

Ⅱ. 日本人の食事をめぐる状況と「健康な食事」のあり方

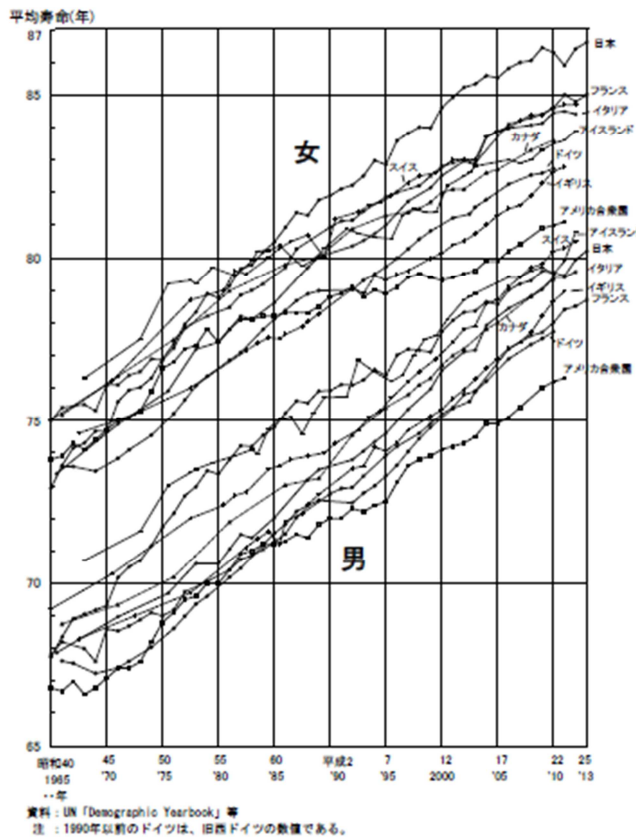
1. 日本人の食事をめぐる状況

(1) 日本人の食事をめぐる状況の変遷

日本は世界でも有数の長寿国である（図2）。平成25年簡易生命表によると平均寿命は、男性では80.21年とはじめて80年を超え、女性では86.61年と、男女とも過去最高を更新した。今後さらに平均寿命は伸長し、将来推計では、2060年には男性で84.19年、女性で90.93年に到達すると予測されている（図3）。

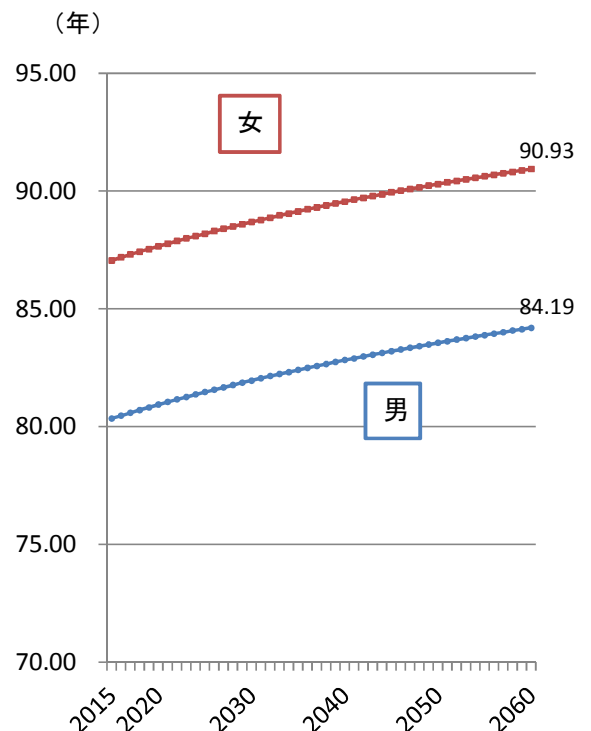
日本人の長寿を支える「健康な食事」のあり方を整理していくためには、長寿の背景にある社会変化や健康状態など食事をめぐる状況について、これまでの変遷や諸外国との比較などから全体を俯瞰し、今後の社会や健康課題などを見据えて、その望ましいあり方を明らかにしていく必要がある。

図2 主な国の平均寿命の推移



出典：厚生労働省「平成25年簡易生命表の概況」

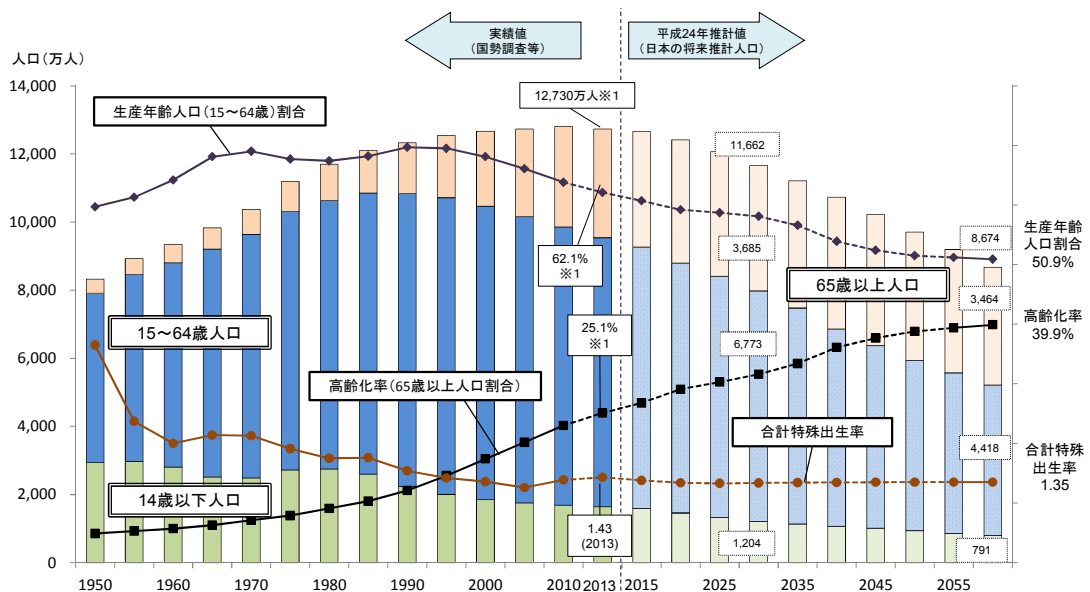
図3 平均寿命の将来推計



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の死亡中位仮定による推計結果

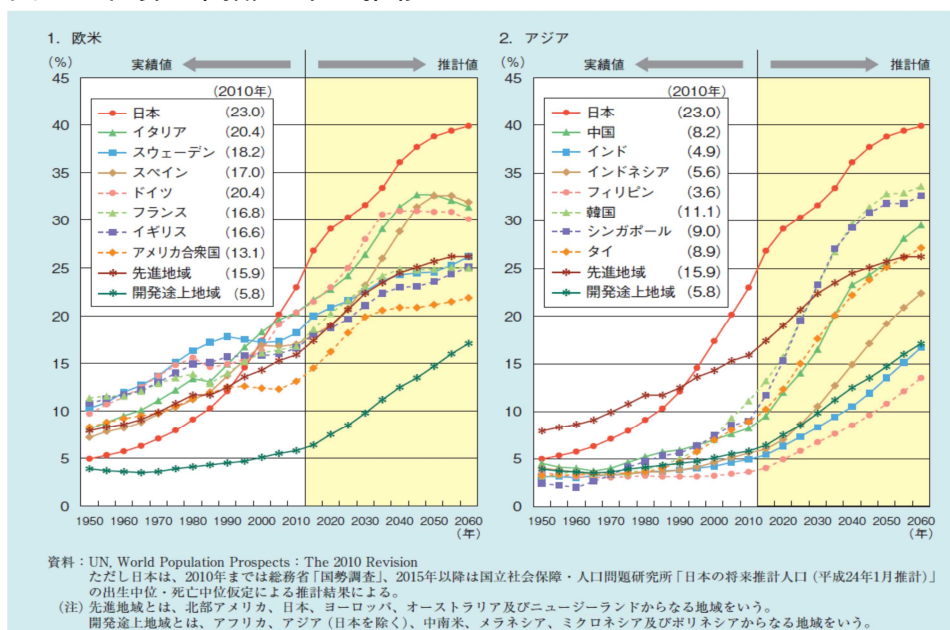
我が国は、人口減少社会へと移行するなかで、高齢化率は上昇を続けている（図4）。他国に類をみない急速な高齢化を経験しているが、世界の高齢化率の今後の推移をみると、これまで高齢化が進行してきた先進地域はもとより、開発途上地域においても、高齢化が急速に進展すると見込まれている（図5）。日本はこうした課題に先駆的に対応することとなり、その成果などについて国際的な発信も求められる。

図4 日本の人口の推移



（出典）総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：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」
 ※1 出典：平成25年度 総務省「人口推計」（2010年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%）

図5 世界の高齢化率の推移

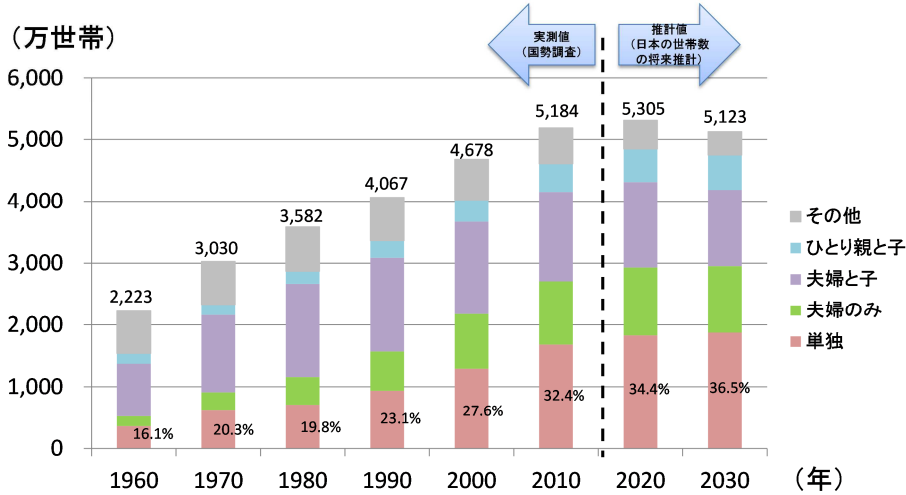


資料：UN, World Population Prospects: The 2010 Revision
 ただし日本は、2010年までは総務省「国勢調査」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。
 （注）先進地域とは、北部アメリカ、日本、ヨーロッパ、オーストラリア及びニュージーランドからなる地域をいう。
 開発途上地域とは、アフリカ、アジア（日本を除く）、中南米、メラネシア、ミクロネシア及びポリネシアからなる地域をいう。

出典：内閣府「平成26年版高齢社会白書」

また、一般世帯数も増加を続けるが、2020年以降は減少に転じると推計されている（図6）。人口減少局面に入っても当面世帯数が増加を続けることは、世帯規模の縮小が続くことを意味する。なかでも単身世帯は、2020年以降も増加し、2030年以降ようやく減少に転じるが、一般世帯総数に占める割合が2010年の32.4%から2030年には36.5%へと上昇すると推計されている。

図6 家族類型別一般世帯数の推移



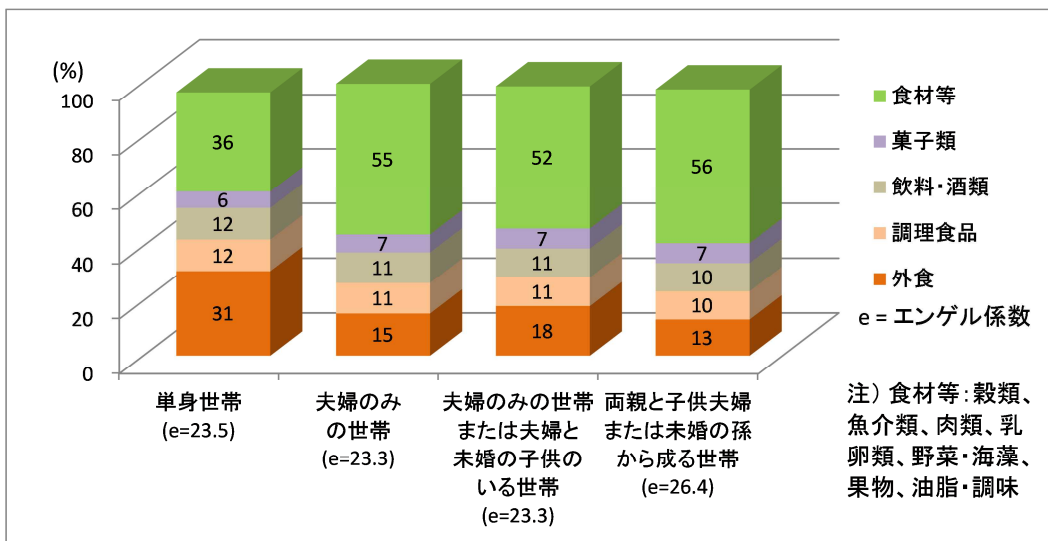
(注) 1960年は1%抽出集計結果による。沖縄県を除く

資料：2010年までは総務省「国勢調査」

それ以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」（2013年1月推計）

世帯類型別に食料費の項目別支出割合をみると、単身世帯では他の世帯に比べて、外食及び調理食品が多い傾向にあり、今後はそうした需要の増大も見込まれることになる（図7）。

図7 世帯類型別食料費の項目別支出割合

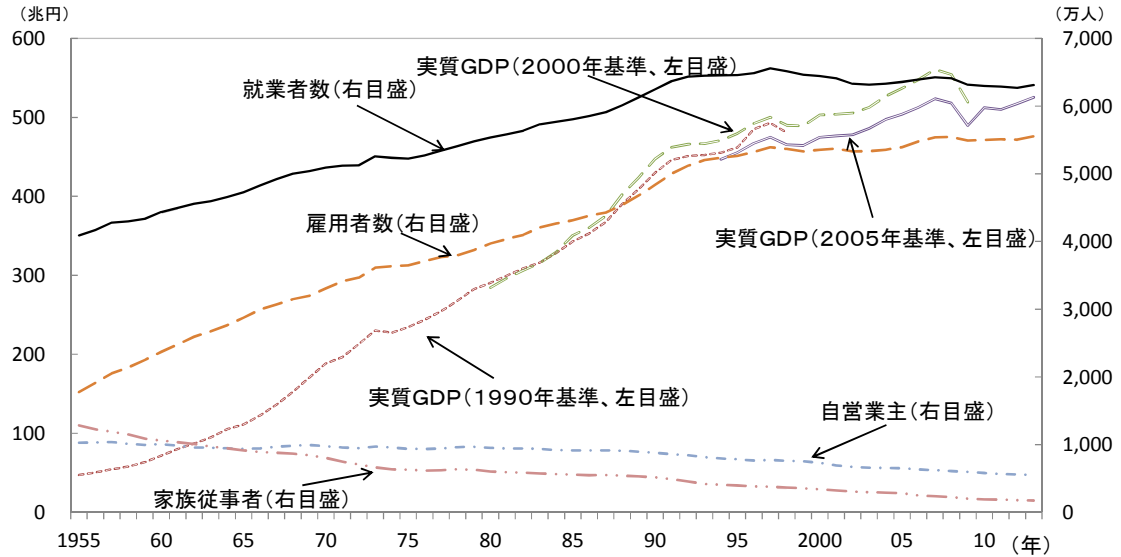


注) 食材等: 穀類、魚介類、肉類、乳卵類、野菜・海藻、果物、油脂・調味

資料：総務省「家計調査」（平成25年）

実質 GDP と就業者数の長期の推移についてみると、おおよそ経済規模の拡大に伴い就業者数も増加してきたが、1990 年代以降、経済成長率が鈍化するに伴い、労働力需要も停滞している（図 8）。

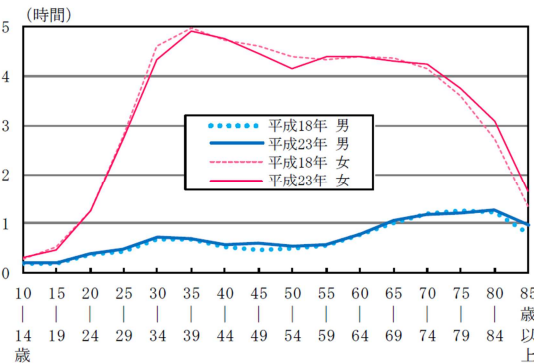
図 8 実質 GDP と就業者数などの推移



資料出所 総務省統計局「労働力調査」、内閣府「国民経済計算」をもとに厚生労働省労働政策担当参事官室にて作成
 (注) 就業者数、雇用量の2011年は補完推計値

一方、共働き世帯が増加傾向にあるなど、働き方は多様であり、生活時間の実態も様々になっている。生活時間について、家事関連時間をみると、男女間では大きな差があり（図 9）、就学前の子どもがいる場合に家事関連時間が多い（図 10）といったように、生活時間はライフステージやライフスタイルによって異なっている。生活背景の違いにより、食品・食事の選択、整え方や食べ方も多様になっているといえる。

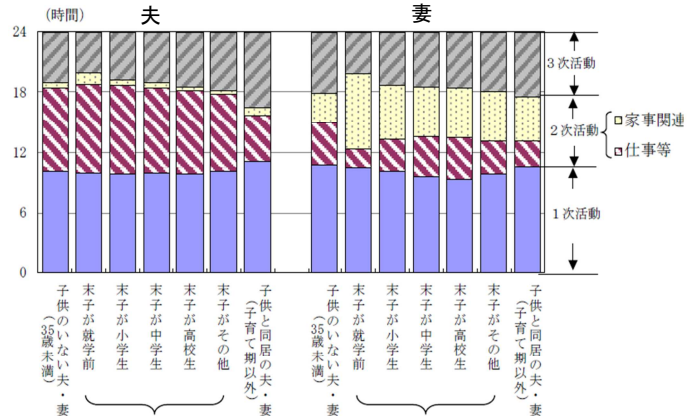
図 9 家事関連時間（平成 18 年、23 年）
 一週全体（男女、年齢階級別）



注) 家事関連時間：家事、介護・看護、育児及び買い物

出典：総務省「社会生活基本調査」

図 10 ライフステージ、行動の種類別
 生活時間一週全体（夫・妻）



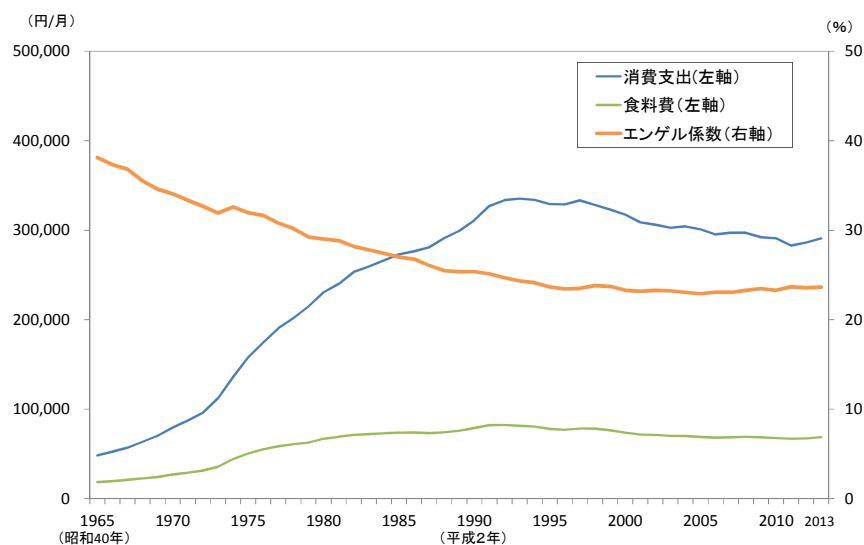
注) 1次活動：睡眠、食事など生理的に必要な活動
 2次活動：仕事、家事など社会生活を営む上で義務的な性格の強い活動
 3次活動：1次、2次活動以外で各人が自由に使える時間における活動
 仕事等：通勤・通学、仕事及び学業

出典：総務省「平成 23 年社会生活基本調査」

家計の消費支出及び食料費は、1990年頃まで増加を続け、特に消費支出は1970年代から80年代にかけて著しい伸びを示した。一方、エンゲル係数（消費支出に占める食料費の割合）は、生活水準の向上に伴い低下が続いてきたが、1995（平成7）年頃からは、変化はみられない（図11）。

また、年間収入別では、年間収入が少ない世帯ほど消費支出額、食料費ともに少ない傾向にある（図12）。年間収入の多少にかかわらず、「健康な食事」が実践しやすい環境整備が求められる。

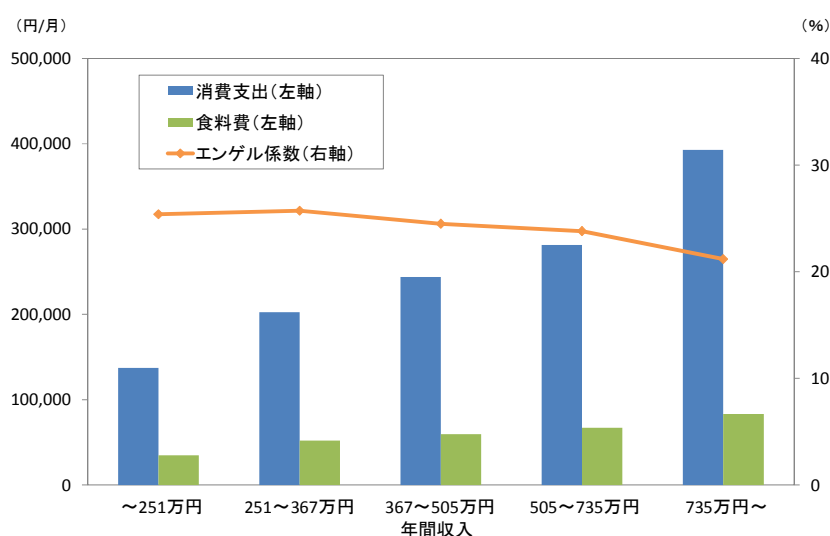
図11 消費支出、食料費並びにエンゲル係数の推移



・沖縄県の家計調査は、昭和47年7月から開始したが、昭和47年中の全国集計にはこれを算入しないで別途集計を行い、昭和48年1月分から全国集計に算入した。
 ・農林業家世帯を除く結果である。

資料：総務省「家計調査」

図12 年間収入別 消費支出、食料費並びにエンゲル係数



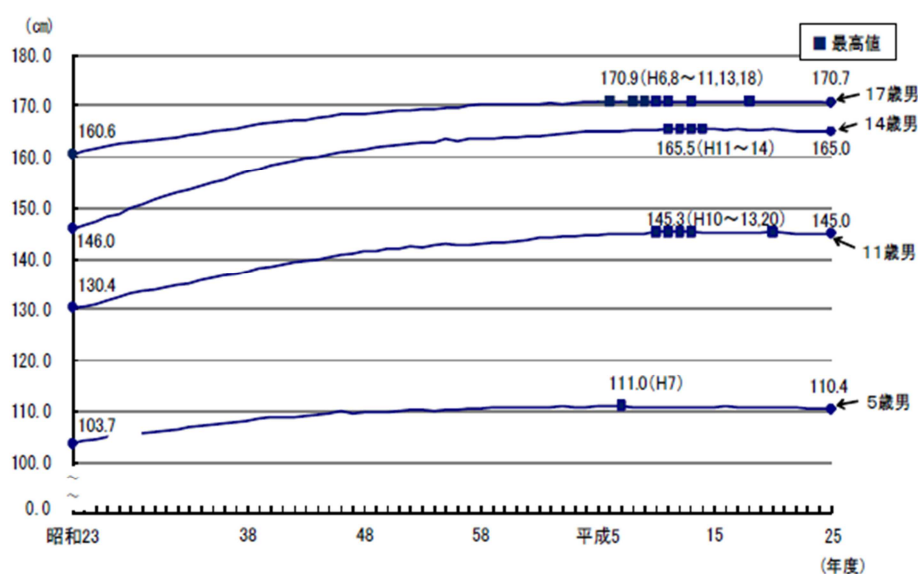
資料：総務省「家計調査」(2013年)

成長期の体格は、戦後著しく向上したが、近年では大きな変化はみられない。身長推移をみると、昭和23(1948)年度以降、身長は伸びる傾向にあったが、平成6(1994)年度から13(2001)年度あたりにピークを迎え、その後は減少傾向となっている(図13)。体重も同様に、増加傾向にあったが、平成10(1998)年度から18(2006)年度あたりにピークを迎え、その後は減少傾向となっている。

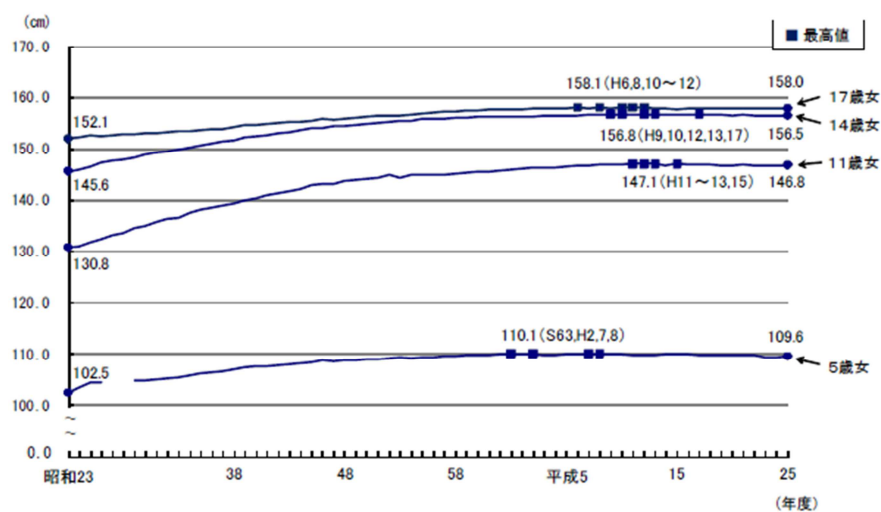
肥満傾向児の出現率は、昭和52(1987)年度以降、増加傾向にあったが、平成15(2003)年度あたりから減少傾向にあり、平成23(2012)年度以降は、ほぼ横ばいに推移している(図14)。

図13 児童・生徒の身長の平均値の推移

○男子



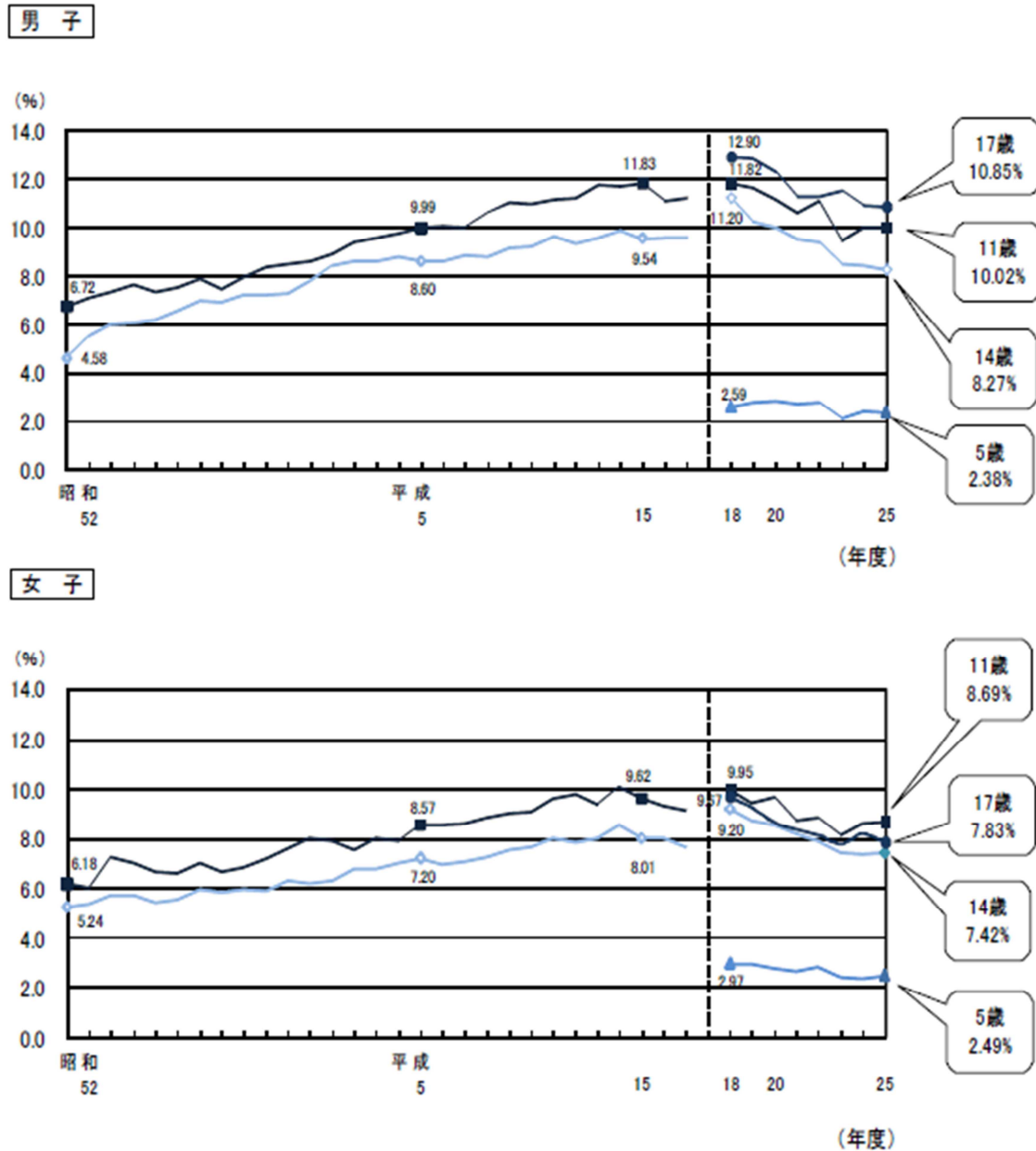
○女子



(注) 5歳については、昭和27年度及び昭和28年度は調査していない。

出典：文部科学省「学校保健統計調査」

図 14 肥満傾向児の出現率の推移

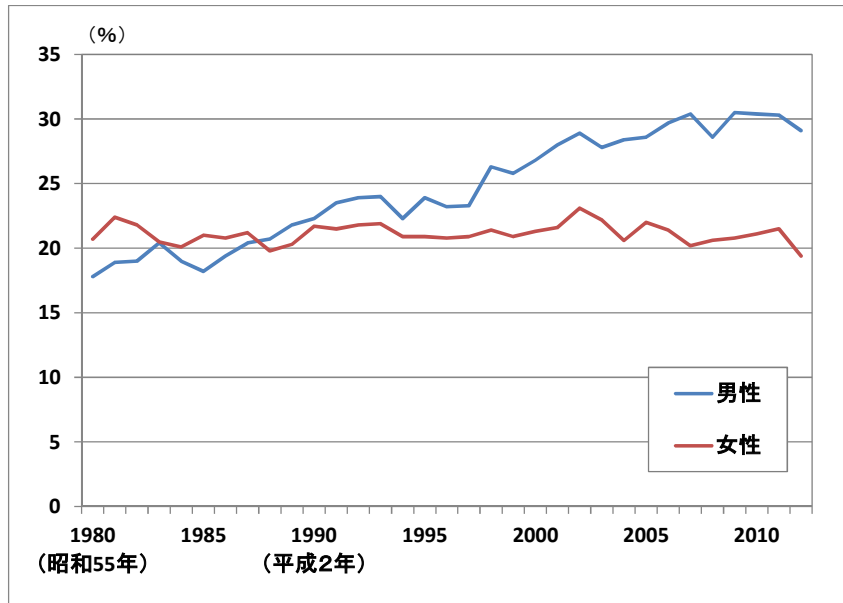


出典：文部科学省「学校保健統計調査」

戦後は、体位向上への取組に代表されるように、食料不足による栄養不良の解消が主要な課題であったが、疾病構造の変化や高齢化の進展により、生活習慣病の予防、さらには介護予防が重要な課題となっている。

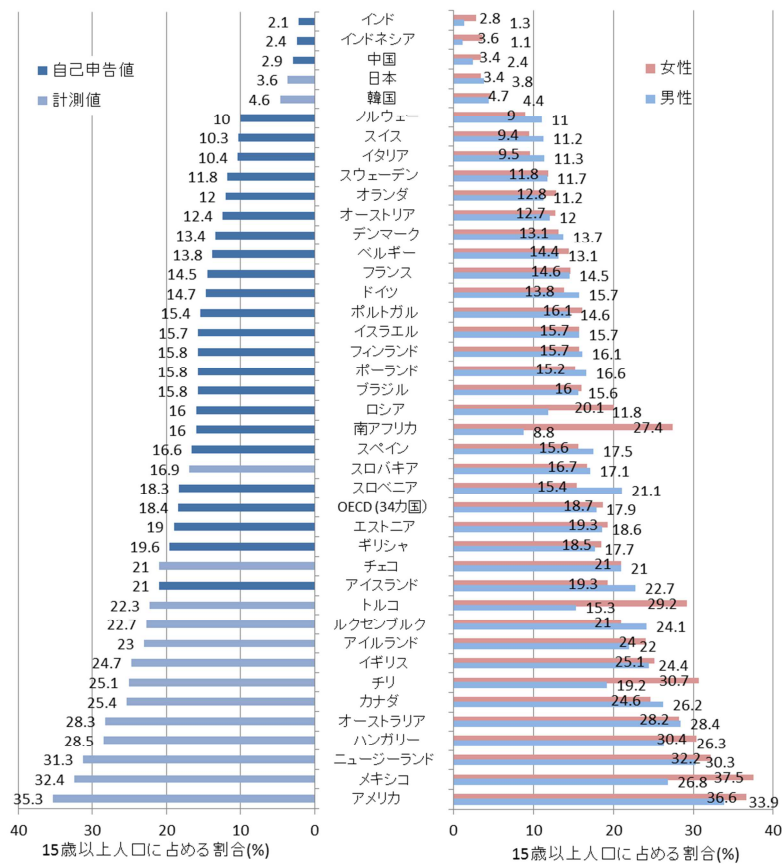
成人における肥満者（BMI25 以上）の割合は、男性では昭和 55（1980）年以降増加傾向にあり現在 3 割に達しており、女性では 2 割前後で推移してきた（図 15）。肥満は、国際的にも大きな健康課題であり、近年、多くの国において BMI30 以上の肥満の割合が増加しているが、その中では日本は低率にとどまっている（図 16）。

図 15 肥満者（BMI25 以上）の割合の年次推移



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図 16 OECD 加盟国における成人の肥満（BMI30 以上）の状況

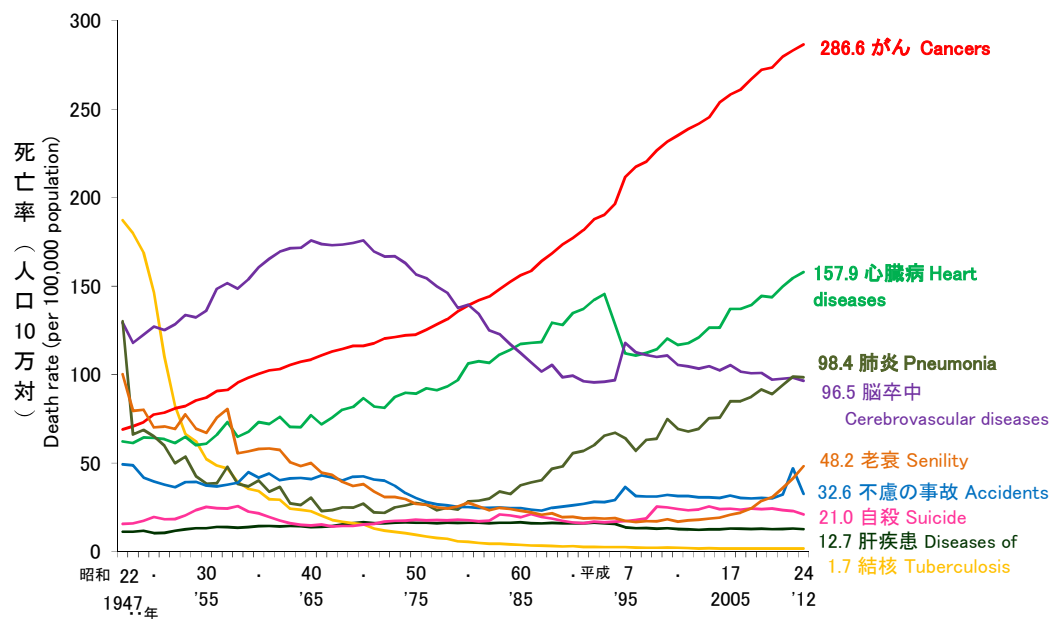


資料：OECD (2014), OECD Health Statistics 2014

日本では、戦後、生活環境の改善や医学の進歩によって感染症が激減する一方で、がんや循環器疾患などの生活習慣病が増加し、疾病構造は大きく変化してきた（図 17）。

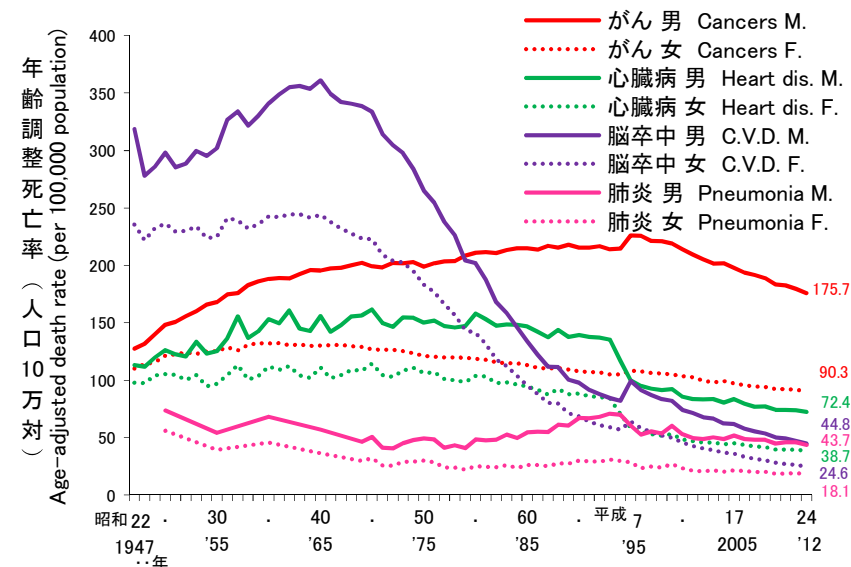
死亡の状況はその集団における人口の年齢構成に影響されるので、その年齢構成の差を取り除いて比較するための年齢調整死亡率で主な死因の年次推移をみると、近年は総じて低下傾向にある（図 18）。

図 17 主な死因別にみた死亡率の年次推移



資料：厚生労働省「平成 26 年 我が国の人口動態 -平成 24 年までの動向-」

図 18 主な死因別にみた性別年齢調整死亡率の年次推移

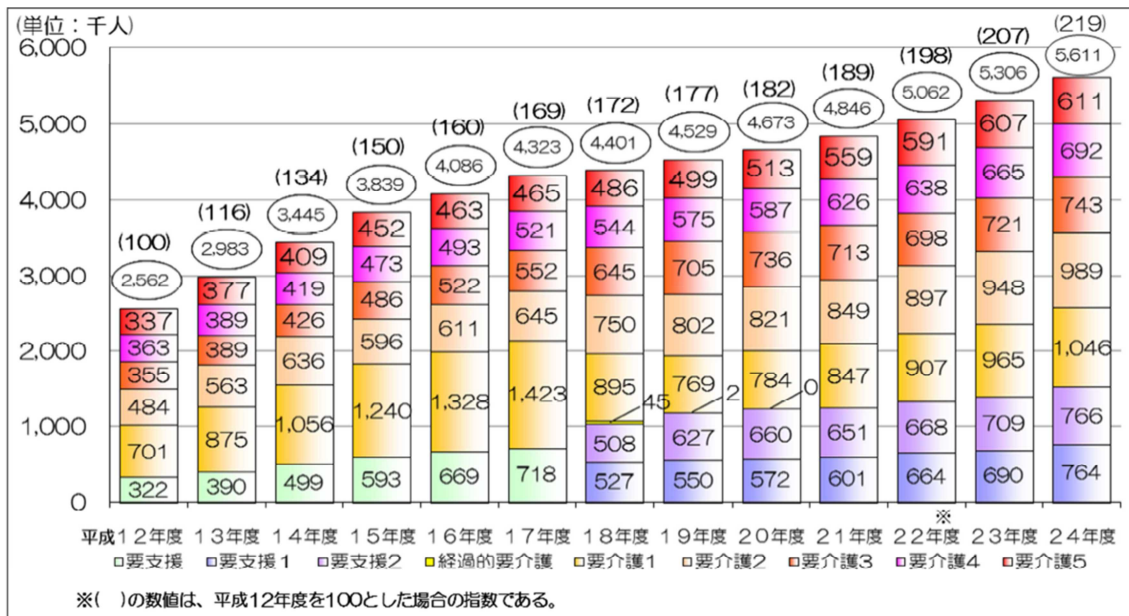


資料：厚生労働省「平成 26 年 我が国の人口動態 -平成 24 年までの動向-」

高齢化の進展に伴い、要介護認定者数（要支援認定者数を含む）は、介護保険制度発足当時から増加を続け、平成24年度末現在では、561万人となり、平成12年度末と比べると2.19倍になっている（図19）。また、認知症高齢者数は、平成22年で280万人であるが、平成37年には470万人になると推計されている（表1）。

高齢期においては、身体機能を維持し生活機能の自立を確保することが重要である。やせ・低栄養が、要介護及び総死亡に対するリスク要因の1つとなるため、低栄養の予防に留意する必要がある。高齢者の低栄養傾向の1つの指標であるBMI20以下の人の割合は、昭和50（1975）年は3割程度で、それ以降減少傾向にあったが、平成12（2000）年あたりからその変化は少なく、平成17（2005）年以降はほぼ横ばいに推移している。（図20）。

図19 要介護及び要支援認定者数の推移（年度末現在）



※東日本大震災の影響により、22年度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24年度 介護保険事業状況報告（年報）」

表1 認知症高齢者数の推移

（単位：万人）

将来推計（年）	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年（2012）を推計すると、305万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

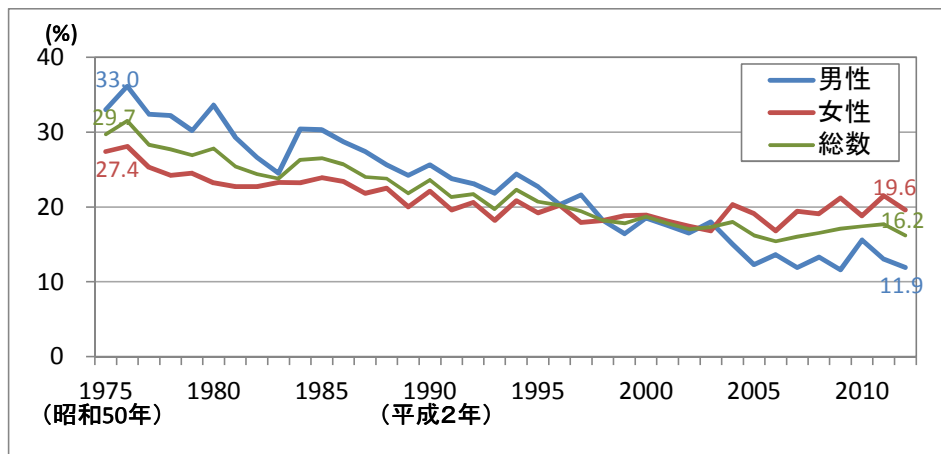
【算出方法】

○将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所：H24.1推計。死亡中位出生中位）に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乘じて推計した。

出典：厚生労働省「認知症高齢者数について」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iauf.html>

図 20 低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者の割合の推移



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

エネルギー摂取量及びエネルギーを構成するたんぱく質、脂質、炭水化物の比率をみると、1960年代から70年代にかけて、エネルギー摂取量が増加するとともに、たんぱく質及び脂質の構成割合が増加し、炭水化物の構成割合が急激に減少した。1980年代以降、エネルギー摂取量は減少傾向となり、構成割合は大きな変化はみられない（図 21）。なお、高齢化が進展した日本の人口構造の変化の影響を除くために年齢調整をしたエネルギー摂取量の推移をみても同様の傾向がみられた。

たんぱく質、脂質、炭水化物の供給比率について諸外国と比較すると、炭水化物の比率が6割近いのが、日本の特徴である（表 2）。

図 21 エネルギー摂取量、エネルギー産生栄養素の構成割合の推移



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

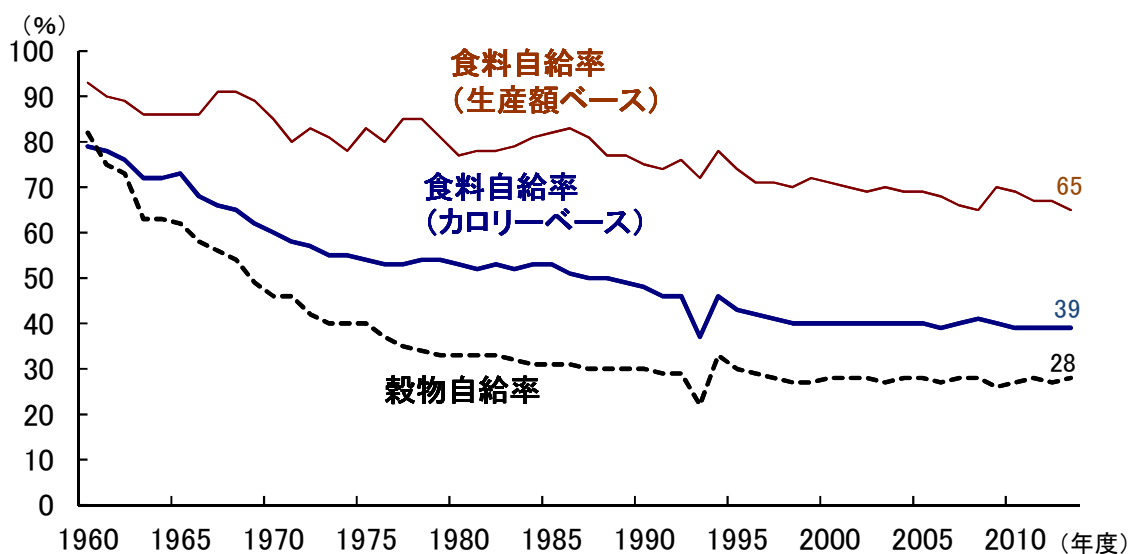
表2 PFC 供給比率の諸外国との比較

	PFC供給熱量比率(%)		
	たんぱく質	脂質	糖質 (炭水化物)
アメリカ(2011)	12.4	41.8	45.8
カナダ(2011)	12.3	40.9	46.8
ドイツ(2011)	12.2	40.1	47.7
スペイン(2011)	13.2	47.7	39.0
フランス(2011)	12.9	43.7	43.4
イタリア(2011)	12.5	41.1	46.3
オランダ(2011)	14.0	35.2	50.9
スウェーデン(2011)	13.8	39.5	46.7
イギリス(2011)	12.3	38.4	49.3
スイス(2011)	11.0	43.0	46.0
オーストラリア(2011)	13.0	44.1	42.9
(2011)	13.0	28.6	58.4
日本(2012)	13.1	28.6	58.3
(2013)	13.0	28.6	58.4

注：PFC 供給熱量比率は、たんぱく質 (Protein)、脂質 (Fat)、糖質 (炭水化物) (Carbohydrate) の比率
資料：農林水産省「食料需給表」(平成 25 年度)

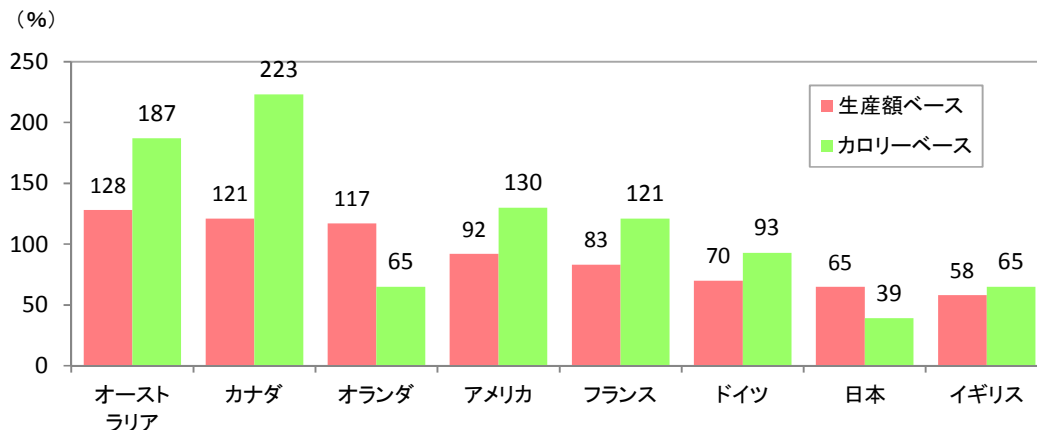
我が国の食料自給率は、カロリーベースで 39%、生産額ベースで 65% (平成 25 年度) である (図 22)。世界の先進国の中で最低水準となっており、食を大きく海外に依存している (図 23)。

図 22 食料自給率の推移



資料：農林水産省「食料需給表」

図 23 各国の食料自給率



資料：農林水産省「食料需給表」、FAO「Food Balance Sheets」等を基に農林水産省で試算。

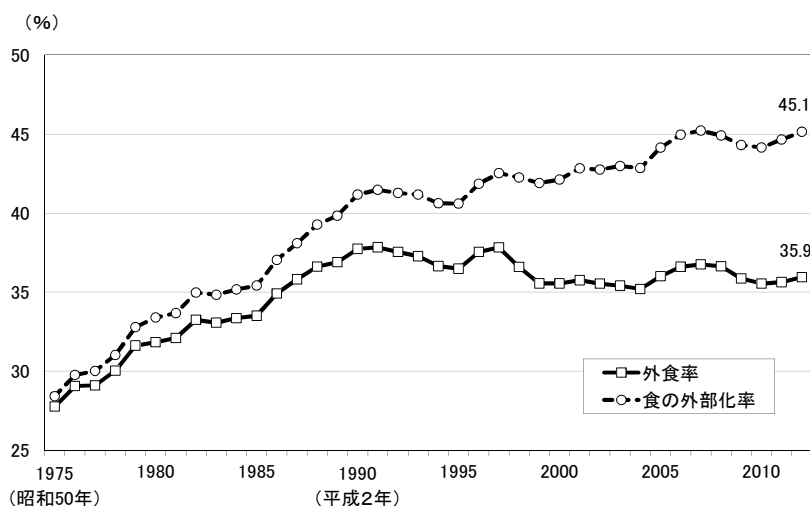
注：1 数値は2009年(平成21年)であるが、日本は平成25年度。

2 各品目の国産単価及び輸入単価については、FAO(国際連合食糧農業機関)のPrice STAT及びTrade STAT等より算出。

3 畜産物及び加工品については、輸入飼料・輸入原料を考慮。

外食率（食料支出に占める外食の割合）と食の外部化率（食料支出に占める外食・中食支出額の割合）の推移をみると、いずれも昭和 50～60 年代に急激に増加した。その後、外食率の伸びはみられず、食の外部化率との間に開きがみられるため、中食が増加していることがうかがえる（図 24）。外食や中食の利用など、食事の整え方や食べ方も多様であることを踏まえ、社会全体で食事の質を向上させていくことが重要となる。

図 24 外食率と食の外部化率の推移



資料：
（財）食の安全・安心財団附属機関外食産業総合調査研究センターによる推計

以上、社会・経済、健康・疾病予防、栄養、生産・流通の各分野に着目し、主要項目の変遷について俯瞰できるよう整理したのが、表 3 である。

表3 日本人の食事をめぐる状況の変遷について

分野	指標	1960年 (昭和35年)	
1 社会・ 経済	(1) 人口 ^{*1}	総人口 9,400万人 高齢化率 6%	
	(2) 世帯 ^{*1}	一般世帯数 2,254万世帯 単独世帯数 358万世帯	
	(3) 就業状態 ^{*2}	総就業者数(15歳以上) - 雇用者の共働き世帯数 -	
	(4) 経済基盤 ^{*3}	1人当たり実質GDP - 消費支出 3万1,300円 エンゲル係数 42%	
2 健康・ 疾病予防	(1) 平均寿命 ^{*4}	男性 65年 女性 70年	
	(2) 成長期の体格 ^{*5}	平均身長(10歳男児)	132cm
		平均身長(10歳女児)	132cm
		平均体重(10歳男児)	28kg
		平均体重(10歳女児)	28kg
	(3) 肥満者の割合 ^{*6}	成人男性	-
		成人女性	-
	(4) 低栄養傾向の高齢者の割合 ^{*6}	65歳以上男性	-
		65歳以上女性	-
	(5) 栄養不良による身体症候 発現率 ^{*6}	男性(0歳以上)	18.0%
女性(0歳以上)		23.7%	
(6) 死因別死亡率 (人口10万対) ^{*7}	粗死亡率	悪性新生物 (男性)	111
		(女性)	90
		心疾患 (男性)	76
	年齢調整 死亡率	(女性)	71
		脳血管疾患 (男性)	172
		(女性)	150
(7) 推計患者数 ^{*8}	悪性新生物 (男性)	188	
	(女性)	132	
	心疾患 (男性)	153	
	(女性)	112	
	脳血管疾患 (男性)	341	
	(女性)	243	
	高血圧性疾患	-	
	脳血管疾患	-	
	糖尿病	-	
	認知症高齢者数	-	
3 栄養	(1) エネルギー ^{*6}	平均摂取量(国民1人1日当たり)	2,096kcal
	(2) PFCエネルギー比 ^{*6} (たんぱく質、脂質、炭水化物に由来する摂取 エネルギーの比)	たんぱく質(P)	13%
		脂質(F)	11%
炭水化物(C)		76%	
(3) 食塩 ^{*6}	平均摂取量(国民1人1日当たり) 対エネルギー摂取量(g/1,000kcal)	- -	
4 生産・ 流通	(1) 食料自給率 ^{*9}	供給熱量ベース	79%
		生産額ベース	93%
	(2) 食の外部化 ^{*10}	外食産業市場規模	-
料理品小売業市場規模		-	
(3) 販売先別飲食料品 の販売額 ^{*11}	スーパー	-	
	コンビニエンスストア ^{※c}	-	

※a (7) 推計患者数は平成14年の値、※b (7) 推計患者数のうち、高血圧性疾患、脳血管疾患、糖尿病は平成23年の値、※c 「日配食品」及び「加工食品」の合計額(資料) *1:総務省「国勢調査」、*2:昭和35～平成12年は総務省「労働力調査特別調査」、平成22年は総務省「労働力調査」、*3:1人当たり実質GDPはIMF「World Economic Outlook Database, October 2013」、消費支出及びエンゲル係数は総務省「家計調査」(1世帯当たり年平均1か月間の支出・二人以上の世帯) *4:厚生労働省「完全生命表」、

- : データなし

1970年 (45年)	1980年 (55年)	1990年 (平成2年)	2000年 ^{*a} (12年)	2010年 ^{*b} (22年)
1億500万人	1億1,700万人	1億2,400万人	1億2,700万人	1億2,800万人
7%	9%	12%	17%	23%
3,030万世帯	3,582万世帯	4,067万世帯	4,678万世帯	5,184万世帯
614万世帯	711万世帯	939万世帯	1,291万世帯	1,678万世帯
5,094万人	5,536万人	6,249万人	6,446万人	6,298万人
-	614万世帯	823万世帯	942万世帯	1,012万世帯
-	231万円	344万円	374万円	400万円
7万9,500円	23万600円	31万1,200円	31万7,100円	29万800円
34%	29%	25%	23%	23%
69年	73年	76年	78年	80年
75年	79年	82年	85年	86年
135cm	137cm	139cm	139cm	139cm
136cm	138cm	140cm	140cm	140cm
31kg	32kg	34kg	35kg	34kg
31kg	33kg	34kg	35kg	34kg
-	18%	22%	27%	30%
-	21%	22%	21%	21%
-	33.6%	25.6%	18.5%	15.6%
-	23.2%	22.1%	18.9%	18.8%
13.2%	-	-	-	-
20.5%	-	-	-	-
133	164	216	291	343
101	116	139	181	219
91	112	136	117	144
83	101	134	116	155
192	143	96	103	98
161	136	103	108	98
199	211	216	214	182
127	119	108	104	92
162	158	139	86	74
115	104	89	49	40
334	202	98	74	50
223	141	69	46	27
-	55万4,000人	68万5,200人	60万7,500人	67万600人
-	25万8,900人	37万7,500人	35万100人	28万3,800人
-	12万300人	19万8,600人	21万9,900人	23万2,400人
-	-	-	149万人	280万人
2,210kcal	2,084kcal	2,026kcal	1,948kcal	1,849kcal
14%	15%	16%	16%	15%
19%	23%	25%	27%	26%
67%	62%	59%	58%	59%
-	13g	13g	12g	10g
-	6.2	6.2	6.3	5.5
60%	53%	48%	40%	39%
85%	77%	75%	71%	69%
-	14兆6,300億円	25兆6,800億円	26兆9,900億円	23兆4,900億円
-	1兆1,100億円	2兆9,600億円	5兆6,600億円	6兆2,100億円
-	2兆4,200億円	4兆440億円	6兆4,600億円	8兆2,200億円
-	-	-	4兆6,900億円 ^c	5兆1,600億円 ^c

*5: 文部科学省「学校保健統計調査」、*6: 厚生労働省「国民健康・栄養調査」、*7: 厚生労働省「人口動態統計」、*8: 厚生労働省「患者調査」、認知症高齢者数のみ厚生労働省「高齢者介護研究会報告書」、*9: 農林水産省「食料需給表」、*10: 公益社団法人食の安全・安心財団「外食産業統計資料集」、*11: 経済産業省「商業動態統計調査」。表中の値は、四捨五入によって丸めを行っている。

(2) 日本人の栄養・健康状態の変遷

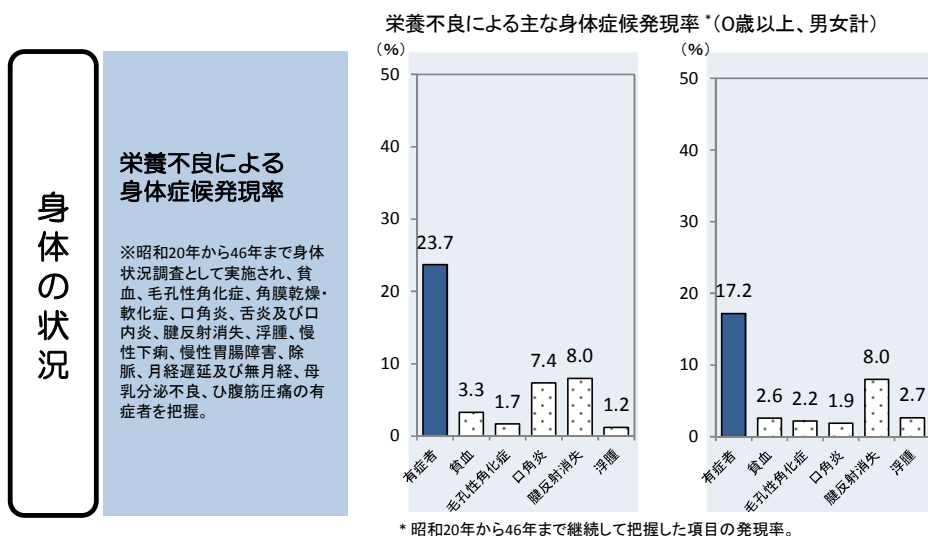
これまで日本人の長寿を支えてきた食事はどのようなもので、これからの長寿を支える食事とはどうあるべきなのかを見据えるために、日本人の栄養・健康状態の変遷を振り返ることとした(表4)。

戦後は、栄養不良による身体症候が課題であり、腱反射消失などの有症率は1950年代から60年代では2割程度みられた。

1950年代から70年代にかけて、エネルギー摂取量が増加するとともに、たんぱく質、脂質の摂取量が増加し、炭水化物の摂取量が減少した。この間、食品摂取での大きな変化としては、穀類エネルギー比率の減少、肉類、果実類の増加がみられた。

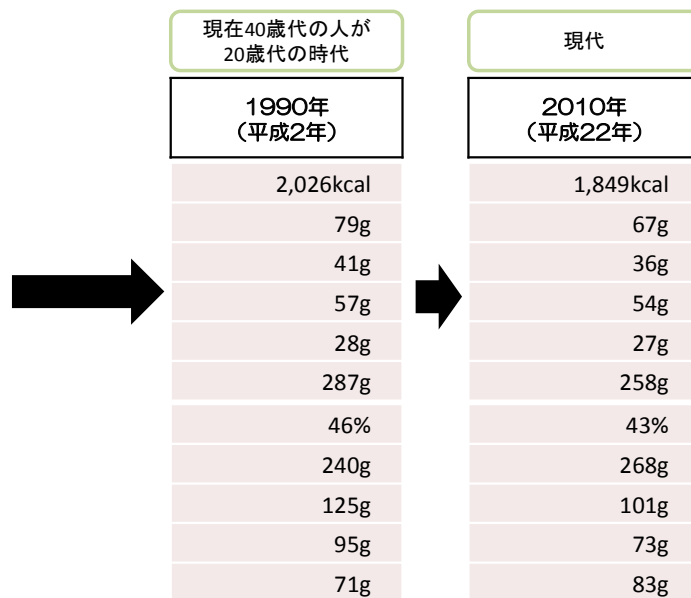
表4 日本人の栄養・健康状態の変遷について

分野	指標	現在80歳代の人が 20歳代の時代	現在60歳代の人が 20歳代の時代	
		1950年 (昭和25年)	1970年 (昭和45年)	
栄養の 状況	栄養素等 摂取量 (国民1人1日 当たり、1歳 以上)	エネルギー	2,098kcal	2,210kcal
		たんぱく質	68g	78g
		うち動物性	17g	34g
		脂質	18g	47g
		うち動物性	-	20g
		炭水化物	418g	368g
	食品群別 摂取量 (国民1人1日 当たり、1歳 以上)	穀類エネルギー 比率 ^{*1}	77%	56%
		野菜類 ^{*2}	242g	249g
		果実類 ^{*3}	42g	81g
		魚介類 ^{*4}	61g	87g
	肉類 ^{*4}	8g	43g	



こうした状況のなか、健康・栄養課題は、栄養不良から、肥満へと移行してきた。

現在 80 歳代の人が 20 歳代だったのは、栄養不良が課題であった 1950 年代であり、現在 40 歳代の人が 20 歳代だったのは、肥満が増加してきた 1990 年代である。すなわち、現在、高齢者に該当する世代は、栄養不良の時代に 20~40 歳の時期を過ごし、現在の 40 歳代は、20 歳の頃からすでに栄養過剰や栄養バランスの偏りがみられる中で過ごしてきたことになる。こうした背景も含め、日本人の長寿を支える「健康な食事」のあり方を検討していくことになる。

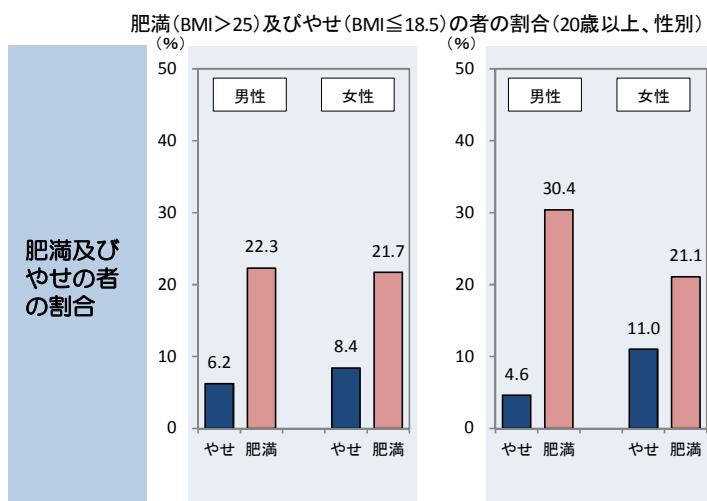


*1 穀類摂取量は、平成 13 年から調理を加味した数量となり、「米・加工品」の米は「めし」・「かゆ」などで算出しており、過去との比較ができない。また、全ての年で「小麦粉」を除いた値を、ここでの「穀類」として集計した。なお、ここでの「穀類」は、「米」以外に「大麦」や「雑穀その他」を含む。

*2 昭和 25 年、45 年は「きのご類」を含む。なお、きのご摂取量は把握できる最も古い昭和 46 年で 2.8g、平成 2 年は 10.3g、22 年は 16.8g である。また、全ての年で「漬け物」は含み、「野菜ジュース」を除く。なお、平成 22 年の野菜ジュースの摂取量は、8.9g である。

*3 昭和 25 年は「トマト」を含む。なお、トマトの摂取量は、昭和 45 年は 25.3g、平成 2 年は 2.5g、22 年は 13.2g である。また、全ての年で「果汁・果汁飲料」と「ジャム」を除いており、平成 22 年の摂取量は、それぞれ 12.6g、1.2g である。

*4 昭和 25 年、45 年の肉類・魚類には市販の「加工品」を含む。



(資料)平成14年までは厚生労働省「国民栄養調査」、平成15年以降は「国民健康・栄養調査」

2. 「健康な食事」のあり方について

第5回検討会まで、各構成員に様々な観点から話題提供のあった内容について、概念整理のための要素を抽出するため、視点の例をあげながら、整理することとした。

表5のとおり、視点の例は、身体状況（健康の維持・増進、疾病予防）、栄養素摂取、食品の種類や組合せ、料理、調理、食べ方、おいしさ、食べる楽しみ、生活、食料生産・流通、自然環境、地域性、食文化、情報提供・共有、教育・体験と多岐にわたっている。また、これらの視点はそれぞれに関連が深く、重なりあった複合的なものとして、話題提供された内容が位置づく場合もある。

内容については、「身体状況」に関するものでは、生活習慣病の予防の観点からは肥満の予防、高齢者の自立の維持の観点からは様々な機能の低下の遅延、低栄養状態の回避、「食品の種類や組合せ」では、多様な食品、旬の食材、「料

表5 日本人の長寿を支える「健康な食事」の概念整理に向けた視点例と内容
－検討会での話題提供の内容より－

視点例	内容(例)	
身体状況 (健康の維持・増進、 疾病予防)	<ul style="list-style-type: none"> ○肥満の予防・改善 ○高齢化に伴う体力、身体活動量、口腔機能、消化吸収能力の緩やかな低下 ○高齢化に伴う低栄養状態(BMIや血清アルブミン値の低下)の回避 	<ul style="list-style-type: none"> ○適切な栄養の摂取による健康の保持増進 ○生活習慣病を予防するための健康食 ○症例ごとの病態に配慮した食事療法の実践 ○利用者の身体状況、栄養状態、生活習慣等を定期的に把握し適当な熱量及び栄養素の量を満たす食事の提供
栄養素摂取	<ul style="list-style-type: none"> ○事業所給食における“ヘルシーメニュー” ・低カロリー ・低脂肪、減塩 	
食品の種類	<ul style="list-style-type: none"> ○食材や料理が多様 ○適切な魚摂取量 ○かつお節、こんぶ、干しいたけ、大豆加工品、緑茶など日本特有の乾燥食品 ○旬の食材 ○産直野菜 	<ul style="list-style-type: none"> ○主食、主菜、副菜がそろった栄養バランスのよい食事 ○肥満や生活習慣病の予防をねらったバランスの良い食事
食品の組合せ	<ul style="list-style-type: none"> ○多様な食品の摂取 ○加工品も使用 	
料理	<ul style="list-style-type: none"> ○古典的な日本食から減塩したタイプの食事 ○ご飯(雑穀米などを含む)・魚・野菜・海藻などを中心とした日本食 	<ul style="list-style-type: none"> ○素材の味を生かすだし ○食品成分表から見た特徴 ・食事区分(主食、主菜、副菜)に対応した食品群に分類 ・煮る、焼く、生(刺身、漬物)などの料理が記載
調理	<ul style="list-style-type: none"> ○食べる人の状況に応じた調理方法の工夫 	<ul style="list-style-type: none"> ○健康につながる調理方法や食べ方の例 ・余分な油・脂肪はカット ・野菜は大きめにカットし咀嚼アップ ・「はかって」つくる、盛りつける、食べる
食べ方	<ul style="list-style-type: none"> ○患者では、食後血糖値の変動や食事バランス、摂取順序なども考慮 ○百寿者は食事のリズムに心がけている 	
おいしさ	<ul style="list-style-type: none"> ○食嗜好とおいしさ ○おいしくて健康 	<ul style="list-style-type: none"> ○五味(甘い、塩辛い、酸っぱい、苦い、辛い)五感(のどごし、見た目、音、温度、香り)の調和 ○調理の手順 ○食材の切り方(繊維を断ちきり柔らかくしたり、繊維にそって歯触りをよくするなど)

このように、「健康な食事」は、実に多様な要素から成り立っている。これらを食に関わる行動の面から整理し直してみると、大きく、“食べる”、“つくる”、“伝え合う”という3つの面から整理できる。“食べる”は、何を、どのように、誰と食べるのかといったこと、“つくる”は、いわゆる調理だけではなく、食品を選択したり、食事の準備をしたり、食卓を整えたりすること、“伝え合う”は、食に関する知識や技術、情報を共有したり、学んだり、教えたりするといったことであり、これらは複合的な行動や状況から構成されているととらえることができる。また、こうした行動や状況は、地域特性を生かしたフードシステム、地域の気候・風土に根ざした食文化、多様な地域産物と暮らしとのつながり、人と人とのつながりなど、様々な背景により、そのあり方も異なってくる。

そこで、ライフステージごとに「健康な食事」に関わる特徴について、“食べる”“つくる”“伝えあう”という側面から整理し、あわせて健康課題や社会環境の特徴にも触れることとした（表6）。

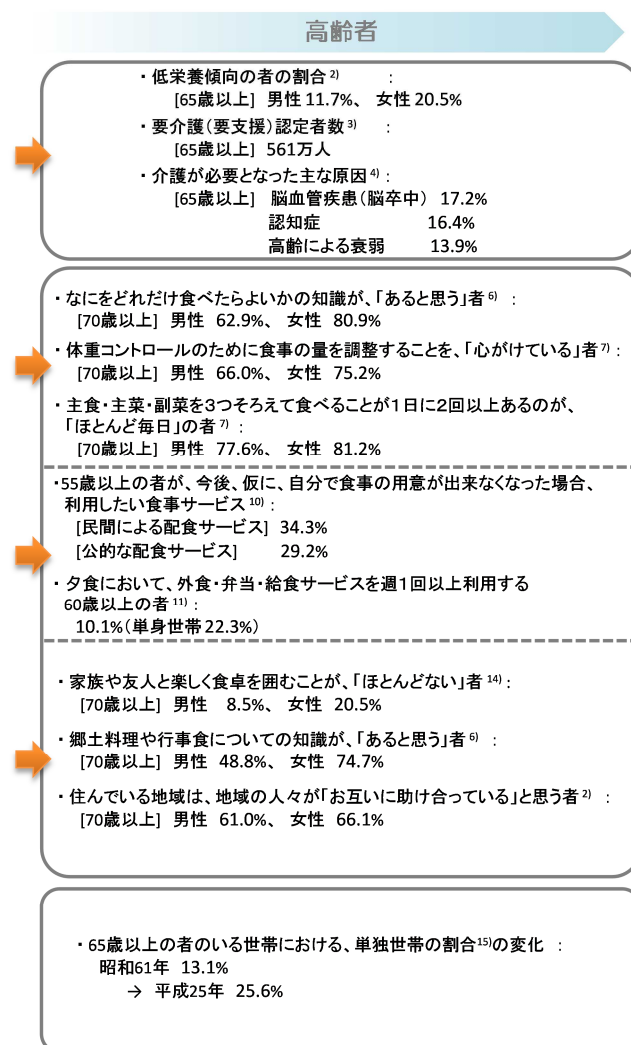
表6 ライフステージごとの「健康な食事」に関わる特徴

	子ども	成人
健康	<ul style="list-style-type: none"> ・肥満傾向児の出現率¹⁾： [10歳] 男子 10.90% 女子 7.96% ・痩身傾向児の出現率¹⁾： [10歳] 男子 2.48% 女子 2.89% 	<ul style="list-style-type: none"> ・肥満及びやせの者の割合²⁾： [肥満者：20～60歳代] 男性 29.6%、女性 17.7% [やせの者：20歳代] 男性 7.2%、女性 21.8% ・収縮期血圧 140mmHg以上、または拡張期血圧 90mmHg以上の者²⁾： [20～60歳代] 男性 37.4%、女性 21.3% ・総コレステロール240mg/dL以上の者²⁾： [20～60歳代] 男性 11.5%、女性 15.7%
食べる	<ul style="list-style-type: none"> ・「朝、昼、夕食必ず食べる」ことに気をつけている⁵⁾：89.4% ・「栄養のバランスを考えて食べる」ことに気をつけている⁵⁾：41.6% ・調理済み食品やインスタント食品等の使用が週1日以上ある⁵⁾：45.5% 	<ul style="list-style-type: none"> ・なにをどれだけ食べたらよいかの知識が、「あると思う者⁶⁾」： [20～60歳代(20歳代)] 男性 45.0% (41.1%)、女性 69.7% (37.7%) ・体重コントロールのために食事の量を調整することを、「心がけている者⁷⁾」： [20～60歳代(20歳代)] 男性 63.5% (48.6%)、女性 81.7% (73.0%) ・主食・主菜・副菜を3つそろえて食べることが1日に2回以上あるのが、「ほとんど毎日」の者⁷⁾： [20～60歳代(20歳代)] 男性 52.9% (25.7%)、女性 64.3% (51.0%)
つくる	<ul style="list-style-type: none"> ・自分だけで料理を作ることができる⁵⁾： 男子 64.8%、女子 80.4% ・家でする食事の手伝い⁵⁾： [買い物] 男子 27.4%、女子 32.3% [料理の手伝い] 男子 32.3%、女子 51.3% 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分で調理し食事をつくるのが、「ほとんど毎日」の者⁷⁾： [20～60歳代(20歳代)] 男性 9.6% (2.9%)、女性 76.1% (34.0%) ・ふだんの外食の頻度が、「週に2回以上」ある者⁸⁾： [20～60歳代(20歳代)] 男性 35.5% (60.1%)、女性 20.8% (54.7%) ・外食や食品を購入する時に、栄養成分表示を時々は参考としている者⁹⁾： [20～60歳代(20歳代)] 男性 25.0% (26.4%)、女性 38.8% (32.9%)
伝えあう	<ul style="list-style-type: none"> ・朝食を一人で食べる⁵⁾：15.3% ・子どもと料理を「よく作る」および「ときどき作る」保護者⁵⁾：56.7% ・これまで、料理や食べ物、食べ方について学んできた相手や方法¹²⁾： [母親] 91.3%、[父親] 55.5%、[先生] 36.5%、[学校の栄養士] 26.5%、[テレビ番組] 24.8% 	<ul style="list-style-type: none"> ・30～59歳既婚男性の、日常的に料理をする者と、料理をしない者における、子供の頃に父親が料理をしていた割合¹³⁾： [料理をする男性] 39%、[料理をしない男性] 17% ・家族や友人と楽しく食卓を囲むことが、「ほとんどない」者¹⁴⁾： [20～60歳代(20歳代)] 男性 7.9% (9.1%)、女性 4.3% (0%) ・郷土料理や行事食についての知識が、「あると思う者⁷⁾」： [20～60歳代(20歳代)] 男性 37.1% (28.8%)、女性 48.1% (21.3%) ・住んでいる地域は、地域の人々が「お互いに助け合っている」と思う者²⁾： [20～60歳代(20歳代)] 男性 43.6% (33.3%)、女性 47.8% (34.5%)
社会環境	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの貧困率の変化¹⁵⁾： 昭和60年 10.9% → 平成24年 16.3% ・子どもがいる現役世帯の貧困率¹⁵⁾： 15.1% (うち、大人が一人：54.6%、大人が二人以上：12.4%) 	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯主の年齢別に見た単独世帯の割合¹⁵⁾： [20歳以上(20歳代)] 25.8% (65.1%) ・1世帯当たりの平均所得金額と、世帯人員1人当たりの平均所得金額¹⁵⁾： [総数] 537.2万円(203.7万円)、[高齢者世帯] 309.1万円(197.6万円) [単独世帯] 257.5万円(257.5万円)、[母子世帯] 243.4万円(91.8万円) <p>* ()内は世帯人員1人当たりの金額</p>

子どもについては、肥満傾向児の割合が1割程度みられる。「朝、昼、夕の三食必ず食べることに気をつけている」と9割近くの子どもが回答する一方で、食事づくりや家族と一緒に食べる共食などの生活体験が乏しい子どもがみられ、子どもの貧困など、社会経済的課題も生じている。

成人については、男性では肥満者の割合が3割を占める一方で、20歳代の女性ではやせの者の割合が2割を占める。男性では、自分で調理し食事づくりをする機会が少なく、外食の頻度が高い傾向にあり、女性でも20歳代は同様の傾向にある。また、20歳代では単独世帯が6割を超えている。

高齢者については、低栄養傾向の者が2割弱みられる。要介護認定者数は500万人を超え、介護が必要となった主な原因は、脳血管疾患、認知症の順が多い。主食・主菜・副菜のそろった食事をはじめ食事に関する意識や実践は良好だが、単独世帯の割合が増加しており、家族や友人と楽しく食卓を囲む機会がほとんどない人もみられる。



資料

- 1) 文部科学省「平成25年度学校保健統計調査報告(速報)」
- 2) 厚生労働省「平成24年国民健康・栄養調査」
- 3) 厚生労働省「平成24年度介護保険事業状況報告(年報)」
- 4) 厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査」
- 5) 独立行政法人日本スポーツ振興センター「平成22年度 児童生徒の食事状況等調査 報告書」(小学生または小学生の保護者を対象にした結果から作成)
- 6) 内閣府「食育に関する意識調査」(平成25年12月)
- 7) 内閣府「食育に関する意識調査」(平成24年12月)
- 8) 厚生労働省「平成20年国民健康・栄養調査」
- 9) 厚生労働省「平成21年国民健康・栄養調査」
- 10) 内閣府「平成24年度 高齢者の健康に関する意識調査」
- 11) 内閣府「平成21年度 高齢者の日常生活に関する意識調査」
- 12) 農林中央金庫「第2回子どもの食生活の意識と実態調査(小学4年生～中学3年生400人に聞く“食事”の実態と“食”とのかかわり)」
- 13) 東京ガス都市生活研究所「男性の料理に関する意識と行動2011～「オトコの料理」の実態～」
- 14) 内閣府「食育に関する意識調査」(平成21年)
- 15) 厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査」

こうしたライフステージごとの特徴を踏まえ、それぞれのライフステージにおいて、どのような「健康な食事」のあり方が望ましいのか、例として整理してみることにした（図25）。

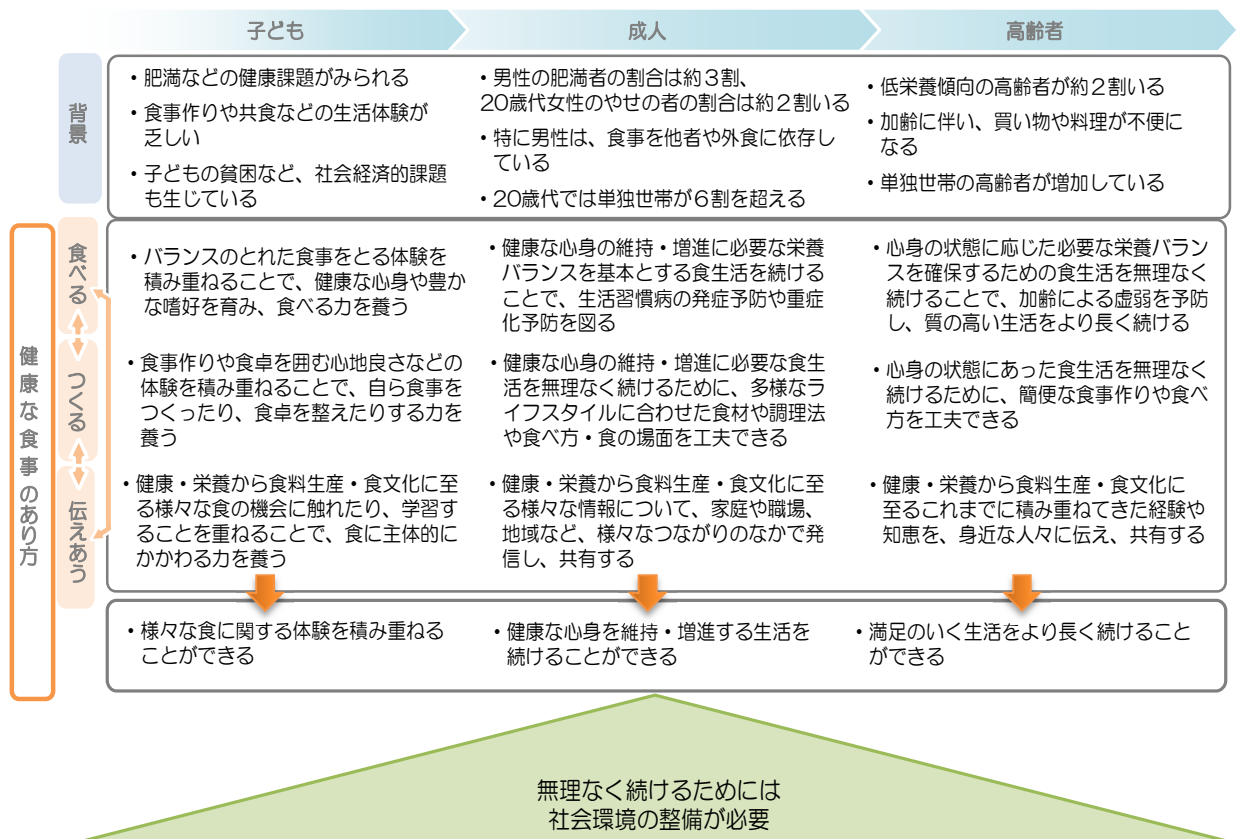
子どもにおいては、様々な食に関する体験を通して、健康な心身や豊かな嗜好を育んだり、食事づくりや食卓を整えたりする力を養ったり、食に主体的にかかわる力を養ったりすることが望ましく、そうした体験を積み重ねていくことが重要である。

成人においては、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るため、多様なライフスタイルにあわせて食事づくりや食べ方を工夫し、そのために必要な情報を様々な場面で発信・共有することで、健康な心身を維持・増進する生活を続けることが重要である。

高齢者においては、加齢による虚弱を予防し、生活の質の維持を図るため、心身の状態にあった食生活を無理なく続け、これまでの経験や知恵を身近な人々に伝えながら、満足のいく生活をより長く続けることが重要である。

また、いずれのライフステージにおいても、それぞれの望ましいあり方を無理なく続けるためには、社会環境の整備も必要となる。

図25 ライフステージごとの「健康な食事」のあり方の例



〈参 考〉健康日本21（第二次）では「社会環境の整備」を重視

厚生労働省では、平成25年度から21世紀における第二次国民健康づくり運動として、健康日本21（第二次）を開始した。

健康日本21（第二次）の基本的な方向としては、以下の5つの方向が示されている。①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、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である。

生活習慣の改善とともに、社会環境の整備を通じて、健やかで心豊かに活力ある社会の実現を目指すこととしている。

また、生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命の延伸を実現し、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差の縮小を実現していくものである。

このように、生活習慣の改善とともに、社会環境の整備を重視していることが、健康日本21（第二次）の特徴といえる。

健康日本21(第二次)の概要

- 平成25年度から平成34年度までの国民健康づくり運動を推進するため、健康増進法に基づく「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」(平成15年厚生労働大臣告示)を改正。
- 第一次健康日本21(平成12年度～平成24年度)では、具体的な目標を健康局長通知で示していたが、目標の実効性を高めるため、大臣告示に具体的な目標を明記。

健康の増進に関する基本的な方向

① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- ・生活習慣の改善や社会環境の整備によって達成すべき最終的な目標。
- ・国は、生活習慣病の総合的な推進を図り、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD(非感染性疾患)の予防)

- ・がん、循環器疾患、糖尿病、COPDに対処するため、一次予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進。
- ・国は、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

- ・自立した日常生活を営むことを目指し、ライフステージに応じ、「こころの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」を推進。
- ・国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援等を推進。

④ 健康を支え、守るための社会環境の整備

- ・時間的・精神的にゆとりある生活の確保が困難な者も含め、社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備。
- ・国は、健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、当該取組の評価等を推進。

⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

- ・上記を実現するため、各生活習慣を改善するとともに、国は、対象者ごとの特性、健康課題等を十分に把握。