

# 第4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2月15日（水）  
13：00～16：00  
場所：厚生労働省 17階専用第18～20会議室

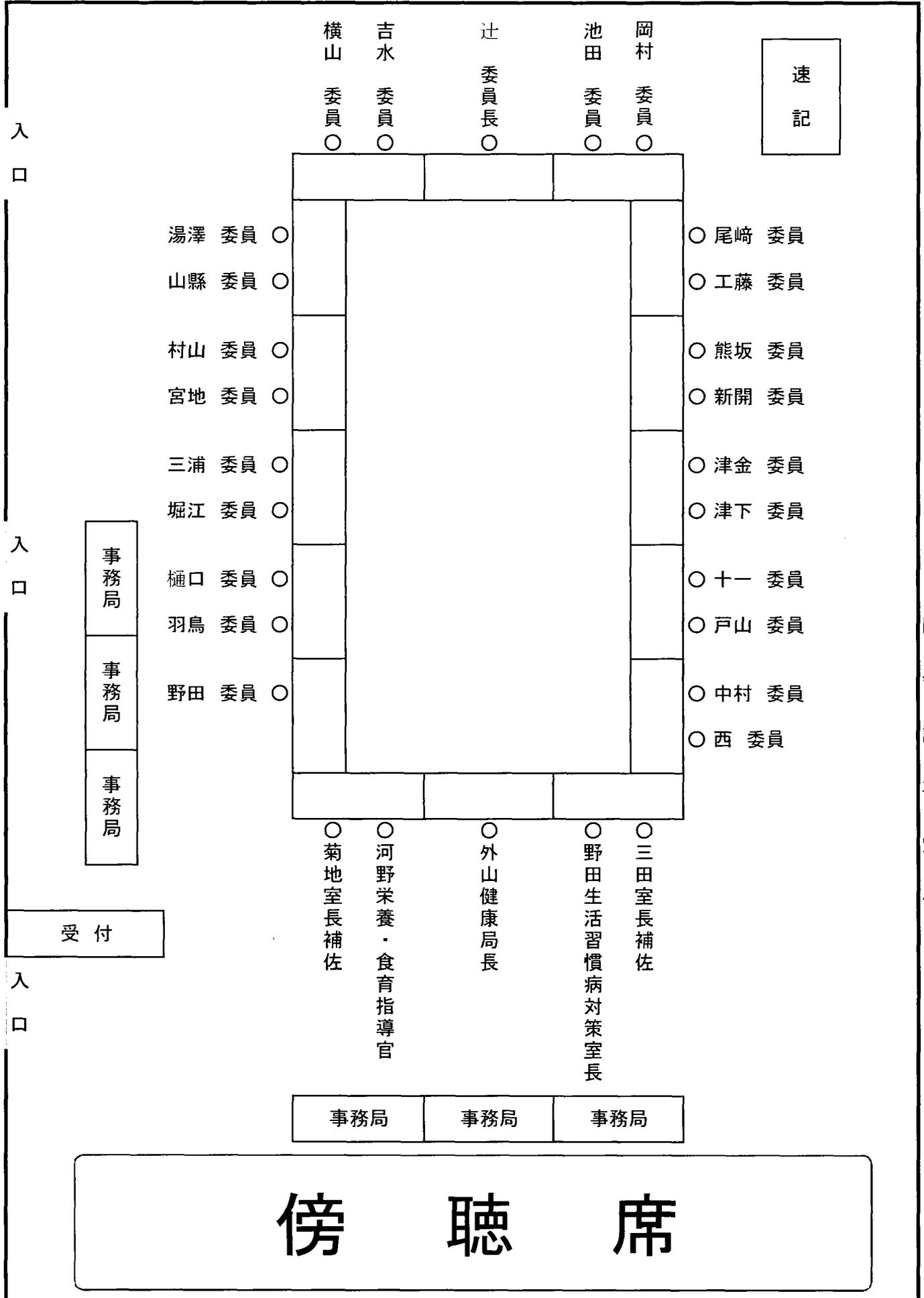
## 議事次第

### ○ 議題

1. 次期国民健康づくり運動プランの素案について
2. その他

# 「第4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2月15日(水)13:00~16:00  
 会場:厚生労働省 専用第18~20会議室(17階)



傍 聴 席

○ 配付資料一覧

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」(素案)

資料2 関係団体・学会からの主なご意見

資料3 次期国民健康づくり運動に関する委員提出資料

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 たばこに関する目標設定の考え方について

(平成24年2月1日 がん対策推進協議会配布資料)

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

平成 24 年 2 月 15 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」 ～健康日本 2 1（第 2 次）～ （素案）

この方針は、二十一世紀の我が国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、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（乳幼児期、中年期等の人々の生涯における各段階をいう。以下同じ。）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な事項を示し、「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 2 1（第 2 次）」（以下「国民運動」という。）を推進するものである。

## 第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

### 一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防及び社会生活を営むために必要な機能の維持・向上等により、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間をいう。）の延伸を実現する。

また、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。

### 二 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）

食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防（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とともに、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進する。

### 三 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

自立した日常生活を営むことを目指し、若年期から高齢期まで、全てのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上に取り組む。

また、生活習慣病を予防し、又はその発病を遅らせることができるよう、子どもの頃から健康な生活習慣づくりに取り組む。さらに、働く世代のストレス対策等により、ライフステージに応じた心の健康づくりに取り組む。

### 四 健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、国民の健康を実現するためには、社会全体としても健康を支え、守る環境づくりに努め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るなど、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支援していく環境を整備することが必要である。

また、地域や世代間の相互扶助など地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活を確保できない者や、健康づくりに関心のない者なども含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備することが必要である。

## **五 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**

乳幼児期から高齢期までのライフステージや性差等の対象者セグメント（単位）に着目し、対象者の特性やニーズ、健康課題等を十分に把握することが重要である。その上で、その内容に応じて、生活習慣病を発病する危険度の高い集団への働きかけを重点的に行うとともに、社会環境が国民の健康に影響を及ぼすことも踏まえて、地域や職場等を通じた国民全体に対する働きかけを行うことにより、健康増進の取組を効果的に推進することが重要である。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 多様な主体における連携**

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、産業医の保健指導、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、関係行政機関等が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、教育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。さらに、運動や休養に関係する健康増進関連事業者、健康関連機器事業者や食品関連事業者等は、国民の健康の増進を図るための自主的な取組に努めるとともに、国は、こうした産業界との連携を一層図ることが必要である。

## **第二 国民の健康の増進の目標に関する事項**

### **一 目標の設定と評価**

#### **1 目標の設定主体**

国は、国民の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とする。

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。

#### **2 目標の設定方法及び評価**

健康増進の取組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、科学的根拠に基づいた実態の把握が可能な具体的目標を設定する必要がある。

なお、具体的目標については、おおむね10年後を達成時期として設定することとし、当該目標を達成するための取組を計画的に行うものとする。

また、目標設定後5年を目途に中間評価を行うとともに、目標設定後10年を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映させていくこととする。

### **二 健康増進を推進するための目標**

国が国民の健康増進について設定する全国的な目標は、別表に掲げる項目ごとに定める目標値等とし、国はこの目標に基づき、国民運動に取り組むものとする。

## **第三 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項**

### **一 健康増進計画の目標の設定と評価**

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、人口動態、医療・介護に関する統計、特定健

診データ等の地域住民の健康に関する各種指標を活用し、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に評価及び改定を実施すべきである。

特に、都道府県においては、国が策定した目標のうち、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。

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 計画策定の留意事項

健康増進計画の策定に当たっては、次の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、必要に応じて都道府県労働局に参加を要請するなど、連携を図ること。

- 2 都道府県健康増進計画の策定に当たっては、都道府県が策定する医療法（昭和23年法律第205号）に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する都道府県介護保険事業支援計画、がん対策基本法（平成18年法律第98号）に規定する都道府県がん対策推進計画等の都道府県健康増進計画と関連する計画及び都道府県が定める歯科口腔保健の推進に関する法律（平成23年法律第95号）に規定する基本的事項との調和に配慮すること。

また、都道府県は、市町村健康増進計画の策定支援を行うとともに、必要に応じ、市町村ごとの分析を行い、地域間の健康格差の是正に向けた目標を設定するよう努めること。

- 3 保健所は、地域保健の広域的、専門的かつ技術的拠点として、健康格差の縮小を図ること等を目的とした健康情報を収集分析し、提供するとともに、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。
- 4 市町村は、市町村健康増進計画を策定するに当たっては、都道府県や保健所と連携しつつ、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。

また、市町村は、健康増進法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、国の目標設定期間を勘案しつつ、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、健康増進のための目標の策定や、目標を達成するまでの過程及び目標の評価において、住民が主体的に参加し、その意見を積極的に反映でき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**

国は、国民の健康の増進を推進するための目標等を評価するため、効率的に国民健康・栄養調査等の企画を行い、実施する。この際、生活習慣病の改善のほか、社会環境の改善に関する調査研究についても併せて推進していく。

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、国民生活基礎調査、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、現状分析を行うとともに、健康増進に関する施策の評価を行う。この際、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15年法律第57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)、統計法(平成19年法律第53号)、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律の趣旨を踏まえて制定される条例等を遵守するほか、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。

また、こうした調査等により得られた情報については、積極的な公表に努める。

さらに、国、地方公共団体は、ICT(情報通信技術)を活用して、健診結果等の健康情報を個人が活用するとともに、全国規模で健康情報を収集・分析し、効果的な生活習慣病対策を実施することができる仕組みを構築するよう努める。

##### **二 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、国民の社会環境や生活習慣と生活習慣病との関連等に関する研究を推進し、研究結果に関して的確かつ十分な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**

各保健事業者は、質の高い保健サービスを効果的かつ継続的に提供するため、特定健診・特定保健指導、がん検診、労働者を対象とした健康診断等の徹底を図るとともに、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。

具体的には、がん検診や特定健診など各種検診の実施主体間で、個人の健康情報の共有を図るなど、健康に関する対策を効率的かつ効果的に実施することが考えられる。さらに、がん検診や特定健診等の健康診査を同時に実施することにより、受診者の利便性を向上させることや、受診率の目標達成に向けて、各種の検診実施事業者の参加による受診率の向上に関するキャンペーンを実施するなどの工夫を行うことが考えられる。

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

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

### **一 基本的な考え方**

生活習慣に関する情報の提供については、マスメディアやICTのほか、健康増進に関するボランティア団体や、産業界、学校教育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、分かりやすく、取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫する必要がある。さらに、国、地方公共団体等は、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。

なお、生活習慣に関する正しい知識の普及に当たっては、家庭、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めることができるよう工夫する。

また、情報提供に当たっては、誤った情報や著しく偏った不適切な情報が提供されないよう留意する必要がある。

## 二 健康増進普及月間等

国民運動の一層の推進を図るため、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るほか、社会全体で健康づくりを支え合う環境を醸成するための健康増進の取組を一層促進する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。

また、こうした取組が一層効果的となるよう、併せて、食生活改善普及運動を九月に実施する。

## 第七 其他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

### 一 地域の健康課題を解決するための効果的な推進体制

健康増進に関係する機関及び団体等がそれぞれ果たすべき役割を認識するとともに、地域の健康課題を解決するため、市町村保健センター、保健所、医療保険者、医療機関、地域包括支援センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等から構成される中核的な推進組織が、市町村保健センター、保健所を中心として、各健康増進計画に即して、当該計画の目標を達成するための行動計画を設定し、各機関及び団体等の取組をそれぞれ補完し合うことにより、効果的な取組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 多様な主体による自発的取組の推進

健康づくりに関する活動に取り組む企業、NGO、NPO等の団体は、国民一人一人の健康増進に向けた取組を一層推進させるための自発的取組を行うとともに、その取組について国民に情報発信を行うことが必要である。また、国、地方公共団体等は、そうした取組の中で、優れた取組を行う企業等を評価するとともに、当該取組が国民に広く知られるよう、積極的に当該取組の広報を行うなど、健康づくりに取り組む企業等が増加するような動機付けを与えることが必要である。

### 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・口腔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健康運動指導士等

の運動指導者との連携、食生活改善推進員、禁煙普及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体制の構築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を図るよう努める必要がある。

別表

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

項目	現状	目標（平成 35 年）
①健康寿命の延伸		
ア 日常生活に制限のない期間の平均	男性 70.42 年 女性 73.62 年 (平成 22 年)	平成 19 年と平成 35 年を比較した場合における平均寿命の増加分を上回る健康寿命であること
イ 自分が健康であると自覚している期間の平均	男性 69.90 年 女性 73.31 年 (平成 22 年)	
②健康格差の縮小		
ア 日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差	男性 3.58 年 女性 3.13 年 (平成 19 年)	都道府県格差を縮小すること
イ 自分が健康であると自覚している期間の平均の都道府県格差	男性 3.88 年 女性 3.54 年 (平成 19 年)	

(注) 上記②の目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むものである。

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

項目	現状	目標（平成 35 年）
①75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10 万人当たり）	84.3 (平成 22 年)	次期がん対策推進基本計画に合わせて設定
②がん検診の受診率の向上	胃がん 男性 34.3% 女性 26.3% 肺がん 男性 24.9% 女性 21.2% 大腸がん 男性 27.4% 女性 22.6% 子宮がん 女性 32.0% 乳がん 女性 31.4% (平成 22 年)	次期がん対策推進基本計画に合わせて設定

## (2) 循環器疾患

項目	現状	目標 (平成 35 年)
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 (10 万人当たり)	脳血管疾患 男性 49.5 女性 26.9 虚血性心疾患 男性 36.9 女性 15.3 (平成 22 年)	脳血管疾患 男性 37.7 女性 23.1 虚血性心疾患 男性 28.9 女性 12.8
②高血圧の改善 (最高血圧の平均値の低下)	男性 138.1mmHg 女性 133.4mmHg (平成 20 年)	男性 134.1mmHg 女性 129.4mmHg
③脂質異常症の減少 (総コレステロール 240mg/dl 以上の割合)	16.4% (平成 20 年)	12.3%
④メタボ予備群・メタボ該当者の減少	1,400 万人 (平成 20 年)	平成 25 年度から開始する第二期医療費適正化計画の策定時期に合わせて設定 (P)
⑤特定健診・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の終了率 12.3% (平成 21 年)	平成 25 年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせて設定

## (3) 糖尿病

項目	現状	目標 (平成 35 年)
①合併症 (糖尿病性腎症による年間新規透析導入率) の減少	0.18% (平成 19 年)	0.165%
②治療継続者の割合の増加	53.5% (平成 21 年)	100%
③糖尿病有病者の増加の抑制	890 万人 (平成 19 年)	自然増により見込まれる人数 (1010 万人) から 40 万人の減少

④メタボ予備群・メタボ該当者の減少（再掲）	1,400万人 （平成20年）	平成25年度から開始する第二期医療費適正化計画の策定期間に合わせて設定（P）
⑤特定健診・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の終了率 12.3% （平成21年）	平成25年度から開始する第二期医療費適正化計画に合わせる

（4）慢性閉塞性肺疾患（COPD）

項目	現状	目標（平成35年）
①COPDの知識の普及	今後把握予定	現状を踏まえ設定

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

（1）こころの健康

項目	現状	目標（平成35年）
①自殺者数の減少（人口10万人当たり）	23.4 （平成22年）	自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定
②強いうつや不安を感じている人の割合の減少（気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の減少）	10.4% （平成22年）	9.4%
③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	33.6% （平成19年）	100% （平成32年）
④子どもの心の支援環境の充実		
ア 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合	小児科医：89.5 （平成20年） 児童精神科医：10.6 （平成21年）	増加傾向へ
イ スクール・カウンセラーを配置している中学校（一定の規模以上）の割合	84.3% （平成20年）	100% （平成26年）

（2）次世代の健康

項目	現状	目標（平成35年）
----	----	-----------

①健康な生活習慣（栄養・食生活、運動） を有する子どもの割合の増加		
ア 朝・昼・夜の三食を必ず食べることに 気をつけて食事をしている子どもの割合	84.5% (平成17年度)	100%に近づける
イ 運動やスポーツをほとんど毎日（週に 3日以上、週に7時間以上）している子ども の割合	週に3日以上 小学校5年生 男子 61.5% 女子 35.9% (平成22年) 週に7時間以上 9歳から11歳 男子 72.0% 女子 59.0% (平成18年)	増加傾向へ
②全出生数中の極低出生体重児・低出生体 重児の割合の減少	極低出生体重児 0.8% 低出生体重児 9.6% (平成22年)	減少傾向へ (平成26年)

### (3) 高齢者の健康

項目	現状	目標（平成35年）
①要介護状態の高齢者の割合の減少	16.8% (平成21年)	自然増により見込まれる割合（19%） から2%減少 (平成32年)
②認知機能低下ハイリスク高齢者の発見 率の向上	0.9% (平成21年)	10%
③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	今後把握予定	現状を踏まえ設定
④就業又は何らかの地域活動をしている 高齢者の割合の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定

## 4 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

項目	現状	目標（平成35年）
----	----	-----------

①地域のつながりの強化（居住地域で互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	平成 23 年国民健康・栄養調査で把握	平成 23 年国民健康・栄養調査結果を踏まえて設定
②健康づくりを目的とした住民活動の増加（健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加）	今後把握予定	現状を踏まえ設定
③健康づくりに関する情報発信に自発的に取り組む企業数の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定
④健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	今後把握予定	現状を踏まえ設定
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）	今後把握予定	現状を踏まえ設定

## 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

項目	現状	目標（平成 35 年）
①適正体重を維持している人の増加（肥満、やせの減少）	20～60 歳代男性の肥満者の割合 31.7% 20 歳代女性のやせの者の割合 22.3% (平成 21 年)	20～60 歳代男性の肥満者の割合 28% 20 歳代女性のやせの者の割合 20%
②適切な量と質の食事をとる人の増加		
ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が 1 日 2 回以上の日がほぼ毎日の者の割合	70.3% (平成 22 年)	80%
イ 食塩摂取量の減少	10.7g (平成 21 年)	8g
ウ 野菜と果物の摂取量・適切な量を摂取する割合の増加	1 日当たり摂取量の平均値	1 日当たり摂取量の平均値

	野菜 295g 果物 115g 適切な量を摂取する割合 野菜 350 g 以上摂取する者の割合 30.9% 果物 100 g 以上摂取する者の割合 41.0% (平成 21 年)	野菜 50g 増加 果物 50g 増加 適切な量を摂取する割合 野菜 350 g 以上摂取する者の割合 60% 果物 100 g 以上摂取する者の割合 70%
③食事を 1 人で食べる子どもの割合の減少	朝食 小学生 14.8% 中学生 33.8% 夕食 小学生 2.2% 中学生 6.9% (平成 17 年)	減少傾向へ
④健康増進を目的として食品中の栄養成分の改善に取り組む食品企業等の増加（食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業の数及び飲食店の数の増加）	今後把握予定	現状を踏まえ設定
⑤利用者の身体状況や栄養状態に応じた栄養・食事管理を実施している特定給食施設の割合の増加(P)	今後把握予定	現状を踏まえ設定

## (2) 身体活動・運動

項目	現状	目標（平成 35 年）
①日常生活における歩数の増加	男性 7,136 歩 女性 6,117 歩 70 歳以上男性 4,890 歩 70 歳以上女性 3,872 歩 (平成 22 年)	男性 8,500 歩 女性 8,000 歩 70 歳以上男性 6,000 歩 70 歳以上女性 5,000 歩
②週当たり 1 時間以上の運動習慣者の割合の増加	男性 34.8% 女性 28.5%	男性 60% 女性 55%

	70歳以上男性 45.0% 70歳以上女性 35.7% (平成22年)	70歳以上男性 65% 70歳以上女性 60%
③安全に歩行可能な高齢者の増加(腰痛や手足の関節が痛む者の割合の減少(千人当たり))	男性 265人 女性 371人 (平成22年)	男性 200人 女性 300人
④住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数	今後把握予定	現状を踏まえ設定

### (3) 休養

項目	現状	目標(平成35年)
①十分な睡眠の確保(睡眠による休養を十分とれていない者の減少)	18.6% (平成21年)	14.7%
②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	9.3% (平成23年)	5.0% (平成32年)

### (4) 喫煙

項目	現状	目標(平成35年)
①成人の喫煙率の低下(喫煙をやめたい人がやめる)	19.5% (平成22年)	12.2%
②未成年者の喫煙をなくす	中学1年生 男子 1.6% 女子 0.9% 高校3年生 男子 8.6% 女子 3.8% (平成22年)	0%
③妊娠中の喫煙をなくす	5.0% (平成22年)	0% (平成26年)
④受動喫煙(家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関)の割合の低下(受動喫煙の機会を有する者の減少)	行政機関 16.9% 医療機関 13.3% (平成20年) 職場 64% (平成23年) 家庭 10.7%	行政機関 0% 医療機関 0% (平成35年) 職場 受動喫煙の無い 職場の実現 (平成32年)

	飲食店 50.1% (平成 22 年)	家庭 3% 飲食店 15% (平成 35 年)
--	------------------------	-------------------------------

(5) 飲酒

項目	現状	目標 (平成 35 年)
①ハイリスク飲酒者の割合の低減	平成 22 年国民健康・ 栄養調査結果を再解 析	現状を踏まえ設定
②未成年者の飲酒をなくす	中学 3 年生 男子 8.0% 女子 9.1% 高校 3 年生 男子 21.0% 女子 18.5% (平成 22 年)	0%
③妊娠中の飲酒をなくす	8.7% (平成 22 年)	0%

(6) 歯・口腔の健康

項目	現状	目標 (平成 35 年)
①口腔機能低下の軽減 (60 歳代で咀嚼 に支障がある者の割合の減少)	26.6% (平成 21 年)	20%
②歯の喪失防止		
ア 80 歳で 20 歯以上の歯を有する者 の増加	25.0% (平成 17 年)	50%
イ 60 歳で 24 歯以上の歯を有する者 の増加	60.2% (平成 17 年)	70%
ウ 40 歳で喪失歯のない者の増加	54.1% (平成 17 年)	75%
③歯周病を有する者の割合の減少		
ア 20 歳代における歯肉に炎症所見 を有する者の割合	平成 21 年国民健康・ 栄養調査結果を再解 析	現状を踏まえて設定
イ 40 歳代における進行した歯周炎 を有する者の割合	37.3% (平成 17 年)	25%

ウ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合	54.7% (平成17年)	45%
④幼児・学齢期のう蝕のある者の減少・地域格差の縮小		
ア 3歳児のう蝕有病者率が20%未満である都道府県の割合の増加	12.8% (平成21年)	50%
イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0未満である都道府県の割合の増加	12.8% (平成22年)	80%
⑤歯科検診の受診者の増加（過去1年間に歯科健康診査を受診した者の割合の増加）	34.1% (平成21年)	65%

(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 ①健康寿命の延伸  
②健康格差の縮小

②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

		生活習慣の改善・社会環境の改善					
		栄養・食生活	身体活動・運動	休養	喫煙	飲酒	歯・口腔の健康
NCDの予防	がん	①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 ②がん検診の受診率の向上					
	循環器疾患	①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 ②高血圧の改善(最高血圧の平均値の低下) ③脂質異常症の減少(総コレステロール240mg/dl以上の割合) ④メタボ予備群・メタボ該当者の減少 ⑤特定健診・特定保健指導の実施率の向上					
	糖尿病	①合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入率)の減少 ②治療継続者の割合の増加 ③糖尿病有病者の増加の抑制					
	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	①COPDの知識の普及					

③社会生活を営むために必要な機能の維持・向上

社会生活に必要な機能の維持・向上	こころの健康	①自殺者数の減少 ②強いうつや不安を感じている人の割合の減少 ③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 ④子どもの心の支援環境の充実					
	次世代の健康	①健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加 ②全出生数中の極低出生体重児・低出生体重児の割合の減少					
	高齢者の健康	①要介護状態の高齢者の割合の減少 ②認知機能低下ハイリスク高齢者の発見率の向上 ③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 ④就業又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

地域の絆による社会づくり	①地域のつながりの強化 ②健康づくりを目的とした住民活動の増加 ③健康づくりに関する情報発信に自発的に取り組む企業数の増加 ④健康づくりに関して身近で気軽に専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加 ⑤健康格差対策に取り組む自治体数の増加					
--------------	--	--	--	--	--	--

⑤多様な分野における連携

## 関係団体・学会からの主なご意見

次期国民健康づくり運動プランの策定に当たり、関係団体（126のうち18回答）・学会（47のうち21回答）へ意見照会を行ったところ、文書にて回答があった。

○基本的な方向に関するご意見

- ・ 老老介護への負担を軽減し、健康寿命の延伸を図る。幼少期より生活習慣の獲得に取り組むべき。
- ・ 「健康寿命の延伸」はもとより「健康格差の縮小」に力を入れるべき。連携のとれた健康増進の取り組み策を考案・実施すべき。
- ・ 喫煙率の削減目標について、その目標値よりも、喫煙者を減らしていく戦略・戦術の提示（目標）こそが重要。
- ・ 身体活動や運動による健康づくりは、スポーツ振興とのつながりが強いことから、所管省庁等の枠を超え、文部科学省や自治体の担当部局が進める子どもの体力向上方策や、生涯スポーツ振興施策と有機的に連携すべき。
- ・ 国民のニーズを把握・分析し、国民が“楽しみながら”“自ら進んで”取り組める魅力ある健康づくり運動を目指すべき。
- ・ 健康寿命の延伸の基礎として、子どもから大人までが健康づくりに取り組みやすい社会環境づくりを行う。
- ・ 個人の健康づくりはもとより、社会貢献（社会参画）するためのインフラとして健康を位置づける。
- ・ 地域で総合的に健康づくりを普及するための、政策及び人材育成が必要。健康施策は、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを融合して展開すべき。
- ・ 若年層からの健康教育（栄養学・運動の効果と運動習慣の重要性・規則正しい生活習慣）を実施することにより、生活習慣病患者と要介護者の減少につなげる。
- ・ 老年期になってからも循環器機能の保持や足腰の筋力維持のための適切な運動方策に取り組むべき。
- ・ ストレスを感じた場合や睡眠に関する悩みがある場合に、身近な問題として、容易に相談ができる場をつくることに取り組む。
- ・ 高齢者特有のロコモティブシンドローム等があっても、生活機能が維持できるよう適切な運動を行える環境づくりに取り組む。
- ・ 飲酒に対する正しい知識の普及と多量飲酒による危険性の啓発。
- ・ 若い世代（10代後半から30代前半）の健康増進を支えるような取組の強化。地域社会・環境づくりの一環として、栄養・食物サービス、保健・医療・福祉サービスの明確化。
- ・ 受動喫煙防止のための職場を含む公共屋内空間の禁煙。

- ・ 新しいマンパワーとして補充すべき人材は、保健師、養護教諭、栄養教諭、健康教育スペシャリスト。
- ・ 小中学校を中心に子ども達を巻き込み、子どもと大人が一緒になって進める健康増進運動が非常に効率よく展開する。
- ・ 身体活動量の増加を始めとする生活習慣改善（1に運動、2に食事、しっかり禁煙）を、基本的かつ具体的な方向として示すべき。
- ・ 徹底した禁煙政策の推進、早期診断体制の整備、治療法の中で立ち遅れている運動療法の啓発が必要。
- ・ 若年層の運動機能向上と食生活習慣改善を図り、若年層がロコモティブシンドローム（運動器症候群）の予備軍にならないように取り組む。
- ・ 「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」の重要性を認識し、教育的・啓発的な働きかけを充実させるべき。
- ・ 健康づくりの三要素（運動、栄養、休養）の中で、取り組みの一番遅れている“休養”の意味とその大切さを認識させ、国民に積極的に取り組ませる工夫が必要。
- ・ 過度な医薬、社会制度に頼ることなく、健康寿命の確保に心がける。
- ・ 小児肥満が学童期から発生していることより、小児期からの長期的な肥満症・メタボリックシンドローム対策を開始する必要がある。
- ・ スポーツ・身体運動等により健康寿命の延伸を図るべき。健康教育（運動、睡眠、栄養）を国民的規模で推進するべき。
- ・ 健康寿命の延伸と共に疾病予防にもっと取り組む。栄養、運動、休養が基本となるが、個人の特性に合わせた環境づくりも大切。

## ○目標に関するご意見

- ・ 個人で達すべき目標と社会環境に関する目標を具体的数値として設定。
- ・ 目標を達成させるための責任者を明確にし、責任者に提示すべき。
- ・ 「身体活動・運動」に関する目標については、文部科学省が現在策定を進めている「スポーツ基本計画」との整合性も考慮しつつ目標値を設定すべき。
- ・ 大企業や公的機関と違い、健康づくり支援体制が脆弱な中小企業においては、従業員に対し職場では十分なフォローができない状況にあることに留意が必要。
- ・ ライフステージごとに迎える健康危機があるので、それに対応した目標となるように計画を構成。
- ・ たばこ分野においては、「未成年者の喫煙をなくす」の目標に加えて、「成人喫煙率の減少」と「受動喫煙の防止」を目標に挙げることが必要。
- ・ 国や自治体の目標については達成率も公にして、継続的な運動を行う。
- ・ 各世代・性別による体力レベル目標値の設定。
- ・ ストレスを感じた場合に気楽に相談ができる場があると答えることのできる人に関する

る目標を設定。

- ・ 介護保険認定率の維持・低下を目標に加える。(ロコモティブシンドロームが原因となる申請を低下させる。)
- ・ 国全体としてアルコール飲用の低用量化に留意し、「節度ある適度な飲酒」として1日平均純アルコールで約20グラム程度である旨の知識の普及を改めて実現させる。
- ・ 個人の行動変容と社会環境整備に関わる目標の強化。
- ・ 喫煙率の削減目標を設定するのは厳しい値とする(半減以下)のは良いとしても、その具体策を併せて提示すべき。
- ・ 社会環境の整備に関する目標については、栄養・食生活、身体活動、たばこなど分野ごとに諸外国で既に有効性が確認されている環境整備を参考にして、より明確かつ具体的に目標項目を示し、10年後には日本の科学的根拠が蓄積されることをめざすべき。
- ・ 喫煙率の低下と受動喫煙の防止に関わる指標と目標値を設定することが重要である。
- ・ 高血圧は、最も重要な脳卒中、虚血性心疾患の危険因子であり、我が国の課題である減塩とともに目標の一つとして明記されたほうがいい。
- ・ 国民のCOPD認知度は30~40%と報告されている。10年間でCOPDの認知度100%をめざし、中間評価の5年後に少なくとも50%以上をめざす。
- ・ 骨粗鬆症、変形性関節症、運動器不安定症の予防につながる指標を加える。
- ・ 日常生活における運動習慣を増加させる。その中で、簡便に実施でき、運動器以外の健康増進にも役立つ運動習慣として1日の歩数の増加が目標値として掲げやすい。例えば、1日10,000歩が至適と考えられる。
- ・ 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であるとする。新たに設定すべき(個人で達成すべき)目標として、酸素摂取量(全身持久力)、内臓脂肪量(メタボリックシンドローム)、筋力、柔軟性など。
- ・ 中高年が健康寿命のため必要とする運動量、運動の種類等のガイドラインを作成すべき。

## ○その他(自治体の計画策定や調査・連携等)のご意見

- ・ 健康づくりの優良団体・企業や自治体には大臣表彰制度の新設などによってインセンティブをあたえることも必要。今までの施策の広報だけでなく、様々なメディアやツールを活用して、国民一人ひとりに新運動のスタートを認知させるべき。
- ・ 国、都道府県、市区町村それぞれの役割を明示し、国民健康づくり運動が効率的に推進されるよう配慮すべき。国民健康づくり運動の展開において、障害者が主体的に参加できるような推進体制や計画への明示が必要。
- ・ 目標達成に向けて、国、地方公共団体、企業、家庭、医療保険者等関係者の役割を明確にし、それぞれの者との連携が十分に図れる新たな仕組み(枠組み)の構築が必要。がん検診と特定健診の受診促進に繋がる取り組みも重要。

- ・ 今後国民の身近な健康づくりを展開するためには、テレビ放送やブログ、動画配信などを積極的に使った周知方法を行うことが必要。「国民健康づくり運動」専門職の知識を高めるための研修の充実を図る。
- ・ 「すこやか生活習慣国民運動」の「スマートライフプロジェクト」を民間事業者が参画され、推進しているが、マスコミにおけるメディア活用をもっと推進し、国民の認知度を高める広報戦略が必要。民間事業者の活用及び連携の啓発活動の場づくりでは、多くの人々が集まる、楽しく、遊ぶ中での啓発ツールの設置を行っても良い。
- ・ 企業がこの運動に具体的に関わられるような柔軟な仕組みを作るべき。特にCSRの意識の高い企業を巻き込む。
- ・ 経済活動や社会活動との連携による健康増進効果について研究すべき。
- ・ 健康づくり計画を具体的に展開するためには、保健師の十分かつ適正な配置と、保健師の力量形成、裁量権の担保が不可欠である。
- ・ 国と地方自治体・自治体同士の縦横の情報共有をより一層図り、無駄のない運動を提唱し、実行する。
- ・ 各市町村における民間企業と連携。運動指導者の基準を設けることが国民健康づくり運動の推進に効果があると思う。
- ・ 地域の社会資源（健康増進施設や医療機関、介護保険施設等）を活用し、身近な場所での健康づくりができる環境を促進する。
- ・ ワークライフバランスの問題、精神的ストレスの増加や自殺者の問題は、労働環境・条件と密接に関係しており、各レベルでの領域横断的連携も必須である。
- ・ 子宮頸がん発症の減少、女性の骨粗鬆症・心血管疾患の発症予防からの啓蒙、啓発活動を行うべき。
- ・ 「運動器の健康」が「健康寿命」を延ばす重要な役割を担うことも国民に周知させることが重要。
- ・ 青少年への指導・啓発は、健康な社会の実現にとって、大変に重要。
- ・ 行政機関に留まらず、医療保険者、学協会、研究機関、民間企業（保険会社、製薬会社など）、メディアを含めた広報を戦略化すべき。
- ・ 全年齢層での肥満症・メタボリックシンドローム対策が必要であり、小学生から始める肥満対策と肥満教育には、自治体との連携が必須である。
- ・ 身体運動、健康教育を実践できる人材育成、そのための学会・大学等との協力をすべき。
- ・ スマートフォン等の様々な情報伝達手段の変化に伴う健康情報の伝え方（相互方向）を検討する。

## 視点1: 国民運動のネーミング

## 「健康日本21」は継続使用

\* 10年単位でニックネームやサブタイトルを更新 \* シンボルマークは変更を検討

## 考え方A:

ニックネームとして「健康日本21」  
にプラスし、運動感をアピールするプロジェクトカラダ・ミライ・プロジェクト  
カラダ・ゲンキ・プロジェクト  
ゲンキ・ミライ・プロジェクト  
健康・未来・プロジェクト  
健康・ニッポン・プロジェクト  
プロジェクト「健康ニッポン」始まり、掛け声ハロー、健康ニッポン  
HELLO! 健康NIPPON  
START! HEALTHY-NIPPON運動(ムーブメントorナショナルプロモーション)ウェルネス・ムーブメント・ニッポン  
ヘルス・ムーブメント・ニッポン前へ進むもっとWELL-BEING JAPAN  
もっとウェルネス・ニッポン  
HEALTH-MAKING JAPAN!

## 考え方B:

サブタイトルで「健康日本21」  
を一人一人に語りかける

## 健康日本21

～一人ひとりの元気のために～

## 健康日本21

～一人ひとりの健康を考える～

## 健康日本21

～一人ひとりのWell-beingを  
目指して～

## 考え方C:

サブタイトルで「健康日本21」  
の新しい重点目標を訴求する

## 健康日本21

～健康寿命を延ばそう!～

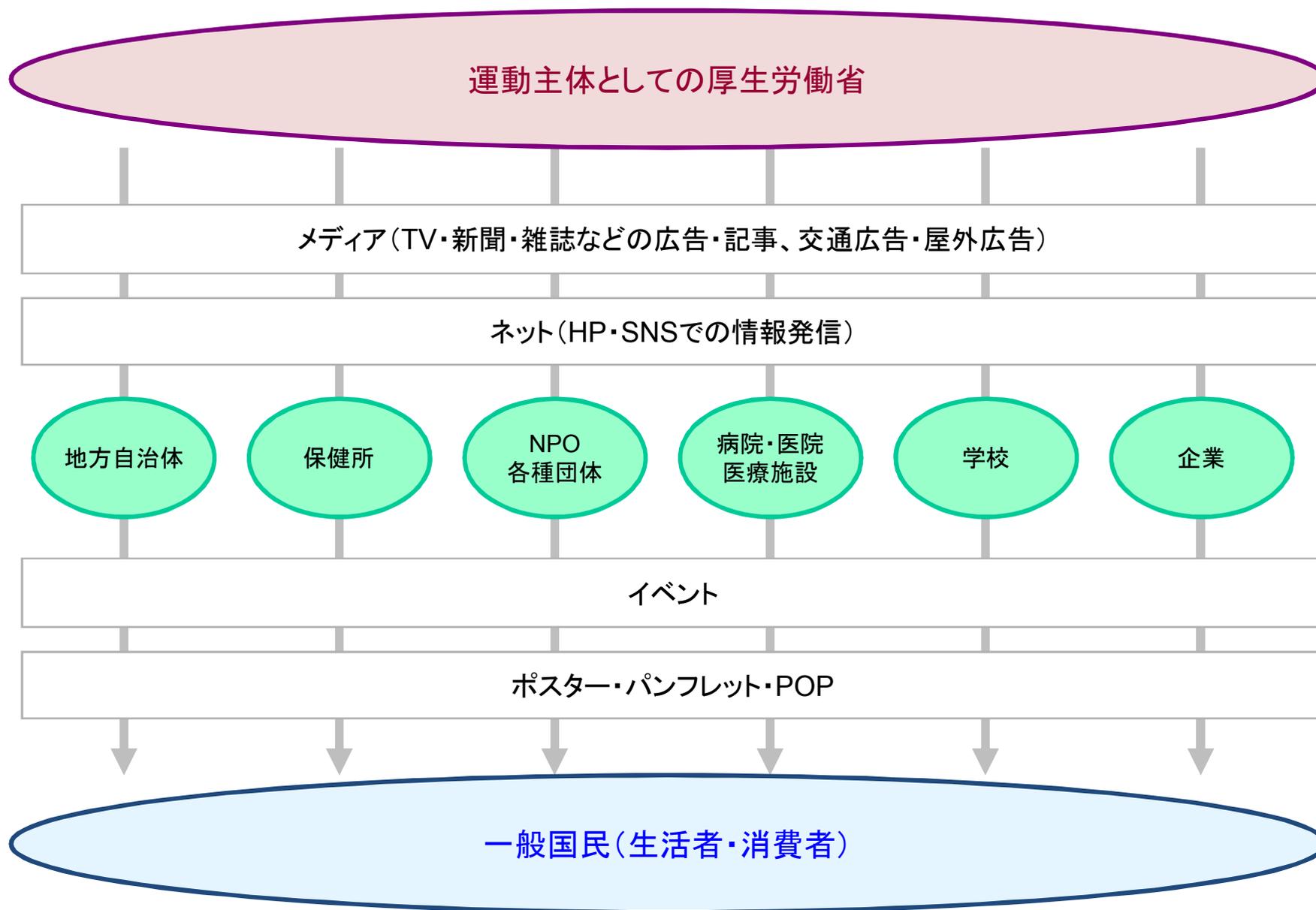
## 健康日本21

～ストップザ生活習慣病～

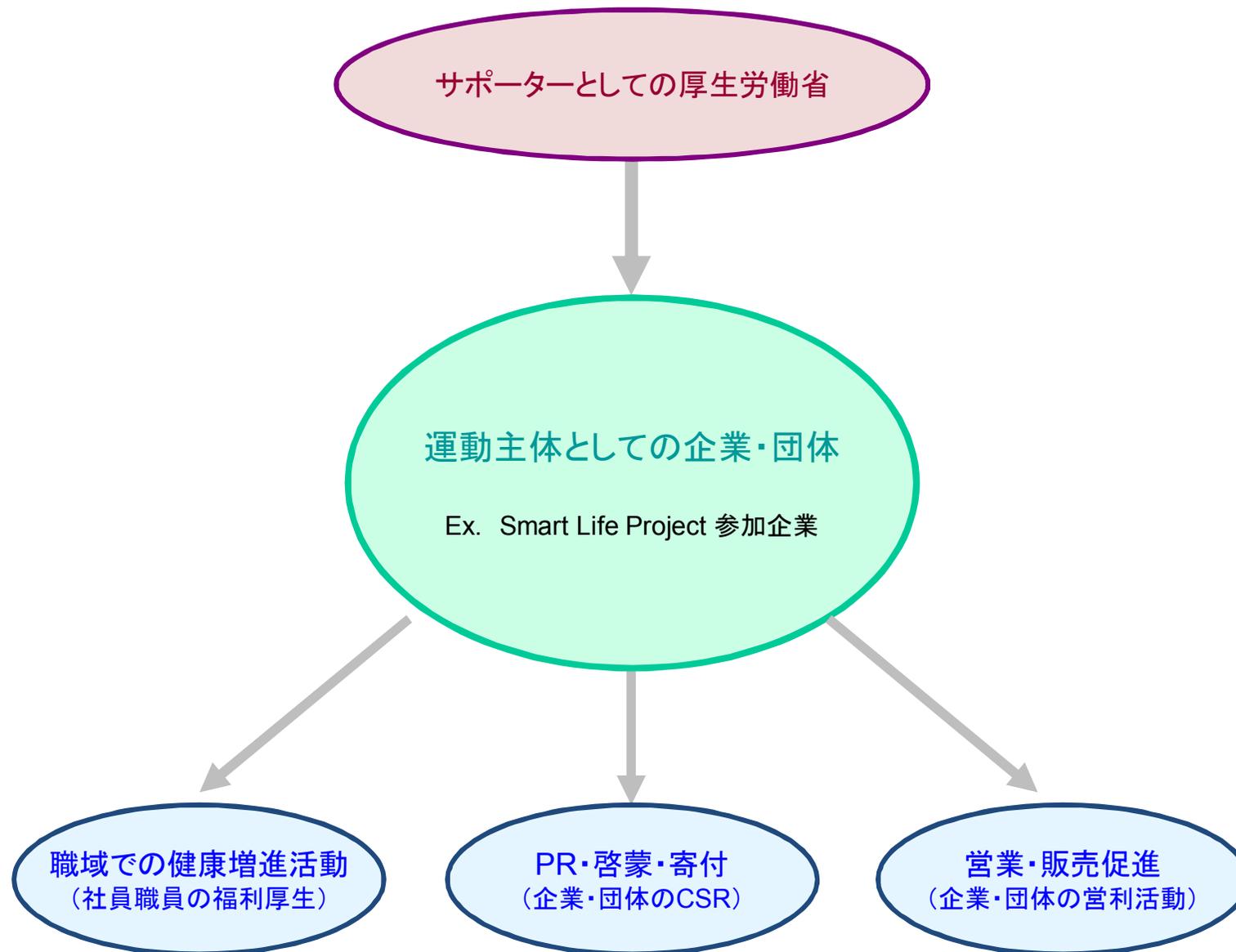
## 健康日本21

～ココロとカラダの健康づくり～

## 視点2： 国民運動の周知 & 行動喚起のために



## 視点2: 国民運動の周知&行動喚起のために



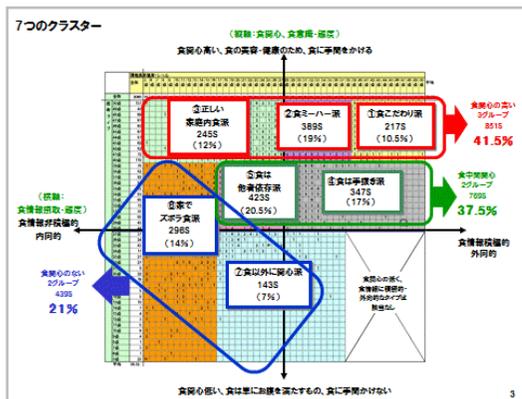
# 視点3: ターゲットセグメンテーション

## ■ターゲットセグメンテーション事例

ネット調査を行い、食関心・食情報摂取態度によりクラスター分類

7クラスター各々のプロフィールと食料自給率向上のためのライフスタイル提案

7クラスターの全体まとめとクラスター間の相互作用まとめ



### 最も意識が高いクラスター

**①食ごだわり派 10.5% (運動的関心と手づくり派)**

食関心度・情報摂取態度とも非常に高い。料理の手づくりや家族・人との交わり、生活の喜びがモチベーション。食生活は健康志向。食生活満足度は「健康志向」で高く、食生活改善のモチベーションも高い。食生活改善のモチベーションも高い。食生活改善のモチベーションも高い。

**日本の「食」で、自分らしい快適生活**

食生活改善のモチベーションも高い。食生活改善のモチベーションも高い。食生活改善のモチベーションも高い。

クラスターの特徴サマリーテーブル

クラスター	食生活実態	食生活改善のモチベーション	食生活改善の方向性	アプローチ
①食ごだわり派	健康志向、手づくり、家族・人との交わり	高い	食生活改善のモチベーションも高い	モチベーションを高めるためのアプローチ
②食マイナー派	食生活改善のモチベーションも高い	高い	食生活改善のモチベーションも高い	モチベーションを高めるためのアプローチ
③食ごだわり派	健康志向、手づくり、家族・人との交わり	高い	食生活改善のモチベーションも高い	モチベーションを高めるためのアプローチ
④食は他者依存派	食生活改善のモチベーションも高い	低い	食生活改善のモチベーションも高い	モチベーションを高めるためのアプローチ
⑤食は手抜き派	食生活改善のモチベーションも高い	低い	食生活改善のモチベーションも高い	モチベーションを高めるためのアプローチ
⑥家でズボラ食	食生活改善のモチベーションも高い	低い	食生活改善のモチベーションも高い	モチベーションを高めるためのアプローチ
⑦食以外に関心派	食生活改善のモチベーションも高い	低い	食生活改善のモチベーションも高い	モチベーションを高めるためのアプローチ

調査対象  
20代～60代の男女2,060名

調査項目

- 食生活実態  
ex.朝食摂食率、手作り率、購入場所
- 食意識  
ex.食の意味、知識、食生活で気を付けていること

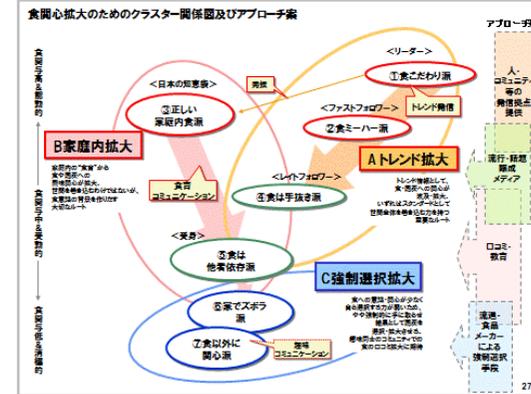
### 最も意識が低いクラスター

**⑦食以外に関心派 7% (確信的無関心の健康志向)**

食関心度・情報摂取態度とも非常に低い。料理の手づくりや家族・人との交わり、生活の喜びがモチベーション。食生活は健康志向。食生活満足度は「健康志向」で高く、食生活改善のモチベーションも高い。食生活改善のモチベーションも高い。

**やりたいことを実現するための健康食生活**

食生活改善のモチベーションも高い。食生活改善のモチベーションも高い。食生活改善のモチベーションも高い。





○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確か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。

○ 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

(平成15年4月30日付け健発第0430002号厚生労働省健康局長通知)

健康増進法（平成14年法律第103号）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（以下「基本方針」という。）は、平成15年厚生労働省告示第195号をもって告示されたところであるが、その概要等は、以下のとおりであるので、御了知の上、関係方面への周知に御配慮をお願いしたい。

第1 基本方針の概要及び留意点について

基本方針の概要及び留意点は以下のとおりである。

1 国民の健康の増進の推進の基本的な方向

(1) 一次予防の重視

従来の疾病対策の中心であった二次・三次予防にとどまることなく、一次予防に重点を置いた対策を推進する。

(2) 健康増進支援のための環境整備

ア 社会全体による支援

個人が主体的に行う健康増進の取組を、家庭、地域、職場等を含めた社会全体で支援していくことが重要である。

イ 休日、休暇の活用の促進

休日、休暇における健康づくりの活動の支援が必要である。

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。

(3) 目標等の設定と評価

科学的根拠に基づく具体的目標を設定する。

活動の成果を適切に評価し、その評価結果を活用する。

(4) 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

ア 多様な経路による情報提供

各種の情報伝達手段等による多様な経路によるきめ細かな情報提供を推進する。

イ 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。

ライフステージ（乳幼児期、思春期等における課題）、性差等に応じた対策を効果的に推進する。

ウ 多様な分野における連携

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、まちづくり対策、豊かな自然環境の利用促進対策、生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、関係行政分野との連携をとる必要がある。

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

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)]<sup>2</sup>

#### 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)]<sup>2</sup>×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。



## 参考資料3

## たばこに関する目標設定の考え方について

## 1. 成人の喫煙率の低下

## (1) 目標設定の必要性

- 喫煙は、がん、循環器疾患、呼吸器疾患、糖尿病、周産期の異常など様々な疾病の原因となることが科学的知見として確立されており、その健康影響は明らかである。
- 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、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12～13万人と推計されている。
- また、日本も批准し平成17年に発効した「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」の目的に「たばこの使用及びたばこの煙にさらされることの広がりを減少させる」とあり、国際的にも、その責務が求められている。
- したがって、次期国民健康づくり運動において、成人の喫煙率低下に関する目標を設定し、必要な対策を推進することにより、現在及び将来の健康被害を回避することが必要である。

## (2) 目標値の考え方

- 厚生労働省が策定した「健康日本21」においては、たばこに関し、「喫煙をやめたい人がやめる」ことを方針として掲げ、健康づくり運動を推進している。
- また、平成19年に策定された「がん対策推進基本計画」では、個別目標として、「喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことを目標とする」ことが閣議決定されており、厚生労働省のみならず、政府全体として、喫煙をやめたい人が禁煙する環境を整備することが求められているところ。
- このような状況を踏まえ、目標値については、現在の成人の喫煙率(19.5%※)から禁煙希望者が禁煙した場合の割合(37.6%※)を減じたものを設定する。

## &lt;目標値&gt;

成人の喫煙率 19.5%※(平成22年) → 12.2%(平成34年度)  
(19.5%※×(100%-37.6%※))=12.2%

※平成22年国民・健康栄養調査より。

## 2. 未成年者の喫煙をなくす

### (1) 目標設定の必要性

- 未成年期の喫煙は、大前提として法律上禁止されているとともに、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、中・長期的な観点で指標として含めておく意義がある。

### (2) 目標値の考え方

- 厚生労働省が策定した「健康日本21」において、「未成年者の喫煙をなくす」が目標値としてあり、この方針を踏まえ、引き続き、この目標値を設定するものである。

#### <目標値>

基本値	男性（中学1年生） 1.6%（平成22年） 男性（高校3年生） 8.6%（平成22年） 女性（中学1年生） 0.9%（平成22年） 女性（高校3年生） 3.8%（平成22年）
目標	男性（中学1年生） 0%（平成34年度） 男性（高校3年生） 0%（平成34年度） 女性（中学1年生） 0%（平成34年度） 女性（高校3年生） 0%（平成34年度）
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

### 3. 受動喫煙の防止

#### (1) 目標設定の必要性

##### (国際的な動向)

- たばこは、受動喫煙などの短期間の少量暴露によっても健康被害が生じ、虚血性心疾患、肺がん、乳幼児期の喘息、乳幼児突然死症候群などの健康被害の原因となる。
- このため、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」の第8条において、「たばこの煙にさらされることからの保護」のための効果的な措置を講じることが規定された。
- さらに、平成19年の「たばこ規制枠組条約第8条履行のためのガイドライン」においては、「すべての屋内の職場、屋内の公共の場及び公共交通機関は禁煙とすべきである」ことが明記され、諸外国でも受動喫煙に関する規制強化が進んでいる。

##### (国内の取組)

- 平成15年に施行された健康増進法において、多数の者が利用する施設を管理する者に対し、受動喫煙防止のための措置を講じることが努力義務として規定したほか、平成22年に発出した健康局長通知では、「今後の受動喫煙防止対策の基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間は、原則として全面禁煙であるべき」ことを示した。
- また、職場については、平成22年に閣議決定した「新成長戦略」において、2020年までに「受動喫煙の無い職場の実現」が掲げられた。

##### (受動喫煙の目標設定)

- このような受動喫煙を取り巻く国際的、国内的状況を踏まえ、受動喫煙の防止を一層推進するため、受動喫煙の防止に関する目標を設定することが必要である。

#### (2) 目標値の考え方

##### ①行政機関・医療機関について

平成22年の健康局長通知において、「少なくとも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。」とされているとおり、これらの施設については、住民の健康を守るための公的責任を果たす要請が特に強い。したがって、住民の健康被害を防止する観点から、行政機関・医療機関については、「受動喫煙の機会を有する者をなくす」ことを目標に掲げることが適当である。

<目標値>

- ・行政機関 16.9%\* (平成20年) →0% (平成34年度)
- ・医療機関 13.3%\* (平成20年) →0% (平成34年度)

\*非喫煙者が月1回以上受動喫煙の機会を有する者の割合 (平成22年国民・健康栄養調査)

## ②職場について

職場については、労働安全衛生法に基づき、快適な職場環境を形成することが事業主の努力義務として規定されている。「新成長戦略」の記述と整合性を図り、「受動喫煙の無い職場の実現」を目標に掲げることが適当である。

### <目標値>

- ・ 職場 64%※（平成23年）→受動喫煙の無い職場の実現（平成32年）  
※「全面禁煙」、「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じている事業所の割合（平成23年職場における受動喫煙防止対策に係る調査）

## ③家庭・飲食店について

- ・ 国民の健康被害を防止する観点からは、家庭・飲食店においても、行政機関等と同様、受動喫煙を完全になくす目標を設定することが望ましいこと、
- ・ 一方、20歳以上の者に喫煙が認められている中、プライベートな空間である家庭において完全な受動喫煙防止を求めることは、現時点では困難であること、
- ・ 飲食店の場合は、平成21年3月に取りまとめられた「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」でも、「中小規模の事業所が多数を占める飲食店や旅館等では、自発的な受動喫煙防止措置と営業を両立させることが困難な場合があることに加え、利用者に公共的な空間という意識が薄いため、受動喫煙防止対策の実効性が確保しがたい状況にある。」とあり、顧客に対して禁煙等とすることを一律に事業者を求めることは、現時点では困難であること、

を踏まえ、受動喫煙の機会を有する者を半減することを目標とする。なお、喫煙率そのものが低下すれば、受動喫煙の割合も自然に低下することとなるので、半減させる基準となる値は、現在、家庭、飲食店で受動喫煙の機会を有する者の割合に、禁煙希望者が禁煙した場合の割合（37.6%）を減じた割合とする。

### <目標値>

- ・ 家庭 10.7%※（平成22年） → 3%（平成34年度）  
(10.7% × (100% - 37.6%) ÷ 2 ≒ 3%)  
※非喫煙者が毎日受動喫煙の機会を有する者の割合（平成22年国民・健康栄養調査）
- ・ 飲食店 50.1%※（平成22年） → 15%（平成34年度）  
(50.1% × (100% - 37.6%) ÷ 2 ≒ 15%)  
※非喫煙者が月1回以上受動喫煙の機会を有する者の割合（平成22年国民・健康栄養調査）

～たばこ関係の主なご意見～

○地域保健健康増進栄養部会及び次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・今、吸っている人に一人でも多くたばこをやめてもらうということも大きな健康日本21の目標であることを再認識し、そういう必要から喫煙率の目標値を今回は改めて提起する。
- ・喫煙をどうしてもやめられない方に対してカウンセリングあるいはケアとか、その辺りをもっと充実すべきであるということと、たばこ依存症あるいはたばこ中毒であると言う観点から医療の充実、拡充をしなければならない。
- ・本当に国民の健康を守るために何が必要かということをご皆さんに考えていただいて、是非この喫煙率の目標は立てていただきたい。
- ・欧米に比べたらこの数値目標というのは甘いかもしれないが、これまでの経緯を考えると、大変画期的な第一歩を踏み出せたのではないかという方向性を感じる。

○次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会に対する関係団体・関係学会からのご意見

※次期国民健康づくり運動プランの策定に当たり、喫煙に限らず本プランの方向性などについて、関係団体（126）・学会（47）へ意見照会を行い、文書で回答のあったもの。なお、関係団体・学会への意見照会は、喫煙率目標設定の考え方について厚生労働省案を提示する前に行ったもの（平成23年12月27日付）である。

- ・たばこ分野において、「未成年者の喫煙をなくす」の目標に加え、「成人喫煙率の減少」と「受動喫煙の防止」を目標に挙げる必要がある。（日本禁煙推進医師歯科医師連盟）
- ・受動喫煙防止のための職場を含む公共屋内空間の禁煙（日本疫学会）
- ・喫煙率の削減目標を設定するのは厳しい値とする（半減以下）のは良いとしても、その具体策を併せて提示すべき。（日本禁煙学会）

- ・ 栄養・食生活、身体活動、たばこなど分野ごとに諸外国で既に有効性が確認されている環境整備を参考にして、より明確かつ具体的に目標項目を示し、10年後には日本の科学的根拠が蓄積されることをめざすべきである。（日本健康教育学会）
- ・ 喫煙率の低下と受動喫煙の防止に関わる指標と目標値を設定することが重要である。（日本口腔衛生学会）
- ・ 身体活動量の増加を始めとする生活習慣改善（1に運動、2に食事、しっかり禁煙）を、基本的かつ具体的な方向として示すべき。（日本公衆衛生学会）
- ・ 喫煙率低下と受動喫煙の防止。（日本呼吸器学会）
- ・ 徹底した禁煙政策の推進、早期診断体制の整備、治療法の中で立ち遅れている運動療法の啓発が必要。（日本呼吸ケア・リハビリテーション学会）

## 参照条文等

### ◎健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）

（受動喫煙の防止）

第二十五条 学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙（室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう。）を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

### ◎労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）

（事業者の講ずる措置）

第七十一条の二 事業者は、事業場における安全衛生の水準の向上を図るため、次の措置を継続的かつ計画的に講ずることにより、快適な職場環境を形成するよう努めなければならない。

- 一 作業環境を快適な状態に維持管理するための措置
- 二 労働者の従事する作業について、その方法を改善するための措置
- 三 作業に従事することによる労働者の疲労を回復するための施設又は設備の設置又は整備
- 四 前三号に掲げるもののほか、快適な職場環境を形成するため必要な措置

### ◎受動喫煙防止対策について（平成 22 年 2 月 25 日健康局長通知）

#### 4 受動喫煙防止措置の具体的方法

##### （1）施設・区域における受動喫煙防止対策

全面禁煙は、受動喫煙対策として極めて有効であると考えられているため、受動喫煙防止対策の基本的な方向性として、多数の者が利用する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である。全面禁煙を行っている場所では、その旨を表示し周知を図るとともに、来客者等にも理解と協力を求める等の対応をとる必要がある。

また、少なくとも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。

### ◎新成長戦略（平成 22 年 6 月 18 日閣議決定）

#### IV 雇用・人材戦略～「出番」と「居場所」のある国日本～

##### 11. 職場における安全衛生対策の推進

[2020 年までの目標] 受動喫煙の無い職場の実現