

福岡医発第1573号 (地)
平成19年12月 5日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武
(公印省略)

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」の一部改正について

厚生労働省より日本医師会を通じて「『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』の一部改正について」周知方依頼が別紙のとおりありましたので、ご連絡申し上げます。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



日医発第723号（地Ⅲ177）

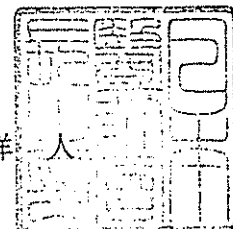
平成19年11月6日

都道府県医師会

会長 殿

日本医師会

会長 唐澤 祥人



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」の一部改正について

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」につきましては、平成15年5月27日付日医発第135号（地Ⅲ61）の文書をもってお送りいたしました。

今般、厚生労働省健康局長より各都道府県知事等宛に「『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について』の一部改正について」の通知がなされました。併せて、本会に対しても厚生労働省健康局長より周知、協力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等に対しましても、よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

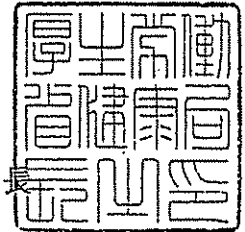




健発第1016001号

平成19年10月16日

社団法人 日本医師会会長 殿



厚生労働省健康局長

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」の一部改正について

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。）の一部改正については、別添のとおり、告示を公布するとともに、通知を都道府県知事、保健所設置市長、特別区長あてに発出しましたので、御送付いたします。

つきましては、貴会関係者への周知に御配慮・御協力をいただきますようよろしくお願いいたします。

健発第0903003号

平成19年 9月 3日

各

都道府県知事
保健所設置市長
特別区長

 殿

厚生労働省健康局長

「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」の一部改正について

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。）の一部改正については、平成19年厚生労働省告示第293号をもって告示され、平成20年4月1日から適用されることとされたところであるが、その内容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。

これに伴い、平成15年健発第0430002号厚生労働省健康局長通知「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」は別紙新旧対照表のとおり改正し、平成20年4月1日から適用することとしたので通知する。

1. 改正の趣旨

「今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）」（平成17年9月15日 地域保健健康増進栄養部会）において、都道府県が総合調整機能を発揮すべく、都道府県健康増進計画の内容充実の必要性が指摘された。

さらに、今般の医療構造改革においては、国民の生活習慣改善に向けた普及啓発を積極的に進めることなど疾病の予防の重視が柱の一つとされた。

以上のことを踏まえ、基本方針の改正を行うものである。

2. 改正の内容

(1) 地域の実情を踏まえた具体的な目標の設定

地域の実情を踏まえた運動、食生活、喫煙等に関する目標（メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率）や健康診査・保健指導の実施率等を設定することについて記載する。

(2) 関係者の役割分担・連携促進のための都道府県の総合調整機能の強化

都道府県の総合調整の下、地域・職域連携推進協議会等を活用して、健診・保健指導や普及啓発等の取組における市町村、医療保険者等の具体的な役割分担の明確化、取組の進捗状況の評価等を行うことについて記載する。

(3) 市町村健康増進計画策定時の留意事項の追加

市町村健康増進計画を策定する際には、市町村が医療保険者（市町村国保）として実施する保健事業と連携を図ることや、健康増進法第17条及び第19条の2に基づき市町村が実施する健康増進事業を同計画に位置付けることなどの留意事項について記載する。

(4) 健康増進を担う人材の確保・資質向上のための研修の充実

国における総合的な企画及び調整の能力等の資質の向上のための研修や、都道府県における市町村、医療保険者、地域の関係団体と連携した健康増進に関する施策に携わる専門職等への研修の充実を図ることについて記載する。

(5) 例示の追加などの規定の整備

多様な分野との連携事例として、総合型地域スポーツクラブの活用や健康関連産業の育成を追加するなどの規定の整備を行う。

○ 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日付け健発第0430002号厚生労働省健康局長通知）

改正後	改正前
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。 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（食育の推進を含む。）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、<u>健康関連産業の育成等</u>、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（特別区を含む。以下同じ。）、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。	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。 <u>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。</u> 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こと等により作成する。
都道府県は、国が設定した代表目標項目について、参酌標準を踏まえて目標設定する必要がある。
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

地域・職域連携推進協議会等を活用し、関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について協議を行い、計画に反映させること。
都道府県は、医療計画、都道府県医療費適正化計画、都道府県介護保険事業支援計画、都道府県が
ん対策推進計画等との調和について配慮すること。
市町村は、医療保険者として策定する特定健康診査等実施計画と一体的に策定するなど医療保険者
として行う保健事業との連携を図るとともに、市町村介護保険事業計画等と調和を図り、さらに、健
康増進法に基づき市町村が実施する健康増進事業を計画に位置付けるよう留意すること。
都道府県、市町村、管内の医療保険者、産業保険関係者等の取組状況や目標達成状況について周期
的に評価を実施し、その後の取組等に反映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。
計画策定について、住民が主体的に参加し、その意見を積極的に反映するよう留意すること。

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や診療報酬明細書（レセプト）の情報等を活用して、個人
情報の保護に関する法律等を遵守し、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、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、保健事業実施に当た
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条の健康指針については、別途定めているとおりである。

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、ボランティアによる情報の提供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。

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条の健康指針については、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や分析手法の提示等、国は技術的援助を行う。 (2) 民間事業者等との連携 健康関連企業、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、給食関連事業者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、生活習慣全般についての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、日本栄養士会及び日本メディカル給食協会の管理栄養士等との連携、日本食生活協会の食生活改善推進員、禁煙推進員、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。 国は、総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図る。 都道府県は、関係者と連携し、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく内容の研修の充実を図る。	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。	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。
(別添) 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認知症、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健康で自立して暮らすことができ	(別添) 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認知症、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認知症若しくは寝たきりに

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。

また、平成15年には、健康増進法（平成14法律第103号）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」を改正したが、今般、健康日本21中間評価報告書（平成19年4月 厚生科学審議会地域保健健康増進推進部会）を踏まえ、「健康日本21」を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年度等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・団体等をはじめとして、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。

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・団体等をはじめとして、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、2012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年度から最終評価を行い、その評価を2013年度以降の運動の推進に反映させる。

なお、2010年度以降の最終評価期間中においても本通知に掲げる目標により、運動を推進する。

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こと等により、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、思春期や性差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

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こと等により、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、思春期や性差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、介護予防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（食育の推進を含む。）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、総合型地域スポーツクラブの活用などの生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、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（特別区を含む。以下同じ。）、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1に記載されたものであり、このうち代表目標項目は別表2に記載されたものである。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。

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

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

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の健康に欠かせない要素となっている。

目標は、ストレスの低減、睡眠の確保及び自殺者の減少について設定する。

(4) たばこ

たばこは、がんや循環器病など多くの疾患と関連があるほか、妊娠に関連した異常の危険因子である。また、厚生科学審議会の「今後のたばこ対策の基本的考え方について」（平成14年12月25日意見具申）においては、「国民の健康増進の観点から、今後、たばこ対策に一層取り組むことにより、喫煙率を引き下げ、たばこの消費を抑制し、国民の健康に与える悪影響を低減させていくことが必要である。」と指摘されている。

目標は、たばこの健康影響についての十分な知識の普及、未成年者の喫煙防止（防煙）、受動喫煙の害を排除し、減少させるための環境づくり（分煙）、禁煙希望者に対する禁煙支援について設定する。

(5) アルコール

アルコールは、慢性影響としての臓器障害等の健康に対する大きな影響を与えるものである。近年、成人の飲酒による健康影響の問題のみならず、未成年者による飲酒が問題となっており、また、アルコールに関連した問題は、健康に限らず交通事故等社会的な問題にも影響するものである。

目標は、多量飲酒者の減少、未成年者の飲酒防止及び節度ある適度な飲酒についての知識の普及について設定する。

(6) 歯の健康

歯の健康は、食物の咀嚼のほか、食事や会話を楽しむ等による、生活の質を確保するための基礎となる重要な要素である。歯科保健の分野では、生涯にわたり自分の歯を20歯以上保つことにより健全な咀嚼能力を維持し、健やかで楽しい生活をすごそうという8020（ハチマル・ニイマル）運動が推進されており、この実現に向けた歯及び口腔の健康増進の推進が必要である。

目標は、歯の喪失防止と歯の喪失の原因となるう蝕及び歯周病の予防について設定する。

(7) 糖尿病

我が国の糖尿病患者数は、生活習慣と社会の変化に伴って、急速に増加している。糖尿病は自覚症状がないことが多く、また、放置すると重大な合併症を引き起こすことが多いことから、生活の質の低下等を招いている。この疾患の対策としては、発症の予防、早期発見、合併症の予防が重要である。

目標は、糖尿病の一次予防の推進を図る観点から、生活習慣の改善、糖尿病有病者の早期発見及び治療の継続について設定する。あわせて、生活習慣の改善が糖尿病有病者の減少に及ぼす影響について推計する。

(8) 循環器病

脳血管疾患と虚血性心疾患を含む循環器病は我が国の主要な死亡原因の一つであるが、これらの後遺症のために、本人の生活の質の低下を招く大きな原因となっている。特に脳卒中は、寝たきり・認知症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。

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の健康に欠かせない要素となっている。

目標は、ストレスの低減、睡眠の確保及び自殺者の減少について設定する。

(4) たばこ

たばこは、がんや循環器病など多くの疾患と関連があるほか、妊娠に関連した異常の危険因子である。また、厚生科学審議会の「今後のたばこ対策の基本的考え方について」（平成14年12月25日意見具申）においては、「国民の健康増進の観点から、今後、たばこ対策に一層取り組むことにより、喫煙率を引き下げ、たばこの消費を抑制し、国民の健康に与える悪影響を低減させていくことが必要である。」と指摘されている。

目標は、たばこの健康影響についての十分な知識の普及、未成年者の喫煙防止（防煙）、受動喫煙の害を排除し、減少させるための環境づくり（分煙）、禁煙希望者に対する禁煙支援について設定する。

(5) アルコール

アルコールは、慢性影響としての臓器障害等の健康に対する大きな影響を与えるものである。近年、成人の飲酒による健康影響の問題のみならず、未成年者による飲酒が問題となっており、また、アルコールに関連した問題は、健康に限らず交通事故等社会的な問題にも影響するものである。

目標は、多量飲酒者の減少、未成年者の飲酒防止及び節度ある適度な飲酒についての知識の普及について設定する。

(6) 歯の健康

歯の健康は、食物の咀嚼のほか、食事や会話を楽しむ等による、生活の質を確保するための基礎となる重要な要素である。歯科保健の分野では、生涯にわたり自分の歯を20歯以上保つことにより健全な咀嚼能力を維持し、健やかで楽しい生活をすごそうという8020（ハチマル・ニイマル）運動が推進されており、この実現に向けた歯及び口腔の健康増進の推進が必要である。

目標は、歯の喪失防止と歯の喪失の原因となるう蝕及び歯周病の予防について設定する。

(7) 糖尿病

我が国の糖尿病患者数は、生活習慣と社会の変化に伴って、急速に増加している。糖尿病は自覚症状がないことが多く、また、放置すると重大な合併症を引き起こすことが多いことから、生活の質の低下等を招いている。この疾患の対策としては、発症の予防、早期発見、合併症の予防が重要である。

目標は、糖尿病の一次予防の推進を図る観点から、生活習慣の改善、糖尿病有病者の早期発見及び治療の継続について設定する。あわせて、生活習慣の改善が糖尿病有病者の減少に及ぼす影響について推計する。

(8) 循環器病

脳血管疾患と虚血性心疾患を含む循環器病は我が国の主要な死亡原因の一つであるが、これらの後遺症のために、本人の生活の質の低下を招く大きな原因となっている。特に脳卒中は、寝たきり・認知症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、都道府県においては、全国的な目標のうち、代表的なものについて、地域の実情を踏まえた住民にわかりやすい目標を提示する必要がある。具体的には、糖尿病等の有病者・予備群の増加という課題に対し、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の減少率や、健診・保健指導の実施率並びに食生活、運動及び喫煙等に関する目標の設定が必要である。

さらに、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、都道府県単位で健康増進事業実施者、医療機関その他の関係機関等から構成される地域・職域連携推進協議会等を設置・活用し、関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について協議を行い、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。なお、都道府県が地域・職域連携推進協議会等を設置・活用するに当たっては、都道府県労働局に参加を要請するなど、連携を図る必要がある。また、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、都道府県において計画を策定する際には、健康増進が疾病予防・介護予防の礎であることを踏まえ、関係機関との連携の下、都道府県が策定する医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第9条第1項に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する介護保険事業支援計画、がん対策基本法（平成18年法律第98号）第11条第1項に規定する都道府県がん対策推進計画等との調和に配慮し、都道府県が中心となって策定すること。また、市町村において計画を策定する際には、事業の効率的な実施を図る観点から、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律第19条第1項に規定する特定健康診査等実施計画と市町村健康増進計画を一体的に策定するなど医療保険者として実施する保健事業と市町村として実施する健康増進事業との連携を図るとともに、市町村が策定する介護保険法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画等の市町村健康増進計画と関連する計画と調和を図るよう留意するとともに、健康増進法に基づいて実施する健康増進事業を計画に位置付けるよう留意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。評価に当たっては、都道府県及び市町村における取組だけでなく、管内の医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等における取組の進捗状況や目標の達成状況について評価すべきである。

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」、「健康日本21中間評価報告書」、「健康増進計画改定ガイドライン」を参照し、また、住民の意見を積極的に反映するよう留意されたい。

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・介護予防の礎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、産業界と連携した健康関連サービス提供の際の情報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・普及等に取り組み必要がある。

また、9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21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、都道府県及び市町村が地方計画を策定する際に利用できるよう、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、各種統計資料のデータベースの構築、分析手法の提示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、地方公共団体及び独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査や都道府県健康・栄養調査、健康診査、保健指導及び地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計並びに診療報酬明細書（レセプト）の情報その他の収集した情報等をもとに、個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報の保護に関する法律、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第58号）、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）、個人情報の保護に関する法律第11条第1項の趣旨を踏まえて地方公共団体において制定される条例等を遵守しつつ、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 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・普及等に取り組み必要がある。

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21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、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、喫煙、飲酒、歯の健康等の生活習慣全般について、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、禁煙推進員、ヘルスサポーター等のボランティア組織や健康づくりのための自助グループの支援に努める必要がある。

このため、国は、総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図るとともに、都道府県は、市町村、医療保険者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体等と連携し、地方公共団体の職員だけでなく、地域・職場における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく内容の研修の充実を図ることが必要である。

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、健康増進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、地域・職場連携推進協議会等が中心となり、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。

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)

健康日本21目標項目一覧

1. 栄養・食生活

適正な栄養素（食物）の摂取について（栄養状態、栄養素（食物）摂取レベル）

1.1 適正体重を維持している人の増加
指標の目安

〔肥満者等の割合〕		現状*	2010年
1.1a	児童・生徒の肥満児	10.7%	7%以下
1.1b	20歳代女性のやせの者	23.3%	15%以下
1.1c	20～60歳代男性の肥満者	24.3%	15%以下
1.1d	40～60歳代女性の肥満者	25.2%	20%以下

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

児童・生徒の肥満児:日比式による標準体重の20%以上

肥満者:BMIが25以上の者

やせ:BMIが18.5未満の者

BMI (Body Mass Index): 体重(kg) / [身長(m)]²

1.2 脂質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

脂質エネルギー比率: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

(別表)

1. 栄養・食生活

適正な栄養素（食物）の摂取について（栄養状態、栄養素（食物）摂取レベル）

1.1 適正体重を維持している人の増加
指標の目安

〔肥満者等の割合〕		現状*	2010年
1.1a	児童・生徒の肥満児	10.7%	7%以下
1.1b	20歳代女性のやせの者	23.3%	15%以下
1.1c	20～60歳代男性の肥満者	24.3%	15%以下
1.1d	40～60歳代女性の肥満者	25.2%	20%以下

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

児童・生徒の肥満児:日比式による標準体重の20%以上

肥満者:BMIが25以上の者

やせ:BMIが18.5未満の者

BMI (Body Mass Index): 体重(kg) / [身長(m)]²

1.2 脂質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

脂質エネルギー比率: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日当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

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日当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]		
1. 9a	男性 (20～69 歳)	現状 20. 1% 2010 年 30%以上
1. 9b	女性 (20～69 歳)	現状 41. 0% 2010 年 55%以上
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]		
1. 10a	成人男性	現状* 65. 6% 2010 年 80%以上
1. 10b	成人女性	現状* 73. 0% 2010 年 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]		
1. 11a	成人男性	現状* 55. 6% 2010 年 80%以上
1. 11b	成人女性	現状* 67. 7% 2010 年 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、利用する人の割合]		
1. 12a	男性 (20～59 歳)	現状* 34. 4% 2010 年 50%以上
1. 12b	女性 (20～59 歳)	現状* 43. 0% 2010 年 50%以上
*: 「飲食店・食品売り場及び職場の給食施設・食堂等で、バランスのとれたメニューを提供していると思う者の割合」平成 12 年国民栄養調査		
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、学習に参加する人の割合]		
1. 13a	男性 (20 歳以上)	現状* 6. 1% 2010 年 10%以上

指標の目安		
[参考にする人の割合]		
1. 9a	成人	現状 [※] = 2010 年 [※] =
*: 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]		
1. 10a	成人男性	現状* 65. 6% 2010 年 80%以上
1. 10b	成人女性	現状* 73. 0% 2010 年 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]		
1. 11a	成人男性	現状* 55. 6% 2010 年 80%以上
1. 11b	成人女性	現状* 67. 7% 2010 年 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]		
1. 12a		現状* = 2010 年 [※] =
[利用する人の割合]		
1. 12b		現状* = 2010 年 [※] =
*: 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]		
1. 13a		現状* = 2010 年 [※] =

1. 13b	女性 (20 歳以上)	14. 7%	30%以上
*:「地域、職場や学校等で、健康あるいは栄養に関する学習や活動を行う自主的集まり (サークル) があると回答した者の割合」平成 12 年国民栄養調査			
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	男性 (20 歳以上)	2. 4%	5%以上
1. 14b	女性 (20 歳以上)	7. 8%	15%以上
*:「地域・職場・学校等で、健康あるいは栄養に関する学習や活動を行う自主的な集まり (サークル) があり、現在あるいは過去 1 年間の参加経験のある者の総数に対する割合」平成 12 年国民栄養調査			
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			
1. 15 メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) を認知している国民の割合の増加			
指標の目安			
[メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) を知っている人の割合 (全国平均)]		現状*	2010 年
1. 15a	20 歳以上	=	80%以上
*:平成 18 年国民健康・栄養調査において把握			

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	51. 8%	63%以上
2. 1b	女性	53. 1%	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			

[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]				[日常生活における歩数]			
		現状*	2010年**			現状*	2010年**
2.2a	男性	8,202歩	9,200歩以上	2.2a	男性	8,202歩	9,200歩以上**
2.2b	女性	7,282歩	8,300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				*:平成9年国民栄養調査			
**: <u>約1,000歩の増加</u> :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				**: <u>約1,000歩の増加</u> :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				2.3 運動習慣者の増加			
指標の目安				指標の目安			
[運動習慣者の割合]		現状*	2010年	[運動習慣者の割合]		現状*	2010年
2.3a	男性	28.6%	39%以上	2.3a	男性	28.6%	39%以上
2.3b	女性	24.6%	35%以上	2.3b	女性	24.6%	35%以上
*:平成9年国民栄養調査				*:平成9年国民栄養調査			
用語の説明				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				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				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			
指標の目安				指標の目安			
[運動習慣者の割合]		現状*	2010年	[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	2.4a	男性(60歳以上)	59.8%	70%以上
2.4b	女性(60歳以上)	<u>59.0%</u>	70%以上	2.4b	女性(60歳以上)	<u>59.4%</u>	70%以上
2.4c	80歳以上(全体)	46.3%	56%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)				*: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				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				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				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				指標の目安			
[地域活動を実施している人]		現状*	2010年	[地域活動を実施している人]		現状*	2010年
2.5a	男性(60歳以上)	48.3%	58%以上	2.5a	男性(60歳以上)	48.3%	58%以上
2.5b	女性(60歳以上)	39.7%	50%以上	2.5b	女性(60歳以上)	39.7%	50%以上
*:平成10年「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」(総務庁)				*: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				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*

2010 年**

5, 436 歩 6, 700 歩以上
4, 604 歩 5, 900 歩以上

*:平成9年国民栄養調査

** :約1, 300歩の増加: 約1, 300歩は、歩く時間で約15分、歩行距離で650～800m程度の歩行に相当

2.7 安全に歩行可能な高齢者の増加

指標の目安

〔閉眼片脚起立時間 20 秒以上に該当する人の増加〕

2. 7a 男性 (65～74 歳)
2. 7b 男性 (75 歳以上)
2. 7c 女性 (65～74 歳)
2. 7d 女性 (75 歳以上)

現状*

2010 年

68. 1% 80%以上
38. 9% 60%以上
62. 4% 75%以上
21. 2% 50%以上

*:平成9～17 年「健康度評価」(あいち健康の森健康科学総合センター)

2.8 メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) を認知している国民の割合の増加(1. 栄養・食生活

参照)

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*

2010 年**

54. 6% 49%以下

*:平成 8 年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

** :1 割以上の減少

用語の説明

ストレスを感じた人:最近 1 ヶ月間にストレスを感じた人

十分な睡眠の確保

3.2 睡眠による休養を十分にとれていない人の減少

指標の目安

〔とれない人の割合〕

3. 2a 全国平均

現状*

2010 年**

23. 1% 21%以下

*:平成 8 年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

** :1 割以上の減少

指標の目安

〔日常生活の歩数〕

2. 6a 男性(70 歳以上)

現状*

2010 年**

5, 436 歩 6, 700 歩以上**

2. 6b 女性(70 歳以上)

4, 604 歩

5, 900 歩以上**

*:平成9年国民栄養調査

** :約1, 300歩の増加: 約1, 300歩は、歩く時間で約15分、歩行距離で650～800m程度の歩行に相当

3. 休養・こころの健康づくり

ストレスへの対応

3.1 ストレスを感じた人の減少

指標の目安

〔ストレスを感じた人の割合〕

3. 1a 全国平均

現状*

2010 年

54. 6% 49%以下**

*:平成 8 年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

** :1 割以上の減少

用語の説明

ストレスを感じた人:最近 1 ヶ月間にストレスを感じた人

十分な睡眠の確保

3.2 睡眠による休養を十分にとれていない人の減少

指標の目安

〔とれない人の割合〕

3. 2a 全国平均

現状*

2010 年

23. 1% 21%以下**

*:平成 8 年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

3.3 睡眠の確保のために睡眠補助品やアルコールを使うことのある人の減少

指標の目安

[睡眠補助品等を使用する人の割合] 現状* 2010年**

3.3a 全国平均 14.1% 13%以下

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

** :1割以上の減少

用語の説明

睡眠補助品:睡眠薬・精神安定剤

自殺者の減少

3.4 自殺者の減少

指標の目安

[自殺者数] 現状* 2010年

3.4a 全国数 31,755人 22,000人以下

*:平成10年厚生省人口動態統計

4. たばこ

4.1 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及

指標の目安

[知っている人の割合] 現状* 2010年

4.1a	肺がん	84.5%	100%
4.1b	喘息	59.9%	100%
4.1c	気管支炎	65.5%	100%
4.1d	心臓病	40.5%	100%
4.1e	脳卒中	35.1%	100%
4.1f	胃潰瘍	34.1%	100%
4.1g	妊娠に関連した異常	79.6%	100%
4.1h	歯周病	27.3%	100%

*:平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査

用語の説明

健康影響:別紙「喫煙が及ぼす健康影響」を参照

4.2 未成年者の喫煙をなくす

指標の目安

** :1割以上の減少

3.3 睡眠の確保のために睡眠補助品やアルコールを使うことのある人の減少

指標の目安

[睡眠補助品等を使用する人の割合] 現状* 2010年

3.3a 全国平均 14.1% 13%以下**

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

** :1割以上の減少

用語の説明

睡眠補助品:睡眠薬・精神安定剤

自殺者の減少

3.4 自殺者の減少

指標の目安

[自殺者数] 現状* 2010年

3.4a 全国数 31,755人 22,000人以下

*:平成10年厚生省人口動態統計

4. たばこ

4.1 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及

指標の目安

[知っている人の割合] 現状* 2010年

4.1a	肺がん	84.5%	100%
4.1b	喘息	59.9%	100%
4.1c	気管支炎	65.5%	100%
4.1d	心臓病	40.5%	100%
4.1e	脳卒中	35.1%	100%
4.1f	胃潰瘍	34.1%	100%
4.1g	妊娠に関連した異常	79.6%	100%
4.1h	歯周病	27.3%	100%

*:平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査

用語の説明

健康影響:別紙「喫煙が及ぼす健康影響」を参照

4.2 未成年者の喫煙をなくす

指標の目安

[喫煙している人の割合]		現状*	2010 年
4. 2a	男性(中学1 年)	7. 5%	0%
4. 2b	男性(高校3 年)	36. 9%	0%
4. 2c	女性(中学1 年)	3. 8%	0%
4. 2d	女性(高校3 年)	15. 6%	0%

※:平成8 年度未成年者の喫煙行動に関する全国調査

4.3 公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及

指標の目安

[分煙を実施している割合]		現状	2010 年
4. 3a	公共の場		
	都道府県	89. 4%	100%
	政令市等	95. 9%	100%
	市町村	50. 7%	100%
	保健所	95. 5%	100%
4. 3b	職場	40. 3%	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%

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	32. 9%	100%

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

禁煙を希望する人	男性	女性
禁煙希望	24. 6%	32. 7%

(平成15 年国民健康・栄養調査)

4.5 喫煙をやめたい人がやめる

参考

[喫煙率、禁煙希望者の割合]		男性	女性
4. 5a	喫煙率*	43. 3%	12. 0%
	禁煙希望者の割合**	24. 6%	32. 7%

※:平成16 年国民健康・栄養調査

※*:平成15 年国民健康・栄養調査

5. アルコール

[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60g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)	26.0%	0%
5.2b	男性(高校3年)	53.1%	0%
5.2c	女性(中学3年)	16.9%	0%
5.2d	女性(高校3年)	36.1%	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	50.3%	100%
5.3b	女性	47.3%	100%

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20g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 (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

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60g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20g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 (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%	15%以下

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

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

1人平均う歯数:

1人当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 フッ化物歯面塗布剤の使用の増加

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、児童のフッ化物歯面塗布剤使用率(荒川らによる調査、平成3年)

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%	二

*:参考値、1日3回以上の間食をする1歳6ヶ月児の割合(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

1人平均う歯数:

1人当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 フッ化物歯面塗布剤の使用の増加

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、児童のフッ化物歯面塗布剤使用率(荒川らによる調査、平成3年)

6.6 個別的な歯口清掃指導を受ける人の増加

指標の目安

〔過去1年間に受けたことのある人の割合〕		現状*	2010年
6.6a	全国平均	12.8%	30%以上

*: 参考値、平成5年保健福祉動向調査(15~24歳)

用語の説明

個別的な歯口清掃指導:

歯科医師、歯科衛生士により個人の口の中の状態に基づいて行われる歯磨き指導

成人期の歯周病予防

6.7 進行した歯周炎の減少

指標の目安

〔有する人の割合〕		現状*	2010年**
6.7a	40歳	32.0%	22%以下
6.7b	50歳	46.9%	33%以下

*: 参考値、平成9~10年富士宮市モデル事業報告

** : 3割以上の減少

用語の説明

進行した歯周炎:

歯周疾患の検査であるCPI検査で4mm以上の深い歯周ポケットのあるもの

6.8 歯間部清掃用器具の使用の増加

指標の目安

〔使用する人の割合〕		現状*	2010年
6.8a	40歳(35~44歳)	19.3%	50%以上
6.8b	50歳(45~54歳)	17.8%	50%以上

*: 平成5年保健福祉動向調査

用語の説明

歯間部清掃用器具:

歯と歯の間を清掃するための専用器具(デンタルフロス、歯間ブラシ等)

6.9 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及(4. たばこ参照)

6.10 禁煙支援プログラムの普及(4. たばこ参照)

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

6.6 個別的な歯口清掃指導を受ける人の増加

指標の目安

〔過去1年間に受けたことのある人の割合〕		現状*	2010年
6.6a	全国平均	12.8%	30%以上

*: 参考値、平成5年保健福祉動向調査(15~24歳)

用語の説明

個別的な歯口清掃指導:

歯科医師、歯科衛生士により個人の口の中の状態に基づいて行われる歯磨き指導

成人期の歯周病予防

6.7 進行した歯周炎の減少

指標の目安

〔有する人の割合〕		現状*	2010年**
6.7a	40歳	32.0%	22%以下
6.7b	50歳	46.9%	33%以下

*: 参考値、平成9~10年富士宮市モデル事業報告

** : 3割以上の減少

用語の説明

進行した歯周炎:

歯周疾患の検査であるCPI検査で4mm以上の深い歯周ポケットのあるもの

6.8 歯間部清掃用器具の使用の増加

指標の目安

〔使用する人の割合〕		現状*	2010年
6.8a	40歳(35~44歳)	19.3%	50%以上
6.8b	50歳(45~54歳)	17.8%	50%以上

*: 平成5年保健福祉動向調査

用語の説明

歯間部清掃用器具:

歯と歯の間を清掃するための専用器具(デンタルフロス、歯間ブラシ等)

6.9 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及(4. たばこ参照)

6.10 禁煙支援プログラムの普及(4. たばこ参照)

歯の喪失防止

6.11 80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加

指標の目安

〔自分の歯を有する人の割合〕		現状*	2010年
6.11a	80歳(75~84歳)で20歯以上	11.5%	20%以上

6. 11b	60 歳(55～64 歳)で24 歯以上	44. 1%	50%以上
*: 平成5年歯科疾患実態調査			
6. 12	定期的な歯石除去や歯面清掃を受ける人の増加 指標の目安		
	[過去1 年間に受けた人の割合]	現状*	2010 年
6. 12a	60 歳(55～64 歳)	15. 9%	30%以上
*: 参考値、[過去1 年間に歯石除去や歯面清掃を受けた人の割合] 平成4 年寝屋川市調査			
6. 13	定期的な歯科検診の受診者の増加 指標の目安		
	[過去1 年間に受けた人の割合]	現状*	2010 年
6. 13a	60 歳(55～64 歳)	16. 4%	30%以上
*: 平成5 年保健福祉動向調査			
7. 糖尿病			
7. 1	成人の肥満者の減少(1. 栄養・食生活参照)		
7. 2	日常生活における歩数の増加(2. 身体活動・運動参照)		
7. 3	質・量ともにバランスのとれた食事(1. 栄養・食生活参照)		
7. 4	糖尿病検診の受診の促進 指標の目安		
	[受けている人の数]	現状*	2010 年**
7. 4a	定期健康診断等糖尿病に関する健康診 断受診者	4, 573 万人	6, 860 万人以上
*: 参考値、平成9 年健康・福祉関連サービス需要実態調査			
**: 5 割以上の増加			
7. 5	糖尿病検診受診後の事後指導の推進 指標の目安		
	[受けている人の割合]	現状*	2010 年
7. 5a	糖尿病検診における異常所見者の事後 指導受診率(男性)	66. 7%	100%
7. 5b	糖尿病検診における異常所見者の事後 指導受診率(女性)	74. 6%	100%
*: 平成9 年糖尿病実態調査			
7. 6	糖尿病有病者の減少 (推計) 推計値		
6. 11b	60 歳(55～64 歳)で24 歯以上	44. 1%	50%以上
*: 平成5年歯科疾患実態調査			
6. 12	定期的な歯石除去や歯面清掃を受ける人の増加 指標の目安		
	[過去1 年間に受けた人の割合]	現状*	2010 年
6. 12a	60 歳(55～64 歳)	15. 9%	30%以上
*: 参考値、過去1 年間に歯石除去や歯面清掃を受けた人の割合、平成4 年寝屋川市調査			
6. 13	定期的な歯科検診の受診者の増加 指標の目安		
	[過去1 年間に受けた人の割合]	現状*	2010 年
6. 13a	60 歳(55～64 歳)	16. 4%	30%以上
*: 平成5 年保健福祉動向調査			
7. 糖尿病			
7. 1	成人の肥満者の減少(1. 栄養・食生活参照)		
7. 2	日常生活における歩数の増加(2. 身体活動・運動参照)		
7. 3	質・量ともにバランスのとれた食事(1. 栄養・食生活参照)		
7. 4	糖尿病検診の受診の促進 指標の目安		
	[受けている人の数]	現状*	2010 年**
7. 4a	定期健康診断等糖尿病に関する健康診 断受診者	4, 573 万人	6, 860 万人以上
*: 参考値、平成9 年健康・福祉関連サービス需要実態調査			
**: 5 割以上の増加			
7. 5	糖尿病検診受診後の事後指導の推進 指標の目安		
	[受けている人の割合]	現状*	2010 年
7. 5a	糖尿病検診における異常所見者の事後 指導受診率(男性)	66. 7%	100%
7. 5b	糖尿病検診における異常所見者の事後 指導受診率(女性)	74. 6%	100%
*: 平成9 年糖尿病実態調査			
7. 6	糖尿病有病者の減少 (推計) 推計値		

		現状*	2010年**			現状*	2010年**
7.6a 糖尿病有病者数		690万人	1,000万人	7.6a 糖尿病有病者数		690万人	1,000万人
*:平成9年糖尿病実態調査				*:平成9年糖尿病実態調査			
**: <u>生活習慣の改善がない場合、1080万人と推計されている</u>				**: <u>生活習慣の改善がない場合、1080万人と推計されている</u>			
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				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				7.7 糖尿病有病者の治療の継続			
指標の目安				指標の目安			
〔治療継続している人の割合〕		現状*	2010年	〔治療継続している人の割合〕		現状	2010年
7.7a 糖尿病有病者の治療継続率		45.0%	100%	7.7a 糖尿病有病者の治療継続率		45%*	100%
*:平成9年糖尿病実態調査				*:平成9年糖尿病実態調査			
7.8 糖尿病合併症の減少				7.8 糖尿病合併症の減少			
指標の目安				指標の目安			
〔合併症を発症した人の数〕		現状*	2010年	〔合併症を発症した人の数〕		現状	2010年
7.8a 糖尿病性腎症		10,729人	11,700人	7.8a 糖尿病性腎症		10,729人*	***
〔合併症を有する人の数〕		現状**	2010年***	〔合併症を有する人の数〕		現状	2010年
7.8b 失明		約3,000人	—	7.8b 失明		約3,000人**	***
*:1998年日本透析医学会				*:1998年日本透析医学会			
**: <u>1988年厚生省「視覚障害の疾病調査研究」</u>				**: <u>1988年厚生省「視覚障害の疾病調査研究」</u>			
***: <u>十分なデータを得ることができないため未設定</u>				***: <u>平成14年度中に設定</u>			
7.9 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の割合の増加（1. 栄養・食生活参照）							
7.10 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の減少							
指標の目安							
〔メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の人数（40～74歳）〕		現状*	2012年**			2015年**	
7.10a 該当者・予備群（男性）		1,400万人	10%以上の減少			25%以上の減少	
該当者・予備群（女性）		560万人	10%以上の減少			25%以上の減少	
*:参考値、平成16年国民健康・栄養調査							
**: <u>2008年と比較した減少率（国民健康・栄養調査等をもとに算出予定）</u>							
7.11 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上							
指標の目安							
〔特定健康診査の実施率〕		現状	2012年			2015年	
7.11a 健診実施率		二	70%			80%	

[特定保健指導の実施率]		現状	2012 年	2015 年
7. 11b	保健指導実施率	二	45%	60%

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分
指標の目安

[1 日当たりの平均摂取量]

現状^{*}2010 年

8. 2a 成人2. 5g3. 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 日当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

参考

8. 5a 平均最大血圧

男性132. 7mmHg女性126. 2mmHg

(平成 10 年国民栄養調査)

8. 6 たばこ対策の充実(4. たばこ参照)

8. 7 高脂血症の減少
指標の目安

[高脂血症の人の割合]

現状^{*}2010 年

8. 7a 男性10. 5%5. 2%以下

8. 7b 女性17. 4%8. 7%以下

*:平成9 年国民栄養調査

用語の説明

高脂血症者: 血清総コレステロール値 240mg/dl 以上の者

8. 8 糖尿病有病者の減少(7. 糖尿病参照)

8. 循環器病

8. 1 食塩摂取量の減少(1. 栄養・食生活参照)

8. 2 カリウム摂取量の増加
指標の目安

[1 日当たりの平均摂取量]

現状*

2010 年

8. 2a 成人

2. 5g

3. 5g 以上

*: 平成 9 年国民栄養調査

8. 3 成人の肥満者の減少(1. 栄養・食生活参照)

8. 4 運動習慣者の増加(2. 身体活動・運動参照)

8. 5 高血圧の改善 (推計)

推計値 平均最大血圧約 4. 2mmHg の低下

注) 以下を実行することによる効果の推計

・成人 1 日当たりの平均食塩摂取量 3. 5g 減少

・平均カリウム摂取量 1 g 増量

・肥満者 (BMI 25 以上) を男性 15%(20 歳以上)、女性 18%(20 歳以上)以下に減少

・成人男性の多量飲酒者を 1%低下

・国民の 10%が早歩きを毎日 30 分実行

8. 6 たばこ対策の充実(4. たばこ参照)

8. 7 高脂血症の減少
指標の目安

[高脂血症の人の割合]

現状*

2010 年

8. 7a 男性

10. 5%

5. 2%以下

8. 7b 女性

17. 4%

8. 7%以下

*: 平成 9 年国民栄養調査

用語の説明

高脂血症者: 血清総コレステロール値 240mg/dl 以上の者

8. 8 糖尿病有病者の減少(7. 糖尿病参照)

8.8 糖尿病有病者の減少（7. 糖尿病参照）

8.9 飲酒対策の充実（5. アルコール参照）

8.10 健康診断を受ける人の増加
指標の目安

〔検診受診者の数〕

現状*

2010年

8.10a 全国数

4,573万人

6,860万人以上

*：平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

8.11 生活習慣の改善等による循環器病の減少（推計）
推計値

喫煙率		脳卒中の減少			虚血性心疾患の減少			循環器病の減少		
男性	女性	男性	女性	全体	男性	女性	全体	男性	女性	全体
55%	15%	16%	6%	11%	11%	7%	9%	17%	4%	10%
45	10	29	15	22	24	17	20	26	10	18
35	10	42	15	28	37	17	26	35	10	22
25	5	55	24	39	50	26	38	44	17	30
15	5	68	24	46	63	26	44	53	17	35
0	0	87	33	60	82	36	59	66	23	45

注1) それぞれの疾患の減少は、死亡率、罹患率及び疾患による新たなADL低下の割合を示す。

注2) 現状：脳卒中死亡率110.0（人口10万人対） 死亡数13万7,819人

男性：死亡率106.9、死亡数6万5,529人

女性：死亡率113.1、死亡数7万2,290人

虚血性心疾患 57.2（人口10万人対） 死亡数7万1,678人

男性：死亡率62.9、死亡数3万8,566人

女性：死亡率51.8、死亡数3万3,112人

（平成10年厚生省人口動態統計）

8.12 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の増加（1. 栄養・食生活参照）

8.13 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の減少（7. 糖尿病参照）

8.14 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上
（7. 糖尿病参照）

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

8.9 飲酒対策の充実（5. アルコール参照）

8.10 健康診断を受ける人の増加
指標の目安

〔検診受診者の数〕

現状*

2010年

8.10a 全国数

4,573万人

6,860万人以上

*：平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

8.11 生活習慣の改善等による循環器病の減少（推計）
推計値

喫煙率		脳卒中の減少			虚血性心疾患の減少			循環器病の減少		
男性	女性	男性	女性	全体	男性	女性	全体	男性	女性	全体
55%	15%	16%	6%	11%	11%	7%	9%	17%	4%	10%
45	10	29	15	22	24	17	20	26	10	18
35	10	42	15	28	37	17	26	35	10	22
25	5	55	24	39	50	26	38	44	17	30
15	5	68	24	46	63	26	44	53	17	35
0	0	87	33	60	82	36	59	66	23	45

注1) それぞれの疾患の減少は、死亡率、罹患率及び疾患による新たなADL低下の割合を示す。

注2) 現状：脳卒中死亡率110.0（人口10万人対） 死亡数13万7,819人

男性：死亡率106.9、死亡数6万5,529人

女性：死亡率113.1、死亡数7万2,290人

虚血性心疾患 57.2（人口10万人対） 死亡数7万1,678人

男性：死亡率62.9、死亡数3万8,566人

女性：死亡率51.8、死亡数3万3,112人

（平成10年厚生省人口動態統計）

9. がん

9.1 たばこ対策の充実（4. たばこ参照）

9.2 食塩摂取量の減少（1. 栄養・食生活参照）

9.3 野菜の摂取量の増加（1. 栄養・食生活参照）

9.4 1日の食事において、果物類を摂取している者の増加
指標の目安

指標の目安 〔摂取している人の割合〕 9.4a 成人 現状^a 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〕 9.7a 胃がん 現状^a 1,401万人 2010年^{ab} 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 ab：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。	〔摂取している人の割合〕 9.4a 成人 現状^a 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〕 9.7a 胃がん 現状^a 1,401万人 2010年^{ab} 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 ab：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。
（別表2） 健康日本21代表目標項目一覧 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〕 1.1a 児童・生徒の肥満児 現状 10.7% 2010年 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 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〕 1.2a 20～40歳代 現状 27.1% 2010年 25%以下 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〕 1.4a 成人 現状 292g 2010年 350g以上 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〕

1. 7a 中学、高校生

現状

6.0%

2010 年

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

1. 15・2. 8・7. 9・8. 12 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の割合の増加

指標の目安

〔メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を知っている人の割合（全国平均）〕

現状

2010 年

1. 15a 20 歳以上

—

80%以上

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

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. 3a 男性

28.6%

39%以上

2. 3b 女性

24.6%

35%以上

2. 6 日常生活における歩数の増加

指標の目安

〔日常生活の歩数〕

現状

2010 年

2. 6a 男性(70 歳以上)

5,436 歩

6,700 歩以上

2. 6b 女性(70 歳以上)

4,604 歩

5,900 歩以上

3. 2 睡眠による休養を十分にとれていない人の減少

指標の目安

〔とれない人の割合〕

現状

2010 年

3. 2a 全国平均

23.1%

21%以下

3. 4 自殺者の減少

指標の目安

〔自殺者数〕

現状

2010 年

3. 4a 全国数

31,755 人

22,000 人以下

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%

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		
	都道府県	89.4%	100%
	政令市等	95.9%	100%
	市町村	50.7%	100%
	保健所	95.5%	100%
4.3b	職場	40.3%	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	二	100%

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	32.9%	100%

4.5 喫煙をやめたい人がやめる

参考

[喫煙率、禁煙希望者の割合]		男性	女性
4.5a	喫煙率	43.3%	12.0%
	禁煙希望者の割合	24.6%	32.7%

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

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)	26.0%	0%
5.2b	男性(高校3年)	53.1%	0%
5.2c	女性(中学3年)	16.9%	0%
5.2d	女性(高校3年)	36.1%	0%

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

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

7.4 糖尿病検診の受診の促進

指標の目安

[受けている人の数]		現状	2010年
7.4a	定期健康診断等糖尿病に関する健康診断受診者	4,573万人	6,860万人以上

7.5 糖尿病検診受診後の事後指導の推進

指標の目安

[受けている人の割合]		現状	2010年
7.5a	糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(男性)	66.7%	100%
7.5b	糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(女性)	74.6%	100%

7.6 糖尿病有病者の減少(推計)

推計値

		現状	2010年
7.6a	糖尿病有病者数	690万人	1,000万人

7.10・8.13 メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者・予備群の減少

指標の目安

[メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者・予備群の人数(40~74歳)]		現状*	2012年**	2015年**
7.10a	該当者・予備群(男性)	1,400万人	10%以上の減少	25%以上の減少
	該当者・予備群(女性)	560万人	10%以上の減少	25%以上の減少

*:参考値、平成16年国民健康・栄養調査

** : 2008年と比較した減少率(国民健康・栄養調査等をもとに算出予定)

7.11・8.14 メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上

指標の目安

[特定健康診査の実施率]		現状	2012年	2015年
7.11a	健診実施率	—	70%	80%
[特定保健指導の実施率]		現状	2012年	2015年
7.11b	保健指導実施率	—	45%	60%

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

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

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）

9.7 がん検診の受診者の増加

指標の目安

〔検診受診者数〕

9.7a 胃がん

9.7b 子宮がん

9.7c 乳がん

9.7d 肺がん

9.7e 大腸がん

現状

1,401万人

1,241万人

1,064万人

1,023万人

1,231万人

2010年

2,100万人以上

1,860万人以上

1,600万人以上

1,540万人以上

1,850万人以上

（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

（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(1990-97)*	1.5	1.6

(資料*) 厚生省 コホート

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

(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

平石 (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

(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

平石 (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。

○ 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。

(傍線の部分は改正部分)

(参考) 改正後全文

○ 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日付け健発第0430002号厚生労働省健康局長通知)

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。

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(食育の推進を含む。)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、健康関連産業の育成等、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(特別区を含む。以下同じ。)、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こと等により作成する。

都道府県は、国が設定した代表目標項目について、参酌標準を踏まえて目標設定する必要がある。

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

地域・職域連携推進協議会等を活用し、関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について協議を行い、計画に反映させること。

都道府県は、医療計画、都道府県医療費適正化計画、都道府県介護保険事業支援計画、都道府県がん対策推進計画等との調和について配慮すること。

市町村は、医療保険者として策定する特定健康診査等実施計画と一体的に策定するなど医療保険者として行う保健事業との連携を図るとともに、市町村介護保険事業計画等と調和を図り、さらに、健康増進法に基づき市町村が実施する健康増進事業を計画に位置付けるよう留意すること。

都道府県、市町村、管内の医療保険者、産業保険関係者等の取組状況や目標達成状況について定期的に評価を実施し、その後の取組等に反映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。

計画策定について、住民が主体的に参加し、その意見を積極的に反映するよう留意すること。

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や診療報酬明細書（レセプト）の情報等を活用して、個人情報保護に関する法律等を遵守し、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、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、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、別途定めているとおりである。

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、ボランティアによる情報の提供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や分析手法の提示等、国は技術的援助を行う。

(2) 民間事業者等との連携

健康関連企業、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、給食関連事業者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、生活習慣全般についての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、日本栄養士会及び日本メディカル給食協会、管理栄養士等との連携、日本食生活協会の食生活改善推進員、禁煙推進員、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。

国は、総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図る。

都道府県は、関係者と連携し、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく内容の研修の充実を図る。

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認知症、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健康で自立して暮らすことができる期間（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。

また、平成15年には、健康増進法（平成14法律第103号）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」を改正したが、今般、健康日本21中間評価報告書（平成19年4月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会）を踏まえ、「健康日本21」を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年度等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・団体等をはじめとして、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、2012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年度から最終評価を行い、その評価を2013年度以降の運動の推進に反映させる。

なお、2010年度以降の最終評価期間中においても本通知に掲げる目標により、運動を推進する。

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こと等により、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当たっては、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、介護予防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（食育の推進を含む。）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、総合型地域スポーツクラブの活用などの生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、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（特別区を含む。以下同じ。）、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1に記載されたものであり、このうち代表目標項目は別表2に記載されたものである。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。

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、日常生活における身体活動に対する意識、運動習慣等について、成人及び高齢者に分けて設定する。

(3) 休養・こころの健康づくり

こころの健康は、生活の質を大きく左右する要素である。身体及びこころの健康を保つための三要素は、適度な「運動」、バランスの取れた「栄養・食生活」、心身の疲労回復と充実した人生を目指す「休養」とされている。さらに、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっている。

目標は、ストレスの低減、睡眠の確保及び自殺者の減少について設定する。

(4) たばこ

たばこは、がんや循環器病など多くの疾患と関連があるほか、妊娠に関連した異常の危険因子である。また、厚生科学審議会の「今後のたばこ対策の基本的考え方について」（平成14年12月25日意見具申）においては、「国民の健康増進の観点から、今後、たばこ対策に一層取り組むことにより、喫煙率を引き下げ、たばこの消費を抑制し、国民の健康に与える悪影響を低減させていくことが必要である。」と指摘されている。

目標は、たばこの健康影響についての十分な知識の普及、未成年者の喫煙防止（防煙）、受動喫煙の害を排除し、減少させるための環境づくり（分煙）、禁煙希望者に対する禁煙支援について設定する。

(5) アルコール

アルコールは、慢性影響としての臓器障害等の健康に対する大きな影響を与えるものである。近年、成人の飲酒による健康影響の問題のみならず、未成年者による飲酒が問題となっており、また、アルコールに関連した問題は、健康に限らず交通事故等社会的な問題にも影響するものである。

目標は、多量飲酒者の減少、未成年者の飲酒防止及び節度ある適度な飲酒についての知識の普及について設定する。

(6) 歯の健康

歯の健康は、食物の咀嚼のほか、食事や会話を楽しむ等による、生活の質を確保するための基礎となる重要な要素である。歯科保健の分野では、生涯にわたり自分の歯を20歯以上保つことにより健全な咀嚼能力を維持し、健やかで楽しい生活をすごそうという8020（ハチマル・ニイマル）運動が推進されており、この実現に向けた歯及び口腔の健康増進の推進が必要である。

目標は、歯の喪失防止と歯の喪失の原因となるう蝕及び歯周病の予防について設定する。

(7) 糖尿病

我が国の糖尿病患者数は、生活習慣と社会の変化に伴って、急速に増加している。糖尿病は自覚症状がないことが多く、また、放置すると重大な合併症を引き起こすことが多いことから、生活の質の低下等を招いている。この疾患の対策としては、発症の予防、早期発見、合併症の予防が重要である。

目標は、糖尿病の一次予防の推進を図る観点から、生活習慣の改善、糖尿病有病者の早期発見及び治療の継続について設定する。あわせて、生活習慣の改善が糖尿病有病者の減少に及ぼす影響について推計する。

(8) 循環器病

脳血管疾患と虚血性心疾患を含む循環器病は我が国の主要な死亡原因の一つであるが、これらの後遺症のために、本人の生活の質の低下を招く大きな原因となっている。特に脳卒中は、寝たきり・認知症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、都道府県においては、全国的な目標のうち、代表的なものについて、地域の実情を踏まえた住民にわかりやすい目標を提示する必要がある。具体的には、糖尿病等の有病者・予備群の増加という課題に対し、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の減少率や、健診・保健指導の実施率並びに食生活、運動及び喫煙等に関する目標の設定が必要である。

さらに、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、都道府県単位で健康増進事業実施者、医療機関その他の関係機関等から構成される地域・職域連携推進協議会等を設置・活用し、関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について協議を行い、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。なお、都道府県が地域・職域連携推進協議会等を設置・活用するに当たっては、都道府県労働局に参加を要請するなど、連携を図る必要がある。また、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、都道府県において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、都道府県が策定する医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第9条第1項に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する介護保険事業支援計画、がん対策基本法（平成18年法律第98号）第11条第1項に規定する都道府県がん対策推進計画等との調和に配慮し、都道府県が中心となって策定すること。また、市町村において計画を策定する際には、事業の効率的な実施を図る観点から、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律第19条第1項に規定する特定健康診査等実施計画と市町村健康増進計画を一体的に策定するなど医療保険者として実施する保健事業と市町村として実施する健康増進事業との連携を図るとともに、市町村が策定する介護保険法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画等の市町村健康増進計画と関連する計画と調和を図るよう留意するとともに、健康増進法に基づいて実施する健康増進事業を計画に位置付けるよう留意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。評価に当たっては、都道府県及び市町村における取組だけでなく、管内の医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等における取組の進捗状況や目標の達成状況について評価すべきである。

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」、「健康日本21中間評価報告書」、「健康増進計画改定ガイドライン」を参照し、また、住民の意見を積極的に反映するよう留意されたい。

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、産業界と連携した健康関連サービス提供の際の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、9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21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、都道府県及び市町村が地方計画を策定する際に利用できるよう、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、各種統計資料のデータベースの構築、分析手法の提示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、地方公共団体及び独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査や都道府県健康・栄養調査、健康診査、保健指導及び地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計並びに診療報酬明細書（レセプト）の情報その他の収集した情報等をもとに、個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報の保護に関する法律、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第58号）、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）、個人情報の保護に関する法律第11条第1項の趣旨を踏まえて地方公共団体において制定される条例等を遵守しつつ、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、研究結果に関する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、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、喫煙、飲酒、歯の健康等の生活習慣全般について、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、禁煙推進員、ヘルスサポーター等のボランティア組織や健康づくりのための自助グループの支援に努める必要がある。

このため、国は、総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図るとともに、都道府県は、市町村、医療保険者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体等と連携し、地方公共団体の職員だけでなく、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく内容の研修の充実を図ることが必要である。

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、健康増進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、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、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)

健康日本21目標項目一覧

1. 栄養・食生活

適正な栄養素（食物）の摂取について（栄養状態、栄養素（食物）摂取レベル）

1.1 適正体重を維持している人の増加

指標の目安

[肥満者等の割合]		現状*	2010年
1.1a	児童・生徒の肥満児	10.7%	7%以下
1.1b	20歳代女性のやせの者	23.3%	15%以下
1.1c	20～60歳代男性の肥満者	24.3%	15%以下
1.1d	40～60歳代女性の肥満者	25.2%	20%以下

※：平成9年国民栄養調査

用語の説明

児童・生徒の肥満児：日比式による標準体重の20%以上

肥満者：BMIが25以上の者

やせ：BMIが18.5未満の者

BMI (Body Mass Index)：体重(kg)/[身長(m)]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日当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	男性 (20~69歳)	20.1%	30%以上
1.9b	女性 (20~69歳)	41.0%	55%以上

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、利用する人の割合]		現状*	2010年
1.12a	男性 (20~59歳)	34.4%	50%以上
1.12b	女性 (20~59歳)	43.0%	50%以上

*: 「飲食店・食品売り場及び職場の給食施設・食堂等で、バランスのとれたメニューを提供していると思う者の割合」平成12年国民栄養調査

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、学習に参加する人の割合]		現状*	2010 年
1.13a	男性 (20 歳以上)	6.1%	10%以上
1.13b	女性 (20 歳以上)	14.7%	30%以上

※:「地域、職場や学校等で、健康あるいは栄養に関する学習や活動を行う自主的集まり（サークル）があると回答した者の割合」平成12年国民栄養調査

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	男性 (20 歳以上)	2.4%	5%以上
1.14b	女性 (20 歳以上)	7.8%	15%以上

※:「地域・職場・学校等で、健康あるいは栄養に関する学習や活動を行う自主的な集まり（サークル）があり、現在あるいは過去1年間の参加経験のある者の総数に対する割合」平成12年国民栄養調査

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

1.15 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の割合の増加

指標の目安

[メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を知っている人の割合（全国平均）]		現状*	2010 年
1.15a	20 歳以上	-	80%以上

※:平成18年国民健康・栄養調査において把握

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	51.8%	63%以上
2.1b	女性	53.1%	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
2.3a	男性	28.6%	39%以上
2.3b	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)	59.0%	70%以上
2.4c	80歳以上(全体)	46.3%	56%以上

※:平成11年「高齢者の日常生活に関する意識調査」(総務庁)

用語の説明

外出について積極的な態度をもつ人:

日常生活の中で買物や散歩などを含めた外出について、「自分から積極的に外出する方である」と意識している人

2.5 何らかの地域活動を実施している者の増加

指標の目安

〔地域活動を実施している人〕		現状*	2010 年
2. 5a	男性(60 歳以上)	48. 3%	58%以上
2. 5b	女性(60 歳以上)	39. 7%	50%以上

※:平成10 年「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」(総務庁)

2.6 日常生活における歩数の増加

指標の目安

〔日常生活の歩数〕		現状*	2010 年**
2. 6a	男性(70 歳以上)	5, 436 歩	6, 700 歩以上
2. 6b	女性(70 歳以上)	4, 604 歩	5, 900 歩以上

※:平成9年国民栄養調査

※*:約1,300歩の増加: 約1,300歩は、歩く時間で約15分、歩行距離で650～800m程度の歩行に相当

2.7 安全に歩行可能な高齢者の増加

指標の目安

〔開眼片脚起立時間 20 秒以上に該当する人の増加〕		現状*	2010 年
2. 7a	男性 (65～74 歳)	68. 1%	80%以上
2. 7b	男性 (75 歳以上)	38. 9%	60%以上
2. 7c	女性 (65～74 歳)	62. 4%	75%以上
2. 7d	女性 (75 歳以上)	21. 2%	50%以上

※:平成9～17 年「健康度評価」(あいち健康の森健康科学総合センター)

2.8 メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) を認知している国民の割合の増加(1. 栄養・食生活参照)

3. 休養・こころの健康づくり

ストレスへの対応

3.1 ストレスを感じた人の減少

指標の目安

〔ストレスを感じた人の割合〕		現状*	2010 年**
3. 1a	全国平均	54. 6%	49%以下

※:平成8 年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

※*:1 割以上の減少

用語の説明

ストレスを感じた人:最近1 ヶ月間にストレスを感じた人

十分な睡眠の確保

3.2 睡眠による休養を十分にとれていない人の減少

指標の目安

[とれない人の割合]	現状*	2010年**
------------	-----	---------

3.2a 全国平均	23.1%	21%以下
-----------	-------	-------

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

** :1割以上の減少

3.3 睡眠の確保のために睡眠補助品やアルコールを使うことのある人の減少

指標の目安

[睡眠補助品等を使用する人の割合]	現状*	2010年**
-------------------	-----	---------

3.3a 全国平均	14.1%	13%以下
-----------	-------	-------

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

** :1割以上の減少

用語の説明

睡眠補助品:睡眠薬・精神安定剤

自殺者の減少

3.4 自殺者の減少

指標の目安

[自殺者数]	現状*	2010年
--------	-----	-------

3.4a 全国数	31,755人	22,000人以下
----------	---------	-----------

*:平成10年厚生省人口動態統計

4. たばこ

4.1 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及

指標の目安

[知っている人の割合]	現状*	2010年
-------------	-----	-------

4.1a 肺がん	84.5%	100%
----------	-------	------

4.1b 喘息	59.9%	100%
---------	-------	------

4.1c 気管支炎	65.5%	100%
-----------	-------	------

4.1d 心臓病	40.5%	100%
----------	-------	------

4.1e 脳卒中	35.1%	100%
----------	-------	------

4. 1f	胃潰瘍	34. 1%	100%
4. 1g	妊娠に関連した異常	79. 6%	100%
4. 1h	歯周病	27. 3%	100%

※:平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査

用語の説明

健康影響:別紙「喫煙が及ぼす健康影響」を参照

4.2 未成年者の喫煙をなくす

指標の目安

[喫煙している人の割合]		現状*	2010年
4. 2a	男性(中学1年)	7. 5%	0%
4. 2b	男性(高校3年)	36. 9%	0%
4. 2c	女性(中学1年)	3. 8%	0%
4. 2d	女性(高校3年)	15. 6%	0%

※:平成8年度未成年者の喫煙行動に関する全国調査

4.3 公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及

指標の目安

[分煙を実施している割合]		現状	2010年
4. 3a	公共の場		
	都道府県	89. 4%	100%
	政令市等	95. 9%	100%
	市町村	50. 7%	100%
	保健所	95. 5%	100%
4. 3b	職場	40. 3%	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%

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	32. 9%	100%

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

禁煙を希望する人	男性	女性
禁煙希望	24. 6%	32. 7%

(平成15年国民健康・栄養調査)

4.5 喫煙をやめたい人がやめる

参考

[喫煙率、禁煙希望者の割合]		男性	女性
4.5a	喫煙率*	43.3%	12.0%
	禁煙希望者の割合**	24.6%	32.7%

*:平成16年国民健康・栄養調査

**：平成15年国民健康・栄養調査

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60g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)	26.0%	0%
5.2b	男性(高校3年)	53.1%	0%
5.2c	女性(中学3年)	16.9%	0%
5.2d	女性(高校3年)	36.1%	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	50.3%	100%
5.3b	女性	47.3%	100%

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20g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%	15%以下

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

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

1人平均う歯数:

1人当たり平均の未治療のう歯、う蝕により失った歯、治療済のう歯の合計(DMF 歯数)

6.5 フッ化物配合歯磨剤の使用の増加

指標の目安

[使用している人の割合]	現状*	2010年
6.5a 全国平均	45.6%	90%以上

*:参考値、児童のフッ化物配合歯磨剤使用率(荒川らによる調査、平成3年)

6.6 個別的な歯口清掃指導を受ける人の増加

指標の目安

[過去1年間に受けたことのある人の割合]	現状*	2010年
6.6a 全国平均	12.8%	30%以上

*:参考値、平成5年保健福祉動向調査(15~24歳)

用語の説明

個別的な歯口清掃指導:

歯科医師、歯科衛生士により個人の口の中の状態に基づいて行われる歯磨き指導

成人期の歯周病予防

6.7 進行した歯周炎の減少

指標の目安

[有する人の割合]	現状*	2010年**
6.7a 40歳	32.0%	22%以下
6.7b 50歳	46.9%	33%以下

*:参考値、平成9~10年富士宮市モデル事業報告

** : 3割以上の減少

用語の説明

進行した歯周炎:

歯周疾患の検査であるCPI検査で4mm以上の深い歯周ポケットのあるもの

6.8 歯間部清掃用器具の使用の増加

指標の目安

[使用する人の割合]	現状*	2010年
6.8a 40歳(35~44歳)	19.3%	50%以上
6.8b 50歳(45~54歳)	17.8%	50%以上

*:平成5年保健福祉動向調査

用語の説明

歯間部清掃用器具:

歯と歯の間を清掃するための専用器具(デンタルフロス、歯間ブラシ等)

6.9 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及(4. たばこ参照)

6.10 禁煙支援プログラムの普及(4. たばこ参照)

歯の喪失防止

6.11 80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加

指標の目安

[自分の歯を有する人の割合]		現状*	2010年
6.11a	80歳(75～84歳)で20歯以上	11.5%	20%以上
6.11b	60歳(55～64歳)で24歯以上	44.1%	50%以上

*:平成5年歯科疾患実態調査

6.12 定期的な歯石除去や歯面清掃を受ける人の増加

指標の目安

[過去1年間に受けた人の割合]		現状*	2010年
6.12a	60歳(55～64歳)	15.9%	30%以上

*:参考値、「過去1年間に歯石除去や歯面清掃を受けた人の割合」平成4年寝屋川市調査

6.13 定期的な歯科検診の受診者の増加

指標の目安

[過去1年間に受けた人の割合]		現状*	2010年
6.13a	60歳(55～64歳)	16.4%	30%以上

*:平成5年保健福祉動向調査

7. 糖尿病

7.1 成人の肥満者の減少(1. 栄養・食生活参照)

7.2 日常生活における歩数の増加(2. 身体活動・運動参照)

7.3 質、量ともにバランスのとれた食事(1. 栄養・食生活参照)

7.4 糖尿病検診の受診の促進

指標の目安

〔受けている人の数〕		現状*	2010 年**
7. 4a	定期健康診断等糖尿病に関する健康診断受診者	4, 573 万人	6, 860 万人以上

*: 参考値、平成 9 年健康・福祉関連サービス需要実態調査

** : 5 割以上の増加

7.5 糖尿病検診受診後の事後指導の推進 指標の目安

〔受けている人の割合〕		現状*	2010 年
7. 5a	糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(男性)	66. 7%	100%
7. 5b	糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(女性)	74. 6%	100%

*: 平成 9 年糖尿病実態調査

7.6 糖尿病有病者の減少 (推計) 推計値

	現状*	2010 年**
7. 6a	糖尿病有病者数	690 万人

*: 平成 9 年糖尿病実態調査

** : 生活習慣の改善がない場合、1080 万人と推計されている

注) 本推計値は、上記生活習慣の改善による 2010 年の有病者数の推計値を示す

7.7 糖尿病有病者の治療の継続 指標の目安

〔治療継続している人の割合〕		現状*	2010 年
7. 7a	糖尿病有病者の治療継続率	45. 0%	100%

*: 平成 9 年糖尿病実態調査

7.8 糖尿病合併症の減少 指標の目安

〔合併症を発症した人の数〕		現状*	2010 年
7. 8a	糖尿病性腎症	10, 729 人	11, 700 人
〔合併症を有する人の数〕		現状**	2010 年***
7. 8b	失明	約 3, 000 人	—

*: 1998 年日本透析医学会

** : 1988 年厚生省「視覚障害の疾病調査研究」

*** : 十分なデータを得ることができないため未設定

7.9 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の割合の増加（1. 栄養・食生活参照）

7.10 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の減少

指標の目安

〔メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の人数（40～74 歳）〕

7.10a

該当者・予備群（男性）

現状*	2012 年**	2015 年**
1,400 万人	10%以上の減少	25%以上の減少
560 万人	10%以上の減少	25%以上の減少

該当者・予備群（女性）

*: 参考値、平成 16 年国民健康・栄養調査

** : 2008 年と比較した減少率（国民健康・栄養調査等をもとに算出予定）

7.11 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上

指標の目安

〔特定健康診査の実施率〕

7.11a

健診実施率

現状	2012 年	2015 年
—	70%	80%

〔特定保健指導の実施率〕

7.11b

保健指導実施率

現状	2012 年	2015 年
—	45%	60%

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 日当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（BMI25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

参考

		男性	女性
8.5a	平均最大血圧	132.7mmHg	126.2mmHg

（平成10年国民栄養調査）

8.6 たばこ対策の充実（4. たばこ参照）

8.7 高脂血症の減少

指標の目安

〔高脂血症の人の割合〕		現状*	2010年
8.7a	男性	10.5%	5.2%以下
8.7b	女性	17.4%	8.7%以下

*：平成9年国民栄養調査

用語の説明

高脂血症者：血清総コレステロール値240mg/dl以上の者

8.8 糖尿病有病者の減少（7. 糖尿病参照）

8.9 飲酒対策の充実（5. アルコール参照）

8.10 健康診断を受ける人の増加

指標の目安

〔検診受診者の数〕		現状*	2010年
8.10a	全国数	4,573万人	6,860万人以上

*：平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

8.11 生活習慣の改善等による循環器病の減少（推計）

推計値

喫煙率		脳卒中の減少			虚血性心疾患の減少			循環器病の減少		
男性	女性	男性	女性	全体	男性	女性	全体	男性	女性	全体
55%	15%	16%	6%	11%	11%	7%	9%	17%	4%	10%
45	10	29	15	22	24	17	20	26	10	18
35	10	42	15	28	37	17	26	35	10	22
25	5	55	24	39	50	26	38	44	17	30
15	5	68	24	46	63	26	44	53	17	35
0	0	87	33	60	82	36	59	66	23	45

注1) それぞれの疾患の減少は、死亡率、罹患率及び疾患による新たなADL低下の割合を示す。

注2) 現状：脳卒中死亡率110.0（人口10万人対） 死亡数13万7,819人

男性：死亡率106.9、死亡数6万5,529人

女性：死亡率113.1、死亡数7万2,290人

虚血性心疾患 57.2（人口10万人対） 死亡数7万1,678人

男性：死亡率62.9、死亡数3万8,566人

女性：死亡率51.8、死亡数3万3,112人

（平成10年厚生省人口動態統計）

8.12 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の増加（1. 栄養・食生活参照）

8.13 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の減少（7. 糖尿病参照）

8.14 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上（7. 糖尿病参照）

9. がん

9.1 たばこ対策の充実（4. たばこ参照）

9.2 食塩摂取量の減少（1. 栄養・食生活参照）

9.3 野菜の摂取量の増加（1. 栄養・食生活参照）

9.4 1日の食事において、果物類を摂取している者の増加
指標の目安

〔摂取している人の割合〕

現状*

2010年

9.4a 成人

29.3%

60%以上

*：平成9年国民栄養調査

9.5 脂肪エネルギー比率の減少（1. 栄養・食生活参照）

9.6 飲酒対策の充実（5. アルコール参照）

9.7 がん検診の受診者の増加
指標の目安

〔検診受診者数〕

現状*

2010年**

9.7a 胃がん

1,401万人

2,100万人以上

9.7b 子宮がん

1,241万人

1,860万人以上

9.7c 乳がん

1,064万人

1,600万人以上

9.7d 肺がん

1,023万人

1,540万人以上

9.7e 大腸がん

1,231万人

1,850万人以上

*：参考値、平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

**：5割以上の増加

注) 各がん検診の受診者数は「平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査」の各がん検診の受診者数と人間ドック受診者の合計である。

(別表 2)

健康日本 21 代表目標項目一覧

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

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

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

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

1.15・2.8・7.9・8.12 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の割合の増加

指標の目安

[メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を知っている人の割合（全国平均）]

	現状	2010 年
1.15a 20 歳以上	-	80%以上

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

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
----	--------

2.3a	男性	28.6%	39%以上
2.3b	女性	24.6%	35%以上

2.6 日常生活における歩数の増加

指標の目安

〔日常生活の歩数〕

		現状	2010年
2.6a	男性(70歳以上)	5,436歩	6,700歩以上
2.6b	女性(70歳以上)	4,604歩	5,900歩以上

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
------	------	-------------	----------------

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
------	-----	---------------	--------------------

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%

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		
	都道府県	89.4%	100%
	政令市等	95.9%	100%
	市町村	50.7%	100%
	保健所	95.5%	100%
4.3b	職場	40.3%	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%

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〕

4.4a 全国

現状

32.9%

2010年

100%

4.5 喫煙をやめたい人がやめる

参考

〔喫煙率、禁煙希望者の割合〕

4.5a 喫煙率

男性

43.3%

女性

12.0%

禁煙希望者の割合

24.6%

32.7%

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〕

5.1a 男性

現状

4.1%

2010年

3.2%以下

5.1b 女性

0.3%

0.2%以下

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〕

5.2a 男性(中学3年)

現状

26.0%

2010年

0%

5.2b 男性(高校3年)

53.1%

0%

5.2c 女性(中学3年)

16.9%

0%

5.2d 女性(高校3年)

36.1%

0%

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)〕

6.4a 全国平均

現状

2.9 歯

2010年

1 歯以下

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力

指標の目安

〔自分の歯を有する人の割合〕

6.11a 80歳(75~84歳)で20歯以上

現状

11.5%

2010年

20%以上

6.11b 60歳(55~64歳)で24歯以上

44.1%

50%以上

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

4,573 万人

2010年

6,860 万人以上

7.5 糖尿病検診受診後の事後指導の推進

指標の目安

[受けている人の割合]		現状	2010 年
7.5a	糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(男性)	66.7%	100%
7.5b	糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(女性)	74.6%	100%

7.6 糖尿病有病者の減少 (推計)

推計値

	現状	2010 年
7.6a	糖尿病有病者数	690 万人
		1,000 万人

7.10・8.13 メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) の該当者・予備群の減少

指標の目安

[メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) の該当者・予備群の人数(40~74 歳)]		現状*	2012 年**	2015 年**
7.10a	該当者・予備群 (男性)	1,400 万人	10%以上の減少	25%以上の減少
	該当者・予備群 (女性)	560 万人	10%以上の減少	25%以上の減少

*: 参考値、平成 16 年国民健康・栄養調査

** : 2008 年と比較した減少率 (国民健康・栄養調査等をもとに算出予定)

7.11・8.14 メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) の概念を導入した健診・保健指導の受診者数の向上

指標の目安

[特定健康診査の実施率]		現状	2012 年	2015 年
7.11a	健診実施率	—	70%	80%
[特定保健指導の実施率]		現状	2012 年	2015 年
7.11b	保健指導実施率	—	45%	60%

8.7 高脂血症の減少

指標の目安

[高脂血症の人の割合]		現状	2010 年
8.7a	男性	10.5%	5.2%以下
8.7b	女性	17.4%	8.7%以下

8.10 健康診断を受ける人の増加

指標の目安

[検診受診者の数]		現状	2010 年
8.10a	全国数	4,573 万人	6,860 万人以上

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）

9.7 がん検診の受診者の増加

指標の目安

〔検診受診者数〕

9.7a 胃がん

現状

1,401万人

2010年

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

(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(1990-97)*	1.5	1.6

(資料*) 厚生省 コホート

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

雫 石 (1998)	2.1
ドランら (1997)	1.9
サッキら (1995)	1.7
ブラウンら (1994)	2.7

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

2 禁煙によってどの程度病気になる危険度が減少するのか

(1) 肺がんの死亡 (男性)

平 山 (1990)	0.3 *
ドールら (1976)	0.3

* : 10 年以上の値

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

(2) 虚血性心疾患の死亡 (男性)

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

(資料) アメリカがん協会 (1969)

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

3 喫煙率が下がると循環器病の減少はどのくらい見込めるのか

喫煙率		脳卒中の減少			虚血性心疾患の減少			総循環器疾患の減少		
男性	女性	男性	女性	全体	男性	女性	全体	男性	女性	全体
55 %	15 %	16 %	6 %	11 %	11 %	7 %	9 %	17 %	4 %	10 %
45	10	29	15	22	24	17	20	26	10	18
35	10	42	15	28	37	17	26	35	10	22

25	5	55	24	39	50	26	38	44	17	30
15	5	68	24	46	63	26	44	53	17	35
0	0	87	33	60	82	36	59	66	23	45

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

この循環器疾患予防への効果予測の前提は、

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

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



編集・印刷
独立行政法人国立印刷局

目次

（省 令）

- 無線設備規則の一部を改正する省令の一部を改正する省令（総務九）
- 無線局免許手続規則の一部を改正する省令（同一〇〇）
- 健康増進法施行規則の一部を改正する省令（厚生労働一〇九）
- 電気事業法施行規則及び発電用火気設備に関する技術基準を定める省令の一部を改正する省令（経済産業五九）

（告 示）

- 平成二十九年十一月三十日まで限り、無線局の免許等若しくは予備免許又は無線設備の工事設計の変更の許可をすることができ条件を定める件（総務五一三）
- 除籍が滅失した件（法務四一九）
- 原戸籍が滅失した件（同四二〇）
- 日本国に帰化を許可する件（同四二一）
- 技術協力に関する日本国政府とアンティグア・バーブーダ政府との間の協定の署名に関する件（外務五〇七）

- アスンシオン大学病院移転及び整備計画のための贈与に関する日本国政府とパラグアイ共和国政府との間の書簡の交換に関する件（同五〇八）
- 平成二十年度科学研究費補助金（特定奨励費）における事業計画調査の提出期限等を定める件（文部科学一一九）
- 登録有形文化財の登録を抹消した件（同一二〇）

- 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の一部を改正する件（厚生労働二九三）
- 健康増進施設認定規程第二条第一号に規定する健康増進施設を認定した件（同一二九四）

- 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則別表第一の規定に基づき厚生労働大臣が指定する地域の一部を改正する件（同一二九五）
- 肉用子牛生産安定等特別措置法に基づき、肉用子牛の主要な生産地域に所在する家畜市場であつて農林水産大臣の指定するものを指定する件の一部を改正する件（農林水産一〇九二）

- 区画漁業を免許した件（同一〇九三）
- 土地区画整理事業の施行規程の変更及び事業計画の変更を認可した件（国土交通一一六四）
- 道路に関する件（中国地方整備局八一）
- 道路に関する件（九州地方整備局一四六、一四七）

- 国会事項
- 人事異動

- 内閣 法務省 最高裁判所

（皇室事項）

（官庁報告）

官庁事項

紛失された外交官等身分証明票の無効について（外務省）
日本海西部地区に係る特定漁港漁場整備事業計画の公表について（農林水産省）

（公 告）

諸 事 項

裁判所
相続、公示催告、失踪、除権決定、破産、免責、復権、特別清算、再生関係
特殊法人等
独立行政法人都市再生機構、企業年金基金変更関係
会社その他

省 令

○総務省令第九十九号
電波法（昭和二十五年法律第三十一号）の規定に基づき、無線設備規則の一部を改正する省令の一部を改正する省令を次のように定める。
平成十九年九月三日
総務大臣 増田 寛也

無線設備規則の一部を改正する省令の一部を改正する省令
無線設備規則の一部を改正する省令（平成十七年総務省令第九十九号）の一部を次のように改正する。
附則第三条第二項中「平成十九年十一月三十日」の下に「（総務大臣が別に告示する条件に適合する場合については、平成二十九年十一月三十日）」を加える。
附則第四条第一項中「平成十九年十一月三十日」を「平成二十九年十一月三十日」に改める。
附 則
この省令は、公布の日から施行する。
○総務省令第九十号
電波法（昭和二十五年法律第三十一号）の規定に基づき、及び同法を実施するため、無線局免許手続規則の一部を改正する省令を次のように定める。
平成十九年九月三日
総務大臣 増田 寛也

無線局免許手続規則の一部を改正する省令
無線局免許手続規則（昭和二十五年電波監理委員会規則第十五号）の一部を次のように改正する。
別表第一の二の二中「半波の風速」を「半波の風速」に改め、同表注3(2)中「1W」を「15W」に改め、
別表第二号第3注4に次のように加える。
(7) 無線設備規則の一部を改正する省令（平成十七年総務省令第九十九号）附則第三条第二項の規定の適用を受けることを希望する場合は、当該無線設備が平成十九年12月30日までに製造されている無線設備であることを記載すること。

第十二条

- この協定の規定は、この協定が効力を生じた後、この協定が効力を生ずる前に開始した個別の技術協力計画にも適用され、また、当該計画に関連するアンティグア・バーブーダに滞在する専門家、シニア海外ボランティア、調査団の構成員、駐在員、職員及びそれらの家族並びに設備、機械及び資材にも適用される。
- この協定の終了は、両政府間の相互の同意により別段の決定が行われる場合を除くほか、実施中の個別の技術協力計画が完了するまでの間、当該計画に影響を与えるものではなく、また、当該計画に関連する任務を遂行するためにアンティグア・バーブーダに滞在中の専門家、シニア海外ボランティア、調査団の構成員、駐在員、職員及びそれらの家族に対して与えられる特権、免除及び便宜に影響を与えるものではない。

第十三条

- この協定は、日本国政府がアンティグア・バーブーダ政府からこの協定の効力発生のために必要な国内手続を完了した旨の書面による通告を受領した日に効力を生ずる。
- この協定は、一年間効力を有するものとし、いずれか一方の政府が他方の政府に対し少なくとも六箇月の予告をもって協定を終了させる意思を書面により通告しない限り、毎年自動的に一年ずつ更新される。

以上の証として、下名は、正当に委任を受けてこの協定に署名した。

二千年九月四日にセントジョンズで、ひとしく正文である日本語及び英語により本書二通を作成した。

日本国政府のために

アンティグア・バーブーダ政府のために

ポールドウィン・スパンサー

〇外務省告示第五百八号

平成十九年八月十六日にアスンシオンで、アスンシオン大学病院移転及び整備計画のための贈与に関する次の概要の書簡の交換がパラグアイ共和国政府との間に行われた。

- 援助の目的及び内容 アスンシオン大学病院移転及び整備計画を実施するために必要な(a) 病院施設の建設に必要な生産物及び役務の供与

〇文部科学省告示第二十号

文化財保護法（昭和二十五年法律第二百四十四号）第五十九条第三項の規定に基づき、平成十九年八月二十二日付けをもつて次の表に掲げる登録有形文化財の登録を抹消したので、同条第四項の規定に基づき告示する。

平成十九年九月三日

文部科学大臣 伊吹 文明

(c) 機械及びその据付けに必要な役務の供与
(b) 前記(a)及び(b)の生産物の輸送に必要な役務の供与

2 贈与の限度額 四億九千九百万円

3 贈与の使用期限 平成二十年三月三十一日まで

4 署名者

日本 側 飯野建郎在パラグアイ大使

パラグアイ側 ルベン・ラミレス・レスカノ外務大臣

平成十九年九月三日

〇文部科学省告示第九十九号

平成二十年度科学研究費補助金（特定奨励費）における事業計画調査書の提出期限等を次のように告示する。

平成十九年九月三日

文部科学大臣 伊吹 文明

対象

一 学術研究諸団体（科学研究費補助金取扱規程（昭和四十年文部省告示第百十号）第二条第一項第四号に定めるものうち、特別の法律により設立された法人若しくは当該法人の設置による研究所その他の機関又は民法（明治二十九年法律第八十九号）第三十四条の規定により設立された法人）が行う事業のうち、次に掲げるもの

(一) がんその他の腫瘍に係る基礎的研究に関する事業

(二) 東洋学文献の収集及び研究に関する事業

(三) 東アジア地域の総合的文化研究に関する事業

(四) 実験動物の品質管理等に係る基礎的研究に関する事業

(五) 人類社会が直面する諸課題の学際的基礎研究に関する事業

(六) その他類似の事業で文部科学大臣が認めるもの

二 事業計画調査書の提出期限

平成十九年十一月十五日（木）

三 問い合わせ先及び事業計画調査書の提出先

文部科学省研究振興局学術研究助成課（東京都千代田区丸の内二丁目五番一、郵便番号一〇〇八九五九）

電話番号 〇三―五二五三―四一一（代表）

名 称	構造及び形式	関係告示	所在地
南地酒造店旧酒造工場店舗及び作業場	木造平屋建、鋼板葺、建築面積四三二メートル	平成十六年文部科学省告示第百十九号	秋田県南秋田郡五城目町宇鶴ノ木八八―
南地酒造店旧酒造工場第一貯蔵庫	土蔵造二階建及び木造平屋建、鋼板葺、建築面積五〇三メートル	平成十六年文部科学省告示第百十九号	秋田県南秋田郡五城目町宇鶴ノ木八八―
南地酒造店旧酒造工場第二貯蔵庫	土蔵造平屋建及び木造平屋建、鋼板葺、建築面積五〇八メートル	平成十六年文部科学省告示第百十九号	秋田県南秋田郡五城目町宇鶴ノ木八八―
南地酒造店旧酒造工場貯蔵庫	土蔵造平屋建、鋼板葺、建築面積七二平方メートル	平成十六年文部科学省告示第百十九号	秋田県南秋田郡五城目町宇鶴ノ木八八―
南地酒造店旧酒造工場貯蔵庫	土蔵造平屋建、鋼板葺、建築面積九一平方メートル	平成十六年文部科学省告示第百十九号	秋田県南秋田郡五城目町宇鶴ノ木八八―
南地酒造店旧酒造工場仕込蔵	土蔵造平屋建及び木造平屋建、鋼板葺、建築面積五五〇平方メートル	平成十六年文部科学省告示第百十九号	秋田県南秋田郡五城目町宇鶴ノ木八八―
野崎家別邸造り酒屋	土蔵、瓦葺、延長五四メートル	平成十二年文部科学省告示第百十九号	岡山県倉敷市児島味野一―八―三四

〇厚生労働省告示第百九十三号

健康増進法（平成十四年法律第百三十三号）第七條第一項の規定に基づき、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（平成十五年厚生労働省告示第百九十五号）の一部を次のように改正し、平成二十年四月一日から適用することとしたので、同条第四項の規定により公表する。

平成十九年九月三日

厚生労働大臣 舩添 要一

第一の中「の発病」を削り、同四の二中「組み合わせる」の下に「こと」を加え、同四の三中「老人保健」を「介護予防」に改め、「に関する対策」の下に「（食育の推進を含む）」を加え、「生涯スポーツ分野における対策」を「総合型地域スポーツクラブの活用などの生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成」に、「及び特別区」を「（特別区を含む。以下同じ）」に改める。

第三の一中「設定すべきである」の下に「特に、都道府県においては、全国的な健康増進の目標の達成のためには、糖尿病等の有病者・予備群の増加という課題に対し、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群の減少率や、健康診査及び保健指導の実施率並びに食生活、運動及び喫煙等に関する目標の設定が必要である」を加え、同二を次のように改める。

二 計画策定に当たって留意すべき事項

健康増進計画の策定に当たっては、次のような事項に留意する必要がある。

1 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、健康増進計画の策定及びこれら関係者の連携の強化について中心的な役割を果たすこと。このため、都道府県は、都道府県単位で健康増進事業実施者、医療機関その他の関係機関等から構成される地域・職域連携推進協議会等を設置・活用し、関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について協議を行い、健康増進計画に反映させること。なお、都道府県が地域・職域連携推進協議会等を設置・活用するに当たっては、都道府県労働局に参加を要請するなど、連携を図ること。

また、保健所は、関係機関との連携のもと、地域保健の広域的、専門的かつ技術的拠点として、地域の実情に応じ、市町村における計画策定の支援を行うこと。

