

# 食事摂取基準の概要と 日本人の食事摂取基準(2020年版)のポイントについて

- **食事摂取基準の概要**
- **日本人の食事摂取基準(2020年版)のポイント**

- **食事摂取基準の概要**
- 日本人の食事摂取基準(2020年版)のポイント

# 食事摂取基準の沿革

- 戦後、科学技術庁が策定していた「日本人の栄養所要量」について、昭和44年の策定より、厚生省が改定を行うこととなった。
- 平成17年度より使用した「日本人の食事摂取基準（2005年版）」において、食事摂取基準の概念を全面的に導入し、名称を変更することとした。

	使用期間	策定期期
日本人の栄養所要量	昭和45年度～49年度	昭和44年 8月
（第1次改定）	昭和50年度～54年度	昭和50年 3月
（第2次改定）	昭和55年度～59年度	昭和54年 8月
（第3次改定）	昭和60年度～平成元年度	昭和59年 8月
（第4次改定）	平成2年度～6年度	平成元年 9月
（第5次改定）	平成7年度～11年度	平成 6年 3月
（第6次改定）－食事摂取基準－	平成12年度～16年度	平成11年 6月
日本人の食事摂取基準（2005年版）	平成17年度～21年度	平成16年10月
日本人の食事摂取基準（2010年版）	平成22年度～26年度	平成21年 5月
日本人の食事摂取基準（2015年版）	平成27年度～令和元年度	平成26年 3月
日本人の食事摂取基準（2020年版）	令和2年度～6年度	令和 2年 1月

# 食事摂取基準の概要

- 食事摂取基準は、健康増進法第16条の2に基づき、厚生労働大臣が、生涯にわたる国民の栄養摂取の改善に向けた自主的な努力を促進するため、国民健康・栄養調査その他の健康の保持増進に関する調査及び研究の成果を分析し、その分析の結果を踏まえ、食事による栄養摂取量の基準として定めている。
  - 基準を定める栄養素は、健康増進法施行規則第11条に定められている。
- 
- 食事摂取基準は、事業所給食や医療・介護・児童福祉等施設における栄養・食事管理のほか、我が国の栄養施策の基盤として様々な活用されている。

## 《現行の活用例》

- 健常者及び傷病者を対象とした事業所給食、医療・介護施設等における栄養・食事管理(入院時食事療養における栄養補給量の設定等)
- 学校給食実施基準の策定
- 食品表示基準(栄養成分表示、栄養機能食品等の基準)、特別用途食品(病者用食品等)の基準の策定
- 国及び地域における計画策定及び評価(健康日本21(第二次)、食育推進基本計画等) 等

## 策定の対象とするエネルギー及び栄養素

- 健康増進法に基づき、厚生労働大臣が定めるものとされている下図に示した熱量及び栄養素が策定の対象となる。

1 国民がその健康の保持増進を図る上で摂取することが望ましい熱量に関する事項

2 国民がその健康の保持増進を図る上で摂取することが望ましい次に掲げる栄養素の量に関する事項

イ 国民の栄養摂取の状況からみてその欠乏が国民の健康の保持増進に影響を与えているものとして厚生労働省令で定める栄養素

- ・ たんぱく質
- ・ n-6系脂肪酸、n-3系脂肪酸
- ・ 炭水化物、食物繊維
- ・ ビタミンA、ビタミンD、ビタミンE、ビタミンK、ビタミンB<sub>1</sub>、ビタミンB<sub>2</sub>、ナイアシン、  
ビタミンB<sub>6</sub>、ビタミンB<sub>12</sub>、葉酸、パントテン酸、ビオチン、ビタミンC
- ・ カリウム、カルシウム、マグネシウム、リン、鉄、亜鉛、銅、マンガン、ヨウ素、セレン、  
クロム、モリブデン

ロ 国民の栄養摂取の状況からみてその過剰な摂取が国民の健康の保持増進に影響を与えているものとして厚生労働省令で定める栄養素

- ・ 脂質、飽和脂肪酸、コレステロール
- ・ 糖類(単糖類又は二糖類であって、糖アルコールでないものに限る。)
- ・ ナトリウム

## 対象とする個人及び集団の範囲(2020年版)

- 食事摂取基準の対象は、健康な個人並びに健康な人を中心として構成されている集団とし、高血圧、脂質異常、高血糖、腎機能低下に関するリスクを有していても自立した日常生活を営んでいる者を含む。具体的には、歩行や家事などの身体活動を行っている者であり、体格(body mass index: BMI)が標準より著しく外れていない者とする。なお、高血圧、脂質異常、高血糖、腎機能低下に関するリスクを有する者とは、保健指導レベルにある者までを含むものとする。
- また、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たりする個人並びに集団に対して、治療を目的とする場合は、食事摂取基準におけるエネルギー及び栄養素の摂取に関する基本的な考え方を理解した上で、その疾患に関連する治療ガイドライン等の栄養管理指針を用いることになる。

## 指標の目的と種類

- エネルギーの指標：エネルギー摂取の過不足の回避を目的とする指標を設定。
- 栄養素の指標：3つの目的からなる5つの指標で構成。具体的には、摂取不足の回避を目的とする3種類の指標、過剰摂取による健康障害の回避を目的とする指標、生活習慣病の予防を目的とする指標から構成。

### <目的>

摂取不足の回避

過剰摂取による  
健康障害の回避

生活習慣病の予防

### <指標>

推定平均必要量、推奨量

\* これらを推定できない場合の代替指標：目安量

耐容上限量

目標量

図 栄養素の指標の目的と種類

- 食事摂取基準の概要
- **日本人の食事摂取基準(2020年版)のポイント**

## 1 指標の概要

- エネルギーの指標：
  - 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、成人における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の範囲、日本人のBMIの実態などを総合的に検証し、目標とするBMIの範囲を提示。
  - エネルギー必要量については、無視できない個人間差が要因として多数存在するため、性・年齢区分・身体活動レベル別に単一の値として示すのは困難であるが、参考資料としてエネルギー必要量の基本的事項や測定方法、推定方法を記述するとともに、併せて推定エネルギー必要量を参考表として提示。
  
- 栄養素の指標：次の五つの指標で構成。
  - ① 推定平均必要量(estimated average requirement: EAR)
    - ある対象集団において測定された必要量の分布に基づき、母集団(例えば、30～49歳の男性)における必要量の平均値の推定値を示すもの。
    - 推定平均必要量は、摂取不足の回避が目的だが、ここでいう「不足」とは、必ずしも古典的な欠乏症が生じることだけを意味するものではなく、その定義は栄養素によって異なる。

- ② 推奨量(recommended dietary allowance:RDA)
- ある対象集団において測定された必要量の分布に基づき、母集団に属するほとんどの者(97~98%)が充足している量。
- ③ 目安量(adequate intake:AI)
- 特定の集団における、ある一定の栄養状態を維持するのに十分な量。
- ④ 耐容上限量(tolerable upper intake level:UL)
- 健康障害をもたらすリスクがないとみなされる習慣的な摂取量の上限。
- ⑤ 目標量(tentative dietary goal for preventing life-style related diseases:DG)
- 生活習慣病の発症予防を目的として、特定の集団において、その疾患のリスクや、その代理指標となる生体指標の値が低くなると考えられる栄養状態が達成できる量として算定し、現在の日本人が当面の目標とすべき摂取量として「目標量」を設定。
  - 目標量の算定方法の基本原則※に該当しない場合でも、栄養政策上、目標とすべき摂取量の設定の重要性を認める場合は基準を策定。
    - ※目標量の算定方法の基本原則
      - 望ましいと考えられる摂取量よりも現在の日本人の摂取量が少ない場合、範囲の下の値だけを算定(例:食物繊維、カリウム)
      - 望ましいと考えられる摂取量よりも現在の日本人の摂取量が多い場合、範囲の上の値だけを算定(例:飽和脂肪酸、ナトリウム(食塩相当量))
  - 生活習慣病の重症化予防及びフレイル予防を目的とした量を設定できる場合は、発症予防を目的とした量(目標量)とは区別して示す。

## ＜参考＞食事摂取基準の各指標を理解するための概念

- 下図は、習慣的な摂取量と摂取不足又は過剰摂取に由来する健康障害のリスク、すなわち、健康障害が生じる確率との関係を概念的に示している。
- 縦軸は、個人の場合は不足又は過剰によって健康障害が生じる確率を、集団の場合は不足状態にある人又は過剰摂取によって健康障害を生じる人の割合を示す。

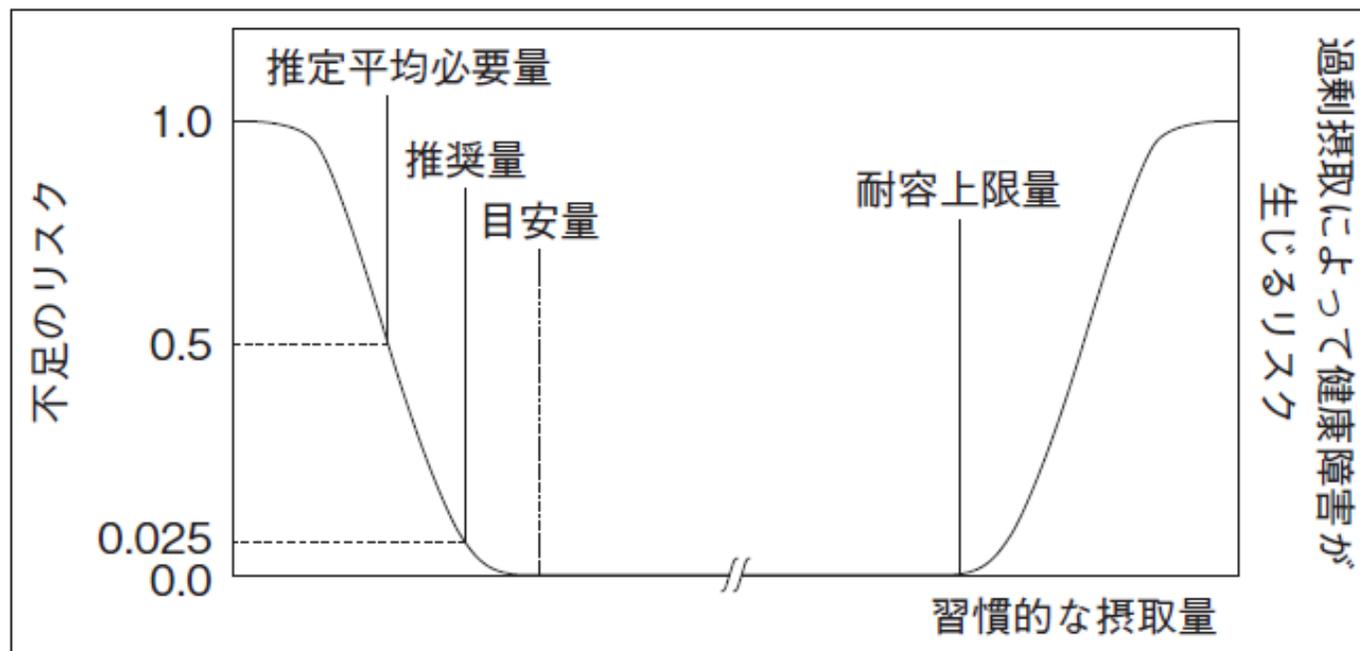


図 食事摂取基準の各指標(推定平均必要量、推奨量、目安量、耐受上限量)を理解するための概念図

## 2 レビューの方法

- 可能な限り科学的根拠に基づいた策定を行うことを基本とし、システマティック・レビューの手法を用いて、国内外の学術論文や入手可能な学術資料を最大限に活用することにした。
- 基本的なレビューにおいては、「日本人の食事摂取基準(2015年版)」の策定において課題となっていた部分について特に重点的にレビューを行った。
- レビューの方法については、今後、その標準化を図っていく必要がある。特に、摂取量の数値の算定を目的とする食事摂取基準で求められるレビューの方法は、定性的な予防及び治療指針の策定を目的とする他のガイドラインで求められるレビューの方法とは異なるため、食事摂取基準に特化したレビュー方法の開発、向上及びその標準化を図る必要がある。
- メタ・アナリシスなど、情報の統合が定量的に行われている場合には、基本的にはそれを優先的に参考にする事とした。実際には、それぞれの研究の内容を詳細に検討し、現時点で利用可能な情報で、最も信頼度の高い情報を用いるように留意した。
- 食事摂取基準のように、「定性的な文章」ではなく、「量」の算定を目的とするガイドラインにおいては、通常メタ・アナリシスよりも量・反応関係メタ・アナリシスから得られる情報の利用価値が高い。そこで、今回の策定では、目標量に限って、エビデンスレベルを付すことにした。

### 3 策定する食事摂取基準

表4 基準を策定した栄養素と指標<sup>1</sup> (1歳以上)

栄養素		推定平均 必要量(EAR)	推奨量 (RDA)	目安量 (AI)	耐容上限量 (UL)	目標量 (DG)
たんぱく質 <sup>2</sup>		Ob	Ob	—	—	○ <sup>3</sup>
脂質	脂質	—	—	—	—	○ <sup>3</sup>
	飽和脂肪酸 <sup>4</sup>	—	—	—	—	○ <sup>3</sup>
	n-6系脂肪酸	—	—	○	—	—
	n-3系脂肪酸	—	—	○	—	—
	コレステロール <sup>5</sup>	—	—	—	—	—
炭水化物	炭水化物	—	—	—	—	○ <sup>3</sup>
	食物繊維	—	—	—	—	○
	糖類	—	—	—	—	—
主要栄養素バランス <sup>2</sup>		—	—	—	—	○ <sup>3</sup>
脂溶性ビタミン	ビタミン A	○a	○a	—	○	—
	ビタミン D <sup>2</sup>	—	—	○	○	—
	ビタミン E	—	—	○	○	—
	ビタミン K	—	—	○	—	—
水溶性ビタミン	ビタミン B <sub>1</sub>	○c	○c	—	—	—
	ビタミン B <sub>2</sub>	○c	○c	—	—	—
	ナイアシン	○a	○a	—	○	—
	ビタミン B <sub>6</sub>	○b	○b	—	○	—
	ビタミン B <sub>12</sub>	○a	○a	—	—	—
	葉酸	○a	○a	—	○ <sup>7</sup>	—
	パントテン酸	—	—	○	—	—
	ビオチン	—	—	○	—	—
	ビタミン C	○x	○x	—	—	—

表4 基準を策定した栄養素と設定した指標(1歳以上)<sup>1</sup>(続き)

栄養素		推定平均 必要量 (EAR)	推奨量 (RDA)	目安量 (AI)	耐容上限量 (UL)	目標量 (DG)	
ミネラル	多量	ナトリウム <sup>6</sup>	Oa	—	—	—	○
		カリウム	—	—	○	—	○
		カルシウム	Ob	Ob	—	○	—
		マグネシウム	Ob	Ob	—	○ <sup>7</sup>	—
		リン	—	—	○	○	—
	微量	鉄	Ox	Ox	—	○	—
		亜鉛	Ob	Ob	—	○	—
		銅	Ob	Ob	—	○	—
		マンガン	—	—	○	○	—
		ヨウ素	Oa	Oa	—	○	—
		セレン	Oa	Oa	—	○	—
		クロム	—	—	○	○ <sup>7</sup>	—
		モリブデン	Ob	Ob	—	○	—

1 一部の年齢区分についてだけ設定した場合も含む。

2 フレイル予防を図る上での留意事項を表の脚注として記載。

3 総エネルギー摂取量に占めるべき割合(%エネルギー)。

4 脂質異常症の重症化予防を目的としたコレステロールの量と、トランス脂肪酸の摂取に関する参考情報を表の脚注として記載。

5 脂質異常症の重症化予防を目的とした量を飽和脂肪酸の表の脚注に記載。

6 高血圧及び慢性腎臓病(CKD)の重症化予防を目的とした量を表の脚注として記載。

7 通常の商品以外の食品からの摂取について定めた。

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。

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。

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。

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。

## 対象特性

- ・ **妊婦・授乳婦、乳児・小児、高齢者**について、その特性上、特に着目すべき事項について示した。
- ・ 妊婦、授乳婦について、推定平均必要量、推奨量の設定が可能な栄養素については、付加量を示した。また、目安量の設定に留まる栄養素については、付加量ではなく、ある一定の栄養状態を維持するのに十分な量として想定される摂取量としての値を示した。
- ・ 高齢者については、過栄養だけでなく、低栄養、栄養欠乏の問題の重要性を鑑み、フレイルティ(虚弱)やサルコペニア(加齢に伴う筋力の減少)などとエネルギー・栄養素との関連についてレビューし、最新の知見をまとめた。

## 生活習慣病とエネルギー・栄養素との関連

- ・ 生活習慣病とエネルギー・栄養素摂取の関連については、**高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病(CKD)**に関して、レビューした結果をもとに特に重要なものについて図にまとめ、解説と共に示した。

## 1 摂取源

---

- 食事として経口摂取される通常の食品に含まれるエネルギーと栄養素を対象とする。
- 耐容上限量については、いわゆる健康食品やサプリメント(以下「通常の食品以外の食品」という。)由来のエネルギーと栄養素も含むものとする。
- 耐容上限量以外の指標については、通常の食品からの摂取を基本とするが、通常の食品のみでは必要量を満たすことが困難なものとして、胎児の神経管閉鎖障害のリスク低減のために、妊娠を計画している女性、妊娠の可能性のある女性及び妊娠初期の女性に付加する葉酸に限り、通常の食品以外の食品に含まれる葉酸の摂取について提示する。

## 2 通常の食品以外の食品を用いた介入研究の取扱い

- 通常の食品から摂取できる量を著しく超えて摂取することによって、何らかの生活習慣病の発症予防を期待できる栄養素が存在し、その効果を検証するために、通常の食品以外の食品を用いた介入研究が行われることがある。しかしながら、ある一定の好ましい効果が報告された後に、別の好ましくない健康影響を惹起する可能性があるとして報告された例も存在する。そのため、通常の食品以外の食品から大量に特定の栄養素を摂取することが妥当か否かに関しては、慎重な立場をとるべきであると考えられる。
- 今回の策定では、通常の食品の組合せでは摂取することが明らかに不可能と判断される量で行われた研究や、食品ではなく医薬品扱いの製品を投与した研究については、原則として、数値の算定には用いないこととするが、そのような研究の報告も数値の算定に当たって参考資料として用いることを目的として、検索、収集、読解作業の対象とした。

## 1 活用の基本的考え方

- 食事摂取状況のアセスメントにより、エネルギー・栄養素の摂取量が適切かどうかを評価するところから始まる PDCAサイクルを基本とする。

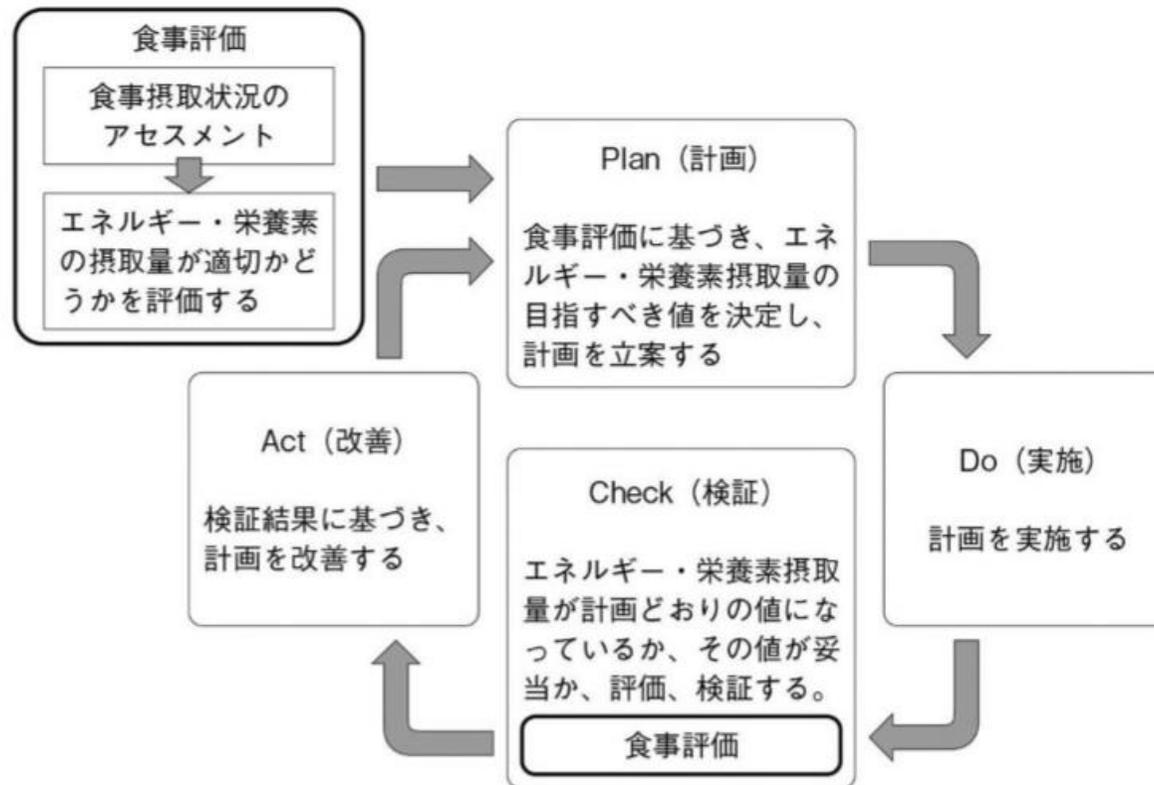


図4 食事摂取基準の活用とPDCAサイクル

## 2 食事摂取状況のアセスメントの方法と留意点

- 食事摂取、すなわちエネルギー及び各栄養素の摂取状況を評価するためには、食事調査によって得られる摂取量と食事摂取基準の各指標で示されている値を比較することによって行うことができる。ただし、エネルギー摂取量の過不足の評価には、BMI又は体重変化量を用いる。

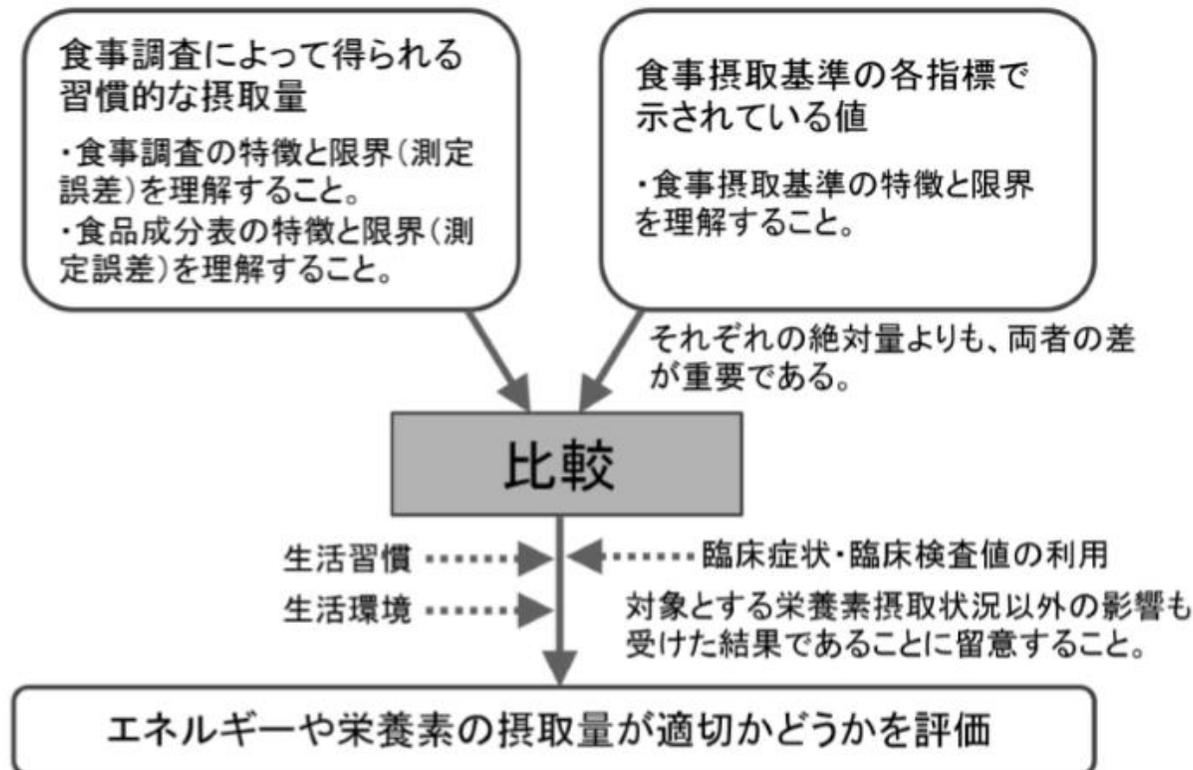


図5 食事摂取基準を用いた食事摂取状況のアセスメントの概要

- 食事調査によって得られる摂取量には必ず測定誤差が伴うことから、調査方法の標準化や精度管理に十分配慮するとともに、食事調査の測定誤差の種類とその特徴、程度を知ることが重要である。
  - エネルギー摂取量と栄養素摂取量との間には強い正の相関が認められることが多いため、各栄養素の摂取量を評価するに当たっては、エネルギー摂取量の過小・過大申告及び日間変動による影響を可能な限り小さくすることが重要であることと、そのための方法を記載。
  - エネルギー及び各栄養素の摂取量における日間変動について、エネルギー、たんぱく質、ビタミンC及びビタミンD摂取量で観察された結果を記載。

# 対象とする個人及び集団の範囲

## 2015年版

- 食事摂取基準の対象は、健康な個人及び健康な人を中心として構成されている集団とし、高血圧、脂質異常、高血糖、腎機能低下に関するリスクを有していても自立した日常生活を営んでいる者を含む。具体的には、歩行や家事などの身体活動を行っている者であり、体格 (body mass index: BMI) が標準より著しく外れていない者としている。なお、高血圧、脂質異常、高血糖、腎機能低下に関するリスクを有する者とは、保健指導レベルにある者までを含むものとしている。

## 2020年版

- 原則として、2015年版の対象の範囲を踏襲する。なお、高齢者については、高血圧等の生活習慣病に関するリスクを有する者のほか、フレイルの者も対象の範囲にる。
- フレイルについては世界的に統一された概念はないが、食事摂取基準では、日本老年医学会の見解を参考に、健常状態と要介護状態の中間的な段階に位置付ける考え方※を採用。

※2015年版のレビューにおいても、同様の考え方でレビューを実施

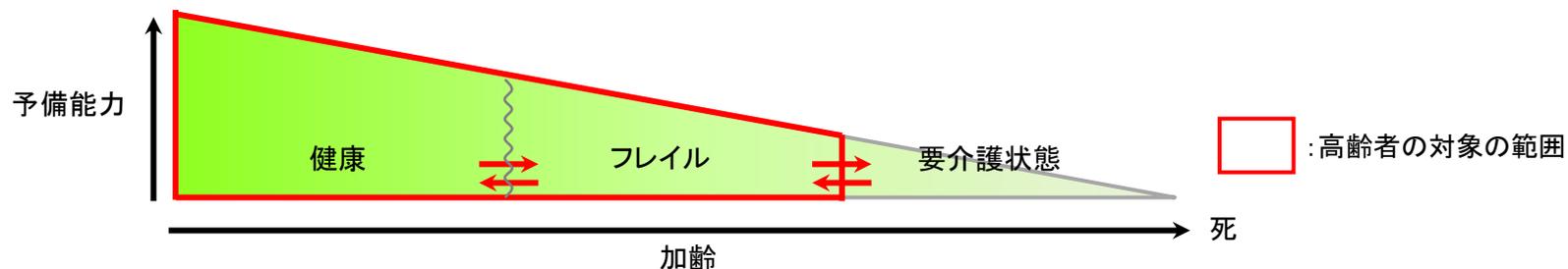


図 加齢とフレイルの概念図

(出典) 葛谷雅文. フレイルとは. 臨床栄養 2011; 119: 755-760 一部改変

## [参考] フレイルの定義と診断方法について

### [フレイルの定義]

- フレイルは、要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神・心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。
- 現在のところ、世界的に統一された概念は存在せず、フレイルを健常状態と要介護状態の中間的な段階に位置づける考え方と、ハイリスク状態から重度障害状態までも含める考え方があるが、日本老年医学会では、健康長寿社会の実現に向けた介護予防を視野に入れる概念として、前者の立場をとったステートメントを提唱している。

### [フレイルの診断方法]

- フレイルの診断方法には統一された基準がないが、Phenotype model(表現型モデル)に基づくCardiovascular Health Study基準(CHS基準)と、Accumulated deficit model(欠損累積モデル)に基づくFrailty Indexが主要な方法である。
- CHS基準は、身体的フレイルの代表的な診断法と位置づけられ、原法を修正した日本版CHS基準(J-CHS基準)が提唱されている。

表 日本版CHS基準(J-CHS基準)

項目	評価基準
体重減少	6カ月で、2～3kg以上の体重減少
筋力低下	握力: 男性<26kg、女性<18kg
疲労感	(ここ2週間) 訳もなく疲れたような感じがする
歩行速度	通常歩行速度<1.0m/秒
身体活動	①軽い運動・体操をしていますか？ ②定期的な運動・スポーツをしていますか？ 上記の2つのいずれも「週に1回もしていない」と回答

3つ以上該当: フレイル、1～2つ該当: プレフレイル

# 策定する指標

## 2015年版

- エネルギーの指標: エネルギー摂取の過不足の回避を目的とする指標として、「体格(BMI)」を採用している。
- 栄養素の指標: 3つの目的からなる5つの指標で構成。具体的には、摂取不足の回避を目的とする3種類の指標(推定平均必要量・推奨量・目安量)、過剰摂取による健康障害の回避を目的とする指標(上限量)、生活習慣病の予防を目的とする指標(目標量)から構成している。

## 2020年版

- 原則として、2015年版で設定されている指標を踏襲しつつ、以下について検討。
  - ・ 現行の目標量は生活習慣病予防を目的としているが、高齢社会の更なる進展への対応から、新たにフレイル予防(低栄養予防を含む。)を目的とした目標量を設定
  - ・ このうち、生活習慣病を目的とした目標量については、発症予防と重症化予防を区分し、従来の目標量は「生活習慣病の発症予防」を目的とした指標とし、新たに「生活習慣病の重症化予防」を目的とした目標量を設定
  - ・ なお、目標量の設定の基本原則※に該当しない場合でも、栄養政策上、目標量の設定の重要性を認める場合は値を設定

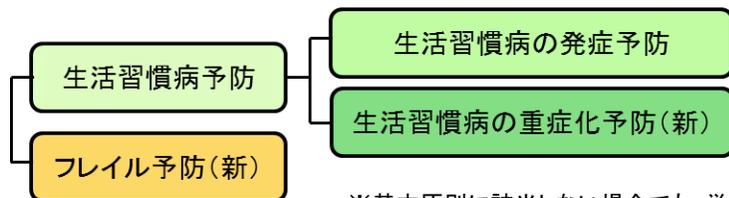


図 目標量の目的

### ※目標量の設定の基本原則

- ①望ましいと考えられる摂取量よりも現在の日本人の摂取量が少ない場合、範囲の下の値のみを算定(例:食物繊維、カリウム)
- ②望ましいと考えられる摂取量よりも現在の日本人の摂取量が多い場合、範囲の上の値のみを算定(例:飽和脂肪酸、ナトリウム(食塩相当量))

※基本原則に該当しない場合でも、栄養政策上、重要性を認める場合は目標量を検討(新)

## [参考]指標の目的と種類

- エネルギーの指標: エネルギー摂取の過不足の回避を目的とする指標を設定する。
- 栄養素の指標: 三つの目的からなる五つの指標で構成する。具体的には、摂取不足の回避を目的とする3種類の指標、過剰摂取による健康障害の回避を目的とする指標及び生活習慣病の発症予防を目的とする指標から構成する。なお、生活習慣病の重症化予防及びフレイル予防を目的として摂取量の基準を設定できる栄養素については、発症予防を目的とした量(目標量)とは区別して示す。

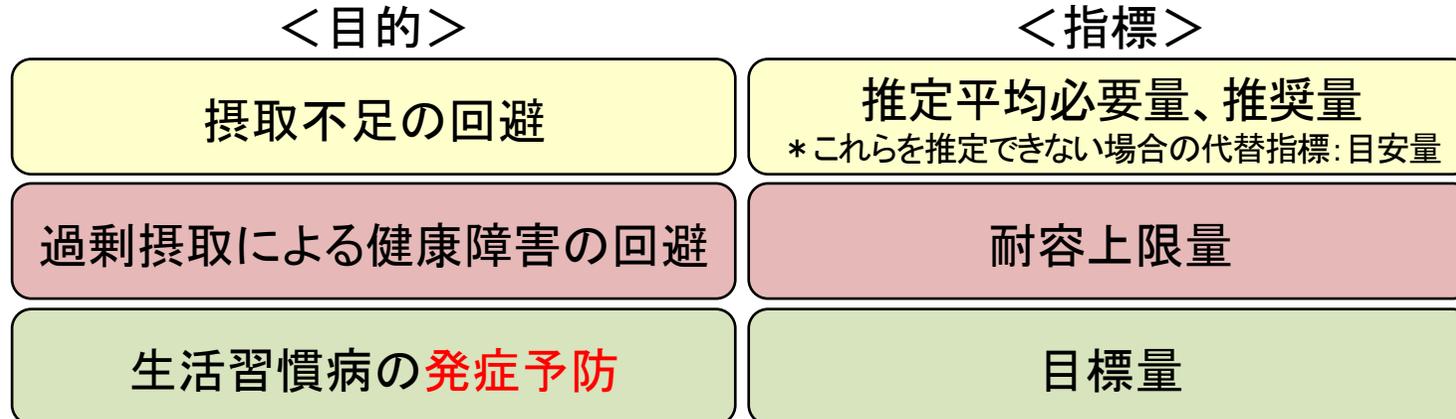


図3 栄養素の指標の目的と種類

※十分な科学的根拠がある栄養素については、上記の指標とは別に、生活習慣病の重症化予防及びフレイル予防を目的とした量を設定

# 基準の対象とする年齢区分

## 2015年版

○「日本人の食事摂取基準(2010年版)」と同様の年齢区分を用いている。

## 2020年版

○ 高齢者の年齢区分について、65歳以上を高齢者とし、65～74歳、74歳以上の二つの区分を設定。ただし、栄養素等によっては、高齢者における各年齢区分のエビデンスが必ずしも十分ではない点に留意

年齢等
0～5(月)※
6～11(月)※
1～2(歳)
3～5(歳)
6～7(歳)
8～9(歳)
10～11(歳)
12～14(歳)
15～17(歳)
18～29(歳)
30～49(歳)
50～69(歳)
70以上(歳)

年齢等
0～5(月)※
6～11(月)※
1～2(歳)
3～5(歳)
6～7(歳)
8～9(歳)
10～11(歳)
12～14(歳)
15～17(歳)
18～29(歳)
30～49(歳)
<u>50～64(歳)</u>
<u>65～74(歳)</u>
<u>75以上(歳)</u>



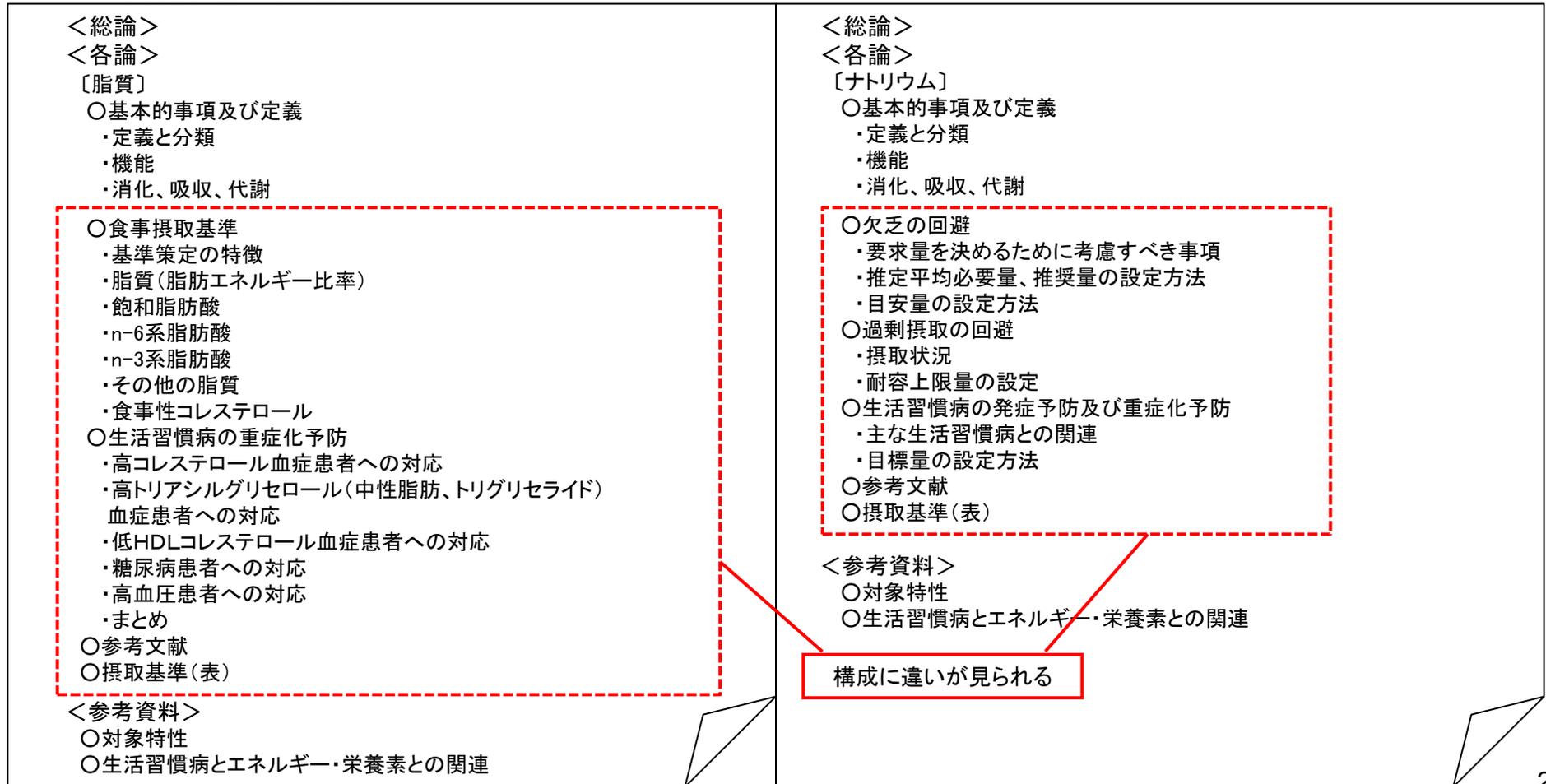
※エネルギー及びたんぱく質については、「0～5か月」、「6～8か月」、「9～11か月」の3区分

# 報告書の構成(1/2)

2015年版

- 全体の構成において、「対象特性」と「生活習慣病とエネルギー・栄養素との関連」は総論・各論とは別立て(参考資料)としている。
- 各栄養素の構成について、必ずしも統一が図られていない。

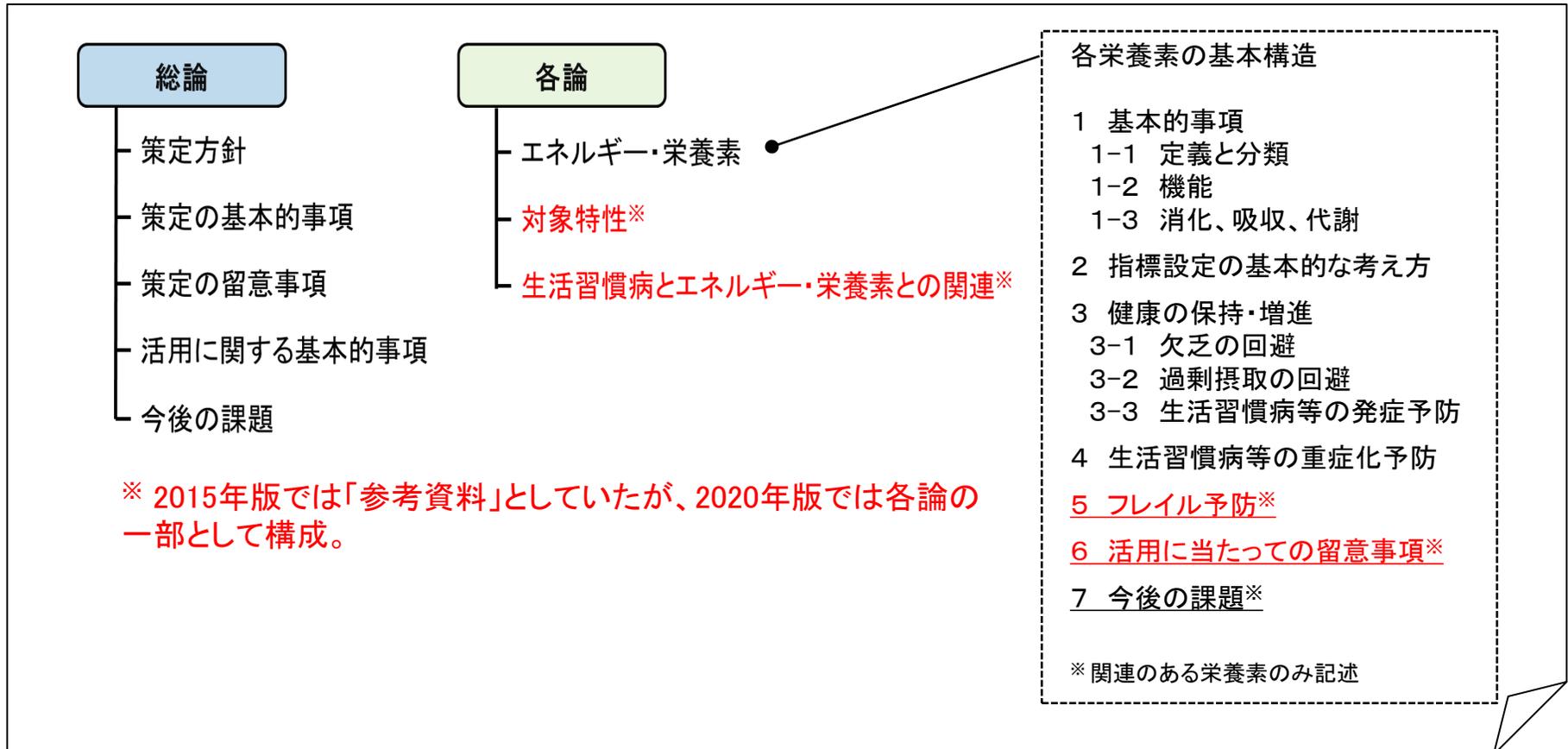
(2015年版報告書の構成例)



# 報告書の構成(2/2)

2020年版

- 「対象特性」と「生活習慣病とエネルギー・栄養素との関連」は、各論の一部として構成する。
- 各論(各栄養素)の構成については、以下のとおり統一を図り、対象者の特性(運動習慣や喫煙習慣の有無等)を踏まえて、「活用に当たっての留意事項」を新たに記載。



# レビュー方法の標準化とエビデンスレベルの記載

## 2015年版

- 可能な限り科学的根拠に基づいた策定を行うことを基本とし、系統的レビューの手法を用いて、国内外の学術論文及び入手可能な学術資料を最大限に活用。
- レビューの方法については、2015年版で初めて記述されたものの、標準化・透明化は十分図られていない。
- また、示された摂取基準の信頼度が、その根拠によって異なることに留意する旨は記述されているものの、各々のエビデンスレベルについては明示されていない。

## 2020年版

- 基本的なレビューにおいては、「日本人の食事摂取基準(2015年版)」の策定において課題となっていた部分について特に重点的にレビューを実施。
- エビデンスレベルの記載については、実行可能性の観点から、目標量を策定している摂取基準に限って行う。

表1 目標量の算定に付したエビデンスレベル<sup>1,2</sup>

エビデンスレベル	数値の算定に用いられた根拠	栄養素
D1	介入研究又はコホート研究のメタ・アナリシス、並びにその他の介入研究又はコホート研究に基づく。	たんぱく質、飽和脂肪酸、食物繊維、ナトリウム(食塩相当量)、カリウム
D2	複数の介入研究又はコホート研究に基づく。	—
D3	日本人の摂取量等分布に関する観察研究(記述疫学研究)に基づく。	脂質
D4	他の国・団体の食事摂取基準又はそれに類似する基準に基づく。	—
D5	その他	炭水化物 <sup>3</sup>

<sup>1</sup> 複数のエビデンスレベルが該当する場合は上位のレベルとする。

<sup>2</sup> 目標量は食事摂取基準として十分な科学的根拠がある栄養素について策定するものであり、エビデンスレベルはあくまでも参考情報である点に留意すべきである。

<sup>3</sup> 炭水化物の目標量は、総エネルギー摂取量(100%エネルギー)のうち、たんぱく質及び脂質が占めるべき割合を差し引いた値である。