

健康づくりのための運動基準（2005年）～身体活動・運動・体力～ （概要）案

平成18年1月19日
厚生労働省健康局総務課
生活習慣病対策室

この度、健康づくりのための運動所要量を見直し、身体活動量と運動量の基準値を設定した。具体的には、身体活動を主体として健康づくりをする人であれば、毎日8,000～10,000歩の歩行が目安であり、運動を主体とする人では、ジョギングやテニスを毎週約35分間、速歩では1時間の実施が目安となった。

1. 本報告書は、平成17年8月8日に設置した「運動所要量・運動指針の作成検討会」の健康づくりのための運動所要量に関する報告書であり、平成元年に作成された「健康づくりのための運動所要量」を基本として現在の科学的知見に基づき作成したものである。
2. 平成元年策定の健康づくりのための運動所要量と大きく異なる点は、生活習慣病を予防する観点を重視して、①内外の文献を精査し（システムティック・レビュー）、身体活動量・運動量・体力（最大酸素摂取量）の基準値をそれぞれ示したこと、②生活習慣病予防と筋力を含むその他の体力との関係についても検討したこと等が挙げられる。
3. 健康づくりのための身体活動・運動量の基準値
 - ① 身体活動量 : 23METs・時/週
(強度が3METs以上の活動で1日当たり約60分。歩行中心の活動であれば1日当たり、およそ8,000～10,000歩に相当)
 - ② 運動量 : 4METs・時/週
(例えば、速歩で約60分、ジョギングやテニスで約35分)
4. 健康づくりのための性・年代別の最大酸素摂取量の基準値 (ml・kg⁻¹・分⁻¹)

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代
男性	40	38	37	34	33
女性	33	32	31	29	28
5. 本報告書は、健康と身体活動・運動・体力との関係について、現時点での科学的知見に基づき、作成したものであり、未解明の部分も含めて今後新たな知見を蓄積するために、今後より一層研究を推進し、新たな科学的知見を蓄積するとともに、本報告書も定期的に改定することが必要である。

健康づくりのための運動基準（2005年）

～身体活動・運動・体力～

報告書（案）

運動所要量・運動指針の策定検討会

平成18年〇月

1 はじめに

国における本格的な健康づくり対策への取組としては、昭和53年からの第一次国民健康づくり対策に始まり、昭和63年からの第二次国民健康づくり対策を経て、平成12年には「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が策定され、平成14年には、「健康日本21」を中心とする国民の健康づくり・疾病予防を更に積極的に推進するための法的基盤として健康増進法が制定され、健康づくり対策が推進されているところである。

「健康日本21」においては、健康づくり施策の世界的潮流も踏まえ、健康寿命の延伸等を実現するため、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病やその発症・進行に関与している生活習慣の改善等に関する課題を選定し、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「休養・こころの健康づくり」、「たばこ」、「アルコール」、「歯の健康」、「糖尿病」、「循環器病」、「がん」の9分野において計70項目にわたる具体的な数値目標を立て、実施されているところである。

現在、身体活動・運動分野における推進の柱として掲げられているものとしては、平成元年に、当時の科学的知見をもとに、健康を維持するために望ましい運動量の目安としての「健康づくりのための運動所要量」が策定されている。また、平成5年には、運動を普及させ、親しみやすいものにすることによって、明るく、楽しく、健康な生活を創造することを目的として、「健康づくりのための運動指針」が策定された後、平成9年には、「生涯を通じた健康づくりのための身体活動のあり方検討会」の報告書が策定されている状況にある。

ところが近年、急速な人口高齢化の進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割（がん30.5%、虚血性心疾患15.7%、脳血管疾患13.0%、糖尿病1.3%、高血圧性疾患0.6%）を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も平成15年度で10.2兆円（内訳は、高血圧性疾患2.8兆円、がん2.8兆円、脳血管疾患2.0兆円、糖尿病（合併症を含む）1.9兆円、虚血性心疾患0.8兆円）に上り、国民医療費の約3割を占め、医療保険に係る国民の負担も増加している。また、生活習慣病の重症化等の結果として、介護保険財政等にも影響を与える状況になっている。

そこで、平成16年5月には、与党幹事長・政調会長会議において「健康フロンティア戦略」がとりまとめられ、これを受け、政府としても健康寿命の2年程度の延伸を目指し、①「働き盛りの健康安心プラン」、②「女性のがん緊

急対策」、③「介護予防10カ年戦略」、④「健康寿命を伸ばす科学技術の振興」を政策の柱に、平成17年度から10年間、重点的に施策を展開されている。

2 策定に至る経緯

「健康づくりのための運動所要量（平成元年）」では、主に冠状動脈疾患を対象としているが、その策定から15年以上が経過し、国民の疾病構造に変化が見られ、現在では、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の生活習慣病が問題となっている。さらにそういった病気の基礎病態であるメタボリックシンドロームという疾患概念と診断基準が、平成17年4月に関係8学会により示された。⁽¹⁾

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪型肥満を共通の要因とした高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それらが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが大きくなることから、内臓脂肪を減少することでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。

今後、メタボリックシンドロームの考え方を取り入れた生活習慣病対策、特に身体活動・運動施策を推進し、国民や関係者の「予防」の重要性に対する理解の促進を図っていくことが有効であるとされている。

また、「平成15年国民健康・栄養調査」によると、「健康づくりのための運動所要量（平成元年）」の策定以後の国民の運動習慣を持つ者の割合は、男性29.3%、女性24.1%であり、「健康日本21」等の取組にもかかわらず増加しておらず、国民の3分の2が運動習慣を身につけていない状態となっている。

このように生活習慣病対策に関する国民的な関心が高まる中、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会において、「今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）」がとりまとめられ、今後の生活習慣病対策においては、「1に運動、2に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ」の標語の下、身体活動・運動施策についても、より一層の推進が望まれることとなった。

これらの状況を踏まえ、国民の身体活動・運動の改善を図り、国民が生活習慣病に罹患せずに健康な生活を送るため、最新の科学的知見に基づき、国民の健康の維持・増進、生活習慣病の予防を目的とした望ましい身体活動・運動及び体力の基準を示すため、「健康づくりのための運動所要量（平成元年）」を改定することとした。

3 策定にあたっての考え方

【健康づくりと生活習慣病対策】

近年、急速な人口高齢化の進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占めている。また、生活習慣病の重症化等の結果として、介護が必要な状態になる患者も多い。

生活習慣病の予防と身体活動・運動との間には、内外の研究により関係が示唆されており、国民の身体活動・運動が促進されることにより、生活習慣病の予防に対する効果が強く期待される。

そのため今回策定される「健康づくりのための運動基準」においては、生活習慣病の予防を健康づくりの目的とする。

【生活習慣病予防と身体活動・運動量及び体力との関係】

身体活動・運動と生活習慣病や総死亡率に関する科学的研究は、この四半世紀に急速に発展し、冠状動脈疾患ばかりでなく、糖尿病などの生活習慣病罹患に対する身体活動・運動の予防効果が科学的に明らかにされている。特に、前回の所要量(平成元年)策定以降、身体活動・運動による生活習慣病の予防については、かなりのエビデンスが蓄積された。したがって、今回の「健康づくりのための運動基準」では、これらの蓄積されたエビデンスを対象にシステマティック・レビューを行い、それを基に、生活習慣病予防のために必要な身体活動量を示すこととした。

一般に身体活動量が多い人の体力は高い^{(2),(3),(4)}。しかし、体力を高めるための運動強度には下限があり⁽⁵⁾、必ずしも総エネルギー消費量(kcal/日)で定量化された身体活動量と体力との相関関係は高くない。⁽⁶⁾特に、日常生活における低い強度の身体活動量が多くても、体力が高いとは限らない。⁽⁷⁾

また、体力は遺伝的素因も大きく影響している。⁽⁸⁾さらに、最近の欧米の研究によると、身体活動量ばかりではなく、体力も生活習慣病の独立した罹患予測因子であることが示唆されている⁽⁹⁾。したがって、今回の「健康づくりのための運動基準」では、身体活動・運動量に関する基準に加えて、体力に関する基準も独立して定めることにした。

【用語の統一】

本報告書における身体活動・運動に関する用語の定義については、参考資料に記した。

4 健康の維持・増進に必要な身体活動・運動量

身体活動・運動と生活習慣病との関係を示す内外の文献についてシステマティック・レビューを実施した結果、以下のように基準値を策定した。その際、強度が3 METs以上の身体活動の場合と、強度が3 METs以上の運動を対象とした場合では別に基準値を定めた。

また、性・年齢別に検討した結果、65歳までは、性・年齢により区分する根拠は見あたらなかったため、性・年齢にかかわらず同一の身体活動・運動量(METs・時/週)を基準値とした。

【身体活動量】

「身体活動」においては、基準値を23METs・時/週とした。

この根拠は、まずシステマティック・レビューにより、生活習慣病発症予防に効果のある身体活動量の下限值は約19METs・時/週から約26METs・時/週の間分布していることが示されたからである。この値に相当する週当たりの身体活動時間は、3 METsの強度(普通歩行)で1日当たり54~74分の幅がある。しかし、国民にとって、3 METsに該当する時間を判別することは容易ではなく、20分の幅は十分に認識できるものではない。そこで、身体活動量の基準値は、国民によりわかりやすいように1つの値、すなわちシステマティック・レビューで抽出された論文の値の平均値を基準とした。

国民は、現在の身体活動量に応じて、基準値を上回ることを目指すようにする。それにより、生活習慣病の発症リスクが低くなることが期待される。

強度が3 METs以上の身体活動としては、日常的な歩行(買い物、通勤など)、床そうじ、庭仕事、物を運ぶ、子どもと遊ぶといった活動が挙げられる。日常的な歩行をはじめとするこれらの活動の強度は3 METs程度であるので、23METs・時/週(≒3.3METs・時/日)は、3 METs以上の強度の身体活動で言うと1日当たり約60分に相当する。ここでの身体活動は、必ずしも歩行を伴うとは限らないが、一般に3 METs以上の強度の身体活動の多くは、歩行を伴っている。そこで、歩行中心の活動で構成されている場合を考えると、1日当たり約60分(10分当たり1,000歩とすると、約6,000歩に相当)に相当する。日常生活の中では、低強度で意識されない歩数が2,000~4,000歩程度みられるので⁽¹⁰⁾、1日当たりの歩数の合計としては、およそ8,000~10,000歩に相当すると考えられる。また、この身体活動量は体重60kgの場合、週当たり約1,450 kcal、70kgの場合は約1,700 kcalのエネルギー消費量に相当する。

【 運動量 】

「運動」について、基準値とその範囲をそれぞれ4 METs・時/週、2 METs・時/週～10 METs・時/週とした。

この根拠は、システマティック・レビューにより得られた運動量の値が、約2 METs・時/週から10 METs・時/週の間に分布し、それらの平均値が4 METs・時/週であったからである。現在の運動量に応じて、基準値、あるいは基準値の範囲の値を上回ることを目指すようにする。すなわち、運動習慣が全くない人は2 METs・時/週に、運動量が基準値以下の人は基準値を、さらに基準値よりも運動量が多い人は10 METs・時/週を目指すようにする。その結果、生活習慣病の発症リスクが低くなることが期待される。

具体的な運動の例としては、速歩、体操(動きのあるもの)、ジョギング、ランニング、水泳、球技などが、3 METs 以上の運動に含まれる。例えば、速歩は、約4 METs (分速90～100m) の強度である。したがって、4 METs・時/週を速歩で換算した場合は、約60分/週に相当する。同様に、ジョギングやテニス(約7 METs) の場合は、約35分/週に相当する。また、このような運動によるエネルギー消費量は、体重60kgの場合、週当たり約250 kcal、70kgの場合は約300 kcalである。

5 健康の維持・増進に必要な体力

体力と生活習慣病との関係を示す内外の文献についてシステマティック・レビューを実施した結果、体力では全身持久力の指標である最大酸素摂取量について以下のように基準値を策定した。なお、筋力については、定量的な基準値を策定する根拠が不足していたため、定性的な記述とした。

【 最大酸素摂取量 】

最大酸素摂取量と生活習慣病との関係を示す内外の文献についてシステマティック・レビューを行い、性・年代別に次のように最大酸素摂取量の基準値とその範囲を設定した。システマティック・レビューにより、生活習慣病の発症リスクが有意に異なる最大酸素摂取量の最低値が複数収集された。これらの各性別・年代別での範囲の中に、生活習慣病予防のための最大酸素摂取量の基準値が定められることが適当である。そこで、これらの平均値を求め、健康づくりのための最大酸素摂取量の基準値を設定した。

表 1 : 健康づくりのため最大酸素摂取量の基準値 ($\text{ml}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{分}^{-1}$)

	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代
男性	40	38	37	34	33
女性	33	32	31	29	28

本基準では、基準値に加えて、健康づくりのための最大酸素摂取量の範囲を示した。この範囲は、システマティック・レビューにより得られた生活習慣病予防効果の現れる最大酸素摂取量の最低値の範囲を示すものであり、最大酸素摂取量による生活習慣病の予防効果が少なくとも 1 つの研究で明らかになった値の範囲である。したがって、最大酸素摂取量がこの範囲よりも低い場合は、まず、この範囲に入ることを目指す必要がある。また、基準値よりも低い場合は、基準値を目指すことを提示するものである。さらに、最大酸素摂取量が基準値より高い場合及び下表の範囲より高い場合においても、体力向上による生活習慣病予防の効果が確実になるように取り組むことが望ましい。

表 2 : 健康づくりのための最大酸素摂取量の範囲 ($\text{ml}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{分}^{-1}$)

	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代
男性	33-47	31-45	30-45	26-45	25-41
女性	27-38	27-36	26-33	26-32	26-30

【 筋力 】

筋力と総死亡リスクの減少との関係についての複数の文献によると、男性では、ほとんどの研究で筋力が低いほど総死亡リスクが高いことが示されたが、女性では筋力と総死亡リスクとの間には関連が見られないとするものが多かった。また、男女両方を合わせて検討した全ての研究では、筋力が低いほど総死亡リスクが高いことが示された。

筋力の測定方法は多岐にわたるが、どの筋力測定値でもそれぞれの集団の概ね平均以上の値を有する者で有意に総死亡リスクが減少する。また、骨粗鬆症・骨折の予防という観点からも、一定の筋力を持つことは重要である。

筋力・筋量は加齢により低下する。また総死亡や骨粗鬆症に伴う骨折のリスクの減少が概ねそれぞれの研究の集団における平均以上で見られることから、定性的ではあるが、筋力を現在の日本人の各年代の平均値以上に保つことを一つの基準とすることは可能であると考えられる。

【 その他の体力 】

骨粗鬆症に伴う骨折に関しては、平衡性および敏捷性に優れた者でのリスクの減少が認められている。しかし、死亡率の低下や生活習慣病予防という観点からの研究報告はなかったため、その他の体力について定量的な数値基準の設定を行わなかった。

6 実施上の注意事項

過度な運動はかえって健康を害することがあるので十分な注意が必要であり、また疾病を持っている者が運動を行う場合には、医師の指導の下に行うことが必要である。

7 今後の課題及び方向性

「健康づくりのための運動基準」に沿って行われた国民の身体活動・運動の実践効果について、一定期間後に評価を行い、その結果と新たな研究成果を取り入れて、定期的に運動基準を改定していくことが必要である。

今回の検討を踏まえ、必要と考えられる研究課題は以下の通りである。

- 日本人を対象とした身体活動や体力（筋力、筋量を含む）と生活習慣病予防に関するエビデンスの蓄積
- 身体活動の評価法の標準化
- 性別・年代別（小児～高齢者）及び対象生活習慣病別の身体活動や体力の評価
- 筋力・筋量の具体的な指標の検討
- 健康づくりのための身体活動の上限値の検討
- 身体活動・運動による医療費適正化の効果判定

【 参考資料 】

～ 用語の統一と説明（言葉の定義） ～

1) 健康づくりのための運動基準（身体活動・運動・体力）

前回の健康づくりのための運動所要量(平成元年)で、用いられた「所要量」とは、当時(平成元年)の“第四次改定日本人の栄養所要量”における栄養所要量の概念、すなわち“国民が心身を健全に発育・発達させ、健康の保持・増進と疾病予防のための標準となるエネルギー及び各栄養素の摂取量を摂取対象別に1日当たりの数値で示したもの”と同様に、“健康を維持するために望ましい運動量の目安”として定められた。

実際には、生活習慣病（当時は成人病）、特に冠動脈硬化性危険因子（収縮期及び拡張期血圧、血中総コレステロール及びHDLコレステロール濃度、体脂肪率）と自転車エルゴメータ運動を用いた最大下強度の心拍数、運動強度及び最高心拍数から推定された最大酸素摂取量との中央回帰直線を求めた。次に上記、冠動脈硬化性危険因子の異常値との交点から、性・年代別に前述の冠状動脈疾患の危険因子すべてが異常値とならない最大酸素摂取量の値を求めた。次にその最大酸素摂取量を維持するための運動量（最大酸素摂取量の50%の強度の運動の週当たりの実施時間）を求め、それを運動所要量として策定した。

最近、栄養分野で食事摂取基準の考え方を採用したことから、栄養所要量という表現はなくなり、従来の recommended dietary allowance (RDA) は推奨量という表現となった（日本人の食事摂取基準（2005年版））。

そこで、用語に関して栄養分野との整合性を図るため、今回は、前回用いた所要量という用語を使わずに、基準値という用語を使うことにした。

身体活動・運動と生活習慣病との関係を示した疫学的研究の対象は、日常生活におけるすべての身体活動から、スポーツ活動を中心とした運動に限定したものまで幅広い。それらの研究により、必ずしも運動でなくても、中等度の身体活動であれば、生活習慣病の予防効果があることがわかってきた。現代社会では、日常的に運動を実施することは困難である者が多い点も考慮して、1995年に発表されたCDC/ACSMのレポート⁽¹⁾以降、有酸素性運動に限らず、中等度以上の身体活動を研究対象とするものが多くなった。しかし、今回システマティック・レビューにより抽出された文献には、運動に関する疫学的な知見も多い。そこで今回は、身体活動と運動の両方に、健康づくりのための基準値を設定した。

基準値の決定方法：システマティック・レビューにより、身体活動量の最も少ない群に比べて、生活習慣病の発症リスクが有意に減少する群の身体活動量の境界値もしくは、身体活動量が最も多い群に比べて、生活習慣病の発症リスクが有意に増加する群の身体活動量の境界値を求めた。また、健康づくりのための運動所要量(平

成元年)でも取り上げられ、最近の多くの研究で、生活習慣病罹患リスクとして身体活動量と独立した因子であることが示唆されている体力について、生活習慣病の罹患率が、最大酸素摂取量が最も低い群に比べて統計的に有意に低下する最大酸素摂取量あるいは最大酸素摂取量が最も高い群に対して生活習慣病の罹患リスクが有意に増加する境界値を求めた。

このようにして得られた値が、1つの研究報告から得られたものであれば、その値の決定は容易である。しかし、これまでの多くの研究者の努力により複数の研究結果が報告されており、各研究から得られた値には、ばらつきが大きい。その要因は、研究方法(群の数、調査方法、対象者など)によることが考えられる。しかし、それらの論文を精読しても、ばらつきの系統的な要因はなかった。そこで、それらの値の平均値を求め、身体活動、運動及び体力に関する基準値とした。

これらの値は、前述したように、集団の中で身体活動・運動量と体力が最も低い群よりも、各生活習慣病罹患が統計的に有意に変化する群の各指標の最低値である。したがって、一義的には、身体活動・運動量と体力が生活習慣病予防に効果が期待できる最低値である。しかし、生活習慣病は身体活動・運動と体力ばかりではなく、食事などその他の生活習慣により発症する。したがって、身体活動・運動と体力に関する基準値を満たしても、すべての国民が生活習慣病に罹患しないということはないため、生活習慣病に罹患しない身体活動・運動量と体力の最低値という用語の使用は適切ではない。

日本人の食事摂取基準(2005年版)では、生活習慣病予防の観点から脂質エネルギー比率の目標量(Tentative Dietary Goal)として、20-30%という範囲を策定している。身体活動と体力について、今回策定する基準値の概念は、この概念に近い。しかし、厳密には異なるので、目標値という用語は、栄養分野との整合性から使用せず、基準値という用語を使うこととした。

運動量としての4METs・時/週は、速歩では60分/週(30分/回×2回)であり、国民健康・栄養調査における運動習慣者(1回30分以上、週2回以上、1年以上継続)に相当する。これらの運動習慣を持つ人は、男性29.3%、女性24.1%であり、上記の基準に達しない国民が3分の2以上いる。したがって、この値は生活習慣病予防の効果が明らかである最低値だが、大部分の国民が目標とするべき値と言える。

また、身体活動量においても、歩数で換算すると8,000歩から10,000歩であり、これは国民の歩数の現状値(平成15年国民健康・栄養調査の調査結果(男性7,575歩、女性6,821歩)よりも多いと考えられ、また「健康日本21」の目標値(男性9,200歩以上、女性8,300歩以上)に相当し、目標値としては妥当であると考えられる。

また、最大酸素摂取量の基準値は、日本人の最大酸素摂取量の平均値よりやや低い値であった。したがって、この値は体力が低くて、生活習慣病の発症リスクも高い国民が目標とする基準値としては、実現可能であり、妥当な値と考えられる。

そこで、今回の改定で用いる基準値は、生活習慣病予防という観点から身体活動

量と体力の低い国民が、生活習慣病予防に関する身体活動と体力の重要性を認知し、実施可能性のある値として妥当であると考えられる値とした。

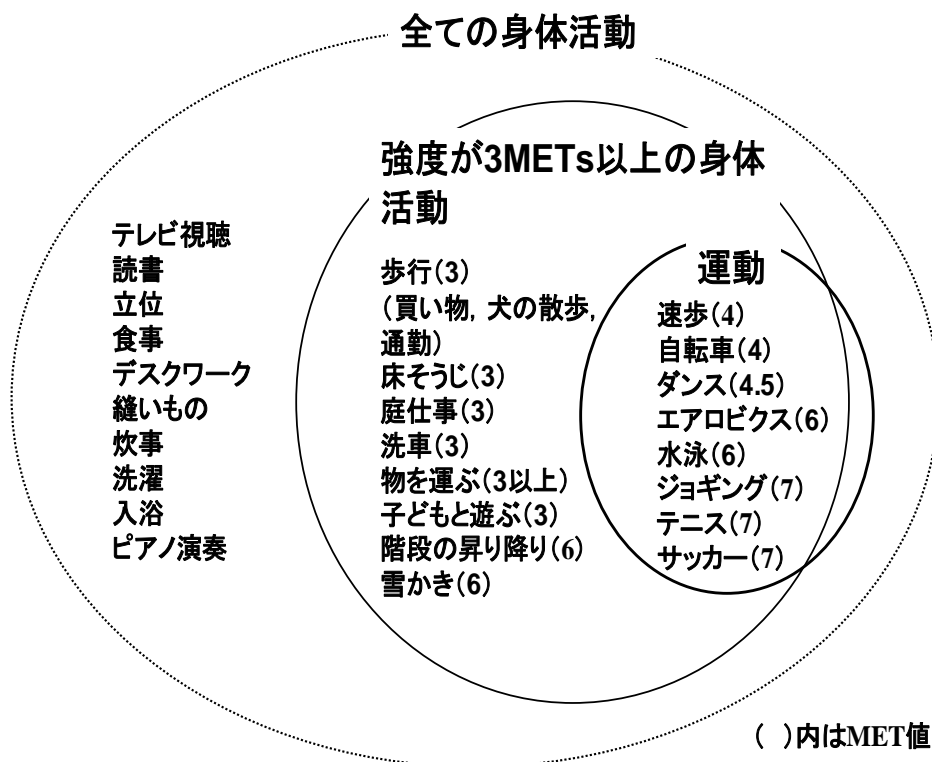
もちろん、身体活動量と体力がその値よりも高い人は、さらに高い値となるよう心がけることが適切である。

システマティック・レビューにより、最大酸素摂取量の最も少ない群に比べて、生活習慣病の発症リスクが有意に減少する群の最大酸素摂取量の境界値もしくは、最大酸素摂取量が最も少ない群に比べて、生活習慣病の発症リスクが有意に増加する群の最大酸素摂取量の境界値が複数収集された。したがって、これらの各性別・年代別での最低値と最高値の間に、生活習慣病予防のための最大酸素摂取量の基準値が定められることが適当である。そこで、それらの平均値を求め、最大酸素摂取量の基準値とした。

2) 身体活動(physical activity)

身体活動とは、骨格筋の収縮を伴い安静時よりも多くのエネルギー消費を伴う身体の状態である。それには日常生活活動における労働・家事等や余暇における運動・スポーツ活動等が含まれる。ただし、今回の基準においては、強度が3 METs以上の身体活動を対象とする（以下の図を参照）。

図1: 身体活動と運動



主な活動時におけるMET値

METs	活動内容
0.9	睡眠
1.0	テレビ・音楽鑑賞(仰臥位・座位)、リクライニング、車に乗る
1.2	静かに立つ
1.3	本や新聞等を読む(座位)
1.3	性行為(中強度)
1.5	会話、電話、読書、食事、運転、軽いオフィスワーク、編み物・手芸、タイプ(座位)
1.5	動物の世話(座位、軽度)
1.5	入浴(座位)
1.8	デスクワークやタイピング、勉強(座位)
1.8	会話、電話、読書、手芸(立位)
2.0	料理や食材の準備(立位、座位)
2.0	洗濯物をしまう、洗う、荷作り(立位)
2.0	ギター:クラシックやフォーク(座位)
2.0	着替え
2.0	会話をしながら食事をする、または食事のみ(立位)
2.0	身の回り(歯磨き、手洗い、髭剃りなど)
2.0	シャワーを浴びる、タオルで拭く(立位)
2.0	歩く(平地、散歩または家の中、非常に遅い=53.6m/分)
2.3	皿洗い(立位)、アイロンがけ、服・洗濯物の片付け
2.3	カジノ、ギャンブル、コピー機(立位)
2.3	立ち仕事(店員、工場など)
2.5	ストレッチング、ヨガ
2.5	掃除:軽い(ごみ掃除、整頓、リネンの交換、ごみ捨て)
2.5	盛り付け、テーブルセッティング、料理や食材の準備・片付け(歩行)など
2.5	植物への水やり
2.5	子どもと遊ぶ(座位、軽い)、子ども・動物の世話
2.5	子どもの世話(座位)
2.5	ピアノ、オルガン
2.5	農作業:収穫機の運転、干し草の刈り取り、灌漑の仕事、軽い活動
2.5	髪型を整える
2.5	キャッチボール(フットボール、野球)
2.5	スクーター、オートバイ
2.5	子どもを乗せたベビー車を押すまたは子どもと歩く
2.5	歩く(平地、遅い=53.6m/分)
2.8	子どもと遊ぶ(立位、軽度)、動物の世話(徒歩/走る、軽度)

3.0	自転車に乗る:50watts、とても軽い活動
3.0	ウェイトリフティング(軽・中等度)
3.0	釣り
3.0	屋内のそうじ、家財道具の片付け、大工仕事、梱包など
3.0	介護
3.0	ギター:ロック 立位
3.0	ボーリング
3.0	フリスビー
3.0	バレーボール
3.0	車の荷物の積み下ろし
3.0	階段を降りる
3.0	歩く(平地、67.0m/分、幼い子ども・犬を連れて)
3.0	子どもの世話(立位)
3.3	カーペット掃き、フロア掃き
3.3	歩く(平地、80.5m/分)
3.5	柔軟体操(家で。軽・中等度)
3.5	モップ、掃除機、箱詰め作業、軽い荷物運び
3.5	電気関係の仕事:配管工事
3.8	床磨き、風呂掃除
3.8	歩く(平地、やや速めに=93.9m/分)
4.0	自転車に乗る:10mph以下、レジャー、通勤、娯楽
4.0	水中運動、水中で柔軟体操
4.0	子どもと遊ぶ・動物の世話(徒歩/走る、中強度)
4.0	屋根の雪下ろし
4.0	ドラム
4.0	卓球
4.0	太極拳
4.0	車椅子を押す
4.0	アクアビクス、水中体操
4.0	子どもと遊ぶ(歩く/走る、中強度)
4.5	苗木の植栽、庭の草むしり、耕作
4.5	農作業:家畜に餌を与える
4.5	バドミントン 標準
4.5	ゴルフ
4.8	バレエ、モダン、ツイスト、ジャズ、タップ
5.0	子どもと遊ぶ・動物の世話(歩く/走る、活発に)
5.0	こどもの遊び(石蹴り、ドッジボール、遊戯具、ビー玉遊びなど)

5.0	ソフトボールまたは野球
5.0	歩く(平地、速く=107.3m/分)
5.5	自転車に乗る:100watts,軽い活動
5.5	健康教室での運動
5.5	芝刈り
6.0	美容体操、ジャズダンス
6.0	家具、家財道具の移動・運搬
6.0	スコップで雪かきをする
6.0	ジョギングと歩行の組み合わせ(ジョギングは10分以下)
6.0	バスケットボール
6.0	スイミング:ゆっくりしたストローク
6.5	エアロビクス
7.0	ジョギング
7.0	スケート
7.0	サッカー
7.0	テニス
7.0	水泳:背泳
7.0	スケート、スキー
7.0	スキー
7.5	山を登る:約1~2kgの荷物を背負って
8.0	自転車に乗る
8.0	運搬(重い負荷)
8.0	農作業:干し草をまとめる、納屋の掃除、家禽の世話、活発な活動
8.0	林業
8.0	ランニング:134m/分
8.0	階段を上がる
8.0	水泳:クロール、ゆっくり(50yards/minute)、軽度~中強度
9.0	荷物を運ぶ:上の階へ運ぶ
10.0	ランニング:161m/分
10.0	柔道、柔術、空手、キックボクシング、テコンドー
10.0	ラグビー
10.0	水泳:平泳ぎ
11.0	水泳:バタフライ
11.0	水泳:クロール、速い(75yards/minute)、活発な活動
15.0	ランニング:階段を上がる

Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, et al. Compendium of Physical Activities: An update of activity codes and MET intensities. Med Sci Sports Exerc, 2000;32 (Suppl):S498-S516.

3) 運動 (exercise)

運動とは、身体活動の一種であり、特に体力（競技に関連する体力と健康に関連する体力を含む）を維持・増進させるために行う計画的・組織的で継続性のあるものである。本基準においては、速歩やジョギング、ランニング、自転車乗り、水泳、テニス、バドミントン、サッカー等の強度が3 METs以上の運動を対象にし、ストレッチングのような、それ以下の強度の運動は対象としないこととした。

4) 体力 (physical fitness)

体力については、これまで多くの定義がなされており、その要素の幅は、かなり広い。今回の健康づくりのための運動基準において、体力とは身体活動を遂行する能力に関連する多面的な要素（潜在力）の集合体とし、さらに客観的・定量的に把握できるものと狭義にとらえた。それを構成する要素としては、① 全身持久力、② 筋力、③ バランス能力、④ 柔軟性、⑤ その他である。

5) 最大酸素摂取量(maximal oxygen uptake(V_{O2max}))

最大酸素摂取量は、個人が摂取できる単位時間当たりの酸素摂取量（1/分、あるいは ml/kg/分）の最大値である。運動中の酸素摂取量は、活動筋でのエネルギー産生量を反映している。その最大値すなわち最大酸素摂取量が大いほど多くのエネルギーを産生する事ができ、より高い強度の運動をより長い時間実施できる。すなわち最大酸素摂取量は全身持久力を評価する指標である。

最大酸素摂取量測定は大筋群を用いた身体活動により測定される。トレッドミルを用いた歩行・走行運動あるいは自転車エルゴメータを用いて測定することが多い。段階的に強度を増加させる時の酸素摂取量を、呼気ガス分析により測定する。運動強度の増加に伴い酸素摂取量も直線的に増加し、その最大値が最大酸素摂取量である。その測定には運動強度増加に対する酸素摂取量のレベリングオフを確認することが重要な決定要件であり、当該負荷漸増法プロトコルによる酸素摂取量の最高値と定義される最高酸素摂取量とは明確に区別される⁽¹²⁾。しかし、最高酸素摂取量が最大酸素摂取量に代わって用いられることも多い。一般的に走行時に測定される最大酸素摂取量の方が自転車エルゴメータにより測定されるものよりも5～10%程度高い⁽¹³⁾。今回のシステマティック・レビューで得られた各最大酸素摂取量の値は、トレッドミル走によるものが約7割、自転車エルゴメータ運動により得られたものが約3割である。したがって、本基準値はどちらかというところ走運動により得られた値を反映している。したがって、自転車エルゴメータを用いて運動を行う場合には注意が必要である。

最大酸素摂取量の測定には、運動負荷装置、呼気ガス分析装置、心電図記録装置など高価な機器が必要なだけでなく、測定手技に精通した複数の測定者が必要である。このため、簡易に最大酸素摂取量を推定する方法（最大負荷をかけない方法、呼気ガス分析を行わない方法など）が考案され、妥当性や再現性も確認されており、多くの研究で活用されている。

6) 筋力

筋力は、測定の部位や方法によりその値は多岐にわたる。筋力評価の方法は、1) 筋の長さが変化しない状態で測定される等尺性最大筋力〔最大随意収縮：MVC (kg重)〕、2) 筋の長さが短縮しながら筋にかかる張力が変化しない状態で測定される最大等張性筋力（最大挙上重量：1RM(kg重)）が一般的に用いられている。これらの方法により、四肢や体幹の関節運動の筋力が測定される。

掌握運動の等尺性最大筋力を測定する握力(kg重)が、安全性と簡便さから最も頻繁に測定されてきた。この値に関しては性年齢別の標準値が文部科学省のスポーツテスト（体力診断テスト）等を通じて、全国的データが性年齢別にまとめられている。また本邦のみならず、国際的にも疫学研究における筋力評価の指標として用いられている。

7) METs・時

METs・時とは、運動強度の指数であるMET値に運動時間（時間）を掛けたものである。METとは、当該身体活動におけるエネルギー消費量を座位安静時代謝量（酸素摂取量で約3.5ml/kg/分に相当）で除したものである。酸素1.0リットルの消費を5.0kcalのエネルギー消費と換算すると、1.0MET・時は体重70kgの場合は74kcal、60kgの場合は63kcalとなる。このように標準的な体格の場合、1.0MET・時は体重とほぼ同じエネルギー消費量となり、METs・時が身体活動量を定量化する場合に頻繁に使われている。

8) 「健康日本21」における目標値に対する暫定直近実績値等

「健康日本21」における目標値に対する暫定直近実績値等

分野	目標	策定時のベースライン値(または参考値)	ベースライン調査等	目標値	暫定直近実績値等	調査年	
成人(20歳以上)							
2 身体活動・運動	2.1 意識的に運動を心がけている人の増加	男性	51.8%	H8年保健福祉動向調査	63%以上	54.2%*	H15年 国民健康・栄養調査
		女性	53.1%		63%以上	55.5%*	
	2.2 日常生活における歩数の増加	男性	8,202歩	H9年国民栄養調査	9,200歩以上	7,575歩	
		女性	7,282歩		8,300歩以上	6,821歩	
	2.3 運動習慣者の増加	男性	28.6%		39%以上	29.3%	
		女性	24.6%		35%以上	24.1%	
高齢者							
2.4 外出について積極的な態度をもつ人の増加	2.4 外出について積極的な態度をもつ人の増加	男性(60歳以上)	59.8%	H11年高齢者の日常生活に関する意識調査	70%以上	51.8%*	H15年 国民健康・栄養調査
		女性(60歳以上)	59.0%		70%以上	51.4%*	
		全体(80歳以上)	46.3%		56%以上	38.7%*	
	2.5 何らかの地域活動を実施している者の増加	男性(60歳以上)	48.3%	H10年高齢者の地域社会への参加に関する意識調査	58%以上	66.0%*	
		女性(60歳以上)	39.7%		50%以上	61.0%*	
	2.6 日常生活における歩数の増加	男性(70歳以上)	5,436歩	H9年国民栄養調査	6,700歩以上	4,915歩	
女性(70歳以上)		4,604歩	5,900歩以上		4,142歩		

注)

暫定直近実績値等は平成17年5月31日現在の数値である。

* の暫定直近実績値等は、策定時のベースライン値を把握した調査と暫定直近実績値等を把握した調査とが異なっている数値。

** の暫定直近実績値等は、食品成分表の改訂にもなった重量変化率の換算が必要な数値。

9) システマティック・レビュー

(1) 目的

健康な者及び健康診査において軽度な異常（例えば血圧が高い、血糖値が高い等）があり、生活習慣の改善の必要性が指摘されている者をターゲットとして、健康づくりのための運動基準の策定に資するためシステマティック・レビューを行った。

(2) 検索方法

健康づくりのための運動基準の主要素である身体活動・運動と体力が生活習慣病発症に与える影響について検討した観察研究について検索を行った。

- ① 対象としたデータベース：Pub Med と医学中央雑誌
- ② 対象とした期間：2005年4月11日まで
- ③ 検索式：Med Line では、“physical activity” OR exercise OR “physical training” OR fitness) AND (疾病毎に選択) AND (follow* OR observation* OR prospective OR longitudinal OR retrospective)
- ④ 検索制限：human（人を対象とした研究）
- ⑤ 対象とした報告：原著論文
- ⑥ 年齢：学童期（6歳以上）から高齢期
- ⑦ 対象とした生活習慣病等：肥満、高血圧症、高脂血症、糖尿病、脳血管疾患、循環器病による死亡、骨粗鬆症、ADL、総死亡

(3) 採択基準 (Inclusion criteria)

検索して得られた文献から必要な定量的な情報を得ることを目的として、以下の基準を満たす文献を採用した。

- ①原則として重度の疾病を有していない者（健康、または軽度の症状で運動が可能な者）を長期（原則2年以上）観察し、死亡率や発症率を身体活動・運動量もしくは体力別に分析した研究。
- ②定量的方法で評価された身体活動・運動量に関する情報（種類・強度、時間：分/週または分/日、頻度：回/週）を明示した研究。この情報がない場合、「種類・強度と分/週」の情報から計算しても良い。
- ③定量的方法で測定された体力に関する情報を明示した研究。
- ④身体活動・運動量や体力の群分けや区分けの方法、カットオフライ

ンの設定が論理的な研究。

⑤身体活動・運動単独の効果を分析〔身体活動・運動以外の要因（性・年齢・喫煙・代謝性危険因子…）を統計的に補正〕した研究。

⑥対象者の人数は分析法や測定精度等から判断。

（４）結果

検索式でヒットした件数は8,134本である。さらに、タイトルと抄録による一次スクリーニングにより794本に絞った。これらの全文を取り寄せ精読したところ、上記の採択基準に該当する文献数は84本であった。

【 参考文献 】

I 引用文献

- (1) メタボリックシンドローム診断基準検討委員会. メタボリックシンドロームの定義と診断基準. 日本内科学雑誌 2005;94:188-203.
- (2) Carroll S, Cooke CB, Butterly RJ. Physical activity, cardiorespiratory fitness, and the primary components of blood viscosity. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32:353-8.
- (3) Dipietro L, Caspersen CJ, Ostfeld AM, Nadel ER. A survey for assessing physical activity among older adults. *Med Sci Sports Exerc* 1993;25:628-42.
- (4) Nagaya T, Kondo Y, Shibata T. Effects of sedentary work on physical fitness and serum cholesterol profile in middle-aged male workers. *Int Arch Occup Environ Health* 2001;74:366-70.
- (5) Huang G, Gibson CA, Tran ZV, Osness WH. Controlled endurance exercise training and VO₂max changes in older adults: a meta-analysis. *Prev Cardiol* 2005;8:217-25.
- (6) Rauramaa R, Tuomainen P, Vaisanen S, Rankinen T. Physical activity and health-related fitness in middle-aged men. *Med Sci Sports Exerc* 1995;27:707-12.
- (7) Leon AS, Casal D, Jacobs D, Jr. Effects of 2,000 kcal per week of walking and stair climbing on physical fitness and risk factors for coronary heart disease. *J Cardiopulm Rehabil* 1996;16:183-92.
- (8) Wolfarth B, Bray MS, Hagberg JM, et al. The human gene map for performance and health-related fitness phenotypes: the 2004 update. *Med Sci Sports Exerc* 2005;37:881-903.
- (9) Talbot LA, Morrell CH, Metter EJ, Fleg JL. Comparison of cardiorespiratory fitness versus leisure time physical activity as predictors of coronary events in men aged < or = 65 years and > 65 years. *Am J Cardiol* 2002;89:1187-92.
- (10) Pate RR, Pratt M, Blair SN, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama* 1995;273:402-7.
- (11) Washburn RA, Seals DR. Peak oxygen uptake during arm cranking for men and women. *J Appl Physiol* 1984;56:954-7.
- (12) Hermansen L, Saltin B. Oxygen uptake during maximal treadmill and bicycle exercise. *J Appl Physiol* 1969;26:31-7.

II 上記以外に運動基準の策定に用いた文献

1. 健康の維持・増進に必要な身体活動量決定に参考とした文献

1. Salonen JT, Puska P, Tuomilehto J. Physical activity and risk of myocardial infarction, cerebral stroke and death: a longitudinal study in Eastern Finland. *Am J Epidemiol* 1982;115:526-37.
2. Paffenbarger RS, Jr., Wing AL, Hyde RT, Jung DL. Physical activity and incidence of hypertension in college alumni. *Am J Epidemiol* 1983;117:245-57.
3. Paffenbarger RS, Jr., Hyde RT, Wing AL, Hsieh CC. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *N Engl J Med* 1986;314:605-13.
4. Slattery ML, Jacobs DR, Jr., Nichaman MZ. Leisure time physical activity and coronary heart disease death. The US Railroad Study. *Circulation* 1989;79:304-11.
5. Helmrich SP, Ragland DR, Leung RW, Paffenbarger RS, Jr. Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1991;325:147-52.
6. Manson JE, Rimm EB, Stampfer MJ, et al. Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. *Lancet* 1991;338:774-8.
7. Manson JE, Nathan DM, Krolewski AS, Stampfer MJ, Willett WC, Hennekens CH. A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians. *Jama* 1992;268:63-7.
8. Wannamethee G, Shaper AG. Physical activity and stroke in British middle aged men. *Bmj* 1992;304:597-601.
9. Lindstrom E, Boysen G, Nyboe J. Lifestyle factors and risk of cerebrovascular disease in women. The Copenhagen City Heart Study. *Stroke* 1993;24:1468-72.
10. Lindstrom E, Boysen G, Nyboe J. Risk factors for stroke in Copenhagen, Denmark. II. Life-style factors. *Neuroepidemiology* 1993;12:43-50.
11. Paffenbarger RS, Jr., Kampert JB, Lee IM, Hyde RT, Leung RW, Wing AL. Changes in physical activity and other lifeway patterns influencing longevity. *Med Sci Sports Exerc* 1994;26:857-65.
12. Lee IM, Hsieh CC, Paffenbarger RS, Jr. Exercise intensity and longevity in men. The Harvard Alumni Health Study. *Jama* 1995;273:1179-84.
13. Ching PL, Willett WC, Rimm EB, Colditz GA, Gortmaker SL, Stampfer MJ. Activity level and risk of overweight in male health professionals. *Am J Public Health* 1996;86:25-30.
14. Lynch J, Helmrich SP, Lakka TA, et al. Moderately intense physical activities and high levels of cardiorespiratory fitness reduce the risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in middle-aged men. *Arch Intern Med* 1996;156:1307-14.

15. 森岡聖次. コホート研究による生命予後に影響を及ぼす日常生活習慣要因の検討. 日本公衆衛生雑誌 1996;43:469-478.
16. Haapanen N, Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M. Association of leisure time physical activity with the risk of coronary heart disease, hypertension and diabetes in middle-aged men and women. *Int J Epidemiol* 1997;26:739-47.
17. Kushi LH, Fee RM, Folsom AR, Mink PJ, Anderson KE, Sellers TA. Physical activity and mortality in postmenopausal women. *Jama* 1997;277:1287-92.
18. 吉岡輝彦 岩, 大城等. 農山村における生活習慣に関するコホート研究 生活習慣と死亡との関係. 米子医学雑誌 1997;48:164-170.
19. Joakimsen RM, Fonnebo V, Magnus JH, Stormer J, Tollan A, Sogaard AJ. The Tromso Study: physical activity and the incidence of fractures in a middle-aged population. *J Bone Miner Res* 1998;13:1149-57.
20. Kujala UM, Kaprio J, Sarna S, Koskenvuo M. Relationship of leisure-time physical activity and mortality: the Finnish twin cohort. *Jama* 1998;279:440-4.
21. Lee IM, Paffenbarger RS, Jr. Physical activity and stroke incidence: the Harvard Alumni Health Study. *Stroke* 1998;29:2049-54.
22. Hayashi T, Tsumura K, Suematsu C, Okada K, Fujii S, Endo G. Walking to work and the risk for hypertension in men: the Osaka Health Survey. *Ann Intern Med* 1999;131:21-6.
23. Hu FB, Sigal RJ, Rich-Edwards JW, et al. Walking compared with vigorous physical activity and risk of type 2 diabetes in women: a prospective study. *Jama* 1999;282:1433-9.
24. Hu FB, Stampfer MJ, Colditz GA, et al. Physical activity and risk of stroke in women. *Jama* 2000;283:2961-7.
25. Kujala UM, Kaprio J, Kannus P, Sarna S, Koskenvuo M. Physical activity and osteoporotic hip fracture risk in men. *Arch Intern Med* 2000;160:705-8.
26. Okada K, Hayashi T, Tsumura K, Suematsu C, Endo G, Fujii S. Leisure-time physical activity at weekends and the risk of Type 2 diabetes mellitus in Japanese men: the Osaka Health Survey. *Diabet Med* 2000;17:53-8.
27. Hoidrup S, Sorensen TI, Stroger U, Lauritzen JB, Schroll M, Gronbaek M. Leisure-time physical activity levels and changes in relation to risk of hip fracture in men and women. *Am J Epidemiol* 2001;154:60-8.
28. Feskanich D, Willett W, Colditz G. Walking and leisure-time activity and risk of hip fracture in postmenopausal women. *Jama* 2002;288:2300-6.
29. Manson JE, Greenland P, LaCroix AZ, et al. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 2002;347:716-25.
30. Roy DK, O'Neill TW, Finn JD, et al. Determinants of incident vertebral fracture in men and women: results from the European Prospective Osteoporosis Study (EPOS). *Osteoporos Int* 2003;14:19-26.

31. Yu S, Yarnell JW, Sweetnam PM, Murray L. What level of physical activity protects against premature cardiovascular death? The Caerphilly study. *Heart* 2003;89:502-6.
32. Bak H, Petersen L, Sorensen TI. Physical activity in relation to development and maintenance of obesity in men with and without juvenile onset obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:99-104.
33. Hernelahti M, Kujala U, Kaprio J. Stability and change of volume and intensity of physical activity as predictors of hypertension. *Scand J Public Health* 2004;32:303-9.
34. Hu G, Barengo NC, Tuomilehto J, Lakka TA, Nissinen A, Jousilahti P. Relationship of physical activity and body mass index to the risk of hypertension: a prospective study in Finland. *Hypertension* 2004;43:25-30.
35. Petersen L, Schnohr P, Sorensen TI. Longitudinal study of the long-term relation between physical activity and obesity in adults. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:105-12.
36. Tammelin T, Laitinen J, Nayha S. Change in the level of physical activity from adolescence into adulthood and obesity at the age of 31 years. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:775-82.

2. 健康の維持・増進に必要な体力（最大酸素摂取量）決定に参考とした文献

1. Blair SN, Goodyear NN, Gibbons LW, Cooper KH. Physical fitness and incidence of hypertension in healthy normotensive men and women. *Jama* 1984;252:487-90.
2. Ekelund LG, Haskell WL, Johnson JL, Whaley FS, Criqui MH, Sheps DS. Physical fitness as a predictor of cardiovascular mortality in asymptomatic North American men. The Lipid Research Clinics Mortality Follow-up Study. *N Engl J Med* 1988;319:1379-84.
3. Blair SN, Kohl HW, 3rd, Paffenbarger RS, Jr., Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. *Jama* 1989;262:2395-401.
4. Blair SN, Kohl HW, 3rd, Barlow CE, Gibbons LW. Physical fitness and all-cause mortality in hypertensive men. *Ann Med* 1991;23:307-12.
5. Blair SN, Kohl HW, Gordon NF, Paffenbarger RS, Jr. How much physical activity is good for health? *Annu Rev Public Health* 1992;13:99-126.
6. Hein HO, Suadicani P, Gyntelberg F. Physical fitness or physical activity as a predictor of ischaemic heart disease? A 17-year follow-up in the Copenhagen Male Study. *J Intern Med* 1992;232:471-9.
7. Kohl HW, Gordon NF, Villegas JA, Blair SN. Cardiorespiratory fitness, glycemic status, and mortality risk in men. *Diabetes Care* 1992;15:184-92.

8. Blair SN, Kohl HW, Barlow CE. Physical activity, physical fitness, and all-cause mortality in women: do women need to be active? *J Am Coll Nutr* 1993;12:368-71.
9. Sandvik L, Erikssen J, Thaulow E, Erikssen G, Mundal R, Rodahl K. Physical fitness as a predictor of mortality among healthy, middle-aged Norwegian men. *N Engl J Med* 1993;328:533-7.
10. Sawada S, Tanaka H, Funakoshi M, Shindo M, Kono S, Ishiko T. Five year prospective study on blood pressure and maximal oxygen uptake. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 1993;20:483-7.
11. Blair SN, Kohl HW, 3rd, Barlow CE, Paffenbarger RS, Jr., Gibbons LW, Macera CA. Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *Jama* 1995;273:1093-8.
12. Blair SN, Kampert JB, Kohl HW, 3rd, et al. Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women. *Jama* 1996;276:205-10.
13. Kampert JB, Blair SN, Barlow CE, Kohl HW, 3rd. Physical activity, physical fitness, and all-cause and cancer mortality: a prospective study of men and women. *Ann Epidemiol* 1996;6:452-7.
14. Lynch J, Helmrich SP, Lakka TA, et al. Moderately intense physical activities and high levels of cardiorespiratory fitness reduce the risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in middle-aged men. *Arch Intern Med* 1996;156:1307-14.
15. Lee CD, Jackson AS, Blair SN. US weight guidelines: is it also important to consider cardiorespiratory fitness? *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998;22 Suppl 2:S2-7.
16. Lee CD, Blair SN, Jackson AS. Cardiorespiratory fitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men. *Am J Clin Nutr* 1999;69:373-80.
17. Wei M, Gibbons LW, Mitchell TL, Kampert JB, Lee CD, Blair SN. The association between cardiorespiratory fitness and impaired fasting glucose and type 2 diabetes mellitus in men. *Ann Intern Med* 1999;130:89-96.
18. 澤田享、武藤孝司. 日本人男性における有酸素能力と生命予後に関する縦断的研究. *日本公衆衛生学雑誌* 1999;46:113-121.
19. Lakka TA, Laukkanen JA, Rauramaa R, et al. Cardiorespiratory fitness and the progression of carotid atherosclerosis in middle-aged men. *Ann Intern Med* 2001;134:12-20.
20. Laukkanen JA, Lakka TA, Rauramaa R, et al. Cardiovascular fitness as a predictor of mortality in men. *Arch Intern Med* 2001;161:825-31.
21. Farrell SW, Braun L, Barlow CE, Cheng YJ, Blair SN. The relation of body mass index, cardiorespiratory fitness, and all-cause mortality in women. *Obes Res* 2002;10:417-23.

22. Myers J, Prakash M, Froelicher V, Do D, Partington S, Atwood JE. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med* 2002;346:793-801.
23. Carnethon MR, Gidding SS, Nehgme R, Sidney S, Jacobs DR, Jr., Liu K. Cardiorespiratory fitness in young adulthood and the development of cardiovascular disease risk factors. *Jama* 2003;290:3092-100.
24. Evenson KR, Stevens J, Cai J, Thomas R, Thomas O. The effect of cardiorespiratory fitness and obesity on cancer mortality in women and men. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35:270-7.
25. Gulati M, Pandey DK, Arnsdorf MF, et al. Exercise capacity and the risk of death in women: the St James Women Take Heart Project. *Circulation* 2003;108:1554-9.
26. Kurl S, Laukkanen JA, Rauramaa R, Lakka TA, Sivenius J, Salonen JT. Cardiorespiratory fitness and the risk for stroke in men. *Arch Intern Med* 2003;163:1682-8.
27. Mora S, Redberg RF, Cui Y, et al. Ability of exercise testing to predict cardiovascular and all-cause death in asymptomatic women: a 20-year follow-up of the lipid research clinics prevalence study. *Jama* 2003;290:1600-7.
28. Sawada SS, Lee IM, Muto T, Matuszaki K, Blair SN. Cardiorespiratory fitness and the incidence of type 2 diabetes: prospective study of Japanese men. *Diabetes Care* 2003;26:2918-22.
29. Church TS, Cheng YJ, Earnest CP, et al. Exercise capacity and body composition as predictors of mortality among men with diabetes. *Diabetes Care* 2004;27:83-8.
30. Katzmarzyk PT, Church TS, Blair SN. Cardiorespiratory fitness attenuates the effects of the metabolic syndrome on all-cause and cardiovascular disease mortality in men. *Arch Intern Med* 2004;164:1092-7.
31. Stevens J, Evenson KR, Thomas O, Cai J, Thomas R. Associations of fitness and fatness with mortality in Russian and American men in the lipids research clinics study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:1463-70.

3. 健康の維持・増進に必要な体力（筋力、その他）決定に参考とした文献

1. Fujita Y, Nakamura Y, Hiraoka J, et al. Physical-strength tests and mortality among visitors to health-promotion centers in Japan. *J Clin Epidemiol* 1995;48:1349-59.
2. Nguyen TV, Eisman JA, Kelly PJ, Sambrook PN. Risk factors for osteoporotic fractures in elderly men. *Am J Epidemiol* 1996;144:255-63.
3. Seeley DG, Kelsey J, Jergas M, Nevitt MC. Predictors of ankle and foot fractures in older women. The Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *J Bone Miner Res* 1996;11:1347-55.

4. Schroll M, Avlund K, Davidsen M. Predictors of five-year functional ability in a longitudinal survey of men and women aged 75 to 80. The 1914-population in Glostrup, Denmark. *Aging (Milano)* 1997;9:143-52.
5. Rantanen T, Masaki K, Foley D, Izmirlian G, White L, Guralnik JM. Grip strength changes over 27 yr in Japanese-American men. *J Appl Physiol* 1998;85:2047-53.
6. Anstey KJ, Luszcz MA, Giles LC, Andrews GR. Demographic, health, cognitive, and sensory variables as predictors of mortality in very old adults. *Psychol Aging* 2001;16:3-11.
7. Al Snih S, Markides KS, Ray L, Ostir GV, Goodwin JS. Handgrip strength and mortality in older Mexican Americans. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1250-6.
8. Katzmarzyk PT, Craig CL. Musculoskeletal fitness and risk of mortality. *Med Sci Sports Exerc* 2002;34:740-4.
9. Lee SH, Dargent-Molina P, Breart G. Risk factors for fractures of the proximal humerus: results from the EPIDOS prospective study. *J Bone Miner Res* 2002;17:817-25.
10. Metter EJ, Talbot LA, Schrager M, Conwit R. Skeletal muscle strength as a predictor of all-cause mortality in healthy men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002;57:B359-65.
11. Albrand G, Munoz F, Sornay-Rendu E, DuBoeuf F, Delmas PD. Independent predictors of all osteoporosis-related fractures in healthy postmenopausal women: the OFELY study. *Bone* 2003;32:78-85.
12. Rantanen T, Volpato S, Ferrucci L, Heikkinen E, Fried LP, Guralnik JM. Handgrip strength and cause-specific and total mortality in older disabled women: exploring the mechanism. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:636-41.
13. Stel VS, Smit JH, Pluijm SM, Lips P. Balance and mobility performance as treatable risk factors for recurrent falling in older persons. *J Clin Epidemiol* 2003;56:659-68.
14. Metter EJ, Talbot LA, Schrager M, Conwit RA. Arm-cranking muscle power and arm isometric muscle strength are independent predictors of all-cause mortality in men. *J Appl Physiol* 2004;96:814-21.