学則の変更の趣旨等を記載した書類

ａ．学則変更（収容定員変更）の内容

本学応用生物科学部栄養科学科の入学定員を 80 名から 40 名増やし 120 名とし、収容定員を 328 名から 488 名に変更する。

応用生物科学部全体としては、下表のとおりである。

東京農業大学応用生物科学部の入学定員および収容定員　（単位：人）

変更後（平成 27 年 4 月）				現　行			
	入学定員	編入学定員	収容定員		入学定員	編入学定員	収容定員
バイオサイエンス学科	140 名	10 名	580 名	バイオサイエンス学科	140 名	10 名	580 名
生物応用化学科	140 名	10 名	580 名	生物応用化学科	140 名	10 名	580 名
醸造科学科	140 名	20 名	600 名	醸造科学科	140 名	20 名	600 名
食品安全健康学科	140 名	10 名	580 名	食品安全健康学科	140 名	10 名	580 名
栄養科学科	120 名	4 名	488 名	栄養科学科	80 名	4 名	328 名
計	680 名	54 名	2,828 名	計	640 名	54 名	2,668 名

ｂ．学則変更（収容定員変更）の必要性

本学応用生物科学部には現在バイオサイエンス学科、生物応用化学科、醸造科学科、食品安全健康学科および栄養科学科が設置され、東京農業大学学則第 22 条に記すように、バイオサイエンス学科収容定員 580 名、生物応用化学科収容定員 580 名、醸造科学科収容定員 600 名、食品安全健康学科 580 名および栄養科学科収容定員 328 名の計 2,668 名を収容定員としてきた。

栄養科学科は、昭和 37 年、農学を基盤に栄養士の養成及び栄養学の新分野を開拓するために設置された農学部栄養学科を前身とする。昭和 43 年、管理栄養士養成施設の指定を受け、同学科を栄養士養成の栄養学専攻と管理栄養士専攻の 2 専攻とした。

平成 10 年、本学の改組に伴い、農学部栄養学科から応用生物科学部栄養科学科食品栄養学専攻と管理栄養士専攻に名称変更を行った。平成 14 年、栄養士法の一部改正により、管理栄養士の業務内容が明確化されたことにより、食品栄養学専攻は、食品による健康増進や生活習慣病予防・食品のおいしさや安全性に関するサイエンスを深く身につけた「食の研究者・技術者」として、また、食に関する高度の知識及び技術を有する「食の専門家」として、食品産業界、教育界をはじめ社会の様々な分野で活躍できる人材の養成を行ってきた。また、管理栄養士専攻は、農と食を基盤とし医学との連携のもとに食品摂取によるヒトの健康増進や生活習慣病予防のサイエンスを身につけ、「傷病者の療養のために必要な栄養指導者」として、また「個人の健康の保持増進のために必要な栄養管理者」として、医療施設、厚生施設、教育施設、行政機関等での管理栄養士業務、一般社会での栄養普及

活動、その他多くの仕事に携わる人材の養成を行ってきた。

しかし、近年における生活習慣病の患者数の増加・急速な高齢化への対応や、平成 14 年、栄養士法の一部改正により、管理栄養士の業務内容が明確化されたことなどで、管理栄養士の社会的ニーズが高まり、栄養士の役割、位置づけ等が相対的に低下しつつあり、栄養士及び管理栄養士の出口をとりまく環境とニーズは大きく変化した。資料１

そこで、平成 26 年栄養科学科は、食品栄養学専攻の募集を停止し、管理栄養士専攻の定員数（80 名）を維持し、管理栄養士養成に一本化した。

現代社会では、国内外を問わず健康志向が高まり、望ましい食習慣のあり方が問われる一方、マスコミやインターネット等を通して、日々、健康に良い食品や食生活、生活習慣の改善についての話題が溢れている。これらの多大な情報は、有益な情報もあるが、無益、さらには有害な情報も含まれ、取捨選択が困難な状況にある。このため、いわゆる健康食品に関する科学的な根拠を明らかにする「食の研究者・技術者」や、人々の健康の保持・増進や傷病者に対する療養をサポートし 資料２、正しい情報を発信する「栄養指導者」の存在 資料３ が、より一層強く求められるようになっている。資料４

近年の食産業は、農業を含む生産性の向上や味の追求だけでなく、人体の生理機能を調節する非栄養成分にも高い関心を寄せている。個々の野菜が持つ人体の生理機能を特異的に調整する成分を強化した野菜の育成 資料５、特定保健用食品 資料６、資料７、サプリメントを代表とする健康食品など、開発が進んでいる。さらに傷病者のための食事形態として、特別用途食品における病者用食品、えん下困難者用食品の提供にも力を入れている。資料８、資料９　文部科学省では、学校において食育を推進するため、指導体制の整備が不可欠として、平成 17 年 4 月に栄養教諭制度を開始した。栄養教諭は、各学校における指導体制の要として食育の推進において重要な役割を担っている。食育の中心となっていることは、作物を作って食べることや地産地消の推進に郷土料理を通して実践するなどの取り組みである。農学系総合大学の教育・研究を受けた管理栄養士の資格を持った栄養教諭の活躍が期待できる。

従来から「農と食と医」に強い管理栄養士を養成し、就職実績と卒業生の活躍が評価され、18 歳人口が大きく減少する中、入学試験（平成 26 年度一般入試の合格倍率 13.1 倍）資料 10 および就職(平成 24 年度就職率(進学者を除く卒業者に対する就職者の割合)94%) 資料 11 の状況は堅調である。本学が農学系総合大学であることから、食品関係のコースを開設している高校からの志願者も含み、多方面からの需要がある。また、生活習慣病の患者数の増加や高齢化への対応など、管理栄養士の出口側を取り巻く環境とニーズも大きく変化し、保健医療スタッフ・行政官・教育者 資料 12・研究者などに加えて、さらに「農と食と医」に強い管理栄養士の資格を活かした食産業や栄養教諭への需要が増大している。資料 13、資料 14

本学では、農学の「生産」を中心に「加工、流通、消費」までのフードシステムを含め、食産業全体を支える人材の育成に力を注いでいる。また、食品に含有される栄養成分・非栄養成分が生体に与える影響を理解し、食品の調理、加工、食事の提供などに応用されるまでの理論と技術の修得や、健康の保持・増進と生活習慣病の予防・改善の要となる栄養

学を追究する実践的な理論を科学し、その科学的根拠に基づいた情報発信のできる「高度な専門的知識および技術力を有した健康の保持・増進のための栄養指導者」としての管理栄養士養成が時代ニーズを反映したものであることをさらに強く意識するに至った。

このような状況を踏まえ、栄養科学科の収容定員を上記の通り変更し、社会の要請に応えるものである。

ｃ．学則変更（収容定員変更）に伴う教育課程等の変更内容

収容定員変更による教育課程及び教育内容、履修指導方法の変更は行わない。ただし、専任教員2名を補充し、収容定員増に対応する。

講義科目で使用する施設は、120 名の学生収容に充分対応できるよう、視聴覚設備を整え、教室内のどこからでも、教材提示・板書等が正確に把握できるようになっている。実験・実習科目については、今般の定員増に伴い、現在の 1 クラス 40 名の 2 クラス体制から、1 クラス 30 名の 4 クラス体制とする。これにより従来より教育効果を高めた授業運営が可能となっている。以上のことから、収容定員変更後も、これまでと同等以上の教育環境が担保できる。

・教育課程等

本学科の教育の特色としては、農学系総合大学に設置されている栄養科学科である特徴を農学と捉え、食材の特性、調理、加工、食事設計などの高度な知識や技術を修得させる。さらに、人間の健康増進や生活習慣病予防に関する栄養指導など、農学の知識・技術と医学の知識をあわせ持った管理栄養士を育成することを目指している。

教育システムとしては、

① 学部共通科目に生命倫理、科学と哲学、農と科学の歴史、現代の環境問題等のほか、生物学、化学、語学教育を配し、教養と応用生物科学部としての基礎知識を修得させる。

② 学科の専門基礎科目には、栄養学の基礎となる化学・生物学をベースにした講義や実験を配するとともに、公衆衛生学、健康管理概論、運動生理学、社会福祉論、医療福祉論、カウンセリング論、病理学などを配し、管理栄養士としての基礎的教育を行う。また、農学概論、医学概論を配し、「農学と医学の連携」の礎を築く。

③ 専門教育として、人間栄養学分野には、臨床栄養学、栄養教育学、公衆栄養学、応用栄養学やこれらに関連した実習を配し、人間を対象に、健康の保持・増進と生活習慣病の予防･改善の要となる栄養学を追究し、実践的な理論ならびに技術を修得させる。食品栄養学分野には、食品加工学、食品衛生学、食品機能学、調理学、給食経営管理論、食事設計基礎演習やこれらに関連した実験・実習を配し、食品に含有される栄養成分･非栄養成分の特性や、これらが生体に与える影響を理解し、食品の調理、加工、食事の提供などに応用されるまでの理論と技術を修得させる。また、多様化する学生の志向にも対応するだけでなく、農学と医学の知識を広げるため、管理栄養士科目以外の選択科目として、薬理学、医療フードコーディネート演習、分子栄養学などの科

目を配置する。さらに、病院などの医療施設との連携も積極的に取り入れている。

・教育方法および履修指導方法

各学年にクラス担任を配置し、学生個々の問題、悩み、履修指導をはじめ学習相談等に積極的にかかわり、中途脱落者がでないよう指導・配慮し学生生活の支援体制を確立している。教授科目については、管理栄養士科目を中心に配当し、さらに専門分野である食品学および栄養学は生化学を基礎とし、生物学や化学の科目を理解する必要があることから必修で配当した。農学と医学の知識を広げるため、管理栄養士科目以外の選択科目を配置した。

（1）1 年次には全学および学部共通の教養科目を修得し、学科に配当した基礎科目により基礎力を身に付ける。農学概論で、ほとんどが農業と水産業から供給されている日々の食事の食材を提供する「農業」に焦点をあて、農作物・畜産物の生産に関する概要を理解する。フレッシュマンセミナーでは、大学生活の基本的なルール、農大の建学の精神、学科教育の動機付け、大学での学習の進め方を理解させる授業において、社会で活躍している栄養科学科の卒業生の講話により、管理栄養士免許の有用性を理解してもらい、大学生活について等、将来の進路決定に役立てる。さらに学科内の教授がオムニバスで担当する栄養管理学概論にて、将来的に管理栄養士として社会で活躍する時に必要となる心構えや、そのための大学での学びとその役割について十分な知識と理解をもたせ、管理栄養士という食の専門家として、広く栄養管理業務に携わることができるための素養を身につけ、管理栄養士として社会の第一線で活躍するための興味・理解のイニシエーションを行う。このことにより、全ての学生が管理栄養士国家試験を受験（合格）するよう、教育指導を行う。また、平成 25 年度までは、栄養科学科に栄養士を養成する食品栄養学専攻および管理栄養士を養成する管理栄養士専攻の 2 専攻で構成され、所属教員および研究室体制は 1 学科として運営されていたため、栄養士養成と管理栄養士養成が混在し、管理栄養士としての動機付けが弱い面があった。平成 26 年度より管理栄養士養成に一本化したことにより、単一の指導が行え強く動機付けができることからも、受験率を上げられると考える。

（2）2 年次には専門科目修得に必要な基礎科目とともに管理栄養士必須の科目を配当し、医学概論を配し、「医学と農学」の相互関係を理解させる。

（3）3 年次は、2 年次に引き続き管理栄養士に必要な専門科目を配当し、さらに農学と医学の知識を広げるため、管理栄養士科目以外の選択科目を配置した。栄養科学特論では、1 年次開講のフレッシュマンセミナーに引き続き社会で活躍している栄養科学科卒業生の講話により、管理栄養士に関わる素養を再認識させる。卒業論文作成のための研究室配属を行い、小さいユニットでの研究論文作成の指導を開始する。

（4）4 年次は、臨地実習（一）で、公衆栄養、栄養教育、給食経営管理の実際を臨地にて研修し、管理栄養士として具備すべき知識・技能全般を体得することを目的とし、保健所・市区町村保健センター及び特定給食施設で実際に展開されている業務を研

修する。臨地実習（二）で、病院を中心として特定給食施設と併せて、臨床栄養学および給食の運営や経営管理の実際を研修する。40 名の定員増に対する臨地実習（一）と臨地実習（二）の臨地実習施設は、新たに 2 施設を確保しているので支障ない。総合演習で、管理栄養士養成に関わる専門分野における知識と技術を再認識させる。管理栄養士国家試験の受験の対策講座を開講し、講義および模擬試験を実施する。模擬試験の結果を基に、学習の方向性を明確にし、クラス担任及び研究室の教員が個々の学生を指導する。さらに、研究活動を通して科学的なものの見方・考え方を正しく身につける。それとともに、研究計画の立て方、研究の進め方、研究成果のまとめ方・報告の仕方、科学論文の書き方などについて学習し様々な方面から考える力を養成する。

履修指導方法としては、1、2 年次は履修モデルを参考に、各学生の目標に合った履修を指導する。履修モデルには、企業へ就職を希望する学生、公務員を志望する学生、大学院進学を希望する学生、中学校、高校の理科教諭および栄養教諭を志望する学生のモデルを設け、指導する。4 年次開講の臨地実習（一）に於いて、保健所・市区町村保健センターへの研修は、公務員を希望する学生を優先することをフレッシュマンセミナー等で周知する。3､4 年次には、研究室の教員が個々の学生に履修指導を行う。

・教員組織の変更内容

教育効果を従前以上とするために、教員組織を以下のとおり計画している。

完成年度における専任教員数は、現行比 2 名増の教授 6 名、准教授 4 名、助教 7 名の合計 17 名を計画している。これは大学設置基準（別表１）で定められた専任教員数 10 名の 1.7 倍であり、この他に 5 名の助手を加えることにより、きめ細かい授業運営と学生指導を可能とした教員組織とする計画である。

学則の変更の趣旨等を記載した書類

資 料 目 次

資料１　栄養士法の一部を改正する法律について（厚生省保健医療局長通知）
資料２　健康日本２１（第２次）の推進に関する参考資料（一部抜粋）
（厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会）
資料３　特定給食施設における栄養管理に関する指導及び支援について
（厚生労働省健康局）
資料４　厚生労働省告示第四百三十号
資料５　機能性をもつ農林水産物・食品開発プロジェクト
（農研機構 食品総合研究所 機能性プロ事務局）
資料６　保健機能成分について（消費者庁）
資料７　プレスリリース（公益財団法人 日本健康・栄養食品協会）
資料８　特別用途食品　許可品目一覧（消費者庁）
資料９　ユニバーサルデザインフード生産統計（日本介護食品協会）
資料 10　応用生物科学部栄養科学科（管理栄養士専攻）　志願者・受験者・合格者の推移
平成２２年度から平成２６年度＜一般入試・センター試験利用入試＞
資料 11　栄養科学科管理栄養士専攻 平成２０年度から平成２４年度進路状況
資料 12　公立学校教員の受験者及び採用者の推移（文部科学省）
資料 13　今後の学校給食における食物アレルギー対応について（通知）
（文部科学省スポーツ・青少年局長）
資料 14　今後の学校給食における食物アレルギー対応について最終報告
（学校給食における食物アレルギー対応に関する調査研究協力者会議）

○栄養士法の一部を改正する法律について

（平成一二年四月二七日）
（健医発第七七六号）

（各都道府県知事・各政令市長・各特別区長あて厚生省保健医療局長通知）

栄養士法の一部を改正する法律(平成一二年法律第三八号)は、本年四月七日に公布され、平成一四年四月一日から施行することとされたところである。今後、必要な政省令等について順次検討の上、制定することとしているが、今般、その改正の趣旨及び主な内容を左記のとおり通知するので、十分御了知の上、貴管下市町村、関係機関、関係団体等に対する周知について御配慮をお願いする。

記

第一　改正の趣旨

近年、がん、脳卒中、心臓病、糖尿病等の生活習慣病の増加が国民の健康面における大きな課題となっており、これらの疾病の発症と進行を防ぐためには、生活習慣の改善、なかでも食生活の改善が重要な課題となっている。

こうしたなかで、栄養指導の分野においては、個人の身体状況や栄養状態等を総合的、継続的に判断し指導する栄養評価・判定の手法の普及が急がれている。

このたびの改正は、栄養評価・判定に基づく適切な指導を行うための高度な専門的知識及び技術を持ち、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導等の業務に対応する管理栄養士の育成を図るものである。

第二　改正の主な内容

一　管理栄養士の定義

管理栄養士の定義を、厚生労働大臣の免許を受けて、管理栄養士の名称を用いて、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、個人の身体の状況、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導並びに特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状況、栄養状態、利用の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食管理及びこれらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする者をいうこととしたこと。（第一条第二項関係）

二　管理栄養士の免許

管理栄養士の免許は、管理栄養士国家試験に合格した者に対して、厚生労働大臣が与えることとしたこと。（第二条第三項関係）

三　免許の欠格事由

栄養士の免許について精神病及び伝染病に係る欠格事由を廃止するとともに、管理栄養士の免許の欠格事由についても栄養士と同様とすることとしたこと。（第三条関係）

四　栄養士名簿及び管理栄養士名簿への登録並びに栄養士免許証及び管理栄養士免許証の交付

栄養士名簿及び管理栄養士名簿への登録並びに栄養士免許証及び管理栄養士免許証の交付について所要の規定を整備することとしたこと。（第三条の二及び第四条関係）

五　管理栄養士の免許の取消し等

（一）管理栄養士が欠格事由に該当するに至ったときは、厚生労働大臣は、当該管理栄養士に対する免許を取り消し、又は一年以内の期間を定めて管理栄養士の名称の使用の停止を命ずることができることとしたこと。（第五条第二項関係）

（二）都道府県知事は、栄養士の免許を取り消し、又は栄養士の名称の使用の停止を命じたときは、速やかに、その旨を厚生労働大臣に通知しなければならないこととしたこと。（第五条第三項関係）

（三）厚生労働大臣は、管理栄養士の免許を取り消し、又は管理栄養士の名称の使用の停止を命じたときは、速やかに、その旨を当該処分を受けた者が受けている栄養士の免許を与えた都道府県知事に通知しなければならないこととしたこと。（第五条第四項関係）

六　管理栄養士国家試験

（一）修業年限が四年である一定の養成施設において管理栄養士として必要な知識及び技能を修得した者についての管理栄養士国家試験の一部免除は行わないこととしたこと。

（二）管理栄養士国家試験の受験資格を次のとおりとしたこと。（第五条の三関係）

ア　修業年限が二年である養成施設を卒業して栄養士の免許を受けた後厚生労働省令で定める施設において三年以上栄養の指導に従事した者

イ　修業年限が三年である養成施設を卒業して栄養士の免許を受けた後厚生労働省令で定める施設において二年以上栄養の指導に従事した者

ウ　修業年限が四年である養成施設を卒業して栄養士の免許を受けた後厚生労働省令で定める施設において一年以上栄養の指導に従事した者

エ　修業年限が四年である養成施設であって、学校にあっては文部科学大臣及び厚生労働大臣が、その他の養成施設にあっては厚生労働大臣が、政令で定める基準により指定したものを卒業した者

七　主治の医師の指導

管理栄養士は、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導を行うに当たっては、主治の医師の指導を受けなければならないこととしたこと。（第五条の五関係）

八　施行期日等

（一）この法律は、平成一四年四月一日から施行することとしたこと。（附則第一条関係）。

（二）改正前の栄養士法に規定する管理栄養士名簿に登録を受けている者は、改正後の栄養士法の規定による管理栄養士の免許を受けた者とみなすこととしたこと。（附則第二条関係）

（三）改正前の栄養士法の規定による管理栄養士国家試験の一部免除に係る指定を受けている養成施設は、改正後の栄養士法の規定による管理栄養士養成施設の指定を受けたものとみなすこととしたこと。（附則第四条関係）

（四）平成一七年三月三一日までの間は、改正前と同様のカリキュラム及び受験資格による管理栄養士国家試験を実施することとしたこと。（附則第五条第一項及び第二項関係）

（五）平成一七年三月三一日において、改正前の規定による受験資格を有する者は、平成二二年三月三一日までの間、新法の規定にかかわらず管理栄養士国家試験を受けることができることとしたこと。（附則第五条第四項関係）

資料2

健康日本２１（第２次）の推進に関する参考資料

平成２４年７月

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会

次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会

第3章 健康日本21（第2次）の基本的な方向

本章は、日本における健康対策の現状や、「健康日本２１最終評価」において問題提起された課題等を踏まえ、平成 25 年度以降の健康日本２１（第２次）の基本的な方向性を示すものである。

１．10 年後を見据えた目指す姿について

現行の健康日本２１の運動期間は、平成 12 年度から平成 24 年度までの 12 年間としているが、健康日本２１は、国民、企業等に健康づくりの取組を浸透させていき、一定程度の時間をかけて、健康増進の観点から、理想とする社会に近づけることを目指す運動である。そこで、新たな国民健康づくり運動プランの検討を開始するに当たり、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会（以下「部会」という。）及び部会の下に設置された次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会（以下「専門委員会」という。）では、10 年後を見据えた目指す姿や基本的方向性についての議論を行った。

10 年後に目指す姿としては、「全ての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会」という総論的な意見のほか、各論では、子どもたちが希望を持てる社会となるよう、その基盤となる健康を大切にできる社会を目指すべき、という意見や、著しく進む高齢社会を踏まえ、治療中の方も介護を要している方もそれぞれの段階に応じた健康づくりに取り組み、高齢者が生き甲斐をもっていける社会を目指すべき、という意見があった。また、労働時間が長く生活に余力を持てない若者や、子育て世代にも対応したワークライフバランスの図られた社会を目指すべき、という意見もあり、ライフステージに応じた健康づくりを進めるべきとの観点に立った意見が多く出た。

また、運動の基本的な方向としては、近年の非正規雇用の増加など雇用基盤の変化、家族形態・地域の変化等がある中で、地域づくりという観点から、有効なソーシャルキャピタルの活用を促進することや、健康の意識はありながら生活に追われて健康が守れない者も含めて誰もが社会参加でき、健康づくりの資源にアクセスできる社会を目指すことなどについて意見があった。特に、国民が一番重視しているのは健康寿命であるが、今後健康格差が広まる中で、こうした健康が守れない人々の役に立つような健康政策や社会環境整備に取り組み、どこまで健康格差を縮小できるかが重要であるとの意見が出た。

さらに、現行の健康日本２１は個人の生活習慣に着目して作られたため、社会環境の観点が希薄であるが、個人の健康と社会環境の整備は車の両輪のようにいずれも必要であり、社会環境に関する課題を明確にすべきとの意見が多く出た。

10 年後を見据えた「目指す姿」

○ 日本における近年の社会経済変化とともに、急激な少子高齢化が進む中で、10 年後の人口動態を見据え、「目指す姿」を明らかにする。

〈背景〉
○平均寿命、健康寿命ともに、世界のトップクラスを維持。
○総人口は減少し、急速に高齢化が進行。
○出生数は減少。生涯未婚率の増加、離婚件数の増加など、家族形態は変化。
○経済状況は停滞し、完全失業率は５％まで上昇。非正規雇用が増加し、若年者の雇用情勢も依然として厳しい状況。
○単身世帯が増加し、高齢者の単身世帯も増加。
○相対的貧困率は 16.0%。生活保護受給者数は過去最高の 209 万人。
○進学率は向上し、２人に１人が大学進学する状況。一方、小中学校での不登校児童数は 10 万人を超える状況。
○がん等の生活習慣病が増加。医療費は 30 兆円を超える状況。
○自殺者数は３万人程度で推移。過労死など働く世代にみられる深刻な課題。
○児童虐待相談対応件数は増加の一途を辿り、５万件を超える状況。
○国民の７割が日常生活に悩みや不安を感じ、老後の生活設計や自分の健康についての悩みや不安が多い。

10 年後に目指す姿

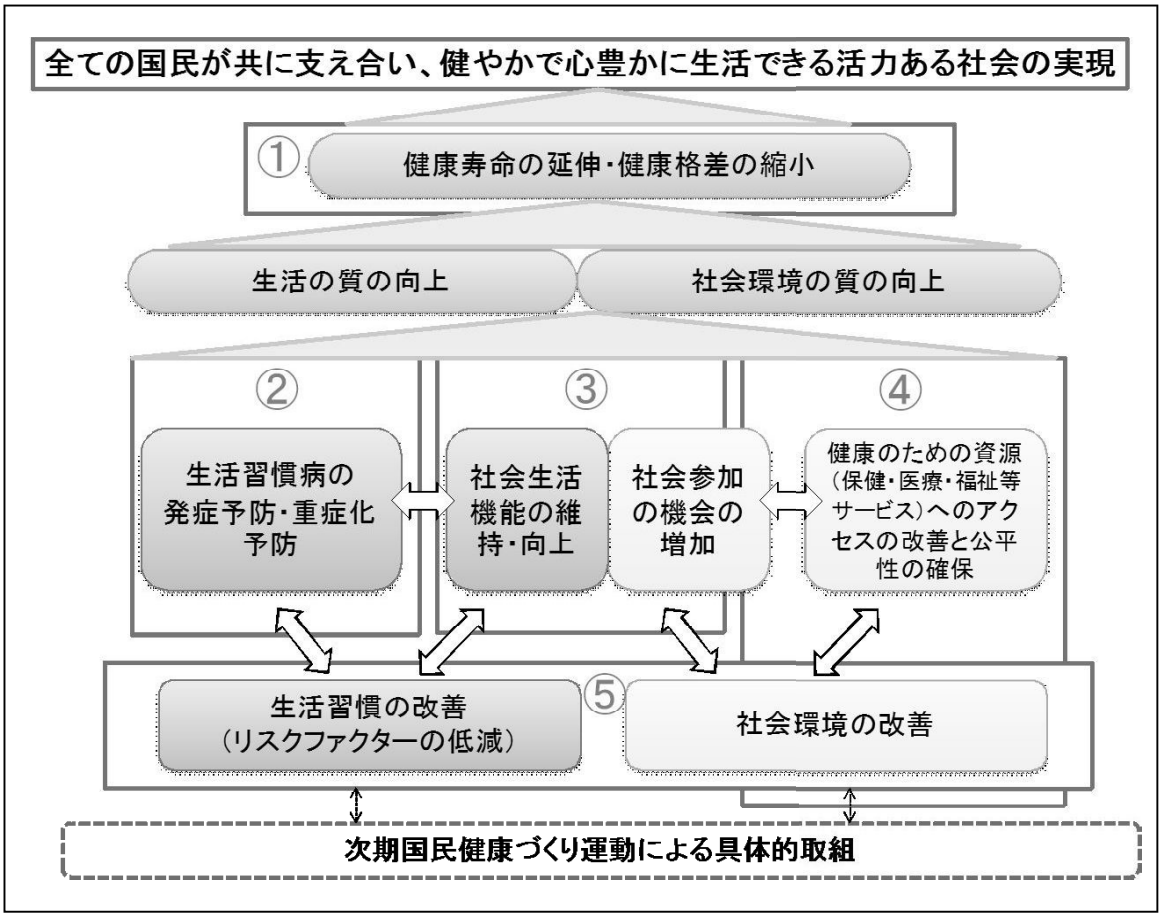
○すべての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会
- 子どもも大人も希望のもてる社会
- 高齢者が生きがいをもてる社会
- 希望や生きがいをもてる基盤となる健康を大切にする社会
- 疾患や介護を有する方も、それぞれに満足できる人生を送ることのできる社会
- 地域の相互扶助や世代間の相互扶助が機能する社会
- 誰もが社会参加でき、健康づくりの資源にアクセスできる社会
- 今後健康格差が広まる中で、社会環境の改善を図り、健康格差の縮小を実現する社会

2. 基本的な方向について

これらの意見を踏まえ、部会及び専門委員会では、目指すべき姿を、全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とし、健康日本２１（第２次）の基本的な方向として、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防、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、の５つを提案する。

目指すべき社会及び基本的な方向の相関関係は、以下の図のように整理できる。すなわち、個人の生活習慣の改善及び個人を取り巻く社会環境の改善を通じて、生活習慣病の発症予防・重症化予防を図るとともに社会生活機能低下の低減による生活の質の向上を図り、また、健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保を図るとともに、社会参加の機会の増加による社会環境の質の向上を図り、結果として健康寿命の延伸・健康格差の縮小を実現するものである。

健康日本２１（第２次）の概念図



以下、５つの基本的な方向の概略を記述する。

（１）健康寿命の延伸と健康格差の縮小

我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防及び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（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）の延伸を実現することが重要である。

また、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（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）の縮小を実現することが重要である。

（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、糖尿病及びＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）に対処するため、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進すべきである。なお、国際的にも、これらの疾患は重要なＮＣＤ（Non Communicable Disease：非感染性疾患）として対策を講じることが重視されているところである。

（参考：ＮＣＤについて）

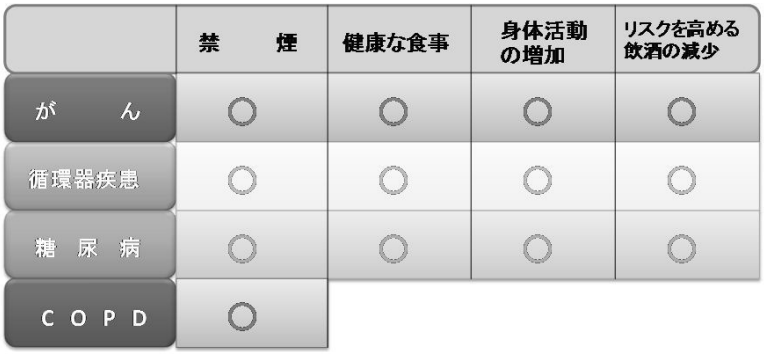
近年、慢性疾患の発症や悪化は、個人の意識と行動だけでなく、個人を取り巻く社会環境による影響が大きいため、これらの疾患について、単に保健分野だけでなく、地域、職場等における環境要因や経済的要因等の幅広い視点から、包括的に施策を展開し、健康リスクを社会として低減していく「ＮＣＤ対策」としての概念が国際的な潮流となってきている。

がん、循環器疾患、糖尿病及びＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）を中心としたＮＣＤは、世界的にも死因の約 60%を占め（2008 年（平成 20 年）現在）、今後、10 年間でさらに 77%にまで増加するとの予測もなされている。また、世界保健機関（ＷＨＯ）では、「非感染性疾病への予防と管理に関するグローバル戦略」（2008 年（平成 20 年）～2013 年（平成 25 年））を策定するほか、2011 年（平成 23 年）には国連におけるハイレベル会合でＮＣＤが取り上げられる等、世界的にＮＣＤの予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。今後、ＷＨＯにおいて、ＮＣＤの予防のための世界的な目標を設定し、世界全体でＮＣＤ予防の達成を図っていくこととされている。

各疾病の性質を医学的に見た場合、例えば、がんは必ずしも非感染性のものだけでなく、感染性のものも存在しているが、近年、国際的に取り組まれているＮＣＤ対策では、疾病そのものに着目して、がん、循環器疾患、糖尿病及びＣＯＰＤをＮＣＤという疾患として整理し、包括的な取組がなされている。

こうした国際的な背景を踏まえ、健康日本２１（第２次）では、主要な生活習慣病をＮＣＤ対策という枠組みで捉え、取り組むべき必要な対策を示すものである。

ＮＣＤと生活習慣との関連ーこれらの疾患の多くは予防可能ー



（３）社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

国民が自立した日常生活を営むことを目指し、乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上に取り組むべきである。

また、生活習慣病を予防し、又はその発症時期を遅らせることができるよう、子どもの頃から健康な生活習慣づくりに取り組む。

さらに、働く世代のストレス対策等により、ライフステージに応じた「こころの健康づくり」に取り組むべきである。

（４）健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要であり、行政機関のみならず、広く国民の健康づくりを支援する企業、民間団体等の積極的な参加協力を得るなど、国民が主体的に行う健康づくりの取組を総合的に支援する環境を整備すべきである。

また、地域や世代間の相互扶助など、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活を確保できない者や、健康づくりに関心のない者等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備すべきである。

（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

上記（１）から（４）までの基本的な方向を実現するため、国民の健康の増進を形成する基本要素となる栄養・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の改善が重要である。生活習慣の改善を含めた健康づくりを効果的に推進するため、乳幼児期から高齢期までのライフステージや性差、社会経済的状況等の違いに着目し、こうした違いに基づき区分された対象集団ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行うべきである。

その上で、その内容に応じて、生活習慣病を発症する危険度の高い集団や、総人口に占める高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青壮年期の世代への生活習慣の改善に向けた働きかけを重点的に行うとともに、社会環境の改善が国民の健康に影響を及ぼすことも踏まえ、地域や職場等を通じて国民に対し健康増進への働きかけを進めるべきである。

資料3

健が発０３２９第３号
平成２５年３月２９日

各 (都道府県 / 政令市 / 特別区) 衛生主管部（局）長　殿

厚生労働省健康局がん対策・健康増進課長

特定給食施設における栄養管理に関する指導及び支援について

特定給食施設の栄養管理に関しては、健康増進法（平成１４年法律第１０３号。以下「法」という。）に基づき実施されているところである。

平成２５年度から開始する健康日本２１（第二次）の推進に当たり、特定給食施設における栄養管理に関する指導及び支援については、下記の事項に留意の上、対応方よろしくご配慮願いたい。

なお、特定給食施設の指導等に係る事務は、都道府県（政令市及び特別区を含む。以下同じ。）の自治事務（地方自治法第２条第８項）であり、本通知は、地方自治法第２４５条第１項の技術的助言であることを付言する。

また、本通知の施行に伴い、平成１５年４月３０日付け健習発第０４３０００１号厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室長通知「健康増進法等の施行について（特定給食施設関係）」は廃止する。

記

第１　特定給食施設に関する指導及び支援に係る留意事項について

１　現状分析に基づく効率的・効果的な指導及び支援について

(1) 管理栄養士又は栄養士の配置状況を分析し、未配置施設に対して効率的な指導計画を作成し、指導・支援を行うこと。

(2) 利用者の身体状況の変化などの分析により栄養管理上の課題が見られる施設に対して、課題解決に資する効果的な指導計画を作成し、指導・支援を行うこと。

(3) 病院及び介護老人保健施設については、管理栄養士がほぼ配置されていること、医学的な栄養管理が個々人に実施されていることから、個別指導の対象とするのではなく、必要に応じて、地域の医療等の質の向上を図る観点から専門職としての高度な技能の確保に向けた取組について、職能団体の協力が得られるよう調整を行うこと。

(4) 事業所については、利用者に応じた食事の提供とともに、特定健診・特定保健指導等の実施もあわせ、利用者の身体状況の改善が図られるよう、指導・支援を行うこと。
(5) 特定給食施設に対し、栄養管理の状況について報告を求める場合には、客観的に効果が評価できる主要な項目とすること。例えば、医学的な栄養管理を個々人に実施する施設に対し、給与栄養目標量や摂取量の平均的な数値の報告を求める必要性は乏しいこと。また、求めた報告については、的確に評価を行い、管内施設全体の栄養管理状況の実態やその改善状況として取りまとめを行い、関係機関や関係者と共有する体制の確保に努めること。
(6) 栄養改善の効果を挙げている好事例を収集し、他の特定給食施設へ情報提供するなど、効果的な実践につながる仕組みづくりに努めること。

2　特定給食施設における栄養管理の評価と指導計画の改善について
(1) 管理栄養士又は栄養士の配置状況、利用者の身体状況の変化など栄養管理の状況について、評価を行うこと。
(2) 施設の種類によって管理栄養士等の配置率が異なることから、施設の種類別に評価を行うなど、課題が明確となるような分析を行うこと。なお、学校への指導については、教育委員会を通じて行うこと。
(3) 評価結果に基づき、課題解決が効率的・効果的に行われるよう、指導計画の改善を図ること。
(4) 評価結果を改善に生かすために、栄養管理上の課題が見られる場合には、施設長に対し、課題解決への取組を促すこと。また、栄養管理を担う職員について、専門職としての基本的な技能の確保を図る必要がある場合には、職能団体の協力が得られるよう調整を行うこと。

3　その他、指導及び支援に係る留意事項について
(1) 健康危機管理対策の一環として、災害等に備え、特定給食施設が担う役割を整理し、施設内及び施設間の協力体制の整備に努めること。
(2) 特定給食施設以外の給食施設に対する指導及び支援に関しては、地域全体の健康増進への効果の程度を勘案し、より効率的・効果的に行うこと。

第2　特定給食施設が行う栄養管理に係る留意事項について

1　身体の状況、栄養状態等の把握、食事の提供、品質管理及び評価について
(1) 利用者の性、年齢、身体の状況、食事の摂取状況及び生活状況等を定期的に把握すること。
(2) (1) で把握した情報に基づき給与栄養量の目標を設定し、食事の提供に関する計画を作成すること。
(3) (2) で作成した計画に基づき、食材料の調達、調理及び提供を行うこと。
(4) (3) で提供した食事の摂取状況を定期的に把握するとともに、身体状況

の変化を把握するなどし、これらの総合的な評価を行い、その結果に基づき、食事計画の改善を図ること。

２　提供する食事（給食）の献立について

（1）給食の献立は、利用者の身体の状況、日常の食事の摂取量に占める給食の割合、嗜好等に配慮するとともに、料理の組合せや食品の組合せにも配慮して作成するよう努めること。

（2）複数献立や選択食(カフェテリア方式)のように、利用者の自主性により料理の選択が行われる場合には、モデル的な料理の組合せを提示するよう努めること。

３　栄養に関する情報の提供について

（1）利用者に対し献立表の掲示や熱量、たんぱく質、脂質及び食塩等の主要栄養成分の表示を行うなど、健康や栄養に関する情報の提供を行うこと。

（2）給食は、利用者が正しい食習慣を身に付け、より健康的な生活を送るために必要な知識を習得する良い機会であり、各々の施設に応じ利用者等に各種の媒体を活用するなどにより知識の普及に努めること。

４　書類の整備について

（1）献立表など食事計画に関する書類とともに、利用者の身体状況など栄養管理の評価に必要な情報について適正に管理すること。

（2）委託契約を交わしている場合は、委託契約の内容が確認できるよう委託契約書等を備えること。

５　衛生管理について

給食の運営は、衛生的かつ安全に行われること。具体的には、食品衛生法（昭和２２年法律第２３３号）、「大規模食中毒対策等について」（平成９年３月２４日付け衛食第８５号生活衛生局長通知）の別添「大量調理施設衛生管理マニュアル」その他関係法令等の定めるところによること。

６　災害等の備えについて

災害等に備え、食糧の備蓄や対応方法の整理など、体制の整備に努めること。

第３　健康日本２１（第二次）の個別目標の評価基準に係る留意事項について

健康日本２１（第二次）の目標である「利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加」に関する評価については、下記の基準を用いて行うこと。

(1)　「管理栄養士又は栄養士」の配置状況（配置されていること）
(2)　「肥満及びやせに該当する者の割合」の変化の状況（前年度の割合に対して、増加していないこと）。なお、医学的な栄養管理を個々人に実施する施設は、対象としないこと。

第４　管理栄養士を置かなければならない特定給食施設の指定について

法第２１条第１項の指定の対象施設について

法第２１条第１項の規定により管理栄養士を置かなければならない特定給食施設として、健康増進法施行規則（平成１５年厚生労働省令第８６号。以下「規則」という。）第７条に、

・医学的な管理を必要とする者に食事を提供する特定給食施設であって、継続的に１回３００食以上又は１日７５０食以上の食事を供給するもの（第７条第１号）

・それ以外の、管理栄養士による特別な栄養管理を必要とする特定給食施設であって、継続的に１回５００食以上又は１日１５００食以上の食事を供給するもの（第７条第２号）

が規定されたが、これらの施設を指定する場合の運用の留意点は以下のとおりである。

１　規則第７条第１号の指定の対象施設（一号施設）について

(1)　規則第７条第１号に掲げる特定給食施設（以下「一号施設」という。）とは、病院又は介護老人保健施設に設置される特定給食施設であって１回３００食以上又は１日７５０食以上の食事を供給するものをいうこと。

(2)　なお、一号施設は、許可病床数３００床以上の病院又は入所定員３００人以上の介護老人保健施設に設置されている特定給食施設（法第２１条第１項の指定の対象施設となる特定給食施設が病院及び介護老人保健施設並びにこれら以外のものを対象として食事を供給する場合（病院及び介護老人保健施設のみを対象として食事を供給する場合を含む。）には、当該特定給食施設が給食の対象とする病院許可病床数及び介護老人保健施設の入所定員の合計が３００以上とする。）をいうこと。

２　規則第７条第２号の指定の対象施設（二号施設）について

(1)　規則第７条第２号に掲げる特定給食施設（以下「二号施設」という。）とは、

・生活保護法第３８条に規定する教護施設及び更生施設

・老人福祉法第５条の３に規定する養護老人ホーム、特別養護老人ホーム及び軽費老人ホーム

・児童福祉法第３７条に規定する乳児院、同法第４１条に規定する児童養護施設、同法第４２条第１号に規定する福祉型障害児入所施設、同法第４３条の２に規定する情緒障害児短期治療施設、同法第４４

条に規定する児童自立支援施設
・独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法第１１条第１項の規定により設置する施設
・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５条第１２項に規定する障害者支援施設
・事業所、寄宿舎、矯正施設、自衛隊等（以下「事業所等」という。）であって、1回５００食以上又は1日１５００食以上の食事を供給するものをいうこと。

(2)　法第２１条第１項の指定の対象施設となる特定給食施設が一号施設及び二号施設又は複数の二号施設を対象として食事を供給する場合にあっては、1(2)に該当する場合を除き、これらの施設に供給する食事数の合計が1回５００食以上又は1日１５００食以上である場合には、二号施設とみなされること。

この場合、病院又は介護老人保健施設に対し1回に供給する食事数については、許可病床数又は入所定員数（1日に供給する食事数については、許可病床数又は入所定員数の３倍の数）とみなして取り扱うものとすること。

(3)　一号施設及び二号施設以外のものをも対象として食事を供給する特定給食施設にあっては、1(2)に該当する場合を除き、一号施設及び二号施設に供給する食事数が1回５００食以上又は1日１５００食以上である場合には、二号施設とみなされること。

この場合、病院及び介護老人保健施設に対し供給する食事数の算定の方法については、(2) の後段で示した取扱いに準じて取り扱うこと。

3　その他社会福祉施設等に食事を供給する特定給食施設について

(1)　法第２１条第１項の指定の対象施設となる特定給食施設が法令等により栄養士を必置とされている複数の社会福祉施設及び児童福祉施設（以下「社会福祉施設等」という。）に限り食事を供給するものにあっては、それぞれの社会福祉施設等に配置されている栄養士が各施設において栄養業務を行っていることに鑑み、法第２１条第１項の指定の対象施設となる社会福祉施設等に供給される食事数が1回５００食以上又は1日１５００食以上となるものがある場合には、二号施設とみなされること。

(2)　事業所等に対し食事を供給する特定給食施設にあっては、当該給食施設により事業所等に供給される食事が主として事業所等に勤務又は居住する者により喫食され、かつ、事業所等で勤務又は居住する者の概ね８割以上が当該給食施設で供給する食事を喫食するものであって1回５００食以上又は1日１５００食以上供給する場合、二号施設とみなされること。

資料4

○厚生労働省告示第四百三十号

健康増進法（平成十四年法律第百三号）第七条第一項の規定に基づき、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）平成十五年厚生労働省告示第百九十五号）の全部を次のように改正し、平成二十五年四月一日から適用することとしたので、同条第四項の規定に基づき公表する。

平成二十四年七月十日

厚生労働大臣　小宮山洋子

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

この方針は、21 世紀の我が国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、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事項を示し、平成 25 年度から平成 34 年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））」（以下「国民運動」という。）を推進するものである。

第一　国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

一　健康寿命の延伸と健康格差の縮小

我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、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（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をいう。以下同じ。）の延伸を実現する。

また、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（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をいう。以下同じ。）の縮小を実現する。

二　生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（ＮＣＤの予防）

がん、循環器疾患、糖尿病及びＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患をいう。以下同じ。）に対処するため、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病の発症を予防することをいう。）に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に重点を置いた対策を推進する。

（注）がん、循環器疾患、糖尿病及びＣＯＰＤは、それぞれ我が国においては生活習慣病の一つとして位置づけられている。一方、国際的には、これら四つの疾患を重要なＮＣＤ（非感染性疾患をいう。以下同じ。）として捉え、予防及び管理のための包括的な対策を講じることが重視されているところである。

三　社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

国民が自立した日常生活を営むことを目指し、乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上につながる対策に取り組む。

また、生活習慣病を予防し、又はその発症時期を遅らせることができるよう、子どもの頃から健康な生活習慣づくりに取り組む。

さらに、働く世代のメンタルヘルス対策等により、ライフステージに応じた「こころの健康づくり」に取り組む。

四　健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要であり、行政機関のみならず、広く国民の健康づくりを支援する企業、民間団体等の積極的な参加協力を得るなど、国民が主体的に行う健康づくりの取組を総合的に支援する環境を整備する。

また、地域や世代間の相互扶助など、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な者や、健康づくりに関心のない者等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備する。

五　栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔(くう)の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

上記一から四までの基本的な方向を実現するため、国民の健康増進を形成する基本要素となる栄養・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の改善が重要である。生活習慣の改善を含めた健康づくりを効果的に推進するため、乳幼児期から高齢期までのライフステージや性差、社会経済的状況等の違いに着目し、こうした違いに基づき区分された対象集団ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

その上で、その内容に応じて、生活習慣病を発症する危険度の高い集団や、総人口に占める高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青壮年期の世代への生活習慣の改善に向けた働きかけを重点的に行うとともに、社会環境の改善が国民の健康に影響を及ぼすことも踏まえ、地域や職場等を通じて国民に対し健康増進への働きかけを進める。

第二　国民の健康の増進の目標に関する事項

一　目標の設定と評価

国は、国民の健康増進について全国的な目標を設定し、広く国民や健康づくりに関わる多くの関係者に対してその目標を周知するとともに、継続的に健康指標の推移等の調査及び分析を行い、その結果に関する情報を国民や関係者に還元することにより、関係者を始め広く国民一般の意識の向上及び自主的な取組を支援するものとする。

また、国民の健康増進の取組を効果的に推進するため、国が具体的な目標を設定するに当たっては、健康づくりに関わる多くの関係者が情報を共有しながら、現状及び課題について共通の認識を持った上で、課題を選択し、科学的根拠に基づくものであり、かつ、実態の把握が可能な具体的目標を設定するものとする。

なお、具体的目標については、おおむね 10 年間を目途として設定することとし、国は、当該目標を達成するための取組を計画的に行うものとする。また、設定した目標のうち、主要なものについては継続的に数値の推移等の調査及び分析を行うとともに、都道府県における健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努める。さらに、目標設定後５年を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、目標設定後 10 年を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する。

二　目標設定の考え方

健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、これらの目標達成のために、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。

１　健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命の延伸及び健康格差の縮小は、生活習慣の改善や社会環境の整備によって我が国において実現されるべき最終的な目標である。具体的な目標は、日常生活に制限のない期間の平均の指標に基づき、別表第一のとおり設定する。また、当該目標の達成に向けて、国は、生活習慣病対策の総合的な推進を図るほか、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　主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

我が国の主要な死亡原因であるがん及び循環器疾患への対策に加え、患者数が増加傾向にあり、かつ、重大な合併症を引き起こすおそれのある糖尿病や、死亡原因として急速に増加すると予測されるＣＯＰＤへの対策は、国民の健康寿命の延伸を図る上で重要な課題である。

がんは、予防、診断、治療等を総合的に推進する観点から、年齢調整死亡率の減少とともに、特に早期発見を促すために、がん検診の受診率の向上を目標とする。

循環器疾患は、脳血管疾患及び虚血性心疾患の発症の危険因子となる高血圧の改善並びに脂質異常症の減少と、これらの疾患による死亡率の減少等を目標とする。

糖尿病は、その発症予防により有病者の増加の抑制を図るとともに、重症化を予防するため

に、血糖値の適正な管理、治療中断者の減少及び合併症の減少等を目標とする。

ＣＯＰＤは、喫煙が最大の発症要因であるため、禁煙により予防可能であるとともに、早期発見が重要であることから、これらについての認知度の向上を目標とする。

上記に係る具体的な目標は別表第二のとおりとし、当該目標の達成に向けて、国は、これらの疾患の発症予防や重症化予防として、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

少子高齢化が進む中で、健康寿命の延伸を実現するには、生活習慣病の予防とともに、社会生活を営むための機能を高齢になっても可能な限り維持することが重要である。

社会生活を営むために必要な機能を維持するために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康である。その健全な維持は、個人の生活の質を大きく左右するものであり、自殺等の社会的損失を防止するため、全ての世代の健やかな心を支える社会づくりを目指し、自殺者の減少、重い抑鬱や不安の低減、職場の支援環境の充実及び子どもの心身の問題への対応の充実を目標とする。

また、将来を担う次世代の健康を支えるため、妊婦や子どもの健康増進が重要であり、子どもの頃からの健全な生活習慣の獲得及び適正体重の子どもの増加を目標とする。

さらに、高齢化に伴う機能の低下を遅らせるためには、高齢者の健康に焦点を当てた取組を強化する必要があり、介護保険サービス利用者の増加の抑制、認知機能低下及びロコモティブシンドローム（運動器症候群）の予防とともに、良好な栄養状態の維持、身体活動量の増加及び就業等の社会参加の促進を目標とする。

上記に係る具体的な目標は別表第三のとおりとし、当該目標の達成に向けて、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・支援などの取組を進める。

４　健康を支え、守るための社会環境の整備

健康を支え、守るための社会環境が整備されるためには、国民、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要である。具体的な目標は、別表第四のとおりとし、居住地域での助け合いといった地域のつながりの強化とともに、健康づくりを目的とした活動に主体的に関わる国民の割合の増加、健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業数の増加並びに身近で専門的な支援及び相談が受けられる民間団体の活動拠点の増加について設定するとともに、健康格差の縮小に向け、地域で課題となる健康格差の実態を把握し、対策に取り組む地方公共団体の増加について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康づくりに自発的に取り組む企業、民間団体等の動機づけを促すため、当該企業、団体等の活動に関する情報提供やそれらの活動の評価等に取り組む。

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

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目標は、それぞれ次の考え方に基づき、別表第五のとおりとする。

（１）栄養・食生活

栄養・食生活は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持及び向上並びに生活の質の向上の観点から重要である。目標は、次世代の健康や高齢者の健康に関する目標を含め、ライフステージの重点課題となる適正体重の維持や適切な食事等に関するものに加え、社会環境の整備を促すため、食品中の食塩含有量等の低減、特定給食施設（特定かつ多数の者に対して継続的に食事を供給する施設をいう。以下同じ。）での栄養・食事管理について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康な食生活や栄養に関する基準及び指針の策定、関係行政機関の連携による食生活に関する国民運動の推進、食育の推進、専門的技能を

有する人材の養成、企業や民間団体との協働による体制整備等に取り組む。

（２）身体活動・運動

身体活動・運動は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持及び向上並びに生活の質の向上の観点から重要である。目標は、次世代の健康や高齢者の健康に関する目標を含め、運動習慣の定着や身体活動量の増加に関する目標とともに、身体活動や運動に取り組みやすい環境整備について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康増進のための運動基準・指針の見直し、企業や民間団体との協働による体制整備等に取り組む。

（３）休養

休養は、生活の質に係る重要な要素であり、日常的に質量ともに十分な睡眠をとり、余暇等で体や心を養うことは、心身の健康の観点から重要である。目標は、十分な睡眠による休養の確保及び週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康増進のための睡眠指針の見直し等に取り組む。

（４）飲酒

飲酒は、生活習慣病を始めとする様々な身体疾患や鬱病等の健康障害のリスク要因となり得るのみならず、未成年者の飲酒や飲酒運転事故等の社会的な問題の要因となり得る。目標は、生活習慣病の発症リスクを高める量を飲酒している者の減少、未成年者及び妊娠中の者の飲酒の防止について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、飲酒に関する正しい知識の普及啓発や未成年者の飲酒防止対策等に取り組む。

（５）喫煙

喫煙は、がん、循環器疾患、糖尿病、ＣＯＰＤといったＮＣＤの予防可能な最大の危険因子であるほか、低出生体重児の増加の一つの要因であり、受動喫煙も様々な疾病の原因となるため、喫煙による健康被害を回避することが重要である。目標は、成人の喫煙、未成年者の喫煙、妊娠中の喫煙及び受動喫煙の割合の低下について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、受動喫煙防止対策、禁煙希望者に対する禁煙支援、未成年者の喫煙防止対策、たばこの健康影響や禁煙についての教育、普及啓発等に取り組む。

（６）歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は摂食と構音を良好に保つために重要であり、生活の質の向上にも大きく寄与する。目標は、健全な口腔機能を生涯にわたり維持することができるよう、疾病予防の観点から、歯周病予防、う蝕（しょく）予防及び歯の喪失防止に加え、口腔機能の維持及び向上等について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発や「8020（ハチマルニイマル）運動」の更なる推進等に取り組む。

第三　都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項

一　健康増進計画の目標の設定と評価

都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画（以下「健康増進計画」という。）の策定に当たっては、地方公共団体は、人口動態、医療・介護に関する統計、特定健康診査データ等の地域住民の健康に関する各種指標を活用しつつ、地域の社会資源等の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に評価及び改定を実施することが必要である。

都道府県においては、国が設定した全国的な健康増進の目標を勘案しつつ、その代表的なものについて、地域の実情を踏まえ、地域住民に分かりやすい目標を設定するとともに、都道府県の区域内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努めるものとする。

市町村においては、国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な各種の施策、事業、基盤整備等に関する目標に重点を置いて設定するよう努めるものとする。

二　計画策定の留意事項

健康増進計画の策定に当たっては、次の事項に留意する必要がある。

1　都道府県は、市町村、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者、健康づくりに取り組む企業、民間団体等の一体的な取組を推進する観点から、都道府県健康増進計画の策定及びこれらの関係者の連携の強化について中心的な役割を果たすこと。このため、都道府県は、健康増進事業実施者、医療機関、企業の代表者、都道府県労働局その他の関係者から構成される地域・職域連携推進協議会等を活用し、これらの関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について議論を行い、その結果を都道府県健康増進計画に反映させること。

2　都道府県健康増進計画の策定に当たっては、都道府県が策定する医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の４第１項に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第９条第１項に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成９年法律第 123 号）第 118 条第１項に規定する都道府県介護保険事業支援計画、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）第 11 条第１項に規定する都道府県がん対策推進計画その他の都道府県健康増進計画と関連する計画及び都道府県が定める歯科口腔保健の推進に関する法律（平成 23 年法律第 95 号）第 12 条第１項に規定する基本的事項との調和に配慮すること。

また、都道府県は、市町村健康増進計画の策定の支援を行うとともに、必要に応じ、市町村ごとの分析を行い、地域間の健康格差の是正に向けた目標を都道府県健康増進計画の中で設定するよう努めること。

3　保健所は、地域保健の広域的、専門的かつ技術的な拠点として、健康格差の縮小を図ること等を目的とした健康情報を収集分析し、地域の住民や関係者に提供するとともに、地域の実情に応じ、市町村における市町村健康増進計画の策定の支援を行うこと。

4　市町村は、市町村健康増進計画を策定するに当たっては、都道府県や保健所と連携しつつ、事業の効率的な実施を図る観点から、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第１項に規定する特定健康診査等実施計画と市町村健康増進計画を一体的に策定するなど、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図るとともに、市町村が策定する介護保険法第 117 条第１項に規定する市町村介護保険事業計画その他の市町村健康増進計画と関連する計画との調和に配慮すること。

また、市町村は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 17 条及び第 19 条の２に基づき実施する健康増進事業について、市町村健康増進計画において位置付けるよう留意すること。

5　都道府県及び市町村は、国の目標の期間を勘案しつつ、一定の期間ごとに計画の評価及び改定を行い、住民の健康増進の継続的な取組に結び付けること。当該評価及び改定に当たっては、都道府県又は市町村自らによる取組のほか、都道府県や市町村の区域内の医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者、企業等における取組の進捗状況や目標の達成状況について評価し、その後の取組等に反映するよう留意すること。

6　都道府県及び市町村は、健康増進のための目標の設定や、目標を達成するまでの過程及び目標の評価において、地域住民が主体的に参加し、その意見を積極的に健康増進の取組に反映できるよう留意すること。

第四　国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項

一　健康増進に関する施策を実施する際の調査の活用

国は、国民の健康増進を推進するための目標等を評価するため、国民健康・栄養調査等の企画を行い、効率的に実施する。併せて、生活習慣の改善のほか、社会環境の改善に関する調査研究についても推進する。

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査、都道府県健康・栄養調査、国民生活基礎調査、健康診査、保健指導、地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計、診療報酬明細書（レセプト）の情報その他の収集した情報等に基づき、現状分析を行うとともに、健康増進に関する施策の評価を行う。この際、個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律

第 57 号）、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 58 号）、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 59 号）、統計法（平成 19 年法律第 53 号）、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律第 11 条第 1 項の趣旨を踏まえて制定される条例等を遵守するほか、各種調査の結果等を十分活用するなどにより、科学的な根拠に基づいた健康増進に関する施策を効率的に実施することが重要である。

また、これらの調査等により得られた情報については、積極的な公表に努める。

さらに、国、地方公共団体は、ＩＣＴ（情報通信技術をいう。以下同じ。）を利用して、健診結果等の健康情報を個人が活用するとともに、全国規模で健康情報を収集・分析し、国民や関係者が効果的な生活習慣病対策を実施することができる仕組みを構築するよう努める。

二　健康の増進に関する研究の推進

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民の社会環境や生活習慣と生活習慣病との関連等に関する研究を推進し、研究結果に関して的確かつ十分な情報の提供を国民や関係者に対し行う。また、新たな研究の成果については、健康増進に関する基準や指針に反映させるなど、効果的な健康増進の実践につながるよう支援を行っていくことが必要である。

第五　健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項

各保健事業者は、質の高い保健サービスを効果的かつ継続的に提供するため、特定健康診査・特定保健指導、がん検診、労働者を対象とした健康診断等の徹底を図るとともに、転居、転職、退職等にも適切に対応し得るよう、保健事業の実施に当たって、既存の組織の有効活用のほか、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、共同事業の実施等保健事業者相互の連携の促進が図られることが必要である。

具体的な方法として、がん検診、特定健康診査その他の各種検診の実施主体間で、個人の健康情報の共有を図るなど、健康に関する対策を効率的かつ効果的に実施することがある。また、受診者の利便性の向上や受診率の目標達成に向けて、がん検診や特定健康診査その他の各種検診を同時に実施することや、各種検診の実施主体の参加による受診率の向上に関するキャンペーンを実施することがある。

なお、健康診査の実施等に係る健康増進事業実施者間の連携については、これらのほか、健康増進法第９条第１項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の定めるところによる。

第六　食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項

一　基本的な考え方

健康増進は、国民の意識と行動の変容が必要であることから、国民の主体的な健康増進の取組を支援するため、国民に対する十分かつ的確な情報提供が必要である。このため、当該情報提供は、生活習慣に関して、科学的知見に基づき、分かりやすく、国民の健康増進の取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫する。また、当該情報提供において、家庭、保育所、学校、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めるよう工夫する。

生活習慣に関する情報提供に当たっては、ＩＣＴを含むマスメディアや健康増進に関するボランティア団体、産業界、学校教育、医療保険者、保健事業における健康相談等多様な経路を活用するとともに、対象集団の特性に応じた効果的な働きかけを、複数の方法を組み合わせて行うことが重要である。なお、情報提供に当たっては、誤った情報や著しく偏った不適切な情報を提供しないよう取り組むものとする。

また、国、地方公共団体等は、生活習慣の各分野に関し、指針の策定、普及等に取り組む。

二　健康増進普及月間等

国民運動の一層の推進を図るため、９月を健康増進普及月間とし、国、地方公共団体、企業、民間団体等が行う様々なイベントや広報活動等の普及啓発活動等を通じ、国民の自覚を高めるほか、社会全体で健康づくりを支え合う環境を醸成するための健康増進の取組を一層促進すること

とする。

また、当該取組が一層効果的となるよう、併せて、食生活改善普及運動を９月に実施する。

健康増進普及月間及び食生活改善普及運動（以下「健康増進普及月間等」という。）の実施に当たっては、地域の実情に応じた課題を設定し、健康に関心の薄い者も含めてより多くの住民が参加できるように工夫するよう努めることが必要である。また、地域における活動のほか、国、地方公共団体、企業、民間団体等が相互に協力して、全国規模の中核的なイベント等を実施することにより、健康増進普及月間等の重点的かつ効果的な実施を図る。

第七　その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

一　地域の健康課題を解決するための効果的な推進体制

健康増進に関係する機関及び団体等がそれぞれ果たすべき役割を認識するとともに、地域の健康課題を解決するため、市町村保健センター、保健所、医療保険者、医療機関、薬局、地域包括支援センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等から構成される中核的な推進組織が、市町村保健センター、保健所を中心として、各健康増進計画に即して、当該計画の目標を達成するための行動計画を設定し、各機関及び団体等の取組をそれぞれ補完し合うなど職種間で連携を図ることにより、効果的な取組が図られることが望ましい。

また、国は、地方公共団体が健康増進計画の策定等を行う際に、各種統計資料等のデータベースの作成や分析手法の提示等の技術的援助を行い、都道府県も市町村に対し同様の技術的援助を行うことが必要である。

二　多様な主体による自発的取組や連携の推進

栄養、運動、休養に関連する健康増進サービス関連企業、健康機器製造関連企業、食品関連企業を始めとして、健康づくりに関する活動に取り組む企業、ＮＧＯ、ＮＰＯ等の団体は、国民の健康増進に向けた取組を一層推進させるための自発的取組を行うとともに、当該取組について国民に情報発信を行うことが必要である。国、地方公共団体等は、当該取組の中で、優れた取組を行う企業等を評価するとともに、当該取組が国民に広く知られるよう、積極的に当該取組の広報を行うなど、健康づくりのための社会環境の整備に取り組む企業等が増加するような動機付けを与えることが必要である。健康増進の取組としては、民間の健康増進サービスを実施する企業等が、健診・検診の実施主体その他関係機関と連携し、対象者に対して効果的かつ効率的に健康増進サービスを提供することも考えられる。こうした取組の推進により、対象者のニーズに応じた多様で質の高い健康増進サービスに係る市場の育成が図られる。

また、健康増進の取組を推進するに当たっては、健康づくり対策、食育、母子保健、精神保健、介護予防及び就業上の配慮や保健指導等を含む産業保健の各分野における対策並びに医療保険の保険者が実施する対策を含めた厚生労働行政分野における健康増進に関する対策のほか、学校保健対策、ウォーキングロード（遊歩道等の人の歩行の用に供する道をいう。）の整備等の対策、森林等の豊かな自然環境の利用促進対策、総合型地域スポーツクラブの活用等の生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、関係行政分野、関係行政機関等が十分に連携する必要がある。

三　健康増進を担う人材

地方公共団体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康等の生活習慣全般についての保健指導及び住民からの相談を担当する。

国及び地方公共団体は、健康増進に関する施策を推進するための保健師、管理栄養士等の確保及び資質の向上、健康運動指導士等の健康増進のための運動指導者や健康スポーツ医との連携、食生活改善推進員、運動普及推進員、禁煙普及員等のボランティア組織や健康増進のための自助グループの支援体制の構築等に努める。

このため、これらの人材について、国において総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図るとともに、都道府県において市町村、医

療保険者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体等と連携し、地方公共団体の職員だけでなく、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく研修の充実を図ることが必要である。

また、地域保健担当者、学校保健担当者等は、国民の健康増進のために相互に連携を図るよう努める。

別表第一　健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標

項　　目	現　　状	目　　標
①　健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	男性　70.42年 女性　73.62年 （平成22年）	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 （平成34年度）
②　健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）	男性　2.79年 女性　2.95年 （平成22年）	都道府県格差の縮小 （平成34年度）

（注）　上記①の目標を実現するに当たっては、「日常生活に制限のない期間の平均」のみならず、「自分が健康であると自覚している期間の平均」についても留意することとする。

また、上記②の目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各都道府県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むものである。

別表第二　主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

(1)　がん

項　　目	現　　状	目　　標
①　75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	84.3 （平成22年）	73.9 （平成27年）
②　がん検診の受診率の向上	胃がん　男性　36.6% 女性　28.3% 肺がん　男性　26.4% 女性　23.0% 大腸がん　男性　28.1% 女性　23.9% 子宮頸がん　女性　37.7% 乳がん　女性　39.1% （平成22年）	50% （胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%） （平成28年度）

（注）　がん検診の受診率の算定に当たっては、40歳から69歳まで（子宮頸がんは20歳から69歳まで）を対象とする。

(2)　循環器疾患

項　　目	現　　状	目　　標
①　脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	脳血管疾患 男性　49.5 女性　26.9 虚血性心疾患 男性　36.9 女性　15.3 （平成22年）	脳血管疾患 男性　41.6 女性　24.7 虚血性心疾患 男性　31.8 女性　13.7 （平成34年度）
②　高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	男性　138mmHg 女性　133mmHg （平成22年）	男性　134mmHg 女性　129mmHg （平成34年度）
③　脂質異常症の減少	総コレステロール240mg／	総コレステロール240mg／

	dl以上の者の割合 男性　13.8% 女性　22.0% ＬＤＬコレステロール160mg／dl以上の者の割合 男性　8.3% 女性　11.7% （平成22年）	dl以上の者の割合 男性　10% 女性　17% ＬＤＬコレステロール160mg／dl以上の者の割合 男性　6.2% 女性　8.8% （平成34年度）
④　メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	1,400万人 （平成20年度）	平成20年度と比べて25%減少 （平成27年度）
⑤　特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% （平成21年度）	平成25年度から開始する第２期医療費適正化計画に合わせて設定 （平成29年度）

(3)　糖尿病

項　　目	現　　状	目　　標
①　合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	16,247人 （平成22年）	15,000人 （平成34年度）
②　治療継続者の割合の増加	63.7% （平成22年）	75% （平成34年度）
③　血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 （HbA1cがＪＤＳ値8.0%（ＮＧＳＰ値8.4%）以上の者の割合の減少）	1.2% （平成21年度）	1.0% （平成34年度）
④　糖尿病有病者の増加の抑制	890万人 （平成19年）	1000万人 （平成34年度）
⑤　メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）	1,400万人 （平成20年度）	平成20年度と比べて25%減少 （平成27年度）
⑥　特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% （平成21年度）	平成25年度から開始する第２期医療費適正化計画に合わせて設定 （平成29年度）

(4)　ＣＯＰＤ

項　　目	現　　状	目　　標
①　ＣＯＰＤの認知度の向上	25% （平成23年）	80% （平成34年度）

別表第三　社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

(1)　こころの健康

項　　目	現　　状	目　　標
①　自殺者の減少（人口10万人当た	23.4	自殺総合対策大綱の見直し

り）	（平成22年）	の状況を踏まえて設定
② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	10.4% （平成22年）	9.4% （平成34年度）
③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	33.6% （平成19年）	100% （平成32年）
④ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	小児科医 94.4 （平成22年） 児童精神科医 10.6 （平成21年）	増加傾向へ （平成26年）

(2) 次世代の健康

項目	現状	目標
① 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加		
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加	小学5年生 89.4% （平成22年度）	100%に近づける （平成34年度）
イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	（参考値）週に３日以上 小学５年生 男子 61.5% 女子 35.9% （平成22年）	増加傾向へ （平成34年度）
② 適正体重の子どもの増加		
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6% （平成22年）	減少傾向へ （平成26年）
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	小学５年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 男子 4.60% 女子 3.39% （平成23年）	減少傾向へ （平成26年）

(3) 高齢者の健康

項目	現状	目標
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人 （平成24年度）	657万人 （平成37年度）
② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	0.9% （平成21年）	10% （平成34年度）
③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加	（参考値）17.3% （平成24年）	80% （平成34年度）
④ 低栄養傾向（ＢＭＩ20以下）の高齢者の割合の増加の抑制	17.4% （平成22年）	22% （平成34年度）
⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）	男性 218人 女性 291人 （平成22年）	男性 200人 女性 260人 （平成34年度）
⑥ 高齢者の社会参加の促進（就業	(参考値)何らかの地域活動	80%

又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）	をしている高齢者の割合 男性　64.0% 女性　55.1% （平成20年）	（平成34年度）

（注）上記①の目標については、社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）の策定に当たって試算した結果に基づき設定したものである。

別表第四　健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

項　　目	現　　状	目　　標
①　地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	（参考値）自分と地域のつながりが強い方だと思う割合 45.7% （平成19年）	65% （平成34年度）
②　健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加	（参考値）健康や医療サービスに関係したボランティア活動をしている割合 3.0% （平成18年）	25% （平成34年度）
③　健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加	420社 （平成24年）	3,000社 （平成34年度）
④　健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	（参考値）民間団体から報告のあった活動拠点数 7,134 （平成24年）	15,000 （平成34年度）
⑤　健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）	11都道府県 （平成24年）	47都道府県 （平成34年度）

別表第五　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に関する目標

(1)　栄養・食生活

項　　目	現　　状	目　　標
①　適正体重を維持している者の増加（肥満（ＢＭＩ25以上）、やせ（ＢＭＩ18.5未満）の減少）	20歳～60歳代男性の肥満者の割合　31.2% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合　22.2% 20歳代女性のやせの者の割合　29.0% （平成22年）	20歳～60歳代男性の肥満者の割合　28% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合　19% 20歳代女性のやせの者の割合　20% （平成34年度）
②　適切な量と質の食事をとる者の増加		
ア　主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が１日２回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加	68.1% （平成23年）	80% （平成34年度）

イ　食塩摂取量の減少	10.6g （平成22年）	8ｇ （平成34年度）
ウ　野菜と果物の摂取量の増加	野菜摂取量の平均値 282g 果物摂取量100ｇ未満の者の割合 61.4% （平成22年）	野菜摂取量の平均値 350ｇ 果物摂取量100ｇ未満の者の割合 30% （平成34年度）
③　共食の増加（食事を１人で食べる子どもの割合の減少）	朝食　小学生　15.3% 中学生　33.7% 夕食　小学生　2.2% 中学生　6.0% （平成22年度）	減少傾向へ （平成34年度）
④　食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	食品企業登録数　14社 飲食店登録数　17,284店舗 （平成24年）	食品企業登録数　100社 飲食店登録数　30,000店舗 （平成34年度）
⑤　利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	（参考値）管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合 70.5% （平成22年）	80% （平成34年度）

(2)　身体活動・運動

項　　目	現　　状	目　　標
①　日常生活における歩数の増加	20歳～64歳 男性　7,841歩 女性　6,883歩 65歳以上 男性　5,628歩 女性　4,584歩 （平成22年）	20歳～64歳 男性　9,000歩 女性　8,500歩 65歳以上 男性　7,000歩 女性　6,000歩 （平成34年度）
②　運動習慣者の割合の増加	20歳～64歳 男性　26.3% 女性　22.9% 65歳以上 男性　47.6% 女性　37.6% （平成22年）	20歳～64歳 男性　36% 女性　33% 65歳以上 男性　58% 女性　48% （平成34年度）
③　住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	17都道府県 （平成24年）	47都道府県 （平成34年度）

(3)　休養

項　　目	現　　状	目　　標
①　睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4% （平成21年）	15% （平成34年度）
②　週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	9.3% （平成23年）	5.0% （平成32年）

(4)　飲酒

項　　目	現　　状	目　　標
①　生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少	男性　15.3% 女性　7.5% （平成22年）	男性　13% 女性　6.4% （平成34年度）
②　未成年者の飲酒をなくす	中学3年生 男子　10.5% 女子　11.7% 高校3年生 男子　21.7% 女子　19.9% （平成22年）	0% （平成34年度）
③　妊娠中の飲酒をなくす	8.7% （平成22年）	0% （平成26年）

(5)　喫煙

項　　目	現　　状	目　　標
①　成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	19.5% （平成22年）	12% （平成34年度）
②　未成年者の喫煙をなくす	中学1年生 男子　1.6% 女子　0.9% 高校3年生 男子　8.6% 女子　3.8% （平成22年）	0% （平成34年度）
③　妊娠中の喫煙をなくす	5.0% （平成22年）	0% （平成26年）
④　受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少	行政機関　16.9% 医療機関　13.3% （平成20年） 職場　64% （平成23年） 家庭　10.7% 飲食店　50.1% （平成22年）	行政機関　0% 医療機関　0% （平成34年度） 職場　受動喫煙の無い職場の実現 （平成32年） 家庭　3% 飲食店　15% （平成34年度）

(6)　歯・口腔の健康

項　　目	現　　状	目　　標
①　口腔機能の維持・向上（60歳代における咀嚼（そしゃく）良好者の割合の増加）	73.4% （平成21年）	80% （平成34年度）
②　歯の喪失防止		
ア　80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	25.0% （平成17年）	50% （平成34年度）

イ　60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	60.2% （平成17年）	70% （平成34年度）
ウ　40歳で喪失歯のない者の割合の増加	54.1% （平成17年）	75% （平成34年度）
③　歯周病を有する者の割合の減少		
ア　20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	31.7% （平成21年）	25% （平成34年度）
イ　40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	37.3% （平成17年）	25% （平成34年度）
ウ　60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	54.7% （平成17年）	45% （平成34年度）
④　乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加		
ア　３歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加	６都道府県 （平成21年）	23都道府県 （平成34年度）
イ　12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	７都道府県 （平成23年）	28都道府県 （平成34年度）
⑤　過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	34.1% （平成21年）	65% （平成34年度）

資料5

機能性をもつ農林水産物・食品開発プロジェクト

我が国には、多様で豊かな旬の食材を用い、栄養バランスのとれた和食という食文化があります。また、我が国の農作物の品質の良さ、種類・品種の多様さ、安全に関する信頼性は世界屈指の水準と言われ、健康を維持・増進する作用が期待される(健康機能性を持つ)農作物も多くあります。

一方、近年の食習慣の変化などにより、メタボリックシンドローム、各種の生活習慣病などの健康上の問題が大きくクローズアップされています。その他、認知機能や精神的ストレスなどについても食品による改善作用があると言われています。しかし、現在、こうしたリスクを抱えた方々のニーズに応えて適切な食品や栄養指導を提供するための知見は十分とは言えません。

こうした情勢に対応するため、農林水産省の予算措置により平成25年度に本プロジェクト研究がスタートしました。公募により選ばれた下記の実施課題により、我が国の豊かな食材を活かした自然な食生活により健康で豊かな生活を享受出来る社会の構築に貢献します。

A. 健康機能性を持つ農林水産物・加工品の開発
B. 新しい健康機能性の解明、健康機能性の評価手法の開発
C. 食品の健康機能性に関するデータベースの構築と栄養指導システムの開発

お知らせ

2014年4月24日　プロジェクト概要に「機能性農林水産物の定義」を追記しました。

2014年3月31日　平成25年度評価結果

プロジェクト詳細

1. プロジェクト概要
2. 開発イメージ
3. 推進体制
4. 実施課題
5. 進捗状況

問い合わせ先:プロジェクト事務局

農研機構 食品総合研究所 機能性プロ事務局
Eメール:kinouseipro@naro.affrc.go.jp
電話番号:029-838-7999

研究情報
- 研究課題(プロジェクト)
- 機能性をもつ農林水産物・食品開発プロジェクト
  - 研究プロジェクト概要
  - 開発イメージ
  - プロジェクト推進体制
  - 実施課題
  - 進捗状況
- 研究成果
- 研究活動報告

参考資料１ 資料6

保健機能成分について

平成26年５月30日
消費者庁

規制改革実施計画及び日本再興戦略

規制改革実施計画（平成25年6月14日閣議決定）

事項名	規制改革の内容	実施時期	所管省庁
いわゆる健康食品をはじめとする保健機能を有する成分を含む加工食品及び農林水産物の機能性表示の容認	特定保健用食品、栄養機能食品以外のいわゆる健康食品をはじめとする保健機能を有する成分を含む加工食品及び農林水産物について、機能性の表示を容認する新たな方策をそれぞれ検討し、結論を得る。なお、その具体的な方策については、民間が有しているノウハウを活用する観点から、その食品の機能性について、国ではなく企業等が自らその科学的根拠を評価した上でその旨及び機能を表示できる米国のダイエタリーサプリメントの表示制度を参考にし、企業等の責任において科学的根拠のもとに機能性を表示できるものとし、かつ、一定のルールの下で加工食品及び農林水産物それぞれについて、安全性の確保（生産、製造及び品質の管理、健康被害情報の収集）も含めた運用が可能な仕組みとすることを念頭に検討を行う。	平成25年度検討、平成26年度結論・措置 （加工食品、農林水産物とも）	消費者庁 厚生労働省 農林水産省

日本再興戦略（平成25年6月14日閣議決定）

〇食の有する健康増進機能の活用

- いわゆる健康食品等の加工食品及び農林水産物に関し、企業等の責任において科学的根拠をもとに機能性を表示できる新たな方策について、今年度中に検討を開始し、来年度中に結論を得た上で実施する。検討に当たっては、国ではなく企業等が自らその科学的根拠を評価した上でその旨及び機能を表示できる米国のダイエタリーサプリメントの表示制度を参考にしつつ、安全性の確保も含めた運用が可能な仕組みとすることを念頭に行う。
- 食の有する健康増進機能の解明・評価や、健康増進機能を有する食材・食品の開発・普及促進を図る。

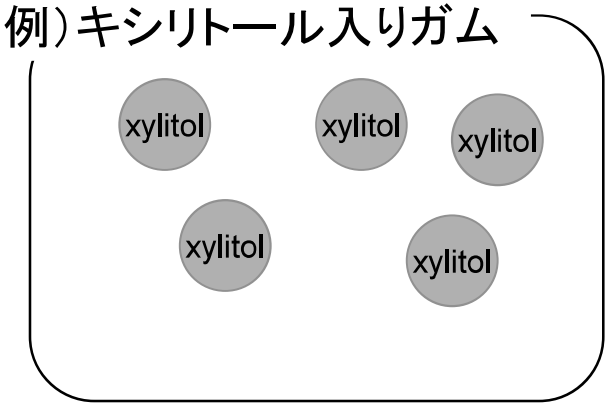
保健機能成分の考え方

保健機能成分：一定量摂取することで、健康の維持増進に役立つ成分
（例）キシリトール–歯を丈夫にする／サーデン（いわし）ペプチド–血圧が高めの人に適する

●機能性・安全性を担保するためには、食品中の保健機能成分の量が測定可能である必要
●食品の組成が全て明らかにされている必要はなく、主要な成分が測定可能であればよい

①成分が測定できる

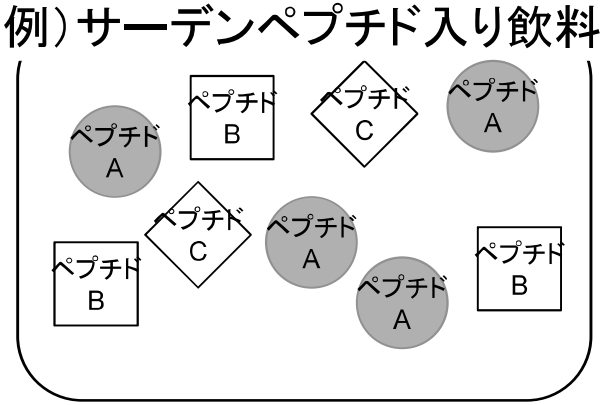
（例）キシリトール入りガム



○

②主要な成分が測定できる

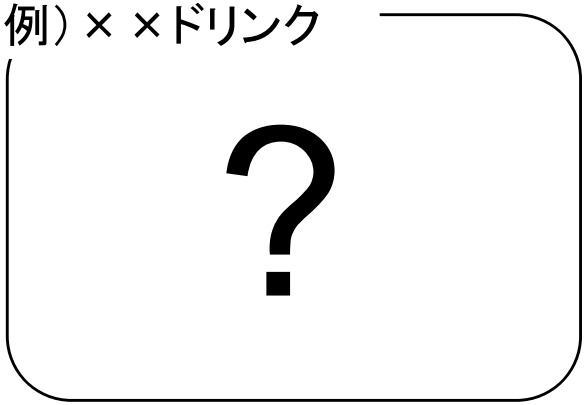
（例）サーデンペプチド入り飲料



○

③成分が測定できない

（例）× ×ドリンク



×

資料7

プレスリリース

発信者　公益財団法人 日本健康・栄養食品協会

理事長　下田　智久

〒162-0842 東京都新宿区市谷砂土原町 2-7-27

TEL:03-3268-3134　FAX:03-3268-3136

e-mail:shogaikouho@jhnfa.org

http:/ / www.jhnfa.org

発信日　平成 26 年 4 月 1 日（火）　渉外広報室

トクホ市場　6275 億円　前回、前々回を大幅に上回り、顕著に回復！

＝特定保健用食品の市場および表示許可の状況＝

特定保健用食品制度は 1991 年（平成 3 年）の発足から 22 年が経過し、国が健康強調表示を許可・承認する制度として国際的にも注目されています。

1993 年（平成 5 年）に表示許可第 1 号の商品が誕生し、2013 年 12 月末現在、特定保健用食品として表示許可・承認された食品は 1095 品目となっています。

当協会は特定保健用食品の制度発足以来、食品業界に対して許可取得のための関係省庁の行政方針および関連情報の入手・伝達を始め申請相談等の支援活動を進めるとともに、健康食品全般について消費者および関係先への情報提供等の活動を展開して参りました。

その一環として 1997 年から隔年に特定保健用食品の市場規模調査を実施し、行政・学術関係者、国内外のマーケティング関係者など各方面に資料として提供しております。

この度、2013 年 12 月から 9 回目のアンケート調査を実施しましたので、その集計結果を中心に市場規模の推定とともに、表示許可等の現状についてご報告させていただきます。

本報告の作成に当たり、当協会会員をはじめとした特定保健用食品を開発、販売している各企業から多大のご協力をいただいたことに深く感謝いたします。

本件に関するお問い合わせは 公益財団法人 日本健康･栄養食品協会　特定保健用食品部 矢吹、中澤（℡ 03-3268-3132）または渉外広報室 福本（℡ 03-3268-3134）にお願いします。

Ⅰ．市場規模調査

１．調査方法

特定保健用食品の表示許可を取得した企業に対して、アンケート方式で 2013 年度の品目別販売見込額および販売経路別市場構成について調査を実施した。

アンケートは 2013 年 12 月末現在許可取得の品目数 1095 を持つ全企業 191 社を対象として行った。そのうち 183 社からアンケートを回収し（回収率 95.8%）、1073 品目、180 社について、回答が得られた（有効回答率 98.0%）。

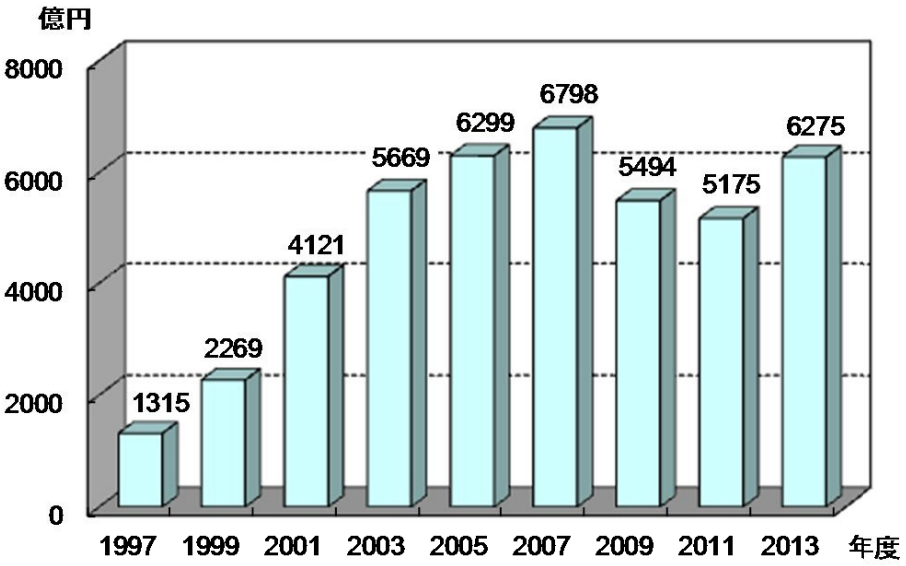
２．集計結果

（1）市場規模

特定保健用食品の市場規模は、1997 年度の調査開始以来、2007 年度まで調査毎に上昇し続けてきたが、前々回の 2009 年度に初めて減少し、2011 年度も引き続き減少した。

2013 年度の市場規模は 6275 億円（メーカー希望小売価格ベース）と推定され、2011 年度の市場規模 5175 億円に比べ 121.3%と大幅に上昇し、ピーク時の 2007 年度には届かなかったものの、前々回の 2009 年度の結果を上回った。（図１）。

図１．特定保健用食品の市場規模の推移



（2）保健の用途別市場概況

保健の用途別市場規模の推移は以下のとおりであった（表１）。

整腸：中心となる乳酸菌関連品目は 2007 年度から減少し続けていたが、2013 年度は前回より大幅に増え、ピーク時の 2005 年度を上回った。オリゴ糖関連品目も乳酸菌関連品目と同様に減少し続けていたが、前回の 2 倍以上と著しく伸長した。食物繊維関連品目も前回を大きく上回り、「整腸」全体としてピーク時を上回った。

コレステロール：調査開始以来、着実に増加を続けていたが、今回初めて減少した。

血圧：前回はピーク時の 2007 年度に近い水準まで回復したが、2013 年度はほぼ横ばいであった。

骨･ミネラル:2009 年度をピークに減少しており､2013 年度は前回と比べやや減少した。

歯：許可品目数は伸びているもののトクホ上市アイテムの減少等が影響し、2005 年度をピークに減少し続けている。

血糖値：2003 年度をピークに減少傾向を示しているが、2013 年度は前回からほぼ横ばいであった。

中性脂肪・体脂肪：2007 年度をピークに減少したが、前回は回復傾向を示し、2013 年度は許可品目数の伸びや新商品の影響もあり、前回と比べ大幅に増加した。

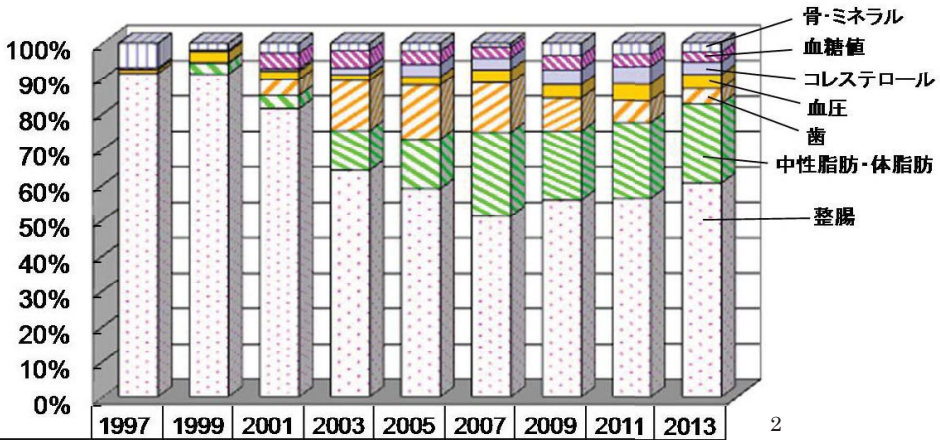
なお、保健の用途別構成比率は前回と同様に「整腸」が 60.5％と最も大きく、「中性脂肪・体脂肪」が 22.4％と続いた（図２）。

表１．保健の用途別市場規模の推移

年度

		1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009		2011		2013	
		億円	億円	億円	億円	億円	億円	億円	07比(%)	億円	09比(%)	億円	11比(%)
整腸	オリゴ糖	103.7	91.1	56.2	66.8	58.9	71.8	34.0	47.4	29.6	87.1	68.5	231.5
	乳酸菌	978.8	1863.0	3171.1	3420.8	3516.8	3249.3	2925.6	90.0	2764.2	94.5	3562.1	128.9
	食物繊維	119.1	115.5	128.1	141.8	129.9	152.5	104.6	68.6	107.0	102.3	165.4	154.5
	小計	1201.6	2069.6	3355.4	3629.4	3705.6	3473.6	3064.2	88.2	2900.8	94.7	3796.0	130.9
コレステロール		0.3	4.3	27.9	113.6	228.0	230.3	234.4	101.8	248.8	106.1	224.3	90.1
血圧		13.8	71.6	100.0	88.1	147.7	250.5	208.2	83.1	244.9	117.6	241.0	98.4
骨・ミネラル		92.0	44.9	113.9	120.1	143.3	73.3	192.6	262.8	166.7	86.6	160.3	96.2
歯		0.0	3.7	186.7	804.8	961.0	954.0	512.0	53.7	325.9	63.7	272.4	83.6
血糖値		6.7	5.2	184.3	277.4	232.9	210.5	215.9	102.6	180.5	83.6	176.6	97.9
中性脂肪･体脂肪		0.0	70.0	152.4	635.4	880.7	1606.0	1067.1	66.4	1107.3	103.8	1404.6	126.8
合計		1314.5	2269.3	4120.6	5668.8	6299.2	6798.2	5494.4	80.8	5174.9	94.2	6275.2	121.3

図２．保健の用途別市場構成の推移



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	
骨・ミネラル	7.0	2.0	2.8	2.1	2.3	1.1	3.5	3.2	2.6	
血糖値	0.5	0.2	4.5	4.9	3.7	3.1	4.0	3.5	2.8	
コレステロール	0.0	0.2	0.7	2.0	3.6	3.4	4.3	4.8	3.6	
血圧	1.1	3.1	2.4	1.6	2.3	3.7	3.8	4.7	3.8	
歯	0.0	0.2	4.5	14.2	15.3	14.0	9.3	6.3	4.3	
中性脂肪・体脂肪	0.0	3.1	3.7	11.2	14.0	23.6	19.4	21.4	22.4	
整腸	91.4	91.2	81.4	64.0	58.8	51.1	55.7	56.1	60.5	%

Ⅱ．販売経路別および食品の種類別市場構成

１．販売経路別市場構成

販売経路別市場構成は、「スーパー」、「戸配」、「コンビニ」が全体の約 8 割弱を占めており、2013 年度は、「スーパー」、「コンビニ」が増加した（表２）。

また、「ドラッグ・薬局」が前回より大幅に増加し、構成比率も 10.5%となりほぼ倍増した。

一方、「通信販売」は金額的には小さいものの 2007 年度以降増加を続けているが、2013 年度における構成比率は減少した。

表２．販売経路別市場構成の推移

年度

販売経路*	1999	2001	2003	2005	2007	2009		2011		2013	
	%	%	%	%	%	億円	%	億円	%	億円	%
スーパー	49.4	47.2	40.3	42.3	42.5	2,406	43.8	2,035	39.3	2,521	40.2
コンビニ	12.6	14.6	15.6	14.7	16.0	890	16.2	696	13.5	888	14.2
戸配	30.8	30.8	34.4	32.8	33.2	1,456	26.5	1,590	30.7	1,502	23.9
ドラッグ･薬局	4.1	3.8	3.0	3.1	2.7	297	5.4	307	5.9	662	10.5
通信販売	0.7	1.0	0.8	0.7	0.9	132	2.4	162	3.1	179	2.9
その他	2.4	2.6	5.9	6.4	4.7	313	5.7	385	7.5	523	8.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	5,494	100.0	5,175	100.0	6,275	100.0

＊2009 年度までは、販売経路選択は複数回答としている。

２．食品の種類別市場構成

食品の種類別の市場構成を 4 種類に区分して調査を行った（表３）。

2013 年度は、「加工食品・調味料」は大幅に減少し、「菓子・その他」も減少した。一方、2007 年度以降ほとんど変化のなかった「清涼飲料水」の構成比率は 28.6％と伸長した。また、「乳製品」の構成比率は 57.9％と伸長し続けている。

表３．食品の種類別市場構成の推移

年度

食品の種類	2007		2009		2011		2013	
	億円	%	億円	%	億円	%	億円	%
清涼飲料水	1,665	24.5	1,315	23.9	1,247	24.1	1,797	28.6
乳製品	3,285	48.3	3,012	54.8	2,840	54.9	3,635	57.9
加工食品・調味料	879	12.9	599	10.9	636	12.3	428	6.8
菓子・その他	969	14.3	568	10.4	452	8.7	415	6.7
合計	6,798	100.0	5,494	100.0	5,175	100.0	6,275	100.0

【 食品の種類 】

１．**清涼飲料水**：茶系飲料、炭酸飲料、果実飲料、ミネラルウォーター、ゼリー飲料、コーヒー、粉末清涼飲料（インスタントコーヒー等）など
２．**乳　製　品**：乳酸菌飲料、はっ酵乳など
３．**加工食品・調味料**：大豆加工品、穀物加工品、食肉・魚肉加工品、調理油、マーガリン、マヨネーズ、調理酢、甘味料など
４．**菓子・その他**：キャンディー、クッキー、ビスケット、チューインガム、ナタデココ、あられ、チョコレート、錠剤、粉末、顆粒、乾燥スープ、即席みそ汁、青汁など

Ⅲ. 表示許可･承認の状況

１．表示許可・承認品目の推移

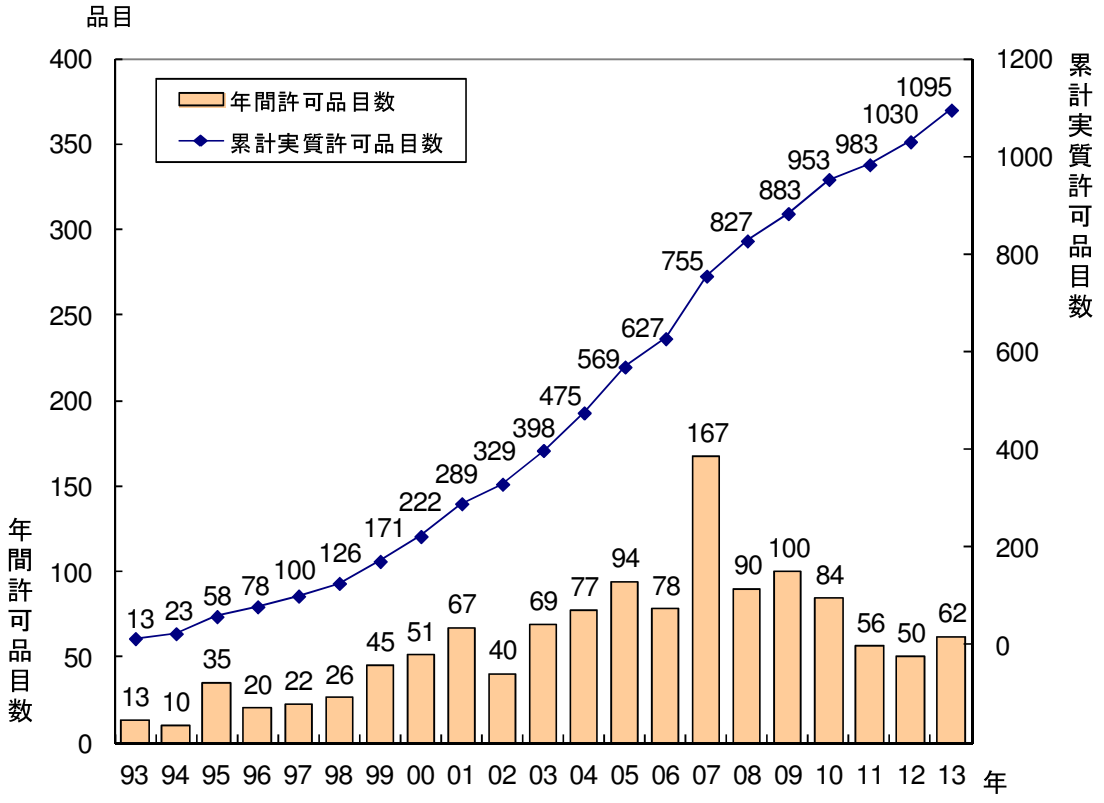
2013 年 12 月末現在の表示許可・承認の品目総数は 1095 であった（図３）。

2011 年１月から 2013 年 12 月の２年間に表示許可を受けた特定保健用食品は 112 品目であり、うち 2013 年１年間は 62 品目であった。

また保健の用途別の内訳では、「中性脂肪、体脂肪」が 33 品目増と最も多く、許可品目数の最も多い「整腸」は 22 品目増であった（表４）。

申請区分の内訳でみると、最も許可品目数の多い「特定保健用食品」は 25 品目増となり、前回増加分を上回った（表５）。続いて許可品目数の多い「再許可等」は 52 品目増と前回と同様に最も多かった。「規格基準型」は 33 品目増となり大幅に増加した。

図３．表示許可・承認品目の推移（2013 年 12 月末現在）



＊累計実質許可品目数＝累計許可品目数－同失効品目数

表４．保健の用途別許可品目の推移

年

		1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	11 比
整腸	オリゴ糖	40	53	62	62	76	78	77	82	87	5
	乳酸菌	8	36	55	61	69	75	77	81	82	1
	食物繊維	24	32	50	70	104	144	169	192	208	16
	小計	72	121	167	193	249	297	323	355	377	22
コレステロール		12	14	37	52	86	114	136	139	146	7
血圧		4	9	24	38	64	88	110	119	126	7
骨・ミネラル		8	10	18	23	33	44	51	57	63	6
歯		3	5	13	26	34	58	68	75	86	11
血糖値		1	3	19	49	72	100	131	148	174	26
中性脂肪・体脂肪		0	9	11	17	31	54	64	90	123	33
合計		100	171	289	398	569	755	883	983	1095	112

品目

表５．申請区分別許可品目の推移

年

申請区分	2007	2009	2011	2013	11 比
特定保健用食品	524	517	533	558	25
条件付き特定保健用食品	1	1	1	1	0
特定保健用食品（規格基準型）	16	28	47	80	33
特定保健用食品（疾病リスク低減表示）	5	10	14	16	2
特定保健用食品（再許可等）*	209	327	388	440	52
合　　計	755	883	983	1095	112

品目

＊2013 年は「疾病リスク低減表示」10 含む

Ⅳ. むすび

総務省の家計調査では、2013 年の 1 世帯平均の食料年間消費支出は全国平均で 780,450 円と 2011 年 766,320 円に比べわずかに増加した。長引く景気の低迷と人口の減少傾向も続いており、消費行動は慎重であるが、一方ではデフレ脱却に向けた政府の取組みもなされている。

調査開始以来、2007 年度をピークに減少し続けていた特定保健用食品の市場規模は、2013 年度は前回、前々回を大幅に上回り、6275 億円まで回復した。

2013 年度は前回から 2 年間の実質許可品目の増加は 112 品目と 2009 年度調査から 2 年間の 100 品目に比べわずかの上昇にとどまったが、市場規模は前回までの減少から大幅な回復に転じた。

トクホ制度発足以来、トクホ市場を牽引してきた「整腸」分野は 2005 年をピークに減少し続けてきたが、2013 年度は既存商品の伸長に加え新発売の商品の寄与もあり、前回に比べ一転して 30.9%の増加となった。この伸びが継続するか今後の推移が注目される。またメタボリックシンドロームの診断基準に関連する保健の用途では、「コレステロール」、「血圧」、「血糖値」は、2013 年度は、減少かほぼ横ばいであったが、「中性脂肪・体脂肪」の顕著な伸びにより全体では約 15%増となった。「中性脂肪、体脂肪」分野では、前回から 2 割以上の増加となり、消費者の関心の高さが窺われた。

現在、2012 年度に当協会で行った消費者庁委託の「特定保健用食品の審査基準の検討事業」の報告書を受けて通知の改正と審査基準の明確化がすすめられている。また、規制改革会議で取り上げられた審査の迅速化やわかりやすい表示の実現に向けて様々な取組みが行われている。これにより、開発企業の新たな関与成分や保健の用途へのチャレンジがなされ、特定保健用食品市場の本格的な回復につながることが期待される。

当協会は今後も消費者庁をはじめ関係各省庁等の指導を得ながら、会員企業と協力して消費者に対する正しい使用方法等の情報提供を推進し、特定保健用食品の更なる普及に努めていきたい。

以上

資料8

特別用途食品　許可品目一覧

平成26年４月21日更新

（更新内容）
平成26年４月　２品目新規許可

特別用途食品　許可品目一覧

【病者用食品（許可基準型）　低たんぱく質食品】

通し番号	商品名	申請者	許可を受けた表示内容	許可日	許可番号
1	ピーエルシー ごはん1／5	ホリカフーズ 株式会社	病者用食品 低たんぱく質食品 腎疾患者用食品 この商品はたんぱく質の摂取制限を必要とする腎疾患者に適しています。	H11.6.23	第14825号
2	げんたそうめん	キッセイ薬品工業 株式会社	消費者庁許可　特別用途食品　病者用　　低たんぱく質食品　　腎不全患者用 げんたそうめんは、たんぱく質や電解質の制限を必要とする腎不全患者などに適しています。	H12.2.25	第14885号
3	げんたそば	キッセイ薬品工業 株式会社	消費者庁許可　特別用途食品　　病者用　　低たんぱく質食品　　腎不全患者用 げんたそばは、たんぱく質や電解質の制限を必要とする腎不全患者などに適しています。	H12.2.25	第14886号
4	ゆめごはん 1/5	亀田製菓 株式会社	本品はたんぱく質の摂取制限を必要とする腎疾患等に適した食品です。	H17.9.9	第15133号
5	ゆめごはん 1/10	亀田製菓 株式会社	本品はたんぱく質の摂取制限を必要とする腎疾患等に適した食品です。	H17.9.9	第15134号
6	ゆめごはん 1/25	亀田製菓 株式会社	本品はたんぱく質の摂取制限を必要とする腎疾患等に適した食品です。	H17.9.9	第15135号
7	げんたうどん	キッセイ薬品工業 株式会社	消費者庁許可　特別用途食品　病者用食品　低たんぱく質食品　腎不全患者用 げんたうどんは、たんぱく質や電解質の制限を必要とする腎不全患者などに適しています。げんたうどんは、医師にたんぱく質摂取量の制限を指示された方（腎不全患者、人工透析患者など）に最適な低たんぱく質うどんです。	H22.2.5	第21004号
8	サトウの 低たんぱくごはん 1/5	佐藤食品工業 株式会社	消費者庁許可　病者用食品　低たんぱく質食品　腎疾患患者用食品 本品はたんぱく質の摂取制限を必要とする腎疾患等の方に適した食品です。 本品は医師からたんぱく質摂取制限の指示を受けた場合に限りご使用ください。 医師、管理栄養士等との相談、指導を受けてご使用ください。	H22.8.23	第22008号
9	サトウの 低たんぱくごはん 1/25	佐藤食品工業 株式会社	消費者庁許可　病者用食品　低たんぱく質食品　腎疾患患者用食品 本品はたんぱく質の摂取制限を必要とする腎疾患等の方に適した食品です。 本品は医師からたんぱく質摂取制限の指示を受けた場合に限りご使用ください。 医師、管理栄養士等との相談、指導を受けてご使用ください。	H22.8.23	第22009号
10	サトウの 低たんぱくごはん 1/25 かるめに一膳	佐藤食品工業 株式会社	消費者庁許可　病者用食品　低たんぱく質食品　腎疾患患者用食品 本品はたんぱく質の摂取制限を必要とする腎疾患等の方に適した食品です。 本品は医師からたんぱく質摂取制限の指示を受けた場合に限りご使用ください。 医師、管理栄養士等との相談、指導を受けてご使用ください。	H22.8.23	第22010号
11	ゆめごはん 1/35	亀田製菓 株式会社	本品はたんぱく質の摂取制限を必要とする腎疾患等に適した食品です。	H26.4.17	第26001号

【病者用食品（許可基準型） アレルゲン除去食品】

通し番号	商品名	申請者	許可を受けた表示内容	許可日	許可番号
1	エムエーワン ニューMA-1	森永乳業 株式会社	ミルクアレルギー用 育児用ミルク、牛乳などを与えて下痢や湿疹などの症状が出る乳幼児にお使いいただけます。	H22.2.5	第21007号
2	エムエーミー MA-mi	森永乳業 株式会社	ミルクアレルギーのお子さまのために 育児用ミルク、牛乳などを与えて下痢や湿疹などの症状がでるお子さまにお使いいただけます。	H22.2.5	第21008号
3	エムエーワン 低脂肪MA-1	森永乳業 株式会社	ミルクアレルギー用 育児用ミルク、牛乳などを与えて下痢や湿疹などの症状が出る乳幼児にお使いいただけます。	H22.2.5	第21009号
4*	明治ミルフィーHP	株式会社 明治	母乳は赤ちゃんにとって最良の栄養です。明治ミルフィーHPは、ミルクアレルギーや先天性乳糖不耐症及びガラクトース血症の赤ちゃんに、または一過性に乳糖不耐症を呈す赤ちゃんに、母乳あるいは調製粉乳の代替品としてお使い頂けます。	H22.9.30	第22011号
5*	明治エレメンタル フォーミュラ	株式会社 明治	明治エレメンタルフォーミュラは、ミルクアレルギーや先天性乳糖不耐症およびガラクトース血症の赤ちゃんに、または一過性に乳糖不耐症を呈す赤ちゃんに、母乳あるいは調製粉乳の代替品としてお使いいただけます。	H23.11.1	第23003号
6*	ビーンスターク ペプディエット	ビーンスターク・ スノー株式会社	ビーンスターク　ペプディエットは、牛乳アレルギー疾患、乳糖不耐症およびガラクトース血症の乳幼児にお使いいただけるミルクです。	H24.6.21	第24001号

＊無乳糖食品としても許可

【病者用食品（許可基準型） 無乳糖食品】

通し番号	商品名	申請者	許可を受けた表示内容	許可日	許可番号
1	ノンラクト	森永乳業 株式会社	無乳糖調製粉末ノンラクト 乳糖不耐症、ガラクトース血症用 乳糖やガラクトースを含まないように調製していますので、一般の育児用ミルクでは下痢や腹痛などの異常をきたす乳児にお使いいただけます。	H17.9.9	第15137号
2*	明治ミルフィーHP	株式会社 明治	母乳は赤ちゃんにとって最良の栄養です。明治ミルフィーHPは、ミルクアレルギーや先天性乳糖不耐症及びガラクトース血症の赤ちゃんに、または一過性に乳糖不耐症を呈す赤ちゃんに、母乳あるいは調製粉乳の代替品としてお使い頂けます。	H22.9.30	第22011号
3*	明治エレメンタル フォーミュラ	株式会社 明治	明治エレメンタルフォーミュラは、ミルクアレルギーや先天性乳糖不耐症およびガラクトース血症の赤ちゃんに、または一過性に乳糖不耐症を呈す赤ちゃんに、母乳あるいは調製粉乳の代替品としてお使いいただけます。	H23.11.1	第23003号
4	明治ラクトレス	株式会社 明治	明治ラクトレスは、先天性乳糖不耐症およびガラクトース血症の赤ちゃんに、または一過性に乳糖不耐症を呈す赤ちゃんに、母乳あるいは調製粉乳の代替品としてお使いいただけます。	H23.11.1	第23004号
5*	ビーンスターク ペプディエット	ビーンスターク・ スノー株式会社	ビーンスターク　ペプディエットは、牛乳アレルギー疾患、乳糖不耐症およびガラクトース血症の乳幼児にお使いいただけるミルクです。	H24.6.21	第24001号

＊アレルゲン除去食品としても許可

【病者用食品（許可基準型） 総合栄養食品】

通し番号	商品名	申請者	許可を受けた表示内容	許可日	許可番号
1	シーゼット・ハイ （CZーHi）	株式会社 クリニコ	シーゼット・ハイ（CZ-Hi）は、食事として摂取すべき栄養素をバランスよく配合した総合栄養食品で、疾患等により通常の食事で十分な栄養を摂ることが困難な方に適しています。	H23.4.1	第23002号

特別用途食品　許可品目一覧

【病者用食品（個別評価型）】

通し番号	商品名	申請者	許可を受けた表示内容	許可日	許可番号
1	発芽大麦[GBF] プレーン	キリン ホールディングス 株式会社	潰瘍性大腸炎患者用食品 発芽大麦[GBF]プレーンは発芽した大麦から調製した軽症から中等症の潰瘍性大腸炎の方の便の性状を整え、生活向上を図るための食品です。	H12.3.28	第14887号
2	発芽大麦[GBF]	キリン ホールディングス 株式会社	潰瘍性大腸炎患者用食品 発芽大麦[GBF]は発芽した大麦から調製した軽症から中等症の潰瘍性大腸炎の方の便の性状を整え、生活向上を図るための食品です。	H12.3.28	第14888号
3	低リンミルクL.P.K （病者用食品）	森永乳業 株式会社	慢性腎不全患者では良質のたんぱく質、必須栄養成分を適量摂取しながら、水分やリン、カリウム、ナトリウムの摂取を制限した食事を長期間継続しなければなりません。 低リンミルクL．P．Kは消化吸収されやすい乳たんぱく質の他、カルシウム、鉄、各種のビタミンを配合した上、リン（牛乳の1/5）、カリウム、ナトリウムを低減してありますので、低リン食を指示されている慢性腎不全の方の食事療法に適しています。	H13.5.23	第14989号
4	オーエスワン （ＯＳ－１）	株式会社 大塚製薬工場	オーエスワンは、電解質と糖質の配合バランスを考慮した経口補水液です。軽度から中等度の脱水状態の方の水・電解質を補給・維持するのに適した病者用食品です。感染性腸炎、感冒による下痢・嘔吐・発熱を伴う脱水状態、高齢者の経口摂取不足による脱水状態、過度の発汗による脱水状態等に適しています。	H16.12.7	第15119号
5	オーエスワン ゼリー	株式会社 大塚製薬工場	特別用途食品　個別評価型病者用食品 オーエスワンゼリーは、電解質と糖質の配合バランスを考慮した経口補水液です。軽度から中等度の脱水状態の方の水・電解質を補給・維持するのに適した病者用食品です。感染性腸炎、感冒による下痢・嘔吐・発熱を伴う脱水状態、高齢者の経口摂取不足による脱水状態、過度の発汗による脱水状態等に適しています。そしゃく・えん下困難な場合にも用いることができますが、医師とご相談の上、ご使用下さい。	H18.12.8	第18033号
6	アクアライト オーアールエス	和光堂 株式会社	本品は体液よりも低い浸透圧に調整し、電解質・糖質を配合した乳幼児用の経口補水液です。ウイルス性の感染性胃腸炎による下痢・嘔吐・発熱を伴う脱水状態における水分・電解質の補給に適しています。	H24.2.17	第23005号
7	オーエスワン パウダー	株式会社 大塚製薬工場	オーエスワンパウダーは、水に溶かして使用する、電解質と糖質の配合バランスを考慮した経口補水液用粉末です。軽度から中等度の脱水状態の方の水・電解質を補給・維持するのに適した病者用食品です。感染性腸炎、感冒による下痢・嘔吐・発熱を伴う脱水状態、高齢者の経口摂取不足による脱水状態、過度の発汗による脱水状態等に適しています。	H24.3.16	第23007号
8	森永エーアールミルク	森永乳業株式会社	森永エーアールミルクは、胃食道逆流があり通常の育児用ミルクでは嘔吐や溢乳（いつにゅう）をおこす赤ちゃんのために、トロミのでる成分を配合して粘度を高くしたミルクです。胃食道逆流症の赤ちゃんの食事療法の素材として、医師の指示によりお使いいただけます。	H25.10.8	第25002号

特別用途食品　許可品目一覧

【妊産婦、授乳婦用粉乳】

通し番号	商品名	申請者	許可を受けた表示内容	許可日	許可番号
1	ビーンスタークマム マタニティ	ビーンスターク・スノー株式会社	ビーンスタークマム　マタニティは妊婦・授乳期の女性のためのミルクです。	H16.11.25	第15117号

特別用途食品　許可品目一覧

【乳児用調製粉乳】

通し番号	商品名	申請者	許可を受けた表示内容	許可日	許可番号
1	アイクレオの バランスミルク	アイクレオ 株式会社	母乳は赤ちゃんにとって最良の栄養です。「アイクレオのバランスミルク」は母乳が不足したり与えられない場合に母乳の代わりをする目的で作られたものです。	H22.2.5	第21005号
2	和光堂レーベンス ミルク　はいはい	和光堂 株式会社	乳児用調製粉乳 母乳代替食品 母乳が不足したりあげられないとき、安心してお使いいただけます。	H22.2.5	第21010号
3	森永ドライミルク はぐくみ	森永乳業 株式会社	乳児用調製粉乳 赤ちゃんにとって、健康なお母さんの母乳が最良です。 森永ドライミルクはぐくみは、最新の母乳研究の成果をもとに、栄養成分の量とバランスを母乳に近づけたミルクです。 母乳が足りない赤ちゃんに、安心してお使いいただけます。 赤ちゃんの体質や健康状態によって、医師、管理栄養士等にご相談ください。	H22.6.30	第22002号
4	森永ペプチドミルク E赤ちゃん	森永乳業 株式会社	乳児用調製粉乳 赤ちゃんにとって、健康なお母さんの母乳が最良です。 森永ペプチドミルクE赤ちゃんは、母乳と牛乳たんぱく質に関する研究をもとに、諸先生のご指導を得て開発したミルクです。 すべての牛乳たんぱく質を消化吸収のよいペプチドとしています。母乳が足りない赤ちゃんに、安心してお使いいただけます。 赤ちゃんの体質や健康状態によって、医師、管理栄養士等にご相談ください。	H22.6.30	第22003号
5	アイクレオの ペプチドミルク	アイクレオ 株式会社	母乳は赤ちゃんにとって最良の栄養です。 「アイクレオのペプチドミルク」は母乳と乳児の発育に関する研究に基づいて開発された粉ミルクです。母乳が不足したり与えられない場合に、母乳の代替としてご使用ください。	H22.6.30	第22004号
6	雪印ぴゅあ1	雪印メグミルク 株式会社	母乳は赤ちゃんの発育に最良の栄養です。母乳が足りないときや与えられないときに、母乳の代わりに安心してお使いください。	H24.2.17	第23006号
7	明治ほほえみ	株式会社 明治	「明治ほほえみ」は母乳が足りない赤ちゃんに安心してお使いいただけます。	H24.6.21	第24002号
8	明治ほほえみ らくらくキューブ	株式会社 明治	「明治ほほえみ」は母乳が足りない赤ちゃんに安心してお使いいただけます。	H24.6.21	第24003号
9	ビーンスターク すこやか エム1	ビーンスターク・ スノー株式会社	母乳は赤ちゃんに最良の栄養です。 ビーンスタークすこやかは、母乳が足りないときや与えられないときに母乳の代わりにお使いいただくために作られたミルクです。	H25.9.19	第25001号
10	森永はぐくみ	森永乳業株式会社	赤ちゃんにとって、健康なお母さんの母乳が最良です。 森永はぐくみは、母乳が足りない赤ちゃんに、安心してお使いいただけます。	H26.4.21	第26002号
11	森永E(いい) 赤ちゃん	森永乳業株式会社	赤ちゃんにとって、健康なお母さんの母乳が最良です。 本品は、母乳が足りない赤ちゃんに、安心してお使いいただけます。	H26.4.21	第26003号

特別用途食品　許可品目一覧

【えん下困難者用食品】

通し番号	商品名	申請者	許可を受けた表示内容	規格基準	許可日	許可番号
1	アイソトニック ゼリー	ニュートリー 株式会社	えん下困難者用食品　許可基準Ⅰ アイソトニックゼリーは水分補給を目的とした、えん下困難者用の食品です。	許可基準Ⅰ	H22.8.23	第22005号
2	エスジーなめらか トマト	日東ベスト 株式会社	特別用途食品 えん下困難者用食品 許可基準区分Ⅱ この商品は、えん下が困難な方に適しています。	許可基準Ⅱ	H24.10.30	第24004号
3	プロッカ　ゼットエヌ ピーチ	ニュートリー 株式会社	本品は、えん下困難者に適したゼリー食品です。	許可基準Ⅰ	H25.4.18	第24005号
4	プロッカ　ゼットエヌ オレンジ	ニュートリー 株式会社	本品は、えん下困難者に適したゼリー食品です。	許可基準Ⅰ	H25.4.18	第24006号
5	プロッカ　ゼットエヌ 青りんご	ニュートリー 株式会社	本品は、えん下困難者に適したゼリー食品です。	許可基準Ⅰ	H25.4.18	第24007号
6	プロッカ　ゼットエヌ グレープ	ニュートリー 株式会社	本品は、えん下困難者に適したゼリー食品です。	許可基準Ⅰ	H25.4.18	第24008号
7	プロッカ　ゼットエヌ 甘酒	ニュートリー 株式会社	本品は、えん下困難者に適したゼリー食品です。	許可基準Ⅰ	H25.4.18	第24009号
8	ブイ・クレスゼリー キャロット	ニュートリー 株式会社	本品は、えん下困難者に適したゼリー食品です。	許可基準Ⅰ	H25.11.29	第25003号
9	ブイ・クレスゼリー りんご	ニュートリー 株式会社	本品は、えん下困難者に適したゼリー食品です。	許可基準Ⅰ	H25.11.29	第25004号
10	ブイ・クレスゼリー マンゴー	ニュートリー 株式会社	本品は、えん下困難者に適したゼリー食品です。	許可基準Ⅰ	H25.11.29	第25005号
11	エンゲリード アップルゼリー	株式会社 大塚製薬工場	本品はえん下困難者に適したゼリーです。	許可基準Ⅰ	H26.1.14	第25006号
12	エンゲリード グレープゼリー	株式会社 大塚製薬工場	本品はえん下困難者に適したゼリーです。	許可基準Ⅰ	H26.1.14	第25007号

（参考）えん下困難者用食品たる表示の許可基準（規格基準）

規格 ※1	許可基準Ⅰ※2	許可基準Ⅱ※3	許可基準Ⅲ※4
硬さ （一定速度で 圧縮した ときの抵抗） (N/m^2)	2.5×10^3 ～ 1×10^4	1×10^3 ～1.5×10^4	3×10^2 ～ 2×10^4
付着性(J/m^3)	4×10^2 以下	1×10^3 以下	1.5×10^3 以下
凝集性	0.2～0.6	0.2～0.9	―

※1 常温及び喫食の目安となる温度のいずれの条件であっても規格基準の範囲内であること。

※2 均質なもの（例えば、ゼリー状の食品）。

※3 均質なもの（例えば、ゼリー状又はムース状等の食品）。ただし、許可基準Ⅰを満たすものを除く。

※4 不均質なものも含む（例えば、まとまりのよいおかゆ、やわらかいペースト状又はゼリー寄せ等の食品）。
ただし、許可基準Ⅰ又は許可基準Ⅱを満たすものを除く。

日本介護食品協議会コーナー

ユニバーサルデザインフード

ユニバーサルデザインフード生産統計

日本介護食品協議会

		平成21（2009）年		平成22（2010）年		平成23（2011）年		平成24（2012）年	
		数量(トン)	金額(百万円)	数量(トン)	金額(百万円)	数量(トン)	金額(百万円)	数量(トン)	金額(百万円)
区分	1	813	707	849	761	958	951	1,251	1,111
	2	402	413	509	504	609	591	995	789
	3	2,585	2,583	3,215	3,154	3,619	3,496	3,887	4,170
	4	1,016	814	1,118	948	1,432	1,221	1,693	1,423
とろみ		1,065	2,710	1,185	2,927	1,290	3,070	1,411	3,333
合計		**5,880**	**7,226**	**6,876**	**8,293**	**7,908**	**9,328**	**9,237**	**10,825**
タイプ別	乾燥	1,091	2,789	1,217	3,023	1,322	3,168	1,445	3,437
	冷凍	2,066	2,065	2,455	2,454	2,728	2,837	3,541	3,629
	常温	2,724	2,373	3,204	2,817	3,858	3,323	4,252	3,759
合計		**5,880**	**7,226**	**6,876**	**8,293**	**7,908**	**9,328**	**9,237**	**10,825**
販売先別	市販	1,099	1,287	1,306	1,509	1,785	2,128	2,271	2,480
	業務	4,782	5,939	5,569	6,784	6,123	7,200	6,966	8,345
合計		**5,880**	**7,226**	**6,876**	**8,293**	**7,908**	**9,328**	**9,237**	**10,825**

※暦年集計，金額は出荷ベース．

ユニバーサルデザインフード平成24（2012）年生産量・金額前年対比

		平成24（2012）年		平成23（2011）年		24/23年対比		24/22年対比	
		数量(トン)	金額(百万円)	数量(トン)	金額(百万円)	数量(%)	金額(%)	数量(%)	金　額(%)
区分	1	1,251	1,111	958	951	130.6	116.9	147.4	146.1
	2	995	789	609	591	163.3	133.6	195.6	156.7
	3	3,887	4,170	3,619	3,496	107.4	119.3	120.9	132.2
	4	1,693	1,423	1,432	1,221	118.2	116.5	151.4	150.1
とろみ		1,411	3,333	1,290	3,070	109.4	108.6	119.1	113.9
合計		**9,237**	**10,825**	**7,908**	**9,328**	**116.8**	**116.0**	**134.3**	**130.5**
タイプ別	乾燥	1,445	3,437	1,322	3,168	109.3	108.5	118.7	113.7
	冷凍	3,541	3,629	2,728	2,837	129.8	127.9	144.2	147.9
	常温	4,252	3,759	3,858	3,323	110.2	113.1	132.7	133.5
合計		**9,237**	**10,825**	**7,908**	**9,328**	**116.8**	**116.0**	**134.3**	**130.5**
販売先別	市販	2,271	2,480	1,785	2,128	127.2	116.6	173.8	164.4
	業務	6,966	8,345	6,123	7,200	113.8	115.9	125.1	123.0
合計		**9,237**	**10,825**	**7,908**	**9,328**	**116.8**	**116.0**	**134.3**	**130.5**

※本統計は日本介護食品協議会会員企業の「ユニバーサルデザインフード生産統計」です．介護食品全体の市場規模を表すものではありません．

【UDF 商品登録状況（1,036品目・6月末現在)】

	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	とろみ調整	合計
乾燥食品	0	0	6	0	53	59
冷凍食品	137	67	433	12	0	649
常温食品	35	68	155	69	1	328
合　　計	172	135	594	81	54	1,036

【会員の異動（6月)】

計52社（6月末現在)．

◎日本介護食品協議会では会員企業を募集しています．協議会とユニバーサルデザインフードについては事務局までご連絡ください．

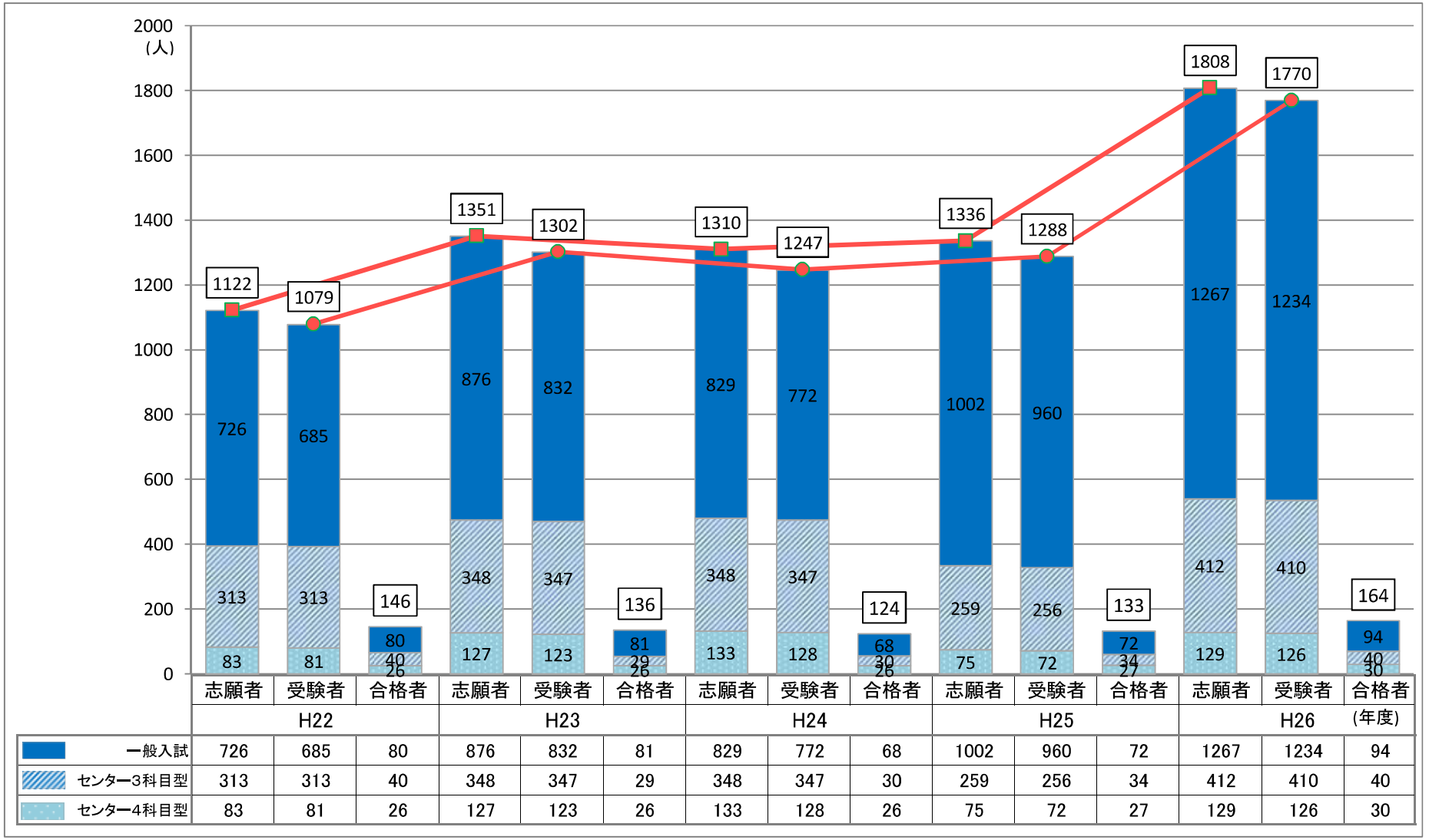
事務局：東京都千代田区神田東松下町10－2
翔和神田ビル３階　(公社)日本缶詰協会内
TEL 03－5256－4801
FAX 03－5256－4805
http://www.udf.jp/

応用生物科学部
栄養科学科（管理栄養士専攻）

志願者・受験者・合格者の推移（平成22年度～平成26年度）

＜一般入試・センター試験利用入試＞

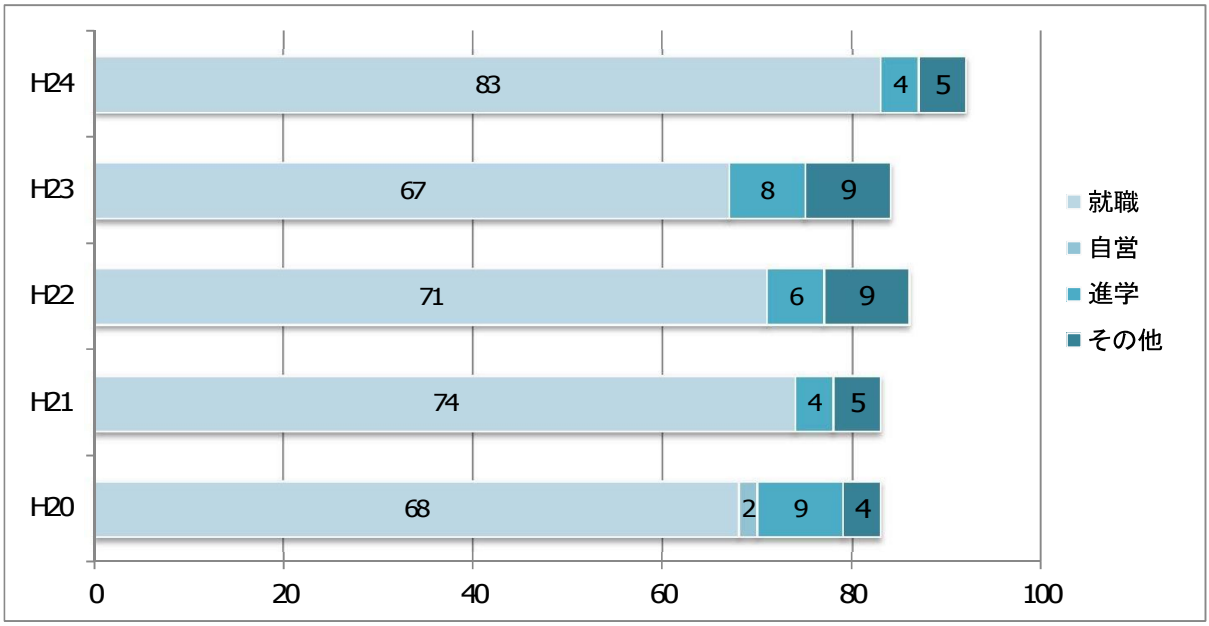
資料10



	志願者	受験者	合格者	志願者	受験者	合格者	志願者	受験者	合格者	志願者	受験者	合格者	志願者	受験者	合格者
	H22			H23			H24			H25			H26		(年度)
一般入試	726	685	80	876	832	81	829	772	68	1002	960	72	1267	1234	94
センター3科目型	313	313	40	348	347	29	348	347	30	259	256	34	412	410	40
センター4科目型	83	81	26	127	123	26	133	128	26	75	72	27	129	126	30

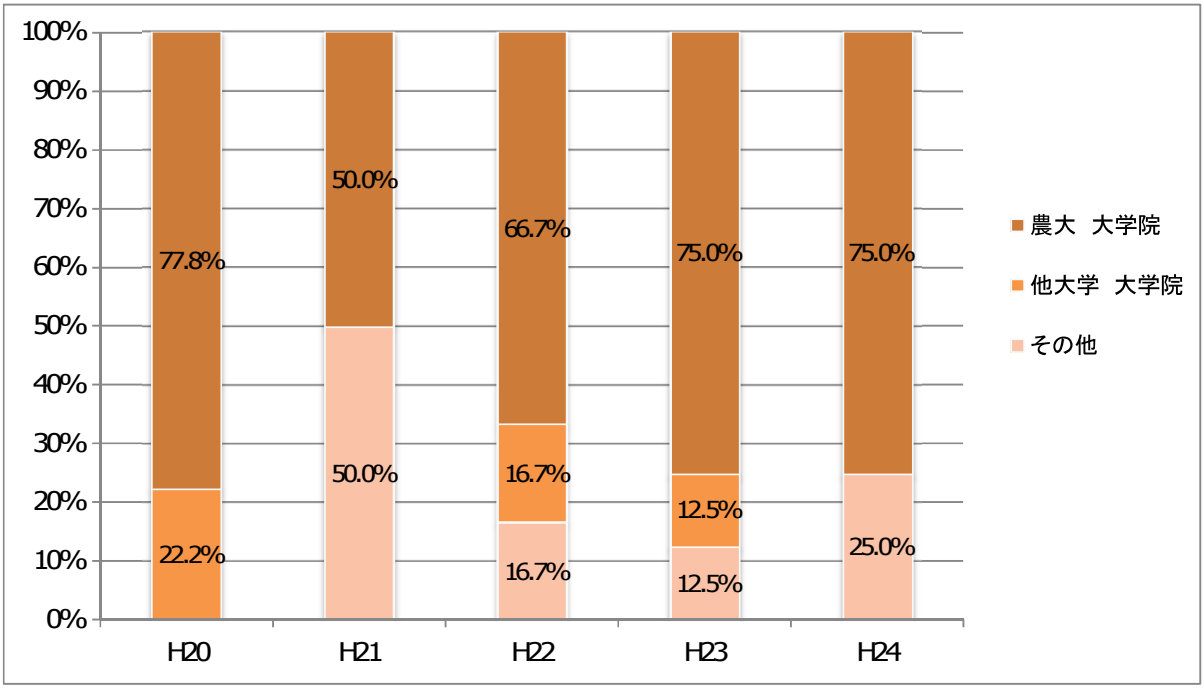
栄養科学科 管理栄養士専攻　平成20年度～平成24年度　進路状況

■進路状況



	H20	H21	H22	H23	H24	総計
就職	68	74	71	67	83	363
自営	2					2
進学	9	4	6	8	4	31
その他	4	5	9	9	5	32
	83	83	86	84	92	428

■進学状況



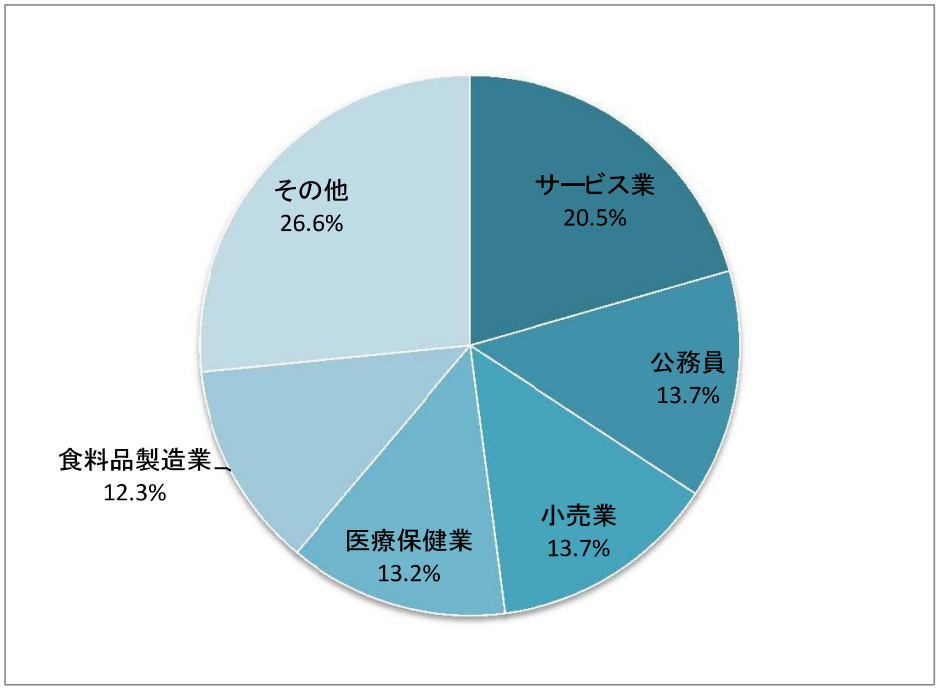
	H20	H21	H22	H23	H24	総計
農大　大学院	7	2	4	6	3	22
他大学　大学院	2		1	1		4
その他		2	1	1	1	5
合計	9	4	6	8	4	31

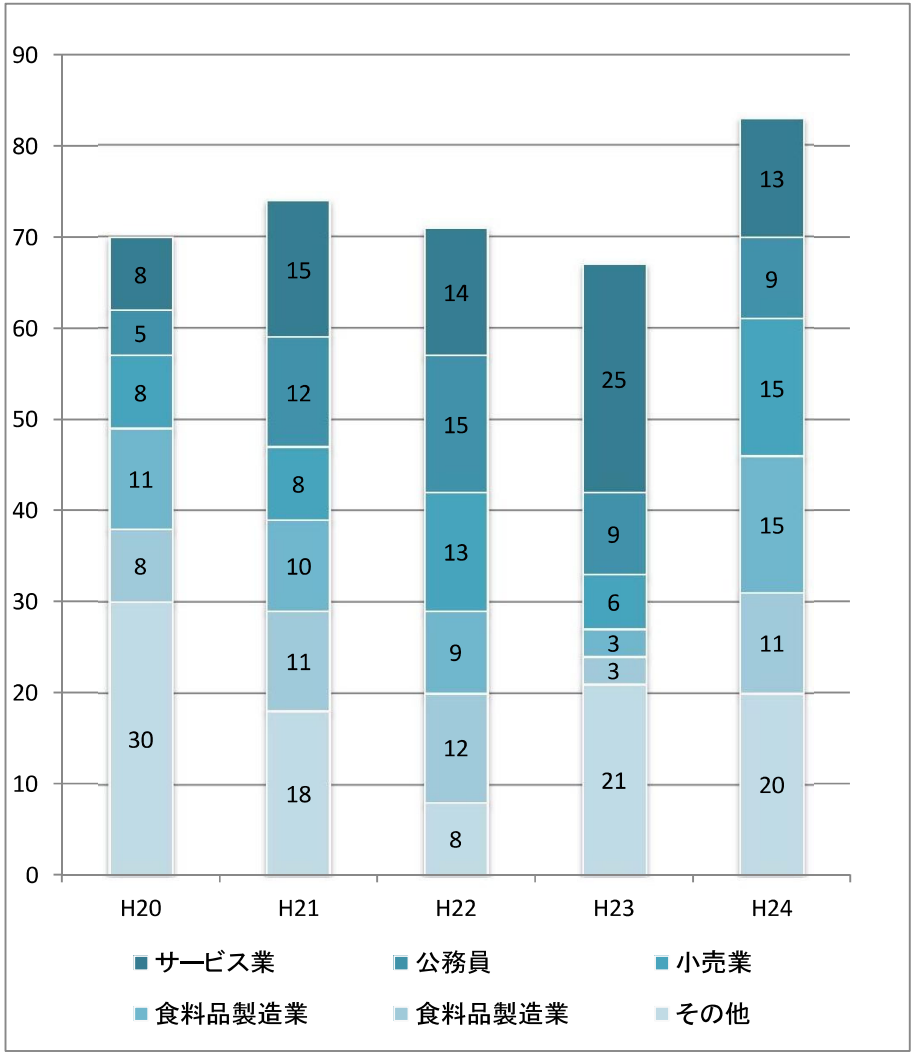
栄養科学科　管理栄養士専攻　業種別就職先の推移

（平成20年度～平成24年度）

業種		H20	H21	H22	H23	H24	累計	割合
1	サービス業	8	15	14	25	13	75	20.5%
2	公務員	5	12	15	9	9	50	13.7%
3	小売業	8	8	13	6	15	50	13.7%
4	医療保健業	11	10	9	3	15	48	13.2%
5	食料品製造業	8	11	12	3	11	45	12.3%
6	その他	30	18	8	21	20	97	26.6%
	累計	70	74	71	67	83	365	

■H20～H24　累計





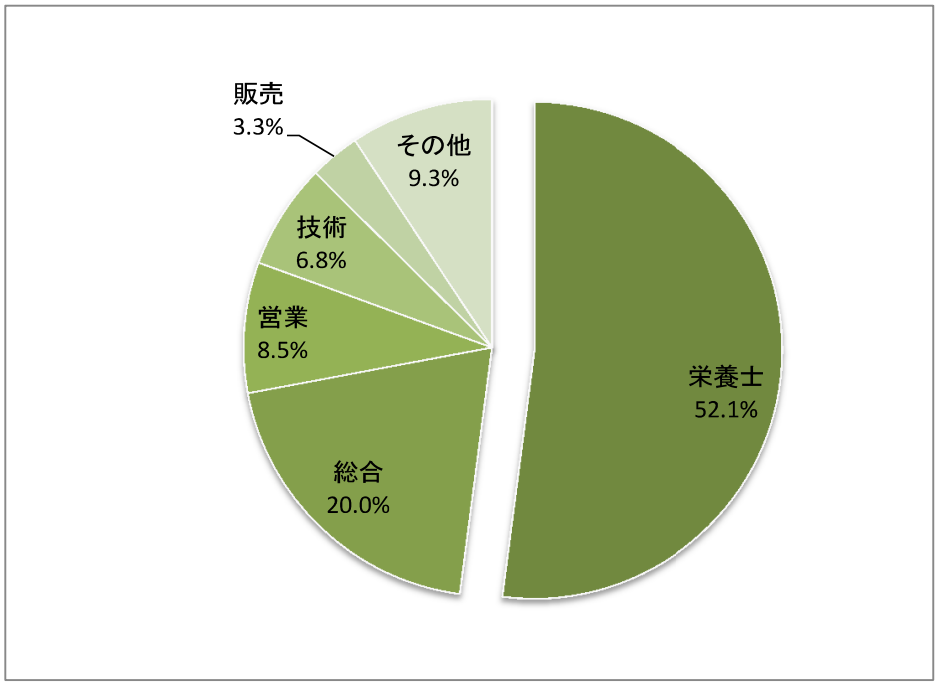
※その他には上位5位以下すべて含まれる

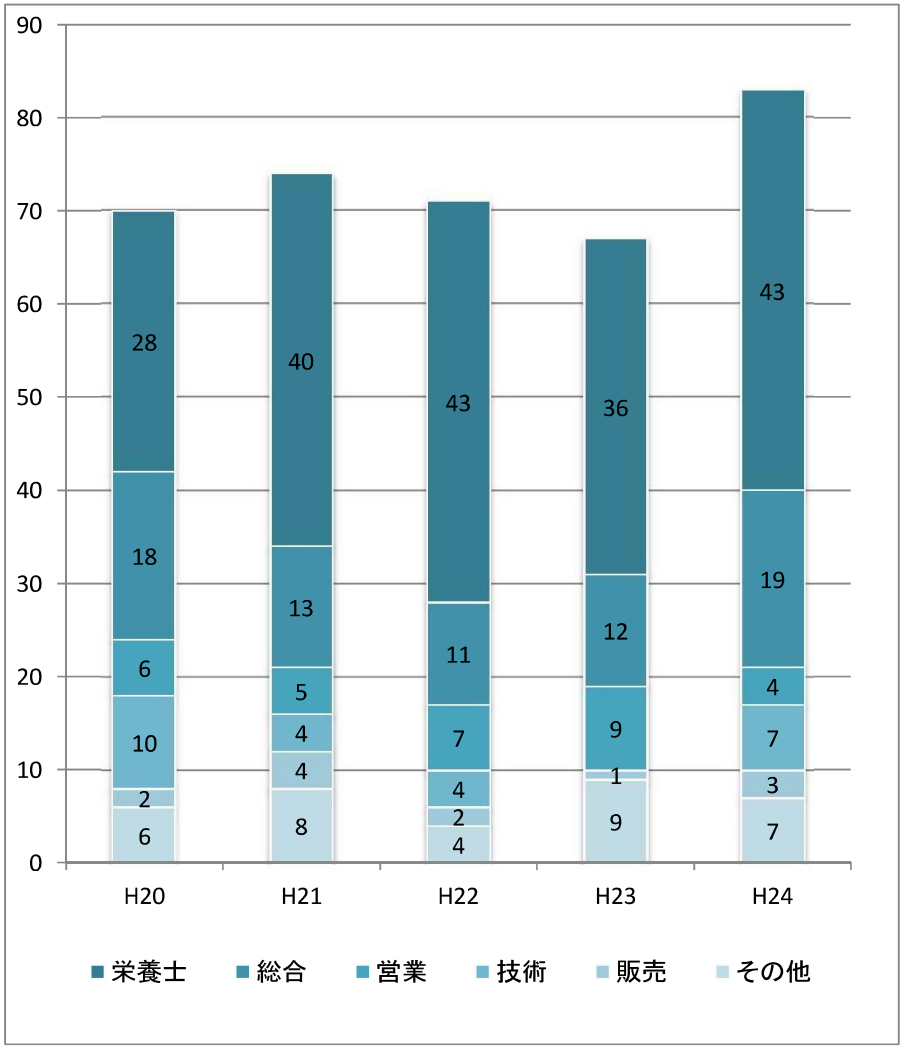
栄養科学科　管理栄養士専攻　職種別就職先の推移

（平成20年度～平成24年度）

職種		H20	H21	H22	H23	H24	累計	割合
1	栄養士	28	40	43	36	43	190	52.1%
2	総合	18	13	11	12	19	73	20.0%
3	営業	6	5	7	9	4	31	8.5%
4	技術	10	4	4		7	25	6.8%
5	販売	2	4	2	1	3	12	3.3%
6	その他	6	8	4	9	7	34	9.3%
	累計	70	74	71	67	83	365	

■H20～H24　累計





※その他には上位5位以下すべて含まれる

第３表　公立学校教員の受験者及び採用者の推移

区分	年度	受験者数（A）		採用者数（B）		競争率
			女性(内数)		女性(内数)	（A）／（B）
小学校	14	49,437	(32,143)	7,787	(4,714)	6.3
	15	50,139	(32,878)	9,431	(5,890)	5.3
	16	50,446	(33,163)	10,483	(6,745)	4.8
	17	51,973	(32,661)	11,522	(7,431)	4.5
	18	51,763	(32,113)	12,430	(8,128)	4.2
	19	53,398	(32,211)	11,588	(7,527)	4.6
	20	53,061	(31,353)	12,372	(7,879)	4.3
	21	51,804	(30,125)	12,437	(7,932)	4.2
	22	54,418	(31,783)	12,284	(7,762)	4.4
	23	57,817	(33,354)	12,883	(8,102)	4.5
中学校	14	46,574	(25,754)	3,871	(1,905)	12.0
	15	50,057	(27,477)	4,226	(2,058)	11.8
	16	53,871	(29,339)	4,572	(2,232)	11.8
	17	59,845	(30,783)	5,100	(2,543)	11.7
	18	59,879	(30,179)	5,118	(2,527)	11.7
	19	60,527	(29,215)	6,170	(3,115)	9.8
	20	58,647	(27,341)	6,470	(3,079)	9.1
	21	56,568	(25,511)	6,717	(3,258)	8.4
	22	59,060	(27,140)	6,807	(3,097)	8.7
	23	63,125	(28,420)	8,068	(3,600)	7.8
高等学校	14	42,349	(17,559)	3,044	(1,195)	13.9
	15	42,413	(17,287)	3,051	(1,114)	13.9
	16	42,206	(16,634)	2,985	(1,049)	14.1
	17	38,581	(14,977)	2,754	(1,064)	14.0
	18	35,593	(13,677)	2,674	(1,020)	13.3
	19	36,445	(13,863)	2,563	(1,010)	14.2
	20	33,895	(12,438)	3,139	(1,243)	10.8
	21	33,371	(12,447)	3,567	(1,401)	9.4
	22	34,748	(12,740)	4,287	(1,686)	8.1
	23	37,629	(13,702)	4,904	(1,843)	7.7
小　計	14	138,360	(75,456)	14,702	(7,814)	9.4
	15	142,609	(77,642)	16,708	(9,062)	8.5
	16	146,523	(79,136)	18,040	(10,026)	8.1
	17	150,399	(78,421)	19,376	(11,038)	7.8
	18	147,235	(75,969)	20,222	(11,675)	7.3
	19	150,370	(75,289)	20,321	(11,652)	7.4
	20	145,603	(71,132)	21,981	(12,201)	6.6
	21	141,743	(68,083)	22,721	(12,591)	6.2
	22	148,226	(71,663)	23,378	(12,545)	6.3
	23	158,571	(75,476)	25,855	(13,545)	6.1
特別支援学校	14	5,617	(3,831)	1,278	(791)	4.4
	15	5,703	(3,908)	1,399	(890)	4.1
	16	6,094	(4,191)	1,525	(984)	4.0
	17	5,908	(4,124)	1,486	(1,027)	4.0
	18	6,012	(4,011)	1,480	(1,001)	4.1
	19	6,215	(4,036)	1,413	(946)	4.4
	20	6,827	(4,215)	1,939	(1,274)	3.5
	21	7,322	(4,647)	2,104	(1,422)	3.5
	22	8,092	(5,171)	2,365	(1,537)	3.4
	23	8,939	(5,500)	2,533	(1,617)	3.5
養護教諭	14	7,000	(6,970)	708	(707)	9.9
	15	7,312	(7,258)	694	(694)	10.5
	16	7,740	(7,671)	749	(748)	10.3
	17	8,086	(7,893)	744	(744)	10.9
	18	8,196	(7,913)	835	(833)	9.8
	19	8,362	(7,964)	840	(836)	10.0
	20	8,611	(8,232)	886	(885)	9.7
	21	8,989	(8,673)	973	(970)	9.2
	22	9,228	(9,083)	982	(975)	9.4
	23	9,552	(9,421)	1,095	(1,092)	8.7
栄養教諭	19	304	(299)	73	(73)	4.2
	20	259	(240)	44	(43)	5.9
	21	820	(776)	99	(98)	8.3
	22	1,201	(1,115)	161	(158)	7.5
	23	1,318	(1,250)	150	(145)	8.8
総　計	14	150,977	(86,257)	16,688	(9,312)	9.0
	15	155,624	(88,808)	18,801	(10,646)	8.3
	16	160,357	(90,998)	20,314	(11,758)	7.9
	17	164,393	(90,438)	21,606	(12,809)	7.6
	18	161,443	(87,893)	22,537	(13,509)	7.2
	19	165,251	(87,588)	22,647	(13,507)	7.3
	20	161,300	(83,819)	24,850	(14,403)	6.5
	21	158,874	(82,179)	25,897	(15,081)	6.1
	22	166,747	(87,032)	26,886	(15,215)	6.2
	23	178,380	(91,647)	29,633	(16,399)	6.0

（注）1.　（　　）内は内数で女性を示す。

2.　横浜市は平成17～21年度間、受験者の男女数を把握していないため、平成17～21年度間の受験者数の女性（内数）には横浜市の女性の受験者数は含まれない。

今後の学校給食における食物アレルギー対応について（通知）

25 文科ス第 713 号
平成 26 年 3 月 26 日

各都道府県知事
各都道府県教育委員会教育長
各指定都市教育委員会教育長　御中
附属学校を置く各国立大学法人学長
構造改革特別区域法第 12 条第 1 項の認定を受けた各地方公共団体の長

文部科学省スポーツ・青少年局長
久保公人

今後の学校給食における食物アレルギー対応について（通知）

食物アレルギー等のある児童生徒に対しては、文部科学省監修の下、平成 20 年に公益財団法人日本学校保健会が発行した「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）に基づく対応をお願いしているところです。

平成 24 年 12 月に、食物アレルギーを有する児童が、学校給食終了後にアナフィラキシーショックの疑いにより亡くなるという事故の発生を受けて、文部科学省では、平成 25 年 5 月に「学校給食における食物アレルギー対応に関する調査研究協力者会議」を設置し、学校給食における食物アレルギー対応の充実方策について、総合的・専門的な観点から検討を依頼し、本年 3 月、別添 1 のとおり、報告書を取りまとめていただきました。

本報告書では、学校給食における食物アレルギー対応に関して、「ガイドライン」に基づく対応の徹底が必要不可欠であると、改めて確認されるとともに、今後の改善・充実方策等について具体的に提案されました。

文部科学省としては、本報告書を踏まえ、今後さらに施策の充実に取り組むこととしており、貴職におかれましても、別添 1、2 を参考にしながら、下記について、御対応いただくようお願いします。

また、各都道府県教育委員会においては、域内の市区町村教育委員会並びに所管の学校及び学校給食施設に対し、各都道府県知事においては、所管の学校法人等に対し、この趣旨について、周知を図っていただくとともに、適切な対応がなされるよう御指導をお願いします。

なお、文部科学省では、各自治体等における取組状況について、今後、継続的な把握に努めることとしておりますので御協力をお願いいたします。

記

1　学校給食における食物アレルギー対応の基本的な考え方

（1）学校給食における食物アレルギー対応においては、「ガイドライン」や学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）（以下「管理指導表」という。）に基づく対応が重要であること。このため、「ガイドライン」の周知を図るとともに、その徹底のための措置を講じる必要があること。

（2）「ガイドライン」の内容に関する周知徹底や適切な緊急時対応を行うことができるよう、教職員等に対する研修の充実を図る必要があり、役割に応じた研修会の実施や研修時間の確保が重要であること。

（3）給食提供における事故防止の徹底のため、アレルギー対応を踏まえた献立作成の配慮や給食の各段階におけるチェック機能を強化し、継続的に改善する取組が必要であること。

（4）緊急時対応の充実を図るため、積極的なアドレナリン自己注射薬（「エピペン（登録商標）」）の使用を促すための措置を講じるとともに、学校の状況に応じた危機管理マニュアルの整備が不可欠であること。

（5）教育関係者のみならず、医療関係者、消防機関等の幅広い関係者が共通認識を持って食物アレルギー対応に当たることが重要であり、関係者間、関係機関間の連携体制の構築等に努めるべきこと。特に、小規模の市町村や学校等において、地域の医療機関等との連携が困難な地域に対しては、各都道府県教育委員会において、広域的な連携体制の構築を進めるなど、必要な支援を行うべきこと。

2　都道府県・市区町村教育委員会における対応

（1）学校におけるアレルギー対応についての方向性の明示

1）学校における食物アレルギー対応については、「ガイドライン」や「管理指導表」を活用しながら、関係者が共通認識を持って対応に当たることが重要であることについて、教育委員会内の共通理解のもとに、その推進を図ること。

2）学校関係者、医療関係者、消防機関等の関係者と定期的に協議の場を設け、管内の学校の調理場等の施設整備や人員配置、また、アレルギーのある児童生徒の情報について、関係者間で共有しながら、具体的なアレルギー対応について、一定の指針を示すこと。

（2）アレルギー対策の研修会の充実

1）アレルギー対策の研修会等について、一定の質を確保しつつ、管理職や教諭、養護教諭、栄養教諭、調理員、その他給食関係者など、職種に関わらず、全教職員がアレルギー対応について学ぶ機会を提供すること。また、これらの取組に継続性を持たせるため、管理職研修や危機管理研

修に位置付けるなどの工夫をすること。
2）学校単位での校内研修の実施を進めるとともに、それら研修会への講師派遣等について協力すること。

（3）その他
1）アレルギー対応の充実のために、効果的な給食管理の在り方や、調理場の整備（施設整備や人員等）、栄養教諭の配置拡大の方策等について検討すること。

※国立学校、私立学校においては、各設置者の判断により、必要に応じて、上に掲げる公立学校における対応内容に準じて取り扱うものとすること。

3　学校における対応

（1）学校におけるアレルギー対応の体制整備について
1）学校での管理を求めるアレルギーの児童生徒に対しては、「ガイドライン」に基づき、学校生活管理指導表の提出を必須にするという前提のもと、管理職を中心に、校内の施設整備や人員配置を踏まえ、具体的なアレルギー対応について一定の方針を定めること。
2）校内のアレルギー対応に当たっては、特定の職員に任せずに、校内委員会を設けて組織的に対応すること。具体的には、
・児童生徒ごとの個別対応プランの作成
・症状の重い児童生徒に対する支援の重点化
　などの取組を図ること。
3）給食提供においては、安全性を最優先とする考え方のもと、
・献立作成から配膳までの各段階において、複数の目によるチェック機能の強化
・食物アレルギー対応を踏まえた献立内容の工夫
・食材の原材料表示
・誰が見ても分かりやすい献立表の作成
　などの実施に努めること。

（2）緊急時の体制整備について
1）学校の状況に応じた実践可能なマニュアル等を整備する。その際には、例えば、既存の危機管理マニュアル等について、アレルギー対応の観点から見直すなどの取組も考えられる。
2）緊急時対応に備えた校内研修の充実が必要であり、
・「エピペン（登録商標）」の法的解釈や取扱いについての研修
・教職員誰もが「エピペン（登録商標）」使用を含めた緊急時対応のための実践的な訓練などに取り組むこと。

（3）保護者との連携について
1）特に入学前においては、入学後に学校における適切なアレルギー対応ができるよう、学校や調

理場の現状を保護者に理解してもらうとともに、食物アレルギー対応に関して、保護者からの十分な情報提供を求めること。

2）食物アレルギーの児童生徒の保護者に対しては、専門の医療機関に関する情報や、アレルギー対応に関する資料を紹介するなど、必要に応じてケアを行うこと。

（4）その他

1）児童生徒の発達段階を踏まえた上で、食物アレルギーに関する指導に取り組むこと。

（別添 1）「学校給食における食物アレルギー対応に関する調査研究協力者会議」報告書
「今後の学校給食における食物アレルギー対応について」

（別添 2）医師法第 17 条の解釈について

・今後の学校における食物アレルギー対応推進体制　（PDF:147KB）

お問合せ先
スポーツ・青少年局学校健康教育課学校給食係
電話番号：03-5253-4111（内線 2694）

スポーツ・青少年局学校健康教育課保健指導係
電話番号：03-5253-4111（内線 2918）

資料14

今後の学校給食における食物アレルギー対応について

最終報告

平成２６年３月

学校給食における食物アレルギー対応に関する
調査研究協力者会議

目　　次

Ⅰ　はじめに　１

Ⅱ　今後の学校給食における食物アレルギー対応について　２

１　文部科学省における食物アレルギー対応　５

１）現状と課題

２）文部科学省において今後取り組むべきこと

２　都道府県・市区町村教育委員会等における食物アレルギー対応　７

１）現状と課題

２）都道府県・市区町村教育委員会等において今後取り組むべきこと

３　学校及び調理場における食物アレルギー対応　８

１）現状と課題

２）学校及び調理場において今後取り組むべきこと

４　関係機関における食物アレルギー対応　１１

１）現状と課題

２）関係機関に求めること

審議の経過　１３

学校給食における食物アレルギー対応に関する調査研究協力者会議の設置について　１４

今後の学校給食における食物アレルギー対応について

平成 26 年３月
学校給食における食物アレルギー対応に関する調査研究協力者会議

Ⅰ　はじめに

学校給食等における食物アレルギー対応は、アレルギーのある児童生徒の増加に伴い、学校における重要課題の一つといえる。

平成 24 年 12 月に東京都調布市で、学校給食終了後に食物アレルギーによるアナフィラキシーショックの疑いにより児童が亡くなるという非常に痛ましい事故が発生した。この事故を受けて、食物アレルギー対応については、学校だけではなく、社会的にも大きな課題として改めて認識されることとなった。このような状況において、学校現場では、栄養教諭や養護教諭、食物アレルギーの児童生徒を受け持つ担任のみならず、校長等の管理職を含めて全ての教職員にとって急速に関心が高まっている。

一方で、この事故の後、学校現場や家庭、さらには医療の場において、食物アレルギー対応への不安が出てきている。その背景には、近年の食物アレルギーの急増と診断・治療・管理の変化に伴う混乱があり、学校の中には、学校給食における対応に躊躇（ちゅうちょ）するような状況が出てきたという指摘もある。

これまで、学校給食における食物アレルギーについては、平成 20 年に発行された「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」に基づいて対応することとされてきたが、本会議において、改めて、学校における実際の食物アレルギー対応の現状について再確認するとともに、今後の在り方について議論を重ね、以下の通り取りまとめた。

文部科学省においては、本報告書を踏まえ、今後の学校給食における食物アレルギー対応について、更に所要の検討を進め、適切な対応を図られたい。

Ⅱ　今後の学校給食における食物アレルギー対応について

平成19年文部科学省発表の「アレルギー疾患に関する調査研究報告書」では、児童生徒の食物アレルギー2.6%、アナフィラキシーの既往0.14%という結果が示された（調査実施は平成16年）。これを受け、学校における適切なアレルギー疾患への対応を推進するため、平成20年に、文部科学省監修の下、公益財団法人日本学校保健会による「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン（以下、「ガイドライン」という。）が作成され、各学校等に配布された。また、「ガイドライン」の周知や、アレルギー疾患や緊急時の対応の理解促進のため、文部科学省主催の「学校等におけるアレルギー疾患に対する普及啓発講習会」を全国各地で開催するなど、食物アレルギー対応推進のための取組が行われてきた。

「ガイドライン」にも記載の通り、学校給食における食物アレルギー対応の基本的な考え方は、アナフィラキシーを起こす可能性のある児童生徒を含め、食物アレルギーの児童生徒が他の児童生徒と同じように給食を楽しめることを目指すことが重要であり、各学校、各調理場の能力や環境に応じて食物アレルギーの児童生徒の視点に立ったアレルギー対応給食の提供を目指すことである。

この食物アレルギー対応の基本的な考え方を踏まえつつ、「ガイドライン」に示す学校給食等における食物アレルギー対策には、大きく三つの段階があり、それぞれの視点に基づいた対応が必要になる。

１　情報の把握・共有

アレルギー対応の基本は、正確な情報把握とその共有である。児童生徒の状態について、医師の診断を踏まえて正確に把握すること、事故につながるリスクについての情報を収集することなど、日常からの情報把握が重要である。正確な情報の共有が、食物アレルギーの児童生徒を守るとともに、教職員の不安や負担の軽減にもつながる。

２　事故予防

食物アレルギー対応の目標は、事故を起こさないことである。事故予防の観点で、給食の各段階における工程をチェックし、事故リスクを評価、そして更なる予防策を検討するなどの対応が求められる。

３　緊急時の対応

事故予防をしていても、事故は起きうるものという考え方を共有し、緊急時には、特定の教職員だけではなく誰もがアドレナリン自己注射薬（エピペン®）の使用を含めた対応ができるように、日頃からの学校全体での取組が必要である。

このような基本的な方針については、これまで周知が図られてきたところであるが、調布市の事故や、平成25年度に文部科学省が実施した実態調査の結果（以下、「調査結果」という。）などから、改めて、学校におけるアレルギー対応に関する様々な課題が明らかとなってきた。

「調査結果」によると、児童生徒の食物アレルギー4.5%（平成16年時の1.7倍）、アナフィラキシーの既往0.5%（同3.6倍）、「エピペン®」保持者0.3%（前回調査なし）と、これまでの調査に比して非常に増加していることが明らかとなった。その一方で、学校への申出があった児童生徒のうち、学校生活管理指導表等の医師の診断書の提出があった割合は、食物アレルギー20.4%、アナフィラキシー36.4%、「エピペン®」保持者30.3%と、非常に低い値であった。

なお、食物アレルギーの把握率については、学校生活管理指導表等の医師の診断書に基づいた申請を受けている学校では4.1%であり、保護者の申出による申請を受けている学校の4.7%に比して低かった。学校生活管理指導表等の提出を求めることによって、アレルギーの実態がより正確に把握され得る可能性が示されたといえる。

そうした中、最も日常的な学校給食対応として、「詳細な献立対応」28.1%、「弁当対応」10.8%、「除去食対応」39.1%、「代替食対応」22.0%という実態があることが分かった。

この結果から、アレルギー対応に際して、医師の診断書等の提出がないまま、保護者からの申出だけで対応するなど、アレルギー症状等の正確な状況を把握できていない可能性が高いことが分かった。すなわち、学校での対応が必要な場合には、学校生活管理指導表等の医師の診断に基づいて、保護者も含めた共通認識のもとでアレルギー対応を行うことを求めてきた「ガイドライン」の主旨が徹底されておらず、学校等がそれぞれの判断に基づいて対応している実態が示唆された。また、それらの対応の中には、食物アレルギーであるにも関わらず、医師の診療を受けていないケースや、逆に実際には食物アレルギーでないケースに対しても給食対応をしている例も含まれていると考えられる。

食物アレルギーは、アナフィラキシーを発症するリスクを抱えており、生命に関わるような重篤な状態になることもあり得る。学校が、こうした児童生徒に対応するに当たり、保護者からの申出のみを対応の根拠とすることは、安全管理の観点から、非常に大きな問題がある。

また、実際には食物アレルギーでないケースまで対象に含めていることで、対応に関わる貴重な人員や設備が拡散されてしまい、本当に対応が必要な児童生徒に対する注意が行き届かなくなることも懸念される。

このほか、緊急時の対応という点についても、いまだ取組が不十分であることが分かった。

「調査結果」によると、誤食の原因として、配膳時混入や喫（きっ）食時混入の他にも、新規発症の例も認められた。このため、事前の対応を強化する一方で、ミスは必ず起きうるものであるという認識を持つとともに、また新規の食物アレルギー発症もあることから、緊急時の対応については全ての学校で取り組む必要がある。

一方で、平成 20 年から平成 25 年の期間において、学校における「エピペン®」の使用は 408 件あり、緊急時の「エピペン®」の活用への理解が進んでいることが示唆された。

また、「エピペン®」に関する医師法の解釈については、厚生労働省と文部科学省から、新たに一歩進んだ見解が示された。学校現場等で児童生徒がアナフィラキシーショックに陥り生命が危険な状態である場合に、救命の現場に居合わせた教職員が「エピペン®」を自ら注射ができない本人に代わって注射する場合には、「ガイドライン」において示している内容に即して教職員が注射を行うものであれば、医師法違反とはならないとされたため、このことについても、今後積極的な周知が望まれる。

これら現在挙げられている様々な課題を総括的に捉えると、一義的には、「ガイドライン」の主旨が十分に認識されておらず、その取組が徹底されていないことに最大の要因があると考えられる。

こうした現状を踏まえると、学校における食物アレルギー対応の最終的な実施者は学校ではあるものの、学校単独の取組に全てを任せることは適切ではない。文部科学省、都道府県・市区町村教育委員会等においても、それぞれの立場で取組を進め、学校の食物アレルギー対応を支援する体制が必要不可欠である。

本検討会では、各課題に対する取組について、主体者ごとにあるべき姿を示しながら、今後の具体的な対応方針について、

- 「ガイドライン」の徹底
- 研修の充実
- 給食提供
- 緊急時対応
- 環境整備

の五つの視点から、以下の通り取りまとめた。

なお、私立の学校及び国立の学校においても、以下の取組に準じることが求められる。

１　文部科学省における食物アレルギー対応

１）現状と課題

①　「ガイドライン」について

A) 学校における食物アレルギー対応については、「ガイドライン」の考え方を基本として、学校生活管理指導表と一体となっての取組が非常に重要である。しかしながら、管理職を対象とした「調査結果」では、ほとんどの管理職が「ガイドライン」に基づいた対応をしていると回答しているものの、食物アレルギー対応委員会等の設置率が約４割、個人対応プランの作成が約５割と、「ガイドライン」への取組は十分とはいえない。「ガイドライン」の徹底について、文部科学省の方針が共有されていない状態である。

B) 学校での対応が必要な児童生徒に対しては、主に対応の要否を判断するという観点から、適切な診断に基づいた学校生活管理指導表の提出が必須である。一方で、実際の給食対応などについては、より詳細な情報が必要であるが、現状では、具体的対応を決定する際の基本的な考え方や判断材料となる情報について、関係者間の共通認識が十分ではない状態である。また、そういった事項について、文部科学省からの基本方針が明示的に示されていない状況である。

C) 教職員は日々様々な児童生徒の指導や管理に直面しており、「ガイドライン」をきちんと読み込む余裕がなく、十分に学校で活用しきれていない。また、現行の「ガイドライン」は内容が多いことに加えて専門的な解説も多いため、教職員にとっては容易に理解し難い内容も多く、全教職員の周知徹底を図ることが難しい。こうした学校現場の状態を鑑みると、現在の「ガイドライン」だけでは、文部科学省の示す方向性を周知・徹底することは容易ではないといえる。

②　研修について

D) 「ガイドライン」の周知や、アナフィラキシーショック対応のための「エピペン®」の扱いを学ぶに当たっては、幅広く研修の場を設けることが必要不可欠であり、主体ごとにそれぞれの取組が欠かせない。

E) 研修では一定の質を確保することが必要であるが、アレルギー専門医が不足している地域における研修会や、小規模な校内研修などの場合には、講師の確保が難しい場合もある。そのため、全国的に一定の質を確保した研修会の開催を推進するに当たり、研修用に活用できる研修教材の作成などが求められている。また、学校での食物アレルギー対応について、不安を抱える保護者も多いため、保護者への情報提供も重要といえる。

③　環境整備について

F）「調査結果」によると、アレルギー対応食を提供している調理場の整備や人員の配置については、未整備のまま対応しているケースもあることが明らかとなった。安心・安全な食物アレルギー対応について、調理場の施設設備の整備や、調理員、栄養教諭・学校栄養職員の配置などが課題としてあげられる。

G）事故や事故未遂（ヒヤリハット）が起きた場合においても、その情報を継続的に収集し、事故の原因を分析するとともに、それらの情報を関係者が共有することによって、次の事故の防止が図られていく。事故情報の収集・分析・共有も、食物アレルギー対応の重要な一つと考えられる。

２）文部科学省において今後取り組むべきこと

a）「ガイドライン」や学校生活管理指導表の活用促進、「エピペン®」注射について、より積極的な取組が必要である。学校での管理を要する食物アレルギーの児童生徒については、学校生活管理指導表の提出を必須とするなど、より強力な推進を求める。特に、管理職の理解が求められる。

b）学校や調理場において食物アレルギー対応を行うに当たっての基本的な考え方や、留意すべき事項等について、具体的に示した指針を作成すべきである。

c）「ガイドライン」に準じた、より分かりやすい資料、すぐ見てすぐ使えるような資料、図解入りの簡潔な資料等を作成すべきである。また、これらについてのＱ＆Ａについても充実を図ることが必要である。

d）アレルギー対策の普及啓発講習会の更なる充実が継続的に必要である。特に、アレルギーに関する緊急時対応については、初任者研修や免許更新講習等において位置付けることを検討すべきである。

e）研修では一定の質を確保することが求められているため、各研修会の充実に資する教材（DVD 等）の作成が必要である。またその際には、保護者対応にも活用できるように工夫すること。

f）「ガイドライン」に基づいた効果的な給食管理の在り方や、調理場の整備（施設整備や人員等）、栄養教諭の配置拡大や都道府県による配置差の解消の方策等について早期に検討すべきである。

g）事故や事故未遂（ヒヤリハット）の情報収集・分析・共有が継続的に実施できる仕組みについて、文部科学省として検討すべきである。

h）都道府県・市区町村教育委員会や学校に対して、本報告の内容を踏まえた具体的な対応を示すとともに、今回指摘された課題等が今後どのように取り組まれていくのかについて、継続的なフォローアップが必要である。

ⅰ）医療関係者等の関係機関との連携について、都道府県・市区町村教育委員会単位での連携が円滑に進むよう支援することが必要である。

２　都道府県・市区町村教育委員会等における食物アレルギー対応

１）現状と課題

①　「ガイドライン」について

A）学校における食物アレルギー対応や保護者対応については、「ガイドライン」が徹底されていないことに加えて、設置者である都道府県・市区町村教育委員会等から基本的な指針が示されていないことも多く、各学校が対応に苦慮している状況にある。

B）「調査結果」によると、食物アレルギー対応を行っている調理場における整備状況は、アレルギー専用調理室 8.5%、アレルギー専用固定調理コーナー15.9%、既存施設内で必要に応じてスペースを確保 54.1%、特別配慮なし 14.6%と、調理場によるばらつきが多いことが明らかとなった。また、調理場における課題としては、アレルギー室等の整備や調理機器・器具等の整備、アレルギー物質の混入防止、調理員増員などがあげられた。

C）アレルギー対応の推進に当たっては、教育委員会や学校単独の取組で行うのではなく、医療関係者や消防機関等の関係機関との連携が重要である。「調査結果」によると、学校において、食物アレルギーに関して校医や主治医の指導助言を受ける体制整備は 77.0%であるが、消防機関との連携については 24.4%とまだまだ低い状況であり、都道府県・市区町村教育委員会と、医療関係者、消防機関等の関係者との連携体制は、十分に確立しているとはいえない。

②　研修について

D）「調査結果」によると、平成 24 年度の研修会実施率は約５割であり、その対象者は、養護教諭や栄養教諭の場合が多い。校長等管理職、一般教員、栄養教諭・学校栄養職員、養護教諭、調理員など、職種に関わらず、教職員全体を網羅するような継続的な研修の実施には至っていない。

２）都道府県・市区町村教育委員会等において今後取り組むべきこと

ａ）「ガイドライン」や学校生活管理指導表の活用促進とともに、管内の学校の調理場等の施設整備や人員配置を踏まえ、具体的なアレルギー対応について、医療関係者との連携のもと、一定の方針を示し、学校

を支援することが必要である。

b）（再掲）「ガイドライン」に基づいた効果的な給食管理の在り方や、調理場の整備（施設整備や人員等）、栄養教諭の配置拡大の方策等について早期に検討すべきである。

c）医療関係者、消防機関等の関係者との連携の主体となり、

・定期的に協議の場を設けること

・必要に応じて、アレルギーのある児童生徒の情報について、関係者間で共有すること

・学校等で行う各研修会への講師依頼の窓口機能を担うこと

などの取組を行い、学校におけるアレルギー対応を支援することが必要である。

d）アレルギー対策の研修会等の更なる充実が継続的に必要である。管理職や教諭、養護教諭、栄養教諭、調理員、その他給食関係者など、職種に関わらず、全教職員が各自に応じたアレルギー対応について学ぶ機会を提供することが必要である。また、継続的な取組とするために管理職研修や危機管理研修に幅広く位置付けたり、一定の質を確保した研修になるように工夫したりすることが求められる。また、学校単位での全教職員を対象にした校内研修の実施を進めることについて、教育委員会から受講の機会や時間の確保について働きかけることが必要である。

なお、教育委員会や学校の管理下にはない場所（学童保育等）においても、食物アレルギー対応が必要なことがある。これらの関係者に対しても、必要に応じて関係機関と協議し、研修会への参加や児童生徒に関する情報の共有など、適宜対応することが望まれる。

３　学校及び調理場における食物アレルギー対応

１）現状と課題

①　「ガイドライン」について

A）平成 25 年の「調査結果」によると、

・学校生活管理指導表等の医師の診断書の提出割合が非常に低い。

・ほとんどの管理職が「ガイドライン」に基づいた対応をしていると回答しているものの、食物アレルギー対応委員会等の設置率が約４割、個人対応プランの作成が約５割と半分以下である。

・食物アレルギー対応の困難な理由として、曖昧な対応方針 18.3%、曖昧な責任の所在 18.1%があげられた。

など、「ガイドライン」の主旨が徹底されていないことや、学校内の方針が定まっていない様子が伺えた。学校のアレルギー対応は、文部科学省や都道府県・市区町村教育委員会が示す方針に基づき、管理職の十分な理解と指揮のもと、学校医を活用しつつ、担任や栄養教諭、養護教諭がそれぞれの立場で、チームとして対応することが必要である。

B) 保護者に対して、学校生活管理指導表を依頼しても提出がない場合や、家庭以上の対応を学校給食に求める場合がある。保護者の理解と協力を確実に求めることは大きな課題である。

C) アレルギーの有無に関わらず、食育等の観点から、給食時間における指導等食物アレルギーに関して、児童生徒に教えていくことも重要である。

② 給食提供について

D) 献立作り、調理、配送、配膳など、各プロセスの単純化が重要であり、個々のプロセスにおける留意事項を具体的に明示することが必要である。例えば、一つのアレルゲンに対して複数の除去パターンを用意するなど（卵の場合、卵全部除去、卵黄のみ除去、ゆで卵以外を除去など）、複雑な対応をしている学校も多い。現場の対応能力も含めて、安全に給食を提供するという観点から考えると、現在の対応で事故防止の徹底が図られるのか、疑問のある対応も多いことが現状である。

E) 「調査結果」では、誤配防止の工夫として、個別の容器に入れる、食札を使用、食器やトレイの色を変えるなどが報告された。また、献立の工夫として、アレルゲン食材を目に見える形で提供する、アレルゲン物質を含まない同じ給食を食べる機会を増やすことなどが示された。事故防止の観点から、給食の各段階で工夫をしている学校もある。

F) 「調査結果」では、給食対応を行っている学校において、毎月の給食の使用食材や調理方法に関する面談を定期的に実施している学校は13.3%、食物アレルギー対応の献立作成委員会等の設置は 37.8%にとどまった。給食対応の在り方について、幅広い情報共有やチェック機能について課題がある。

③ 緊急時対応について

G) 「調査結果」によると、緊急時対応に関する課題としては、校内周知やマニュアル作成、「エピペン®」の運用などがあげられた。また、緊急時対応をスムーズに行うためには、関係機関との事前の連携が必要であるが、例えば食物アレルギーに関する消防機関との連携については、小学校26.2%、中学校 19.9%とかなり低い状況である。

H) 「調査結果」によると、平成 20 年から平成 25 年の期間において、学校における「エピペン®」の使用は 408 件あり、使用したのは、本人 122 件、学校職員 106 件、保護者 114 件、救急救命士 66 件と、既に多くのケース

において、学校で「エピペン®」が使用されている。また別の報告によると、調布市の事故以来、「エピペン®」の処方量は急激に増えている。このことからも、アナフィラキシー発症の際に、全教職員が適切なタイミングで「エピペン®」を使用することなどを含めた緊急時の対応ができるようになることが目標である。

２）学校及び調理場において今後取り組むべきこと

a）学校での管理を求めるアレルギーの児童生徒に対しては、「ガイドライン」に基づき、医師の適切な診断による学校生活管理指導表の提出を必須にするとともに、実際の対応についても、学校生活管理指導表に基づくことを徹底すること。そのためには、管理職を中心に、校内の施設整備や人員配置を踏まえ、具体的なアレルギー対応について一定の方針を定めることや、特定の職員に任せずに校内委員会を設けて組織的に対応することなどが必要である。また、特に入学前においては、入学後に学校における適切なアレルギー対応ができるよう、学校や調理場の現状を保護者に理解してもらうとともに、食物アレルギー対応に関して、保護者からの十分な情報提供を求めることが必要である。

b）食物アレルギーの児童生徒の保護者に対しては、専門の医療機関に関する情報や、アレルギー対応に関する資料を紹介するなど、必要に応じてケアを行うこと。

c）児童生徒の発達段階を踏まえた上で、食物アレルギーに関して、指導することが望まれる。

d）食物アレルギー対応を踏まえた献立内容の工夫や食材の原材料表示、誰が見ても分かりやすい献立表の作成などの配慮が必要である。

e）調理場では安全性を最優先に考えた給食提供が行わなければならないため、アレルギー対応食の提供に際し、献立作成から配膳までの各段階において、複数の目によるチェック機能の強化が必要である。

f）学校生活管理指導表に基づいた面談を実施した上で個別対応プランを作成することや、症状の重い児童生徒に対する支援の重点化を図ることが必要である。

g）緊急時の体制については、学校ごとの状況を踏まえた上で、食物アレルギー対応の要素を組み入れて危機管理マニュアル等を見直し、特定の教職員に任せることなく、各自の役割分担等を明確にするなど、実践可能なマニュアル等の整備が必要である。また緊急時を想定し、定期的な訓練を行う必要がある。

h）「エピペン®」の法的解釈や取扱いについて校内でも周知を図るとともに、教職員誰もが「エピペン®」を扱えるようになることを目指し、そのための実践的な研修の実施が必要である。

４　関係機関における食物アレルギー対応

１）現状と課題

A) 「調査結果」によると、食物アレルギー対応の困難な理由として、曖昧な医師の診断 33.3%、曖昧な医師の指示 27.8%との報告がある。食物アレルギーへの対応には、医師による的確な診断と指示、指導が必要不可欠であるため、これらについて、医師や医学界の協力を求めるべきではないか。

B) 学校でのアレルギー対応の実際に当たって、専門知識を有する医師の指導等が非常に重要である。教育委員会との協議会や、各種研修会の開催、学校における緊急時対応の在り方についての助言・指導など、様々な場面において、医療関係者との連携を図る必要がある。具体的な取組について、医師会や関係専門学会等との話合いを進めるべきではないか。

C) 「エピペン®」を処方される際に、使用するタイミングや打ち方について、十分な指導を受けていない事例も多いことが指摘された。「エピペン®」の注射のタイミングや打ち方、管理方法などについて、医師からのより丁寧な説明を求めたい。

D) 食物アレルギーによる国内外のアナフィラキシーショック死の報告では多くが気管支ぜん息を合併していたことから、アナフィラキシーを起こすようなハイリスクな食物アレルギーの児童生徒に対しては、他のアレルギーも含めて医師からの実践的指導・管理が望まれる。更に学校関係者と担当医師との間での直接的な情報交換も必須である。

E) 「調査結果」によると、食物アレルギーに関する消防機関との連携については、小学校 26.2%、中学校 19.9%とまだまだ低い状況である。事例として、消防機関と連携して緊急時対応の研修会を開催したり、地域の消防機関に対して市区町村教育委員会単位で「エピペン®」の保持者について情報提供するなど、様々な連携がある。今後、緊急時の対応を含め、地域の消防機関との連携の推進が求められる。

２）関係機関に求めること

文部科学省は、関係機関に対して、学校給食における食物アレルギー対応について、以下の協力を求めるべきである。

a) 医療関係者に対しては、

・「ガイドライン」や学校生活管理指導表の適切な運用に向けての理解と積極的協力

・都道府県・市区町村教育委員会や学校との連携体制の構築

・各種研修会等への更なる協力

・アレルギー専門医等へのアクセス情報の整備
・学校でのアレルギー対応に関する医師の理解促進
・疾病や「エピペン®」の取扱いについて、食物アレルギーの児童生徒や保護者に対して、より丁寧な説明・指導・講習
について求めたい。

b) 消防機関に対しては、
・「エピペン®」の保持者に関する市区町村教育委員会や学校との情報共有
・学校での緊急時対応に関する相談への積極的な対応及び説明・指導
・「自己注射が可能なエピネフリン（別名アドレナリン）製剤を交付されている児童生徒への対応について」（平成 21 年７月 30 日付け消防救第 160 号）の再周知
について求めたい。

審議の経過

○　第１回

平成２５年５月２３日（月）

・調布市の事例報告について

・学校給食における食物アレルギー対応の在り方について

○　第２回

平成２５年７月３日（水）

・調布市　再発防止検討委員会報告について

・論点整理、調査（案）について

○　第３回

平成２５年７月２９日（月）

・中間まとめ案について等

○　第４回

平成２５年９月１３日（金）

・関係団体等からのヒアリング等

○　第５回

平成２５年１０月７日（月）

・関係団体等からのヒアリング等

○　第６回

平成２５年１２月１６日（月）

・食物アレルギーに関する調査結果（速報値）について等

○　第７回

平成２６年２月３日（月）

・最終報告に向けて等

○　第８回

平成２６年３月１０日（月）

・最終報告（案）について

学校給食における食物アレルギー対応に関する
調査研究協力者会議の設置について

平成２５年５月１３日
スポーツ・青少年局長決定

１　趣　旨

平成１９年に文部科学省が発表した「アレルギー疾患に関する調査研究報告書」によると、全国の公立学校の児童生徒の約２．６％が食物アレルギーの有病者という結果であった。これを受け、文部科学省では、学校におけるアレルギー疾患対策を示してきたところであるが、平成２４年１２月に東京都調布市で学校給食終了後に、アナフィラキシーショックの疑いにより児童が亡くなる事故が発生した。こうした事故が二度と起こらないよう、再発防止の観点から、学校給食における望ましい食物アレルギー対策の普及が極めて重要、かつ喫緊の課題である。

このため、児童生徒の食物アレルギーの実態や食物アレルギーに対応した学校給食の体制等の取組状況について調査・分析するとともに、今後の学校給食における食物アレルギー対応に関する課題について検討を行い、対応の充実を図る。

２　調査・検討事項

（１）調布市の事例報告に基づく食物アレルギー対応の分析
（２）児童生徒の食物アレルギーの実態や食物アレルギーに対応した学校給食の体制等の取組状況について調査・分析
（３）食物アレルギーを有する児童・生徒に対する対応方法の充実
（４）その他

３　実施方法

（１）別紙の学識経験者等の協力を得て検討を行う。
（２）必要に応じて、（１）以外の者から協力を得るものとする。

４　実施期間

平成２５年５月１５日～平成２６年３月３１日までとする。

５　その他

本件に関する庶務は、スポーツ・青少年局学校健康教育課において行う。

別　紙

学校給食における食物アレルギー対応に関する調査研究協力者会議委員名簿

（五十音順）

委　員

今　井　孝　成	昭和大学医学部小児科学講座講師
海老澤　元　宏	国立病院機構相模原病院臨床研究センターアレルギー性疾患研究部長
大　澤　正　則	埼玉県川口市立芝富士小学校校長
川　元　礼　子	横浜市教育委員会事務局指導部健康教育課給食指導担当係長
倉　橋　伸　子	愛知県犬山市立東小学校栄養教諭
桑　原　辰　夫	千葉県野田市立清水台小学校校長
齊　藤　る　み	山形県教育庁スポーツ保健課主査
園　部　まり子	ＮＰＯ法人アレルギーを考える母の会代表
○西　間　三　馨	福岡女学院看護大学学長
林　部　吉　博	大阪狭山市教育委員会学校教育グループ職員 （前学校給食グループ課長）
古　屋　睦　子	山梨県甲州市立奥野田小学校養護教諭
柳　澤　けい子	茨城県小美玉市立美野里中学校栄養教諭

○座長