

令和 2 年 6 月 10 日

食品安全委員会

委員長 佐藤 洋 殿

添加物専門調査会

座長 梅村 隆志

添加物に係る食品健康影響評価に関する審議結果について

令和元年 10 月 9 日付け厚生労働省発生食 1009 第 3 号をもって厚生労働大臣から食品安全委員会に意見を求められた炭酸カルシウムに係る食品健康影響評価について、当専門調査会において審議を行った結果は別添のとおりですので報告します。

添加物評価書

炭酸カルシウム

(第2版)

2020年6月

食品安全委員会添加物専門調査会

目次

	頁
＜審議の経緯＞	3
＜食品安全委員会委員名簿＞	3
＜食品安全委員会栄養成分関連添加物ワーキンググループ専門委員名簿＞	4
＜食品安全委員会添加物専門調査会専門委員名簿＞	5
要 約	6
I. 評価対象品目の概要	9
1. 用途	9
2. 主成分の名称	9
3. 分子式	9
4. 分子量	9
5. 評価要請の経緯、規格基準改正の概要	10
6. 性状等	10
7. 安定性	11
8. 起源又は発見の経緯等	11
9. 我が国及び諸外国における使用状況等	15
10. 我が国及び国際機関等における評価	18
II. 安全性に係る知見の概要	23
1. 体内動態	25
(1) カルシウム	25
(2) 炭酸カルシウム	32
(3) その他のカルシウム塩	32
(4) 体内動態のまとめ	33
2. 毒性	33
(1) 遺伝毒性	33
(2) 急性毒性	35
(3) 反復投与毒性	36
(4) 発がん性	43
(5) 生殖発生毒性	45
(6) ヒトにおける知見	56
(7) 他のミネラルとの相互作用	78
III. 一日摂取量の推計等	83
(1) 栄養強化剤として	83
(2) 製造用剤として	84
(3) 添加物由来のカルシウムの摂取量	87
(4) 一日摂取量の推計等のまとめ	87
1. 我が国における摂取量	87

（１）Ｌ－酒石酸・Ｌ－リンゴ酸カルシウム複塩に係る推計.....	88
（２）Ｌ－酒石酸に係る推計	89
（３）Ｌ－リンゴ酸に係る推計	90
（４）カルシウムに係る推計	91
２．諸外国における摂取量	91
３．摂取量の推計等のまとめ	91
IV．食品健康影響評価	92
<別紙：略称>	96
<参照>	98

＜審議の経緯＞

第 1 版（添加物の使用基準の改正に係る食品健康影響評価に伴う改訂）

2016 年 3 月 4 日	厚生労働大臣から添加物の規格基準改正に係る食品健康影響評価について要請（厚生労働省発生食 0303 第 7 号）、関係書類の接受
2016 年 3 月 8 日	第 598 回食品安全委員会（要請事項説明）
2016 年 3 月 30 日	第 1 回栄養成分関連添加物ワーキンググループ
2016 年 5 月 11 日	第 2 回栄養成分関連添加物ワーキンググループ
2016 年 5 月 13 日	補足資料の提出依頼
2016 年 5 月 18 日	補足資料の接受
2016 年 6 月 1 日	第 3 回栄養成分関連添加物ワーキンググループ
2016 年 7 月 26 日	第 616 回食品安全委員会（報告）
2016 年 7 月 27 日から 8 月 25 日まで	国民からの意見・情報の募集
2016 年 8 月 31 日	栄養成分関連添加物ワーキンググループ座長から食品安全委員会委員長へ報告
2016 年 9 月 6 日	第 621 回食品安全委員会（報告） （同日付け厚生労働大臣に通知）

第 2 版（添加物の規格基準の改正に係る食品健康影響評価に伴う改訂）

2019 年 10 月 9 日	厚生労働大臣から規格基準の改正に係る食品健康影響評価について要請（厚生労働省発生食 1009 第 3 号）、関係書類の接受
2019 年 10 月 15 日	第 761 回食品安全委員会（要請事項説明）
2019 年 12 月 11 日	第 172 回添加物専門調査会
2020 年 1 月 29 日	第 173 回添加物専門調査会
2020 年 2 月 27 日	第 174 回添加物専門調査会
2020 年 4 月 21 日	第 780 回食品安全委員会（報告）
2020 年 4 月 22 日から 5 月 21 日まで	国民からの意見・情報の募集
2020 年 6 月 10 日	添加物専門調査会座長から食品安全委員会委員長へ報告

＜食品安全委員会委員名簿＞

（2017 年 1 月 6 日まで）

佐藤 洋 （委員長）
山添 康 （委員長代理）
熊谷 進
吉田 緑
石井 克枝
堀口 逸子

（2018 年 7 月 1 日から）

佐藤 洋 （委員長）
山本 茂貴 （委員長代理）
川西 徹
吉田 緑
香西 みどり
堀口 逸子

村田 容常

吉田 充

＜食品安全委員会栄養成分関連添加物ワーキンググループ専門委員名簿＞

(2017 年 9 月 30 日まで)

頭金 正博 (座長)

梅村 隆志 (座長代理)

石見 佳子

伊吹 裕子

上西 一弘

宇佐見 誠

合田 幸広

柴田 克己

祖父江 友孝

高須 伸二

瀧本 秀美

松井 徹

横田 恵理子

吉田 宗弘

＜専門参考人＞

北條 仁 (添加物専門調査会専門委員)

＜食品安全委員会添加物専門調査会専門委員名簿＞

(2019 年 10 月 1 日から)

梅村 隆志 (座長)

頭金 正博 (座長代理)

石井 邦雄

石塚 真由美

伊藤 裕才

宇佐見 誠

杉山 圭一

祖父江 友孝

高須 伸二

高橋 智

瀧本 秀美

多田 敦子

戸塚 ゆ加里

中江 大

西 信雄

北條 仁

松井 徹

横平 政直

＜専門参考人＞

伊藤 清美 (武蔵野大学薬学部薬物動態学研究室 教授)

要 約

製造用剤として使用される添加物「炭酸カルシウム」（規格：L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの追加）について、各種試験成績等を用いて食品健康影響評価を実施した。

本専門調査会としては、炭酸カルシウム及びそれに含まれるL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩それぞれの検討を踏まえ、通常の食事以外からのカルシウムの摂取量の上限値として、UF 1.5 を用い、ULS¹として 2,000 mg/人/日とすることが適当と判断した。また、添加物「炭酸カルシウム」（規格：L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの追加）が添加物として適切に使用される場合、安全性に懸念はないと判断した。

1. 炭酸カルシウム

本専門調査会は、添加物「炭酸カルシウム」は、胃内において炭酸イオンとカルシウムイオンに解離すると考えられることから、炭酸カルシウムに加え、その他のカルシウム塩に関する知見も併せ、総合的に添加物「炭酸カルシウム」の安全性に関する評価を行うこととした。

本専門調査会としては、炭酸カルシウム及びその他のカルシウム塩について遺伝毒性、急性毒性、発がん性及び生殖発生毒性の試験成績を検討した結果、生体にとって特段問題となる毒性の懸念を示す知見は認められないと判断した。

また、反復投与毒性について試験成績を検討した結果、参照した反復投与試験で観察された変化のみでは毒性学的な意義を判断できず、これらの試験からNOAELを求めることはできなかった。

次に、ヒトにおける知見からは、カルシウムの過剰摂取とミルクアルカリ症候群、腎結石、前立腺癌及び循環器疾患との関係についての情報が多く認められた。

カルシウム摂取と前立腺癌又は循環器疾患の関係については、一致性、関連の大きさ、生物学的メカニズム、時間関係などから考えて、因果関係ありと判断する十分な根拠がないと判断した。一方、カルシウム摂取とミルクアルカリ症候群については因果関係があるものと判断し、またカルシウム摂取と腎結石についても、Burtis ら（1994）及び Jackson ら（2006）の2つの介入研究から、因果関係があるものと判断した。ただし、Burtis ら（1994）は被験者が腎結石の患者であり、Jackson ら（2006）は被験者がカルシウムの吸収を高めるビタミンDを併用していることから、NOAEL 又は LOAEL を設定するのは難しいと判断した。

したがって、本専門調査会としては、ミルクアルカリ症候群の症例報告について検討することが適当と考えた。その結果、Gordon ら（2005）の症例は妊婦の報告ではあるが病歴はなく、食事以外に約 3,000 mg/人/日のカルシウムを1か月間

¹ サプリメントとしての UL。通常の食事以外からの摂取量の上限値。

摂取した結果ミルクアルカリ症候群と診断されたものであり、これを妊婦における LOAEL の根拠とすることが適当と判断した。

また、本専門調査会は、上西ら（2003）及び Bailey ら（2008）の知見のとおり、妊娠中にはカルシウム吸収が高まっているため、ミルクアルカリ症候群発症のリスクが高まるとされており、また、この Gordon ら（2005）の報告は食事由来のカルシウムの摂取量が異なる豪州での症例であるものの、同症例を一般の集団における LOAEL の根拠とすることも可能と判断し、LOAEL を 3,000 mg/人/日とした。

さらに、添加物「炭酸カルシウム」（規格：L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの追加）について、主成分である炭酸カルシウムは、2016 年の食品安全委員会による食品健康影響評価に用いられた知見以外に安全性に係る新たな知見として提出された資料についても、当該食品健康影響評価の評価結果に影響がないと判断した。

以上のことから、本専門調査会としては、通常の食事以外からのカルシウムの摂取量の上限值として、UF 1.5 を用い、ULS¹として 2,000 mg/人/日とすることが適当と判断した。

2. L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩

炭酸カルシウムに少量含まれる L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩については、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の安全性に係る知見は提出されていないことから、当該複塩が水中で溶解した場合は構成する各イオンに解離することを踏まえ、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の解離成分である L-酒石酸、L-リンゴ酸及びカルシウムについて、検討を行うこととした。

L-酒石酸及び L-リンゴ酸については、① L-酒石酸及び DL-リンゴ酸は、添加物として指定されていること、② 通常の食習慣において摂取されるものであること、③ 除酸処理前から通常ぶどう酒に含まれること、④ L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩は有機酸塩の種晶として使用され、結晶沈殿し、ろ過等で取り除かれることが想定されること、⑤ L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの添加により、ぶどう酒中の L-酒石酸及び L-リンゴ酸は添加前より減少すること、⑥ 仮に添加した L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩が全てぶどう酒中に残存したとしても、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の添加によりぶどう酒中に生じる L-酒石酸及び L-リンゴ酸の量は、ぶどう酒から摂取する L-酒石酸及び L-リンゴ酸の量と比べ、十分に少ないと考えられることを踏まえ、L-酒石酸及び L-リンゴ酸の安全性に関する検討は必要ないと判断した。

また、本専門調査会としては、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩が全てぶどう酒中に残存するとは考えにくい、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩のぶどう酒への残存移行に係る試験成績等の知見が提出されていないこと

から、成分規格案における含量の最大量（2.0%）に基づき、L－酒石酸・L－リンゴ酸カルシウム複塩がぶどう酒中に全て残存した状態を仮定し、L－酒石酸・L－リンゴ酸カルシウム複塩及びL－酒石酸・L－リンゴ酸カルシウム複塩の解離成分それぞれの摂取量推計を行うことにした。

さらに、ぶどう酒が特定の集団に嗜好されて摂取され、摂取量に差が生じる可能性を考慮し、過小評価を避けるため、飲酒習慣のある者に関する推定摂取量も考慮することとした。これらの摂取量推計を踏まえ、添加物「炭酸カルシウム」に係る新たな成分規格及び使用基準の改正により増加する添加物としてのばく露量は、成分規格案における含量の最大量（2.0%）に基づき、L－酒石酸・L－リンゴ酸カルシウム複塩がぶどう酒中に全て残存した状態を仮定しても微量であり無視できる量と判断した。

I. 評価対象品目の概要

1. 用途

1-1. 炭酸カルシウム

栄養強化剤、製造用剤（イーストフード、ガムベース、膨張剤等）（参照 1、2）

1-2. L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム

製造用剤（参照 3）

2. 主成分の名称

2-1. 炭酸カルシウム

和名：炭酸カルシウム

英名：Calcium Carbonate

CAS 登録番号：471-34-1（炭酸カルシウムとして）（参照 4）

2-2. L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム

和名：L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム

英名：Calcium carbonate, which contains small quantities of the double calcium salt of L-(+) tartaric and L-(-) malic acids（参照 3、5）

CAS 登録番号：－

3. 分子式

3-1. 炭酸カルシウム

CaCO_3 （参照 4）

3-2. L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム

今般、厚生労働省に添加物「炭酸カルシウム」の規格基準の改正を要請した者（以下「規格基準改正要請者」という。）によれば、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムは、次の物質の混合物としている。

（1）炭酸カルシウム（98%以上）

CaCO_3

（2）L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩（2%以下）

$\text{Ca}_2(\text{C}_4\text{H}_4\text{O}_6)(\text{C}_4\text{H}_4\text{O}_5)$ （参照 3、5）

4. 分子量

（1）炭酸カルシウム

100.09（参照 4）

(2) L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩

360.30 (参照 3、6)

5. 評価要請の経緯、規格基準改正の概要

添加物「炭酸カルシウム」は、我が国で指定されている添加物である。

2016年3月、栄養強化剤及び製造用剤に用いる添加物「炭酸カルシウム」について、厚生労働省に使用基準の改正の要請がなされ、関係書類が取りまとめられたことから、食品安全基本法（平成15年法律第48号）第24条第1項第1号の規定に基づき、食品安全委員会に対して、食品健康影響評価の依頼がなされ、2016年9月、食品健康影響評価結果が通知された。2017年6月23日、厚生労働省は、使用基準の改正を行った。

今般、ぶどう酒の製造用剤に用いる添加物「炭酸カルシウム」について、厚生労働省にL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩が2%以下含まれる成分規格及び使用基準の改正の要請がなされ、関係書類が取りまとめられたことから、同法の規定に基づき、食品安全委員会に対して、食品健康影響評価の依頼がなされたものである。

本評価においては、主成分である炭酸カルシウム（98%以上）についての評価を基礎としつつ、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩（2%以下）について別途安全性評価を行い、これらを併せて添加物「炭酸カルシウム」を評価することとした。

厚生労働省は、食品安全委員会の添加物「炭酸カルシウム」の規格基準の改正に係る食品健康影響評価結果の通知を受けた後に、添加物「炭酸カルシウム」の成分規格については、「L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム」に係る成分規格を新たに追加設定し、使用基準については、表1のとおり改正を検討するものであるとしている。（参照7）

表1 添加物「炭酸カルシウム」の使用基準（案）

現行基準	なし
改正案	L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムは、果実酒（ぶどうを主原料として発酵させたものに限る）以外の食品に使用してはならない。

6. 性状等

6-1. 炭酸カルシウム

我が国において現在使用が認められている添加物「炭酸カルシウム」の成分規格において、含量として、「本品を乾燥したものは、炭酸カルシウム（ CaCO_3 ）98.0～102.0%を含む。」、性状として、「本品は、白色の微細な粉末で、においが無い。」と規定されている。（参照4）添加物「炭酸カルシウム」の使用基準の改正を要請

した者（以下「使用基準改正要請者」という。）による規格基準改正案において、含量及び性状の規定は現行の規定から変更されていない。

6-2. L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム

我が国において現在使用が認められている添加物「炭酸カルシウム」の成分規格においては、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの規格はない。（参照 3、6）

規格基準改正要請者は、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの成分規格案（以下「成分規格案」という。）において、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩は、含量として「2.0%以下」と説明している。また、複塩の性状は、ハリネズミ状又は冠毛状に集合した結晶である。（参照 3、8）

なお、現行の炭酸カルシウムの成分規格では、含量として「本品を乾燥したものは、炭酸カルシウム（ CaCO_3 ）98.0～102.0%を含む。」、性状として「本品は、白色の微細な粉末で、においがいい。」と規定されており、規格改正要請者の成分規格案において、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムは、現行の炭酸カルシウムの成分規格に矛盾しないとされている。（参照 3、6）

7. 安定性

（1）炭酸カルシウム

水には難溶であるが二酸化炭素を含む水には炭酸水素カルシウムを生じて溶ける。強熱すると二酸化炭素と酸化カルシウムとに解離する。酸を作用させると二酸化炭素を放出してカルシウム塩を生じる。（参照 9）

（2）L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩

L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩は、ハリネズミ状又は冠毛状に集合した長針形の結晶で、これはろ過で容易に除かれる。また、この結晶は固体の時は分解せず、固相では複塩で存在するが、水中で溶解した場合は構成する各イオンに解離する。（参照 3、8）

8. 起源又は発見の経緯等

8-1. 炭酸カルシウム

（1）添加物としての起源又は発見の経緯

炭酸カルシウムは石灰石等として昔から知られていたが、1775年に Black により組成が決定された。日本では、1957年に食品添加物として指定され、パン、みそ、菓子、納豆等のカルシウム強化剤として用いられる。その他醸造用水の硬度剤、酒の脱酸剤、あめの中和剤、菜類漬物等に食塩に混ぜて使用される。（参照 10）

(2) 栄養成分としての機能

添加物「炭酸カルシウム」に含まれるカルシウムについては、「日本人の食事摂取基準（2015年版）」策定検討会報告書において、「十分なカルシウム摂取量は、骨量の維持に必要である。骨量の維持によって骨折の発症予防が期待される。」「カルシウムの欠乏により、骨粗鬆症、高血圧、動脈硬化などを招くことがある。」「カルシウムの摂取量と骨折との関連を検討した疫学研究は多数存在するものの、その結果は必ずしも一致していない。」とされている。（参照 11）

また、「食事による栄養摂取量の基準」（平成 27 年厚生労働省告示第 199 号。以下「基準告示」という。）において、表 2 のとおり、推定平均必要量等が算出されている。（参照 12）

表 2 カルシウムの食事摂取基準（mg/日）

性別	男性				女性			
年齢等	推定平均必要量	推奨量	目安量	耐容上限量	推定平均必要量	推奨量	目安量	耐容上限量
0～5（月）	—	—	200	—	—	—	200	—
6～11（月）	—	—	250	—	—	—	250	—
1～2（歳）	350	450	—	—	350	400	—	—
3～5（歳）	500	600	—	—	450	550	—	—
6～7（歳）	500	600	—	—	450	550	—	—
8～9（歳）	550	650	—	—	600	750	—	—
10～11（歳）	600	700	—	—	600	750	—	—
12～14（歳）	850	1,000	—	—	700	800	—	—
15～17（歳）	650	800	—	—	550	650	—	—
18～29（歳）	650	800	—	2,500	550	650	—	2,500
30～49（歳）	550	650	—	2,500	550	650	—	2,500
50～69（歳）	600	700	—	2,500	550	650	—	2,500
70 以上（歳）	600	700	—	2,500	500	650	—	2,500
妊婦					—	—	—	—
授乳婦					—	—	—	—

8-2. L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム

L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩は、1891 年に Ordonneau によりワイン²の沈殿物から検出したと報告されている。

² 食品衛生法上、使用基準における「果実酒」は、ぶどう酒、りんご酒、なし酒等果実を主原料として発酵さ

人為的にワインにカリウムやカルシウムを供給することで、ワインに溶けている有機酸を強制的に塩として析出させ、ワインの酸度を減少させる行為を除酸という。この経過は、塩の生成、結晶核の形成、結晶の成長、結晶の沈降のフェーズに沿って進行する。除酸において、結晶核は塩濃度がワイン中で過飽和になった状態で自然に形成されるが、外部から類似の結晶（種晶）を添加することで、過飽和状態を待つことなく結晶を成長させることができる。一般的に炭酸カルシウムが除酸の目的で添加されるが、このとき結晶として除去される有機酸は主に酒石酸であり、リンゴ酸は除去されにくい。

L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の溶解性は pH に依存し、炭酸カルシウム処理により pH を 4.5～5.0 程度まで上昇させた除酸工程のワインにおいては、溶けにくい塩として存在し、種晶となり得ると考えられる。このことを利用し、Münz らにより、炭酸カルシウムに種晶となる少量（約 1%）の L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩を加えた混合物をワインに添加し、ワインにおける澱の発生を防止するための除酸処理方法（複塩法）が、1968 年にドイツで特許として取得されている。（参照 3、6、8、13、14）

また、Jedediah ら（1978）は、L-酒石酸及び L-リンゴ酸を含む溶液に炭酸カルシウムを加えた場合、pH 4.5 以上とすると L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の生成が促進されるとしている。（参照 3、15）

さらに、Munyon ら（1977）は、ブドウ 6 品種由来のワイン（白・赤）、Rebelein（1970）は、ブドウの Rieslaner 種由来のワイン（白）、Jedediah ら（1979）は、ブドウ 7 品種由来のワイン（白・赤）について、除酸処理した場合と処理しない場合のワイン中の酒石酸及びリンゴ酸濃度の変化をそれぞれ表 3、表 4 及び表 5 のとおり報告している。（参照 16、17、18）

規格基準改正要請者は、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの種晶効果として、表 3 の複塩法と炭酸カルシウム処理とを比較し、複塩法は炭酸カルシウム処理のワインと比べてリンゴ酸の濃度が低くなると説明している。（参照 3）

表 4 においても同様に、複塩法では炭酸カルシウム処理のワインと比べてリンゴ酸濃度は低かった。また、複塩法と炭酸カルシウム処理が比較できるワインにおいて、複塩法における酒石酸濃度は、炭酸カルシウム処理の場合と比べて、表 3 ではより高く、表 4 ではより低かった。さらに、表 3、表 4 及び表 5 において、いずれのワインでも複塩法は除酸無処理に比べて酒石酸濃度及びリンゴ酸濃度が低下していた。

せた酒類とされている（昭和 50 年 7 月 25 日付け環食化第 32 号厚生省環境衛生局庁通達）。本評価書で、「（赤、白）ワイン」はぶどう酒と同様の意味で使用し、ぶどう酒以外の果実酒や穀物等を主原料として発酵させた日本酒等を含む場合は「ワイン類」と記載している。

表 3 除酸処理によるワイン中の酒石酸及びリンゴ酸濃度の変化

ブドウ品種	ワイン種類	除酸法	酒石酸(%)	リンゴ酸(%)
Chardonnay	白	無処理	0.27	0.46
		複塩法	0.15	0.42
		炭酸カルシウム処理	0.13	0.46
Chenin blanc	白	無処理	0.36	0.56
		複塩法	0.25	0.53
		炭酸カルシウム処理	0.13	0.55
White Riesling	白	無処理	0.52	0.34
		複塩法	0.28	0.30
		炭酸カルシウム処理	0.14	0.33
Zinfandel	赤	無処理	0.31	0.45
		複塩法	0.20	0.41
		炭酸カルシウム処理	0.08	0.44
Barbera	赤	無処理	0.32	0.74
		複塩法	0.14	0.62
		炭酸カルシウム処理 ^注	—	—
Rubired	赤	無処理	0.32	0.93
		複塩法	0.11	0.78
		炭酸カルシウム処理 ^注	—	—

注 原著において、当該ブドウ品種由来のワインでは、炭酸カルシウム処理後の酒石酸及びリンゴ酸濃度は報告されていない。

表 4 除酸処理によるワイン中の酒石酸及びリンゴ酸濃度の変化

ブドウ品種	ワイン種類	除酸法	酒石酸(%) ^{注1}	リンゴ酸(%) 注1、2
Rieslaner	白	無処理	0.22	1.12
		複塩法	0.08	0.58
		炭酸カルシウム処理	0.12	0.83

注 1) 原著において、濃度単位は「g/L」で報告されているが、ワインの比重を 1 として「%」に換算した。

注 2) 原著において、リンゴ酸の濃度は、酒石酸換算として報告されている。

表 5 除酸処理によるワイン中の酒石酸及びリンゴ酸濃度の変化

ブドウ品種	ワイン種類	除酸法	酒石酸(%) ^{注1}	リンゴ酸(%) ^{注1}
Chardonnay (Nipono)	白	無処理	0.59	0.42
		複塩法	0.24	0.37
Chardonnay (Tepusquet)	白	無処理	0.46	0.45
		複塩法	0.13	0.34
White Riesling	白	無処理	0.38	0.24
		複塩法	0.25	0.20
Pinot noir	赤	無処理	0.49	痕跡量 ^{注2}
		複塩法	0.30	痕跡量 ^{注2}
Garmay Beaujolais	赤	無処理	0.49	0.23
		複塩法	0.17	0.20
Cabernet Sauvinon	赤	無処理	0.32	痕跡量 ^{注2}
		複塩法	0.20	痕跡量 ^{注2}
Zinfandel	赤	無処理	0.20	0.39
		複塩法	0.08	0.32

注1) 原著において、濃度単位は「g/100mL」で報告されているが、ワインの比重を1として「%」に換算した。

注2) 原著において、「trace」と記載されている。

9. 我が国及び諸外国における使用状況等

(1) 我が国における使用状況

① 添加物「炭酸カルシウム」

我が国において、「炭酸カルシウム」は添加物として指定されている。(参照 19) また、使用基準が設定されており、使用量については、「カルシウムとして、チューインガムにあっては 10%以下、その他の食品にあっては 1.0%以下でなければならない」と規定されていたが、2017 年 6 月 23 日の規格基準改正において使用基準が削除されたため、現在、使用基準は設定されていない。ただし、「食品、添加物等の規格基準の一部を改正する件について」(平成 29 年 6 月 23 日付け生食発 0623 第 1 号厚生労働省医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全部長通知)において、「炭酸カルシウムの使用基準は削除するものの、その使用に当たっては、適切な製造工程管理を行い、食品中で目的とする効果を得る上で必要とされる量を超えないものとする」とされている。(参照 20、21)

また、酒税法(昭和 28 年法律第 6 号)に基づき、炭酸カルシウムは酒類保存のため酒類に混和することができる物品として指定されている。(参照 22、23)

② L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム

我が国において、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩は、添加物として指定されていない。

L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩からの解離成分であるL-酒石酸は、添加物として1959年に指定され、使用基準は設定されていない。また、L-リンゴ酸は、我が国において添加物として指定されていないが、DL-リンゴ酸は1957年に、DL-リンゴ酸ナトリウムは1960年に、添加物としてそれぞれ指定され、使用基準は設定されていない。（参照 6）

③ カルシウムに関する食品表示基準

食品表示基準（平成 27 年内閣府令第 10 号）においては、栄養機能食品におけるカルシウムの一日当たりの摂取目安量の上限値として 600 mg が設定されている。また、カルシウムの機能として「カルシウムは、骨や歯の形成に必要な栄養素です。」、摂取する上での注意事項として「本品は、多量摂取により疾病が治癒したり、より健康が増進するものではありません。一日の摂取目安量を守ってください。」と表示することとされている。（参照 24）

④ カルシウムに関する特定保健用食品の表示

「特定保健用食品の表示許可等について」（平成 26 年 10 月 30 日消食表第 259 号（平成 27 年 12 月 24 日消食表第 646 号により一部改正））においては、カルシウムに係る特定保健用食品における疾病リスク低減表示について、一日摂取目安量の下限値として 300 mg、上限値として 700 mg とし、また、特定の保健の用途に係る表示として、「この食品はカルシウムを豊富に含みます。日頃の運動と適切な量のカルシウムを含む健康的な食事は、若い女性が健全な骨の健康を維持し、歳をとってからの骨粗鬆症になるリスクを低減するかもしれません。」、摂取をする上の注意事項として「一般に疾病は様々な要因に起因するものであり、カルシウムを過剰に摂取しても骨粗鬆症になるリスクがなくなるわけではありません。」と記載することとされている。（参照 25）

（２）諸外国における使用状況

① コーデックス委員会

①- 1 炭酸カルシウム

炭酸カルシウムは、後述（p19）のとおり、FAO/WHO 合同食品添加物専門家会議（JECFA³）において ADI を限定しないと評価されていることから、食品添加物に関するコーデックス一般規格（GSFA）の表 3 に pH 調整剤、固結防止剤、安定剤等として掲載されており、同表の付表に掲載された食品分類を除き、

³ 本文中で用いられた略称については、別紙に名称等を示す。

適正製造規範（GMP）での使用が認められている。同表の付表に掲載された食品のうち、「乾燥ホエイ及びホエイチーズを除くホエイ製品」（食品分類 01.8.2）に対し 10,000 mg/kg、「食塩」（食品分類 12.1.1）等について GMP での使用が認められている。（参照 26）

①ー 2 L－酒石酸・L－リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム

GSFA において、L－酒石酸・L－リンゴ酸カルシウム複塩は掲載されていない。

一方、L－酒石酸・L－リンゴ酸カルシウム複塩からの解離成分である L－酒石酸は、GSFA の表 1 において、pH 調整剤、酸化防止剤等として掲載されている。アルコール飲料のうち、例えば、「リンゴ酒及びペリー」（食品分類 14.2.2）については、最大使用基準値として、2,000 mg/kg（酒石酸として）の使用等が認められている。ただし、「ブドウ酒」（食品分類 14.2.3）についての記載はない。

また、L－酒石酸・L－リンゴ酸カルシウム複塩からの解離成分である L－リンゴ酸は、GSFA に掲載されていない。DL－リンゴ酸は GSFA の表 3 において、pH 調整剤及び捕捉剤として掲載されている。なお、同表の付表に掲載された食品分類を除き、GMP での使用が認められている。同表の付表に掲載された食品分類のうち、「コーヒー、コーヒー代用品、茶、ハーブティー、及びココアを除くその他の穀物及び穀粒ホットドリンク」（食品分類 14.1.5）等については、GMP での使用が認められている。（参照 27）

② 米国における使用状況

②ー 1 炭酸カルシウム

米国では、炭酸カルシウムは一般的に安全と認められる物質（GRAS 物質）であって、食品全般に、GMP の下で必要量使用することができる。（参照 28、29）

②ー 2 L－酒石酸・L－リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム

ワイン類等の製造方法等の詳細が規定された連邦規則（CFR）において、炭酸カルシウム単独又は L－酒石酸・L－リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム⁴は、ワイン類に含まれる過剰な総酸量を減らす目的で、総酸の含量が 5 g/L を下回らない範囲での使用が認められている。（参照 3、30）

なお、L－酒石酸・L－リンゴ酸カルシウム複塩からの解離成分である L－酒石酸及び L－リンゴ酸は、GRAS 物質であって、食品全般に、GMP の下で必

⁴ CFR Title27 では、「Calcium carbonate (with or without calcium salts of tartaric and malic acid)」とされている。

要量を使用することができる。(参照 31)

③ EU における使用状況

③-1 炭酸カルシウム

欧州連合 (EU) では、炭酸カルシウムは添加物としての使用が認められており、「ココアとチョコレート製品 (食品分類 05.1)」について、70,000 mg/L (又は mg/kg) という最大濃度が定められているが、それ以外の一般食品には必要量を使用することができる。(参照 32) また、炭酸カルシウムは、補助食品 (Food supplement) に使用されるカルシウムの供給源として使用が認められている。(参照 33)

③-2 L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム

EU 域内で適用される醸造規則において、除酸目的で炭酸カルシウム (少量の L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の含有は認められる。) ⁵、酒石酸カリウム等が 1 種又は複数種使用できると記載されている。(参照 3、34)

10. 我が国及び国際機関等における評価

(1) 添加物としての評価

① 我が国における評価

食品安全委員会においては、添加物「炭酸カルシウム」の評価を行い、2016 年 9 月、食品健康影響評価を取りまとめ、その結果、「炭酸カルシウムについて、通常の食事以外からのカルシウムの摂取量に関する上限値を 2,000 mg/人/日と設定する」としている。また、添加物「炭酸カルシウム」の構成成分であるカルシウムについては、2013 年に、食品安全委員会は、添加物「酢酸カルシウム」及び添加物「酸化カルシウム」について、以下のように食品健康影響評価を取りまとめている。

「酢酸カルシウム及び酸化カルシウムを被験物質とした十分な試験成績を入手することはできなかった。しかしながら、酢酸カルシウムは、添加物としての使用時においては酢酸イオンとカルシウムイオンに解離すると考えられ、また、酸化カルシウムは、水中では水と反応して水酸化カルシウムとなり、空気中では炭酸ガスを吸収して炭酸カルシウムとなり、いずれの場合も胃液と反応して容易にカルシウムイオンになると考えられることから、本委員会としては、添加物「酢酸カルシウム」及び添加物「酸化カルシウム」について、酢酸及びカルシウム塩を被験物質とした試験成績全般を用いて総合的に評価を行うことは可能であると判断した。

⁵ EU 規則 606/2009 では、「calcium carbonate, which may contain small quantities of the double calcium salt of L(+) tartaric and L(-) malic acid」とされている。

酢酸及びカルシウムの体内動態に係る知見を検討した結果、添加物「酢酸カルシウム」及び添加物「酸化カルシウム」の安全性に懸念を生じさせるようなものはなかった。

本委員会としては、酢酸カルシウム、酸化カルシウム、カルシウム塩及び酢酸の安全性に係る知見を検討した結果、添加物「酢酸カルシウム」及び添加物「酸化カルシウム」については、遺伝毒性、急性毒性、反復投与毒性、発がん性及び生殖発生毒性の懸念はないと判断した。

入手したヒトに係る知見からは、カルシウムの過剰摂取とミルクアルカリ症候群、腎結石、前立腺癌及び循環器疾患との関係についての情報が多く認められた。ミルクアルカリ症候群については、他の誘発要因の影響などが明らかではなく、カルシウムの NOAEL を得ることはできないと判断した。また、腎結石、前立腺癌及び循環器疾患については、研究の結果が一致していないなど、カルシウムの影響について不明な点が多くあることから、NOAEL を得ることはできないと判断した。以上より、本委員会としては、ヒトにおける知見に基づく NOAEL を得ることはできないと判断した。

以上のことから、本委員会としては、添加物として適切に使用される場合、安全性に懸念がないと考えられ、添加物「酢酸カルシウム」及び添加物「酸化カルシウム」の ADI を特定する必要はないと評価した。

なお、我が国において添加物「酢酸カルシウム」及び添加物「酸化カルシウム」の使用が認められた場合の推定摂取量は、合わせて 111.37 mg/人/日（カルシウムとして）となる。カルシウムは、耐容上限量が 2.3 g/人/日⁶と定められており、本品目の栄養強化剤としての過剰摂取等により耐容上限量を超えることがないように留意する必要がある。（引用終わり）」（参照 35）

② JECFA における評価

②-1 炭酸カルシウム

1965 年の第 9 回会合において、炭酸カルシウムを含む食品加工に使用される無機塩基物質の安全性について評価を行っている。その結果、いずれの評価対象も pH 調整剤として食品加工に使用される量及び濃度では毒性影響は認められなかったことから、ADI を「not limited」としている。（参照 36）

1985 年の第 29 回会合において、1965 年に行ったカルシウム塩の ADI を「not limited」とする評価の妥当性を再確認して「not specified」とし、カルシウムを食品加工に使用する際には、食事由来のものを含めた全カルシウム摂取量との割合及びリン酸の摂取量とカルシウムの摂取量を栄養学的に適切な比率に保つべきとしている。（参照 37）

⁶ 日本人の食事摂取基準（2010 年版）による。

②-2 L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム

L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の安全性評価は確認できなかった。

一方、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の解離成分であるL-酒石酸は、メタ酒石酸の評価が行われた2017年の第84回会合において、酒石酸カリウムの評価も検討された。その結果、第17回専門家委員会及び第21回専門家委員会の評価を追認し、L-酒石酸並びにそのカリウム、ナトリウム及びカリウム-ナトリウム塩のADI 0~30 mg/kg 体重/日（L-酒石酸として）は妥当であるとしている。（参照 3、38）

また、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の解離成分であるL-リンゴ酸は、1999年の第53回会合で香料としての評価が行われており、香料として使用される場合、現在の摂取量では安全性に懸念を生じないとされている。なお、1969年の第13回会合でDL-リンゴ酸の評価が行われており、DL-リンゴ酸並びにそのナトリウム、カリウム及びカルシウム塩としてのグループADIを「not specified」（ただし、D-リンゴ酸及びその塩類を乳幼児に使用する場合を除く。）とされている。（参照 3、39、40）

③ 米国における評価

規格基準改正要請者から、添加物「炭酸カルシウム」の米国における評価に関する資料は提出されていない。

④ 欧州における評価

④-1 炭酸カルシウム

1990年、欧州食品科学委員会（SCF）は、添加物「炭酸カルシウム」を含むイオン化する塩類である添加物について、一部の塩類を除きそれぞれの陽イオン及び陰イオンの評価に基づく評価を行っている。カルシウムイオン及び炭酸イオンについては、それぞれ、グループADIを「not specified」としている。（参照 41）

2011年、欧州食品安全機関（EFSA）は、添加物「炭酸カルシウム」について再評価を行い、炭酸カルシウムを含む炭酸塩類のグループに対して、グループADIを「not specified」としたSCFと同意見であると結論付けている。（参照 42）

④-2 L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム

L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の安全性評価は確認できなかった。

上記④-1の1990年のSCFによる評価において、酒石酸及びリンゴ酸の評価が記載されており、JECFAが行った評価について、酒石酸はL-酒石酸としてのグループADIを30 mg/kg 体重/日とすること、リンゴ酸はグループADIをnot specifiedとすることのそれぞれを是認している。（参照 43）

(2) 栄養成分としての評価

各機関では、カルシウムについて表 6 のとおり評価がなされ、UL 等が設定されている。

表 6 各機関におけるカルシウムの UL 等

機関	UL (mg/人/日)
厚生労働省（基準告示）（総摂取量として）	2,500
IOM/FNB（総摂取量として）	年齢により異なる（成人で 2,000～2,500） ⁷
EFSA（総摂取量として）	2,500
UK EVM GL	1,500（GL） ⁸

① 厚生労働省における評価

2014 年 3 月に厚生労働省において取りまとめられた「日本人の食事摂取基準（2015 年版）」策定検討会報告書では、カルシウムの耐容上限量（UL）について、ミルクアルカリ症候群⁹の症例報告では、3,000 mg/日以上 of 摂取で血清カルシウムが高値を示していたことから、最低健康障害発現量を 3,000 mg/日、不確実性因子を 1.2 として、UL を 2,500 mg/日としている。なお、17 歳以下については、十分な研究報告がないため UL を定めていない。（参照 11）

② IOM/FNB における評価

1997 年、米国医学研究所（IOM）は、カルシウム摂取によるとされている有害事象の症例報告を検討し、用量相関性のあるデータが得られているミルクアルカリ症候群の症例報告に基づき LOAEL を設定することとしている。評価対象とした症例において、カルシウム摂取量の範囲が 1.5～16.5 g/日であり、中央値が 4.8 g/人/日であったことから、カルシウムの LOAEL を 5 g/日（通常食及びサプリメント由来を含む）と評価し、不確実係数を 2.0 として、UL を 2,500 mg/人/日としている。（参照 44）

2011 年、IOM は、上述の UL について再検討を行い、それぞれの年齢層における試験成績に基づき、幼児（0～6 か月）について 1,000 mg/人/日、幼児（7～12 か月）について 1,500 mg/人/日、子供（1～8 歳）について 2,500 mg/人/日、男女（9～18 歳）について 3,000 mg/人/日、男女（19～50 歳）について 2,500 mg/人/日、男女（51 歳～）について 2,000 mg/人/日、妊婦（14～18 歳）

⁷ 19 歳以上。妊婦・授乳婦を除く。

⁸ UL の設定が困難な場合に設定されることがある指標。安全性の評価に、UL と同様に用いられることがある。

⁹ ミルクアルカリ症候群は、「南山堂 医学大辞典」（2015）によれば、「大量の牛乳と炭酸カルシウムを含む制酸薬を主として消化性潰瘍の治療の目的で投与した症例に発症する。高カルシウム血症、高リン血症、アルカローシス、異所性石灰化及び腎不全などを主徴とした病態」とされている。カルシウムアルカリ症候群と記載される場合もある。

について 3,000 mg/人/日、妊婦（19～50 歳）について 2,500 mg/人/日、授乳婦（14～18 歳）について 3,000 mg/人/日、授乳婦（19～50 歳）について 2,500 mg/人/日としている。妊婦、授乳婦について、通常より低い UL を設定する根拠は認められないとしている。

UL の設定根拠について、IOM（2011）は次のように述べている。

まず、0～6 か月児については、81 名の幼児を対象としたランダム化試験から、NOAEL として 1,750 mg/人/日が得られている。これを体重の変化を考慮した不確実係数（UF）2 で除し、1,000 mg/人/日とした。次に、6～12 か月児については、出発点として 1,750 mg/人/日は妥当であるが、この年齢層のデータが少ないことから、不確定要素を考慮し、1,500 mg/人/日とした。また、1～8 歳児においては、IOM（1997）で設定した 2,500 mg/人/日で低すぎるという根拠はなく、体重や代謝能の増加を考慮しても妥当であると考えた。9～18 歳の人については、更に大きい骨への沈着速度を考慮し、3,000 mg/人/日と設定した。

次に、19～50 歳については、データが限られており、LOAEL、NOAEL を特定することができないため、51 歳以上について検討し、それを基に 19～50 歳について導くこととする。51 歳以上の成人においては、腎結石発生に関する報告（Jackson ら（2006））を根拠に LOAEL を 2,000 mg/人/日とした。この 2,000 mg/人/日を 19～50 歳の成人における UL 設定を検討するに当たり出発点とするが、若齢の成人ではカルシウムサプリメントは腎結石を引き起こさないと思われること、原則として、若齢の成人ではカルシウムサプリメントはあまり利用されていないが、腎結石の発生率は若齢の成人で高いこと及び高齢の人では、腎機能が徐々に低下するため、若齢の成人のカルシウム過剰に対する耐性は高齢の成人より高いことを基に、内挿法により、19～50 歳の成人における UL を、2,000 mg/人/日と 3,000 mg/人/日の中間である 2,500 mg/人/日とした。

なお、妊娠・授乳中の女性については、カルシウム要求量は非妊娠・非授乳中の女性のそれらと類似しているという証拠があること及び異なる UL を設定するデータが欠如していることから、妊娠・授乳中の女性の UL は、非妊娠・非授乳中の女性の UL と同じとした。（参照 45）

③ CRN における評価

2014 年、米国栄養評議会（CRN）は、カルシウムサプリメントを用いた臨床研究データに基づき、後述（⑤）の英国ビタミン・ミネラル専門家委員会（UK EVM）が設定したカルシウムサプリメントのガイダンスレベル（GL）1,500 mg/人/日に同意し、ULS¹を 1,500 mg/人/日としている。（参照 46）

④ SCF における評価

2003 年、SCF は、カルシウム摂取によるとされている有害事象の症例報告等を検討し、2,500 mg/人/日の摂取において摂取による有害事象が認められていないことから、NOAEL を 2,500 mg/人/日と評価し、不確実係数を 1.0 とし、UL を 2,500 mg/人/日としている。(参照 47)

2012 年、EFSA は、2003 年に SCF が設定した UL の再評価を行い、UL を変更する必要がある新たな知見は認められず、変更しないものとしている。(参照 48)

⑤ UK EVM における評価

2003 年、UK EVM は、カルシウムサプリメントを用いた消化器疾患の臨床研究データに基づき、LOAEL を 1,600 mg/人/日と評価しており、カルシウムサプリメントの GL を 1,500 mg/人/日としている。(参照 49)

II. 安全性に係る知見の概要

II-1. 炭酸カルシウム

「I. 7. 安定性 (p11)」の知見を踏まえれば、炭酸カルシウムは、胃内において炭酸イオンとカルシウムイオンに解離すると考えられることから、炭酸カルシウムに加え、その他のカルシウム塩に関する知見も併せ、総合的に添加物「炭酸カルシウム」の安全性に関する評価を行うこととした。

なお、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、酢酸カルシウムは胃内において酢酸イオンとカルシウムイオンに解離すると考えられ、酸化カルシウムは水中では水と反応して水酸化カルシウムとなり、空気中で炭酸ガスを吸収して炭酸カルシウムとなり、胃液と反応して容易にカルシウムイオンになると考えられるとされており、カルシウム塩を被験物質とした試験成績を用いて評価が行われている。したがって、評価に当たっては同評価書を参照することとした。

II-2. L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム

L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムは、炭酸カルシウム及びL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の混合物であることから、炭酸カルシウム及びL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩のそれぞれの安全性に係る知見を基に、総合的にL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの安全性に関する検討を行うこととした。

炭酸カルシウムについては、II-1を踏まえ、2016年に食品安全委員会による添加物評価書「炭酸カルシウム」における食品健康影響評価に用いられた知見以外に安全性に係る新たな知見として提出された、炭酸カルシウム及びその他のカルシウム塩に関する資料を基に、当該食品健康影響評価の評価結果とともに検討を行うこととした。

L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の安全性に係る知見は提出されていない。

規格基準改正要請者は、炭酸カルシウムに少量含まれるL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩について、有機酸塩の種晶として有機酸塩の結晶化の促進の目的での使用を前提とするため、結晶として沈殿した後、ろ過等でぶどう酒中から除去されるとしている。

また、仮にぶどう酒中に残存することになったとしても、ぶどう酒中ではL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩からの解離成分の状態で存在すると説明している。(参照 3)

以上のことから、L-酒石酸、L-リンゴ酸及びそれらの塩並びにカルシウム塩に関する安全性に係る知見を踏まえ、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の安全性を総合的に検討することとした。

L-酒石酸及びL-リンゴ酸については、種晶として有機酸塩の結晶化の促進への使用を前提とするため、結晶として沈殿した後、ろ過等でぶどう酒中から除去される。また、表 3、表 4 及び表 5 のとおり、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの添加（複塩法）により、ぶどう酒中のL-酒石酸及びL-リンゴ酸濃度は低下する。

さらに、規格基準改正要請者は、天然にも存在する添加物の春夏期における一日摂取量を調査した辻ら（1995）の報告を引用し、酒石酸及びリンゴ酸の日本人 1 人当たりの一日摂取量を報告している。(参照 3)

また、当該調査において報告されている酒石酸及びリンゴ酸の摂取量は、添加物としてDL-酒石酸、DL-リンゴ酸やその塩類が指定されているため、L-酒石酸及びL-リンゴ酸のみの摂取量ではないが、この報告による摂取量は天然成分も含むため、ほとんどがL-酒石酸及びL-リンゴ酸と考えられ、日本人 1 人当たりの一日摂取量は、酒石酸が 52.5 mg/日、リンゴ酸が 757.7 mg/日とそれぞれ説明している。(参照 3、50)

なお、規格基準改正要請者は、岩波理化学辞典 第 3 版（1971）を引用し、酒石酸、リンゴ酸には、L 体、D 体、DL 体（ラセミ体）、メソ体（酒石酸のみ）の光学異性体が存在し、自然界では L 体の状態で存在すると説明している。(参照 3、51)

以上のことから、自然界の酒石酸及びリンゴ酸をL-酒石酸及びL-リンゴ酸とした場合、①L-酒石酸及びDL-リンゴ酸は、添加物として指定されていること、②辻ら（1995）の報告のとおり、L-酒石酸及びL-リンゴ酸は、通常の食習慣において摂取されるものであること、③表 3、表 4 及び表 5 のとおり、L-酒石酸及びL-リンゴ酸は、除酸処理前から通常ぶどう酒に含まれること、④L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムは、果実酒（ぶどうを主原料として発酵させたものに限る）にのみ使用され、当該食品において、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩は有機酸塩の種晶として使用され、結晶沈殿し、ろ過等で取り除かれることが想定されること、⑤表 3、表 4 及び表 5 のとおり、L-酒石

酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの添加により、ぶどう酒中のL-酒石酸及びL-リンゴ酸は添加前より減少すること、⑥後述の「Ⅲ. 一日摂取量の推計等」のとおり、仮に添加したL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩が全てぶどう酒中に残存したとしても、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の添加によりぶどう酒中に生じるL-酒石酸及びL-リンゴ酸の量は、ぶどう酒から摂取するL-酒石酸及びL-リンゴ酸の量と比べ、十分に少ないと考えられ、これら①～⑥を踏まえ、L-酒石酸及びL-リンゴ酸に関する検討は必要ないと判断した。

1. 体内動態

(1) カルシウム

① ホメオスタシス

a. カルシウムのホメオスタシス（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）で引用（ハーパー・生化学 21 版（1988）））

人体には約 1 kg（体重の 1～2%）のカルシウムが含まれる。このうち 99% は骨に存在し、リン酸と共にヒドロキシアパタイト（リン酸カルシウム）結晶を形成している。

カルシウムは栄養素として生物学的に必須であり、生体内において許容濃度範囲に維持する恒常性維持機構（ホメオスタシス）が働いている。（参照 35）

b. カルシウムのホメオスタシス（IOM（2011））

血液中のカルシウムイオン濃度を狭い生理学的範囲（2.12～2.62 mM）に維持するため、主に副甲状腺ホルモン（PTH）とカルシトリオールが厳密な調節を行っている。この範囲からわずかでも低下すると、副甲状腺で発現しているカルシウム感受性受容体を介して PTH の分泌が増加する。PTH は腎臓に作用し、1 α -水酸化酵素（CYP27B1）を活性化してカルシジオール¹⁰からカルシトリオールへの変換を促すとともに、骨に作用し骨吸収を増加させる。カルシトリオールは腸管、骨、腎臓で発現しているその受容体の活性化を介して、血清中カルシウム濃度を上昇させる。一方、血清中のカルシウム濃度が上昇すると、副甲状腺のカルシウム感受性受容体を介して PTH の分泌が低下する。また、甲状腺の C 細胞からのカルシトニン（CT）分泌が増加し、骨吸収を抑制すること、血清中カルシウム濃度の低下に貢献する。腎臓でのカルシトリオールの産生は血清中リン濃度を低下させるホルモンである FGF23 により抑制される。

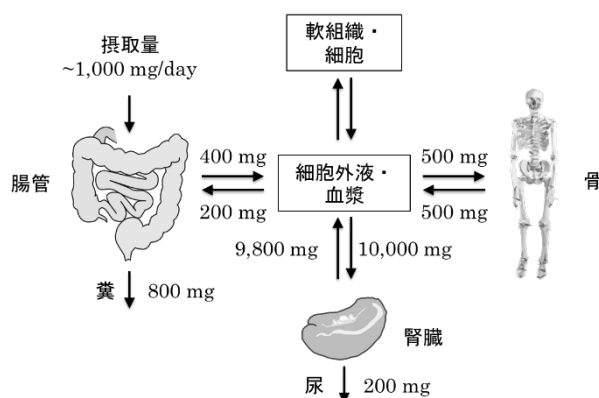
カルシトリオールは、副甲状腺に存在する受容体に作用し、PTH の産生と分泌を抑制する。（参照 52）

¹⁰ 原著では、「25OHD」と記載されている。

c. カルシウムのホメオスタシス (Blaine ら (2015))

カルシウムの過不足に応じて PTH、CT、カルシトリオールなどカルシウム代謝調節ホルモンの分泌が制御されている。これらの働きにより、腸管におけるカルシウム吸収、腎臓におけるカルシウム再吸収、骨におけるカルシウム出納が協調的に作用する結果、カルシウムの平衡が調節される。健康な成人は、800~1,000 mg/日のカルシウムを摂取する必要がある。食事として摂取したカルシウム 1,000 mg/日のうち約 400 mg/日が腸管で吸収され、約 200 mg/日が体内から腸管へ分泌されることにより失われる。したがって、正味のカルシウム吸収は約 200 mg/日となる。腎臓糸球体ろ過量は 170 L/日程度であり、10 g/日程度のカルシウムがろ過されている。ろ過されたカルシウムのうち 98~99%が尿細管で再吸収され、カルシウムの尿中排泄は 100~200 mg/日となる。(図 1) (参照 53)

図 1 成人におけるカルシウム出納



② 吸収

a. 吸収 (ヒト) (Barboza ら (2015))

カルシウム吸収は、カルシウム摂取量、消化管での滞留時間及び消化管各部位における溶解性に依存している。カルシウムの溶解性は pH の大きな影響を受ける。胃の酸性条件下ではカルシウムはほとんどイオン化する。カルシウムの主な吸収部位は小腸及び大腸であり、腸管の中では十二指腸における pH が最も低く、カルシウムは溶解しやすい。

Ca²⁺の吸収には、細胞内を通過する経路と細胞間隙を通過する経路がある。

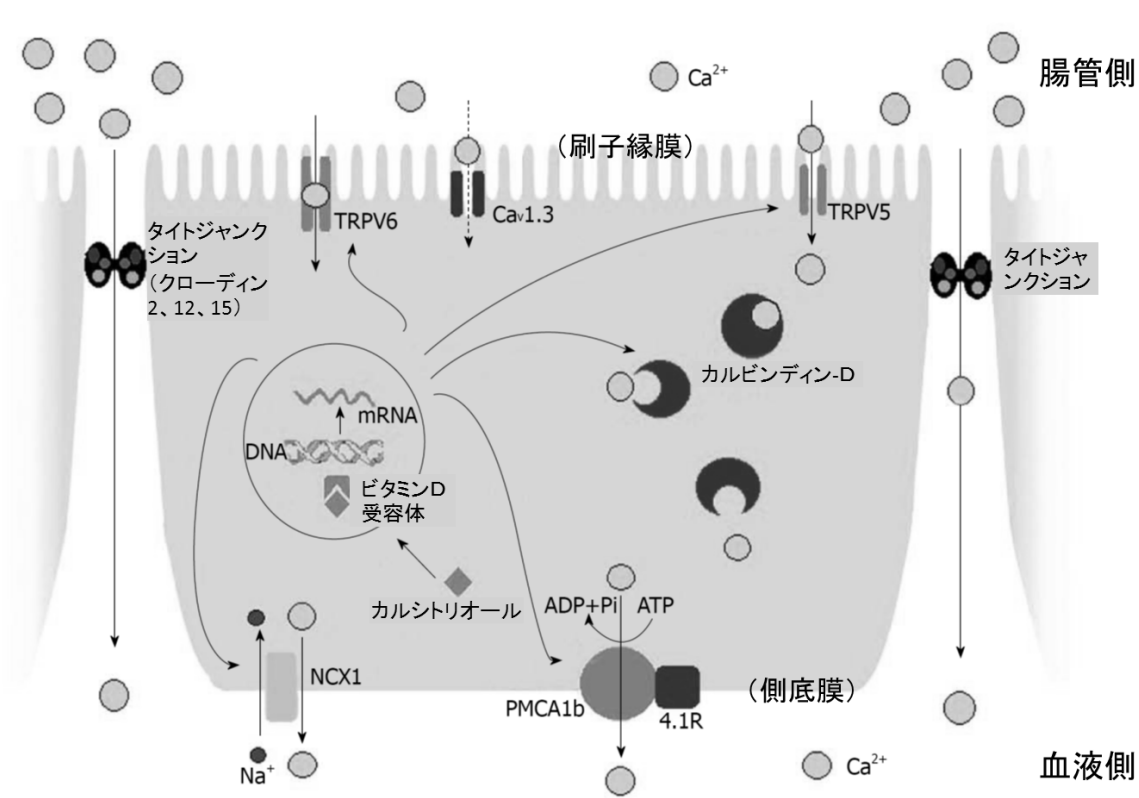
細胞内を通過する経路は 3 段階から構成されている。腸管上皮細胞の刷子縁膜では、Ca²⁺チャネルである TRPV6、TRPV5 及び Ca_v1.3 が発現しており、これらによって管腔から細胞内に Ca²⁺が流入する。細胞内では、Ca²⁺と高い親和性を有するカルビンディン-D9k によって刷子縁膜から側底膜へ輸送される。側底膜では主に Ca²⁺ATP アーゼである PMCA1b により、また一部は Na⁺・Ca²⁺交換輸送体である NCX1 により Ca²⁺が血液側に汲み出され

る。カルシトリオールはビタミン D 受容体と結合し、TRPV6、TRPV5、カルビンディン-D9k、PMCA1b 及び NCX1 の発現を増強することにより細胞内を通過する Ca^{2+} 吸収を増加させる。

細胞間隙を通過する経路では、電気化学的勾配に従って受動的に Ca^{2+} が輸送されており、クローディン 2、12、15 などのタイトジャンクションタンパク質がこの輸送に寄与している。カルシトリオールは、クローディン 2、12、15 の発現を増強し、細胞間隙を通過する Ca^{2+} 輸送を増加させる。(図 2、Barboza ら (2015) から改図)

PTH、甲状腺ホルモン、エストロジェン、プロラクチン、成長ホルモン、グルココルチコイド及び FGF23 も、直接的又は間接的(腎臓におけるカルシトリオールの産生調節)に Ca^{2+} 吸収を制御している。(参照 54)

図 2 腸管におけるカルシウム吸収機構の概略



b. 吸収(ヒト)(Blaine ら (2015) (再掲))

カルシウムは主に十二指腸、空腸及び回腸で吸収される。カルシウムは腸管上皮から、細胞間隙を通過する経路と細胞内を通過する経路の二つの異なる経路で吸収される。

細胞間隙を通過する経路は受動的であり、消化管内腔のカルシウム濃度が高い場合には主な吸収経路となる。カルシトリオールはこの経路のカルシウム透過性を上昇させる。

カルシウムは濃度依存的に微絨毛の頂端膜で発現しているカルシウムチャネルを介して腸管上皮細胞内に流入する。通常、消化管内腔のカルシウム濃度は細胞内カルシウム濃度より著しく高いため大きな濃度勾配が生じており、このカルシウムの受動的輸送を引き起こす。細胞内に流入したカルシウムはカルモジュリン・アクチン・ミオシン複合体 I と可逆的に結合し、一部は小胞に取り込まれた形態で側底膜付近に輸送される。カルシトリオールは腸管上皮細胞においてカルビンディン発現を増加させることにより作用する。カルビンディンがカルシウムと複合体を形成することにより、カルモジュリン複合体からカルシウムは遊離し、その結果、微絨毛からカルシウムが離れていく。この微絨毛からのカルシウムの離脱により、細胞内への流入が促進される。カルビンディン複合体から解離したカルシウムイオンは、 $\text{Na}^+ \cdot \text{Ca}^{2+}$ 交換輸送体により能動的に血液側に汲み出される。(参照 53)

c. 吸収（ヒト）（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）及び SCF（2003）で引用（McCormick（2002）））

幼児を除くヒトにおいて、全カルシウム吸収量の最大 8～23%が受動拡散により吸収される。(参照 35、47)

d. 吸収（ヒト）（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）及び SCF（2003）で引用（Heaney（2002）））

食事から摂取されたカルシウムの吸収率は、溶解性、化学形態、食品中のその他の因子の影響を受けて摂取量の 10～40%の範囲で変化する。

吸収されなかったカルシウムは腸管内で胆汁や食品由来の脂肪酸、シュウ酸と複合体を形成して糞中に排泄される。(参照 35、47)

e. 吸収（ヒト）（FAO/WHO（2004））

カルシウムの真の吸収率は、その摂取量の増加に伴い低下し、極めて摂取量が少ない場合は 70%程度であるが、摂取量が多いと約 35%に低下する。見かけの吸収率¹¹は、摂取量が少ない時は負の値を示すが、摂取量が増加するにつれ増加し、摂取量が 400 mg/人/日程度で最大の約 35%となり、それ以上では、摂取量の増加に従って低下する。

また、カルシウムは、摂取量が少ない場合には主に能動輸送により吸収され、摂取量の増加に従い、受動拡散による吸収が高まる。(参照 55)

f. 吸収（ヒト）（「日本人の食事摂取基準（2015 年版）」策定検討会報告書）

カルシウムの見かけの吸収率と摂取量は反比例するが、海外の研究におけ

¹¹ 見かけの吸収率 = ((摂取量 - 糞中排泄量) / 摂取量) × 100

る摂取量は、日本人の平均より高いことが多いため、報告された見かけの吸収率をそのまま日本人に用いると過小に評価してしまう可能性がある。(参照 11)

③ 分布

a. 分布（ヒト）（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）で引用（SCF（2003）））

遊離のカルシウムイオンは細胞質に約 0.1 μM 、細胞外液に約 1 mM 存在する。細胞膜のカルシウムポンプにより、細胞質と細胞外液とでカルシウムの濃度差は約 10,000 倍に保たれ、細胞質カルシウム濃度は一定範囲に厳密に制御されている。この細胞外液カルシウム濃度の制御には、骨、腎臓及び腸管に作用する三つのホルモン（PTH、カルシトリオール及び CT）が関わっている。また、細胞外からの流入又は細胞内の小胞体やミトコンドリア等からのカルシウム遊離による細胞質カルシウム濃度の上昇によって、ホルモンやカテコラミンのような生理活性物質の放出、筋収縮、細胞の分化等が起こる。（参照 47）

b. 分布（ヒト）（SCF（2003））

血液中には、三つの異なる形でカルシウムが存在している。遊離型カルシウムイオンとして約 45%、タンパク結合型として約 45%、陰イオン（クエン酸、リン酸、炭酸等）との複合体として約 10%存在する。（参照 47）

c. 分布（ヒト）（FAO/WHO（2004））

Extracellular fluid（ECF：細胞外液）に、カルシウムイオンとして約 4.8 mg/100 mL (1.2 mM)、カルシウム複合体として約 1.6 mg/100 mL (0.4 mM) 存在しており、また、血漿中でタンパク質結合型として約 3.2 mg/100 mL (0.8 mM) 存在する。（参照 55）

d. ヒトにおける試験（上西ら（2003））

健康な日本人女性 20 例（22～43 歳、そのうち 10 例が妊婦・授乳婦）について、妊娠約 28～36 週、出産後約 4～12 週に 7 日間の出納試験¹²が実施されている。

その結果、成人女性（非妊婦）の一日平均カルシウム摂取量は 684 mg/人/日であり、糞中に 530 mg/人/日、尿中に 105 mg/人/日のカルシウムを排泄し、見かけの吸収率は 23 %であった。妊婦では、一日平均 763 mg/人/日が摂取さ

¹² 摂取された食事を陰膳方式で全量採取し、同時に尿及び糞を全て回収し、食事、尿、糞中のカルシウムを原子吸光法で測定してカルシウム出納を算出する。

れ、糞中に 463 mg/人/日、尿中に 182 mg/人/日のカルシウムが排泄、見かけの吸収率は 42 %であった。

上西らは、妊娠期にはカルシウム吸収率が高まるとしている。(参照 56)

e. ヒトにおける試験（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）で引用（Zhu ら（2008）））

中国人女子 92 例（試験開始時 9.5～10.5 歳）について、試験開始時及び 1～5 年後のある 3 日間の食事からのカルシウム摂取量を算出し、二重エネルギー X 線吸収測定法（DXA 法）で全身の骨塩量を測定する試験が実施されている。

その結果、カルシウムの摂取量は 444.1 mg/人/日、蓄積量¹³は 162.3 mg/人/日であり、摂取量と蓄積量から算出される蓄積率は 40.9 %であった¹⁴。（参照 11、35）

④ 排泄

a. ヒトにおける試験（Charles ら（1983））

カルシウム出納試験と ⁴⁷Ca を用いた体内動態試験を組み合わせた試験が実施されている。

その結果、経皮的損失量は 60 mg/人/日（1.50 mmol/人/日）であった。カルシウムの経皮的損失量は、血清カルシウム濃度の上昇に伴って増える。（参照 57）

b. ヒトにおける試験（Charles ら（1991））

健常人 17 例によるカルシウム出納試験と ⁴⁷Ca を用いた体内動態試験を組み合わせた試験が実施されている。

その結果、健常人におけるカルシウムの経皮的損失量は 36～96 mg/人/日であった。なお、カルシウムの経皮的損失量は、尿中排泄量の 50%程度となる場合もあり、血清カルシウム濃度の上昇に伴ってカルシウムの経皮的損失量は増加する。また、カルシウムの経皮的損失量は、多汗により増加する。（参照 58）

c. 排泄（ヒト）（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）で引用（Itoh ら（1998）））

健康な日本人男性 349 例と日本人女性 406 例（いずれも 20～79 歳）につ

¹³ 蓄積量＝摂取カルシウム量－（糞便中排泄量＋尿中排泄量）

¹⁴ 「日本人の食事摂取基準（2015 年版）」策定検討会報告書によれば、この報告のカルシウム摂取量（444 mg/人/日）は、同年齢の日本人女子よりも約 200 mg/人/日少ないことが指摘されている。また日本人、特に小児を対象とした研究は行われていないとされている。

いて、たん白質摂取量とカルシウム尿中排泄量に関する横断的研究が実施されている。

その結果、性別、体重、尿中ナトリウム排泄量及びカルシウム摂取量の交絡因子にかかわらず、1 g の動物性たん白質がエネルギーに代謝されるのに伴い、1~2 mg のカルシウム尿中排泄量の増加が認められ、100 mg のナトリウム摂取量の増加に伴い、0.5~1 mg のカルシウム尿中排泄量の増加が認められた。(参照 35)

d. 排泄（ヒト、モルモット等）(Guéguen & Pointillart (2000))

ヒトやモルモットは尿中に大量のカルシウムを排泄する一方、ブタやラットでは尿中への排泄が少なく、また、ラットでは骨格が絶えず成長を続けるため、ヒトの成人に匹敵する骨再形成段階には到達しない。(参照 59)

e. 排泄（ヒト）(SCF (2003))

成人では、8~10 g/人/日のカルシウムが糸球体でろ過される。通常、その98%が尿細管から再吸収されるが、その内訳は、遠位尿細管における能動輸送によるものが20%で、残りは主として近位尿細管における受動拡散による。

カルシウムの尿中排泄量は、幼児で40 mg/人/日、思春期前の小児で80 mg/人/日、成人で150~200 mg/人/日とされている。また、カルシウムは腸管内にも分泌され、その85%が食事性カルシウムと同じ吸収効率で再吸収される。また、健常人では、腸管内に分泌されたカルシウムのうち80~224 mg/人/日のカルシウムが糞中に排泄される。(参照 47)

f. 排泄（ヒト）(トートラ 人体の構造と機能（原書第13版、編訳第4版）(2012)、標準生理学（第7版）(2009))

ヘンレ上行脚では管腔内電位が正であることから、糸球体でろ過されたカルシウムの20%程度が受動輸送で再吸収されると考えられる。(参照 60、61)

g. 排泄（ヒト）(Blaine ら (2015) (再掲))

腎臓糸球体でろ過されたカルシウムのうち約60~70%が近位尿細管で、20%がヘンレ上行脚で、10%が遠尿細管までで、5%が集合管まででそれぞれ再吸収される。近位尿細管におけるカルシウムの再吸収は主に受動拡散と溶媒牽引に依存しており、80%が細胞間隙を通過する受動拡散である。しかし、尿細管腔液から頂端膜を通過する上皮細胞への流入と側底膜での血液側への汲出しから構成されているカルシウムの能動輸送も認められており、この経路は近位尿細管におけるカルシウム再吸収の10~15%であり、主にPTHとCTによる調節を受けている。

ヘンレ上行脚でも、細胞間隙を通過する受動拡散と細胞内を通過する能動

輸送によりカルシウムは再吸収されている。受動拡散の起動力は電気化学的勾配であり、頂端膜における $\text{Na}^+\text{-K}^+\text{-2Cl}^-$ 共輸送体である NKCC2 と腎外側延髄 K^+ チャネル (ROMK) がこの起動力を生じさせる。ヘンレ上行脚におけるカルシウムの再吸収には、側底膜で発現しているカルシウム感受性受容体も関連しており、タイトジャンクションタンパク質であるクロードイン 14 やクロードイン 16 の発現調節を介してカルシウム透過性に影響を及ぼしている。カルシウム代謝調節ホルモンである PTH はヘンレ上行脚における能動的なカルシウム再吸収を促進している。

遠位尿細管では、細胞内を通過する経路でカルシウムが再吸収されている。この経路は三つの段階から構成されており、電気化学的勾配に逆らった能動輸送となっている。頂端膜ではカルシウムチャネルである TRPV5 によりカルシウムが細胞内に流入する。TRPV5 により細胞質に流入したカルシウムはカルビンディン-D28k と結合し、側底膜に輸送される。側底膜では主に Ca^{2+}ATP アーゼである PMCA1b とナトリウム・カルシウム交換輸送体である NCX1 によりカルシウムイオンは血液側に能動的に汲み出される。(参照 53)

(2) 炭酸カルシウム

吸収

ヒト経口投与試験 (Heaney ら (1999))

健康な成人男女 37 例に、 ^{45}Ca 炭酸カルシウム (女性 17 例にカルシウムとして 300 mg、男女各 10 例に 1,000 mg) (炭酸カルシウムの形態不明) を単回経口摂取させる試験が実施されている。

その結果、カルシウムの吸収率は、300 mg 投与群で 34.2%、1,000 mg 投与群で 30.1%であった。(参照 62)

(3) その他のカルシウム塩

吸収

① 吸収 (ラット) (添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013) で引用 (Cai ら (2004)))

SD ラット (各群 10 匹) に ^{45}Ca 酢酸カルシウム (カルシウムとして 3.6、25 mg) を経口投与する試験が実施されている。

その結果、酢酸カルシウム腸管吸収の割合は、3.6 mg 投与群で $60\pm 6\%$ 、25 mg 投与群で $45\pm 5\%$ であった。

また、同報告によれば、SD ラット (各群 10 匹) に ^{45}Ca 酢酸カルシウム (カルシウムとして 25 mg) を経口投与する試験が実施されている。

その結果、48 時間後にその約 82%が糞中に、約 0.1%が尿中に排泄され、約 18%が体内に保持された。(参照 35)

② ヒト経口投与試験（再掲）（Heaney ら（1999））

健康な成人男女 37 例に、 $[^{45}\text{Ca}]$ クエン酸カルシウム（女性 17 例にカルシウムとして 300 mg、男女各 10 例に 1,000 mg）を単回経口摂取させる試験が実施されている。

その結果、カルシウムの吸収率は、300 mg 投与群で 37.9%、1,000 mg 投与群で 26.8%であった。また、1,000 mg を経口摂取させた場合、クエン酸塩としてのカルシウムの吸収率は炭酸塩としてのカルシウムの吸収率より低かったが、その差はわずかであった。（参照 62）

（4）体内動態のまとめ

炭酸カルシウムは、胃内において炭酸イオンとカルシウムイオンに解離すると考えられる。カルシウムの過不足に応じて分泌が調節される PTH、CT、カルシトリオール等のカルシウム代謝調節ホルモンにより、腸管におけるカルシウム吸収、腎臓におけるカルシウム再吸収（尿中カルシウム排泄）及び骨におけるカルシウム出納が調節され、その結果、血清中カルシウム濃度は狭い生理学的範囲に維持される。カルシウムの見かけの吸収率と摂取量は反比例し、炭酸カルシウムとして摂取したカルシウムの吸収率もその摂取量の増加に伴い減少する。また、カルシウムの経皮的損失量は、尿中排泄量の 50%程度となる場合もあり、血清カルシウム濃度の上昇に伴ってカルシウムの経皮的損失量は増加する。本専門調査会は、炭酸カルシウムの食品健康影響評価を行うに当たり、カルシウムの高いホメオスタシスに着目する必要があると考えた。

2. 毒性

（1）遺伝毒性

使用基準改正要請者から、炭酸カルシウムの遺伝毒性についての報告は提出されていない。その他のカルシウム塩の試験成績は、表 7 のとおりである。

表 7 その他のカルシウム塩に関する遺伝毒性の試験成績

指標	試験種類	試験対象	被験物質	用量等	試験結果概要	参照
DNA 損傷	コメット試験 (<i>in vitro</i>)	マウスリンフォーマ細胞 (L5178Y)	水酸化カルシウム	最高用量 80 $\mu\text{g/mL}$	陰性	Ribeiro ら (2004) (参照 63)
		ヒト線維芽細胞			陰性	
遺伝子突然変異	復帰突然変異試験	細菌 (<i>Salmonella typhimurium</i> TA1535、	酸化カルシウム	0.00125% (w/v) (プレート法)	陰性 (代謝活性化系の有無にかかわらず)	添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013) で引用

	(<i>in vitro</i>)	TA1537、TA1538)		0.000625 及び 0.00125% (w/v) (懸濁法)	ず)	(Litton Bionetics, Inc. (1975)) (参照 35)
		細菌 (<i>S. typhimurium</i> TA92、TA94、TA98、TA100、TA1535、TA1537)	塩化カルシウム	最高用量 5.0 mg/plate	陰性 (代謝活性化系の有無にかかわらず)	石館ら (1980, 1984)、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)で引用 (石館ら (1991)) (参照 64、65、35)
		細菌 (<i>S. typhimurium</i> TA97、TA98、TA100、TA102)	水酸化カルシウム	最高用量 10 mg/plate	陰性 (代謝活性化系の有無にかかわらず)	添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)で引用 (石館ら (1985, 1991)) (参照 35)
	体細胞組換え試験	酵母 (<i>Saccharomyces cerevisiae</i> D4)	酸化カルシウム	0.0375 及び 0.075% (w/v)	陰性 (代謝活性化系の有無にかかわらず)	添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)で引用 (Litton Bionetics, Inc. (1975)) (参照 35)
染色体異常	染色体異常試験 (<i>in vitro</i>)	ほ乳類培養細胞 (チャイニーズ・ハムスター肺細胞由来、CHL/IU)	塩化カルシウム	最高用量 4.0 mg/mL	擬陽性 (4.0 mg/mL) 代謝活性化系非存在下の 24 時間連続処理 陰性 (4.0 mg/mL) 代謝活性化系非存在下の 48 時間連続処理	石館ら (1980, 1984)、祖父尼ら (1998) (参照 64、65、66)
			水酸化カルシウム	最高用量 0.25 mg/mL	陰性 (代謝活性化系の非存在下)	(祖父尼ら (1998) (参照 66)

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、塩化カルシウムの *in vitro* 染色体異常試験において最高用量で擬陽性が認められたが、限界用量の 10 mM¹⁵を超える用量においてのみで

¹⁵ 化学物質の試験に関する OECD ガイドライン TG473 (*in vitro* 哺乳類細胞染色体異常試験)において、沈殿も処理濃度を規定する細胞毒性も認められない場合、最高試験濃度は 10 mM、2 mg/mL 又は 2 µL/mL のうち、最も低い濃度とするとされている。

あり、生体にとって特段問題となる染色体異常誘発性の証拠は得られていないとしている。

本専門調査会としては、擬陽性となった試験と同様の条件での 48 時間の処理では陰性であったこと、その他の試験結果では遺伝毒性を有することを示す証拠が得られていないことから、添加物「炭酸カルシウム」には生体にとって特段問題となる遺伝毒性はないものと考えた。

(2) 急性毒性

炭酸カルシウム及びその他のカルシウム塩を被験物質とした急性毒性に関する試験成績は表 8 のとおりである。

表 8 炭酸カルシウム及びその他のカルシウム塩の単回経口投与試験における LD₅₀

動物種 (性別)	被験物質	LD ₅₀ (mg/kg 体重) (カルシウムとして)	参照
マウス (雌雄)	生石灰 (酸化カルシウム)	雄：4,226 (3,014) 雌：4,052 (2,890)	添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)で引用(川原(1992))参照 35)
マウス (雌雄)	塩化カルシウム	雄：2,045 (556) 雌：1,940 (528)	添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)で引用(赤塚ら(1977))参照 35)
ラット (不明)	炭酸カルシウム	6,450 (2,577)	添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)で引用(Health Council of the Netherlands (2003))参照 35)
ラット (雌)	炭酸カルシウム	2,000 以上	添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)で引用(EFSA (2011))参照 35、42)
ラット (不明)	酢酸カルシウム	4,280	添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)で引用(Smyth ら(1969))参照 35)
ラット (雌雄)	生石灰 (酸化カルシウム)	雄：5,000 (3,566) 雌：5,916 (4,220)	添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)で引用(川原(1992))参照 35)
ラット (不明)	水酸化カルシウム	7,340 (3,962)	添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)で引用(Smyth ら(1969), FASEB (1975)で引用)参照 35)
ラット (雌雄)	塩化カルシウム	雄：3,798 (1,033) 雌：4,179 (1,137)	添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)で引用(赤塚ら(1977))参照 35)
ラット (不明)	グルコン酸カルシウム	10,000 (930)	添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)で引用(SCF (2003)で引用(Sarabia ら(1999))参照 35)

(3) 反復投与毒性

① 炭酸カルシウム

a. マウス 12 週間経口投与試験 (Penman ら (2000))

C57BL/6 マウス (雄、各群 10 匹) に、炭酸カルシウムを表 9 のとおり投与群を設定して、12 週間混餌投与する試験が実施されている。

表 9 用量設定 (カルシウムとして)

用量設定 (%)	0.5 (対照群)	1
mg/kg 体重/日に換算 (mg/kg 体重/日)	750	1,500

その結果、投与に関連した変化は認められなかった。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、本試験は適切な対照群が設定されていないことから、NOAEL を得ることはできないと判断している。(参照 35、67)

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断を踏まえ、一用量のみの試験であり、詳細が確認できないことから、NOAEL を得ることはできないと判断した。

b. ラット 14 日間経口投与試験 (EFSA (2011) で引用 (Puerro Vicente ら (1993)))

SD ラット (雄、各群 10 匹) に、炭酸カルシウムを表 10 のとおり投与群を設定して、14 日間混餌投与する試験が実施されている。

表 10 用量設定

用量設定 (カルシウムとして) (%)	0.71 (対照群)	4	8
mg/kg 体重/日に換算 (炭酸カルシウムとして) (mg/kg 体重/日)	約 900 ¹⁶	約 5,000	約 10,000
mg/kg 体重/日に換算 (カルシウムとして) (mg/kg 体重/日 ¹⁷)	約 360	約 2,000	約 4,000

¹⁶ 4、8%投与群の 5,000、10,000 mg/kg 体重/日への換算を基に、0.71%から換算

¹⁷ JECFA で用いられている換算値 (IPCS: EHC240) を用いて摂取量を推定。

種	最終体重 (kg)	摂餌量 (g/動物/日)	摂餌量 (g/kg 体重/日)
マウス	0.02	3	150
ラット (若)	0.10	10	100
ラット (老)	0.40	20	50
羊	60	2,400	40

その結果、4%投与群以上において、摂餌量の減少、体重増加抑制、血中カルシウムの増加（投与 2 日後）及び僅かな減少（投与 14 日後）が認められた。

Puerro Vicente らは、4%投与群以上で認められた体重増加抑制について、摂餌量の低下によるものとしている。また、被験物質投与に関連した他の変化は認められなかった。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）において、本試験の投与期間が短いことから NOAEL を得ることはできないと判断している。（参照 35、42）

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断を踏まえ、本試験では被験物質投与に関連した他の変化は認められなかったとされているが、EFSA（2011）の記載からではその詳細が不明であり、本試験の投与期間が短いことから、NOAEL を得ることはできないと判断した。

c. ラット 4 週間経口投与試験（Takasugi ら（2005））

Wistar ラット（雄、各群 5 匹）に、炭酸カルシウム又はクエン酸カルシウムを表 11 のとおり投与群を設定して、4 週間混餌投与する試験が実施されている。

表 11 用量設定（カルシウムとして）

①炭酸カルシウム	用量設定（%）	0.5（対照群）	2.5
	mg/kg 体重 / 日に換算 （mg/kg 体重/日 ¹⁸ ）	250	1,250
②クエン酸カルシウム	用量設定（%）	2.5	
	mg/kg 体重 / 日に換算 （mg/kg 体重/日 ¹⁸ ）	1,250	

その結果、以下の所見が認められた。

- ・炭酸カルシウム及びクエン酸カルシウム 2.5%投与群において、摂餌効率の減少、体重増加抑制、血漿中リン含有量の減少、精巣、肝臓及び大腿骨の鉄含有量の減少、腎臓の銅含有量の減少並びに肝臓の銅含有量の増加
- ・炭酸カルシウム 2.5%投与群において、大腿骨の亜鉛含有量の増加及びマグネシウム含有量の減少

¹⁸ 換算は EFSA（2011）による。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、本試験が一用量のみの試験であることから、NOAELを得ることはできないと判断している。(参照 35、42、68)

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断のとおり、NOAELを得ることはできないと判断した。

d. ラット 91 日間経口投与試験 (EFSA (2007))

SD ラット (雌雄、各群 20 匹) に、炭酸カルシウム又はクエン酸リンゴ酸カルシウムを表 12 のとおり投与群を設定して、91 日間混餌投与する試験が実施されている。

表 12 用量設定 (カルシウムとして)

	用量設定 (%)	mg/kg 体重/日に換算
① 炭酸カルシウム	0.5	250 mg/kg 体重/日以下
② 炭酸カルシウム＋クエン酸＋リンゴ酸	0.5	250 mg/kg 体重/日以下
③ クエン酸リンゴ酸カルシウム	0.5	250 mg/kg 体重/日以下
④ 炭酸カルシウム＋クエン酸リンゴ酸カルシウム	1.0	500 mg/kg 体重/日以下
⑤ 炭酸カルシウム	1.0	500 mg/kg 体重/日以下

その結果、以下の所見が認められた。

- ・④群の雌雄及び⑤群の雌で摂餌量の増加
- ・②群の雌で大腿骨のリン含有量の増加
- ・全群の雌雄で腎臓の石灰化。なお、雄において、①～③群と比較して④・⑤群の重症度が高く、また、同一群間で比較すると、雄と比べて雌の重症度が高かった。

EFSA は、④群の雌雄及び⑤群の雌で増加が認められた摂餌量について、体重増加が認められていないことから、摂餌効率の違いによるものとしている。また、腎臓に認められた石灰化について、ラットは食餌によりカルシウムとリンのホメオスタシスが影響を受け、腎尿細管上皮の鉍質化を起こしやすい種であることが知られていることから、ヒトの安全性評価に外挿することは適切でないとしている。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、腎臓の石灰化の詳細について、原著による確認が可能な

いことから NOAEL を得ることはできないと判断している。(参照 35、69)

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断を踏まえ、EFSA (2007) においてもカルシウム濃度は標的としたレベルより低かったと記載されており、餌中のカルシウム濃度に関して定量性が担保されていないため試験結果の信頼性が乏しいこと及び一用量の試験であることから、NOAEL を得ることはできないと判断した。

e. ラット 31 週間経口投与試験 (Bogden ら (1991))

離乳した Wistar ラット (雄、各群 8 匹) に、炭酸カルシウムを表 13 のとおり投与群を設定して、31 週間混餌投与し、同時に鉛 (0、1.0、100 mg/L) を飲水投与する試験が実施されている。

表 13 用量設定 (カルシウムとして)

用量設定 (%)	0.2	4
mg/kg 体重/日に換算 (mg/kg 体重/日 ¹⁷⁾)	200	4,000

その結果、以下の所見が認められた。

- ・4%投与群 (鉛 0 mg/L) において、死亡例 4 例 (腎臓結石等、1 例で異型移行上皮過形成を伴う腎盂腎盂の結石と尿細管の拡張、3 例で間質におけるリンパ球性炎症細胞浸潤)
- ・4%投与群において、血圧上昇、体重増加抑制傾向、精巣及び肝臓の鉄含有量の増加並びに大腿骨のマグネシウム及び鉄含有量の減少

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013) において、本試験における死亡、腎結石及び尿細管結石、血圧上昇に係る NOAEL を 200 mg/kg 体重/日と評価している。ただし、本試験は用量設定の公比が 20 倍離れていることから、カルシウム塩全体の NOAEL の判断には用いないこととしている。(参照 35、70)

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断を踏まえ、適切な対照群が設定されていないことから、NOAEL を得ることはできないと判断した。

f. ラット 1 年間経口投与試験 (Bogden ら (1992))

離乳した SD ラット (雄、各群 8 匹) に、炭酸カルシウムを表 14 のとおり投与群を設定して、1 年間混餌投与し、同時に鉛 (0、50、100 mg/L) を飲水投与する試験が実施されている。

表 14 用量設定（カルシウムとして）

用量設定（%）	0.1（低）	0.5（通常）	2.5（高）
mg/kg 体重/日に換算（mg/kg 体重/日 ^{17）}	100	500	2,500

その結果、2.5%投与群において、血漿中カルシウムイオン濃度の増加（鉛 50 mg/L）、血漿中マグネシウム濃度の減少（鉛 0、50 mg/L）、血液中鉛濃度の減少（鉛 100 mg/L）、精巣の鉄含有量の減少¹⁹、大腿骨のカルシウム含有量の増加（鉛 0～100 mg/L）、大腿骨のマグネシウム含有量の減少（鉛 0～100 mg/L）、大腿骨の銅含有量の増加（鉛 100 mg/L）及び腎臓のカルシウム含有量の減少（鉛 50 mg/L）が認められた。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）において、2.5%投与群の血液及び各臓器で認められた各ミネラルの含有量変化は毒性学的に有意な所見ではないと考え、本試験の NOAEL を本試験の最高用量である 2,500 mg/kg 体重/日と判断している。（参照 35、71）

本専門調査会としては、一用量の試験であることから、NOAEL を得ることはできないと判断した。なお、血液及び各臓器で認められた各ミネラルの含有量変化は臓器重量や組織学的な変化を伴うものであるかの記述はなく、その他に一般的な毒性試験で検査される項目に関する記載も見られないことから、毒性学的な意義に関して判断できないと考えた。

g. イヌ 91 日間経口投与試験（EFSA（2007））

ビーグル犬（雌雄、各群 4 匹）に、炭酸カルシウム又はクエン酸リンゴ酸カルシウムを表 15 のとおり投与群を設定して、91 日間混餌投与する試験が実施されている。

表 15 用量設定（カルシウムとして）

①	用量設定（%）	mg/kg 体重/日に換算
② 炭酸カルシウム	1.0	250 mg/kg 体重/日以下
③ 炭酸カルシウム＋クエン酸＋リンゴ酸	1.0	250 mg/kg 体重/日以下
④ クエン酸リンゴ酸カルシウム	1.0	250 mg/kg 体重/日以下
⑤ 炭酸カルシウム＋クエン酸リンゴ酸カルシウム	2.0	500 mg/kg 体重/日以下
⑥ 炭酸カルシウム	2.0	500 mg/kg 体重/日以下

¹⁹ 鉛の量が異なる群間での有意差検定の結果は示されていない。

その結果、投与に関連した影響は確認されなかった。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、本試験の NOAEL を本試験の最高用量である 500 mg/kg 体重/日と判断している。(参照 35、69)

本専門調査会としては、EFSA (2007) においてもカルシウム濃度は標的としたレベルより低かったと記載されており、餌中のカルシウム濃度に関して定量性が担保されていないため試験結果の信頼性が乏しいこと及び一用量の試験であることから、NOAEL を得ることはできないと判断した。

② その他のカルシウム塩

a. ラット 1 年間経口投与試験 (Pamukcu ら (1977))

ラット (性別不明: 各群 20 匹) に、塩化カルシウムを表 16 のとおり投与群を設定して、12 か月間混餌投与する試験が実施されている。

表 16 用量設定 ²⁰

用量設定 (%)	0 (対照群)	2
mg/kg 体重/日に換算 (mg/kg 体重/日 ¹⁷)	0	2,000
mg/kg 体重/日に換算 (カルシウムとして) (mg/kg 体重/日)	0	721

その結果、生存率、体重、摂餌量、病理組織学的検査 (脳、心臓、肝臓、脾臓、尿路及び消化管) 及び発がん性 (消化管、膀胱) において、被験物質の投与に関連した変化は認められなかった。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013) において、本試験は一用量のみの試験であることから、NOAEL を得ることはできないと判断している。(参照 35、72)

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断のとおり、NOAEL を得ることはできないと判断した。

b. ブタ 28 日間経口投与試験 (添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013) で引用 (Hall ら (1991)))

Hampshire-Yorkshire 交雑種ブタ (雌雄、各群 4 匹) に、第二リン酸カルシウムと石灰石を表 17 のとおり投与群を設定して、28 日間混餌投与する試験が実施されている。

²⁰ 基礎飼料へ添加した量。基礎飼料中のカルシウム濃度は不明。

表 17 用量設定

群	カルシウム用量（カルシウムとして）（%（mg/kg 体重/日））	リン用量（%（mg/kg 体重/日））
①	0.3（120）	0.3（120）
②	0.6（240）	0.3（120）
③	0.9（360）	0.3（120）
④	0.6（240）	0.6（240）
⑤	1.2（480）	0.6（240）
⑥	1.8（720）	0.6（240）
⑦	0.9（360）	0.9（360）
⑧	1.8（720）	0.9（360）
⑨	2.7（1,080）	0.9（360）

その結果、以下の所見が認められた。これらはそれぞれ、投与 28 日後まで（大部分は 3 週から 4 週までの間）に死亡し、死因は内出血であった。

- ・⑤群において、2 匹死亡
- ・⑥群において、2 匹死亡
- ・⑧群において、2 匹死亡
- ・⑨群において、8 匹全て死亡

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）において、本試験は死亡以外の所見について報告されていないことから、NOAEL を得ることはできないと判断している。（参照 35）

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断のとおり、NOAEL を得ることはできないと判断した。

c. イヌ 2 週間経口投与試験（Zawada ら（1986））

イヌ（雌、各群 10 匹）に、グルコン酸カルシウムを表 18 のとおり投与群を設定して、ビタミン D（10,000 U/kg）と共に 2 週間強制経口投与する試験が実施されている。

表 18 用量設定²⁰

用量設定（mg/kg）	0（対照群）	100
mg/kg 体重/日に換算（カルシウムとして）（mg/kg 体重/日 ²¹ ）	0	8.9

その結果、重度な高カルシウム血症、低マグネシウム血症、多尿症、カルシウム、ナトリウム及びマグネシウムの分画排泄率の増加、収縮期血圧の低

²¹ $\text{C}_{12}\text{H}_{24}\text{CaO}_{15}$: 分子量 448.39（一水和物）として計算。

下、心拍出量の低下、腎血管抵抗の増大並びに全末梢動脈抵抗の増大が認められた。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、本試験は一用量のみの試験であることから、NOAELを得ることはできないと判断している。(参照 35、73)

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断のとおり、NOAELを得ることはできないと判断した。

③ 反復投与毒性のまとめ

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、炭酸カルシウム及びその他のカルシウム塩を用いた種々の反復投与試験の結果では、被験物質の投与に起因した変化として、腎臓におけるカルシウム沈着や、種々の臓器における鉄などのミネラルの減少が認められたが、その詳細を確認できる限りにおいては、いずれも毒性学的に有意な所見とは考えられなかったとして、カルシウム塩の NOAEL を、Bogden ら (1992) の報告による「(3) ① f. ラット 1 年間経口投与試験」の成績における最高用量である 2,500 mg/kg 体重/日 (カルシウムとして) と判断している。(参照 35)

本専門調査会としては、参照した反復投与試験は、カルシウムの摂取が生体内のカルシウム又はその他のミネラルに与える影響を観察することを目的とした栄養学的な試験であり、標準的な毒性試験で行われるような投与群・対照群の設定、血液・血清生化学的検査や病理組織学的検査等を行わない計画で実施されている試験であると考え、したがって、参照した反復投与試験で観察された変化のみでは毒性学的な意義を判断できず、これらの試験から NOAEL を求めることはできなかった。

しかしながら、必要量を大きく上回る量の炭酸カルシウムを投与した際に、体重増加の抑制、摂餌量の減少、飼料効率の低下及び各種ミネラルの体内レベルへの影響が複数の知見で認められており、NOAEL の判断や量的な評価は行えないものの、必要量を大きく上回る量の炭酸カルシウムは生体に対して体重、摂餌及びミネラルの恒常性等に影響を与えるものと考えられた。

(4) 発がん性

添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、酢酸カルシウム及び酸化カルシウムの発がん性について記述した報告は見出せず、国際機関等 (欧州化学品局 (ECB)、米国環境保護庁 (EPA) 及び米国国家毒性プログラム (NTP)) による発がん性評価も行われていない。

また、使用基準改正要請者から、炭酸カルシウム及びその他のカルシウム塩の発がん性についての報告は提出されていない。なお、以下は参考資料である。

① ラット二段階発がん性試験（Cohen ら（1991））

F344 ラット（雄、各群 40 匹）に、イニシエーション処理として 0.2% N-[4-(5-ニトロ-2-フリル) -2-チアゾリル]ホルムアミド（FANFT）を 6 週間混餌投与後、炭酸カルシウム及びサッカリンナトリウムを表 19 のとおり投与群を設定して、プロモーションの段階で 72 週間混餌投与する二段階膀胱発がん試験が実施されている。

表 19 用量設定

群	イニシエーション FANFT 処理	プロモーション処理	
①	(＋)	炭酸カルシウム：1.15%	－
②		炭酸カルシウム：1.15%	サッカリンナトリウム：5.00%
③（対照群）		－	サッカリンナトリウム：5.00%
④（対照群）		－	－
⑤（対照群）	(－)	－	サッカリンナトリウム：5.00%
⑥（対照群）		－	－

その結果、炭酸カルシウム投与群で被験物質の投与に関連する影響は認められなかった。（参照 74）

② ハムスター81 週間頬袋塗布発がん性試験（Dunham ら（1966））

Syrian ハムスター（各群 5～6 匹、対照群 4～14 匹）に、水酸化カルシウムを表 20 のとおり投与群を設定して、右頬袋の壁と基底部に連続 5 日間/週、平均 81 週間投与する実験が実施されている。

表 20 用量設定

群	動物数	投与物質
①	6	水酸化カルシウム（250 mg/日）
②	5	水酸化カルシウム（250 mg/日）＋ガンビール（250 mg/日）
③	6	水酸化カルシウム（250 mg/日）＋かぎタバコ（250 mg/日）
④	6	午前中に水酸化カルシウム塗布（250 mg/日）、午後にかぎタバコ（250 mg/日）
⑤	6	午前中に水酸化カルシウム塗布（250 mg/日）、午後にはコーンスターチ塗布（250 mg/日）
⑥（対照群）	14	ガンビール（250 mg/日）
⑦（対照群）	7	かぎタバコ（250 mg/日）

⑧ (対照群)	4	コーンスターチ (250 mg/日)
---------	---	--------------------

その結果、以下の所見が認められた。

- ・一般状態について、水酸化カルシウム投与群①～⑤全 29 匹のうち 26 匹で頬袋にカルシウム沈着、炎症性細胞や巨細胞の浸潤、線維芽細胞の増殖
- ・これらの 26 匹のうち 3 匹に炎症や過形成が認められ、上皮の異型に進行
Dunham らは、この変化は前がん病変とは考えないとしている。(参照 75)

(5) 生殖発生毒性

① 炭酸カルシウム

a. マウス生殖発生毒性試験 (Liebgott & Srebrolow (1989))

CD-1 マウス (雌、各群 13 匹) を 1.2% のカルシウム含有飼料で飼育し、炭酸カルシウム及び乳酸カルシウムを、表 21 のとおり投与群を設定し、少なくとも妊娠 10 日前から前者を混餌投与し、後者を飲水投与して交配する試験が実施されている。

表 21 用量設定

用量設定	炭酸カルシウム (3%) 又は乳酸カルシウム (4%)
------	-----------------------------

その結果投与群の胎児において、体重の低下、血清カルシウム濃度の増加、頸椎、尾椎、後肢趾節骨、胸骨分節及び中足骨の骨化遅延並びに上顎切歯、下顎切歯、舌骨及び鼓室輪の石灰化抑制が認められた。

なお、母動物の体重、交尾率、吸収胚数、胎児数及び胎児死亡率に被験物質の投与による影響は認められなかった。胎児の肉眼的異常は確認されなかった。前肢趾節骨及び中手骨には被験物質の投与の影響は認められなかった。頭頂間骨及び上後頭骨には被験物質投与による影響は認められなかった。

Liebgott らは、マウス妊娠中の高カルシウム摂取は、胎児の低体重、骨化遅延及び歯の石灰化遅延を引き起こすとしている。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013) において、本試験の報告にはカルシウム摂取量を示すデータが欠如していることから、NOAEL を得ることはできないと判断している。(参照 35、76)

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断のとおり、本試験では NOAEL を得ることはできないと判断した。

b. マウス生殖毒性試験 (Richards & Greig (1952))

Swiss マウス (雌雄、各群各 4 匹) に、炭酸カルシウムを表 22 のとおり投与群を設定し、交配 1 週間前から混餌投与する試験が実施されている。

表 22 用量設定（カルシウムとして）

用量設定（％）	0.34	0.54	0.73	1.11
mg/kg 体重/日に換算 (mg/kg 体重/日 ¹⁷⁾)	510	810	1,095	1,650

その結果、1,650 mg/kg 体重/日投与群の児動物において、生存児数及び児総重量の減少、児死亡率の増加、肝臓の蒼白斑点、心肥大及び胸腺の縮小、心臓重量の増加並びにヘモグロビン濃度の減少が認められた。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）において、本試験は少数のマウスを用いて実施されたものであり、試験結果の評価には妥当性を欠くと判断している。（参照 35、77）

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断のとおり、本試験では NOAEL を得ることはできないと判断した。

c. ラット生殖発生毒性試験（Shackelford ら（1993））

SD ラット（雌、各群 69 匹）に、炭酸カルシウムを表 23 のとおり投与群を設定し、交配前に 6 週間混餌投与後、そのうち各群 15 匹を無作為に選別してと殺し、それ以外について雌雄 2 対 1 の交配を行い（交配期間は不明）、妊娠ラット（雌、各群 44～48 匹）に、同様に 20 日間混餌投与し妊娠 20 日に帝王切開する試験が実施されている。

表 23 用量設定（カルシウムとして）

用量設定（％）	0.50 （対照）	0.75	1.00	1.25
mg/kg 体重/日に換算 (mg/kg 体重/日 ²²⁾)	250	375	500	625

その結果、以下の所見が認められた。

＜親動物（一般毒性）＞

- ・妊娠ラット及び非妊娠ラットの 500 mg/kg 体重/日以上投与群において、6 週間の平均摂餌量の増加
- ・妊娠ラットの 375 mg/kg 体重/日及び 500 mg/kg 体重/日投与群並びに非妊娠ラットの 500 mg/kg 体重/日投与群において、脱毛の増加（625 mg/kg 体重/日投与群では有意な増加が認められなかった）

なお、体重について、被験物質投与に関連した影響は認められなかった。

²² ラットの通常食（250 mg/kg 体重/日）の 1.5 倍、2.0 倍、2.5 倍量の影響を考察できるようにデザインされている。

<親動物及び胎児（生殖発生毒性）>

- ・ 625 mg/kg 体重/日投与群において、着床率の増加

なお、黄体数、着床率及び全胚吸収母体数について、被験物質の投与による影響は認められなかった。

<胎児>

- ・ 375 mg/kg 体重/日及び 625 mg/kg 体重/日投与群において、胎児生存数の増加
- ・ 625 mg/kg 体重/日投与群において、複合奇形を有する胎児の出現（一例）
- ・ 各投与群において、外表異常として出血、口蓋裂、無頭、無口、索状尾や曲尾が散見

なお、生存胎児数、胎児の性比、胚吸収率、一腹当たりの胚・胎児死亡率、生存胎児の頭臀長及び胎児体重について、被験物質の投与による影響は認められなかった。胎児の外表、骨格・内臓異常の発現頻度についても被験物質の投与による影響は認められなかった。

Shackelford らは、625 mg/kg 体重/日投与群において認められた着床率の増加並びに 375 及び 625 mg/kg 体重/日投与群で認められた胎児生存数の増加に用量依存性が認められないことから、被験物質投与による影響ではないとしている。

以上のことから、Shackelford らは、試験に用いられた用量においては、被験物質投与による催奇形性を含めて発生毒性は認められなかったとしている。（参照 35、78）

本専門調査会としては、本試験における生殖発生毒性に係る NOAEL を最高用量である 625 mg/kg 体重/日（カルシウムとして）と判断した。

d. ラット発生毒性試験（Shackelford ら（1994））

c. の試験と同様に、SD ラット（雌、各群 69 匹）に、炭酸カルシウムを表 24 のとおり投与群を設定し、交配前に 6 週間混餌投与後、各群 15 匹を無作為に選別してと殺し、それ以外について雌雄 2 対 1 の交配を行い（交配期間は不明）、妊娠ラット（雌、各群 44～48 匹）に、同様に 20 日間混餌投与し妊娠 20 日に帝王切開する試験結果の精査が実施されている。

表 24 用量設定（カルシウムとして）

用量設定（%）	0.50 （対照）	0.75	1.00	1.25
mg/kg 体重/日に換算 （mg/kg 体重/日）	250	375	500	625

その結果、以下の所見が認められた。

＜親動物（一般毒性）＞

- ・非妊娠ラットの 500 mg/kg 体重/日以上投与群において、肝絶対重量の低下²³
- ・非妊娠ラット及び妊娠ラットの 500 mg/kg 体重/日以上投与群において、摂餌量の増加（体重については、被験物質の投与による影響はなし）
- ・非妊娠ラット及び妊娠ラットの全群において、尿細管（主に皮髄境界部の尿細管上皮や腎皮質内線条）における鉍質沈着（用量依存性はなし）
- ・非妊娠ラットの 500 mg/kg 体重/日投与群の 1 匹、500 mg/kg 体重/日投与群の 1 匹、625 mg/kg 体重/日投与群の 1 匹において、多病巣性心筋炎変性、線維症及び単核球の浸潤を特徴とする心筋炎²⁴
- ・非妊娠ラット及び妊娠ラットの 375 mg/kg 体重/日以上投与群において、投与量に依存した肝臓の鉄含有量の減少
- ・非妊娠ラットの 500 mg/kg 体重/日以上投与群において、肝臓のマグネシウム含有量の増加及びリン含有量の用量依存的な増加
- ・非妊娠ラットの 500 mg/kg 体重/日投与群において、肝臓のカルシウム及び亜鉛含有量の増加
- ・妊娠ラットの 500 mg/kg 体重/日投与群において、肝臓の亜鉛含有量の減少（用量依存性はなし）
- ・非妊娠ラットの 500 mg/kg 体重/日投与群において、腎臓の鉄含有量の減少
- ・非妊娠ラットの 625 mg/kg 体重/日投与群において、腎臓の銅含有量の用量依存的な減少
- ・妊娠ラットの 375 mg/kg 体重/日以上投与群において、腎臓の鉄含有量の用量依存的な減少
- ・妊娠ラットの 500 mg/kg 体重/日以上投与群において、腎臓の亜鉛及びマグネシウム含有量の用量依存的な減少
- ・非妊娠ラットの 500 mg/kg 体重/日以上投与群及び妊娠ラットの 625 mg/kg 体重/日投与群において、大腿骨のカルシウム含有量の用量依存的な増加
- ・妊娠ラットの 375 mg/kg 体重/日投与群において、大腿骨のマグネシウム含有量の増加（用量依存性はなし）

なお、非妊娠及び妊娠ラットの肝細胞の空胞形成がしばしば認められたが、その発生頻度や程度については対照群と被験物質投与群との差は認められなかった。また、妊娠ラットの肝臓のカルシウム、リン、銅、マグネシウム及びマンガン含有量、腎臓のカルシウム、リン、銅及びマグネシウム含有量、非

²³ 肝臓の相対重量には有意な変化は認められなかったとされている。

²⁴ 背景データとして 1 匹、妊娠ラットの対照群（250 mg/kg 体重/日投与群）の 3 匹において、多病巣性心筋炎変性、線維症及び単核球の浸潤を特徴とする心筋炎

妊娠ラットの腎臓のカルシウム、リン、亜鉛、マグネシウム及びマンガン含有量並びに非妊娠ラット及び妊娠ラットの大腿骨のリン含有量に被験物質の投与による影響は認められなかった。

＜胎児＞

- ・ 375 mg/kg 体重/日以上 of 投与群において、鉄含有量の減少
 - ・ 625 mg/kg 体重/日投与群において、リン含有量及びマグネシウム含有量の減少
 - ・ 500 mg/kg 体重/日以上 of 投与群において、銅含有量の用量依存的な減少
- なお、カルシウム、亜鉛及びマンガン含有量に被験物質の投与による影響は認められなかった。

Shackelford らは、カルシウムの増加により、鉄、マグネシウム、リン及び銅の生体利用効率が低下し、生体内のミネラル含量が変化するとしている。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、血液及び各臓器で認められた各ミネラルの含有量変化は毒性学的に有意な所見ではないと考え、本試験の NOAEL を最高用量である 1.25% (625 mg/kg 体重/日) と判断している。(参照 35、79)

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断のとおり、本試験における発生毒性に係る NOAEL を最高用量である 625 mg/kg 体重/日 (カルシウムとして) と判断した。

e. ラット生殖発生毒性試験 (Bogden ら (1995))

SD ラット (各群 7～8 匹) に、炭酸カルシウムを表 25 のとおり投与群を設定し、混餌投与して、各投与群の半数のラットには鉛 (250 mg/L) を 1 週間飲水投与した後交配させ、妊娠期間中及び授乳 1 週間まで混餌投与を継続する試験が実施されている。

表 25 用量設定 (カルシウムとして)

用量設定 (%)	0.1 (低カルシウム食)	0.5 (中カルシウム食)	2.5 (高カルシウム食)
g/100 g 餌に換算 (g/100 g 餌)	0.096	0.49	2.34
mg/kg 体重/日に換算 (mg/kg 体重/日 ¹⁷⁾)	96	490	2,340

その結果、以下の所見が認められた。

＜親動物 (一般毒性) ＞

- ・ 2.5%投与群 (高カルシウム食) において、肝臓、腎臓及び大腿骨の鉄含有量の減少、ヘマトクリット値及びヘモグロビン量の低下

- ・0.1%投与群（低カルシウム食）において、大腿骨のカルシウム含有量の減少

なお、体重及び飲水量に被験物質投与に関連した影響は認められなかった。

<胎児>

- ・2.5%投与群（高カルシウム食）において、脳の鉄含有量の減少

<児動物>

- ・2.5%投与群（高カルシウム食）において、肝臓、腎臓及び大腿骨の鉄含有量の減少、ヘマトクリット値及びヘモグロビン量の低下並びに一日齢及び一週齢の児動物における体重や体長の低値

なお、0.1%投与群（低カルシウム食）における大腿骨のカルシウム含有量については、一日齢や一週齢の児動物では認められなかった。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）において、本試験では炭酸カルシウム無添加の対照群が設定されていないことから、炭酸カルシウムの影響を評価することはできないと判断している。（参照 35、80）

本専門調査会としては、本試験は1群当たりの例数が少なく、カルシウム添加に関して一用量のみで実施されていることから、NOAELは得られないと判断した。

f. ラット生殖毒性試験（Fairney & Weir（1970））

Wistar ラット（匹数不明）に、炭酸カルシウム及び乳酸カルシウムを表 26 のとおり投与群を設定し、妊娠・授乳中を通じて、前者を混餌で投与し、後者を飲水で投与する試験が実施されている。

表 26 用量設定

用量設定	対照群（通常食） ²⁵ 、投与群（炭酸カルシウム3%（1,500 mg/kg 体重/日（カルシウムとして））及び乳酸カルシウム4%（882 mg/kg 体重/日（カルシウムとして）））
------	---

その結果、以下の所見が認められた。

<親動物（生殖毒性）>

- ・一腹当たりの分娩児数減少²⁶

<児動物（児動物に対する毒性）>

- ・低体重、脱毛、腎臓・肝臓・心臓の退色及び限局性腎盂腎炎

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」

²⁵ 詳細は不明。

²⁶ 母動物の数及び一腹当たりの分娩児数は不明である。

(2013)において、本試験は単一の投与群で実施された試験であることから、NOAELを得ることはできないと判断している。(参照 35、81)

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断のとおり、本試験では NOAEL を得ることはできないと判断した。

g. ラット発生毒性試験 (Lai ら (1984))

妊娠及び非妊娠 SD ラット (雌、各群 5～7 匹) に、炭酸カルシウムを表 27 のとおり投与群を設定し、22 日間混餌投与する試験が実施されている。

表 27 用量設定 (カルシウムとして)

用量設定 (%)	0.01 (カルシウム除去食)	0.6 (標準食 ²⁷)	1.0 (高カルシウム食)
mg/kg 体重/日に換算 (mg/kg 体重/日 ¹⁷)	10	600	1,000

その結果、以下の所見が認められた。

＜親動物 (一般毒性) ＞

- ・1,000 mg/kg 体重/日投与群において、摂餌量及び体重増加率の相対的減少並びに妊娠子宮重量の相対的減少 (600 mg/kg 体重/日投与群との比較)

＜胎児 (発生毒性) ＞

- ・1,000 mg/kg 体重/日投与群において、胎児重量の相対的減少傾向 (600 mg/kg 体重/日投与群との比較) 及びカルシウム含有量の減少
- ・10 mg/kg 体重/日投与群において、胎児重量の相対的増加 (600 mg/kg 体重/日投与群との比較) 及びカルシウム含有量の増加

Lai らは、食餌性カルシウムの摂取レベルは妊娠動物に影響を与えるとしている。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、本試験は少数のラットを用いて実施されたものであり、試験結果の評価には妥当性を欠くと判断している。(参照 35、82)

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断のとおり、更に本試験はカルシウム添加に関して一用量のみで実施されていることから、NOAEL は得られないと判断した。

h. ヒツジ発生毒性試験 (Corbellini ら (1991))

Rambouillet-Columbia 羊 (雌、各群 6 匹) に、炭酸カルシウムを表 28 のとおり投与群を設定し、妊娠 50 日から 133～135 日まで混餌投与する試験が実施されている。

²⁷ 餌のカルシウム含有量を分析したところ、100 g 中 580 mg のカルシウム (0.58%カルシウム食) であった。

表 28 用量設定（カルシウムとして）

用量設定（%）	0.59（対照群）	1.5
mg/kg 体重/日に換算（mg/kg 体重/日 ¹⁷⁾ ）	236	600

その結果、600 mg/kg 体重/日投与群において、以下の所見が認められた。

＜母動物＞

- ・妊娠 126 日（18 週）の血漿カルシウム、ガストリン及び 24,25-ヒドロキシコレカルシフェロール濃度の増加並びにヒドロキシプロリン及びカルシトリオール²⁸⁾濃度の減少

＜胎児＞

- ・妊娠 133～135 日の 24,25-ヒドロキシコレカルシフェロールの血漿濃度及び甲状腺（カルシトニン産生細胞）C 細胞の増加並びに軟骨形成不全 Corbellini らは、妊娠中の羊におけるカルシウムの摂取は、胎児の骨形成の異常に関与しているとしている。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）において、本試験の報告にはカルシウム摂取量を求めるための情報が欠如していることから、NOAEL を得ることはできないと判断している。（参照 35、83）

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断を踏まえ、本試験は一用量のみの試験であり、消化管の構造及び機能がヒトとは異なる反芻動物での試験結果であることから、NOAEL を得ることはできないと判断した。

② その他のカルシウム塩

a. マウス発生毒性試験（Food and Drug Research Laboratories, Inc. (1974a)）

CD-1 マウス（雌、各群 17～20 匹）に、酸化カルシウムを表 29 のとおり投与群を設定し、妊娠 6～15 日に連続 10 日間強制経口投与し、妊娠 17 日に帝王切開する試験が実施されている。

表 29 用量設定

用量設定（mg/kg 体重/日）	4.4	20.4	94.8	440
カルシウムとして（mg/kg 体重/日）	3.1	14.6	67.8	314.5

その結果、親動物の一般状態、体重及び摂餌量、黄体数、着床数、吸収胚・死亡胎児数、胎児の性比、生存数及び体重並びに胎児の形態異常の発現率に

²⁸⁾ 原著では、「1,25-dihydroxycholecalciferol [1,25(OH)₂D]」と記載されている。

ついて、被験物質の投与に関連する影響は認めらなかった。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、本試験の NOAEL を最高用量である 314.5 mg/kg 体重/日 (カルシウムとして) と判断している。(参照 35、84)

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断のとおり、本試験における発生毒性に係る NOAEL を最高用量である 314.5 mg/kg 体重/日 (カルシウムとして) と判断した。

b. ラット発生毒性試験 (Food and Drug Research Laboratories, Inc. (1974a))

Wistar ラット (雌、各群 19~20 匹) に、酸化カルシウムを表 30 のとおり投与群を設定し、妊娠 6~15 日に連続 10 日間強制経口投与し、妊娠 20 日に帝王切開する試験が実施されている。

表 30 用量設定

用量設定 (mg/kg 体重/日)	6.8	31.5	146.5	680
カルシウムとして (mg/kg 体重/日)	4.9	22.5	104.7	486

その結果、親動物の一般状態、体重及び摂餌量、黄体数、着床数、吸収胚・死亡胎児数、胎児の性比、生存数及び体重並びに胎児の形態異常の発現率について、被験物質の投与に関連する影響は認めらなかった。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、本試験の NOAEL を最高用量である 486 mg/kg 体重/日 (カルシウムとして) と判断している。(参照 35、84)

本専門調査会としては、同評価書における本試験についての判断のとおり、本試験における発生毒性に係る NOAEL を最高用量である 486 mg/kg 体重/日 (カルシウムとして) と判断した。

c. ラット反復投与毒性・生殖発生毒性併合試験 (OECD, SIDS (2003) で引用 (NIER, Korea (2003)、GLP))

SD ラット (雌雄、各群各 10~12 匹) に、硫酸カルシウムを表 31 のとおり投与群を設定し、雄には 35 日間、雌には交配前 14 日間を含む 41~45 日間、強制経口投与する試験が実施されている。

表 31 用量設定

用量設定 (mg/kg 体重/日)	0	100	300	1,000
-------------------	---	-----	-----	-------

カルシウムとして (mg/kg 体重/日 ²⁹⁾)	0	23.3	69.8	232.8
--	---	------	------	-------

その結果、対照群及び投与群に着床前後の胚/胎児死亡が散見されたが、その頻度は低く、用量相関性は認められなかった。本試験では被験物質投与に関連した生殖発生毒性に係る影響は認められなかった。(参照 85)

本専門調査会としては、本試験における生殖発生毒性に係る NOAEL を最高用量である 232.8 mg/kg 体重/日 (カルシウムとして) と判断した。

d. マウス発生毒性試験 (Food and Drug Research Laboratories, Inc. (1974b))

CD-1 マウス (雌、各群 21～23 匹) に、塩化カルシウムを表 32 のとおり投与群を設定し、妊娠 6～15 日に連続 10 日間強制経口投与し、妊娠 17 日に帝王切開する試験が実施されている。

表 32 用量設定

用量設定 (mg/kg 体重/日)	1.89	8.78	40.8	189
カルシウムとして (mg/kg 体重/日)	0.68	3.17	14.7	68.3

その結果、親動物について、一般状態、体重及び摂餌量に被験物質の投与に関連した変化は認められなかった。

胎児について、性比、黄体数、着床数、吸収胚・死亡胎児数、生存胎児数、胎児体重及び胎児の形態異常の発現率に被験物質の投与に関連した変化は認められなかった。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、本試験の NOAEL を最高用量である 68.3 mg/kg 体重/日 (カルシウムとして) と判断している。ただし、本試験は最高用量が低く設定されており、体内に相当量のカルシウムが含まれ、ホメオスタシスが機能していることを勘案すると、本試験成績に基づくカルシウムの発生毒性の評価は困難と判断している。(参照 35、86)

本専門調査会としては、本試験は発生毒性試験としての投与用量設定に問題があることから、NOAEL を得ることはできないと判断した。

e. ラット発生毒性試験 (Food and Drug Research Laboratories, Inc. (1974b))

妊娠 Wistar ラット (雌、各群 22～25 匹) に、塩化カルシウムを表 33 のとおり投与群を設定し、妊娠 6～15 日に連続 10 日間強制経口投与し、妊娠

²⁹ 分子量により換算した。

20 日に帝王切開する試験が実施されている。

表 33 用量設定

用量設定 (mg/kg 体重/日)	1.76	8.18	38.0	176
カルシウムとして (mg/kg 体重/日)	0.64	2.95	13.7	63.6

その結果、親動物について、一般状態、体重及び摂餌量に被験物質の投与に関連した変化は認められなかった。

胎児について、性比、黄体数、着床数、吸収胚・死亡胎児数、生存胎児数、胎児体重及び胎児の形態異常の発現率に被験物質の投与に関連した変化は認められなかった。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、本試験の NOAEL を最高用量である 63.6 mg/kg 体重/日 (カルシウムとして) と判断している。ただし、本試験は最高用量が低く設定されており、体内に相当量のカルシウムが含まれ、ホメオスタシスが機能していることを勘案すると、本試験成績に基づくカルシウムの発生毒性の評価は困難と判断している。(参照 35、86)

本専門調査会としては、本試験は発生毒性試験としての投与用量設定に問題があることから、NOAEL を得ることはできないと判断した。

f. ウサギ発生毒性試験 (Food and Drug Research Laboratories, Inc. (1974b))

Dutch-belted ウサギ (雌、各群 13～16 匹) に、塩化カルシウムを表 34 のとおり投与群を設定し、妊娠 6～18 日に連続 13 日間強制経口投与し、妊娠 29 日に帝王切開する試験が実施されている。

表 34 用量設定

用量設定 (mg/kg 体重/日)	1.69	7.85	35.6	169
カルシウムとして (mg/kg 体重/日)	0.61	2.83	12.9	61.0

その結果、親動物について、一般状態、体重及び摂餌量に被験物質の投与に関連した変化は認められなかった。

胎児について、性比、黄体数、着床数、吸収胚・死亡胎児数、生存胎児数、胎児体重及び胎児の形態異常の発現率に被験物質の投与に関連した変化は認められなかった。

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、本試験の NOAEL を最高用量である 61.0 mg/kg 体重/日

(カルシウムとして)と判断している。ただし、本試験は最高用量が低く設定されており、体内に相当量のカルシウムが含まれ、ホメオスタシスが機能していることを勘案すると、本試験成績に基づくカルシウムの発生毒性の評価は困難と判断している。(参照 35、86)

本専門調査会としては、本試験は発生毒性試験としての投与用量設定に問題があることから、NOAEL を得ることはできないと判断した。

③ 生殖発生毒性のまとめ

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)において、入手可能なカルシウム塩を用いた生殖発生毒性試験成績のうち、NOAEL の判断が可能と考えられる試験においては、いずれも被験物質投与に関連した生殖発生毒性の懸念を示す知見は認められないと判断している。(参照 35)

本専門調査会としても、同評価書における判断のとおり、NOAEL の判断が可能と考えられる試験に基づくと、被験物質投与に関連した生殖発生毒性の懸念を示す知見は認められないと判断した。

(6) ヒトにおける知見

① ミルクアルカリ症候群

a. 症例報告(添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)で引用(SCF(2003)))

炭酸カルシウムをサプリメントとして摂取し、食事由来のカルシウムを含めた総カルシウム摂取量が 1.0~23 g/人/日(カルシウムとして)で、ミルクアルカリ症候群に罹患した例が複数報告されている。(参照 35)

b. 症例報告(IOM(1997))

1997 年、IOM は、ミルクアルカリ症候群の症例報告(表 35)におけるカルシウム摂取量(多くがサプリメントからの摂取)の中央値をカルシウム摂取量の LOAEL に相当するとし、その値は Kapsner ら(1986)の報告による 4,800 mg/人/日³⁰(サプリメントからの摂取)としている。

また、食事性カルシウムの摂取量を考慮すると、総カルシウム摂取量の LOAEL は 5 g/人/日であるとしている。(参照 35、44)

表 35 ミルクアルカリ症候群の症例報告(単回投与量/日)^a

試験	カルシウム摂取量 (mg/日 ³⁰) ^b	摂取期間	その他影響を及ぼすと思われる因子
Abreo ら(1993)	9,600 ^c	3 か月間以上	報告なし

³⁰ 原著における単位「g/日」を「mg/日」に換算したもの。

	3,600 ^c	2 年間以上	報告なし
	10,800 ^d	記載なし	報告なし
Brandwein & Sigman (1994)	2,700 ^c	2 年間、8 か月間	報告なし
Bullimore & Miloszewski (1987)	6,500 ^d	23 年間	アルカリ含有制酸剤の摂取
Campbell ら (1994)	5,000 ^d	3 か月間	報告なし
Carroll ら (1983)	4,200 ^d	30 年間	報告なし
	2,000 ^c	5 年間	報告なし
	3,800 ^d	2 か月間	ビタミン A、E の摂取
	2,800 ^d	10 年間	NaHCO ₃ (5 g/日) の摂取
French ら (1986)	8,000 ^c	2 年間	報告なし
	4,200 ^c	2 年間以上	チアジド系薬剤の摂取
Gora ら (1989)	4,000 ^c	2 年間	チアジド系薬剤の摂取
Hart ら (1982)	10,600 ^d	記載なし	NaHCO ₃ (2 g/日) 系薬剤の摂取
Kallmeyer & Funston (1983)	8,000 ^d	10 年間	アルカリ含有制酸剤中の摂取
Kapsner ら (1986)	10,000 ^d	10 か月間	報告なし
	6,800 ^d	7 か月間	報告なし
	4,800 ^c	2 日間	制酸剤使用歴 10 年間
Kleinman ら (1991)	16,500 ^d	2 週間	制酸剤使用歴 10 年間
Lin ら (1996)	1,500 ^c	4 週間	報告なし
Muldowney & Mazbar (1996)	1,700 ^c	13 か月間(52 週間)	報告なし
Schuman & Jones (1985)	9,800 ^d	20 年間	報告なし
	4,800 ^d	6 週間	制酸剤使用歴 10 年間
Whiting & Wood (1997)	2,400 ^c	1 年間以上	報告なし
	2,300～4,600 ^c	1 年間以上	報告なし
平均値	5,900	3 年 8 か月間	
中央値	4,800	13 か月間	
範囲	1,500～16,500	2 日間～23 年間	

^a 腎疾患を有する症例は含まれていない。

^b Whiting & Wood (1997) によって見積もられた値

^c サプリメントのみからのカルシウム摂取量

^d サプリメントと食事からのカルシウム摂取量

c. 症例報告 (IOM (2011)、AlMusawi ら (2012)、Kashouty ら (2011)、Swaminathan (2011))

2011 年、IOM は、ミルクアルカリ症候群の症例報告について、3,000 mg/日のカルシウム摂取は、高カルシウム血症と関連があったとしている。また、ヒドロクロロチアジドを服用していた 1 例 (Nabhan ら (2004)) を除き、腎臓の障害と血清高クレアチニン濃度が見られたとしている。IOM は、これらのデータは健康なヒトには直接は適用できないものの、3,000 mg/日のカルシ

ウム摂取は、病歴を有するヒトには問題となることを示唆する有益なものであるとしている。(参照 45、54~65)

また、AlMusawi ら (2012)、Kashouty ら (2011) 及び Swaminathan (2011) により症例が報告されている。(参照 66~68)

これらに関する報告は次の表 36 のとおりである。

表 36 ミルクアルカリ症候群の症例報告

参照	患者の性別 ／年齢	カルシウム摂取 量 (mg/日)	摂取期 間	血清カルシ ウム濃度 (mmol/L) mg/dL	クレアチニ ン濃度 (μ mol/L) mg/dL
Javed ら (2007) (参照 87)	男性／70	不明 ^a	1 年間	(3.43) 13.7	(344.8) 3.9
Nabhan ら (2004) (参照 88)	女性／61	2,400+ ビタミン D ^b	5 日間	(6.43) 25.7	(397.8 ^c) 4.5
Caruso ら (2007) (参照 89)	男性／60	> 2,000 (炭酸カル シウムとし て) ^d + ビタミ ンD 800 IU	報告な し	(3.08) 12.3 ^e	(530.4) 6.0
Gordon ら (2005) (参照 90)	女性 (妊 婦) ／35	約3,000	1 か月 間	(約4.0 ^f) 約16.0 ^e	(190.0) 2.1
Shah ら (2007) (参照 91)	女性／47	3,000 (炭酸カル シウムとして) + ビタミンD 600 IU	報告な し	(4.13) >16.5	(362.4) 4.1
Kaklamanos & Perros (2007) (参 照 92)	女性／76	5,500 (炭酸カル シウムとして)	2 年間	(3.45) 13.8	(124.0) 1.4
Grubb ら (2009) (参照 93)	女性／51	7,200	報告な し	(5.70) 22.8	(186) 2.1
Ulett ら (2010) (参照 94)	男性／46	> 7,500 (炭酸カル シウムとし て)	報告な し	(3.98) 15.9	(406.6) 4.6
Irtiza-Ali ら (2008) (参照 95)	症例 1: 女性／48	症例 1: ~ 8,000	19年間	(3.25 ^h) 13.0	(737) 8.3
	症例 2: 男性／74	症例 2: 約2,200	数週間	(3.31) 13.2	(245) 2.8
	症例 3: 男性／51	症例 3: 5,440 ^g	報告な し	(2.97 ^h) 11.9	(1,013) 11.5
Jousten & Guffens (2008) (参照 96)	男性／66	~ 13,600 (炭酸 カルシウムとし て)	数か月 間	(4.15) 16.6	(459.7) 5.2
Bailey ら (2008) (参照 97)	女性／40	約11,000	報告な し	(4.71) 18.8	(164) 1.9
Waked ら (2009) (参照 98)	男性／81	不明 ⁱ	報告な し	(3.65) 13.8	(733.7) 8.3

AlMusawiら (2012) ^j (参照 99)	男性／70	1,250～2,500 ^k	6日間	(4.38) 17.6 ^c	(398) 4.5 ^c
Kashoutyら (2011) ^j (参照 100)	男性／57	2,000～3,000 (炭酸カルシウムとして)	10年間	(3.74 ^c) 15.0	(362.5 ^c) 4.1
Swaminathan (2011) ^j (参照 101)	男性／50	不明 ^l	6週間	(3.5) 14.0 ^c	(425) 4.8 ^c

- ^a 原著では、摂取したタブレット一錠当たりの含有量について、炭酸カルシウムとして 1,000 mg と記載されているが、摂取した錠数は記載されていない。
- ^b 原著では、約 12,000 mg のカルシウムを 5 日間で摂取したと記載されているため、本表では一日あたりに換算して記載した。また、ビタミンDはカルシトリオールとして 3 日間摂取したと記載されている。
- ^c 原著より換算した。
- ^d 原著では、用量は不明であるが、表に記載されている以外の用量の炭酸カルシウムも摂取したと記載されている。
- ^e 原著では、アルブミン補正カルシウム濃度と記載されている。
- ^f 原著では、正確な数値は記載されていないため、掲載されている表からおおよその数字を読み取ったもの。
- ^g 原著では、一錠当たり 680 mg の炭酸カルシウムを含むタブレットを 20 錠摂取したと記載されている。
- ^h 原著では、補正カルシウム値と記載されている。
- ⁱ 原著では、炭酸カルシウムのタブレットを 25 錠/日摂取したと記載されているが、一錠当たりのカルシウムの含有量は記載されていない。
- ^j IOM (2011) の表には掲載されていない症例。
- ^k 原著では、6 日間で 7,500～15,000 mg のカルシウムを摂取したと記載されているため、本表では一日あたりに換算して記載した。
- ^l 原著では、炭酸カルシウムを含むタブレットを過剰に摂取したと記載されている。

d. 症例報告 (Gordon ら (2005))

豪州において、過去の明らかな病歴のない、35 歳の妊娠中の女性が、胸焼けのため、炭酸カルシウムのタブレット (カルシウムとして最大約 3,000 mg/日) 及び最大コップ 3 杯の牛乳を 1 か月間摂取し、ミルクアルカリ症候群と診断された例が報告されている。当該女性は、生理食塩水の静脈内投与、フロセミド及びパミドロネートの投与を経て回復し、腎機能が正常化し、高カルシウム血症も改善した。(参照 90)

e. 症例報告 (Bailey ら (2008))

英国において、子癇のため緊急入院した 40 歳の妊娠中の女性が、消化不良のための制酸剤 (タブレット) 及び牛乳 4 パイント (約 2.27 L³¹) /日など、カルシウムとして約 11,000 mg/日を摂取 (服用期間は報告されていない) し、ミルクアルカリ症候群による高カルシウム血症と診断された例が報告されている。当該女性は、積極的な水分補給、ビスホスホネート服用及び制酸剤の中断により回復した。

³¹ 4 パイントから換算した。

Bailey らは、妊娠中は、ヒト胎盤性ラクトジェン、カルシトリオール及びプロラクチンによってカルシウム吸収が高まることにより、ミルクアルカリ症候群発症のリスクが高まるとしている。（参照 97）

f. レビュー（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）で引用（Medarov（2009）））

ミルクアルカリ症候群についての知見のレビューが行われており、その結果、カルシウムサプリメント 2 mg/kg 体重/日以下の摂取では健康に問題はないとする知見がある一方で、2 mg/kg 体重/日以下の摂取でも、更に誘発因子が重なった場合には、ミルクアルカリ症候群を発症する可能性を指摘する知見が認められるとされている。（参照 35）

g. 症例報告（Stoney & Bagchi（2017））

重度の高カルシウム血症で入院した 81 歳の男性が、消化不良のため制酸剤（炭酸カルシウム錠剤（680 mg/錠）を 1 日 10～12 錠、カルシウムとして約 2,600～3,200 mg/日）を約 2 年間摂取し、制酸剤乱用に続発するミルクアルカリ症候群と診断された例が報告されている。当該男性は、制酸剤の中断及びプロトンポンプ阻害剤の服用により回復した。（参照 102）

② 腎結石

a. サプリメント

症例対照研究（Hall ら（2001））

米国で腎結石に罹患している閉経後女性 1,179 例について、症例対照研究を実施している。

その結果、カルシウムサプリメントの摂取量が 500 mg/日以上で、腎結石リスクの低下が認められた。

Hall らは、カルシウムサプリメントの摂取量が少ないことは、閉経後女性における腎結石のリスク因子となるとしている。（参照 103）

b. サプリメント+ビタミン D

介入研究（Jackson ら（2006））

閉経後女性 36,282 例（50～79 歳）に、大腿骨頸部及びその他の部位の骨折予防のために、炭酸カルシウム（カルシウムとして 1,000 mg/日）及びビタミン D₃（400 IU）又はプラセボを 7 年間摂取させる介入研究が実施されている。

その結果、カルシウム+ビタミン D 摂取群のうち 449 例、プラセボ投与群のうち 381 例が腎結石に罹患した。

腎結石のハザード比は、プラセボ摂取群と比較した場合、カルシウム+ビ

タミン D 投与群で 1.17 (95%信頼区間 (CI) =1.02~1.34) と上昇したが、介入前の食事性カルシウムの摂取量と腎結石リスクとの相関は認められなかった。

Jackson らは、閉経後女性へのカルシウムとビタミン D の摂取により、腎結石リスクの増加が認められるとしている。

なお、IOM (2011) は、本知見を 51 歳以上の成人の NOAEL の根拠とし、51 歳以上の成人の UL を 2,000 mg としている。(参照 44、104)

c. サプリメント+食事

(a) コホート研究 (Curhan ら (1997))

腎結石の既往歴のない女性 91,731 例 (34~59 歳) について、12 年間のコホート研究が実施されている。

その結果、調査対象者のうち 67%がカルシウムサプリメントを摂取しており、864 症例が症候性腎結石に罹患した。

可能性のある交絡因子による調整を行った腎結石の相対危険度は、食事性カルシウムの摂取量の五分位を用いて群間比較を行ったところ、摂取量が 488 mg/日以下の群と比較した場合、1,098 mg/日以上で 0.65 (95%CI=0.50~0.83) であり、食事性カルシウムの摂取量と腎結石のリスクに負の相関が認められた。カルシウムサプリメント非摂取群と比較した場合、摂取群で 1.20 (95%CI=1.02~1.41)、カルシウムサプリメント非摂取群と比較した場合、サプリメントからのカルシウム摂取量が 1~100 mg/日の群で 1.26 (95%CI=0.79~2.00) であった。

Curhan らは、食事性カルシウムの摂取量が増えると症候性腎結石リスクは減少するが、カルシウムサプリメントの摂取量は腎結石リスクを増大するかもしれないとしている。(参照 105)

(b) 介入研究 (Burtis ら (1994))

シュウ酸カルシウム腎結石の患者 282 例 (14~74 歳 (中央値 42 歳)、高カルシウム尿症患者 124 例を含む。) に、カルシウムとナトリウムを制限した食事及びカルシウムグルコネートと牛乳 (カルシウムとして 1,000 mg/日) を、7~10 日間経口摂取させる介入研究が実施されている。

IOM は、本試験の結果に基づき、カルシウムを男性で 1,685 mg/日、女性で 866 mg/日摂取した場合がカルシウム尿症³²の NOAEL となると推定している。これらは腎結石患者における値であり、保守的な見積もりであるとしている。

³² FNB は、ナトリウムの排泄が 150 mmol/日、カルシウムの尿中排泄が男性で 300 mg/日以上、女性 250 mg/日以上をカルシウム尿症としている。

SCF は、同じく本試験の結果に基づき、カルシウムを男性で 2,243 mg/日、女性で 1,422 mg/日摂取した場合がカルシウム尿症³³発生の NOAEL となると推定している。(参照 44、47、106)

d. 食事

(a) 断面研究 (Kruse ら (1984) 及び Moore ら (1978))

小児 1,013 例 (6~17.9 歳 : 女児 529 例、男児 484 例) 及び小児 273 例 (女児 130 例、男児 143 例) について、食後の尿中カルシウム/クレアチニン比率の調査が実施されている。

その結果、前者について 39 例 (3.8%)、後者について 8 例 (2.9%) に、先天的な要因が考えられる突発性高カルシウム尿症及びカルシウムの尿中排泄の上昇が認められた。

SCF は、腎結石の最も高いリスク因子は、遺伝的異常による突発性高カルシウム尿症と考え、カルシウムの摂取によるものとは判断しないこととしている。(参照 47、107、108)

(b) コホート研究 (Curhan ら (1993))

腎結石の既往歴のない男性 45,619 例 (40~75 歳) について、4 年間のコホート研究が実施されている。

その結果、505 例が腎結石に罹患した。

年齢による調整を行った腎結石の相対危険度は、食事性カルシウムの摂取量が 1,049 mg/日以下の群と比較した場合、6,059 mg/日以上で 0.56 (95%CI=0.43~0.73)、同じ群についてアルコール、食事性動物たん白質、カリウム及び飲料水摂取の有無による調整を行った相対危険度は 0.66 (95%CI=0.49~0.90) であり、カルシウムの摂取量と腎結石のリスクにわずかな負の相関が認められた。

また、腎結石のリスクについて、動物性たん白質の摂取量とは正の相関が、カリウムや飲料水の摂取とは負の相関が認められる。(参照 109)

e. その他

SCF による腎結石リスクのまとめ (SCF (2003))

SCF は、カルシウム摂取と腎結石のリスクとの関連に関する疫学研究及びカルシウムサプリメントを用いた介入試験を評価した結果、カルシウムの摂取と腎結石のリスクとの関連を明らかにすることはできなかったとしている。(参照 47)

³³ SCF は、ナトリウムの排泄が 100 mmol/日、カルシウムの尿中排泄が男性で 300 mg/日以上、女性で 250 mg/日以上をカルシウム尿症としている

③ 前立腺癌

a. サプリメント

コホート研究 (Chan ら (2000))

フィンランドの喫煙男性 27,062 例について、8 年間のコホート研究が実施されている。

その結果、184 例が前立腺癌に罹患した。

年齢、喫煙状態、Body Mass Index (BMI)、総エネルギー量、教育及びサプリメント摂取群について調整を行ったところ、カルシウム及びリン酸の摂取量と前立腺癌のリスクの上昇との明らかな関連は認められなかった。(参照 110)

b. サプリメント+ビタミン D

コホート研究 (Giovannucci ら (2006))

健康なアメリカ合衆国の男性 47,750 例 (40~75 歳) について、16 年間のコホート研究が実施されている。

その結果、3,544 例が前立腺癌に罹患し、そのうち 523 例が進行性癌、312 例が致死性癌であった。

致死性の前立腺癌の相対危険度は、カルシウムの摂取量が 500~749 mg/日 (サプリメントの使用期間が 5 年未満を除く。) の群と比較した場合、1,500~1,999 mg/日の群で 1.87 (95%CI=1.17~3.01)、2,000 mg/日以上で 2.43 (95%CI=1.32~4.48) であった。

Giovannucci らは、カルシウムの摂取量と全前立腺癌のリスク又は非進行性癌のリスクとの相関は認められないが、進行性又は致死性の癌のものと相関は認められるとしている。

前立腺癌のグレードごとの相対危険度は、カルシウムの摂取量が 500 mg/日以下の群と比較した場合、2,000 mg/日以上で悪性度の高い前立腺癌 (グリーソン分類 7 以上) で 1.89 (95%CI=1.32~2.71)、限局型で悪性度の低い (グリーソン分類 7 未満) 前立腺癌で 0.79 (95%CI=0.50~1.25) であった。

Giovannucci らは、1,500 mg/日を超えるカルシウムの摂取は、進行性や致死性の癌のリスクと相関があると報告している。(参照 111)

c. サプリメント+食事

(a) コホート研究 (Giovannucci ら (1998))

癌の既往歴のない男性 47,781 例 (40~75 歳) について、コホート研究が実施されている。

その結果、1986~1994 年の間に、1,369 例の前立腺癌 (stage A1 を除く) の発生があり、423 例が進行性の前立腺癌に罹患した。

前立腺癌の相対危険度は、総カルシウム摂取量（食事とサプリメント）500 mg/日未満の群と比較した場合、2,000 mg/日以上群の進行性の前立腺癌で2.97(95%CI=1.61~5.50)、転移性の前立腺癌では4.57(95%CI=1.88~11.1)であった。

なお、食事性のカルシウムとカルシウムサプリメントは独立して関連を示した。（参照 112）

（b）コホート研究（Rodrigue ら（2003））

男性 65,321 例について、7 年間のコホート研究が実施されている。

その結果、3,811 例が前立腺癌に罹患した。

前立腺癌の相対危険度は、総カルシウム摂取量（食事とサプリメント）が 700 mg/日未満の群と比較した場合、2,000 mg/日以上群で 1.2 (95%CI=1.0~1.6)、食事性のカルシウム摂取量が 700 mg/日未満の群と比較した場合、2,000 mg/日以上群で 1.6 (95%CI=1.1~2.3) であり、それ以下の食事性カルシウムの摂取量では前立腺癌のリスクの上昇と相関は認められなかった。

1992 年以前に前立腺癌の特異的抗体テストを受けていない男性(2,177 例)についての相対危険度は、総カルシウム摂取量が 700 mg/日以下の摂取群と比較した場合、2,000 mg/日以上群で 1.5 (95%CI=1.1~2.0)、食事性カルシウム摂取量が 2,000 mg/日以上群で 2.1 (95%CI=1.3~3.4) であった。

Rodrigue らは、総カルシウム摂取量と前立腺癌のリスク上昇に強い相関が認められるとしている。（参照 113）

（c）メタアナリシス（Aune ら（2015））

乳製品及びカルシウムの摂取と前立腺癌リスクとの相関について、32 の前向きコホート研究を含むシステマティックレビュー及びメタアナリシスが実施されている。

その結果、全乳製品（牛乳、チーズ等）は摂取量が 400 g/日増加するごとに相対危険度は 7%増加（摂取量が 400 g の場合、相対危険度は 1.07 (95%CI=1.02~1.12)）、全牛乳（牛乳、低脂肪乳等）は摂取量が 200 g/日増加するごとに相対危険度は 3%増加（摂取量が 200 g の場合、相対危険度は 1.03 (95%CI=1.00~1.07)）、低脂肪乳は摂取量が 200 g/日増加するごとに相対危険度は 6%増加（摂取量が 200 g の場合、相対危険度は 1.06 (95%CI=1.01~1.11)）、チーズは摂取量が 50 g/日増加するごとに相対危険度は 9%増加（摂取量が 50 g の場合、相対危険度は 1.09 (95%CI=1.02~1.18)）、食事性カルシウムは摂取量が 400 mg/日増加するごとに相対危険度は 5%増加（摂取量が 400 mg の場合、相対危険度は 1.05 (95%CI=1.02~1.09)）と、それらの摂取と全前立腺癌（致死性前立腺癌、転移性前立腺癌等）のリスクには正の相関があった。

摂取カルシウムの合計及び乳製品からのカルシウムの摂取は、全前立腺癌のリスクと正の相関があったが、乳製品以外からのカルシウム摂取及びカルシウムサプリメントの摂取は、相関があるとは言えなかった。ただし、カルシウムサプリメントの摂取は、致死性の前立腺癌のリスクと相関があった。
(参照 114)

d. 食事

(a) 症例対照研究 (Vlajinac ら (1997))

セルビア (ユーゴスラビア) における前立腺癌症例 101 例及び対照群 202 例を基に、症例対照研究が実施されている。

その結果、摂取量で均等 3 群に分けたところ、摂取量が最も少ない群と比較して最も多い群で前立腺がんのオッズ比が 0.37 (95%CI=0.14~0.99) であった。(参照 115)

(b) 症例対照研究 (Chan ら (1998))

スウェーデンのエレブルー県における前立腺癌症例 526 例及び対照群 536 例を基に、症例対照研究が実施されている。

その結果、年齢、前立腺癌の家族歴、喫煙並びに総エネルギー量及びリン酸の摂取量について調整を行った相対危険度は、カルシウムの摂取量が 825 mg/日以下の群と比較した場合、1,183 mg/日以上で 1.91 (95%CI=1.23~2.97)、転移性の前立腺癌に限ると 2.64 (95%CI=1.24~5.61) であった。

Chan らは、カルシウムの摂取は単独で前立腺癌の予測因子となり、乳製品を高用量摂取することにより、前立腺癌リスクが 50%上昇したとしている。
(参照 116)

(c) コホート研究 (Schuurman ら (1999))

オランダの男性 58,279 例 (55~69 歳) について、6.3 年間のコホート研究が実施されている。

その結果、642 例が前立腺癌に罹患した。

年齢、前立腺癌の家族歴及び社会的階級について調整を行ったところ、前立腺癌のリスクについて、新鮮な肉、魚、チーズ及び卵の摂取量との関連は認められなかったが、塩漬け肉及び乳製品の摂取量とは正の相関が認められた。

エネルギー調整後のカルシウム又はたんぱく質の摂取量と前立腺癌のリスクとは相関は認められなかった。

Schuurman らは、食事と進行性前立腺癌のリスクの上昇に強い関連は認められなかったとしている。(参照 117)

(d) コホート研究 (Chan ら (2001))

米国の男性 20,885 例について、11 年間の追跡コホート研究が実施されている。

その結果、1,012 例が前立腺癌に罹患した。

年齢、BMI、喫煙、運動習慣及び投与された薬剤について調整を行った前立腺癌の相対危険度は、乳製品の摂取量が 0.5 杯³⁴/日以下の群と比較した場合、2.5 杯/日以上で 1.34 (95%CI=1.04~1.71) であり、乳製品からのカルシウム摂取量が 150 mg/日以下の群と比較した場合、600 mg/日以上で 1.32 (95%CI=1.08~1.63) とされている。

Chan らは、本結果は、乳製品及びカルシウムの摂取量と前立腺癌のリスクの上昇に強い相関があるとする仮説を支持するものであるとしている。(参照 118)

(e) コホート研究 (Tseng ら (2005))

男性 3,612 例について、7.7 年間のコホート研究が実施されている。

その結果、131 例が前立腺癌に罹患した。

前立腺癌の相対危険度は、乳製品の摂取量が 5 杯³⁴/日の群と比較した場合、21 杯/日の群で 2.2 (95%CI=1.2~3.9)、低脂肪乳の摂取量が 0 杯/日の群と比較した場合、7 杯/日の群で 1.5 (95%CI=1.1~2.2) であった。全乳の摂取量が 0 杯/日の群と比較した場合、7 杯/日の群で 0.8 (95%CI=0.5~1.3) であり、食事性カルシウムの摂取量が 455.4 mg/日の群と比較した場合、920.6 mg/日の群で 2.2 (95%CI=1.4~3.5) であった。

カルシウム摂取量について調整を行ったところ、ビタミン D とリン酸のいずれも前立腺癌リスクとの相関は認められなかった。

Tseng らは、食事性カルシウムの摂取は前立腺癌のリスクと強い相関があるとしている。(参照 119)

(f) コホート研究 (Kesse ら (2006))

男性 2,776 例について、7.7 年間の追跡研究が実施されている。

その結果、69 例が前立腺癌に罹患した。

前立腺癌の相対危険度は、カルシウムの摂取量が 725 mg/日以下の群と比較した場合、1,081 mg/日以上で 2.43 (95%CI=1.05~5.62) であり、乳製品を摂取しない群と比較した場合、摂取量が 200 g/日増加するごとに相対危険度は 35%増加した (摂取量が 200 g の場合、相対危険度は 1.35 (95%CI=1.02~1.78) であった)。また、カルシウム摂取量による調整を行ったところ、ヨーグルトの摂取量が 125 g/日増加するごとに、相対危険度は

³⁴ 「杯」は、原文では serving と記載されている。

61%増加した（摂取量が 125 g の場合、相対危険度は 1.61（95%CI=1.07～2.43）であった）。

Kesse らは、乳製品の摂取は、カルシウムの含有量によっては前立腺癌のリスクの上昇との関連が認められるとしている。また、カルシウムの摂取量とは関係なく、ヨーグルトの摂取量が増えるに従い、前立腺癌のリスクも上昇することから、他の因子の関連も疑われるとしている。（参照 120）

（g）コホート研究（Mitrou ら（2007））

フィンランドの喫煙男性 29,133 例（50～69 歳）について、17 年間のコホート研究が実施されている。

その結果、1,267 例が前立腺癌に罹患した。

前立腺癌の相対危険度は、カルシウムの摂取量が 1,000 mg/日未満の群と比較した場合、2,000 mg/日以上で 1.63（95%CI=1.27～2.10）であり、乳製品を低用量摂取（中央値 122.0 g/日）した群と比較した場合、高用量摂取（中央値 380.9 g/日）した群で 1.26（95%CI=1.04～1.51）であったが、カルシウムの摂取量による調整を行ったところ、関連は認められなかった。

Mitrou らは、本研究から得られた結果は、カルシウムの摂取量の増大又は乳製品に含まれる成分によって前立腺癌のリスクが増大する可能性があることが示唆されるとしている。（参照 121）

（h）コホート研究（Kurahashi ら（2008））

日本人の男性 43,435 例（45～74 歳）について、7.5 年間の多目的コホート研究が実施されている。

その結果、329 例が前立腺癌を罹患した。

前立腺癌の相対危険度は、乳製品、牛乳及びヨーグルトの摂取量の最も少ない群と比較した場合、最も多い群でそれぞれ 1.63、1.53、1.52（95%CI 不明）で、それぞれの食品の摂取量と前立腺癌のリスクに相関が認められた。

飽和脂肪酸の種類別に検討を行うと、ミリスチン酸とパルミチン酸の摂取量と前立腺癌のリスクに相関が認められた。

Kurahashi らは、WCRF/AICR（2007）の報告における、カルシウムの摂取量と前立腺癌のリスクに相関がある可能性が高いとする評価は、乳製品の摂取量が多い欧米での研究を中心とした根拠であり、日本における今回の研究では、カルシウムの摂取量と前立腺癌のリスクとの強い相関は認められなかったとしている。その理由として、日本人は欧米人と比較してカルシウムの摂取量が少ないことが考えられるとしている。

一方、Kurahashi らは、日本人男性における前立腺癌では、カルシウムの摂取量よりも飽和脂肪酸の摂取量との関連が強いように見えるが、カルシウムを多く摂取する人は飽和脂肪酸も多く摂取する傾向があり、カルシウムと

飽和脂肪酸の影響を完全に区別できていない可能性があるため、どちらが影響しているのかは結論づけることはできなかったとしている。(参照 122)

(i) メタアナリシス (WCRF/AICR³⁵ (2007))

欧米におけるコホート研究の結果に基づき、メタアナリシスが実施されている。

その結果、カルシウムの高用量摂取は、前立腺癌のリスクを 27%/g/日、進行性又は悪性度の高いタイプでは 32%/g/日上昇させ、リスクを増大させる可能性があることが指摘されている。

WCRF 及び AICR は、過剰なカルシウムの摂取によって、ビタミン D からカルシトリオール³⁶の生成が抑制され、前立腺細胞の増殖が促進される可能性があるとしている。(参照 123)

(j) メタアナリシス (Gao ら (2005))

乳製品及びカルシウムの摂取と前立腺癌リスクとの相関について、コホート研究に関する 12 文献 (1966～2005) に基づくメタアナリシスが実施されている。

その結果、乳製品 (牛乳、チーズ及びヨーグルト) の低用量摂取群と高用量摂取群間における乳製品摂取量中間値の幅は、0～1.5 杯³⁴/日から 2.0～6.3 杯/日であり、カルシウム摂取の低用量摂取群と高用量摂取群間におけるカルシウム摂取量中間値の幅は、228～802 mg/日から 1,329～2,250 mg/日であった。

前立腺癌の相対危険度は、乳製品の摂取量が最も少ない群と比較した場合、最も多い群 (男性のみ) で 1.11 (95%CI=1.00～1.22) であり、カルシウムの摂取量が最も少ない群と比較した場合、最も多い群で 1.39 (95%CI=1.09～1.77) であった。

また、乳製品及びカルシウム摂取量と前立腺癌リスクについて用量相関性解析を行ったところ、それぞれに正の相関が認められた。

進行性の前立腺癌の相対危険度は、乳製品の摂取量が最も少ない群と比較した場合、最も多い群で 1.33 (95%CI=1.00～1.78)、カルシウムの摂取量が最も少ない群と比較した場合、最も多い群で 1.46 (95%CI=0.65～3.25) であった。

Gao らは、乳製品又はカルシウムの摂取量は前立腺癌のリスクの上昇に関連し、特に進行性の前立腺癌のリスクの上昇と相関があることが示唆されたとしている。(参照 124)

³⁵ World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research : 世界がん研究基金／米国がん研究協会

³⁶ 原著では、「1,25 dihydroxy vitamin D(3)」と記載されている。

④ 循環器疾患

a. サプリメント

(a) コホート研究 (Michaëlsson ら (2013))

心血管疾患による死亡と長期的なカルシウムの食事による摂取及び補充的な摂取との関連性を調査するため、スウェーデンにおいて 1914～1948 年に生まれた 61,433 名の女性を対象として、平均 19 年間追跡調査するコホート研究が実施されている。

食事によるカルシウム摂取量に伴うリスクのパターンは、非直線的であり、高い確率で最高摂取量 (1,400 mg/日以上) の周りに集中していた。摂取量 600 mg/日～1,000 mg/日と比較すると、摂取量 1,400 mg/日を超えると、

- ・ 全ての原因 (ハザード比 1.40、95%信頼性区間 1.17～1.67)
- ・ 心血管疾患 (ハザード比 1.49、95%信頼性区間 1.09～2.02)
- ・ 虚血性心疾患 (ハザード比 2.14、95%信頼性区間 1.48～3.09)

と高い死亡率が関連しており、脳卒中との (ハザード比 0.73、95%信頼性区間 0.33～1.65) 関連性はなかった。

また、マージナル構造モデルを含む感受性分析の結果、食事によるカルシウム摂取量が少ない場合 (600 mg/日未満) 又は総カルシウム摂取量が少ない及び多い場合の高い死亡率については、関連性は明らかでなかった。

カルシウム錠 (使用者 6% : 錠当たり 500 mg のカルシウム) の使用は、概して、全死因死亡率又は死因別死亡率に関連していなかった。しかし、食事で 1,400 mg/日を超えてカルシウムを摂取しているカルシウムタブレット使用者の間で、全ての死因についてのハザード比が 2.57 (95%信頼区間 1.19～5.55) であった。

Michaëlsson らは、カルシウムの高摂取は、脳卒中は除き、女性において全ての原因及び心血管疾患による高い死亡率と関連するとしている。(参照 125)

(b) 介入研究 (Bolland ら (2008))

閉経後の女性 732 例にクエン酸カルシウム (カルシウムとして 1,000 mg/日)、739 例にプラセボを 5 年間にわたり投与する介入試験が実施されている。

その結果、心筋梗塞の発症数はカルシウム投与群では 31 例で 45 回、対照群では 14 例で 19 回 (相対危険度 2.24 (95%CI=1.20～4.17)) であり、複合型 (心筋梗塞、脳卒中及び突然死をエンドポイントとしたもの) の発症数はカルシウム投与群では 69 例で 101 回、対照群 42 例で 54 回 (相対危険度 1.66 (95%CI=1.15～2.40)) であった。

心筋梗塞の再発数は、カルシウム投与群では 21 例で 24 回、対照群では 10 例で 10 回 (相対危険度 2.12 (95%CI=1.01～4.47)) であり、複合型の発生

数はカルシウム投与群では 51 例で 61 回、対照群では 35 例で 36 回（相対危険度 1.47（95%CI=0.97～2.23））であった。

また、ニュージーランドの入院登録データベースに未登録の分も追加すると、各疾患の相対危険度は、心筋梗塞で 1.49（95%CI=0.86～2.57）、脳卒中で 1.37（95%CI=0.83～2.28）、複合型で 1.21（95%CI=0.84～1.74）であった。また、それぞれの疾患のリスク比は 1.67（95%CI=0.98～2.87）、1.45（95%CI=0.88～2.49）、1.43（95%CI=1.01～2.04）であった。

Bolland らは、健康な閉経後女性において、カルシウムサプリメントの摂取により、心筋梗塞又は循環器疾患の発症率が上昇する事が示唆されるとしている。（参照 126）

（c）介入研究（Lewis ら（2011））

女性 1,460 例（75.1±2.7 歳）に炭酸カルシウムサプリメント 1,200 mg/日（カルシウムとして 480 mg）を 5 年間にわたり投与し、投与期間終了後に 4.5 年間追跡する計 9.5 年間の無作為割付比較介入試験が実施されている。

その結果、アテローム性動脈硬化症における死亡と最初の来院を合わせてエンドポイントとしたハザード比は、投与 5 年目で 0.938（95%CI=0.690～1.275）であり、9.5 年目で 0.919（95%CI=0.737～1.146）であった。

研究開始時にアテローム性心血管疾患を有する患者における 5 年間のカルシウムサプリメントの摂取は、同疾患を有する患者のリスクの有意な減少と関連があり、多変量補正されたハザード比は 0.438（95% CI=0.246～0.781）であった。また、カルシウムサプリメントの投与量と高齢女性のアテローム性動脈硬化症との関連性は明らかではない。（参照 127）

（d）介入研究レビュー（Spence & Weaver（2013））

カルシウムサプリメントの摂取と心血管疾患のリスクの増加との関連性を評価するために、システマティックレビューやメタアナリシスを含むレビューが行われている。

骨折の発生率における炭酸カルシウム及び/又はビタミンDの影響を調査することを目的とした、CAIFOS³⁷、RECORD³⁸及び WHI CaD³⁹といった研究を含む大規模な研究では、心血管系の事象の発生率及び死亡率に関するサプリメントの使用について、有意な影響はなかった旨が報告されている。

また、Bolland ら（2011）は、無作為割付比較試験における個人的なカルシウムサプリメントの頻繁な使用が、カルシウムとビタミンDの心血管系の

³⁷ Calcium Intake Fracture Outcome Study

³⁸ Randomised Evaluation of Calcium or Vitamin D

³⁹ Women's Health Initiative Calcium/vitamin D Supplementation Study

リスクにおける悪影響を不明瞭にする可能性があるという仮説を提唱し、個人的なカルシウムサプリメントを摂取しておらず、無作為割付比較試験でカルシウムとビタミンDを摂取する被験者は、心血管系疾患、特に心筋梗塞のリスクを増加させると結論付けている。

Spence & Weaver は、Bolland ら（2011）のメタアナリシスに対して、Lewis ら（2011）の研究が含まれておらず、Lewis ら（2011）の研究が含まれたとすれば、カルシウムの補給による心筋梗塞の間の相対危険度は有意ではなかった可能性を

- ・カルシウムサプリメントを個人的に摂取している集団では、無作為割付比較試験におけるカルシウムとビタミンD摂取で健康被害が生じやすいと考えられるにもかかわらず、この集団では有意な影響が認められていないこと
- ・メタアナリシスに用いた報告はカルシウム摂取による心血管疾患への悪影響を検討するためにデザインされたものではないこと
- ・レビューされた大部分の研究では、カルシウムサプリメントの摂取によって、心血管系疾患又はそのエンドポイントについて、統計学的に有意な悪影響を示さなかったこと

を引用するとともに指摘している。

また、Spence & Weaver は、リスク増加の可能性を示す研究がある一方、これらの知見は一貫性がなく、メカニズムの解明の必要性もあるとするとともに、血管の石灰化や血管の疾患におけるカルシウム摂取の影響を理解するためには、摂取量や起源も含め、より多くの実験データが必要であるとしている。（参照 128）

（e）メタアナリシス（Bolland ら（2010））

100 例以上（平均年齢 40 歳以上）にカルシウムサプリメント（500 mg/日以上）を 1 年間以上にわたり投与した複数の臨床試験（1966～2010）をまとめ、合計約 12,000 例を基にしたメタアナリシスが実施されている。

5 つの研究の個人別データを再解析したところ（8,151 例、追跡期間の中央値 3.6 年、四分位範囲 2.7～4.3 年）、年齢、性別、喫煙状態、糖尿病、脂質異常症、高血圧及び冠状動脈疾患の既往歴で調整を行った各疾患発症のハザード比は、プラセボ群と比較した場合、カルシウム摂取群の心筋梗塞で 1.31（95%CI=1.02～1.67）、脳卒中で 1.20（95%CI=0.96～1.50）、複合型（心筋梗塞、脳卒中、突然死をエンドポイントとしたもの）で 1.18（95%CI=1.00～1.39）、死亡で 1.09（95%CI=0.96～1.23）であった。

また、11 の介入試験の個別データの再解析（11,921 例、平均値 4.0 年）において、296 例（対照群では 130 例、カルシウム投与群では 166 例）で心筋梗塞の発症が認められ、各疾患のハザード比は、プラセボ群と比較した場合、

カルシウム摂取群の心筋梗塞で 1.27 (95%CI=1.01~1.59) であったが、脳卒中、複合型及び死亡ではカルシウム投与と罹患率の関連は認められなかった。

Bolland らは、カルシウムサプリメントは心筋梗塞のリスクを約 30%増大させるとしている。

なお、米国国立衛生研究所 (NIH) (2011) の報告によれば、本知見に疑問があるとの指摘がなされている。(参照 129、130)

b. サプリメント+ビタミン D

(a) コホート研究レビュー (Wang ら (2010))

カルシウムサプリメント、ビタミン D サプリメント又はその両方の摂取量と心血管疾患リスクの相関に関するコホート研究や無作為割付比較試験を報告した 17 文献 (1966~2009) のレビューを実施している。

その結果、健常人を対象とした 4 つのコホート研究において、カルシウムサプリメントの摂取量と心血管疾患リスクに関連は認められなかった。

Wang らは、限られたデータに基づく考察ではあるが、カルシウムサプリメントの摂取の心血管疾患への影響は少ないと考えられるとしている。(参照 131)

(b) 介入研究 (LaCroix ら (2009))

米国の閉経後女性 36,282 例 (51~82 歳) に炭酸カルシウム (1,000 mg/日) 及びビタミン D (400 IU/日) 又はプラセボを 7 年間投与する介入研究 (二重盲検、無作為割付比較試験) が実施されている。

その結果、総死亡数はプラセボ投与群で 807 例、カルシウム+ビタミン D 投与群では 744 例 (ハザード比 0.91 (95%CI=0.83~1.01)) であった。死亡の危険度について疾患ごとに分類すると、脳卒中やがんによる死亡は投与群で低下傾向が認められ、冠状動脈心疾患や他の疾患では影響は認められなかった。ハザード比を年齢別に分類すると、70 歳以下の 29,942 例で 0.89 (95%CI=0.79~1.01) であり、70 歳以上の高齢者 6,340 例では 0.95 (95%CI=0.80~1.12) であった。

LaCroix らは、カルシウム及びビタミン D サプリメントの摂取量と心血管疾患、冠状動脈疾患、脳血管疾患、がんその他の原因による死亡率について、いずれも関連は認められなかったとしている。(参照 132)

(c) メタアナリシス (Bolland ら (2011))

上述の Bolland ら (2010) の報告に、更に新しい試験成績が加えられ、これまでの疫学調査の再分析によるカルシウム及びビタミン D の併用と心血管疾患リスクの関係の調査が実施されている。

その結果、再分析の対象となった試験の一つであるカルシウム (1 g/日) と

ビタミン D (400 IU/日) を摂取した閉経後の女性 (36,282 例) を基にした 7 年間の大規模無作為割付比較試験において、各疾患のハザード比は、対照群と比較した場合、カルシウムとビタミン D の摂取群の心血管疾患全体で 1.13~1.22 の範囲であり、心筋梗塞で 1.22 (95%CI=1.00~1.50)、脳卒中で 1.17 (95%CI=0.95~1.44)、心筋梗塞又は冠状動脈再かん流で 1.16 (95%CI=1.01~1.34)、心筋梗塞又は脳卒中で 1.16 (95%CI=1.00~1.35) であり、試験開始前よりカルシウムを摂取していた群 (背景データ) の心血管疾患全体で 0.83~1.08 の範囲であった。

また、複数の試験結果 20,090 人のメタアナリシスにおいて、各疾患の相対危険度は、プラセボ投与群と比較した場合、カルシウムとビタミン D を併用した群の心筋梗塞で 1.21 (95%CI=1.01~1.44)、脳卒中で 1.20 (95%CI=1.00~1.43)、心筋梗塞と脳卒中で 1.16 (95%CI=1.02~1.32) であった。

24,869 例の女性について約 5.9 年間実施された研究の個人別データを再解析したところ、カルシウム摂取に係る各疾患のハザード比は、心筋梗塞で 1.26 (95%CI=1.07~1.47)、脳卒中で 1.19 (95%CI=1.02~1.39)、心筋梗塞又は脳卒中で 1.17 (95%CI=1.05~1.31) であり、カルシウムとビタミン D の併用と各疾患のリスクについて関連が認められた。

この解析では、5 年間のカルシウム単独又はカルシウムとビタミン D の併用による要治療数 (NNT) は心筋梗塞で 240、脳卒中で 283、複合型で 178、骨折で 302 であった。

28,072 例の女性について 5.7 年間実施された試験をまとめた介入試験の個別データを再解析したところ、カルシウムの単独摂取又はカルシウムとビタミン D の併用に係る各疾患の相対危険度は、心筋梗塞で 1.24 (95%CI=1.07~1.45)、心筋梗塞と脳卒中で 1.15 (95%CI=1.03~1.27) であった。

Bolland らは、カルシウムの単独摂取又はカルシウムとビタミン D の併用と心血管疾患リスクに関連が認められたとしている。(参照 133)

c. サプリメント+ビタミンD+食事

介入研究 (Hsia ら (2007))

無作為抽出された閉経後の女性 36,282 例 (50~79 歳) に炭酸カルシウム (1,000 mg/日) 及びビタミン D (400 IU/日) 又はプラセボを 7 年間投与する介入研究が実施されている。

その結果、カルシウム及びビタミン D 投与群のうち 499 例、プラセボ投与群のうち 475 例が心筋梗塞又は冠状動脈性心臓病によって死亡した。心筋梗塞又は冠状動脈性心臓病による死亡のハザード比は、プラセボ投与群と比較した場合、カルシウム及びビタミン D 投与群で 1.04 (95%CI=0.92~1.18) であった。また、カルシウム及びビタミン D 投与群で 362 例、プラセボ投与群で 377 例が脳卒中で死亡した。脳卒中による死亡の相対危険度は同様の群

間比較で 0.95 (95%CI=0.82~1.10) であった。

サブグループ解析を行ったところ、平常時にカルシウムを 1,200 mg/日以上を食事とサプリメントから摂取していた女性の群で、冠動脈疾患 (P=0.91 for interaction) や脳卒中 (P=0.14 for interaction) のリスク増加は認められなかった。

Hsia らは、カルシウム及びビタミン D の摂取量と、健康な閉経後女性における冠動脈又は脳血管のリスクとの関連は認められないとしている。(参照 134)

d. サプリメント+食事

(a) コホート研究 (Bostick ら (1999))

虚血性心疾患の既往歴のない米国アイオワ州の閉経後女性 34,486 例 (55~69 歳) について、8 年間以上の前向きコホート研究が実施されている。

その結果、387 例が虚血性心疾患で死亡した。

死亡の相対危険度は、カルシウムの総摂取量が 696 mg/日以下の群と比較した場合、1,425 mg/日以上群で 0.67 (95%CI=0.47~1.94) であり、サプリメントを摂取していない群間で食事由来のカルシウム摂取量が少ない (総カルシウム摂取量の中央値が 422 mg/日) 群と比較した場合、食事由来のカルシウム摂取量が多い (総カルシウム摂取量の中央値が 1,312 mg/日) 群で 0.63 (95%CI=0.40~0.98)、食事由来のカルシウム摂取量が少ない群間でサプリメント由来のカルシウム摂取量が少ない (総カルシウム摂取量の中央値が 422 mg/日) 群と比較した場合、サプリメント由来のカルシウム摂取量が多い (総カルシウム摂取量の中央値が 1,400 mg/日) 群で 0.66 (95%CI=0.36~1.23) であった。

Bostick らは、食事性又はサプリメントによるカルシウムの高用量摂取は虚血性心疾患による死亡リスクを低下させることが示唆されたとしている。(参照 135)

(b) コホート研究 (Weng ら (2008))

脳卒中及びがんの既往歴のない 1,772 例 (40 歳以上) について、10.6 年以上のコホート研究が実施されている。

その結果、132 例が脳梗塞に罹患した。

年齢、性別、高血圧、抗高血圧薬の使用、糖尿病、発生地域、中心性肥満、アルコール摂取習慣、喫煙習慣、性別と喫煙習慣の交互作用、BMI、自己申告による心疾患、高コレステロール血症、高トリグリセリド血症、運動習慣、血中フィブリノーゲン、アポリポたん白質 B 及びプラスミノーゲンによる調整を行った脳梗塞のハザード比は、カルシウムの摂取量が 592 mg/日以上群と比較した場合、451~592 mg/日の群で 1.49 (95%CI=0.99~2.24)、451

mg/日以下の群で 1.52 (95%CI=0.98~2.35) であった。

Weng らは、カルシウムの摂取量と脳梗塞のリスクには負の相関が認められるとしている。(参照 136)

e. 食事

(a) コホート研究 (Umesawa ら (2006))

脳卒中や冠状動脈性心臓疾患やがんの既往歴のない日本人 110,792 例 (40~79 歳: 男性 46,465 例、女性 64,327 例) について、平均 9.6 年間のコホート研究が実施されている。

その結果、566 例が脳卒中 (101 例がくも膜下出血、140 例が脳内出血、273 例が脳梗塞)、234 例が冠状動脈性心疾患によって死亡した。

また、男女ともにカルシウムの総摂取量と全脳卒中による死亡率に負の相関が認められ、冠状動脈性心疾患や総心血管疾患による死亡率に相関は認められなかった。

乳製品由来のカルシウム摂取量と全脳卒中、出血性脳卒中及び脳梗塞の間に負の相関が認められた。

BMI、喫煙状態、アルコール摂取量、高血圧及び肥満の既往歴、エネルギー摂取量並びにカリウム摂取量によって調整した心血管疾患の男性及び女性の相対危険度は、乳製品由来カルシウムの低用量摂取群と比較した場合、高用量群摂取群において、全脳卒中の男性で 0.53、女性で 0.57 (95%CI=0.34~0.81、0.38~0.86)、出血性脳卒中の男性で 0.46、女性で 0.51 (95%CI=0.23~0.91、0.28~0.94)、脳梗塞の男性で 0.53、女性で 0.50 (95%CI=0.29~0.99、0.27~0.95) であった。

Umesawa らによれば、日本人の男女においては、乳製品由来のカルシウムは、脳卒中の死亡率を下げることを示唆されたとしている。(参照 137)

(b) コホート研究 (Umesawa ら (2008))

循環器疾患やがんの既往歴のない日本人 41,526 例 (40~59 歳: 男性 19,947 例、女性 21,579 例) について、平均 12.9 年間のコホート研究が実施されている。

その結果、1,321 例が脳卒中 (脳梗塞 664 例、脳内出血 425 例、くも膜下出血 217 例)、322 例が冠状動脈性心疾患を発症した。

年齢、性別、BMI、高血圧や肥満の既往歴、高コレステロール血症の薬物治療、更年期、喫煙、アルコール摂取、ナトリウム摂取、カリウム摂取及び n-3 脂肪酸の摂取による調整を行った全脳卒中のハザード比は、食事性カルシウム摂取量が低用量の群と比較した場合、高用量の群で 0.70 (95%CI=0.56~0.88) であり、総カルシウムの摂取量と脳卒中のリスクに負の相関が認められた。

また、全脳卒中と脳梗塞の多変量解析によるハザード比は、食事性カルシウムの摂取量が低用量の群と比較した場合、高用量の群でそれぞれ 0.69 (95%CI=0.56~0.85)、0.69 (95%CI=0.52~0.93) であり、乳製品由来のカルシウム摂取量と全脳卒中及び脳梗塞のリスクに負の相関が認められる一方、食事性のカルシウムの摂取量は、冠状動脈性心疾患のリスクに相関は認められなかった。

なお、この試験においては、調査対象へのアンケート項目にサプリメントカルシウムの使用量が含まれていなかったため、その影響を評価することができなかった。

Umesawa らは、食事性カルシウム（特に乳製品（牛乳とヨーグルト）由来のカルシウム）の摂取により、中年期の日本人において脳卒中の発症が低下することが示唆されたとしている。（参照 138）

（c）コホート研究（Larsson ら（2008））

脳卒中ではないフィンランド人の喫煙男性 26,556 例（50~69 歳）について、13.6 年間のコホート研究が実施されている。

その結果、2,702 例が脳梗塞、383 例が脳内出血、196 例がくも膜下出血に罹患した。

年齢、一日当たりの喫煙本数、BMI、血圧、血清コレステロール、血清高密度リポたん白質（HDL）コレステロール、肥満や冠状動脈疾患の既往歴、運動時間及びアルコールやエネルギーの摂取量による調整を行った各疾患の相対危険度は、カルシウムの摂取量が少ない群と比較した場合、高い群の脳梗塞で 1.10 (95%CI=0.98~1.26)、脳内出血で 1.20 (95%CI=0.87~1.64)、くも膜下出血で 1.56 (95%CI=0.98~2.47) であった。

Larsson らは、カルシウムの摂取量と全サブタイプの脳卒中のリスクとの相関は認められなかったとしている。（参照 139）

⑤ ヒトにおける知見のまとめ

食品安全委員会は、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）において、以下のとおり評価している。

「カルシウムの過剰摂取によるミルクアルカリ症候群のリスク上昇は明らかであるが、他の誘発要因の影響などが明らかではなく、NOAEL を得ることはできないと判断した。カルシウムの摂取と腎結石のリスクについては、研究の結果が一致しておらず、その影響については不明である。高用量のカルシウム摂取が前立腺癌のリスクを上昇させる可能性があるが、その機序や癌の進行度との関連など、いまだ不明な部分が多く、NOAEL を得ることはできないと判断した。カルシウムの摂取と循環器疾患のリスクについては、研究の結果が一致しておらず、その影響については不明である。

以上より、本専門調査会としては、ヒトにおける知見に基づく NOAEL を得ることはできないと判断した。(引用終わり)」(参照 35)

「日本人の食事摂取基準 (2015 年版)」策定検討会報告書は、ミルクアルカリ症候群の症例報告では、3,000 mg/日以上以上の摂取で血清カルシウムが高値を示していたことから、最低健康障害発現量を 3,000 mg/日としている。また、Bolland ら (2008、2010) による、カルシウムサプリメントの使用により心血管疾患のリスクが上昇するとする報告に対して、Spence & Weaver (2013) を引用し、様々な議論があるとしている。(参照 11)

本専門調査会としては、次のように考えた。

カルシウムの過剰摂取との関連が報告されている疾患として、ミルクアルカリ症候群、腎結石、前立腺癌及び循環器疾患が挙げられる。

カルシウム摂取と前立腺癌又は循環器疾患の関係については、一致性、関連の大きさ、生物学的メカニズム、時間関係などから考えて、因果関係ありと判断する十分な根拠がないと判断した。一方、カルシウム摂取とミルクアルカリ症候群については因果関係があるものと判断し、またカルシウム摂取と腎結石についても、Burtis ら (1994) 及び Jackson ら (2006) の 2 つの介入研究から、因果関係があるものと判断した。ただし、Burtis ら (1994) は被験者が腎結石の患者であり、Jackson ら (2006) は被験者がカルシウムの吸収を高めるビタミン D を併用していることから、NOAEL 又は LOAEL を設定するのは難しいと判断した。

ミルクアルカリ症候群については、1997 年の IOM では、LOAEL を 5,000 mg/人/日、UF を 2 とし、UL を 2,500 mg/人/日と設定している。2011 年の IOM も一部の年齢層を除き、この値を採用しているが、近年発表されたミルクアルカリ症候群の症例報告では、3,000 mg/人/日のカルシウム摂取で高カルシウム血症がみられている。「日本人の食事摂取基準 (2015 年版)」策定検討会報告書は、この値を LOAEL として採用、UF を 1.2 とし、UL を 2,500 mg/人/日としている。

以上から、ミルクアルカリ症候群の症例報告について検討し、その結果、表 36 において、比較的カルシウムの摂取量が少ないとされている症例報告のうち、Nabhan ら (2004) や Caruso ら (2007) の症例ではビタミン D を併用している期間があること、Kaklamanos & Perros (2007) の症例では患者が胃粘膜びらんによる消化不良の病歴があること、Irtiza-Ali ら (2008) の症例 2 では腎疾患の病歴があること、AlMusawi ら (2012) の症例では胃食道逆流症、甲状腺機能低下等の病歴があること、Kashouty ら (2011) の症例では胃酸逆流といった病歴があること、Stoney & Bagchi (2017) では患者が消化不良の病歴があり、チアジド系薬剤を摂取していることから、これらを LOAEL の根拠とすることは不適切と判断した。一方、Gordon ら (2005) の症例は妊婦の報告ではあるが病歴はなく、食事以外に約 3,000 mg/人/日のカルシウムを 1 か月間摂取し

た結果ミルクアルカリ症候群と診断されたものであり、これを妊婦における LOAEL の根拠とすることが適当と判断した。また、本専門調査会は、上西ら（2003）及び Bailey ら（2008）の知見のとおり、妊娠中にはカルシウム吸収が高まっているため、ミルクアルカリ症候群発症のリスクが高まるとされており、また、この Gordon ら（2005）の報告は食事由来のカルシウムの摂取量が異なる豪州での症例であるものの、同症例を一般の集団における LOAEL の根拠とすることも可能と判断し、LOAEL を 3,000 mg/人/日とした。

（7）他のミネラルとの相互作用

① 鉄

a. 相互作用（Sokoll & Dawson-Hughes（1992））

閉経後女性 75 例に、食事性カルシウム（600 mg/日）に加え、炭酸カルシウム（カルシウムとして 500 mg×2 回/日）を 12 週間にわたり摂取させる試験が実施されている。

その結果、カルシウム摂取群の血漿フェリチン、血清鉄、総鉄結合能、トランスフェリン飽和度、ヘモグロビン及びヘマトクリット値は、非摂取群と差がなく、食事以外からの 1,000 mg/日のカルシウム摂取は鉄の生体利用性に負の影響を与えなかった。（参照 140）

b. 相互作用（Whiting & Wood（1997））

比較的低用量である 300 mg/食事の食事性カルシウムの摂取で、鉄の吸収が最も抑制されるため、食事由来のカルシウム 660 mg/日に加えてサプリメントとして 1,000 mg/日のカルシウムを摂取しても、更に鉄の吸収を低下させることはなかった。

一方、Whiting & Wood は、鉄が必要な妊婦、成長期の子供及び鉄の補充療法を行っている貧血患者については、高カルシウム食が鉄の吸収に及ぼす影響を調べる試験が更に必要であるとしている。（参照 141）

c. 相互作用（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）及び SCF（2003）で引用（Dalton ら（1997）））

生後 3 か月の乳幼児 103 例に、カルシウム及びリン酸が含まれる乳幼児用ミルク（投与開始 4 か月後のカルシウム摂取量 1,700 mg/日、9 か月後のカルシウム摂取量 1,560 mg/日）又は標準的な乳幼児用ミルク（投与開始 4 か月後のカルシウム摂取量 400 mg/日、9 か月後のカルシウム摂取量 350 mg/日）を投与する試験が実施されている。なお、両方の乳幼児用ミルクは同様に高用量の鉄（12.8 mg/L）が含まれていた。

その結果、1 歳に至るまでの残りの期間に、血漿フェリチン、総鉄結合能、赤血球プロトポルフィリン及びヘマトクリットに変化はなかった。（参照 35、

47)

d. 相互作用（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）及び SCF（2003）で引用（Ames ら（1999）））

3～5 歳の幼児 11 例に、低カルシウム食（カルシウム 502 mg/日、鉄 9 mg/日含有）又は高カルシウム食（カルシウム 1,180 mg/日、鉄 9.7 mg/日含有）を 5 週間摂取させ、赤血球における鉄の取込みについて調べる試験や、食事と共に ^{44}Ca や ^{58}Fe を経口摂取した場合又は ^{46}Ca を静脈内投与した場合のカルシウムの吸収と蓄積量について調べる試験が実施されている。

その結果、投与 14 日後の赤血球における鉄の取込みについて、高カルシウム食摂取群と低カルシウム食摂取群間に違いは認められなかった。（参照 35、47）

e. 相互作用（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）及び SCF（2003）で引用（Yan ら（1996）））

カルシウム（280 mg/日）を従前摂取していた女性 60 例に、炭酸カルシウム（カルシウムとして 1,000 mg）のサプリメントを 5 週間にわたり摂取させる試験が実施されている。

その結果、血漿フェリチンレベルに影響は認められなかった。（参照 35、47）

f. 相互作用（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）及び SCF（2003）で引用（Kalkwarf & Harrast（1998）））

女性 158 例に炭酸カルシウム（カルシウムとして 500 mg×2 回/日）又はプラセボを分娩後 6～12 か月の間摂取させる試験が実施されている。

その結果、血漿フェリチンレベルに変化は認められなかった。（参照 35、47）

g. 相互作用（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）及び SCF（2003）で引用（Ilich-Ernst ら（1998）））

8～13 歳の女性 354 例にカルシウムサプリメント（カルシウムとして 500 mg×2 回/日）を 4 年間にわたり摂取させる試験が実施されている。

その結果、血漿フェリチンレベル、ヘモグロビン濃度及び赤血球数に変化は認められなかった。（参照 35、47）

h. 相互作用（Minihane & Fairweather-Tait（1998））

18～69 歳の貧血でない成人（対照群 13 例、カルシウム投与群 11 例）に、炭酸カルシウム（カルシウムとして 1,200 mg/日）を 6 か月間にわたり摂取させる試験が実施されている。その結果、ヘモグロビン、ヘマトクリット、亜鉛プロトポルフィリン及び血漿フェリチンに変化は認められなかった。

また、この報告において、健康な成人（14 例）に、試験期間である 3 日間のうち 2 日目にだけカルシウムサプリメント（カルシウムとして 1,200 mg/日）を摂取させる試験も実施されている。その結果、カルシウムを摂取した場合においては、摂取しなかった場合と比較して、非ヘム鉄の吸収について低下が認められた。（参照 142）

i. 相互作用（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）で引用（Van de Vijver ら（1999）））

欧州 6 か国の女兒 1,080 例（平均 13.5 歳）及び若い女性 524 例（平均 22.0 歳）における乳製品の摂取と血中の鉄の状態について、断面研究が実施されている。

その結果、血中の鉄の状態、年齢、初経、たん白質、茶及びビタミン C の摂取量並びに出身国について調整を行ったところ、カルシウム摂取量と血漿フェリチン濃度に負の相関が認められ、血漿フェリチン濃度についてカルシウムの摂取量が 100 mg/日増加するごとに、女兒の場合で 1.6%の減少（直線回帰係数-0.57）、若い女性の場合で 3.3%の減少（直線回帰係数-1.36）が認められた。

Van de Vijver らは、食事性のカルシウムの摂取量は、カルシウムと鉄を同時に摂取するかどうかにかかわらず、弱いながら血中の鉄の状態と負の相関が認められるとしている。（参照 35）

j. 相互作用（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）で引用（Lynch（2000）））

カルシウムサプリメントを摂取させる長期介入試験が実施されている。

その結果、習慣的なカルシウムの摂取量が非常に少ない場合を除き、血中の鉄の状態に低下は認められなかった。

カルシウムサプリメントは、鉄強化剤を摂取している幼児、授乳中の女性、思春期の女性、成人男性及び成人女性における血中の鉄の状態に対する影響が認められなかった。（参照 35）

② 亜鉛

a. 相互作用（Whiting & Wood（1997））

カルシウムと亜鉛の相互作用について、以下の知見が引用され、動物実験と臨床試験の結果が比較されている。

- ・Forbes（1960）の報告によれば、動物実験においてカルシウムの投与により亜鉛の吸収量低下が認められた。
- ・Spencer ら（1965）及び Wood & Zheng（1990）の報告によれば、ヒトに ^{65}Zn を摂取させる試験において、カルシウム又はミルクの投与による

亜鉛の吸収量や体内蓄積量に変化は認められなかった。(参照 141)

b. 相互作用（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）及び SCF（2003）で引用（Spencer ら（1984）））

高齢男性にカルシウムを段階的に増加（230～2,000 mg）して摂取させる試験が実施されている。

その結果、亜鉛の摂取が 14 mg/日の場合、亜鉛の正味の吸収率が 24%から 3%まで減少した。しかしながら、亜鉛の排泄や亜鉛バランスには影響しなかった。(参照 35、47)

c. 相互作用（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）及び SCF（2003）で引用（Yan ら（1996）））

16～41 歳の授乳中の女性 30 例に炭酸カルシウムサプリメント（1,000 mg/日）を 1 年間摂取させる試験が実施されている。

その結果、プラセボ投与群と比較して亜鉛の状態に変化は認められなかった。(参照 35、47)

d. 相互作用（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）及び SCF（2003）で引用（Wood & Zheng（1997）））

閉経後女性に食事と共にカルシウム（約 1,500 mg/日×12 日間）を 2 期間摂取させる試験が実施されている。

その結果、亜鉛を 17 mg/日摂取しているにもかかわらず、被験者の半数について、亜鉛バランスが負になることが認められた。

Wood & Zheng は、カルシウムサプリメント（600 mg）による亜鉛吸収の直接的な抑制効果は、更に亜鉛を加えることで補正されうるとしている。(参照 35、47)

e. 相互作用（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）及び SCF（2003）で引用（Raschke & Jahreis（2002）））

健康な男性 10 例に食事性カルシウム（1,800 mg/日）及びリン酸カルシウム（600～1,200 mg/日）を 2 週間摂取させる試験が実施されている。

その結果、尿中や糞中の亜鉛の排泄に被験物質投与に関連する変化は認められず、血清亜鉛濃度について低下が認められた。(参照 35、47)

③ マグネシウム

a. 相互作用（添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）及び SCF（2003）で引用（Yan ら（1996）））

カルシウムの摂取量が少ない授乳中の女性に、炭酸カルシウム（1,000 mg/

日)を1年間摂取させる試験が実施されている。

その結果、マグネシウムの状態に影響は認められなかった。(参照 35、47)

b. 相互作用(添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)及びSCF(2003)で引用(Whiting & Wood(1997)))

Whiting & Wood は、過剰なカルシウムの摂取(2 g/日)により、腸からのマグネシウムの吸収及び腎のマグネシウムの排泄が低下するとしている。

一方、Whiting & Wood は、糖尿病や吸収不全、アルコール依存症のようなマグネシウム欠乏をまねくような他のリスクが存在しない限り、マグネシウム欠乏になることはないとしている。(参照 141)

c. 相互作用(添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)及びSCF(2003)で引用(Abrams ら(1997)))

9~14 歳の子供 25 例について、食事性カルシウムの摂取(平均摂取量 1,310 mg/日)とマグネシウムバランス(摂取量は、6.4 mg/kg 体重/日又は 194~321 mg/日)の関連が調査されている。

その結果、影響は認められなかった。(参照 35、47)

d. 相互作用(添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)及びSCF(2003)で引用(Raschke & Jahreis(2002)))

健康な男性 10 例に、食事性カルシウム(1,800 mg)及びリン酸カルシウム(600~1,200 mg/日)を2週間摂取させる試験が実施されている。

その結果、マグネシウム代謝に影響は認められなかった。(参照 35、47)

④ リン

a. 相互作用(添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)及びSCF(2003)で引用(Whiting & Wood(1997)で引用(Schiller ら(1989)))

24~32 歳の健常人 6 例にクエン酸カルシウム(カルシウムとして 1,000 mg)を経口投与する試験が実施されている。

その結果、リンの吸収抑制が認められた。

SCF は、通常食で、リンを高用量摂取することを考慮すると、この影響は重要ではないとしている。(参照 35、47)

b. 相互作用(添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)で引用(IOM(1997)))

IOM(1997)は、成人における研究の結果、リン:カルシウム=0.08:1~2.40:1(30 倍の幅)ではカルシウムのバランスや吸収に影響は認められず、ヒトの生活の中で、互いの二つの栄養素に関連があるとする証拠はほとんど認めら

れないとしている。(参照 35)

Ⅲ. 一日摂取量の推計等

Ⅲ-1. 炭酸カルシウム

添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)によれば、マーケットバスケット方式によるトータルダイエツトスタディーの結果、加工食品からのカルシウムの推定一日摂取量⁴⁰⁾は、1995年度で383.9 mg/人/日、1998年度で400 mg/人/日、2005年度で316.9 mg/人/日と報告されている。また、生鮮食品からのカルシウム一日摂取量は、1998～1999年度で290 mg/人/日と報告されている。以上から、推定されるカルシウムの摂取量は1998年度で690 mg/人/日と推定される。(参照 35)

「平成29年国民健康・栄養調査報告」によれば、カルシウムの一日摂取量の平均値は、514 mg/人/日である。(参照 143)

使用基準改正要請者は、添加物「炭酸カルシウム」の規格基準が改正された場合の一日推定摂取量について、添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」(2013)を引用し、栄養強化剤としての摂取量及び製造用剤としての摂取量ごとに以下のように推計している。(参照 35)

(1) 栄養強化剤として

栄養強化剤としての用途があるカルシウム塩の添加物について、指定添加物では炭酸カルシウム、リン酸三カルシウム、リン酸一水素カルシウム、リン酸二水素カルシウム、ピロリン酸二水素カルシウム、クエン酸カルシウム、グルコン酸カルシウム、グリセロリン酸カルシウム、パントテン酸カルシウム、乳酸カルシウム、アスコルビン酸カルシウム及びステアリン酸カルシウムがあり、既存添加物では焼成カルシウム類、未焼成カルシウム類及び生石灰がある。焼成カルシウム類及び生石灰については、製造用剤としての用途もあるため、製造用剤として摂取量を推計することとし、栄養強化剤としての推計には含めない。

日本食品添加物協会による「平成22年度 食品添加物の規格基準の向上と使用実態に関する調査研究」報告書及び佐藤による「平成23年度 生産量統計を基にした食品添加物摂取量の推定に関わる研究、指定添加物品目」報告書によれば、炭酸カルシウムを含め、指定添加物であるカルシウム塩の一日摂取量の合計は、カルシウムとして59.0 mg/人/日と考えられる。(表 37)

また、既存添加物である未焼成カルシウム類は、年間国内総使用量の合計が1,516 tであり、仮にこれが全て炭酸カルシウムであって、全量が食品として摂

⁴⁰⁾ 塩化カルシウム、クエン酸カルシウム、グリセロリン酸カルシウム、グルコン酸カルシウム、水酸化カルシウム、ステアリン酸カルシウム、炭酸カルシウム、乳酸カルシウム、ピロリン酸二水素カルシウム、硫酸カルシウム、リン酸三カルシウム、リン酸一水素カルシウム、リン酸二水素カルシウムとして

取されたとすると、その一日摂取量の合計は、カルシウムとして 13.10 mg/人/日と考えられる。(表 38)

表 37 栄養強化剤としての用途がある指定添加物であるカルシウム塩類の摂取量 (単位 : mg/人/日)

添加物名	1 人一日摂取量	1 人一日摂取量 (カルシウムとして)
炭酸カルシウム	109.58	43.88
リン酸三カルシウム	6.33	2.45
リン酸一水素カルシウム	2.57	0.76
リン酸二水素カルシウム	9.59	1.64
ピロリン酸二水素カルシウム	1.71	0.32
クエン酸カルシウム	1.5	0.31
グルコン酸カルシウム	5.1	0.45
グリセロリン酸カルシウム	0.12	0.02
パントテン酸カルシウム	0.43	0.036
乳酸カルシウム	49.6	9.10
アスコルビン酸カルシウム	0.162	0.0152
ステアリン酸カルシウム	0.280	0.0189
合計値	-	59.0

表 38 栄養強化剤としての用途がある既存添加物である未焼成カルシウム類の日本国内集荷量 (単位 : t)

添加物名	使用量
貝殻未焼成カルシウム	803.0
サンゴ未焼成カルシウム	79.0
卵殻未焼成カルシウム	634.0
合計値	1,516

使用基準改正要請者は、これらの全てが添加物「炭酸カルシウム」に代替されると仮定すると、添加物「炭酸カルシウム」の栄養強化剤としての一日推定摂取量は、カルシウムとして 72.10 mg/人/日程度と考えられるとしている。(参照 2)

(2) 製造用剤として

① カルシウム塩 (ケイ酸カルシウムを除く) に係る推計

製造用剤としての用途があるカルシウム塩の添加物について、指定添加物では炭酸カルシウム、塩化カルシウム、硫酸カルシウム及び水酸化カルシウムがあり、既存添加物では焼成カルシウム類及び生石灰がある。炭酸カルシウムについては、栄養強化剤としての用途もあるため、栄養強化剤として摂取量を計

上することとし、製造用剤としての計上には含めない。

「平成 22 年度 食品添加物の規格基準の向上と使用実態に関する調査研究」によれば、指定添加物であるカルシウム塩の一日摂取量は、カルシウムとして 30.55 mg/人/日と考えられる。(表 39)

また、既存添加物である焼成カルシウム類のうち、主成分がリン酸三カルシウムであるものの年間国内総使用量は 232.0 t であり、仮にこれが全てリン酸三カルシウムであって全量が食品として摂取されたとすると、一日摂取量はカルシウムとして 1.92 mg/人/日と考えられる。主成分が酸化カルシウムであるものの年間国内総使用量は 221.0 t であり、仮にこれが全て酸化カルシウムであって全量が食品として摂取されたとすると、一日摂取量はカルシウムとして 3.40 mg/人/日と考えられる。以上から、焼成カルシウム由来のカルシウムの一日摂取量の合計は 5.32 mg/人/日と考えられる。(表 40)

既存添加物である生石灰（主成分：酸化カルシウム）については、使用量の報告は認められないが、仮に前述の焼成カルシウム類のうち、主成分が酸化カルシウムであるものと同程度の使用があるとすると、生石灰由来のカルシウムの平均摂取量は、3.40 mg/人/日と考えられる。

表 39 製造用剤としての用途がある指定添加物であるカルシウム塩類の摂取量（単位：mg/人/日）

添加物名	1 人一日摂取量	1 人一日摂取量 (カルシウムとして)
塩化カルシウム	29.11	10.51
水酸化カルシウム	2.05	1.11
硫酸カルシウム	81.33	18.93
合計値	-	30.55

表 40 焼成カルシウム類の主成分と日本国内出荷量（単位：t）

主成分	添加物名	出荷量
リン酸三カルシウム	骨焼成カルシウム	220.0
	乳清焼成カルシウム	12.0
	合計値	232.0
酸化カルシウム	貝殻焼成カルシウム	141.9
	卵殻焼成カルシウム	78.0
	造礁サンゴ焼成カルシウム	1.2
	合計値	221.0

使用基準改正要請者は、これらが全て炭酸カルシウムに代替されると仮定すると、添加物「炭酸カルシウム」の上述のカルシウム製剤に係る製造用剤としての一日推定摂取量は、カルシウムとして 39.27 mg/人/日程度と考えられると

している。(参照 2)

② カルシウム塩（ケイ酸カルシウム）に係る推計

使用基準改正要請者は、添加物評価書「ケイ酸カルシウム」(2015)を引用し、以下のように添加物「ケイ酸カルシウム」由来のカルシウムの推定一日摂取量を 600 mg/人/日としている。

「規格基準改正要請者⁴¹は、2008 年に新たに指定されたケイ酸カルシウムの推定摂取量の知見はないものの、ケイ酸カルシウムの指定前の微粒二酸化ケイ素の推定摂取量の全量がケイ酸カルシウムに置き換わると仮定して、現在の使用基準に係るケイ酸カルシウムの推定一日摂取量を 0.56 mg/人/日 (0.01 mg/kg 体重/日) と推定している。

また、規格基準改正要請者は、規格基準改正後の摂取量の増加量を、ケイ酸カルシウムの使用量が平均量（食品の 20%）⁴²程度のチュアブル錠（1,000 mg/錠）を、3 種類各 2 錠を 1 日朝夕 2 回摂取するヒトを想定して、2,400 mg/人/日 (43.6 mg/kg 体重/日) と推計している。

以上より、本委員会としては、添加物「ケイ酸カルシウム」の使用基準改正に係る推定一日摂取量は、2,400 mg/人/日 (43.6 mg/kg 体重/日) となると判断した。

また、二酸化ケイ素及びカルシウムの推定一日摂取量について、添加物「ケイ酸カルシウム」の成分規格を踏まえて検討した。二酸化ケイ素については、添加物「ケイ酸カルシウム」中の二酸化ケイ素の含量の最大値が 95.0%であることを踏まえ、推定一日摂取量は 2,280 mg/人/日 (41.4 mg/kg 体重/日)（二酸化ケイ素として）と判断した。また、カルシウムについては、添加物「ケイ酸カルシウム」中の酸化カルシウムの含量の最大値が 35.0%であることを踏まえ、まず、酸化カルシウムの推定一日摂取量を 840 mg/人/日 (15.2 mg/kg 体重/日)（酸化カルシウムとして）と換算し、更に、分子量を基に換算し、推定一日摂取量は 600 mg/人/日 (10.9 mg/kg 体重/日)（カルシウムとして）と判断した。（引用終わり）」（参照 144）

③ 製造用剤としての推計

使用基準改正要請者は、添加物「炭酸カルシウム」の規格基準が改正された場合の製造用剤としてのカルシウムの一日摂取量を、639.27 mg/人/日（カルシウムとして）と推定している。

⁴¹ 当時、添加物「ケイ酸カルシウム」の規格基準改正を要請した者。以下引用部分において同じ。

⁴² 使用基準案には 20%との上限値は設定されていないが、使用基準改正要請者によれば、食品に添加する添加物「ケイ酸カルシウム」の割合について、実際の使用を考慮し 20%として推計したとされている。

(3) 添加物由来のカルシウムの摂取量

使用基準改正要請者は、添加物「炭酸カルシウム」の規格基準が改正された場合の添加物由来のカルシウムの摂取量を、栄養強化剤として 72.10 mg/人/日、製造用剤として 639.27 mg/人/日、合計で 711.37 mg/人/日（カルシウムとして）と推定している。

(4) 一日摂取量の推計等のまとめ

本専門調査会としても、使用基準改正要請者の推計を踏まえ、添加物「炭酸カルシウム」の規格基準が改正された場合の我が国における添加物由来のカルシウムの推定一日摂取量を、栄養強化剤として最大 72.10 mg/人/日、製造用剤として最大 639.27 mg/人/日、合計で最大 711.37 mg/人/日（カルシウムとして）と判断した。

なお、添加物「ケイ酸カルシウム」については、賦形剤等として使用される場合の最大量を推計した過大な見積もりであり、実際の使用実態は不明である。

Ⅲ－２．Ｌ－酒石酸・Ｌ－リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウム

１．我が国における摂取量

規格基準改正要請者は、炭酸カルシウムの成分規格は現行から変更せず、炭酸カルシウムの含量に変更はないと説明している。

また、規格基準改正要請者は、山梨県ワイン製造マニュアル（2016）（編集委員会：山梨県ワイン酒造組合事務局、技術部会一同）を引用し、我が国におけるぶどう酒の除酸では炭酸カルシウムが主に使用されているとし、規格基準を改正した場合、Ｌ－酒石酸・Ｌ－リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムは炭酸カルシウムに代替されるものであり、除酸目的の炭酸カルシウム使用量に変更はないと説明している。（参照 3、145）

さらに、Ｌ－酒石酸・Ｌ－リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの使用は、使用基準により「果実酒（ぶどうを主原料として発酵させたものに限る）」に限られる。

以上を踏まえ、添加物「炭酸カルシウム」の一日摂取量の推計等を検討するに当たっては、Ｌ－酒石酸・Ｌ－リンゴ酸カルシウム複塩について検討を行った。

Ｌ－酒石酸・Ｌ－リンゴ酸カルシウム複塩は、有機酸塩の種晶としての使用を前提とするため、結晶沈殿し、ろ過等でぶどう酒中から除去されること、さらに、表 3、表 4 及び表 5（P14）のとおり、Ｌ－酒石酸・Ｌ－リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの添加によりぶどう酒中のＬ－酒石酸及びＬ－リンゴ酸は減少することを踏まえると、Ｌ－酒石酸・Ｌ－リンゴ酸カルシウム複塩が全てぶどう酒中に残存するとは考えにくい。

しかしながら、Ｌ－酒石酸・Ｌ－リンゴ酸カルシウム複塩のぶどう酒への残存移行に係る試験成績等の知見が提出されていないことから、成分規格案における

含量の最大量（2.0%）に基づき、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩がぶどう酒中に全て残存した状態を仮定し、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩及びL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の解離成分それぞれの摂取量推計を行うことにした。

（１）L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩に係る推計

① 製造用剤としての使用量

添加物「炭酸カルシウム」は指定添加物であり、酒税法に基づき、酒類保存のため酒類に混和することができる物品として指定されている。我が国ではぶどう酒の除酸において炭酸カルシウムが主に使われており、山梨県ワイン製造マニュアル（2016）によれば、ぶどう酒には適量の酸が含まれているべきで、除酸が過度になりすぎると、リンゴ酸カルシウムや乳酸カルシウムができ酒質を損なうため、表 41 を参考にして除酸を行うとされている。（参照 3、145）

なお、表 41 で示されている除酸に用いられる炭酸カルシウム所要量は、北米で最大の発行部数である Wine Business Monthly の web 上の winemaking calculators による所要量とほぼ同量であり、海外で行われている除酸に用いられる炭酸カルシウムの所要量と大きく異なるものではない。（参照 3、146）

表 41 果汁を除酸する際に添加する炭酸カルシウム所要量

果汁の総酸 ⁴³ (g/L)	pH	除酸 ⁴³ (g/L)	炭酸カルシウム所要量(g/hL)
10 以下	3.3 以上	0	—
10-12	3.2-3.3	1.0-1.5	67-100
12-14	3.1-3.2	1.5-2.5	100-167
14 以上	3.1 以下	2.5-3.5	167-234

規格基準改正要請者は、表 41 を引用し、複塩法による炭酸カルシウムの使用量は最大で 234 g/hL（2,340 mg/L）であるとしている。（参照 3）

この値を除酸に用いられる炭酸カルシウム最大量と仮定し、全ての炭酸カルシウムをL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムに代替した場合、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩は最大で炭酸カルシウム中に 47.8 mg/L⁴⁴含まれることとなる。

② 対象食品からの摂取量

「国税庁平成 29 年度分酒類販売（消費）数量等の状況表（都道府県別）」に

⁴³ 原著において、酸度は酒石酸換算で計算されている。

⁴⁴ 成分規格案に基づきL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の含量を最大値である 2%とし、炭酸カルシウムの含量を 98%とした場合、炭酸カルシウムの最大所要量 2,340 mg/L に対して L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩は最大、 $2,340 \text{ mg/L} \times (100/98) \times (2/100) = 47.8 \text{ mg/L}$ 含まれる。

よれば、2017 年度果実酒及び甘味果実酒⁴⁵の販売（消費）数量は、それぞれ 363,936 kL/年及び 10,701 kL/年であり、合計は 374,637 kL/年であるとされる。（参照 147）

規格基準改正要請者は、果実酒にはブドウのほかリンゴ、ナシなどの果実を原料とするものもあるものの、ブドウを原料としたものが主であるとし、過大な見積もりにはなるが、果実酒及び甘味果実酒の販売（消費）数量を我が国におけるぶどう酒の年間飲酒量とみなしている。（参照 3）

規格基準改正要請者の推計を踏まえると、我が国におけるぶどう酒の年間飲酒量（374,637 kL/年）を成人人口（104,011 千人）で除した値を成人 1 人当たりのぶどう酒の年間飲酒量と仮定し、1 日当たりに換算すると、成人 1 人当たりのぶどう酒推定一日摂取量は、9.87 mL/人/日と推計した。（参照 147）

さらに、ぶどう酒が特定の集団に嗜好されて摂取され、摂取量に差が生じる可能性を考慮し、平成 29 年国民健康・栄養調査において、飲酒習慣のある者（週に 3 日以上、飲酒日 1 日当たり清酒換算で 1 合以上飲酒すると回答した者）の割合（20.0%）を成人人口に乗じて計算した場合、当該対象者全てがぶどう酒を摂取したと仮定した 1 人当たりのぶどう酒推定一日摂取量は、49.3 mL/人/日と推計した。（参照 143）

このため、本専門調査会としては、ぶどう酒が特定の集団に嗜好されて摂取される可能性を考慮し、飲酒習慣のある者から算出した 49.3 mL/人/日を 1 人当たりのぶどう酒推定一日摂取量とする。

①及び②より、成分規格案における含量の最大量の L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩がぶどう酒中に全て残存した場合、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の推定一日摂取量は 2.36 mg/人/日と推計した。

（２） L-酒石酸に係る推計

① L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩由来の摂取量

（１）で推計した、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の推定一日摂取量（2.36 mg/人/日）を基に、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩由来の L-酒石酸量を分子量⁴⁶で換算すると、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩由来の L-酒石酸の推定一日摂取量は、0.0178 mg/kg 体重/日になると推計される。

② ぶどう酒からの摂取量

食品全体からの L-酒石酸の摂取量推計に係る知見は提出されていないが、

⁴⁵ 第 761 回食品安全委員会資料（厚生労働省提出資料）によれば、使用基準（案）の果実酒には、酒税法における甘味果実酒が含まれるとしている。

⁴⁶ 第 9 版食品添加物公定書（厚生労働省 消費者庁）における L-酒石酸の分子量を参照し、L-酒石酸の分子量を 150.09 とした。

規格基準改正要請者は、新版 醸造成分一覧（日本醸造協会）を引用し、ぶどう酒の主要な有機酸は酒石酸及びリンゴ酸であり、これらには光学異性体が存在するが、自然界では、L体の状態で存在することが知られていると説明している。そのうち、ぶどう酒における酒石酸及びリンゴ酸の含量は、表 42 のとおりである。（参照 3、51、148）

表 42 ぶどう酒における酒石酸及びリンゴ酸の含量

	ぶどう酒（新酒）[g/L]	ぶどう酒（古酒）[g/L]
酒石酸	1 - 4	0.5 - 3.5
リンゴ酸	1 - 6	0.5 - 3

表 42 の酒石酸をL-酒石酸、一般的に飲酒に供するぶどう酒をぶどう酒（新酒）とし、ぶどう酒のL-酒石酸含量を最小値である 1 g/L と仮定すると、1 人当たりのぶどう酒推定一日摂取量である 49.3 mL/人/日を踏まえ、ぶどう酒からのL-酒石酸の推定一日摂取量は、0.896 mg/kg 体重/日と推計される。

L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩由来のL-酒石酸の推定一日摂取量（0.0178 mg/kg 体重/日）は、ぶどう酒からの推定一日摂取量の 1.99%であった。

（３） L-リンゴ酸に係る推計

① L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩由来の摂取量

（１）で推計した、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の推定一日摂取量（2.36 mg/人/日）を基に、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩由来のL-リンゴ酸量を分子量⁴⁷で換算すると、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩由来のL-リンゴ酸の推定一日摂取量は 0.0159 mg/kg 体重/日になると推計される。

② ぶどう酒からの摂取量

表 42 のリンゴ酸をL-リンゴ酸、一般的に飲酒に供するぶどう酒をぶどう酒（新酒）とし、ぶどう酒のL-リンゴ酸含量を最小値である 1 g/L と仮定すると、1 人当たりのぶどう酒推定一日摂取量である 49.3 mL/人/日を踏まえ、ぶどう酒からのL-リンゴ酸の推定一日摂取量は、0.896 mg/kg 体重/日と推計される。

L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩由来のL-リンゴ酸の推定一日摂取量（0.0159 mg/kg 体重/日）は、ぶどう酒からの推定一日摂取量の 1.78%で

⁴⁷ 第 9 版食品添加物公定書（厚生労働省 消費者庁）における DL-リンゴ酸の分子量を参照し、L-リンゴ酸の分子量を 134.09 とした。

あった。

(4) カルシウムに係る推計

① L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩由来の摂取量

(1) で推計した、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の推定一日摂取量 (2.36 mg/人/日) を基に、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩由来のカルシウム量を分子量等⁴⁸で換算すると、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩由来のカルシウムの推定一日摂取量は 0.00951 mg/kg 体重/日と推計される。

② 現在の摂取量

「平成 29 年国民健康・栄養調査」によれば、カルシウムの一日摂取量平均値は、20 歳以上では 509 mg/人/日であるとされている。(参照 143)

L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩由来のカルシウムの推定一日摂取量 (0.00951 mg/kg 体重/日) は、20 歳以上の一日摂取量平均値 (9.24 mg/kg 体重/日) の 0.103%であった。

2. 諸外国における摂取量

諸外国における摂取量に係る知見は提出されなかった。

3. 摂取量の推計等のまとめ

L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩が全てぶどう酒中に残存するとは考えにくい、本専門調査会としては、成分規格案における含量の最大量 (2.0%) に基づき、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩がぶどう酒中に全て残存した状態を仮定し、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩及びL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の解離成分それぞれの摂取量推計を行うことにした。

さらに、ぶどう酒が特定の集団に嗜好されて摂取され、摂取量に差が生じる可能性を考慮し、過小な見積もりを避けるため、規格基準改正要請者の推計に加え、飲酒習慣のある者に関する推定摂取量も考慮することとした。

飲酒習慣のある者に関する推定摂取量は、全てのぶどう酒が飲酒習慣のある者に摂取されるという仮定に基づいた推計であり、過大な見積もりとなる可能性はあるが、推定一日摂取量としては、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩のL-酒石酸が 0.0178 mg/kg 体重/日、L-リンゴ酸が 0.0159 mg/kg 体重/日及びカルシウムが 0.00951 mg/kg 体重/日とそれぞれ判断した。

⁴⁸ 第 9 版食品添加物公定書 (厚生労働省 消費者庁) より、カルシウムの原子量を 40.078 とし、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩にカルシウムが 2 分子含まれることから、 $40.078 \times 2 = 80.156$ とした。

IV. 食品健康影響評価

本専門調査会としては、炭酸カルシウム及びそれに含まれる L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩それぞれの検討を踏まえ、通常の食事以外からのカルシウムの摂取量の上限値として、UF 1.5 を用い、ULS¹ として 2,000 mg/人/日とすることが適当と判断した。また、添加物「炭酸カルシウム」（規格：L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの追加）が添加物として適切に使用される場合、安全性に懸念はないと判断した。

1. 炭酸カルシウム

本専門調査会は、添加物「炭酸カルシウム」は、胃内において炭酸イオンとカルシウムイオンに解離すると考えられることから、炭酸カルシウムに加え、その他のカルシウム塩に関する知見も併せ、総合的に添加物「炭酸カルシウム」の安全性に関する評価を行うこととした。

さらに、評価に当たっては添加物評価書「酢酸カルシウム及び酸化カルシウム」（2013）を参照することとした。

炭酸カルシウム及びその他のカルシウム塩の体内動態に係る知見を検討した結果、本専門調査会は、炭酸カルシウムの食品健康影響評価を行うに当たり、カルシウムの高いホメオスタシスに着目する必要があると考えた。

本専門調査会としては、炭酸カルシウム及びその他のカルシウム塩について遺伝毒性、急性毒性、発がん性及び生殖発生毒性の試験成績を検討した結果、生体にとって特段問題となる毒性の懸念を示す知見は認められないと判断した。

また、反復投与毒性について試験成績を検討した結果、参照した反復投与試験で観察された変化のみでは毒性学的な意義を判断できず、これらの試験から NOAEL を求めることはできなかった。しかし、必要量を大きく上回る量の炭酸カルシウムを投与した際に、体重増加の抑制、摂餌量の減少、飼料効率の低下及び各種ミネラルの体内レベルへの影響が複数の知見で認められており、NOAEL の判断や量的な評価は行うことができないものの、必要量を大きく上回る量の炭酸カルシウムは、生体に対して体重、摂餌、ミネラルの恒常性等に影響を与えるものと考えられた。

次に、ヒトにおける知見からは、カルシウムの過剰摂取とミルクアルカリ症候群、腎結石、前立腺癌及び循環器疾患との関係についての情報が多く認められた。

カルシウム摂取と前立腺癌又は循環器疾患の関係については、一致性、関連の大きさ、生物学的メカニズム、時間関係などから考えて、因果関係ありと判断する十分な根拠がないと判断した。一方、カルシウム摂取とミルクアルカリ症候群については因果関係があるものと判断し、またカルシウム摂取と腎結石についても、Burtis ら（1994）及び Jackson ら（2006）の 2 つの介入研究から、因果関係があるものと判断した。ただし、Burtis ら（1994）は被験者が腎結石の患者であり、Jackson ら（2006）は被験者がカルシウムの吸収を高めるビタミン D を併用

していることから、NOAEL 又は LOAEL を設定するのは難しいと判断した。

したがって、本専門調査会としては、ミルクアルカリ症候群の症例報告について検討することが適当と考えた。その結果、表 36 (P58) において、比較的カルシウムの摂取量が少ないとされている症例報告のうち、Nabhan ら (2004) や Caruso ら (2007) の症例ではビタミン D を併用している期間があること、Kaklamanos & Perros (2007) の症例では患者が胃粘膜びらんによる消化不良の病歴があること、Irtiza-Ali ら (2008) の症例 2 では腎疾患の病歴があること、AlMusawi ら (2012) の症例では胃食道逆流症、甲状腺機能低下等の病歴があること、Kashouty ら (2011) の症例では胃酸逆流といった病歴があること、Stoney & Bagchi (2017) では患者が消化不良の病歴があり、チアジド系薬剤を摂取していることから、これらを LOAEL の根拠とすることは不適切と判断した。一方、Gordon ら (2005) の症例は妊婦の報告ではあるが病歴はなく、食事以外に約 3,000 mg/人/日のカルシウムを 1 か月間摂取した結果ミルクアルカリ症候群と診断されたものであり、これを妊婦における LOAEL の根拠とすることが適当と判断した。

また、本専門調査会は、上西ら (2003) 及び Bailey ら (2008) の知見のとおり、妊娠中にはカルシウム吸収が高まっているため、ミルクアルカリ症候群発症のリスクが高まるとされており、また、この Gordon ら (2005) の報告は食事由来のカルシウムの摂取量が異なる豪州での症例であるものの、同症例を一般の集団における LOAEL の根拠とすることも可能と判断し、LOAEL を 3,000 mg/人/日とした。

さらに、添加物「炭酸カルシウム」(規格：L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの追加) について、主成分である炭酸カルシウムは、2016 年の食品安全委員会による食品健康影響評価に用いられた知見以外に安全性に係る新たな知見として提出された、炭酸カルシウム及びその他のカルシウム塩に関する資料を基に、当該食品健康影響評価の評価結果とともに検討を行うこととした。

本専門調査会としては、今般新たな知見として提出された資料についても、当該食品健康影響評価の評価結果に影響がないと判断した。

以上のことから、本専門調査会としては、通常の食事以外からのカルシウムの摂取量の上限值として、UF 1.5 を用い、ULS¹ として 2,000 mg/人/日とすることが適当と判断した。

また、我が国において添加物「炭酸カルシウム」の規格基準が改正された場合の推定摂取量は、添加物由来として最大 711.37 mg/人/日 (カルシウムとして) となる。また、平成 29 年国民健康・栄養調査報告によれば、カルシウムの一日常摂取量の平均値は、514 mg/人/日である。なお、添加物「ケイ酸カルシウム」については、賦形剤等として使用される場合の最大量を推計した過大な見積もりであり、実際の使用実態は不明である。

2. L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩

炭酸カルシウムに少量含まれるL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩については、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の安全性に係る知見は提出されていないことから、当該複塩が水中で溶解した場合は構成する各イオンに解離することを踏まえ、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の解離成分であるL-酒石酸、L-リンゴ酸及びカルシウムについて、検討を行うこととした。なお、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩は、有機酸塩の種晶として有機酸塩の結晶化の促進の目的での使用を前提とするため、結晶として沈殿した後、ろ過等でぶどう酒中から除去されることが想定される。

L-酒石酸及びL-リンゴ酸については、①L-酒石酸及びDL-リンゴ酸は添加物として指定されていること、②通常の食習慣において摂取されるものであること、③除酸処理前から通常ぶどう酒に含まれること、④L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩は有機酸塩の種晶として使用され、結晶沈殿し、ろ過等で取り除かれることが想定されること、⑤L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩含有炭酸カルシウムの添加により、ぶどう酒中のL-酒石酸及びL-リンゴ酸は添加前より減少すること、⑥仮に添加したL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩が全てぶどう酒中に残存したとしても、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の添加によりぶどう酒中に生じるL-酒石酸及びL-リンゴ酸の量は、ぶどう酒から摂取するL-酒石酸及びL-リンゴ酸の量と比べ、十分に少ないと考えられることを踏まえ、L-酒石酸及びL-リンゴ酸の安全性に関する検討は必要ないと判断した。

また、本専門調査会としては、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩が全てぶどう酒中に残存するとは考えにくい、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩のぶどう酒への残存移行に係る試験成績等の知見が提出されていないことから、成分規格案における含量の最大量（2.0%）に基づき、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩がぶどう酒中に全て残存した状態を仮定し、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩及びL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩の解離成分それぞれの摂取量推計を行うことにした。

さらに、ぶどう酒が特定の集団に嗜好されて摂取され、摂取量に差が生じる可能性を考慮し、過小評価を避けるため、規格基準改正要請者の推計に加え、飲酒習慣のある者に関する推定摂取量も考慮することとした。

飲酒習慣のある者に関する推定摂取量は、全てのぶどう酒が飲酒習慣のある者で摂取されるという仮定に基づいた推計であり、過大な見積もりとなる可能性はあるが、推定一日摂取量としては、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩のL-酒石酸が0.0178 mg/kg 体重/日、L-リンゴ酸が0.0159 mg/kg 体重/日及びカルシウムが0.00951 mg/kg 体重/日とそれぞれ判断した。

また、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩由来のL-酒石酸の推定一日

摂取量は、ぶどう酒からの推定一日摂取量の 1.99%であり、L-リンゴ酸の推定一日摂取量は、ぶどう酒からの推定一日摂取量の 1.78%であった。

さらに、カルシウムについては、「平成 29 年国民健康・栄養調査」によれば、カルシウムの一日本摂取量平均値は、20 歳以上では 509 mg/人/日である。L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩由来のカルシウムの推定一日摂取量 (0.00951 mg/kg 体重/日)は、20 歳以上の一日摂取量平均値(9.24 mg/kg 体重/日)の 0.103%であった。

これらの摂取量推計を踏まえ、添加物「炭酸カルシウム」に係る新たな成分規格及び使用基準の改正により増加する添加物としてのばく露量は、成分規格案における含量の最大量 (2.0%) に基づき、L-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩がぶどう酒中に全て残存した状態を仮定しても微量であり無視できる量と判断した。

<別紙：略称>

略称	名称等
BMI	Body Mass Index
CFR	Code of Federal Regulations：連邦規則
CHL	チャイニーズ・ハムスター肺由来培養細胞株
CI	Confidence Interval：信頼区間
CRN	Council for Responsible Nutrition：米国栄養評議会
CT	Calcitonin：カルシトニン
DXA	Dual-energy X-ray Absorptiometry：二重エネルギーX線吸収測定法
ECB	European Chemicals Bureau：欧州化学品局
EFSA	European Food Safety Authority：欧州食品安全機関
EHC	Environmental Health Criteria：環境保健クライテリア
EPA	Environmental Protection Agency：米国環境保護庁
EU	European Union：欧州連合
FAO	Food and Agriculture Organization：国際連合食糧農業機関
FASEB	Federation of American Societies for Experimental Biology：米国生物実験科学連合
FGF	fibroblast growth factor：線維芽細胞増殖因子
FNB	Food and Nutrition Board：食品栄養委員会
GL	Guidance Level：ガイダンスレベル
GMP	Good Manufacturing Practice：適正製造規範
GRAS	Generally Recognized as Safe：一般的に安全とみなされる
GSFA	Codex General Standard for Food Additives：食品添加物に関するコーデックス一般規格
IPCS	International Programme on Chemical Safety：国際化学物質安全性計画
IU	International Unit：国際単位
JECFA	Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives：FAO/WHO 合同食品添加物専門家会議
IOM	Institute of Medicine：米国医学研究所
LOAEL	Lowest Observed Adverse Effect Level：最小毒性量
NCX	Na ⁺ /Ca ²⁺ exchanger：Na ⁺ /Ca ²⁺ 交換輸体
NIH	National Institutes of Health：米国国立衛生研究所
NNT	the number needed to treat：要治療数
NTP	National Toxicology Program：米国国家毒性プログラム
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development：経済協力開発機構
PMCA	plasma membrane Ca ²⁺ ATPase：原形質膜 Ca ²⁺ ATP アーゼ
PTH	Parathyroid Hormone：副甲状腺ホルモン
SCF	Scientific Committee for Food：欧州食品科学委員会
TRPV	transient receptor potential vanilloid
UF	Uncertainty Factor：不確実係数

UK EVM	United Kingdom Expert Group on Vitamins and Minerals : 英国ビタミン・ミネラル専門家委員会
UL	Tolerable Upper Intake Level : 耐容上限摂取量
ULS	Upper Level for Supplements
WCRF/AICR	World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research : 世界がん研究基金／米国がん研究協会
WHO	World Health Organization : 世界保健機関

<参照>

- 1 厚生労働省：「炭酸カルシウム」の規格基準の設定に関する食品健康影響評価について，第 598 回食品安全委員会（2016 年 3 月 8 日）
- 2 白石カルシウム株式会社：炭酸カルシウム規格基準改正要請書，2016 年 3 月
- 3 厚生労働省：「炭酸カルシウム」の食品安全基本法第 24 条に基づく食品健康影響評価について，第 761 回食品安全委員会（2019 年 10 月 15 日）
- 4 炭酸カルシウム，第 8 版 食品添加物公定書，日本食品添加物協会，東京，2007；468-9
- 5 独立行政法人酒類総合研究所：L(+)-酒石酸・L(-)-リンゴ酸カルシウム複塩を含む炭酸カルシウムに係る規格基準改正のための概要書，2019 年 10 月
- 6 厚生労働省 消費者庁：第 9 版食品添加物公定書，2018；468-9,1075
- 7 厚生労働省：「L-酒石酸カリウム」、「DL-酒石酸カリウム」、「メタ酒石酸」及び「炭酸カルシウム」の使用基準（案）の修正について（2019 年 12 月 9 日）
- 8 Würdig G: Méthodes nouvelles de deacidification des vins. Bull de l'OIV., 1976; 549:874-84
- 9 炭酸カルシウム，2012 年版 16112 の化学商品，化学工業日報社，東京，2012；82-3
- 10 炭酸カルシウム，第 8 版 食品添加物公定書解説書，廣川書店，東京，2007；D1080-3
- 11 厚生労働省：カルシウム（Ca），「日本人の食事摂取基準（2015 年版）」策定検討会報告書，2014；256-61
- 12 食事による栄養摂取量の基準，平成 27 年厚生労働省告示第 199 号，2015 年 3 月 31 日
- 13 J. COLE and R. BOULTON: A study of calcium salt precipitation in solutions of malic and tartaric acid, 1989; 177-190
- 14 葡萄酒技術研究会：ブドウ酒醸造に関係のある文献抄録集，1969；第 68 号：7
- 15 Jedediah T. Steele and Ralph E. Kunkee: DEACIDIFICATION OF MUSTS FROM THE WESTERN UNITED STATES BY THE CALCIUM DOUBLE-SALT PRECIPITATION PROCESS. Am J Enol Vitic, 1978; 29(3): 153-160

-
- ¹⁶ J. R. Munyon and C. W. Nagel: COMPARISON OF METHODS OF DEACIDIFICATION OF MUSTS AND WINES. Am J Enol Vitic., 1977; 28(2): 79-87
- ¹⁷ Rebelein H: Verfahren zur beliebig weitgehenden Entsäureung von Traubenmosten. Weinbl., 1970; 64, 283-87, 718-25
- ¹⁸ Jedediah T. Steele and Ralph E. Kunkee: Deacidification of high acid california wines by calcium double-salt precipitation. Am J Enol Vitic, 1979; 30 (3): 227-31
- ¹⁹ 食品衛生研究会：食品衛生関係法規集 1，中央法規出版，東京，1990: 260, 445
- ²⁰ 食品安全委員会：添加物評価書 炭酸カルシウム，2016 年 9 月
- ²¹ 厚生労働省：食品、添加物等の規格基準の一部を改正する件について，2017 年 6 月 23 日
- ²² 酒税法施行規則（昭和 37 年 3 月 31 日大蔵省令第 26 号）
- ²³ 国税庁：酒類保存のため酒類に混和することができる物品の指定告示の制定について，1997
- ²⁴ 消費者庁：平成 27 年内閣府令第 10 号，食品表示基準（抜粋）
- ²⁵ 消費者庁次長：平成 26 年 10 月 30 日消食表第 259 号（改正：平成 27 年 12 月 24 日消食表第 646 号），特定保健用食品の表示許可等について（抜粋）
- ²⁶ Codex Alimentarius: GENERAL STANDARD FOR FOOD ADDITIVES (CODEX STAN 192-1995), 1995; 94-95
- ²⁷ Codex Alimentarius Commission: General Standard for Food Additives, CODEX STAN 192-1995, Revision 2018
- ²⁸ Food and Drug Administrations, HHS: §184.1 Substances added directly to human food affirmed as generally recognized as safe (GRAS). 21CFR Ch.1
- ²⁹ Food and Drug Administrations, HHS: §184.1191 Calcium carbonate. 21CFR Ch.1
- ³⁰ Code of Federal Regulations, Title 27 Alcohol, Tobacco Products and Firearms. Part 24: § 24.246 Materials authorized for the treatment of wine and juice.
- ³¹ Code of Federal Regulations, Title 21 Food and Drugs. Part184
- ³² Commission Regulation (EU) No 1129/2011 of 11 November 2011 amending Annex II to Regulation (EC) No 1333/2008 of the European Parliament and

-
- of the Council by establishing a Union list of food additives. Official Journal of the European Union. 2011; 54: L295/7-9, 17, 21-22, 73
- 33 DIRECTIVE 2002/46/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 10 June 2002 on the approximation of the laws of the Member States relating to food supplements (Text with EEA relevance). Official Journal of the European Communities. 2002: L183/51, 56
- 34 Commission Regulation (EC) No 606/2009 of 10 July 2009 laying down certain detailed rules for implementing Council Regulation (EC) No 479/2008 as regards the categories of grapevine products, oenological practices and the applicable restrictions. Official Journal of the European Union: 193, 1-59
- 35 食品安全委員会：添加物評価書 酢酸カルシウム及び酸化カルシウム，2013年4月
- 36 Some Antimicrobials, Antioxidants, Emulsifiers, Stabilizers, Flour-Treatment Agents, Acids, and Bases. In WHO and FAO (ed.), WHO Technical Report Series No.339, Ninth Report of the JECFA 1965, Specifications for the Identity and Purity of Food Additives and their Toxicological Evaluation 1966; 20: pp.15-16
- 37 In WHO and FAO (ed.), Technical Report Series 733, Evaluation of Certain Food Additives and Contaminants, Twenty-ninth Report of the Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives, Geneva, WHO, Geneva, 1986; pp.1-14
- 38 WHO Technical Report Series 1007, Evaluation of certain food additives, Eighty-fourth report of the Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives(2017), 2017
- 39 WHO Technical Report Series 445 FAO Nutrition Meetings Report Series 46, Specifications for the identity and purity of food additives and their toxicological evaluation, Thirteenth report of the Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives(1969), 1970
- 40 IPCS INCHEM: Summary of Evaluations Performed by the Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives (-)-MALIC ACID, 2012
- 41 Commission of the European Communities: food-science and techniques. Reports of the Scientific Committee for Food (Twenty-fifth series). First series of food additives of various technological functions (Opinion expressed on 18 May 1990)
- 42 European Food Safety Authority (EFSA): Scientific Opinion, Scientific Opinion on re-evaluation of calcium carbonate (E170) as a food additive, EFSA Panel on Food Additives and Nutrient Sources added to Food (ANS). The EFSA Journal 2011; 9(7): 2318

-
- 43 European Commission (EC): Food-science and techniques. First series of food additives of various technological functions. Reports of the Scientific Committee for Food (SCF), 25th series, 1991
- 44 IOM Food and Nutrition Board (FNB): Dietary Reference Intake for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D and Fluoride. National Academy Press, Washington, D.C. 1997; 71-145
- 45 IOM Food and Nutrition Board (FNB): DRI dietary reference intakes, Calcium Vitamin D Committee to Review Dietary Reference Intakes for Vitamin D and Calcium, 6. Tolerable Upper Intake Levels: Calcium and Vitamin D. National Academy Press, Washington, D.C. 2011; 403-456
- 46 Council for Responsible Nutrition (CRN): Vitamin and Mineral Safety 3rd Edition, 2014; 104-9
- 47 The Scientific Committee on Food: Opinion of the scientific committee on food on the tolerable upper intake level of calcium, 4 April 2003
- 48 European Food Safety Authority (EFSA): Scientific Opinion, Scientific Opinion on the Tolerable Upper Intake Level of calcium, EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). The EFSA Journal 2012; 10(7): 2814
- 49 Expert Group on Vitamins and Minerals (EVM), UK: Safe Upper Levels for Vitamins and Minerals, 2003; 264-273
- 50 辻澄子ら：天然にも存在する化学的合成食品添加物の日本人の1日の摂取量.食品衛生学雑誌, 1995 ; Vol36
- 51 編集委員会：岩波理化学辞典 第3版, 1971
- 52 IOM Food and Nutrition Board (FNB): DRI dietary reference intakes, Calcium Vitamin D Committee to Review Dietary Reference Intakes for Vitamin D and Calcium: Calcium and Vitamin D. National Academy Press, Washington, D.C. 2011; 38-42 (Metabolism of Calcium), 84-87 (Metabolism to the Active Hormonal Form)
- 53 Blaine J, Chonchol M, and Levi M: Renal Control of Calcium, Phosphate, and Magnesium Homeostasis. Clin J Am Soc Nephrol 2015; 10: 1257–1272
- 54 Barboza GD, Guizzardi S, Talamoni NT: Molecular aspects of intestinal calcium absorption. World J Gastroenterol. 2015; 21(23): 7142-7154
- 55 WHO and FAO (ed.): Vitamin and mineral requirements in human nutrition, second edition, 4. Calcium, 2004; 59-93

-
- 56 上西一弘、石田裕美、五島孜郎ら：日常食摂取時の妊婦・授乳婦のカルシウム出納. *Osteoporosis Japan* 2003; 11(2): 249-251
- 57 Charles P, Jensen FT, Mosekilde L and Hansen HH: Calcium metabolism evaluated by Ca kinetics: estimation of dermal calcium loss. *Clin Sci (Lond)*. 1983; 65(4): 415-22
- 58 Charles P, Eriksen EF, Hasling C, Søndergård K and Mosekilde L: Dermal, intestinal, and renal obligatory losses of calcium: relation to skeletal calcium loss. *Am J Clin Nutr*. 1991; 54(1 Suppl): 266S-273S
- 59 Guéguen L and Pointillart A: The bioavailability of dietary calcium. *J Am Coll Nutr*. 2000; 19(2 Suppl): 119S-136S
- 60 Tortora GJ and Derrickson B (桑木共之、他 編訳) : Chapter26 泌尿器系 26.5 尿細管再吸収と尿細管分泌. トートラ 人体の構造と機能 (原書第 13 版、編訳第 4 版) , 丸善出版株式会社, 2012; 1099-101
- 61 小澤瀨司・福田康一郎 総編集: 第 11 章 腎と体液、酸塩基調節 VII Ca^{2+} , Mg^{2+} , リン酸の輸送／第 14 章 内分泌 IX カルシウム代謝の内分泌制御. 標準生理学 第 7 版, 株式会社医学書院, 2009; 753-4, 966-7
- 62 Heaney RP, Dowell MS and Barger-Lux MJ: 1999. Absorption of Calcium as the Carbonate and Citrate Salts, with Some Observations on Method. *Osteoporosis International*, 9:19-23
- 63 Ribeiro DA, Marques MEA, and Salvadori DMF: Lack of Genotoxicity of Formocresol, Paramonochlorophenol, and Calcium Hydroxide on Mammalian Cells by Comet Assay. *Journal of Endodontics* 2004; 30(8): 593-6
- 64 石館基, 吉川邦衛, 祖父尼俊雄: I. 食品添加物の変異原性試験成績—昭和 54 年度厚生省試験研究費による第一次スクリーニング・データ (第一回) —. フジテクノシステム刊「変異原と毒性」第 12 集別刷: 1980
- 65 Ishidate M Jr, Sofuni T, Yoshikawa K, Hayashi M, Nohmi T, Sawada M, et al.: Primary mutagenicity screening of food additives currently used in Japan. *Fd Chem. Toxic.* 1984; 22(8): 623-636
- 66 祖父尼俊雄 (監修), 林真, 松岡厚子 (編集): 染色体異常試験データ集改訂 1998 年版. 株式会社 エル・アイ・シー: 1999
- 67 Penman ID, Liang QL, Bode J, Eastwood MA and Arends MJ: Dietary calcium supplementation increases apoptosis in the distal murine colonic epithelium. *J Clin Pathol*. 2000; 53(4): 302-7
- 68 Takasugi S, Matsui T and Yano H: Effects of Excess Calcium as a Different

-
- Form on Mineral Metabolism in Rats. *Animal Science Journal* 2005; 76: 469-74
- ⁶⁹ European Food Safety Authority (EFSA): Scientific Opinion of the Panel on Food additives: Flavourings, Processing aids and Materials in Contact with food (AFC) on a request from the Commission on Calcium citrate malate as source for calcium intended for use in foods for Particular Nutritional Uses (PARNUTS) and in foods for the general population (including food supplements). *The EFSA Journal* 2007; 612: 1-24
- ⁷⁰ Bogden JD, Gertner SB, Kemp FW, McLeod, R, Bruening KS, Chung HR (1991): Dietary lead and calcium: effects on blood pressure and renal neoplasia in Wistar rats. *J Nutr* 121: 718-728.
- ⁷¹ Bogden JD, Gertner SB, Christakos S Kemp FW, Yang Z, Kratz SR, Chu C (1992): Dietary calcium modifies concentrations of lead and other metals and renal calbindin in rats. *J Nutr* 122:1351-1360.
- ⁷² Pamukcu AM, Yalginer SY, Bryan GT: Inhibition of carcinogenic effect of Bracken Fern (*Pteridium Aquilinum*) by various chemicals. *Cancer* 1977; 40: 2450-4
- ⁷³ Zawada ET Jr, TerWee JA and McClung DE: Systemic and renal vascular responses to dietary calcium and vitamin D. *Hypertension*. 1986; 8(11): 975-82
- ⁷⁴ Cohen SM, Ellwein LB, Okamura T, Masui T, Johansson SL, Smith RA et al.: Comparative bladder tumor promoting activity of sodium saccharin, sodium ascorbate, related acids, and calcium salts in rats. *Cancer Res* 1991; 51: 1766-77
- ⁷⁵ Dunham LJ, Muir CS, Hamner JE III: Epithelial atypia in hamster cheek pouches treated repeatedly with calcium hydroxide. *Br J Cancer* 1966; 20: 588-93
- ⁷⁶ Liebgott B and Srebrolow G: Fetal toxicity caused by excessive maternal dietary calcium. *J Can Dent Assoc* 1989; 55(2): 129-33
- ⁷⁷ Richards MB and Greig WA: The effects of additions of calcium carbonate to the diet of breeding mice. 1. Effects on reproduction and on the heart and thymus weights of the weanlings. *Br J Nutr*. 1952; 6(3): 265-80
- ⁷⁸ Shackelford ME, Collins TFX, Welsh JJ, Black TN, Ames MJ, Chi RK et al.: Foetal development in rats Fed AIN-76A diets supplemented with excess calcium. *Food Chem Toxicol* 1993; 31(12): 953-61
- ⁷⁹ Shackelford ME, Collins TFX, Black TN, Ames MJ, Dolan S, Sheikh NS, et al.: Mineral interactions in rats fed AIN-76A diets with excess calcium. *Food*

- ⁸⁰ Bogden JD, Kemp FW, Han S, Murphy M, Fraiman M, Czerniach D et al.: Dietary calcium and lead interact to modify maternal blood pressure, erythropoiesis, and fetal and neonatal growth in rats during pregnancy and lactation. *J Nutr* 1995; 125: 990-1002
- ⁸¹ Fairney A, Weir AA: The effect of abnormal maternal plasma calcium levels on the offspring of rats/ *J Endocr* 1970; 48, 337-45
- ⁸² Lai A, Kiyomi-Ito M, Komatsu K, Niiyama Y: Effects of various levels of dietary calcium during pregnancy on maternal calcium utilization and fetal growth in rats. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo)*. 1984; 30(3): 285-95
- ⁸³ Corbellini CN, Krook L, Nathanielsz PW and Kallfelz FA: Osteochondrosis in fetuses of ewes overfed calcium. *Calcif Tissue Int*. 1991; 48(1): 37-45
- ⁸⁴ Food and Drug Research Laboratories, Inc. Prepared for FDA: Teratologic Evaluation of FDA 73-41, Calcium Oxide in Mice and Rats: National Technical Information Service (NTIS) PB-245 537, November 1974 (Contract FDA 223-74-2176)
- ⁸⁵ OECD(ed.), SIDS: SIDS initial assessment report for 17th SIAM, Calcium sulfate, dehydrate, CAS No: 10101-41-4 (Arona, Italy, 11-14 November 2003), UNEP Publications
- ⁸⁶ Food and Drug Research Laboratories, Inc. Prepared for FDA: Teratologic Evaluation of FDA 71-87 (Calcium Chloride) in Mice, Rats and Rabbits. National Technical Information Service (NTIS) PB-234 879, 1974 (Contract FDA 71-260)
- ⁸⁷ Javed RA, Rafiq MA, Marrero K, and Vieira J: Milk-Alkali Syndrome: A reverberation of the past. *Singapore Med J*, 2007; 48(4), 359
- ⁸⁸ Nabhan FA, Sizemore GW, and Camacho PM: Milk-Alkali Syndrome from ingestion of calcium carbonate in a patient with hypoparathyroidism. *Endocrine Practice*, 2004; 10(4),372-5
- ⁸⁹ Caruso JB, Patel RM, Julka K, and Parish DC: Health-Behavior Induced Disease: Return of the Milk-Alkali Syndrome. *Journal of General Internal Medicine*, 2007; 22(7): 1053-5.
- ⁹⁰ Gordon MV, McMahon LP, and Hamblin PS: Life-threatening milk-alkali syndrome resulting from antacid ingestion during pregnancy. *Medical Journal of Australia*, 2005; 182(7), 350-1.
- ⁹¹ Shah BK, Gowda S, Prabhu H, Vieira J, and Mahaseth HC: Modern milk alkali syndrome—a preventable serious condition. *New Zealand Medical*

-
- Journal, 2007; 120(1262), 65-7.
- ⁹² Kaklamanos M and Perros P: Milk alkali syndrome without the milk. *British Medical Journal*, 2007; 335(7616), 397-8.
- ⁹³ Grubb M, Gaurav K, and Panda M: Milk-alkali syndrome in a middle-aged woman after ingesting large doses of calcium carbonate: a case report. *Cases Journal*, 2009; 2: 8198, 1-3
- ⁹⁴ Ulett K Wells B, and Centor R: Hypercalcemia and acute renal failure in milk-alkali syndrome: a case report. *Journal of Hospital Medicine*, 2010; 5(2): E18-20
- ⁹⁵ Irtiza-Ali, A, Waldek S, Lamerton E, Pennell A, and Kalra P A: Milk alkali syndrome associated with excessive ingestion of Rennie: case reports. *Journal of Renal Care*. 2008; 34(2): 64-7.
- ⁹⁶ Jousten E. and Guffens P: Milk-alkali syndrome caused by ingestion of antacid tablets. *Acta Clinica Belgica*, 2008; 63(2): 103-6
- ⁹⁷ Bailey CS, Weiner JJ, Gibby OM, and Penney MD: Excessive calcium ingestion leading to milk-alkali syndrome. *Annals of Clinical Biochemistry*, 2008; 45(Pt 5): 527-9
- ⁹⁸ Waked A, Geara A, and El-Imad: Hypercalcemia, metabolic alkalosis and renal failure secondary to calcium bicarbonate intake for osteoporosis prevention—"modern" milk alkali syndrome: a case report. *Cases Journal*, 2009; 2: 6188, 1-3
- ⁹⁹ AlMusawi A, AlHawaj S, Al-Mousawi M, Dashti T: No more milk in milk-alkali syndrome: a case report. *Oman Med J.*, 2012; 27(5):413-4
- ¹⁰⁰ Kashouty R, Yono N, Al Samara M: Status epilepticus secondary to milk-alkali syndrome induced by hypercalcemia (oral antacids). *Seizure*, 2011; 20(8):659-61
- ¹⁰¹ Swaminathan K: A hidden history of heartburn: The milk-alkali syndrome. *Indian J Pharmacol*. 2011 ; 43(1):78-9
- ¹⁰² Stoney B and Bagchi G: Antacid abuse: a rare cause of severe hypercalcaemia., *BMJ Case Rep*. 2017
- ¹⁰³ Hall WD, Pettinger M, Oberman A, Watts NB, Johnson KC, Paskett ED, et al.: Risk factors for kidney stones in older women in the Southern United States. *Am J Med Sci* 2001;322:12-8
- ¹⁰⁴ Jackson RD, LaCroix A, Gass M, Wallace RB, Robbins J, Lewis CE et al.: Calcium plus vitamin D

-
- 105 Curhan GC, Willett WC, Speizer FE, Spiegelman D and Stampfer MJ: Comparison of dietary calcium with supplemental calcium and other nutrients as factors affecting the risk for kidney stones in women. *Ann Intern Med.* 1997; 126(7): 497-504
- 106 Burtis WJ, Gay L, Insogna KL, Ellison A and Broadus AE: Dietary hypercalciuria in patients with calcium oxalate kidney stones. *Am J Clin Nutr* 1994; 60:424-9
- 107 Kruse K, Kracht U and Kruse U: Reference values for urinary calcium excretion and screening for hypercalciuria in children and adolescents. *Eur J Pediatr* 1984; 143: 25-31
- 108 Moore ES, Coe F, McMann BJ and Favus M: Idiopathic hypercalciuria in children: prevalence and metabolic characteristics. *J Pediatr* 1978; 92: 906-10
- 109 Curhan GC, Willett WC, Rimm E and Stampfer MJ: A prospective study of dietary calcium and other nutrients and the risk of symptomatic kidney stones. *N Engl J Med* 1993; 328: 833-8
- 110 Chan JM, Pietinen P, Virtanen M, Chan JM, Pietinen P, Virtanen M, et al.: Diet and prostate cancer risk in a cohort of smokers, with a specific focus on calcium and phosphorus (Finland). *Cancer Causes Control* 2000;11:859-67
- 111 Giovannucci EL, Liu Y, Stampfer MJ and Willett WC: A Prospective study of calcium intake and incident and fatal prostate cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15(2): 203-10
- 112 Giovannucci EL, Rimm EB, Wolk A, Ascherio A, Stampfer MJ, Colditz GA et al.: Calcium and fructose intake in relation to risk of prostate cancer. *Cancer Res* 1998; 58: 442-7
- 113 Rodrigue C, McCullough ML, Mondul AM, Jacobs EJ, Fakhrabadi-Shokoohi D, Giovannucci EL et al.: Calcium, dairy products, and risk of prostate cancer in a prospective cohort of United States men. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003; 12: 597-603
- 114 Aune D, Rosenblatt DAN, Chan DSM, Vieira AR, Vieira R, Greenwood DC, et al.: Dairy products, calcium, and prostate cancer risk; a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Am J Clin Nutr* 2015; 101: 87-117
- 115 Vlainjac HD, Marinkovic JM, Ilic MD, Kocev NI: Diet and prostate cancer: a case-control study. *Eur J Cancer* 1997;33:101-7
- 116 Chan JM, Giovannucci E, Andersson SO, Yuen J, Adami HO, Wolk A: Dairy products, calcium, phosphorous, vitamin D, and risk of prostate cancer

(Sweden). *Cancer Causes Control* 1998;9:559-66

- 117 Schuurman AG, Van den Brandt PA, Dorant E and Goldbohm RA: Animal products, calcium and protein and prostate cancer risk in the Netherlands Cohort Study. *Br J Cancer* 1999; 80: 1107-13
- 118 Chan JM, Stampfer MJ, Gann PH, Gaziano JM and Giovannucci EL: Dairy products, calcium, and prostate cancer risk in the Physicians Health Study. *Am J Clin Nutr* 2001; 74: 549-54
- 119 Tseng M, Breslow RA, Graubard BI and Ziegler RG: Dairy, calcium, and vitamin D intakes and prostate cancer risk in the National Health and Nutrition Examination Epidemiologic Follow-up Study cohort. *Am J Clin Nutr*. 2005; 81: 1147-54
- 120 Kesse E, Bertrais S, Astorg P, Jaouen A, Arnault N, Galan P et al.: Dairy products, calcium and phosphorus intake, and the risk of prostate cancer: results of the French prospective SU.VI.MAX (Supplementation Vitamines et Mineraux Antioxydants) study. *Br J Nutr* 2006; 95: 539-45
- 121 Mitrou PN, Albanes D, Weinstein SJ, Pietinen P, Taylor PR, Virtamo J et al.: A prospective study of dietary calcium, dairy products and prostate cancer risk (Finland). *Int J Cancer* 2007; 120: 2466-73
- 122 Kurahashi N, Inoue M, Iwasaki M, Sasazuki S and Tsugane S: Dairy product, saturated fatty acid, and calcium intake and prostate cancer in a prospective cohort of Japanese men. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008; 17(4): 930-7
- 123 World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research: Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR 2007; 7.14 Prostate: 305-9
- 124 Gao X, LaValley MP and Tucker KL: Prospective studies of dairy product and calcium intakes and prostate cancer risk: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97: 1768-77
- 125 Michaëlsson K, Melhus H, Warensjö L E, Wolk A, and Byberg L: Long term calcium intake and rates of all cause and cardiovascular mortality: community based prospective longitudinal cohort study. *BMJ* 2013;346:f228 doi: 10.1136/bmj.f228 (Published 12 February 2013)
- 126 Bolland MJ, Barber PA, Doughty RN, Mason B, Horne A, Ames R et al.: Vascular events in healthy older women receiving calcium supplementation: randomized controlled trial. *BMJ* 2008; 336: 262-6
- 127 Lewis JR, Calver J, Zhu K, Flicker L and Prince RL: Calcium supplementation and the risks of atherosclerotic vascular disease in older

-
- women: results of a 5-year RCT and a 4.5-year follow-up. *J Bone Miner Res* 2011; 26(1): 35-41
- 128 Spence LA, Weaver CM: Calcium intake, vascular calcification, and vascular disease. *Nutr Rev* 2013 Jan; 71(1): 15–22
- 129 Office of the dietary supplements national institute of health: Dietary Supplement Fact Sheet: calcium, reviewed: Aug 31, 2011, <http://ods.od.nih.gov/factsheets/calcium/#en1>
- 130 Bolland MJ, Avenell A, Baron JA, Grey A, MacLennan GS, Gamble GD, Reid IR: Effect of calcium supplements on risk of myocardial infarction and cardiovascular events: meta-analysis. *BMJ* 2010; 341: 1-9
- 131 Wang L, Manson JE, Song Y and Sesso HD: Systematic review: Vitamin D and calcium supplementation in prevention of cardiovascular events. *Ann Intern Med.* 2010; 152(5): 315-23
- 132 LaCroix AZ, Kotchen J, Anderson G, Brzyski R, Cauley JA, Cummings SR et al.: Calcium plus vitamin D supplementation and mortality in postmenopausal women: The women's health initiative calcium-vitamin D randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64A (5) : 559-67
- 133 Bolland MJ, Grey A, Avenell A, Gamble GD, Reid IR: Calcium supplements or without vitamin D and risk of cardiovascular events: reanalysis of the Women's Health Initiative limited access dataset and meta-analysis. *BMJ* 2011; 342: 1-9
- 134 Hsia J, Heiss G, Ren H, Allison M, Dolan NC, Greenland P et al.: Calcium/vitamin D supplementation and cardiovascular events. *Circulation* 2007; 115: 846-54
- 135 Bostick RM, Kushi LH, Wu Y, Meyer KA, Sellers TA and Folsom AR: Relation of calcium, vitamin D, and dairy food intake to ischemic heart disease mortality among postmenopausal women. *Am J Epidemiol.* 1999 Jan 15; 149(2): 151-61
- 136 Weng LC, Yeh WT, Bai CH, Chen HJ, Chuang SY, Chang HY et al.: Is ischemic stroke risk related to folate status or other nutrients correlated with folate intake? *Stroke* 2008; 39: 3152-58
- 137 Umesawa M, Iso H, Date C, Yamamoto A, Toyoshima H, Watanabe Y et al.: Dietary intake of calcium in relation to mortality from cardiovascular disease: The JACC study. *Stroke* 2006; 37:20-6
- 138 Umesawa M, Iso H, Ishihara J, Saito I, Kokubo Y, Inoue M et al.: Dietary calcium intake and risks of stroke, its subtypes, and coronary heart disease

-
- in Japanese: The JPHC study cohort I. *Stroke* 2008; 39: 2449-56
- 139 Larsson S, Virtanen MJ, Mars M, Mannisto S, Pietinen P, Albanes D and Virtamo J: Magnesium, calcium potassium, and sodium intakes and risk of stroke in male smokers. *Arch Intern Med* 2008; 168(5): 459-65
- 140 Sokoll LJ and Dawson-Hughes B: Calcium supplementation and plasma ferritin concentrations in premenopausal women. *Am J Clin Nutr* 1992; 56: 1045-8
- 141 Whiting SJ and Wood RJ: Adverse Effects of High-Calcium Diets in Humans. *Nutrition Reviews*; Jan 1997; 55: 1-9
- 142 Minihaane AM and Fairweather-Tait SJ (1998): Effect of calcium supplementation on daily nonheme-iron absorption and long-term iron status. *Am J Clin Nutr* 68: 96-102
- 143 厚生労働省編：栄養等摂取状況調査の結果，平成 29 年国民健康・栄養調査報告，2018 年 12 月；58-59
- 144 食品安全委員会：添加物評価書 ケイ酸カルシウム（第 2 版），2015 年 1 月
- 145 編集委員会（山梨県ワイン酒造組合事務局、技術部会一同）：山梨県ワイン製造マニュアル 2016
- 146 WINE BUSINESS MONTHLY: winebusiness.com- winemaking calculators- deacidification, 2019
(<https://www.winebusiness.com/tools/?go=winemaking.calc&cid=24>)
- 147 国税庁：国税庁平成 29 年度分酒類販売（消費）数量等の状況表，2019
- 148 日本醸造協会：新版・醸造成分一覧表，1977

炭酸カルシウムに係る食品健康影響評価に関する審議結果（案）についての意見・情報の募集結果について

1. 実施期間 令和2年4月22日～令和2年5月21日
2. 提出方法 インターネット、ファックス、郵送
3. 提出状況 2通
4. 意見・情報の概要及び添加物専門調査会の回答

	意見・情報の概要※	添加物専門調査会の回答
1	少量のL-酒石酸・L-リンゴ酸のカルシウム複塩を含む炭酸カルシウムの使用によって、酒石酸を残して、リンゴ酸だけの除酸ができることなどにより酒質の向上に大きな効果があります。そのため、ヨーロッパなどでは冷涼地で作られる白ワインの除酸に、以前から使用が許可されており、更に、日・EU、EPA交渉で、協定発効後2年を目途に所要の手続きを進める8品目にも含まれている。以上の点から速やかに使用及び使用されたワインの輸入が認められることが望ましい。	御意見ありがとうございました。 頂いた御意見については、リスク管理機関である厚生労働省に情報提供いたします。
2	炭酸カルシウムに少量含まれるL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩を使用することにより、果実酒の製造において除酸の効果的な使用が可能となるので製品の品質等の向上に大きく寄与するものであります。具体的には、現状の除酸のための添加物では酒石酸やリンゴ酸など全ての酸に対応してしまい特定のリンゴ酸をターゲットとした除酸をすることができませんが、このL-酒石酸・L-リンゴ酸カルシウム複塩を使うことによりリンゴ酸をターゲットとした除酸が可能になります。	御意見ありがとうございました。

※ 頂いた御意見・情報をそのまま掲載しています。