

一般財団法人 医療関連サービス振興会  
第215回 月例セミナー

健康日本21（第二次）を推進するために  
～身体活動推進のための社会環境の整備～

平成26年10月7日（火）

講 師：公益財団法人健康・体力づくり事業財団 理事長  
健康日本21推進全国連絡協議会 会長  
東京医科大学 名誉教授  
下光 輝一 氏

## <講師ご略歴>

### 下光 輝一 氏

公益財団法人健康・体力づくり事業財団 理事長  
健康日本21推進全国連絡協議会 会長  
東京医科大学 名誉教授

#### ■略歴

- 1975年 東京医科大学医学部 卒業、同大学病院 臨床研究員（内科学教室）
- 1980年 同大学 八王子医療センター 助手（循環器内科）
- 1983年 米国クリーヴランドクリニック 人工臓器研究所 留学（リサーチフェロー）  
～85年
- 1988年 東京医科大学 助手（衛生学公衆衛生学教室）
- 1989年  
～90年 スウェーデン王国カロリンスカ医科大学 ストレス研究所 留学（客員研究員）
- 1993年 東京医科大学 講師（衛生学公衆衛生学教室）
- 1994年 同大学 助教授
- 1997年 同大学 主任教授（2006年改組のため公衆衛生学講座に変更）
- 2005年 同大学副学長を併任
- 2006年 同大学学長職務代理を併任  
～08年
- 2012年 東京医科大学を定年退職、東京医科大学名誉教授の称号を授与  
公益財団法人 健康・体力づくり事業財団 理事長  
健康日本21推進全国連絡協議会 会長

#### ■主な社会的活動など

健康日本21推進全国連絡協議会 会長  
日本体力医学会 理事長  
ほか、多数

# 健康日本21(第二次)を推進するために ～身体活動推進のための社会環境の整備～

公益財団法人健康・体力づくり事業財団理事長  
健康日本21推進全国連絡協議会会長  
東京医科大学名誉教授  
下光輝一

1



## 健康・体力づくり事業財団

「第1次国民健康づくり対策」を推進  
するために昭和53年5月1日に設立

財団法人健康づくり振興財団

東京オリンピックの翌年「国の体力増強施策」の  
一翼を担うために昭和40年3月24日に設立

社団法人国民健康づくり運動協会

昭和56年6月1日に合併

「財団法人 健康・体力づくり事業財団」

平成24年4月1日から

公益財団法人健康・体力づくり事業財団

初代理事長 下光輝一

- ①健康・体力づくりの啓発普及
- ②健康運動指導者の養成(約4万人の資格認定)
- ③健康日本21の推進(全国連絡協議会事務局が設置)

2



## 健康日本21推進全国連絡協議会

- ◆ **健康関連の団体・組織が加盟**  
日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本栄養士会、日本労働組合総連合会、健康保険組合連合会、日本公衆衛生学会、日本循環器病予防学会、日本体育協会、健康・体力づくり事業財団など**139団体**
- ◆ **企画部会**：部会長に門脇孝教授（東大病院院長）
- ◆ **分科会**：タバコ分科会、運動分科会、栄養分科会、メンタルヘルス分科会などが活動
- ◆ **最近の活動**：無煙都市東京オリンピック・パラリンピック開催を目指して、東京都に対して「**受動喫煙防止条例**」の制定を求める要望書を採択（7月10日）

3

## 本日の講演の内容


- ⑧ **健康づくりの基本理念としての「ヘルスプロモーション」**
- ⑧ **身体活動・運動の健康影響**
- ⑧ **健康日本21における身体活動・運動の推進**
- ⑧ **新たな健康づくり対策、健康日本21（第二次）**
- ⑧ **健康づくりにおける身体活動推進**
- ⑧ **身体活動推進のための社会環境の整備**

4

# 世界の健康づくり施策の歴史

| 年    | WHO  | 欧米   | 日本  |
|------|--|--|---|
| 1946 | <b>WHO憲章(健康の定義)</b>                              |  | 健康増進モデルセンター<br>労働安全衛生法  |
| 1972 |  |  |   |
| 1974 |  | Lalonde report (カナダ)                                 |   |
| 1978 | <b>アルマ・アタ宣言(Health for All)</b>                  |  | <b>第1次国民健康づくり対策</b>   |
| 1979 |  | Healthy people (米国)                                  | シルバー・ヘルス・プラン  |
| 1982 |  |  | 老人保健法   |
| 1984 | Health Promotion Program                         |  |   |
| 1986 | 第1回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (オタワ憲章)                    | Healthy Cities Project (欧州)                          |   |
| 1988 | 第2回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Adelaide)                 |  | <b>第2次国民健康づくり対策</b><br>(アクティブ80ヘルスプラン)<br><b>Total Health Promotion Plan(THP)</b> |
| 1990 |  | Healthy people 2000 (米国)                             |   |
| 1991 | 第3回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Sandsvall)                |  |   |
| 1992 |  |  | 快適職場  |
| 1997 | 第4回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Jakarta) <b>健康への投資</b>    |  |   |
| 2000 | 第5回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Mexico City) <b>公平な社会</b> | Our Healthier Nation(英国)<br>Healthy people 2010 (米国) | <b>第3次国民健康づくり対策</b><br>(健康日本21)<br>健康増進法  |
| 2002 |  |  |   |
| 2005 | 第6回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Bangkok) <b>バンコック憲章</b>   |  |   |
| 2009 | 第7回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Nairobi)                  |  |   |
| 2010 |  | Healthy people 2020 (米国)                             |   |
| 2013 |  |  | 21世紀における第2次国民健康づくり対策<br>健康日本21 (第2次)  |

# 世界の健康づくり

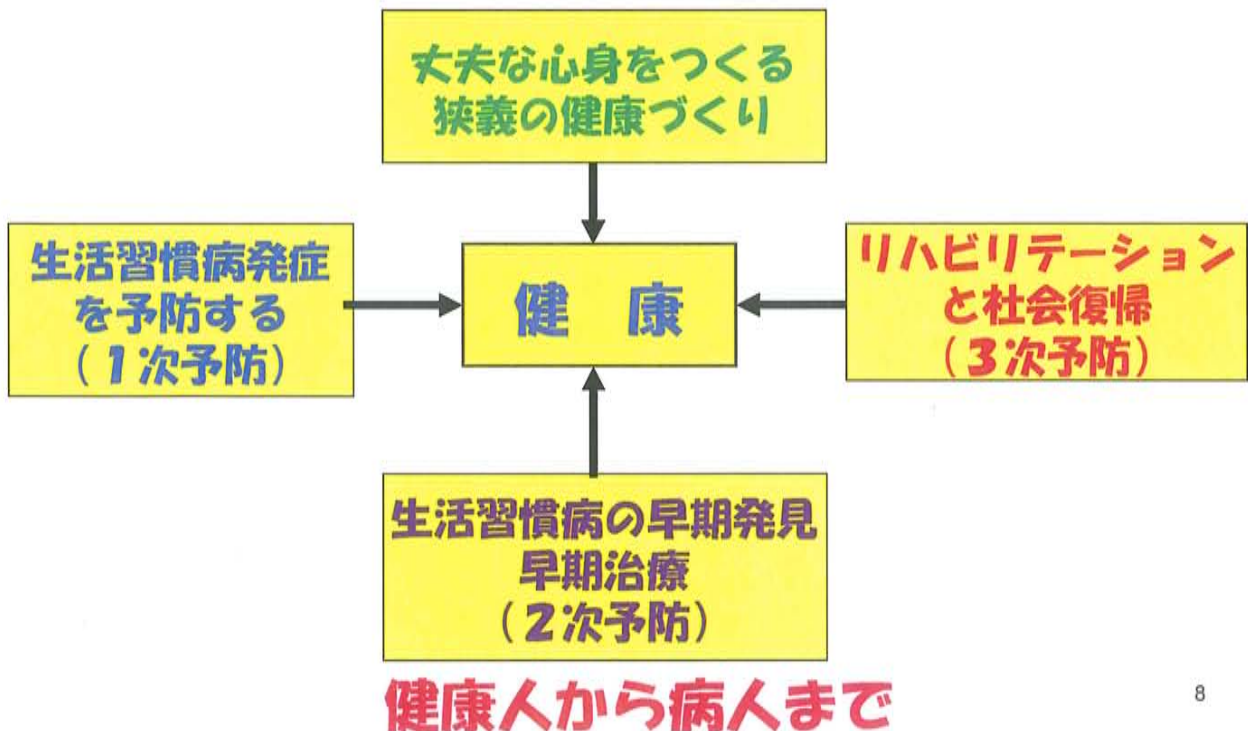
| 年    | WHO  | 欧米   | WHO憲章  |
|------|--|--|--|
| 1946 | <b>WHO憲章</b><br>(健康の定義)                          |  |  <p><b>WHO憲章</b></p> <p>「到達しうる健康の最高水準を享受することは、すべての人間が有する基本的権利である」</p> <p><b>健康の定義</b></p> <p>「健康とは、単に疾病がないとか虚弱でないということではなく、身体的、精神的および社会的に完全に良好な状態にあることである」</p> |
| 1972 |  |  |  |
| 1974 |  | Lal  |  |
| 1978 | <b>アルマ・アタ宣言(Health for All)</b>                  |  |  |
| 1979 |  |  |  |
| 1982 |  |  |  |
| 1984 | Health Promotion Program                         |  |  |
| 1986 | 第1回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (オタワ憲章)                    | Healthy C Project (欧州)                               |  |
| 1988 | 第2回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Adelaide)                 |  |  |
| 1990 |  | Healthy people 2000 (米国)                             |  |
| 1991 | 第3回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Sandsvall)                |  |  |
| 1992 |  |  | 快適職場   |
| 1997 | 第4回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Jakarta) <b>健康への投資</b>    |  |  |
| 2000 | 第5回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Mexico City) <b>公平な社会</b> | Our Healthier Nation(英国)<br>Healthy people 2010 (米国) | <b>第3次国民健康づくり対策</b><br>(健康日本21)<br>健康増進法   |
| 2002 |  |  |  |
| 2005 | 第6回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Bangkok)                  |  |  |
| 2009 | 第7回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Nairobi)                  |  |  |
| 2010 |  | Healthy people 2020 (米国)                             |  |
| 2013 |  |  | 21世紀における第2次国民健康づくり対策<br>健康日本21 (第2次)   |

# 世界の健康づくり施策の歴史

| 年    | WHO                                       | 欧米  | 日本   |
|------|---|---|--|
| 1946 | WHO憲章(健康の定義)                              |   |  |
| 1972 |   |   |  |
| 1974 |   | Osaka report (カナダ)                                    |  |
| 1978 | アルマ・アタ宣言<br>(Health for All)              |   |  |
| 1979 |   |   |  |
| 1982 | Health Promotion Program                  |   |  |
| 1984 | 第1回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (オタワ憲章)             |   |  |
| 1986 | 第2回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Adelaide)          | Healthy Cities Project (欧米)                           |  |
| 1988 |   |   | (アクティブ80ヘルスプラン)<br>Total Health Promotion Plan (THP) |
| 1990 |   | Healthy people 2000 (米国)                              |  |
| 1991 | 第3回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Sandväll)          |   | 快適職場   |
| 1992 |   |   |  |
| 1997 | 第4回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Jakarta) 健康への投資    |   |  |
| 2000 | 第5回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Mexico City) 公平な社会 | Our Healthier Nation (英国)<br>Healthy people 2010 (米国) | 第3次国民健康づくり対策<br>(健康日本21)<br>健康増進法                    |
| 2002 |   |   |  |
| 2005 | 第6回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Bangkok)           |   |  |
| 2009 | 第7回ヘルスプロモーション<br>国際会議 (Nairobi)           |   |  |
| 2010 |   | Healthy people 2020 (米国)                              |  |
| 2013 |   |   | 21世紀における第2次国民健康づくり対策<br>健康日本21 (第2次)                 |

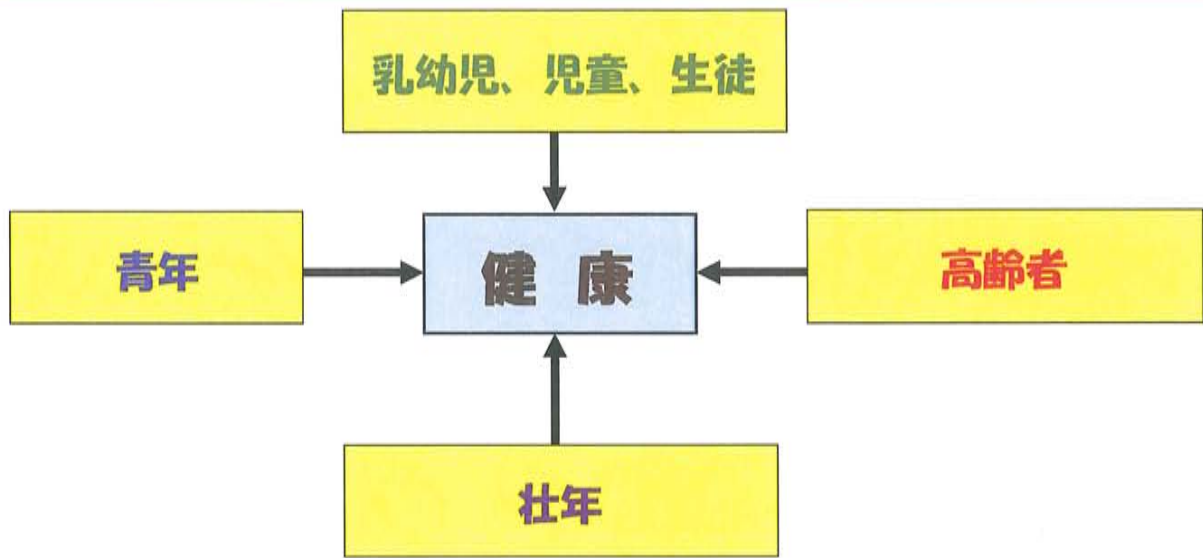


# Health for All






# Health for All



全ての世代（揺りかごから墓場まで）

## 世界の健康づくり施策の歴史

|  |  |   | 日本  |
|--|--|---|---|
|  <ul style="list-style-type: none"> <li>乳幼児から高齢者までの健康診査、健康指導体制の確立（2次予防）</li> <li>健康づくりの基盤整備</li> <li>健康・体力づくり事業財団などによる健康づくりの啓発普及対策</li> </ul> <p>→全てのの人に健康を</p> |  |   | 健康増進モデルセンター<br>労働安全衛生法<br><br><b>第1次国民健康づくり対策</b><br>シルバー・ヘルス・プラン<br>老人保健法  |
|  |  |   | 第2次国民健康づくり対策<br>(アクティブ80ヘルスプラン)<br><b>Total Health Promotion Plan (THP)</b><br><br>快適職場<br><br><b>第3次国民健康づくり対策</b><br>(健康日本21)<br>健康増進法 |
| 1990   | 第3回ヘルスプロモーション国際会議 (Sandväll)                 | Healthy people 2000 (米国)                              |   |
| 1991   |  |   |   |
| 1992   | 第4回ヘルスプロモーション国際会議 (Jakarta) <b>健康への投資</b>    |   |   |
| 1997   | 第5回ヘルスプロモーション国際会議 (Mexico City) <b>公平な社会</b> | Our Healthier Nation (英国)<br>Healthy people 2010 (米国) |   |
| 2000   |  |   |   |
| 2002   | 第6回ヘルスプロモーション国際会議 (Bangkok)                  |   |   |
| 2005   | 第7回ヘルスプロモーション国際会議 (Nairobi)                  |   |   |
| 2009   |  |   |   |
| 2010   |  | Healthy people 2020 (米国)                              |   |
| 2013   |  |   | 21世紀における第2次国民健康づくり対策 <b>健康日本21 (第2次)</b>  |

# 世界の健康づくり施策の歴史

| 年    | WHO                                 | 欧米                       | 日本  |
|------|-------------------------------------|--------------------------|---|
| 1946 | WHO憲章(健康の定義)                        |                          |   |
| 1972 |                                     |                          | 健康増進モデルセンター   |
| 1974 |                                     | Lalonde report (カナダ)     |  <h2>オタワ憲章</h2> <p>ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである</p> |
| 1978 | アルマ・アタ宣言(Health for All)            |                          |   |
| 1979 |                                     | Healthy people (米国)      |   |
| 1982 |                                     |                          |   |
| 1984 | Health Promotion Program            |                          |   |
| 1986 | 第1回ヘルスプロモーション国際会議(オタワ憲章)            |                          |   |
| 1988 | 第2回ヘルスプロモーション国際会議(Adelaide)         | Healthy people 2000(米国)  |   |
| 1990 |                                     |                          | 快適職場  |
| 1991 | 第3回ヘルスプロモーション国際会議(Sandsvall)        |                          | 第3次国民健康づくり対策(健康日本21)健康増進法   |
| 1992 |                                     |                          |   |
| 1997 | 第4回ヘルスプロモーション国際会議(Jakarta)健康への投資    | Our Healthier Nation(英国) | 21世紀における第2次国民健康づくり対策健康日本21(第2次)   |
| 2000 | 第5回ヘルスプロモーション国際会議(Mexico City)公平な社会 | Healthy people 2010(米国)  |   |
| 2002 |                                     |                          |   |
| 2005 | 第6回ヘルスプロモーション国際会議(Bangkok)バンコック憲章   |                          |   |
| 2009 | 第7回ヘルスプロモーション国際会議(Nairobi)          |                          |   |
| 2010 |                                     | Healthy people 2020(米国)  |   |
| 2013 |                                     |                          |   |

ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである



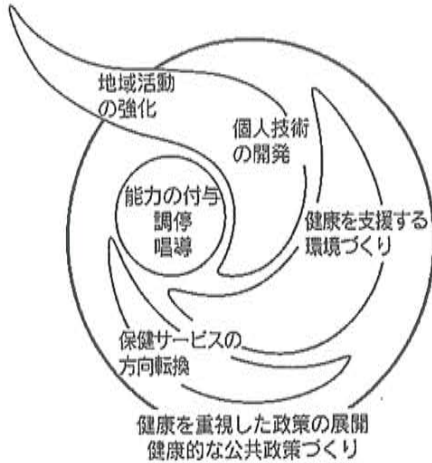
個人の努力 + 社会環境の整備





# ヘルスプロモーションのための戦略

オタワ憲章1986年



|                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| <b>唱道</b><br><b>advocacy</b>  | 健康という権利を擁護するための社会的・公共的支援          |
| <b>能力の付与</b><br><b>enable</b> | 人々の主体性が発揮されるよう個人の能力を高める           |
| <b>調停</b><br><b>mediation</b> | 保健分野だけでなく社会のあらゆる部門が協力・共同して活動を調整する |

13

## 世界の健康づくり施策の歴史

| 年    | WHO                            | 欧米                   | 日本                           |
|------|--------------------------------|----------------------|------------------------------|
| 1946 | WHO憲章(健康の定義)                   |                      |                              |
| 1972 |                                |                      | 健康増進モデルセンター<br>労働安全衛生法       |
| 1974 |                                | Lalonde report (カナダ) |                              |
| 1978 | アルマ・アタ宣言(Health for All)       | Healthy people (米国)  | 第1次国民健康づくり対策<br>シルバー・ヘルス・プラン |
| 1979 |                                |                      |                              |
| 1982 | Health Promotion Program       |                      |                              |
| 1984 | 第1回ヘルスプロモーション国際会議(オタワ憲章)       |                      |                              |
| 1986 | 第2回ヘルスプロモーション国際会議(Adelaide)    |                      |                              |
| 1988 |                                |                      |                              |
| 1990 | 第3回ヘルスプロモーション国際会議(Sandness)    |                      |                              |
| 1991 |                                |                      |                              |
| 1992 | 第4回ヘルスプロモーション国際会議(Nairobi)     |                      |                              |
| 1997 | 第5回ヘルスプロモーション国際会議(Mexico City) |                      |                              |
| 2000 |                                |                      |                              |
| 2002 | 第6回ヘルスプロモーション国際会議(Bangkok)     |                      |                              |
| 2005 | 第7回ヘルスプロモーション国際会議(Nairobi)     |                      |                              |
| 2009 |                                |                      |                              |
| 2010 | 第8回ヘルスプロモーション国際会議(Helsinki)    |                      |                              |
| 2013 |                                |                      |                              |

**ヘルスプロモーション国際会議**

第2回(Adelaide) : 公共的健康政策

第3回(Sandness) : 健康支援環境の創造

第4回(Jakarta) : 健康への投資の概念、健康の決定要因への取り組み

第5回(Mexico city) : 不公正格差への架橋

第6回(Bangkok) : オタワの概念の再構築

第7回(Nairobi) : 健康制度・政策間のギャップを縮める

第8回(Helsinki) : すべての政策に健康の視点を



## ヘルスプロモーションを成功させるための5つのプロセス

バンコック憲章2005

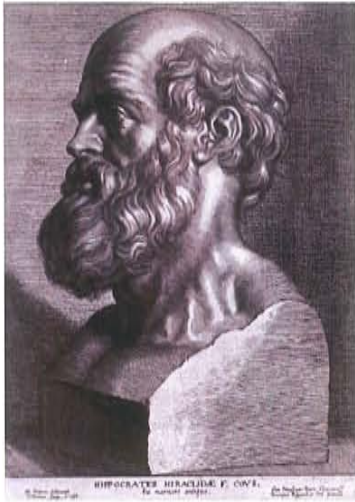
|        |   |
|--------|---|
| 唱 道    | 人権と連帯意識に基づいた健康を唱道すること   |
| 投 資    | 健康の決定要因に焦点を当てた持続的な政策、活動として社会的基盤に投資すること                                |
| 能力形成   | 政策開発、リーダーシップ、ヘルスプロモーションの実践、知識移転や研究、そして健康識字のための能力を形成すること               |
| 規制と法制定 | すべての人々の健康とwell-beingを達成するために、有害なものから高水準の保護と、平等な機会を保障するための規制と法律を制定すること |
| パートナー  | 持続的な活動を創造するためにパートナーと公的組織、民間組織、非政府組織として市民社会による同盟をつくること                 |

10

## 本日の講演の内容

- ⑧ 健康づくりの基本理念としての「ヘルスプロモーション」
- ⑧ 身体活動・運動の健康影響
- ⑧ 健康日本21における身体活動・運動の推進
- ⑧ 新たな健康づくり対策、健康日本21(第二次)
- ⑧ 健康づくりにおける身体活動推進
- ⑧ 身体活動推進のための社会環境の整備

16



*Eating alone will not keep  
a man well.  
He must also take  
exercise to produce health.*

**Hippocrates (BC460-370頃)**

食べることだけでは、人は健康を維持できない。  
人は、また、健康増進のためには、運動をしなければならぬ。

**医聖ヒポクラテス**

17

*"Lack of activity destroys  
the good condition of every  
human being, while movement  
and methodical physical  
exercise save it and  
preserve it"*



**Plato (BC427-BC347)**

活動的でないことは、すべての人間の良好な状態  
を損なう。これに対して、動くことや規則的な身  
体運動は良好な状態を守り、維持する

**プラトン**

18

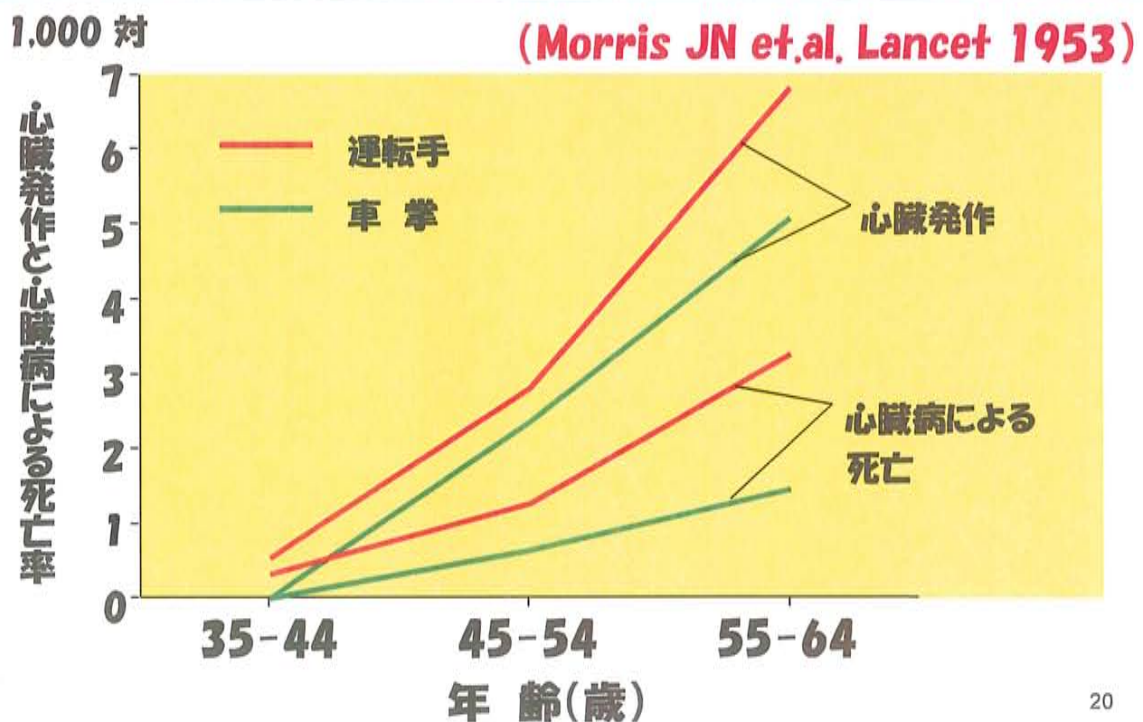
# 貝原益軒(1630-1714)養生訓

## 卷第一 総論上 運動して健康増進に努めること

身体は日々少づつ労働すべし。久しく安坐すべからず。毎日飯後に、必ず庭園の内数百足しづかに歩行すべし。雨中には室屋の内を、幾度も徐行すべし。此如く日々朝晩(ちょうばん)運動すれば、針・灸を用ひずして、飲食・気血の滞なくして病なし。針灸をして熱痛甚しき身の苦しみをこらえんより、かくの如くせば痛なくして安楽なるべし。



## 運動不足と心臓病との関係

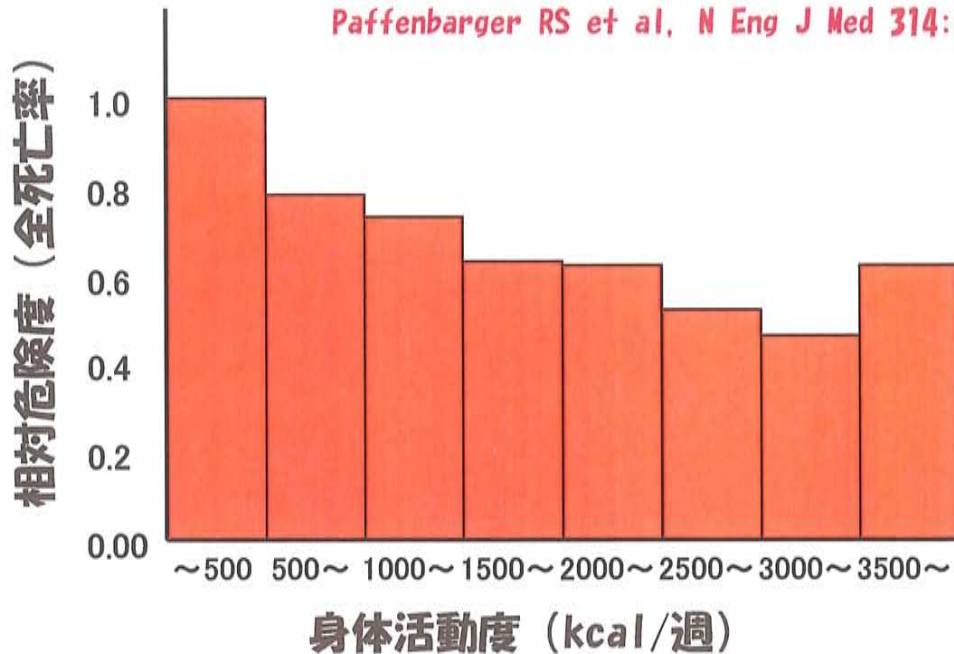




## 身体活動度と死亡相対危険度

(ハーバード大学卒業生16,936人、1962-1978年)

Paffenbarger RS et al, N Eng J Med 314:605-613, 1986



21

## 身体活動度と死亡相対危険度

| 身体活動量指数(kcal/週) | 死亡相対危険度 |
|-----------------|---------|
| <2000           | 1.00    |
| 2000 ≤          | 0.72    |

2000kcal/週 身体活動量 ≒ 300kcal/日 身体活動量

1日あたり300kcal ≒ 1日1万歩の消費

22

30歳時での余命を身体的不活動グループと比較すると、低身体活動量（15分/日の歩行）の者でも、男性2.55年、女性3.10年長かった。WHOの基準（中等度の活動量）を満たしている者では、男性4.21年、女性3.67年長かった。

- ◆ 416175人（男性199265人、女性216910人）を追跡した前向きコホート研究、台湾において標準的な健康診断を受けた1996年～2008年までの平均追跡期間8.05年。
- ◆ 1週間の身体活動量を自記式の質問紙で得た。身体活動量のカテゴリーは、不活動（3.75MET-h未満/W）、低（3.75-7.49MET-h/W）、中等度（7.50-16.49MET-h/W）、高度（16.50-25.49MET-h/W）、最高度（25.5MET-h/W以上）の活動量の5段階に分けられた。すべてのカテゴリーでの死亡のリスクをハザード比で示し、不活動と比較し、各々のグループの寿命を計算した。
- ◆ 結果：不活動のグループに比べて、1日15分の低い身体活動量グループでは身体、全死因による死亡率を14%低下させ、3年間の寿命の延長を認めた。毎日ミニマムの15分からさらに15分ずつ運動を増加させると、全死因による死亡率をさらに4%ずつ低下させ、すべてのがん死亡率を1%ずつ低下させた。これらの結果は、すべての年齢層で、また男女ともに、また心血管疾患を有する者にも適用できた。不活動の個人は、低い身体活動量の者に対して、17%死亡率が高かった。がんの死亡率も11%高かった。これらの結果は量反応関係にあった。
- ◆ 30歳時点での余命を、不活動グループと比較すると、低身体活動量の男性では2.55年、女性では3.10年長かった。WHOの基準（中等度の活動量）を満たしている男性は4.21年、女性では3.67年長かった。
- ◆ 解釈：1日に15分あるいは1週間に90分の中等度の強度の運動であっても、利益があることが明らかになった。心血管疾患を有する人においても同様である。

Wen CP, et al.: Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet* 378: 1244-1253, 2011

23

糖代謝異常者では、ベースライン調査において歩数が2000歩（20分の歩行時間相当）多くなるごとに心血管疾患発症率は10%ずつ低下する。またベースライン調査1年後に歩数が2000歩増加していると発症率が8%低下する。

- ◆ 方法：2002年1月から2004年1月までの40か国で集められた耐糖能障害を持った9306名を含むNAVIGATORトライアルから得られた縦断データを分析した。
- ◆ 参加者は心血管疾患（50歳以上）を有するか、または一つ以上の心血管疾患のリスクファクターの保有者（55歳以上）で、心血管疾患（心臓血管死、非致死的心筋梗塞、あるいは心筋梗塞）の発症（イベント）を平均6年間にわたって追跡された。また、ベースライン時と12か月後に、歩数計を装着して歩行活動を調べた。
- ◆ 調整されたコックス比例ハザードモデルが、ベースラインデータから12か月後の歩行活動とそれに続く心血管疾患の発症のリスクとの関連についてそのおのおのの交絡因子について調整した後で、計量した。
- ◆ 所見：45211人年の間、531件の心血管疾患の発症があった。ベースラインの歩行活動において一日に2000歩多いとどのハザード比は0.9（95% CI: 0.84-0.96）と低下した。また歩行活動の変化（2000歩増加すると）は0.92（95% CI: 0.86-0.99）心血管疾患発症と負の関係にあった。歩行活動の変化は、BMIの変化やほかの交絡因子に影響されなかった。
- ◆ 解釈：耐糖能を有した心血管疾患の高いリスクを有する人は、日常的な歩行活動や歩行活動における変化は引き続き心血管疾患発症のリスクを低下させることを示している。

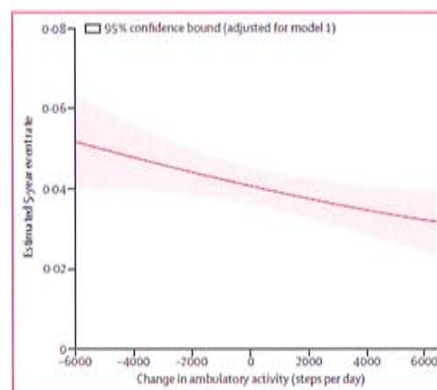


Figure: Relation between change in ambulatory activity and adjusted 5-year cardiovascular event rates

Yates T et al.: Association between change in daily ambulatory activity and cardiovascular events in people with impaired glucose tolerance (NAVIGATOR trial): a cohort analysis. *Lancet* 2013, Doi:10.1016/S0140-6736(13)620

## 健康づくりにおける身体活動の意義

- ✓ 日常の身体活動量を増やすと：
  - メタボリックシンドロームを含めた循環器疾患・糖尿病・がんなどの生活習慣病の発症及びこれらを原因として死亡に至るリスクを低下させる。
  - 加齢に伴う生活機能低下（ロコモティブシンドローム及び認知症）のリスクを低下させる。
- ✓ 更に運動習慣を持つと：  
上記の疾病の予防効果をさらに高めることが期待できる。
- ✓ 特に、高齢者においては、積極的に体を動かすと：  
生活機能低下のリスクを低減させ、自立した生活をより長く送ることが出来る。→健康寿命の延伸

25

## 健康づくりにおける身体活動の意義

そのほか身体活動（生活活動・運動）に取り組むことで得られる効果：

- 日常生活の中でも、気分転換やストレス解消につながることで、いわゆるうつ病などの予防や治療として有効であること、
- ストレッチングや筋力トレーニングによって腰痛や膝痛が改善する可能性が高まること
- 中強度の運動によって風邪（上気道感染症）に罹患しにくくなること
- 健康的でスマートな体型を維持することで自己効力感が高まることなど

→様々な角度から生活の質を高めることが出来る

一方で、身体活動不足は、肥満や生活習慣病発症の危険因子であり、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子でもある

26

# 本日の講演の内容

- ⑧ 健康づくりの基本理念としての「ヘルスプロモーション」
- ⑧ 身体活動・運動の健康影響
- ⑧ **健康日本21における身体活動・運動の推進**
- ⑧ 新たな健康づくり対策、健康日本21（第二次）
- ⑧ 健康づくりにおける身体活動推進
- ⑧ 身体活動推進のための社会環境の整備

27



## 健康日本21（2000年～2012年）

- ⑧ **一次予防の重視**
- ⑧ **健康づくり支援のための環境整備**
  - 健康を実現することは、元来、個人の健康観に基づき、一人ひとりが主体的に取り組む課題であるが、こうした社会全体として個人の行動変容を支援していく環境を整備することが不可欠である。
- ⑧ **目標等の設定と評価**
- ⑧ **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**

28





# 成人における現状と目標

健康日本21(2000年~2012年)

## 日常生活における歩数の増加

男性 8,202歩→9,200歩  
基準値 目標値

女性 7,282歩→8,300歩  
基準値 目標値

注) 1日当たり平均歩数で1,000歩、歩く時間で10分、  
歩行距離で600~700m程度の増加に相当

基準値:平成9年国民栄養調査

29



# 成人における現状と目標

健康日本21(2000年~2012年)

## 運動習慣者の増加

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

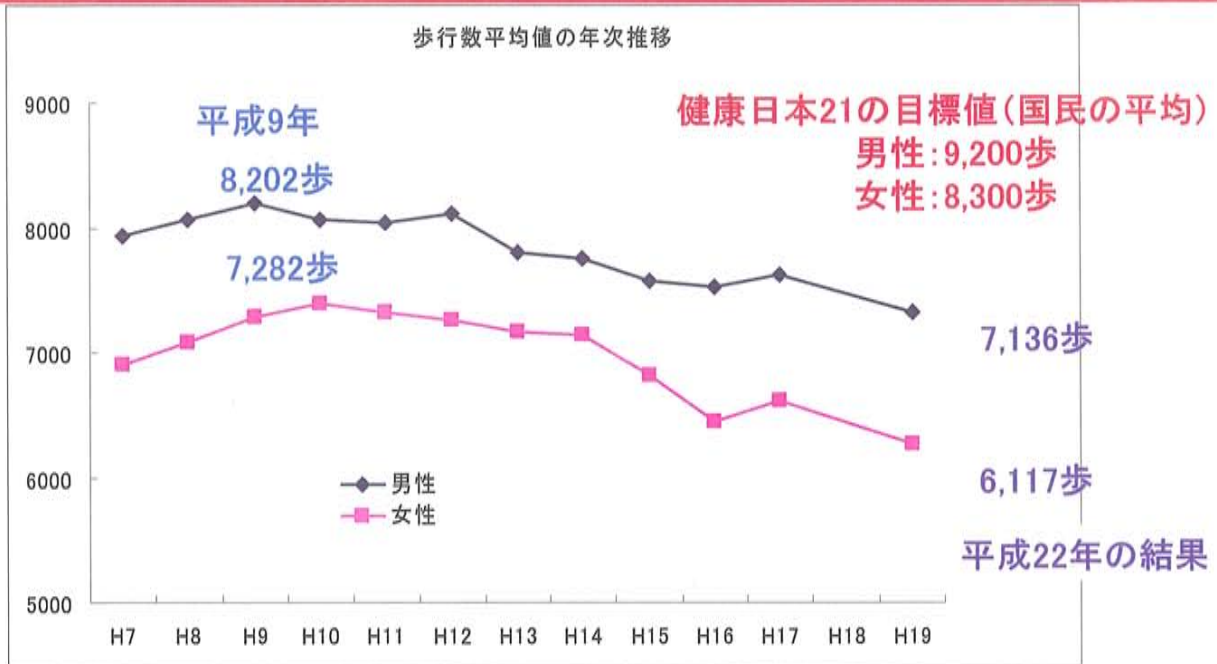


男性 28.6%→39%  
基準値 目標値

女性 24.6%→35%  
基準値 目標値

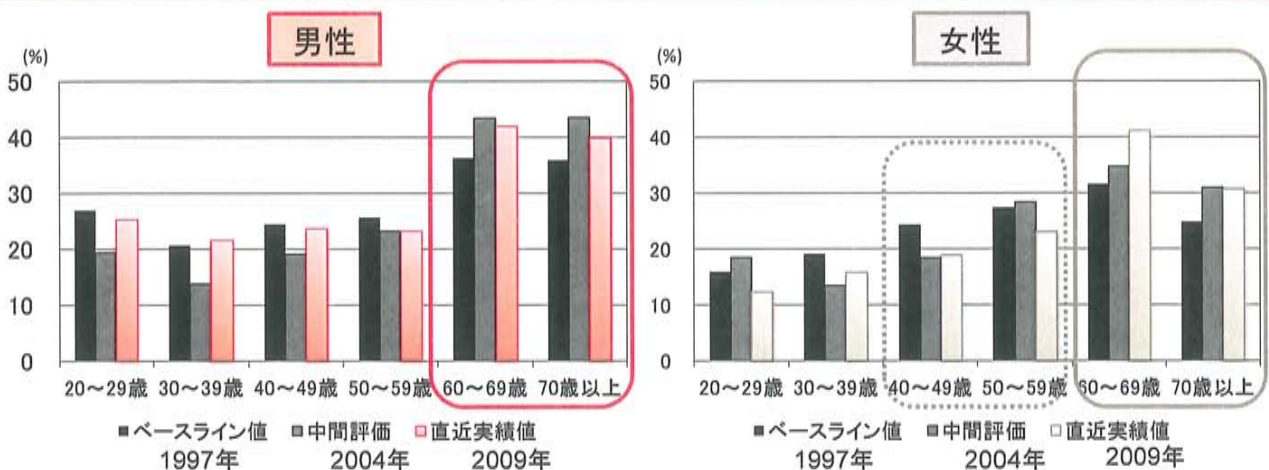
30

# 歩数平均値の年次推移



(国民健康・栄養調査)<sup>31</sup>

# 運動習慣者の割合の推移



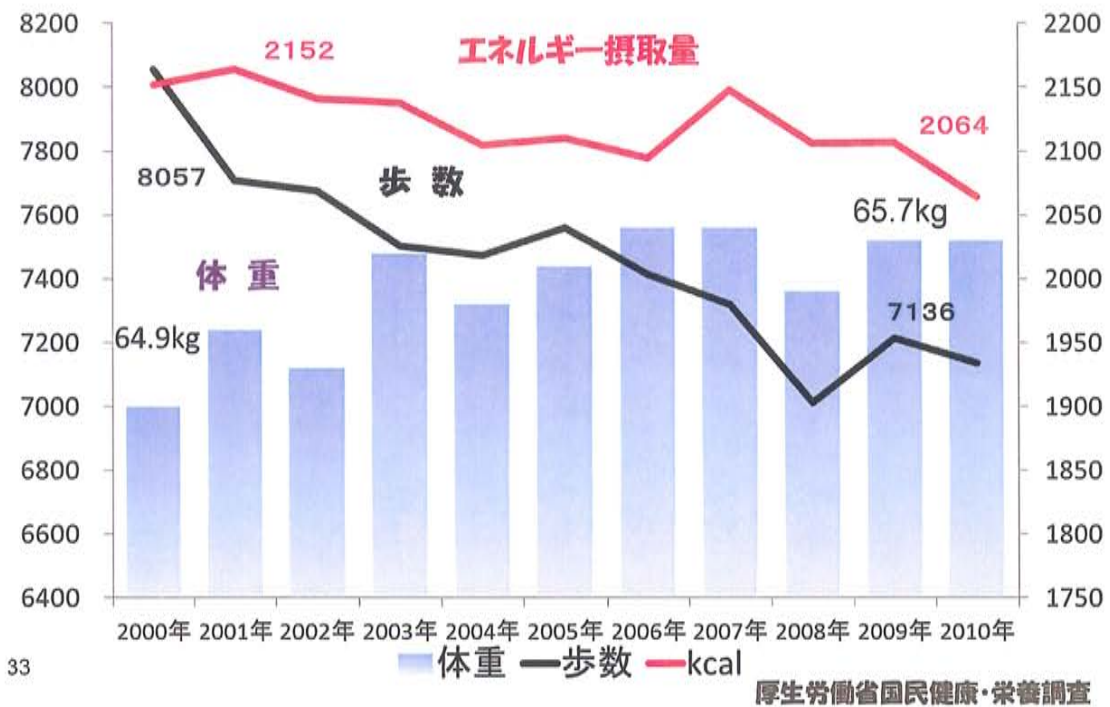
## 【健康日本21最終評価】

- 男女とも、60歳以上の運動習慣者は増加している。
- 一方、60歳未満では増加しておらず、特に女性では減少が見られる。
- 特に60歳未満の就労世代の7~8割が、運動習慣を有していない。

【運動習慣者の定義】 1回30分以上の運動を、週2日以上実施し、1年以上持続していること

資料：健康日本21評価作業チーム「健康日本21」最終評価

## 国民のエネルギー摂取量、歩数及び体重の年次推移 (20歳以上男性)



33

## 歩数が1日1,000歩減ると

**1日:1,000歩、1か月:30,000歩、1年:365,000歩**

**1,000歩 = 運動によるエネルギー消費量は約30kcal**

**1年では:  $30 \times 365 = 10,950\text{kcal}$**

**1gの脂肪が生体内で燃焼すると7.5kcalを消費するが**

**$10,950\text{kcal} / 7.5\text{kcal} = 1,460\text{g} = 1.5\text{kg}$**

**1年で約1.5kgの脂肪(体重)が増加する**

**塵も積もれば山となる!**

34



## 身体活動量減少の理由

過去数十年間にすべての年齢層で身体活動量の減少が進行している。

その大きな理由としては、

- 仕事と日常作業の機械化、自動化
- 徒歩や自転車に替わる車利用度の増大
- 座って行う仕事(sedentary work)の増加
- 省力装置の利用(エスカレーター、動く歩道など)
- テレビ視聴やコンピュータ使用など非活動的な余暇の過ごし方の増大など

が挙げられる

WHO Regional Office for Europe(2006):

Promoting physical activity and active living in urban environment, The role of local government<sup>35</sup>



## 身体活動・運動に関する目標値の最終評価 (健康日本21最終評価報告書より)

- 意識的に運動を心がけている人の割合は増加したが、運動習慣者の割合は変わらなかった。運動の重要性は理解しているが長期にわたる定期的な運動に結びついていないと考えられる。
- 日常生活における歩数については悪化した。歩数は余暇時間に行われる運動と比較的活発な生活活動を合わせた「身体活動」の指標であり、歩数の減少は身体活動量が減少していることを示唆している。その原因として運動以外の生活活動量の減少が考えられる。



## 今後の課題 (最終報告書より)

- 歩数の減少は肥満や生活習慣病発症の危険因子であるだけでなく、高齢者の自立度低下や虚弱の危険因子であるなど、最も懸念すべき問題であり、早急に重点的な対策を実施する必要がある。
- 運動基準・指針改定、すこやか国民生活習慣運動、特定保健指導などを通して、日常生活における歩数増加のための支援を特に強化することが望まれる。
- 運動・身体活動の重要性を理解しているが、行動に移せない人々に対するアプローチを行う必要がある。具体的には、個人の置かれている環境（地理的・インフラ的・社会経済的）や地域・職場における社会支援の改善などがあげられる。

➡ 身体活動推進への環境支援が重要

37

## 本日の講演の内容

- ⑧ 健康づくりの基本理念としての「ヘルスプロモーション」
- ⑧ 身体活動・運動の健康影響
- ⑧ 健康日本21における身体活動・運動の推進
- ⑧ 新たな健康づくり対策、健康日本21（第二次）
- ⑧ 健康づくりにおける身体活動推進
- ⑧ 身体活動推進のための社会環境の整備

38



# 健康日本21（第2次）

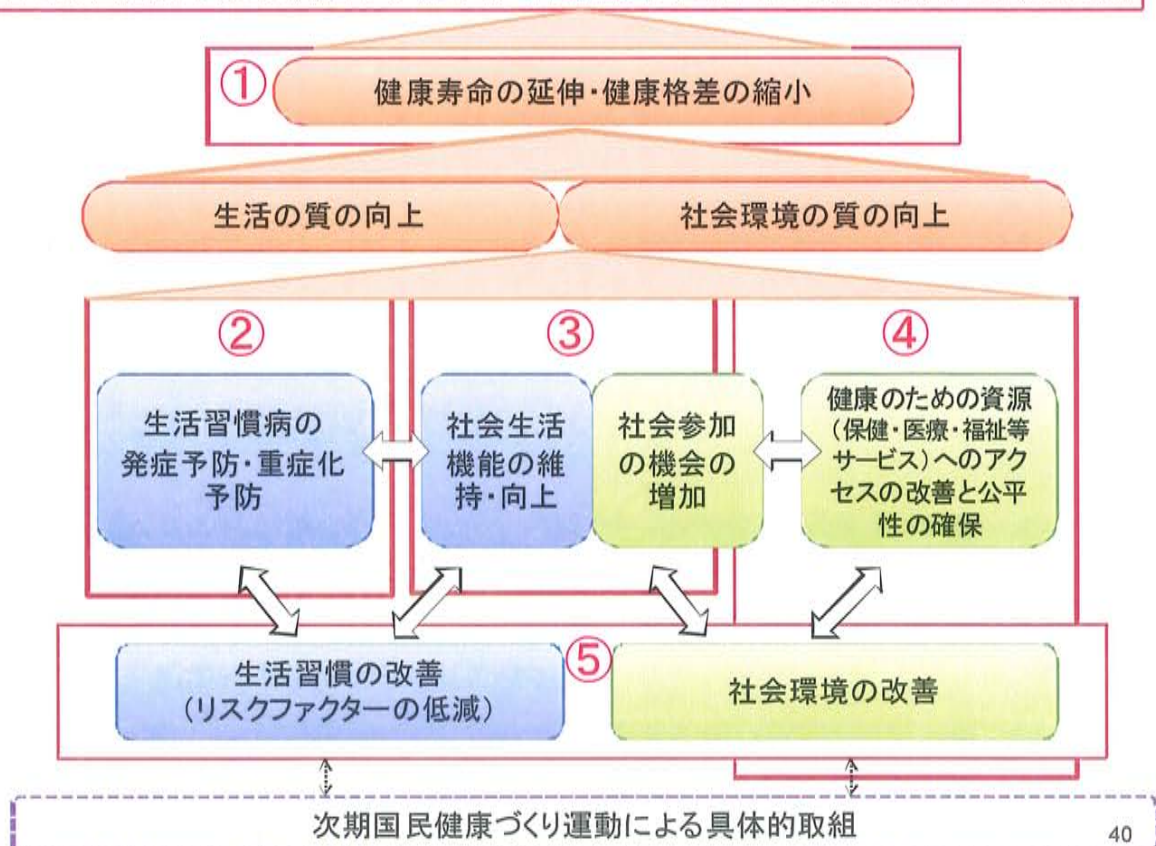
厚生労働大臣告示 平成24年7月10日

## 国民の健康増進の目標に関する事項

- 一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 二 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底
- 三 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上  
高齢者では、認知機能の低下及びロコモティブシンドローム（運動器症候群）の予防
- 四 健康を支え、守るための**社会環境の整備**
- 五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

39

全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現





# 健康日本21(第二次)

アルマ・アタとオタワの流れを汲んでいる



## ① アルマ・アタ宣言(1978年): Health for All

→健康日本21(第二次)では健康格差の解消が主目的の一つ

- 地域間格差の縮小
- 生活習慣病の発症予防(一次予防)から有病者の重症化予防(二次予防・三次予防)まで
- 乳幼児期から高齢期までのあらゆる世代
- 性差や社会経済状況の違いを考慮

## ② オタワ憲章(1986年): Health Promotion

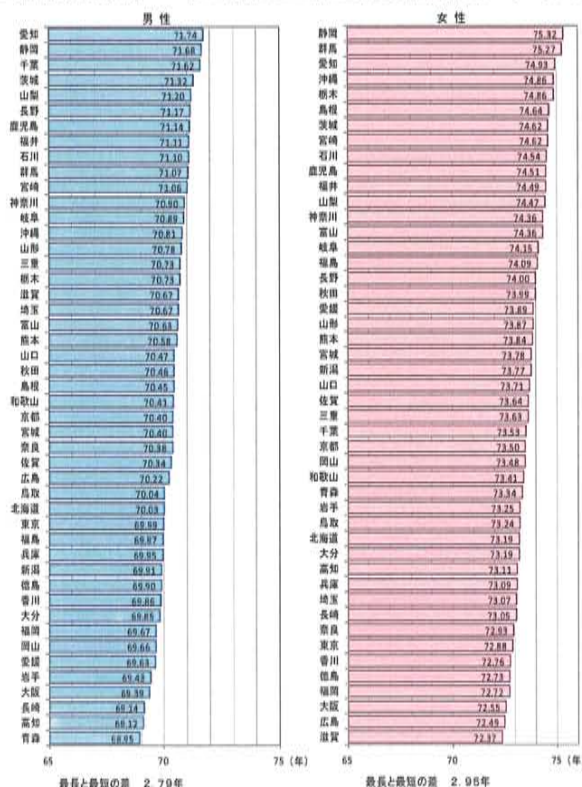
ヘルスプロモーションは個人の努力+社会環境の整備

→健康日本21(第二次)では

- 「社会環境の整備」を施策の中心の一つとした

41

## 都道府県別 日常生活に制限のない期間の平均 (平成22年)



都道府県別健康寿命のデータの公表は大変インパクトがあった

↓  
各県に健康づくりのインセンティブを与えた



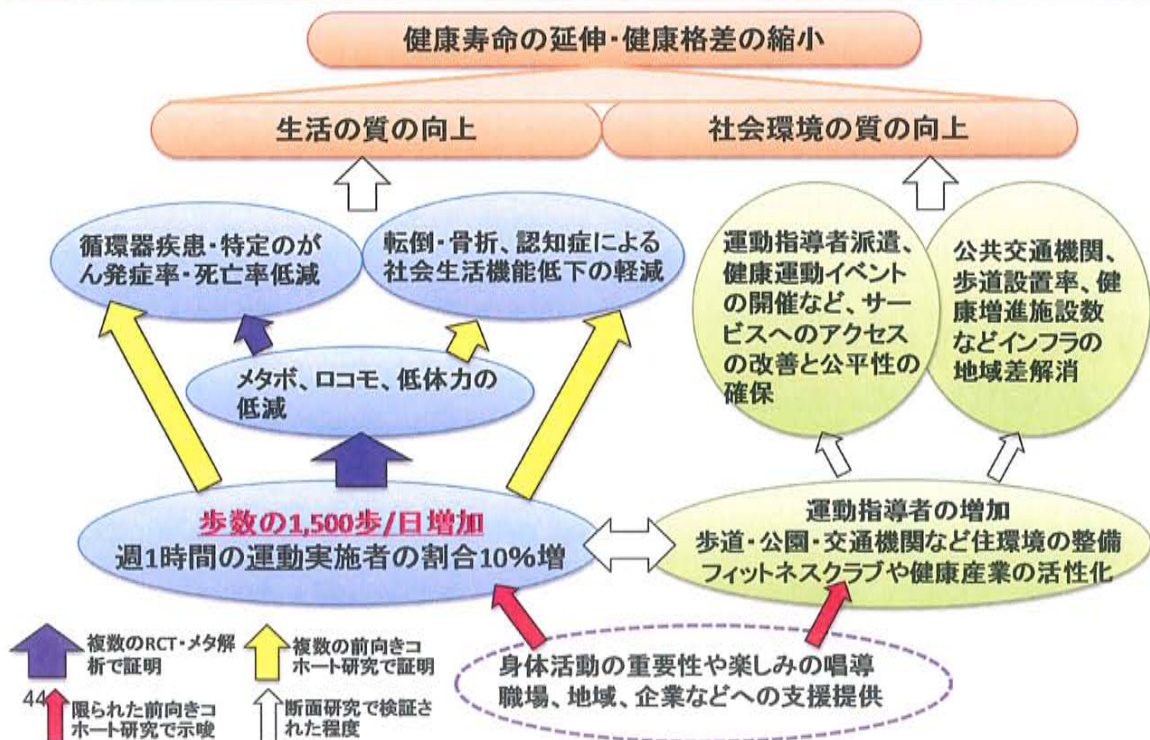
# 身体活動運動分野の目標値

## 健康日本21(第二次)

- **歩数の増加(1,000～1,500歩の増加)**  
 20歳～64歳: 男性9,000歩/日、女性8,500歩/日  
 65歳以上: 男性7,000歩/日、女性6,000歩/日
- **運動習慣者の割合の増加(約10%の増加)**  
 20～64歳: 男性36%、女性33%、総数34%  
 65歳以上: 男性58%、女48%、総数 52%
- **住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組み自治体の増加(すべての都道府県)**  
 17都道府県⇒47都道府県



# 身体活動・運動の目標設定の考え方





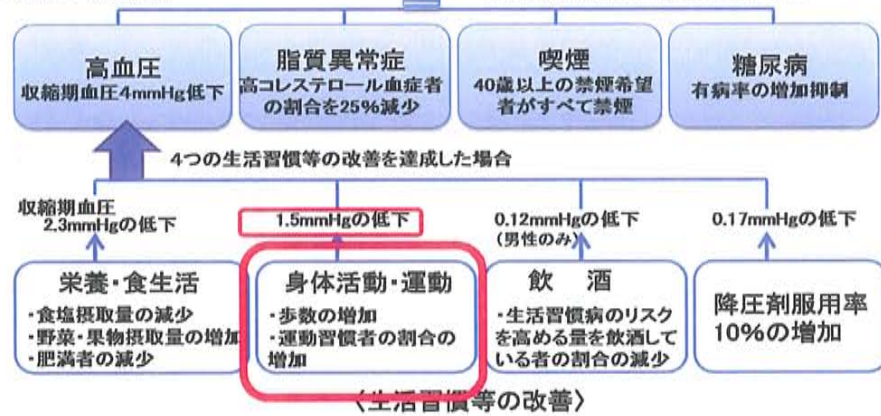


# 健康日本21(第二次) 循環器の目標設定の考え方

## 〈循環器疾患の予防〉



## 〈危険因子の低減〉



出典：健康日本21(第二次)の推進に関する参考資料

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

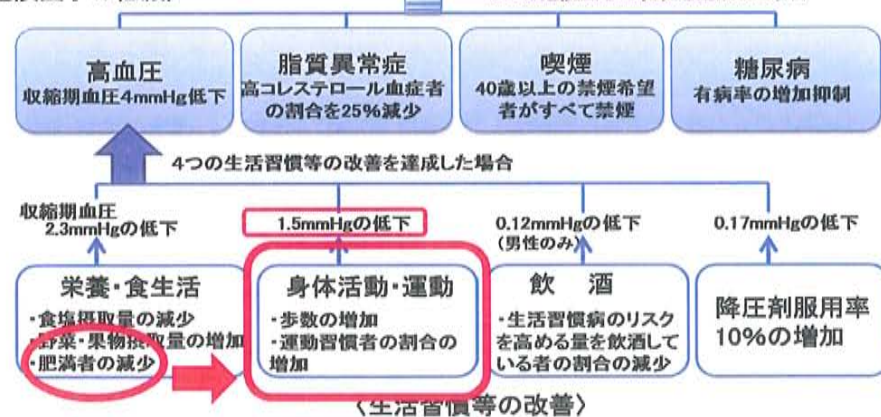


# 健康日本21(第二次) 循環器の目標設定の考え方

## 〈循環器疾患の予防〉



## 〈危険因子の低減〉



出典：健康日本21(第二次)の推進に関する参考資料

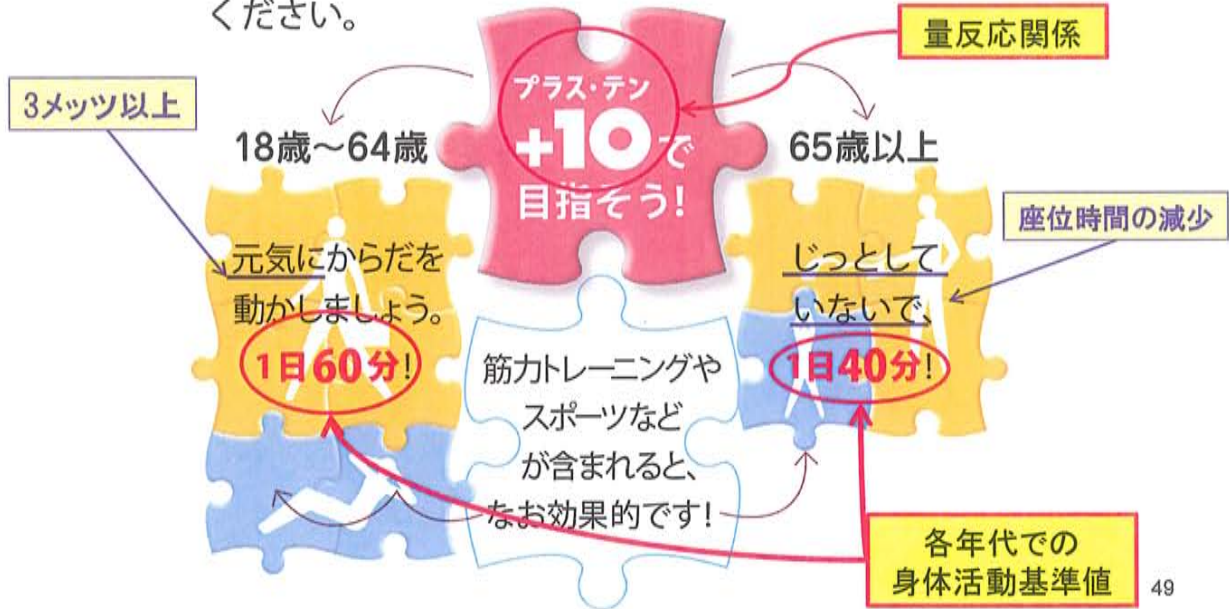
厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会



+10は、10分を主に意図しているが、10回や10%としても、使える！

# プラス・テン +10から始めよう！

今より10分多くからだを動かすだけで、健康寿命をのばせます。あなたも+10で、健康を手に入れてください。



## Global Recommendations on Physical Activity for Health by WHO (2010)

### 18才～64才までの成人

1. 一週間に少なくとも150分の中等度の強度有酸素性活動を行うか、または、少なくとも75分の高強度の有酸素性活動を行うか、あるいはそれと同等の中等度と高強度の活動の組み合わせを行うべきである
2. 有酸素性活動は、1回に少なくとも10分以上の持続が必要である
3. より一層の健康上の利益を得るためには、成人は、一週間に300分の中等度の強度有酸素性活動を行うか、または、少なくとも150分の高強度の有酸素性活動を行う、あるいはそれと同等の中等度と高強度の活動の組み合わせを行うべきである
4. 筋力強化活動は、週に2回以上主要な骨格筋群を含んで行われなければならない

# 本日の講演の内容

- ⑧ 健康づくりの基本理念としての「ヘルスプロモーション」
- ⑧ 身体活動・運動の健康影響
- ⑧ 健康日本21における身体活動・運動の推進
- ⑧ 新たな健康づくり対策、健康日本21(第二次)
- ⑧ 健康づくりにおける身体活動推進
- ⑧ 身体活動推進のための社会環境の整備

51

## THE LANCET

身体活動特集号(2012年7月21日発行)

- ⑧ 世界の死亡の9.4%が身体的不活動が原因で、影響の大きさは肥満や喫煙に匹敵する
- ⑧ 成人の33%、子供の80%が推奨される身体活動を行っておらず疾病発症のリスクが高い状態にある
- ⑧ 身体的不活動は、世界的に大流行している(*pandemic*な状態)といえる
- ⑧ 身体活動を推進する介入方法のエビデンスが明らかになっている
- ⑧ 世界中で対策を進めよう

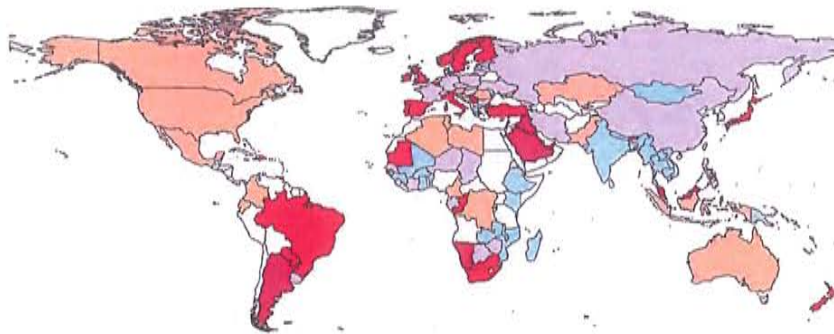
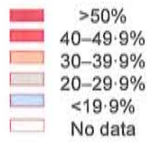
## THE LANCET



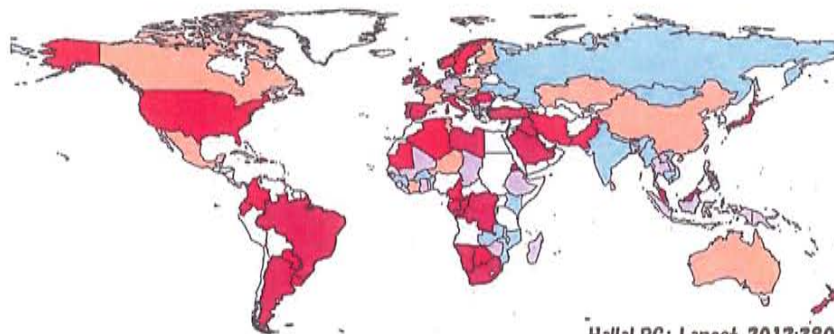
"In view of the prevalence, global reach, and health effect of physical inactivity, the issue should be appropriately described as pandemic, with far-reaching health, economic, environmental, and social consequences."

# 各国の成人(15歳以上)の身体的不活動の割合

男



女

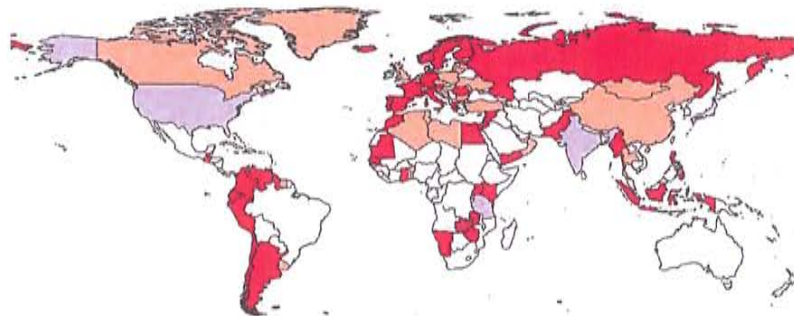
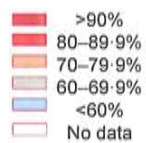


Hallal PC: Lancet. 2012;380(9838):247-57

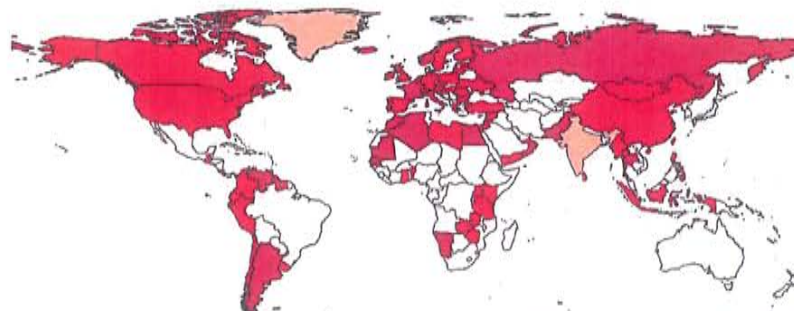
53

# 各国の子ども(13歳~15歳)の身体的不活動の割合

男



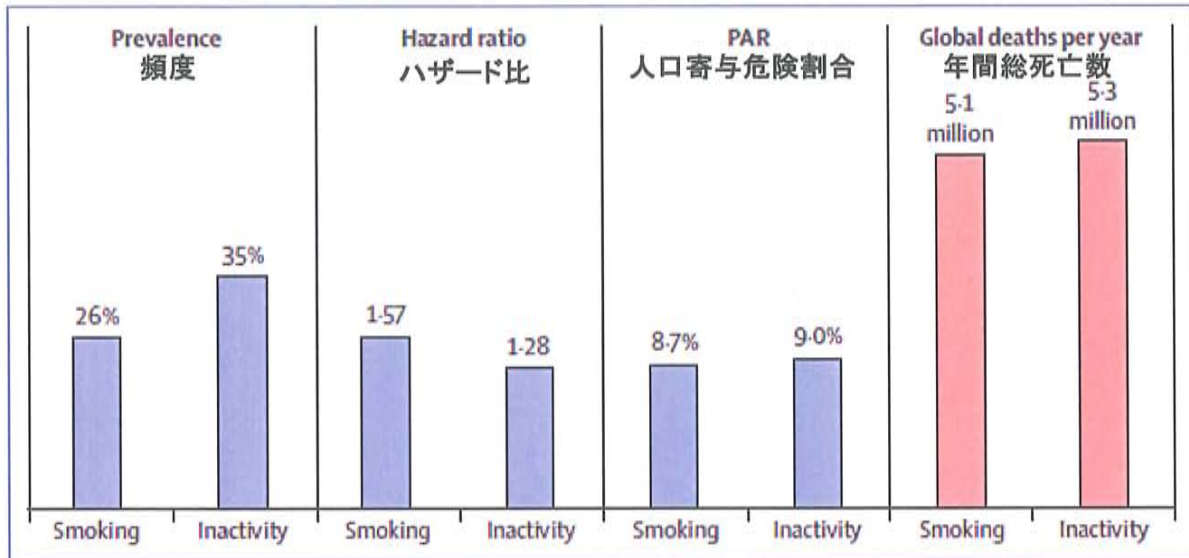
女



Hallal PC: Lancet. 2012;380(9838):247-57

54

# 喫煙と身体的不活動の全世界の健康への影響の比較 身体的不活動は、喫煙と同等の人口寄与危険割合



CP Wen and X Wu: Stressing harms of physical inactivity to promote exercise. The Lancet 2012 July

## 身体活動のトロント憲章(2010) 世界規模での行動の呼びかけ

### The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action

*Physical activity promotes wellbeing, physical and mental health, prevents disease, improves social connectedness and quality of life, provides economic benefits and contributes to environmental sustainability. Communities that support health enhancing physical activity, in a variety of accessible and affordable ways, across different settings and throughout life, can achieve many of these benefits. The Toronto Charter for Physical Activity outlines four actions based upon nine guiding principles and is a call for all countries, regions and communities to strive for greater political and social commitment to support health enhancing physical activity for all.*

#### Why a Charter on physical activity?

The Toronto Charter for Physical Activity is a call for action and an advocacy tool to create sustainable opportunities for physically active lifestyles for all. Organisations and individuals interested in promoting physical activity can use this Charter to influence and unite decision makers, at national, regional and local levels, to achieve a shared goal. These organisations include health, transport, environment, sport and recreation, education, urban design and planning as well as government, civil society and the private sector.

#### Physical activity – a powerful investment in people, health, the economy and sustainability

Throughout the world, technology, urbanisation, increasingly sedentary work environments and automobile-focused community design have engineered much physical activity out of daily life. Busy lifestyles, competing priorities, changing family structures and lack of social connectedness may also be contributing to inactivity. Opportunities for physical activity continue to decline while the prevalence of sedentary lifestyles is increasing in most countries, resulting in major negative health, social and economic consequences.

**For health**, physical inactivity is the fourth leading cause of chronic disease mortality such as heart disease, stroke, diabetes, cancers, contributing to over three million preventable deaths annually worldwide. Physical inactivity also contributes to the increasing level of childhood and adult obesity. Physical activity can benefit people of all ages. It leads to healthy growth and social development in children and reduces risk of chronic disease and improved mental health in adults. It is never too late to start physical activity. For older adults the benefits include functional independence, less risk of falls and fractures and protection from age related diseases.

### The 3<sup>rd</sup> International Congress of Physical Activity and Public Health で採択された

(2010.5.5-8, Toronto)

9つの指針と  
4つの行動領域

ホームページ:  
[www.globalpa.org.uk](http://www.globalpa.org.uk)



## 9項目の指針①

1. 全人口および特定の集団(女性、高齢者、子ども、障害者、勤労者など)、特に身体活動を行うことに大きな障壁を有する人々に対して、**科学的根拠に基づいた戦略**を用いる。
2. 社会的不平等、健康の不平等、身体活動機会の不均等を減少させるような**公平性の戦略**を用いる。
3. 身体不活動の環境的、社会的、個人的な**規定要因の改善**に取り組む。
4. 効果を最大にするために、持続可能な対策を、国や地域の**各レベルで複数部門の連携**を通じて実施する。
5. 研究、実践、政策、評価、調査のための能力を高め(**キャパシティ・ビルディング**)、トレーニングを支援する。

59

## 9項目の指針②

6. 子ども、家族、成人、高齢者のニーズに対応した、**生涯を通じたアプローチ**を行う。
7. 身体活動に関する政治的取り組みを強化し、資源を増大するために、**政策決定者や社会一般に対して唱道**する。
8. **文化的差異に配慮**し、多様な地域の現状、背景、資源に応じた戦略を採用する。
9. **身体活動を行うという選択が容易にできるようにすること**で、個人が健康な選択をすることを促進する。

60



## 4つの行動領域(Framework for action)

1. 国家政策、行動計画の策定と実行
  - Implement a national policy and action plan
2. 身体活動を支援する施策の導入
  - Introduce policies that support physical activity
3. 身体活動に重点を置いたサービスと財源の新たな方向づけ
  - Reorient services and funding to prioritise physical activity
4. 対策のためのパートナーシップの構築
  - Develop partnerships for action

61

## 本日の講演の内容

- ⑧ 健康づくりの基本理念としての「ヘルスプロモーション」
- ⑧ 身体活動・運動の健康影響
- ⑧ 健康日本21における身体活動・運動の推進
- ⑧ 新たな健康づくり対策、健康日本21(第二次)
- ⑧ 健康づくりにおける身体活動推進
- ⑧ 身体活動推進のための社会環境の整備

62

# タバコ対策は飛躍的な成功を遂げた

- ・ **健康増進法**が制定され、**受動喫煙の防止**が盛り込まれた。→公共施設のかなりの部分で禁煙が始まった。たとえば千代田区で路上喫煙防止条例ができた。
  - ・ 厚生労働省が**分煙のガイドライン**を出した。
  - ・ **タバコの価格**が上昇した。  
→社会環境が近年や分煙の方向に進んだ。
  - ・ **禁煙治療**が保険で診療報酬化された。
  - ・ 経口禁煙補助薬剤の進歩（**バレニクリン**などの登場）  
→喫煙者に対する**ハイリスク戦略**の成功
  - ・ 禁煙に関しては、**ポピュレーション戦略**と**ハイリスク戦略**がうまく調和を取りながら進んでいった。
- ・ **→身体活動・運動や栄養に関する対策も環境整備を考えていかなければならない**

63

63

## Environmental Contributions to the Obesity Epidemic

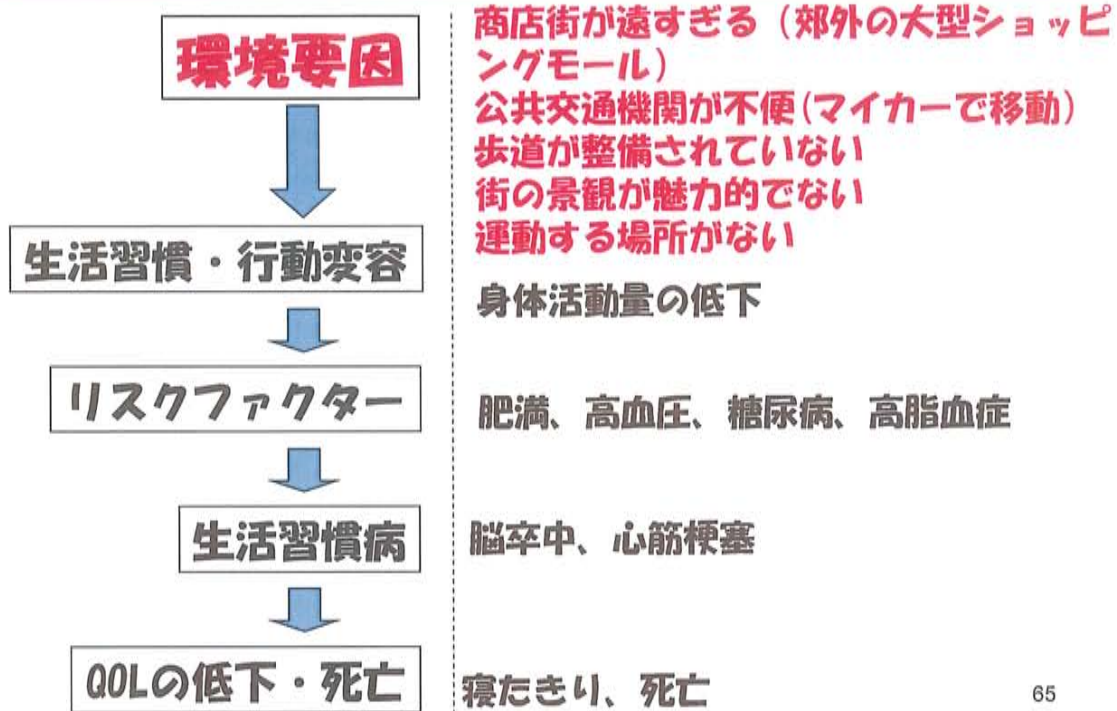
James O. Hill\* and John C. Peters

The current epidemic of obesity is caused largely by an environment that promotes excessive food intake and discourages physical activity. Although humans have evolved excellent physiological mechanisms to defend against body weight loss, they have only weak physiological mechanisms to defend against body weight gain when food is abundant. Control of portion size, consumption of a diet low in fat and energy density, and regular physical activity are behaviors that protect against obesity, but it is becoming difficult to adopt and maintain these behaviors in the current environment. Because obesity is difficult to treat, public health efforts need to be directed toward prevention.

efficient to explain the prevalence of obesity. For any given genotype, expenditure has only a limited capacity to adjust to changes in food intake to maintain energy balance. In extraordinary circumstances, such as forced overfeeding, energy expenditure can be increased by only 5 to 10%.

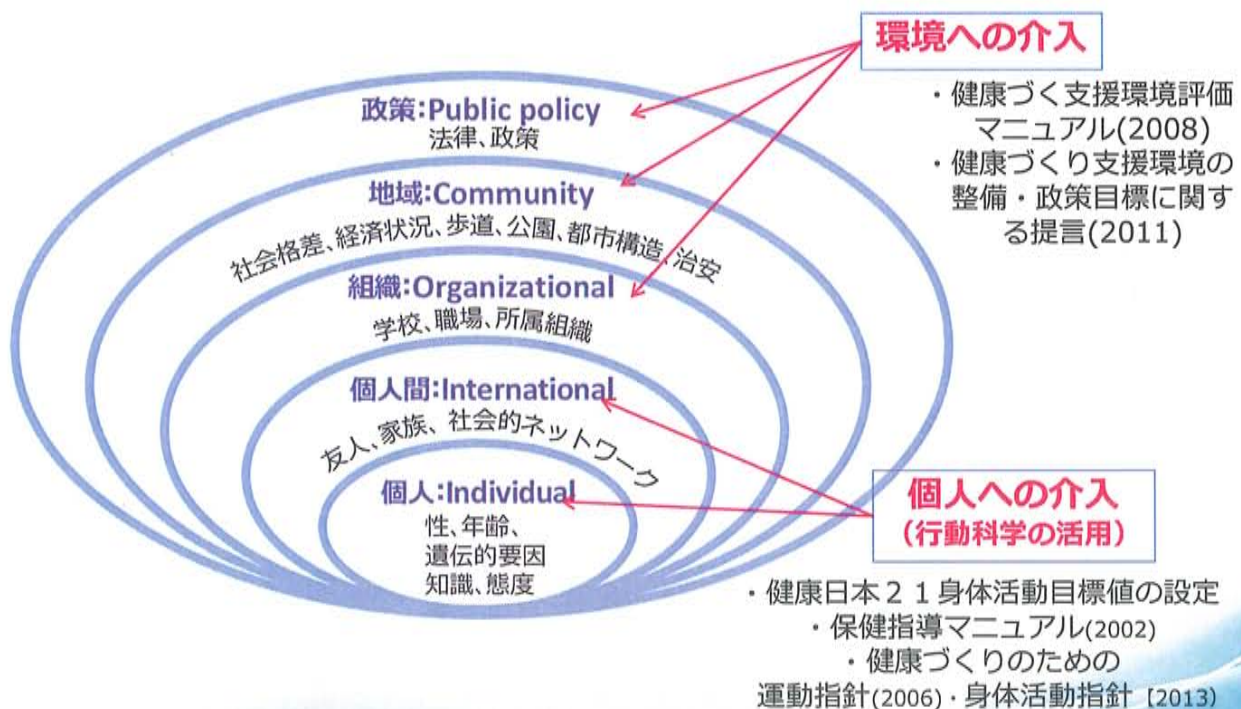
近年、肥満が急激に増加している。その大きな原因は環境、すなわち、過食と身体的不活動を促進する環境によっている

# 身体活動・健康の推進には環境への アプローチが必要



65

## 身体活動・健康に影響する要因



# 身体活動・運動における「環境」とは

## ○ 物理的環境

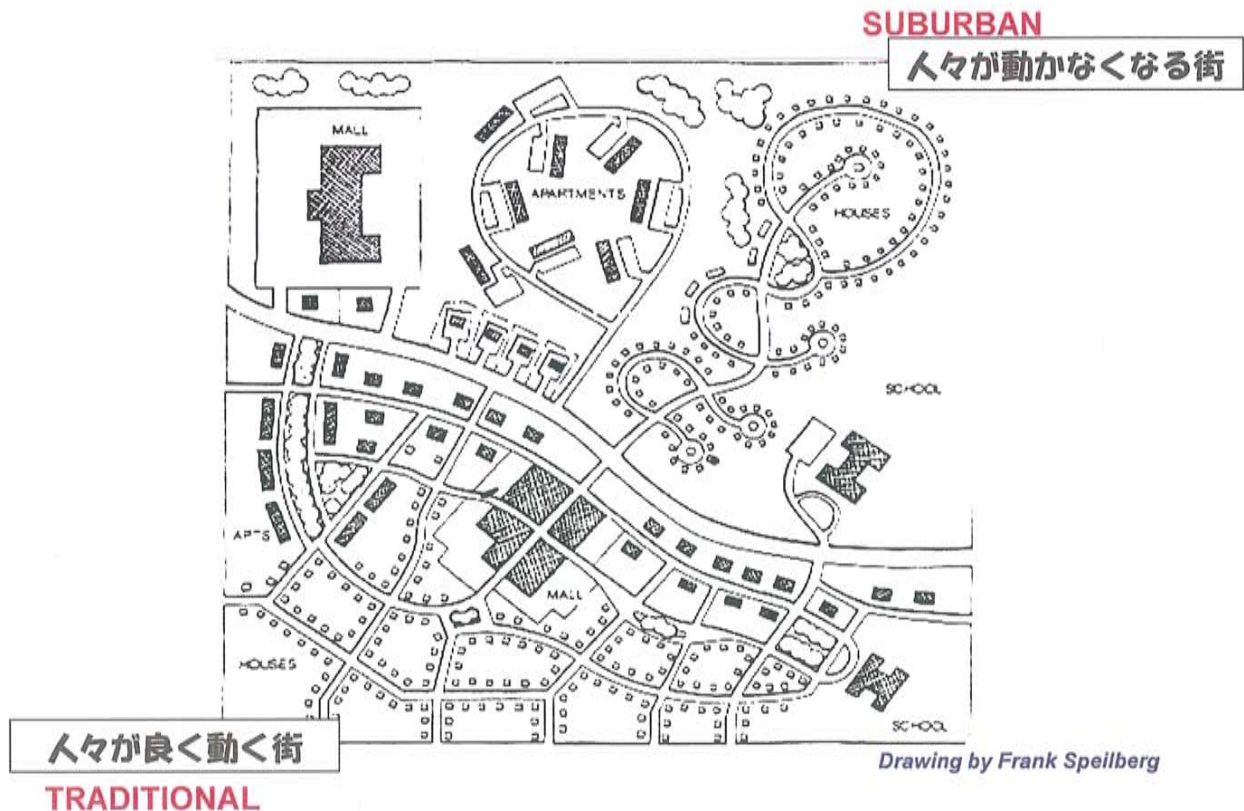
目的地へのアクセス、運動施設へのアクセス、歩道、景観など

## ○ 社会的環境

ソーシャルネットワーク、**ソーシャルキャピタル\***、社会経済状態、社会格差、家族の支援、**運動指導者**、健康情報、運動プログラムなど

\*人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「絆」「ネットワーク」といった社会組織の特徴

67



どのような環境整備、街づくりが身体活動推進につながるのかが、重要な課題

68

## 身体活動に好ましい環境は？



Walkability: Residential density, Land use mix, Street connectivityなど

69

## 地域環境と歩行との関連

Original Article

### Association between Perceived Neighborhood Environment and Walking among Adults in 4 Cities in Japan

Shigeru Inoue<sup>1</sup>, Yumiko Ohya<sup>1</sup>, Yuko Odagiri<sup>1</sup>, Tomoko Takamiya<sup>1</sup>, Kaori Ishii<sup>1</sup>, Makiko Kitabayashi<sup>1</sup>, Kenichi Suijo<sup>1</sup>, James F Sallis<sup>2</sup>, and Teruichi Shimomitsu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Preventive Medicine and Public Health, Tokyo Medical University, Tokyo, Japan

<sup>2</sup>Department of Psychology, San Diego State University, San Diego, CA, USA

Received July 28, 2009; accepted November 29, 2009; released online May 15, 2010

#### ABSTRACT

**Background:** Recent research highlights the importance of environment as a determinant of physical activity; however, evidence among Japanese is sparse. The aim of this study was to examine the association between perceived neighborhood environment and neighborhood walking for multiple purposes among Japanese.

**Methods:** We conducted a population-based, cross-sectional study of 1461 Japanese adults (age:  $48.2 \pm 14.1$  years, men: 44.8%). Neighborhood environment and walking were assessed by a validated questionnaire. The odds ratio of

**都市構造が地域住民の歩行習慣に関連していることが明らかとなった**

# 日本の4都市における調査

厚生労働科学研究「健康づくりを支援する環境とその整備状況の評価手法に関する研究」  
(平成17年度～平成19年度)

- **対象**  
住民基本台帳から抽出した  
4,000名 (20-69歳の男女)
- **方法**  
郵送による横断研究

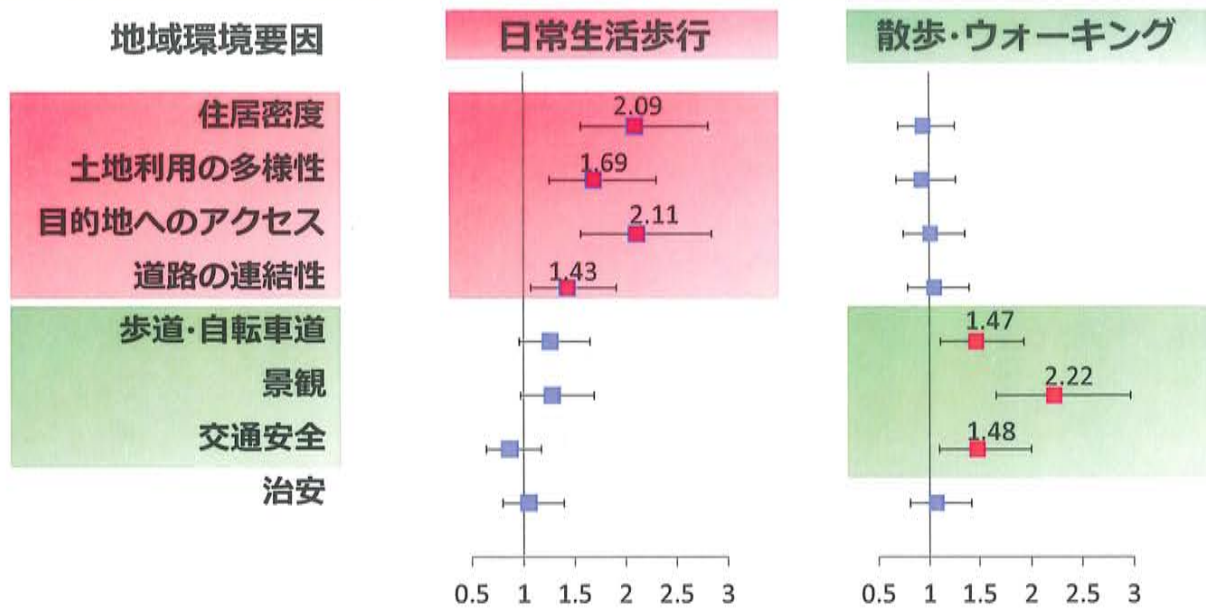


## 自宅近隣の環境と歩行時間 (n=1,455)

|                     | オッズ比 (95% 信頼区間)          | P値           |
|---------------------|--------------------------|--------------|
| <b>住居密度</b>         | <b>1.47</b> (1.11, 1.96) | <b>0.008</b> |
| 混合土地利用: 多様性         | 1.19 (0.89, 1.60)        | 0.238        |
| <b>混合土地利用: アクセス</b> | <b>1.33</b> (1.00, 1.78) | <b>0.053</b> |
| 道路の連結性              | 1.01 (0.77, 1.34)        | 0.924        |
| <b>歩道・自転車道</b>      | <b>1.56</b> (1.19, 2.04) | <b>0.001</b> |
| <b>景観</b>           | <b>1.49</b> (1.14, 1.95) | <b>0.004</b> |
| 交通安全                | 1.02 (0.77, 1.35)        | 0.895        |
| 治安                  | 1.03 (0.79, 1.36)        | 0.816        |

調整要因: 性別、年齢、居住都市、仕事の有無、教育歴、BMI、自覚的健康感

# 地域環境と歩行習慣のオッズ比 (地域住民1473人)



調整要因：性、年齢、居住地、BMI、主観的健康感、仕事の有無、教育レベル  
表示は歩行習慣ありのオッズ比と95%信頼区間

Inoue S., Shimomitsu T. et al. J Epidemiol, 20, 277-286, 2010

73

## 身体活動との関連が示唆されている環境要因

- ⑧ 「移動のための歩行」と関連の強い環境要因
  - 人口密度の高い地域
  - 混合土地利用度 (land use mix) が高い地域 (居住地域、商業地域、文教地域等が混ざっている地域)
  - 道路の接続性のよい地域
- ⑧ 「散歩・ウォーキング」と関連の強い環境要因
  - 景観の良い地域
  - 歩道・自転車道がよく整備された地域
  - 交通安全の確保された地域
- ⑧ 「運動」との関連が示唆されている環境要因
  - 運動場所 (オープンスペース、運動施設) へのアクセスが良い地域
- ⑧ 身体活動との関連が一定していない環境要因
  - 治安

74



## 身体活動運動分野の目標値 健康日本21(第二次)

- **歩数の増加(1,000~1,500歩の増加)**  
20歳~64歳:男性9,000歩/日、女性8,500歩/日  
65歳以上:男性7,000歩/日、女性6,000歩/日
- **運動習慣者の割合の増加(約10%の増加)**  
20~64歳:男性36%、女性33%、総数34%  
65歳以上:男性58%、女48%、総数 52%

### 新しい目標として

- **住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体の増加(すべての都道府県)**  
17都道府県⇒47都道府県

75



## 国民の健康の増進の推進 に関する重要事項

健康日本21(第二次)

- 一 地域の健康課題を解決するための効果的な推進体制
- 二 多様な主体による自発的取り組みや連携の推進  
**運動や休養に関連する健康増進サービス関連企業、健康機器製造関連企業、食品関連企業をはじめとして、健康づくりに関する活動に取り組む企業、NGO、NPO等の団体の取り組みを一層推進するとともにこれらについての情報発信を行う。**  
**ウォーキングロードの整備等の対策、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等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について、する必要がある。関係行政分野や関係行政機関等が十分に連携**
- 三 健康増進を担う人材  
国及び地方公共団体は、健康増進に関する施策を推進するための保健師、管理栄養士等の資質の向上、**健康運動指導士等の健康増進のための運動指導者や健康スポーツ匠との連携、食生活改善推進員、運動普及推進員、禁煙普及員等のボランティア組織や健康増進のための自助グループの支援体制の構築等に努める。**

76





# 身体活動支援環境の目標設定のフレームワーク

## 規制・政策レベル

環境を規定する法律や政策

例：都市計画に関する法律、運動指導者の配置に関する法律など

## 環境レベル

身体活動に影響する環境

例：都市の構造、自宅近隣の環境、指導者の状況、運動場所、歩道、など

## 行動レベル

特定の環境・状況で実施される特定の行動

例：通勤、通学、買い物、ウォーキングなど

## 身体活動の増加

健康づくり支援環境の整備・政策目標  
に関する提言（2011年3月）

79

## ではどうするか？

- **研究の推進**
  - 環境評価方法の開発(質問紙、観察、GIS)
  - 身体活動に影響する環境要因を明らかにする。
  - 整備すべき環境要因に優先順位を付ける。
- **環境整備には多分野(すでに予算を持っている部署)との連携が重要**
  - 都市計画:**コンパクトシティ**
  - 通勤:**モビリティ・マネジメント、パークアンドライド**
  - 自転車:自転車道の整備、**コミュニティサイクル**
- **保健指導では自宅周辺の環境、運動資源について知ることが重要**

# 都市計画の新しい試み

**コンパクトシティ**: 都市的土地利用の郊外への拡大を抑制すると同時に中心市街地の活性化が図られた、生活に必要な諸機能が近接した効率的で持続可能な都市、もしくはそれを目指した都市政策のことである。

**モビリティ・マネジメント(Mobility Management、略称MM)**とは、多様な交通施策を活用し、個人や組織・地域のモビリティ(移動状況)が社会にも個人にも望ましい方向へ自発的に変化することを促す取組みを指す。

**パークアンドライド(英語:park and ride)**とは、自宅から自家用車で最寄りの駅またはバス停まで行き、車を駐車させた後、バスや鉄道等の公共交通機関を利用して都心部の目的地に向かうシステムである。

**コミュニティサイクルシステム(CCS)**とは、共用の自転車を通常のレンタサイクルのように借りた場所に返すだけでなく、他の駐輪場(サイクルポート)でも貸出・返却を可能としたシステムである。電車やバスへの乗り継ぎの利便性を高め、公共交通機関の利用を促進できる点に特徴がある。

81

## 身体活動推進のための環境整備には セクター間の協働(パートナーシップ)が重要


- コンパクトシティ、歩いて暮らせる街づくり→都市計画部門
- 歩道の整備、自転車道の整備→土木部門
- 公共交通機関の活用→都市交通部門
- 通学路の整備→教育部門、土木部門、都市計画部門
- 自然遊歩道、国民保養温泉地、保養地→環境部門

82

# 自然環境を利用した身体活動推進

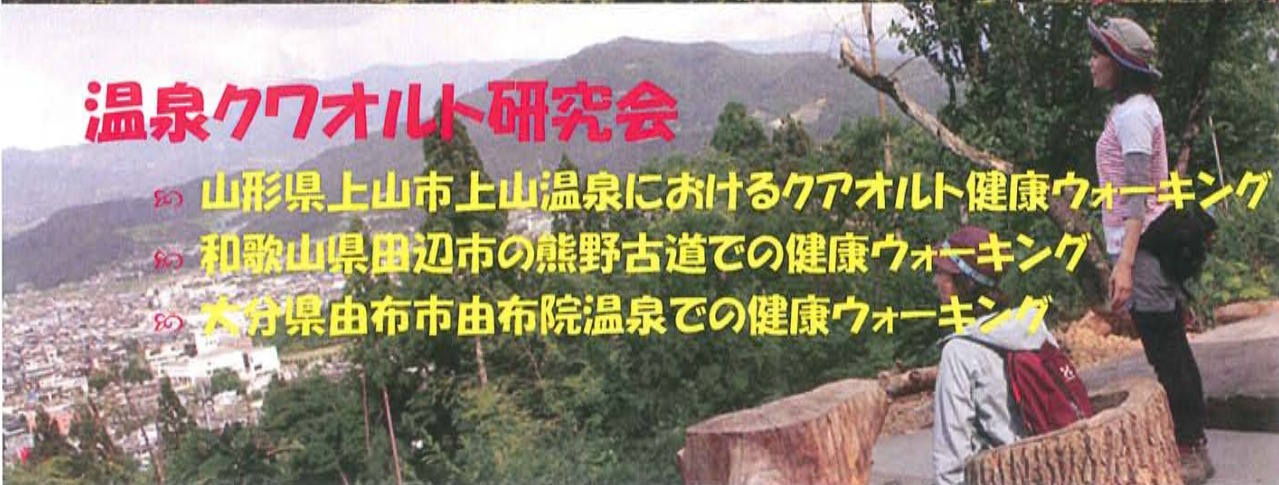
- ⑧ 社会生活の利便化、モータリゼーションの発達の中で、生活活動での身体活動量が低下しており、**余暇時間での身体活動・運動**の推進がより重要となっている
  - ⑧ 一方、我が国には野山や森林、温泉などの豊かな自然環境に恵まれている
  - ⑧ 自然環境を利用した健康づくりの推進も一つの方策
- **新しい施策：糖尿病が疑われる者に対するホテル・旅館を利用した滞在型の保健指導プログラムの中での運動指導**

83



地方における健康な町づくり、ヘルス  
プロモーション活動の一環として  
温泉を利用した健康づくりが期待される

## 温泉クワオルト研究会

- ⑧ 山形県上山市上山温泉におけるクワオルト健康ウォーキング
  - ⑧ 和歌山県田辺市の熊野古道での健康ウォーキング
  - ⑧ 大分県由布市由布院温泉での健康ウォーキング
- 

## 国民の健康づくりを支援できる**健康運動指導者**

### **の養成と活用**は重要な課題である

- 第2次国民健康づくり対策(昭和63年)の中で**健康運動指導士、健康運動実践指導者養成制度**が開始
- 健康日本21(平成12年)  
「**健康運動指導士や健康運動実践指導者**など健康と身体活動・運動に関する十分な知識・技術を持った指導者の育成」
- 「健康日本21」中間評価報告書(平成19年4月10日)  
「**健康運動指導士等の質の高い運動指導者の育成を促進するとともに、……**」
- 特定健診・特定保健指導(平成20年開始)  
「財団法人健康・体力づくり事業財団認定する**健康運動指導士**のほか……」
- 健康日本21(第二次)(平成25年)  
「健康増進の担う人材…**健康運動指導士等**の健康増進のための運動指導者や」

**健康運動指導士、健康運動実践指導者は、身体活動推進、ヘルスプロモーション活動の中核となる人材である。**

85



## 日本再興戦略

平成25年6月14日

医療や介護、保育や年金などの社会保障関連分野は、少子高齢化の進展等により**財政負担**が増大している一方、制度の設計次第で**巨大な新市場として成長の原動力**になり得る分野である。

今回の戦略では**健康長寿産業**を戦略的分野の一つに位置付け、**健康寿命延伸産業や医薬品・医療機器産業**などの発展に向けた政策、**保育の場における民間活力の活用**などが盛り込まれた。

→健康・医療・介護分野をどう成長市場に変え、質の高いサービスを提供するか、制度の持続可能性をいかに確保するかなど、中長期的な成長を実現するための課題が残されている。

86



## ④健康長寿産業を創り、育てる

### <成果目標>

◆健康増進・予防、生活支援関連産業の市場規模を2020年に**10兆円**（現状4兆円）に拡大する

◆医薬品、医療機器、再生医療の医療関連産業の市場規模を2020年に**16兆円**（現状12兆円）に拡大する

87

## 戦略市場創造プラン

日本再興戦略

### テーマ1：国民の「健康寿命」の延伸

**社会像**：予防から治療、早期在宅復帰に至る適正なケアサイクルの確立

**戦略分野**：健康増進・予防サービス、生活支援サービス、医薬品・医療機器、高齢者向け住宅等

**市場規模**：国内：**26兆円**(2020年)、**37兆円**(2030年)  
Cf. 16兆円(現在)

海外：**311兆円**(2020年)、**525兆円**(2030年)  
Cf. 163兆円

**雇用規模**：**160万人**(2020年)、**223万人**(2030年)  
Cf. 73万人

88

# まとめ

- ⑧ 健康増進、ヘルスプロモーションは、個人の健康への努力と社会環境の整備の両方が相まって初めて進めることができる
- ⑧ これまでの我が国の健康増進は、個人の努力に重点が置かれ、社会環境対策がともすれば疎かになっていた
- ⑧ 身体活動・運動の代表的となる歩行に関しても、モータリゼーションなどの発達により、歩数が減少傾向にあり、個人の努力のみでは歩数を増加させることはできない
- ⑧ 特に生活のための日常生活での歩行が少なくなっており、その分余暇時間における歩行などの身体活動のさらなる推進が望まれる
- ⑧ 都市計画や温泉保養地などでの健康づくりなど物理的、社会的環境への働きかけが一層重要となっている
- ⑧ 環境整備などの健康づくり推進には多くの部門の連携がポイントとなる
- ⑧ 健康づくりのための運動指導者の養成と活用は重要課題である

89

## 夢は2020年東京オリンピック・パラリンピック



WHO  
中嶋宏事務局長

IOC

サマラン千会長



Health for All



Sports for All

1995年カナダのケベックでWHOとIOCのジョイントミーティング



2020年東京オリンピック・パラリンピックに向けて

「Health for All, Sports for All」を標語に

身体活動・運動・スポーツによるヘルスプロモーションを推進しましょう！

90