

栄養管理と生命科学シリーズ

公衆栄養学

大和田 浩子・中山 健夫 編著

編集者

大和田浩子 山形県立米沢栄養大学 健康栄養学部 健康栄養学科 教授
 中山 健夫 京都大学大学院医学研究科健康情報学 教授

執筆者

平田 治美 松本大学 人間健康学部 健康栄養学科 准教授 (1章)
 衛藤 久美 女子栄養大学 栄養学部 准教授 (2章)
 金谷 由希 山形県立米沢栄養大学 健康栄養学部 健康栄養学科 講師 (3章)
 北林 蒔子 山形県立米沢栄養大学 健康栄養学部 健康栄養学科 教授 (4章、5章5節)
 大和田浩子 山形県立米沢栄養大学 健康栄養学部 健康栄養学科 教授 (5章1～4節)
 阿部 絹子 公益社団法人 日本栄養士会 常務理事 (5章)

はじめに

わが国では、活力ある「人生100年時代」の実現に向けて、健康寿命の更なる延伸が重要な課題となっている。健康寿命の延伸には、食環境の改善は特に重要であり、現在、産学官の連携により、健康無関心層も含め自然に健康になれる持続可能な食環境づくりが推進されている。また、新型コロナウイルスを想定した「新しい生活様式」における食生活の変化や課題への対応が急務となっている。こうした中、様々な集団や自治体、地域の人々の健康・栄養問題に関連する多様な要因を解明し、得られた知見を健康・栄養問題の解決に役立てる公衆栄養学の果たす役割はますます大きくなっている。そのため、公衆栄養領域の管理栄養士には、集団や地域の人々の健康・栄養状態及び社会・生活環境の特徴に基づいた健康・栄養施策や公衆栄養活動を計画して、適切な公衆栄養プログラムを提供するとともに、その結果を検証・評価し、より効果的なものとしていく、いわゆるPDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルをマネジメントする能力が求められている。

このような動向を踏まえ、本書では次のような編集方針をとった。

- ①「管理栄養士国家試験出題基準（ガイドライン）」（2019年）に準拠した項目立てとした
- ②「管理栄養士養成課程におけるモデル・コア・カリキュラム」（2019年）の内容にも対応した構成とした
- ③可能な限り最新の法規、制度、統計データ等を盛り込んだ
- ④各章に達成目標を示し、学習内容の到達度が確認できるよう留意した
- ⑤豊富な図表と簡潔な文章を心がけ、わかりやすく解説した
- ⑥特に重要な箇所に例題を設け、問題を解きながら理解を深められるよう工夫した
- ⑦管理栄養士国家試験の過去問を解説付きで各章末に掲載し、管理栄養士国家試験対策や実力養成の一助とした

本書は、管理栄養士養成課程で必要な公衆栄養学の学修内容を網羅するとともに、最新の公衆栄養に関する専門的な情報を盛り込んだものとなっている。高度な専門知識と専門技能を持ち合わせた管理栄養士養成の教科書として、また、現在、公衆栄養分野に従事されている方々の参考書として、本書が活用されることを願っている。

2022年8月

編集・執筆者を代表して 大和田浩子

目次

第1章 公衆栄養の概念

1 公衆栄養の概念／2

- 1.1 公衆栄養学の意義と目的／2
- 1.2 生態系と食料・栄養／3
- 1.3 保健・医療・福祉・介護システムと公衆栄養／4
- 1.4 コミュニティと公衆栄養活動／4

2 公衆栄養活動／6

- 2.1 公衆栄養活動の歴史／6
- 2.2 生態系保全のための公衆栄養活動／11
- 2.3 地域づくりのための公衆栄養活動／12
- 2.4 ヘルスプロモーションのための公衆栄養活動／14
- 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／15
- 2.6 疾病予防のための公衆栄養学活動／17
- 2.7 少子・高齢社会における公衆栄養活動／19

章末問題／21

第2章 健康・栄養問題の現状と課題

1 社会環境と健康・栄養問題／28

- 1.1 人口構成の変遷／28
- 1.2 少子化／29
- 1.3 長寿社会（高齢社会）／31

2 健康状態の変化／35

- 2.1 平均寿命、健康寿命／35
- 2.2 死因別死亡／36
- 2.3 生活習慣病の有病率／39

3 食事の変化／45

- 3.1 エネルギー・栄養素摂取量／46

- 3.2 食品群別摂取量／49
- 3.3 料理・食事パターン／51
- 4 食生活の変化／53**
 - 4.1 朝食欠食／53
 - 4.2 中食・外食の利用／54
 - 4.3 共食・孤食／56
 - 4.4 食知識・食態度・食スキル／58
- 5 食環境の変化／61**
 - 5.1 食品生産・流通（食物へのアクセス）／62
 - 5.2 食情報の提供（情報へのアクセス）／64
 - 5.3 保健を目的とした食品の提供／65
 - 5.4 フードバランスシート（食料需給表）／67
 - 5.5 食料自給率／68
- 6 諸外国の健康・栄養問題の現状と課題／71**
 - 6.1 食料安全保障・食料不安／71
 - 6.2 栄養不良の二重苦／73
 - 6.3 先進諸国の健康・栄養問題／73
 - 6.4 開発途上国の健康・栄養問題／76
 - 6.5 地域間格差／79
- 章末問題／80

第3章 健康・栄養政策

- 1 わが国の公衆栄養活動／88**
 - 1.1 公衆栄養活動の役割／88
 - 1.2 公衆栄養活動と組織・人材育成／88
- 2 公衆栄養関係法規／90**
 - 2.1 地域保健法／91
 - 2.2 健康増進法／92
 - 2.3 食育基本法／94
 - 2.4 その他の法規／95
- 3 わが国の管理栄養士・栄養士制度／96**
 - 3.1 栄養士法／98

- 3.2 管理栄養士・栄養士の社会的役割／99
- 3.3 管理栄養士・栄養士養成制度の沿革／100
- 3.4 管理栄養士・栄養士養成制度／101
- 4 国民健康・栄養調査／102**
 - 4.1 調査の目的／102
 - 4.2 調査の内容・方法／103
- 5 実施に関連する指針、ツール／106**
 - 5.1 食生活指針／106
 - 5.2 食事バランスガイド／109
 - 5.3 食育ガイド／111
 - 5.4 日本人の長寿を支える「健康な食事」／111
 - 5.5 健康づくりのための身体活動基準 2013／112
 - 5.6 健康づくりのための休養指針／113
 - 5.7 健康づくりのための睡眠指針／114
- 6 国の健康増進基本方針と地方計画／114**
 - 6.1 国の基本方針策定の目的・内容／114
 - 6.2 基本方針の推進と地方健康増進計画／124
 - 6.3 食育推進基本計画策定の目的・内容／126
 - 6.4 食育の推進と地方食育推進計画／129
- 7 諸外国の健康・栄養政策／130**
 - 7.1 公衆栄養活動に関係する国際的な栄養行政組織／130
 - 7.2 諸外国の公衆栄養関連計画／132
 - 7.3 諸外国の食事摂取基準／132
 - 7.4 諸外国の食生活指針、フードガイド／133
 - 7.5 諸外国の栄養士養成制度／136
- 章末問題／137

第4章 栄養疫学

- 1 栄養疫学の概要／144**
 - 1.1 栄養疫学の役割／144
 - 1.2 公衆栄養活動への応用／144
- 2 曝露情報としての食事摂取量／146**

- 2.1 曝露情報としての食事摂取量／146
- 2.2 食事摂取量の個人内変動と個人間変動／147
- 2.3 日常的な（平均的な）食事摂取量／148
- 3 食事摂取量の測定方法／149**
 - 3.1 食事記録法（秤量法と目安量法）／152
 - 3.2 24時間思い出し法／154
 - 3.3 食物摂取頻度調査法（FFQ）とその妥当性・再現性／154
 - 3.4 食事摂取量を反映する身体計測値／158
 - 3.5 食事摂取量を反映する生化学的指標／159
- 4 食事摂取量の評価方法／161**
 - 4.1 食事調査と食事摂取基準／161
 - 4.2 総エネルギー調整栄養素摂取量／163
 - 4.3 データの処理と解析／165
- 章末問題／170

第5章 公衆栄養マネジメント

- 1 公衆栄養マネジメント／178**
 - 1.1 公衆栄養マネジメントの考え方・重要性／178
 - 1.2 公衆栄養マネジメントの過程／178
- 2 公衆栄養アセスメント／180**
 - 2.1 公衆栄養アセスメントの目的と方法／180
 - 2.2 食事摂取基準の地域集団への活用／181
 - 2.3 地域観察の方法と活用／183
 - 2.4 質問調査の方法と活用／183
 - 2.5 既存資料の活用方法と留意点／185
 - 2.6 健康・栄養情報の収集と管理／185
- 3 公衆栄養プログラムの目標設定／188**
 - 3.1 公衆栄養アセスメント結果の評価／188
 - 3.2 改善課題の抽出／189
 - 3.3 短期・中期・長期の課題設定の目的と相互の関連／189
 - 3.4 改善課題に基づく改善目標の設定／190
 - 3.5 目標設定の優先順位／191

4 公衆栄養プログラムの計画	193
4.1 地域社会資源の把握と管理	193
4.2 運営面・政策面のアセスメント	194
4.3 計画策定	199
4.4 住民参加	201
4.5 プログラムに関連する関係者・機関の役割	202
5 公衆栄養プログラムの評価	205
5.1 評価の種類	205
5.2 評価のデザイン	211
5.3 経過（過程）評価の方法	216
5.4 影響・結果評価の方法	218
5.5 評価結果のフィードバック	221
章末問題	221

第6章 公衆栄養プログラムの展開

1 地域特性に対応したプログラムの展開	228
1.1 健康づくり	228
1.2 食育	234
1.3 在宅療養・介護支援	236
1.4 健康・食生活の危機管理と食支援	242
1.5 地域・栄養ケアのためのネットワークづくり	247
2 食環境づくりのためのプログラムの展開	249
2.1 食環境づくりのためのプログラムの展開	249
2.2 食品表示法の施行	251
2.3 特別用途食品・保健機能食品の活用	253
2.4 栄養成分表示の活用	258
2.5 健康づくりのための外食料理の活用	262
3 地域集団の特性別プログラムの展開	266
3.1 ライフステージ別	266
3.2 生活習慣病ハイリスク集団	278
章末問題	281

参考資料

- 1 地域保健法／290
- 2 健康増進法／292
- 3 健康増進法施行規則／301
- 4 健康増進法に規定する
 特別用途表示の許可等に関する内閣府令／303
- 5 食育基本法／304
- 6 栄養士法／308
- 7 母子保健法／310
- 8 高齢者の医療の確保に関する法律／313
- 9 「健康日本 21（第二次）」最終評価報告書（案）概要／326

索引／335



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¹⁾²⁾。

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³⁾。「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。

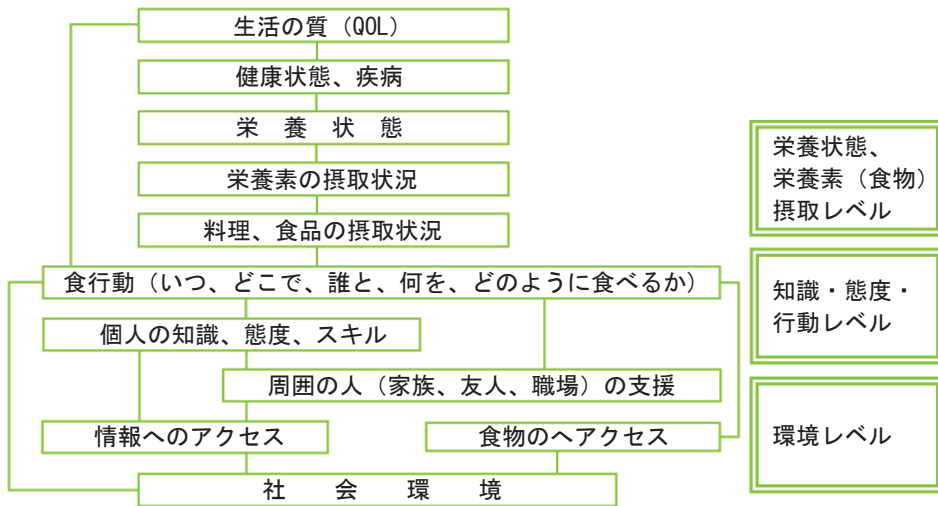


図1.1 栄養・食生活と健康・生活の質 (QOL) などの関係⁴⁾

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⁵⁾。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⁶⁾ (図1.2)。

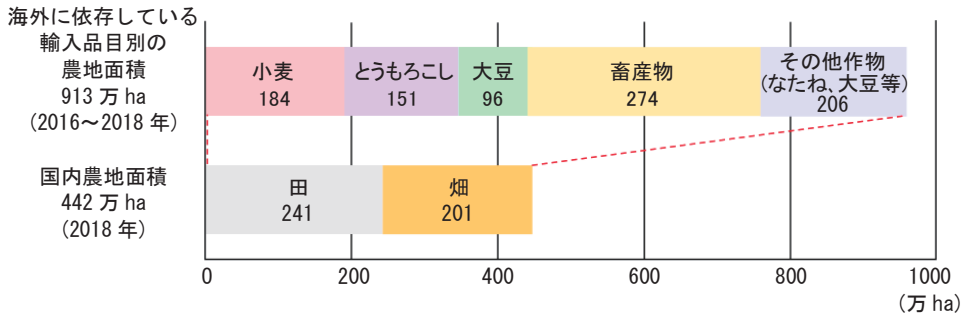


図1.2 日本の農産物輸入量の農地面積換算 (試算)

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⁷⁾。

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

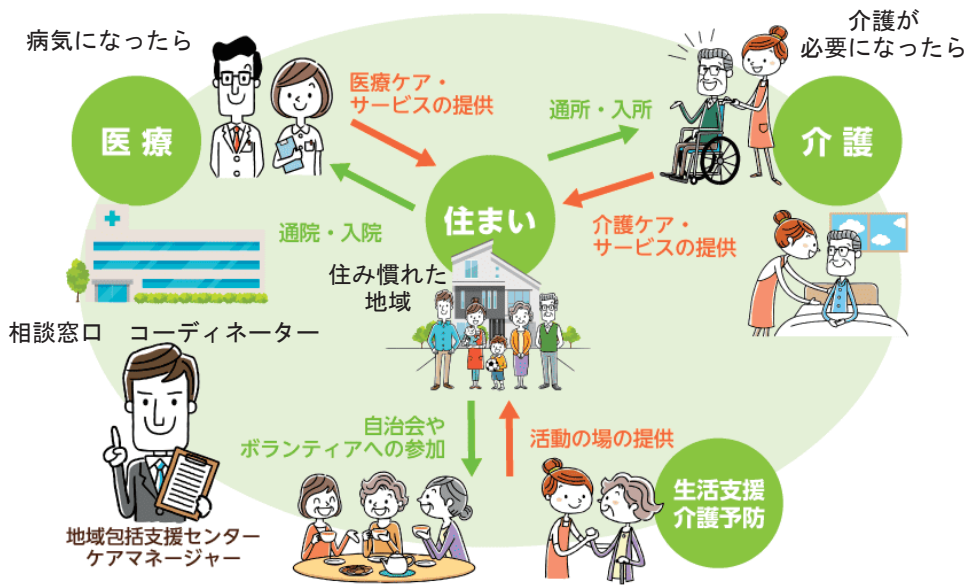


図 1.3 地域包括（保健・医療・福祉・介護）システムのイメージ⁸⁾

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



第2章

健康・栄養問題の 現状と課題



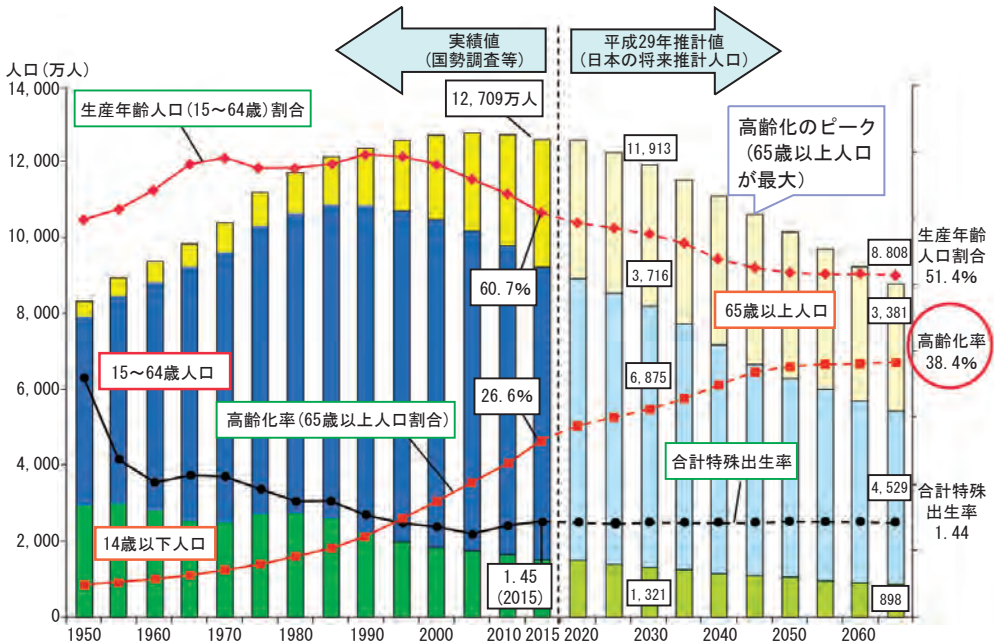
達成目標

- 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。

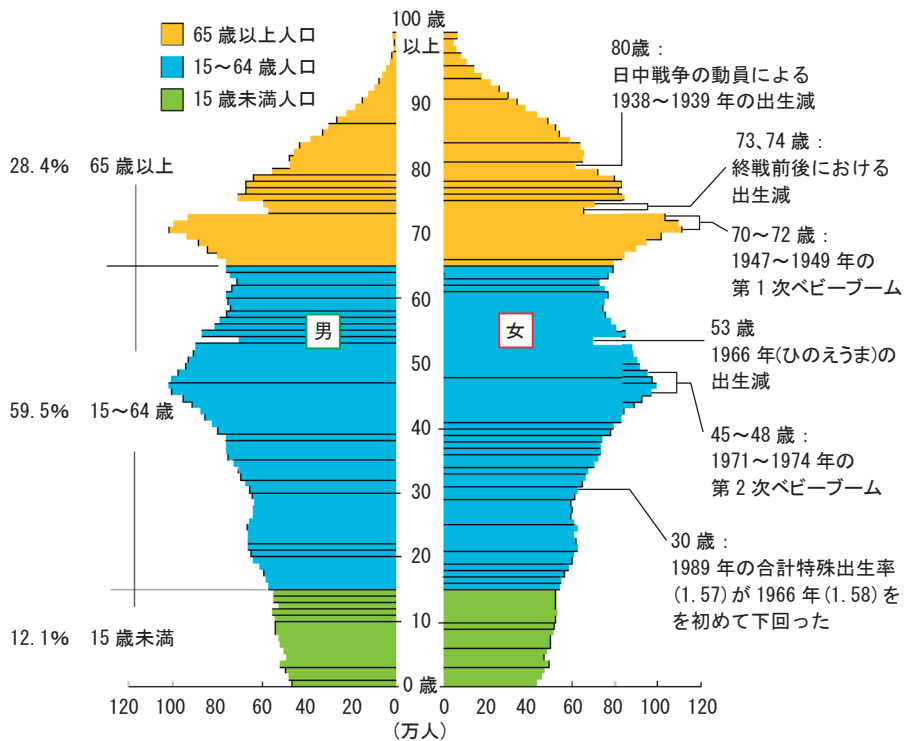


図2.2 人口ピラミッド (2019年10月1日現在)

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

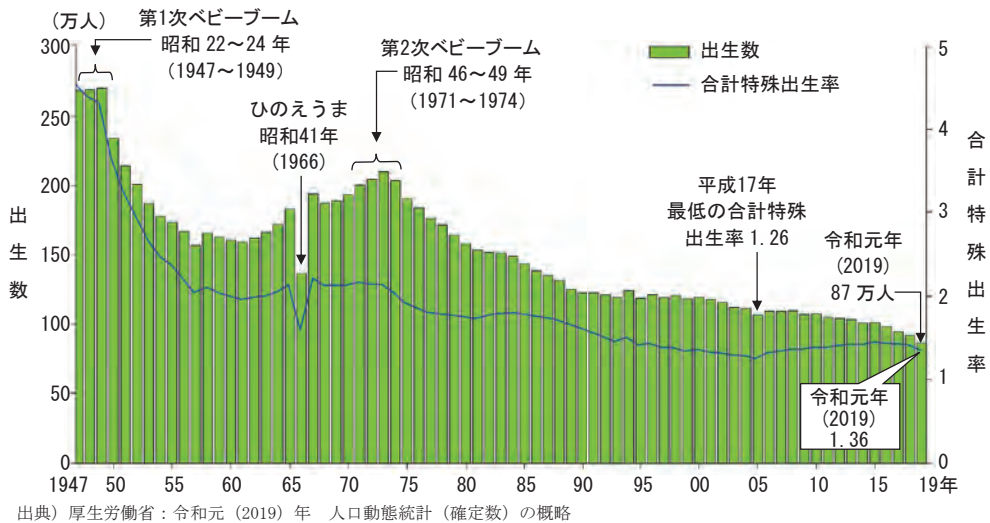


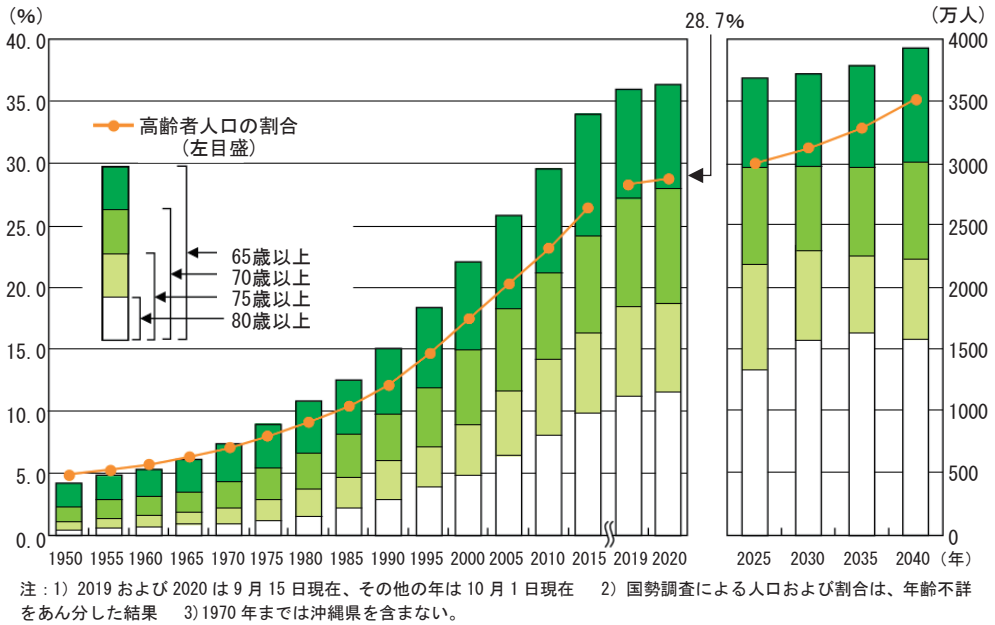
図2.3 出生数および合計特殊出生率の年次推移

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。



出典) 総務省：統計トピックス NO.126 統計からみたわが国の高齢者（令和 2 年 9 月 30 日）

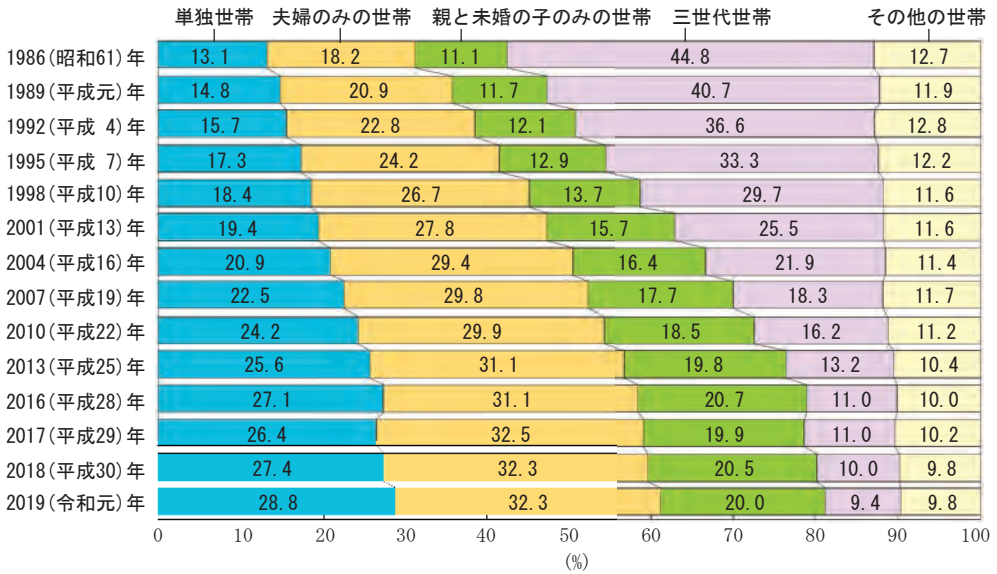
図2.5 高齢者人口および割合の推移（1950年～2040年）

ベビーブーム期に生まれた「団塊の世代」が 65 歳以上となった 2015（平成 27）年には 26.6%となった（図 2.1）。

日本の高齢化率が 7%を超えてからその倍の 14%に達するまでの所要年数は、1970 年から 1994 年まで 24 年であった。これは国際的にみても短い方であり、急速に高齢化が進んできたことが分かる。今後「団塊の世代」が 75 歳以上となる 2025 年には 30.0%に達することが見込まれている。

2019（令和元）年国民生活基礎調査の結果より、65 歳以上の者のいる世帯は 2558 万 4 千世帯であり、全世帯の約半数（49.4%）を占めている。世帯構造をみると、「夫婦のみの世帯」（32.3%）と「単独世帯」（28.8%）が約 6 割を占めている。つまり、65 歳以上の約 3 人に 2 人は夫婦ふたりまたはひとり暮らしである。一方で、子や孫と一緒に暮らしている「三世代家族」は減少しており、2019 年は 9.4%と最も低かった（図 2.6）。

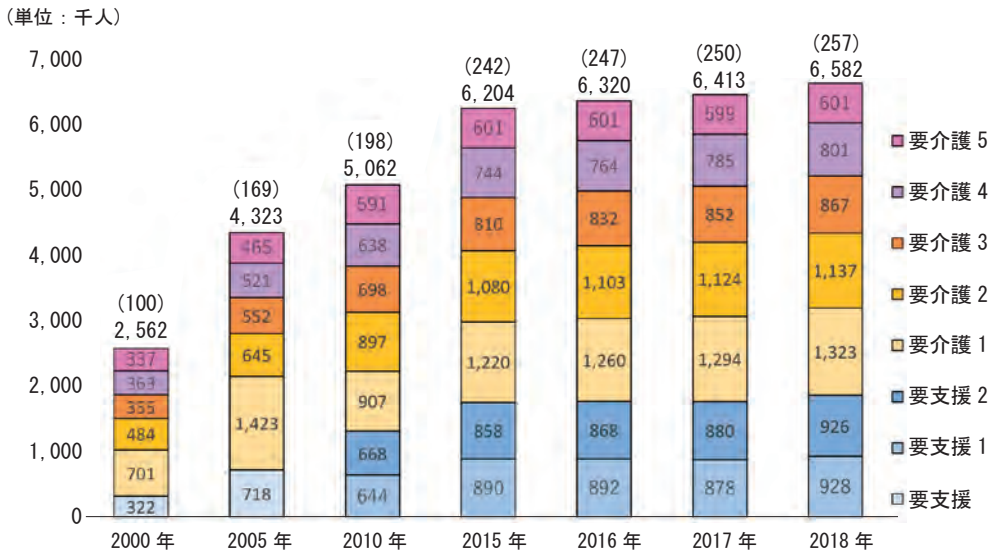
高齢化が進展することにより、介護を必要とする者も増加している。2000（平成 12）年に介護保険制度が開始されて以降、要介護・要支援の認定者数は増加し続け、2000 年の 256 万人から 2018（平成 30）年には 645 万人と、約 2.5 倍に増加した（図 2.7）。介護が必要となった要因として、要支援者では「関節疾患」、「高齢による衰弱」、「骨折・転倒」が、要介護者では「認知症」、「脳血管疾患（脳卒中）」、「骨折・転倒」が多い（表 2.1）。



注：1) 1995（平成7）年の数値は、兵庫県を除いたものである。
 2) 2016（平成28）年の数値は、熊本県を除いたものである。
 3) 「親と未婚の子のみの世帯」とは、「夫婦と未婚の子のみの世帯」および「ひとり親と未婚の子のみの世帯」をいう。

出典）厚生労働省：2019年国民生活基礎調査の概況

図2.6 65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移



※()の数値は、2000年を100とした場合の指数である。
 ※東日本大震災の影響により、2010年の数値には福島県内5町1村の数値は含まれていない。

出典）厚生労働省：平成30年度介護保険事業状況報告

図2.7 要介護度別認定者数（年度末現在）の推移

表2.1 現在の要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位3位）

（単位：％）

2019（令和元）年

現在の要介護度	第1位		第2位		第3位	
総数	認知症	17.6	脳血管疾患(脳卒中)	16.1	高齢による衰弱	12.8
要支援者	関節疾患	18.9	高齢による衰弱	16.1	骨折・転倒	14.2
要支援1	関節疾患	20.3	高齢による衰弱	17.9	骨折・転倒	13.5
要支援2	関節疾患	17.5	骨折・転倒	14.9	高齢による衰弱	14.4
要介護者	認知症	24.3	脳血管疾患(脳卒中)	19.2	骨折・転倒	12.0
要介護1	認知症	29.8	脳血管疾患(脳卒中)	14.5	高齢による衰弱	13.7
要介護2	認知症	18.7	脳血管疾患(脳卒中)	17.8	骨折・転倒	13.5
要介護3	認知症	27.0	脳血管疾患(脳卒中)	24.1	骨折・転倒	12.1
要介護4	脳血管疾患(脳卒中)	23.6	認知症	20.2	骨折・転倒	15.1
要介護5	脳血管疾患(脳卒中)	24.7	認知症	24.0	高齢による衰弱	8.9

注：「現在の要介護度」とは、2019（令和元）年6月の要介護度をいう。出典）厚生労働省：2019年 国民生活基礎調査の概況

このように、要介護・要支援に移行する理由はさまざまある。脳卒中などは健康な状態から介護を必要とする状態に突然移行するが、後期高齢者（75歳以上）の多くの場合、「フレイル」という中間的な段階を経て、徐々に要介護状態に陥ると考えられている。フレイルとは、「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。“加齢に伴うさまざまな機能変化や予備能力低下によって健康障害に対する脆弱性が増加した状態”であり、筋力の低下や転倒しやすいといった身体的脆弱性だけでなく、認知機能障害やうつなどの精神・心理的脆弱性、独居や経済的困窮などの社会的脆弱性も包含した概念である。早期に発見し、適切な介入をすることにより、生活機能の維持・向上を図ることができると考えられているため、近年高齢者におけるフレイル予防が重要視されている。

例題2 長寿社会に関する記述である。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. 高齢化率が14%を超えると超高齢社会とよばれる。
2. 現在のわが国は、高齢社会である。
3. 65歳以上の者のいる世帯は全世帯の約半数を占めている。
4. 介護が必要となった主な原因の第1位は骨折・転倒である。
5. フレイルの概念には経済的困窮などの社会的脆弱性は含まれない。

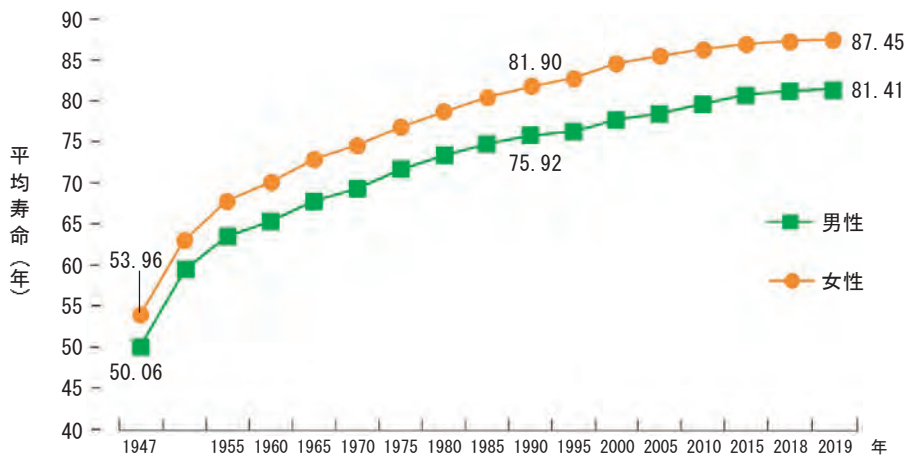
解説 1. 高齢化率が21%を超えると超高齢社会とよばれる。 2. 現在のわが国は、超高齢社会である。 4. 介護が必要となった主な原因の第1位は認知症である。 5. フレイルの概念には経済的困窮などの社会的脆弱性も含まれる。 **解答 3**

2 健康状態の変化

2.1 平均寿命、健康寿命

(1) 平均寿命

各年齢の生存者における今後の平均期待生存年数、すなわち「平均してあと何年生きられるか」という年数を「**平均余命**」、その中でも0歳における平均余命を「**平均寿命**」という。2019（令和元）年の平均寿命は、男性81.41年、女性87.45年であり、1947（昭和22）年と比較して30年以上、1990（平成2）年と比較しても5年以上長くなった（**図2.8**）。



出典) 厚生労働省：令和元年簡易生命表の概況

図2.8 平均寿命の推移

平均寿命を国際比較すると、作成方法が異なることから厳密な比較は困難であるが、2019（令和元）年時点での最新データより、日本の平均寿命は、男性は3位（1位香港、2位スイス）、女性は2位（1位香港、3位スペイン）であることが報告されており、日本は世界有数の長寿国である。

(2) 健康寿命

健康寿命とは、健康で長生きすることをひとつの指標で表したものである。健康寿命には、さまざまな指標があり、例えば世界保健機関（WHO）では、**健康度調整平均寿命**（Health-adjusted Life Expectancy : HALE）が使われている。わが国の**健康日本21（第二次）**では、国民生活基礎調査の結果を用いて「日常生活に制限のない期間」を健康寿命の主指標としている。2016（平成28）年の健康寿命は、男性72.14年、女性74.79年であり、2001（平成13）年以降、上昇傾向を示している（**図2.9**）。



第3章

健康・栄養政策

達成目標

- わが国の健康・栄養政策とそれらの関連法規について説明できる。
- 管理栄養士の社会的な役割、養成制度の沿革について説明できる。
- 国民健康・栄養調査について、目的、方法、調査結果の活用について説明できる。
- 食生活や身体活動に関する各種指針、ガイドの目的、内容について説明できる。
- 諸外国の健康・栄養政策について説明できる。

1 わが国の公衆栄養活動

1.1 公衆栄養活動の役割

公衆栄養活動とは、地域や職域などの健康維持・増進および疾病予防を目的に、健康と栄養に関わる諸問題を見出し、これを解決していく実践栄養活動である。これまで公衆栄養活動は行政主導で推進されることがあったが、公衆栄養活動を効率的に推進するためには、地域住民およびコミュニティが主体となって地域社会における組織活動を推進していく必要がある。すなわち、地域住民およびコミュニティが各々の解決すべき課題を共有し、互いに連帯意識をもって自主的に問題解決を図っていくことが重要である。

したがって、行政機関の役割は、地域組織活動の主体となるのではなく、地域住民やコミュニティが主体となって積極的に組織活動ができるよう、活動の場の提供、財政・技術面の援助・支援、制度面の整備など、公衆栄養活動の側面から支援を行うことである。特に、公衆栄養活動の中心となるのは保健所および保健センターに勤務する管理栄養士・栄養士であり、地域における公衆栄養活動のコーディネーターとしての役割を担っている。

1.2 公衆栄養活動と組織・人材育成

わが国の公衆栄養活動は、健康と栄養に関わる諸問題を解決に導くために、保健・医療・福祉分野、教育分野、農林漁業分野、食品産業分野、健康産業分野と連携を図りながら、健康政策や栄養食料政策が推進されている。このため関連領域の省庁においては、健康と栄養に関わる諸問題を解決するためのさまざまな法律、指針、ガイドラインなどが策定されている。

(1) 主な公衆栄養行政の組織と施策

わが国において公衆栄養活動にあたっている主な省庁は、内閣府、厚生労働省、文部科学省、農林水産省である。

1) 内閣府

食品安全基本法の制定に伴い、2003（平成15）年に内閣府に食品安全委員会が設置された。また、2009（平成21）年に内閣府の外局として設立された消費者庁は、**食品表示法**に基づく消費者に分かりやすい食品表示基準の運用、特定保健用食品・栄養機能食品・機能性表示食品の表示を取り扱っている。さらに**健康増進法**に基づく**誇大表示の禁止**など食の安心・安全確保の政策・研究を行っている。

2) 厚生労働省・農林水産省・文部科学省 (表 3.1)

表 3.1 公衆栄養活動に関連する法律と所管省庁

省 庁	担当部局	主な法律	主な業務
厚生労働省	健康局 健康課	健康増進法	<ul style="list-style-type: none"> ❖健康増進計画 (健康日本 21) ❖国民健康・栄養調査 ❖食事摂取基準 ❖特定給食施設
		地域保健法	❖保健所、健康科学センター
		栄養士法	<ul style="list-style-type: none"> ❖管理栄養士・栄養士 ❖免許、国家試験
	子ども家庭局 母子保健局	母子保健法	❖児童・母性の保健・栄養指導
	社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課	障害者総合支援法	❖障害者・児童福祉施設における 介護給付など基準の設定
	老健局	老人福祉法	❖老人福祉施設の運営・指導
		介護保険法	❖介護報酬基準の設定
保険局 医療課	高齢者医療確保法	❖特定健康診査・特定保健指導の 実施・指導	
農林水産省	大臣官房政策課 食料安全保障室	食料・農業・農村 基本法	❖食料・農業・農村基本計画の推進
	食料産業局 海外市場開拓・食文化課 食文化室		❖和食の保護・継承
	消費・安全局 消費者行政・食育課	食育基本法	❖第3次食育推進計画の推進
文部科学省	初等中等教育局 健康教育・食育課	学校教育法 教育職員免許法 食育基本法 学校保健安全法 学校給食法	<ul style="list-style-type: none"> ❖栄養教諭の職務指導・配置促進 ❖学校における食育、保健教育 ❖栄養教諭業務 ❖学校給食指導
		科学技術・学術政策局 政策課資源室	

(2) 公衆栄養行政における人材育成

公衆栄養マネジメントを効率的に推進するためには、専門職種およびボランティアの人材育成が不可欠である。

国立保健医療科学院では、地域の健康づくりを推進する公衆栄養・地域栄養活動のために、政策から公衆栄養診断、公衆栄養計画・評価に至る総合的調整が可能な能力・技術を習得し、コーディネーターとしての役割を遂行できる行政栄養士の育成を行っている。

また、「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 (2013 (平成 25) 年)」の中で、人材育成については次のように述べられている。

「行政栄養士の育成にあたっては、求められる能力が発揮できる配置体制について調整するとともに、求められる能力が獲得できる仕組みづくりを進めること。また、管内の医療機関や子どもまたは高齢者が入所・利用する施設などの管理栄養士・栄養士の技能の向上が必要とされる場合は、その資質の向上を図ること。さらに、管理栄養士養成施設などの学生の実習の受け入れにあたっては、当該養成施設などと調整し、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。」

例題 1 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. 公衆栄養活動を効率的に推進していくためには、行政主導で行う。
2. 地域住民やコミュニティは、自ら活動の場を探し、財源を確保し、技術を修得して活動を行う。
3. 公衆栄養活動は、保健・医療・福祉分野、教育分野等と連携を図る必要がある。
4. 公衆栄養活動を行う際、法律、指針、ガイドラインは参考程度とし、必ずしも従う必要はない。
5. 行政栄養士の業務に人材育成は含まれない。

解説 公衆栄養活動は地域住民などが主体となって推進していき、行政は場の提供、財政・技術面の援助支援を行う。 解答 3

例題 2 厚生労働省の業務に関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。

- | | |
|--------------------|--------------|
| 1. 健康増進計画（健康日本 21） | 2. 国民健康・栄養調査 |
| 3. 管理栄養士国家試験 | 4. 介護報酬基準の設定 |
| 5. 日本食品標準成分表の策定 | |

解説 5. 日本食品標準成分表の策定は文部科学省の業務である。（表 3.1 参照）

解答 5

2 公衆栄養関係法規

管理栄養士・栄養士が業務を進めていくうえで、そのよりどころとなるのが法規である。法規は上位から、憲法、法律、政令、省令、告示、条例、規則などが定められている。**栄養士法**を例にとると、栄養士法（1947（昭和 22）年）→栄養士法施

行令（1953（昭和28）年）→栄養士法施行規則（1948（昭和23）年）→栄養士法施行細則がある。

2.1 地域保健法

1947（昭和22）年に制定された保健所法に基づいて、保健所を中心として公衆衛生行政が行われてきた。しかし、高齢・少子化、慢性疾患増加などの疾病構造の変化、住民のニーズの高度化・多様化、食品の安全性や廃棄物などの生活環境問題に対する住民の意識の高まりなどに対応するため、1994（平成6）年にこれが**地域保健法（表3.2）**に改正された。この法律では、地域保健対策の基本方針、保健所の設置・事業、市町村保健センターの設置などが規定されている。

表 3.2 地域保健法

目的 (第1条)	地域保健対策の推進に関する基本方針の策定、保健所の設置等の基本事項の策定、関係する法律による地域保健対策の総合的推進を確保し、地域住民の健康の保持・増進に寄与する
基本理念 (第2条)	<ul style="list-style-type: none"> ・急速な高齢化の進展、保健医療を取り巻く環境の変化等に即応し、地域における公衆衛生の向上・増進を図る ・多様化・高度化する保健・衛生・生活環境等の需要に的確に対応できるよう、地域の特性および関連施策との有機的な連携に配慮し総合的に推進する
関係者の責務 (第3条)	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村は、市町村地域保健対策が円滑に実施できるよう、施設の整備、人材の確保および資質の向上等に努める ・都道府県は、都道府県地域保健対策が円滑に実施できるよう、施設の整備、人材の確保および資質向上、調査研究等に努めるとともに、市町村に対し、求めに応じて必要な技術的援助を行う ・国は、情報の収集・整理・活用、調査研究、人材の養成および資質向上に努めるとともに、市町村・都道府県に必要な技術的・財政的援助に努める
基本方針の策定 (第4条)	厚生労働大臣は、地域保健対策の推進に関する基本的な指針を定める
保健所の設置 (第5条)	保健所は都道府県、政令指定都市、中核市、その他の政令で定める市、特別区が設置する
保健所の事業 (第6～8条)	<ol style="list-style-type: none"> 1) 地域保健に関する思想の普及・向上 2) 人口動態統計その他地域保健に係る統計 3) 栄養の改善および食品の衛生 4) 住宅、水道、下水道、廃棄物処理、清掃、その他の環境衛生 5) 医事および薬事 6) 保健師に関すること 7) 公共医療事業の向上・増進 8) 母性および乳幼児ならびに老人の保健 9) 歯科保健 10) 精神保健 11) 治療方法が確立していない疾病、その他特殊な疾病により長期に療養を必要とする者の保健 12) エイズ、結核、性病、伝染病その他疾病の予防 13) 衛生上の試験・検査 14) その他、地域住民の健康の保持・増進
市町村保健センターの設置 (第18条)	市町村は、住民に対し、健康相談、保健指導、健康診査等の事業を行う施設として市町村保健センターを設置することができる

例題 3 地域保健法に関する記述である。誤っているのはどれか。2つ選べ。

1. 地域保健法の前身は、栄養改善法である。
2. 目的は、地域住民の健康の保持・増進に寄与することである。
3. 国、都道府県、市町村の責務が定められている。
4. 保健所は、厚生労働大臣の命令により設置される。
5. 保健所の業務について規定されている。

解説 1. 前身は保健所法である。 4. 保健所は、都道府県、政令指定都市、中核市、その他政令で定める市、特別区が設置する。(表 3.2 参照) 解答 1、4

2.2 健康増進法

1952 (昭和 27) 年に制定された**栄養改善法**は、栄養士活動の基本法として戦後の国民の健康づくり、疾病予防に寄与してきた。しかし、健康寿命の延伸、壮年期死亡の減少、QOL の向上を目的とする健康増進計画「**健康日本 21**」を推進するものとして、2002 (平成 14) 年に**健康増進法** (表 3.3) が制定された。これに伴い栄養改善法は廃止された。

表 3.3 健康増進法

目的 (第 1 条)	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・国民の栄養の改善、国民の健康の増進を図るための措置を講じ、国民保健の向上を図る
国民の責務 (第 2 条)	国民は、健康な生活習慣の重要性への関心を深め、生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努める
国および地方公共団体の責務 (第 3~5 条)	<ul style="list-style-type: none"> ・国および地方公共団体：健康増進に関する正しい知識の普及、情報の収集・整理・分析・提供、研究の推進、人材育成。健康増進事業実施者等への技術的援助 ・健康増進事業実施者：健康教育、健康相談、健康増進のために必要な事業の積極的な推進 ・国、都道府県、市町村(特別区含む)、健康増進事業実施者、医療機関等の関係者は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るため、相互連携に努める
基本方針 (第 7 条)	厚生労働大臣は、国民の健康増進の総合的な推進を図るための基本方針を定める
都道府県・市町村健康増進計画 (第 8 条)	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県は、都道府県民の健康増進の推進に関する施策の基本計画を定める ・市町村は、市町村民の健康増進の推進に関する施策の計画を定める
健康診査の実施に関する指針 (第 9 条)	厚生労働大臣は、健康診査の実施およびその結果の通知、健康手帳の交付等、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針を定める
国民健康・栄養調査 (第 10~16 条)	国民健康・栄養調査の実施、調査世帯、国民健康・栄養調査員、国の負担、調査票の使用制限、生活習慣病の発生の状況の把握、について定める
食事摂取基準 (第 16 条の 2)	厚生労働大臣は、生涯にわたる国民の栄養摂取の改善に向けた自主的な努力を推進するため、食事摂取基準を定める

表 3.3 健康増進法（つづき）

保健指導 (第 17～18 条)	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村：医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士、その他の職員により、栄養改善その他生活習慣の改善に関する相談、保健指導を行う ・都道府県、保健所を設置する市および特別区：栄養指導その他の保健指導のうち、特に専門的な知識・技術が必要とするものを行う。特定給食施設に対して、栄養管理について必要な指導・助言を行う ・都道府県：市町村相互の連絡調整、市町村の求めに応じ保健所による技術協力、必要な援助を行う
栄養指導員 (第 19 条)	都道府県知事は、特に専門的な知識・技術を必要とする栄養指導、特定給食施設に対する指導・助言を行う者として、医師または管理栄養士の資格を有する都道府県・保健所を設置する市・特別区の職員のうちから、栄養指導員を命ずる
特定給食施設における栄養管理 (第 20～24 条)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定給食施設の設置者は適切な栄養管理を行わなければならない ・都道府県知事は、管理栄養士設置義務・栄養管理に関し、必要な指導・助言をすることができ、実行できない施設には勧告・命令することができる ・都道府県知事は、必要があれば施設の設置者・管理者に報告をさせる、または栄養指導員に立ち入り検査等をさせることができる
受動喫煙の防止 (第 25～42 条)	多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない
特別用途表示 (第 43 条、61 条)	<ul style="list-style-type: none"> ・乳児用、幼児用、妊産婦用、病者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は、内閣総理大臣の許可が必要である ・内閣総理大臣または都道府県知事は、必要があると認めるときは、特別用途食品の製造施設等に立ち入らせ、特別用途食品を検査させ、または特別用途食品を収去させることができる
誇大表示の禁止 (第 65 条)	食品として販売する物に関して広告その他の表示をするときは、著しく事実に相違する表示をし、または著しく人を誤認させるような表示をしてはならない

例題 4 健康増進法に関する記述である。正しいのはどれか。2つ選べ。

1. 健康増進法の前身は栄養改善法である。
2. 国民は、健康の増進に努めるよう定められている。
3. 都道府県が健康増進計画を作成していれば、市町村は健康増進計画を作成する必要はない。
4. 国民健康・栄養調査の費用は都道府県が負担することと定められている。
5. 日本食品標準成分表を策定することとされている。

解説 (例題 4 は表 3.3 参照) 3. 市町村も健康増進計画を作成するよう定められている。 4. 国民健康・栄養調査の費用は国が負担する。 5. 日本食品標準成分表の策定は文部科学省の業務である。 **解答** 1、2

例題 5 健康増進法に関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。

1. 生活習慣病の発生の状況の把握について定めている。
2. 食事摂取基準の策定について定めている。

3. 栄養指導員の任命について定めている。
4. 学校給食施設への管理栄養士の設置義務について定めている。
5. 特別用途表示の許可について定めている。

解説 (例題5は表3.3参照) 4. 特定給食施設への管理栄養士の設置義務について定めている。 **解答 4**

2.3 食育基本法

食育基本法 (表3.4) は、2005 (平成17) 年に、国民が生涯にわたって健全な心身を培い、豊かな人間性を育むことができるよう、食育を総合的かつ計画的に推進することを目的として制定された。

表 3.4 食育基本法

目的 (第1条)	食育に関する施策を総合的かつ計画的に推進し、現在および将来にわたる健康で文化的な国民の生活と豊かで活力ある社会の実現に寄与することを目的とする
食育推進運動の展開 (第4条)	食育推進活動は、国民、民間団体等の自発的意思を尊重し、地域の特性に配慮し、その連携を図りつつ、全国において展開されなければならない
関係者の責務 (第9～13条)	<ul style="list-style-type: none"> ・国は、食育の推進に関する施策を策定し、実施する責務を有する ・地方公共団体は、区域の特性を生かした自主的な施策を策定し、実施する責務を有する ・教育関係者等及び農林漁業者等、食品関連事業者等は、関係者と相互に連携・協力して積極的に食育を推進するように努める ・国民は生涯にわたり健全な食生活の実現に自ら努めるとともに、食育の推進に寄与するよう努める
食育推進基本計画 (第16～18条)	<ul style="list-style-type: none"> ・食育推進会議は、食育推進基本計画を作成する ・都道府県は、都道府県食育推進計画を作成するよう努めなければならない ・市町村は、市町村食育推進計画を作成するよう努めなければならない
基本的施策 (第19～21条)	<ul style="list-style-type: none"> ・国及び地方公共団体は、家庭における食育の推進を支援するために必要な施策を講ずるものとする ・国及び地方公共団体は、学校、保育所等において、食育の推進のために必要な施策を講ずるものとする ・国及び地方公共団体は、地域において、食育の推進のために必要な施策を講ずるものとする
食育推進会議 (第26～33条)	農林水産省に食育推進会議を置き、会長(農林水産大臣)および委員25人以内をもって組織する

例題 6 食育基本法に関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。

1. 食育推進会議は、食育推進基本計画を作成する。
2. 都道府県は、都道府県食育推進計画を作成しなければならない。
3. 市町村は、市町村食育推進計画を作成するよう努めなければならない。
4. 食育推進会議の会長は農林水産大臣である。

登録に求める国もある。

(5) 栄養士の仕事

栄養士の仕事には幅広い分野がある。例えば、アメリカの栄養士の職場では多い順に、①病院、②高齢者施設、かかりつけ医、その他のヘルスケア、③公衆衛生、④企業、⑤コンサルタント、⑥教育、⑦研究などの分野である。

章末問題

1 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 5. 疾病の発症予防、重症化予防も目的に含まれる。

解答 5

2 健康増進法に規定されている施策の実施者に関する記述である。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. 内閣総理大臣は、国民の健康増進の総合的推進のための基本指針を定める。
2. 厚生労働大臣は、特別用途表示の許可をする。
3. 厚生労働大臣は、医師または管理栄養士の資格を有する者から栄養指導員を命ずる。
4. 都道府県知事は、食事摂取基準の策定を行う。
5. 都道府県知事は、特定給食施設に対し栄養管理の実施に必要な指導をする。

(第30回国家試験)

解説 1. 厚生労働大臣 2. 内閣総理大臣 3. 都道府県知事 4. 厚生労働大臣

解答 5

3 健康増進法に定められている事項である。正しいのはどれか。2つ選べ。

1. 市町村保健センターの設置
2. 市町村健康増進計画の策定
3. 市町村食育推進計画の策定
4. 特定保健指導の実施
5. 生活習慣病の発生状況の把握

(第33回国家試験)

解説 1. 保健センターの設置は「地域保健法」 3. 市町村食育推進計画の策定は「食育基本法」 4. 特定保健指導の実施は「高齢者の医療の確保に関する法律」に定められている。解答 2、5

- 4 わが国の行政組織における公衆栄養活動業務に関する記述である。誤っているのはどれか。1つ選べ。
1. 食品の安全性確保の推進は、内閣府が担っている。
 2. 食育推進基本計画の策定は、農林水産省が担っている。
 3. 特定保健用食品の表示許可業務は、厚生労働省が担っている。
 4. 飲食店によるヘルシーメニューの提供の促進は、都道府県が行っている。
 5. 疾病予防のための栄養指導は、市町村が行っている。
- (第33回国家試験)

解説 3. 特定保健用食品の表示許可業務は「健康増進法」に基づいて、消費者庁が担っている。解答 3

- 5 公衆栄養関連法規の内容と法規名の組み合わせである。正しいのはどれか。1つ選べ。
1. 特定健康診査の実施——医療法
 2. 食品表示基準の策定——JAS法
 3. 食生活指針の策定——学校給食法
 4. 低体重児の届出——母子保健法
 5. 学校給食実施基準の策定——健康増進法
- (第33回国家試験)

解説 1. 高齢者の医療の確保に関する法律 2. 食品表示法 3. 法律に直接の根拠規定はない。
5. 学校給食法 解答 4

- 6 栄養士法に規定された管理栄養士に関する記述である。正しいのはどれか。1つ選べ。
1. 健康の保持増進のための栄養の指導を行う。
 2. 免許は、内閣総理大臣が与える。
 3. 就業届出制度が規定されている。
 4. 特定給食施設への必置が規定されている。
 5. 専門管理栄養士に関する記述がある。
- (第33回国家試験)

解説 2. 免許は、厚生労働大臣が与える。 3. 規定されていない。 4. 特定給食施設への配置基準については「健康増進法」および「健康増進法施行規則」に規定されている。 5. 「栄養士法」において、専門管理栄養士という文言はない。 解答 1

- 7 栄養士法に関する記述である。正しいのはどれか。2つ選べ。
1. 管理栄養士名簿は、厚生労働省に備えられる。
 2. 栄養教諭の免許取得に関する規定がある。
 3. 管理栄養士による食品の表示に関する監視の規定がある。
 4. 栄養の指導について、栄養士の名称独占の規定がある。
 5. 特定給食施設への管理栄養士配置の基準を定めている。
- (第32回国家試験)

解説 2. 栄養教諭の免許取得は「教育職員免許法」に規定されている。 3. 食品の表示に関する監視は「食品表示法」である。 5. 特定給食施設への管理栄養士配置基準は「健康増進法」と「健康増進法施行規則」に規定されている。 解答 1、4

8 国民健康・栄養調査に関する記述である。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. 調査の始まりは、戦前である。
2. 調査は、隔年で実施されている。
3. 調査対象地区は、都道府県知事が選定する。
4. 調査の構成は、身体状況調査と栄養摂取量状況調査の2つである。
5. 近年、地域格差を把握するための大規模調査を実施している。

(第31回国家試験)

解説 1. 調査の始まりは、第二次世界大戦後である。 2. 調査は毎年実施されている。 3. 調査対象地区を選定するのは厚生労働大臣であり、都道府県知事は調査世帯を選定する。 4. 調査は、身体状況調査・栄養摂取量状況調査・生活習慣調査の3つで構成されている。 解答 5

9 最近の国民健康・栄養調査結果における朝食の欠食率に関する記述である。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. 1～6歳では、男女とも1%未満である。
2. 20歳以上では、女性が男性より高い。
3. 男性では、20～29歳が60歳以上より高い。
4. 女性では、15～19歳が20～29歳より高い。
5. 女性では、30～39歳が20～29歳より高い。

(第32回国家試験)

解説 欠食率は、1～6歳では男性が7.7%、女性が9.4%、20歳以上では男性が15.0%、女性が10.2%、女性で朝食欠食率が高い順に20～29歳(23.6%)、40～49歳(15.3%)、30～39歳(15.1%)となっている(いずれも平成29年国民健康・栄養調査結果)。 解答 3

10 食事バランスガイドに関する記述である。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. 食生活指針(2000年)を受けて策定された。
2. 人間と食物と環境の関係を示した。
3. 食品の無駄な廃棄を削減するために策定された。
4. 生活習慣病予防のために必要な身体活動量を示した。
5. 食品についての栄養表示の基準を示した。

(第29回国家試験)

解説 食事バランスガイドは「食生活指針」を受けて策定されたフードガイドであり、何をどれだけ食べればいいのかを示したものである。 解答 1

11 食事バランスガイドの料理区分とサービング(SV)基準の組み合わせである。正しいのはどれか。1つ選べ。

1. 主食-----炭水化物 100 g
2. 副菜-----食物繊維 7 g
3. 主菜-----たんぱく質 6 g
4. 牛乳・乳製品---カルシウム 200 mg
5. 果物-----ビタミンC 100 mg

解説 主食の基準は炭水化物約 40 g、副菜は主材料の重量約 70 g、牛乳・乳製品はカルシウム約 100 mg、果物は主材料の重量約 100 g である。 解答 3

12 食生活指針（2016 年改訂）に関する記述である。誤っているのはどれか。1 つ選べ。

1. 生活の質（QOL）の向上を目的としている。
2. 食品の組み合わせは、SV（サービング）を用いて示している。
3. 「脂肪は質と量を考えて」としている。
4. 「郷土の味の継承を」としている。
5. 「食料資源を大切に」としている。

（第 33 回国家試験）

解説 「食生活指針」を実際に行動するためのツールとして「食事バランスガイド」があり、その中で SV という単位が用いられている。 解答 2

13 食育推進基本計画に関する記述である。誤っているのはどれか。1 つ選べ。

1. 食育基本法に基づいて策定されている。
2. 食育推進会議において策定される。
3. 「食育月間」が定められている。
4. 食品の安全性の確保における食育の役割が規定されている。
5. 現在の計画の実施期間は、10 年間である。

（第 29 回国家試験）

解説 実施期間は 5 年間であり、その都度評価と見直しを行っている。 解答 5

14 公衆栄養プログラムとその目標に関する組み合わせである。正しいのはどれか。2 つ選べ。

1. 日本人の食事摂取基準（2020 年版）—— 生活習慣病の治療指針の設定
2. 健やか親子 21—— 児童・生徒の肥満の減少
3. 食育推進基本計画—— 推進計画を作成・実施している市町村の割合の増加
4. 特定健康診査・特定保健指導—— 年代別実施率の設定
5. 新健康フロンティア戦略—— 平均寿命の延伸 （第 25 回国家試験一部改変）

解説 1. 食事摂取基準は健康な個人または健康な個人で構成された集団を対象としている。 4. 特定健康診査・特定保健指導において年代別実施率の目標は設定されていない。 5. 新健康フロンティア戦略は健康寿命の延伸を目的としている。 解答 2、3

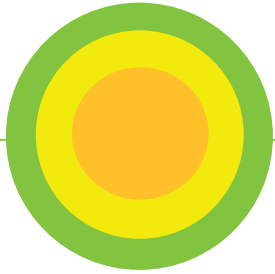
15 国際機関および諸外国における公衆栄養に関連するプログラムの組み合わせである。正しいのはどれか。2 つ選べ。

1. ヘルシーピープル 2030—— 世界栄養宣言
2. 母乳促進プログラム—— 世界保健機関（WHO）
3. 持続可能な開発目標—— 絶対的貧困率の低下
4. 食物ベース食生活指針—— 国際連合
5. 米国の学校給食プログラム—— 米国教育省 （第 25 回国家試験一部改変）

解説 「世界栄養宣言」は1992年の世界栄養会議で提唱され、「食物ベース食生活指針」はFAO/WHOの合同専門家会議で基本方針が提唱され、米国の学校給食は農務省の管轄である。 解答 2、3

参考文献

- 1) 芦川修貳、古畑公、鈴木三枝「食生活指針の解説」一般社団法人全国栄養士養成施設協会 2017
- 2) 鈴木道子、片山一男「諸外国の栄養専門職養成システムと日本の位置づけ」栄養学雑誌、70、4、262-273、2012
- 3) 酒井徹、郡俊之「公衆栄養学」講談社 2019
- 4) 吉池信男「公衆栄養学」第一出版 2019



参考資料

- 1 地域保健法/290
- 2 健康増進法/292
- 3 健康増進法施行規則/301
- 4 健康増進法に規定する特別用途表示の許可等に関する内閣府令/303
- 5 食育基本法/304
- 6 栄養士法/308
- 7 母子保健法/310
- 8 高齢者の医療の確保に関する法律/313
- 9 「健康日本 21（第二次）」最終評価報告書（案）概要/326

(1) 地域保健法 (抄)

(昭和二十二年九月五日法律第一〇号，最終改正；平成三〇年七月二五日法律第七九号)

- 第一章 総則 (第一条-第三条)
- 第二章 地域保健対策の推進に関する基本指針 (第四条)
- 第三章 保健所 (第五条-第十七条)
- 第四章 市町村保健センター (第十八条-第二十条)
- 第五章 地域保健対策に係る人材確保の支援に関する計画 (第二十一条・第二十二条)
- 附則

第一章 総 則

第一条 この法律は、地域保健対策の推進に関する基本指針、保健所の設置その他地域保健対策の推進に関し基本となる事項を定めることにより、母子保健法(昭和四十年法律第四十一号)その他の地域保健対策に関する法律による対策が地域において総合的に推進されることを確保し、もつて地域住民の健康の保持及び増進に寄与することを目的とする。

第二条 地域住民の健康の保持及び増進を目的として国及び地方公共団体が講ずる施策は、我が国における急速な高齢化の進展、保健医療を取り巻く環境の変化等に即応し、地域における公衆衛生の向上及び増進を図るとともに、地域住民の多様化し、かつ、高度化する保健、衛生、生活環境等に関する需要に適切に対応することができるように、地域の特性及び社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に推進されることを基本理念とする。

第三条 市町村(特別区を含む。以下同じ。)は、当該市町村が行う地域保健対策が円滑に実施できるように、必要な施設の整備、人材の確保及び資質の向上等に努めなければならない。

2 都道府県は、当該都道府県が行う地域保健対策が円滑に実施できるように、必要な施設の整備、人材の確保及び資質の向上、調査及び研究等に努めるとともに、市町村に対し、前項の責務が十分に果たされるように、その求めに応じ、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。

3 国は、地域保健に関する情報の収集、整理及び活用並びに調査及び研究並びに地域保健対策に係る人材の養成及び資質の向上に努めるとともに、市町村及び都道府県に対し、前二項の責務が十分に果たされるように必要な

技術的及び財政的援助を与えることに努めなければならない。

第二章 地域保健対策の推進に関する基本指針

第四条 厚生労働大臣は、地域保健対策の円滑な実施及び総合的な推進を図るため、地域保健対策の推進に関する基本的な指針(以下「基本指針」という。)を定めなければならない。

2 基本指針は、次に掲げる事項について定めるものとする。

- 一 地域保健対策の推進の基本的な方向
- 二 保健所及び市町村保健センターの整備及び運営に関する基本的事項
- 三 地域保健対策に係る人材の確保及び資質の向上並びに第二十一条第一項の人材確保支援計画の策定に関する基本的事項
- 四 地域保健に関する調査及び研究に関する基本的事項
- 五 社会福祉等の関連施策との連携に関する基本的事項
- 六 その他地域保健対策の推進に関する重要事項

3 厚生労働大臣は、基本指針を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。

第三章 保健所

第五条 保健所は、都道府県、地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百五十二条の十九第一項の指定都市、同法第二百五十二条の二十二第一項の中核市その他の政令で定める市又は特別区が、これを設置する。

2 都道府県は、前項の規定により保健所を設置する場合においては、保健医療に係る施策と社会福祉に係る施策との有機的な連携を図るため、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第三十条の四第二項第九号に規定する区域及び介護保険法(平成九年法律第二百二十三号)第一百八条第二項第一号に規定する区域を参酌して、保健所の所管区域を設定しなければならない。

第六条 保健所は、次に掲げる事項につき、企画、調整、指導及びこれらに必要な事業を行う。

- 一 地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項
- 二 人口動態統計その他地域保健に係る統計に関する事項
- 三 栄養の改善及び食品衛生に関する事項

- 四 住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境の衛生に関する事項
 - 五 医事及び薬事に関する事項六保健師に関する事項
 - 七 公共医療事業の向上及び増進に関する事項
 - 八 母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項
 - 九 歯科保健に関する事項十精神保健に関する事項
 - 十一 治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項
 - 十二 エイズ、結核、性病、伝染病その他の疾病の予防に関する事項
 - 十三 衛生上の試験及び検査に関する事項
 - 十四 その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項
- 第七条** 保健所は、前条に定めるもののほか、地域住民の健康の保持及び増進を図るため必要があるときは、次に掲げる事業を行うことができる。
- 一 所管区域に係る地域保健に関する情報を収集し、整理し、及び活用すること。
 - 二 所管区域に係る地域保健に関する調査及び研究を行うこと。
 - 三 歯科疾患その他厚生労働大臣の指定する疾病の治療を行うこと。
 - 四 試験及び検査を行い、並びに医師、歯科医師、薬剤師その他の者に試験及び検査に関する施設を利用させること。
- 第八条** 都道府県の設置する保健所は、前二条に定めるもののほか、所管区域内の市町村の地域保健対策の実施に関し、市町村相互間の連絡調整を行い、及び市町村の求めに応じ、技術的助言、市町村職員の研修その他必要な援助を行うことができる。
- 第九条** 第五条第一項に規定する地方公共団体の長は、その職権に属する第六条各号に掲げる事項に関する事務を保健所長に委任することができる。
- 第十条** 保健所に、政令の定めるところにより、所長その他所要の職員を置く。
- 第十一条** 第五条第一項に規定する地方公共団体は、保健所の所管区域内の地域保健及び保健所の運営に関する事項を審議させるため、当該地方公共団体の条例で定めるところにより、保健所に、運営協議会を置くことができる。
- 第十二条** 第五条第一項に規定する地方公共団

体は、保健所の事業の執行の便を図るため、その支所を設けることができる。

第十三条 この法律による保健所でなければ、その名称中に、保健所たることを示すような文字を用いてはならない。

第十四条 保健所の施設の利用又は保健所で行う業務については、政令で定める場合を除いては、使用料、手数料又は治療料を徴収してはならない。

第十五条 国は、保健所の施設又は設備に要する費用を支出する地方公共団体に対し、予算の範囲内において、政令で定めるところにより、その費用の全部又は一部を補助することができる。

第十六条 厚生労働大臣は、政令の定めるところにより、第五条第一項に規定する地方公共団体の長に対し、保健所の運営に関し必要な報告を求めることができる。

2 厚生労働大臣は、第五条第一項に規定する地方公共団体に対し、保健所の設置及び運営に関し適切と認める技術的助言又は勧告をすることができる。

第十七条 この章に定めるもののほか、保健所及び保健所支所の設置、廃止及び運営に関し必要な事項は、政令でこれを定める。

第四章 市町村保健センター

第十八条 市町村は、市町村保健センターを設置することができる。

2 市町村保健センターは、住民に対し、健康相談、保健指導及び健康診査その他地域保健に関し必要な事業を行うことを目的とする施設とする。

第十九条 国は、予算の範囲内において、市町村に対し、市町村保健センターの設置に要する費用の一部を補助することができる。

第二十条 国は、次条第一項の町村が市町村保健センターを整備しようとするときは、その整備が円滑に実施されるように適切な配慮をするものとする。

第五章 地域保健対策に係る人材確保の支援に関する計画

第二十一条 都道府県は、当分の間、基本指針に即して、政令で定めるところにより、地域保健対策の実施に当たり特にその人材の確保又は資質の向上を支援する必要がある町村について、町村の申出に基づき、地域保健対策を円滑に実施するための人材の確保又は資質の向上の支援に関する計画（以下「人材確保

支援計画」という。)を定めることができる。
2 人材確保支援計画は、次に掲げる事項について定めるものとする。

- 一 人材確保支援計画の対象となる町村（以下「特定町村」という。）
- 二 都道府県が実施する特定町村の地域保健対策を円滑に実施するための人材の確保又は資質の向上に資する事業の内容に関する事項
- 3 前項各号に掲げる事項のほか、人材確保支援計画を定める場合には、特定町村の地域保健対策を円滑に実施するための人材の確保又は資質の向上の基本的方針に関する事項について定めるよう努めるものとする。
- 4 都道府県は、人材確保支援計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、特定町村の意見を聴かなければならない。
- 5 都道府県は、人材確保支援計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく、厚生労働大臣にこれを通知しなければならない。

第二十二條 国は、政令で定めるところにより、予算の範囲内において、人材確保支援計画に定められた前条第二項第二号の事業を実施する都道府県に対し、当該事業に要する費用の一部を補助することができる。

- 2 国は、前項に規定するもののほか、人材確保支援計画を定めた都道府県が、当該人材確保支援計画に定められた事業を実施しようとするときは、当該事業が円滑に実施されるように必要な助言、指導その他の援助の実施に努めるものとする。

(2) 健康増進法（抄）

（平成十四年八月二日法律第百三号）

最終改正：令和一年六月七日号外法律第 26 号）

- 第一章 総則（第一条—第六条）
- 第二章 基本方針等（第七条—第九条）
- 第三章 国民健康・栄養調査等（第十条—第十六条）
- 第四章 保健指導等（第十七条—第十九条の四）
- 第五章 特定給食施設（第二十条—第二十四条）
- 第六章 受動喫煙防止
 - 第一節 総則（第二十五条—第二十八条）
 - 第二節 受動喫煙を防止するための措置（第二十九条—第四十二条）
- 第七章 特別用途表示等（第四十三条—第六十七条）

第八章 雑則（第六十八条・第六十九条）

第九章 罰則（第七十条—第七十八条）

附則

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百

- 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 母了保健法(昭和三十九年法律第四十一号)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(昭和三十七年法律第五十七号)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(昭和三十七年法律第八十号)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つて、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。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
- 2 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。
 - 3 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。
(健康診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、健康診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診査の実施等に関する指針(以下「健康診査等指針」という。)を定めるものとする。
- 2 厚生労働大臣は、健康診査等指針を定め、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、健康診査等指針を定め、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。

(3) 高齢者の健康

項目	評価指標	ベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	目標値	評価	評価項目
①介護保険サービス利用者の増加の抑制	介護保険サービス利用者数	452万人	521万人	567万人	657万人	B*	B*
		平成24年度	平成27年度	令和元年度	令和7年度		
(変更後) ②認知症サポーター数の増加	認知症サポーター数	330万人	(882万人)	1,264万人 (参考:1,380万人)	1200万人	A	A
		平成23年度	(平成28年度)	令和元年度 (参考:令和3年度)	令和2年度		
③ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合の増加	ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合	44.4% (参考値:17.3%)	46.8%	44.8% (参考:44.6%)	80%	C	C
		平成27年 (参考値:平成24年)	平成29年	令和元年 (参考:令和3年)	令和4年度		
④低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合の増加の抑制	低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者の割合	17.4%	17.9%	16.8%	22%	A	A
		平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度		
⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(1,000人当たり)	足腰に痛みのある高齢者の割合男性	218人	210人	206人	200人	B*	B*
		平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度		
	足腰に痛みのある高齢者の割合女性	291人	267人	255人	260人	A	
		平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度		
⑥高齢者の社会参加の促進(就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)	(変更後)高齢者の社会参加の状況男性	63.6%	62.4%	—	80%	E	E (参考指標:B)
		平成24年	平成28年	—	令和4年度		
	(変更後)高齢者の社会参加の状況女性	55.2%	55.0%	—	80%	E	
		平成24年	平成28年	—	令和4年度		

4 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

項目	評価指標	ベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	目標値	評価	評価項目
①地域のつながりの強化(居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加)	(変更後)居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合	50.4%	55.9%	50.1% (年齢調整値)	65%	C	C
		平成23年	平成27年	令和元年 (年齢調整値)	令和4年度		
②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加	(変更後)健康づくりに関係したボランティア活動への参加割合	27.7%	27.8%	—	35%	E	E
		平成24年	平成28年	—	令和4年度		
(変更後)③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業等登録数の増加	参画企業数	233社	(2,890社)	4,182社	3,000社	A	B
		平成23年度	(平成28年度)	令和元年度	令和4年度		
	参画企業数	367団体	(3,673団体)	5,476団体	7,000団体	B	
		平成23年度	(平成28年度)	令和元年度	令和4年度		
④健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	民間団体から報告のあった活動拠点数	(参考値) 7,134	(参考値) 13,404	—	15,000	E (参考指標:B)	E (参考指標:B)
		平成24年	平成27年	—	令和4年度		
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加(課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数)	課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数	11	40	41	47	B	B
		平成24年	平成28年	令和元年	令和4年度		

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に関する目標

項目	評価指標	ベースライン値	中間評価	最終評価 (最新値)	目標値	評価	評価項目
①適正体重を維持している者の増加(肥満(BMI25以上)、やせ(BMI18.5未満)の減少)	20～60歳代男性の肥満者の割合	31.2%	32.4%	35.1%	28%	D	C
		平成22年度	平成28年度	令和元年度			
	40～60歳代女性の肥満者の割合	22.2%	21.6%	22.5%	19%	C	
		平成22年度	平成28年度	令和元年度			
	20歳代女性のやせの者の割合	29.0%	20.7%	20.7%	20%	C	
		平成22年度	平成28年度	令和元年度			
②適切な量と質の食事をとる者の増加 ア 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	68.1%	59.7%	56.1% (参考:37.7%)	80%	D	C
	平成23年度	平成28年度	令和元年度 (参考:令和3年度)	令和4年度			
イ 食塩摂取量の減少	食塩摂取量	10.6g	9.9g 9.9g(年齢調整値)	10.1g 10.0g(年齢調整値)	8g	B*	C
	平成22年度	平成28年度	令和元年度	令和4年度			
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	野菜摂取量の平均値	282g	277g 274g(年齢調整値)	281g 275g(年齢調整値)	350g	C	D
		平成22年度	平成28年度	令和元年度	令和4年度		
	果物摂取量100g未満の者の割合	61.4%	62.7%	63.3%	30%	D	
		平成22年度	平成28年度	令和元年度			
③共食の増加(食事を1人で食べる子どもの割合の減少)	朝食 小学生	15.3%	11.3%	12.1%	減少傾向	A	A
		平成22年度	平成26年度	令和3年度	令和4年度		
	朝食 中学生	33.7%	31.9%	28.8%	減少傾向	A	
		平成22年度	平成26年度	令和3年度	令和4年度		
	夕食 小学生	2.2%	1.9%	1.6%	減少傾向	A	
		平成22年度	平成26年度	令和3年度	令和4年度		
	夕食 中学生	6.0%	7.1%	4.3%	減少傾向	A	
		平成22年度	平成26年度	令和3年度	令和4年度		
④食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	食品企業登録数	14社	103社	117社以上	100社	A	B*
		平成24年度	平成28年度	令和3年度	令和4年度		
	飲食店登録数	17,284店舗	26,225店舗	24,441店舗	30,000店舗	B*	
		平成24年度	平成29年度	令和元年度	令和4年度		
⑤利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	(参考値)管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合	70.5%	72.7%	74.7% (参考:75.5%)	80%	B*	B*
		平成22年度	平成27年度	令和元年度 (参考:令和2年度)			

(2) 身体活動

項目	評価指標	ベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	目標値	評価	評価項目
①日常生活における歩数の増加	20歳～64歳男性	7,841歩	7,769歩 7,762歩(調整値)	7,864歩 7,887歩(調整値)	9,000歩	C	C
		平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度		
	20歳～64歳女性	6,883歩	6,770歩 6,757歩(調整値)	6,685歩 6,671歩(調整値)	8,500歩	C	
		平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度		
	65歳以上男性	5,628歩	5,744歩 5,775歩(調整値)	5,396歩 5,403歩(調整値)	7,000歩	C	
		平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度		
	65歳以上女性	4,584歩	4,856歩 4,891歩(調整値)	4,656歩 4,674歩(調整値)	6,000歩	C	
		平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度		
②運動習慣者の割合の増加	20歳～64歳男性	26.3%	23.9% 24.3%(調整値)	23.5% 24.1%(調整値)	36%	C	C
		平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度		
	20歳～64歳女性	22.9%	19.0% 19.0%(調整値)	16.9% 16.5%(調整値)	33%	D	
		平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度		
	65歳以上男性	47.6%	46.5% 46.3%(調整値)	41.9% 41.5%(調整値)	58%	C	
		平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度		
	65歳以上女性	37.6%	38.0% 38.2歩(調整値)	33.9% 33.8%(調整値)	48%	C	
		平成22年	平成28年	令和元年	令和4年度		
③住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体の増加	住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数	17	29	34	47	B*	B*
		平成24年	平成28年	令和元年	令和4年度		

※調整値：年齢調整値

(3) 休養

項目	評価指標	ベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	目標値	評価	評価項目
①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	睡眠による休養を十分とれていない者の割合	18.4%	19.7% 20.3%(調整値)	21.7% 22.6%(調整値)	15%	D	D
		平成21年	平成28年	平成30年	令和4年度		
②過労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	過労働時間60時間以上の雇用者の割合	9.3%	7.7%	6.5% (参考:5.0%)	5.0%	B*	B*
		平成23年	平成28年	令和元年 (参考:令和3年)	令和2年		

※調整値：年齢調整値

(4) 飲酒

項目	評価指標	ベースライン値	中間評価	最終評価 (最新値)	目標値	評価	評価項目
①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者(1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者)の割合の減少	1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上の割合	15.3%	14.6%	14.9%	13%	C	D
		平成22年	平成28年	令和元年			
	1日当たりの純アルコール摂取量が女性20g以上の割合	7.5%	9.1%	9.1%	6.4%	D	
		平成22年	平成28年	令和元年			
②未成年者の飲酒をなくす	中学3年生男子	10.5%	7.2%	3.8%	0%	B	B
		平成22年	平成26年	平成29年 (参考:令和3年)			
	中学3年生女子	11.7%	5.2%	2.7%	0%	B	
		平成22年度	平成26年	平成29年 (参考:令和3年)			
	高校3年生男子	21.6%	13.7%	10.7%	0%	B*	
		平成22年	平成26年	平成29年 (参考:令和3年)			
	高校3年生女子	19.9%	10.9%	8.1%	0%	B	
		平成22年	平成26年	平成29年 (参考:令和3年)			
③妊娠中の飲酒をなくす	妊娠中の飲酒した者の割合	8.7%	4.3%	1.0%	0%	B	
		平成22年	平成25年	令和元年 (参考:令和2年)			令和4年度

※調整値：年齢調整値

(5) 喫煙

項目	評価指標	ベースライン値	中間評価	最終評価 (最新値)	目標値	評価	評価項目
①成人の喫煙率の減少(喫煙をやめたい者がやめる)	成人の喫煙率	19.5%	18.3%	16.7%	12%	B*	B*
		平成22年	平成28年	令和元年			
②未成年者の喫煙をなくす	中学1年生男子	1.6%	1.0%	0.5%	0%	B	B
		平成22年	平成26年	平成29年 (参考:令和3年)			
	中学1年生女子	0.9%	0.3%	0.5%	0%	B*	
		平成22年	平成26年	平成29年 (参考:令和3年)			
	高校3年生男子	8.6%	4.6%	3.1%	0%	B	
		平成22年	平成26年	平成29年 (参考:令和3年)			
	高校3年生女子	3.8%	1.4%	1.3%	0%	B	
		平成22年	平成26年	平成29年 (参考:令和3年)			
③妊娠中の喫煙をなくす	妊娠中の喫煙した者の割合	5.0%	3.8%	2.3%	0%	B*	B*
		平成22年	平成25年	令和元年 (参考:令和2年)			

※調整値：年齢調整値

(6) 歯・口腔の健康

項目	評価指標	ベースライン値	中間評価	最終評価(最新値)	目標値	評価	評価項目
①口腔機能の維持・向上(60歳代における咀嚼良好者の割合の増加)	60歳代における咀嚼良好者の割合	73.4%	72.6%	71.5%	80%	C	C
		平成21年	平成27年	令和元年	令和4年		
②歯の喪失防止 ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合	25.0%	51.2%		60%	E (参考指標:B)	E (参考指標:B)
		平成17年	平成28年		令和4年		
イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合	60.2%	74.4%		80%	E (参考指標:B)	
		平成17年	平成28年		令和4年		
ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加	40歳で喪失歯のない者の割合	54.1%	73.4%		75%	E (参考指標:B)	
		平成17年	平成28年		令和4年		
③歯周病を有する者の割合の減少 ア 20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合	31.7%	27.1%	21.1%	25%	A	E
		平成21年	平成26年	平成30年	令和4年		
イ 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合	37.3%	44.7%		25%	E	
		平成17年	平成28年		令和4年		
ウ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合	54.7%	62.0%		45%	E	
		平成17年	平成28年		令和4年		



索引

- 和文**
- あ**
- アウトカム……………205,206,215
 アウトカム（結果）評価 ……280
 アウトプット ……205,206
 アウトプット（事業実施量）評価
 ……278
 アカウンタビリティ ……199
 悪性新生物……………38,39
 アクティブ80ヘルスプラン
 ……115,229
 アセスメント ……181
 アルバート・バンデュエラ ……208
 アルマ・アタ宣言 ……130
 安全量……………133
- い**
- イートウェルガイド ……135
 維持期……………208
 一次予防……………4
 一般介護予防事業評価事業 ……276
 インフォームド・コンセント
 ……185,218
 インプット……………205
- う**
- ウエストヒップ比 ……158
 ウェルチのt検定……………167
- え**
- 影響評価……………207,218
 衛生事項……………252
 栄養疫学……………144,146,149
 栄養改善法……………92
 栄養学教育モデル・コア・カリキュ
 ラム……………96
 栄養機能食品 ……65,66,253,255,257
 栄養強調表示 ……259
 栄養教諭……………270
 栄養ケア・ステーション ……247
 栄養ケアマネジメント ……237
 栄養士……………136,137,204,244
 栄養士規則……………7
 栄養指導員……………204
 栄養士法……………7,90,98,100
- 栄養障害……………132
 栄養常設委員会……………130
 栄養摂取状況調査……………103
 栄養素密度法……………163
 栄養転換……………73
 栄養の二重負荷……………132
 栄養不足蔓延率……………79
 栄養不良……………73
 栄養不良の三重苦……………73
 栄養不良の二重苦……………73
 エクササイズガイド 2006 ……112
 エネルギー調整……………163
 えん下困難者用食品……………253
 エンパワメント ……5,15,200,201
- お**
- 横断研究……………211,212,213
 オタワ憲章……………14,130,249
 オッズ比……………214
- か**
- 回帰……………169
 回帰係数……………169
 回帰分析……………169
 介護保険サービス……………204
 介護保険法……………96
 介護予防・日常生活支援総合事業
 ……275,276
 介護予防把握事業……………276
 介護予防普及啓発事業……………276
 外食……………45,55,62,262
 改善……………178
 介入研究……………211,215
 カイ二乗検定……………168
 買い物弱者……………20
 学習目標……………190,191
 陰膳法……………147,149
 過剰栄養……………132
 課題解決型アプローチ……………202
 偏り……………156
 脚気……………146
 学校給食制度……………21
 過程評価……………205,206,216
 カテゴリーデータ……………220
 カロリーベース……………69,70
 がん……………117,145,146,271
- 環境目標……………190,191
 環境要因……………207
 観察研究……………211
 観察法……………180,183
 関心期……………208
 管理栄養士 ……204,244,247,253,268
 管理栄養士国家試験……………101
 管理栄養士制度……………100
- き**
- 企画評価……………205
 飢餓の撲滅……………11
 危険因子……………144
 記述疫学研究……………211,212
 記述統計量……………165
 機能性表示食品
 ……65,66,67,253,255,257
 帰無仮説……………167
 強化要因……………207
 供給純食料……………68
 共食……………56,57,127
 行政栄養士
 ……202,230,242,243,245,247
 行政栄養士業務指針……………247
 許可基準型……………253
 虚偽誇大表示……………259,260
- く**
- 偶然誤差……………156
 グリーンのモデル……………205
 グループディスカッション ……183
 クレアチン……………160
 クワシオルコル……………78
 群間比較……………220
- け**
- 計画……………178
 系統誤差……………156
 結果期待……………208
 結果評価……………205,206
 血清 γ -GTP……………160
 血清アルブミン……………160
 血清脂質……………160
 血清総たんぱく質……………160
 血清プレアルブミン……………160
 血清レチノール結合たんぱく質

.....	160
血糖	160
ケトン体	160
健康影響査定	205,210
健康格差の縮小	120,121
健康経営	18
健康結果	209
健康寿命	35,36,127
健康寿命の延伸	115,120,121
健康増進センター	125
健康増進法	88,92,96,102,204,251,253,271
健康づくりのための運動指針2006	112
健康づくりのための休養指針	113
健康づくりのための食生活指針	106
健康づくりのための睡眠指針2014	114
健康度調整平均寿命	35
「健康な食事・食環境」認証制度	264
健康日本21	2,12,15,92,114,116,117,229
健康日本21（第二次）	2,12,18,35,45,106,121,230
健康保持増進効果	259
検定	167

こ

後期高齢者	19,31,34,273
合計特殊出生率	19,29,30
高血圧	39
高血圧症	133
公衆栄養アセスメント	144,185
公衆栄養学	2
公衆栄養活動	6,12,21,88,144
公衆栄養プログラム	188,193,196,198,205,218,221
公衆栄養マネジメント	89,178,180,266
構造化面接	184
行動期	208
行動変容段階モデル	208
行動目標	190
交絡因子	169,220
効力期待	208
高齢化社会	31
高齢化率	19
高齢者医療確保法	95

高齢社会	31
高齢者の医療の確保に関する法律	4,95,278
高齢者福祉サービス	204
ゴールドスタンダード	152,156
国際栄養宣言	130
国際栄養目標2025	79
国際ミネアム宣言	131
国際連合児童基金	130
国際連合食糧農業機関	11,130
国際連合世界食糧計画	11
国内消費仕向量	68
国保データベースシステム	4
国民健康・栄養調査	20,41,43,53,102,105,149,153
国民生活基礎調査	32,105
国立栄養研究所	7
国立健康・栄養研究所	104
国連食糧農業機関	67,71
国連ミネアム・サミット	131
誤差	156
孤食	56
個人間変動	147,163
個人内変動	147,148,168
誇大表示の禁止	88
子ども成長基準	77
個別評価型	253
コホート研究	211,212,214
コミュニティ	5
コミュニティエンパワメント	5
コミュニティオーガニゼーション	5,200,201

さ

サービングサイズ	109
災害救助法	242
災害時健康危機管理支援チーム	243
災害対策基本法	242
災害派遣医療チーム	243
災害派遣精神医療チーム	243
佐伯矩	7,100
再現性	156
在宅医療・介護連携推進事業	236
最低食多様性基準	78
最頻値	165,166
残差法	164
三次予防	4
三大死因	145
参与観察	183

し

自記式質問紙調査	105
自計調査	183
自己管理能力	5,15
自己効力感	208
自己認証方式	67
脂質異常症	39,42
持続可能な開発目標	11,18,75,131
市町村食育推進計画	126,129,235
市町村食生活改善推進員協議会	248
市町村保健センター	125,204
実現要因	207
実施	178
実施目標	190
実態調査	180
質的データ	184,218
質問紙法	184
質問調査	183
質問票	183
質問法	180,183
質を考慮した生存年数	209
児童福祉法	266
四分位偏差	165,166
四分偏差	165
社会関係資本	6
社会資源	193
社会調査法	180
自由回答法	184
習慣的栄養素摂取量	147
集合法	183
従属変数	219
充足率	162
住民参加	201
熟考期	208
宿泊型新保健指導プログラム	280
授乳・離乳の支援ガイド	269
順位回答形式	184
順位尺度	220
順位相関係数	220
純食料	68
準備期	208
準備要因	207
純輸入国	3
少子化	29
消耗症	77
症例対照研究	211,212,214
食育	204,234,235

食育ガイド…………… 111
 食育基本法 …… 94,126,129,234,248
 食育推進基本計画 …… 54,126,234
 食育の環…………… 111
 食事記録法…………… 149,152,154,156
 食事摂取基準…………… 132,161
 食事バランスガイド
 ……………… 107,109,119,263
 食事療法…………… 149
 食生活改善推進員
 ……………… 6,194,195,204,248
 食生活指針…………… 11,107,109,134
 食に関する指導の手引きのポイント
 ……………… 271
 食の砂漠…………… 64
 食品安全基本法…………… 88
 食品衛生法…………… 96,251
 食品表示基準…………… 252
 食品表示法…………… 88,96,251,252
 食品ロス…………… 64
 食文化…………… 127
 食物摂取頻度調査法
 ……………… 149,152,154,157
 食物連鎖…………… 3
 食料安全保障…………… 71
 食料国産率…………… 69
 食料自給率…………… 68,69
 食料需給表…………… 49,67
 食料品アクセス困難者…………… 20
 食料品アクセス困難人口…………… 63
 食料不安…………… 71
 私立栄養士養成所指定規則…………… 7
 飼料自給率…………… 69
 人口推計…………… 28
 人口ピラミッド…………… 29
 心疾患…………… 38,39
 身体活動基準…………… 112
 身体状況調査…………… 103
 信頼性…………… 157

す

推奨目標量…………… 133
 推奨量…………… 133,162,163
 推定平均必要量…………… 133,162
 健やか親子21…………… 95,266
 健やか親子21(第2次)
 ……………… 20,95,269
 すこやか生活習慣国民運動… 119
 スチューデントのt検定…………… 167
 ストラクチャー(構造)評価…………… 278
 スマート・ライフ・ステイ… 280

スマート・ライフ・プロジェクト
 ……………… 18
 スマートミール…………… 264

せ

生活改善推進員…………… 201
 生活習慣調査…………… 103
 生活習慣病
 ……………… 59,107,115,127,132,144,149,230
 生活の質…………… 2,209,237
 生活の質の向上…………… 115
 正規分布…………… 166,167
 政策面のアセスメント…………… 196
 生産額ベース…………… 69,70
 生態学的研究…………… 211,212
 生体指標…………… 149
 精度…………… 157
 世界保健機関…………… 2,35,71,130,249
 積率相関係数…………… 220
 説明変数…………… 219,220
 セルフエフィカシー…………… 208
 前期高齢者…………… 273
 前熟考期…………… 208
 選択肢法…………… 184

そ

層化無作為抽出…………… 105
 相関係数…………… 168
 総合食料自給率…………… 68,69,70
 ソーシャル・キャピタル…………… 6
 粗再生産率…………… 30
 粗死亡率…………… 38
 粗食料…………… 68

た

第1次国民健康づくり対策
 ……………… 106,114
 第2次国民健康づくり対策…………… 115
 第3次国民健康づくり運動…………… 229
 第3次国民健康づくり対策…………… 115
 第3次食育推進基本計画… 126,129
 第4次国民健康づくり運動…………… 230
 第4次国民健康づくり対策
 ……………… 106,120
 第4次食育推進基本計画…………… 128
 体格指数…………… 158
 代表値…………… 165
 耐容上限量…………… 133,162
 対立仮説…………… 167
 高木兼寛…………… 7,145
 他計調査…………… 183

多段階抽出法…………… 188
 妥当性…………… 156
 多変量栄養密度法…………… 164
 多変量解析…………… 169
 単一回答形式…………… 184
 団塊の世代…………… 32
 短期目標…………… 190
 たんぱく質・エネルギー欠乏症
 ……………… 78

ち

地域援助技術…………… 5
 地域介護予防活動支援事業… 276
 地域包括ケアシステム
 ……………… 4,236,238,240
 地域保健法…………… 7,91,204,266
 地域リハビリテーション活動支援
 事業…………… 276
 中央値…………… 165,166
 中期目標…………… 190
 中性脂肪…………… 160
 長期目標…………… 190
 超高齢社会…………… 31

て

低栄養…………… 76,132
 低栄養傾向…………… 20
 低体重…………… 77
 電話調査法…………… 183,184

と

統制観察…………… 183
 糖尿病…………… 39,41,117
 トータル・ヘルスプロモーション・
 プラン…………… 272
 特定健康診査・特定保健指導
 ……………… 16,17,119,229,271
 特定健康診査・特定保健指導制度
 ……………… 4
 特定保健用食品
 ……………… 65,66,253,254,257
 特別用途食品…………… 253
 トクホ…………… 66
 独立変数…………… 219
 都道府県健康増進計画…………… 230
 都道府県食育推進計画… 126,129
 とめお留置き法…………… 183
 トランスセオレティカルモデル
 ……………… 208
 トランスフェリン…………… 160

- な**
 内蔵脂肪症候群 …… 17,43
 中食 …… 45,55,62,262
 ナッジ理論 …… 250
- に**
 24時間思い出し法
 …… 149,154,155,156
 二重盲検 …… 216
 日常生活活動 …… 2
 日間変動 …… 147
 日本医師会災害医療チーム …… 243
 日本栄養士会 …… 247
 日本栄養士会災害支援チーム
 …… 243,244
 日本再興戦略 …… 112
 日本人の栄養要求量標準 …… 7
 日本人の食事摂取基準 …… 119
 日本人の食事摂取基準 (2020年
 版) …… 47
 乳児用調製乳 …… 253
 乳幼児健診 …… 268
 妊産婦・授乳婦用粉乳 …… 253
 妊産婦の健康診査 …… 266
 妊産婦のための食事バランスガイ
 ド …… 267
 妊産婦のための食生活指針
 …… 107,266
 妊娠前からはじめる妊産婦のため
 の食生活指針 …… 266
 認知症 …… 112
 認知症施策推進大綱 …… 236
- ね**
 年齢調整死亡率 …… 38
- の**
 脳血管疾患 …… 38,39
 ノンパラメトリック検定 …… 219
- は**
 肺炎 …… 38
 配票法 …… 183
 ハイリスクアプローチ
 …… 17,229,240
 曝露要因 …… 144,147
 バズセッション …… 217
 発育阻害 …… 76
 パラメトリック検定 …… 219
 範囲 …… 165
 半構造化面接 …… 184
- バンコク憲章 …… 14
- ひ**
 非感染性疾患 …… 73
 非参与観察 …… 183
 非統制観察 …… 183
 非無作為化試験 …… 215
 評価 …… 178
 費用効果 …… 209
 病者用食品 …… 253
 標準的な健診・保健指導プログラ
 ム …… 278
 標準偏差 …… 165,166
 費用便益分析 …… 209
 秤量記録法 …… 105,149,152
 秤量法 …… 152
 微量栄養素欠乏症 …… 77
 比例案分法 …… 153
 品質事項 …… 252
 品目別自給率 …… 68
- ふ**
 フィッシャーの直接確率検定
 …… 168
 フード・セキュリティ …… 71,131
 フードデザート …… 64
 フードバランスシート …… 49,67
 フードファディズム …… 64
 フードマイレージ …… 11
 複数回答形式 …… 184
 プライマリヘルスケア …… 130
 プリシード …… 179,205
 プリシード・プロシードモデル
 …… 179,188,189,205,207
 プレアルブミン …… 160
 フレイル …… 34,132,234,240
 フレイル健診 …… 274
 プレインストーミング …… 217
 プログラム目標 …… 190,191
 プロシード …… 179,205
 プロセス (過程) 評価 …… 278
 プロチャスカ …… 208
 文献調査 …… 180
 分散 …… 165
 分散分析 …… 219
 分析と費用効用分析 …… 209
- へ**
 平均寿命 …… 35,36
 平均値 …… 165,166
 平均余命 …… 35
- ヘモグロビン …… 160
 ヘモグロビンA1c …… 160
 ヘルシービーブル …… 133
 ヘルシービーブル2020 …… 130,134
 ヘルシービーブル2030 …… 134
 ヘルシーメニュー …… 250,263
 ヘルス・ビリーフモデル …… 207
 ヘルスプロモーション
 …… 4,14,15,130,179,249
 変動係数 …… 165
- ほ**
 保健機能食品 …… 65
 保健機能食品制度 …… 253
 保健事項 …… 252
 保健所 …… 125,204,245
 保健所法 …… 7
 母子保健サービス …… 204
 母子保健法 …… 95,266
 ポピュレーションアプローチ
 …… 17,229,240,273
- ま**
 マイプレート …… 134,135
 マイプレートアプリ …… 135
 マイプレートプラン …… 135
 マラスムス …… 78
 マン・ホイットニーのU検定
 …… 167,219
 慢性閉塞性肺疾患 …… 38
- み**
 ミレニアム開発目標 …… 131
- む**
 無関心期 …… 208
 無作為化割り付け比較試験 …… 212
 無作為抽出法 …… 188
 無作為比較対照試験 …… 215
- め**
 名義尺度 …… 220
 メタボリックシンドローム
 …… 17,39,43,118,278
 目安量 …… 133,162
 目安量記録法 …… 105,149,152
 面接法 …… 183,184
- も**
 目的設定型アプローチ …… 202
 目的変数 …… 219,220

目標量 162
 モニタリング 205
 森鷗外 146

ゆ

有意確率 167
 有意差 167
 有意水準 167
 郵送法 183
 遊離脂肪酸 160

り

離乳の基本 268
 量的データ 184,218

れ

レチノール結合たんぱく質 .. 160
 連続変数 220

ろ

労働者の心の健康の保持増進の指針 272
 ローマ宣言 130
 ローリングストック法 111
 ロコモティブシンドローム .. 112
 ロジスティック回帰分析 219

英文

A

A dictionary of Epidemiology 144
 AAHM 130
 Act 178
 Activities of daily living 2
 ADL 2

B

behavioral objectives 190
 BMI 43,44,75,158
 Body Mass Index 43,75,158

C

Check 178
 Child growth chart 77
 coefficient of variation 165
 community 5
 COPD 38
 correlation coefficient 168
 cost/benefit 209
 cost/efficacy 209
 cost/effectiveness 209
 CV 165

D

DHEAT 243
 Diet Record 152
 DMAT 243
 Do 178
 Double burden of malnutrition 73,132
 DPAT 243

E

EBN 144
 ENI 133
 environmental objectives 190
 evidence-based nutrition 144
 exposure 144

F

FAO 11,67,71,130
 FFQ 154,155,156
 Food Frequency Questionnaire 154
 Food insecurity 71
 Food security 71

H

HDL- コレステロール 160
 health berief model 207
 Health Impact Assessment ... 210
 Health in All Policies 210
 HIA 205,210,211

I

ICDA 136
 International Confederation of Dietetic Associations 136

J

JAS法 251
 JDA-DAT 243,244
 JMAT 243

L

LDL- コレステロール 160
 leaning objectives 190

M

malnutrition 73
 MDGs 131
 mean 165
 median 165
 Millennium Development Goals 131
 mode 165

N

NCDs 73,74
 Net Importer 3
 nutritional epidemiology 144

O

OECD 75
 one-way analysis of variance 219
 one-way ANOVA 219

P

PDCA サイクル ... 13,178,181,273
 Pearson's correlation coefficient 220
 PEM 78
 PFC エネルギー比率 46
 Plan 178
 PRECEDE-PROCEED model 188,205
 precision 157

- process or administrative objective 190
 program objectives 190
 Protein energy malnutrition ... 78
 P値 167
- Q**
- QALYs 209
 QOL 2,15,61,92,144,178,190,206
 quality adjusted life years 209
 Quality of Life 2
- R**
- randomized controlled trial .. 215
 RCT 215
 RDI 133
 Recommended Dietary Intake 133
 Reference Nutrient Intake 133
 regression 169
 reliability 157
 risk factor 144
- S**
- Safe Intake 133
 SD 165
 SDGs 11,18,75,131
 SDT 133
 self-efficacy 208
 Smart Life Project 119
 Spearman's correlation coefficient 220
 standard deviation 165
 stunting 76
 Sustainable Development Goals 11,75,131
 SV 109
- T**
- The Eatwell Guide 135
 THP 272
- U**
- uggested Dietary Target 133
 undernutrition 76
 underweight 77
 UNICEF 130
 UNSCN 131
- V**
- validity 156
- variance 165
- W**
- wasting 77
 WFP 11,130
 WHO 4,11,35,71,77,130,216,249
 WHO憲章 14
 Wilcoxon順位和検定 219
 World Agriculture Towards 2030/2050 11

『栄養管理と生命科学シリーズ』
公衆栄養学

2022年10月26日 初版第1刷発行



編著者 大和田 浩子
 中山 健夫

発行者 柴山 斐呂子

発行所 理工図書株式会社

〒102-0082 東京都千代田区一番町27-2
電話 03 (3230) 0221 (代表)
FAX 03 (3262) 8247
振替口座 00180-3-36087 番
<http://www.rikohtosho.co.jp>

© 大和田浩子、中山健夫 2022 Printed in Japan ISBN978-4-8446-0906-3

印刷・製本 丸井工文社

〈日本複製権センター委託出版物〉

*本書を無断で複写複製（コピー）することは、著作権法上の例外を除き、禁じられています。本書をコピーされる場合は、事前に日本複製権センター（電話：03-3401-2382）の許諾を受けてください。

*本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上の例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。

★自然科学書協会会員★工学書協会会員★土木・建築書協会会員