

特集：持続可能な開発目標（SDGs）に基づく今後のグローバルヘルス

<総説>

栄養と持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDGs）

—日本の公衆栄養の歴史からの学び—

野村真利香¹⁾，石川みどり²⁾，田中久子³⁾

¹⁾ 国立保健医療科学院国際協力研究部

²⁾ 国立保健医療科学院生涯健康研究部

³⁾ 女子栄養大学栄養学部

Nutrition and Sustainable Development Goals (SDGs): Implications from narrative reviews of public health nutrition in Japan

Marika NOMURA¹⁾, Midori ISHIKAWA²⁾, Hisako TANAKA³⁾

¹⁾ Department of International Health and Collaboration, National Institute of Public Health

²⁾ Department of Health Promotion, National Institute of Public Health

³⁾ Department of Applied Nutrition, Kagawa Nutrition University

抄録

地球規模の栄養課題は、栄養不足の問題が解決しないまま、栄養転換（「欧米型」と言われるような、高脂肪、高糖質、食物繊維に乏しい食事の摂取機会が増え、同時に身体活動の機会減少も伴い、集団の体格組成が変化する現象）が起こり、栄養の二重負荷（double burden of nutrition）への対応を迫られている。日本は過去にこの変遷を経験しており、公衆栄養活動がそれら課題に対応してきたと考えられるが、これまでに報告は少ない。そこで本研究では、日本の第二次世界大戦後から今日にかけての公衆栄養政策や活動を時系列にレビューし、分析した。

日本における公衆栄養活動には、(1) 地域における栄養改善活動、(2) それらの取組みを支えるための栄養の専門職（栄養士・管理栄養士）制度の構築と養成、(3) 国民の健康・栄養のモニタリング評価の機能を果たす国民健康・栄養調査に整理された。さらに(1) 地域における栄養改善活動は、主に3期（①1945～1965年：地域の自主活動を通じた健康づくりと食生活改善の時代、②1966～1999年：国の政策に基づいた地域主体の健康づくり施策の時代、③2000年以降：少子高齢化時代における多分野連携での栄養問題への対応の時代）に分けられることが考察された。日本において、第二次世界大戦後に健康転換・栄養転換がみられつつも高い平均寿命水準を維持し続けている背景として、保健医療政策・施策に基づいた国・県・市区町村の各レベルの公衆栄養活動のPDCA（Plan, Do, Check, Act）サイクルと、第二次世界大戦後から途切れることなく行われてきた国レベルのモニタリング評価の存在が推察された。持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDGs）達成に向けた日本の栄養改善の経験からの示唆としては、地域・国の持続的な取組みの推進に加えて、地球規模の健康のモニタリング評価の両者プロセスが重要となると考えられた。

連絡先：野村真利香

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6, Minami, Wako, 351-0197, Japan.

Tel: 048-458-6180

E-mail: nomura.m.aa@niph.go.jp

[平成29年7月7日受理]

キーワード：持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs), 栄養転換, 公衆栄養施策, 栄養改善活動, モニタリング評価, PDCAサイクル

Abstract

Current problems with global-level nutrition involve insufficient nutrition, which remains unresolved, and nutrition transition. Japan has previously experienced such a transition and, although public health nutrition activities have addressed these issues for over 70 years, few reports have hitherto covered it. This study chronologically reviews and analyzes public health nutrition policies and community-based activities undertaken since the end of WW II.

The public health nutrition activities in Japan can be classified into 1) community-based nutrition activities, 2) constructing a system for the formation and training of dietitians, and 3) National Health and Nutrition Surveys that monitor and evaluate the health of the Japanese populace. Moreover, community-based nutrition activities include three main periods, that is, 1945–1965: health promotion and diet improvement; 1966–1999: health promotion policies based on national government policy; and 2000 and beyond: responding to nutrition problems through multi-disciplinary collaboration during the era of the aging-society. Despite the health and nutrition transition after WWII, a continuous rising average life expectancy among the Japanese populace points to the presence of both a health policy-based PDCA (plan, do, check, act) cycle for public health nutrition activities and a national-level monitoring and evaluation system. Therefore, the experience of Japan in improving nutrition as to achieve the Sustainable Development Goals (SDGs) involves the two crucial processes of promotion of sustainable efforts at regional and national levels, and the monitoring and evaluation of population health on a global scale.

keywords: Sustainable Development Goals (SDGs), nutrition transition, public nutrition policy, community-based nutrition activity, monitoring and evaluation, PDCA cycle

(accepted for publication, 7th July 2017)

I. はじめに

持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs) においては、栄養は「目標 2. 飢餓を終わらせ、食糧安全保障および栄養改善を実現し、持続可能な農業を促進する」に挙げられ、今後の栄養問題は、地球規模課題として捉え、より複眼的なアプローチで取り組まなければならないことが示唆されている[1].

地球上の栄養を取り巻く状況は極めて複雑化している。ここ数十年で、アジア、南米、北アフリカ、中東、そしてサブサハラアフリカの都市部など世界中の多くの地域において、社会経済や情報コミュニケーション技術の発達による都市化、国際化が進み、人々のライフスタイルは大きく変化した。人口転換（多産多死から少産少死への移行、そして高齢化の現象）、疫学転換（低栄養や飢饉、衛生環境に起因する感染症から、都市化や産業化に伴うライフスタイルの変化に起因する慢性疾患の増加へと疾病構造が変化する現象）に伴って、あるいはそれらに続いて、栄養転換（「欧米型」と言われるような、高脂肪（不飽和脂肪酸）、高糖質、食物繊維に乏しい食事の摂取機会が増え、同時に身体活動の機会減少も伴い、集団の体格組成が変化する現象）が起こっている[2]。低所得国、中所得国の都市部では過剰栄養人口が増加し、農村部では依然として低栄養・微量栄養素欠乏等が多く存在する

「栄養の二重負荷 (double burden of nutrition)」を抱えることも多い。特に都市部においては成人肥満だけでなく、小児肥満・幼児肥満も新たな健康問題となっており、祖父母・親世代はやせにもかかわらず、児は過体重・肥満といった形態の二重負荷もみられることもある。

このような栄養をめぐる変遷は、日本でも過去に経験したものと考えられる。戦後の食糧難の時代から、目覚ましい経済発展により人々の価値観や生活スタイルが変化し、国民の栄養課題は低栄養から過剰栄養へと変化した。現在では、食事に起因する糖尿病、高血圧等の疾病の増加が医療費の大きな負担につながっている。また、若年女性や高齢者の低栄養、微量栄養素欠乏等の問題への対処も迫られている。従って、我が国の健康寿命延伸の為に保健医療政策を推進するためには効果的な公衆栄養活動が重要である。これまでの日本においても、さまざまなレベルにおける公衆栄養活動が進められてきたと考えられるが、報告は少ない。

そこで本稿では、日本の第二次世界大戦後から今日に至るまでの日本の保健医療政策との関わりにおける公衆栄養政策や活動を時系列にレビューし、考察する。その結果を通して、地球規模の課題の対応策として栄養改善活動に寄せられる関心の高まりを踏まえ、SDGs達成に向けた日本の栄養改善の経験からの示唆を示す。

II. 栄養政策・施策の方向性の時系列による整理 (検討方法)

1945年(昭和20年、第二次世界大戦終了)以降、2017年までの日本全国の保健医療、公衆栄養の動き、それらの背景となる日本社会の動きについて、関連の図書、省庁のホームページ、報告書から公衆栄養に関連すると考えられた政策、制度、活動に関する政策・施策名および内容を抽出し、年次を追って位置づけ、年表を作成した。その後、政策・施策や活動の内容を理解するために不足する情報を収集した。

年表の時代を追って全体を俯瞰しつつ公衆栄養活動を考察したところ、(1) 地域における栄養改善活動、(2) それらの取り組みを支えるための栄養の専門職(栄養士・管理栄養士)制度の構築と養成、(3) 国民の健康・栄養のモニタリング評価の機能を果たす国民健康・栄養調査に整理された。さらに、(1) 地域における栄養改善活動は、主に、3期(①1945~1965年、②1966~1999年、③2000年以降)に分けられることが考察された。

III. 栄養政策・施策の動向

1. 地域における栄養改善活動 (表1)

①1945~1965年：地域の自主活動を通じた健康づくりと食生活改善の時代

戦後日本の公衆栄養活動においては、1954(昭和29)年に東京都で活動が開始された栄養指導車(通称キッチンカー)の活躍が特徴的である。日本は、アメリカからの余剰農作物の小麦を輸入したことに伴い、この市場開拓費により「キッチンカーの建造と運営により、国民にバランスと取れた食事教育をする」ことが決められ、その窓口として1955(昭和30)年に日本食生活協会が設立された。その翌年、8台の栄養指導車が建造され、都道府県に2月交代で無償貸与された。栄養指導車は後部に調理設備を設置した小型バスで、地域を巡回して大勢の人の前で調理デモンストレーションや栄養指導を実施することで、栄養知識の普及、また地域の栄養改善に貢献した[3]。その後、日本食生活協会による栄養指導車事業は1961(昭和36)年に都道府県に引き継がれた。

当時の活動は、例えば、埼玉県では1957(昭和32)年2月に初見えしたが、普段着のまま参加、学習できたことから熱狂的な歓迎をうけた。その後、食生活改善グループや婦人団体などから車の建造に熱心な陳情があり、同年11月に1号車を建造した。1971(昭和46)年には第2号が建造された[4]。巡回地域を管轄する保健所栄養士と栄養指導車管理施設配属運転手の2人体制で、管轄地域を栄養指導車で巡回し健康づくりの為の栄養改善活動を行った。実施時間は1時間以内で、数品の料理を調理できるようレシピや材料を事前に準備し、地域住民の前で調理デモンストレーションを行った。住民の参加を促すため、その地域の食文化に配慮し、地元にある食



図1 群馬県での栄養指導車による活動の様子(群馬県文書館蔵、写真でたぐる昭和の記憶—懐かしい「群馬ニュース」の映像とともに—、年代不詳)

材を使ってバランスメニューを考える必要があった。例えばある地域で、入手可能な豆腐は木綿のみであり、絹ごし豆腐を使ったレシピでは住民の行動は促しにくい。栄養士は巡回する地域の食材や料理の特徴を考え、工夫を凝らしていたという(図1)。

また、栄養指導車2台で県内保健所管轄地域を担当するため、地域巡回は月に1~2回の頻度で行われ、栄養士と同行した保健婦(師)は同日に健康相談等を開催した。県と保健所、市町村で年間スケジュールを調整し、住民への周知は食生活改善推進員(下記参照)が担う、といった連携協力体制ができていた。

日本食生活協会は、栄養指導車による巡回事業を通じて、地域に根差した活動の重要性への気づきから、食生活ボランティア(食生活改善推進員:通称ヘルスマイト)の組織づくりを開始した。食生活改善推進員の育成は、1959(昭和34)年、厚生省から「栄養及び食生活改善実施地区組織の育成について」の行政施策にもとづき、各都道府県の保健所を中心にして始まった。養成教室では栄養士がファシリテーターとなり、食生活協会が作成したテキストを用いて学習が行われた。テキストの内容は、厚生省によって策定された保健施策や、国民栄養調査の結果が随時反映されていたようである。食生活改善推進員養成教室を修了すると市町村長から委嘱を受けて食生活改善推進員となり、講習会、研修会、交流会などの地域における自主活動を通じて住民の健康づくりと食生活改善を目指した(図2)。

食生活改善推進員は活動記録帳(食生活改善推進員手帳)をつけており、市町村、都道府県事務局ではその内容をまとめて活動実績として全国事務局(日本食生活協会)に報告した。その後栄養指導車での地域巡回事業は、地域の公民館に調理室が整備されようになったことや、人材や予算確保の負担が大きかったことから、1980(昭和60)年代に全国から姿を消した。栄養指導車での地域巡回は、戦後日本の栄養改善におけるけん引役を担ってきた行政栄養士にとっても、自らが管轄外の地域を含め

栄養と持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs)

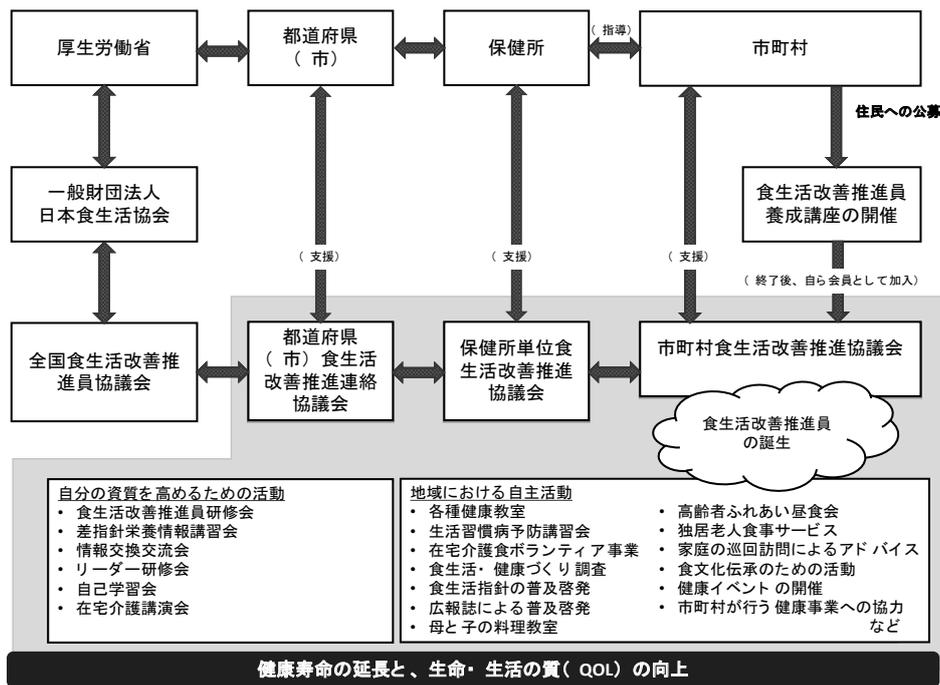


図2 食生活改善推進員の組織と活動内容 ((財) 日本食生活協会「食生活改善推進員教育テキスト」2017をもとに加筆改変)

て住民の生活の場に出向くことにより、住民の好む料理の味付け、食生活の実態を把握する機会となり、かつ、地域住民の目線での栄養指導スキルの向上につながったと考えられる。このように、戦後の地域の栄養改善は、行政栄養士による地域巡回と食生活改善推進員の活動の両者を中心に進められた。

②1966～1999年：国の政策に基づいた地域主体の健康づくり施策の時代

1960（昭和40）年代後半になると、成人病の増加が新たな健康課題として注目されるようになり、関連して医療費の増大が問題となりつつあった。また、1970（昭和45）年には高齢化率7%を超え[5]、国連の報告書において「高齢化社会」と定義された水準を超えることとなった。

1978年、第一次国民健康づくり対策（1978-1987）が開始され、生涯を通じる健康づくりの推進を掲げ、また健康づくりの三要素として栄養、運動、休養を挙げ、健康増進事業の推進を行うこととした。施策の概要としては、子供から高齢者までが必要な保健サービスを受けられるよう、市町村保健センターが整備され、健康診査や健康相談が受けられるような体制整備を行うことであった。健康増進推進事業は、栄養に重点が置かれ、市町村健康づくり推進協議会の設置、栄養所要量の普及、加工食品の栄養成分表示などがすすめられた。1985（昭和60）年に「健康づくりのための食生活指針」、「健康づくりのための食生活指針の指導要領について」が発表された。

第二次国民健康づくり対策（1988-1999）は、「アクティブ80ヘルスプラン」と呼ばれ、平均寿命の延伸にとまない、第一次国民健康づくり対策よりも一次予防に、特に運動習慣の普及のための施設整備と人材整備に重点がおかれ、「運動指針」が策定された。

1994（平成6）年には、それまでの保健所法が大改正され、「地域保健法」という名称となり、地域保健体制の枠組みが再構築されたのにとまない、市町村と保健所の保健サービスにおける役割分担が明確化されることとなった。1997（平成9）年に「地域保健法」が全面施行され、保健栄養指導サービスは、保健所から市町村に権限委譲されることとなった。

③2000年以降：少子高齢化時代における多分野連携での栄養問題への対応の時代

「食生活指針」は1985（昭和60）年の「健康づくりのための食生活指針」の策定を踏まえ、2000（平成12）年に歴史上はじめて、文部省、厚生省（当時）及び農林水産省の三省が連携して制定された指針である。当時、生活習慣病対策が主要な健康課題となっており、そのための予防対策として食生活改善が重要視され始めていた。食生活指針を構成する指標10項目の表示順について検討委員による議論が重ねられ、他国の食生活指針と同様に「食事を楽しみましょう」が第一項とされた（図3）。また、同時期における「第6次改定日本人の栄養所要量（食事摂取基準）」では、それまでの欠乏症を防ぐ必要量（所要量）とともに過剰摂取予防の観点から「許容上



図3 神奈川県秦野市食生活改善推進員協議会発足当時(1961年)

限摂取量」が設けられたこと等を踏まえ、住民が家庭で実践できる目標とすることも検討されたため、食生活指針には、栄養素・食材レベルを中心とした栄養教育に、主食、主菜、副菜といった料理レベルの食事構成によるアプローチが加わった。啓発用ポスターは一般公募により選出され、栄養素、食材、料理とその組み合わせという食べ物の重層構造が表現され、子供から高齢者まで広く国民を対象とした食卓への栄養教育が意図されることとなった(図4)。

また、この指針の理解と実践を促進するために、2000(平成12)年、「食生活指針の推進について」が閣議決定され、食生活改善分野、教育分野、食品産業分野、農林漁業分野において、普及・定着に向けた各分野における取組の推進が政府方針として示されている。

しかし、2005(平成17)年時点で食生活指針の国民の周知度が高まらない状況であった為、国民個人が毎日の生活の中で「何を、どれだけ、どのように食べたらよいのか」より分かりやすく理解し、生活で実践できるためのツールとして「食事バランスガイド」が作成された。さらに、住民が地域の料理で健康づくりが行えるよう、都道府県版ガイドも作成された(図5)。

2000(平成12)年から開始された第三次国民健康づくり対策(2000-2012)は、いわゆる「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」で、施策の進捗・達成状況の指標となる具体的な数値目標を定めて施策展開がなされたことが特徴である。2002(平成14)年には、「栄養改善法」の内容が修正・追加・廃止される形で「健康増進法」が成立し、「健康日本21」政策の法的根拠となった。

健康日本21の中間評価において、肥満者と糖尿病患者の割合が増加し、その要因であるメタボリックシンドロームが着目され、対策の一丁目一番地として特定健診・保健指導が導入された。市町村の保健指導では、栄養・運動の両車輪で進められた[6]。その際に、食事バランスガイドは教材として多く活用された。

1990年代以降、社会経済の変化やそれに伴うライフスタイルの変化によって起因・付随する食生活課題が多様なかたちで議論されることとなり、子供の栄養教育について、学校を含む地域(生産、流通、加工、販売、消費者)全体で取り組む必要があるとの考えから、「食育」が国の課題としてとり掲げられ[7]、2005(平成17)年、食育基本法(内閣府)が制定された。2006(平成18)年「食育推進基本計画」が策定されると、都道府県での食育推進計画の策定が進められた。

「食生活指針」	
<p>○食事を楽しみましょう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心とからだにおいしい食事を、味わって食べましょう。 ・毎日の食事で、健康寿命をのばしましょう。 ・家族の団らんや人との交流を大切に、また、食事づくりに参加しましょう。 <p>○一日の食事のリズムから、健やかな生活リズムを。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・朝食で、いきいきした1日を始めましょう。 ・夜食や間食はとりすぎないようにしましょう。 ・飲酒はほどほどにしましょう。 <p>○主食、主菜、副菜を基本に、食事のバランスを。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多様な食品を組み合わせましょう。 ・調理方法が偏らないようにしましょう。 ・手作りや外食や加工食品・調理食品を上手に組み合わせましょう。 <p>○ごはんなどの穀類をしっかりと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・穀類を毎食とって、糖質からのエネルギー摂取を適正に保ちましょう。 ・日本の気候・風土に適している米などの穀類を利用しましょう。 <p>○野菜・穀物、牛乳・乳製品、豆類、魚なども組み合わせる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・たっぷり野菜と毎日の果物で、ビタミン、ミネラル、食物繊維をとりましょう。 ・牛乳・乳製品、緑黄色野菜、豆類、小魚などで、カルシウムを十分にとりましょう。 <p>○食塩や脂肪は控えめに。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・塩辛い食品を控えめに、食塩は1日10g未満にしましょう。 ・脂肪のとりすぎをやめ、動物、植物、魚由来の脂肪をバランスよくとりましょう。 ・栄養成分表示を見て、食品や外食を選ぶ習慣を身につけましょう。 	<p>○適正体重を知り、日々の活動に見合った食事量を。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・太ってきたかなと感じたら、体重を量りましょう。 ・普段から意識して身体を動かすようにしましょう。 ・美しさは健康から。無理な減量はやめましょう。 ・しっかりとんで、ゆっくり食べましょう。 <p>○食文化や地域の産物を活かし、ときには新しい料理も。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の産物や旬の素材を使うとともに、行事食を取り入れながら、自然の恵みや四季の変化を楽しみましょう。 ・食文化を大切に、日々の食生活に活かしましょう。 ・食材に関する知識や料理技術を身につけましょう。 ・ときには新しい料理を作ってみましょう。 <p>○調理や保存を上手にして無駄や廃棄を少なく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・買いすぎ、作りすぎに注意して、食べ残しのない適量を心がけましょう。 ・賞味期限や消費期限を考えて利用しましょう。 ・定期的に冷蔵庫の中身や家庭内の食材を点検し、献立を工夫して食べましょう。 <p>○自分の食生活を見直してみましょう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分の健康目標をつくり、食生活を点検する習慣を持ちましょう。 ・家族や仲間と、食生活を考えたり、話し合ったりしてみましょう。 ・学校や家庭での食生活の正しい理解や望ましい習慣を身につけましょう。 ・子どものころから、食生活を大切にしましょう。

文部省(当時)、厚生省(当時)、農林水産省決定(平成12年3月) 平成12年度『食料・農業・農村白書』P.30

図4 歴史上はじめて文部省、厚生省(当時)および農林水産省の三省が連携して制定された「食生活指針」



図5 「食生活指針」の啓発ポスター

母子保健においては、2000(平成12)年に発表された「健やか親子21」のもとで、子供の発育のための栄養・食生活支援の在り方として、2004(平成16)年に「楽しく食べる子供に～食から始まる健やかガイド～」、2007(平成19)年に「授乳・離乳の支援ガイド」が発表された。一方、女性のやせが問題化し、妊婦の体重増加が新たな栄養問題として注目されるようになると、2010(平成22)年に「食事バランスガイド」の妊産婦バージョンである「妊産婦のための食生活バランスガイド」が作成され、その内容が母子健康手帳に掲載された。

高齢者の栄養については、2005(平成17)年に介護保険制度が改正され、高齢者の低栄養予防事業の一環として、介護保険事業に介護予防に重点を置いた栄養ケア・マネジメントが導入された。これにより、管理栄養士の技術に初めて介護報酬上の評価がされることとなり、スクリーニング、アセスメント、計画、実施、モニタリング、評価、フィードバックという一連のマネジメントを多職種連携で行うことが求められるようになった。

2. 栄養の専門職(栄養士・管理栄養士)制度の構築と養成

日本の栄養士のはじまりは、米国留学から帰国した佐伯矩が1925(大正14)年に設立した私立の栄養学校の卒業生であり、彼女らの活動によって、1945(昭和20)年に栄養士規則が制定された。それまでの栄養士は法的根拠のない人格名称に過ぎず、身分処遇も不安定であったが、戦時下の厳しい食糧事情という状況下において栄養士の役割が強く求められるようになり、公的制度として確立することとなった[8]。これをきっかけとして、医療法等において給食施設への栄養士配置が規定されることとなった。その後1947(昭和22)年には栄養士法が制定・公布されている。

1952(昭和27)年の栄養改善法は、栄養士が保健所で行う栄養相談、ならびに集団給食施設への努力配置が規定されることとなったが、1962(昭和37)年には、医療

技術の進歩、高齢化、疾病構造の変化等に対応するため、新しく管理栄養士制度が創設された。また栄養改善法の改正も行われ、より高度な栄養指導と栄養士配置の拡大が意図されることとなった。なお本稿においては、管理栄養士制度制定の1962(昭和37)年までは栄養士、制定後は管理栄養士と表記した。

栄養士・管理栄養士の制度は、社会状況の変化に対応するよう見直しされてきた。1985(昭和60)年には栄養士法と栄養改善法が改正され、栄養士・管理栄養士の資質向上のため、資格取得について、栄養士は養成施設卒業者のみ、管理栄養士は国家試験合格者のみとされた。第一回管理栄養士国家試験は、1987(昭和62)年に実施された。2000(平成12)年の栄養士法改正により、管理栄養士が免許制へ改正され、日本の少子高齢化社会で起こるより複雑な栄養問題に対応できる高度な専門的知識・技能を有する管理栄養士の育成は、ますます重要となってきた。

3. 国民の健康・栄養モニタリング評価：国民健康・栄養調査(旧国民栄養調査)

第二次世界大戦後の食糧不足の状況において連合最高司令総司令部がまず行ったのは、国民の食糧消費の実態を把握し、食糧輸入の基礎資料を得ることであった。1945(昭和20)年12月11日に発出された「日本帝国政府に対する覚書」によれば、「最高司令官は日本における身体的栄養状況、栄養摂取量の実際、並びに食料の要求に関する事実に基づく報告を要求する」と記述がある[9](図6)。

初回調査は「栄養調査」と呼ばれ、東京都民6,000世帯約30,000人を対象とし、年4回(2月、5月、8月、11月)の計画で行われた。翌年には調査対象地域が9都府県、27都道府県、4鉱山・炭坑地区および1鉄道局に拡大された「国民栄養調査」となり、そして1948(昭和23)年からは本格的な全国調査(沖縄を除く)となり、層別無作為抽出法によって調査地区の選定が行われるようになった。これらの調査結果から、国民の戦後復興と飢えとの闘いがデータとして明らかとなり、栄養改善の必要性が認められ、1952(昭和27)年に栄養改善法が制定されることとなった(図7)。

日本の国民健康栄養調査(旧国民栄養調査)は、その方法に他国にみられない特徴をもつ。国(厚生労働省)により全国調査予算、調査設計が行われ、都道府県では県内の調査事務計画、調査員の任命手続き、検査機関との契約等が行われ、保健所により調査班、地区、世帯名簿が作成される。調査実施は、保健所に勤務する医師、管理栄養士、保健師、臨床検査技師、事務担当者等が行う。調査終了後、保健所で調査票の整理や内容の確認がなされ、都道府県により調査票がとりまとめられ、調査票は国に送付されてデータ解析される。このように、国、県、地域の各レベルでの担当者がそれぞれの役割を担い、毎年、実に継続的に調査が実施されている。

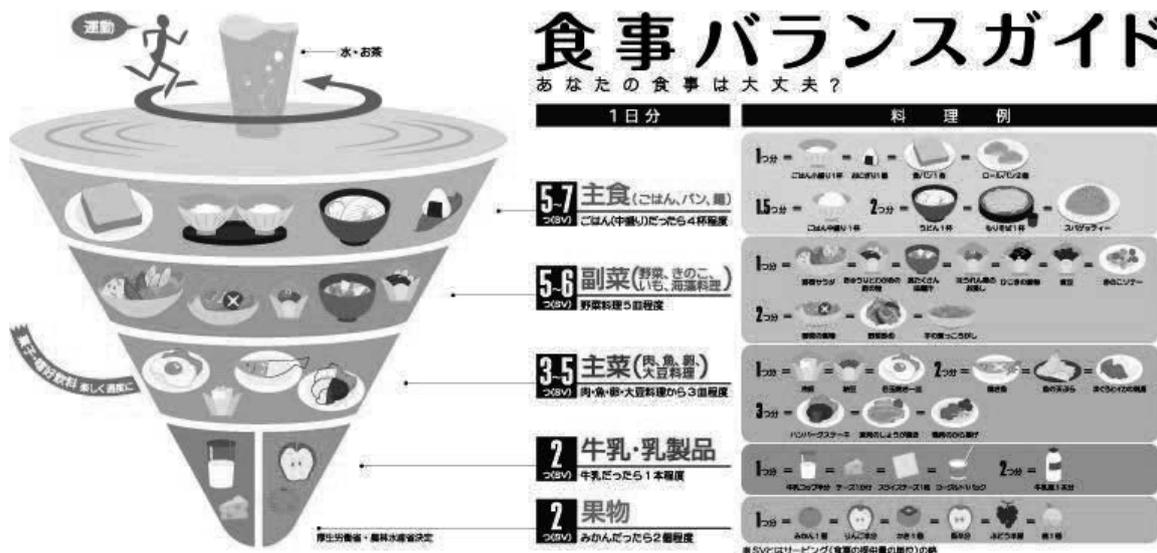


図6 食事バランスガイド

一、最高司令官ハ日本ニオケル身体的栄養状況、栄養摂取量ノ実態並ニ食料ノ要求ニ関スル事実ニ基キ報告ヲ要求ス

二、日本政府ハ一般住民ノ間ニ栄養調査ヲ爲スベキ適當ナル資格アル医師及栄養士ノ調査班ヲ組成セシムベシ、コレラノ班ハ統計學的資料蒐集法及ヒ當司令部ニ承認サレタル区域ヲ使用シ、コノ身体的状態及ヒ食料消費ニ関スル事実ニ基キ研究資料ヲ蒐集スベシ、都市地域ヲ第一義的ニ調査シ且つ最初ノ調査ハ大都市ヲ包括スベシ

三、當司令部ニヨリ事前ニ承認サレタル計画ニ從ヒコレラノ調査班ノ採用スル方法並ニ其ノ地域ニオケル作業ハ日本政府ノ中央当事者ニヨリ標準化サレ且ツ指導サルベシ

四、昭和二十年十二月二十日マデ必ズ許可申請ノタメ遅レルヤウ本計画ニ対スル実行案ヲ提出スベシ

五、該実行案ハ許可後直チニ実施スベシ、各地域ヨリ入手シタル調査資料ノ英譯ハ毎週當司令部ニ提出スベシ、各調査終了後必ズ一週間以内ニ該資料ノ最後ノ集計成績ヲ提出スベシ

GENERAL HEADQUARTERS
SUPREME COMMANDER FOR THE ALLED POWERS

AG 4302(11 Dec 45) PH 11 December 1945
MEMORANDUM FOR : MPERAL JAPANESE GOVERNMENT
THROUGH : Central Liaison Office, Tokyo
SUBJECT : Nutrition Surveys of Civilian Population

- The Supreme Commander desires factual information on the nutritional health and actual food consumption and food requirements in Japan.
- The Japanese Government is directed to establish study groups of properly qualified physicians and nutritionists who will conduct nutrition surveys among the civilian population. These groups will (判読不能部分) the food consumption of individuals, using statistical sampling methods and areas approved by this headquarters urban areas are of primary concern and initial surveys will include the largest cities.
- The methods to be employed by these survey groups and the work in the field will be standardized, coordinated and areas by central agency in the Japanese Government in accordance with plans submitted to and approved in advance by this Headquarters.
- A complete operational plan for this work will be submitted to this Headquarters for approval not later than 20 December 1945.
- The operational plan will be put into effect immediately upon approval. English translations of survey data received from the field will be submitted to this Headquarters each week. Time comparisons and analysis of the data will be submitted not later than one week after any survey is completed.

FOR THE SUPREME COMMANDER :

Received: 11 Dec 025 P.M. H.W. ALLEN
Shukan: 1 Bu Colonel A. G. D.
Copy: Som ubucho Asst. Adjutant General

図7 日本帝国政府に対する覚書 (国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所, 1945年)

調査開始当時の調査内容は、食料の入手方法、購入価格、世帯の職業等であった。初期から食物摂取状況、身長、体重の測定は継続されており、1956 (昭和31)年には血圧測定、1986 (昭和61)年には運動、飲酒および喫煙習慣や服薬状況、1989 (平成元)年からは血液検査の拡充、運動量の調査が加わっている。1995 (平成7)年からは比例案分法による食物摂取状況調査として、それまでの世帯単位から個人単位での摂取量が調査されるようになった[10]。すなわちその目的は、開始初期の「食糧対策」から「国民の体位の向上」、さらには「健康増進」に変化したと言える[11]。またその役割も、時代によって変化している。国民の食糧消費の実態把握から、国民の健康・栄養状況のモニタリング、そして2000 (平成12)年の健康日本21以降は健康政策マネジメントサイクルにお

けるアセスメント評価として位置づけられている。調査法の変更等のため、1966 (昭和41)年~2002 (平成14)年までの国民栄養調査における食生活状況調査の項目で継続的に比較可能な項目はわずかであったが、2003 (平成15)年以降は項目の整理が徐々に行われ、生活習慣調査における複数の項目が比較可能となった[12]。さらに健康日本21評価手法検討会において、毎年把握すべき調査項目が議論され、「21世紀における国民健康づくり運動 (健康日本21)」の評価、「日本人の食事摂取基準」、「日本人の栄養所要量」、「食生活指針」、「食事バランスガイド」、「健康づくりのための身体活動基準2013」など、さまざまな健康づくり対策の立案における基礎資料として活用されている。

このように日本の国民健康・栄養調査は、1945 (昭和



図8 ポスター「健康設計の巻」(1949年当時、すでに国民栄養調査結果に基づいた食生活改善が推進されていた)

20) 年の終戦同年12月11日に発出された覚書の同月に東京都下30,000人規模で実施されたものに端を発している。戦後の社会的混乱のさなかに、GHQの要求に即時的に対応した日本の行政官、ならびにデータ収集にかかわった人々の問題意識と実行力は、我々の想像をはるかに超えたものである。彼らの尽力によって実施された初期の栄養調査ならびに国民栄養調査は、国民栄養調査の実施、自治体による栄養指導、食品の栄養成分の検査、栄養成分の表示などを規定する1952(昭和27)年の栄養改善法制定を実現し、2002(平成14)年の健康増進法の公布まで日本の栄養改善を支え続けた。(図8)

IV. 日本の公衆栄養の歴史を通じた学び：地球規模の課題解決に向けたインプリケーション

第二次世界大戦後の日本は、健康転換・栄養転換を経験してはいるものの、世界有数の平均寿命の水準を維持し続けているのには、我が国の高い教育・経済水準、保健・医療水準、生活習慣の改善に支えられている背景があるが、そのさらなる背景として、本稿で見てきたような公衆栄養活動が寄与したと考えられる。本稿では日本の公衆栄養活動について(1)地域における栄養改善活動、(2)それらの取組みを支えるための栄養の専門職(栄養士・管理栄養士)制度の構築と養成、(3)国民の健康・

栄養のモニタリング評価の機能を果たす国民健康・栄養調査に整理し、日本がどのように戦後の低栄養を克服したか、そして栄養改善を成しえたプロセスにはどのような施策が成されてきたのかについて確認した。この過程において、SDGsにおける持続可能な栄養の在り方を考える上で、日本の栄養改善からの学びとしていくつかの要素の存在が示唆されたので、以下に述べる。

まず、特に戦後20年間における日本の公衆栄養活動は、住民サービスに徹した栄養人材に支えられていた点が特筆すべき点である。地域の中で、栄養士の地域巡回、食生活改善推進員(ボランティア)の取組みが盛んにおこなわれており、地域の食材、地域のボランティアの知恵を使って、地域の中で栄養教育が行われ、自分たちでできる範囲で、自分たちで解決していくといった内発的な栄養改善が存在した。そしてボランティアである食生活改善推進員は行政栄養士と協働し、栄養改善に関する行政施策を地域末端にまで広める役目が成立していた。限られた保健医療資源の下、地域資源を生かした栄養改善サービス・デリバリーが行われていたと言える。

その際に、国民全体の健康モニタリングが国民健康・栄養調査により継続的に行われ、国、県、保健所の栄養人材が住民の実態を把握し実感する好機になっていたと考えられる。調査実施を通して、それぞれの視点での住民の栄養課題への対応策やアセスメント評価の仕組みを考える機会となっていたのではないだろうか。特に、地域住民の栄養改善活動を担う栄養士が、自身の管轄地域内外の住民の栄養・食生活状況の実態を定期的に把握する仕組みが含まれた国民健康・栄養調査は、世界中の多くの国においても類を見ないものである。現場で調査にかかわった管理栄養士や保健師は、自身の業務のPDCA(Plan, Do, Check, Act)、または、実感を反映した栄養指導に有効であったのではないだろうか。

我が国では、1965(昭和40)年以降に栄養にかかわる政策・制度が整備され始め、2000(平成12)年以降になると急速に政策・制度数が増加している。高齢化、生活習慣病対策にかかる医療費の増大に対応するため、ライフステージ別の政策も次々と施行され、国の政策に基づいた自治体の主体的な健康づくり施策の推進が多く見受けられる。かつ、それら政策・制度は周期的に改正されている。我が国の厚生行政には、社会人口環境の変化を捉えながら、常に10年後を見据えながら計画する土壌があり、政策の担当省庁あるいは担当者が代わっても継続的に引き継がれていることが推察される。

このように我が国では、第二次世界大戦後の健康転換・栄養転換がみられつつも高い平均寿命を維持し続けた背景として、国・県・市区町村の各レベルの保健医療政策・施策に基づいた公衆栄養活動のPDCAサイクルが回っており、かつ、国レベルのモニタリング評価が継続的に行われてきたことが考察された。

持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals: SDGs)には栄養へのコミットメントを高める機会がか

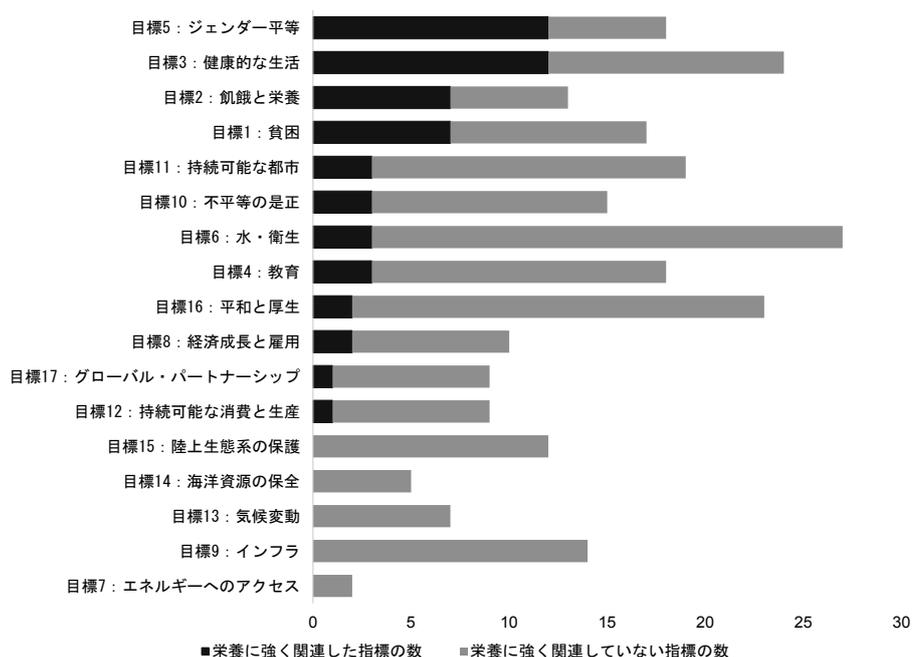


図9 持続可能な開発目標 (SDGs) の各目標における, 栄養に強く関連している指標の数 (2015年世界栄養報告)

つてないほど反映されており, SDGsに掲げられた17目標のうち, 少なくとも12の目標が栄養と関連している (図9) [13]. したがって, 達成に向けた日本の栄養改善の経験からの示唆としては, 地域・国の持続的な取り組みの推進に加えて, 地球規模の健康のモニタリング評価の両者プロセスが重要となると考えられた.

引用文献

[1] United Nations. Sustainable Development Goals. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> (accessed 2017-06-29)

[2] 野村真利香. 国際保健用語集「栄養転換」. <http://www.weblio.jp/content/%E6%A0%84%E9%A4%8A%E8%BB%A2%E6%8F%9B> (accessed 2017-06-29)

[3] 大磯敏雄. 日本における最近の国民栄養の動向と栄養改善行政の貢献. 栄養学雑誌. 1966;24:205-207.

[4] 社団法人埼玉県栄養士会. さいたまの栄養改善史—法人創立十周年史—. 1984.

[5] 内閣府. 平成26年度高齢社会白書. 2014.

[6] 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会. 「健康日本21」中間評価報告書. 2007.

[7] 農林環境課. 食育の背景と経緯—「食育基本法案」

に関連して— 調査と情報457号. 2004.

[8] 飯塚さち子, 平本福子. 学校栄養士の職務制度に関する歴史研究. 宮城学院女子大学生生活環境科学研究報告. 2013;45:27-36.

[9] 国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所. 日本帝国政府に対する覚書. http://www.nibiohn.go.jp/eiken/chosa/kokumin_eiyoubu/GHQ_japanese.pdf (accessed 2017-06-29)

[10] 国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所. 「国民栄養調査」とは. http://www.nibiohn.go.jp/eiken/chosa/kokumin_eiyoubu/about_kokugen.html#01 (accessed 2017-06-29)

[11] 吉池信男, 市村喜美子. 健康政策の推進・評価における国民健康・栄養調査—長期モニタリングとしての役割と歴史—. 保健医療科学. 2012;61(5):388-398.

[12] 田中久子, 清水若菜, 十文字沙樹, 瀧本秀美. 国民健康・栄養調査 (旧国民栄養調査) の食生活状況調査および生活習慣調査における調査項目の変遷について. 栄養学雑誌. 2017;75(1):47-55.

[13] 国際食糧政策研究所 (IFPRI). 2015年世界栄養報告 (日本語翻訳版). 公益財団法人セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン. 2017. http://www.globalnutritionreport.org/files/2016/08/2015-GNR_JP.pdf (accessed 2016-06-29)