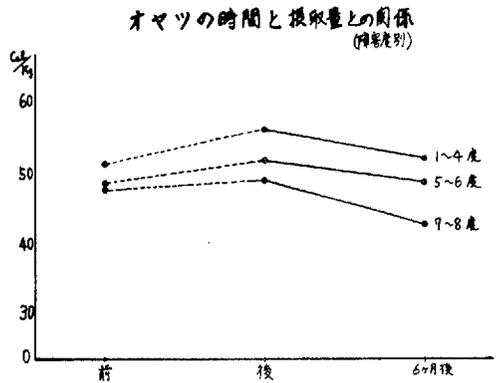
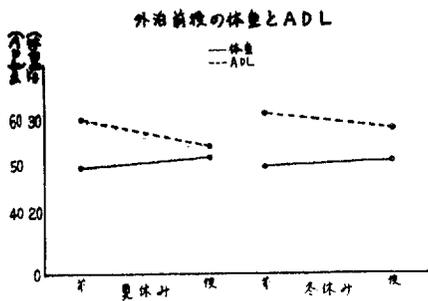
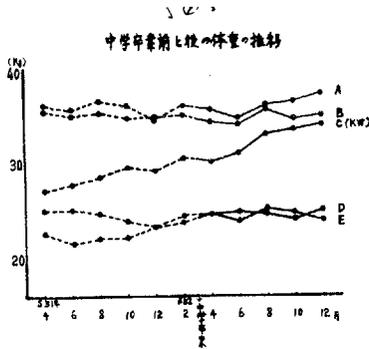


指摘した。その他に体重増加抑制の要因として、入院や就学による規則正しい生活や精神的ストレス、訓練などによる運動負荷、画一化された食餌も考えられる。この事は、先に述べた抑制の要因からある程度解放される条件にある事からも明らかである。

しかし、一方では、外泊によりADLの低下する例もある事から、ただ単に体重を増加させる事のみが好ましいとは言えない。

以上から推定すると、障害度の低い時点では体重摂取の工夫や食餌内容の工夫、さらに障害が進行し、ADLが低下した者に対しては、入院、就学などによる規制が摂取量に及ぼす影響を再考するなど、障害度に応じた至適体重、至適カロリーという取り組みを必要とすると考えられる。



### 3 食餌の全経過におよぼす影響について

国立療養所下志津病院

鷗 沢 美智子      飯 田 政 雄

幼児期、学童期、思春期等と末期症状時のそれぞれに応じた食事摂取量と体重の変化を考察し食事の内容の再検討をするために7才より19才まで各年令層のものを8名抽出し、昭和50年7月10月、昭和51年7月、10月、昭和52年7月、10月にわたり体重の推移について調べた結果、表1.

のとおりです。

これらの患者は障害度が5.6.7.8.の者で3年間の推移を表Ⅱの様折れ線グラフで示すとそのほとんどが横ばい状態にあり、当然発育期で増加すべきところ逆に12才男子の場合には42kgより34.2 kgと下降線をたどるといふ異常な結果が出た。

又年齢相当の体重に比較すると全員やせており、最高の差があるもので体重の約半分しかない者もある。

当院の筋ジス食の暫定栄養基準量(表Ⅲ)はエネルギー 2129 カロリー、蛋白質 81.1 g、脂肪 47.0 gで穀類カロリー比 58.9 %、動物性蛋白比 49.5 %で行っている。

実際に喫食量を3日間にわたり調査した結果(表Ⅳ)、主食では71%、副食で55%しか喫食しておらず残食が非常に多かった。

給与量と喫食量との関係より摂取エネルギーは主食で 885 カロリー、副食で 563 カロリー合わせて1448 カロリー、蛋白質は主食で 16.5 g、副食で 33.2 g、合わせて28.6 gしか摂取していない事がわかった(表Ⅴ)。この残食の多い原因は給与量が多かった事と給食時間が多分に影響していると思われる。昼食と夕食の間におやつを食べ、尚かつ夕食時間が早く夕食と朝食との時間があすぎる。

患者の血液検査値、血清総蛋白値(表Ⅵ)を50年、51年、52年の3年間にわたってみると年齢が進むにつれて血清総蛋白値が減ってはいるが、52年10月の平均値は 6.7 g/dl で正常値(6.5 ~ 8.2) g/dl の範囲に属している。

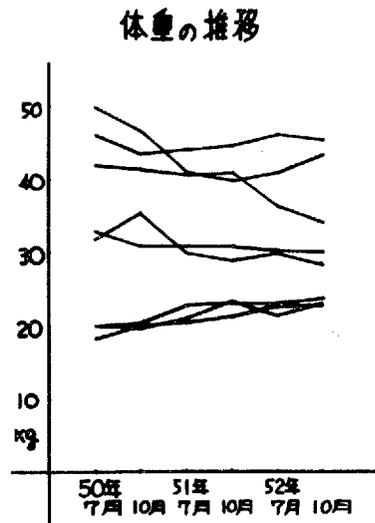
障害度も進み末期症状時にはこれらの食事は食べられず、牛乳、卵、アミノール、ドライオイル、砂糖、メディエフ等を材料とした濃厚流動食、経管流動食を与えている。

(表Ⅰ)

**体 重**

年齢	性別	50年 7月	10月	51年 7月	10月	52年 7月	10月	障害度
7	男	20.0	19.8	21.2	23.6	21.8	23.2	5
9	・	18.5	20.0	20.8	21.6	23.0	23.0	6
12	女	20.0	20.2	23.0	23.4	23.2	24.0	・
12	男	42.0	41.5	40.8	41.0	36.4	34.2	8
18	女	33.0	31.0	31.0	31.0	30.6	30.2	6
18	男	31.8	35.5	30.0	29.0	30.0	28.5	・
19	・	50.0	46.8	41.0	40.0	41.0	43.5	7
14	・	46.2	43.6	44.2	44.8	46.2	45.5	5

(表Ⅱ)



(表Ⅲ)

**筋ジブ食糧構成**

食品群	数量	エネルギー	蛋白質	脂肪
米	340	1,149	31.8	3.1
水産食品	40	106	2.9	0.6
芋類	70	69	1.1	0.1
味噌	40	64	4.8	1.3
大豆製品	40	66	3.6	5.1
魚介類	80	119	19.6	4.3
肉	60	91	12.8	4.3
アマゴ	40	62	5.7	4.4
牛乳	100	60	3.1	3.2
緑茶	80	26	1.7	0.2
セウロ	200	44	2.6	0.2
果物の	80	28	0.8	0.2
油類	5	-	0.4	0.3
油脂	20	196	0.2	19.4
砂糖	15	56	0.2	0.1
野菜類	50	13	0.8	0.2
合計	3,129	81.1	47.0	

総エネルギー 58.9% 動物性蛋白質 49.5%

(表Ⅳ)

**喫食量**

氏名	10月5日			10月6日			10月7日			平均	
	食	量	g	食	量	g	食	量	g		
川口孝	主食	50%	50	100	100	100	100	100	70	50	80
	副	0	0	40	0	70	100	70	100	50	48
〇島〇治	主食	100	100	50	100	100	50	100	30	80	79
	副	30	50	0	50	70	70	100	80	70	58
松〇島〇	主食	50	100	80	100	100	100	100	40	100	85
	副	70	0	80	0	30	70	100	50	50	50
〇嶋〇-	主食	30	70	0	30	0	70	50	50	100	45
	副	30	50	0	30	30	50	40	40	40	35
福〇島〇	主食	70	70	30	70	40	70	100	50	63	
	副	40	50	30	50	70	30	70	70	50	51
〇野〇志	主食	40	50	40	50	100	70	100	40	50	60
	副	30	40	100	30	50	70	70	50	40	53
相〇信〇	主食	100	100	100	70	50	100	70	70	100	84
	副	30	50	100	50	70	70	50	100	50	63
〇防〇幸	主食	100	50	70	70	30	40	100	100	50	68
	副	50	100	50	70	100	100	70	100	80	80

(表Ⅴ)

**摂取栄養量**

成分	10月5日		10月6日		10月7日		計		1日平均		
	総量	摂取	総量	摂取	総量	摂取	総量	摂取	総量	摂取	
エネルギー	主	1,264	897	1,364	897	1,211	860	3,739	2,654	1,246	885
	副	788	433	898	494	1,386	782	3,072	1,689	1,024	563
蛋白質	主	22.3	15.2	22.3	15.8	25.3	18.0	69.9	42.6	23.3	16.5
	副	57.5	31.6	57.9	31.9	65.8	36.2	181.2	99.7	60.4	33.2
脂肪	主	2.9	2.1	2.9	2.1	3.9	2.8	9.7	7.0	32.3	2.3
	副	33.5	18.4	36.9	20.3	73.0	40.2	143.4	78.9	47.8	26.3

(表Ⅵ)

**血清総蛋白 正常6.5~8.2%<sub>al</sub>**

氏名	50年		51年		52年	
	7月	10月	7月	10月	7月	10月
川口孝	7.9% <sub>al</sub>	-	7.0	-	7.1	7.4
〇島〇治	-	-	7.0	7.0	7.6	6.7
松〇島〇	7.0	7.0	6.6	6.8	7.1	6.9
〇嶋〇-	7.3	7.0	6.6	6.4	6.5	6.2
福〇島〇	7.0	-	6.4	6.6	6.2	6.8
〇野〇志	6.8	7.0	6.0	6.0	6.6	6.4
相〇信〇	8.0	7.3	6.8	7.0	6.7	7.1
〇防〇幸	6.9	6.6	6.4	6.6	6.6	6.2

メディエフを主体とし、果汁、スープ等による経管流動食を1日 1100 cc、約 1000 カロリーを3ヶ月間与え、死亡した一症例があるが、この末期症状時の場合、適正栄養量はどれほどかいまだ未知の段階である。又この経管流動食を与える時期についても、もっと早めに与えたらなお経過が良いのではないかと思われる。

以上DMP患児の喫食率は非常に悪く、従って摂取栄養量も低く体重の増加も望めない現状です。この喫食量の少ない原因は何であるか、運動量、即ち機能障害度との関係はどうか、又患者の嗜好との関係、調理方法との関係、食事時間との関係等今後の課題である。

## 脂肪附加による長期栄養学的考察

国立療養所東埼玉病院

大 島 久 夫	小 林 繁
小 林 由美子	岡 茂
三 田 誠一郎	井 上 満

PMD患児は、食事の摂取量とそれともなう摂取栄養量が少ないのが問題とされているので今回当院において、摂取エネルギー増加の目的で、少量でエネルギーの高い脂肪を常食献立に附加する方法で、調査研究したので報告する。

### 〔対象と方法〕

使用脂肪は食用こめ油、食用サフラワー油からなる調合こめ油を使用し、炊込みごはん、チャーハン、チキンライス、マヨネーズ、カレー、シチューなどに附加する型で給与した。調査対象児をローレル指数により、るいそう、普通、肥満に分け、52年10月より11月までの1ヶ年間の、摂取量実測調査を行い、51年度の脂肪附加のない摂取量調査と比較検討した。附加脂肪は1日平均 27.1 g になった。

### 成 績

#### I 摂取量について。

51年は給与量の68%、52年は67%の摂取率で当院一般食給与では多すぎと思われる。患児の摂取量に合うような食糧構成で給与しなければ、栄養管理はできないと思う。(図1)

#### II 栄養量について。

##### 1) 当院PMD児養所要量

↓  
**検索用テキスト** OCR(光学的文字認識)ソフト使用  
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります  
↓

幼児期、学童期、思春期等と末期症状時のそれぞれに応じた食事摂取量と体重の変化を考察し食事の内容の再検討をするために7才より19才まで各年令層のものを8名抽出し、昭和50年7月、10月、昭和51年7月、10月、昭和52年7月、10月にわたり体重の推移について調べた結果、表 . のとおりです。

これらの患者は障害度が5.6.7.8.の者で3年間の推移を表 の様に折れ線グラフで示すとそのほとんどが横ばい状態にあり、当然発育期で増加すべきところ逆に12才男子の場合には42kgより34.2kgと下降線をたどるといった異常な結果が出た。

又年令相当の体重に比較すると全員やせており、最高の差があるもので体重の約半分しかない者もある。