

受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会 報告書（概要）

- 基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべき。
- 社会情勢の変化に応じて暫定的に喫煙可能区域を確保することもとり得る方策の一つ。
- 受動喫煙を含むたばこの健康への悪影響についてエビデンスに基づく正しい情報を発信し、受動喫煙防止対策が国民から求められる気運を高めていくことが重要。
- 喫煙者は自分のたばこの煙が周囲の者を曝露していることを認識することが必要。

施設・区域において推進すべき受動喫煙防止対策

- ・ 国及び地方公共団体は、全面禁煙とするべき施設・区域を示すことが必要。
- ・ 国は、受動喫煙防止対策の取組について、進捗状況や実態を把握することが必要。
- ・ 施設管理者及び事業者は、全面禁煙が困難である場合においても、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めることが必要。
- ・ 喫煙可能区域を確保した場合には、その区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないようにする措置を講ずることが必要。
- ・ 従業員を健康被害から守るための対応について検討を深めることが必要。

その他の対策

- ・ 受動喫煙防止対策に有用な調査・研究を進め、エビデンスに基づく正しい情報を発信することが必要。
- ・ 禁煙を促す情報等を発信することが必要。また、「残留たばこ成分」等の新しい概念や新しいたばこ関連製品に関する健康影響についての情報提供も重要。
- ・ たばこの健康への悪影響について普及啓発し、禁煙を促す方法等について、健康教育の一環として一層推進することが必要。
- ・ 保健医療従事者は、健康教育（特に禁煙教育や喫煙防止教育）に積極的に携わっていく責務があることを自覚することが必要。

今後の課題

- ・ 暫定的に喫煙可能区域を確保する場合には、子どもに被害が及ばないところとする等の措置も検討することが必要。
- ・ 職場における受動喫煙防止対策について検討していくことが必要。
- ・ たばこ価格・たばこ税の引上げによる喫煙率低下の実現に向けて引き続き努力することが必要。
- ・ 受動喫煙防止対策を実効性を持って持続的に推進するための努力を更に継続していくことが必要。
- ・ 社会全体として受動喫煙防止対策に取り組むという気運を従来にも増して醸成することが重要であり、そのための効果的な方策を探るとともに、速やかに行動に移すことが必要。

受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会 報告書

I はじめに

我が国の受動喫煙防止対策は、平成12年に策定された「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」において「たばこ」に関する目標の一つとして「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」を掲げ取り組んでいるほか、平成15年から施行されている健康増進法第25条に基づき、取組を推進してきたところである。

平成17年2月には、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」(以下「条約」という。)が発効し、平成19年6月から7月にかけて開催された第2回締約国会議において、「たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」がコンセンサスをもって採択された。我が国も条約の締約国として、たばこ対策の一層の推進が求められている。

また、これらを受けて、公共の場や職場においても禁煙区域を設ける動きがみられてきた。

こうした背景のもと、我が国の受動喫煙防止対策について、改めて現状を把握し、基本的考え方を整理するとともに、今後の対策の方向性を示すため、受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会を開催し、平成20年3月26日より6回にわたり議論し、意見聴取を踏まえた検討を経て、報告書をまとめるに至った。

II 現況認識と基本的考え方

1. 現況認識

(1) 受動喫煙が死亡、疾病及び障害を引き起こすことは科学的に明らかであり、国際機関や米英をはじめとする諸外国における公的な総括報告において、以下が報告されている。

- ① 受動喫煙は、ヒトに対して発がん性がある化学物質や有害大気汚染物質への曝露である。¹⁾
- ② 受動喫煙の煙中には、ニコチンや一酸化炭素など様々な有害化学物質が含まれており、特にヒトへの発がん性がある化学物質であるベンゾピレン、ニトロソアミン等も含まれている。¹⁾
- ③ 受動喫煙は、乳幼児突然死症候群、子どもの呼吸器感染症や喘息発作の誘発など呼吸器疾患の原因となる。特に親の喫煙によって、子どもの咳・たんなどの呼吸器症状や呼吸機能の発達に悪影響が及ぶ。¹⁾
- ④ 受動喫煙によって、血管内皮細胞の障害や血栓形成促進の作用が認められ、

冠状動脈疾患の原因となる。¹⁾

⑤ 受動喫煙によって、急性の循環器への悪影響がある。¹⁾

また、受動喫煙を防止するため公共的な空間での喫煙を規制した国や地域から、規制後、急性心筋梗塞等の重篤な心疾患の発生が減少したとの報告が相次いでなされている。²⁾³⁾

(2) 我が国の現在の成人喫煙率は男女合わせて24.1%⁴⁾であり、非喫煙者は未成年者を含む全人口の4分の3を超えているが、受動喫煙の被害は喫煙者が少なくなれば軽減されるというものではない。たとえ喫煙者が一人であっても、その一人のたばこの煙に多くの非喫煙者が曝露されることがある。

また、家庭に子どもや妊産婦のいる割合が高い20代・30代の喫煙率は、その他の年代と比べて高く、20代では男性47.5%、女性16.7%、30代では男性55.6%、女性17.2%となっている⁴⁾。少量のたばこの煙への曝露であっても影響が大きい子どもや妊婦などが、たばこの煙に曝露されることを防止することが重要で喫煙の課題となっている。

(3) こうした中、我が国では、日本学術会議からの脱たばこ社会の実現に向けた提言⁵⁾、神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例の制定に向けた取組、成人識別機能付自動販売機の導入(平成20年7月より全国稼働)、JRやタクシーなど公共交通機関における受動喫煙防止対策の取組の前進など、たばこをめぐる環境が変化しつつあり、たばこ対策について国民の関心も高まってきている。

(4) 国際的には、平成17年2月に、たばこの消費及び受動喫煙が健康、社会、環境及び経済に及ぼす破壊的な影響から現在及び将来の世代を保護することを目的として、条約が発効され、第8条において、「たばこの煙にさらされることからの保護」として、受動喫煙防止に関する下記条項が明記されている。

- ・ 1 締約国は、たばこの煙にさらされることが死亡、疾病及び障害を引き起こすことが科学的証拠により明白に証明されていることを認識する。
- ・ 2 締約国は、屋内の職場、公共の輸送機関、屋内の公共の場所及び適当な場合には他の公共の場所におけるたばこの煙にさらされることからの保護を定める効果的な立法上、執行上、行政上又は他の措置を国内法によって決定された既存の国の権限の範囲内で採択し及び実施し、並びに権限のある他の当局による

当該措置の採択及び実施を積極的に促進する。

また、平成19年6月から7月にかけて開催された第2回締約国会議において「たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン」が策定されたことや各国の状況等の国際的な潮流も踏まえ、条約締約国である我が国においても受動喫煙防止対策を一層推進し、実効性の向上を図る必要がある。

2. 基本的考え方

- (1) 受動喫煙防止対策の推進に当たって、受動喫煙を含むたばこの健康への悪影響についてエビデンスに基づく正しい情報を発信し、一人ひとりがたばこの健康への悪影響について理解を深めるとともに、ニーズに合わせた効果的な普及啓発を一層推進することにより、受動喫煙防止対策があまねく国民から求められる気運を高めていくことが重要である。

また、喫煙者の喫煙の自由や権利が主張されることがあるが、喫煙者は自分の呼出煙、副流煙が周囲の者を曝露していることを認識する必要があるとともに、喫煙者の周囲の者が意図せずしてたばこの煙に曝露されることから保護されるべきであること、受動喫煙というたばこの害やリスク(他者危害)から守られるべきであることを認識する必要がある。

- (2) 今後の受動喫煙防止対策は、基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべきである。特に、子どもが利用する学校や医療機関などの施設をはじめ、屋外であっても、公園、遊園地や通学路などの空間においては、子どもたちへの受動喫煙の被害を防止する措置を講ずることが求められる。そのためには、国や地方公共団体はもちろんのこと、様々な分野の者や団体が取組に参画し、努力する必要がある。

- (3) 一方で、我が国の飲食店や旅館等は、中小規模の事業所が多数を占めている中で、昨今の世界的な社会経済状態の影響等も相まって、飲食店経営者や事業者等にとって、自発的な受動喫煙防止措置と営業とを両立させることが困難な場合があるとの意見がある。このような意見も考慮した上で、受動喫煙防止対策の基本的な方向性を踏まえつつ、対策を推進するためには、社会情勢の変化に応じて暫定的に喫煙可能区域を確保することもとり得る方策の一つである。

Ⅲ 今後推進すべき受動喫煙防止対策について

(施設・区域において推進すべき受動喫煙防止対策)

- (1) 国及び地方公共団体は、多数の者が利用する施設・区域のうち、全面禁煙とするべき施設・区域を示すことが必要である。例えば、その施設を利用することが不可避である、医療機関、保健センター等の住民の健康維持・増進を目的に利用される施設、官公庁、公共交通機関等が考えられる。
- (2) 国は、多数の者が利用する施設における受動喫煙防止対策の取組について、進捗状況や実態を把握する必要がある。
- (3) 施設管理者及び事業者は、多数の者が利用する施設の規模・構造、利用状況等により、全面禁煙が困難である場合においても、「分煙効果判定基準策定検討会報告書」⁶⁾等を参考に、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努める必要がある。また、将来的には全面禁煙を目指すよう努める必要がある。
- (4) 中小規模の事業所が多数を占める飲食店や旅館等では、自発的な受動喫煙防止措置と営業を両立させることが困難な場合があることに加え、利用者に公共的な空間という意識が薄いため、受動喫煙防止対策の実効性が確保し難い状況にある。しかしながら、このような状況にあっても、受動喫煙をできる限り避けたいという利用者が増えてきていることを十分考慮し、喫煙席と禁煙席の割合の表示や、喫煙場所をわかりやすく表示する等の適切な受動喫煙防止措置を講ずることにより、意図せずしてたばこの煙に曝露されることから人々を保護する必要がある。

また、国民は、受動喫煙の健康への悪影響等について十分理解し、施設内での受動喫煙防止対策や表示等を十分意識する必要がある。国及び地方公共団体等は、わかりやすい情報提供がなされるよう環境整備に努める必要がある。
- (5) 喫煙可能区域を確保した場合においては、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないようにする措置を講ずる必要がある。例えば、その場が喫煙可能区域であり、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置が考えられる。

また、このような場合においては、従業員についてみれば、長時間かつ長期間にわたりたばこの煙に曝露されることもあるため、従業員を健康被害から守るための対応について

検討を深める必要がある。

(エビデンスに基づく正しい情報の発信)

(6) 国内での受動喫煙防止対策に有用な、下記のような調査・研究を進める必要がある。

- ① 我が国の特殊性を考慮しながら、室内空間の変化に対応した受動喫煙による曝露状況の調査やバイオマーカー(注1)を用いた受動喫煙によるたばこの煙への曝露を評価・把握するための研究
- ② 受動喫煙曝露による生体への影響の詳細について諸外国との比較研究調査や規制によるサービス産業への経済影響に関する調査研究、これまでの研究結果を利用したメタアナリシス(注2)等
- ③ 調査・研究によって得られたエビデンスや結果を有効に発信するための仕組みに関する研究

(注1)バイオマーカー:血液や尿に含まれる生体由来の物質で、体内の生物学的変化をとらえるための指標となるもの

(注2)メタアナリシス:過去に行われた複数の研究成果を集積・統合し解析する研究手法。これにより、研究成果の信頼性の向上を図ることができる

(7) 国・地方公共団体は、これらの研究成果を活用し、受動喫煙の実態や健康への悪影響、諸外国の取組状況等について情報提供を進めることが必要である。

(8) このほか、受動喫煙防止対策の推進に当たり、ニコチン代替製剤や内服薬等の禁煙補助薬等、禁煙希望者が安くかつ楽に禁煙する方法等の禁煙を促す情報等についても発信する必要がある。特に薬局にて禁煙補助薬が入手可能になったことを広く周知する必要がある。また、「残留たばこ成分」等の新しい概念や煙の出ないいわゆる「無煙たばこ」等の新しいたばこ関連製品に関する健康影響についての情報提供も重要である。

(普及啓発の促進)

(9) たばこの健康への悪影響について普及啓発し、禁煙を促す方法等について、健康教育の一環として、地域、職域、学校、家庭等において、関係者の対話と連携のもとで一層推進する必要がある。特に健康被害を受けやすい乳幼児の家庭内受動喫煙防止

のために、妊婦健診や両親教室など様々な機会を捉えて、禁煙とその継続を図るよう啓発することが重要である。

- (10) また、保健医療従事者は、専門領域や本人の喫煙状況等にかかわらず、たばこの健康への悪影響について正確な知識を得て、健康教育、特に禁煙教育や喫煙防止教育にこれまで以上に積極的に携わっていく責務があることを自覚する必要がある。

IV 今後の課題

今後検討を行っていく必要のある課題として、以下の事項が考えられる。

- (1) 受動喫煙については、子どもや妊産婦など特に保護されるべき立場の者への悪影響が問題となっている。屋外であっても、子どもや多数の者の利用が想定される公共的な空間(例えば、公園、通学路等)での受動喫煙防止対策は重要である。しかしながら、路上喫煙禁止等の措置によって喫煙者が公園において喫煙するという状況がみられる。受動喫煙防止対策の基本的な方向性を踏まえつつ、対策を推進するために、暫定的に喫煙可能区域を確保する場合には、子どもに被害が及ばないところとする等の措置も検討する必要がある。
- (2) 職場によっては従業員本人の自由意思が表明しにくい可能性もあることも踏まえ、職場において可能な受動喫煙防止対策について検討していく必要がある。
- (3) たばこ価格・たばこ税の引上げによって喫煙率の低下を図ることは重要であり、その実現に向けて引き続き努力する必要がある。
- (4) 国、地方公共団体等の行政機関の協働・連携を図るなど、受動喫煙防止対策を実効性を持って持続的に推進するための努力を更に継続していく必要がある。
また、諸外国におけるクイットライン(電話による禁煙相談)のように手軽に活用できる禁煙支援のための方策・連携体制の構築等について検討する必要がある。
- (5) 受動喫煙の健康への悪影響について、国民や関係者が十分理解し、自ら問題意識をもって、共同体の一員として問題解決に臨む必要がある。受動喫煙防止対策を実効性をもって持続的に推進するためには、社会全体として受動喫煙防止対策に取り組むという気運を従来にも増して醸成することが重要であり、そのための効果的な方策を探ると

ともに速やかに行動に移す必要がある。

V おわりに

健康日本21や健康増進法、条約に基づき、今後とも受動喫煙防止対策を含めたたばこ対策を推進し、国民の健康増進を図る必要がある。受動喫煙防止対策は、その進捗状況及び実態を踏まえるとともに、諸外国の状況や経験を参考にしながら、更なる対策の進展に向け、関係者の参画のもとで系統的な取組を行い、評価する必要がある。

- 1) The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke “A Report of Surgeon General 2006
- 2) Glantz SA. Meta-analysis of the effects of smokefree laws on acute myocardial infarction: An update. Preventive Medicine. 2008;47:452-53
- 3) Pell JP et al. Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. N Engl J Med 2008;359:482-91
- 4) 平成20年12月25日「平成19年国民健康・栄養調査概要」:厚生労働省
- 5) 平成20年3月4日「脱タバコ社会の実現に向けて」:日本学会議
- 6) 平成14年6月分煙効果判定基準策定検討会報告書:厚生労働省

日本人の食事摂取基準 (Dietary Reference Intakes: DRIs)

食事摂取基準とは、
健康な個人または集団を対象として、国民の健康の維持、生活習慣病の
予防を目的としたエネルギー及び各栄養素の摂取量の基準

<2010年版策定での検討のねらい>

- 過去5年間における文献レビューに基づく数値の見直しを行うこと
※2010年版：約1300本（2005年版：約900本）の文献レビューを実施
- ライフステージにおける現状や健康課題についても検討を行うこと
- 食事摂取基準を活用するための基礎理論や留意点を検討すること

～検討事項～

- ・最新の知見に基づく理論や策定値の見直しの修正
- ・サプリメント利用あるいは過剰摂取予防の観点からの耐容上限量の設定
- ・生活習慣病の一次予防を視野においた目標量の設定
- ・ライフステージの特徴や改善すべき健康課題に配慮した栄養素における横断的な課題の整理
- ・食事摂取基準の活用における給食管理での考え方の整理

日本人の食事摂取基準(2010年版) 概要<主な変更点>

区分	設定項目	変更点
基本事項	☆指標 ☆年齢区分	「上限量」→「耐受上限量」に変更 乳児「2区分」→「3区分」に変更
各論	☆エネルギー	推定エネルギー必要量について “小児”“若年女性”“妊産婦”は低下、“高齢者”は増加
	☆ナトリウム (食塩相当量)	男性9.0g女性7.5gに変更(目標量の変更) *2005年版:男性10.0g、女性8.0g
	☆カルシウム	推奨量を目指す (目安量→推定平均必要量・推奨量に変更)
ライフ ステージ	☆妊婦・ 授乳婦	妊婦の至適体重増加量の変更 妊婦 末期:500kcal→450kcal 授乳婦:450kcal→350kcal
	☆高齢者	元気で健康な高齢者は身体活動レベルが高い
活用	☆活用理論	給食管理についても整理

「日本人の食事摂取基準」(2010年版) 概要(案)

1. 策定の目的

「日本人の食事摂取基準」は、健康な個人または集団を対象として、国民の健康の維持・増進、生活習慣病の予防を目的とし、エネルギー及び各栄養素の摂取量の基準を示すものである。

2. 使用期間

2010年4月(平成22年度)から2015年3月(平成26年度)までの5年間とする。

3. 策定方針

(1) 基本的考え方

「日本人の食事摂取基準」の策定にあたっては、2005年版で用いられた方針を踏襲しながら、可能な限り、科学的根拠に基づいた策定を行うことを基本とし、国内外の学術論文ならびに入手可能な学術資料を最大限に活用することとした。

食事摂取基準は、3つの基本的な考え方に基づいて策定されている。

- ① エネルギーならびに栄養素摂取量の多少に起因する健康障害は、欠乏症または摂取不足だけでなく、過剰によるものも存在するとともに、栄養素摂取量の多少が生活習慣病の予防に関与する場合がある。よって、これら3種類の健康障害から回避を図ることを目的としたエネルギーならびに栄養素摂取量の基準が必要であること。
- ② エネルギー及び栄養素の「真の」望ましい摂取量は個人によって異なり、また、個人内においても変動する。そのため、「真の」望ましい摂取量は測定することも算定することもできず、その算定においても、その活用においても、確率論的な考え方が必要となること。
- ③ 事実の記述を目的とするものではなく、各種の栄養関連業務に活用することを念頭に置いている。そこで、基礎理論を「策定の基礎理論」と「活用の基礎理論」に分けて記述したこと。

(2) 設定指標

エネルギーについては1種類、栄養素については5種類の指標を設定した。

①エネルギー：「推定エネルギー必要量」 (P3参考1 参照)

○推定エネルギー必要量 (estimated energy requirement: EER)

エネルギー出納*がゼロ(0)となる確率が最も高くなると推定される習慣的な1日あたりのエネルギー摂取量

*エネルギー出納：成人の場合、エネルギー摂取量 - エネルギー消費量

②栄養素：「推定平均必要量」「推奨量」「目安量」「耐受上限量」「目標量」

(P3参考2 参照)

摂取不足の有無や程度を判断するために「推定平均必要量」を設定し、その活用を目的として、推定平均必要量を補助するため「推奨量」を設定した。

また、この2指標を設定できない栄養素については、「目安量」を設定した。

さらに、摂取過剰による健康障害を未然に防ぐことを目的として、「耐受上限量」を設定するとともに、生活習慣病の一次予防を目的として食事摂取基準を設定する必要がある栄養素については、「目標量」を設定した。

○推定平均必要量 (estimated average requirement: EAR)

ある母集団における平均必要量の推定値。ある母集団に属する50%の人が必要量を満たすと推定される1日の摂取量。

○推奨量 (recommended dietary allowance: RDA)

ある母集団のほとんど(97~98%)の人において1日の必要量を充足していると推定される1日の摂取量。

*理論的には「推定平均必要量+標準偏差の2倍(2SD)」として算出

○目安量 (adequate intake: AI)

推定平均必要量・推奨量を算定するのに十分な科学的根拠が得られない場合に、特定の集団の人々がある一定の栄養状態を維持するのに十分な量。

○耐受上限量 (tolerable upper intake level: UL)

ある母集団に属するほとんどすべての人々が、健康障害をもたらす危険がないとみなされる習慣的な摂取量の上限を与える量。

○目標量

(tentative dietary goal for preventing life-style related diseases: DG)

生活習慣病の一次予防を目的として、現在の日本人が当面の目標とすべき摂取量。

2005年版からの変更点

「上限量」を「耐受上限量」と変更した。

<参考1 推定エネルギー必要量 概念図>

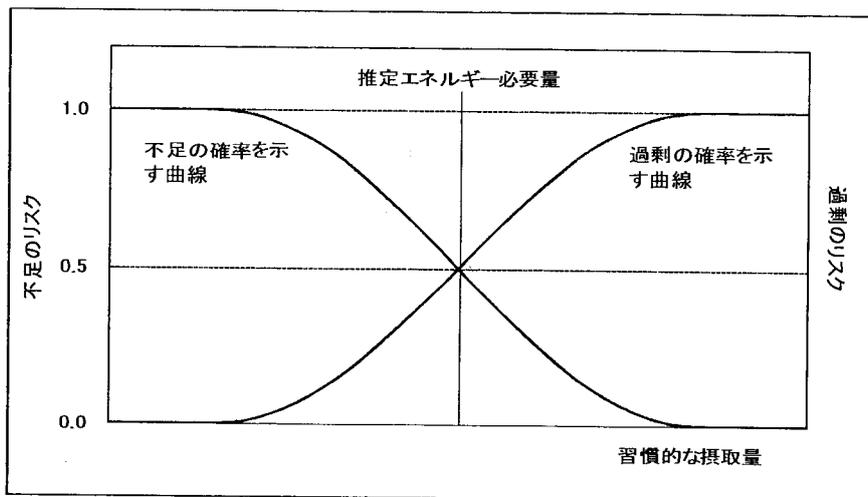


図1 推定エネルギー必要量を理解するための概念図

エネルギー出納がゼロ（0）となる確率が最も高くなると推定される習慣的な1日あたりのエネルギー摂取量を推定平均エネルギー量という。

縦軸は、個人の場合は不足または過剰が生じる確率を、集団の場合は不足または過剰の者の割合を示す。

<参考2 食事摂取基準の各指標について 概念図>

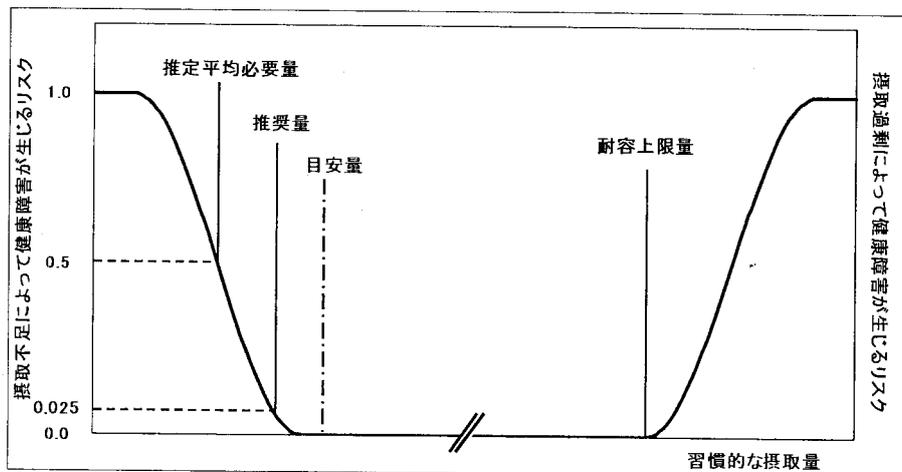


図2 食事摂取基準の各指標を理解するための概念図

不足の確率が推定平均必要量では0.5（50%）あり、推奨量では0.02～0.03（中間値として0.025）（2～3%または2.5%）あることを示す。

耐容上限量以上を摂取した場合には摂取過剰による健康障害が生じる潜在的な危険が存在することを示す。そして、推奨量と耐容上限量との間の摂取量では、不足の危険、摂取過剰による健康障害が生じる危険ともにゼロ（0）に近いことを示す。

目安量については、推定平均必要量ならびに推奨量と一定の関係を持たない。しかし、推奨量と目安量を同時に算定することが可能であれば、目安量は推奨量よりも大きい（図では右方）と考えられるため、参考として付記した。目標量は、他の概念と方法によって決められるため、ここには図示できない。

縦軸は、個人の場合は不足または過剰によって健康障害が生じる確率を、集団の場合は不足状態にある者または過剰によって健康障害をこうむっている者の割合を示す。

(3) 策定したエネルギーや栄養素

エネルギーと 34 種類の栄養素について策定を行った。

設定項目		2010年版
エネルギー		エネルギー
たんぱく質		たんぱく質
脂質		脂質 飽和脂肪酸、n-6系脂肪酸、n-3系脂肪酸 コレステロール
炭水化物		炭水化物、食物繊維
ビタミン	脂溶性ビタミン	ビタミンA、ビタミンD、ビタミンE、 ビタミンK
	水溶性ビタミン	ビタミンB ₁ 、ビタミンB ₂ 、ナイアシン、 ビタミンB ₆ 、ビタミンB ₁₂ 、葉酸、 パントテン酸、ビオチン、ビタミンC
ミネラル	多量ミネラル	ナトリウム、カリウム、カルシウム マグネシウム、リン
	微量ミネラル	鉄、亜鉛、銅、マンガン、ヨウ素、 セレン、クロム、モリブデン

2005年版からの変更点

分類については整理を行い、掲載順を変更した。

(4) 年齢区分

ライフステージ	区分
乳児 (0~11 か月)	0~5 か月、6~8 か月、9~11 か月
小児 (1~17 歳)	1~2 歳、3~5 歳 6~7 歳、8~9 歳、10~11 歳 12~14 歳、15~17 歳
成人 (18~69 歳)	18~29 歳、30~49 歳、50~69 歳
高齢者 (70 歳以上)	70 歳以上
その他	妊婦、授乳婦

2005年版からの変更点

乳児について、エネルギー及びたんぱく質では3区分で策定を行った。

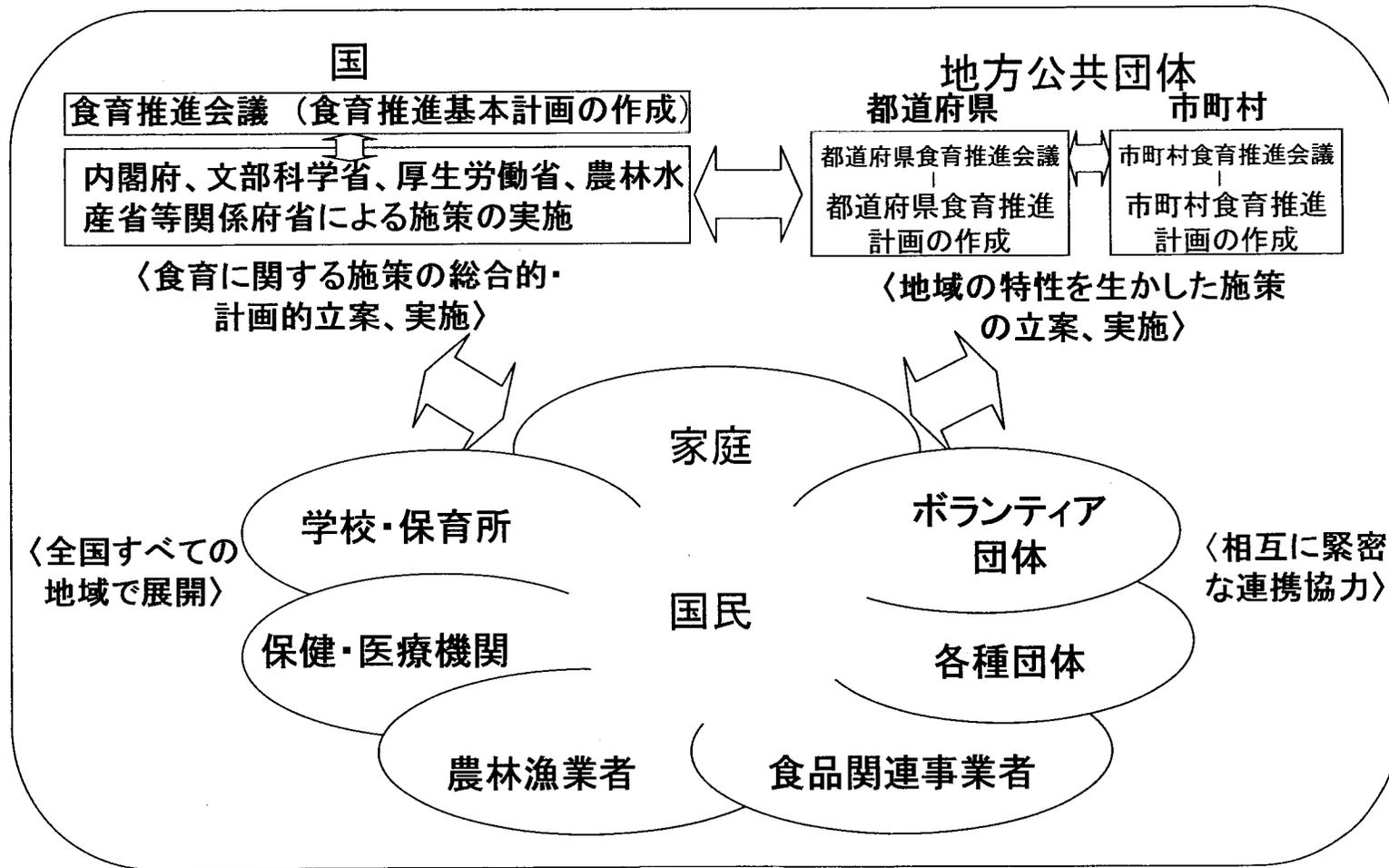
(5) 食事摂取基準を設定した栄養素と策定した指標(1歳以上)¹

		推定平均必要量 (EAR)	推奨量 (RDA)	目安量 (AI)	目標量 (DG)	耐容上限量 (UL)	
たんぱく質		○	○	-	-	-	
脂質	脂質	-	-	-	○	-	
	飽和脂肪酸	-	-	-	○	-	
	n-6系脂肪酸	-	-	○	○	-	
	n-3系脂肪酸	-	-	○	○	-	
	コレステロール	-	-	-	○	-	
炭水化物	炭水化物	-	-	-	○	-	
	食物繊維	-	-	-	○	-	
ビタミン	脂溶性	ビタミンA	○	○	-	-	○
		ビタミンD	-	-	○	-	○
		ビタミンE	-	-	○	-	○
		ビタミンK	-	-	○	-	-
	水溶性	ビタミンB ₁	○	○	-	-	-
		ビタミンB ₂	○	○	-	-	-
		ナイアシン	○	○	-	-	○
		ビタミンB ₆	○	○	-	-	○
		ビタミンB ₁₂	○	○	-	-	-
		葉酸	○	○	-	-	○ ²
	パントテン酸	-	-	○	-	-	
	ビオチン	-	-	○	-	-	
	ビタミンC	○	○	-	-	-	
ミネラル	多量	ナトリウム	○	-	-	○	-
		カリウム	-	-	○	○	-
		カルシウム	○	○	-	-	○
		マグネシウム	○	○	-	-	-
		リン	-	-	○	-	○
	微量	鉄	○	○	-	-	○
		亜鉛	○	○	-	-	○
		銅	○	○	-	-	○
		マンガン	-	-	○	-	○
		ヨウ素	○	○	-	-	○
		セレン	○	○	-	-	○
		クロム	○	○	-	-	-
		モリブデン	○	○	-	-	○

¹ 一部の年齢階級についてのみ設定した場合も含む。² サプリメントや強化食品など通常の食品以外から摂取する場合。

食育の推進について

資料-8



国民運動として食育を推進

国民の心身の健康の増進と豊かな人間形成

厚生労働省の食育の取組

厚生労働省では、3つの柱で食育を推進しています

①国民健康づくり運動「健康日本21」の推進

- ・ 健やか生活習慣国民運動の推進
- ・ 健康的な生活習慣づくり重点化事業（メタボリックシンドローム予防戦略事業等）の実施
- ・ 国民健康・栄養調査の実施
- ・ 食事摂取基準の策定
- ・ 食生活改善推進員の活動の推進 など



健康日本21

②「健やか親子21」による母子保健活動の推進

③食品の安全について消費者等とのリスクコミュニケーションの推進

女性の健康支援対策

1. 背景

- ・ 平成 19 年 4 月に策定された「新健康フロンティア戦略」において「女性の健康力」が柱の一つに位置づけられた。
- ・ 性差により疾患の罹りやすさや疾病の進行状況に違いが見られるという研究が積み重ねられ、性差を考慮した健康づくりの重要性を示す「科学的根拠」が明確になってきている。

2. 経緯

○女性の健康づくり推進懇談会

- ・ 国民にむけた普及啓発のあり方や女性の健康課題について討議。(平成 19 年 12 月 25 日から平成 20 年 12 月まで 4 回開催)
- ・ 「生涯を通じた女性の健康づくりについてのワーキンググループ」を設置し、女性の生涯を通じた健康管理ができる情報の管理やあり方等について検討。
- ・ 女性のライフステージに応じて一人ひとりの女性が自分自身の健康状態を把握し健康づくりを実践していけることが重要であること。
- ・ それを展開するためのサポート体制を構築していく必要があることが確認された。

○女性の健康週間

- ・ 毎年 3 月 1 日から 3 月 8 日までを「女性の健康週間」と創設し、女性の健康づくりを国民運動として展開することとした。(平成 20 年 3 月より)
- ・ 平成 21 年の同期間においても国をはじめ様々な実施主体が啓発活動を展開。

3. 女性の健康支援対策事業

- ・ 女性の健康づくりを推進するための具体的かつ効果的な対策の樹立を図ることを目的に平成 21 年度予算において、「女性の健康支援対策事業」を実施。

女性の健康支援対策事業 (346百万円→当初予算) (1,154百万円→当初予算+補正予算(案))

資料9-2

背景

- ①性差を考慮した健康づくりの重要性を示す「科学的根拠」
- ②「新健康フロンティア戦略」における「女性の健康力」の提唱
- ③厚生労働省における「女性の健康づくり推進懇談会」の設置

現状

- ①女性特有の健康支援ニーズの顕在化
- ②各年代ごとに多様な健康課題が存在
- ③各地域における取組は未だ系統的なものになっていない

国として女性の健康づくりを効果的に推進する手法を普及する必要性

「女性の健康づくり推進懇談会」からの提言を踏まえ、国において実施要綱を提示

「女性の健康支援対策事業委託費」による事業の実施

委託先: 都道府県・保健所設置市・特別区

平成21年度

(例示)

- ①事業実施のための企画・評価検討会
- ②地域における女性の健康に関する実態調査
- ③自らが行う健康管理のための情報面での支援
- ④若年女性のための健康教育パッケージ実施
- ⑤若年期、更年期などの女性を対象とした健康相談
- ⑥支援要員への研修
- ⑦がん予防の取組と連携した事業展開

(注)補正予算案の額を含めると
実施箇所数: 30→100箇所
(総額: 346,320千円→1,154,400千円)

平成22年度

・前年度の成果を踏まえ、
さらにきめ細かく事業を展開

・成果を総合的に検証し、
「女性の健康づくり事業の展開手法」
としてとりまとめ

平成23年度以降

「女性の健康づくり事業の
展開手法」の成果を広く
地方公共団体に普及し、
女性の健康づくりを推進