

第1回 「日本人の食事摂取基準（2025年版）」策定検討会
議事録

- 日時 令和5年8月1日（火） 13:00～15:00
- 場所 オンライン
AP 東京八重洲 F ルーム（事務局のみ）
- 出席者
構成員<五十音順・敬称略>
 - 朝倉 敬子（東邦大学 准教授）
 - 石田 裕美（女子栄養大学 教授）
 - 梅垣 宏行（名古屋大学 教授）
 - 柏原 直樹（川崎医科大学 学長付特任教授）
 - 勝川 史憲（慶應義塾大学 教授）
 - 桑波田 雅士（京都府立大学大学院 教授）
 - 佐々木 敏（東京大学 名誉教授）
 - 瀧本 秀美（国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所 理事兼国立健康・栄養研究所長）
 - 田中 清（静岡県立総合病院 部長）
 - 福渡 努（滋賀県立大学 教授）
 - 三浦 克之（滋賀医科大学 教授）
 - 横手 幸太郎（千葉大学医学部附属病院 病院長）
 - 横山 徹爾（国立保健医療科学院 部長）
 - 綿田 裕孝（順天堂大学大学院 教授）

➤ 議事

1 開会

【清野栄養指導室長】 定刻となりましたので、ただいまより第1回「日本人の食事摂取基準（2025年版）」策定検討会を開催いたします。構成員の皆様方には、御多忙のところ御出席いただきまして誠にありがとうございます。

座長選任までの間、進行を務めさせていただきます健康局健康課栄養指導室長の清野です。よろしく願いいたします。検討会の開催にあたりまして、健康局長の大坪から御挨拶いたします。

局長挨拶

【大坪健康局長】 「日本人の食事摂取基準（2025年版）」の策定の開催にあたりまして、御挨拶申し上げたいと思います。健康増進法に基づきまして、個人の健康増進並びに生活習

慣病の発症予防や重症化予防のための参照となる大事な基準でありますけれども、今般、国民健康づくり運動であります「健康日本 21（第三次）」が令和 6 年度から始まることとなります。申し上げますまでもないのでありますが、人生 100 年時代が本格的に到来することなどを踏まえまして、「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」、これをビジョンに掲げさせていただき、令和 6 年度からまた新たに進めてまいりたいと考えております。

今回、生活習慣病の発症予防や重症化予防に加えまして、生活機能の維持・向上の観点、こういったことも取り組んでまいりたいと考えております。この動きを捉まえまして、この食事摂取基準につきましても、これまでの生活習慣病の発症予防や重症化予防に加えまして、栄養に関連した生活機能の維持・向上といったことにも寄与できるような基準となるように、摂取基準を見直していただけたらと思っております。

今日は、先生方の貴重なお時間をいただきまして、活発な御議論を進めていただきますようお願いを申し上げて、挨拶とさせていただきます。

本日は、どうぞよろしく願いいたします。

委員紹介・出欠及び事務局紹介

【清野栄養指導室長】 それでは、本検討会開催の目的と、お集まりいただきました先生方を御紹介させていただきます。お手元に資料 1 「日本人の食事摂取基準（2025 年版）」策定検討会開催要綱」を御覧ください。

まず、本検討会の目的でございます。「日本人の食事摂取基準」は、健康増進法に基づきまして、国民の健康の保持・増進を目的とし、エネルギー及び各栄養素の摂取量の基準を定めたものでございます。本基準につきましては、5 年ごとに改定しており、現行の「日本人の食事摂取基準（2020 年版）」が令和 6（2024）年度までであることから、令和 7（2025）年度以降の新たな基準を策定する必要がございます。

また、局長からも話がありましたとおり、令和 6 年度から開始される「健康日本 21（第三次）」を踏まえた検討が必要となっております。本検討会では、新たな「日本人の食事摂取基準（2025 年版）」の策定に向けまして、各種診療ガイドラインの改訂内容を食事摂取基準の策定に反映できるかなどの検証をはじめ、健康や疾患に関連する国内外の栄養に関する最新の知見を基に、基準の方針・内容について検討するために開催いたします。

構成員につきまして、別紙にございます構成員名簿の順に御紹介させていただきます。

東邦大学 准教授 朝倉 敬子 構成員

女子栄養大学 教授 石田 裕美 構成員

名古屋大学 教授 梅垣 宏行 構成員

川崎医科大学 学長付特任教授 柏原 直樹 構成員

慶應義塾大学 教授 勝川 史憲 構成員

京都府立大学大学院 教授 桑波田 雅士 構成員

東京大学 名誉教授 佐々木 敏 構成員

国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所 所長 瀧本 秀美 構成員

静岡県立総合病院 部長 田中 清 構成員

滋賀県立大学 教授 福渡 努 構成員

滋賀医科大学 教授 三浦 克之 構成員

千葉大学医学部附属病院 病院長 横手 幸太郎 構成員

国立保健医療科学院 部長 横山 徹爾 構成員

順天堂大学大学院 教授 綿田 裕孝 構成員

以上でございます。引き続き、事務局を紹介させていただきます。

健康局健康課長の山本でございます。

栄養指導室長補佐の齋藤です。

健康課課長補佐の寺井です。

よろしくお願いいたします。

座長・副座長選出

【清野栄養指導室長】 本検討会の座長につきましては、本来であれば構成員の先生方から御推薦をいただくところではございますが、事務局といたしましては、2020年版策定時にワーキンググループ座長をお務めいただき、また2025年版策定に資する最新知見の評価に関する研究班の研究代表者でいらっしゃる、佐々木構成員にお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

【構成員一同】 異論なし。

【清野栄養指導室長】 ありがとうございます。佐々木構成員に一言御挨拶をお願いします。

【佐々木座長】 重責ではございますが、皆様に支えていただいて、この大切な「日本人の食事摂取基準（2025年版）」の完成に向けて一生懸命に務めますので、どうぞよろしくお願いいたします。

【清野栄養指導室長】 また、前回も副座長を設けておりましたけれども、今回も副座長を設けたいと思っております。2015年版策定時より検討会の構成員として御参画いただいております勝川構成員にお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

【構成員一同】 異論なし。

【清野栄養指導室長】 ありがとうございます。それでは、勝川構成員に一言御挨拶をお願いします。

【勝川副座長】 慶應義塾大学の勝川でございます。良い食事摂取基準ができるように努力いたします。どうぞよろしくお願いいたします。

【清野栄養指導室長】 ありがとうございます。なお、資料1開催要綱の3「組織」(3)に記載させていただいているとおり、本検討会の下にワーキンググループを設置いたしま

す。また、5「その他」に記載のとおり、本検討会につきましては、資料及び議事録を原則として公開させていただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

なお、大坪健康局長につきましては、業務の関係で、ここで退席させていただきます。

(大坪健康局長 退室)

【清野栄養指導室長】 それでは、議事に入る前に、オンラインで御参加いただいている構成員の皆様へ Web 会議における発言方法について御説明いたします。発言される際は、通常の会議と同様に手を挙げていただくか、Zoom 機能の手を挙げるボタンを押してお知らせください。画面で座長に御確認いただき、指名させていただきますので、指名に基づき、名前を言っていただけてから御発言いただくようお願いいたします。

これ以降の進行につきましては、佐々木座長をお願いいたします。

2 議事

(1) 食事摂取基準(2025年版)の策定の方向性について

【佐々木座長】 それでは、佐々木が進めさせていただきます。リモートでありますので、やや進行しにくいかもしれませんが、どうぞ皆様方、御協力よろしくお願いいたします。今日は第1回目ということで、策定の方向性について、論点の整理を中心に進めたいと予定しております。資料が最初に3つございます。資料2・3・4、そして資料5はそのあとに使いますが、そこで資料2について御説明を、厚生労働省からお願いしたいと思います。

○我が国の健康・栄養政策の動向について(資料2)

【齋藤栄養指導室長補佐】 それでは事務局から、資料2「我が国の健康・栄養政策の動向について」ということで、今回食事摂取基準を見直していただくにあたりまして、関連するような動向について、少しお話をさせていただきたいと思っております。柱としては、こちらの5点を中心にお話をさせていただきます。

1点目は、「我が国の健康づくり運動」ということで、先ほど、局長の挨拶にもありましたけれども、健康日本21(第三次)がスタートしておりますので、そちらを中心にお話をさせていただきます。こちらは背景的に本当に総論的な話になりますので、少し駆け足で御説明させていただきたいと思っております。

2ページ目は「我が国における死亡率の推移」ということで、経済の成長に伴って疾患の状況も変わってきているということや、生活習慣病と医療との関係ということ、総死亡率に占める割合や、一般診療医療費に占める生活習慣病の割合が一定の割合あるというお話や、4ページ以降は高齢化の推移ということで、割合が年々高くなってきているというお話になります。

そういったことを踏まえまして、疾患の構造の変化に伴って健康づくりをその時の状況に応じて実施してきましたけれども、今般、「第5次国民健康づくり」ということで、令和6年からスタートします「健康日本21(第三次)」が先日公表されました。

「健康日本 21（第三次）のポイント（全体像）」を6ページにお示ししています。ビジョンとしましては、「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」ということで、国民の生活環境や健康課題が多様化していることを踏まえまして、「誰一人取り残さない健康づくり」とともに、生活習慣の改善や行動変容を促すために、「より実効性をもつ取組」を柱としまして、「基本的な方向」を真ん中に緑色でお示ししていますけれども、この方向でもってビジョンの達成をしていくこととなります。

この「基本的な方向」の部分を概念図としてお示したものが7ページです。「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を上位概念に置きまして、「個人の行動と健康状態の改善」、「社会環境の質の向上」、「ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり」という部分になります。個人の行動と健康状態の改善につきましては、「生活習慣の改善（リスクファクターの低減）」というところから、生活習慣病の発症予防や重症化予防、また、日常生活に支障を来す状態を防ぐということで、誰一人取り残さないという概念も踏まえまして、生活機能の維持・向上という部分も、今回、取組として位置付けをきちんとしていこうとしているところでございます。また、個人の行動と健康状態の改善を促すという意味では、社会環境の質の向上も非常に重要であるということで、社会とのつながり、自然に健康になれる健康づくり、また、誰もがアクセスできる基盤の整備ということも取組として進めてまいりたいと思っております。こうした各取組については、各ライフステージにおいて享受できる状況を作っていくとともに、ライフコースアプローチという概念としては、胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくりも行っていくということが、今回の概念となります。

8ページ目には、今回の新たな視点ということで、5つ記載させていただいております。1つ目は、女性の健康です。これまでは性差に着目した取組があまりなかったということで、今回、第三次においては女性の健康ということを明記させていただいております。2つ目は、先ほども少し触れましたけれども、健康に関心が薄い層など、幅広い世代に対してアプローチをしていくことが必要であろうということで、自然に健康になれる環境づくりを進めていきたいということを記載しています。3つ目は、行政だけではなく、多様な主体を巻き込んだ健康づくりの取組を進めるということで、健康増進計画だけではなく、がん対策推進基本計画、循環器病対策推進基本計画などの他計画や、健康経営や産業保健といった様々な施策とも連携しながら取り組むという目標も設定してきたところです。4つ目は、アクションプランということで、目標を立てて終わりではなく、その目標をどういう形で具体的に達成していくのかという取組をきちんとしていくための好事例的なものや、どういう取組をしていけばいいのかというアクションを、今後、具体的に提示していく予定にしております。5つ目としましては、個人の健康情報の見える化などを、PHRなどを活用しながらきちんと進めていくところです。これらを今回、第三次の新たな視点ということで整理させていただいております。

9ページ以降につきましては、今回の第三次で目標を掲げました51項目について記載しております。9ページ目が「健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標」。10ペー

ジ目が第二として「個人の行動と健康状態の改善に関する目標」ということで、生活習慣の改善については栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康。12 ページには「生活習慣病 (NCDs) の発症予防・重症化予防」として、がん、循環器病、糖尿病、COPD が位置付けられております。13 ページにお示ししているのが「生活機能の維持・向上」、14 ページ目以降が「社会環境の質の向上に関する目標」ということで、社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上に関する項目、自然に健康になれる環境づくり、誰もがアクセスできる健康増進のための基盤の整備となります。そして、15 ページ目は「ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりに関する目標」ということで、これまでも「こども」と「高齢者」という部分は位置付けがありましたけれども、今回新たに「女性」の健康ということで位置付けをさせていただいております。例えば女性のところは、「若年女性のやせの減少」という目標そのものは以前の第二次でもありましたけれども、今回、女性のところに新たにこういう形で位置付けたり、骨粗鬆症検診については、今回新たに目標値として位置付けたという形になっております。

ここまでが、健康日本 21 (第三次) の関連ということで、「我が国の健康づくり運動」について御紹介させていただきました。

2 本目の柱としましては、「生活習慣病の発症・重症化予防に向けた取組」ということで、まずは「日本の健診 (検診) 制度」全体についてお示ししております。日本においては、生まれた乳幼児期から高齢期に至るまで、その年次に応じて必要な健診 (検診) が位置付けられております。特に、就労世代のところを見ていただければと思いますけれども、40～74 歳に関しては「高齢者の医療の確保に関する法律 (高齢者医療確保法)」、いわゆる高確法と言われるものにおいて、特定健診が義務付けられているところでございます。他方、就労世代ということで、働いている方たちに対しては労働安全衛生法上の健診も位置付けられているところでございます。

17 ページを御覧いただければと思います。高齢者医療確保法と労働安全衛生法における健診項目の比較を一覧としてお示ししております。それぞれ健診の項目と、高齢者医療確保法と労働安全衛生法に基づく健診の位置付けを丸でお示ししております。例えば食事摂取基準において扱っている疾患としましては、高血圧、動脈硬化症、糖尿病、CKD という4つの疾患になりますけれども、そういったものは例えば血圧、血中脂質検査、血糖検査、クレアチニンの検査という形で位置付けがされております。一方、右側の2つ目に「血液学検査」ということで貧血検査が健診では位置付けられています。そこは高齢者医療確保法上の特定健診におきましては、医師の診断に基づき選択的に実施する項目となっておりますけれども、労働安全衛生法では必須の項目ということで、健診によっては少し状況が異なっております。

今お話しした、「特定健診・保健指導の概要」を18 ページにお示ししております。こちらは今回、第4期の健診が令和6年からスタートするというので、特定健診・保健指導についての見直しを昨年度行ってきたところです。

その概要としまして、今回の第4期の見直しにおいては、19 ページにお示ししておりますとおり、成果を重視した特定保健指導の評価ということで、これまではプロセスの部分で評価をしてきましたけれども、腹囲2 cm・体重2 kg 減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに保健指導の終了とすることができる、アウトカム評価の導入というものがこれから入れられることとなりますので、そういった意味で、これまでの保健指導における食事指導などの必要性がさらに問われてくるという状況でございます。

次に、20 ページ、3本目の柱としまして「生活機能の維持・向上に向けた取組」です。こちらは高齢者のほうの健診になりますけれども、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」ということで、高齢者一人ひとりに対して、心身の多様な課題、例えばフレイルなどに対してのきめ細やかな保健事業を行うために、市町村における保健事業と介護予防の一体的な実施を推進してきている状況でございます。こちらは、今、市町村において進める体制をとっている状況でして、令和6年度にはほぼ全ての市町村において実施できるという目処が立っている状況でございます。

こちらの一体的実施の事業については、21 ページにお示ししているとおり、「フレイル状態のチェック」ということで、例えば健康状態、食習慣、口腔機能、体重変化などの項目において状況の把握がされまして、それを踏まえて低栄養予防やフレイル予防の取組が行われるという状況になります。

次に、生活機能の維持・向上のところでもう1つ、「骨粗鬆症検診の実施」です。先ほど、健康日本21（第三次）の目標値も位置付けられたというお話をさせていただきましたけれども、骨粗鬆症は骨折などの基礎疾患になるということもありますので、早期に骨量減少者を発見し、骨粗鬆症を予防するということを目的として行う検診になります。検診項目としましては、運動習慣や食生活の内容などの聞き取りをしながら、要指導となった場合には生活習慣の行動の改善指導などが行われます。

4つ目の柱は、「災害時の栄養・健康管理」です。こちらは「大規模災害時における栄養・食生活支援」として、東日本大震災の際に、避難所における適切な栄養管理の観点から、被災後約1か月と3か月時点で、当面必要な栄養素量を、食事摂取基準を活用して提示しました。左側にお示ししているものが、被災後約1か月の時点で発出しました事務連絡です。この際には、被災後約3か月までの間における必要な栄養量を確保するということを目的としまして、特にこの段階で不足しやすい栄養素を抽出し、算定を行いました。右側にお示ししているものは、3か月時点で提示したものですけれども、東日本大震災の際には非常に被災が大きく、避難所生活も長期化したという状況がありましたので、そういった状況も踏まえて、避難所生活が長期化する中で栄養素の摂取不足を防ぎ、かつ、生活習慣病を予防するために必要な量を整理して、改めて数値を出し直しました。

今、災害がかなり各所で頻度高く起こっているということで、24 ページ目には、「災害救助法が適用された地域」をお示ししております。

そういった中で食事摂取基準がどう活用されていくのかという観点も踏まえて、25 ページ

に、「参考」としまして「災害時の食事摂取基準の活用にあたっての留意点」というものを記載しております。例えばビタミン B₁につきましては、体内飽和を意味すると考えられる尿中排泄量が増大する最小摂取量から算定しているため、災害時等の避難所における食事提供の計画・評価のために、当面の目標とする栄養の参照量として活用する際には留意が必要であるということが、2020年版の報告書の留意点という形で記載がございます。今、災害が頻繁に発生するという状況も踏まえまして、食事摂取基準を活用するという課題についても検討をしていく必要があるのではないかという状況にあるということです。

最後、5つ目、「経済格差に伴う健康格差に対する取組」です。こちらは少し総論的な話を記載させていただいています。日本における相対的貧困率は諸外国に比べても高い状況にありますし、生活保護受給者世帯や保護率は一定の割合あるという状況にあるということと、こどもの貧困という部分はかなり課題があるということで、取組もされています。例えば新型コロナウイルス感染症の際には、こどもの貧困の状況がどうであるのかという議論が様々されたところでして、厚生労働省の健康課においても、新型コロナウイルス感染症が拡大した際の栄養・食生活支援の状況ということで、特別研究で実態を把握したという状況です。その結果、水色で枠囲みしているところを御覧いただければと思いますけれども、世帯所得が高い世帯と所得が低い世帯を比べたところ、感染拡大前よりも緊急事態宣言後は、食事を作る時間や心の余裕が少なくなり、食材や食事を選んで買う経済的余裕が少なくなったと回答した保護者の割合が高かったということで、所得の状況に応じて食べる中身も変わってくるという状況も踏まえながら、誰一人取り残さない健康づくりの観点において、食事摂取基準をどう考えていくのかという部分を検討していく必要があるのではないかということです。

近年の健康・栄養政策の動向について御紹介させていただきました。資料2については以上となります。

【佐々木座長】 ありがとうございます。食事摂取基準を取り巻く状況もこのように栄養政策といいますか、栄養課題全体が変わっていくにともなって、食事摂取基準に求められるものも変わり、また、増えてきたと考えるべきなのだと思います。

先ほどの御説明の中で、1つ大切なことを思い出しました。2010年版を作った時にも、これからは生活習慣の時代なのだから、いまだに欠乏のことが書いてある食事摂取基準がいかなるものかという意見が実は外部からございまして、その時に、人にとって不足というのが基本であり、不足が充足されたあとに生活習慣病の対策を考えるべきなのだ。順序がある。したがって、食事摂取基準には必ず必要量が必要なのだというお話をしていた、その翌々年に大震災が起きました。そして、先ほど説明してくださった、災害栄養のこともしっかりと真正面から食事摂取基準に取り入れてきました。そして、今後どうしていくかということが、このあとの議論に繋がっていくことになろうかと思います。

○厚生労働行政推進調査事業費補助金の進捗について（資料3）

【佐々木座長】 それでは、次に、今度は研究の進捗について、お話をさせていただきます。資料3になります。

厚生労働省の研究班としまして、「(通称) 食事摂取基準レビュー班」というものを進めております。策定を行うための基本的な資料の収集・整理を行うという研究班でございます。2年でございます、昨年度、初年度についての進捗のうち、今日大切だと思うものを抽出して、ごく簡単に御報告を申し上げます。この表紙に書いてあるとおりでございます。

最初の2ページは背景で、それぞれ様々な御専門の先生方が集まってきておられます。こういう言い方は良くないかもしれませんが、中には食事摂取基準に直接ではなく、だからこそ入っていただいている先生もおられます。そこで食事摂取基準とはということ、行政のほうからではなく策定のほうから、2枚だけ作ってみました。

1枚目が、なぜ食事摂取基準があるかというお話です。栄養学の縦糸と横糸、栄養素と食品というのがあります。人は食品を食べておりますが、身体は栄養素を摂取しております。そのために、この種の食事ガイドラインは食品で決められるものではなく、本来、栄養素で決めなければなりません。したがって、食事摂取基準、Dietary Reference Intakes と世界中で名乗っておりますが、世界中、食品ではなく栄養素でこの種のガイドラインを決めているということになります。これが栄養学の特徴です。そして、それを食品ベースのガイドラインに反映させるという方向で、行政としては進んでまいります。それからもう1つ、事実としての栄養がございます。ところが、そのように社会は動いてくれません。動けません。現実との乖離がございます。そこを考えるとすることが必要になります。ここでは、ナトリウムはどれくらい必要か的事实、それから、私たちはどれくらい食べていて、どれくらいまでであれば減らせるかという推定、その辺りを考えるべきだという意味で、1つ、ここにクイズを出しておきました。

では、食事摂取基準は何のために使われているのかというと、ざっくりと2つに分けますと、1つ目が食品構成を作るため。もっと現実的な言葉を使いますと、集団給食等の準備ということになります。それから、食環境の整備等もややこちらにあたるのかなと考えます。もう1つあります。もう1つは逆で、今、この人やこの集団はこの栄養素をどれくらい摂取しているかの評価です。従来、歴史を見ますと、我が国においては食事摂取基準とその前身の栄養所要量は、1つ目の食品の構成の作成を中心として使われてきました。しかし、ニーズは2のほうにシフトしており、現在、1と2両方を食事摂取基準は使う、そして、使われているということです。これを踏まえて、どのように作っていけばよいか、使っていけばよいかということ、このあと御議論をお願いいたします。

ここからは、このあと、それぞれの構成員の先生方からのコメント・御意見を議論のところでいただけたらと思いますので、そのための材料としてお示しいたします。1つ目がエネルギーでございます。その中で、高齢者のところを取り上げます。2015年版で、エネルギーをBMIで評価しようということになりました。そして、ではそのBMIだけでも、アウトカムは何だということになりました。そこで、左側の高齢者の「総死亡率」ですが、Uシェ

イプになります。ところが、それを右側の「生活機能障害」、これは特に歩行能力だそうですが、そこを中心に評価すると、Jシェイプというか、L型になる。そうすると、望ましいBMI というものはかなり変わってくる。それをどう扱い、どうガイドライン化し、どう社会活用させるかという議論と、具体的な表記が我々に求められていると、ここでは考えます。その次は、日本の食事摂取基準には現在入っておらず、しかしながら諸外国の食事摂取基準で相当導入されている栄養素の例でございます。ここでは糖類を挙げました。糖類は主に過剰摂取のほうが世界的に問題になっており、その健康影響はかなり大きなものとされております。そこで調べていただいたのですけれども、食事摂取基準が糖類で定められている国と、その内容が記載されております。西洋諸国は当然ながら、近隣諸国、中国や韓国でも既に定められており、また、1つの国ではなく、EU、WHO というような機関でも定めている所があります。そこで、考えねばならないことは、だから定めようという短絡な発想ではなく、我が国に必要か。その次に、必要だとなった場合に、決められるのか。大切なことは、食事摂取基準は数値のガイドラインなのです。定量ガイドラインなのです。定性ガイドラインではないのです。ここが大切で、定量的に決め得るかということが2番目です。そして、3番目です。決め得たとして、食事摂取基準が作られたとした場合、社会で使えるか。ここまで考えて、全てがYES だったときに、私たちはYES を出したいと思えます。このような考え方で食事摂取基準（2025年版）を作りたいと考えておりますので、御協力をよろしくお願いいたします。

定量的ガイドラインですので、これは「糖類と齲歯」の例ですけれども、量反応関係が明らかで、そして質の高い研究成果が求められることとなります。定性的、また、生理学的、生化学的な議論は必要条件なのですけれども、十分条件ではないということです。

そこで、ほかの栄養素に関しても世界の動向を見ております。これは、今日、このあと国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所の瀧本構成員から、もう少し詳細に御報告を願えることになっております。ここでは、ビタミングループがまとめてくださったものから抽出してまいりました。IOM、これは名前がこのあとに変わっておりますがアメリカやカナダ、それからドイツ語圏、それから、食品安全の機関の欧州・ヨーロッパ全体、それから、ノルディック、これはスカンジナビア半島全体です。そういう所でビタミンの作り方がかなり詳細になってきて、そして、日本と考え方が変わってきているというような報告を初年度にいただきました。そこで、この委員会の中で議論すべきことは、1つ目、世界とのハーモナイゼーションをどうするか。しかしながら、厚生労働省としてはハーモナイズするためにガイドラインを作るものではございません。目的は日本国民のためです。そうすると、日本の特殊性、また、日本の立ち位置をきちんと客観的に見ねばなりません。この双方のバランスを熟考した上で、私たちはハーモナイゼーションを図りたいと考えます。このことも大切なことだと思えます。このあと、瀧本先生から詳しい御報告がございます。

その次は、このガイドラインが定量的であるということから、栄養疫学の定量的な研究方法がこのガイドライン、食事摂取基準の土台となります。そうなりますと、栄養疫学研究デー

タ、研究論文をどう読むかということにかかってまいります。そのための専門家が求められ、その方々に読んでいただき、まとめていただくということになります。ここに1つだけ、困る例をお見せいたしました。ビタミンCです。ビタミンCについての議論をしようという意味ではなく、ここでは例として御覧ください。栄養疫学を考える上での例です。そして、ガイドラインを作る上で困る例です。

上の図は、横軸がビタミンCの摂取量、縦軸が心筋梗塞の発症リスクを示しております。そして、そのドーズレスポンスカーブ、量反応関係を描きました。そうしますと、L字型に下がって行って、そして、100を少し過ぎたところ、100mg/dくらいで下げ止まりになります。そこで止まります。これはガイドライン的にはとてもありがたいエビデンスであります。変曲点がありますので、ガイドラインは作りやすくなるわけです。しかしながら、それが生理学、生化学的にどんな意味を持っているのかということ、それから、先ほど来申し上げました、使えるかというような様々な方面での考察がこのあと必要ではございますが、少なくともこの図はこのように読めます。ところが、これは観察研究ですので、介入研究が必要だということになります。そこで今度は介入研究を見ていただきました。介入研究でビタミンCのサプリメントテーションを行って、循環器疾患のイベントが起こるかどうかを見たという介入試験をしまして、その質の高いものが1つだけ選ばれて、その結果を見たところ、No effectということでした。Hazard Ratio がきれいに1.0です。すなわち、この2つの結果は大きく異なります。これをどう読み、どうまとめ、どう数量的ガイドラインにし、どう国民に使っていただける形として提供するか。かなり難しい問題でございます。そのために、先生、そして先生の周りの方々のお力が必要だということになります。

その次は、厚生労働省からも少し御説明いただいております、その内容に対する答えを探せないかということで、私たちが行った調査であります。日本にはたくさんの診療ガイドラインがございます。その診療ガイドラインをできるだけたくさん読みまして、その中から食事、または栄養に関する記述を収集し、整理をいたしました。その結果でございます。

これは国立健康・栄養研究所の片桐諒子先生に行っていただいた部分でございます。結果としまして、現在、日本で用いられております650の診療ガイドラインを選びまして、その中で生活習慣病等に関係しているであろうものを選びました。そして、83の診療ガイドラインが対象となりまして、最終的に34の診療ガイドラインには食事に該当する記述がなく、残りの49、83分の49のガイドラインで記述がございました。そのうち、日本の研究が44、それ以外は日本の研究の引用はなしということでした。食事摂取基準、またはそれに関連する内容が引用されていたものもかなりありました。17本がそれに該当し、そしてまた、栄養素では食塩が最も多かったということになります。その結果、もっと詳細に読み込む必要があるとは思いますが、私たちの印象・感想といたしましては、日本の食事摂取基準以外の診療ガイドラインは、定量的な値が記載されているガイドラインは少数であること、すなわち、定性的な記述にとどまっているものが多数であること。そして、食事摂取基準が使われてはいるのだけれども、そことの整合性または提携といえますか、連携といえますか、その

辺りについてはまだこれからかなという感じがいたしました。しかしながら、健康という意味では同じベクトルを持っているものでございますので、ぜひ積極的に各種診療ガイドラインとの連携が進められないかと考えております。

今回は、2020年版で含めました4つの主要な生活習慣病に、あと幾つか加えようかという原案が厚生労働省から出されておりますので、これについての議論をし、できるところは策定まで踏み込んでいきたいと、私は考えております。これにつきましては、このあと議論をしていただく中で、特に疾患のほうから御参加していただいております先生方からの御意見や様々な情報をいただければ幸いです。

その次です。活用の話を少しだけさせてください。1つ目が、これは今までほとんど取り上げられていなかったのですけれども、私どもが重要だと考えまして調べていただいたものです。調理損耗です。栄養素は食材から調理をする途中で調理の損耗、変化が生じます。食事摂取基準は当然ながら摂取をする量のガイドラインです。しかし、食事の準備をする、給食等の準備をするほうにも当然食事摂取基準は使われるものでありまして、準備をする場合は、調理前なのです。そうすると、その間に栄養素の差が生じるわけです。それが損耗です。ということは、調理損耗データベースというものが無いと、食事摂取基準を集団調理等に用いにくいということになります。この情報が十分ではないのではないか、そして、その情報はどれくらいあるのか、食事摂取基準で扱い得るのか、または、その分野と連携できるのかということを探しようということで、初年度、情報収集を行いました。途上でございまして、何とも申し上げられませんが、このことについて総論に少しでも書き込めないかと、私としては考えております。

その次は、〇〇の栄養素が足りないというお話をしばしば耳にいたします。しかしながら、足りるか足りないかは、主要な栄養素は食事摂取基準で決めているものであり、そして、摂取量の分布は国民健康・栄養調査やその他専門家による食事調査がこの国の中では多数行われてございます。これらをまとめることによって、現在、食事摂取基準が対象としている栄養素の不足状況・充足状況というものを可視化できないかということを考えました。これがあれば、想像として足りないのではないかというようなことではなく、少なくとも食事摂取基準に関しては国民に事実をお見せし、そして、それに基づいた健康政策を進めていただけるのではないかと考えているものでございます。しかしながら、これは技術的にかなり難しいものがございまして、そのためにどのような準備が必要であるか。その前に、それは必要なのか。そして、可能なのか、役に立つのかということをお議論いただき、御意見をいただければ、また研究班に返して、研究を進め、そして食事摂取基準に役に立てられるようにしようと考えております。

これが最後でございます。食事摂取基準をはじめ、ガイドラインは使うものでございます。ところが、実際に使ってくださっているヘビーユーザー様がどのように使ってくださっているのか、どういうところに改良を求めているのか、どのような新たなニーズがあるのかということを十分に把握し得てこなかったなど、反省をいたしておりました。そこで、今般、

この研究班の中で、ユーザーの調査をしようということで、実は現在、主たる大きな団体、食事摂取基準を使ってきているだろうという方々に向けて、ウェブ調査を実施しております。このスライドは、その中の質問項目の1つを単に例として挙げているものですが、これをまとめまして、食事摂取基準の書きぶりや内容の改良にあてたいと考えております。この検討会でも、この結果が出ましたら速報の形でお知らせしたいと考えております。この調査を担当してくださっている朝倉先生、この調査の目的や内容について、御説明いただけますでしょうか。よろしくお願いいたします。

【朝倉構成員】 東邦大学の朝倉です。この調査は7月中に実施しておりまして、結果を取りまとめているところです。主な目的は、いったいこの食事摂取基準のどこが読まれているのか、何に使われているのか、使うときに困ることは何か、どこを改善してほしいか。あとは、この食事摂取基準について学んだり、新しい情報を仕入れる場はどこなのかというようなことを主にお尋ねしています。

粗々の結果は私も見てはいるのですが、結果を共有して全部見ていただくのがいいかと思うのですが、やはり献立作成業務ですとか、食育に使っているとか、そういったお答えや、食事摂取基準の章立ての中でどの章がよく見られているのかということも答えていただいているのですが、やはりエネルギーですとか、エネルギー産生栄養素の部分はよく御覧になられているということが分かったり、同じ章の中でもどこを見ているのか。例えば基本的事項なのか、指標設定の基本的な考え方なのかというようなところもお聞きしていますので、その辺りも御覧いただけるといいかと思っています。あと、ここを改善してほしいというような自由記載も書いていただいております。そこも結構面白い回答をいただいております。この紙媒体だけでいいのかというようなことですとか、あと、少し特殊な対象者、障害のある方とか、特殊な対象者に対する考え方に関してなども入れてほしいなど、複数の方から挙がってきている意見もございまして。その辺は、また結果がまとまりましたら御覧いただければと思います。以上です。

【佐々木座長】 ありがとうございます。たくさんの課題が山積みになってくるのでしょうか。それは食事摂取基準が期待されている証しであると、前向きに読みたいと思います。私たちの仕事に任されているといいますか、良いものをつくるための資料として使いたいと思いますので、また御報告をください。

ごく短いものでございましたが、研究班からの初年度の報告は以上でございます。ここで少し私の報告に関して御質問をいただきたいところですが、多くがこのあとのものと重なりますので、ここの部分はあとに回しまして、続きまして、瀧本構成員から諸外国の食事摂取基準について御説明をいただければと思います。資料4です。よろしくお願いいたします。

○諸外国の食事摂取基準について（資料4）

【瀧本構成員】 御紹介ありがとうございます。私からは「諸外国の食事摂取基準について」ということで、こちらのスライドの8つの項目に分けてお話をさせていただきます。

本資料は健康日本 21（第二次）分析評価事業という、私どもが厚生労働省から委託を受けている事業の中で情報収集と整理を行ったものです。

まず、食事摂取基準全体の目的に関しまして、一番上に日本を挙げさせていただきましたが、オーストラリア/ニュージーランド、韓国、北欧、イギリス、米国/カナダ、そして EU、WHO ということで挙げさせていただいております。概ね共通した目的が見られていると思います。

食事摂取基準の対象範囲と活用の方法ですが、これも日本を一番上に色付けして載せておりますが、対象も健康な個人及び集団というところは概ね一緒です。また、栄養・食事管理への活用状況についても、ほぼ共通した場が想定されています。栄養指導への活用状況も、概ね、これについて記載がある韓国、米国/カナダは日本とほぼ同じとなります。また、栄養施策への活用状況につきましても、非常に共通するものが多いということがお分かりいただけるかと思えます。

次が取り扱っている栄養素等の比較になります。日本で扱っている栄養素で数値が策定されているものを「○」、策定の対象は「△」としていますが、摂取基準の策定には至っていない栄養素、「-」が未収載となっております。日本で策定されている栄養素の多くは諸外国や EU、WHO でも策定がほぼされているということがお分かりかと思えます。一部ミネラルの中で、フッ素などは日本では策定されていないものの、諸外国では多く取り入れられているということが特徴かと思えます。また、水についても、日本は数値を示していませんが、諸外国では示されているという状況でございます。

次は主要栄養素に関して指標の比較をしております。これは非常にビジーなスライドなので、あとでゆっくり御覧いただけたら結構だと思うのですが、概ね共通している部分が多いということがお分かりかと思えます。若干、オーストラリア/ニュージーランドは異なっているところではあります。

次はビタミンになります。ビタミンについても、日本が策定されている指標と諸外国はほぼ共通しているということがお分かりかと思えます。1点異なる点としましては、日本ではコリンは策定されていないのですが、オーストラリア/ニュージーランド、北欧、US/カナダ、EU では策定されているという点でございます。

次はミネラルになります。日本が策定しているナトリウムからモリブデンまでのところは、ほかの国もほぼ策定されている。ただ、先ほど申し上げたとおり、フッ素は日本では策定はされていません。一番たくさん策定しているのは US/カナダになります。

続きまして、食事摂取基準の改定頻度とその対象となっている栄養素の範囲というところで、日本は5年ごとという定期的な改定になっています。また、対象も前回まで対象にしたもの全てをもう一度対象にするということでやっております。一方、オーストラリア/ニュージーランド、イギリス、US/カナダ、EU、WHO は不定期開催で、特定の栄養素のみ改定するという作業になっています。一方、韓国は日本と同様5年ごと、北欧は約10年ごとということで定期的な見直しをしているという点と、前回までに対象にした栄養素はカバー

するというのが共通しているかと思えます。

不定期改定の国における改定のタイミング及び特定項目の選定方法について、次のスライドにまとめてございます。紫で引いてある「要請」というところは、所轄の省庁や大臣から要請があった場合、栄養摂取基準を決定する機関内部からの発議があった場合、業界・非政府団体などの利害関係者からの提案があった場合などに改定が検討される所で、イギリスと EU はこの要請が多くなってございます。2番の緑でマーカーしております「新証拠」というのは、常にいろいろな文献調査を実施しており、その中で新たなエビデンスが見つかった場合には改定が検討されるということで、オーストラリア/ニュージーランドはこういった新証拠というものが多く挙がってございます。また、イギリスや US/カナダにもこの新証拠というところが入ってございます。3番が「他国・他団体」。こういった他国や他の団体の情勢を常に調査しており、その結果を見て改定の検討がされるという所で、オーストラリア/ニュージーランド、イギリスなどはこの方法を取り入れています。「公募」、青いマーカーですが、公募をして改定すべきものがあるかどうかという推薦を広く集めて、条件を満たした場合に改定が検討されるということで、US/カナダはこの公募という方法を取り入れているということになります。一方、WHO では不明でした。

次は「改定のプロセス」です。日本が一番上で、ブルーでマーカーしておりますが、今回のこの検討会の設置のように、国が主体となって検討会を立ち上げ、ワーキンググループで議論を重ね、検討会にさらに上げていって、最終的に食事摂取基準となっていくというプロセスです。一方、不定期改定の所も、国が中心の所もあれば、外部の機関が中心となっている所もございます。定期改定をしている韓国と北欧はどうなっているかということ、下の2つの行にお示ししています。韓国の場合は、政府から委託を受けて、学会が全て執り行うという形になっています。北欧の場合は、複数の国家がお金を出しているわけですけれども、研究者が中心となって、こういった全ての取りまとめを行っていくという枠組みになっております。

こちらが最後のスライドになります。こういったいろいろな状況を踏まえて、「基準値策定における国際調和に対する情勢」をまとめてございます。集団の栄養素摂取量の適切性と安全性を評価するには、平均必要量 (Average Requirement) と許容上限摂取量 (Upper Limit) の2つの栄養素摂取基準値が必要となってまいります。世界の集団間において生理的に必要な条件はほとんど異なることから、これらの基準値に関しては調和させることが可能ではないか。また、調和のためのアプローチとして、諸外国の団体が発行している報告書の枠組などを参照し、欧州や米国を中心とした調整値の提案がレファレンスのところに示されているのですが、この方法をさらに国際的な専門家グループによって検討することが必要ではないかと示されておりました。また、その下の3つのところも 2020 年の論文から引用してございますが、先ほどの Average Requirement と Upper Limit に関しては世界規模で栄養支援プログラムを計画、あるいは評価するために必要だろうと。現在の NRV の導出プロセスとして、系統的レビューとバイアス評価方法、それから、食品・栄養データ

ベースも更新されなければいけませんし、それぞれの文化や状況に応じた食事パターンのデータや、代謝マーカーのデータといったものを総合的に利用するようになっており、昔に比べると随分厳格かつ透明性が高くなっていると考えられます。こういった国際調和に向けては、みんなでいろいろな知見を共通化して行って、共通のレビュープロセスで透明性の高い方法論が必要になってきますし、その関わった研究者がその文献にアクセスできるような環境も重要ではないかと考えられます。また、昨年、国際栄養学会議の場におきましても、そのシンポジウムにおいてこういった議論がありまして、どのようにして共通理解を進めていけるかというところは重要課題と私も感じました。以上です。

【佐々木座長】 瀧本構成員、ありがとうございます。先ほどの瀧本構成員の御報告に特化して、確認をしたいとか、追加をされたいという構成員がもしおられれば、お一人だけ可能かと思うのですけれども、いかがでしょうか。

類似の内容はこのあとの議論の中にも重なってきますので、そこでもお願いできればと思います。

○食事摂取基準（2025年版）の策定の論点について（資料5）

【佐々木座長】 後半に入ります。議論のための準備ということで、事務局から、食事摂取基準（2025年版）の策定方針・論点について御説明をお願いいたします。資料5です。よろしくをお願いします。

【齋藤栄養指導室長補佐】 それでは、「食事摂取基準（2025年版）の策定の論点について」です。資料をおめくりいただければと思います。

まず、2025年版の策定の前のところで、現行用いられております、2020年版の主な改定のポイントを1枚にお示ししております。2020年版につきましては、「活力ある健康長寿社会の実現に向けて」ということで、きめ細かな栄養施策を推進する観点から、50歳以上の年齢区分について、これまで2区分だったものを3区分という形で、より細かな年齢区分による摂取基準を策定しているということですか、高齢者のフレイル予防の観点から、総エネルギー量に占めるたんぱく質由来のエネルギー量の割合の、65歳以上の目標量の下限を引き上げたということ、また、若いうちから生活習慣病予防を推進するという観点で、飽和脂肪酸やカリウムについての小児の目標量を新たに設定したり、ナトリウムについての成人の目標量を0.5g下げたというようなことを、前回の改定で行ってきたところです。また、「EBPM（Evidence Based Policy Making:根拠に基づく政策立案）の更なる推進に向けて」ということで、目標量のエビデンスレベルなどを対象栄養素ごとに新たに設定しました。今回の策定に当たっての基本原則ということで、原則としては2020年版の策定の方法を踏襲した上で、各栄養素及び栄養に関連した代謝性疾患の栄養評価に関する最新の知見ですか、冒頭で少しお話しさせていただきました、健康・栄養政策の動向を踏まえて、現行の基準の改定や内容の見直しの必要性を検討し、最新のレビューの結果を反映した策定としてはどうかと考えております。また、2020年版の報告書にも記載がありますけれども、策

定時に整理していただきました「今後の課題」のうち、策定作業に係る内容については、最新のレビュー結果を踏まえながら必要性を検討し、反映してはどうかと考えているところでございます。

また、今回の策定に向けた論点ということで、4点挙げさせていただいております。

1つ目が、「指標設定の基本的な考え方と策定根拠の検証」ということで、現行はこちらのエネルギーの指標は、エネルギーの摂取の過不足の回避を目的とする指標として、BMIを評価として使っております。栄養素の指標につきましては、3つの目的からなる5つの指標で構成されておまして、右側の図も参考にいただければと思いますけれども、摂取の不足の回避を目的とする3種類の指標としましては、推定平均必要量、推奨量、目安量というものがございます。過剰摂取による健康障害の回避を目的とする指標としましては耐容上限量があります。生活習慣病の予防を目的とする指標としては目標量があります。この中の推定平均必要量につきましては、ある対象集団において測定された必要量の分布に基づいて、母集団における必要量の平均値の推定値を示すものとして定義されておりますけれども、「当該指標は、摂取不足の回避が目的であるが、その指標設定の基本的な考え方は栄養素ごとに異なっている」ということで、課題のところには表を記載しておりますので、そちらを御覧いただければと思います。例えば、ビタミンAやナイアシンなどは、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いう形にしておりますけれども、下に記載があります、例えばビタミンB₁やB₂などについては、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いう形にしておりますので、推定平均必要量を下回った場合の問題の大きさの程度が、栄養素によって異なっているという状況がございます。そういったことを踏まえますと、原則として2020年版で設定されております指標は、踏襲はするのですが、今回、推定平均必要量の考え方を整理してはどうかというところが、論点の1つ目となります。

2つ目が、「エネルギー・栄養素との関連を記述する疾患等の追加」となります。現行の食事摂取基準の対象は、健康な個人及び健康な者を中心として構成される集団ということで、生活習慣病等に関する危険因子を有していたり、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たとしても、概ね自立した日常生活を営んでいる者、また、集団ということを対象としているところでございます。その中で、生活習慣病とエネルギー・栄養素との関連に関して、こちらは高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病(CKD)に関して、この4つのいわゆる特定保健指導の範疇という部分に関しましてレビューした結果を基に、栄養素との関連が特に重要なものとして、右側に図でお示ししておりますけれども、このような形で図にまとめて解説とともに参考資料として、現行、お示ししているところでございます。

次のページの「各論の基本構造(2025年版)(案)」を御覧いただければと思います。現行は「生活習慣病等とエネルギー・栄養素との関連」ということで、今御紹介しました4疾患が黒字で記載されております。先ほど、資料2で御紹介しましたけれども、健康・栄養政策

におきましては、健康日本 21（第三次）において、生活機能の維持・向上ですとか、女性の健康というような動向があるということや、特定保健指導においてのアウトカム評価の導入がされているということ、また、高齢社会のさらなる進展ということで、フレイル予防への対応というような、地域等での栄養指導における食事摂取基準の活用が期待されているという状況がございます。あとは、健康診断でスクリーニングをされまして、医療の手前の保健指導で対応すべき疾患ということで、例えばフレイル、骨粗鬆症、貧血というような疾患もスクリーニングされるという状況がありますので、そういったものについても、今回、エネルギーと栄養素との関連を整理していく必要があるのではないかと考えております。今回、レビューの作業を踏まえて、ここに赤字で記載しているような部分に関して、健康・栄養政策との関連を踏まえながら検討してはどうかと考えているところでございます。

3つ目が「食事摂取基準の適切な活用」です。各論の栄養素ごとの基本的事項としましては「定義と分類」、「機能」、「消化・吸収・代謝」という形で3つ内容を記載しているところでございます。「課題」にあるとおり、栄養素によって、機能に記載されている内容については、例えば生体内機能のみを記載しているところもあれば、疫学研究の効果まで記載しているものなど、記載に少しばらつきがあるということで、この記載自体の整理も必要と考えておりますし、機能のうち生体内機能の記載については、生体内での栄養素の働きについての記載であるにもかかわらず、一般的な食事からの摂取量の範囲で期待できる効能・効能のようにみなされて、例えば食品に関する広告などで誤った引用がされているというケースも見受けられますので、今後、食事摂取基準の内容が誤った使われ方をしないように、機能に記載すべき内容について検討してはどうかと考えているところでございます。

最後、4点目が「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」です。日本における食事摂取基準の策定については、今回のこのような検討会のように、厚生労働省が検討会を設置しまして、5年ごとに定期的に改定しておりますが、諸外国では学会や研究機関が主体となって、エビデンスの蓄積状況に応じて不定期に開催するなど、策定の体制やプロセスは国によって様々です。課題としましては、現行の食事摂取基準の2020年版に既に記載があるのですが、それでも、「食事摂取基準が参照すべき該当分野の研究論文数は、増加の一途をたどっている。5年に一度の策定では、策定作業に十分な時間を費やすことが難しく、作業負担も大きい。策定体制の強化や策定プロセスの効率化に向けた方策を講じなければ、将来の食事摂取基準の策定に支障をきたすおそれがある」という記載があります。また、先ほど瀧本構成員からも御報告がありましたとおり、策定体制の強化や、策定プロセスの効率化の方策としては、各国の策定プロセスについての国際的なハーモナイズが求められている一方、我が国における策定プロセスについては、十分な形で国際発信ができていないという状況にはまだ至っていません。そういったことも踏まえまして、今後、食事摂取基準の精度を担保しつつ、継続的に策定を行うための在り方については、諸外国の状況や、今回策定いただく作業も含めて、これまでの策定における課題を整理し、今後の食事摂取基準

策定の在り方を検討するための論点を、まずはこの検討会で整理をしてはどうかと考えております。

今回の策定に向けた論点ということで、4点お示しさせていただきましたので、こちらについて御議論いただければと思います。事務局からは以上でございます。

【佐々木座長】 ありがとうございます。このあと、この4つの論点について議論を進めたいと思います。その前に、食事摂取基準の2020年版の中で、「今後の課題」というものが記載されておりました。それを参考資料として、今日準備していただいております。参考資料3です。その中から、時間の関係もございましたので、少し選びまして御意見をいただけないかと考えております。

ページの順に総論から並んでおりますが、特に今日はエネルギーに関して勝川先生、脂溶性ビタミンをお願いしました田中先生、水溶性ビタミンについて策定をこれまでもお願いしております福渡先生、それから、この資料にはないのですけれども、もしも可能であれば、たんぱく質について桑波田先生から、お一人ずつ御意見をいただければと思います。勝川先生、いかがでしょうか。

・エネルギー

【勝川構成員】 エネルギーでは、まず、先ほど佐々木座長がお示しになりましたように、近年は低体重だけではなく、肥満や生活習慣病に伴ってフレイルのリスクが増すという報告が出てきております。これは日本人集団だけでなく、欧米のメタ解析で指摘されております。エネルギーの指標として、現在はBMIを採用しておりますけれども、こうした観点から、目標とするBMIについてさらに検証等が必要と考えます。

もう1点言わせていただきます。現場の保健指導で用いるエネルギー指標について、先ほど事務局から御説明がありましたように、保健指導の第4期では、腹囲2cm・体重2kg減というアウトカム評価が導入されますし、また、生活習慣病の診療ガイドラインの中には、現在の体重から一定の減量が指示されているものがあります。そこで、こうした体重減少に関連したエネルギー指標の考え方についても整理を行う必要があります。以上です。

【佐々木座長】 ありがとうございます。食事摂取基準はこれまで絶対量としての値を求められて作られてきましたけれども、エネルギーのところは既にこれまでもそういう変化という記述も入れてくださっていました。しかし、健康日本21等の流れを見ますと、どれくらいの期間でどれくらいの変化ということの数値化を、食事摂取基準がさらに進められれば、エネルギーのところもさらに充実し、すなわちエビデンスが高く使いやすくなるのではないかと考えました。また、この辺りも後ほどの議論の対象としたいと思います。勝川構成員、ありがとうございます。

それでは、続きまして田中先生、お願いできますか。

・脂溶性ビタミン

【田中構成員】 まず、ビタミンAですけれども、ここに書いているとおりで、骨折リスクについてはメタアナリシスも複数ありますので、これは論点を整理して議論できると

思います。ビタミン D については、質の高いデータということを書かれていますけれども、これは大阪公立大学の栗原先生がAMEDの研究で基礎資料になるような論文を書いてくれて、現在投稿中になっております。それから、ビタミン K につきましては、そこに観察研究と介入研究のことが書かれています、これはビタミン K に限った問題ではなく、ビタミン C、ビタミン D、ホモシステイン関係、ビタミン B1、いろいろなビタミンについて乖離が見られていますので、その点について広く議論が必要だろうと思います。それから、ビタミン全体を通じて、バイオマーカーが大事なキーワードになると思うのですが、これも栗原先生が脂溶性のレビューを書いてくられて、ビタミン誌の9月号に掲載されます。それから、最後にもう一言だけ。骨折の話題が出ておりますけれども、ビタミンと骨折については、これまで骨の側からの考察が十分でなかったと思います。例えば大腿骨の骨折と腰椎とは骨の性質として何が違うのかとか、栄養分野ではあまり考えられてなかった、その辺もまとめて議論したいと思います。以上です。

【佐々木座長】 ありがとうございます。指標に関しては、このあとの論点のところでも重要なポイントとなってきますので、またよろしく願いいたします。それでは、続きまして水溶性ビタミンです。福渡先生、お願いできますでしょうか。

・水溶性ビタミン

【福渡構成員】 今、ここに載っているビタミン B₁₂ ですけども、この策定も、悪性貧血患者にビタミン B₁₂ を筋肉注射したというデータを基に計算して出しているものですけども、果たしてこれでよいのかということ。また、ヨーロッパでも、ここに書いていますように、酵素活性といったほかのファンクショナルなバイオマーカーなどを考慮して策定するという考え方も出ております。これはビタミン B₁₂ に限らず、先ほどの話にもありました、例えばビタミン B₁、B₂ につきましても、策定の方法、根拠として使っている指標がそれぞれ異なっているために、何のための不足なのかということが異なってしまうということがありますので、できるだけ統一した考えで策定することを目指すということが、今回は大事なのではないかと考えております。

【佐々木座長】 どうもありがとうございます。それでは、資料はございませんが、たんぱく質について、桑波田先生、御意見いただければありがたいのですが、いかがでしょうか。

・たんぱく質

【桑波田構成員】 2020年版の時もそうだったと思うのですが、たんぱく質に関しましては窒素出納法を策定根拠という形で扱ってきましたけれども、そういったものの新しいデータはまず出てこない状況で、一方で、策定方法を新しくということで、指標アミノ酸酸化法が世界的にも検討はされています。2020年版の時点でもその蓄積を待つというところが課題だったと思うのですが、それがまだ今も引き続けているというような状況というのが1点です。もう1点、先ほどから挙がっているような、この摂取基準を献立等々に反映させていくとなったときに重要となってきますのが、やはり食品標準成分表だと思

われます。こちらの改定とある程度合わせた整合性というか、そういったことは必ず明記する必要があろうかと思っております。

【佐々木座長】 どうもありがとうございます。たんぱく質の指標の変更の問題は2020年版にも記載されております。それから、御意見をいただきました食品標準成分表に関しては、たんぱく質の成分値が指標を変えたことによって変わっております。これに関する整合性と、食事摂取基準として食品標準成分表2020年版をどのように使うべきなのかという記載を追加すべきですね。貴重な御意見、ありがとうございます。

○質疑応答

1. 指標設定の基本的な考え方と策定根拠の検証

【佐々木座長】 それでは、時間が押しておりますが、ここから2025年版策定の論点について、資料5に沿って議論を進めたいと思います。論点4つについて、それぞれ10分弱で議論を進めたいと思います。

それでは、1つ目です。まず、「1. 指標設定の基本的な考え方と策定根拠の検証」について御自由に、御意見や御質問等ありましたら挙手をお願いします。いかがでしょうか。

特に水溶性ビタミン・脂溶性ビタミンの先生方、この指標についてかなり世界の動向が動いているということをお聞きしています。今日、資料にも少し入れましたが、その辺りから議論を始めるとよいかと思いますが、いかがなものでしょうか。

福渡先生、よろしくをお願いします。

【福渡構成員】 先ほどお話にありましたが、水溶性ビタミンですと、やはり推定平均必要量の基本的な設定の考え方という点におきまして、それが不足すると、あるいは必要量を下回ると、どういうリスクが高くなるのかという点が異なるという策定がされてきました。できましたら、冒頭でも佐々木座長のお話にもありましたように、不足又は欠乏の症状が現れ得る摂取量に近づけた策定をするほうがよいのではないかと私は考えているのですけれども、その点につきまして、いかがでしょうか。

【佐々木座長】 ありがとうございます。ほかの先生方、御意見いかがでしょうか。

田中先生、お願いします。

【田中構成員】 厚生労働省班会議の去年の会議の時に話題になりましたけれども、バイオマーカーのことが話題に出て、脂溶性については榎原先生が論文を書ってくれたのですが、そこで欠乏・不足の話題を考えたときに、例えば脚気とかくる病とかの欠乏と、最近考慮すべきというものが、程度の軽い不足です。その場合、自覚症状が何もないけれども、リスクが上がっている。そういうのを考えたときには、キーワードになるのはやはりバイオマーカーしかないだろうということで、論文を書いているところです。したがって、個人的には可能な限り脂溶性・水溶性問わずに、ビタミンはバイオマーカーをキーワードにして考えていくのが分かりやすいのではないかと思っております。

【佐々木座長】 ありがとうございます。先ほど事務局からも少し話が入っていたのです

けれども、不足というものの意味が違ふと。そうすると、「ここは不足している」と言われているのに、その意味が違ふと、使う側としてはそこを使い分けなければなりません。そうすると、結局何のためにその数字を挙げられているのかが分からなくなってしまう。したがって、その不足の重大さを栄養素間でできるだけならして数値設定ができると、食事摂取基準は使いやすく、うまく使えるし、正しく使えるようになる。そこにどこまで迫れるかということになると思います。科学的に言えば、ある特定の測定方法、検査方法、調査方法の標準化が求められるのかもしれませんが、ガイドラインの側から見ますと、どれくらい危ないのか、どれくらい気を付けたらよいのかという、その危なさ加減の統一、標準化ができないかと求められているのだと、私は理解しております。

この辺りについて、ユーザーという立場も含めまして、御自由に御意見をいただきたいのですけれども、先生方、どなたかいかがでしょうか。

指標をバイオマーカーに変えたりしますと、やや数字が動いてしまうということもあるわけですが。ここで福渡先生に少しお尋ねしたいのですが、測定方法を変えた場合に数字が少し動くということが、2025年版であり得ると思いますか、あり得ないと思いますか。もちろん、これは推定で十分です。

【福渡構成員】 それは十分にあり得ると思います。

【佐々木座長】 あり得ると思いますか。分かりました。ありがとうございます。そうしますと、総論のところの担当の人たちやビタミンの担当の先生方、いろいろな人たちと集まって、どうすれば正しく活用できるかというところまで踏まえたチームを組んで、その辺りに対処したいと考えております。

4つ議論をしたいと思いますので、そろそろ次に移りたいのですが、これはかなり活用のところに関わるものだと思うのですが、ほかの構成員の方から、御意見はよろしいでしょうか。今日出していただきますと、議事録にきちんと残って、そうして、その対策を立てるということを検討会、そしてワーキンググループでいたしますので、大切な御意見をぜひここで文書化しておいていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

それでは、瀧本先生、よろしく願いいたします。

【瀧本構成員】 今、バイオマーカーの議論も出たかと思うのですけれども、どのバイオマーカーを使うかということも、長期的な指標なのか、あるいは、水溶性ビタミンなどですともっと短期的な指標にもなったりすると思うので、そういった整理もこの中でしていただけると、非常に有用なのではないかと思いました。

【佐々木座長】 ありがとうございます。そのとおりですね、体内のリザーブの期間や能力も考えて、どれくらいの期間を対象とするものであるかということも考えていただいて、そこもきちんと、しかしながら、ユーザーに分かりやすくという、難しいですけれども、そこを踏まえた記述をすることによって、先ほどの災害栄養のところもそうですが、どの時間、何日間なのか、何カ月間なのかとかいうところも必要だということですね。貴重な御意見、ありがとうございます。

2. エネルギー・栄養素との関連を記述する疾患等の追加

【佐々木座長】 それでは、2つ目に移りたいと思います。「2. エネルギー・栄養素との関連を記述する疾患等の追加」についてです。

現行では4つの生活習慣病について設けられております。これは2015年版から入ったものでありまして、今回の検討会にも4つの疾患については、その専門の構成員に入っております。この4つはそのまま続けたいと、個人的には考えております。これも含めまして、そして、3つの追加案が提案されました。追加案は赤字になっております。そこを中心に御意見をいただければと思います。どなたか、いかがでしょうか。特に該当疾患の先生からいただければありがたいです。三浦先生、お願いします。

【三浦構成員】 滋賀医科大学の三浦です。私は高血圧学会から参加させていただいておりますので該当ということではありませんが、新たな疾患の追加という話が出ましたので、考えたことを少しお話しできればと思います。

特に高齢化が進んでいますので、フレイルの予防、あるいは骨粗鬆症の予防という点を加えていくのは非常にいいのではないかと思います。高齢者ではエビデンスがまだあまり十分ではなく、時期尚早かもしれないですが、認知症予防などをどうするのかということも考えていく必要があるかと思いました。

もう1つ、女性の健康における1つの非常に重要な観点ということで、貧血が挙げられていると思います。今、私は別の厚生労働省の研究班で健診項目の検討をする班にも入っており、貧血の疾患リスクなども検討しています。恐らく若い女性のことだと思うのですが、社会的な負荷の大きさというのは、貧血よりも大きいものがほかにもいろいろあるのではないかと、貧血を特出しする理由が十分かどうか少し気になりました。したがって、女性の健康ということで貧血を特出しするのはどうかというのは、議論が必要かと思いました。

【佐々木座長】 どうもありがとうございます。この新たな赤字になっている3つに関して、今、三浦先生から御意見をいただいたように、その必要性をこの3つありきではなく、ほかのものとの比較などをした議論が必要だろうと考えます。

それから、認知症で御意見をいただきましたが、ここに挙げなかったとしても、こういうものも食事と関係しているから、こういうことも考えるべきだということを、何かこの生活習慣病等とエネルギー、栄養素との関連の冒頭部分に、その総論のような文章が必要かもしれません。そういうところに、今回入れたこの疾患以外にもこういう疾患と栄養素に関する研究が累積されれば、食事摂取基準に含めるべきであるという未来像を書くということができればいいかと考えました。ありがとうございます。

横手先生、お願いします。

【横手構成員】 千葉大学の横手と申します。今回もお加えいただき、ありがとうございます。

今回の参考資料3の総論の下段に、まさに御記載いただいておりますけれども、肥満、肥満症、

あるいはやせの問題がやはり根強くございます。特に、向こう1年の間に新しい肥満症の治療薬が日本に登場してくる予定になっています。ただ、逆にこれがやせ薬として不適正な使用をされてしまうという懸念が、今、非常に強くなっています。2型糖尿病の薬をやせ薬に転用するなどという自費診療のクリニックもあつたりします。そういう意味では、この肥満あるいは肥満症というのは、食事、正しい栄養摂取というものが基本にあって、そして必要な人が薬を使うということをしっかりと国民に伝えていかなければならない。また、やせ過ぎの懸念というものも、栄養の点で乗り越えていかなければいけない、そういう時が来ていると思います。どういうふうに取り上げていただくかは、これは他の疾患との兼ね合いになると思うのですが、この総論に書いていただいた3つの病態を何らかの形でご記載いただくと、国民に資するのではないかと思います。

【佐々木座長】 どうもありがとうございました。肥満とやせは、2020年版ではエネルギーでかなりのページ数を割いて書きましたが、利用者から見ると、今、横手先生がおっしゃってくださったように、もっと疾患と直接結び付けた形の記述まで迫れると、活用しやすく、また、気付いていただけるのかなという感じがしました。

それから、生活習慣病との関連では、肥満がベースになる疾患が多いために、肥満症としては挙げなかったという記憶があるのですが、それぞれの疾患のワーキンググループの先生方に、肥満とやせというものがベースとしてあるということをきちんと記述していただき、そしてまた、今、私が少し提案をしましたが、この生活習慣病の節の最初の総論的な冒頭にも、肥満とやせというものを書き込む必要があり、そこでまとめておくということが重要というご指摘だと理解いたしました。ありがとうございました。

【横手構成員】 ありがとうございます。どうぞよろしくお願いします。

【佐々木座長】 それでは梅垣先生、そして、続きまして柏原先生。それでは、梅垣先生、お願いします。

【梅垣構成員】 名古屋大学の梅垣と申します。老年医学の立場から1つだけ意見を申し上げさせていただきます。

先ほど三浦構成員からも、フレイルと骨粗鬆症について肯定的な御意見をいただいたところですが、この2つにつきましてもは栄養とともに非常に重要な老年医学における大きな問題ですので、ぜひとも取り上げていただきたいと思います。認知症の話題も少し出てまいりましたが、恐らく必要量の設定は難しからうと思いますけれども、佐々木座長がおっしゃられたように、将来につなげるために何らかの記載をいただくのは、私も賛成であります。以上であります。

【佐々木座長】 どうもありがとうございました。高齢者のところは、前回も梅垣先生にお願いして、かなり丁寧に記述をしていただいております。さらにそれが分かりやすく、そして、うまく伝わって社会で使われねばならない社会構造にどんどん進んでいますので、ここは大切なところだと思います。ありがとうございます。

それでは、柏原先生、お願いいたします。

【柏原構成員】 2点あります。

1つは微量元素です。最近、幾つかの微量元素のサプリがいろいろと開発されて、かなり使われていると認識しています。さらに亜鉛などは薬剤までできていて、その過剰摂取の事例なども報告されてきていますので、総説のどこかでいいと思うのですが、そういうものに対する注意喚起が必要なのではないかと感じました。

2点目は、腎臓と全然関係ないのですけれども、悪性腫瘍について、これもまた総説だと思うのですけれども、前立腺がんなど、幾つかのがん種においては肥満との関連も疫学的には指摘されていますので、どこかで何か記載ができていいのではないかと思います。

【佐々木座長】 どうもありがとうございました。1点目のご指摘は、私もとても大切だと思っております。亜鉛がというよりも、その記載の方法が、それがうまく伝わらず、誤認というか、誤解というか、わざと違うように理解してしまうというか、そのようにして伝わってしまうとまずいと思います。これは、次の論点3でもう一度取り上げたいと思いますので、またよろしく願いいたします。

それでは、手を挙げていただいております、勝川先生、田中先生のお2人、この順でお願いできますか。

【勝川構成員】 三浦構成員、横手構成員のお話をお伺いしております、貧血は若年者のやせということに割と収束できるのではないかという印象を持ちました。フレイルや骨粗鬆症が高齢者の問題であるとする、今、健康診断のデータを見てみますと、体重が多いほうでは生活習慣病の問題が非常に関連してくるのですけれども、一方で、体重が少ない年齢層は、若年女性だけではなく男性でも非常に目に付きます。そして、そういった人たちの中で貧血もありますし、将来的にフレイルや骨粗鬆症の予備群になってくるのではないかと思いますので、貧血でいいのか、若年者のやせというような形で、少し考慮していただければよろしいのではないかと思います。

【佐々木座長】 ありがとうございます。大切なお指摘だと思います。貧血と言うと、一般的にはどうしても短絡的に鉄といきやすいのですけれども、必ずしも直接的関連があるわけではなく、もっと総合的な病態だと思いますし、社会的にはもっと広い健康課題かと思えます。その点から、もう一度、貧血の健康課題をこの食事摂取基準でどのように扱うべきかというところを、事務局とも話し合っ方針を早期に決め、作業に入りたいと思います。田中先生、お願いいたします。

【田中構成員】 要介護・要支援の原因としては、認知症、脳血管障害、虚弱、フレイルがきて、そのあとに骨折、関節疾患ときますので、フレイル・骨粗鬆症を入れるのはとても政策上でも望ましいことかと思えます。ただ、先ほども少し申し上げましたが、骨粗鬆症に関しては、栄養面では少し取り上げ方が、骨の特質を考えていない不十分な議論が多かったと思っています。例えばビタミンDは、大腿骨近位部骨折とは関係しますけれども、椎体骨折との関係は弱いです。それは2つの骨の性質が違うからです。

それから貧血に関しては、先ほどの勝川構成員の御意見と関係するのですけれども、貧血は

若年女性を考えられているのか、高齢者も含めて広く考えられているのか、そこによって話が随分変わると思います。若年女性でしたら鉄でほとんど片付くかもしれませんが、高齢者になると鉄も要れば、ビタミン B₁₂ も要れば、腎機能低下、骨髄機能低下もあって、内容はかなり変わってくると思いますので、質問させていただきました。

【佐々木座長】 ありがとうございます。骨粗鬆症に関しては、田中構成員がおっしゃるような疑問を、専門家に御意見等を伺い、資料を見せていただいてしっかりと考える必要があるかと思えます。そのように進めるべきでしょう。

貧血に関しては、先ほどの御意見と同様で、どういう疾患として扱うのかということ、もう一度食事摂取基準としてきちんと早期に考えて、まとめるべきだと受け止めました。

それでは、論点があと2つございますので、次に進みたいと思います。

3. 食事摂取基準の適切な活用

【佐々木座長】 「3. 食事摂取基準の適切な活用」についてです。これは資料の8ページに「現行」、「課題」、「方針(案)」と書いていただいている、シンプルにうまく事務局でまとめてくださっていると思います。これをベースに構成員の皆様から御意見をいただければありがたいです。お願いできますでしょうか。

御意見をお待ちしている間に、1つ、2つ目の「課題」が大切だと、私は考えています。「機能のうち、生体内機能の記載については」のところ、「生体内での栄養素の働きに関する記載であるにも関わらず」の次です。「一般的な食事からの摂取量の範囲で期待できる効果とみなされ」とあります。現在の食事摂取基準では栄養素の機能を書いて、それから、必要な摂取量と言っているのですけれども、その機能が生体内機能でありますと、必ずしもそれは摂取量との関連を持ちません。ところが、食事摂取基準の中で書かれているので、「食べるとこういう機能が期待できます」と読まれかねないということもございます。

そこでここは、こういうふうには書かないことに気を付けましょうという意味だけではなく、今回の食事摂取基準は、ユーザーがどのようにこの文章を読んでもくださるかということを考えて、そして、可能な限り執筆者間でのハーモナイズをきちんとし、構造化をきちんとし、そして、適切に活用していただけるような文章構造にしたいと、現時点において私は考えています。その意味でこの課題は、1つの分かりやすく重要な事例として私は受け止めました。類似の事例、それから、ほかに気を付けておくべきことについて、活用していただく食事摂取基準という立場から御意見、情報等ありましたら、ぜひいただきたいのですけれども、いかがでしょうか。特に活用のほうでの、現場・教育というようなことに深く携わっておられる先生から御意見をいただけると、特にありがたいです。よろしく願いいたします。それでは、瀧本構成員、お願いいたします。

【瀧本構成員】 この点は非常に重要だと思います。先ほど、成分表の話も出ておりましたが、そこともすごく関連すると思うのです。栄養素によってはそれが多く含まれる食品が非常に限定される場合もございます。そういうときに、良いとか悪いとかというような議論

に過剰に結び付かないような表現というか、記述が重要になってくるのではないかと考えます。

【佐々木座長】 ありがとうございます。そうすると、文章の末尾はこういう言葉を使いましょうとか、こういう言葉はこのような誤読があり得るとか、そういう日本語の使い方をワーキンググループの先生方の中で確認していただきながら作っていくということになるのでしょうか。文字で伝えますので、やはり文字はとても大切だと思います。そういう意味で、この3つ目の論点は、具体的にどうこうということはないとは思いますが、とても大切なことで、策定の途中で先生方にいろいろなチェックをお願いすることになると思います。そういう意味で、よろしくお願いします。

4. 今後の食事摂取基準の在り方を検討するための論点

【佐々木座長】 最後の論点、「4. 今後の食事摂取基準の在り方を検討するための論点」です。これは非常に大きく、2025年版の策定を超えて、その次も見据えた上で御議論、御意見をいただければありがたいと思います。あまり時間はありませんが、とても大切なところだと思います。どなたか、いかがでしょうか。

先ほど瀧本先生から国際状況のところもありました。そして、この論点整理のところでも事務局から挙げていただいたのは、2020年版の総論の中に書かれていることや、そのほかの情報ですけれども、国際発信が十分でない、それから、5年に1度をどうするかというようなこともございます。そのような、作り方のほうの先生方から、こうすべき、このほうがいいのではないかと御意見を今までいただいていたこともありますが、特に策定の御経験のある先生、いかがでしょうか。

横手構成員、よろしくお願いします。

【横手構成員】 少しピントがずれているかもしれませんが、この食事摂取基準は、これまで特に英語発信というはしてこなかったのですか。一部分などしていたのですか。

【佐々木座長】 主に日本語で厚生労働省が公表するものであって、それが中心でありました。英語発信に関して、厚生労働省からの発信はどのようにされていたか、事務局、お願いしてよろしいですか。

【齋藤栄養指導室長補佐】 内容につきましては、報告書や報告書の概要という形で、英語にまとめた形で国のホームページなどで公表はしているという状況です。

【横手構成員】 国際発信が十分にできてないという記載があって、なるほどと思ったのですけれども、日本が世界を代表する長寿国家であるということは、もう世界中の方が認めている。それで、日本食というものも非常に大きな、アトラクティブな食事としてみんなに周知されている。そういう意味では、そのバイブルたるこの食事摂取基準は、今、いろいろな翻訳の手法などもありますので、国際展開、あるいは発信をすると、非常に大きなインパクトがあるのではないかとと思いついて、今後の可能性として、今、佐々木座長からお話がありましたので、一言だけコメントさせていただきました。

【佐々木座長】 ありがとうございます。田中構成員、お願いしてよろしいですか。

【田中構成員】 今回の横手構成員の話の続きとしまして、各国の食事摂取基準、諸外国の比較というレビューがありますが、それを見ると Japan は出てこないのです。やはり発信力が弱いのだなと思いました。

御質問したかったのはそれではなく、ビタミン D が 2011 年にアメリカで全面改定になりましたけれども、その時に分厚い印刷物が出たのです。それを決めるための研究班を何回も、何年もやっていて、その本だけで何冊もあって、重みが違うとカルチャーショックを受けました。ここに書かれていますように、5年に1回集合ではなく、アメリカのような本格的なものでも、何かの形で話し合いをする場があればいいなと前からずっと思っていました。

【佐々木座長】 ありがとうございます。三浦先生、手が拳がっていますね。

【三浦構成員】 滋賀医科大学の三浦です。栄養素にはたくさんの種類があり、文献レビューは、本当はかなり手間と時間をかけてやっていかなければいけないので、この短い間にやりきるのはなかなか大変だと思います。各学会なりが、常時、人数をかけてやっているで、それを使っていくというようなことがいいのだろうなと思いました。

もう1点は、国際的なハーモナイズという話です。例えば食塩の議論などは、もう延々とやっているわけですが、目標量を決めるときには、やはり各国ごとの現在の摂取量があって、その中でどれくらいの目標を立てるかという話になります。食塩摂取量は日本ではだんだん下がってきており、WHOの目標値5gに比べて、今の摂取量からするとどの辺りに目標を決めるかというふうに考えてきました。そう考えると、国民の摂取量に合わせて5年おきなどに見直しする必要も出てくるので、5年おきの改定もいいのではないかと考えております。

【佐々木座長】 ありがとうございます。福渡先生、短くいただければありがたいです。

【福渡構成員】 少し話が違うのかもしれませんが、策定するために欲しいデータについて、やはり日本人の大規模な研究で、健康やバイオマーカーと、例えばビタミンであればビタミンの摂取量と、あと、そのビタミンの栄養指標が全部揃っているというデータが、実は驚くほど限られております。ですから、こういった研究を今後どんどん推進していくような取組も考えていただけたらと思います。

【佐々木座長】 ありがとうございます。レビューをしようにも、もとの論文がなければ何もできないわけで、非常に大切なところでございます。そして、諸外国が出来上がった食事摂取基準だけではなく、その間のプロセス、またはエビデンスペーパーを相当量発信するようになってまいりました。その中間産物のようなものを日本が十分に発信できてこなかったのかなという反省がございます。今回は時間が短いですが、ぜひ世界に向けてきちんと、日本が行っていることを発信すべきだと改めて考えました。

この論点4につきましては、とても大切なことですので、今後の検討会の中でも随時御意見をいただく機会を設けたいと考えております。

どうもありがとうございました。それでは、お時間となりましたので、今回の議論はここま
でといたします。本日いただきました御意見は事務局で整理していただき、これをベースに
ワーキンググループで作業を進めていただければと思います。

最後に、事務局から今後のスケジュールなどについて、説明をお願いいたします。

(2) その他

【清野栄養指導室長】 本日は、貴重な御意見をたくさんいただきましてありがとうございます。
います。

今後のスケジュールでございますけれども、資料6の1ページに全体像を示させていただ
いております。本日の御議論・御意見を踏まえまして、ワーキンググループで作業をさせ
ていただきます。第2回目につきましては、9月を予定しておりますけれども、開催の詳細に
ついては別途、御案内させていただきます。また、3回目以降につきましても、概ねの時期
を記載させていただいております。今後、また調整させていただきますので、よろしくお願
いいたします。

3 閉会

【佐々木座長】 それでは、2時間にわたりまして、先生方、お忙しい中どうもありがと
うございました。それでは、第1回の検討会はこれで閉会といたします。ありがとうございました。

— 了 —