

## 「運動基準・運動指針の改定に関する検討会」開催要綱

## 1. 目的

身体活動・運動分野における国民の健康づくりのための取組については、平成元年に「健康づくりのための運動所要量」を、平成5年度に「健康づくりのための運動指針」を策定し、平成18年に「健康づくりのための運動基準2006～身体活動・運動・体力～報告書」(以下「運動基準2006」という。)を取りまとめ、この運動基準に基づき、安全で有効な運動を広く国民に普及させることを目的として「健康づくりのための運動指針2006～生活習慣病予防のために～<エクササイズガイド2006>」(以下「エクササイズガイド2006」という。)を策定した。健康日本21に係る取組の一環として、これらの基準等を活用して身体活動・運動に関する普及啓発等に取り組んできたところである。

運動基準2006等の策定から6年以上が経過し、身体活動・運動に関する科学的知見が蓄積されていること、また、平成25年度から健康日本21(第2次)が開始することから、これらの内容を改定する必要性が生じている。また、日本人の歩数の減少等が指摘されており、身体活動・運動の重要性について普及啓発を一層推進する必要がある。

こうした状況を踏まえ、新たな科学的知見に基づき運動基準2006を改定するとともに、活用促進の観点からエクササイズガイド2006を見直すことを目的とし、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. 主な検討事項

## (1) 運動基準2006の改定

- 身体活動量・運動量・体力の基準値
- ライフステージに応じた身体活動・運動の考え方
- 安全な実施のための留意事項

## (2) エクササイズガイド2006の見直し

- 利用者の視点に立ったガイドの在り方

## (3) 普及啓発に係る方策について

## 3. 構成員

別紙参照

## 4. その他

- (1) 検討会には、構成員の互選により座長を置き、検討会を統括する。
- (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、健康局がん対策・健康増進課において行う。
- (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。

## 「運動基準・運動指針の改定に関する検討会」 構成員名簿

- |         |                            |
|---------|----------------------------|
| 鎌形喜代実   | 市川市こども部 部長                 |
| 下光 輝一   | 公益財団法人 健康・体力づくり事業財団 理事長    |
| 鈴木志保子   | 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科 教授   |
| 鈴木 隆雄   | 独立行政法人 国立長寿医療研究センター 研究所長   |
| 須藤美智子   | ソニー健康保険組合 事務長              |
| 田中喜代次   | 筑波大学体育系大学院人間総合科学研究科 教授     |
| 田畑 泉    | 立命館大学スポーツ健康科学部 学部長         |
| ○ 戸山 芳昭 | 慶應義塾大学医学部整形外科学教室 教授        |
| 内藤 義彦   | 武庫川女子大学生活環境学部食物栄養学科 教授     |
| 福永 哲夫   | 国立大学法人 鹿屋体育大学 学長           |
| 藤川眞理子   | 葛飾区保健所金町保健センター 所長          |
| 道永 麻里   | 社団法人 日本医師会 常任理事            |
| 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 |

(五十音順・敬称略)

(○:座長)

# 運動基準・運動指針の改定に関する検討会 開催経過

## 【第1回】平成24年11月7日(水)

- (1) 身体活動・運動に関する現状と課題
- (2) 改定に向けた論点について
- (3) 運動基準とその対象者について

## 【第2回】平成24年11月27日(火)

- (1) 高齢者やこどもの取扱いを含めた運動基準の内容について
- (2) 生活習慣病患者に対する保健指導の一環としての運動指導

## 【第3回】平成24年12月26日(水) (予定)

# 運動基準・運動指針の改定に向けた主な論点に関する

## 第1回検討会での主な御意見

### 【論点1】 運動基準・運動指針の「対象者」及び「利用者」をどう考えるか。

- 運動基準・運動指針について、すべての世代を対象とすることはできないか。
- 運動指針の利用者は一般の国民を想定すべきではないか。

### 【論点2】 新たな科学的知見を踏まえ、運動基準をどのように改定するか。

- 18歳～64歳については、現行の基準を引き続き活用可能なのではないか。
- 個人差を考慮した基準として、「今より少しでも身体活動量を増やす」としてはどうか。
- 体力の基準について、全身持久力をメッツで表示してはどうか。
- 名称について、「身体活動・運動基準」あるいは「身体活動基準」と変更してはどうか。

### 【論点3】 高齢者、生活習慣病患者及びこどもの運動基準についてどう考えるか

- 65歳以上については、余暇身体活動を含めて4メッツ・時/週を基準とできるのではないか。
- 対象グループ毎に基準を示してはどうか。

### 【論点4】 安全かつ効果的な運動指導のために留意すべきことは何か。

- 安全面の配慮について、対象に応じて書き分けられないか。
- 身体活動・運動の上限値の検討が必要ではないか。

### 【論点5】 利用者の視点に立った運動指針の在り方についてどう考えるか。

- 国民に分かりやすいシンプルなメッセージとすべきではないか。
- 運動指導の説得力を増すために、生活の中で実感できるメリットを提示できないか。

### 【論点6】 まちづくりの視点を含めた普及啓発の具体的方策についてどう考えるか。

- 一般の国民に分かりやすいパンフレットを作ってはどうか。
- ウォーキングのための環境整備等のまちづくりは、歩数の増加に有効なのではないか。
- 健康教室等は高齢者の社会参加の機会でもあるため、行政の取組みが重要ではないか。

# 国民健康・栄養調査について

## 1. 平成23年国民健康・栄養調査について

目的:健康増進法(平成14年法律第103号)に基づき、国民の健康増進の総合的な推進を図るための基礎資料を得る

調査客体:平成23年国民生活基礎調査により設定された単位区(約2,000単位区。東日本大震災の影響により、岩手県、宮城県及び福島県の全域を除く。)から無作為抽出した300単位区内の5,549世帯のうち、転出等で対象から外れた127世帯を除く5,422世帯及び当該世帯の1歳以上の世帯員

調査項目:[身体状況調査]身長、体重、腹囲、血圧、血液検査、歩数、問診(服薬状況、運動)  
[栄養摂取状況調査]食品摂取量、栄養素等摂取量、食事状況(欠食、外食等)  
[生活習慣調査]食生活、身体活動・運動、休養(睡眠)、飲酒、喫煙、歯の健康等に関する生活習慣全般

### 調査結果の概要

#### 〈食生活に関する状況〉

- ・生鮮食品の摂取状況について、平成13年と比べると、野菜類、果物類、魚介類の摂取量は減少し、肉類の摂取量は増加。年齢階級別では、20～40歳代の野菜類、果物類、魚介類の摂取量が少ない。
- ・ふだん生鮮食品を入手している者のうち、この1年間に生鮮食品の入手を控えたり、入手できなかった理由として、「価格が高い」と回答した者の割合が30.4%と最も高く、20～40歳代では4割以上。
- ・世帯の年間収入別食品摂取量は、世帯収入600万円以上の世帯員に比べて、200万円未満の世帯員は、野菜類の摂取量は男性のみ、果物類と肉類の摂取量は男女とも少ない。
- ・災害時に備えて非常用の食料を用意している世帯の割合は、47.4%。地域ブロック別にみると、東海ブロックが65.9%と最も高く、九州ブロックが24.6%と最も低い。

#### 〈たばこに関する状況〉

- ・現在習慣的に喫煙している者の割合は、20.1% (男性32.4%、女性9.7%)。
- ・平成22年10月のたばこの値上げで喫煙状況に影響を受けた者の割合は、29.2%。そのうち、たばこの値上げで受けた影響として、「吸うのをやめた」と回答した者の割合は、15.0%、「ずっと吸っているが、本数を減らした」と回答した者の割合は39.0%。

平成23年国民健康・栄養調査結果の概要については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002q1st.html>

# 平成23年 国民健康・栄養調査結果の概要(抜粋)

## ＜調査対象及び客体＞

調査の対象は、平成23年国民生活基礎調査(約2,000単位区内の世帯約5万7千世帯及び世帯員約14万7千人)において設定された単位区から層化無作為抽出した300単位区内の世帯及び世帯員であり、平成23年11月1日現在で満1歳以上の者とした。ただし、平成23年調査については、東日本大震災の影響により、岩手県、宮城県及び福島県の全域を除く。

300単位区内で国民生活基礎調査を実施した5,549世帯のうち、転出等で対象から外れた127世帯を除く5,422世帯を調査客体とした。調査実施世帯は3,412世帯であり、集計客体数は下記のとおりである。

		総数	1-6歳	7-14歳	15-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70歳以上	
総数	身体状況調査	人数	6,914	304	531	278	473	827	826	926	1,220	1,529
		%	100.0	4.4	7.7	4.0	6.8	12.0	11.9	13.4	17.6	22.1
	血液検査	人数	3,557	-	-	-	200	454	431	543	850	1,079
		%	100.0	-	-	-	5.6	12.8	12.1	15.3	23.9	30.3
	歩数測定	人数	6,712	-	-	343	557	945	995	1,047	1,299	1,526
		%	100.0	-	-	5.1	8.3	14.1	14.8	15.6	19.4	22.7
	栄養摂取状況調査	人数	8,247	394	720	380	587	1,004	1,038	1,076	1,349	1,699
		%	100.0	4.8	8.7	4.6	7.1	12.2	12.6	13.0	16.4	20.6
	生活習慣調査	人数	7,047	-	-	-	629	1,032	1,090	1,128	1,392	1,776
		%	100.0	-	-	-	8.9	14.6	15.5	16.0	19.8	25.2
男性	身体状況調査	人数	3,159	156	258	135	206	377	372	437	547	671
		%	100.0	4.9	8.2	4.3	6.5	11.9	11.8	13.8	17.3	21.2
	血液検査	人数	1,463	-	-	-	73	181	154	215	356	484
		%	100.0	-	-	-	5.0	12.4	10.5	14.7	24.3	33.1
	歩数測定	人数	3,052	-	-	173	246	439	448	496	573	677
		%	100.0	-	-	5.7	8.1	14.4	14.7	16.3	18.8	22.2
	栄養摂取状況調査	人数	3,839	209	352	193	259	479	480	521	600	746
		%	100.0	5.4	9.2	5.0	6.7	12.5	12.5	13.6	15.6	19.4
	生活習慣調査	人数	3,230	-	-	-	279	490	510	547	619	785
		%	100.0	-	-	-	8.6	15.2	15.8	16.9	19.2	24.3
女性	身体状況調査	人数	3,755	148	273	143	267	450	454	489	673	858
		%	100.0	3.9	7.3	3.8	7.1	12.0	12.1	13.0	17.9	22.8
	血液検査	人数	2,094	-	-	-	127	273	277	328	494	595
		%	100.0	-	-	-	6.1	13.0	13.2	15.7	23.6	28.4
	歩数測定	人数	3,660	-	-	170	311	506	547	551	726	849
		%	100.0	-	-	4.6	8.5	13.8	14.9	15.1	19.8	23.2
	栄養摂取状況調査	人数	4,408	185	368	187	328	525	558	555	749	953
		%	100.0	4.2	8.3	4.2	7.4	11.9	12.7	12.6	17.0	21.6
	生活習慣調査	人数	3,817	-	-	-	350	542	580	581	773	991
		%	100.0	-	-	-	9.2	14.2	15.2	15.2	20.3	26.0

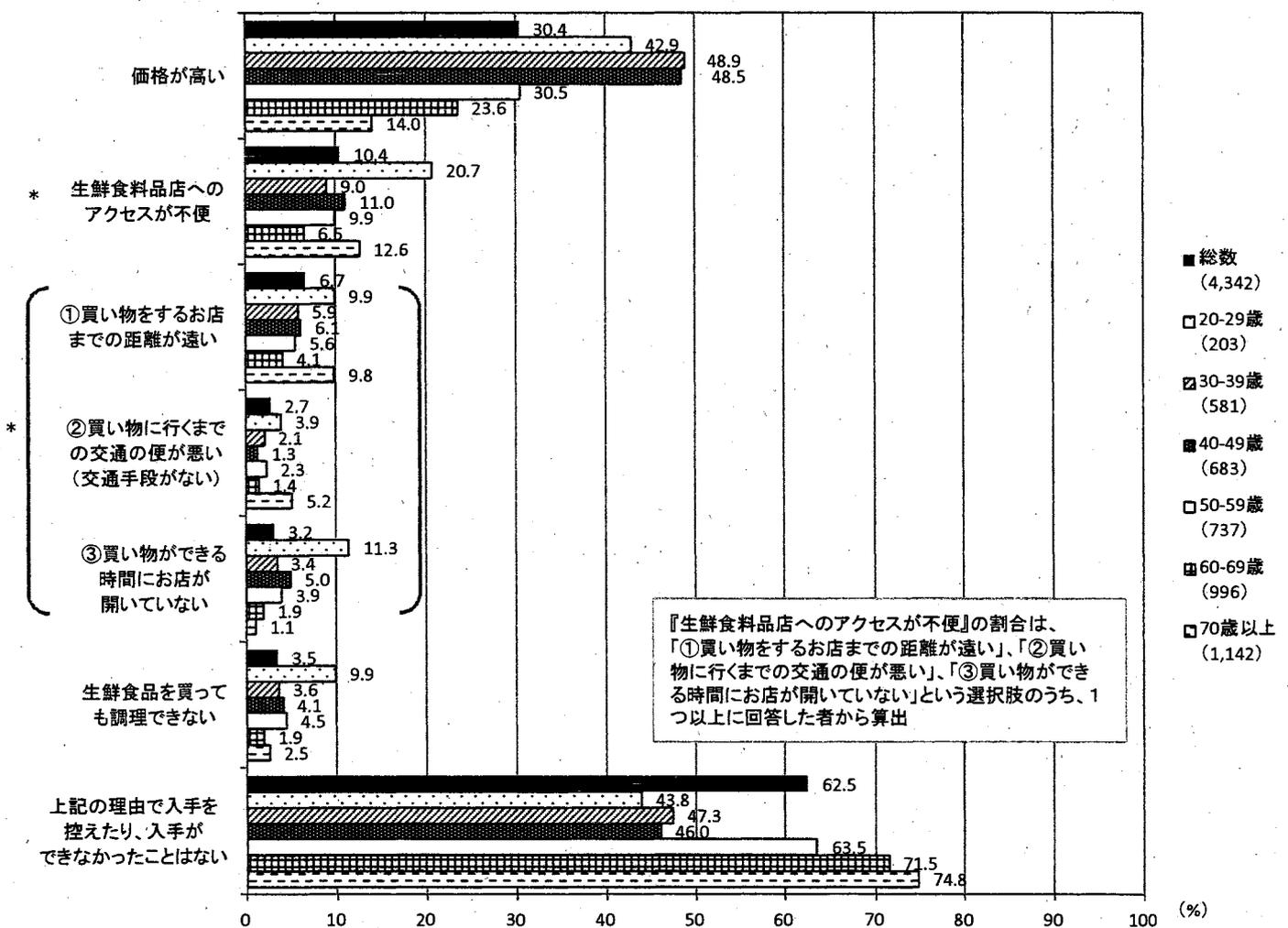
## <食生活に関する状況>

### 1. 生鮮食品の入手が困難な理由

ふだん生鮮食品を入手している者のうち、この1年間に、生鮮食品の入手を控えたり、入手できなかった理由として、「価格が高い」と回答した者の割合が最も高く、30.4%であり、20～40歳代では4割を超えている。

近年、「食料品等の日常の買い物が不便」、「店舗までの距離が遠く、交通手段がない」という、いわゆる買い物弱者が社会的課題となっているが、今回の調査においては、入手困難の理由として、「価格が高い」ことが最も高い割合を示している。

図1 生鮮食品(野菜、果物、魚、肉等)の入手を控えたり、入手できなかった理由  
(男女計・年齢階級別)



### <参考> 買い物弱者について

#### ○経済産業省「地域生活インフラを支える流通のあり方研究会報告書」(平成22年5月)

買い物弱者とは、流通機能や交通の弱体化とともに、食料品等の日常の買い物が困難な状況に置かれている人々であり、内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査(平成17年)」で「日常の買物に不便を感じている」と回答した60歳以上の高齢者(16.6%)に全国の60歳以上高齢者数(総務省「人口推計(平成17年、21年)」)を掛け合わせるとおよそ600万人程度となる。

#### ○農林水産省 農林水産政策研究所「食料品アクセス問題の現状と対応方向」(平成24年3月)

食料品アクセス問題とは、食料品へのアクセスに不便や苦労がある状況である。買い物に自動車を利用できる場合は不便や苦労が大幅に軽減されることから、生鮮食料品販売店舗までの直線距離が500m以上で、自動車を保有しない人口を推計すると、910万人(7.1%)、うち高齢者(65歳以上)は350万人(13.5%)と推計される。

## 2. 世帯の年間収入と食品摂取量

世帯の年間収入を3区分(200万円未満、200万円以上600万円未満、600万円以上)に分け、年齢・世帯員数を調整した上で、世帯の年間収入が600万円以上の世帯員を基準として、200万円未満、200万円以上600万円未満の世帯員の食品摂取量を比較した結果は以下のとおりである。

1. 野菜類の摂取量は、男性では200万円未満と200万円以上600万円未満の世帯で少なかった。
2. 果物類の摂取量は、男女とも200万円未満の世帯で少なかった。
3. 魚介類の摂取量は、男女とも差がみられなかった。
4. 肉類の摂取量は、男女とも200万円未満の世帯で少なかった。

表1 世帯の年間収入別、食品摂取量(20歳以上、性別)

	単位(g/日)*				
	世帯収入 200万円未満	世帯収入 200万円以上～ 600万円未満	世帯収入 600万円以上	600万円以上の世帯の 世帯員と比較** (★は有意差あり)	
	男性 404人 女性 621人	男性 1,585人 女性 1,789人	男性 719人 女性 793人	200万円 未満	200万円以 上～600万 円未満
1. 野菜類の摂取量(男性)	258.7	266.0	283.4	★	★
(女性)	266.5	271.2	283.4		
2. 果物類の摂取量(男性)	73.9	94.8	93.9	★	
(女性)	110.6	124.8	135.6	★	
3. 魚介類の摂取量(男性)	75.7	80.6	82.8		
(女性)	63.9	68.4	68.0		
4. 肉類の摂取量(男性)	88.1	99.8	102.0	★	
(女性)	64.2	71.0	74.3	★	

世帯の年間収入額を当該世帯員に当てはめて解析

\*年齢と世帯員数で調整した値

\*\*世帯収入について600万円以上を基準とする多変量解析(線形回帰)を実施

※東日本大震災の影響により、岩手県、宮城県及び福島県を除く

### <参考> 解析対象世帯の年間収入

※解析対象：調査実施世帯数3,412世帯のうち、生活習慣調査票と栄養摂取状況調査票の両方に回答が得られた3,182世帯から、わからないと回答した161世帯を除く3,021世帯

	世帯数	%
総数	3,021	100.0
200万円未満	716	23.7
200万円以上～600万円未満	1,652	54.7
600万円以上	653	21.6

### 3. 災害時のための食料の備蓄

災害時に備えて非常用の食料を用意している世帯の割合は、47.4%である。地域ブロック別にみると、東海ブロックが最も高く65.9%であり、九州ブロックが最も低く24.6%である。用意している非常用食料の種類は、飲料(水、お茶等)が最も高く86.2%である。

図2 災害時に備えて非常用食料を用意している世帯の割合(地域ブロック別)

※世帯の代表者(非常食の用意を担当している者)が回答

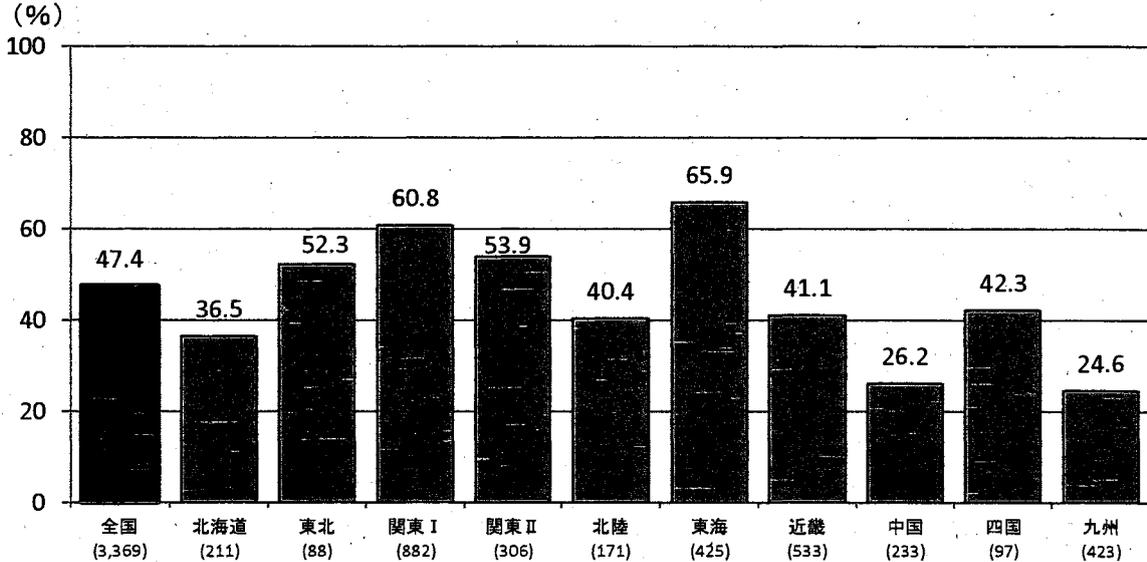
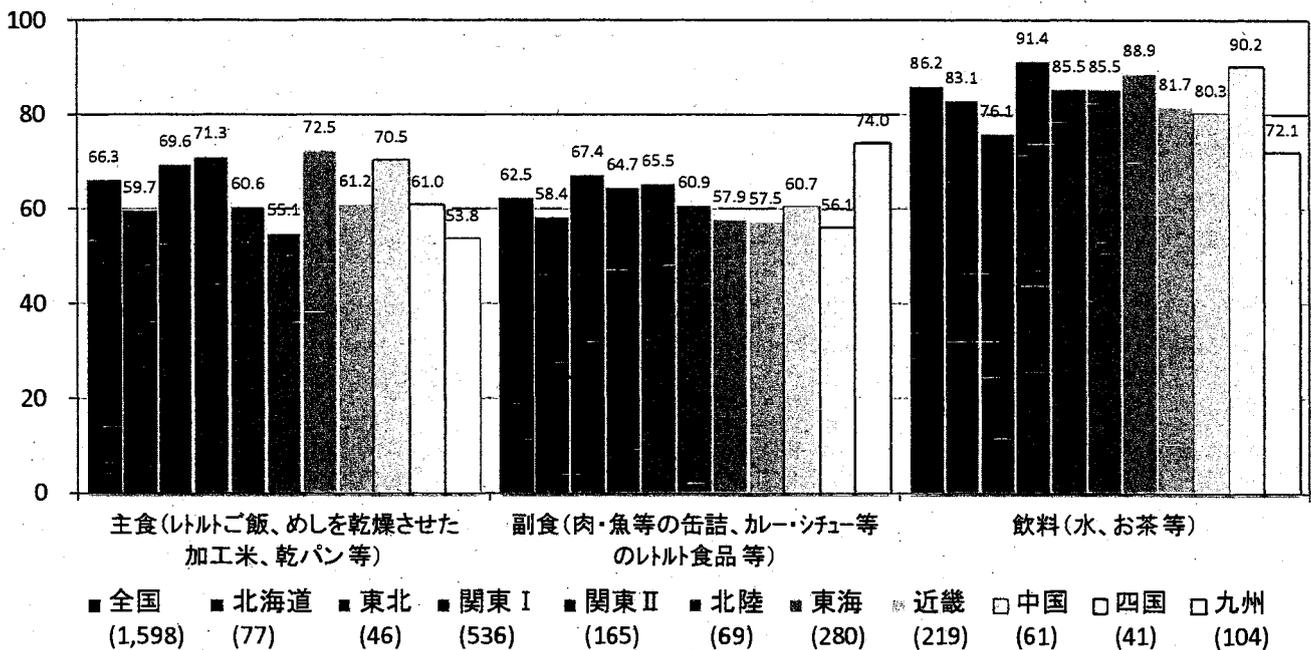


図3 用意している非常用食料の種類(地域ブロック別)

※非常用食料を用意している世帯における回答



北海道:北海道  
 東北:青森県、秋田県、山形県  
 関東I:埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県  
 関東II:茨城県、栃木県、群馬県、山梨県、長野県  
 北陸:新潟県、富山県、石川県、福井県  
 東海:岐阜県、愛知県、三重県、静岡県  
 近畿:京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、滋賀県  
 中国:鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県  
 四国:徳島県、香川県、愛媛県、高知県  
 九州:福岡県、佐賀県、長崎県、大分県、熊本県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

※東日本大震災の影響により、岩手県、宮城県及び福島県を除く

## <たばこに関する状況>

### 4. 喫煙の状況

現在習慣的に喫煙している者の割合は、20.1%であり、前年と変わらない。  
 性別では、男性32.4%、女性9.7%であり、前年に比べて男性は変わらず、女性は増加している。

図4-1 現在習慣的に喫煙している者の割合の年次推移 (平成15~23年)

※現在習慣的に喫煙している者：これまでに、たばこを習慣的に吸っていたことがある者〔合計100本以上又は6ヶ月以上たばこを吸っている(吸っていた)者〕のうち、「この1ヶ月間に毎日又は時々たばこを吸っている」と回答した者

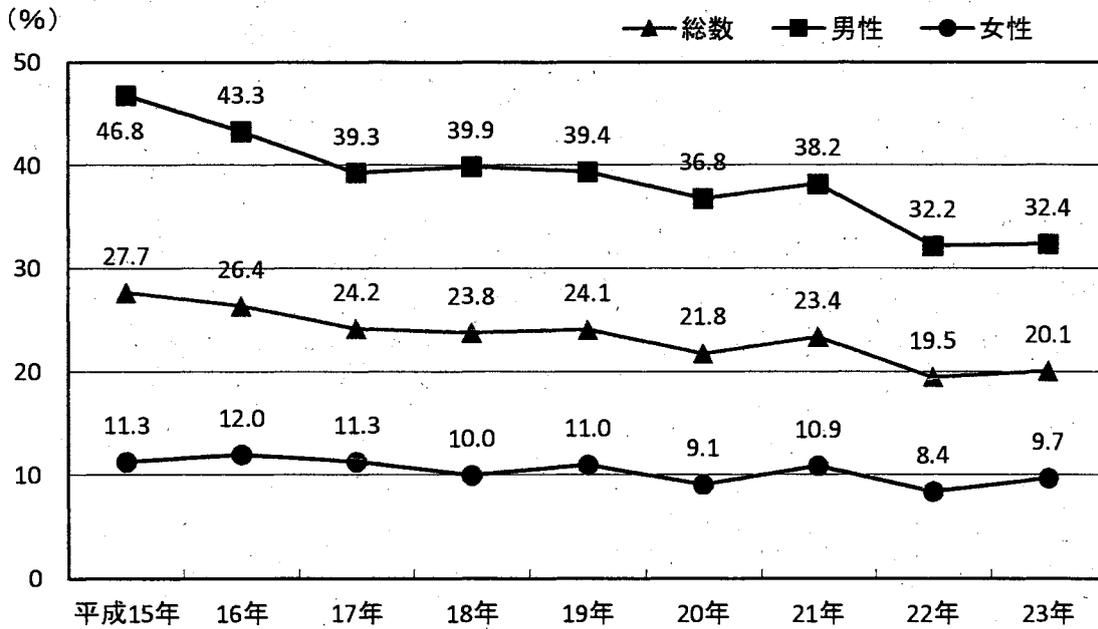
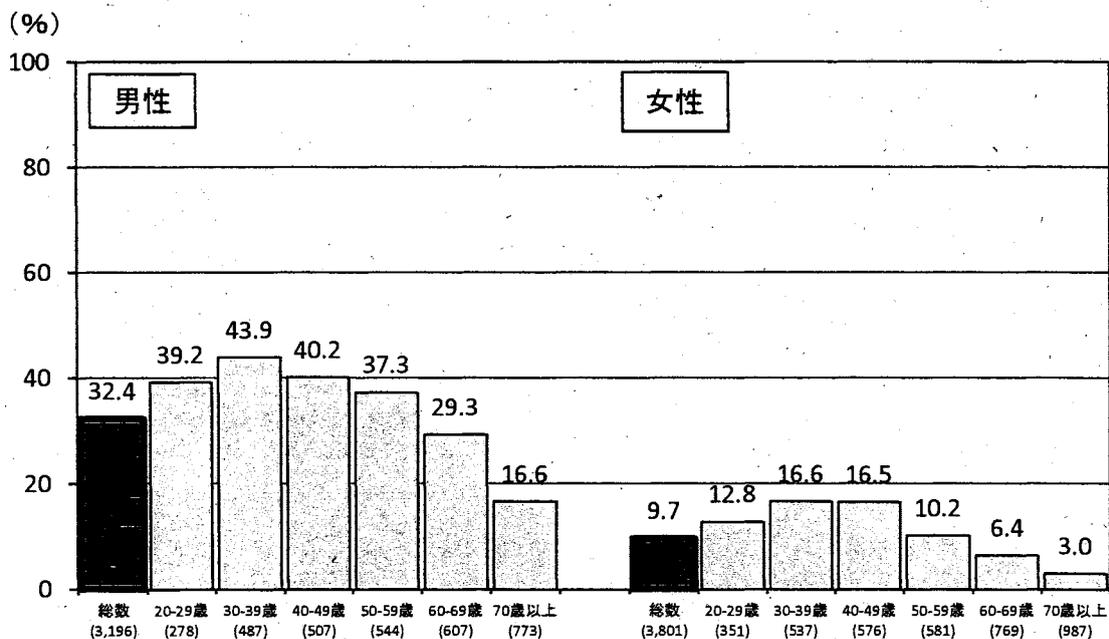


図4-2 現在習慣的に喫煙している者の割合 (性・年齢階級別)



## 5. たばこの値上げの影響

平成22年10月のたばこの値上げで喫煙状況に影響を受けた者の割合は、29.2%である。そのうち、たばこの値上げで受けた影響として、「吸うのをやめた」と回答した者の割合は15.0%、「ずっと吸っているが、本数を減らした」と回答した者の割合は39.0%である。

図5 平成22年10月のたばこの値上げで喫煙状況に影響を受けた者の割合

※これまでに、たばこを習慣的に吸っていたことがある者のみ回答

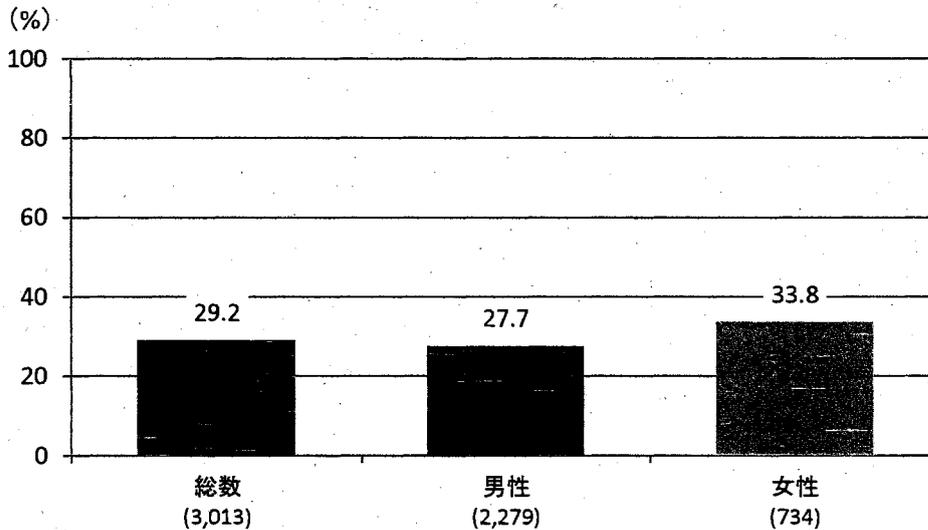
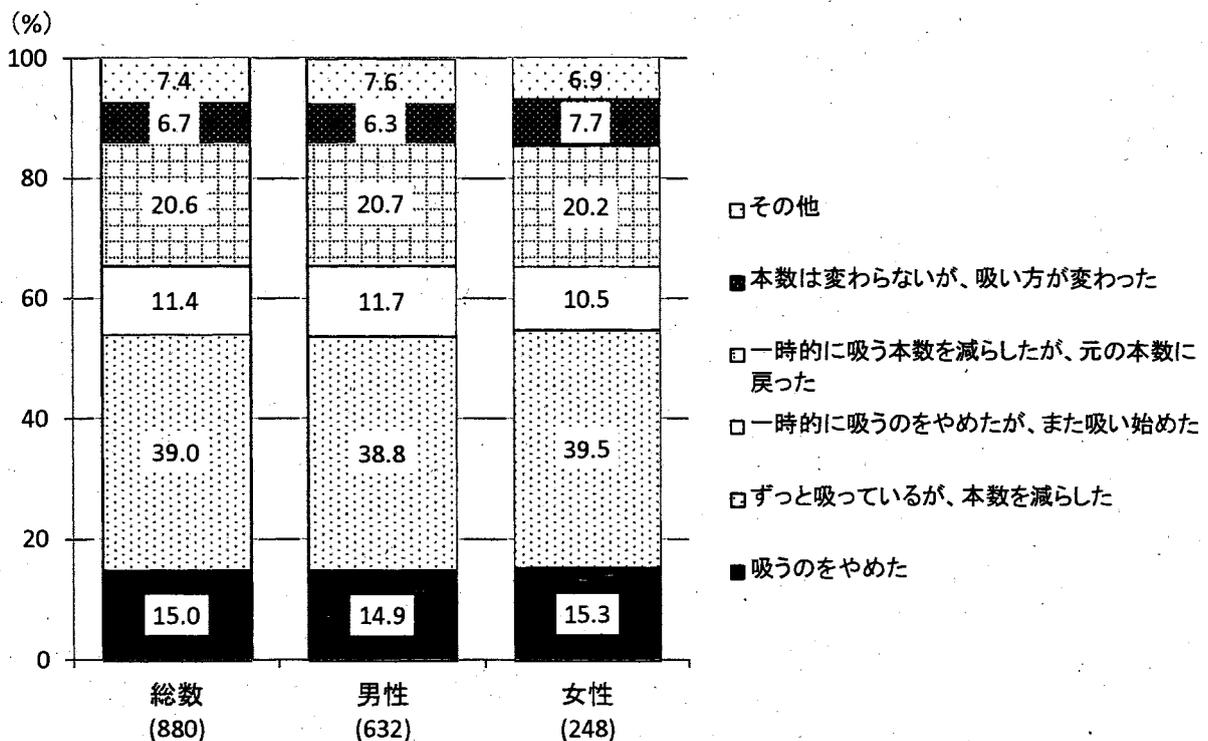


図6 平成22年10月のたばこの値上げで受けた影響

※影響を受けたと答えた者のみ回答



## 2. 平成24年国民健康・栄養調査について

目的:健康増進法(平成14年法律第103号)に基づき、国民の健康増進の総合的な推進を図るための基礎資料を得る。平成24年調査は、全国の代表値の把握に加え、健康日本21(第二次)の指標となる項目について、地域格差を把握するために、都道府県間の比較を行う。

調査客体:平成22年国勢調査の一般調査区から各道府県10地区、東京都のみ15地区を無作為抽出した全国計475地区\*の世帯及び当該世帯の1歳以上の世帯員(約23,750世帯、約61,000人)

\*1地区は約50世帯

《参考:従来の国民健康・栄養調査》

調査年の国民生活基礎調査の後続調査として、全国から無作為抽出した300単  
位区\*内の世帯及び当該世帯の1歳以上の世帯員(約6,000世帯、約15,000人)。

\*1単位区は15~30世帯(国民生活基礎調査において設定)

調査項目:[身体状況調査]

身長、体重、腹囲、血圧、歩数、問診(服薬状況、運動)

血液検査【4項目:HbA1c, 総コレステロール, HDL-コレステロール, LDL-コレステロール】

[栄養摂取状況調査]

食品摂取量、栄養素等摂取量、食事状況(欠食、外食等)

[生活習慣調査]

休養(睡眠)、喫煙、飲酒、歯科健診の受診、糖尿病の診断・治療、健康づくりを目的とした活動の実施、高齢者の社会参加の状況

## 調理師の養成のあり方等に関する検討会開催要綱

### 1. 趣旨

調理師の資質を確保するため、調理師養成施設の教科科目等の指定基準が調理師法施行規則に定められている。

平成9年には、調理師の資質の向上を図り、ゆとりある教育と学校の独自性を活かした教育を実施できるよう、調理師養成施設の指定基準等が改正されている。この改正から15年が経過し、急速に進む高齢化、生活習慣病の増大、食の安全・安心を脅かす問題など食生活を取り巻く社会環境とともに、厨房機器の多様化、衛生管理システムの導入等調理を巡る環境も変化してきていることから、時代に即した専門的知識・技術を有する調理師が求められている。

そこで、調理師養成施設における教科内容の見直しなど、調理師の養成のあり方等についての検討を行う。

### 2. 主な検討事項

○調理師養成施設における教科内容等の見直しについて

○教科内容等の見直しに伴う各種措置について

○その他

### 3. 構成員

検討会の構成員は、別紙のとおりとする。ただし、必要に応じ、関係者の出席を求めることができる。

### 4. 運営

検討会は、原則として公開とする。

本検討会の庶務は、厚生労働省健康局がん対策・健康増進課が行う。

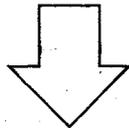
## 調理師の養成のあり方等に関する検討会の構成員

- 岡部 伸雄 がん感染症センター都立駒込病院
- 斉藤 隆士 熊本ホテルキャッスル 代表取締役
- 佐藤 月彦 服部栄養専門学校 主席教授
- 平良 久子 日本学校調理師会 理事長
- 田中 祐司 辻調理師専門学校 事務局長
- 田中 幸雄 京都調理師専門学校 校長
- 中村 丁次 神奈川県立保健福祉大学 学長
- 廣瀬 喜久子 東京誠心調理師専門学校 理事長
- 政安 静子 社会福祉法人 いくり苑那珂福祉施設長
- 山中 一男 中国料理 古月 料理長
- 吉田 龍一 東京都飲食業生活衛生同業組合 副理事長

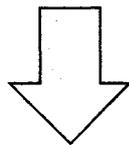
(50音順・敬称略)

# 調理師の養成のあり方等に関する検討の進め方(案)

調理師をめぐる状況



① 目指す調理師像  
(どのような調理師を養成するかの具体像)



② どのような知識や  
技術が必要か

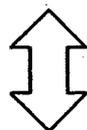
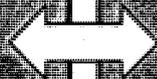


カリキュラムの見直しの方向

② 必要な知識や技術を  
どのように修得させるか



施設・設備等  
の見直しの方向



③ 上記の見直しに伴い、変更が必要な事項について  
(調理師試験の科目等)

## 調理師の養成のあり方等に関する検討会の スケジュール（案）

### 第1回検討会 11月22日（木）

- ・ 目指す調理師像（どのような調理師を養成するか具体像）について
- ・ 調理師養成施設のカリキュラムや施設・設備等の見直しの方向性について



### 第2回検討会 12月下旬

- ・ 調理師養成施設のカリキュラムや施設・設備等の見直しについて



### 第3回検討会 1月

- ・ 調理師養成施設のカリキュラム等の見直しに伴う変更事項について

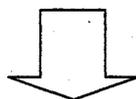


### 第4回検討会 2月

- ・ これまでの検討の整理、取りまとめ

### 第5回検討会 3月

（予備日）



年度内 報告書取りまとめ、公表

## たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約第 5 回締約国会議（結果概要）

平成 24 年 12 月 19 日

厚生労働省健康局がん対策・健康増進課

たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（以下、FCTC という）第 5 回締約国会議（COP5）が、平成 24 年 11 月 12 日から 17 日まで韓国・ソウルにて、140 か国以上の参加を得て開催された。我が国からは外務省（团长）、財務省、厚生労働省、消防庁からなる 8 名の代表団が本件会議に出席した。

これまでに、平成 17 年 2 月 27 日の FCTC の効力発生以降、締約国会議は 4 回行われており、暫定指針を含む 7 つの指針が採択されていた。

### 1 たばこ製品の不法取引廃絶のための議定書

- (1) FCTC の下で作成された初めての議定書であり、FCTC 第 15 条に規定されるたばこの不法取引対策のために第 2 回締約国会議（COP2）で交渉開始が決定されて以来、5 回の政府間交渉（INB）及び数回の非公式会合を経て本年 4 月に条文案が暫定合意されていた。
- (2) 本議定書は、大きく分けて（ア）たばこ取引の供給網管理（たばこ取引に関するライセンス制の義務化など）、（イ）たばこの不法取引関連行為の違法化、（ウ）国際協力の拡大（捜査互助、犯罪人引渡しなど） の 3 つの柱から構成される。
- (3) 本議定書は、会議初日に全会一致で採択された。 議定書は 2013 年 1 月から署名のために開放され、40 か国の締結で発効する。

### 2 価格と課税に係る措置（FCTC 第 6 条）に関する基本原則及び勧告

第 4 回締約国会議（COP4）で設立された作業部会が提出した指針案に基づき議論が行われた。今次会議では、基本原則及び勧告のみについて採択された。 今後、新たに作業部会を設立し、改めて第 6 回締約国会議（COP6）に指針案の提出を目指すこととなった。

### 3 たばこ製品の含有物と情報公開に係る規制（FCTC 第 9/10 条）に関する暫定指針

本件暫定指針は、第 4 回締約国会議（COP4）において採択され、将来の締約国会議で段階的に追加の上完成させる予定となっていたものである。今次会議では、「たばこの毒性成分及び排出物に係る公衆への情報開示」及び「火災リスクに関する製品設計特徴（低延焼性たばこ）」に関する文章が採択され、本件暫定指針に追加されることとなった。

### 4 その他

- (1) たばこ栽培に代わる経済的に持続可能な活動（FCTC 第 17/18 条）に関して、COP6 に政策上の選択肢及び勧告案の提出を目指すこととなった。
- (2) FCTC の義務履行に係る責任（FCTC 第 19 条）および無煙たばこ及び電子ニコチン送達装置の防止や規制にかかる報告書が、COP6 に提出されることとなった。
- (3) 締約国による FCTC の実施を加速し、たばこ産業からの影響を排除するよう努力すること、関連機関と協力することなどを盛り込んだ「ソウル宣言」が採択された。
- (4) 次回 COP6 はロシア・モスクワで開催されることが決定された。

# たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約締約国会議の経緯

開催地	成果	議長国(副議長国)	日本政府代表団
第1回 2006年2月6日-17日 スイス連邦・ジュネーブ	締結国会議の開催頻度や票決方式、オブザーバー等の手続規則、条約事務局の設置及び機能の決定など	チリ共和国 (南アフリカ共和国、タイ王国、中華人民共和国、イラン・イスラム共和国、オーストリア共和国)	○ジュネーブ代表部大使 外務省 ジュネーブ代表部 (ジュネーブ代表部、厚生労働省、財務省、外務省)
第2回 2007年6月30日-7月6日 タイ王国・バンコク	「たばこの煙に晒されることからの保護に関する指針」の採択、議定書及び各指針策定のスケジュールやワーキンググループの設置など		○在タイ日本大使館特命全権大使 在タイ日本大使館 厚生労働省 (在タイ日本大使館、厚生労働省、財務省、外務省、保健医療科学院)
第3回 2008年11月17日-22日 南アフリカ共和国・ダーバン	「たばこ産業の利益からの公衆衛生政策の擁護に関する指針」、「たばこ製品の包装及びラベルに関する指針」、「たばこの広告、販売促進と後援に関する指針」の採択など	タイ王国 (ウルグアイ東方共和国、南アフリカ共和国、ニュージーランド、カタール国、オーストリア共和国)	○在南アフリカ日本大使館公使 厚生労働省 財務省 外務省 在南アフリカ日本大使館 国立がんセンター
第4回 2010年11月15日-20日 ウルグアイ東方共和国 ・プンタデルエステ	「たばこ製品の含有物と情報公開に係る規制に関する暫定指針」「教育、情報伝達、訓練と普及啓発に関する指針」、「たばこ依存と禁煙に係る需要減少施策に関する指針」の採択など	南アフリカ共和国 (ペルー共和国、パラオ共和国、サウジアラビア王国、バングラデシュ人民共和国、オランダ王国)	○外務省補佐 厚生労働省 財務省 国立がん研究センター
第5回 2012年11月12日-17日 大韓民国・ソウル	「たばこ製品の不法取引廃絶のための議定書」、「たばこ製品の含有物と情報公開に係る規制に関する暫定指針」の採択など	ウルグアイ東方共和国 (マリ共和国、パラオ共和国、ジブチ共和国、ブータン王国、オランダ王国)	○外務省補佐 厚生労働省 財務省 消防庁
第6回(予定) 2014年又は2015年 ロシア連邦・モスクワ			

## たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約の概要について

平成24年12月19日

厚生労働省健康局がん対策・健康増進課

### 経緯

- 平成15年5月 WHO総会において、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（たばこ規制枠組条約）が、原案のとおり、全会一致により採択された。
- 平成16年 3月 9日 閣議決定（署名、国会提出）  
3月 9日 署名（98番目）  
5月19日 国会承認  
6月 8日 閣議決定（同日受諾書を国連事務総長に寄託）
- 平成17年 2月 2日 公布及び告示（条約第3号及び外務省告示第68号）  
平成17年 2月27日 条約の効力発生
- 平成18年 2月 6日- 2月17日 第1回締約国会議  
平成19年 6月30日- 7月 6日 第2回締約国会議  
平成20年11月17日-11月22日 第3回締約国会議  
平成22年11月15日-11月20日 第4回締約国会議  
平成24年11月12日-11月17日 第5回締約国会議  
（平成24年8月現在175カ国が批准）

### 条約の概要

#### 1. 条約の目的（第3条）

たばこの消費及びたばこの煙にさらされることが健康、社会、環境及び経済に及ぼす破壊的な影響から現在及び将来の世代を保護する

#### 2. 主要な条文

- ※第5条3項：たばこ規制に関する公衆衛生政策のたばこ産業からの保護
- 第6条：たばこの需要を減少させるための価格と課税に係る措置
- ※第8条：たばこの煙にさらされることからの保護
- ※第9条：たばこ製品の含有物に関する規制
- ※第10条：たばこ製品についての情報の開示に関する規制
- ※第11条：たばこ製品の包装及びラベル
- ※第12条：教育、情報の伝達、訓練及び啓発
- ※第13条：たばこの広告、販売促進及び後援
- ※第14条：たばこへの依存とたばこの使用中止についてのたばこ需要減少に関する措置
- ※第15条：たばこ製品の不法取引
- ※第16条：未成年者への及び未成年者による販売
- 第17条：経済的に実行可能な代替活動に対する支援の提供
- 第18条：環境及び人の健康の保護
- 第19条：責任

※締約国会議において議定書や指針が作成されているもの

## 非感染性疾患(NCDs)の予防管理のための 指標と自発的世界目標の策定に関する動向

平成 24 年 12 月 19 日

厚生労働省健康局がん対策・健康増進課

### 1. 経緯

現在、途上国を中心として、世界の非感染性疾患(NCDs)による疾病負荷は急速に高まってきていると言われている。こうした背景を受け、2011年には「WHO 健康的な生活習慣とNCDs 閣僚級会合」(2011年4月28日-29日:モスクワ)及び「国連NCDsハイレベル会合」(2011年9月19日-20日:ニューヨーク)などの国際的会議が開催され、NCDsへの国際的注目が集まっていた。

2011年のNCDs国連ハイレベル会合で採択された政治宣言では、NCDsの予防管理のための指標と自発的世界目標(案)を2012年内に実質合意することが定められた。これまでに、第130回WHO執行理事会(2012年1月16日-23日)、ウェブコンサルテーション、非公式加盟国会合(2012年1月9日、4月26日-27日)、第65回世界保健総会(2012年5月21日-26日)、地域委員会を通して加盟国間で議論が行われ、2012年11月5日~7日にはスイス連邦・ジュネーブで公式加盟国会合が開催され、指標と自発的世界目標の案が議論された。

### 2. 指標と自発的世界目標(案)の概要(別紙1-2参照)

指標は「死亡・罹患」「危険因子」「国内政策の対応」の3つの領域に分けて設定されており、合計25個の指標が作成された(※1)。

自発的世界目標は、指標の設定を受けて、合計9個が設定された(※2)。

※1. 具体的には、「死亡・罹患」2個、「危険因子」15個、「国内政策の対応」8個の合計25個の指標が設定された。

「危険因子」は、さらに、「行動危険因子」の10個と「生体危険因子」の5個から構成されている。

※2. 具体的には、「死亡・罹患」1個、「危険因子」6個、「国内政策の対応」2個の合計9個の目標が設定された。

### 3. 今後の予定

指標と自発的世界目標の案は、2013年1月21日-29日の第132回執行理事会を通して、2013年5月の第66回世界保健総会で採決される予定である。

# 非感染性疾患予防管理のための 9個の自発的世界目標

2012年11月5日-7日公式加盟国会合における合意内容

NCDs早期死亡  
25%減少

アルコール  
の  
有害使用  
10%減少

低身体活動  
10%減少

糖尿病と  
肥満の  
増加停止

血圧高値  
25%減少

食塩摂取  
30%減少

たばこ使用  
30%減少

心臓発作と脳卒中予防の薬剤療法  
少なくとも50%

主要NCDs治療のための  
NCD必須医薬品と基本技術  
80%利用可能

## 25個の指標

がん発症・NCDs早期死亡

食塩摂取・飽和脂肪酸摂取・果物野菜摂取・過体重/肥満(2指標)・低身体活動(2指標)・血糖高値/糖尿病  
・血圧高値・総コレステロール高値・アルコールの有害使用(3指標)・たばこ使用(2指標)

緩和ケア・飽和脂肪酸/PHVOを除去する政策・必須医薬品/基本技術・HPVワクチン  
・子供への販売促進抑制政策・心臓発作と脳卒中予防の薬剤療法・子宮頸がん検診・HBVワクチン

2025年までに達成と設定

死亡・罹患

危険因子

国内政策の対比

NCDs: 非感染性疾患  
25の指標、9の目標より構成  
第66回世界保健総会(2013年)において採択の予定

非感染性疾患 (NCDs) の予防管理のための自発的世界目標と指標の概要

2012/11/21 公表版の仮訳

([http://apps.who.int/gb/ncds/pdf/A\\_NCD\\_2-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ncds/pdf/A_NCD_2-en.pdf))

死亡・罹患	指標
<b>1. NCDs 早期死亡</b>	
目標：循環器疾患、がん、糖尿病又は慢性呼吸器疾患による死亡の 25% 相対的減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 循環器疾患、がん、糖尿病又は慢性呼吸器疾患により 30-70 歳に死亡する未調整確率</li> </ul>
危険因子	指標
<b>行動危険因子</b>	
<b>2. アルコールの有害使用</b> <sup>[脚注 1]</sup>	
目標：各国の実情に応じて適当なアルコールの有害使用 <sup>[脚注 2]</sup> の最低 10% 相対減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 各国の実情に応じて適当な人口 1 人 (15 歳以上) 当たりの (統計上及び統計で把握されていない) 年間純アルコール消費総量</li> <li>● 各国の実情に応じて適当な青年と成人の間欠的大量飲酒者の年齢標準化割合</li> <li>● 各国の実情に応じて適当な青年と成人のアルコールに関連する疾病罹患及び死亡</li> </ul>
<b>3. 低身体活動</b>	
目標：身体活動が不十分な者の割合の 10% 相対減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 身体活動が不十分な青年の割合 (毎日の中等度から高度の活動が 60 分未満と定義)</li> <li>● 身体活動が不十分な 18 歳以上の者の年齢標準化割合 (週当たりの中等度の活動が 150 分以下又は同程度と定義)</li> </ul>
<b>4. 食塩/ナトリウム摂取</b>	
目標：食塩/ナトリウムの平均集団摂取量の 30% 相対減少 <sup>[脚注 3]</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 18 歳以上の者の、一日当たりの食塩 (塩化ナトリウム) のグラムでの平均集団摂取量の年齢標準化平均値</li> </ul>
<b>5. たばこ使用</b>	
目標：15 歳以上の者の、現在たばこ使用の割合の 30% 相対減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 青年の、現在たばこ使用の割合</li> <li>● 18 歳以上の者の、現在たばこ使用の年齢標準化割合</li> </ul>

生体危険因子	
6. 血圧高値	
目標：各国の状況に応じて、血圧高値有病率の25%相対減少、又は、血圧高値有病率の抑制	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 18歳以上の、血圧高値の年齢標準化有病率（収縮期血圧<math>\geq 140</math>mmHg 又は拡張期血圧<math>\geq 90</math>mmHg と定義）と、平均収縮期血圧</li> </ul>
7. 糖尿病と肥満 <sup>[脚注4]</sup>	
目標：糖尿病と肥満の上昇の抑止	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 18歳以上の者で、血糖高値/糖尿病の年齢標準化有病率（空腹時血漿血糖<math>\geq 7.0</math>mmol/L (126mg/dL) 又は血糖高値への薬剤治療と定義）</li> <li>● 青年の、過体重と肥満の年齢標準化割合（WHO Growth Reference に従い、性年齢ごとの1標準偏差のBMIを過体重、性年齢ごとの2標準偏差のBMIを肥満と定義）</li> <li>● 18歳以上の、過体重と肥満の年齢標準化割合（過体重としてBody Mass Index <math>25\text{kg}/\text{m}^2</math>以上、肥満として<math>30\text{kg}/\text{m}^2</math>以上と定義）</li> </ul>
国内政策の対応	指標
8. 心臓発作と脳卒中予防の薬物療法	
目標：心臓発作と脳卒中予防のために薬剤療法と相談（血糖管理を含む）を受けている適当な者が少なくとも50%	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 心臓発作と脳卒中予防のために薬剤療法と相談（血糖管理を含む）を受けている適当な者（循環器疾患を有するものを含む、10年循環器疾患リスクが30%以上の40歳以上のものと定義）の割合</li> </ul>
9. 主要NCDs治療のためのNCD必須医薬品と基本技術	
目標：公的・私的双方の医療機関で、主要なNCDs治療のために必要な、手頃な基本技術と、ジェネリックを含む、必須医薬品の利用可能性が80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 公的・私的双方の医療機関での、質が高く、安全で、有効な、ジェネリックを含む、NCD必須医薬品と基本技術の利用可能性と入手可能性</li> </ul>

脚注1：各国は、各国の実情に応じて適当で、かつWHOのアルコールの有害な使用を低減するための世界戦略と整合した形で、大量飲酒、人口1人当たりアルコール消費総量、アルコール関連疾病罹患・死亡を含む、有害使用の指標を1つ又は複数選択する。

脚注2：WHOアルコールの有害な使用を低減するための世界戦略では、アルコールの有害使用の概念は、健康に悪影響を与えるリスクが増加するような飲酒パターンのみならず、飲酒者自身及び飲酒者の周囲の者や社会全体の健康若しくは社会的立場に悪影響を及ぼすような飲酒を包含する。

脚注3：WHOの勧告は1日1人当たり食塩5g以下又はナトリウム2g以下。

脚注4：各国は国内の状況に応じて適当な指標を選択。

※間欠的大量飲酒者（Heavy episodic drinkers）とは：週に1回以上、1回につき60g以上の純アルコールを摂取する者

## その他の指標

### 死亡・発症

- 10万人当たりの部位別がん発症

### 危険因子

- 1日当たり果物と野菜を5皿(400グラム)未満食べている者の年齢調整割合(18歳以上)
- 18歳以上の者の、飽和脂肪酸からの総エネルギー摂取割合の年齢標準化平均値<sup>【脚注】</sup>
- 18歳以上の者の、総コレステロール高値の者の年齢標準化割合(総コレステロール $\geq 5.0$  mmol/Lまたは190 mg/dLと定義)と総コレステロール平均値

### 国内政策の対応

- 少なくとも1回以上子宮頸がん検診を受けたことがある30-49歳の女性の割合と、国の施策や政策に基づいて、より低い又はより高い年齢層の女性の割合
- 小児に実施されたHep-Bワクチン3回接種(HepB3)の数で把握されたB型肝炎に対するワクチン接種率
- 適当な場合には、もし費用対効果がよく入手可能であれば、国の施策と政策に従い、ヒトパピローマウイルスワクチンの利用可能性
- 飽和脂肪、トランス脂肪酸、無糖甘味料や食塩が多い食品と非アルコール飲料の販売促進による子供への影響を減らす政策
- がん死亡当たりの(メタドンを除く)強力オピオイド鎮痛剤のモルヒネ等量消費量による緩和ケアへのアクセス
- 国の状況と施策において適当な場合には、飽和脂肪酸を制限し、食品添加物から部分水素添加植物油を実質上取り除く、国の政策の適応

---

脚注：飽和脂肪酸の幅広い分画にある個々の脂肪酸は特有の生物学的性質と健康影響を持ち、それらは作成中の食事基準と関連づけることができる

指標の数は、死亡・罹患で2個、危険因子で15個、国内政策の対応で8個

## 入浴関連事故の実態把握及び予防策に関する研究について

厚生労働省  
がん対策・健康増進課

## 1 調査の必要性

## (1) 背景

- WHO の死因統計によると、溺死者数が日本は他国に比べ多く、うち4分の3が高齢者である。
- 厚生労働省人口動態調査によると、死因を「家庭内溺死」とされた者は 20 年前の3~4倍に増加。近年は年間 4,000 人以上で、うち約9割が高齢者である。
- 東京都での調査<sup>※1</sup>によると、入浴関連事故は冬季に多い(12~2月に年間の約5割が発生)。  
また、同調査に基づき、全国の入浴中急死者数は約1万4千人と推計されている。

<sup>※1</sup> 入浴事故防止対策調査研究委員会「入浴事故防止対策調査研究委員会報告書」東京救急協会 2001年3月

## (2) 課題

- 入浴関連死は、死亡診断書/死体検案書で「浴槽内での溺死・溺水」(外因死)だけでなく「疾病に起因する病死」(内因死)にも分類され得るため、死因統計のみでは実態把握が困難。
- 調査研究は 2000 年に東京都で行われて以来、実施されていない。
- 入浴関連事故の病態も予防策も明らかにされていない。

## (3) 国会での質疑

- 平成 24 年 3 月 22 日、参議院厚生労働委員会で渡辺孝男議員(公)から次の質問あり。  
「入浴関連事故を予防するために、その原因等の実態把握を行うための調査や研究を行うべき」  
これに対し、小宮山厚生労働大臣が「入浴に関連した死亡等を予防する観点から、健康局を中心に調査研究体制を構築していきたい」と答弁。

## 2 対応

厚生労働科学研究(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)として平成24年度から新規に研究班<sup>※2</sup>を設置。

<sup>※2</sup> 「入浴関連事故の実態把握及び予防対策に関する研究」(研究代表者:堀 進悟)

- 平成 12 年度に東京都で行われた調査手法を活用して実態を把握(上記<sup>※1</sup>)。  
平成 24 年 10 月~平成 25 年 3 月に、人口構成及び気候の異なる地域3か所程度で実施。
- 予防策の検討と効果検証を行い、普及啓発して入浴関連事故の予防を目指す。

# 入浴関連事故の現状と課題

## 【背景】

- ・日本は他国に比べて溺死者数が多い
- ・日本の家庭内溺死者は20年前の3～4倍、高齢者に集中
- ・入浴中急死者は全国で年間1.4万人との推計あり
- ・冬季に多い(12～2月に年間の約5割が発生との報告あり)

## 【課題】

- ・入浴関連死は、死亡診断書/死体検案書において、「浴槽内での溺死・溺水」(外因死)だけでなく、「疾病に起因する病死」(内因死)にも分類され得る  
→死因統計のみでは実態把握ができない
- ・2000年東京都での調査以降、実態把握がなされていない
- ・入浴関連事故の病態も予防策も明らかにされていない

図1: 国別にみた溺死者数(WHOの死因統計より)

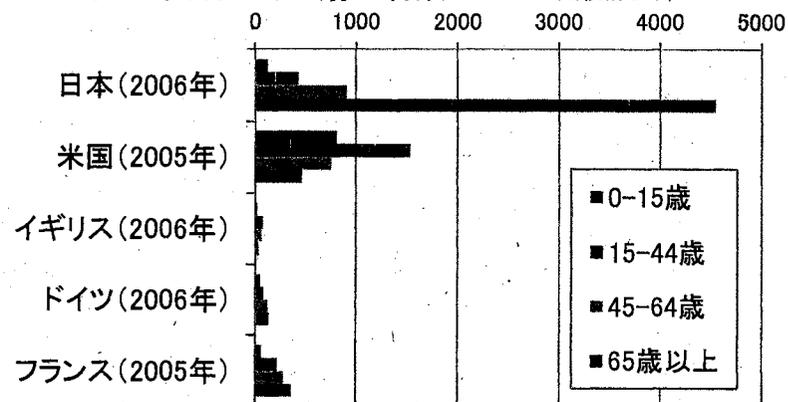
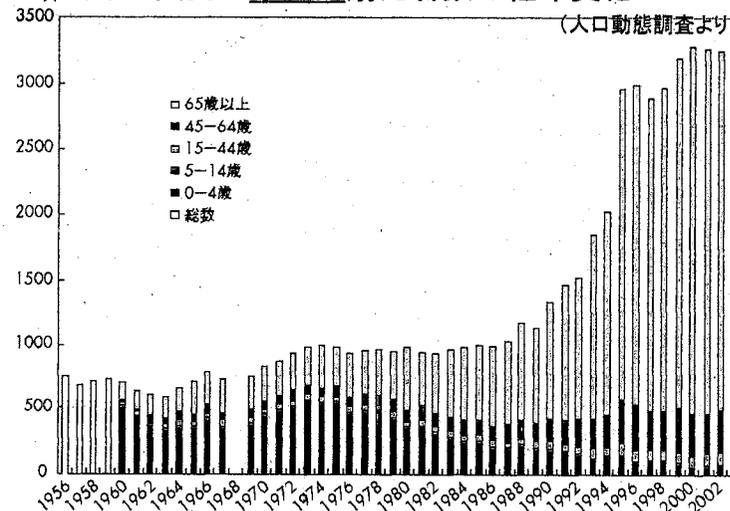


図2: 国内の家庭内溺死者数の経年変化(人口動態調査より)



## 日本での調査研究

- ①複数地域での実態把握
- ②予防策の検討と効果検証
- ③予防策の普及啓発

原因不明で不条理な  
浴槽内での急死

○より安全・安心な入浴習慣に  
○入浴関連死が回避可能に

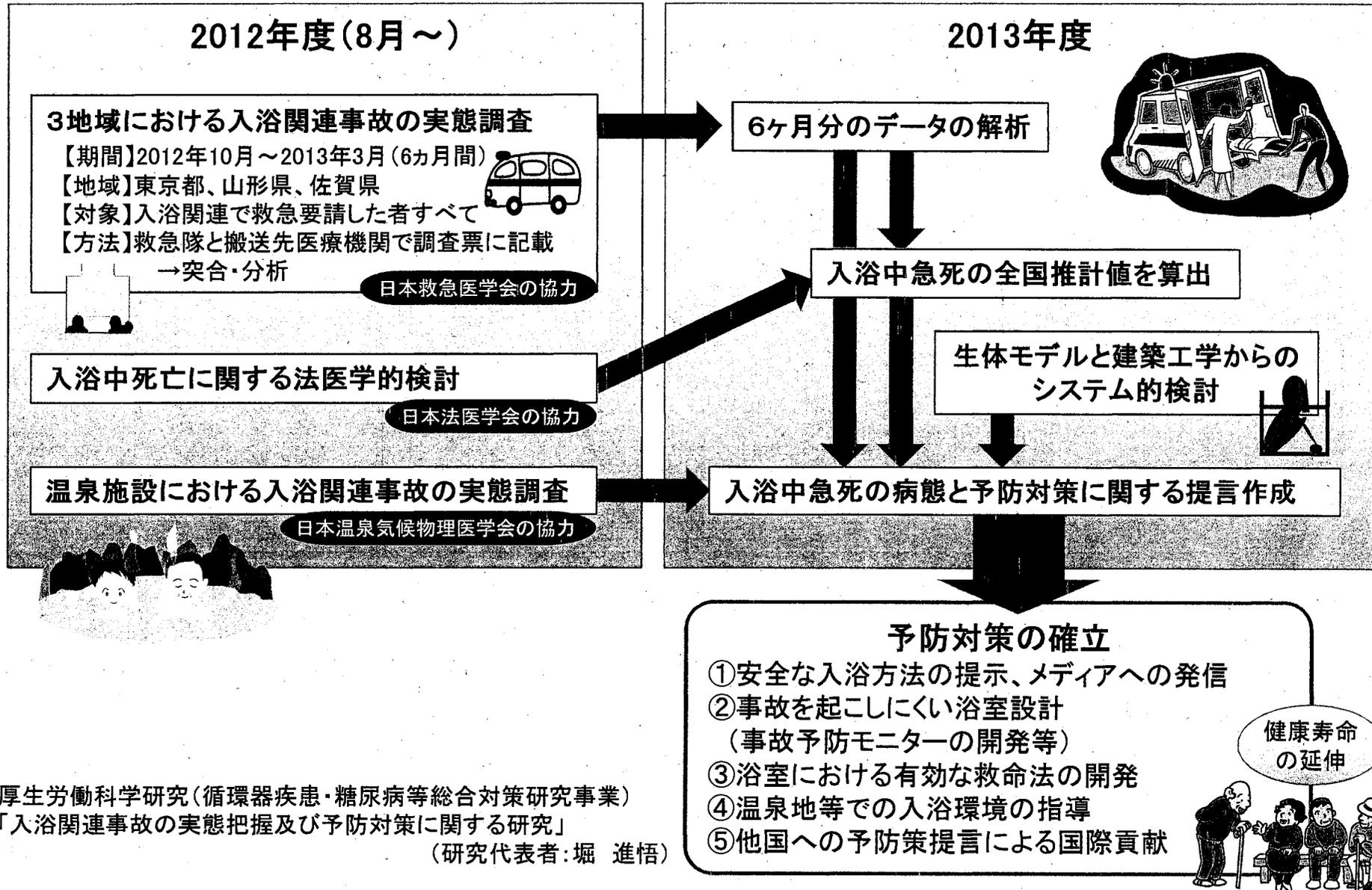
健康寿命  
の延伸

## 【参考文献】

- ①失神の診断・治療ガイドラインCirculation Journal Vol. 71, Suppl. IV, 2007
- ②入浴事故防止対策調査研究委員会「入浴事故防止対策調査研究委員会報告書」東京救急協会2001年3月

# 入浴関連事故の実態把握及び予防対策に関する研究

「入浴中急死の原因は浴槽内発生の熱中症」とする仮説に基づき、  
日本特有の入浴関連事故の実態把握、病態解明及び予防策を提案する



厚生労働科学研究(循環器疾患・糖尿病等総合対策研究事業)  
 「入浴関連事故の実態把握及び予防対策に関する研究」  
 (研究代表者:堀 進悟)

## 平成 12 年度入浴事故防止対策調査研究委員会報告書（平成 13 年 3 月）

## 概 要

## 1. 調査方法

- 財団法人東京救急協会の研究として、東京消防庁による入浴事故の実態調査を実施。
- 調査地域：東京消防庁管轄区域内（東京都のうち稲城市及び東久留米市を除く区域）
- 調査期間：平成 11 年 10 月～平成 12 年 3 月（6 ヶ月間）
- 調査対象：浴室内で傷病が発生し、救急隊が出場した救急事例
- データ提供者：
  - ①救急隊（東京消防庁の全救急隊 198 隊）  
救急隊が「入浴事故に伴う救急事故調査用紙」を記入。
  - ②搬送先医療機関の担当医師  
救急隊から担当医師に説明・依頼し、担当医師が「入浴事故調査表」を記入。

## 2. 主な調査結果

- ①救急隊からのデータ（1,087 件）
  - 気温が低くなる時期に発生件数が増加（10 月 138 件 vs. 1 月 229 件）。
  - 浴槽内での発生が 76%、洗い場が 18%、脱衣所が 4%であった。
  - 年齢が判明した 970 件のうち、7 割が 70 歳以上であった。
  - 心肺停止は 574 件（53%）、92%が浴槽内で発生し、71%が溺没（顔面が水没）。
  - 浴槽から自力脱出困難な傷病者（救助例）は 258 件（24%）、その 28%に溺没を認められた。自力脱出困難の主な理由は意識障害で、その原因として入浴中の低血圧（16%）、高体温（38 度以上 40%）の関与が考えられた。
  - 心肺停止群では事故発見に平均約 60 分を要し、救助群では約 30 分であった。
- ②搬送先医療機関からのデータ（回答率 50%、553 件）
  - 救助例 155 件の診断は一過性意識障害 85%、意識障害 6%、くも膜下出血 4%、脳出血 2%、痙攣発作 2%、脳梗塞 1%であった。
  - 救助例の心電図施行率は 57%（虚血性病変 0%）、頭部 CT 施行率は 58%（出血性病変 8%）であった。
  - 救助例の半数は帰宅していた。

### 3. 考察

- 入浴事故を、救急隊到着時に心肺停止、浴槽発生で救助を要した群（救助例）、自力脱出した群、外傷等の4群に分けて検討を行なった。入浴中のヒト体温は1時間以上浴槽内にいた場合に浴槽水温と等しくなる（生存困難）ことから、救助例は発見が遅れれば心肺停止となったハイリスク集団と考えられた。
- 救助群の病院データの解析から、従来は入浴中急死の原因と考えられた心臓病および頭蓋内出血の可能性は、多くの例で否定的であった。
- 入浴中急死は、体温上昇および低血圧による意識障害のために出浴が困難となり、さらに体温が上昇して致命的になる病態（熱中症）と考えられた。
- 入浴中急死の防止には、①入浴中の意識障害の早期発見（声掛け入浴）、②体温上昇を抑制する入浴方法（高温浴の回避、長時間入浴の回避、半身浴、浴室温度の上昇）が有用と考えられた。

健発0731第8号  
平成24年7月31日

各 

都道府県知事
保健所設置市長
特別区長

 殿

厚生労働省健康局長

地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正について

地域保健法（昭和22年法律第101号）第4条第3項の規定に基づき、地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部を改正する件（平成24年厚生労働省告示第464号）が本日告示されたところであるが、この告示による改正の趣旨及び内容は下記のとおりであるので、これらを踏まえつつ、所要の取組を進めるとともに、貴管下市町村、関係団体及び関係機関等に対する周知徹底方をお願いする。

記

第1 改正の趣旨

地域保健対策については、これまで、地域保健法第4条第1項に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成6年厚生省告示第374号。以下「基本指針」という。）に基づき推進されてきたところである。

しかし、少子高齢化の更なる進展、共働き世帯や単身世帯の増加などの国民の生活スタイルの変化、国民の健康課題としての非感染性疾患（NCD）対策の重要性の増大や食中毒事案の広域化など近年の地域保健を取り巻く状況は、大きく変化しており、地域保健行政は、地方公共団体間での役割の見直しが行われる中でその役割が多様化しているため、行政を主体とした取組だけでは、今後更に高度化、多様化していく国民のニーズに応えることが困難な状況となっている。また、保健事業の効果的な実施、高齢化社会に対応した地域包括ケアシステムの構築や社会保障を維持・充実するために支え合う社会の回復が求められている状況に加えて、平成23年3月11日に発生した東日本大震災における被災者の健康管理において様々な課題が表出したこと等を踏まえ、今般、基本指針について所要の改正を行ったものである。

第2 改正の内容

1. ソーシャルキャピタルを活用した自助及び共助の支援の推進について

地域保健対策は、個人のニーズにきめ細かく対応するため、市町村による保健サービスと福祉サービスの一体的な提供を中心に推進してきたが、近年の地域保健を取り巻く状況の変化を踏まえ、更に多様化、高度化する住民ニーズに対応するためには、これまでの行政による取組だけでは困難な状況となっている。

こうしたことを踏まえ、平成24年3月27日にとりまとめられた地域保健対策検討会報告書では、今後の地域保健対策のあり方として、個々の住民に対する行政サービスを充実させるとともに、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関係資本等（以下「ソーシャルキャピタル」という。）の核となる人材の育成や、その存在する場である学校や企業、NPO等の民間団体、ボランティア団体や自助グループなどへの支援や活用を通じて地域住民の共助活動の活性化を図ることが重要である旨の指摘がなされている。

以上のことから、以下の事項について規定したものである。

なお、これまでも保健活動推進員や食生活改善推進員等のソーシャルキャピタルの核となる人材により、地域における健康づくりに関する共助の取組が進められているが、近年の都市化の進展や住民の生活スタイルの変化に対応した共助の体制の再構築を目指して、その核となる人材の育成等に関し、国、都道府県、市町村が取り組むことが必要である。

- (1) 地域保健対策の推進の基本的な方向の事項における自助及び共助の支援の推進の事項として次の内容を追加すること。

少子高齢化の更なる進展等社会状況の変化を踏まえ、住民の自助努力に対する支援を充実するとともに、共助の精神で活動する住民に対し、ソーシャルキャピタルを活用した支援を行うことを通じて、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こと。

都道府県及び市町村は、地域保健対策を講ず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、学校、企業等に係るソーシャルキャピタルの積極的な活用を図る必要があること。

- (2) 保健所の運営に関する事項における企画及び調整の機能の強化に関する事項として次の内容を追加すること。

ソーシャルキャピタルを活用した健康づくりの支援を推進すること。

- (3) 市町村保健センターの運営に関する事項として次の内容を追加すること。

市町村は、市町村保健センター等の運営に当たっては、地域のNPO、民間団体等に係るソーシャルキャピタルを活用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及び検討協議会の運営に当たっては、学校及び企業等との連携及び協力を図るとともに、地域のNPO、民間団体等に係るソーシャルキャピタルの核である人材の参画も得て、地域の健康課題を共有しながら地域保健対策を一体的に推進することが望ましいこと。

- (4) 地域保健対策に係る人材の確保に関する事項として次の内容を追加すること。

- ① 市町村は、行政職員の育成のみならず、地域においてソーシャルキャピタルの核となる人材の発掘及び育成を行うとともに、学校、企業等との仲立ちとなる人材の確保についても計画的に取り組むこと。

② 国は、健康なまちづくりの全国的な推進のため、地方公共団体等が行うソーシャルキャピタルの核となる人材の育成に係る支援に努めること。

(5) 地域住民との連携及び協力に関する事項として次の内容を追加すること。

① 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等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と。

② ソーシャルキャピタルは、健康危機が生じた場合に地域住民の心の支え合い等に有効に機能することから、市町村、都道府県及び国は、健康づくり活動や行事等の機会を通じて、ソーシャルキャピタルを醸成していく取組を推進することが必要であること。

## 2. 地域の特性をいかした保健と福祉の健康なまちづくりの推進について

健康増進法（平成14年法律第103号）第7条第1項の規定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の改正において、個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりの取組を総合的に支援する環境を整備することや、地域や世代間の相互扶助など、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な者や、健康づくりに関心のない者等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備することが示されている。また、報告書においては、ソーシャルキャピタルを活用した健康づくり活動を展開することにより、住民が積極的に他の住民と交流し、地域の絆がさらに深まったという事例や自治体全体の政策課題として「健康」をキーワードに掲げ、保健医療分野だけでなく組織全体で推進している事例も報告されている。

一方、平成22年国民健康・栄養調査結果では、所得や地域による肥満及び生活習慣の状況の違いが報告されている。このほか近年の社会経済的状況の変化を踏まえ、地域、職業、経済力、世帯構成等による健康状態やその要因となる生活習慣の差が報告されており、こうした健康格差が、今後深刻化することが危惧される。

以上のことから、ソーシャルキャピタルを活用し地域の特性をいかした保健と福祉の健康なまちづくりを推進し、個人の努力だけでなく地域社会全体で健康を支え、守ることができる環境づくりを目指し、以下の事項について規定したものである。

(1) 地域の特性をいかした保健と福祉の健康なまちづくりに関する事項として次の内容を追加すること。

市町村は、住民のニーズを踏まえた上で、保健サービス及び福祉サービスを一体的に実施できる体制を整備することが必要であること。また、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、企業等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、全ての住民が健康づくりに取り組むことができる環境を整備することが求められること。

(2) 保健所の運営に関する事項における都道府県の設置する保健所に係る健康なまちづくりの推進の事項として次の内容を追加すること。

- ① 市町村による保健サービス及び福祉サービスを一体的に提供するとともに、ソーシャルキャピタルを広域的に醸成し、その活用を図ること。また、学校、企業等の関係機関との幅広い連携を図ることにより、健康なまちづくりを推進すること。
- ② 保健所は、地域の健康課題を把握し、医療機関間の連携に係る調整、都道府県による医療サービスと市町村による保健サービス及び福祉サービスとの連携に係る調整を行うことにより、地域において保健、医療、福祉に関するサービスが包括的に提供されるよう市町村や関係機関等と重層的な連携体制を構築すること。

### 3. 医療、介護、福祉等の関連施策との連携強化について

効率的かつ効果的な地域保健活動の展開を推進するため、地域保健対策の推進の基本的な方向に関する事項における医療、介護、福祉等の関連施策との連携強化の事項として、以下の内容について規定したものである。

- (1) 住民のニーズの変化に的確に対応するためには、地域における保健、医療、介護、福祉等とそれぞれの施策間での連携及びその体制の構築が重要であること。このため、市町村は、住民に身近な保健サービスを介護サービス又は福祉サービスと一体的に提供できる体制の整備に努めること。
- (2) 都道府県及び保健所（都道府県が設置する保健所に限る。）は、広域的な観点から都道府県管内の現状を踏まえた急性期、回復期及び維持期における医療機関間の連携、医療サービスと介護サービス及び福祉サービス間の連携による地域包括ケアシステムの強化に努めることが必要であること。
- (3) 医療機関間の連携体制の構築においては、多くの医療機関等が関係するため、保健所が積極的に関与し、地域の医師会等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こと。

なお、保健所は、所管区域内の健康課題等の把握、評価、分析及び公表を行い、都道府県が設置する保健所にあつては所管区域内の市町村と情報の共有化を図るとともに、当該市町村と重層的な連携の下、地域保健対策を推進するほか、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こと。

### 4. 地域における健康危機管理体制の確保について

東日本大震災において、健康危機事案発生時における住民の健康管理の拠点である保健所や市町村保健センターそのものが被災した。報告書においては、避難住民の健康状態や避難所の衛生状態などの情報の把握及び共有や保健師の配置等の保健調整機能の確保等が課題として指摘されたことから所要の見直しを行うこととした。

また、新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号）が制定されたことも踏まえ、以下の事項について規定したものである。

- (1) 地域保健対策の推進の基本的な方向に関する事項における地域における健康危機管理体制の確保に関する事項として次の内容を追加すること。
  - ① 都道府県及び市町村は、大規模災害時に十分に保健活動を実施することがで

きない状況を想定し、他の地方公共団体や国とも連携して、大規模災害時の情報収集、医療機関との連携を含む保健活動の全体調整、保健活動への支援及び人材の受入れ等に関する体制を構築する必要があること。

② 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、地域住民や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。）を実施するよう努める必要があること。

(2) 保健所の運営に関する事項における地域における健康危機管理の拠点としての機能の強化に関する事項として次の内容を追加すること。

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

(3) その他の地域保健対策の推進に関する重要事項における地域における健康危機管理体制の確保に関する事項として次の内容を追加すること。

① 都道府県は、健康危機に関する事案の発生時に、市町村と有機的に連携した対応ができるよう、市町村と密接な連携体制を整えること。

② 都道府県及び市町村は、複数の都道府県に及ぶ大規模災害の発生に備えて、地方公共団体間で情報収集、情報提供、要支援者への支援等の保健活動の連携体制を強化するとともに、国は、広域的な災害に係る保健活動に資する人材の育成を支援し、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・調整を行う仕組みを構築すること。

③ 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、当該行動計画を踏まえ、地域の保健医療の管理機関としての機能及び役割を果たすとともに、都道府県は、市町村への技術的支援などを積極的に行うこと。

## 5. 学校保健との連携について

ライフステージを通じた正しい生活習慣の確立のためには、生活習慣が形成される時期に展開される学校保健と地域保健とが密接に連携することの意義は極めて大きい。同時に、学校は、児童生徒のほか保護者や地域住民にとっても交流の場となっており、地域のソーシャルキャピタルが存在する場と位置付け活用することが重要である。このことから、例えば、保健所や市町村保健センターが学校医、学校歯科医、学校薬剤師等との連携の場である学校保健委員会やより広域的な協議の場へ参画するなど、これまでの地域保健と産業保健との連携に加えて、学校保健との連携についても推進することとし、地域保健、学校保健及び産業保健の連携に関する事項として、以下の内容について規定したものである。

(1) 保健所及び市町村は、学校、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、学校等との連携体制の強化

に努めること。

- (2) 地域保健対策に関する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、整合性のとれた目標、行動計画を立て、それに基づき保健活動を推進すること。

## 6. 科学的根拠に基づいた地域保健の推進について

これまでも、地域保健対策は科学的根拠に基づき推進されてきたが、報告書においては、地域保健対策に関する計画が地域において、調和のとれた計画として一体的に推進されることが効果的であること、また、住民との協働としての取組を推進するため、標準化された情報に基づく、住民への分かりやすい情報提供を含めたPDCAサイクルを確立すること等が重要であると指摘されたことを踏まえ、以下の事項について規定したものである。

- (1) 科学的根拠に基づいた地域保健の推進に関する事項として次の内容を追加すること。

- ① 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の地域保健対策に関する計画について、地域において共通する課題や目標を共有し推進することが望ましいこと。
- ② 国、都道府県及び市町村は、地域保健に関して、それぞれが共通して活用可能な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、地域保健対策を一体的に推進することが重要であること。また、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必要があること。

- (2) 市町村保健センターの運営に関する事項として次の内容を追加すること。

市町村は、保健所等の関係機関による施策評価を参考として業務の改善に努めること。

## 7. 保健所の運営及び人材確保について

報告書においては、母子保健対策を始めとした保健業務に関する都道府県から市町村への移管が進み、都道府県の設置する保健所に求められる役割等に変化が生じているとの指摘がなされた。

また、医師である保健所長の確保が困難な状況が続いており、保健所長の兼務が増加傾向にあるとの現状も踏まえ、以下の事項について規定したものである。

なお、保健所は健康危機の発生時の重要な管理拠点であり、保健所長による的確かつ迅速な判断と指示が重要であることから地域保健法施行令（昭和23年政令第77号）第4条第1項の規定に基づく医師である保健所長の配置は重要であり、国においても、公衆衛生医師確保推進登録事業や医師、医学生への普及啓発の実施など公衆衛生医師確保対策を引き続き推進することとしている。

- (1) 保健所の運営に関する事項における専門的かつ技術的業務の推進に関する事項

の一部について次のように改正すること。

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、地域保健対策への地域住民の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。

- (2) 地域保健対策に係る人材の確保に関する事項として次の内容を追加すること。

都道府県、政令市及び特別区は、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、保健所長の職責の重要性に鑑み、臨時的な措置として、地域保健法施行令第4条第2項各号のいずれにも該当する医師でない地域保健法第5条第1項に規定する地方公共団体の長の補助機関である職員を保健所長として配置するように努めること。

## 8. 地方衛生研究所の機能強化について

広域化する食中毒の発生や強毒性の新型インフルエンザ等の感染症の発生が懸念されるなど、全国的なサーベイランス機能の強化や迅速な検査体制の確立が求められていることから、地域における科学的かつ技術的な中核機関である地方衛生研究所の機能強化として、以下の事項について規定したものである。

- (1) 地域保健に関する調査及び研究に関する基本的事項における地方衛生研究所に関する事項について次のように改正すること。

地方衛生研究所は、保健所等と連携しながら、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。

- (2) その他地域保健対策の推進に関する重要事項における地方衛生研究所の機能強化の事項として次の内容を追加すること。

地方衛生研究所を設置する地方公共団体は、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等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。

## 9. 快適で安心できる生活環境の確保について

報告書において、地域住民が安心できる生活環境を確保するため、食中毒の広域化等に対応した情報共有体制の強化や監視員等の資質向上等とともに生活衛生同業組合等の自主的な取組の推進やリスクコミュニケーションによる住民理解の促進が重要であると指摘されたことを踏まえ、以下の事項について規定したものである。

- (1) 快適で安心できる生活環境の確保に関する事項として次の内容を追加すること。

都道府県、国等は、食中毒等に係る情報共有体制の強化や食品衛生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こと。また、消費者及び地域住民に対するサービス並びに食品の安全性等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こと。

- (2) その他地域保健対策の推進に関する重要事項における生活衛生対策に関する事項として次の内容を追加すること。

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及び経営に関する課題を共有して、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等、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、地方公共団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等、住民が安心できる体制の確保を図ること。

- (3) その他地域保健対策の推進に関する重要事項における食品安全対策に関する事項として次の内容を追加すること。

都道府県、政令市及び特別区並びに保健所は、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に関する情報の収集、整理、分析、提供及び共有等を図ること。また、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、必要に応じて実地調査を行う疫学の専門家等の支援も得ながら、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。

#### 10. 国民の健康づくり及びがん対策等の推進について

健康増進法第7条第1項の規定に基づく国民の健康増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の改正が行われたこと、また、がん対策、肝炎対策及び歯科口腔保健対策の推進が重要な課題となっていることを踏まえ、以下の事項を規定したものである。

- (1) 国民の健康づくりの推進に関する事項として次の内容を追加すること。

健康づくりの推進に当たっては、医療保険者、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、都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画に即して、これらの健康増進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等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こと。

- (2) 国民の健康づくり及びがん対策等の推進に関する事項として次の内容を追加すること。

① 健康増進計画の策定及び推進に当たって、都道府県、保健所、市町村の保健衛生部局、医療機関、学校、教育委員会、医療保険者、地域産業保健センター等の産業保健関係機関や地域の健康づくりに関係するNPO等に係るソーシャルキャピタルの活用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、都道府県及び市町村は、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、医療機関間の連携や在宅医療・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、都道府県及び市町村は、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等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、都道府県及び市町村は、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、定期的に歯科検診を受けること等の勧奨、障害者等が定期的に歯科検診や保健指導を受けるための施策、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、政令市及び特別区は、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。

地域保健法第四条第一項の規定に基づく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：平成二十四年七月三十一日厚生労働省告示第四百六十四号

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、慢性閉塞性肺疾患等の非感染性疾患（NCD）の増加、健康危機に関する事案の変容など地域保健を取り巻く状況は、大きく変化している。

一方、地方公共団体間において地域保健に係る役割の見直しが行われる中、地域保健の役割は多様化しており、行政を主体とした取組だけでは、今後、更に高度化、多様化していく国民のニーズに応えていくことが困難な状況となっている。

また、保健事業の効果的な実施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。

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、介護、福祉等の関連施策と有機的に連携した上で、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、地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会関係資本等（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り、地域保健基盤を構築し、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等の社会状況の変化を踏まえ、住民の自助努力に対する支援を充実するとともに、共助の精神で活動する住民に対し、ソーシャルキャピタルを活用した支援を行うことを通じて、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。都道府県及び市町村は、地域保健対策を講ず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、学校、企業等に係るソーシャルキャピタル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、保健サービスの質的かつ量的な確保、保健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、保健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、これらの保健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。

あわせて、民間サービスの活用を進めるため、保健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サービス及び福祉サービスは、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、住民のニーズを踏まえた上で、一体的に実施できる体制を整備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、企業等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、全ての住民が健康づくりに取り組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、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、地域における保健、医療、介護、福祉等とそれぞれの施策間での連携及びその体制の構築が重要である。

このため、市町村は、住民に身近な保健サービスを介護サービス又は福祉サービスと一体的に提供できる体制の整備に努める。都道府県及び保健所（都道府県が設置する保健所に限る。）は、広域的な観点から都道府県管内の現状を踏まえた急性期、回復期及び維持期における医療機関間の連携、医療サービスと介護サービス及び福祉サービス間の連携による地域包括ケアシステムの強化に努めることが必要である。

また、医療機関間の連携体制の構築においては、多くの医療機関等が関係するため、保健所が積極的に関与し、地域の医師会等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、所管区域内の健康課題等の把握、評価、分析及び公表を行い、都道府県が設置する保健所にあつては所管区域内の市町村と情報の共有化を図るとともに、当該市町村と重層的な連携の下、地域保健対策を推進するほか、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 健康危機管理体制の確保

都道府県及び市町村は、地域において発生し得る健康危機に対して、迅速かつ適切な危機管理を行えるよう、当該健康危機の際に生じ得る地域住民への精神的な影響も考慮した上で、地域における健康危機管理体制を構築する必要がある。

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分担をあら

かじめ明確にするほか、健康危機に関する情報が、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、当該管理責任者の下で一元的に管理される体制を構築するとともに、管理責任者から都道府県及び市町村の保健衛生部門に対する指示が迅速かつ適切に伝達される必要がある。また、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も図る必要がある。なお、健康危機管理体制の管理責任者は、地域の保健医療に精通しているという観点から保健所長が望ましい。

また、都道府県及び市町村は、健康危機が発生した場合の危機管理への対応について定めた手引書を作成するとともに、当該手引書の有効性を検証するための訓練、健康危機に対する迅速かつ適切な危機管理を行うことができる人材の育成、当該危機管理に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、大規模災害時に十分に保健活動を実施することができない状況を想定し、他の地方公共団体や国とも連携して、大規模災害時の情報収集、医療機関との連携を含む保健活動の全体調整、保健活動への支援及び人材の受入れ等に関する体制を構築する必要がある。

## 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、地域住民や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。）を実施するよう努める必要がある。

# 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地域保健対策に関する計画の策定と実施

国、都道府県及び市町村は、地域の健康課題について、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、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の地域保健対策に関する計画（第一の六の2において「計画」という。）について、地域において共通する課題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、地域保健に関して、それぞれが共通して活用可能な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、地域保健対策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必要がある。

# 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（平成二十四年厚生労働省告示第四百三十号。第一の七において「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、医療保険者、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、都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画に即して、これらの健康増進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等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。また、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食品衛生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り、消費者及び住民に対するサービス並びに食品の安全性等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、現行の二次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。以下「令」という。) 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(令第一条の市をいう。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(以下この(1)において「保健所」という。)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推進

ア 市町村による保健サービス及び福祉サービスを一体的に提供するとともに、ソーシャルキャピタルを広域的に醸成し、その活用を図ること。また、学校、企業等の関係機関との幅広い連携を図ることにより、健康なまちづくりを推進すること。

イ 地域の健康課題を把握し、医療機関間の連携に係る調整、都道府県による医療サービスと市町村による保健サービス及び福祉サービスとの連携に係る調整を行うことにより、地域において保健、医療、福祉に関するサービスが包括的に提供されるよう市町村や関係機関等と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、地域保健対策への地域住民の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、健康危機管理に関する住民の意識を高めるため、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所管区域内の市町村の施策の改善を行うほか、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、ソーシャルキャピタル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、(一)の(1)に掲げる健康なまちづくりの推進、(一)の(2)に掲げる専門的かつ技術的業務の推進、(一)の(3)に掲げる情報の収集、整理及び活用の推進、(一)の(4)に掲げる調査及び研究等の推進、(一)の(6)に掲げる健康危機管理機能の強化並びに(一)の(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、政令市及び特別区の設置する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) 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とともに、保健所等の関係機関による施策評価を参考として業務の改善に努めること。
- (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、地域のNPO、民間団体等に係るソーシャルキャピタルを活用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能団体、地域の医療機関、学校及び企業等との十分な連携及び協力を図ること。なお、当該市町村健康づくり推進協議会及び検討協議会の運営に当たっては、地域のNPO、民間団体等に係るソーシャルキャピタルの核である人材の参画も得て、地域の健康課題を共有しながら地域保健対策を一体的に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、保健所長の職責の重要性に鑑み、臨時的な措置として、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一百号）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を保健所長として配置す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令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、行政職員の育成のみならず、地域においてソーシャルキャピタルの核となる人材の発掘及び育成を行うとともに、学校、企業等との仲立ちとなる人材の確保についても計画的に取り組むこと。

- 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、地方公共団体等が行うソーシャルキャピタルの核となる人材の育成に係る支援に努めること。

#### 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、地域保健に関わる医師、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 地方衛生研究所は、保健所等と連携しながら、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、条件を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高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の推進に関し、次のような取組を行うことが必要である。

- 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、推進するよう努めること。その際、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、保健所、市町村の保健衛生部局、医療機関、学校、教育委員会、医療保険者、地域産業保健センター等の産業保健関係機関や、地域の健康づくりに関係するNPO等に係るソーシャルキャピタルの活用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、都道府県及び市町村は、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、医療機関間の連携や在宅医療・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、都道府県及び市町村は、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等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、都道府県及び市町村は、保健所と連携して、歯科口腔保健に関する知識の普及啓発、定期的に歯科検診（健康診査及び健康診断を含む。第六の一の4において同じ。）を受けること等の勧奨、障害者等が定期的に歯科検診や保健指導を受けるための施策、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、政令市及び特別区は、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及び経営に関する課題を共有して、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等、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、地方公共団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等、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。

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2の（一）の（2）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、食品安全の向上に関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(6)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、必要に応じて実地調査を行う疫学の専門家等の支援も得ながら、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 保健所及び市町村は、学校、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、学校等との連携体制の強化に努めること。
- 3 地域保健対策に関する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、整合性のとれた目標、行動計画を立て、それに基づき保健活動を推進すること。
- 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、健康危機に関する事案の発生時に、市町村と有機的に連携した対応ができるよう、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 都道府県及び市町村は、複数の都道府県に及ぶ大規模災害の発生に備えて、地方公共団体間で情報収集、情報提供、要支援者への支援等の保健活動の連携体制を強化するとともに、国は、広域的な災害に係る保健活動に資する人材の育成を支援し、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・調整を行う仕組みを構築すること。
- 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、当該行動計画を踏まえ、地域の保健医療の管理機関としての機能及び役割を果たすとともに、都道府県は、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 地方衛生研究所を設置する地方公共団体は、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等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等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に努めること等により、これらの活動の支援に努めること。

また、ソーシャルキャピタルは、健康危機が生じた場合に地域住民の心の支え合い等に有効に機能することから、市町村、都道府県及び国は、健康づくり活動や行事等の機会を通じて、ソーシャルキャピタルを醸成していく取組を推進することが

必要である。