

健康日本21(第2次) (抜粋)

平成24年7月

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針(抜粋)

○厚生労働省告示第四百三十号

健康増進法（平成十四年法律第百三号）第七条第一項の規定に基づき、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成十五年厚生労働省告示第百九十五号）の全部を次のように改正し、平成二十五年四月一日から適用することとしたので、同条第四項の規定に基づき公表する。

平成二十四年七月十日

厚生労働大臣 小宮山洋子

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針

この方針は、21世紀の我が国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、平成25年度から平成34年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」（以下「国民運動」という。）を推進するものである。

第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

五 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口くう腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

上記一から四までの基本的な方向を実現するため、国民の健康増進を形成する基本要素となる栄養・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の改善が重要である。生活習慣の改善を含めた健康づくりを効果的に推進するため、乳幼児期から高齢期までのライフステージや性差、社会経済的状况等の違いに着目し、こうした違いに基づき区分された対象集団ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

その上で、その内容に応じて、生活習慣病を発症する危険度の高い集団や、総人口に占める高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青壮年期の世代への生活習慣の改善に向けた働きかけを重点的に行うとともに、社会環境の改善が国民の健康に影響を及ぼすことも踏まえ、地域や職場等を通じて国民に対し健康増進への働きかけを進める。

第二 国民の健康の増進の目標に関する事項

二 目標設定の考え方

5 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

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目標は、それぞれ次の考え方に基づき、別表第五のとおりとする。

(5) 喫煙

喫煙は、がん、循環器疾患、糖尿病、COPDといったNCDの予防可能な最大の

危険因子であるほか、低出生体重児の増加の一つの要因であり、受動喫煙も様々な疾病の原因となるため、喫煙による健康被害を回避することが重要である。目標は、成人の喫煙、未成年者の喫煙、妊娠中の喫煙及び受動喫煙の割合の低下について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、受動喫煙防止対策、禁煙希望者に対する禁煙支援、未成年者の喫煙防止対策、たばこの健康影響や禁煙についての教育、普及啓発等に取り組む。

別表第五 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

(5) 喫煙

| 項目 | 現状 | 目標 |
|---|--|--|
| ① 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる) | 19.5% (平成22年) | 12% (平成34年度) |
| ② 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% (平成22年) | 0% (平成34年度) |
| ③ 妊娠中の喫煙をなくす | 5.0% (平成22年) | 0% (平成26年) |
| ④ 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% (平成20年) 職場 64% (平成23年) 家庭 10.7% 飲食店 50.1% (平成22年) | 行政機関 0% 医療機関 0% (平成34年度) 職場 受動喫煙の無い職場の実現 (平成32年) 家庭 3% 飲食店 15% (平成34年度) |

健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料

平成24年7月

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

⑤喫煙

i. はじめに

(i) 喫煙の健康影響

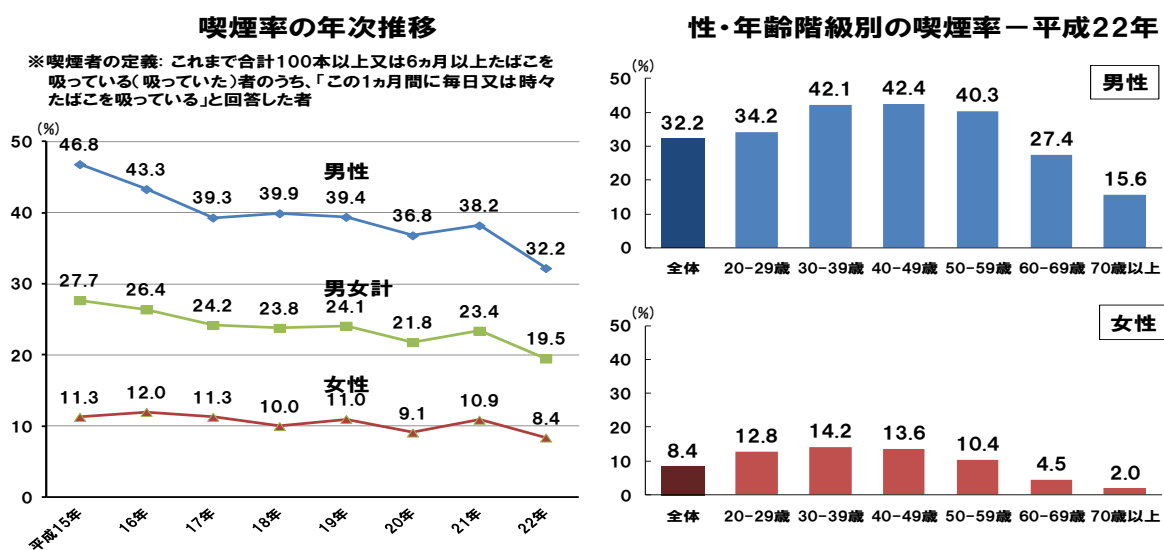
たばこによる健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立している¹⁾⁻³⁾。具体的には、喫煙はがん（口腔、咽頭、喉頭、肺、食道、胃、大腸、膵臓、肝臓、腎臓、尿路、膀胱、子宮頸部、鼻腔、副鼻腔、卵巣のがん、急性骨髄性白血病）、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患等）、呼吸器疾患（慢性閉塞性肺疾患等）、糖尿病、周産期の異常（早産、低出生体重児、死産、乳児死亡等）等の原因である。受動喫煙も、虚血性心疾患、肺がんに加え、乳幼児の喘息や呼吸器感染症、乳幼児突然死症候群（SIDS）等の原因である。たばこは、受動喫煙などの短期間の少量曝露によっても健康被害が生じる³⁾。

禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされており、肺がんをはじめ、喫煙関連疾患のリスクが禁煙後の年数とともに確実に低下する⁴⁾。

(ii) 喫煙とその健康被害の実態

わが国の喫煙率は男女計 19.5%（平成 22 年）であり、男性においては 32.2%と前年に比べ減少しているものの（図 1）、諸外国と比較して依然高い水準にある。女性においては 8.4%と男性と比較し低い水準であるが、ほぼ横ばいで推移している⁵⁾。しかし、年齢階級別にみると、男性の 30～40 歳代では約 40%、女性の 20～40 歳代では 13～14%と喫煙率が高い年齢層が存在している。

図 1 わが国の喫煙率（20 歳以上）



（資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」）

喫煙者の 4 割近くは禁煙を希望しているが⁵⁾、たばこに含まれるニコチンには依存性

があり、自分の意志だけでは、やめたくてもやめられないことが多い。

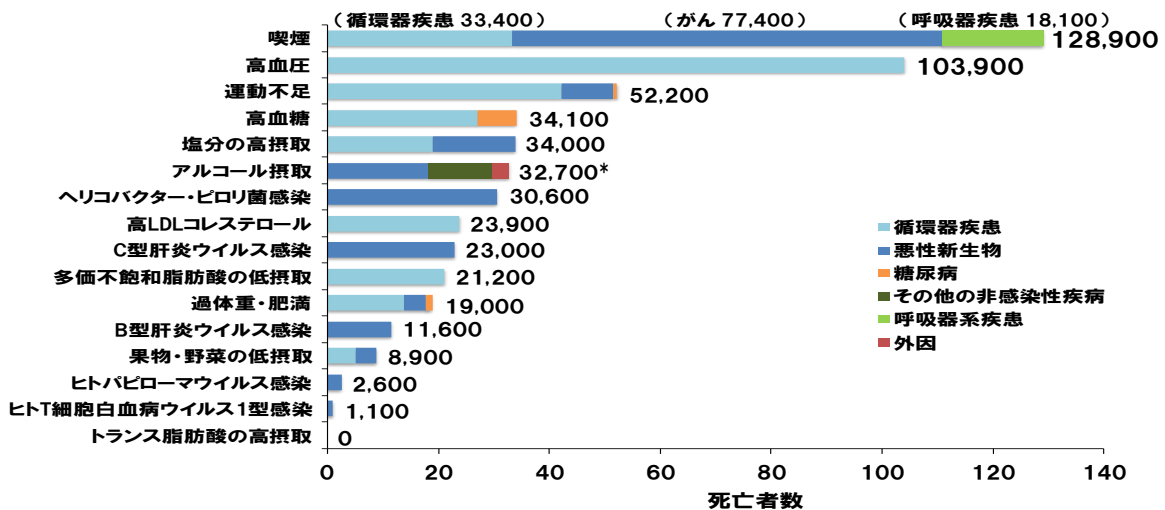
たばこ消費量は近年減少傾向にあるが、過去のたばこ消費による長期的な健康影響と急速な高齢化により、たばこ関連疾患による死亡数は年々増加しており^{6)–9)}、わが国の年間死亡者数（参考：平成22年119万人）のうち、喫煙者本人の喫煙による年間の超過死亡数は12～13万人と報告されている^{7)–9)}。一方、受動喫煙による超過死亡数は、約6,800人と推定されている¹⁰⁾。

たばこは年間約2兆円規模の税収をもたらす一方で、これらの疾病により、多くの超過医療費、労働力損失等の経済損失が生じている。

(iii) たばこ対策の必要性と意義

たばこは日本人の疾病と死亡の原因として、最大かつ回避可能な単一の原因である⁷⁾（図2）。たばこの消費量や喫煙率の減少を図る上で、効果が実証された種々の介入方針が明らかになっている。

図2 わが国におけるリスク要因別の関連死亡者数—男女計（平成19年）



* アルコール摂取は、循環器疾患死亡2,000人、糖尿病死亡100人の予防効果が推計値として報告されているが、図には含めていない。

(Ikeda N, et al: PLoS Med. 2012; 9 (1) : e1001160.)

たばこ消費を継続的に減らすことによって、日本人の死因の第一位であるがんをはじめとした喫煙関連疾患による回避可能な超過死亡と超過医療費、経済的損失等を将来的に確実に減少させることができる。

喫煙は世界保健機関によるNCD対策の対象疾患であるがん、循環器疾患（脳卒中、虚血性心疾患）、COPD、糖尿病に共通した主要なリスク要因であり、後述する「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」において非感染性疾患の予防と対策のモデルとして位置づけられている¹¹⁾。たばこ対策の推進は、非感染性疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながるということが諸外国での経験から明らかにされている¹²⁾。

以上のことから、当面並びに将来の健康被害や経済損失を回避するために、また、たばこ規制枠組条約の締約国としての国際的責務としても、たばこ対策の着実な実行が必

要である。

(iv) たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約について

わが国は平成 17 年 2 月に発効した「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」(以下「たばこ規制枠組条約」とする)¹³⁾を批准している。わが国においてもたばこ規制枠組条約及びそのガイドラインに基づき、近年様々な取組が実施されているが、包括的な戦略という観点からは未だ十分とは言えない。今後、さらなる取組の充実が必要である。

(v) 受動喫煙について

たばこ規制枠組条約の第 8 条において、「たばこの煙にさらされることからの保護」のための効果的な措置を講じることが規定された。さらに、平成 19 年に示された「たばこ規制枠組条約第 8 条履行のためのガイドライン」においては、「すべての屋内の職場、屋内の公共の場及び公共交通機関は禁煙とすべきである」ことが明記され、諸外国において受動喫煙に関する規制強化が進んでいる。

わが国においては、平成 15 年に施行された健康増進法において、多数の者が利用する施設を管理する者に対し、受動喫煙防止のための措置を講じることが努力義務として規定したほか、平成 22 年に発出した健康局長通知では、「今後の受動喫煙防止対策の基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間は、原則として全面禁煙であるべき」ことを示した。また、職場については、平成 22 年に閣議決定した「新成長戦略」において、平成 32 年までに「受動喫煙の無い職場の実現」が掲げられた。

ii. 基本的な考え方

たばこ対策に関する指標としては、「喫煙率の低下」と「受動喫煙への曝露状況の改善」に関わるものを設定することが重要と考える。

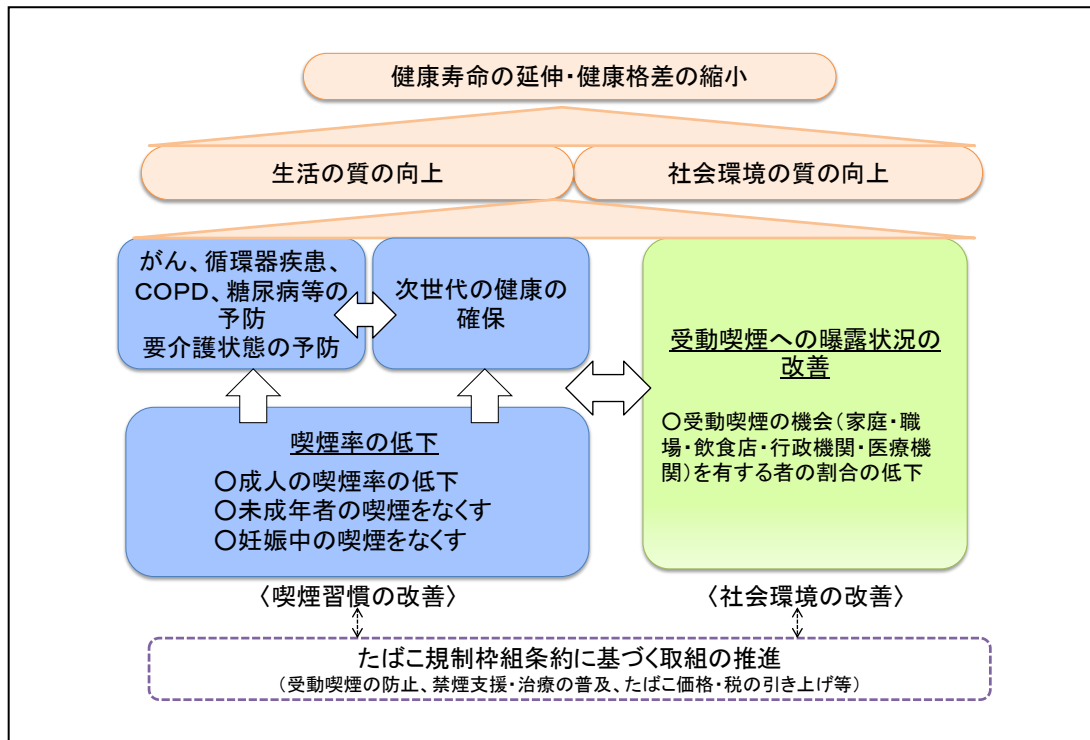
リスク低減の観点からは、喫煙と受動喫煙のいずれも日本人の多くの疾患の確立した原因であり、その対策により、わが国のがん・循環器疾患(脳卒中、虚血性心疾患)・慢性閉塞性肺疾患、糖尿病等の予防の推進や健康づくりにおいて、大きな効果が期待できる。現状の科学的知見からは健康リスクを回避出来る「閾値」を設定することは困難であり、喫煙率も受動喫煙への曝露も目標が低ければ低いほど望ましい。

一方で、たばこは長年にわたりわが国においてはその使用が社会において容認されてきていることから、目標値の設定については、社会的・経済的な要因をも考慮し、現実的で到達可能なものとすべきである。

(i) 成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい人がやめる)

喫煙率の低下は、それが喫煙による健康被害を確実に減少させる最善の解決策であることから指標として重要である¹⁴⁾。特に、成人の喫煙率の低下は喫煙関連疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながる¹²⁾¹⁴⁾。

喫煙の目標設定の考え方



(ii) 未成年者の喫煙をなくす

未成年期からの喫煙は健康影響が大きく、かつ成人期を通じた喫煙継続につながりやすいことから¹⁴⁾¹⁵⁾、中・長期的な観点で指標として含めておく意義がある。また、家庭や学校等での受動喫煙防止対策や成人の喫煙率の減少に伴って未成年者の喫煙の低下がみられることから¹⁴⁾¹⁵⁾、未成年者の喫煙の低下はたばこ対策全般の効果を評価する重要な指標の1つである。

(iii) 妊娠中の喫煙をなくす

妊娠中の喫煙は、妊娠合併症（自然流産、早産、子宮外妊娠、前置胎盤や胎盤早期剥離など）のリスクを高めるだけでなく、児の低体重、出生後の乳幼児突然死症候群のリスクとなることから、健康日本21（第2次）では新たに、妊娠中の喫煙をなくすことを指標及び目標として設定する。

(iv) 受動喫煙の機会を有する者の割合の低下

受動喫煙による超過死亡数が肺がんと虚血性心疾患に限っても年間 6,800 人のぼり¹⁰⁾、その影響が大きい。また、受動喫煙の曝露状況の改善により短期的に急性心筋梗塞や成人および小児の喘息等の呼吸器疾患による入院を減少させるなど、確実な健康改善効果が期待できる¹²⁾。

受動喫煙を取り巻く国際的、国内的状況を踏まえ、受動喫煙の防止を一層推進するため、受動喫煙の防止に関する目標を設定することが必要である。

受動喫煙指標の曝露源の選定にあたっては、曝露の頻度や対策の実態を考慮して、主要な曝露源であり、かつ今後の改善が特に望まれるものとして、家庭、職場、飲食店の3つを選定した。さらに、平成22年2月の厚生労働省健康局長通知で「官公庁や医療施設においては、全面禁煙とすることが望ましい。」とされていることから、官公庁及び医療施設を選定した。

iii 現状と目標

(i) 成人の喫煙率の減少

| | |
|--------|-------------------------|
| 目標項目 | 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい人がやめる） |
| 現状 | 19.5%（平成22年） |
| 目標 | 12%（平成34年度） |
| データソース | 厚生労働省「国民健康・栄養調査」 |

喫煙は、日本人のがん、循環器疾患、糖尿病をはじめ多くの疾患の確立した原因であり、成人の喫煙率の低下は、それらの疾患の発症や死亡を短期間に減少させることにつながる。平成19年に策定された「がん対策推進基本計画」では、個別目標として「喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことを目標とする」ことが閣議決定されており、厚生労働省のみならず、政府全体として、喫煙をやめたい人が禁煙する環境を整備することが求められている。また、平成24年6月に閣議決定された新たながん対策推進基本計画では、平成34（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより成人喫煙率を12%とすることが個別目標として設定された。

このような状況を踏まえ、目標値については、現在の成人の喫煙率（19.5%）から禁煙希望者が禁煙した場合の割合（37.6%）を減じた値である12%を設定する。

(ii) 未成年者の喫煙をなくす

| | |
|--------|--|
| 目標項目 | 未成年者の喫煙をなくす |
| 現状 | 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% （平成22年） |
| 目標 | 0%（平成34年度） |
| データソース | 厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査 |

健康日本21において、「未成年者の喫煙をなくす」ことが目標として掲げられた。0%の目標値を達成することはできなかったものの、明らかな改善傾向が認められている。健康日本21（第2次）においても、引き続きこの考え方を継続する。

(iii) 妊娠中の喫煙をなくす

| | |
|--------|------------------|
| 目標項目 | 妊娠中の喫煙をなくす |
| 現状 | 5.0% (平成 22 年) |
| 目標 | 0% (平成 26 年) |
| データソース | 厚生労働省「乳幼児身体発育調査」 |

妊娠中の喫煙は、妊娠合併症のリスクを高めるだけでなく、児の低体重、出生後の乳幼児突然死症候群のリスクとなる。そのため、妊婦の喫煙率については、妊娠ならびに胎児、出生児への影響の大きさを考慮する必要がある。「健やか親子21」において、平成 26 年までに妊娠中の喫煙をなくすとの目標設定がなされていることを踏まえて目標値を設定した。

(iv) 受動喫煙の機会を有する者の割合の低下

| | |
|--------|--|
| 目標項目 | 日常生活で受動喫煙（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低下 |
| 現状 | 行政機関：16.9%（平成 20 年） 医療機関：13.3%（平成 20 年） 職場：64%（平成 23 年） 家庭：10.7%（平成 22 年） 飲食店：50.1%（平成 22 年） |
| 目標 | 行政機関：0%（平成 34 年度） 医療機関：0%（平成 34 年度） 職場：受動喫煙の無い職場の実現（平成 32 年） 家庭：3%（平成 34 年度） 飲食店：15%（平成 34 年度） |
| データソース | 厚生労働省「職場における受動喫煙防止対策に係る調査」 （職場については、受動喫煙防止対策（全面禁煙又は空間分煙）を講じている職場の割合） 厚生労働省「国民健康・栄養調査」 |

①行政機関・医療機関について

平成 22 年の健康局長通知において、「少なくとも官公庁や医療施設においては、全面禁煙とすることが望ましい。」とされているとおり、これらの施設については、住民の健康を守るための公的責任を果たす要請が特に強い。したがって、住民の健康被害を防止する観点から、行政機関・医療機関については、「受動喫煙の機会を有する者をなくす」ことを目標に掲げ、目標値は 0% とする。

②職場について

職場については、労働安全衛生法に基づき、快適な職場環境を形成することが事業主

の努力義務として規定されており、その一環として、空気環境における必要な措置として喫煙対策を講ずることとされている。平成 22 年の「新成長戦略」との整合性を図り、「受動喫煙の無い職場の実現」を目標に掲げることが適切である。

③家庭・飲食店について

国民の健康被害を防止する観点から、家庭・飲食店においても、行政機関等と同様、受動喫煙を完全になくす目標を設定することが望ましい。特に妊婦や小児がいる家庭の場合、受動喫煙防止の徹底が望まれる。

しかし、プライベートな空間である家庭において完全な受動喫煙防止を求めることは、現時点では困難と思われる。飲食店の場合は、平成 21 年 3 月に取りまとめられた「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」において、顧客に対して禁煙等とすることを一律に事業者を求めることは、現時点では困難と考えられている。以上のことを踏まえ、受動喫煙の機会を有する者を半減することを目標とする。

なお、喫煙率そのものが低下すれば、受動喫煙の割合も自然に低下することとなるので、半減させる基準となる値は、現在、家庭や飲食店で受動喫煙の機会を有する者の割合〔家庭：10.7%（毎日受動喫煙の機会を有する者）、飲食店 50.1%（月 1 回以上受動喫煙の機会を有する者）〕に、禁煙希望者が全て禁煙した場合の割合を減じた割合（家庭：6.7%、飲食店：31.3%）とし、それを半減させた目標値（家庭：3%、飲食店：15%）とする。

iv. 今後必要となる対策

わが国のたばこ対策としては、平成 17 年 2 月に発効したたばこ規制枠組条約に基づく取組が最も重要であり、今後も推進していく必要がある。具体的には、たばこ価格・税の引上げ、受動喫煙の防止、たばこの警告表示の強化、たばこ広告の包括的禁止、禁煙支援・治療の普及、未成年者への販売防止措置、リスクに関する教育・啓発等である¹⁶⁾⁻¹⁸⁾。これらの施策が喫煙と受動喫煙の影響から人々を保護する上で有効であることについて、十分な科学的根拠が報告されている¹⁶⁾⁻²⁰⁾。

特に受動喫煙防止対策では、国レベルでの推進方策の検討に加え、都道府県・市町村レベルでの受動喫煙防止対策の推進が必要であり、全ての医療機関、官公庁に加えて学校においても全面禁煙を達成するための取組が必要である。また、職場における受動喫煙防止対策の推進のほか、飲食店等の多数の者が利用する公共的な空間における受動喫煙防止対策についても地域での対策の推進のためのモニタリング等を強化するべきである。さらに、小児等への受動喫煙防止対策の観点から、家庭での受動喫煙防止を普及啓発する必要がある。

禁煙支援・治療の普及については、平成 18 年から禁煙治療に保険適用がなされ成果をあげているが²¹⁾、今後一層の普及とその内容の充実が求められる。さらに、たばこ規制枠組条約のガイドラインの内容を踏まえ、先進諸国やアジアの近隣国ですでに実施されている無料の禁煙電話相談体制の整備や、特定健診やがん検診、妊娠届出時の保健相談、乳幼児健診

など、種々の保健事業の場で禁煙の助言や情報提供を一層推進することが望まれる。

さらに、国民の健康の観点からたばこ規制枠組条約の趣旨に基づいて優先的に取り組むべきその他の施策についても、関係省庁間の協議を進める必要がある。

また、各施策の進捗管理のための評価の体制を国と地方自治体において整備することも必要である。

v. 参考文献

- 1) 喫煙と健康問題に関する検討会：新版 喫煙と健康，保健同人社，東京，2002.
- 2) U.S. Department of Health and Human Services: The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta, 2004.
- 3) U.S. Department of Health and Human Services: The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General; U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta, 2006.
- 4) International Agency for Research on Cancer: IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, Reversal of Risk After Quitting Smoking. Volume 11, IARC; Lyon, 2007.
- 5) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室：平成 22 年国民健康・栄養調査結果の概要。2012.
- 6) Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al: Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000. 2nd edition, updated June 2006. (<http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>, 2012 年 3 月 26 日アクセス).
- 7) Ikeda N, Inoue M, Iso H, et al: Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan: a comparative risk assessment. PLoS Med. 2012; 9(1): e1001160.
- 8) Katanoda K, Marugame T, Saika K, et al: Population attributable fraction of mortality associated with tobacco smoking in Japan: a pooled analysis of three large-scale cohort studies. J Epidemiol, 2008; 18(6): 251–64.
- 9) Murakami Y, Miura K, Okamura T, et al: Population attributable numbers and fractions of deaths due to smoking: a pooled analysis of 180,000 Japanese. Prev Med, 2011; 52(1): 60–5.
- 10) 片野田耕太, 望月友美子, 雑賀公美子, 他: わが国における受動喫煙起因死亡数の推計. 厚生指標, 2010; 57(13): 14–20.
- 11) World Health Organization: 2008–2013 Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organization; Geneva, 2008. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf, 2012 年 3 月 26 日アクセス)
- 12) Glantz S, Gonzalez M: Effective tobacco control is key to rapid progress in reduction of non-communicable diseases. Lancet. 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)60615-6

- 13) World Health Organization: WHO Framework Convention on Tobacco Control .Geneva, 2003.
- 14) Starr G, Rogers T, Schooley M, et. al: Key outcome indicators for evaluating comprehensive tobacco control programs. Centers for Disease Control and Prevention; Atlanta, 2005.
- 15) U.S. Department of Health and Human Services: Preventing Tobacco Use Among Young People: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Atlanta, 1994.
- 16) World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. The MPOWER Package. World Health Organization; Geneva, 2008.
- 17) World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments, World Health Organization; Geneva, 2009.
- 18) World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. World Health Organization; Geneva, 2011.
- 19) Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, et al: Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. Am J Prev Med, 2001; 20: 16-66.
- 20) Levy DT, Gitchell JG, Chaloupka F: The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard. J Public Health Manag Pract, 2004; 10: 338-51.
- 21) 厚生労働省中央社会保険医療協議会総会: 診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成 21 年度調査)ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査報告書. 平成 22 年 6 月 2 日 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/dl/s0602-3i.pdf>, 2012 年 3 月 26 日アクセス)