

資料編

1 プロセス評価の評価票

評価項目		評価	評価理由	
現状分析と課題の明確化	・医療費分析等により地域の健康課題を把握しているか ・地域の資源(人材や施設など)の状況を的確に把握しているか ・現行の保健事業に対する評価を行っているか	4 3 2 1 └─┬─┬─┬─┘		
目的の明確化	・事業の目的が明確になっているか	4 3 2 1 └─┬─┬─┬─┘		
対象集団の設定	・事業目的に即した(課題解決のための)対象集団が選定されているか	4 3 2 1 └─┬─┬─┬─┘		
目標の設定	・対象集団の状況に応じた事業目的及び目標が設定されているか	4 3 2 1 └─┬─┬─┬─┘		
プログラムの提供体制	事業実施体制	・事業実施主体が明確になっているか	4 3 2 1 └─┬─┬─┬─┘	
		・都道府県、国民健康保険団体連合会、国民健康保険診療施設と連携・協力を図っているか	4 3 2 1 └─┬─┬─┬─┘	
		・事業実施に関連する部署や他機関(外部委託含む)との役割分担は明確になっているか	4 3 2 1 └─┬─┬─┬─┘	
		・事業運営委員会を設置したか	4 3 2 1 └─┬─┬─┬─┘	
	外部委託がある場合	・委託先選定にあたっての基準を設定したか	4 3 2 1 └─┬─┬─┬─┘	
		・委託先と委託する内容について十分に協議をしているか	4 3 2 1 └─┬─┬─┬─┘	
		・委託先が実施した内容について会議の開催等を通じ把握しているか	4 3 2 1 └─┬─┬─┬─┘	
		・委託先が実施した内容について実施状況や実績の報告を求めるようにしているか	4 3 2 1 └─┬─┬─┬─┘	
	サービス提供体制	・責任者及び権限の範囲が明確か	4 3 2 1 └─┬─┬─┬─┘	
		・プログラム実施に関与する人員数・人材(専門職など)は適切か	4 3 2 1 └─┬─┬─┬─┘	

プログラムの提供体制	サービス提供体制	・支援内容等に差が生じないよう支援スタッフの研修や実施手順書の用意がされているか	4 3 2 1	
実施場所		・地域の資源(施設など)を有効に活用しているか	4 3 2 1	
プログラム内容		・支援の手段は、参加者の知識・技術を高めるものとして適切か	4 3 2 1	
		・生活習慣改善に結びつけるために、適切な頻度、期間で行われているか	4 3 2 1	
		・できるだけ多くの参加者が参加しやすい曜日・時間設定となっているか	4 3 2 1	
		・支援材料は参加者の意識や知識、技術を高めるためのものとして適切か	4 3 2 1	
		・参加者の特性に応じたプログラム設定がされているか	4 3 2 1	
		・アセスメントにあたり参加者個人の特性を把握するための情報を収集しているか	4 3 2 1	
		・個人の特性に応じた適切な目標設定がされているか	4 3 2 1	
		・目標の達成状況により目標の見直しを行っているか	4 3 2 1	
		・食生活に関する知識・技術の提供がされているか	4 3 2 1	
		・運動に関する知識・技術の提供がされているか	4 3 2 1	
		・実践活動を継続支援する仕組みがあるか	4 3 2 1	
		・プログラム終了後に参加者が生活習慣改善に取り組めるような仕組みがあるか	4 3 2 1	
参加者の募集		・対象集団から参加者を適切に選定しているか	4 3 2 1	
		・参加者の選定・募集に工夫がされているか	4 3 2 1	
予算の確保		・必要な予算が確保されているか	4 3 2 1	
情報管理		・個人の健康情報等は適切に管理されているか	4 3 2 1	
		・インフォームドコンセントが行われているか	4 3 2 1	
		・評価指標が設定され、開始時に把握できるようになっているか	4 3 2 1	
安全管理		・参加者の安全性等への配慮があるか	4 3 2 1	
		・事故が発生した場合の対応について検討されているか	4 3 2 1	
実施		・参加者の参加状況、身体状況、健康状態を記録したか	4 3 2 1	
		・参加者一人ひとりの支援記録を作成したか	4 3 2 1	

実施	・ケースカンファレンス等により参加者一人ひとりに適切な支援が行えるよう努めたか	4	3	2	1	
	・期間中にプログラム運営上の問題点、課題等についての検討を行ったか	4	3	2	1	
	・参加者の個人の特性を把握し、それに応じた支援をすることができたか	4	3	2	1	
	・参加者の主体性を重視した生活習慣改善への支援ができたか	4	3	2	1	
	・参加者一人ひとりについて個人の支援記録を残したか	4	3	2	1	
	・プログラムに参加できなかった人への配慮がされているか	4	3	2	1	
	・実施期間中、終了後に参加者の感想を聞くようにしたか	4	3	2	1	
	・事故なくプログラムを実施できたか	4	3	2	1	
	・住民に広報周知が図られているか	4	3	2	1	
	・評価に必要な指標の測定を行ったか	4	3	2	1	
	・プログラム参加者一人ひとりの評価を行ったか	4	3	2	1	
	・プログラムの評価を行ったか	4	3	2	1	

2 医療費による現状分析

- 保健事業を行うにあたっては、地域の健康課題を把握するために現状分析を行っていく必要があるが、保険者の行う保健事業においては、疾病構造、受療行動等について、医療費をもとに現状分析を行うことが重要である。
- 医療費による現状分析においては、当該地域の医療費の動向だけでなく、周辺地域、都道府県平均、全国平均等と比較し、問題点等を明らかにしていく必要がある。

(1) 医療費の3要素

- 他地域と比較するには、医療費を次のように分解してとらえ、それぞれの指標において比較することが重要である。

$$\begin{aligned} \text{診療費総額} / \text{人数} &= \text{1人当たり診療費} \\ &= (\text{件数} / \text{人数}) \times (\text{日数} / \text{件数}) \times (\text{診療費総額} / \text{日数}) \\ &= \text{1人当たり件数} \times \text{1件当たり日数} \times \text{1日当たり診療費} \\ &\quad (\text{受診率}) \end{aligned}$$

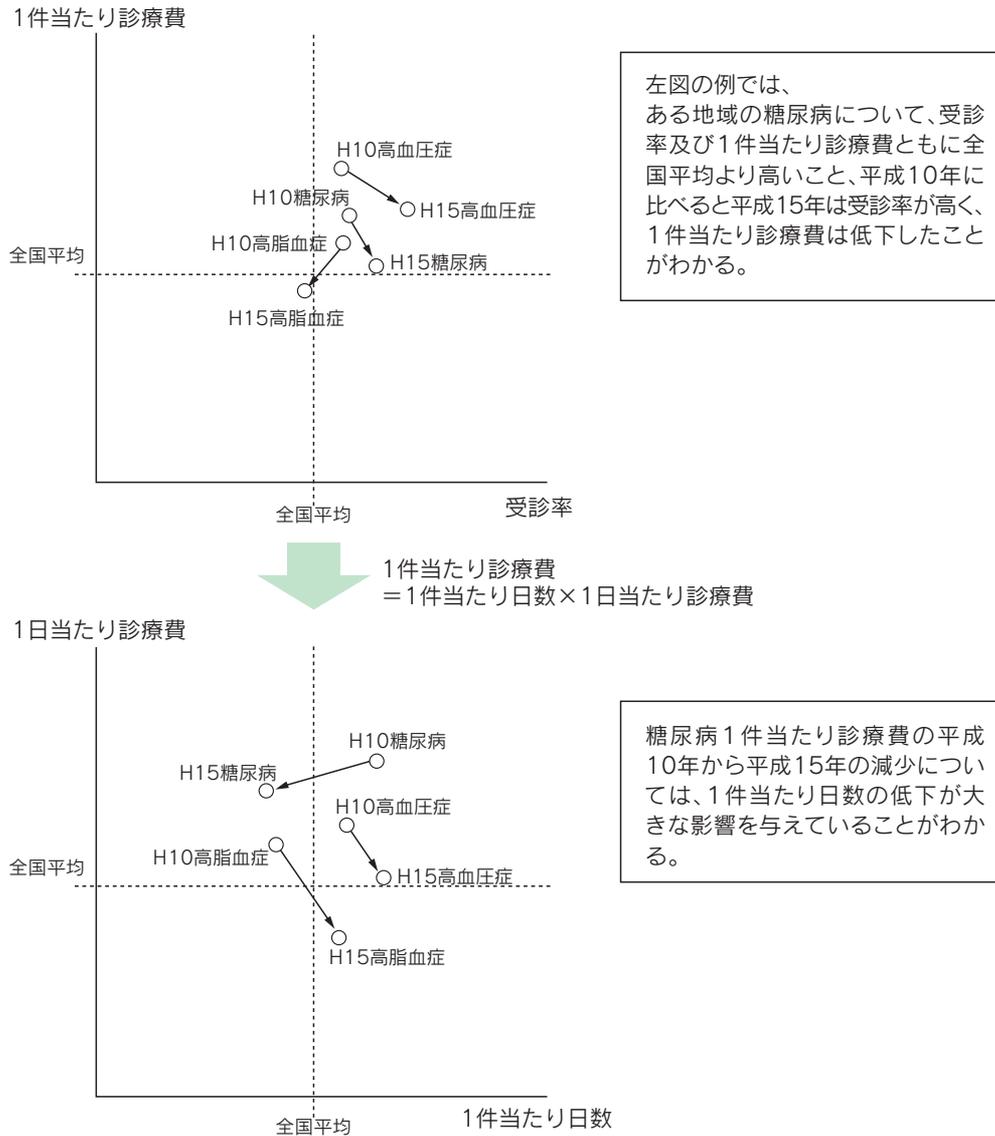
注) 件数とは医療機関の作成する診療報酬明細書（レセプト）の枚数のことで、患者1人につき1つの医療機関で毎月1枚作成される

- これらの指標のうち、「1人当たり件数（受診率）」「1件当たり日数」「1日当たり診療費」は医療費の3要素と呼ばれ、「1人当たり診療費」とならび、医療費を分析する際の代表的な指標となる。
- **1人当たり件数（受診率）**：一定期間内に医療機関にかかった者の割合を表す指標。受診率が全国平均等より高い場合、医療機関にかかる者の割合が多いことを示し、また受診率の伸び率が高い場合は、医療機関にかかる者の割合が増えていることを示している。
- **1件当たり日数**：ある疾病の治療のために医療機関に通った日数（または入院した日数）を示し、診療実日数をレセプト枚数で割った値。この指標が大きいほど、概ね入院外の場合には通院頻度が高く、入院の場合には入院期間が長いものと考えられる。
- **1日当たり診療費**：医療費の単価を示し、診療費を診療実日数で割った値。1日当たり診療費が高いということは、入院外の場合、1回の診療でかかる費用が高く、入院の場合は1日でかかる費用が高いということである。

(2) 傷病分類を用いた分析

- 国民健康保険の医療費では、毎年5月診療分について、主傷病に関する情報を把握している。
- 5月診療分のデータをもとに、各種傷病についての医療費等の動向を把握し、保健事業における優先課題を整理する必要がある。

分析の具体例



第1 本指針策定の背景と目的

1 「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」（平成12年3月31日厚生省発健医第115号等）を中核とする国民の健康づくりや疾病予防をさらに推進するため、健康増進法（平成14年法律第103号）が平成15年5月1日に施行され、同法に基づく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（平成16年厚生労働省告示第242号。以下「健康診査等実施指針」という。）が平成16年6月14日に公布されたところである。

本指針は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第82条第4項に基づき、健康診査等実施指針と調和を保ちつつ、市町村及び国民健康保険組合（以下「保険者」という。）が行う同条第1項に規定する健康教育、健康診査その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業（以下「保健事業」という。）に関して、その効果的かつ効率的な実施を図るため、基本的な考え方を示すものである。

2 近年、生活環境の変化や高齢化の進展に伴って、疾病に占める生活習慣病の割合が増えてきており、脳卒中、心臓病、がん等の生活習慣病が死因の約6割を超えるに至っている。また、医療費に占める割合についても脳卒中、心臓病、がん等の生活習慣病が4割に近づくに至っている。

しかしながら、生活習慣病は、多くの場合、食事や運動等の日常の生活習慣を見直すことによってその発症や進行を未然に防ぐことが可能であると言われている。一方で、本人に明確な自覚症状がないまま、症状が悪化することが多いことから、本人が自らの生活習慣の問題点を発見し、意識して、その特徴に応じて、生活習慣の改善に継続的に取り組み、それを保険者等の主体が支援していくことが必要である。

このような生活習慣の改善に向けた取組は、個々の被保険者の生涯にわたる生活の質（以下「QOL」という。）の維持及び向上に大きく影響し、ひいては、老人医療費を中心とした医療費全体の適正化にも資するものである。

このようなことを踏まえ、本指針は、生活習慣病対策をはじめとして、個々の被保険者の自主的な健康増進及び疾病予防の取組について、保険者がその支援の中心となって、個々の被保険者の特性を踏まえた保健事業を展開することを目指すものである。

3 保険者をはじめとする保健事業の実施者は、本指針及び健康診査等実施指針に基づき、保健事業の積極的な推進が図られるよう努めるものとする。

第2 保健事業の基本的な考え方

1 保険者の役割の重視

1 保険者は、被保険者の立場に立って、健康の保持増進を図り、もって病気の予防や早期回復を図る役割が期待されており、保健事業についても、様々な実施主体の中でもとりわけ保険者が中心となって、個々の被保険者に対し自主的な健康増進及び疾病予防の取組を働きかけるべきであること。

2 保険者は、個々の被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施し、その際には地域の特性にも配慮すること。また、被保険者に加えて、地域の住民たる被用者保険の被保険者及び被扶養者についても、保健事業への参加を促進するため、都道府県

ごとに設ける国民健康保険、政府管掌健康保険、組合管掌健康保険等の各保険者が協議し、連携する場（以下「保険者協議会」という。）等を活用すること。

2 生活習慣病対策への重点化

- 1 保健事業の中でも、生活習慣病対策を重視し、これにより、特に、個々の被保険者が中高年齢期から高齢期となった際のQOLの維持及び向上並びに医療費の適正化を目指すこと。
- 2 生活習慣病対策としては、従来の疾病対策の中心となっていた2次予防（健康診査等による疾病の早期発見及び早期治療をいう。）や3次予防（疾病が発症した後、必要な治療を受け、機能の維持及び回復を図ることをいう。）も重要であるが、今後は、1次予防（生活習慣を改善して健康を増進し、発症を予防することをいい、健康診査の結果等を踏まえ、特に発症予防のための指導が必要な者（以下「要指導者」という。）に対して生活習慣の改善に関する指導を行うことを含む。）を中心に位置付けること。

また、要指導者をはじめとしてすべての予防段階の被保険者に対して、生活習慣の改善のための対策を推進すべきこと。

なお、生活習慣病対策においては、青年期・壮年期からにとどまらず、小児期からの教育にも配慮すること。

3 きめ細かい保健指導の重視

- 1 現状において保健事業の中心となっている健康診査においては、疾病の早期発見及び早期治療にとどまらず、要指導者を発見するとともに、個々の被保険者に生活習慣の問題点を発見させ、意識させるという機能を重視するべきであり、健康診査の結果を踏まえた、よりきめ細かい、個々の被保険者の生活習慣等の特性に応じた継続的な保健指導に重点を置くこと。
- 2 現状において保健事業の中心となっている集団を対象とした事業とともに、要指導者をはじめとした個々の被保険者を対象とした生活習慣を改善するなどの自主的な取組を支援する事業に重点を置くこと。

4 地域の特性に応じた事業運営

- 1 都道府県等の地域ごとに、住民の疾病構造、健康水準、受診実態等が大きく異なり、医療費にも格差があることから、各保険者が、それぞれの地域において共同して、診療報酬明細書等を活用して医療費の分析を行い、各地域ごとの医療費の特性や被保険者のニーズを把握し、共通認識を持った上で、地域の特性に応じた保健事業を行うよう努めること。
- 2 地域の関係者が連携、協力して健康づくりを行うとの観点から、地域の特性の分析や、それに応じた課題に対する保健事業の企画及び実施に当たっては、老人保健法（昭和57年法律第80号）、母子保健法（昭和40年法律第141号）、学校保健法（昭和33年法律第56号）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）等に基づく地域における他の保健事業や介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく事業と積極的な連携及び協力を図るとともに、他の保険者や被用者保険の保険者等とも連携、協力すること。

また、関係者間で、各種行事や専門職研修等を共同して実施したり、施設や保健師等の物的・人的資源を共同して利用するなど、効率的に事業を行うよう努めること。

- 3 そのために、都道府県ごとに保険者協議会を設けること。また、保険者協議会の事

業の実施に当たっては、内容に応じて、市区町村、都道府県及び医療関係者の参加を求めると、関係者と連携及び協力を図ることにより、円滑な実施に努めること。

第3 保健事業の内容

保険者は、本項に示す保健事業を実施するよう努めること。また、被保険者が参加しやすいような環境づくりに努め、特に参加率が低い傾向にある被保険者については重点的に参加を呼びかけるなどの工夫を行うこと。

なお、本指針は、今後重点的に実施すべき保健事業を示すものであり、以下の項目以外でも、保険者独自の創意工夫により、健康増進及び疾病予防の観点から、より良い保健事業を展開することを期待するものであること。

1 健康教育

1 健康教育（対象者の生活状況等に即した生活習慣病の予防等に関する指導及び教育を実施することをいう。）は、被保険者の状況に応じて、個人を対象とした健康教育、小集団を対象とした健康教育及び集団を対象とした健康教育を適切に組み合わせて、効率的な実施に努めること。

2 生活習慣病は生命及び健康に対して危険をもたらすものであることを示す一方で、個人の取組が生活習慣の改善につながった好事例を示すなど、具体的な事例を挙げながら、運動習慣、食習慣、喫煙、飲酒、歯の健康の保持等について、生活習慣に着目した健康管理の重要性を被保険者に理解させること。また、生活習慣の改善に向けた取組の要点が具体的に分かりやすく、被保険者に伝わるような工夫を行うこと。

さらに、テーマ別の教室を開催するなど、被保険者が問題意識を持ちやすくなるよう開催方法を工夫すること。

3 単なる知識の伝達にとどまらず、被保険者が自らの生活習慣の問題点を発見し、意識して、自主的にその改善に取り組み、それを保険者が継続して支援していくといった事業の展開に努めること。

4 心の健康づくりは、健康の保持増進に極めて重要であることから、保険者は、被保険者への心の健康に関する正しい知識の普及啓発等を通じ、心の病気の予防、早期発見及び早期治療ができるような健康教育を推進すること。また、その際、プライバシーの保護に配慮する一方で、他の健康教育と一体的に実施するなど、心の健康に関する健康教育が利用しやすくなる工夫を行うこと。

5 喫煙や飲酒が健康に及ぼす悪影響については、多くの疫学研究等により指摘がなされており、例えば、喫煙の弊害を具体的な数値を挙げて説明するなど、効果的な指導及び教育を行うこと。

2 健康相談

1 健康相談は、被保険者の相談内容に応じ、主体性を重んじながら、生活習慣の改善をはじめとした、必要な助言及び支援を行うこと。その際には、被保険者の生活習慣に対する意識及びプライバシーの保護に配慮すること。

2 地域の健康管理センター等において定期的に健康相談を開催し、被保険者の参加を促すとともに、疾病別に行うなど、より効果的で充実したものとなるよう工夫すること。

また、実施時間に配慮する、保健師等による巡回相談を行う、専門の電話相談窓口を設ける、電子メールを活用するなどの工夫を行い、従来健康相談を利用する機会が

少なかった被保険者にも利用の機会を増やすよう努めること。

- 3 被保険者が心の健康に関する相談を利用しやすい環境となるよう、他の健康相談と一体的に実施するなどの工夫を行うこと。

3 健康診査

- 1 健康診査は、健康診査後の通知及び指導とともに、保健事業の中核的な事業の一つであり、今後とも、健康診査等実施指針に沿って、効率的かつ効果的に実施していくことが重要であること。
- 2 被保険者の状況に応じた重点的かつ効率的な健康診査を行うため、健康診査の種類ごとに、対象者、対象年齢、検査項目等を適切に設定し、被保険者に周知すること。
- 3 被保険者にとって受診が容易になるよう、健康診査の場所、時期及び期間等を工夫すること。
また、老人保健法、母子保健法等に基づく地域における他の保健事業との連携及び協力を十分に図ること。

4 健康診査後の通知及び指導

- 1 健康診査を行った場合には、速やかに、治療を要する者及び要指導者の把握をはじめとして、対象者の健康水準の把握及び評価を行うこと。また、保険者以外の者が健康診査を行う場合でも、事後の指導を有効に行うため、必要な範囲で、結果の把握に努めること。
- 2 健康診査の結果の通知については、医師、保健師等の助言及び指導を得て、治療を要する者に対して必要に応じ医療機関での受診を勧めるとともに、経年的な変化を分かりやすく表示したり、生活習慣等に関する指導事項を添付するなど、対象者に自らの生活習慣等の問題点を意識させ、療養及び疾病予防に効果的につながるような工夫を行うこと。
- 3 健康診査の結果等を踏まえ、生活習慣の改善が必要な者については、心身の状況及びその置かれている環境に応じて、継続的な指導を行うこと。
その際には、個人を対象とした指導、小集団を対象とした指導、集団を対象とした指導等、対象者の状況に応じて、効果的かつ効率的な方策をとること。

5 訪問指導

- 1 保健指導は、心身の状況、置かれている環境、受診状況等に照らして療養上必要であると認められる者を対象とし、居宅を訪問して指導するよう努めること。その際には、例えば、他の保険者等と連携、協力するなど、効率的に行うよう工夫すること。
- 2 居宅等における訪問指導を実施する場合には、おおむね次の事項に関する指導を必要に応じて本人又はその家族に対し行うこと。
 - (一) 生活習慣病等の予防に関する指導
 - (二) 保健医療サービス、福祉・介護サービス等の活用方法に関する指導
 - (三) 在宅における療養方法に関する指導
 - (四) 心の健康づくりに関する指導
- 3 特に、複数の医療機関を重複して受診する被保険者については、その事情を十分に聴取し、必要に応じて適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと。
また、継続的な治療が必要であるにもかかわらず、受診しない被保険者についても、その事情を十分に聴取した上で、適切な助言及び指導を行うこと。その際には、必要

に応じて、医療機関と十分な連携を図ること。

第4 事業実施上の留意事項

保険者が保健事業を実施するに当たっては、特に以下の事項に留意すること。

1 保健事業の担当者

- 1 第3に掲げられた保健事業を実施する際には、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士、健康運動指導士等、生活習慣病の予防等に関し知識及び経験を有する者をもって充てること。
- 2 担当者の資質の向上のため、被保険者の生活習慣の改善等に向けた取組の目的及び内容を理解させ、さらに知識及び技術を習得させるため、定期的な研修を行うこと。その際には、効果的な研修を行うため、他の保険者等と共同して行うことも有効であること。

2 実施体制の整備等

- 1 保健事業の積極的な推進を図るため、保健事業の担当者を確保するとともに、老人保健法、母子保健法等に基づく当該地域における他の保健事業を担当する他の関係部局又は国民健康保険団体連合会と連携及び協力を図るなど実施体制の整備に努めること。
- 2 保健事業が円滑に実施されるよう、保険料等を財源とする保健事業費の確保に努めること。

3 保険者が運営している診療施設等の活用

保険者が運営している診療施設及び総合保健施設は、地域における住民のQOLを向上させるため、保健医療の連携及び統合を図る地域包括ケアシステム（地域の保健、医療及び福祉の関係者が連携、協力して、住民のニーズに応じた一体的なサービスを行う仕組みをいう。）の拠点としての役割を担うことができるものであることから、これらの施設を運営する保険者においては、当該施設との連携を図った保健事業の実施に努めること。

4 地域における組織的な取組の推進

健康教室等をきっかけとして、地域における健康づくりを推進する被保険者の自主的な組織作りを推進すること。それによって、地域における健康意識を高め、より充実した保健活動を行うこと。

地域において既に被保険者の自主的な組織がある場合は、その活用を含め十分な連携を図ること。

5 委託事業者の活用

- 1 よりきめ細やかな保健事業を行うために委託事業者を活用することも可能であること。
その際は、事業が実効を上げるよう、保健や医療に関する専門家を有し、保健指導を効果的に行うノウハウを有するような一定の水準を満たす者に委託すること。
特に、個人を対象とした指導や小集団を対象とした指導等については、保険者において企画及び調整を行うことを前提に、実際の指導に当たっては外部の保健師等の専門職に委託することも有効であること。
- 2 委託を行う際には、効果的な事業が行われるよう、委託事業者との間で、保健事業

の趣旨や被保険者への対応について、事前に十分に協議を行い、共通の認識を得ておくこと。

6 保健事業の実施計画の策定

- 1 健康診査の結果、受診状況、医療費の状況等から、被保険者の健康状況について分析を行い、また、被保険者の健康に関するニーズを把握することにより、重点的に取り組むべき中長期的な課題を設定した上で、各年度において、保健事業の実施計画を策定すること。同計画においては、課題を解決するための事業の内容、実施要員、実施施設等を定めること。その際は、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画との整合性を図ること。

また、分かりやすい形で、ホームページ等を通じて、公表すること。

- 2 各年度において事業の評価を行い、それを活用することにより次年度以降の事業がより効果的かつ効率的なものとなるように努めること。また、中長期的な事業の評価を行い、これも踏まえること。こうした定期的な評価を行う際には、傷病の出現率や被保険者の生活習慣の変化といった客観的なデータ等に基づいた検討を行うことが望ましいこと。

7 健康情報の継続的な管理

- 1 健康情報を継続させていくことが、被保険者の健康の自己管理に役立ち、疾病の予防及び進行の防止の観点からも重要であること。

健康情報の管理は、健康の自己管理の観点から本人が主体となることが原則であるが、保険者は健康診査の結果、保健指導の内容、主な受診歴等、個々の被保険者に係る健康情報を一定期間継続して保存及び管理し、必要に応じて活用することにより、被保険者による自己の健康管理や疾病の予防及び進行の防止の取組を支援するよう努めること。

- 2 健康情報の提供の際の手続等については、第三者に提供する場合には、原則としてあらかじめ被保険者本人の同意を得るなど、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）によること。
- 3 保険者を異動する際において、被保険者が希望する場合には、異動元の保険者が保存及び管理している健康情報を被保険者に提供するとともに、異動先の保険者に同情報を提供するように被保険者に対し勧奨すること。

さらに、健康情報の継続的な管理に資するよう、既存の健康手帳等を活用し、健康診査の記録を綴じ込める記録簿を新たに発行するなど、必要に応じて工夫を行うこと。

第5 保険者以外の保健事業実施者の役割

- 1 国民健康保険団体連合会は、診療報酬明細書等を活用した医療費分析や保健事業に関する調査及び研究、保健事業の実施体制が不十分な保険者に対する在宅保健師の派遣、保健事業従事者に対する研修等、保険者が行う保健事業を支援する事業を行うこと。

保険者はこれらを活用することにより、保健事業の充実を図ること。

また、都道府県等の地域において共同事業を行う場合は、積極的に国民健康保険団体連合会との連携を図ること。

- 2 都道府県は、都道府県健康増進計画を踏まえて、保険者や国民健康保険団体連合会における保健事業の運営が健全に行われるよう、必要な助言及び支援を行うなど積極的な役割を果たすこと。

○食事を楽しみましょう。

- ・心とからだにおいしい食事を、味わって食べましょう。
- ・毎日の食事で、健康寿命をのばしましょう。
- ・家族の団らんや人との交流を大切に、また、食事づくりに参加しましょう。

○1日の食事のリズムから、健やかな生活リズムを。

- ・朝食で、いきいきした1日を始めましょう。
- ・夜食や間食はとりすぎないようにしましょう。
- ・飲酒はほどほどにしましょう。

○主食、主菜、副菜を基本に、食事のバランスを。

- ・多様な食品を組み合わせましょう。
- ・調理方法が偏らないようにしましょう。
- ・手作りとお食や加工食品・調理食品を上手に組み合わせましょう。

○ごはんなどの穀類をしっかりと。

- ・穀類を毎食とって、糖質からのエネルギー摂取を適正に保ちましょう。
- ・日本の気候・風土に適している米などの穀類を利用しましょう。

○野菜・果物、牛乳・乳製品、豆類、魚なども組み合わせる。

- ・たっぷり野菜と毎日の果物で、ビタミン、ミネラル、食物繊維をとりましょう。
- ・牛乳・乳製品、緑黄色野菜、豆類、小魚などで、カルシウムを十分にとりましょう。

○食塩や脂肪は控えめに。

- ・塩辛い食品を控えめに、食塩は1日10g未満にしましょう。
- ・脂肪のとりすぎをやめ、動物、植物、魚由来の脂肪をバランスよくとりましょう。
- ・栄養成分表示を見て、食品や外食を選ぶ習慣を身につけましょう。

○適正体重を知り、日々の活動に見合った食事量を。

- ・太ってきたかなと感じたら、体重を量りましょう。
- ・普段から意識して身体を動かすようにしましょう。
- ・美しさは健康から。無理な減量はやめましょう。
- ・しっかりかんで、ゆっくり食べましょう。

○食文化や地域の産物を活かし、ときには新しい料理も。

- ・地域の産物や旬の素材を使うとともに、行事食を取り入れながら、自然の恵みや四季の変化を楽しみましょう。
- ・食文化を大切にして、日々の食生活に活かしましょう。
- ・食材に関する知識や料理技術を身につけましょう。
- ・ときには新しい料理を作ってみましょう。

○調理や保存を上手にして無駄や廃棄を少なく。

- ・ 買いすぎ、作りすぎに注意して、食べ残しのない適量を心がけましょう。
- ・ 賞味期限や消費期限を考えて利用しましょう。
- ・ 定期的に冷蔵庫の中身や家庭内の食材を点検し、献立を工夫して食べましょう。

○自分の食生活を見直してみましょう。

- ・ 自分の健康目標をつくり、食生活を点検する習慣を持ちましょう。
- ・ 家族や仲間と、食生活を考えたり、話し合ったりしてみましょう。
- ・ 学校や家庭で食生活の正しい理解や望ましい習慣を身につけましょう。
- ・ 子どものころから、食生活を大切にしましょう。

5

健康づくりのための運動指針（平成5年4月 厚生省）

○生活の中に運動を

- ・ 歩くことから始めよう
- ・ 1日30分を目標に
- ・ 息がはずむ程度のスピードで

○明るく楽しく安全に

- ・ 体調に合わせてマイペース
- ・ 工夫して、楽しく運動長続き
- ・ 時には楽しいスポーツも

○運動を生かす健康づくり

- ・ 栄養と休養のバランスを
- ・ 禁煙と節酒も忘れずに
- ・ 家族のふれあい、友達づくり

	身体活動の種類	身体活動の強度	身体活動の時間・回数	注意事項
I. 成長期				
i) 幼児期 (健全な心身の発育)	<p><日常生活活動> 買い物についていく、通園での歩行等</p> <p><趣味・レジャー活動> 屋外で行う自転車・三輪車、ブランコ、ボール遊び、鬼ごっこ等</p> <p><運動・スポーツ> スポーツクラブでの運動・スポーツや身体活動を伴う習い事</p>	明示できないが、屋外での遊びとしての身体活動の平均時間は1日約60分と報告されている。		<p>i) 身体のいろいろな部位を使う多様な身体活動を</p> <p>ii) 傷害や突然死の予防</p> <p>iii) 身体活動が嫌いにならないために</p>
ii) 少年期 (健全な心身の発育)	<p><日常生活活動> 通学での歩行、自転車等</p> <p><趣味・レジャー活動> ハイキング、海水浴等</p> <p><運動・スポーツ> 体操、ジョギング、水泳、スキー、各種球技、武道等</p>	<p>・有酸素性能の維持・向上のための身体活動の強度は、最大酸素摂取量の60%程度、あるいはそれ以上が好ましく、主観的には「やや楽である～ややきつい」と感じる程度となる。</p> <p>・筋力の維持・増強のための身体活動は、「やや重い」と感じる程度のレジスタンス運動が好ましい。</p>	<p>・身体活動の時間は、種目によって異なるが、1週間で約200分は必要と考えられる。</p> <p>・いろいろな身体部位について、1日10回を週2～3回の頻度で反復するのが望ましい。</p>	
II. 青・壮年期				
i) 健康の保持・増進	<p><日常生活活動> 通勤や買い物での歩行等</p> <p><趣味・レジャー活動> 日曜大工、園芸、ハイキング等</p> <p><運動・スポーツ> ストレッチング・軽い体操、ウォーキング、ジョギング、水中運動、スキー、サイクリング、各種球技等</p>	<p>・有酸素性能の維持・向上のための身体活動の強度は、最大酸素摂取量の50～60%程度の有酸素運動が好ましく、主観的には「楽である～やや楽である」と感じる程度となる。</p> <p>・筋力の維持・増強のための身体活動は、「やや重い」と感じる程度のレジスタンス運動が好ましい。</p>	<p>・種目によって異なるが1日20分以上、その頻度は週2回以上が望まれ、その合計時間は最大酸素摂取量の50%程度の有酸素運動の場合、1週間で年代によって合計140～180分以上が必要である。</p> <p>・主要な身体部位について、1日10回を週2～3回の頻度で反復することが望まれる。</p>	i) 医学的な有所見者の身体活動
ii) 疾病の予防・改善 (主に壮年期の医学的な有所見者)	<p><趣味・レジャー活動> ダンス、ハイキング等</p> <p><運動・スポーツ> ウォーキング、ジョギング、水中運動、サイクリング等</p>	<p>・最大酸素摂取量の50%程度あるいは主観的には「楽である」と感じる程度と設定。</p>	<p>・1週間で年代によって140～180分以上が望ましい。</p>	
iii) ストレス対策	<p><趣味・レジャー活動> 園芸、ダンス、ハイキング、アウトドアライフ等</p> <p><運動・スポーツ> ・ジョギングやサイクリング等 ・各種球技等 ・水泳、スキー、ゴルフ等</p>	<p>・基本的には健康の保持・増進のための身体活動とかわらない。ただし、その中で自分が楽しく、リラックスできる種類や状況を選択するとよい。</p>		

	身体活動の種類	身体活動の強度	身体活動の時間・回数	注意事項
III. 高齢期				
i) 健康の保持・増進と疾病の予防・改善 (主に前期高齢者)	<p><日常生活活動> 散歩、買い物等</p> <p><趣味・レジャー活動> 日曜大工、園芸、ハイキング等</p> <p><運動・スポーツ> ストレッチング・軽い体操、ウォーキング、ジョギング、水中運動、ゲートボール、ゴルフ等</p>	<p>・最大酸素摂取量の50%程度の強度の有酸素運動が望まれ、主観的には「楽である」と感じる程度となる。</p>	<p>・種目によって異なるが、1日20分以上、身体活動の頻度は、週2回以上が望まれ、1週間で合計約140分以上が望ましい。</p>	<p>i) 筋力低下</p> <p>ii) 運動中の内科的事故</p> <p>iii) 日常生活での事故</p>
ii) 自立の維持・向上 (主に後期高齢者)	<p><日常生活活動> 散歩、掃除、買い物、料理等</p> <p><趣味・レジャー活動> 園芸等</p> <p><運動・スポーツ> ストレッチング・軽い体操、ウォーキング、水中運動等</p>	<p>・有酸素性能の維持・向上のための身体活動の強度は、最大酸素摂取量の40～50%、あるいは主観的には「かなり楽である～楽である」と感じる強度の有酸素運動が主体となる。</p> <p>・筋力の維持のための身体活動は、息を止めないで、一つの動作が20回くりかえせる程度の強度が望ましい。</p>	<p>・個人の体力に合わせて行うべきであり、1週間で140分を目標にする程度でよいと考えられる。</p> <p>・できるだけ毎日行うことが、効果をあげ、安全性を確保するためにも有効である。</p> <p>・週2～3回の頻度で行うことが好ましい。</p>	
iii) 生きがい・満足感・コミュニケーションの獲得	<p><趣味・レジャー活動> カラオケ、買い物、日曜大工、園芸、ダンス、ボランティア活動、釣り、ハイキング、登山等</p> <p><運動・スポーツ> 体操、ゴルフ等</p>			
IV. 女性(母性を含む)				
i) 女性の健康の保持・増進	<p><日常生活活動> 散歩や買い物等</p> <p><趣味・レジャー活動> 園芸、ハイキング等</p> <p><運動・スポーツ> ストレッチング・軽い体操、ウォーキング、ジョギング、水中運動、各種球技等</p>	<p>・成長期と青・壮年期における、健康の保持・増進のための身体活動と同様である。</p>		i) 生活習慣の改善
ii) 更年期症状の軽減	<p><趣味・レジャー活動> <運動・スポーツ></p> <p>壮年期における健康の保持・増進のための身体活動や、疾病の予防のための身体活動の中から、女性が行いやすく、特に爽快感や楽しみを味わえる、運動・スポーツ、趣味・レジャー活動等を選ぶとよい。</p>	<p>・壮年期における健康の保持・増進のための身体活動や、疾病の予防のための身体活動と一致する。</p>		
iii) 骨粗鬆症の予防	<p><運動・スポーツ></p> <p>・ジャンプや踏み込み動作を伴う各種の運動・スポーツ</p> <p>・レジスタンス運動等の筋力をつける身体活動</p> <p>・ウォーキング程度の運動・スポーツ</p>	<p>・基本的には成長期の健全な心身の発育のための身体活動、青・壮年期及び高齢期における健康の保持・増進のための身体活動とかわらない。</p>		

1 はじめに

国における本格的な健康づくり対策への取組としては、昭和53年からの第一次国民健康づくり対策に始まり、昭和63年からの第二次国民健康づくり対策を経て、平成12年には「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」が策定され、平成14年には、「健康日本21」を中心とする国民の健康づくり・疾病予防を更に積極的に推進するための法的基盤として健康増進法が制定され、健康づくり対策が推進されているところである。

「健康日本21」においては、健康づくり施策の世界的潮流も踏まえ、健康寿命の延伸等を実現するため、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病やその発症・進行に関与している生活習慣の改善等に関する課題を選定し、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「休養・こころの健康づくり」、「たばこ」、「アルコール」、「歯の健康」、「糖尿病」、「循環器病」、「がん」の9分野において計70項目にわたる具体的な数値目標を立て、実施されているところである。

現在、身体活動・運動分野における推進の柱として掲げられているものとしては、平成元年に、当時の科学的知見をもとに、健康を維持するために望ましい運動量の目安としての「健康づくりのための運動所要量」が策定されている。また、平成5年には、運動を普及させ、親しみやすいものにするによって、明るく、楽しく、健康な生活を創造することを目的として、「健康づくりのための運動指針」が策定された後、平成9年には、「生涯を通じた健康づくりのための身体活動のあり方検討会」の報告書が策定されている状況にある。

ところが近年、急速な人口高齢化の進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割(がん30.5%、虚血性心疾患15.7%、脳血管疾患13.0%、糖尿病1.3%、高血圧性疾患0.6%)を占め、医療費に占める生活習慣病の割合も平成15年度で10.2兆円(内訳は、高血圧性疾患2.8兆円、がん2.8兆円、脳血管疾患2.0兆円、糖尿病(合併症を含む)1.9兆円、虚血性心疾患0.8兆円)に上り、国民医療費の約3割を占め、医療保険に係る国民の負担も増加している。また、生活習慣病の重症化等の結果として、介護保険財政等にも影響を与える状況になっている。

そこで、平成16年5月には、与党幹事長・政調会長会議において「健康フロンティア戦略」がとりまとめられ、これを受け、政府としても健康寿命の2年程度の延伸を目指し、①「働き盛りの健康安心プラン」、②「女性のがん緊急対策」、③「介護予防10カ年戦略」、④「健康寿命を伸ばす科学技術の振興」を政策の柱に、平成17年度から10年間、重点的に施策を展開されている。

2 策定に至る経緯

「健康づくりのための運動所要量(平成元年)」では、主に冠状動脈疾患を対象としているが、その策定から15年以上が経過し、国民の疾病構造に変化が見られ、現在では、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の生活習慣病が問題となっている。さらにそういった病気の基礎病態であるメタボリックシンドロームという疾患概念と診断基準が、平成17年4月に関係8学会により示された。

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪型肥満を共通の要因とした高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態であり、それらが重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症り

スクが大きくなることから、内臓脂肪を減少することでそれらの発症リスクの低減が図られるという考え方を基本としている。

今後、メタボリックシンドロームの考え方を取り入れた生活習慣病対策、特に身体活動・運動施策を推進し、国民や関係者の「予防」の重要性に対する理解の促進を図っていくことが有効であるとされている。

また、「平成15年国民健康・栄養調査」によると、「健康づくりのための運動所要量（平成元年）」の策定以後の国民の運動習慣を持つ者の割合は、男性29.3%、女性24.1%であり、「健康日本21」等の取組にもかかわらず増加しておらず、国民の3分の2が運動習慣を身につけていない状態となっている。

このように生活習慣病対策に関する国民的な関心が高まる中、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会において、「今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）」がとりまとめられ、今後の生活習慣病対策においては、「1に運動、2に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ」の標語の下、身体活動・運動施策についても、より一層の推進が望まれることとなった。

これらの状況を踏まえ、国民の身体活動・運動の改善を図り、国民が生活習慣病に罹患せずに健康な生活を送るため、最新の科学的知見に基づき、国民の健康の維持・増進、生活習慣病の予防を目的とした望ましい身体活動・運動及び体力の基準を示すため、「健康づくりのための運動所要量（平成元年）」を改定することとした。

3 策定にあたっての考え方

【健康づくりと生活習慣病対策】

近年、急速な人口高齢化の進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加し、死亡原因でも生活習慣病が約6割を占めている。また、生活習慣病の重症化等の結果として、介護が必要な状態になる患者も多い。

生活習慣病の予防と身体活動・運動との間には、内外の研究により関係が示唆されており、国民の身体活動・運動が促進されることにより、生活習慣病の予防に対する効果が強く期待される。

そのため今回策定される「健康づくりのための運動基準」においては、生活習慣病の予防を健康づくりの目的とする。

【生活習慣病予防と身体活動・運動量及び体力との関係】

身体活動・運動と生活習慣病や総死亡率に関する科学研究は、この四半世紀に急速に発展し、冠状動脈疾患ばかりでなく、糖尿病などの生活習慣病罹患に対する身体活動・運動の予防効果が科学的に明らかにされている。特に、前回の所要量（平成元年）策定以降、身体活動・運動による生活習慣病の予防については、かなりのエビデンスが蓄積された。したがって、今回の「健康づくりのための運動基準」では、これらの蓄積されたエビデンスを対象にシステマティック・レビューを行い、それを基に、生活習慣病予防のために必要な身体活動量を示すこととした。

一般に身体活動量が多い人の体力は高い。しかし、体力を高めるための運動強度には下限があり、必ずしも総エネルギー消費量（kcal/日）で定量化された身体活動量と体力との相関関係は高くない。特に、日常生活における低い強度の身体活動量が多くても、体力が高いとは限らない。

また、体力は遺伝的素因も大きく影響している。さらに、最近の欧米の研究によると、

身体活動量ばかりではなく、体力も生活習慣病の独立した罹患予測因子であることが示唆されている。したがって、今回の「健康づくりのための運動基準」では、身体活動・運動量に関する基準に加えて、体力に関する基準も独立して定めることにした。

【用語の統一】

本報告書における身体活動・運動に関する用語の定義については、参考資料に記した。

4 健康の維持・増進に必要な身体活動・運動量

身体活動・運動と生活習慣病との関係を示す内外の文献についてシステマティック・レビューを実施した結果、以下のように基準値を策定した。その際、強度が3METs以上の身体活動の場合と、強度が3METs以上の運動を対象とした場合では別に基準値を定めた。

また、性・年齢別に検討した結果、65歳までは、性・年齢により区分する根拠は見あたらなかったため、性・年齢にかかわらず同一の身体活動・運動量（METs・時/週）を基準値とした。

【身体活動量】

「身体活動」においては、基準値を23METs・時/週とした。

この根拠は、まずシステマティック・レビューにより、生活習慣病発症予防に効果のある身体活動量の下限値は約19METs・時/週から約26METs・時/週の間分布していることが示されたからである。この値に相当する週当たりの身体活動時間は、3METsの強度（普通歩行）で1日当たり54～74分の幅がある。しかし、国民にとって、3METsに該当する時間を判別することは容易ではなく、20分の幅は十分に認識できるものではない。そこで、身体活動量の基準値は、国民によりわかりやすいように1つの値、すなわちシステマティック・レビューで抽出された論文の値の平均値を基準とした。

国民は、現在の身体活動量に応じて、基準値を上回ることを目指すようにする。それにより、生活習慣病の発症リスクが低くなることが期待される。

強度が3METs以上の身体活動としては、日常的な歩行（買い物、通勤など）、床そうじ、庭仕事、物を運ぶ、子どもと遊ぶといった活動が挙げられる。日常的な歩行をはじめとするこれらの活動の強度は3METs程度であるので、23METs・時/週（≒3.3METs・時/日）は、3METs以上の強度の身体活動で言うと1日当たり約60分に相当する。ここでの身体活動は、必ずしも歩行を伴うとは限らないが、一般に3METs以上の強度の身体活動の多くは、歩行を伴っている。そこで、歩行中心の活動で構成されている場合を考えると、1日当たり約60分（10分当たり1,000歩とすると、約6,000歩に相当）に相当する。日常生活の中では、低強度で意識されない歩数が2,000～4,000歩程度みられるので、1日当たりの歩数の合計としては、およそ8,000～10,000歩に相当すると考えられる。また、この身体活動量は体重60kgの場合、週当たり約1,450 kcal、70kgの場合は約1,700 kcalのエネルギー消費量に相当する。

【運動量】

「運動」について、基準値とその範囲をそれぞれ4METs・時/週、2METs・時/週～10METs・時/週とした。

この根拠は、システマティック・レビューにより得られた運動量の値が、約2METs・時/週から10METs・時/週の間分布し、それらの平均値が4METs・時/週であったからである。現在の運動量に応じて、基準値、あるいは基準値の範囲の値を上

回ることを目指すようにする。すなわち、運動習慣が全くない人は2METs・時/週に、運動量が基準値以下の人は基準値を、さらに基準値よりも運動量が多い人は10METs・時/週を目指すようにする。その結果、生活習慣病の発症リスクが低くなることが期待される。

具体的な運動の例としては、速歩、体操(動きのあるもの)、ジョギング、ランニング、水泳、球技などが、3METs以上の運動に含まれる。例えば、速歩は、約4METs(分速90~100m)の強度である。したがって、4METs・時/週を速歩で換算した場合は、約60分/週に相当する。同様に、ジョギングやテニス(約7METs)の場合は、約35分/週に相当する。また、このような運動によるエネルギー消費量は、体重60kgの場合、週当たり約250 kcal、70kgの場合は約300 kcalである。

5 健康の維持・増進に必要な体力

体力と生活習慣病との関係を示す内外の文献についてシステマティック・レビューを実施した結果、体力では全身持久力の指標である最大酸素摂取量について以下のように基準値を策定した。なお、筋力については、定量的な基準値を策定する根拠が不足していたため、定性的な記述とした。

【最大酸素摂取量】

最大酸素摂取量と生活習慣病との関係を示す内外の文献についてシステマティック・レビューを行い、性・年代別に次のように最大酸素摂取量の基準値とその範囲を設定した。システマティック・レビューにより、生活習慣病の発症リスクが有意に異なる最大酸素摂取量の最低値が複数収集された。これらの各性別・年代別での範囲の中に、生活習慣病予防のための最大酸素摂取量の基準値が定められることが適当である。そこで、これらの平均値を求め、健康づくりのための最大酸素摂取量の基準値を設定した。

表1 健康づくりのための最大酸素摂取量の基準値 ($\text{ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{分}^{-1}$)

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代
男性	40	38	37	34	33
女性	33	32	31	29	28

本基準では、基準値に加えて、健康づくりのための最大酸素摂取量の範囲を示した。この範囲は、システマティック・レビューにより得られた生活習慣病予防効果の現れる最大酸素摂取量の最低値の範囲を示すものであり、最大酸素摂取量による生活習慣病の予防効果が少なくとも1つの研究で明らかになった値の範囲である。したがって、最大酸素摂取量がこの範囲よりも低い場合は、まず、この範囲に入ることを目指す必要がある。また、基準値よりも低い場合は、基準値を目指すことを提示するものである。さらに、最大酸素摂取量が基準値より高い場合及び下表の範囲より高い場合においても、体力向上による生活習慣病予防の効果が確実になるように取り組むことが望ましい。

表2 健康づくりのための最大酸素摂取量の範囲 ($\text{ml} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{分}^{-1}$)

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代
男性	33-47	31-45	30-45	26-45	25-41
女性	27-38	27-36	26-33	26-32	26-30

【筋力】

筋力と総死亡リスクの減少との関係についての複数の文献によると、男性では、ほとんどの研究で筋力が低いほど総死亡リスクが高いことが示されたが、女性では筋力と総死亡リスクとの間には関連が見られないとするものが多かった。また、男女両方を合わせて検討した全ての研究では、筋力が低いほど総死亡リスクが高いことが示された。

筋力の測定方法は多岐にわたるが、どの筋力測定値でもそれぞれの集団の概ね平均以上の値を有する者で有意に総死亡リスクが減少する。また、骨粗鬆症・骨折の予防という観点からも、一定の筋力を持つことは重要である。

筋力・筋量は加齢により低下する。また総死亡や骨粗鬆症に伴う骨折のリスクの減少が概ねそれぞれの研究の集団における平均以上で見られることから、定性的ではあるが、筋力を現在の日本人の各年代の平均値以上に保つことを一つの基準とすることは可能であると考えられる。

【その他の体力】

骨粗鬆症に伴う骨折に関しては、平衡性および敏捷性に優れた者でのリスクの減少が認められている。しかし、死亡率の低下や生活習慣病予防という観点からの研究報告はなかったため、その他の体力について定量的な数値基準の設定を行わなかった。

6 実施上の注意事項

過度な運動はかえって健康を害することがあるので十分な注意が必要であり、また疾病を持っている者が運動を行う場合には、医師の指導の下に行う必要がある。

7 今後の課題及び方向性

「健康づくりのための運動基準」に沿って行われた国民の身体活動・運動の実践効果について、一定期間後に評価を行い、その結果と新たな研究成果を取り入れて、定期的に運動基準を改定していく必要がある。

今回の検討を踏まえ、必要と考えられる研究課題は以下の通りである。

- 日本人を対象とした身体活動や体力（筋力、筋量を含む）と生活習慣病予防に関するエビデンスの蓄積
- 身体活動の評価法の標準化
- 性別・年代別（小児～高齢者）及び対象生活習慣病別の身体活動や体力の評価
- 筋力・筋量の具体的な指標の検討
- 健康づくりのための身体活動の上限値の検討
- 身体活動・運動による医療費適正化の効果判定

【参考資料】

～用語の統一と説明（言葉の定義）～

1) 健康づくりのための運動基準（身体活動・運動・体力）

前回の健康づくりのための運動所要量(平成元年)で、用いられた「所要量」とは、当時(平成元年)の“第四次改定日本人の栄養所要量”における栄養所要量の概念、すなわち“国民が心身を健全に発育・発達させ、健康の保持・増進と疾病予防のための標準となるエネルギー及び各栄養素の摂取量を摂取対象別に1日当たりの数値で示したもの”と同様に、“健康を維持するために望ましい運動量の目安”として定められた。

実際には、生活習慣病（当時は成人病）、特に冠動脈硬化性危険因子（収縮期及び拡張期血圧、血中総コレステロール及びHDLコレステロール濃度、体脂肪率）と自転車エルゴメータ運動を用いた最大下強度の心拍数、運動強度及び最高心拍数から推定された最大酸素摂取量との中央回帰直線を求めた。次に上記、冠動脈硬化性危険因子の異常値との交点から、性・年代別に前述の冠動脈疾患の危険因子すべてが異常値とならない最大酸素摂取量の値を求めた。次にその最大酸素摂取量を維持するための運動量（最大酸素摂取量の50%の強度の運動の週当たりの実施時間）を求め、それを運動所要量として策定した。

最近、栄養分野で食事摂取基準の考え方を採用したことから、栄養所要量という表現はなくなり、従来のrecommended dietary allowance (RDA) は推奨量という表現となった（日本人の食事摂取基準（2005年版））。

そこで、用語に関して栄養分野との整合性を図るため、今回は、前回用いた所要量という用語を使わずに、基準値という用語を使うことにした。

身体活動・運動と生活習慣病との関係を示した疫学的研究の対象は、日常生活におけるすべての身体活動から、スポーツ活動を中心とした運動に限定したものまで幅広い。それらの研究により、必ずしも運動でなくても、中等度の身体活動であれば、生活習慣病の予防効果があることがわかってきた。現代社会では、日常的に運動を実施することは困難である者が多い点も考慮して、1995年に発表されたCDC/ACSMのレポート以降、有酸素性運動に限らず、中等度以上の身体活動を研究対象とするものが多くなった。しかし、今回システマティック・レビューにより抽出された文献には、運動に関する疫学的な知見も多い。そこで今回は、身体活動と運動の両方に、健康づくりのための基準値を設定した。

基準値の決定方法：システマティック・レビューにより、身体活動量の最も少ない群に比べて、生活習慣病の発症リスクが有意に減少する群の身体活動量の境界値もしくは、身体活動量が最も多い群に比べて、生活習慣病の発症リスクが有意に増加する群の身体活動量の境界値を求めた。また、健康づくりのための運動所要量(平成元年)でも取り上げられ、最近の多くの研究で、生活習慣病罹患リスクとして身体活動量と独立した因子であることが示唆されている体力について、生活習慣病の罹患率が、最大酸素摂取量が最も低い群に比べて統計的に有意に低下する最大酸素摂取量あるいは最大酸素摂取量が最も高い群に対して生活習慣病の罹患リスクが有意に増加する境界値を求めた。

このようにして得られた値が、1つの研究報告から得られたものであれば、その値の決定は容易である。しかし、これまでの多くの研究者の努力により複数の研究結果が報告されており、各研究から得られた値には、ばらつきが大きい。その要因は、研究方法（群の数、調査方法、対象者など）によることが考えられる。しかし、それらの論文を精読しても、ばらつきの系統的な要因はなかった。そこで、それらの値の平均値を求め、

身体活動、運動及び体力に関する基準値とした。

これらの値は、前述したように、集団の中で身体活動・運動量と体力が最も低い群よりも、各生活習慣病罹患が統計的に有意に変化する群の各指標の最低値である。したがって、一義的には、身体活動・運動量と体力が生活習慣病予防に効果が期待できる最低値である。しかし、生活習慣病は身体活動・運動と体力ばかりではなく、食事などその他の生活習慣により発症する。したがって、身体活動・運動と体力に関する基準値を満たしても、すべての国民が生活習慣病に罹患しないということはないため、生活習慣病に罹患しない身体活動・運動量と体力の最低値という用語の使用は適切ではない。

日本人の食事摂取基準（2005年版）では、生活習慣病予防の観点から脂質エネルギー比率の目標量(Tentative Dietary Goal)として、20-30%という範囲を策定している。身体活動と体力について、今回策定する基準値の概念は、この概念に近い。しかし、厳密には異なるので、目標値という用語は、栄養分野との整合性から使用せず、基準値という用語を使うこととした。

運動量としての4METs・時/週は、速歩では60分/週（30分/回×2回）であり、国民健康・栄養調査における運動習慣者（1回30分以上、週2回以上、1年以上継続）に相当する。これらの運動習慣を持つ人は、男性29.3%、女性24.1%であり、上記の基準に達しない国民が3分の2以上いる。したがって、この値は生活習慣病予防の効果が明らかである最低値だが、大部分の国民が目標とするべき値と言える。

また、身体活動量においても、歩数で換算すると8,000歩から10,000歩であり、これは国民の歩数の現状値（平成15年国民健康・栄養調査の調査結果（男性 7,575歩、女性6,821歩））よりも多いと考えられ、また「健康日本21」の目標値（男性9,200歩以上、女性8,300歩以上）に相当し、目標値としては妥当であると考えられる。

また、最大酸素摂取量の基準値は、日本人の最大酸素摂取量の平均値よりやや低い値であった。したがって、この値は体力が低くて、生活習慣病の発症リスクも高い国民が目標とする基準値としては、実現可能であり、妥当な値と考えられる。

そこで、今回の改定で用いる基準値は、生活習慣病予防という観点から身体活動量と体力の低い国民が、生活習慣病予防に関する身体活動と体力の重要性を認知し、実施可能性のある値として妥当であると考えられる値とした。

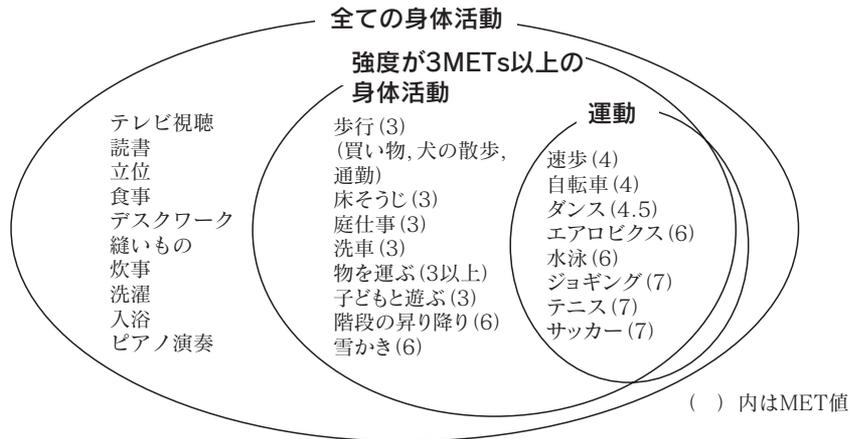
もちろん、身体活動量と体力がその値よりも高い人は、さらに高い値となるよう心がけることが適切である。

システマティック・レビューにより、最大酸素摂取量の最も少ない群に比べて、生活習慣病の発症リスクが有意に減少する群の最大酸素摂取量の境界値もしくは、最大酸素摂取量が最も少ない群に比べて、生活習慣病の発症リスクが有意に増加する群の最大酸素摂取量の境界値が複数収集された。したがって、これらの各性別・年代別での最低値と最高値の間に、生活習慣病予防のための最大酸素摂取量の基準値が定められることが適当である。そこで、それらの平均値を求め、最大酸素摂取量の基準値とした。

2) 身体活動(physical activity)

身体活動とは、骨格筋の収縮を伴い安静時よりも多くのエネルギー消費を伴う身体の状態である。それには日常生活活動における労働・家事等や余暇における運動・スポーツ活動等が含まれる。ただし、今回の基準においては、強度が3METs以上の身体活動を対象とする（以下の図を参照）。

図1 身体活動と運動



主な活動時におけるMET値

METs	活動内容
0.9	睡眠
1.0	テレビ・音楽鑑賞（仰臥位・座位）、リクライニング、車に乗る
1.2	静かに立つ
1.3	本や新聞等を読む（座位）
1.3	性行為（中強度）
1.5	会話、電話、読書、食事、運転、軽いオフィスワーク、編み物・手芸、タイプ（座位）
1.5	動物の世話（座位、軽度）
1.5	入浴（座位）
1.8	デスクワークやタイピング、勉強（座位）
1.8	会話、電話、読書、手芸（立位）
2.0	料理や食材の準備（立位、座位）
2.0	洗濯物をしまう、洗う、荷作り（立位）
2.0	ギター：クラシックやフォーク（座位）
2.0	着替え
2.0	会話をしながら食事をする、または食事のみ（立位）
2.0	身の回り（歯磨き、手洗い、髭剃りなど）
2.0	シャワーを浴びる、タオルで拭く（立位）
2.0	歩く（平地、散歩または家の中、非常に遅い=53.6m/分）
2.3	皿洗い（立位）、アイロンがけ、服・洗濯物の片付け
2.3	カジノ、ギャンブル、コピー機（立位）
2.3	立ち仕事（店員、工場など）
2.5	ストレッチング、ヨガ
2.5	掃除：軽い（ごみ掃除、整頓、リネンの交換、ごみ捨て）
2.5	盛り付け、テーブルセッティング、料理や食材の準備・片付け（歩行）など
2.5	植物への水やり
2.5	子どもと遊ぶ（座位、軽い）、子ども・動物の世話
2.5	子どもの世話（座位）
2.5	ピアノ、オルガン
2.5	農作業：収穫機の運転、干し草の刈り取り、灌漑の仕事、軽い活動
2.5	髪型を整える
2.5	キャッチボール（フットボール、野球）
2.5	スクーター、オートバイ
2.5	子どもを乗せたベビーカーを押すまたは子どもと歩く
2.5	歩く（平地、遅い=53.6m/分）
2.8	子どもと遊ぶ（立位、軽度）、動物の世話（徒歩/走る、軽度）
3.0	自転車に乗る：50watts、とても軽い活動
3.0	ウェイトリフティング（軽・中等度）

3.0	釣り
3.0	屋内のそうじ、家財道具の片付け、大工仕事、梱包など
3.0	介護
3.0	ギター：ロック 立位
3.0	ボーリング
3.0	フリスビー
3.0	バレーボール
3.0	車の荷物の積み下ろし
3.0	階段を降りる
3.0	歩く（平地、67.0m/分、幼い子ども・犬を連れて）
3.0	子どもの世話（立位）
3.3	カーペット掃き、フロア掃き
3.3	歩く（平地、80.5m/分）
3.5	柔軟体操（家で。軽・中等度）
3.5	モップ、掃除機、箱詰め作業、軽い荷物運び
3.5	電気関係の仕事：配管工事
3.8	床磨き、風呂掃除
3.8	歩く（平地、やや速めに=93.9m/分）
4.0	自転車に乗る：10mph以下、レジャー、通勤、娯楽
4.0	水中運動、水中で柔軟体操
4.0	子どもと遊ぶ・動物の世話（徒歩/走る、中強度）
4.0	屋根の雪下ろし
4.0	ドラム
4.0	卓球
4.0	太極拳
4.0	車椅子を押す
4.0	アクアビクス、水中体操
4.0	子どもと遊ぶ（歩く/走る、中強度）
4.5	苗木の植栽、庭の草むしり、耕作
4.5	農作業：家畜に餌を与える
4.5	バドミントン 標準
4.5	ゴルフ
4.8	バレエ、モダン、ツイスト、ジャズ、タップ
5.0	子どもと遊ぶ・動物の世話（歩く/走る、活発に）
5.0	こどもの遊び（石蹴り、ドッジボール、遊戯具、ビー玉遊びなど）
5.0	ソフトボールまたは野球
5.0	歩く（平地、速く=107.3m/分）
5.5	自転車に乗る：100watts、軽い活動
5.5	健康教室での運動
5.5	芝刈り
6.0	美容体操、ジャズダンス
6.0	家具、家財道具の移動・運搬
6.0	スコップで雪かきをする
6.0	ジョギングと歩行の組み合わせ（ジョギングは10分以下）
6.0	バスケットボール
6.0	スイミング：ゆっくりしたストローク
6.5	エアロビクス
7.0	ジョギング
7.0	スケート
7.0	サッカー
7.0	テニス
7.0	水泳：背泳
7.0	スケート、スキー
7.0	スキー
7.5	山を登る：約1~2kgの荷物を背負って
8.0	自転車に乗る
8.0	運搬（重い負荷）
8.0	農作業：干し草をまとめる、納屋の掃除、家禽の世話、活発な活動
8.0	林業
8.0	ランニング：134m/分
8.0	階段を上がる
8.0	水泳：クロール、ゆっくり（50yards/minute）、軽度~中強度
9.0	荷物を運ぶ：上の階へ運ぶ
10.0	ランニング：161m/分
10.0	柔道、柔術、空手、キックボクシング、テコンドー

10.0	ラグビー
10.0	水泳：平泳ぎ
11.0	水泳：バタフライ
11.0	水泳：クロール、速い（75yards/minute）、活発な活動
15.0	ランニング：階段を上がる

Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, et al. Compendium of Physical Activities: An update of activity codes and MET intensities. Med Sci Sports Exerc, 2000;32 (Suppl):S498-S516.

3) 運動 (exercise)

運動とは、身体活動の一種であり、特に体力（競技に関連する体力と健康に関連する体力を含む）を維持・増進させるために行う計画的・組織的で継続性のあるものである。本基準においては、速歩やジョギング、ランニング、自転車乗り、水泳、テニス、バドミントン、サッカー等の強度が3METs以上の運動を対象にし、ストレッチングのような、それ以下の強度の運動は対象としないこととした。

4) 体力 (physical fitness)

体力については、これまで多くの定義がなされており、その要素の幅は、かなり広い。今回の健康づくりのための運動基準において、体力とは身体活動を遂行する能力に関連する多面的な要素（潜在力）の集合体とし、さらに客観的・定量的に把握できるものと狭義にとらえた。それを構成する要素としては、①全身持久力、②筋力、③バランス能力、④柔軟性、⑤その他である。

5) 最大酸素摂取量(maximal oxygen uptake(Vo_2max))

最大酸素摂取量は、個人が摂取できる単位時間当たりの酸素摂取量（l/分、あるいはml/kg/分）の最大値である。運動中の酸素摂取量は、活動筋でのエネルギー産生量を反映している。その最大値すなわち最大酸素摂取量が大きいほど多くのエネルギーを産生する事ができ、より高い強度の運動をより長い時間実施できる。すなわち最大酸素摂取量は全身持久力を評価する指標である。

最大酸素摂取量測定は大筋群を用いた身体活動により測定される。トレッドミルを用いた歩行・走行運動あるいは自転車エルゴメータを用いて測定することが多い。段階的に強度を増加させる時の酸素摂取量を、呼気ガス分析により測定する。運動強度の増加に伴い酸素摂取量も直線的に増加し、その最大値が最大酸素摂取量である。その測定には運動強度増加に対する酸素摂取量のレベリングオフを確認することが重要な決定要件であり、当該負荷漸増法プロトコルによる酸素摂取量の最高値と定義される最高酸素摂取量とは明確に区別される。しかし、最高酸素摂取量が最大酸素摂取量に代わって用いられることも多い。一般的に走行時に測定される最大酸素摂取量の方が自転車エルゴメータにより測定されるものよりも5～10%程度高い。今回のシステマティック・レビューで得られた各最大酸素摂取量の値は、トレッドミル走によるものが約7割、自転車エルゴメータ運動により得られたものが約3割である。したがって、本基準値はどちらかというと走運動により得られた値を反映している。したがって、自転車エルゴメータを用いて運動を行う場合には注意が必要である。

最大酸素摂取量の測定には、運動負荷装置、呼気ガス分析装置、心電図記録装置など高価な機器が必要なだけでなく、測定手技に精通した複数の測定者が必要である。このため、簡易に最大酸素摂取量を推定する方法（最大負荷をかけない方法、呼気ガス分析を行わない方法など）が考案され、妥当性や再現性も確認されており、多くの研究で活用されている。

6) 筋力

筋力は、測定部位や方法によりその値は多岐にわたる。筋力評価の方法は、1) 筋の長さが変化しない状態で測定される等尺性最大筋力〔最大随意収縮：MVC(kg重)〕、2) 筋の長さが短縮しながら筋にかかる張力が変化しない状態で測定される最大等張性筋力（最大拳上重量：1RM(kg重)）が一般的に用いられている。これらの方法により、四肢や体幹の関節運動の筋力が測定される。

掌握運動の等尺性最大筋力を測定する握力(kg重)が、安全性と簡便さから最も頻繁に測定されてきた。この値に関しては性年齢別の標準値が文部科学省のスポーツテスト（体力診断テスト）等を通じて、全国的データが性年齢別にまとめられている。また本邦のみならず、国際的にも疫学研究における筋力評価の指標として用いられている。

7) METs・時

METs・時とは、運動強度の指数であるMET値に運動時間（時間）を掛けたものである。METとは、当該身体活動におけるエネルギー消費量を座位安静時代謝量（酸素摂取量で約3.5 ml/kg/分に相当）で除したものである。酸素1.0リットルの消費を5.0kcalのエネルギー消費と換算すると、1.0MET・時は体重70kgの場合は74kcal、60kgの場合は63kcalとなる。このように標準的な体格の場合、1.0MET・時は体重とほぼ同じエネルギー消費量となり、METs・時が身体活動量を定量化する場合に頻繁に使われている。

8) 「健康日本21」における目標値に対する暫定直近実績値等

「健康日本21」における目標値に対する暫定直近実績値等							
分野	目標	策定時のベースライン値(または参考値)	ベースライン調査等	目標値	暫定直近実績値等	調査年	
2 身体活動・運動	成人（20歳以上）						
	2.1	意識的に運動を心がけている人の増加	男性	51.8%	H8年保健福祉動向調査	63%以上	54.2%*
			女性	53.1%		63%以上	55.5%*
	2.2	日常生活における歩数の増加	男性	8,202歩	H9年国民栄養調査	9,200歩以上	7,575歩
			女性	7,282歩		8,300歩以上	6,821歩
	2.3	運動習慣者の増加	男性	28.6%		39%以上	29.3%
			女性	24.6%		35%以上	24.1%
	高齢者						
	2.4	外出について積極的な態度をもつ人の増加	男性(60歳以上)	59.8%	H11年高齢者の日常生活に関する意識調査	70%以上	51.8%*
			女性(60歳以上)	59.0%		70%以上	51.4%*
	全体(80歳以上)		46.3%	56%以上		38.7%*	
	2.5	何らかの地域活動を実施している者の増加	男性(60歳以上)	48.3%	H10年高齢者の地域社会への参加に関する意識調査	58%以上	66.0%*
女性(60歳以上)			39.7%	50%以上		61.0%*	
2.6	日常生活における歩数の増加	男性(70歳以上)	5,436歩	H9年国民栄養調査	6,700歩以上	4,915歩	
		女性(70歳以上)	4,604歩		5,900歩以上	4,142歩	

注) 暫定直近実績値等は平成17年5月31日現在の数値である。

* の暫定直近実績値等は、策定時のベースライン値を把握した調査と暫定直近実績値等を把握した調査とが異なっている数値。

** の暫定直近実績値等は、食品成分表の改訂にともなった重量変化率の換算が必要な数値。

9) システマティック・レビュー

(1) 目的

健康な者及び健康診査において軽度な異常（例えば血圧が高い、血糖値が高い等）があり、生活習慣の改善の必要性が指摘されている者をターゲットとして、健康づくりのための運動基準の策定に資するためシステマティック・レビューを行った。

(2) 検索方法

健康づくりのための運動基準の主要素である身体活動・運動と体力が生活習慣病発症に与える影響について検討した観察研究について検索を行った。

- ①対象としたデータベース：Pub Medと医学中央雑誌
- ②対象とした期間：2005年4月11日まで
- ③検索式：Med Lineでは、("physical activity" OR exercise OR "physical training" OR fitness) AND (疾病毎に選択) AND (follow* OR observation* OR prospective OR longitudinal OR retrospective)
- ④検索制限：human（人を対象とした研究）
- ⑤対象とした報告：原著論文
- ⑥年齢：学童期（6歳以上）から高齢期
- ⑦対象とした生活習慣病等：肥満、高血圧症、高脂血症、糖尿病、脳血管疾患、循環器病による死亡、骨粗鬆症、ADL、総死亡

(3) 採択基準（Inclusion criteria）

検索して得られた文献から必要な定量的な情報を得ることを目的として、以下の基準を満たす文献を採用した。

- ①原則として重度の疾病を有していない者（健康、または軽度の症状で運動が可能な者）を長期（原則2年以上）観察し、死亡率や発症率を身体活動・運動量もしくは体力別に分析した研究。
- ②定量的方法で評価された身体活動・運動量に関する情報（種類・強度、時間：分/週または分/日、頻度：回/週）を明示した研究。この情報がない場合、「種類・強度と分/週」の情報から計算しても良い。
- ③定量的方法で測定された体力に関する情報を明示した研究。
- ④身体活動・運動量や体力の群分けや区分けの方法、カットオフラインの設定が論理的な研究。
- ⑤身体活動・運動単独の効果を分析〔身体活動・運動以外の要因（性・年齢・喫煙・代謝性危険因子…）を統計的に補正〕した研究。
- ⑥対象者の人数は分析法や測定精度等から判断。

(4) 結果

検索式でヒットした件数は8,134本である。さらに、タイトルと抄録による一次スクリーニングにより794本に絞った。これらの全文を取り寄せ精読したところ、上記の採択基準に該当する文献数は84本であった。

8 日本人の食事摂取基準（概要）

1. 策定の目的

食事摂取基準は、健康な個人または集団を対象として、国民の健康の維持・増進、エネルギー・栄養素欠乏症の予防、生活習慣病の予防、過剰摂取による健康障害の予防を目的とし、エネルギー及び各栄養素の摂取量の基準を示すものである。

2. 使用期間

使用期間は、2005年4月（平成17年度）から2010年3月（平成21年度）までの5年間とする。

3. 策定方針

1) 基本的考え方

食事摂取基準の策定にあたっては、科学的根拠に基づいた策定を行うことを基本とし、国内外の学術論文並びに入手可能な学術資料を活用することとした。

食事摂取基準は、3つの基本的な考え方に基づいて策定されている。

- ① エネルギー及び栄養素の「真」の望ましい摂取量は個人によって異なり、また個人内においても変動する。そのため、健康の維持・増進と欠乏症予防にとって「真」の望ましい摂取量は測定することが非常に困難であるので、望ましい摂取量の算定においても、活用においても、栄養学のみならず確率論的な考え方が必要であること。
- ② 生活習慣病の予防を特に重視し、このことに対応するために、「摂取量の範囲」を示し、その範囲に摂取量がある場合には生活習慣病のリスクが低いとする考え方を導入すること。
- ③ それ以上の摂取量になると、過剰摂取による健康障害のリスクが高くなっていくことを明らかにすること。

2) 設定指標

食事摂取基準（Dietary Reference Intakes）として、エネルギーについては1種類、栄養素については5種類の指標を設定した。

【エネルギー】

○推定エネルギー必要量（estimated energy requirement: EER）

エネルギーの不足のリスク及び過剰のリスクの両者が最も小さくなる摂取量

【栄養素】

健康の維持・増進と欠乏症予防のために、「推定平均必要量」と「推奨量」の2つの値を設定した。しかし、この2指標を設定することができない栄養素については、「目安量」を設定した。また、生活習慣病の1次予防を専ら目的として食事摂取基準を設定する必要のある栄養素については、「目標量」を設定した。過剰摂取による健康障害を未然に防ぐことを目的として「上限量」を設定した。

○推定平均必要量（estimated average requirement: EAR）

特定の集団を対象として測定された必要量から、性・年齢階級別に日本人の必要量の平均値を推定した。当該性・年齢階級に属する人々の50%が必要量を満たすと推定される1日の摂取量である。

○推奨量（recommended dietary allowance: RDA）

ある性・年齢階級に属する人々のほとんど（97～98%）が1日の必要量を満たすと推

定される1日の摂取量である。原則として「推定平均必要量+標準偏差の2倍(2SD)」とした。

○目安量 (adequate intake: AI)

推定平均必要量・推奨量を算定するのに十分な科学的根拠が得られない場合に、ある性・年齢階級に属する人々が、良好な栄養状態を維持するのに十分な量である。

○目標量 (tentative dietary goal for preventing life-style related diseases: DG)

生活習慣病の一次予防のために現在の日本人が当面の目標とすべき摂取量(または、その範囲)である。

○上限量 (tolerable upper intake level: UL)

ある性・年齢階級に属するほとんどすべての人々が、過剰摂取による健康障害を起こすことのない栄養素摂取量の最大限の量である。

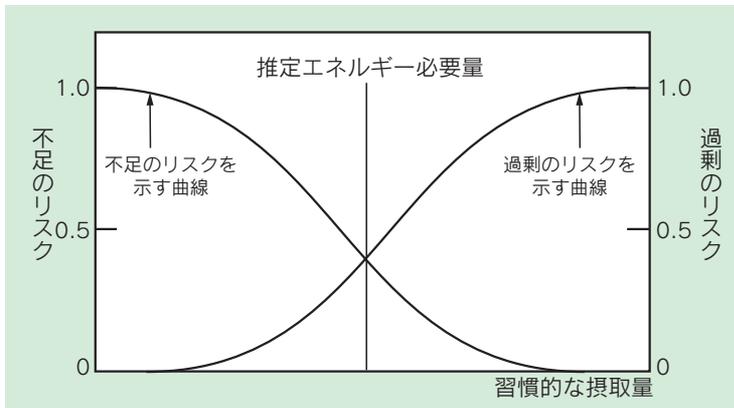


図1 推定エネルギー必要量を理解するための模式図

習慣的な摂取量が増加するにつれて、不足のリスクが減少するとともに、過剰のリスクが増加することを示す。両者のリスクがもっとも少なくなる摂取量が推定エネルギー必要量である。

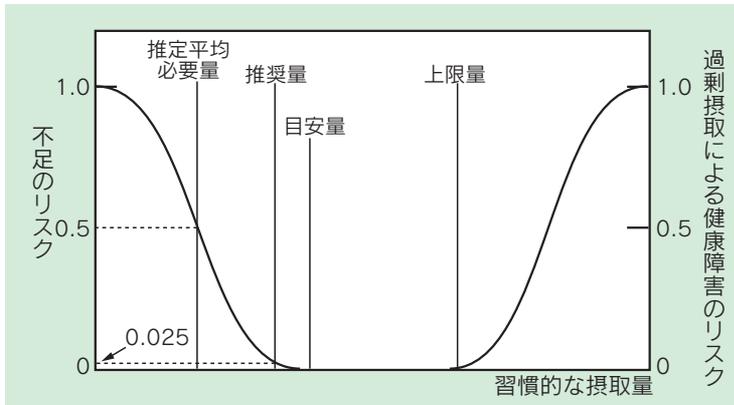


図2 食事摂取基準の各指標(推定平均必要量、推奨量、目安量、上限量)を理解するための模式図

不足のリスクが推定平均必要量では0.5(50%)あり、推奨量では0.02~0.03(中間値として0.025)(2~3%または2.5%)あることを示す。上限量以上を摂取した場合には過剰摂取による健康障害が生じる潜在的なリスクが存在することを示す。そして、推奨量と上限量とのあいだの摂取量では、不足のリスク、過剰摂取による健康障害が生じるリスクともにゼロ(0)に近いことを示す。

目安量については、推定平均必要量ならびに推奨量と一定の関係を持たない。しかし、推奨量と目安量を同時に算定することが可能であれば、目安量は推奨量よりも大きい(図では右方)と考えられるため、参考として付記した。

目標量については、推奨量または目安量と、現在の摂取量中央値から決められるため、ここには図示できない。

3) 年齢区分

0～5か月、6～11か月、1～2歳、3～5歳、6～7歳、8～9歳、10～11歳、12～14歳、15～17歳、18～29歳、30～49歳、50～69歳、70歳以上。

妊婦、授乳婦。

第6次改定からの変更点：学校給食基準との整合性から6～8歳、9～11歳を6～7歳、8～9歳、10～11歳に変更した。

4) 策定栄養素等

エネルギー、たんぱく質、脂質（総脂質、飽和脂肪酸、n-6系脂肪酸、n-3系脂肪酸、コレステロール）、炭水化物、食物繊維

水溶性ビタミン：ビタミンB₁、ビタミンB₂、ナイアシン、ビタミンB₆、葉酸、ビタミンB₁₂、ピオチン、パントテン酸、ビタミンC

脂溶性ビタミン：ビタミンA、ビタミンE、ビタミンD、ビタミンK

ミネラル：マグネシウム、カルシウム、リン、鉄

微量元素：クロム、モリブデン、マンガン、銅、亜鉛、セレン、ヨウ素

電解質：ナトリウム、カリウム

4. 基本的な活用方法

食事摂取基準の用途は、「摂取量を評価（アセスメント）するため」（表1）と、「栄養計画（プランニング：栄養指導計画、給食計画等を含む）を立案するため」（表2）の2つに大別される。

なお、エネルギー摂取量の評価・判定は、BMI（Body Mass Index）を指標とし、モニタリングは体重を指標にして行う。また、計画においては、エネルギー摂取量を制限することにより、栄養素の不足を招来させる可能性が生じてくるため、エネルギー消費量、すなわち身体活動の増加も併せて計画することが望ましい。

表1 栄養素摂取量の評価（アセスメント）を目的として食事摂取基準を用いる場合の概念
（エネルギーは除く）¹⁻³

	個人を対象とする場合	集団を対象とする場合
推定平均必要量 (EAR)	習慣的な摂取量が推定平均必要量以下の者は不足している確率が50%以上であり、習慣的な摂取量が推定平均必要量より低くなるにつれて不足している確率が高くなっていく。	習慣的な摂取量が推定平均必要量以下の者の割合は不足者の割合とほぼ一致する。
推奨量 (RDA)	習慣的な摂取量が推定平均必要量以上となり推奨量に近づくにつれて不足している確率は低くなり、推奨量になれば、不足している確率は低い(2.5%)。	用いない。
目安量 (AI)	習慣的な摂取量が目安量以上の者は、不足している確率は非常に低い。	集団における摂取量の中央値が目安量以上の場合は不足者の割合は少ない。摂取量の中央値が目安量未満の場合には判断できない。
目標量 (DG) ⁴	習慣的な摂取量が目標量に達しているか、示された範囲内であれば、当該生活習慣病のリスク ⁶ は低い。	目標量に達していない者の割合、あるいは、示された範囲外にある者の割合は、当該生活習慣病のリスク ⁶ が高い者の割合と一致する。
上限量 (UL) ⁵	習慣的な摂取量が上限量以上になり、高くなるにつれて、過剰摂取に由来する健康障害のリスク ⁶ が高くなる。	習慣的な摂取量が上限量を上回っている者の割合は、過剰摂取による健康障害のリスク ⁶ をもっている者の割合と一致する。

¹ 摂取量に基づいた評価（アセスメント）はスクリーニング的な意味をもっている。真の栄養状態を把握するためには、臨床情報、生化学的測定値、身体計測値が必要である。

² 調査法や対象者によって程度は異なるが、エネルギーでは5～15%程度の過小申告が生じやすいことが欧米の研究で報告されている。日本人でも集団平均値として8%程度の過小申告が存在することが報告されている。また、特に、肥満者で過小申告の傾向が強いが、その量的関係は明らかではない。栄養素についてもエネルギーと類似の申告誤差の存在が推定されるが詳細は明らかではない。

³ 習慣的な摂取量をできるだけ正しく推定することが望まれる。

⁴ 栄養素摂取量と生活習慣病のリスクは、連続的であるので、注意して用いるべきである。「リスクが高い」「リスクが低い」とは、相対的な概念である。

⁵ 上限量が設定されていない栄養素が存在する。これは、数値を決定するための科学的根拠が十分に存在していないことを示すものであって、多量に摂取しても健康障害が発生しないことを保障するものではない。

⁶ ここでいう「リスク」とは、生活習慣病や過剰摂取によって健康障害が発生する確率のことを指している。

表2 栄養計画を目的として、栄養素に関する食事摂取基準を用いる場合の概念
(エネルギーは除く)¹

	個人を対象とする場合	集団を対象とする場合
推定平均必要量 (EAR)	用いない。	習慣的な摂取量が推定平均必要量以下である者の割合を2.5%以下にすることをめざす。
推奨量 (RDA)	習慣的な摂取量が推定平均必要量以下の者は推奨量をめざす。	用いない。
目安量 (AI)	習慣的な摂取量を目安量に近づけることをめざす。	集団における摂取量の中央値が目安量になることをめざす。
目標量 (DG) ²	習慣的な摂取量を目標量に近づけるか、または、示された範囲内に入るようにめざす。	習慣的な摂取量が目標量に達していないか、示された範囲外にある者の割合を減らす。
上限量 (UL) ³	習慣的な摂取量を上限量未満にする。	習慣的な摂取量が上限量以上の者の割合をゼロ (0) にする。

¹ 栄養アセスメント(食事摂取量のみならず、生化学的指標、身体計測値など)に基づいて、対象に応じた計画を立案し、実施することが重要である。数値は実現しなければならないものではない。なお、計画立案の基になる栄養摂取量評価(アセスメント)はスクリーニング的な意味をもっている。真の栄養状態を把握するためには、臨床情報、生化学的測定値、身体計測値が必要である。

² 栄養素摂取量と生活習慣病のリスクは、連続的であるので、注意して用いるべきである。「リスクが高い」「リスクが低い」とは、相対的な概念である。ここでいう「リスク」とは、生活習慣病や過剰摂取によって健康障害が発生する確率のことを指している。

³ 上限量が設定されていない栄養素が存在する。これは、数値を決定するための科学的根拠が十分に存在していないことを示すものであって、多量に摂取しても健康障害が発生しないことを保障するものではない。

5. 使用にあたっての留意点

- 1) 食事摂取基準を適用する対象は、主に健康な個人、ならびに、健康人を中心として構成されている集団とする。ただし、何らかの軽度な疾患(例えば、高血圧、高脂血症、高血糖)を有していても日常生活を営み、当該疾患に特有の食事指導、食事療法、食事制限が適用されたり、推奨されたりしていない者を含むこととする。
- 2) 食事摂取基準として用いられている単位は「1日当たり」であるが、これは習慣的な摂取量を1日当たりに換算したものである。
- 3) 栄養指導、給食計画等に活用する際、基本的には、エネルギー、脂質、たんぱく質、ビタミンA、ビタミンB₁、ビタミンC、カルシウム、鉄、ナトリウム、食物繊維について考慮するのが望ましい。
- 4) 推奨量、目安量、目標量については、日常の食生活において、通常の食品によってバランスのとれた食事をとることにより満たすことが基本である。
- 5) 上限量については、通常の食品による食事で一時的にこの量を超えたからといって健康障害がもたらされるものではない。
- 6) 高齢者では、咀嚼能力の低下、消化・吸収率の低下、運動量の低下に伴う摂取量の低下などが存在する。特に、これらは個人差の大きいことが特徴である。また、多くの人が、何らかの疾患を有していることも特徴としてあげられる。そのため、年齢だけでなく、個人の特徴に十分に注意を払うことが必要である。

6. 食事摂取基準

別添のとおりである。

(別添)

食事摂取基準を設定した栄養素と策定した指標(1歳以上)¹

		推定平均必要 量 (EAR)	推奨量 (RDA)	目安量 (AI)	目標量 (DG)	上限量 (UL)
たんぱく質		○	○	-	○	-
脂質	総脂質	-	-	-	○	-
	飽和脂肪酸	-	-	-	○	-
	n-6系脂肪酸	-	-	○	○	-
	n-3系脂肪酸	-	-	○	○	-
	コレステロール	-	-	-	○	-
炭水化物		-	-	-	○	-
食物繊維		-	-	○	○	-
水溶性ビタミン	ビタミン B ₁	○	○	-	-	-
	ビタミン B ₂	○	○	-	-	-
	ナイアシン	○	○	-	-	○
	ビタミン B ₆	○	○	-	-	○
	葉酸	○	○	-	-	○ ²
	ビタミン B ₁₂	○	○	-	-	-
	ビオチン	-	-	○	-	-
	パントテン酸	-	-	○	-	-
	ビタミン C	○	○	-	-	-
脂溶性ビタミン	ビタミン A	○	○	-	-	○
	ビタミン E	-	-	○	-	○
	ビタミン D	-	-	○	-	○
	ビタミン K	-	-	○	-	-
ミネラル	マグネシウム	○	○	-	-	○ ²
	カルシウム	-	-	○	○	○
	リン	-	-	○	-	○
微量元素	クロム	○	○	-	-	-
	モリブデン	○	○	-	-	○
	マンガン	-	-	○	-	○
	鉄	○	○	-	-	○
	銅	○	○	-	-	○
	亜鉛	○	○	-	-	○
	セレン	○	○	-	-	○
	ヨウ素	○	○	-	-	○
電解質	ナトリウム	○	-	-	○	-
	カリウム	-	-	○	○	-

¹ 一部の年齢階級についてだけ設定した場合も含む。² 通常の商品以外からの摂取について定めた。

基準体位(基準身長、基準体重)

性別 年齢	男性		女性 ¹	
	基準身長(cm)	基準体重(kg)	基準身長(cm)	基準体重(kg)
0~5(月)	62.2	6.6	61.0	6.1
6~11(月)	71.5	8.8	69.9	8.2
1~2(歳)	85.0	11.9	84.7	11.0
3~5(歳)	103.5	16.7	102.5	16.0
6~7(歳)	119.6	23.0	118.0	21.6
8~9(歳)	130.7	28.0	130.0	27.2
10~11(歳)	141.2	35.5	144.0	35.7
12~14(歳)	160.0	50.0	154.8	45.6
15~17(歳)	170.0	58.3	157.2	50.0
18~29(歳)	171.0	63.5	157.7	50.0
30~49(歳)	170.0	68.0	156.8	52.7
50~69(歳)	164.7	64.0	152.0	53.2
70以上(歳)	160.0	57.2	146.7	49.7

¹ 妊婦を除く。

エネルギーの食事摂取基準:推定エネルギー必要量 (kcal/日)

性別 身体活動レベル	男性			女性		
	I	II	III	I	II	III
0~5(月) 母乳栄養児	-	600	-	-	550	-
人工乳栄養児	-	650	-	-	600	-
6~11(月)	-	700	-	-	650	-
1~2(歳)	-	1,050	-	-	950	-
3~5(歳)	-	1,400	-	-	1,250	-
6~7(歳)	-	1,650	-	-	1,450	-
8~9(歳)	-	1,950	2,200	-	1,800	2,000
10~11(歳)	-	2,300	2,550	-	2,150	2,400
12~14(歳)	2,350	2,650	2,950	2,050	2,300	2,600
15~17(歳)	2,350	2,750	3,150	1,900	2,200	2,550
18~29(歳)	2,300	2,650	3,050	1,750	2,050	2,350
30~49(歳)	2,250	2,650	3,050	1,700	2,000	2,300
50~69(歳)	2,050	2,400	2,750	1,650	1,950	2,200
70以上(歳) ¹	1,600	1,850	2,100	1,350	1,550	1,750
妊婦 初期(付加量)	/			+50	+50	+50
妊婦 中期(付加量)				+250	+250	+250
妊婦 末期(付加量)				+500	+500	+500
授乳婦 (付加量)				+450	+450	+450

¹ 成人では、推定エネルギー必要量=基礎代謝量(kcal/日)×身体活動レベルとして算定した。18~69歳では、身体活動レベルはそれぞれI=1.50、II=1.75、III=2.00としたが、70歳以上では、それぞれI=1.30、II=1.50、III=1.70とした。50~69歳と70歳以上で推定エネルギー必要量に乖離があるように見えるのはこの理由によるところが大きい。

(参考1) 15～69歳における各身体活動レベルの活動内容

身体活動レベル ¹		低い (I)	ふつう (II)	高い (III)
		1.50 (1.40～1.60)	1.75 (1.60～1.90)	2.00 (1.90～2.20)
日常生活の内容		生活の大部分が座位で、静的な活動が中心の場合	座位中心の仕事だが、職場内での移動や立位での作業・接客等、あるいは通勤・買物・家事、軽いスポーツ等のいずれかを含む場合	移動や立位の多い仕事への従事者。あるいは、スポーツなど余暇における活発な運動習慣をもっている場合
個々の活動の分類(時間/日) ²	睡眠(1.0)	8	7～8	7
	座位または立位の静的な活動(1.5: 1.1～1.9)	13～14	11～12	10
	ゆっくりした歩行や家事など低強度の活動(2.5: 2.0～2.9)	1～2	3	3～4
	長時間持続可能な運動・労働など中強度の活動(普通歩行を含む)(4.5: 3.0～5.9)	1	2	3
	頻繁に休みが必要な運動・労働など高強度の活動(7.0: 6.0以上)	0	0	0～1

¹ 代表値。()内はおよその範囲。² ()内は、activity factor (Af: 各身体活動における単位時間当たりの強度を示す値。基礎代謝の倍数で表す)(代表値: 下限～上限)。

(参考2) 身体活動の分類例

身体活動の分類 (Af ¹ の範囲)	身体活動の例
睡眠(1.0)	睡眠
座位または立位の静的な活動 (1.1~1.9)	横になる。ゆったり座る(本などを読む、書く、テレビなどを見る)。談話(立位)。料理。食事。身の回り(身支度、洗面、便所)。裁縫(縫い、ミシンかけ)。趣味・娯楽(生花、茶の湯、麻雀、楽器演奏など)。車の運転。机上事務(記帳、ワープロ、OA機器などの使用)。
ゆっくりした歩行や家事など 低強度の活動 (2.0~2.9)	電車やバス等の乗物の中で立つ。買物や散歩等でゆっくり歩く(45m/分)。洗濯(電気洗濯機)。掃除(電気掃除機)。
長時間持続可能な運動・労働など 中強度の活動(普通歩行を含む) (3.0~5.9)	家庭菜園作業。ゲートボール。普通歩行(71m/分)。入浴。自転車(ふつうの速さ)。子どもを背負って歩く。キャッチボール。ゴルフ。ダンス(軽い)。ハイキング(平地)。階段の昇り降り。布団の上げ下ろし。普通歩行(95m/分)。体操(ラジオ・テレビ体操程度)。
頻繁に休みが必要な運動・労働など 高強度の活動 (6.0以上)	筋力トレーニング。エアロビックダンス(活発な)。ボートこぎ。ジョギング(120m/分)。テニス。バドミントン。バレーボール。スキー。バスケットボール。サッカー。スケート。ジョギング(160m/分)。水泳。ランニング(200m/分)。

¹ Activity factor(Af)は、沼尻の報告に示されたエネルギー代謝率(relative metabolic rate)から、以下のように求めた。

Af=エネルギー代謝率+1.2

いずれの身体活動でも活動実施中における平均値に基づき、休憩・中断中は除く。

たんぱく質、総脂質、飽和脂肪酸、n-6系脂肪酸、n-3系脂肪酸、コレステロール、炭水化物、食物繊維、ビタミンB1、ビタミンB2、ナイアシン、ビタミンB6、葉酸、ビタミンB12、ピオチン、パントテン酸、ビタミンC、ビタミンA、ビタミンE、ビタミンD、ビタミンK、マグネシウム、カルシウム、リン、クロム、モリブデン、マンガン、鉄、銅、亜鉛、セレン、ヨウ素、ナトリウム、カリウムの食事摂取基準及び高血圧の予防を目的としたカリウムの食事摂取基準については、厚生労働省ホームページ参照。

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/11/h1122-2.html>

9 食事バランスガイド（フードガイド（仮称）検討会報告書（平成17年7月）より抜粋）

I 「食事バランスガイド」について

1 「食事バランスガイド」作成の目的

平成12年3月に文部省（当時）、厚生省（当時）、農林水産省により「食生活指針」が策定され、それを受けて食に携わる関係者の取組方針を定めた「食生活指針の推進について」が閣議決定されるなど、心身ともに健康で豊かな食生活の実現に向けた普及・啓発が進められてきた。

食生活指針は、多様な視点からの望ましい食生活について、広く国民にメッセージを伝えたいものであるが、まだ十分に国民に知られるものとはなっていない。また、食生活指針をより実効性のあるものにするためには、毎日の生活の中で一人一人が自らの食生活とつなげて、自分の課題を見出し、具体的な行動に結び付けることを目的とした情報やツールを提供することが不可欠であるが、十分な対応ができていなかった。

また、生活習慣病予防を中心とした健康づくりという観点からは、野菜の摂取不足、食塩・脂肪のとり過ぎ等の食生活上の問題、男性を中心とした肥満者の急速な増加などに対し、食生活指針を普及することにより、より多くの人々に栄養・食生活についての関心や必要な知識を身につけてもらい、食生活上の課題解決や肥満の改善に結びつけてもらうことが必要である。

さらに、食生活に関する情報が社会に氾濫する一方、人々の価値観が多様化し、忙しい生活を送る中で毎日の食事が大切であることすら忘れがちとなってきている。

このような中で、先に食育基本法（平成17年法律第63号）が成立したところであるが、食育基本法はこうした現状に警鐘を鳴らし、国に対しても「食」に関する施策の強化・充実を求めていると言える。

こうしたことから、食生活指針を具体的な行動に結び付けるものとして、「何を」「どれだけ」食べたらいいか、という「食事」の基本を身に付けるバイブルとして、望ましい食事のとり方やおよその量をわかりやすくイラストで示したものを策定することとし、厚生労働省健康局及び農林水産省消費・安全局の共催により、フードガイド（仮称）検討会を平成16年12月24日に立ち上げて以来、議論を重ねてきた。

「食事バランスガイド」は、誰もが親しみやすいものになることを目指して策定したものであり、一人一人が自分自身又は家族の食生活を見直すきっかけになるものとして、より多くの方々に活用されることが重要である。そのためには、国をはじめ、地方公共団体、食品生産者・事業者、管理栄養士・栄養士、その他の保健医療福祉活動の専門家、地域における食生活改善推進員等が連携して、普及活用の取組を進めていく必要がある。とりわけ、一般の人々が日々の食べ物を購入・消費する小売店、外食の場等で日常的に活用されることが必要である。

このような取組を進めることにより、「バランスのとれた食生活の実現」が図られ、国民の健康づくり、生活習慣病の予防、食料自給率の向上に寄与することが期待される。

II 「食事バランスガイド」の活用について

1 「食事バランスガイド」の活用方法

(1) 成人一般向けの活用 ～ 一日の食事計画の例 ～

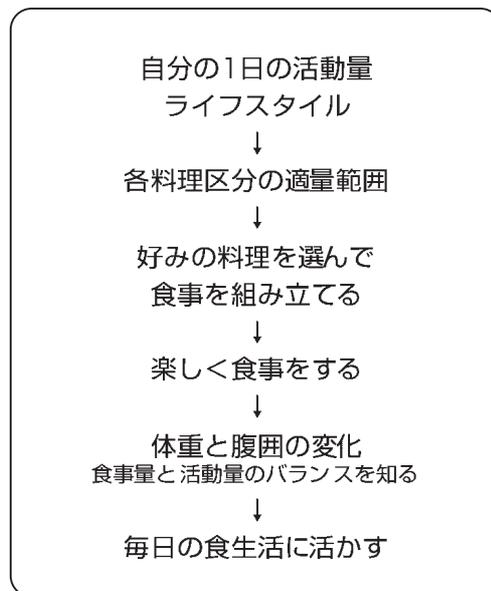
「食事バランスガイド」を具体的にどのように日々の食生活に活かしていったら良いかについて解説する。ここでは、成人一般向けを対象として具体例を示す。

従来、食事(献立)の計画や評価には、栄養素または食品レベルで細かな数値を用いてきた。しかし、今回の「食事バランスガイド」においては、栄養や食品に関する細かな知識の無い一般の人にもわかりやすく、実践しやすいことを第一として、「料理レベル」でおおよその量を示している。

そこで、自分の1日の活動量やライフスタイルに見合った、各「料理区分」(主食・主菜・副菜等)の適量範囲を考え、好みの料理を選んで食事を組み立てる方法を提示する。

なお、「食事バランスガイド」では1日を単位として望ましい摂取量が示され、実際の活用においても1日の食事を基本として考えるが、エネルギーやその他の栄養素の不足・過剰はより長い期間での調整を行っていく必要がある。

特にエネルギー摂取の過剰については、1ヶ月程度の期間で、体重や腹囲(ウエストサイズ)の変化を自己チェックすることにより、自分の食事選択が適切であったかどうかを知ることができる。また、自分の嗜好に合わせた食事を選択するためには、エネルギーのバランスを考え、それ相応の活動量(運動)が必要なことに留意する。



<食事の組み立て方>

① 1日分の適量を把握する

※性・年齢・体位と活動量から、1日に何をどれだけ食べたらいいか考える。

(別表：性・年齢、身体活動レベルから見た1日に必要なエネルギー量と「摂取の目安」を参照)

対象特性別、料理区分における摂取の目安

単位:つ(SV)

対象者	エネルギー kcal	主食	副菜	主菜	牛乳・乳製品	果物
6～9歳の子ども 身体活動量の低い (高齢者を含む)女性	1600	4～5	5～6	3～4	2	2
	1800					
ほとんどの女性 身体活動量の低い (高齢者を含む)男性	2000	5～7	5～6	3～5	2	2
	2200					
12歳以上の ほとんどの男性	2400	7～8	6～7	4～6	2～3	2～3
	2600					
	2800					

- ・ 1日分の食事量は、活動(エネルギー)量に応じて、各料理区分における摂取の目安(つ(SV))を参考にする。
- ・ ほとんどの女性と活動量の低い(高齢者を含む)男性向けの場合(2200±200kcal)、副菜(5～6つ(SV))、主菜(3～5つ(SV))、牛乳・乳製品(2つ(SV))、果物(2つ(SV))は同じだが、主食の量と、主菜の内容(食材や調理法)や量を加減して、バランスの良い食事にする。

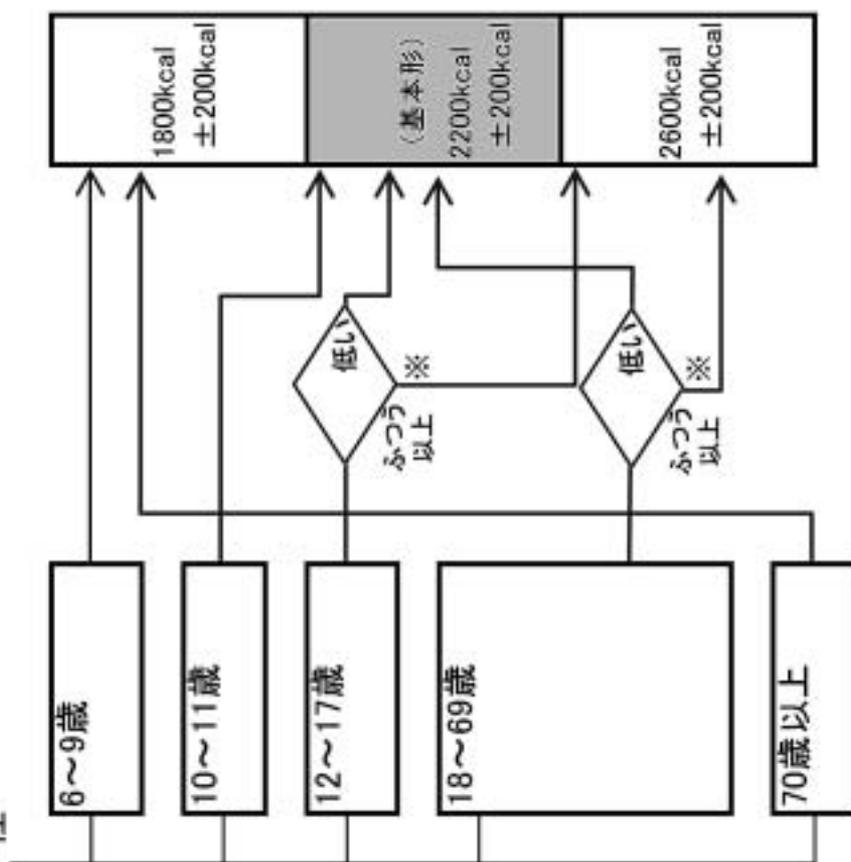
② 食事の目的と好みを考えて料理を選ぶ

下表を参考とし、さらに料理の内容(主材料・調理法・味付け等)を考えて、バランス良く料理を組み合わせる。

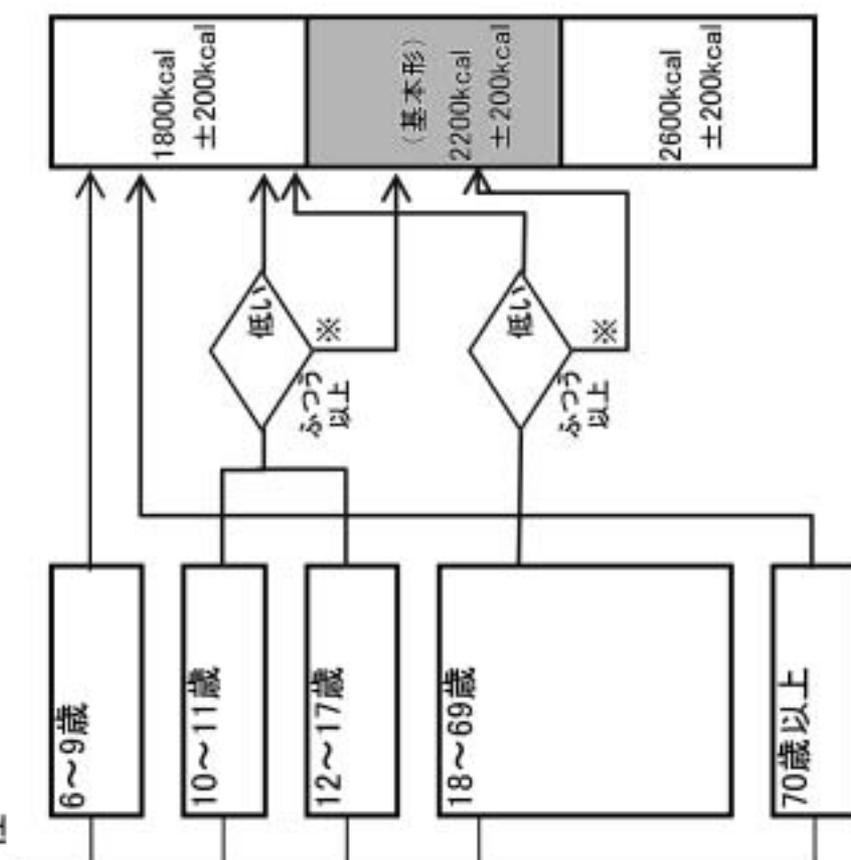
各料理区分における摂取の目安(つ(SV))の活用
<p>【主食(ごはん・パン・麺など)】 <5～7つ(SV)></p> <p>毎食、主食は欠かせない。主菜、副菜との組合せで、適宜、ごはん、パン、麺を組み合わせる。3食で摂れない場合は、間食時に不足分を補う。</p>
<p>【副菜(野菜・いも・豆・海藻など)】 <5～6つ(SV)></p> <p>日常の食生活の中では、どうしても主菜に偏り、副菜が不足しがちである。従って、主菜の倍程度(毎食1～2つ(SV))を目安に、意識的に十分な摂取を心がける。</p>
<p>【主菜(肉・魚・卵料理・大豆食品など)】 <3～5つ(SV)></p> <p>多くならないように注意する。特に油料理を多くとり過ぎると、脂質及びエネルギーが過剰に傾き易くなる。</p>
<p>【牛乳・乳製品】 <2つ(SV)></p> <p>毎日コップ1杯の牛乳を目安に摂取する。</p>
<p>【果物】 <2つ(SV)></p> <p>毎日、適量を欠かさずとるように心がける。</p>

(参考) 性・年齢、身体活動レベルから見た1日に必要なエネルギー量と「摂取の目安」

男性



女性



身体活動レベル



「低い」: 1日のうち座っていることがほとんど
 「ふつう」: 座り仕事を中心だが、歩行・軽いスポーツ等を5時間程度は行う。

※ 強いスポーツ等を行っている場合には、さらに多くのエネルギーを必要とするので、身体活動レベルに応じて適宜必要量を摂取する。

○ 肥満(成人でBMI \geq 25)のある場合には、体重変化を見ながら適宜、「摂取の目安」のランクを1つ下げることが考慮する。

朝昼夕の食事例1: (2200kcal)

*イラストのように、卵・魚・肉・大豆料理を色々と、少しずつ食べるような献立

朝食:主食2つ(SV) = ごはん軽く2杯、主菜1つ(SV) = 目玉焼き、副菜1つ(SV) = ひじきの煮物、果物1つ(SV) = みかん1個、(味噌汁、緑茶)

昼食:主食2つ(SV) = ごはん軽く2杯、主菜1.5つ(SV) = ハンバーグ1/2個、牛乳・乳製品1つ(SV) = チーズ、副菜1つ(SV) = 野菜スープ、副菜1つ(SV) = 野菜サラダ、牛乳・乳製品1つ(SV) = ミルクコーヒー(牛乳1/2杯使用)

夕食:主食2つ(SV) = ごはん軽く2杯、主菜1つ(SV) = サンマ塩焼き1/2切、主菜1つ(SV) = 冷奴、副菜2つ(SV) = 筑前煮、副菜1つ(SV) = ほうれん草のお浸し、果物1つ(SV) = りんご1/2個、(緑茶)

<食事別、各料理区分における摂取の目安>

食 事	主 食		副 菜		主 菜		牛乳・乳製品		果 物	
朝 食	白飯小2杯	2	ひじきの煮物	1	目玉焼き	1			みかん1個	1
昼 食	白飯小2杯	2	野菜スープ	1	ハンバーグ 1/2	1.5	チーズ1枚	1	ミルクコーヒー1杯	1
夕 食	白飯小2杯	2	筑前煮	2	サンマ塩焼き 1/2	1			りんご小 1/2	1
合 計		6		6		4.5		2		2



<留意点>

- ・色々な料理を味わいたい場合は、少量ずつの摂取を心がける。
- ・料理に含まれる脂質やエネルギー、食塩の量は、使用する主材料の種類や調理用の油脂・調味料によって異なってくるので注意する。

2 今後の普及活用に向けて

食育基本法においても、様々な経験を通じて「食」に関する知識と「食」を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することができる人間を育てる食育を推進することが求められている。具体的には、健全な食習慣の確立、食生活の改善の推進、食文化の継承といった様々な取組を推進していくこととなっている。こうした食育の取組の一環として、「食事バランスガイド」の活用を進めていくことが必要である。また、同法では、食育を推進するための活動は、国民、民間団体等の自発的意思を尊重し、地域の特性にも配慮し、地域住民その他の社会を構成する多様な主体の参加と協力を得るものとするとともに、その連携を図りつつ、あまねく全国において展開されなければならないこととされている。

このようなことから、「食事バランスガイド」についても、広範な地域で、様々な主体によってその普及活用が進められることが期待される。

普及活用の第一段階としては、多くの人々に知られるよう、テレビ放送、雑誌広告などマスメディアを通じて全国に情報発信を行う他、インターネット上のホームページ、政府広報、シンポジウム等の各種イベントを活用していく必要がある。これと同時に、パンフレット、ポスター、食事の自己チェックシート、携帯ストラップ、塗り絵など、子どもや一般の方々に親しみやすいグッズを作成し、人の多く集まる場所で配布することも重要である。

普及活用の第二段階は、食品産業の分野や地域における食生活改善等の場での具体的な取組である。その際に大切なことは、単発のイベントで終わらない、長期に継続可能な現実的な取組を考えていくことである。個人へのアプローチにおいては、その個人の実際の食生活と「食事バランスガイド」で示している内容（望ましい食事のとり方）との間のギャップが大きな場合には、欲張らずに少しずつそれを埋めていく視点も必要である。また、食品産業等へのアプローチとしては、食品の製造業者や加工業者、小売店の作業及び費用負担等の負荷が少なく、かつビジネス上のインセンティブにもつながることが望まれる。

さらに、今回の「食事バランスガイド」は成人向けということで基本形を作成したが、子どもの頃から健全な食生活を身につけることが重要であり、今後、学校教育の現場でも活用できるよう、子どもを対象としたものについても検討する必要がある。特に本年4月から栄養教諭制度がスタートしており、栄養教諭の指導資料等としても活用されるよう、今後の検討が期待される。

(1) 都道府県、市町村等における活用法

これまで都道府県、市町村等の地方公共団体の健康・栄養所管部局においては、地域住民の健康づくりの観点から、適切な食事の摂取に関する普及啓発として食事摂取基準や食生活指針を活用した取組等が行われてきている。

例えば、健康診断後の有所見者に対するリスク軽減のための栄養指導等のハイリスク・アプローチに加えて、健康教室の開催など学習の機会の提供が従前より行われてきた。さらに、個人個人のより健康的な食生活の実現を社会全体の目標として捉え、「健康づくりのための食環境整備に関する検討会」（平成16年3月厚生労働省）においては、食生活改善推進員等の地域ボランティアの育成、「健康づくり協力店」（健康に配慮した食事の提供の推進）や「外食栄養成分表示」の推進といった、食を取り巻く様々な環境への働きかけの重要性を改めて強調するとともに、重要なツールとして「フードガイド」の必要性が述べられている。また、保健所では、健康増進法に基づき、特定給食施設に

において利用者に対する適切な栄養量の食事の提供や栄養に関する情報の提供が行われるよう、指導・助言が行われている。このように地域においては、ハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチの両面からの取組が重要である。

今後は、広く地域住民に対する「食事バランスガイド」に関する情報の提供、健康教室などにおける「食事バランスガイド」の活用、地域ボランティアのための講習会の開催、飲食店や給食施設での「食事バランスガイド」の活用等の取組を支援していくことが必要である。さらに、30～60歳代の男性の肥満者、単身者、子育てを担う世代に焦点を絞った取組として、職域や学校などと連携した取組が期待される。

また、健康・栄養を所管する部局と食品産業等を所管する部局とが連携し、(2)のような小売店、外食店等における「食事バランスガイド」の活用を積極的に促す必要がある。

こうした取組を推進するためには、関係機関や関係団体、民間企業、ボランティアやNPO等との連携が不可欠である。

(2) スーパーマーケット、コンビニエンスストア、外食等における活用法

多くの人々が食品を選択・購入する場であるスーパーマーケット、コンビニエンスストア、外食といった店舗は、幅広い年齢の人々が日常的に利用していることから、「食事バランスガイド」の活用について、様々な情報提供や普及活動が行われることが期待される。

例えば、スーパーマーケット、コンビニエンスストアにおいては、商品の名称、価格などが書かれたポップに「食事バランスガイド」の内容を表す文字情報などを掲載すること等により、顧客が実際に買い物をする場面で効果的な情報提供を行うことができる。外食産業においては、ポスターの掲示の他、メニューにおける掲載、「食事バランスガイド」に沿った商品やセットメニューの開発等多様な取組が可能であろう。

一方、これらの業種においては、規模、業態の差が大きい。外食については、全国的なチェーン展開をしているものから個人経営の小規模なもの、さらには社員食堂のような給食を実施しているものなど、特に幅広い形態があるため、こうした差異を考慮した「食事バランスガイド」の活用のための手引きが必要である。

このため、「食事バランスガイド」を実際に店舗でどのように掲示し、顧客にわかりやすい情報を提供するかについてのマニュアルを国レベルで作成し、店舗での活用が進むよう働きかけていく必要がある。その検討の際には、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、外食に実際に携わる人の参加も得て、モデル店舗での実証調査等を併せて実施し、実効性及び実施可能性の高いものとするのが求められる。さらに、より多くの店舗で実施可能となるように、簡便な方法も提案していく必要がある。

食品事業者は、健康に関する情報への関心の高まりといった顧客側のニーズを上手に受け止め、顧客が求める情報と「食事バランスガイド」を結び付けていくことがビジネス上も重要であるとの認識をもつ必要がある。サービング数の異なるサイズの料理を選択できるようにする、「食事バランスガイド」と併せて総エネルギー量、脂質及び食塩相当量等に関する栄養成分表示をする等、これまでの取組とを併せた展開を行っていくことが望まれる。このような取組が、食べ過ぎ、食べ残し、ひいてはゴミの増加など環境問題を意識しつつ、栄養バランスのとれた適量（腹八分目）の食生活を促すことにもつながっていくことが期待される。

さらに、食品製造業が食品の包装に「食事バランスガイド」のイラストなどを記載することにより、その商品が「食事バランスガイド」の料理区分のどの部分に該当し、1

日量のおおよそどの程度になるのかの情報を示すことは、顧客の商品選択の一助となる。

(3) 管理栄養士等専門家による活用法

～栄養指導・栄養教育の場面における活用の方向性

管理栄養士等、栄養の専門家が行う栄養指導・栄養教育は、大きく分類すると以下の3つの基準や方法に基づいて実施されてきた。すなわち、1) エネルギー及び各栄養素の摂取量の基準を示した食事摂取基準、2) 食品の組み合わせで、どの食品(群)をどのくらい食べたらよいかを主に重量で示した食品群・食品構成(3色分類、6つの基礎食品など)、3) 主食・主菜・副菜という料理の組合せで食事バランスを示す方法(食生活指針のビジュアルガイドなど)である。

このうち、食事摂取基準は、原則的に専門家が用いる基準であり、その数字等をそのまま一般の人々に提示すべきものではない。

食品群・食品構成は、主に食事づくりに関わる人々が、献立を考え調理をする場面で使いやすくわかりやすい基準・教材であり、戦後から広く、家庭を中心とした食生活改善の中で活用されてきた。しかしながら、食品の分類を理解し、生の食品重量の把握ができないと十分に活用できない、という課題を有していた。

主食・主菜・副菜という料理の組み合わせで食事バランスを示す方法は、調理に携わらない人も含め、誰もが食べる場面で使えるわかりやすい考え方であるが、それぞれの料理をどのくらい食べたらよいかについての量的な目安が十分に示されていないという課題を有していた。

今回策定された「食事バランスガイド」は、一般の人々がいわゆる栄養教室等での改まった学習をしなくても、手軽に、気楽に、バランスの良い食べ方ができるようになることを目指したものである。したがって、一般の人々にとってのわかりやすさ、使いやすさを重視しており、各料理区分において、どの料理を「いくつ(何SV)」ととらえるかは、前述の分類基準に基づく範囲内で、日常的に最も把握しやすい単位に丸めて示している点に特徴がある。

管理栄養士等の専門家は、このような「食事バランスガイド」開発のねらいや特徴を十分に理解した上で、栄養指導・栄養教育の対象である個人や集団の健康状態・栄養状態、食知識や食意識、学習への準備状態、食行動・ライフスタイル等を適切に把握・評価し、対象の特性に対応した活用・展開を図らねばならない。学習者のニーズに合わせて、必要があれば、食事摂取基準や食品群・食品構成など、他の基準・教材との組み合わせや関連で、「食事バランスガイド」の活用方法を適切に示すことができないとしない。

また、狭義の栄養指導・栄養教育の場面だけでなく、食品開発や流通の場、給食など食事サービスの場、マスメディア等を通じた情報提供の場など、管理栄養士等専門家が活動する多様な場で、「食事バランスガイド」の活用を工夫することが重要である。

日本栄養士会等の協力を得て、これらの「食事バランスガイド」のねらいや特徴を管理栄養士等に対して十分周知し、専門家を介したよりきめ細かな情報提供と普及啓発を図る必要がある。

以上のような取組を行っていくためには、管理栄養士・栄養士、調理師等の養成施設において、「食事バランスガイド」を使った栄養教育や食事計画・給食経営管理等の具体的な教育内容が盛り込まれていることが、前提となる。

(4) 地域における食生活改善ボランティア活動の取組等による活用法

地域においては、食生活改善のための草の根的な活動を長年実施してきている食生活改善推進員の他、食文化の継承を目的として活動している者、食育としての農業体験を推進する農業関係者等、様々な食育の取組が展開されている。

こうした様々な立場の者が、一般の人々を対象に食生活の改善についての講習会や料理教室、農業体験教室等を実施する中で、「食事バランスガイド」と結びついた情報の提供や、資料の配布等、幅広い層への普及に向けた活動に取り組んでもらうことが重要である。「食事バランスガイド」は、参考資料で示しているとおり、コマの中に入る料理を差し替えることが可能である。例えば、各地域で作られた食材を使った郷土料理や伝統料理等を組み合わせて、地域の食文化の特徴を捉えた「食事バランスガイド」を使用することも可能である。このように地域色豊かな「食事バランスガイド」を用いて実践活動を行うことは、食文化の継承にもつながることが期待される。

このため、こうした者が「食事バランスガイド」の内容を理解し活用しやすいように、行政レベルでの講習会の開催、関係者の学習の場への情報提供等を積極的に推進する必要がある。

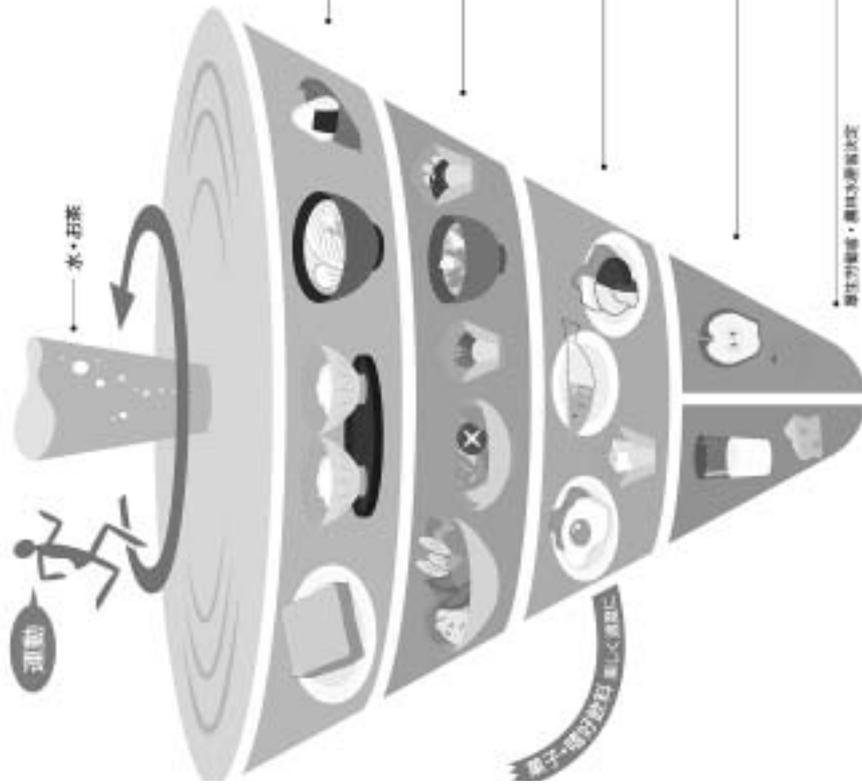
また、消費者団体においては、消費者としての自主的学習活動、調査活動、消費者相談の実施、消費者への情報提供等の活動が日常的に取り組まれている。

このような活動の中で、「食事バランスガイド」のイラスト及びその活用方法について一般消費者に周知していくため、関連する団体主催の講座、勉強会、団体構成員への伝達、パンフレットの配布等様々な機会を通じ普及に努め、一人でも多くの消費者が関心を持ち、活用できるようにしていく必要がある。

なお、今後、食育基本法に基づく食育推進基本計画が策定されることとなっており、この中で各分野における「食事バランスガイド」の普及活用についての位置付けがなされ、より一層の総合的かつ計画的な推進がなされることになるであろう。

食事バランスガイド

あなたの食事は大丈夫？



1 日分

料 理 例

5-7 主食 (ごはん、パン、麺)
 280g ごはん(中盛り)またはから4杯程度

5-6 副菜 (野菜、きのこ、海藻類)
 200g 野菜料理5品程度

3-5 主菜 (肉・魚・卵、大豆製品)
 280g 肉・魚・大豆料理から3品程度

2 牛乳・乳製品
 280g 牛乳または1本程度

2 果物
 280g みかんまたはら2個程度

1コ分 =	ごはん(中盛り)1杯	ごはん(小盛り)1杯	パン(食パン)1枚	うどん(中盛り)1杯	うどん(小盛り)1杯	そば(中盛り)1杯	そば(小盛り)1杯	ラーメン(中盛り)1杯	ラーメン(小盛り)1杯
15コ分 =	ごはん(中盛り)1杯	ごはん(小盛り)1杯	パン(食パン)1枚	うどん(中盛り)1杯	うどん(小盛り)1杯	そば(中盛り)1杯	そば(小盛り)1杯	ラーメン(中盛り)1杯	ラーメン(小盛り)1杯
1コ分 =	野菜料理(野菜、きのこ、海藻類)1品								
1コ分 =	肉・魚・大豆料理(肉・魚・卵、大豆製品)1品								
1コ分 =	牛乳(100ml)								
1コ分 =	みかん(1個)								

※S&Tはサービング(食事の標準量の単位)の略

参考：
 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou-syokuji.html>
 「食事バランスガイド」専用ホームページ <http://j-balanceguide.com/>

国保ヘルスアップモデル事業評価検討会委員

座長	伊藤 雅治	全国社会保険協会連合会理事長
	大井田 隆	日本大学医学部公衆衛生学教室教授
	岡山 明	国立循環器病センター循環器病予防検診部長
	川口 毅	昭和大学医学部公衆衛生学教授
	川久保 清	共立女子大学家政学部食物栄養学科公衆栄養学研究室教授
	小西 文子	滋賀県南部振興局地域健康福祉部(草津保健所)健康福祉推進課主幹
	櫻井 正人	国民健康保険中央会常務理事
	松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授
	宮崎 美砂子	千葉大学看護学部看護学科教授
	村山 正博	横浜市スポーツ医科学センター所長
	安村 誠司	福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授
	吉池 信男	独立行政法人国立健康栄養研究所研究企画評価主幹
	吉田 勝美	聖マリアンナ医科大学予防医学教室教授
		(五十音順、敬称略)
	三浦 公嗣	厚生労働省老健局老人保健課長
	野村 陽子	厚生労働省健康局総務課保健指導室長
	唐澤 剛	厚生労働省保険局国民健康保険課長

国保ヘルスアップモデル事業評価検討会 ワーキンググループ委員

	磯 博康	大阪大学大学院医学系研究科予防環境医学専攻社会環境医学講座公衆衛生学教授
	大井田 隆	日本大学医学部公衆衛生学教室教授
◎	岡山 明	国立循環器病センター循環器病予防検診部長
	川久保 清	共立女子大学家政学部食物栄養学科公衆栄養学研究室教授
	小西 文子	滋賀県南部振興局地域健康福祉部(草津保健所)健康福祉推進課主幹
	庄野菜穂子	ライフスタイル医科学研究所所長
	田中 一哉	国民健康保険中央会審議役
	津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター健康開発監
	古井 祐司	東大病院22世紀医療センター健診情報学講座教官
	宮崎美砂子	千葉大学看護学部看護学科教授
	武藤 孝司	獨協医科大学公衆衛生学講座教授
	安村 誠司	福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授
	由田 克士	独立行政法人国立健康栄養研究所健康栄養調査部室長
		(五十音順、敬称略)

◎はワーキンググループのグループリーダー

参考文献

- ・生活習慣病予防研究会編『生活習慣病のしおり2004』
- ・健康・体力づくり事業財団『健康日本21実践の手引き』
- ・日本公衆衛生協会『老人保健事業における糖尿病及び循環器疾患の指導区分に関する検討』
- ・Nakamura T, et al.: Magnitude of sustained multiple risk factors for ischemic heart disease in Japanese employees-a case control study-. Jpn Circ J, 65 : 11-17, 2001
- ・日本体育協会・スポーツ医・科学専門委員会『No.11 中高年者の運動プログラムに関する総合的研究—第2報— (平成15年度日本体育協会スポーツ医・科学研究報告)』
- ・厚生労働省健康局『保健指導マニュアル作成検討会報告 (身体活動・運動)』平成14年3月
- ・佐々木敏他編『EBN入門 生活習慣病を理解するために』
- ・日本運動療法推進機構『運動療法指導ガイドラインワーキンググループ報告書』
- ・武藤孝司『保健医療プログラムの経済的評価—費用効果分析, 費用効用分析, 費用便益分析—』

発行

国民健康保険中央会

〒100-0014

東京都千代田区永田町1-11-35 全国町村会館内

TEL 03-3581-6821（代表）

（平成17年度国民健康保険団体連合会等補助金により作成）