

日本人の食事摂取基準（2025年版）の策定の方向性

厚生労働省健康・生活衛生局健康課
栄養指導室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第1回検討会の論点

1. 指標設定の基本的な考え方と策定根拠の検証
2. エネルギー・栄養素との関連を記述する疾患等の追加
3. 食事摂取基準の適切な活用
4. 今後の食事摂取基準の在り方を検討するための論点の整理

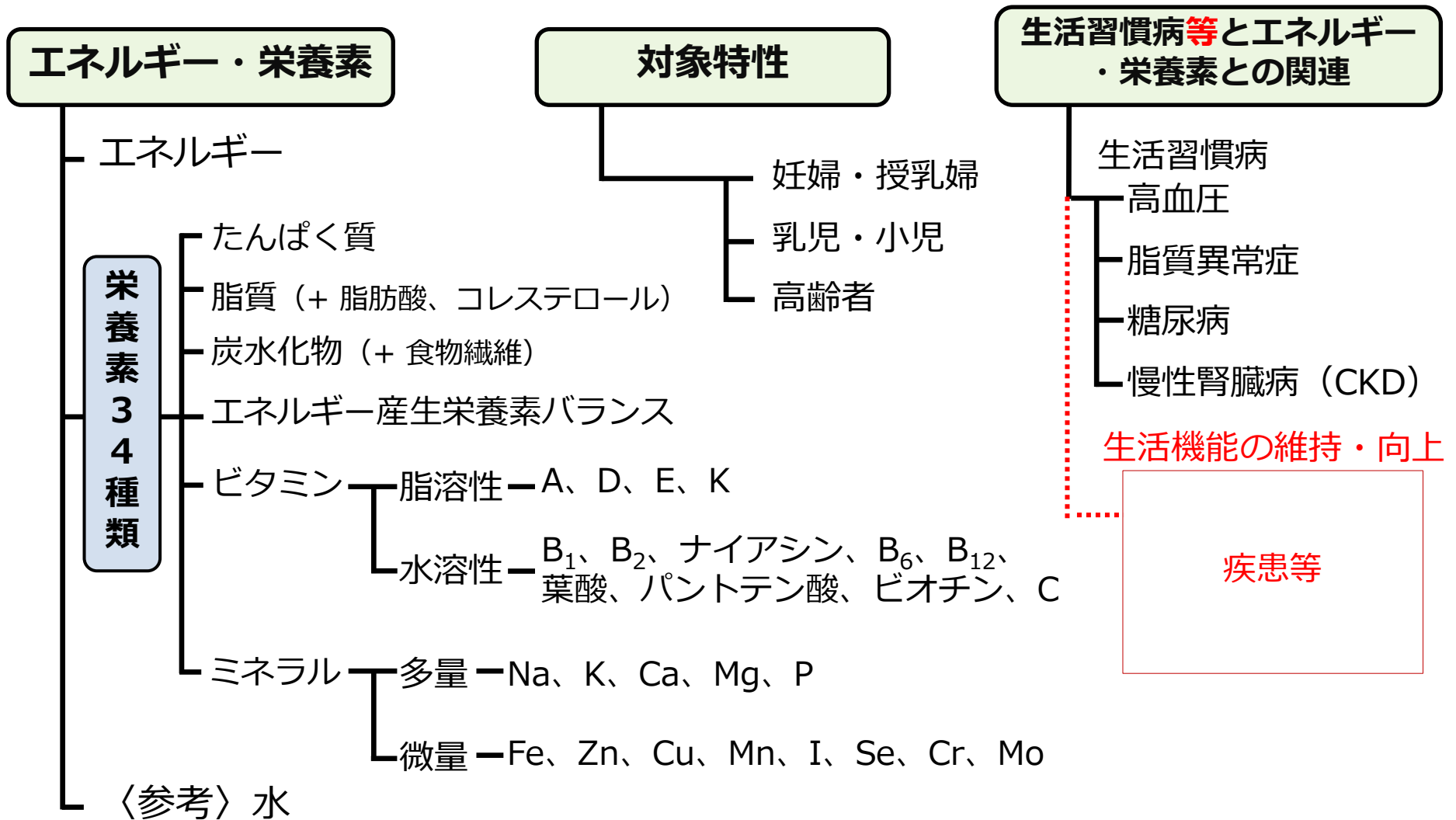
本日の検討事項

1. 指標設定の基本的な考え方と策定根拠の検証
 - ビタミンB₁、ビタミンB₂、ビタミンCの推定平均必要量の考え方について
2. エネルギー・栄養素との関連を記述する疾患等の追加
 - エネルギー・栄養素と関連する疾患等の記述を追加する場合の考え方について
3. 食事摂取基準の適切な活用
4. 今後の食事摂取基準の在り方を検討するための論点の整理

エネルギー・栄養素と関連する疾患等の記述を追加する場合の考え方について



各論の基本構造 (2025年版) (案)



エネルギー・栄養素と関連する疾患等の記述の追加

課題・検討の方向

- 食事摂取基準（2020年版）の対象は、健康な者・集団とし、生活習慣病等に関する危険因子や高齢者においてはフレイルに関する危険因子を有していてもおおむね自立した日常生活を営んでいる者・集団であるが、「生活習慣病とエネルギー・栄養素との関連」の記載については、疾患を有していたり疾患に関する高いリスクを有している者・集団において、服薬治療の手前の段階（保健指導等）での活用を想定している。
- 健康・栄養政策の動向を踏まえた食事摂取基準の活用を促す観点で、「生活習慣病とエネルギー・栄養素との関連」に「生活機能の維持」を加え、一般健康診断でスクリーニングされ、医療より手前の段階（保健指導等）で対応すべき疾患を含めてレビューし、その結果を基に検討することとしてはどうか。

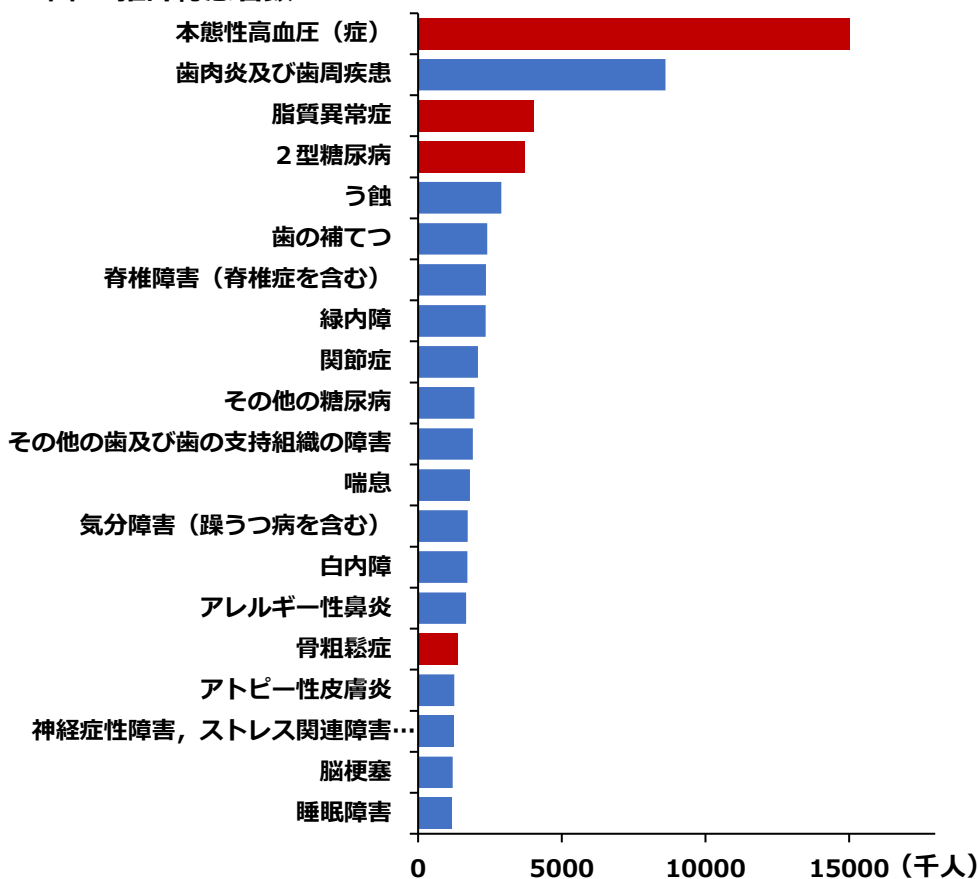
第1回検討会における主な御意見

- 少子高齢化の状況を踏まえ、フレイルや骨粗鬆症の予防の観点を加えることに賛成である。エビデンスが十分でない点は懸念だが、認知症予防についても検討する必要がある。
- フレイル、骨粗鬆症を疾患に加えることに賛成である。骨粗鬆症について、骨の特質を踏まえた上で栄養面での検討が必要である。
- フレイルと認知症については、栄養学との結びつきが強いため、是非取り上げてほしい。特に認知症は必要量の設定は難しいものの、将来に繋げるために記載を追加することに賛成である。
- 貧血について、若年女性のみを対象とするのか、あるいは高齢者も対象に含めるのかにより、議論の方向性が変わる。
- 貧血について、若年者のやせの問題に収束するという印象を持った。女性だけではなく男性でも、やせの問題が将来的にフレイルや骨粗鬆症に繋がっていく可能性がある。
- 女性の健康への注目から貧血に係る記述の追加が提案されているものと推測するが、社会的負荷の大きさを踏まえて、貧血の追加の妥当性を検討する必要がある。
- 肥満ややせの問題が根強い。新しい肥満症の治療薬は、やせ薬として不適切な利用がなされてしまう危険性がある。肥満症の改善の根本には、正しい栄養摂取が基本にあり、必要な人のみが薬品を利用すべきという点を共有していく必要がある。
- 悪性腫瘍について、いくつかのがん腫瘍は肥満との結びつきが疫学的に指摘されており、記載を追加することも一案である。

我が国における生活習慣病等の状況

- 傷病分類の小分類別総患者数をみると、栄養指導を行うことで症状の改善が見込まれる疾患として、本態性高血圧が最も多く、次いで脂質異常症、2型糖尿病、骨粗鬆症があげられる。
- 要介護者等の介護が必要となった主な原因には、脳血管疾患や心疾患の循環器疾患、衰弱、骨折・転倒等があげられる。フレイルの有症率は加齢に伴い増加し、フレイルがある者はない者に比べて要介護状態の発生リスクが高い。

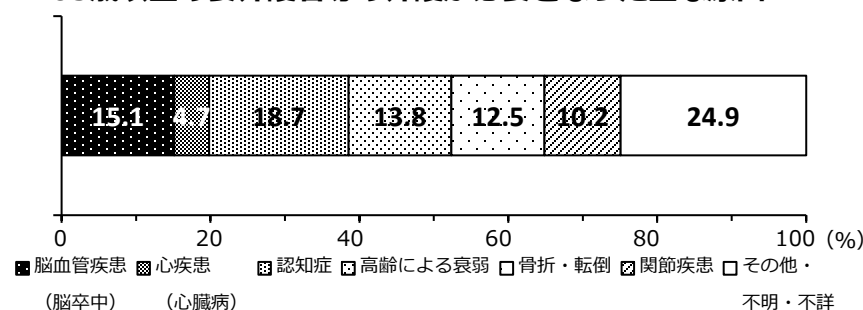
図1. 推計総患者数



出典：令和2年患者調査結果

※予防接種、その他の保健サービス等のための受診は除く、総患者数が上位の20疾患。

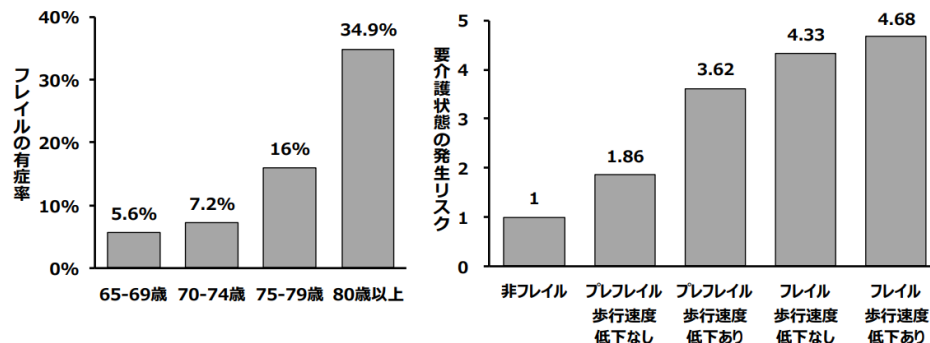
図2. 65歳以上の要介護者等の介護が必要となった主な原因



(n=5,104)

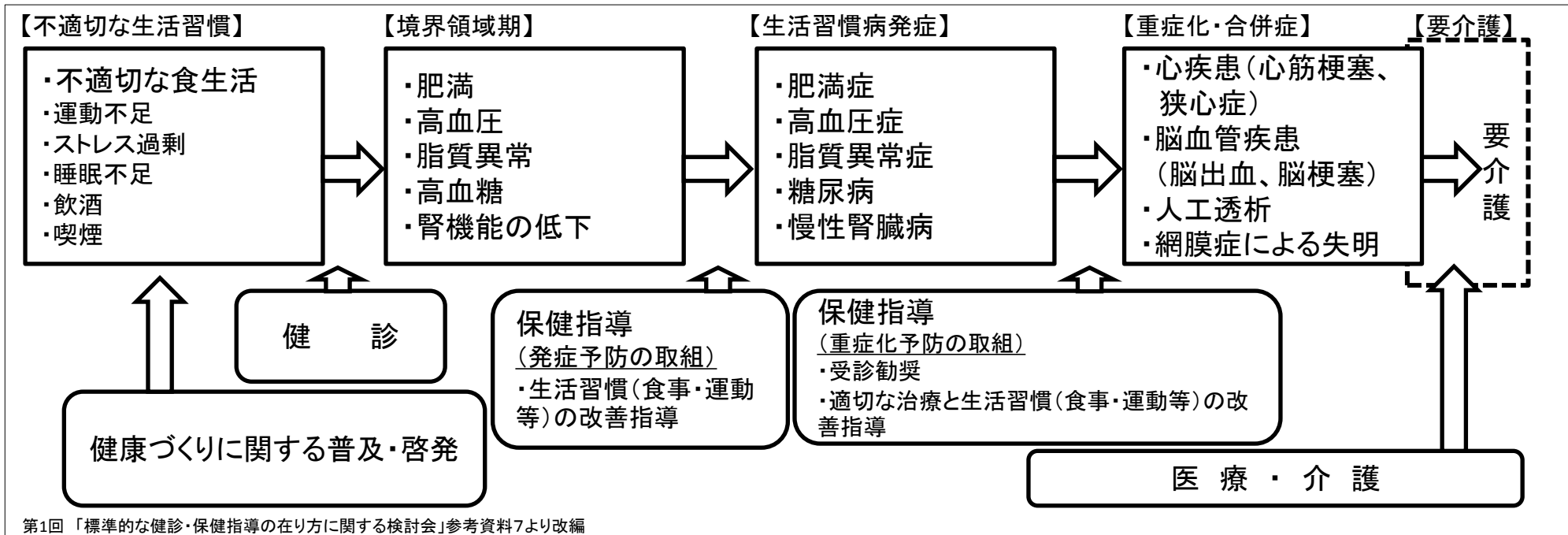
出典：令和元年版高齢社会白書

図3. フレイルの有症率



出典：後期高齢者の質問票の解説と留意事項

「生活習慣病等とエネルギー・栄養素との関連」で対応する範囲のイメージ



日本人の食事摂取基準
エネルギー・各栄養素

日本人の食事摂取基準
「生活習慣病等とエネルギー・
栄養素との関連」で対応する範囲

各種学会の診療ガイドライン

生活機能の維持・向上に着目すると、体重減少、骨密度の低下、身体機能の低下等を経て、フレイルや骨粗鬆症等に至るが、このうち要介護状態に至る手前の比較的自立した日常生活を営んでいる者に対する栄養指導において、食事摂取基準の活用が想定される。

エネルギー・栄養素と関連する疾患等の記述を追加する場合の考え方①

ワーキンググループでの議論

○ 事務局から追加する際の要件（案）を提示し、議論を行った。

1. エネルギー・栄養素との関連を表す定性的な図※が、エビデンスに基づいて描ける。
※関係性の強さと方向性を+/-で表したもの。2020年版は高血圧・糖尿病・脂質異常症・慢性腎臓病。
2. 食事摂取基準の策定対象である複数の栄養素が、エネルギーの供給とは別の経路でも、疾患の発症や重症化に関わる。
3. 各種健診・検診制度でスクリーニングされ、服薬や手術ではなく、まずは食習慣の改善で対応する。

【主な御意見】

- 日本人の食事で達成できない摂取量での疾患との関連については、食事摂取基準に掲載すべきではない。
- 健康から病気に至るまでの連続性のなかでの保健指導レベルの者までの活用を想定した場合、高尿酸血症・痛風等も取り上げる疾患の対象となり得るか。
- 追加対象の疾患について、どのような条件に基づき優先順位付けをしたのか、記載する必要があると考える。

議論を踏まえた考え方（案）

○ 追加する際の考え方は、以下のようにしてはどうか。

- ・ 疾病の発症や重症化とエネルギー・栄養素との関連を表す定性的な図※が、エビデンスに基づいて描ける。
※関係性の強さと方向性を+/-で表したもの。2020年版は高血圧・糖尿病・脂質異常症・慢性腎臓病。
- ・ エネルギーの供給とは別に、食事摂取基準の策定対象である複数の栄養素が通常の食品の組合せで摂取できる量で、疾患の発症や重症化の主要な因子となるもの。これらの疾患に関して課題のある者について、栄養指導で症状の改善が見込まれる。

○ 「エネルギー・栄養素と関連する疾患」の要件を報告書内で明確にしてはどうか。

エネルギー・栄養素と関連する疾患等の記述を追加する場合の考え方②

	食事療法の記載がある診療ガイドライン	左記ガイドラインにおける栄養素に関する記載	スクリーニングを行う健診/検診（項目）	食習慣の改善以外の主な予防/治療法	条件			
					1	2	3	4
肥満/肥満症	肥満診療ガイドライン2016 ¹	定量的記載 [エネルギー摂取量、エネルギー産生栄養素比率、食物繊維、たんぱく質] ¹	健康診断（身長、体重、腹囲）	運動療法		×	○	○
NAFLD/ NASH	NAFLD/NASH診療ガイドライン2020 ¹	定性的記載 [低カロリー食、果糖、栄養素摂取比率（炭水化物、脂質）*] ¹ *（推奨内容）カロリー制限による体重の減少は、NAFLD患者の肝機能、肝脂肪化を改善させる。NAFLD/NASHの改善にはエネルギー摂取量の適正化を優先し、栄養素摂取比率では炭水化物もしくは脂質を制限することを提案する。	健康診断（AST、ALT、γ-GT）	運動療法、薬物療法		△	○	○
痛風/ 高尿酸血症	高尿酸血症・通風の治療ガイドライン第3版 ¹ 、2022年追補版	定性的記載 [ビタミンC、アルコール、果糖] ¹ その他、栄養素ではないがプリン体に関する記載有り	なし	飲酒制限、運動療法		○	×	×
悪性腫瘍					シグネー対象が決まり次第対応			
肺癌	肺癌診療ガイドライン2022	なし	肺がん検診（問診、エックス線検査）、喀痰細胞診	手術、薬物療法、放射線治療		×	×	×
消化器癌	大腸癌治療ガイドライン医師用2022 胃癌治療ガイドライン医師用2021	なし	胃がん検診（問診、エックス線検査、内視鏡） 大腸がん検診（問診、便潜血検査）	薬物療法、術中処置、創傷管理		×	×	×
乳癌	乳がん診療ガイドライン2022	定量的記載 [アルコール]	乳がん検診（問診、マンモグラフィ）	薬物療法、外科療法、放射線療法		×	×	×
子宮頸癌	子宮頸癌治療ガイドライン2022	なし	子宮頸がん検診（問診、視診、細胞診、内診）	手術、放射線治療、化学療法		×	×	×
鉄欠乏性貧血	なし	—	健康診断（赤血球数 ² 、Hb ² ）	薬物療法		×	○	△
巨赤芽球性貧血	なし	—	健康診断（赤血球数 ² ）	薬物療法		×	○	×
フレイル	フレイル診療ガイド2018 ¹	定性的記載 [カロテノイド、ビタミンE、ビタミンD、たんぱく質] ¹	後期高齢者の質問票を活用した健康診査（身長、体重、問診）	運動療法		○	○	○
骨粗鬆症	骨粗鬆症予防と治療ガイドライン2015 ¹	定量的記載 [カルシウム、ビタミンD、ビタミンK] ¹ 定性的記載 [ビタミンB ₆ 、ビタミンB ₁₂ 、葉酸、マグネシウム] ¹	骨粗鬆症検診（骨密度）	薬物療法、運動療法、理学療法		○	○	○
認知症/ 認知機能	認知症診療ガイドライン2017 ¹	定性的記載 [高カロリー食、低たんぱく質食・低脂肪食、ビタミンA、ビタミンB ₁₂ 、ビタミンC、ビタミンE] ¹	なし	運動療法、薬物療法		○	○	×

¹ 令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）報告書参照。研究代表者：佐々木敏、研究分担者：片桐諒子「日本における診療ガイドラインの食事・栄養素等に関する記述の収載評価」において、EBM普及推進事業(Minds)のライブラリに掲載された17カテゴリの77ガイドラインについて、食事、栄養素等に関する記載が含まれている場合は、その記載内容を収集評価した。

² 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく健康診断では、医師の判断に基づき選択的に実施する項目。

< 追加する疾患等の考え方：「○」該当、「×」非該当、「△」要検討 >

条件1：エネルギー・栄養素との関連を表す定性的な図※が、エビデンスに基づいて描ける。

※関係性の強さと方向性を+/-で表したもの。2020年版は高血圧・糖尿病・脂質異常症・慢性腎臓病。

条件2：エネルギーの供給とは別の経路において、食事摂取基準の策定対象である複数の栄養素が通常の食品の組合せで摂取できる量で、疾患の発症や重症化に関わる。

条件3：食事摂取基準の策定対象である栄養素が、疾患の発症や重症化の機序における主要な因子である。

条件4：各種健診・検診制度でスクリーニングされ、栄養指導で症状の改善が見込まれる。

(参考) 「日本人の食事摂取基準 (2020年版)」で扱った生活習慣病と診療ガイドラインの関係の整理

	食事療法について記載のある診療ガイドライン	左記ガイドラインにおける栄養に関する記載	スクリーニングを行う健診/検診 (項目)	食習慣の改善以外の主な予防/治療法	条件			
					1	2	3	4
高血圧	高血圧治療ガイドライン2019 ¹	定量的記載 [食塩、飲酒、カリウム] ¹ 定性的記載 [飽和脂肪酸、コレステロール、高不飽和脂肪酸] ¹	健康診断 (血圧)	運動療法、薬物療法	○	○	○	○
糖尿病	糖尿病診療ガイドライン2019 ¹	定量的記載 [食塩、総エネルギー摂取量、たんぱく質比率、食物繊維、アルコール、飽和脂肪酸、マグネシウム] ¹ 定性的記載 [ショ糖] ¹	健康診断 (血糖、HbA1c)	運動療法、薬物療法	○	○	○	○
脂質異常症	動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022	定量的記載 [脂肪、炭水化物、飽和脂肪酸、コレステロール] 定性的記載 [一価不飽和脂肪酸、n-3系脂肪酸、n-6系脂肪酸、トランス脂肪酸、食物繊維]	健康診断 (中性脂肪、LDLコレステロール、HDLコレステロール)	運動療法、薬物療法	○	○	○	○
慢性腎臓病 (CKD)	エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018 ¹	定量的記載 [食塩、血清カリウム値、たんぱく質] ¹	健康診断 (血清クレアチニン ²)	運動療法、薬物療法、透析	○	○	○	○

¹ 令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 (循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業) 報告書参照。研究代表者:佐々木敏、研究分担者:片桐諒子「日本における診療ガイドラインの食事・栄養素等に関する記述の収載評価」において、EBM普及推進事業(Minds)のライブラリへ掲載された17カテゴリの77ガイドラインについて、食事、栄養素等に関する記載が含まれている場合は、その記載内容を収集評価した。

² 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく健康診断では、医師の判断に基づき選択的に実施する項目。

< 追加する疾患等の考え方: 「○」該当、「×」非該当、「△」要検討 >

条件1: エネルギー・栄養素との関連を表す定性的な図※が、エビデンスに基づいて描ける。

※関係性の強さと方向性を+/-で表したもの。2020年版は高血圧・糖尿病・脂質異常症・慢性腎臓病。

条件2: エネルギーの供給とは別の経路において、食事摂取基準の策定対象である複数の栄養素が通常の食品の組合せで摂取できる量で、疾患の発症や重症化に関わる。

条件3: 食事摂取基準の策定対象である栄養素が、疾患の発症や重症化の機序における主要な因子である。

条件4: 各種健診・検診制度でスクリーニングされ、栄養指導で症状の改善が見込まれる。

ビタミンB₁、ビタミンB₂、ビタミンCの推定平均 必要量の考え方について



指標設定の基本的な考え方と策定根拠の検証

課題・検討の方向

- 推定平均必要量を下回った場合の問題の大きさの程度は栄養素によって異なるため、事業所等給食や災害時の避難所での食事・栄養管理等において、活用上の混乱が生じている。
- 原則として2020年版で設定されている指標を踏襲しつつ、推定平均必要量の考え方を整理してはどうか。

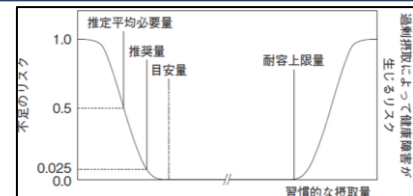


図 食事摂取基準の各指標を理解するための概念図

栄養素	推定平均必要量の設定の基本的な考え方
ビタミンA、ナイアシン、ビタミンB ₁₂ 、葉酸、ナトリウム、ヨウ素、セレン	a: 集団内の半数の者に 不足又は欠乏の症状が現れ得る摂取量 をもって推定平均必要量とした栄養素
たんぱく質、ビタミンB ₆ 、カルシウム、マグネシウム、亜鉛、銅、モリブデン	b: 集団内の半数の者で 体内量が維持される摂取量 をもって推定平均必要量とした栄養素
ビタミンB ₁ 、ビタミンB ₂	c: 集団内の半数の者で 体内量が飽和している摂取量 をもって推定平均必要量とした栄養素
ビタミンC、鉄	x: 上記以外の方法で推定平均必要量が定められた栄養素

第1回検討会における主な御意見

- 食事摂取基準内で「不足」の意味が栄養素ごとに異なると、ユーザー側で使い分けが必要になるため、何のためにその数字が基準とされているか分からなくなる。「不足」による影響の大きさを栄養素間で均して数値設定できれば、食事摂取基準を正しく活用できるようになる。
- 水溶性ビタミンに係る推定平均必要量の考え方について、不足又は欠乏の症状が現れ得る摂取量に基づき策定していくのが良いと考える。
- 脂溶性・水溶性を問わず、ビタミンはバイオマーカーをキーワードに検討するのが良い。自覚症状は無いがリスクが上がっている状況では、バイオマーカーが重要となる。
- 指標をバイオマーカーに変更することで、食事摂取基準（2020年版）から基準値が変更になることも十分にあり得る。
- 長期的指標や短期的指標等、どの種類のバイオマーカーを利用するのかという検討も重要である。

(参考) 「日本人の食事摂取基準 (2020年版)」における栄養素ごとの推定平均必要量の考え方

栄養素	※	考慮している疾患・症状	策定方法
たんぱく質	b	—	窒素出納法によるたんぱく質維持必要量
ビタミン			
脂溶性	a	角膜乾燥症、夜盲症	肝臓のビタミンA貯蔵量20 μ g/g以上を維持するのに必要な最低必要摂取量
水溶性	c	—	摂取量と尿中排泄量との関係式における変曲点 (= 飽和量)
	c	—	摂取量と尿中排泄量との関係式における変曲点 (= 飽和量)
	a	ペラグラ	尿中N ¹ -メチルニコチンアミド排泄量を1mg/日に維持できる摂取量
	b	神経障害の発生	血漿ピリドキシン5-リン酸濃度を30nmol/Lに維持できる摂取量
	a	悪性貧血	血液学的性状 (平均赤血球容積が101fL未満) 及び血清ビタミンB ₁₂ 濃度 (100pmol/L 以上) を適正に維持できる摂取量
	a	巨赤芽球性貧血	赤血球中の葉酸濃度305nmol/L (140ng/mL) 以上を維持できる摂取量
	x	心臓血管系の疾病、有効な抗酸化作用	血漿ビタミンC濃度が50nmol/L 以上を維持できる摂取量
ミネラル			
多量	a	—	尿・便・皮膚・その他から排泄される量の総和 (不可避損失量) を補う量
	b	—	体内蓄積量、尿中排泄量及び経皮的損失量、見かけの吸収率による要因加算法
微量	b	—	出納実験により推定した平衡維持量
	x	—	基本的鉄損失、成長に伴う鉄蓄積、月経血による鉄損失、吸収率、必要量の個人間変動による要因加算法
	b	—	腸管以外への体外排泄量、腸管内因性排泄量、吸収量による要因加算法
	b	—	銅の平衡維持量と血漿・血清銅濃度
	a	—	甲状腺へのヨウ素蓄積量
	a	克山病	血漿 GPX 活性値の飽和値の 2/3 の値を与えるセレン摂取量
	b	—	出納実験より推定した平衡維持量

※ 日本人の食事摂取基準 (2020年版) における、推定平均必要量の設定の基本的な考え方

- 集団内の半数の者に不足又は欠乏の症状が現れ得る摂取量をもって推定平均必要量とした栄養素。
- 集団内の半数の者で体内量が維持される摂取量をもって推定平均必要量とした栄養素。
- 集団内の半数の者で体内量が飽和している摂取量をもって推定平均必要量とした栄養素。
- 上記以外の方法で推定平均必要量が定められた栄養素。

(出典) 日本人の食事摂取基準 (2020年版) 「日本人の食事摂取基準」策定検討会報告書

ビタミンB₁、ビタミンB₂、ビタミンCの推定平均必要量の考え方について

ワーキンググループでの議論

- 推定平均必要量の基本的な考え方が「c. 集団内の半数の者で体内量が飽和している摂取量をもって推定平均必要量とした栄養素」及び「x. その他の方法で推定平均必要量が定められた栄養素」のうち、ビタミンB₁、ビタミンB₂、ビタミンCに関して、諸外国の食事摂取基準の策定方法や最新の学術的知見を踏まえ整理を行った。

・ビタミンB₁の推定平均必要量

- ビタミンB₁の栄養状態を評価する指標として、臨床症状、血中ビタミンB₁濃度、尿中チアミン排泄量、赤血球トランスケトラーゼ（ETK）活性があり、食事摂取基準（2020年版）では尿中チアミン排泄量を策定に用いている。
- ETK活性はビタミンB₁の不足・欠乏に鋭敏に反応するため、最も信頼性の高い指標とされている。
- 北欧はETK活性を用いて、EU、D-A-CH及びUS/カナダは尿中チアミン排泄量とETK活性を用いて策定している。

・ビタミンB₂の推定平均必要量

- ビタミンB₂の栄養状態を評価する指標として、臨床症状、血中ビタミンB₂濃度、尿中リボフラビン排泄量、赤血球グルタチオンレダクターゼ（EGR）活性があり、食事摂取基準（2020年版）では尿中リボフラビン排泄量を用いている。
- EGR活性はビタミンB₂栄養状態を反映する点において有用な指標であるが、EGR活性を評価した研究の方法が標準化されていないため、論文によって報告値にばらつきがある。
- D-A-CHはEGR活性と尿中リボフラビン排泄量を用いて、US/カナダは臨床症状とEGR活性を用いて、北欧、EU、WHO/FAOは尿中リボフラビン排泄量を用いて策定している。

・ビタミンCの推定平均必要量

- ビタミンCの栄養状態を評価する指標として、臨床症状、血漿アスコルビン濃度、白血球アスコルビン濃度、尿中アスコルビン酸排泄量が用いられている。食事摂取基準（2020年版）では、抗酸化作用が期待できる血漿アスコルビン濃度を策定に用いている。
- 血漿アスコルビン酸濃度と壊血病、気分障害、抗酸化作用との関係、血漿アスコルビン酸濃度とビタミンC摂取量との関係が詳しく調べられているため、血漿アスコルビン酸濃度は有用な指標である。
- 北欧、EU及びD-A-CHは、食事摂取基準（2020年版）と同じく、抗酸化作用が期待できる血漿アスコルビン酸濃度を用いて策定している。US/カナダは、好中球アスコルビン酸濃度を飽和時の80%に維持し、尿中損失の少ない摂取量を用いて策定している。