

第117回市町村職員を対象とするセミナー

健康日本21（第二次）の進捗状況

厚生労働省健康局

健康課

平成27年2月19日



健康日本21(第二次)の概要

- 平成25年度から平成34年度までの国民健康づくり運動を推進するため、健康増進法に基づく「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」(平成15年厚生労働大臣告示)を改正するもの。
- 第一次健康日本21(平成12年度～平成24年度)では、具体的な目標を健康局長通知で示していたが、目標の実効性を高めるため、大臣告示に具体的な目標を明記。

健康の増進に関する基本的な方向

① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- ・生活習慣の改善や社会環境の整備によって達成すべき最終的な目標。
- ・国は、生活習慣病の総合的な推進を図り、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD(非感染性疾患)の予防)

- ・がん、循環器疾患、糖尿病、COPDに対処するため、一次予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進。
- ・国は、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

- ・自立した日常生活を営むことを目指し、ライフステージに応じ、「こころの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」を推進。
- ・国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援等を推進。

④ 健康を支え、守るための社会環境の整備

- ・時間的・精神的にゆとりある生活の確保が困難な者も含め、社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備。
- ・国は、健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、当該取組の評価等を推進。

⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

- ・上記を実現するため、各生活習慣を改善するとともに、国は、対象者ごとの特性、健康課題等を十分に把握。

健康日本21(第二次)の概念図

全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現

①

健康寿命の延伸・健康格差の縮小

生活の質の向上

社会環境の質の向上

②

生活習慣病の
発症予防・重症
化予防

③

社会生活
機能の
維持・向上

社会参加
の機会
の増加

④

健康のための資源
(保健・医療・福祉
等サービス)への
アクセスの改善と
公平性の確保

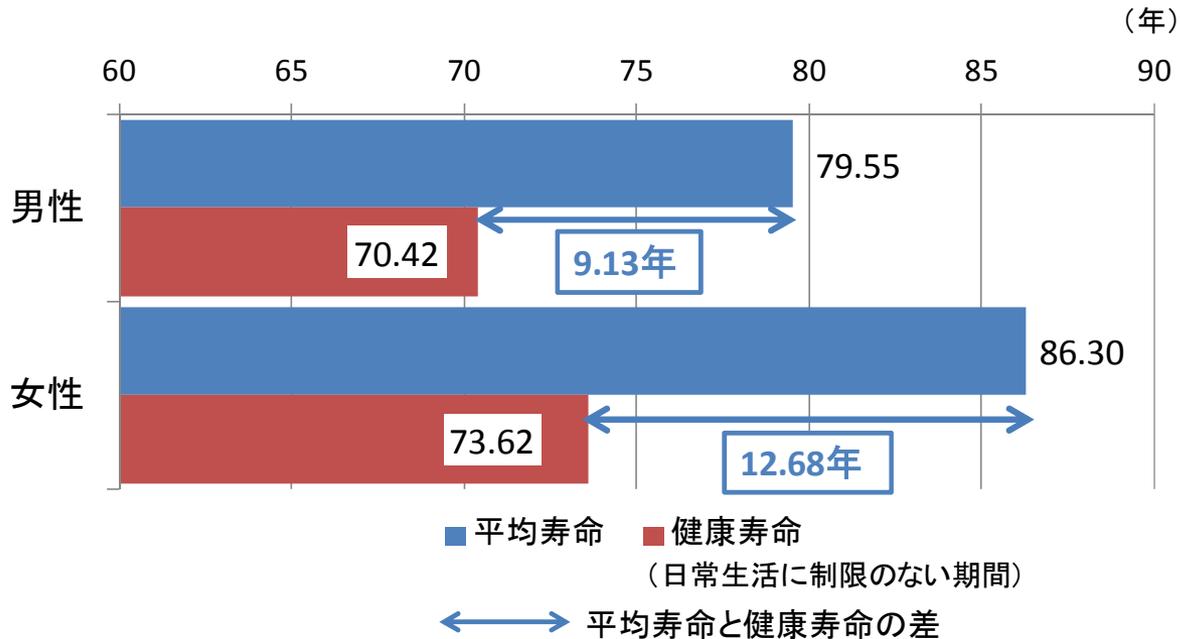
生活習慣の改善
(リスクファクターの低減)

⑤

社会環境の改善

健康日本21(第二次)に関する具体的な取組

健康寿命とは：日常生活に制限のない期間



【資料】

- 平均寿命（平成22年）厚生労働省「平成22年完全生命表」より
- 健康寿命（平成22年）厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」より

※健康日本21（第二次）における目標：健康寿命の延伸

目標項目	日常生活に制限のない期間の平均
策定時	男性70.42年、女性73.62年（平成22年）
目標	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加*（平成34年度）
データソース	厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」 ※国民生活基礎調査をもとに算定

健康寿命の算出方法

国民生活基礎調査・健康票における質問項目

(1) 日常生活に制限のない期間の平均

健康寿命の
算出に利用

表2-1. 「日常生活に制限のない期間の平均」の質問

問1 あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか。

- (1) ある
- (2) ない

問2 それはどのようなことに影響がありますか。

あてはまるすべての番号に○をつけてください。

- (1) 日常生活動作（起床、衣服着脱、食事、入浴など）
- (2) 外出（時間や作業量などが制限される）
- (3) 仕事、家事、学業（時間や作業量が制限される）
- (4) 運動（スポーツを含む）
- (5) その他

(2) 自分が健康であると自覚している期間の平均

表2-2. 「自分が健康であると自覚している期間の平均」の質問

問 あなたの現在の健康状態はいかがですか。

あてはまる番号1つに○をつけてください。

- (1) よい
- (2) まあよい
- (3) ふつう
- (4) あまりよくない
- (5) よくない

※同様の質問項目が、欧州では健康寿命の算出の1つの方法として用いられている

主観的健康度に基づく
健康寿命の算出に利用可能

国民生活基礎調査における質問「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか。」に対する「ある」の回答者を日常生活に制限ありと定め、その割合を性・年齢階級別に得る。（対象者は6歳以上の居宅者で、医療施設の入院者と介護保険施設の在所者と0~5歳は含まれない。）

2013年の国民生活基礎調査：

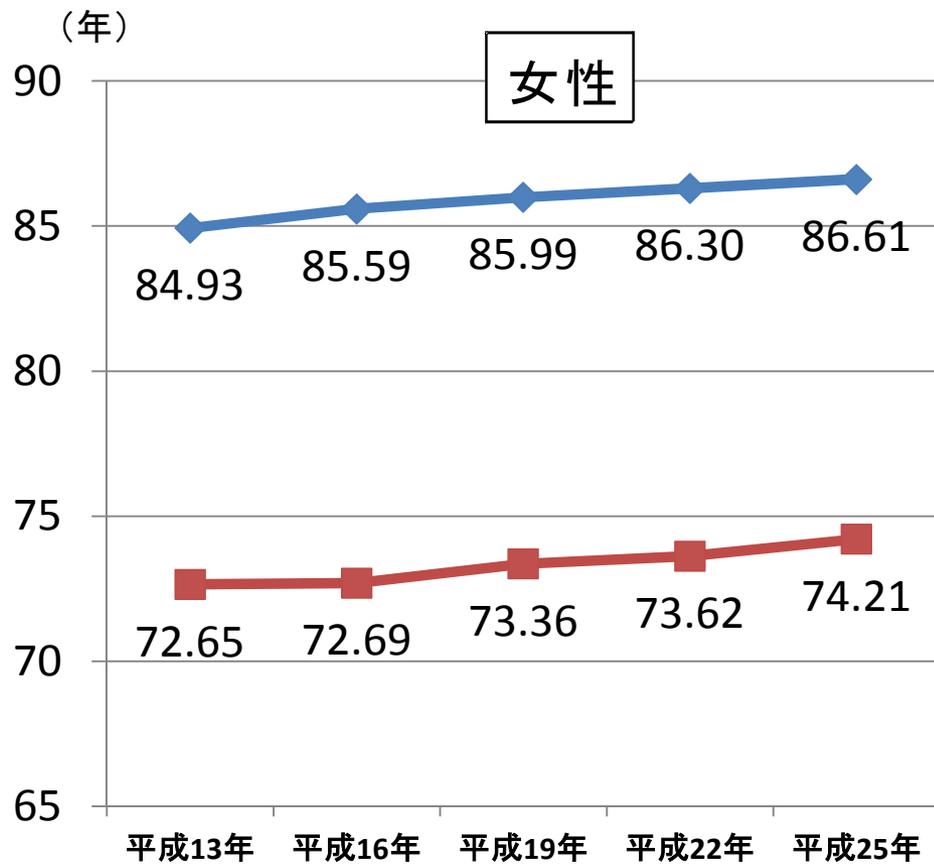
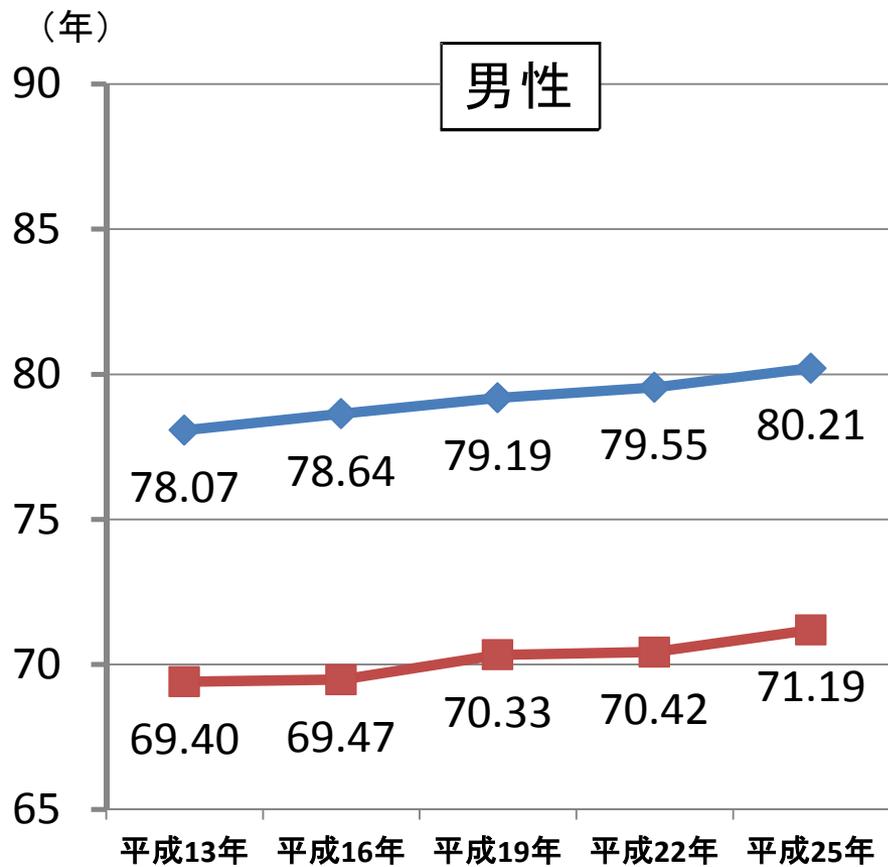
有効回答者数：545,782人/603,211人, 有効回答率：90.5% *

* 平成25年国民生活基礎調査

平均寿命と健康寿命の推移

◆ 平均寿命

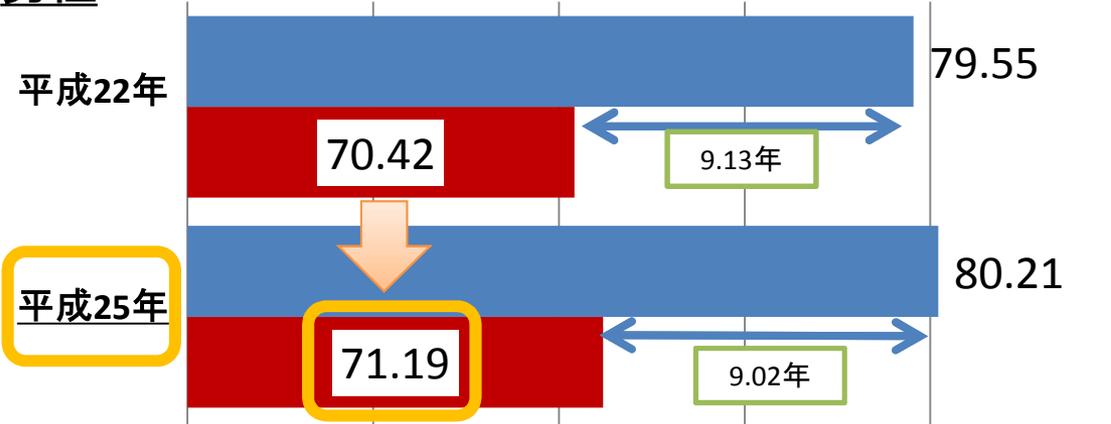
■ 健康寿命



【資料】 平均寿命：平成13・16・19・25年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」

健康寿命とは：日常生活に制限のない期間

男性

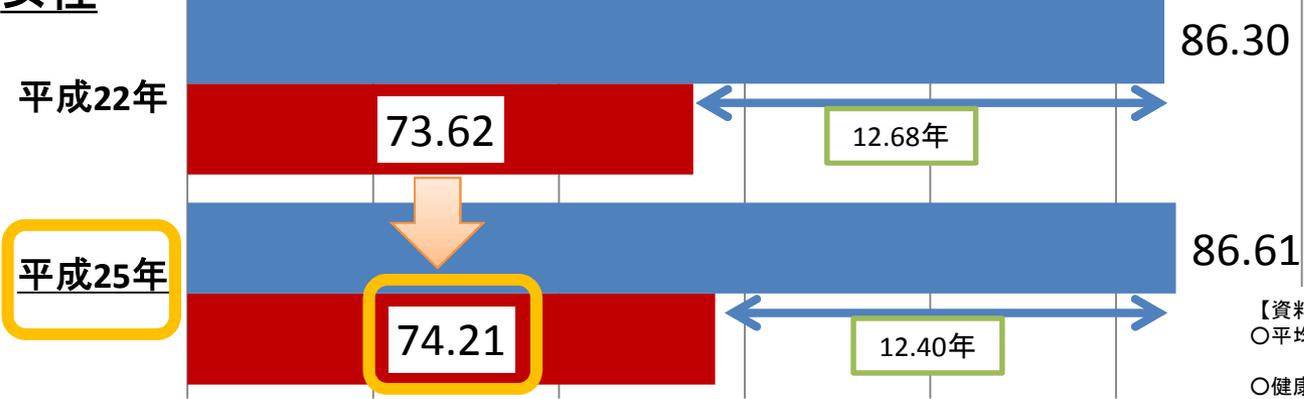


○平成25年の健康寿命は
男性71.19年、女性74.21年

○健康寿命は
男性0.78年、女性0.59年延伸
(対平成22年)

○日常生活に制限のある期間は
男性0.11年、女性0.28年短縮
(対平成22年)

女性



■ 平均寿命 ■ 健康寿命

【資料】
○平均寿命：厚生労働省「平成22年完全生命表」「平成25年簡易生命表」
○健康寿命：厚生労働省「平成22年/平成25年簡易生命表」
厚生労働省「平成22年/平成25年人口動態統計」
厚生労働省「平成22年/平成25年国民生活基礎調査」
総務省「平成22年/平成25年推計人口」
より算出

※健康日本21(第二次)の目標：平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（平成34年度）
日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標：「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」（平成32年）

健康格差の縮小（地域格差）

健康日本21（第二次）における目標：健康格差の縮小

目標項目	日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小
現状	男性2.79年、女性2.95年（平成22年）
目標	都道府県格差の縮小（平成34年度）
データソース	厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」 ※国民生活基礎調査をもとに算定

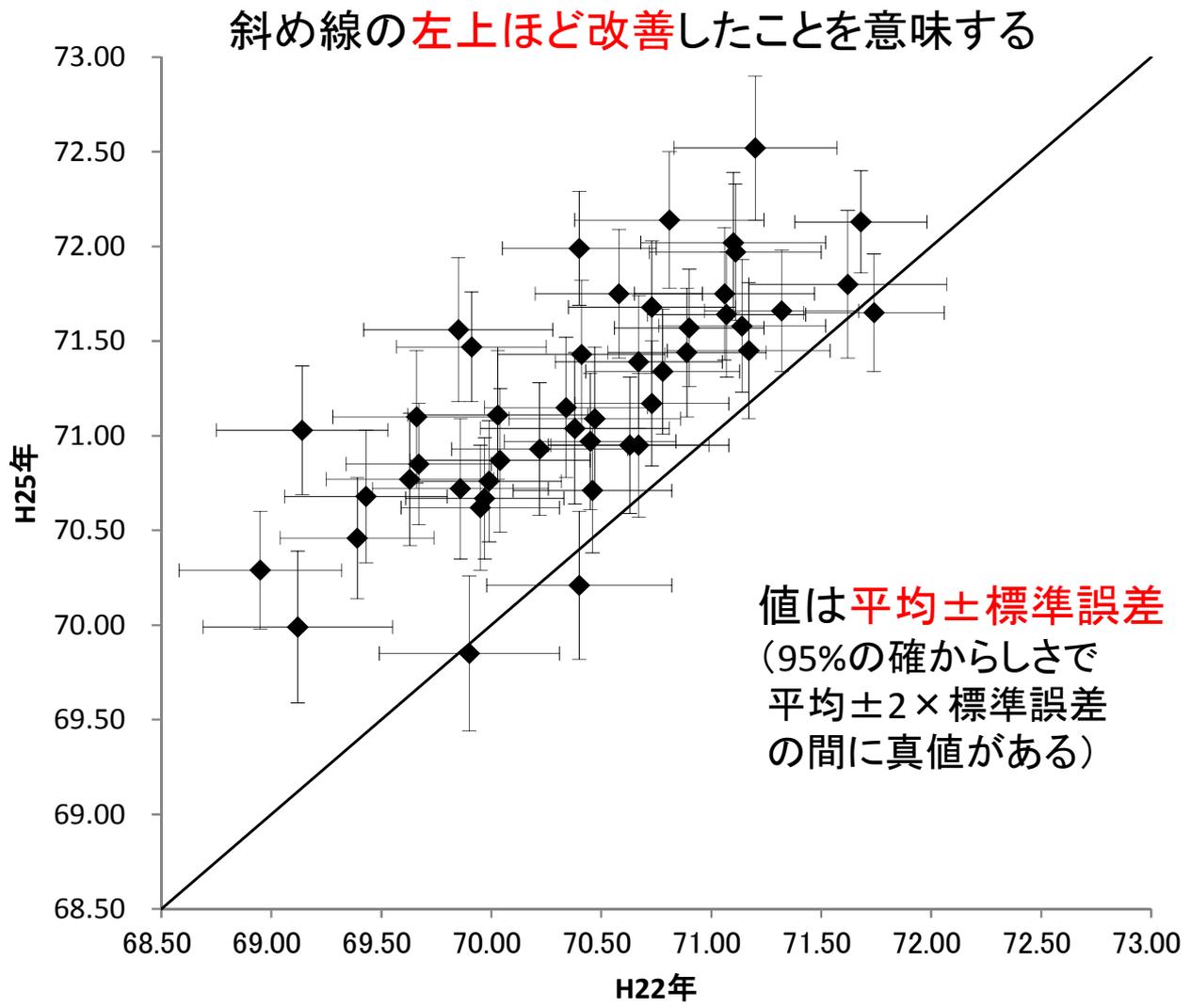
○目標である「都道府県格差の縮小」の考え方

47都道府県の健康寿命の値の分布全体が高い方に移動した上で、分布の幅（都道府県感のバラツキ）が縮小することが望ましい状態と考えられる。

○今後の方向性

都道府県の健康寿命の推定値の推移については、その分布に誤差があるため、平成22年と25年による2点比較でその変化を評価することは困難であり、次回28年の値もあわせて評価する必要があるため、健康日本21（第二次）の中間評価の際に評価を行う予定。また、その評価方法についても、開発の必要があり、引き続き研究において検証を行っていく予定。

都道府県別健康寿命(推定値)～平成22年と25年の比較～ 男性



日常生活に制限のない期間の平均：都道府県の推定値と95%信頼区間

【男性】

都道府県番号	都道府県	平成25年			(参考)平成22年		
		推定値	95%信頼区間		推定値	95%信頼区間	
1	北海道	71.11	70.45	71.78	70.03	69.23	70.82
2	青森	70.29	69.68	70.90	68.95	68.22	69.68
3	岩手	70.68	70.00	71.36	69.43	68.70	70.16
4	宮城	71.99	71.40	72.57	70.40	69.71	71.08
5	秋田	70.71	70.06	71.36	70.46	69.75	71.17
6	山形	71.34	70.69	71.98	70.78	70.10	71.47
7	福島	70.67	70.03	71.30	69.97	69.25	70.68
8	茨城	71.66	71.03	72.29	71.32	70.63	72.00
9	栃木	71.17	70.53	71.82	70.73	70.04	71.42
10	群馬	71.64	71.00	72.29	71.07	70.37	71.78
11	埼玉	71.39	70.71	72.07	70.67	69.91	71.42
12	千葉	71.80	71.04	72.56	71.62	70.73	72.51
13	東京	70.76	70.14	71.39	69.99	69.34	70.64
14	神奈川	71.57	70.97	72.18	70.90	70.23	71.57
15	新潟	71.47	70.90	72.03	69.91	69.25	70.57
16	富山	70.95	70.25	71.65	70.63	69.91	71.34
17	石川	72.02	71.29	72.75	71.10	70.29	71.92
18	福井	71.97	71.26	72.68	71.11	70.33	71.88
19	山梨	72.52	71.79	73.26	71.20	70.46	71.93
20	長野	71.45	70.75	72.16	71.17	70.45	71.90
21	岐阜	71.44	70.78	72.10	70.89	70.17	71.60
22	静岡	72.13	71.61	72.66	71.68	71.09	72.28
23	愛知	71.65	71.05	72.25	71.74	71.11	72.37
24	三重	71.68	71.00	72.37	70.73	69.98	71.48
25	滋賀	70.95	70.20	71.71	70.67	69.87	71.48
26	京都	70.21	69.45	70.98	70.40	69.57	71.23
27	大阪	70.46	69.84	71.08	69.39	68.71	70.07
28	兵庫	70.62	69.97	71.27	69.95	69.24	70.67
29	奈良	71.04	70.25	71.83	70.38	69.53	71.23
30	和歌山	71.43	70.66	72.19	70.41	69.66	71.16
31	鳥取	70.87	70.11	71.62	70.04	69.24	70.85
32	島根	70.97	70.25	71.68	70.45	69.69	71.21
33	岡山	71.10	70.42	71.79	69.66	68.91	70.40
34	広島	70.93	70.25	71.61	70.22	69.44	71.01
35	山口	71.09	70.35	71.82	70.47	69.71	71.24
36	徳島	69.85	69.04	70.65	69.90	69.10	70.71
37	香川	70.72	69.99	71.45	69.86	69.09	70.64
38	愛媛	70.77	70.08	71.47	69.63	68.88	70.38
39	高知	69.99	69.20	70.78	69.12	68.27	69.97
40	福岡	70.85	70.24	71.47	69.67	69.02	70.32
41	佐賀	71.15	70.42	71.87	70.34	69.61	71.06
42	長崎	71.03	70.36	71.70	69.14	68.38	69.91
43	熊本	71.75	71.08	72.43	70.58	69.82	71.33
44	大分	71.56	70.82	72.30	69.85	69.00	70.70
45	宮崎	71.75	71.07	72.44	71.06	70.25	71.87
46	鹿児島	71.58	70.89	72.27	71.14	70.40	71.89
47	沖縄	72.14	71.43	72.84	70.81	69.96	71.66
(参考)	全国値	71.19	71.07	71.32	70.42	70.28	70.55

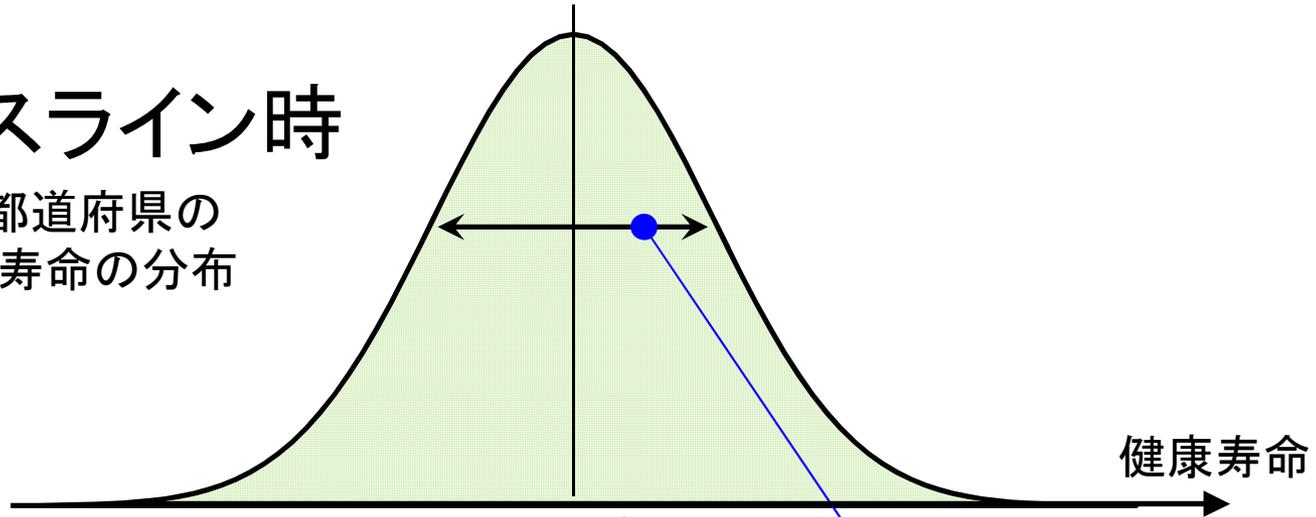
【女性】

都道府県番号	都道府県	平成25年			(参考)平成22年		
		推定値	95%信頼区間		推定値	95%信頼区間	
1	北海道	74.39	73.62	75.16	73.19	72.30	74.09
2	青森	74.64	73.98	75.30	73.34	72.54	74.14
3	岩手	74.46	73.72	75.19	73.25	72.42	74.07
4	宮城	74.25	73.59	74.92	73.78	73.03	74.54
5	秋田	75.43	74.76	76.10	73.99	73.20	74.77
6	山形	74.27	73.57	74.97	73.87	73.09	74.64
7	福島	73.96	73.24	74.67	74.09	73.33	74.85
8	茨城	75.26	74.55	75.96	74.62	73.82	75.43
9	栃木	74.83	74.13	75.53	74.86	74.11	75.61
10	群馬	75.27	74.54	75.99	75.27	74.48	76.06
11	埼玉	74.12	73.36	74.88	73.07	72.19	73.94
12	千葉	74.59	73.68	75.50	73.53	72.45	74.61
13	東京	73.59	72.93	74.24	72.88	72.14	73.61
14	神奈川	74.75	74.06	75.44	74.36	73.57	75.16
15	新潟	74.79	74.16	75.42	73.77	73.01	74.52
16	富山	74.76	74.02	75.49	74.36	73.58	75.15
17	石川	74.66	73.90	75.42	74.54	73.62	75.45
18	福井	75.09	74.36	75.83	74.49	73.68	75.31
19	山梨	75.78	74.97	76.59	74.47	73.61	75.32
20	長野	74.73	73.96	75.50	74.00	73.20	74.81
21	岐阜	74.83	74.12	75.55	74.15	73.38	74.91
22	静岡	75.61	75.00	76.22	75.32	74.62	76.01
23	愛知	74.65	73.98	75.32	74.93	74.18	75.68
24	三重	75.13	74.37	75.88	73.63	72.82	74.44
25	滋賀	73.75	72.93	74.57	72.37	71.44	73.29
26	京都	73.11	72.31	73.92	73.50	72.61	74.40
27	大阪	72.49	71.79	73.20	72.55	71.78	73.33
28	兵庫	73.37	72.66	74.08	73.09	72.32	73.85
29	奈良	74.53	73.71	75.35	72.93	71.99	73.87
30	和歌山	74.33	73.52	75.14	73.41	72.59	74.23
31	鳥取	74.48	73.68	75.27	73.24	72.38	74.09
32	島根	73.80	73.03	74.57	74.64	73.85	75.43
33	岡山	73.83	73.08	74.58	73.48	72.68	74.29
34	広島	72.84	72.04	73.64	72.49	71.59	73.39
35	山口	75.23	74.47	75.99	73.71	72.86	74.55
36	徳島	73.44	72.62	74.27	72.73	71.83	73.64
37	香川	73.62	72.86	74.39	72.76	71.91	73.61
38	愛媛	73.83	73.09	74.58	73.89	73.02	74.75
39	高知	74.31	73.50	75.12	73.11	72.18	74.05
40	福岡	74.15	73.50	74.81	72.72	72.00	73.45
41	佐賀	74.19	73.43	74.96	73.64	72.82	74.46
42	長崎	73.62	72.86	74.38	73.05	72.19	73.91
43	熊本	74.40	73.69	75.11	73.84	73.02	74.66
44	大分	75.01	74.21	75.82	73.19	72.30	74.09
45	宮崎	75.37	74.60	76.13	74.62	73.72	75.51
46	鹿児島	74.52	73.73	75.31	74.51	73.70	75.31
47	沖縄	74.34	73.50	75.17	74.86	73.89	75.82
(参考)	全国値	74.21	74.07	74.35	73.62	73.46	73.77

「都道府県格差の縮小」の望ましい姿(概念図)

ベースライン時

47都道府県の
健康寿命の分布



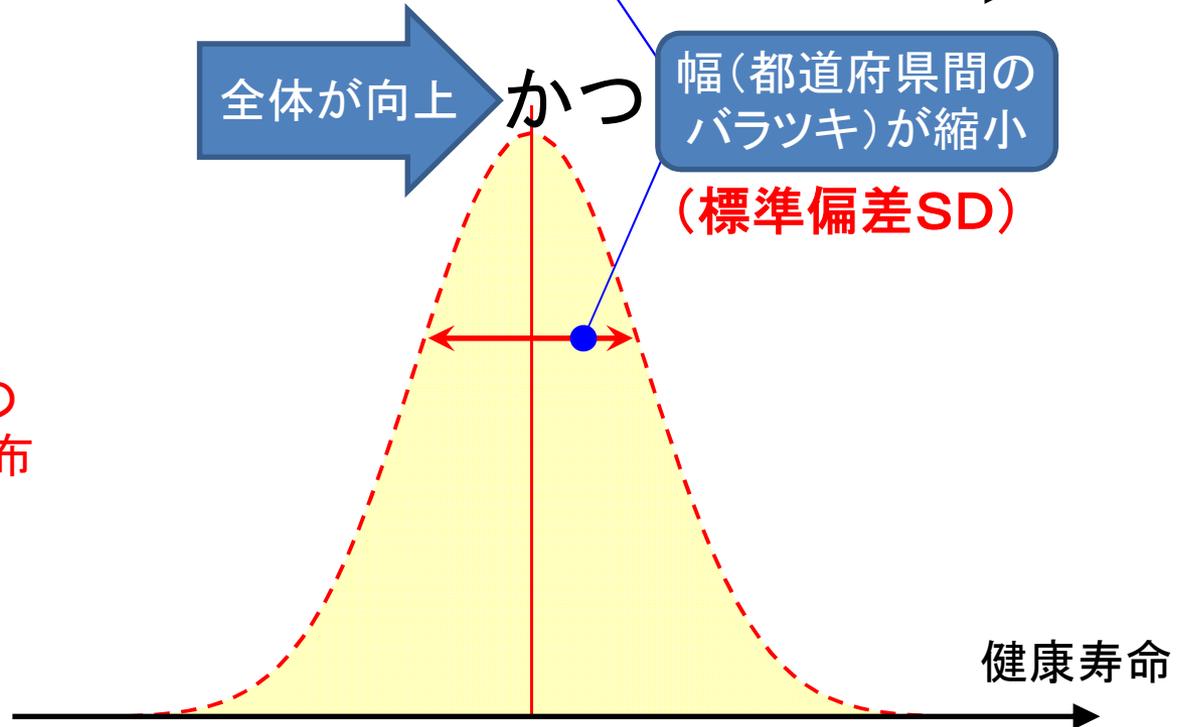
全体が向上

かつ

幅(都道府県間の
バラツキ)が縮小
(標準偏差SD)

評価時

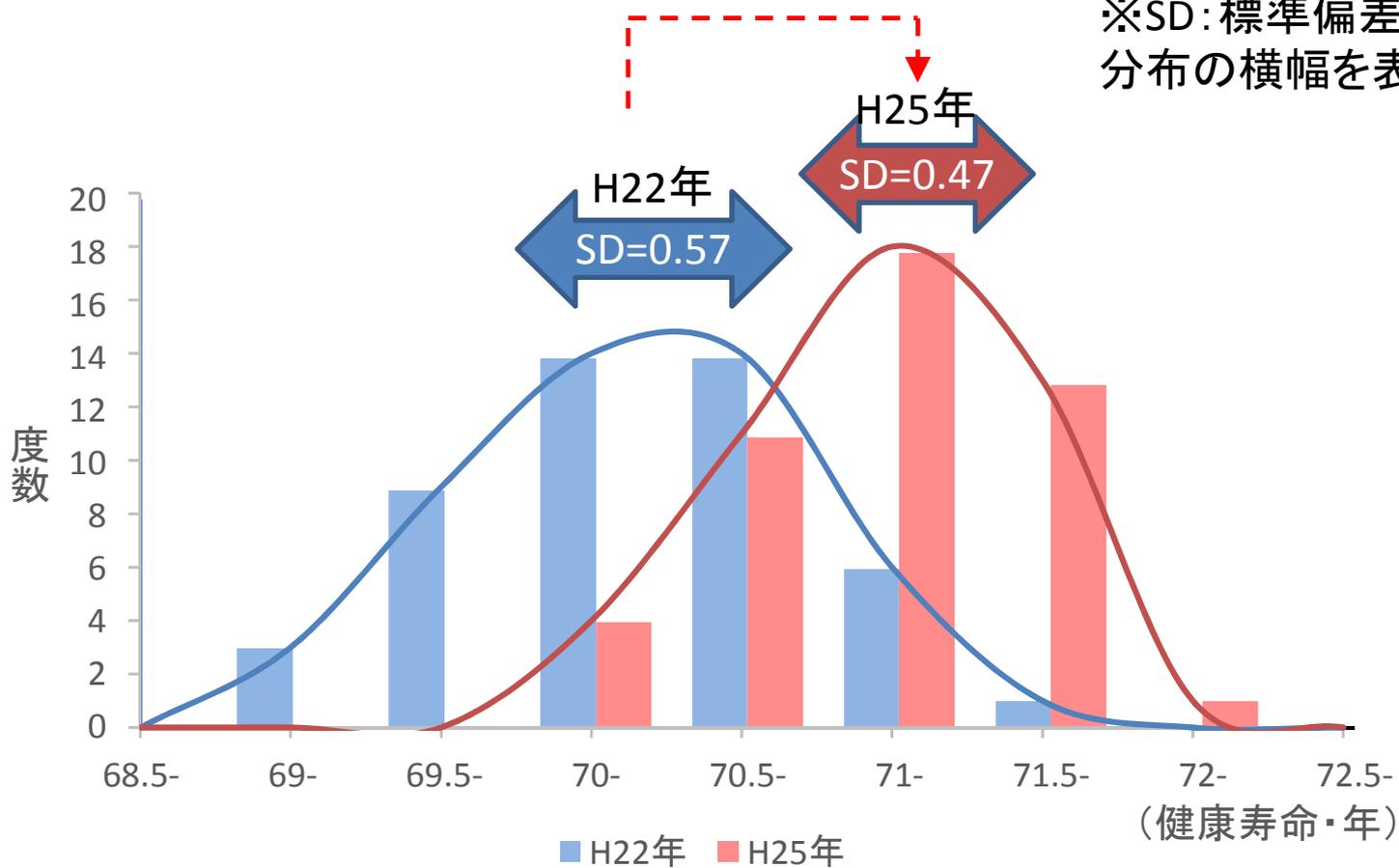
47都道府県の
健康寿命の分布



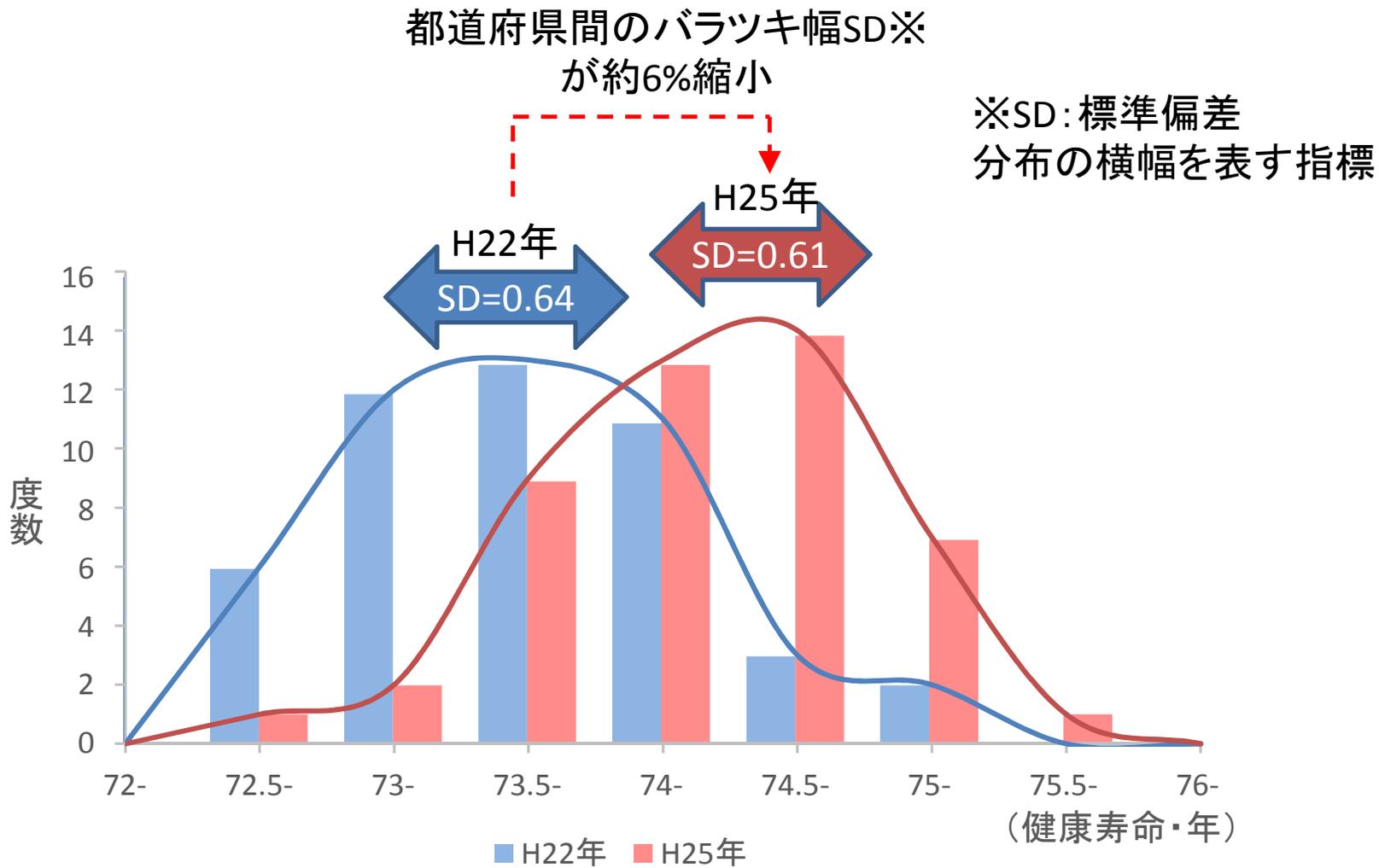
健康寿命(真値)の都道府県分布 ~平成22年と25年の比較~ 男性

都道府県間のバラツキ幅SD※
が約17%縮小

※SD: 標準偏差
分布の横幅を表す指標



健康寿命(真値)の都道府県分布 ~平成22年と25年の比較~ 女性



健康寿命 ～三つの指標～

健康寿命の指標		調査データ
健康日本21の 主指標	<p>①「日常生活に制限のない期間の平均」</p> <p>あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか。</p> <p>(1) ある (2) ない</p>	国民生活基礎調査 健康表注1, 2
健康日本21の 副指標	<p>②「自分が健康であると自覚している期間の平均」</p> <p>あなたの現在の健康状態はいかがですか。</p> <p>あてはまる番号1つに○をつけてください。</p> <p>(1) よい (2) まあよい (3) ふつう (4) あまりよくない (5) よくない</p> <p>注)「ふつう」以上を健康と判断する。</p>	国民生活基礎調査 健康表注1, 2
市町村が新たな調査を せずに算定できる指標	<p>③「日常生活動作が自立している期間の平均」</p> <p>介護保険の要介護度の要介護2～5を不健康な状態とし、それ以外を健康な状態とする。</p> <p>* 0～39歳の不健康割合は0と仮定する。 * 40～64歳の要介護2～5の認定者数について、5歳年齢階級別の人数が得られない場合、各年齢階級に一定の人数あるいは既定の割合による人数を配分する。</p>	介護保険情報

注1) 0～5歳の不健康割合は6～9歳と等しいと仮定 注2) 調査年は3年毎



この「健康寿命のページ」は、健康寿命に関する研究成果を公開するためのホームページです。

(グループ代表 藤田保健衛生大学医学部衛生学講座教授 橋本修二)

お知らせ

- ✔ 平成26年度報告書を掲載しました。**NEW!**
- ✔ 健康寿命に関するご質問についてのQ&Aを掲載しました。
- ✔ 平成25年度「健康日本21(第二次)の推進に関する研究」報告書を掲載しました。

Q&A (平成26年5月追加版)

 [健康寿命の算定方法Q&A\(pdfファイル、0.1 MB、平成26年6月\)](#)

健康寿命の算定方法の指針 (平成24年9月)

 [健康寿命の算定方法の指針\(説明書\)\(pdfファイル、5 MB\)](#)

 [健康寿命の算定プログラム\(エクセルファイル、0.3 MB\)](#)

健康格差対策に取り組む自治体数の増加

◆ 健康日本21(第二次)の目標項目

別表第四 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

項 目	策定時の現状	現状値	目標
⑤健康格差対策に取り組む自治体数の増加 (課題となる健康格差の実態を把握し、健康作りが不利な集団への対策を実施している都道府県の数)	11都道府県 (平成24年)	30都道府県 (平成26年度)	47都道府県 (平成34年度)

◆ 健康格差対策に取り組む自治体について定期的に調査を実施

項 目	問1														問2	問3	
	貴都道府県は、管内市町村の健康に関する指標(平均寿命や健康寿命、がん・脳血管疾患・虚血性疾患の年齢調整死亡率、糖尿病有病率、自殺率)や生活習慣の状況(食生活や運動習慣)の格差に関し、その実態を把握していますか。															問1で把握していると答えた都道府県は、その格差の縮小に向けた対策について検討していますか。	問2で検討していると答えた都道府県は、その検討結果に基づき、格差の縮小に向けた対策を実施していますか。
	把握している	平均寿命	健康寿命	がんの年齢調整死亡率	脳血管疾患の年齢調整死亡率	虚血性疾患の年齢調整死亡率	糖尿病有病率	自殺率	喫煙率	肥満	高血圧	食生活	身体活動	その他			
平成26年	46	43	37	34	33	32	24	40	25	29	29	20	21	20	37	30	

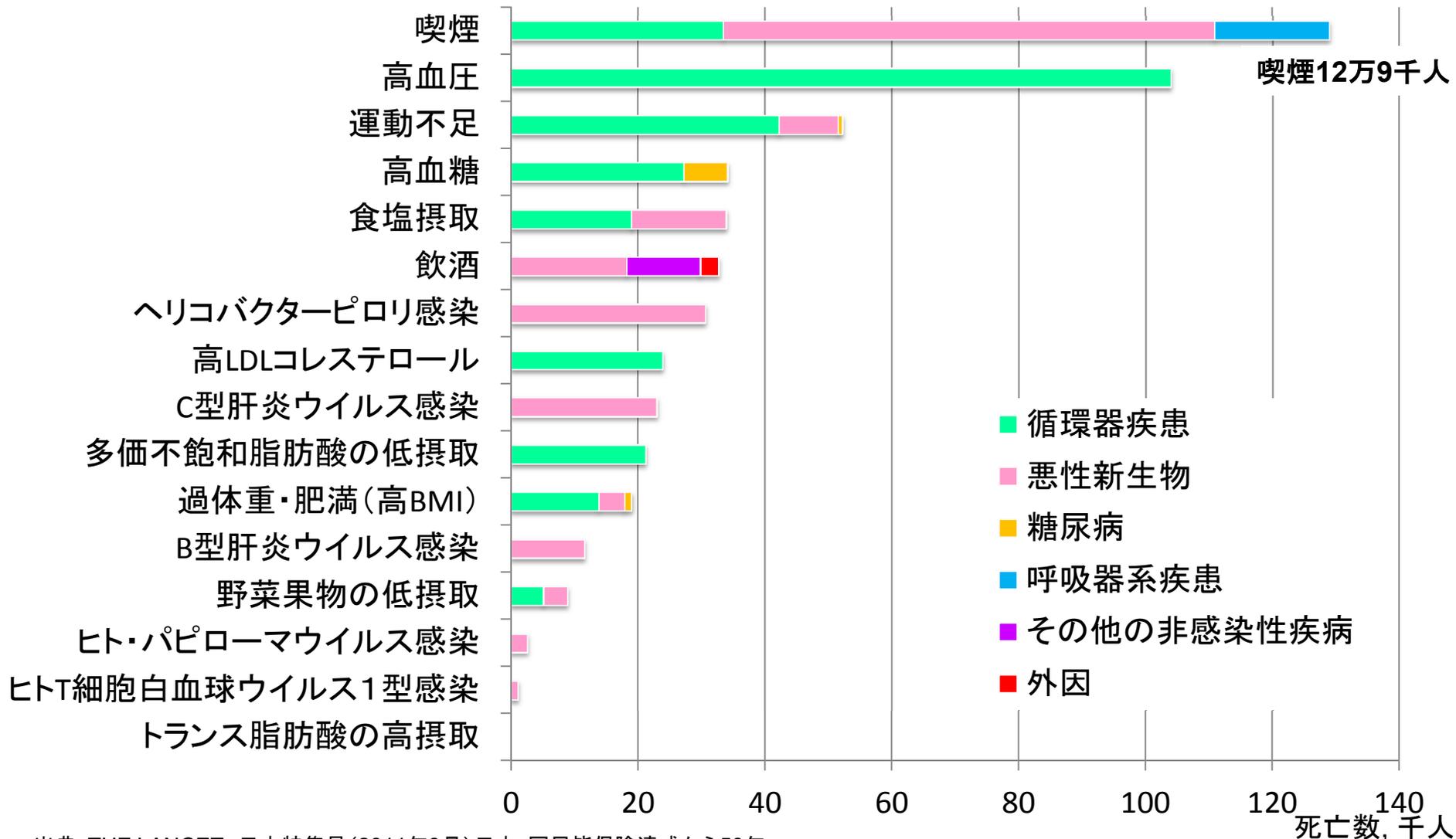
※「健康日本21(第二次)の目標項目設定に係る自治体の取組状況の把握について」の回答を基に作成した。
問1、問2については、平成24年度以降に一度でも把握したことがあるとの回答があった自治体について計上している。

健康日本21（第二次） たばこに関する目標設定

項目	現状	目標	
①成人の喫煙率の減少 （喫煙をやめたい人がやめる）	19.6% （H26年）	12% （H34年度） <small>※現在の成人の喫煙率から禁煙希望者が禁煙した場合の割合を減じたものを設定</small>	
②未成年の喫煙をなくす	中学1年生 男子 1.2% 女子 0.8% 高校3年生 男子 5.6% 女子 2.5% （H25年）	0% （H34年度）	
③妊娠中の喫煙をなくす	3.8% （H22年）	0% （H26年）	
④受動喫煙の機会を有する者の割合の減少 	行政機関	9.7% （H25年）	0% （H34年度）
	医療機関	6.5% （H25年）	0% （H34年度）
	職場	65.5% （H25年） <small>※全面禁煙＋空間分煙をしている職場の割合</small>	受動喫煙の無い職場の実現 （H32年）
	家庭	9.3% （H25年）	3% （H34年度）
	飲食店	46.8% （H25年）	15% （H34年度）

非感染症疾患のリスク要因の推計

2007年の我が国における危険因子に関連する非感染症疾患と外因による死亡数



出典: THE LANCET 日本特集号(2011年9月)日本:国民皆保険達成から50年

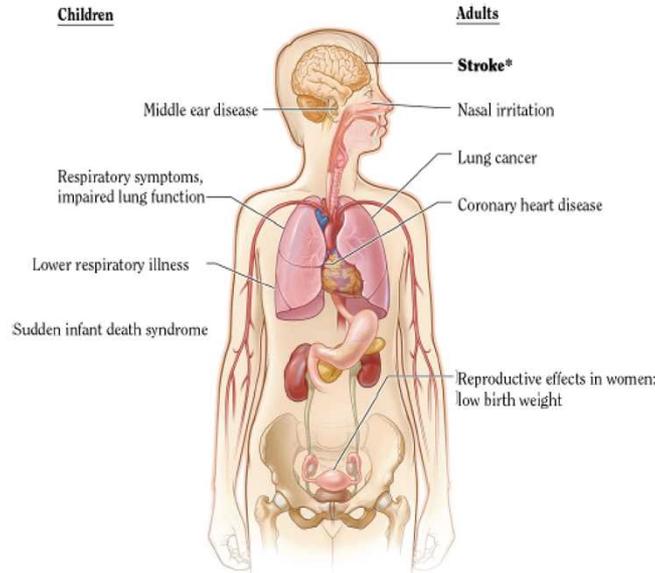
なぜ日本国民は健康なのか(厚生科学研究:我が国の保健医療制度に関する包括的実証研究、渋谷健司より作成)

受動喫煙の健康影響

受動喫煙と関連がある疾患

The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress

Figure 1.1B The health consequences causally linked to exposure to secondhand smoke



小児

- ・中耳疾患
- ・呼吸器症状
- ・肺機能障害
- ・末梢気道疾患
- ・乳児突然死症候群

成人

- ・脳卒中
- ・鼻刺激症状
- ・肺がん
- ・心血管疾患
- ・女性の生殖機能
(低出生体重児)

出典) 2014年米国公衆衛生総監報告書

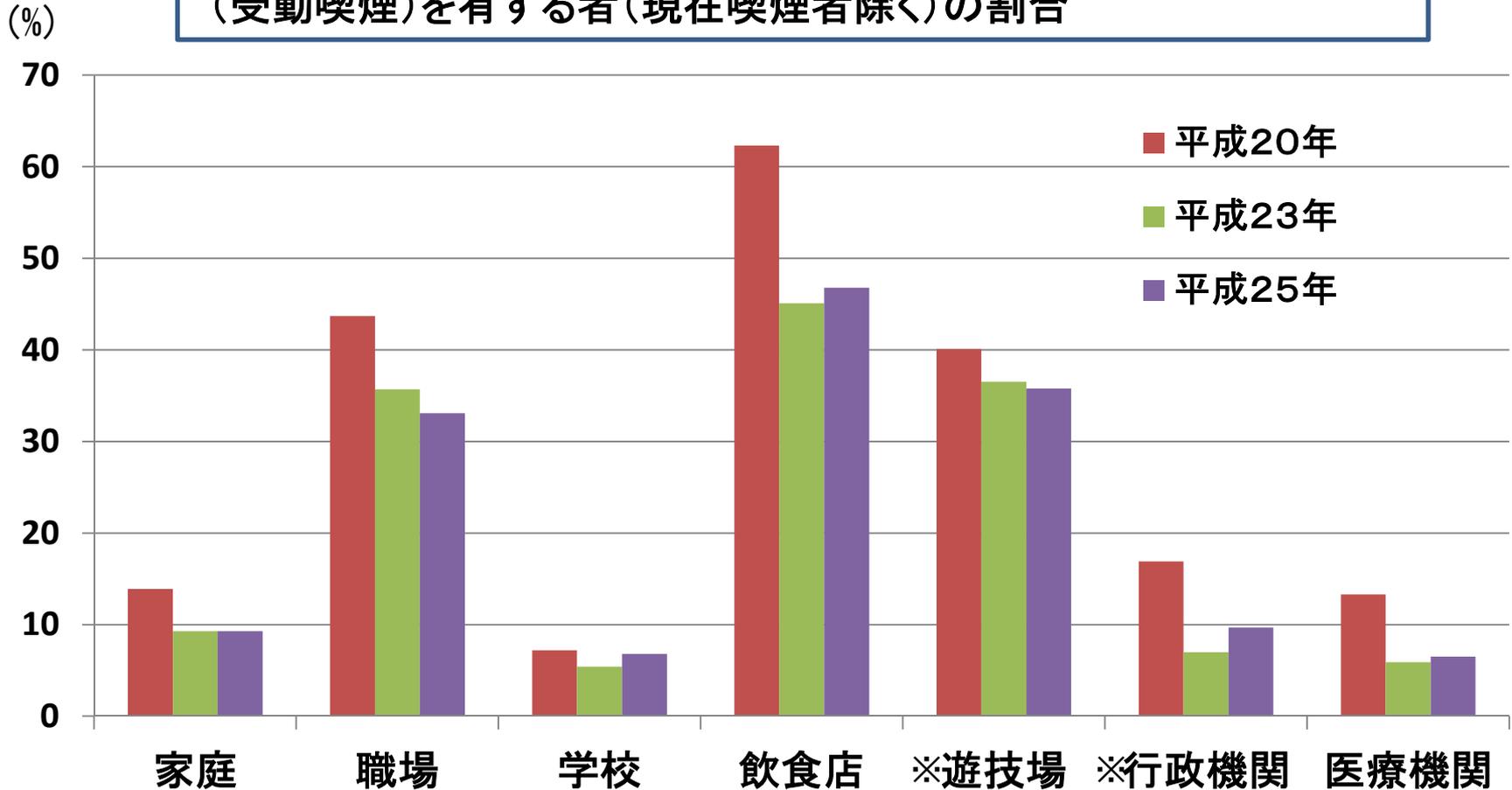
Source: USDHHS 2004, 2006.

Note: Each condition presented in bold text and followed by an asterisk (*) is a new disease that has been causally linked to exposure to secondhand smoke in this report.

	喫煙による年間死亡者数	受動喫煙による年間死亡者数	出典
世界	600万人※1	60万人※2	※1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015 ※2. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011
日本	12-13万人※1~3 年間死亡者数119万人(H22)の約1割	6,800人※4 肺がん、虚血性心疾患のみ計上	※1. Katanoda K, et al. 2008 ※2. Murakami Y, et al. 2011 ※3. Ikeda N, et al. 2011 ※4. 片野田ら、2010

受動喫煙の状況

過去1か月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会（受動喫煙）を有する者（現在喫煙者除く）の割合



- 職場、飲食店においては、漸減傾向にあるものの、非喫煙者の4割近くが受動喫煙にあっている。
- 行政機関、医療機関においては、非喫煙者の1割近くが受動喫煙にあっている。

※遊技場；ゲームセンター、パチンコ、競馬場など
行政機関；市役所、町村役場、公民館など

（参照）平成20,23,25年 国民・健康栄養調査

我が国の受動喫煙防止対策について

平成15年5月 健康増進法施行

第25条 学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙（室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう。）を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない。

「受動喫煙防止対策について」健康局長通知（平成22年2月25日 健発0225第2号）概要

- ① 受動喫煙による健康への悪影響は明確であることから、公共の場においては原則として全面禁煙を目指す。
- ② 全面禁煙が極めて困難である場合には、施設管理者に対して、当面の間、喫煙可能区域を設定する等の受動喫煙防止対策を求める。
- ③ たばこの健康への悪影響や国民にとって有用な情報など、最新の情報を収集・発信する。
- ④ 職場における受動喫煙防止対策と連動して対策を進める。

たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(FCTC)

○ 平成17年2月に発効した「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」では、締約国に対して、受動喫煙防止対策の積極的な推進を求めている。

第8条 たばこの煙にさらされることからの保護

1 締約国は、たばこの煙にさらされることが死亡、疾病及び障害を引き起こすことが科学的証拠により明白に証明されていることを認識する。

2 締約国は、屋内の職場、公共の輸送機関、屋内の公共の場所及び適当な場合には他の公共の場所におけるたばこの煙にさらされることからの保護を定める効果的な立法上、執行上、行政上又は他の措置を国内法によって決定された既存の国の権限の範囲内で採択し及び実施し、並びに権限のある他の当局による当該措置の採択及び実施を積極的に促進する。

第2回締約国会合

○ 平成19年7月にバンコクで開催された第2回締約国会合において、「たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」が採択され、締約国には、より一層、受動喫煙防止対策を進めることが求められている。

(ガイドラインの主な内容)

○ 100%禁煙以外の措置(換気の実施、喫煙区域の設定)は、不完全であることを認識すべきである。

○ すべての屋内の職場、屋内の公共の場及び公共交通機関は禁煙とすべきである。

○ たばこの煙にさらされることから保護するための立法措置は、責任及び罰則を盛り込むべきである。

オリンピックにおける受動喫煙防止に関連するWHOの取組

1. IOCとWHOの合意（2010年）

- 世界保健機関（WHO）と国際オリンピック委員会（IOC）は、身体活動を含む健康的な生活習慣を選択すること、すべての人々のためのスポーツ、たばこのないオリンピック及び子どもの肥満を予防することを共同で推進することについて合意した。（2010年7月21日）

2. WHOの『たばこのないメガイメントのためのガイド』（2010年）

- 多数の人々が関与し、テレビ放映等により巨大な影響を持つスポーツや文化などのメガイメントにおけるたばこ規制等に関して、WHOが定める政策ガイドライン。
- 受動喫煙の防止が主たる目的。
- イベントの施設内を禁煙とすることや、敷地内でのたばこ販売・広告の禁止などについてイベントの主催者や開催地政府に努力を求めている。

2008年以降のオリンピック開催地及び予定地の受動喫煙防止対策

- 少なくとも2008年以降、日本を除く全てのオリンピック開催地及び開催予定地が罰則を伴う受動喫煙防止対策(注1)を講じている。
- 受動喫煙防止対策は、分煙ではなく屋内禁煙とするのが主流。
- 屋外であっても運動施設を規制している国は多い。

【参考】国内(条例)

オリンピック開催年		日本	中国	カナダ	イギリス	ロシア	ブラジル	韓国	神奈川県	兵庫県	
主な対象施設	学校、医療機関、官公庁等の公共性の高い施設	(△)	○/△ 注2)	○	○	○	○	○/△ 注3)	△	○/△ 注4)	
	公共交通機関	鉄軌道車両・鉄軌道駅	(△)	△/○ 注5)	○	○	○	○	△ 注6)	△	△
		バス	(△)	○	○	○	○	○	△注7)	△	△
		タクシー	(△)	○	○	○	○	○	-	△	△
	飲食店	(△)	△	○	○	○	○	△	△注8)	△注9)	
	宿泊施設	(△)	△	△	○注10)	○	○	△	△注11)	△注12)	
	運動施設(屋外)	(△)	○	○	○	○	○	△注13)	△	△	
	事業所(職場)	(△)	△	○	○	○	○	△注14)	-注15)	-注15)	
罰則	管理者	×	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	国民	×	◎	◎	◎	◎	×	◎	◎	◎	

(表の見方) 1. 主な対象施設: (△)禁煙又は分煙等の努力義務 ○屋内完全禁煙の義務 △屋内分煙の義務、2. 罰則 :◎罰則有り ×罰則無し

注1)開催時点での規定。国の法律又は開催都市の条例で対応。

注2)学校、医療機関は○、官公庁施設は△

注3)高校以上は1000㎡以上のみ○、官公庁施設は△

注4)幼稚園、保育園、小中高校、病院・診療所、官公庁は○、大学、専修学校等は△

注5)車両は△、駅○

注6)16人乗以上で有償のもの

注7)子供の輸送用のみ

注8)100㎡以下は努力義務

注9)100㎡以下は努力義務

注10)客室を除く

注11)700㎡以下は努力義務

注12)100㎡以下は努力義務

注13)観客収容1000人以上のみ

注14)1000㎡以上のみ

注15)事務室等の特定の者が利用する空間を適用除外。

東京オリンピック・パラリンピックに向けた取組について

東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック 競技大会推進本部（平成27年11月27日）における内閣総理大臣発言

大会は健康増進に取り組む弾みとなるものであり、大会に向け、受動喫煙対策を強化してまいります。

2020年東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック競技大会の準備及び 運営に関する施策の推進を図るための基本方針（平成27年11月27日閣議決定）

受動喫煙防止については、健康増進の観点に加え、近年のオリンピック・パラリンピック競技大会開催地における受動喫煙法規制の整備状況を踏まえつつ、競技会場及び公共の場における受動喫煙防止対策を強化する。

2020年東京オリンピック競技大会・ 東京パラリンピック競技大会に向けた政府の取組

受動喫煙防止対策強化の推進：内閣官房、厚生労働省等

2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会開催を契機として、健康増進の観点に加え、近年のオリンピック・パラリンピック競技大会開催地における受動喫煙法規制の整備状況を踏まえつつ、幅広い公共の場等における受動喫煙防止対策を強化するため、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会関係府省庁連絡会議の下に、平成28年1月25日に、受動喫煙防止対策強化検討チームを立ち上げた。

「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」作成のスケジュール

平成27年

平成28年

11月

12月

1月

2月

3月

4月

5月

6月

喫煙の健康影響に関する検討会

● 第1回検討会 (11/30)

助言

執筆要領等を決定し、委託事業に対し助言を行う。

● 第2回検討会 (2/24)

健康課

原案たたき台提出

助言

委託事業からの原案たたき台を受け、委託事業に対し助言を行う。

健康課

原案提出

● 第3回検討会 (5月を予定)

検討会報告書を、とりまとめる。

国立がん研究センター委託事業 (たばこ情報収集・分析事業)

委託事業の協力者が、執筆及び編集査読作業等を行い、「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」原案を、厚労省健康局健康課に提出する。

健康日本21(第二次) 飲酒に関する目標設定

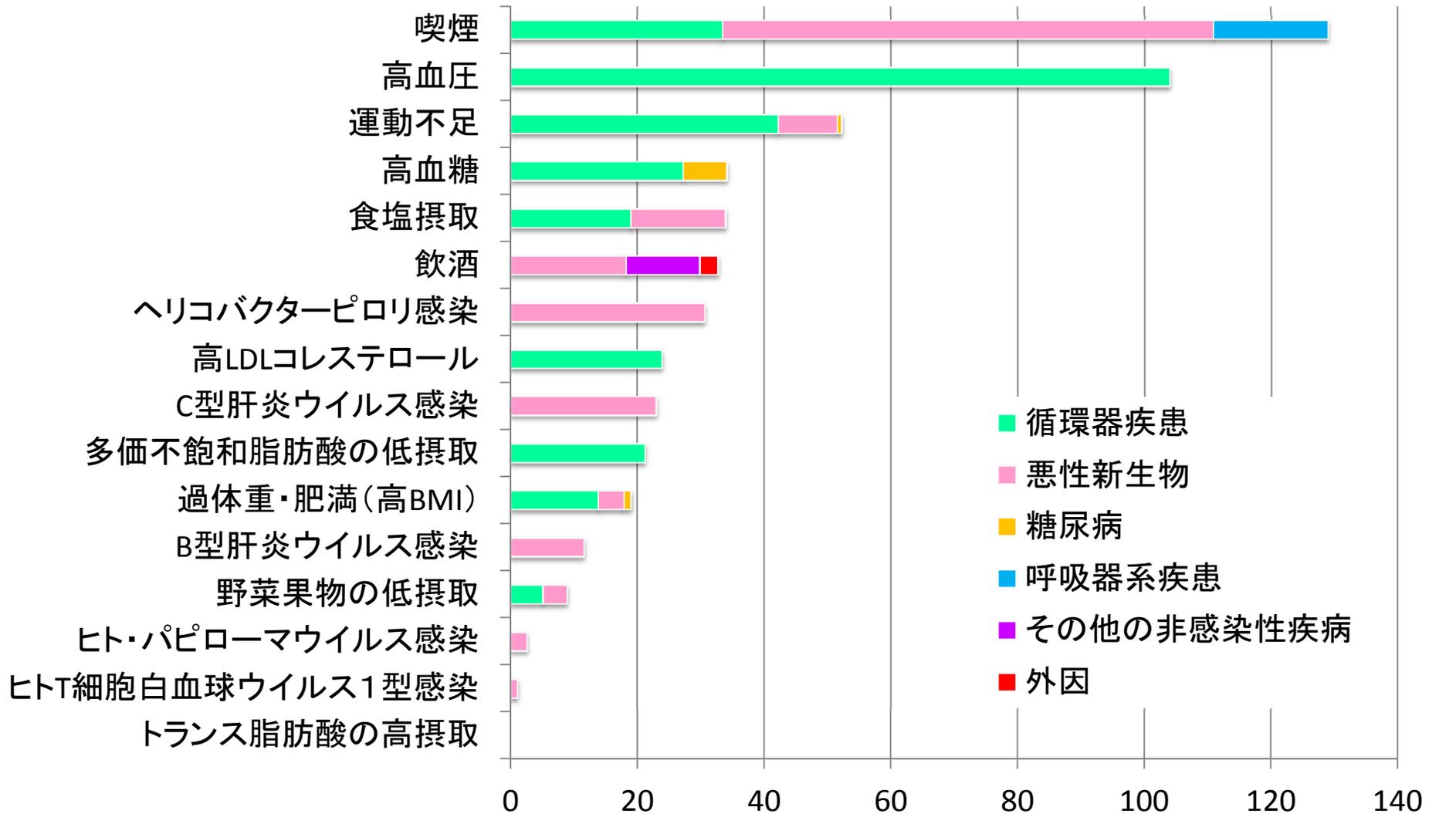
項目	現状	目標
①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 (1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合)	男性： <u>14.7%</u> (H24年) 女性： <u>7.6%</u> (H24年)	13.0%(H34年度) 6.4%(H34年度)
②未成年の飲酒をなくす (過去30日に1回以上飲酒した者の割合)	中学3年生 男子 <u>9.6%</u> 女子 <u>9.0%</u> 高校3年生 男子 <u>16.1%</u> 女子 <u>16.6%</u> (H24年)	0%(H34年度)
③妊娠中の飲酒をなくす	4.5%(H25年)	0%(H26年)

【参考】

飲料の種類 (量、アルコール度数)	ビール (500ml、5%)	清酒 (1合180ml、15%)	ウイスキー・ブランデー (ダブル60ml、43%)	焼酎 (1合180ml、25%)	ワイン (1杯120ml、12%)
純アルコール量	20g	22g	20g	36g	12g

非感染症疾患のリスク要因の推計

2007年の我が国における危険因子に関連する非感染症疾患と外因による死亡数



出典: THE LANCET 日本特集号(2011年9月)日本:国民皆保険達成から50年

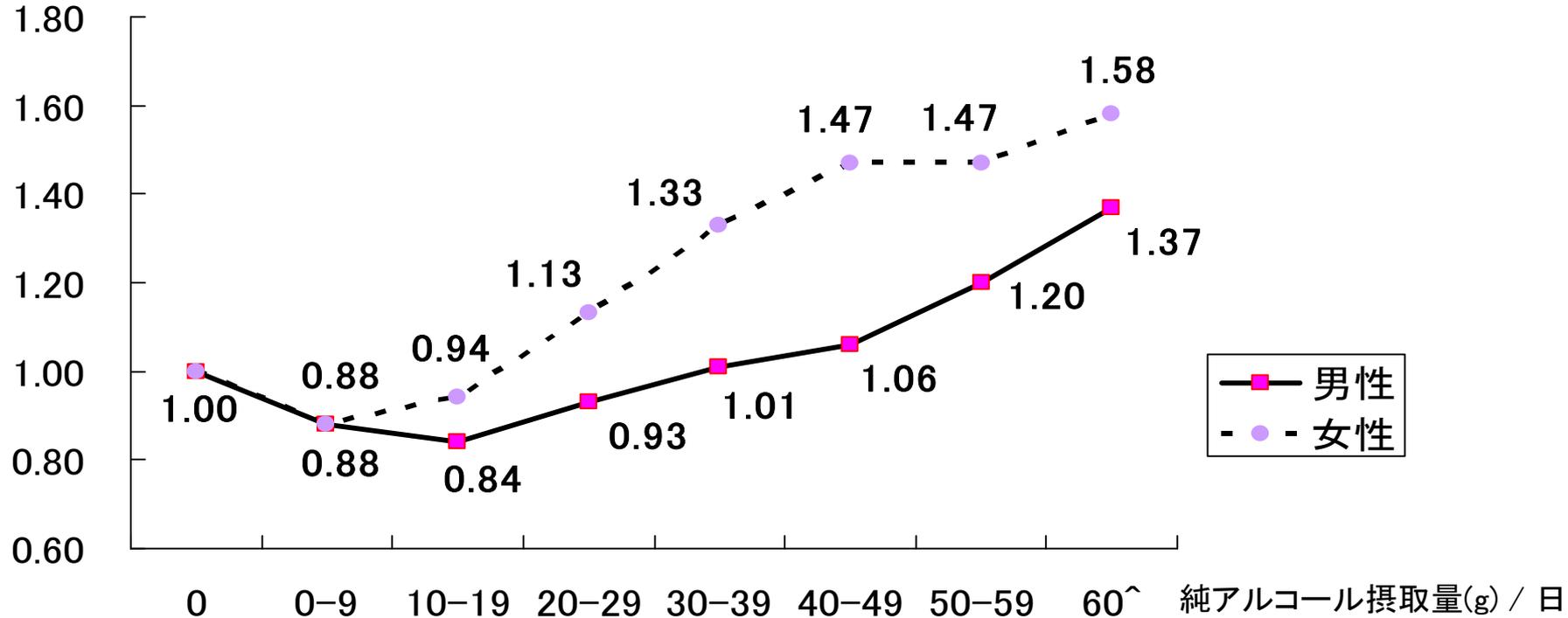
なぜ日本国民は健康なのか(厚生科学研究:我が国の保健医療制度に関する包括的実証研究、渋谷健司より作成)

死亡数, 千人

アルコールと全死亡

多量飲酒者(純アルコール摂取60g以上/日)の死亡率は女性1.6倍、男性1.4倍となる

相対危険度



<純アルコールへの換算>
ビールなら500ml、日本酒なら1
合が、純アルコール20gとなる

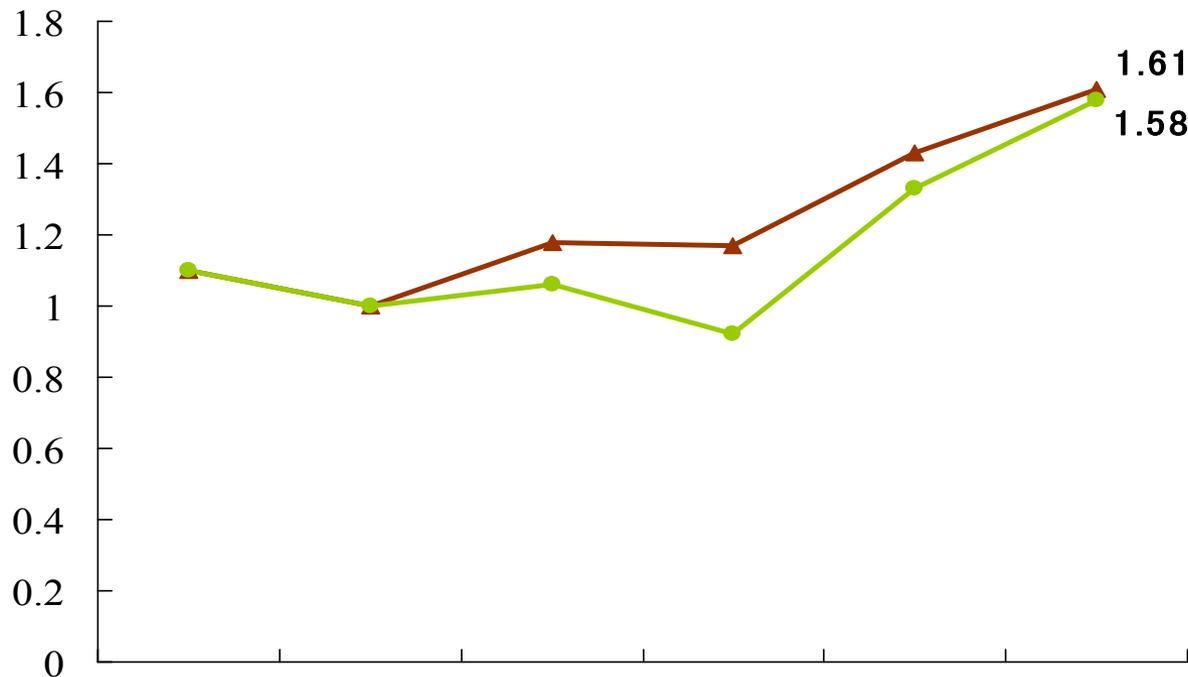
- ・16のコホート研究(主に35歳以上の欧米人が対象)に対するメタ解析
- ・少量の飲酒では健康へ好影響をもたらすという「Jカーブ効果」も示されている

出典: Holman CD et al. Meta-analysis of alcohol and all-cause mortality. MJA. 1996.

アルコールとがん

男性の多量摂取者は、機会飲酒者と比べがん罹患及び死亡が1.5倍程度高まる

相対危険度



▲ がん罹患 男性
● がん死亡 男性

純アルコール摂取量(g) / 週

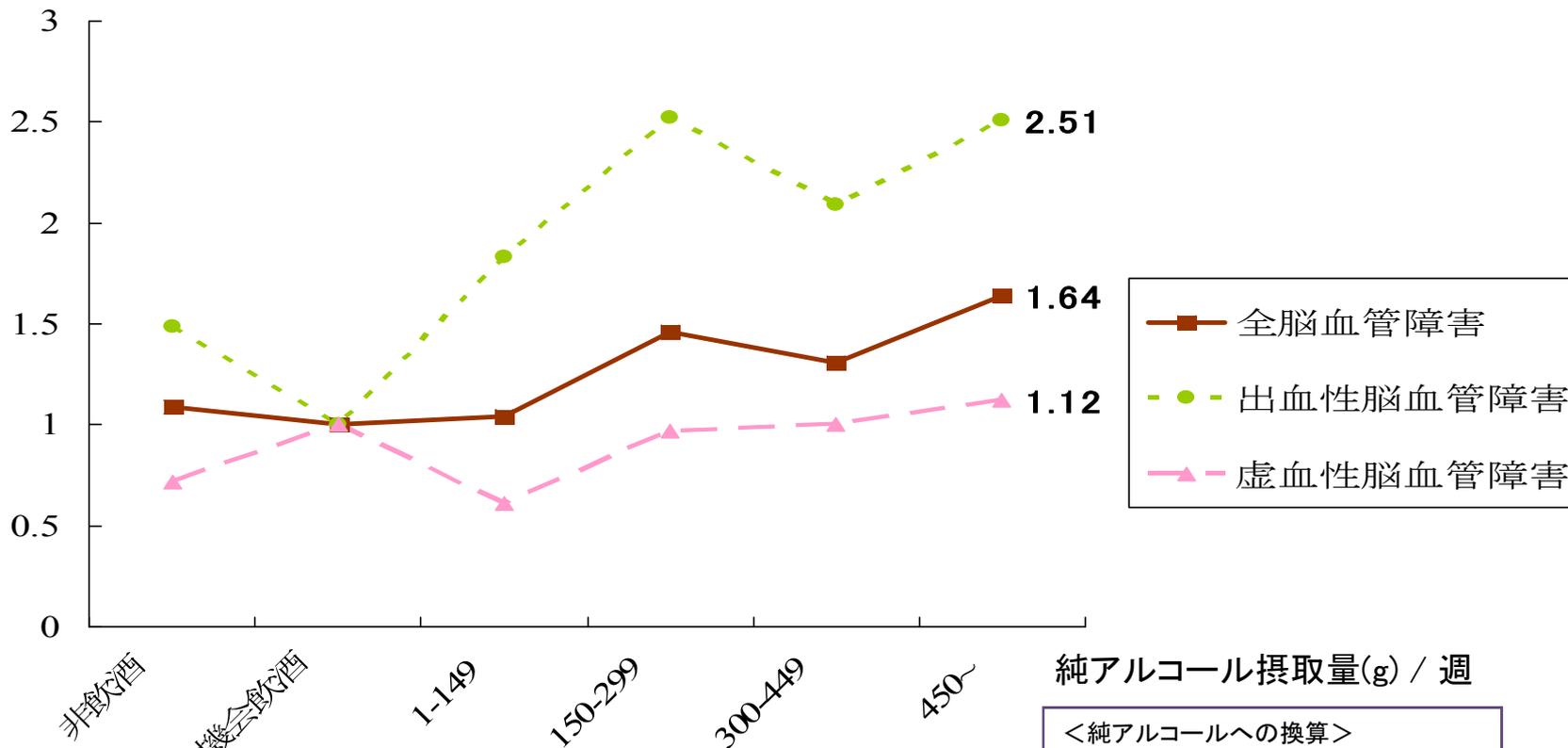
<純アルコールへの換算>
ビールなら500ml、日本酒なら1
合が、純アルコール20gとなる

- ・40-59歳の73,438人の日本人を8~11年間追跡したデータ
- ・相対危険度は年齢、喫煙習慣、野菜摂取量等で調整したもの
- ・女性は多量飲酒者のデータ数が少なく、明確な相関がでなかったと考えられる

アルコールと脳血管障害

一日平均ビール大瓶3.2本を飲む者は、全脳血管障害の相対危険度が1.6倍高まる

相対危険度



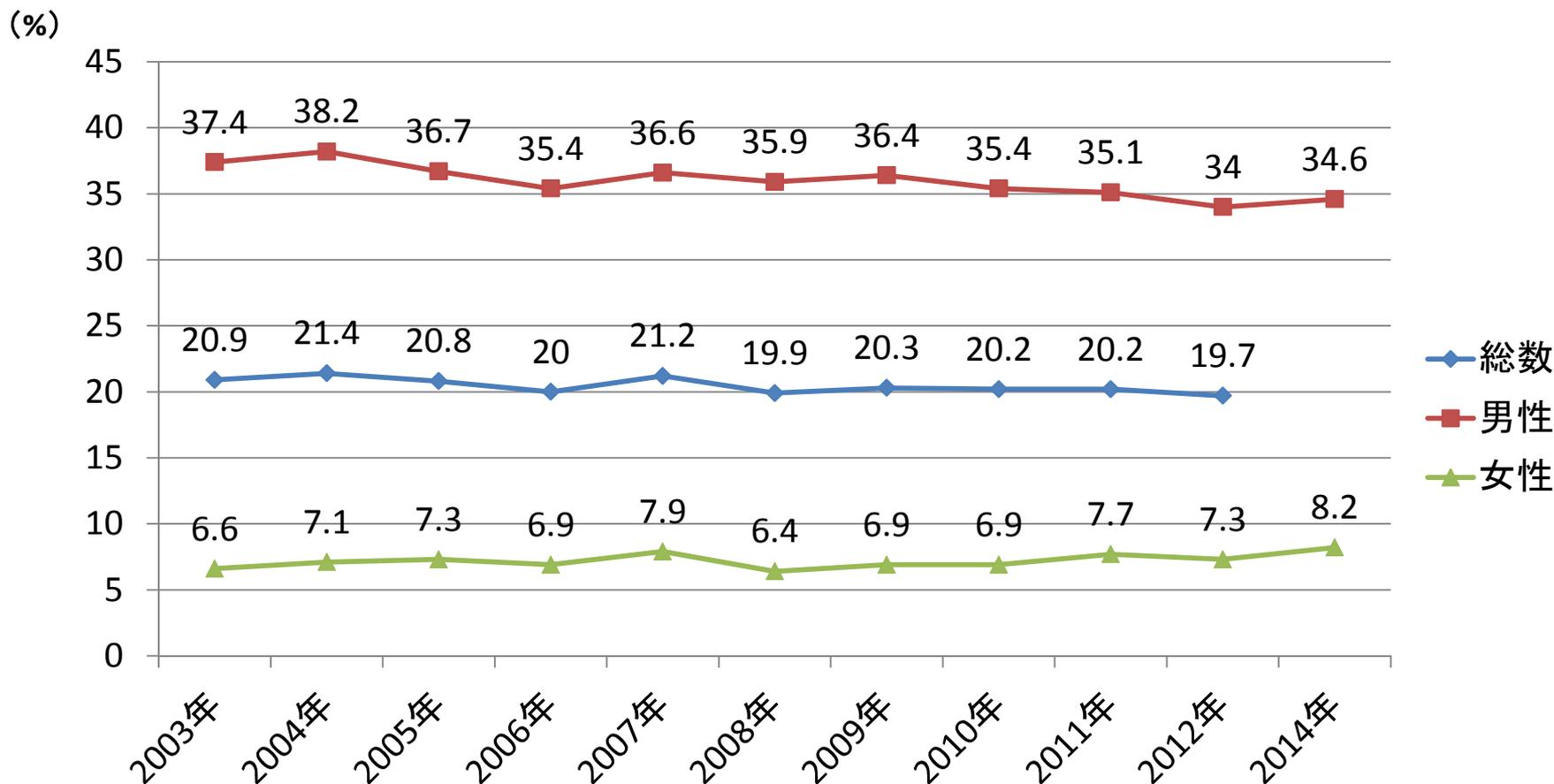
- ・40-59歳の19,544人の日本人を9~11年間追跡したデータ
- ・相対危険度は年齢、喫煙習慣、BMI、糖尿病の既往等で調整したもの

<純アルコールへの換算>
ビールなら500ml、日本酒なら1合が、
純アルコール20gとなる

出典: Iso H et al. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men. Stroke. 2004.

日本における飲酒の状況

習慣飲酒率※(20歳以上)の年次推移

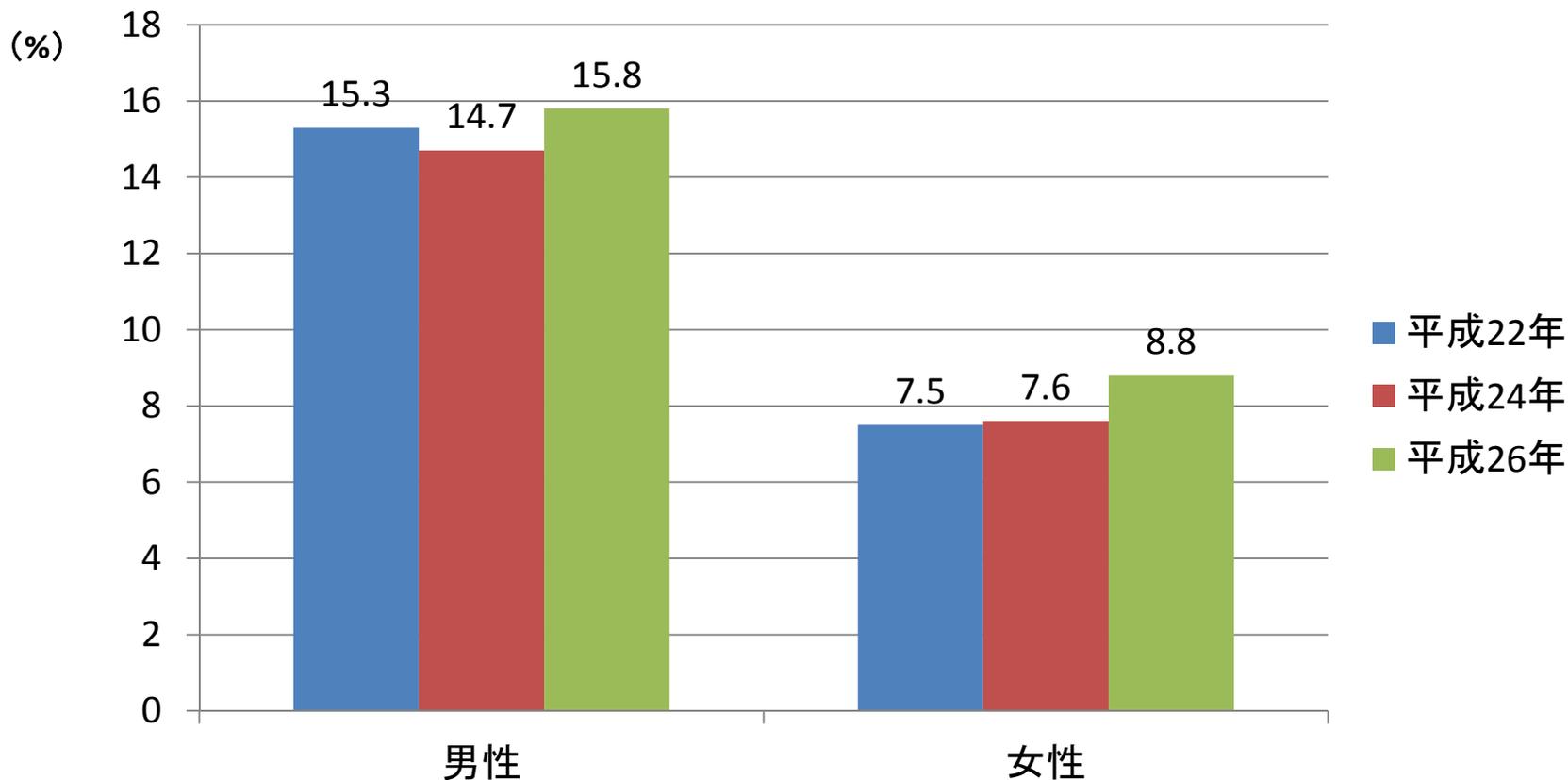


※習慣飲酒者とは週に3日・1日1合以上飲酒する者と定義する

出典:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2013年は国民生活基礎調査と重複するため実施せず)

日本における飲酒の状況

生活習慣病のリスクを高める量※
を飲酒している者の割合の年次推移



※生活習慣病のリスクを高める量とは純アルコール摂取量で
男性40g以上・女性20g以上と定義する

アルコール健康障害対策基本法案について

基本認識

酒類が国民の生活に豊かさや潤いを与えるものであるとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透している一方で、不適切な飲酒はアルコール健康障害の原因となり、アルコール健康障害は、本人の健康の問題であるのみならず、その家族への深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性が高い

定義

アルコール健康障害: アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害

基本理念

- アルコール健康障害の発生、進行及び再発の各段階に応じた防止対策を適切に実施するとともに、日常生活及び社会生活を円滑に営むことができるように支援
- 飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に関する施策との有機的な連携が図られるよう、必要な配慮

責務

国・地方公共団体・国民・医師等・健康増進事業実施者の責務とともに、事業者の責務として、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に配慮する努力義務を規定

アルコール関連問題啓発週間

国民の間に広くアルコール関連問題に関する関心と理解を深めるため、アルコール関連問題啓発週間(11月10日から同月16日まで)を規定

アルコール健康障害対策推進基本計画等

- アルコール健康障害対策推進基本計画**: 内閣総理大臣が関係行政機関の長と協議するとともに、アルコール健康障害対策関係者会議の意見を聴いて、案を作成し、法施行後2年以内に閣議決定
- 都道府県アルコール健康障害対策推進計画**: 都道府県に対し、策定の努力義務を規定

基本的施策

教育の振興・不適切な飲酒の誘引の防止・健康診断及び保健指導・アルコール健康障害に係る医療の充実等・アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等・相談支援等・社会復帰の支援・民間団体の活動に対する支援・人材の確保等・調査研究の推進等を規定

アルコール健康障害対策推進会議・関係者会議

- 内閣府、法務省、財務省、文部科学省、厚生労働省、警察庁その他の関係行政機関の職員をもって構成し、連絡調整を行うアルコール健康障害対策推進会議の設置を規定
- アルコール健康障害対策推進会議の連絡調整に際して、専門家、当事者等の意見を聴くアルコール健康障害対策関係者会議の設置を規定

※ 法律の施行当初は、内閣府において基本計画の策定及び推進に関する事務を所掌し、基本計画の策定後3年以内に当該事務を厚生労働省に移管

＜アルコール健康障害対策基本法に示された基本的政策＞

第15条 教育の振興等

学校や職場でのアルコール関連問題に関する知識の普及

第16条 不適切な飲酒の誘因の防止

酒類の表示や広告について、事業者の取り組みを尊重しつつ、不適切な飲酒の誘因を防ぐ

第17条 健康診断及び保健指導

健康診断及び保健指導において、アルコール健康障害の発見及び飲酒についての指導

第18条 アルコール健康障害に係る医療の充実等

- ・アルコール健康障害の進行を防止するための節酒又は断酒の指導
- ・アルコール依存症の専門的な治療及びリハビリテーションの充実
- ・専門医療機関とその他の医療機関との連携の確保

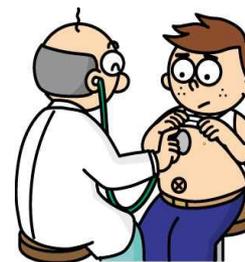


第19条 飲酒運転等をした者に対する指導等

飲酒運転、暴力行為、虐待、自殺未遂等をした者に対する支援等

第20条 相談支援等

アルコール健康障害を有する者及びその家族への相談支援



第21条 社会復帰の支援

アルコール依存症にかかった者の社会復帰の支援等

第22条 民間団体の活動に対する支援

民間の団体が行う活動を支援

第23条 人材の確保等

医療、保健、福祉、教育や矯正の分野での人材の育成



第24条 調査研究の推進等

アルコール健康障害、関連問題に関する調査研究

保健指導における アルコール使用障害スクリーニング^{“オーディット”}(AUDIT)と その評価結果に基づく 減酒支援(ブリーフインターベンション)の手引き

「危険な飲酒や有害な飲酒に対するスクリーニングおよびブリーフインターベンション」は、WHOが2011年に採択した「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」において推奨されています。

スクリーニング

Q) アルコール使用障害同定テスト(AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)とは？

A) アルコール問題のスクリーニングの一つ。WHOが問題飲酒を早期に発見する目的で作成したもので、世界で最もよく使われています。

ブリーフインターベンション

Q) 減酒支援(Brief Intervention)とは？

A) 対象者の特定の行動(この場合は飲酒行動)に変化をもたらすことを目的とした短時間のカウンセリング。海外では活発に用いられています。

【資料】厚労省科学研究費補助金

「わが国における飲酒の実態把握およびアルコールに関連する生活習慣病とその対策に関する総合研究」
(研究代表者: 樋口 進 国立病院機構久里浜医療センター病院長)



Smart Life Projectで
健康寿命をのばしましょう。

「Smart Life Project(スマート ライフ プロジェクト)」

スマート・ライフ・プロジェクトの取組

「健康寿命をのばしましょう。」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした国民運動。運動、食生活、禁煙健診・検診の受診の4つのテーマを中心に、具体的な呼びかけを行っています。

平成27年9月25日現在、参画団体数 2,717団体

適度な運動

「毎日プラス10分の運動」

例えば、「通勤時のはや歩き」や「掃除」や「庭いじり」。
日常でのからだの動きを増やすだけで健康生活に変わります。

適切な食生活

「毎日プラス一皿の野菜」

いつもの食事にプラス一皿の野菜を。
ちょっと意識して美味しく野菜を摂る事で、理想的な食生活に近づきます。

禁煙

「たばこの煙をなくす」

たばこを吸うことは健康を損なうだけでなく、肌の美しさや若々しさを失うことにも繋がります。

健診・検診の受診

「定期的に自分を知る」

早期には、自覚症状が無いという病気は少なくありません。
無症状のうちから定期的に自分のからだの状態を知っておくことが重要です。

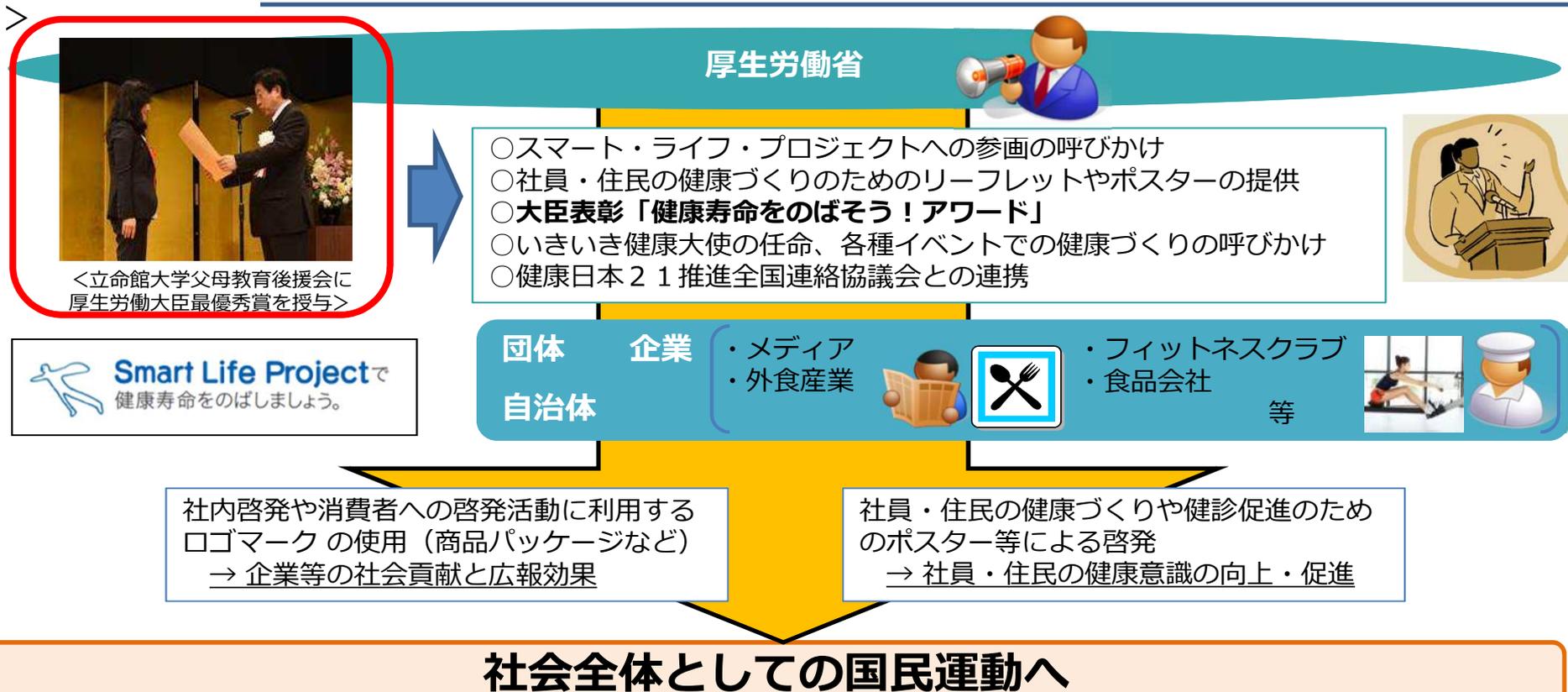


国民や企業への健康づくりに関する新たなアプローチ

<スマート・ライフ・プロジェクト>

- 背景：高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、特定健診等により生活習慣病等を始めとした疾病を予防・早期に発見することで、国民の健康寿命の延伸と健康格差の縮小を図り、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現することが重要である。
- 目標：健康づくりに取り組む企業・団体・自治体を支援する「スマート・ライフ・プロジェクト」を推進し、個人や企業の「健康意識」及び「動機付け」の醸成・向上を図り、社会全体としての国民運動へ発展させる。

<事業イメージ>



健康寿命をのばそう！アワード 受賞取組

第4回(H27.11.16)

○厚生労働大臣賞

表彰名	事業者・団体名	応募対象名
最優秀賞	立命館大学 父母教育後援会	100円朝食による学生の健康管理、生活リズムの維持活動
企業部門 優秀賞	株式会社デンソー/デンソー健康保険組合	データDEコラボヘルス ～社員と家族の健康づくり活動への取り組み～
団体部門 優秀賞	全国健康保険協会 広島支部	ヘルスケア通信簿で「今」を知り、「未来」を創れば健康経営危うからず～コラボヘルスで目指せ長寿企業～
自治体部門 優秀賞	茨城県	『シルバーリハビリ体操指導士』による住民参加型の健康づくり・介護予防事業

○厚生労働省健康局長賞

表彰名	事業者・団体名	応募対象名
企業部門 優良賞	アクロクエストテクノロジー株式会社	全社員で考えた禁煙への取り組み
	JFEスチール(株)西日本製鉄所(倉敷地区)	生涯を通じて運動器の低下を防ぐロコモ予防 ～2つの職場体操と体力レベルの見える化～
	塩澤信用組合	いきいき健康特別金利定期預金
	株式会社 広島銀行	地元中小企業の『健康経営』促進に向けた『くひろぎん』健康経営評価融資制度』の創設
団体部門 優良賞	独立行政法人都市再生機構	UR賃貸住宅における「健康寿命サポート住宅」の取り組み
	特定非営利活動法人 日本サステイナブル・コミュニティー・センター	『ポケットカルテ』及び地域共通診察券『すこやか安心カード』
	山県食生活改善推進員連絡協議会	塩分摂取量全国1位からの脱却！ 『私達の健康は私達の手で』健康づくりのボランティア活動の取り組み
自治体部門 優良賞	青森県	『だし活』で減塩推進！減塩の普及啓発を目的とした、青森生まれのだし商品『できるだし』の商品開発と販促活動
	蒲郡市(愛知県)	全庁的に取り組むPDCA健康戦略 メタボ率1位脱却！市民が意識し市が動いた『体重測定100日チャレンジ めざせ1万人』
	新潟県	健康寿命の延伸に向けて取り組む県民運動『にいがた減塩ルネサンス運動』
	久山町(福岡県)	将来の糖尿病発症を予測する「健康みらい予報」を活用した糖尿病予防対策～福岡県久山町の官学連のとりくみ～
	大和市(神奈川県)	『健康都市やまと』の取り組み ～『外出したくなるまちづくり』と『保健師・管理栄養士の地域訪問活動』を事例として～

○厚生労働省保険局長賞

表彰名	事業者・団体名	応募対象名
優良賞	オートボックス健康保険組合	『事業主との協働』～健康リスクの『見える化』による生活習慣病の発症予防と重症化防止活動の実践～
	全国健康保険協会 兵庫支部	GISを活用した健診受診率向上事業