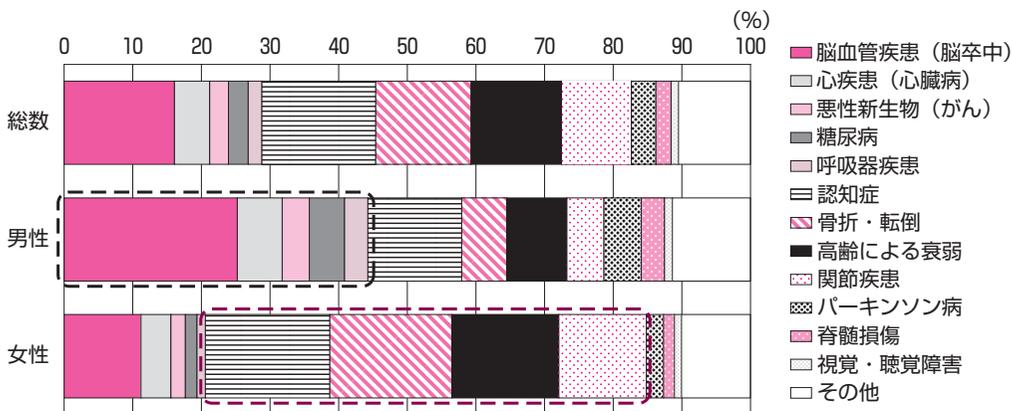


このたびは誠に申し訳ございませんが、下記の更新・訂正一覧と、該当ページの紙面PDFデータをご活用ください。

更新箇所	更新前	更新後
第1章 p.8 表1-4	群馬県・富岡製紙工場で～	群馬県・富岡製糸場で～
第2章 p.24 図2-5	折れ線の位置	折れ線の位置を修正
第2章 p.30 図2-17	<女性のグラフ>やせの者 (BMI \geq 18.5kg/m ²)	やせの者 (BMI < 18.5kg/m ²)
第2章 p.32 図2-20	全面差し替え (該当ページPDF参照)	
第2章 p.33 図2-23	全面差し替え (該当ページPDF参照)	
第2章 p.35 図2-26	全面差し替え (該当ページPDF参照)	
第2章 p.37 図2-27	全面差し替え (該当ページPDF参照)	
第2章 p.38 図2-28	全面差し替え (該当ページPDF参照)	
第2章 p.40 図2-32	全面差し替え (該当ページPDF参照)	
第2章 p.42 8行目～	～世帯所得の高低によって野菜の摂取量や果物の摂取量などの食生活に差異が見られるだけでなく、運動、喫煙、健診の受診率など生活習慣においても～	～世帯所得の高低によって食生活に差異が見られるだけでなく、運動、喫煙、睡眠など生活習慣においても～
第2章 p.42 表2-2	全面差し替え (該当ページPDF参照)	
第2章 p.44 図2-35	◆外食・給食メニュー等への栄養成分表	◆外食・給食メニュー等への栄養成分表示
第2章 p.55 図2-45	資料名の変更	資料) 総務省統計局「世界の統計」2022より作成
第3章 p.95 側注		厚生労働省「国民健康・栄養調査」 資料リンクQRを新たに掲載
第3章 p.106 図3-14	【専門機関】 ・国連児童基金 (UNICEF) ・国連世界食糧計画 (WFP) ・国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR) ・国連開発計画 (UNDP) など	【専門機関】 ・世界保健機関 (WHO) ・国連食糧農業機関 (FAO) ・国連教育科学文化機関 (UNESCO) など
第5章 p.155 の12行目～ p.156	本文・図とも全面差し替え (該当ページPDF参照)	
第5章 p.157 表5-4	資料名の変更	資料) 厚生労働省「日本人の食事摂取基準 (2025年版) 策定検討会報告書」2024
第5章 p.157 9行目	なお、カットポイント法では、対象集団において～判定することはできない。	左の一文を削除
第5章 p.157 図5-8	全面差し替え (該当ページPDF参照)	
第5章 p.157 12行目～	②目安量が算定されている栄養素 本文	本文差し替え (該当ページPDF参照)
第5章 p.158 4行目～	(3) 栄養素の過剰摂取の評価 耐容上限量を用いて、測定値の分布から過剰摂取の可能性を有する人の～	(3) 栄養素の過剰摂取の評価 測定された摂取量の分布と耐容上限量から過剰摂取の可能性を有する者の～
第5章 p.158 6行目～	(4) 生活習慣病の発症予防を目的とした評価 目標量を用いて、測定値の分布から目標量の範囲を逸脱する人の割合を算出する。	(4) 生活習慣病等の予防を目的とした評価 測定された摂取量の分布と目標量から目標量の範囲を逸脱する者の割合を算出する。

表1-4 公衆栄養／公衆衛生関連年表 ※法令は基本的に制定年

公衆栄養関連	年号	社会背景	公衆衛生関連
群馬県・富岡製糸場で初の産業給食	1868(明治元)	明治維新	政府が西洋医学採用の方針を公表
	1872(明治5)		
	1874(明治7)		医制 発布:国民の健康増進を目的とする日本初の医事衛生法規
海軍の脚気対策として軍医監 高木兼寛が兵食を調査・改善	1880(明治13)		伝染病予防規則:明治10年代のコレラ流行に対応
	1884(明治17)		
鈴木梅太郎, 米ぬか中にオリザニン(ビタミンB ₁)発見 佐伯矩が栄養研究所 創設:栄養学の実践・応用を目指す	1897(明治30)		伝染病予防法:伝染病予防規則を進展(→1998年感染症法)
	1910(明治43)		
国立栄養研究所 設立(初代所長・佐伯矩)	1914(大正3)		
	1918(大正7)	米騒動	
	1919(大正8)		(旧)結核予防法:結核死亡者10万人超, 伝染防止に重点
佐伯栄養学校 開設:栄養士(後の栄養士)を養成	1920(大正9)		国勢調査 開始:人口動態調査として5年ごと実施
	1922(大正11)		健康保険法:被用者のみ対象
1924(大正13)	1924(大正13)		
	1937(昭和12)	日中戦争	保健所法:保健所設置 (→94年 地域保健法) 結核予防法 改正:結核患者の届け出制度開始 厚生省 設置:「国民の体力向上」「国民福祉の増進」等目的
	1938(昭和13)		(旧)国民健康保険法:健康保険法の適用範囲拡大
1940(昭和15)	1940(昭和15)		国民体力法:未成年者の体力向上と結核予防。1946年廃止
	1945(昭和20)	8/15終戦	労働組合法:労働者の団結権, 団体交渉権, 争議権保障
1946(昭和21)	1946(昭和21)		日本国憲法:すべて国民は, 健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。(第25条) WHO憲章:“健康”とは身体的・精神的・社会的に完全な良好状態のことである。 (改正)保健所法:食品衛生, 感染症予防等を警察所より移管
1947(昭和22)	1947(昭和22)	第一次ベビーブーム 1947~1949	栄養士法:栄養士資格の法制化 食品衛生法:食品, 添加物, 器具, 容器包装, 届出等規定 労働基準法:最低労働基準規定(→1972年 労働安全衛生法) 学校教育法:幼稚園~大学等の教育制度を規定 児童福祉法:国と地方公共団体の責任, 給付, 虐待対応等規定
	1948(昭和23)		予防接種法:天然痘・腸チフス等12疾病の予防接種義務化 医療法:医療機関の規定, 医療計画
1949(昭和24)	1949(昭和24)		身体障害者福祉法:18歳以上の身体障害者手帳被交付者を対象
1950(昭和25)	1950(昭和25)		(新)生活保護法:生活困窮者への8つの扶助規定
1951(昭和26)	1951(昭和26)	脳血管疾患が死因1位に	(新)結核予防法:医療費が公費負担に 社会福祉事業法:(→2000年 社会福祉法)
	1952(昭和27)		
1954(昭和29)	1954(昭和29)		
	1958(昭和33)	高度経済成長期 1955~1973	(新)国民健康保険法:’61年 国民皆保険体制実現
1959(昭和34)	国民年金法:’61年 国民年金制度開始		
1962(昭和37)	1962(昭和37)		



資料) 厚生労働省「国民生活基礎調査」2023

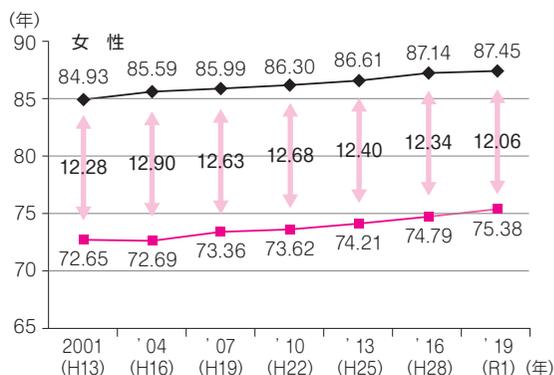
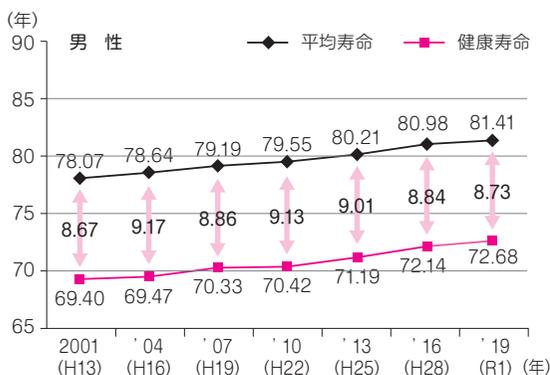
図2-4 介護が必要になった原因

(4) 平均寿命と健康寿命

日本人の平均寿命^{*1}は、戦後から急速な伸びを示し、男女ともに世界でも上位を占めるようになった。図2-5に男女別の平均寿命と健康寿命^{*2}を示す。両者の差は、介護などを必要とする不健康な期間となり、2019（平成元）年10月1日現在、男性8.73年、女性12.06年である。「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を最終目標に掲げた健康日本21（第二次）の最終評価報告書では、不健康な期間は年々縮小傾向にあるとされたが、要介護状態となる期間は一定程度存在する。適切な食事や運動により、要介護状態になることを先送りするための検討が進められている。

^{*1} 平均寿命：簡易生命表をもとに算出される0歳児の予測平均余命のこと。

^{*2} 健康寿命：いくつかの定義と算出法があるが、厚生労働省では「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」とし、国民生活基礎調査等のデータをもとに算出される。WHOのHALE (p.55)とは算出方法が異なる。



資料) 厚生労働省「健康寿命の令和元年値について」2021

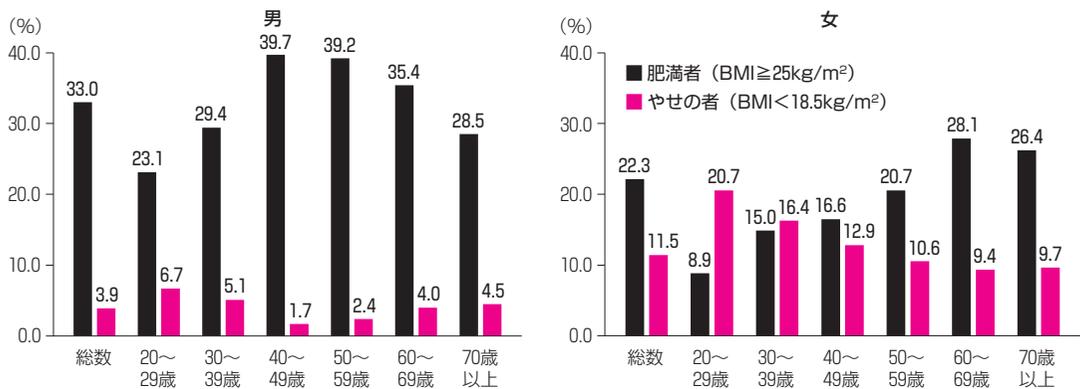
図2-5 平均寿命と健康寿命の推移

2) 疾病構造と栄養に関する課題

(1) 死因別死亡率の推移

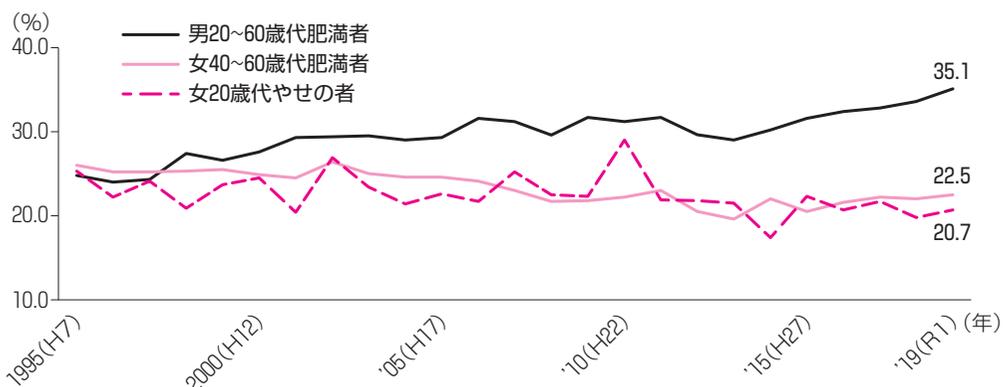
主要死因別にみた人口10万人に対する死亡率 mortality rateの推移を図2-6に示す。昭和20年代後半以降、結核をはじめとする感染症による死亡が大きく減少し、生活習慣病が徐々に増加した。2022（令和4）年の死因別死亡率は、

年にかけて約10%増加しており、2013（平成25）年から有意な増加がみられている（図2-18）。40～60歳代女性の肥満者割合と20歳代女性のやせの者の割合は、約20%で推移している。



資料) 厚生労働省「令和元年 国民健康・栄養調査」2020

図2-17 年齢階級別の肥満とやせの者の割合 (年齢調整済, 2019年)



資料) 厚生労働省「令和元年 国民健康・栄養調査」2020

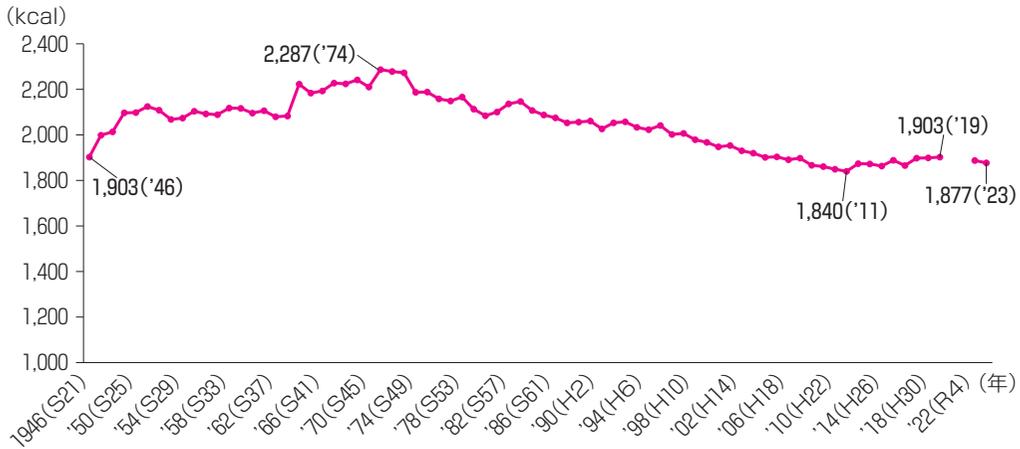
図2-18 肥満およびやせの者の割合の推移

(4) 低出生体重児 low birth weight infant

図2-19に、出生数と低出生体重児の割合の年次推移を示す。出生時の体重が2,500g未満の低出生体重児の割合は2005（平成17）年頃まで増加し、その後横ばい傾向が続いている。低出生体重児は低身長になりやすく、成人期には脳卒中や心筋梗塞を起こしやすく、生活習慣を整えるための支援を必要とする。やせの母親から生まれる子どもは低出生体重児になる可能性が高く、若年女性のやせを予防する事が求められている。また、低出生体重児の子育て支援として、厚生労働科学研究の研究班により「低出生体重児保健指導マニュアル」が示され、平成30年に改訂された。低出生体重児に対する生後のサポートも重要である。

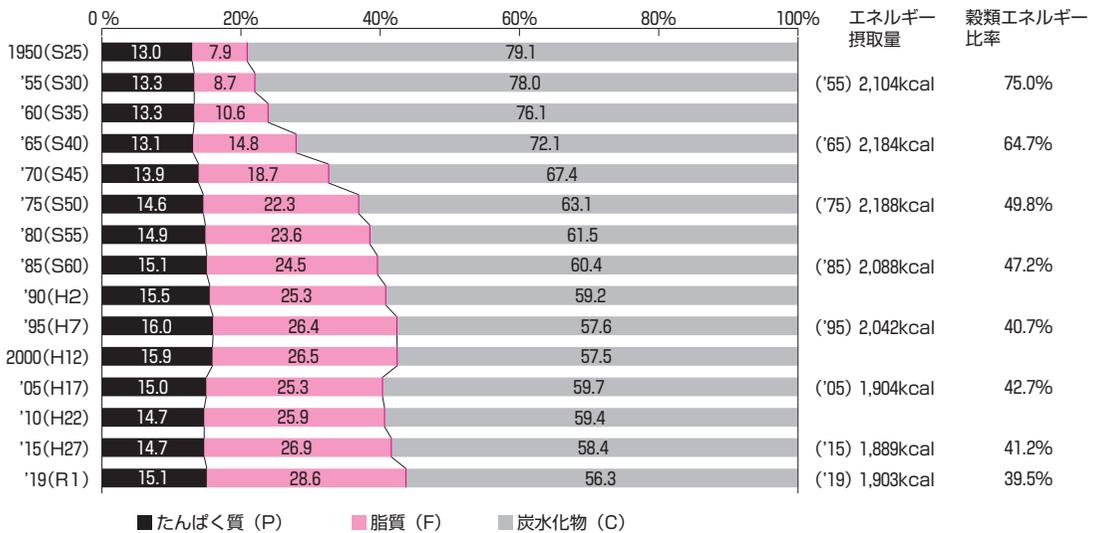


子ども家庭庁「未熟児・多胎・外国人等への支援」



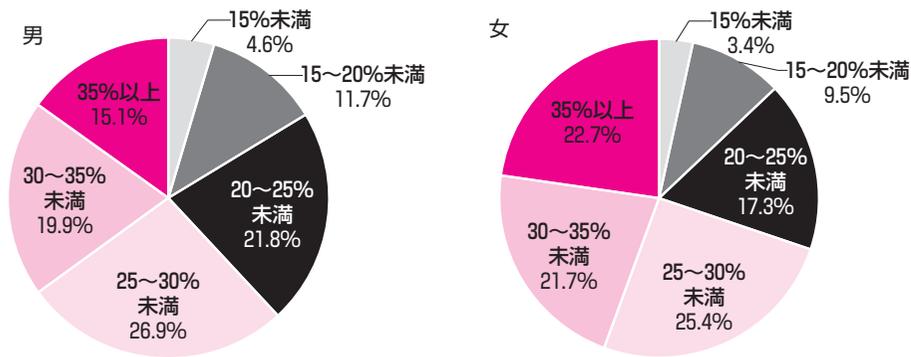
資料) 厚生労働省「国民栄養調査」「国民健康・栄養調査結果報告」(令和2年及び3年は調査中止)

図2-20 エネルギー摂取量の推移



資料) 厚生労働省「国民栄養調査」「国民健康・栄養調査結果報告」

図2-21 エネルギーの栄養素別構成比と摂取量の年次推移



資料) 厚生労働省「令和元年 国民健康・栄養調査」2020

図2-22 PFC比率における脂肪エネルギー比率の区分ごとと人数の割合 (男女別)

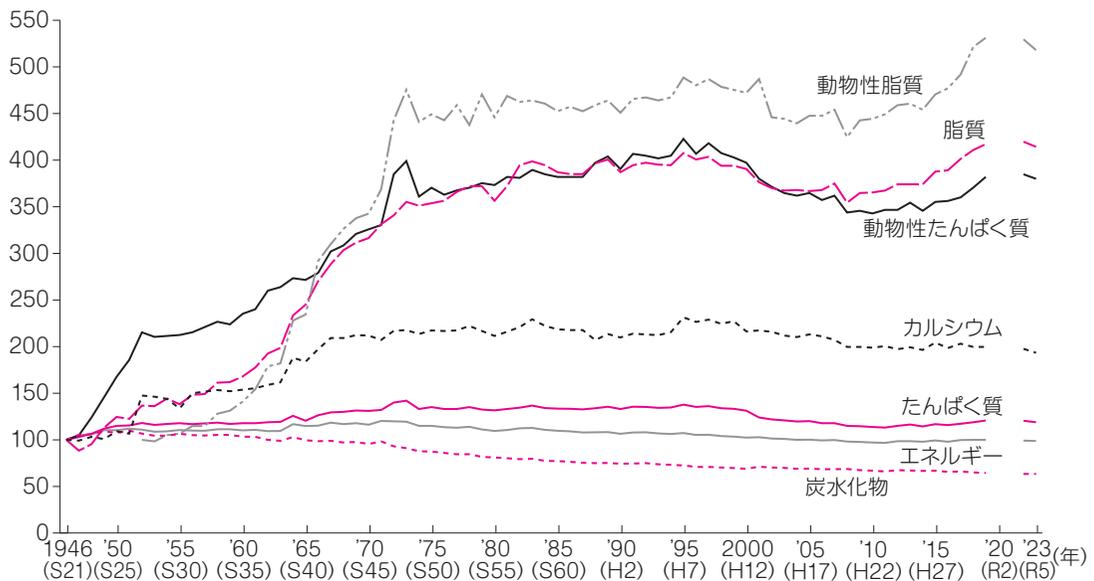
エネルギー産生栄養素バランス (PFC比率)^{*1} PFC energy ratioは、脂肪エネルギー比率が1960年代後半から1970年代後半にかけて急増し、炭水化物エネルギー比率が減少している (図2-21)。脂肪エネルギー比率は、平均値ではほぼ適正範囲にあるものの、成人男性の35%、女性の44.4%が日本人の食事摂取基準^{*2}の目標量の上限である30%を上回っている (図2-22)。

^{*1} エネルギー産生栄養素バランス：1人1日当たりの全摂取エネルギーに占める三大栄養素 (たんぱく質 (P)・脂質 (F)・炭水化物 (C)) の構成比率。

^{*2} 日本人の食事摂取基準の詳細は第4章p.130参照。

(2) 栄養素摂取量の変化

栄養素摂取量は、食料不足が深刻であった1946 (昭和21) 年を100として比較すると、高度経済成長期 (1955 (昭和30) ~ 1973 (昭和48) 年) の変化が著しく、動物性脂質、総脂質、動物性たんぱく質、カルシウムが顕著に増加した。その後も、動物性脂質および総脂質、動物性たんぱく質は増加が続いたが、2000 (平成12) 年頃から減少し、近年はやや増加傾向にある。たんぱく質の総量は、1973 (昭和48) 年をピークとして約1.3倍前後を推移し、2000年以降は減少傾向にある。一方、炭水化物は1972 (昭和47) 年以降、一貫して減少が続いている。カルシウムは1970年前後に約2倍となり、その後は横ばいが続いている (図2-23)。



※1946 (昭和21) 年の摂取量を100とした時の栄養素等摂取量の変化。動物性脂質については1952 (昭和27) 年を100とした。

資料) 厚生労働省「国民栄養調査」「国民健康・栄養調査結果報告」(令和2年及び3年は調査中止)

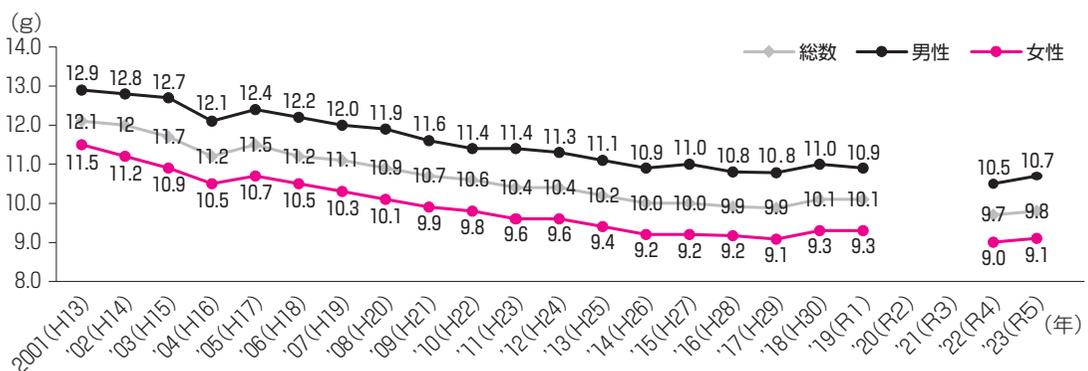
図2-23 エネルギー・栄養素摂取量平均値の年次推移

①たんぱく質摂取量

1946 (昭和21) 年は59.2gであったが、1975 (昭和50) 年には80.0gまで増加し、その後は増減を繰り返しながら推移している。2000 (平成12) 年以降は減少傾向が続いていたが、近年はやや増加傾向にある。動物性たんぱく質の割合は、戦後の50年間に4倍と顕著に増加した。食品群別摂取構成は、米類、魚介類が

⑤食塩摂取量

2019（令和元）年の成人（20歳以上）の平均値は、10.1g（男性10.9g、女性9.3g）であり、2001年以降減少している（図2-26）。しかし、2013（平成25）年から2023（令和5）年の10年間でみると、男女ともに有意な増減はみられず、依然として全ての年代で食事摂取基準の目標量（男性7.5g未満、女性6.5g未満）に達していない。年齢階級別では、男女とも60歳代で最も多い。また、都道府県別の格差は、男性1.5g、女性1.1g程度と報告されている（平成29年調査）。食塩は、調味料からの摂取が全体の約7割を占めており、中でもしょうゆ、および塩、味噌からの摂取量が多い。個人の努力だけでは、これ以上の改善が困難であることから、市販食品の減塩など企業努力を促すための環境介入が必要とされている。



資料）厚生労働省「国民健康・栄養調査」（令和2年及び3年は調査中止）

図2-26 食塩摂取量の平均値の年次推移（20歳以上1人1日当たり）

2) 食品群別摂取量

食品群別摂取量は、食品群の分類が途中複雑に変更されており、データの比較には注意が必要である。日本食品標準成分表^{*1}が2001（平成13）年に四訂から五訂へと改訂された際には、調理変化等も考慮されるようになり、精度が向上しているものの、一部の食品群については連続した比較ができない。

1946（昭和21）年から2000（平成12）年の間で最も大きな変化が見られたのは米類であり、1961（昭和36）年のピーク時には364g摂取していたのに対して、2000年には160gにまで減少した。これを「めし」に換算すると、普通盛の茶碗約3杯分の減少に相当する。一方、小麦類は63.4gから94.3gへと1.5倍に増加している。表2-1に1965（昭和40）年以降の推移を示した。

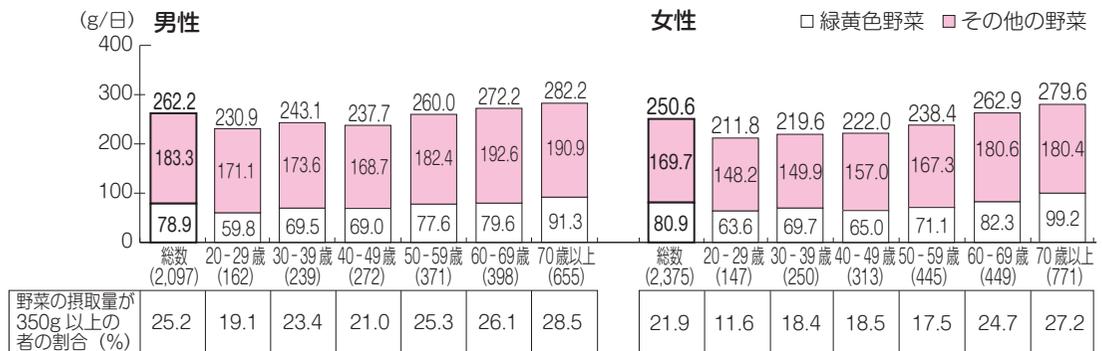
野菜類・果実類は、価格・気候の変動に影響されやすく増減の激しい食品群である。緑黄色野菜は、摂取量の増加が顕著にみられるが、食品の分類変更がなされているので注意を要する。近年の野菜類の摂取量は、緑黄色野菜80g台、その他の野菜180g前後を推移しており、年齢階級別にみると男女ともに20～40歳代で少なく、60歳以上で多い（図2-27）。成人の摂取目標量である350gは、すべての年齢層において達成されておらず、350g以上を摂取している者は約3

^{*1} 日本食品標準成分表：日常的に摂取する食品（加工品を含む）について、エネルギー、水分、たんぱく質、ビタミンなどの成分量を記載した基礎データ集。1950（昭和25）年に初版が公表され、文部科学省科学技術・学術審議会資源調査分科会により、およそ5年ごとに全面改訂されている。最新版は「日本食品標準成分表（八訂）増補2023年」。



割に留まる。果実類は、1972（昭和47）年以降、摂取量が大幅に増加したが1975（昭和50）年をピークに減少に転じ、近年は100g前後を推移している。

動物性食品の摂取量は、所得水準の伸びとともに着実に増加した。特に、肉類、卵類、乳類は、1973（昭和48）年頃まで急速に増加し、その後は緩やかな増加傾向から横ばいの状態で推移している。肉類は、近年も引き続き、安定した増加傾向を示している。一方、魚介類は緩やかに増加したが、1998（平成10）年以降は減少傾向にある。2006（平成18）年には、肉類と魚介類の摂取量が反転した。油脂類は、1946（昭和21）年には僅か1.7gであったが、その後30年間で約10倍に増加し、1993（平成5）年以降は減少に転じ、近年は10g前後で推移している。2001（平成13）年以降の油脂類の減少は、成分表の改定にもとづき食品群分類が変更となり、マヨネーズ、ドレッシング類が調味料類に分類された影響が大きい。



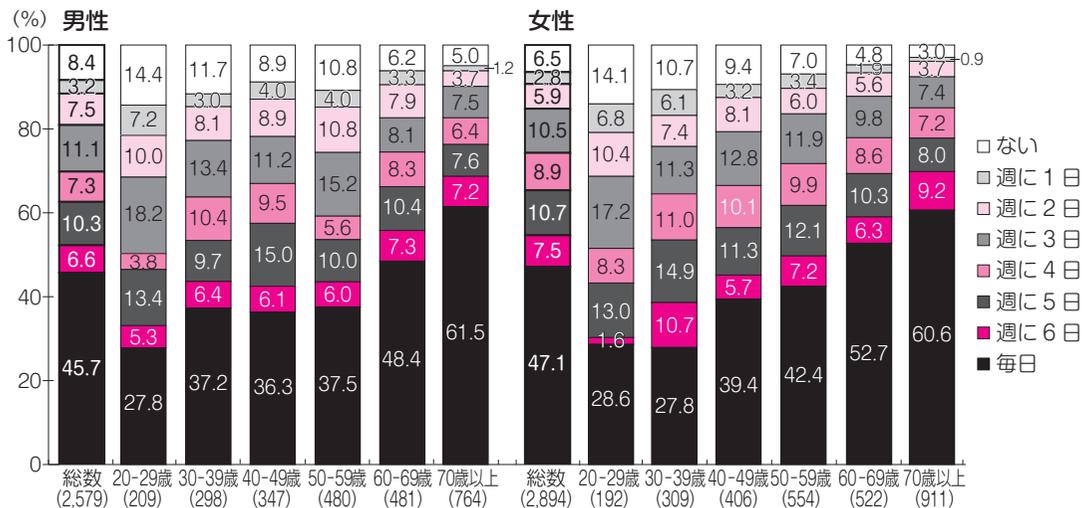
資料) 厚生労働省「令和5年 国民健康・栄養調査」2023

図2-27 野菜摂取量の平均値（20歳以上、性・年齢階級別）

3) 料理・食事パターン

食品群別摂取量の推移は、米を中心とした伝統的な食事パターンから、油脂を多用するおかず中心の食事への移行を反映している。社会・経済状況の進展による国民所得の上昇や食料の安定供給は、栄養・食生活に質的变化をもたらしてきた。米・魚・野菜・大豆を中心とした伝統的な食事に、肉・卵・乳・乳製品・油脂・果物などのさまざまな食品が加わり、**日本型食生活**が定着し、日本人の栄養状態は改善した。しかしながら、食を取り巻く環境は多様化し、中食や外食の増加といった多様な食事パターンや嗜好の広まりなど、さらなる食の外部化や簡便化が進んでいる。

栄養バランスのとれた食事の指標である、「主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2食以上ほぼ毎日」の者の割合は、5割に満たない（図2-28）。肥満やメタボリックシンドローム、生活習慣病予防の観点からの栄養・食生活面の改善や、伝統的な食文化の継承の必要性なども指摘されている。



※主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日に2回以上食べる頻度

資料) 厚生労働省「令和5年 国民健康・栄養調査報告」2023

図2-28 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の頻度状況

3. 食生活の変化

1) 食行動, 食知識, 食態度, 食スキル

生活習慣病の予防や改善には、日ごろから望ましい食生活を意識し、実践することが重要である。しかし、エネルギーや栄養素等の偏りに起因する肥満、やせ、低栄養等、生活習慣病につながる課題は、いまだ改善するまでには至っていない。望ましい食行動を実践するには、正しい食知識の習得とともに望ましい食事をしようという食態度を形成し、そのための食スキル*1を身につける必要がある。本節では、食行動・食知識・食態度における現状と課題について述べる。

(1) 食行動

①朝食欠食

朝食を毎日とることは、健康的な生活リズムや生活習慣の確立につながる点からも重要である。欠食の始まりが「中学・高校生から」という報告がなされており*2、子どもの頃から正しい食習慣を身につける働きかけが必要である。

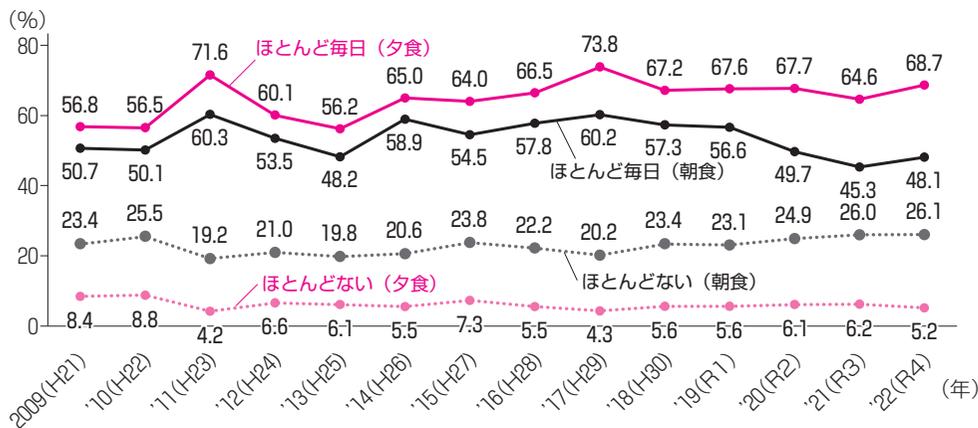
国民健康・栄養調査の結果をみると、成人の朝食欠食率は、男性15.5%、女性11.1%であり(図2-29)、年齢階級別にみると男性は20~40歳代、女性は20~30歳代で依然として割合が高い。

第4次食育推進基本計画*3では小・中学生の朝食の欠食率を0%とすることを目指しているが、小学6年生と中学3年生を対象とした調査では、横ばいからわずかに増加傾向がみられる。2022(令和4)年度は小学生が5.6%、中学生が8.1%となっている(図2-30)。

*1 食スキル: 望ましい食生活・生活習慣を実践するために必要となる能力。適切な食べ物の選択や献立を整えること、調理の技術、さまざまな情報から正しい情報を選択できる能力など。

*2 厚生労働省「平成9年国民栄養調査」1999

*3 第3章p.92参照。



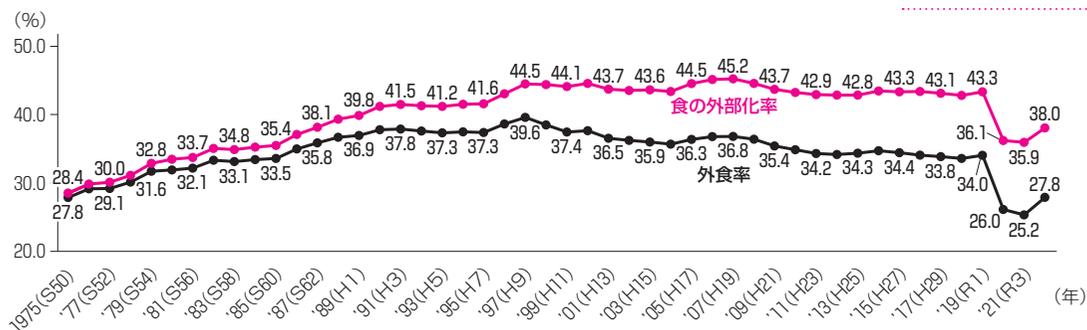
資料：農林水産省「食育に関する意識調査」※2015（平成27）年度までは内閣府

図2-31 朝食、夕食を家族と一緒に食べる頻度の推移

③食の外部的化

家庭内で行われていた調理や食事（内食）が減り、外食や市販の弁当や総菜を家庭で食べる（中食*1）の利用頻度が増加する「食の外部的化」が進展している（図2-32）。2020（令和2）年以降の新型コロナウイルス感染症の拡大下では、外出自粛により外食が減少し、内食や中食の機会が増加した。総世帯における食料消費支出の内訳は、生鮮食品や外食への支出割合が減少する一方、調理食品の支出割合の増加が続いている。

*1 中食：市販の弁当や総菜、家庭外で調理・加工された食品を家庭や職場・学校等で、そのまま（調理加熱することなく）食べる。これら食品（日持ちしない食品）の総称としても用いられ、レストランなどへ出かけて食事をする「外食」と、家庭内で手づくり料理を食べる「内食」の中間に位置づけられている。



資料) 食の安全・安心財団ホームページ <http://www.anan-zaidan.or.jp/data/index.html>

図2-32 外食率と食の外部的化率の推移

外食を利用している者の割合は、若い世代ほど高い（図2-33）。また、持ち帰りの弁当・惣菜を週1回以上利用している者の割合は、20～50歳代で高い（図2-34）。また、飲食店のテイクアウトやデリバリーなどの新しい生活様式が定着し、コロナ収束後も継続することが予想される。

くなっている。

2) 健康格差

健康は個人の遺伝的要因や生活習慣だけでなく、世帯の経済状況や居住する地域の社会的・物理的環境によっても影響を受ける（健康の社会的決定要因*1）。

健康格差とは、「地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差」と定義され、地域、職業、経済、世帯構成等による、健康状態やその要因となる生活習慣の差が報告されている。国民健康・栄養調査の結果からも、世帯所得の高低によって食生活に差異が見られるだけでなく、運動、喫煙、睡眠など生活習慣においても有意の差がみられる（表2-2）。同じく、主食・主菜・副菜を組み合わせ食べている食事の頻度なども、経済格差に伴う栄養格差があることも明

*1 健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health: SDH): 人々の健康状態を規定する経済的、社会的条件のこと。教育、職業、収入、ソーシャル・キャピタル、物理的環境、文化、政策など。

表2-2 世帯の等価所得と生活習慣等に関する状況（20歳以上）

注) 右列「★」は世帯の所得が600万円以上の世帯員と比較して群間の有意差があった項目。

項目	食・生活習慣の内容		①200万円未満	②200万円以上 400万円未満	③400万円以上 600万円未満	④600万円以上	① vs ④	② vs ④	③ vs ④
食生活	食塩摂取量の平均値	(男性)	10.7g	10.6g	10.5g	10.4g			
		(女性)	9.0g	8.8g	8.9g	8.8g			
	野菜摂取量の平均値	(男性)	251.3g	276.3g	277.0g	286.3g	★		
		(女性)	241.2g	259.6g	253.4g	268.7g	★		
運動	運動習慣のない者の割合	(男性)	67.5%	63.9%	67.8%	62.0%			
		(女性)	69.1%	70.0%	68.7%	58.7%			
	歩数の平均値	(男性)	6,191	6,875	6,652	6,733			
		(女性)	5,705	5,955	6,050	6,555	★	★	
喫煙	現在習慣的に喫煙している者の割合	(男性)	30.3%	27.6%	18.5%	18.6%	★	★	
		(女性)	9.9%	4.9%	4.1%	3.3%	★		
飲酒	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合	(男性)	11.6%	13.7%	13.6%	16.4%			
		(女性)	8.0%	8.8%	7.0%	12.6%			★
睡眠	睡眠時間が6時間未満の者の割合	(男性)	38.4%	38.4%	33.9%	29.2%	★	★	
		(女性)	40.4%	41.2%	38.7%	35.8%			
	睡眠で休養が十分とれていない者の割合	(男性)	19.2%	21.3%	16.6%	15.7%			★
		(女性)	20.6%	22.9%	21.2%	21.2%			
体型	肥満者の割合	(男性)	34.7%	31.1%	35.5%	34.0%			
		(女性)	25.9%	19.7%	23.3%	13.4%	★	★	★
	やせの者の割合	(男性)	5.1%	4.1%	1.7%	2.2%			
		(女性)	11.7%	12.0%	8.7%	8.3%			

※生活習慣の内容の各定義は「国民健康・栄養調査」による。
資料) 厚生労働省「令和4年国民健康・栄養調査」2022より作成

らかにされている。

1週間の平均的な就業時間と生活習慣等に関する状況は、就業時間が短い者ほど健診未受診の者の割合が高く、週60時間以上就業している者は肥満者の割合が高い傾向にある。さらに地域別の健康状態と生活習慣の状況を把握した拡大調査の結果からは、体格（BMI）、野菜摂取量、食塩摂取量、歩数等において都道府県の間で格差が生じていることが報告されている。

地域では、地元小売業の廃業や商店街の衰退等により、高齢者を中心に食料品の購入や飲食に不便や苦勞を感じる消費者が増加している。社会的な課題となっており、これをフードデザートという。買物環境の悪化やコミュニティの希薄化により高齢者が低栄養状態に陥るなどして、健康状態の地域差につながる可能性もある。厚生労働省は、買い物や調理など食事の用意に援助が必要な高齢者が適切な栄養管理を行えるよう、配食の事業者向けに「**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**」を策定し、配食事業を通じた社会環境の整備を行っている^{*1}。また、子どもの貧困は、経済的な困窮にとどまらず、学習面や生活面、心理面などさまざまな面において、その後の人生に影響を及ぼす。ひとり親家庭や貧困家庭等の子どもの生活の向上を図るため、フードバンク^{*2}等と連携した子どもの食事・栄養状態の確保、食育の推進に関する支援が行われている。放課後児童クラブ等の終了後に、こども食堂等において、食事の提供等が行われている。健康格差の縮小のためには、個人の行動と健康状態の改善に加えて、個人を取り巻く社会環境の質の向上を図ることが重要となる。

【参考文献】

- ・厚生省「国民栄養の現状」
- ・厚生労働省「国民健康・栄養調査報告」
- ・農林水産省「食に関する意識調査報告書」
- ・農林水産省「食育白書」
- ・農林水産省「食料・農業・農村白書」
- ・文部科学省「令和4年度全国学力・学習状況調査」2022

4. 食環境の変化

栄養と食生活が深く関わる健康づくりにおいて、栄養状態や食物摂取状況を改善するためには、個人や集団が適切な知識とスキルを身につけ、望ましい態度を形成し、具体的な食行動として実践することが必要である。そして正しい行動変容につなげるためには、個人や集団を取り巻く**食環境づくり**が重要である。食環境とは、「食物（食品）へのアクセス」と「情報へのアクセス」、並びに「両者の統合」を意味している（図2-35）。健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ^{*3}において、食環境づくりとは、「人々がより健康的な食生活を送れるよう、人々

*1 第6章p.178参照。

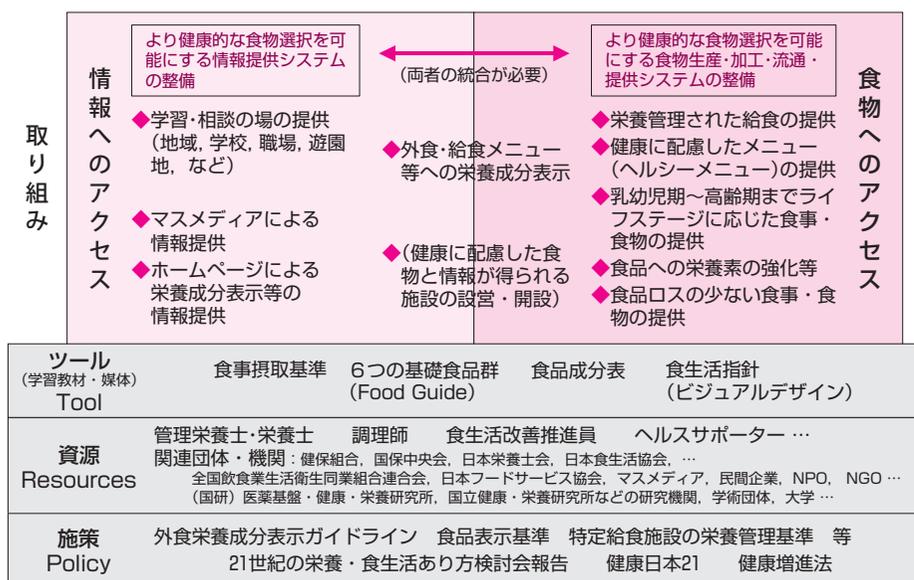
*2 フードバンク：食品の製造工程で発生する規格外の食材や、賞味期限が近い食品をNPOなどの民間団体が引き取り、福祉施設等に無償で提供する活動。貧困問題や食品ロスへの対策、被災地への支援活動などとして全国的に広がる。

*3 健康的で持続可能な食環境戦略イニシアチブ：産学官が連携して誰もが自然に健康になれる食環境づくりの実現に向けた取り組み。減塩の推進や若年女性のやせ、栄養格差対策などを主テーマに、2022（令和4）年より取り組みが進められている。詳しくは第3章p.86参照。



の食品（食材，料理，食事）へのアクセスと情報へのアクセスの両方を相互に関連させて整備していくこと」と定義している。食品や情報へのアクセスの向上は、健康の保持増進，生活習慣病の予防につながり，健康寿命を延伸させ，活力ある持続可能な社会の実現を目指すことにつながる。

わが国では，核家族化や単身世帯の増加など家族形態が変化し，女性の社会進出や共働き世帯の増加等により，食に対して利便性や簡便性が求められている。一方で，農業従事者の高齢化，食料自給率の低下，食料の無駄な廃棄など，食の生産・流通における課題もある。消費者のニーズ，食品の安全性の確保を踏まえ，持続可能な社会を形成するために，環境に配慮した食環境づくりが求められている。



資料) 厚生労働省「健康づくりのための食環境整備に関する検討会報告書」2004 を一部改変

図2-35 食環境整備に関する施策，資源，ツール，取り組みの現状

1) フードシステム

食物へのアクセスとは，食物の生産，加工，流通，消費に至るまでの食物生産・提供のシステム全体のことであり，フードシステムとほぼ同じ概念である。フードシステムは，生産段階である食用農林水産物から食品製造業，食品小売業，外食産業を経て消費者の食料消費までをつなげる一連の流れをいう。2015（平成27）年では，食用農林水産物11.3兆円（国内生産9.7兆円，輸入1.6兆円）と輸入加工食品7.2兆円が食材として国内に供給された^{*1}。これらの食材は，食品製造業，食品関連流通業，外食産業を経由することで，流通経費，加工経費，調理サービス代等が付加され，飲食料の最終消費額は83.8兆円となり，2011（平成23）年と比較すると7.6兆円増加した（図2-36）。かつては農家等で生産された食料がそのままの形で各家庭に届き，調理をしていたが，食生活が大きく様変

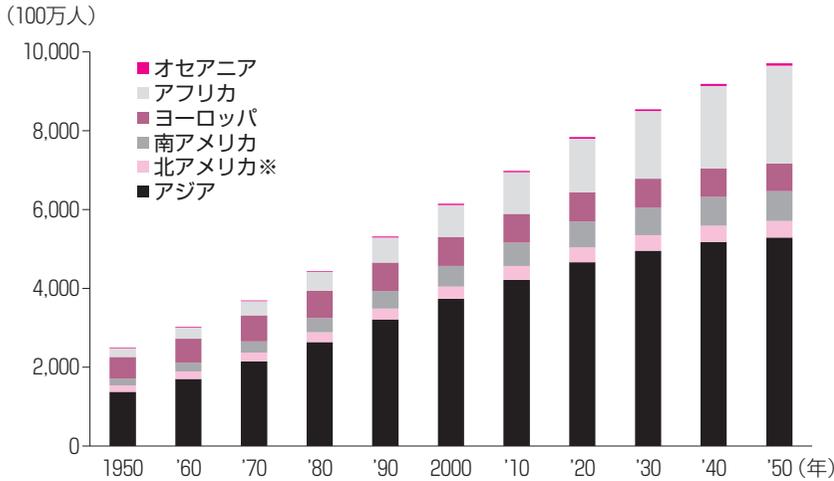
*1 農林水産省「平成27（2015年）農林漁業及び関連産業を中心とした産業連関表（飲食費のフローを含む。）」2020



は90億人に、2080年代に104億人とピークに達するとされ、特にアジア、アメリカ地域で増加率が高いとされている（図2-45）。

医療や保健レベル、栄養状態の改善により、妊産婦・乳幼児の死亡率が低下し、世界各国で寿命が延伸している。健康状態の改善は良いことであるが、これらも人口増加の一因となっている。世界の平均寿命 average life expectancy; ALEと健康寿命 health-adjusted life expectancy; HALE^{*1}の推移を図2-46に示す。

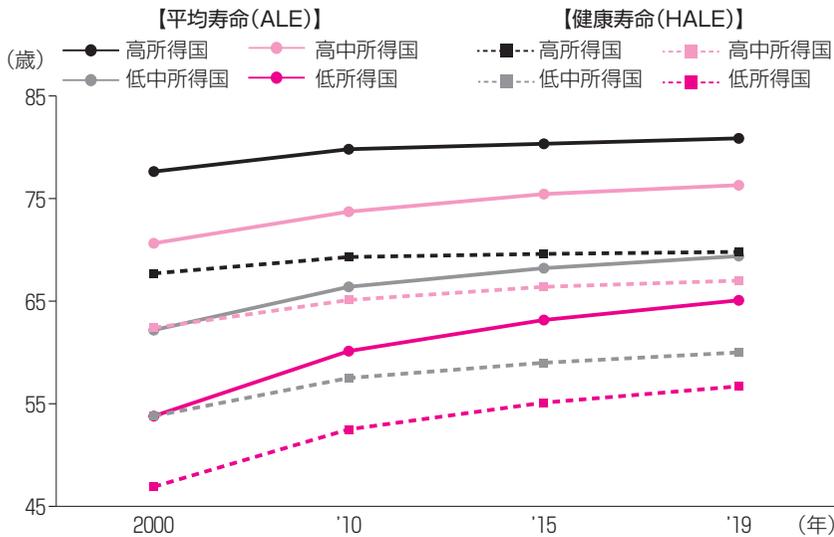
^{*1} WHOによる健康寿命 (HALE) は、正確には「健康度調整平均寿命」と呼ばれる。「不健康な状態」のレベルを詳細に数値化し、それをもとに「完全に健康な期間」が算出される。



※アメリカ合衆国、カナダ、グリーンランド、サンピエール島・ミクロン島およびバミューダ島のみの合計

資料) 総務省統計局「世界の統計」2022より作成

図2-45 世界人口の推移と予測



資料) WHO 統計資料より作成

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years))

図2-46 世界における所得分類別の平均寿命 (ALE) と健康寿命 (HALE)

5. 国民健康・栄養調査



厚生労働省「国民健康・栄養調査」

1) 調査の目的・沿革

国民健康・栄養調査は、2003（平成15）年より**健康増進法**に基づき、厚生労働省により実施されている。それ以前は**栄養改善法**に基づき、国民栄養調査として長年にわたり継続的に実施されており、改称後も国民の栄養状態や栄養素等摂取状況を把握して、国民の健康増進対策等の諸施策を推進する上でのより所として、重要な役割を果たしている。

(1) 調査の目的

国民の身体の状態、栄養素等摂取量および生活習慣の状態を明らかにし、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料を得ることを目的として実施されている（**健康増進法第10条**）。

(2) 調査の沿革

第二次世界大戦直後の極度の食料不足の状況下において、諸外国からの緊急食糧援助を受けるための基礎資料が必要となり、GHQの指令に基づいて、1945（昭和20）年12月に東京都民を対象に栄養調査が実施されたことが始まりとなる。1948（昭和23）年には無作為抽出による全国調査となり、1952（昭和27）年からは**栄養改善法**に基づく調査として、調査目的も従来の食料確保から国民の健康の確保、体力の向上に資することとなった。2003（平成15年）からは、**健康増進法**の制定に伴って、**国民健康・栄養調査**と名称変更され実施されている。「健康日本21」の評価など、健康増進施策や生活習慣病予防対策などに活用されている。調査は約70年余りにわたって毎年実施されてきたが、2020（令和2）年、2021（令和3）年は、新型コロナウイルス感染症の拡大により中止となった。

調査方法や項目は、時代のニーズや食品成分表の改定などにより、変更が行われてきた^{*1}。1995（平成7）年からは、世帯単位で行われていた3日間秤量記録法が改められ、1日間調査になるとともに、個人単位での摂取量を推定するための**比例案分法**（案分比率）が導入された。これにより、性・年齢階級別に栄養素摂取量などのデータを得ることが可能となっている。

*1 国立健康・栄養研究所ホームページでは、国民健康・栄養調査の調査方法等の変遷をまとめた資料が公開されている。



2) 調査の内容・方法

(1) 調査の内容

調査内容は、**身体状況調査**、**栄養摂取状況調査**、**生活習慣調査**からなる。調査項目は、上記3つの主な基本調査に加え、数年ごとに重点事項として把握される項目がある（表3-14）。

- ・厚生労働省「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」2024
- ・厚生労働省「日本人の長寿を支える「健康な食事」のあり方に関する検討会報告書」2014
- ・厚生労働省「令和2年版 厚生労働白書」2020
- ・厚生労働省「自然に健康になれる持続可能な食環境づくりの推進に向けた検討会報告書」2021
- ・厚生労働省・農林水産省「フードガイド（仮称）検討会報告書」2005
- ・厚生労働省「『日本人の食事摂取基準』活用検討会報告書」2010
- ・農林水産省「食育ガイド」2019

7. 諸外国の健康・栄養政策

1) 公衆栄養活動に関係する国際的な行政組織と活動

グローバル化が進化した現在は、ヒト・物・経済の国際間交流がかつてないほど増えており、新型コロナウイルス感染症のパンデミックのように、一国の課題が瞬く間に世界全体へと波及していく状況となっている。健康・栄養の領域では、第2章第5節（p.54～）でみたようにさまざまな課題が存在し、中でも**栄養不良の二重負荷** double burden of malnutritionや**非感染性疾患** non-communicable diseases; NCDsは、先進国・開発途上国を問わず、多くの国の主要課題となっている。国際的に共通するこれらの健康・栄養課題に対しては、**国際連合**（以下、国連）United Nations; UNに関連する組織によってさまざまな対策がとられている。

国連は、第二次世界大戦直後の1945年に、世界の平和と社会の発展に協力することを誓った独立国家が集まり発足した機関である。ニューヨークに本部をおき、2021年現在、193か国が加盟している。

国連には主要機関として総会、安全保障理事会、経済社会理事会、信託統治理

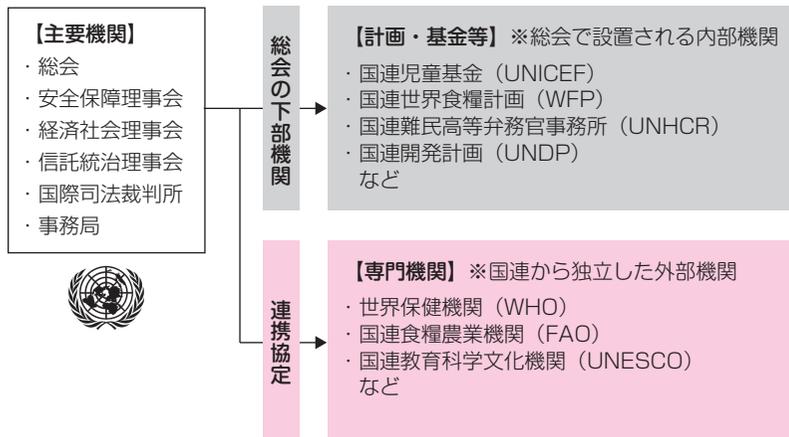


図3-14 国際連合と主な専門機関等の構成

現実とは異なる場合がある。量的データと実際の地域の状況や実態との差を埋めるために、質的データの収集が必要である。質的なデータとは、地域の観察、住民へのヒアリング、五感を働かせて得た感触・気づきなどにより得られるものである。また地域住民の生活を支える社会資源も質的データの要素となる（表5-3）。

（4）診断

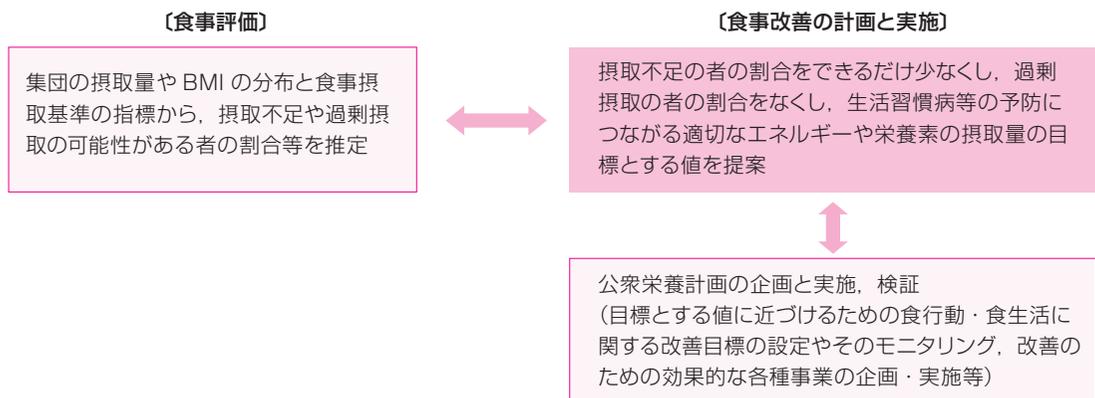
量的データは単純集計やその他統計学的手法により分析を行う。量的データから得られない、対象者の実態などは質的データを組み合わせて総合的に分析をする。分析結果から、問題点を抽出し、優先課題を設定する。量的・質的データは問題点の抽出だけでなく、目標項目の設定や具体的な目標値の設定にも使用することができる。

3) 食事摂取基準の地域集団への活用

食事摂取基準^{*1}は、地域集団の健康の保持・増進や生活習慣病予防を図るために食事評価を行って食事改善計画を立案、実施、検証する際に用いられる資料である。食事評価とは、各種食事調査をもとにエネルギーや栄養素の摂取量を推定し、食事摂取基準の各種指標と比較して摂取量が適切かどうかを評価することである。次に食事評価に基づき、食事改善計画を立案、実施し、それらを検証する際の食事評価にも食事摂取基準を活用する。そして検証結果を踏まえ、計画や実施の内容を改善していく。このように食事摂取基準を活用する場合は、PDCAサイクルに基づく活用を基本とする。

集団の食事改善を目的とした食事摂取基準の活用の基本的概念を図5-6に示した。集団の場合は、対象となる集団の摂取量やBMIの分布と食事摂取基準の指標との比較から、摂取不足や過剰摂取の可能性のある者の割合などを推定する。個人の場合と異なり、「分布」や「割合」を求めて食事評価を行う。摂取不足や過剰摂取の可能性のある者は食事摂取基準の適正範囲内に入るように、また全体

^{*1} 食事摂取基準の概要は第4章p.130,132も参照。



資料) 厚生労働省「日本人の食事摂取基準(2025年版)策定検討会報告書」2024

図5-6 集団の食事改善を目的とした食事摂取基準の活用の基本的概念(再掲)

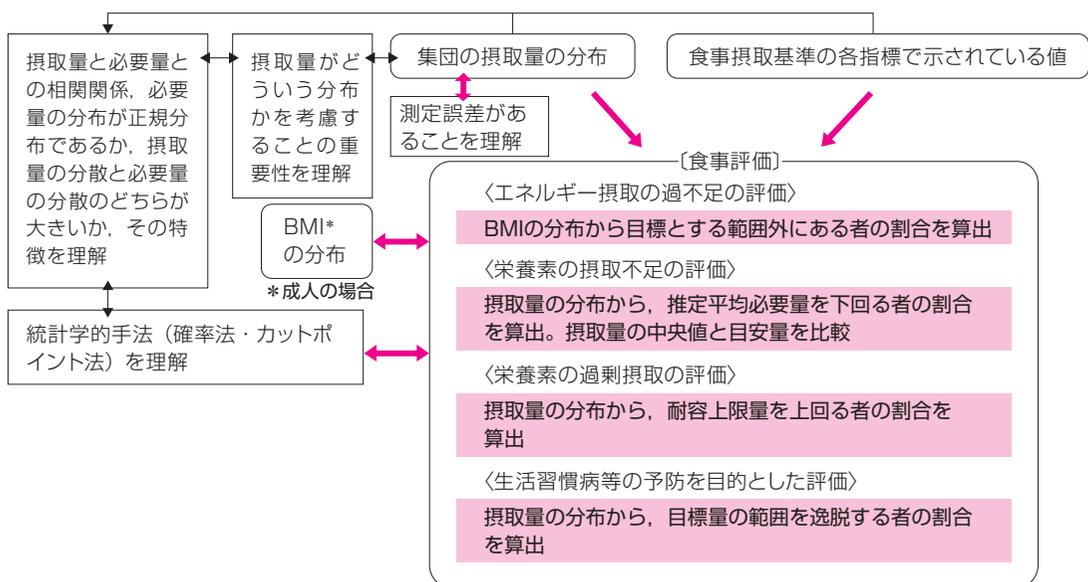
的には生活習慣病の予防となるように、適切なエネルギーや栄養素摂取量について目標とする値を提案し、食事改善の計画・実施につなげる。

目標とするBMIや栄養素摂取量に近づけるためには、そのための食行動・食生活や身体活動に関する改善目標の設定やそのモニタリング、改善のための効果的な各種事業の企画・実施等、公衆栄養計画の企画や実施、検証もあわせて行うこととなる。

集団の食事改善を目的とする食事摂取基準を活用した食事評価について図5-7に示す。食事評価で注意すべき点は、食事調査結果には食事調査法に起因する測定誤差^{*1}があることをふまえて集団の摂取量の分布を検討すること、また正規分布や分散^{*2}といった統計学の用語をよく理解することが必要である。

*1 第4章p.122参照。

*2 第4章p.138参照。



資料) 厚生労働省「日本人の食事摂取基準(2025年版)策定検討会報告書」2024

図5-7 食事改善(集団)を目的とする食事摂取基準を活用した食事評価

対象集団の栄養素等摂取量の分布に対して食事評価を行う際には、(1)エネルギー摂取の過不足の評価、(2)栄養素の摂取不足の評価、(3)栄養素の過剰摂取の評価、(4)生活習慣病等の予防を目的とした評価の視点で食事摂取基準を活用するが、それぞれの評価の目的ごとに用いる指標が異なっていることに留意する^{*3}。

(1) エネルギー摂取の過不足の評価

エネルギー摂取量の過不足を評価する場合にはBMIの分布を用いる。目標とするBMIの範囲(表5-4)を目安とし、BMIが目標とする範囲内にある者または範囲外にある者の割合を算出して評価する。なお、「推定エネルギー必要量」が示されているが、参考表として活用する。

*3 第4章p.134の「表4-7 集団の食事改善を目的として食事摂取基準を活用する場合の基本的事項」参照。

表5-4 目標とするBMIの範囲

年齢(歳)	目標とするBMI (kg/m ²)
18～49	18.5～24.9
50～64	20.0～24.9
65～74	21.5～24.9
75以上	21.5～24.9

資料) 厚生労働省「日本人の食事摂取基準(2025年版)策定検討会報告書」2024

(2) 栄養素の摂取不足の評価

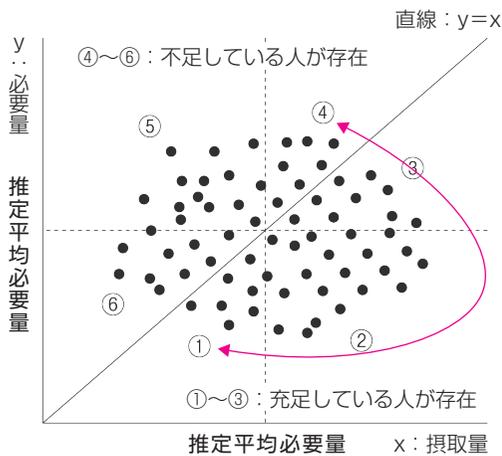
「推定平均必要量」または「目安量」で評価をする。個人の場合と異なり「推奨量」は用いない。

① 推定平均必要量が算定されている栄養素

推定平均必要量を下回る人の割合を算出する。これには、確率法^{*1}とカットポイント法^{*2}がある。確率法は正しい割合が求められるが、利用可能な条件が整うことはまれであるため、簡便法であるカットポイント法を用いることが多い。推定平均必要量を下回る人の割合と不足している人の割合が等しくなる理由を図5-8に示した。

^{*1} 確率法：対象集団全体の摂取量の分布、ならびに対象の中で摂取量が不足している集団における摂取量の分布から、不足者の割合を算出する方法。現実的に条件が整わず、複雑な計算が求められるため、実践での使用は難しい。

^{*2} カットポイント法：摂取量が推定平均必要量に満たない員数や率を算出する方法。



条件

- ・個人が自分の必要量を知り得ないと仮定すると、集団における摂取量と必要量の関連はない
- ・摂取量と必要量のそれぞれの分布は正規分布に従う
- ・摂取量の平均値が推定平均必要量付近にある
- ・ $y=x$, x =推定平均必要量, y =推定平均必要量を表す直線を加える

領域①と領域④に存在する人数はほぼ同じと考えられるため、領域①と領域④を入れ替えると、 x =推定平均必要量の左側に不足している人が集まることになる。すなわち、推定平均必要量を下回る人の人数と、不足している人の人数が等しいと考えることができる。

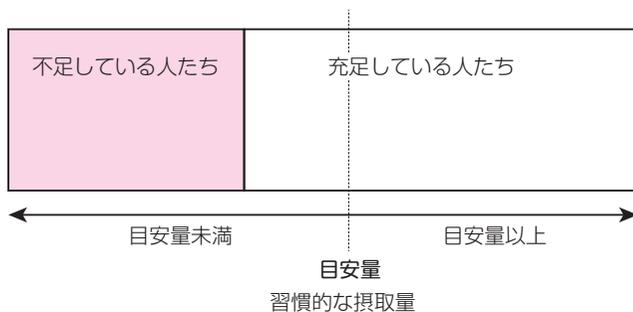
資料) 厚生労働省「日本人の食事摂取基準(2025年版)策定検討会報告書」2024

図5-8 集団における食事摂取基準の評価を行うためのカットポイント法の概念

② 目安量が算定されている栄養素

目安量は、十分な科学的根拠が得られず「推定平均必要量」が算定できない栄養素について値が設定される。実際には、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値が設定されているため、目安量以上を摂取していれば、不足しているリスクは非常に低い。したがって集団においては、目安量付近を摂取していれば不足が生じていると推定される対象者はほとんど存在しないと判断できる。活用にあたっては、食事調査から得られた栄養素摂取量の中央値が目安量以上かどうかを確認する。摂取量の中央値が目安量未満の場合には、

不足状態にあるかどうか判断できない（図5-9）。



資料) 佐々木敏「食事摂取基準入門 そのところを読む」同文書院, 2010 を一部改変

図5-9 目安量を用いた評価の概念図（不足状態にあるかどうか判断できない理由）

(3) 栄養素の過剰摂取の評価

測定された摂取量の分布と耐容上限量から過剰摂取の可能性を有する者の割合を算出する。

(4) 生活習慣病等の予防を目的とした評価

測定された摂取量の分布と目標量から目標量の範囲を逸脱する者の割合を算出する。

4) 量的調査と質的調査の意義

量的調査は、質問紙などを用いて情報を集め、統計的に分析する社会調査法である。調査対象者を選定して調査を行い、その回答結果について整理することで対象者の状況を把握することができる。また、数値データを取り扱うことから、適切な統計学的手法を用いて分析を行うため、より深く対象者の状況を客観的に把握できる。

量的調査の利点としては、同じ質問文と選択肢を活用する場合は経年変化を追うことができること、多数の対象者に対して比較的安価で調査ができること、サンプリング（調査対象者の選定）が偏りなく行われていれば、調査結果から全体の推定ができることがあげられる。

質的調査は、少数の事例についての観察あるいは対象者との会話、さらに記述された文章などから、数量的に把握できない細かいニュアンスや深い価値観を発見することができる社会調査法である。観察やインタビューを通して、言語的なデータだけではなく、対象者がその行動を行っていたときの周囲の環境、本人の表情、空間の状況など、あらゆる物事をデータとして扱うことで、多面的に対象者をとらえることができる。

アセスメントを行うためには、量的調査と質的調査の特徴を理解して、組み合わせる必要がある。