

平成16年10月27日  
厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室  
担当:平戸(内線2971)  
武井(内線2348)  
電話:03-5253-1111(代表)

## 2. 地方自治体庁舎等における禁煙・分煙の実施状況調査結果要旨

「健康日本21」では、たばこ分野に係る政策の柱として、①喫煙がもたらす健康影響についての知識の普及、②未成年者の喫煙の防止、③公共の場所での分煙の徹底及び知識の普及、④禁煙希望者に対する禁煙支援プログラムの普及、を掲げている。その中の「公共の場所での分煙の徹底」に関し、平成12年9月に地方自治体庁舎等の公共の場及び職場を対象に禁煙・分煙の実施状況調査を行った。

その後、平成15年5月に受動喫煙防止の努力義務を規定した健康増進法が施行されたのを受けて、施行後約半年を経過した時点での禁煙・分煙実施状況を把握するため、今般(平成16年1月5日現在)、同様の調査を再度実施するとともに、新たに分煙効果判定基準に沿った分煙対策がなされているかどうかについても回答を求めた。

今回の調査は、健康増進法施行後初めての調査であり、前回調査との比較を行うことにより、受動喫煙防止の核となる禁煙・分煙対策の推進状況を明らかにするとともに、今後の取組の基礎となるものである。

### I 結果の概要

#### (1) 禁煙・分煙の進捗状況

地方自治体庁舎等における禁煙・分煙の状況を把握するため、各施設の公共の場及び職場における受動喫煙対策について調査したところ、公共の場・職場とも、平成12年調査と比べ「自由に吸える」割合が大幅に減少するとともに、「禁煙又は分煙」と回答した施設の割合が大幅に増加した。平成12年調査時に既に「自由に吸える」の割合が低かった都道府県庁舎の公共の場以外でも、都道府県庁舎の職場では「自由に吸える」の割合が53.2%から0%に、市町村役場のうち、公共の場では49.3%から10.3%に、職場では45.3%から7.9%に、それぞれ「自由に吸える」割合が大幅に減少した。

また、平成12年調査時に比較的取り組みが進んでいた保健所及び保健センターにおいても、「自由に吸える」割合は、保健所の公共の場で4.5%から0%に、職場で0.7%から0%に、保健センターの公共の場で16.3%から3.2%に、職場で14.6%から1.9%に減少し、一層禁煙・分煙対策が進んだことが明らかになった。特に、保健所及び保健センターにおいては、「禁煙」としての割合が、都道府県庁舎及び市町村役場に比べて20～50%高くなっており、禁煙・分煙対策を講じる際は、分煙とするより禁煙とする傾向が見られた。

いずれにせよ、前回調査と比較すると、全体的に施設における禁煙・分煙対策が進んでいることが窺える。

#### (2) 都道府県と市町村の比較

都道府県と市町村を比較すると、都道府県の庁舎・保健所では公共の場・職場とも「自由に吸える」割合が0%となったのに対し、市町村の役場・保健センターでは未だ禁煙・分煙対策を講じていない施設が残っており、禁煙・分煙対策に取り組んでいる割合は、市町村の役場・保健センターより

都道府県の庁舎・保健所の方が高くなっている。

しかしながら、平成12年からの進捗状況を見てみると、「自由に吸える」割合の減少幅は、市町村役場の公共の場や市町村保健センターの方が、都道府県庁舎の公共の場や保健所より大きくなっており、市町村でも平成12年に比べて禁煙・分煙対策が進んでいることが窺える。

### (3) 公共の場と職場の比較

公共の場と職場を比較すると、都道府県庁舎の公共の場は禁煙が6.4%、分煙が93.6%であるのに対し、職場は禁煙が51.0%、分煙が49.0%であり、また、都道府県保健所の公共の場は禁煙が54.0%、分煙が46.0%であるのに対し、職場は禁煙が72.2%、分煙が27.8%となっており、都道府県においては公共の場は分煙、職場は禁煙とする割合が高い傾向が見られた。

また、市町村役場及び保健センターにおいても、公共の場では分煙の割合が高く、職場では禁煙の割合が高い傾向が見られた。

なお、こうした傾向は平成12年から現れているところである。

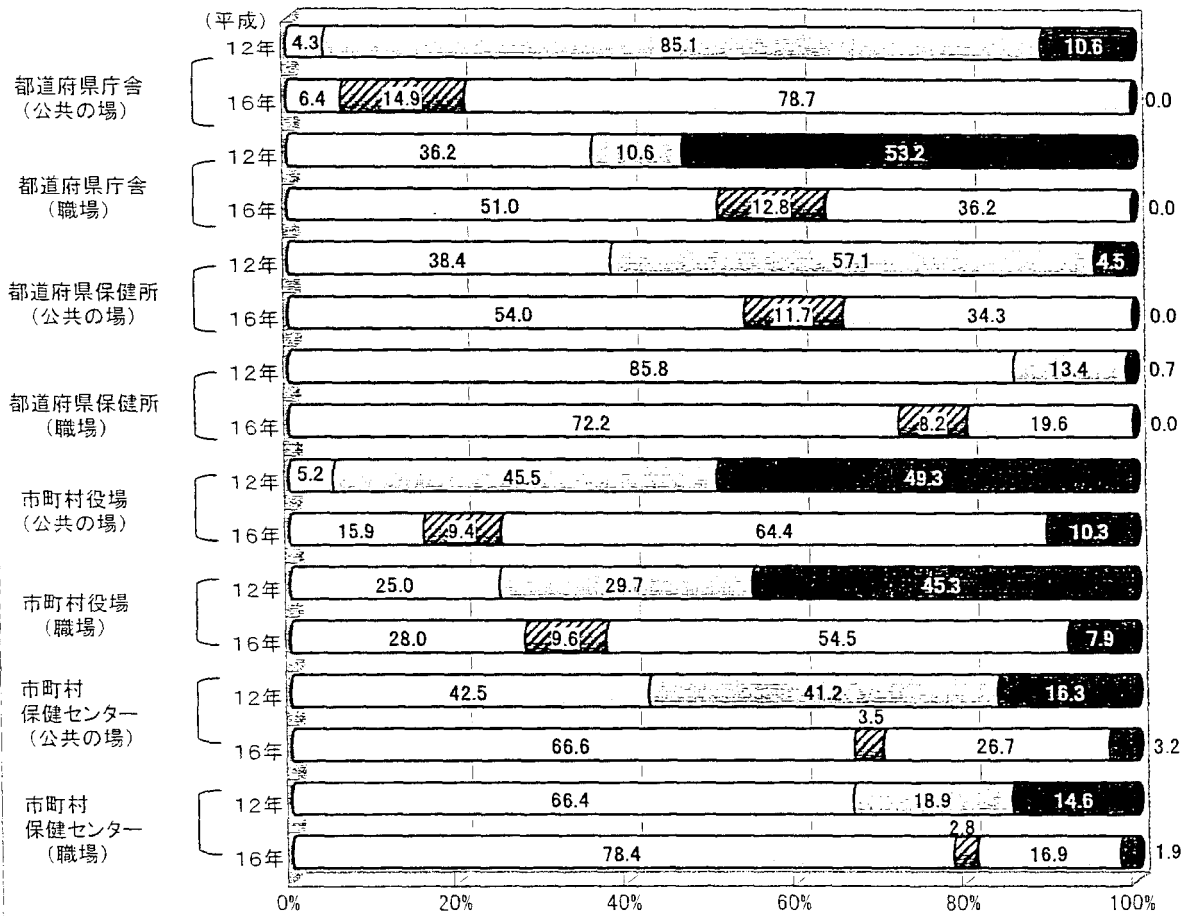
### (4) 分煙効果判定基準に沿った分煙対策の実施状況

今回の調査では、平成14年6月に策定した分煙効果判定基準(別紙1参照)を踏まえ、当該基準に沿った効果的な分煙の実施状況について新たに回答を求めたところ、分煙のうち、当該基準を満たしている施設の割合は、最も高い都道府県保健所の職場でも29.5%、最も低い市町村保健センターの公共の場所では11.6%となっており、分煙としている施設の中で当該基準を満たしている割合は未だ少なかった。

施設を分煙としている場合にも、当該基準に沿った有効な対策を確実に講じることが望まれる。

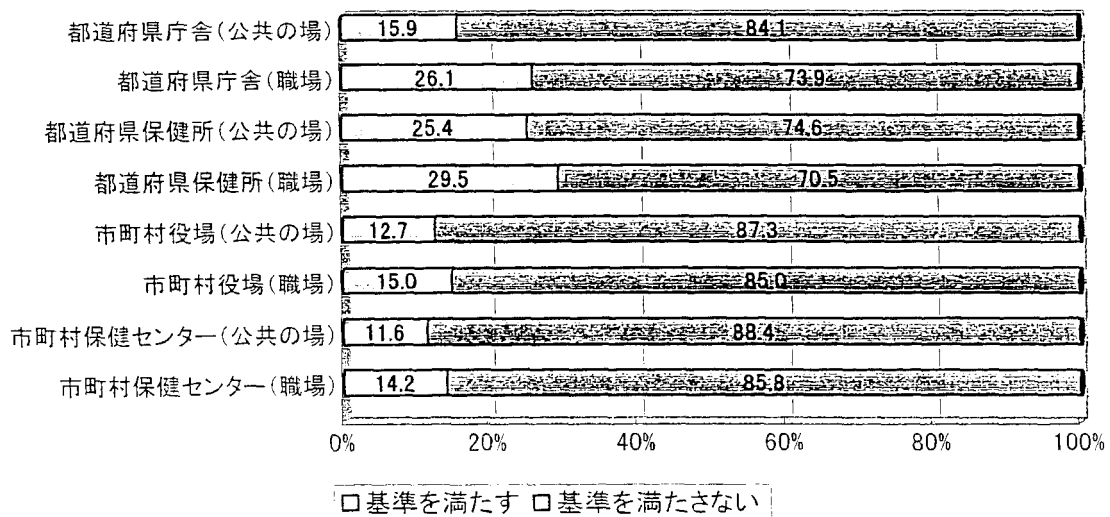
※ 個別データについては別紙2参照

都道府県庁舎、都道府県保健所、管内市町村役場及び市町村保健センターの禁煙・分煙実施状況



12年: □禁煙 □分煙 ■自由に吸える  
 16年: □禁煙 ▨分煙(基準を満たす) □分煙(基準を満たさない) ■自由に吸える

「分煙」の内訳  
 ~都道府県及び管内市町村(公共の場及び職場)~



□基準を満たす □基準を満たさない

## II 厚生労働省におけるたばこ対策の主な取り組み

たばこは、肺がんをはじめとした多くのがんや、循環器病等の危険因子である。たばこ対策を進めることは、これらの生活習慣病を予防する上で重要な課題であり、下記の取り組みを中心にたばこ対策に積極的に取り組んできたところ。

平成 12 年 4 月	<p>「健康日本21」策定</p> <p>たばこ分野については、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①喫煙がもたらす健康影響についての知識の普及、</li> <li>②未成年者の喫煙の防止、</li> <li>③公共の場所での分煙の徹底及び知識の普及、</li> <li>④禁煙希望者に対する禁煙支援プログラムの普及、</li> </ul> <p>の4つを柱とし、2010 年度を目途とした目標値を設定し、総合的なたばこ対策を推進している。</p>
平成 14 年 6 月	<p>分煙効果判定基準策定</p> <p>受動喫煙による非喫煙者への健康影響の削減・排除を目指して、受動喫煙の健康への影響、公共の場所の分煙の実施方法、分煙が効果的に実施されているかの評価方法、今後の分煙対策のあり方等について、有識者らによる検討会を設置し、専門家の意見を取りまとめ、都道府県に周知した。</p>
平成 15 年 5 月	<p>健康増進法施行</p> <p>第25条において、「多数の者が利用する施設を管理する者は、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない」旨が規定された。</p>
平成 16 年 6 月	<p>たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約批准</p> <p>公衆衛生分野で初の国際条約である「たばこ規制枠組条約」を我が国も批准。今後は条約に沿ってたばこ対策を強力に推進していくことが求められている。</p> <p>たばこ対策関係省庁連絡会議設置</p> <p>関係省庁の密接な連携の下にたばこ対策を促進するため、関係省庁連絡会議を設け、たばこ対策の充実強化を図るための体制整備を行い、6月15日には、課長級から成る会議を開催した。</p>

## 分煙効果判定基準について

### 1. 分煙効果判定基準策定検討会設置の趣旨

平成12年4月から開始した「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」における、たばこ分野の目標として、①喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及、②未成年者の喫煙をなくす、③公共の場及び職場での分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及、④禁煙支援プログラムの普及の4つの目標を掲げたところ。

これにより、職場の分煙対策を始め、公共の場所においても、分煙を実施する施設が増えているが、その分煙の形態については、施設によって様々なのが現状である。

本検討会では、分煙対策の重要な目的のひとつである、受動喫煙による非喫煙者への健康影響の削減・排除をテーマとして、受動喫煙の健康への影響、公共の場所の分煙の実施方法、分煙が効果的に実施されているかの評価方法、今後の分煙対策のあり方等について平成12年度に検討会を3回開催し、分煙の実効性を増すための方策について、専門家の意見をとりまとめた。

#### ◆分煙効果判定基準策定検討会名簿(五十音順)

安藤 正典	国立医薬品食品衛生研究所環境衛生化学部長
池田 耕一	国立保健医療科学院建築衛生部長
○内山 巖雄	京都大学大学院工学研究科教授
田中 勇武	産業医科大学産業生態科学研究所所長
山口 直人	東京女子医科大学教授
山田 憲一	中央労働災害防止協会労働衛生調査分析センター分析調査課長

座長:○

### 2. 都道府県への周知について

平成14年6月、分煙効果判定基準に則った受動喫煙防止対策の取組を推進するため、分煙効果判定基準策定検討会報告書を都道府県宛通知したところである。

## 分煙効果判定基準策定検討会報告書の概要

1. 屋内に設置された現有の空気清浄機は、環境たばこ煙中の粒子状物質の除去については有効な機器があるが、ガス状成分の除去については不十分であるため、その使用にあたっては、喫煙場所の換気に特段の配慮が必要である。
2. 受動喫煙防止の観点からは、屋内に設置された喫煙場所の空気は屋外に排気する方法を推進することが最も有効である。

### 新しい分煙効果判定の基準

#### (1) 屋内における有効な分煙条件

##### 判定場所その1〔喫煙所と非喫煙所との境界〕

- ① デジタル粉じん計を用いて、経時的に浮遊粉じんの濃度の変化を測定し漏れ状態を確認する(非喫煙場所の粉じん濃度が喫煙によって増加しないこと)
- ② 非喫煙場所から喫煙場所方向に一定の空気の流れ(0.2m/s 以上)

##### 判定場所その2〔喫煙所〕

- ① デジタル粉じん計を用いて時間平均浮遊粉じん濃度が 0.15mg/m<sup>3</sup> 以下
- ② 検知管を用いて測定した一酸化炭素濃度が 10ppm 以下

#### (2) 大気環境全体を視野に入れた場合の条件は(1)に以下の基準を追加。

- ① 大気環境基準が設定されている浮遊粒子状物質濃度の1時間値が 0.2mg/m<sup>3</sup> を超えないこと
- ② 大気環境基準が設定されているガス状物質のうち、1時間値があるもの(二酸化硫黄が 0.1ppm、オキシダントが 0.06ppm)は、その濃度を超えないこと

## 地方自治体庁舎等における禁煙・分煙の実施状況調査結果

### 調査の概要

#### 調査の目的

各都道府県(管内市町村)、政令市、特別区の庁舎及び保健所・保健センターにおける禁煙・分煙の実施状況を把握することを目的とした。

#### 調査対象

都道府県(管内市町村)、政令市、特別区

#### 調査の期日

平成16年1月5日

#### 調査項目

- ・公共の場(ロビー等)における分煙の状況
- ・職場(事務室等)における分煙の状況

#### 調査系統

厚生労働省 ← 都道府県・市町村  
政令市・特別区

#### <回答の集計について>

回答については、調査票上の分煙状況の区分に最も状況に近いものを1つ選択し回答を得たが、回答の重複及び実態が把握できない施設については以下のように処理を行った。

- ・都道府県庁舎、市・区役所庁舎の回答において複数回答があった場合、分煙方針が行われていない方の回答を採用。
- ・施設において対象となる場所の実態が把握できない場合(回答が得られなかったもの等)については、有効回答数から除外。

#### <有効回答数>

	公共の場(ロビー等)	回答数	職場(事務室等)	回答数
都道府県及び管内市町村	都道府県庁舎	47	都道府県庁舎	47
	窓口事務所	818	窓口事務所	849
	保健所	546	保健所	550
	市町村役場	3,153	市町村役場	3,177
	市町村窓口事務所	5,252	市町村窓口事務所	5,243
	市町村保健センター	2,539	市町村保健センター	2,574
政令指定都市	市役所及び区役所	154	市役所及び区役所	154
	窓口事務所	195	窓口事務所	195
	保健所	73	保健所	73
	保健センター	75	保健センター	75

政令市及び中核市	市役所	44	市役所	44
	窓口事務所	574	窓口事務所	624
	保健所	44	保健所	44
	保健センター	101	保健センター	102
特別区	区役所	23	区役所	23
	窓口事務所	233	窓口事務所	203
	保健所	23	保健所	23
	保健センター	70	保健センター	67

<調査結果における用語の定義>

公共の場について	一般の人の出入りがあるロビー等
職場について	職員の事務室等
都道府県窓口事務所について	福祉事務所、税事務所、児童相談所、婦人相談所、消費生活センター等
市区町村窓口事務所について	市区町村役場以外で市区町村民が戸籍・住民票の発効手続き等のために利用する窓口をもつ事務所、支所、出張所等(行政サービスコーナー等)

<禁煙・分煙状況区分の内容>

禁煙	敷地内全面禁煙又は施設内全面禁煙と回答したもの
分煙	(平成12年) 「空気清浄機等の使用、しきりの施設で煙が流出しない」、「空気清浄機等により煙を軽減」、「喫煙場所の設置のみ」のいずれかに回答したもの
	(平成16年) 平成14年6月に取りまとめられた「分煙効果判定基準」(以下、「基準」という)を踏まえ、 ・「喫煙場所を設置している(基準を満たしている)」と回答したものと、 ・「喫煙場所を設置している(基準を満たしていない)」と回答したものを分けて集計した。 また、室内空気環境測定を実施していないために基準を満たしているか不明であるものは「基準を満たしていない」とした。さらに、喫煙場所を設置せず、空気清浄機等の使用のみの場合は「自由に吸える」とした。
自由に吸える	自由に吸える(禁煙タイムを設定している場合も含む)と回答したもの



## ○都道府県及び管内市町村の結果

### (1) 禁煙・分煙の進捗状況

地方自治体庁舎等における禁煙・分煙の状況を把握するため、各施設の公共の場及び職場における受動喫煙対策について調査したところ、公共の場・職場とも、平成12年調査と比べ「自由に吸える」割合が大幅に減少するとともに、「禁煙又は分煙」と回答した施設の割合が大幅に増加した。平成12年調査時に既に「自由に吸える」の割合が低かった都道府県庁舎の公共の場以外でも、都道府県庁舎の職場では「自由に吸える」の割合が53.2%から0%に、市町村役場のうち、公共の場では49.3%から10.3%に、職場では45.3%から7.9%に、それぞれ「自由に吸える」割合が大幅に減少した。

また、平成12年調査時に比較的取り組みが進んでいた保健所及び保健センターにおいても、「自由に吸える」割合は、保健所の公共の場で4.5%から0%に、職場で0.7%から0%に、保健センターの公共の場で16.3%から3.2%に、職場で14.6%から1.9%に減少し、一層禁煙・分煙対策が進んだことが明らかになった。特に、保健所及び保健センターにおいては、「禁煙」としている割合が、都道府県庁舎及び市町村役場に比べて20～50%高くなっており、禁煙・分煙対策を講じる際は、分煙とするより禁煙とする傾向が見られた。

いずれにせよ、前回調査と比較すると、全体的に施設における禁煙・分煙対策が進んでいることが窺える。

### (2) 都道府県と市町村の比較

都道府県と市町村を比較すると、都道府県の庁舎・保健所では公共の場・職場とも「自由に吸える」割合が0%となったのに対し、市町村の役場・保健センターでは未だ禁煙・分煙対策を講じていない施設が残っており、禁煙・分煙対策に取り組んでいる割合は、市町村の役場・保健センターより都道府県の庁舎・保健所の方が高くなっている。

しかしながら、平成12年からの進捗状況を見てみると、「自由に吸える」割合の減少幅は、市町村役場の公共の場や市町村保健センターの方が、都道府県庁舎の公共の場や保健所より大きくなっており、市町村でも平成12年に比べて禁煙・分煙対策が進んでいることが窺える。

### (3) 公共の場と職場の比較

公共の場と職場を比較すると、都道府県庁舎の公共の場は禁煙が6.4%、分煙が93.6%であるのに対し、職場は禁煙が51.0%、分煙が49.0%であり、また、都道府県保健所の公共の場は禁煙が54.0%、分煙が46.0%であるのに対し、職場は禁煙が72.2%、分煙が27.8%となっており、都道府県においては公共の場は分煙、職場は禁煙とする割合が高い傾向が見られた。

また、市町村役場及び保健センターにおいても、公共の場では分煙の割合が高く、職場では禁煙の割合が高い傾向が見られた。

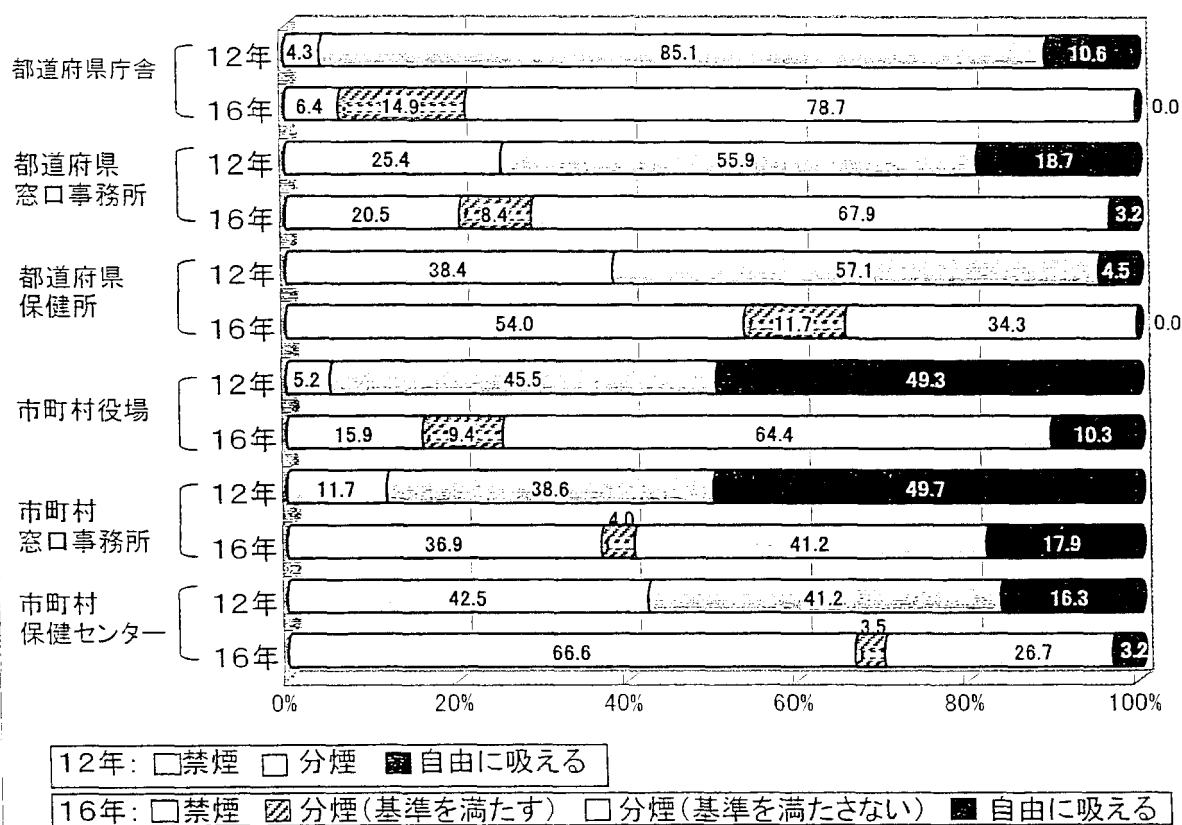
なお、こうした傾向は平成12年から現れているところである。

### (4) 分煙効果判定基準に沿った分煙対策の実施状況

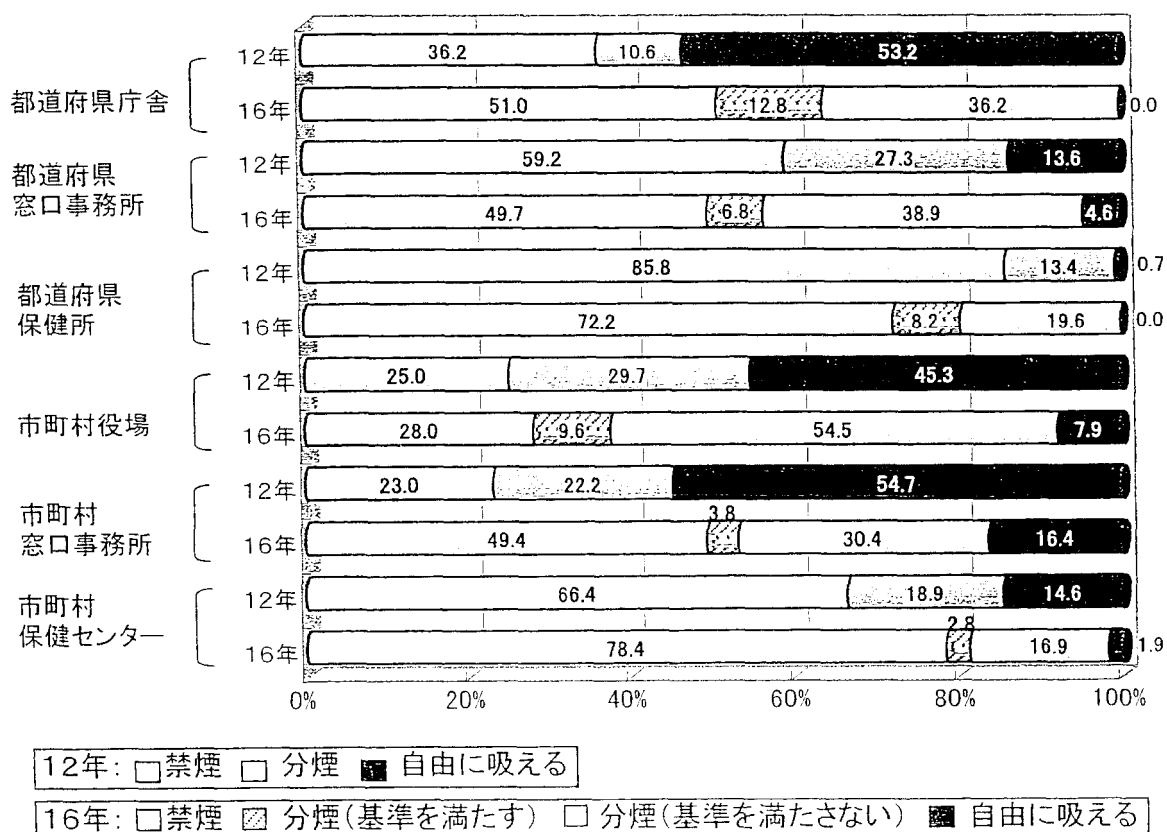
今回の調査では、平成14年6月に策定した分煙効果判定基準(別紙1参照)を踏まえ、当該基準に沿った効果的な分煙の実施状況について新たに回答を求めたところ、分煙のうち、当該基準を満たしている施設の割合は、最も高い都道府県保健所の職場でも29.5%、最も低い市町村保健センターの公共の場所では11.6%となっており、分煙としている施設の中で当該基準を満たしている割合は未だ少なかった。

施設を分煙としている場合にも、当該基準に沿った有効な対策を確実に講じることが望まれる。

### 都道府県及び管内市町村(公共)



### 都道府県及び管内市町村(職場)



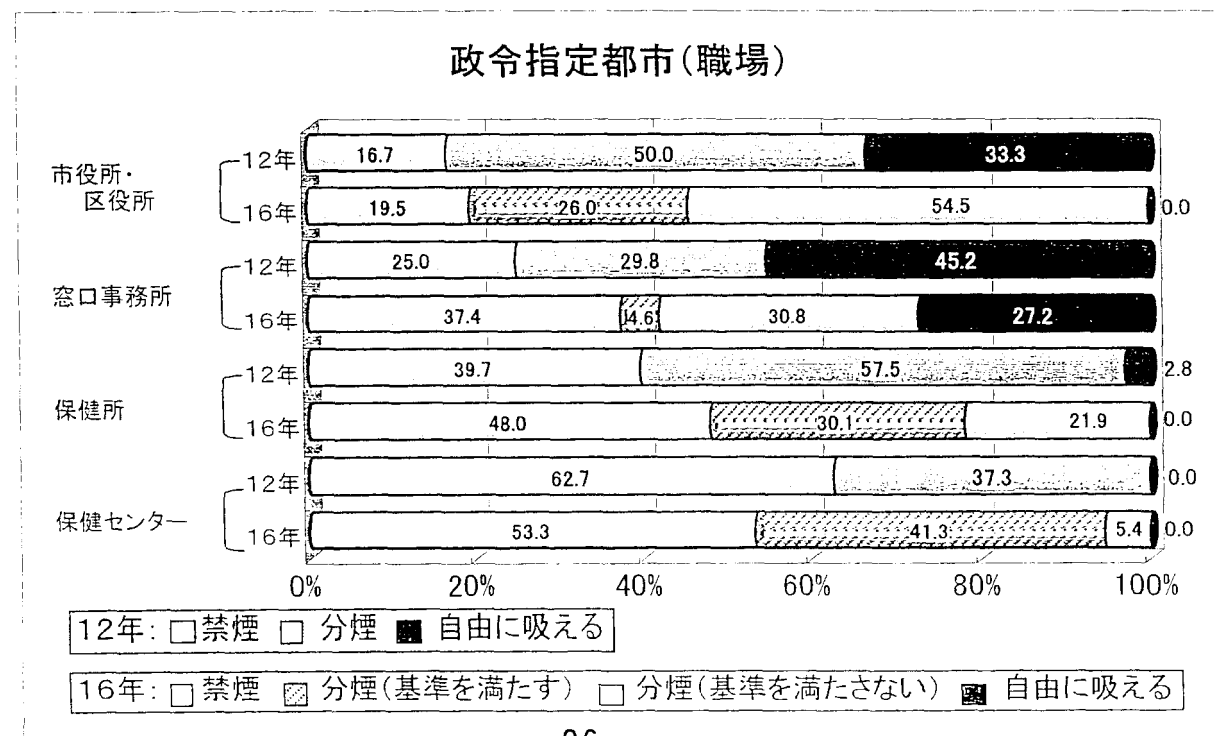
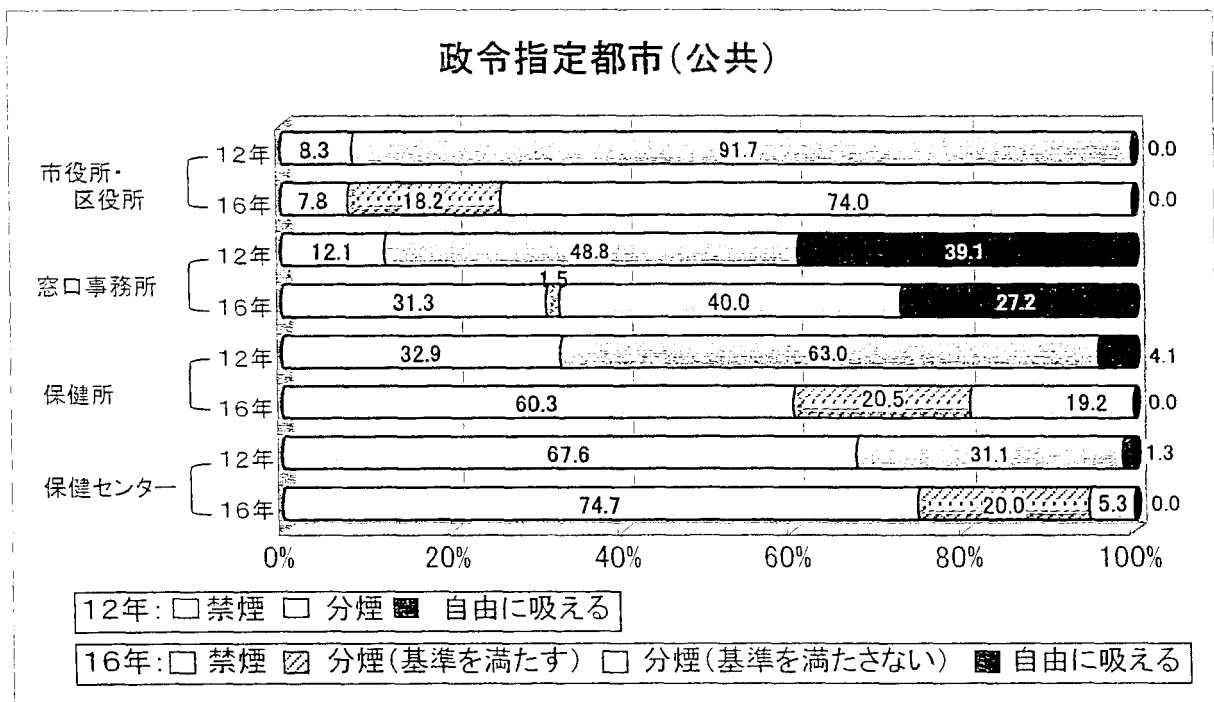
○政令指定都市の結果

平成12年調査と比べ「自由に吸える」と回答した施設の割合が減少するとともに、「禁煙又は分煙」と回答した施設の割合が増加した。平成12年調査時に既に「自由に吸える」割合が0%だった市役所・区役所の公共の場以外でも、市役所・区役所の職場では33.3%から0%に、窓口事務所の公共の場では39.1%から27.2%に、窓口事務所の職場では45.2%から27.2%に、それぞれ「自由に吸える」の割合が減少した。

しかし、窓口事務所の公共の場・職場では「自由に吸える」の割合が減少したものの、依然、27.2%の施設で「自由に吸える」となっており、今後、禁煙・分煙対策の一層の推進が望まれる。

公共の場と職場を比較すると、市役所・区役所の職場や窓口事務所の職場で「禁煙」とする割合が高く、保健所の公共の場、保健センターの公共の場で「禁煙」とする割合が高かった。しかし、公共の場と職場の取り組み傾向に大きな差は見られなかった。

一方、今回の調査では、平成14年6月に策定した分煙効果判定基準(別紙1参照)を踏まえ、当該基準に沿った効果的な分煙の実施状況について新たに回答を求めたところ、保健所や保健センターで、当該基準を満たしている割合が高く、当該基準に沿った有効な措置が講じられていることが窺えた。



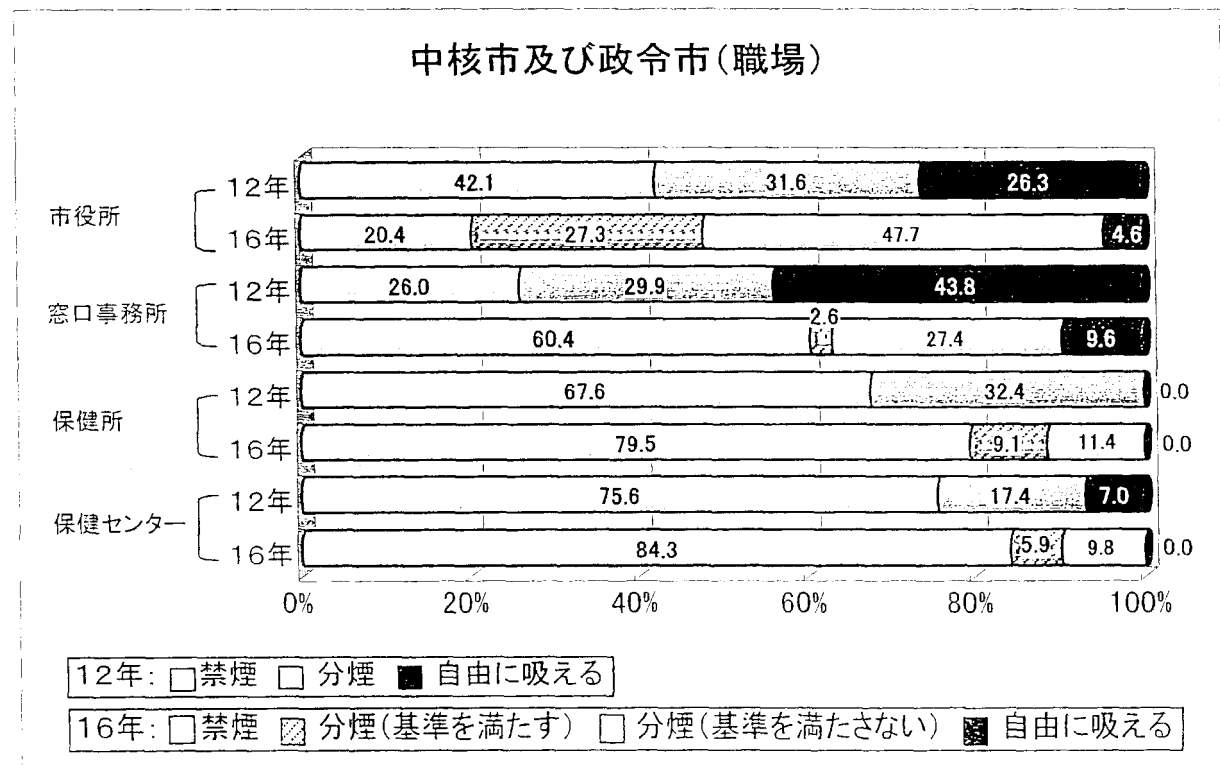
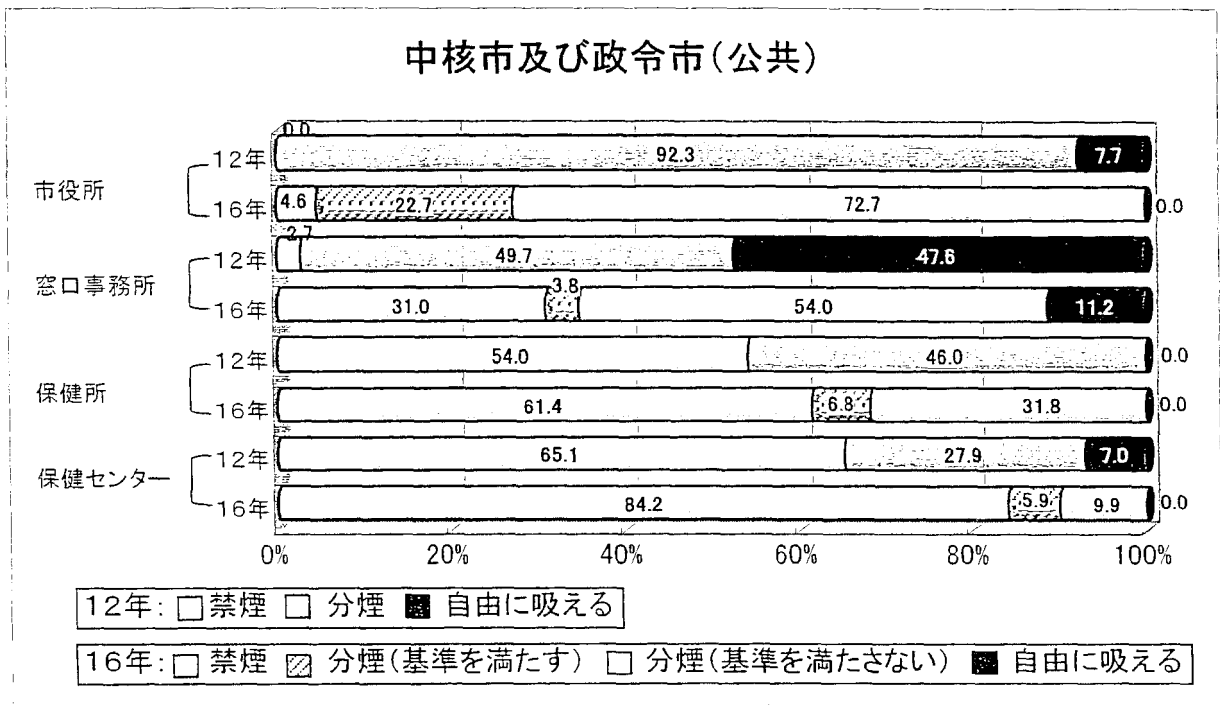
○中核市及び政令市の結果

平成12年調査と比べ「自由に吸える」割合が大幅に減少するとともに、「禁煙又は分煙」と回答した施設の割合が大幅に増加した。平成12年調査時に既に「自由に吸える」の割合が低かった市役所の公共の場以外でも、市役所の職場では26.3%から4.6%に、窓口事務所の公共の場では47.6%から11.2%に、窓口事務所の職場では43.8%から9.6%に、それぞれ「自由に吸える」割合が大幅に減少した。

公共の場と職場を比較すると、職場で「禁煙」とする割合が高かった。しかし、公共の場と職場の取り組み傾向に大きな差は見られなかった。

一方、今回の調査では、平成14年6月に策定した分煙効果判定基準(別紙1参照)を踏まえ、当該基準に沿った効果的な分煙の実施状況について新たに回答を求めたところ、分煙としている施設の中で当該基準を満たしている割合は未だ少なかった。

施設を分煙としている場合にも、当該基準に沿った有効な対策を確実に講じることが望まれる。

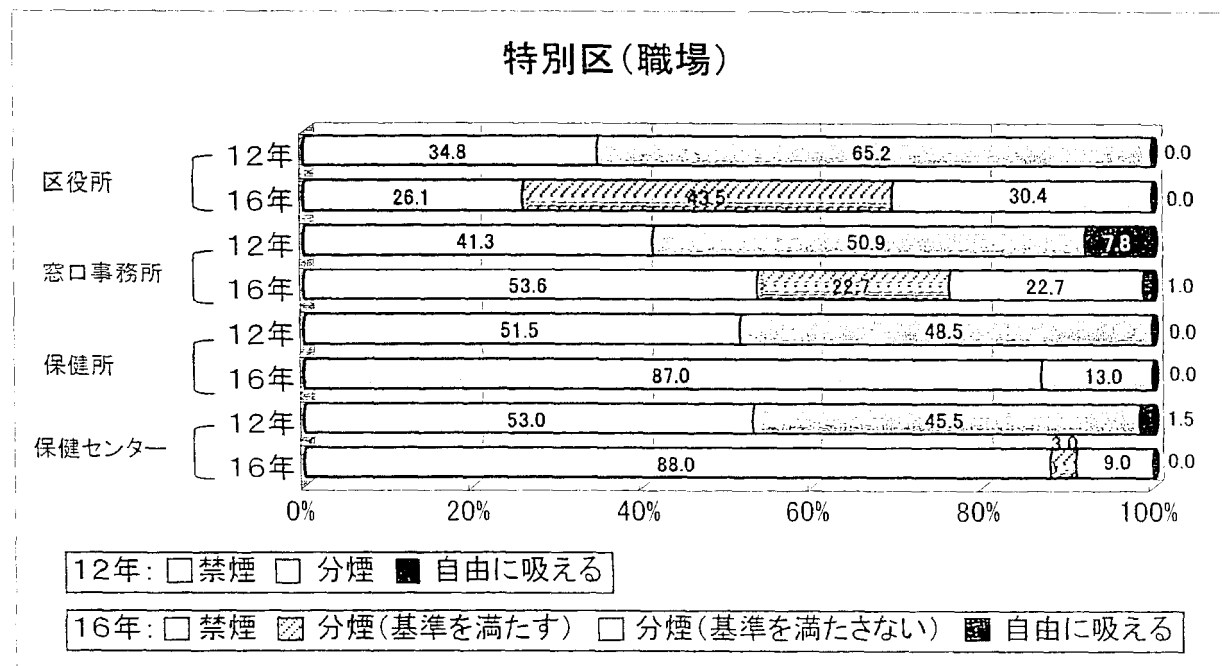
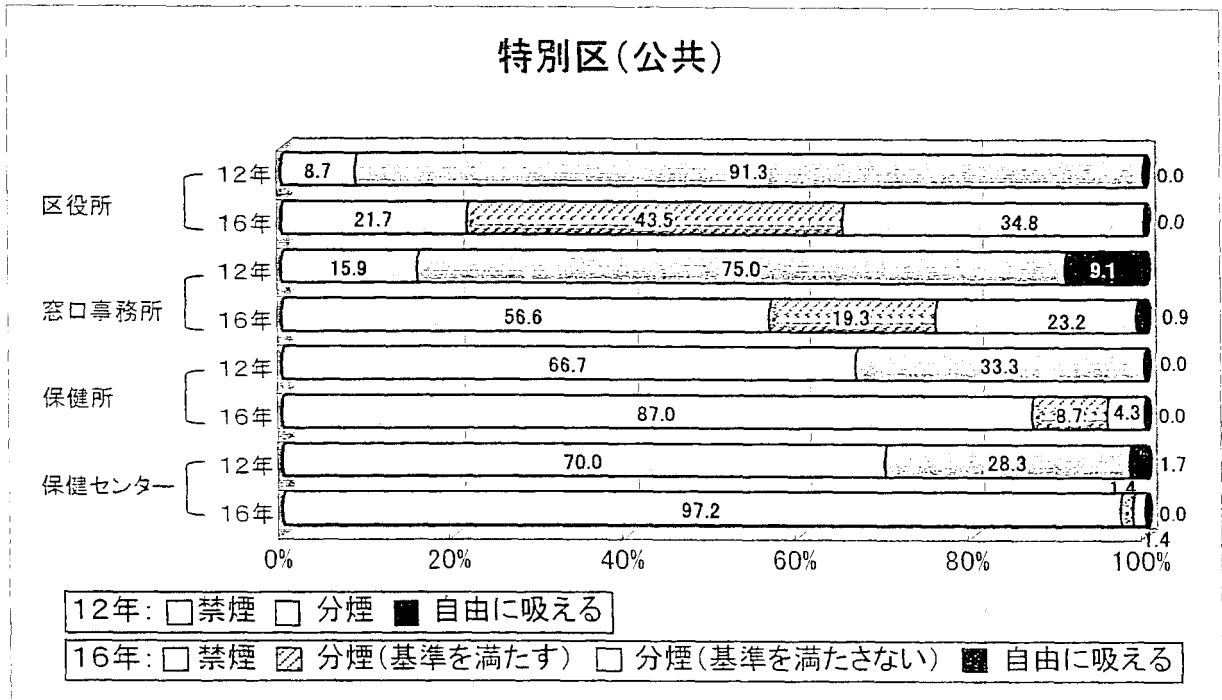


○特別区の結果

特別区においては、平成12年には既に「自由に吸える」割合が少なく、禁煙・分煙対策が進んでいたが、さらに、「自由に吸える」割合が減少し、「禁煙又は分煙」の割合が増加した。特に、「禁煙」の割合が窓口事務所の公共の場では15.9%から56.6%に、保健所の職場では51.5%から87.0%に、保健センターの職場では53.0%から88.0%に増加した。

公共の場と職場を比較すると、公共の場と職場の取り組み傾向に大きな差は見られなかった。

一方、今回の調査では、平成14年6月に策定した分煙効果判定基準(別紙1参照)を踏まえ、当該基準に沿った効果的な分煙の実施状況について新たに回答を求めたところ、区役所や窓口事務所で、当該基準を満たしている割合が高いとの回答が得られ、当該基準に沿った有効な措置が講じられていることが窺えた。



## 日本人の食事摂取基準について

平成17年度から平成21年度の5年間使用する「日本人の食事摂取基準（2005年版）」は、平成16年10月25日（月）に「日本人の栄養所要量－食事摂取基準－策定検討会」（座長：田中平三 独立行政法人国立健康・栄養研究所理事長）においてとりまとめられた。

### 食事摂取基準とは

- 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、エネルギー・栄養素欠乏症の予防、生活習慣病の予防、過剰摂取による健康障害の予防を目的とし、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。
- 保健所、保健センター、民間健康増進施設等において、生活習慣病予防のために実施される栄養指導、学校や事業所等の給食提供にあたって、最も基礎となる科学的データである。

### 見直しのポイント

生活習慣病予防に重点をおき、以下の栄養素について新たな指標「目標量」を設定した。

- ・増やすべき栄養素  
食物繊維、n-3系脂肪酸、カルシウム、カリウム
- ・減らすべき栄養素  
コレステロール、ナトリウム（食塩）
- ・脂質については、脂肪エネルギー比率のみならず、その質も考慮する必要がある、飽和脂肪酸、n-3系脂肪酸、n-6系脂肪酸、コレステロールについても策定した。

(30～49歳の例)

栄養素		性別	現在の摂取量 <sup>1)</sup>	目標量 (1日当たり)	供給源となる 主要食品例
食物繊維		男性	12.6g	20g	豆類、いも類、かぼちゃなどの野菜類、そばなど
		女性	12.6g	17g	
カルシウム		男性	441mg	600mg	乳製品、小魚類、青菜類、豆腐加工品など
		女性	450mg	600mg	
カリウム		男性	2,238mg	2,900mg	ほうれん草などの野菜、果実、いも類など
		女性	2,131mg	2,800mg	
食塩		男性	12.0g	10g 未満	しょうゆ、みそ、漬物、佃煮、インスタント麺など
		女性	10.3g	8g 未満	
脂質	脂肪エネルギー比率	男性	24.5%エネルギー <sup>2)</sup>	20%エネルギー以上 25%エネルギー未満	油脂類、肉類、魚類の脂肪など
		女性	27.0%エネルギー		
	飽和脂肪酸	男性	6.5%エネルギー	4.5%エネルギー以上 7.0%エネルギー未満	肉類(バラ肉)、バター、アイスクリームなど
		女性	7.2%エネルギー		
	n-3系脂肪酸	男性	2.6g	2.6g 以上	さんま、ぶり、さば、いわしなど
		女性	2.2g	2.2g 以上	
	n-6系脂肪酸	男性	4.5%エネルギー	10%エネルギー未満	サフラワー油、調合油など
		女性	4.9%エネルギー		
	コレステロール	男性	333mg	750mg 未満	卵黄、いか、モツ、魚卵など
		女性	298mg	600mg 未満	

1) 国民栄養調査結果における30～49歳の摂取量の中央値。

2) %エネルギー：総エネルギーに占める、当該脂質又は脂肪酸からのエネルギーの割合。

(参考)

## 「食事摂取基準に関するセミナー」

### 1 趣旨

食事摂取基準について、基本的な概念や策定の根拠について管理栄養士、栄養士、その他食事摂取基準を使用する者を対象としたセミナーを開催し、普及啓発するものである。

### 2 主催

厚生労働省、独立行政法人国立健康・栄養研究所、社団法人全国栄養士養成施設協会、特定非営利活動法人日本栄養改善学会、社団法人日本栄養・食糧学会

### 3 対象者

管理栄養士、栄養士及び食事摂取基準に関心のある者

### 4 開催日、会場、定員等

(受付 12 時 30 分～、事前申し込み不要、入場無料)

開催地	日時	会場	定員
札幌	平成 16 年 11 月 6 日 (土) 午後 1 時～5 時	天使大学 北海道札幌市東区北 13 条東 3 丁目 31-2 Tel. 011-741-1051	150
仙台	平成 16 年 12 月 1 日 (土) 午後 1 時～5 時	仙台白百合女子大学 宮城県仙台市泉区本田町 6-1 Tel. 022-372-3254	500
東京	平成 16 年 11 月 24 日 (水) 午後 1 時～5 時	アルカディア市ヶ谷 東京都千代田区九段北 4-2-25 Tel. 03-3261-9921	500
	平成 16 年 12 月 2 日 (水) 午後 1 時～5 時		500
名古屋	平成 17 年 1 月 15 日 (土) 午後 1 時～5 時	名古屋女子大学 (汐路学舎) 愛知県名古屋市瑞穂区汐路町 3-40 Tel. 052-852-1111	250
大阪	平成 16 年 12 月 25 日 (土) 午後 1 時～5 時	大手前栄養学院専門学校 大阪府大阪市中央区大手前 2-1-88 Tel. 06-6941-7698	220
徳島	平成 16 年 11 月 13 日 (土) 午後 1 時～5 時	徳島文理大学 徳島県徳島市山城町西浜傍 180 Tel. 088-622-9611	160
福岡	平成 16 年 12 月 18 日 (土) 午後 1 時～5 時	中村学園大学 福岡県福岡市城南区別府 5-7-1 Tel. 092-851-2531	300

問い合わせ先： 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室栄養指導係  
電話 03-5253-1111 (内 2345)



## 日本人の食事摂取基準（概要）

### 1. 策定の目的

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、エネルギー・栄養素欠乏症の予防、生活習慣病の予防、過剰摂取による健康障害の予防を目的とし、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

使用期間は、2005年4月（平成17年度）から2010年3月（平成21年度）までの5年間とする。

### 3. 策定方針

#### 1) 基本的考え方

食事摂取基準の策定にあたっては、科学的根拠に基づいた策定を行うことを基本とし、国内外の学術論文並びに入手可能な学術資料を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、健康の維持・増進と欠乏症予防にとって「真」の望ましい摂取量は測定することが非常に困難であるので、望ましい摂取量の算定においても、活用においても、栄養学のみならず確率論的な考え方が必要であること。
- ② 生活習慣病の予防を特に重視し、このことに対応するために、「摂取量の範囲」を示し、その範囲に摂取量がある場合には生活習慣病のリスクが低いとする考え方を導入すること。
- ③ それ以上の摂取量になると、過剰摂取による健康障害のリスクが高くなっていくことを明らかにすること。

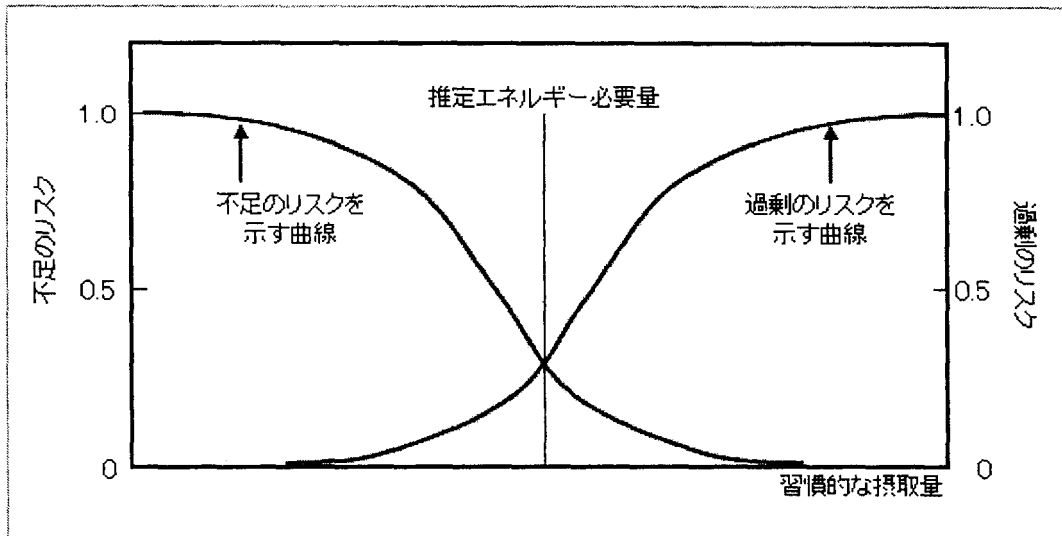


図1 推定エネルギー必要量を理解するための模式図

習慣的な摂取量が増加するにつれて、不足のリスクが減少するとともに、過剰のリスクが増加することを示す。両者のリスクがもっとも少なくなる摂取量が推定エネルギー必要量である。

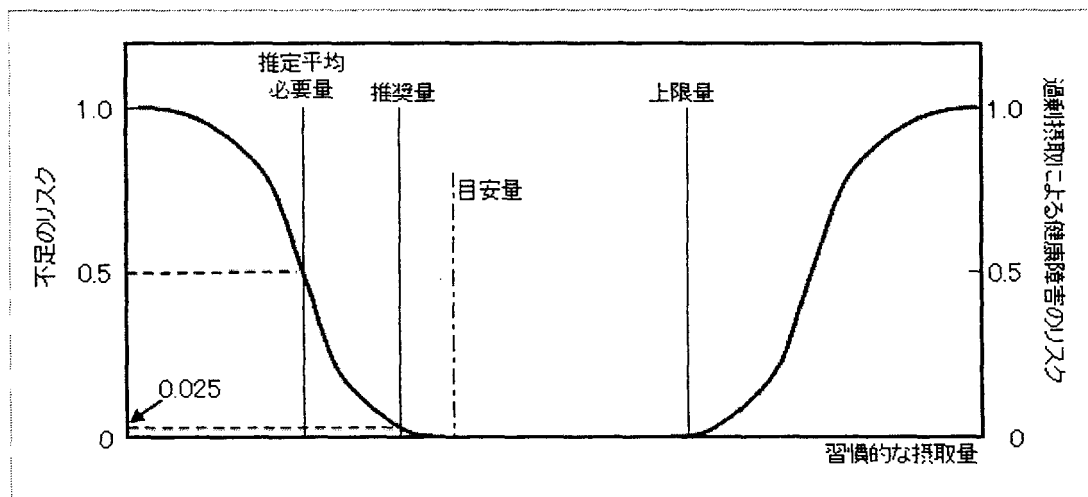


図2 食事摂取基準の各指標(推定平均必要量、推奨量、目安量、上限量)を理解するための模式図

不足のリスク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。上限量以上を摂取した場合には過剰摂取による健康障害が生じる潜在的なリスクが存在することを示す。そして、推奨量と上限量とのあいだの摂取量では、不足のリスク、過剰摂取による健康障害が生じるリスクともにゼロ(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。

目標量については、推奨量または目安量と、現在の摂取量中央値から決められるため、ここには図示できない。

表1 栄養素摂取量の評価(アセスメント)を目的として食事摂取基準を用いる場合の概念(エネルギーは除く)<sup>1-3</sup>

	個人を対象とする場合	集団を対象とする場合
推定平均 必要量 (EAR)	習慣的な摂取量が推定平均必要量以下の者は不足している確率が50%以上であり、習慣的な摂取量が推定平均必要量より低くなるにつれて不足している確率が高くなっていく。	習慣的な摂取量が推定平均必要量以下の者の割合は不足者の割合とほぼ一致する。
推奨量 (RDA)	習慣的な摂取量が推定平均必要量以上となり推奨量に近づくにつれて不足している確率は低くなり、推奨量になれば、不足している確率は低い(2.5%)。	用いない。
目安量 (AI)	習慣的な摂取量が目安量以上の者は、不足している確率は非常に低い。	集団における摂取量の中央値が目安量以上の場合は不足者の割合は少ない。摂取量の中央値が目安量未満の場合には判断できない。
目標量 (DG) <sup>4</sup>	習慣的な摂取量が目標量に達しているか、示された範囲内であれば、当該生活習慣病のリスク <sup>6</sup> は低い。	目標量に達していない者の割合、あるいは、示された範囲外にある者の割合は、当該生活習慣病のリスク <sup>6</sup> が高い者の割合と一致する。
上限量 (UL) <sup>5</sup>	習慣的な摂取量が上限量以上になり、高くなるにつれて、過剰摂取に由来する健康障害のリスク <sup>6</sup> が高くなる。	習慣的な摂取量が上限量を上回っている者の割合は、過剰摂取による健康障害のリスク <sup>6</sup> をもっている者の割合と一致する。

<sup>1</sup> 摂取量に基づいた評価(アセスメント)はスクリーニング的な意味をもっている。真の栄養状態を把握するためには、臨床情報、生化学的測定値、身体計測値が必要である。

<sup>2</sup> 調査法や対象者によって程度は異なるが、エネルギーでは5～15%程度の過小申告が生じやすいことが欧米の研究で報告されている。日本人でも集団平均値として8%程度の過小申告が存在することが報告されている<sup>9)</sup>。また、特に、肥満者で過小申告の傾向が強いが<sup>20)</sup>、その量的関係は明らかではない。栄養素についてもエネルギーと類似の申告誤差の存在が推定されるが詳細は明らかではない。

<sup>3</sup> 習慣的な摂取量をできるだけ正しく推定することが望まれる。

<sup>4</sup> 栄養素摂取量と生活習慣病のリスクは、連続的であるので、注意して用いるべきである。「リスクが高い」「リスクが低い」とは、相対的な概念である。

<sup>5</sup> 上限量が設定されていない栄養素が存在する。これは、数値を決定するための科学的根拠が十分に存在していないことを示すものであって、多量に摂取しても健康障害が発生しないことを保障するものではない。

<sup>6</sup> ここでいう「リスク」とは、生活習慣病や過剰摂取によって健康障害が発生する確率のことを指している。

- 4) 推奨量、目安量、目標量については、日常の食生活において、通常の商品によってバランスのとれた食事をとることにより満たすことが基本である。
- 5) 上限量については、通常の商品による食事で一時的にこの量を超えたからといって健康障害がもたらされるものではない。
- 6) 高齢者では、咀嚼能力の低下、消化・吸収率の低下、運動量の低下に伴う摂取量の低下などが存在する。特に、これらは個人差の大きいことが特徴である。また、多くの人々が、何らかの疾患を有していることも特徴としてあげられる。そのため、年齢だけでなく、個人の特徴に十分に注意を払うことが必要である。

## 6. 食事摂取基準

別添のとおりである。