

エスカベーシック

公衆栄養学概論

2024 / 2025

[監修] 芦川 修貳

[編著] 古畑 公

田中 弘之

[著] 高橋 佳子

荒井 裕介

岩瀬 靖彦

鈴木 三枝

円谷 由子

笠原 賀子

本田佳代子

内堀 佳子

岡田 文江

間中 友美

古本 美栄

木下 ゆり

児玉小百合

宮城 栄重

白川 海恋

同文書院



本書は、栄養士・管理栄養士にとって必要な専門分野のうち、公衆栄養学分野の内容をまとめたものです。管理栄養士養成校の導入教育にも使用できるように編集していますが、とくに、次の6点をポイントとして作成させていただきました。また読者の使いやすさを考え、関連資料のQRコードを新たに掲載しました。

- ①基本的な内容は、特定非営利活動法人日本栄養改善学会の「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」および一般社団法人全国栄養士養成施設協会の「栄養士実力認定試験」にも対応できるものとなっております。さらに、「管理栄養士国家試験出題基準（ガイドライン）」に沿った構成となっております。
- ②「日本人の食事摂取基準（2020年版）」をはじめ、「第4次食育推進基本計画」「食生活指針」（2016年8月改正）など最新の保健医療分野の施策を網羅した内容になっています。
- ③図表を多く採用し、可能な限り、最新の数値等の情報を分かりやすく、記述に留意しています。
- ④各章のまとめの学習を効果的に進められるように、章末に演習問題を設けております。
- ⑤教員が本書を活用する際に、図表をボード上などに示して講義を進めやすくできるよう、図表データをまとめたCD-ROMを無償で供与いたします。
- ⑥将来に向けて国家試験を受ける人の学びの一助となることを期して、「管理栄養士国家試験出題基準（ガイドライン）」に沿ったものとするために、内容の充実・刷新を図りました。

本書は、栄養士・管理栄養士の教育内容がたくさんあるなかで、とくに、地域活動、集団健康管理、行政など、「公衆栄養学」の視点から地域や集団を対象とした公衆栄養活動のもっとも基礎となるものを取りまとめました。また、毎年収載内容のアップデートを行っておりますので、実践的にも大いに活用していただけたら幸いです。

また、本書は、お忙しいなか、関係する諸先生方が、各章それぞれ分かりやすさと正確さを追求してまとめてくださいました。ただ、短時間で執筆をお願いしましたことから、思わぬ表現や分かりにくい表現があるかもしれません。何かお気づきの点等がありましたら、まず、私ども編著者にご連絡いただけますようお願いいたします。

最後に、本書の企画・編集・発行について、同文書院の編集担当者には、多大なるご尽力に対して敬意と深謝を申し上げる次第です。

2024年4月

編著者一同

contents ■ もくじ

まえがき iii

chapter 1 公衆栄養学の概念 1

- 1 公衆栄養学の概念 1
 - 1) 公衆栄養学とは 1
- 2 公衆栄養活動 4
 - 1) 公衆栄養活動の目的 4
 - 2) 公衆栄養活動の現状と課題 4
 - 3) 保健・医療・福祉・介護システムと公衆栄養活動 16
 - 4) コミュニティと公衆栄養活動（多機関連携） 17
 - 5) WHOの健康格差の社会的決定要因に関する概念的枠組み 17
 - 6) 災害時の公衆栄養活動 19
 - 7) 新型コロナウイルス感染症（COVID-19） 20
- ◆ 演習問題 22

chapter 2 わが国の健康・栄養問題の現状と課題 23

- 1 国民の健康状態の変遷 23
 - 1) 医療統計：国民医療費の現状、有訴者、通院者の状況など 23
 - 2) 生活習慣病の増加 26
 - 3) 自殺、精神衛生の現状 31
- 2 少子化社会の現状と栄養・健康政策 32
 - 1) 少子化社会の現状 32
 - 2) 少子化社会の健康・栄養政策 35
- 3 高齢化社会の現状と栄養・健康政策 37
 - 1) 高齢化社会の現状 37
 - 2) 高齢化社会の健康・栄養政策 42
- 4 わが国の食生活の変遷 48
 - 1) 国民健康・栄養調査 48
 - 2) 食生活の変化 54
 - 3) BMI（体位）とメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群） 59
- 5 食料需給と食料自給率 62
 - 1) 食料需給の課題 62
- ◆ 演習問題 74

chapter 3 公衆栄養マネジメント 75

- 1 公衆栄養のマネジメント 75
 - 1) 公衆栄養マネジメントの概念 75
 - 2) 公衆栄養のマネジメントサイクル 76
- 2 公衆栄養スクリーニング・アセスメント 76
 - 1) 栄養スクリーニング 77
 - 2) 栄養アセスメント 78
- 3 公衆栄養プログラムの目標設定 82
 - 1) 公衆栄養アセスメント結果の評価 82
 - 2) 改善課題の抽出 82

- 3) 短期, 中期, 長期の目標設定 82
- 4) 改善課題に基づく改善目標の設定 82
- 5) 公衆栄養プログラムの立案 82
- 6) 公衆栄養プログラムの実施と関係者等の役割 83
- 4 公衆栄養プログラムの評価** 83
- 5 公衆栄養プログラムの展開** 85
 - 1) 公衆栄養活動と行政栄養士の業務 85
 - 2) 都道府県, 保健所設置市および特別区, 市町村の公衆栄養活動 87
 - 3) 食環境づくりのためのプログラムの展開 90
- ◆ **演習問題** 96

chapter 4 栄養疫学 97

- 1 栄養疫学の概要** 97
 - 1) 疫学とは 97
 - 2) 栄養疫学とは 99
 - 3) 食習慣と健康・生活習慣病 100
- 2 栄養疫学調査の内容** 100
 - 1) 疫学の手法 100
 - 2) 食事調査の方法と活用 104
- ◆ **演習問題** 110

chapter 5 わが国の栄養・食料政策 111

- 1 公衆栄養活動と関連行政・法規** 111
 - 1) わが国の健康・栄養行政 111
 - 2) わが国の栄養士・管理栄養士制度 112
 - 3) 公衆栄養関連法規 114
- 2 わが国の健康づくり施策の変遷** 121
 - 1) 健康日本21 121
 - 2) 「健康な食事」の普及について 125
 - 3) 健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ 125
 - 4) 食育推進計画 128
 - 5) 健康科学（増進）センターの業務 130
- 3 栄養・健康指導のガイドライン** 130
 - 1) 食生活, 運動, 休養等のガイドライン 130
 - 4) 地域集団の特性別プログラムの展開 139
- ◆ **演習問題** 146

chapter 6 諸外国の健康・栄養政策 147

- 1 世界の健康・栄養問題の現状と課題** 147
 - 1) 栄養・食料水準の現状 147
 - 2) 栄養政策 149
 - 3) 世界の人口と食料・栄養問題 157
- 2 国際機関の健康栄養・政策** 166
 - 1) 世界保健機関 (World Health Organization : WHO) の動向 166

2) 国連食糧農業機関 (Food and Agriculture Organization : FAO) の栄養・食料政策等 169

3 世界の農産物生産と需要動向 170

- 1) 世界の穀物需給の推移と現状 170
- 2) 2050年における世界の農産物需要の見通し 171
- 3) 遺伝子組換え (GM) 作物と日本の食料事情 172

4 諸外国の栄養士制度 174

- 1) 諸外国の栄養士制度 174
- 2) 国際栄養士連盟 (ICDA) と国際栄養士会議 (ICND) 176
- 3) アジア栄養士連盟 (AFDA) とアジア栄養士会議 (ACD) 177
- 4) 東京栄養サミット2021 178

◆ **演習問題** 180

chapter 7 **日本人の食事摂取基準**

181

1 日本人の食事摂取基準 (2020年版) 181

- 1) 食事摂取基準の策定方針 181
- 2) 策定の基本的事項 184

2 日本人の食事摂取基準の活用 (基本的な考え方) 188

◆ **演習問題** 199

- 関連法規抜粋 :
- 1. 栄養士法 200
 - 2. 健康増進法 201
 - 3. 食品衛生法 204
 - 4. 日本農林規格等に関する法律 (JAS 法) 209
 - 5. 食育基本法 212
 - 6. 地域保健法 214
 - 7. 母子保健法 215
 - 8. 高齢者の医療の確保に関する法律 217
 - 9. 食品表示法 223

関連資料① : 地域における行政栄養士による健康づくり及び栄養・食生活の改善の基本指針について 226

関連資料② : 「健康日本21 (第三次)」目標・指標・目標値 230

付表 : 日本人の食事摂取基準 (2020年版) 235

さくいん 246

QRコードについて

本教科書は主要統計や法令等の元資料にアクセスできるよう、各所にQRコードを付しています。統計・資料は省庁・団体のホームページと「政府統計e-Stat」、法令は「e-Gov法令検索」を主に使用 (2024年2月1日確認)。各ホームページのURLは改修等により変わる可能性があります。

公衆栄養学の概念

(学習のポイント)

- 公衆栄養学の概念を中心に、公衆栄養学の枠組みや歴史を理解し、栄養士・管理栄養士として栄養学における実践的活動への発展を目指す。
- 公衆栄養学とは、われわれ人間集団を対象とした実践栄養学であることを明らかにし、公衆栄養活動を通じて、人々の健康の維持・増進について理解する。
- 公衆栄養活動の現状と問題点から、個人の栄養改善とともに、地域、社会集団のための科学、学問、手段の概要を学ぶ。

1. 公衆栄養学の概念

1) 公衆栄養学とは

(1) 公衆栄養とは

公衆栄養 (Public Health Nutrition) とは、われわれ人間 (ヒト) における地域、集団の健康・栄養問題を解決するために、さまざまな要因 (原因) を分析し、公衆の健康・栄養を保護するための実践的な方法を究明する学問であるとともに、科学的根拠に基づいた実践栄養学 (Evidence Based Nutrition ; EBN) である、というふたつの側面として位置づけられる。

健康・栄養問題に影響を与える要因としては、気候変動、地球温暖化*1 にはじまり、国際経済や食料需給、環境汚染*2、食物連鎖*3、食品の安全・安心、食事・食環境、開発途上国の人口の増加*4 など、さまざまあり、取り巻く問題も、世界的にますます複雑化してきている。

“生命は食に有る”といわれるように、人々は食物なくしては生命を維持することはできない。健康であるためには、もっとも基本的なこととして、食物を摂ることを通してエネルギー・栄養素を過不足なく摂取しなければならない。

(2) 栄養学とは

栄養学は、人間 (ヒト) の身体と食物との関係を明らかにするための基礎栄養学と、栄養素の過不足に起因する疾病の予防 (一次予防)・治療 (二次予防) を目的とした臨床栄養学とを中心として発展してきた。このような歴史的経緯を背景に、栄養学の実践的応用は、主として、人間 (ヒト) の健康と栄養素摂取の関連を中心とした健康・栄養知識の教育と普及・実践活動におかれてきた。しかしながら、人間 (ヒト) の栄養問題は、健康・栄養に関する知識のみでは解決できないものである。

人間 (ヒト) の健康・栄養を取り巻く成立要因は、食物はもちろんのこと、所得 (収入)、家族構成、地域、環境、あるいは地方公共団体、国の政策など、さまざまなものがあり、これらが複雑に絡んでいる。

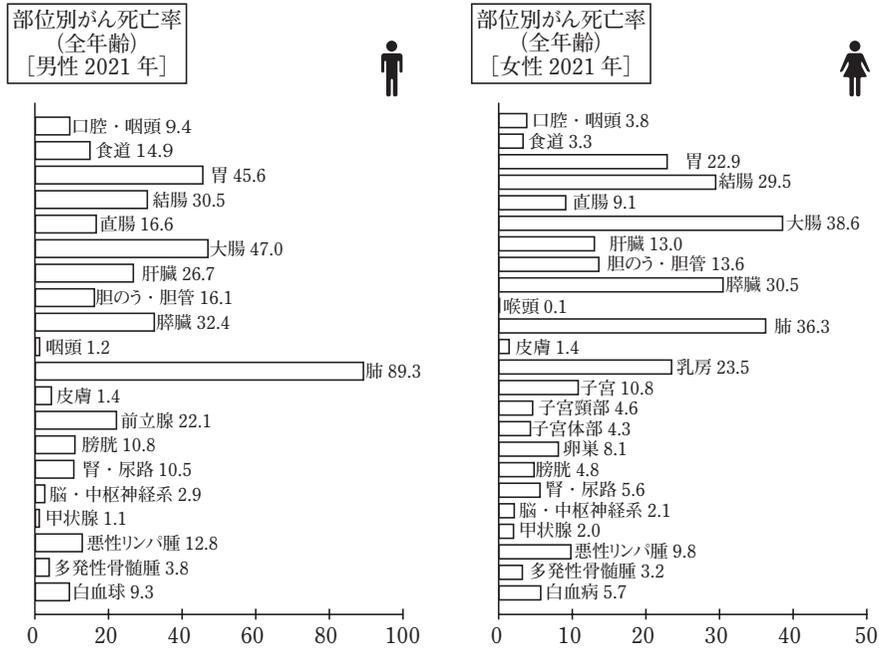
*1 地球温暖化：工場や自動車から排出されるCO₂が原因で地球表面の気候や海洋の平均温度が、上昇する現象。

*2 環境汚染：人間の生産、および生活活動によって生じる空気・水・土壌などの環境の劣悪化。大気汚染、水質汚濁などのほか、オゾン層破壊、地球温暖化などの要因ともなっており、問題となっている。p.15参照。

*3 食物連鎖 (Food chain)：自然界における生物が、「捕食 (食う)・被食 (食われる)」の関係で鎖状につながっていること。この食物連鎖にともなう有害物質の生物濃縮は、人間の健康に大きな影響を与える。p.15参照。

*4 「開発途上国の人口の増加」に係る世界人口の推移について：世界人口の推移は、国連の推計人口によると、1950年で約25億人、2022年11月には80億人を突破した。2030年の推計は約85億人、2050年では約97億人とされている。p.156参照。

部位別のがん死亡率（1年間に人口10万人あたり何人死亡するか）



部位別のがん罹患率（1年間に人口10万人あたり何例がんと診断されるか）

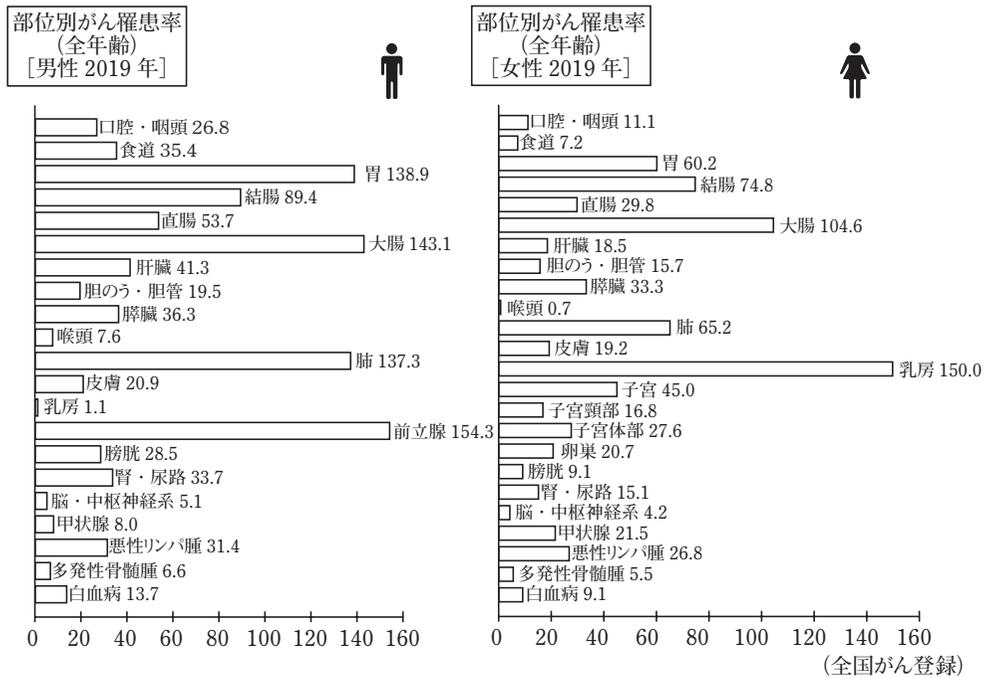


図 2-3 部位別にみたがん死亡率グラフ，罹患率のグラフ

出典) 国立研究開発法人国立がん研究センターがん情報サービス「最新がん統計」(全国がん登録)より作成

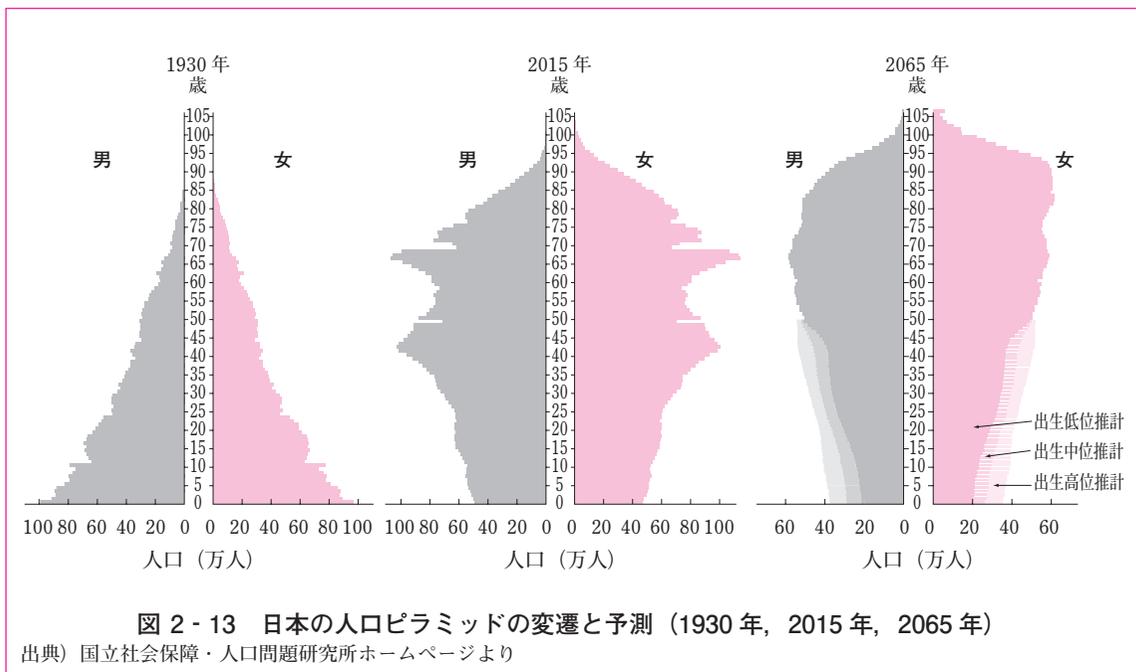
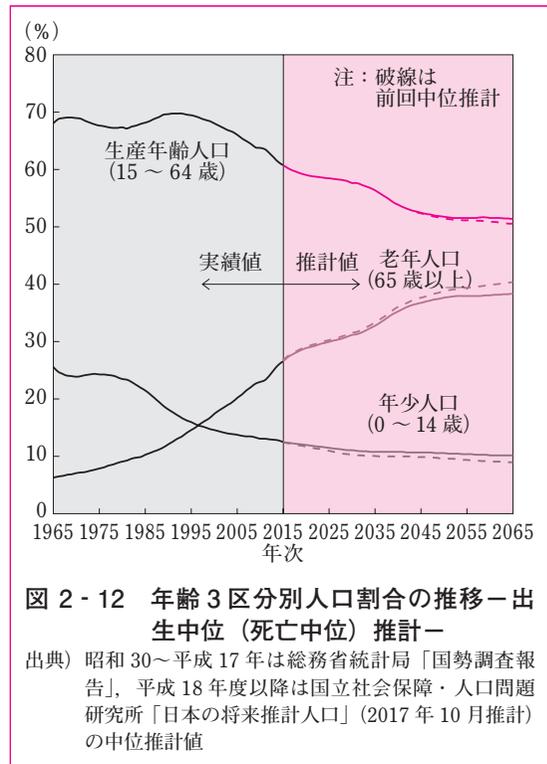
27) 年の高齢化率 26.6% が、2036 年 33%、2065 年には 38.4% に上昇するとみられている (図 2 - 12)。

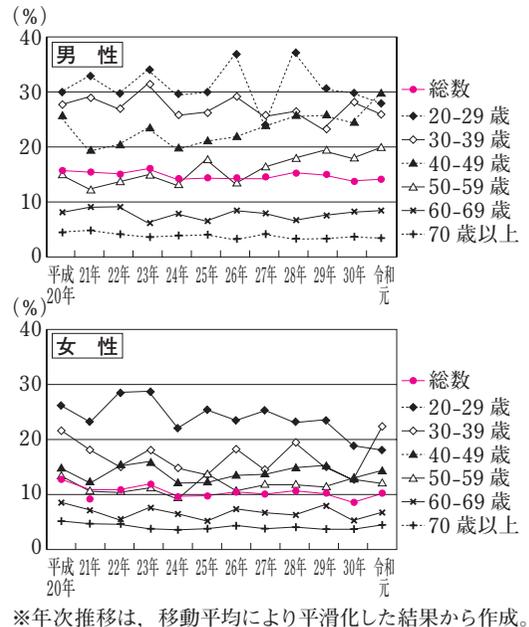
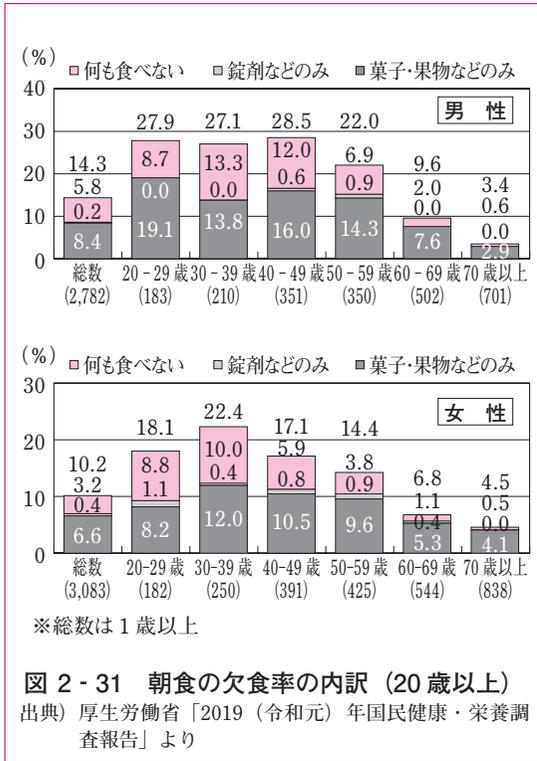
③高齢化の進行

わが国の人口ピラミッドをみると、1930 (昭和 5) 年ごろは、いわゆるピラミッド型であったが、現在は中央部が肥大してすそがしぼむ形となっている。2065 年には頭頂部が肥大して中央部とすそが次第にやせる不安定な形になると予測されている (図 2 - 13)。

1990 年代までは、出生率の低下にともなう年少人口が減少するなか、平均寿命の延伸にともない、総人口の増加分は生産年齢人口と高齢者人口が増加する形となっていたが、1997 (平成 9) 年に高齢者人口が年少人口を上回った。2000 (平成 12) 年以降は、低い出生率のもとで年少人口の減少が続き、総人口と生産年齢人口が低下している。

老年人口は 2020 (令和 2) 年まで増加したのち緩やかな増加期に入るが、第二次ベビーブーム世代が老年人口に入る 2042 年にピークを迎えると予測されている。このように、わが国では世界でも類を見な





②食の簡便化

総務省家計調査における食料費支出に占める割合をみると、昭和30年代は外食約4%、加工食品約39%、生鮮食品・穀類が約57%であったが、近年では外食約20%、加工食品約45%、生鮮食品・穀類約35%となっている。

2021年の外食産業市場は、新型コロナウイルス蔓延による緊急事態宣言の影響から大きく売り上げを落としており、市場規模は、2019年比35.8%減の16兆9,494億円と推計されている。自治体からの営業時間短縮要請に加え、海外からの入国制限によりインバウンド需要が大幅に減少したことが大きい。このうちファミリーレストラン、一般食堂、専門店を含む「食堂・レストラン」は2019年比34.1%減となっている。このほか、右肩上がり市場が拡大してきた持ち帰り弁当や総菜店などの「料理品小売業」、いわゆる中食部門も2019年比1.5%減の7兆1,161億円となった。(p.58, 図2-33)。

2019年国民健康・栄養調査報告では、外食を週1回以上利用している者の割合は男性41.6%、女性26.7%で、男性の20歳代66.9%、30歳代63.3%、女性の20歳代56.6%、30歳代43.5%と2015年の調査よりもすべての年齢層で上回っている(全体で男性1%、女性1.6%増)。また持ち帰り弁当・惣菜(中食)を週1回以上利用している者の割合は男性47.2%、女性44.3%で、こちらも2015年に比べすべての年齢層で上回った(全体で男性6.1%、女性4.9%増)(図2-

34, 図2-35)。また外食・持ち帰り弁当を定期的(週2~3回以上)に利用している割合は男性31.7%, 女性25.2%で, 男女ともに20歳~50歳代の約3割が定期的に利用している。

調理食品, 外食の動向には, 女性の社会進出にともなう食事準備を含めた家事への取り組み方や食に対する意識の変化, 単独者世帯の増加, 高度経済成長やバブル崩壊などによる経済的な変化が反映していると考えられる。

(2) 健康日本21(第三次)と地域や社会経済要因による格差の現状

健康日本21(第三次)では, 第二次から引き継ぎ, 目標のひとつに健康格差の縮小が掲げられた。健康格差とは「地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差」であり, その縮小の実現を目指している。地域格差の現状は, 国民健康・栄養調査では4年おきに行う大規模調査で都道府県間の差を把握している。過

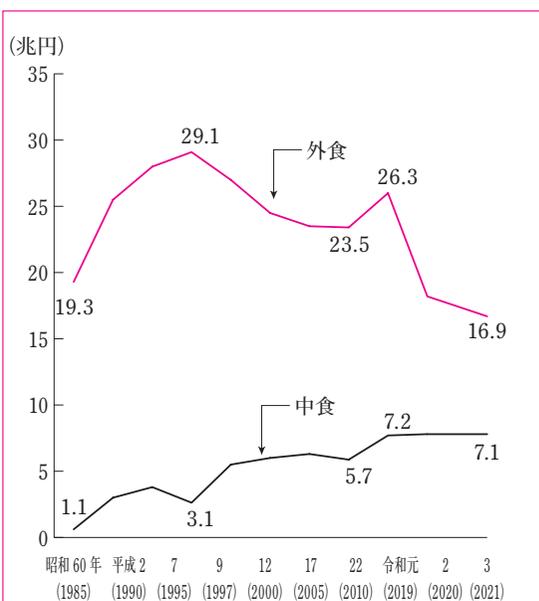


図2-33 外食・中食産業の市場規模の推移

注: 1) 中食産業の市場規模は料理品小売業(弁当給食を含まない)の値

資料) 日本フードサービス協会「外食産業市場規模推計」, 藤澤良知編著「栄養・健康データハンドブック2020/2021」同文書院

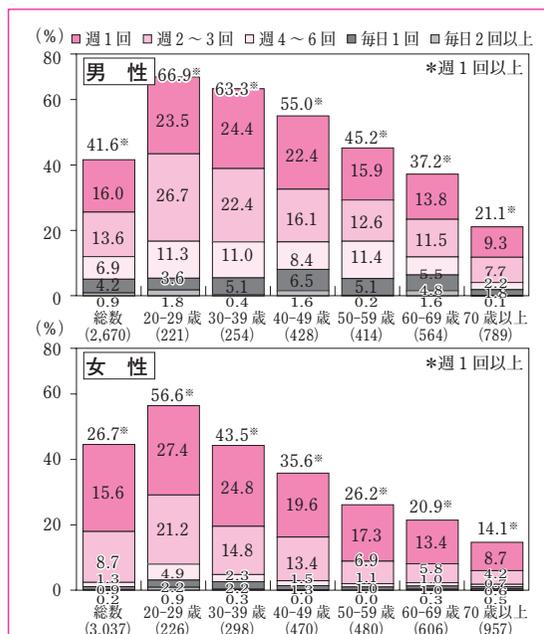


図2-34 外食を利用している頻度(20歳以上, 性・年齢階級別)

出典) 厚生労働省「2019(令和元)年国民健康・栄養調査報告」より一部改変

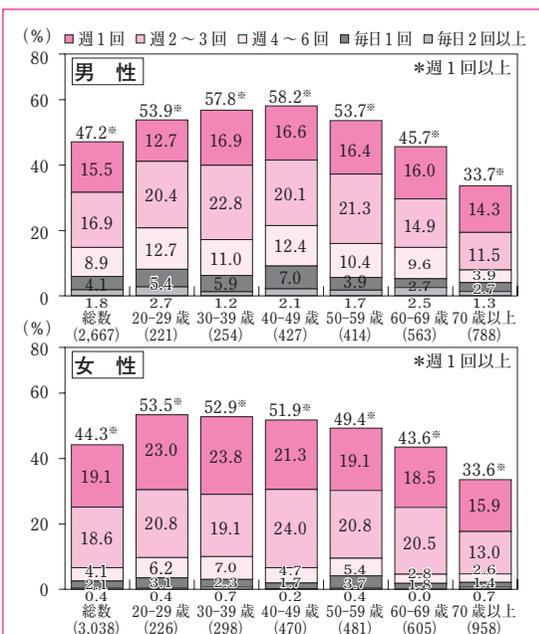


図2-35 持ち帰りの弁当・惣菜を利用している頻度(20歳以上, 性・年齢階級別)

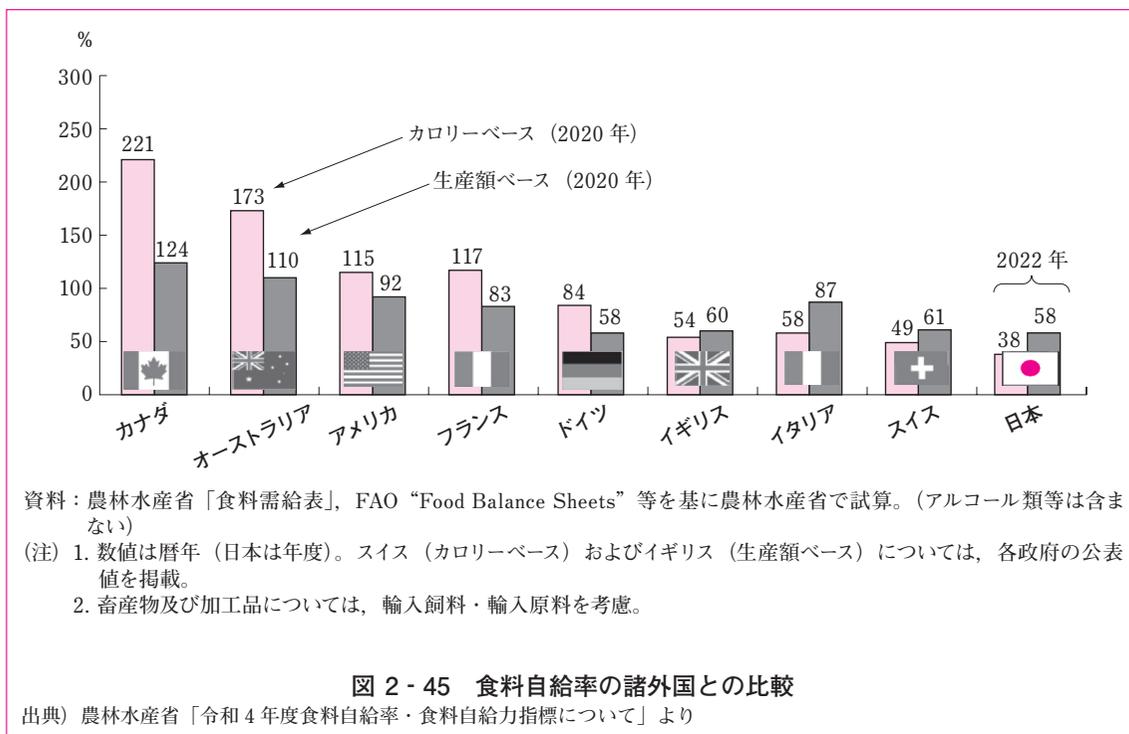
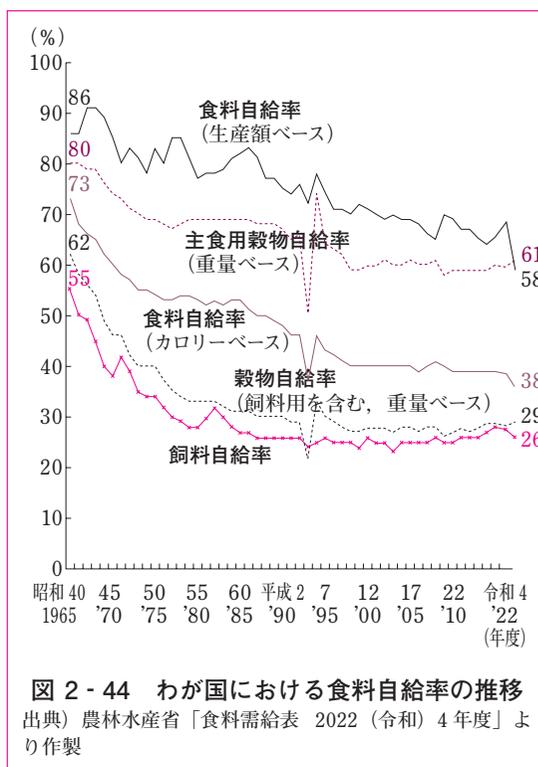
出典) 厚生労働省「2019(令和元)年国民健康・栄養調査報告」より一部改変

④おもな自給率の指標

わが国における食料問題に関する指標としては、おもに、「供給熱量ベース総合食料自給率」が使用されている。

日本の供給熱量ベースの食料自給率は、1965（昭和40）年度の73%から大きく低下し、2022（令和4）年で38%となっている（図2-44）。先進国と比べると、わが国の食料自給率は最低の水準となっている（図2-45）。

日本においては、戦後、食生活の洋風化が急速に進んだという特徴があり、この急激な変化が食料自給率を引き下げてきた大きな要因となっている（図2-46）。日本では、昔から主食（ごはん）を中心とした食生活が行われてきたが、戦後に入り、副食（おかず）の割合が増え、なかでも、とくに畜産物（肉、乳製品、卵など）や油脂の消費が増えた。自給率の高い米の消費が減り、自給率の低い畜産物や油脂の消費が増えてきたことにより、



◆ 演習問題

以下の記述の内容が正しければ「○」を、誤っていれば「×」を（ ）内に記しなさい。

1. 最近のわが国では、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の死亡者数はいずれも減少している。
（ ）
2. 循環器系疾患の予防、後遺症の軽減により、健康寿命の延伸が期待されている。（ ）
3. 国民健康・栄養調査の実施は、地域保健法に規定されている。（ ）
4. 国民健康・栄養調査では、身体状況も調査している。（ ）
5. 健康格差とは、若年層と高齢者層で健康状態が異なることを意味する。（ ）
6. 食料需給表は、毎年度 WHO の示す作成手引に沿ってつくられる。（ ）
7. 食料需給表を用いて、外国との大まかな比較が可能である。（ ）
8. 食料需給表の供給栄養素量は、国民健康・栄養調査結果と一致する。（ ）
9. 食品ロスとは、本来食べられるにもかかわらず廃棄されている食品をいう。（ ）
10. ニッポンフードシフトとは、朝食の摂取を推進する取り組みである。（ ）

◎ 解答

1. (×)
2. (○)
3. (×)
4. (○)
5. (×)
6. (×)
7. (○)
8. (×)
9. (○)
10. (×)

1) 栄養スクリーニング

栄養スクリーニングは、対象者の栄養状態を評価するための基礎的データとなる、身体状況、生化学検査、食事摂取状況などを把握することで、対象者の栄養状態や栄養障害のリスクを判定する重要なプロセスである。

(1) 身体計測

身体計測は栄養アセスメントを進めるうえで基本となるもので、身長、体重のほか、体格指数 (BMI: Body mass index) や理想体重比 (% IBW: percent ideal body weight), 平常時体重比 (% UBW: percent usual body weight)などを計測する。

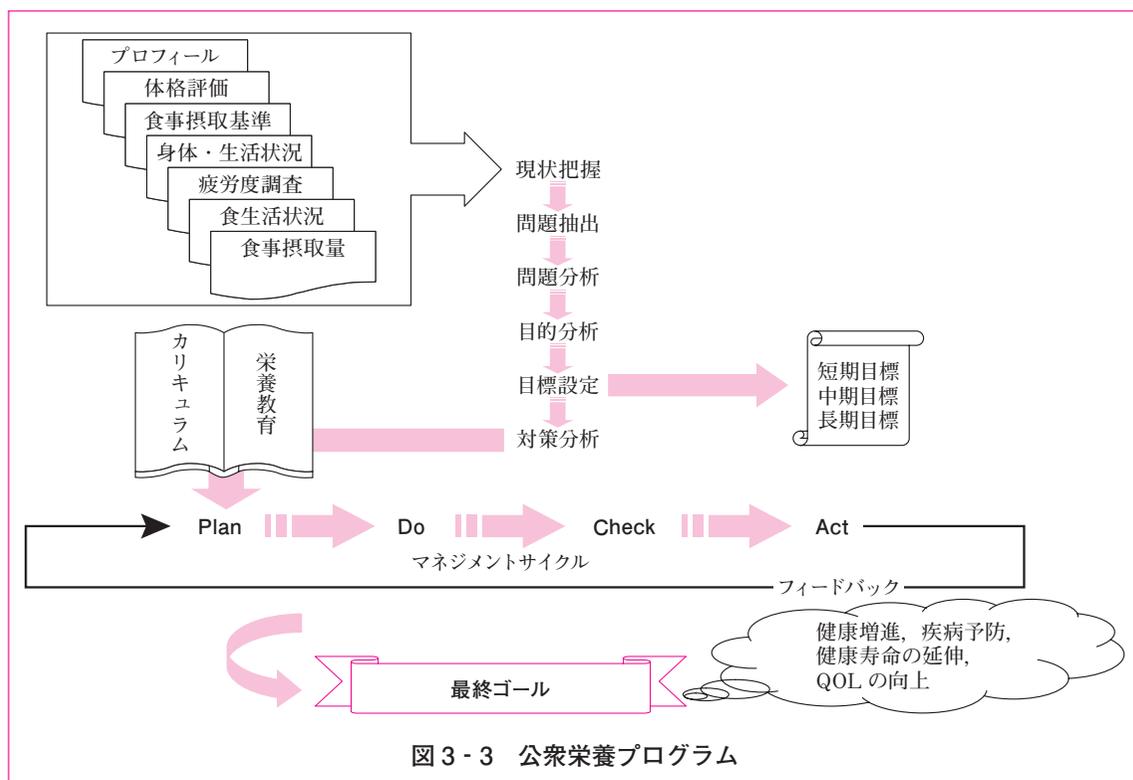
(2) 生化学検査

生化学検査は、血液中に含まれるさまざまな成分を分析し、病気の診断・治療の判定などに利用するもので、項目単独で判定せず、複数の検査結果を組み合わせで診断する。生化学検査の項目および基準値一覧を表3-1に示す。

表 3-1 健診検査項目の健診判定値

項目名	保健指導判定値	受診推奨判定値
収縮期血圧 (mmHg)	≥ 130	≥ 140
拡張期血圧 (mmHg)	≥ 85	≥ 90
空腹時中性脂肪 (mg/dl)	≥ 150	≥ 300
随時中性脂肪 (mg/dl)	≥ 175	≥ 300
HDLコレステロール (mg/dl)	< 40	—
LDLコレステロール (mg/dl)	≥ 120	≥ 140
Non-HDLコレステロール (mg/dl)	≥ 150	≥ 170
空腹時血糖 (mg/dl)	≥ 100	≥ 126
HbA1c (NGSP) (%)	≥ 5.6	≥ 6.5
随時血糖値 (mg/dl)	≥ 100	≥ 126
AST (GOT) (U/L)	≥ 31	≥ 51
ALT (GPT) (U/L)	≥ 31	≥ 51
γ-GT (γ-GTP) (U/L)	≥ 51	≥ 101
eGFR (ml/min/1.73 m ²)	< 60	< 45
血色素量 [ヘモグロビン値] (g/dl)	≤ 13.0 (男性) ≤ 12.0 (女性)	≤ 12.0 (男性) ≤ 11.0 (女性)

出典) 厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム (令和6年度版)」



② 影響評価は、短期的な公衆栄養プログラムの目標達成状況の評価を行うものである。

③ 結果評価は、長期目標として策定された QOL の変化や健康寿命の変化などについての評価を行うものである。

評価の結果はより効果的な公衆栄養プログラムの実施のため、マネジメントサイクルの各段階にフィードバックされる。

5 公衆栄養プログラムの展開

1) 公衆栄養活動と行政栄養士の業務

都道府県および市町村（特別区を含む）の行政栄養士*1は、地域住民の健康づくりおよび栄養・食生活の改善に関する重要な業務を担っている。

地域における健康づくりおよび栄養・食生活改善の推進を行うにあたり、行政栄養士は、都道府県、保健所設置市および特別区市町村のそれぞれにおいて個人または団体の健康の維持・増進と疾病の予防を目的としてその具体的な内容を実践するものである（表3-6、詳細は p.226 の巻末資料参照）。

地域保健法の規定により、2023（令和5）年4月1日現在、全国の保健所数は、都道府県・特別区・指定都市・中核市あわせて468か所ある。保健所は、いくつかの市町村（保健所設置市および特別区を除く）を管轄し、それぞれに行

*1 行政栄養士：行政栄養士は健康増進法に規定されている業務内容であり、都道府県本庁、市町村（特別区含む）、政令指定都市、保健所において、おもに管理栄養士がその業務にあたる。

● ジョン・スノウと取っ手を取り外したポンプの復元

現在のロンドン、ブロードストリートを訪れると、写真に示すような、復元された井戸のポンプが設置されており、スノウの業績をたたえている。また、その近くには、ジョン・スノウをリスペクトしたパブもある。店内にはスノウの肖像画や業績についてのパネルなどが展示してあり、世界中の疫学者がここを訪れ、サイン帳に記名していく。



John Snow Pub



Pubの店内



Pubの店内 (サイン帳)



Snowが取っ手を取り外したポンプ (復元)

は、コッホがコレラ菌を発見する 30 年も前の話である。

このときにスノウが用いた方法は、現在も疫学調査の第一ステップとして実施されている「記述疫学」(p.101 参照)に相当する。

②日本の歴史

日本では、高木兼寛(図4-1)の脚気^{かっけ}の原因と予防に関する研究が有名である。

明治時代の陸軍、海軍の大きな悩みは、兵士の脚気であった。当時、脚気の原因は諸説唱えられていたが、特定はされていなかった。

高木は、留学していたイギリスに脚気患者がいなかったことや、大量の米とわずかなつけ合わせという食事が多い階級の低い兵士に脚気が多いのに対し、パンや肉、野菜を多く含む洋食を食べている高級士官には少ないことなどを観察から発見し、食事の内容に注目した。そして、従来の食事を提供して多くの脚気患者を発生させた軍艦の海外演習と同じ航路において、ほかの条件はそのままに、食事内容のみを、麦飯やパン、肉、野菜を取り入れるなどしたものに変えて演習を行った。その結果、脚気はほとんど発生せず、脚気の原因が食事内容にあることを突き止めるにいたった。このことを受けて兵食改革を行った海軍は、兵士の脚気の問題を克服した。これは、脚気の原因がビタミンB₁の欠乏によって起きることが発見される約30年前の話である。



高木兼寛は東京慈恵会医科大学を設立し、日本で初めて看護師養成を行うなど、近代の保健医療に大きな功績を残した。

図4-1 高木兼寛

出典) (財) 国民栄養協会「日本栄養学史」1981より

表 5-2 健康日本 21（第三次）の主な目標と目標値（抜粋）

別表第一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小に関する目標

目標	指標	目標値
①健康寿命の延伸	日常生活に制限のない期間の平均	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（令和14年度）
②健康格差の縮小	日常生活に制限のない期間の平均の下位4分の1の都道府県の平均	日常生活に制限のない期間の平均の上位4分の1の都道府県の平均の増加分を上回る下位4分の1の都道府県の平均の増加（令和14年度）

別表第二 個人の行動と健康状態の改善に関する目標

1 生活習慣の改善

(1) 栄養・食生活

目標	指標	目標値
①適正体重を維持している者の増加（肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少）	BMI18.5以上25未満（65歳以上はBMI20を超え25未満）の者の割合（年齢調整値）	66%（令和14年度）
②児童・生徒における肥満傾向児の減少	児童・生徒における肥満傾向児の割合	令和5年度から開始する第2次成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針（以下「第2次成育医療等基本方針」という。）に合わせて設定
③バランスの良い食事を摂っている者の増加	主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合	50%（令和14年度）
④野菜摂取量の増加	野菜摂取量の平均値	350g（令和14年度）
⑤果物摂取量の改善	果物摂取量の平均値	200g（令和14年度）
⑥食塩摂取量の減少	食塩摂取量の平均値	7g（令和14年度）

2 生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防

(1) がん

目標	指標	目標値
①がんの年齢調整罹患率の減少	がんの年齢調整罹患率（人口10万人当たり）	減少（令和10年度）
②がんの年齢調整死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率（人口10万人当たり）	減少（令和10年度）
③がん検診の受診率の向上	がん検診の受診率	60%（令和10年度）

(2) 循環器病

目標	指標	目標値
①脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少	脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率（人口10万人当たり）	減少（令和10年度）
②高血圧の改善	収縮期血圧の平均値（40歳以上、内服加療中の者を含む。）（年齢調整値）	ベースライン値から5mmHgの低下（令和14年度）
③脂質（LDLコレステロール）高値の者の減少	LDLコレステロール160mg/dl以上の者の割合（40歳以上、内服加療中の者を含む。）（年齢調整値）	ベースライン値から25%の減少（令和14年度）
④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数（年齢調整値）	令和6年度から開始する第4期医療費適正化計画（以下「第4期医療費適正化計画」という。）に合わせて設定
⑤特定健康診査の実施率の向上	特定健康診査の実施率	第4期医療費適正化計画に合わせて設定
⑥特定保健指導の実施率の向上	特定保健指導の実施率	第4期医療費適正化計画に合わせて設定

(3) 糖尿病

目標	指標	目標値
①糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少	糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数	12,000人（令和14年度）
②治療継続者の増加	治療継続者の割合	75%（令和14年度）
③血糖コントロール不良者の減少	HbA1c8.0%以上の者の割合	1.0%（令和14年度）
④糖尿病有病者の増加の抑制	糖尿病有病者数（糖尿病が強く疑われる者）の推計値	1,350万人（令和14年度）
⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数（年齢調整値）	第4期医療費適正化計画に合わせて設定
⑥特定健康診査の実施率の向上（再掲）	特定健康診査の実施率	第4期医療費適正化計画に合わせて設定
⑦特定保健指導の実施率の向上（再掲）	特定保健指導の実施率	第4期医療費適正化計画に合わせて設定

出典）厚生労働省告示第207号「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」2023