



| | |
|------------------|---|
| Title | 「主体的な」食生活改善に対する専門職の理解：管理栄養士・栄養士と住民との齟齬に着目して |
| Author(s) | 八島, 絵美 |
| Citation | 北海道大学大学院教育学研究院紀要, 142, 51-71 |
| Issue Date | 2023-06-26 |
| DOI | 10.14943/b.edu.142.51 |
| Doc URL | http://hdl.handle.net/2115/90068 |
| Type | bulletin (article) |
| File Information | 07-1882-1669-142.pdf |



[Instructions for use](#)

「主体的な」食生活改善に対する専門職の理解

—管理栄養士・栄養士と住民との齟齬に着目して—

八 島 絵 美*

【要旨】 本研究は、食生活改善に対する理解において、住民と管理栄養士・栄養士間における齟齬涵養の背景を住民のアンケート調査および制度的・歴史的観点から分析することを目的とした。その結果、第一に、住民の食生活改善には「時間のゆとり」が必要であることが示唆された。そのため日々多忙な中で、食生活改善実践をすることは困難であること、また、栄養バランスが整った食事や規則正しい食事といった一方向的な食教育は自己管理と自己責任を増長し、むしろ食の部分加工食品や惣菜など外部に依存する可能性が示唆された。第二に、健康は「国民の責務」という論理は、その政策が示される以前からすでに行政において胚胎していたことが明らかとなった。このような論理と実践が、科学的知識や技術の啓発を軸とした主体性喚起に繋がっていることが明らかとなった。第三に、科学的知識や技術に偏重した管理栄養士養成カリキュラムは、その専門性を高めると同時に、一方で社会的背景や住民のQOLに関する学修が欠落する恐れがあることが明らかとなった。このような要因の中で専門職と住民は共に分かち合えないまま、齟齬が固定化されていくことが示唆された。

【キーワード】 食生活改善, 養成カリキュラム, 科学的知識, 自己責任論, 齟齬

1. 問題の所在

住民の食生活改善に関わる専門職として管理栄養士・栄養士¹⁾がいる。その歴史は約100年になり、栄養士の誕生は1926年（卒業生）、管理栄養士は1962年（国家資格は1985年）まで遡る。管理栄養士・栄養士の活動領域は、行政、病院、福祉施設、学校など広範囲にわたり、その職務内容は領域により多少の違いはあるものの、殆どが食事指導や献立作成、調理が中心の栄養改善または健康増進である。このように、管理栄養士・栄養士の基本的な役割は、ヒトの身体と食物の関係性を理解したうえで健康の保持・増進に寄与することであるため、その養成カリキュラムでは、誕生時から科学的エビデンスを重視した高度な学問が組み込まれている。しかし、健康日本21（第二次）の中間報告（2018）では、国民の健康状態は前回の結果と比較して悪化も見られないが際立った改善も見られないという状況であった。特定保健指導²⁾においても、指導継続期間の半年からおよそ1年間は指導の効果がみられる（富田・他2010）ものの、その後の影響については必ずしも良好とは言えず、指導対象者に対する様々なアンケートにおいては「（保健指導者と面接の約束をしたので）義務感」から行っている（林2012・2013）といった回答もみられた。

このような結果は、栄養・健康の理解に対する専門職と住民の間に齟齬があることを示唆しているのではなからうか。これまで管理栄養士・栄養士等の実践に関して多くの研究が報告されてきたが、この齟齬に関する問題を正面から取り上げて論じたものは筆者の知る限り

* 北海道大学大学院教育学院博士後期課程
DOI: 10.14943/b.edu.142.51

見当たらない。そこで、本論文は、食生活改善の理解において住民と専門職の間にどのような齟齬があるのか、そしてそれはどのようにして生じてきたのかを明らかにする。そのために、本論文ではまず住民の食生活改善に関する理解、次に栄養士等の食生活改善に関する理解を検討する。その上で、このような理解の形成に関与してきたものは何かを指摘する。

分析期間は、養成カリキュラムについては管理栄養士の専門性およびその定義が栄養士法の改正等により鮮明となってきた1963年から現在に至るまでとする。また、食生活改善に対する理解については、「成人病」が「生活習慣病」に変更された1996年前後から現在に至るまでとする。なお、管理栄養士・栄養士は様々な職場に在職するが、住民との関わりという観点から、本研究では特に行政管理栄養士・栄養士の役割と実践を中心に分析する。

2. 食生活改善に対する住民の理解

2-1 食生活に対する住民の意識

食生活改善に対する住民の意識に関しては、厚生労働省等各省庁および複数の民間企業によるデータを集約し、1989年より発行されている『食生活データ総合統計年報』³⁾を参考に分析を進める。1994年、首都圏在住の单身歴3年以上の社会人20～30代に対し、【自分にとって「食」とはどのようなこと】、【「食」に関する意識や行動で、自分に当てはまること】というアンケートを行っている。前者では、男女共「食は楽しみ」という回答が一番多く、後者では、「男性・女性に限らず料理はできたほうがよい」、「食べることが楽しみである」といった回答が多い（年報96～97年版: 132）。【健康のために食生活で気をつけていること】（年報96～97年版: 133）という問いでは、「野菜を多くとるようにしている」、「牛乳やヨーグルトなどの乳製品をなるべくとるようにしている」、「1日3食、規則正しい食事をする」、「栄養バランスのよい食事をする」といった回答が首位を占める。同年報内の複数の企業によるアンケート結果でも同様の傾向がみられ、この傾向は、【自分の食生活が健康的かどうか、あるいは健康を維持・管理するために注意していること】といったアンケート結果にも反映されている（年報96～97年版: 312）。これより、住民にとって健康的と言われる食生活の指標とは、食事の回数や野菜・乳製品の摂取と考えられる。栄養素についてはどうか。1997年⁴⁾、15～59歳の男女を対象に、【栄養素や機能性成分についてもっと知りたいと思うか】（年報99年版: 315）というアンケートを行っている。「(知りたいと) 強くそう思う」、「思う」をあわせると72.2%であり、そのどのような情報が知りたいかというところでは、「不足するとどのような問題（病気など）があるか」（男性77.9%、女性66.1%で共に最多）という回答であった。この調査が実行されたのは、身体状況と生活習慣との関係が問われてきた時期、つまり、罹患原因を加齢に帰する「成人病」概念が、生活習慣に帰する「生活習慣病」概念に変わった時期（1996）である。戦後50年以上が経過し、飽食や運動不足が問題視されてきたこの時期と、戦後直後の食糧不足が問題視されていた時期とで、栄養不足の捉え方に差異があることは興味深い。では、なぜ住民の意識と政策との間にこのような違いが出てくるのであろうか。食生活改善に対して住民はどう理解しているのであろうか。そこで次に、健康政策の浸透性および住民の食生活実態について分析する。

2-2 健康政策の浸透性から見えてくる食生活改善に対する意識と実態

時代は少し前後するが、上田伸男（2008）は2005年度国民健康・栄養調査の報告書から、栄養・生活習慣に対する施策についての認知・実践に関する調査結果を提示している。それによると、「生活習慣病」に関してその名称だけでなく内容も含め「知っている」と回答した者は、男性49.1%、女性58.8%と半数近くいたが、年齢階級別でみると認知度が高いのは男女とも40歳以上であり、15～19歳および70歳以上では10～20%の人は「知らない」と回答している。「健康日本21」の認知状況に関しては、内容を「知っている」者は男性2.6%、女性3.3%と非常に少なく、「聞いたことがない」と回答している者は、男性46.9%、女性39.3%と約4割であった。「食事バランスガイド」に関しては、見たことが「ある」者は男性7.0%、女性16.1%と低い。また、「食習慣改善のために必要なことは？」という問いについては、男女ともに「時間的なゆとり」が70%を占め、次いで「学校での教育」、「市販食品や外食メニューの栄養成分表示」が60%以上であった。2005年『食育に関する特別世論調査』（内閣府政府広報）では、「食育」に関する活動や行動をしていない理由を質問しているが、ここでも「食事や食生活への関心はあるが、他のこと（家事・趣味等）で忙しいから」（36.2%）という回答が最多であったことを報告している。このことより、住民は食生活改善の課題として、教育や知識、環境よりも時間的なゆとりに優先順位を置いていると言える。

実はこの「時間的なゆとり」に関しては、生活習慣病の定義が確定された1996年当時の調査時点から近年（2019）に至るまで継続的に報告されている。2019年国民健康・栄養調査では【健康な食習慣の妨げとなる点】について質問しているが、20～40代では「仕事（家事・育児等）が忙しくて時間がないこと」、「面倒くさいこと」と回答した者が、「外食が多い」、「家で用意する者がいない」、「経済的な余裕がない」を抜いて圧倒的に多かった。

現在のコロナ禍においても、例えば国内に居住する消費者2159人（女性2108人、男性1052人）を対象に2020年8月～9月に行った『食生活の関心度・料理をする頻度』（年報2022年版：198）調査において、「関心が高い・やや関心が高い」の回答を合わせると、高い順に「食事のおいしさ」83.6%、「健康に繋がる」76.6%、「調理時間の短縮」64.7%、「食費の削減」63.3%、「調理の簡便化」62.4%となっており、2020年6月11日～12日、20～40代女性1000人に対して行われた『緊急事態宣言解除後の「食」に関する意識・実態調査』（年報2021年版：304）においては、【最近、食分野で購入意欲や作ってみたい気持ちが高まるキーワード（複数回答）】という質問に対し、「簡単に作れる」71.7%、「安い」61.2%、「スピーディーに作れる」58.8%、「健康に良い」51.5%、「安心・安全である」37.4%という回答であったことが報告されている。また、2022年『食育に関する意識調査報告書』（農林水産省）においても、栄養バランスに配慮した食事を増やすために必要なことについての回答は、「手間がかからないこと」、「時間があること」、「自分で用意することができること」を挙げた人の割合が高く、「家に用意されていること」、「外食やコンビニ等で手軽に取ることができる環境があること」を挙げた人の割合は男性で高い傾向にあった。同様に、普段の食事を自分で準備しているかについての回答では、「一部、市販食品を取り入れて、食事を準備している」と回答した人の割合が42.9%と最も高かったことが報告されている。

清ルミ（2013）は、2010年に実施した「食育の現状と意識に関する調査」から朝食摂取の増減という対照的な行動変容の結果を提示している。清は、この行動変容の筆頭理由がいずれも時間的余裕であったことに着目し、「時間的余裕の有無が食に対する意識に与える影響の

強さを物語っている」(2013: 91) と指摘する。

また、米屋武文(2013)は、このような忙しい家族や高齢者世帯、単身世帯では食の簡便化が進み、加工食品の利用が増加すると述べる。実際、男女1265人に対して行った【夕食で調理済み(できあい)の惣菜や弁当を利用する理由】(年報2021年版: 240)についての回答では、「便利だから」67.6%、「作る時間がないから」45.8%、「無駄がないから」14.5%、「おいしいから」10.6%となっており、約半数の人が冷凍食品を時間との関係において利用していることがわかる。米屋はこういった傾向に対して、加工食品の利用増加は、加工や流通過程での安全性に対する不安を増加させると指摘する。では、時間のゆとりに貢献する加工食品・冷凍食品の情報や流通はどのようにして浸透していくのであろうか、またこれらは住民の食生活において、時間との関係以外にどのような意識から利用されているのであろうか。

2-3 加工食品・冷凍食品の情報・流通から見えてくる食生活改善に対する意識と実態

令和元年国民健康・栄養調査の「生活習慣改善や健康づくりに関する情報源」に関する回答では、「テレビ・ラジオ」が77.6%と最も高く、次いで「新聞」(51.8%)、「医療機関」(28.8%)、「友人・知人」(26.8%)であった。この点に関し清(2013)は、「テレビは人々にある行動をとらせるために、強制ではなく、倫理的、感情的、文化的に妥当な理由付けによって行動を促している」(2013: 87)ことを指摘し、「その食材はよし」とする世論が一時的に形成されることによって、「視聴者はその食材を求めることで『健康』や『美味しさ』を手にしたかのような満足感を得ている」(2013: 87)と主張する。だが、食や料理とは一時的なものではなく毎日継続して行われるものである。たまたまテレビで見た料理や食材を毎日摂るとは考えにくく、レシピや情報を得て満足しているとも考えにくい。

そこで、住民が日々考える献立に対する意識を知る必要がある。20～59歳の男女1000人に行った「料理レシピに関する調査2020」(年報2021年版: 236)では、「料理レシピを選ぶ際に重視していること」について質問している。「簡単に作れる」54.4%、「説明が分かりやすい」44.5%、「家にある食材で作れる」44.4%、「短時間で作れる」39.8%など、ここでも簡単であることや短時間など、「時間のゆとり」が影響していることがわかる。一方、20～60代以上の男女303人に対して行った「現在(2021年1月現在)、料理をする際に困っていることやストレスに感じていること(複数回答)」(年報2022年版: 325)についての質問では、「献立のレパートリーに悩む」62%、「毎食作るのが大変」54%、「自身の料理の味に飽きてしまう」33%、「栄養バランスを考えなければいけないこと」31%などといった回答がみられる。つまり、バラエティーに富み、毎食栄養バランスが整った献立を作り、規則正しい生活を送ることが正しいことという概念が住民に浸透していることがわかる。だが、そのこと自体は健康にとって良いことであっても、個々人が日々多忙な中で、毎日、献立から調理、バランスまで考え料理することには限界がある。もし、これを毎日実践しなければならないという抑圧的な感覚があるとするならば、食はもはや楽しみではなくなり、コロナ禍の在宅であっても「時間がかかる面倒なこと」になるのは言うまでもない。こういった食に対する情報や日々の献立に悩むといった状況は、食を個々の生活の中で自己管理していくことの限界を露呈しているといえ、故に自己管理を強調すればするほど住民の食に対する外部化が進むというサイクルが再生産される。だが、住民にとって外食や惣菜は、流通・加工・生産地といった安全性や、脂質、糖質、塩分といった栄養素など、その中身が形として見えてこない不安もあると考えられる。

以上の分析から食生活改善に対する住民の理解を構造化すると図1のような構図になる(図1)。住民にとって健康問題とは、外食・中食等の安全性に対して漠然とした不安を抱く現実の食生活と、栄養バランスや栄養不足といった不安を抱きつつも実践できない生活実態の中に規定される。

一方、支援を行う側の管理栄養士・栄養士は、住民の食生活をどのように把握し、その中で食生活改善をどのように理解しているのであろうか。次章で分析する。

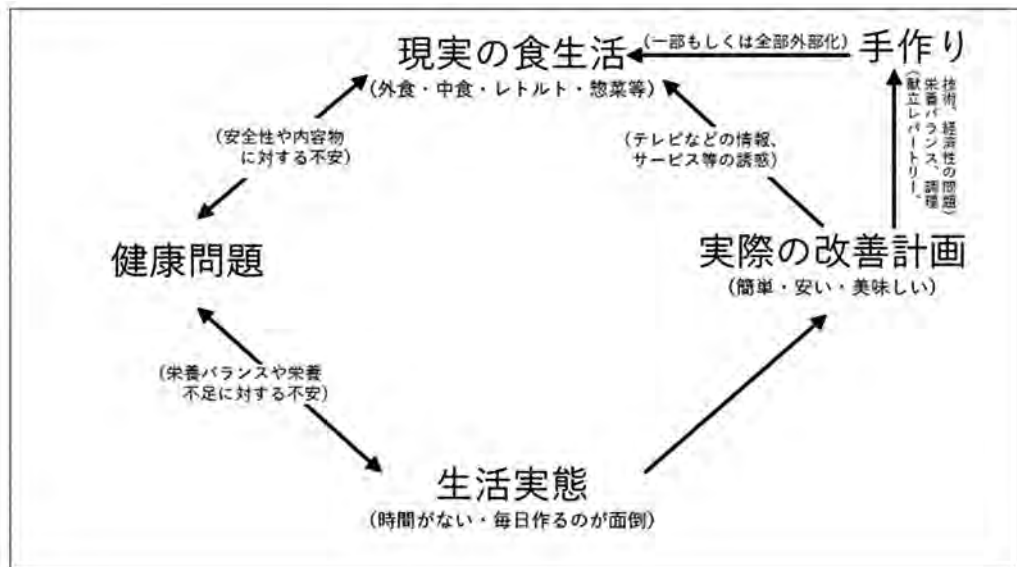


図1 食生活改善に対する住民の理解

3. 食生活改善における管理栄養士・栄養士の理解

管理栄養士・栄養士の食生活改善に対する理解がどのように形成されたかを分析するには、「生活習慣病」の定義が確定される以前まで遡る必要がある。そこで、1986～1990年の間に行われた全国行政栄養士による栄養指導事例集（日本栄養士会）を用い、当時の行政栄養士の考え方、栄養改善地区組織の活動、栄養調査、栄養指導及び栄養教室等の実践から食生活改善における管理栄養士・栄養士の理解について分析する。

この事例集を見ると、健康づくりは自己責任と考えている行政栄養士が多い。例えば、「この自己責任の原則を浸透させるため、具体的には各人の健康度の数量化や健康度自己評価等の作成により市民に意識をいっそう高めてもらうための働きかけが大切である」（日本栄養士会 1986-1990: 14）といった記述がある。

また、国が実施する国民栄養調査とは別に、独自の栄養調査を実施している都道府県もある。それを行う理由は、全国の栄養調査結果では地域の実態にそぐわない（日本栄養士会 1986-1990: 103）からである。その内容については、地域によっては食品小売り価格や味噌汁塩分濃度の調査等がみられるが、大概是当時の国民栄養調査同様、栄養摂取状況、食物摂取状況、身体状況（身長・体重・血圧・皮下脂肪等）等である。保健所や保健センターでは、健康診断終了後に集団や地区において栄養指導や栄養教室を行うことがあるが、その内容は、

食生活調査、味噌汁塩分濃度、調理実習、バランスの取れた食生活の講話といったものが多い。こういった栄養指導についてある市町村の行政栄養士は、「行政栄養士の役割とは何か、健康づくり地区栄養相談栄養士必携より、地区組織に対する指導助言のねらいは、食生活改善のための知識や技術を与え、『自分の健康は自分達で守る』という自覚と態度を育て、毎日の中で実践する行動力を育て育成することにあるとうたっている」ことを伝えている（日本栄養士会 1986-1990: 130）。

食生活改善のための知識とは主に栄養と身体との関係であり、技術とは栄養と身体との科学的な関係性を食として具現化するための調理法や食品選択のことである。住民はこういった科学的な知識や技術を得ることで、自己の身体状況と食生活との関係性を理解し、食生活を振り返り、そこで顕在化した課題の解決に取り組む自覚と態度が育つとされている。その影響度に関しては、栄養計算や身体計測、血液検査の結果といった科学的な評価によって図られ、ここに『自分の健康は自分達で守る』という論理と実践が成立することになる。つまり、健康増進法（2003）において健康は「国民の責務」とされる以前から、この論理の構築による自己責任の考え方が浸透していたのである。

だが、このような視座からの論理と実践は、個々の現場において住民に容易に受容されてきたのだろうか。例えば「食生活指針」（1985年当時制定のもの）において、ある栄養士は、住民への啓発についてその趣旨が生かされるようにしなければならないとするも、「“食事の健全さ”の点検と食事状況の記入から、食生活指針の5項目⁵⁾についてチェックし、問題点を把握することは可能である。しかし、生活の中に定着させるための指導方法、媒体等に社会の動きの中でますます多様性を求められている」（日本栄養士会 1986-1990: 43）と述べており、住民自身がそういった指針を実際に行動へ移すことは困難であることを伝えている。他の資料になるが、ある栄養士たちは栄養指導の場において、「食事診断は型に当てはめてしまう。多いか少ないか。その進めかたのなかでは、本人がどうしてかということが分からないまま過ぎてしまう。本人の改善には結びつかない。そこに難しさがある」、「一生懸命にやっても、住民の生活が改善しない。同じことをやっても変わらないので焦る」（松下 1997）と述べている。このような状況について松下 1997 は、食事調査という数日間の実態調査だけで課題を設定し進めるという学習の流れでは、住民自身が自らを客観化するにとどまり、自分で見直す意識は生じない。そうすると食生活改善のための調理実習などは単に技術習得の面白さにすり替えられ、学習と自身の生活は分離すると主張する（1997: 140）。

また小島光洋（2006）は、「健康水準の向上には、健康問題やその原因が、必ずしもはっきりした訳ではなく、それらに対して直接の解決を図った訳ではない。住民自身によるコミュニティの組織化によって生じた活動自体が、健康水準の向上に寄与したという点が注目すべき点である」と述べている。つまり、松下と小島の主張によると、専門職が住民に対し、ある特定の問題だけを取り上げ、それを評価する、評価されるという構図では、住民自身が自身の健康問題に気づき、主体的にその課題に取り組むことには繋がらない。住民の生活実態はもっと複雑であるがゆえに、専門職は住民自身が自らの生活実態を分析し、そこから浮上する健康問題に取り組めるような支援と組織づくりの援助が大切だと述べている。

だが一方で、このような管理栄養士・栄養士達の食生活改善に対する理解は自然に湧き上がってきたとは考えにくい。その理解の形成に影響を及ぼしてきた要因とは何か、またそれは松下や小島の主張とどう違うのであろうか。

4. 管理栄養士・栄養士の食生活改善に対する理解形成の要因

4-1 管理栄養士・栄養士の教育カリキュラム

管理栄養士・栄養士の食生活改善に対する理解形成に影響を与える要因の一つに、養成カリキュラムが考えられる。管理栄養士・栄養士の役割は社会情勢や国民の健康状態および栄養状態に対応するため、養成カリキュラムもその状況下での要請により変化する。実質的な栄養士養成の起点は、1925年、佐伯による栄養学校においてである。当時の学科目について鈴木道子（2010）は、元日本栄養士会会長で佐伯栄養学校卒業生である田島（1994）の資料を用い、「本科1年では栄養研究綱要、食品化学大意、栄養細菌学大意、経済栄養、食品調理論、食品加工学大意、食糧政策概要、献立の作り方、分析実験及び調理実習等、本科後1年の高等科では個人や集団の栄養管理・指導、研究的な学習、随意科目として、妊産婦栄養、小児栄養、患者栄養、個人の栄養状態に応じた人体面からの栄養管理、集団給食の栄養管理としての献立給食管理」であったことを説明し、1925～1945年頃までの栄養士養成カリキュラムは「全体として実務本位の教育課程であった」（鈴木 2010）と分析している。

その後、何度も教育課程は変更されたが、鈴木（2010）は特に、新制大学・短大等の参入が認可され、それによって文部省が深く係ようになってきた1950年栄養士法改正以降の改正案に着目している。鈴木（2010）によると、1963年と1973年の改正は「栄養士の資質向上を図る」ため、1986年の改正は「寿命の延伸、成人病等の慢性疾患の増加を背景に、専門職としての栄養士・管理栄養士の資質の向上を図る」ため、2001年の改正は「高度な専門的知識及び技能を持った管理栄養士の養成を行い、及び栄養士の資質の向上を図る」ためであり、「それに伴い従来科目表示が教育内容表示に変わり、大綱化の進展をみることができる」と述べている。一方、管理栄養士養成施設では国家試験の出題基準との関わりもあり、「カリキュラム編成は大きな制約を受けることになった」（鈴木 2010）ことにも言及している。だが鈴木（2010）は、これらの変遷と背景から、臨床栄養学・公衆栄養学といった実践的栄養学が医学・医師から独立して体系化されたことを述べるにとどめ、そういったカリキュラムの変遷が、管理栄養士・栄養士の専門性に対する理解をどう形成し、同時にそれが国民の食生活管理にどう影響するのかについては必ずしも明らかにしていない。この点について明らかにするには、カリキュラムの変遷を管理栄養士・栄養士の定義および栄養士法改正の観点から検討する必要がある。

1963年、栄養士法第1条では管理栄養士・栄養士の定義を「1.この法律で栄養士とは、栄養士の名称を用いて栄養の指導に従事することを業とする者をいう。2.この法律で管理栄養士とは、前項に規定する業務であって複雑又は困難なものを行うに適格性を有する者として登録された栄養士をいう」とした。しかし、管理栄養士が行う「適格性を有する」業務内容が明確ではないとして、新たに「管理栄養士が行なうに適格性を有する業務」の内容が、1968年、厚生省公衆衛生局長から各都道府県知事、政令市長宛に通達された（表1）。また、定義とは異なるが、1985年、栄養士法及び栄養改善法の一部が改正され、管理栄養士の登録はすべて管理栄養士国家試験合格者のみとなった。管理栄養士の定義は2000年にも改正され（表2）、その背景には、生活習慣、特に食生活に起因する疾病の増加が大きな課題になってきたことがあげられる。これにより管理栄養士は、「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」の修得が要求されるようになったのである。次に栄養士法改

正についてである。

表1 「管理栄養士が行なうに適格性を有する業務について」

(昭和四三年五月一〇日)

(衛発第三七〇号)

(各都道府県知事・各政令市市長あて厚生省公衆衛生局長通知)

(著者により通達文を簡潔にまとめている)

| |
|---|
| <p>1. 栄養指導業務の企画</p> <ul style="list-style-type: none"> 科学的、体系的に改善を図るための指導方針及び具体的方策の設定 栄養状態の把握においては、栄養学、統計学、社会学等を適用し、科学的に処理するための研究及び調査方法を検討 <p>2. 栄養指導事業の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 企画全体を見通した栄養指導事業の調整 高度の専門的知識を要するものの実施及び栄養指導以外の分野の事業との調整 <p>3. 事業実績及び効果の評価</p> <ul style="list-style-type: none"> 栄養学及び医学的見地に立って科学的に判定を行う 実験的、統計的処理を行い、次期の栄養指導事業企画に役立てる <p>4. 栄養指導事業の円滑な推進</p> <ul style="list-style-type: none"> 関連機関及び関連業務との連絡調整 <p>5. 職場における栄養指導</p> <ul style="list-style-type: none"> 栄養指導の見地から、労務管理、経営管理等の基本方針の決定に関与 <p>6. 栄養教育・研究</p> <ul style="list-style-type: none"> 教育研究施設等での栄養教育研究 <p>7. 複雑又は困難な栄養指導に関する業務</p> <ul style="list-style-type: none"> 喫食者、実習生等に対する栄養指導 |
|---|

表2 「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)

(著者により通達文を簡潔にまとめている)

| |
|--|
| <p>管理栄養士の定義</p> <p>管理栄養士とは、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、</p> <ul style="list-style-type: none"> 傷病者に対する療養のため必要な栄養指導 個人の身体状況、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指導 特定多数人に対して継続的に食事を提供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 <p>を行うことを業とするもの。(第一条第二項関係)</p> |
|--|

1985年、管理栄養士が国家資格になると、これまで栄養学という括りの中にあった科目は独立し、国家試験の試験科目と連動している(表3)。管理栄養士の定義改正後の2001年には、専門教育科目が専門基礎分野と専門分野に分かれ、基礎と実践がより明確に体系化されてい

る（一般教育科目は除く）。管理栄養士・栄養士の資質向上は、疾患の理解及び高度な専門的知識の修得といった専門性を帯びるにつれ、教育科目も病理学、解剖生理学、運動生理学など医学的な分野に関係する領域が増えていった。このような傾向に対し日本学術会議 健康・生活科学委員会 家政学分会（日本学術会議 2020）は、管理栄養士に対するアンケート結果と各教科における単位数配分の変遷を引き合いに出して、現在の管理栄養士のカリキュラムは医学系や農学系の栄養学に重心が置かれているとし、そのため多様化する個々の生活スタイルに応じ、健康な生活を営むための具体的な食事（料理）や食べ方の指導・実践をする能力が不足すると主張する。

そうであれば、管理栄養士・栄養士の食生活改善に対する理解の章でも述べたが、改めて管理栄養士のカリキュラムが医学系・農学系の栄養学に重心を置いてきた理由、およびこの領域こそが、管理栄養士が社会情勢に応じて担うべき領域であり、住民の食生活改善に必要な知識と認識された理由を検討する必要がある。

そこで次節では、国民健康・栄養調査結果に応じて健康政策を策定する国の見解に焦点をあて、科学的なカリキュラムに重心を置くことで国民の食生活をどう把握し、どのような方法で改善を試みようとしてきたのかを検討する。

表3 管理栄養士・栄養士カリキュラムの変遷と制度

| | 1963年5月29日厚生省令第24号 | | 1973年4月11日厚生省令第16号 | | 1986年12月10日厚生省令第55号 | | 2001年9月5日厚生省令第186号 | | | |
|---------------|--------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|--------|--------|--|
| | | | | | | | 講義又は演習 | 実験又は実習 | | |
| 栄養士教育課程編成基準 | 公衆衛生学 | 6単位以上 | 公衆衛生学 | 6単位以上 | 公衆衛生学 | 4単位以上 | | | 専門分野 | |
| | | | | | 食生活論 | 1単位以上 | 社会生活と健康 | 4単位 | | |
| | 食糧経済 | 2単位以上 | 食糧経済 | 2単位以上 | 食糧経済 | 1単位以上 | 食品と衛生 | 4単位 | | |
| | 食品学 | 10単位以上 | 食品学 | 9単位以上 | 食品学 | 6単位以上 | | | | |
| | 調理(学) | 4単位以上 | 調理(学) | 5単位以上 | 調理(学) | 5単位以上 | 人体の構造と機能 | 8単位 | | |
| | 食品衛生学 | 4単位以上 | 食品衛生学 | 4単位以上 | 食品衛生学 | 3単位以上 | | | | |
| | | | | | 生理学(生化学) | 4単位以上 | 栄養と健康 | 8単位 | | |
| | | | | | 解剖生理学 | 14単位以上 | | | | |
| | | | | | 運動生理学 | 9単位以上 | 栄養の指導 | 6単位 | | |
| | 栄養学 | 16単位以上 | 栄養学 | 14単位以上 | 栄養学 | 9単位以上 | | | | |
| 栄養指導(論) | 6単位以上 | 栄養指導(論) | 9単位以上 | 栄養指導(論) | 5単位以上 | 公衆栄養学 | 1単位以上 | | | |
| | | | | 給食管理 | 4単位以上 | 給食の運営 | 4単位 | | | |
| 社会福祉 | 2単位以上 | 社会福祉 | 1単位以上 | | | | | | | |
| | | 1968年厚生省公衆衛生局長より専門性についての通達 | | 1985年管理栄養士の登録は全て国家試験合格者になる | | 2000年管理栄養士業務が明確化される | | | | |
| 管理栄養士教育課程編成基準 | 公衆衛生学 | 6単位以上 | 公衆衛生学 | 7単位以上 | 公衆衛生学 | 4単位以上 | | | 専門基礎分野 | |
| | | | | | 食生活論 | 1単位以上 | 社会・環境と健康 | 6単位 | | |
| | | | | | 健康管理概論 | 1単位以上 | | | | |
| | 食糧経済 | 2単位以上 | 食糧経済 | 2単位以上 | 食糧経済 | 2単位以上 | 食べ物と健康 | 8単位 | | |
| | 食品学 | 14単位以上 | 食品学 | 12単位以上 | 食品学 | 4単位以上 | | | | |
| | | | | | 食品加工学 | 5単位以上 | 人体の構造と機能および疾病の成り立ち | 14単位 | | |
| | 調理(学) | 4単位以上 | 調理(学) | 5単位以上 | 調理(学) | 5単位以上 | | | | |
| | 食品衛生学 | 4単位以上 | 食品衛生学 | 4単位以上 | 食品衛生学 | 3単位以上 | 基礎栄養学 | 2単位 | | |
| | 微生物学 | 2単位以上 | 微生物学 | 2単位以上 | 微生物学 | 9単位以上 | | | | |
| | 生理学(生化学) | 2単位以上 | 生理学(生化学) | 4単位以上 | 生理学(生化学) | 7単位以上 | 応用栄養学 | 6単位 | | |
| | 病理学 | | 病理学 | | 病理学 | 4単位以上 | | | | |
| | | | | | 解剖生理学 | 19単位以上 | 臨床栄養学 | 7単位以上 | | |
| | | | | | 運動生理学 | 12単位以上 | | | | |
| | 栄養学 | 20単位以上 | 栄養学 | 19単位以上 | 栄養学 | 2単位以上 | 基礎栄養学 | 2単位 | | |
| | | | 栄養学総論 | | ↑ 栄養学総論 | | 臨床栄養学 | 8単位 | | |
| | | | 栄養生理・生化学 | | ↑ 栄養学各論 | | 臨床栄養学 | 8単位 | | |
| | | | 特殊栄養学 | | | | 臨床栄養学 | 8単位 | | |
| | | | 病態栄養学総論 | | | | 臨床栄養学 | 8単位 | | |
| | | | 病態栄養学各論 | | | | 臨床栄養学 | 8単位 | | |
| | | 公衆栄養 | | | | 臨床栄養学 | 8単位 | | | |
| 栄養指導(論) | 6単位以上 | 栄養指導(論) | 9単位以上 | 栄養指導(論) | 6単位以上 | 栄養教育論 | 6単位 | | | |
| | | | | 臨床栄養学 | 7単位以上 | 臨床栄養学 | 8単位 | | | |
| 給食管理 | 4単位以上 | 給食管理 | 4単位以上 | 給食管理 | 4単位以上 | 公衆栄養学 | 4単位 | | | |
| | | | | | | 給食経営管理論 | 4単位 | | | |
| | | | | | | 総合演習 | 2単位 | | | |
| | | | | | | 臨地実習 | 4単位 | | | |
| 高分子化学 | 2単位以上 | 高分子化学 | 2単位以上 | | | | | | | |
| 生物化学 | 2単位以上 | 生物化学 | 2単位以上 | | | | | | | |
| 数理統計学 | 2単位以上 | 数理統計学 | 2単位以上 | | | | | | | |
| 社会心理学 | 2単位以上 | 社会心理学 | 2単位以上 | | | | | | | |
| 社会福祉 | 2単位以上 | 社会福祉 | 2単位以上 | | | | | | | |
| 経営管理 | 2単位以上 | 経営管理 | 2単位以上 | | | | | | | |

(出典) 鈴木道子「東北大学大学院教育学研究年報」、第58集・第2号(2010)、日本栄養学会健康・生活科学委員会家政学分会(202)データより筆者作成

4-2 国の見解

第二次世界大戦直後の1945年、GHQの要請により開始された国民栄養調査は、1952年の栄養改善法の規定により国が実施することになった。その後、栄養改善法は2003年に健康増進法として制定され、それと同時に国民栄養調査も国民健康・栄養調査に変更された。国民健康・栄養調査は、健康増進法を根拠法令として「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料として、国民の身体の状況、栄養摂取量及び生活習慣の状況を明らかにするため」実施されている。そのため、この調査は栄養のみならず運動、休養(睡眠)、飲酒、喫煙、歯の健康などの生活習慣全般に関する項目を含み、これら調査の結果は、健康日本21(第二次)や第2次食育推進基本計画などの政策のモニタリング(田中・他 2017)、日本人の食事摂取基準、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、様々な健

健康増進対策立案の際の基礎資料として活用されている（吉池・林 2020）。

国民健康・栄養調査内容の変遷を辿ると、開始当初は栄養摂取状況調査および身体状況調査が中心であり、さらに対象となる性や年齢構成、設問内容及び選択肢の文言についても調査年により異なるなど、系統的に比較可能な調査項目は僅かであった（田中2017）。栄養摂取状況調査および身体状況調査は現在においても継続的に行われているが、1946～2013年までの国民栄養調査および国民健康・栄養調査の報告書を分析した田中久子・他（2017）によると、それ以外の項目で5年以上系統的に比較可能であるのは、2003年の健康増進法により、「毎年把握すべき項目」が決められて（厚生労働省 2003）以降であり、その内訳は食生活、休養、飲酒、喫煙、歯の健康、糖尿病であるとされている。

では健康政策はどうか。1965年、組織令の一部改正により、国民の健康づくり対策の一環として健康増進や健康づくりに取り組む役割を担うことになったのが厚生省（現厚生労働省）であるが、実際に具体的な政策が示されるようになったのは1970年代に入ってからである（真殿 2019）。本格的な政策としては、1978年の第1次国民健康づくり対策が出発点となる。この政策は第4次（2013～）国民健康づくり（「健康日本21（第2次）」）として現在まで続いているが、その取り組み内容は時代に応じて変化している。真殿仁美（2019）によると、第1次（1978～1987）は健康づくりの啓発・普及として「栄養」に重点が置かれ、栄養所要量の普及や加工食品の栄養成分の表示が促されたが、第2次（1988～1997）では、平均寿命⁶⁾および健康寿命の延伸に伴い「運動」を通じた健康づくりに重点が置かれている。また、第3次（2000～2012）では、高齢化⁷⁾による要介護者の増加や、加齢に伴う「生活習慣の改善」といった背景と、公衆衛生審議会成人病難病対策部会において「成人病」が1996年に「生活習慣病」へと名称変更されたことから、その発症や進行予防のために9つの分野（食生活・栄養、身体活動・運動、休養・心の健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がん）について、具体的な数値目標が置かれた。また、第3次の根拠法として2003年に制定・施行された健康増進法により、健康は「国民の責務」であり、健康増進に関する知識の普及、情報、分析、研究、人材育成及び資質の向上に関しては「国および地方公共団体の責務」となった（真殿 2019）。つまり、この健康増進法により、健康は各自の責任において主体的⁸⁾に取り組むよう明確化されたのである。

だが、ここでの主体と、先述した松下が主張する主体とは同義ではないことを述べておく必要がある。松下の主体とは、生活を営む場である地域社会と自分達の健康との関係を住民一人ひとりが理解し、そこから健康を害する要因を意識化していく生活者としての主体である。そこには、住民が学習の必要性を認識することと、その学習を支える存在が不可欠となる。

一方、国のいう主体とは、社会全体による支援の必要性を認めつつも、健康問題は生活習慣から派生するため、個人の健康観に基づき一人ひとりが主体的に取り組むという、個人を軸とした解釈である。高尾将幸(2014)は、このような国の方針を財政的効率性の観点から「制度を担うマネジメントの主体」とし、それは「他者に依存することのないよう、自らの能力の最適化を図るアクティブな主体」との見解を示す。

つまり国の見解は、先述したように科学的な知識や技術を得ることで、住民は自己の身体状況と食生活との関係性を理解し、食生活を振り返り、そこで顕在化した課題の解決に取り組むのであり、栄養計算や身体計測、血液検査の結果といった科学的な評価は『自分の健康は自分達で守る』という自覚と態度の育成に繋がるという解釈に基づいている。こういった

科学的な知識を学び、「他者に依存することのないよう、自らの能力の最適化を図るアクティブな主体」の育成に関るのが、まさに管理栄養士の役割と捉える。では、国のこのような見解とそれに応じた養成カリキュラムにより、管理栄養士はその専門性に対する意識をどう形成してきたのであろうか。

4-3 専門性に対する管理栄養士・栄養士の理解

学術団体である（NPO法人）日本栄養改善学会は、厚生労働省から「平成29年度管理栄養士専門分野別人材育成事業（教育養成領域での人材育成）」の委託を受け、2017年8月、「管理栄養士・栄養士のための栄養学教育モデル・コア・カリキュラムの検討」のための調査を行っている。この実施にあたり3つのワーキンググループが構成されたが、その中の一つである「管理栄養士・栄養士のめざす姿分析ワーキンググループ」は、多様な領域で活躍する223名の管理栄養士・栄養士を対象に、管理栄養士・栄養士の「求められる基本的な資質・能力」および「めざす姿」について調査・分析を行っている。

「求められる基本的な資質・能力」に関し、重要度を1～5点で得点化した結果、最も平均値が高かったのは「コミュニケーション能力」であり、次いで「職業に対する倫理観」「課題解決能力」「多職種との連携・協働」という順であった。「めざす姿」においては、記述による回答を5つに分類し、その出現数と割合を提示している（表4.表5）。

ここでは、管理栄養士・栄養士ともに最も出現率が高かったカテゴリーは【職務内容】であったが、そのサブカテゴリーをみると、管理栄養士では《対象に応じた栄養・食の支援ができる》の出現率が高く、次いで《栄養教育・栄養指導》であった。一方栄養士では《適切な給食を提供するための技術がある（適正栄養量の供給、献立作成、調理技術管理等）》の出現率が高く、次いで《対象に応じた栄養・食の支援ができる》であった。この結果より、管理栄養士は栄養教育や栄養指導による食支援を職務内容と認識しているのであり、栄養士のほうは実務的な側面からの食支援を職務内容と認識していることがわかる。では、対象者の主体性に関してはどうか。同カテゴリーのサブカテゴリー《対象者の主体性を重視した支援ができる》の出現率は、管理栄養士のめざす姿では2.2%、栄養士においては0%であった。このことは、管理栄養士・栄養士はいずれも、栄養ケアプロセスを展開し、栄養教育・栄養指導を進めることは可能であるが、対象者の主体性を重視することに関しては職務内容と考えていない、あるいは主体性を誘起する支援方法を学んでこなかったと捉えることができる。次に出現率の高いカテゴリー【専門性】についてはどうか。管理栄養士・栄養士共に《高度な知識を活用し、専門性を発揮する》の出現率が高い。これは日本栄養士会がめざす「高度な専門性」と一致する。しかし、その高度な知識や専門性の具体的な内容について、管理栄養士・栄養士の見解と日本栄養士会の見解、および住民の見解が一致しているのかどうかの検討が必要となる。3番目に出現率が高いカテゴリー【姿勢・素養】では、共に《人々に寄り添うことができる》の出現率が高い。だが、コミュニティの組織化に関ると想定される《ネットワークづくり》や《社会に貢献する姿勢》はどちらも低い。また、【使命・役割】のサブカテゴリーでは、《人々のQOLの向上に寄与する》《食を通じた支援ができる》《人々の健康の維持増進に貢献する》は非常に低く、一方で《食・栄養を通して人々の健康を維持増進・疾病予防・治療に貢献する専門家》と、そこに栄養や疾病、治療、専門家という文言がつくと出現率は高くなる。

したがって、管理栄養士・栄養士にとって高度な知識および専門性とは疾病や治療にかかわることであり、そういった科学性を帯びた観点から食の支援者として住民に寄り添うことを「使命・役割」と考えていると言える。しかし、対象者のQOLや主体性を重視すること、ネットワーク作りに関わることについての出現率は低いことから、逆説的に言うと管理栄養士・栄養士が考える食の支援とは、専門的知識・技術の啓発に特化したものとの理解が浮上する。

ただしこのアンケートは、行政管理栄養士・栄養士に限定したものではないことからその解釈には注意が必要である。行政の管理栄養士・栄養士は、地域住民に対し食品や食べ方の影響とその改善のためのアプローチを考える「栄養改善」、優先度の高い疾患や高額な医療費を必要とする疾患およびそれを予防するための食事を考える「疾病の発症・重症化予防」、人口構造の変化、社会保障給付金の構造及び医療費の推移から考える「医療費の削減」(厚生労働省 2022)などの成果が期待できる施策に応じた実践を行うことが期待されている。だがここでもし、人々の健康の維持増進に対する食支援が、生活習慣、特に食生活に起因する疾病増加を背景に、疾病の発症および重症化予防中心であるとしたら、住民に対する栄養指導は「病気ありき」または「病気前提」のもとで実践されることになる。そうであれば、住民が「日常生活に問題がない」「病気がない」ことが健康、と考えること自体が国や専門職にとっては「問題」、つまりその「日常生活」が、専門職が考える「健康的な」生活なのか、「病気がない」のは病気の症状が「今」は無いからだけではないかという発想になり、善意の管理栄養士・栄養士は一層、身体状況と食生活との関係性を説くことで、住民に対し自己管理することの自覚を促すことになる。専門職にとってこのような論理が前提になっているとすれば、実践が展開しないのは科学的知識の理解不足や曖昧な理解の故であるということになり、管理栄養士・栄養士はよりいっそう科学的な知識を学修し、それを正確に住民に提供することが求められるようになる。こうした実践のサイクルができあがると、学修カリキュラムはますます医学系・農学系中心となり、住民と真摯に向き合う管理栄養士・栄養士も実践の場ではその傾向を強めていくことにならざるをえない。専門職自身が社会的な視点を欠く場合には、おのずとその支援も「他者に依存することのないよう、自らの能力の最適化を図るアクティブな主体」の育成へと向かう。一方で住民は、食生活と疾病との関係を認識しているが、実際は時間的なゆとりや情報、流通といった個人ではコントロールできない複雑な環境のなかで生活しているのであり、専門職や行政が考えるような疾病予防や重症化予防といった観点からだけでは住民は実践できない。専門職側が科学的知識の啓発に専念すればするほど、相違は再生産され固定化する。そこに専門職側と住民側の食生活改善実践の理解に対する齟齬があると言ってよい。

先に見たように、松下(1987)は主体性について、健康を害する要因を自分の生活の中に見つけ、同時にその要因を生み出す背景、つまり地域の問題を明らかにする視野をもつことが健康問題の課題に立ち向かう最良の方法であるとし、自らの健康を社会背景との関係で住民が意識化していく過程こそが「主体的な学習」とであると主張する。また小島(2006)は、地域の健康問題は保健活動によって解決するという単純な現象ではないとし、湯澤(1999)やMinkler and Cox(1980)、Freire(1970,1973)を引用することで、地域住民自身が健康問題の根本にある課題を見つけ、その重要性に気付き追求するコミュニティの組織化が住民の健康水準を向上させると主張する。

表4 管理栄養士のめざす姿

| | 全体(N=223) | | 管理栄養士(N=203) | | 栄養士(N=20) | |
|--|-----------|------|--------------|------|-----------|------|
| | 出現数 | % | 出現数 | % | 出現数 | % |
| 管理栄養士の使命・役割 | 51 | 22.9 | 50 | 24.6 | 1 | 5.0 |
| 人々のQOLの向上に寄与する | 9 | 4.0 | 9 | 4.4 | 0 | 0.0 |
| 食・栄養を通して人々の健康を維持増進・疾病予防・治療に貢献する専門家 | 39 | 17.5 | 38 | 18.7 | 1 | 5.0 |
| 食を通じた支援ができる | 0 | 0.0 | 9 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 人々の健康の維持増進に貢献する | 0 | 0.0 | 9 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 管理栄養士に対するニーズ | 3 | 1.3 | 3 | 1.5 | 0 | 0.0 |
| 管理栄養士の専門性 | 100 | 44.8 | 92 | 45.3 | 8 | 40.0 |
| 高度な専門知識を有する | 16 | 7.2 | 12 | 5.9 | 4 | 20.0 |
| 高度な知識を活用し、専門性を発揮する | 37 | 16.6 | 35 | 17.2 | 2 | 10.0 |
| 科学的な根拠に基づいた支援を実践するために科学的根拠を読み取り、適用し創出できる | 16 | 7.2 | 16 | 7.9 | 0 | 0.0 |
| プロフェッショナル | 13 | 5.8 | 12 | 5.9 | 1 | 5.0 |
| スペシャリスト | 9 | 4.0 | 9 | 4.4 | 0 | 0.0 |
| マネジメント | 9 | 4.0 | 8 | 3.9 | 1 | 5.0 |
| 管理栄養士の職務内容 | 106 | 47.5 | 98 | 48.3 | 8 | 40.0 |
| 適切な栄養アセスメントができる | 2 | 0.9 | 2 | 1.0 | 0 | 0.0 |
| 適切に栄養ケアプロセスを展開し有効な栄養改善が実施できる（栄養管理） | 17 | 7.6 | 16 | 7.9 | 1 | 5.0 |
| 健康の増進に向けて環境を整備することができる | 10 | 4.5 | 10 | 4.9 | 0 | 0.0 |
| 対象に応じた栄養・食の支援ができる | 31 | 13.9 | 27 | 13.3 | 4 | 20.0 |
| 栄養教育・栄養指導ができる | 22 | 9.9 | 21 | 10.3 | 1 | 5.0 |
| 対象者の主体性を重視した支援ができる | 5 | 2.2 | 5 | 2.5 | 0 | 0.0 |
| 適切な給食運営管理ができる | 8 | 3.6 | 6 | 3.0 | 2 | 10.0 |
| 適切な給食を提供するための技術がある（適正栄養量の供給、調理技術管理等） | 8 | 3.6 | 8 | 3.9 | 0 | 0.0 |
| 経営管理ができる | 1 | 0.4 | 1 | 0.5 | 0 | 0.0 |
| 人材育成 | 2 | 0.9 | 2 | 1.0 | 0 | 0.0 |
| 姿勢・素養 | 94 | 42.2 | 86 | 42.2 | 8 | 40.0 |
| 責任を持って業務を遂行する姿勢 | 5 | 2.2 | 5 | 2.5 | 0 | 0.0 |
| （課題解決に向けて）広い視点で物事を論理的に進めることができる | 8 | 3.6 | 8 | 3.9 | 0 | 0.0 |
| 人々に寄り添うことができる | 22 | 9.9 | 22 | 10.8 | 0 | 0.0 |
| 人としての基礎的な素養を身に付けている | 9 | 4.0 | 7 | 3.4 | 2 | 10.0 |
| 高い職業観を持っている | 1 | 0.4 | 1 | 0.5 | 0 | 0.0 |
| 自らの役割を理解すると共に新たな価値を切り拓く姿勢 | 4 | 1.8 | 4 | 2.0 | 0 | 0.0 |
| 自分の役割に誇りを持つ姿勢 | 3 | 1.3 | 3 | 1.5 | 0 | 0.0 |
| 向上心を持ち、学び続ける姿勢 | 17 | 7.6 | 15 | 7.4 | 2 | 10.0 |
| リーダーシップ | 10 | 4.5 | 8 | 3.9 | 2 | 10.0 |
| 対象者とのコミュニケーション | 7 | 3.1 | 6 | 3.0 | 1 | 5.0 |
| ネットワーク作り | 2 | 0.9 | 2 | 1.0 | 0 | 0.0 |
| 発信力 | 3 | 1.3 | 2 | 1.0 | 1 | 5.0 |
| 社会に貢献する姿勢 | 3 | 1.3 | 3 | 1.5 | 0 | 0.0 |

(出典) 「平成29年度管理栄養士・栄養士養成のための栄養学教育モデル・コア・カリキュラムの検討」 データより筆者一部抜粋

つまり、松下や小島によると、健康問題に対し取り組む「主体性」とは、「他者に依存することのないよう、自らの能力の最適化を図るアクティブな主体」ではなく、自身と社会背景との間に潜む、健康を害する問題の意識化を起点としているのであって、それは集団やコミュニティの組織化において発揮されるというものである。

では、養成カリキュラムでは、住民の主体性の涵養とそれにかかわる管理栄養士の専門性はどのように整理され、どのような方法で住民の食生活を把握し、改善へ導くことを期待しているのだろうか。そこから住民との齟齬を提示する。

表5 栄養士のめざす姿

| | 全体(N=223) | | 管理栄養士(N=203) | | 栄養士(N=20) | |
|--|-----------|------|--------------|------|-----------|------|
| | 出現数 | % | 出現数 | % | 出現数 | % |
| 栄養士の使命・役割 | 35 | 15.7 | 34 | 16.7 | 1 | 5.0 |
| 人々のQOLの向上に寄与する | 2 | 0.9 | 2 | 1.0 | 0 | 0.0 |
| 食・栄養を通して人々の健康を維持増進・疾病予防・治療に貢献する専門家 | 27 | 12.1 | 27 | 13.3 | 0 | 0.0 |
| 食を通じた支援ができる | 5 | 2.2 | 4 | 2.0 | 1 | 5.0 |
| 人々の健康の維持増進に貢献する | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 管理栄養士に対するニーズ | 1 | 0.4 | 1 | 0.5 | 0 | 0.0 |
| 栄養士の専門性 | 55 | 24.7 | 50 | 24.6 | 5 | 25.0 |
| 高度な専門知識を有する | 14 | 6.3 | 12 | 5.9 | 2 | 10.0 |
| 高度な知識を活用し、専門性を発揮する | 20 | 9.0 | 17 | 8.4 | 3 | 15.0 |
| 科学的な根拠に基づいた支援を実践するために科学的根拠を読み取り、適用し創出できる | 7 | 3.1 | 7 | 3.4 | 0 | 0.0 |
| プロフェッショナル | 7 | 3.1 | 7 | 3.4 | 0 | 0.0 |
| スペシャリスト | 5 | 2.2 | 5 | 2.5 | 0 | 0.0 |
| マネジメント | 2 | 0.9 | 2 | 1.0 | 0 | 0.0 |
| 栄養士の職務内容 | 94 | 42.2 | 81 | 39.9 | 13 | 65.0 |
| 適切な栄養アセスメントができる | 1 | 0.4 | 1 | 0.5 | 0 | 0.0 |
| 適切に栄養ケアプロセスを展開し有効な栄養改善が実施できる（栄養管理） | 13 | 5.8 | 10 | 4.9 | 3 | 15.0 |
| 健康の増進に向けて環境を整備することができる | 2 | 0.9 | 2 | 1.0 | 0 | 0.0 |
| 対象に応じた栄養・食の支援ができる | 16 | 7.2 | 15 | 7.4 | 1 | 5.0 |
| 栄養教育・栄養指導ができる | 15 | 6.7 | 12 | 5.9 | 3 | 15.0 |
| 対象者の主体性を重視した支援ができる | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 適切な給食運営管理ができる | 10 | 4.5 | 9 | 4.4 | 1 | 5.0 |
| 適切な給食を提供するための技術がある（適正栄養量の供給、調理技術管理等） | 37 | 16.6 | 32 | 15.8 | 5 | 25.0 |
| 経営管理ができる | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 人材育成 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 姿勢・素養 | 52 | 23.3 | 42 | 20.7 | 10 | 50.0 |
| 責任を持って業務を遂行する姿勢 | 6 | 2.7 | 5 | 2.5 | 1 | 5.0 |
| （課題解決に向けて）広い視点で物事を論理的に進めることができる | 3 | 1.3 | 3 | 1.5 | 0 | 0.0 |
| 人々に寄り添うことができる | 14 | 6.3 | 11 | 5.4 | 3 | 15.0 |
| 人としての基礎的な素養を身に付けている | 3 | 1.3 | 2 | 1.0 | 1 | 5.0 |
| 高い職業観を持っている | 1 | 0.4 | 0 | 0.0 | 1 | 5.0 |
| 自らの役割を理解すると共に新たな価値を切り拓く姿勢 | 1 | 0.4 | 1 | 0.5 | 0 | 0.0 |
| 自分の役割に誇りを持つ姿勢 | 2 | 0.9 | 2 | 1.0 | 0 | 0.0 |
| 向上心を持ち、学び続ける姿勢 | 9 | 4.0 | 7 | 3.4 | 2 | 10.0 |
| リーダーシップ | 5 | 2.2 | 4 | 2.0 | 1 | 5.0 |
| 対象者とのコミュニケーション | 3 | 1.3 | 3 | 1.5 | 0 | 0.0 |
| ネットワーク作り | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 発信力 | 1 | 0.4 | 0 | 0.0 | 1 | 5.0 |
| 社会に貢献する姿勢 | 4 | 1.8 | 4 | 2.0 | 0 | 0.0 |

（出典）「平成29年度管理栄養士・栄養士養成のための栄養学教育モデル・コア・カリキュラムの検討」 データより筆者一部抜粋

4-4 管理栄養士・栄養士による住民の食生活の把握と評価

管理栄養士養成カリキュラムの専門分野の一つに「栄養教育論」がある。この「栄養教育論」は従来「栄養指導論」という教科名であったが、2002年の新カリキュラムによって現在の教科名に変更され、同時に教育内容も食行動変容や栄養教育マネジメントなど、行動科学に基づく理論やその実践に比重が置かれるようになった（厚生労働省 2001）。栄養教育マネジメントの意義とは、「栄養教育とは、健康の保持・増進、疾病予防・治療、機能回復、QOLの向上に寄与する食生活を、対象者自らが構築する自己管理能力の形成と確立をめざすための人間教育」（笠原・斎藤 2018）であるとする。対象者をこのような方向へ導くために、栄養教育論では、栄養アセスメント（栄養評価と栄養診断）(Plan)、栄養計画の立案 (Plan)、実施 (Do)、評価 (Check)、改善 (Act) といったPDCAプログラムを提示し、管理栄養士はそれが実践できるマネジメント能力を要求された。栄養アセスメントの栄養評価とは、性別・年齢といった基本情報の他に、現病歴・治療歴、臨床診査、身体計測、生化学検査、栄養素摂取状況、食態度、食環境⁹⁾ などである。これら栄養評価によって得られた情報を基に、栄養

状態の判定（診断）が行われ、そこから栄養計画の立案、実施、評価といった一連のプロセスが進行する。このマネジメントサイクルを図1と照合すると専門職、住民の相違がみえてくる（図2）。

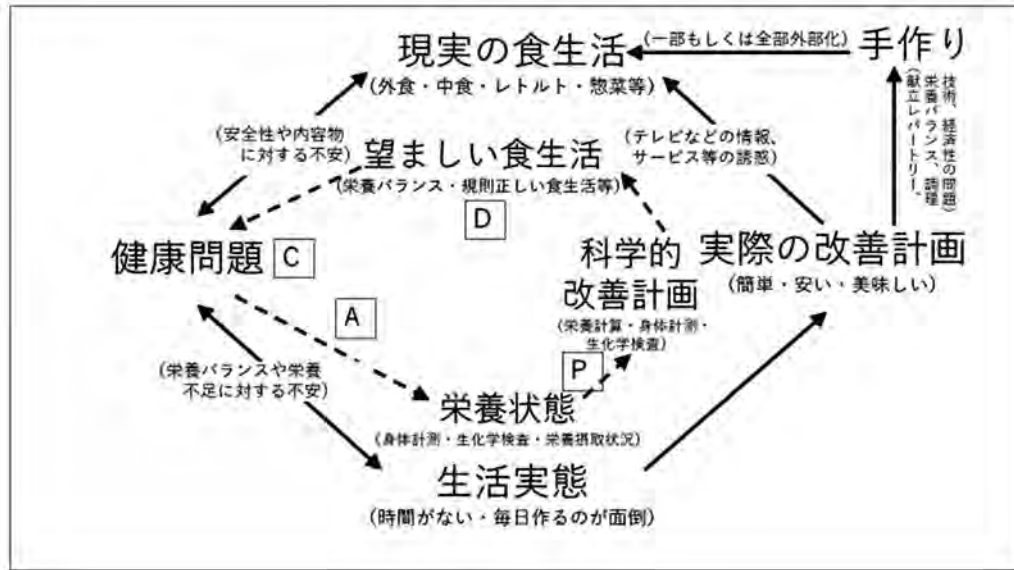


図2 食生活改善に対する住民と管理栄養士の理解の相違

内側の破線の循環が、管理栄養士が想定する食生活改善や健康増進の実践モデルである。この構図では、健康問題は栄養問題に転換し、管理栄養士が提示する科学的な介入計画に基づく食行動（食生活）を実践すれば、健康状態は改善する（健康問題は解決する）という理解になる。この循環を強化するために推奨されているのがPDCAサイクルである。

外側の実線の循環は、住民の健康問題への対処の仕方である。住民にとって健康状態や健康問題は、栄養、身体活動・運動、休養・心の健康づくり、たばこ、アルコールといった生活習慣に関する問題だけではない。時間不足などの社会的背景を含む生活実態に規定され、改善計画も栄養のみに焦点を合わせたものではなく、時間的なゆとりや経済性、美味しさ、あるいは外部情報の影響を受けたものとなる。その結果、外食・中食など、一部もしくは全部外部化した食生活になり、それが健康問題を再生産させている。齟齬とは、この破線のサイクルと実線のサイクルを指す。

以上より、食生活改善とは、生活習慣に対する具体的な数値目標を置き、計画を立案しても簡単に解決できるものではない。こういった事象は、健康問題とは健康政策や保健活動によって解決できる単純なものではないという小島（2006）の妥当性を証明する。

一方、主体性についても、破線のサイクルを進める主体性という理解と、実線のサイクルを再構成する主体性に区分して検討する必要がある。住民の主体性を涵養する管理栄養士の専門性も、二つの主体性の区別と関連性を踏まえた検討が必要になる。なぜならば、住民にとって食生活とは、強く社会性を伴ったものであるが故に、統計的で科学的根拠を重視し策定された規範や指導では、生きる主体（宮崎 2009）である住民の食行動、食態度の改善は一時的なものに留まり、松下が主張する主体性は涵養されないからである。

5. 結語

本研究は、食生活改善に対する理解において、住民と管理栄養士・栄養士間における齟齬涵養の背景をアンケート調査および制度的・歴史的観点から分析した。

その結果、第一に、住民の食生活改善には時間のゆとりが必要であることが明らかとなった。住民は栄養バランスが整った食事や規則正しい食事、野菜・乳製品の摂取など、健康を維持するために必要な程度の知識をもっていることが判明したが、それを日々多忙な中で実践することは困難であること、また、一方向的な食教育は自己管理と自己責任を増長し、むしろ食の部分加工食品や惣菜など外部に依存することが明らかとなった。

第二に、健康は「国民の責務」という論理は、その政策が示される以前からすでに行政において胚胎していたことが明らかとなった。このような論理と実践は、対象者と真摯に向き合う管理栄養士・栄養士の苦悩を大きくし、故に科学的知識や技術の啓発を軸とした主体性喚起の方向性を強めていくというパラドックスが生じる可能性が明らかとなった。

第三に、科学的知識や技術に偏重した管理栄養士・栄養士養成カリキュラムは、その専門性を高めると同時に、一方で社会的背景や住民のQOLに関する学修が欠落する恐れがあることも明らかとなった。

時間のゆとりといった生活実態を軸として考える住民の食生活改善と、科学的知識の啓発やPDCAを軸に考える専門職の食生活改善の構図は、両者の間に存在する齟齬を顧みないまま自己管理を強いることになり、共に分かち合えないが故にむしろ相違は固定化することが明らかとなった。また、評価し評価されるという構図は、健康問題を解明しようとする住民の主体性を喚起しないことも示唆された。

ただし、本研究はあくまでも試論の域を出ず、医学・農学系重視の養成カリキュラムや数値による判断、PDCAといったマネジメントを否定するものではない。実際、こういった学問が発展したことによって、また、行政栄養士を含む多くの管理栄養士・栄養士によって国民の健康状態や栄養状態は急速に改善されてきた。しかし、一人ひとりが主体的に食生活改善を実践していくことを望むのであれば、住民自身が健康問題の根本にある課題を考えられるような学修およびそれを支える地域づくりや組織づくりに関する学修の必要性が問われてくる。

現在では、第4次国民健康づくり対策「健康日本21(第二次)」の中間報告(2018)を受け、「全国に約300校ある管理栄養士・栄養士養成施設の学生による同世代への人たちへの啓発活動」等への強化が課題・対策の一つとして挙げられている。これを実現しようとするならば、管理栄養士・栄養士は、個人のQOLのみならず、住民自身が健康を害する問題を社会的背景との関係において意識化できるような学修およびそのコミュニティの組織化といった地域社会における組織的な学習の必要性を認識すること、そして住民との間に生じる矛盾を対象化し、自らの専門性の在り方を再考することが求められると言える。

以上を踏まえ、今後は専門性再考の契機を明確化し、住民の主体的な食生活改善を可能にする専門職の学習実践の分析を課題としたい。

補注

- 1) 管理栄養士・栄養士になるには、高校卒業後、管理栄養士養成課程もしくは栄養士養成課程のある大学、短期大学、専門学校に入学し、所定の単位を取得して卒業する必要がある。栄養士は、栄養士養成施設卒業後、都道府県知事の免許を受けて「栄養士」となり、一方、管理栄養士は、管理栄養士養成施設卒業後、管理栄養士国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けて「管理栄養士」となる。なお、栄養士養成施設卒業後に栄養士として働き、管理栄養士国家試験に合格すれば「管理栄養士」になれる。<https://www.dietitian.or.jp/students/dietitian/>（2023年2月14日取得）
- 2) 2008年度から40～74歳の被保険者と被扶養者に義務化された、メタボリックシンドロームの概念を取り入れた特定健康診査と特定保健指導である。指導は、医師、保健師、管理栄養士等が担う（吉池・林 2020: 101）。
- 3) 食生活データ総合統計年報とは、「食生活」に関するあらゆる分野の統計・調査・アンケートなどから得られた最新資料を掲載した年報。
- 4) 年報96～97年版では、栄養素についての質問はなかったが、年報99年版でこのキーワードが使用されていることから用いた。また、この調査が全国清涼飲料工業会の「清涼飲料総合調査」において行われていることは興味深い。
- 5) 1985年、平均寿命の伸長に鑑み、成人病（現生活習慣病）予防の観点から策定された。
 - 1 多様な食品で栄養バランスを
 - 一日三〇食品を目標に
 - 主食、主菜、副菜をそろえて
 - 2 日常生活活動に見合ったエネルギーを
 - 食べすぎに気をつけて、肥満を予防
 - よくからだを動かし、食事内容にゆとりを
 - 3 脂肪は量と質を考えて
 - 脂肪はとりすぎないように
 - 動物性の脂肪より植物性の油を多めに
 - 4 食塩をとりすぎないように
 - 食塩は一日一〇グラム以下を目標に
 - 調理の工夫で、むりなく減塩
 - 5 こころのふれあう楽しい食生活を
 - 食卓を家族ふれあいの場に
 - 家庭の味、手づくりのこころを大切に
- 6) 「52年の我が国の平均寿命（0歳における平均余命）は、男子72.69年、女子77.95年となり男女とも世界の最高水準に達した」（厚生白書 1978）。
- 7) 「我が国の65歳以上人口は、昭和25（1950）年には総人口の5％に満たなかったが、昭和45（1970）年に7％を超え、さらに、平成6（1994）年には14％を超えた。高齢化率はその後も上昇を続け、令和元（2019）年10月1日現在、28.4％に達している」『高齢化の現状と将来像 令和2年版高齢社会白書』（内閣府 2022年8月15日取得）。
- 8) 2002年、健康増進法公布による新カリキュラムに基づく管理栄養士養成により、従来の「栄養指導論」が「栄養教育論」に変更された。その中に、行動変容理論・モデル、カウンセリング技法やPDCAサイクルによるマネジメントといった内容が加わった（赤松 2011）。このことから、主体性は行動科学によって理解されたと考えられる。政府はこのような学術的根拠に基づいた実践により国民の食生活改善行動を望むようになったと言え、それを導く専門職の一つとして期待されたのが管理栄養士・栄養士だったと言ってよい。

- 9) この中で教育を受ける対象者の社会背景に関する項目としては食環境が相当するが、ここで行う評価は、アベイラビリティやアクセシビリティといった物理環境、食事を共にする家族や友人・仲間の存在といった社会的影響に関する社会環境、食費に関する価格・収入といった経済環境、教育・広告・メディアなどの情報環境である。

引用文献

- 赤松利恵「第一回奨励賞受賞講演 行動科学との出会いから『食行動学』研究の確立を目指して」『お茶の水女子大学大学院人間文化創成科学研究科第20回日本健康教育学会学術大会』2011, 6/25-26.
- 栄養サミット2020パンフレットinn (mhlw.go.jp) (2022年12月10日取得) .
- 林美美・他「特定保健指導対象者の職域男性における減量成功の条件とフロー 個別インタビューによる質的検討」『日本公衛誌』59(3), 2012, pp.171-182.
- 林美美・他「特定保健指導対象の職域男性における減量の非成功要因についての検討：個別インタビューによる質的検討」『日健教誌』22(2), 2014, pp.111-122.
- 笠原賀子・斎藤トシ子『栄養化学シリーズ NEXT栄養教育論第4版』講談社, 2018, p.46
- 清ルミ『『食のとらえ方』のパラダイムシフトを求めて』熊倉功夫編著『日本の食の近未来』思文閣出版, 2013, pp.87-115.
- 公益社団法人日本栄養士会HP (dietitian.or.jp) (2022年12月10日取得) .
- 小島光洋「地域保健活動の実践基盤となる専門職と住民との関係性に関する考察」『民族衛生』72(3), 2006, pp.117-131.
- 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会「健康日本21（第二次）」中間報告（概要）
PowerPointプレゼンテーション (mhlw.go.jp) (2022年11月6日取得) .
- 厚生白書（昭和53年版）.
- 厚生労働省「栄養士法の一部を改正する法律について」, 平成12年4月27日健医発第776号 (mhlw.go.jp) (2023年2月22日取得) .
- 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課栄養指導室「新たな行政栄養士業務指針のねらい, 特徴 (mhlw.go.jp)」, 2013 (2022年8月20日取得) .
- 厚生労働省「健康日本21評価手法検討会 調査分科会報告書」2003, pp.3-5.
- 厚生労働省「管理栄養士・栄養士養成施設カリキュラム等に関する検討会報告書」, 2001年2月5日, https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s0102/s0205-1_11.html (2023年2月取得) .
- 厚生労働省「管理栄養士が行なうに適格性を有する業務について」, 昭和43年5月10日衛発第370号 (mhlw.go.jp) (2023年2月22日取得) .
- 真殿仁美「日本における健康政策の変遷—求められる地域での支え合いや助け合い—」『城西現代政策研究』13(1), 2019, pp.1-18.
- 松下拡『健康問題と住民の組織活動』勁草書房, 1987（第6刷）.
- 松下拡『栄養士の力量形成』勁草書房, 1997.
- 宮崎隆志「『生活者としての健康』の構造と健康学習の射程」『月刊社会教育』53(1), pp.5-13.
- 内閣府「高齢化の現状と将来像 令和2年版高齢社会白書」(2022年8月15日取得) .
- 並松信久「栄養学の形成と佐伯矩」『京都産業大学論集 社会科学系列』34, 2017, pp.25-53.
- 日本学術学会 健康・生活科学委員会 家政学分科会「提言：健康栄養教育を担う管理栄養士の役割」2020, 7/27 (2022年8月20日取得) .
- 農林水産省「食育に関する意識調査報告書」, 令和4年3月,
<https://www.maff.go.jp/j/syokuiku/ishiki/r04/3-2.html> (2023年3月8日取得) .
- 佐伯矩『栄養』栄養社, [1926]1942.

- 社団法人日本栄養士会『地域住民のための健康づくり栄養指導事例集』第一出版, 1986～1990.
- 『食生活データ総合統計年報96～97年版』食品流通情報センター, 1996.
- 『食生活データ総合統計年報99年版』食品流通情報センター, 1999.
- 『食生活データ総合統計年報2003年版』生活情報センター, 2003.
- 『食生活データ総合統計年報2021』三冬社, 2021.
- 『食生活データ総合統計年報2022』三冬社, 2022.
- 鈴木道子「日本における栄養士・管理栄養士制度と養成システムの変遷」『東北大学大学院教育学研究科研究年報』57(1), 2008, pp.445-457.
- 鈴木道子「管理栄養士・栄養士養成施設の教育課程編成基準及び教員要件の変遷とその背景」『東北大学大学院教育学研究科研究年報』58(2), 2010, pp.25-50.
- 高尾将幸『「健康」語りと日本社会—リスクと責任のポリティクス』新評論, 2014.
- 田中久子・他「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』75(1), 2017, pp.47-55.
- 特定非営利活動法人日本栄養改善学会 (jsn.jp)「平成29年度厚生労働省委託事業」(2022年8月20日取得) .
- 苦米地孝之助・他『公衆栄養活動の実際』第一出版, 1992.
- 富田早苗・他「糖尿病予防のための特定保健指導プログラムの効果に関する取組」『日本公衆衛生雑誌』57(10), 2010, pp.921-931.
- 上杉正幸『健康不安の社会学—健康社会のパラドックス』[改訂版] 世界思想社, 2008.
- 米屋武文「食生活の変遷からみた日本の食の来し方行く末」熊倉功夫編著『日本の食の近未来』思文閣出版, 2013, pp.206-238.
- 吉池信男・林宏一『公衆栄養学』南江堂, 2020.

Professionals' Understanding of "Proactive" Dietary Improvement

—Focusing on the Discrepancy between Dietitians/Nutritionists and Residents

Emi YASHIMA

Key Words

Dietary improvement, training Curriculum, scientific knowledge, self-responsibility theory, discrepancy

Abstract

The purpose of this study was to analyze the background of discrepancy cultivation between residents and dietitians/nutritionists in their understanding of dietary improvement from the residents' interview data and institutional and historical perspectives. First, it was suggested that residents need "more time" to improve their diets. First, the results suggested that residents need "time to spare" to improve their eating habits, which makes it difficult for them to practice dietary improvement in their busy daily lives, and that unidirectional dietary education, such as nutritionally balanced meals and regular meals, increases self-management and self-responsibility, and may lead them to depend on outside sources such as processed and prepared foods for their food portions. Second, it became clear that the logic that health is "the responsibility of the people" was already embryonic in the government even before the policy was announced. It became clear that this logic and practice led to the stimulation of independence centered on the enlightenment of scientific knowledge and technology. Third, it became clear that a dietitian training curriculum with an emphasis on scientific knowledge and skills could increase professionalism, but at the same time, it could lack learning related to social backgrounds and the quality of life of the population. These factors suggest that professionals and residents are unable to share together, and the discrepancy becomes fixed.

