

# 健康増進法の概要

## 第1章 総則

### (1) 目的

国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の健康の増進を図るための措置を講じ、国民保健の向上を図る。

### (2) 責務

国民 健康な生活習慣の重要性に対し関心と理解を深め、生涯にわたり、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努める。  
国及び地方公共団体 健康の増進に関する正しい知識の普及、情報の収集・整理・分析・提供、研究の推進、人材の養成・資質の向上を図るとともに、関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努める。  
健康増進事業実施者（保険者、事業者、市町村、学校等） 健康相談等国民の健康の増進のための事業を積極的に推進するよう努める。

### (3) 国、地方公共団体、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者の連携及び協力

## 第2章 基本方針等（「健康日本21」の法制化）

### (1) 基本方針

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本方針を厚生労働大臣が策定。

国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

国民の健康の増進の目標に関する事項

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事項

国民健康・栄養調査その他の調査・研究に関する基本的事項

健康増進事業実施者間の連携及び協力に関する基本的事項

食生活、運動、休養、喫煙、飲酒、歯の健康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

その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

### (2) 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画（住民の健康の増進の推進に関する施策についての計画）の策定。

### (3) 健康診査の実施等に関する指針

生涯を通じた健康自己管理を支援するため、健康増進事業実施者による健康診査の実施及びその結果の通知、健康手帳の交付その他の措置に関する指針を厚生労働大臣が策定。

### 第3章 国民健康・栄養調査等

(1) 国民健康・栄養調査を実施( 現行の栄養改善法による国民栄養調査を拡充)

(2) 生活習慣病の発生状況の把握

国及び地方公共団体は、生活習慣とがん、循環器病その他の生活習慣病との相関関係を明らかにするため、生活習慣病の発生状況の把握に努める。

### 第4章 保健指導等

市町村 栄養改善その他の生活習慣の改善に関する事項についての相談・保健指導

都道府県等 特に専門的な知識・技術を必要とする栄養指導等の保健指導  
( 現行の栄養改善法による市町村の栄養相談等及び都道府県等の専門的な栄養指導等に関する規定を拡充)

### 第5章 特定給食施設等

(1) 特定給食施設における栄養管理( 現行の栄養改善法による集団給食施設における栄養管理の規定を引き継ぐとともに、所要の規定を整備)

(2) 受動喫煙の防止

学校、官公庁施設等多数の者が利用する施設を管理する者は、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努める。

### 第6章 特別用途表示及び栄養表示基準

現行の栄養改善法による特別用途表示制度及び栄養表示基準制度を引き継ぐ。

### 附則

(1) 施行期日

公布日(平成14年8月2日)から9月を超えない範囲内で政令で定める日(平成15年5月1日)

(健康診査の実施等に関する指針に関する規定については、公布の日から2年を超えない範囲内で政令で定める日)

(2) 各法の改正

医療保険各法を改正し、保健事業の適切かつ有効な実施を図るための指針を定める。

栄養改善法は廃止する。

各  
〔都道府県知事〕  
〔政令市長〕  
〔特別区長〕  
殿

厚生労働省健康局長

### 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針について

健康増進法（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。

なお、平成12年3月31日健医発第612号厚生省保健医療局長通知は廃止する。

#### 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、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等により作成する。

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

既存の医療計画や老人保健福祉計画等との調和について配慮すること。

計画について、周期的な評価を実施すること。

計画策定について住民が関与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。

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等を活用し、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、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、別途策定する。
- 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、指針の策定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等、国は技術的援助を行う。  
(2) 民間事業者等との連携  
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、社会保険センター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、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等との連携、日本食生活協会の食生活改善推進員、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。

## 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痴呆、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、生活習慣病等の発病を予防すること)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痴呆若しくは寝たきりにならない状態で生活できる期間(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。

今般、健康増進法の成立に伴い、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」も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・団体等を始めとして、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、2010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年度に最終評価を行い、その評価をその後の運動の推進に反映させる。

##### 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、従来は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

###### 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。

#### 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) 目標等の設定と評価

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

#### 多様な経路による情報提供

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

#### 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。

#### 多様な分野における連携

健康増進の取組を進めるにあたっては、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、老人保健分野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、生涯スポーツ分野における対策等、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、市町村及び特別区、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、別表に記載されたものであるが、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等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。

また、平成十二年に提示した目標等については適宜、拡充若しくは見直しを行うこととしている。

#### 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・痴呆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、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、中心的な役割を果す必要がある。さらに、地域の実情に応じ、都道府県における計画策定及び推進にあたり、都道府県労働局と連携を図る必要がある。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、都道府県又は市区町村において、地方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、既存の医療計画又は老人保健福祉計画等との調和に配慮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等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等を勘案しつつ、具体的な各種の施策、事業、基盤整備などに関する目標等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。

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」を参照されたい。

## 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、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。

### (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、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や各種統計資料のデータベースを構築し、地方計画の策定等の際に利用できるようにする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

#### 調査研究の推進

国及び地方公共団体においては、国民健康・栄養調査や地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計その他の収集した情報等をもとに、個人情報取り扱いに十分留意しつつ、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、個人情報取り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。

#### 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、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、ヘルスサポーター等のボランティア組織の支援に努める必要がある。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、社会保険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、老人保健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、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. 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日あ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 成人	-	-

\*:平成11年国民栄養調査により、平成12年度中に設定

#### 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

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]	現状*	2010年*
1.12a	-	-
[利用する人の割合]	現状*	2010年*
1.12b	-	-

\*:平成12年度中に調査し、設定する

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

[学習の場の数]	現状*	2010年*
1.13a	-	-
[学習に参加する人の割合]	現状*	2010年*

1.13b - -

\*:平成12年度中に調査し、設定する

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

[自主グループの数] 現状\* 2010年\*

1.14a - -

\*:平成12年度中に調査し、設定する

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

## 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

[意識的に運動をしている人の割合] 現状\* 2010年

2.1a 男性 52.6% 63%以上

2.1b 女性 52.8% 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

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

2.2a 男性 28.6% 39%以上

2.2b 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) 59.4% 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

## 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	-	100%
4.3b 職場	-	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%

\*:平成12年度中に調査する

### 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	-	100%

\*:平成12年度中に調査する

### 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・節煙を希望する人	男性	女性	総数
禁煙希望	24.8%	34.9%	26.7%
節煙希望	38.3%	34.7%	37.5%
合計	63.1%	69.6%	64.2%

(平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査)

## 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60グラム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)	25.4%	0%
5.2b 男性(高校3年)	51.5%	0%
5.2c 女性(中学3年)	17.2%	0%
5.2d 女性(高校3年)	35.9%	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	-	100%
5.3b 女性	-	100%

\* : 平成12年度中に調査する

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20グラム程度の飲酒

(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%	-

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

\*\* : 平成12年度中に調査し、設定する

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

一人平均う歯数：一人あ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 たび参照)

#### 6.10 禁煙支援プログラムの普及(4 たび参照)

#### 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

[ 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

\*: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

[ 受けている人の割合 ]	現状*	2010 年
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

[ 治療継続している人の割合 ]	現状	2010 年
7.7a 糖尿病有病者の治療継続率	45%*	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

[ 合併症を発症した人の数 ]	現状	2010 年
7.8a 糖尿病性腎症	10,729 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」

\*\*\* :平成 14 年度中に設定

## 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

[ 1 日当たりの平均摂取量 ]	現状*	2010 年
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%(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

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)

## 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-)*	1.5	1.6

(資料\*) 厚生省 コホート (現在集計中)

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	
	左段	右段	左段	右段
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

雫石 (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。

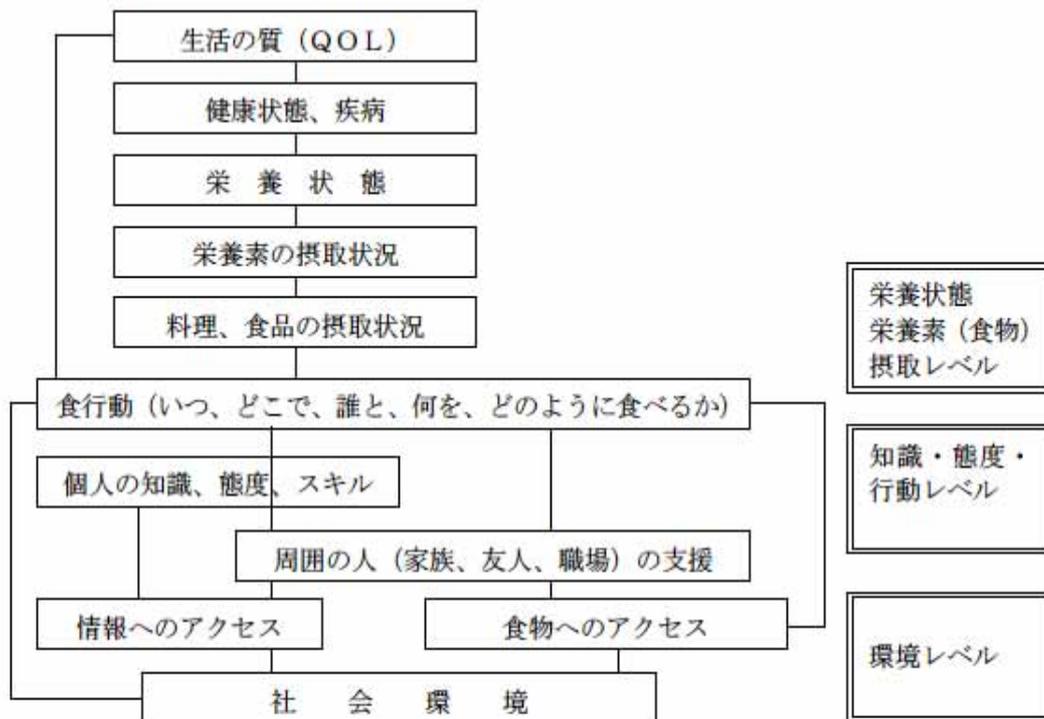
## 栄養・食生活と健康・生活の質（QOL）などの関係について －栄養・食生活分野における目標設定の視点－

疾病の予防という観点からは栄養素、非栄養成分の慢性的な暴露と疾病発症との関連を疫学データなどに基づいて検討することが中心となる。しかし、“食べる”という行為は、すべての人において日常的なことであり、“栄養レベル”のみとらえていたのでは、実際の対策・活動を展開することは困難である。

国民の生活の質（QOL）、健康の向上を目指した施策を新たに展開するための来るべき21世紀に向けた栄養・食生活のあり方についての検討においても、国民の栄養・食生活について、1)生活の質（QOL）、健康、疾病 2)栄養状態 3)栄養素、食物等の摂取状況 4)食生活、食行動 5)食物へのアクセス 6)情報へのアクセスの各段階に対して、ベースライン診断を行うこと、それに基づいて政策が決定され、実施されること、さらに実施された政策の有効性を経過も含めて評価することが重要であるとされている<sup>1)</sup>。

また、ヘルスプロモーション・プランニングにおいても、個人の動機付けに関わる「知識や態度」とともに、そういう行動を実現するために必要な「資源や技術」、さらに「対象者を取り巻く人々の支援」が行動変容に影響を与えるものとして位置づけられ、さらに「環境」が健康やQOLに影響を与えるものとして位置づけられている<sup>2)</sup>。

従って、下記の図に示すとおり、これらすべてを包括的にとらえながら、目標設定に際しては、「栄養状態、栄養素（食物）摂取レベル」「知識・態度・行動レベル」「環境レベル」の大きく3段階に分けて検討することとした。



**栄養・食生活と健康、生活の質などの関係について**

### 文献

- 1) 厚生省：21世紀の栄養・食生活のあり方検討会報告書（1997）
- 2) Green LW, Kreuter MW : Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach, 2nd ed. Mayfield Publishing (1991)

## 食生活指針の推進について

〔平成12年3月24日〕  
閣議決定

最近の我が国における食生活は、健康・栄養についての適正な情報の不足、食習慣の乱れ、食料の海外依存、食べ残しや食品の廃棄の増加等により、栄養バランスの偏り、生活習慣病の増加、食料自給率の低下、食料資源の浪費等の問題が生じている。

このような事態に対処して、国民の健康の増進、生活の質の向上及び食料の安定供給の確保を図るため、別添の食生活指針について、国民各層の理解と実践を促進することとし、政府としては、特に、下記の事項について重点的な推進を図るものとする。

### 記

#### 1 食生活指針等の普及・定着に向けた各分野における取組の推進

##### (1) 食生活改善分野における推進

生活習慣病の増加や食生活の多様化が進む現状を踏まえ、健康づくりや生活の質の向上のために、国民一人一人が食生活の改善に取り組めるよう、栄養士その他の食生活改善関係者を中心とする次の取組を総合的に推進する。

- ア 適正な栄養・食生活に関する知識の普及
- イ 健康で主体的な食習慣の形成を目指した働きかけ
- ウ 地域や、各ライフステージの特徴に応じた栄養教育の展開
- エ 栄養成分表示の普及をはじめとした食環境の整備

##### (2) 教育分野における推進

国民一人一人とりわけ成長過程にある子どもたちが食生活の正しい理解と望ましい習慣を身につけられるよう、教員、学校栄養職員等を中心に家庭とも連携し、学校の教育活動を通じて発達段階に応じた食生活に関する指導を推進する。

##### (3) 食品産業分野における推進

国民生活の変化等を背景とした食の外部化が進展しており、食品産業が国民の食生活に果たす役割が増大していることから、消費者の適切な選択に資するため、食品産業関係者を中心とする次の取組を総合的に推進する。

- ア 地域の産物、旬の素材を利用した料理や食品の提供
- イ 減塩、低脂肪の料理や食品の提供
- ウ 容器等を工夫して量の選択ができるような料理や食品の提供
- エ エネルギー、栄養素等の情報の提供
- オ 様々な人達が楽しく安心して交流できる場づくりや体験・見学等の機会の提供の推進

##### (4) 農林漁業分野における推進

消費者や実需者のニーズに即した食料供給を一層推進するとともに、消費者の食及び農林漁業に対する理解を深めるため、農林漁業の体験や見学等の場の提供に関して農林漁業関係者を中心とする取組を総合的に推進する。

#### 2 食生活指針等の普及・定着に向けての国民的運動の展開

食生活指針等の普及・定着及び消費者の食生活改善への取組を促すため、民間団体等の自主的な活動とも連携して、国民的な運動を展開する。

# 食生活指針

## 副菜

ビタミン、ミネラル、  
食物せんいを十分に



## 果物・ その他



## 主食

穀類で糖質からのエネルギーを



## 主菜

良質のたんぱく質を  
脂肪はひかえめに

カルシウムを十分に



食塩はひかえめに

## 水分



楽しく!

健康への食卓

# 食生活指針

平成12年3月文部省決定、厚生省決定、  
農林水産省決定

食事を楽しみましょう。

(食生活指針の実践のために)

- ・心とからだにおいしい食事を、味わって食べましょう。
- ・毎日の食事で、健康寿命をのばしましょう。
- ・家族の団らんや人との交流を大切に、また、食事づくりに参加しましょう。

1日の食事のリズムから、

健やかな生活リズムを。

(食生活指針の実践のために)

- ・朝食で、いきいきした1日を始めましょう。
- ・夜食や間食はとりすぎないようにしましょう。
- ・飲酒はほどほどにしましょう。

主食、主菜、副菜を基本に、

食事のバランスを。

(食生活指針の実践のために)

- ・多様な食品を組み合わせましょう。
- ・調理方法が偏らないようにしましょう。
- ・手作りや外食や加工食品・調理食品を上手に組み合わせましょう

ごはんなどの穀類をしっかりと。

(食生活指針の実践のために)

- ・穀類を毎食とって、糖質からのエネルギー摂取を適正に保ちましょう。
- ・日本の気候・風土に適している米などの穀類を利用しましょう。

野菜・果物、牛乳・乳製品、

豆類、魚なども組み合わせて。

(食生活指針の実践のために)

- ・たっぷり野菜と毎日の果物で、ビタミン、ミネラル、食物繊維をとりましょう。
- ・牛乳・乳製品、緑黄色野菜、豆類、小魚などで、カルシウムを十分にとりましょう。

食塩や脂肪は控えめに。

(食生活指針の実践のために)

- ・塩辛い食品を控えめに、食塩は1日10g未満にしましょう。
- ・脂肪のとりすぎをやめ、動物、植物、魚由来の脂肪をバランスよくとりましょう。
- ・栄養成分表示を見て、食品や外食を選ぶ習慣を身につけましょう。

適正体重を知り、  
日々の活動に見合った食事量を。

(食生活指針の実践のために)

- ・太ってきたかなと感じたら、体重を量りましょう。
- ・普段から意識して身体を動かすようにしましょう。
- ・美しさは健康から。無理な減量はやめましょう。
- ・しっかりかんで、ゆっくり食べましょう。

食文化や地域の産物を活かし、  
ときには新しい料理も。

(食生活指針の実践のために)

- ・地域の産物や旬の素材を使うとともに、行事食を取り入れながら、自然の恵みや四季の変化を楽しみましょう。
- ・食文化を大切にして、日々の食生活に活かしましょう。
- ・食材に関する知識や料理技術を身につけましょう。
- ・ときには新しい料理を作ってみましょう。

調理や保存を上手にして  
無駄や廃棄を少なく。

(食生活指針の実践のために)

- ・買いすぎ、作りすぎに注意して、食べ残しのない適量を心がけましょう。
- ・賞味期限や消費期限を考えて利用しましょう。
- ・定期的に冷蔵庫の中身や家庭内の食材を点検し、献立を工夫して食べましょう。

自分の食生活を見直してみましょう。

(食生活指針の実践のために)

- ・自分の健康目標をつくり、食生活を点検する習慣を持ちましょう。
- ・家族や仲間と、食生活を考えたり、話し合ったりしてみましょう。
- ・学校や家庭で食生活の正しい理解や望ましい習慣を身につけましょう。
- ・子どものころから、食生活を大切にしましょう。

Table 7 体重増加や肥満の促進又は抑制に関する要因の根拠の強さ  
**Summary of strength of evidence on factors that might promote or protect against weight gain and obesity<sup>a</sup>**

Evidence	Decreased risk リスク抑制要因	No relationship	Increased risk リスク促進要因
<b>Convincing 確実</b>	Regular physical activity High dietary intake of NSP (dietary fibre) <sup>b</sup>		Sedentary lifestyles High intake of energy-dense micronutrient-poor foods <sup>c</sup>
<b>Probable 多分</b>	Home and school environments that support healthy food choices for children <sup>d</sup> Breastfeeding		Heavy marketing of energy-dense foods and fast-food outlets <sup>d</sup> High intake of sugars-sweetened soft drinks and fruit juices Adverse socioeconomic conditions <sup>d</sup> (in developed countries, especially for women)
<b>Possible ・・・の可能性はある (仮説の段階)</b>	Low glycaemic index foods	Protein content of the diet	Large portion sizes High proportion of food prepared outside the home (developed countries) "Rigid restraint/periodic disinhibition" eating patterns Alcohol
<b>Insufficient データ不十分</b>	Increased eating frequency		

エネルギー密度の高い食物やファーストフード店の過度なマーケティング

大きなポーションサイズ

子どもにとって健康的な食物を選べるような家庭及び学校の環境

社会経済状況が良くない場合 (先進国、特に女性)

外食等家庭以外で調理された食物の割合が高い

<sup>a</sup> Strength of evidence: the totality of the evidence was taken into account. The World Cancer Research Fund schema was taken as the starting point but was modified in the following manner: randomized controlled trials were given prominence as the highest ranking study design (randomized controlled trials were not a major source of cancer evidence); associated evidence and expert opinion was also taken into account in relation to environmental determinants (direct trials were usually not available).  
<sup>b</sup> Specific amounts will depend on the analytical methodologies used to measure fibre.  
<sup>c</sup> Energy-dense and micronutrient-poor foods tend to be processed foods that are high in fat and/or sugars. Low energy-dense (or energy-dilute) foods, such as fruit, legumes, vegetables and whole grain cereals, are high in dietary fibre and water.  
<sup>d</sup> Associated evidence and expert opinion included.

平成16年3月

## 健康づくりのための食環境整備に関する検討会報告書

健康づくりのための食環境整備に関する検討会

厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室

東京都千代田区霞が関1-2-2

TEL 03-5253-1111

