

〔社会・環境と健康〕

公衆衛生学

2025 / 2026

〔編著〕

中村 信也

〔著〕

田口 良子

緒方 裕光

丸山 浩

佐々木 溪円

新開 省二

内田 博之

岡崎 英規

同文書院

■執筆者紹介

【編著者】

なかむら のぶや
中村 信也／第1章，第5章，第10章
東京家政大学 名誉教授

【著 者】＊執筆順

たぐち りょうこ
田口 良子／第2章，第6章
鎌倉女子大学 准教授

おがた ひろみつ
緒方 裕光／第3章，第4章
女子栄養大学大学院 教授

まるやま ひろし
丸山 浩／第7章，第16章
東京家政大学 教授

ささき けまる
佐々木 溪円／第8章，第12章
実践女子大学 教授

しんかい しょうじ
新開 省二／第9章，第11章，第14章
女子栄養大学 教授

うちだ ひろゆき
内田 博之／第13章，第17章
城西大学 教授

おかざき ひでき
岡崎 英規／第15章
武蔵丘短期大学 教授

まえがき

厚生労働省は、管理栄養士の資格付与に対してその内容を、授業では「管理栄養士養成カリキュラム」を、試験については「管理栄養士国家試験出題基準(ガイドライン)」を公表しています。ガイドラインは時代の流れに沿うべく、おおむね4年に1回改定がなされていますが、直近では2023(令和5)年1月に改定版が発表され、新しいガイドラインに基づく試験は、第38回管理栄養士国家試験(2024年)からの実施となっています。この教科書は最新ガイドラインに沿って改訂されたものです。

前回(2019年)のガイドライン改定時の最大の特徴として、総試験問題数は200問で従来のまま、10科目の出題数配分を大きく見直したことがあります。その変更によって、6つの科目から試験問題数が1〜2題ずつ減らされ、その分の試験問題数を10番目の科目である応用試験に加え、応用試験問題は20問から30問に増加しました。それは今回の改定でも踏襲されています。

この理由として、いま管理栄養士の活躍する場が広がり、様々な領域において栄養管理の質の向上が求められていることが挙げられましょう。今後わが国は働き手の減少が見込まれるなか、効果的・効率的なアプローチとして多職種連携が進んでおり、管理栄養士の仕事においても、総合的かつ論理的な提案が出来るか否かが鍵となってきます。このために科目横断的な応用力をみるための試験問題が増加したといえます。

公衆衛生学はガイドラインでは「社会・環境と健康」の項に含まれます。そこでは健康に影響する社会と自然、健康の客観的評価の方法のみならず、健康に携わる人々が知っておかねばならない保健・医療・福祉・介護の制度と法令まで、統計データ等を含む幅広い知識が求められています。当教科書は授業が進めやすいよう章の構成に配慮して、学ぶ者が理解しやすいよう図表や写真を多用しました。また随所にコラムを配置して息抜きができるようにしています。

この教科書で学ぶ皆さんが、公衆衛生学という学問に興味を持てるようになれば、筆者冥利に尽きます。

2025年1月

編著 中村 信也

目次

contents

第1章 健康と公衆衛生	1		
1. 健康の概念	1		
1) 健康の定義	1		
2) 健康づくりと健康管理	3		
2. 公衆衛生の概念	5		
1) 公衆衛生と予防医学の歴史	5		
2) 公衆衛生の定義と目的	7		
3) 公衆衛生と予防医学	8		
4) プライマリー・ヘルス・ケア (PHC)	9		
5) ヘルス・プロモーション	10		
6) 公衆衛生活動の進め方	11		
7) 予防医学のアプローチ	12		
3. 社会的公正と健康格差の是正	12		
1) 社会的公正	12		
2) 健康の社会的決定要因	13		
3) 健康格差是正に向けた政策	13		
		6) 婚姻と離婚	46
第2章 環境と健康	15	4. 生命表	46
1. 生態系と生活	15	1) 生命表の作成	46
1) 生態系と環境の保全	15	2) 平均余命と平均寿命	47
2. 地球規模の環境 (地球環境問題)	17	3) 健康寿命	48
3. 広域環境汚染 (公害)	19	5. 傷病統計	49
1) 典型7公害	19	1) 患者調査	49
2) 公害問題	24	2) 国民生活基礎調査	50
4. 身の周りの環境問題 (環境衛生)	25	6. 健康増進に関する統計	52
1) 気候と季節	25	1) 国民健康・栄養調査	52
2) 空気	26	2) レセプト情報とデータベース	53
3) 温熱	27		
4) 放射線	28	第4章 健康状態・疾病の測定と評価	55
5) 上水道と下水道	29	1. 疫学概念と指標	55
6) 廃棄物処理	32	1) 疫学の定義, 対象と領域	55
7) 建築物衛生	34	2) 疾病頻度の指標	56
		3) 曝露効果の測定	58
第3章 保健統計	35	2. 疫学研究の方法	58
1. 保健統計の概要	35	1) 記述疫学研究	58
2. 人口静態統計	36	2) 横断的研究	58
1) 人口静態統計の概要	36	3) 生態学的研究	59
2) 人口の推移	36	4) 症例対照研究	59
3) 人口ピラミッド	37	5) コホート研究	60
4) 人口の高齢化と少子化	37	6) 介入研究	61
5) 世界の人口	39	3. バイアス, 交絡の制御と因果関係	62
3. 人口動態統計	39	1) バイアス	62
1) 人口動態統計の概要	39	2) 交絡と標準化	63
2) 出生	40	3) 疫学研究の評価と因果関係のとりえ方	63
3) 死亡	41	4. スクリーニング	64
4) 死因分類	42	1) スクリーニングの目的と適用条件	64
5) 死産, 乳児死亡, 周産期死亡, 妊産婦死亡	43	2) スクリーニングの精度	65
		5. 根拠に基づく医療と保健対策	67
		1) エビデンスの質のレベル	67
		2) 系統的レビューとメタアナリシス	68
		3) 診療ガイドライン, 保健政策におけるエビデンス	68
		6. 疫学研究と倫理	69
		1) 人を対象とした研究調査における倫理, 研究倫理審査	69
		2) インフォームド・コンセントとオプトアウト	69
		3) 利益相反	70
		4) 臨床研究法	70
		第5章 生活習慣と健康	71
		1. 健康に関連する行動と社会	71
		1) 健康の生物心理社会モデル	71
		2) 生活習慣病, NCDs の概念	71
		3) わが国の健康増進対策の沿革	72
		2. 身体活動・運動	75
		1) 身体活動・運動の現状	75

2) 身体活動・運動の健康影響	76
3) 身体活動基準	77
3. 喫煙行動と健康	78
1) 喫煙の現状	78
2) 喫煙の健康影響および社会的問題	79
3) 禁煙サポートと喫煙防止	81
4) 受動喫煙防止	82
5) 国際的たばこ対策	82
4. 飲酒行動と健康	83
1) 飲酒の現状	83
2) 飲酒の健康影響および社会的問題	84
3) アルコール対策	85
4) 適正飲酒	86
5. 睡眠・休養・ストレスと健康	86
1) 睡眠習慣と生活リズム	86
2) 睡眠障害と睡眠不足の現状、睡眠指針	87
3) 休養の概念と休養指針	89
4) ストレスの概念とストレスマネジメント	90
6. 歯科口腔保健	91
1) 歯・口腔の健康と食生活	91
2) 歯・口腔と全身の健康	92
3) 歯科口腔保健対策	93

第6章 主要疾患 95

1. がん	95
1) がん死亡率	96
2) がん罹患率	96
3) がん対策基本法と就労支援	98
4) がん検診	100
2. 循環器疾患	102
1) 高血圧	102
2) 脳血管疾患	103
3) 心疾患	104
3. 代謝疾患	105
1) 肥満・メタボリックシンドローム	105
2) 糖尿病	107
3) 脂質異常症	109
4. 骨・関節疾患	109
1) 骨粗しょう症、骨折	109
2) 変形性関節症	110
5. その他の疾患	111
1) 慢性腎臓病 CKD	111
2) 慢性閉塞性肺疾患 COPD	111
3) 肝疾患	112
4) アレルギー疾患	113
5) 難病法と難病対策	113

第7章 感染症とその予防 115

1. 主要な感染症	115
1) 感染の成立と感染症の発生動向	115
2) 結核	116
3) インフルエンザ	117
4) コロナウイルス	118
5) 腸管出血性大腸菌感染症	119
6) ノロウイルス感染症	119
7) HIV / エイズ	120
8) 新興感染症と再興感染症	120
2. 感染症の予防及び感染症の患者に対する法律	120
1) 感染症の分類	120
2) 感染症類型	122
3) 感染症対策	123
3. 検疫と予防接種	124
1) 検疫	124
2) 予防接種	124

第8章 精神疾患 125

1. 主要な精神疾患	125
1) うつ病、双極性障害	125
2) 統合失調症	126
3) 神経症性障害	127
4) 自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症	127
5) 認知症	128
2. 精神保健対策	129
1) 精神保健の法的対応	129
2) 精神障害者の受療状況	129
3) 精神障害者の医療	130
4) 地域における精神保健サービス	131
3. 自殺	132
1) 自殺の状況	132
2) 自殺対策	134
4. 不慮の事故・虐待・暴力	135
1) 不慮の事故	135
2) 虐待	135
3) ドメスティック・バイオレンス	136

第9章 社会保障制度 137

1. 社会保障制度	137
1) 社会保障制度の定義	137
2) 社会保障の歴史	138
3) 社会保障の分類	138
2. 社会保障行政	139
1) 国の役割と法律	139
2) 地方自治のしくみ	139
3) 都道府県と市町村の役割	140

4) 社会保障関係費と国民医療費	141
3. 社会福祉	142
1) 社会福祉の定義と沿革	142
2) 社会福祉関連法律	143
3) 社会福祉法と社会福祉事業	144
4) 社会福祉施設	145
4. 社会福祉事業各論	147
1) 生活保護	147
2) 児童福祉	147
3) 障害者福祉	148
4) 老人福祉	150

第10章 医療制度 151

1. 医療制度	151
2. 医療保険制度	151
1) 医療保険制度の概要	151
2) 医療保険制度の種類	152
3. 医療施設と医療従事者	155
1) 医療法による医療提供施設の種類	155
2) 病院の機能	155
3) 医療従事者	157
4. 医療法と医療計画	158
1) 医療法	158
2) 医療計画	159
3) 医療圏	159
4) 基準病床数	159
5. 医療費と国民医療費	160
1) 医療費	160
2) 国民医療費	160
6. 保険者の役割とデータヘルス計画	161

第11章 地域保健 163

1. 地域保健活動の概要	163
1) 地域社会と地域保健	163
2) 地域保健活動	164
2. 保健所と市町村保健センター	167
1) 保健所の設置と目的	167
2) 保健所の財源と職員	167
3) 保健所の機能と業務	168
4) 市町村保健センター	169
3. 地域保健従事者	170
1) 保健所常勤職員数	170
2) 地域における資源と連携	171
4. 地域における健康危機管理	171

第12章 母子保健 173

1. 母子保健の目的と母子保健法	173
2. 母子保健事業	174
1) こども家庭庁の設置	174
2) 母子保健事業における市町村と都道府県の役割	175
3) 母子保健事業の内容	175
4) 母子健康手帳	179
5) 新生児マススクリーニング	180
3. 健やか親子21	180
4. 成育基本法	181
5. 少子化対策（子ども・子育て支援新制度）	182

第13章 成人保健 183

1. 生活習慣病（NCDs）	183
1) 成人保健と生活習慣病	183
2) 生活習慣病の推移	184
3) 生活習慣病の予防と管理	184
4) 非感染性疾患の対策	185
2. 特定健康診査・特定保健指導	187
1) 健診・保健指導の問題点	187
2) 特定健康診査と特定保健指導	187
3. 高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法）	190
1) 制度の概要	190
2) 医療事業と保健事業	190

第14章 高齢者保健と介護保険制度 191

1. 高齢者保健・介護の概要	191
1) 高齢社会	191
2) 高齢者特有の疾患	192
3) 高齢者保健をめぐる最近の制度変更	194
4) 高齢者保健	195
5) 健康増進事業（旧老人保健事業）	195
6) 介護予防事業	196
7) 地域包括支援センター	197
2. 介護保険制度	197
1) 介護保険制度の概要	197
2) 介護サービス	199
3) 介護施設	200
4) 介護報酬	200
5) 介護保険法	202
6) 地域包括ケアシステム	202

第15章 産業保健 203

1. 産業保健	203
1) 労働と健康	203

2) 労働安全衛生法	203
3) 労働安全衛生対策（3 管理）	205
4) 産業保健従事者	206
2. 職場の衛生管理	207
1) 事務所の衛生管理	207
2) 情報機器作業における労働衛生管理	207
3) 職場巡視	208
4) テレワークと労働管理	208
3. 健康障害・労働災害と対策	209
1) 職業と健康障害	209
2) 労働災害	209
3) メンタルヘルス対策，過労死対策	210

第 16 章 学校保健と安全 215

1. 学校保健の概要	215
1) 学校保健とは	215
2) 学校保健行政	215
2. 学校保健安全対策	215
1) 学校保健安全法	215
2) 学校保健・安全の概要	217
3) 保健教育	217
4) 保健管理	217
5) 学校安全	220
3. 学校保健従事者	221
1) 学校保健従事者の概要	221
2) 栄養教諭	221
4. 学校保健統計	222
1) 学校での死亡・負傷状況	222
2) 学校保健統計調査	222

第 17 章 国際保健 225

1. 地球規模の健康問題	225
1) HIV ／エイズ	225
2) 結核	226
3) マラリア	226
4) 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）	227
5) 糖尿病	228
2. 国際協力	228
1) 2 国間協力	229
2) 多国間協力	230
3) 持続可能な開発目標（SDGs）	230
4) ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）	231
3. 国際保健機関	232
1) 世界保健機関（WHO）	232
2) 国連食糧農業機関（FAO），コーデックス委員会（CAC）	233
3) その他の国際機関	234

索引 235

第 1 章

健康と公衆衛生

1. 健康の概念

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。



日本国憲法

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 憲章のそれが有名である。WHO (world health organization; 世界保健機関)^{*1} は国連の専門機関として1948 (昭和23) 年に設立されたが、それに先立つ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

* 1 WHO (世界保健機関):
➡ p.232 を参照。

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、単に疾病または病弱の存在しないことではない」となる。

この定義は1946（昭和21）年以来、改正されていないが、1999（平成11）年の第52回WHO総会において改正案が提出された。その改正案は次のとおりであった。

“Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual^{*1} and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”

この提案に対して、総会では緊急性が低いなどの理由で、継続審議となり改正は見送られ、定義は従来どおりである。spiritualという語は「やる気」を意味しているといえるが、解釈次第では健康の定義に宗教的な概念が入ってくることも考えられ、今のところ改正の機運は高まっていない。

WHOの健康の定義に身体的健康と精神的健康のみならず社会的健康^{*2}を加えたことは画期的なことであった。1946（昭和21）年といえば日本軍が無条件降伏を受け入れて太平洋戦争が終了した翌年であり、未だ精神的健康すら確かではなかった時代に社会的健康を打ち出したことは先見の明があったといえよう。今日では「登校拒否」「引きこもり」「社会不適應」などは珍しくはないが、1946（昭和21）年当時に社会的健康を精神的疾患というより社会不適應と解釈したことは、現代を予見していたような定義である。さらに、病気と健康とは表と裏という関係でなく、社会に適應できてこそ健康といえるということを強調したことに意義がある。

WHOの健康の定義はこのように画期的なものであるが、「完全に良好な状態」という表現には問題を含んでいるといえよう。健康は完全に身体的にも、精神的にも、社会的に完全に良好な状態であると解釈すれば、WHOの健康の定義に合致する人はほとんどいなくなる。40歳を過ぎれば持病の1つや2つは有しているので、完全な状態でなくなる。WHOの健康の定義は健康の理想像であって、判断基準ではない。この定義に従えば障害者の健康、高齢者の健康、持病を抱えた人にとっての健康像が見えてこない。健康はこうあるべきという理想像を掲げるより、いかなる個人にも適用され、努力次第で健康になれるというような達成可能な実用的定義が必要である。

* 1 Spirit: The vital principle in humans, animating the body or mediating between body and soul. (Webster's unabridged dictionary より)

* 2 他人や社会と建設的
よい関係を築けること。

column

WHOのマーク

マーク中央の蛇が巻きついた杖は、ギリシャ神話に由来する。杖の持ち主のアスクレピオス Asklepios は、ギリシャ神話の医術の神であり、アポロンの子で起死回生の術をよく用いた。紀元前5世紀にギリシャに実在していた医者であったが、やがて神格化され医療の神となった。蛇はその特殊な形から嫌われているが、虐待されてもなかなか死なないことから、神やその使いとするところも多い。



表2 - 6 水質汚濁に関する主な指標

指標	内容
水素イオン濃度 (pH)	酸性アルカリ性の指標。魚介類の致死、農作物生育の影響、生態系影響の指標。種々化学物質の溶解により酸性やアルカリ性になる。
溶存酸素 (DO)	水に溶解している酸素量。DOが高いほど水質汚濁を受けていない清浄な水である。
生物化学的酸素要求量 (BOD)	有機物が好気性菌によって酸化分解されるときに消費される酸素量。通常は20℃、5日間の培養実験を行う。水の有機物による汚染度を示す。BOD値が大きいほど水の有機物汚染は大きい。
化学的酸素要求量 (COD)	酸化剤である過マンガン酸カリウムで直接酸化(100℃、30分間の分解)するのに消費される酸素量。水の有機物による汚染度を示す。COD値が大きいほど水の有機物汚染は大きい。
浮遊物質 (SS)	水に溶けない懸濁性物質であり、水の汚濁度を示す指標。水質の汚濁が進むとSS値は高くなる。
大腸菌群	し尿汚染の指標。
全リン、全窒素	湖沼・海域の富栄養化による汚染指標。

PFASによる水質汚濁も問題になっている。PFASとは有機フッ素化合物のうちペルフルオロアルキル化合物及びポリフルオロアルキル化合物の総称である。中でもPFOS（ペルフルオロオクタンスルホン酸）とPFOA（ペルフルオロオクタンスルホン酸）は撥水剤、泡消火薬剤、コーティング剤等に用いられてきた。PFOS、PFOAは難分解性、高蓄積性等の性質がある^{*1}ため、現時点では環境中に広く残留している。報道等によると、PFAS含有の泡消火薬剤を保有・使用した場所周辺、PFASを製造・使用した工場周辺の地下水等でPFASが検出されている。PFOS、PFOAは環境や食物連鎖を介し動植物や人の健康に影響を及ぼす可能性がある。人ではコレステロール値の上昇、発がん、免疫系等との関連が報告されているが、摂取量と健康影響の関係、メカニズムにはまだ十分な知見がない。水道水についてPFOS、PFOAを水質管理目標設定項目とし、水道水、公共用水域や地下水の暫定目標値をPFOSとPFOAの合算値で50ng/L以下と定めている。

***1 PFOS, PFOAの規制：**
国際的には「残留性有機汚染物質に関するストックホルム条約（POPs条約）」により廃絶等の対象とすることが決まっている。日本でも、「化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律（化審法）」に基づき製造・輸入等を原則禁止している。

(3) 土壤汚染

土壤汚染は、有害物質が大気、水や生物を媒介して土壤に蓄積・濃縮し、長期間にわたり農作物や人間に悪影響を与える蓄積性の汚染である。

土壤の汚染に係る環境基準は、29項目の物質について設定されている。昨今、工場移転による跡地開発が多くなっているが、工場跡地で重金属類や揮発性有機化合物（VOC）などによる土壤汚染が問題になっている。このため2002（平成14）年に**土壤汚染対策法**^{*2}が制定され、鉛、ヒ素、ベンゼン、トリクロロエチレンなど、人への健康被害を生じるおそれのあるものを「特定有害物質」に指定して、汚染の未然防止と既に発生した汚染の浄化を行うこととしている。

***2 土壤汚染対策法：**2002（平成14）年法律第53号

(4) 騒音

騒音は日常的な問題であり、生活・会話妨害、さらには睡眠妨害を引き起こす。発生源別には、身近な自動車騒音・近隣騒音、作業場等においては建設作業・工場事業場騒音、さらには広範囲に影響を及ぼす航空機騒音や新幹線鉄道騒音などがある。これらの騒音は**騒音規制法**^{*3}および「騒音に係る環境基準」によりそれ

***3 騒音規制法：**1968（昭和43）年法律第98号

3) 身体活動基準

運動習慣の普及を目指した第2次国民健康づくり対策（1988～1999年度）において、身体活動や運動に関する基準である「健康づくりのための運動所要量」（1989〈平成元〉年）と、基準に基づいて効果的な運動を行うツールとなる「健康づくりのための運動指針」（1993〈平成5〉年）が厚生省（現・厚生労働省）より初めて示された。その後、基準と指針は新たな研究知見を取り入れて改訂が続けられている。2013（平成25）年の改訂版「健康づくりのための身体活動基準2013」では、家事・労働などを含む生活活動と、スポーツを主とする運動の両方を合わせた「身体活動」の全体が重要という考え方に改められ、その基準が18歳未満／18～64歳／65歳以上の3区分で示された。実践の手立てとして、国民向けに「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」も示された。

この2013年改訂から10年が経過したが、健康日本21（第二次）の最終評価では、「日常生活における歩数」「運動習慣者の割合」とともに変わらない（一部の女性年齢層は悪化）とされた。これを踏まえ2024（令和6）年に「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」が策定された。新たなガイドでは、「座位行動」（デスクワークをすることや、座ったり寝ころんだ状態でテレビやスマートフォンを見ること）という概念を加え、成人・こども・高齢者のライフステージごとに身体活動・運動に関する推奨事項がまとめられた（表5-2）。



厚生労働省
「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」

表5-2 健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023 推奨事項一覧

全体の方向性		個人差を踏まえ、強度や量を調整し、可能なものから取り組む 今よりも少しでも多く身体を動かす	
対象者 ^{*1}	身体活動 ^{*2} （＝生活活動 ^{*3} ＋運動 ^{*4} ）	座位行動 ^{*6}	
高齢者	歩行又はそれと同等以上の （3メッツ以上の強度の） 身体活動を <u>1日40分以上</u> （1日約 <u>6,000歩</u> 以上） （＝週15メッツ・時以上）	運動 有酸素運動・筋力トレーニング・バランス運動・ 柔軟運動など多要素な運動を週3日以上 【筋力トレーニング ^{*5} を週2～3日】	座りっぱなしの時間が長くなりすぎないように注意する （立位困難な人も、じっとしている時間が長くなりすぎないように少しでも身体を動かす）
	歩行又はそれと同等以上の （3メッツ以上の強度の） 身体活動を <u>1日60分以上</u> （1日約 <u>8,000歩</u> 以上） （＝週23メッツ・時以上）	運動 息が弾み汗をかく程度以上の（3メッツ以上の強度の）運動を <u>週60分以上</u> （＝週4メッツ・時以上） 【筋力トレーニングを週2～3日】	
こども （※身体を動かす時間が少ないこどもが対象）	(参考) ・中強度以上（3メッツ以上）の身体活動（主に有酸素性身体活動）を1日60分以上行う ・高強度の有酸素性身体活動や筋肉・骨を強化する身体活動を週3日以上行う ・身体を動かす時間の長短にかかわらず、座りっぱなしの時間を減らす。特に余暇のスクリーンタイム ^{*7} を減らす。		

※1 生活習慣、生活様式、環境要因等の影響により、身体の状態等の個人差が大きいことから、「高齢者」「成人」「こども」について特定の年齢で区切ることは適当でなく、個人の状況に応じて取組を行うことが重要であると考えられる。

※2 安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する骨格筋の収縮を伴う全ての活動。

※3 身体活動の一部で、日常生活における家事・労働・通勤・通学などに伴う活動。

※4 身体活動の一部で、スポーツやフィットネスなどの健康・体力の維持・増進を目的として、計画的・定期的を実施する活動。

※5 負荷をかけて筋力を向上させるための運動。筋トレマシンやダンベルなどを使用するウエイトトレーニングだけでなく、自重で行う腕立て伏せやスクワットなどの運動も含まれる。

※6 座位や臥位の状態で行われる、エネルギー消費が1.5メッツ以下の全ての覚醒中の行動で、例えば、デスクワークをすることや、座ったり寝ころんだ状態でテレビやスマートフォンを見ること。

※7 テレビやDVDを観ることや、テレビゲーム、スマートフォンの利用など、スクリーンの前で過ごす時間のこと。

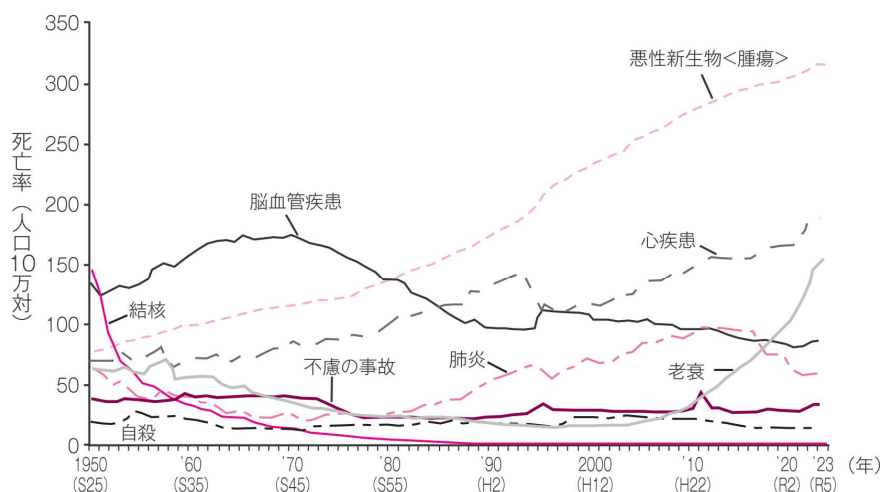
資料）厚生労働省「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」

第 6 章

主要疾患

1. がん

がん cancerは悪性腫瘍，または悪性新生物 malignant neoplasmsともいう。がんは1981（昭和56）年以来，日本人の死因の第1位であり（図6 - 1），2022年のがんによる死亡数は385,797人，2020年に新たに診断されたがん（がん罹患数）は945,055例と，人口の高齢化に伴い増加を続けている。また，国立がん研究センターがん情報サービスによると，日本人の2人に1人が生涯でがん罹患し（男性62.1%，女性48.9%），男性の4人に1人（25.1%），女性の6人に1人（17.5%）ががんで亡くなると推計されているように，がんは身近な病気である。



注）死因分類はICD-10（2013年版）準拠（平成29年適用）による。なお、平成6年まではICD-9による。
資料）厚生労働省「人口動態統計」（令和5年は概数である）

図6 - 1 主要死因別にみた死亡率(人口10万対)の推移



人口動態統計

がん統計の指標には，死亡率，罹患率，生存率などがある。

がんの生存率として一般的に使用される5年相対生存率は2009年～2011年にがん診断された人で64.1%（男性62.0%，女性66.9%）と上昇傾向にある。

第 7 章

感染症とその予防

1. 主要な感染症

1) 感染の成立と感染症の発生動向

感染 infectionとは宿主である人や動物の体内に微生物が侵入し、増殖すること
をいい、その感染を受けた人や動物が健康障害をおこした状態を発症という。な
お、微生物に感染してから発症までの期間を潜伏期 latent phaseと呼ぶが、感染
を受けても発症しない場合があり、これを不顕性感染 inapparent infectionとい
う。一方、感染して発症した場合を顕性感染 apparent infectionという。感染に
は、数種の病原体の関与が見られる混合感染 mixed infection、発症者から人へ
感染する二次感染 secondary infection、入院治療などで免疫が劣った時などに感
染する日和見感染^{ひよりみ} opportunistic infection等がある。なお、後天性免疫不全症候
群や梅毒などのように性接触や性行為を介して感染のみられる感染症を性感染症
sexually transmitted infection,STIという。また、WHOは1975（昭和50）年に、「脊
椎動物と人間の間で通常の状態では伝搬しうる疾病」を人獣共通感染症 zoonosisと
定義し、約150種をあげている。日本には炭疽、結核、サルモネラ症など約50種
の存在が知られる^{*1}。

2019（令和元）年12月に中国湖北省武漢市において病原体不明の肺炎患者が
発生した。これは後に、新型コロナウイルス（COVID-19）による感染症と判
明した。この新型コロナウイルス感染症は、その後、世界各国で発生し、2020（令
和2）年3月11日にWHOはパンデミック pandemic（世界的大流行）を宣言し
た。2023（令和5）年6月21日までで、世界の感染者数は7億6,800万人を超え、
死亡者も約690万人にのぼった^{*2}。同年5月5日にWHOはおよそ3年3か月に
わたり出された緊急事態宣言の終了を勧告した。

またWHOは2020年8月25日、ナイジェリアで野生株のポリオウイルス感染
が終息し、アフリカ大陸の根絶を宣言した。現在、感染が続くのはアフガニスタ
ンとパキスタンの2カ国である。

^{*1} 参考）厚生労働省「動
物由来感染症」



^{*2} WHO COVID-19
dashboard



第 9 章

社会保障制度

1. 社会保障制度

1) 社会保障制度の定義

第25条 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。

憲法は、第25条（生存権）の実現は社会福祉、社会保障、公衆衛生の3分野に分けている。

この条文を受けて、1950（昭和25）年に内閣総理大臣の諮問機関である社会保障制度審議会は、社会保障制度について次のように規定している^{*1}。

「社会保障制度とは疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいう（後略）」

この両者を解釈すると、健康で文化的な最低限の生活を営ませるために、社会福祉、社会保障、公衆衛生の3分野がある。この中で社会保障は、生活窮乏者に対する国家扶助で実現させることとなっている。

日本国憲法制定は1946（昭和21）年11月3日であり、2024（令和6）年同月で78年経た現在では社会保障と福祉の概念が多少異なって来ている。憲法制定時では、社会保障は社会福祉と公衆衛生の間にある制度で「国家扶助^{ふじょ}」であるとしている。それを受けて1950（昭和25）年生活保護法が公布・施行された。端的に言えば社会保障とは生活保護法のことであり、それが同時に福祉という語でもあった。憲法制定から80年近く経た現在では、社会保障とは、憲法第25条を実現させることで、社会福祉や公衆衛生を含めたすべての政策ということに変化している。

^{*1} 社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」1950



理に関する業務を行わせることが定められている（表 15 - 5）。

表 15 - 5 主な産業保健従事者

	総括安全衛生管理者	安全管理者	衛生管理者
選任すべき事業場	業種 1：100人以上 業種 2：300人以上 業種 3：1,000人以上	業種 1：50人以上 業種 2：50人以上	(全ての業種 50人以上) 50人以上200人以下で 1人 200人超500人以下で 2人 500人超1,000人以下で 3人など
主な業務内容	・安全管理者、衛生管理者を指揮する。 ・労働者の保護・衛生教育に関すること、健康診断の実施、労働災害の原因・調査・再発防止などに関して総括管理する。 ・安全衛生に関するPDCAを実施する。	・総括安全衛生管理者の業務のうち、安全に関わる技術的事項を管理する。 ・作業場を巡視し、設備、作業方法等に危険のおそれがあるときは、危険防止に必要な措置を講じる。	・総括安全衛生管理者の業務のうち、衛生に関わる技術的事項を管理する。 ・最低週 1回、作業場を巡視する。衛生状態に問題があれば必要な措置を講じる。
	安全衛生推進者	衛生推進者	産業医
選任すべき事業場	業種 1：10人以上50人未満 業種 2：10人以上50人未満	業種 3：10人以上50人未満	(全ての業種 50人以上) 3,001人以上の場合は 2人以上を選任
主な業務内容	・総括安全衛生管理者と同じ業務を行う。	・総括安全衛生管理者と同じ業務を行う。 (衛生に関わる業務に限る)	・健康診断・ストレスチェックの実施・面接指導・事後措置、長時間労働者の面接指導と事後措置、3 管理、健康教育・衛生教育などを行う。 ・最低月 1回 [*] 、作業場を巡視する。衛生状態に問題があれば必要な措置を講じる。 [*] 事業者から毎月 1回以上、一定の情報提供を受けている場合は、2 カ月に 1回

業種 1：林業、鉱業、建設業、運送業、清掃業

業種 2：製造業（物の加工業を含む）、電気業、ガス業、熱供給業、水道業、通信業、各種商品卸売業、家具・建具・じゅう器等卸売業、各種商品小売業、家具・建具・じゅう器等小売業、燃料小売業、旅館業、ゴルフ場業、自動車整備業、機械修理業

業種 3：その他の業種

資料）労働安全衛生法第 10 ～ 13 条、労働安全衛生規則等より岡崎英規作成

2. 職場の衛生管理

1) 事務所の衛生管理

事務所衛生基準規則の基準値（表 15 - 6）^{じゅんしゆ}を遵守し、適切な労働環境を確保する。たとえば、空気環境において基準値を超えた項目があった場合、換気や空気調和設備の設置などを行い、適正に調整する必要がある。産業保健従事者は定期的測定と職場巡視を行う必要がある。



事務所衛生基準規則

2) 情報機器作業における労働衛生管理

パソコンなどの情報機器を使用して行う作業における労働衛生管理について「情報機器作業^{*1}における労働衛生管理のためのガイドライン」に示されている。情報機器作業が長時間で拘束性のある場合、次の条件に合致するものは定期的に情報機器作業にかかわる健康診断を受けなくてはならない。

^{*} 1 情報機器作業：VDT (Visual Display Terminals) とは、パソコンやタブレット端末等の情報機器を使用して、データの入力・検索・照合等、文章・画像等の作成・編集・修正等、プログラミング、監視等を行う作業のことである。

＜情報機器作業にかかわる健康診断の対象者＞

1日に4時間以上情報機器作業を行う者であって、次のいずれかに該当するもの

- ・作業中は常時ディスプレイを注視する、または入力装置を操作する必要がある。
- ・作業中、労働者の裁量で適宜休憩を取ることや作業姿勢を変更することが困難である。

上記に該当しなくても、つぎのような自覚症状がある場合

- ・眼疲労を主とする視器に関する症状；眼精疲労、ドライアイなど
- ・上肢、頸肩腕部及び腰背部を主とする筋骨格系の症状；上肢筋肉痛、首、肩、背部、腰、下肢痛など
- ・ストレスに関する症状；頭痛、食欲不振、イライラ、不快感、抑うつ症状など

表 15 - 6 事務所衛生基準規則（抜粋）

項目（単位）		基準	測定機器および方法
室温（℃）		18 以上 28 以下 になるように努めること	0.5 度目盛の温度計により測定
相対湿度（％）		40 以上 70 以下 になるように努めること	0.5 度目盛の乾湿球温度計により測定
気流（m/s）		0.5 以下とすること	0.2m/s 以上の測定可能な風速計により測定
二酸化炭素（％）		0.5 以下とすること	検知管もしくは同等以上の性能を有する電子機器により測定
一酸化炭素（ppm）		50 以下とすること	検知管もしくは同等以上の性能を有する電子機器により測定
浮遊粉じん量 ^{※1} （mg/m ³ ）		0.15 以下とすること	デジタル粉じん計やろ紙じんあい計等により、吹き出し口を測定
ホルムアルデヒド（mg/m ³ ）		0.1 以下とすること	2・4-ジニトロフェニルヒドラジン捕集-高速液体クロマトグラフ法により測定する機器、4-アミノ-3-ヒドラジノ-5-メルカプト-1・2・4-トリアゾール法により測定
照度 （ルクス）	一般的な事務作業	300 以上とすること	作業面の照度を測定
	付随的な事務作業 ^{※2}	150 以上とすること	作業面の照度を測定

※1 約 10 マイクロメートル以下のもの。

※2 資料の袋詰め等、事務作業のうち、文字を読み込んだり資料を細かく識別したりする必要のない作業。

3) 職場巡視

産業医は、少なくとも毎月1回は作業場等を巡視し、労働者の健康障害を防止するため必要な措置を講じなければならない。

産業医・衛生管理者巡視による労働衛生の管理体制は次の5管理である。

- ①作業環境管理、②作業管理、③健康管理（基本の3管理、p.205）
- ④労働衛生教育、⑤総括管理

4) テレワークと労働管理

労働者が情報通信技術を利用して行う事業場外勤務のことをテレワークという。テレワークを行う労働者が安心して働くことができる環境整備を推進するため、2021（令和3）年3月「テレワークの適切な導入及び実施の推進のための