



第1章

# 公衆栄養の概念



## 達成目標

- 公衆栄養の意義と目的について説明できる。
- 公衆栄養活動の歴史的経緯を踏まえ、現在の公衆栄養活動の内容を具体的に説明できる。
- 多くの公衆栄養活動は栄養政策として実施されていることを理解し、その概要について説明できる。

## 1 公衆栄養の概念

### 1.1 公衆栄養学の意義と目的

「公衆栄養学」とは、地域社会を構成する個人または集団の「健康の増進・推進」と「疾病や介護の予防」の観点から実践する栄養活動に必要な理論と方法を研究する分野で、人の「健康と栄養・食生活に関わる問題」を地域社会の組織的活動により解決し、人々の健康を推進する科学である。

公衆栄養学の目的は、「QOL (Quality of Life : 生活の質)」の向上にある。QOLの定義については、個人の充実感や満足度などの主観的な評価と健康状態、経済状態、社会的環境、生活環境といった客観的な評価を組み合わせる場合がある<sup>1)2)</sup>。

**世界保健機関 (WHO)** 憲章では、「健康とは、肉体的、精神的および社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない。」と定義している。健康は生涯を生きるための目的とするのではなく、QOLを構成する資源のひとつであり、日々の生活を送るうえにおいても重要である。

わが国は男女ともに平均寿命は80歳を超え、高齢化率は世界最高の28.7% (令和2 (2020) 年) である<sup>3)</sup>。「ADL (Activities of daily living : 日常生活活動 (食事、排泄、更衣、入浴、整容、移動など))」の維持は健康寿命の延伸につながる。加齢に伴う生理学的機能低下によって人や機械のサポートを受けたとしても、住み慣れた地域で生活することは、QOLの確保となる。高齢者のみでなく誰にとっても、「QOL」とは、物質的に満たされた生活ではなく、何かしらの疾患やサポートがあっても「毎日が充実し、心身が満たされ、自分らしく生活できる。」ことが重要である。

わが国の健康づくり施策である「**健康日本21** (実施期間：2000～2012年)」では、「栄養・食生活」分野の目標設定に、「栄養状態、栄養素 (食物) 摂取レベル」「知識・態度・行動レベル」「環境レベル」の大きく3段階に分けて検討され、環境が健康やQOLに影響を与えるものとしてプランニングされており、現行の政策である**健康日本21 (第二次)**でも、栄養・食生活をはじめとした生活習慣の改善は、社会環境の改善があることの構造は変わらない (図1.1)。

公衆栄養学は、公衆衛生学や栄養学 (広義) とともに食品学や調理学など、また生態学、社会学、経済学、疫学的手法といった多岐にわたる分野からの観点が必要である。

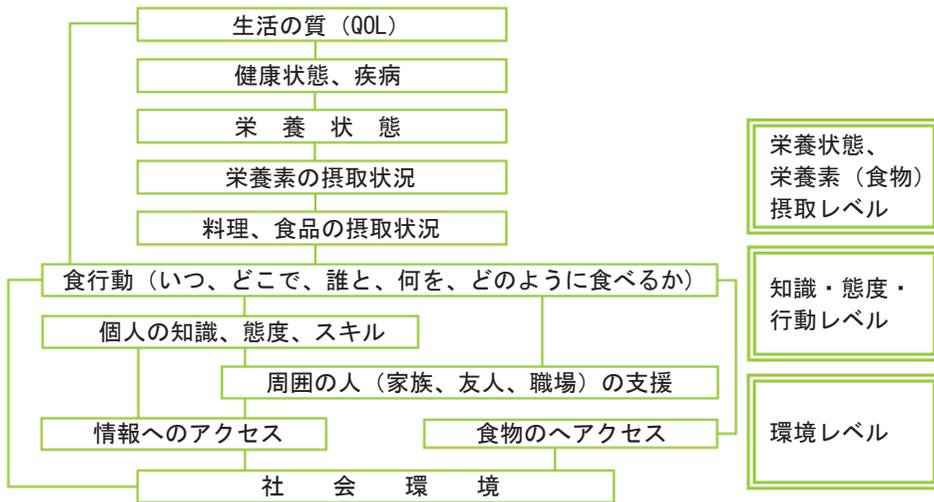


図1.1 栄養・食生活と健康・生活の質 (QOL) などの関係<sup>4)</sup>

## 1.2 生態系と食料・栄養

人間は、生命を維持し健康であるためには、必要とする成分（水や栄養）を常に取り込まなければならない。

植物は太陽光や土壌、水からエネルギーを取り込み、生態系エネルギーを生み出す「生産者」であり、動物はそれを食べる「消費者」である。これを食物連鎖という。細菌や菌類などの消費者は、植物や動物の遺骸、排泄物など有機物を分解する「分解者」と分類される。自然界のあらゆる生物は相互依存の関係にあり、エネルギーを循環させている。自然の生態系は大気や水、土壌などにおける物質循環や生物間の食物連鎖などを通じて、バランスを保っている。

「消費者」である人は爆発的に増加し、人口が79億人（世界人口白書：2021年）と巨大化した。経済成長とともに革新的な食料増産の技術によって、効率的なエネルギー生産コントロールが行われ、食料の量（穀物）から質（畜産物）への食料消費構造の変化を可能とした。

人間活動による二酸化炭素の循環は、物質循環に大きな変化をもたらし、地球温暖化の進行にも結びついており、気候変動は干ばつや洪水を引き起こすなど世界食料の需要と供給のバランスを不安定なものにしている。人間の活動は、生物多様性の生息環境の劣化、不適切な農薬や肥料の使用、過剰な漁獲や不適切な養殖、大量消費に伴うプラスチック廃棄物に食品ロス（食べられるのに廃棄される食品）などさまざまな負荷を引き起し、自然生態系の循環システムに大きなダメージを与えている。

日本はNet Importer（純輸入国）として世界第2位にある<sup>5)</sup>。豊かな食料を確保

するために世界から農林水産物を輸入し恩恵にあずかっている。農産物の輸入量は、日本国内の農地面積の2.1倍と試算されている<sup>6)</sup> (図1.2)。

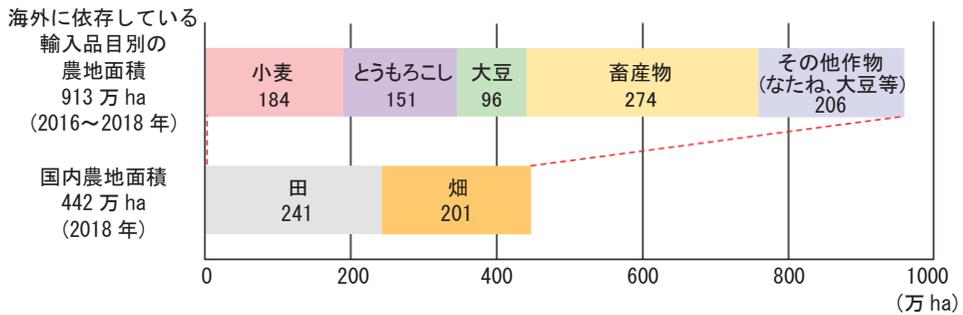


図1.2 日本の農産物輸入量の農地面積換算 (試算)

### 1.3 保健・医療・福祉・介護システムと公衆栄養 (図1.3)

国民皆保険は、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成し、誰もが安心して医療が受けられる制度である。しかし、高齢者の急速な増加や高度医療の発達に伴い医療費の増加は著しく医療保険制度の崩壊が危惧されている。医療費の適正化のため、2008年に「**高齢者の医療の確保に関する法律**」に基づき「**特定健康診査・特定保健指導制度**」が導入された。この制度の目的は内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病の予防に積極的に取り組むことで、それらの疾患の患者を減らし、医療費の軽減につなげることにある。

「国保データベース (KDB) システム」は、地域の健康・医療・介護の連結を推進させる保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施のサポートを目的として構築された。健診・医療・介護情報が記載されており、BMI 情報からは「低栄養リスク者」の抽出ができるなど健康課題を抽出し、適切な保健指導、意識啓発・健康教育と公衆栄養活動に活用することができる。

住民一人ひとりの健康レベルやリスク、さらには保健・医療・福祉・介護ニーズに応じて、これらの取り組みを切れ目なく、住み慣れた地域で自立した生活を支援する総合的なサービスの提供体制 (**地域包括ケアシステム**) を構築できるよう、2025年を目標に取り組みが進められている。管理栄養士は地域における保健 (一次予防) から医療 (三次予防) に至るすべてのプロセスのなかで重要な役割を担っている<sup>7)</sup>。

### 1.4 コミュニティと公衆栄養活動

WHO は、**ヘルスプロモーション**を提唱し、その活動方法のひとつとして地域活動の強化を掲げている。公衆栄養活動の取り組みを進めるにあたり、重要な役割を果

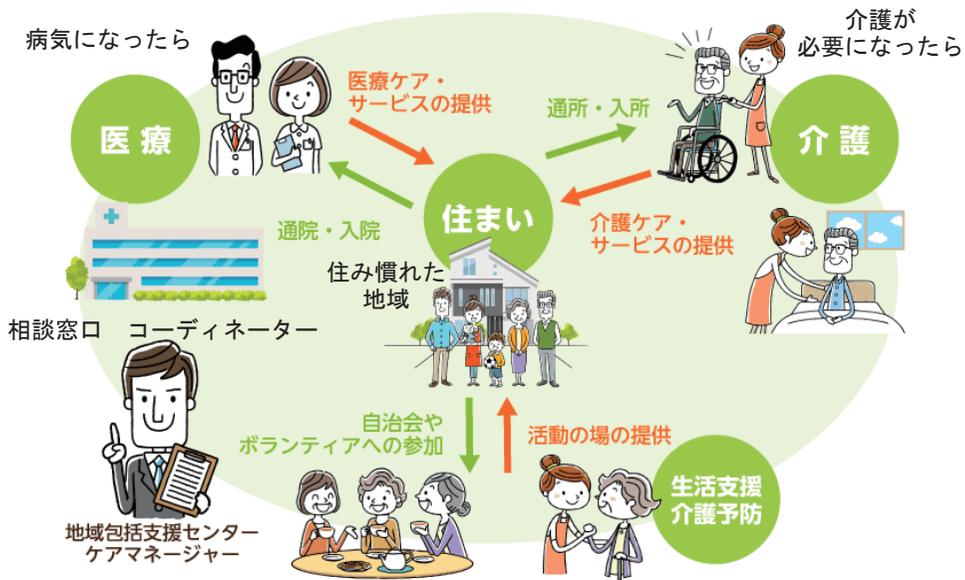


図 1.3 地域包括（保健・医療・福祉・介護）システムのイメージ<sup>8)</sup>

たすのが地域・コミュニティである。

**コミュニティ** (community) とは、生活地域、特定の目標や特定の趣味など、何らかの共通の結びつきをもつ集団のことである。コミュニティの重要な要素として価値観が共有されることがある。コミュニティは人と共存するために、人としての成長や安心の場としても重要である。コミュニティは①地縁団体（自治体、町内会、子ども会など）、②地域で特定の目的をもつ団体（消防団、子育て支援グループ、健康まちづくり委員会など）、③地域と関係のない特定目的団体（福祉ボランティア、スポーツクラブなど）などに分類される。また、情報通信技術の発達により地域を超えた多様なコミュニティを形成している。現在、厚生労働省は地域共生社会の実現に向けた取り組みを推進している。

健康行動においてなかなか実行に移せないことを、他者や組織的な社会サポートによって自己採択・自己決定し生活や環境をよりコントロールしようとしていくことを「**エンパワメント（自己管理能力）**」という。コミュニティエンパワメントは、誰もが安心して暮らせる健康な地域を目指して、地域の人々が対等な立場で対応するなかでお互いにつながり、支えあう関係を形成し、共通の課題解決に向かうための過程である。

「**コミュニティオーガニゼーション**」は、地域援助技術ともよばれ、地域全体の問題である場合、地域共通の問題として地域住民自身が地域ぐるみで問題を解決することができるように援助する方法である。公衆栄養活動は、住民の参加が主体であ

り、行政はコーディネータとして介する。

公衆栄養活動における地域組織活動で代表的なものに、「**食生活改善推進員**」の活動がある。市町村保健センターなど地域で開催される健康教室の受講者から、健康習慣を継続するための手段としてグループが組織され、「私達の健康は私達の手で」をスローガンに、食を通した健康づくりのボランティアとして活動している。

しかし、近年、ライフスタイルや価値観の多様化によって従来のコミュニティ機能の崩壊が指摘されるようになり、地域組織活動が包括的に継続していくには、「**ソーシャル・キャピタル (社会関係資本)**」が注目されている。コミュニティの「ネットワーク (絆)」から生まれる「信頼」、「規範」は、人々の協調行動を活発にすることによって社会の効率性を高めることができるという。ソーシャル・キャピタルが豊かな地域では、住民の主観的健康感が良好で死亡率や精神病の有病率、犯罪率が低いことなどが社会疫学調査から明らかとなってきた。健康日本21 (第二次) の目標に「ソーシャルキャピタルの向上」があげられている。

**例題 1** 公衆栄養の概念に関する記述である。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. 公衆栄養の目的は、地域社会を構成する個人の生活習慣病の治療にある。
2. 公衆栄養の目的は、QOLの維持にある。
3. 老後の生活を支援する地域包括ケアシステムの構築が進められている。
4. 公衆栄養活動は、コミュニティエンパワメントを尊重する。
5. 公衆栄養活動は、行政が中心となり地域住民の参加を促して推進する。

**解説** 1. 地域社会を構成する個人の生活習慣病の治療ではなく、地域社会を構成する個人または集団の「健康の増進・推進」と「疾病や介護の予防」の観点から実践する栄養活動である。 2. 公衆栄養学の目的は、QOLの向上にある。 3. 住み慣れた地域で自立した生活を支援する地域包括ケアシステムの構築が進められている。 5. 公衆栄養活動は、住民の参加が主体であり、行政はコーディネータとして介する。

解答 4

## 2 公衆栄養活動

### 2.1 公衆栄養活動の歴史

#### (1) 明治時代から大正時代

わが国の公衆栄養活動は、経済の発展と軍事力の強化によって近代的な国家「富

国強兵」を遂行する明治時代から始まった。食料不足を背景とする体位の低下などを改善のため、「栄養学」が発達した。また「欠乏（不足）」の栄養学ともいわれている。

海軍軍医であった高木兼寛<sup>たかき かねひろ</sup>は、脚気は食べ物に原因があると考え、イギリス海軍の食事を参考に兵食の改良を行い、明治 17（1884）年に脚気の予防策を見出した。脚気の原因となるビタミン B<sub>1</sub> の発見は明治 44（1914）年である。

佐伯矩<sup>さいき ただす</sup>は、大正 3（1914）年に私設の栄養研究所を設立した。その後、大正 9（1920）年に国立栄養研究所が開設され、大正 11（1922）年には、国民に必要な栄養素量を設定した「日本人の栄養要求量標準」を発表した。大正 14（1925）年に私立の栄養学校を設立し、翌年「栄養技手」を輩出した。昭和 9（1934）年には日本の医学会分科会に「栄養学」の確立を果たした。

## (2) 昭和初期

栄養行政の開始は、栄養士が各地方庁に配置された昭和 4（1929）年である。昭和 9（1914）年に東北 6 県に国家補助による栄養士 2 名が配置され、冷害救済対策のために協同炊事が行われた。昭和 12（1937）年には、栄養の改善に関する指導を行うべきことを定めた保健所法が制定され、翌（1938）年に栄養行政所管である厚生省が創設された。

## (3) 昭和 20 年代（戦後・復興期）（表 1.1）（表 1.2）

昭和 20（1945）年 4 月に「**栄養士規則**」および私立栄養士養成所指定規則が制定され、栄養士の身分と業務が確定された。同年 12 月、諸外国から食料援助を受けるために連合軍司令部（GHQ）指令による東京都内の栄養調査が実施された。終戦後の混乱期（～昭和 24 年）の食糧事情はたいへん過酷な状態であった。昭和 22（1947）年には新憲法のもと、**栄養士法**が公布され、同じく「保健所法（現：**地域保健法**）」には、保健所への栄養士配置が規定された。

1945 年以降のわが国の公衆栄養活動は、1) 地域における栄養改善活動、2) 栄養の専門職制度の構築と養成、3) 国民の健康・栄養調査（モニタリング評価機能）の 3 つの面からみることができる。地域における栄養活動は、①1945～1965 年間の地域の自主活動を通じた健康づくりと食生活改善、②1966～1999 年間の国の政策に基づいた地域主体の健康づくり施策、③2000 年以降の少子高齢化を背景とした栄養問題への多分野連携対応へと、経済や社会状況の変化のなかで対応した活動を推進してきた。

積極的な健康づくり施策への展開のきっかけは、1964 年 10 月開催の東京オリンピックである。健康・体力づくりの機運が高まり、同年 12 月に、「健康は他から与

えられるものでなく自ら作り出すものである。」として「国民の健康・体力増強対策について」が閣議決定された。1970年代に入り、国民一人ひとりが「自分の健康は自分で守る」という自覚と認識をもつことが重要と考え、国民健康づくり対策を立ち上げ、これまでに4次にわたる健康づくり対策が行われている<sup>9)</sup>。④新型コロナウイルス感染症予防行動（ステイホームの強調など）によって、国民生活のあり方が大きく変化した。「新しい生活様式」に対応した栄養・食生活および食環境に対応した課題策を検討し、健康の保持・増進につなげる活動の展開は重要となっている。

表1.1 公衆栄養活動の歴史（1945年以降）

戦後混乱期（食料・栄養不足への対応）	
1945	栄養士規則の交付
1945	私立栄養士養成所指定規則の制定 第2次世界大戦の終戦
1945	連合国軍司令部（GHQ）東京都民の栄養調査
1946	厚生省公衆保健局に栄養課の独立 国民健康栄養調査の実施
1947	食品衛生法制定 保健所法（新）の制定より栄養士配置 栄養士法の交付（栄養士規則廃止）→ 1948 施行
1948	医療法制定
1949	栄養士試験制度発足
1952	栄養改善法制定
1954	学校給食法制定
経済成長期（急激に変化する食生活への対応）	
1958	食生活改善組織の育成の推進 調理師法の公布 6つの基礎食品の普及
1959	（社）日本栄養士会設立
1962	管理栄養士制度創設（栄養士法の一部改正） 栄養改善法一部改正 → 集団給食施設に管理栄養士配置の努力規定
1963	第1回管理栄養士国家試験実施
1964	東京オリンピック → 国民の健康・体力増強対策について閣議決定
1965	厚生省栄養科で健康増進事業を実施 母子保健法の公布
1969	日本人の栄養所要量の改定
1970	保健所事業として「保健栄養学級」が制度化 → 栄養・運動・休養の総合的指導
1973	病者用特別用途食品の規定設定
1974	学校給食法一部改正 → 学校栄養職員（栄養士）の配置規定

表1.2 わが国の健康づくり対策時代の公衆栄養活動

1978	第1次国民健康づくり対策実施（～1987）
1982	・市町村保健センターの創設
1983	・老人保健法の公布
1985	・食生活改善推進員の教育事業における国庫補助制度の創設 ・栄養士法の一部改正 → 管理栄養士国試験制度の開始 ・栄養改善法の一部改正 → 都道府県知事の指定する集団給食施設に管理栄養士の必置義務
1986	・健康づくりのための食生活指針の策定 ・日本人の肥満とやせの判定表・図の策定
1987	・加工食品の栄養成分表示制度の開始 ・第1回管理栄養士国家試験実施
1988	第2次国民健康づくり対策：アクティブ80ヘルスプラン（～1997）
1989	→ 健康運動指導士（1988年）、健康運動実践指導者（1989年）の養成開始
1990	・健康づくりのための運動所要量の策定 ・健康づくりのために食生活指針（対象特性別） → 成人病、成長期、女性（母性含む）、高齢者の4区分
1992	・外食栄養成分表示ガイドライン策定 ・第3次老人保健計画開始 → 栄養士は健康教育、健康相談、健診後の栄養指導、寝たきり者等の訪問栄養指導の推進を図るとされる
1993	・医療法の一部改正 → 特定機能病院の管理栄養士配置の制度化 ・健康づくりのための運動指針の策定 ・特定保健用食品の表示許可開始
1994	・地域保健法公布（保健所法大改正と名称の変更） ・栄養改善法の一部改正 → 市町村が住民のニーズに沿った栄養相談・指導サービスを行う（1997年から実施）
1995	・健康づくりのための休養指針発表 ・食品衛生法と栄養改善法の一部改正 → 栄養表示基準制度の創設（1996年から導入）
1996	・成人病に代わって生活習慣に着目した「生活習慣病」の概念が提案される
1997	・健康づくりのための年齢・対象別身体活動指針策定 ・介護保険法公布（2000年施行）
1999	・第6次改訂日本人の栄養所要量策定 → 食事摂取基準の導入
2000	・栄養士法の一部改正 → 管理栄養士の資格を免許制に変更、管理栄養士業務の明確化、 国家試験の受験資格の見直し
2000	第3次国民健康づくり対策 → 「健康日本21」（～2012）
2001	・食生活指針策定（文部・厚生・農林水産省） ・厚生省 → 厚生労働省（省庁再編） ・保健機能性食品制度創設 ・すこやか親子21策定 → 母子の健康水準を向上させる取り組み
2002	・健康増進法公布（栄養改善法の廃止）
2003	・健康づくりのための睡眠指針の発表 ・健康増進法による国民健康・栄養調査の実施（国民栄養調査から改称）
2004	・食品安全基本法の公布 ・食事摂取基準（2005年版） ・栄養教諭制度創設（文部科学省）2005年より実施
2005	・食育基本法公布（内閣府） ・食事バランスガイド発表（厚生労働省・農林水産省） → 食生活指針を具体的な行動に結びつけるための指導媒体

表1.2 わが国の健康づくり対策時代の公衆栄養活動（つづき）

2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険法一部改正                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 介護保険施設に栄養ケア・マネジメントの導入、低栄養の高齢者に対する「栄養改善プログラム」の導入（2006年の実施）</li> </ul> </li> <li>・健康フロンティア戦略の開始</li> <li>・老人保健法の改正                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 高齢者の医療確保に関する法律の交付（2008年施行）</li> <li>特定健康診査・特定保健指導制度</li> </ul> </li> <li>・妊産婦のための食生活指針策定</li> <li>・健康づくりのための運動指針2006策定</li> <li>健康づくりのための運動指針2006〈エクササイズガイド2006〉策定</li> <li>・食育基本計画策定（内閣府）</li> </ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新カリキュラムによる管理栄養士国家試験の開始</li> <li>・新健康フロンティア戦略の開始</li> <li>・標準的な健診・保健指導プログラム策定</li> <li>・健康日本21 中間評価報告発表</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>・授乳・離乳の支援ガイド策定</li> <li>・特定健診・特定保健指導開始</li> <li>・地域における行政栄養士による健康づくりおよび栄養・食生活の改善についての通知                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 行政栄養士の業務の基本方針が示される</li> </ul> </li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第15回国際栄養士会議開催（横浜）</li> <li>・消費者庁の設置                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 食品衛生法健康増進法一部改正（食品等の表示制度が消費者庁に移管）</li> </ul> </li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事摂取基準（2010年版）策定</li> </ul>
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チーム医療における栄養サポート加算の新設（診療報酬の改定）</li> <li>・第2次食育推進基本計画策定（内閣府）</li> </ul>
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康日本21の最終目標に対する最終報告の発表</li> <li>・健康増進基本方針の全面改訂</li> </ul>
2013	<p>第4次国民健康づくり対策→健康日本21（第二次）策定（～2023）</p>
2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康づくりのための身体活動基準2013および健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）策定</li> <li>・食品表示法の公布（2015年実施）</li> <li>・日本人の食事摂取基準（2015年版）</li> <li>・健康増進法 一部改正 → 受動喫煙対策</li> <li>・母子保健法 一部改正</li> </ul>
2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所の設立</li> <li>・管理栄養士養成課程におけるモデルカリキュラム2015の提示</li> <li>・第3次食育推進基本計画（2016～2020年度）                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 食育事務が内閣府から農林水産省に移管、食育基本法一部改正</li> </ul> </li> <li>・すこやか親子21（2次）策定（～2024）</li> <li>・食品表示法 施行（消費者庁）</li> <li>・日本食品標準成分表2015年版の公布</li> </ul>
2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食生活指針 一部改正</li> </ul>
2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後期高齢者保健事業の全国展開</li> <li>・健康日本21（第二次） 中間評価報告書発表</li> </ul>
2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食品ロスの削減の推進に関する法律の交付</li> <li>・日本人の食事摂取基準（2020年版）</li> <li>・授乳・離乳の支援ガイド（2019年改正版）</li> </ul>
2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本食品標準成分表2020年版の公布 全面改訂</li> </ul>
2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第4次食育推進基本計画（2021～2025）（農林水産省）</li> </ul>

## 2.2 生態系保全のための公衆栄養活動

WHOは、健康のための前提条件として、平和、住居、教育、食物、収入、持続可能な生存のための資源、社会的正義と公平性および「安定した生態系」をあげている。

効率的な食料のエネルギー生産コントロールを含め、人のさまざまな活動によって発生する二酸化炭素などの物質循環は、自然生態系をゆがめている。

世界の人口は、医学の進歩、食料の増産、環境衛生の改善によって死亡率が低下したことで、20世紀に入り驚異的に増加した。しかし、世界で8億2千万人以上が飢えている一方、成人20億人以上が肥満や食事に関連する生活習慣病で苦しんでいる。

2000年のFAO（国際連合食糧農業機関）報告（World Agriculture Towards 2030/2050）では、人口割合は先進国の20%に対し、開発途上国は80%である。先進諸国の穀類消費量は625 kg/人で直接消費量は140 kg、間接消費量は牛・豚・鶏などの家畜の飼料である。それに対し、開発途上国の穀類消費量は235 kg/人、そのうち直接消費量200 kgである。食料分配は平等ではない<sup>10)</sup>。

WFP（国際連合世界食糧計画）は世界の食料の1/3が廃棄されており、その量は20億人分、経済損失額にして84兆円と報告している。日本も同様に、食べられる食品の1/3が廃棄され、家庭ごみではその半分を食べられる食品が占めている<sup>11)</sup>。

食生活指針（2016年に一部改訂された）には「食料資源を大切に、無駄や廃棄の少ない食生活」の項目を掲げている。2019年には「食品ロスの削減の推進に関する法律」が施行された。

「SDGs : Sustainable Development Goals（持続可能な開発目標）」は、2015年に国連で開かれたサミットで、国際社会共通の2030年までに達成すべき17の目標をあげ、そのひとつに「飢餓の撲滅」がある。持続可能な食料生産と食生活への変革を訴えるEAT財団と環境汚染と健康を研究するランセット委員会のプロジェクト結果報告は、2019年に地球にやさしい健康な食事として、各地域で健康と文化を維持できる「食事の目標」を定めた。その内容は、バランスのとれた内容の食事量であり、日本人にとって大きな食事変革を起こすものでない。しかしながら、日本の食料エネルギー自給率は37%（2020年）であり、豊かな食は、海外より輸入されることで成り立っている。食料輸送に伴い地球環境に与える負荷として排出される二酸化炭素（フードマイレージ）量は、日本は世界のなかで際立って高い<sup>12)</sup>。一人ひとりが地球環境を配慮した持続可能な食品選択、消費が重要となっている。

**例題 2** 生態系保全のための公衆栄養活動に関する記述である。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. 日本では、家庭ごみの1/3を食べられる食品が占めている。
2. 「食品ロスの削減の推進に関する法律」は事業者に協力を求めるものである。
3. 日本の食料エネルギー自給率は37%（2020年）である。
4. フードマイレージ量は、日本は世界のなかでは低い値である。
5. 地球環境を配慮した持続可能な食品選択は、個々人の消費行動には影響しない。

**解説** 1. 日本では、食べられる食品の1/3が廃棄され、家庭ごみでは食べられる食品が半分を占めている。 2. 事業者・消費者双方に協力を求めるものである。 4. フードマイレージ量は、日本は世界のなかで際立って高い。 5. 一人ひとりが地球環境を配慮した持続可能な食品選択、消費が重要となる。 **解答 3**

### 2.3 地域づくりのための公衆栄養活動

公衆栄養活動は、安心していきいきと暮らせる住みよい地域社会の構築をするために、地域に生活し、その暮らしを熟知している住民自らが主体となって、地域課題を解決していく活動や取り組みをすすめることにある。都道府県等の保健所や市町村の保健センターの行政栄養士は、それぞれのパートナーの立場で住民と関係機関や関係者および専門家などを結びつけるコーディネーターとして活動を支援する。

住民参加には、第1段階「知らせる」、第2段階「相談・協議」、第3段階「パートナーシップ」、第4段階「権限の委譲」、第5段階「市民の自主管理」の段階がある。

わが国の健康づくり対策である「**健康日本21**」の総論では、「住民第一主義」の理念をあげ、「情報の提示と対話」、「本人の意思決定を重視した支援」、「専門家が価値づけせず、多様な選択肢の保証」などが計画策定の留意点としてあげられている。

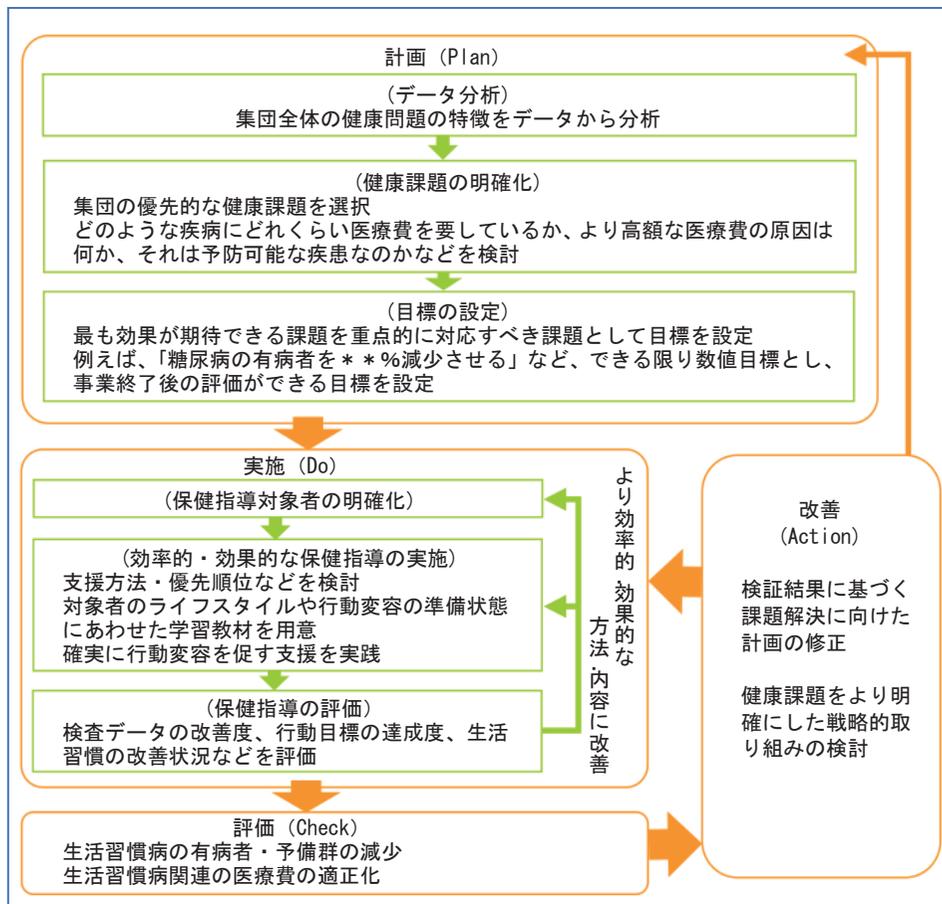
**健康日本21（第二次）**の推進にあたり、2013（平成25）年に「地域における行政栄養士による健康づくりおよび栄養・食生活の改善の基本指針について」が定められた。

公衆栄養活動における地域づくりには、(1)ライフステージに応じた生活習慣改善に関する取り組み、(2)健康なまちづくり、(3)住民および住民組織の育成、(4)連携体制づくり、(5)健康危機管理などの活動項目がある。基本指針を実践するための資料に、「食は、健康や生活習慣病など身体状況との関わりが大きく、地域や環境との関わりも深い。これらの構造を整理したうえで、地域の栄養・食生活改善に取り組

むことが求められる。」と示されている。地域における成果のみえる栄養施策のためには、地域の実態把握・課題分析が必要である。地域集団の把握に健診データをはじめ、レセプトデータ、介護保険データ、その他統計資料などに基づいて健康課題を分析し、その集団においてどのような生活習慣病対策に焦点をあてるか、優先すべき課題はなにか、明確化を図ることが求められている。

社会に実践反映し、公共政策を健全に推し進めるには、評価する視点が必要である。公衆栄養マネジメントはPDCAサイクル（図1.4）に沿って実施する。行政や専門家が先導型ですすめるのではなく、情報収集の段階から地域住民が参加、協働して、役割や責任を担い、事業の計画策定、実施、評価のすべての場面において、決定のプロセスに関与することが重要となる。

### 保健事業（健診・保健指導のPDCAサイクル）



出典) 厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）」

図1.4 地域特性に応じた公衆栄養活動の展開（保健事業）<sup>13)</sup>

**例題3** 地域づくりのための公衆栄養活動に関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。

1. 公衆栄養活動は、住民自らが主体となってすすめる。
2. 保健所や保健センターの行政栄養士は、サブリーダーとして活動を支援する。
3. 公衆栄養マネジメントはPDCA サイクルに沿って実施する。
4. 行政や専門家が先導型ですすすめるのではなく、情報収集の段階から地域住民が参加協働する。
5. 計画策定、実施、評価すべての場面に、地域住民が決定のプロセスに関与する。

**解説** 2. 保健所や保健センターの行政栄養士は、コーディネーターとして活動を支援する。

**解答 2**

## 2.4 ヘルスプロモーションのための公衆栄養活動

WHO 憲章に、「すべての人々が可能な最高の健康水準に到達すること<sup>14)</sup>」があげられている。1986年WHOがオタワ憲章で新しい健康観に基づく「21世紀における健康づくり戦略概念」を定義した。それが**ヘルスプロモーション**である。

2005年のバンコク憲章で「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス（過程）である。」と再定義された。

ヘルスプロモーションを推進するための具体的な活動方法として①健康的な公共政策づくり、②健康を支援する環境づくり、③地域活動の強化、④個人技術の開発、⑤ヘルスサービスの方向転換の5つがあげられている。このうち、個人技術の開発は、健康のための情報や教育を提供したり、人々の生活技術を高めたりといった、従来の「健康教育」に該当する個人へのアプローチを意味するが、その他は環境整備に含まれるものである。個人レベルと環境レベルの両側面からのアプローチによる計画が重要となっている。

健康とその要因をコントロール（調整・管理）することとは、健康的な生活のためによりよい意思決定ができることである。しかし、健康は生きるための目的ではなく、毎日の生活を営むための資源である。住民がQOL（生活・人生の質）の向上を目指して健康的な生活を営むには、個人のライフスタイル確立のための知識・技術教育だけでなく、住民同士の支え合いや組織化によりパワーは強化される。あわせて法律や政策・保障の整備、食環境からのアプローチとして食品企業や飲食店による食塩や脂肪の低減商品など、健康に配慮した食品の提供によって、坂道の傾斜度は下がるのである（**図 1.5**）。

日本における代表的なヘルスプロモーション政策である 2000 年にスタートした「健康日本 21」は、2013 年の「健康日本 21（第二次）」に引き継がれ「健康を支えるための社会環境の整備」について目標項目と目標値を掲げている。

なお、健康の決定要因は経済的・社会的要因とされる<sup>15)</sup>。ヘルスプロモーションの究極の目標は、平和である。平和であるからこそ、健康や QOL が求められるのである。

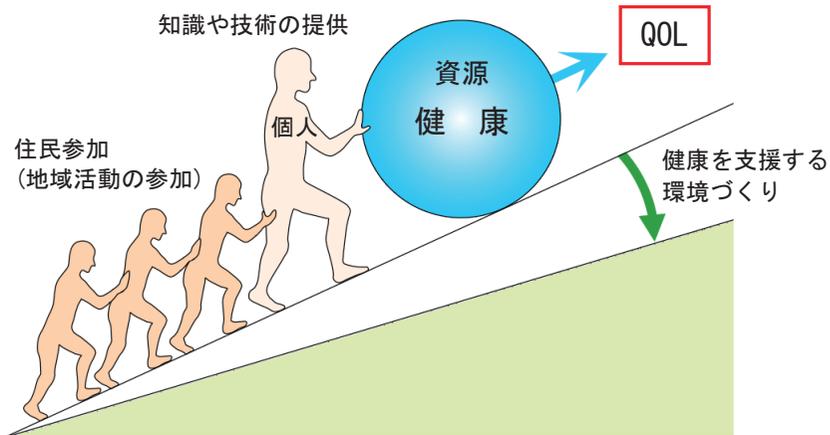


図1.5 ヘルスプロモーションの考え方

**例題 4** ヘルスプロモーションに関する記述である。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. 人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス（過程）である。
2. 個人レベルでのアプローチによる計画が最重要となる。
3. 住民同士の支え、組織化は必要としない。
4. 日本における代表的なヘルスプロモーション政策は「アクティブ 80 ヘルスプラン」である。
5. 究極の目標は生活習慣病の予防である。

**解説** 2. 個人レベルと環境レベルの両側面からのアプローチによる計画が重要となる。 3. 住民同士の支え、組織化によりパワーは強化される。 4. 「健康日本 21」である。 5. 究極の目標は平和である。 解答 1

## 2.5 エンパワメント（自己管理能力）のための公衆栄養活動

ヘルスプロモーション概念における**エンパワメント（自己管理能力）**は、住民自

らが参加し、主体となることである。QOLの向上に必要な情報を取捨選択し活用する、それによって実行していくその過程において、力や能力を身につけていくことにある。

「**特定健康診査・特定保健指導**」では、特定健診実施率（受診率70%以上）を目標に掲げており、効果的な生活習慣病予防・改善のための健康診断で健康状態をまず知ることが重要である。その受診を自身で決め、行動に移すことを促すために支援するものである。公衆栄養活動において、専門家や行政が先導して住民の課題解決に関わるという関係性よりも住民自身が参加し取り組むことがより効果的であるため、その能力を最大限に発揮させ健康的な生活行動へと変容させるよう、専門家や行政が支援することが重要である。

個人エンパワメントと組織・コミュニティエンパワメントは分けているが相互作用がある。組織・コミュニティのエンパワメントは、そこにいる人同士が助け合うつながりや信頼関係が、組織やコミュニティの「力」として、大きな社会的活動へと広げていくこととなる。

エンパワメントのプロセスを踏まえた住民組織・団体への支援における行政担当者の役割として、①地域の健康実態や健康資源についての情報提供、②活動の目的や内容について話し合う機会の確保、③活動の発表や交流の機会の提供、④成果の見える化など、活動の成果を実感できるための支援、⑤健康増進計画など、保健福祉計画の策定・推進への参画があげられている<sup>16)</sup>。

**例題5** エンパワメントのための公衆栄養活動に関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。

1. エンパワメントは、住民自らが参加し、主体となることが重要である。
2. 「特定健康診査・特定保健指導」では、受診率70%以上を目標に掲げている。
3. 専門家や行政は住民自身の能力を最大限に発揮させるよう支援することが重要である。
4. 個人エンパワメントと組織・コミュニティエンパワメントはまったく別物で分けて考える必要がある。
5. 住民組織・団体への支援における行政担当者の役割として、健康増進計画など、保健福祉計画の策定・推進への参画がある。

**解説** 4. 個人エンパワメントと組織・コミュニティエンパワメントは分けているが相互作用がある。

**解答 4**

## 2.6 疾病予防のための公衆栄養学活動

医学の進歩や生活環境の改善によって感染症が激減した一方、がんや循環器疾患などの生活習慣病が増加し、疾病構造は大きく変化した。生活習慣病は、自らの心がけによって発症に関わる要因を減らすことで予防が可能となる。日頃から個々が健康の大切さを認識し、自らの健康づくりに責任をもって取り組むことが大切であり、国や医療機関、保険者などはそれをサポートし、それぞれの役割を果たすことが重要である。

健康状態を示す包括的指標である健康寿命と平均寿命の差が短縮できれば、一人ひとりのQOL低下の防止とともに、社会保障負担の軽減とその先の社会保障制度の持続にもつながる。

公衆栄養活動では、一次予防に重点が置かれ、すべての人を対象とした疾病予防活動政策である「**ポピュレーションアプローチ**」と疾病の危険因子をもつ人を対象とした「**ハイリスクアプローチ**」の2つの戦略があわせ実施されている（**図1.6**）。

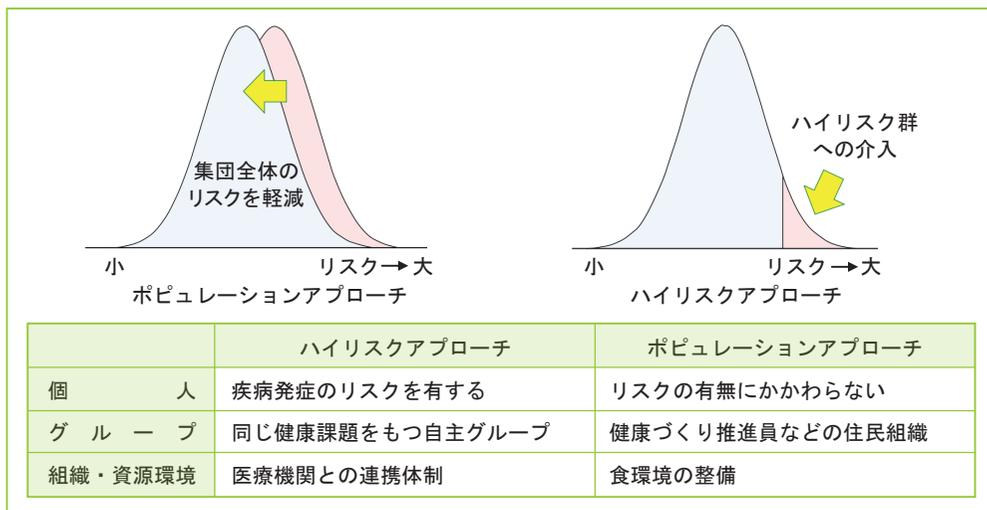


図1.6 働きかけの対象

不適切な生活習慣（身体活動低下、食生活の質の低下、喫煙など）によって、肥満、脂質異常、血糖高値、血圧高値を引き起こし、その因子が重なるほど、動脈硬化を進行させ、心疾患、脳血管疾患を発症するリスクが高まる。2008年から始まった「特定健康診査・特定保健指導」は、**メタボリックシンドローム（内蔵脂肪症候群）**に着目し、40～74歳以下の被保険者・被扶養者に対する医療保険者に義務づけた。健診結果に基づいて生活習慣を改善することで効果的な習慣病予防・改善ができるとしてハイリスクアプローチ戦略の代表的な政策である。ポピュレーションア

アプローチの代表的な政策は、国民の健康づくり政策である「健康日本 21（第二次）」がある。生活習慣病予防対策に「栄養・食生活」分野をあげ、科学的根拠をもとに、危険因子と生活習慣などとの関連から、その項目と目標値をかかげ改善に向けて取り組みを進めている（図 1.7）。

健康寿命延伸のために、生活習慣病予防推進として厚生労働省が展開する国民運動「スマート・ライフ・プロジェクト」がある。企業連携を主体とした取り組みで、「運動」「食生活」「禁煙」を具体的なアクションでよびかけている。

健康増進では、2015年に国連サミットで採択された「SDGs（持続可能な開発目標）」で、国や行政と個人や地域を背景に「企業」も入り、企業が従業員などへの健康投資（従業員の健康保持・増進に取り組み）を行うことによって、従業員の活力向上や生産性の向上など組織の活性化をもたらし、結果的に業績向上や株価向上につながる「健康経営」という考え方が広まってきている。

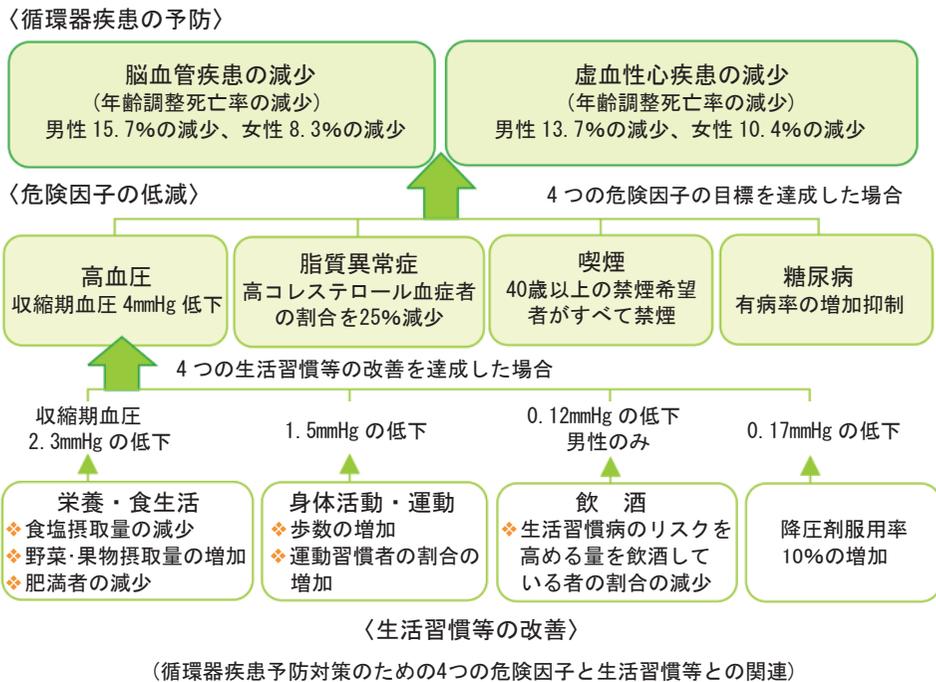


図 1.7 健康日本 21（第二次）における循環器疾患の目標設定の考え方

**例題 6** 疾病予防のための公衆栄養学活動に関する記述である。誤っているのはどれか。2つ選べ。

1. ポピュレーションアプローチは一次予防に重点が置かれ、すべての人を対象とした疾病予防活動政策である。

2. ハイリスクアプローチは疾病の危険因子をもつ人を対象とする。
3. 「特定健康診査・特定保健指導」は、ポピュレーションアプローチの代表的な政策である。
4. ハイリスクアプローチの代表的な政策は、「健康日本 21（第二次）」である。
5. 健康経営とは、企業が従業員の健康保持・増進に取り組むことで生産性の向上など活性化をもたらし、結果的に業績向上につながるという考え方である。

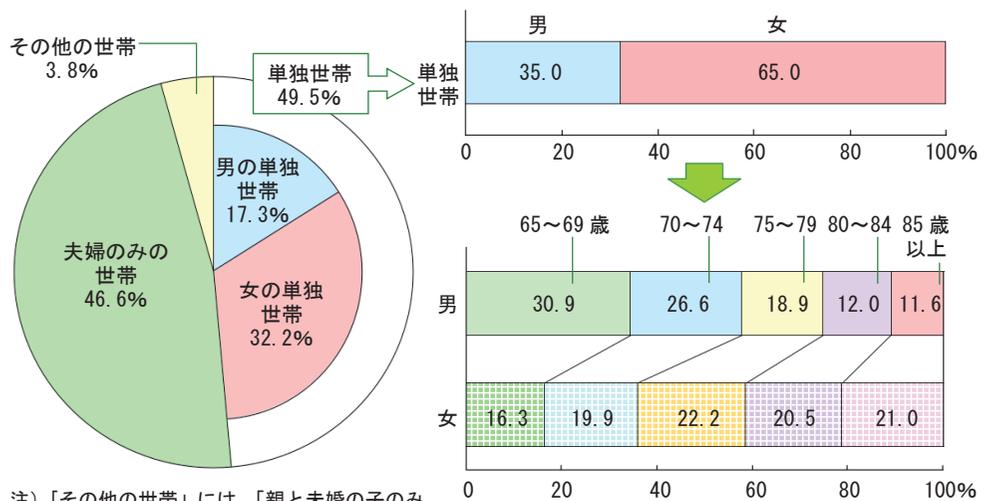
解説 3. 「特定健康診査・特定保健指導」は、ハイリスクアプローチである。

4. 「健康日本 21（第二次）」はポピュレーションアプローチである。 解答 3、4

## 2.7 少子・高齢社会における公衆栄養活動

わが国の高齢化の特徴は、世界に類をみない速さで進行したことにある。高齢化の主な要因として、死亡率低下に伴う平均寿命の伸長と合計特殊出生率の低下による年少人口の減少である。2020年9月の高齢化率（総人口における65歳以上の割合）は28.7%と世界最高である。合計特殊出生率（1人の女性が一生の間に出産する子どもの平均数）の低下は、人口減少社会を招き、労働力人口や消費人口が減少し、人口の高齢化を促進させる。

人口構造の変化は世帯構造にも影響し、高齢者の単独世帯、夫婦のみの世帯を増加させている。特に高齢者単独世帯の約7割が女性で、6割以上が後期高齢者である（図1.8）（図1.9）。高齢者の介護をはじめ支援を要する負担は増大している。



注) 「その他の世帯」には、「親と未婚の子のみの世帯」および「三世帯世帯」を含む。

出典) 国民生活基礎調査 (2019)

図1.8 高齢者世帯の世帯構造<sup>17)</sup> 図1.9 65歳以上の単身世帯の性・年齢構成<sup>17)</sup>

「低栄養傾向」の基準は、要介護や総死亡リスクが統計学的に有意に高くなるポイントとして示されている BMI 20 以下が有用と考えられている。健康日本 21（第二次）の目標項目では「低栄養傾向（BMI 20 以下）の高齢者の割合の増加の抑制目標値 22%」をあげている。指標の評価は、国民健康・栄養調査によって得ている。

農林水産省農林水産研究所は、高齢単独世帯で調理食品の支出の増大、食の外部化がより進むと分析している。農林水産省は 65 歳以上の高齢者で、食料品店舗まで 500m 以上ありかつ自動車を利用できないことを「食料品アクセス困難者（買い物弱者）」と定義している。2010 年と比べ 2025 年には 56.4%増加すると推計し、農村的地域でなく都市的地域により深刻な問題になると指摘している。高齢者の健康な食は食品摂取の多様性維持と食の外部化の両立であることが示されている。<sup>18)</sup>

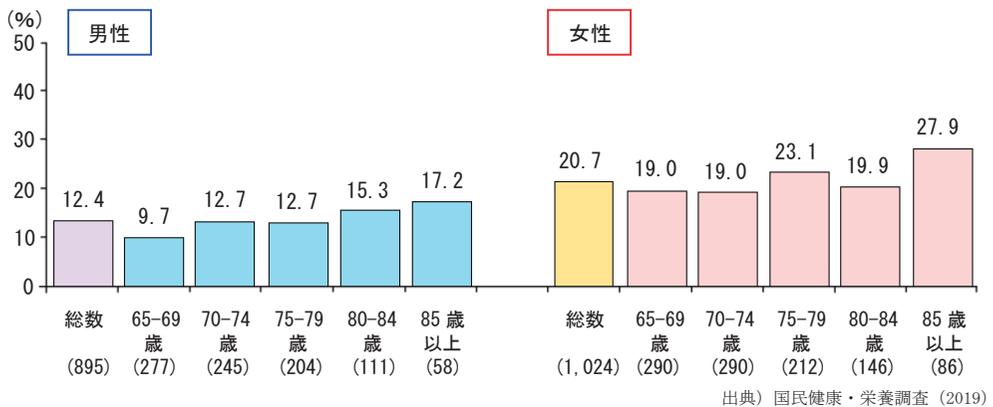


図1.10 低栄養傾向の者 (BMI ≤ 20 kg/m<sup>2</sup>) の割合 (65 歳以上、性・年齢階級別)<sup>19)</sup>

高齢者の医療機関退院後の行き先は「家庭」が約 7 割と最も多い。厚生労働省より 2017（平成 29）年に示された、「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン」は、地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業において望まれる栄養管理について、事業者向けのガイドラインを定めた。低栄養の防止・改善と地域高齢者等の食生活を支援する手段のひとつとして、配食の果たす役割は大きいと期待されている。<sup>20)</sup>

少子化対策の一環として「**健やか親子 21（第 2 次）**」がある。母子保健の主要な取り組みを提示するもので、その達成に向けて取り組む国民運動計画として、「健康日本 21（第二次）」の一翼を担うものである。社会背景として「子どもの貧困」など、母子保健領域における健康格差が注目されている。「すべての子どもが健やかに育つ社会」として、すべての国民が地域や家庭環境などの違いにかかわらず、同じ水準の母子保健サービスが受けられることを目指している。すべての子どもの育ち

を確実に保障する観点が重要である。<sup>21)</sup>

2005年制定の食育基本法の前文に「子どもたちが豊かな人間性をはぐくみ、生きるうえでの基本であって何よりも食が重要である。」と明記されている。国連児童基金は「世界子供白書 2019」の報告のなかで、日本の過体重の割合が世界のなかでも低く抑えられている理由として「学校給食制度」の効果をあげている。第4次食育推進基本計画の重点課題の方向性では、少子高齢化を背景として「高齢化のなかで、健康寿命の延伸が課題であり、子ども（乳幼児期を含む）から高齢者まで生涯を通じた食育の推進が重要」と示され、「生涯を通じた心身の健康を支える食育の推進」が重点項目とあげられた。

公衆栄養活動は、子どもから高齢者まで生涯を通じて取り組むことが重要である。

## 章末問題

**1** 公衆栄養活動に関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。

1. 生活習慣病の重症化予防を担う。
2. 医療機関で栄養管理がなされている患者は対象としない。
3. ヘルスプロモーションの考え方を重視する。
4. ポピュレーションアプローチを重視する。
5. 住民参加による活動を推進する。

(第34回国家試験)

**解説** 1. 正しい 対象は一次予防から三次予防まで。また健康日本21(第二次)の基本指針にあげられている。「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」 2. 通院で栄養管理されている地域で生活する患者も対象とする。

解答 2

**2** 地域における公衆栄養活動の進め方に関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。

1. PDCAサイクルに基づいた活動を推進する。
2. 住民のニーズを把握するため、自治会を活用する。
3. 活動を効果的に推進するため、関係機関と連携する。
4. 住民の参加は、事業評価段階から行う。
5. 行政栄養士は、コーディネータとして活動する。

(第33回国家試験)

**解説** 4. 事業計画の段階から参加する。

解答 4

3 地域における公衆栄養活動に関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。

1. 科学的根拠に基づいた地域保健活動を推進する。
2. 疾病の重症化予防の推進を含む。
3. ソーシャルキャピタルを活用する。
4. 健康危機管理体制を構築する。
5. ポピュレーションアプローチは、高いリスクをもつ個人を対象にする。

(第29回国家試験)

解説 2. 正しい 健康日本21(第二次)の基本指針にあげられている。「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」 5. 高いリスクをもつ個人を対象にするのは、ハイリスクアプローチである。 解答 5

4 公衆栄養活動に関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。

1. QOLの向上を目指した疾病予防と健康増進を使命とする。
2. 地球生態系における多様な生物との共生を考える。
3. 保健・医療・福祉・介護システムの連携のなかで進められる。
4. 生活習慣病の重症化予防対策が含まれる。
5. 活動の主体は、保健分野を専門とする行政機関に限られる。

(第30回国家試験)

解説 5. 活動の主体は地域住民にある。

解答 5

5 公衆栄養に関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。

1. フードセキュリティの達成を目指す。
2. 地域住民のエンパワメントを重視する。
3. 地域の特性を考慮した健康なまちづくりを推進する。
4. 健康格差の解消に向けた取り組みを行う。
5. 生活習慣病の治療を第一の目的とする。

(第32回国家試験)

解説 1. 正しい フードセキュリティ=食料安全保障 5. 生活習慣病の治療も対象に含まれるが、第一の目的はQOLの向上である。 解答 5

6 地域の公衆栄養活動についての記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。

1. 主な目的は、疾病の治療である。
2. 主な対象者は、地域住民である。
3. 主な活動の拠点は、保健所や保健センターである。
4. さまざまな団体と連携して取り組む。
5. 食の循環を意識した活動を行う。

(第31回国家試験)

解説 1. 主な目的は、QOLの向上である。

解答 1

7 公衆栄養活動の考え方に関する記述である。正しいのはどれか。2つ選べ。

1. 疾病を有する者に対する治療の支援を第一の使命とする。
2. 集団を構成する個人は、対象でない。
3. 地球生態系への影響を考慮する。
4. ヘルスプロモーションの考え方を重視する。
5. ハイリスクアプローチでは、社会全体への働きかけを行う。

(第 28 回国家試験)

解説 1. 公衆栄養活動に治療の支援も含まれるが、目的は QOL の向上である。 2. 集団を構成する個人も対象である。 5. 社会全体への働きかけを行うのはポピュレーションアプローチである。 解答 3、4

8 地域の公衆栄養活動についての記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。

1. 対象者は地域住民である。
2. 活動の拠点には保健所や市町村保健センターがある。
3. 活動の目的には QOL の向上を目的とした疾病予防と健康増進がある。
4. ヘルスプロモーションの考え方を重視する。
5. ハイリスクアプローチでは、地域社会全体への働きかけを行う。

解説 2. 正しい 保健所は都道府県、保健センターは市町村 5. 地域社会全体への働きかけは、ポピュレーションアプローチである。 解答 5

9 公衆栄養マネジメントに関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。

1. 目標値は、改善可能性を考慮して設定する。
2. 公衆栄養活動は、PDCA サイクルに従って進める。
3. アセスメントでは、既存資料の有効活用を図る。
4. 評価では、投入した資源に対する効果を検討する。
5. 活動計画の策定段階では、住民参加を求めない。

(第 34 回国家試験)

解説 5. 活動の計画策定段階においても住民参加を求める。

解答 5

10 公衆衛生活動と PDCA サイクルの組み合わせである。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. 地域活動において減塩教室を開催する -- Plan
2. 中間評価を実施する ----- Do
3. 運動しやすい生活環境を整備する ----- Do
4. 最終評価を次期計画へ反映させる ----- Check
5. 数値目標を設定する ----- Act

(第 30 回国家試験)

解説 1. Do (実行) 2. Check (評価) 4. Act (改善) 5. Plan (計画)

解答 3

11 地域における生活習慣病に対するハイリスクアプローチである。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. 広報紙による情報提供
2. 公共施設におけるポスターの掲示
3. 特定保健指導における積極的支援
4. スーパーマーケットにおける減塩キャンペーンの実施
5. 市民公開講座の開催

(第33回国家試験)

**解説** 1. 2. 4. 5. ポピュレーションアプローチ（リスクの有無にかかわらず集団全体を対象とする）  
3. ハイリスクアプローチ（疾病を発症しやすい高いリスクをもった特定を対象） 解答 3

12 C市で循環器疾患予防10か年戦略を策定し、公衆栄養プログラムを実施することになった。行政と住民の関わりに関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。

1. プログラム推進委員会に住民代表の参加を求める。
2. 対象住民への問診は、住民代表が実施する。
3. プログラムの優先順位決定には、住民の意見を取り入れる。
4. 食生活改善推進員によるボランティア活動と連携する。
5. プログラムの効果判定時に住民が意見を述べる。

(第29回国家試験)

**解説** 2. 研究の倫理において、個人の特定や個人情報流出防止等のために、調査対象に所属する者が調査に直接関わらないことは鉄則である。 解答 2

13 公衆栄養マネジメントに関する記述である。( )に入る正しいものの組み合わせはどれか。

1つ選べ。

公衆栄養活動は、計画の策定、実施、評価、改善という過程を踏んで実施する。これを（ a ）と呼ぶ。活動には住民参加が大切であり、専門家が現状分析を行い、課題を明確化した後に住民参加を求める手法を（ b ）という。また、活動実施中も常に評価し、活動に反映させることを（ c ）という。

- |                   |                |             |
|-------------------|----------------|-------------|
| 1. a : PDCA サイクル  | b : 課題解決型アプローチ | c : 介入調整    |
| 2. a : PDCA サイクル  | b : 目的設定型アプローチ | c : フィードバック |
| 3. a : PDCA サイクル  | b : 課題解決型アプローチ | c : フィードバック |
| 4. a : モニタリングシステム | b : 目的設定型アプローチ | c : フィードバック |
| 5. a : モニタリングシステム | b : 課題解決型アプローチ | c : 介入調整    |

(第29回国家試験)

**解説** 公衆栄養活動は、P(Plan) : 計画の策定、D(Do) : 実施、C(Check) : 評価、A(Act) : 改善という過程を踏んで実施する。

フィードバックとは、活動実施中にも評価し、修正などその活動に反映させることをいう。

住民参加には2つのアプローチがある。

課題解決型：専門家が現状分析を行い、課題を明確化した後に住民参加を求める。

目的設定型：住民を含めた参加者全体で、目的となる理想を協議し共有することから進める。

解答 3

## 参考文献

- 1) QOL-厚生労働省 (WHOQOL Measuring Quality of Life. PROGRAMME ON MENTAL HEALTH pp1-13、DIVISION OF MENTAL HEALTH AND PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE WHO)  
(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1224-14c.p>)
- 2) 健康長寿ネット:<https://www.tyojyu.or.jp/net/kenkou-tyoju/tyojyu-shakai/koreisha-qol.html>)
- 3) 総務省報道資料 令和2年9月20日 <https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics126.pdf>
- 4) 健康日本21 付録1 栄養・食生活と健康・生活の質 (QOL) などの関係について「栄養・食生活分野における目標設定の視点」
- 5) IPBES (2018) Summary for Policymakers of the Assessment Report on Land Degradation and Restoration 「土地劣化と回復に関する評価報告書の政策立案者のための要約」 IPBES: 生物多様性および生態系サーボスに関する政府間科学政策プラットフォーム 環境省
- 6) 農林水産省: 知ってる? 日本の食料事情 ~日本の食料自給率・食料自給力と食料安全保障~ (令和4年3月)
- 7) 吉池信男: 第2版 公衆栄養学 栄養政策、地域栄養活動の理論と展開、p.9、第一出版 (2019)
- 8) 地域包括ケアシステムのイメージ 図解地域包括ケアシステムとは  
(<https://www.minnanokaigo.com/guide/homecare/area-comprehensive-care-system/>)
- 9) 吉野純典ら (編集): 健康・栄養科学シリーズ 公衆栄養学改訂第6版、p.7、南江堂、(2018)
- 10) 時子山ひろみ他: フードシステムの経済学第6版 医歯薬出版、p.163、(2019)
- 11) 国連 WFP ブログ: 考えよう、飢餓と食品ロスのこと (2018/09/1/8)
- 12) 全国地球温暖化防止活動推進センター: 各国フード・マイレージの品目別比較  
([https://www.jccca.org/chart/chart05\\_07.html](https://www.jccca.org/chart/chart05_07.html))
- 13) 地域における行政栄養士による健康づくり及び栄養・食生活の改善について 疾病と食事、地域の関係 (2021/02/05) ([https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/chiiki-gyousei\\_03\\_07.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/chiiki-gyousei_03_07.pdf))
- 14) 日本とWHO WHOの概要 (厚生労働省)
- 15) 島内憲夫、鈴木美奈子: WHOヘルスプロモーションの視点から見た健康日本21一人々の健康と幸福のために、今できること、医学のあゆみ、Vol.271 No.10、1125-1131、2019
- 16) 曾根 智史 (国立保健医療科学院): ソーシャルキャピタルを活用した地域保健対策の推進について、平成29年度保健師中央会議配布版、平成29年7月28日  
(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000174310.pdf>)
- 17) 国民生活基礎調査 (2019)  
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/02.pdf>)
- 18) 食料品アクセス問題と高齢者の健康 2014年10月21日 農林水産政策研究所 研究成果報告会  
([https://www.maff.go.jp/primaff/koho/seminar/2014/attach/pdf/141021\\_01.pdf](https://www.maff.go.jp/primaff/koho/seminar/2014/attach/pdf/141021_01.pdf))
- 19) 国民健康・栄養調査 令和元年 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000687163.pdf>)
- 20) 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理の在り方検討会報告書 平成29年3月1日  
([https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/guideline\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/guideline_3.pdf))
- 21) 「健やか親子21」の最終評価等に関する検討会 座長 五十嵐隆 (国立成育医療研究センター総長)  
(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/s2.pdf>)





## 第2章

# 健康・栄養問題の 現状と課題



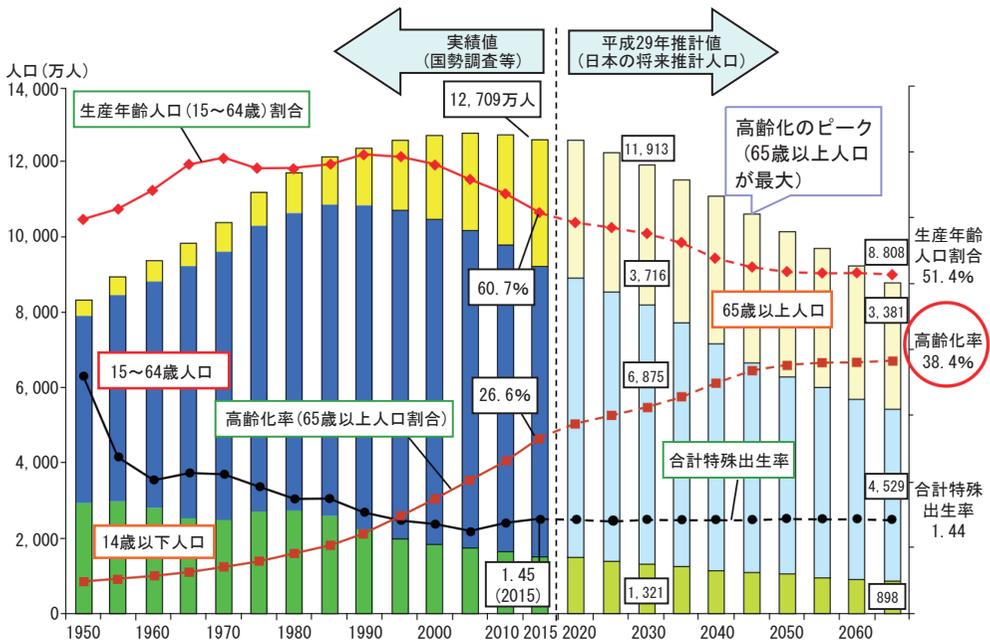
### 達成目標

- わが国の人口・疾患構造の変化がもたらす健康・栄養問題について説明できる。
- 健康状態の変化について説明できる。
- わが国の食生活や食環境の現状と経年変化について説明できる。

## 1 社会環境と健康・栄養問題

### 1.1 人口構成の変遷

わが国では、5年に1度実施される国勢調査（総務省）により、人口や世帯の実態が調査されている。2020（令和2）年国勢調査によると、総人口は1億2614万6099人であった。人口の推移をみると、戦後は上昇傾向を示し、1985（昭和60）年に1億2千万人を超えてからは増加幅が小さくなり、2020（令和2）年は前回（2015（平成27）年）と比較して減少傾向に転じた（図2.1）。さらに、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」によると、今後も人口は減少傾向を続け、2053年には1億人を切ることが推計されている。なお国勢調査の対象は、「日本に常在するすべての人」であり、日本に住む外国人も含まれている。したがって、総人口とは、日本人人口と外国人人口の合計であり、外国人人口も含まれている。



日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。

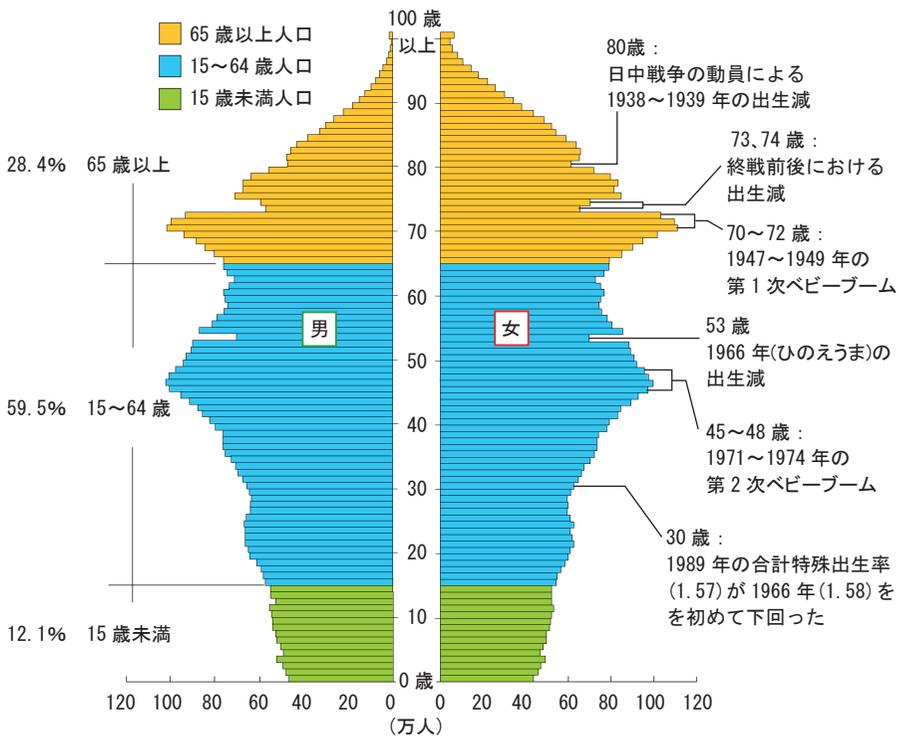
出典）総務省：国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成29年推計）；出生中位・死亡中位推計（各年10月1日現在人口）  
厚生労働省：人口動態統計

図2.1 わが国の人口推移

国勢調査による人口を基準人口として、その後の人口動向を他の人口関連資料から得て推計された人口が、「人口推計」として毎月報告されている。人口推計による人口増減をみると、2011（平成23）年以降、人口が減少している。2019（令和元）

年10月1日現在の人口推計によると、老年人口（65歳以上）割合は28.4%、生産年齢人口（15～64歳）割合は59.5%、年少人口割合は12.1%であった。性・年齢階級別人口を総人口に対する割合で示したグラフを「人口ピラミッド」といい、その時の人口構成を示しており、現在はつぼ型をしている（図2.2）。さらに図2.1の折れ線グラフに示す通り、年少人口割合と生産年齢人口割合は減少傾向であり、老年人口割合は増加傾向を示している。将来推計人口からも、この傾向は今後も加速することが見込まれている。

このように、わが国の総人口は減少している一方で、年少人口割合が減少し、老年人口割合が増加しており、少子高齢化が進んでいる。



出典) 総務省統計局：人口統計（2019（令和元）年10月1日現在）

図2.2 人口ピラミッド (2019年10月1日現在)

## 1.2 少子化

現在わが国は、少子化が進んでいる。少子化とは、「出生率が低下し、子どもの数が減少すること」である。わが国の出生数と合計特殊出生率の推移を（図2.3）に示した。

これまでの出生数の推移をみると、戦後1947～49年の第1次ベビーブーム期には約270万人、1971～74年の第2次ベビーブーム期は約210万人の子どもが1年間に生まれていたが、1975（昭和50）年以降は200万人を切り、その後も減少の一途を

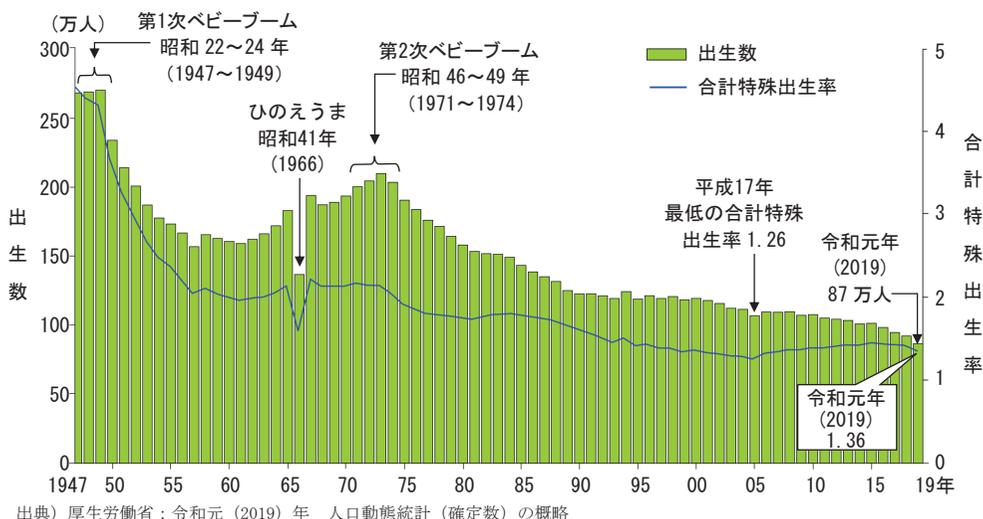


図2.3 出生数および合計特殊出生率の年次推移

たどっている。2016(平成28)年には100万人を切り、近年は過去最低の出生数を毎年更新し、2019(令和1)年の出生数は87万人であった。

**合計特殊出生率(粗再生産率)**は、15～49歳までの女性の年齢別出生率を合計したものであり、人口置換水準(約2.1)を下回った状態が継続すると、長期的には人口が減少すると考えられている。第1次ベビーブーム期には4を超えていたが、その後低下し、1971～74年の第2次ベビーブーム期の終わりの1974(昭和49)年に当時の人口置換水準を下回って以降は、長期的にみると減少傾向を示している。2005(平成17)年には過去最低の合計特殊出生率1.26を示し、その後緩やかな上昇傾向にあったが、ここ数年微減傾向にあり、2019(令和元)年の**合計特殊出生率**は1.36であった。

このようなわが国の少子化の背景には、さまざまな要因が絡み合っている。少子化の主な原因として、未婚化の進展、晩婚化の進展、夫婦の出生力の低下があると指摘されている。さらにこれらの背景には、仕事と子育てを両立できる環境整備の遅れや高学歴化、結婚・出産に対する価値観の変化、子育てに対する負担感の増大、経済的不安定の増大などがある。わが国では、合計特殊出生率が1966(昭和41)年(ひのえうま)の1.58を下回った1989(平成元)年の1.57ショック以降、少子化対策が本格的に開始され、国としてさまざまな少子化対策や子育て支援施策を打ち出しているものの、少子化がますます進んでいるのが現状である。

諸外国の合計特殊出生率のグラフを図2.4に示したが、わが国は、フランス、スウェーデンといった欧米諸国に比べると低いのが、韓国、台湾、香港など近隣のアジア諸国に比べるとやや高い。