6.8a 40歳(35~44歳)	19.3%	50%以上
6.8b 50歳(45~54歳)	17.8%	50%以上

*:平成5年保健福祉動向調査

用語の説明

歯間部清掃用器具:

歯と歯の間を清掃するための専用器具(デンタルフロス、歯間ブラシ等)

6.9 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及(4. たばこ参照)

6.10 禁煙支援プログラムの普及(4. たばこ参照)

歯の喪失防止

6.11 80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加

指標の目安

	[自分の歯を有する人の割合]	現状*	2010年
6.11a	80歳(75~84歳)で20歯以上	11.5%	20%以上
6.11b	60歳(55~64歳)で24歯以上	44.1%	50%以上

*:平成5年歯科疾患実態調査

6.12 定期的な歯石除去や歯面清掃を受ける人の増加

指標の目安

	[過去1年間に受けた人の割合]	現状*	2010年
6.12a	60歳(55~64歳)	15.9%	30%以上

*:参考値、「過去1年間に歯石除去や歯面清掃を受けた人の割合」平成4年寝屋川市調査

6.13 定期的な歯科検診の受診者の増加

指標の目安

	[過去1年間に受けた人の割合]	現状*	2010年
6.13a	60歳(55~64歳)	16.4%	30%以上

*:平成5年保健福祉動向調査

7. 糖尿病

7.1 成人の肥満者の減少(1. 栄養・食生活参照)

7.2 日常生活における歩数の増加(2. 身体活動・運動参照)

7.3 質、量ともにバランスのとれた食事(1. 栄養・食生活参照)

7.4 糖尿病検診の受診の促進

指標の目安

	現状*	2010年**
[受けている人の数]		
7.4a 定期健康診断等糖尿病に関する健康診断受診者	4,573万人	6,860万人以上

*:参考値、平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査
 **:5割以上の増加

7.5 糖尿病検診受診後の事後指導の推進 指標の目安

	現状*	2010年
[受けている人の割合]		
7.5a 糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(男性)	66.7%	100%
7.5b 糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(女性)	74.6%	100%

*:平成9年糖尿病実態調査

7.6 糖尿病有病者の減少 (推計) 推計値

	現状*	2010年**
7.6a 糖尿病有病者数	690万人	1,000万人

*:平成9年糖尿病実態調査
 **:生活習慣の改善がない場合、1080万人と推計されている
 注)本推計値は、上記生活習慣の改善による2010年の有病者数の推計値を示す

7.7 糖尿病有病者の治療の継続 指標の目安

	現状*	2010年
[治療継続している人の割合]		
7.7a 糖尿病有病者の治療継続率	45.0%	100%

*:平成9年糖尿病実態調査

7.8 糖尿病合併症の減少 指標の目安

	現状*	2010年
[合併症を発症した人の数]		
7.8a 糖尿病性腎症	10,729人	11,700人
[合併症を有する人の数]	現状**	2010年***
7.8b 失明	約3,000人	—

*:1998年日本透析医学会
 **:1988年厚生省「視覚障害の疾病調査研究」
 ***:十分なデータを得ることができないため未設定

7.9 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の割合の増加（1. 栄養・食生活参照）

7.10 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の減少

指標の目安

〔メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の人数（40～74歳）〕

	現状*	2012年**	2015年**
7.10a 該当者・予備群（男性）	1,400万人	10%以上の減少	25%以上の減少
該当者・予備群（女性）	560万人	10%以上の減少	25%以上の減少

*:参考値、平成16年国民健康・栄養調査

**:2008年と比較した減少率（国民健康・栄養調査等をもとに算出予定）

7.11 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上

指標の目安

	現状	2012年	2015年
〔特定健康診査の実施率〕			
7.11a 健診実施率	—	70%	80%
〔特定保健指導の実施率〕			
7.11b 保健指導実施率	—	45%	60%

8. 循環器病

8.1 食塩摂取量の減少（1. 栄養・食生活参照）

8.2 カリウム摂取量の増加

指標の目安

	現状*	2010年
〔1日当たりの平均摂取量〕		
8.2a 成人	2.5g	3.5g以上

*:平成9年国民栄養調査

8.3 成人の肥満者の減少（1. 栄養・食生活参照）

8.4 運動習慣者の増加（2. 身体活動・運動参照）

8.5 高血圧の改善（推計）

推計値 平均最大血圧約4.2mmHgの低下

注) 以下を実行することによる効果の推計

- ・成人1日当たりの平均食塩摂取量3.5g減少
- ・平均カリウム摂取量1g増量

- ・肥満者（BMI25以上）を男性15%（20歳以上）、女性18%（20歳以上）以下に減少
- ・成人男性の多量飲酒者を1%低下
- ・国民の10%が早歩きを毎日30分実行

参考

	男性	女性
8.5a 平均最大血圧	132.7mmHg	126.2mmHg

(平成10年国民栄養調査)

8.6 たばこ対策の充実（4. たばこ参照）

8.7 高脂血症の減少

指標の目安

〔高脂血症の人の割合〕		現状*	2010年
8.7a	男性	10.5%	5.2%以下
8.7b	女性	17.4%	8.7%以下

*：平成9年国民栄養調査

用語の説明

高脂血症者：血清総コレステロール値240mg/dl以上の者

8.8 糖尿病有病者の減少（7. 糖尿病参照）

8.9 飲酒対策の充実（5. アルコール参照）

8.10 健康診断を受ける人の増加

指標の目安

〔検診受診者の数〕		現状*	2010年
8.10a	全国数	4,573万人	6,860万人以上

*：平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

8.11 生活習慣の改善等による循環器病の減少（推計）

推計値

喫煙率		脳卒中の減少			虚血性心疾患の減少			循環器病の減少		
男性	女性	男性	女性	全体	男性	女性	全体	男性	女性	全体
55%	15%	16%	6%	11%	11%	7%	9%	17%	4%	10%
45	10	29	15	22	24	17	20	26	10	18
35	10	42	15	28	37	17	26	35	10	22
25	5	55	24	39	50	26	38	44	17	30
15	5	68	24	46	63	26	44	53	17	35
0	0	87	33	60	82	36	59	66	23	45

注1) それぞれの疾患の減少は、死亡率、罹患率及び疾患による新たなADL低下の割合を示す。

注2) 現状：脳卒中死亡率110.0（人口10万人対） 死亡数13万7,819人

男性：死亡率106.9、死亡数6万5,529人

女性：死亡率113.1、死亡数7万2,290人

虚血性心疾患 57.2（人口10万人対） 死亡数7万1,678人

男性：死亡率62.9、死亡数3万8,566人

女性：死亡率51.8、死亡数3万3,112人

（平成10年厚生省人口動態統計）

8.12 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の増加（1. 栄養・食生活参照）

8.13 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の減少（7. 糖尿病参照）

8.14 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上（7. 糖尿病参照）

9. がん

9.1 たばこ対策の充実（4. たばこ参照）

9.2 食塩摂取量の減少（1. 栄養・食生活参照）

9.3 野菜の摂取量の増加（1. 栄養・食生活参照）

9.4 1日の食事において、果物類を摂取している者の増加
指標の目安

[摂取している人の割合]	現状*	2010年
9.4a 成人	29.3%	60%以上

*：平成9年国民栄養調査

9.5 脂肪エネルギー比率の減少（1. 栄養・食生活参照）

9.6 飲酒対策の充実（5. アルコール参照）

9.7 がん検診の受診者の増加
指標の目安

[検診受診者数]	現状*	2010年**
9.7a 胃がん	1,401万人	2,100万人以上
9.7b 子宮がん	1,241万人	1,860万人以上
9.7c 乳がん	1,064万人	1,600万人以上
9.7d 肺がん	1,023万人	1,540万人以上
9.7e 大腸がん	1,231万人	1,850万人以上

*：参考値、平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

**：5割以上の増加

注) 各がん検診の受診者数は「平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査」の各がん検診の受診者数と人間ドック受診者の合計である。

(別表2)

健康日本2 1代表目標項目一覧

1.1 適正体重を維持している人の増加

指標の目安

〔肥満者等の割合〕		現状	2010年
1.1a	児童・生徒の肥満児	10.7%	7%以下
1.1b	20歳代女性のやせの者	23.3%	15%以下
1.1c	20～60歳代男性の肥満者	24.3%	15%以下
1.1d	40～60歳代女性の肥満者	25.2%	20%以下

1.2 脂肪エネルギー比率の減少

指標の目安

〔1日当たりの平均摂取比率〕		現状	2010年
1.2a	20～40歳代	27.1%	25%以下

1.4 野菜の摂取量の増加

指標の目安

〔1日当たりの平均摂取量〕		現状	2010年
1.4a	成人	292g	350g以上

1.7 朝食を欠食する人の減少

指標の目安

〔欠食する人の割合〕		現状	2010年
1.7a	中学、高校生	6.0%	0%
1.7b	男性(20歳代)	32.9%	15%以下
1.7c	男性(30歳代)	20.5%	15%以下

1.15・2.8・7.9・8.12 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の割合の増加

指標の目安

〔メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を知っている人の割合（全国平均）〕		現状	2010年
1.15a	20歳以上	-	80%以上

2.2 日常生活における歩数の増加

指標の目安

〔日常生活における歩数〕		現状	2010年
2.2a	男性	8,202歩	9,200歩以上
2.2b	女性	7,282歩	8,300歩以上

2.3 運動習慣者の増加

指標の目安

〔運動習慣者の割合〕		現状	2010年
------------	--	----	-------

2.3a	男性	28.6%	39%以上
2.3b	女性	24.6%	35%以上

2.6 日常生活における歩数の増加

指標の目安

	[日常生活の歩数]	現状	2010年
2.6a	男性(70歳以上)	5,436歩	6,700歩以上
2.6b	女性(70歳以上)	4,604歩	5,900歩以上

3.2 睡眠による休養を十分にとれていない人の減少

指標の目安

	[とれない人の割合]	現状	2010年
3.2a	全国平均	23.1%	21%以下

3.4 自殺者の減少

指標の目安

	[自殺者数]	現状	2010年
3.4a	全国数	31,755人	22,000人以下

4.2 未成年者の喫煙をなくす

指標の目安

	[喫煙している人の割合]	現状	2010年
4.2a	男性(中学1年)	7.5%	0%
4.2b	男性(高校3年)	36.9%	0%
4.2c	女性(中学1年)	3.8%	0%
4.2d	女性(高校3年)	15.6%	0%

4.3 公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及

指標の目安

	[分煙を実施している割合]	現状	2010年
4.3a	公共の場		
	都道府県	89.4%	100%
	政令市等	95.9%	100%
	市町村	50.7%	100%
	保健所	95.5%	100%
4.3b	職場	40.3%	100%
	[知っている人の割合]	現状	2010年
4.3c	効果の高い分煙に関する知識の普及	-	100%

4.4 禁煙支援プログラムの普及

指標の目安

[禁煙支援プログラムが提供されている市町村の割合]	現状	2010年
4.4a 全国	32.9%	100%

4.5 喫煙をやめたい人がやめる

参考

[喫煙率、禁煙希望者の割合]	男性	女性
4.5a 喫煙率	43.3%	12.0%
禁煙希望者の割合	24.6%	32.7%

5.1 多量に飲酒する人の減少

指標の目安

[多量に飲酒する人の割合]	現状	2010年
5.1a 男性	4.1%	3.2%以下
5.1b 女性	0.3%	0.2%以下

5.2 未成年者の飲酒をなくす

指標の目安

[飲酒している人の割合]	現状	2010年
5.2a 男性(中学3年)	26.0%	0%
5.2b 男性(高校3年)	53.1%	0%
5.2c 女性(中学3年)	16.9%	0%
5.2d 女性(高校3年)	36.1%	0%

6.4 一人平均う歯数の減少

指標の目安

[1人平均う歯数(12歳)]	現状	2010年
6.4a 全国平均	2.9歯	1歯以下

6.11 80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加

指標の目安

[自分の歯を有する人の割合]	現状	2010年
6.11a 80歳(75~84歳)で20歯以上	11.5%	20%以上
6.11b 60歳(55~64歳)で24歯以上	44.1%	50%以上

7.4 糖尿病検診の受診の促進

指標の目安

[受けている人の数]	現状	2010年
7.4a 定期健康診断等糖尿病に関する健康診断受診者	4,573万人	6,860万人以上

7.5 糖尿病検診受診後の事後指導の推進

指標の目安

	現状	2010年
[受けている人の割合]		
7.5a 糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(男性)	66.7%	100%
7.5b 糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(女性)	74.6%	100%

7.6 糖尿病有病者の減少 (推計)

推計値

	現状	2010年
7.6a 糖尿病有病者数	690万人	1,000万人

7.10・8.13 メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) の該当者・予備群の減少

指標の目安

	現状*	2012年**	2015年**
[メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) の該当者・予備群の人数(40~74歳)]			
7.10a 該当者・予備群 (男性)	1,400万人	10%以上の減少	25%以上の減少
該当者・予備群 (女性)	560万人	10%以上の減少	25%以上の減少

*:参考値、平成16年国民健康・栄養調査

**:2008年と比較した減少率 (国民健康・栄養調査等をもとに算出予定)

7.11・8.14 メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上

指標の目安

	現状	2012年	2015年
[特定健康診査の実施率]			
7.11a 健診実施率	—	70%	80%
[特定保健指導の実施率]			
7.11b 保健指導実施率	—	45%	60%

8.7 高脂血症の減少

指標の目安

	現状	2010年
[高脂血症の人の割合]		
8.7a 男性	10.5%	5.2%以下
8.7b 女性	17.4%	8.7%以下

8.10 健康診断を受ける人の増加

指標の目安

	現状	2010年
[検診受診者の数]		
8.10a 全国数	4,573万人	6,860万人以上

8.11 生活習慣の改善等による循環器病の減少（推計）

推計値

喫煙率		脳卒中の減少			虚血性心疾患の減少			循環器病の減少		
男性	女性	男性	女性	全体	男性	女性	全体	男性	女性	全体
55%	15%	16%	6%	11%	11%	7%	9%	17%	4%	10%
45	10	29	15	22	24	17	20	26	10	18
35	10	42	15	28	37	17	26	35	10	22
25	5	55	24	39	50	26	38	44	17	30
15	5	68	24	46	63	26	44	53	17	35
0	0	87	33	60	82	36	59	66	23	45

注1) それぞれの疾患の減少は、死亡率、罹患率及び疾患による新たなADL低下の割合を示す。

注2) 現状：脳卒中死亡率110.0（人口10万人対） 死亡数13万7,819人

男性：死亡率106.9、死亡数6万5,529人

女性：死亡率113.1、死亡数7万2,290人

虚血性心疾患 57.2（人口10万人対） 死亡数7万1,678人

男性：死亡率62.9、死亡数3万8,566人

女性：死亡率51.8、死亡数3万3,112人

（平成10年厚生省人口動態統計）

9.7 がん検診の受診者の増加

指標の目安

〔検診受診者数〕

		現状	2010年
9.7a	胃がん	1,401万人	2,100万人以上
9.7b	子宮がん	1,241万人	1,860万人以上
9.7c	乳がん	1,064万人	1,600万人以上
9.7d	肺がん	1,023万人	1,540万人以上
9.7e	大腸がん	1,231万人	1,850万人以上

(別紙)

喫煙が及ぼす健康影響

1 喫煙者は非喫煙者に比べ病気になる危険度が何倍高いのか

(1) がんの死亡

	男性	女性
平山らによる計画調査(1966-82)	1.7	1.3
原爆被爆者コホート(1963-87)	1.6 (男女)	
厚生省コホート(1990-97)*	1.5	1.6

(資料*) 厚生省 コホート

4保健所管内の40~59歳の地域住民男女各2万人を1990年より7年間追跡。

がんの部位別死亡

	男性		女性	
肺がん	4.5	22.4	2.3	11.9
喉頭がん	32.5	10.5	3.3	17.8
口腔・咽頭がん	3.0	27.5	1.1	5.6
食道がん	2.2	7.6	1.8	10.3
胃がん	1.5	—	1.2	—
肝がん	1.5	—	1.7	—
腎がん	—	3.0	—	1.4
膵臓がん	1.6	2.1	1.4	2.3
膀胱がん	1.6	2.9	2.3	2.6
子宮頸部がん	—	—	1.6	1.4

(資料) 左段：平山らによる計画調査(1966-82)

右段：アメリカがん協会の「がん予防研究」(1982-86)

(注) 数字は非喫煙者を1とした喫煙者の相対危険度

(2) 循環器病の死亡

	男性	女性
総死亡	1.2	1.2
循環器疾患総数	1.4	1.5
虚血性心疾患	1.7	—
脳卒中	1.7	1.7

(資料) 1980-90年の循環器疾患基礎調査、いわゆる「NIPPON DATA」

(現在集計中)

30歳以上の約10,000人を対象。

(注) 数字は非喫煙者を1とした1日20本喫煙する者の相対危険度

(3) その他の疾患

	男性	女性
気管支喘息* 1	1.8	4.0
胃潰瘍* 2	3.4	—
十二指腸潰瘍* 2	3.0	—

(資料) * 1 : 平山らによる計画調査 (1966-82)

* 2 : ハワイ日系人男性の調査 (1968-90)

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

(4) 妊婦への影響

早産	3.3
低出生体重	2.4
全先天異常	1.3

(資料) 昭和 54 年度厚生省心身障害研究

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

(5) 歯周病

零石 (1998)	2.1
ドランら (1997)	1.9
サッキら (1995)	1.7
ブラウンら (1994)	2.7

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

2 禁煙によってどの程度病気になる危険度が減少するのか

(1) 肺がんの死亡 (男性)

平山 (1990)	0.3 *
ドールら (1976)	0.3

* : 10 年以上の値

(注) 数字は喫煙者を 1 としたときの禁煙して 10-14 年経過した者の相対危険度

(2) 虚血性心疾患の死亡 (男性)

喫煙本数 (本/日)	禁煙して 1-4 年	禁煙して 10-14 年
1-19 本	0.6	0.5
20 本以上	0.6	0.5

(資料) アメリカがん協会 (1969)

(注) 数字は、現在喫煙している者を 1 としたときの禁煙した者の相対危険度

3 喫煙率が下がると循環器病の減少はどのくらい見込めるのか

喫煙率		脳卒中の減少			虚血性心疾患の減少			総循環器疾患の減少		
男性	女性	男性	女性	全体	男性	女性	全体	男性	女性	全体
55 %	15 %	16 %	6 %	11 %	11 %	7 %	9 %	17 %	4 %	10 %
45	10	29	15	22	24	17	20	26	10	18
35	10	42	15	28	37	17	26	35	10	22

25	5	55	24	39	50	26	38	44	17	30
15	5	68	24	46	63	26	44	53	17	35
0	0	87	33	60	82	36	59	66	23	45

(注) それぞれの疾患の減少は、死亡率、罹患率及び疾患による新たな日常生活動作能力 (ADL) 低下者数の減少割合を示す。

この循環器疾患予防への効果予測の前提は、

- 成人の1日あたりの平均食塩摂取量 3.5g 減少
- 平均カリウム摂取量 1g 増量
- 肥満者 (BMI 25 以上) を男性 15 %、女性 18 %以下に減少
- 成人男性の多量飲酒者 (1日3合以上) が 1 %低下
- 国民の 10 %が早歩き毎日 30 分を実行する

などの生活習慣の改善による平均最大血圧約 4.2mmHg の低下を前提とする。

事務連絡
平成 23 年 12 月 27 日

関係団体・関係学会 御中

次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会
委員長 辻 一郎

次期国民健康づくり運動プランのご意見のご依頼について

健康づくり施策の推進につきましては、平素より格別の御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

厚生労働省では、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を平成12年より策定し、平成24年度までを運動期間として取組が進められてきましたが、この「健康日本21」について、分野ごとに個別に設定された健康づくりの目標の達成状況や関連する取組状況の評価を行い、平成23年10月にその結果を取りまとめたところです。

現在、上記の評価結果や、国民の健康を取り巻く現状や課題等を踏まえ、「次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会」を設置し、平成25年度から開始予定の次期国民健康づくり運動のプラン策定に向けた準備を行っているところですが、当該プランの策定に当たっては、本プランに関係の深い各団体・学会等のご意見をいただきながら検討を進めたいと考えております。

つきましては、次期国民健康づくり運動プランの策定に当たり、特段のご意見がございましたら別添様式（別途、作成可）にご記載の上、平成24年1月25日（水）までに下記の連絡先までご回答頂きますようお願い申し上げます。

また、今後の国民健康づくり運動の趣旨をご理解いただき、本運動が効果的に推進されるよう格段のご配慮をお願いします。

【連絡先】

厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室
〒100-8916 千代田区霞が関 1-2-2
TEL：03-3595-2245、FAX：03-3502-3099
eメール：sukoyaka@mhlw.go.jp

【添付資料】

- ・次期国民健康づくり運動へのご意見について

(参考資料)

- ①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)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wfoo-att/2r9852000001wft9.pdf>
- ②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について(健康日本21)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wfoo-att/2r9852000001wfti.pdf>
- ③「健康日本21」最終評価(平成23年10月)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc.html>

(参考URL)

- ・厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 資料
第30回 平成23年10月14日
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001rxfm.html>
第31回 平成23年12月21日
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001yxlj.html>
- ・次期国民運動健康づくり運動プラン策定専門委員会 資料
第1回 平成23年11月25日
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wfoo.html>
第2回 平成23年12月 7日
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001xkwz.html>

次期国民健康づくり運動へのご意見について

団体・学会名 _____

1. 10年後を見据えた目指す姿について

(例)・全ての国民がともに支え合い、健康で幸せに暮らせる社会を目指すべき。

2. 基本的な方向について

(例)・健康寿命の延伸や健康格差の縮小を重点的に取り組むべき。

3. 目標について

(例)・個人で達成すべき目標と、社会環境に関する目標の両方を設定すべき。
・新たに、●●の指標を加えるべき。

4. 自治体の計画策定や調査・連携等

(例)・国の役割、自治体の役割をより明確にすべき。

5. その他