

食事摂取基準 2025年版

による

栄養管理・給食管理

PDCAサイクルの実践

[編著]

由田克士・石田裕美

建帛社

KENPAKUSHA

はじめに

日本人を対象とした、あらゆる栄養に関わる業務において、「日本人の食事摂取基準」を適切に理解・活用することは不可欠です。本書は、より実践的な場面における活用・適用方法とその留意点を具体的に示すことを目的として刊行しました。

日本人の食事摂取基準は、健康増進法の規定により、5年ごとに改定が行われています。2010年の改定に際しては、活用の基礎理論の中で「給食管理」（特定の集団に対する食事計画とそれに基づく適切な品質管理による継続的な食事の提供及び摂取状況等の評価）に関する記述がなされていました。しかし、2015年以降の改定に際しては、活用の基礎理論として給食管理に特化した項目立てや記載はない状況が続いています。このようなことから、特定給食施設等や保健所などの行政機関に勤務されておられる若手の方々、他分野から異動された皆様では、給食施設の特徴・分野別にどのような対応を取ることがより望ましいのか、参考となる書籍のニーズが依然として高いように感じられます。

さらに、栄養管理や給食管理業務には継続的な取り組みが求められますが、そこには、対象者や対象集団の栄養改善を目的とした視点と、管理栄養士・栄養士の業務改善を目的とした視点があり、いずれもマネジメントサイクルに沿った対応を行うことが望まれます。しかし、これまでに公表された報告や関連書籍では、両者の整理は必ずしも十分ではなく、第一線の現場での実践理論の構築には未だ不安な要素が残っています。

そこで本書は、単なる「虎の巻」ではなく、PDCAサイクルと「日本人の食事摂取基準」による栄養管理・給食管理を現場で具体的に実践するための考え方や留意点などをできるだけ詳細に示すことを目標とした編集方針をとっています。したがって、本書を利用される方は「日本人の食事摂取基準（2025年版）」の報告書を必ず手元に置いていただき、関連書籍を含め、基本的な事項についての整理と理解をしておいていただきますようお願い致します。

本書は、2011年刊行の『PDCAサイクルと食事摂取基準による栄養管理・給食管理』、およびその改訂版として2015年に刊行された『食事摂取基準による栄養管理・給食管理—PDCAサイクルの実践—』に続く最新版です。今回は、日本人の食事摂取基準（2025年版）への対応のため、内容を刷新するとともに書名も改めております。

なお、食事摂取基準の活用については実践的な研究報告が少なく、科学的根拠が不足している分野です。このため、本書の記載内容には、実践現場においては広く知られているものの、現時点では必ずしも十分な科学的根拠が得られていない内容も含まれていることをご承知おきいただきたいと思います。むしろ、記載内容について批判的に検証していただき、実践に関する新たな根拠を積み上げていくことが、日本の管理栄養士・栄養士の資質向上や次期食事摂取基準の策定に寄与するものと考えています。

編集に際して、本文中の用語はできるだけ統一するように務めました。が、「評価」と「アセスメント」については、異なる受け取られ方があるため、何れか一方に合わせることは致しませんでした。概ね前者は目標と結果を比較して実施した結果が適切であったかの判断、後者は現状（実態）を調べ、目標や基準等と比較し課題を明らかにすることという形で区別しております。食事摂取基準は栄養素摂取量の適否を判断する基準となるもので、アセスメントにおいても評価においても活用しますし、またアセス

メントや評価の結果を受けて対象者や対象者集団の摂取量の目標値を決定するためにも使われます。

最後に、本書の刊行に際し、管理栄養士・栄養士の食事摂取基準の活用に関する悩みを理解し、ディスカッションならびに執筆にご協力いただきました著者の皆さまに感謝申し上げます。本書の質的な向上を目指すため、これまでと同様に、皆さま方からの前向きなご意見をお待ちいたしております。

2025年7月

由田 克士

石田 裕美



目次

I. PDCA サイクルと食事摂取基準による栄養管理・給食管理のための基礎知識・・・001

1. 食事摂取基準を活用するために理解しておかなければならないこと	001
① 食事摂取基準とは	001
② 食事摂取基準の各指標	001
③ 食事摂取基準の活用における留意点	004
④ 食品成分表の取り扱い	005
2. PDCA サイクルによる栄養管理・給食管理の必要性	007
① 「日本人の食事摂取基準」は発展途上	007
② 個人にとって真に必要な栄養素量はわからない	007
③ アセスメントや継続的なモニタリングの必要性	008
④ PDCA サイクルによる栄養管理・給食管理の実際	009
⑤ 「日本人の食事摂取基準」策定の目的を考える	010
3. 個人の推定エネルギー必要量の算出方法	013
① エネルギー必要量の基本的な考え方	013
② 食事摂取基準に基づく活用場面における推定エネルギー必要量	015
③ エネルギー消費量、推定エネルギー必要量の推定法	015
④ 推定エネルギー必要量における推定誤差と体重モニタリングの必要性	018
4. 個人に対する方針・留意点	019
① 対象者	019
② 食事改善を目的とした計画と実施	020
③ 習慣的栄養素摂取状況の評価	021
5. 集団に対する方針・留意点	023
① 対象集団とその特性	023
② 集団における栄養素不足者の割合の評価	023
③ 集団を対象としたエネルギー摂取状況の継続的な評価	024
④ 集団を対象とした栄養素摂取状況の継続的な評価	024
6. 給食管理における方針・留意点	026
① 対象集団の特性の把握	026
② 食事評価	027
③ 栄養計画：給与栄養目標量の設定	028
④ 食事計画と品質管理及び情報提供の重要性	030
⑤ 対象集団及び摂取源における留意点	031
7. 日本人の食事摂取基準と日本食品標準成分表	032
① 食事評価と食事計画における活用	032
② 食事摂取基準と日本食品標準成分表における栄養素	032

3	調理法による変化を考慮する必要性	034
4	食事調査における留意点	035
5	食事計画における留意点	035
■	文 献	037

II. アセスメントの基本039

1.	食 事	039
1	食事内容のアセスメント（評価）を実施する前に確認しておきたいこと	039
2	限られた条件下での工夫を考える	039
3	食事調査の目的や特徴・適応性およびその限界	040
4	アセスメント結果の信頼性を左右する食事調査手法の標準化と精度管理	041
5	体重や検査値からだけでは判断できない食物や栄養素摂取上の問題点を絞り込む	041
6	食事調査のレベルアップと適切なアセスメントを目指して	041
7	エネルギーの指標と食事摂取基準を物差しとした評価とその原則	042
2.	身体状況	043
1	身体状況のアセスメントの意義と内容	043
2	身体状況のアセスメントの方法と評価・判定の基準	043
3	測定値を組み合わせた指標	047
3.	臨床検査	051
1	臨床検査の意義と留意点	051
2	栄養状態のアセスメント	051
4.	生活習慣病の判定基準	054
1	保健指導の対象者	054
2	判定の基準	054
3	生活習慣病及び生活維持機能に活用できる指標	055
■	文 献	055

III. 個人（ライフステージ別）における栄養管理056

1.	乳幼児期	056
1	事前アセスメント	056
2	栄養計画	057
3	食事計画	061
4	エネルギー・栄養素摂取状況と体重のモニタリング	062
5	エネルギー・栄養素摂取状況のアセスメント	063
2.	学 童 期	064
1	事前アセスメント	064
2	栄養計画	064
3	食事計画	067
4	エネルギー・栄養素摂取状況と身長・体重のモニタリング	068

5	エネルギー・栄養素摂取状況の評価	069
3.	思 春 期	070
1	事前アセスメント	070
2	栄養計画	070
3	食事計画	073
4	エネルギー・栄養素摂取状況と身長・体重のモニタリング	074
5	エネルギー・栄養素摂取状況の評価	074
4.	成 人 期	075
1	事前アセスメント	075
2	栄養計画	075
3	食事計画	076
4	エネルギー・栄養素摂取状況と体重のモニタリング	078
5	エネルギー・栄養素摂取状況の評価	078
5.	妊 娠・授 乳 期	079
1	事前アセスメント	079
2	栄養計画	079
3	食事計画	084
4	エネルギー・栄養素摂取状況と体重のモニタリング	085
5	エネルギー・栄養素摂取状況の評価	086
6.	高 齢 期	087
1	事前アセスメント	087
2	栄養計画	087
3	食事計画	090
4	エネルギー・栄養素摂取状況と体重のモニタリング	091
5	エネルギー・栄養素摂取状況の評価	091
7.	栄養・食事調査結果（評価）等のまとめ方	092
1	エネルギーの収支バランス（エネルギー摂取量）の評価とまとめ方	092
2	栄養素摂取量の評価とまとめ方	093
3	一般的な対象者への評価結果の伝え方	094
■	文 献	097

IV. 特定給食施設における栄養管理・給食管理 098

1.	保育所給食	098
1	保育所給食の目的と食事摂取基準	098
2	事前アセスメント	098
3	栄養計画：給与栄養目標量の設定	099
4	食事計画	099
★	事例：栄養計画立案の実際	102
5	エネルギー・栄養素摂取状況と成長の継続的なモニタリング	105
6	給食の評価と改善	105

2. 学校給食	106
① 学校給食の法的根拠と食事摂取基準	106
② 事前アセスメント	111
③ 給食における給与栄養目標量の算出	112
★ 事例：EER 算出表を用いた栄養管理の実際	114
④ エネルギー・栄養素摂取状況と成長のモニタリング	117
⑤ 今後の課題	118
3. 事業所給食	119
① 事前アセスメント	119
② 栄養計画：給与栄養目標量の設定	119
③ 食事計画	121
④ エネルギー・栄養素摂取状況のモニタリング	121
⑤ エネルギー・栄養素摂取状況の評価	122
⑥ 情報提供（栄養教育）	122
■ 文献	123

V. 個別対応を基本とする場合における栄養管理 125

1. 病院における一般治療食患者への対応	125
① 事前アセスメント	125
② 栄養計画	126
③ 食事計画	127
④ エネルギー・栄養素摂取状況と体重のモニタリング	127
⑤ エネルギー・栄養素摂取状況の評価	128
2. 病院における軽度の疾病患者への対応	129
① 事前アセスメント	129
② 栄養計画，食事計画，エネルギー・栄養素摂取状況と体重のモニタリング	129
③ エネルギー・栄養素摂取状況の評価	129
★ 事例1：高血圧	131
★ 事例2：糖尿病	133
★ 事例3：脂質異常症	135
★ 事例4：慢性腎臓病（CKD）	136
★ 事例5：骨粗鬆症	138
3. 障がい者及び障がい者施設における対応	140
① 事前アセスメント	140
② 栄養計画	140
③ 食事計画	143
④ エネルギー・栄養素摂取状況と体重のモニタリング	143
⑤ エネルギー・栄養素摂取状況の評価	144
4. 高齢者施設における対応	145
★ 事例：ケアハウス入居者の実際	146

■ 文 献	148
-------	-----

VI. 行政等で行う地域栄養計画・地域評価等における対応 149

1. 行政等における地域栄養計画	149
① 特定給食施設等の栄養管理の質の向上の支援に向けて	149
② 健康増進計画・食育推進計画等の策定に向けて	149
2. 行政が行う健康・栄養調査結果の評価	153
① 調査に当たって	153
② 評価に当たって	154
③ 改善に向けた対策に当たって	155
■ 文 献	156

VII. 栄養・食事計画，摂取量評価の理解を深めるための参考図 157

1. 栄養・食事計画の考え方についての理解を深めるための参考図	157
2. 集団における摂取量評価の理解を深めるための参考図	160

関連資料 162

1. 令和5年乳幼児身体発育調査	162
2. 関係法令・通知	164
3. 栄養マネジメント強化加算・経口移行加算等に関する様式例	171
4. 日本人の新身体計測基準値（JARD 2001）	173
■ 索 引	178

1. PDCAサイクルと食事摂取基準による栄養管理・給食管理のための基礎知識

1. 食事摂取基準を活用するために理解しておかなければならないこと

私たちが生まれ、成長し、健康を保持・増進し、子孫を残していくためには、外部から適切で適量のエネルギー・栄養素を摂取しなければならない。このとき必要なエネルギー・栄養素の種類は、私たちの身体組成に基づく。また必要な量は、私たちの置かれている状態、身体の要求量によって異なる。

私たちは、必要なエネルギーや栄養素を、通常は食品、食物の形で摂取している。ここで「何をどれくらい食べればよいか」という問題が出てくる。これは最も基本的な、しかしファジーな問題でもある。すなわち、毎日あるいは毎食、同じ種類、同じ量のエネルギー・栄養素が必要というわけではなく、また、同じにする必要もない。必要量（要求量）は日々変化し、成長とともに変わっていく。必要量を1食、あるいは1日単位で考える必要はなく、数日、あるいは栄養素によってはさらに長い期間で考えてもよいものもあるであろう。ここで“習慣的な摂取”という考え方が重要となる。さらに、必要量は同じ性・年齢であっても、個人によっても異なる。個人内の変動、個人間の変動を考慮しておく必要がある。

何をどれだけ食べればよいか。これを科学的根拠に基づいて示したものが「食事摂取基準」である。ここで最も大切なことは、食事摂取基準は「何をどれだけ食べればよいか」を示しているのであって、献立上の数値を示しているのではないということである。すなわち、実際に“食べた”量を示している。このことは食事摂取基準、その活用を考えるうえで最も大切なことである。

1 食事摂取基準とは

食事摂取基準は、健康増進法に基づき、厚生労働大臣が定めるもので、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エネルギー（熱量）と栄養素量について、その摂取量の基準を策定するものである。2025（令和7）年4月からは「2025年版」が使用される。わが国では、「2005年版」から全面的に“食事摂取基準”という用語が使用されるようになったが、1999（平成11）年に発表された「第6次改定日本人の栄養所要量」において、すでに食事摂取基準という用語が使用されている。

栄養所要量が不足や欠乏からの回避を中心としたものであったのに対して、食事摂取基準は不足や欠乏からの回避はもちろんであるが、過剰摂取による健康障害の予防も考慮しているところに特徴がある。さらにわが国の食事摂取基準では、生活習慣病との関連が報告されている栄養素については、その発症予防および重症化予防も考慮している。

2 食事摂取基準の各指標

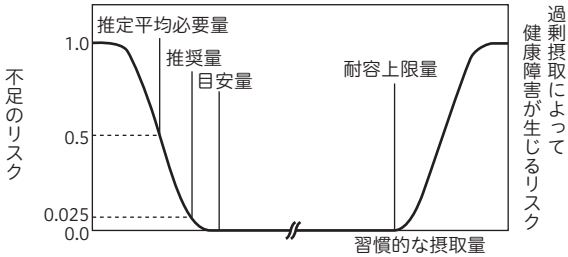
1) エネルギーの指標：BMI

「2010年版」までのエネルギー必要量の考え方は「エネルギー出納がゼロになる、すなわちエネルギー摂取量とエネルギー消費量のバランスがとれている状態が望ましく、その量を推定エネルギー必要量（estimated energy requirement：EER）とする」というものであった。しかし、肥満者ややせの

表 I-1 目標とする BMI の範囲 (18歳以上)^{1,2}

年齢 (歳)	目標とする BMI (kg/m ²)
18~49	18.5~24.9
50~64	20.0~24.9
65~74 ³	21.5~24.9
75以上 ³	21.5~24.9

- 1 男女共通。あくまでも参考として使用すべきである。
 - 2 上限は総死亡率の低減に加え、主な生活習慣病の有病率、医療費、高齢者及び労働者の身体機能低下との関連を考慮して定めた。
 - 3 総死亡率をできるだけ低く抑えるためには下限は20.0から21.0付近となるが、その他の考慮すべき健康障害等を勘案して21.5とした。
- 出典) 厚生労働省：「日本人の食事摂取基準 (2025年版)」策定検討会報告書，2024，58。



縦軸は、個人の場合は不足また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者または過剰摂取によって健康障害を生じる者の割合を示す。

不足の確率が推定平均必要量では0.5 (50%) あり、推奨量では0.02~0.03 (中間値として0.025) (2~3%または2.5%) あることを示す。耐容上限量以上を摂取した場合には過剰摂取による健康障害が生じる潜在的なリスクが存在することを示す。そして、推奨量と耐容上限量との間の摂取量では、不足のリスク、過剰摂取による健康障害が生じるリスクともに0 (ゼロ) に近いことを示す。目安量については、推定平均必要量及び推奨量と一定の関係をもたない。しかし、推奨量と目安量を同時に算定することが可能であれば、目安量は推奨量よりも大きい (図では右方) と考えられるため、参考として付記した。目標量は、ここに示す概念や方法とは異なる性質のものであることから、ここには図示できない。

図 I-1 食事摂取基準の各指標 (推定平均必要量, 推奨量, 目安量, 耐容上限量) を理解するための概念図
出典) 厚生労働省：「日本人の食事摂取基準 (2025年版)」策定検討会報告書，2024，7。

者でも、体重、体組成に変化がなければ、エネルギー摂取量とエネルギー消費量は等しく、そのことが必ずしも望ましい状態とはいえない。したがって、健康の保持・増進、生活習慣病の予防の観点からは、エネルギー摂取量がエネルギー消費量を過不足なく充足するだけでは不十分であり、望ましい体格 (body mass index : BMI) を維持するエネルギー摂取量 (これはエネルギー消費量に等しい) であることが重要である。このため、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 の範囲が提示された (表 I-1)。

2) 栄養素の指標：推定平均必要量, 推奨量, 目安量, 耐容上限量, 目標量

栄養素については、摂取不足からの回避、過剰摂取による健康障害からの回避、生活習慣病の発症予防および重症化予防という目的によって、それぞれ指標が設定されている (図 I-1)。

(1) 推定平均必要量

推定平均必要量 (estimated average requirement : EAR) は、摂取不足からの回避を目的とした指標で、ヒトを対象とした実験によって値が策定されている。このとき用いられる試験方法は、出納試験と要因加算法に大きく分けることができる。

推定平均必要量は大きく次の3つの策定方針に分かれる。すなわち、集団内の半数の者に不足また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 (ビタミン A, ビタミン B₁, ナイアシン, 葉酸, ナトリウム, セレン), 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 (たんぱく質, ビタミン B₆, ビタミン C, カルシウム, マグネシウム, 鉄, 亜鉛, 銅, ヨウ素, モリブデン), 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 B₂) である。

EAR は、個人では不足の確率が50%、集団では半数の対象者で不足が生じると推定される摂取量で

ある。したがって、この値を下回って摂取している場合や、この値を下回っている対象者が多くいる場合は問題が大きく、緊急の対応が望まれる。ただし、食事摂取基準の活用目的と栄養素の種類によって活用方法は異なるため、活用の目的、指標の定義、栄養素の特性を十分に理解することが大切である。

(2) 推奨量

推奨量 (recommended dietary allowance : RDA) は、EAR から計算で求める、摂取不足の回避を目的とした指標である。すなわち、EAR に、個人間変動としての安全率を考慮したものである。また、必要量が正規分布していると考えられる場合には、EAR にその標準偏差の 2 倍の値を加えたものが RDA となり、その場合、理論的には 97~98% は不足しないという量になる。

RDA は、個人の場合は不足の確率がほとんどなく、集団の場合は不足が生じていると推定される対象者がほとんど存在しない摂取量であることから、この値の付近かそれ以上を摂取していれば不足のリスクはほとんどないものと考えられる。

(3) 目安量

目安量 (adequate intake : AI) は、EAR が算定できない場合に設定される、摂取不足の回避を目的とした指標であり、国民健康・栄養調査の結果や、その他の疫学的な結果を用いて値が推定される。

AI 以上を摂取していれば不足しているリスクは非常に低く、その意味からは推奨量に近い性格を有する指標である。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という定義から、推奨量よりも理論的に高値を示すと考えられる。一方、AI 未滿を摂取していても、不足の有無やそのリスクを示すことはできない。

したがって、AI 付近を摂取していれば、個人の場合は不足する確率は低く、集団の場合は不足が生じていると推定される対象者はほとんど存在しないといえる。なお、摂取量が AI を下回っている場合は、不足している可能性を否定できない (不足していない可能性も否定できない)。

(4) 耐容上限量

耐容上限量 (tolerable upper intake level : UL) は、過剰摂取による健康障害の予防のために定められた指標である。症例研究を中心に値が算定されているが、これまでに報告がなく、数値を算定していない栄養素も多い。また栄養素の中でも、特定の年齢区分でしか数値を算定できていない栄養素も多い。これは報告がなく、数値を算定できていないということであり、決して多量摂取の安全性を保証しているものではないことに注意が必要である。

UL とは、この値を超えて摂取した場合、過剰摂取による健康障害が発生するリスクが 0 (ゼロ) より大きいことを示す値である。しかしながら、通常の食品を摂取している限り、UL を超えて摂取することはほとんどあり得ない。また、UL の算定は理論的にも実験的にも極めて難しく、多くは少数の発生事故事例を根拠としている。これは、UL の科学的根拠の不十分さを示すものである。そのため、UL は“これを超えて摂取してはならない量”というよりもむしろ、“できるだけ接近することを回避する量”と理解できる。

また、UL は、過剰摂取による健康障害に対する指標であり、健康の保持・増進、生活習慣病の一次予防を目的として設けられた指標ではない。UL の活用に当たっては、このことに十分留意する必要がある。

(5) 目標量

目標量 (tentative dietary goal for preventing life-style related diseases : DG) は、他の指標が摂取不足あるいは過剰摂取による健康障害の予防を目的としているのとは異なり、ある生活習慣病の発症に関係していることが明らかな栄養素について、その発症予防のために設定された指標である。

生活習慣病の原因は多数あり、食事はその一部である。したがって、DGだけを厳しく守ることは、生活習慣病予防の観点からは正しいことではない。例えば、高血圧の危険因子の1つとしてナトリウム（食塩）の過剰摂取があり、主としてその観点からナトリウム（食塩）のDGが算定されている。しかし、高血圧が関連する生活習慣としては、アルコールの過剰摂取やカリウムの摂取不足などの栄養面、さらに運動不足、喫煙、ストレスなどもあげられる。ナトリウム（食塩）のDGの扱いは、これらを十分に考慮し、さらに対象者や対象集団の特性も十分に理解したうえで決定する。

また、栄養素の摂取不足や過剰摂取による健康障害に比べると、生活習慣病は非常に長い年月の生活習慣（食習慣を含む）の結果として発症する。生活習慣病のこのような特性を考えれば、短期間に強く管理するものではなく、長期間（例えば、生涯）を見据えた管理が重要である。

なお、食事摂取基準で取り上げられた生活習慣病は、高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病（CKD）の4つであり、その対象者としては、保健指導レベルにある者までを含むものとされた。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）とは区別して示すこととされているが、現在のところ数値が示されているのは、高血圧と慢性腎臓病の重症化予防のための食塩相当量と脂質異常症の重症化予防のためのコレステロールだけである。

2025年版からは、社会生活を営むために必要な機能の維持・向上等の観点も踏まえた取組を推進するという健康・栄養政策の動向を踏まえ、生活機能の維持・向上の観点から、生活習慣病に加えて、新たに骨粗鬆症とエネルギー・栄養素との関連も整理された。ただし骨粗鬆症は生活習慣病としては取り扱っていないため、関係する栄養素についての目標量は設定されていない。

（6）まとめ

食事摂取基準を活用するためには、食事摂取基準を理解しなければならない。そして、食事摂取基準を理解すれば、その活用は容易であり、食事摂取基準のファジーさが大きな味方となってくれるはずである。表1-2は食事摂取基準の栄養素の各指標のまとめである。食事摂取基準の基礎として非常に重要な表であり、その理解が必須である。

特に、各栄養素の範囲の考え方と、DGの考え方を正しく理解することが大切である。例えば、ULは、健康障害が発症しない日常的な摂取量の上限であるが、この値により近づくことが、より健康になるということではない。RDAやAI付近の摂取で十分である。また、DGの設定に取り上げられている生活習慣病は、必ずしも食事だけが影響しているわけではなく、食習慣も含めた生活習慣全体で考える必要がある。DGを厳格に守ることだけが生活習慣病の予防につながるわけではない。

3 食事摂取基準の活用における留意点

食事摂取基準の活用に当たっては、次の点に留意する。

- ① 食事摂取基準は、習慣的な摂取量を対象としたものであり、1食あるいは1日分の食事に限ったものではない。習慣的な摂取量をどのように予定するか、また実際に把握するのかが重要である。
- ② エネルギー・栄養素の摂取状態の評価は、食事調査による摂取量と、食事摂取基準の値を比較して行う。また、エネルギー収支バランスの指標として、体格指数（BMIなど）を用いる。食事調査は管理栄養士等にとって、非常に大切なツールであり、専門性の高いものである。対象者とその目的に応じて、適切な食事調査法を選択し、できるだけ正確に摂取状況を把握することが必要である。
- ③ 食事摂取基準は摂取量の基準を示すものであり、給与量の基準を示すものではない。対象者にとって適切なエネルギー・栄養素の必要量をできるだけ正確に推定し、その値に近づく食事をつくるこ

表1-2 栄養素の指標の概念と特徴のまとめ

目的	摂取不足からの回避	過剰摂取による健康障害からの回避	生活習慣病の発症予防・重症化予防
指標	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)
値の算定根拠となる主な研究方法	実験研究, 疫学研究 (介入研究を含む)	症例報告	疫学研究 (介入研究を含む)
対象とする健康障害に関する今までの報告数	極めて少ない~多い	極めて少ない~少ない	多い
算定された値を考慮する必要性	可能な限り考慮する (回避したい程度によって異なる)	必ず考慮する	関連するさまざまな要因を検討して考慮する
対象とする健康障害における特定の栄養素の重要度	重要	重要	他に関連する環境要因がたくさんあるため一定ではない
健康障害が生じるまでの典型的な摂取期間	数か月間	数か月間	数年~数十年間
算定された値を考慮した場合に対象とする健康障害が生じる可能性	推奨量付近, 目安量付近であれば, 可能性は低い	耐容上限量未満であれば, 可能性はほとんどないが, 完全には否定できない	ある (他の関連要因によっても生じるため)
通常の食品を摂取している場合に対象とする健康障害が生じる可能性	ある	ほとんどない	ある

出典) 厚生労働省:「日本人の食事摂取基準 (2025年版)」策定検討会報告書, 2024, 19より作成

とは大切である。しかし、ここまですら管理栄養士等の仕事なのではなく、つくった食事を対象者がきちんと食べる場所までを確認することが仕事である。私たちはそのことを常に自覚しておかなければならない。

- ④食事摂取基準は、現時点までの最新のエビデンスによって策定されているが、まだ進化の途中のものであり、決して完成されたものではない。今後新しい知見によって変更される部分もある。
- ⑤食事摂取基準に示されている個々の数値は、必ず守らなければならない、達成しなければならないというものではない。食事摂取基準の概念を理解して、柔軟に活用することが望まれる。

4 食品成分表の取り扱い

日本食品標準成分表は2020年に「2020年版 (八訂)」が発表された。大きな変更点としてエネルギー算出方法、食物繊維の測定方法があげられる。

エネルギーについては、個々の食品の可食部100g当たりエネルギー量が、食品によって日本食品標準成分表の改訂前後で増加したり減少したりしている。1日当たりの摂取エネルギー量は、「八訂」を使って算出すると、「日本食品標準成分表2015年版 (七訂)」を使用したときに比べ、5%程度低値になるともいわれている。しかし、このエネルギー量の変化はあくまでエネルギー量の計算方法の変化によるものであり、実際にエネルギー摂取量が変化しているのではない点に注意が必要である。実際に同じ献立を「八訂」と七訂で計算してその違いを確認しておくことも必要である。

食物繊維については「八訂」では測定されている食物繊維の範囲が広がっており、食品によっては「七訂」と「八訂」の間で食物繊維含有量が大きく異なる。また、食物繊維のうちどの物質が測定されているのが食品ごとに異なる状態になっている。

「日本人の食事摂取基準 (2025年版)」で示されている食物繊維の目標量は、「七訂」相当の測定法を



用いて算定した値である。仮に「八訂」の方法を用いた調査研究に基づき目標量を算定すると、「2025年版」で示した値よりも相当に高い値となることが予想される。「八訂」を用いて栄養計算を行い、食事提供や摂取量評価を行う際には、2025年版で示した目標量と同等、あるいは少し超える値を提供（摂取）できていたとしても生活習慣病予防の観点からは不十分である可能性がある。

したがって、「八訂」を用いた栄養計算を行い、その適切性の評価を行う場合には、目標量は少し高めに設定することも必要であり、成人においては目指すべき食物繊維摂取量である25g/日を目安とするのも1つの方法ではあるとされている。