今後の「食」を探る

日本人の食事摂取基準(2015年版)のポイント

東京大学大学院 医学系研究科 社会予防疫学分野 教授
佐々木 敏

「日本人の食事摂取基準」とは、日本人が健康を維持するために摂取すべきエネルギーと栄養素の量の基準を示したガイドラインです。5年ごとに改定されて厚生労働省から発表されており、この4月からは「日本人の食事摂取基準（2015年版）」が使われるようになりました。この改訂版はそれまでのものとどこが違うのか、何がポイントなのかを、策定検討会ワーキンググループ座長として中心的な役割を果たしてこられた佐々木敏先生に伺いました。

栄養の摂取状況を、食事調査によってアセスメントすべきと強調

■まず、「日本人の食事摂取基準」とはどのようなものかをお教えください。

「食事摂取基準」はかつて「栄養所要量」と呼ばれていたもので、厚生労働省から出されている、食事や栄養に関する唯一の公的かつ包括的ガイドラインです。管理栄養士や栄養士など栄養の専門家が使うものであり、一般の人に向けたものではありません。しかし、「栄養成分表示」や「食事バランスガイド」など、その他の公的ガイドラインや規則などは全て食事摂取基準をベースに作られているので、一般の方でもその名称をご存知の方は少なくないと思います。

■5年ごとに改定されるとのことですが、2015年版は今までのものと何が変わったのでしょうか。

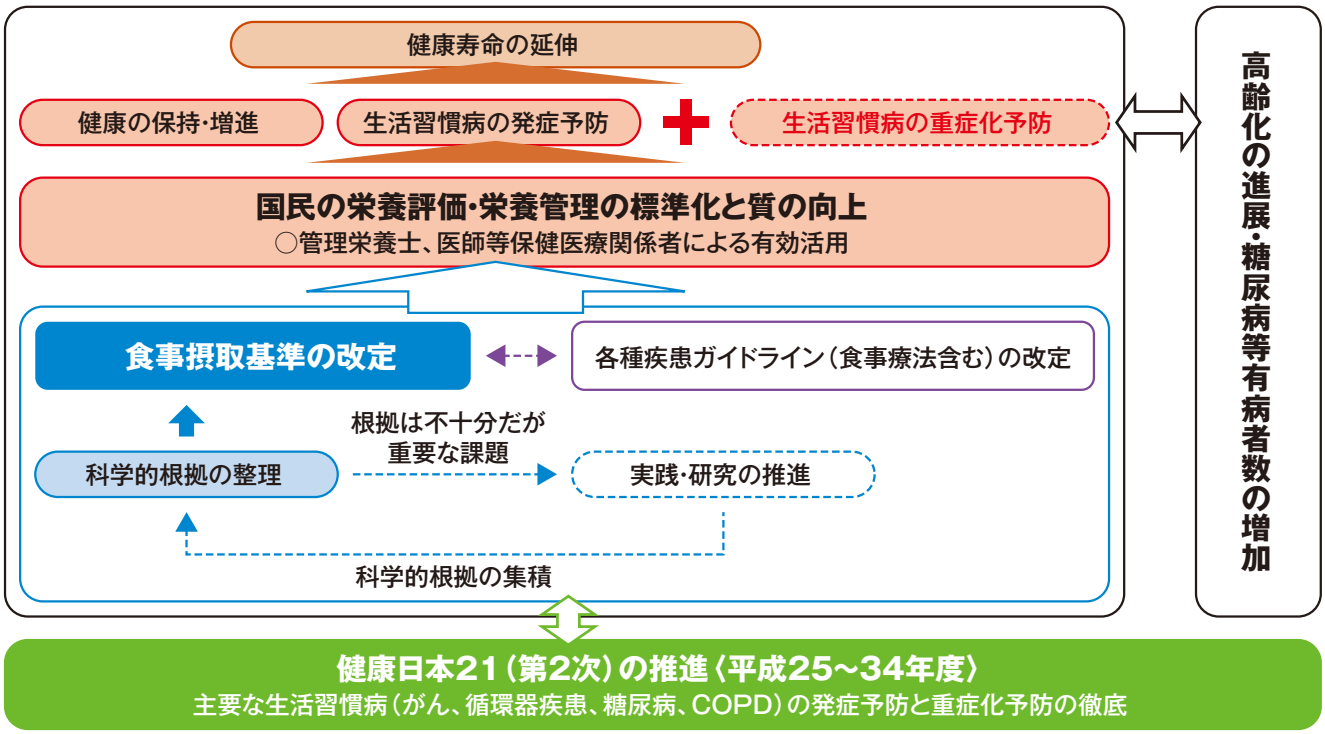
食事摂取基準では、エネルギーと33種類の栄養素について、摂取すべき量の基準とその理由等を示しています。2015年版では、これらの数値の改定はわずかでしたが、食事摂取基準の“活用法”について科学的に踏み込んだ記載がされました。

これはどのようなことかというと、栄養業務の対象者(健康の保持・増進や生活習慣病予防のために食事改善を行う個人や集団)に対して、エネルギーや栄養素の摂取状況をしっかり評価(アセスメント)し、それに基づき食事改善計画の立案、実施、検証を行い、検証結果を踏まえて計画内容を改善すべきと明示されたのです。

例えば自分の血圧値を知っていても、毎日の食塩の摂取量を把握している人はほとんどいないでしょう。しかし、本来は食塩摂取量がわからなければ減塩指導はできないはずです。「食事調査などで現状を正しくアセスメントした上で栄養指導を行いましょう」というのが、今回の食事摂取基準の基本姿勢です。

■その他に、大きな変更点はありますか。

食事摂取基準の対象者が拡大されました。これまでの食事摂取基準は、健康な人の「健康の保持・増進」や「生活習慣病の発症予防」を主な目的としていました。2015年版では、生活習慣病のリスクを持っている人や既に疾患にかかっている人まで視野に入れ、「生活習慣病の重症化予防」も目的に組み込みました(図1)。つまり、特定健診などで特定保健指導の対象となった人や受診勧奨を受けた人にも、食事摂取基準をもとに、適切な栄養指導を行うべきと打ち出したのです。



「日本人の食事摂取基準（2015年版）の概要」より

図1　日本人の食事摂取基準（2015年版）策定の方向性

エネルギーの過不足は、「カロリー」ではなく「体重」の変化で把握

■食事摂取基準の内容で、従来と大きく異なる部分についてお教えください。

エネルギーの過不足を、「カロリー」という単位ではなく「キログラム」（体重）で判定するようになったことが大きな変化です。

従来、エネルギー摂取量は、食事調査をもとに、食事内容や摂取量から推計してきました。体重が変わらない状態であれば、エネルギー摂取量はエネルギー消費量と同じであり、エネルギー必要量とも同一になるはずです。しかし、エネルギー摂取量を食事調査から推計する方法は、過小申告などによる誤差が大き過ぎることがわかってきました。

また、エネルギー必要量の推定には、身長や体重、身体活動レベル*1などから計算する方法が何種類か用いられています。ところが、身体活動レベルの推定方法に関するエビデンスは乏しく、現状では十分に信頼できるものとはいえません。

そこで着目したのが「体重」です。エネルギーの摂取量と消費量のバランスが崩れれば、体重の変化が生じます。であれば、期間をあけて体重を2回測定すれば、エネルギー摂取量の過不足が判定できます。そこで、食事摂取基準では「エネルギー収支を体重の変化で把握する」こととしました。

ただし、その前にどれくらいの体重が望ましいかを決めなければなりません。様々な疫学研究報告を参考にして、総死亡率が最も低いBMI*2をもとに「目標とするBMIの範囲」を設定しました（表1）。

＊1　身体活動レベル：日常の活動量を「低い」「ふつう」「高い」に分け数値化したもの。

＊2　BMI＝〔体重（kg）÷身長（m）^{2}〕

表1　目標とするBMIの範囲（18歳以上）

年齢（歳）	目標とするBMI（kg/m^2）
18～49	18.5～24.9
50～69	20.0～24.9
70以上	21.5～24.9

「日本人の食事摂取基準(2015年版)」策定検討会報告書より

■食品に表示されているエネルギー量を合計して1日のエネルギー摂取量を調べても、あまり意味がないということでしょうか。

その通りです。個々の食品のエネルギー量を合計しても、自分のエネルギー摂取量を正確に把握することはできません。

では、エネルギー表示は意味がないかというと、そのようなことはありません。エネルギー摂取量を増やすべき、あるいは減らすべき人が、食品を比較検討するための判断材料として、エネルギー表示は非常に有用です。食品購入の際、エネルギー表示だけでなく栄養成分表示をしっかり確認し、食品選びに活用してもらうようになれば、日本人の健康はさらに向上すると思います。

食塩の目標量や、栄養素のバランスについても変更がなされた

■栄養素の目標量など、数値で変わったものはありますか。

数値上の改定はわずかですが、その中で特に留意すべきものがあります。

●食塩相当量

一つは「ナトリウム（食塩相当量）の目標量」です。従来の食事摂取基準では、1日の食塩の目標量を「男性9.0g未満、女性7.5g未満」としていましたが、これを「男性8.0g未満、女性7.0g未満」に下げました。

減塩は、世界的にみても生活習慣病対策において極めて重要な課題とされており、WHO（世界保健機関）のガイドラインでは1日あたり5g未満、日本高血圧学会の高血圧治療ガイドラインでは6g未満を推奨しています。しかし最近の研究報告によると、日本の成人は1日あたり約13gの食塩を摂取していることがわかっています。5gや6gという目標量を設定して、実現不可能と思われては逆効果です。そこで、食事摂取基準の改定ごとに、目標量を徐々に下げていこうという方針がとられています。

食塩は目に見えませんから、加工食品に含まれていても、知らずに摂取してしまいます。食品メーカーと消費者が、いかに「減塩」を意識してくれるかが問われると思います。

●エネルギー産生栄養素バランス

特筆すべきもう一つの改定が「エネルギー産生栄養素バランス」という項目が設けられたことです（表2）。

三大栄養素（たんぱく質、脂質、炭水化物）の望ましいエネルギー比率はこれまでも食事摂取基準で示していました。しかし、今まで「アルコール」のエネルギーが見落とされてきたため、今回の改定では、炭水化物のなかにアルコールを加えました。

また、脂質では特に「飽和脂肪酸」が複数の生活習慣病に悪影響を及ぼすため、摂取量の上限を示すよう新たに項目を追加しています。アルコールと飽和脂肪酸が加わったため、三大栄養素とは言えなくなり、代わりに「エネルギー産生栄養素」という名称を採用しました。

栄養素と生活習慣病に関するより詳細な情報を掲載

■その他に、注目すべき変更はありますか。

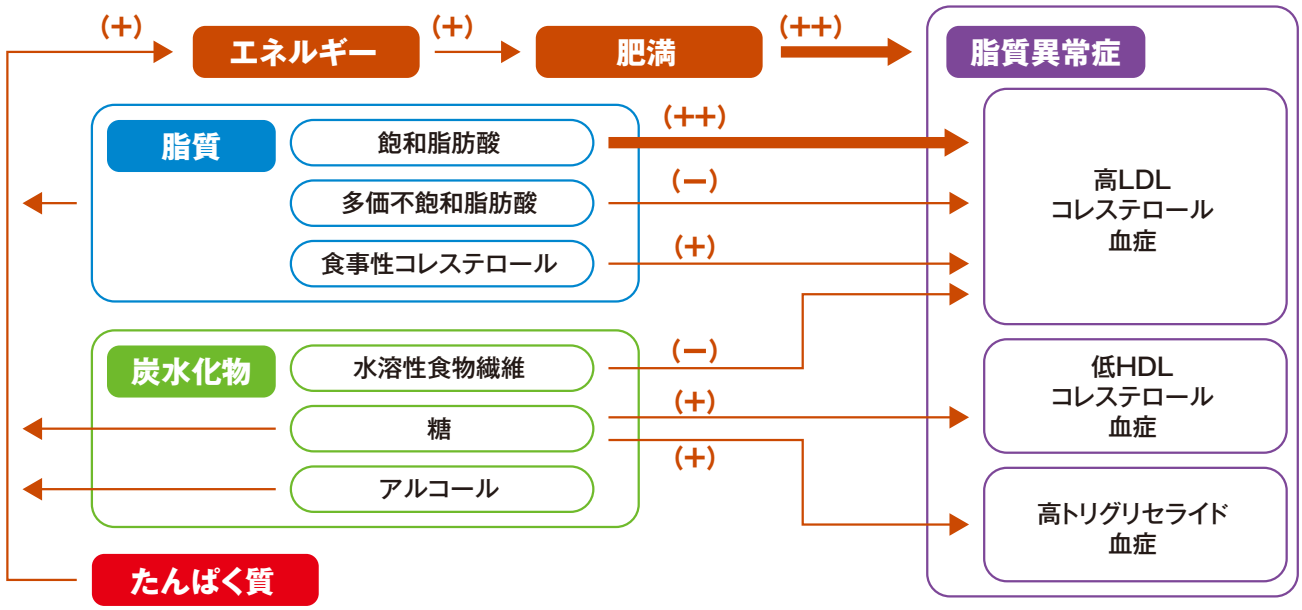
食事摂取基準の対象者が、生活習慣病のリスクを持っている人や、疾患を持っている人まで拡大されたことに伴い、各栄養素の解説の中に「生活習慣病の発症予防及び重症化予防」という項目を立て、関連する栄養素については詳しく記述しました。

また、参考資料として「生活習慣病とエネルギー・栄養との関連」という章を設けたことも新

表2　エネルギー産生栄養素バランス（%エネルギー）

目標量（中央値）〔男女共通〕				
年齢等	たんぱく質	脂　質		炭水化物（アルコールを含む）
		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）

「日本人の食事摂取基準（2015年版）」策定検討会報告書より



肥満を介する経路と介さない経路があることに注意したい
この図はあくまでも概要を理解するための概念図として用いるに留めるべきである

「日本人の食事摂取基準（2015 年版）」策定検討会報告書より

図2　栄養素摂取と生活習慣病との関連を示したフローチャート(脂質異常症の例)

しい試みです。高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病(CKD)の4疾患について、フローチャートを用いて栄養素との関係を具体的に解説しています(図2)。

これらの疾患と栄養素の関係については、関連学会の診療ガイドラインとの整合性を図るために、各学会の専門医にも協力していただきました。

■フローチャートは非常にわかりやすいと思いますが、作成の際、留意されたことはありますか。

ある疾患に複数の栄養素が関連している場合、関与の程度は栄養素ごとに異なります。しかし往々にして、一般の方々のみならず医療従事者さえも、話題性に引きずられて、本来は関連が薄い栄養素の影響を強調しがちです。このフローチャートでは、そのような間違いが起こらないよう配慮しました。

疾患と各栄養素の関連について、その重み付けを(+)(++)などのマークで行うとともに、エビデンスが十分に確立されていない栄養素は敢えて取り上げませんでした。

このフローチャートには、現時点で信頼できる情報のエッセンスが詰め込まれています。不確かな情報から身を守るためにも、ぜひご活用いただきたいですね。

特定栄養指導などを受ける場合は食事のアセスメントを促してもらいたい

■一般の人にとって、今回の食事摂取基準の改定はどのような意味を持つのでしょうか。

これまでの医療では“食事を調べる”ことがないがしろにされてきました。栄養業務に携わる側も、食品という“モノ”に関する教育や指導に留まり、“人”に目を向けることがおろそかになりがちでした。しかし、“人”が 現在食べている栄養素こそが問題なのです。栄養業務においては、食事調査によるアセスメントなくして、何をどれだけ食べるべきかを決めることは、本来不可能なはずです。従って、もし皆さんが特定保健指導を受けるような場合は、ぜひ指導者に食事のアセスメントをしてもらうようお願いしてください。

“薬”は病気にかかったときしか服用しませんが、“食品”は生涯にわたって摂取し続けます。栄養が健康に与える影響力は極めて大きいことを認識し、栄養や食品に関する情報に注意深く接していただきたいと思います。