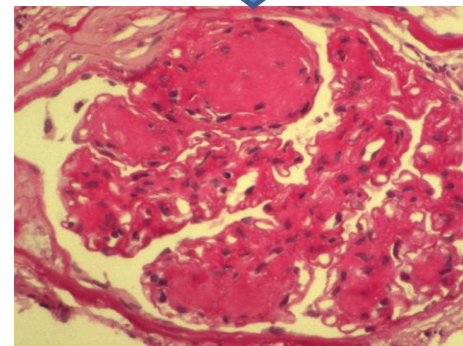
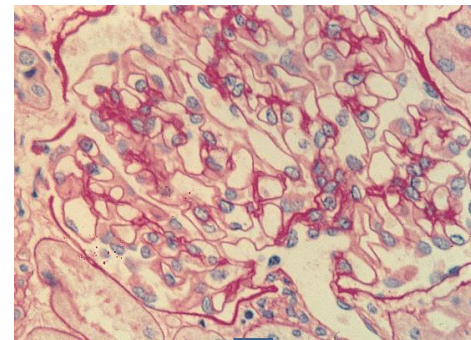
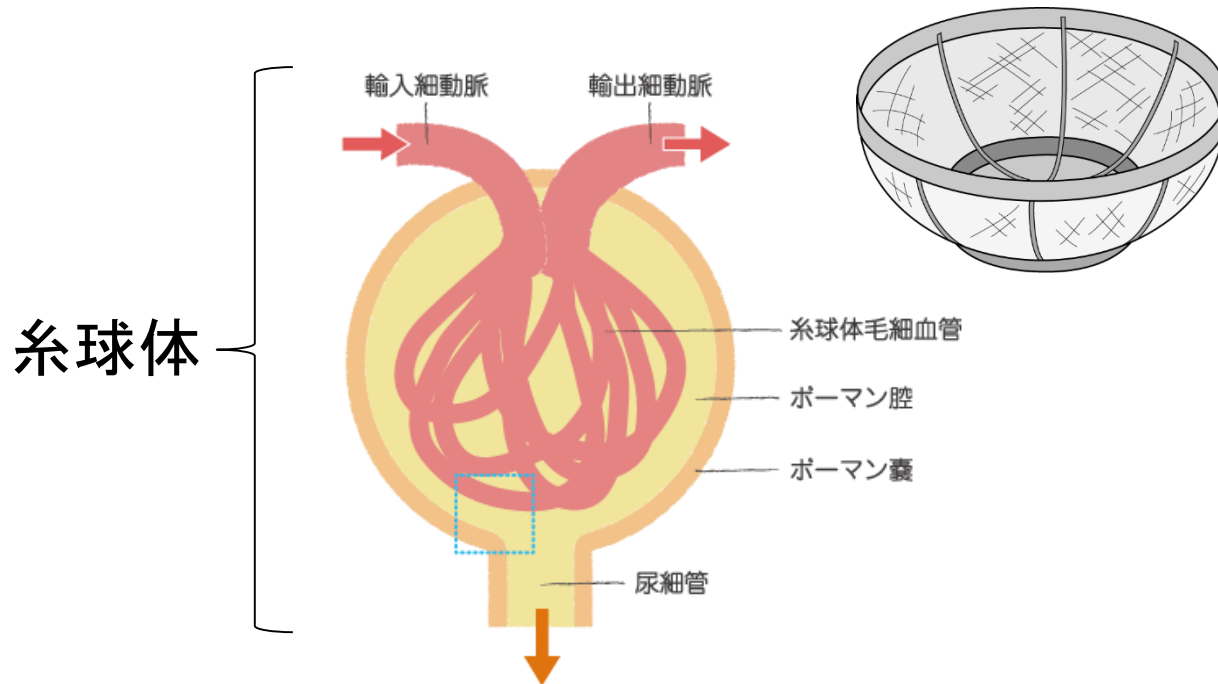


生活習慣病対策最前線 ～最新動向(WG報告から)～

あいち健康の森健康科学総合センター
津下 一代

- 生活習慣病の重症化は、予防できる！
- 重症化予防プログラムとは？
 - 地域連携の最前線
 - 効果分析
 - さらなる展開に向けて
- 重症化予防対象にならないために

ろ過をザルに例えると・・・



系球体は、毛細血管が糸くずのように絡まった直径0.2ミリ程度の塊
腎臓一つにつき、およそ100万個もある

尿を作る際に要るものと、要らないものを分けている

長期にわたり血糖、血圧、肥満、脂質等のコントロールが不良だと、腎臓に負担

J-DOIT3 治療目標、生活習慣改善・自己測定

	従来治療群	強化療法群
HbA1c	< 6.9 %	< 6.2 %
血圧	< 130 / 80 mm Hg	< 120 / 75 mm Hg
LDL-コレステロール	< 120 mg/dL (* < 100 mg/dL)	< 80 mg/dL (* < 70 mg/dL)
HDL-コレステロール	≥ 40 mg/dL	≥ 40 mg/dL
中性脂肪	< 150 mg/dL	< 120 mg/dL
BMI	≤ 24	≤ 22

* 冠動脈性心疾患の既往がある場合

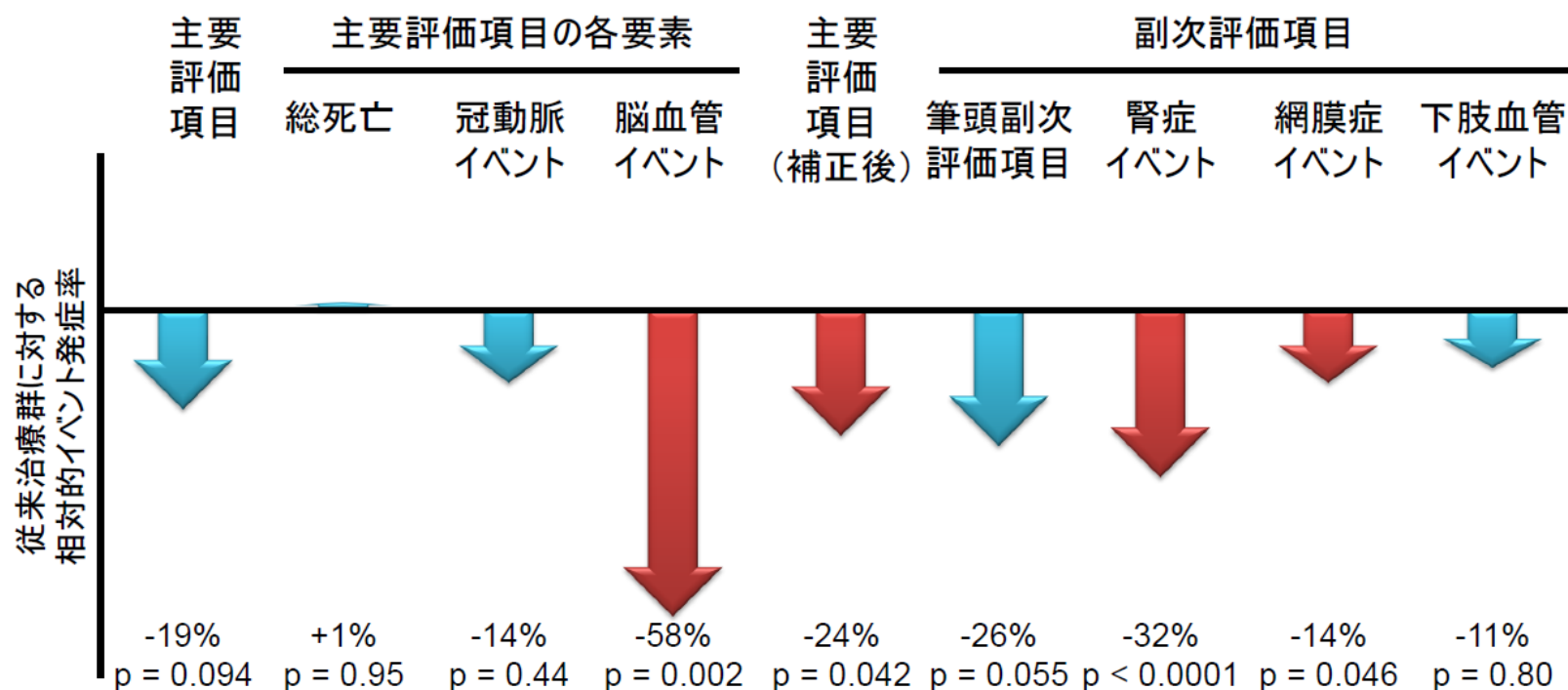
BMJ Open Diabetes Res Care 2016; 4(1): e000123.

	従来治療群	強化療法群
食事療法	1日総カロリーー25-35 kcal/kg	1日総カロリーー25kcal/kg以下 (BMI 25以上), 27kcal/kg以下 (BMI 25未満)
運動療法	歩数計を貸与	加速度計を貸与, 毎日の消費カロリーおよび歩数を 外来受診時に報告
禁煙	ガイドラインに沿って行なう [14]	外来受診時に喫煙本数を報告, 必要な場合には禁 煙補助剤を導入
教育	ガイドラインに沿って行なう [14]	生活習慣改善のためのコアプログラム・ポストコア プログラム
自己測定	血圧計を貸与	血糖測定器と血圧計を貸与

Effect of an intensified multifactorial intervention on cardiovascular outcomes and mortality in type 2 diabetes (J-DOIT3): an open-label, randomised controlled trial

Kohjiro Ueki, Takayoshi Sasako, Yukiko Okazaki, Masayuki Kato, Sumie Okahata, Hisayuki Katsuyama, Mikiko Haraguchi, Ai Morita, Ken Ohashi, Kazuo Hara, Atsushi Morise, Kazuo Izumi, Naoki Ishizuka, Yasuo Ohashi, Mitsuhiro Noda, Takashi Kadowaki, and the J-DOIT3 Study Group*

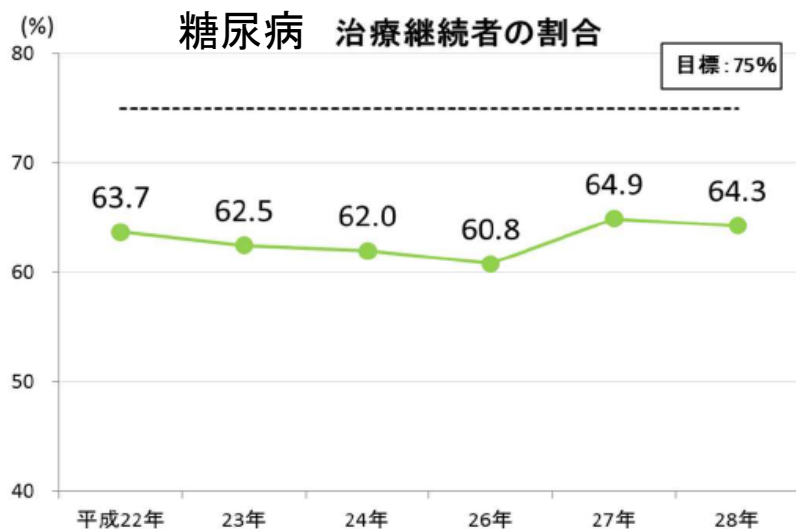
まとめ: 強化療法群における治療効果



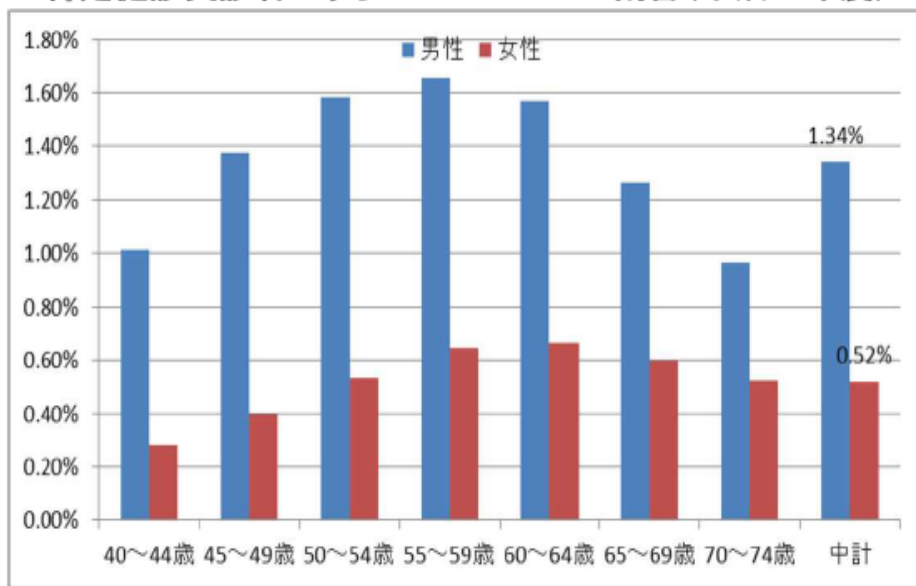
糖尿病性腎症悪化のケース：血糖・血圧コントロール不良になる原因

- 健診で糖尿病、腎症と判定されても、**治療につながっていない**
- 糖尿病で治療していても、腎症の診断、治療をきちんと受けていない
- 糖尿病性腎症で治療を受けていても、**食事療法の指導を受けていない**
理解・実行できない、正しく服薬できていない。
- そもそも健診も医療も受けていない、治療中断

健康日本21(第二次)中間評価



特定健診受診者のうちHbA1c $\geq$ 8.4%の割合(平成26年度)

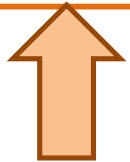


男女合計では0.96%

厚生労働省 NDB第2回オープンデータ

重症化予防の達成基準

- 生活習慣病の重症化予防の取組のうち、
 - ①対象者の抽出基準が明確であること
 - ②かかりつけ医と連携した取組であること
 - ③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
 - ④事業の評価を実施すること
 - ⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携を図ること



厚生労働科学研究班でプログラム素案作成（平成28年3月）
重症化予防WGにて検討（3月28日）

- 糖尿病性腎症重症化予防プログラム決定（国版 4月20日）
（厚生労働省、日本医師会及び日本糖尿病対策推進会議 連名で発表）

プログラムの基本的考え方

- 医療機関未受診者等に対する**受診勧奨・保健指導**、通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して**主治医の判断で対象者を選定して保健指導**を行い、**人工透析等への移行を防止**する。
- 地域の実情**に応じ柔軟に対応が可能
- 後期高齢者**については**年齢層を考慮した対象者選定基準**を設定

糖尿病性腎症 重症化予防プログラム開発のための研究

平成27～29年度厚生労働科学研究費補助金 研究代表者: あいち健康の森健康科学総合センター長 津下一代

平成
27
年度

FACT(現状把握)	Evidence(介入研究)	制度・体制	実現可能性
糖尿病性腎症・透析の 現状 健診・医療費分析	ガイドライン整理 文献レビュー	データヘルス計画での 位置づけ 保健と医療機関連携等	既存保健事業調査 事例検討、必要な人材
平成28年3月 糖尿病性腎症重症化予防プログラム(暫定版)を作成			



平成28年4月 日本健康会議重症化予防
ワーキンググループにて一部修正の上、
国版プログラムとして発表

国保等保険者・自治体が、
医師会、専門医など地域関
係者と連携してハイリスク者
に対する対策を講じる

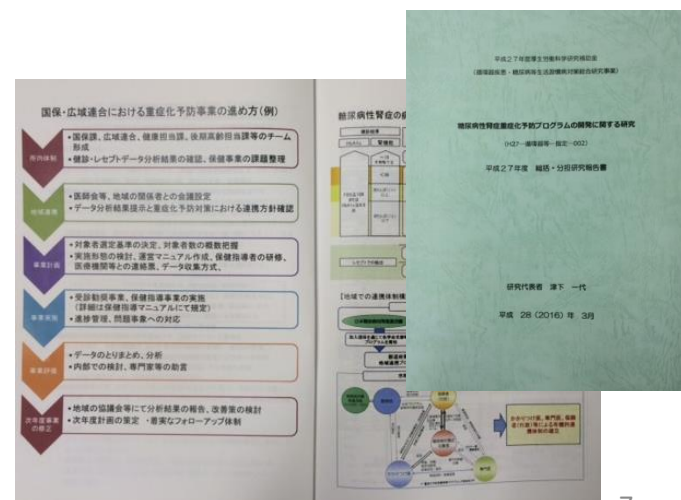
平成
28
、
29
年度

全国96自治体への実証支援開始

- ① **現実**をみる (Real World Study)
- ② 保険者として市町村が**継続的に実施可能な**
介入方法を明らかにする。
- ③ プログラムの**評価法の開発**
(KDB等 保険者側データの活用)
→ 保健指導の質の向上
- ④ プログラムの改訂、標準化に向けた提言



平成30年度～3年間 研究採択



保険者の持つ健診・レセプトデータを活用⇒対象者抽出基準を明確にする

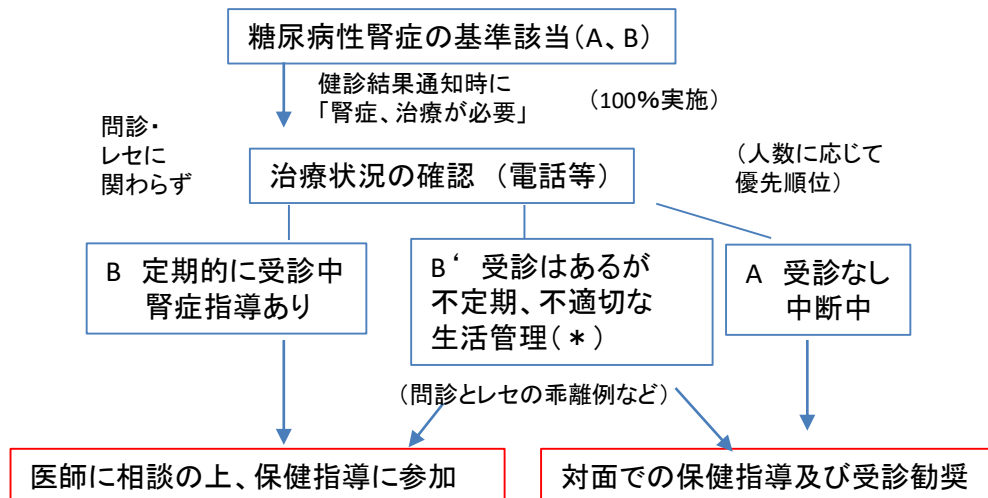
【対象者抽出基準】以下のいずれにも該当する者をプログラム対象とする

- 2型糖尿病であること：空腹時血糖126mg/ml(随時血糖200mg/dl)以上、またはHbA1c6.5%以上、または糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用歴あり
- 腎機能が低下していること：健診では尿蛋白+以上で第3期、±は微量アルブミン測定が望ましい、eGFR30ml/分/1.73m² 未満で第4期

レセプトなし	健診受診者 レセプトなし	健診未受診者 レセプトなし (検査情報なし)
	C 糖尿病基準該当 +受診なし A 糖尿病性腎症 +受診なし	E 過去に糖尿病治療歴あり 現在治療中断
レセプトあり	B 糖尿病性腎症 +受診あり 健診受診者 レセプトあり	D 糖尿病治療中 尿アルブミン、尿蛋白 eGFR 有所見かつ医師の推薦あり 健診未受診者 レセプトあり (検査情報なし)
	健診受診	健診未受診

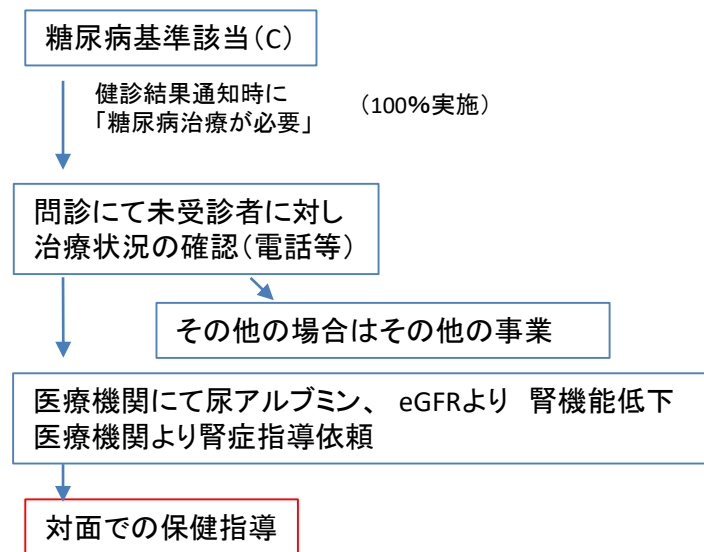
対象者セグメントに合わせた介入フロー

「糖尿病性腎症」と判定された人に対する事業(A・B)

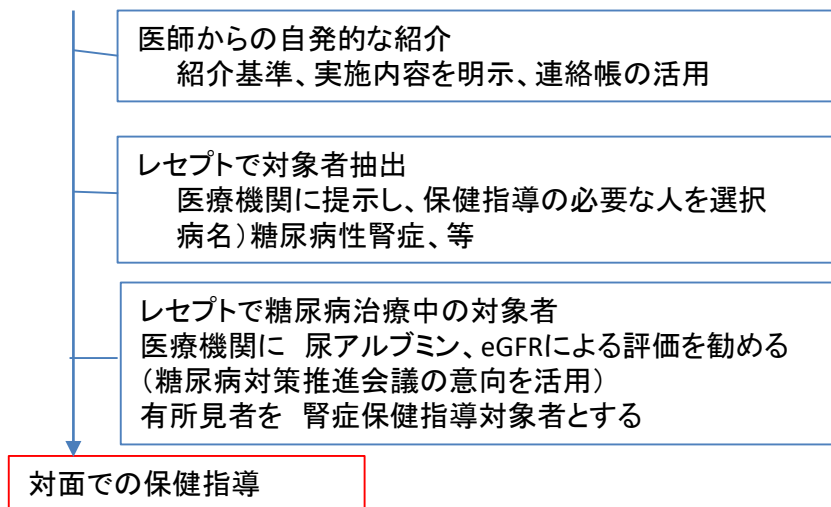


*・自身の糖尿病コントロール状況(HbA1c値等)を知らない ・自身の腎機能の状態を知らない
・腎症の治療を受けているが、本人が腎症であることを認識していない
・腎機能を守るために必要な生活管理の方法を知らない

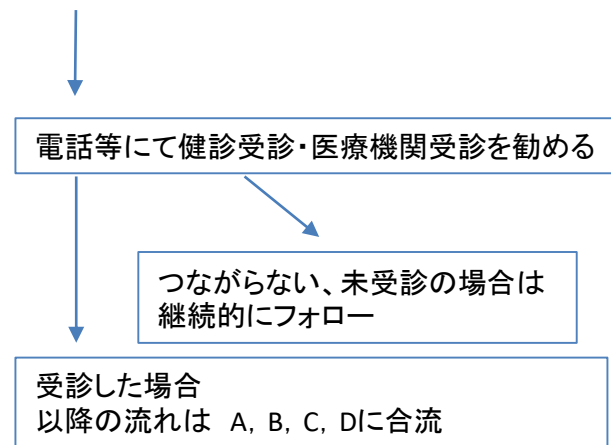
糖尿病と判定された人に対する事業(C)



医療機関で把握された糖尿病性腎症(D)



過去に糖尿病治療歴あり、現在治療中断中(E)



重症化予防 目標設定の考え方

〈糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少 平成34年 15,000人*〉

* 25年 16,035人

腎機能低下の防止：腎症病期、eGFR低下率、尿蛋白

QOL向上、生活機能低下防止

〈危険因子の低減〉

高血圧
140/90mmHg 以上の
人の減少

血圧治療
減塩

糖尿病コントロール
不良者の減少

糖尿病治療
定期的検査

高LDLコレステロール血症
(高Non-HDLコレステロール
血症)の減少

脂質異常症
治療

腎障害性薬剤↓
腎保護治療

多剤のチェック
感染症予防

肥満の改善
健康的な食事
栄養・食生活

・減塩
・肥満者における減量

禁煙

喫煙者における
禁煙

糖尿病、高血圧、
高コレステロール血症の
治療継続者の増加

過度の飲酒を
制限
飲 酒

・過量飲酒の減少

身体活動・運動
・適度な身体活動

生活リズムを整え 活動的な暮らし

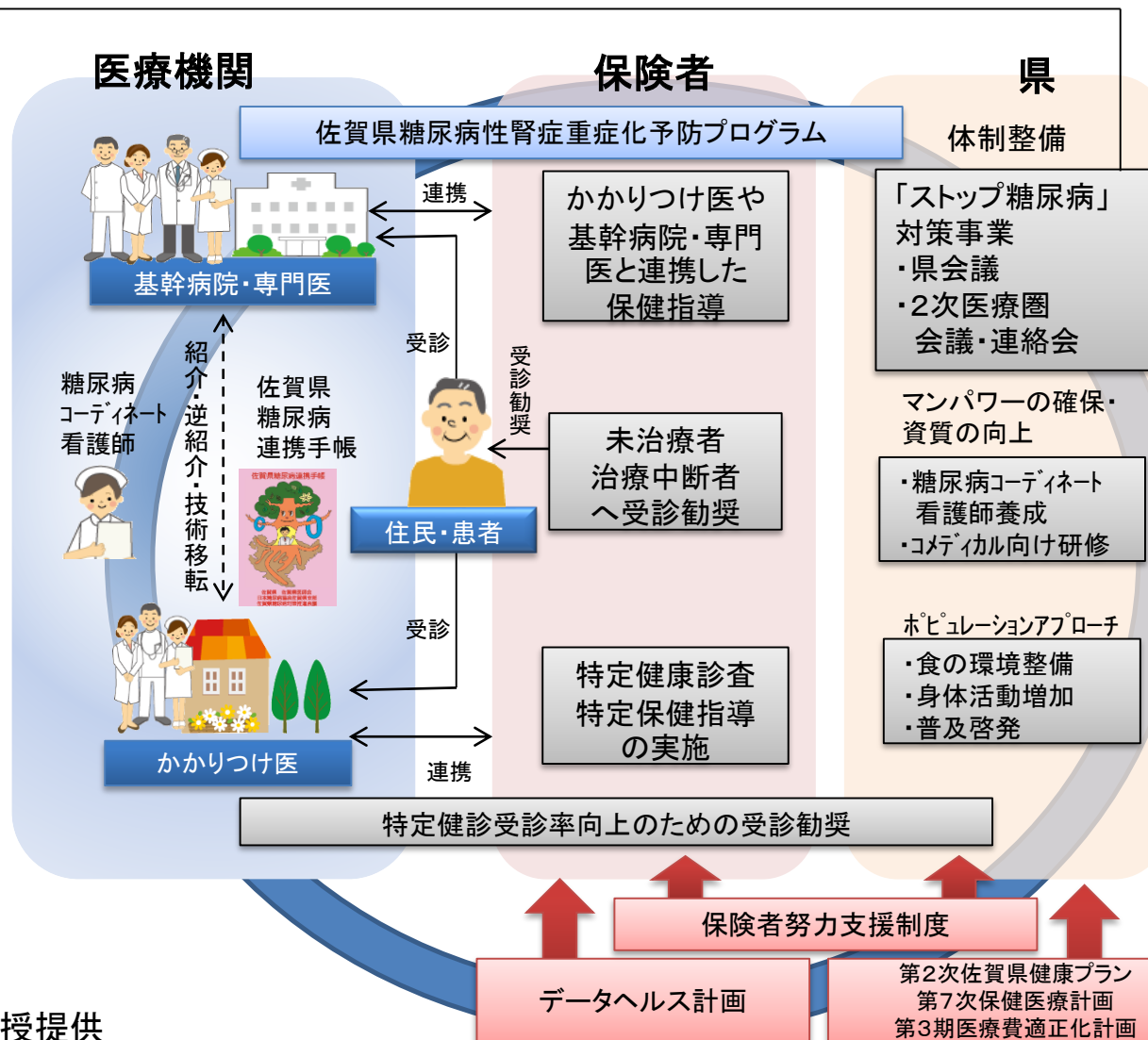
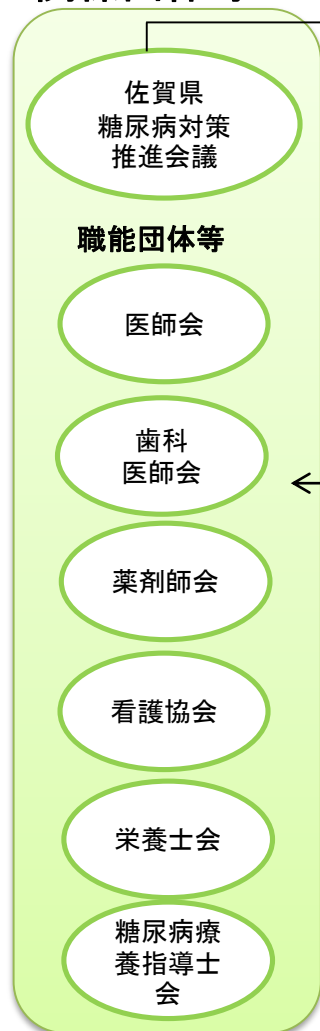
糖尿病性腎症による新規透析導入患者の減少

糖尿病有病者の割合の増加の抑制

治療継続者の割合の増加

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

関係団体等

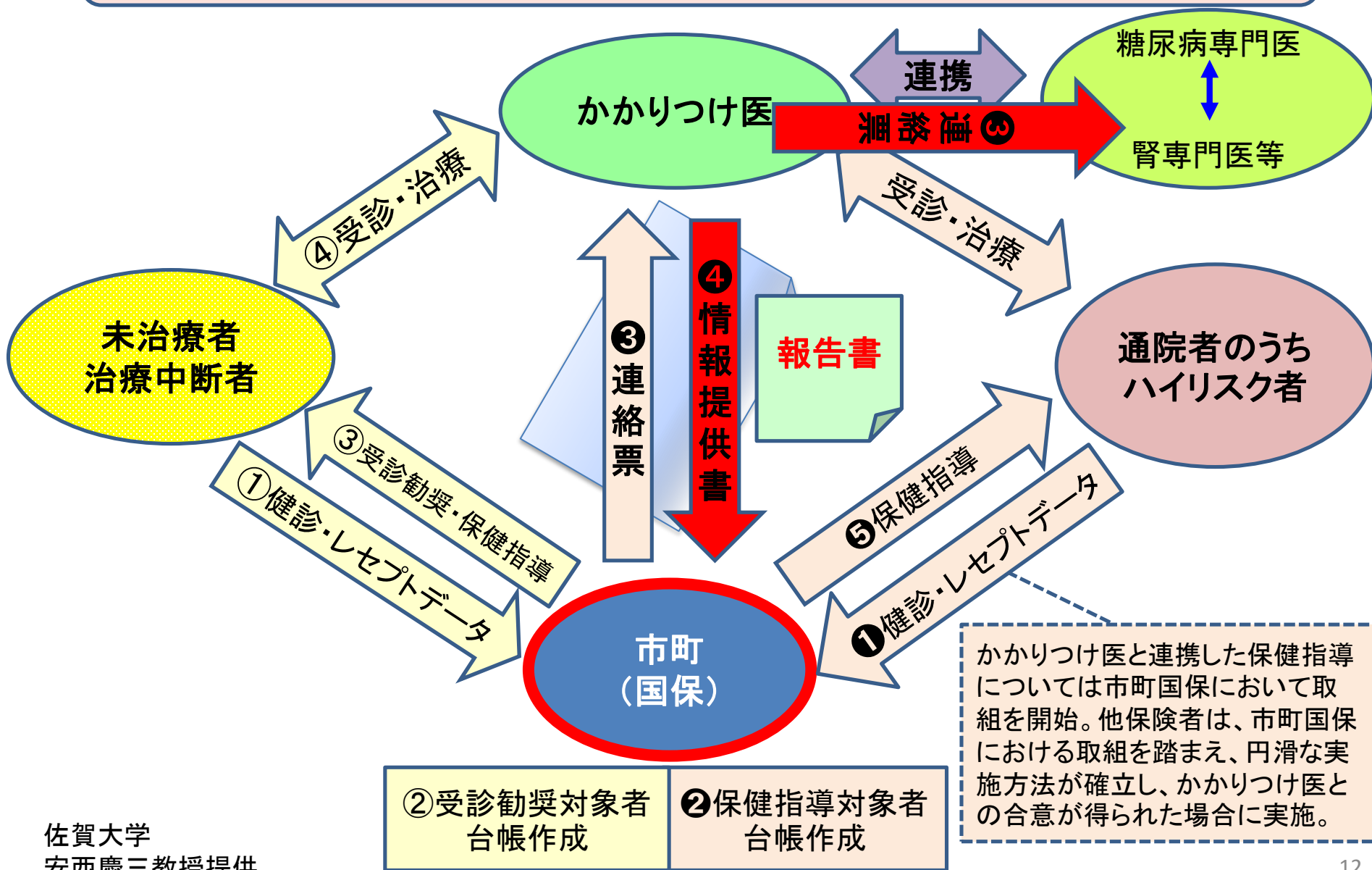


3次予防

2次予防

1次予防

プログラム対象者の選定と介入の流れ



「ストップ糖尿病」対策事業各会議等の役割

県会議

- ・佐賀県の現状と課題の共有
- ・各関係機関・庁内関係課の連携と役割分担の明確化
- ・重症化予防のための取り組みの状況の把握と検証
(佐賀県糖尿病連携手帳、糖尿病コーディネート看護師活動、糖尿病性腎症重症化予防プログラム等)
- ・2次医療圏会議で明らかになった、全県的、組織的な課題解決のための方策の検討

情報共有・提案された課題に対する方策の提案



課題の提案

2次医療圏 単位会議

- ・2次医療圏の課題の共有
- ・2次医療圏の市町、各関係機関の連携と役割分担の明確化、取り組み内容の共有
- ・2次医療圏の重症化予防のための取り組み状況の把握
(佐賀県糖尿病連携手帳、糖尿病コーディネート看護師活動、糖尿病性腎症重症化予防プログラム等)
- ・連絡会で出された広域的、組織的な課題の共有と方策検討
- ・県会議で検討すべき課題の提案

広域的な
課題解決

情報共有・提案された課題に対する方策の提案



課題と対策の提案

連絡会

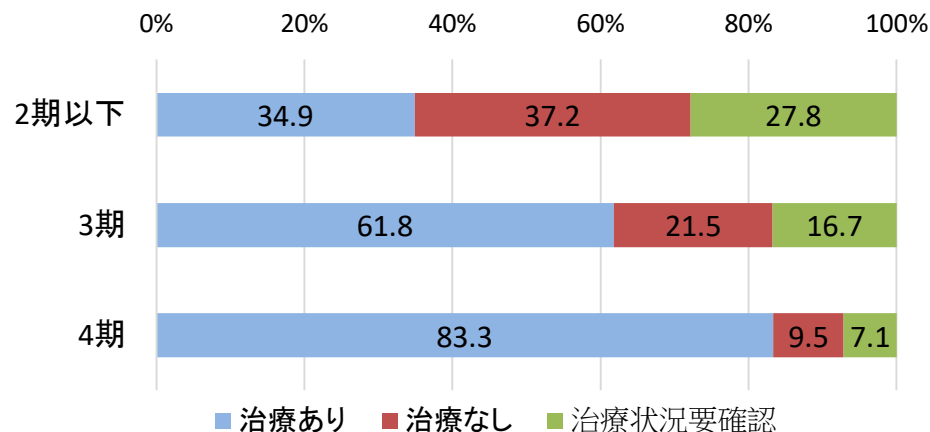
- ・現場での課題の抽出と対策
- ・対象者の抽出(「みえる化」)と介入方法の検討
- ・事例検討
- ・かかりつけ医と連携した重症化予防 等

現場での課題と対策
の提案、技術支援

事業対象者の受療状況と27年度年間医療費

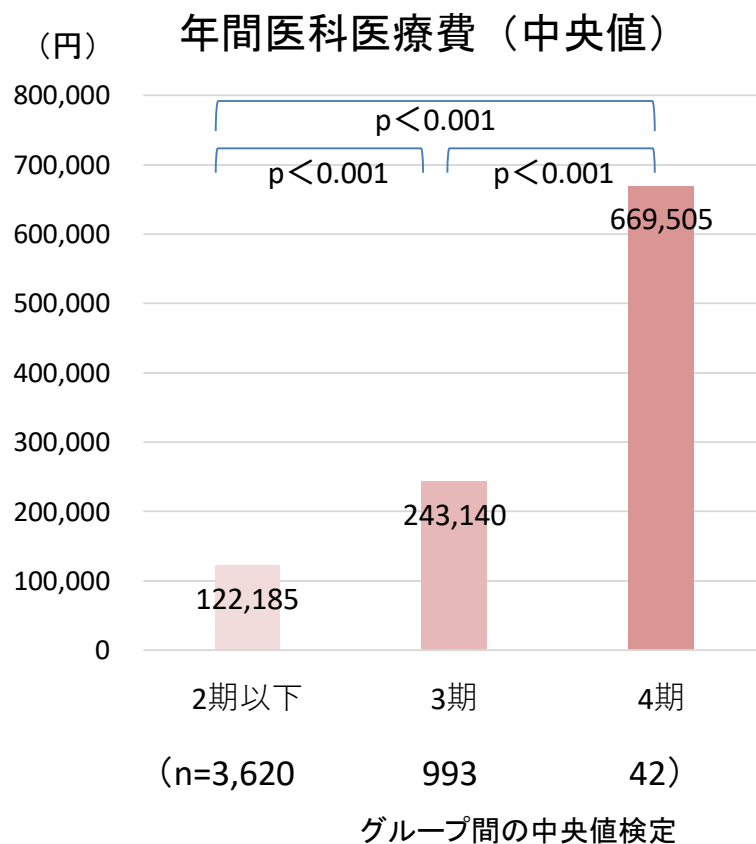
腎症病期判定可能(n=5,422)のうち、H27年度年間医科医療費情報あり
かつ H27年度年間医療費0円を除いた4,655例

腎症病期毎の治療状況



治療あり＝問診で糖尿病治療薬使用有orレセプト糖尿病関連疾患有or糖尿病薬剤有
治療なし＝問診で糖尿病薬使用無&レセプト糖尿病関連疾患名無&糖尿病薬剤無
治療状況要確認＝「治療あり」「治療なし」以外(レセプト、問診の情報が一部欠損)

病期	n	年間医科医療費(円)			
		平均値	±	標準偏差	中央値
2期以下	3,620	220,227.0	±	379,052.5	122,185
3期	993	390,376.7	±	558,960.0	243,140
4期	42	791,525.0	±	621,715.3	669,505
計	4,655	261,677.8	±	434,893.9	145,230



アウトプット・アウトカム評価： 対象者追跡状況、1年後検査値変化の分析結果

- 2年間の健診データ登録があり、介入前後の検査値比較が可能なのは1,901例
健診・レセプトデータが出そろった時期に 再度登録、分析予定
- 1年後のデータ追跡によると、わずかではあるがBMI、血圧、HbA1c等において有意な改善を認めた
Crは上昇、eGFRが低下など、腎機能は低下傾向
- 1年後の検査値では 病期の改善は8.2%、維持は83.9%、悪化は7.9%であった。
- 追跡率を高めること、介入内容による効果の比較をすることが必要である。

<対象者の検査値の1年間の変化(n=1,901)>

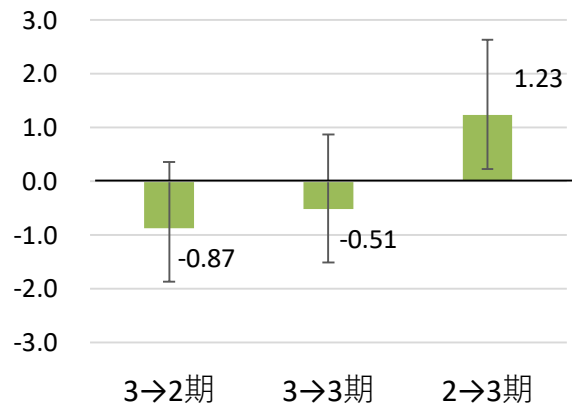
		ベースライン	H29年度	p
		mean ± SD	mean ± SD	
年齢	(歳)	66.75 ± 6.25		
体重	(kg)	63.84 ± 11.83	63.02 ± 11.70	<0.001
BMI	(kg/m ²)	24.63 ± 3.69	24.36 ± 3.65	<0.001
収縮期血圧	(mmHg)	133.91 ± 16.90	133.02 ± 16.74	0.011
拡張期血圧	(mmHg)	77.21 ± 11.14	75.85 ± 10.71	<0.001
HbA1c	(%)	7.00 ± 1.14	6.91 ± 1.17	<0.001
TG	(mg/dl)	155.99 ± 120.15	148.97 ± 118.47	0.002
LDL-C	(mg/dl)	125.79 ± 33.30	121.33 ± 32.32	<0.001
HDL-C	(mg/dl)	55.92 ± 14.92	56.63 ± 15.41	<0.001
Cr	(mg/dl)	0.785 ± 0.255	0.802 ± 0.312	<0.001
eGFR	(mL/min/1.73m ²)	72.71 ± 16.61	64.40 ± 17.76	<0.001

		H29年度腎症病期			合計(人)
		2期以下	3期	4期	
ベース ライン 病期	2期以下	1,419	120	15	1,554
	3期	155	164	14	333
	4期	1	0	13	14
合計(人)		1,575	284	42	1,901

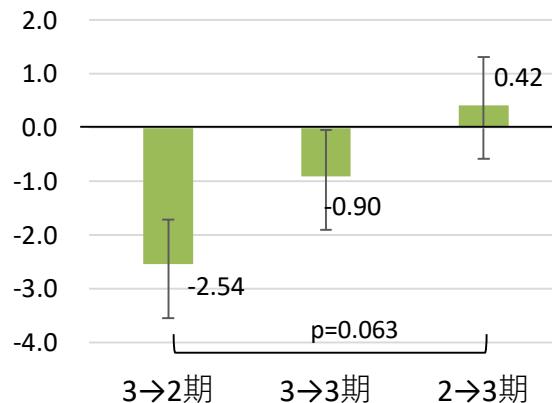
糖尿病性腎症病期変化と臨床検査値変化量との関連 (n=1,901)

翌年度健診までの病期変化(3→2期以下、3→3期、2期以下→3期)分類による検査値変化量比較
3→2期以下(n=155)、3→3期(n=164)、2期以下→3期(n=120)

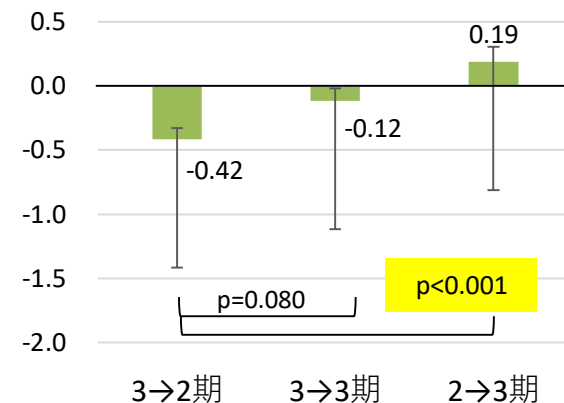
△SBP(mmHg)



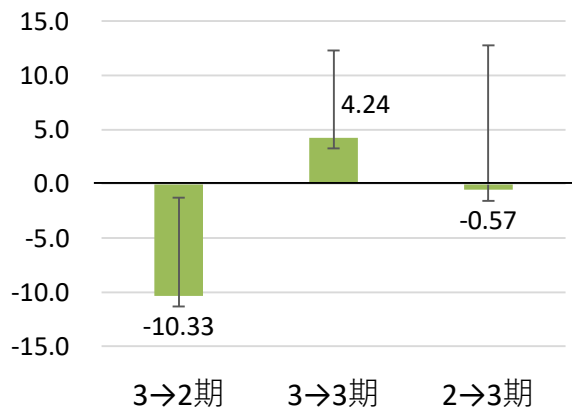
△DBP(mmHg)



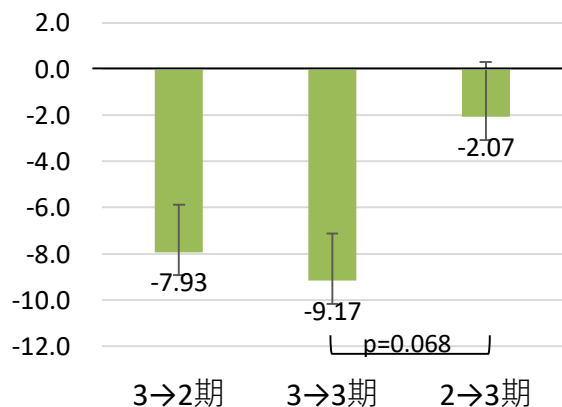
△HbA1c(%)



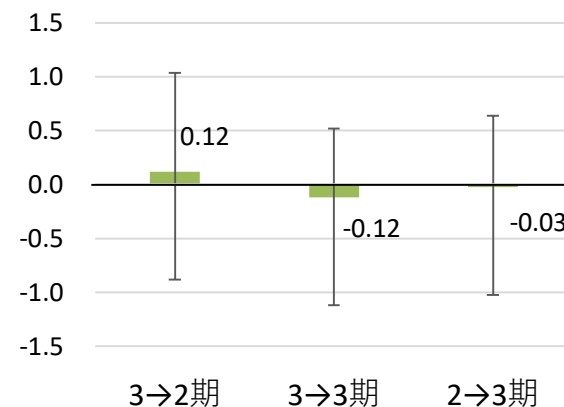
△TG(mg/dl)



△LDL(mg/dl)



△HDL(mg/dl)



Mean±SE、一元配置分散分析、Bonferroni検定

3期→2期以下移行群では、2期以下→3期移行群と比較して HbA1c変化量が有意に大であった。

糖尿病性腎症重症化予防プログラム改訂と普及のための方策の検討

○実証支援において、以下の課題が明らかとなった

(1) 自治体間の進捗格差

- ・順調に進む自治体がある一方で、縦割り組織や人事異動等から進捗が滞る自治体もあった
- ・専門医等が継続的にバックアップしている自治体が増え、相互理解が深まっている事例もあるが、連携がとれていない自治体の差が明らかに。

(2) 対象者追跡や事業評価体制が不十分

- ・KDBを活用できない自治体もあった
- ・対象者追跡や評価体制の確立が急務

(3) 優先すべき対象者の明確化が必要

- ・事業の目的や実施体制にみあった優先すべき対象者(病期、治療有無、検査値等)を明確化する必要がある。

(4) 事業対象と評価指標の不整合

- ・事業の目的、対象と評価指標があっていないケースがある。

(5) 指導スキル向上の必要性、地域での体制支援のあり方等について

- ・対象者の行動変容やリスクマネジメント、医療機関連携を強化するための研修会や人材育成の在り方、地域での体制づくり支援が課題

○今後のプログラム普及に向けての考察

(1) 取組みの格差

- ・重症化予防事業に初めて取り組む自治体向けの基本的なプログラムと、さらに効果的なプログラムを目指すステップアッププログラムに分けた提案をする

(2) 事業評価を行うためのシステム環境

- ・国保や広域連合、衛生、高齢部門等の担当者が情報を共有できる環境整備が必要。KDB等の活用により対象者を切れ目なく追跡できるシステム環境が重要である

(3) プログラム対象者の抽出基準と方法

- ・健診未受診者にも対象者が潜在している。レセプトや過去の健診データ等も活用した包括的な事業が重要
- ・腎症3期、4期は優先して状況確認、2期はeGFR(値、低下率等)や合併症等を考慮し優先順位をつけ対応する必要がある

(4) プログラムの評価指標

- ・短期的に評価できる指標と中長期的な評価指標を区別して示す必要がある

(5) 研修会や人材育成

- ・対象者の行動変容を促すための関わり、かかりつけ医との連携のもとで継続的に支援する能力を身につけるため地域別の研修会や支援体制の構築が望まれる

糖尿病の目標設定の考え方

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

糖尿病及びその合併症を抑制

三次予防

合併症による臓器障害の
予防・生命予後の改善

○糖尿病腎症による年間新規透析導入
患者数の減少

二次予防

重症化予防

○治療継続者の割合の増加
○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

一次予防

発症予防

○糖尿病有病者の増加抑制
○メタボリックシンドロームの減少
○健診・保健指導実施率向上

★平成30年度～ 積極的支援モデル実施

初参加

A支援: 160P
B支援: 20P 計180P

グループ
支援

2週間

メール
A

40P

1ヶ月

メール
B

5P

1.5ヶ月

メール
B

5P

2ヶ月

メール
A

40P

3ヶ月

4ヶ月

メール
B

5P

5ヶ月

メール
B

5P

6ヶ月

グループ
支援



80P

リピーター

A支援: 200P
B支援: 0P 計200P

グループ
支援

2週間

1ヶ月

1.5ヶ月

2ヶ月

3ヶ月

4ヶ月

5ヶ月

6ヶ月

メール
A

40P

継続支援

メール
A

40P

メール
A

40P

-2kg、-2cm
達成

グループ
支援
評価

80P

卒業



卒業した人
は120P終了

宿泊型新保健指導(Smart Life Stay)プログラム

専門職
による
保健指導



宿泊施設
・
地元
観光資源

○体験学習の中
でより重点的な
保健指導を経験
できる

○参加者の疑問・
実態を知る

○多職種連携によ
り、指導の幅が
広がる

○健康的な食事を
管理栄養士等と
考案、新たな商
品になる

○身近な自然や
施設の利活用

○医療保険者や
保健指導実施
者等とのネット
ワーク



1日目	
快適な環境で 短期間かつ集中的に、 楽しみながら プログラムを受講	
現地着	集合：駅
昼	昼食
午後	オリエンテーション・自己紹介 〈グループワーク〉 〈生活習慣・メディカルチェック〉
	〈運動実技〉 リフレッシュストレッチング＋ かんたんエクササイズ
	ティータイム
	〈検査結果説明〉
	〈食事講義〉自分の適量を知る
	〈目標設定〉グループワーク モニタリングの方法
	チェックイン
夜	夕食〈食事指導〉 食事バランス ワンポイント 星空・夜景ツアー

2日目			
起床	体重・当日体調確認 食前：自己血糖測定		
朝	朝食 ※ご飯の計量体験		
午前	〈運動講義〉 健康づくりのための運動 食後：自己血糖測定		
	〈運動実技〉 ストレッチング、歩き方チェック ウォーキング実習 家庭でもできる筋トレ 運動後：自己血糖測定 着替え・移動		
	午後	〈アクティビティ〉 ①そば打ち体験 昼食 ↓ バスにて移動 ↓ 希望者は街道ウォーキング ②地元の新鮮野菜試食 ↓ バスにて移動 ③清水寺参拝 ↓ 希望者は散策路を 歩いて登る 2日目の振り返り	
		夜	夕食

3日目	
起床	体重・当日体調確認
朝	朝食 ※ご飯の計量体験
午前	〈運動実技〉 気持ちよく体を動かそう 更衣、チェックアウト
	3日間の振り返り 行動目標の見直し 実践記録表の記入方法確認 継続支援スケジュール確認 目標宣言
	現地発 解散

保健指導プログラ

運動プログラ

食事プログラ

観光・アクティビティ



帰宅後も、目標をもとにした取組を継続

日常的な生活習慣病予防対策、(運動・食事など)
継続的なサポート(メール・電話)

IoT(七福神アプリ) を活用した糖尿病生活習慣支援

●IoT機器使用群：日々の取り組み、七福神アプリ閲覧



●指導医・保健指導者：対象者の情報を指導へ活用



遠隔から
対象者の
取り組み確認

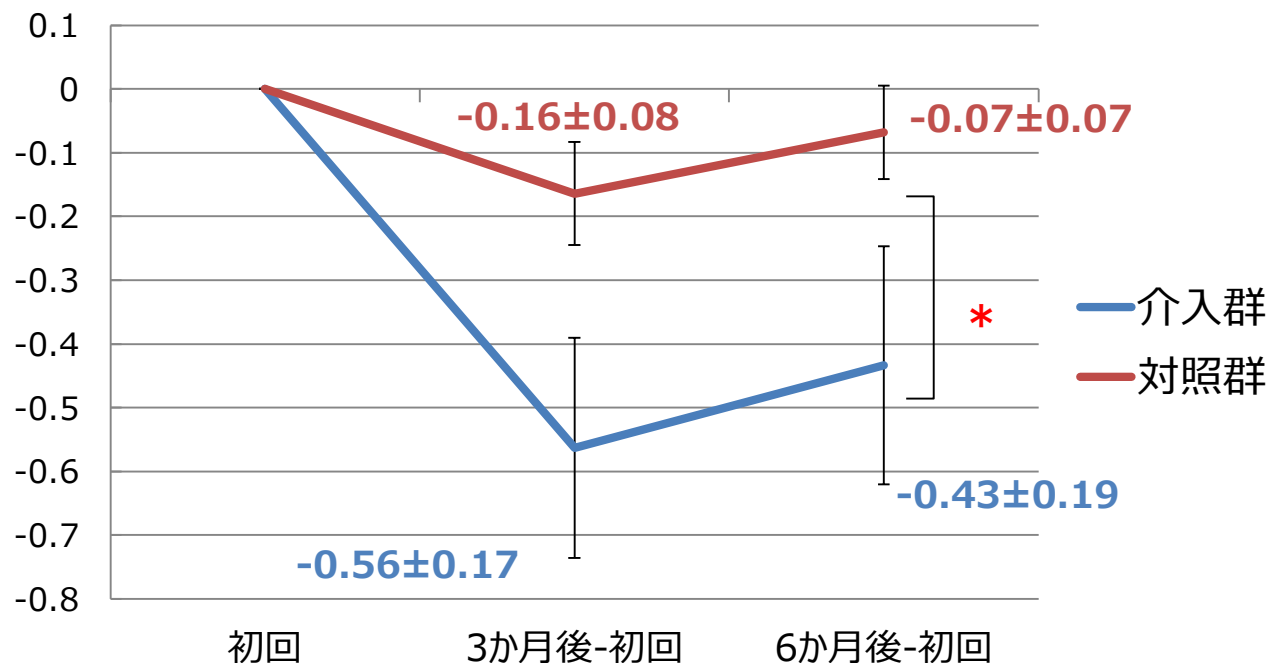
結果 検査値（全体）糖尿病薬処方なし例のHbA1c

医療7例、保健指導機関51例

	n	初回 HbA1c (%)	3か月後 HbA1c(%)	6か月後 HbA1c(%)	3か月後-初回 群内比較(p)	6か月後-初回 群内比較(p)
処方なし	58	6.87 ± 0.65	6.50 ± 0.45	6.62 ± 0.50	<0.000***	0.190
介入群	30	6.98 ± 0.82	6.43 ± 0.45	6.56 ± 0.55	<0.000***	0.051
対照群	28	6.76 ± 0.36	6.59 ± 0.44	6.68 ± 0.44	0.008**	1.000

Mean±SD、群内前後比較：Wilcoxon 符号付き順位検定、群間比較：Mann-WhitneyのU検定 *:p<0.05, **:p<0.01, ***:p<0.001

初回から6か月後までのHbA1c変化量 (%)



Mean±SE、群間比較：Mann-WhitneyのU検定、*：p<0.05、**：p<0.01

研究デザイン

《介入群》

測定機器貸与

IoT教育・指導

七福神・オムロン
コネクトをダ
ウンロード

七福神の管理画面よりデータや生活習慣を確認

通常の診療・保健指導に加えて
活動量、体重、血圧を毎日測定、データ送信・アプリ活用

《対照群》

測定機器貸与

測定方法指導

七福神の管理画面よりデータや生活習慣を確認

通常の診療・保健指導

通常の診療・保健指導に加えて
活動量、体重、血圧を毎日測定
データ送信・アプリ活用

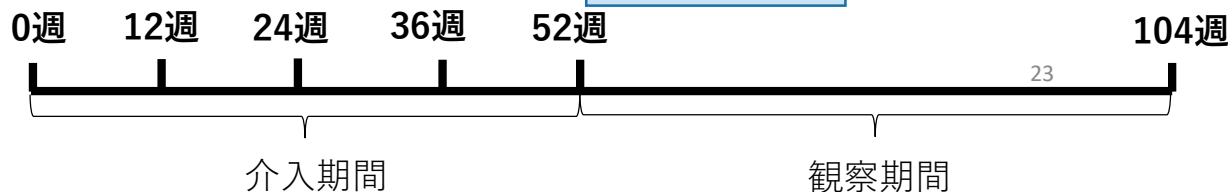
IoT教育・指導

七福神・オムロン
コネクトをダ
ウンロード

2019年12月
まで

《両群共通》

- 血液・尿検査を実施
検査結果は被験者がスマートフォンで撮影し、画像をデータセンターへ送信する。
- 定期的にアンケートを実施
被験者がウェブにて回答もしくは郵送にて提出する。



どこでも、誰でも、栄養バランスの良い食事 が選べる社会をめざして
「健康な食事・食環境」認証制度を開始しました

Smart Meal

スマートミール

- 外食・中食・事業所給食で、スマートミールを、継続的に、健康的な環境で提供する飲食店や事業所を認証する新制度
- スマートミールとは、健康に資する要素を含む栄養バランスのとれた食事。つまり主食・主菜・副菜のそろった食事のこと
- 審査・認証は「健康な食事・食環境」コンソーシアムが担当

健康な食事・食環境コンソーシアム 10学協会

日本栄養改善学会，日本給食経営管理学会，

日本高血圧学会，日本糖尿病学会，日本肥満学会

日本公衆衛生学会，健康経営研究会

日本健康教育学会，日本腎臓学会，日本動脈硬化学会

認証基準 必須項目(7個)



外食 中食 給食

必須項目	「スマートミール」の基準	1 スマートミール（基準に合った食事）を提供している	○	○	○
		2 スマートミールの情報を提供している	○	○	○
	「スマートミール」のプロモーション	3 スマートミールに「おすすめ」と表示するなど、選択時にプロモーションされていることがわかる	○	○	○
		4 スマートミールの選択に必要な栄養情報等を、店内、カタログ、注文サイト等メニュー選択時にわかるよう提供している	○	○	○
	「健康な食事・食環境」の運営体制	5 スマートミールを説明できる人が店内にいる（中食の場合、問合せ窓口がある）	○	○	○
		6 管理栄養士・栄養士がスマートミールの作成・確認に関与している	○	○	○
		7 店内禁煙である（店内の喫煙専用室の設置不可）	○	—	○

「ちゃんと」 450～650kcal未満



エネルギー 644 kcal 食塩相当量 2.9 g PFC比率(%E) 19:29:52 野菜量 258g

たんぱく質30g

「しっかり」 650～850kcal未満



エネルギー 740 kcal 食塩相当量 3.0 g PFC比率(%E) 20:26:54 野菜量 202g

たんぱく質37g

2018年3月14のプレス発表で
提供したスマートミール
(女子栄養大学レストラン松柏軒 調製)

2018年3月14のプレス発表で
提供したスマートミール
(女子栄養大学レストラン松柏軒 調製)

認証基準 オプション項目（17個）



5項目



10項目以上

オプション項目	「スマートミール」の展開	8 スマートミールの主食が週3日以上、精製度の低い穀類を含む	○	○	○
		9 スマートミールの主食の選択肢として、精製度の低い穀類を提供していることがメニュー選択時にわかる	○	○	○
		10 スマートミールの主食量を、選択または調整できることがメニュー選択時にわかる	○	○	○
		11 スマートミールの主菜の主材料として、週3日以上、魚を提供している	○	○	○
		12 スマートミールの主菜の主材料として、週3日以上、大豆・大豆製品を提供している	○	○	○
	「健康な食事・食環境」の推進	13 スマートミールに、栄養成分表示（エネルギー、たんぱく質、脂質、炭水化物、食塩相当量）を示している	○	○	○
		14 スマートミールの栄養成分表示に、飽和脂肪酸の量を示している	○	○	○
		15 スマートミールが1日2種以上ある	○	○	○
		16 スマートミールを選択するためのインセンティブがある	○	○	○
		17 メニューに漬物や汁物をつけないことができ、メニュー選択時にわかるように表示している	○	○	○
		18 ソースやマヨネーズなどの調味料を別添えで提供している	○	○	—
		19 野菜 70g 以上のメニューを提供している（サラダバーを含む）	○	○	○
		20 牛乳・乳製品を提供している	○	○	○
		21 果物を提供している（シロップづけを除く）	○	○	○
		22 減塩の調味料を提供している	○	○	○
		23 卓上に調味料を置いていない	○	—	○
		24 食環境改善のための会議等を定期的に行っている	○	○	○
		25 従業員に対し、事業所（会社）から食費の補助がある	—	—	○

対象基準項目 24 22 24

第1回認証

認証件数 68件(延べ70件) 外食25件、中食11件、 事業所給食34件

認証店舗数 16,809店舗 外食395件、 中食16736件、 事業所給食34件



健康日本21(第二次)の概念図

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の実現

①

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

②

生活習慣病の
発症予防・重症
化予防

③

社会生活
機能の
維持・向上

社会参加
の機会
の増加

④

健康のための資源
(保健・医療・福祉
等サービス)への
アクセスの改善と
公平性の確保

生活習慣病の改善
(リスクファクターの低減)

⑤

社会環境の改善

健康日本21(第二次)に関する具体的な取組