

「食を通じた妊産婦の健康支援方策研究会」検討の目的

近年、若年女性においては、朝食の欠食とともにエネルギーや各種栄養素の摂取量が必要量を下回る者が見受けられ、適切な食品選択や食事の準備のために必要な知識や技術が不足している者も多くみられる状況にある。また、低体重（やせ）の者の割合が増加するなど体格も大きく変化してきている。

妊娠期においても、必要な摂取量が確保されていない状況にあり、神経管閉鎖障害発症リスク低減のために適正摂取が推奨されている葉酸についても十分な摂取が図られていない。また、近年、低出生体重児の割合も増加している上、諸外国においては胎児期の栄養不良が代謝調節異常を引き起こし、成人後に生活習慣病の発症につながるという研究報告もみられ、生涯を通じた健康への影響が懸念される場所である。

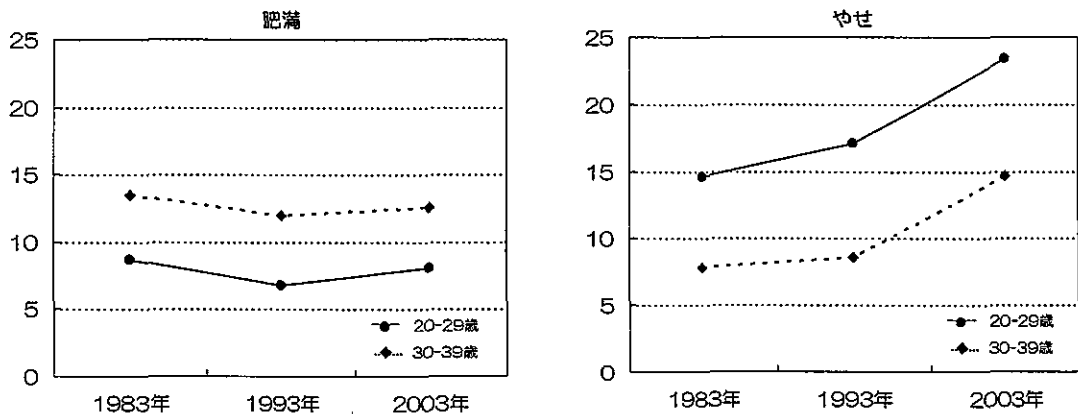
こうした中、妊娠期及び授乳期における望ましい食生活の実現に向け、何をどれだけどのように食べたらよいかをわかりやすく伝えるための指針を示すとともに、肥満や低体重（やせ）といった妊婦個々の体格に応じて適切な体重増加量が確保されるよう、その目安を示すこととした。

具体的には、平成17年4月26日に「健やか親子21」推進検討会の下に、「食を通じた妊産婦の健康支援方策研究会」を立ち上げ、「妊娠期における望ましい体重増加量（至適体重増加量）の提示」及び「妊産婦のための食生活指針の策定」について検討を行った。

「妊娠期の至適体重増加チャート」について

(1) 「妊娠期の至適体重増加チャート」作成の背景

○20～30 歳代女性における体格区分の分布は近年大きく変化し、低体重（やせ）の者（BMI<18.5）の割合が増加している。（図1参照）



資料：厚生労働省「平成15年国民健康・栄養調査報告」

図1 肥満（BMI≥25）・やせ（BMI<18.5）女性の年次推移

○非妊娠時の体格及び妊娠中の体重増加量によって、出生児の体重及び妊娠高血圧症候群、帝王切開、分娩時大量出血等の状況に相違がみられることから、体重増加量が画一的に抑制されることのないよう、妊婦個々の体格等に配慮した対応が望まれる。

(2) 「妊娠期の至適体重増加チャート」の概要

上記背景をふまえ、妊娠期における望ましい至適体重増加量を、非妊娠時の体格区分別に「妊娠全期間を通しての推奨体重増加量」及び「妊娠中期から末期における1週間あたりの推奨体重増加量」として検討を行った。

○体格区分について

体格区分は、日本肥満学会の判定基準に従い、BMI [Body Mass Index : 体重(kg)÷身長(m)²] 18.5未満を「低体重（やせ）」、18.5以上25.0未満を「ふつう」、25.0以上を「肥満」とする3区分とした。

○妊娠全期間を通しての推奨体重増加量について

妊娠全期間を通しての推奨体重増加量は、分娩直前の体重と妊娠前の体重の差とし、各種分娩異常*1との関連を見た上で体重増加量の範囲を示したものである。

各種調査研究（参考資料Ⅰ）を分析し検討した結果、妊娠全期間を通しての推奨体重増加量は、体格区分が「低体重（やせ）」の場合、9～12kg、「ふつう」の場合、7～12kg、「肥満」の場合、少なくとも5kgとした（表1参照）。

*1 低出生体重児及び巨大児（4,000g以上）出産、妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）、帝王切開分娩、遷延分娩、分娩時大量出血等

なお、体格区分「ふつう」の場合、BMIの範囲が18.5～25.0と広いが、BMIが「低体重（やせ）」に近い場合には推奨体重増加量の上限側に近い範囲を、「肥満」に近い場合には推奨体重増加量の下限側に低い範囲を推奨することが望ましい（表1「ふつう」の項参照）。

また、「肥満」の場合には、妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）等の発症予防の観点から個別の対応が必要となる。

○「妊娠中期*2から末期*3における1週間あたりの推奨体重増加量」について

妊娠中期から末期における1週間あたりの推奨体重増加量は、経時的に観察、評価していくための目安として示したものである。

各種調査研究結果（参考資料Ⅱ）を分析し検討した結果、体格区分が「低体重（やせ）」及び「ふつう」の場合、0.3～0.5kg/週とし、「肥満」の場合、個別の対応を行うこととした（表2参照）。

*2 妊娠中期：妊娠16～28週未満 *3 妊娠末期：妊娠28週以降

（日本産科婦人科学会編 産科婦人科用語解説集第2版）

表1 体格区分別 妊娠全期間を通しての推奨体重増加量

体格区分	推奨体重増加量
低体重（やせ）：BMI18.5 未満	9～12kg
ふ つ う：BMI18.5 以上 25.0 未満	7～12kg
肥 満：BMI25.0 以上	少なくとも 5kg

*BMI (Body Mass Index) : 体重(kg)/身長(m)²

*体格区分が「ふつう」の場合、BMIが「低体重（やせ）」に近い場合には推奨体重増加量の上限側に近い範囲を、「肥満」に近い場合には推奨体重増加量の下限側に低い範囲を推奨することが望ましい。

*「肥満」の場合は個別対応する。

表2 体格区分別 妊娠中期から末期における1週間あたりの推奨体重増加量

体格区分	1週間あたりの推奨体重増加量
低体重（やせ）：BMI18.5 未満	0.3～0.5kg/週
ふ つ う：BMI18.5 以上 25.0 未満	0.3～0.5kg/週
肥 満：BMI25.0 以上	個別対応

*BMI (Body Mass Index) : 体重(kg)/身長(m)²

<参考資料>

I. 体格区分別 妊娠全期間を通しての推奨体重増加量の設定について

非妊娠時における体格区分とリスクとの関連については、非妊娠時に「低体重(やせ)」に属する者は、低出生体重児分娩^{1) 2)}や子宮内胎児発育遅延(IUGR)^{2) 3)}、切迫早産や早産^{1) 2) 4)}、貧血¹⁾のリスクが高まり、「肥満」に属する者は、糖尿病^{5) 6) 7)}や巨大児分娩⁷⁾、帝王切開分娩^{5) 6) 8)}、妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)^{5) ~10)}のリスクが高まる。

また、妊娠期における体重増加量とリスクとの関連については、妊娠期に体重増加量が著しく少ない場合には、低出生体重児分娩^{11) ~13)}や切迫流産¹⁰⁾、切迫早産¹⁰⁾のリスクが高まり、体重増加量が著しく多い場合には、前期破水¹⁴⁾や妊娠高血圧症候群^{10) 14)}、巨大児分娩^{6) 15)}、帝王切開分娩^{8) 15) 16)}、分娩時の出血量過多¹⁷⁾、羊水混濁・胎児心拍数異常¹⁵⁾のリスクが高まる。

さらに、非妊娠時における体格区分と妊娠期における体重増加量とのリスクの関連については、非妊娠時に「低体重(やせ)」「ふつう」「肥満」のいずれの体格区分に属していても、妊娠期の体重増加量が少ない者では低出生体重児のリスクが高まる^{12) 13)}。非妊娠時の体格区分が「低体重(やせ)」に属する者で妊娠期の体重増加量が多い場合には、帝王切開のリスクが高まり⁸⁾、非妊娠時の体格区分が「ふつう」に属する者で妊娠期の体重増加量が多い場合には、heavy-for-dates児¹³⁾(在胎週数に対して出生体重が重い児をいう。)や帝王切開⁸⁾のリスクが高まる。また非妊娠時の体格区分が「肥満」に属する者で妊娠期の体重増加量が多い場合には、分娩時の出血量が過多になるリスクが高まる⁷⁾とされる。

国内では、母体の非妊娠時の体格が考慮された研究が少なく、これまで妊娠中毒症予防の観点から妊娠中の適切な体重増加量は、BMI18未満のやせ型妊婦では10~12kg増、BMI18~24の標準型妊婦では7~10kg増、BMI24以上の肥満妊婦では5~7kg増と推奨されてきた¹⁹⁾。また最近の研究では、分娩状況や中毒症予防の観点から、「やせ」の至適体重増加量を10~14kg、「ふつう」を7~10kg、「肥満」を7kg未満と推奨する報告もある²⁰⁾。

また今般、正期産単胎児(N=5,035)の分娩記録から、妊娠合併症の状況、分娩時の出血量、分娩所要時間に関する情報が得られた1780例について、母親の妊娠前の体格と体重増加量と低出生体重児出産・帝王切開分娩・遷延分娩・

分娩時大量出血との関連を解析し、母親の非妊娠時の体格と体重増加量の関連を検討した²¹⁾。この結果、「やせ」では、体重増加量が9~12kgの場合に比べ、低出生体重児を出産するリスクが5kg未満、5~7kg、7~9kgの場合で有意に高くなり、帝王切開分娩についても、12~15kgの場合で有意に高くなるが、巨大児出産や遷延分娩、分娩時大量出血では体重増加量との関連はみられなかった。また、「ふつう」では、体重増加量が7~12kgの場合に比べ、低出生体重児を出産するリスクが12~15kg、15kg以上で有意に低く、帝王切開分娩については15kg以上で有意に高くなる。また巨大児出産のリスクは12~15kgで有意に高く、分娩時大量出血のリスクは12~15kg、15kg以上で有意に高いが、遷延分娩と体重増加量との関連はみられなかった。なお、「ふつう」の分析から、体重増加量に関わりなく、非妊娠時のBMIが1減少すると、低出生体重児出産のリスクは1.16倍、遷延分娩のリスクは1.32倍となり、1増加すると巨大児出産リスクは1.46倍、帝王切開分娩のリスクは1.12倍、分娩時大量出血のリスクは1.09倍であると報告された。「肥満」では、低出生体重児出産、巨大児出産、遷延分娩や分娩時大量出血と体重増加量との関連はみられなかった。

以上のような結果をふまえ、妊娠全期間を通しての推奨体重増加量は、やせの場合は「9~12kg」、ふつうの場合は「7~12kg」とし、肥満の場合は、胎児および胎児付属物(胎盤・羊水)の合計重量が約5kgと推定される²²⁾ことから、「少なくとも5kg」を推奨体重増加量とした。

Ⅱ. 体格区分別 妊娠中期から末期における1週間あたりの推奨体重増加量の設定について

国内において、妊娠時の特定の時期に限定した体重増加量についての報告はあるものの、経時的に観察、評価していくための目安となる週あたりの体重増加量についての報告は少ない。週あたりの体重増加量については、妊娠3ヶ月後半から9ヶ月後半までが平均250~350g/週、妊娠3ヶ月までと10ヶ月が平均100~200g/週という河上の報告²³⁾や妊娠中期において0.35~0.45kg/週、妊娠末期において0.25~0.45kg/週という古賀らの報告²⁴⁾がある。

一方、海外においては、Institute of Medicineが1990年に発表したNutrition During Pregnancyで、妊娠前の体格を4区分とし、区分ごとに総体重増加量の望ましい範囲とともに、妊娠中期以降の1週間あたりの体重増加量を示してい

る²⁵⁾。また1週間あたりの体重増加量については、Abramsらによる在胎週数14週までの初期における体重増加量が -0.05kg 、15週から27週までの中期における体重増加量が 5.7kg 、末期における体重増加量が 4.8kg をそれぞれ下回った場合の平均総体重増加量は 6.2kg 、児体重は 3070g であるが、いずれも上回った場合の平均総体重増加量は 19.5kg 、児体重は 3569g であった^{27) 28)}という報告や非妊娠時の体格区分が「やせ」で中期における1週間あたりの体重増加量が 0.3kg/週 未満では、子宮内胎児発育遅延 (IUGR) のリスクが2.68倍に、中期及び末期における1週間あたりの体重増加量が 0.3kg/週 未満ではリスクが2.07倍になるというStrauss²⁹⁾の報告など、各種報告^{27) ~34)}が見受けられる。

今般、妊娠中期・末期それぞれ最低2回は体重測定を行っている正期産単胎分娩604例について、妊娠中期・末期の1週間あたりの体重増加量について検討した²⁶⁾。この結果、「低体重 (やせ)」における1週間あたりの体重増加量は、中期では $0.37 \pm 0.13 \text{ kg/週}$ 、末期では $0.38 \pm 0.13 \text{ kg/週}$ 、「ふつう」における1週間あたりの体重増加量は、中期では $0.34 \pm 0.15 \text{ kg/週}$ 、末期では $0.35 \pm 0.11 \text{ kg/週}$ 、「肥満」における1週間あたりの体重増加量は、中期では $0.21 \pm 0.21 \text{ kg/週}$ 、末期では $0.29 \pm 0.15 \text{ kg/週}$ であり、「やせ」で最も1週間あたりの体重増加量が大きく、「肥満」で少ない傾向にあった。また、妊娠中期から末期における推奨体重増加量が $0.3 \sim 0.5 \text{ kg/週}$ の場合、推奨総体重増加量の範囲内での体重増加が見込まれるが、妊娠中期から末期における1週間あたりの体重増加量が 0.3 kg/週 未満であった場合には、有意に総体重増加量が少なかった。 0.5 kg/週 を上回った場合のリスクは明らかではなかった。

以上の結果をふまえ、体格区分が「低体重 (やせ)」、「ふつう」の場合、妊娠中期から末期における推奨体重増加量を「 $0.3 \sim 0.5 \text{ kg/週}$ 」とし、「肥満」の場合は、糖尿病や高血圧などの基礎疾患を有している場合があり、これらの基礎疾患の有無が胎児予後に大きく影響する可能性があるため、「個別対応」することとした。

Ⅲ. まとめ

1. 非妊娠時の体格及び妊娠中の体重増加量によって、出生児の体重及び各種分娩異常との関連を見た上で、各体格区分別に妊娠期の望ましい体重増加量を示した。

その結果、「妊娠全期間を通しての推奨体重増加量」においては、体格区分が「低体重（やせ）」の場合、推奨体重増加量は9～12kg、「ふつう」の場合、7～12kg、「肥満」の場合、少なくとも5kgとし、「妊娠中期から末期における1週間あたりの推奨体重増加量」においては、体格区分が「低体重（やせ）」及び「ふつう」の場合、1週間あたりの推奨体重増加量は0.3～0.5kg/週とし、「肥満」の場合、個別の対応を行うこととした。

2. さらに、これを妊娠中毒症予防の観点等からこれまで用いられてきた指針等と比較したが、大きな差異を生じるものではなかった。
3. 各体格区分における妊娠期の望ましい体重増加量は、文献的研究かつ集団を捉えた結果であるため、画一的な指導とならないよう、あくまでも個々の状態をふまえた対応が望まれる。

<関連文献>

1. Sebire NJ, Jolly M, Harris J, Regan L, Robinson S. Is maternal underweight really a risk factor for adverse pregnancy outcome? A population-based study in London. *BJOG*. 2001 Jan;108(1):61-6.
2. Ehrenberg HM, Dierker L, Milluzzi C, Mercer BM. Low maternal weight, failure to thrive in pregnancy, and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Dec;189(6):1726-30.
3. Spinillo A, Capuzzo E, Piazzzi G, Nicola S, Colonna L, Iasci A. Maternal high-risk factors and severity of growth deficit in small for gestational age infants. *Early Hum Dev*. 1994 Jul;38(1):35-43.
4. Schieve LA, Cogswell ME, Scanlon KS, Perry G, Ferre C, Blackmore-Prince C, Yu SM, Rosenberg D. Prepregnancy body mass index and pregnancy weight gain: associations with preterm delivery. The NMIHS Collaborative Study Group. *Obstet Gynecol*. 2000;96(2):194-200.
5. Murakami M, et al. Prepregnancy body mass index as an important predictor of perinatal outcomes in Japanese. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2005; 271(4):311 - 315
6. Edwards LE, Hellerstedt WL, Alton IR, Story M, Himes JH. Pregnancy complications and birth outcomes in obese and normal-weight women: effects of gestational weight change. *Obstet Gynecol*. 1996;87(3):389-94.
7. Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. *Am J Public Health*. 2001;91(3):436-40.
8. Young TK, Woodmansee B. Factors that are associated with cesarean delivery in a large private practice: the importance of prepregnancy body mass index and weight gain. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(2):312-318
9. 村田豊成, 他. 肥満妊婦における妊娠中の体重増加量と産科合併症について. *母性衛生* 1985; 26(2):53-55
10. 高橋英孝, 吉田勝美. 妊娠合併症の危険因子-肥満と妊娠合併症. *産科と婦人科* 1998; 6: 793-799
11. Rondo PH, Abbott R, Rodrigues LC, Tomkins AM. The influence of maternal nutritional factors on intrauterine growth retardation in Brazil. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1997 Apr;11(2) : 152-66
12. Wong W, Tang NL, Lau TK, Wong TW. A new recommendation for maternal weight gain in Chinese women. *J Am Diet Assoc*. 2000 Jul;100(7):791-6.
13. 上田 康夫、丸尾 原義、新谷 潔 : 母体体重管理のプロスペクティブな指標としての妊娠 16 週体重増加量の意義に関する検討 *日本産科婦人科学会雑誌* 53(6) pp.

980-988, 2001

- 1 4. 本田洋, 千賀悠子. 妊婦の体重増加とその妊娠・分娩・胎児発育への影響について. 産婦人科治療 1975; 31(6):646-655 .
- 1 5. Johnson JW, Longmate JA, Frentzen B. Excessive maternal weight and pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol. 1992;167(2):353-70; discussion 370-2.
- 1 6. 藤本智代, 白川せつ子, 市谷キヌエ, 他. 分娩難易を左右する諸因子の検討(第1報) 妊産婦の体重が分娩に及ぼす影響について. 産科と婦人科 1987; 54(10):1851-1855
- 1 7. 竹田省, 他. 肥満妊婦の栄養管理に関する基礎的、臨床的研究. 日産婦誌. 1992; 44(2):229-236.
- 1 8. 村田豊成. 妊娠中体重増加量に影響を及ぼす要因並びに過剰体重増加妊婦の管理に関する研究. 東医大誌 1984; 42(2):355-368
- 1 9. 中林正雄. 「妊娠中毒症の栄養管理指針」 <各種専門委員会コーナー>, 妊産婦 1999;51(12):N-507-508.
- 2 0. 上田康夫, 丸尾原義, 新谷潔. 母体体重管理のプロスペクティブな指標としての妊娠 16 週体重増加量の意義に関する検討. 日本産婦人科学会雑誌. 2001; 53(6): 980-988.
- 2 1. 瀧本秀美 (分担研究者) : 平成16年度厚生労働科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業) 「若い女性の食生活はこのままで良いのか? 次世代の健康を考慮に入れた栄養学・予防医学的検討」報告書 (主任研究者 (吉池信男)) 2005
- 2 2. Hytten FE. Weight gain in pregnancy. In "Clinical Physiology in Obstetrics". Blackwell Science, Oxford. 1990.
- 2 3. 河上征治. 妊娠・分娩・産褥経過の母体体重の変動とその臨床. 産婦人科治療 1976;33(1):88-91
- 2 4. 古賀千鶴子, 他. 妊娠時母体体重増加量に関する検討. 母性衛生 1977;17(4):85-89
- 2 5. Institute of Medicine. Subcommittee on Nutritional Status and Weight Gain in Pregnancy. Nutrition during pregnancy: part I, weight gain. National Academy Press, Washington D.C., 1990.
- 2 6. 瀧本秀美 (分担研究者) : 平成16年度厚生労働科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業) 「若い女性の食生活はこのままで良いのか? 次世代の健康を考慮に入れた栄養学・予防医学的検討」報告書 (主任研究者 (吉池信男)) 2005
- 2 7. Abrams B, Carmichael S, Selvin S. Factors associated with the pattern of maternal weight gain during pregnancy. Obstet Gynecol. 1995; 86(2):170-6.
- 2 8. Abrams B, Selvin S. Maternal weight gain pattern and birth weight. Obstet Gynecol. 1995; 86(2):163-9.
- 2 9. Strauss RS and Dietz WH. Low maternal weight gain in the second or third trimester increases the risk for intrauterine growth retardation. J Nutr 1999; 129:988-993

- 3 0 . Muscati SK, Gray-Donald K, Koski KG. Timing of weight gain during pregnancy: promoting fetal growth and minimizing maternal weight retention. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1996; 20(6):526-32.
- 3 1 . Ehrenberg HM, Dierker L, Milluzzi C, Mercer BM. Low maternal weight, failure to thrive in pregnancy, and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Dec;189(6):1726-30.
- 3 2 . Hickey CA, Cliver SP, Goldenberg RL, Kohatsu J, Hoffman HJ. Prenatal weight gain, term birth weight, and fetal growth retardation among high-risk multiparous black and white women. *Obstet Gynecol.* 1993;81(4):529-35.
- 3 3 . Thame M, Osmond C, Bennett F, Wilks R, Forrester T. Fetal growth is directly related to maternal anthropometry and placental volume. *Eur J Clin Nutr.* 2004 ;58(6):894-900.
- 3 4 . Wong W, Tang NL, Lau TK, Wong TW. A new recommendation for maternal weight gain in Chinese women. *J Am Diet Assoc.* 2000 Jul;100(7):791-6.

「妊産婦のための食生活指針」について

(1) 「妊産婦のための食生活指針」作成の基本的考え方

- 対象は基本的には妊産婦に絞る。
- 妊産婦向けには具体的でわかりやすい指針とする一方で、管理栄養士、保健従事者等の指導者向けには科学的根拠も十分に盛り込んだ指針とする。
- 食生活のみならず、妊産婦の生活全般や、からだや心の健康にも配慮する。
- 「日本人の食事摂取基準（2005年版）」（参考資料1参照）及び「食事バランスガイド」*4を基本とし、妊娠期・授乳期に付加すべき（留意すべき）事項を加えた、「妊産婦のための食事バランスガイド」を別途検討する。

*4 成人一般が本来、摂取すべきエネルギーや栄養素量の推奨について、食事の望ましい組合せや量をわかりやすくイラストで示したガイドであり、平成17年6月21日に厚生労働省と農林水産省で策定

(2) 「妊産婦のための食生活指針」の内容

- 妊産婦が注意すべき食生活上の課題を明らかにした上で、妊産婦に必要とされる栄養素や食事内容、ライフスタイルにおける配慮点等について、科学的根拠に基づき、解説を加えた（表参照）。
- 「食事バランスガイド」*4は、料理区分を「主食」「副菜」「主菜」「牛乳・乳製品」「果物」の5つに分け、1日にとるべき料理の組み合わせと必要な食事摂取目安を示している。「妊産婦のための食事バランスガイド」では、この考え方を基本にしつつ、妊娠中期においては、「副菜」「主菜」「果物」に付加量を設定し、妊娠末期・授乳期においては、すべての区分に付加量を設定し、食事の望ましい組合せや量を図示した（図参照）。

日本人の食事摂取基準(2005年版) -妊婦・授乳婦の付加量を中心に-

参考資料1

(単位/日)

栄養素等		エネルギー			たんぱく質	ビタミンB ₁	ビタミンB ₂	ナイアシン	ビタミンB ₆	葉酸* ¹
年齢 (単位)		身体活動レベル			推奨量	推奨量	推奨量	推奨量	推奨量	推奨量
		I	II	III						
		kcal			g	mg	mg	mgNE	mg	μg
女性	18-29歳	1,750	2,050	2,350	50	1.1	1.2	12	1.2	240
	30-49歳	1,700	2,000	2,300	50	1.1	1.2	12	1.2	240
妊婦	初期	+50	+50	+50	+10	+0	+0	+0	+0.8	+200
	中期	+250	+250	+250		+0.1	+0.2	+1		
	末期	+500	+500	+500		+0.3	+0.3	+3		
授乳婦	授乳婦	+450	+450	+450	+20	+0.1	+0.4	+2	+0.3	+100

栄養素等		ビタミンB ₁₂	ビタミンC	ビタミンA	ビタミンE	ビタミンD	マグネシウム	カルシウム* ²		リン
年齢 (単位)		推奨量	推奨量	推奨量	目安量	目安量	推奨量	目安量	目標量	目安量
		μg	mg	μgRE	mg	μg	mg	mg	mg	mg
女性	18-29歳	2.4	100	600	8	5	270	700	600	900
	30-49歳	2.4	100	600	8	5	280	600	600	900
妊婦	初期	+0.4	+10	+70	+0	+2.5	+40	+0	-	+0
	中期									
	末期									
授乳婦	授乳婦	+0.4	+50	+420	+3	+2.5	+0	+0	-	+0

栄養素等		鉄	銅	亜鉛	カリウム
年齢 (単位)		推奨量	推奨量	推奨量	推奨量
		月経なし			
		mg	mg	mg	mg
女性	18-29歳	6.5	0.7	7	1,600
	30-49歳	6.5	0.7	7	1,600
妊婦	初期	+13.0	+0.1	+3	+0
	中期				
	末期				
授乳婦	授乳婦	+2.5	+0.6	+3	+370

*1 妊娠を計画している女性、または、妊娠の可能性のある女性は、神経管閉鎖障害のリスクの低減のために、400 μg/日の葉酸摂取が望まれる。

*2 妊婦、授乳婦のカルシウム付加量は設けていないが、目安量をめざして摂取することが勧められる。

注) 妊婦、授乳婦の付加量に上限値は設定されていないが、当該年齢の上限値設定より慎重に考える必要がある。



表 「妊産婦のための食生活指針」の項目

・妊娠前から、健康なからだづくりを

妊娠前にやせすぎ、肥満はありませんか。健康な子どもを生き育てるためには、妊娠前からバランスのよい食事と適正な体重を目指しましょう。

・「主食」を中心に、エネルギーをしっかりと

妊娠・授乳中は、食事バランスや活動量に気を配り、食事量を調節しましょう。また、体重の変化も確認しましょう。

・不足しがちなビタミン・ミネラルを、「副菜」でたっぷりと

緑黄色野菜を積極的に食べて葉酸を摂取しましょう。特に妊娠を希望していたり、妊娠初期の人には神経管閉鎖障害発症リスク低減のために、葉酸の栄養機能食品利用することも勧められます。

・からだづくりの基礎となる「主菜」は適量を

肉、魚、卵、大豆料理をバランスよくとりましょう。赤身の肉、レバーなどを上手に取り入れて、貧血を防ぎましょう。ただし、妊娠初期にはビタミンAの摂取過剰に気をつけて。

*コラム：水銀を含有する魚介類等の摂食に関する注意事項について
(魚介類は、食べる種類と量を確認しながらバランス良く)

・牛乳・乳製品を毎日とる習慣づくりを

1日に一度は牛乳・乳製品を摂取しましょう。*アレルギーにも配慮。

・妊娠中の体重増加は、お母さんと赤ちゃんにとって望ましい量に

体重の増え方は順調ですか。望ましい体重増加量は、妊娠前の体型によっても異なります。*妊娠期の至適体重増加チャートを参考に。

・母乳育児も、バランスのよい食生活のなかで

母乳育児はお母さんにも赤ちゃんにも最良の方法です。バランスのよい食生活で、母乳育児を継続しましょう。

・たばことお酒の害から赤ちゃんを守りましょう

妊娠・授乳中の喫煙、受動喫煙、飲酒は、胎児や乳児の発育、母乳分泌に影響を与えます。禁煙、禁酒に努め、周囲にも協力を求めましょう。

・お母さんと赤ちゃんの健やかな毎日は、からだと心にゆとりのある生活から生まれます

赤ちゃんや家族との暮らしを楽しんだり、毎日の食事を楽しむことは、からだと心の健康につながります。