

公	衆	中村 信也 編著
衛	生	学

2020 / 2021

〔著〕

後藤 政幸

緒方 裕光

川端 彰

野原 理子

角野 猛

桑原 祥浩

上田 成子

岡崎 英規



同文書院

目次

contents

第1章 健康と公衆衛生	1	第4章 健康状態・疾病の測定と評価	57
1. 健康の概念とその歴史的変遷	1	1. 疫学の概念と指標	57
1) 健康の定義	1	1) 疫学の対象と領域	57
2) 健康づくりと健康管理	3	2) 疾病頻度	58
3) 国民健康づくり運動	5	3) 曝露効果の測定	59
2. 公衆衛生の概念	6	2. 疫学研究の方法	60
1) 公衆衛生の定義	6	1) 記述疫学研究	60
2) 公衆衛生の目標	6	2) 横断的研究	60
3) 公衆衛生と予防医学	7	3) 生態学的研究	60
4) プライマリー・ヘルス・ケア (PHC)	8	4) コホート研究	60
5) ヘルス・プロモーション	9	5) 症例対照研究	62
6) 公衆衛生活動の進め方	10	6) ランダム化比較試験	63
3. 社会的公正と健康格差の是正	11	3. バイアス、交絡の制御と因果関係	63
1) 社会的公正	11	1) バイアス	63
2) 健康の社会格差	11	2) 交絡と標準化	64
		3) 疫学研究の評価と因果関係のとらえ方	65
第2章 環境と健康	15	4. スクリーニング	66
1. 生態系と生活	15	1) スクリーニングの目的と適用条件	66
1) 生態系と環境の保全	15	2) スクリーニングの精度	66
2) 地球的規模の環境 (地球環境問題)	17	5. 根拠に基づいた医療と保健対策	68
2. 環境汚染と健康影響	20	1) エビデンスの質のレベル	68
1) 環境汚染	20	2) 系統的レビューとメタアナリシス	68
2) 公害の発生と公害事件	26	3) 診療ガイドライン、保健政策におけるエビデンス	69
3) 内分泌かく乱物質 (環境ホルモン)	29	6. 疫学研究と倫理	69
3. 環境衛生	30	1) 人を対象とした研究調査における倫理	69
1) 気候と季節	30	2) インフォームド・コンセント	69
2) 空気	30	3) 利益相反	70
3) 温熱	31	4) 臨床研究法	70
4) 放射線	32		
5) 上水道と下水道	33	第5章 生活習慣と健康	71
6) 廃棄物処理	36	1. 健康に関連する行動と社会	71
7) 建築物衛生	37	1) 健康の生物心理学社会モデル	71
		2) 生活習慣病の概念	71
		3) 健康日本 21 (第二次)	73
第3章 保健統計	39	2. 身体活動・運動と健康	75
1. 保健統計の概要	39	1) 身体活動・運動の現状	75
2. 人口静態統計	40	2) 体力の現状・運動の健康影響	76
1) 人口静態統計の概要	40	3) 身体活動・運動と健康増進	78
2) 人口の推移	40	4) 身体活動基準	78
3) 人口ピラミッド	42	3. 喫煙行動と健康	80
4) 人口の高齢化と少子化	43	1) 喫煙の現状	80
5) 世界の人口	43	2) 喫煙の健康影響および社会的問題	82
3. 人口動態統計	44	3) 禁煙サポートと喫煙防止	83
1) 人口動態統計の概要	44	4) 受動喫煙防止	84
2) 出生	44	5) その他のたばこ対策	85
3) 死亡	45	4. 飲酒行動と健康	85
4) 死因分類	46	1) 飲酒の現状	85
5) 死産、乳児死亡、周産期死亡、妊産婦死亡	48	2) 飲酒の健康影響および社会的問題	86
6) 婚姻と離婚	50	3) 適正飲酒	88
4. 生命表	51	4) アルコール対策	88
1) 生命表の作成	51	5. 睡眠・休養・ストレスと健康	89
2) 平均余命と平均寿命	51	1) 睡眠習慣と生活リズム	89
3) 健康寿命	53	2) 睡眠不足・不眠の現状	91
5. 傷病統計	53	3) 休養の概念	91
1) 患者調査	53	4) ストレスの概念	92
2) 国民生活基礎調査	54	5) 休養指針	92
		6) ストレスマネジメント	93

6. 歯科保健行動	93	3. 不慮の事故・虐待・暴力	141
1) 歯の健康と食生活	93	1) 不慮の事故	141
2) 歯と全身の健康	94	2) 虐待	141
3) 歯科保健行動	95	3) 家庭内暴力	144
4) 歯科保健対策	95		
第6章 主要疾患	99	第9章 社会保障と行政	145
1. がん	99	1. 社会保障の概念	145
1) 主要部位のがん	99	1) 社会保障制度	145
2) がん対策	100	2) 社会保障の歴史	146
3) がん検診	102	3) 公衆衛生と社会保障	146
2. 循環器疾患	103	2. 行政のしくみ	146
1) 高血圧	103	1) 国の役割と法律	146
2) 脳血管疾患	104	2) 衛生法規	148
3) 心疾患	105	3. 栄養関連法規	149
3. 代謝疾患	106	1) 食品安全基本法	149
1) 肥満・メタボリックシンドローム	106	2) 食品衛生法	150
2) 糖尿病	108	3) 食品表示法	152
3) 脂質異常症	109	4) その他の栄養関連法規	153
4. 骨・関節疾患	110	4. 地方自治のしくみ	155
1) 骨粗しょう症と骨折	110	5. 都道府県と市町村の役割	155
2) 変形性関節症	110		
3) ロコモティブシンドローム（運動器症候群）	110		
5. その他の疾患	112	第10章 医療制度	157
1) 慢性腎臓病	112	1. 医療保険制度	157
2) 慢性閉塞性肺疾患	113	1) 社会医療制度の概要と特徴	157
3) 認知症	114	2) 医療保険の種類と対象	157
4) 難病法と難病対策	115	2. データヘルス計画	160
		1) 保険者等の役割	160
		2) データヘルス計画の目的	160
		3) データヘルス計画での取組み	161
		3. 医療施設	162
		1) 医療施設	162
		2) 医療法と地域医療計画	163
		3) 医療圏と基準病床数	164
		4. 医療従事者	165
		5. 国民医療費	167
		1) 国民医療費の概況	167
		2) 制度区分別国民医療費	167
		3) 国民医療費の財源別内訳比率	168
		4) 診療種類別国民医療費	168
		5) 年齢階級別診療医療費	168
		6) 傷病分類別医科診療医療費	168
第7章 感染症とその予防	117	第11章 福祉制度	169
1. 感染症について	117	1. 社会福祉制度	169
1) 感染の成立	117	1) 社会福祉と関連法規	169
2) 微生物の発見と病原微生物	118	2) 社会福祉事業	170
3) 日本の感染症対策	119	3) 社会福祉施設	171
2. 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	119	4) 障害者福祉	172
1) 感染症の分類と対策	119	5) 障害者福祉施設	175
2) 感染症類型	120	6) 在宅ケアと訪問看護	175
3. 主要感染症	121	7) 福祉関連法規	175
1) 結核	122		
2) インフルエンザ	123		
3) 腸管出血性大腸菌感染症	123		
4) ノロウイルス感染症	124		
5) HIV/エイズ	124		
4. 新興感染症と再興感染症	125		
5. 予防接種	125		
第8章 精神疾患	127		
1. 精神保健	127		
1) 主な精神疾患	127		
2) 精神保健福祉対策の法的対応	131		
3) 精神障害者の受療状況	131		
4) 精神障害者の医療	132		
5) 地域における精神保健サービス	133		
6) 精神障害者福祉対策	135		
2. その他の精神関連問題	136		
1) 自殺	136		

第12章 地域保健 177

1. 地域保健活動の概要 177
1) 地域社会と地域保健 177
2) 地域保健活動 178
2. 保健所と市町村保健センター 179
1) 保健所の設置と目的 179
2) 保健所の財源と職員 179
3) 保健所の機能と業務 180
4) 市町村保健センター 180
3. 地域保健従事者 181
1) 保健所常勤職員数 181
2) 地域における資源と連携 182
4. 地域における健康危機管理 182
5. 地域保健法 183

第13章 母子保健 185

1. 母子保健の概要 185
1) 母子保健の目的 185
2) 母子保健水準の諸指標 186
2. 母子保健事業 186
1) 母子保健事業における市町村と都道府県の役割 186
2) 母子保健事業の内容 187
3) 母子健康手帳 191
4) 新生児マススクリーニング：先天性代謝異常等検査 192
5) 乳幼児健康診査 193
6) 育児指導 193
3. 健やか親子 21
1) 基盤課題 195
2) 重点課題 195
4. 子ども・子育てビジョン 195
5. 子ども・子育て支援法 196
6. 母子保健法 196

第14章 成人保健 199

1. 生活習慣病 199
1) 成人保健と生活習慣病 199
2) 生活習慣病の推移 200
3) 生活習慣病の予防と管理 200
2. 特定健康診査と特定保健指導 201
1) 健診・保健指導の問題点 201
2) 特定健康診査と特定保健指導 201
3. 高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法） 203
1) 高齢者医療確保法による特定健康診査と特定保健指導 203
2) 制度の概要 204

第15章 高齢者保健と介護保険制度 205

1. 高齢者保健・介護の概要 205
1) 高齢社会 205
2) 高齢者保健 206
3) 健康増進事業（旧老人保健事業） 207
4) 介護予防事業（地域支援事業） 207
5) 地域包括支援センター 208
2. 介護保険制度 208
1) 介護保険制度の概要 208

2) 介護サービス 211
3) 介護施設、老人保健施設 211
4) 介護報酬 212
5) 介護保険法 214

第16章 産業保健 215

1. 産業保健 215
1) 労働と健康 215
2) 労働安全衛生法 215
3) 労働安全衛生対策（3管理） 216
4) 産業保健従事者 218
5) 職業と健康障害 219
6) 労働災害 220
7) メンタルヘルス対策 221

第17章 学校保健と安全 225

1. 学校保健の概要 225
1) 学校保健安全法 225
2) 学校保健行政 225
3) 学校保健・安全の内容 226
2. 学校保健従事者 227
1) 学校保健の概要 227
2) 栄養教諭 227
3. 学校保健教育 228
1) 保健教育 228
2) 保健管理 228
4. 学校保健安全対策 228
1) 健康診断 228
2) 健康相談 229
3) 感染症予防 229
4) 学校環境衛生 230
5) 登下校時の安全 230
5. 学校保健安全統計 231
1) 学校での死亡・負傷状況 231
2) 学校保健統計調査 231
3) 有訴者率 231
4) 体格・体力 232

第18章 国際保健 235

1. 地球規模の健康問題 235
1) エイズ／HIV 235
2) 結核 236
3) 糖尿病 237
2. 国際協力 237
1) 2国間協力 238
2) 多国間協力 239
3) 持続可能な開発目標（SDGs） 240
4) ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC） 241
5) 世界保健機関（WHO） 241
6) 国連食糧農業機関（FAO）、コーデックス委員会（CAC） 243
7) その他の国際機関 243

索引 246

第 1 章

健康と公衆衛生

1. 健康の概念とその歴史的変遷

1) 健康の定義

日本国民は憲法で健康な生活をおくる権利が保障されている。その条文は次のとおりである。

日本国憲法第25条 生存権

すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

したがって、国家は国民に健康な生活が持てるよう努力する義務を負うが、そもそも健康とは何なのか、定義が必要となる。

健康の定義としては、WHO 憲章 (Constitution) のそれが有名である。WHO (世界保健機関)*は国連の専門機関として1948 (昭和23) 年設立されたが、先立って1946 (昭和21) 年にWHO 憲章が採択された。その憲章の前文に国民の健康に対する国家のあり方が規定されているが、その出だしの条文がWHOの健康の定義として利用されている。条文は次のとおりである。

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”

この訳を1951 (昭和26) 年に政府は官報で発表したが、次のようになっている。「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない。」

原文からみると、complete physical well-being, complete mental well-being, complete social well-beingの構成となっている。ここでwell-beingの訳が問題になるが、福祉とは「幸せな暮らし」という意味が一般的であり、肉体的福祉、精神的福祉では妥当でない。ここでは「よい状態」と訳すのがわかりやすい。したがって、「健康とは完全に肉体的に、精神的に、社会的に良好な状態であり、単

* p.241 「(4) 世界保健機関 (WHO)」を参照。

2. 環境汚染と健康影響

1) 環境汚染

環境汚染は古来より存在していたが、狭い地域に限定される規模であった。たとえば、隣の柿の木の落ち葉が隣の庭に落ちて迷惑する状況は、「私害」と呼ぶべきものであった。

比較的広範囲な環境汚染としては、「足尾鉍毒事件」が有名である。栃木県の足尾鉍山から流れ出た鉍毒（主成分は銅化合物、亜酸鉄）が渡良瀬川流域を汚染し、農作物の被害を生じさせた。1891（明治24）年、田中正造国会議員がその害について明治天皇に直訴状を送ったが、改善されるまでには至らなかった事件である。

戦後、わが国の経済発展は著しく発展した。高度経済成長は主に工業の発展であり、その発展とともに重度で広域の環境汚染を起こし始めた。やがて、環境汚染は汚染地域での生活への悪影響のみならず、住民の健康への悪影響を及ぼすようになってきた。

(1) 大気汚染

工場排煙、自動車排気ガス、冷暖房器具から有害物質が排出され大気や空気を汚染する。石油は不純物として硫黄を大量に含み、これを空気中で燃焼させると硫黄酸化物（SO_x）や窒素酸化物（NO_x）が排出される。炭化水素（HCs）のうち揮発性有機化合物（VOC）と窒素酸化物（NO_x）は太陽光線（紫外線）に当たって光化学オキシダント（オゾン、PAN）をつくり出す。また、自動車のガソリン燃焼により一酸化炭素（CO）や浮遊粒子状物質（SPM）を排出する。これらの中で、工場や事業所、建築物の解体からのばい煙、粉じんの排出および自動車排出ガスに関しては「大気汚染防止法」で規制されている。

環境基本法で環境基準が設定されている大気汚染物質は、これら5化学物質の他に、ガソリンなどの石油製品に含まれているベンゼンやトリクロロエチレン、テトラクロロエチレン、ジクロロメタンがある（表2-1、表2-2）。「ダイオキシン類対策特別法」で環境基準が設定されている。これらの大気汚染により、慢性閉塞性肺疾患（COPD）や肺がんなどが発症する可能性がある。

硫黄酸化物（SO_x）、窒素酸化物（NO_x）や一酸化炭素（CO）のように直接発生源から大気中に排出される物質を一次汚染物質といい、一次汚染物質が大気中で光などの影響を受けて生成する光化学オキシダントのような物質を二次汚染物質という。一般に大気中の一次汚染物質は冬期早朝の地表が急激に冷却され気流が停滞するとき（接地性逆転層）に濃度が高くなる。二次汚染物質は、自動車から排出される一次汚染物質濃度の上昇と強い太陽光の影響を受ける昼間、とくに夏期の高気圧圏内のとき（沈降性逆転層）に濃度が高くなる。このような気温の逆転層は、大気汚染物質の拡散を妨げる安定な大気の状態となることから、大気汚染物質による健康被害を与える。

表2-1 大気汚染物質の発生源と影響

汚染物質	発生源と環境基準達成	影 響
二酸化硫黄	硫黄分を含む化石燃料の燃焼により発生する。工場単位k値規制や低硫黄石油の使用により著しく改善され、おおむね環境基準は達成されている。	気管支喘息など呼吸器系障害を起こす。四日市喘息の原因物質である。また、酸性雨の原因物質である。
一酸化炭素	炭素を含む燃料の不完全燃焼により発生する。自動車排出ガスが主な発生源である。すべての測定局において環境基準を達成している。	血液中のヘモグロビンと親和性が強く（酸素の約200倍）、酸素を運搬する機能を阻害する。中毒の初期症状は嘔気、頭痛、症状の進行とともに意識障害を起こす。
浮遊粒子状物質	大気中に浮遊し、粒径 $10\mu\text{m}$ 以下のものをいう。工場などのばい煙、ディーゼル自動車排出ガス、土壌など自然界にも起因する。揮発性有機化合物（VOC）が大気中で反応して粒子化する二次生成粒子が多い。環境基準達成はゆるやかな改善傾向にあるが、大都市では依然低水準。	微小であることから長時間大気中に滞留し、吸入により肺や気管に沈着して呼吸器に悪影響を及ぼす。ディーゼル排気微粒子は発がん性や気管支喘息・花粉症などのアレルギー性疾患との関連性が懸念されている。特に、粒径 $2.5\mu\text{m}$ 以下のものは健康影響が大きいとされる。
二酸化窒素	一酸化窒素と共に化石燃料の燃焼によって発生し、工場からの固定発生源と自動車などの移動発生源がある。環境基準の達成率は一部の地域を除いて高い。	高濃度で呼吸器に悪影響を及ぼす。肺の深部にまで到達し、慢性気管支炎や肺水腫を起こす。酸性雨や光化学オキシダントの原因物質である。
光化学オキシダント	窒素酸化物（NO _x ）と揮発性有機化合物（VOC）が太陽光線（紫外線）の作用により反応して生成されるオゾン、アルデヒド、PANなどの強い酸化力をもった物質の総称。光化学スモッグの主要原因物質である。	粘膜刺激や呼吸器への悪影響を及ぼす。農作物などへの影響もみられる。1時間値が 0.12ppm 以上で、汚染状態が継続すると認められるときには「注意報」が、 0.24ppm 以上で同様の状態のときは「警報」が発令される。
ベンゼン	化学工業製品の合成用原料として広範な用途がある。ガソリン中にも含まれており、自動車の排ガスや給油時に気化して大気中に放出される。	慢性的な吸入により、骨髄での造血機能に障害を起こし、貧血症を発症する。さらにかん化（白血病）に転じる。国際がん研究機関（IARC）のグループ1に指定されている。
トリクロロエチレン	化学工業製品の合成用原料、溶剤、半導体や金属機械部品の洗浄剤として広く使用されている。	中枢神経抑制作用、肝臓・腎臓障害が知られている。動物実験では肝臓への発がん性を有することが知られている。IARCのグループ2Aに指定されている。
テトラクロロエチレン	化学工業製品の合成用原料、溶剤、半導体や金属機械部品の洗浄剤、衣料のドライクリーニング洗浄剤として使用されている。	中枢神経抑制作用、肝臓・腎臓障害が知られている。動物実験では発がん性を有することが知られており、トリクロロエチレンより毒性は若干強い。IARCのグループ2Aに指定されている。
ジクロロメタン	金属脱脂溶剤、塗料剥離剤、ウレタン発砲助剤、エアゾール噴射剤、冷媒などの反応溶剤として広く使用されている。	中枢神経に対する麻酔作用、高濃度吸入で精巣毒性がある。動物実験では発がん性はあるが、ヒトでの可能性は小さいとされる。IARCのグループ2Bに指定されている。
ダイオキシシシ類	主にゴミ焼却炉（800度以上の高温にならない施設で特に高濃度発生）、ほかには除草剤中の不純物、製鋼用電気炉、たばこの煙、自動車排気ガスなどの発生源がある。	多くの動物種に精巣萎縮を起こす。催奇形性、神経毒性、またアトピー性皮膚炎や甲状腺機能への影響が懸念されている。IARCのグループ1に指定されている。

column

1950年代頃、八幡市（現在の北九州市八幡区）では製鉄工場の煙突からの煤塵を「七色の煙」と称し、その状況を繁栄の象徴としていた。しかし、市民は洗濯物に付着する黒いススに悩まされてもいた。



工場から排出される煤煙

老年化指数 = (老年人口 / 年少人口) × 100

※ 先進国で高く、開発途上国で低い

3) 人口ピラミッド

縦軸の中心に年齢，その左右にそれぞれ男性，女性の人口の年齢別人口を表した図を人口ピラミッドという。この形から，ピラミッド型（人口増加型），つり鐘型（人口静止型），つぼ型（人口減少型），さらに，星型（都市型），ひょうたん型（農村型）に分けられる。この形によって，その国や地域の集団の人口構成が把握できる（図3 - 1）。

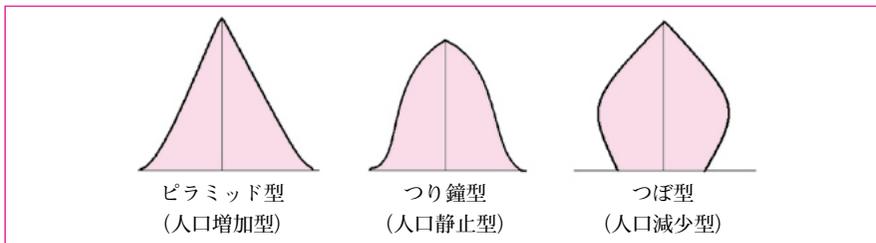


図3 - 1 人口ピラミッド

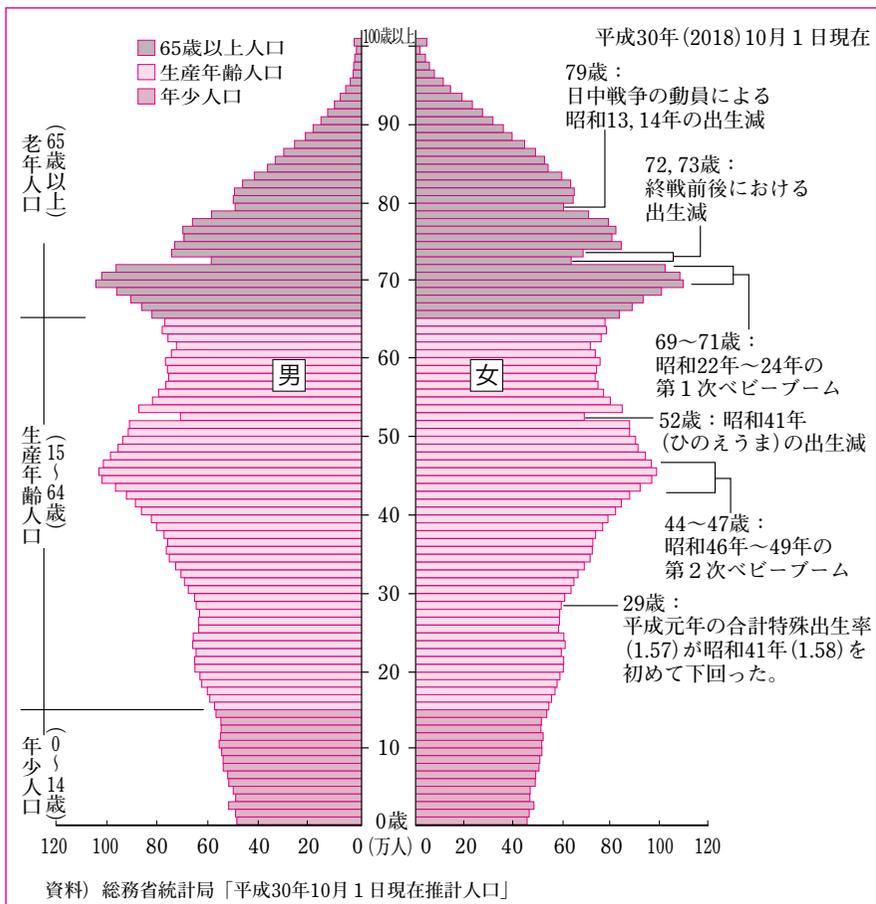


図3 - 2 わが国の人口ピラミッド

表3 - 4 わが国の65歳以上の高齢者のいる世帯数

(単位：千世帯)

	全世帯	数	
		総数	率 全世帯に占める割合(%)
1986年	37,544	9,769	26.0
'89	39,417	10,774	27.3
'92	41,210	11,884	28.8
'95	40,770	12,695	31.1
'98	44,496	14,822	33.3
2001	45,664	16,367	35.8
'04	46,323	17,864	38.6
'07	48,023	19,263	40.1
'10	48,638	20,705	42.6
'13	50,112	22,420	44.7
'16	49,945	24,165	48.4

注) 1995年の数値は兵庫県を、2016年の数値は熊本県を除いたものである。

資料) 厚生労働省「国民生活基礎調査(大規模調査年)」

2018(平成30)年のわが国の人口ピラミッドを図3-2に示した。かつてはピラミッド型であったが、わが国では1947～1949(昭和22～24)年生まれの第一次ベビーブーマー(いわゆる団塊世代)を最高とし、1971～1974(昭和46～49)年生まれの第二次ベビーブーマーを頂点とする変形のつぼ型である。団塊の世代が2013(平成25)年から高齢者の仲間入りし、年金と介護保険の適用となった。一方、それを支える64歳以下の者は減少していくので、年金・介護保険の財政問題が逼迫しているのが人口ピラミッドよりうかがえる。

4) 人口の高齢化と少子化

わが国の65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合(高齢化率)は1950(昭和25)年に4.9%であったが、2018(平成30)年には28.1%となった。国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」によると2065(平成77)年の人口は8,808万人、年少人口(0～14歳)、生産年齢人口(15～64歳)、老年人口(65歳以上)の割合はそれぞれ、10.2%、51.4%、38.4%になると推測している。

また、2016(平成28)年の厚生労働省「国民生活基礎調査」(大規模調査年)による世帯数と65歳以上の者のいる世帯数の推移を表3-4に示した。全世帯総数はおよそ5,000万世帯で、そのうち65歳以上の高齢者のいる世帯数はおよそ2,400万世帯であり、全世帯の48.4%を占めている。また、このうちの単独世帯が27.1%、夫婦のみの世帯が31.1%である。

5) 世界の人口

世界人口の推移と将来予測を参考資料2(p.234)に示した。

世界の人口は国連の2017年の推計によると、1970年代に40億人を突破し、2015年までに70億人を超えている。同様に国連によれば2050年には98億人、2100年には112億人になる予測されている。

世界各国の年齢3区分別人口の割合などを参考資料3(p.245)に示した。各

み葉や貼り葉) を使うことにより、離脱症状を和らげることができる。

禁煙の方法のひとつに「ニコチン置換療法」がある。喫煙により摂取していたニコチンをたばこ以外から摂取し、血中のニコチン濃度を維持させながら、喫煙習慣をガムや経皮吸収型のニコチン製剤に置き換える方法である。

ニコチンガムが調整でき、一般のガムのように速く噛むと血中濃度が急激に上昇する。また、禁煙の口寂しさを紛らわすこともできる。

経皮吸収型ニコチン製剤はニコチンを経皮的に吸収させる方法で、貼る面積によりニコチン量を調整することができるので、自己管理が苦手な患者や、仕事上ガムを噛めない患者に有効である。

禁煙は1回で成功することは少なく、何度も挑戦することが必要であり、喫煙欲により1本吸ってしまったとしても、喫煙習慣を持たないという強い意志が大切である。1年間禁煙を続けられれば、禁煙は成功したといえる。

4) 受動喫煙防止

健康増進法の一部を改正する法律が、2018(平成30)年7月に成立し、2020(令和2)年4月1日の全面施行に向けて、準備が進められている。本改定は、望まない受動喫煙の防止を図るため、多数の者が利用する施設等の区分に応じ、当該施設等の一定の場所を除き喫煙を禁止するとともに、当該施設等の管理について権限を有する者が講ずべき措置等について定めたものである。特に健康影響が大きい子ども、患者に配慮し、多くの方が利用する施設の区分に応じ、施設の一定の場所を除き喫煙を禁止するとともに、管理者の方が講ずべき措置等について定めたものであり、マナーからルールへと変わる。



*厚生労働省「なくそう! 望まない受動喫煙。」左から、多くの施設において屋内が原則禁煙に
20歳未満の方は喫煙エリアへ立入禁止に
屋内での喫煙には喫煙室の設置が必要に
喫煙室には標識掲示が義務付けに

基本的考え方

1 「望まない受動喫煙」をなくす

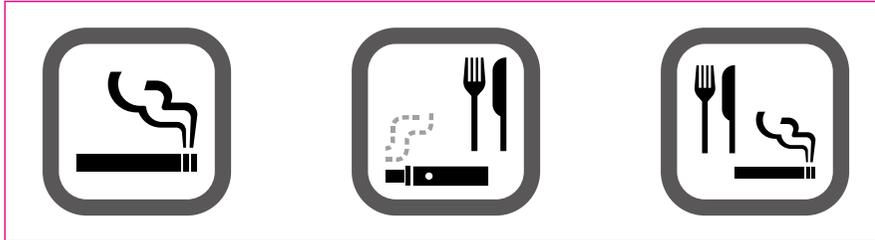
受動喫煙が他人に与える健康影響と、喫煙者が一定程度いる現状を踏まえ、屋内において、受動喫煙にさらされることを望まない者がそのような状況に置かれることのないようにすることを基本に、「望まない受動喫煙」をなくす。

2 受動喫煙による健康影響が大きい子ども、患者等に特に配慮

子どもなど20歳未満の者、患者等は受動喫煙による健康影響が大きいことを考慮し、こうした方々が主たる利用者となる施設や、屋外について受動喫煙対策を一層徹底する。

3 施設の類型・場所ごとに対策を実施

「望まない受動喫煙」をなくすという観点から、施設の類型・場所ごとに、主たる利用者の違いや、受動喫煙が他人に与える健康影響の程度に応じ、禁煙措置や喫煙場所の特定を行うとともに、掲示の義務付けなどの対策を講ずる。その際、既存の飲食店のうち経営規模が小さい事業者が運営するものについては、事業継続に配慮し必要な措置を講ずる。



*厚生労働省「なくそう！望まない受動喫煙。」左から、喫煙専用室、加熱式たばこ専用喫煙室、喫煙可能室

5) その他のたばこ対策

喫煙は個人の嗜好のひとつであるが、本人のみならず、周囲の人々の健康にも与える影響が強い。そこで、喫煙者や非喫煙者に対して、危険性に関する情報の提供や認識、未成年者の喫煙防止、非喫煙者を保護するために、共有空間（公共の場所や歩行中）や職場を原則的に禁煙、家庭内での受動喫煙の危険性の認識、禁煙希望者への禁煙支援などを国、都道府県、地域保健、学校教育機関の各レベルにおいて推進することが望まれる。受動喫煙が健康に悪影響を及ぼすことは、科学的に明らかであり、心筋梗塞や脳卒中、肺がんに加え、子どもの喘息や乳幼児突然死症候群等のリスクを高める。これを踏まえ、受動喫煙防止対策の必要性という共有認識を拡大し、受動喫煙のない社会を目指すことに多くの人が賛同でき、社会的気運が向上するために、「受動喫煙のない社会を目指して」ロゴマークを発表した。



4. 飲酒行動と健康

1) 飲酒の現状

「平成29年国民健康・栄養調査」（厚生労働省）によると、生活習慣病のリスクを高める量（1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者）を飲酒している者の割合は、男性14.7%、女性8.6%である。2010（平成22）年からの推移で見ると、男性では有意な増減はなく、女性では有意に増加している。年齢階級別にみると、その割合は男女とも40歳代が最も高く、男性21.4%、女性15.2%である。

20%の増加がみられる。年齢別では40～50代の男性が高く、3分の1強である。一方、女性の肥満率は年齢依存性がある（図6-9）。50歳代までは20年前に比較して減少している。

メタボリックシンドロームの統計を年齢別に示した（図6-10）。男性で割合が高く、男女とも年齢が上がるほどメタボリックシンドロームが疑われる者*の割合が高くなっている。

表6-4 メタボリックシンドローム診断基準**

（日本内科学会，日本動脈硬化学会など8学会による合同基準）

必須項目	(内臓脂肪蓄積) ウエスト周囲径*		男性 ≥ 85cm 女性 ≥ 90cm
	選択項目 3項目のうち 2項目以上	1.	高トリグリセリド血症 かつ/または 低HDLコレステロール血症
2.		収縮期(最大) 血圧 かつ/または 拡張期(最小) 血圧	≥ 130mmHg ≥ 85mmHg
3.		空腹時高血糖	≥ 110mg/dL

*内臓脂肪面積 男女ともに $\geq 100\text{cm}^2$ に相当
 *CTスキャンなどで内臓脂肪量測定を行うことが望ましい。
 *ウエスト径は立位・軽呼吸時・臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。
 *メタボリックシンドロームと診断された場合、糖負荷試験が薦められるが診断には必須ではない。
 *高TG血症・低HDL-C血症・高血圧・糖尿病に対する薬剤治療をうけている場合は、それぞれの項目に含める。
 *糖尿病、高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない。
 資料) 厚生労働省「e-ヘルスネット」サイトより

 *メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)が強く疑われる者とは、「腹囲が男性85cm,女性90cm以上で、3つの項目(血中脂質,血圧,血糖)のうち2つ以上の項目に該当する者」をいう。

 **空腹時血糖の基準値は110mg/dlとしているが、特定保健指導における保健指導対象者の選定では国際基準を採用し、100mg/dlを基準としている。

2) 糖尿病

糖尿病とは、すい臓からのインスリン分泌異常による糖代謝異常性疾患をいう。

糖尿病の統計を患者調査の受療率で見ると、戦後経済成長とともに上昇傾向だが、1996(平成8)年をピークに横ばい状態を呈している(図6-11)。1997(平成9)年以降、初めて減少に転じた。また、糖尿病が強く疑われる者***の割

 ***糖尿病が強く疑われる者とは、「ヘモグロビンA1cの測定値があり、身体状況調査票(7)(c)及び(8)に回答した者のうち、ヘモグロビンA1c(NGSP)の値が6.5%以上、または、身体状況調査票の(8-1)『現在、糖尿病治療の有無』に『1有』と回答した者」をいう。

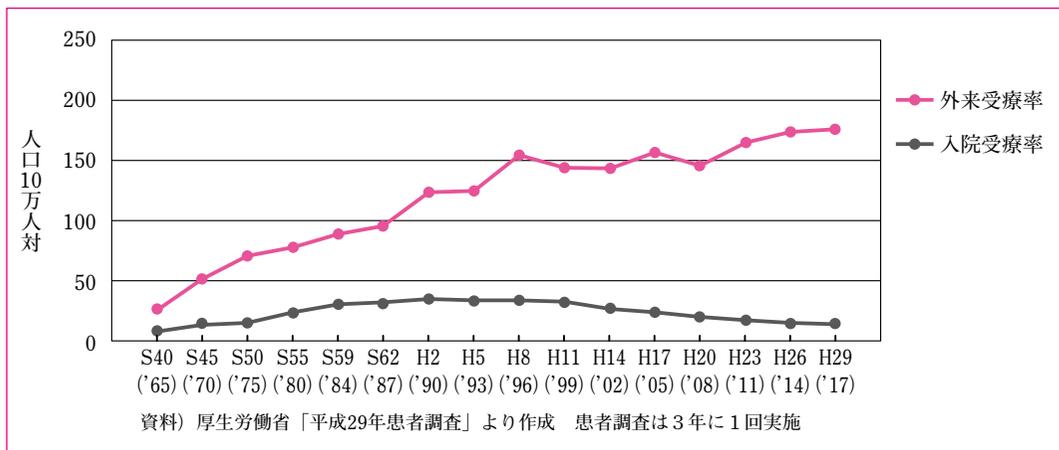


図6-11 糖尿病の受療率の推移

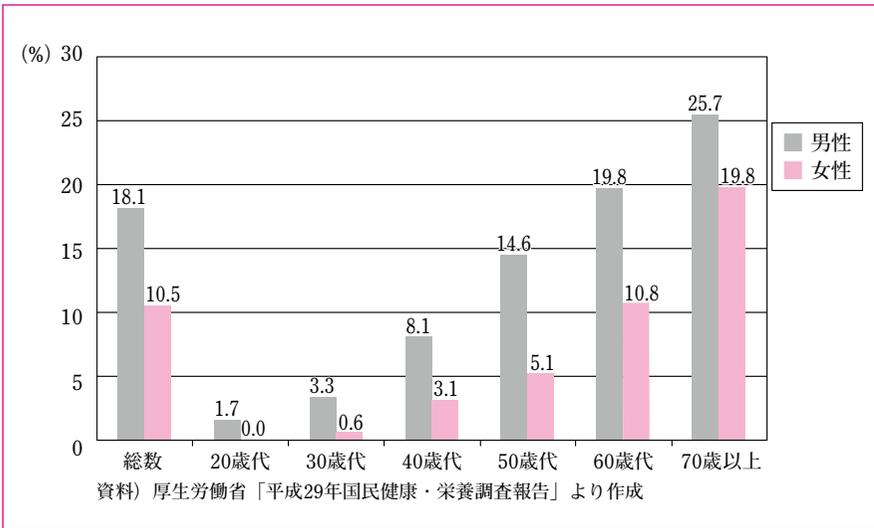


図6 - 12 糖尿病が強く疑われる者の割合

合を年齢層別にみると、70歳代までは完全に年齢依存性がある(図6 - 12)。男女差が若干あり、男性の罹患率がやや高く、程度も高い。男性では50歳代から、女性では60歳代から急増する。

3) 脂質異常症

脂質異常症とは、脂質 (lipids) が血中に過剰に存在している状態をいう。

脂質異常症の統計を示した(図6 - 13)。脂質異常症が疑われる者*は、全体の23.4%に達していた。これを年代別で見ると、男女とも70歳代以上が最多となっていた。

*脂質異常症が疑われる者とは、「HDL コレステロールが40mg/dL未満、もしくはコレステロールを下げる薬または中性脂肪(トリグリセライド)を下げる薬を服用している者」をいう。

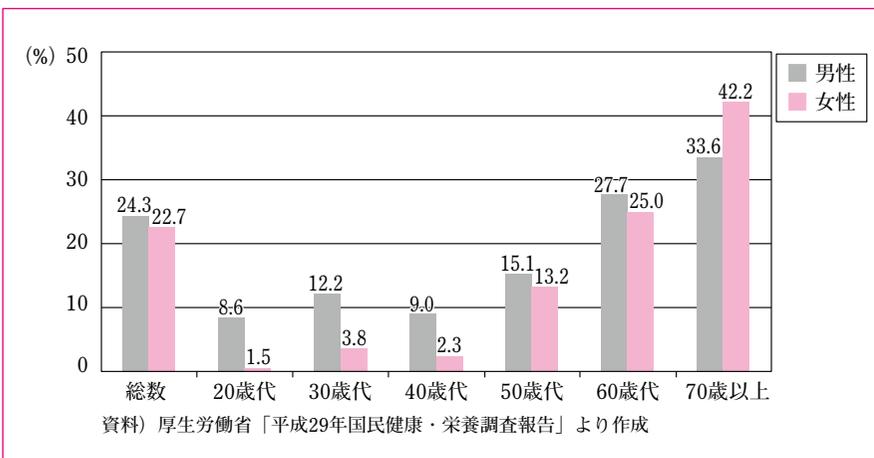


図6 - 13 脂質異常症が疑われる者の割合

て分担金額に差がある。もうひとつは、「任意拠出金」である。これは、国際連合（UN）に、ある事項について援助したいと明確にしたうえで、資金を提供する。

3) 持続可能な開発目標（SDGs）

1992（平成4）年国際環境開発会議（地球サミット）がブラジルのリオデジャネイロで開催され、環境と開発に関するリオデジャネイロ宣言（リオ宣言）が採択された。その20年後の2012（平成24）年に、再度リオデジャネイロで国連持続可能な開発会議（リオ+20）が開催され、持続可能な開発目標が議論され始めた。その目的は、世界が差し迫って直面する環境、政治、経済の課題に取り組む普遍的な目標を策定することであった。

2015（平成27）年9月開催の国連サミットで「持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択され、その中に2016年から2030年までの国際目標として「持続可能な開発目標（SDGs；Sustainable Development Goals）」が記載された。SDGsには地球上の全ての人々が持続可能な世界を実現するための17のゴール、169のターゲットが提示されており、現在先進国・開発途上国共に取り組んでいる。わが国も積極的に取り組む努力をしているがSDGs認知度は未だ十分とは言えず今後の広がりが要求される。SDGs17ゴールは、1. 貧困をなくそう、2. 飢餓をゼロに、3. すべての人に健康と福祉を、4. 質の高い教育をみんなに、5. ジェンダー平等を実現しよう、6. 安全な水とトイレを世界中に、7. エネルギーをみんなにそしてクリーンに、8. 働きがいも経済成長も、9. 産業と技術革新の基盤をつくろう、10. 人や国の不平等をなくそう、11. 住み続けられるまちづくりを、12. つくる責任 つかう責任、13. 気候変動に具体的な対策を、14. 海の豊かさを守ろう、15. 陸の豊かさも守ろう、16. 平和と公正をすべての人に、17. パートナリシップで目標を達成しよう



図18-3 SDGs 17ゴール

してクリーンに、8. 働きがいも経済成長も、9. 産業と技術革新の基盤をつくろう、10. 人や国の不平等をなくそう、11. 住み続けられるまちづくりを、12. つくる責任つかう責任、13. 気候変動に具体的な対策を、14. 海の豊かさを守ろう、15. 陸の豊かさも守ろう、16. 平和と公正をすべての人に、17. パートナリシップで目標を達成しようである（図18-3）。

わが国のSDGsに関連する8つの優先課題は、1. あらゆる人々の活動の推進、2. 健康・長寿の達成、3. 成長市場の創出、地域活性化、科学技術イノベーション、4. 持続可能で強靱な国土と質の高いインフラの整備、5. 省・再生可能エネルギー、気候変動対策、循環型社会、6. 生物多様性、森林、海洋等の環境の保全、7. 平和と安全・安心社会の実現、8. SDGs実施推進の体制と手段である。

4) ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)

持続可能な開発目標 (SDGs) の目標達成のために、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 達成の重要性が位置づけられた。UHCとは、「全ての人が適切な予防、治療、リハビリ等の保健医療サービスを支払い可能な費用で受けられる」ことであり、つまり全ての人が経済的な困難を伴うことなく保険医療サービスを楽しむことを目指している。2017 (平成29) 年12月の国連総会で、毎年12月12日をユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・デーと定める決議が採択された。昨今、UHC達成の重要性の認識は世界的に広まっており、2018 (平成30) 年10月にはカザフスタンで「プライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議：アルマ・アタからUHCとSDGsへ」が開催された。

日本は国民皆保険制度という世界に類を見ない社会保障制度を導入し、加えて保険医療へのアクセスを改善・充実させて、早期にUHCを達成したことで、世界でも有数の健康長寿国になった。この経験を生かして、わが国は世界の各国へ適切な援助を行い、人類の健康に大きく貢献することが期待されている。

5) 世界保健機関 (WHO)

世界保健機関 (World Health Organization : WHO) は、「全ての人々が可能な最高の健康水準に到達すること」を目的として国連に設立された専門機関である。WHOの本部はジュネーブで194カ国が加盟している。日本は西太平洋地域に所属し、その地域事務局はフィリピンのマニラである (図18-4)。

現在、WHO/UNICEFの協同事業として、1歳未満の乳児に麻疹、ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、結核の予防接種拡大計画を宣言した。第41回WHO総会において、2000 (平成12) 年までに地球上からポリオを根絶する旨の決議が採択され、予防接種の拡大が実践されている。WHOの活動は、精神保健を含むあらゆる保健医療を対象としており、国際疾病分類 (ICD) の作成、保健統計の収集・刊行や、疾病の診断基準の標準化などを行っている。現在、WHOの最重要課題は次の5つである。