

1 公衆栄養の概念

A 公衆栄養の概念

a 公衆栄養の意義と目的

公衆栄養（学）とは、個人または集団の健康の維持・増進と疾病の予防を目的に、人の健康と食をめぐる問題を**地域（社会）の組織的活動**により解決し、人々の健康を増進する実践的領域（実践科学）である。すなわち、地域社会において人間栄養学を基礎に、実践・栄養活動に必要な理論と方法を研究する学問である。それを社会に実践反映させるには、健康・栄養施策や公衆施策、公衆栄養活動を計画し、実施、評価する視点が必要である。

個人は、社会的存在、つまり社会の構成員であり、その健康状態、栄養状態は個人の**生活習慣や遺伝要因**だけでなく、自然、社会、経済、教育、文化などの**社会環境要因**の影響を受ける。そのため、個々人の生活環境、生活条件に沿った地域・職域などにおける公衆栄養学的なアプローチが大切となる。したがって、健康・栄養問題を取り巻く情報の収集、分析、評価や、適切な栄養関連情報サービスを提供するプログラムの総合的な**マネジメント能力**などが必要となり、以下に述べるような視点および方向性が求められる。

b 生態系と食料・栄養^{1,2}

人間の社会生活と自然環境は切り離せないものであり、私たちは食料や栄養といった面でもそれらの影響を大きく受ける。図1-1に示したように、大気、水、土壌、太陽（光）および生態系は、相互に影響を及ぼし合い、循環しつつ微妙な均衡を保っている。

大量生産・大量消費・大量廃棄といった現在の社会経済システムは、資源やエネルギーの採取と廃棄物の排出などによって、自然環境に負荷をかけ続けていることから、環境問題に配慮した社会システムのあり方や公衆栄養活動の見直しが図られている。例えば、適切な食事や食料の調理のあり方など、無駄や廃棄を少なくすることによって環境問題の改善につながる。

◀1 平28-143

◀2 平26-151

c 保健・医療・福祉・介護システムと公衆栄養¹

公衆栄養学では、人間の健康と栄養・食をめぐるさまざまな問題を、個人レベルで把握するだけでなく、職域や地域、国レベルで解決する視点に立ち、**人間集団**を対象として、社会的要因、経済的要因、心理的要因、行動科学的要因など、広い視野から捉えなければならない。このため、公衆栄養においては、集団を取り巻く保健・医療・福祉・介護システムとの連携は不可欠である。

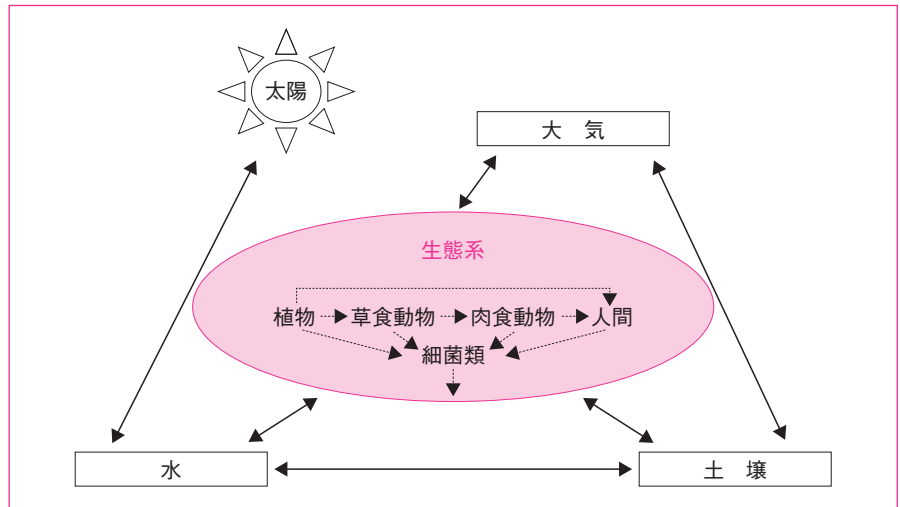


図1-1 自然環境における循環

例えば、地域での栄養相談や指導を行う際には、市町村の各関係機関・団体（学校や病院、医師会、ボランティア組織、民間組織など）と調整を図り、ニーズに沿ったサービスを的確に提供する必要がある。

「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成6年12月厚生省告示第374号／最終改正：平成27年3月厚生労働省告示185号）では、保健・医療・福祉・介護の**連携・協働**のもと、生活者個人の視点（消費者ニーズ）に対応した最適なサービスを総合的に提供することを求めている。そのために本指針では、行政の相互機能の充実、**地域特性を活かした包括的な保健・医療・福祉・介護システムの構築**、健康づくりや介護の予防対策、自立支援対策の充実、快適な生活環境の整備、健康危機管理体制の確保、科学的根拠に基づいた地域保健の推進などを、地域保健対策の総合的な推進に必要なものとしてあげている。

また、厚生労働省においては、平成37（2025）年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的とした地域の包括的な支援・サービス提供体制（**地域包括ケアシステム**）の構築を推進している。

◀平28-143
平27-151
平26-167

d コミュニティと公衆栄養活動¹

コミュニティとは、ある特定の目的（または関心）をもち、何らかの共通性を備えた人々の集まり、共同体である。広義には、インターネット上で共通の関心をもち、メッセージのやり取りを行う集団、すなわち、特定の地理的な地域を共有していない人々も含まれる。しかし、ここでは表1-1に示すように、地域社会において何らかの、①関心や機能を共有する集団、②地理的空間や生態系を共有する集団、あるいは両方を兼ね備えた、いわば居住地域を同じくし、何らかの共通性をもつ人々の集まりをいう。

地域にはさまざまなコミュニティ（集団、組織、グループ、市町村など）が存在

表1-1 コミュニティの種類

コミュニティの種類	具体例
一定の区域に居住する人々	都道府県, 市町村, 小・中学校区, 保健所管内, 医療圏など
同じライフステージにある人々	乳幼児, 児童生徒, 成人, 高齢者など
同じ健康問題を抱える人々	要介護状態の高齢者, 低栄養の高齢者, メタボリックシンドロームの成人, 発達障害が疑われる乳幼児など
同じ疾患をもつ人々	糖尿病患者, 高血圧患者, 肥満者, がん患者など
価値体系を共有する人々	同じ文化や宗教, ボランティア組織, 自主グループ, NPOなど
日常の生活基盤を共有する人々	町内会, 商工会, 組合, PTA, 医師会など関係団体, 営業所など

する。保健事業を推進するに当たって、コミュニティを保健事業の対象とするだけでなく、有用な社会資源として育成・活用し、ネットワークの構築や連携活動を推進するなど、**ソーシャルキャピタル**（p.126, Column 参照）の活用が重要である。地域社会において効率的・効果的な保健事業を推進するには、これら**コミュニティとの連携・協働**は欠かせない。このため、公衆栄養活動では、住民の多様なニーズに的確に対応した保健事業を、コミュニティに目を向けて実施することが重要である。

地域社会をよりよい社会にするために、地域の保健事業計画（あるいは**食育推進計画**など）を作成する段階から地域住民の**自主的・主体的な社会参加**を促し、特に共通の課題・目標を有するこれらコミュニティの社会参加、協力を得た組織的な活動は大変重要である。このことがいわば、**コミュニティオーガニゼーション**（地域社会の組織的活動）である。

管理栄養士・栄養士、特に行政栄養士は、地域社会の保健・医療・福祉・介護のそれぞれの場において、**栄養マネジメント**（栄養アセスメント→栄養サービスの計画→実施→モニタリング→評価→フィードバック：**PDCA サイクル**）を心掛けながら、これらコミュニティとの連携・協働を図った公衆栄養活動を推進することが重要である。そのためには少なくとも、行政栄養士は**コーディネーター**としての能力を備え、その役割を果たさなければならない。

B 公衆栄養活動

公衆栄養活動の基本について、表1-2に示した。

a 公衆栄養活動の歴史

わが国の公衆栄養活動の歴史を表1-3にまとめた。

なお、公衆栄養行政は厚生労働省を中心に行われており、所掌事務局として健康局、雇用均等・児童家庭局、老健局が置かれ、公衆栄養にかかわる事務をつかさどっている。

表1-2 公衆栄養活動を進めるにあたっての基本

1. 基本は集団対象の活動であり、ヘルスプロモーションの考えに沿った健康づくり事業の推進	9. コミュニティオーガニゼーション（地域社会の組織的活動）を重視した事業の推進
2. 自己管理能力（エンパワメント）の習得と活用が重要（行動変容）	10. 計画策定の段階からの住民や組織の参画と、実践活動と評価の実施
3. 疾病予防の3段階（一次予防から三次予防）捉えた活動の推進	11. 重点施策を進めるための具体的な目標設定
4. ハイリスクアプローチ（二次予防）とポピュレーションアプローチ（一次予防）相互の事業展開	12. 予算、人的・物的資源、時間、ニーズ、他分野調整等政策・運営アセスメントを踏まえた計画策定
5. PDCA マネジメントサイクルに基づく事業展開と評価のフィードバック	13. 実施可能性（実効性）、必要性、優先性、緊急性、波及効果等を考慮した計画策定
6. 事業途中におけるモニタリングの実施による評価と実施計画の改善	14. 科学的根拠を踏まえた実践活動と適切な行動変容アプローチ
7. 住民や組織（ボランティア等）の自主的・主体的活動（参画型）による事業の推進	15. 事業の効率的な推進のための支援的環境（健康支援体制）の整備
8. 共通目的をもった職域や地域社会の連携・協働による実践活動	16. パブリックコメントやタウンミーティングを活用したニーズの施策反映
	17. 生態系保全（食料生産・消費・廃棄等）を考慮した事業の推進

◀平28-143, 平28-160, 平26-167, 平26-151, 平27-151, 平24-151

表1-3 日本の公衆栄養活動の歴史

時代の特徴	年代	できごと	
戦前	脚気対策	江戸時代	白米食が習慣化した裕福層の間で、脚気が「江戸患い」として流行
		明治 17 (1884) 年	海軍軍医総監 高木兼寛 海兵の食事を白米食からパン食に変更 →脚気患者が急速に減少
		明治 41 (1908) 年	森林太郎 を会長とする「臨時脚気病調査会」の編成 →食事を白米から麦混合食に切り替えることで、脚気の改善につながることを実証
	栄養士の誕生	明治 43 (1910) 年	鈴木梅太郎 オリザニン（ビタミンB ₁ ）を発見 →脚気対策に大きく貢献
		明治 44 (1911) 年	佐伯矩 アメリカから帰国。栄養学の重要性を説き、研究と栄養思想を普及 →私設栄養研究所（大正3年）、栄養学校（大正13年）を開設。栄養士養成の始まり
		大正 9 (1920) 年	国立栄養研究所設立（初代所長 佐伯矩）
		昭和 4 (1929) 年	内務省で「国民栄養改善に関する件」が取り上げられる →以後、栄養士の各地方庁への配置が進む
栄養行政の始まり	昭和 11 (1936) 年	冷害対策などを目的に、 東北6県の衛生課に栄養士が配置 される	
	昭和 12 (1937) 年	保健所法（旧）制定 →保健所栄養士の誕生（栄養改善の指導を行うべきことが定められる）	
	昭和 13 (1938) 年	厚生省発足。栄養行政が内務省から厚生省に移管	
戦時下	食糧統制の時代	昭和 14 (1939) 年	食糧統制開始 →戦時下、食料不足により国民の栄養状態が低下
		昭和 17 (1942) 年	食糧管理法制定
		昭和 20 (1945) 年	栄養士規則 ・私立栄養士養成所指定規則制定 →栄養士の身分・業務が規定される。
戦後	戦後の食料不足から安定期へ	昭和 20 (1945) 年	連合国軍総司令部（GHQ）の司令により 東京都内の栄養調査 が行われる →以後、国民栄養調査として継続
		昭和 22 (1947) 年	保健所法（新）制定 →保健所に栄養士が配置される 栄養士法制定 →栄養士の定義、業務などの法制化（1年生制度） 食品衛生法制定
		昭和 23 (1948) 年	医療法制定 →100床以上の病院で栄養士配置規定（1人） 乳児院、虚弱児施設、事業所附属寄宿舎についても各関係法で栄養士配置が規定
		昭和 24 (1949) 年	栄養士試験制度発足（→平成元年まで実施される）
		昭和 25 (1950) 年	栄養士の修業年限が2年以上となる（栄養士法一部改正）

時代の 特徴	年 代	で き ご と
戦 後	昭和 27 (1952) 年	栄養改善法制定 (平成 15 年の健康増進法施行により廃止) →栄養改善活動が法的に規定される (国民栄養調査の実施, 栄養相談所の設置, 集団給食施設の指導, 特殊栄養食品制度の創設等)
	昭和 29 (1954) 年	学校給食法制定 →昭和 31 年には小中学校の全児童を対象に給食が実施される
	昭和 30 (1955) 年	栄養指導車 (キッチンカー) の登場 →保健所から離れた地域にも巡回し, 栄養指導などを実施。栄養知識の普及, 栄養改善に貢献
	昭和 33 (1958) 年	ボランティアによる食生活改善地区組織の育成の推進 「6つの基礎食品」についての普及・通達
	昭和 34 (1959) 年	厚生省「日本人の栄養所要量」策定
経済成長期	昭和 37 (1962) 年	管理栄養士制度の制定 (栄養士法一部改正) 集団給食施設の管理栄養士配置が努力規定とされる (栄養改善法一部改正)
	昭和 39 (1964) 年	東京オリンピックをきっかけに国民の健康体力増強の機運が政府・民間で高まる
	昭和 40 (1965) 年	厚生省栄養課の業務に健康増進事業が取り上げられる →経済の高度成長に伴い, 肥満や成人病 (現生活習慣病) が増加
	昭和 45 (1970) 年	母子保健法制定 保健栄養学校が全国の保健所で開催される
	昭和 47 (1972) 年	国の予算補助による健康増進センター設置が始まる
	昭和 48 (1973) 年	特殊栄養食品の特別用途食品に病者用を追加
	昭和 53 (1978) 年	第1次国民健康づくり対策 →国民の総合的な健康づくりを目指す
	昭和 57 (1982) 年	老人保健法制定
	昭和 58 (1983) 年	食生活改善推進員教育事業創設, 婦人の健康づくり事業の創設
	昭和 60 (1985) 年	管理栄養士国家試験制度の開始 (栄養士法一部改正) →専門職としての資質の向上が図られる 都道府県知事が指定する集団給食施設の管理栄養士配置が必置義務となる (栄養改善法一部改正)
	昭和 61 (1986) 年	厚生省「健康づくりのための食生活指針 (旧)」策定 (生活習慣病対策) 厚生省「日本人の肥満とやせの判定表・図」策定 加工食品の栄養成分表示に関する報告
	昭和 63 (1988) 年	「アクティブ 80 ヘルスプラン」 (第2次国民健康づくり対策) の開始 (運動習慣の普及を重点に置いた施策)
	平成 元 (1989) 年	厚生省「健康づくりのための 運動所要量 」策定 高齢者健康福祉推進 10 年戦略「ゴールドプラン」策定
平成 2 (1990) 年	厚生省「対象特性別の食生活指針」策定 「外食料理の栄養成分表示ガイドライン」策定 →栄養成分表示の推進が図られる	
平成 3 (1991) 年	特殊栄養食品の特別用途食品に特定保健用食品を追加	
現 在	平成 4 (1992) 年	第3次老人保健計画開始 →栄養士は, 健康教育, 健康相談, 健診後の栄養指導, 寝たきり者などへの訪問栄養指導の推進を図ることとされた
	平成 5 (1993) 年	厚生省「健康づくりのための 運動指針 」策定
	平成 6 (1994) 年	厚生省「健康づくりのための 休養指針 」策定 保健所法を地域保健法に改正 →保健所業務と市町村業務の責務が明確となる 「エンゼルプラン」 →子育て支援のための基本指針
	平成 7 (1995) 年	栄養改善法の一部改正による 栄養表示基準制度 の創設 (平成 8 年 5 月施行)
	平成 8 (1996) 年	生活習慣病に着目した疾病対策の基本的方向性について → 成人病から生活習慣病へ 特殊栄養食品制度を 特別用途食品制度 に改正
	平成 9 (1997) 年	厚生省「健康づくりのための年齢・対象別 身体活動指針 」策定
	平成 11 (1999) 年	厚生省「第六次改定日本人の栄養所要量～食事摂取基準～」策定 → 食事摂取基準 の導入 「新エンゼルプラン」策定 (平成 12 年度より施行) →少子化対策の実施計画

時代の 特徴	年 代	で き ご と
現 在	平成 12 (2000) 年	厚生省「 21 世紀における国民健康づくり運動 (健康日本 21) 」 ^{◀1} 策定 管理栄養士が厚生労働大臣の免許制となる (栄養士法一部改正) →背景に生活習慣病の増加。専門知識や適切な栄養指導などが求められる 「 食生活指針 (新) 」文部省・厚生省・農林水産省の3省が合同策定 厚生省「 健やか親子 21 」策定 介護保険制度施行
	平成 13 (2001) 年	「 保健機能食品制度 」制定 (特定保健用食品と栄養機能食品)
	平成 14 (2002) 年	健康増進法 制定 (栄養改善法廃止) ^{◀1}
	平成 15 (2003) 年	国民栄養調査から「国民健康・栄養調査」へ改称 (調査内容を拡充) 食品安全基本法制定 「健康づくりのための睡眠指針」策定
	平成 16 (2004) 年	厚生労働省「日本人の食事摂取基準 (2005 年版)」策定 →栄養所要量から食事摂取基準へ 学校教育法および教育職員法による 栄養教諭制度創設 (平成 17 年度より実施)
	平成 17 (2005) 年	厚生労働省・農林水産省「 食事バランスガイド 」策定 ^{◀1} 内閣府「 食育基本法 」制定 厚生労働省「健康フロンティア戦略」実施 (生活習慣病予防対策と介護予防対策の重視)
	平成 18 (2006) 年	厚生労働省「妊産婦のための食生活指針」策定 内閣府「食育推進基本計画」策定 厚生労働省「健康づくりのための運動基準 2006～身体活動・運動・体力～」策定 厚生労働省「健康づくりのための運動指針 2006～生活習慣病予防のために～ (エクササイズガイド 2006)」策定 高齢者の医療の確保に関する法律の制定 (老人保健法の改正) 介護保険法に基づく地域支援事業の開始
	平成 19 (2007) 年	厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム (確定版)」策定 厚生労働省「新健康フロンティア戦略」策定
	平成 20 (2008) 年	特定健診・特定保健指導の開始 ^{◀1} (高齢者の医療の確保に関する法律による)
	平成 21 (2009) 年	消費者庁の設置 厚生労働省「日本人の食事摂取基準 (2010 年版)」策定
	平成 23 (2011) 年	内閣府「 第 2 次食育推進基本計画 」策定 健康日本 21 の数値目標に対する最終報告の発表
	平成 24 (2012) 年	健康増進基本方針の全面改正
	平成 25 (2013) 年	厚生労働省「 健康日本 21 (第二次) 」策定 厚生労働省「健康づくりのための 身体活動基準 2013 」および「健康づくりのための身 体活動指針 (アクティブガイド)」策定
	平成 26 (2014) 年	厚生労働省「日本人の食事摂取基準 (2015 年版)」策定 医療介護総合確保推進法の制定 (地域包括ケアシステムの推進)
	平成 27 (2015) 年	食品表示法の創設 厚生労働省「健やか親子 21 (第 2 次)」策定
	平成 28 (2016) 年	農林水産省「 第 3 次食育推進計画 」策定 文部科学省, 厚生労働省, 農林水産省より「 食生活指針 (新) (平成 12 年策定) 」の改 定発表

◀1 平25-151

◀2 平28-143
平26-151

b 生態系保全のための公衆栄養活動^{◀2}

1-A-bでも述べたように、私たちの社会生活は、自然環境や生態系の影響を大きく受け、同時に生態系に影響を及ぼしている。開発途上国における著しい人口増加や、環境破壊、都市化などの問題は、生態系の微妙な均衡を崩す要因となり、食料の不足や不平等な配分 (開発途上国と先進国の格差) などの食料・栄養問題を引

き起こしている。地球の生態系保全のために、大気、水、土壌といった自然環境の保全が重要となる。

また、わが国では、**食料自給率**が39%（平成27年度食料自給率カロリーベース、概算値）である一方、**食品のロス率**も3.7%（p.35, 平成26年度食品ロス統計調査：世帯調査）であり、**食生活指針**（p.70, 3-E-a 参照）にも、食料資源や環境問題に配慮した項目が示されている。

c 地域づくりのための公衆栄養活動

地域住民への公衆栄養活動は、保健所・市町村保健センターを中心に進められている（p.52 参照）。平成6（1994）年に、保健所法を地域保健法に改正、栄養改善法（現健康増進法）の一部改正が行われ、平成9（1997）年からは両者の役割が明確化された。

なお、**表1-4**は平成25（2013）年の厚生労働省通知「地域における行政栄養士による健康づくり及び栄養・食生活の改善の基本指針について」を参考にまとめたものである（p.187, **参考資料9** 参照）。

●**保健所** 行政機関として、地域保健に関する専門的・技術的指導、給食施設への指導を行う。

●**市町村保健センター** 市町村レベルでの健康づくりを推進するための“場”として、地域住民のニーズに沿った栄養相談・指導サービスの提供を行う。

地域住民への公衆栄養活動は、地域住民のニーズに沿って展開し、地域の保健、福祉、健康水準の向上を図ることが必要であるが、さらに近年は、地域の健康づくり計画などを策定する段階から住民が参画し、主体的に活動することで、住民の**エンパワーメント（自己管理能力**, p.11, B-e 参照）を高め、その輪を広げつつ活動を展開する方法もとられている。

また、平成17（2005）年6月には、**食育基本法**（p.170, **参考資料3** 参照）が制定された。食育推進活動が地域住民（保護者、教育関係者、農林漁業者、食品関連事業者、国民）の主体的な参加と協力により全国的に展開されなければならないとされ、今後の公衆栄養活動の核として位置付けられた。さらに、平成18（2006）年3月には、**食育推進基本計画**も策定され、平成18年度から22年度までの5年間、国民運動として食育に取り組み、国民が生涯にわたり健全な心身を培い、豊かな人間性を育むことができる社会の実現を目指すこととなった。なお、平成23年度から27年度までの5年間は、第2次食育推進基本計画をもとに事業が展開されたが、平成28年度から5年間は第3次食育基本推進計画をもとに事業が推進されている（p.82, 3-F-c 参照）。

d ヘルスプロモーションのための公衆栄養活動

生活習慣病の一次予防と**健康寿命**の延伸を目的とした「健康日本21」〔平成12（2000）年〕の基本は、ヘルスプロモーションの考え方に沿った国民健康づくり運

◀平28-143
平26-151

健康寿命

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