

	身体活動の種類	身体活動の強度	身体活動の時間・回数	注意事項
<b>I. 成長期</b>				
i) 幼児期 (健全な心身の発育)	<p>&lt;日常生活活動&gt; 買い物についていく、通園での歩行等</p> <p>&lt;趣味・レジャー活動&gt; 屋外で行う自転車・三輪車、ブランコ、ボール遊び、鬼ごっこ等</p> <p>&lt;運動・スポーツ&gt; スポーツクラブでの運動・スポーツや身体活動を伴う習い事</p>	明示できないが、屋外での遊びとしての身体活動の平均時間は1日約60分と報告されている。		<p>i) 身体のいろいろな部位を使う多様な身体活動を</p> <p>ii) 傷害や突然死の予防</p> <p>iii) 身体活動が嫌いにならないために</p>
ii) 少年期 (健全な心身の発育)	<p>&lt;日常生活活動&gt; 通学での歩行、自転車等</p> <p>&lt;趣味・レジャー活動&gt; ハイキング、海水浴等</p> <p>&lt;運動・スポーツ&gt; 体操、ジョギング、水泳、スキー、各種球技、武道等</p>	<p>・有酸素性能力の維持・向上のための身体活動の強度は、最大酸素摂取量の60%程度、あるいはそれ以上が好ましく、主観的には「やや楽である～ややきつい」と感じる程度となる。</p> <p>・筋力の維持・増強のための身体活動は、「やや重い」と感じる程度のレジスタンス運動が好ましい。</p>	<p>・身体活動の時間は、種目によって異なるが、1週間で約200分は必要と考えられる。</p> <p>・いろいろな身体部位について、1日10回を週2～3回の頻度で反復するのが望ましい。</p>	
<b>II. 青・壮年期</b>				
i) 健康の保持・増進	<p>&lt;日常生活活動&gt; 通勤や買い物での歩行等</p> <p>&lt;趣味・レジャー活動&gt; 日曜大工、園芸、ハイキング等</p> <p>&lt;運動・スポーツ&gt; ストレッチング・軽い体操、ウォーキング、ジョギング、水中運動、スキー、サイクリング、各種球技等</p>	<p>・有酸素性能力の維持・向上のための身体活動の強度は、最大酸素摂取量の50～60%程度の有酸素運動が好ましく、主観的には「楽である～やや楽である」と感じる程度となる。</p> <p>・筋力の維持・増強のための身体活動は、「やや重い」と感じる程度のレジスタンス運動が好ましい。</p>	<p>・種目によって異なるが1日20分以上、その頻度は週2回以上が望まれ、その合計時間は最大酸素摂取量の50%程度の有酸素運動の場合、1週間で年代によって合計140～180分以上が必要である。</p> <p>・主要な身体部位について、1日10回を週2～3回の頻度で反復することが望まれる。</p>	i) 医学的な有所見者の身体活動
ii) 疾病の予防・改善 (主に壮年期の医学的な有所見者)	<p>&lt;趣味・レジャー活動&gt; ダンス、ハイキング等</p> <p>&lt;運動・スポーツ&gt; ウォーキング、ジョギング、水中運動、サイクリング等</p>	<p>・最大酸素摂取量の50%程度あるいは主観的には「楽である」と感じる程度と設定。</p>	<p>・1週間で年代によって140～180分以上が望ましい。</p>	
iii) ストレス対策	<p>&lt;趣味・レジャー活動&gt; 園芸、ダンス、ハイキング、アウトドアライフ等</p> <p>&lt;運動・スポーツ&gt; ・ジョギングやサイクリング等 ・各種球技等 ・水泳、スキー、ゴルフ等</p>	<p>・基本的には健康の保持・増進のための身体活動とかわらない。ただし、その中で自分が楽しく、リラックスできる種類や状況を選択するとよい。</p>		

	身体活動の種類	身体活動の強度	身体活動の時間・回数	注意事項
<b>III. 高齢期</b>				
i) 健康の保持・増進と疾病の予防・改善 (主に前期高齢者)	<p>&lt;日常生活活動&gt; 散歩、買い物等</p> <p>&lt;趣味・レジャー活動&gt; 日曜大工、園芸、ハイキング等</p> <p>&lt;運動・スポーツ&gt; ストレッチング・軽い体操、ウォーキング、ジョギング、水中運動、ゲートボール、ゴルフ等</p>	<p>・最大酸素摂取量の50%程度の強度の有酸素運動が望まれ、主観的には「楽である」と感じる程度となる。</p>	<p>・種目によって異なるが、1日20分以上、身体活動の頻度は、週2回以上が望まれ、1週間で合計約140分以上が望ましい。</p>	<p>i) 筋力低下</p> <p>ii) 運動中の内科的事故</p> <p>iii) 日常生活での事故</p>
ii) 自立の維持・向上 (主に後期高齢者)	<p>&lt;日常生活活動&gt; 散歩、掃除、買い物、料理等</p> <p>&lt;趣味・レジャー活動&gt; 園芸等</p> <p>&lt;運動・スポーツ&gt; ストレッチング・軽い体操、ウォーキング、水中運動等</p>	<p>・有酸素性能力の維持・向上のための身体活動の強度は、最大酸素摂取量の40~50%、あるいは主観的には「かなり楽である~楽である」と感じる強度の有酸素運動が主体となる。</p> <p>・筋力の維持のための身体活動は、息を止めないで、一つの動作が20回くりかえせる程度の強度が望ましい。</p>	<p>・個人の体力に合わせて行うべきであり、1週間で140分を目標にする程度でよいと考えられる。</p> <p>・できるだけ毎日行うことが、効果をあげ、安全性を確保するためにも有効である。</p> <p>・週2~3回の頻度で行うことが好ましい。</p>	
iii) 生きがい・満足感・コミュニケーションの獲得	<p>&lt;趣味・レジャー活動&gt; カラオケ、買い物、日曜大工、園芸、ダンス、ボランティア活動、釣り、ハイキング、登山等</p> <p>&lt;運動・スポーツ&gt; 体操、ゴルフ等</p>			

<b>IV. 女性(母性を含む)</b>				
i) 女性の健康の保持・増進	<p>&lt;日常生活活動&gt; 散歩や買い物等</p> <p>&lt;趣味・レジャー活動&gt; 園芸、ハイキング等</p> <p>&lt;運動・スポーツ&gt; ストレッチング・軽い体操、ウォーキング、ジョギング、水中運動、各種球技等</p>	<p>・成長期と青・壮年期における、健康の保持・増進のための身体活動と同様である。</p>		i) 生活習慣の改善
ii) 更年期症状の軽減	<p>&lt;趣味・レジャー活動&gt; &lt;運動・スポーツ&gt;</p> <p>壮年期における健康の保持・増進のための身体活動や、疾病の予防のための身体活動の中から、女性が行いやすく、特に爽快感や楽しみを味わえる、運動・スポーツ、趣味・レジャー活動等を選ぶとよい。</p>	<p>・壮年期における健康の保持・増進のための身体活動や、疾病の予防のための身体活動と一致する。</p>		
iii) 骨粗鬆症の予防	<p>&lt;運動・スポーツ&gt;</p> <p>・ジャンプや踏み込み動作を伴う各種の運動・スポーツ</p> <p>・レジスタンス運動等の筋力をつける身体活動</p> <p>・ウォーキング程度の運動・スポーツ</p>	<p>・基本的には成長期の健全な心身の発育のための身体活動、青・壮年期及び高齢期における健康の保持・増進のための身体活動とかわらない。</p>		

## 7 日本人の食事摂取基準（概要）

### 1. 策定の目的

食事摂取基準は、健康な個人または集団を対象として、国民の健康の維持・増進、エネルギー・栄養素欠乏症の予防、生活習慣病の予防、過剰摂取による健康障害の予防を目的とし、エネルギー及び各栄養素の摂取量の基準を示すものである。

### 2. 使用期間

使用期間は、2005年4月（平成17年度）から2010年3月（平成21年度）までの5年間とする。

### 3. 策定方針

#### 1) 基本的考え方

食事摂取基準の策定にあたっては、科学的根拠に基づいた策定を行うことを基本とし、国内外の学術論文並びに入手可能な学術資料を活用することとした。

食事摂取基準は、3つの基本的な考え方に基づいて策定されている。

- ① エネルギー及び栄養素の「真」の望ましい摂取量は個人によって異なり、また個人内においても変動する。そのため、健康の維持・増進と欠乏症予防にとって「真」の望ましい摂取量は測定することが非常に困難であるので、望ましい摂取量の算定においても、活用においても、栄養学のみならず確率論的な考え方が必要であること。
- ② 生活習慣病の予防を特に重視し、このことに対応するために、「摂取量の範囲」を示し、その範囲に摂取量がある場合には生活習慣病のリスクが低いとする考え方を導入すること。
- ③ それ以上の摂取量になると、過剰摂取による健康障害のリスクが高くなっていくことを明らかにすること。

#### 2) 設定指標

食事摂取基準（Dietary Reference Intakes）として、エネルギーについては1種類、栄養素については5種類の指標を設定した。

##### 【エネルギー】

##### ○推定エネルギー必要量（estimated energy requirement: EER）

エネルギーの不足のリスク及び過剰のリスクの両者が最も小さくなる摂取量

##### 【栄養素】

健康の維持・増進と欠乏症予防のために、「推定平均必要量」と「推奨量」の2つの値を設定した。しかし、この2指標を設定することができない栄養素については、「目安量」を設定した。また、生活習慣病の1次予防を専ら目的として食事摂取基準を設定する必要がある栄養素については、「目標量」を設定した。過剰摂取による健康障害を未然に防ぐことを目的として「上限量」を設定した。

##### ○推定平均必要量（estimated average requirement: EAR）

特定の集団を対象として測定された必要量から、性・年齢階級別に日本人の必要量の平均値を推定した。当該性・年齢階級に属する人々の50%が必要量を満たすと推定される1日の摂取量である。

##### ○推奨量（recommended dietary allowance: RDA）

ある性・年齢階級に属する人々のほとんど（97～98%）が1日の必要量を満たすと推

定される1日の摂取量である。原則として「推定平均必要量+標準偏差の2倍(2SD)」とした。

#### ○目安量 (adequate intake: AI)

推定平均必要量・推奨量を算定するのに十分な科学的根拠が得られない場合に、ある性・年齢階級に属する人々が、良好な栄養状態を維持するのに十分な量である。

#### ○目標量 (tentative dietary goal for preventing life-style related diseases: DG)

生活習慣病の一次予防のために現在の日本人が当面の目標とすべき摂取量(または、その範囲)である。

#### ○上限量 (tolerable upper intake level: UL)

ある性・年齢階級に属するほとんどすべての人々が、過剰摂取による健康障害を起こすことのない栄養素摂取量の最大限の量である。

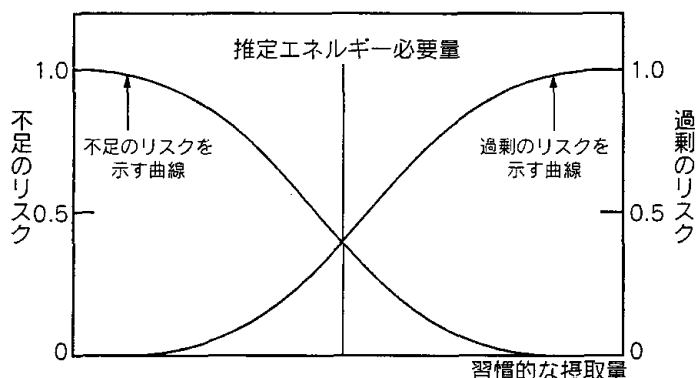


図1 推定エネルギー必要量を理解するための模式図

習慣的な摂取量が増加するにつれて、不足のリスクが減少するとともに、過剰のリスクが増加することを示す。両者のリスクがもっとも少なくなる摂取量が推定エネルギー必要量である。

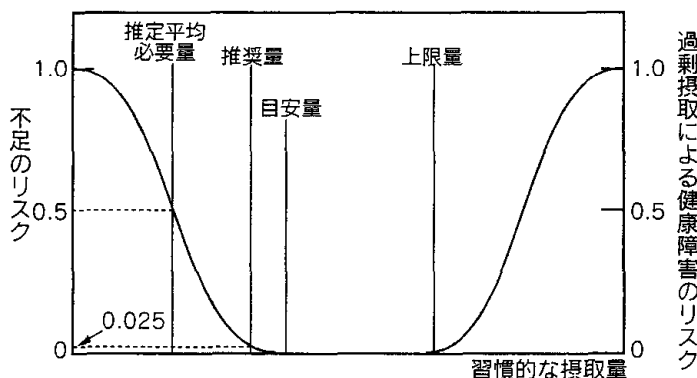


図2 食事摂取基準の各指標(推定平均必要量、推奨量、目安量、上限量)を理解するための模式図

不足のリスクが推定平均必要量では0.5(50%)あり、推奨量では0.02~0.03(中間値として0.025)(2~3%または2.5%)あることを示す。上限量以上を摂取した場合には過剰摂取による健康障害が生じる潜在的なリスクが存在することを示す。そして、推奨量と上限量とのあいだの摂取量では、不足のリスク、過剰摂取による健康障害が生じるリスクともにゼロ(0)に近いことを示す。

目安量については、推定平均必要量ならびに推奨量と一定の関係を持たない。しかし、推奨量と目安量を同時に算定することが可能であれば、目安量は推奨量よりも大きい(図では右方)と考えられるため、参考として付記した。

目標量については、推奨量または目安量と、現在の摂取量中央値から決められるため、ここには図示できない。

### 3) 年齢区分

0～5か月、6～11か月、1～2歳、3～5歳、6～7歳、8～9歳、10～11歳、12～14歳、15～17歳、18～29歳、30～49歳、50～69歳、70歳以上。

妊婦、授乳婦。

第6次改定からの変更点：学校給食基準との整合性から6～8歳、9～11歳を6～7歳、8～9歳、10～11歳に変更した。

### 4) 策定栄養素等

エネルギー、たんぱく質、脂質（総脂質、飽和脂肪酸、n-6系脂肪酸、n-3系脂肪酸、コレステロール）、炭水化物、食物繊維

水溶性ビタミン：ビタミンB<sub>1</sub>、ビタミンB<sub>2</sub>、ナイアシン、ビタミンB<sub>6</sub>、葉酸、ビタミンB<sub>12</sub>、ピオチン、パントテン酸、ビタミンC

脂溶性ビタミン：ビタミンA、ビタミンE、ビタミンD、ビタミンK

ミネラル：マグネシウム、カルシウム、リン、鉄

微量元素：クロム、モリブデン、マンガン、銅、亜鉛、セレン、ヨウ素

電解質：ナトリウム、カリウム

## 4. 基本的な活用方法

食事摂取基準の用途は、「摂取量を評価（アセスメント）するため」（表1）と、「栄養計画（プランニング：栄養指導計画、給食計画等を含む）を立案するため」（表2）の2つに大別される。

なお、エネルギー摂取量の評価・判定は、BMI（Body Mass Index）を指標とし、モニタリングは体重を指標にして行う。また、計画においては、エネルギー摂取量を制限することにより、栄養素の不足を招来させる可能性が生じてくるため、エネルギー消費量、すなわち身体活動の増加も併せて計画することが望ましい。

表1 栄養素摂取量の評価（アセスメント）を目的として食事摂取基準を用いる場合の概念  
（エネルギーは除く）<sup>1-3</sup>

	個人を対象とする場合	集団を対象とする場合
推定平均 必要量 (EAR)	習慣的な摂取量が推定平均必要量以下の者は不足している確率が50%以上であり、習慣的な摂取量が推定平均必要量より低くなるにつれて不足している確率が高くなっていく。	習慣的な摂取量が推定平均必要量以下の者の割合は不足者の割合とほぼ一致する。
推奨量 (RDA)	習慣的な摂取量が推定平均必要量以上となり推奨量に近づくにつれて不足している確率は低くなり、推奨量になれば、不足している確率は低い(2.5%)。	用いない。
目安量 (AI)	習慣的な摂取量が目安量以上の者は、不足している確率は非常に低い。	集団における摂取量の中央値が目安量以上の場合は不足者の割合は少ない。摂取量の中央値が目安量未満の場合には判断できない。
目標量 (DG) <sup>4</sup>	習慣的な摂取量が目標量に達しているか、示された範囲内であれば、当該生活習慣病のリスク <sup>6</sup> は低い。	目標量に達していない者の割合、あるいは、示された範囲外にある者の割合は、当該生活習慣病のリスク <sup>6</sup> が高い者の割合と一致する。
上限量 (UL) <sup>5</sup>	習慣的な摂取量が上限量以上になり、高くなるにつれて、過剰摂取に由来する健康障害のリスク <sup>6</sup> が高くなる。	習慣的な摂取量が上限量を上回っている者の割合は、過剰摂取による健康障害のリスク <sup>6</sup> をもっている者の割合と一致する。

<sup>1</sup> 摂取量に基づいた評価（アセスメント）はスクリーニング的な意味をもっている。真の栄養状態を把握するためには、臨床情報、生化学的測定値、身体計測値が必要である。

<sup>2</sup> 調査法や対象者によって程度は異なるが、エネルギーでは5～15%程度の過小申告が生じやすいことが欧米の研究で報告されている。日本人でも集団平均値として8%程度の過小申告が存在することが報告されている。また、特に、肥満者で過小申告の傾向が強いが、その量的関係は明らかではない。栄養素についてもエネルギーと類似の申告誤差の存在が推定されるが詳細は明らかではない。

<sup>3</sup> 習慣的な摂取量をできるだけ正しく推定することが望まれる。

<sup>4</sup> 栄養素摂取量と生活習慣病のリスクは、連続的であるので、注意して用いるべきである。「リスクが高い」「リスクが低い」とは、相対的な概念である。

<sup>5</sup> 上限量が設定されていない栄養素が存在する。これは、数値を決定するための科学的根拠が十分に存在していないことを示すものであって、多量に摂取しても健康障害が発生しないことを保障するものではない。

<sup>6</sup> ここでいう「リスク」とは、生活習慣病や過剰摂取によって健康障害が発生する確率のことを指している。

表2 栄養計画を目的として、栄養素に関する食事摂取基準を用いる場合の概念  
(エネルギーは除く)<sup>1</sup>

	個人を対象とする場合	集団を対象とする場合
推定平均 必要量 (EAR)	用いない。	習慣的な摂取量が推定平均必要量以下である者の割合を2.5%以下にすることをめざす。
推奨量 (RDA)	習慣的な摂取量が推定平均必要量以下の者は推奨量をめざす。	用いない。
目安量 (AI)	習慣的な摂取量を目安量に近づけることをめざす。	集団における摂取量の中央値が目安量になることをめざす。
目標量 (DG) <sup>2</sup>	習慣的な摂取量を目標量に近づけるか、または、示された範囲内に入るようにめざす。	習慣的な摂取量が目標量に達していないか、示された範囲外にある者の割合を減らす。
上限量 (UL) <sup>3</sup>	習慣的な摂取量を上限量未満にする。	習慣的な摂取量が上限量以上の者の割合をゼロ(0)にする。

<sup>1</sup> 栄養アセスメント(食事摂取量のみならず、生化学的指標、身体計測値など)に基づいて、対象に応じた計画を立案し、実施することが重要である。数値は実現しなければならないものではない。なお、計画立案の基となる栄養摂取量評価(アセスメント)はスクリーニング的な意味をもっている。真の栄養状態を把握するためには、臨床情報、生化学的測定値、身体計測値が必要である。

<sup>2</sup> 栄養素摂取量と生活習慣病のリスクは、連続的であるので、注意して用いるべきである。「リスクが高い」「リスクが低い」とは、相対的な概念である。ここでいう「リスク」とは、生活習慣病や過剰摂取によって健康障害が発生する確率のことを指している。

<sup>3</sup> 上限量が設定されていない栄養素が存在する。これは、数値を決定するための科学的根拠が十分に存在していないことを示すものであって、多量に摂取しても健康障害が発生しないことを保障するものではない。

## 5. 使用にあたっての留意点

- 1) 食事摂取基準を適用する対象は、主に健康な個人、ならびに、健康人を中心として構成されている集団とする。ただし、何らかの軽度な疾患(例えば、高血圧、高脂血症、高血糖)を有していても日常生活を営み、当該疾患に特有の食事指導、食事療法、食事制限が適用されたり、推奨されたりしていない者を含むこととする。
- 2) 食事摂取基準として用いられている単位は「1日当たり」であるが、これは習慣的な摂取量を1日当たりに換算したものである。
- 3) 栄養指導、給食計画等に活用する際、基本的には、エネルギー、脂質、たんぱく質、ビタミンA、ビタミンB<sub>1</sub>、ビタミンC、カルシウム、鉄、ナトリウム、食物繊維について考慮するのが望ましい。
- 4) 推奨量、目安量、目標量については、日常の食生活において、通常の食品によってバランスのとれた食事をとることにより満たすことが基本である。
- 5) 上限量については、通常の食品による食事で一時的にこの量を超えたからといって健康障害がもたらされるものではない。
- 6) 高齢者では、咀嚼能力の低下、消化・吸収率の低下、運動量の低下に伴う摂取量の低下などが存在する。特に、これらは個人差の大きいことが特徴である。また、多くの人が、何らかの疾患を有していることも特徴としてあげられる。そのため、年齢だけでなく、個人の特徴に十分に注意を払うことが必要である。

## 6. 食事摂取基準

別添のとおりである。

## (別添)

食事摂取基準を設定した栄養素と策定した指標(1歳以上)<sup>1</sup>

		推定平均必要 量 (EAR)	推奨量 (RDA)	目安量 (AI)	目標量 (DG)	上限量 (UL)
たんぱく質		○	○	-	○	-
脂質	総脂質	-	-	-	○	-
	飽和脂肪酸	-	-	-	○	-
	n-6系脂肪酸	-	-	○	○	-
	n-3系脂肪酸	-	-	○	○	-
	コレステロール	-	-	-	○	-
炭水化物		-	-	-	○	-
食物繊維		-	-	○	○	-
水溶性ビタミン	ビタミン B <sub>1</sub>	○	○	-	-	-
	ビタミン B <sub>2</sub>	○	○	-	-	-
	ナイアシン	○	○	-	-	○
	ビタミン B <sub>6</sub>	○	○	-	-	○
	葉酸	○	○	-	-	○ <sup>2</sup>
	ビタミン B <sub>12</sub>	○	○	-	-	-
	ピオチン	-	-	○	-	-
	パントテン酸	-	-	○	-	-
脂溶性ビタミン	ビタミン C	○	○	-	-	-
	ビタミン A	○	○	-	-	○
	ビタミン E	-	-	○	-	○
	ビタミン D	-	-	○	-	○
ミネラル	ビタミン K	-	-	○	-	-
	マグネシウム	○	○	-	-	○ <sup>2</sup>
	カルシウム	-	-	○	○	○
微量元素	リン	-	-	○	-	○
	クロム	○	○	-	-	-
	モリブデン	○	○	-	-	○
	マンガン	-	-	○	-	○
	鉄	○	○	-	-	○
	銅	○	○	-	-	○
	亜鉛	○	○	-	-	○
	セレン	○	○	-	-	○
ヨウ素	○	○	-	-	○	
電解質	ナトリウム	○	-	-	○	-
	カリウム	-	-	○	○	-

<sup>1</sup>一部の年齢階級についてだけ設定した場合も含む。<sup>2</sup>通常の食品以外からの摂取について定めた。



基準体位(基準身長、基準体重)

性別 年齢	男性		女性 <sup>1</sup>	
	基準身長(cm)	基準体重(kg)	基準身長(cm)	基準体重(kg)
0~5(月)	62.2	6.6	61.0	6.1
6~11(月)	71.5	8.8	69.9	8.2
1~2(歳)	85.0	11.9	84.7	11.0
3~5(歳)	103.5	16.7	102.5	16.0
6~7(歳)	119.6	23.0	118.0	21.6
8~9(歳)	130.7	28.0	130.0	27.2
10~11(歳)	141.2	35.5	144.0	35.7
12~14(歳)	160.0	50.0	154.8	45.6
15~17(歳)	170.0	58.3	157.2	50.0
18~29(歳)	171.0	63.5	157.7	50.0
30~49(歳)	170.0	68.0	156.8	52.7
50~69(歳)	164.7	64.0	152.0	53.2
70以上(歳)	160.0	57.2	146.7	49.7

<sup>1</sup> 妊婦を除く。

エネルギーの食事摂取基準:推定エネルギー必要量(kcal/日)

性別 身体活動レベル	男性			女性		
	I	II	III	I	II	III
0~5(月) 母乳栄養児	-	600	-	-	550	-
人工乳栄養児	-	650	-	-	600	-
6~11(月)	-	700	-	-	650	-
1~2(歳)	-	1,050	-	-	950	-
3~5(歳)	-	1,400	-	-	1,250	-
6~7(歳)	-	1,650	-	-	1,450	-
8~9(歳)	-	1,950	2,200	-	1,800	2,000
10~11(歳)	-	2,300	2,550	-	2,150	2,400
12~14(歳)	2,350	2,650	2,950	2,050	2,300	2,600
15~17(歳)	2,350	2,750	3,150	1,900	2,200	2,550
18~29(歳)	2,300	2,650	3,050	1,750	2,050	2,350
30~49(歳)	2,250	2,650	3,050	1,700	2,000	2,300
50~69(歳)	2,050	2,400	2,750	1,650	1,950	2,200
70以上(歳) <sup>1</sup>	1,600	1,850	2,100	1,350	1,550	1,750
妊婦 初期(付加量)	/			+50	+50	+50
妊婦 中期(付加量)				+250	+250	+250
妊婦 末期(付加量)				+500	+500	+500
授乳婦 (付加量)				+450	+450	+450

<sup>1</sup> 成人では、推定エネルギー必要量=基礎代謝量(kcal/日)×身体活動レベルとして算定した。  
18~69歳では、身体活動レベルはそれぞれ I =1.50、II =1.75、III =2.00としたが、70歳以上では、それぞれ I =1.30、II =1.50、III =1.70とした。50~69歳と70歳以上で推定エネルギー必要量に乖離があるように見えるのはこの理由によるところが大きい。

(参考1) 15～69歳における各身体活動レベルの活動内容

身体活動レベル <sup>1</sup>		低い (I)	ふつう (II)	高い (III)
		1.50 (1.40～1.60)	1.75 (1.60～1.90)	2.00 (1.90～2.20)
日常生活の内容		生活の大部分が座位で、静的な活動が中心の場合	座位中心の仕事だが、職場内での移動や立位での作業・接客等、あるいは通勤・買物・家事、軽いスポーツ等のいずれかを含む場合	移動や立位の多い仕事への従事者。あるいは、スポーツなど余暇における活発な運動習慣をもっている場合
個々の活動の分類(時間/日) <sup>2</sup>	睡眠(1.0)	8	7～8	7
	座位または立位の静的な活動(1.5: 1.1～1.9)	13～14	11～12	10
	ゆっくりした歩行や家事など低強度の活動(2.5: 2.0～2.9)	1～2	3	3～4
	長時間持続可能な運動・労働など中強度の活動(普通歩行を含む)(4.5: 3.0～5.9)	1	2	3
	頻繁に休みが必要な運動・労働など高強度の活動(7.0: 6.0以上)	0	0	0～1

<sup>1</sup> 代表値。( )内はおよその範囲。<sup>2</sup> ( )内は、activity factor(Af: 各身体活動における単位時間当たりの強度を示す値。基礎代謝の倍数で表す)(代表値:下限～上限)。

(参考2) 身体活動の分類例

身体活動の分類 (Afの範囲)	身体活動の例
睡眠(1.0)	睡眠
座位または立位の静的な活動 (1.1~1.9)	横になる。ゆったり座る(本などを読む、書く、テレビなどを見る)。談話(立位)。料理。食事。身の回り(身支度、洗面、便所)。裁縫(縫い、ミシンかけ)。趣味・娯楽(生花、茶の湯、麻雀、楽器演奏など)。車の運転。机上事務(記帳、ワープロ、OA機器などの使用)。
ゆっくりした歩行や家事など 低強度の活動 (2.0~2.9)	電車やバス等の乗物の中で立つ。買物や散歩等でゆっくり歩く(45m/分)。洗濯(電気洗濯機)。掃除(電気掃除機)。
長時間持続可能な運動・労働など中強度の活動(普通歩行を含む) (3.0~5.9)	家庭菜園作業。ゲートボール。普通歩行(71m/分)。入浴。自転車(ふつうの速さ)。子どもを背負って歩く。キャッチボール。ゴルフ。ダンス(軽い)。ハイキング(平地)。階段の昇り降り。布団の上げ下ろし。普通歩行(95m/分)。体操(ラジオ・テレビ体操程度)。
頻繁に休みが必要な運動・労働など高強度の活動 (6.0以上)	筋力トレーニング。エアロビックダンス(活発な)。ボートこぎ。ジョギング(120m/分)。テニス。バドミントン。バレーボール。スキー。バスケットボール。サッカー。スケート。ジョギング(160m/分)。水泳。ランニング(200m/分)。

<sup>1</sup> Activity factor (Af)は、沼尻の報告に示されたエネルギー代謝率(relative metabolic rate)から、以下のように求めた。

$$Af = \text{エネルギー代謝率} + 1.2$$

いずれの身体活動でも活動実施中における平均値に基づき、休憩・中断中は除く。

たんぱく質、総脂質、飽和脂肪酸、n-6系脂肪酸、n-3系脂肪酸、コレステロール、炭水化物、食物繊維、ビタミンB1、ビタミンB2、ナイアシン、ビタミンB6、葉酸、ビタミンB12、ピオチン、パントテン酸、ビタミンC、ビタミンA、ビタミンE、ビタミンD、ビタミンK、マグネシウム、カルシウム、リン、クロム、モリブデン、マンガン、鉄、銅、亜鉛、セレン、ヨウ素、ナトリウム、カリウムの食事摂取基準及び高血圧の予防を目的としたカリウムの食事摂取基準については、厚生労働省ホームページ参照。

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/11/h1122-2.html>

## 8 国保ヘルスアップモデル事業評価検討会委員

### 国保ヘルスアップモデル事業評価検討会委員

座長	伊藤 雅治	全国社会保険協会連合会理事長
	大井田 隆	日本大学医学部公衆衛生学教室教授
	岡山 明	国立循環器病センター循環器病予防検診部長
	川口 毅	昭和大学医学部公衆衛生学教室教授
	川久保 清	共立女子大学家政学部食物栄養学科公衆栄養学研究室教授
	櫻井 正人	国民健康保険中央会常務理事
	宮崎 美砂子	千葉大学看護学部看護学科教授
	村山 正博	横浜市スポーツ医科学センター所長
	安村 誠司	福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授
	三浦 公嗣	厚生労働省老健局老人保健課長
	野村 陽子	厚生労働省健康局総務課保健指導室長
	唐澤 剛	厚生労働省保険局国民健康保険課長

### 国保ヘルスアップモデル事業評価検討会 評価ワーキンググループ委員

	伊藤 雅治	全国社会保険協会連合会理事長
	磯 博康	筑波大学社会医学系・社会健康医学研究室教授
	大井田 隆	日本大学医学部公衆衛生学教室教授
◎	岡山 明	国立循環器病センター循環器病予防検診部長
	川久保 清	共立女子大学家政学部食物栄養学科公衆栄養学研究室教授
	武藤 孝司	獨協医科大学公衆衛生学講座教授
	安村 誠司	福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授

### 国保ヘルスアップモデル事業評価検討会 マニュアル作成ワーキンググループ委員

◎	伊藤 雅治	全国社会保険協会連合会理事長
	大井田 隆	日本大学医学部公衆衛生学教室教授
	田中 一哉	国民健康保険中央会審議役
	宮崎 美砂子	千葉大学看護学部看護学科教授
	安村 誠司	福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授

◎は各ワーキンググループのグループリーダー

## 参考文献

- ・生活習慣病予防研究会編『生活習慣病のしおり2004』
- ・健康・体力づくり事業財団『健康日本21実践の手引き』
- ・日本公衆衛生協会『老人保健事業における糖尿病及び循環器疾患の指導区分に関する検討』
- ・Nakamura T, et al.: Magnitude of sustained multiple risk factors for ischemic heart disease in Japanese employees-a case control study-. Jpn Circ J, 65 : 11-17, 2001
- ・日本体育協会・スポーツ医・科学専門委員会『NoII 中高年者の運動プログラムに関する総合的研究—第2報— (平成15年度日本体育協会スポーツ医・科学研究報告)』
- ・厚生労働省健康局『保健指導マニュアル作成検討会報告 (身体活動・運動)』平成14年3月
- ・佐々木敏他編『EBN入門 生活習慣病を理解するために』
- ・日本運動療法推進機構『運動療法指導ガイドラインワーキンググループ報告書』
- ・武藤孝司『保健医療プログラムの経済的評価—費用効果分析, 費用効用分析, 費用便益分析—』