

## 健康運動指導士養成講習会テキスト（上）（下） 令和7年度版から令和8年度版への変更点

（公益財団法人 健康・体力づくり事業財団 令和8年3月）

本書の一部内容につきまして、最新情報に基づき以下の通り補足・訂正いたします。

健康運動指導士に求められる学習内容に変更はございませんが、細分化されていた各節の個別学習目標を一部整理・集約いたしました（※紙面の都合上、掲載は割愛しています。当財団ホームページに掲載しておりますので、そちらをご確認下さい）。

頁	行、箇所	令和7年度版	令和8年度版
26	左段 7行目	256.2万人	218.2万人
41	右段 17～18行目	（最新は2020年版）	[削除]
	↑9～10行目	エネルギーは推定エネルギー必要量の1種類	エネルギーはBMIの1種類
	↑1～7行目	2020年版の主な改定のポイントは、以下の4つである。①高齢者の年齢区分の変更。②たんぱく質の目標量の下限の引き上げ。③ナトリウム（食塩相当量）の目標量の引き下げなど、若年からの生活習慣病予防（NCDs）を推進するための対応。④目標量のエビデンスレベルの設定（第15章-1参照）。	2025年版では、生活習慣病としてこれまでに挙げられていた4疾患に加え、生活機能の維持・向上に係る疾患として骨粗鬆症の章が追加された。高齢社会における骨粗鬆症の予防や公衆衛生上の対策の重要性を考慮しての追加であり、エネルギー・栄養素摂取との関連について整理されている。
57	E.	[Aに差替え]	
74	右段 ↑6行目	身体活動基準2013	身体活動・運動ガイド2023
	↑4～5行目	健康日本21（第二次）	健康日本21（第三次）
76	右段 7～8行目	日本人の食事摂取基準（2020年版）	日本人の食事摂取基準（2025年版）
85	図3	[①に差替え]	
88	左段 2～3行目	高血圧治療ガイドライン（2019年）	高血圧管理・治療ガイドライン（2025年）
	右段 ↑10行目	日本高血圧学会治療ガイドライン	日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン
	↑1行目	高血圧治療ガイドライン（2019年）	高血圧管理・治療ガイドライン（2025年）
	表1	[②に差替え]	
89	左段 2行目	日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン	日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン
	表2	[③に差替え]	
	表3	[④に差替え]	
90	4	[以下を追加] わが国における2017年の高血圧者の推計数は計4,300万人、うち3,100万人が管理不良（収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上）である、そのうち自らの高血圧を認識していない者が1,400万人、認識しているが未治療の者が450万人、治療を受けているがコントロール不良の者が1,250万人と推計された（図1）。[図1として⑤を追加]	
92	表4	[⑥に差替え]	
	左段 14行目	生活習慣の修正	生活習慣の改善
	↑8行目	生活習慣の修正	生活習慣の改善
	↑7行目	生活習慣の修正	生活習慣の改善
	↑4～5行目	生活習慣の修正	生活習慣の改善
	↑3行目	生活習慣の修正	生活習慣の改善
右段 2～3行目	高血圧治療ガイドライン	高血圧管理・治療ガイドライン	

頁	行、箇所		令和7年度版	令和8年度版
92	右段	3行目	生活習慣修正	生活習慣改善
		4行目	生活習慣の修正項目	生活習慣の改善項目
		21～22行目	高血圧治療ガイドライン	高血圧管理・治療ガイドライン
		↑10行目	図3のごとく生活習慣の修正により	図4のごとく生活習慣の改善により
93	図3タイトル		図3 生活習慣修正に基づく降圧の程度	図4 生活習慣改善に基づく降圧の程度
94	図4		【⑦に差替え】	
95	左段	8行目	生活習慣の修正	生活習慣の改善
		12行目	生活習慣の修正	生活習慣の改善
		18行目	生活習慣の修正	生活習慣の改善
	参考文献2)		2) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会(編):高血圧治療ガイドライン2019. ライフサイエンス出版, 2019.	2) 日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会(編):高血圧管理・治療ガイドライン2025. 日本高血圧学会, 2025.
112	右段	↑16～17行目	日本人の食事摂取基準(2020年版)	日本人の食事摂取基準(2025年版)
122	右段	↑5～8行目	40 pg/mL以下(125 pg/mL以下)は健常, 100前後(400前後)は症状安定, 200以上(900以上)は心事故が多発するおそれがあるとされ, BNP値の変動に注意して指導する.	184 pg/mL(55 pg/mL)以下なら潜在的な心不全の可能性はきわめて低く, 35 pg/mL(125 pg/mL)未満であれば指導が必要となる心不全の可能性は低いとされるため, 35 pg/mL(125 pg/mL)以上の場合に注意が必要となる.
148	図1		【⑧に差替え】	
	図2		【⑨に差替え】	
149	右段	3～9行目	2017(平成29)年の「がん対策推進基本計画(第3期)」では「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す」ことを全体目標に掲げて、①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実、②患者本位のがん医療の実現、③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築、をめざしている(表2).	2023(令和5)年の「がん対策推進基本計画(第4期)」では「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」ことを全体目標に掲げて、分野別目標として①「がん予防」分野、②「がん医療」分野、③「がんとの共生」分野、に分類して詳細な計画を定めている(表2).
150	表2		【⑩に差替え】	
151	表3		【⑪に差替え】	
152	左段	13～14行目	2016(平成28)年の検診受診率は、(種類や性別によるが)35～51%であった(表4).	2022(令和4)年の検診受診率は、(種類や性別によるが)36～53%であった(表4).
	表4		【⑫に差替え】	
153	右段	↑3行目	, および卵巣がん	[削除]
296	右段	↑7～8行目	, 「健康づくりのための身体活動基準2013」で	[削除]
298	右段	21～22行目	日本人の食事摂取基準(2020年版)	日本人の食事摂取基準(2025年版)
		↑10行目	<a href="https://hfnet.nibn.go.jp">https://hfnet.nibn.go.jp</a>	<a href="https://hfnet.nibiohn.go.jp">https://hfnet.nibiohn.go.jp</a>
299	左段	6～7行目	2014(平成26)年に「健康づくりのための睡眠指針2014」を発表している	2014(平成26)年に「健康づくりのための睡眠指針2014」, 2024(令和6)年に「健康づくりのための睡眠ガイド2023」を発表している
322	左段	↑16～18行目	絶対的強度ではなく、相対的運動強度に関係しているからである.	絶対的強度よりも、相対的運動強度に強く関係しているからである.
		↑6～7行目	多くの運動処方では相対的運動強度を用いている.	多くの運動処方では相対的運動強度を用いる場合が多い.
		↑3～4行目	健康づくりのための身体活動基準2013で用いられている	[削除]
	右段	23～24行目	% $\dot{V}O_2$ maxを指標に運動指導が行われる.	% $\dot{V}O_2$ maxを指標に運動指導が行われることが多い.
323	左段	16～17行目	%HRmaxと% $\dot{V}O_2$ maxが合致しないことである.	%HRmaxと% $\dot{V}O_2$ maxの値が合致しないためである.

頁	行、箇所	令和7年度版	令和8年度版
323	左段 ↑2行目	もとより	[削除]
	右段 17～18行目	健康づくりのための身体活動基準2013	健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023
	18～19行目	生活習慣病発症予防に必要な最大酸素摂取量を提示している。	生活習慣病発症予防のための最大酸素摂取量の基準値を提示している。
367	表7	[13]に差替え]	
417	右段 4～5行目	健康づくりのための身体活動基準2013	健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023
	↑9～12行目	図4は日本人の性・年代別の $\dot{V}O_2$ maxの標準値 <sup>4)</sup> と、『健康づくりのための身体活動基準2013』で示された性・年代別の全身持久力の基準値を示す。	図4は『健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023』で示された性・年代別の全身持久力：最高酸素摂取量の推定標準値を示す。
418	図4	[14]に差替え]	
	参考文献10)	10) 厚生労働省：健康づくりのための身体活動基準2013。	10) 厚生労働省：健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023。
475	右段 6～16行目	「健康づくりのための身体活動基準2013」と「アクティブガイド（健康づくりのための身体活動指針）」では、ライフステージごとの身体活動の基準と指針を示している。「健康づくりのための身体活動基準2013」では、18～64歳について3メッツ以上の身体活動を毎日60分、65歳以上については強度を問わず、身体活動を毎日40分としている。「アクティブガイド」では、18～64歳について1日合計60分、元気にからだを動かす（1日8,000歩が目安）、65歳以上については1日合計40分、元気にからだを動かすことを目標にしている。	「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」では、ライフステージごとに、18～64歳は歩行またはそれと同等（3メッツ）以上の身体活動を1日60分以上、歩数でいうと1日約8,000歩以上、65歳以上は同強度の身体活動を1日40分以上、歩数でいうと1日約6,000歩以上行うことを推奨している。運動について、18～64歳は息が弾み汗をかく程度（3メッツ）以上の運動を週60分（週4メッツ・時）以上行うことを推奨しているが、これはやや速歩きで週60分以上のウォーキングに相当する。
480	左段 11～14行目	「健康づくりのための身体活動基準2013」では、18～64歳について3メッツ以上の運動を毎週60分、つまり、4メッツ・時/週を推奨しているが、約30～40分のジョギングが4メッツ・時に相当する。	「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」では、18～64歳について息が弾み汗をかく程度（3メッツ）以上の運動を週60分（週4メッツ・時）以上行うことを推奨しているが、これは週に約30～40分のジョギングに相当する。
585 } 586	5	[B]に差替え]	
594	左段 9行目	2013（平成25）年4月から第二次が展開されている。	2024（令和6）年4月から第四期が展開されている。
	15～16行目	2013年4月1日に厚生労働省より公開された「標準的な健診・保健指導プログラム 改訂版」	2024年4月に厚生労働省より公開された「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」
	表3	[15]に差替え]	
595	表4	[16]に差替え]	
597	右段 ↑6行目	心電図判読の障害となる減少	心電図判読の障害となる現象
604	左段 13～16行目	また、健康づくりのための身体活動基準2013 <sup>7)</sup> にPAR-Qを基に作成された「身体活動のリスクに関するスクリーニングシート」がある（図2） <sup>7)</sup> 。	また、「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」 <sup>7)</sup> にPAR-Q+を基に作成された「運動開始前の健康チェックシート」などがある（表3、図2、表4） <sup>7)</sup> 。
	右段 ↑13～15行目	この目的では、「健康づくりのための身体活動基準2013」 <sup>7)</sup> の「運動開始前のセルフチェックリスト」（図3）等を利用し、	この目的では、「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」 <sup>7)</sup> の「運動前の体調確認」（表5）等を利用し、
605	図2	[17]に差替え]	
	図3	[18]に差替え]	
606	図4	[19]に差替え]	

頁	行, 箇所		令和7年度版	令和8年度版
606	右段	22～24行目	「健康づくりのための身体活動基準2013」の参考資料4-2のスクリーニングシート	「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」のINFORMATION 4の「運動開始前の健康チェックシート」
		↑3～5行目	「健康づくりのための身体活動基準2013」の参考資料5「運動開始前のセルフチェックリスト」(図3参照)	「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」のINFORMATION 4の「運動前の体調確認」(表5参照)
607	参考文献7)		7) 厚生労働省：健康づくりのための身体活動基準2013. <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xp1eatt/2r9852000002xpqt.pdf">https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xp1eatt/2r9852000002xpqt.pdf</a>	7) 厚生労働省：健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023.
610 } 611	C.		[C]に差替え]	
612	表3 「ビグアナイド薬」の「体重への影響」の欄		なし	なし～減少
616	右段	6～9行目	40 pg/mL以下(125 pg/mL以下)が健常, 100前後(400前後)は症状安定, 200以上(900以上)は心事故が多発する恐れあり, とされる.	184 pg/mL(55 pg/mL)以下なら潜在的な心不全の可能性はきわめて低く, 35 pg/mL(125 pg/mL)未満であれば指導が必要となる心不全の可能性は低いとされるため, 35 pg/mL(125 pg/mL)以上の場合に注意が必要となる.
617	参考文献1)		1) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会：高血圧治療ガイドライン2019, 日本高血圧学会, 2019.	1) 日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会(編)：高血圧管理・治療ガイドライン2025, 日本高血圧学会, 2025.
	参考文献3)		3) 日本糖尿病学会(編・著)：糖尿病治療ガイド2022-2023, 文光堂, 2022.	3) 日本糖尿病学会(編・著)：糖尿病治療ガイド2024, 文光堂, 2024.
719	右段	12行目	三大栄養素	エネルギー産生栄養素
720	表1		三大栄養素	エネルギー産生栄養素
721	図2		[20]に差替え]	
723	左段	14～15行目	「日本人の食事摂取基準(2020年版)」[2020(令和2)年度から2024(令和6)年度の5年間使用]は,	「日本人の食事摂取基準(2025年版)」[2025(令和7)年度から2029(令和11)年度の5年間使用]は,
		18行目	同(2010年版, 2015年版)に引き続いて,	同(2010年版, 2015年版, 2020年版)に引き続いて,
	右段	11～14行目	2020年版の改定のポイントとしては, 「高齢者の年齢区分の変更」「目標量のエビデンスレベルの設定」などが挙げられる.	2025年版の改定のポイントとしては, 「心身の生活機能の維持・向上」「社会環境の質の向上」などが目標として追加された. これに伴い, <b>骨粗鬆症</b> に関する記述が加えられた.
726	左段	10～13行目	健康づくりのための身体活動基準2013および健康づくりのための身体活動指針では科学的根拠に基づき, 成人においては1日10分身体活動を増やすことで健康寿命を延伸することができる」とされている.	健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023では科学的根拠に基づき, 成人においては, 歩行またはそれと同等以上の身体活動を1日60分以上行うことが推奨されている.
		↑3～12行目	日本人の食事摂取基準(2020年版) <sup>3)</sup> における65歳以上のたんぱく質の摂取目標量(エネルギー%)は15～20%であり, 50～64歳の目標量14～20%に比して下限量が引き上げられている. 平成29年の国民健康・栄養調査における高齢者専用の調査によると, 低栄養状態(BMI≤20)にある65歳以上の高齢者の割合は, 男性で12.5%, 女性で19.6%であった. 80歳以上では男女ともに約20%が低栄養状態であった.	日本人の食事摂取基準(2025年版) <sup>3)</sup> における65歳以上のたんぱく質の摂取目標量(エネルギー%)は15～20%であり, 50～64歳の目標量14～20%に比して下限量が高く設定されている. 令和5年の国民健康・栄養調査における高齢者専用の調査によると, 低栄養状態(BMI≤20)にある65歳以上の高齢者の割合は, 男性で12.2%, 女性で22.4%であった. 80歳以上では男女ともに約20%が低栄養状態であった <sup>2)</sup> .
	右段	4行目	低栄養の傾向が認められた.	低栄養の傾向が認められている <sup>4)</sup> .
	参考文献2)		2) 厚生労働省：令和元年国民健康・栄養調査報告	2) 厚生労働省：令和5年国民健康・栄養調査報告

頁	行、箇所	令和7年度版	令和8年度版	
726	参考文献3)	3) 伊藤貞嘉, 佐々木敏: 日本人の食事摂取基準 (2020年版), 第一出版, 2020.	3) 日本人の食事摂取基準 (2025年版), 第一出版, 2025.	
737	左段 7行目	三大栄養素	エネルギー産生栄養素	
738	右段 10行目	例: 30 ~ 49歳 男性2.1 g/日, 女性1.6 g/日 [中央値] <sup>2)</sup>	例: 成人男性2.1 g/日, 女性1.8 g/日 [中央値] <sup>1)</sup>	
	図1	[21]に差替え]		
739	図2	[22]に差替え]		
740	左段	↑ 12 ~ 14行目	アミノ酸価は比較的高く (86), 穀類はリシン含量が少ないので, アミノ酸価は低い (精白米65, 食パン44).	アミノ酸価は比較的高く (100), 穀類はリシン含量が少ないので, アミノ酸価は低い (精白米81, 食パン48) <sup>2)</sup> .
		↑ 5 ~ 6行目	この値は0.72 g/kg体重/日である.	この値は0.73 g/kg体重/日である <sup>3)</sup> .
		↑ 4 ~ 5行目	成人では0.90 g/kg体重/日である.	成人では0.91 g/kg体重/日である <sup>3)</sup> .
	右段	↑ 11 ~ 12行目	ビタミンDの目安量は5.5 μg/日であるが, 日照の影響を強く受ける.	成人のビタミンDの目安量は9.0 μg/日であるが, 日照の影響を強く受ける <sup>3)</sup> .
		↑ 9 ~ 11行目	ビタミンDの過剰摂取により, 高カルシウム血症が起こる (耐容上限量100 μg/日).	ビタミンDの過剰摂取により, 高カルシウム血症が起こる (成人の耐容上限量100 μg/日) <sup>3)</sup> .
	741	左段 13行目	0.45 mg/1,000 kcalである.	0.30 mg/1,000 kcalである <sup>3)</sup> .
右段 10行目		0.014 mgである.	0.019 mgである <sup>3)</sup> .	
742	右段 3行目	(30歳以上で650 ~ 700 mg/日) を下回っている.	(30歳以上で650 ~ 750 mg/日) <sup>3)</sup> を下回っている <sup>1)</sup> .	
	↑ 2 ~ 3行目	女性では80%以上に鉄の摂取不足が認められる <sup>1)</sup> .	[削除]	
743	左段 ↑ 5 ~ 9行目	日本人の食塩摂取量は, 成人男性が約11.0 g/日 (中央値), 成人女性が9.5 g/日 (中央値) であり, 男性8.0 g/日未満, 女性7.0 g/日未満が目分量として定められている.	日本人の食塩摂取量は, 成人男性が約10.2 g/日 (中央値), 成人女性が8.7 g/日 (中央値) であり <sup>1)</sup> , 男性7.5 g/日未満, 女性6.5 g/日未満が目分量として定められている <sup>3)</sup> .	
	参考文献	[以下に差替え] 1) 厚生労働省: 令和5年国民健康・栄養調査報告. 2) WHO/FAO/UNU: ヒトのたんぱく質・アミノ酸必要量に関する合同専門家協議会報告書, 2007年. 3) 厚生労働省: 日本人の食事摂取基準 (2025年版).		
745	左段	↑ 5行目	三大栄養素	エネルギー産生栄養素
		↑ 3行目	三大栄養素	エネルギー産生栄養素
747	表2	[23]に差替え]		
	右段	12 ~ 13行目	日本人の食事摂取基準 (2020年版)	日本人の食事摂取基準 (2025年版)
↑ 4行目		日本人の食事摂取基準 (2020年版)	日本人の食事摂取基準 (2025年版)	
748	表3	[24]に差替え]		
749	表4	[25]に差替え]		
	右段 11行目	(Ainsworth, 2011) <sup>7)</sup>	(Herrmann, 2024) <sup>7)</sup>	
750	参考文献3)	3) 厚生労働省: 日本人の食事摂取基準 (2020年版).	3) 厚生労働省: 日本人の食事摂取基準 (2025年版)	
	参考文献7)	7) Ainsworth, B.E., et al.: 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. Med. Sci. Sports Exerc., 43:1575-1581, 2011.	7) Herrmann, SD, et al.: 2024 Adult Compendium of Physical Activities: A third update of the energy costs of human activities. J Sport Health Sci., 13: 6-12, 2024.	
754	右段 ↑ 9 ~ 10行目	日本人の食事摂取基準 (2020年版)	日本人の食事摂取基準 (2025年版)	
	表2	[26]に差替え]		

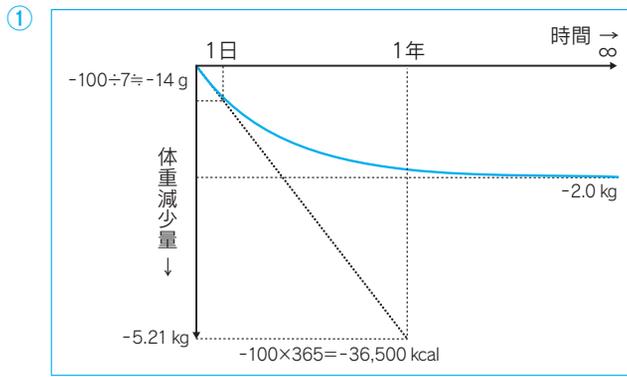


図3 100 kcalのエネルギー摂取制限による体重の settling point

(厚生労働省：日本人の食事摂取基準（2025年版），2025）

②

表1 成人における血圧値の分類

分類	診察室血圧 (mmHg)			家庭血圧 (mmHg)*		
	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常血圧	< 120	かつ	< 80	< 115	かつ	< 75
正常高値血圧	120 ~ 129	かつ	< 80	115 ~ 124	かつ	< 75
高値血圧	130 ~ 139	かつ/または	80 ~ 89	125 ~ 134	かつ/または	75 ~ 84
I度高血圧	140 ~ 159	かつ/または	90 ~ 99	135 ~ 144	かつ/または	85 ~ 89
II度高血圧	160 ~ 179	かつ/または	100 ~ 109	145 ~ 159	かつ/または	90 ~ 99
III度高血圧	≥ 180	かつ/または	≥ 110	≥ 160	かつ/または	≥ 100
(孤立性) 収縮期高血圧	≥ 140	かつ	< 90	≥ 135	かつ	< 85

\*家庭血圧の値は診察室血圧値と同程度の脳心血管病発症リスクとなることが示された値であるが、5あるいは10の区切りで血圧値を分類していることから、実際の点推定値とは数mmHg程度の差がある。

(日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会（編）：高血圧管理・治療ガイドライン2025，ライフサイエンス出版，p. 45，表5-5より転載）

③

表2 脳心血管病に対する予後影響因子

A. 血圧レベル以外の脳心血管病の危険因子	B. 臓器障害 / 脳心血管病
高齢（65歳以上）	脳 脳出血，脳梗塞 一過性脳虚血発作
男性	
喫煙	
脂質異常症*1 高 LDL コレステロール血症（≥ 140 mg/dL） 低 HDL コレステロール血症（< 40 mg/dL） 高トリグリセライド血症（≥ 150 mg/dL）	心臓 左室肥大（心電図，心臓超音波検査） 狭心症，心筋梗塞，冠動脈再建術後 心不全 心房細動
肥満（BMI ≥ 25kg/m <sup>2</sup> ，特に内臓脂肪型肥満）	腎臓 蛋白尿 eGFR 低値*2（< 60 mL/分/1.73 m <sup>2</sup> ） 慢性腎臓病（CKD）
若年（50歳未満）の脳心血管病の家族歴	
糖尿病 空腹時血糖 ≥ 126 mg/dL 75 g OGTT 2時間値 ≥ 200 mg/dL 随時血糖 ≥ 200 mg/dL HbA1C ≥ 6.5%（NGSP）	血管 大血管疾患 末梢動脈疾患（足関節 / 上腕血圧比 [ABI] ≤ 0.9） 動脈硬化性プラーク 脈波伝播速度上昇 （baPWV ≥ 18 m/秒，cfPWV > 10 m/秒） 心臓足首血管指数（CAVI）上昇（≥ 9）
	眼底 高血圧性網膜症

青字：リスク層別化に用いる予後規定因子

\*1 トリグリセライド 400 mg/dL 以上や食後採血の場合は non HDL コレステロール（総コレステロール - HDL コレステロール）を使用し，その基準は LDL コレステロール + 30 mg/dL とする。

\*2 eGFR（推算糸球体濾過量）は下記の血清クレアチニンを用いた推算式（eGFR<sub>creat</sub>）で算出するが，筋肉量が極端に少ない場合は，血清シスタチンCを用いた推算式（eGFR<sub>cys</sub>）がより適切である。

$$eGFR_{creat} \text{ (mL/分/1.73 m}^2\text{)} = 194 \times Cr^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287} \text{ (女性は} \times 0.739\text{)}$$

$$eGFR_{cys} \text{ (mL/分/1.73 m}^2\text{)} = (104 \times Cys^{-1.019} \times 0.996^{\text{年齢}} \text{ (女性は} \times 0.929\text{)}) - 8$$

(日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会（編）：高血圧管理・治療ガイドライン2025，ライフサイエンス出版，p. 65，表6-1より転載）

④ 表3 診察室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

リスク層	血圧分類	高値血圧 130～139/ 80～89 mmHg	I度高血圧 140～159/ 90～99 mmHg	II度高血圧 160～179/ 100～109 mmHg	III度高血圧 ≥ 180/ ≥ 110 mmHg
リスク第一層 予後規定因子がない		低リスク	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 年齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある		中等リスク	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 脳心血管病既往、心房細動、糖尿病、蛋白尿のあるCKDのいずれか、または、リスク第二層の危険因子が3つ以上ある		高リスク	高リスク	高リスク	高リスク

JALSスコアと久山スコアより得られる絶対リスクを参考に、予後規定因子の組合せによる脳心血管病リスク層別化を行った。層別化で用いられている予後規定因子は、血圧、年齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙、脳心血管病（脳出血、脳梗塞、心筋梗塞）の既往、心房細動、糖尿病、蛋白尿のあるCKDである。  
CKD：慢性腎臓病  
（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会（編）：高血圧管理・治療ガイドライン2025、ライフサイエンス出版、p. 65、表6-2より転載）

⑤

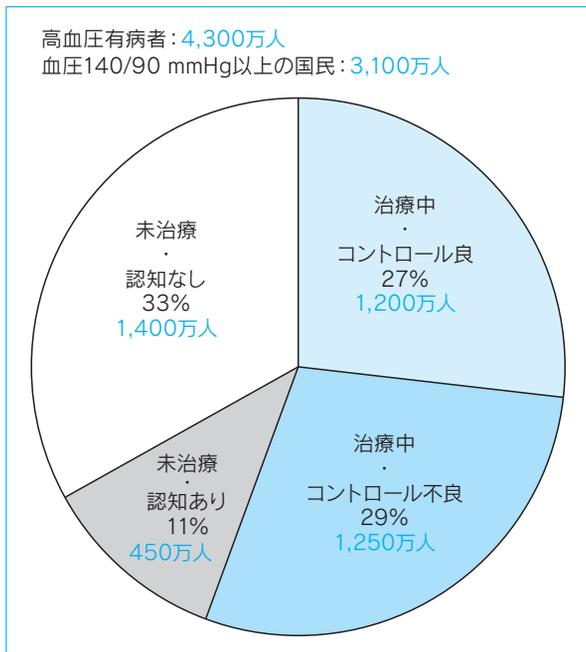


図1 わが国の高血圧有病者、薬物治療者、管理不良者などの推計数 (2017年)

有病率、治療率、コントロール率は2016年（平成28年）国民健康・栄養調査データを使用。人口は平成29年推計人口。認知率はNIPPON DATA 2010から67%として試算。  
高血圧有病は血圧140/90 mmHg以上または降圧薬服用中、コントロールは140/90 mmHg未満。  
（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会（編）：高血圧管理・治療ガイドライン2025、ライフサイエンス出版、p. 30、図1-5より転載）

⑥

表4 生活習慣の改善項目

・ナトリウム (Na) 制限：食塩 6 g/日未満
・カリウム (K) (野菜・果物、低脂肪牛乳・乳製品など) の積極的摂取 (減塩・増Kによりナトリウム/カリウム (Na/K) 比を低下させる)、カルシウム、マグネシウム、食物繊維、不飽和脂肪酸などの摂取
・適正体面の維持：BMI (体重[kg]) ÷ 身長[m] <sup>2</sup> ) 25 未満を維持
・運動療法：軽～中等度強度の有酸素運動を毎日 30 分以上実施、低強度のレジスタンス運動も実施可
・節酒：エタノールとして男性 20～30 mL/日以下、女性 10～20 mL/日以下に制限
・禁煙 (加熱式たばこなどの新型たばこも含む)
・その他：室内・屋外の寒冷曝露の回避、適切な睡眠時間の確保、便秘の回避、ストレスの管理

\*生活習慣の複合的な改善、スマートフォンアプリ、デジタル技術を活用した管理は、より効果的である。  
\*K制限が必要な腎障害患者では、野菜・果物の積極的摂取は推奨しない。  
\*糖尿病や肥満合併患者に対しても果物摂取を推奨してよいが、その量は個別化した指導が必要である。  
（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会（編）：高血圧管理・治療ガイドライン2025、ライフサイエンス出版、p. 80、表7-1より転載）

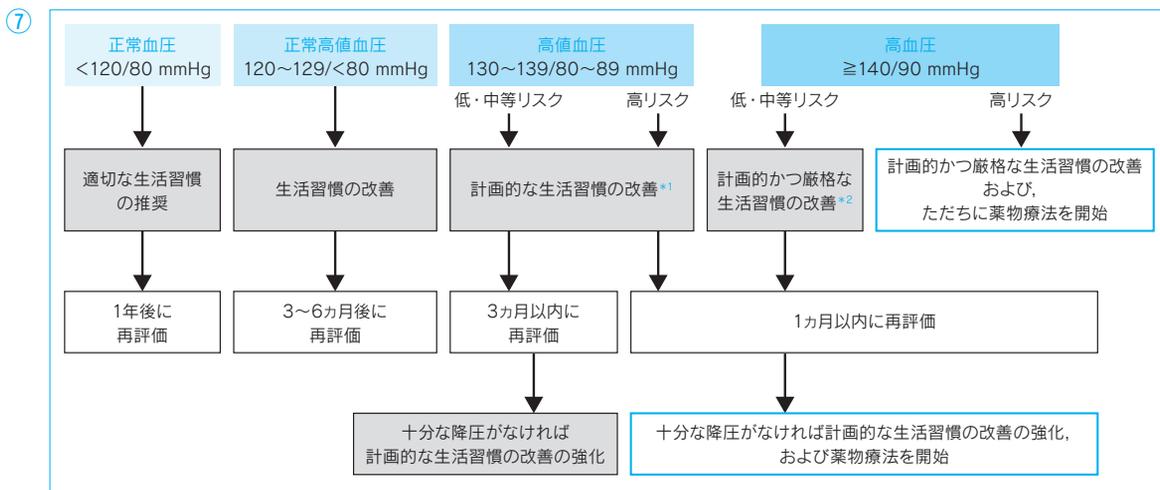


図5 初診時血圧レベル別の高血圧管理計画

受診勧奨により受診した場合、継続的に血圧が高値であるかを確認し、フローチャートに従う。

\*1 計画的な生活習慣の改善とは、患者の同意を得ながら、今後の治療の目標（降圧目標など）や生活上の注意点など具体的な治療計画を策定し、治療計画に基づき生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことである。

\*2 これまでに高血圧であることが確認されて生活習慣の改善などが指導されていた場合には、初診であっても薬物治療を開始することを考慮してもよい。

（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン作成委員会（編）：高血圧管理・治療ガイドライン2025。ライフサイエンス出版、p. 67、図6-1より転載）

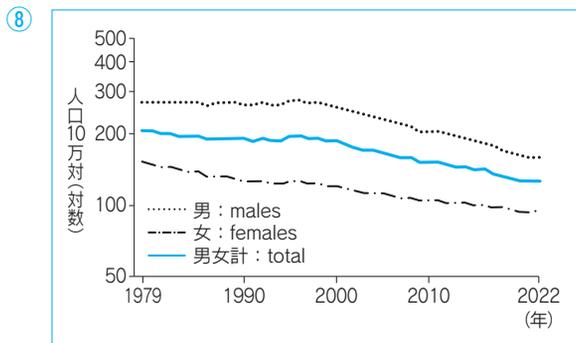


図1 年齢調整がん死亡率（人口10万人対）

人口の高齢化の影響を除いた年齢調整死亡率でがん死亡を評価した。1990年代後半以降は、がん死亡率が低下傾向にある。

注：昭和60年モデル人口を用いて年齢調整を施した。

（厚生労働省：人口動態統計）

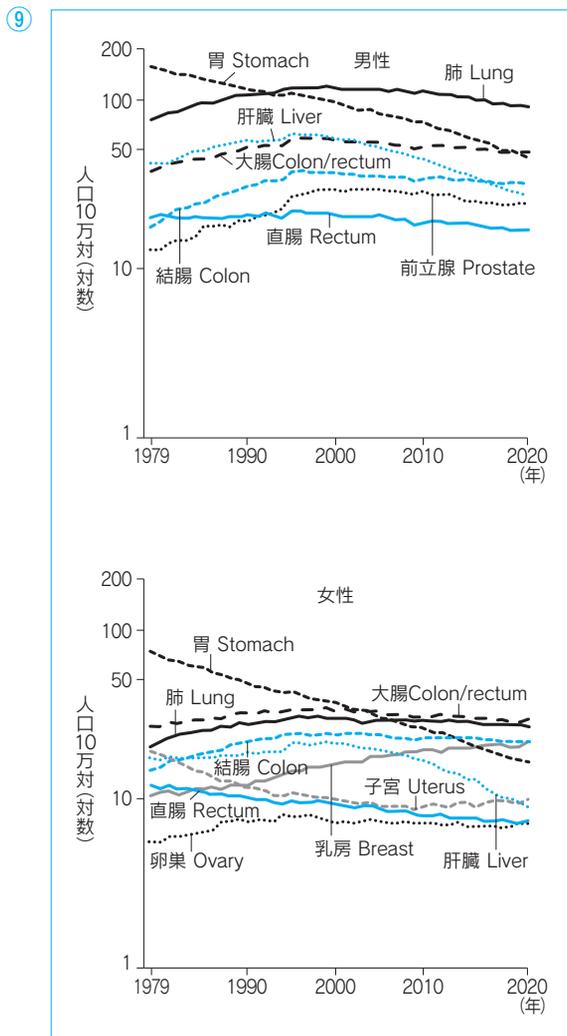


図2 部位別がん死亡率（人口10万人対）

男女別がん部位別死亡率を示す。年齢調整死亡率で評価すると、大半の部位のがん死亡率は低下傾向にある。

注：年齢調整を施していない。

（公益財団法人 がん研究振興財団 がんの統計2024）

表2 第4期がん対策推進基本計画概要（2023年）

**第1. 全体目標と分野別目標／第2. 分野別施策と個別目標**

**全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」**

<p><b>【がん予防】分野の分野別目標</b>                  がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す</p>	<p><b>【がん医療】分野の分野別目標</b>                  適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す</p>	<p><b>【がんとの共生】分野の分野別目標</b>                  がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることでできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す</p>
<p><b>1. がん予防</b>                  (1) がんの1次予防                  ①生活習慣について                  ②感染症対策について                  (2) がんの2次予防（がん検診）                  ①受診率向上対策について                  ②がん検診の精度管理等について                  ③科学的根拠に基づくがん検診の実施について</p>	<p><b>2. がん医療</b>                  (1) がん医療提供体制等                  ①医療提供体制の均てん化・集約化について                  ②がんゲノム医療について                  ③手術療法・放射線療法・薬物療法について                  ④チーム医療の推進について                  ⑤がんのリハビリテーションについて                  ⑥支持原法の推進について                  ⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について                  ⑧妊孕性温存療法について                  (2) 希少がん及び難治性がん対策                  (3) 小児がん及びAYA世代のがん対策                  (4) 高齢者のがん対策                  (5) 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装</p>	<p><b>3. がんとの共生</b>                  (1) 相談支援及び情報提供                  ①相談支援について                  ②情報提供について                  (2) 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援                  (3) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーステップ支援）                  ①就労支援について                  ②アピアランスケアについて                  ③がん診断後の自殺対策について                  ④その他の社会的な問題について                  (4) ライフステージに応じた療養環境への支援                  ①小児・AYA世代について                  ②高齢者について</p>
<p><b>4. これを支える基盤</b>                  (1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進                  (2) 人材育成の強化                  (3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発                  (4) がん登録の利活用の推進                  (5) 患者・市民参画の推進                  (6) デジタル化の推進</p>		

**第3. がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項**

1. 関係者等の連携協力の更なる強化 2. 感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策 3. 都道府県による計画の策定 4. 国民の努力	5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化 6. 目標の達成状況の把握 7. 基本計画の見直し
--	--

（厚生労働省：がん対策推進基本計画の概要）

表3 がん検診の内容

種類	受診間隔	対象者	検査項目
胃がん検診	2年に1回*	50歳以上男女	問診および胃部X線または胃内視鏡検査のいずれか
子宮頸がん検診	2年に1回*	20歳以上女性	問診、視診、子宮頸部の細胞診および内診
	5年に1回	30歳以上	問診、視診 HPV検査単独法
肺がん検診	年1回	40歳以上男女	問診、胸部X線および喀痰細胞診
乳がん検診	2年に1回*	40歳以上女性	問診および乳房X線検査（マンモグラフィ）
大腸がん検診	年1回	40歳以上男女	問診および便潜血検査

\*受診機会は毎年設定

（厚生労働省：がん予防重点健康教育及びがん健診実施のための指針  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059490.html>）

表4 2022年がん検診受診率（40～69歳）

	男性	女性
胃がん検診	47.5%	36.5%
大腸がん検診	49.1%	42.8%
肺がん検診	53.2%	46.4%
乳がん検診	—	47.4%
子宮がん検診	—	43.6%

（厚生労働省：国民生活基礎調査）

表7 鉄欠乏性貧血の予防あるいは治療としての食事摂取（1日当たり）

	鉄欠乏性貧血の予防あるいは治療としての食事摂取（1日当たり）（長嶺*による）	日本人の食事摂取基準（2025年版）推奨量		国民健康・栄養調査（令和5年）摂取量		
		男性	女性		男性	女性
		18～29歳	18～29歳		20～29歳	20～29歳
			月経なし	月経あり		
たんぱく質	2g/体重1kg以上	65g	50g		77.5g	63.3g
鉄分	25～30mg	7.0mg	6.0mg	10mg	7.4mg	6.5mg
ビタミンC	250mg：トレーニング開始5～7日間および競技前	100mg	100mg		66mg	65mg
	200mg：試合後3～4日間					
	150mg：飽和状態に達したあとのトレーニング期間					

\*長嶺晋吉：スポーツと栄養・食事，昭和59年度夏期スポーツドクター講習会資料

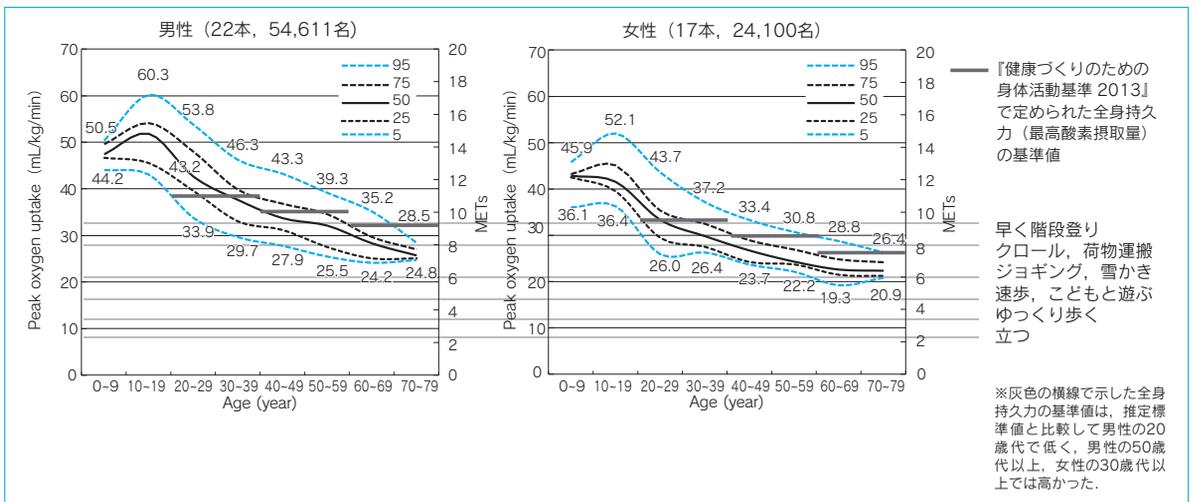


図4 性・年代別の全身持久力：最高酸素摂取量の推定標準値（平均値と5～95パーセンタイル）

（厚生労働省：健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023, p32）

15 表3 健診検査項目の保健指導判定値および受診勧奨判定値

項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値	単位
収縮期血圧	130	140	mmHg
拡張期血圧	85	90	mmHg
空腹時中性脂肪	150	300	mg/dL
随時中性脂肪	175	300	mg/dL
HDL コレステロール	40	—	mg/dL
LDL コレステロール	120	140	mg/dL
Non-HDL コレステロール	150	170	mg/dL
空腹時血糖	100	126	mg/dL
HbA1c (NGSP)	5.6	6.5	%
AST (GOT)	31	51	U/L
ALT (GPT)	31	51	U/L
γ-GT (γ-GTP)	51	101	U/L
eGFR	60	45	mL/分/1.73 m <sup>2</sup>
血色素量 (ヘモグロビン値)	13.0 (男性) 12.0 (女性)	12.0 (男性) 11.0 (女性)	g/dL

Non-HDL コレステロール値：総コレステロール値－HDL コレステロール値。

（厚生労働省：標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）をもとに作成）

表4 特定健診の標準的な質問票

	質問項目	回答
1-3	現在、a から c の薬の使用の有無 <sup>p</sup>	
1	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. 血糖を下げる薬またはインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1カ月間吸っている 条件2：生涯で6カ月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている）	①はい（条件1と条件2を両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近1カ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③いいえ（①②以外）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①はい ②いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施。	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①はい ②いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。（※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・180mL）の目安： ビール（同5度・500mL）、焼酎（同25度・約110mL）、 ワイン（同14度・約180mL）、ウイスキー（同43度・60mL）、 缶チューハイ（同5度・約500mL、同7度・約350mL）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね6カ月以内） ③近いうちに（概ね1カ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（6カ月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6カ月以上）
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ

<sup>p</sup> 医師の診断・治療のもとで服薬中のものを指す。

表3 安静時または活動中における兆候と症状 STEP 2

- 虚血によると思われる胸部、頸部、頭、腕、または他の部位の疼痛・不快感
- 動悸や頻脈
- めまいや失神
- 間欠性跛行
- 起座呼吸や発作性夜間呼吸困難
- 心雑音
- くるぶしの浮腫
- 通常活動時の異常な疲労感や息切れ

(厚生労働省：健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023, p.26)

1	医師から「心臓病」または「高血圧」と指摘されたことがありますか？	はい (心臓病・高血圧)	➡	運動制限がありますか？	はい	➡	制限の範囲で行ってください (STEP 3 へ)。分からない場合は受診してください。
2	「心臓病」「高血圧」のほかに慢性疾患がありますか？(既往も含む)	はい (疾患： )	➡	運動制限がありますか？	はい	➡	
3	過去に手術歴がありますか？	はい (いつ： 何 )	➡	運動制限がありますか？	はい	➡	
4	慢性疾患などで薬を飲んでいますか？	はい (薬： )	➡	運動時に注意を要する薬がありますか？	はい	➡	注意を守って運動してください (STEP 3 へ)。分からない場合は受診してください。
5	安静時、日常生活時、運動中などに「胸の痛み」を感じることがありますか？				はい	➡	医療機関を受診してください。 解決済みの場合はSTEP 3 へ。
6	めまいのためにバランスを崩すことがありますか？				はい	➡	
6	または、この1年間に意識を失ったことがありますか？				はい	➡	
7	運動を行うことで悪化しそうな骨・関節・軟部組織(筋肉・靭帯・腱)の問題がありますか？(1年以内の既往も含む)				はい	➡	
8	医師から「医学的監視下で運動するように」と言われたことがありますか？				はい	➡	

※いずれの問いも「いいえ」の場合はSTEP 3 に進んでください。

図2 運動開始前の健康チェックシート (PAR-Q+を参考に作成) STEP 2

(厚生労働省：健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023, p.26)

表4 身体活動の現状評価 STEP 3

特定健診の標準的な質問票より*		回答	関連して定量的に聞く項目
10)	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施	①はい ②いいえ	何を( )、( )分、週( )回、( )年
11)	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施	①はい ②いいえ	1日( )分 1日の歩数( )歩
12)	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	①はい ②いいえ	
後期高齢者健診の質問票より*		回答	関連して定量的に聞く項目
7)	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい ②いいえ	
8)	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ	年( )回、骨折( )回
9)	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	①はい ②いいえ	何を( )、( )分、週( )回、( )年
13)	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ	週( )回
PAVS (Physical Activity as a Vital Sign) の例			
①	平均して週に何日、中から高強度(早歩き以上)の身体活動を行いますか		( )日/週
②	このレベルの運動を平均して何分行いますか		( )分/日
③	週当たりの合計分数(①×②)		( )分/週

\* 番号)は各質問票における質問番号

18

表5 運動前の体調確認

	チェック項目	回答	
1	足腰の痛みが強い	はい	いいえ
2	熱がある	はい	いいえ
3	体がだるい	はい	いいえ
4	吐き気がある, 気分が悪い	はい	いいえ
5	頭痛やめまいがする	はい	いいえ
6	耳鳴りがする	はい	いいえ
7	過労気味で体調が悪い	はい	いいえ
8	睡眠不足で体調が悪い	はい	いいえ

	チェック項目	回答	
9	食欲がない	はい	いいえ
10	二日酔いで体調が悪い	はい	いいえ
11	下痢や便秘をしていて腹痛がある	はい	いいえ
12	少し動いただけで息切れや動悸がする	はい	いいえ
13	咳やたんが出て, 風邪気味である	はい	いいえ
14	胸が痛い	はい	いいえ
15	(夏期) 熱中症警報が出ている	はい	いいえ

(厚生労働省：健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023, p.28)

19

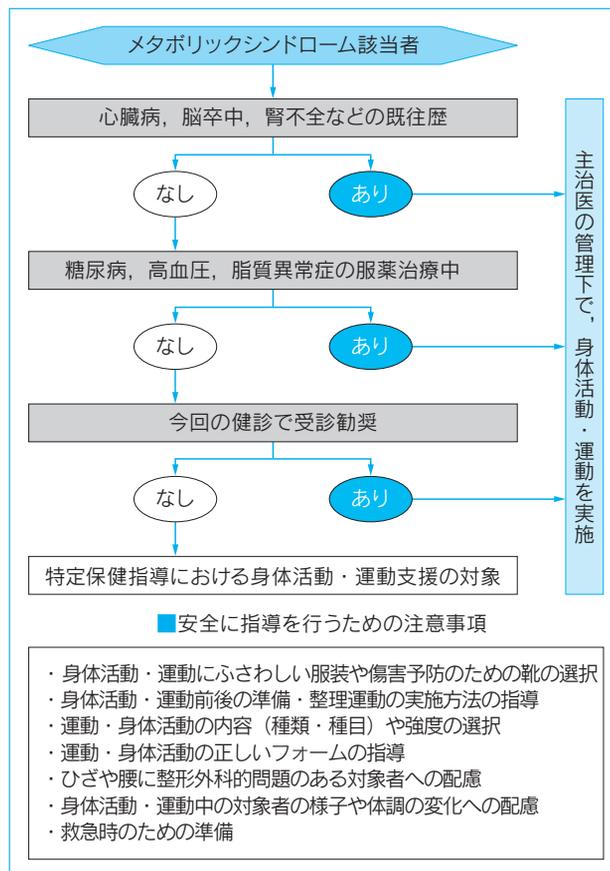


図3 積極的支援の対象者に対する身体活動・運動支援を安全に行うためのフローチャート

20

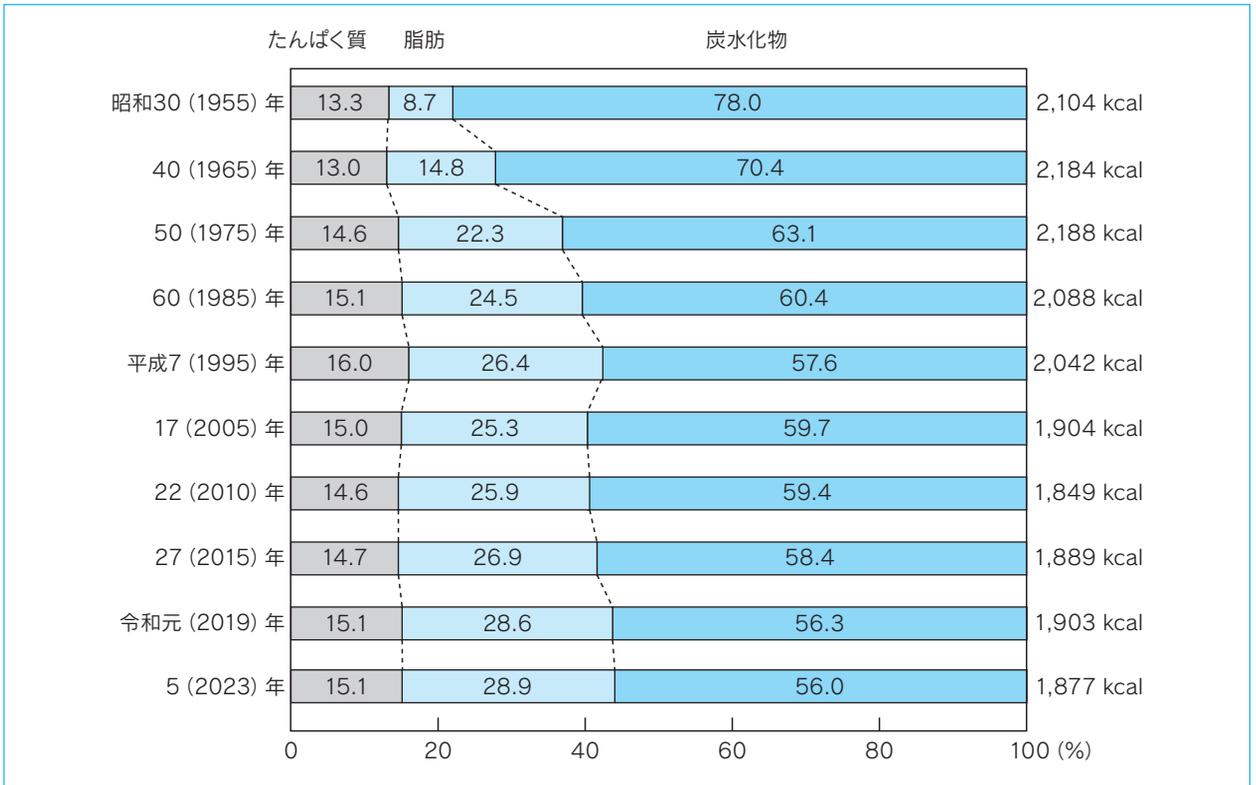


図2 エネルギーの栄養素別摂取構成比の年次推移（1歳以上総数）

（厚生労働省：国民健康・栄養調査）

21

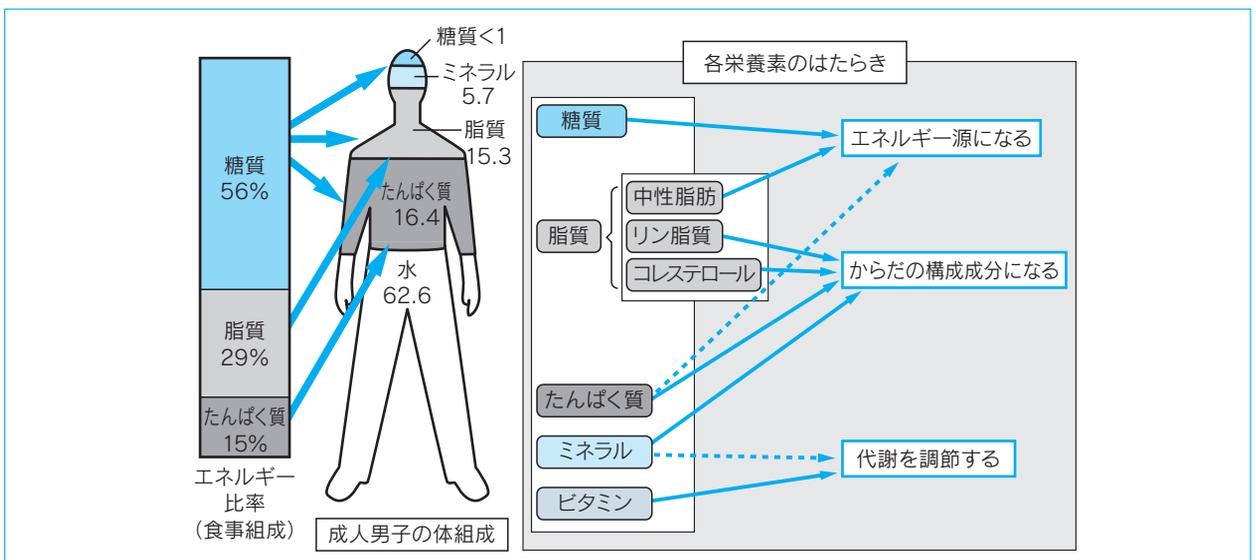


図1 栄養素の種類とはたらき

22

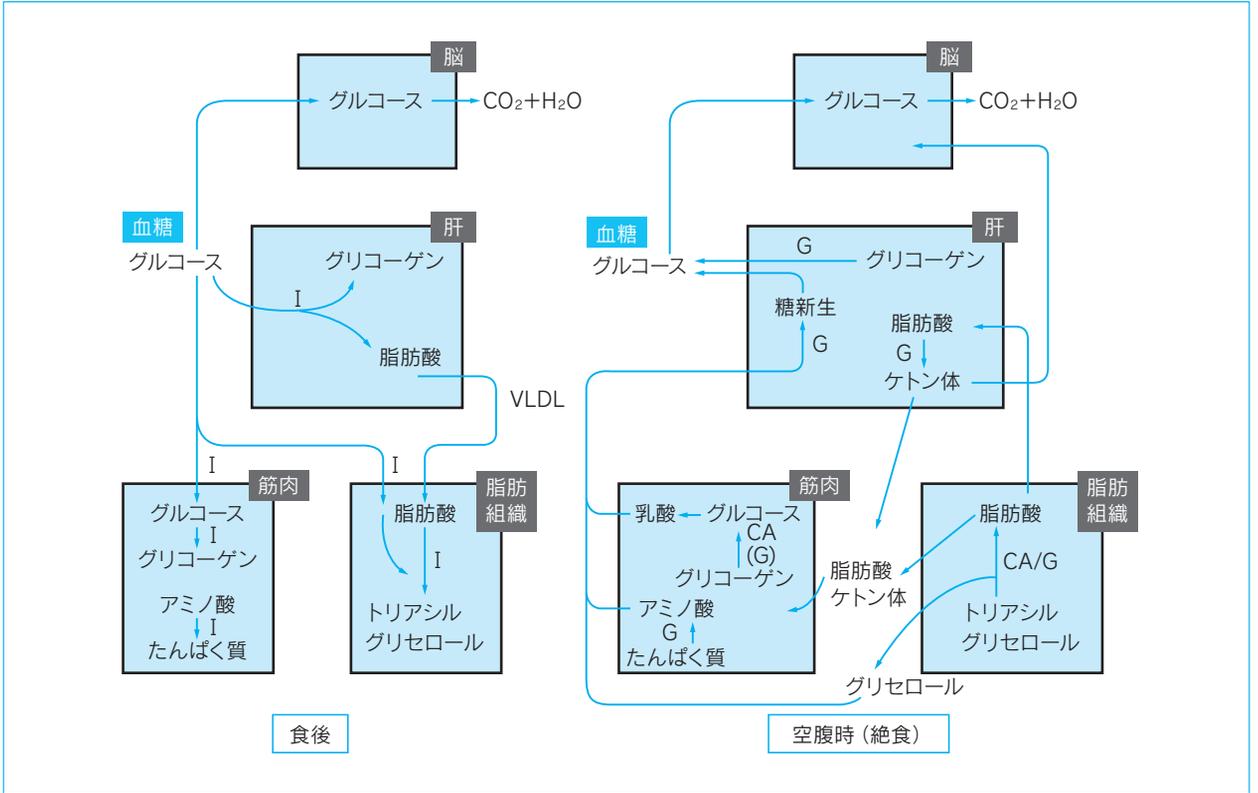


図2 食後と空腹時では糖と脂質の代謝が変化する

I : インスリン, G : グルカゴン, CA : カテコールアミン (アドレナリン)

23

表2 参照体重における基礎代謝量

性別 年齢 (歳)	男性			女性		
	基礎代謝基準値 (kcal/kg 体重 / 日)	参照体重 (kg)	基礎代謝量 (kcal / 日)	基礎代謝基準値 (kcal/kg 体重 / 日)	参照体重 (kg)	基礎代謝量 (kcal / 日)
1 ~ 2	61.0	11.5	700	59.7	11.0	660
3 ~ 5	54.8	16.5	900	52.2	16.1	840
6 ~ 7	44.3	22.2	980	41.9	21.9	920
8 ~ 9	40.8	28.0	1,140	38.3	27.4	1,050
10 ~ 11	37.4	35.6	1,330	34.8	36.3	1,260
12 ~ 14	31.0	49.0	1,520	29.6	47.5	1,410
15 ~ 17	27.0	59.7	1,610	25.3	51.9	1,310
18 ~ 29	23.7	63.0	1,490	22.1	51.0	1,130
30 ~ 49	22.5	70.0	1,570	21.9	53.3	1,170
50 ~ 64	21.8	69.1	1,510	20.7	54.0	1,120
65 ~ 74	21.6	64.4	1,390	20.7	52.6	1,090
75 以上	21.5	61.0	1,310	20.7	49.3	1,020

(厚生労働省：日本人の食事摂取基準 (2025年版))

②4 表3 年齢階級別に見た身体活動レベルの群分け（男女共通）

身体活動レベル	低い	ふつう	高い
1～2（歳）	－	1.35	－
3～5（歳）	－	1.45	－
6～7（歳）	1.35	1.55	1.75
8～9（歳）	1.40	1.60	1.80
10～11（歳）	1.45	1.65	1.85
12～14（歳）	1.50	1.70	1.90
15～17（歳）	1.55	1.75	1.95
18～29（歳）	1.50	1.75	2.00
30～49（歳）	1.50	1.75	2.00
50～64（歳）	1.50	1.75	2.00
65～74（歳）	1.50	1.70	1.90
75以上（歳）	1.40	1.70	－

（厚生労働省：日本人の食事摂取基準（2025年版））

②5 表4 生活時間調査の例

対象者： 性別：  
 日付： 年 月 日 曜日（天気：）  
 生年月日： 年 月 日（ 歳）

行動開始時刻	実際の行動	メッツ
0:00	睡眠	1.0
7:10	起床⇒トイレ	2.3
7:12	洗顔	2.0
7:14	朝食の準備	2.0
7:25	朝食	1.5
7:35	テレビをみる	1.0
7:45	歯磨き	2.0
7:50	駅まで徒歩	4.0
8:03	電車	1.3
~~~~~		
8:55	デスクワーク	1.3
9:35	室内での移動	3.8
~~~~~		

②6 表2 エネルギー産生栄養素バランス（%エネルギー）

年齢等	目標量 <sup>1,2</sup> （男女共通）			
	たんぱく質 <sup>3</sup>	脂質 <sup>4</sup>		炭水化物 <sup>5,6</sup>
		脂質	飽和脂肪酸	
0～11（月）	－	－	－	－
1～2（歳）	13～20	20～30	－	50～65
3～14（歳）	13～20	20～30	10以下	50～65
15～17（歳）	13～20	20～30	9以下	50～65
18～49（歳）	13～20	20～30	7以下	50～65
50～64（歳）	14～20	20～30	7以下	50～65
65以上（歳）	15～20	20～30	7以下	50～65

$$\text{たんぱく質エネルギー比率（\%）} = \frac{\text{たんぱく質摂取量（g）} \times 4 \text{（kcal）}}{\text{総エネルギー摂取量（kcal）}} \times 100$$

$$\text{脂肪エネルギー比率（\%）} = \frac{\text{脂質摂取量（g）} \times 9 \text{（kcal）}}{\text{総エネルギー摂取量（kcal）}} \times 100$$

$$\text{炭水化物エネルギー比率（\%）} = \frac{\text{炭水化物摂取量（g）} \times 4 \text{（kcal）}}{\text{総エネルギー摂取量（kcal）}} \times 100$$

<sup>1</sup> 必要なエネルギー量を確保した上でのバランスとすること。

<sup>2</sup> 範囲に関しては、おおむねの値を示したものであり、弾力的に運用すること。

<sup>3</sup> 65歳以上の高齢者について、フレイル予防を目的とした量を定めることは難しいが、身長・体重が参照体位に比べて小さい者や、特に75歳以上であって加齢に伴い身体活動量が大きく低下した者など、必要エネルギー摂取量が低い者では、下限が推奨量を下回る場合があり得る。この場合でも、下限は推奨量以上とすることが望ましい。

<sup>4</sup> 脂質については、その構成成分である飽和脂肪酸など、質への配慮を十分に行う必要がある。

<sup>5</sup> アルコールを含む。ただし、アルコールの摂取を勧めるものではない。

<sup>6</sup> 食物繊維の目標量を十分に注意すること。

（厚生労働省：日本人の食事摂取基準（2025年版）より改変）

## E. アクティスガイド2023

### 1 アクティブガイド2023の概要

厚生労働省は、健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023に基づき、国民向けにわかりやすく身体活動・運動への取り組みについて説明するための資料として、「アクティブガイド」を策定した。アクティブガイドは、身体活動・運動を増やすことを奨励する+10（プラス・テン）と座位行動を身体活動に置き換えることを奨励するSW 10（スイッチ・テン）をメッセージとしている。+10は2013年に策定されたアクティブガイドでも用いられたメッセージで、今よりも10分多く体を動かすことを奨励するものである。また、SW 10は、座っている時間が長くなりすぎないように、座位を10分減らす代わりに、立ったり歩いたりするなど、からだを動かすことを奨励するものである。

アクティブガイドは、A4判表裏1枚にまとめられ、以下の内容で構成される。

- ・1日のスケジュールのどの機会に+10、SW 10を組み込むか？
- ・安全に+10、SW 10を行う際の留意点
- ・+10、SW 10を行うための職場・地域・家庭での環境に関するポイント

### 2 こども、成人、高齢者のアクティブガイド

2013年のアクティブガイドでは、すべての国民を対象とした一つのリーフレットとして公表された。2023年度版では、ライフステージに応じて、こども、成人、高齢者に対する3つのアクティブガイドを策定した。学校、職場、地域、医療・介護現場などで、対象者の違いに応じて、使い分けができるように工夫されている。

### 3 ガイドラインの認知度と身体活動

いくつかの先行研究によって、身体活動・運動ガイドラインの認知度を高めることにより、人々の身体活動の実践を後押しできる可能性が示唆されている。あいにく、2007年から2020年までの間に5回行われた認知度に関する調査では、運動基準2006、身体活動基準2013、エクササイズガイド、アクティブガイドなどに対する国民による認知度は、2割にも満たないことが明らかとなった。身体活動・運動ガイド2023やアクティブガイド、さらには+10やSW 10などのメッセージが、国民の身体活動の実践に寄与するためには、さまざまな工夫を凝らして、国民のみならず運動指導者や政策立案者による、身体活動・運動ガイドラインの認知度を高めるための情報発信を積極的に行っていくことが求められる。

### 5 生活活動を含めた身体活動促進技法

#### a. 健康づくりのための身体活動・運動

厚生労働省は、健康日本21（第三次）における身体活動・運動分野の取り組みの推進に資することを狙いとして、「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」を策定し、これに基づいて「アクティブガイド2023（以下、アクティブガイド）」を公表している。

本章で示してきた「運動プログラム」あるいは「運動処方」は、そもそもが健康づくりに資する運動についての指針を示すものであり、その観点からいうと、「アクティブガイド」も「運動プログラム」の一種であるといえる。ただし、ここまでで述べてきた「運動プログラム」が、一人ひとりの身体の使い方や動かし方について、たとえば「有酸素性運動」であるとか

「筋力トレーニング」といった運動の様式やその強度・時間・頻度など、物理的に定義できる変数を特定して提示するのに対して、「アクティブガイド」では、「プラス・テン」とか「スイッチ・テン」といったような、身体活動を喚起するためのイメージを通じて一人ひとりの国民の意識に働きかけようとするプログラムだという特徴がある。

#### b. アクティブガイド活用における基本的考え方

2006年に策定された「健康づくりのための運動指針2006（エクササイズガイド）」は、専門家向けに著わされた「健康づくりのための運動基準2006」に基づいて、「安全で有効な運動を広く国民に普及すること」を目的として策定された。そこでは、「身体活動量評価」→「目標設定」→「運動実践」という手順によって、一人ひとりの身体活動量増進を図ろうとし

た。しかし、これを実現するためには、本人の確固たる意思もさることながらその内容の指導や教育が必要とされた。これはまさに、「指導者が働きかけて対象者の生活を変容させる」という介入プログラムと同等であり、国民の身体活動量の促進には必ずしも結びつかなかった。またそれは、「広く国民に普及すること」を目指して策定された「ガイド」であったにもかかわらず、必ずしも広くは認知されず、その影響は限定的であった（原田ほか、2009）<sup>4)</sup>。

これに対して、「健康づくりのための身体活動基準2013」では、目標とすべき「基準」自体は同等であるが、それを実行に移すための「健康づくりのための身体活動指針」では、「プラステン（+10）」という簡略な標語を前面に出すことによって、「いつでもどこでも+10」、「+10から始めよう」というような「メッセージによる働きかけ」が企図された。この考え方は、「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」においても踏襲されるとともに、「アクティブガイド」においては、従来の「プラステン（+10）」に加えて、「スイッチ・テン（SW10）」という標語が策定され、「座りっぱなしの時間が長くなり過ぎないように注意し、座りっぱなしをブレイク（中断）して、少しでも体を動かす」ことを目指した注意喚起が目論まれている。

アクティブガイドでは、「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」で専門家向けに示されたさまざまな記述が繰り返されることはなく、たとえば「成人版」では、「1. 歩こう！ 動こう！」、「2. 運動を取り入れよう！」、「3. 筋力を高めよう！」、「4. 座りっぱなしを避けよう！」というように、一般国民へのメッセージが簡潔に記載されている。いかに正確かつ緻密な記述であっても、それが認知されなければ伝わらないし、それが伝わらなければ生活行動の変容につながることはない。「行動を変えること」という目標を達成するためには、時として、言説（メッセー

ジ）の専門性・厳密性を犠牲にしたほうが有効な場合もあるということである。

### c. 生活活動促進の技法

生活活動とは、何らかの具体的な目的をもって行われる、生活の中のあらゆる動作・行為を意味する。そこには、食事、洗面、着替え、入浴等の自分自身の身の回りの動作から、買い物や家事育児などを含めた社会とのかかわりも含まれる。生活活動は社会とのかかわり（社会参加）の手段であり、生活活動ができるからこそ社会参加が可能になるのであるが、逆に、地域の催しや知人との外食などへの参加を通じて生活活動が促進されることも多い。手段としての運動や生活活動だけに注目して推奨するだけではなく、対象者の興味関心に合わせた社会参加の様態を探ることもまた、身体活動促進の技法の一つともいえる。

WHOが策定した同様のガイドライン「身体活動・座位行動ガイドライン」では、「まったく身体を動かさないより、少しでも身体を動かす方がよい」と表現されているが、人々の生活を活動的にするための技法には、単に身体を操作するインストラクションにとどまることなく、さまざまな観点からのアプローチが必要とされる<sup>5)</sup>。

### 参考文献

- 1) Goran, M. I., Poehlman, E. T.: Endurance training does not enhance total energy expenditure in healthy elderly persons. *Am. J. Physiol.*, 263:950-957, 1992.
- 2) American College of Sports Medicine: ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 10th edition, Wolters Kluwer, 2017.
- 3) 浦辺幸夫：筋力増強運動（筋トレ）の医学的基礎，運動療法ガイド—正しい運動処方求めて，第4版，日本医事新報社，2006.
- 4) 原田和弘ほか：健康づくりのための運動指針2006の認知状況と他の健康づくり施策の認知および人口統計学的変数との関連．*日本公衆衛生雑誌*，56：737-743，2009.
- 5) World Health Organization: Guidelines on physical activity and sedentary behaviour, 2020.

## C

### C. 高血圧<sup>1)</sup>

#### 1 薬物療法の基本

高血圧治療の目的は、高血圧の持続による脳心血管病の発症・進展・再発と死亡を減少させること、より健康で高いQOLを保った日常生活ができるように支

援することである。高血圧治療は生活習慣の改善（非薬物療法）に加え、薬物療法が必要となることが多く、薬物治療の治療計画は個々の患者のリスクレベル（血圧レベル、脳心血管病発症の危険因子および合併症の病態）に応じて設定される。

主要降圧薬として、長時間作用型ジヒドロピリジン（DHP）系カルシウム（Ca）拮抗薬、アンジオテン

表1 主要降圧薬の積極的適応および適応がない場合と禁忌

	積極的適応	積極的適応がない場合	禁忌
長時間作用型ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬	脳血管障害 左室肥大 狭心症	高齢者 妊娠の可能性 血液検査の必要性が高いがすぐに確認できない場合（腎機能障害や電解質異常の高リスク患者、二次性高血圧疑いなど）	
ARB/ACE阻害薬	脳血管障害 左室肥大 心筋梗塞後 左室駆出率の低下した心不全 蛋白尿 / 微量アルブミン尿を有するCKD	若年者 / 中壮年者（妊娠可能な女性は除く）	ARB/ACE阻害薬：妊娠 ACE阻害薬：血管浮腫、特殊な膜を用いるアフェレシス / 透析
サイアザイド系利尿薬	脳血管障害 体液貯留	食塩摂取過多 食塩感受性高血圧	ナトリウム・カリウムが明らかに減少している病態
$\beta$ 遮断薬	狭心症 心筋梗塞後 左室駆出率の低下した心不全 大動脈解離 胸部大動脈瘤	交感神経活性亢進を反映している高血圧（若年者、頻脈傾向、ストレス誘発性高血圧） 高心拍出性高血圧	喘息（ $\beta_1$ 非選択性および $\alpha \cdot \beta$ 遮断薬） 高度徐脈 未治療褐色細胞腫 / パラガンoglioma

（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン委員会（編）：高血圧管理・治療ガイドライン2025、ライフサイエンス出版、p. 95、表8-1をもとに作図）

表2 降圧薬の心拍数、血圧に及ぼす影響

降圧薬	心拍数		血圧	
	安静時	運動時	安静時	運動時
$\beta$ 遮断薬（含 $\alpha \cdot \beta$ 遮断薬）	↓	↓	↓	↓
長時間作用型ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬	↑~→	↑~→	↓	↓
ACE阻害薬、ARB	→	→	↓	↓
サイアザイド系利尿薬	→	→	→~↓	→~↓
$\alpha$ 遮断薬	→	→	↓	↓

↑：増加、→：不変、↓：低下  
（アメリカスポーツ医学会（編）、日本体力医学会体力科学編集委員会（監訳）：運動処方方の指針-運動負荷試験と運動プログラム、原書第8版、南江堂、2011より改変）

シン変換酵素（ACE）阻害薬（ACE阻害薬）、アンジオテンシンII受容体拮抗薬（ARB）、少量のサイアザイド系利尿薬、 $\beta$ 遮断薬（含 $\alpha \cdot \beta$ 遮断薬）の5種類があり、それぞれ積極的な適応および積極的な適応のない場合や禁忌（表1）などを考慮した薬剤を選択する。

Ca拮抗薬の降圧効果はおもに血管平滑筋を弛緩させることにより発揮される。ACE阻害薬とARBは主にレニン-アンジオテンシン（RA）系抑制により降圧作用を発揮する。利尿薬はNa再吸収を抑制することで循環血流量を減少させるが、長期的には末梢血管抵抗低下により降圧する。 $\beta$ 遮断薬は心拍出量の減少、レニン分泌の抑制、中枢での交感神経活動の抑制などにより降圧する。

副作用として、DHP系Ca拮抗薬では低血圧、動悸、頭痛、ほてり感、顔面紅潮、浮腫、歯肉肥厚、便秘などが、ACE阻害薬では空咳の頻度が高く、咳の誘発による誤嚥性肺炎の予防効果があるとされる。ARB

は副作用が少なく、安全性や忍容性が高い。 $\beta$ 遮断薬は気管支喘息、高度徐脈、II度以上の房室ブロックなどでは禁忌ないし慎重投与となる。利尿薬は低Na血症、低K血症などの電解質異常や腎臓機能障害（eGFR低下）、また、耐糖能低下、高尿酸血症、高トリグリセライド血症など代謝系への悪影響がある。

降圧薬投与は、主要降圧薬の単剤から開始し、1日1回投与のものを優先する。積極的適応の病態がある場合はそれに応じた薬剤を選択し、副作用の出現や降圧効果が不十分な場合は、他の降圧薬に変更する。初診時にII度・III度（160 / 100 mmHg以上）の高血圧では2剤併用で開始してもよい。単剤療法のみで降圧目標を達成できるのは4割未満にすぎず、また降圧薬服用者の半分程度しか降圧目標を達成していないため、2、3剤の併用が必要となることも多い。年齢・病態・合併症にかかわらず診察室血圧は原則的に130 / 80 mmHg未満が、家庭血圧は125 / 75 mmHg未満が降圧目標とされる。ただし、過降圧によるめまい・ふらつき・立ちくらみ・倦怠感などの症候性低血圧や起立性低血圧などの発症の危険性に注意する。

## 2 運動療法指導・実施上の注意点

降圧薬の安静時、運動時の心拍数、血圧に及ぼす影響を表2に示す<sup>2)</sup>。 $\beta$ 遮断薬服用下では、運動時の心拍上昇が抑えられるため、心拍数を基準とした運動強度設定では過負荷になる危険がある。したがって、心拍数を用いた強度設定は参考程度にとどめ、主観的運動強度（RPE）やトーク・テスト、無酸素性作業閾値（AT）による運動処方を用いた運動処方で指導する。利尿薬は、季節性血圧変動に伴う夏季の過剰降圧

に注意が必要となる。

運動前には必ず血圧測定と検脈を行う。高血圧は心房細動発症の主要な危険因子であり、日常の検脈で脈の不整（乱れ）の有無を観察する。また、日常の家庭

血圧を把握しておくことも必要で、運動中の過昇圧、過降圧を防止するうえで重要である。本人がいつもより高いと申告すれば、その日の運動は軽めにするか、ときには中止を忠告・指導する。