

## 今後の特定健診・保健指導の在り方について (健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ)

### 1 はじめに

健診・保健指導の在り方に関する検討会においては、昨年の12月以降、国の健康づくり対策の一環としての健康診断・健康診査、保健指導等のあり方について、専門的な見地からの検討を進め、特に、特定健康診査・特定保健指導（以下「特定健診・保健指導」という。）については、制度創設後これまでに蓄積された知見等を踏まえてその主な課題について検討を重ねてきた。

以下、現在までの議論の経緯と当面の対応について取りまとめた。

### 2 議論の経緯

#### (1) 現在の特定健診・保健指導の枠組みについて

「内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診を行い、その対象者に生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、糖尿病等の有病者や予備群を減少させる」という目的の現在の特定健診・保健指導制度の在り方について議論があった。

- 現在の制度を評価する観点からは、次のような意見があった。
  - ・ 国民の間にメタボリックシンドロームの概念が浸透し、認知度が高まったことは特定健診・保健指導の成果である。
  - ・ 医療費削減のためのアプローチとして、内臓脂肪肥満を減少させることが効果的であるという考え方に基づく現行制度は推進すべきである。
  - ・ この制度の導入により保健指導が注目され、保健指導の効果は確実にあがっている。
  - ・ 保健指導を系統立てて行うようになったことや、医療保険者が健診や保健指導に取り組むようになったことは、現制度の良かった面である。
  - ・ マンパワーなどが限られた中では、生活習慣が改善しやすく指導目標を立てやすいメタボリックシンドロームに着目した現行制度は効果的である。
  - ・ 現行制度の下で生活習慣の改善効果などのデータが蓄積されているところであり、当面はデータの蓄積に努めるべきである。
- 一方、現在の制度に対する問題提起として、次のような意見があった。
  - ・ 受診率が低く、制度として定着しているとは言えない。受診率が低いと、健診でスクリーニングできる者が限られ、個々人のデータが蓄積されないという問題がある。
  - ・ メタボリックシンドロームに着目しているために、心疾患イベントのリスクが高い者への対応が不十分であり、循環器疾患の予防の観点からは、軽症の高血圧

や、非肥満でリスクを有する者への介入も検討すべきである。

- ・ 健診項目等は対象者の性別や年齢ごとに細かく見ていくことが必要。高齢化も踏まえ、認知症、歯周病、眼科疾患、うつ等の QOL 阻害要因となる疾患への対応についても広く議論すべきである。

## (2) 特定健診・保健指導における腹囲基準の在り方について

特定健診においては、腹囲を測定し、特定保健指導の対象となる者を選別・階層化する上でのスクリーニングの第一基準として用いているが、これについて、国際糖尿病連合（IDF）が暫定的に示した新たなメタボリックシンドロームの判定基準において腹囲が判定要素の一つとされていること等を踏まえ、検討を行った。

- 腹囲を階層化の第一基準としていることについて、評価する観点からは次のような意見があった。
  - ・ 腹囲は、スクリーニングの手段として重要であり、メタボ対策として生活習慣への介入に先進的に取り組んでいる以上、必ずしも国際暫定基準にとらわれる必要はない。
  - ・ メタボリックシンドロームの原因である内蔵脂肪に着目した現在の枠組みは、保健指導等の現場では効果が上がりやすい。
  - ・ 非肥満者に対する保健指導は、選択肢や手法の面で介入が必ずしも容易ではなく、リスクの種類に応じた対応が求められる。
  - ・ 肥満者が欧米より少ない日本では、内臓脂肪型肥満という質的な側面を考慮して管理する現行制度は有効である。
- 他方で、腹囲を第一基準としていることについて、次のような問題提起があった。
  - ・ 国際的な動向として、腹囲が第一基準ではなく、判定基準の一つとして扱われるようになってきていることは、尊重すべきである。
  - ・ 腹囲を第一基準とすることで、特に女性の特定健診受診の意欲を失わせている。また、現行の階層化基準では、特定保健指導の対象となる女性が少なく、女性が保健指導を受ける機会が限定される。
  - ・ 腹囲を第一基準とせず、判定基準の一つとする方が、保健指導対象者が増えるので適切である。
  - ・ 腹囲を BMI に置き換えた場合や、腹囲を判定基準の一つとした場合にどのような違いが生ずるのか、検証すべきである。
- また、現行の腹囲の判断基準（男性 85 cm 以上、女性 90 cm 以上）は、絶対リスクでみた基準であり、相対リスクからは男性 85 cm、女性 80 cm となるため、女性の基準を腹囲 80 cm に引き下げるといった考え方もありうるとの意見もあった。
- 特定健診において腹囲を測定すること、あるいは腹囲を階層化の第一基準とすることについては、重要なテーマであり、必要なデータの収集や研究を進めるととも

に、そのデータ等に基づいて引き続きその在り方について検討することが必要であるということとなった。

### (3) 現在特定保健指導の対象となっていない者への対応について

特定健診の結果、腹囲又はBMIの基準に該当しないため特定保健指導の対象とならない者のうち、血圧、血糖、脂質、喫煙等のリスクがある者への対応の在り方について検討を行った。

検討に当たっては、第2回検討会では有識者からヒアリングを行い、第3回・第4回検討会では事務局の提案資料に基づき、議論した。

- 現在特定保健指導の対象となっていない非肥満者のうち、高血圧、高血糖、高脂質、喫煙といったリスクを有する者への対応の在り方について、まず、これらの者に対して何らかの対応が必要であることについては異論がなかった。
- また、具体的な対応の在り方については、次のような様々な意見があった。
  - ・ 現行制度を維持することを基本として、コストを考慮した上で、非肥満者でリスクのある者への介入の在り方を検討すべきである。
  - ・ 特定保健指導の対象に含めて医療保険者の義務としてやるのか、一般衛生部門でやるのか、整理が必要である。
  - ・ 特定保健指導の種類を増やすと、現場では元々の特定保健指導の対象者への対応が不十分となる可能性が考えられる。
  - ・ 保険者による情報提供の実態や、自治体における特定保健指導の対象とならない者への保健指導の取組状況を把握した上で検討すべきである。
  - ・ 薬物治療の意義がより高い層であり、受診勧奨を徹底して、保健指導と医療とが連携して取り組むべきである。
  - ・ 受診勧奨が必要な対象者は医療にきちんとつなげることが大切である。
  - ・ 肥満、非肥満に関わらずリスク保有者を対象として健診受診や生活習慣改善の重要性を啓発するポピュレーションアプローチの役割が重要であり、このような取組をきちんと評価すべきである。
  - ・ 非肥満のリスク保有者に対しては、実効性を高めるために標準的プログラムの中でもう少し踏み込んで書くべきである。
  - ・ 軽度高血圧の者は受診しても薬を飲まない者やそもそも受診しない者が多い。現在の標準プログラムの表記だと、意識の高い自治体等は取り組むが、他の団体では全く取り組まないという実態にある。このため、少なくとも何らかの保健指導を義務付けるか、あるいは確実に受診勧奨を行うかの対応が必要である。
  - ・ 情報提供が一律に健診結果を送るだけにとどまっているところもあるので、対象者個人の健康状態を認識させることが本来の情報提供であることなどを「標準的な健診・保健指導プログラム」（以下「標準プログラム」という。）に整理するとともに、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」の中で

も情報提供の在り方について、丁寧に示すべきである。

- さらに、保健指導を行う場合の内容については、次のような意見があった。
  - ・ 非肥満者に対する保健指導を保険者に義務付ける場合には、効果についてエビデンスのあるプログラムが必要である。また、6ヶ月後の評価をどうするのか(血液検査等を実施するか)も課題である。
  - ・ 非肥満者への保健指導は肥満解消のプログラムとは異なり、病態を捉えた個別の対応が必要となる。すぐに検査や投薬ができない保健指導の枠組みの中でどのような対応ができるか整理が必要である。
  - ・ 非肥満者への保健指導に伴うリスクが不明であるため、介入研究のデータに基づいて検討することが必要である。
  - ・ 非肥満でリスクのある者は、肥満者と違ってリスクが表出していないため、動機付けが難しい。
- 事務局から提案した、血糖、血圧、脂質についてのリスクに応じた対応の指針となる内容を標準プログラムに盛り込むことについては、その方向性についてはおおむね了承を得た。

#### (4) 特定保健指導の在り方について

##### ① ポイント制について

「積極的支援」の3ヶ月以上の継続的な支援において、ポイント制が導入され、支援Aで160ポイント以上、支援Bで20ポイント以上の合計180ポイント以上の支援を行うことが必須とされていることについて検討を行った。

##### 【事務局の提案】

- ・ ポイント制の効果について、引き続き研究によりデータの蓄積を行い検証していく。
  - ・ ただし、積極的支援における支援A(積極的関与)、支援B(励まし)については、支援Bの必須(20ポイント以上)を外し、「支援Aを160ポイント以上、合計180ポイント以上」を新たな要件とする。
  - ・ また、ポイント制については、現在も柔軟な対応が可能であることを明記するとともに、事例集や研修を通して周知を図る。
- 積極的支援のポイント制について、評価する観点からは次のような意見があった。
    - ・ 対象者の行動変容に至るまでには継続的に働きかけることが重要であり、一定量の継続支援の実施を担保するため、一定の目標を立てる仕組みが必要である。
    - ・ 保健指導の最低限の質の担保としてポイントの算定が必要である
    - ・ 特定保健指導を委託する場合の尺度としてもポイント制は必要である。
  - 他方で、ポイント制について、次のような問題提起があったが、事務局の提案については、おおむね了承を得た。

- ・ 行動変容が容易でない壮年期の男性には、支援を継続するための励ましや共感（支援 B）も重要である。
- ・ 現場ではポイント制の枠にとらわれた保健指導が行われ、ポイントをクリアするための支援計画が対象者から拒否され、特定保健指導の実施率等に影響しているため、柔軟性が持てるようにすべきである。
- ・ 特定保健指導を受ける側がポイント制をどう感じているのかの観点も必要である。
- ・ 必ずしもポイントの多寡によらずに改善結果を出しているところや、ポピュレーションアプローチで効果を上げているところもあり、様々な保健指導の可能性が考えられる。
- ・ 保健指導による改善状況は個々人で異なることから、ポイントによるプロセス評価だけでなく、アウトカム評価の視点を取り入れていくことが必要である。

## ② 初回面接者と6か月後に評価を行う者との同一性について

特定保健指導の積極的支援において、初回面接者と6ヶ月後の評価者を同一者としていることの必要性についての検討を行った。

### 【事務局の提案】

- ・ 特定保健指導の初回面接者と評価者は同一であることが望ましいが、初回面接から継続支援及び評価までを同一機関で実施する場合など、保健指導実施者間で、情報共有を十分に行える環境がある場合には、初回面接を行った者以外の者が評価を行ってもよいこととする。

- 初回面接者と評価者を同一としていることについて、次のような意見があり、事務局の提案についてはおおむね了承を得た。
  - ・ 保健指導のプロセスを検証する観点からは担当した者が自ら評価を行うことが重要である。
  - ・ 保健指導のやりっ放しにしないことが保健指導の質の担保になるので、初回面接者と評価者については、原則は同一であるべきである。
  - ・ 情報共有を十分に行える環境にあるなど一定の要件下で同一者でなくてもよいとすることが、現実的な対応である。
  - ・ 成果を客観視できるように記録や情報の共有化を図り組織・チームとしてフィードバックすることは、保健指導全体の資質向上や仕組みの改善につながる。

### ③ 血圧・喫煙のリスクに着目した初回面接の在り方について

血圧・喫煙のリスクに着目した保健指導は、生活習慣病を予防する観点から重要であり、健診の機会を捉えて早期に保健指導を実施することが望ましく、その際の初回面接の考え方として

- ・ 全ての検査結果が出てから行動計画・行動目標を策定する必要があるか(特定健診当日に判明するリスクに着目して保健指導を行い、後日、全ての健診結果が判明してから行動目標・行動計画を見直すことを認めてよいか。また、見直す際、対面による保健指導が必須か。)
- ・ 特定保健指導の2年目以降の初回面接についての考え方

について議論を行った。

- 血圧・喫煙のリスクに着目した保健指導を早期に実施することについて、評価する観点からは次のような意見があった。
  - ・ できるだけ早期に面接を行うことは、問診・行動変容ステージの確認や、信頼関係を築く上でのプラスとなり重要である。
  - ・ 事業所によっては改めて保健指導の機会を確保するのが難しい現状の中で、特定健診当日の意識が高いうちに動機付けを行うことは重要である。
- しかし、全ての検査結果が出る前に行動計画・行動目標を策定し、後日電話等で補完するという提案については、次のような意見があり、了承は得られなかった。
  - ・ 複数のリスクの集積結果を踏まえて指導することで、対象者が体の中で起こっていることの具体的なイメージがわき、保健指導の効果が上がる。
  - ・ 血糖値などの結果により、血圧の管理の保健指導も変わるので、血圧、喫煙以外のリスクが分からない段階で、最終的な保健指導はできない。
  - ・ 電話による(2回目の)保健指導は、初回面接の一環としての保健指導としては不十分になるおそれがあるので、全ての検査結果が出てからも対面でやるべきである。
- ただし、2年目以降の初回面接については、次のような条件の下で、2回目は電話での指導により補完できるようにするとの提案については、おおむね了承が得られた。

<条件>

  - ◇ 前年度に特定保健指導を受けて、メタボリックシンドロームや生活習慣改善について理解できており、体重を減量(又は維持)できた者であること
  - ◇ 健診当日の高血圧、喫煙の保健指導を対面で実施していること
  - ◇ 行動目標・計画の大幅な変更が必要ないこと
- また、禁煙指導については、喫煙リスクのみで指導すると健診そのものに対する抵抗感が高まり、継続受診や保健指導への影響が懸念されるとの指摘もあったが、

早期の禁煙指導の重要性を強調すべきことについては、おおむね意見の一致をみた。

## (5) 特定健診における健診項目について

特定健診・保健指導制度の検診項目については、標準プログラムにおいて「知見を集積し、必要に応じて見直しを行う必要がある」とされている。このうち、制度創設時に必須健診項目としての導入が見送られた血清クレアチニン検査の必要性について、有識者から次の点についてヒアリングを行った上で、議論を行った。

- ・ CKD（慢性腎臓病）は心血管イベント発症や生活習慣病の発症・悪化の原因といえるか。
- ・ 生活習慣改善を目的とした保健指導は CKD に対して有効か。
- ・ 尿蛋白のみの測定ではなく、血清クレアチニン値を追加測定する必要性はあるのか。
- ・ 血清クレアチニン検査を行うことで、心血管イベント抑制効果、人工透析低減効果、国民医療費抑制効果があるのか。

○ 特定健診の健診項目として、血清クレアチニン検査を追加することの必要性については、次のような議論がなされ、検討会としては健診項目に追加すべきとの結論になった。

- ・ CKD のスクリーニングとしては、尿蛋白の方がより重要である。
- ・ CKD の病期（ステージ）の指標となる eGFR（推算糸球体濾過量）は実測値と比べてばらつきが大きく、腎機能に問題がない者を多く拾い過ぎている。
- ・ 心血管疾患のスクリーニング項目として入れるべきである。
- ・ eGFR はあくまでも推算値であり実測値でないこと、計算式に年齢が加味されていることを踏まえる必要がある。
- ・ eGFR の限界を十分に理解した上で受診者に説明する必要がある、保健指導で安易に薬物治療を指導すべきではない。
- ・ 保健指導判定値、受診勧奨値については、性、年齢、体格等を加味して検討すべきである。
- ・ 尿蛋白は腎イベントの早期発見の指標にもなるが、eGFR の場合では、糖尿病性腎症の早期には、正常、または高値をとることに問題がある。
- ・ 保健指導が人工透析の減少に直接有効であったというデータはないが、保健指導対象者に eGFR を説明することにより、血糖、血圧のリスクコントロールの意識が高まり、保健指導の動機付けとして有効である。
- ・ CKD の診断が加われば、原因疾患を踏まえた栄養指導ができる。
- ・ クレアチニンの表記を小数点以下一位までとする場合に、eGFR の誤差が大きくなるという点、腎機能低下の原因を考慮する必要性、保健指導の方法、クレアチニンと尿蛋白を同時に測定する必要性については議論が必要である。

## (6) その他の意見について

そのほか、議論の過程では健診・保健指導の在り方に関する意見として次のような意見が出されたところであり、今後、これらについても引き続き必要に応じて議論を行うことが重要である。

- ・ 広く国民の健康の維持・向上に資するため、また、国民に平等な受診機会を提供するためには、健診項目等を含め、健診・保健指導がどうあるべきかを改めて検討することが必要である。
- ・ ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的な組み合わせを検討する必要がある。
- ・ 未治療者への支援をどうするかが重症化予防という意味から重要な課題である。
- ・ 市町村保健師の保健指導への効果的・効率的な業務量の配分・投入の在り方について議論すべきである。
- ・ 健康関係の指標は30歳代から変化するため、30歳代からの健診・保健指導についても考えるべきである。
- ・ 若い女性のやせの問題は、基本的な生活習慣がしっかりしていない可能性が非常に高く、次世代への影響もあることから、しっかりと対処していく必要がある。
- ・ データに基づく分析・研究が可能となるよう、今後もきちんとデータを取れるようにしておくことが重要である。
- ・ 健診結果の通知は、それ自体が健診の重要な一部分であり、本来、医師等が直接本人に測定数値の意義や留意点を伝えるべきであるという点を再度認識すべきである。
- ・ 受診率向上に向け、被保険者に特定健診受診への強制力を働かせる仕組みを考える必要がある。
- ・ 健診受診の中断者の中から重症例が非常に多く出ているため、「健診受診率」のみならず「健診リピーター率」「中断率（継続受診率）」も評価するとともに、少しでも健診に関心を持たせるような仕組みが重要である。
- ・ 受診勧奨の対象であるのに未受診の者は、医療保険者であればレセプトで把握が可能なので、単年度でなく3年間の健診・受診状況を確認し、しっかりと受診勧奨する仕組みを丁寧に書き込むべきである。
- ・ 健診に新たな項目を取り入れるとしても、ハイリスクアプローチでの対処が十分に行えないのであれば、健診項目を増やすのではなく、問診票の項目を増やすこととすべきである。
- ・ 健診にコストをかければそれなりの効果は出せるが、コストの現実性も考慮すべきである。
- ・ 社会経済的問題によって、健診の受診機会が低下することがないように、市町村としても実施に当たって留意すべきである。

### 3 当面の対応について

本検討会では、健診・保健指導の在り方として、特に、特定健診・保健指導制度について、国民の健康の維持向上の観点から、これまでに蓄積された知見等を踏まえ、制度として見直すべき点はないか検討を行ってきた。

これまでの議論では、制度の骨格に関わる点についても活発な議論がなされ、特定健診・保健指導制度は、生活習慣病予防対策として効果があるものの、循環器疾患の発症リスク等の観点からは、内臓脂肪型肥満に着目している腹囲の扱いについての検証が必要であること、また、現在、特定保健指導の対象となっていない者のうち、リスクを有する者への丁寧な対応が重要な課題であること等については、検討会として共通の認識が醸成された。

また、今後は、特定健診・保健指導制度を始めとした健診・保健指導について、若年世代からの介入により生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進させることが国民の健康を維持向上させるという観点から、客観的なデータや明確な知見に基づいて、根本から議論を行い、その結果を制度に反映することを求めて行くべきとの結論に達した。

このような前提の下で、現段階において、これまで検討会で醸成された共通認識に基づいて考えられる対応策について、「当面の対応」として取りまとめた。

#### (1) 現在の特定健診・保健指導の枠組み及び腹囲の基準について

- これまでの研究から、内臓脂肪型肥満に着目した現行制度の下、腹囲を第一基準とした階層化によって選別された対象者への特定保健指導が生活習慣改善の効果をあげている可能性があることが分かった。
- 一方で①循環器疾患の発症リスク、②健診受診率の向上、③国際的な動向といった観点から、現在の特定健診・保健指導の枠組み、特に、腹囲を特定保健指導対象者を選別するための第一基準として用いていることに関し、早急な見直しを求める意見も含めて様々な意見が出された。
- しかしながら、知見やデータの蓄積等の状況が、内臓脂肪型肥満に着目した特定健診・保健指導制度の枠組みを方向変換するといった明瞭な結論づけを行うには不十分であることから、今後、腹囲基準を含めた制度の在り方について、国際的な動向も踏まえた上で、客観的なデータや明確な知見に基づいた議論が行えるよう、データの蓄積を進めるとともに、計画的に研究・調査を行う必要がある。

#### (2) 特定保健指導非対象者への対応について（別添1）

- 現在特定保健指導の対象となっていない者への個々のリスク（血圧、血糖、脂質、喫煙）に着目した対応の必要性について検討会で共通認識が得られたことを踏まえ、当面の方策として、対応すべきリスクを放置してはならないとの

認識の下、特定保健指導の非対象者への対応が一定の考え方に沿って適切に行われるよう、できる限りの定型化を図った上で、これを指針として標準プログラムに示す。

- 具体的には、各学会のガイドライン等に基づいて、健診結果に基づくリスクの大きさも勘案して整理した表を参考として盛り込むとともに、次のような考え方を示す。
  - ・ 医療保険者、事業者、市町村等は、特定保健指導の対象とならない者についても、各ガイドラインや別表を参考にして、保健指導の実施や医療機関に確実に受診させるなど、健診で明らかとなった対応すべきリスクの程度に応じて、きめ細かく適切な対応を行う。
- なお、表については、別途有識者による検討を行うものとする。

### **(3) 情報提供の在り方について**

- 健診受診者に対する、いわゆる「情報提供」の実施方法や支援内容については、現在も標準プログラムで考え方が示されているものの、保険者によっては画一的な健診結果の提供のみに終わっているものもあるとの指摘も踏まえ、標準プログラムにおいて情報提供の重要性を強調するとともに、医療保険者等に具体的な取組みの例を示す。
- すなわち、情報提供については、対象者に対して健診結果に基づいた生活習慣の改善についての意識づけを行うこと、医療機関への受診や継続治療が必要な対象者には受診や服薬の重要性を認識させること、健診受診者全員に対し継続的に健診を受診する必要性を認識させることなどの目的を有することを再認識させると共に、これらを満たす内容であるべきことを示す。

### **(4) 受診勧奨の徹底について**

- 標準プログラムでは、医療機関への未受診者や治療中断者に対して受診や治療継続の必要性を指導することの重要性について示しているが、さらに、受診勧奨後の医療機関への受診状況の確認を含めて指導を徹底し、必要な対象者を確実に医療につなぐことが重要であることを示す。
- 特に、現在特定保健指導の対象とならない者のうち、受診勧奨レベルにある者に対しては、医療機関への受療行動に確実に結びつくような情報提供が必要であることから、通知等の送付だけにとどめるのではなく、面接等により受診を促すこと、またその後の受診確認を行い、必要に応じて継続的に支援することが重要であることへの考え方も示す。

## **(5) 健診項目の見直しについて**

- 特定健診の健診項目として、血清クレアチニン検査を追加することが望ましいとの結論に至ったことを踏まえ、どのような対応が可能か、今後、国において、特定健診の実施主体たる保険者などとの協議調整に努めることを求めるものとする。
- また、あわせて、尿蛋白に加えて血清クレアチニン検査を行うことによる心血管イベント抑制・人工透析低減・国民医療費抑制等の効果、血清クレアチニン検査における保健指導判定値、受診勧奨値、保健指導を行う上での留意点等、尿蛋白検査に係る受診勧奨値・保健指導値の設定の可否等についても更に検討していく。

## **(6) 特定保健指導の在り方について**

### **① ポイント制について**

- 積極的支援における3ヶ月以上の継続的な支援について、特定保健指導の実施状況を評価するために導入しているポイント制については、維持する。
- ただし、保健指導の柔軟性を高めるために、支援A（160ポイント以上）、支援B（20ポイント以上）を必須とし合計180ポイント以上としている取扱いについては、支援Bは励ましや共感として重要な支援であることを踏まえつつ、支援Bを必須条件から外し、支援Aのみで180ポイントを達成してもよいこととする。
- また、保健指導のさまざまな手法について、事例集や研修を通して周知を図るとともに、今後も引き続き、特定保健指導とポイント制の効果についての検証を行い、ポピュレーションアプローチの効果を含めたアウトカム評価の可能性などについて検討を行うこととする。

### **② 初回面接と6ヶ月後に評価を行う者との同一性について**

- 対象者との信頼関係の形成や保健指導のプロセス評価等の観点から、初回面接と6ヶ月後の評価は同一者とする考えを示した上で、保健指導実施者間で十分に情報共有ができ、チーム・組織としての統一的な評価方法が構築されているなどの環境が整備されている場合には、初回面接を行った者以外の者が評価を行ってもよいこととする。

### **③ 血圧・喫煙のリスクに着目した初回面接の在り方について（別添2）**

- 血圧、喫煙は循環器疾患の発症リスクとして重要であることから、健診当日からの対応を含め、特定保健指導における取組を強化する。
- また、血圧、喫煙に対する保健指導を充実させることと併せ、保健指導の効果的・効率的な実施の観点から、これまでにすでに特定保健指導を受けた経験がある者の2年目以降の初回面接についての考え方を見直すこととする。

〔表〕肥満、血糖、血圧、脂質の測定値および喫煙に応じた対応（案）

リスク	危険因子(肥満・血糖・血圧・脂質・喫煙)を評価する		
	肥満あり(※1)		肥満なし(※1、2)
	+リスク2つ以上(※2)	+ リスク1つまで	—————
Aゾーン		肥満改善, 生活習慣病予防に関する情報提供	一般的な健康づくり情報の情報提供
Bゾーン	特定保健指導<積極的支援>	特定保健指導<動機付け支援>	当該疾患についての情報提供
Cゾーン	特定保健指導<積極的支援> (6ヶ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	特定保健指導<動機づけ支援> (6ヶ月評価時に該当項目について再確認が望ましい)	当該疾患に関わる生活習慣改善指導(面接)、医療機関受診
Dゾーン	すぐに受診 または、医師と連携して特定保健指導<積極的支援>を実施後医療機関管理	確実な受診勧奨 または、医師の判断で積極的支援相当の保健指導をすることも可	確実な受診勧奨、 受診の確認、医療機関管理

**Aゾーン:** 今のところ異常なし

**Bゾーン:** 血糖正常高値・境界型、血圧正常高値。保健指導を実施する。

また、リスクが単独ではなく重積する場合など、より積極的な保健指導が必要とされる場合は、必要に応じてCゾーンと同様の対応を行う。

なお、以下の<学会基準等に基づく検査値分類> B'ゾーンはCゾーンと同様の対応を行う。

**Cゾーン:** 学会診断基準では「疾患」と判定されるが、比較的軽症であり、薬物療法よりも生活習慣改善を優先するもの。保健指導を積極的に行うべきである。

【方法①】 面接を伴う保健指導を3～6ヶ月実施したあと、該当項目について検査を行う。この評価で十分な改善が認められない場合、又は保健指導が実施できない場合には、医療機関による管理(受診勧奨)とする。

【方法②】 医療機関においては、生活習慣管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養指導料を活用して、保険診療として生活習慣改善指導をする。

**Dゾーン:** 医療管理下におくことが必須なもの。

食事・運動療法も大切ではあるが、薬物治療を要すると考えられる状態。

原則として保険診療対象者であり、生活習慣管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養指導料を活用する医師との連携のもと、保健指導機関において積極的支援を併用することが可能である。(ただし薬物治療中の場合には「特定保健指導」に該当しない。)

※1 腹囲が男性 85cm、女性 90cm 未満の場合でも、BMI が25以上であれば肥満と判定される。この場合は、リスク3つ以上が表中の「腹囲＋リスク2以上」、リスク1又は2が「腹囲＋リスク1つまで」と同等の扱いになる。

※2 喫煙は独立した循環器疾患のリスク因子であるので、上記の表にかかわらず、禁煙指導については、別途保健指導を行うことが必要である。特定保健指導では、血圧、血糖、脂質のリスクの1つ以上ある場合にのみ、喫煙歴がカウントされる。

### <学会基準等に基づく検査値分類>

#### 1. 血圧

収縮期 拡張期	～129	130～139	140～159	160～
～84	A	B	C	D
85～89	B	B	C	D
90～99	C	C	C	D
100～	D	D	D	D

#### 2. 血糖、HbA1c

	A	B	B <sup>+</sup>	C	D
FPG	～99	100～109	110～125		126～
HbA1c (%)	～5.1	5.2～5.5	5.6～6.0		6.1～

Dゾーンでは、眼底検査、eGFRを実施し、合併症に留意すること。

#### 3. 脂質

	A	B	C	D
トリグリセライド	<150		150～299	≥300
LDL	120		140	(≥180)

※ あわせて、市町村、医療保険者、事業者等が特定保健指導非対象者への対応に取り組む場合に、根拠となる条文を参考として示す。

### 特定健診実施後の高血圧、喫煙者に対する対応について

#### 【考え方】

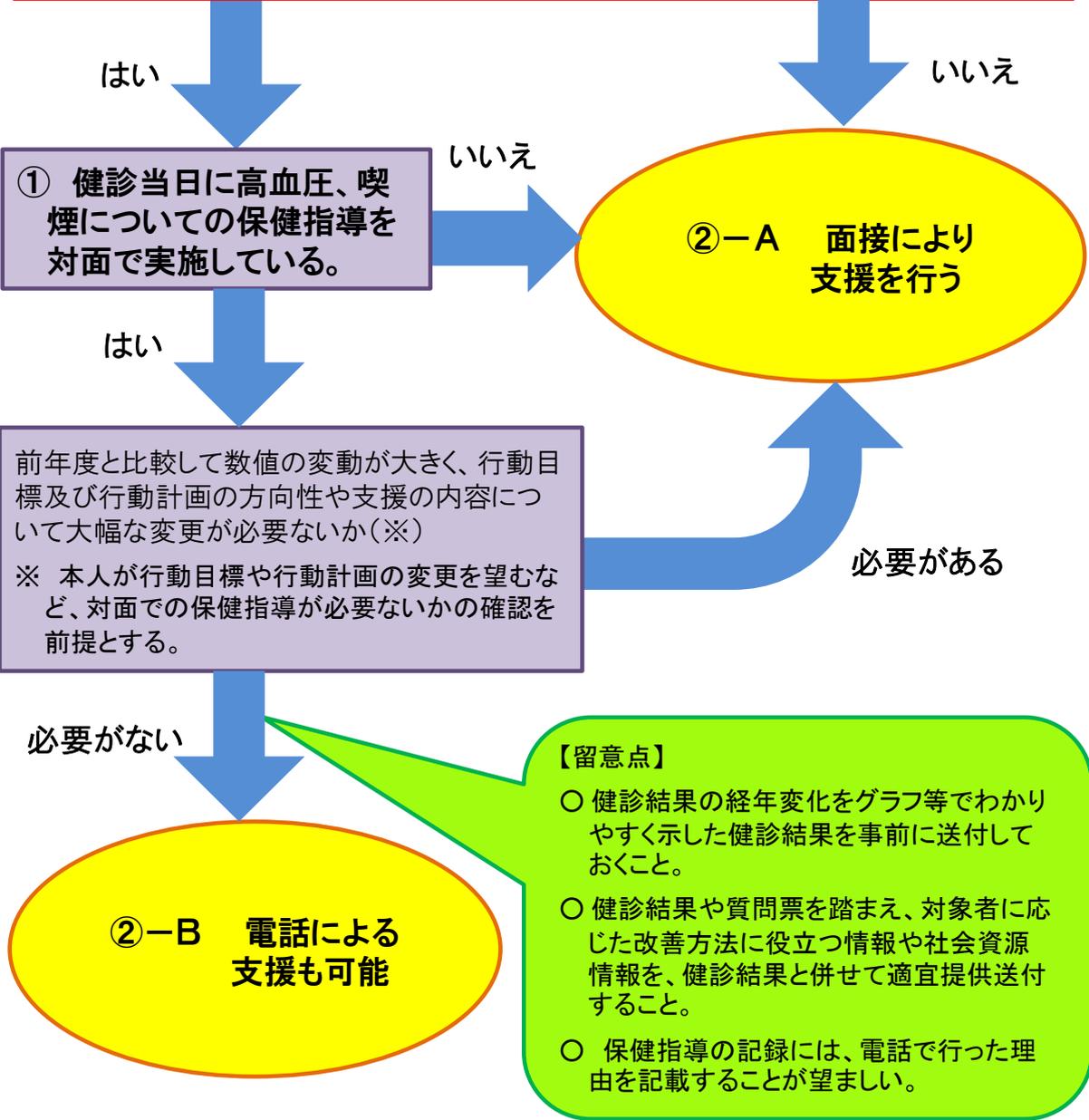
- 血圧、喫煙のリスクの有無は、通常、特定健康診査での計測及び質問表への記入により、その場で判明する一方、血液検査などその他の健診結果が本人に通知されるまでには期間を要している実態（※）にある。
- ※ 被用者保険では3ヶ月以上4ヶ月未満が最も多く、市町村国保では2ヶ月以上3ヶ月未満が最も多い。（特定健診・保健指導の保険者調査より）
- 血圧及び喫煙のリスクに着目した保健指導は、生活習慣病を予防する観点から重要であり、対象者の行動変容をもたらすためには、早期に機会を捉えて実施することが望ましい。
- 他方で、初回面接では、対象者が、健診結果によるリスクの保有状況から、代謝等の自身の身体に起こっているメカニズムと生活習慣との関係を理解した上で行動目標・行動計画を策定する必要があるため、原則としてすべての健診結果が判明してから実施する必要がある。
- また、前年度にも特定保健指導を受けた者については、すでに身体のメカニズムと生活習慣との関係や生活習慣改善の必要性等について理解していることから、信頼関係が築けていれば、2年目の初回面接は対面を必須としなくてもよいのではないかという意見もある。

#### 【対処方針】

- 特定保健指導の対象となりうる者に対し、健診当日に血圧や喫煙に着目した保健指導を対面で行った場合であっても、すべての健診結果が判明してから改めて、対面により、健診結果や生活習慣の振り返りを行った上で、行動目標・行動計画を策定することが必要である。
- ただし、健診当日に血圧や喫煙に着目した保健指導を対面で実施した対象者で、前年度に同一の機関から保健指導を受けており、メタボリックシンドロームや生活習慣改善について理解できており、健診の結果、各検査数値が悪化しておらず、行動目標及び行動計画の方向性に大幅な変更を必要としないと判断しうる場合については、健診結果がすべて判明してからの保健指導は、対面によらなくてもよいこととする。ただし、本人が行動目標、行動計画の変更を望むなど、対面による指導が必要な場合にあってはこの限りではない。
- また、人間ドック健診等、全ての健診結果が健診当日に判明している場合には、健診当日に初回面接としての対面での検診結果の説明、生活習慣の振り返りとともに行動目標・行動計画の策定をしてもよいこととする。
- なお、禁煙指導については、健診の受診が禁煙の動機付けを促す機会となるよう、対象者の禁煙意向を踏まえ、喫煙者に禁煙の助言や情報提供を行い、禁煙したい喫煙者には、禁煙外来や地域・職域で実施される禁煙指導、薬局・薬店等を紹介するよう努めるべきであることを標準プログラムに記載する。
- さらに、血圧及び喫煙に着目した保健指導は、特定保健指導の対象者となりうるか否かに関わりなく実施すべきものであることについても、標準プログラムに記載する。

特定保健指導の2年目以降の初回面接についての考え方（イメージ）

前年度に特定保健指導を受けて、メタボや生活改善に対して理解できている  
（体重が減量できている、または増加していない）



## 健診・保健指導の在り方に関する検討会 開催要綱

### 1 目的

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、平成12年に「健康日本21」を策定し、国民が主体的に取り組むことのできる健康づくり運動を推進してきたところである。この運動期間が平成24年度をもって終了することから、現在、健康日本21の評価結果を踏まえて次期の国民健康づくり運動のプランの策定に向けた作業が進められているが、国民を対象として実施されている健康診査等の内容等についても、次期国民健康づくり運動の目標達成に資するため、必要な見直しの要否について検討を行う必要がある。

また、生活習慣病予防の徹底を図る観点から、40歳以上の医療保険加入者等に対して実施している特定健診・保健指導については、平成20年の開始以来定着してきているが、その効率的・効果的实施を図るため、これまでの制度の運営状況や、制度創設後に蓄積された知見を踏まえ、その実施内容や実施手法等について検討を行う必要がある。

このような状況を踏まえ、今後の健診・保健指導の在り方について厚生労働省健康局長の下、有識者の参集を求め、所要の検討を行う。

### 2 検討事項

- (1) 今後の健康増進対策として必要な健診・保健指導について
- (2) 特定健診・保健指導の実施上の課題について
- (3) 今後の健診・保健指導の在り方について

### 3 構成員

別紙参照

### 4 その他

- (1) 検討会に座長を置く。
- (2) 健康局長は、必要に応じ、構成員以外の有識者等に出席を求めることができる。
- (3) 検討会は、原則として公開とする。
- (4) 検討会の事務は、健康局総務課生活習慣病対策室の協力を得て、健康局総務課保健指導室において行う。
- (5) この要綱に定めるもののほか、検討会の運営に関し必要な事項は、検討会において定める。

(別紙)

健診・保健指導の在り方に関する検討会 構成員名簿

(平成 24 年 3 月 28 日現在)

- 荒木田 美香子 国際医療福祉大学大学院 保健医療学専攻看護学分野地域看護学領域教授
- 井伊 久美子 公益社団法人日本看護協会常任理事
- 大井田 隆 日本大学医学部教授
- 大江 和彦 東京大学大学院 医学系研究科医療情報経済学分野教授
- 門脇 孝 東京大学大学院 医学系研究科糖尿病・代謝内科教授
- 迫 和子 社団法人日本栄養士会専務理事
- 佐藤 保 社団法人日本歯科医師会常任理事
- 島本 和明 札幌医科大学長
- 竹村 克二 医療法人寿慶会竹村クリニック院長
- 津下 一代 あいち健康の森健康科学総合センター長
- 鳥羽 研二 国立長寿医療研究センター病院長
- ◎ 永井 良三 東京大学大学院 医学系研究科教授
- 野口 緑 尼崎市環境市民局市民サービス室健康支援推進担当課長
- 林 謙治 国立保健医療科学院長
- 保坂 シゲリ 社団法人日本医師会常任理事
- 松岡 幸代 国立病院機構京都医療センター・臨床研究センター予防医学研究室研究員
- 三浦 宏子 国立保健医療科学院 地域医療システム研究分野統括研究官
- 宮崎 美砂子 千葉大学大学院 看護学研究科地域看護学教育研究分野教授
- 宮澤 幸久 帝京大学 医療技術学部教授
- 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
- 山門 實 三井記念病院総合健診センター所長
- 吉池 信男 青森県立保健大学 健康科学部栄養学科教授

◎ 座長

(50音順・敬称略)

## 健診・保健指導の在り方に関する検討会 開催経過

### 第1回（平成23年12月7日）

- 健診・保健指導の在り方に関する検討の進め方について
- 健診・保健指導の課題について

### 第2回（12月27日）

- 特定健診・保健指導における腹囲基準の在り方について
- 特定保健指導の対象とならない者への対応について
- HbA1cの国際基準への対応について

### 第3回（平成24年2月6日）

- 特定保健指導の対象とならない者への対応について
- 高血圧者、喫煙者に対する特定保健指導について
- 特定保健指導の課題について

### 第4回（2月27日）

- 特定健康診査における健診項目について
- 特定保健指導の対象とならない方への対応について
- 特定保健指導における高血圧、喫煙者に対する対応について

### 第5回（3月28日）

- 今後の特定健診・保健指導の在り方について

# 特定健康診査・特定保健指導にかかる 法令・通知

## 特定健康診査・特定保健指導制度

### 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（抄）

（特定健康診査等基本指針）

第18条 厚生労働大臣は、特定健康診査（糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。）及び特定保健指導（特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものが行う保健指導をいう。以下同じ。）の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（以下「特定健康診査等基本指針」という。）を定めるものとする。

（2～5 略）

### 高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号）（抄）

（法第18条第1項に規定する政令で定める生活習慣病）

第1条 高齢者の医療の確保に関する法律（以下「法」という。）第18条第1項に規定する政令で定める生活習慣病は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の生活習慣病であつて、内臓脂肪（腹腔内の腸間膜、大網等に存在する脂肪細胞内に貯蔵された脂肪をいう。）の蓄積に起因するものとする。

### 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）（抄）

（特定健康診査の項目）

第1条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第20条の規定により、毎年度、当該年度の4月1日における加入者であつて、当該年度において40歳以上75歳以下の年齢に達するもの（75歳未満の者に限り、妊産婦その他の厚生労働大臣が定める者を除く。）に対し、特定健康診査等実施計画（法第19条第1項に規定する特定健康診査等実施計画をいう。以下同じ。）に基づき、次の項目について、特定健康診査（法第18条第1項に規定する特定健康診査をいう。以下同じ。）を行うものとする。

- 一 既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。）
- 二 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- 三 身長、体重及び腹囲の検査
- 四 BMI（次の算式により算出した値をいう。以下同じ。）の測定  
$$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$$
- 五 血圧の測定
- 六 血清グルタミンickオキサロアセチクトランスアミナーゼ（GOT）、血清グルタミンickピルビクトランスアミナーゼ（GPT）及びガンマーグルタミルトランスペプチダーゼ（ $\gamma$ -GTP）の検査（以下「肝機能検査」という。）
- 七 血清トリグリセライド（中性脂肪）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）及び低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）の量の検査（以下「血中脂質検査」という。）
- 八 血糖検査
- 九 尿中の糖及び蛋白の有無の検査（以下「尿検査」という。）

十 前各号に掲げるもののほか、厚生労働大臣が定める項目について厚生労働大臣が定める基準に基づき医師が必要と認めるときに行うもの  
(2～4 略)

(特定保健指導の対象者)

第4条 法第18条第1項に規定する特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者は、特定健康診査の結果、腹囲が85センチメートル以上である男性若しくは腹囲が90センチメートル以上である女性又は腹囲が85センチメートル未満である男性若しくは腹囲が90センチメートル未満である女性であってBMIが25以上の者のうち、次の各号のいずれかに該当するもの(高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者を除く。)とする。

- 一 血圧の測定の結果が厚生労働大臣が定める基準に該当する者
- 二 血清トリグリセライド(中性脂肪)又は高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)の量が厚生労働大臣が定める基準に該当する者
- 三 血糖検査の結果が厚生労働大臣が定める基準に該当する者

(2 略)

(保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者)

第5条 法第18条第1項に規定する保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者は、医師、保健師又は管理栄養士とする。

(特定保健指導の実施方法)

第6条 保険者は、法第24条の規定により、第4条に規定する者に対し、特定健康診査等実施計画に基づき、次条第1項に規定する動機付け支援又は第8条第1項に規定する積極的支援により特定保健指導(法第18条第1項に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。)を行うものとする。

(動機付け支援)

第7条 動機付け支援とは、動機付け支援対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の実施に資することを目的として、次に掲げる要件のいずれも満たすものであって、厚生労働大臣が定める方法により行う保健指導をいう。

- 一 動機付け支援対象者が、医師、保健師又は管理栄養士の面接による指導の下に行動計画を策定すること。
- 二 医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者として厚生労働大臣が定めるものが、動機付け支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行うこと。
- 三 動機付け支援対象者及び第1号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の策定の日から6月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。

2 前項の動機付け支援対象者は、次の各号に掲げる者とする。

- 一 腹囲が85センチメートル以上である男性又は腹囲が90センチメートル以上である女性であって、第4条第1項各号のいずれか一のものに該当する者(次条第2項第2号に該当する者を除く。)
- 二 腹囲が85センチメートル未満である男性又は腹囲が90センチメートル未満である女性であってBMIが25以上の者のうち、第4条第1項各号のいずれか二のものに該当するもの(次条第2項第4号に該当する者を除く。)
- 三 腹囲が85センチメートル未満である男性又は腹囲が90センチメートル未満である女性であってBMIが25以上の者のうち、第4条第1項各号のいずれか一のものに該当するもの

- 四 特定健康診査を実施する年度において65歳以上75歳以下の年齢に達する者（当該年度において75歳に達する者にあつては、動機付け支援の実施の際に当該年齢に達していない者に限る。）のうち、次に掲げるもの
- イ 腹囲が85センチメートル以上である男性又は腹囲が90センチメートル以上である女性であつて、第4条第1項各号のいずれか二以上に該当する者
  - ロ 腹囲が85センチメートル以上である男性又は腹囲が90センチメートル以上である女性であつて、第4条第1項各号のいずれか一のみに該当し、かつ、特定健康診査の結果、喫煙習慣があると認められた者
  - ハ 腹囲が85センチメートル未満である男性又は腹囲が90センチメートル未満である女性であつてBMIが25以上の者のうち、第4条第1項各号のいずれにも該当するもの
  - ニ 腹囲が85センチメートル未満である男性又は腹囲が90センチメートル未満である女性であつてBMIが25以上の者のうち、第4条第1項各号のいずれか二のみに該当し、かつ、特定健康診査の結果、喫煙習慣があると認められたもの
- 3 第4条第2項の規定は、前項の規定の適用について準用する。

（積極的支援）

- 第8条 積極的支援とは、積極的支援対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の継続的な実施に資することを目的として、次に掲げる要件のいずれも満たすものであつて、厚生労働大臣が定める方法により行う保健指導をいう。
- 一 積極的支援対象者が、医師、保健師又は管理栄養士の面接による指導の下に行動計画を策定すること。
  - 二 医師、保健師、管理栄養士又は食生活の改善指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者として厚生労働大臣が定めるものが、積極的支援対象者に対し、生活習慣の改善のための取組に資する働きかけに関する支援を相当な期間継続して行うこと。
  - 三 積極的支援対象者及び第1号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の進捗状況に関する評価を行うこと。
  - 四 積極的支援対象者及び第1号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の策定の日から6月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。
- 2 前項の積極的支援対象者は、次の各号に掲げる者（同項の積極的支援を実施する年度において65歳以上75歳以下の年齢に達する者（当該年度において75歳に達する者にあつては、積極的支援の実施の際に当該年齢に達していない者に限る。）を除く。）とする。
- 一 腹囲が85センチメートル以上である男性又は腹囲が90センチメートル以上である女性であつて、第4条第1項各号のいずれか二以上に該当する者
  - 二 腹囲が85センチメートル以上である男性又は腹囲が90センチメートル以上である女性であつて、第4条第1項各号のいずれか一のみに該当し、かつ、特定健康診査の結果、喫煙習慣があると認められた者
  - 三 腹囲が85センチメートル未満である男性又は腹囲が90センチメートル未満である女性であつてBMIが25以上の者のうち、第4条第1項各号のいずれにも該当するもの
  - 四 腹囲が85センチメートル未満である男性又は腹囲が90センチメートル未満である女性であつてBMIが25以上の者のうち、第4条第1項各号のいずれか二のみに該当し、かつ、特定健康診査の結果、喫煙習慣があると認められたもの
- 3 第4条第2項の規定は、前項の規定の適用について準用する。

## 特定保健指導のポイント制

特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1項及び基準に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法（平成20年厚生労働省告示第9号）

### 第2 積極的支援の実施方法

#### 1 支援期間及び頻度

初回に面接による支援を行うとともに、以後、3月以上の継続的な支援を行うこと。

#### 2 支援内容及び支援形態

(1) ～ (8) 省略

(9) 3月以上の継続的な支援については、(11)及び(14)に規定する方法により算定するポイントの合計で特定保健指導の量を判断することとし、支援Aの方法で160ポイント以上、支援Bの方法で20ポイント以上、合計で180ポイント以上の支援を行うことを最低条件とすること。また、支援Aの方法を支援Bの方法に又は支援Bの方法を支援Aの方法に代えることはできないこと。

(10) 支援Aの方法は、次に掲げるものとする。

ア 積極的支援対象者の過去の生活習慣及び行動計画の実施状況を踏まえ、積極的支援対象者の必要性に応じた支援をすること。

イ 食事、運動等の生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をすること。

ウ 進捗状況に関する評価として、積極的支援対象者が実践している取組内容及びその結果についての評価を行い、必要があると認めるときは、行動目標及び行動計画の再設定を行うこと。

エ 行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けそれらの記載に基づいて支援を行うこと。

(11) 支援Aの方式は、次に掲げるものとする。

ア 個別支援A

イ グループ支援A(1グループは8人以下とする。)

ウ 電話支援A

エ 電子メール支援A

(12) 支援Aの方法に係るポイントの算定及び要件は、次に掲げるものとする。

ア 個別支援Aは、5分間の支援を1単位とし、1単位当たり20ポイントとすること。ただし、支援1回当たり10分以上の支援を行うこととし、支援1回当たりのポイント算定の上限は120ポイントとすること。

イ グループ支援Aは、10分間の支援を1単位とし、1単位当たり10ポイントとすること。ただし、支援1回当たり40分以上の支援を行うこととし、支援1回当たりのポイント算定の上限は120ポイントとすること。

ウ 電話支援Aは、5分間の会話を1単位とし、1単位当たり15ポイントとすること。ただし、支援1回当たり5分以上の会話をを行うこととし、支援1回当たりのポイント算定の上限は60ポイントとすること。

エ 電子メール支援Aは、1往復(特定保健指導実施者と積極的支援対象者の間で支援に必要な情報の共有を図ることにより支援完了したと当該特定保健指導実施者が判断するまで、電子メール等を通じて支援に必要な情報のやり取りを行うことをいう以下同じ。)の支援を1単位とし、1単位当たり40ポイントとすること。

(13) 支援Bの方法は、初回の面接の際に作成した行動計画の実施状況を確認し、行動計画に掲げた取組を維持するために励ましや賞賛を行うものとする。

(14) 支援Bの方式は、次に掲げるものとする。

- ア 個別支援 B
  - イ 電話支援 B
  - ウ 電子メール支援 B
- (15) 支援 B の方法に係るポイントの算定及びその要件は、次に掲げるものとする。
- ア 個別支援 B は、5 分間の支援を 1 単位とし、1 単位当たり 10 ポイントとすること。ただし、支援 1 回当たり 5 分間以上の支援を行うこととし、支援 1 回当たりのポイント算定の上限は 20 ポイントとすること。
  - イ 電話支援 B は、5 分間の会話を 1 単位とし、1 単位当たり 10 ポイントとすること。ただし、支援 1 回当たり 5 分間以上の会話をを行うこととし、支援 1 回当たりのポイント算定の上限は 20 ポイントとすること。
  - ウ 電子メール支援 B は、1 往復の支援を 1 単位とし、1 単位当たり 5 ポイントとすること。
- (16) 支援 A の方法及び支援 B の方法のポイントの算定は、次に掲げる事項に留意して行うこと。
- ア 同日に複数の支援を行った場合は、いずれか 1 つの支援のみをポイントの算定対象とすること。また、同日に同一の支援を複数回行った場合であっても、ポイントの算定対象となるのは 1 回の支援のみであること。
  - イ 特定保健指導と直接関係のない情報(次回の支援の約束や雑談等、特定保健指導の実施と直接かかわりがない情報をいう。)のやり取りはポイントの算定対象としないこと。
  - ウ 電話支援又は電子メール支援を行うに当たり、行動計画の作成及び提出を依頼するための電話又は電子メール等によるやり取りは、ポイントの算定対象としないこと。
- (17) 省略

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成 19 年 4 月 厚生労働省健康局）

第 3 編 保健指導

第 3 章 保健指導の実施

(4) 保健指導の実施要件

3) 「積極的支援」

①～③ 省略

④ 内容

詳細な質問票において対象者の生活習慣や行動変容のステージ(準備状態)を把握し、健診結果やその経年変化等から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化への理解を促すとともに、対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にする。その上で、行動変容の必要性を実感できるような働きかけを行い、具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援する。具体的に達成可能な行動目標は何か(対象者にできること)優先順位をつけながら一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援する。

支援者は対象者の行動目標を達成するために必要な支援計画をたて、行動が継続できるように定期的・継続的に介入する。

積極的支援期間を終了するときには、対象者が改善した行動を継続するように意識づけを行う必要がある。

〈初回時の面接による支援〉

- 動機づけ支援と同様の支援。

〈3 か月以上の継続的な支援〉

3 か月以上の継続的な支援については、ポイント制を導入し、支援 A で 160 ポイント以上、支援 B で 20 ポイント以上での合計 180 ポイント以上の支援を実施することを必須とする。

この場合、支援Aを支援Bに、あるいは支援Bを支援Aに代えることはできないものとする。

#### 支援A（積極的関与タイプ）

- 取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、必要時、生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認に基づき、必要な支援を行う。
- 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。
- 行動目標・計画の設定を行う。（中間評価）

#### 支援B（励ましタイプ）

- 行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。

#### 〈6か月後の評価〉

- 6か月後の評価は、個別の対象者に対する保健指導の効果に関するものである。
- 設定した個人の行動目標が達成されているか、身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて評価を行う。
- 必要に応じてより早期に評価時期を設定し、対象者が自ら評価するとともに、保健指導実施者による評価を行う。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても構わない。

### ⑤支援形態

#### 〈初回時の面接による支援形態〉

- 動機づけ支援と同様の支援

#### 〈3か月以上の継続的な支援〉

#### 支援A（積極的関与タイプ）

- 個別支援A、グループ支援、電話A、e-mailAから選択して支援することとする（電話A、e-mailAとは、e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した特定保健指導支援計画及び実施報告書の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援をいう）。

#### 支援B（励ましタイプ）

- 個別支援B、電話B、e-mailBから選択して支援することとする（電話B、e-mailBとは、e-mail、FAX、手紙等により、支援計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援をいう）。

#### 〈6か月後の評価〉

- 6か月後の評価は、通信等を利用して行う。
- 継続的な支援の最終回と一体的に実施しても構わない。

### ⑥支援ポイント

#### ● 個別支援A

基本的なポイント；5分20ポイント

最低限の介入量；10分

ポイントの上限；1回30分以上実施した場合でも120ポイントまでのカウントとする。

#### ● 個別支援B

基本的なポイント；5分10ポイント

最低限の介入量；5分

ポイントの上限；1回10分以上実施した場合でも20ポイントまでのカウントとする。

- グループ支援  
 基本的なポイント；10分10ポイント  
 最低限の介入量；40分  
 ポイントの上限；1回120分以上実施した場合でも120ポイントまでのカウントとする。
- 電話A  
 基本的なポイント；5分15ポイント  
 最低限の介入量；5分  
 ポイントの上限；1回20分以上実施した場合でも60ポイントまでのカウントとする。
- 電話B  
 基本的なポイント；5分10ポイント  
 最低限の介入量；5分  
 ポイントの上限；1回10分以上実施した場合でも20ポイントまでのカウントとする。
- e-mailA  
 基本的なポイント；1往復40ポイント  
 最低限の介入量；1往復
- e-mailB  
 基本的なポイント；1往復5ポイント  
 最低限の介入量；1往復

⑦ 留意点

(支援ポイントについて)

- 1日に1回の支援のみカウントする。同日に複数の支援を行った場合、いずれか一つの支援形態のみをカウントする。
- 保健指導と直接関係のない情報のやりとり（保健指導に関する専門的知識・技術の必要ない情報：次回の約束や雑談等）は含まれない。
- 電話又はe-mailによる支援においては、双方向による情報のやり取り（一方的な情報の提供（ゲームやメーリングリストによる情報提供）は含まない）をカウントする。
- 電話又はe-mailのみで継続的な支援を行う場合には、e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受けること。なお、当該行動計画表の提出や、作成を依頼するための電話又はe-mail等によるやり取りは、継続的な支援としてカウントしない。

(支援の継続について)

- 行動変容ステージが無関心期、関心期の場合は行動変容のための動機づけを継続することもある。

⑧～⑩ 省略

## 初回面接者と評価者

### 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号)

(動機付け支援)

第7条 動機付け支援とは、動機付け支援対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の実施に資することを目的として、次に掲げる要件のいずれも満たすものであって、厚生労働大臣が定める方法により行う保健指導をいう。

(一・二 略)

三 動機付け支援対象者及び第1号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の策定の日から6月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。

(2・3 略)

(積極的支援)

第八条 積極的支援とは、積極的支援対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に係る自主的な取組の継続的な実施に資することを目的として、次に掲げる要件のいずれも満たすものであって、厚生労働大臣が定める方法により行う保健指導をいう。

(一～三 略)

四 積極的支援対象者及び第1号の規定により面接による指導を行った者が、行動計画の策定の日から6月以上経過後において、当該行動計画の実績に関する評価を行うこと。

(2・3 略)

### 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)(平成19年4月 厚生労働省健康局)

#### 第3編 保健指導

##### 第3章 保健指導の実施

###### (1) 基本的事項

###### 2) 対象者ごとの保健指導プログラムについて

保健指導プログラムは、対象者の保健指導の必要性ごとに「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」に区分される各保健指導プログラムの目標を明確化した上で、サービス提供する必要がある。

「情報提供」とは、対象者が生活習慣病や健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるよう、健診結果の提供にあわせて、個人の生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供することをいう。

「動機づけ支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者が生活習慣の改善のための取組に係る動機づけに関する支援を行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の実績評価(計画策定の日から6か月以上経過後に行う評価をいう)を行う保健指導をいう。

「積極的支援」とは、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善のための自主的な取組を継続的に行うことができるようになることを目的として、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導のもとに行動計画を策定し、医師、保健師、管理栄養士又は栄養指導若しくは運動指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者が生活習慣

の改善のための、対象者による主体的な取組に資する適切な働きかけを相当な期間継続して行うとともに、計画の策定を指導した者が、計画の進捗状況 評価と計画の実績評価（計画策定の日から6か月以上経過後に行う評価をいう）を行う。

## 特定保健指導の非対象者への対応等

### 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）

（その他の保健指導）

第9条 保険者は、特定健康診査の結果その他の事情により、加入者の健康の保持増進のために必要があると認めるときは、前二条の規定にかかわらず、加入者に対し、適切な保健指導を行うよう努めるものとする。

※ 前二条とは、第7条（動機付け支援）、第8条（積極的支援）をいう。

### 標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）（平成19年4月 厚生労働省健康局）

【非対象者への保健指導、対策等に関する記載】

#### 第2編 健診

#### 第3章 保健指導対象者の選定と階層化

#### （2）保健指導対象者の選定と階層化の方法

#### 2）具体的な選定・階層化の方法

#### ステップ4

○ 前期高齢者（65歳以上75歳未満）については、①予防効果が多く期待できる65歳までに、特定保健指導が既に行われてきていると考えられること、②日常生活動作能力、運動機能等を踏まえ、QOL（Quality of Life）の低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること等の理由から、積極的支援の対象となった場合でも、動機づけ支援とする。

○ 血圧降下剤等を服薬中の者（質問票等において把握）については、継続的に医療機関を受診しており、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当であるため、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

○ 市町村の一般衛生部門においては、主治医の依頼又は、了解の下に、医療保険者と連携し、健診データ・レセプトデータ等に基づき、必要に応じて、服薬中の者に対する保健指導等を行うべきである。

○ 医療機関においては、生活習慣病指導管理料、管理栄養士による外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料等を活用することが望ましい。

なお、特定保健指導とは別に、医療保険者が、生活習慣病の有病者・予備群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼又は了解の下に、保健指導等を行うことができる。

#### 3）留意事項

○ 医療保険者の判断により、動機づけ支援、積極的支援の対象者以外の者に対しても、保健指導等を実施することができる。

○ 市町村の一般衛生部門においては、医療保険者と連携し、血糖値が受診勧奨判定値を超えてるなど、健診結果等から、医療機関を受診する必要があるにもかかわらず、医療機関を受診していない者に対する対策、特定保健指導対象者以外の者に対する保健指導等を行うべきである。

## 【受診勧奨に関する記載】

### 第2編 健診

#### 第3章 保健指導対象者の選定と階層化

##### (2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

##### 3) 留意事項

- 保健指導を実施する際に、健診機関の医師が直ちに医療機関を受診する必要があると判断しているにもかかわらず、保健指導対象者が、医療機関を受診していない場合は、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療が必要であることを指導することが重要である。
- また、健診データ・レセプトデータ等に基づき、治療中断者を把握し、心血管病の進行予防（心疾患、脳卒中等の重症化予防）のために治療の継続が必要であることを指導することが重要である。

##### 4) その他

##### 健診結果の通知

- 医療保険者は、検診結果について、異常値を示している項目、異常値の程度、異常値が持つ意義等について、わかりやすく受診者に通知する必要がある。  
その際、健診機関は、別紙5に示す判定基準に、機械的に受診者の健診結果を判定値に当てはめるのではなく、検査結果の持つ意義（例：血圧については、白衣高血圧等の問題があり、再測定が重要であること、中性脂肪については、直前の食事摂取に影響を受けること、血糖値については、受診勧奨判定値を超えていれば、直ちに医療機関を受診する必要があること）、異常値の程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性を個別に医師が判断し、受診者に通知することが重要である。  
また、受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧（収縮期血圧140～159 mmHg、拡張期血圧90～99 mmHg）等であれば、服薬治療よりも、生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて、受診勧奨を行うことが望ましい。

## 情報提供に関する規定

### 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号)(抄)

(特定健康診査に関する結果等の通知)

第3条 保険者は、法第23条の規定により、特定健康診査を受けた加入者に対し、特定健康診査に関する結果を通知するに当たっては、当該特定健康診査に関する結果に加えて、当該加入者が自らの健康状態を自覚し、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深めるために必要な情報を提供しなければならない。

2 保険者は、前項の通知及び同項の情報の提供に関する事務を、特定健康診査を実施した機関に委託する

### 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)(平成19年4月 厚生労働省健康局)

#### 第2編 健診

##### 第3章 保健指導対象者の選定と階層化

###### (2) 保健指導対象者の選定と階層化の方法

###### 4) その他

###### 健診結果の通知

○ 医療保険者は、検診結果について、異常値を示している項目、異常値の程度、異常値が持つ意義等について、わかりやすく受診者に通知する必要がある。

その際、健診機関は、別紙5に示す判定基準に、機械的に受診者の健診結果を判定値に当てはめるのではなく、検査結果の持つ意義(例：血圧については、白衣高血圧等の問題があり、再測定が重要であること、中性脂肪については、直前の食事摂取に影響を受けること、血糖値については、受診勧奨判定値を超えていれば、直ちに医療機関を受診する必要があること)、異常値の程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性を個別に医師が判断し、受診者に通知することが重要である。

また、受診勧奨判定値を超えた場合でも、軽度の高血圧(収縮期血圧140～159mmHg、拡張期血圧90～99mmHg)等であれば、服薬治療よりも、生活習慣の改善を優先して行うことが一般的である。特定保健指導の対象となった者については、各学会のガイドラインを踏まえ、健診機関の医師の判断により、保健指導を優先して行い、効果が認められなかった場合に、必要に応じて、受診勧奨を行うことが望ましい。

#### 第2編 保健指導

##### 第3章 保健指導の実施

###### (4) 保健指導の実施要件

###### 1) 「情報提供」

###### ① 目的(めざすところ)

対象者が健診結果から、自らの身体状況を認識するとともに、生活習慣を見直すきっかけとする。

###### ② 対象者

健診受診者全員を対象とする。

###### ③ 支援頻度・期間

年1回、健診結果と同時に実施する。

###### ④ 支援内容

全員に画一的な情報を提供するのではなく、健診結果や健診時の質問票から対象者個

人に合わせた情報を提供する必要がある。

健診結果や質問票から、特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供する。

a 健診結果

健診の意義（自分自身の健康状態を認識できる機会、日頃の生活習慣が健診結果に表れてくる等）や健診結果の見方（データの表す意味を自分の身体で起きていることと関連づけられる内容）を説明する。また、健診結果の経年変化をグラフでわかりやすく示す。

b 生活習慣

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）や生活習慣病に関する基本的な知識と、対象者の行っているどのような生活習慣が生活習慣病を引き起こすかということや、食事バランスガイドや運動指針に基づいた食生活と運動習慣のバランス、料理や食品のエネルギー量や生活活動や運動によるエネルギー消費量等について、質問票から得られた対象者の状況にあわせて具体的な改善方法の例示などを情報提供する。対象者個人の健康状態や生活習慣から、重要度の高い情報を的確に提供することが望ましい。

c 社会資源

対象者の身近で活用できる健康増進施設、地域のスポーツクラブや運動教室、健康に配慮した飲食店や社員食堂に関する情報なども掲載する。

⑤支援形態

対象者や医療保険者の特性に合わせ、支援手段を選択する。主な手段としては、次のようなものが考えられる。

a 健診結果の送付に合わせて情報提供用紙を送付する。

b 職域等で日常的にITが活用されていれば、個人用情報提供画面を利用する。

c 結果説明会で情報提供用紙を配布する。

# 特定健診・保健指導の現行制度について

(標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)より)

# 特定健康診査

対象者	実施年度中に40-74歳の加入者(被保険者・被扶養者) 実施年度を通じて加入している(年度途中に加入・脱退がない)者 ※除外規定(妊産婦・刑務所服役中・長期入院・海外在住等)に該当しない者
基本的な健診の項目	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 質問票(服薬歴、喫煙歴 等)</li><li>○ 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)</li><li>○ 理学的検査(身体診察)</li><li>○ 血圧測定</li><li>○ 血液検査<ul style="list-style-type: none"><li>・ 脂質検査(中性脂肪、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール)</li><li>・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c)</li><li>・ 肝機能検査(GOT、GPT、<math>\gamma</math>-GTP)</li></ul></li><li>○ 検尿(尿糖、尿蛋白)</li></ul>
詳細な健診の項目	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 心電図検査</li><li>○ 眼底検査</li><li>○ 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値) 注)一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施</li></ul>

# 保健指導対象者の選定と階層化

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
$\geq 85\text{cm}$ (男性) $\geq 90\text{cm}$ (女性)	2つ以上該当	/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり なし		
上記以外で $\text{BMI} \geq 25$	3つ該当	/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり なし		
	1つ該当	/		

(注) 斜線欄は、階層化の判定が喫煙歴の有無に関係ないことを意味する。

- ①血糖 a 空腹時血糖100mg/dl以上 又は b HbA1cの場合 5.2% 以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)  
 ②脂質 a 中性脂肪150mg/dl以上 又は b HDLコレステロール40mg/dl未満 又は c 薬剤治療を受けている場合 (質問票より)  
 ③血圧 a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上 又は c 薬剤治療を受けている場合(質問票より)  
 ④質問票 喫煙歴あり (①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウント)

※1 服薬中の者については、医療保険者による特定保健指導の対象としない。

※2 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

## 現在の健診検査項目毎の判定値

	項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値	単位
1	血圧(収縮期)	130	140	mmHg
2	血圧(拡張期)	85	90	mmHg
3	中性脂肪	150	300	mg/dl
4	HDLコレステロール	39	34	mg/dl
5	LDLコレステロール	120	140	mg/dl
6	空腹時血糖	100	126	mg/dl
7	HbA1c	5.2	6.1	%
8	AST(GOT)	31	51	U/l
9	ALT(GTP)	31	51	U/l
10	$\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)	51	101	U/l
11	血色素量(ヘモグロビン値)	13.0(男性) 12.0(女性)	12.0(男性) 11.0(女性)	g/dl

※1～2のデータ基準については、日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン」に基づく。

※3～5のデータ基準については、日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患治療ガイドライン」及び「老人保健法による健康診査マニュアル」に基づく

※6～7のデータ基準については、日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイドライン」等の各判定基準に基づく

※8～10のデータ基準については、日本消化器学会肝機能研究班意見書に基づく

※11のデータ基準については、WHOの貧血の判定基準、人間ドック学会作成の「人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン」データ等に基づく

# 特定健康診査と基本健康診査の健診項目の比較

			特定健康診査	老人保健事業における基本健康診査	特定健診と老健事業との比較
診察	計測	質問(問診)	○	○	
		身長	○	○	
		体重	○	○	
		肥満度・標準体重	○	○	
		腹囲	○		新規追加
	理学的所見(身体診察)		○	○	
	血圧		○	○	
脂質	総コレステロール			○	廃止
	中性脂肪		○	○	
	HDL-コレステロール		○	○	
	LDL-コレステロール		○		新規追加
肝機能	AST(GOT)		○	○	
	ALT(GTP)		○	○	
	γ-GT(γ-GTP)		○	○	
代謝系	空腹時血糖		■	○	
	尿糖	半定量	○	○	
	ヘモグロビンA1c		■	□	
血液一般	ヘマトクリット値		□	□	
	血色素測定		□	□	
	赤血球数		□	□	
尿 腎機能	尿蛋白	半定量	○	○	
	潜血			○	廃止
	血清クレアチニン			○	廃止
心機能	12誘導心電図		□	□	
眼底検査			□	□	

○;必須項目

□;医師の判断に基づき選択的に実施する項目

■;いずれかの項目の実施でも可

## 「情報提供」の内容

支援形態	<p>〈主な手段〉</p> <ul style="list-style-type: none"><li>●健診結果通知に合わせて情報提供用紙を配布。</li><li>●IT等活用されていれば、個人用情報提供画面を利用。</li></ul>
支援内容	<p>〈個別支援〉</p> <ul style="list-style-type: none"><li>●健診結果や健診時の質問票から、対象者個人に合わせて生活習慣やその改善に関する基本的な情報を提供。</li><li>●特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に立つ内容の情報を提供する。</li></ul> <p>【健診結果】健診の意義や健診結果の見方を説明する。また、健診結果の経年変化をグラフでわかりやすく示す。</p> <p>【生活習慣】内臓脂肪症候群や生活習慣病に関する基本的な知識や、具体的な生活改善方法の例示などを情報提供。対象者個人の健康状態や生活習慣にあわせて、重要度の高い情報を的確に提供することが望ましい。</p> <p>【社会資源】対象者の身近で活用できる社会資源情報も掲載する。</p>

## 「動機づけ支援」の内容

支援形態	<p>〈面接による支援〉次のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●1人20分以上の個別支援    ●1グループ80分以上のグループ支援</li> </ul> <p>〈6か月後の評価〉次のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●個別支援    ●グループ支援    ●電話    ●e-mail 等</li> </ul>
支援内容	<p>〈個別支援〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響、生活習慣の振り返り等から生活習慣改善の必要性を説明する。</li> <li>●生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明する。</li> <li>●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。</li> <li>●対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。</li> <li>●体重・腹囲の計測方法について説明する。</li> <li>●生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について対象者と話し合う。</li> <li>●対象者とともに行動目標・行動計画を作成する。</li> </ul> <p>〈6か月後の評価〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。</li> </ul>

## 「積極的支援」の内容

- 初回時の面接による支援      ●1人20分以上の個別支援    又は    ●1グループ80分以上のグループ支援
- 3ヶ月以上の継続的な支援

支援形態	<ul style="list-style-type: none"> <li>●個別支援    ●グループ支援    ●電話    ●e-mail</li> </ul> <p>※継続的な支援に要する時間は、ポイント数の合計が180ポイント以上とする。</p>
支援内容	<p><u>支援A(積極的関与タイプ)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●生活習慣の振り返りを行い、行動計画の実施状況の確認や必要に応じた支援をする。</li> <li>●栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。</li> </ul> <p>〈中間評価〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●取り組んでいる実践と結果についての評価と再アセスメント、必要時、行動目標・計画の設定を行う。</li> </ul> <p><u>支援B(励ましタイプ)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●行動計画の実施状況の確認と確立された行動を維持するために賞賛や励ましを行う。</li> </ul>
支援ポイント	<p>合計180ポイント以上とする</p> <p>内訳; <u>支援A(積極的関与タイプ)</u>: 個別支援A、グループ支援、電話A、e-mail Aで160ポイント以上</p> <p><u>支援B(励ましタイプ)</u>: 個別支援B、電話B、e-mail    Bで20ポイント以上</p>

- 6ヶ月後の評価

支援形態	<ul style="list-style-type: none"> <li>●個別支援    ●グループ支援    ●電話    ●e-mail 等</li> </ul>
支援内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>●身体状況や生活習慣に変化が見られたかについて確認する。</li> </ul>

# 「動機づけ支援」「積極的支援」の初回の面接による支援について

## ＜考え方＞

- 詳細な質問表において対象者の生活習慣や行動変容のステージ（準備状態）を把握し、健診結果やその変化等から、対象者自らが自分の身体に起こっている変化への理解を促す。
- 対象者の健康に関する考えを受け止め、対象者が考える将来の生活像を明確にし、その上で、行動の変容の必要性を実感できるような働きかけを行う。
- 具体的に実践可能な行動目標を対象者が選択できるように支援し、対象者にできることを優先順位をつけながら一緒に考え、対象者自身が選択できるように支援する。

## ＜支援方法＞（再掲）

- 個別支援(20分以上)又はグループ支援(80分以上)

## ＜具体的な内容＞（再掲）

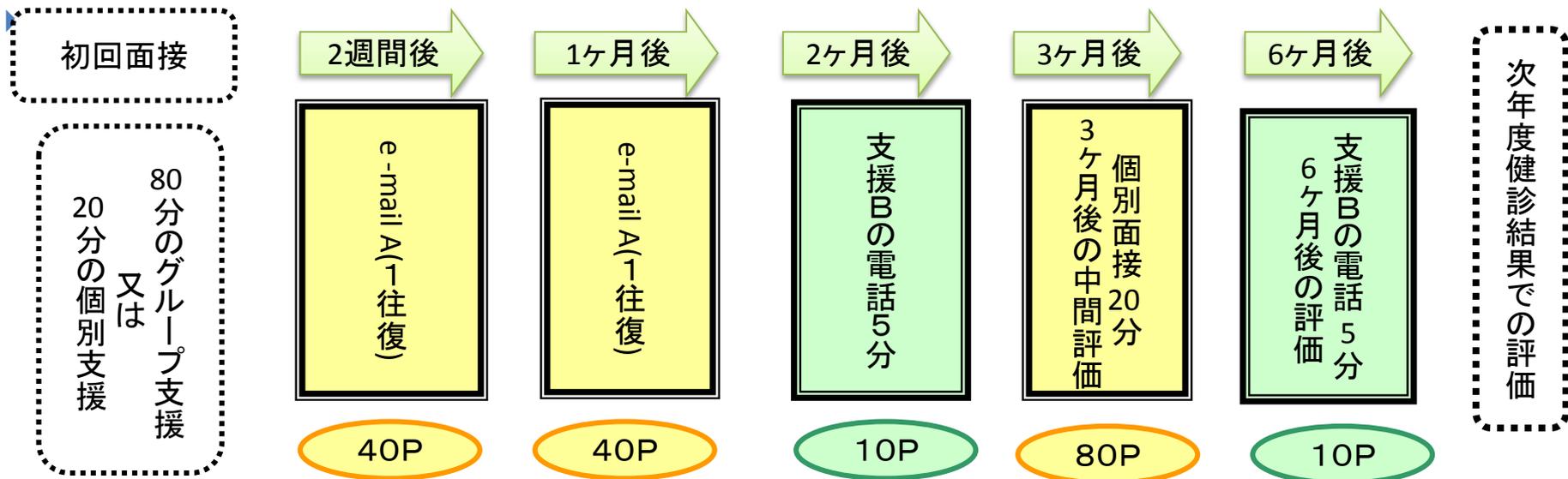
- 生活習慣と健診結果の関係の理解や生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識と対象者本人の生活が及ぼす影響等から生活習慣改善の必要性を説明する。
- 生活習慣を改善するメリットと現在の生活を続けるデメリットについて説明する。
- 栄養・運動等の生活習慣の改善に必要な実践的な指導をする。
- 対象者の行動目標や評価時期の設定を支援する。必要な社会資源を紹介し、有効に活用できるように支援する。
- 体重・腹囲の計測方法について説明する。
- 生活習慣の振り返り、行動目標や評価時期について話し合う。
- 対象者とともに行動目標・行動計画を作成する。

# 積極的支援における支援形態のポイント数

## ○支援形態ごとのポイント数

支援形態	基本的なポイント数		最低限の介入量	1回当たりの算定上限
	5分	10分		
個別支援A	5分	20ポイント	10分	120ポイント
個別支援B	5分	10ポイント	5分	20ポイント
グループ支援	10分	10ポイント	40分	120ポイント
電話支援A ●e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の実施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援	5分	15ポイント	5分	60ポイント
電話支援B ●行動計画の実施状況の確認と励ましや出来ていることには賞賛をする支援	5分	10ポイント	5分	20ポイント
電子メール支援A ●e-mail、FAX、手紙等により、初回面接支援の際に作成した行動計画の施状況について記載したものの提出を受け、それらの記載に基づいた支援	1往復	40ポイント	1往復	
電子メール支援B ●行動計画の実施状況の確認と励ましや賞賛をする支援	1往復	5ポイント	1往復	

# 積極的支援例（面接・電話・e-mail を組み合わせたパターン例）



支援A: 計画の進捗状況の評価など  
支援B: 励ましや賞賛など

支援A 40P + 支援A 40P + 支援B 10P + 支援A 80P + 支援B 10P = 支援A 160P + 支援B 20P = 合計 180P

## 【現状の概要】

- 特定保健指導における積極的支援では、対象者自らが生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標に向けた行動に取り組むことができるように、特定保健指導の実施者は次の支援を行うこととされている。
- 初回に面接による支援を行うとともに、以後、3ヶ月以上の継続的な支援を行う。
- 3ヶ月以上の継続的な支援については、支援Aの方法（積極的関与タイプ）で160ポイント以上、支援Bの方法（励ましタイプ）で20ポイント以上、合計で180ポイント以上の支援を行うことを最低条件とする。
- 支援Aを支援Bに、あるいは支援Bを支援Aに代えることはできない。

○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。

(参考) 改正後全文

○ 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確か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

	現状	2010年
[肥満者等の割合]		
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

	現状	2010年
[1日当たりの平均摂取比率]		
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

	現状	2010年
[1日当たりの平均摂取量]		
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

	現状	2010年
[欠食する人の割合]		
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

	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

### 2.2 日常生活における歩数の増加

指標の目安

	現状	2010年
[日常生活における歩数]		
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

	現状	2010年
[運動習慣者の割合]		

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。

## 地域保健対策の推進に関する基本的な指針 (平成六年十二月一日厚生省告示第三百七十四号)

最終改正：平成二十三年五月二日厚生労働省告示第百五十二号

急速な人口の高齢化や出生率の低下、慢性疾患の増加等による疾病構造の変化、より豊かな生活を求める国民のニーズの高度化や多様化、食品の安全性、廃棄物等の生活環境問題に対する国民の意識の高まり等といった地域保健対策を取り巻く状況の変化に的確に対応するため、地域住民の健康の保持及び増進を図る地域保健対策の総合的な推進を図ってきたが、その後、地域保健を取り巻く状況は、地域における健康危機事例の頻発、社会の複雑化に伴う精神保健に対するニーズの高度化、ノーマライゼーションも含めたより豊かな社会を求める国民のニーズの高度化や多様化、介護保険制度の実施等といった大きな変化を生じている。

こうした状況の変化に的確に対応するため、地域保健対策を推進するための中核としての保健所、市町村保健センター等及び地方衛生研究所を相互に機能させるとともに、地域の特性、社会福祉、介護保険等の関連施策との有機的な連携及び科学的な根拠に基づく地域保健対策の推進に配慮することにより、地域住民の健康の保持及び増進並びに地域住民が安心して暮らせる保健医療体制の確保を図るための地域保健対策を総合的に推進することが必要である。

この指針は、地域保健体系の下で、市町村(特別区を含む。第二の一の2を除き、以下同じ。)、都道府県、国等が取り組むべき方向を示すことにより、地域保健対策の円滑な実施及び総合的な推進を図ることを目的とする。

### 第一 地域保健対策の推進の基本的な方向

#### 一 生活者個人の視点の重視

戦後、我が国の公衆衛生行政においては、結核、赤痢等の伝染病のまん延及び食中毒の発生の防止を主要な課題として、社会防衛的な視点に重点を置いて各種の施策が推進され、この結果、我が国の公衆衛生の水準は大幅に向上した。

現在においても、社会防衛的な視点は重要であるが、今後は、これに加えて、サービスの受け手である生活者個人の視点を重視し、すべての住民が満足し安心できるサービスを実現することが求められている。

このため、住民が保健サービスに関する相談を必要とする場合には、個人のプライバシーの保護に配慮しつつ適時、適切に相談に応じることが可能な体制を整備するとともに、個々の住民のニーズに的確に対応したサービスが提供されるよう、サービスの質的かつ量的な確保、サービスを提供する拠点の整備及び人材の確保等の体制の総合的な整備を推進することが必要である。

## 二 住民の多様なニーズに対応したきめ細かなサービス

住民の価値観、ライフスタイル及びニーズは極めて多様化しており、画一的に提供されるサービスから、多様なニーズ等に応じたきめ細かなサービスへ転換することが求められる。

このため、サービスの提供に当たっては、種類、時間帯、実施場所等に関し、個人による一定の選択を可能にするよう配慮するとともに、これらのサービスの提供に関連する情報を適切に住民に提供する必要がある。

また、併せて民間サービスの活用を進めるため、サービスの質を確保しながら振興策等を検討することが求められる。

さらに、サービスの質の向上及び効率化並びに関係機関のネットワークを構築するため、情報処理設備の整備を図るとともに、情報処理技術の積極的な活用を図ることが必要である。

## 三 地域の特性をいかした保健と福祉のまちづくり

住民に身近で利用頻度の高い保健、福祉サービスは、最も基礎的な自治体である市町村が、地域の特性を十分に発揮しつつ、一元的に実施することが必要である。

このため、市町村は、保健と福祉を一体的に提供できる体制の整備に努めるとともに、地域の特性をいかし、住民が積極的に参加し、住民の声を反映した保健と福祉のまちづくりを推進することが求められる。

また、都道府県及び国は、市町村がその役割を十分に果たすことができる条件を整備することが必要である。

## 四 国民の健康づくりの推進

健康増進法(平成十四年法律第百三号)に基づき、国民の健康づくりを推進するため、国及び地方公共団体は、教育活動や広報活動を通じた健康の増進に関する知識の普及、情報の収集、整理、分析及び提供、研究の推進並びに健康の増進に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに、健康増進事業実施者その他の関係者に対し、必要な技術的助言を与えるよう努めることが必要である。さらに、都道府県は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針(平成十五年厚生労働省告示第百九十五号。第一の四及び第六の一において「基本方針」という。)を勘案して、都道府県健康増進計画を定め、市町村は、基本方針及び都道府県健康増進計画を勘案して市町村健康増進計画を定めるよう努めることが必要である。また、母子保健における国民運動計画において設定された課題を達成するため、国及び地方公共団体は、関係者、関係機関及び関係団体が寄与し得る取組の内容を明確にして、その活動を推進することが必要である。

## 五 高齢者対策及び介護保険制度の円滑な実施のための取組

高齢者対策に係る取組及び介護保険制度を円滑に実施するためには、高齢者対策及び介護保険に係るサービス等を受ける必要がある住民に対して、必要なサービスを適切に提供できる体制の整備に努めることが必要である。

このため、市町村及び都道府県は、高齢者対策の実施に当たって、個々の高齢者の健康状態に応じた健康づくり対策、要介護状態等にならないための予防対策及び自立支援対策を強化するほか、要介護者等を含めた支援を必要とする高齢者を早期に発見

して必要なサービスを提供すること、高齢者の新たなニーズを把握して不足しているサービスを開発すること等により、高齢者を対象とした地域ケアシステムづくりを推進するとともに、介護保険に係る事業者の質を確保するための調査及び助言、要介護認定等に係る人材の育成のための研修、情報の提供等を含めた保健、医療、福祉サービスの質の確保及び向上を図るための活動を強化することが必要である。

#### 六 快適で安心できる生活環境の確保

地域住民の健康の保持及び増進を図るためには、住民の生活の基盤となる快適で安心できる生活環境を確保することが重要である。

このため、都道府県、国等は、保健所の機能強化に努めるとともに、食品衛生協会、生活衛生同業組合等関係団体に対する指導又は助言に努めることにより、営業者の自主的な衛生管理等を通じた食品衛生、環境衛生等の施策の推進を図ることが必要である。

#### 七 地域における健康危機管理体制の確保

地域において発生した健康危機に対して、迅速かつ適切な危機管理を行うために、地域における健康危機管理体制を確保する必要がある。また、その際には、健康危機に際して生じる地域住民への精神的な影響にも配慮する必要がある。

このため、都道府県及び市町村は、それぞれの保健衛生部門の役割をあらかじめ明確にするほか、健康危機情報が、健康危機管理体制の管理責任者に対して迅速かつ適切に伝達され、一元的に管理されるとともに、管理責任者から保健衛生部門に対する指示が迅速かつ適切に伝達され、かつ、他の地方公共団体を含む関係機関及び関係団体との連携及び調整が確保された健康危機管理体制を構築する必要がある。なお、健康危機管理体制の中心となる管理責任者としては、地域の保健医療に精通した保健所長が望ましい。

また、健康危機が発生した場合の危機管理体制について定めた手引書を整備するとともに、手引書の有効性を検証するための訓練、適切に健康危機管理を行うことができる人材の育成、必要な機器及び機材の整備等を行う必要がある。

#### 八 科学的根拠に基づいた地域保健の推進

都道府県及び市町村は、地域における健康問題について、住民の健康を阻害する要因を科学的に明らかにするとともに、疫学的な手法等を用いて地域保健対策の評価等の調査研究を行うことにより、科学的根拠に基づく地域保健の企画及びその実施に努める必要がある。

### 第二 保健所及び市町村保健センターの整備及び運営に関する基本的事項

保健所は、地域保健に関する広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能を強化するほか、地域の医師会の協力の下に医療機関との連携を図ること等により、また、市町村は、住民に身近で利用頻度の高い保健、福祉サービスを一元的に実施するため、市町村保健センター等の体制の整備を積極的に推進すること等により、ライフサイクルを通して一貫した保健、医療、福祉サービスを提供することが重要である。

このため、市町村、都道府県及び国は、次のような取組を行うことが必要である。

## 一 保健所

### 1 保健所の整備

保健所の地域保健における広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能を強化するため、次のような考え方にに基づき、地域の特性を踏まえつつ規模の拡大並びに施設及び設備の充実を図ることが必要である。

#### (一) 都道府県の設置する保健所

(1) 都道府県の設置する保健所の所管区域は、保健医療に係る施策と社会福祉に係る施策との有機的な連携を図るため、二次医療圏(医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第三十条の四第二項第九号に規定する区域をいう。以下同じ。)又は介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第百十八条第二項第一号に規定する区域とおおむね一致した区域とすることを原則として定めることが必要であること。ただし、現行の医療圏が必ずしも保健サービスを提供する体制の確保を図る趣旨で設定されていないことから、二次医療圏の人口又は面積が平均的な二次医療圏の人口又は面積を著しく超える場合には地域の特性を踏まえつつ複数の保健所を設置できることを考慮すること。

(2) 保健所の集約化により、食品衛生及び生活衛生関係事業者等に対するサービスの提供に遺漏がないよう、例えば、移動衛生相談、関係団体の協力による相談等の地域の特性に応じたサービスを行うこと。

#### (二) 政令市及び特別区の設置する保健所

(1) 政令指定都市(地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百五十二条の十九第一項の指定都市をいう。以下同じ。)は、地域の特性を踏まえつつ、保健所が、従来おおむね行政区単位に設置されてきたことに配慮しながら、都道府県の設置する保健所との均衡及び保健所政令市(地域保健法施行令(昭和二十三年政令第七十七号)第一条第三号の市をいう。以下同じ。)の人口要件を勘案し、住民が受けることができるサービスの公平性が確保されるように保健所を設置することが望ましいこと。

(2) 政令指定都市を除く政令市(地域保健法施行令(昭和二十三年政令第七十七号)第一条の市をいう。以下同じ。)及び特別区は、都道府県の設置する保健所との均衡及び保健所政令市の人口要件を勘案し、地域の特性を踏まえつつ、保健所を設置することが望ましいこと。

(3) 保健所の設置及び運営を円滑に遂行できる人口規模を備えた市が保健サービスを一元的に実施することは望ましいことから、人口三十万人以上の市は、保健所政令市への移行を検討すること。

(4) 人口三十万人未満の現行の政令市は、引き続きその業務の一層の推進を図ること。

### 2 保健所の運営

#### (一) 都道府県の設置する保健所

都道府県の設置する保健所は、次のような地域保健の広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能を強化することが必要である。

##### (1) 専門的かつ技術的業務の推進

ア 精神保健、難病対策、エイズ対策等の専門的かつ技術的な業務について機能を強化するとともに、健康増進、特定健康診査及び特定保健指導、母子保健、障害

者福祉、栄養改善、介護保険等の市町村の実施するサービスについて、市町村の求めに応じて専門的な立場から技術的助言等の援助に努めること。

イ 精神保健、難病対策、エイズ対策等の保健サービスの実施に当たっては、市町村の福祉部局等との十分な連携及び協力を図ること。

ウ 食品衛生、環境衛生、医事、薬事等における監視及び指導、検査業務等の専門的かつ技術的な業務について、地域住民の快適で安心できる生活環境の確保を図るという観点を重視し、監視及び指導の計画的な実施、検査の精度管理の徹底等、一層の効率化及び高度化を図ることにより、食品等の広域的監視及び検査を行う専門的かつ技術的拠点としての機能を強化すること。

## (2) 情報の収集、整理及び活用の推進

ア 所管区域に係る保健、医療、福祉に関する情報を幅広く収集、管理及び分析するとともに、関係法令を踏まえつつ、関係機関及び地域住民に対して、これらを積極的に提供すること。

イ 市町村、地域の医師会等と協力しつつ、住民からの相談に総合的に対応できる情報ネットワークを構築すること。

ウ このため、情報部門の機能強化を図ること。

## (3) 調査及び研究等の推進

ア 各地域が抱える課題に即し、地域住民の生活に密着した調査及び研究を積極的に推進することが重要である。

このため、調査疫学部門の機能強化を図ること。

イ 国は、保健所における情報の収集、整理及び活用並びに調査及び研究を推進するため、技術的及び財政的援助に努めること。

## (4) 市町村に対する援助及び市町村相互間の連絡調整の推進

ア 保健所に配置されている医師を始めとする専門技術職員は、市町村の求めに応じて、専門的かつ技術的な指導及び支援並びに市町村保健センター等の運営に関する協力を積極的に行うこと。

イ 市町村職員等に対する現任訓練を含めた研修等を積極的に推進することが重要である。

このため、研修部門の機能強化を図ること。

## (5) 地域における健康危機管理の拠点としての機能の強化

ア 健康危機の発生に備え、保健所は、地域の保健医療の管理機関として、平常時から、法令に基づく監視業務等を行うことにより、健康危機の発生の防止に努めるほか、広域災害・救急医療情報システム等を活用し、地域医療とりわけ救急医療の量的及び質的な提供状況を把握し、評価するとともに、地域の医師会及び消防機関等の救急医療に係る関係機関と調整を行うことにより、地域における医療提供体制の確保に努め、また、保健衛生部門、警察等の関係機関及びボランティアを含む関係団体と調整することにより、これらとの連携が確保された危機管理体制の整備に努める必要があること。なお、地域の保健医療情報の集約機関として、保健所の対応が可能となるよう、休日及び夜間を含め適切な対応を行う体制の整備を図ること。

イ 健康危機発生時において、保健所は、広域災害・救急医療情報システム等を活用し、患者の診療情報等の患者の生命に係る情報の収集及び提供、健康被害者に対する適切な医療の確保のための支援措置等を図ること。また、管内の市町村に対して法令に基づき、健康危機管理を適切に行うこと。

ウ 健康危機発生後において、保健所は、保健医療福祉に係る関係機関等と調整の上、健康危機発生に当たっての管理の体制並びに保健医療福祉の対応及び結果に関し、科学的根拠に基づく評価を行い、公表するとともに、都道府県が作成する医療計画及び障害者計画等の改定に当たって、その成果を将来の施策として反映させることが必要であること。なお、健康危機による被害者及び健康危機管理の業務に従事する者に対する精神保健福祉対策等を人権の尊重等に配慮しつつ、推進すること。

#### (6) 企画及び調整の機能の強化

ア 都道府県の医療計画、介護保険事業支援計画、がん対策推進計画、健康増進計画、老人福祉計画、障害者計画等の計画策定に関与するとともに、各種の地域保健サービスを専門的立場から評価し、これを将来の施策に反映させるほか、地域における在宅サービス、障害者福祉等の保健、医療、福祉のシステムの構築、医療機関の機能分担と連携、医薬分業等医療提供体制の整備、食品衛生及び環境衛生に係るサービスの提供及び(1)から(6)までに掲げる課題について企画及び調整を推進すること。

イ このため、保健所の新たな役割を十分に担うことのできる人材の確保等を含め、企画及び調整の部門の機能強化を図ること。

#### (二) 政令市及び特別区の設置する保健所

政令市及び特別区の設置する保健所は、市町村保健センター等の保健活動の拠点及び福祉部局との間の情報交換等による有機的な連携の下に、(1)に掲げる専門的かつ技術的業務の推進、(2)に掲げる情報の収集、整理及び活用の推進、(3)に掲げる調査及び研究等の推進、(5)に掲げる健康危機管理機能の強化並びに(6)に掲げる企画及び調整の機能の強化に努めること。

また、保健所を地域保健医療に対する総合的な企画機能を有する中核機関として位置付け、地域住民のニーズに合致した施策を展開できるようにすることが望ましいこと。

### 二 市町村保健センター

#### 1 市町村保健センターの整備

(一) 身近で利用頻度の高い保健サービスが市町村において一元的に提供されることを踏まえ、各市町村は、適切に市町村保健センター等の保健活動の拠点を整備すること。

(二) 国は、市町村保健センターの設置及び改築等の財政的援助に努めること。

(三) 町村は、単独で市町村保健センター等を整備することが困難な場合には、地域住民に対する保健サービスが十分に提供できるよう配慮しながら、共同で市町村保健センター等を整備することを考慮すること。

(四) 都市部においては、都市の特性をいかしつつ人口規模に応じた市町村保健センタ

一等の設置を考慮すること。

(五) 国民健康保険健康管理センター、老人福祉センター等の類似施設が整備されている市町村は、これらの施設の充実を図ることにより、住民に身近で利用頻度の高い保健サービスを総合的に実施するという役割を十分に発揮できるようにすること。

## 2 市町村保健センターの運営

(一) 市町村は、健康相談、保健指導及び健康診査等の地域保健に関する計画を策定すること等により、市町村保健センター等において住民のニーズに応じた計画的な事業の実施を図ること。

(二) 市町村は、市町村保健センター等の運営に当たっては、保健、医療、福祉の連携を図るため、老人介護支援センターを始めとする社会福祉施設等との連携及び協力体制の確立、市町村保健センター等における総合相談窓口の設置、在宅福祉サービスを担う施設との複合的整備、保健師とホームヘルパーに共通の活動拠点としての運営等により、保健と福祉の総合的な機能を備えること。

(三) 市町村は、市町村保健センター等の運営に当たっては、保健所からの専門的かつ技術的な援助及び協力を積極的に求めるとともに、市町村健康づくり推進協議会の活用、検討協議会の設置等により、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の専門職能団体及び地域の医療機関との十分な連携及び協力を図ること。

(四) 市町村は、精神障害者の社会復帰対策、認知症高齢者対策、歯科保健対策等のうち、身近で利用頻度の高い保健サービスは、市町村保健センター等において、保健所の協力の下に実施することが望ましいこと。特に、精神障害者の障害者支援施設等の利用に係る調整及び精神障害者保健福祉手帳の交付申請の受理の事務等を市町村において行うこととなっていることから、精神障害者の社会復帰対策を、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所、医療機関、障害者支援施設等との連携及び協力の下に実施すること。

(五) 政令市は、保健所と市町村保健センター等との密接な連携を図り、効率的かつ効果的な保健サービスの提供を可能にする体制を整備すること。

## 第三 地域保健対策に係る人材の確保及び資質の向上並びに人材確保支援計画の策定に関する基本的事項

地域保健対策に係る多くの職種に渡る専門技術職員の養成、確保及び知識又は技術の向上に資する研修の充実を図るため、市町村、都道府県及び国は、次のような取組を行うことが必要である。

### 一 人材の確保

1 都道府県、政令市及び特別区は、地域における健康危機管理体制の充実等の観点から、保健所における医師の配置に当たっては、専任の保健所長を置くように努める等の所管区域の状況に応じた適切な措置を講じるように努めること。

2 都道府県は、事業の将来的な見通しの下に、精神保健福祉士を含む地域保健法施行令(昭和二十三年政令第七十七号)第五条に規定する職員の継続的な確保に努め、地域保健対策の推進に支障を来すことがないように配慮すること。

3 市町村は、事業の将来的な見通しの下に、保健師、管理栄養士等の地域保健対策

に従事する専門技術職員の計画的な確保を推進することにより、保健事業の充実及び保健事業と介護保険事業等との有機的な連携その他の地域保健対策の推進に支障を来すことがないように配慮すること。

また、市町村は、医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、言語聴覚士等の地域における人的資源を最大限に活用すること。

このため、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、獣医師会、看護協会、栄養士会等の支援を得ること。

- 4 国は、専門技術職員の養成に努めるとともに、業務内容、業務量等を勘案した保健師の活動の指標を情報として提供する等の支援を行うこと。

## 二 人材の資質の向上

- 1 都道府県及び市町村は、職員に対する現任教育(研修及び自己啓発の奨励、地域保健対策に係る部門以外の部門への人事異動その他の手段による教育をいう。以下同じ。)について各地方公共団体が策定した人材育成指針に基づき、企画及び調整を一元的に行う体制を整備することが望ましいこと。なお、ここでいう研修には執務を通じての研修を含む。

- 2 都道府県及び市町村は、地域保健にかかわる医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、社会福祉士、精神保健福祉士、言語聴覚士等に対して、次に掲げる現任教育に関する事項を効果的かつ効率的に実施すること。なお、実施に際しては必要に応じ関係部局と連携すること。

### (一) 次に掲げる事項に関する研修及び自己啓発の奨励

- (1) 専門分野及び行政運営に関する事項
- (2) 保健、医療、福祉の連携を促進するための職種横断的な事項
- (3) 保健、医療、福祉に係る各種サービスの総合的な調整に関する事項

### (二) 人材育成を目的とした地域保健対策に係る部門以外の部門への人事異動、保健所と市町村との間の人事交流、研究機関等への派遣等の推進

- 3 都道府県は、市町村の求めに応じ、都道府県及び市町村の職員の研修課程を定め、保健所、地方衛生研究所等との間の職員研修上の役割分担を行って、現任訓練を含めた市町村職員に対する体系的な専門分野に関する研修を計画的に推進するとともに、保健所職員が市町村に対する技術的援助を円滑に行うことを可能とするための研修、保健所の企画及び調整機能を強化するための研修並びに教育機関又は研究機関と連携した研修の推進に努めること。

- 4 都道府県は、保健所において、市町村等の求めに応じ、市町村職員及び保健、医療、福祉サービスに従事する者に対する研修を実施するとともに、町村職員が研修を受ける際には、当該町村の事業が円滑に実施されるように必要に応じて支援すること。

- 5 国は、国立試験研究機関における養成訓練を始め、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、

効果的かつ効率的な教育方法の開発及び普及を行い、市町村及び都道府県に対する技術的及び財政的援助に努めること。

### 三 人材確保支援計画の策定

#### 1 人材確保支援計画の策定についての基本的考え方

- (一) 市町村は、地域保健対策の円滑な実施を図るため、自ら責任を持って、住民に身近で利用頻度の高い保健サービスに必要な人材の確保及び資質の向上を図ることが原則である。しかしながら、町村が必要な対策を講じても地域の特性によりなお必要な人材を確保できない場合には、都道府県は、特にその人材の確保又は資質の向上を支援する必要がある町村について、町村の申出に基づき人材確保支援計画を策定するとともに、これに基づき人材の確保又は資質の向上に資する事業を推進すること。
- (二) 国は、都道府県の行う人材確保支援計画において定められた事業が円滑に実施されるよう、別に定める要件に従い必要な財政的援助を行うとともに、助言、指導その他の援助の実施に努めること。
- (三) (一) 及び (二) に掲げる措置により、各町村は、十分な保健サービス及び保健、医療、福祉の連携の下で最適なサービスを総合的に提供するための調整を行うことのできる保健師、栄養相談等を行う管理栄養士その他必要な職員の適切な配置を行うことが望ましいこと。

#### 2 人材確保支援計画の策定及びこれに基づく事業の実施に当たっての留意事項

都道府県は、人材確保支援計画の策定及びこれに基づく事業については、特定町村との十分な意思疎通及び共通の課題を抱える特定町村における当該事業の一体的な推進を図るほか、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、獣医師会、看護協会、栄養士会等の専門職能団体及び医療機関との連携又は協力体制を確立すること等により、地域の特性に即し、効果的に実施するよう留意すること。

### 第四 地域保健に関する調査及び研究に関する基本的事項

地域の特性に即した地域保健対策を効果的に推進し、地域における健康危機管理能力を高めるためには、科学的な知見を踏まえることが重要である。

このため、保健所、地方衛生研究所、国立試験研究機関等において、次のような取組を行うことが必要である。

- 一 保健所は、快適で安心できる生活の実現に資するため、地域の抱える課題に即した、先駆的又は模範的な調査及び研究を推進すること。
- 二 都道府県及び政令指定都市は、その設置する地方衛生研究所について、地域における科学的かつ技術的に中核となる機関として充実を図り、その専門性を活用した地域保健に関する総合的な調査及び研究を行うとともに、当該地域の地域保健関係者に対する研修を実施すること。
- 三 地方衛生研究所は、病原体や毒劇物についての迅速な検査及び疫学調査の機能の強化を図るため、施設及び機器の整備、調査及び研究の充実並びに研修の実施等による人材の育成、救命救急センター、他の地方衛生研究所、国立試験研究機関等との連携体制の構築、休日及び夜間において適切な対応を行う体制の整備等を図ること。

- 四 都道府県及び政令指定都市は、関係部局、保健所、地方衛生研究所等の行政機関等による検討協議会を設置し、計画的に調査、研究等を実施するために必要な企画及び調整を行うこと。
- 五 国は、国立試験研究機関等において、全国的規模で行うことが適当である又は高度の専門性が要求される調査及び研究を推進するとともに、国立試験研究機関と地方衛生研究所との連携体制を構築すること等により、地方衛生研究所に対する技術的支援を行うこと。
- 六 調査及び研究の成果等は、関係法令を踏まえつつ、関係機関及び国民に対して、積極的に提供すること。

## 第五 社会福祉等の関連施策との連携に関する基本的事項

### 一 保健、医療、福祉の連携の下で最適なサービスを総合的に提供するための調整の機能の充実

人口の高齢化、疾病構造の変化、ノーマライゼーションの意識の高まり等に伴い、住民のニーズが保健、医療、福祉を通じた総合的なものとなる中で、個々の住民にとって最適なサービスの種類、程度及び提供主体について判断し、適切なサービスを総合的に提供することが重要である。

このため、市町村及び都道府県は、次のような取組を行うことが必要である。

- 1 市町村においては、相談からサービスの提供までに至る体系的な体制の整備及び職員に対する研修の充実を図ること。また、支援を必要とする住民をより早く把握し、適時かつ適切な情報の提供、関係機関の紹介及び調整等を行う総合相談窓口を市町村保健センター等に設置するとともに、高齢者の保健、福祉サービスに関する相談、連絡調整等を行う老人介護支援センターの整備を推進すること。さらに、地域の医師会の協力の下に、かかりつけ医との連携及び協力体制を確立すること。
- 2 都道府県は、保健所において、精神障害及び難病等の専門的かつ広域約に対応することが望ましい問題を持つ住民に対して、保健、医療、福祉の連携の下で最適なサービスを提供するための総合調整機能を果たすとともに、市町村の求めに応じて、専門的及び技術的支援を行うことが必要であること。

### 二 包括的な保健、医療、福祉のシステムの構築

住民のニーズに応じた適切なサービスを提供するため、地域における包括的な保健、医療、福祉のシステムの構築が重要である。

このため、市町村、都道府県、国及び保健、医療、福祉サービスを提供する施設は、次のような取組を行うことが必要である。

- 1 市町村においては、市町村保健センター等の保健活動の拠点、保健所、福祉事務所等の行政機関及び老人介護支援センター、医療機関、薬局、社会福祉施設、介護老人保健施設、訪問看護ステーション等の施設を結ぶ地域の特性に応じたネットワークを整備すること。
- 2 二次医療圏においては、保健、医療、福祉のシステムの構築に必要な社会資源がおおむね確保されていることから、保健所等は、これらを有効に活用したシステムの構築を図るための検討協議会を設置すること。

また、保健所運営協議会又は地域保健医療協議会が設置されている場合には、これらとの一体的な運営を図り、二次医療圏内の地域保健全般に渡る事項を幅広い見地から協議すること。

3 市町村は保健、福祉サービスの有機的な連携を推進する観点から、都道府県は市町村に対する保健、福祉サービスを通じた一元的な助言、援助等を円滑に行う観点から、それぞれ、地域の特性に応じた組織の在り方について検討すること。

4 都道府県及び国は、相談窓口の一元化、保健師とホームヘルパーに共通の活動拠点の設置、関連施設の合築、連絡調整会議の設置、保健部局と福祉部局及び介護保険部局間の人事交流の促進、組織の再編成等のうち、保健、医療、福祉のシステムの構築に関する市町村及び都道府県の先駆的な取組について、事例の紹介又は情報の提供を行う等により支援すること。

### 三 次世代育成支援対策の総合的かつ計画的な推進

都道府県及び市町村は、次代の社会を担う子どもが健やかに生まれ、かつ、育成される環境の整備を図るため、保健部局、福祉部局等の関係部局間の連携を十分に図りつつ、次世代育成支援対策を総合的かつ計画的に推進すること。

### 四 高齢者対策及び介護保険制度の円滑な実施のための取組

住民のニーズに応じ、適切に高齢者対策を実施し、及び介護保険に係るサービス等を提供するため、高齢者対策に係る取組及び介護保険制度の円滑な実施のための取組が重要である。

このため、市町村、都道府県等は、次のような取組を行うことが必要である。

1 市町村においては、保健部局と高齢者対策に係る取組及び介護保険制度との連携を密にとり、健康増進事業と介護保険事業とを有機的かつ連続的に運用すること。

また、高齢者の生涯を通じた健康づくり対策、要介護状態等にならないための予防対策及び自立支援対策を強化し、介護等を必要とする高齢者を早期に発見するとともに、必要なサービスを開発し、提供する地域ケアシステムづくりを推進すること。

2 都道府県においては、保健部局と関連部局、関係機関及び関係団体とが十分に連携するとともに、市町村に対して、都道府県内の保健、医療、福祉サービスに関する情報を提供すること。

3 都道府県は、保健所において、市町村が高齢者対策に係る取組及び介護保険制度を円滑に実施することができるように、市町村が行う介護保険事業計画の推進、サービス資源等についての市町村間の広域的調整及び開発等に対して支援を行うこと。

4 政令市及び特別区は、市町村として担うべき役割に加え、都道府県が設置する保健所の担うべき役割のうち保健医療福祉情報の収集、分析及び提供等の役割も担うこと。

### 五 精神障害者施策の総合的な取組

1 精神障害者に係る保健、医療、福祉等関連施策の総合的かつ計画的な取組を促進すること。

2 都道府県及び市町村並びに保健所は、精神障害者ができる限り地域で生活できるようにするため、居宅生活支援事業の普及を図るとともに、ケアマネジメントの手法の活用の推進を検討すること。特に、条件が整えば退院可能とされる者の退院及び社会復帰を目指すため、必要なサービスの整備及び資源の開発を行い、地域の保健、医療、

福祉関係機関の連携を進めること。

- 3 都道府県及び市町村並びに保健所は、精神障害者及び家族のニーズに対応した多様な相談体制及び支援体制を構築するとともに、当事者自身による相互支援活動等を支援すること。
- 4 都道府県及び市町村並びに保健所は、精神疾患及び精神障害者への正しい理解の普及を推進するとともに地域住民の精神的健康の保持増進を推進すること。

#### 六 児童虐待防止対策に関する取組

近年の児童虐待に関する問題の深刻化に伴い、保健所、市町村保健センター等においても、児童相談所と十分な連携を取りつつ、以下のような取組を行うことが必要である。

- 1 母子保健活動や地域の医療機関等との連携を通じて、妊産婦及び親子の健康問題、家族の状況に係る問題等に関連した虐待発生のハイリスク要因を見逃さないよう努め、こうした要因がある場合、保健師の家庭訪問等による積極的な支援を実施すること。また、関係機関による会議等において積極的な役割を果たすとともに、地域組織活動の育成及び支援を行い、児童虐待の発生予防に向けた取組を行うこと。
- 2 保健所、市町村保健センター等の職員が児童虐待が行われている疑いがある家庭を発見した場合については、児童虐待への対応の中核機関である児童相談所又は福祉事務所への通告を行った上で、市町村及び保健所は、当該事例への援助について関係機関との連携及び協力を組織的に推進すること。

### 第六 その他地域保健対策の推進に関する重要事項

#### 一 国民の健康づくりの推進

健康増進法に基づき、国民の健康づくりを推進するために、都道府県及び市町村並びに保健所は、基本方針に基づき、次のような取組を行う必要がある。

- 1 都道府県は、地域における健康の増進に関する情報の収集を行うとともに、都道府県健康増進計画の策定及び市町村健康増進計画策定に対する支援を行う等の地域診断の情報源となる健康指標の収集及び分析を行う必要があること。

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、健康の増進に関する情報の収集、分析及び提供並びに市町村に対する技術的支援や二次医療圏に合わせた計画策定等を通じ、管内の健康づくりの取組の拠点としての役割を担う必要があること。

これらを行う場合、市町村の保健衛生部局、医療機関等、学校、教育委員会、健康保険組合、地域産業保健センター等の産業保健関係機関等との連携及び協力を強化する必要があること。

- 2 市町村は、従来から母子保健事業、健康増進事業等の実施主体としての役割を担ってきたことを踏まえ、地域の健康指標の収集を行うとともに、市町村健康増進計画を関係機関及び関係団体並びに住民の参画を得て主体的に策定し、実施するよう努めること。その際には、当該市町村をその所管区域内に含む保健所と連携を図る必要があること。また、市町村健康増進計画の推進に当たっては、市町村の内部部局のみならず、保健衛生、精神保健、労働衛生、福祉、環境、都市計画等の各部門の外部機関との連携及び協力を強化する必要があること。

## 二 生活衛生対策

都道府県、政令市及び特別区は、生活衛生対策の中で特に、公衆浴場法(昭和二十三年法律第百三十九号)に規定する浴場業及び旅館業法(昭和二十三年法律第百三十八号)に規定する旅館業の営業者並びに建築物における衛生的環境の確保に関する法律(昭和四十五年法律第二十号)に規定する特定建築物の維持管理権原者に対し、水質を汚染する病原生物(レジオネラ属菌等)に関する知識の普及、啓発を行うとともに、施設の種別に応じ、病原生物の増殖を抑制するための具体的方法を指導すること。また、病院、社会福祉施設等の特定建築物以外の建築物についても、その維持管理権原者に対し、病原生物に関する知識の普及、啓発に努めるとともに、維持管理に関する相談等に応じ、必要な指導等を行うこと。

また、住宅や建築物における室内空気汚染等による健康影響、いわゆるシックハウス症候群について、知識の普及、啓発を行うとともに、地域住民からの相談等に応じ、必要な指導等を行うこと。

## 三 食品衛生対策

- 1 都道府県、政令市及び特別区並びに保健所は、第二の一の二の(一)の(1)ウ及び(二)に掲げるところにより監視指導に係る業務を推進するほか、教育活動や広報活動を通じた食品衛生に関する正しい知識の普及、食品衛生に関する情報の収集、整理、分析及び提供、研究の推進、食品衛生に関する検査能力の向上、食品衛生の向上にかかわる人材の養成及び資質の向上並びに国、他の都道府県等及び農林水産部局等関係部局との相互連携に努めるとともに、関係者との相互の情報及び意見の交換(リスクコミュニケーション)の促進を図るため、積極的に施策の実施状況を公表し、住民からの意見聴取及び施策への反映に努めること。
- 2 都道府県、政令市及び特別区並びに保健所は、第二の一の二の(一)の(5)及び(二)に掲げるところにより健康危機管理機能を強化するとともに、食中毒等飲食に起因する事故に対して、国、他の都道府県等及び関係部局と連携を図りながら、原因究明、被害拡大防止、再発防止対策等の一連の措置を迅速かつ的確に行うことができるよう体制を整備すること。

## 四 地域保健及び産業保健の連携

住民が地域又は職域を問わず、生涯を通じて共通の基盤に立った保健サービスを受けられるようにするためには、地域保健及び産業保健の連携が重要である。また、健康寿命の延伸等を図るためには、地域における生涯を通じた健康づくりに対する継続的な支援が必要である。そのためには、保健所及び市町村が中心となり、個人の年齢、就業先などにより異なる保健事業者間の連携を図り、次のような事項を行うことにより、継続的な健康管理の支援が可能となるような体制整備を図っていくことが必要である。

- 1 地域保健と産業保健の連携を推進するため、保健所、市町村等が、医療機関等、健康保険組合、労働基準監督署、地域産業保健センター、事業者団体、商工会等の関係団体等から構成する連携推進協議会を設置し、組織間の連携を推進すること。
- 2 地域保健の保健計画の策定に当たっては、産業保健との連携を図りつつ、目標、行動計画を立て、それに基づき保健活動を推進すること。
- 3 健康教育や健康相談等の保健事業及び施設や保健従事者への研修会などに関する情

報を共有するとともに、相互活用等の効率的な実施に配慮すること。

## 五 地域における健康危機管理体制の確保

地域住民が安心して暮らせるためには、地域における健康危機管理体制を確保することが重要である。

このため、都道府県及び市町村は、次のような取組を行う必要がある。

- 1 都道府県は、健康危機管理に際して、救急医療体制の整備、健康危機情報の収集、分析及び提供等を行う必要がある。
- 2 政令市及び特別区は、保健所等の関係機関及び都道府県との連携を図るほか、地方衛生研究所等の充実等を図ることにより、検査機能の充実強化を図る必要がある。  
また、政令市においては、本庁及び保健所等における健康危機管理に関する事務分担が不明確であること又は本庁と保健所の持つ機能が不均衡であることがないよう、平時より健康危機管理へ対応する体制整備を十分図る必要がある。
- 3 市町村は、健康危機情報を把握した場合には、法令に基づく対応を行うほか、住民に最も身近な地方公共団体として、住民に対する健康被害予防のための情報の提供に大きな役割を担う必要がある。
- 4 政令市及び特別区を除く市町村は、都道府県の設置する保健所に対して、収集した健康危機情報を速やかに伝達し、保健所長の法令に基づく指示、技術的助言及び支援を受け、これらに基づく対応を行う必要がある。

## 六 地域住民との連携及び協力

地域住民の多様なニーズにきめ細かく対応するため、公的サービスの提供とあいまって、住民参加型の地域のボランティア及び自助グループの活動が積極的に展開されることが重要である。

このため、市町村、都道府県及び国は、啓発活動等を通じた地域保健活動に対する住民の理解及び参加の促進並びに保健所、市町村保健センター等において連携又は協力を努めること等により、これらの活動の支援に努めることが必要である。

改正文（平成十二年十二月二十八日厚生労働省告示第六百十五号）抄

平成十三年一月六日から適用する。

改正文（平成二十三年五月二日厚生労働省告示第百五十二号）抄

平成二十三年五月二日から適用する。

## 地域保健対策の推進に関する基本的な指針改正後 全文案

### 地域保健対策の推進に関する基本的な指針

少子高齢化の更なる進展や人口減少、生産年齢人口の減少といった人口構造の変化に加え、単独世帯や共働き世帯の増加、非正規雇用の増加など住民の生活スタイルも大きく変化するとともに、がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの非感染性疾患（NCD）の増加、健康危機事案の変容など地域保健を取り巻く状況は、新たな局面を迎えている。

また、市町村等による保健事業の効果的な展開や高齢化社会に対応した地域包括ケアシステムの構築、社会保障を維持・充実するため「支え合う社会の回復」が求められている。

しかしながら、地域行政は、地域主権改革、行財政改革、規制緩和といった流れの中、その役割も多様化しており、今後、更に高度化、多様化していく国民のニーズに応じていくには、行政を主体とした取組だけでは対応が困難な状況となっている。

こうした状況の変化に的確に対応するため、地域保健対策を推進するための中核としての保健所、市町村保健センター等及び地方衛生研究所を相互に機能させ、地域の特性を考慮しながら、医療、社会福祉、介護保険等の関連施策との有機的な連携及び科学的な根拠に基づき効果的・効率的に地域保健対策を推進するとともに、将来に向けて、持続可能な地域保健基盤を構築するために、地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会資本（以下「ソーシャルキャピタル」という。）を活用した住民との協働による地域保健活動を推進することにより、地域住民の健康の保持及び増進並びに地域住民が安心して暮らせる地域社会の実現を目指した地域保健対策を総合的に推進することが必要である。

この指針は、地域保健体系の下で、市町村（特別区を含む。第二の一の2を除き、以下同じ。）、都道府県、国等が取り組むべき方向を示すことにより、地域保健対策の円滑な実施及び総合的な推進を図ることを目的とする。

### 第一 地域保健対策の推進の基本的な方向

#### 一 自助及び共助の支援の推進

少子高齢化の更なる進展など社会状況の変化を踏まえ、住民への直接的サービスを充実させるとともに、地域のソーシャルキャピタルを活用し、住民による共助への支援を通じて、多様化、高度化する住民のニーズに応えたサービスを提供する必要がある。

都道府県、市町村は、地域保健対策を講じる上で重要な社会資源について十分に調査し、ソーシャルキャピタルの核となる人材の育成に努めるとともに、地域に根ざしたソーシャルキャピタルの活用や学校、企業等といったソーシャルキャピタルの場の積極的な活用を図る必要がある。

## 二 住民の多様なニーズに対応したきめ細かなサービスの提供

住民の価値観、ライフスタイル及びニーズは極めて多様化しており、画一的に提供されるサービスから、多様なニーズ等に応じたきめ細かなサービスへ転換することが求められる。

このため、住民が保健サービスに関する相談を必要とする場合には、個人のプライバシーの保護に配慮しつつ適時、適切に相談に応じることが可能な体制を整備するとともに、個々の住民のニーズに的確に対応したサービスが提供されるよう、サービスの質的かつ量的な確保、サービスを提供する拠点の整備及び人材の確保等の体制の総合的な整備を推進することが必要である。

また、サービスの提供に当たっては、種類、時間帯、実施場所等に関し、個人による一定の選択を可能にするよう配慮するとともに、これらのサービスの提供に関連する情報を適切に住民に提供する必要がある。

併せて、民間サービスの活用を進めるため、サービスの質を確保しながら振興策等を検討することが求められる。

## 三 地域の特性をいかした保健と福祉の健康なまちづくり

住民に身近で利用頻度の高い保健、福祉サービスは、最も基礎的な自治体である市町村が、地域の特性を十分に発揮しつつ、かつ、住民のニーズを踏まえた上で、一元的に実施できる体制を整備・維持することが必要である。

これに加え、市町村は、地域保健を取り巻く状況の変化を踏まえ、行政サービスの充実だけでなく、学校や企業などの地域の幅広い主体との連携を進め、住民との協働による健康なまちづくりを推進し、住民が等しく健康づくりに勤しむことができる環境を整備することが求められる。

また、都道府県及び国は、市町村がその役割を十分に果たすことができる条件を整備することが必要である。

## 四 医療、介護及び福祉等の関連施策との連携強化

住民のニーズの変化に的確に対応するためには、生活圏における保健、医療、介護及び福祉等との重層的な連携体制の構築が重要である。

このため、市町村は、保健と介護及び福祉を一体的に提供できる体制の整備に努めるとともに、都道府県及び保健所は、広域的な観点から管内の現状を踏まえた急性期、回復期、維持期における医療、介護等のサービスの連携体制の強化に努めることが必要である。

また、医療連携体制の構築には、多くの医療機関等が関連するため、保健所が積極的に関与し、地域医師会との連携や協力の下、公平・公正な立場からの調整機能を発揮することが望まれる。

なお、保健所は、管内の健康課題等の把握、評価、分析及び公表を行い、市町村との圏域全体の情報共有化を進め、市町村との重層的な連携の下、取組を推進するとともに、介護及び福祉等の施策との調整についても積極的な役割を果たす必要がある。

## 五 地域における健康危機管理体制の確保

### 1 平時からの健康危機管理体制の確保

地域において発生した健康危機に対して、迅速かつ適切な危機管理を行うため、健康危機の際に生じる地域住民への精神的な影響にも配慮しつつ、日頃から、地域における健康危機管理体制を確保する必要がある。

このため、都道府県及び市町村は、それぞれの保健衛生部門の役割をあらかじめ明確にするほか、健康危機情報が、健康危機管理体制の管理責任者に対して迅速かつ適切に伝達され、一元的に管理されるとともに、管理責任者から保健衛生部門に対する指示が迅速かつ適切に伝達され、かつ、他の地方公共団体を含む関係機関及び関係団体との連携及び調整が確保された健康危機管理体制を構築する必要がある。なお、健康危機管理体制の中心となる管理責任者としては、地域の保健医療に精通した保健所長が望ましい。

また、健康危機が発生した場合の危機管理体制について定めた手引書を整備するとともに、手引書の有効性を検証するための訓練、適切に健康危機管理を行うことができる人材の育成、必要な機器及び機材の整備等を行う必要がある。

## 2 大規模災害への備え

都道府県及び市町村は、被災時に十分に行政機能が果たせない状況も想定し、被災地以外の自治体や国とも連携した情報収集体制や保健活動の全体調整機能、保健活動への応援等の体制を構築すること。

## 3 地域住民への情報提供

国、都道府県及び市町村は、健康危機の発生時に地域住民が状況を的確に認識した上で行動ができるよう、関係者との相互の情報及び意見の交換（以下「リスクコミュニケーション」という。）の実施などにより健康危機管理に関する情報を分かりやすく提供し共有するよう努めること。

# 六 科学的根拠に基づいた地域保健の推進

## 1 科学的根拠に基づく各種計画の策定と実施

国、都道府県及び市町村は、地域における健康問題について、住民の健康を阻害する要因を科学的に明らかにするとともに、疫学的な手法等を用いて地域保健対策の評価等の調査研究を行うことにより、科学的根拠に基づく地域保健対策に関する計画の策定など地域保健対策の企画及びその実施に努める必要がある。

また、地域保健対策に関する計画である、健康づくりに関する計画、がん対策に関する計画、母子保健に関する計画、健康危機管理に関する計画等について、地域において共通する課題認識や目標を共有し推進することが望ましい。

## 2 計画の評価と公表の推進

国、都道府県及び市町村は、地域保健に関する標準化された情報の収集、分析及び評価を行い、その結果を計画に反映させるとともに、関係者や地域住民に広く公表することを通じて、地域の健康課題とその解決に向けた目標の共有化を図り、取組を一体的に推進することが重要である。なお、保健所及び地方衛生研究所は技術的中核機関として情報の収集、分析及び評価を行い、積極的にその機能を果たすこと。

# 七 国民の健康づくりの推進

健康増進法(平成十四年法律第百三号)に基づき、国民の健康づくりを推進するた

め、国及び地方公共団体は、教育活動や広報活動を通じた健康の増進に関する知識の普及、情報の収集、整理、分析及び提供、研究の推進並びに健康の増進に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに、健康増進事業実施者その他の関係者に対し、必要な技術的助言を与えるよう努めることが必要である。さらに、都道府県は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針(平成 年厚生労働省告示第 号。第一の七及び第六の一において「基本方針」という。)を勘案して、都道府県健康増進計画を定め、市町村は、基本方針及び都道府県健康増進計画を勘案して市町村健康増進計画を定めるよう努めることが必要である。また、健康づくりの推進に当たっては、保険者等、医療機関、薬局、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など職種間で連携を図ることにより、地域の健康課題の解決に向けた効果的な取組が図られることが望ましい。母子保健分野については、母子保健における国民運動計画において設定された課題を達成するため、国及び地方公共団体は、関係者、関係機関及び関係団体が寄与し得る取組の内容を明確にして、その活動を推進することが必要である。

## 八 快適で安心できる生活環境の確保

地域住民の健康の保持及び増進を図るためには、住民の生活の基盤となる快適で安心できる生活環境を確保することが重要である。

このため、都道府県、国等は、食中毒等に係る情報共有体制の強化や監視員等の資質向上等を通じた保健所の機能強化に努めるとともに、食品衛生協会、生活衛生同業組合等関係団体に対する指導又は助言に努めることにより、事業者の自主的な衛生管理等を通じた食品安全、生活衛生等の施策の推進を図るとともに、消費者、地域住民に対するサービスや食品の安全性などに係るリスクコミュニケーションを進めることが必要である。

## 第二 保健所及び市町村保健センターの整備及び運営に関する基本的事項

保健所は、地域保健に関する広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能を強化するほか、地域の医師会の協力の下に医療機関との連携を図ること等により、また、市町村は、住民に身近で利用頻度の高い保健、福祉サービスを一体的に実施するため、市町村保健センター等の体制の整備を積極的に推進すること等により、ライフサイクルを通して一貫した保健、医療、福祉サービスを提供することが重要である。

このため、市町村、都道府県及び国は、次のような取組を行うことが必要である。

### 一 保健所

#### 1 保健所の整備

保健所の地域保健における広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能を強化するため、次のような考え方にに基づき、地域の特性を踏まえつつ規模の拡大並びに施設及び設備の充実を図ること。

(一) 都道府県の設置する保健所

- (1) 都道府県の設置する保健所の所管区域は、保健医療に係る施策と社会福祉に係る施策との有機的な連携を図るため、二次医療圏(医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第三十条の四第二項第九号に規定する区域をいう。以下同じ。)又は介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第百十八条第二項に規定する区域とおおむね一致した区域とすることを原則として定めることが必要であること。ただし、現行の医療圏が必ずしも保健サービスを提供する体制の確保を図る趣旨で設定されていないことから、二次医療圏の人口又は面積が平均的な二次医療圏の人口又は面積を著しく超える場合には地域の特性を踏まえつつ複数の保健所を設置できることを考慮すること。
  - (2) 保健所の集約化により、食品安全及び生活衛生関係事業者等に対するサービスの提供に遺漏がないよう、例えば、移動衛生相談、関係団体の協力による相談等の地域の特性に応じたサービスを行うこと。
- (二) 政令市及び特別区の設置する保健所
- (1) 政令指定都市(地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百五十二条の十九第一項の指定都市をいう。以下同じ。)は、地域の特性を踏まえつつ、保健所が、従来おおむね行政区単位に設置されてきたことに配慮しながら、都道府県の設置する保健所との均衡及び保健所政令市(地域保健法施行令(昭和二十三年政令第七十七号)第一条第三号の市をいう。以下同じ。)の人口要件を勘案し、住民が受けることができるサービスの公平性が確保されるように保健所を設置することが望ましいこと。
  - (2) 政令指定都市を除く政令市(地域保健法施行令(昭和二十三年政令第七十七号)第一条の市をいう。以下同じ。)及び特別区は、都道府県の設置する保健所との均衡及び保健所政令市の人口要件を勘案し、地域の特性を踏まえつつ、保健所を設置することが望ましいこと。
  - (3) 保健所の設置及び運営を円滑に遂行できる人口規模を備えた市が保健サービスを一元的に実施することは望ましいことから、人口三十万人以上の市は、保健所政令市への移行を検討すること。
  - (4) 人口三十万人未満の現行の政令市は、引き続きその業務の一層の推進を図ること。

## 2 保健所の運営

### (一) 都道府県の設置する保健所

都道府県の設置する保健所は、次のような地域保健の広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能を強化すること。

#### (1) 健康なまちづくりの広域的拠点

ア 保健と福祉サービスの一体的な提供と合わせて、地域のソーシャルキャピタルの積極的な活用及び学校や企業等の関係機関との幅広い連携による健康なまちづくりを推進することが重要である。

イ 保健所は、広域的な技術拠点として、地域の健康課題を把握し、生涯を通じて保健、医療、福祉サービスが提供されるよう、市町村や関係機関の重層的な連携体制を構築すること。

## (2) 専門的かつ技術的業務の推進

ア 地域保健対策に関する専門的かつ技術的な業務について機能を強化するとともに、常に地域保健対策に対する地域ニーズの把握に努めた上で、専門的な立場から企画、調整、指導及びこれらに必要な事業を行うとともに市町村への積極的な支援に努めること。

イ 精神保健、難病対策、エイズ対策等の保健サービスの実施に当たっては、市町村の福祉部局等との十分な連携及び協力を図ること。

ウ 食品安全、生活衛生、医事、薬事等における監視及び指導、検査業務等の専門的かつ技術的な業務について、地域住民の快適で安心できる生活環境の確保を図るという観点を重視し、監視及び指導の計画的な実施、検査の精度管理の徹底等、一層の効率化及び高度化を図ることにより、食品等の広域的監視及び検査を行う専門的かつ技術的拠点としての機能を強化すること。

## (3) 情報の収集、整理及び活用の推進

ア 所管区域に係る保健、医療、福祉に関する情報を幅広く収集、管理、分析及び評価するとともに、関係法令を踏まえつつ、関係機関及び地域住民に対して、これらを積極的に提供すること。

イ 市町村、地域の医師会等と協力しつつ、住民からの相談に総合的に対応できる情報ネットワークを構築すること。

ウ このため、情報部門の機能強化を図ること。

## (4) 調査及び研究等の推進

ア 各地域が抱える課題に即し、地域住民の生活に密着した調査及び研究を積極的に推進することが重要である。

このため、調査疫学部門の機能強化を図ること。

イ 国は、保健所における情報の収集、整理及び活用並びに調査及び研究を推進するため、技術的及び財政的援助に努めること。

## (5) 市町村に対する援助及び市町村相互間の連絡調整の推進

ア 保健所に配置されている医師を始めとする専門技術職員は、市町村の求めに応じて、専門的かつ技術的な指導及び支援並びに市町村保健センター等の運営に関する協力を積極的に行うこと。

イ 市町村職員等に対する現任訓練を含めた研修等を積極的に推進することが重要である。

このため、研修部門の機能強化を図ること。

## (6) 地域における健康危機管理の拠点としての機能の強化

ア 健康危機の発生に備え、保健所は、地域の保健医療の管理機関として、平常時から、法令に基づく監視業務等を行うことにより、健康危機の発生の防止に努めるほか、広域災害・救急医療情報システム等を活用し、地域医療とりわけ救急医療の量的及び質的な提供状況を把握し、評価するとともに、地域の医師会及び消防機関等の救急医療に係る関係機関と調整を行うことにより、地域における医療提供体制の確保に努め、また、保健衛生

部門、警察等の関係機関及びボランティアを含む関係団体と調整することにより、これらとの連携が確保された危機管理体制の整備に努めること。

また、健康危機管理に対する住民意識を高めるため、リスクコミュニケーションに努めること。

なお、地域の保健医療情報の集約機関として、保健所の対応が可能となるよう、休日及び夜間を含め適切な対応を行う体制の整備を図ること。

イ 健康危機発生時において、保健所は、広域災害・救急医療情報システム等を活用し、患者の診療情報等の患者の生命に係る情報の収集及び提供、健康被害者に対する適切な医療の確保のための支援措置等を図ること。また、管内の市町村に対して法令に基づき、健康危機管理を適切に行うこと。

ウ 健康危機発生後において、保健所は、保健医療福祉に係る関係機関等と調整の上、健康危機発生に当たっての管理の体制並びに保健医療福祉の対応及び結果に関し、科学的根拠に基づく評価を行い、公表するとともに、都道府県が作成する医療計画及び障害者計画等の改定に当たって、その成果を将来の施策として反映させることが必要であること。なお、健康危機による被害者及び健康危機管理の業務に従事する者に対する精神保健福祉対策等を人権の尊重等に配慮しつつ、推進すること。

#### (7) 企画及び調整の機能の強化

ア 都道府県の医療計画、介護保険事業支援計画、がん対策推進計画、健康増進計画、老人福祉計画、障害者計画等の計画策定に関与するとともに、各種の地域保健サービスを広域的・専門的立場から評価し、これを将来の施策に反映させ、その結果の公表等を通じて管内市町村の施策の改善に資するとともに、地域における在宅サービス、障害者福祉等の保健、医療、福祉のシステムの構築、医療機関の機能分担と連携、医薬分業等医療提供体制の整備、ソーシャルキャピタル等の地域資源を活用した健康づくりの支援、食品安全及び生活衛生に係るサービスの提供及び(1)から(7)までに掲げる課題について企画及び調整を推進すること。

イ このため、保健所の新たな役割を十分に担うことのできる人材の確保等を含め、企画及び調整の部門の機能強化を図ること。

#### (二) 政令市及び特別区の設置する保健所

政令市及び特別区の設置する保健所は、市町村保健センター等の保健活動の拠点及び福祉部局との間の情報交換等による有機的な連携の下に、(1)に掲げる健康なまちづくりの広域的拠点、(2)に掲げる専門的かつ技術的業務の推進、(3)に掲げる情報の収集、整理及び活用の推進、(4)に掲げる調査及び研究等の推進、(6)に掲げる健康危機管理機能の強化並びに(7)に掲げる企画及び調整の機能の強化に努めること。

また、保健所を地域保健医療に対する総合的な企画機能を有する中核機関として位置付け、地域住民のニーズに合致した施策を展開できるようにすることが望ましいこと。

### 二 市町村保健センター

## 1 市町村保健センターの整備

- (一) 身近で利用頻度の高い保健サービスが市町村において一元的に提供されることを踏まえ、各市町村は、適切に市町村保健センター等の保健活動の拠点を整備すること。
- (二) 国は、市町村保健センターの設置及び改築等の財政的援助に努めること。
- (三) 町村は、単独で市町村保健センター等を整備することが困難な場合には、地域住民に対する保健サービスが十分に提供できるよう配慮しながら、共同で市町村保健センター等を整備することを考慮すること。
- (四) 都市部においては、都市の特性をいかしつつ人口規模に応じた市町村保健センター等の設置を考慮すること。
- (五) 国民健康保険健康管理センター、老人福祉センター、地域包括支援センター等の類似施設が整備されている市町村は、これらの施設の充実を図ることにより、住民に身近で利用頻度の高い保健サービスを総合的に実施するという役割を十分に発揮できるようにすること。

## 2 市町村保健センターの運営

- (一) 町村は、健康相談、保健指導及び健康診査等の地域保健に関する計画を策定すること等により、市町村保健センター等において住民のニーズに応じた計画的な事業の実施を図るとともに、保健所等による施策評価を参考に業務改善に努めること。
- (二) 市町村は、市町村保健センター等の運営に当たっては、保健、医療、福祉の連携を図るため、老人介護支援センターを始めとする社会福祉施設等との連携及び協力体制の確立、市町村保健センター等における総合相談窓口の設置、在宅福祉サービスを担う施設との複合的整備、保健師とホームヘルパーに共通の活動拠点としての運営等により、保健と福祉の総合的な機能を備えること。
- (三) 市町村は、市町村保健センター等の運営に当たっては、保健所からの専門的かつ技術的な援助及び協力を積極的に求めるとともに、ソーシャルキャピタルを活用し、地域のNPO、民間組織などと連携した事業の展開に努めること。また、市町村健康づくり推進協議会の活用、検討協議会の設置等により、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の専門職団体及び地域の医療機関や学校、企業等との十分な連携及び協力を図ること。なお、協議会等の運営に当たっては、NPO、民間組織などのソーシャルキャピタルの核となる人材の参画も得て、地域の健康課題の共有化と一体的な取組を推進することが望ましいこと。
- (四) 市町村は、精神障害者の社会復帰対策、認知症高齢者対策、歯科保健対策等のうち、身近で利用頻度の高い保健サービスは、市町村保健センター等において、保健所の協力の下に実施することが望ましいこと。特に、精神障害者の障害者支援施設等の利用に係る調整及び精神障害者保健福祉手帳の交付申請の受理の事務等を市町村において行うこととなっていることから、精神障害者の社会復帰対策を、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所、医療機関、障害者支援施設等との連携及び協力の下に実施すること。

(五) 政令市は、保健所と市町村保健センター等との密接な連携を図り、効率的かつ効果的な保健サービスの提供を可能にする体制を整備すること。

### 第三 地域保健対策に係る人材の確保及び資質の向上並びに人材確保支援計画の策定に関する基本的事項

地域保健対策に係る多くの職種に渡る専門技術職員の養成、確保及び知識又は技術の向上に資する研修の充実を図るため、市町村、都道府県及び国は、次のような取組を行うことが必要である。

#### 一 人材の確保

- 1 都道府県、政令市及び特別区は、地域における健康危機管理体制の充実等の観点から、保健所における医師の配置に当たっては、専任の保健所長を置くように努める等の所管区域の状況に応じた適切な措置を講じるように努めること。なお、医師である専任の保健所長の確保が著しく困難である場合には、その職責の重要性を認識し、臨時に、地域保健法施行令第四条第二項各号のいずれにも該当する医師でない地域保健法（昭和二十二年法律第百一号）第五条第一項に規定する地方公共団体の長の補助機関である職員の保健所長としての配置に努めること。
- 2 都道府県は、事業の将来的な見通しの下に、精神保健福祉士を含む地域保健法施行令（昭和三十二年政令第七十七号）第五条に規定する職員の継続的な確保に努め、地域保健対策の推進に支障を来すことがないように配慮すること。
- 3 市町村は、事業の将来的な見通しの下に、保健師、管理栄養士等の地域保健対策に従事する専門技術職員の計画的な確保を推進することにより、保健事業の充実及び保健事業と介護保険事業等との有機的な連携その他の地域保健対策の推進に支障を来すことがないように配慮すること。

また、市町村は、医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、言語聴覚士等の地域における人的資源を最大限に活用すること。

このため、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、獣医師会、看護協会、栄養士会等の支援を得ること。

さらに、行政職員のみならず、地域のソーシャルキャピタルの核となる人材の発掘と育成、学校や企業などとのつなぎ役となる人材の確保についても計画的に実施すること。

- 4 国は、専門技術職員の養成に努めるとともに、業務内容、業務量等を勘案した保健師の活動の指標を情報として提供する等の支援を行うこと。

また、健康なまちづくりの全国的な推進のため、健康づくりの取組みにおいてソーシャルキャピタルの核となる人材の育成支援に努めること。

#### 二 人材の資質の向上

- 1 都道府県及び市町村は、職員に対する現任教育（研修及び自己啓発の奨励、地域保健対策に係る部門以外の部門への人事異動その他の手段による教育をいう。以下同じ。）について各地方公共団体が策定した人材育成指針に基づき、企画及び調整を一元的に行う体制を整備することが望ましいこと。なお、ここでいう研修に

は執務を通じての研修を含む。

2 都道府県及び市町村は、地域保健にかかわる医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、社会福祉士、精神保健福祉士、言語聴覚士等に対して、次に掲げる現任教育に関する事項を効果的かつ効率的に実施すること。なお、実施に際しては必要に応じ関係部局と連携すること。

(一) 次に掲げる事項に関する研修及び自己啓発の奨励

(1) 専門分野及び行政運営に関する事項

(2) 保健、医療、福祉の連携を促進するための職種横断的な 事項

(3) 保健、医療、福祉に係る各種サービスの総合的な調整に 関する事項

(二) 人材育成を目的とした地域保健対策に係る部門以外の部門への人事異動、保健所と市町村との間の人事交流、研究機関等への派遣等の推進

3 都道府県は、市町村の求めに応じ、都道府県及び市町村の職員の研修課程を定め、保健所、地方衛生研究所等との間の職員研修上の役割分担を行って、現任訓練を含めた市町村職員に対する体系的な専門分野に関する研修を計画的に推進するとともに、保健所職員が市町村に対する技術的援助を円滑に行うことを可能とするための研修、保健所の企画及び調整機能を強化するための研修並びに教育機関又は研究機関と連携した研修の推進に努めること。

4 都道府県は、保健所において、市町村等の求めに応じ、市町村職員及び保健、医療、福祉サービスに従事する者に対する研修を実施するとともに、町村職員が研修を受ける際には、当該町村の事業が円滑に実施されるように必要に応じて支援すること。

5 国は、国立試験研究機関における養成訓練を始め、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、効果的かつ効率的な教育方法の開発及び普及を行い、市町村及び都道府県に対する技術的及び財政的援助に努めること。

### 三 人材確保支援計画の策定

1 人材確保支援計画の策定についての基本的考え方

(一) 市町村は、地域保健対策の円滑な実施を図るため、自ら責任を持って、住民に身近で利用頻度の高い保健サービスに必要な人材の確保及び資質の向上を図ることが原則である。しかしながら、町村が必要な対策を講じても地域の特性によりなお必要な人材を確保できない場合には、都道府県は、特にその人材の確保又は資質の向上を支援する必要がある町村について、町村の申出に基づき人材確保支援計画を策定するとともに、これに基づき人材の確保又は資質の向上に資する事業を推進すること。

(二) 国は、都道府県が行う人材確保支援計画において定められた事業が円滑に実施されるよう、別に定める要件に従い必要な財政的援助を行うとともに、助言、指導その他の援助の実施に努めること。

(三) (一) 及び (二) に掲げる措置により、各町村は、十分な保健サービス及び保健、医療、福祉の連携の下で最適なサービスを総合的に提供するための調整を

行うことのできる保健師、栄養相談等を行う管理栄養士その他必要な職員の適切な配置を行うことが望ましいこと。

## 2 人材確保支援計画の策定及びこれに基づく事業の実施に当たっての留意事項

都道府県は、人材確保支援計画の策定及びこれに基づく事業については、特定町村との十分な意思疎通及び共通の課題を抱える特定町村における当該事業の一体的な推進を図るほか、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、獣医師会、看護協会、栄養士会等の専門職能団体及び医療機関との連携又は協力体制を確立すること等により、地域の特性に即し、効果的に実施するよう留意すること。

## 第四 地域保健に関する調査及び研究に関する基本的事項

地域の特性に即した地域保健対策を効果的に推進し、地域における健康危機管理能力を高めるためには、科学的な知見を踏まえることが重要である。

このため、保健所、地方衛生研究所、国立試験研究機関等において、次のような取組を行うことが必要である。

- 一 保健所は、快適で安心できる生活の実現に資するため、地域の抱える課題に即した、先駆的又は模範的な調査及び研究を推進すること。
- 二 地方衛生研究所は、保健所と連携しながら、地域における科学的かつ技術的に中核となる機関として、その専門性を活用した地域保健に関する調査及び研究を推進すること。
- 三 都道府県及び政令指定都市は、関係部局、保健所、地方衛生研究所等の行政機関等による検討協議会を設置し、計画的に調査、研究等を実施するために必要な企画及び調整を行うこと。
- 四 国は、国立試験研究機関等において、全国的規模で行うことが適当である又は高度の専門性が要求される調査及び研究を推進するとともに、国立試験研究機関と地方衛生研究所との連携体制を構築すること等により、地方衛生研究所に対する技術的支援を行うこと。
- 五 調査及び研究の成果等は、関係法令を踏まえつつ、関係機関及び国民に対して、積極的に提供すること。

## 第五 社会福祉等の関連施策との連携に関する基本的事項

- 一 保健、医療、福祉の連携の下で最適なサービスを総合的に提供するための調整の機能の充実

人口の高齢化、疾病構造の変化、ノーマライゼーションの意識の高まり等に伴い、住民のニーズが保健、医療、福祉を通じた総合的なものとなる中で、個々の住民にとって最適なサービスの種類、程度及び提供主体について判断し、適切なサービスを総合的に提供することが重要である。

このため、市町村及び都道府県は、次のような取組を行うことが必要である。

- 1 市町村においては、相談からサービスの提供までに至る体系的な体制の整備及び職員に対する研修の充実を図ること。また、支援を必要とする住民をより早く把握し、適時かつ適切な情報の提供、関係機関の紹介及び調整等を行う総合相談窓口を市町村保健センター等に設置するとともに、高齢者の保健、福祉サービスに関する相談、連絡調整等を行う地域包括支援センターの整備を推進すること。

さらに、地域の医師会の協力の下に、かかりつけ医との連携及び協力体制を確立すること。

- 2 都道府県は、保健所において、精神障害及び難病等の専門的かつ広域約に対応することが望ましい問題を持つ住民に対して、保健、医療、福祉の連携の下で最適なサービスを提供するための総合調整機能を果たすとともに、市町村の求めに応じて、専門的及び技術的支援を行うこと。

## 二 包括的な保健、医療、福祉のシステムの構築

住民のニーズに応じた適切なサービスを提供するため、地域における包括的な保健、医療、福祉のシステムの構築が重要である。

このため、市町村、都道府県、国及び保健、医療、福祉サービスを提供する施設は、次のような取組を行うことが必要である。

- 1 市町村においては、市町村保健センター等の保健活動の拠点、保健所、福祉事務所等の行政機関及び地域包括支援センター、医療機関、薬局、社会福祉施設、介護老人保健施設、訪問看護ステーション等の施設を結ぶ地域の特性に応じたネットワークを整備すること。
- 2 二次医療圏においては、保健、医療、福祉のシステムの構築に必要な社会資源がおおむね確保されていることから、保健所等は、これらを有効に活用したシステムの構築を図るための検討協議会を設置すること。

また、保健所運営協議会又は地域保健医療協議会が設置されている場合には、これらとの一体的な運営を図り、二次医療圏内の地域保健全般に渡る事項を幅広い見地から協議すること。

- 3 市町村は保健、福祉サービスの有機的な連携を推進する観点から、都道府県は市町村に対する保健、福祉サービスを通じた一元的な助言、援助等を円滑に行う観点から、それぞれ、地域の特性に応じた組織の在り方について検討すること。
- 4 都道府県及び国は、相談窓口の一元化、保健師とホームヘルパーに共通の活動拠点の設置、関連施設の合築、連絡調整会議の設置、保健部局と福祉部局及び介護保険部局間の人事交流の促進、組織の再編成等のうち、保健、医療、福祉のシステムの構築に関する市町村及び都道府県の先駆的な取組について、事例の紹介又は情報の提供を行う等により支援すること。

## 三 次世代育成支援対策の総合的かつ計画的な推進

都道府県及び市町村は、次代の社会を担う子どもが健やかに生まれ、かつ、育成される環境の整備を図るため、保健部局、福祉部局等の関係部局間の連携を十分に図りつつ、次世代育成支援対策を総合的かつ計画的に推進すること。

## 四 高齢者対策及び介護保険制度の円滑な実施のための取組

住民のニーズに応じ、適切に高齢者対策を実施し、及び介護保険に係るサービス等を提供するため、高齢者対策に係る取組及び介護保険制度の円滑な実施のための取組が重要である。

このため、市町村、都道府県等は、次のような取組を行うことが必要である。

- 1 市町村においては、保健部局と高齢者対策に係る取組及び介護保険制度との連携を密にとり、健康増進事業と介護保険事業とを有機的かつ連続的に運用するこ

と。

また、高齢者の生涯を通じた健康づくり対策、要介護状態等にならないための介護予防対策及び自立支援対策を強化し、介護等を必要とする高齢者を早期に発見するとともに、必要な介護サービスを一体的に提供する地域包括ケアシステムづくりを推進すること。

- 2 都道府県においては、保健部局と関連部局、関係機関及び関係団体とが十分に連携するとともに、市町村に対して、都道府県内の保健、医療、福祉サービスに関する情報を提供すること。
- 3 都道府県は、保健所において、市町村が高齢者対策に係る取組及び介護保険制度を円滑に実施することができるように、市町村が行う介護保険事業計画の推進、サービス資源等についての市町村間の広域的調整及び開発等に対して支援を行うこと。
- 4 政令市及び特別区は、市町村として担うべき役割に加え、都道府県が設置する保健所の担うべき役割のうち保健医療福祉情報の収集、分析及び提供等の役割も担うこと。

#### 五 精神障害者施策の総合的な取組

- 1 精神障害者に係る保健、医療、福祉等関連施策の総合的かつ計画的な取組を促進すること。
- 2 都道府県及び市町村並びに保健所は、精神障害者ができる限り地域で生活できるようにするため、居宅生活支援事業の普及を図るとともに、ケアマネジメントの手法の活用を推進を検討すること。特に、条件が整えば退院可能とされる者の退院及び社会復帰を目指すため、必要なサービスの整備及び資源の開発を行い、地域の保健、医療、福祉関係機関の連携を進めること。
- 3 都道府県及び市町村並びに保健所は、精神障害者及び家族のニーズに対応した多様な相談体制及び支援体制を構築するとともに、当事者自身による相互支援活動等を支援すること。
- 4 都道府県及び市町村並びに保健所は、精神疾患及び精神障害者への正しい理解の普及を推進するとともに地域住民の精神的健康の保持増進を推進すること。

#### 六 児童虐待防止対策に関する取組

近年の児童虐待に関する問題の深刻化に伴い、保健所、市町村保健センター等においても、児童相談所と十分な連携を取りつつ、以下のような取組を行うことが必要である。

- 1 母子保健活動や地域の医療機関等との連携を通じて、妊産婦及び親子の健康問題、家族の状況に係る問題等に関連した虐待発生のハイリスク要因を見逃さないよう努め、こうした要因がある場合、保健師の家庭訪問等による積極的な支援を実施すること。また、関係機関による会議等において積極的な役割を果たすとともに、地域組織活動の育成及び支援を行い、児童虐待の発生予防に向けた取組を行うこと。
- 2 保健所、市町村保健センター等の職員が児童虐待が行われている疑いがある家庭を発見した場合については、児童虐待への対応の中核機関である児童相談所又

は福祉事務所への通告を行った上で、市町村及び保健所は、当該事例への援助について関係機関との連携及び協力を組織的に推進すること。

## 第六 その他地域保健対策の推進に関する重要事項

### 一 国民の健康増進及びがん対策等の推進

都道府県及び市町村並びに保健所は、健康増進法に基づき、国民の健康づくりを推進するとともに、がん対策基本法（平成十八年法律第九十八号）、肝炎対策基本法（平成二十一年法律第九十七号）、及び歯科口腔保健の推進に関する法律（平成二十三年法律第九十五号）に基づき、がん対策、肝炎対策及び歯科口腔保健に関し、次のような取組を行うことが必要である。

- 1 住民の健康増進に関し、都道府県は、地域における情報の収集を行うとともに、都道府県健康増進計画の策定及び市町村健康増進計画の策定に対する支援を行う等の地域診断の情報源となる健康指標の収集及び分析を行うこと。

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、健康の増進に関する情報の収集、分析及び提供並びに市町村に対する技術的支援や二次医療圏に合わせた計画策定等を通じ、管内の健康づくりの取組の拠点としての役割を担うこと。

市町村は、健康増進事業等の実施主体として、市町村健康増進計画を関係機関及び関係団体並びに住民の参画を得て主体的に策定し、実施するよう努めること。その際には、当該市町村をその所管区域内に含む保健所と連携を図ること。また、市町村健康増進計画の推進に当たっては、市町村の内部部局のみならず、保健衛生、精神保健、労働衛生、福祉、環境、都市計画等の各部門の外部機関との連携及び協力を強化すること。

これらを行う場合、都道府県及び保健所、市町村の保健衛生部局、医療機関等、学校、教育委員会、保険者等、地域産業保健センター等の産業保健関係機関や、ソーシャルキャピタルを活用した地域の健康づくりに関係するNPO等との連携及び協力を強化すること。

- 2 地域のがん対策の推進に関し、都道府県及び保健所は、都道府県の策定する都道府県がん対策推進計画に基づき、がんの予防及び早期発見の推進、がん医療の均てん化の促進、研究の推進等のために必要な施策を講じること。

都道府県及び保健所は、健康増進法に基づき市町村が実施するがん検診が科学的根拠に基づいたものとなるよう市町村との連携を強化するとともに、地域がん登録の推進により地域のがん対策の現状を把握し、医療連携や在宅医療・介護サービスとの連携を進めるため、地域の関係機関との連携を推進すること。

- 3 地域の肝炎対策の推進に関し、都道府県及び保健所は、肝炎の予防及び早期発見の推進、肝炎医療の均てん化の促進、研究の推進等のために必要な施策を講じること。

都道府県及び保健所は、市町村等が実施する肝炎ウイルス検査について、関係機関と連携し、広報を強化するとともに、肝炎診療ネットワークの構築などの地域における肝炎医療を提供する体制を確保すること。

4 地域の歯科口腔保健の推進に関し、都道府県及び市町村は、関係機関等と連携し、地域の状況に応じた歯科口腔保健の基本的事項を策定するよう努めること。

また、都道府県及び地方公共団体は、保健所を中心として、又は、保健所と連携して、歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発、定期的に歯科検診（健康診査及び健康診断を含む。以下同じ）を受けること等の勧奨、障害者等が定期的に歯科検診を受けること等のための施策、歯科疾患の予防のための措置、口腔の健康に関する調査及び研究の推進等に関する施策を講じるとともに、都道府県、保健所を設置する市及び特別区は、口腔保健支援センターを設け、歯科医療等業務に従事する者等に対する情報提供、研修の実施その他の支援を行うこと。

## 二 生活衛生対策

1 都道府県、政令市及び特別区は、生活衛生同業組合が理容業、美容業、クリーニング業、飲食店営業等の分野の衛生・経営課題を共有して、地域社会における公衆衛生の向上を図る役割を有していることを踏まえ、新規営業者等に対して生活衛生同業組合についての適切な情報提供を行うなど、その機能や組織の活性化を図ること。

また、生活衛生関係営業については、地方自治体間で監視指導状況に大きな格差が生じている現状があり、監視指導の目標を設定するなど、住民が安心できる体制の確保を図ること。

2 都道府県、政令市及び特別区は、生活衛生対策の中で特に、公衆浴場法(昭和二十三年法律第百三十九号)に規定する浴場業及び旅館業法(昭和二十三年法律第百三十八号)に規定する旅館業の営業者並びに建築物における衛生的環境の確保に関する法律(昭和四十五年法律第二十号)に規定する特定建築物の維持管理権原者に対し、水質を汚染する病原生物(レジオネラ属菌等)に関する知識の普及、啓発を行うとともに、施設の種別に応じ、病原生物の増殖を抑制するための具体的方法の指導すること。

また、病院、社会福祉施設等の特定建築物以外の建築物についても、その維持管理権原者に対し、病原生物に関する知識の普及、啓発に努めるとともに、維持管理に関する相談等に応じ、必要な指導等を行うこと。

さらに、住宅や建築物における室内空気汚染等による健康影響、いわゆるシックハウス症候群について、知識の普及、啓発を行うとともに、地域住民からの相談等に応じ、必要な指導等を行うこと。

## 三 食品安全対策

1 都道府県、政令市及び特別区並びに保健所は、第二の一の二の(一)の(1)ウ及び(二)に掲げるところにより監視指導に係る業務を推進するほか、教育活動や広報活動を通じた食品安全に関する正しい知識の普及、インターネットを利用した電子会議の実施等を通じた食中毒等に関する情報の収集、整理、分析、提供及び共有、研究の推進、食品安全に関する検査能力の向上、食品安全の向上にかかわる人材の養成及び資質の向上並びに国、他の都道府県等及び農林水産部局等関係部局との相互連携に努めるとともに、リスクコミュニケーションの促進を図るため、積極的に施策の実施状況を公表し、住民からの意見聴取及び施策への

反映に努めること。

- 2 都道府県、政令市及び特別区並びに保健所は、第二の一の二の（一）の（５）及び（二）に掲げるところにより健康危機管理機能を強化するとともに、近年広域化している食中毒等飲食に起因する事故に対して、食中毒調査支援システム（N E S F D）等を活用し、国、他の都道府県等及び関係部局と連携を図り、必要に応じて実地疫学専門家（F E T P）などの支援も得ながら、原因究明、被害拡大防止、再発防止対策等の一連の措置を迅速かつ的確に行うことができるよう体制を整備すること。

#### 四 地域保健、学校保健及び産業保健の連携

住民が地域又は職域を問わず、生涯を通じて共通の基盤に立った保健サービスを受けられるようにするためには、地域保健、学校保健及び産業保健の連携が重要である。また、健康寿命の延伸等を図るためには、地域における生涯を通じた健康づくりに対する継続的な支援が必要である。そのためには、保健所及び市町村が中心となり、個人の年齢、就業先などにより異なる保健事業者間の連携を図り、次のような事項を行うことにより、継続的な健康管理の支援が可能となるような体制整備を図っていくことが必要である。

- 1 地域保健と産業保健の連携を推進するため、保健所、市町村等が、医療機関等、健康保険組合、労働基準監督署、地域産業保健センター、事業者団体、商工会等の関係団体等から構成する連携推進協議会を設置し、組織間の連携を推進すること。
- 2 保健所及び市町村保健センターは、学校や地域の学校医等との連携を図る場である学校保健委員会やより広域的な協議の場に可能な限り参画し、連携体制の強化に努めること。
- 3 地域保健の保健計画の策定に当たっては、学校保健及び産業保健との連携を図りつつ、共通の目標と行動計画を立て、それに基づき保健活動を推進すること。
- 4 健康教育や健康相談等の保健事業及び施設や保健従事者への研修会などに関する情報を共有するとともに、相互活用等の効率的な実施に配慮すること。

#### 五 地域における健康危機管理体制の確保

地域住民が安心して暮らせるためには、地域における健康危機管理体制を確保することが重要である。

このため、国、都道府県及び市町村は、次のような取組を行うことが必要である。

- 1 都道府県は、健康危機管理に際して、救急医療体制の整備、健康危機情報の収集、分析及び提供等を行うこと。  
また、健康危機事案の発生時に、市町村と有機的に連携した対応ができるよう、日頃から市町村と密接な連携体制を整えること。
- 2 政令市及び特別区は、保健所等の関係機関及び都道府県との連携を図るほか、地方衛生研究所等の充実等を図ることにより、検査機能の充実強化を図ること。  
また、政令市においては、本庁及び保健所等における健康危機管理に関する事務分担が不明確であること又は本庁と保健所の持つ機能が不均衡であることがないよう、平時より健康危機管理へ対応する体制整備を十分図ること。

- 3 市町村は、健康危機情報を把握した場合には、法令に基づく対応を行うほか、住民に最も身近な地方公共団体として、住民に対する健康被害予防のための情報の提供に大きな役割を担うこと。
- 4 政令市及び特別区を除く市町村は、都道府県の設置する保健所に対して、収集した健康危機情報を速やかに伝達し、保健所長の法令に基づく指示、技術的助言及び支援を受け、これらに基づく対応を行うこと。
- 5 複数の都道府県に及ぶ大規模災害の発生に備えて、平時より 都道府県及び市町村は、地方自治体間で保健活動や情報収集、情報提供体制などの連携体制を強化するとともに、国は、広域的な災害保健活動に資する人材の育成の支援や保健活動に携わる保健師等について、迅速に派遣のあっせん・調整を行う仕組みの構築を行うこと。
- 6 新型インフルエンザ等対策については、新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成二十四年法律第三十一号）に基づき、新型インフルエンザ等の発生に備えた万全の体制を確立するため、都道府県は、政府行動計画に基づき都道府県行動計画を、市町村は、都道府県行動計画に基づき市町村行動計画を速やかに策定すること。保健所及び地方衛生研究所は、その行動計画を踏まえ、地域の保健医療の管理機関として、その機能と役割を果たすとともに、市町村への技術的支援などを積極的に行うこと。

#### 六 地方衛生研究所の機能強化

- 1 地方衛生研究所は、病原体や毒劇物についての迅速な検査及び疫学調査の機能の強化を図るため、施設及び機器の整備、調査及び研究の充実並びに研修の実施等による人材の育成、救命救急センター、他の地方衛生研究所、国立試験研究機関等との連携体制の構築、休日及び夜間において適切な対応を行う体制の整備等を図ること。
- 2 都道府県及び政令指定都市は、強毒性の新型インフルエンザ等の感染症の発生や広域化する食中毒の発生などに備えたサーベイランス機能の強化や迅速な検査体制の確立と検査精度の向上が求められていることを踏まえ、地域における科学的かつ技術的に中核となる機関として地方衛生研究所の機能の一層の充実強化を図ること。

#### 七 地域住民との連携及び協力

地域住民の多様なニーズにきめ細かく対応するため、公的サービスの提供とあいまって、ソーシャルキャピタルを活用し、住民参画型の地域のボランティア及び自助グループの活動や地域の企業による活動が積極的に展開されることが重要である。

このため、市町村、都道府県及び国は、啓発活動等を通じた地域保健活動に対する住民の理解及び参画の促進並びに保健所、市町村保健センター等において連携又は協力を努めること等により、これらの活動の支援に努めることが必要である。

また、ソーシャルキャピタルの醸成は、危機管理時に有効に機能することから、市町村等は、健康づくりを通じて、その醸成と結び付きを強めていく取組を推進することが必要である。

## 歯科口腔保健の推進に関する基本的事項 パブリックコメント結果(概要)

### 結果の概要

- 平成24年5月12日から平成24年6月10日の一か月間実施
- ご意見の総数は66件

### 主なご意見の概要

・フッ化物の活用について	(15件)	
・歯科健診の実施拡大について	(12件)	
・口腔保健支援センターについて	(9件)	
・要介護高齢者等終末期の歯科保健医療について	(5件)	
・歯科口腔保健を担う者の連携職種について	(4件)	
・口腔・顎・顔面の成長発育について	(4件)	
・歯の外傷について	(4件)	など