

## 健康運動指導士養成講習会テキスト（上）（下） 平成26年度版から平成27年度版への変更点

（公益財団法人 健康・体力づくり事業財団 平成27年3月）

本書の一部内容につきまして、最新情報に基づき以下の通り補足・訂正いたします。

頁	行, 箇所	平成26年度版	平成27年度版
17	右段 18行	「心血管系の疾患」	「循環器系の疾患」
	表1 最上段左から1番目のカラム	心血管系の疾患	循環器系の疾患
40	左段 4行	<b>b. 健康づくりのための運動所要量および運動指針</b>	<b>b. 身体活動・運動の基準</b>
	右段 ↑10～↑6行	また2010年版では、～定められた	新たにとりまとめられた2015年版の主な改定のポイントは、以下の3つである。①策定目的に、生活習慣病の発症予防とともに「重症化予防」を加えた。②エネルギーについて、指標に「体格（BMI）」を採用した。③生活習慣病の予防を目的とした「目標量」を充実した
60	右段 5行	第一次健康日本21	2000（平成12）年から始まった健康日本21
	10行	国民健康栄養調査	国民健康・栄養調査
74	右段 3～9行	さて、日本人の食事の～改訂が進められている。	日本人の食事摂取基準（2015年版）では、乳児を除くすべての対象で、エネルギー産生栄養素バランス（%エネルギー）を、たんぱく質13～20%、脂質20～30%、炭水化物50～65%とし、18歳以上では、脂質のうちの飽和脂肪酸を7%以下とするよう指示している。この値は、生活習慣病の予防や高齢者の虚弱の予防の観点から弾力的に運用することが望ましい。
83	図3 左下	-5.0kg	-5.21kg
	中央下	-35,000kcal	-36,500kcal
	タイトル下	[脚注追加] (厚生労働省：日本人の食事摂取基準（2015年版），2014）	
86	表1	[Aに差し替える]	
87	表3 最上行上から1番目のカラム	（血圧以外のリスク要因）	（血圧以外の <u>予後影響因子</u> ）
	最上行上から2番目のカラム	（危険因子がない）	（ <u>予後影響因子</u> がない）
	最下行の出典	[改行して追加] (日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会（編）：高血圧治療ガイドライン2014，ライフサイエンス出版，2014)	
90	表4	[Bに差し替える]	
	図3 出典	*正常高値血圧の高リスク群では生活習慣の修正から開始し、目標血圧に達しない場合に降圧薬治療を考慮する。	(日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会（編）：高血圧治療ガイドライン2014，ライフサイエンス出版，2014)

頁	行、箇所	平成26年度版	平成27年度版	
91	左段 ↑20～↑19行	摂取量を1日30mL以内（ビール大瓶1本	エタノール摂取量を男性20～30mL/日以下、女性10～20mL/日以下（ビール中瓶1本	
92	参考文献 2)の2行	日本高血圧学会	ライフサイエンス出版	
95	左段 ↑6行	危険因子である。	危険因子となる場合がある。	
99	右段 2～3行	エタノール	アルコール	
103	左段 1行	A. はじめに	A. 糖尿病について	
104	表1	[Cに差し替える]		
105	図2	左下	・型の判定には、1時点での高血糖の存在確認が必要である。	[削除]
		出典	(日本糖尿病学会(編):糖尿病治療ガイド2012-2013 血糖コントロール目標改訂版, p18, 文光堂, 2013)	(日本糖尿病学会(編・著):糖尿病治療ガイド2014-2015, p18, 文光堂, 2014)
	図3	上部囲み内	・HbA1c (NGSP) ≥ 6.5% [HbA1c (JDS) ≥ 6.1%]* <sup>1</sup>	・HbA1c ≥ 6.5%
		フローチャート上部	* <sup>2</sup>	*
		脚注1行	* <sup>1</sup> HbA1cの国際標準化～併記している。	[削除]
		脚注2行	* <sup>2</sup> 糖尿病が	* 糖尿病が
		出典	(日本糖尿病学会(編):糖尿病治療ガイド2012-2013 血糖コントロール目標改訂版, p20, 文光堂, 2013)	(日本糖尿病学会(編・著):糖尿病治療ガイド2014-2015, p20, 文光堂, 2014)
	右段	↑5行	HbA1c (NGSP) ≥	HbA1c ≥
		↑4～2行	[わが国で～HbA1c (JDS) ≥ 6.1%]	[削除]
	106	表2	[Dに差し替える]	
	左段 4～7行	なお、NGSP値で～第11章-2を参照のこと。	[削除]	
107	図7 脚注1行	HbA1c 6.1% (JDS) 以上	HbA1c 6.5%以上	
108	図9	最左行上から2番目の囲み	(NGSP)	[削除]
		出典	(日本糖尿病学会(編):糖尿病治療ガイド2012-2013 血糖コントロール目標改訂版, p25, 文光堂, 2013)	(日本糖尿病学会(編・著):糖尿病治療ガイド2014-2015, p25, 文光堂, 2014)
109	右段 12行	標準体重 = BMI × 22 (kg)	標準体重 (kg) = 身長 (m) <sup>2</sup> × 22	
110	左段 5～8行	成人の日本人の～25%と異なる	なお、日本人の食事摂取基準(2015年版)では、各栄養素の範囲についてエネルギー比率で、たんぱく質13～20%、炭水化物50～65%、脂質20～30%とされている	
111	表3	[Eに差し替える]		
112	参考文献 3)	日本糖尿病学会(編):糖尿病治療ガイド2012-2013 血糖コントロール目標改訂版, 文光堂, 2013.	日本糖尿病学会(編・著):糖尿病治療ガイド2014-2015, 文光堂, 2014.	
113	左段 2～5行	わが国の2012(平成24)年度の死亡数は約125.6万人で、死因別順位は悪性新生物が約35.8万人(28.8%)、心疾患約19.9万人(15.8%)、肺炎が約12.4万人(9.9%)、脳血管疾患が約12.2万人(9.7%)	わが国の2013(平成25)年度の死亡数は約126.8万人で、死因別順位は悪性新生物が約36.5万人(28.8%)、心疾患約19.7万人(15.5%)、肺炎が約12.3万人(9.7%)、脳血管疾患が約11.8万人(9.3%)	
116	右段 ↑11行	注目されている。 <sup>5)</sup>	注目されている。	
119	表3 出典最下行	(2011年改訂版)	(2012年改訂版)	

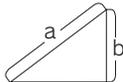
頁	行、箇所	平成26年度版	平成27年度版
120	参考文献 1) の2～3行	第60巻第9号 通巻944号, 厚生労働統計協会, 2013.	第61巻第9号 通巻960号, 厚生労働統計協会, 2014.
127	左段 1行	[上行として追加]	<b>A. 運動器退行性疾患について</b>
	↑3行	<b>A. 運動器退行性疾患の疾患概念</b>	[削除]
143	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. 認知症について</b>
	5行	25%近くにまで上昇し	25%を超えて
150	4-6運動と免疫能 一般学習目標 2行	運動と体力に	運動と <u>トレーニング</u> に
	4-7環境と運動 (1)(2) 個別学習目標 9の2行	影響に	影響に
151	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. 呼吸について</b>
155	右段 ↑13, ↑8行	$\dot{V}_E$	$\dot{V}_E$
157	左段 3, 6, 7, 8行	mL/kg/min	mL/kg/分
	右段 9行	乳酸が	乳酸や水素イオンが
159	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. 心血管系について</b>
	↑5行	右心房	右心室
	右段 5～6行	二尖弁 [僧帽弁]	僧帽弁 [二尖弁]
160	図1C 右側	僧帽弁	僧帽弁 (二尖弁)
165	左段 10行	配分前の項	配分の項
	12行	<b>I. 運動時の血圧調節がはたらく仕組み</b>	<b>I. 運動時の血圧調節にはたらく仕組み</b>
166	右段 10行	血圧のみならず,	血圧は
193	右段 8行	極大値	<u>ピーク値</u>
209	一般学習目標 1行	運動と体力に	運動と <u>トレーニング</u> に
210	表2	[Fに差し替える]	
213	左段 4行	されている <sup>5,6)</sup>	されている <sup>6)</sup>
	右段 13行	適応反応である	適応反応といえる
215	個別学習目標 9	影響に	影響に
	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. 環境と運動について</b>
229	左段 1行	<b>A. はじめに：地上の力学的環境と身体運動</b>	<b>A. 地上の力学的環境と身体運動</b>
241	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. エネルギーについて</b>
253	図3 右下	脛骨半月面	脛骨粗面
	出典2行	2000)	2000より改変)
257	左段 ↑2行	る. 骨格筋の	る (文献により異なる). 骨格筋の
258	図1 右下	ひらめ筋	ヒラメ筋
259	図3 b	[Gに差し替える]	
	出典最下行	1992)	1992より改変)
261	右段 7行	バネエネルギー	<u>弾性エネルギー</u>
263	左段 1行	[上行として追加]	<b>A. 陸上での運動・動作について</b>
	2～3行	繰り返しはあるものの跳躍, 投球運動については	跳躍, 投球運動については繰り返しはあるものの

頁	行、箇所	平成26年度版	平成27年度版
263	左段 5行	<b>A. 歩行運動</b>	<b>B. 歩行運動</b>
265	右段 1行	<b>B. 走行運動</b>	<b>C. 走行運動</b>
267	左段 2行	<b>C. 跳躍運動</b>	<b>D. 跳躍運動</b>
	右段 ↑16行	<b>D. 投球運動</b>	<b>E. 投球運動</b>
269	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. 水泳・水中運動について</b>
270	左段 8行	少ないため	少ない（ <u>比熱が大きい</u> ）ため
	右段 9～11行	2倍の2気圧になる（10mの水柱は10,000mmであり、水銀の比重13.6で割ると735mmHgとなり1気圧の760mmHgとほぼ等しい）。	10mの水深の圧力が加わるので2倍の2気圧になる。
279	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. 身体トレーニングについて</b>
283	左段 ↑16行	表3 <sup>5)</sup>	表2 <sup>5)</sup>
284	左段 ↑10行	2010	2015
	右段 17～18行	睡眠指針（ <a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0331-3.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0331-3.html</a> ）を	睡眠指針、2014（平成26）年に「健康づくりのための睡眠指針2014（ <a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000042749.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000042749.html</a> ）」を
287	左段 1～2行	<b>A. はじめに：筋力・筋量増強とレジスタンストレーニング</b>	<b>A. 筋力・筋量増強とレジスタンストレーニング</b>
298	左段 3行	極大値	<u>ピーク値</u>
311	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. 障がい者の運動について</b>
329	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. 性差と個体差について</b>
333	表3	↑8行	「ややきつい」以下
		↑7行	「やや楽である」以下
		出典最下行	2005)
			「ややきつい」(RPE 13) 以下
			「楽である」(RPE 11) 以下
			2005より改変)
335	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. 加齢について</b>
345	左段 1～3行	内科的スポーツ障害は、急性スポーツ障害と慢性スポーツ障害に分けられる。 <b>A. 内科的急性スポーツ障害</b>	<b>A. 内科的急性スポーツ障害</b> <u>内科的スポーツ障害は、急性スポーツ障害と慢性スポーツ障害に分けられる。</u>
	4行	このなかには	急性スポーツ障害としては
353	表6 最上段右から2番目のカラム	2010年版	2015年版
361	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. スポーツ外傷とスポーツ障害について</b>
371	右段	3行	可撓性（物質の弾性変形のしやすさ）
		4行	可撓性
		↑5行	椎間板圧
			可動性
			可動性
			椎間板内圧
372	図1 図説3行	第4、5間	第4、5腰椎間
	右段	9行	ではないため
		↑10行	しよせんは
			ではなく
			基本的には
374	左段	3行	大腿直筋
		↑4行	乗っている
		↑3行	動きはしない。
	右段 10行	2枚ある	
			大腿直筋、
			載っている
			動きは <u>わず</u> かである。
			1枚 <u>ず</u> つある
375	図4 図説2行	描いた。	描いて <u>ある</u> 。
	右段 2行	自家腱移植術で	自家腱移植術で、

頁	行、箇所		平成26年度版	平成27年度版
375	右段	6行	の手術は	の <u>再建手術</u> は
		19行	半月部分切除あるいは半月縫合	半月 <u>板</u> 部分切除あるいは半月 <u>板</u> 縫合
		23～24行	動作にて膝蓋腱は炎症を起こし、膝蓋腱炎と	動作によって膝蓋腱は <u>微細な損傷と炎症</u> を起こし、膝蓋腱症（炎）と
		28行	進行して	進行すると
		31行	コントロールは	コントロール <u>には</u>
376	左段	2行	主に訴え	主に <u>感じ</u>
		3～4行	独歩も比較的可能	独歩も <u>可能</u>
		8行	医療機関の	<u>医師</u> の
		12行	生じえる、	<u>生じる</u> 、
		14行	骨周辺	骨およびその周辺
	右段	↑8行	配置に	<u>配列</u> に
		↑2行	痛みを	痛みが
377	左段	3行	身体に生じる打撲や	<u>打撲</u> や
		4行	骨折と脱臼	骨折や <u>脱臼</u>
		6行	捻挫の	捻挫との
		↑6行	医療機関を受診すべき	医療機関に受診させるべき
	右段	3行	腰部骨盤リズムの丹念な実践が	腰椎骨盤リズムの <u>改善</u> が
		4行	を強化	を <u>個別に</u> 強化
		5行	トレーニングは	<u>強化</u> は
		9～10行	過負荷ということであるが、その原因は単なる	過負荷によるものであるが、 <u>単なる</u>
		12行	局所へのひずみ	局所の <u>過度な</u> ひずみ
		14行	コンディショニングに努め	コンディショニングと <u>ともに</u>
395	左段	8行	参照のこと。	参照のこと。また、健康づくりのための性・年代別最大酸素摂取量の基準値については、第8章-3の <u>図4</u> を参照のこと。
397	左段	1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. 加齢に伴う体力・身体機能の変化について</b>
408	右段	4行	[改行して追加] なお、本サービスのうち通所系サービスと訪問系サービスは2015（平成27）年4月から3年間のうちに地域支援事業へ移行されることが予定されている（地域支援所業の再編成）。	
421	左段	1行	[上行として追加]	<b>A. 身体組成の測定について</b>
422	左段	1行	<b>A. 体脂肪測定法</b>	<b>B. 体脂肪測定法</b>
425	左段	↑11行	<b>B. 推定誤差が生じる原因</b>	<b>C. 推定誤差が生じる原因</b>
	右段	7行	<b>C. 皮下脂肪分布の男女差</b>	<b>D. 皮下脂肪分布の男女差</b>
434	9-4 エアロビク ダンス (1)(2)	一般学習目標 ↑2行	設計	構成
		個別学習目標	2の2行、3の2～3行	ピッチ
	5の2行		設計	構成
	10の2行		音楽の調整、などを	音楽の調整、 <u>運動強度のコントロール法</u> などを

頁	行、箇所	平成26年度版	平成27年度版
450	図10	[出典の追加] (沢井史穂：健康運動実践指導者養成用テキスト，健康・体力づくり事業財団，157，2009)	
452	図11	[出典の追加] (沢井史穂：健康運動実践指導者養成用テキスト，健康・体力づくり事業財団，152-155，2009より改変)	
467	一般学習目標 3行	設計	構成
	個別学習目標	2の1行，3の2行	テンポ
		5の1行	構成
		10の1行	音楽の調整， <u>運動強度のコントロール法</u> などを
469	左段 3行（2ヵ所）	ピッチ	テンポ
	右段 最下行	ピッチ	テンポ
	表1 最上段右から1番目のカラム	ピッチ	テンポ
470	左段 8行	ピッチ	テンポ
	右段 ↑8，↑5行	ピッチ	テンポ
476	右段 7行	ピッチ	テンポ
477	左段 7，10，11，↑17行	ピッチ	テンポ
491	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. レジスタンストレーニングについて</b>
	右段	3行	自体重を用いたりチューブやラバーバンドなど，より手軽な器具で
		4行	器具
505	左段	健康運動指導士は，	健康運動指導士は， <u>事前の個人の身体状況の把握と</u>
		↑5行 <b>A. はじめに</b>	<b>A. 高齢者における運動指導について</b>
508	左段 4行	いることで，趣向を	いることで， <u>負荷を加えたり趣向を</u>
	右段	1行 <b>G. ボディワークとリズム体操</b>	<b>G. ボディワーク</b>
		4行	動作そのもの
509	図9	②解説の最下行	[改行して追加] ※倒す側のひざをゆるめると腰の負担は少なくなる。
		⑤解説の最下行	[改行して追加] ※ひざを90°以上曲げるとひざの負担が大きくなるため， <u>曲げられる範囲で行う。</u>
	右段 1～5行	音楽やリズムに～可能である。	[削除]
511	図12	[削除]	
513	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. 現場実習について</b>
514	図1	Ⅲ. 具体的提供の囲み内最下行	第13章 <u>運動行動変容理論と実際</u>
		Ⅳ. Ⅲの基礎となる各論の囲み内2行	第7章 <u>運動障害と予防</u>
549	左段	1行	[上行として追加]
		↑5行	<b>A. 外科的救急処置上の一般的注意事項</b>
			[削除]

頁	行, 箇所	平成26年度版	平成27年度版	
565	右段 5行	1kcal=4.2J	1cal=4.2J	
567	左段 最下行	作業域値	作業閾値	
580	左段 ↑4～最下行	日本糖尿病学会値～JDS値(%) + 0.3	[削除]	
589	表2 血液検査の項目	WBC, RBC, ～, FBS, HbA1c	末梢血: 白血球数, 赤血球数, ヘモグロビン, 血小板数 生化学: 総たんぱく, アルブミン, 総ビリルビン, AST, ALT, $\gamma$ -GTP, 総コレステロール, HDL-コレステロール, 中性脂肪, クレアチニン, 尿酸, 空腹時血糖, HbA1c	
590	左段 ↑13行	消失する歩行	消失する	
592	右段 ↑23, ↑15行	損傷	傷害	
596頁左段↑16行～597頁左段6行		[①に差し替える]		
596	表1	[Hに差し替える]		
597	表2	[Iに差し替える]		
	左段 9～10行	ジルチアゼム, ベラパミルなどの	非DHP系の	
598	左段	9行	HbA1c (NGSP値)	HbA1c
		11行	6系統	7系統
	右段	4～6行	膵 $\beta$ 細胞～選択的阻害により	DPP-4の選択的阻害により活性型GLP-1濃度および活性型GIP濃度を高めることで, SGLT2阻害薬は近位尿管でのブドウ糖の再吸収を抑制することで尿糖排泄を促進し,
		↑2行	可能性がある.	可能性があり, とくにSGLT2阻害薬には体重低下が期待される.
表4	[Jに差し替える]			
599	左段 6～7行	DPP-4阻害薬や $\alpha$ -GI, チアゾリジン薬, ビグアナイド薬にグリニド薬を	2種類以上の薬剤を	
602	右段 ↑14行	同化薬, 利尿薬, ペプチドホルモン	同化薬, ペプチドホルモン	
603	参考文献	1)の2～3行	高血圧治療ガイドライン2009, ライフサイエンス出版, 2009.	高血圧治療ガイドライン2014, ライフサイエンス出版, 2014.
		3)	日本糖尿病学会(編): 糖尿病治療ガイド2012-2013 血糖コントロール目標改訂版, 文光堂, 2013.	日本糖尿病学会(編・著): 糖尿病治療ガイド2014-2015, 文光堂, 2014.
605	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. 生活習慣病に対する運動療法について</b>	
619	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. 高血圧, 脂質異常症に対する運動療法</b>	
623	左段 1行	<b>A. はじめに</b>	<b>A. ロコモティブシンドロームについて</b>	
626	右段 ↑5～4行	大殿筋, ハムストリング, 腓腹筋の	腸腰筋, 大殿筋, ハムストリングの	
630	12-2運動負荷試験実習(1)トレッドミル編 個別学習目標 3	電極を, 正しい部位で	電極を正しい部位で	
637	個別学習目標 3	電極を, 正しい部位で	電極を正しい部位で	
	左段 1行	[上行として追加] ここでは	<b>A. トレッドミル機器の概要と点検, 救急機器・医薬品の設置および検者に関して</b> この節では	

頁	行、箇所	平成26年度版	平成27年度版	
637	左段 7～8行	<b>A. トレッドミル機器の点検、救急機器・医薬品の設置および検者に関して</b>	[削除]	
639	表1 脚注	最下行	傾斜% = (b/a) × 100である.	
		図		
645	左段	↑ 21, ↑ 8最下行 (2カ所)	$\dot{V}_E$	
		図4 図中 (2カ所), 脚注1行, 最下行 (2カ所)	$\dot{V}_E$	
648	13-1行動変容の理論 個別学習目標 8の1～2行	自己制御のための	自己制御の	
649	個別学習目標 8	自己制御のための	自己制御の	
	左段	1行	[上行として追加]	<b>A. 行動変容について</b>
		↑ 3～↑ 2行	いたが, 本章では	いた, <u>しかし</u> , 本章では, <u>行動変容</u> という用語は
	右段	2～3行	指してこの用語を用いる.	指している.
↑ 2～↑ 1行		紹介していく.	紹介する.	
650	左段	1行	<b>A. 個人内レベルへのはたらきかけ</b>	<b>B. 個人内レベルへのはたらきかけ</b>
		4行	いるが,	いる, <u>しかし</u> ,
		5～6行	行動についてみれば	行動は
	右段	5行	われわれは	<u>私たちが</u>
		22行	ためではなく	<u>ためではない.</u>
		↑ 16行	を高く	<u>について高く</u>
652	図2 中央下段右の楕円囲み	総合的調整	統合的調整	
	左段	6行	ような,	ように,
		16行	価値を消化し	価値を認め
		19行	という人間	という <u>人</u>
		↑ 6行	<b>B. 個人間レベルへのはたらきかけ</b>	<b>C. 個人間レベルへのはたらきかけ</b>
		↑ 2行	いるが,	いる, <u>一方</u> ,
	右段	↑ 15行	われわれの行動の	行動の
		↑ 11行	から褒美が	から褒美を
653	左段	15～16行	いった矛盾した褒美に	いう, <u>矛盾した褒美に</u>
		↑ 9行	ことであり,	ことである. <u>たとえ</u> ,
		↑ 3行	有効的で	<u>有効で</u>
	右段	4行	<b>C. 集団レベルへのはたらきかけ</b>	<b>D. 集団レベルへのはたらきかけ</b>
		7行	際にはソーシャル	際には, <u>ソーシャル</u>
		↑ 7～↑ 6行	対象者の運動に対する価値を最大化する	運動に対する対象者の価値を最大化させる
655	左段 1行	[上行として追加]	<b>A. 行動変容理論の実践的適用に際して</b>	
656	左段	1行	<b>A. アドヒアランス</b>	<b>B. アドヒアランスの考え方</b>
		↑ 7～↑ 6行	<b>B. 健康づくりプログラムの成功を決める要素：実行可能性と受容性</b>	<b>C. 健康づくりプログラムの成功を決める要素：実行可能性と受容性</b>

頁	行、箇所	平成26年度版	平成27年度版	
656	右段 ↑7～↑6行	C. 対象者の受容性を高めるフォーマティ ス・リサーチの役割	D. 対象者の受容性を高めるフォーマティ ス・リサーチの役割	
657	右段 ↑17～↑16行	D. 継続を支援する行動変容理論・モデ ル、および技法の適用例	E. 継続を支援する行動変容理論・モデル、および技 法の適用例	
661	左段 1行	E. ソーシャルマーケティング	F. ソーシャルマーケティング	
	↑17行	F. 逆戻り予防	G. 逆戻り予防	
663	左段 1行	[上行として追加]	A. プログラム開発の考え方	
	↑5行	A. プログラム開発	[削除]	
673	左段 1行	A. はじめに	A. こころの健康（メンタルヘルス）と身体活動・運 動	
	5,6行（2ヵ所）	運動・身体活動	身体活動・運動	
680	左段6行～右段8行	[②に差し替える]		
682	図2 右上囲み内	良好ストレス反応	良性ストレス反応	
698	15-3栄養素の機能と代謝 個別学習目標 4～9	[4を削除し、5～9を4～8に訂正]		
703	左段 8～9行	「日本人の食事摂取基準（2010年版）」 [2010（平成22）年度から2014（平成26） 年度]	「日本人の食事摂取基準（2015年版）」[2015（平成 27）年度から2019（平成31）年度]	
	11行	「日本人の食事摂取基準（2005年版）」	「日本人の食事摂取基準（2005年版）」、同（2010年 版）	
	↑2行	[改行して追加] また、今回改定された「日本人の食事摂取基準（2015年版）」では、一次予防（発症予防）に加 え、主な生活習慣病（高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病）の「重症化予防」に関する記述 を加えている。すなわち、健康な人の基準と疾病ガイドラインの橋渡しに位置する概念が取り入れ られている。さらに、改定のポイントとしては、「エネルギー過不足の評価」の指標および「食事 アセスメント」が挙げられる。		
右段	15～16行	推定エネルギー必要量	BMI	
	20～27行	a. 推定エネルギー必要量～第15章-4を参 照のこと。	エネルギーの摂取量及び消費量のバランス（エネル ギー収支バランス）の維持を示す指標として、BMI を用いる（図3）。推定エネルギー必要量（estimated energy requirement, EER）は、参考資料として、算 定方法が記載されている。 推定エネルギー必要量＝基礎代謝基準値(kcal/ kg体重/日)×参照体重(kg)×身体活動レ ベル	
図3		[Kに差し替える]		
704	左段 4行	の一次予防	の予防	
	右段	3行	の一次予防	の予防
		6行	食塩、コレステロール、飽和脂肪酸	食塩、飽和脂肪酸
		9行	男性9.0g/日未満、女性7.5g/日未満	男性8.0g/日未満、女性7.0g/日未満
図4		[Lに差し替える]		
706	参考文献 3)	厚生労働省「日本人の食事摂取基準」策定 検討会報告書：日本人の食事摂取基準 （2010年版），第一出版，2009	厚生労働省「日本人の食事摂取基準（2015年版）」策 定検討会報告書：日本人の食事摂取基準（2015年 版），第一出版，2014	

頁	行、箇所		平成26年度版	平成27年度版
707	左段	1行	[上行として追加]	<b>A. 消化器の構造</b> 健康運動指導士が栄養のことを理解するうえで、消化と吸収の基本的な事項を理解していることが求められる。
		↑5～↑2行	健康運動指導士が～ <b>A. 消化器の構造</b>	[削除]
714	右段	↑8行	食塩 (NaCl)	ナトリウム (食塩相当量)
717	個別学習目標 4～9		[4を削除し、5～9を4～8に訂正]	
718	右段	4行	しい (目標値の上限が設定されている)。	しい。
		7～8行	示すので、目標量の下限值が設定されている。	示す。
		10行	男性2.2g/日、女性1.8g/日	男性2.1g/日、女性1.6g/日
720	右段	22～23行	2,700 μg/日	2,700 μgRAE/日
		↑9行	50 μg/日	100 μg/日
722	右段	3行	600～700mg	650～700mg/日
723	左段	↑7～↑5行	成人男性が約11.5 g/日 (中央値)、成人女性が10.0g/日 (中央値) であり、男性9.0g/日未満、女性7.5g/日未満	成人男性が約11.0g/日 (中央値)、成人女性が9.5g/日 (中央値) であり、男性8.0g/日未満、女性7.0g/日未満
		最下行	3,500mg/日	男性3,000mg/日、女性2,600mg/日
	参考文献 2)		日本人の食事摂取基準2010年版、厚生労働省、2009	日本人の食事摂取基準 (2015年版)、厚生労働省、2014
726	右段	↑15行	2010年版	2015年版
727	表2		[Mに差し替える]	
	右段	10～11、↑7行	2010年版	2015年版
11～17行		個人における～と定義される	エネルギー必要量は、「ある身長、体重と体組成の個人において、長期間に良好な健康状態を維持する身体活動レベルの時、エネルギー消費量との均衡が取れるエネルギー摂取量」、さらに比較的短期間の場合は、「そのときの体重を保つ (増加も減少もしない) ために適当なエネルギー」と定義されている。その推定値である推定エネルギー必要量は、性、年齢、身長、体重、身体活動レベルの関数となる	
728	表3		[Nに差し替える]	
730	参考文献 3)		厚生労働省：日本人の食事摂取基準 (2010年版)、43-61、2009	厚生労働省：日本人の食事摂取基準 (2015年版)、45-87、2014
734	表2		[Oに差し替える]	
	右段	1行	2010年版	2015年版
		2行	対象として	対象として、
		3～4行	維持・増進、生活習慣病の予防を目的とし、エネルギーおよび各栄養素の	保持・増進、生活習慣病の予防を目的のために参照する、エネルギーおよび栄養素
10～15行		健常者における～指標がある。	エネルギー産生栄養素バランス (%エネルギー) を示した。脂質についてはn-6系脂肪酸とn-3系脂肪酸の目安量が示され、炭水化物については食物繊維の目標量に配慮する必要がある。対象者の摂取実態などを総合的に把握し、適正な構成比率を柔軟に用いる。	

頁	行、箇所		平成26年度版	平成27年度版
736	左段	↑ 15行	る <sup>3)</sup> .	る <sup>1)</sup> .
		↑ 13行	る <sup>4)</sup> .	る <sup>2)</sup> .
	参考文献 1) ～ 4)		[1), 2)を削除, 3), 4)を1), 2)に訂正]	
738	図1		[Pに差し替える]	
739	右段	↑ 14～↑ 11行	2005(平成17)年～使われてきたが,	わが国ではこれまで三色食品群、六つの基礎食品群、四群点数法など、複数のガイドが使われてきた。2005(平成17)年、厚生労働省と農林水産省は日本人の食事バランスガイドを発表した。
		↑ 3行	上から,	上から順に,
740	右段	↑ 5行	(2006年から5ヵ年)は,	(2006年から5ヵ年)では,
		↑ 4行	方針を示した。	方針が示された。
745	右段	↑ 12行	許可基準型	個別許可型
		図6	青い 囲み内	1行
	3行		特定保健用食品(個別評価型)	特定保健用食品(個別許可型)

① 高血圧治療の目的は、高血圧の持続による心血管病の発症・進展・再発による死亡やQOLの低下を抑制し長期予後を改善することである。高血圧治療は、生活習慣の修正(第1段階)と降圧薬治療(第2段階)により行われ、降圧薬治療の開始時期は個々の患者のリスクレベル(血圧レベル、心血管病の危険因子、臓器障害/心血管病)に応じて決定される。

主要降圧薬として、カルシウム(Ca)拮抗薬(ジヒドロピリジン(DHP)系と非ジヒドロピリジン(非DHP)系)、アンジオテンシン変換酵素(ACE)阻害薬(ACE阻害薬)、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)、少量利尿薬、β遮断薬(含αβ遮断薬)の5種類があり、それぞれ積極的な適応(表1)、禁忌や慎重投与となる病態(表2)、合併症の有無に応じて、適切な降圧薬を選択する。積極的適応がない場合の高血圧に対しては、Ca拮抗薬、ACE阻害薬、ARB、少量利尿薬の中から最初に投与すべき降圧薬(第1選択薬)が選ばれる。

Ca拮抗薬の降圧効果は血管平滑筋を弛緩し、末梢血管抵抗低下作用により発揮され、用量依存的である。ACE阻害薬とARBは主にレニン-アンジオテンシン(RA)系抑制により降圧作用を発揮するが、降圧効果はほぼ同等かACE阻害薬がやや弱い。利尿薬はNa再吸収を抑制することで循環血液量を減少させるが、長期的には末梢血管抵抗低下により降圧する。β遮断薬は心拍出量の減少、レニン活性の抑制、中枢での交感神経活動の抑制などにより降圧する。

副作用として、Ca拮抗薬では顔面紅潮や浮腫、頭痛、歯肉増生、またDHP系では頻脈、非DHP系では心抑制による徐脈に注意する。ACE阻害薬では空咳の頻度が高く(20～30%)、服薬継続の妨げとなることがあるが、咳の誘発が高齢者の誤嚥性肺炎を予防する効果が期待される。ARBは副作用が少なく、安全性や忍容性が高い。β遮断薬は気管支喘息やⅡ度以上の房室ブロック、レイノー症状などでは禁忌で、慢性閉塞性肺疾患では慎重投与となる。β遮断薬の突然の中止は高血圧発作などを生じることがあるため、徐々に減量して中止する。利尿薬では低Na血症、低K血症などの電解質異常、耐糖能低下、高尿酸血症など代謝系への悪影響がある。

降圧薬投与は、単剤を少量から開始し、副作用の出現や降圧効果が不十分な場合は、他の降圧薬に変更する。Ⅱ度以上の高血圧(160/100mmHg以上)では通常用量の単剤もしくは少量の2剤併用で開始してよい。降圧薬は1日1回投与を原則とするが、1日2回投与が好ましいこともある。降圧目標を達成するためには、2, 3剤の併用が必要となることも多い。降圧速度は、緩徐な方が副作用もなく望ましい。とくに高齢者では急激な降圧は避けるべきで、過度な降圧によるめまいやふらつきによる転倒・骨折を防止するためにも少量から開始する。

② 専門家と周囲の注意深い観察と指導が必要で、身体活動・運動の可否が事前に十分に検討される必要がある。疲労感があまり出ない程度の軽度の全身持久運動(ウォーキング等)か、一人ではなく仲間と一緒にいることができる軽スポーツが勧められる。

抑うつ状態の人は、その時点ですでに身体活動度が低くなっていることが多く、さらにその状態を変えて身体活動・運動を始めようという動機づけが欠けている。本人が楽しめそうな身体活動を選ばせるよう、時間をかけてカウンセリングすることが望ましい。多くの人にとって、ウォーキングはコストもかからず効果も高い。はじめは可能な時間(たとえば10分)でよいから歩くよう勧め、自信がついたら1回当たりの時間を延ばしていくのがよい方法である。

**A** 表1 成人における血圧値の分類 (単位: mmHg)

分類		収縮期血圧		拡張期血圧	
正常域血圧	至適血圧	< 120	かつ	< 80	
	正常血圧	120-129	かつ/または	80-84	
	正常高値血圧	130-139	かつ/または	85-89	
高血圧	I度高血圧	140-159	かつ/または	90-99	
	II度高血圧	160-179	かつ/または	100-109	
	III度高血圧	≥ 180	かつ/または	≥ 110	
	(孤立性)収縮期高血圧	≥ 140	かつ	< 90	

(日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会 (編): 高血圧治療ガイドライン2014, ライフサイエンス出版, 2014)

**C** 表1 糖尿病と糖代謝異常\*の成因分類\*\*

I. 1型 (膵β細胞の破壊, 通常は絶対的インスリン欠乏にいたる)
A. 自己免疫性
B. 特発性
II. 2型 (インスリン分泌低下を主体とするもの, インスリン抵抗性が主体で, それにインスリンの相対的不足を伴うものなどがある)
III. その他の特定の機序, 疾患によるもの
A. 遺伝因子として遺伝子異常が同定されたもの
(1) 膵β細胞機能にかかわる遺伝子異常
(2) インスリン作用の伝達機構にかかわる遺伝子異常
B. 他の疾患, 条件に伴うもの
(1) 膵外分泌疾患
(2) 内分泌疾患
(3) 肝疾患
(4) 薬剤や化学物質によるもの
(5) 感染症
(6) 免疫機序によるまれな病態
(7) その他の遺伝的症候群で糖尿病を伴うことの多いもの
IV. 妊娠糖尿病

\*一部には, 糖尿病特有の合併症をきたすかどうかを確認されていないものも含まれる.

\*\*現時点ではいずれにも分類できないものは, 分類不能とする.

(日本糖尿病学会: 糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告 (国際標準化対応版), 糖尿病55 (7), 490, 2012)

**E** 表3 運動療法を禁止あるいは制限したほうがよい場合\*

①糖尿病の代謝コントロールが極端に悪い場合 (空腹時血糖 250 mg/dL 以上, または尿ケトン体中等度以上陽性).
②増殖網膜症による新鮮な眼底出血がある場合 (眼科医と相談する).
③腎不全の状態にある場合 (血清クレアチニン 男性 2.5 mg/dL 以上, 女性 2.0 mg/dL 以上).
④虚血性心疾患や心肺機能に障害のある場合 (各専門医の意見を求める). とくに, 無症候性 (無痛性) 心筋虚血への注意が必要である.
⑤骨・関節疾患がある場合 (専門医の意見を求める).
⑥急性感染症
⑦糖尿病壊疽
⑧高度の糖尿病自律神経障害

\*日常生活における体動が制限されることはまれであり, 安静臥床を必ずしも意味しない.

(日本糖尿病学会 (編・著): 糖尿病治療ガイド2014-2015, p45, 文光堂, 2014より改変)

**B** 表4 生活習慣の修正項目

1. 減塩	6 g/日未満
2a. 野菜・果物	野菜・果物の積極的摂取*
2b. 脂質	コレステロールや飽和脂肪酸の摂取を控える 魚 (魚油) の積極的摂取
3. 減量	BMI (体重 (kg) ÷身長 (m) <sup>2</sup> ) が25未満
4. 運動	心血管疾患のない高血圧患者が対象で, 中等度の強度の有酸素性運動を中心に定期的に (毎日30分以上を目標に) 運動を行う
5. 節酒	エタノールで男性 20 ~ 30 mL/日以下, 女性 10 ~ 20 mL/日以下
6. 禁煙	(受動喫煙の防止も含む)
生活習慣の複合的な修正はより効果的である	

\*重篤な腎障害を伴う患者では高K血症をきたすリスクがあるので, 野菜・果物の積極的摂取は推奨しない. 糖分の多い果物の過剰な摂取は, とくに肥満者や糖尿病などのカロリー制限が必要な患者では勧められない.

(日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会 (編): 高血圧治療ガイドライン2014, ライフサイエンス出版, 2014)

**D** 表2 空腹時血糖値に対応するHbA1c

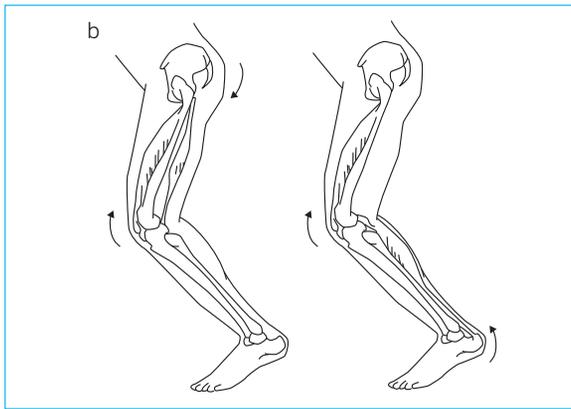
①空腹時血糖値 100 mg/dL (正常高値下限)	HbA1c 5.6% 特定健康診査における保健指導レベル判定値の基準値
②空腹時血糖値 110 mg/dL (境界域下限)	HbA1c 6.0% わが国のメタボリックシンドロームの診断基準における高血糖の基準値
③空腹時血糖値 126 mg/dL (糖尿病域下限)	HbA1c 6.5% 特定健康診査における受診勧奨判定値の基準値

注: ばらつきがあるため, 個々の症例においては完全に一致しない.

**F** 表2 免疫系の概要

免疫系	細胞性免疫	<ul style="list-style-type: none"> <li>ナチュラルキラー (NK) 細胞</li> <li>…ウイルス感染細胞, がん細胞の排除</li> <li>単球・マクロファージ</li> <li>…貪食, 抗原提示, 遅延型過敏反応</li> <li>ヘルパーT細胞</li> <li>…サイトカインの産生</li> <li>細胞傷害性T細胞</li> <li>…ウイルス感染細胞, がん細胞の特異的排除</li> </ul>
	体液性免疫	<ul style="list-style-type: none"> <li>抗体 (免疫グロブリン)</li> <li>…B細胞が分化して産生するたんぱく質</li> <li>補体</li> <li>…白血球遊走, オプソニン化, 異物溶解作用などをもつたんぱく質</li> </ul>

G



H

表1 主要降圧薬の積極的適応

	Ca拮抗薬	ARB/ACE阻害薬	サイアザイド系利尿薬	β遮断薬
左室肥大	●	●		
心不全		●*1	●	●*1
頻脈	● (非ジヒドロピリジン系)			●
狭心症	●			●*2
心筋梗塞後		●		●
CKD	(蛋白尿-)	●	●	
	(蛋白尿+)		●	
脳血管障害慢性期	●	●	●	
糖尿病 / MetS*3		●		
骨粗鬆症			●	
誤嚥性肺炎		● (ACE阻害薬)		

\*1少量から開始し、注意深く漸増する、\*2冠攣縮性狭心症には注意、\*3メタボリックシンドローム

(日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会(編):高血圧治療ガイドライン2014、ライフサイエンス出版、2014)

I

表2 主要降圧薬の禁忌、慎重使用例および副作用

		一般名	商品名(主なもの)	禁忌	慎重使用例	副作用
Ca拮抗薬	DHP系	アムロジピン, ニカルジピン, ニソルジピン, ニフェジピン	ノルバスク, アムロジン, ベルジピン, バイミカード, アダラート			頻脈, 頭痛, 浮腫, 歯肉増生, 顔面紅潮
	非DHP系	ジルチアゼム	ヘルベッサ	徐脈	心不全	徐脈
ARB		ロサルタン, カンデサルタン, オルメサルタン	ニューロタン, プロプレス, オルメテック	妊娠 高カリウム血症	腎動脈狭窄症*	高カリウム血症
ACE阻害薬		カプトリル, エナラプリル, ペリンドプリル	カプトリル, レニベース, コバシル	妊娠 血管神経性浮腫 高カリウム血症 特定の膜を用いるアフェレシス/血液透析	腎動脈狭窄症*	空咳, 高カリウム血症
利尿薬 (サイアザイド系)		トリクロルメチアジド	フルイトラン	低カリウム血症	痛風 妊娠 耐糖能異常	低カリウム血症, 低ナトリウム血症, 高尿酸血症, 耐糖能低下, 光線過敏症
β遮断薬		アテノロール, ビソプロロール, メトプロロール, アセトロール, プロプラノロール, カルテオロール	テノーミン, メイテート, ロプレソール, セロケン, アセタノール, インデラル, ミケラン	喘息 高度徐脈	耐糖能異常 閉塞性肺疾患 末梢動脈疾患	徐脈

\*両側性腎動脈狭窄の場合は原則禁忌

(日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会(編):高血圧治療ガイドライン2014、ライフサイエンス出版、2014より改変)

表4 経口血糖降下薬の種類と特徴

		一般名	商品名 (主なもの)	インスリン 分泌刺激作用	血糖降 下作用	主な作用	副作用	低血糖の リスク*	肥満 増長* <sup>2</sup>
スルホニル 尿素薬 (SU薬)	第一 世代	トルブタミド	ラスチノン	あり	強い	インスリン分泌の 促進	低血糖	あり	あり
	第二 世代	グリベンクラミド	オイグルコン ダオニール						
		グリクラジド	グリミクロン グリミクロンHA						
	第三 世代	グリメピリド	アマリール						
ビッグアナイ ド薬	塩酸メトホルミン	グリコラン メテット	なし	中等度	肝臓での糖新生の 抑制	吐き気, 嘔吐, 下痢などの消 化器症状 高齢者注意	きわめて 低い	なし	
		メトグルコ							
塩酸プロホルミン	ジベトス B ジベトン S								
α - グルコ シダーゼ 阻害薬 (α -GI)	アカルボース	グルコバイ グルコバイ OD	なし	弱い	炭水化物の吸収遅 延, 食後高血糖の 改善	放屁 腹満	きわめて 低い	なし	
	ボグリボース	ベイスン ベイスン OD							
	ミグリトール	セイブル							
チアゾリジ ン薬	塩酸ピオグリタゾン	アクトス アクトス OD	なし	弱い	骨格筋・肝臓での インスリン感受性 の改善	浮腫 心不全禁忌	少ない	あり	
速効型 インスリン 分泌促進薬 (グリニド 薬)	ナテグリニド	スターシス ファステック	あり	弱い	より速やかなイン スリン分泌の促 進, 食後高血糖の 改善	低血糖 (まれ)	あり	あり	
	ミチグリニドカルシ ウム水和物	グルファスト							
	レバグリニド	シュアポスト							
DPP-4 阻害薬	シタグリプチン	グラクティブ ジャヌビア	あり	中等度	血糖依存性のイン スリン分泌促進と グルカゴン分泌抑 制	SU薬との 併用で 低血糖	少ない	弱い	
	ビルダグリプチン	エクア							
	アログリプチン	ネシーナ							
	リナグリプチン	トラゼンタ							
	テネリプリプチン	テネリア							
	アナグリプチン	スイニー							
	サキサグリプチン	オングリザ							
SGLT2 阻害薬	イブラグリフロジン	スーグラ	なし	弱い	腎での再吸収阻害 による尿中ブドウ 糖排泄促進	脱水 頻尿・多尿 尿路感染症 性器感染症	低い	なし 体重 低下	
	ダバグリフロジン	フォシーガ							
	ルセオグリフロジン	ルセフィ							
	トホグリフロジン	アプルウェイ テベルザ							

\*単独使用で低血糖を起こす可能性, \*<sup>2</sup>過剰なエネルギー摂取が持続した場合

K

目標とするBMIの範囲（18歳以上） <sup>1,2</sup>	
年齢（歳）	目標とするBMI（kg/m <sup>2</sup> ）
18～49	18.5～24.9
50～69	20.0～24.9
70以上	21.5～24.9 <sup>3</sup>

図3 エネルギーの食事摂取基準

<sup>1</sup>男女共通。あくまでも参考として使用すべきである。

<sup>2</sup>観察疫学研究において報告された総死亡率が最も低かったBMIを基に、疾患別の発症率とBMIとの関連、死因とBMIとの関連、日本人のBMIの実態に配慮し、総合的に判断し目標とする範囲を設定。

<sup>3</sup>70歳以上では、総死亡率が最も低かったBMIと実態との乖離が見られるため、虚弱の予防及び生活習慣病の予防の両者に配慮する必要があることも踏まえ、当面目標とするBMIの範囲を21.5～24.9kg/m<sup>2</sup>とした。

（厚生労働省：日本人の食事摂取基準（2015年版），2014）

L

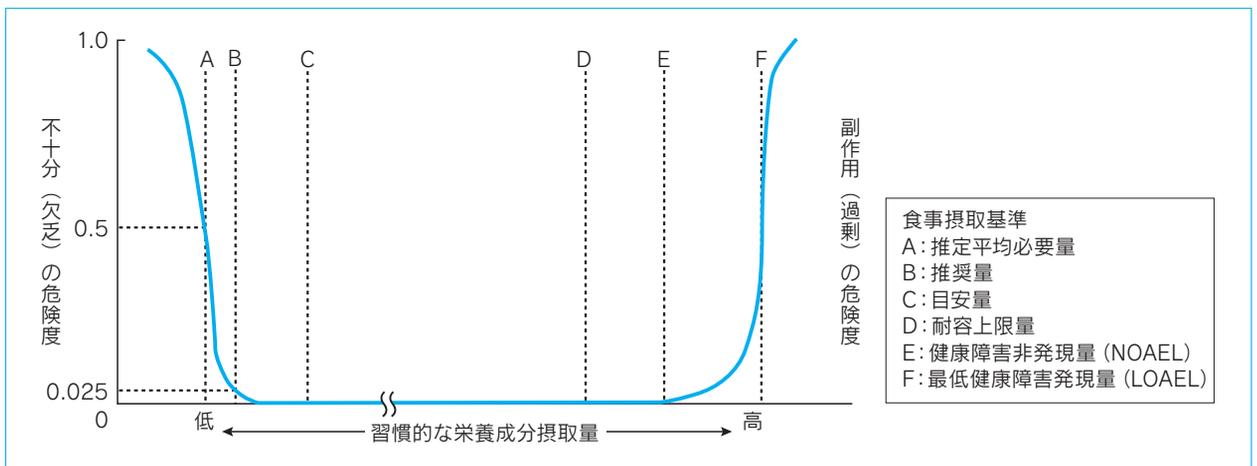


図4 食事摂取基準

M

表2 参照体重における基礎代謝量

性別 年齢（歳）	男性			女性		
	基礎代謝基準値 (kcal/kg 体重/日)	参照体重 (kg)	基礎代謝量 (kcal/日)	基礎代謝基準値 (kcal/kg 体重/日)	参照体重 (kg)	基礎代謝量 (kcal/日)
1～2	61.0	11.5	700	59.7	11.0	660
3～5	54.8	16.5	900	52.2	16.1	840
6～7	44.3	22.2	980	41.9	21.9	920
8～9	40.8	28.0	1,140	38.3	27.4	1,050
10～11	37.4	35.6	1,330	34.8	36.3	1,260
12～14	31.0	49.0	1,520	29.6	47.5	1,410
15～17	27.0	59.7	1,610	25.3	51.9	1,310
18～29	24.0	63.2	1,520	22.1	50.0	1,110
30～49	22.3	68.5	1,530	21.7	53.1	1,150
50～69	21.5	65.3	1,400	20.7	53.0	1,100
70以上	21.5	60.0	1,290	20.7	49.5	1,020

（厚生労働省：日本人の食事摂取基準（2015年版），2014）

N 表3 年齢階級別に見た身体活動レベルの群分け（男女共通）

身体活動レベル	レベルⅠ (低い)	レベルⅡ (ふつう)	レベルⅢ (高い)
1～2（歳）	－	1.35	－
3～5（歳）	－	1.45	－
6～7（歳）	1.35	1.55	1.75
8～9（歳）	1.40	1.60	1.80
10～11（歳）	1.45	1.65	1.85
12～14（歳）	1.50	1.70	1.90
15～17（歳）	1.55	1.75	1.95
18～29（歳）	1.50	1.75	2.00
30～49（歳）	1.50	1.75	2.00
50～69（歳）	1.50	1.75	2.00
70以上（歳）	1.45	1.70	1.95

（厚生労働省：日本人の食事摂取基準（2015年版），2014）

P

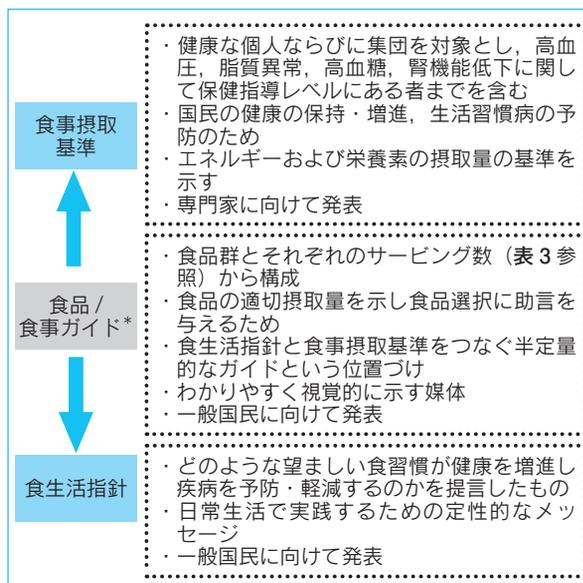


図1 食事摂取基準，食品/食事ガイド，食生活指針

\*わが国では、食事を構成する料理をベースに、1日を基本とした食事バランスガイドとなっている点が特徴的である。諸外国では、食品をベースに1日あるいは1食を基本とした食品ガイドが多くみられる。

表2 エネルギー産生栄養素バランス（%エネルギー）

年齢等	目標量 <sup>1</sup> （中央値 <sup>2</sup> ）（男女共通）			
	たんぱく質	脂質 <sup>3</sup>		炭水化物 <sup>4,5</sup>
		脂質	飽和脂肪酸	
0～11（月）	－	－	－	－
1～17（歳）	13～20（16.5）	20～30（25）	－	50～65（57.5）
18～69（歳）	13～20（16.5）	20～30（25）	7以下	50～65（57.5）
70以上（歳）	13～20（16.5）	20～30（25）	7以下	50～65（57.5）

$$\text{たんぱく質エネルギー比率（\%）} = \frac{\text{たんぱく質摂取量（g）} \times 4 \text{（kcal）}}{\text{総エネルギー摂取量（kcal）}} \times 100$$

$$\text{脂肪エネルギー比率（\%）} = \frac{\text{脂質摂取量（g）} \times 9 \text{（kcal）}}{\text{総エネルギー摂取量（kcal）}} \times 100$$

$$\text{炭水化物エネルギー比率（\%）} = \frac{\text{炭水化物摂取量（g）} \times 4 \text{（kcal）}}{\text{総エネルギー摂取量（kcal）}} \times 100$$

<sup>1</sup>各栄養素の範囲については、おおむねの値を示したものであり、生活習慣病の予防や高齢者の虚弱の予防の観点からは、弾力的に運用すること。

<sup>2</sup>中央値は、範囲の中央値を示したものであり、最も望ましい値を示すものではない。

<sup>3</sup>脂質については、その構成成分である飽和脂肪酸など、質への配慮を十分に行う必要がある。

<sup>4</sup>アルコールを含む。ただし、アルコールの摂取を勧めるものではない。

<sup>5</sup>食物繊維の目標量を十分に注意すること。

（厚生労働省：日本人の食事摂取基準（2015年版），2014より改変）