

厚生省発健医第 1 1 5 号
平成 1 2 年 3 月 3 1 日

各 { 都道府県知事
政令市長
特別区長 } 殿

厚生事務次官

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、生活環境の改善や医学の進歩により、世界有数の水準に達している。しかしながら、人口の急速な高齢化とともに、疾病全体に占めるがん、心臓病、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加しており、これに伴って、要介護者等の増加も深刻な社会問題となっている。

そこで、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、従来にも増して、健康を増進し、発病を予防する「一次予防」に重点を置いた対策を強力に推進することにより、壮年期死亡の減少、痴呆や寝たきりにならない状態で生活できる期間（健康寿命）の延伸等を図っていくことが極めて重要となっている。

このような状況にかんがみ、今般、生活習慣病及びその原因となる生活習慣等の国民の保健医療対策上重要となる課題について、2010年度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）」（以下「運動」という。）を定め、国及び地方公共団体等の行政にとどまらず広く関係団体等の積極的な参加及び協力を得ながら、「一次予防」の観点を重視した国民に対する十分かつ確かな情報提供を行うとともに、健康づくりに関わる関係団体等との連携の取れた効率的な取組の推進等を図ることにより、国民が主体的に取り組む健康づくり運動を総合的に推進していくこととしたところである。

このため、厚生省においては、国、地方公共団体、各種健康関連団体等からなる運動推進のための全国会議を組織するほか、省内に「健康日本21推進本部（本部長・事務次官）」を設置し、地域保健事業、老人保健事業及び医療保険者による保健事業等の連携等といった健康づくりのための事業の一体的かつ効果的な実施に資するための環境整備等を図り、運動を総合的に推進していくこととしている。

運動に関する具体的な推進方策及び目標等については、別途通知するところであるので、貴職におかれては、運動の趣旨を十分御理解の上、運動が効果的に推進されるよう格段の御配慮をお願いする。

各 { 都道府県知事
政 令 市 長
特 別 区 長 } 殿

厚生省保健医療局長

2 1 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 2 1）の推進について

我が国の平均寿命は、戦後、国民の生活環境が改善し、医学が進歩したことによって、急速に延伸したため、我が国はいまや世界有数の長寿国となっている。しかし、人口の急速な高齢化とともに、生活習慣病及びこれに起因して痴呆、寝たきり等の要介護状態等になる者の増加等は深刻な社会問題となっている。

このような人口の高齢化及び疾病構造の変化を勘案すれば、2 1 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、現在の疾病対策の中心である疾病の早期発見や治療に留まることなく、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「一次予防」に重点を置いた対策を強力に推進して、壮年期死亡の減少及び痴呆若しくは寝たきりにならない状態で生活できる期間（以下「健康寿命」という。）の延伸等を図っていくことが極めて重要である。

厚生省では、昭和 5 3 年からの第 1 次国民健康づくり対策及び昭和 6 3 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。今回、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、2 1 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 1 0 年 1 1 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 2 1 企画検討会」及び「健康日本 2 1 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てきたところである。

今般、その成果が別添の「健康日本 2 1 企画検討会・計画策定検討会報告書」としてまとめられた。厚生省では、これを踏まえ、平成 1 2 年 3 月 3 1 日付厚生省発健医第 1 1 5 号事務次官通知「2 1 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 2 1）の推進について」に示されたように、第 3 次の国民健康づくり対策として、下記のとおり、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、それらの課題について 2 0 1 0 年度までを目途とした目標等を提示する「2 1 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 2 1）」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。貴職におかれては、本運動の趣旨をご理解いただき、本運動が効果的に推進されるよう格段のご配慮をお願いする。

なお、今後、母子保健等、他の重要な健康上の課題についても検討を進め、21世紀の国民健康づくり運動をさらに拡充し、推進していくこととしているのでご了承願いたい。

記

「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」

第一 趣 旨

健康を実現することは、元来、個人の健康観に基づき、一人一人が主体的に取り組む課題であるが、個人による健康の実現には、こうした個人の力と併せて、社会全体としても、個人の主体的な健康づくりを支援していくことが不可欠である。

そこで、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」（以下「運動」という。）では、健康寿命の延伸等を実現するために、2010年度を目途とした具体的な目標等を提示すること等により、健康に関連する全ての関係機関・団体等を始めとして、国民が一体となった健康づくり運動を総合的かつ効果的に推進し、国民各層の自由な意思決定に基づく健康づくりに関する意識の向上及び取組を促そうとするものである。

第二 基本的な方向

1 目的

21世紀の我が国を、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的とする。

2 期間

運動の期間は、2010年度までとする。

運動の評価は、2005年度を目途に中間評価を行うとともに、2010年度に最終評価を行い、その評価をその後の運動の推進に反映させる。

3 基本方針

（1）一次予防の重視

人口の高齢化の進展に伴い、疾病の治療や介護に係る社会的負担が過大となることが予想されているので、従来 of 疾病対策の中心であった健診による早期発見又は治療にとどまることなく、健康を増進し、疾病の発病を予防する「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

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、保健医療機関、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。

(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、保健医療上の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) 多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進

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確か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を活用した個別健康教育等の、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。

また、地域住民全体に対する働きかけと生活習慣病を発症する危険度の高い集団への働きかけとを適切に組み合わせる等により、対象者の特性やニーズ等を十分に把握しながら、運動を効果的に推進することに配慮することが重要である。

さらに、こうした視点に基づき、現在実施されている老人保健事業と医療保険者等による保健事業とが相互に連携しつつ、効率的かつ一体的に実施される必要がある。

第三 目標等について

1 性格

運動の目標等は、別表に記載されたものであるが、これは健康日本21企画検討会・計画策定検討会、地方公聴会、地方シンポジウム等における広範な議論の中で、多数の専門家及び関係者が情報を共有するとともに、現状及び課題について共通の認識を得る過程を経て提示された指標とその評価の目安である。

国は広く関係者等に対して目標等を普及するとともに、継続的に健康指標の推移等を調査、分析し、その結果に関する情報を還元することにより、関係者をはじめ広く国民一般の自由な意思決定に基づいた意識の向上及び自主的な取組を支援するものである。

運動の目標等は、全国レベルのものであるので、地方公共団体等のそれぞれの運動の実施主体においては、運動の目標等を参考に、それぞれの実情に応じて、関係者間で共有されるべき目標等が設定されるべきである。

なお、個人の健康づくりの目標は、上記の目標等を参考としつつ、個人が自らの健康状態や健康観に基づき、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、今回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。

目標は、適正な栄養素（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の3段階に分けて設定する。

(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。

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。

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。

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。

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

歯の喪失の防止は、食物の咀嚼のほか、食事や会話を楽しむ等による、生活の質の確保の基礎となるものである。また、う蝕及び歯周病は、歯の喪失に繋がるため、その予防が重要である。

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

(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。また、糖尿病はひとたび発症すると治療は困難であり、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。

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

循環器病は我が国の主要な死亡原因の一つであるとともに、後遺症のために生活の質の低下を招く大きな原因となっている。

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、我が国最大の死亡原因であり、総死亡の約3割を占めている。

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、地域等の実情に応じた健康づくりの推進に関する具体的な計画（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、職域保健関係者等の一体的な取組を推進する観点から、地方計画の策定及びこれらの関係者との連携の強化について、中心的な役割を果す必要がある。

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、既存の地域保健医療計画又は老人保健福祉計画等との調和に配慮するとともに、それぞれが既に策定している基本計画又は総合計画の中に地方計画を位置付けることが求められる。

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、別添の「健康日本21企画検討会・計画策定検討会報告書」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、保健医療機関、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、この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。

3 国の支援

国は地域等における取組を支援するため、次のような取組を実施するほか、必要な財政的支援を行う。

(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、マスメディアを活用した広報、健康づくり支援者(ボランティア)の育成等の様々な方法による普及啓発を実施する。

(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

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。

(4) 調査研究の推進及び人材の確保等

運動の効果的な推進を図るための健康教育に係る手法の開発等に関する調査及び研究を推進するとともに、健康づくり対策を推進するための保健婦、保健士、管理栄養士等の確保や健康づくり関連のボランティア組織の支援に努める。

(5) 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、連絡調整組織の設置等の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。

(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 脂肪エネルギー比率の減少

指標の目安

[1日当たりの平均摂取比率]	現状*	2010年
1.2a 20~40歳代	27.1%	25%以下

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

脂肪エネルギー比率:総摂取エネルギーに占める脂肪からのエネルギーの割合

1.3 食塩摂取量の減少

指標の目安

[1日当たりの平均摂取量]	現状*	2010年
1.3a 成人	13.5g	10g 未満

*:平成9年国民栄養調査

1.4 野菜の摂取量の増加

指標の目安

[1日当たりの平均摂取量]	現状*	2010年
1.4a 成人	292g	350g 以上

*:平成9年国民栄養調査

1.5 カルシウムに富む食品の摂取量の増加

指標の目安

[1日当たりの平均摂取量(成人)]	現状*	2010年
1.5a 牛乳・乳製品	107g	130g 以上
1.5b 豆類	76g	100g 以上
1.5c 緑黄色野菜	98g	120g 以上

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

カルシウムに富む食品:牛乳・乳製品、豆類、緑黄色野菜

適正な栄養素(食物)を摂取するための行動の変容について(知識・態度・行動レベル)

1.6 自分の適正体重を認識し、体重コントロールを実践する人の増加

指標の目安

[実践する人の割合]	現状*	2010年
1.6a 男性(15歳以上)	62.6%	90%以上
1.6b 女性(15歳以上)	80.1%	90%以上

*:平成10年国民栄養調査

用語の説明

適正体重:「[身長(m)]²×22」を標準(BMI=22を標準とする)

1.7 朝食を欠食する人の減少

指標の目安

[欠食する人の割合]	現状*	2010年
1.7a 中学、高校生	6.0%	0%
1.7b 男性(20歳代)	32.9%	15%以下
1.7c 男性(30歳代)	20.5%	15%以下

*:平成9年国民栄養調査

1.8 量、質ともに、きちんとした食事をする人の増加

指標の目安

[1日最低1食、きちんとした食事を、家族等2人以上で楽しく、30分以上かけてとる人の割合]

	現状*	2010年
1.8a 成人	56.3%	70%以上

*:参考値、「適量の食事を、家族や友人等と共に、ゆっくり時間をかけてとる人の割合」平成8年国民栄養調査

用語の説明

きちんとした食事:1日あたりのエネルギー必要量及び各種栄養素密度について一定条件をみたす食事

1.9 外食や食品を購入する時に栄養成分表示を参考にする人の増加

指標の目安

[参考にする人の割合]	現状*	2010年*
1.9a 成人	-	-

*:平成11年国民栄養調査により、平成12年度中に設定

1.10 自分の適正体重を維持することのできる食事量を理解している人の増加

指標の目安

[理解している人の割合]	現状*	2010年
1.10a 成人男性	65.6%	80%以上
1.10b 成人女性	73.0%	80%以上

*:参考値、「自分にとって適切な食事内容・量を知っている人の割合」平成8年国民栄養調査

1.11 自分の食生活に問題があると思う人のうち、食生活の改善意欲のある人の増加

指標の目安

[改善意欲のある人の割合]	現状*	2010年
1.11a 成人男性	55.6%	80%以上
1.11b 成人女性	67.7%	80%以上

*:平成8年国民栄養調査

(全対象のうち食生活に問題があると思う人の割合は、男性31.6%、女性33.0%)

適正な栄養素(食物)の摂取のための個人の行動変容に係る環境づくりについて(環境レベル)

1.12 ヘルシーメニューの提供の増加と利用の促進

指標の目安

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

*:平成12年度中に調査し、設定する

用語の説明

ヘルシーメニューの提供:給食、レストラン、食品売場における、食生活改善のためのバランスのとれたメニューの提供。

1.13 学習の場の増加と参加の促進

指標の目安

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

*:平成12年度中に調査し、設定する

用語の説明

学習の場:地域、職域において健康や栄養に関する情報を得られる場

1.14 学習や活動の自主グループの増加

指標の目安

[自主グループの数]	現状*	2010年*
1.14a	-	-

*:平成12年度中に調査し、設定する

用語の説明

自主グループ:地域、職域において健康や栄養に関する学習や活動を、自主的に取

り

組む住民、地区組織、企業等

2 身体活動・運動

成人

2.1 意識的に運動を心がけている人の増加

指標の目安

[意識的に運動をしている人の割合]	現状*	2010 年
2.1a 男性	52.6%	63%以上
2.1b 女性	52.8%	63%以上

*:平成8年保健福祉動向調査

用語の説明

意識的に運動を心がけている人:日頃から日常生活の中で、健康の維持・増進のために意識的に体を動かすなどの運動をしている人

2.2 日常生活における歩数の増加

指標の目安

[日常生活における歩数]	現状*	2010 年**
2.2a 男性	8,202 歩	9,200 歩以上**
2.2b 女性	7,282 歩	8,300 歩以上**

*:平成9年国民栄養調査

:約1,000歩の増加:1,000歩は、歩く時間で約10分、歩行距離で600~700m程度の歩行に相当**

2.3 運動習慣者の増加

指標の目安

[運動習慣者の割合]	現状*	2010 年
2.2a 男性	28.6%	39%以上
2.2b 女性	24.6%	35%以上

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明:

運動習慣者:1 回 30 分以上の運動を、週 2 回以上実施し、1 年以上持続している人

高齢者

2.4 外出について積極的な態度をもつ人の増加

指標の目安

[運動習慣者の割合]	現状*	2010 年
2.4a 男性(60 歳以上)	59.8%	70%以上
2.4b 女性(60 歳以上)	59.4%	70%以上
2.4c 80 歳以上(全体)	46.3%	56%以上

*:平成 11 年「高齢者の日常生活に関する意識調査」(総務庁)

用語の説明

外出について積極的な態度をもつ人:

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

2.5 何らかの地域活動を実施している者の増加

指標の目安

[地域活動を実施している人]	現状*	2010年
2.5a 男性(60歳以上)	48.3%	58%以上
2.5b 女性(60歳以上)	39.7%	50%以上

*:平成10年「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」(総務庁)

2.6 日常生活における歩数の増加

指標の目安

[日常生活の歩数]	現状*	2010年**
2.6a 男性(70歳以上)	5,436歩	6,700歩以上**
2.6b 女性(70歳以上)	4,604歩	5,900歩以上**

*:平成9年国民栄養調査

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

3 休養・こころの健康づくり

ストレスへの対応

3.1 ストレスを感じた人の減少

指標の目安

[ストレスを感じた人の割合]	現状*	2010 年
3.1a 全国平均	54.6%	49%以下**

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

** :1 割以上の減少

用語の説明

ストレスを感じた人:最近 1 ヶ月間にストレスを感じた人

十分な睡眠の確保

3.2 睡眠による休養を十分にとれていない人の減少

指標の目安

[とれない人の割合]	現状*	2010 年
3.2a 全国平均	23.1%	21%以下**

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

** :1 割以上の減少

3.3 睡眠の確保のために睡眠補助品やアルコールを使うことのある人の減少

指標の目安

[睡眠補助品等を使用する人の割合]	現状*	2010 年
3.3a 全国平均	14.1%	13%以下**

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

** :1 割以上の減少

用語の説明

睡眠補助品:睡眠薬・精神安定剤

自殺者の減少

3.4 自殺者の減少

指標の目安

[自殺者数]	現状*	2010 年
3.4a 全国数	31,755 人	22,000 人以下

*:平成 10 年厚生省人口動態統計

4 たばこ

4.1 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及

指標の目安

[知っている人の割合]		現状*	2010年
4.1a	肺がん	84.5%	100%
4.1b	喘息	59.9%	100%
4.1c	気管支炎	65.5%	100%
4.1d	心臓病	40.5%	100%
4.1e	脳卒中	35.1%	100%
4.1f	胃潰瘍	34.1%	100%
4.1g	妊娠に関連した異常	79.6%	100%
4.1h	歯周病	27.3%	100%

*:平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査

用語の説明

健康影響:別紙「喫煙が及ぼす健康影響」を参照

4.2 未成年者の喫煙をなくす

指標の目安

[喫煙している人の割合]		現状*	2010年
4.2a	男性(中学1年)	7.5%	0%
4.2b	男性(高校3年)	36.9%	0%
4.2c	女性(中学1年)	3.8%	0%
4.2d	女性(高校3年)	15.6%	0%

*:平成8年度未成年者の喫煙行動に関する全国調査

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

指標の目安

[分煙を実施している割合]		現状*	2010年
4.3a	公共の場	-	100%
4.3b	職場	-	100%
[知っている人の割合]		現状*	2010年
4.3c	効果の高い分煙に関する知識の普及	-	100%

*:平成12年度中に調査する

用語の説明

分煙の徹底:公共の場や職場における喫煙場所の設置等

効果の高い分煙:受動喫煙の害を極力排除し得る分煙方法

4.4 禁煙支援プログラムの普及

指標の目安

[禁煙支援プログラムが提供されている市町村の割合]		現状*	2010年
4.4a	全国	-	100%

*:平成12年度中に調査する

用語の説明

禁煙支援プログラム:個人の禁煙を支援するための個別保健指導等

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

(平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査)

5 アルコール

5.1 多量に飲酒する人の減少

指標の目安

[多量に飲酒する人の割合]		現状*	2010年**
5.1a	男性	4.1%	3.2%以下
5.1b	女性	0.3%	0.2%以下

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

** : 2割以上の減少

用語の説明

多量に飲酒する人：1日平均純アルコール約60グラムを超えて摂取する人

5.2 未成年者の飲酒をなくす

指標の目安

[飲酒している人の割合]		現状*	2010年
5.2a	男性(中学3年)	25.4%	0%
5.2b	男性(高校3年)	51.5%	0%
5.2c	女性(中学3年)	17.2%	0%
5.2d	女性(高校3年)	35.9%	0%

*:平成8年度未成年者の飲酒行動に関する全国調査

5.3 「節度ある適度な飲酒」の知識の普及

指標の目安

[知っている人の割合]		現状*	2010年
5.3a	男性	-	100%
5.3b	女性	-	100%

*:平成12年度中に調査する

用語の説明

節度ある適度な飲酒:1日平均純アルコールで約20グラム程度の飲酒

(注)主な酒類の換算の目安

お酒の種類	ビール (中瓶1本500ml)	清酒 (1合180ml)	ウイスキー・ブランデー (ダブル60ml)	焼酎(35度) (1合180ml)	ワイン (1杯120ml)
アルコール度数	5%	15%	43%	35%	12%
純アルコール量	20g	22g	20g	50g	12g

6 歯の健康

幼児期のう蝕予防

6.1 う歯のない幼児の増加

指標の目安

[う歯のない幼児の割合 (3 歳)]	現状*	2010 年
6.1a 全国平均	59.5%	80%以上

*:平成 10 年度 3 歳児歯科健康診査結果

6.2 フッ化物歯面塗布を受けたことのある幼児の増加

指標の目安

[受けたことのある幼児の割合 (3 歳)]	現状*	2010 年
6.2a 全国平均	39.6%	50%以上

*:平成 5 年歯科疾患実態調査

6.3 間食として甘味食品・飲料を頻回飲食する習慣のある幼児の減少

指標の目安

[習慣のある幼児の割合 (1 歳 6 ヶ月児)]	現状*,**	2010 年**
6.3a 全国平均	29.9%	-

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

** :平成 12 年度中に調査し、設定する

用語の説明

頻回飲食：間食として 1 日 3 回以上の飲食

学齢期のう蝕予防

6.4 一人平均う歯数の減少

指標の目安

[1 人平均う歯数 (12 歳)]	現状*	2010 年
6.4a 全国平均	2.9 歯	1 歯以下

*:平成 11 年学校保健統計調査

用語の説明

一人平均う歯数：一人あたり平均の未治療のう歯、う蝕により失った歯、治療済のう歯の合計(DMF 歯数)

6.5 フッ化物配合歯磨剤の使用の増加

指標の目安

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

*:参考値、児童のフッ化物配合歯磨剤使用率(荒川らによる調査、平成 3 年)

6.6 個別的な歯口清掃指導を受ける人の増加

指標の目安

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

*:参考値、平成5年保健福祉動向調査(15~24歳)

用語の説明

個別的な歯口清掃指導:歯科医師、歯科衛生士により個人の口の中の状態に基づいて行われる歯磨き指導

成人期の歯周病予防

6.7 進行した歯周炎の減少

指標の目安

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

*:参考値、平成9~10年富士宮市行政事業報告

** : 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 タバコ参照)

6.10 禁煙支援プログラムの普及(4 タバコ参照)

歯の喪失防止

6.11 80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加

指標の目安

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

*:平成5年歯科疾患実態調査

6.12 定期的な歯石除去や歯面清掃を受ける人の増加

指標の目安

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

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

6.13 定期的な歯科検診の受診者の増加

指標の目安

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

*:平成 5 年保健福祉動向調査

7 糖尿病

7.1 成人の肥満者の減少(1 栄養・食生活参照)

7.2 日常生活における歩数の増加(2 身体活動・運動参照)

7.3 質・量ともにバランスのとれた食事(1 栄養・食生活参照)

7.4 糖尿病検診の受診の促進

指標の目安

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

*:参考値、平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

** :5割以上の増加

7.5 糖尿病検診受診後の事後指導の推進

指標の目安

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

*:平成9年糖尿病実態調査

7.6 糖尿病有病者の減少(推計)

推計値

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

*:平成9年糖尿病実態調査

** :生活習慣の改善がない場合、1080万人と推計されている

注)本推計値は、上記生活習慣の改善による2010年の有病者数の推計値を示す

7.7 糖尿病有病者の治療の継続

指標の目安

[治療継続している人の割合]	現状	2010年
7.7a 糖尿病有病者の治療継続率	45%*	100%

*:平成9年糖尿病実態調査

7.8 糖尿病合併症の減少

指標の目安

[合併症を発症した人の数]	現状	2010年
7.8a 糖尿病性腎症	10,729人*	- ***
[合併症を有する人の数]	現状	2010年
7.8b 失明	約3,000人**	- ***

*:1998年日本透析医学会

** :1988年厚生省「視覚障害の疾病調査研究」

** *:平成14年度中に設定

8 循環器病

8.1 食塩摂取量の減少(1 栄養・食生活参照)

8.2 カリウム摂取量の増加

指標の目安

[1日当たりの平均摂取量]

8.2a 成人

現状*

2.5g

2010年

3.5g以上

*:平成9年国民栄養調査

8.3 成人の肥満者の減少(1 栄養・食生活参照)

8.4 運動習慣者の増加(2 身体活動・運動参照)

8.5 高血圧の改善(推計)

推計値 平均最大血圧約4.2mmHgの低下

注)以下を実行することによる効果の推計

- ・成人1日あたりの平均食塩摂取量3.5g減少
- ・平均カリウム摂取量1g増量
- ・肥満者(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

8.6 たばこ対策の充実(4 たばこ参照)

8.7 高脂血症の減少

指標の目安

[高脂血症の人の割合]

8.7a 男性

現状*

10.5%

2010年

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]

8.10a 全国数

現状*

4,573万人

2010年

6,860万人以上

*:平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

8.11 生活習慣の改善等による循環器病の減少（推計）

推計値

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

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

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

男性：死亡率106.9、死亡数6万5,529人

女性：死亡率113.1、死亡数7万2,290人

虚血性心疾患57.2（人口10万人対）死亡数7万1,678人

男性：死亡率62.9、死亡数3万8,566人

女性：死亡率51.8、死亡数3万3,112人

（平成10年厚生省人口動態統計）

9 がん

9.1 たばこ対策の充実（４ たばこ参照）

9.2 食塩摂取量の減少（１ 栄養・食生活参照）

9.3 野菜の摂取量の増加（１ 栄養・食生活参照）

9.4 1日の食事において、果物類を摂取している者の増加
指標の目安

[摂取している人の割合]	現状*	2010年
9.4a 成人	29.3%	60%以上

*：平成9年国民栄養調査

9.5 脂肪エネルギー比率の減少（１ 栄養・食生活参照）

9.6 飲酒対策の充実（５ アルコール参照）

9.7 がん検診の受診者の増加

指標の目安

[検診受診者数]	現状*	2010年**
9.7a 胃がん	1,401万人	2,100万人以上
9.7b 子宮がん	1,241万人	1,860万人以上
9.7c 乳がん	1,064万人	1,600万人以上
9.7d 肺がん	1,023万人	1,540万人以上
9.7e 大腸がん	1,231万人	1,850万人以上

*：参考値：平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

**：5割以上の増加

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

(別紙)

喫煙が及ぼす健康影響

1 喫煙者は非喫煙者に比べ病気になる危険度が何倍高いのか

(1) がんの死亡

	男性	女性
平山らによる計画調査(1966-82)	1.7	1.3
原爆被爆者コホート(1963-87)	1.6 (男女)	
厚生省コホート(1990-)*	1.5	1.6

(資料*) 厚生省 コホート (現在集計中)

4保健所管内の40~59歳の地域住民男女各2万人を1990年より7年間追跡。

がんの部位別死亡

	男性	女性
肺がん	4.5	2.3
喉頭がん	2.5	3.3
口腔・咽頭がん	3.0	1.1
食道がん	2.2	1.8
胃がん	1.5	-
肝がん	1.5	1.7
腎がん	-	3.0
膵臓がん	1.6	2.1
膀胱がん	1.6	2.9
子宮頸部がん	-	1.6

(資料) 左段: 平山らによる計画調査(1966-82)

右段: アメリカがん協会の「がん予防研究」(1982-86)

(注) 数字は非喫煙者を1とした喫煙者の相対危険度

(2) 循環器病の死亡

	男性	女性
総死亡	1.2	1.2
循環器疾患総数	1.4	1.5
虚血性心疾患	1.7	-
脳卒中	1.7	1.7

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

(現在集計中)

30歳以上の約10,000人を対象。

(注) 数字は非喫煙者を1とした1日20本喫煙する者の相対危険度

(3) その他の疾患

	男性	女性
気管支喘息*1	1.8	4.0
胃潰瘍*2	3.4	-
十二指腸潰瘍*2	3.0	-

(資料) *1: 平山らによる計画調査(1966-82)

*2: ハワイ日系人男性の調査(1968-90)

(注) 数字は非喫煙者を1とした喫煙者の相対危険度

(4) 妊婦への影響

早産	3.3
低出生体重	2.4
全先天異常	1.3

(資料) 昭和54年度 厚生省心身障害研究

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

(5) 歯周病

零石 (1998)	2.1
ドランら (1997)	1.9
サッキら (1995)	1.7
ブラウンら (1994)	2.7

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

2 禁煙によってどの程度病気になる危険度が減少するのか

(1) 肺がんの死亡 (男性)

平山 (1990)	0.3 *
ドールら (1976)	0.3

* 10年以上の値

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

(2) 虚血性心疾患の死亡 (男性)

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

(資料) アメリカがん協会 (1969)

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

3 喫煙率が下がると循環器病の減少はどのくらい見込めるのか

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

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

この循環器疾患予防への効果予測の前提は、

成人の1日あたりの平均食塩摂取量3.5g減少

平均カリウム摂取量1g増量

肥満者 (BMI 25以上) を男性15%、女性18%以下に減少

成人男性の多量飲酒者 (1日3合以上) が1%低下

国民の10%が早歩き毎日30分を実行する

などの生活習慣の改善による平均最大血圧約4.2mmHgの低下を前提とする。

健医発第613号
老発第335号
保発第57号
平成12年3月31日

各 { 都道府県知事
政令市長
特別区長 } 殿

保健医療局長

老人保健福祉局長

保険局長

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

標記については、本日、厚生省発健医第115号をもって厚生事務次官より示されたところであるが、標記運動の推進に当たっては、下記事項を参考として積極的な取組をお願いしたい。

また、貴管下市町村、関係団体等に対し、幅広い周知方よろしく取り計らい願いたい。

なお、標記運動の内容等については、「21世紀における国民健康づくり運動の推進について」（平成12年3月31日健医発第612号保健医療局長通知）を参照されたい。

第一 21世紀における国民健康づくり運動の推進にあたっての基本的事項

「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。)は、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、健康寿命の延伸等を目指すものであり、行政のみならず、住民、関係団体等の積極的な参加及び協力を得ながら、国民の主体的な健康づくりを総合的に推進しようとするものである。

このため、運動の推進に当たっては、常に住民及び健康に関連する多様な関係団体等の意見の把握とその運動への反映に努めるとともに、行政機関をはじめ、医療保険者、保健医療機関、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等の関係者との協力及び連携を図る必要がある。

また、各種保健事業の実施に当たっては、健康診査後の事後指導の徹底を図る等健康増進及び疾病予防を中心とする1次予防に重点をおいて行うとともに、個人の生涯にわたる主体的な健康づくりを関係各主体が整合性の取れた形で支援することができる環境を整備し、地域すべての住民の健康づくりを効果的に推進することが重要である。

第二 都道府県等における計画の策定について

地域における運動の効果的な推進のためには、都道府県、政令市及び特別区において管下地域を対象とする健康づくりに関する具体的な計画(以下「地方計画」という)を策定する必要がある。

地方計画の策定に当たっては、運動における国の目標等を参考としつつ、地域住民の健康に関する各種指標の状況や各種保健事業の実施状況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。その際には、住民をはじめ、多様な健康づくり関係者の参画の下、各主体が現状及び課題等に関する情報を十分に共有しながら、共通の認識を持った上で地方計画を策定することが重要である。

また、地方計画は医療法等他の法令等に定めのある医療計画及び地域保健医療計画並びに老人保健福祉計画等他の保健・医療関連計画との調和に配慮する必要がある。

地方計画の策定等の具体的な方法については、前記保健医療局長通知に添付する「健康日本21企画検討会・計画策定検討会報告書」を参照するとともに、作成次第別途通知することとしている地方計画の策定及び保健事業推進に係るマニュアルを活用されたい。

第三 推進基盤の整備について

運動の推進に当たっては、地域住民の健康づくり対策について中核的な役割を担うこととなる地方公共団体のみならず、医療保険者、保健医療機関、教育関係機関、マスコミ、企業、ボランティア団体等の広く健康づくりに関連する団体等との継続的かつ協調のとれた取組を進めることが不可欠である。

このため、国においては、これらの団体等との協力の下、運動の効率的かつ継続的な事業展開を図るための中核的推進組織として「健康日本21推進全国会議」を

設置するとともに、全国的な普及啓発、保健事業の連携等を推進するための実務的な組織として「健康日本21推進全国連絡協議会」を設置することとしている。また、省内に「健康日本21推進本部」を設置し、各種保健事業の一体的な実施等を推進するための各種施策の企画、立案等を行うとともに、基盤整備を含めた運動の推進に資する情報の提供等を行うこととしている。

都道府県等においても、地方計画の策定及びその推進に当たって、関係団体が共通の目的意識を持ち、継続的で協調のとれた取組を行っていくために、都道府県、市町村の健康関連部局及び医療保険者、保健医療機関、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等の多様な健康関連団体等から構成される中核的推進組織を設置することが重要である。

特に、地方計画の推進に当たり、各種保健事業を実施している市町村、保険者等が連携し、住民が地域・職域の別を問わず、生涯を通じて共通の基盤に立った保健サービスが受けられるような仕組みづくりを行うための組織を併せて設置することが望ましい。その際、都道府県においては、地域・職域保健連絡協議会（平成12年3月31日老健第67号厚生省老人保健福祉局老人保健課長通知に示すところによる。）等の関係者による連携及び企画立案のための組織の有効活用を図らきたい。

また、地域において広く関係者の参加を得て、健康づくり活動を推進するためには、保健所運営協議会及び地域保健医療協議会等の活用を図ることが必要である。

なお、継続的な活動の確保の観点から、健康づくり関係法人等の協力を得ることも重要である。

第四 各種保健事業の連携の推進について

現在、健康診査・保健指導等の保健事業は、各保健事業者（市町村、健保組合等）によってそれぞれ実施されている。一方、地域住民は必ずしも生涯を通じて、同一の保健事業者の保健事業の対象となるものではない。このため、生涯を通じた健康づくりを進めるためには、各保健事業者が質の高い保健サービスを効果的、継続的に提供し、かつ転居、転職、退職等にも適切に対応し得るよう、各保健事業者の連携とその基盤整備が不可欠である。このため、前記の連携のための組織の有効活用のほか、保健事業の実施に当たって、各保健事業者間の相互委託、共同事業の実施等保健事業者相互の連携の促進を図ることが必要である。

なお、各保健事業者の保健事業の実施に当たり留意すべき点等については、追って通知する予定である。