

第二版

知る! わかる! 身につく!!

# 公衆 栄養学

[編著]  
逸見幾代

[著]  
高橋東生・日田安寿美・犬伏知子・原島恵美子・野原潤子  
田中弘之・今井久美子・伊藤龍生・横山佳子・辻本洋子

見本

同文書院

# Authors

---

## 執筆者紹介

### 【編著者】

逸見 幾代（へんみ・いくよ） 第1章1，第6章3-1  
沖縄大学教授・高知県立大学名誉教授  
松山東雲短期大学名誉教授

### 【著者】 ※執筆順

高橋 東生（たかはし・とうせい） 第1章2  
東洋大学教授

日田 安寿美（ひた・あずみ） 第2章1・4  
東京農業大学教授

犬伏 知子（いぬぶし・ともこ） 第2章2，第3章4・5，第6章3-2  
徳島文理大学教授

原島 恵美子（はらしま・えみこ） 第2章3  
神奈川工科大学准教授

野原 潤子（のほら・じゅんこ） 第3章1，第4章4，  
畿央大学講師

田中 弘之（たなか・ひろゆき） 第3章2・3・6  
東京家政学院大学教授

今井 久美子（いまい・くみこ） 第3章7，第4章1・2，第6章2  
川村学園女子大学教授

伊藤 龍生（いとう・たつき） 第4章3，第5章1，第6章1  
近畿大学教授

横山 佳子（よこやま・けいこ） 第5章2・3  
京都女子大学准教授

辻本 洋子（つじもと・ようこ） 第3章1，第5章4  
広島国際大学教授

## はじめに

平成末から令和にかけ、わが国では、悪性新生物、循環器系疾患、代謝性疾患などの生活習慣病の進展や少子高齢化、そして大雨自然災害やウイルス感染症などの衛生災害などが起こり、健康上の課題となった。これらは、人々のQOL（生活の質）の低下や医療費の増大など、健康な社会生活に波紋を広げてきている。

またこのような情勢下での食環境は乱れやすく、新たな課題として望ましい食生活、食文化の伝承など、社会で取り組むべき食育の重要性・必要性が高まってきている。その実効性のある対応策として期待されてきているのが、公衆栄養活動による生活習慣病の一次予防から三次予防にわたる対策であろう。つまり、ますます「公衆栄養活動」の出番となってきたのである。

公衆栄養学は、管理栄養士・栄養士養成課程教科目として「公衆栄養」から「公衆栄養学」へと名称変更され、学問的に明文化され約30年となって、現在に至っている。

この間に、教科内容は時代の要請に応じ、日本栄養改善学会による「管理栄養士・栄養士養成のための栄養学教育モデル・コア・カリキュラム」や厚労省「管理栄養士国家試験出題基準（ガイドライン）」などに沿って変容している。さらに、新しく「日本人の食事摂取基準（2020年版）」も発表された。こうして、生活習慣病などの食に関する健康問題解決のため、公衆栄養活動を展開できるスキルを持ち合わせた管理栄養士・栄養士が、社会に向けて育成・輩出されなければならない。

そこで本書の特徴は、このような背景から、「知る！ わかる！ 身につく!!」との書名どおり、管理栄養士国家試験ガイドラインに準拠しつつ、公衆栄養学が様々な実践の場で展開できるスキルを身につけられるよう配慮し、制作・編纂したことにある。すなわち様々な集団を対象に、食と健康の関連、望ましい食生活の実現、公衆栄養活動を推進・展開するための基本的な知識とスキルの修得を目標にしている。

また、様々な場での公衆栄養活動が理論的に進められるように、公衆栄養活動のマネジメントの理論的モデルとして、「公衆栄養マネジメントプロセス」で「健康・栄養状態の現状と課題を提示（公衆栄養アセスメント）、問題解決のための栄養計画・政策（Plan）、実践・活動（Do）、評価（Check）・改善（Act）」について概説している。さらに公衆栄養活動プログラム例により、理論の具体化への流れが確認できるように構成した。

このようなことから、公衆栄養学のリカレント教育にも、さらに公衆栄養学分野の研究にも応用活用していただければ幸いである。

最後に、刊行にあたり、このタイムリーな第二版の機会を与您にいただき、またタイトな時間の中で統率して、根気強く編集に多大なるご尽力を賜った株式会社同文書院編集部 坂野直義氏に、また関係諸氏に深く感謝を申し上げます。

2020年3月

編著者 逸見幾代

# 目 次

<b>第1章</b>	<b>公衆栄養学の概念</b> .....	1
1	公衆栄養学の概念.....	1
①	公衆栄養学の意義・目的	1
②	生態系と食料・栄養（公衆栄養学と栄養・環境）	4
③	保健・医療・福祉・介護システムと公衆栄養	8
④	コミュニティと公衆栄養活動	11
2	公衆栄養活動.....	12
①	わが国の公衆栄養活動の歴史	12
②	少子・高齢社会における健康増進	17
③	疾病予防のための公衆栄養活動	18
④	ヘルスプロモーションのための公衆栄養活動	19
⑤	エンパワーメントと公衆栄養活動	21
⑥	住民参加	22
⑦	ソーシャル・キャピタルの醸成と活用	23
⑧	持続可能性（サステナビリティ）を踏まえた公衆栄養活動	24
	演習問題.....	25
<b>第2章</b>	<b>健康・栄養問題の現状と課題</b> .....	27
1	食事の変化.....	27
①	エネルギー・栄養素摂取量	27
②	食品群別摂取量	34
③	料理・食事パターン	36
2	食生活の変化.....	37
①	食行動	37
②	食知識，食態度，食スキル	39
3	食環境の変化.....	41
①	食品生産・流通	41
②	食情報の提供・フードバランスシート（食料需給表）	45
4	諸外国の健康・栄養問題の現状と課題.....	48
①	先進諸国	49
②	開発途上国	50
③	地域間格差	52
	演習問題.....	54

<b>第3章</b>	<b>栄養政策</b>	55
1	わが国の公衆栄養活動	55
①	健康づくり施策と公衆栄養活動の役割	55
②	公衆栄養活動と組織・人材育成	56
2	公衆栄養関連法規	59
①	地域保健法	59
②	健康増進法	62
③	食育基本法	63
3	管理栄養士・栄養士制度	64
①	栄養士法	64
②	管理栄養士・栄養士の役割	65
③	管理栄養士・栄養士制度の沿革	67
④	管理栄養士・栄養士養成制度	67
4	国民健康・栄養調査	68
①	調査の目的	68
②	調査の沿革	68
③	調査の内容・方法	69
5	実施に関連する指針、ツール	71
①	食生活指針	71
②	食事バランスガイド	74
6	国の健康増進基本方針と地方計画	76
①	基本方針の策定の目的と内容	76
②	食育推進基本計画策定の目的と内容	81
③	食育の推進と地方食育推進計画	81
7	諸外国の健康栄養政策	83
①	公衆栄養活動に関係する国際的な栄養行政組織	83
②	諸外国の食事摂取基準	87
③	諸外国のヘルスプロモーション	87
④	諸外国のフードガイドと食生活指針	88
⑤	国際的な栄養士連盟	91
⑥	諸外国の栄養士養成制度	91
	演習問題	93

<b>第4章</b>	<b>栄養疫学</b>	95
1	栄養疫学の概要	95
①	栄養疫学の役割	95
②	公衆栄養学活動への応用	96
③	疫学研究の分類	96
④	系統レビューとメタ・アナリシスレビュー	98
2	曝露情報としての食事摂取量	99
①	食物と栄養	99
②	食事摂取量の個人内変動と個人間変動	99
③	日常的な食事摂取量	100
3	食事摂取量の測定方法	101
①	24時間食事思い出し法と食事記録法	101
②	食物摂取頻度調査法とその妥当性・再現性	102
③	陰膳法 (Duplicate method)	104
④	食事摂取量を反映する身体計測値・生化学的指標	104
4	食事摂取量の評価方法	107
①	食事調査と食事摂取基準	107
②	総エネルギー調整栄養素摂取量	115
③	データの処理と解析	118
	演習問題	121

<b>第5章</b>	<b>地域診断と公衆栄養マネジメント</b>	123
1	公衆栄養マネジメント	123
①	公衆栄養マネジメントの考え方・重要性	123
②	公衆栄養マネジメントの過程	124
2	公衆栄養アセスメント	128
①	公衆栄養アセスメントの目的と方法	128
②	食事摂取基準の地域集団への活用	129
③	地域観察の方法と活用	133
④	質問調査の方法と活用	134
⑤	既存資料の活用の方法と留意点	134
⑥	健康・栄養情報の収集と管理	135
3	公衆栄養プログラムの目標設定	137
①	公衆栄養アセスメント結果からの状況把握	137
②	改善課題の抽出	138
③	課題設定の目的と相互の関連	138

④ 改善課題に基づく改善目標の設定	138
⑤ 目標設定の優先順位	139
<b>4 公衆栄養プログラムの計画, 実施, 評価</b>	<b>140</b>
① 地域社会資源の把握と管理アセスメント	140
② 運営面・政策面のアセスメント	140
③ 計画策定	142
④ 住民参加	142
⑤ プログラムに関連する関係者・機関の役割	142
⑥ 評価の意義と方法	144
<b>演習問題</b>	<b>148</b>
<b>第6章 公衆栄養プログラムの展開</b>	<b>149</b>
<b>1 地域特性に対応したプログラムの展開</b>	<b>149</b>
① 健康づくり	149
<b>2 食環境づくりのためのプログラムの展開</b>	<b>155</b>
① 健康づくりと食環境	156
② 食環境の取り組みとプログラム	157
③ 特別用途食品, 特定保健用食品, 栄養機能食品の活用, 機能性表示食品の活用	159
④ 日本人の長寿を支える「健康な食事」	164
<b>3 地域集団の特性別プログラムの展開</b>	<b>166</b>
① ライフステージ別教育的アプローチ: 妊娠期・授乳期, 新生児期・乳児期, 成長期, 成人期, 高齢期	166
② 生活習慣病ハイリスク集団	172
<b>演習問題</b>	<b>180</b>
関連法規	181
付 表	197
国家試験ガイドライン	216
索 引	219

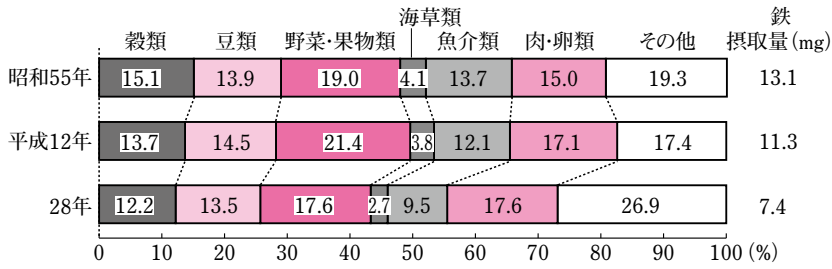


図2-6 食品群別鉄摂取割合の推移

資料) 厚生労働省「平成29年国民健康・栄養調査結果報告」より

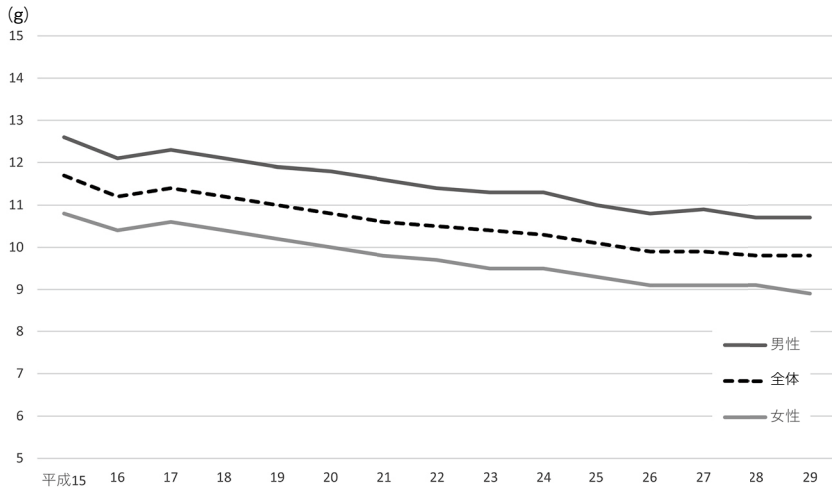


図2-7 食塩摂取量の推移

資料) 厚生労働省「平成29年国民健康・栄養調査結果報告」より

## (6) ビタミン摂取量

ビタミン摂取量の年次推移は、主に A, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, C について示されてきた (表 2-1)。数値が大きく変動しているように見えるが、成分表の改訂や調査方法の違いに伴うことには注意が必要であろう。

### ② 食料群別摂取量

食品群別摂取量の年次推移を表2-2に示す。食品群の分類方法が年によって変更されているので、注意が必要であろう。特に、2001 (平成13) 年以降は、分類方法が大きく変更されたため、単純に推移としてとらえることはできない。

主な変化としては、1946 (昭和21) 年から1950 (昭和25) 年にかけて米類、砂糖類、動物性食品が増加し、いも類、野菜類が低下した。その後、米類は横ばい推移であったが、1970 (昭和45) 年ごろから徐々に減少し、小麦類がやや増加し



表2-2 食品群別摂取量の平均値の年次推移（総数、1人1日当たり）

(g)

食品群		昭和50年	55年	60年	平成2年	7年	12年	17年	22年	27年	29年
穀類	総量	340.0	319.1	308.9	285.2	264.0	256.8	452.0	439.7	430.7	421.8
	米・加工品	248.3	225.8	216.1	197.9	167.9	160.4	343.9	332.0	318.3	308.0
	小麦・加工品	90.2	91.8	91.3	84.8	93.7	94.3	99.3	100.1	102.6	103.6
	その他の穀類・加工品	1.5	1.5	1.5	2.6	2.5	2.1	8.8	7.6	9.8	10.2
いも類	総量	60.9	63.4	63.2	65.3	68.9	64.7	59.1	53.3	50.9	52.7
	さつまいも・加工品	11.0	10.4	10.7	10.3	10.8	9.3	7.2	7.2	6.6	8.0
	じゃがいも・加工品	22.1	23.2	25.6	28.2	30.3	30.5	28.5	25.9	25.1	25.1
	その他のいも・加工品	27.8	29.8	26.9	26.7	27.8	24.9	23.5	20.3	19.3	19.6
砂糖・甘味料類		14.6	12.0	11.2	10.6	9.9	9.3	7.0	6.7	6.6	6.8
豆類	総量	70.0	65.4	66.6	68.5	70.0	70.2	59.3	55.3	60.3	62.8
	大豆・加工品	67.2	63.2	64.3	66.2	68.0	68.4	57.7	53.9	58.6	61.6
	その他の豆・加工品	2.8	2.2	2.3	2.3	2.0	1.9	1.5	1.3	1.7	1.2
種実類		1.5	1.3	1.4	1.4	2.1	1.9	1.9	2.1	2.3	2.6
野菜類	緑黄色野菜	48.2	51.0	73.9	77.2	94.0	95.9	94.4	87.9	94.4	83.9
	その他の野菜	189.9	192.3	178.1	162.8	184.4	180.1	185.3	180.0	187.6	192.2
果実類		193.5	155.2	140.6	124.8	133.0	117.4	125.7	101.7	107.6	105.0
きのこ類		8.6	8.1	9.7	10.3	11.8	14.1	16.2	16.8	15.7	16.1
藻類		4.9	5.1	5.6	6.1	5.3	5.5	14.3	11.0	10.0	9.9
動物性食品	総量	303.3	313.3	320.0	340.0	366.8	338.7	324.7	308.2	329.0	336.1
	魚介類	94.0	92.5	90.0	95.3	96.9	92.0	84.0	72.5	69.0	64.4
	肉類	64.2	67.9	71.7	71.2	82.3	78.2	80.2	82.5	91.0	98.5
	卵類	41.5	37.7	40.3	42.3	42.1	39.7	34.2	34.8	35.5	37.6
	乳類	103.6	115.2	116.7	130.1	144.5	127.6	125.1	117.3	132.2	135.7
油脂類		15.8	16.9	17.7	17.6	17.3	16.4	10.4	10.1	10.8	11.3
菓子類		29.0	25.0	22.8	20.3	26.8	22.2	25.3	25.1	26.7	26.8
調味嗜好飲料類	嗜好飲料類	119.7	109.7	113.4	137.4	190.2	182.3	601.6	598.5	788.7	623.4
	調味料・香辛料類							92.8	87.0	85.7	86.5

注1) 平成13年より分類が変更された。特に「ジャム」は「砂糖類」から「果実類」に、「味噌」は「豆類」から「調味料・香辛料類」に、「マヨネーズ」は「油脂類」から「調味料・香辛料類」に分類された。「動物性食品」の「総量」には「バター」「動物性油脂」が含まれるため、内訳合計としては一致しない。また、平成13年より調理を加味した数量となり、「米・加工品」の米は「めし」・「かゆ」など、「その他の穀類・加工品」の「干しそば」は「ゆでそば」など、「藻類」の「乾燥わかめ」は「水戻しわかめ」など、「嗜好飲料類」の「茶葉」は「茶浸出液」などで算出している。「その他のいも・加工品」には、「でんぶん・加工品」が含まれ、「その他の野菜」には「野菜ジュース」「漬けもの」が含まれる。

注2) 平成15年から23年までは補助栄養素（顆粒、錠剤、カプセル、ドリンク状の製品〔薬剤も含む〕）及び特定保健用食品からの摂取量の調査を行った。

注3) 平成24年、28年は抽出率等を考慮した全国補正值である。

資料) 厚生労働省「平成29年度国民健康・栄養調査の概要」より

た。2005（平成17）年から穀類が急増しているようにみえるが、これは「めし、かゆ」など、湿重量で換算することになったためである。穀類総量は1955（昭和30）年以降減少しており、主食の量が減っていることがうかがえる。

砂糖類は1970（昭和45）年ごろまで増加傾向を示し、その後は減少傾向にある。

油脂類は1990（平成2）年ごろまで増加傾向を示し、その後は減少傾向にある。

表3-1 行政栄養士業務指針の構造

都道府県	保健所設置市及び特別区	市町村
(1)組織体制の整備		
(2)健康・栄養課題の明確化と PDCA サイクルに基づく施策の推進		
(3)生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底のための施策の推進		
(4)社会生活を自立的に営むために必要な機能の維持及び向上のための施策の推進		
市町村の状況の差に関する情報の収集・整理、還元する仕組みづくり	①次世代の健康 ②高齢者の健康	①次世代の健康 ②高齢者の健康
(5)食を通じた社会環境の整備の促進		
①特定給食施設における栄養管理状況の把握及び評価に基づく指導・支援 ②飲食店によるヘルシーメニューの提供等の促進 ③地域の栄養ケア等の拠点の整備 ④保健、医療、福祉及び介護領域における管理栄養士・栄養士の育成 ⑤健康増進に資する食に関する多領域の施策の推進 ⑥健康危機管理への対応	①特定給食施設における栄養管理状況の把握及び評価に基づく指導・支援 ②飲食店によるヘルシーメニューの提供等の促進 ③保健、医療、福祉及び介護領域における管理栄養士・栄養士の育成 ④食育推進のネットワーク構築 ⑤健康危機管理への対応	①保健、医療、福祉及び介護領域における管理栄養士・栄養士の育成 ②食育推進のネットワーク構築 ③健康危機管理への対応

資料) 厚生労働省「平成25年度都道府県等栄養施策担当国会議資料」

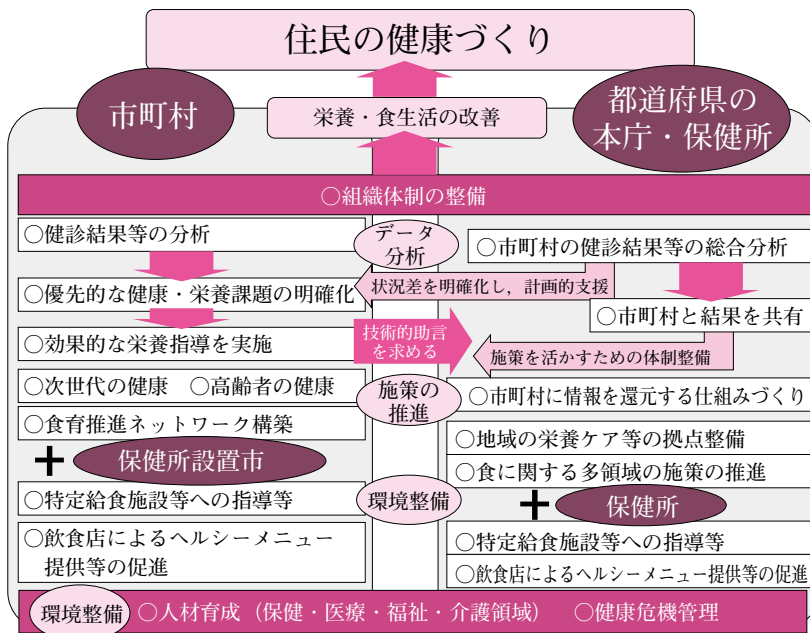


図3-2 行政栄養士の業務区分

行う。また、市町村は都道府県に対して技術的助言や情報提供を求めることができる。(4)のうち①次世代の健康、②高齢者の健康、といったライフステージに応じた生活習慣に関する取り組みなどの直接的な対人サービスは、住民に身近な市町村、保健所設置市・特別区が実施担当となる。(5)は、食育推進ネットワーク構築、人材育成、健康危機管理等の食環境整備業務である。都道府県、保健所設置市・特別区のみ業務として、①特定給食施設における栄養管理状況の把握及び評価に基づく指導・支援、②飲食店によるヘルシーメニューの提供等の促進、がある。共通業務である食育推進ネットワーク構築では、子育て支援、保育、教育、福祉、農政、産業振興、環境保全など、関係部局との調整、関係機関等との幅広いネットワークの構築を図る必要性が明記されている。

### (3) 人材育成

公衆栄養活動を実施するための基盤整備として、管理栄養士・栄養士等の専門職の人材育成だけでなく、地域の**コミュニティ・オーガニゼーション**（地域組織化活動）を考える上で**エンパワーメント**（自律性促進、能力開花）につながる健康づくり支援者としてのボランティア等の人材育成、組織化は大変重要である。

行政栄養士の育成に当たって、施策の成果が最大に得られ、求められる能力が発揮できるよう、自身の所属及び管内の行政栄養士の配置等の整備を行う。

また、地域の医療や福祉、介護の質の向上を図る観点から、管内の医療機関や子ども又は高齢者が入所・利用する施設等の管理栄養士・栄養士の活動状況を通して、それぞれの領域において専門職種の技能の向上が必要とされる場合は、職能団体（公益社団法人日本栄養士会等）と調整し、その資質の向上を図ることが求められている。

さらに、管理栄養士養成施設等の学生の実習の受け入れに当たっては、当該養成施設等と調整し、求められる知識や技能の修得に必要な実習内容を計画的に提供する体制を確保することとなっている。

ボランティアの育成では、住民主体の活動や**ソーシャル・キャピタル**<sup>2)</sup>を活用した健康づくり活動を推進するため、食生活改善推進員等に係るボランティア組織の育成や活動の活性化が図られるよう、関係機関等との幅広いネットワークの構築を図ることとなっている。

2) 社会関係資本：社会における相互の信頼や協力を保つことをいう。

## 2

## 公衆栄養関連法規

### ① 地域保健法

昭和22（1947）年に制定された保健所法が平成6（1994）年に改正され、地域保健法（昭和二十二年法律第一百号）として公布された。この法律は、住民に身近で頻度の高い保健サービスは、市町村での一元的な実施ができるよう、3歳児健診等の母子保健事業や栄養相談・指導等につき、都道府県から市町村へサービスの実施主体を変更し、市町村保健センターの位置づけを明確化した。都道府県

# SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



図3-9 アジェンダ2030の持続可能な17の開発目標

資料) 国連広報センター (2019年8月ロゴ改正)

表3-8 「持続可能な開発のための2030アジェンダ」17の持続可能な開発目標

目標1	貧困をなくそう：あらゆる場所のあらゆる形態の貧困を終わらせる。
目標2	飢餓をゼロに：飢餓を終わらせ、食料安全保障及び栄養改善を実現し、持続可能な農業を促進する。
目標3	すべての人に健康と福祉を：あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する。
目標4	質の高い教育をみんなに：すべての人に包摂的かつ公正な質の高い教育を確保し、生涯学習の機会を促進する。
目標5	ジェンダー平等を実現しよう：ジェンダー平等を達成し、すべての女性及び女児の能力強化を行う。
目標6	安全な水とトイレを世界中に：すべての人々の水と衛生の利用可能性と持続可能な管理を確保する。
目標7	エネルギーをみんなにそしてクリーンに：すべての人々の、安価かつ信頼できる持続可能な近代的エネルギーへのアクセスを確保する。
目標8	働きがいも経済成長も：包摂的かつ持続可能な経済成長及びすべての人々の完全かつ生産的な雇用と働きがいのある人間らしい雇用（ディーセント・ワーク）を促進する。
目標9	産業と技術革新の基盤をつくろう：強靱（レジリエント）なインフラ構築、包摂的かつ持続可能な産業化の促進及びイノベーションの推進を図る。
目標10	人や国の不平等をなくそう：国内及び各国間の不平等を是正する。
目標11	住み続けられるまちづくりを：包摂的で安全かつ強靱（レジリエント）で持続可能な都市及び人間居住を実現する。
目標12	つくる責任 つかう責任：持続可能な生産消費形態を確保する。
目標13	気候変動に具体的な対策を：気候変動及びその影響を軽減するための緊急対策を講じる。
目標14	海の豊かさを守ろう：気候変動及びその影響を軽減するための緊急対策を講じる。
目標15	陸の豊かさを守ろう：陸域生態系の保護、回復、持続可能な利用の推進、持続可能な森林の経営、砂漠化への対処、ならびに土地の劣化の阻止・回復及び生物多様性の損失を阻止する。
目標16	平和と公正をすべての人に：持続可能な開発のための平和で包摂的な社会を促進し、すべての人々に司法へのアクセスを提供し、あらゆるレベルにおいて効果的で説明責任のある包摂的な制度を構築する。
目標17	パートナーシップで目標を達成しよう：持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する。

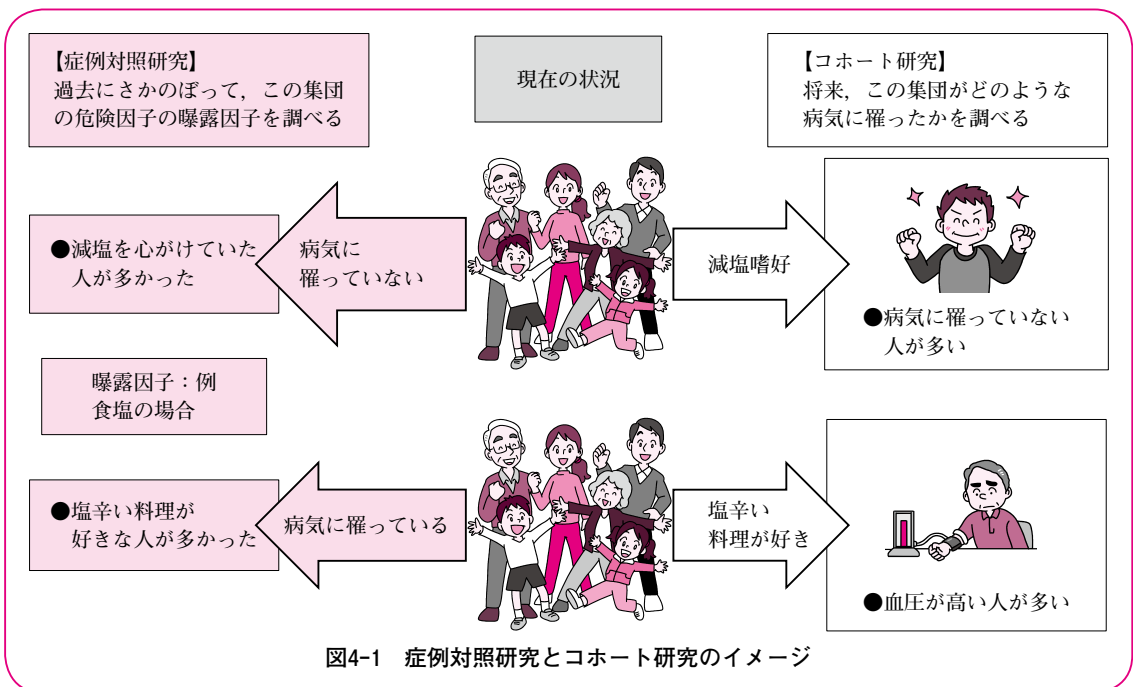
(a) 記述疫学研究

記述疫学研究とは、疫学的研究の第一段階として、観察集団の健康事象の発生頻度や分布をありのまま記述し、発生要因の仮説を立てることである。研究結果に基づき、発生要因の仮説設定が行われる。1854年のコレラの流行に際し、ジョン・スノウが行った調査研究は記述疫学研究の一つである。人口規模別乳がん年齢調整死亡率、季節変動結腸がん死亡率の年次推移などがある。

(b) 分析疫学研究

分析疫学研究は、仮説の検証を主な目的とし、記述疫学研究などから得た要因(仮説要因)と疾病との関連を確かめ、要因との因果性を推定する方法である。生態学的研究、横断研究、縦断研究がある。

- ・ **生態学的研究**：疾病と関連する曝露要因を異なる地域の集団単位で観察する研究手法である。既存の資料を用いることができる。例：食塩の摂取量が多い地域は高血圧の者が多い。
- ・ **横断研究**：ある一時点で、個人を1回だけ疾病と要因の保有状況を同時に調べ観察し、曝露群と非曝露群を比較検討し、要因を推定する。しかし時間の経過が考慮されていないので、因果関係の特定はできない。例：高血圧の者に食塩摂取量が多い者が多い。
- ・ **縦断研究**：同一対象者または集団をある一定期間継続的（2回以上）に追跡する研究方法である。症例研究とコホート研究がある（図4-1）。症例対照研究は現在罹患している被験者群（症例）と罹患していない対照群（非症例群）を設定し、疾病の原因を過去にさかのぼって調べ、仮説の要因を曝露状況と比較検



## 第6章の演習問題

**Q6-1**

最近の国民健康・栄養調査の結果からみた成人の健康状態に関する記述である。正しいのはどれか。1つ選べ。

- (1)肥満者の割合は、男性より女性で高い。
- (2)20歳代女性の低体重（やせ）の者の割合は、15%未満である。
- (3)糖尿病が強く疑われる者の割合は、50歳代で最も高い。
- (4)収縮期（最高）血圧の平均値は、男性より女性で高い。
- (5)血清総コレステロール値の平均値は、50歳以上で男性より女性で高い。

**A6-1**

50～59歳の血清総コレステロール値の平均値は、男性212.7mg/dL、女性223.4mg/dLで、60歳以上でも男性より女性で高い（2017年）。

正解 (5)

(管理栄養士国家試験第28回 152)

**Q6-2**

地域における食環境づくりプログラムである。誤っているのはどれか。1つ選べ。

- (1)食品の栄養成分表示の普及促進
- (2)地域住民を対象とした減塩教室の開催
- (3)スーパーマーケットと連携したヘルシーメニューコンテストの開催
- (4)飲食店を対象とした減塩メニューの開発支援
- (5)スーパーマーケットや飲食店のネットワークづくり

**A6-2**

食環境とは、「食物へのアクセス」と「情報へのアクセス」および両者の統合を意味し、食環境づくりは、食行動の望ましい行動変容を促すためのポピュレーション・アプローチである。(2)は特定対象者への栄養教育であり「食環境」をつくるプログラムとはいえない。

正解 (2)

(管理栄養士国家試験第31回 159)

## 健康増進法

平成14年8月2日法律第103号

最終改正：令和元年6月7日法律第26号

### 第一章 総則

(目的)

**第一条** この法律は、我が国における急速な高齢化の進展及び疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の重要性が著しく増大していることにかんがみ、国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ることを目的とする。

(国民の責務)

**第二条** 国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。

(国及び地方公共団体の責務)

**第三条** 国及び地方公共団体は、教育活動及び広報活動を通じた健康の増進に関する正しい知識の普及、健康の増進に関する情報の収集、整理、分析及び提供並びに研究の推進並びに健康の増進に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに、健康増進事業実施者その他の関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努めなければならない。

(健康増進事業実施者の責務)

**第四条** 健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談その他国民の健康の増進のために必要な事業（以下「健康増進事業」という。）を積極的に推進するよう努めなければならない。

(関係者の協力)

**第五条** 国、都道府県、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない。

(定義)

**第六条** この法律において「健康増進事業実施者」とは、次に掲げる者をいう。

- 一 健康保険法（大正十一年法律第七十号）の規定により健康増進事業を行う全国健康保険協会、健康保険組合又は健康保険組合連合会
- 二 船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）の規定により健康増進事業を行う全国健康保険協会
- 三 国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）の規定により健康増進事業を行う市町村、国民健康保険組合又は国民健康保険団体連合会
- 四 国家公務員共済組合法（昭和三十三年法律第二百二十八号）の規定により健康増進事業を行う国家公務員共済組合又は

国家公務員共済組合連合会

五 地方公務員等共済組合法（昭和三十七年法律第一百五十二号）の規定により健康増進事業を行う地方公務員共済組合又は全国市町村職員共済組合連合会

六 私立学校教職員共済法（昭和二十八年法律第二百四十五号）の規定により健康増進事業を行う日本私立学校振興・共済事業団

七 学校保健安全法（昭和三十三年法律第五十六号）の規定により健康増進事業を行う者

八 母子保健法（昭和四十年法律第四百四十一号）の規定により健康増進事業を行う市町村

九 労働安全衛生法（昭和四十七年法律第五十七号）の規定により健康増進事業を行う事業者

十 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）の規定により健康増進事業を行う全国健康保険協会、健康保険組合、市町村、国民健康保険組合、共済組合、日本私立学校振興・共済事業団又は後期高齢者医療広域連合

十一 介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）の規定により健康増進事業を行う市町村

十二 この法律の規定により健康増進事業を行う市町村

十三 その他健康増進事業を行う者であって、政令で定めるもの

### 第二章 基本方針等

(基本方針)

**第七条** 厚生労働大臣は、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（以下「基本方針」という。）を定めるものとする。

2 基本方針は、次に掲げる事項について定めるものとする。

- 一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向
- 二 国民の健康の増進の目標に関する事項
- 三 次条第一項の都道府県健康増進計画及び同条第二項の市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項
- 四 第十条第一項の国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項
- 五 健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項
- 六 食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項
- 七 その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

3 厚生労働大臣は、基本方針を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係行政機関の長に協議するも

のとする。

4 厚生労働大臣は、基本方針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。  
(都道府県健康増進計画等)

**第八条** 都道府県は、基本方針を勘案して、当該都道府県の住民の健康の増進の推進に関する施策についての基本的な計画（以下「都道府県健康増進計画」という。）を定めるものとする。

2 市町村は、基本方針及び都道府県健康増進計画を勘案して、当該市町村の住民の健康の増進の推進に関する施策についての計画（以下「市町村健康増進計画」という。）を定めるよう努めるものとする。

3 国は、都道府県健康増進計画又は市町村健康増進計画に基づいて住民の健康増進のために必要な事業を行う都道府県又は市町村に対し、予算の範囲内において、当該事業に要する費用の一部を補助することができる。

(健康調査の実施等に関する指針)

**第九条** 厚生労働大臣は、生涯にわたる国民の健康の増進に向けた自主的な努力を促進するため、健康調査の実施及びその結果の通知、健康手帳（自らの健康管理のために必要な事項を記載する手帳をいう。）の交付その他の措置に関し、健康増進事業実施者に対する健康調査の実施等に関する指針（以下「健康調査等指針」という。）を定めるものとする。

2 厚生労働大臣は、健康調査等指針を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、総務大臣、財務大臣及び文部科学大臣に協議するものとする。

3 厚生労働大臣は、健康調査等指針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。

### 第三章 国民健康・栄養調査等

(国民健康・栄養調査の実施)

**第十条** 厚生労働大臣は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料として、国民の身体の状態、栄養摂取量及び生活習慣の状況を明らかにするため、国民健康・栄養調査を行うものとする。

2 厚生労働大臣は、国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所（以下「研究所」という。）に、国民健康・栄養調査の実施に関する事務のうち集計その他の政令で定める事務の全部又は一部を行わせることができる。

3 都道府県知事（保健所を設置する市又は特別区にあっては、市長又は区長。以下同じ。）は、その管轄区域内の国民健康・栄養調査の執行に関する事務を行う。  
(調査世帯)

**第十一条** 国民健康・栄養調査の対象の選定は、厚生労働省令で定めるところによ

付表2 たんぱく質の食事摂取基準（推定平均必要量，推奨量，目安量：g/日，目標量：％エネルギー）

性別	男性				女性			
	年齢等	推定平均必要量	推奨量	目安量	目標量 <sup>1</sup>	推定平均必要量	推奨量	目安量
0～5（月） 6～8（月） 9～11（月） 1～2（歳） 3～5（歳） 6～7（歳） 8～9（歳） 10～11（歳） 12～14（歳） 15～17（歳） 18～29（歳） 30～49（歳） 50～64（歳） 65～74（歳） <sup>2</sup> 75以上（歳） <sup>2</sup>	—	—	10	—	—	—	10	—
	—	—	15	—	—	—	15	—
	—	—	25	—	—	—	25	—
	15	20	—	13～20	15	20	—	13～20
	20	25	—	13～20	20	25	—	13～20
	25	30	—	13～20	25	30	—	13～20
	30	40	—	13～20	30	40	—	13～20
	40	45	—	13～20	40	50	—	13～20
	50	60	—	13～20	45	55	—	13～20
	50	65	—	13～20	45	55	—	13～20
	50	65	—	13～20	40	50	—	13～20
	50	65	—	13～20	40	50	—	13～20
	50	65	—	14～20	40	50	—	14～20
	50	60	—	15～20	40	50	—	15～20
	50	60	—	15～20	40	50	—	15～20
妊婦（付加量）初期 中期 後期 授乳婦（付加量）	/				+0	+0	—	— <sup>3</sup>
					+5	+5	—	— <sup>3</sup>
					+25	+25	—	— <sup>4</sup>
					+15	+20	—	— <sup>4</sup>

- 1 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。
- 2 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。
- 3 妊婦（初期・中期）の目標量は、13～20％エネルギーとした。
- 4 妊婦（後期）及び授乳婦の目標量は、15～20％エネルギーとした。

付表3 脂質の食事摂取基準（％エネルギー）

性別	男性		女性		
	年齢等	目安量	目標量 <sup>1</sup>	目安量	目標量 <sup>1</sup>
0～5（月） 6～11（月） 1～2（歳） 3～5（歳） 6～7（歳） 8～9（歳） 10～11（歳） 12～14（歳） 15～17（歳） 18～29（歳） 30～49（歳） 50～64（歳） 65～74（歳） 75以上（歳）	0～5（月）	50	—	50	—
	6～11（月）	40	—	40	—
	1～2（歳）	—	20～30	—	20～30
	3～5（歳）	—	20～30	—	20～30
	6～7（歳）	—	20～30	—	20～30
	8～9（歳）	—	20～30	—	20～30
	10～11（歳）	—	20～30	—	20～30
	12～14（歳）	—	20～30	—	20～30
	15～17（歳）	—	20～30	—	20～30
	18～29（歳）	—	20～30	—	20～30
	30～49（歳）	—	20～30	—	20～30
	50～64（歳）	—	20～30	—	20～30
	65～74（歳）	—	20～30	—	20～30
	75以上（歳）	—	20～30	—	20～30
	妊婦 授乳婦	/		—	—
—				—	20～30

1 範囲に関しては、おおむねの値を示したものである。



## 付) 食事摂取状況に関する調査法のまとめ

	概要	長所	短所	習慣的な摂取量を評価できるか	利用に当たって特に留意すべき点
食事記録法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・摂取した食物を調査対象者が自分で調査票に記入する。重量を測定する場合（秤量法）と、目安量を記入する場合がある（目安量法）。食品成分表を用いて栄養素摂取量を計算する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の記憶に依存しない。</li> <li>・ていねいに実施できれば精度が高い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の負担が大きい。</li> <li>・対象者のやる気や能力に結果が依存しやすい。</li> <li>・調査期間中の食事が、通常と異なる可能性がある。</li> <li>・データ整理に手間がかかり、技術を要する。</li> <li>・食品成分表の精度に依存する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多くの栄養素で長期間の調査を行わないと不可能。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データ整理能力に結果が依存する。</li> <li>・習慣的な摂取量を把握するには適さない。</li> <li>・対象者の負担が大きい。</li> </ul>
24時間食事思い出し法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前日の食事、又は調査時点からさかのぼって24時間分の食物摂取を、調査員が対象者に問診する。フードモデルや写真を使って、目安量を尋ねる。食品成分表を用いて、栄養素摂取量を計算する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の負担は、比較的小さい。</li> <li>・比較的高い参加率を得られる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・熟練した調査員が必要。</li> <li>・対象者の記憶に依存する。</li> <li>・データ整理に時間がかかり、技術を要する。</li> <li>・食品成分表の精度に依存する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多くの栄養素で複数回の調査を行わないと不可能。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・聞き取り者に特別な訓練を要する。</li> <li>・データ整理能力に結果が依存する。</li> <li>・習慣的な摂取量を把握するには適さない。</li> </ul>
陰膳法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・摂取した食物の実物と同じものを、同量集める。食物試料を化学分析して、栄養素摂取量を計算する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の記憶に依存しない。</li> <li>・食品成分表の精度に依存しない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の負担が大きい。</li> <li>・調査期間中の食事が通常と異なる可能性がある。</li> <li>・実際に摂取した食品のサンプルを、全部集められない可能性がある。</li> <li>・試料の分析に、手間と費用がかかる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・可能。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・習慣的な摂取量を把握する能力は乏しい。</li> </ul>
食物摂取頻度法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・数十～数百十項目の食品の摂取頻度を、質問票を用いて尋ねる。その回答を基に、食品成分表を用いて栄養素摂取量を計算する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者1人当たりのコストが安い。</li> <li>・データ処理に要する時間と労力が少ない。</li> <li>・標準化に長けている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の漠然とした記憶に依存する。</li> <li>・得られる結果は質問項目や選択肢に依存する。</li> <li>・食品成分表の精度に依存する。</li> <li>・質問票の精度を評価するための、妥当性研究を行う必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・可能。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妥当性を検証した論文が必須。また、その結果に応じた利用に留めるべき。</li> <li>(注) ごく簡易な食物摂取頻度調査票でも妥当性を検証した論文はほぼ必須。</li> </ul>
食事歴法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記（食物摂取頻度法）に加え、食行動、調理や調味などに関する質問も行い、栄養素摂取量を計算に用いる。</li> </ul>				
生体指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血液、尿、毛髪、皮下脂肪などの生体試料を採取して、化学分析する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の記憶に依存しない。</li> <li>・食品成分表の精度に依存しない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・試料の分析に、手間と費用がかかる。</li> <li>・試料採取時の条件（空腹か否かなど）の影響を受ける場合がある。摂取量以外の要因（代謝・吸収、喫煙・飲酒など）の影響を受ける場合がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養素によって異なる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用可能な栄養素の種類が限られている。</li> </ul>

資料)「日本人の食事摂取基準（2020年版）」策定検討会報告書総論より