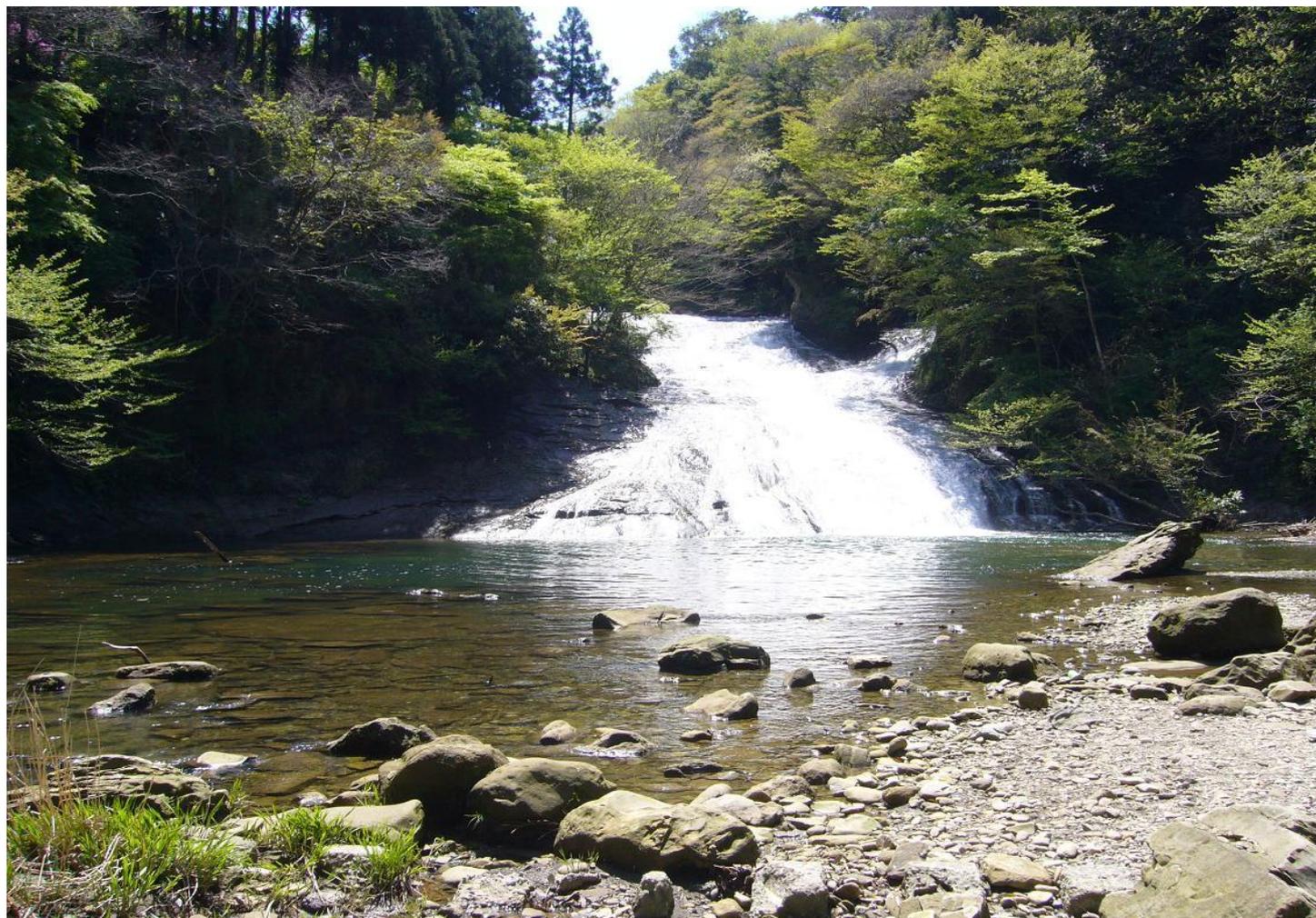


No.46

2025.8.20

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(2025版)の重要ポイント..... 1

実践事例報告

「直営の産後ケア事業通所型(集団)での母への食支援について」..... 6

買い物困難の独居高齢者のCKDの食支援について..... 7

家庭における生活リズムと食事に関する調査に..... 8

学術研究

日本人の食事摂取基準(2025年版)の重要ポイント



千葉県栄養士会 学術部 部長
(つくば国際大学医療保健学部
保健栄養学科)
池本 真二

「日本人の食事摂取基準(2025年版)」(以下、2025年版)策定検討会報告書が昨年10月11日に公表され¹⁾、本年4月より運用されている。既に、「日本人の食事摂取基準」策定検討会報告書が、厚生労働省HPにupされ(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_44138.html)、そのポイントをまとめたスライド集も公表されている²⁾。また、厚生労働省主催の研修会も、YouTubeで配信されている³⁻⁴⁾。それ故、ここでは、重要なポイントの見方・考え方について解説する。

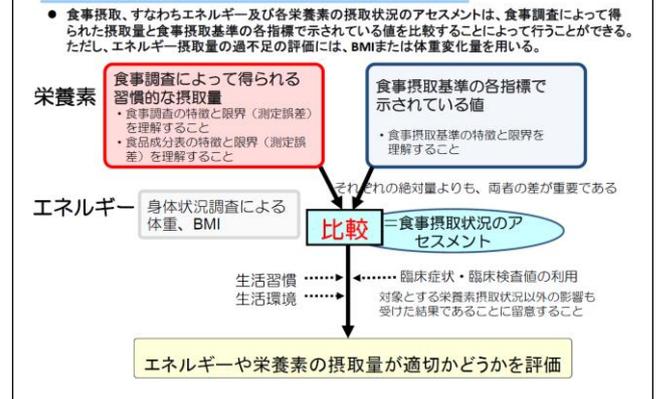
1. 改めて確認(食事摂取基準の基本的な考え方)

エネルギーの指標はBMI、各種栄養素の指標は5種類あり(摂取不足の回避のための指標は**推定平均必要量(EAR)**、**推奨量(RDA)**、**目安量(AI)**。過剰摂取による健康障害の回避のための指標は**耐容上限量(UL)**。生活習慣病の発症予防のための指標は**目標量(DG)**。)、それぞれの指標の定義ならびに概念は、変わるものではない。また重要な考え方の1つに、**確率論的考え方**がある。エネルギー並びに栄養素摂取量は、正規分布を仮定して確率を推定している。それ故、摂取量の分布が歪んでいる場合には、注意を要することになるので、取り扱う集団のエネルギー・栄養素の摂取分布を必ず確認したうえで、食事摂取基準値と比較することが重要である。

ご存知の通り、食事摂取基準は、5年に一度改定される。通常、変わった部分(変更ポイント)に注目しがちであるが、実は、変わらない部分は、根拠が安定していて課題が少ないという見方もできる。それ故、根拠が明確で当面、変わりそうにないのか、反対に、現時点ではまだ課題が残されており研究が進めば次回の改定の際には変更される可能性があるのか等を把握するべきである。そのためには、しっかりと本文に目を通し、その根拠となる参考論文に目を通す必要があることを理解しておくべきである。とはいえ、参考論文まで目を通すのは、なかなか大変であるので、少なくとも、各章末の「今後の課題」には、目を通しておくことをお勧めしたい。

また、食事摂取基準は、活用を目的とした基準値である。

図1 食事摂取基準を用いた食事評価の概要



それ故、食事摂取基準で設定されている各指標の値と「**比較;reference**」すること(図1)を適切に行わなければならないということである。比較する際には、各指標の値の意味をきちんと理解することが重要となる。各指標の値は、参照体位、すなわち現在の日本人の年齢区分ごとの代表的な体位の人における基準値が示されている。それ故、参照体位から大きく外れる体格の大きい方や小さい方、またやせや肥満の方は、一覧表の値は用いられない可能性が高いということである。言い換えると、体重kg当たりの基準値で示されている栄養素(栄養素重量/kgBW)は、個人の体格(いわゆる、個人の標準体重)に見合うEAR/RDAを算出すべきで、1日当たりの絶対値(重量/日)で示されている基準値、すなわち体格に依存しない基準値とは利用の仕方が違うということを認識頂きたい。もちろん、%エネルギー(以下、%E)のような比率で示されている指標値は、固定された値を用いることになる。現在、管理栄養士の養成校では、このようなスキルを教育するためのカリキュラムが動いているので、職場で食事のアセスメントをされる方もしっかりと学んでいただきたい。

この他、アセスメントの際に理解しておかなければならない事項は多い。①習慣的な栄養素摂取量を評価する手段、②測定誤差(過小・過大申告)の問題とエネルギー調整(密度法)、③日間変動(栄養素による日間変動の大きさの違い)、④個人差、⑤EAR・RDAの算定方法の違いによる信頼度(優先度)の違い(2020年版から登場)等が挙げられる。

2. 総論のポイント

1. 策定方針

2025年版は、原則として2020年版の策定方法を踏襲した上で、各栄養素及び栄養に関連した代謝性疾患の栄養評価に関する最新の知見及び健康・栄養政策の動向を踏まえ、現行の基準の改定や内容の見直しの必要性を検討し、最新のレビュー結果を反映した策定となっているので、基

本方針は変わっていない。重要なのは、「2020年版において整理した「今後の課題」のうち、最新のレビュー結果を踏まえて、その改定の必要性を検討した策定となっている点である。すなわち、残された課題について、最新のレビュー結果に基づき改定すべきと判断された事項が、変更されたわけである。その事項は、次の2点である。

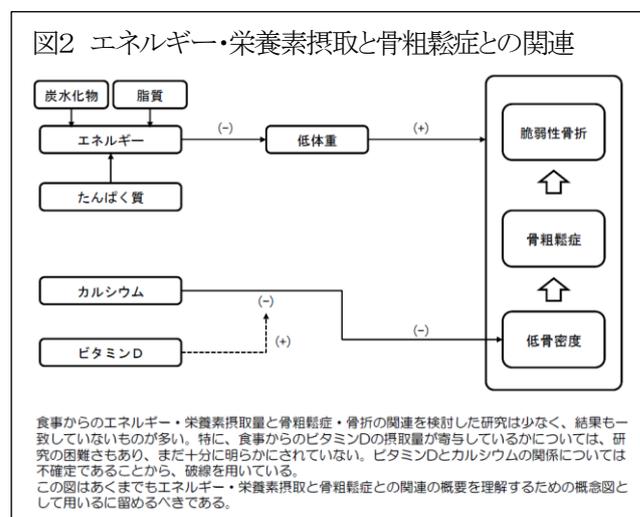
- ① 推定平均必要量を下回った場合の問題の大きさの程度は栄養素によって異なるため、事業所等給食や災害時の避難所での食事・栄養管理等において、活用上の混乱が生じている。
- ② 健康診断でスクリーニングされ、医療の範囲より手前の保健指導でも対応すべき疾患(例:フレイル、骨粗鬆症、貧血等)について、エネルギー・栄養素との関連を整理する必要がある。

2. EARの考え方を整理(活用上の留意点として3つに大別)

栄養素の摂取不足の回避を目的として、EARとRDAあるいはAIが設定されているが、数値の信頼度が高いのは、EAR・RDAであり、AIはその定義から判断しても信頼度が低いことはこれまでも知られている事実である。加えて、2020年版では、EARの策定方法の違いによって問題の大きさが異なることを示し、a、b、c、xのアルファベットが付された。2025年版では、ビタミンCと鉄について、EARの策定方針が検討・変更され、x。「a、b、c以外の方法で推定平均必要量が定められた栄養素」をなくし、3つ(a:「集団内の半数の者に不足又は欠乏の症状が現れ得る摂取量をもって推定平均必要量とした栄養素:ビタミンAなど」、bは:「集団内の半数の者で体内量が維持される摂取量をもって推定平均必要量とした栄養素:たんぱく質など」、c:「集団内の半数の人で体内量が飽和している摂取量をもって推定平均必要量とした栄養素:ビタミンB₂など」)に整理された。さらに、cが付されているのはビタミンB₂のみで、ビタミンB₁は、体内飽和量から酵素活性(赤血球トランスフェラーゼ活性係数)に変更され、a根拠と変更された。重要なことは、c、xとされた根拠は、EARの定義である「個人では不足の確率が50%であり、集団では半数の対象者で不足が生じると推定される摂取量である」ことの判断基準から、あいまいさを少なくしたいことが窺える。目標量のエビデンスレベルと同様に、栄養改善プランを講じる際の優先順位を考える上で、非常に大切な判断基準となるものである。なお、EAR/RDAの基準を満たさない場合と、目標量を満たさない場合とは、優先順位の次元が違うことは周知のことと思いたい(EAR/RDA:不足の回避を目的とした指標の方が、DG:生活習慣病発症予防の指標よりも、優先順位は高い(問題が大きい))。

3. エネルギー・栄養素との関連を記述する疾患等の追加

エネルギー・栄養素との関連を記述する疾患については、これまでは生活習慣病4疾患、高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病(CKD)に限定されていた。しかしながら、健康・栄養政策においては、健康日本21(第三次)における「生活機能の維持・向上」、「女性の健康」、特定健診・保健指導におけるアウトカム評価(メタボリックシンドロームや栄養習慣の改善(睡眠やストレス管理)等)、高齢社会のさらなる進展への対応におけるフレイル予防(低栄養予防を含む)等への食事摂取基準の一層の活用が期待されていることから、追加の方針が出されていた。具体的には、フレイル、骨粗鬆症、貧血などの候補が挙げられていたが、追加されたのは骨粗鬆症で、特筆すべき点は、「生活習慣病」として追加されたのではなく「生活機能の維持・向上に係る疾患」として追加された点である。関わる栄養素は、主にカルシウムと、ビタミンD、たんぱく質、そしてエネルギーである(図2)。その他にビタミンC(骨形成・骨吸収に関与)とK(骨へのカルシウム沈着に関与)の関与が紹介されている。



4. アルコールの取り扱い

食事摂取基準では、炭水化物はエネルギー源として重要な役割を担っていることから、たんぱく質と脂質の残余として、つまり総エネルギー量(100%E)からたんぱく質及び脂質から供給されるエネルギー量(%E)を差し引いた値として目標量が設定されている。このため、アルコールは、炭水化物の項目として記述されてきたが、2025年版では、炭水化物の項目では記載せず、エネルギー産生栄養素バランスの章で、記載することとなった。これは、アルコールは栄養学的にも化学的にも炭水化物とは異なる物質であるというメッセージである。その意図を真摯に受け止めた活用が我々栄養士に求められているといえる。

5. その他の変更点:

目標量の算定に付したエビデンスレベル

栄養素食事摂取基準は、「量の算定」を目的としたガイド

ラインである。それ故、定性的な文章表現ではないため、そのエビデンスの信頼度を見える形で示した方が情報の利用価値が高くなるという配慮により2020年版からエビデンスレベルが付されている。つまり、各種栄養素摂取状況等に問題が見つかり、その改善策を講じる際に、その優先順位を考える根拠が示されているといえる。

今回、たんぱく質のエビデンスレベルが、D1 から D2 へ変更された。目標量に関連する疾患は、高齢者におけるフレイルおよびサルコペニアとされており、研究報告は多いものの、摂取したたんぱく質の「量」を評価した研究が非常に限られていることが理由として挙げられている。エネルギー産生栄養素に共通した課題と思われるが、「質(種類が多様である)と量」の両面からの研究が必要で、量に関しては、人体試験のような負荷試験でない限り、日常生活者の定量的なたんぱく質摂取量の把握の難しさが課題となる。また目標量の設定の対象となる疾患(下限はフレイル、上限は腎機能)発症との関連に関しては、他要因の影響の大きさが影響していると考えられる。

6. 食品成分表の改訂に伴う対応が必要

我が国の唯一の公的な食品成分表は、日本食品標準成分表 2020 年版(八訂)であり、栄養素の定義に関しては、食事摂取基準と日本食品標準成分表(八訂)とで異なるもの(ビタミン E)があることは理解しておく必要がある。

また、日本食品標準成分表(八訂)は、日本食品標準成分表 2015 年版(七訂)からの改訂の際に、エネルギー量の計算に大きな変更があった。たんぱく質はアミノ酸組成によるたんぱく質量、脂質は脂肪酸のトリアシルグリセロール当量が使用されている。炭水化物は利用可能炭水化物・食物繊維・糖アルコール・有機酸のそれぞれの質量が算出され、エネルギー量の計算に使用する係数も細分化された。よって、個々の食品の可食部 100 g 当たりエネルギー量は、食品によって日本食品標準成分表の改訂前後で増加したり減少したりしている。食物繊維に関しても測定法の変更があり、成分値の大きく変化した食品がある。そのため、食品成分表を利用し食事評価、食事提供をする際には、この誤差の存在を十分に理解した上で柔軟な対応が望まれる。

3. 各論「エネルギー・栄養素」のポイント

1. エネルギー

エネルギーについては、今回の改定で「日本人の BMI の実態などを総合的に検証する」というファジーな部分が削除されている。エネルギーの摂取量及び消費量のバランス(エネルギー収支バランス)の維持を示す指標として BMI を用い、成人における観察疫学研究において報告された総死亡率ができるだけ低く抑えられると考えられる BMI を基

本として、BMI と主な生活習慣病の有病率、医療費、高齢者における身体機能の低下、労働者における身体機能低下による退職との関連を考慮して、目標とする BMI の範囲を成人について決定している。決定した目標とする BMI の範囲(18 歳以上)は、2020 年版と変更はない。

また、エネルギー必要量は重要な概念であるが、無視できない個人間差が存在し、そのため、性・年齢区分・身体活動レベル別に単一の値として示すのは困難である。そこで、エネルギー必要量については、基本的事項、測定方法及び推定方法を記述し、**推定エネルギー必要量(EER)**を参考表として示した。重要なポイントは、参照体位に近い体格の者の代表値(平均値がこのくらいの値という意味)が推定されているのであって、この値が個人のエネルギー必要量ではないので、この値を用いて食事提供や食事指導が行われるということはあってはならないという点である。

さらに参考資料となるが、成人(妊婦、授乳婦を除く)で短期間に体重が大きく変動しない場合には、「エネルギー必要量=エネルギー消費量-エネルギー摂取量」が成り立つ。このため、二重標識水法を用いた消費エネルギー量の測定報告から、20~70 歳の範囲では、ほぼ全ての研究が 30~40 kcal/kg/日の範囲に入っていることが示されているが、今回、日本人だけのデータで同じ主計をした結果は、34~46 kcal/kg/日の範囲にあり、単純平均は男性 39 kcal/kg/日、女性 38 kcal/kg/日であり、世界各国のまとめよりも 5 kcal/kg/日ほど日本人は高い値を示す可能性を示した点に注目しておきたい。

・身体活動レベル(カテゴリー)の名称に I・II・IIIを用いない方針が窺える。明記はされていないが、本文中に、I・II・IIIの表記は無く(表中に、一か所のみ残っている)、全て、「低い」「ふつう」「高い」表記となっている。

2. たんぱく質

基本的な考え方に大きな変更はない。良質のたんぱく質維持必要量が、全年齢区分(1 歳以上)で男女ともに同一の 0.66g/kg 体重/日、日常食のたんぱく質維持必要量が 0.73g/kg 体重/日、日常食のたんぱく質推奨量が 0.91g/kg 体重/日は、変わらない。

特筆すべきは、高齢者のフレイル及びサルコペニアの発症予防を考慮した目標量の設定においては、その性・年齢区分・身体活動レベル「低い」の推定エネルギー必要量(kcal/日)を用いて、フレイル及びサルコペニアの発症を予防する可能性があるたんぱく質量を 1.2 g/kg 体重/日として、%エネルギーで表現で 14.9~16.6%エネルギーとした点である。つまり、高齢者のたんぱく質摂取量は、エネルギー摂取量が低くなる者は、0.91 g/kg 体重/日ではなく、1.2 g/kg 体重/日とすべきかもしれないと考えていることを示し

たことになる。注視しておきたい点といえる。

今回もULの設定には至らなかったため、「上限のないたんぱく質の摂取が健康増進に有益な効果をもたらすわけではない」点には注意が必要としている。

3. 脂質

特に変更点はない。脂質の目標量の主な目的は、飽和脂肪酸の過剰摂取を介して発症する生活習慣病を予防すること(上限値の設定根拠)と、必須脂肪酸の欠乏状態にならないこと(下限値の設定根拠)にある。それ故、上限は、飽和脂肪酸の目標量の上限を考慮して設定し、下限は、必須脂肪酸の目安量を下回らないように設定されている。

n-6、n-3系脂肪酸のAIが変更されたと話題になっているが、AIの意味合いから策定根拠のデータとなる直近の国民健康・栄養調査の結果(今回は、平成30・令和元年)が変われば数値は変わるので、この辺りの値と捉えておけば問題はないと思われる。

コレステロールは体内でも合成されるため、目標量を設定することは難しいが、脂質異常症及び循環器疾患予防の観点で過剰摂取とならないように、脂質異常症の重症化予防の目的から、200 mg/日未満に留めることが望ましいと脚注に記載された。また、トランス脂肪酸は、飽和脂肪酸と同様に、冠動脈疾患に関与する栄養素ではあるが、人体にとって不可欠な栄養素ではない。実際、健康の保持・増進を図る上で積極的な摂取は勧められないことから、その摂取量は1%E未満に留めることが望ましい。そこで、1%E未満でもできるだけ低く留めることが望ましいと脚注に記載することとされた。

4. 炭水化物

特に大きな変更はない。アルコールの扱いは前述の通り。糖類(砂糖などの単糖・二糖類)の過剰摂取が肥満や歯の原因となることは広く知られているが、日本人の糖類の摂取量の把握が現状では困難であること、さらに added sugar 及び free sugar の摂取量を容易に推定することができないことから、目標量の設定には至らなかった。

5. 食物繊維

食物繊維摂取量は主な生活習慣病の発症率又は死亡率に関連していることから、3歳以上で目標量(下限のみ)が設定されている。健康への利益を考えた場合、「少なくとも1日当たり25g」は食物繊維を摂取した方が良いと考えられる。しかし、現在の日本人の摂取実態を鑑み、その実行可能性を考慮して、現在の日本人の摂取量(13.3g/日)との中間値(19.2g/日)を参考値として、各年齢区分の値を外挿して策定された。それ故、理想値よりも低く設定された点に留意すべきである。

また、前述の通り日本食品標準成分表(八訂)では多くの

食品の食物繊維成分値の測定に AOAC.2011.25 法が採用されたため、成分値がかなり高くなっている。これに対し、食事摂取基準(2025年版)の食物繊維の目標量の設定のための基礎データとなる値は日本食品標準成分表(七訂)相当の測定法を用いて算定した値である。このため、(八訂)を用いて栄養計算を行い、食事提供や摂取量評価を行う際には、目標量と同等、あるいは少し超える値を提供(摂取)できていたとしても生活習慣病予防の観点からは不十分である可能性がある。日本食品標準成分表(八訂)を用いた栄養計算を行い、その適切性の評価を行う場合、成人においては目指すべき食物繊維摂取量である25 g/日を目安とするのも1つの方法ではあると提案されている。

6. ビタミン

1) 脂溶性ビタミン

・ビタミンA、E、K:策定方針に特筆すべき変更はない。
・ビタミンD:2020年版では、カナダ・アメリカの推奨量(15 μg/日)から日光暴露によって産生される値を差し引いて算出したが、2025年版では一定量の日光曝露を考慮した北欧諸国の食事摂取基準を参考に目安量を算定することとした。参照値としたのが、血中25-ヒドロキソビタミンD濃度(20 ng/mL)である。ただし、現在の摂取量では集団の約半数の者で血清25-ヒドロキソビタミンD濃度20 ng/mLを維持できず、特定の集団において不足状態を示す者がほとんど観察されない量としての目安量の概念と合致しないため、北欧諸国の食事摂取基準における推奨量(10 μg/日)と現在の摂取量の中間値が採用された。

2) 水溶性ビタミン

・水溶性ビタミンについては、水溶性ビタミン B₁、B₁₂、C 以外については、大きな変更点はない。しかし、ビタミン B 群に関しては、その生体機能が補酵素として体内の代謝調節に関わっていることから、生化学的指標(バイオマーカー)による検討がなされた。つまり、体内飽和量のようなファジーな基準ではなく、動態が明確な指標からの策定に移行しつつあると捉えておきたい。この考えは、微量元素の必要量の検討にも生かされているので、将来的に変更される可能性がある栄養素と捉えておくべきである(今後の課題の項を参照のこと)。

・ビタミン B₁:EAR の設定の基本的な考えが変更された。尿中への排泄が増大し始める摂取量(体内飽和量)からの設定に変わり、ビタミン B₁ の不足・欠乏に鋭敏に反応する 赤血球トランスケラーゼ活性係数とビタミン B₁ 摂取量との関係に基づいて策定された。なお、EAR で採用された研究の対象者数が少ないことから、変動係数は大きく推奨量算定係数を1.4と高めに設定されたため、RDAの値は2020年版と大きく変わっていない。それ故、RDAの値だけを用い

て、食事評価、食事提供をすることの無いよう注意したい。なお、ビタミンB₂は、バイオマーカーを検討したが、従来の体内飽和量による策定を採用している。EARを下回った場合の問題の大きさが異なることに注意が必要となっている。

・ビタミンB₁₂:2020年版では内因子が欠損した悪性貧血患者7名に筋肉注射を行った報告を基にEAR/RDAが設定されていたが、AIの設定と変更された。生化学的指標として血清ホロトランスコバラミン濃度、血清メチルマロン酸濃度、血清ホモシステイン濃度が利用できると考えられたが、ビタミンB₁₂の欠乏症の回避に必要な最小摂取量を算定するには至らなかった。それ故、これら3つのバイオマーカーが良好な値を示す摂取量としてAIが設定されている。

・ビタミンC:2025年版では、不足の回避を目的とした指標であるにもかかわらず、x(その他、a,b,c以外の方法でEARが定められた栄養素)としたことの修正案と思われる。すなわち、不足・欠乏症状の回避目的ではなく、「心臓血管系の疾病予防効果及び有効な抗酸化作用を期待できる量」として定めた値であったため、2025年版では「不足の予防の観点からビタミンC栄養状態を維持するための摂取量」として、血漿アスコルビン酸濃度が50 μmol/L以上に維持できる摂取量として策定されている。概ね値が低くなっているが、EARの値は低くRDAの値は変更されていない年齢階層もあるので注意したい。

7. ミネラル

1) 多量ミネラル:大きな変更点はない。

・ナトリウム:目標量、重症化予防のための値ともに前回と同じ値である。現在の目標量、重症化予防のための値が最適であるということではなく、前回の策定以降、食塩摂取量の値に大きな変化がなかったため(基本的な策定方法がWHOのガイドラインの推奨量5g/日と日本人の摂取量の中間値であるため)であり、更なる減塩を続けていくことが必要であることには変わりがない。

なお、2025年版では、随時尿(スポット尿)を用いた食塩摂取量の推定に信頼性の問題がある場合もあるとして、そのデータを採用していない。全米科学・工学・医学アカデミーや欧州食品安全機関(EFSA)などでもスポット尿の取扱いについては慎重に検討しており、今後の検討課題とされたことにも注目しておきたい。

2) 微量ミネラル

・鉄:基本的な要因加算法による必要量の推定法は変わらないが、基本的鉄損失、成長に伴う鉄損失、月経血による鉄損失の算出並びに吸収率などの変更修正がされている。対象別・要因別に個人差変動係数、すなわち推奨量換算係数が違っているので、ここのEAR/RDA値を算出する場合には、細心の注意を要する。

また、2025年版では、ULが設定されていない。2020年版までは、バンツー鉄沈着症を根拠に設定されてきたが、遺伝子異常がない場合は、食事からの鉄の摂取が多くなってもヘプシジンによる調節によって鉄の吸収量は正常な範囲に維持されるとする説が妥当とされたためである。

・亜鉛、銅、マンガン:特に大きな変更はない。亜鉛は要因加算法を用いて、銅は出納法による平衡維持量(血漿・血清銅濃度も考慮して)をもとに、EAR/RDAを算定している。マンガンはAIである。

・ヨウ素、セレン、クロム、モリブデン:日本人では通常の摂取量が、RDAよりもかなり高いレベルと考えられるので不足が起こる可能性は限りなくゼロに近いと考えられている。それ故、これら微量ミネラルについてはサプリメント等による過剰摂取に注意を払うべきと思われる。

4. 「生活習慣病とエネルギー・栄養素との関連」のポイント

食習慣、すなわち習慣的なエネルギー・栄養素摂取量が深く関連し、かつ、現在の日本人にとってその発症予防と重症化予防が特に重要であると考えられる生活習慣病(高血圧・脂質異常症・糖尿病・慢性腎臓病)、生活機能の維持・向上に係る疾患(骨粗鬆症)等を5つ挙げ、エネルギー・栄養素摂取との関連についてまとめられている。

エネルギーや栄養素の摂取すべき量を策定することを目的とはせず、当該生活習慣病等とエネルギー・栄養素との関連の定性的及び俯瞰的な正しい理解を促すことを目的としているため、レビューした結果を基に特に重要な関係をまとめたそれぞれ図(5種)の理解が大切である。本報では、掲載を省くので、この5種の図は必ず確認しておいていただきたい。

文献

- 1) 「日本人の食事摂取基準(2025年版)策定検討会報告書」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_44138.html, (閲覧日 2025/08/10/2025.)
- 2) 日本人の食事摂取基準(2025年版)スライド集について、
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_49171.html, (閲覧日 2025/08/10)
- 3) 日本人の食事摂取基準(2025年版)研修会(前半),
<https://www.youtube.com/watch?v=W53GJJOZ1J6w>, (閲覧日:2025/08/10)
- 4) 日本人の食事摂取基準(2025年版)研修会(後半),
<https://www.youtube.com/watch?v=Wrl4DLBb9g&t=808s>, (閲覧日:2025/08/10)

実践事例報告

「直営の産後ケア事業通所型(集団)での母への食支援について」

南房総市 教育委員会 子ども教育課
青木 奈々恵

【目的】

子育て中の母は食事内容を重視している人もいるが、欠食や補食程度になってしまうなど必要なエネルギーや栄養素を十分摂取できず食事バランスの悪い人もいる。家庭での望ましい食生活や生活習慣を実現することは子どもの心と体を支えるための基盤である。集団教育や個別相談の場で食事の大切さを伝えてはいるが、改善することが困難な現状があった。そこで、産後ケア事業通所型(集団)を産後の母の食生活を見直す機会ととらえ、母に対する食への支援と今後の課題について報告する。

【方法】

事業実施に至るまでの経緯、取組状況、働きかけについて振り返りを行い、産褥期・子育て期の食における栄養士の役割を検討する。

【結果】

産後ケア事業通所型(集団)の立ち上げ経過

令和3年度から委託での宿泊型、通所型、訪問型を実施、令和5年度から直営で通所型(集団)を開始した。

直営による産後ケア事業概要

- ・目的：授乳相談、母のリフレッシュ、母同士の交流、バランスの取れた食事の提供も含めた母子への支援
- ・対象：生後4か月までの児及び産婦
- ・回数：年間4回
- ・定員：5組

母に対する食の支援

産後の体力の回復と健康維持、母乳を通して乳児に必要な栄養を届けるためにも適切な食事が求められる。栄養バランスを意識した食事が重要となるので、「主食、主菜、副菜」がそろった食事、おいしくて満足できる食事、家庭で簡単に調理できる食事に重点を置き、献立を作成し、保健推進員が調理を行い食事の提供を行った。

昼食の時間は、母、助産師、保健師、管理栄養士と一緒に食事を行い、栄養成分表示等を記載したレシピを配布し、管理栄養士が昼食の献立を例に、食事の組み立て方、調理上の技術や工夫点について具体的に説明した。また、生後5、6か月頃から始まる離乳食についても昼食の献立からの展開などで活用できることを助言した。

昼食を一緒にする中で、朝食と昼食が兼用となり1日2食であったり、3食食べていても子どもや家族がいない母だけの昼食は「レトルト・インスタント食品」「簡単

なもの1品程度」であまり手間をかけないようにしている様子がうかがえた。

妊娠中からの貧血や分娩時の出血などで、出産後も鉄が不足している可能性が高い。貧血予防のために積極的に意識して鉄分をとることやカルシウムも母乳によって不足しがちになる。毎日十分なカルシウムを意識してとるよう、なぜ食べなくてはいけないのかを伝え、欠食がある母には、手軽に摂ることができるヨーグルトや果物など、まずは食べることから始めるなど伝え、適切な栄養、授乳、育児等アドバイスをした。

終了後のアンケートから、「おいしい食事を楽しみ、ゆっくりお風呂に入り、リフレッシュし、相談もでき、母同士交流することができた、また利用したい」等の意見があった。利用後の母からは、「家庭で何品か実際に作ってみた」「子ども(兄弟)もよく食べた」との声が聴かれ日常の食生活で取り入れてもらえたことがうかがえた。

【考察】

産後ケア事業(集団)の昼食の提供で産後の身体の回復や乳児の健やかな発育・発達に必要な母乳育児のために、必要な栄養素を取り入れたバランスの良い食事を提供できたと考えられる。また、一緒に食事をすることによって、会話を通して母の表情や反応をとらえ、食生活の実態などを把握でき、母の能力や理解度に合わせて食・栄養のアドバイスができた。

産後の食事についての講話やレシピ配布で、食事を整えるために必要な知識や技術「これならできそう」「ちょっとした心がけ」を提案したところ、家庭での食事に取り入れられた人もいた。これから始まる離乳食の導入を伝えることで離乳食に対する不安解消の一助となった。子どもの健やかな発育・発達のためには保護者が食生活に関する必要な知識や技術を持ち、足りない栄養素を把握して補うなどできることや変えやすいことから生活の中に取り入れて活用・実践できるよう支援していく。

課題は、参加者が少ないことと参加しない人へのアプローチである。集団が苦手等で参加しない人もいるので個別に訪問や面接で対応したり、他事業でも継続して母の食事について意識の底上げができる効果的な方法を検討していく必要がある。

【結語】

小集団ではあるが母がゆっくり食事を楽しみ心と体の栄養につなげることができた。母同士の交流も生まれ、児を預けて専門職に相談もできるため、不安感や孤立感の解消の一助となっている。今後も母の食生活の実態を把握し、献立作成や栄養相談で生かしていき、支援が必要な母子へのフォロー体制の充実や母子及びその家庭の状況に合わせた食環境整備に向けて支援していきたい。

買い物困難の独居高齢者のCKDの食支援について (公社)千葉県栄養士会栄養ケア・ステーション 栄養食事指導担当管理栄養士 浪川 利枝

【はじめに】

千葉県栄養士会栄養ケア・ステーション(以下、栄養CS)栄養食事指導担当管理栄養士として2022年に登録し、当時は月1回のミーティングにて栄養食事指導についての研修を受け、症例検討、グループディスカッションを重ね、本日まで至っている。千葉県栄養士会栄養CSへクリニックより在宅訪問栄養食事指導の依頼を受け、今年9月から月1回実施した症例を報告する。

【症例】

85歳男性 独居 要介護2 障害高齢者の日常生活自立度I 身長168cm 体重65.0kg BMI23.0 BUN31.3mg/dl Cre1.82mg/dl eGFR28.2mL/min HbA1c 8.1%。医師の指示栄養量は1500kcal、食塩6g未満以下省略。令和5年5月救急搬送され、心不全と診断。また入院中に脊柱管狭窄症が悪化し、筋力低下のため医師の助言によりサービス高齢者住宅へ入居したが、患者さんの強い在宅での生活希望により、令和6年2月にご自宅へ戻る。訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、ホームヘルパーのサービスを受けながら生活している。患者さんから医師へ何を食べて良いかわからないから栄養食事指導を受けたいと希望され栄養介入が始まった。一人での買い物を伴う外出は困難で、立位不安定のため台所ではゆで卵を作る程度の炊事や電子レンジでの温めが中心。食材や生活必需品は週1回の生協で購入している。ケアマネージャより自分でできることは自分でやりたいと配食サービスを勧めたが断られたと情報提供あり。ホームヘルパーは月2回が掃除支援で月2回の家事支援で訪問しているが、患者さんの嗜好に沿わない作り置きおかずで満足度が低かった。朝食はパン食や味が濃いものを好むが反対に魚や野菜は食べるのが苦手。野菜を食べるためにインスタント味噌汁にカット野菜や冷凍野菜を入れて摂ることが多かったが、味が薄くなるため味噌を追加していた。また揚げ物など調理済み食品やカレー、牛丼などレトルト食品を食べる機会が多かった。また、納豆や生果物など患者さんの食べてはいけないといった思い込みで制限されている食品もあった。初回訪問時の栄養アセスメントの結果、優先課題の栄養診断は食塩6g未満の指示量に対して食塩摂取量10gで166%の過剰摂取を根拠に、塩味を好む昔からの食習慣や調理済み食品に頼らなければならない状況を原因としたミネラル過剰摂取(ナトリウム)であるとした。

【目的】医師の指示のもと病状悪化の予防のため、減塩指導を優先課題として取り組む。

【方法】

まず初めに食塩2g以下の冷凍弁当を試食し、患者さんの嗜好を重視したものを代行注文し、食べることで薄味に慣れてもらう。次に食べた調理済み食品の外袋を保管してもらい、実際に食べている物の把握と袋に記載されている栄養成分表の食塩量の見方を教える。3つ目に食塩6gの量がどれくらいなのかを食品カードを使いながら説明し、理解を深める。最後に作り置きしてほしいおかずを聞き取りし、ホームヘルパーに情報提供を行う。

【結果】

栄養介入して2回目は処方された薬による食不振により積極的な行動変容は確認できなかったが、3回目の訪問の際、食事の聞き取り、塩分チェックシートを実施し、把握をしたところ、医師より納豆と生果物を食べて良いと許可が出たこと。またホームヘルパーが買い物支援、調理支援により患者さんの食べたいおかずを作り、食べることができていること。そして食塩2g以下の冷凍弁当の味付け、利便性を気に入り定期的な摂取ができたため、調理済み食品の摂取回数が減り、食塩摂取量、並びに脂質摂取量も減少していることがわかった。また、11月の採血結果ではHbA1cが7.9%と改善していた。

【考察】

何を食べて良いかわからない患者さんへ食塩2g以下の冷凍弁当の利用はとても有効であったと思う。特に試食の際、主菜はしっかり味がついているが、副菜の味付けがないと訴えていたが、それが減塩のコツであると話をした。食べることで減塩を知るきっかけになったのではないかと感じた。また、減塩と合わせて脂質制限の指導も行っていたが、毎朝パン食を時々ごはん食へ変更することで、食塩、脂質ともに摂取量を減らすことができた。

【まとめ】

1日でも長く在宅で生活をしたいというニーズに、患者さん自ら栄養指導を希望されたケース。3回目の栄養介入で行動変容がみられたのはよかった。しかし認知機能、身体機能が低下してくると冷凍弁当購入や生協での食材購入が難しくなることが課題である。減塩、脂質制限は継続して指導をしていく中で、在宅での生活を1日でも長く維持するためには、第2の課題としてフレイル予防のためのたんぱく質摂取が考えられる。患者さんの「おいしいものを食べたい」を実現しながら食事内容の聞き取りを重視し、食事摂取量の把握や多職種連携をし、最適なアプローチができるように心掛けていきたい。

家庭における生活リズムと食事に関する調査
千葉県保育所栄養士会
稲毛海岸保育所 磯久 菜利恵

【目的】

本調査は、平成3年度より定期的実施しており、家庭における子どもの生活時間および食生活の現状の把握と食育への取り組みの評価を行い、よりよい給食提供につなげる。また給食日より等を通じて子どもの食事について保護者の関心を高め、家庭と連携を取りながら食育の推進を図る。

令和5年度は「第3次千葉県食育推進計画」（以下、食育推進計画）の最終年度であるため、本調査の中で併せて「朝食を欠食する児童の割合の減少」と「共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）」の目標達成度を確認する。

【方法】

千葉市公立保育所及び認定こども園 55 か所の在籍児童 1～5 歳児（令和5年4月1日現在）の保護者を対象として令和5年6月に保護者記述式アンケート用紙による調査を実施した。（アンケート用紙配布数 4828 枚のうち回収数 4308 枚、回収率 89.2%）

【結果】

- ・朝食の欠食率は1～2歳児 0.5%、3歳以上児 0.7%であり、食育推進計画中の数値目標（0%）は達成できなかった（表1）。朝食の内容は「主食」と「その他」が多く、「おかず」は約40%、「汁物」は約20%であった。
- ・共食状況について、朝食・夕食ともに「常に大人と一緒に」食べる割合は平成30年度よりも減少している。3歳以上児では「ほとんど子どもだけ」が朝食19.2%、夕食2.2%あり、食育推進計画中の数値目標（朝食6.3%夕食0.5%以下）は達成できなかった。
- ・「朝食時の食欲」と「共食状況」および「就寝時刻」には関連性が見られた（表2）。
- ・「食事に興味を持つために家庭で行っていること」では、「一緒に買い物」「料理の手伝い」「食器並べ」「野菜の栽培」が多かった。
- ・「食事について気になっていること」は1～2歳児では「遊び食べ」「偏食」「むら食い」、3歳以上児は「時間がかかる」「偏食」「間食が多い」が多く、年齢や発達段階によって気になることに違いが見られた。

【考察】

- ・朝食は、用意が簡単で手軽に食べられるもので済ませる家庭が多い。また、平成19年度から共食率は減少傾向にあり、朝食はゆっくりと家族で食事を摂るゆとりがない、夕食は早く寝かしつけるために子どもだけ先に食べさせている等が考えられる。朝食の内容や共食率の減少から、依然として平日の保護者の忙しい状況がうかがえた。引き続き、早寝・早起きや朝食の摂取、共食の重要性を伝えていく必要がある。
- ・保育所で食育活動として行っている野菜の栽培やクッキングなどの食育活動が家庭にも浸透していることがうかがえた。
- ・家庭で「食事について気になっていること」の中で「偏

食」「食事に興味がない」姿は保育所で見かける子どもの姿とも重なる。発達の過程として見守りながら、食事環境の見直しや成長、発達に応じた調理方法の工夫、食事への意欲や自信につながるような会話を大切にするなど、焦らず根気強く対応していくことを伝えていく必要がある。

【結語】

子どもの生活リズムおよび食習慣の形成においては保護者の生活習慣、食の知識や意識が関与する面が大きいため、保護者へのアプローチが不可欠である。保育所が食育活動を行う意義は高く、子ども達の様子を壁新聞やおたより等を通じて紹介することで保護者の「食」への関心を高め、「食に関わる体験」が「食」への興味や食べる意欲につながることを知らせていくことが大切である。今後も家庭での生活リズムや食生活状況を継続的に把握し家庭と連携を図りながら食育を推進していきたい。

表1 朝食の欠食率（1～2歳児）

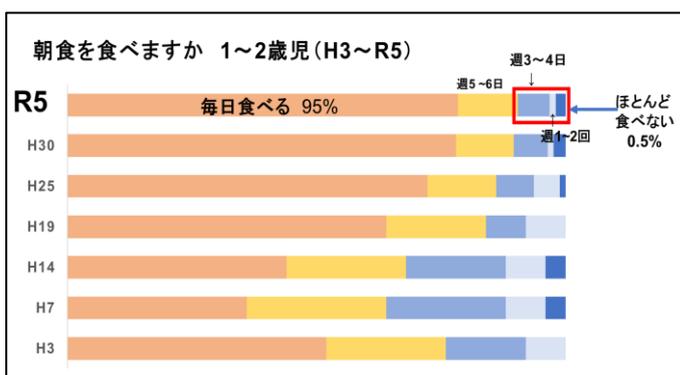


表2 朝食の共食と朝食の食欲の関連性

