

栄養管理と生命科学シリーズ

公衆衛生学

網中 雅仁 編著

はじめに

2023（令和5年）年1月、管理栄養士国家試験出題基準（ガイドライン）改訂検討会によって、新たなガイドラインが示された。これは、新たな法律や制度の改正に対して迅速に対応するためであり、おおむね4年に1度実施されている。

今回の改定は、超高齢社会であるわが国の人口構成が、今後2040（令和22）年の高齢人口割合で35%に達することを考慮し、その時代を見据えた多業種連携に必要な知識及び技能や法改正に伴う適切かつ効果的な栄養管理の能力を修得した管理栄養士の養成を目的としている。

これからの管理栄養士養成施設に求められる教育として、国家試験の合格をめざすことは専門職としてのスタートであって、各々の養成施設が質の高いプロフェッショナリズムを備えた人材を育てる教育プログラムを学生へ提供することになる。学生は、今後訪れる我が国の社会的諸問題に多業種とともに収拾する役割を担っていることを自覚し、期待される管理栄養士となるべく研鑽を積むことを囑望する。

公衆衛生学の分野では、栄養管理を実践する上で基本となる人間の健康（疾病）と社会・環境、食べ物の関係について広く学修することが求められる。健康増進に関する統計では、レセプト情報・特定健診等データベース（NDB）、国保データベース（KDB）が追加された。また、関連する医療保険制度において、保険者の役割とデータヘルス計画も重要視されており、既に関連事項が第37回国家試験に出題される状況である。

本書は、新たな出題基準に準拠させ、出題基準の大・中・小項目の内容を含む構成となるように配慮している。また、各項目の重要事項に焦点を合わせた例題を適時加えることで、内容の理解と知識の定着を図っている。さらに章末には、関連する国家試験レベルの問題を掲載し、各章ごとの学修到達度を各自が判断できるように配置した。

本書を手に取り、活用される皆さんが、管理栄養士国家試験に合格されることを心から願う次第である。

2023（令和5）年3月

編集（著者代表） 網中雅仁

編集者

網中 雅仁 くらしき作陽大学 食文化学部 栄養学科 教授

執筆者 (五十音順)

網中 雅仁 くらしき作陽大学 食文化学部 栄養学科 教授
(1章、7章5～7節)

清原 康介 大妻女子大学 家政学部 食物学科 准教授 (3章、4章)

熊田 薫 茨城キリスト教大学 生活科学部 食物健康科学科 教授 (2章)

後藤 政幸 和洋女子大学 名誉教授 (7章9節)

古屋 博行 東海大学 医学部 基盤診療学系 教授 (6章、7章)

村田 貴俊 鶴見大学 歯学部 口腔衛生学 講師 (5章)

本橋 隆子 聖マリアンナ医科大学 医学部 予防医学 講師
(7章1～4節)

依田 健志 川崎医療福祉大学 医療技術学部 健康体育学科 准教授
(7章8節、7章10～11節)

目次

第1章 社会と健康／1

1 健康の概念／2

- 1.1 健康の定義／2
- 1.2 健康づくりと健康管理／3

2 公衆衛生の概念／4

- 2.1 公衆衛生の定義／4
- 2.2 公衆衛生の目標／5
- 2.3 公衆衛生と予防医学：一次・二次・三次予防／5
- 2.4 プライマリヘルスケア／6
- 2.5 ヘルスプロモーション／6
- 2.6 公衆衛生活動の進め方／8
- 2.7 予防医学のアプローチ／10

3 社会活動の公正と健康格差の是正／11

- 3.1 社会的公正の概念／11
- 3.2 健康の社会的決定要因、健康格差／11

章末問題／13

第2章 環境と健康／17

1 生態系と人々の生活／18

- 1.1 生態系と環境の保全／18

2 環境汚染と健康影響／21

- 2.1 地球（世界規模）での取り組み／22
- 2.2 環境保全、環境汚染／30
- 2.3 公害／36

3 環境衛生／41

- 3.1 気候、季節／41
- 3.2 空気／41

- 3.3 圧力／42
 - 3.4 温熱／42
 - 3.5 放射線／43
 - 3.6 上水道と下水道／44
 - 3.7 廃棄物処理／45
 - 3.8 住居の衛生／47
- 章末問題／50

第3章 健康、疾病、行動に関わる統計資料／57

1 保健統計／58

- 1.1 保健統計の概要／58
- 1.2 わが国の主な保健統計／58

2 人口静態統計／58

- 2.1 人口静態統計と国勢調査／58
- 2.2 人口の推移／59
- 2.3 世界の人口／63

3 人口動態統計／65

- 3.1 人口動態統計と各指標の届出制度／65
- 3.2 出生／65
- 3.3 死亡／68
- 3.4 年齢調整死亡率／69
- 3.5 死因統計と死因分類（ICD）／73
- 3.6 出生前後の死亡／75

4 生命表／77

- 4.1 生命表／77
- 4.2 平均余命と平均寿命／77
- 4.3 健康寿命／78

5 傷病統計／79

- 5.1 患者調査／79
- 5.2 国民生活基礎調査／80

章末問題／82

第4章 健康状態・疾病の測定と評価／87

1 疫学の概念と指標／88

- 1.1 疫学の定義、対象と領域／88
- 1.2 疾病頻度、死亡頻度の指標／88
- 1.3 曝露因子の影響評価／90

2 疫学の方法／94

- 2.1 疫学研究のデザイン／94
- 2.2 横断研究／95
- 2.3 生態学的研究（地域相関研究）／96
- 2.4 コホート研究／96
- 2.5 症例対照研究（ケースコントロール研究）／97
- 2.6 コホート研究と症例対照研究の比較／97
- 2.7 介入研究（実験疫学）／99
- 2.8 ランダム化比較試験／99
- 2.9 非ランダム化比較試験／100

3 バイアス、交絡の制御と因果関係／101

- 3.1 バイアス、疫学研究における誤差／101
- 3.2 交絡と標準化／102
- 3.3 疫学研究の評価と因果関係の捉え方、Hi11の判定基準／104

4 スクリーニング／105

- 4.1 スクリーニングの目的と適用条件／105
- 4.2 スクリーニングの精度／106

5 根拠（エビデンス）に基づいた医療及び保健対策／109

- 5.1 EBMとEBPH／109
- 5.2 エビデンスの質のレベル／110
- 5.3 系統的レビュー（システマティックレビュー）とメタアナリシス／110
- 5.4 診療ガイドライン、保健政策におけるエビデンス／112

6 疫学研究と倫理／113

- 6.1 人を対象とした研究調査における倫理的配慮／113
- 6.2 インフォームド・コンセントとオプトアウト／114
- 6.3 倫理審査委員会／114
- 6.4 利益相反／115

第5章 生活習慣（ライフスタイル）の現状と対策／121

- 1 健康に関連する行動と社会／122
 - 1.1 健康の生物心理社会モデル／122
 - 1.2 生活習慣病、NCD の概念／122
 - 1.3 健康日本 21／123
- 2 身体活動、運動／124
 - 2.1 身体活動・運動の現状／124
 - 2.2 身体活動・運動の健康影響／126
 - 2.3 健康づくりのための身体活動基準及び指針／127
- 3 喫煙行動／128
 - 3.1 喫煙の現状／128
 - 3.2 喫煙の健康影響と社会的問題／129
 - 3.3 禁煙サポートと喫煙防止／130
 - 3.4 受動喫煙防止／131
 - 3.5 その他のたばこ対策／132
- 4 飲酒行動／132
 - 4.1 飲酒の現状／132
 - 4.2 飲酒の健康影響と社会的問題／133
 - 4.3 アルコール対策と適正飲酒／134
- 5 睡眠、休養、ストレス／135
 - 5.1 睡眠と生活リズム／135
 - 5.2 睡眠障害と睡眠不足の現状、睡眠指針／135
 - 5.3 休養の概念と休養指針／136
 - 5.4 ストレスの概念とストレスマネジメント／137
- 6 歯科保健行動／137
 - 6.1 歯の健康と食生活／137
 - 6.2 歯と全身の健康／138
 - 6.3 歯科保健行動／138
 - 6.4 歯科保健対策／138

第6章 主要疾患の疫学と予防対策 / 145

1 がん (Cancer) / 146

- 1.1 がん (悪性腫瘍) とは / 146
- 1.2 主要部位のがん (がんの疫学) / 146
- 1.3 がん予防と対策 / 150
- 1.4 がん検診 / 155
- 1.5 健診と検診 / 157

2 循環器疾患 / 157

- 2.1 循環器の疫学 / 157
- 2.2 高血圧性疾患 / 157
- 2.3 脳血管疾患 / 160
- 2.4 心疾患 / 163

3 代謝疾患 / 164

- 3.1 肥満、メタボリックシンドローム / 164
- 3.2 糖尿病 / 169
- 3.3 脂質異常症 / 172
- 3.4 食事療法の効果を得るために / 175
- 3.5 食事療法に活用できるデータの掲載 / 175

4 骨・関節疾患 / 176

- 4.1 骨粗鬆症、骨折 / 176
- 4.2 変形性関節症 / 178
- 4.3 ロコモティブシンドローム / 179

5 感染症 / 180

- 5.1 感染症の成立 / 180
- 5.2 主要な感染症 / 181
- 5.3 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 (感染症法) / 185
- 5.4 検疫と予防接種、感染症対策 / 187

6 精神疾患 / 190

- 6.1 精神疾患と精神障害 / 190
- 6.2 主要な精神疾患 / 190
- 6.3 精神保健対策 / 191

- 6.4 認知症／192
- 7 その他の疾患／193**
 - 7.1 慢性腎臓病（CKD）／193
 - 7.2 呼吸器疾患／193
 - 7.3 肝疾患／194
 - 7.4 アレルギー疾患／195
- 8 自殺、不慮の事故、虐待、暴力／197**
 - 8.1 自殺／197
 - 8.2 不慮の事故／198
 - 8.3 虐待、暴力／198
- 章末問題／199

第7章 保健・医療・福祉の制度／205

- 1 社会保障の概念／206**
 - 1.1 社会保障の定義と歴史／206
 - 1.2 公衆衛生と社会保障／207
- 2 保健・医療・福祉における行政のしくみ／208**
 - 2.1 国の役割と法律／208
 - 2.2 衛生法規の定義とその内容／209
 - 2.3 地方自治のしくみ：地方自治法／209
 - 2.4 都道府県の役割／210
 - 2.5 市町村の役割／210
 - 2.6 他職種の役割と連携／211
- 3 医療制度／212**
 - 3.1 医療保険制度／212
 - 3.2 医療施設と医療従事者／214
 - 3.3 医療費／215
 - 3.4 医療法と医療計画／218
 - 3.5 保険者の役割とデータヘルス計画／219
- 4 福祉制度／221**
 - 4.1 社会福祉制度の概要と関連法規／221
 - 4.2 社会福祉／226

- 4.3 障害者福祉／227
- 4.4 在宅ケア・訪問看護／230
- 5 地域保健／232**
 - 5.1 地域保健活動の概要／232
 - 5.2 地域保健法／233
 - 5.3 保健所と従事者／233
 - 5.4 市町村保健センターと従事者／235
 - 5.5 地域における資源と連携／236
 - 5.6 地域における健康危機管理；自然災害、感染症、食中毒／236
- 6 母子保健／237**
 - 6.1 母子保健の概要／237
 - 6.2 母子保健法／237
 - 6.3 母子健康手帳／239
 - 6.4 乳幼児健康診査／240
 - 6.5 新生児マスキング／240
 - 6.6 健やか親子 21／241
 - 6.7 少子化対策／242
 - 6.8 児童虐待防止／242
- 7 成人保健／243**
 - 7.1 生活習慣病の発症予防と重症化予防／243
 - 7.2 特定健康診査・特定保健指導とその評価／243
 - 7.3 高齢者の医療の確保に関する法律／247
- 8 高齢者保健・介護／248**
 - 8.1 高齢者の定義と特徴／248
 - 8.2 高齢者の介護／251
 - 8.3 地域包括支援センター／255
- 9 産業保健／256**
 - 9.1 労働と健康／256
 - 9.2 労働安全衛生法／256
 - 9.3 労働安全衛生対策／258
 - 9.4 生物学的モニタリング／259
 - 9.5 産業保健従事者／260
 - 9.6 職業と健康障害／261

- 9.7 健康確保対策／263
- 9.8 労働災害／263
- 9.9 過重労働対策、メンタルヘルス対策、THP／265
- 9.10 その他の健康管理対策／265

10 学校保健／266

- 10.1 学校保健とは／266
- 10.2 学校保健統計／267
- 10.3 保健統計調査結果の概要／268
- 10.4 学校保健安全法／271
- 10.5 栄養教諭／273

11 国際保健／273

- 11.1 国際保健・地球規模の健康問題／273
- 11.2 わが国の国際協力／274
- 11.3 持続可能な開発目標（SDGs）／275
- 11.4 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）／276
- 11.5 保健医療分野の国際機関／276

章末問題／278

参考資料／287

1 健康日本 21（第二次）の主な目標値一覧／288

2 公害関係基準表／295

- 1 大気汚染に係る環境基準／295
- 2 有害大気汚染物質（ベンゼン等）に係る環境基準／295
- 3 騒音に係る環境基準について／296
- 4 水質汚染に係る環境基準／297



社会と健康

1 健康の概念

日本人の平均寿命は、男性が81.47歳、女性が87.57歳（2021（令和3）年）に達した。新型コロナウイルスの影響で前年に比べて男性が0.09歳、女性が0.14歳短くなったが、いずれも世界と比較して男性が第3位、女性が第2位の長寿国である。とくに近年、がんや心疾患、脳血管疾患などの死亡率の低下が、平均寿命の延びた要因であるとされる。平均寿命だけからも分かるように、わが国は世界有数の衛生立国であるといえよう。その一方で、わが国の自殺死亡数は、2万人を超えた状態が恒常化し、特に若年者から青年期の死亡原因の1位となっている。また、超高齢社会に歯止めがかからず、合計特殊出生率は、1.30、人口の自然増減数の減少も約62万8千人を超え、過去最大となった（2021（令和3）年）。このような状況で日本が真の衛生立国として評価され続けるためには、どのような施策をとっていくことが必要なのであろうか。多くの日本人は、さまざまな国の施策（健康日本21第二次等）によって健康を意識する生活スタイルへと変化してきている。公衆衛生の目的は、まさに人々の健康を保持・増進させることである。

健康とは何か、どこからが不健康なのか。はっきりと区切ることができるものではない。また、健康の概念は、時代や環境、国策によって影響を受ける。図1.1は、健康の概念を示したものである。

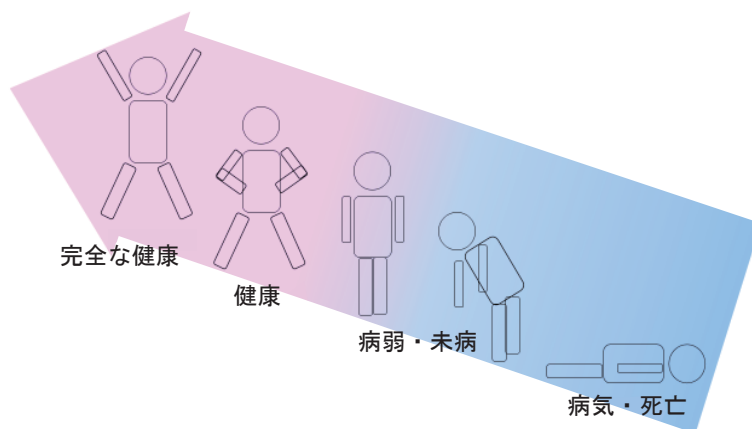


図1.1 健康の概念

1.1 健康の定義

社会・環境と健康では、公衆衛生学の領域を学ぶ。公衆衛生は個人ではなく、集団の健康を対象としており、日本国憲法第25条に示された「すべての国民は健康で

文化的な最低限度の生活を営む権利（生存権）」及び2項の「すべての生活部門について、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」に基づいている。

健康の定義については、世界保健機関（WHO）設立以前の1946年にWHO憲章前文で示されており、健康を「病気でない」という状態だけで捉えるのではなく、「完全に良好な状態」として積極的かつ精神的、社会的な健康も加味した健康観で示している。WHOによる健康の定義では「健康とは、**身体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態**であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。(Health is a state of complete **physical, mental and social** well-being and not merely the absence of disease or infirmity.)」としている。また、これからの健康観では、疾病や障害とうまくバランスをとりながら、生活の質（*Quality of Life ; QOL*）を維持する考え方も許容される社会へと変化してきている。

例題 1 健康の定義について、提唱されたのはどれか。1つ選べ。

1. 国連憲章
2. オタワ憲章
3. WHO 憲章前文
4. バンコク憲章
5. アルマ・アタ宣言

解説 1. 国連憲章は、国際連合（UN）の設立条約である。 2. 4. オタワ憲章とバンコク憲章では、ヘルスプロモーションを提唱した。 5. アルマ・アタ宣言ではプライマリヘルスケアを提唱した。これらの詳細については（1.2項 公衆衛生の概念）に後述する。

解答 3

1.2 健康づくりと健康管理

わが国では、日本国憲法に基づいて私たちの生存権を保障している。また、これを履行するためにさまざまな法律や施策、予算が費やされている。これらは、すべて健康で文化的な生活を営むうえで必要なことである。一方、健康の捉え方は、社会の発展とともに変化してきた。かつて健康は、疾病の治療や治癒の先にある概念であった。しかし、医学の進歩によって疾病の予防や寿命の延長が可能となり、さらに寿命を伸ばすことが目的ではなく、QOLを求めるようになってきた。さらに、なぜ健康でいられるのか、どうすれば健康でいることができるのかという健康生成

論も発展してきている。

疾病は、予防医学の概念から図1.2に示すように疾病前段階（感受性期）、疾病段階（前期）、疾病段階（後期）に分けられ、その予防手段として健康保持・増進、早期発見・早期治療、機能障害防止・リハビリテーションが提唱された。これらの概念を一次予防・二次予防・三次予防とよぶ（詳細は2.3を参照）。

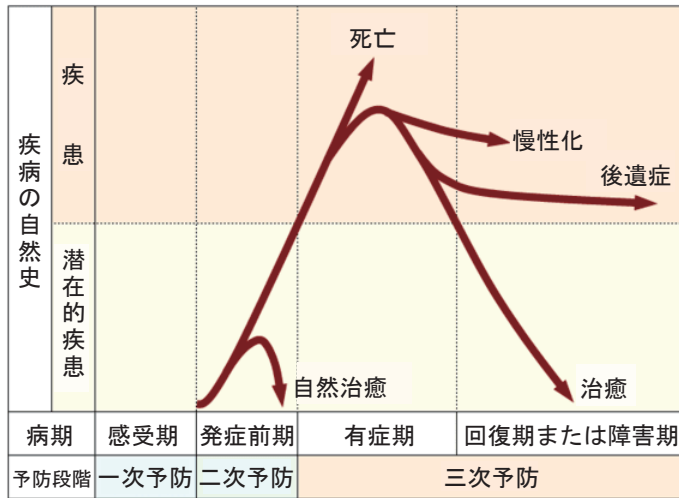


図1.2 疾病の自然史と予防医学の概念

2 公衆衛生の概念

2.1 公衆衛生の定義

第二次世界大戦前、アメリカの公衆衛生学者である Winslow (1877-1957) は、現在に続く公衆衛生の基礎をつくった。Winslow による公衆衛生の定義では、「公衆衛生とは組織的な地域社会の努力によって疾病を予防し、寿命の延伸を測り、身体的および精神的健康と能力を増進するための技術と科学である」とし、現在でも広く受け入れられている。具体的には、それまで公衆衛生の中心とされた環境衛生のほかに感染症の予防、母子保健、学校保健、精神保健、栄養改善、疾病の早期発見や治療のための医療保健サービスの組織化、衛生教育や健康を維持するための社会制度の構築や改善などである。公衆衛生は、病気の治療を目的とするものではない。病気の人のみならず、健康な人を含めた集団を対象に健康生成や予防活動を提供し、地域社会における活動として実践される学問である。その領域は医療統計学、疫学、保健施策、医療管理学、保健衛生学、医療社会学、産業保健学、環境保健学など多岐にわたる。

2.2 公衆衛生の目標

公衆衛生は、個々の健康を優先するのではなく、社会全体として健康向上を目指す学問である。病気を見つけ出すことや予防のための衛生教育のみならず、社会全体の保健福祉に関するシステムの構築も含めて発展してきた。公衆衛生が目指す目標とは、社会的な存在である個人と集団としての健康について、適度な運動、十分な休養、バランスのよい栄養を柱とする健康保持・増進を推進し、疾病の予防、生命の延長および健康寿命の延伸に必要な生活環境、社会福祉、医療体制を構築することである。

2.3 公衆衛生と予防医学：一次・二次・三次予防

公衆衛生の基本は、健康保持・増進である。これを一次予防とよんでいる。一次予防は健康な段階で行う疾病予防活動であり、健康増進活動と特異的一次予防活動に分けられる。健康増進活動には、健康教育や栄養教育、衛生教育、適切な栄養摂取や生活環境の確保、快適かつ健康的な労働条件の提供などがある。具体的には、乳幼児健診や学校健診、一般健診などの他、減塩指導、禁煙教育、転倒予防、食習慣などの栄養改善、労働環境の改善、企業における THP 活動、労働衛生での 3 管理（作業管理、作業環境管理、健康管理）などがある。また、特異的一次予防活動として予防接種、感染流行地への移動制限、性感染症予防のためのコンドーム使用などがある。

二次予防は、早期発見・早期治療を目的とする。具体的には新生児マスキリーニング、人間ドック、特定健診・特定保健指導、職域での特殊検診、地域保健でのがん検診などがある。

三次予防は疾病による後遺症予防や再発防止など機能障害防止を目的とする。具体的にはリハビリテーションなどの機能回復訓練、精神科デイケア、介護施設の整備、職場復帰後の適正配置などがある。

例題 2 公衆衛生活動における一次予防である。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. ドライクリーニング工場で働く労働者の特殊検診
2. 給食事業の就業者に対する健康診断での検便
3. 50歳の専業主婦が受ける特定健診
4. 療養中の脳血管疾患の患者に対する歩行訓練
5. 新生児に実施する新生児マスキリーニング

解説 一次予防は健康保持増進活動である。給食事業者に実施する検便は、年に1度行われる一般健診の中で検査する。一般健診は労働安全衛生法に基づく健康保持増進を目的に実施することが事業者に義務づけられている。1. 特殊検診は職業病の早期発見、早期治療を目的とする二次予防。3. 特定健診は、生活習慣病の早期発見を目的とする二次予防。4. リハビリテーションは三次予防。5. 先天性代謝異常症の早期発見、早期治療を目的とした二次予防。 **解答 2**

2.4 プライマリヘルスケア

プライマリヘルスケア（PHC）とは、1978年のアルマ・アタ宣言に基づく「2000年までにすべての人に健康を」という基本戦略で提唱された。これは、人間の基本的な権利である健康において格差や不平等が容認されるべきではないという基本精神に基づいている。プライマリヘルスケアの概念として、専門家による一方的な保健医療の押し付けでなく、地域社会を主体に自ら保健サービスに参画するもので、実用的、科学的、社会的に受け入れられる健康状態を得ることを目的とする。WHOが提唱するプライマリヘルスケア（PHC）の活動内容を図1.3に示す。

1. 健康問題とその予防・対策に関する衛生教育
2. 食糧供給と適正な栄養摂取の推進
3. 安全な水の供給と基本的な環境衛生
4. 家族計画を含む母子保健サービス
5. 主要な感染症に対する予防接種
6. 風土病の予防と対策
7. 一般的な疾病と傷害の適切な処置
8. 必須医薬品の準備・供給

図 1.3 プライマリヘルスケア（PHC）の活動内容

2.5 ヘルスプロモーション

WHO憲章前文にある健康の定義で掲げたように、我々がめざす健康とは、身体的、精神的そして社会的に完全に良好な状態である。WHOは、1986（昭和61）年の「オタワ憲章」において新たな健康観に基づいたヘルスプロモーションを提唱し、「自らの健康を改善する能力を高めること」を定義とした。また、その後のバンコク憲章では加えて「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」とした。ヘルスプロモーションを理解するため、

その理念と活動を健康の坂道として図示される。図 1.4 は、それを具体化したもので、めざすべき QOL の向上には険しい坂道が待ち受けているがその坂道を 1 人で克服するのではなく、住民参画やヘルスサービス事業、専門職による知識や技術など、自助・共助・公助によるヘルスプロモーション活動の普及が進み、健康への道のりも緩やかになってきている。

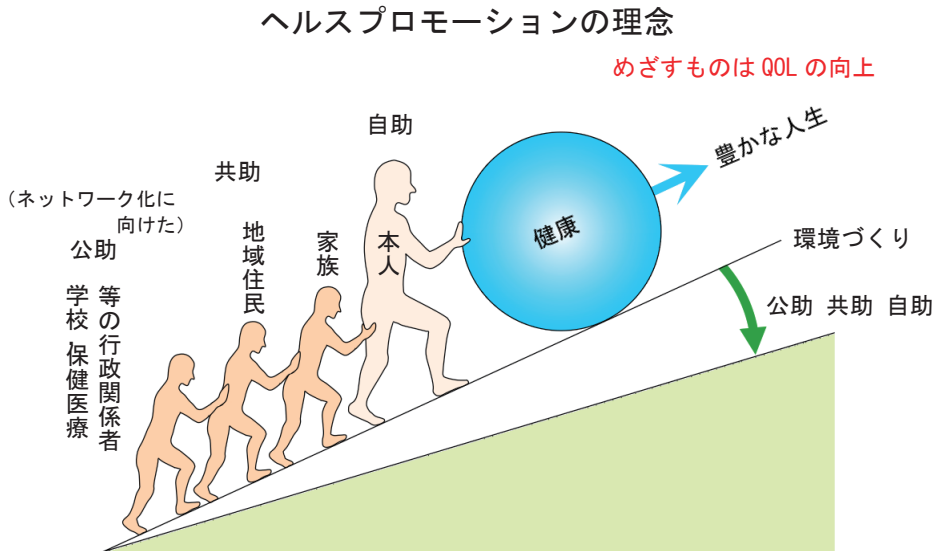


図 1.4 ヘルスプロモーション活動による健康への道のり

ヘルスプロモーションは、疾病変化を考慮したグローバルな視点から健康を推進することを目的に WHO が示した 5 つの健康増進プログラムをもとにオタワ憲章によって提唱された健康戦略である。図 1.5 に健康増進プログラムの基本的な考え方を示す。図 1.5 の考え方をもとに 1986 年、第 1 回ヘルスプロモーション国際会議が開催され、オタワ憲章が採択された。

1. 特定の疾病に対するリスクをもつ者に限らず、人口集団全員を対象として、日常生活の改善に焦点を絞ること
2. 保健医療以外の幅広い資源を活用して、環境整備を行うこと
3. マスコミ、教育、法律の制定、財政措置などあらゆる方法を活用すること
4. 有効な住民参加を得ること
5. 保健関係専門職種の協力を得ること

図 1.5 WHO によるヘルスプロモーションの健康増進プログラム

2005（平成17）年の第6回ヘルスプロモーション国際会議において、ヘルスプロモーションのための3つの戦略（図1.6）および5つの活動分野（図1.7）に関するバンコク憲章を採択した。

1. 能力の付与：人々の主体性が発揮されるように個人の能力を高めること
2. 唱道：政治、経済、文化、環境を含めた健康のための条件を整えていくこと
3. 調停：保健分野のみならず社会のあらゆる分野が協力・共同し、活動や関心を調整すること

図1.6 ヘルスプロモーションのための3つの戦略

1. 健康的な公共政策づくり：公共の場所での禁煙活動など
2. 健康を支援する環境づくり：ウォーキングできる歩道整備など
3. 地域活動の強化：地域住民への健康教育など
4. 個人技術の開発：家庭で利用できる医療機器の開発など
5. ヘルスサービスの方向転換：二次予防から一次予防へ

図1.7 ヘルスプロモーションのための5つの活動分野

例題3 プライマリヘルスケアについてである。最も適切なのはどれか。1つ選べ。

1. ADLやQOLの向上、社会復帰を目的とした公衆衛生の予防活動である。
2. 人々が自らの健康をコントロール、改善することができるプロセスである。
3. 労働者に対する「心とからだの健康づくり運動」のことである。
4. リスクの高い個人を対象にリスクの軽減を図ることである。
5. 「すべての人に健康を」を基本理念とする。

解説 プライマリヘルスケアは地域が主体となって自らの保健サービスを運営するものである。 1. 公衆衛生活動の三次予防のこと。 2. ヘルスプロモーションのこと。 3. 労働者の健康保持増進政策をトータル・ヘルス・プロポーション・プラン（THP）という。 4. ハイリスクアプローチのこと。 解答 5

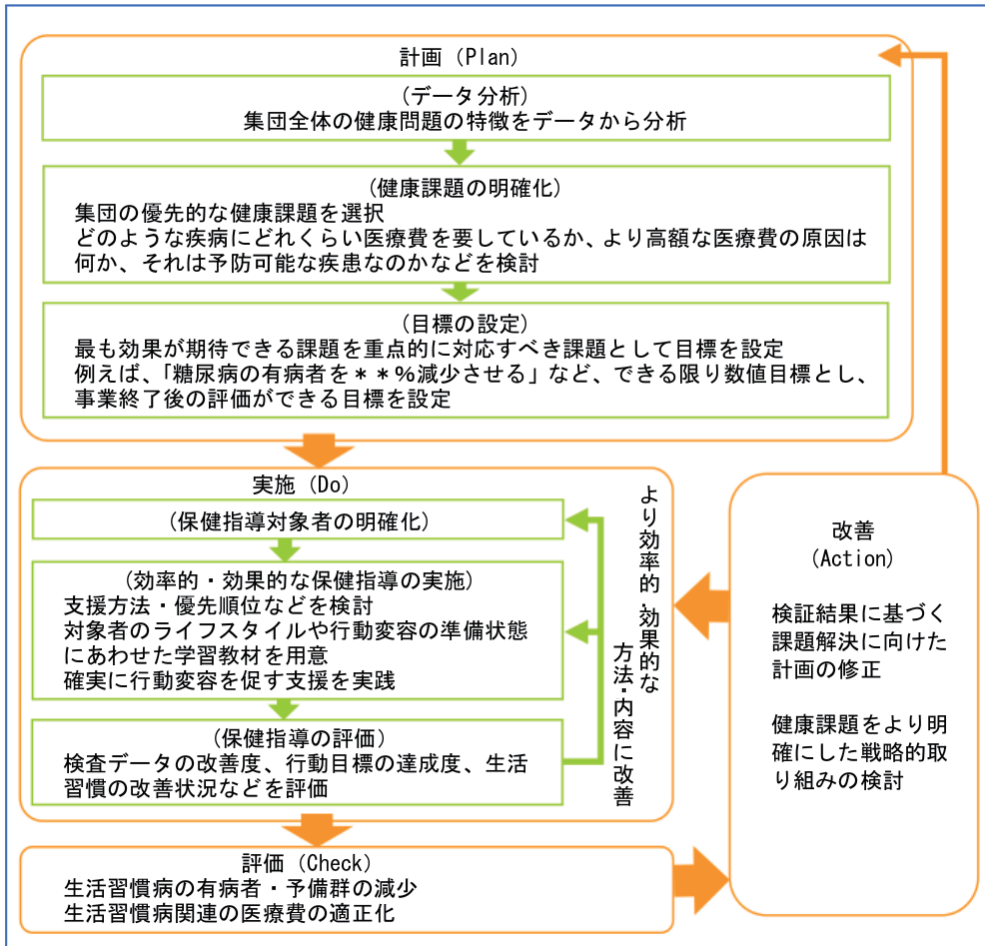
2.6 公衆衛生活動の進め方

(1) 公衆衛生とマネジメントサイクル

公衆衛生活動の課題は、個人のみならず、地域や集団が関与する栄養、保健、福祉、医療などさまざまな分野にわたる。公衆衛生活動を適切かつ迅速に提供するに

は、個人から形成される集団における公衆衛生上の諸問題を明確に示す必要がある。改善すべき問題の到達目標を設定し、それを実行して事後評価を行い、さらに次に進むための課題や解決策を掲げる必要がある。Plan（計画）－Do（実行）－Check（評価）－Action（改善）といういわゆる PDCA サイクルとよばれるマネジメントサイクルを行う。

例として図 1.8 には、保健事業（健診・保健指導）の PDCA サイクルを示す。



出典) 厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)」

図 1.8 保健事業（健診・保健指導）における PDCA サイクル

評価にはプリシード・プロシードモデルが活用される。これは、世界的に活用されているヘルスプロモーションや保健活動のプログラム企画・評価モデルである。

❖ プリシード (PRECEDE) として 5 段階：

1. 社会診断
2. 疫学診断
3. 行動・環境診断
4. 教育・組織診断
5. 行政・政策診断

❖ プロシード (PROCEDE) として4段階:

6. 実行 7. プロセス評価 8. 影響評価 9. 結果評価

プリシード-プロシードモデルでは、評価を設定したうえで以上のプログラム企画および評価へと続くため、実際にはこれらのデザインを組むことから始まる。プリシード-プロシードモデルは診断から実施、評価という手順で進むが、特にプロセス評価と結果評価は、具体的な生活習慣や疾病予防などで活用されている。

(2) 公衆衛生とリスクアナリシス

危険な状況が起こる可能性を情報確認・管理・交換するなどして分析し、判断することをリスクアナリシス（危機分析）という。リスクアナリシスは、科学的側面からアプローチするリスクアセスメント、行政が管理を行うリスクマネジメント、関係するすべての人達の間でのリスクに関する情報や意見の相互交換をするリスクコミュニケーションからなる。

具体例としては、「食品安全管理におけるリスクアナリシスの導入」などがある。

(3) 公衆衛生と地域診断

地域診断とは、「対象となる地域の客観的指標やきめ細かい観察からその地域の問題や特徴を把握すること」である。地域診断などの際に役に立つフレームワークには、前述のプリシード・プロシードモデルやドナベディアンモデルがある。ドナベディアンモデルは医療の安全や医療の質について考えるときに用いられるモデルで、公衆衛生マネジメント全般について用いられる汎用性が高いフレームワークであり、Structure（構造）、Process（課程）、Outcome（結果）に分けて考えるモデルである。Structure（構造）では、人・物・金の状態がどうなっているか。Process（課程）では、どのように運用されているか。Outcome（結果）ではどうなったかを考える。厚生労働省の医療計画は、このモデルをベースに考えられている。

2.7 予防医学のアプローチ

(1) ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ

公衆衛生における疾病予防活動には、集団全体に働きかけるポピュレーションアプローチと高いリスクをもっている個人に働きかけるハイリスクアプローチがある。健康日本21（第二次）（21世紀における国民健康づくり運動）でもポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを組み合わせた対策を推奨している。ポピュレーションアプローチは低リスクの集団に対する一次予防としての活動であり、集団全体への効果や経済性が高い一方で費用対効果が低く、また個人での効果は限定され、低いモチベーションなどの欠点があげられる。具体的には地域の栄養教室や

禁煙ポスターの掲示、たばこパッケージの警告表示などである。ハイリスクアプローチは、高いリスクをもつ個人を対象とした二次予防としての活動であり、個人への高い効果が期待され、費用対効果も優れている一方、成果が一時的・限定的なことや全体の健康増進につながらないこと、費用もポピュレーションアプローチより高額になることが欠点である。具体的には、特定保健指導や禁煙外来などがある。

(2) リスクパラドックス

リスクがあるという認知度が高いにもかかわらず、そのリスクに対する防護行動を取らないなどの行為をリスクパラドックスという。リスクがあるということを認知させるだけでは、行動を促すことは難しい。防護意図や防護行動の促進、阻害要因を抽出しても、その要因が防護意図や防護行動に与える影響や結果が異なるからである。具体例として東日本大震災直後の原発事故での情報と行動、食品の健康リスクに関する情報と消費者心理などがあげられる。

3 社会活動の公正と健康格差の是正

3.1 社会的公正の概念

社会的公正とは、人間の権利を守り不公平をなくすという意味で、公平な社会を構築する政策のことをさす。平等と公平は異なり、平等はすべての対象者が均等に分配され、等しく享受することであるが、公平はルールの下ですべての多様なコミュニティや対象者が納得できるものを享受することである。ただし、法に基づく平等については社会的公正に含まれる。社会的公正を保つには、社会正義といわれる社会の常識から考えて正しいとされる道理が理解される必要がある。代表的な社会的公正として所得税の累進課税がある。所得が多いものほど課税比率が上昇する制度であり、収める税金の金額は平等ではない。しかし、必要な税収を平等の税比率分徴収した場合、手元に残る絶対的な金額は、低所得者にとって厳しく、社会的公正を欠いてしまう。

社会的公正はヒトの健康にも影響を及ぼす。経済的な格差は健康格差を引き起こすため、社会的公正を担保することが健康格差を抑制するうえで重要となる。

3.2 健康の社会的決定要因、健康格差

1998（平成10）年にWHOヨーロッパ事務局が発表した「The solid Facts : Social determinants of health（根拠のある事実：健康の社会的決定要因）」という報告書に社会的決定要因の重要性が示された。また、The Solid Facts (2003) identifies

10 social determinants of health では、社会的公正を担保するための決定要因として、以下の10項目が示された（表1.1）。

表 1.1 保健事業（健診・保健指導）における PDCA サイクル

1. 社会的格差	社会地位が低いほど平均余命は短い。疾病の罹患も多い。
2. ストレス	精神的な不安が増加する。気力が失われる。
3. 生い立ち（幼少期）	幼少期の発達や教育が及ぼす健康影響は生涯続く。
4. 社会的排除	貧困や社会的排除、差別は生命に影響する
5. 労働	職場のストレスは疾病リスクを上げる。ワークライフバランスのとれることが重要である。
6. 失業	安定した雇用が健康や福祉、仕事の満足度を向上させる。
7. 社会的支援	社会との良好なつながりが健康を推進する。
8. 薬物依存（中毒）	薬物、飲酒や喫煙習慣は個人の健康に影響を与え、さまざまな社会環境にも影響する。
9. 食品	食品安全保障における健康的な食品の確保は、政治的な問題である。
10. 交通	公共交通機関の整備が健康的な社会をもたらす。

上記の WHO の報告書には以下の内容が記されている。

教育水準の低下は、所得の低下を招き、良好な住居や健康的な食品の取得を阻み、医療へのアクセスを制限する。その結果としての平均余命の短縮に関連する。健康と病気は、私たちの環境と私たちの生活の状況に大きく影響する。

ヒトの健康と社会的決定要因の分野では、さまざまな要因が健康に影響を与える。例としてヒトは人生の平均3分の1を仕事に費やしており、多くは雇用からアイデンティティを引き出している。不安定な低賃金の仕事は、健康的な食品を食べ、医療サービスにアクセスする可能性を低下させるだけでなく、依存症につながり、人々の寿命を縮める可能性のあるストレスレベルを高める。同様に、安定した財政とよい仕事をもち、ストレスのレベルが低く、強力な社会的支援を経験しているヒトは、より長く健康的な生活を送ることができる。

(1) ヘルスリテラシー

健康に関するさまざまな情報を探索し、正しい情報を取捨選択してそれを実践する能力をヘルスリテラシーとよぶ。Healthy People 2010 (Centers for Disease Control and Prevention : CDC) に掲げられたヘルスリテラシーの定義によれば、正しい健康情報を入手し、理解・評価し、活用するための知識や意欲、能力のことで

あり、それによって、日常生活におけるプライマリヘルスケアや疾病予防、ヘルスプロモーションから判断したり、意思決定をしたり、生涯を通じて生活の質を維持・向上させることができるようにする能力と記されている。また、学校教育におけるヘルスリテラシー向上への取り組みとして中学校学習要領第7章「保健・体育」には、以下の項目が記載されている。

1. 個人生活における健康・安全に関する理解を通して、生涯を通じて自らの健康を適切に管理し、改善していく資質や能力を育てる。
2. 健康な生活と疾病の予防について理解を深めることができるようにする。
3. 健康の保持増進や疾病の予防には、保健・医療機関を有効に利用することがあること、また、医薬品は正しく使用すること。

(2) 健康格差

これまでの健康教育では、例えば喫煙など不適切な生活習慣が疾病につながることをリスクとして示し、本人へのアプローチから自らの行動変容を促すことを目的としていた。つまり、個々の健康は自助努力によって成し遂げられるということが前提であった。しかし、現在は多様な社会概念が進み、人々の考え方もさまざまとなって従来の健康教育では健康格差が広がっていくことが大きな懸念材料である。新たな健康づくりのための施策が必要とされる。

章末問題

1 公衆衛生活動とPDCAサイクルの組合せである。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. 地域の高齢者に転倒予防教室を開催する — Plan
 2. 中間評価を実施する ————— Do
 3. 運動しやすい生活環境を整備する ——— Do
 4. 最終評価を次期計画へ反映させる ——— Check
 5. 数値目標を設定する ————— Act
- (30回国家試験改変)

解説 PDCAサイクルとは、Plan(計画)、Do(実行)、Check(評価)、Act(改善)を順次進め、その活動を向上させる手法である。公衆衛生活動においてPDCAサイクルを活用した取り組みが行われている。

1. は転倒予防教室を開催するのでDo(実行)である。
 2. は中間評価の実施であるからCheck(評価)である。
 4. は最終評価で得た内容を反映させるのでAct(改善)である。
 5. は数値目標を設定するのでPlan(計画)である。
- 解答 3

2 国内外の公衆衛生・予防医学の歴史上の出来事である。正しいのはどれか。2つ選べ。

1. ジョン・スノーによる実地調査が、コレラの蔓延を抑えるきっかけとなった。
2. 近代公衆衛生は、産業革命下の英国で始まった。
3. ヘルスプロモーションの概念は、アルマ・アタ宣言により世界的に広まった。
4. わが国の保健所は、第二次世界大戦後に設置された。
5. わが国の母子健康手帳の交付は、少子化対策の一環として導入された。 (31回国家試験改変)

解説 ジョン・スノーは疫学の父とよばれ、1854年に発生したロンドンのコレラ大流行で井戸とコレラ感染の疫学調査を行い、コレラのまん延を抑制させた。また、近代における公衆衛生の発展は、歴史的にはイギリス産業革命と資本主義の成立を契機としている。 3. ヘルスプロモーションは、オタワ憲章において提唱した新しい健康観に基づいた21世紀の健康戦略である。 4. 保健所は、第二次世界大戦前の1937(昭和12)年に保健所法が制定され、翌年4月から設置された。 5. 母子健康手帳の交付は、1942(昭和17)年の妊産婦手帳に始まり、1948(昭和23)年に母子手帳、1965(昭和40)年に施行した母子保健法に基づいて母子健康手帳として交付されている。妊産婦および乳幼児の健康管理の記録として交付されている。 解答 1、2

3 減塩に関する活動と、関連する概念の組み合わせである。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. 地域住民を対象とした減塩教室の実施 ————— PDCAサイクルのC (Check)
2. 高血圧症患者に対する減塩の食事療法 ——— ポピュレーションアプローチ
3. 一般家庭への減塩食品の普及 ————— ハイリスクアプローチ
4. マスメディアを用いた減塩キャンペーン ————— 一次予防
5. 減塩指導の高血圧予防効果に関するメタアナリシス ——— インフォームド・コンセント (32回国家試験)

解説 1. PDCAサイクルとは、Plan(計画)、Do(実行)、Check(評価)、Act(改善)を順次進め、その活動を向上させる手法である。地域住民を対象とした減塩教室の実施は、Do(実行)である。 2. 高血圧症患者に対する減塩の食事療法はリスクのある個人に対する取り組みであり、ハイリスクアプローチである。 3. 一般家庭への減塩食品の普及は、不特定多数の一般を対象者とした健康増進活動であり、ポピュレーションアプローチである。 4. マスメディアを用いた減塩キャンペーンは健康保持・増進活動であり、一次予防である。 5. 減塩指導の高血圧予防効果に関するメタアナリシスは、多角的な研究を分析することであり、直接減塩指導を対象者へ行う研究ではないため、インフォームド・コンセントは関係ない。 解答 4

4 国内外の公衆衛生・予防医学に関する記述である。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. ジョン・スノウは、結核の流行様式を解明した。
2. プライマリヘルスケアは、アルマ・アタ宣言で示された。
3. ヘルスプロモーションは、ウインスローにより提唱された。
4. わが国の国民皆保険は、第二次世界大戦前に確立された。
5. わが国の保健所の数は、近年増加している。 (33回国家試験改変)

解説 1. ジョン・スノウは、コレラ感染の疫学研究を行い、疫学の父とよばれている。 2. プライマリヘルスケアは、「すべての人に健康を」を基本理念としてアルマ・アタ宣言で提唱された。 3. ヘルスプロ

ロモーションは「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」としてオタワ宣言で提唱された。ウインスローは、公衆衛生の定義示した。4. 国民皆保険は第二次世界大戦後に確立した。5. わが国の保健所は近年ほぼ、一定である。 解答 2

- 5 健康日本 21（第二次）における健康寿命に関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。
1. 「日常生活に制限のない期間」をさす。
 2. 健康寿命の上昇分を上回る平均寿命の上昇を目標としている。
 3. 健康寿命は、女性の方が男性よりも長い。
 4. 都道府県格差の縮小を目標としている。
 5. 社会環境の整備によって、地域格差が縮小される。
- (34 回国家試験改変)

解説 健康日本 21（第二次）では健康寿命の延伸を実現することを目指している。健康寿命とは、日常的・継続的に医療や介護に依存せずに自分自身で生活を維持し、自立した生活ができる生存期間のことをいう。健康寿命と平均寿命の差をなくすことが目標である。健康寿命は 2019（令和元）年において男性が 81.41 歳、女性は 87.45 歳である。平均寿命との差は、男性が約 9 年、女性が約 12 年である。地域格差の解消を目指しており、社会環境の整備によって地域格差は縮小する。 解答 2

- 6 健康の「生物心理社会モデル」に関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。
1. 生物医学的側面を考慮する。
 2. 疾病の原因の解明を含む。
 3. 対象者のニーズに応える。
 4. 疾病を単一要因により説明する。
 5. 栄養ケア・マネジメントの基礎となる概念である。
- (35 回国家試験)

解説 健康の「生物心理社会モデル」とは、1997（平成 9）年にジョージ・エンゲルが提唱した。人間を生物的側面、心理的側面、社会的側面から捉えようとする枠組みである。これら 3 つは互いに影響している。1. 2. は生物的側面であり、3. は社会的側面である。5. は 3 つの側面から捉える概念である。解答 4

- 7 減塩教室における PDCA サイクルのうち、A（Act）に該当するものである。最も適当なのはどれか。1つ選べ。
1. アンケートにより参加者の満足度の集計を行った。
 2. 参加する対象者の選定を行った。
 3. 評価項目を定めた。
 4. 参加者の要望を受けて新たなプログラムを検討した。
 5. 開催中にスタッフによる指導内容を記録した。
- (36 回国家試験)

解説 PDCA サイクルとは、Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Act（改善）を順次進め、その活動を向上させる手法である。1. は Do（実行）である。2. は Plan（計画）である。3. は Plan（計画）である。4. は Act（改善）である。5. は Do（実行）である。 解答 4

参考文献

- 1) 国民衛生の動向 2022/2023 厚生指標 増刷 一般財団法人 厚生労働統計協会 2022年8月26日発行
- 2) 厚生労働省：標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年版）
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.htm> (2023.1.21)
- 3) Healthy People 2010 (Centers for Disease Control and Prevention : CDC)
https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010.htm (2023.1.21)
- 4) WHO:The Solid Facts (2003) Europe second edition World Health Organization 20 Avenue Apia Geneva 27, 1211 Switzerland
http://www.mengage.org.au/images/e81384_1111.pdf (2023.1.21)



参考資料

- 1 健康日本 21（第二次）の主な目標値一覧/287
- 2 公害関係基準表/295
 - 1 大気汚染に係る環境基準/295
 - 2 有害大気汚染物質（ベンゼン等）に係る環境基準/295
 - 3 騒音に係る環境基準について/296
 - 4 水質汚染に係る環境基準/297

1 健康日本 21（第二次）の主な目標値一覧（2023 年度まで 1 年延長）

一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標		
項目	現状	目標
健康寿命の延伸(日常生活に制限のない期間の平均の延伸)	男性 70.42 年 女性 73.62 年 (2010 年)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (2023 年度)
健康格差の縮小(日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小)	男性 2.79 年 女性 2.95 年 (2010 年)	都道府県格差の縮小 (2023 年度)
二 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標		
(1) がん		
項目	現状	目標
75 歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少(10 万人当たり)	84.3 (2010 年)	73.9 (2015 年)
がん検診の受診率の向上	胃がん 男性 36.6% 女性 28.3% 肺がん 男性 26.4% 女性 23.0% 大腸がん 男性 28.1% 女性 23.9% 子宮頸がん 女性 37.7% 乳がん 女性 39.1% (2010 年)	50% (胃がん、肺がん、大腸がんは当面 40%) (2016 年度)
(2) 循環器疾患		
項目	現状	目標
脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少(10 万人当たり)	脳血管疾患 男性 49.5 女性 26.9 虚血性心疾患 男性 36.9 女性 15.3 (2010 年)	脳血管疾患 男性 41.6 女性 24.7 虚血性心疾患 男性 31.8 女性 13.7 (2023 年度)
高血圧の改善(収縮期血圧の平均値の低下)	男性 138mmHg 女性 133mmHg (2010 年)	男性 134mmHg 女性 129mmHg (2022 年度)
脂質異常症の減少	総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 男性 13.8% 女性 22.0% LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合 男性 8.3% 女性 11.7% (2010 年)	総コレステロール 240mg/dl 以上の者の割合 男性 10% 女性 17% LDL コレステロール 160mg/dl 以上の者の割合 男性 6.2% 女性 8.8% (2023 年度)

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少*	1,400万人 (2008年度)	2008年度と比べて25%減少 (2015年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上**	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% (2009年度)	平成25年度から開始する第2期医療費適正化計画に合わせて設定 (2017年度)
(3) 糖尿病		
項目	現状	目標
合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少	16,247人 (2010年)	15,000人 (2023年度)
治療継続者の割合の増加	63.7% (2010年)	75% (2022年度)
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 (HbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者の割合の減少)	1.2% (2009年度)	1.0% (2023年度)
糖尿病有病者の増加の抑制	890万人 (2007年)	1000万人 (2023年度)
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少*	1,400万人 (2008年度)	2008年度と比べて25%減少 (2015年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上**	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% (2009年度)	平成25年度から開始する第2期医療費適正化計画に合わせて設定 (2017年度)
(4) COPD		
項目	現状	目標
COPDの認知度の向上	25% (2011年)	80% (2023年度)
三 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標		
(1) こころの健康		
項目	現状	目標
自殺者の減少(人口10万人当たり)	23.4 (2010年)	自殺総合対策大綱の見直しの状況を踏まえて設定
気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	10.4% (2010年)	9.4% (2023年度)
メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	33.6% (2007年)	100% (2020年)
小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	小児科医 94.4 (2010年) 児童精神科医 10.6 (2009年)	増加傾向へ (2014年)
(2) 次世代の健康		
項目	現状	目標
健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加		

ア	朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加	小学5年生 89.4% (2010年度)	100%に近づける (2023年度)
イ	肥満傾向にある子どもの割合の減少	(参考値) 週に3日以上 小学5年生 男子 61.5% 女子 35.9% (2010年)	増加傾向へ (2023年度)
適正体重の子どもの増加			
ア	全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6% (2010年)	減少傾向へ (2014年)
イ	肥満傾向にある子どもの割合の減少	小学5年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 男子 4.60% 女子 3.39% (2011年)	減少傾向へ (2014年)
(3) 高齢者の健康			
	項目	現状	目標
	介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人 (2012年度)	657万人 (2025年度)
	認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	0.9% (2009年)	10% (2023年度)
	ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加	(参考値) 17.3% (2012年)	80% (2023年度)
	低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	17.4% (2010年)	22% (2023年度)
	足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(1,000人当たり)	男性 218人 女性 291人 (2010年)	男性 200人 女性 260人 (2023年度)
	高齢者の社会参加の促進(就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)	(参考値) 何らかの地域活動をしている高齢者の割合 男性 64.0% 女性 55.1% (2008年)	80% (2023年度)
四 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標			
	項目	現状	目標
	地域のつながりの強化(居住地域で互いに助け合っていると思う国民の割合の増加)	(参考値) 自分と地域のつながりが強い方だと思ふ割合 45.7% (2007年)	65% (2023年度)

健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加	(参考値) 健康や医療サービスに関係したボランティア活動をしている割合 3.0% (2006年)	25% (2023年度)
健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加	420社 (2012年)	3,000社 (2023年度)
健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	(参考値) 民間団体から報告のあった活動拠点数 7,134 (2012年)	15,000 (2023年度)
健康格差対策に取り組む自治体の増加(課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数)	11都道府県 (2012年)	47都道府県 (2023年度)
五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標		
(1) 栄養・食生活		
項目	現状	目標
適正体重を維持している者の増加(肥満(BMI25以上)、やせ(BMI18.5未満)の減少)	20歳～60歳代男性の肥満者の割合 31.2% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合 22.2% 20歳代女性のやせの者の割合 29.0% (2010年)	20歳～60歳代男性の肥満者の割合 28% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合 19% 20歳代女性のやせの者の割合 20% (2022年度)
適切な量と質の食事をとる者の増加		
ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加	68.1% (2011年)	80% (2023年度)
イ 食塩摂取量の減少	10.6g (2010年)	8g (2023年度)
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	野菜摂取量の平均値 282g 果物摂取量 100g未満の者の割合 61.4% (2010年)	野菜摂取量の平均値 350g 果物摂取量 100g未満の者の割合 30% (2023年度)

共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）	朝食 小学生 15.3% 中学生 33.7% 夕食 小学生 2.2% 中学生 6.0% (2010年)	減少傾向へ (2022年度)
食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	食品企業登録数 14社 飲食店登録数 17,284店舗 (2012年)	食品企業登録数 100社 飲食店登録数 30,000店舗 (2023年度)
利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	(参考値)管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合 70.5% (2010年)	80% (2023年度)
(2) 身体活動・運動		
項目	現 状	目 標
日常生活における歩数の増加	20歳～64歳 男性 7,841歩 女性 6,883歩 65歳以上 男性 5,628歩 女性 4,584歩 (2010年)	20歳～64歳 男性 9,000歩 女性 8,500歩 65歳以上 男性 7,000歩 女性 6,000歩 (2022年度)
運動習慣者の割合の増加	20歳～64歳 男性 26.3% 女性 22.9% 65歳以上 男性 47.6% 女性 37.6% (2010年)	20歳～64歳 男性 36% 女性 33% 65歳以上 男性 58% 女性 48% (2022年度)
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数の増加	17都道府県 (2012年)	47都道府県 (2023年度)
(3) 休養		
項目	現 状	目 標
睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4% (2009年)	15% (2023年度)
週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	9.3% (2011年)	5.0% (2020年)
(4) 飲酒		
項目	現 状	目 標
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)の割合の減少	男性 15.3% 女性 7.5% (2010年)	男性 13% 女性 6.4% (2023年度)

未成年者の飲酒をなくす	中学 3 年生 男子 10.5% 女子 11.7% 高校 3 年生 男子 21.7% 女子 19.9% (2010 年)	0% (2023 年度)
妊娠中の飲酒をなくす	8.7% (2010 年)	0% (2014 年度)
(5) 喫煙		
項 目	現 状	目 標
成人の喫煙率の減少（喫煙をやめた い者がやめる）	19.5% (2010 年)	12% (2023 年度)
未成年者の喫煙をなくす	中学 1 年生 男子 1.6% 女子 0.9% 高校 3 年生 男子 8.6% 女子 3.8% (2010 年)	0% (2023 年度)
妊娠中の喫煙をなくす	5.0% (2010 年)	0% (2014 年)
受動喫煙（家庭・職場・飲食店・ 行政機関・医療機関）の機会を有す る者の割合の減少	行政機関 16.9% 医療機関 13.3% (2008 年) 職場 64% (2011 年) 家庭 10.7% 飲食店 50.1% (2010 年)	行政機関 0% 医療機関 0% (2023 年度) 職場 受動喫煙の無い職場の実 現 (2020 年) 家庭 3% 飲食店 15% (2023 年度)
(6) 歯・口腔の健康		
項 目	現 状	目 標
口腔機能の維持・向上（60 歳代に おける咀嚼良好者の割合の増加）	73.4% (2009 年)	80% (2023 年度)
歯の喪失防止		
ア 80 歳で 20 歯以上の自分の歯を 有する者の割合の増加	25.0% (2005 年)	50% (2023 年度)
イ 60 歳で 24 歯以上の自分の歯を 有する者の割合の増加	60.2% (2005 年)	70% (2023 年度)
ウ 40 歳で喪失歯のない者の割合 の増加	54.1% (2005 年)	75% (2023 年度)

歯周病を有する者の割合の減少			
ア	20 歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	31.7% (2009 年)	25% (2023 年度)
イ	40 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	37.3% (2005 年)	25% (2023 年度)
ウ	60 歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	54.7% (2005 年)	45% (2023 年度)
乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加			
ア	3 歳児でう蝕がない者の割合が 80%以上である都道府県の増加	6 都道府県 (2009 年)	23 都道府県 (2023 年度)
イ	12 歳児の一人平均う蝕数が 1.0 未満である都道府県の増加	7 都道府県 (2011 年)	28 都道府県 (2023 年度)
過去 1 年間に歯科検診を受診した者の割合の増加			
		34.1% (2009 年)	65% (2023 年度)

*、** 同一目標

2 公害関係基準表

1 大気汚染に係る環境基準

物質	環境上の条件（設定年月日等）
二酸化硫黄（SO ₂ ）	1時間値の1日平均値が0.04ppm以下であり、かつ、1時間値が0.1ppm以下であること。（48.5.16告示）
一酸化炭素（CO）	1時間値の1日平均値が10ppm以下であり、かつ、1時間値の8時間平均値が20ppm以下であること。（48.5.8告示）
浮遊粒子状物質（SPM）	1時間値の1日平均値が0.10mg/m ³ 以下であり、かつ、1時間値が0.20mg/m ³ 以下であること。（48.5.8告示）
二酸化窒素（NO ₂ ）	1時間値の1日平均値が0.04ppmから0.06ppmまでのゾーン内又はそれ以下であること。（53.7.11告示）
光化学オキシダント（O _x ）	1時間値が0.06ppm以下であること。（48.5.8告示）

備考

- 環境基準は、工業専用地域、車道その他一般公衆が通常生活していない地域または場所については、適用しない。
- 浮遊粒子状物質とは大気中に浮遊する粒子状物質であってその粒径が10μm以下のものをいう。
- 二酸化窒素について、1時間値の1日平均値が0.04ppmから0.06ppmまでのゾーン内にある地域にあっては、原則としてこのゾーン内において現状程度の水準を維持し、又はこれを大きく上回ることとならないよう努めるものとする。
- 光化学オキシダントとは、オゾン、パーオキシアセチルナイトレートその他の光化学反応により生成される酸化性物質（中性ヨウ化カリウム溶液からヨウ素を遊離するものに限り、二酸化窒素を除く。）をいう。

2 有害大気汚染物質（ベンゼン等）に係る環境基準

物質	環境上の条件
ベンゼン	1年平均値が0.003mg/m ³ 以下であること。（H9.2.4告示）
トリクロロエチレン	1年平均値が0.13mg/m ³ 以下であること。（H30.11.19告示）
テトラクロロエチレン	1年平均値が0.2mg/m ³ 以下であること。（H9.2.4告示）
ジクロロメタン	1年平均値が0.15mg/m ³ 以下であること。（H13.4.20告示）

備考

- 環境基準は、工業専用地域、車道その他一般公衆が通常生活していない地域または場所については、適用しない。
- ベンゼン等による大気汚染に係る環境基準は、継続的に摂取される場合には人の健康を損なうおそれがある物質に係るものであることにかんがみ、将来にわたって人の健康に係る被害が未然に防止されるようにすることを旨として、その維持又は早期達成に努めるものとする。

2-1 ダイオキシン類に係る環境基準

物質	環境上の条件
ダイオキシン類	1年平均値が0.6pg-TEQ/m ³ 以下であること。（H11.12.27告示）

備考

- 環境基準は、工業専用地域、車道その他一般公衆が通常生活していない地域または場所については、適用しない。
- 基準値は、2,3,7,8-四塩化ジベンゾ-パラ-ジオキシンの毒性に換算した値とする。

2-2 微小粒子物質に係る環境基準

物質	環境上の条件
微小粒子物質	1年平均値が $15\mu\text{g}/\text{m}^3$ 以下であり、かつ、1日平均値が $35\mu\text{g}/\text{m}^3$ 以下であること。(H21.9.9告示)

備考

1. 環境基準は、工業専用地域、車道その他一般公衆が通常生活していない地域又は場所については、適用しない。
2. 微小粒子状物質とは、大気中に浮遊する粒子状物質であって、粒径が $2.5\mu\text{m}$ の粒子を50%の割合で分離できる分粒装置を用いて、より粒径の大きい粒子を除去した後に採取される粒子をいう。

2-3 大気汚染に係る指針

光化学オキシダントの生成のための大気中炭化水素濃度の指針

光化学オキシダントの日最高1時間値0.06ppmに対応する午前6時から9時までの非メタン炭化水素の3時間平均値は、0.20ppmCから0.31ppmCの範囲にある。(S51.8.13通知)

3 騒音に係る環境基準

3-1 道路に面する地域以外の地域

地域の種類	基準値	
	昼間	夜間
AA	50 デシベル以下	40 デシベル以下
A および B	55 デシベル以下	45 デシベル以下
C	60 デシベル以下	50 デシベル以下

(注)

- 1 時間の区分は、昼間を午前6時から午後10時までの間とし、夜間を午後10時から翌日の午前6時までの間とする。
- 2 AAをあてはめる地域は、療養施設、社会福祉施設等が集合して設置される地域など特に静穏を要する地域とする。
- 3 Aをあてはめる地域は、専ら住居の用に供される地域とする。
- 4 Bをあてはめる地域は、主として住居の用に供される地域とする。
- 5 Cをあてはめる地域は、相当数の住居と併せて商業、工業等の用に供される地域とする。

ただし、次表に掲げる地域に該当する地域（以下「道路に面する地域」という。）については、上表によらず次表の基準値の欄に掲げるとおりとする。

地域に区分	基準値	
	昼間	夜間
A地域のうち2車線以上の車線を有する道路に面する地域	60 デシベル以下	55 デシベル以下
B地域のうち2車線以上の車線を有する道路に面する地域及びC地域のうち車線を有する道路に面する地域	65 デシベル以下	60 デシベル以下

備考

車線とは、1縦列の自動車安全かつ円滑に走行するために必要な一定の幅員を有する帯状の車道部分をいう。この場合において、幹線交通を担う道路に近接する空間については、上表にかかわらず、特例として次表の基準値の欄に掲げるとおりとする。

基準値	
昼間	夜間
70 デシベル以下	65 デシベル以下

備考

個別の住居等において騒音の影響を受けやすい面の窓を主として閉めた生活が営まれていると認められるときは、屋内へ透過する騒音に係る基準（昼間にあっては45デシベル以下、夜間にあっては40デシベル以下）によることができる。

3-2 環境基準航空機

1 環境基準は、地域の類型ごとに次表の基準値の欄に掲げるとおりとし、各類型をあてはめる地域は、都道府県知事が指定する。

地域の類型	基準値
I	57 デシベル以下
II	62 デシベル以下

(注) I をあてはめる地域は専ら住居の用に供される地域とし、II をあてはめる地域は I 以外の地域であつて通常の生活を保全する必要がある地域とする。

3-3 環境基準新幹線

1 環境基準は、地域の類型ごとに次表の基準値の欄に掲げるとおりとし、各類型をあてはめる地域は、都道府県知事が指定する。

地域の類型	基準値
I	70 デシベル以下
II	75 デシベル以下

(注) I をあてはめる地域は主として住居の用に供される地域とし、II をあてはめる地域は商工業の用に供される地域等 I 以外の地域であつて通常の生活を保全する必要がある地域とする。

4 水質汚濁に係る環境基準

4-1 河川（湖沼を除く）ア

項目 類型	利用目的の 適 応 性	基準値					該当水域
		水素イ オン濃 度(pH)	生物化 学的酸 素要求 量 (BOD)	浮遊物 質 量 (SS)	溶存酸 素量 (DO)	大腸菌数	
AA	水道1級 自然環境保全及 び A 以下の欄に 掲げるもの	6.5 以上 8.5 以下	1mg/ L 以下	25mg/ L 以下	7.5mg/ L 以上	20CFU/ 100ml 以下	第1の2の(2) により水域類 型ごとに指定 する水域
A	水道2級 水産1級 水浴 及び B 以下の欄 に掲げるもの	6.5 以上 8.5 以下	2mg/ L 以下	25mg/ L 以下	7.5mg/ L 以上	300CFU/ 100ml 以下	
B	水道3級 水産2級 及び C 以下の欄 に掲げるもの	6.5 以上 8.5 以下	3mg/ L 以下	25mg/ L 以下	5mg/L 以上	1,000CFU/ 100ml 以下	
C	水産3級 工業用水1級 及び D 以下の欄 に掲げるもの	6.5 以上 8.5 以下	5mg/ L 以下	50mg/ L 以下	5mg/L 以上	—	
D	工業用水2級 農業用水 及び E の欄に掲 げるもの	6.0 以上 8.5 以下	8mg/ L 以下	100mg /L 以 下	2mg/L 以上	—	
E	工業用水3級 環境保全	6.0 以上 8.5 以下	10mg/ L 以下	ごみ等 の浮遊 が認め られな いこと。	2mg/L 以上	—	

イ

項目 類型	水生生物の生息状況の 適応性	基準値			該当水域
		全亜鉛	ノニルフェノール	直鎖アルキルベンゼン スルホン酸 及びその塩	
生物 A	イワナ、サケマス等比較的低温域を好む水生生物及びこれらの餌生物が生息する水域	0.03mg / L 以下	0.001mg / L 以下	0.03mg / L 以下	第1の2の(2)により水域類型ごとに指定する水域
生物 特 A	生物 A の水域のうち、生物 A の欄に掲げる水生生物の産卵場(繁殖場)又は幼稚仔の生育場として特に保全が必要な水域	0.03mg / L 以下	0.0006mg / L 以下	0.02mg / L 以下	
生物 B	コイ、フナ等比較的高温域を好む水生生物及びこれらの餌生物が生息する水域	0.03mg / L 以下	0.002mg / L 以下	0.05mg / L 以下	
生物 特 B	生物 A 又は生物 B の水域のうち、生物 B の欄に掲げる水生生物の産卵場(繁殖場)又は幼稚仔の生育場として特に保全が必要な水域	0.03mg / L 以下	0.002mg / L 以下	0.04mg / L 以下	

備考 1 基準値は、年間平均値とする（湖沼、海域もこれに準ずる）。

4-2 湖沼

(天然湖沼及び貯水量が1,000万立方メートル以上あり、かつ、

ア 水の滞留時間が4日間以上ある人工湖)

項目 類型	利用目的の 適応性	基準値					該当水域
		水素イオン濃度(pH)	化学的酸素要求量(COD)	浮遊物質量(SS)	溶存酸素量(DO)	大腸菌数	
AA	水道1級 水産1級 自然環境保全及びA以下の欄に掲げるもの	6.5以上 8.5以下	1mg / L 以下	1mg / L 以下	7.5mg / L 以上	20CFU / 100ml 以下	第1の2の(2)により水域類型ごとに指定する水域
A	水道2、3級 水産2級 水浴 及びB以下の欄に掲げるもの	6.5以上 8.5以下	3mg / L 以下	5mg / L 以下	7.5mg / L 以上	300CFU / 100ml 以下	
B	水産3級 工業用水1級 農業用水及びCの欄に掲げるもの	6.5以上 8.5以下	5mg / L 以下	15mg / L 以下	5mg / L 以上	—	
C	工業用水2級 環境保全	6.0以上 8.5以下	8mg / L 以下	ごみ等の浮遊が認められないこと。	2mg / L 以上	—	

イ

項目 類型	利用目的の 適 応 性	基準値		該当水域
		全窒素	りん 全磷	
I	自然環境保全及びII以下の欄に掲げるもの	0.1mg/L以下	0.005mg/L以下	第1の2の(2)により水域類型ごとに指定する水域
II	水道1、2、3級(特殊なものを除く。)水産1種水浴及びIII以下の欄に掲げるもの	0.2mg/L以下	0.01mg/L以下	
III	水道3級(特殊なもの)及びIV以下の欄に掲げるもの	0.4mg/L以下	0.03mg/L以下	
IV	水産2種及びVの欄に掲げるもの	0.6mg/L以下	0.05mg/L以下	
V	水産3種工業用水農業用水環境保全	1mg/L以下	0.1mg/L以下	

備考

- 1 基準値は、年間平均値とする。
- 2 水域類型の指定は、湖沼植物プランクトンの著しい増殖を生ずるおそれがある湖沼について行うものとし、全窒素の項目の基準値は、全窒素が湖沼植物プランクトンの増殖の要因となる湖沼について適用する。
- 3 農業用水については、全磷の項目の基準値は適用しない。

ウ

項目 類型	水生生物の生息状況の 適 応 性	基準値			該当水域
		全亜鉛	ノニルフェノール	直鎖アルキルベンゼンスルホン酸及びその塩	
生物A	イワナ、サケマス等比較的低温域を好む水生生物及びこれらの餌生物が生息する水域	0.03mg/L以下	0.001mg/L以下	0.03mg/以下	第1の2の(2)により水域類型ごとに指定する水域
生物特A	生物Aの水域のうち、生物Aの欄に掲げる水生生物の産卵場(繁殖場)又は幼稚仔の生育場として特に保全が必要な水域	0.03mg/L以下	0.0006mg/L以下	0.02mg/以下	
生物B	コイ、フナ等比較的高温域を好む水生生物及びこれらの餌生物が生息する水域	0.03mg/L以下	0.002mg/L以下	0.05mg/以下	
生物特B	生物A又は生物Bの水域のうち、生物Bの欄に掲げる水生生物の産卵場(繁殖場)又は幼稚仔の生育場として特に保全が必要な水域	0.03mg/L以下	0.002mg/L以下	0.04mg/以下	

工

項目 類型	水生生物が生息・再生産する場の適応性	基準値	
		底層溶存酸素量	該当水域
生物1	生息段階において貧酸素耐性の低い水生生物が生息できる場を保全・再生産する水域又は再生産段階において貧酸素耐性の低い水生生物が再生産できる場を保全・再生産する水域	4.0mg/L 以上	第1の2の(2)により水域類型ごとに指定する水域
生物2	生息段階において貧酸素耐性の低い水生生物を除き、水生生物が生息できる場を保全・再生産する水域又は再生産段階において貧酸素耐性の低い水生生物を除き、水生生物が再生産できる場を保全・再生産する水域	3.0mg/L以上	
生物3	生息段階において貧酸素耐性の高い水生生物が生息できる場を保全・再生産する水域、再生産段階において貧酸素耐性の高い水生生物が再生産できる場を保全・再生産する水域又は無生物域を解消する水域	2.0mg/L以上	

備考 1 基準値は、日間平均値とする。

4-3 人の健康の保護に関する環境基準

項目	基準値	項目	基準値
カドミウム	0.003mg/L 以下	1,1,2-トリクロロエタン	0.006mg/L 以下
全シアン	検出されないこと。	トリクロロエチレン	0.01mg/L 以下
鉛	0.01mg/L 以下	テトラクロロエチレン	0.01mg/L 以下
六価クロム	0.02mg/L 以下	1,3-ジクロロプロペン	0.002mg/L 以下
砒素	0.01mg/L 以下	チウラム	0.006mg/L 以下
総水銀	0.0005mg/L 以下	シマジン	0.003mg/L 以下
アルキル水銀	検出されないこと。	チオベンカルブ	0.02mg/L 以下
PCB	検出されないこと。	ベンゼン	0.01mg/L 以下
ジクロロメタン	0.02mg/L 以下	セレン	0.01mg/L 以下
四塩化炭素	0.002mg/L 以下	1,4-ジオキサン	0.05mg/L 以下
1,2-ジクロロエタン	0.004mg/L 以下	ふっ素	0.8mg/L 以下
1,1-ジクロロエチレン	0.1mg/L 以下	ほう素	1mg/L 以下
シス-1,2-ジクロロエチレン	0.04mg/L 以下	硝酸性窒素及び亜硝酸性窒素	10mg/L 以下
1,1,1-トリクロロエタン	1mg/L 以下		

索引

- 和文**
- あ**
- アウトカム……………91
 阿賀野川有機水銀中毒……………38
 悪性腫瘍……………146
 悪性新生物……………73,157
 浅野セメント降灰事件……………36
 足尾銅山鉱毒事件……………36
 アスベスト……………262
 アスベスト被害……………36
 アテローム血栓性脳梗塞……………161
 アトピー性皮膚炎……………195
 アナフィラキシーショック……………196,197
 アルコール健康障害対策基本法……………134
 アルコール健康障害対策推進基本計画……………134
 アルツハイマー病……………192
 アルマ・アタ宣言……………6
 アレルギー疾患……………195
 アレルギー疾患対策基本法……………195
 アレルギー性結膜炎……………196
 アレルギー性鼻炎……………196
 アレルギー性鼻結膜炎……………195
 アレルゲン……………196
 安全衛生推進員……………260
 安全管理者……………260,261
 安息香酸……………260
- い**
- 医事法……………209
 イタイイタイ病……………36,38
 1型糖尿病……………170
 一次医療圏……………219
 一次予防……………5
 1類感染症……………187
 一過性脳虚血発作……………162
 一般健康診断……………263
 一般廃棄物……………45
 一般病床……………214
 一本鎖RNAウイルス……………182
 遺伝子組み換え規制法……………28
 胃内視鏡検査……………155
 胃部X線検査……………155
- 医療圏……………219
 医療法……………218
 インスリン抵抗性……………169,170
 インスリン抵抗性症候群……………166
 陰性反応の中度……………107
 インフォームド・コンセント……………100,113,114
 インフォメーションバイアス……………102
- う**
- ウィーン条約……………24,30
 ウイルス性肝炎……………181
 ウイルス排除……………181
 ウィンスロウ……………207
 齧歯……………271
 運動器症候群……………179
- え**
- 影響評価……………10
 エイジフレンドリー……………266
 エイズ……………182
 衛生管理者……………260,261
 衛生法規……………209
 栄養教諭……………273
 栄養サポートチーム……………211
 栄養士……………215,227,230
 疫学診断……………9
 エコロジカルファラシー……………96
 エビデンスに基づいた医療……………109
 エプスタインバーウイルス……………152
 エンゼルプラン……………242
- お**
- 横断研究……………94,95
 オゾン層……………24
 オゾン層保護法……………24
 オタワ憲章……………6,7
 オッズ比……………91,104,111,112
 オプトアウト……………114
- か**
- カーボンニュートラル……………24
 介護医療院……………253
 介護サービス……………252
 介護認定審査会……………252
 介護福祉士……………230
 介護保険制度……………251
 介護予防サービス……………252
 介護療養型医療施設……………253
 介護老人保健施設……………253
 概日リズム……………135
 介入研究……………94,99
 回復期保菌者……………181
 外来生物法……………28
 化学的酸素要求量……………34
 拡張期血圧……………158
 過重労働……………265
 学校医……………267
 学校歯科医……………267
 学校保健……………266,267
 学校保健安全法……………157,266,271
 活性汚泥法……………45
 喀痰細胞診……………156
 カットオフ値……………106,108
 カドミウム……………38
 花粉症……………196
 カボジ肉腫……………182
 仮面高血圧……………159
 カルタヘナ議定書……………28,30
 過労死……………261
 過労死等防止対策推進法……………265
 がん……………146
 簡易生命表……………77
 肝炎ウイルス……………152
 環境衛生法……………209
 環境基本法……………30
 がん検診……………155
 看護小規模多機能型居宅介護……………232
 観察研究……………94
 患者調査……………79
 関節リウマチ……………179
 感染症……………180
 感染症病床……………214
 感染症法……………181,185,189
 感染対策チーム……………211
 がん対策基本法……………152,155
 がん対策推進計画……………152
 冠動脈疾患……………173
 登録推進法……………153
 管理栄養士……………215,227,230,244
 緩和ケアチーム……………211

- き**
- 偽陰性率……………107
 気管支ぜん息……………195
 期間有病率……………88
 危機分析……………10
 危険因子……………90
 危険曝露人口……………88
 気候変動に関する政府間パネル
 ……………22
 気候変動枠組条約……………30
 記述疫学……………94,95
 基準病床数……………219
 キシレン……………259
 気分障害……………190
 急性冠症候群……………163
 急性呼吸器症候群……………182
 急性呼吸窮迫症候群……………183
 急性心筋梗塞……………163
 急性灰白髄炎……………181,188
 教育・組織診断……………9
 狭心症……………163,164
 行政・政策診断……………9
 偽陽性率……………107
 京都議定書……………24,30
 胸部X線検査……………156
 業務独占……………215
 寄与危険……………91
 寄与危険度……………92
 寄与危険割合……………92
 居宅介護支援事業所……………255
 居宅サービス……………253
- く**
- 空気感染……………183
 偶然誤差……………101,102
 空腹時血糖値……………169
 クリプトスポリジウム……………182
 クリプトスポリジウム症……………182
 グループホーム……………225
 クレチン症……………240
- け**
- ケアマネージャー……………230,255
 系統誤差……………101,102
 系統的レビュー……………110,111
 頸動脈ステント留置術……………162
 頸動脈内膜剥離術……………162
 ケースコントロール研究……………97
 ゲートキーパー……………198
 結核……………182
 結核菌……………182
- 結核児童療育給付……………223
 結核対策特別促進事業……………182
 結核病床……………214
 結核予防法……………182
 結果評価……………10
 血栓溶解療法……………161
 減圧症……………42
 検査……………187
 検査所……………187
 減塩……………159
 健康格差……………13
 健康管理……………257,258,259
 健康危機管理……………236
 健康寿命……………78,79
 健康寿命の延伸……………244
 健康診断……………157
 健康増進法……………157,166,177
 健康づくりのための休養指針
 ……………136
 健康づくりのための身体活動基準
 2013……………127
 健康づくりのための身体活動指針
 ……………127
 健康日本21（第二次）
 ……………123,124,127,134,179,243
 健康福祉部……………210
 健診……………157
 検診……………157
 建築基準法……………47
 建築物衛生法……………47
 建築物環境衛生管理基準……………47
- こ**
- 公害健康被害補償法……………37
 光化学スモッグ……………36
 後期高齢者……………248
 後期高齢者医療制度……………212,247
 合計特殊出生率……………66,67
 高病原性鳥インフルエンザ……………184
 公衆衛生及び医療……………206
 公的扶助……………206
 後天性免疫不全症候群……………182
 行動・環境診断……………9
 交絡……………102,103
 高齢化社会……………248
 高齢化率……………248
 高齢者医療確保法
 ……………157,243,244,247
 高齢社会……………248
 誤嚥性肺炎……………138
 呼吸ケアチーム……………211
- 国際協力機構……………274
 国際疾病分類……………73,157
 国際的に懸念される公衆衛生上の
 緊急事態……………183
 国際熱帯木材機関……………27
 国際保健……………273
 国際保健規則……………190
 国際労働機関／世界保健機関
 ……………256
 国勢調査……………58,59
 国民皆保険制度……………212
 国民健康保険……………212
 国民生活基礎調査……………80
 国連食糧農業機関……………277
 国連世界食糧計画……………277
 国連ミレニアム宣言……………275
 骨粗鬆症……………176,177,179
 骨密度……………176
 骨リモデリング……………176
 子ども家庭総合支援拠点……………210
 コホート研究……………94,95,96,97
 5類感染症……………185
 コロナウイルス……………182
 根拠に基づいた保健対策……………110
- さ**
- サーカディアンリズム……………135
 再興感染症……………185
 再生産率……………66
 作業環境管理……………257,258,259
 作業環境測定士……………257
 作業環境測定法……………257
 作業管理……………257,258,259
 作業関連疾患……………262
 砂漠化……………25,26
 砂漠化対処条約……………25,30
 サルコペニア……………179,250
 産業医……………260,261
 産業廃棄物……………45
 産業疲労……………261
 産業保健……………256
 三次医療圏……………219
 三次予防……………5
 酸性雨……………25
 3類感染症……………185
- し**
- ジカウイルス感染症……………185
 歯科口腔保健の推進に関する基本
 的事項……………139
 歯科口腔保健の推進に関する法律

- 139
 歯科口腔保健法 139
 仕事と生活の調和憲章 266
 自殺 197
 自殺対策基本法 198
 死産 76
 死産率 76
 脂質異常症 172,173,175
 脂質異常症の重症化予防 175
 施設サービス 253
 自然死産 76
 持続可能な開発目標 275
 持続性高血圧 159
 市町村福祉事務所 210
 市町村保健センター 210,235
 シックハウス症候群 48
 実行 10
 指定感染症 185
 時点有病率 88
 児童 222
 児童虐待防止法 198,242
 児童相談所 222
 児童福祉司 230
 児童福祉施設 222,226
 児童福祉法 221,222,227
 死の四重奏 166
 脂肪肝 194
 死亡率 89
 社会診断 9
 社会的公正 11
 社会福祉 206
 社会福祉士 230,255
 社会福祉施設 226
 社会福祉主事 230
 社会福祉法 221,228,229
 社会保険 206
 若年性認知症 192
 周産期死亡 76
 周産期死亡率 76
 収縮期血圧 158
 重症急性呼吸器症候群 183
 重症呼吸器感染症 183
 従属人口 61
 従属人口指数 63
 集団寄与危険度 92
 集団寄与危険割合 92
 受信者動作特性曲線 108
 主任介護支援専門員 255
 種の保存法 28
 受療率 79
 循環器疾患 157
 純再生産率 67
 障害児 222
 障害者基本法 191
 障害者雇用促進法 228
 障害者差別解消法 228
 障害者支援施設 226
 障害者総合支援法 191,224,225,228
 障害者福祉施設 228
 消極的休養 136
 症候性肥満 164
 小児アトピー性疾患 195
 小児慢性特定疾病医療費助成制度 223
 情報バイアス 102
 症例対照研究 91,94,95,96,97
 職域保険 212
 職業病 261
 職場における受動喫煙防止のためのガイドライン 265
 食物アレルギー 196
 食物連鎖 37
 新エンゼルプラン 242
 新型インフルエンザ等対策特別措置法 185
 新型コロナウイルス 182,236
 新型コロナウイルス感染症 183,274,277
 新興感染症 185
 人口寄与危険度 92
 人口寄与危険割合 92
 人工死産 76
 人口指数 62
 人口動態調査 65
 人口動態統計 65
 人口ピラミッド 61
 心疾患 74,163
 新生児死亡 76
 新生児死亡率 76
 新生児聴覚スクリーニング 240
 新生児訪問指導 238
 新生児マススクリーニング 240
 身体活動レベル 172
 身体障害者 224,225
 身体障害者手帳 224
 身体障害者福祉司 230
 身体障害者福祉法 221,224,227
 診断群分類 214
 シンドローム X 166
 じん肺健診 263
 心房細動 161
 診療ガイドライン 112
 診療報酬 214
 森林原則声明 27
 森林破壊 27
- す**
- 随時対応型訪問介護看護 232
 水質汚濁防止法 33
 水素イオン濃度 34
 垂直感染 181
 水道法 44
 スクリーニング 105
 スクリーニング検査 108
 健やか親子21 241
 健やか親子21（第二次） 241
 ストレスチェック 265
 ストレスチェック制度 258
 ストレスマネジメント 137
 スパイロメトリー 193
 スモッグ 33
- せ**
- 生活習慣病 243,244
 生活の質 3
 生活保護法 221
 精神障害者 225
 精神障害者保健福祉手帳 191
 精神遅滞 191
 精神病床 214
 精神保健福祉士 230
 精神保健福祉センター 192,230
 精神保健福祉法 191,227,230
 生態学的研究 94,95,96
 生態学的誤謬 96
 成長曲線 269
 政府開発援助 274
 生物学的曝露指標 259,260
 生物学的モニタリング 259
 生物多様性基本法 28
 生物多様性国家戦略 28
 生物多様性条約 30
 生命表 77
 世界保健機関 3,166,183,276
 積極的休養 136
 積極的支援 246
 接触感染 183,184
 セレクションバイアス 102
 前期高齢者 248
 前後比較デザイン 100
 全数把握 185
 ぜんそく 195,196

選択バイアス	102
潜伏期	181
そ	
総括安全衛生管理者	260,261
早期新生児死亡	76
早期新生児死亡率	76
総再生産率	67
相対危険	91
相対危険度	91
層別ランダム化	99
足壊疽	170
足病変	170
粗再生産率	66
粗死亡率	68,147
ソフィア議定書	25

た	
第1号被保険者	252
第一次ベビーブーム	65
大気汚染防止法	33
対策型検診	155,156
第3期がん対策推進基本計画	154,157
代謝疾患	164
第2号被保険者	252
第二次ベビーブーム	66
第21回気候変動枠組条約締約国会議パリ協定	24
第二水俣病	36,38
多段階発がん	150
たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約	130
ダブルブラインド	100
多要因原因説	104
単純性肥満	164
単純ランダム化	99
タンデムマスキング	240

ち	
地域福祉計画	229
地域包括支援センター	199,210,255
地域保険	212
地域保健	232
地域保健法	233,234
地域密着型サービス	253,254
地球温暖化	22
致死率	89
知的障害	191
知的障害者	225

知的障害者福祉司	230
知的障害者福祉法	221,224,227
致命率	89
中央社会保険医療協議会	214
中東呼吸器症候群	183,185
腸管出血性大腸菌感染症	181
長距離越境大気汚染条約	25
超高齢社会	248

つ	
通院者率	80
通所サービス	253
つば型	61
釣り鐘型	61

て	
定期健康診断	157,263
低酸素症	42
低体温症	43
低体重児	239
データヘルス計画	220
典型7公害	36
電離放射線	43

と	
動機づけ支援	246
統合失調症	191
糖尿病	169
糖尿病神経障害	170
糖尿病腎症	170
糖尿病網膜症	170
頭部MRI検査	162
トータル・ヘルスプロモーション・プラン	265
特異の病因論	104
特異度	107
特殊健康診断	263
特定健康診査	157,167,220
特定健康診査・特定保健指導	132,167,219,243,244
特定健診	246
特定保健指導	167
特別管理一般廃棄物	45
特別養護老人ホーム	253
都道府県医療費適正化計画	247
鳥インフルエンザ	184,185
トリクロロエチレン・テトラクロロエチレン	259
トリハロメタン	45
トルエン	259,260

な	
内臓脂肪型肥満	164
内臓脂肪症候群	166
名古屋議定書	30

に	
新潟水俣病	37,38
2型糖尿病	170,172
依存症	151
代替療法	151
二酸化炭素	22
二次医療圏	219
二次性高血圧症	158
二重エネルギーX線吸収測定	176
二重盲検化	100
二次予防	5
日本国憲法第25条	206,208,228
日本人の食事摂取基準	243
乳児死亡	76
乳児死亡率	76
尿中 δ -アミノレブリン酸	259
尿中トリクロロ酢酸	260
尿中馬尿酸	259
尿中フェノール	260
尿中メチル馬尿酸	259
2類感染症	185
任意型検診	155,156
妊産婦健康診査	239
妊産婦死亡率	76
妊娠糖尿病	169
認知症	191,192
妊婦健診	239

ね	
ネグレクト	198,242
熱中症	41,43
年少人口	61
年少人口指数	62
年齢調整死亡率	69,70,74,147

の	
脳血管疾患	74,160
脳梗塞	161
脳出血	161
ノーマライゼーション	228
ノンレム睡眠	135

は	
ハーゼル条約	30
バイアス	101,102

ばい煙の排出の規制等に関する法律……………33
 廃棄物……………45
 廃棄物処理法……………45
 配偶者暴力防止法……………199
 バイステックの7原則……………229
 ハイリスクアプローチ……………10
 白衣高血圧……………159
 曝露……………90,91
 白ろう病……………262
 ハザード比……………91
 働き方改革関連法……………258,265
 働き方改革実行計画……………154
 発育曲線……………269
 発達障害者……………225
 発達障害者支援法……………227,228
 馬尿酸……………260
 バリアフリー……………228
 バリ協定……………24
 バンコク憲章……………6
 パンデミック……………182,183,184,274

ひ

非アルコール性脂肪肝……………194
 非アルコール性脂肪性肝疾患……………194
 東アジア酸性雨モニタリングネットワーク……………25
 皮下脂肪型肥満……………164
 非感染性疾患……………122,274
 ヒスタミン産生……………196
 非政府組織……………274
 非電離放射線……………44
 ヒトT細胞白血病ウイルスI型……………152
 ヒトコブラクダ……………183
 ヒトパピローマウイルス……………152
 飛沫感染……………183,184
 肥満……………164,166
 肥満症……………164
 被用者保険……………212
 ピラミッド型……………61
 非ランダム化比較試験……………100
 敏感度……………107

ふ

不安定狭心症……………163
 フォレストプロット……………111
 不活化ワクチン……………181
 福祉事務所……………229
 福祉保健部……………210

福島第一原子力発電所事故……………36
 福祉六法……………221,229
 不顕性感染……………181
 婦人保護施設……………226
 豚インフルエンザ……………184
 浮遊物質量……………34
 プライマリヘルスケア……………6,13
 ブラインド……………99,100
 プラセボ効果……………99,100
 プリシードープロシードモデル……………9
 フレイル……………137,172,179,180
 フレイルティ……………250
 フレックスタイム制……………266
 プロセス評価……………10
 ブロックランダム化……………99
 分析疫学……………94,95

へ

平均在院日数……………80
 平均寿命……………77,78,79
 平均余命……………77
 別子銅山事件……………36
 ペプシノゲン検査……………155
 ヘリコバクター・ピロリ……………152
 ヘリコバクター・ピロリ抗体検査……………155
 ヘルシンキ議定書……………25
 ヘルシンキ宣言……………113
 ヘルスプロモーション……………6,7,13
 ヘルスリテラシー……………12
 変形性股関節症……………179
 変形性膝関節症……………178
 便潜血検査……………156
 ベンゼン……………260

ほ

防御因子……………90
 訪問看護……………232
 訪問看護ステーション……………232
 訪問サービス……………230,253
 ホームヘルパー……………230
 保健衛生法……………209
 保険給付事業……………219
 保健師……………255
 保健事業……………219
 保険者努力支援制度……………220
 保健所……………210,230,233,234,235,236
 保護施設……………226
 母子及び父子並びに寡婦福祉法……………221

母子感染……………181
 母子健康手帳……………239
 母子健康包括支援センター……………210,239
 母子保健……………237
 母子保健法……………157,237,238
 ポピュレーションアプローチ……………10
 ポリオ……………181,188
 ポリオウイルス……………181
 ホルムアルデヒド……………48
 本態性高血圧……………157,159

ま

マネジメントサイクル……………9
 マルチプルリスクファクター症候群……………166
 慢性冠動脈疾患……………163
 慢性腎臓病……………193
 慢性閉塞性肺疾患……………151,193

み

未熟児……………239
 未成年者飲酒禁止法……………134
 みなし指定訪問看護事業所……………232
 水俣病……………36,37
 ミレニアム開発目標……………275

む

無作為化比較試験……………99
 無作為割付……………99
 虫歯……………271
 無症候キャリア……………182
 無症候性保菌者……………181

め

名称独占……………215
 メタアナリシス……………111
 メタボ健診……………167
 メタボリックシンドローム……………157,164,167,169,175,194
 メチル水銀……………37
 メッツ……………127

も

盲検化……………99
 モントリオール議定書……………24,30

や

薬務法……………209

- ゆ**
 有訴者率…………… 80
 有病率…………… 88
 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ…………… 276
 ユニバーサルデザイン…………… 228
 ユネスコ世界遺産条約…………… 30
- よ**
 要介護状態…………… 252
 要介護認定…………… 252
 溶血性尿毒症…………… 181
 養護教諭…………… 266
 要支援状態…………… 252
 要支援認定…………… 252
 陽性反応の中度…………… 107
 溶存酸素量…………… 34
 洋なし型肥満…………… 164
 四日市ぜんそく…………… 36,38
 予防因子…………… 90
 予防衛生法…………… 209
 予防接種…………… 188
 予防接種法…………… 188
 四大公害病…………… 36,38
 4類感染症…………… 185
- ら**
 ラクナ梗塞…………… 161
 ラムサール条約…………… 28,30
 ランダムエラー…………… 101
 ランダム化比較試験…………… 99,111
- り**
 利益相反…………… 115
 罹患率…………… 89
 リスクアナリシス…………… 10
 リスク差…………… 92,111,112
 リスクパラドックスと…………… 11
 リスク比…………… 91,104,111,112
 リスクファクター…………… 90
 療育手帳…………… 224
 療養病床…………… 214
 りんご型肥満…………… 164
 倫理審査委員会…………… 114
- る**
 累積罹患率…………… 89,90,91,92
- れ**
 レイノー現象…………… 262
 レジスタンス運動…………… 250
- レム睡眠…………… 135
- ろ**
 労災保険…………… 263
 老人福祉施設…………… 210,226
 老人福祉法…………… 221
 労働安全衛生法…………… 157,256,257,258,260,265
 労働衛生の3管理…………… 257
 労働基準法…………… 257
 労働災害…………… 263
 労働者災害補償保険…………… 263
 労働者災害補償保険法…………… 263
 労働保険…………… 263
 労働力人口…………… 256
 労働力調査…………… 256
 老年化指数…………… 63
 老年人口…………… 61
 老年人口指数…………… 62
 ロコモティブシンドローム…………… 127,179
- わ**
 ワーク・ライフ・バランス…………… 266
 ワシントン条約…………… 28,30
- 英文**
- A**
 A/H1N1pdm…………… 184,185
 ACS…………… 162,163
 ACT-FAST…………… 162
 ADL…………… 166
 AFP…………… 185
 AIDS…………… 182
 AMI…………… 163
 ARDS…………… 183
- B**
 BEI…………… 259
 Biological Exposure Indices…………… 259
 BMD値…………… 176
 BMI…………… 164,165,245
- C**
 cancer…………… 146
 carcinoma…………… 146
 Cardiovascular disease…………… 157
 CDC…………… 12
 Centers for Disease Control and Prevention…………… 12
 CITES…………… 30
 CKD…………… 173,193
 COI…………… 115
 Conflict of interest…………… 115
 COP21…………… 24
 COPD…………… 128,151,193
 COVID-19…………… 183,274
 Cryptosporidium…………… 182
- D**
 DEXA…………… 176
 Diagnosis Procedure Combination…………… 214
 DOTS…………… 182
 DPC…………… 214
 dual-energy X-ab-sorptiometry…………… 176
 DV防止法…………… 199
- E**
 EANET…………… 25
 EBM…………… 109,110,112
 EBMピラミッド…………… 110
 EBPH…………… 110
 EBV…………… 152
 eGFRcreat…………… 193

Evidence-based Medicine 109
evidence-based public health
..... 110

F

FAO 277
Food and Agriculture
Organization : 277
frailty 179

G

GFR 193

H

H.pylori 152
H5N1 184,185
H7N9 184,185
HBIG 239
HBs抗体検査 239
HDL-C 173
Healthy People 2010 12
Hillの判定基準 104
HIV 182
HPV 152,156
HTLV-1 152
HTLV-1抗体検査 239
Human Immunodeficiency Virus
..... 182
HUS 181

I

IC 114
ICD 73
ICD10 157
ICT 211
IHR 190
ILO/WHO 256
Informed consent 114
Intergovernmental Panel on
Climate Change 22
International Labor Organization/
World Health Organization ... 256
IPCC 22
ITTO 27

J

JICA 274

L

LDL-C 173

M

MDGs 275
MERS 183
MERS-CoV 182,183
metabolic syndrome 164
Millennium Development Goals
..... 275
MRI 162
MRI検査 161

N

NAFL 194
NAFLD 194
NASH 194
NCD 122,128,274
NGO 274
NGSP値 169
NIPPON DATA 163
nonalcoholic fatty liver disease
..... 194
nonalcoholic steato-hepatitis
..... 194
Non-Communicable Diseases
..... 122,274
non-HDL-C 173
No one left behind 275
NST 211
NSTEMI 163

O

obesity 164
ODA 274
Official Development Assistance
..... 274

P

PCT 211
PDCAサイクル 9,220,261,265
PDPS 214
Per-Diem Payment System ... 214
PHC 6
PHEIC 183,190
population at risk 88

Q

QOL 3,7

R

Randomized Controlled Trial .. 99
RCT 99,100,211
receiver operating charac-teristic

curve : 108
ROC曲線 108

S

sarcoma 146
SARS 183
SARS-CoV1 182,183
SARS-CoV2 182,236
SDGs 275,277
SMR 71
Standardized Mortality Ratio
..... 70,71
STEMI 163
Sustainable Development Goals
..... 275
SVR 181

T

TG 173
The Japan Diet 175
THP 265
TIA 162

U

UA 163
UHC 276

V

Vero毒素 181

W

WFP 277
WHO 3,6,166,183,184,190,262
WHO憲章 122
Work-related disease 262
World Food Programme 277
World Health Organizatio ... 276

Y

YAM 176
Young Adult Mean 176

栄養管理と生命科学シリーズ
公衆衛生学

2023年4月18日 初版第1刷発行



編著者 網 中 雅 仁

発行者 柴 山 斐 呂 子

発行所 理工図書株式会社

〒102-0082 東京都千代田区一番町 27-2
電話 03 (3230) 0221 (代表)
FAX 03 (3262) 8247
振替口座 00180-3-36087 番
<http://www.rikohtosho.co.jp>

© 網中雅仁 2023 Printed in Japan ISBN978-4-8446-0927-8

印刷・製本 丸井工文社

〈日本複製権センター委託出版物〉

*本書を無断で複写複製（コピー）することは、著作権法上の例外を除き、禁じられています。本書をコピーされる場合は、事前に日本複製権センター（電話：03-3401-2382）の許諾を受けてください。

*本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上の例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。

★自然科学書協会会員★工学書協会会員★土木・建築書協会会員