

栄養・健康データ ハンドブック

2020 / 2021

藤澤良知 [編著]

栄養士・管理栄養士 必携
管理栄養士国家試験に対応

同文書院

見本

栄養・健康データハンドブック

目 次

第1章	栄養士法およびその解説	1
第2章	健康増進法およびその解説	29
第3章	食育基本法	47
第4章	人口問題とその動態	67
第5章	生活習慣病予防と栄養	83
第6章	メタボリックシンドロームと特定健診・特定保健指導	123
第7章	公衆衛生関係統計	143
第8章	国民栄養・食生活	185
第9章	栄養改善の諸制度	223
第10章	食事摂取基準・食品分類法	259
第11章	健康・栄養行政	291
第12章	健康増進活動	315
第13章	健康増進のための食生活指導	333
第14章	健康増進のための運動・休養指導	351
第15章	母子栄養	369
第16章	学齢児期の栄養	395
第17章	高齢者の栄養と介護問題	423
第18章	特定給食施設（集団給食）指導	453
第19章	世界の栄養政策・食料政策	507
	索引	519

1. 栄養は疾病の一次予防の柱

日本は今や世界に冠たる長寿国になりましたが、平成28年の日本人の男性の平均寿命80.98年、健康寿命72.14年、女性の平均寿命87.14年、健康寿命74.79年と、平均寿命と健康寿命の差が男性8.84年、女性12.35年にも及び健康寿命の延伸が課題となっています。また同年における日本人の死亡原因の54.7%が生活習慣病となり、国民医療費の37.3%を占めています。高齢化の進展に伴い同じ年の要介護者は622万人、介護費は10兆円を超え、また国民医療費も41.3兆円、1人当たり32.5万円となり、人生のQOLすなわち健康寿命が問われる時代となりました。

「食は命」といわれます。栄養改善の効果は比較的軽く見られがちですが、健康増進、疾病予防・治療、回復効果、更には医療費の削減等の経済的効果が期待されます。しかし現状を見ると、管理栄養士、栄養士活動に対する社会評価は十分とはいえません。

これからの管理栄養士、栄養士はこうした時代の変化を踏まえ、職業意識の高揚、業務の科学性・専門性を高め、いかに栄養指導を通じて国民の保健・医療・福祉に寄与できるかが問われています。幸い国の行政施策を見ますと、これからの医療は対症療法だけでなく、過剰診療・薬頼りではない、食生活を健康的にコントロールし、体質改善によって生活習慣病を予防することが重要視されています。

2. 業務の専門性と栄養士制度の発展に向けた環境整備

現在、栄養指導業務は複雑多様化しています。医学・栄養学の進歩、医療技術の高度化に伴って、管理栄養士・栄養士には傷病者の療養のために必要な知識・技術の向上が求められています。

管理栄養士・栄養士の活動は保健・医療・福祉・介護、産業・教育など多岐にわたり、その内容も多様化・高度化しています。しかしどの職場で働くにせよ、管理栄養士・栄養士には医療職としての資質を備え、栄養管理を通じた健康増進、疾病予防・治療のための専門職としての活動が期待されています。

だからこそ管理栄養士・栄養士の身分資格制度の向上、加えて保健・医療・福祉等の需要に応じたレベルアップと医療職としての確かな位置づけに向けた制度改革を図る必要があります。食（栄養）が変われば病気も変わる、寿命も健康度も医療費も変わります。社会から期待され、評価される管理栄養士・栄養士像を作り上げていきたいものです。

第1章 栄養士法およびその解説

1.	栄養士法の制定および改正の経緯	2
2.	栄養士・管理栄養士の定義	3
3.	栄養士・管理栄養士の免許制度	4
4.	管理栄養士国家試験	6
5.	管理栄養士国家試験における不正行為の禁止	7
6.	主治の医師の指導	7
7.	名称の使用制限	9
8.	政令への委任	9
9.	罰則	10
10.	栄養士制度の発展と管理栄養士・栄養士の特定専門的知識・技能強化事業	10
11.	管理栄養士・栄養士養成のカリキュラム・教育目標	11
12.	管理栄養士国家試験出題基準（ガイドライン） （第34回管理栄養士国家試験（2020年3月実施）から適用）	15
13.	職業観・倫理観の涵養 （日本栄養士会資料等をもとに作成）	21
14.	管理栄養士・栄養士の現状と課題	23
15.	管理栄養士・栄養士の職責・事業の公益性	25
16.	期待される管理栄養士・栄養士像の構築に向けて	26
17.	栄養士関係の主な年表	27

公益社団法人日本栄養士会の重要課題

- 1 高齢社会の進展に対応した取組を推進
- 2 少子社会における児童の健全育成にかかる取組を推進
- 3 頻発する災害から命を守る取組を推進
- 4 世界最大の栄養士会としての国際貢献を推進
- 5 最先端技術社会への対応

（令和元年 日本栄養士会2019年度定時総会資料より）

1. 栄養士法の制定および改正の経緯

栄養士法は、昭和22年制定以来今日まで主な改正は表1-1のとおりである。特に大きな改正は、平成12年4月7日法律第38号、第146回通常国会における改正である。

改正の主な理由は、次のとおりである。

生活習慣病が国民の健康面における大きな課題となっており、これらの疾病の発症と進行を防ぐには食生活の改善が重要な課題となっていることから、管理栄養士制度を見直し、管理栄養士を傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、個人の身体の状態、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導等を行う者として位置づけ、管理栄養士の資格を免許制とするとともに、管理栄養士国家試験の受験資格を見直す等の措置を講ずる必要がある。

表1-1 栄養士法改正とその内容

年 月 日	概 要
昭和20年4月13日	栄養士規則（厚生省令第14号）政府提案で栄養士資格を初めて規定
昭和22年12月29日	栄養士法の制定（法律第245号）。議員立法
昭和25年3月27日	栄養士法の一部を改正する法律（法律第17号）。議員立法 栄養士養成施設の修業年限及び栄養士試験の受験資格として必要な見習期間を昭和25年4月1日以降2年以上としたことと、栄養士試験審査会に関する規定を設けたことであって、その趣旨は、栄養士の知識と技術の向上を図るとともに栄養士試験の適正を期そうとするものである。
昭和27年7月31日	栄養改善法（法律第248号）附則による改正 栄養審議会の設置に伴い、栄養士試験審査会に関する栄養士法第2条の2の規定を削除したものである。
昭和28年8月15日	地方自治法の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整理に関する法律（法律第213号）による改正 政令への委任規定を設け、法体系の整備を行ったものである。よって栄養士法施行令は、これに基づき昭和28年8月31日政令第231号として公布された。
昭和37年9月13日	栄養士法等の一部を改正する法律（法律第158号）。議員立法 栄養士の資質の向上を図るため栄養士のうち複雑又は困難な栄養の指導業務に従事する適格性を有する者として、管理栄養士の資格を新たに設け管理栄養士試験及び養成施設等に関し規制した。
昭和44年6月25日	厚生省設置法等の一部を改正する法律（法律第51号）による改正 栄養士試験及び管理栄養士試験については、従来その業務を栄養審議会において処理していたが審議会から分離し、委員会を設けて実施することとした。
昭和60年6月25日	栄養士法及び栄養改善法の一部を改正する法律（法律第73号）による改正。議員立法 管理栄養士制度については、全面国家試験制度とするとともに、栄養改善法の一部を改正し、都道府県知事の指定する集団給食施設への管理栄養士の必置規定を設ける。
平成12年4月7日	栄養士法の一部を改正する法律（法律第38号）による改正 管理栄養士業務に傷病者の療養のための栄養指導等を位置づけるとともに、管理栄養士の資格を登録から免許制に改め、更に管理栄養士の国家試験受験資格の見直しをした。

第1章 栄養士法およびその解説

図1-1 栄養士法に規定する主な内容

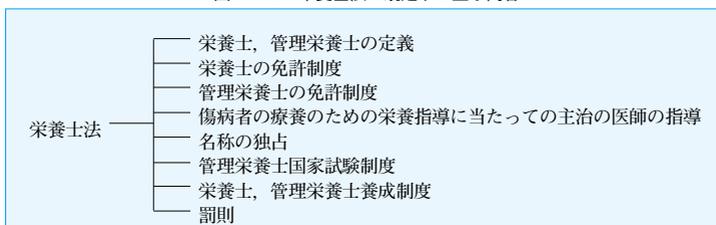
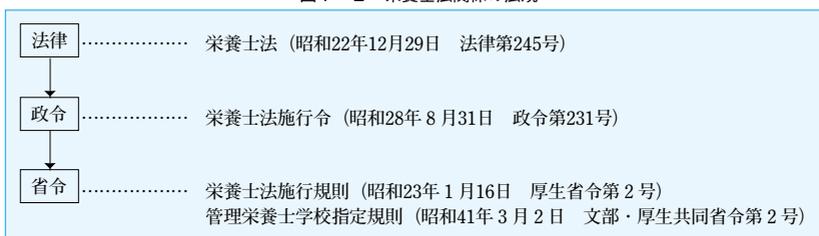


図1-2 栄養士法関係の法規



なお、都道府県等では、栄養士法施行細則により、免許申請、その他必要事項について定めている。

2. 栄養士・管理栄養士の定義

この法律で、栄養士とは、都道府県知事の免許を受けて栄養士の名称を用いて栄養の指導に従事することを業とする者をいう。(第1条第1項)

この法律で管理栄養士とは厚生労働大臣の免許を受けて、管理栄養士の名称を用いて、次の業務を行う者とされた。

- ① 傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導
- ② 個人の身体の状況、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導
- ③ 特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状況、栄養状態、利用の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食管理
- ④ ③の特定給食施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする者

と定義づけられている。

アンダーラインの部分が平成12年に改正されたことを示す。以下同じ。

【栄養士及び管理栄養士の定義】

第1条 この法律で栄養士とは、都道府県知事の免許を受けて、栄養士の名称を用いて栄養の指導に従事することを業とする者をいう。

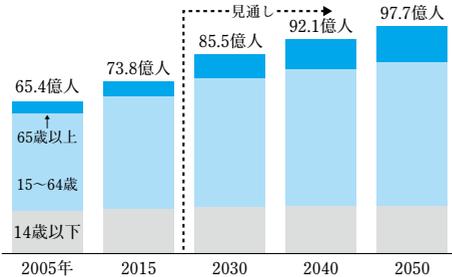
- 2 この法律で管理栄養士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、管理栄養士の名称を用いて、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、個人の身体の状況、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導、並びに特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状況、栄養状態、利用の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食管理及びこれらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする者をいう。

5. 世界の人口増加と食料・栄養問題

1. 世界の人口増加と食料需給

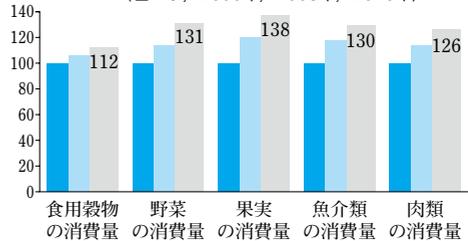
世界では、2005年から2015年までの10年間で人口が8億4,085万人（12.9%）増加し、それに伴い食料の世界需要は大幅に増加している。

図4-7 世界の人口



資料：国連「World Population Prospects : The 2017 revision」を基に農林水産省で作成

図4-8 主要品目の世界需要(2003年=100の指数)
(左から、2003年、2008年、2013年)



資料：FAOSTAT「Food Balance Sheets」を基に農林水産省で作成
出典：平成30年版食料・農業・農村白書

2. 2050年農産物需要は2005年比64%増

FAO（国際連合食糧機関）では、新たな世界人口の見通しを受けて2050年における食料需給の見通しを発表した。これによると2050年に全世界で必要とされる農産物生産量は2005/07年比で63.4%増、また2012年に消費された農産物（食料、飼料、バイオ燃料用を含む）の48.6%増となるとされている。なかでも人口増加が続くサブ・サハラ（サハラ砂漠以南）アフリカおよび南アジア地域で2050年に必要とされる農産物量は、2005/07年比で132.4%増、2012年比で112.4%増と予想している。

3. 1日1.90ドル未満で生活する極度の貧困人口7億2,000万人

世界銀行は、1日の収入が1.90ドル未満で生活する最貧困層が、2015年で7億2,000万人、世界人口の9.6%となるとして、はじめて10%を下回ると発表した。その一方で、2018年の報告書では貧困の定義を1日5.5ドル以下に拡大した場合、世界人口の半分近くが1日5.5ドル以下の収入で暮らしている現状が明らかにされた。また世界の栄養不足人口は90年代から減少傾向にあったが、2014年以降増加し、2018年には8億2,000万人と10年前の水準に悪化している。富の公平な配分、紛争の早期解決が望まれる。

4. 食料・栄養問題を地球的規模で考える必要性

食料・栄養問題は、今や地球的規模で考えなければならない時代を迎えている。供給エネルギー自給率が2017年度で38%の日本にとって、世界の食料問題は決して他人ごとではない。地球は有限であり、世界が飢えれば日本もまた飢えることになる。人口増加、地球温暖化、異常気象、地球の砂漠化、戦争などの食料供給を脅かす要因は山積し、深刻化している。食料・栄養問題をもっと地球的規模、世界的視野にたって検討する必要性が高まっている。

（参考）ますます高齢化する世界

世界の高齢化が進んでいる。2019年国連人口推計によれば、2018年の世界人口のうち65歳以上人口が、5歳以下の子どもの数を上回った。これは人類史上初のこと、世界的な出生率、死亡率の低下が影響している。65歳以上人口が世界の総人口に占める割合は2019年9.1%（総人口77億1300万人）、2050年15.9%（同97億3500万人）、2100年22.6%（同108億7500万人）と今後さらに増加し、2050年までには高齢者人口が5歳以下の子どもの倍以上、また15～24歳の若者層の人口を上回るとみられている。

6. 人口動態の概況

- (1) 人口動態統計 (Vital statistics) は出生、死亡、死産、婚姻、離婚という人口の動態を計量的に把握し、保健衛生や文化水準の指標として重要な役割を果たしている。
- (2) 「戸籍法」および「死産の届出に関する規定」により市区町村が届書を受理したつど人口動態調査票を作成し保健所・都道府県を経由して厚生労働省に報告されるシステムがとられている。
- (3) WHO が比較的人口規模の大きい地域の健康指標として表4-8のような事項を示している。
WHOは2000年6月に新たな健康指標として世界各国の健康寿命 (Disability Adjusted Life Expectancy) を発表。

表4-7 人口動態の指標

(1) 出生率	$= \frac{\text{年間出生数}}{\text{10月1日現在日本人口}} \times 1,000$
(2) 死亡率	$= \frac{\text{年間死亡数}}{\text{10月1日現在日本人口}} \times 1,000$
(3) 自然増加率	$= \frac{\text{自然増加数}}{\text{10月1日現在日本人口}} \times 1,000$
(4) 乳児死亡率	$= \frac{\text{年間乳児死亡数}}{\text{年間出生数}} \times 1,000$
(5) 新生児死亡率	$= \frac{\text{年間新生児死亡数}}{\text{年間出生数}} \times 1,000$
(6) 死産率	$= \frac{\text{年間死産数}}{\text{年間出産数}} \times 1,000$
(7) 自然死産率	$= \frac{\text{年間自然死産数}}{\text{年間出産数}} \times 1,000$
(8) 人工死産率	$= \frac{\text{年間人工死産数}}{\text{年間出産数}} \times 1,000$
(9) 周産期死亡率	$= \frac{\text{年間周産期死亡数}}{\text{年間出産数}} \times 1,000$
(10) 妊娠22週以後の死産率 (総数、自然・人工)	$= \frac{\text{年間妊娠22週以後の死産数 (総数、自然・人工)}}{\text{年間出産数}} \times 1,000$
(11) 早期新生児死亡率	$= \frac{\text{年間早期新生児死亡数}}{\text{年間出生数}} \times 1,000$
(12) 婚姻率	$= \frac{\text{年間婚姻届出件数}}{\text{10月1日現在日本人口}} \times 1,000$
(13) 離婚率	$= \frac{\text{年間離婚届出件数}}{\text{10月1日現在日本人口}} \times 1,000$

- 注：1) 自然増加とは出生数から死亡数を減じたものをいう。
- 2) 乳児死亡とは、生後1年未満の死亡を、新生児死亡とは生後4週未満の死亡を、早期新生児死亡とは生後1週未満の死亡をいう。
- 3) 死産とは、妊娠12週 (妊娠第4月) 以後の死産の出産をいう。
- 4) 出産数とは、出生数と死産数の合計をいう。
- 5) 周産期死亡とは、妊娠22週以後の死産と早期新生児死亡をあわせてものをいう。

表4-8 地域の健康指標 (WHO)

1) 総合的な健康指標	PMR (50歳以上死亡割合、PMIともいう)、平均余命、粗死亡率
2) 特殊な健康指標	乳児死亡率、伝染病死亡率、医療保健活動の密度
3) 新しい健康指標	水道普及人口、下水道施設利用人口、精神衛生・栄養・住民衛生に関する諸指標

注：PMRとはProportional Mortality Ratioの略 (PMR = $\frac{50歳以上の死亡数}{全死亡数} \times 100$)
PMIとはProportional Mortality Indicatorの略

7. 生活習慣病死亡率の国際比較

欧米諸国と比べ、わが国は脳血管疾患（脳卒中）による死亡率は高いが、心臓病による死亡率の低いのが特徴となっている。しかし、わが国も漸次心臓病による死亡が増加している。

表5-9 主要国の主な疾病の死亡率の年次別変化（人口10万対）

		1980	1985	1990	1995	2000	2005
日本	総数	405.8	403.9	426.6	460.4	472.2	517.7
	がん	139.1	156.1	177.2	211.6	235.2	258.3
	脳卒中	139.5	112.2	99.4	117.9	105.5	105.3
	心臓病	106.2	117.3	134.8	112.0	116.8	138.7
	高血圧	13.7	10.6	7.5	6.6	4.8	4.6
	糖尿病	7.3	7.7	7.7	11.4	9.8	10.8
アメリカ	総数	612.0	599.2	576.5	569.7 ²⁾	539.7	490.9
	がん	183.3	193.3	199.9 ¹⁾	205.6 ²⁾	196.5	188.7
	脳卒中	74.9	64.1	58.6 ¹⁾	58.6 ²⁾	59.6	48.4
	心臓病	324.0	313.1	286.2 ¹⁾	269.2 ²⁾	243.1	209.0
	高血圧	14.4	13.2	12.9 ¹⁾	14.6 ²⁾	15.9	19.3
	糖尿病	15.3	15.5	18.9 ¹⁾	21.7 ²⁾	24.6	25.3
ドイツ	総数	819.0	829.1	774.3	716.9	729.5	662.6
	がん	262.4	280.1	280.8	269.7	256.4	255.8
	脳卒中	145.1	146.7	133.1	117.8	98.3	81.2
	心臓病	390.4	378.2	339.2	312.3	326.1	298.9
	高血圧	11.3	9.2	6.3	5.6	22.8	33.3
	糖尿病	9.7	14.9	14.8	11.5	25.8	29.5
オーストラリア	総数	593.0	587.2	534.4	516.6 ²⁾	447.9	436.0
	がん	231.5	239.2	243.1	244.6 ²⁾	187.0	188.4
	脳卒中	125.8	113.9	85.5	74.7 ²⁾	64.5	61.4
	心臓病	212.0	210.8	183.3	176.2 ²⁾	174.3	165.1
	高血圧	10.5	10.4	10.9	10.2 ²⁾	6.3	6.8
	糖尿病	13.1	12.9	11.4	10.9 ²⁾	15.7	17.2
スウェーデン	総数	815.9	786.2	756.0	726.7	700.7	663.1
	がん	241.9	235.6	235.1 ¹⁾	234.7	238.4	242.2
	脳卒中	110.4	115.9	114.1 ¹⁾	112.5	114.9	92.9
	心臓病	440.0	430.5	384.7 ¹⁾	353.9	319.3	294.8
	高血圧	4.2	4.3	5.2 ¹⁾	7.6	8.2	11.3
	糖尿病	19.4	15.1	16.8 ¹⁾	18.0	19.9	21.9

注：1) は1989年の数値。

2) は1994年の数値。

2005年の心臓病の死亡率は、全てICD10の死因基本分類コード100-102, 105-109, I21, I22, I20, I24, I25- I51の合計による数値。

総数は、5つの疾患を合計した数値とした。

資料：厚生労働省「人口動態統計」

World Health Statistics Annual, 1960～2000

WHO "Statistical Information System

Mortality Database" (2005)

〈参考〉生活習慣病予防の国際的動向

生活習慣病は、先進国のみならず、多くの発展途上国においても人々の健康を損なう大きな問題であり、栄養・食生活及び身体活動等の対策を、ヘルスプロモーションの考え方に基いて推進することが世界的な課題となっている。WHOは地球規模で、栄養・食生活や身体活動を通じて生活習慣病の予防を強力に推進することを目的として、「食生活、身体活動と健康に関する全世界戦略」(Global strategy on diet, physical activity and health)を提案している。その案の中で、食環境面からの働きかけとして、次のような取組を紹介している。

食物へのアクセスという観点からは、健康的な食品の開発・生産・販売を推進するために、市場への優遇措置を含めた政策、例えば、税制、補助金及び直接的な価格設定あるいは農業政策等を講じている国もある。

一方、情報へのアクセスに関しては、一般消費者が健康的な食物を選択する拠り所となる情報提供という意味合いから、「インフォームド・チョイス」の重要性が唱えられている。

資料：健康づくりのための食環境整備に関する検討会報告書（平成16年）、一部要約

8. 悪性新生物（がん）死亡率の変化

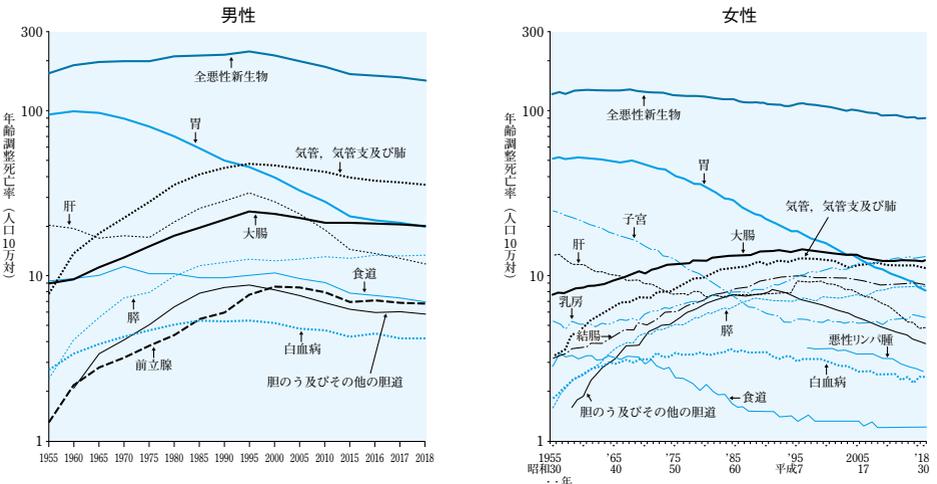
- (1) わが国の死因の第1位を占めるがんは中年期とくに40歳以降に多く発生している。がんの死亡割合は年々増加し、平成30年では男218,625人、女154,959人、死亡率は人口10万対で300.7（前表5-7）となっている。
- (2) 部位別では男は肺がん、女は大腸がんが首位、次いで男では胃がん、女では肺がんとなっている。

表5-10 性・部位別にみる悪性新生物死亡数の推移

	昭和55 ('80)	平成2 ('90)	12 ('00)	22 ('10)	27 ('15)	30 ('18)
男						
悪性新生物	93,501	130,395	179,140	211,435	219,515	218,625
胃	30,845	29,909	32,789	32,943	30,810	28,843
肝 ¹⁾	9,741	17,786	23,602	21,510	19,008	17,032
膵	4,483	7,317	10,380	14,569	16,186	17,938
肺 ²⁾	15,438	26,872	39,053	50,395	53,211	52,401
大腸 ³⁾	7,724	13,286	19,868	23,921	26,819	27,098
その他	25,270	35,225	53,439	68,097	73,481	75,313
女						
悪性新生物	68,263	87,018	116,344	142,064	150,847	154,959
胃	19,598	17,562	17,852	17,193	15,871	15,349
肝 ¹⁾	4,227	6,447	10,379	11,255	9,882	8,893
膵	3,352	6,001	8,714	13,448	15,682	17,452
肺 ²⁾	5,856	9,614	14,671	19,418	21,171	21,927
大腸 ³⁾	7,015	11,346	16,080	20,317	22,883	23,560
乳房	4,141	5,848	9,171	12,455	13,585	14,653
子宮	5,465	4,600	5,202	5,930	6,429	6,800
その他	18,609	25,600	34,275	42,048	45,344	46,325

注：1) 肝および肝内胆管を示す。 2) 気管、気管支および灰を示す。 3) 結腸と直腸、S状結腸移行部および直腸を示す。 資料：厚生労働省「人口動態統計」

図5-8 部位別にみた悪性新生物の年齢調整死亡率の推移（人口10万対）

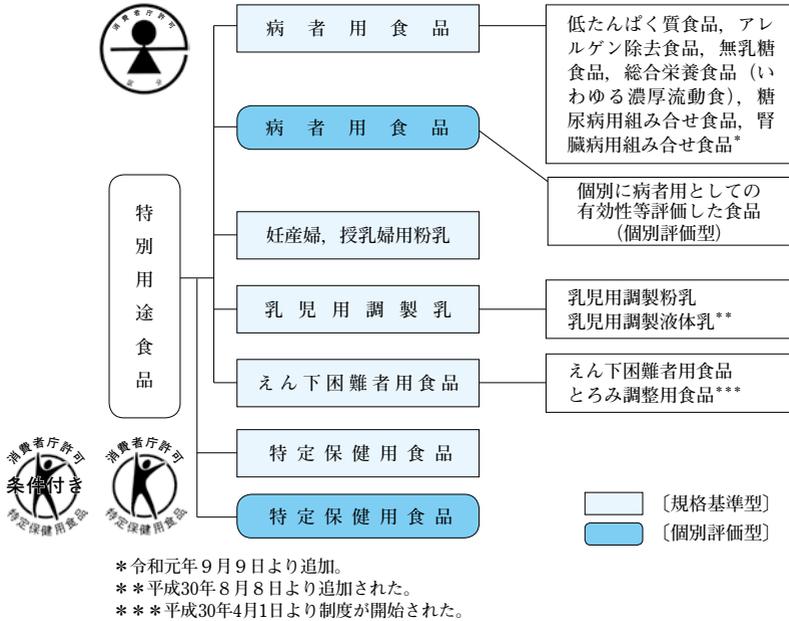


注：1) 大腸は、結腸と直腸S状結腸移行部及び直腸を含む。ただし、昭和40年までは直腸肛門部を含む。 2) 肝は肝と肝内胆管を示す。 資料：厚生労働省「人口動態統計」

7. 特別用途食品の表示制度

- (1) 健康増進法第26条の規定により病者用、乳児用、幼児用、妊産婦用、その他内閣府令で定める特別の用途に適する旨の表示をする場合は、内閣総理大臣の許可（厚生労働大臣の意見を聴く）が必要とされている。

図9-4 特別用途食品制度の概要



- (2) 販売に供する食品で特別の用途に適する旨の表示をしようとする者は、製品見本を添え、商品名、原材料の配合割合やその製品の製造方法、成分分析表、許可を受けようとする特別用途表示の内容その他内閣府令で定める事項を記載した申請書を、その営業所所在地の都道府県知事を経由して内閣総理大臣に提出し、許可を受けなければならないとされている。
- (3) 許可期限は、平成9年10月20日以降許可された食品については、規制緩和計画に基づき撤廃された。
- (4) 病者用等特別用途食品制度の沿革について以下に示す。

病者用などの特別用途食品は、欧米諸国では1970年ごろにはすでに規格基準を設け、食品開発が進み、商品が市場に出回っていた。

また、国連機関のFAO、WHOでも合同食品規格委員会（Joint FAO／WHO Codex Alimentarius Commission）を設けて特別用途食品の規格作成を行っている。わが国では、病者用特別用途食品に対する社会的要請が高まってきたことから、厚生大臣の諮問機関である栄養審議会が昭和48年12月20日、特別用途食品の範囲、表示の許可基準、表示の解釈の3点からなる答申を厚生大臣あてに提出した。厚生省（現厚生労働省）ではこの答申をうけて、昭和48年12月病者用食品の表示許可基準を定め、許可を行ってきた。

平成21年の消費者庁の発足に伴い、食品等の表示制度が消費者庁に移管された。

平成27年度から食品表示法が施行され、各省にまたがる食品表示は一元化された。

8. (平成21年改定の) 特別用途食品の表示制度

(1) 健康増進法に基づく特別用途食品制度は、時代のニーズに沿って平成21年度から図9-5のとおり改正された。

(2) 平成21年度に新しく創設された総合栄養食品：治療中や要介護状態の患者が通常の食事摂取に困難を伴うことから、経口での摂取が不十分な場合に食事代替や補助として、必要なエネルギーを含め、栄養素のバランスや性状(流動性)を考慮した加工食品(濃厚流動食)を指す。

総合栄養食品の利用により、通常の食事が摂取できない場合でも、効率よくたんぱく質等の栄養成分と熱量を摂取して腸管を利用するため、生理的な栄養補給が可能になる。また、長期の使用でも栄養成分の欠乏が起りにくい等、在宅療養を含め、病者の栄養管理に適している。

総合栄養食品の規格基準は表9-9のとおりである。

図9-5 特別用途食品の対象範囲の見直しの概要(平成21年4月から)

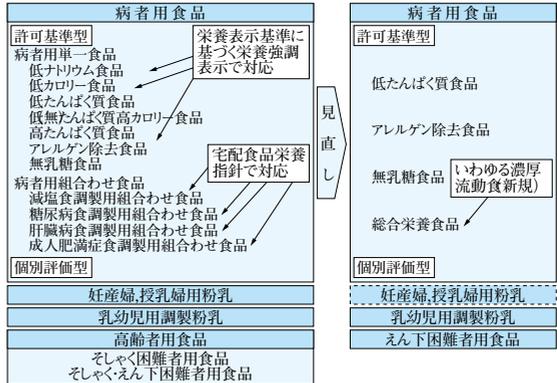


表9-9 総合栄養食品の規格基準

規格	許容される特別用途表示の範囲	必要的表示事項
1 疾患等により経口摂取が不十分な者の食事代替品として、液状又は半固形状で適度な流動性を有していること。 2 別表1の栄養成分等の基準に適合したものであること。*(粉末状等の製品にあっては、その指示通りに調製した後の状態で上記1及び2の規格基準を満たすものであれば足りる。)	食事として摂取すべき栄養素をバランスよく配合した総合栄養食品で、疾患等により通常の食事で十分な栄養を摂ることが困難な者に適している旨	1 「総合栄養食品(病者用)」の文字 2 医師、管理栄養士等の相談、指導を得て使用することが適当である旨 3 栄養療法の素材として適するものであって、多く摂取することによって疾病が治癒するというものではない旨 4 摂取時の使用上の注意等に関する情報 5 基準量(別表1)及び標準範囲(別表2)を外れて調製した成分等がある場合はその旨(「〇〇調製」) 6 1包装当たりの熱量 7 1包装当たり及び100kcal当たりのたんぱく質、脂質、糖質、食物繊維、水分、ナトリウム、食塩相当量及び基準量(別表1)又は標準範囲(別表2)を外れて調製された成分の含量 8 欠乏又は過剰摂取に注意すべき成分がある場合はその旨

*ただし、個別に調製した成分等については、この限りではない。

別表1 (栄養成分等の基準)

成分	100mℓ(又は100g)当たりの熱量	
	80~130kcal	100kcal当たりの組成
熱量	80~130kcal	
たんぱく質*1	3.0~5.0g	5mg以上
脂質*2	1.6~3.4g	0.3~2.5μg
糖質	50~74%(熱量比として)	0.4~30mg
食物繊維		3~13μg
ナトリウム	60~200mg	12~50μg
ナイアシン	0.45mgNE~15*3(5*4) mg	50~300mg
パントテン酸	0.25mg以上	80~330mg
ビタミンA	28μgRE~150μgレチノール*5	カルシウム
ビタミンB1	0.04mg以上	33~115mg
ビタミンB2	0.05mg以上	鉄
ビタミンB6	0.06~3.0mg	0.3~1.8mg
ビタミンB12	0.12μg以上	14~62mg
		マグネシウム
		リン
		45~175mg

別表2 (標準範囲)

成分	100kcal当たりの組成
ピオチン	2.3μg以上
亜鉛	0.35~1.5mg
クロム	1~7μg
セレン	1~18μg
銅	0.04~0.5mg
マンガン	0.18~0.55mg
モリブデン	1~12μg
ヨウ素	8~120μg

- *1 アミノ酸スコアを配慮すること。
- *2 必須脂肪酸を配合すること。
- *3 ニコチンアミドとして
- *4 ニコチン酸として
- *5 プロビタミン・カロテノイドを含まない。

5. 「授乳・離乳の支援ガイド」2019年改定

1. 改定のポイント

平成31(2019)年3月に厚生労働省は「授乳・離乳の支援ガイド」を10年ぶりに改定した。新しい支援ガイドの改定のポイントは、①授乳・離乳を取り巻く最近の科学的知見等を踏まえた適切な支援の充実、②授乳開始から授乳リズムの確立時期の支援内容の充実、③食物アレルギー予防に関する支援の充実、④妊娠期からの授乳・離乳等に関する情報提供のあり方、である。

2. 離乳の支援に関する基本的考え方

今回の改定に当たっては、子どもの食欲、摂食行動、成長・発育のパターン等、子どもにはそれぞれ個性があるので、離乳に関しては画一的な進め方にならないように留意することが強調されている。また成長期の各段階における子どもの食べ方や摂食機能の目安の記載の充実が図られている。

図 15-9 離乳食の進め方の目安

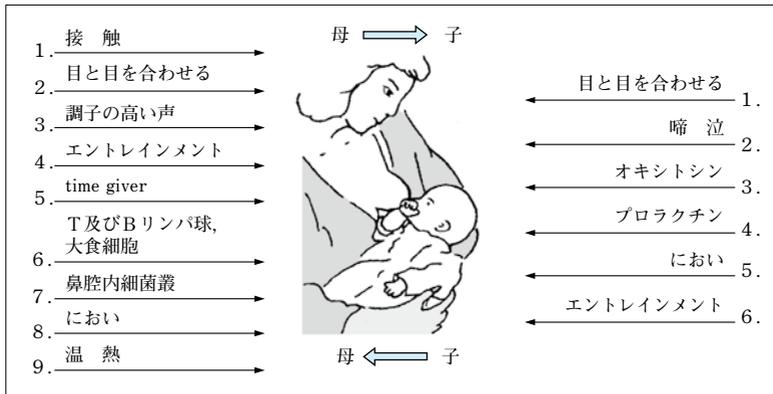
		<div style="text-align: center;"> 離乳の開始 → 離乳の完了 </div>			
		以下に示す事項は、あくまでも目安であり、子どもの食欲や成長・発達の状況に応じて調整する。			
		離乳初期 生後5～6か月頃	離乳中期 生後7～8か月頃	離乳後期 生後9～11か月頃	離乳完了期 生後12～18か月頃
食べ方の目安	<ul style="list-style-type: none"> ○子どもの様子をみながら1日1回1きじずつ始める。 ○母乳や育児用ミルクは飲みたいだけ与える。 	<ul style="list-style-type: none"> ○1日2回食で食事のリズムをつけていく。 ○いろいろな味や舌ざわりを楽しめるように食品の種類を増やしていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ○食事リズムを大切に、1日3回食に進めていく。 ○共食を通じて食の楽しい体験を積み重ねる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○1日3回の食事リズムを大切に、生活リズムを整える。 ○手づかみ食べにより、自分で食べる楽しみを増やす。 	
調理形態	なめらかにすりつぶした状態	舌でつぶせる固さ	歯ぐきでつぶせる固さ	歯ぐきで噛める固さ	
1回当たりの目安量					
I	穀類 (g)		全がゆ 50～80	全がゆ90～ 軟飯80	軟飯80～ ご飯80
II	野菜・ 果物 (g)	(つぶしがゆから始める。すりつぶした野菜等も試してみる。 慣れてきたら、つぶした豆腐・白身魚・卵黄等を試してみる。)	20～30	30～40	40～50
III	魚 (g)		10～15	15	15～20
	又は肉 (g)		10～15	15	15～20
	又は豆腐 (g)		30～40	45	50～55
	又は卵 (個)		卵黄1～ 全卵1/3	全卵1/2	全卵1/2～ 2/3
	又は乳製品 (g)		50～70	80	100
歯の萌出の目安		乳歯が生え始める。		1歳前後で前歯が8本生えそう。 離乳完了期の後半頃に奥歯(第一乳臼歯)が生え始める。	
摂食機能の目安	口を閉じて取り込みや飲み込みが出来るようになる。 	舌と上あごで潰していくことが出来るようになる。 	歯ぐきで潰すことが出来るようになる。 	歯を使うようになる。	

※衛生面に十分に配慮、して食べやすく調理したものを与える
出典：厚生労働省「授乳・離乳支援ガイド」2019年3月

6. 母子相互作用

- (1) よく、「子どもはお母さんの心音を聞いて育つ」などといわれるが、子どもの心身の成長発達には母子相互作用に負うところが大きい。
- (2) 図15-10は、母子間に同時に発生する相互作用を示したもので、母と子の肌と肌との接触感覚、授乳中の目と目の接触、語りかけ、身ぶり、手ぶりの行動、これに体臭などが関係を深める要素となっていることを示している。
- (3) 特に、乳児の吸啜行動による乳頭の刺激は大切で、乳房に赤ちゃんが口をつけるだけでも価値は大きく、母体の泌乳ホルモンであるプロラクチン、射乳ホルモンであるオキシトシンの分泌が高まり、母乳の出がよくなり、いっそうのスキンシップも深まることになる。

図15-10 生後数日間に同時に発生しうる相互作用 (母から子どもへ、子どもから母へ)



資料：Klaus. M. H. & Kennell. J. H., 1966

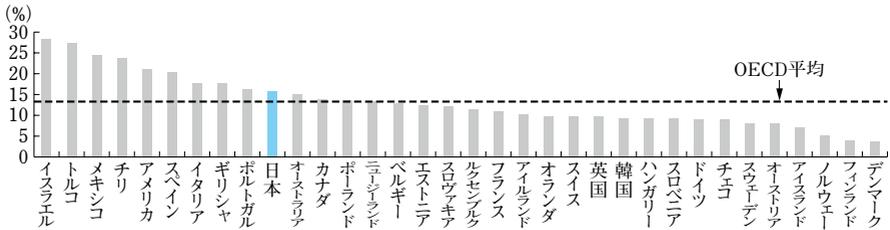
- (4) ホスピタリズムと愛情遮断症候群について以下に説明する。
 - ① 病院や施設に入所していることによって起こる子どもの身体的・心理的発育障害の中に“ホスピタリズム (hospitalism)”と呼ばれる障害がある。
ホスピタリズムの問題は、20世紀初頭、栄養・衛生面で十分管理されていた小児病棟において、乳児の高い死亡率が見られたことから小児科医によって注目され、その後スピッツ (Spitz, R.) やボウルビー (Bowlby, J.) によって研究が進められてきた。彼らの研究は、栄養や衛生条件以上に、母親 (あるいは代理者) との間に築かれる温かい関係が、乳幼児の心身発達上、重要であることを明らかにしている。
 - ② わが国でも、児童福祉対策が十分整備されていなかった頃、「適正な栄養を与えても発育不良となり、極端な場合は、消耗症といった強度の発育障害が起こることがある」と指摘され、「児が正常に発育するためには、2割近く栄養を多目に与える必要がある」と報告されている。つまり、欲求不満・愛情の欠落があると、栄養素の消化吸収、利用といった栄養効率が悪くなり、その結果、成長ホルモンの分泌も悪くなって発育障害を来すことになるのである。
 - ③ 家庭において母子分離、適切な母性的愛撫の欠如・不足に起因する母性的養育の喪失 (maternal deprivation) が見られる場合は、愛情遮断症候群 (deprivation syndrome) が観察されると報告されている。子どもの養育に当たっては、心理現象と生理現象が密接に関わっていることを再認識し、愛情を込めた態度で子どもに接してあげたい。

3. 相対的貧困率の国際比較

OECD の 2010 年調査によると、わが国の 17 歳以下の子どもの相対的貧困率（貧困線に満たない世帯の割合）は、OECD 加盟国 34 か国中 10 番目に高く、OECD の平均を上回っている（図 16 - 33）。

子どもの相対的貧困率の低い国は、福祉先進国のデンマーク、フィンランド、ノルウェーなど北欧諸国となっている。

図 16 - 33 相対的貧困率の国際比較（2010 年）子どもの貧困率



(注) ハンガリー、アイルランド、日本、ニュージーランド、スイス、トルコの数値は2009年、チリの数値は2011年。

資料：内閣府「平成26年版子ども・若者白書」
OECD (2014) Family database “Child Poverty”

4. 子どもの貧困対策に関する法律・貧困対策大綱

すべての子どもが、親の経済状態に関わりなく将来を切り開いていく社会の実現が求められている。貧困家庭の子どもは、成長した後も自らも経済的に困窮をきたしやすいなど貧困の連鎖が危惧される。

子どもの貧困対策については、平成 25 年 6 月に「子どもの貧困対策の推進に関する法律」（平成 25 年法律第 64 号）が成立し、平成 26 年 1 月 17 日に施行された。本法では、子どもの将来がその生育環境によって左右されることのないよう、貧困状態にある子どもが健やかに育成される環境を整備するとともに、教育の機会均等を図るため、子どもの貧困対策を総合的に推進することを目的としている。

貧困対策大綱では、子どもの貧困対策に関する基本的な方針をはじめ、子どもの貧困に関する指標、指標の改善に向けた当面の重点施策、子どもの貧困に関する調査研究等および施策の推進体制について定めている。

平成 28 年度からスタートした、第 3 次食育推進基本計画における子どもの貧困対策としては、「子どもの貧困対策に関する大綱」に基づく食育の推進、1 人親家庭の子ども居場所づくり、子どもの未来応援国民運動による関係 NPO 等への支援等が謳われている。

子どもの将来が、生まれ育った環境によって左右されることのないよう、子どもの社会環境、食環境の改善を図りたい。

資料：

- 厚生労働統計協会「厚生指標増刊 国民の福祉と介護の動向 2018 / 2019」2018 年 9 月 5 日発行
- 内閣府「平成 29 年版子供・若者白書」平成 29 年 9 月 25 日発行

〈参考〉社会全体で推進する貧困対策「子供の未来応援国民運動」

子どもの貧困対策の推進を目的に設立された「子供の未来応援国民運動」推進事務局（内閣府、文部科学省、厚生労働省、日本財団）では、うさぎのキャラクターとして有名な「ミッフィー」を手掛けた絵本作家のディック・ブルーナ氏のイラストを採用したポスターを作成し、運動の広報・啓発を進めている。



第17章

高齢者の栄養と介護問題

高齢者の定義：「65歳以上」を「75歳以上」に提言

日本老年学会と日本老年医学会は平成29年1月に、現在一般に「65歳以上」とされている高齢者（old）の定義を「75歳以上」とするという提言を発表した。65歳～75歳は「心身とも元気な人が多く、高齢者とするのは時代に合わない」として「准高齢者（pre-old）」、また90歳以上を「超高齢者（oldest-old, super-old）」と位置づけている。今後、社会保障制度との関連から議論を呼びそうだ。

1. 高齢者の増加と保健問題…………… 424
2. 高齢者に対する保健事業…………… 426
3. 要介護・要支援の認定…………… 427
4. 高齢社会の実態（平成30年国民生活基礎調査から）…………… 429
5. 介護保険制度と管理栄養士・栄養士の役割…………… 431
6. 介護予防重視と地域包括ケアシステムの深化・推進…………… 434
7. 介護保険制度における地域支援事業
（地域支援事業実施要綱の概要）…………… 435
8. 地域包括ケアシステムと管理栄養士活動…………… 438
9. 栄養ケア・マネジメント…………… 440
10. チーム医療（栄養サポートチーム）の推進と
管理栄養士の役割…………… 441
11. 高齢化時代の重要課題→ロコモティブシンドローム
（運動器症候群）・サルコペニア（加齢性筋肉減少症）…………… 443
12. 高齢者の低栄養防止・重症化予防対策（フレイル対策）…………… 445
13. 在宅ケアのための食事・栄養援助，介護食…………… 447
14. 認知症予防と健康的なライフスタイルの重要性…………… 451

農林水産省は、「介護食」の範囲を「嚼むこと」「飲み込むこと」が難しい人向けだけでなく、低栄養の予防，日々の生活をより快適にする食品として広く捉えた「スマイルケア食」のロゴマークを作成している。

