

福岡医発第498号(地)
平成15年6月6日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 関原 敬次郎



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」等について

初夏の候 貴職益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、このたび、健康増進法施行規則が公布されるとともに、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が告示され、併せて健康増進法の施行について等の通知が日本医師会よりなされましたので、お知らせいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただきますようお願いいたします。



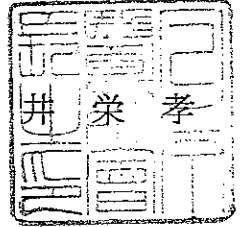
都道府県医師会

会 長 殿

日医発第135号（地Ⅲ61）

平成15年5月27日

日 本 医 師 会
会 長 坪



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」等について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

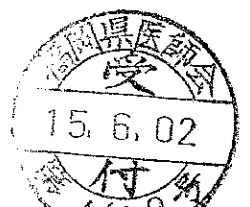
さて、健康増進法の公布につきましては、平成14年8月8日付（地Ⅲ97）の文書をもって、また、健康増進法の施行期日を定める政令等につきましては、平成14年12月20日付（地Ⅲ184）の文書をもって貴会宛にお送りいたしました。

今般、健康増進法施行規則が公布されるとともに、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が告示され、併せて健康増進法の施行について等の通知が、厚生労働省健康局長等から都道府県知事等宛になされました。本会に対しましても周知方依頼がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会管下郡市区医師会への周知方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

－同封通知等－

- ・健康増進法施行規則（平成15年4月30日 官報 号外第95号）
- ・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4月30日 官報 号外第95号）
- ・健康増進法等の施行について
【平成15年4月30日付健発第0430001号、食発第0430001号】
- ・国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針について
【平成15年4月30日付健発第0430002号】
- ・受動喫煙防止対策について【平成15年4月30日付健発第0430003号】
- ・健康増進法等の施行について（特定給食施設関係）
【平成15年4月30日付健習発第0430001号】



健発第0430001号
食発第0430001号
平成15年4月30日

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

厚生労働省医薬局食品保健部長

健康増進法等の施行について

健康増進法（平成14年法律第103号。以下「法」という。）は平成14年8月2日に、健康増進法の施行期日を定める政令（平成14年政令第360号。以下「施行期日政令」という。）及び健康増進法施行令（平成14年政令第361号。以下「政令」という。）は平成14年12月4日に、健康増進法施行規則（平成15年厚生労働省令第86号。以下「規則」という。）は平成15年4月30日に、栄養表示基準（平成15年厚生労働省告示第176号）は平成15年4月24日に公布され、いずれも平成15年5月1日から施行又は適用することとされたところである。

これらの制定の趣旨及び主な内容は下記のとおりであるので、この趣旨を踏まえつつ、所要の取組を進めるとともに、貴管内市町村、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 法制定の趣旨

我が国における高齢化の進展や疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の重要性が増大しており、健康づくりや疾病予防を積極的に推進するための環境整備が要請されていることから、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ずることとしたもの。

第2 法の概要

法の概要及び趣旨等は、以下のとおりである。

1 法の名称

「健康増進」とは、積極的に健康状態を改善することにより、健康に生活することができる期間（健康寿命）を延伸させるとともに、生活の質の向上を図ることを指す用語であることから、法の名称を「健康増進法」としたものであること。

2 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こと。（法第1条）

(2) 責務

- ① 国民は、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こと。（法第2条）
- ② 国及び地方公共団体は、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、国民の健康の増進に関わる多様な関係者に対し、健康増進事業の推進に係るマニュアルの作成・配布等の必要な技術的援助を与えることに努めること。（法第3条）
- ③ 健康増進事業実施者（医療保険の保険者、事業者、市町村、学校等）は、健康教育、健康相談、健康診査又は健康診断、保健指導、健康手帳の交付等の国民の健康の増進のための事業（健康増進事業）を積極的に推進するよう努めること。（法第4条）

(3) 国、地方公共団体、健康増進事業実施者、医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）その他の関係者の連携及び協力（法第5条）

3 第2章 基本方針等

(1) 基本方針

以下の事項について定める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。（法第7条）

なお、基本方針の内容等については、別途通知するものであること。

- ① 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向
- ② 国民の健康の増進の目標に関する事項
- 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事項
- ④ 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
- ⑤ 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

- ⑥ 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
- ⑦ その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

(2) 都道府県及び市町村は、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）を策定。（法第8条）

都道府県は都道府県健康増進計画を定め、市町村は市町村健康増進計画を定めるよう努めることと規定されているが、健康日本21に基づく地方計画が策定されている市町村がなお少ない状況を踏まえ、市町村健康増進計画を定めるよう努めること。

また、現在都道府県又は市町村において策定されている健康増進に関する計画については、上記基本方針又は都道府県健康増進計画を勘案し、適当と判断される場合、改めて計画を策定する必要はないこと。

(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。（法第9条）

なお、本指針については、法公布日から起算して2年以内の政令で定める日に施行することとされており、今後策定する予定であること。

4 第3章 国民健康・栄養調査等

(1) 法附則第2条の規定による廃止前の栄養改善法（昭和27年法律第248号。以下「栄養改善法」という。）の国民栄養調査に生活習慣の状況に関する調査を加え、国民健康・栄養調査を実施。（法第10条から第15条まで）

また、生活習慣の状況に関する調査を行うこととすることから、国民健康・栄養調査に関する事務に従事した公務員等が秘密を漏示した場合の罰則を設けたこと。（法第36条）

(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こと。（法第16条）
具体的な内容は、地域がん登録事業及び脳卒中登録事業であること。

5 第4章 保健指導等

市町村は、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に、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・保健指導を行わせること。（法第17条）

なお、栄養改善法においては、管理栄養士、栄養士が栄養相談、栄養指導等を行うこととされていたが、健康増進法においても、その趣旨は変更されていないものであること。

都道府県、政令市及び特別区は、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を行うこと。(法第18条)

6 第5章 特定給食施設等

- (1) 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、所要の規定が整備され、特定給食施設における栄養管理について新たに規定されたこと。
(法第20条から第24条まで)

なお、栄養改善法第18条の規定が削除されたが、教育委員会が所管する特定給食施設に対し、法に基づく関与(法第18条第1項第2号の規定による指導及び助言、法第22条の規定による指導及び助言、法第23条の規定による勧告及び命令並びに法第24条の規定による報告聴取、立入検査及び質問)を行う場合には、従前と同様に、教育委員会を通じて行うこと。

- (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こと。(法第25条)

なお、具体的な受動喫煙防止対策については、別途通知するものであること。

7 第6章 特別用途表示及び栄養表示基準

栄養改善法による特別用途表示及び栄養表示基準に係る制度が引き継がれたこと。(法第26条から第33条まで)

8 施行期日等

- (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)とされたこと。ただし、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とされたこと。(法附則第1条)

- (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こと。(法附則第8条から附則第19条まで)

栄養改善法は廃止すること。(法附則第2条)

第3 施行期日政令及び政令の概要

施行期日政令及び政令の概要は以下のとおりである。

1 施行期日政令

法の施行期日を平成15年5月1日としたこと。

2 政令

- (1) 国民健康・栄養調査の実施に関する事務のうち独立行政法人国立健康・栄養研究所の行う事務は、集計とすること。(政令第1条)
- (2) 発生の状況を把握する生活習慣病として、がん及び循環器病を定めること。(政令第2条)
- (3) 特別用途表示の許可等に係る手数料の額は、国に納付する手数料については、9,400円、独立行政法人国立健康・栄養研究所に納付する手数料については、172,000円とすること。(政令第3条)
- (4) 栄養表示基準に従い必要な表示を行う必要がない場合は、栄養表示食品であってその容器包装及びこれに添付する文書に栄養表示がされていないものを輸入する場合とすること。(第4条)
- (5) 栄養改善法施行令(昭和59年政令第138号)は廃止すること。(政令附則第2条)

第4 省令の概要

省令の概要は、以下のとおりである。

1 国民健康・栄養調査

- (1) 国民健康・栄養調査について、従前の国民栄養調査に、食習慣の状況、運動習慣の状況、休養習慣の状況、喫煙習慣の状況、飲酒習慣の状況等を調査項目とする「生活習慣の調査」を追加するほか、栄養改善法施行規則(昭和27年厚生省令第37号)の規定を引き継ぐこと。(規則第1条及び第2条)
- (2) 国民健康・栄養調査員の任命の方法等について、栄養改善法施行規則の規定を引き継ぐこと。(規則第3条及び第4条)

2 特定給食施設

- (1) 特定給食施設の範囲、管理栄養士を置かなければならない施設の範囲等について以下のとおりとすること。
 - ① 特定給食施設を、継続的に一回100食以上又は一日250食以上の食事を供給する施設とすること。(規則第5条)
 - ② 管理栄養士を置かなければならない施設を、次のとおりとすること。(規則第7条)

ア 医学的な管理を必要とする者に食事を供給する特定給食施設であって、継続的に一回300食以上又は一日750食以上の食事を供給するもの

イ アの特定給食施設以外の管理栄養士による特別な栄養管理を必要とする特定給食施設であって、継続的に一回500食以上又は一日1500食以上の食事を供給するもの

- ③ 栄養士又は管理栄養士を置くように努めなければならない特定給食施設のうち、一回300食又は一日750食以上の食事を供給する施設の設置者は、当該施設に置かれる栄養士のうち少なくとも一人は管理栄養士であるように努めなければならないこと。(規則第8条)

(2) 特定給食施設の届出事項を、施設の名称及び所在地、施設の種類等とすること。
(規則第6条)

(3) 特定給食施設の栄養管理の基準は、次のとおりとすること。(規則第9条)

- ① 利用者の身体の状態、栄養状態、生活習慣等(身体の状態等)を定期的に把握し、これらに基づき、適当な熱量及び栄養素の量を満たす食事の提供及びその品質管理を行うとともに、これらの評価を行うよう努めること。
- ② 食事の献立は、身体の状態等のほか、利用者の食事の摂取量、嗜好等に配慮して作成するよう努めること。
- ③ 献立表の掲示及び主な栄養成分の表示等により、利用者に対して栄養に関する情報提供を行うこと。
- ④ 必要な帳簿等を適正に作成し、当該施設に備え付けること。
- ⑤ 衛生の管理については、関係法令の定めるところによること。

(4) 特別用途表示及び栄養表示基準

特別の用途として「授乳婦用」、「高齢者用」及び「特定の保健の用途」を明示するほか、特別用途表示及び栄養表示基準について栄養改善法施行規則の規定を引き継ぐこと。(規則第12条から第18条まで)

(5) 栄養改善法施行規則は、廃止すること。(規則附則第2条関係)

第5 栄養表示基準の概要

従前の栄養表示基準(平成8年厚生省告示第146号)の規定を引き継ぐこと。

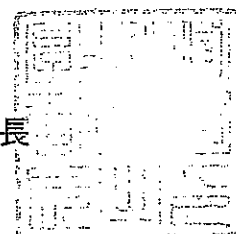
第6 その他

法の施行の日までに発翰された旧厚生省及び厚生労働省の各職による通知中の「栄養改善法」、「栄養改善法施行令」又は「栄養改善法施行規則」に基づく各規定については、当分の間、「健康増進法」、「健康増進法施行令」又は「健康増進法施行規則」に基づく相当規定とされているものとみなす。

健発第0430002号
平成15年4月30日

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、従来の疾病対策の中心であった二次予防や三次予防にとどまることなく、一次予防に一層の重点を置いた対策を推進する。

（2）健康づくり支援のための環境整備

① 社会全体による支援

運動の目的を達成するためには、生活習慣を改善し、健康づくりに取り組もうとする個人を家庭、地域、職場等を含めた社会全体として支援していく環境を整備することが不可欠である。このため、行政機関をはじめ、医療保険者、医療機関、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等の健康に関わる様

々な関係者がそれぞれの特性を生かしつつ連携することにより、個人が健康づくりに取り組むための環境を整備し、個人の健康づくりを総合的に支援する。

② 休日、休暇の活用の促進

休日や休暇の健康づくりに対する活用は、重要であり、個人が休日、休暇において、運動を行う等の積極的に健康づくりを図ろうとする活動の支援や、健康づくりのための年次有給休暇の取得促進、長期休暇制度の普及促進等を図るための環境整備を行うことが必要である。

(3) 目標等の設定と評価

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

① 多様な経路による情報提供

個人による選択を基本とした、生活習慣の改善等の国民の主体的な健康づくりを支援するためには、国民に対する十分かつ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。

② ライフステージや性差等に応じた健康増進の取組の推進

また、地域、職場等を通じた国民全体に対する働きかけと生活習慣病を発症する危険度の高い集団への働きかけとを適切に組み合わせる等により、対象者の特性やニーズ等を十分に把握しながら、運動を効果的に推進することに配慮することが重要である。この場合、ライフステージや性差に応じた健康課題に対して配慮が必要である。例えば、思春期は、不登校、引きこもり、思春期やせ症をはじめとした課題があることに留意する必要がある。また、女性の生涯にわたる健康についても、性差に着目した対策が講じられるよう配慮が必要である。

③ 多様な分野における連携

健康増進の取組を進めるにあたっては、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送ろうという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。

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、中心的な役割を果たす必要がある。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

① 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、個人情報の取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、個人情報の取扱いに十分留意しつつ、推進し、研究結果に關して的確かつ十分な情報の提供を行うことにより、個人の効果的な健康増進の支援を行っていくことが必要である。

② 人材の活用等

地方公共団体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、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): $\text{体重(kg)} / [\text{身長(m)}]^2$

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)]²×22」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

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

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〕

2.5a 男性(60歳以上)

2.5b 女性(60歳以上)

現状*

48.3%

39.7%

2010年

58%以上

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〕

2.6a 男性(70歳以上)

2.6b 女性(70歳以上)

現状*

5,436歩

4,604歩

2010年**

6,700歩以上**

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〕

3.1a 全国平均

現状*

54.6%

2010年

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〕

3.2a 全国平均

現状*

23.1%

2010年

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〕

3.3a 全国平均

現状*

14.1%

2010年

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〕

3.4a 全国数

現状*

31,755人

2010年

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]

7.4a 定期健康診断等糖尿病に関する健康診断受診者	現状*	2010年**
	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]

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)	現状*	2010年
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)	66.7%	100%
	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

7.6a 糖尿病有病者数	現状*	2010年**
	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]

7.7a 糖尿病有病者の治療継続率	現状	2010年
	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]

7.8a 糖尿病性腎症	現状	2010年
	10,729人*	—***

[合併症を有する人の数]

7.8b 失明	現状	2010年
	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]

8.2a 成人	現状*	2010年
	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]

8.7a 男性

8.7b 女性

現状*

10.5%

17.4%

2010年

5.2%以下

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]

8.10a 全国数

現状*

4,573万人

2010年

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]

9.4a 成人

現状*

29.3%

2010年

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	
肺がん	4.5	22.4	2.3	11.9
喉頭がん	32.5	10.5	3.3	17.8
口腔・咽頭がん	3.0	27.5	1.1	5.6
食道がん	2.2	7.6	1.8	10.3
胃がん	1.5	—	1.2	—
肝がん	1.5	—	1.7	—
腎がん	—	3.0	—	1.4
膵臓がん	1.6	2.1	1.4	2.3
膀胱がん	1.6	2.9	2.3	2.6
子宮頸部がん	—	—	1.6	1.4

(資料) 左段：平山らによる計画調査(1966-82)

右段：アメリカがん協会の「がん予防研究」(1982-86)

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

(2) 循環器病の死亡

	男 性	女 性
総死亡	1.2	1.2
循環器疾患総数	1.4	1.5
虚血性心疾患	1.7	—
脳卒中	1.7	1.7

(資料) 1980-90 年の循環器疾患基礎調査、いわゆる「NIPPON DATA」

(現在集計中)

30 歳以上の約 10,000 人を対象。

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした 1 日 20 本喫煙する者の相対危険度

(3) その他の疾患

	男 性	女 性
気管支喘息*1	1.8	4.0
胃潰瘍*2	3.4	—
十二指腸潰瘍*2	3.0	—

(資料) *1 : 平山らによる計画調査(1966-82)

*2 : ハワイ日系人男性の調査(1968-90)

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

(4) 妊婦への影響

早産	3.3
低出生体重	2.4
全先天異常	1.3

(資料) 昭和 54 年度厚生省心身障害研究

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

(5) 歯周病

零 石 (1998)	2.1
ドランら (1997)	1.9
サッキら (1995)	1.7

ブラウンら (1994) 2.7

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

2 禁煙によってどの程度病気になる危険度が減少するのか

(1) 肺がんの死亡(男性)

平 山 (1990) 0.3 *

ドールら (1976) 0.3

* : 10 年以上の値

(注) 数字は喫煙者を 1 としたときの禁煙して 10-14 年経過した者の相対危険度

(2) 虚血性心疾患の死亡(男性)

喫煙本数(本/日)	禁煙して 1 - 4 年	禁煙して 10 - 14 年
1 - 19 本	0.6	0.5
20 本以上	0.6	0.5

(資料) アメリカがん協会(1969)

(注) 数字は、現在喫煙している者を 1 としたときの禁煙した者の相対危険度

3 喫煙率が下がると循環器病の減少はどのくらい見込めるのか

喫煙率脳卒中の減少虚血性心疾患の減少総循環器疾患の減少

男性	女性	男性	女性	全体	男性	女性	全体	男性	女性	全体
55 %	15 %	16 %	6 %	11 %	11 %	7 %	9 %	17 %	4 %	10 %
45	10	29	15	22	24	17	20	26	10	18
35	10	42	15	28	37	17	26	35	10	22
25	5	55	24	39	50	26	38	44	17	30
15	5	68	24	46	63	26	44	53	17	35
0	0	87	33	60	82	36	59	66	23	45

(注) それぞれの疾患の減少は、死亡率、罹患率及び疾患による新たな日常生活動作能力(ADL)低下者数の減少割合を示す。

この循環器疾患予防への効果予測の前提は、

- 成人の 1 日あたりの平均食塩摂取量 3.5g 減少
- 平均カリウム摂取量 1g 増量
- 肥満者(BMI 25 以上)を男性 15 %、女性 18 %以下に減少
- 成人男性の多量飲酒者(1 日 3 合以上)が 1 %低下
- 国民の 10 %が早歩き毎日 30 分を実行する

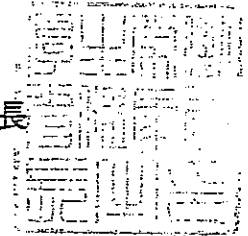
などの生活習慣の改善による平均最大血圧約 4.2mmHg の低下を前提とする。

健発第0430003号

平成15年4月30日

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



受動喫煙防止対策について

健康増進法（平成14年法律第103号）等の趣旨等については、「健康増進法等の施行について」（平成15年4月30日健発第0430001号、食発第0430001号）により既に通知しているところであるが、同法第25条に規定された受動喫煙防止に係る措置の具体的な内容及び留意点は、下記のとおりであるので、御了知の上、関係方面への周知及び円滑な運用に御配慮をお願いしたい。

記

1. 健康増進法第25条の制定の趣旨

健康増進法第25条において、「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、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない」とこととされた。また、本条において受動喫煙とは「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」と定義された。

受動喫煙による健康への悪影響については、流涙、鼻閉、頭痛等の諸症状や呼吸抑制、心拍増加、血管収縮等生理学的反応等に関する知見が示されるとともに、慢性影響として、肺がんや循環器疾患等のリスクの上昇を示す疫学的研究があり、IARC（国際がん研究機関）は、証拠の強さによる発がん性分類において、たばこを、グループ1（グループ1～4のうち、グループ1は最も強い分類。）と分類している。さらに、受動喫煙により非喫煙妊婦であっても低出生体重児の出産の発生率が上昇するという研究報告がある。

本条は、受動喫煙による健康への悪影響を排除するために、多数の者が利用する施設を管理する者に対し、受動喫煙を防止する措置をとる努力義務を課すこととし、これにより、国民の健康増進の観点からの受動喫煙防止の取組を積極的に推進することとしたものである。

2. 健康増進法第25条の対象となる施設

健康増進法第25条においてその対象となる施設として、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、飲食店が明示されているが、同条における「その他の施設」は、鉄軌道駅、バスターミナル、航空旅客ターミナル、旅客船ターミナル、金融機関、美術館、博物館、社会福祉施設、商店、ホテル、旅館等の宿泊施設、屋外競技場、遊技場、娯楽施設等多数の者が利用する施設を含むものであり、同条の趣旨に鑑み、鉄軌道車両、バス及びタクシー車両、航空機、旅客船などについても「その他の施設」に含むものである。

3. 受動喫煙防止措置の具体的方法

受動喫煙防止の措置には、当該施設内を全面禁煙とする方法と施設内の喫煙場所と非喫煙場所を喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れ出ないように分割（分煙）する方法がある。全面禁煙は、受動喫煙防止対策として極めて有効であるが、施設の規模・構造、利用状況等は、各施設により様々であるため、施設の態様や利用者のニーズに応じた適切な受動喫煙防止対策を進める必要がある。その際には、公共性等の当該施設の社会的な役割も十分に考慮に入れて、「分煙効果判定基準策定検討会報告書」（平成14年6月。概要は別添のとおり。本文は厚生労働省ホームページ参照のこと。）などを参考にしながら、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れ出ないように、適切な受動喫煙防止措置の方法を採用する必要がある。

なお、完全禁煙を行っている場所では、その旨を表示し、また、分煙を行っている場所では、禁煙場所と喫煙場所の表示を明確に行い、周知を図るとともに、来客者等にその旨を知らせて理解と協力を求める等の措置を取ることも受動喫煙防止対策として効果的と考えられる。さらに、労働者のための受動喫煙防止措置は、「職場における喫煙対策のためのガイドライン」（平成8年2月21日付け労働省労働基準局長通達。見直し作業中。）に即して対策が講じられることが望ましい。

4. 受動喫煙防止対策の進め方

（1）都道府県労働局においても職場における受動喫煙防止対策を推進していることから、健康増進法第25条に基づく施策の実施に当たっては、管内労働局との連携を図る。

（2）健康増進法第25条の対象となる施設の管理者は多岐にわたるが、これら管理者を集めて受動喫煙の健康への悪影響や各地の好事例の紹介等を内容とした講習会を開催するなど、本条の趣旨等の周知徹底を図る。この際、職場における喫煙対策推進のための教育については、「職場における喫煙対策推進のための教育の実施について」（平成12年3月31日付け労働基準局長通達）により都道府県労働局が推進していることに留意する。

(3) 平成15年度より、国民生活金融公庫の生活衛生資金貸付の対象として、受動喫煙防止施設が追加されていることから、飲食店、旅館等の生活衛生関係営業者に対して、これを周知する。また、都道府県や市町村において、禁煙支援の保健指導、分煙方法の情報提供等を実施している場合、事業者や個人の参加をより一層促すよう努力する。

(別添)

分煙効果判定基準策定検討会報告書の概要

1. 屋内に設置された現有の空気清浄機は、環境たばこ煙中の粒子状物質の除去については有効な機器があるが、ガス状成分の除去については不十分であるため、その使用にあたっては、喫煙場所の換気に特段の配慮が必要である。
2. 受動喫煙防止の観点からは、屋内に設置された喫煙場所の空気は屋外に排気する方法を推進することが最も有効である。

新しい分煙効果判定の基準

(1) 屋内における有効な分煙条件

判定場所その1〔喫煙所と非喫煙所との境界〕

- ① デジタル粉じん計を用いて、経時的に浮遊粉じんの濃度の変化を測定し漏れ状態を確認する（非喫煙場所の粉じん濃度が喫煙によって増加しないこと）
- ② 非喫煙場所から喫煙場所方向に一定の空気の流れ（0.2m/s 以上）

判定場所その2〔喫煙所〕

- ① デジタル粉じん計を用いて時間平均浮遊粉じん濃度が 0.15mg/m^3 以下
- ② 検知管を用いて測定した一酸化炭素濃度が10ppm 以下

(2) 大気環境全体を視野に入れた場合の条件は(1)に以下の基準を追加。

- ① 大気環境基準が設定されている浮遊粒子状物質濃度の1時間値が 0.2mg/m^3 を超えないこと
- ② 大気環境基準が設定されているガス状物質のうち、1時間値があるもの（二酸化硫黄が0.1ppm、オキシダントが0.06ppm）は、その濃度を超えないこと

健習発第0430001号

平成15年4月30日

各

都道府県
政令市
特別区

 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室長



健康増進法等の施行について（特定給食施設関係）

健康増進法（平成14年法律第103号。以下「法」という。）は平成14年8月2日に、健康増進法の施行期日を定める政令（平成14年政令第360号）及び健康増進法施行令（平成14年政令第361号。以下「政令」という。）は平成14年12月4日に、健康増進法施行規則（平成15年厚生労働省令第86号。以下「規則」という。）は平成15年4月30日に公布され、いずれも平成15年5月1日から施行することとされたところである。その趣旨等は、平成15年4月30日付け健発第0430001号、食発第0430001号をもって通知されたところであるが、運用の細目は下記のとおりであるので、御了知の上、遺憾のないよう取り扱われたい。

なお、特定給食施設の指導等に係る事務は、都道府県（政令市及び特別区を含む。以下同じ。）の自治事務（地方自治法第2条第8項）であり、本通知は、地方自治法第245条第1項の技術的助言であることを付言する。

また、平成15年5月1日付けをもって、昭和28年2月2日付け衛発第60号、昭和63年12月27日付け発健医第279号及び健医発第1457号、平成元年1月10日付け健医健発第1号並びに平成8年4月30日付け健医発第545号及び第546号通知は廃止する。

記

第1 法令の規定の趣旨

1 特定給食施設の届出（法第20条及び附則第3条並びに政令附則第3条）

健康増進法を制定することに伴い、法附則第2条の規定による廃止前の栄養改善法（昭和27年法律第248号。以下「栄養改善法」という。）の「集団給食施設」を「特

定給食施設」に用語を見直すとともに、都道府県が給食施設を把握することにより、適切な栄養管理のための指導助言を行うことができるように、該当する施設設置者の届出が義務づけられたものである。

なお、法の施行の際現に存する特定給食施設の設置者は、法の施行の日から3月を経過する日までの間は、届出を行わずに、引き続きその事業を行うことができることとされ、法の施行の際現に規則第6条に定める事項について都道府県知事（政令市又は特別区にあっては、市長又は区長。以下同じ。）に届け出ているものは、既にこの届出をした者とみなすこととされた。

2 特定給食施設における栄養管理（法第21条）

栄養改善法第9条の2の規定を法第21条に引き継ぐとともに、給食施設の栄養管理を適切に行う観点から、栄養管理の基準が法に位置づけられ、特定給食施設の設置者の遵守義務が規定されたものである。

3 特定給食施設に対する監督（法第22条から第24条まで、法第37条及び第38条）

栄養改善法において、一定の給食施設に対して、管理栄養士の配置義務が定められていた。法においては、これに加え、①管理栄養士の配置義務に違反した場合、及び②栄養管理基準に違反した場合には、都道府県知事が勧告を行うことができることが規定され、また、正当な理由なくして勧告に係る措置をとらなかった場合、都道府県知事が措置命令を行うことができることとされた。さらに、この措置命令に違反した場合の罰則（50万円以下の罰金）が設けられた。栄養改善法においては、都道府県知事による指導・報告徴収の権限が規定されていたが、新たに立ち入り検査の権限が規定されるとともに、虚偽報告、検査妨害等に対する罰則（30万円以下の罰金）が設けられたものである。

第2 栄養管理及び指導の強化

1 特定給食施設の届出

特定給食施設に対する指導を効率的に行う観点から、関係施設の管理者等の理解と協力を得ながら、法20条の届出が十分行われるよう対応すること。

2 都道府県が行う給食施設指導の重点事項

- (1) 都道府県は、法第18条第1項第2号に基づき、給食施設に対して栄養効果の十分な給食の実施、給食担当者の栄養に関する知識の向上及び食品の調理方法の改善等について必要な援助及び指導を行うこと。特に、特定給食施設であって栄養士を置かないものには、栄養指導員により実地指導するよう努めること。
- (2) 都道府県知事は、管理栄養士の配置義務又は栄養管理基準による栄養管理の実施を確保するため必要があると認めるときは、当該給食施設について栄養管理の見地から必要に応じて栄養指導員に必要な指導及び助言をさせること。

- (3) 都道府県が行う給食施設に対する栄養管理及び指導については、その効果的な実施に資するため、栄養管理上指導の必要性が高い給食施設に対して重点的かつ計画的に行うこと。

3 計画的な指導及び記録

- (1) 都道府県が行う特定給食施設等に対する指導は、年間を通じて計画的に行う個別指導（巡回指導等）とともに、必要に応じて集団指導を併せて行うこと。
- (2) 個別指導の実施に当たっては、特定給食施設栄養報告書等の記録を十分活用すること。また、指導後には、特定給食施設栄養指導票等を発行するとともに事後の指導の資料として活用を図ること。
- (3) 特定給食施設等には直営方式・委託方式等運営形態の違うものや多種の給食施設があるが、指導に当たってはこれらを十分考慮して行うこと。

第3 管理栄養士を置かなければならない特定給食施設の指定について

1 法第21条第1項の指定の対象施設について

法第21条第1項の規定により管理栄養士を置かなければならない特定給食施設として、規則第7条に、

- ・医学的な管理を必要とする者に食事を提供する特定給食施設であって、継続的に1回300食以上又は1日750食以上の食事を供給するもの（第7条第1号）
- ・それ以外の、管理栄養士による特別な栄養管理を必要とする特定給食施設であって、継続的に1回500食以上又は1日1500食以上の食事を供給するもの（第7条第2号）

が規定されたが、これらの施設を指定する場合の運用の留意点は以下のとおりである。

(1) 規則第7条第1号の指定の対象施設（一号施設）について

ア 規則第7条第1号に掲げる特定給食施設（以下「一号施設」という。）とは、病院又は介護老人保健施設に設置される特定給食施設であって1回300食以上又は1日750食以上の食事を供給するものをいうこと。

イ なお、一号施設は、許可病床数300床以上の病院又は入所定員300人以上の介護老人保健施設に設置されている特定給食施設（一の特定給食施設が病院及び介護老人保健施設並びにこれら以外のものを対象として食事を供給する場合（病院及び介護老人保健施設のみを対象として食事を供給する場合を含む。）には、当該特定給食施設が給食の対象とする病院許可病床数及び介護老人保健施設の入所定員の合計が300以上とする。）をいうこと。

(2) 規則第7条第2号の指定の対象施設（二号施設）について

ア 規則第7条第2号に掲げる特定給食施設（以下「二号施設」という。）とは、

- ・生活保護法第38条に規定する教護施設及び更生施設
- ・老人福祉法第5条の3に規定する養護老人ホーム、特別養護老人ホーム及び軽費老人ホーム

- ・ 児童福祉法第37条に規定する乳児院、同法第41条に規定する児童養護施設、同法第42条に規定する知的障害児施設（病院であるものを除く。）、同法第43条に規定する盲ろうあ児施設（難聴幼児通園施設であるものを除く。）、同法第43条の3に規定する肢体不自由児施設（肢体不自由児療護施設に限る。）、同法第43条の5に規定する情緒障害児短期治療施設、同法第44条に規定する児童自立支援施設
- ・ 心身障害者福祉協会法第17条第1項第1号の規定により心身障害者福祉協会の設置する福祉施設
- ・ 身体障害者福祉法第29条に規定する身体障害者更生施設（通所部門を除く。）、同法第30条に規定する身体障害者療護施設、同法第31条に規定する身体障害者授産施設（通所施設及び通所部門を除く。）
- ・ 事業所、寄宿舍、矯正施設、自衛隊等（以下「事業所等」という。）

であって、1回500食以上又は1日1500食以上の食事を供給するものをいうこと。

- イ 一の特定給食施設が一号施設及び二号施設又は複数の二号施設を対象として食事を供給する場合にあつては、(1)イに該当する場合を除き、これらの施設に供給する食事数の合計が1回500食以上又は1日1500食以上である場合には、二号施設とみなされること。

この場合、病院又は介護老人保健施設に対し1回に供給する食事数については、許可病床数又は入所定員数（1日に供給する食事数については、許可病床数又は入所定員数の3倍の数）とみなして取り扱うものとする。

- ウ 一号施設及び二号施設以外のものをも対象として食事を供給する特定給食施設にあつては、(1)イに該当する場合を除き、一号施設及び二号施設に供給する食事数が1回500食以上又は1日1500食以上である場合には、二号施設とみなされること。

この場合、病院及び介護老人保健施設に対し供給する食事数の算定の方法については、イの後段で示した取扱いに準じて取り扱うこと。

(3) その他社会福祉施設等に食事を供給する特定給食施設について

- ア 一の特定給食施設が法令等により栄養士を必置とされている複数の社会福祉施設及び児童福祉施設（以下「社会福祉施設等」という。）に限り食事を供給するものにあつては、それぞれの社会福祉施設等に配置されている栄養士が各施設において栄養業務を行っていることに鑑み、一の社会福祉施設等に供給される食事数が1回500食以上又は1日1500食以上となるものがある場合には、二号施設とみなされること。

- イ 事業所等に対し食事を供給する特定給食施設にあつては、当該給食施設により事業所等に供給される食事が主として事業所等に勤務又は居住する者により喫食され、かつ、事業所等で勤務又は居住する者の概ね8割以上が当該給食施設で供給する食事を喫食するものであつて1回500食以上又は1日1500食以上供給する場合、二号施設とみなされること。

2 指導の在り方について

法第21条第1項の指定の対象に該当する施設（以下「該当施設」という。）の設置者に対する指導に当たっては、管理栄養士未配置の該当施設に対しては、管理栄養士配置計画の作成を求めるなどにより管理栄養士配置に向けての自発的な取組をまずは促すこと。

また、既に栄養士が配置されている該当施設への指導にあつては、被用者の身分の安定、雇用者の負担等の観点から当該栄養士に管理栄養士の資格の取得を促すなどの指導を行うよう留意すること。

なお、今回の法制定により、上述のとおり、管理栄養士の配置義務に違反した場合、都道府県知事が勧告を行うことができることとされ、正当な理由なくして勧告に係る措置をとらなかった場合、都道府県知事が措置命令を行うことができることとされた。さらに、この措置命令に違反した場合は、50万円以下の罰金が科されることとされた。都道府県におかれては、当該地方公共団体の管理栄養士の配置状況等に応じ、必要な対応を図られたい。

3 指定の様式等について

指定は、原則として随時行うことができるが、業務の効率化のため現行の栄養状況報告、病院報告等の結果を踏まえて一斉に行うことも差し支えないこと。指定に当たっては、施設の名称及び所在地、施設の設置者の氏名及び住所（法人にあつては、施設の代表者の氏名）、施設の種類（病院、介護老人保健施設等）を記入した通知書を指定を行った施設の設置者に交付すること。

また、指定後食事数の減少等により指定の基準に達しなくなった場合は、指定の取消を行うこと。この際、指定を行った施設の設置者に指定基準に合致しなくなった旨の関係書類を提出するよう指導すること。

第4 特定給食施設等における栄養管理基準

規則第9条に、法第21条第3項に基づく特定給食施設等における栄養管理基準が定められたところであるが、その運用の詳細は以下のとおりである。

1 身体の状態、栄養の状態等の把握、食事の提供、品質管理及び評価（規則1号）

利用者の身体の状態、栄養状態、生活習慣等を定期的に把握し、これらに基づき、適当な熱量及び栄養素の量を満たす食事の提供に努め、品質管理（提供する食事の量と質について計画を立て、その計画どおりに調理及び提供が行われたか評価を行い、その評価に基づき、食事の品質を改善することをいう。）を行うよう努めること。

(1) 個々人の栄養状態等の評価に応じて食事を提供する必要があることから、定期的に適当な熱量及び栄養素の量を把握するよう努めること。

- (2) 個々人の性、年齢、栄養状態及び病状等に基づき、喫食者に与えることが適当な熱量及び栄養素の量（以下「給与栄養量」という。）の目標を設定するよう努めること。なお、給与栄養量の目標は、喫食者の栄養状態等の状況を踏まえ、定期的に見直すよう努めること。

ア 学校、事業所等にあつては、喫食者の性、年齢、生活活動強度別人員構成に基づき、年齢階級等の別に給与栄養量の目標を設定しても差し支えないこと。

イ 病院等にあつては、喫食者の栄養状態、病状、治療状況等に配慮した給与栄養量の目標を設定し、栄養管理を計画するよう努めること。

- (3) 提供した食事とその摂取の実態から、目標の達成度を調べ、その後の目標設定に役立てるよう、品質（提供される食事量、熱量及び栄養素の量、温度、形状等）の管理とその評価に努めること。具体的には、利用者の食事量（盛りつけ量）、摂取量又は残食量等を把握し、関連する各項目について総合的に判断すること。

2 食事の献立（規則第2号）

(1) 献立の作成

ア 献立の作成にあたり、喫食者の給与栄養量が確保できるよう、施設における献立作成基準を作成するよう努めること。

イ 食事の内容は、喫食者の身体の状態、栄養状態、生活習慣、病状、治療状況、摂取量、嗜好等を考慮するよう努めること。

ウ 献立の作成は、一定期間（一週間、旬間、一か月）を単位に予定献立を作成するよう努めること。なお、献立実施時に変更が生じた場合には、献立に明示するよう努めること。

エ 献立は、喫食者に魅力ある給食とするため、各料理の組合せのほか、各地域の特色や季節感、行事食等を取り入れ、変化に富んだ献立とするよう努めること。また、喫食者の病状、食事の摂取量、嗜好等を定期的に調査し、献立に反映するよう努めること。

- (2) 複数献立や選択食（カフェテリア方式）のように、喫食者の自主性により料理の選択が行われる場合には、モデル的な料理の組合せを提示するように配慮するよう努めること。

3 栄養に関する情報の提供（規則第3号）

- (1) 喫食者に対し献立表の掲示や熱量、たんぱく質、脂質、食塩等の主要栄養成分の表示を行うなど、健康や栄養に関する情報の提供を行うこと。

- (2) 給食は、喫食者が正しい食習慣を身につけ、より健康的な生活を送るために必要な知識を習得する良い機会であり、各々の施設に応じ喫食者等に各種の媒体を活用するなどにより知識の普及に努めること。

- (3) 食事を提供する前に、あらかじめ、献立を喫食者に示すこと。

4 書類の整備（規則第4号）

- (1) 栄養管理関係業務を適切に実施し、その内容を評価するために、上記の業務の内容が確認できるよう、献立表のみならず、喫食者の性、年齢、給与栄養量の目標量、推定栄養摂取量等の帳簿を適宜作成し、当該施設に整備すること。なお、実施献立には、熱量及び栄養素、食品群別重量等を記録し保存するよう努めること。
- (2) 委託契約を交わしている場合は、委託契約の内容が確認できるよう委託契約書等を備えること。

5 衛生管理（規則第5号）

給食の運営は、衛生的かつ安全に行われること。具体的には、食品衛生法（昭和二十二年法律第二百三十三号）、「大規模食中毒対策等について」（平成9年3月24日衛食第85号生活衛生局長通知）の別添「大量調理施設衛生管理マニュアル」その他関係法令等の定めるところによること。

第5 その他

法の施行の日までに発翰された旧厚生省及び厚生労働省の各職による通知中「集団給食施設」とあるのは、「特定給食施設」とされているものとみなす。