

No.14

2014.12.10

千葉県栄養士会雑誌

CHIBA DIETICIAN SOCIETY MAGAZINE



公益社団法人

千葉県栄養士会

CONTENTS

学術研究

日本人の食事摂取基準（2015年版）を活用するために その1 — 2

実践事例報告

スーパーマーケットでの食育の実践と成果 ————— 5

職場だより

私の職場 ————— 6

初心に返って ————— 7

健康日本21（第2次）推進のための基礎資料（3）————— 8



日本人の食事摂取基準 (2015年版) を活用 するために (その1)

千葉県立保健医療大学
健康科学部栄養学科
渡邊 智子

はじめに

日本人の食事摂取基準と日本食品成分表は、栄養士・管理栄養士にとってのバイブルであり、その理解と活用は業務の遂行に大きく寄与する。2つのデータは、改定または改訂を行い、より科学的根拠に基づく適正なものに変化している。

日本人の食事摂取基準は、健康増進法（平成14年法律第103号）第30条の2に基づき厚生労働大臣が定めるものとされ、国民の健康の保持・増進を図る上で摂取することが望ましいエネルギーと栄養素の量の基準を示すものである。平成27（2015）年度から平成31（2019）年度の5年間を使用期間とする「日本人の食事摂取基準（2015年版）」は、「『日本人の食事摂取基準（2015年版）』策定検討会報告書」（以下、報告書）として公表された。これは、厚生労働省の次のサイト

（<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000041824.html>）^{1)1~2)} で閲覧およびダウンロードできる。さらに、この報告書のポイントをまとめたスライドも、厚生労働省の次のサイト（<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000056112.html>）³⁾ で閲覧およびダウンロードできる。

また、日本人の食事摂取基準（2015年版）（以下、摂取基準2015）の要点⁴⁾ も公表されている。これらの資料をもとに、摂取基準2015を活用するための概要と活用のポイントを述べる。

1. 食事摂取基準を正しく活用するための基本理念

食事摂取基準を正しく活用するための基本理念は、食事摂取基準がガイドラインであることへの理解と職業倫理の2つである。

食事摂取基準は厚生労働省が定める医療系のガイドラインの1つである。ガイドラインは、「指針」「基本方針」「指導目標」という意味がある。つまり、常に厳格に守らねばならないものではなく、おろそかにはできないものであり、目の前の栄養業務に対して、びったりとは当てはまらないが大きくははずれないことを目指すものである。

また、職業倫理は、日本栄養士会の管理栄養士・栄養士倫理綱領に（科学的根拠に裏づけられ・・・、生涯にわたり高い知識と技術水準を維持・向上するように積極的に研鑽し・・・）が記載されている。したがって、継続的に最新の食事摂取基準を正しく理解し、正しく使うことは、職業倫理に照らせば管理栄養士・栄養士としての最低限の責務である。

つまり、食事摂取基準の数値の裏の理由や根拠を知り、理解することで、数値は対象者のための温かみのあるものへ変わり、人間味のある栄養業務（例えば、美味しい食事の提供やお得感のある栄養指導）につながると考えられる。

2. 報告書の構成

報告書は、総論（策定方針、策定の基本的事項、策定の留意事項、活用に関する基本的事項）、各論（エネルギー、栄養素〔たんぱく質、脂質、炭水化物、エネルギー産生栄養素バランス、脂溶性ビタミン、水溶性ビタミン、多量ミネラル、微量ミネラル〕、水）、参考資料1（特性対象者〔妊婦・授乳婦、乳児・小児、高齢者〕）、参考資料2（生活習慣病とエネルギー・栄養素との関連〔高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病〕）で構成されている。読みどころは、総論ついで各論のエネルギーの項目である。

3. 報告書のどこを読むべきか

佐々木敏博士（食事摂取基準2015の策定検討会のワーキング座長）が考える報告書の必読項目リストは、以下の9項目である。

1 EBN（p.8~9）、2目的と対象者（p.1~3、29~30）、3食事アセスメント（p.21~29、47~48、61~62）、4エネルギー摂取量の過不足評価法（p.47~54、59~60）、5エネルギー産生バランス（p.153~163）、6減塩（p.8~9、247~251）、7目標量の拡充（p.252~255）、8値と算定根拠の見直し（コレステロールについて値の算定を控えた、p.4~7、125~126）、9〈参考資料2〉生活習慣病とエネルギー・栄養素との関連（p.397~440）。

以下に、各項目のポイントの概要を述べる。

4. EBNと食事摂取基準

医療系のガイドラインの1つである食事摂取基準は、evidence-based nutritionの考えに基づき策定されている。Evidenceは、信頼できる研究方法を用いておこなわれたヒトを対象とする研究報告（原著論文）の結果である。

食事摂取基準2015では、系統的レビューまたはメタ・アナリシスと呼ばれる手法（ヒトを対象とした信頼のおける原著論文を網羅的に収集し、客観的に評価し結論を導く研究手法）で行われたため、膨大な原著論文が参照されている。ガイドラインが信頼できるかの判断尺度の

1つは、引用論文の質と量である。したがって、食事摂取基準2015は、食事摂取基準2010に比べ引用論文数が増加していることから、最も信頼できる摂取基準である。

5. 食事摂取基準2015の目的と対象者

食事摂取基準2015を使用する対象者は、健康な個人並びに健康な人を中心として構成されている集団（高血圧、脂質異常、高血糖、腎機能低下に関するリスクを有していても自立した日常生活を営んでいる者を含む）である。具体的には、歩行や家事などの身体活動を行っている者であり、体格（BMI）が標準より著しく外れていない者である。高血圧、脂質異常、高血糖、腎機能低下に関するリスクを有するとは、保健指導レベルにある者である。

つまり、摂取基準2015は、摂取基準2010の生活習慣病予防対策（一次予防（発症予防））に加え、主な生活習慣病（高血圧、脂質異常、高血糖、慢性腎臓病）の重症化予防も目的に策定されている。

これらの対象者についての食事指導が病院内外で大きく異なるのは望ましくないことなどから、病院に勤務する管理栄養士・栄養士も、病院外の管理栄養士・栄養士も食事摂取基準の理解が必要である。

6. 食事摂取基準と食事アセスメント

①PDCAサイクル

対象者（集団）は、様々である。したがって、食事アセスメント（体格の測定も含む）を行い、その結果に基づく栄養業務を行う必要がある。食事アセスメント（体格の測定を含む）を行わない栄養業務は、食事摂取基準を正しく活用できず、職業倫理も遂行できないことになる。

食事アセスメントとは、エネルギーについては、体重（あるいはBMI）の測定、栄養素については、食事状況のアセスメントである。この流れを図1食事摂取基準の活用とPDCAサイクルに示した。このサイクルで栄養業務を行うことが、食事摂取基準活用の基本である。

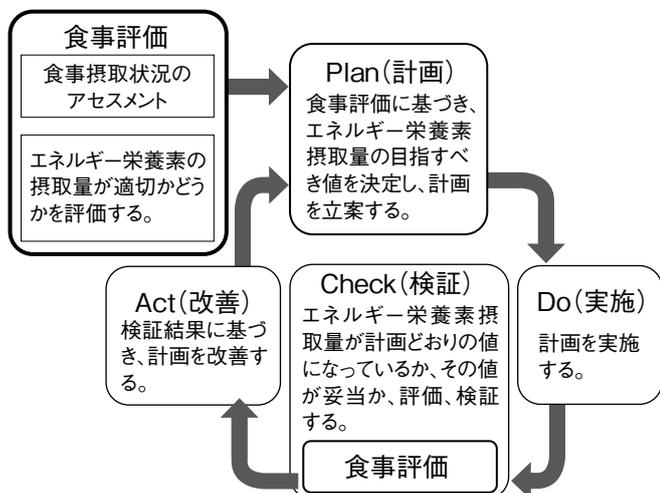


図1. 食事摂取基準の活用とPDCAサイクル

②エネルギーの過不足の評価

エネルギーの過不足の評価は、食事摂取状況のアセスメントの結果からは行うことはできない。エネルギーの過不足を食事摂取状況のアセスメントで評価する場合は、推定エネルギー必要量を計算し、食事摂取状況を質問票で行い栄養計算で摂取エネルギー量を算出し、両者を比較する、しかし、両者は異なる方法で得られた値であるため異なる測定誤差をもつ。したがって、両者の比較は困難である（図2）。

しかし、一定期間の体重の変化は、エネルギー摂取量と消費量の差である。体重は日間変動が比較的小さく、測定誤差はわずかである。

③栄養素の過不足の評価

栄養素の出入は体重測定ではわからない。一部の栄養素の出納は、体外への排泄量や体内濃度を生体指標としている。しかし、栄養業務にこの方法を用いることは難しい。そこで、栄養素の摂取量と消費量は、食事摂取状況のアセスメントで行う。栄養素は、摂取量と不足のリスクが、直線的ではない（図3）。摂取量が正確にわからなくても、一定摂取量以上（具体的には推奨量付近以上または目安量より少ない摂取量以上）では、ほぼ全員が充足し、推定平均必要量以下では不足のリスクは高いなどがわかる。したがって、十分ではないが、ある程度の判断ができる。

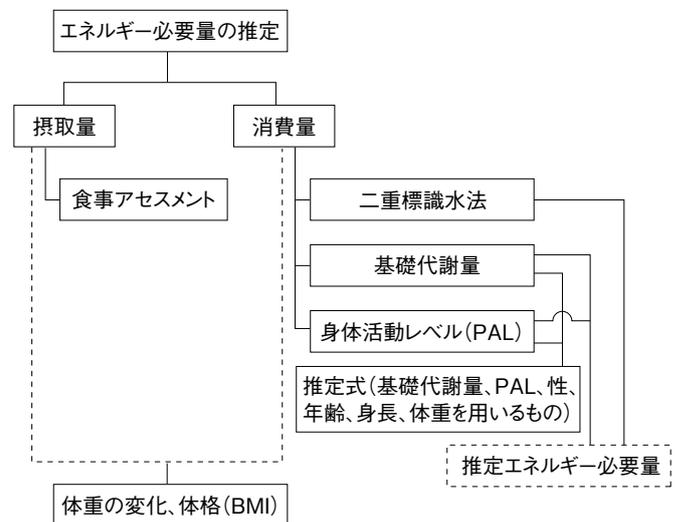


図2. エネルギー必要量を推定するための測定方法と体重変化、体格(BMI)、推定エネルギー必要量との関連

④食事摂取状況のアセスメントに関する課題

食事摂取状況のアセスメントには種々の測定誤算があるが、過少申告と日間には注意が必要である。

過少申告は、どの食事アセスメント法を用いても本人が行うと生じる。また、肥満度が増すほど大きくなる。一方、日間変動は、アセスメント期間が短いと誤差が大きくなる。

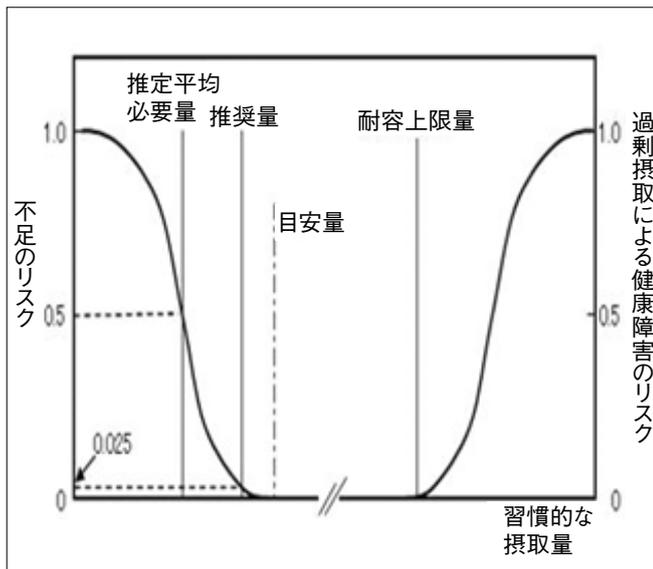


図3. 食事摂取基準の各指標（推定平均必要量、推奨量、目安量、耐容上限量）を理解するための概念図

食事摂取基準は、習慣的な摂取量を示したガイドラインである。したがって、食事摂取状況のアセスメントは、習慣的な摂取量（3日程度ではない）を対象者の負担の無い信頼度（科学的に確認されて）の高い方法を用いることが大切である。

7. エネルギー摂取量の過不足の評価方法

①基準体位から参照体位へ

食事摂取基準の策定において参照する体位（身長・体重）は、性及び年齢に応じ、日本人として平均的な体位を持った人を想定し、健全な発育並びに健康の保持・増進、生活習慣病の予防を考える上での参照値として提示し、これを参照体位（参照身長・参照体重）と呼ぶこととした。

食事摂取基準2010では基準体位と表現していたが、望ましい体位ということではなく、日本人の平均的な体位であることから、その表現を参照体位と改めた。

②参考表の推定エネルギー必要量

エネルギー摂取量の過不足の評価は、推定エネルギー必要ではなく、体重の変化（またはBMI）を用いる。この理由は、上述した通りである。

食事摂取基準2010と同様の方法で算出した推定エネルギー必要量は、参考表として収載されている。

③目標とするBMI

成人の目標とするBMIを3区分に分け示した（表1）。

範囲の下限は年齢区分が上がると高くなり、その理由などが表の注に示されている。BMIは範囲で考え、目標とはするが参考とする値である。

表1. 目標とするBMIの範囲（18歳以上）^{1, 2}

年齢(歳)	目標とするBMI(kg/m ²)
18～49	18.5～24.9
50～69	20.0～24.9
70以上	21.5～24.9 ³

1. 男女共通。あくまでも参考として使用すべきである。
2. 観察疫学研究において報告された総死亡率が最も低かったBMIを基に、疾患別の発症率とBMIとの関連、死因とBMIとの関連、日本人のBMIの実態に配慮し、総合的に判断し、目標とする範囲を設定。
3. 70歳以上では、総死亡率が最も低かったBMIと実態との乖離が見られるため、虚弱の予防および生活習慣病の予防の両者に配慮する必要があることも踏まえ、当面目標とするBMIの範囲を21.5～24.9kg/m²とした。

④対象者とエネルギー摂取量の管理

エネルギー摂取量の過不足の評価は、対象者が体重を測定することで自ら実施できる。そこで、対象者にこのことを伝え、理解してもらい実施してもらいたい。一人一人が、体重測定を行いエネルギーの管理ができれば、策定の目的である健康の保持・増進、生活習慣病の予防に役立つことになる。

まとめ

食事摂取基準2015について、理解し活用するための基本理念、報告書の構成、報告書のどこを読むべきか、EBNと食事摂取基準、目的と対象者、食事摂取基準2015と食事アセスメント、エネルギー摂取量の過不足の評価方法について述べた。今回は、エネルギー産生栄養素バランス、減塩などについて述べる。

報告書を読み、理解し活用することが求められています。まず、読んでみましょう。

参考文献

- 1) 菱田明、佐々木敏監修、日本人の食事摂取基準（2015年版）、第一出版、2014年
- 2) 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課栄養指導室、「日本人の食事摂取基準（2015年版）策定検討会」報告書 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000041824.html>、平成26年10月20日
- 3) 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課栄養指導室、日本人の食事摂取基準（2015年版）版スライド集 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000056112.html>、平成26年10月20日
- 4) 解説・監修 佐々木敏、日本人の食事摂取基準（2015年版）、建帛社、2014年

実践事例報告

スーパーマーケットでの食育の実践と成果



株式会社 千葉薬品
ファーマシー営業部
予防グループ 森 優子

共同研究者：

宮下 隆・鈴木 亜美・鈴木 尚子・
猪俣 絵里奈・小高 桂以・
馬渡 さやか（株式会社 千葉薬品）
鈴木 亜夕帆・渡邊 智子
（千葉県立保健医療大学）

【目的】

スーパーマーケットにおいて管理栄養士による食育活動を実施することで、地域住民の健康の維持増進を図ること、および本取組の効果を検証することを目的とした。

【方法】

対象者：ヤックススーパーマーケット四街道店および八幡店において、利用度の高い顧客に対し「食と健康を一緒に考える会」と題し、取組みへの参加募集のダイレクトメール（取り組み内容の紹介、事前アセスメントとしてBDHQ（簡易型自記式食事歴法質問票）、食習慣に関するアンケート）を送付、返送のあった258名を対象者とした。

食育の内容：具体的な取組目標を食物繊維摂取量の増加、食生活の改善に対する行動変容ステージが実行期・維持期の者の割合の増加、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の増加とし、食育の取組として①店頭講習会②店頭カウンセリング③野菜摂取モニタリング④野菜カットサービス⑤野菜たっぷり惣菜の販売⑥売り場での情報提供⑦ダイレクトメールでの情報提供（月1回）を実施した。

実施期間：平成25年10月末～平成26年1月末

効果測定：取り組み前後にBDHQと食習慣に関するアンケートを送付し返送のあった143名を対象とし解析を行った。食習慣調査の過大評価や過小評価を排除するために1000kcal当たりの摂取量を算出し前後比較を行ないその結果を検討。

統計処理：SPSSにより有意差検定を行った。

【結果および考察】

取組対象者の年齢構成は、30代4%、40代16%、50代27%、60代31%、70代21%、80代1%、男女比は男性14%：女性86%であった。解析対象者の年齢構成は、30

代6%、40代10%、50代27%、60代37%、70代18%、80代1%、男女比は男性14%：女性86%であった。男性よりも女性、60代の参加率が高く、食習慣改善への意識が高いことがわかった。

●摂取した食品重量をエネルギー密度（1000kcal当たり）でみると砂糖類（1.1倍）、その他の野菜類（1.2倍）、果実類（1.3倍）、菓子類（1.2倍）および調味料類（1.1倍）が有意に増加した。摂取した栄養素量をエネルギー密度（1000kcal当たり）でみると水分（1.05倍）、植物性タンパク質（1.05倍）、灰分（1.03倍）、カリウム（1.06倍）、マグネシウム（1.04倍）、鉄（1.04倍）、亜鉛（1.02倍）、銅（1.03倍）、マンガン（1.04倍）、βカロテン当量（1.11倍）、ビタミンB₁（1.05倍）、ナイアシン（1.04倍）、ビタミンB₆（1.04倍）、葉酸（1.09倍）、パントテン酸（1.03倍）、ビタミンC（1.19倍）、水溶性食物繊維（1.09倍）、不溶性食物繊維（1.09倍）、総食物繊維（1.09倍）が有意に増加した。

●対象者の野菜の摂取量は335g（摂取エネルギー1880kcalで計算）から358g（摂取エネルギー1833kcalで計算）と1.07倍の増加であった。食物繊維摂取量（総量平均）は7.5gから8.2gへ0.7g増加した。食品群別摂取密度で「その他の野菜、果実類」が有意に増加しており、食物繊維摂取量の増加に寄与したものと考えられる。

●食生活の改善に対する行動変容ステージが実行期・維持期の者の割合は66.9%から69.8へ2.9%増加した。食習慣に関するアンケートでは売り場での情報提供、店頭講習会、ダイレクトメールが参考になったとの回答が多く情報提供が行動変容に繋がったと推測される。

●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は11.0%減少した。これは主食・主菜・副菜の分類を正しく理解したためではないかと推測される。

【まとめ】

短期間の取り組みではあったが、種々の試みは、対象者に野菜および果実の摂取量の増加とそれに伴う栄養素摂取量を増やすことができた。これら栄養成分摂取量の増加は栄養素の役割を考えると望ましい結果である。対象者の年齢をみると、地域のスーパーが行う食育は、高齢化社会における地域の健康の維持増進に役立つことが分かった。対象者の改善は家族への波及効果が期待される。

職場だより

(中堅栄養士として頑張るみなさんです)

私の職場



ロザリオの聖母会
障害者支援施設 佐原聖家族園
和田 京子

私の勤務する障害者支援施設 佐原聖家族園は、香取市の畑と林に囲まれたのんびりとした環境の中にあります。生活介護事業、施設入所支援事業、短期入所支援事業、日中一時支援事業を行っており、今年で開設から14年目になりました。現在は入所49名、短期入所6名程度、日中のみ13名程度の主に知的障害の方が利用されています。

食数は、職員も含め朝夕約60食、平日の昼食は約90食を提供しています。利用者さんと職員の食事の場は、厨房の隣にある食堂です。決められた時間内の自分の好きな時間に食堂に来て、カウンターに並べられたおかずを自分で1つ1つ取っていき、自分の好きな席で、自分のペースで食事をしています。平日の昼食は、作業のある日はそれぞれの作業場で食べられるよう、お弁当形式にしています。作業班は農耕園芸班、しいたけ班、食品加工班、手工芸班、内職班があり、利用者さん一人一人に合った作業班で日中の活動をしています。

施設内の厨房の場所は利用者さんの生活の場のすぐ近くにあり、厨房のみ孤立することなく利用者さんや支援員との関わりを多く持ちながら仕事をする事ができています。施設内を歩いていると、「お昼ごはんおいしかったよ!」「明日のおかずは何?」「誰が作るの?」など、利用者さんは気軽に声をかけてくれます。新しい献立表を掲示すると、すぐに見に来てくださったり…皆、食事を楽しみにしているんだと感じる毎日です。

普段の食事の他に、行事食も利用者さんの大きな楽しみです。春は皆で満開の桜の下で昼食のお弁当を食べ、運動会、納涼祭、収穫祭、クリスマス、お正月等…支援員と協力しながらリクエストを聞き、メニューを決めていきます。時には利用者さんも何名か実行委員になり、自分たちの食べたいものを決めていきます。そうして出した料理を「おいしかったよ!」と笑顔で言ってくざると、とてもうれしく感じます。

気軽に食べたいものや、感想を言ってくれる利用者さんがいる一方で、自分の意思を伝えられない利用者さんもいます。また、本人は気持ちを伝えようとしているけ

れど、受け取る私が未熟なため、理解してあげられない時もあります。カウンター前でおかずを取らずに立ち止まっている方は…嫌いなおかずなのか? どんぶり物ではなく、白いご飯とおかずに分けて食べたいのか? 温めて欲しいのか…? いろいろ試して提供し、本人がすっと手に取ってくれた時は、良かった! と思いますが、要求を理解してあげられず、納得しない様子での食事になってしまう場合もあります。もっと支援員から利用者さんの情報を聞いたり、自分自身ももっとコミュニケーションの技術を勉強して、より一人一人を理解してあげなくてはいけない、と感じる場面です。

対象者が多く、嗜好も様々、調理の制約、そして栄養面も考えて…となると、いつも皆が満足するということは難しいですが、その中でも、楽しく食べる、選んで食べる、というようなことを大切に、食事を提供していきたいと思います。また、現在入所の方は平均年齢44歳ですが、79歳の高齢の方もいらっしゃいます。今は嚥下等に配慮した複雑な食事の提供はありませんが、今後は様々な形態の食事が求められてくるかもしれません。これからももっともっと勉強していかなくてはと感じています。

栄養士の業務は、栄養管理、食品管理、衛生管理、環境整備、等々多くのものがありとても大変ですが、それだけいろいろな分野に関わるとてもやりがいのある仕事だと思います。これからも利用者さんが楽しく、健康に過ごせるように、そして自分自身も楽しく栄養士の業務をしていきたいと思っています。



初心に戻って



東金市立東金中学校
白鳥 友美子

東金中学校は、東金市のほぼ中心に位置し、JR東金駅東口から700mの国道126号線沿いにあります。学区は市の中心部から南東部にわたって広がっており、官庁・商店街の多い地区と田園に囲まれた地区で成っています。生徒数556名・市職も含めた教職員数43名の適正規模校で、地域の方々の教育に対する関心は高く、学校に対して協力的です。地域に根ざした教育文化の発信源として、東金中学校の存在は今後も重みを増していきます。

東金市の中学校給食は昭和55年から始まりましたが、おかずと牛乳が出され、ご飯は生徒が持参するという補食給食でした。そのため、生徒や保護者などから、温かくおいしい完全給食の強い要望があがり、平成14年、市内4つの全中学校に給食施設が完成しました。平成15年4月より、業者委託により自校式完全給食が開始され、12年目を迎えています。

私は今年の4月に東金中学校に着任しました。3月まで、給食センターに勤務していたため7年ぶりの異動、8年ぶりの自校給食校への勤務となりました。平成15年に東金市で自校給食が開始された当初、市内の別の中学校に勤務していましたが、忘れていたことも多く、またわからないことだらけで戸惑うことの多い毎日でした。「いつも給食おいしいよ。」「また〇〇〇だしてね。」という生徒の声と笑顔に元気をもらいながら、日々奮闘し今日に至っています。

東金中学校に異動して、まず「生徒に喜ばれるおいしい給食作り」を念頭においています。おいしい給食が作れなければ、給食を「生きた教材」として活用した指導はできないと思っており、生徒の様子や実態を理解した上で食育を行いたいと考えています。栄養士としては当たり前なことでも誰かが思っていることなのかもしれませんが、私は給食センターで献立を担当していなかったため、「献立を立てる」という基本の仕事も数年ぶりです。給食センター勤務の間に、学校給食実施基準や学校給食の目標が変更になりました。異動を機に、初心に戻り、基本中の基本を念頭において仕事をしています。食べることの大切さや楽しさを知らせ、「食」に興味・関心を持ってもらえるよう、毎日、一口メモを配付し、積極的に生徒に声かけをしています。生徒の反応に戸惑うこと、驚くことも多々あります。

以前「栄養士が代わると給食が変わる。給食の味も変わる。」と言われたことがありました。そのため、自分

の給食が生徒や先生方に受け入れてもらえるか毎日ドキドキしながら給食の様子を見えています。おいしそうに食べる顔や楽しそうに会食している姿を見るとホッとすると同時にとても嬉しくなります。自分の給食が少しずつ受け入れてもらえているかなと思っています。

さて、私は前任校で栄養教諭として採用され現在4年目です。前任校では、学校全体で「学力向上」を目標に食育に取り組んでいました。栄養教諭の立場から、食に関する指導では、生徒が楽しくわかりやすく学べるよう、掲示物に工夫を凝らし、動く箸の模型や実物大の魚のパネルなどの媒体を用いた給食指導を心がけました。また、先生方の協力を得て、①自分の食生活を振り返る時間として定期的にアンケートを実施する。②給食委員会の活動を通じ、残滓量調査や牛乳の残数調べを行い、喫食率アップを目指す。など、一人一人が食への意識を高められるようにしました。

その他にも、運動部の生徒向けに運動特性に合わせた栄養指導の実施、進路だよりへの寄稿、先生方への食育の講話、試食会での保護者への講話、満腹傾向児への個別指導などを行っていました。

なかでも「朝食欠食率の低下」を目指す取り組みには力を入れ、主に学級活動で、朝食摂取の大切さや理想的な朝食の内容などについてグループ活動を中心とした授業を行いました。どの学級でも、料理カードを使っての献立作成やグループ別の発表などいきいきとした生徒の表情が印象的でした。授業や指導を繰り返す中で、私自身が学ぶこと、教えられることも数多くありました。それは、多くの生徒が「バランスの良い朝食を摂ることは大切である。」とわかっているにもかかわらず実行できていないこと、授業の後は目標を持ち数日間は頑張れるが長続きしないことなどです。現在の健康な自分から、将来の病気になるかもしれない姿は想像できないのかもしれない。生徒が、自分のこととしてとらえ実践に結びつけさせるには、根気よく繰り返し指導するしかないと思いました。やはり、食に関する指導は、継続して行うことが重要なのだと痛感しました。

異動から半年が経過し、東金中学校の生徒の様子が少しずつわかってきました。多くの生徒が給食を楽しみにしてくれていますが、献立により残滓量が大きく変わります。まだまだ工夫が必要だと感じています。また、生徒一人一人を見ると好き嫌いや過食・少食など食べ方にも問題があります。朝食欠食率も高めです。今後は、献立の工夫は元より、食に関する指導にも力を入れていきたいと考えています。明るく素直な生徒たちが、心も体も健康で過ごせるよう、食の楽しさや重要性を伝えるとともに、望ましい食習慣の形成が図れるよう手助けをしていきたいと考えています。

健康日本21（第2次）推進のための基礎資料（3）

1

4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標	
地域のつながりの強化とともに、国民、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要。さらに、健康格差対策も重要。 〈具体的な目標〉	
	目標項目
ソーシャルキャピタルの向上	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）
多様な活動主体による自発的取組の推進	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 ③ 健康づくりに関する活動に取り組む、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 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
健康格差の縮小	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）

2

5. 食生活、運動、休養など生活習慣及び社会環境の改善に関する目標	
〈具体的な目標〉	
	目標項目
栄養食生活	① 適正体重を維持している者の増加（肥満、やせの減少） 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回以上の日ほぼ毎日の者の割合 イ 食塩摂取量の減少 ウ 野菜と果物の摂取量の増加 ③ 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少） 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の増加 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
身体活動運動	① 日常生活における歩数の増加 ② 運動習慣者の割合の増加 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数の増加
休養	① 睡眠による休養を十分とれていない者の減少 ② 過労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少

3

飲酒	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の摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少 ② 未成年者の飲酒をなくす ③ 妊娠中の飲酒をなくす
喫煙	① 成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい人がやめる） ② 未成年者の喫煙をなくす ③ 妊娠中の喫煙をなくす ④ 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少
歯・口腔の健康	① 口腔機能の維持・向上 ② 歯の喪失防止 ③ 歯周病を有する者の割合の減少 ④ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 ⑤ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加

