

第4章 今後取り組むべき課題

1 全般的な課題

健康日本21の中間実績値を見ると、既に目標を達成している項目もある一方で、策定時のベースラインから改善が見られない項目やむしろ悪化している項目も見られるなど、これまでの取組には必ずしも十分ではない点もみられる。

これまでの取組の全般的な課題として、まず、ポピュレーションアプローチの観点からは、総花主義的でターゲットが明確になっておらず、「誰に何を」が不明確であるとともに、目標達成に向けた効果的なプログラムやツールの展開も不十分であった。さらに、政府全体、産業界を含めた社会全体として健康づくりを国民運動化するための取組が不十分であった。

ハイリスクアプローチの観点からは、医療保険者と市町村等の関係者の役割分担が不明確であったため、健診の未受診者の把握や受診勧奨の徹底が不十分であり、健診受診後の保健指導についても必ずしも十分には行われていなかった。また、効果的・効率的な健診・保健指導等を行うためのプログラムやツールの提示も十分ではない点も見られたほか、健診・保健指導等の成果を評価する視点も不十分であった。

さらに、健康づくり施策の中心として活躍すべき保健師、管理栄養士等の人材育成や、エビデンスに基づく施策展開の基盤となるデータの収集、整備も更なる充実強化を図る必要がある。

こうした課題を踏まえて、国民の健康づくりに対する意識の高まりを具体的な行動変容に結びつけるために、今後は、以下のような対策を推進していく必要がある。

(1) ポピュレーションアプローチ（健康づくりの国民運動化）

これまでの取組において、健康づくりの国民運動化に向けた取組が必ずしも十分に普及していなかったことを踏まえ、メタボリックシンドロームの概念を導入し、生活習慣病予防の基本的な考え方等を国民に広く普及し、生活習慣の改善、行動変容に向けた個人の努力を社会全体として支援する環境整備が必要であり、政府全体、産業界も含めた健康づくりの国民運動化を図ることが重要である。

① 健康日本21代表目標項目の選定

健康づくりのためには日常生活において具体的に何に取り組めばいいのか、といったことを国民にわかりやすい形で示すため、健康日本21の各分野の代表的な目標項目を選定し、普及啓発に積極的に活用するとともに、都道府県においても、都道府県健康増進計画において数値目標の設定を行い、具体的な施策を展開すべきである。なお、都道府県健康増進計画の内容充実に関しては、既に都道府県健康増進計画改定ガイドライン（暫定版）と都道府県健康・栄養調査マニュアルが国から示されており、都道府県健康・栄養調査マニュアルに沿ってデータの収集を行った上で、都道府県健康増進計画の内容充実を図る必要がある。

② 健康日本21新規目標項目の設定

健康日本21策定時から現在までの健康づくりに関する動向を踏まえ、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に関する目標など新たに数値目標を設定することが適当と考えられるものについて、新規目標項目として追加し、今後、目標達成に向けての取組を推進する必要がある。

③ 効果的なプログラムやツールの普及啓発

生活習慣病予防のためには、運動習慣の徹底と食生活の改善が基本といった考え方を広く普及するために、国において身体活動・運動については「エクササイズガイド2006」、栄養・食生活については「食事バランスガイド」、たばこ対策については「禁煙支援マニュアル」がそれぞれ策定されており、これらの普及、活用を図っていくべきである。

(2) ハイリスクアプローチ（効果的な健診・保健指導の実施）

これまでの取組の課題である健診未受診者の把握や保健指導の徹底を推進するため、今後は、メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導を医療保険者に義務付け、標準的な健診・保健指導プログラムの活用によって、効果的・効率的な健診・保健指導を行うことが重要である。

① 医療保険者によるメタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導の実施

今般成立した医療制度改革関連法において、メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導の実施を医療保険者に義務付け、責任の所在を明確にして、効果的な健診・保健指導の実施を徹底することとしており、平成20年度の施行に向け、国、都道府県、市町村、医療保険者、関係団体、産業界その他の関係者が連携しつつ精力的に準備を進めていくことが必要である。

② 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの提示

ハイリスク者の生活習慣病の発症予防を徹底していくためには、健診により、生活習慣の改善の必要性が高い者としてメタボリックシンドロームの該当者・予備群を効果的かつ確実に抽出するとともに、行動変容につながる効果的な保健指導を行うことが重要である。そのため、既に示されている標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）の内容を先行準備事業において実施・評価し、確定させ、円滑な施行を図るべきである。

(3) 産業界との連携

運動習慣の定着、食生活の改善等を広く国民の間に定着させ、健康づくりを国民運動として推進していくためには、市町村が地域住民へのポピュレーションアプローチの中心的な役割を果たすとともに、スーパーマーケット、コンビニエンスストアやファミリーレストラン等の食品関連産業やフィットネス業界、健康関連機器業界などにおいて、「食事バランスガイド」や「エクササイズガイド2006」等を広く普及、活用していくことも重要であり、関係業界を始めとする幅広い産業界の自主

的な取組との一層の連携が必要である。

また、医療保険者に義務付けられるメタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導の効果的・効率的な実施のために、健診・保健指導を実施する委託先事業者の質及び量の確保など、ハイリスクアプローチにおいても産業界との連携が重要である。

(4) 人材育成（医療関係者の資質の向上）・体制整備

今後、メタボリックシンドロームの概念に着目した生活習慣病対策を確実に実施するにあたり、これに関わる医師、保健師、管理栄養士等の資質の向上が不可欠である。

まず、ポピュレーションアプローチの中心的な役割を果たす市町村等の保健師、管理栄養士等に対し、メタボリックシンドロームの概念に着目した生活習慣病対策の基本的な考え方を習得させる必要がある。

さらに、メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導を推進するにあたり、保健指導の果たす役割がより重要になることから、健診後の保健指導において行動変容につながる運動指導、栄養指導、禁煙指導を行うことのできる保健師、管理栄養士等の人材の育成を図るための研修をそれぞれの資格の特性を踏まえつつ、国、都道府県、関係団体等が役割分担した上で、連携し、充実させていく必要がある。

また、保健指導の推進にあたっては、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチが分断されることなく、身近な市町村において提供されることが必要であり、これら一連の取り組みの企画立案、実施、評価を行う保健師、管理栄養士の積極的な配置が必要である。さらに、都道府県においても、健康増進計画の策定・評価、地域・職域連携推進協議会の活用による関係者への調整支援等の観点から、保健師、管理栄養士の体制整備を図ることが必要である。

(5) エビデンスに基づいた施策の展開

今後、効果的な健康づくり施策の展開を図るためには、最新の知見を収集し、健康づくりに関して有用なエビデンスを得て、できる限り速やかに具体的な施策に反映していくべきである。

今回の中間評価を踏まえ、今後、アウトカム評価を可能とするデータの把握手法の見直しを行うとともに、国民健康・栄養調査の在り方の見直しの検討や、都道府県・市町村等の取組状況の定期的な把握などを進めるべきである。

また、現在国から提示されている「食事バランスガイド」、「エクササイズガイド2006」、「禁煙支援マニュアル」、「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」については、最新の知見に基づき、それぞれ必要な見直しを定期的に行うべきである。

II 分野別の課題

1 栄養・食生活

(1) 代表目標項目の選定

栄養・食生活分野に関しては、栄養摂取全般の状態を反映し、エネルギー摂取とその消費のバランスを示す指標である「1. 1 適正体重を維持している人の増加」、循環器疾患やがんの一次予防の観点からも重要である「1. 2 脂肪エネルギー比率の減少」、「1. 4 野菜摂取量の増加」、食育の観点から「1. 7 朝食を欠食する人の減少」の4項目及び(2)の新規目標項目を代表目標項目として選定した。

(2) 新規目標項目の設定

1. 15 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の割合の増加

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念を導入した健康づくりの国民運動を展開することから、メタボリックシンドロームの概念の普及状況をはかる指標として、新たに目標項目を設定する。目標は、「生活習慣病」に関する認知度を参考に設定した。

なお、目標値については、食育推進基本計画の目標とも整合性をとったものである（参考資料3参照）。

1. 15 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の割合の増加

指標の目安

〔メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を知っている人の割合〕

中間実績値 平成22年

1. 15a 全国平均 (20歳以上) — 80%以上

(3) 今後重点的に取り組むべき課題及び新たに講ずべき施策等

代表目標項目として掲げた目標値の達成に向けて、栄養・食生活分野においては、疾病リスクの軽減を目指した個別的な指導（ハイリスクアプローチ）と、集団全体に対する普及啓発や個人の取組を支援する「食環境」の面からの取組（ポピュレーションアプローチ）、さらに、これらを実施するための人材育成が必要である。

① 健診後の栄養指導の充実

今般の医療制度改革関連法において、被保険者・被扶養者に対する生活習慣病の予防に関する効果的・効率的な健診・保健指導の実施が医療保険者に義務付けられる。健診後の保健指導の場において、生活習慣病と栄養・食生活に関する情報提供及び動機づけ支援、積極的支援を着実に実施していく必要がある。

そのためには、栄養指導を行う管理栄養士等の人材育成を体系的に行うとともに、管理栄養士のさらなる資質の向上に向けて養成カリキュラムについても今後検討を行う必要がある。

また、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）及び生活習慣病の予防に関する実行可能性の高い栄養指導と運動指導の一体的なプログラムの開発や効果的な学習教材の蓄積や検証、食事摂取基準の定期的な見直しを継続的に行っていく必要がある。

② 「食事バランスガイド」の普及啓発や食環境整備の推進（産業界との連携の推進）

ポピュレーションアプローチとして健康や食生活に無関心な層も含めて、食生活の改善を促すためには、これまでの正しい知識に関する普及啓発に加えて、食品選択の場における「食事バランスガイド」や外食栄養成分表示などの活用や、健康に配慮したメニュー（ヘルシーメニュー）の指導など、ファミリーレストランなどの飲食店、スーパーマーケット、コンビニエンスストア等の食品関連産業との連携など、産業界とも積極的に連携した取組が必要である。

さらに情報の提供方法として、男性の肥満が気になる世代や単身者や子育て世代などターゲット層を明確にした普及啓発を行うことが重要である。

③ 食育と連動した国民運動の推進

食育を国民運動として展開していく中で、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に関する知識の普及啓発、朝食欠食の解消に関する取組や「食事バランスガイド」の普及・活用を図っていくことが重要である。また、子どもの頃から健全な生活習慣を身に付けることが大切であり、子どもや子育て世代への食生活と運動に関する施策について、母子保健や学校保健、産業界とも連携し、食育と連動した健康づくりのための国民運動を推進する必要がある。

さらに、国民運動を展開するにあたり、地域に根ざした取組を確実に推進するためにボランティアの組織の育成も図る必要がある。

④ 行政における管理栄養士の配置などの体制整備

市町村における管理栄養士・栄養士の配置率は、67.2%（平成17年7月現在）であり、また配置人数も少数配置の市町村が多い。生活習慣病予防を更に強化するためには、地域に根ざした適切な情報提供を行うとともに、関係団体等と連携した栄養・食生活や運動に関するネットワークを構築し、計画的、積極的に健康づくりに関する取組を推進することが必要である。また、今回の医療構造改革により市町村国保が健診・保健指導を担うこととなったことに伴い、当該健診・保健指導の企画立案・評価や具体的な保健指導を提供するに当たっての管理栄養士の役割も極めて重要となる。こうした取組を着実に実施していくためには、市町村における管理栄養士の積極的な配置を行う必要がある。

さらに、都道府県においても、健康増進及び食育に関する計画の策定・評価、総合調整、人材育成及び市町村における取組の支援などの観点から、管理栄養士を積極的に活用し、体制の整備を行う必要がある。

2 身体活動・運動

(1) 代表目標項目の選定

身体活動・運動分野については、健康づくりにおける日常生活における身体活動量の指標である「2.2 日常生活における歩数の増加(成人)」「2.6 日常生活における歩数の増加(高齢者)」、運動を実践している人の割合を示す「2.3 運動習慣者の増加」の2項目を代表目標項目として選定した。

(2) 新規目標項目の設定

① 2.7 安全に歩行可能な高齢者の増加

従来、日常生活が非活動的になりやすい高齢者については、外出についての態度、社会参加についての活動の状況、日常生活における歩数、運動習慣者について数値目標を設定し、高齢者の身体活動量を増加させるとともに、体操、ウォーキング、軽スポーツなどの運動を定期的実施することにより、高齢者の生活の質を規定している日常生活動作能力(ADL)障害の発生を予防し、活動的余命を延長させることを目指してきた。

また、超高齢社会を間近に控え、高齢者になっても活動的で生きがいに満ちた生活をおくることができるような社会づくりが喫緊の課題となっており、そのためには、「生活習慣病予防」という、いわば「健康な65歳」の実現に向けた取組ばかりでなく、「老人保健事業の見直しに関する検討会中間報告(平成16年10月)」において提言されたように、病気を持ちながらも、活動的で生きがいに満ちた自己実現ができるような新しい高齢者像として「活動的な85歳」の実現を目指した、高齢者の生活機能の維持・向上を支援する取組が求められている。その実現のためには、病気の有無という心身機能のみにとらわれず、活動や参加にも着目し、高齢者が有している身体的・精神的・社会的な能力の全てを生かし、また、高めることを通じて、高齢者それぞれの「自己実現」を支援するという視点が必要となる。

このようなことから、高齢者が適切な運動を行うことを推進し、移動歩行能力などの運動機能を維持・改善させることは、ADL障害の発生の予防につながり、健康寿命を伸ばす上で重要であり、その取組の目標として、健康日本21策定当初より数値目標を設定している項目に加えて、安全に歩行可能な高齢者の増加を新規目標項目として設定する。

目標の評価指標としては、開眼片脚起立時間を用い、数値目標はベースライン値から開眼片脚起立時間20秒未満の者のうち3分の1を減少させることとして設定した(参考資料3参照)。

なお、健康日本21では「健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現させること」が最終的な目標であり、今回新たに設定した開眼片脚起立時間の指標の改善は、高齢者それぞれが自己実現を目指し、生活機能を向上させるための1つの手段として提示したものである。その他の手段には、運動に関する

るものの他にも、低栄養状態の改善や口腔機能の向上に関するもの等があり、高齢者の心身の状況や意向等を踏まえて、個々の高齢者に相応しい手段が選択されるべきものであることから、高齢者の意向を尊重せず開眼片脚起立時間の改善のみに力点を置いたり、開眼片脚起立時間の改善だけで全ての生活機能が改善するかのような誤解をしたりすることがないように十分に留意する必要がある。

2. 7 安全に歩行可能な高齢者の増加

指標の目安

[開眼片脚起立時間 20 秒以上に該当する人の増加]

	ベースライン値	平成 22 年
2. 8 a 男性 (65～74 歳)	68.1%	80%以上
2. 8 b 男性 (75 歳以上)	38.9%	60%以上
2. 8 c 女性 (65～74 歳)	62.4%	75%以上
2. 8 d 女性 (75 歳以上)	21.2%	50%以上

② 2. 8 メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の割合の増加

1. 15 栄養・食生活(P32)参照

(3) 今後重点的に取り組むべき課題及び新たに講ずべき施策等

① 健診後の運動指導の充実

今般の医療制度改革関連法において、被保険者・被扶養者に対する生活習慣病の予防に関する効果的・効率的な健診・保健指導の実施が医療保険者に義務付けられる。健診後の保健指導の場において、生活習慣病と身体活動・運動に関する情報提供及び動機づけ支援、積極的支援を着実に実施していく必要がある。特にメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者・予備群であるハイリスク者に対して、身体活動・運動を推奨する取組みが重要である。

② 「エクササイズガイド 2006」の普及啓発

国民に広く身体活動・運動に取り組んでもらうために、平成 18 年 7 月に策定された「エクササイズガイド 2006」の普及啓発を関係団体やメディアの活用も図りつつ行うことが重要である。

③ 指導者の育成の促進

生活習慣病のハイリスク者も対象とした安全で効果的な運動指導を医療関係者と連携して行うことのできる専門家として、健康運動指導士等の質の高い運動指導者の育成を促進するとともに、健診後の保健指導を担う保健師や管理栄養士が着実に行動変容につながる運動指導を行えるようにエクササイズガイドの普及啓発を図る必要がある。

④ 環境整備

学校・企業などの運動施設の市民への開放等による運動施設利用の促進、総合型地域スポーツクラブなどの自主的な活動の促進、歩道、自転車道などの日常生活における身体活動量増加のための環境整備、地域におけるウォーキングなどの身体活動を中心としたイベントの頻回実施、高齢者ボランティア活動の奨励などの環境整備を行い、身体活動・運動に取り組みやすい環境を整備することが重要である。

3 休養・こころの健康づくり

(1) 代表目標項目の選定

休養・こころの健康づくり分野においては、休養という観点から典型的と考えられる「3. 2 睡眠による休養を十分にとれていない人の減少」、自殺者の増加が大きな社会問題になっていることから「3. 4 自殺者の減少」の2項目を代表目標項目に選定した。

(2) 今後重点的に取り組むべき課題及び新たに講ずべき施策等

① 自殺対策の推進

政府全体として総合的な取組を進めるために平成17年12月に自殺対策関係省庁連絡会議において、自殺の実態解明、自殺予防に関する正しい理解の普及啓発、相談体制の充実、自殺未遂者・自殺者遺族等のケアからなる「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」を取りまとめた。関係省庁、関係機関、民間団体等が連携し総合的な自殺対策を推進する必要がある。

② 自殺対策に関する研究の推進

自殺は様々な要因が絡み合って起こるものであり、遺族の協力を得ながら、自殺に至るまでの心理的経過の調査を進めるとともに、地域におけるうつ病等による自殺の発生状況とその予防策の研究を進めるなど、自殺の実態や要因の調査分析を多角的に進めることが必要である。

③ 睡眠に関する知識の普及啓発

睡眠の問題を予防・改善するための情報を7つの柱として整理した「健康づくりのための睡眠指針」の普及啓発を関係団体やメディアの活用も図りつつ行うことが重要である。

4 たばこ

(1) 代表目標項目の選定

たばこ分野においては、たばこ対策の具体的な行動目標である「4. 2 未成年者の喫煙をなくす」、「4. 4 禁煙支援プログラムの普及」、健康増進法の施行により注目が集まっているが、さらに対策の強化が必要である「4. 3 公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及」の3項目及び(2)の新規目標項目を代表目標項目に選定した。

(2) 新規目標項目の設定

4. 5 喫煙をやめたい人がやめる

喫煙が健康に与える影響は大きく、生活習慣病予防の上で、たばこ対策は喫煙の課題である。平成17年2月には「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効し、この中で「たばこへの依存及びたばこの使用の中止についてのたばこの需要の減少に関する措置」をとることが求められている。

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会においては、複数の都道府県健康増進計画において規定されている喫煙率減少のための目標設定も参考に、喫煙者のうち「やめたい人」が全員やめた場合(案1)、「やめたい人」の一部がやめた場合(案2)、成人の喫煙率を健康日本21が策定された当時のベースラインから半減させた場合(案3)の3通りの案を基に、これまで議論が重ねられてきた。

健康日本21において国民全体が参加できる国民運動としてはより多くの方が賛成しうる目標が望ましいことから、「喫煙をやめたい人がやめる」という方針・考え方を目標として設定することとした。この目標の下、喫煙の健康への影響についての普及啓発等を進め、健康づくりのために喫煙をやめたい人を増やすとともに、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことにより、喫煙率を引き下げ、たばこの消費を抑制し、国民の健康に与える悪影響を低減させていくことが必要である。

4. 5 喫煙をやめたい人がやめる

(参考)

[喫煙率、禁煙希望者の割合]

	男性	女性
喫煙率	43.3%	12.0%
禁煙希望者の割合	24.6%	32.7%

(平成15・16年の国民健康・栄養調査)

都道府県健康増進計画における喫煙率に関する目標項目について

(平成18年4月1日現在)

	都道府県名	指標の目安等	現状	目標	備考
1	北海道	〈喫煙している成人の割合〉 男性 女性	44.8% 12.1%	男女とも全国平均以下	平成16年度 健康づくり道民調査
2	青森県	設定していない	—	設定していない	
3	岩手県	成人の非喫煙率	76.50%	80%以上	平成16年県民生活習慣実態調査 (基準値:73.9%) 平成11年県民生活習慣実態調査)
4	宮城県	禁煙希望者への支援による非喫煙率の増加 男性 女性	50.0% 86.5%	62% 92%	平成17年県民健康調査
5	秋田県	設定していない	—	設定していない	
6	山形県	設定していない	—	設定していない	
7	福島県	男性 女性	40.0% 11.8%	「喫煙率半減」をスローガンに、喫煙率の減少が大幅に進むよう努める	平成17年度県民健康調査 (基準値:男性 51.7%、女性 9.1%) 平成9年福島県 成人歯科疾患実態調査)
8	茨城県	〈喫煙者の割合〉 男性 女性 〈20歳代の喫煙率〉 男性 女性	53.8% 10.6% 70.0% 12.0%	20.0% 3.0% 35.0% 12.0%	茨城県総合がん対策推進 モニタリグ調査(平成16年3月) ※喫煙本数を減らしたい、やめたいという人が全員禁煙に成功したと仮定して、設定した目標値。
9	栃木県	設定していない	—	設定していない	
10	群馬県	設定していない	—	設定していない	
11	埼玉県	設定していない	—	設定していない	
12	千葉県	〈喫煙している成人の割合〉 男性 女性	43.5% 12.3%	35.1%以下 9.7%以下	平成12年千葉県生活習慣状況調査 ※禁煙(節煙)したい人のうち、禁煙プログラムに導き成功した者を減少分と考える。
13	東京都	成人の喫煙率/男性 成人の喫煙率/女性	38.9% 12.9%	下げる	平成16年度 東京都民の健康・栄養調査
14	神奈川県	設定していない	—	設定していない	
15	新潟県	習慣的に喫煙している者の割合 (成人)男性 女性	43.4% 8.2%	39% 5%	平成16年県民健康・栄養実態調査 ※禁煙希望者に対する禁煙指導による成功者の割合から算出
16	富山県	〈喫煙している人の割合〉 男性 女性	54.4% 10.0%	45%以下 9%以下	平成11年度 健康づくり県民意識調査

17	石川県	成人 男性 成人 女性 20歳代 男性 20歳代 女性 30歳代 男性	40.7% 8.5% 51.4% 16.4% 55.3%	31.4%以下 7.7%以下 37.0%以下 13.1%以下 43.9%以下	平成17年度 県民健康・栄養実態調査 (目標 平成22年度)
18	福井県	成人の喫煙率(男性) 成人の喫煙率(女性)	45.8% 7.7%	45% 4%	平成16年度 県民健康・栄養調査
19	山梨県	設定していない	—	設定していない	
20	長野県	〈喫煙している人の割合〉 男性 女性	34.4% 5.6%	32.0% 3.0%	平成16年度長野県県民栄養調査 ※やめたい人の割合(男性17.7%、女性42.9%；平成13年度長野県県民健康・栄養調査)が禁煙できたとした場合の目標値
21	岐阜県	設定していない	—	設定していない	
22	静岡県	喫煙習慣のある人の割合(20歳代男性) 喫煙習慣のある人の割合(20歳代女性) 喫煙習慣のある人の割合(30歳代男性) 喫煙習慣のある人の割合(30歳代女性)	57.3% 22.7% 54.8% 15.7%	50%以下 20%以下 50%以下 13%以下	
23	愛知県	20歳代男性の喫煙率(%) 20歳代女性の喫煙率(%) 30歳代男性の喫煙率(%) 30歳代女性の喫煙率(%)	38.2% 15.7% 46.8% 11.9%	19.1% 7.8% 23.4% 5.9%	愛知県「生活習慣関連調査」 (平成16年) ※愛知県「生活習慣関連調査」(平成16年)で、喫煙者のうち半数以上が「すぐ禁煙したい」「禁煙したい」と答えたため、喫煙率半減の目標とした。
24	三重県	男 女	39.6% 8.1%	36.5%以下 9.0%以下	平成16年県民意識調査 ※目標値については、平成11年に設定した数値である。
25	滋賀県	〈喫煙している人の割合〉 男性 女性	42.9% 8.3%	半減	平成16年度 滋賀の健康・栄養マップ
26	京都府	〈喫煙している成人の割合〉 男性 女性	54.8% 7.1%	現状以下	平成10年度 府民健康づくり・栄養調査より
27	大阪府	〈喫煙している成人の割合〉 男性 女性	50% 19%	30% 5%	平成17年5月調査
28	兵庫県	設定していない	—	設定していない	
29	奈良県	〈喫煙している人の割合〉 男性 女性	39.8% 13.3%	減少	平成16年度 県民健康生活調査
30	和歌山県	〈喫煙している成人の割合〉 男性 女性	51.4% 5.4%	30% 5%	平成13年 県民健康・栄養調査

31	鳥取県	設定していない	—	設定していない	
32	島根県	〈喫煙している成人の割合〉 男性の喫煙率 男性の青年期(20～39歳)の喫煙率 女性の青年期(20～39歳)の喫煙率	36.9% 46.7% 7.7%	25.7% 25.0%以下 4.0%以下	平成16年度島根県健康栄養調査 ※男性の喫煙率については、ベースラインの平成7年度県民健康調査における男性喫煙率51.3%を半減させた目標
33	岡山県	設定していない	—	設定していない	
34	広島県	設定していない	—	設定していない	
35	山口県	〈成人の喫煙率〉 男性 女性	34.1% 4.4%	減らす	平成17年 県民健康栄養調査
36	徳島県	〈成人の喫煙率の割合〉 総数 男性 女性	25.8% 47.2% 6.3%	減少	平成9年県民健康栄養調査
37	香川県	〈20歳代の喫煙率〉 男性 女性	60.0% 12.2%	減少	平成16年県民健康・栄養調査
38	愛媛県	〈成人の喫煙率〉男性(20歳以上)女性(20歳以上)	37.7% 4.2%	20%以下 2%以下	平成16年県民健康調査
39	高知県	男性 女性	49.6% 11.1%	「喫煙率半減」をスローガンに、喫煙率が大幅に減少するよう努める	健康に関する県民アンケート調査 (平成13年7月)
40	福岡県	〈成人の喫煙率〉 男性 女性	50.8% 8.3%	減少に努める	平成16年度 いきいき福岡健康づくり基礎調査
41	佐賀県	成人男性 成人女性 20～40歳代男性 20～30歳代女性	48.9% 11.0% 62.6% 19.8%	45% 7% 低下 低下	平成14年度県民健康意識調査
42	長崎県	設定していない	—	設定していない	
43	熊本県	設定していない	—	設定していない	
44	大分県	〈成人の喫煙率〉 男性 女性	40.3% 4.4%	減少	平成16年度県民生活習慣実態調査
45	宮崎県	男性 女性	40% 6%	減らす	平成16年度県民健康・栄養調査

46	鹿児島県	設定していない	—	設定していない	
47	沖縄県	〈喫煙している成人の割合〉 男性 女性	37.6% 7.5%	30% 10%	平成15年県民健康・栄養調査 ※目標値については、平成12年に設定した数値である。

数値目標を設定している・・・・・・・・・・ 18府県 (38.3%)

「減少」等の目標項目を掲げている・・・・・・・・ 13都道府県 (27.7%)

喫煙率に関する目標項目を設定していない・・・・ 16県 (34.0%)