サポート情報

「健康・栄養科学シリーズ 栄養教育論（改訂第５版）」（第１刷～第２刷）
本書の一部内容につきまして，誤りがございました．謹んでお詫びし訂正いたします．また，「健康日本 21（第三次）」（2023 年６月），「標準的な健康診査・健康保健指導プログラム令和６年版」（2023 年３月）が公表されたことに伴い，以下の通り補足・訂正いたします．

○正誤表

頁	行，箇所	訂正前	訂正後
214 頁	表 9-E-1,「20～30 歳代」の↑3 行目	健康日本２（第二次）	健康日本 21（第二次）

○関連記述の更新補足：健康日本 21（第三次）（2023 年６月公表，2024 年度より開始）および標準的な健康診査・健康保健指導プログラム令和６年版（2023 年３月公表）

頁	行	５版２刷での記述	更新補足内容
2 頁	図 1-1		A に差し替え

A

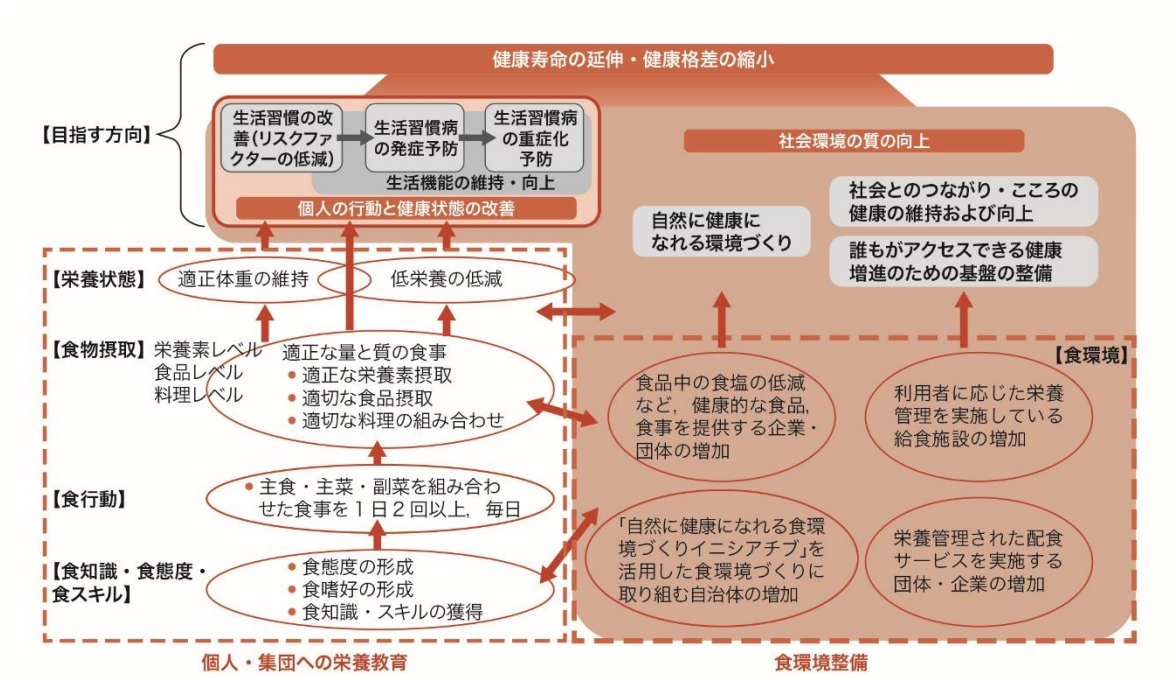

図 1-1 栄養教育と食環境整備の関係
［厚生労働省：健康日本 21（第三次）推進のための説明資料（令和５年５月），p15 を参考に筆者作成］

頁	行	5版2刷での記述	更新補足内容
13頁	コラム4行目	健康日本21（第二次）や	健康日本21や
13頁	コラム内の表　1～2行目	国や自治体の政策として…［健康日本21（第二次）］	国や自治体が，政策目標の1つとして「食塩摂取量の減少」を明確に示し，そのための方策（たとえば，国の「自然に健康になれる食環境戦略イニシアチブ」など）を実施する
212頁	6～9行目	2015（平成27）年には…が未婚となっている．	2022（令和2）年には，30 ～34 歳では，男性はおよそ2 人に1 人（43.7%），女性はおよそ3人に1 人（33.6%）が未婚であり，35 ～39 歳では，男性はおよそ3 人に1 人（32.4%），女性はおよそ4 ～5人に1 人（22.8%）が未婚となっている．
212頁	19～24行目	勤労世代（20 ～64歳）の相対的貧困率（2015 年）…それに次いで高い水準にある．	勤労世代（20 ～64 歳）の相対的貧困率（2018 年）は，世帯構成別では単身の男性で19.8%，女性24.5%である．これは夫婦のみ世帯（男性8.0%，女性8.9%），夫婦と未婚子の世帯（男性9.8%，女性8.9%）の相対的貧困率と比べると，男性で2 倍，女性で3 倍高い水準にある．なお，他の世帯類型と比べると，最も貧困率が高いのは「ひとり親と未婚子のみの世帯」（男性23.2%，女性25.2%）であるが，単身世帯は男女ともにそれに次いで高い水準にある．
214頁	↑3～6行目	その後，2002（平成14）年に…がスタートした．	健康日本 21 の開始以来，2003（平成 15）年の健康増進法施行など，健康づくり分野においてはこの 20 年間において基本的な法制度・枠組みの構築が進み，各種取り組みの成果により，健康寿命は着実に延伸してきた．一方で，特に一次予防に関連する指標の悪化や，PDCAサイクルの推進が不十分であるなど，いくつかの課題も指摘されている．そこで，2024（令和6）年からスタートする「健康日本21（第三次）」では，「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」のため，①誰一人取り残さない健康づくりを展開する（inclusion），②より実効性をもつ取り組みを推進する（implementation）ことがビジョンとされた．
214頁	↑2行目～215頁8行目	「健康日本21（第二次）」では…基本的要素である．	「**健康日本21（第三次）**」では，基本的な方向を①健康寿命の延伸・健康格差の縮小，②個人の行動と健康状態の改善，③社会環境の質の向上，④**ライフコースアプローチ***を踏まえた健康づくりの4つとしている．個人の健康増進を推進するにあたっては，栄養・食生活などの生活習慣の改善に加え，生活習慣病の発症予防・重症化予防に関する取り組みを実施する．なお，健康日本21（第三次）の計画期間は，関連する計画［医療計画，医療費適正化計画，介護保険事業（支援）計画等］と計画期間を合わせること，各種取り組みの健康増進への効果を短期間で測ることは難しく，評価を行うには一定の期間を要すること等を踏まえ，2024（令和6）年度から2035（令和 17）年度までの 12 年間としている．
215頁	脇組	＊NCD　WHOによって…慢性呼吸器疾患など．	**＊ライフコースアプローチ**　健康日本21（第三次）では，「胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり」と定義されている．
215頁	20行目	「健康日本21（第二次）」では	「健康日本21（第二次，第三次）」では
218頁	2～10行目	この制度は5 年ごとに…と比べると乖離がある．	この制度は6年ごとに見直しが行われ，2024（令和6）年4 月から第四期が展開される．生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れを図9-E-2 に示す．また保健指導対象者の階層化の具体的な方法を図9-E-3 に示す．2008 年度時点の受診者2,000 万人と比較して毎年100 万人程度増加しており，制度は定着してきている．しかし，2021 年度の特定健診・特定保健指導の実施状況は，特定健診56.5%，特定保健指導24.6%で，ともに前年度の実績を上回ったが，第三期（2023 年度まで）の目標値として設定さ

			れている実施率（特定健診 70%，特定保健指導 45%）と比べると乖離がある．また，メタボリックシンドロームの該当者および予備群減少率（対 2008 年度比）は 13.8%で改善傾向にあるが，目標の 25%には至っていない．そこで，第四期においても，特定健診・特定保健指導の実施率，ならびにメタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少率の目標は同率で設定された．
219 頁	図 9-E-2		B（次頁）に差し替え
220 頁	図 9-E-3		C（次々頁）に差し替え
220 頁	表 9-E-3		D（次々頁）に差し替え
225 頁	8 行目の下に挿入		※事例Ⅰ，Ⅱは，標準的な健診・保健指導プログラム（平成 30 年度版）に準じている．
231 頁	脇組(＊健康寿命)4 行目	「健康日本 21（第二次）」では，	「健康日本 21（第三次）」では，
255 頁	13～26 行目［成人期］の参考図書		1) 国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所 国立健康･栄養研究所：健康日本 21（第二次）現状値の年次推移（https://www.nibiohn.go.jp/eiken/kenkounippon21/kenkounippon21/genjouchi.html）（最終アクセス 2020 年 11 月 25 日） 2) 「厚生労働省：健康日本 21（第三次）推進のための説明資料，その 1（https://www.mhlw.go.jp/content/001158870.pdf），その 2（https://www.mhlw.go.jp/content/001158871.pdf）（最終アクセス 2023 年 12 月 5 日） 3) 厚生労働省：国民健康・栄養調査（https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html）（最終アクセス 2020 年 11 月 25 日） 4) 門脇　孝，津下一代（編）：第三期特定健診・特定保健指導ガイド，南山堂，2018 5) 厚生労働省：標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html）（最終アクセス 2023 年 12 月 5 日） 6) 経済産業省：健康経営銘柄（https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenko_meigara.html）（最終アクセス 2020 年 11 月 25 日） 7) 「健康な食事・食環境」コンソーシアム事務局「健康な食事・食環境」認証制度（http://smartmeal.jp/）（最終アクセス 2020 年 11 月 25 日）

B

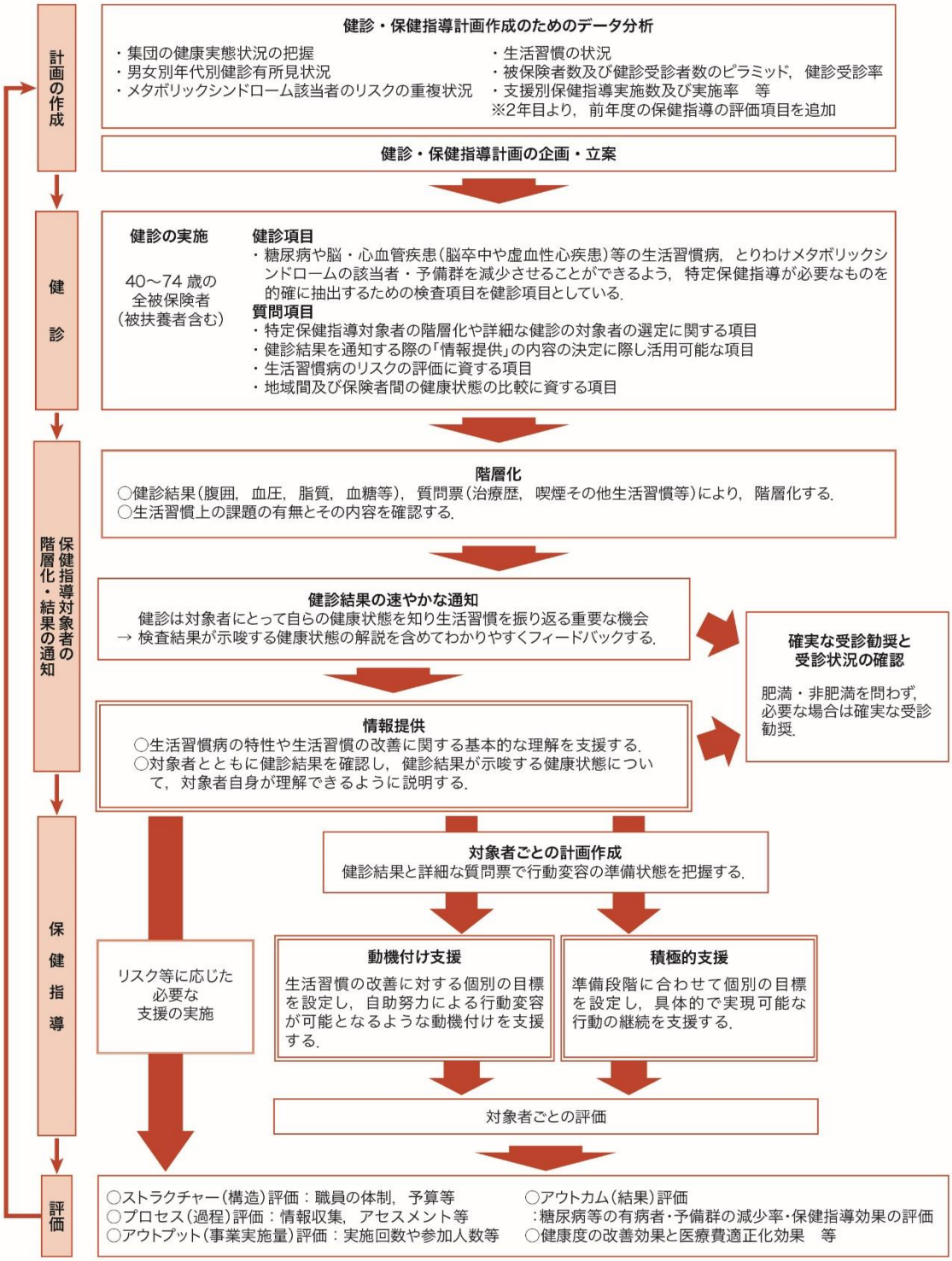

図 9-E-2　生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ

［厚生労働省：標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版），2023 より引用］

C

ステップ1（内臓脂肪蓄積のリスク判定）

- 腹囲と BMI で内臓脂肪蓄積のリスクを判定する.
  - ・腹囲　男性 85 cm 以上，女性 90 cm 以上→(1)
  - ・腹囲　(1)以外かつ BMI ≧ 25 kg/m^2→(2)

ステップ2（追加リスクの数の判定と特定保健指導の対象者の選定）

- 検査結果及び質問票より追加リスクをカウントする.

① 血圧高値　a 収縮期血圧　130 mmHg 以上 又は
　　b 拡張期血圧　85 mmHg 以上

② 脂質異常　a 空腹時中性脂肪　150 mg/dL 以上 又は
　　（やむを得ない場合は随時中性脂肪 175 mg/dL以上）
　　b HDL コレステロール　40 mg/dL 未満

③ 血糖高値　a 空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100 mg/dL以上 又は
　　b HbA1c(NGSP)　5.6 % 以上

④ 質問票　喫煙歴あり
⑤ 質問票　①, ②又は③の治療に係る薬剤を服用している

- ①～③はメタボリックシンドロームの判定項目, ④はそのほかの関連リスクとし, ④喫煙については①から③までのリスクが1つ以上の場合にのみカウントする.
- ⑤に該当する者は特定保健指導の対象にならない.

ステップ3（保健指導レベルの分類）

ステップ1，2の結果をふまえて，保健指導レベルをグループ分けする．なお，前述のとおり，④喫煙については①から③のリスクが1つ以上の場合にのみカウントする.

(1)の場合
①～④のリスクのうち
追加リスクが2以上の対象者は積極的支援レベル
1の対象者は動機付け支援レベル
0の対象者は情報提供レベルとする.

(2)の場合
①～④のリスクのうち
追加リスクが3以上の対象者は積極的支援レベル
1又は2の対象者は動機付け支援レベル
0の対象者は情報提供レベルとする.

ステップ4（特定保健指導における例外的対応等）

- 65歳以上75歳未満の者については，日常生活動作能力，運動機能等をふまえ，QOL(Quality of Life,)の低下予防に配慮した生活習慣の改善が重要であること等から，「積極的支援」の対象となった場合でも「動機付け支援」とする.
- 降圧薬等を服薬中の者については，継続的に医療機関を受診しているはずなので，生活習慣の改善支援については，医療機関において継続的な医学的管理の一環として行われることが適当である．そのため，保険者による特定保健指導を義務とはしない．しかしながら，きめ細かな生活習慣改善支援や治療中断防止の観点から，医療機関と連携した上で保健指導を行うことも可能である．また，健診結果において，医療管理されている疾病以外の項目が保健指導判定値を超えている場合は，本人を通じて医療機関に情報提供することが望ましい.

図 9-E-3　具体的な階層化の方法

［厚生労働省：標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版），2023 より引用］

D

表 9-E-3　健診・保健指導実施者に求められる能力

(1) 健診結果と生活習慣の関連を説明でき行動変容に結びつけられる能力
(2) 対象者との信頼関係を構築できる能力
(3) 個人の生活と環境を総合的にアセスメントする能力
(4) 安全性を確保した対応を考えることができる能力
(5) 健康行動に関する手法や理論を保健指導に適用する能力
　①カウンセリング的要素を取り入れた支援 / ②認知行動療法の手法，コーチングの手法，ティーチングの手法，健康行動理論等を取り入れた支援 / ③個々の生活習慣の改善のための具体的な技術
(6) 生活習慣に関する専門知識を持ち行動変容を支援できる能力
(7) 学習教材を開発する能力
(8) 必要な社会資源を活用する能力
(9) ICT を活用する能力

［厚生労働省：標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版），2023 より引用］

2024 年 6 月 6 日

株式会社南江堂