

健康日本2 1 (第二次)推進のために 「栄養・食生活対策」の進め方

2014.12.8

女子栄養大学 武見ゆかり
新潟県立大学 村山伸子

I 栄養・食生活対策の必要性と 目標値の設定

栄養・食生活目標設定 全体の考え方

健康寿命の延伸 ・ 健康格差の縮小

生活の質の向上

社会環境の質の向上

生活習慣病の
発症予防・重症化
予防

社会生活機能の
維持・向上(こころ、
次世代、高齢者)

社会参加の機会の増加

- ①食を通じた地域のつながりの強化
- ②食生活改善推進員、食育ボランティアなど主体的に関わる個人の増加

【栄養状態】

適正体重
の維持

低栄養の低減

健康のための資源へのアクセスの
改善と公平性の確保

- ③健康づくりに関わる企業の増加
- ④栄養ケアステーション等身近で健康づくり
- ⑤栄養指導・栄養情報や健康に良い食物へのアクセスの改善と公平性確保のための自治体の取組増加

【食物摂取】

適正な量と質
の食事

共食の増加

【食行動】

健康な食習慣の獲得
(朝・昼・夕の三食を食べる)

食品中の食塩や
脂肪の低減に取り
組む食品企業、飲
食店の増加

利用者に応じた栄養
管理を実施して
いる給食施設の増
加

【食環境】

<乳幼児・学童期> <成人期> <高齢期>

個人のライフステージ

社会環境

健康日本21(第2次)の栄養・食生活の目標の関連

参考資料p.96
を一部改変

【疾病・
健康状態】

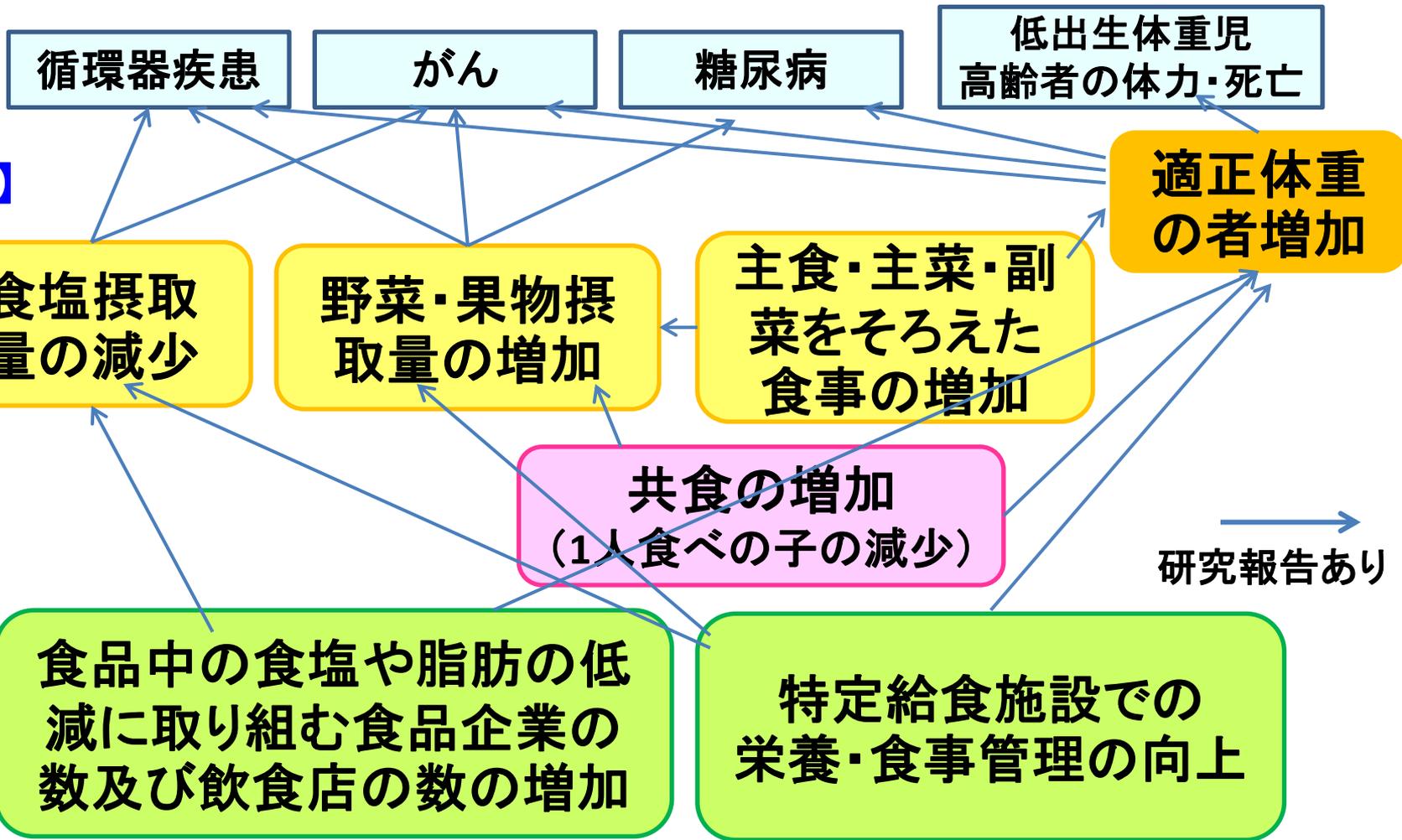
健康寿命の延伸
生活の質の向上

【栄養状態】

【食物
摂取】

【食行動】

【食環境】



→ 研究報告あり

取組み(国, 県, 自治体, 専門家団体, 企業, 住民組織など)

栄養・食生活の目標設定の考え方

- ✓健康日本21(第1次)の反省と課題をふまえ、総花的ではなく、主要な生活習慣病(がん, 循環器病, 糖尿病)予防に関して、科学的根拠があるもので、当面10年間の目標とすべきものに絞り込み
- ✓対策を推進する上で、環境整備との関連でも科学的根拠があり、具体的に目標間のつながりを持ちやすい項目を中心とした。
 - ⇒ 野菜・果物, 食塩
- ✓とはいえ、栄養素や食品という「部分」でなく、食事全体の栄養バランスの指標があったほうが良い(それにより、展開の中で他の要素も含められる)となった。
 - ⇒ 主食・主菜・副菜のそろう食事

栄養・食生活の目標設定の考え方

- ✓ 栄養状態や食物摂取とも関連する食行動として、また成人だけでなく子どもも含めた人のつながりを重視する「食」のあり方を示す目標を。⇒ 共食
- ✓ 環境整備について、生活の質の向上につながる支援的な環境整備という健康日本21(第一次)からの考え方を踏襲しつつ、「食を通じた社会参加の増加」、「健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保」など、社会環境の質の向上に直接的につながる、より広い枠組みで、栄養・食生活関連の環境整備をとらえたこと

Ⅱ 地域における効果的な栄養・食生活対策の推進のために

まずは、地域（コミュニティ、対象集団）の実態把握・課題分析が重要！

地域における行政栄養士による 健康づくり及び栄養・食生活の改善について

(行政栄養士業務指針 平成25年3月) http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/eiyou_b.pdf

都道府県	保健所設置市	市町村
(1) 組織体制の整備		
(2) 健康・栄養課題の明確化とPDCAサイクルに基づく施策の推進		
(3) 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底のための施策の推進		
(4) 社会生活を自立的に営むために必要な機能の維持及び向上のための施策の推進		
市町村の状況の差に関する情報の収集・整理、還元する仕組みづくり	<ul style="list-style-type: none"> ①次世代の健康 ②高齢者の健康 	<ul style="list-style-type: none"> ①次世代の健康 ②高齢者の健康
(5) 食を通じた社会環境の整備の促進		
<ul style="list-style-type: none"> ①特定給食施設における栄養管理状況の把握及び評価に基づく指導・支援 ②飲食店によるヘルシーメニューの提供等の促進 ③地域の栄養ケア等の拠点の整備 ④保健、医療、福祉及び介護領域における管理栄養士・栄養士の育成 ⑤健康増進に資する食に関する多領域の施策の推進 ⑥健康危機管理への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ①特定給食施設における栄養管理状況の把握及び評価に基づく指導・支援 ②飲食店によるヘルシーメニューの提供等の促進 ③保健、医療、福祉及び介護領域における管理栄養士・栄養士の育成 ④食育推進のネットワーク構築 ⑤健康危機管理への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ①保健、医療、福祉及び介護領域における管理栄養士・栄養士の育成 ②食育推進のネットワーク構築 ③健康危機管理への対応

健康日本21(第2次)と行政栄養士業務指針の構成

健康日本21(第2次) 基本的な方向

- ①健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- ②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底
(がん、循環器疾患、糖尿病、COPDの予防)
- ③社会生活を営むために必要な機能の維持・向上
(心の健康、次世代の健康、高齢者の健康を増進)
- 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、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

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

- (1)組織体制の整備
- (2)健康・栄養課題の明確化とPDCAサイクルに基づく施策の推進
- (3)生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底のための施策の推進
- (4)社会生活を自立的に営むために必要な機能の維持及び向上のための施策の推進
- (5)食を通じた社会環境の整備の促進

行政栄養士の業務指針を実践するための資料集

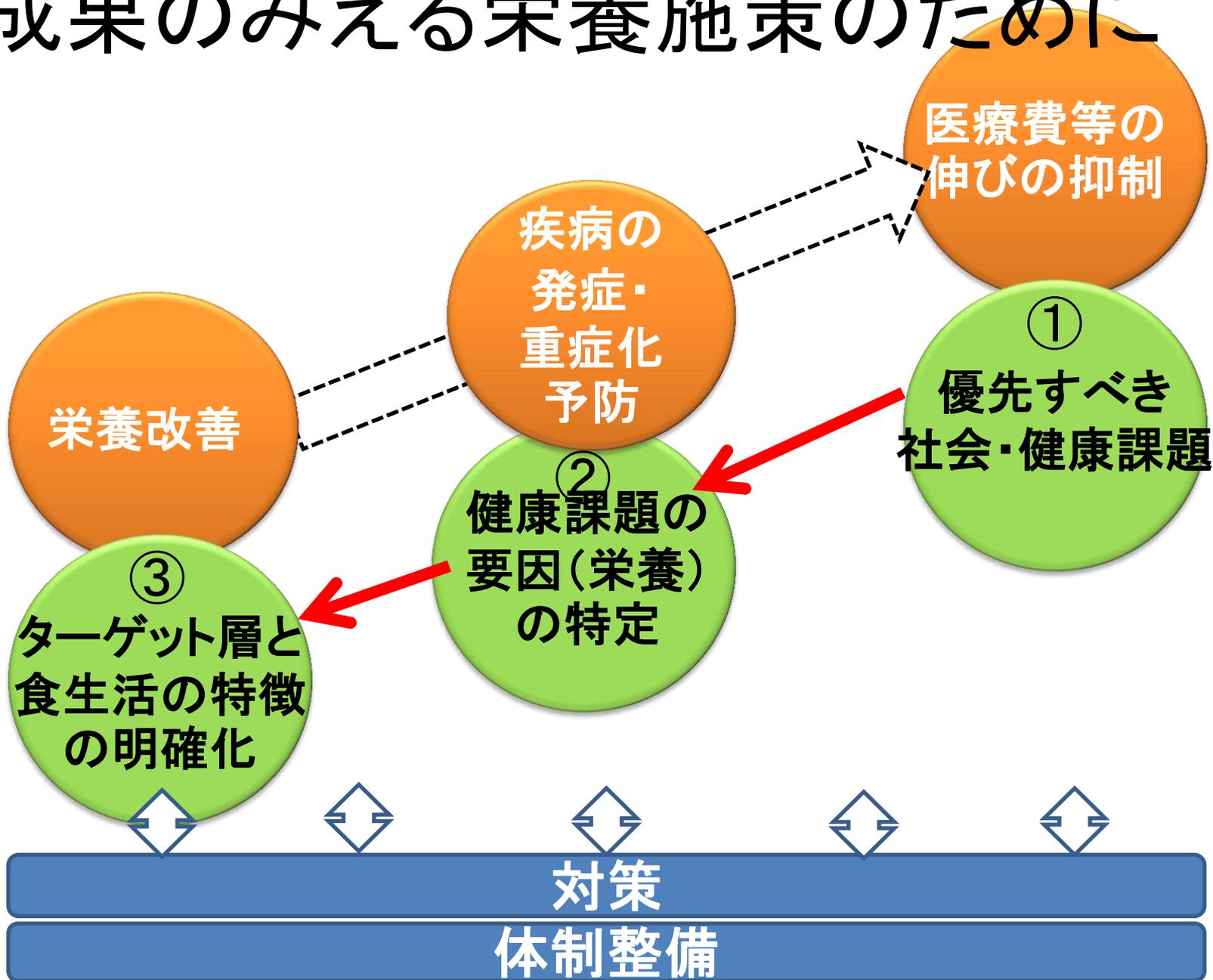
—成果のみえる施策に取り組むために、地域社会・食・
身体の構造をみる—

(平成25年4月に作成)

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/chiiki-gyousei_03_zentai.pdf

1. 人口の構造と変化をみる
2. 平均寿命と健康寿命をみる
3. 死亡の状況と原因をみる
4. 社会保障給付費の構造をみる
5. 医療費等と疾病の関係をみる
6. 健康の構造と変化をみる
7. 疾病と食事、地域の関係をみる
8. 被災地の栄養・食生活支援を例に、実際の対応から、
今後の災害対応を考える
9. 目指す成果から、特定給食施設の栄養管理を考える
10. 目指す成果から、行政栄養士の配置を考える

成果のみえる栄養施策のために



成果のみえる対策に取り組むために 地域社会・食・身体の構造をみる

マニュアル p.82-83

1. 人口の構造と変化をみる
2. 平均寿命と健康寿命をみる
3. 死亡の状況と原因をみる
4. 社会保障給付費の構造をみる
5. 医療費等と疾病の関係をみる
6. 健康と疾病の構造と変化をみる
7. 健康課題をふまえ、地域と食事の関係をみる
8. 地域の生活特性や食環境をふまえ、食事の実態とからだの実態を結び付けてみる

成果のみえる対策に取り組むために 地域社会・食・身体の構造をみる

1. 人口の構造と変化をみる
2. 平均寿命と健康寿命をみる
3. 死亡の状況と原因をみる
4. 社会保障給付費の構造をみる
5. 医療費等と疾病の関係をみる
6. 健康と疾病の構造と変化をみる
7. 健康課題をふまえ、地域と食事の関係をみる
8. 地域の生活特性や食環境をふまえ、食事の実態とからだの実態を結び付けてみる

①
優先すべき
社会・健康課題
の特定

②
健康課題の
要因、とくに栄養
食生活要因の特定

③
ターゲット層と
食生活の
特徴の明確化

成果のみえる対策に取り組むために 地域社会・食・身体の構造をみる

7. 健康課題をふまえ、地域と食事の関係をみる

- ・特定された栄養素，食物摂取状況の変化や年代差
- ・食料支出全体及び内訳の変化や年代差
- ・食料品店の分布，配食サービスなど食物へのアクセスの状況

8. 地域の生活特性や食環境をふまえ、食事の実態とからだの実態を結び付けてみる

- ・課題となる食習慣(食べ方)がなぜ起きているのか
- ・健康・栄養調査データの再解析，観察・聞き取りにより栄養指導に従事している管理栄養士等 専門職のもつ情報を集約，など

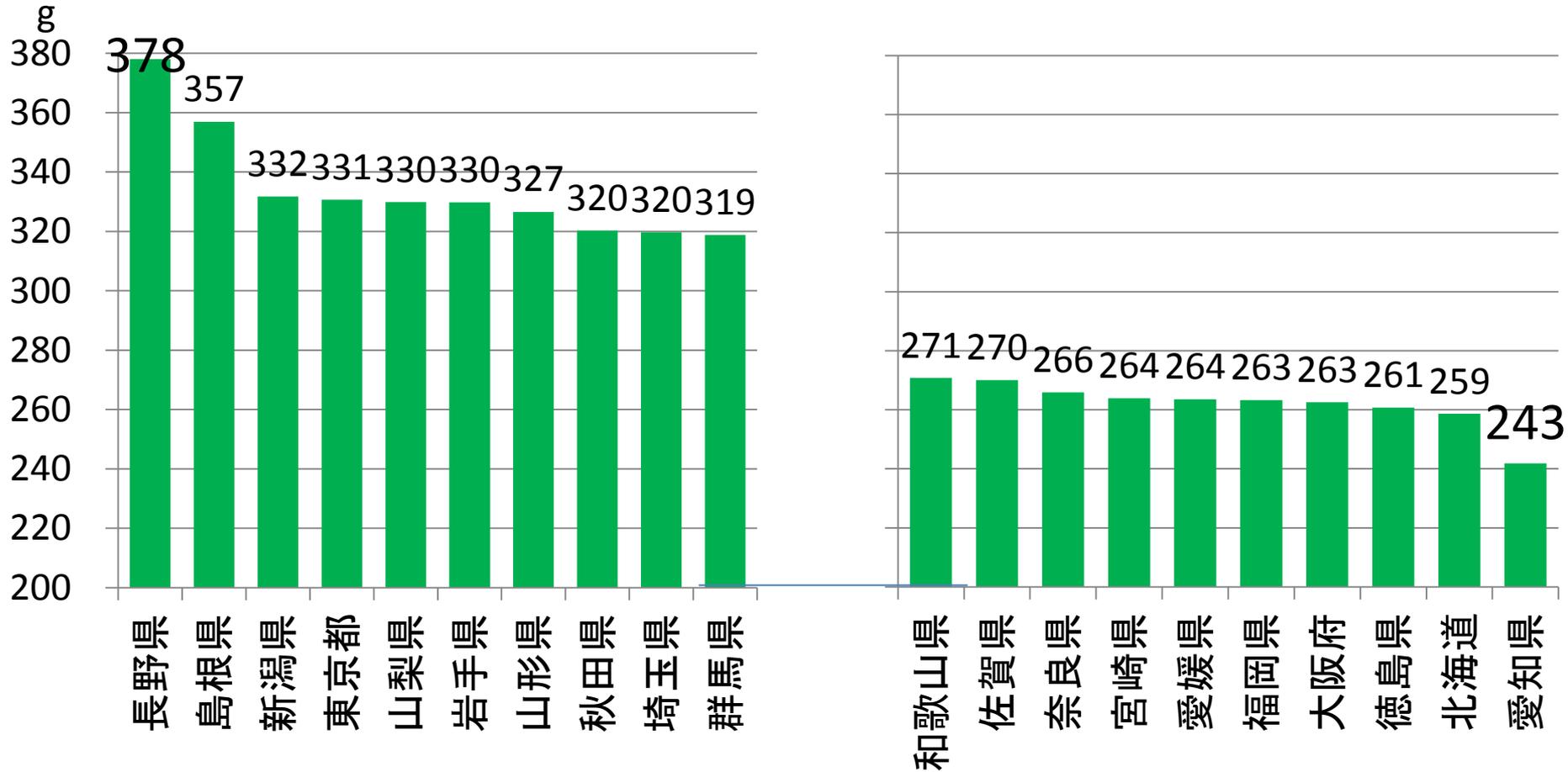
③

ターゲット層と
食生活の
特徴の明確化

野菜摂取量の地域差（男性）

平成24年国民健康・栄養調査（拡大調査）結果

都道府県別の結果は、年齢区分の平均年齢（男女とも56歳）を用いて年齢調整済

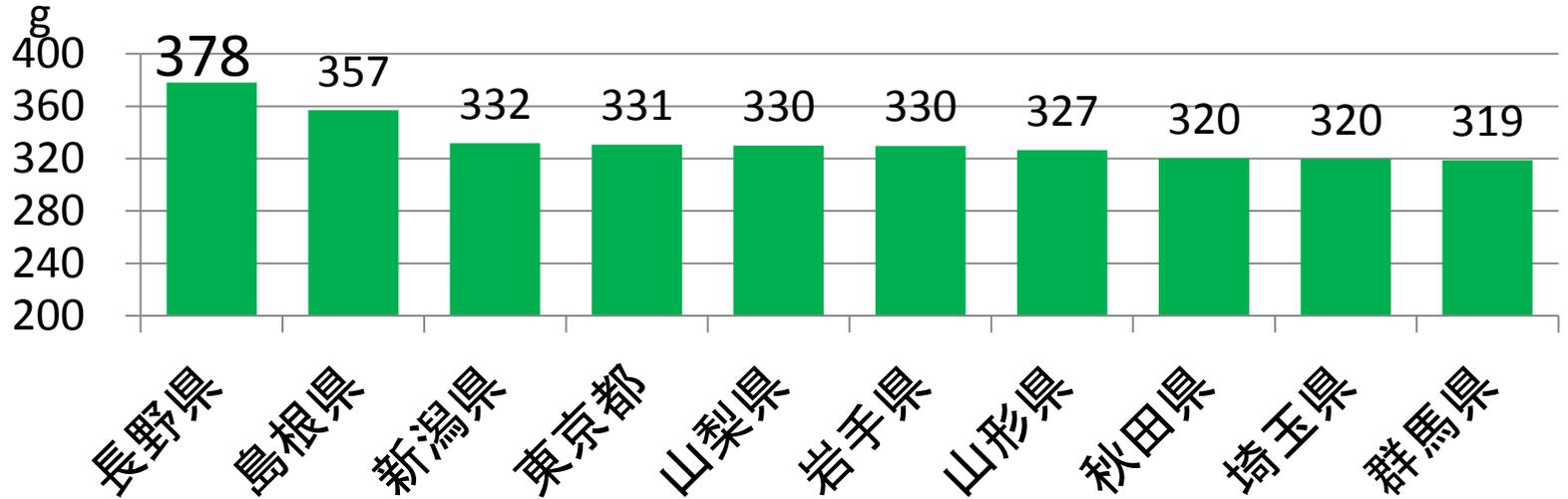


野菜および食塩摂取量の地域差(男性)

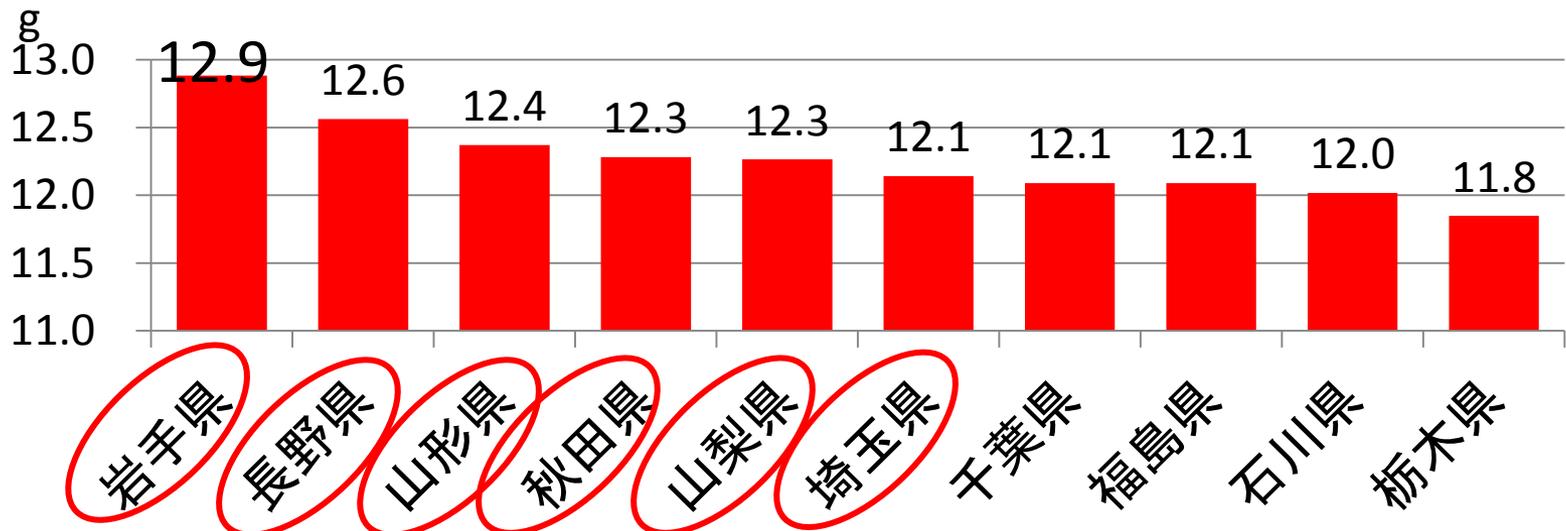
平成24年国民健康・栄養調査(拡大調査)結果

都道府県別の結果は、年齢区分の平均年齢(男女とも56歳)を用いて年齢調整済

野菜摂取量



食塩摂取量



埼玉県民(30~50歳代)はどのような野菜料理を食べているか 単独料理のカテゴリー別出現割合(男性)

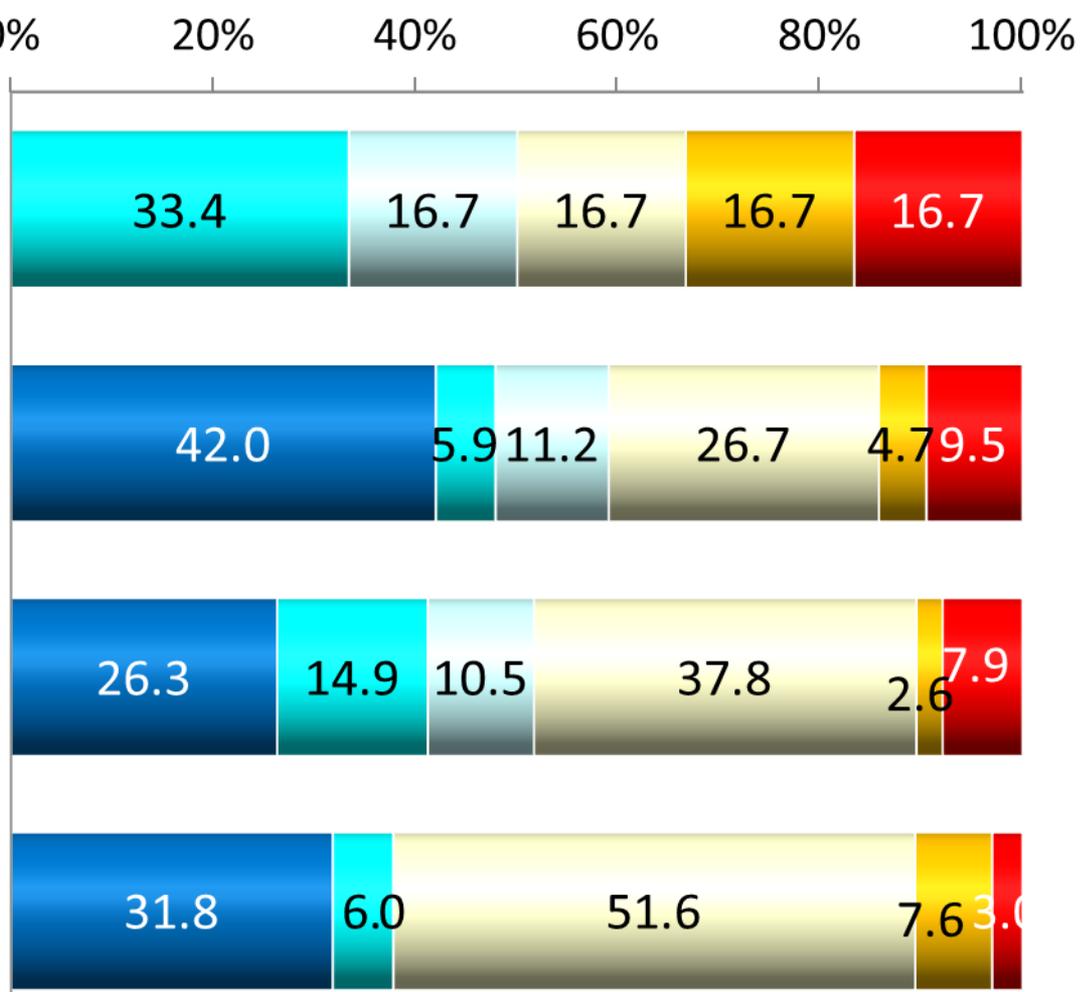
自己申告野菜
料理皿数 0% 20% 40% 60% 80% 100%
(料理数)

ほとんど
食べない
(6品)

1~2皿
(169品)

3~4皿
(114品)

5~6皿
(66品)



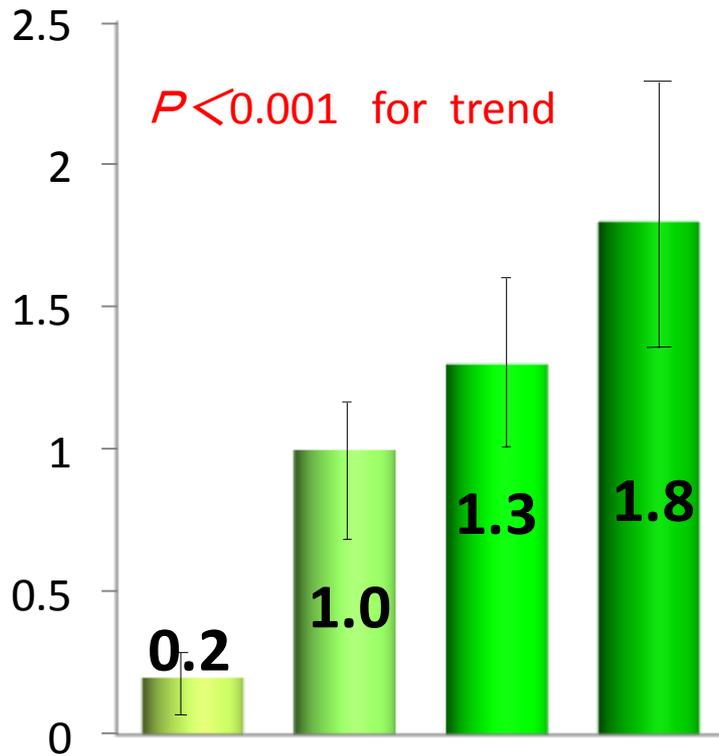
- サラダ・生野菜
- 汁物
- 漬物
- 和え物・煮物等
- 付け合せ
- 野菜ジュース

単独料理・複合的な野菜料理摂取品数(男性)

ほとんど食べない 1~2 皿 3~4 皿 5~6 皿

(品/日/人)

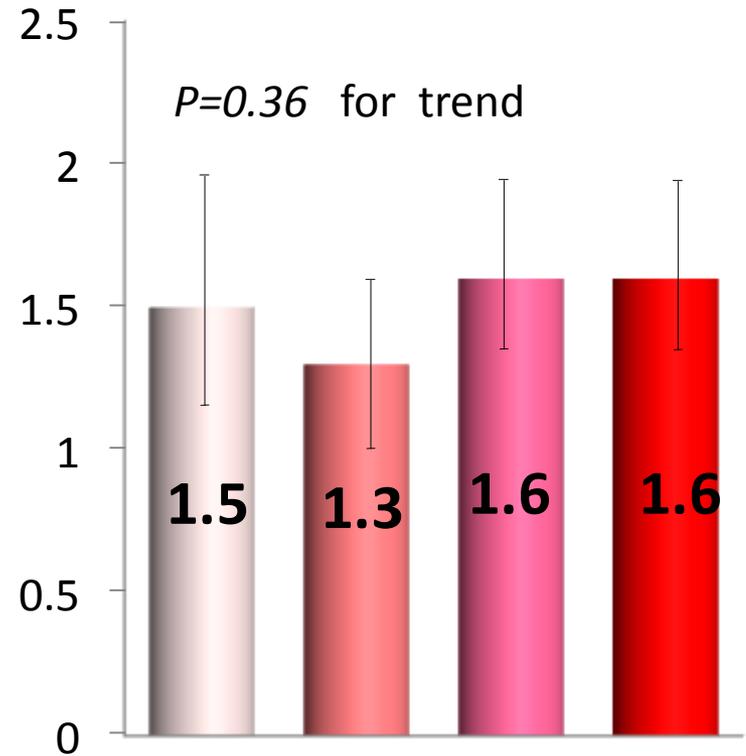
【 単独料理 】



$P < 0.001$ for trend

(品/日/人)

【 複合的な料理 】



$P = 0.36$ for trend

$p < 0.001$ n 13 88 46 18

$p = 0.048$ n 13 88 46 18

群間差の検定: 平均値の一様性の検定と傾向性の検定。調整変数は、年齢、世帯収入、エネルギー摂取量

課題分析をふまえた対策の検討

マニュアル p.83

1) 必要な対策を明確に

課題分析を行うことで、自ずと、地域の健康課題、改善に向けた重点ターゲット層とやるべき対策は明らかに

2) 現状で行われている対策の課題や仕組みを確認

- ・現状の対策が、**重点ターゲット層**に向けた適切な内容になっているか、ターゲット層は十分に巻き込めているか
- ・対策による変化をどのように把握し**モニタリング**できる仕組みになっているか

3) 必要な対策と、現状とのギャップから、今後の改善策を検討

- ・活用できる**社会資源**を洗い出し、その活用を図る
- ・**教育的施策**（情報提供、個別支援、集団学習など）と、**食環境整備**（とくに健康的な食物へのアクセスの改善）を組合せた施策とすることが重要

「地域における成果の見える栄養施策」推進体制の整備

制度・根拠

方法の検討

展開(研修等)

国レベル

健康日本21
(第2次)
2013年～

行政栄養士の
業務指針
2013年～

公衆衛生協会研究事業
(方法論の検討・検証)
2013～2015年度

保健所管理栄養士政策
能力向上シンポジウム
2013～2015年度

厚生労働省
栄養施策担当者会議
2013年～

国立保健医療科学院
「健康日本21推進」研修
2013年～

日本栄養士会
行政栄養士全国研修
2013年～

自治体レベル

県の健康増進
計画(第2次)
市町村健康増
進計画(第2次)

自治体のデータ
分析の体制

県庁・保健所の会議・研修会
県と市町村の会議・研修会
その他組織の会議・研修会

Ⅲ 自治体における課題分析と 対策検討の事例

事例提供：

日本公衆衛生協会 H25地域保健総合推進事業
「健康日本21(第2次)の推進における健康づくり及び
栄養・食生活改善に関する効果的施策展開に関する研
究」研究班メンバー及び所属する自治体関係者

新潟県 WS1 課題分析のワークシート(これまでの問題点)

ねらい	栄養改善	疾病の発症・重要化予防	医療費等の伸びの抑制
課題分析のプロセス	③ターゲット層と食生活の特徴の明確化	②健康課題の要因の特定	①優先すべき社会・健康課題
内容	<p><従来の調査から明らかになっていること></p> <ul style="list-style-type: none"> 成人(20歳以上)の全ての年代において目標量を上回っている しょうゆ、味噌及びその他の調味料からの摂取多い 食塩摂取に対する意識は低い(特に40歳未満男性) <p style="text-align: center;">↓</p> <p><高食塩摂取の要因となっている食生活(検証中仮説)></p> <ul style="list-style-type: none"> 推定エネルギー必要量以上の食事量 1回の食事で主食を2種類以上ある 漬物の種類、煮物料理、汁物、鍋物、魚介塩蔵品、麺類や丼物が多い せんべい、スナック菓子(飲酒との関連?) かけ醤油、濃い味付けが好き 外食・中食の利用 	<p><栄養・食生活></p> <ul style="list-style-type: none"> 平均食塩摂取量は目標量を上回っている また、成人の約7割以上が食塩摂取量の目標量を上回っている 平均野菜摂取量は他県と比べて多い 肥満者の割合は他県と比べて低い 飲酒習慣者の割合は他県と比べて高い <p style="text-align: center;">食塩の過剰摂取</p>	<ul style="list-style-type: none"> 平均寿命(H22 男性79.47歳、女性86.96歳)と健康寿命(H22男性69.91歳、女性73.77歳)の差は男女ともに全国の差より大きい 要介護の要因は脳血管疾患及び認知症の割合が高い 年齢調整死亡率は脳血管疾患(H22 男性10位、女性9位)及び胃がん(H22 4位)が全国上位 患者数は脳梗塞、胃がん及び高脂血症が全国上位 脳梗塞、糖尿病及び慢性腎不全の患者数は増加傾向 高血圧の患者数は多く医療費も高い <p style="text-align: center;">脳血管疾患 ← 高血圧</p>
④対策	必要	<ul style="list-style-type: none"> 高食塩摂取の要因となる食生活・食環境を明らかにし、ターゲットを明確にした上で対策を検討することが必要。 	
実態	<p>「にいがた減塩ルネサンス運動」⇒ 目標:県民の1人1日当たり平均食塩摂取量2g減少とカリウム摂取量600mg増加</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 小学生・中学生・高校生 → 栄養教諭・学校栄養職員とのコラボ事業、栄養士会と連携した高校生向け啓発事業 ② 働く世代・親世代 → 昼食(サラ飯)充実プロジェクト ③ 青年期～高齢期 → 食生活改善推進員協議会と連携したTUNAGUパートナーシップ事業、塩分見える化モデル事業 ④ 全てのライフステージ → 特定給食施設等に対する指導・助言、地域食育充実事業 		
改善策	<ul style="list-style-type: none"> 検証結果を踏まえ検討する。 		
⑤対策の体制整備	<ul style="list-style-type: none"> 大学、市町村、県(本庁・地域機関)が連携し、課題分析や施策検討等ができる体制 人材育成 		

WS2 健康課題の背景にある食習慣や食環境を特定するフロー図

解決の優先度が高い健康課題
(食生活に起因するもの)

脳血管疾患 ← 高血圧

対象

対象(者・世代)
とする理由

成人

栄養素の
状況

高食塩摂取

食生活の特性

<食品選択の傾向>

- ・魚介塩蔵品(塩魚、魚卵)
- ・野菜摂取量多い
- ・せんべい、スナック菓子

<料理方法の傾向>

- ・漬物の種類が多い
- ・煮物料理が多い
- ・汁物、鍋物、丼物が多い
- ・麺類が多い(スープ飲む)

<食べ方の傾向>

- ・推定エネルギー必要量以上の食事量
- ・主食の重ね食べ
- ・かけ醤油、濃い味付け
- ・外食・中食の利用

<食品等へのアクセス(入手環境)>

※ 検証中
塩分摂取量と外食・中食の状況等の相関

<地域性によるもの>

<郷土料理>

- ・保存食が多い(漬物、魚介塩蔵品等)
- ・野菜や山菜の煮物、汁

<生活状況>

<家族構成、仕事等>

※ 検証中
食塩摂取量と下記項目の相関
○ 世帯構成、○ 職業、○ 勤務時間 ○ 交替制勤務の有無

<食生活の基礎>

<調理技術>

※ 検証中
食塩摂取量と調理担当者
の相関

<食生活の知識・態度>

・減塩に対する意識は
高くない

<地域特性>

※ 確認中
高食塩摂取に繋がる風土の有無
等

<生活習慣、生活リズム>

※ 検証中
食塩摂取量と下記項目の相関
○ 喫煙状況、○ 運動習慣、○
飲酒状況、○ 服薬状況

食生活を選択する背景

長野県 WS1 課題分析のワークシート(これまでの問題点)

ねらい	栄養改善	疾病の発症・重要化予防	医療費等の伸びの抑制
課題分析のプロセス	③ターゲット層と食生活の特徴の明確化	②健康課題の要因の特定	①優先すべき社会・健康課題
内容	<p>【ターゲット】</p> <p>A. 女性の脳血管疾患標準化死亡比(県基準)が高い地域</p> <p>B. 二次産業及び三次産業の従事者</p> <p>◆ターゲットAに該当する地域・食塩摂取量が多い。 ・食塩摂取量増の要因として影響が大きい食品は、漬物類、魚介加工品、調味料類 ・副菜が多いほど食塩量が増</p> <p>◆ターゲットBに該当する人 ・外食や市販品の利用機会が比較的多い。 (外食と栄養摂取の関連) ・外食を利用した人のほうが野菜量少ない。食塩量は外食利用の有無による差がない。</p>	<p>◆脳血管疾患死亡率は県内で地域差がある 各保健所圏域EBSMR (最高値)男性:112.7 女性:107.6 (最低値)男性:93.7 女性:91.2</p> <p>【脳血管疾患のリスク因子・生活習慣の因子】</p> <p>①高血圧②脂質異常③喫煙④糖尿病⑤食塩⑥野菜⑦肥満⑧運動⑨飲酒について全国と比較 → ・食塩摂取量は全国より多く、目標量を上回って摂取している人は約9割 ・野菜摂取量平均値は全国を大きく上回っている</p> <p>⑩特定健診受診率の状況(H23) 全保険者:48.2% 市町村国保:41.0%(男性36.3% 女性45.3%)</p> <p>◆脳血管疾患死亡率の地域差の要因分析 上記①～⑩の因子でEBSMRとの関連が大きい項目 女性:食塩摂取量 男性:特定健診受診率 ※男性の集積地域には心疾患EBSMRが高い市町村も含まれ、脂質異常や脂質摂取にも課題あり。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・人口減少、高齢化が進む 10年後14万人減少、高齢化率26.5%→32% ・平均寿命と健康寿命の差が長い 男性:9.71歳 女性:13.18歳 ・一人当たり医療費は年々増加 257千円(H20 38位)←219千円(H14) 生活習慣に起因する割合は約4割 ・死亡原因は悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順に多く、3大死因割合は55.1% ・年齢調整死亡率は脳血管疾患が全国上位(男性13位、女性7位) ・高血圧または正常高値の人は、男性61.4%、女性46.8% ・脳卒中は要介護の主要因(25.3%) <p>※元気で長生きする人を増やすため、脳血管疾患予防が最重要課題</p>
④対策	必要	<p>※地域差、性差、職業差を考慮した対策</p> <p>A:女性の脳血管疾患SMRが高い地域へ、家庭への食塩摂取量減少に向けた取組を重点的に行う →地域課題に応じたモデル事業</p> <p>B:二次産業三次産業従事者を視野に、外食、市販品、社員食堂の利用などの食環境整備を行う →健康に配慮した食環境の整備</p>	
	実態	<p>①健康増進計画推進事業(推進会議の開催、普及啓発)</p> <p>②生活習慣病対策事業(人材育成、県民健康栄養調査分析・報告書作成)</p> <p>③食育推進事業(食育会議 フォーラム、健康づくりに配慮したメニュー提供店、食改員リーダー育成・養成講座、食育キャラバン隊)</p> <p>④特定給食施設等指導事業(従事者研修会、関係者連絡会議、巡回指導)</p> <p>⑤保健所管内栄養士研修会(市町村、給食施設、在宅)</p>	
	改善策	<p>※上記の「実態」に加えて、ターゲットABに焦点をあてた事業を展開</p> <p>A:地域課題に応じた減塩等モデル事業 B:健康に配慮した食環境の整備</p>	
⑤対策への体制整備	<p>①県民健康・栄養調査や保健関係統計を活用した分析体制の整備(県・保健所) ②関係機関との連携体制構築推進整備</p> <p>③人材育成 ④減塩教室等で使用可能な指導ツール検討 ⑤具体的事業実施のための予算検討</p>		

WS2 健康課題の背景にある食習慣や食環境を特定するフロー図

解決の優先度が高い健康課題
(食生活に起因するもの)

脳血管疾患

対象

対象(者・世代)
とする理由

地域差、性差、職業差を考慮し、対策の重点を下記2点に設定
A.女性の脳血管疾患標準化比(県基準)が高い地域
B.二次産業及び三次産業の従事者

栄養素の
状況

A. 長野県の典型的な食生活(米、野菜、きのこ、乳類等の摂取量が多く、全国に比べれば伝統和食型の傾向)であり、食塩摂取量が多い。
B. 外食や市販品の利用機会が比較的多いことから、「野菜摂取量が少ない」など上記の特徴とは異なる傾向もみられるが、食塩摂取量が多いことは共通している。

<食品選択の傾向>

A. 野菜摂取量が多いことが特徴ではあるが、特定の食品に偏らず様々な食品を組み合わせていることも特徴。
B. 外食や市販品の利用が多く、野菜摂取量が少ない。

<料理方法の傾向>

A. 野菜は漬物や煮物にすることが多い。
B. 特に摂取頻度が高いメニューがあるわけではなく、麺類や弁当など様々。

<食べ方の傾向>

A. 米飯を主食に多彩な副菜と汁物を組み合わせた食事が多い。
B. 市販や外食の他、第二次産業は事業所給食、第三次産業は外食・調理済み食を利用していることも多い。

<食品等へのアクセス(入手環境)>

A. 農業従事者数が多い県であり、野菜を入手しやすい。
自動車保有率が高く、高齢者でも車で買物に行ける人が多いが、店舗は市街地にあり保存がきく食品を購入する傾向がある。
B. 外食や調理済み食等において「健康的な食事」を提供している店舗は、まだ少ない。(登録店舗数99店 平成26年10月末現在)

<地域性によるもの>

<郷土料理>

ある特定の郷土料理が栄養摂取や健康状態に影響を及ぼしているような状況にはないと思われる。

<地域特性>

A. 農業と結びつきが強い地域や女性の就業者が少ない地域は、長野県の典型的な食生活の傾向。
B. 男性の脳血管疾患集積地域には心疾患SMRが高い市町村も多く含まれ、脂質異常や脂質摂取に課題。

<生活状況>

<家族構成、仕事等>

A. 女性の脳血管疾患死亡率が高い地域は三世帯同居が多い印象あり。
B. 男性の脳血管疾患集積地域は、二次産業従事者数が多い地域ではない。

<生活習慣、生活リズム>

脳血管疾患のリスク因子のうち、肥満、喫煙、飲酒は、男性のほうがリスク保有率が高く、これらの対策は男性を重点に行う必要あり。

<食生活の基礎>

<調理技術>

・食改活動が活発で、県民の約半数の人数に講習会等で普及しているが、全地域に組織がない。

<食生活の知識・態度>

・「野菜を食べる」と気をつけている人ほど野菜摂取量が多いが、「食塩のとりすぎ」に気をつけるとした女性は、そうでない人より摂取量が多い。

食生活の特性

食生活を選択する背景

愛知県 WS1 課題分析のワークシート(これまでの問題点)

ねらい	栄養改善	疾病の発症・重要化予防	医療費等の伸びの抑制	
課題分析のプロセス	③ターゲット層と食生活の特徴の明確化	②健康課題の要因の特定	①優先すべき社会・健康課題	
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・20～60歳代の男性の肥満者が4人に1人で10年前に比べて増加 ・野菜の摂取率が男女とも全国最下位 ・主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を1日2回以上取る者が約6割 ・朝食を欠食する者の割合増加 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診の受診者の伸び悩み ・特定保健指導の実施者が1割程度 ・メタボリックシンドローム予備群の増加 ・がん検診未受診者 ・糖尿病の有病者の増加 ・新規透析導入者のうち、発生原因別疾病でみると糖尿病腎症が最も多く、約4割 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康寿命の延伸 ・健康格差の縮小 	
対策	必要	<ul style="list-style-type: none"> ・食生活等の現状把握 ・事業所及び商工会等への働きかけ ・地域・職域連携体制の強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診並びに保健指導への受診勧奨 ・生活習慣と疾患との関連について啓発普及 ・医療機関との連携体制強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・性・年代別健康課題の分析 ・医療圏単位の健康課題の分析 ・行政と地元企業・商工会との健康課題の共通理解 ・保健から医療への継続的支援
	実態	<ul style="list-style-type: none"> ・現状把握がされていない ・事業所及び商工会等へ働きかけが行われていない ・具体的な地域・職域連携体制が構築されていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診及び保健指導への受診率の低迷 ・不適正な生活習慣 ・「がん(悪性新生物)が死因の3割を占め、「心疾患」「脳血管疾患」を含めた「生活習慣病が半数以上を占めている 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢化の進展により、特に75歳以上の高齢者の増加・高齢者単独世帯の急増 ・要介護・要支援認定者の増加 ・医療や介護に要する費用の増加
	改善策	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所及び商工会等との栄養改善の必要性についての共通理解に向けての働きかけ ・現状把握のためのアンケート調査並びに課題の分析 	<ul style="list-style-type: none"> ・病気になっても重症化させない ・早期発見・早期治療 ・危険因子の管理 ・糖尿病の合併症予防 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ごとの健康状態や生活習慣状況の差の把握分析 ・医療圏別、地域別健康づくり資源の把握分析
対策への体制整備	<ul style="list-style-type: none"> ・地域・職域連携強化のための会議の開催(商工会、事業主等が参加) ・効率的・効果的な健診、がん検診の推進 ・各種疾患の予防対策等の普及啓発活動 ・ライフステージに合わせた発症予防と早期対応の推進 ・保険者・企業・商工会、食生活関係団体、医療関係機関等との協力・連携体制強化 ・情報アクセスの改善とソーシャルキャピタルの醸成による地域力の向上 			

WS2 健康課題の背景にある食習慣や食環境を特定するフロー図

解決の優先度が高い健康課題
(食生活に起因するもの)

糖尿病の重症化 (二次) 予防

対象

対象(者・世代)とする理由

働く世代の20～60歳代の男性(働く人の肥満の食生活に起因する要因をさぐる)

栄養素の状況

エネルギーの過剰摂取

<食品選択の傾向>

- ・野菜を選ばない・カップ麺・冷凍食品・朝食に菓子パン・コンビニ当・缶コーヒー(1日の本数・種類)・麺と一緒にご飯を食べる・飲酒・コーラをよく飲む・揚げ物が好き

<料理方法の傾向>

- ・揚げ物が好き
- ・野菜の料理方法: サラダが多い
- ・電子レンジでチン
- ・惣菜の利用など自分で調理しない
- ・冷凍食品やレトルト食品の利用

<食べ方の傾向>

- ・早食い(事業所の昼食時間10～15分)
- ・夜食を多く食べる・朝食を食べない
- ・野菜を食べない・外食の利用
- ・残さず食べる(自宅ですっかり食べ過ぎ)⇒結婚したら太る

<食品等へのアクセス(入手環境)>

- ・コンビニエンスストアの拡大
- ・深夜営業のスーパーマーケットの増加
- ・深夜(24時間)営業のファーストフード店
- ・残業で菓子パンが配られる
- ・自動販売機で缶コーヒー

<地域性によるもの>

<郷土料理>

- ・八丁味噌料理(味噌カツ、味噌見込うどん)
- ・手羽先から揚げ
- ・きしめん

<地域特性>

- ・飲酒
- ・モーニング(名古屋は喫茶店が多い)
- ・コーヒーにつまみがつく

<生活状況>

<家族構成、仕事等>

- ・単身
- ・残業(夜間勤務)
- ・共働き
- ・子供のいる世帯(幼児・小学校)

<生活習慣、生活リズム>

- ・働き方(残業が多い・三交代制)
- ・1日3食以上食べる習慣があるか
- ・喫煙
- ・外食の頻度
- ・通勤方法(車・公共交通機関)

<食生活の基礎>

<調理技術>

- ・学ぶ機会が少ない(家庭・学校等)

<食生活の知識・態度>

- ・学ぶ機会が少ない
- ・ネット、マスコミ情報

食生活の特性

食生活を選択する背景

兵庫県 WS1 課題分析のワークシート(これまでの問題点)

ねらい	栄養改善	疾病の発症・重症化予防	医療費等の伸びの抑制
-----	------	-------------	------------

課題分析プロセス	③ターゲット層と食生活の特徴の明確化	②健康課題の要因の特定	①優先すべき社会・健康課題
----------	--------------------	-------------	---------------

内容	③ターゲット層と食生活の特徴の明確化	②健康課題の要因の特定	①優先すべき社会・健康課題
	<p>【30歳代男性】(H20県調)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1日1回以上主食・主菜・副菜を組み合わせた食事を2人以上で食べる 78.4% ・脂肪エネルギー比25%以上 61.2% ・野菜の摂取量200g未満 46.2% ・朝食欠食 31.9% ・週3日以上飲酒 50% ・週4回以上間食35.2% ・外食中食利用頻度 昼食約4割 ・早食い 53.9%(50歳代男62.4%) ・夕食時間遅い(午後9時以降36.6%) ・自分の適量を知っている者 47.8% ・自分の食生活への問題意識有49.5% →食べ過ぎ、脂肪摂り過ぎ、食事時間不規則 →改善したい59.7%(男女) ・主食の重ね食べ ・パン、洋菓子好き ・調理技術少ない 他検証中 	<p>【栄養状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学童肥満 地域差有(県北、南西、南部高い) 成人肥満 男性29.5%(国30.7%)女性16.6%(国18.8%) 特定健診有所見者の標準化該当比(H23男女) →成人肥満地域差有(学童肥満出現と同傾向) 30歳代の男性の肥満者は3人に1人(H20県調) 60歳代の女性の肥満者は5人に1人(H20県調) ・メタボ該当 14.2%(国保) 26.8%(健保) ・LDL-Cho高値4~10位 <p>【食生活】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・野菜摂取量(H24国調) 男性288g(26位) 女性272g(29位) (県調査) S63 244.9g H5 241.9g H10 254.2g H15 260.3g H20 243.3g 野菜量20年以上増加無 ・食塩摂取量(H24国調) 11.0g(29位) 女性9.4g(28位) ・脂質En比(H20県調) 男性27% 女性29.2% ・家計調査(パン消費量1位) <p>【生活習慣】</p> <ul style="list-style-type: none"> 歩数(H24国調) 男8,859歩(1位) 女7,141歩(13位) 	<p>【人口】5,588,133人(7位) 産業活動指数平均 高齢化率23.3%(H22)→29.7%(H32) 国と同傾向</p> <p>【平均寿命・健康寿命】(H22)</p> <ul style="list-style-type: none"> 男性: 79.59歳 78.47歳(差1.12歳) 女性: 86.14歳 83.19歳(差2.95歳) <p>【年齢調整死亡率】(人口10万対 H22)</p> <ul style="list-style-type: none"> 心疾患: 男性71.6(27位) 女性39.2(26位) 脳血管疾患: 男性44.7(37位) 女性23.2(41位) 糖尿病: 男性6.7(28位) 女性3.5(14位) <p>※市町別EBSMRは多くの死因で地域集積性有</p> <p>【県民1日当たり国保医療費】(H24) 280,000円(国292,200円) 60歳代高い</p> <ul style="list-style-type: none"> 診療費に占める生活習慣病の割合34.9% →高血圧性疾患、糖尿病、腎不全の順 <p>【疾病】患者数(人口10万対受療率 H21)</p> <ul style="list-style-type: none"> 高血圧疾患(46位) 高脂血症(17位) 虚血性心疾患(44位) 糖尿性腎症(28位) <p>【特定健診受診率】H22 41.9%(県) 30.8%(国保)</p> <p>【特定保健指導率】H22 20.9%(県) 23.6%(国保)</p> <p>【がん検診受診率】全国平均以下</p>

④ 対策	必要	実態	改善策
	<ul style="list-style-type: none"> ・性・年齢・地域・職業の差、生活背景、食習慣に即したアプローチ → 肥満要因となる食習慣や食環境の明確化が必要(調査再解析、関係者ヒアリング) → 肥満対策として、20~30歳代の男性に対して、BMI適正化に向けた取り組みを重点的に行う。(生活習慣病発症予防と重症化予防の徹底) 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定給食施設(事業所・寮)に対する指導助言 ・食育推進パートナーシップ事業 ・給食協議会働きざかりヘルスアップ ・食の健康協力店 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域・職域連携体制の構築(事業所、商工会との課題共有) ・事業所給食管理部門、健康管理分門、受託給食会社が一体となった食環境整備(ヘルシーメニュー提供、健康教育等) ・家庭内調理担当者へのアプローチ(母子保健、学校保健との連携、市町との連携) ・健康課題の明確化と解決策に繋がる食習慣チェックリストの作成試用と課題分析。 ・食の健康協力店におけるヘルシーメニューの提供 等

⑤ 対策の体制整備	<ul style="list-style-type: none"> ・大学、市町、県(本庁、地方機関)が連携し、健康課題及び栄養・食生活課題を分析するための体制整備 ・関係機関団体との連携体制構築 ・県民栄養調査の設計及び解析能力の向上 ・人材育成 ・予算確保
-----------	--

WS2 健康課題の背景にある食習慣や食環境を特定するフロー図

解決の優先度が高い健康課題
(食生活に起因するもの)

肥満の改善と地域差の是正 (生活習慣病発症予防と重症化予防)

対象

対象(者・世代)
とする理由

成人(30歳代の男性(特に、県北部、県西南部、県南部))

栄養素の
状況

エネルギーと脂質の過剰摂取

<食品選択の傾向>

- ・朝食にパン ・洋菓子、菓子パン
- ・米摂取頻度多い(女、丹波) ・飲酒
- ・体に良い食品重ね食べ(ごま+乳製品+蜂蜜等)
- ・砂糖多用(高齢者) ・豚バラ肉多い
- ・野菜少ない ・調理済み食品多い
- ・清涼飲料水を水代わりに飲む 等

<料理方法の傾向>

- ・甘辛い味付けが好き
- ・お好み焼き、焼きそば好き(ソース文化)
- ・魚は臨海は刺身、内陸は焼魚と塩干物
- ・農家は自家製漬物、味噌、梅干し
- ・山間は味噌焼く、漬物焼く 等

<食べ方の傾向>

- ・早食い(男性、阪神) ・間食多い(男性)
- ・朝食欠食(丹波)
- ・夕食時間遅い(男性、東播磨・西播磨)
- ・中食・外食の利用(男性、朝夕、臨海部)
- ・飲酒機会も量も多い ・大皿盛り(淡路)
- ・主食の重ね食べ(お好み焼き+白飯) 等

<食品等へのアクセス(入手環境)>

- ・洋菓子店、パン屋多い
- ・コンビニ、深夜営業のスーパー増加
- ・郊外大型量販店の増加(まとめ買い)

<地域性によるもの>

<郷土料理>

- ・清酒 ・明石焼き ・いかなごぎ煮
- ・そうめん ・巻き寿司 ・鯖寿司
- ・牛肉 ・丹波の黒豆 ・かに
- ・ソース文化(お好み、ウスター、とんかつ)

<生活状況>

<家族構成、仕事等>

- ・職業(自営業)
- ・勤務時間(残業、交代制)
- ・世帯構成(3世代同居、中・高校生)
- ・地域団体(自治会寄り合い、祭り)

<食生活の基礎>

<調理技術>

- ・調理技術少ない
- ・食事づくりの頻度

<食生活の知識・態度>

- ・自分の適量を知らない
- ・食生活への問題意識大(臨海部)
- ・エネルギー、脂質、塩分摂取量多いと認識

<地域特性>

- ・山田錦(酒米)
- ・パン、洋菓子

<生活習慣、生活リズム>

- ・喫煙(男性) ・飲酒頻度
- ・食事時間不規則
- ・運動習慣なし
- ・通勤方法(車、公共交通機関)

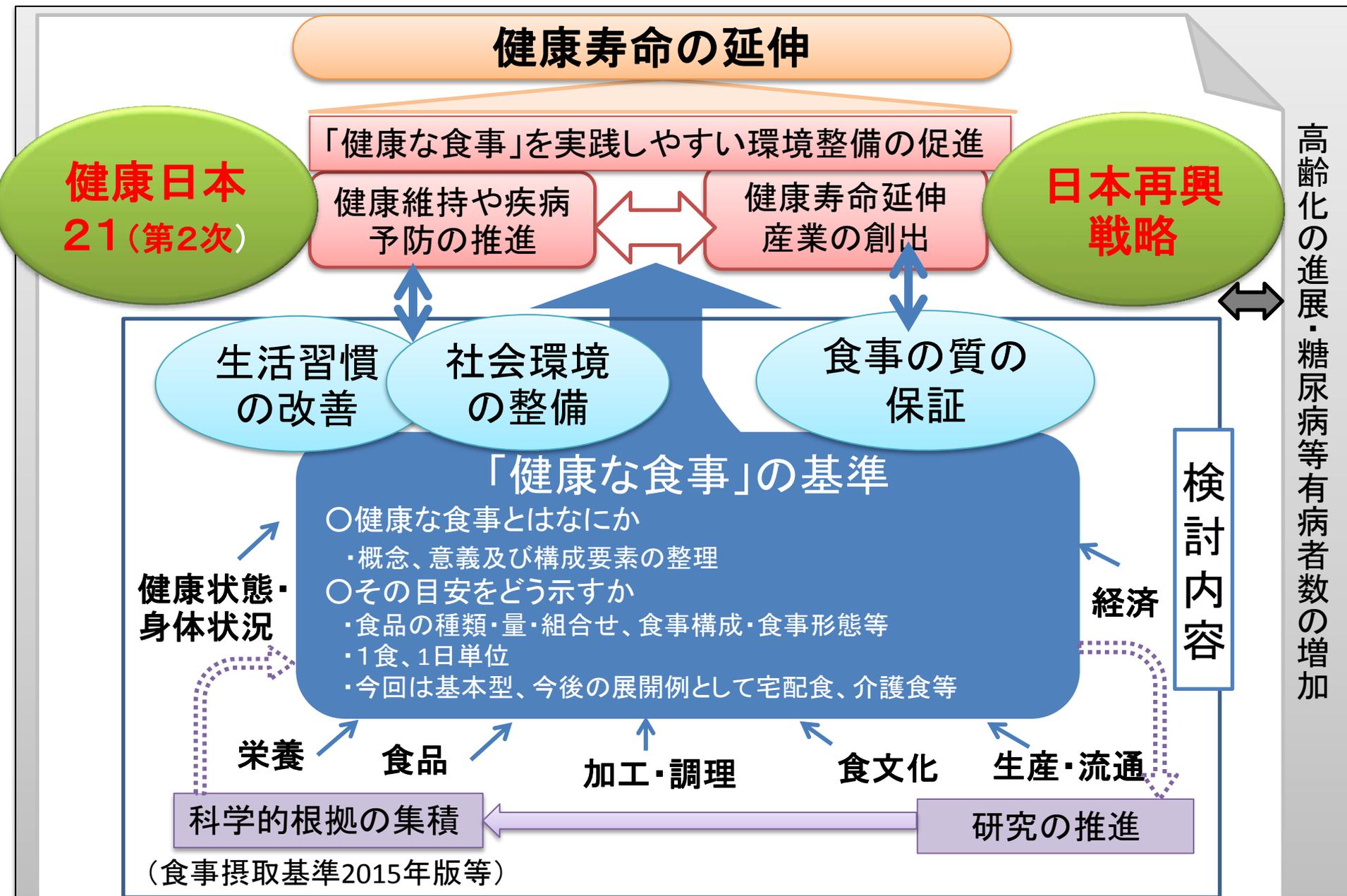
食生活の特性

食生活を選択する背景

IV 食品関連事業者を巻き込んだ 食環境整備の推進

1. 行政主導から、食品関連事業者主導の食環境整備へ
2. 本質的なポピュレーションアプローチとしての、より効果的な食環境整備を

日本人の長寿を支える「健康な食事」検討の方向性



検討会で決定した主なポイント

1) 日本人の長寿を支える「健康な食事」のとらえ方を多様な側面から整理

2) 生活習慣病の予防に資する「健康な食事」を事業者が提供するための基準を策定

食事摂取基準（2015年版）における主要な栄養素の摂取基準値を満たし、かつ、現在の日本人の食習慣を踏まえた食品の量と組合せを求め、1食当たりの料理を組み合わせることで「健康な食事」の食事パターンを実現するための基準を策定した。この基準は、食事を提供する事業者が使用するものである。事業者は、この基準を満たした料理を市販する場合にマークを表示することができる。

3) 「健康な食事」を普及するためのマークを決定

市販された料理（調理済みの食品）の中で、消費者が「健康な食事」の基準に合致していることを一目で分かり、手軽に入手し、適切に料理を組み合わせることで食べることができるよう、公募によりマークを決定。

1) 日本人の長寿を支える「健康な食事」のとらえ方を整理

日本人の長寿を支える「健康な食事」のとらえ方

「健康な食事」とは、健康な心身の維持・増進に必要とされる栄養バランスを基本とする食生活が、無理なく持続している状態を意味する。

「健康な食事」の実現のためには、日本の食文化の良さを引き継ぐとともに、おいしさや楽しみを伴っていることが大切である。おいしさや楽しさは、食材や調理の工夫、食嗜好や食事観の形成、食の場面の選択など、幅広い要素から構成される。

「健康な食事」が広く社会に定着するためには、信頼できる情報のもとで、国民が適切な食物に日常的にアクセスすることが可能な社会的・経済的・文化的な条件が整っていなければならない。

社会全体での「健康な食事」は、地域の特性を生かした食料の安定供給の確保や食生活に関する教育・体験活動などの取組と、国民一人一人の日々の実践とが相乗的に作用することで実現し、食をめぐる地域力の維持・向上とともに、国民の健康とQOLの維持・向上に着実に貢献する。

日本人の長寿を支える「健康な食事」を構成している要因例



2) 生活習慣病の予防に資する「健康な食事」を事業者が提供するための基準を策定

「健康な食事」の食事パターンに関する基準の内容と留意事項

食事パターンの基準の内容		
料理Ⅰ（主食）	料理Ⅱ（主菜）	料理Ⅲ（副菜）
<p>精製度の低い米や麦等の穀類を利用した主食。</p> <p>なお、炭水化物は40～70gであること。 精製度の低い穀類は2割程度であること。 ただし、精製度の低い穀類の割合が多い場合は、1日1食程度の摂取にとどめることに留意する。</p>	<p>魚介類、肉類、卵類、大豆・大豆製品を主材料とした副食（主菜）。</p> <p>なお、たんぱく質は10～17gであること。</p>	<p>緑黄色野菜を含む2種類以上の野菜（いも類、きのこ類・海藻類も含む）を使用した副食（副菜）。</p> <p>なお、野菜は100～200gであること。</p>
<p>※1 エネルギー</p> <ul style="list-style-type: none">○単品の場合は、1食当たり、料理Ⅰは300kcal未満、料理Ⅱは250kcal未満、料理Ⅲは150kcal未満であること。○料理Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを組み合わせる場合は、1食当たりのエネルギー量は650kcal未満であること。 <p>※2 食塩</p> <ul style="list-style-type: none">○単品の場合は、料理区分ごとの1食当たりの食塩含有量（食塩相当量）は1g未満であること。○料理Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを組み合わせる場合は、1食当たりの食塩含有量（食塩相当量）は3g未満であること。		
提供上の留意点		
<ul style="list-style-type: none">・「健康な食事」の実現のためには、日本の食文化の良さを引き継ぐとともに、おいしさや楽しみを伴っていることが大切であることから、旬の食材や地域産物の利用などに配慮すること。		
摂取上の留意点		
<ul style="list-style-type: none">・1日の食事においては、料理Ⅰ～Ⅲの組合せにあわせて牛乳・乳製品、果物を摂取すること。・必要なエネルギー量は個人によって異なることから、体重や体格の変化をみながら適した料理の組合せを選択すること。・摂取する食品や栄養素が偏らないよう、特定の食材を用いた料理を繰り返し選択するのではなく、多様な食材や調理法による異なる種類の料理を選択すること。		

3)「健康な食事」を普及するためのマークを決定

＜基本形＞3つの料理の組合せの場合



料理Ⅰの料理に表示する場合



料理Ⅱの料理に表示する場合



料理Ⅲの料理に表示する場合



3つの料理の組合せは、主食、主菜、副菜の組合せ。
料理Ⅰは主食、料理Ⅱは主菜、料理Ⅲは副菜を表す。

＜作品の解説＞

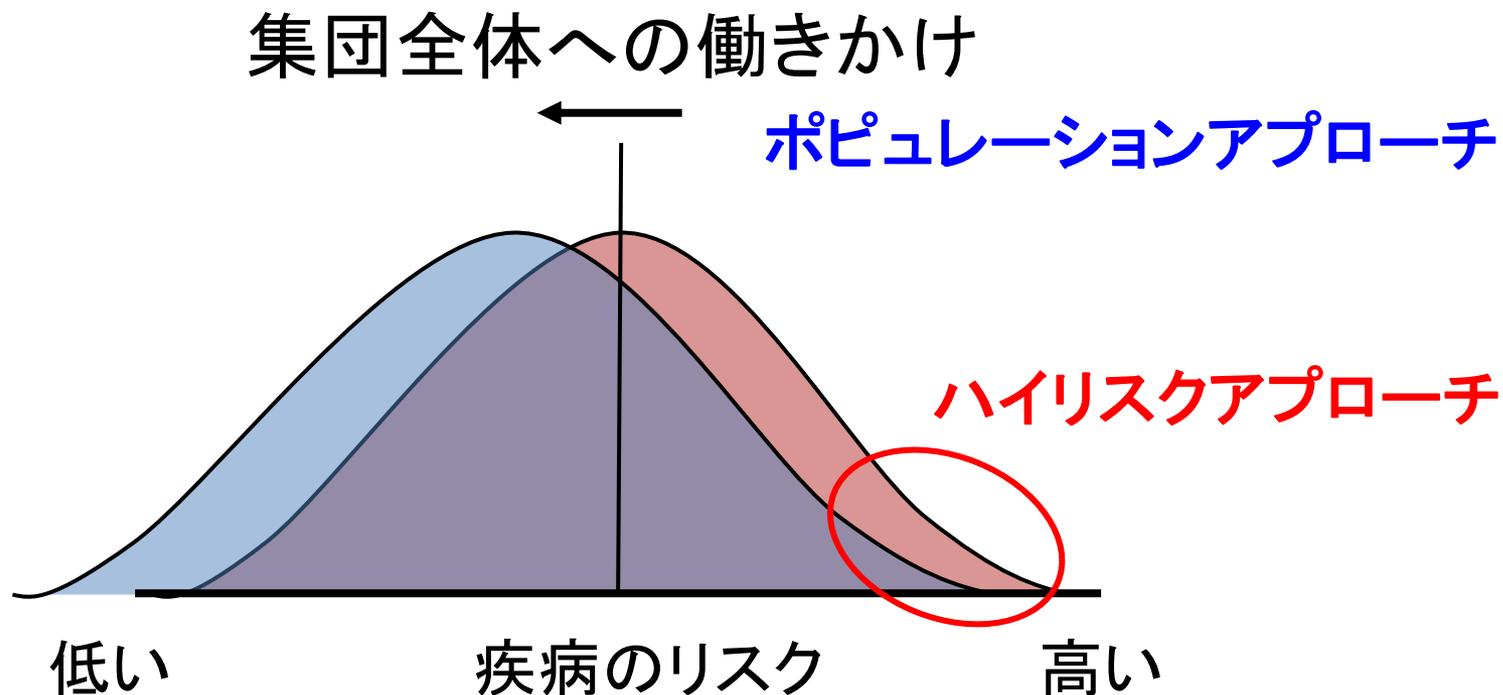
マークのデザインは、円を三分割してシンプルな線や面で3つの料理を表現している。

料理Ⅰの主食は、代表的な米を稲穂で表している。料理Ⅱの主菜は、魚のうろこをモチーフにした絵柄にし、肉をイメージする赤色を用いることで、たんぱく源となる食品を主材料とした料理を表している。料理Ⅲの副菜は、野菜の葉を絵柄と色で表している。

IV 食品関連事業者を巻き込んだ 食環境整備の推進

1. 行政主導から、食品関連事業者主導の食環境整備へ
2. 本質的なポピュレーションアプローチとしての、より効果的な食環境整備を

生活習慣病対策における ポピュレーションアプローチの必要性



ポピュレーションアプローチの強み (ジェフリー・ローズ)

集団全体を対象とするアプローチは、表層的なレベルでもより根本的なレベルでも実施できる。

単純に人々を納得させて行動変容に向かわせる目的で健康教育がおこなわれているとき、健康教育は単に表層的なアプローチを行っていることになる。

根本的なアプローチの目的は、**より良い健康をめざした本質的な障害を取り除く**ことであり、またはそのような行動を押し込めようとする**圧力をコントロール**することである。医学的アプローチは重要である。しかし、本質的な原因に向き合い、対処するのは、**社会的そして政治的アプローチ**なのである。

介入のはしご

(健康づくりのためのポピュレーションアプローチの効果のレベルを整理した枠組み)

レベル1 選択させない

レベル2 選択を制限する

レベル3 逆インセンティブにより選択を誘導する

レベル4 インセンティブにより選択を誘導する

金銭的或いはその他のインセンティブにより、人々をある行動をするように誘導する

レベル5 デフォルトを変えて選択を誘導する: より健康的なデフォルトを選択肢として、人々が選択しやすいようにする

レベル6 選択を可能とする: 選択を可能とするよう環境を整えるなど

レベル7 情報を提供する: 教育・啓発普及

レベル8 何もせずに現状をモニタリングする

介入レベルは レベル1で最も高く、レベル8で最も低い

英国公衆衛生白書の図と英国上院委員会の報告の表を合成して大島明氏が作成

大島明. たばこ対策におけるナッジ(Nudge)の採用と限界. 保健の科学. 2013; 55:321-325

介入のはしご 「健康な食事」を例に

介入レベルは レベル1で最も高く、レベル8で最も低い

レベル1 選択させない

レベル2 選択を制限する

レベル3 逆インセンティブにより選択を誘導

レベル4 インセンティブにより選択を誘導する

金銭的或いはその他のインセンティブにより、人々をある行動をするように誘導する

レベル5 デフォルトを変えることによる選択を誘導する

社員食堂の定食を「健康な食事」パターンの3つがそろうものに

レベル6 選択を可能とする: 選択を可能とするよう

環境を整えるなど 栄養成分の表示, マークの表示

レベル7 情報を提供する: 教育・啓発普及

「健康な食事」キャンペーン(ポスター掲示等)

レベル8 何もせずに現状をモニタリングする

介入のはしご 減塩を例に

介入レベルは レベル1で最も高く、レベル8で最も低い

レベル1 選択させない

レベル2 選択を制限する

レベル3 逆インセンティブにより選択を誘導

レベル4 インセンティブにより選択を誘導する

金銭的或いはその他のインセンティブにより、人々をある行動をするように誘導する

レベル5 デフォルトを変えることによる選択を誘導する

主要な食塩供給源の食塩量の低減

レベル6 選択を可能とする: 選択を可能とするよう

環境を整えるなど **栄養成分表示の義務化**

レベル7 情報を提供する: 教育・啓発普及

減塩キャンペーン(ポスター掲示等)

レベル8 何もせずに現状をモニタリングする

World Action on Salt and Health

WASH Salt Reduction Strategy

① 行政の
関与戦略

Government
engagement
strategy



Improving labelling

GOAL

To reduce the average
salt intake of the
Australian population
to 6 grams per day
by 2012

Reducing salt in foods

Raising consumer awareness

② 食品企業
巻き込み戦略

Food industry
strategy

Media and
communications
strategy

③ メディア・
情報戦略

Jacqui Webster, Senior Project Manager

Australian Division of World Action on Salt and Health

イギリスにおける減塩の戦略

CASH Strategy for Reducing Salt in UK

CASH: Consensus Action on Salt and Health



供給源	食塩摂取 g/day	必要とされる 減塩の割合	1日当りの 目標量
食卓・調理用食塩 (15%)	1.4 g	40% reduction	0.9 g
自然に供給される分 (5%)	0.5 g	No reduction	0.5 g
食品企業の加工商品(80%)	7.6 g	40% reduction	4.6 g
Total 9.5 g			目標 6.0 g

* 食品企業に対し、イギリス人の食塩摂取量の**主要供給源**となっている**食品の、すべての商品の食塩含有量を、5年間で40%低減してもらうように働きかける**

WHO/ WPRO Regional Consultation on strategies to reduce salt intake.
Jun 2-3, 2010, Singapore の時の Prof. Graham MacGregorの資料より

イギリスの食パン中の食塩量は、確実に減少傾向

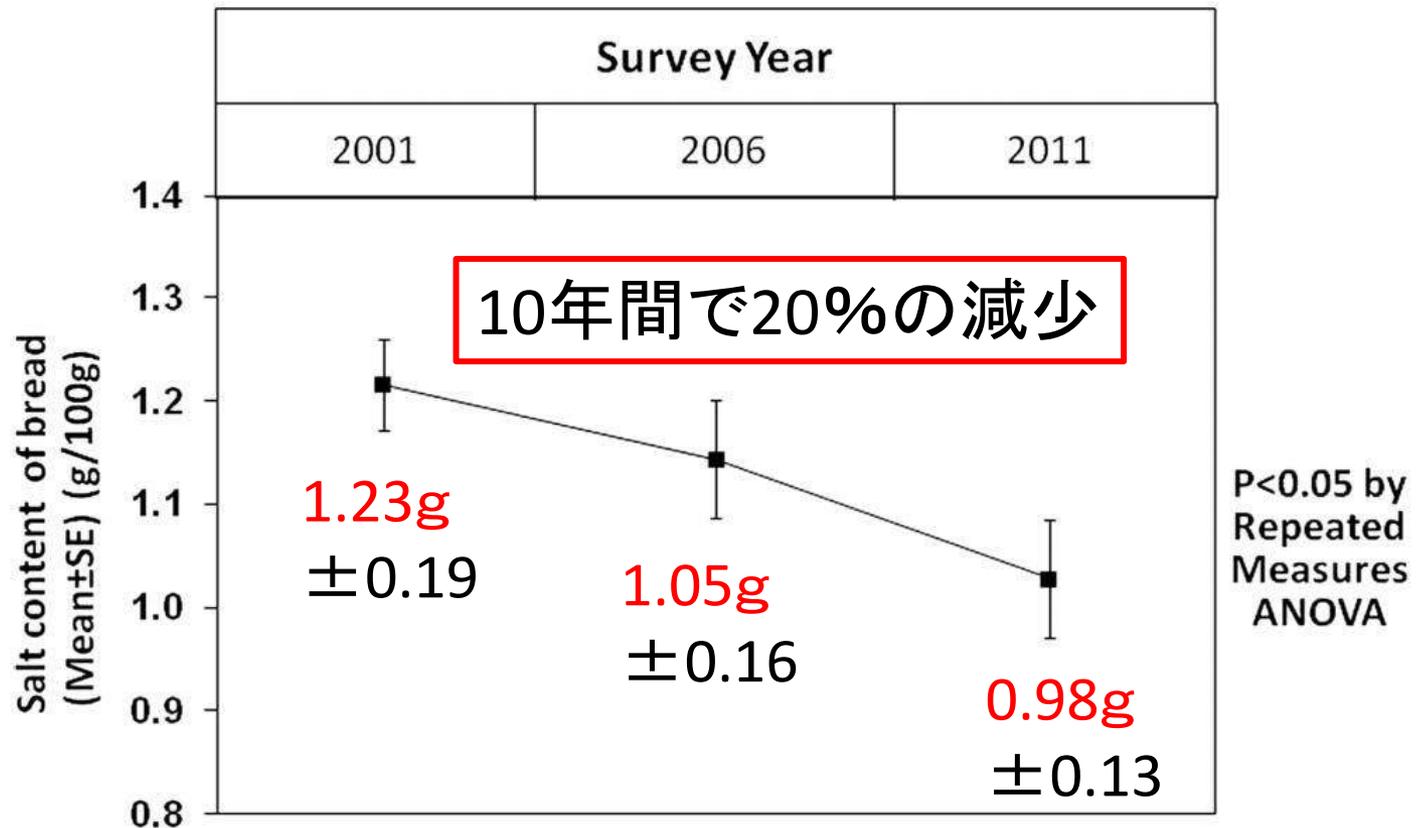


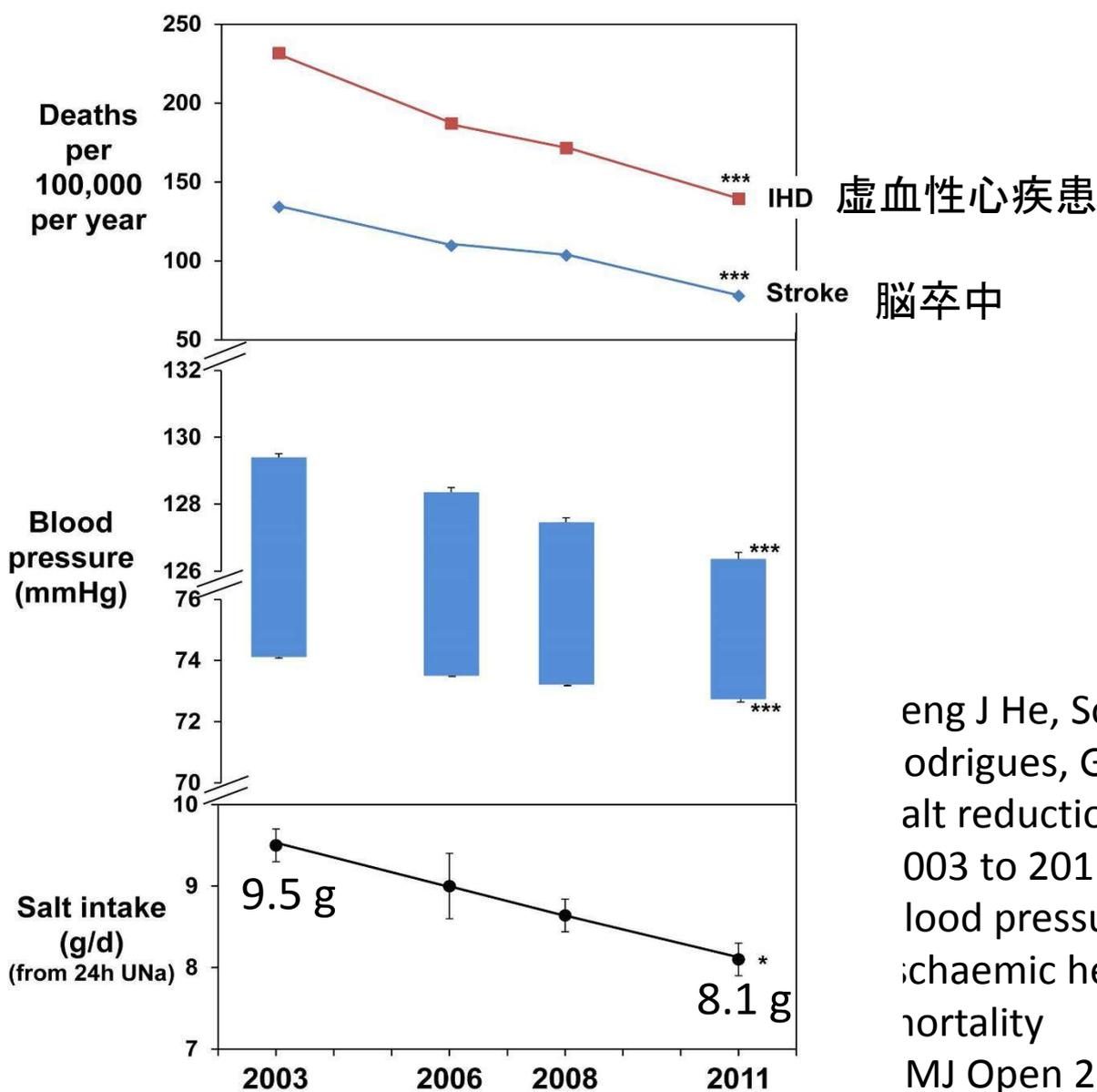
Figure 1 Salt content in bread in repeated surveys, 2001–2011.

Hannah C Brinsden, Feng J He, Katharine H Jenner, Graham A MacGregor.
Surveys of the salt content in UK bread: progress made and further reductions possible. *BMJ Open* 2013;3:e002936

摄取量
食塩

血压

死亡率



eng J He, Sonia Pombo-odrigues, Graham A MacGregor. alt reduction in England from 003 to 2011: its relationship to lood pressure, stroke and ichaemic heart disease mortality MJ Open 2014;4:e004549

Figure 1 Changes in salt intake as measured by 24 h urinary sodium excretion (UNa), blood pressure, stroke and ischaemic heart disease (IHD) mortality in England from 2003 to 2011. * $p < 0.05$, *** $p < 0.001$ for trend.

成果のみえる対策に取り組むために 地域社会・食・身体の構造をみる

1. 人口の構造と変化をみる
2. 平均寿命と健康寿命をみる
3. 死亡の状況と原因をみる
4. 社会保障給付費の構造をみる
5. 医療費等と疾病の関係をみる
6. 健康と疾病の構造と変化をみる
7. 健康課題をふまえ地域と食事の関係を
8. 地域の生活特性や食環境をふまえ、
食事の実態とからだの実態を結付ける

①
優先すべき
社会・健康課題
の特定

②
健康課題の
要因, とくに栄養
食生活要因の特定

③
ターゲット層と
食生活の
特徴の明確化

➡ 対策: 教育的支援, 食環境整備の推進

➡ モニタリング・評価 ➡ 政策提言(アドボカシー)へ



日時 2015年1月25日(日) 13時～16時30分
 会場 女子栄養大学駒込キャンパス小講堂
 〒170-8481 東京都豊島区駒込 3-24-3

研究・実践からアドボカシー（政策提言）へ

一般社団法人日本健康教育学会主催セミナー（学術委員会企画）

🗨️ なぜ研究をしますか？と聞かれた時、「新しい事実の発見」であることを証明するためと回答する場合があります。これは間違いではありません。しかし、健康教育・ヘルスプロモーション分野においては、もう一つ重要な目的であるアドボカシー（政策提言）があります。しかしながら、研究や実践からどのようにアドボカシーまでに繋げていくのか、多くの研究と実践者にとっては未知の世界とも言えます。

🗨️ 今回のセミナーでは、アドボカシーを常に意識して、第一線でご活躍されている4名の先生をお招きします。そして、グローバル、国、自治体及び企業の4つレベルにおけるアドボカシーとは何か、そして具体的な方法、事例及び体験についてもご講演いただきます。研究のための研究として終わることなく、アドボカシーまで視野を広げていきたい方、より質の高い研究と実践をしたい方にも、ぜひご参加いただきたいと思えます。
 みなさま、ふるってご参加ください。

第1部：講演（13：00～15：00）

- グローバルレベル** エイズアドボカシーからの教訓
 神馬征峰（理事長・東京大学大学院教授）
- 国レベル** 研究成果を活用したたばこ政策への提言
 中村正和（理事・大阪がん循環器病予防センター予防推進部長）
- 自治体レベル** 減塩政策立案のための自治体との協働によるテータ分析とPDCA
 村山伸子（監事・新潟県立大学人間生活学部教授）
- 企業レベル** 産業保健活動から、ヘルシーカンパニー・健康経営へのアドボカシー
 福田洋（理事・順天堂大学医学部総合診療科准教授）

第2部：総合討論（15：00～16：30）

総合司会：春山康夫（理事・学術委員会委員長・獨協医科大学）
 赤松利恵（理事・広報委員会委員長・お茶の水女子大学）

セミナー参加申込・問合せ先

- 日本健康教育学会事務局（担当：土屋）
 申込方法：下記のいずれかの方法でお申込ください。 TEL: 049-283-2310 FAX: 049-282-3721
1. 日本健康教育学会 HP (<http://nkkkg.eiyo.ac.jp/>) セミナー・シンポジウムの申込フォームに必要事項を入力送信してください。
 2. E-mail：件名に「セミナー参加希望」として、氏名、所属、連絡先（メールアドレス）と会員の種類を記入し、上記学会事務局（nkkkg@eiyo.ac.jp）までお送りください。
 3. FAX：下記にご記入の上 049-282-3721 までお送りください。