

健康づくりのための運動基準 2006

～身体活動・運動・体力～

報告書

運動所要量・運動指針の策定検討会

平成18年7月

【目次】

概要	2
1 はじめに	3
2 策定に到る経緯	4
3 策定にあたっての考え方	5
4 健康の維持・増進に必要な身体活動・運動量	6
5 健康の維持・増進に必要な体力	7
6 実施上の注意事項	9
7 今後の課題及び方向性	9
【参考資料】	10
【参考文献】	20

健康づくりのための運動基準 2006 年～身体活動・運動・体力～ (概要)

この度、健康づくりのための運動所要量を見直し、身体活動量と運動量の基準値を設定した。具体的には、身体活動を主体として健康づくりをする人であれば、毎日 8,000～10,000 歩の歩行が目安であり、運動を主体とする人では、ジョギングやテニスを毎週約 35 分間、速歩では 1 時間の実施が目安となった。

1. 本報告書は、平成 17 年 8 月 8 日に設置した「運動所要量・運動指針の策定検討会」の健康づくりのための運動所要量に関する報告書であり、平成元年に作成された「健康づくりのための運動所要量」を基本として現在の科学的知見に基づき作成したものである。
2. 平成元年策定の健康づくりのための運動所要量と大きく異なる点は、生活習慣病を予防する観点を重視して、① 内外の文献を精査し（システムティック・レビュー）、身体活動量・運動量・体力（最大酸素摂取量）の基準値をそれぞれ示したこと、② 生活習慣病予防と筋力を含むその他の体力との関係についても検討したこと等が挙げられる。
3. 健康づくりのための身体活動・運動量の基準値
 - ① 身体活動量 : 23 メッツ・時/週
(強度が 3 メッツ以上の活動で 1 日当たり約 60 分。歩行中心の活動であれば 1 日当たり、およそ 8,000～10,000 歩に相当)
 - ② 運動量 : 4 メッツ・時/週
(例えば、速歩で約 60 分、ジョギングやテニスで約 35 分)
4. 健康づくりのための性・年代別の最大酸素摂取量の基準値 (ml・kg⁻¹・分⁻¹)

	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳代
男性	40	38	37	34	33
女性	33	32	31	29	28
5. 本報告書は、健康と身体活動・運動・体力との関係について、現時点での科学的知見に基づき、作成したものであり、未解明の部分も含めて今後新たな知見を蓄積するために、今後より一層研究を推進し、新たな科学的知見を蓄積するとともに、本報告書も定期的に改定することが必要である。

1 はじめに

国における本格的な健康づくり対策への取組としては、昭和53年からの第一次国民健康づくり対策に始まり、昭和63年からの第二次国民健康づくり対策を経て、平成12年には「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が策定され、平成14年には、「健康日本21」を中心とする国民の健康づくり・疾病予防を更に積極的に推進するための法的基盤として健康増進法が制定され、健康づくり対策が推進されているところである。

「健康日本21」においては、健康づくり施策の世界的潮流も踏まえ、健康寿命の延伸等を実現するため、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病やその発症・進行に関与している生活習慣の改善等に関する課題を選定し、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「休養・こころの健康づくり」、「たばこ」、「アルコール」、「歯の健康」、「糖尿病」、「循環器病」、「がん」の9分野において計70項目にわたる具体的な数値目標を立て、実施されているところである。

現在、身体活動・運動分野における推進の柱として掲げられているものとしては、平成元年に、当時の科学的知見をもとに、健康を維持するために望ましい運動量の目安としての「健康づくりのための運動所要量」が策定されている。また、平成5年には、運動を普及させ、親しみやすいものにするることによって、明るく、楽しく、健康な生活を創造することを目的として、「健康づくりのための運動指針」が策定された後、平成9年には、「生涯を通じた健康づくりのための身体活動のあり方検討会」の報告書が策定されている状況にある。

ところが近年、急速な人口高齢化の進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割（がん30.5%、虚血性心疾患15.7%、脳血管疾患13.0%、糖尿病1.3%、高血圧性疾患0.6%）を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も平成15年度で10.2兆円（内訳は、高血圧性疾患2.8兆円、がん2.8兆円、脳血管疾患2.0兆円、糖尿病（合併症を含む）1.9兆円、虚血性心疾患0.8兆円）に上り、国民医療費の約3割を占め、医療保険に係る国民の負担も増加している。また、生活習慣病の重症化等の結果として、介護保険財政等にも影響を与える状況になっている。

そこで、平成16年5月には、与党幹事長・政調会長会議において「健康ボランティア戦略」がとりまとめられ、これを受け、政府としても健康寿命の2

年程度の延伸を目指し、①「働き盛りの健康安心プラン」、②「女性のがん緊急対策」、③「介護予防10カ年戦略」、④「健康寿命を伸ばす科学技術の振興」を政策の柱に、平成17年度から10年間、重点的に施策を展開されている。

2 策定に至る経緯

「健康づくりのための運動所要量（平成元年）」では、主に冠状動脈疾患を対象としているが、その策定から15年以上が経過し、国民の疾病構造に変化が見られ、現在では、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の生活習慣病が問題となっている。さらにそういった病気の基礎病態であるメタボリックシンドロームという概念と診断基準が、平成17年4月に関係8学会により示された。⁽¹⁾

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪型肥満を共通の要因とした高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それらが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが大きくなることから、運動習慣の徹底や食生活の改善など生活習慣の改善により内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減を図るという考え方を基本としている。

今後、メタボリックシンドロームの考え方を取り入れた生活習慣病対策、特に身体活動・運動施策を推進し、国民や関係者の「予防」の重要性に対する理解の促進を図っていくことが有効であるとされている。

また、「平成16年国民健康・栄養調査」によると、「健康づくりのための運動所要量（平成元年）」の策定以後の国民の運動習慣を持つ者の割合は、男性30.9%、女性25.8%であり、「健康日本21」等の取組にもかかわらず増加しておらず、国民の3分の2が運動習慣を身につけていない状態となっている。

このように生活習慣病対策に関する国民的な関心が高まる中、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会において、「今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）」がとりまとめられ、今後の生活習慣病対策においては、「1に運動、2に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ」の標語の下、身体活動・運動施策についても、より一層の推進が望まれることとなった。

これらの状況を踏まえ、国民の身体活動・運動の改善を図り、国民が生活習慣病に罹患せずに健康な生活を送るため、最新の科学的知見に基づき、国民の健康の維持・増進、生活習慣病の予防を目的とした望ましい身体活動・運動及び体力の基準を示すため、「健康づくりのための運動所要量（平成元年）」を改定することとした。

3 策定にあたっての考え方

【健康づくりと生活習慣病対策】

近年、急速な人口高齢化の進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占めている。また、生活習慣病の重症化等の結果として、介護が必要な状態になる患者も多い。

生活習慣病の予防と身体活動・運動との間には、内外の研究により関係が示唆されており、国民の身体活動・運動が促進されることにより、生活習慣病の予防に対する効果が強く期待される。

そのため今回策定される「健康づくりのための運動基準」においては、生活習慣病の予防を健康づくりの目的とする。

【生活習慣病予防と身体活動・運動量及び体力との関係】

身体活動・運動と生活習慣病や総死亡率に関する科学的研究は、この四半世紀に急速に発展し、冠状動脈疾患ばかりでなく、糖尿病などの生活習慣病罹患に対する身体活動・運動の予防効果が科学的に明らかにされている。特に、前回の健康づくりのための運動所要量の策定（平成元年）以降、身体活動・運動による生活習慣病の予防については、かなりのエビデンスが蓄積された。したがって、今回の「健康づくりのための運動基準」では、これらの蓄積されたエビデンスを対象にシステマティック・レビューを行い、それを基に、生活習慣病予防のために必要な身体活動量を示すこととした。

一般に身体活動量が多い人の体力は高い^{(2),(3),(4)}。しかし、体力を高めるための運動強度には下限があり⁽⁵⁾、必ずしも総エネルギー消費量(kcal/日)で定量化された身体活動量と体力との相関関係は高くない。⁽⁶⁾特に、日常生活における低い強度の身体活動量が多くても、体力が高いとは限らない。⁽⁷⁾

また、体力は遺伝的素因も大きく影響している。⁽⁸⁾さらに、最近の欧米の研究によると、身体活動量ばかりではなく、体力も生活習慣病の独立した罹患予測因子であることが示唆されている⁽⁹⁾。したがって、今回の「健康づくりのための運動基準」では、身体活動・運動量に関する基準に加えて、体力に関する基準も独立して定めることにした。

【用語の統一】

本報告書における身体活動・運動に関する用語の定義については、参考資料に記した。

4 健康の維持・増進に必要な身体活動・運動量

身体活動・運動と生活習慣病との関係を示す内外の文献についてシステマティック・レビューを実施した結果、以下のように基準値を策定した。その際、強度が3メッツ以上の身体活動の場合と、強度が3メッツ以上の運動を対象とした場合では別に基準値を定めた。

また、性・年齢別に検討した結果、65歳までは、性・年齢により区分する根拠は見あたらなかったため、性・年齢にかかわらず同一の身体活動・運動量（メッツ・時/週）を基準値とした。

【身体活動量】

「身体活動」においては、基準値を23メッツ・時/週とした。

この根拠は、まずシステマティック・レビューにより、生活習慣病発症予防に効果のある身体活動量の下限值は約19メッツ・時/週から約26メッツ・時/週の間に分布していることが示されたからである。この値に相当する週当たりの身体活動時間は、3メッツの強度（普通歩行）で1日当たり54～74分の幅がある。しかし、国民にとって、3メッツに該当する時間を判別することは容易ではなく、20分の幅は十分に認識できるものではない。そこで、身体活動量の基準値は、国民によりわかりやすいように1つの値、すなわちシステマティック・レビューで抽出された論文の値の平均値を基準とした。

国民は、現在の身体活動量に応じて、基準値を上回ることを目指すようにする。それにより、生活習慣病の発症リスクが低くなることが期待される。

強度が3メッツ以上の身体活動としては、運動の他、日常的な歩行（買い物、通勤など）、床そうじ、庭仕事、物を運ぶ、子どもと遊ぶといった生活活動が挙げられる。日常的な歩行をはじめとするこれらの活動の強度は3メッツ程度であるので、23メッツ・時/週（≒3.3メッツ・時/日）は、3メッツ以上の強度の身体活動で行うと1日当たり約60分に相当する。ここでの身体活動は、必ずしも歩行を伴うとは限らないが、一般に3メッツ以上の強度の身体活動の多くは、歩行を伴っている。そこで、歩行中心の活動で構成されている場合を考えると、1日当たり約60分（10分当たり1,000歩とすると、約6,000歩に相当）に相当する。日常生活の中では、低強度で意識されない歩数が2,000～4,000歩程度みられるので⁽¹⁰⁾、1日当たりの歩数の合計としては、およそ8,000～10,000歩に相当すると考えられる。また、この身体活動量は体重60kgの場合、週当たり約1,450kcal、70kgの場合は約1,700kcalのエネルギー消費量に相当する。

【 運動量 】

「運動」について、基準値とその範囲をそれぞれ4メッツ・時/週、2メッツ・時/週～10メッツ・時/週とした。

この根拠は、システマティック・レビューにより得られた運動量の値が、約2メッツ・時/週から10メッツ・時/週の間に分布し、それらの平均値が4メッツ・時/週であったからである。現在の運動量に応じて、基準値、あるいは基準値の範囲の値を上回ることを目指すようにする。すなわち、運動習慣が全くない人は2メッツ・時/週に、運動量が基準値以下の人は基準値を、さらに基準値よりも運動量が多い人は10メッツ・時/週を目指すようにする。その結果、生活習慣病の発症リスクが低くなることが期待される。

3メッツ以上の運動の例としては、速歩、体操(動きのあるもの)、ジョギング、ランニング、水泳、球技などが挙げられる。例えば、速歩は、約4メッツ(分速90～100m)の強度である。したがって、4メッツ・時/週を速歩で換算した場合は、約60分/週に相当する。同様に、ジョギングやテニス(約7メッツ)の場合は、約35分/週に相当する。また、このような運動によるエネルギー消費量は、体重60kgの場合、週当たり約250kcal、70kgの場合は約300kcalである。

5 健康の維持・増進に必要な体力

体力と生活習慣病との関係を示す内外の文献についてシステマティック・レビューを実施した結果、体力では全身持久力の指標である最大酸素摂取量について以下のように基準値を策定した。なお、筋力については、定量的な基準値を策定する根拠が不足していたため、定性的な記述とした。

【 最大酸素摂取量 】

最大酸素摂取量と生活習慣病との関係を示す内外の文献についてシステマティック・レビューを行い、性・年代別に次のように最大酸素摂取量の基準値とその範囲を設定した。システマティック・レビューにより、生活習慣病の発症リスクが有意に異なる最大酸素摂取量の最低値が複数収集された。これらの各性別・年代別での範囲の中に、生活習慣病予防のための最大酸素摂取量の基準値が定められることが適当である。そこで、これらの平均値を求め、健康づくりのための最大酸素摂取量の基準値を設定した。

表1：健康づくりのための最大酸素摂取量の基準値 ($\text{ml}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{分}^{-1}$)

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代
男性	40	38	37	34	33
女性	33	32	31	29	28

本基準では、基準値に加えて、健康づくりのための最大酸素摂取量の範囲を示した。この範囲は、システマティック・レビューにより得られた生活習慣病予防効果の現れる最大酸素摂取量の最低値の範囲を示すものであり、最大酸素摂取量による生活習慣病の予防効果が少なくとも1つの研究で明らかになった値の範囲である。したがって、最大酸素摂取量がこの範囲よりも低い場合は、まず、この範囲に入ることを目指す必要がある。また、基準値よりも低い場合は、基準値を目指すことを提示するものである。さらに、最大酸素摂取量が基準値より高い場合及び下表の範囲より高い場合においても、体力向上による生活習慣病予防の効果が確実になるように取り組むことが望ましい。

表2：健康づくりのための最大酸素摂取量の範囲 ($\text{ml}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{分}^{-1}$)

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代
男性	33-47	31-45	30-45	26-45	25-41
女性	27-38	27-36	26-33	26-32	26-30

【筋力】

筋力と総死亡リスクの減少との関係についての複数の文献によると、男性では、ほとんどの研究で筋力が低いほど総死亡リスクが高いことが示されたが、女性では筋力と総死亡リスクの間には関連が見られないとするものが多かった。また、男女両方を合わせて検討した全ての研究では、筋力が低いほど総死亡リスクが高いことが示された。

筋力の測定方法は多岐にわたるが、どの筋力測定値でもそれぞれの集団の概ね平均以上の値を有する者で有意に総死亡リスクが減少する。また、骨粗鬆症・骨折の予防という観点からも、一定の筋力を持つことは重要である。

筋力・筋量は加齢により低下する。また総死亡や骨粗鬆症に伴う骨折のリスクの減少が概ねそれぞれの研究の集団における平均以上で見られることから、定性的ではあるが、筋力を現在の日本人の各年代の平均値以上に保つことを一つの基準とすることは可能であると考えられる。

【 その他の体力 】

骨粗鬆症に伴う骨折に関しては、平衡性および敏捷性に優れた者でのリスクの減少が認められている。しかし、死亡率の低下や生活習慣病予防という観点からの研究報告はなかったため、その他の体力について定量的な数値基準の設定を行わなかった。

6 実施上の注意事項

過度な運動はかえって健康を害することがあるので十分な注意が必要であり、また疾病を持っている者が運動を行う場合には、医師の指導の下に行うことが必要である。

7 今後の課題及び方向性

「健康づくりのための運動基準」に沿って行われた国民の身体活動・運動の実践効果について、一定期間後に評価を行い、その結果と新たな研究成果を取り入れて、定期的に運動基準を改定していくことが必要である。

今回の検討を踏まえ、必要と考えられる研究課題は以下の通りである。

- 日本人を対象とした身体活動や体力（筋力、筋量を含む）と生活習慣病予防に関するエビデンスの蓄積
- 身体活動の評価法の標準化
- 性別・年代別（小児～高齢者）及び対象生活習慣病別の身体活動や体力の評価
- 筋力・筋量の具体的な指標の検討
- 健康づくりのための身体活動の上限値の検討
- 身体活動・運動による医療費適正化の効果判定

【 参考資料 】

～ 用語の統一と説明（言葉の定義） ～

1) 健康づくりのための運動基準（身体活動・運動・体力）

前回の健康づくりのための運動所要量(平成元年)で、用いられた「所要量」とは、当時(平成元年)の“第四次改定日本人の栄養所要量”における栄養所要量の概念、すなわち“国民が心身を健全に発育・発達させ、健康の保持・増進と疾病予防のための標準となるエネルギー及び各栄養素の摂取量を摂取対象別に1日当たりの数値で示したもの”と同様に、“健康を維持するために望ましい運動量の目安”として定められた。

実際には、生活習慣病(当時は成人病)、特に冠動脈硬化性危険因子(収縮期及び拡張期血圧、血中総コレステロール及びHDLコレステロール濃度、体脂肪率)と自転車エルゴメータ運動を用いた最大下強度の心拍数、運動強度及び最高心拍数から推定された最大酸素摂取量との中央回帰直線を求めた。次に上記、冠動脈硬化性危険因子の異常値との交点から、性・年代別に前述の冠動脈疾患の危険因子すべてが異常値とならない最大酸素摂取量の値を求めた。次にその最大酸素摂取量を維持するための運動量(最大酸素摂取量の50%の強度の運動の週当たりの実施時間)を求め、それを運動所要量として策定した。

最近、栄養分野で食事摂取基準の考え方を採用したことから、栄養所要量という表現はなくなり、従来 recommended dietary allowance (RDA) は推奨量という表現となった(日本人の食事摂取基準(2005年版))。

そこで、用語に関して栄養分野との整合性を図るため、今回は、前回用いた所要量という用語を使わずに、基準値という用語を使うことにした。

身体活動・運動と生活習慣病との関係を示した疫学的研究の対象は、日常生活におけるすべての身体活動から、スポーツ活動を中心とした運動に限定したものまで幅広い。それらの研究により、必ずしも運動でなくても、中等度の身体活動であれば、生活習慣病の予防効果があることがわかってきた。現代社会では、日常的に運動を実施することは困難である者が多い点も考慮して、1995年に発表されたCDC/ACSMのレポート⁽¹¹⁾以降、有酸素性運動に限らず、中等度以上の身体活動を研究対象とするものが多くなった。しかし、今回システマティック・レビューにより抽出された文献には、運動に関する疫学的な知見も多い。そこで今回は、身体活動と運動の両方に、健康づくりのための基準値を設定した。

基準値の決定方法：システマティック・レビューにより、身体活動量の最も少ない群に比べて、生活習慣病の発症リスクが有意に減少する群の身体活動量の境界値もしくは、身体活動量が最も多い群に比べて、生活習慣病の発症リスクが有意に増

加する群の身体活動量の境界値を求めた。また、健康づくりのための運動所要量(平成元年)でも取り上げられ、最近の多くの研究で、生活習慣病罹患リスクとして身体活動量と独立した因子であることが示唆されている体力について、生活習慣病の罹患率が、最大酸素摂取量が最も低い群に比べて統計的に有意に低下する最大酸素摂取量あるいは最大酸素摂取量が最も高い群に対して生活習慣病の罹患リスクが有意に増加する境界値を求めた。

このようにして得られた値が、1つの研究報告から得られたものであれば、その値の決定は容易である。しかし、これまでの多くの研究者の努力により複数の研究結果が報告されており、各研究から得られた値には、ばらつきが大きい。その要因は、研究方法(群の数、調査方法、対象者など)によることが考えられる。しかし、それらの論文を精読しても、ばらつきの系統的な要因はなかった。そこで、それらの値の平均値を求め、身体活動、運動及び体力に関する基準値とした。

これらの値は、前述したように、集団の中で身体活動・運動量と体力が最も低い群よりも、各生活習慣病罹患が統計的に有意に変化する群の各指標の最低値である。したがって、一義的には、身体活動・運動量と体力が生活習慣病予防に効果が期待できる最低値である。しかし、生活習慣病は身体活動・運動と体力ばかりではなく、食事などその他の生活習慣によっても発症する。したがって、身体活動・運動と体力に関する基準値を満たしても、すべての国民が生活習慣病に罹患しないということではないため、生活習慣病に罹患しない身体活動・運動量と体力の最低値という用語の使用は適切ではない。

日本人の食事摂取基準(2005年版)では、生活習慣病予防の観点から脂質エネルギー比率の目標量(Tentative Dietary Goal)として、20-30%という範囲を策定している。身体活動と体力について、今回策定する基準値の概念は、この概念に近い。しかし、厳密には異なるので、目標値という用語は、栄養分野との整合性から使用せず、基準値という用語を使うこととした。

運動量としての4メッツ・時/週は、速歩では60分/週(30分/回×2回)であり、国民健康・栄養調査における運動習慣者(1回30分以上、週2回以上、1年以上継続)に相当する。これらの運動習慣を持つ人は、男性30.9%、女性25.8%であり、上記の基準に達しない国民が3分の2以上いる。したがって、この値は生活習慣病予防の効果が明らかである最低値だが、大部分の国民が目標とするべき値と言える。

また、身体活動量においても、歩数で換算すると8,000歩から10,000歩であり、これは国民の歩数の現状値(平成16年国民健康・栄養調査の調査結果(男性7,532歩、女性6,446歩)よりも多いと考えられ、また「健康日本21」の目標値(男性9,200歩以上、女性8,300歩以上)に相当し、目標値としては妥当であると考えられる。

また、最大酸素摂取量の基準値は、日本人の最大酸素摂取量の平均値よりやや低い値であった。したがって、この値は体力が低くて、生活習慣病の発症リスクも高

い国民が目標とする基準値としては、実現可能であり、妥当な値と考えられる。

そこで、今回の改定で用いる基準値は、生活習慣病予防という観点から身体活動量と体力の低い国民が、生活習慣病予防に関する身体活動と体力の重要性を認知し、実施可能性のある値として妥当であると考えられる値とした。

もちろん、身体活動量と体力がその値よりも高い人は、さらに高い値となるよう心がけることが適切である。

システマティック・レビューにより、最大酸素摂取量の最も少ない群に比べて、生活習慣病の発症リスクが有意に減少する群の最大酸素摂取量の境界値もしくは、最大酸素摂取量が最も少ない群に比べて、生活習慣病の発症リスクが有意に増加する群の最大酸素摂取量の境界値が複数収集された。したがって、これらの各性別・年代別での最低値と最高値の間に、生活習慣病予防のための最大酸素摂取量の基準値が定められることが適当である。そこで、それらの平均値を求め、最大酸素摂取量の基準値とした。

2) 身体活動(physical activity)

身体活動とは、骨格筋の収縮を伴い安静時よりも多くのエネルギー消費を伴う身体の状態である。それは、日常生活における労働、家事、通勤・通学、趣味などの「生活活動」と、体力の維持・向上を目的として計画的・意図的に実施する「運動」の2つに分けられる。ただし、今回の基準においては、強度が3メッツ以上の身体活動を対象とする（以下の図を参照）。

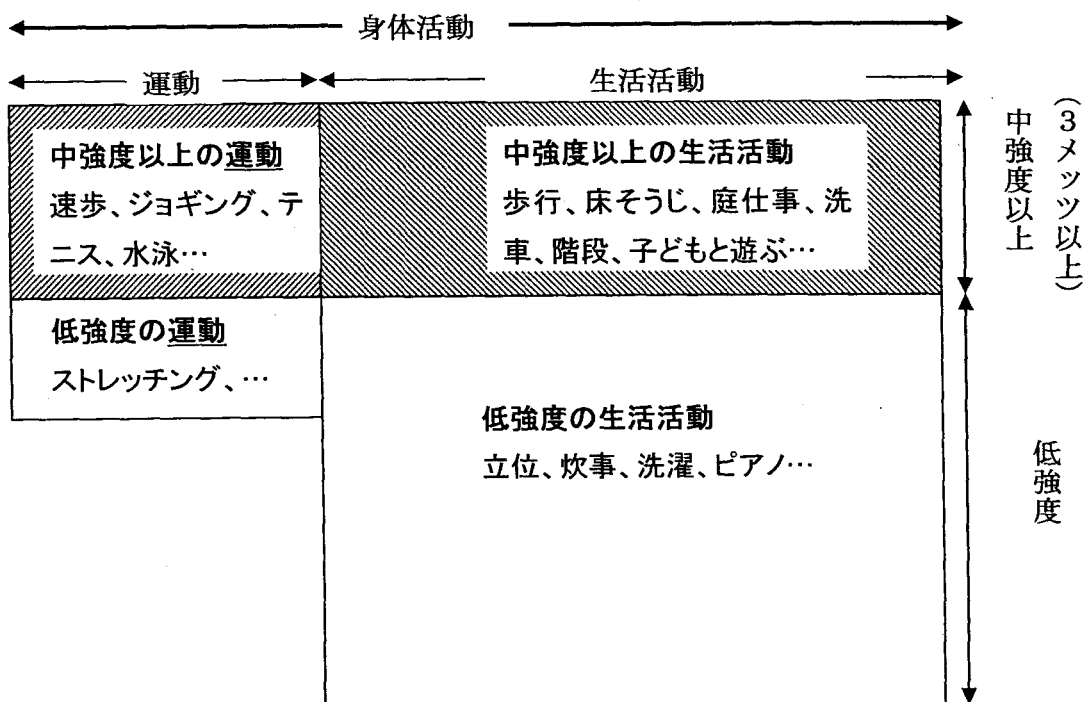


図 運動と生活活動の区別およびそれらの強度