

# クローン病

## 栄養・食事療法ガイドライン

大阪クローン病トータルケア推進協議会

ガイドライン作成委員会 編

## 緒 言

静岡市在住の女性のクローン病（CD）患者さんが、CD の病態や現行の治療法とその限界を主治医から聞き、ならばと自己流の治療法を開発しようと発奮しました。その方法とは薬を徐々に減量し、何とマラソンを始めたことです。そして女子マラソン選手として活躍すると同時に薬物療法も中断し、以来 5 年目の現時点では、臨床症状は消失し、小腸・大腸型の CD は部分的にせよ活動性病変が消失するに至っている（浜松医療センター主治医 安藤 Dr）。

疾病に対する積極的な意欲による脳相での新たな神経分泌物質の発現が、消化管局所における CD 増悪因子として作用するサイトカインの機構に変革をもたらし、「炎症は防御なり」の範疇における良い炎症の方向へサイトカインを導いたのかもしれない。

勿論、この方法（治療）は全ての CD に対する普遍的な治療法とは言い難いものの、病因不明、難治等のやるせない状況に追いやられた状況にあつて、まさに窮極において活理を求めた事象といえよう。

栄養学はエネルギー源を可能な限り補給することを目的とした段階から、必須の栄養素を適切に供給し、病態の改善に寄与とする臨床栄養学の段階に至っている。そして、CD と臨床栄養学ほど密接な相関関係を有している疾病は少なく、すなわち、CD は栄養学の面から、病態を探究することの可能性を示唆する疾病でもある。

CD のトータルケアの中で重要な栄養学の基本の樹立が次なる病態解明への一里塚となることを切望してやまない。CD の難治性としての窮極に立ち向かうに臨み、まずは臨床栄養学の面から活理を見出したい。

大阪クローン病トータルケア推進協議会 会長

北野 厚生

## ガイドライン作成にあたり

クローン病は口から肛門までの消化管に炎症と潰瘍を形成する原因不明の慢性炎症性疾患です。炎症や潰瘍は主として小腸の下部（回腸）と大腸（結腸）に生じますが、消化管のどの部位にでも生じる可能性があります。症状は軽症から重症までありますが、薬物療法と栄養療法をきちんと併用すればクローン病の患者さんでも活動的な生活を送ることができます。クローン病は陸生の（水生ではない）動物性たんぱく質や脂肪を多くとる生活水準の高い西欧諸国に多く見られる病気で、日本においても食生活の欧米化と歩調を合わせるように増加の一途を辿っています。クローン病は慢性の病気で、その原因はまだよく解っていませんので、現在の治療法は薬物療法と栄養療法により炎症を抑え、症状をコントロールすることにあります。ですから、この病気と長期にわたって、上手に付き合っていくかざるを得ないのが現状です。クローン病は潰瘍性大腸炎に比べて栄養療法が非常に効果的ですが、逆に、その効果を維持するためにはより厳しい食事制限をしなければなりません。成分栄養剤、消化態栄養剤をベースにして低脂肪・低残渣食にて生活しなくてはなりません。一言で低脂肪・低残渣食といっても、どのように指導したら良いのか、どのように食事を作ったら良いのか、どの辺まですれば患者さんに納得して頂き長続きする食事療法ができるのか、かなり難しい問題とされます。現場の栄養士、多くのクローン病の患者さんを経験されていない先生方がクローン病患者さんの栄養・食事療法の管理と指導をするうえで参考になる冊子が必要とされていました。実際、専門施設を除いて、各施設においてはクローン病患者さんに対する治療の仕方、特にそれらの仕方に相違があるようでしたので、栄養指導の統一化ができるようなガイドラインができれば現場の栄養士、保健師や医師、看護師にとってきっと役に立つに違いないとの思いでこのガイドラインを作ることとなりました。クローン病の栄養・食事療法について造詣の深い栄養士が中心になって、クローン病の専門医の協力のもと、クローン病患者さんに対する実際の栄養指導の仕方、より具体的な食事の作り方、クローン病患者さんが比較的納得されるような食事などがより解りやすい冊子になるようにまとめました。現状のクローン病の内科的治療、外科的治療をふまえて、皆様のこれからのクローン病患者さんに対する栄養・食事療法の管理と指導の参考書として活用して頂ければ幸いです。

大阪クローン病トータルケア推進協議会 ガイドライン作成委員長

中村 秀次

# CONTENTS

## <一部>

クローン病とは	1
クローン病の診断の実際	3
クローン病の治療—治療方針について—	5
クローン病患者に対する栄養療法の捉え方	8
栄養療法の実際	10
薬物療法	14
外科治療	17

## <二部>

クローン病の栄養・食事管理の基本	19
食事療法のポイント	24
クローン病の栄養指導の進め方	26
栄養指導（緩解期）の具体的内容	31
献立作成にあたり	35
比較的安全な食品及び控えたほうがよい食品の一覧表	36
クローン病食・段階別使用食品パターン	38
クローン病食・栄養量のめやす（例）	39
クローン病食・食糧構成表（例）	40
献立例	41
保健所における難病相談Q&A	43

## <資料>

クローン病患者の食生活状況のまとめ（大阪府保健所実施分）	47
------------------------------	----

クローン病栄養・食事療法ガイドライン執筆作成者一覧	53
---------------------------	----

## クローン病とは

### クローン病の概念

クローン病は長期にわたり下痢、腹痛、発熱などの症状を繰り返し、患者さんの社会生活に大きな影響を与える原因不明の炎症性疾患です。

### クローン病の原因

残念ながらまだ解決していません。家族内発症例が本邦では 1-2%見られること（欧米では 5-10%と言う報告があります）などから、一定の遺伝的素因（体質）のある人に、その後の食事などの環境因子の影響を受け発症するようです。また、ストレスは原因と言うだけの根拠はありませんが、悪化因子の一つと考えられています。

原因遺伝子についての研究の結果、いくつかの疾患関連遺伝子が見つかっています。これらは、IBD1～IBD6 という名前が付いています。この中には、TNF- $\alpha$ （炎症惹起に関係するサイトカイン）のレセプターの近傍の異常が報告されています。さらに、最近欧米でクローン病の感受性遺伝子の一つとして NOD2 というものが見いだされました。NOD2 は腸内細菌などの病原菌に対して反応する白血球（マクロファージ）の表面にある物質です。このように免疫系に異常を起こしやすい状況にある人がクローン病にかかりやすいのではないかと考える人もいます。しかしながら、この NOD2 もクローン病患者さんの数%（8-10%）が持っているにすぎませんし、日本人では、すでに報告されたような NOD2 には異常が見られないと言うデータもでつつあり、いくつかの遺伝的な体質異常が組合わさって危険因子になっているようです。

一方、食事因子、特に脂肪などの量や質などが注目されています。高脂肪食を摂取するグループや国で一般に発症率が高く、陸生の動物性たんぱく質の摂取量と発症率が平行すること等がわかっています。また、手術で腸を切除した後、食事内容（便）が通過するようになった部位から炎症が起こりやすいことから、腸内の食事性抗原や腸内細菌抗原が重要な役割を果たしていると思われる。このことは、治療としての TPN や栄養療法が有効であることを踏まえ、症状が落ち着いているときも食事や栄養摂取には気を配っていただきたい理由でもあります。

## 病気の特徴

消化管（特に小腸や大腸）に、比較的深い潰瘍（きず）ができます。縦長の傾向を持つことが多く、回盲部（小腸と大腸のつなぎ目）に好発します。そのため、虫垂炎と診断されて手術の結果クローン病とわかることもあります。症状としては、下痢や腹痛が多いのですが、小腸に病気のある人では栄養障害や発熱だけであることもあり、クローン病の診断がつきにくい場合もあります。潰瘍性大腸炎に比べると血便は少ないです。また、痔瘻などの肛門部の病変やお腹に膿瘍（膿がたまる）を合併することも少なくありません。クローン病の腸病変がわかる何年も前から、痔疾として治療を受けていることも多いのです。病気は治療により一旦良くなってもまた再燃することが少なくありませんので、気長につきあっていくことも必要です。また、瘻孔（内瘻や外瘻）を作る人は、同じような症状で再発したり再手術になることが多いと言われています。

クローン病には次のような病気のタイプがあります。

- |          |                     |      |
|----------|---------------------|------|
| 1. 小腸型   | 小腸だけに病変のある          | 30%位 |
| 2. 小腸大腸型 | 小腸と大腸に病変のある         | 40%位 |
| 3. 大腸型   | 大腸だけに病変のある          | 30%位 |
| 4. 特殊型   | 胃や十二指腸などのクローン病もあります |      |

## 日本での発生状況

2001年現在、日本では約2万人程度の患者さんがいると思われ（図1.2）。好発年齢は、潰瘍性大腸炎と同じように10歳代から20歳代です。統計がとられた昭和50年代以降、毎年増加しています。欧米や北欧では日本より10倍程度の発生率があるようです。日本の中では、比較的西日本に多い傾向があります。

## クローン病の診断の実際

### I. クローン病の診断

クローン病は「原因不明で、主として若い成人にみられ、浮腫、線維化や潰瘍をともなう肉芽腫性炎症性病変からなり、消化管のどの部位にもおこりうる。消化管以外（特に皮膚）にも転移性病変が起こることがある」疾患です。

厚生省特定疾患「難治性炎症性腸管障害」調査研究班（平成6年度）のクローン病の診断基準(案)は以下の通りです。

#### 1. 主要所見

- A. 縦走潰瘍
- B. 敷石像
- C. 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫

#### 2. 副所見

- a. 縦列する不整形潰瘍またはアフタ
- b. 上部消化管と下部消化管の両者に認められる不整形潰瘍・アフタ

確診例：1. 主要所見のAまたはBを有するもの

2. 主要所見のCと副所見のいずれか1つを有するもの

擬診例：1. 副所見のいずれかを有するもの

2. 主要所見のCのみを有するもの

3. 主要所見AまたはBを有するが虚血性腸炎、潰瘍性大腸炎と鑑別できないもの

これらの診断基準からわかりますように、クローン病の診断のためには、上部および下部消化管に対する画像検査と組織検査が必要です。実際には、臨床症状からクローン病が疑われて診断されることが多くあります。具体的には、10歳代後半から20歳代の若者で、原因不明の腹痛、下痢、体重減少、発熱、重度の痔疾患などが見られた場合、クローン病を疑い、消化器の検査を行います。また、消化管全体に病変が発生する可能性がありますので、大腸だけではなく、食道、胃、十二指腸、空腸、回腸まで検査する必要があります。

### II. クローン病の検査方法

消化管検査には、レントゲン検査と内視鏡検査があります。レントゲン検査では、腸管の全体像や瘻孔を把握しやすく、小腸の検査にも優れています。内視鏡検査は粘膜の微細な変化を詳細に観察することができ、組織採取も可能です。クローン病では、レントゲン検査と内視鏡検査を両方用いて診断します。

レントゲン検査には、便を除去した後に肛門から造影剤と空気を注入する注腸造影検査、経口で造影剤と発泡剤を飲む上部消化管造影検査、口から管を十二指腸まで挿入して造影剤と空気を注入する小腸二重造影検査があります。クローン病のレントゲン像の特徴は縦走潰瘍と敷石像です。縦走潰瘍は、腸管の長軸方向に4～5 cm以上の長さを有する潰瘍であり、偏側性の変形や狭窄を伴うことが多いです。敷石像は、腸管粘膜が潰瘍や浮腫により敷石を敷き詰めたようにみえる状態を指し、主に大腸で見られます。このような病変が、スキップ（飛び地）してみられることもクローン病の特徴です。瘻孔が存在すれば、腸管から造影剤が管腔外に漏れるようにみられます。

内視鏡検査には、便を除去した後に肛門から回盲部まで観察する大腸内視鏡検査と、口から入れて食道、胃、十二指腸を観察する上部内視鏡検査があります。クローン病の内視鏡検査の特徴はレントゲン像同様の縦走潰瘍、敷石像の他に、不整形潰瘍とアフタが見られることです。不整形潰瘍は正常粘膜との境界が比較的明瞭な潰瘍で、不整形をしています。一部にはアフタも混在しています。クローン病に限らず、あらゆる炎症性腸疾患にアフタは見られますので、アフタだけではクローン病の診断はできません。しかし、クローン病ではアフタの生検より非乾酪性肉芽腫が組織学的に認められる場合があり、クローン病の診断上重要であります。

レントゲン検査、消化管内視鏡検査にて以上のような所見が有り、内視鏡検査時に採取した粘膜に非乾酪性肉芽腫が認められれば、クローン病と診断します。

### Ⅲ. クローン病の合併症

クローン病の合併症には、腸管に関係しているものとして、狭窄、閉塞、穿孔、瘻孔、腹腔内膿瘍、肛門病変などがあります。特に難治性の痔瘻はクローン病に合併することが多く、診断・治療上大変重要です。腸管以外の合併症として、尿路結石、尿管狭窄、関節炎、結節性紅斑、壊死性膿皮症、虹彩炎、ブドウ膜炎、原発性硬化性胆管炎などがあります。このようにクローン病では腸管だけでなく皮膚や関節など腸管以外の臓器にも病変が見られたり、瘻孔により消化管周辺臓器にも病変が波及したりして多彩な病状を呈することがありますので注意が必要です。



## クローン病の治療—治療方針について—

クローン病は原因不明の難治性疾患であり、その病態の解明がかなり進んできているとは言っても、現在のところクローン病を完治させる根本的治療法に至っていません。現況ではクローン病の治療は腸管の炎症を鎮め、病勢をコントロールし、患者の QOL を高めることが目的となっています。クローン病の治療法は大きく分けて、(1) 初診・診断時ならびに急性増悪期の治療、(2) 再燃・再発に対する治療、(3) 緩解維持療法および術後の再燃・再発予防療法になります。すなわち、急性期、再燃時での緩解導入と慢性期での緩解維持を目的とした「栄養療法」と「薬物療法」が基本であり、合併症に対しての「外科治療」の組み合わせが標準的な方法となります。これらの方法を駆使していかにかに患者の栄養状態を維持し、症状を抑え、炎症の再燃・再発を予防するかにあります。概ね、小腸病変に対しては栄養療法が効果を示し、大腸病変に対しては薬物療法がより効く傾向にあるようです。そこで、小腸病変を有する患者さんには栄養療法を厳しく指導する一方、大腸病変を主とする患者さんには栄養療法をそれ程厳しく指導せずに薬物療法をきちんと行います。また、クローン病には色々な合併症が出現してきますが、腸管狭窄、出血、瘻孔、難治性痔瘻等は外科的手術の適応となります。従って、小腸病変が主であるかどうか、大腸病変が主であるかどうか、病変範囲が広い範囲に及ぶかどうか、更に狭窄があるかどうか、瘻孔があるかどうかによって、薬物療法、栄養療法の効果にも相違が生じ、栄養療法を厳しくしないといけない患者さんもいれば、それ程厳しくしなくても良い患者さんもいらっしゃいますし、比較的早期に手術をお勧めしなければならない患者さんもおられます。

1997 年に厚生省研究班による現在のクローン病治療指針改訂案が作製されました(表1)。初診・診断時および急性増悪期においては、入院の上、絶食とし栄養療法を原則としています。通常、5-アミノサリチル酸製剤(ペンタサ)、炎症の強いときは副腎皮質ホルモン(ステロイド)による薬物療法を併用します。栄養療法の基本は経腸栄養法であり、成分栄養剤が良く使用されています。抗原性がなく、栄養状態を改善・維持し、腸管の負担を軽減するため、通常1日の維持量としては理想体重1kg当り35~40Kcal以上のエレンタールを経鼻チューブを用いて摂取して頂きます。しかし、著しい栄養低下、頻回の下痢をきたしている患者、広範な小腸病変、狭窄や肛門部病変、更に瘻孔、膿瘍がある患者さんに対しては完全静脈栄養法を用いています。病勢が落

ち着いてきてから1日の摂取カロリーの成分栄養剤の割合を下げいき、肉類、脂肪分の少ない食事を開始します。緩解維持療法および術後再燃・再発予防の基本的治療法としては5-アミノサリチル酸製剤と在宅経腸栄養剤の併用です。1日の必要エネルギーの約半分のカロリーを成分栄養剤や消化態栄養剤で、自己挿管したチューブにより夜間に、或いは直接経口飲用することにより摂取します。理想体重当り30Kcal以上の成分栄養剤で長期に緩解が維持されますから成分栄養剤の摂取カロリーが多ければ多いほど良いのですが、それはQOLからすればかなり難しい事です。そこで、出来るだけ50%に近い量の成分栄養剤の摂取を患者さんをお願いしています。経口で低脂肪・低残渣食を1食ないし2食でも食べれるということは、患者さんの欲求が満たされるという効果に加え、完全静脈栄養法や成分栄養剤からでは摂取出来ない未知の或いは微量の栄養素などの欠乏予防や腸管の粘膜の萎縮予防に良いと言う意義もあります。ここで大事なことは、残りの約半分のカロリーを低脂肪・低残渣食で摂取して頂くのですが、個人差はあるもののその食事内容が再燃・再発にかなり深く関わってきます。そこで、この冊子では低脂肪・低残渣食の内容を解りやすく紹介しています。以上のごとく、外来で緩解維持療法を行っていて、再発・再燃が生じた場合は、成分栄養剤の割合を増やして1日摂取カロリーの80%或いは100%まで増やしたり、5-アミノサリチル酸製剤の投与量を増やして治療を行います。それでも効果の上がないときは、入院のうえ完全経腸栄養を再施行し、更には完全静脈栄養に切り替えます。

腸管の狭窄が存在する患者さんは栄養療法を厳密に行う必要があります、それでも再燃した場合にはすぐに入院のうえ100%エレンタール療法か完全静脈栄養にて治療し、時には外科的な手術も必要となることがあります。また、瘻孔出現時もすぐに100%エレンタール或いは完全静脈栄養として治療します。肛門部病変に対しても、まず腸管病変の活動性を鎮めて緩解状態に持つていくために100%エレンタール或いは完全静脈栄養とし、メトロニダゾール（フラジール）の投与を開始し、更に膿瘍形成時には広域スペクトル抗生物質を投与します。これらの症例においては外科的処置が必要になることもよくあります。

クローン病の治療の最大の難しさは、食事を制限する必要があることです。現在の治療の目標はクローン病の活動性をコントロールしながら、如何に患者さんのQOLを向上させるかにあると思われれます。医師と患者さんのコミュニケーションを密にして十分な信頼関係を保ちつつ、患者さんに少しでもQOL

の高い日常生活をして頂けるように、患者さん自身がこの難病の現時点での治療に関する理解を深めて頂くことが非常に重要であると思われま

## クローン病患者に対する栄養療法の捉え方

クローン病の治療に栄養療法が効果のあることはよく知られていますが、すべての患者さんに共通した栄養指導の方法は現在まで知られていません。まず一番に考えなければならないことは「どういう目的で栄養指導をするのか」という事です。次の2点は相反するかもしれませんがどちらも大切であり、各個人にとってのこれらの最大公約数的な所を目指す栄養指導が重要になると思われれます。

1. 治療の一環としてクローン病の病状を良くしたい。
2. 人生の大きな楽しみである食事に関して患者の欲求をどの程度満足させられるか。

まず、1. の点から考えると絶食して消化管を安静にする事が一番効果的であります。エネルギーと水分、電解質の補給が出来ていれば絶食に保つことで病状は確実によくなるのです。また、成分経腸栄養剤を用いることにより、完全静脈栄養に近い治療効果が得られることもあります。しかし、少量の経腸栄養も不能であり、在宅で完全静脈栄養を余儀なくされている患者さんもいます。また少量の成分経腸栄養剤を使用しても病状が増悪する場合があります。このような症例では消化管に狭窄や瘻孔のある場合が多く、病型すなわち狭窄や瘻孔の有無が栄養療法を制限するのです。経腸栄養を開始する時には始めに濃度を薄くして消化管を慣れさせていくことが大切です。炎症が改善してくると、また消化管が栄養剤に慣れると経腸栄養が十分にできるようになります。最も基本的で安全と考えられる経腸栄養剤でもこのように使用の方法が病型や病勢によって変わってくるのです。ここでもうひとつ考えておかないといけないことは検査でほとんど同じ病状であっても治療、特に栄養療法に対する反応が個人によって異なるということです。この個人差を考え合わせるとさらに病状の変化した時の判断が難しくなります。

経腸栄養剤以外の食事について、一般的な傾向としては脂肪成分の多い食品や牛・豚肉、食物繊維の多い食品、ガスを発生し易い食品は病状を悪化させやすいのですが、一つ一つの食品について予測はできません。さらに以前食べても症状が悪化しなかった食品で病状が悪化することもあります。このために栄養指導時の判断材料は患者さんの今までの食事の歴史と患者さんのその時点の病状です。ですから患者さんとのコミュニケーションが大切です。また病状に関して主治医との連携も大切です。

次に最も難しいことは 2. の問題です。人生の楽しみの問題すなわち大げさに言えば人生観の問題です。私たちに出来る事は今までに分かっているさまざまな事実を正確に伝える事と患者さん自身が判断、あるいは自覚するときの相談相手になってあげる事です。食べる事ができれば手術をして腸がなくなってしまうても良いと考える人もいます。結婚や将来のことを考えて、手術をしたくないので食べることを辛抱して完全静脈栄養を続けたいと考える人もいます。しかし、時と共に考え方が変化したり安定した病状のため気が緩んだりしてつい食事療法を変えてしまって病状が悪化することもあります。このようなこともすべて含めて相談に乗ることが大切です。

## 栄養療法の実際

クローン病（特に小腸型）の治療の第一選択は栄養療法といわれています。これは食事中に含まれるたんぱく質の抗原成分や炎症を悪化させる脂肪成分を避けることにより腸管の負荷を軽減して安静に保ち、かつ必要なエネルギーを補給して栄養状態を改善・維持することを目的としています。特に小腸病変を有する患者さんに有効であり、小腸病変を有する患者さんにはより厳格な栄養療法が必要となります。栄養療法としては経腸栄養法と中心静脈栄養法があります。経腸栄養法は日本では一般的に行われていますが、欧米では例えば成長が遅れた小児などの特定の患者さんでしか行われていないようです。このことは食事を含めた QOL に対する考え方の違いによるものと思われる。中心静脈栄養法は頸～肩の太い静脈（主に鎖骨下静脈）にカテーテルを留置して点滴で栄養剤を注入します。著しい栄養低下、頻回の下痢、広範な小腸病変、腸管の高度な狭窄、瘻孔・膿瘍形成、高度な肛門部病変を有する患者さんに対して用い、絶対的な腸管安静のために絶食として中心静脈を用いた高エネルギー輸液（1日 2,000Kcal 以上）を行います。最近では、在宅経腸栄養法でも栄養管理が困難な患者さんに対して在宅中心静脈栄養法が用いられています。

### 1. 経腸栄養法

経腸栄養法は、通常非常に細い管を鼻から小腸上部まで挿入し、それを通して既に分解されていて容易に吸収される栄養剤を注入します。現在使われている経腸栄養法の栄養剤としては成分栄養剤（エレンタール）、消化態栄養剤（エンテルード、ツインライン）、半消化態栄養剤（エンシュアリキッド、クリニミール、ベスピオンなど）（表2）がありますが、たんぱく質の分解の程度、脂肪含有量の少なさから成分栄養剤のエレンタールが一般的に用いられています。在宅でも可能であり多くの患者さんが在宅経腸栄養法を行っています。

一般的に、初診時、或いは急性増悪期の症状の強い患者さんには入院して絶食として栄養療法を施行します。最初は低濃度（50%）を注入ポンプを用いて緩やかに投与します（1日1包 300Kcal 程度から）。エレンタール濃度、投与量を漸増させ1週間から2週間かけて維持量に移行します。1日の維持投与量は 2,000Kcal（或いは理想体 1kg 重当り 35~40Kcal）以上を目安とします。栄養状態が改善し、緩解状態に導入できれば緩解維持療法に移行します。大体 6~8 週間が目安になります。ただ、成分栄養剤（エレンタール）は脂肪含有量

が極少量であるため経静脈的に脂肪の補給が必要となりますので、10～20%脂肪乳剤 200～500ml を週 1～2 回点滴します。半消化態栄養剤（エンシュアリキッド等：脂肪含有量が多めで必須脂肪酸を含んでいる）が経口可能となれば1/4～1/2 缶摂取するだけで必須脂肪酸の供給ができますので脂肪乳剤の点滴を中止します。また、中心静脈栄養法で治療した患者さんにおいては病勢が鎮静化しましたら、成分栄養剤による経腸栄養法へ移行し、徐々に低濃度（50%）、1日1包から開始して1～2週間かけて維持投与量へ持っていきます。また、手術症例で、術後緩解導入できた患者さんでも同様に行います。更に、緩解状態に入り栄養状態が改善しましたら、或いは術後順調に経過し中心静脈栄養から経腸栄養に移行できましたら外来での在宅経腸栄養法へ移行します。在宅経腸栄養法は一般的に帰宅してから鼻から胃にチューブを通して一晩中に行います。就寝中に栄養の補給がなされ、日中は普段通りの生活が出来るようになります。また、フレーバー（芳香剤）を添加することにより栄養剤の特有の匂いを消して口から飲むことも可能です。実際、エレンタールを経口で飲まれている患者さんも多くいらっしゃいます。朝、昼間の経口摂取を併用しますと夜間のチューブからの摂取量が少なくなり、また1日のエレンタールの摂取量が保たれ QOL が高まります。100%エレンタールで緩解が維持できれば月単位で成分栄養剤の割合を下げていき、魚や大豆を主とするたんぱく質、脂肪分の少ない食事を開始していきます。即ち、1日 1～2 食は低脂肪・低残渣食で必要エネルギーの約半分を経口摂取し、夜間に自己挿管したチューブより、或いは直接経口にて朝、昼（夕）にエレンタールを摂取します。成分栄養剤の割合をできるだけ 50%（通常エレンタール 4 包、1200Kcal）以上に保つことが重要です。ただ、このときに用いる低脂肪・低残渣の食事内容が非常に重要となります。決して、牛肉・豚肉などは摂取しないことです。個々の患者によりかなり異なりますが、低脂肪・低残渣の食事内容のいくつかの例をこの冊子に示していますので参考にしてください。

外来治療における緩解維持療法としては、病勢に応じて注入する成分栄養剤の量と経口摂取する低脂肪・低残渣食のエネルギー量の比率を変化させる方法に基づく在宅経腸栄養法が標準治療として広く行われています。クローン病の緩解が維持できていれば、次第に食事量を上げていき、成分栄養剤の量を減らします。一方、クローン病の病勢が悪化すれば再び食事量を減らして成分栄養剤の量を増加することにより緩解に再導入します。この方法による在宅経腸栄養

法の利点は、患者の社会復帰を容易にし、外来において軽度のクローン病の再燃を緩解に再導入して入院回数を減らし、かつ入院期間を短縮できることにあります。長期にわたる食事制限を伴う経腸栄養法の施行にはかなりの努力が必要です。長期の緩解を維持するためにも低脂肪・低残渣食の指導を徹底して行い、各患者に合った食事を含めた長続きのする栄養摂取の方法を見つけることが重要です。

## 2. 在宅中心静脈栄養法 (HPN)

厳格な経腸栄養法にても栄養状態を維持できない状況下では在宅中心静脈栄養法 (HPN) が必要となります。HPN は、その適応として「理由の如何にかかわらず中心静脈栄養法 (TPN) 以外に栄養維持が困難もの」であることがガイドライン (日本静脈経腸栄養学会作成、1998 年) で示されています。短腸症候群で経腸栄養法を試みても栄養状態の維持が困難な症例や、広範囲にわたる小腸病変を有する例で経腸栄養法により炎症が再燃する症例などが具体的な患者さんの選択基準となっています。HPN はポート (図 3) を皮下に留置して (図 4)、配送されてくる輸液セットを自分で調整して自分でポート部に刺入して (図 5)、自宅で夜間に輸液を行います。本法は器具、システムの発展により、今日では安全な治療法となりつつあり、HPN を行っている患者さんも増えてきています。しかし、患者さんおよび家族の協力、緊急時の対応など条件がそろえることが必要です。また長期施行により種々のカテーテルに伴う合併症 (カテーテルやポートの血栓、閉塞、感染など) や、代謝上の合併症 (必須脂肪酸・ビタミン・微量元素の欠乏症、肝機能障害など) も報告されており、安易な施行は避けられるべきものです。医師をはじめとする熟達した医療スタッフの指導のもとに適切な管理を受けることが望ましいと思われれます。



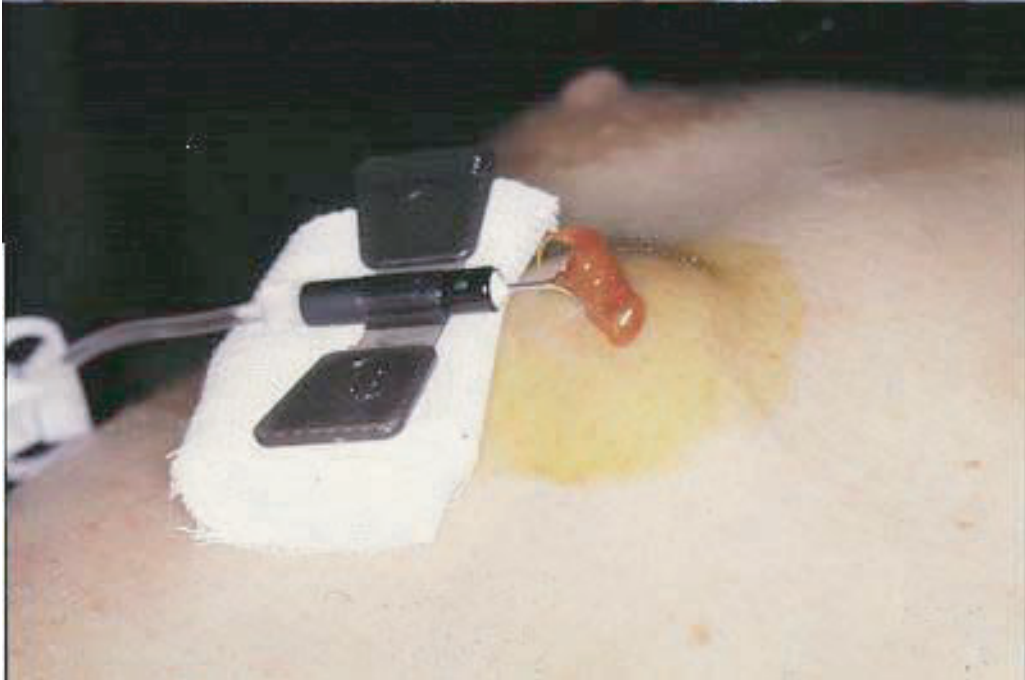


表2 経腸栄養剤（医薬品）

（100Kcalあたりの組成）

製品名	成分栄養剤		消化態栄養剤		半消化態栄養剤		
	Elental	Entered	Twinline EN	Clinimeal	Besvion	Ensure Liquid	Harmonic
製剤形態	粉末	粉末	液状	粉末	粉末	液状	液状
g・ml/100Kcal	26.7g	25g	100ml	22.3g	22.5g	100ml	100ml
蛋白質(g)	AA：4.7	4.6	4.1	4	4.5	3.52	4.8
糖質(g)	21.2	18	14.7	14.1	13.3	13.27	13.5
脂質(g)	0.17	1.25	2.8	3.1	3.4	3.52	3
主原料	結晶アミノ酸 (17種類)、 デキストリン、 大豆油	卵白加水分解物 (ペプチド)、 デキストリン、 大豆油	乳蛋白加水分解物、 L-メチオニン、 L-トリプトファン、 マルチデキストリン、 サフラワー油 (MCT)	乳カゼイン、 大豆蛋白水解質、 デキストリン、 シヨ糖、 コーン油、 ココナッツ油	カゼイン、 全粉乳、 低乳糖脱脂粉乳、 アミノ酸、 シスチン、 メチオニン、 トリプトファン、 デキストリン、 コーン油、 MCT	カゼイン、 分離大豆蛋白、 デキストリン、 精製白糖、 コーン油、 大豆リン脂質	乳清蛋白、 植物性蛋白、 低乳糖蛋白、 デキストリン、 精製蛋白、 大豆油、 MCT
浸透圧*(mOsm/l)	760	510~550/kg	595~640	300	493	約360	350
pH*	6.5	6.5~7.5	6.3~6.7	6.9	6.5	6.5	6.5
特徴			肝不全用 ダブルバッグ		乳糖(+)		乳糖(+)
容量/1パック	80g	100g	200+200ml	89g	90g	250ml	500ml
熱量Kcal/1パック	300	400	400	400	400	250	500

\*：1Kcal/mlの値を示す。

## 薬物療法

クローン病の治療の目的は、腸管の炎症をコントロールし、栄養状態を改善し、最終的に患者さんの QOL(生活の質)を高めることにあります。そのために、腸管を刺激したり免疫反応をおこすおそれのあるものを取り除き、さらに栄養状態を改善するという意味で、日本では栄養療法を第一選択とすることが多く、薬物はこれと併用という形で投与されます。日本と違って欧米では、さまざまな理由から栄養療法は行われず薬物療法主体の治療がなされています。この病気が精神的にも肉体的にも発達期にある若年者に多いことから、栄養療法のみで治療することは慎重に考えなければいけません。完全静脈栄養や経腸栄養療法のための治療はできるだけ短縮し、十分に吟味された食事と栄養療法を組み合わせた治療法に適宜移行することが望まれます。そのためにも薬物療法の役割は非常に重要と考えられます。これまでの薬剤を凌駕する画期的な新薬、抗 TNF- $\alpha$  抗体が 2002 年の春には日本でも投与できることになり、患者さんも医療従事者も大きな期待を抱いています。今後このような薬でしっかり炎症を抑えながらクローン病を悪化させない食事を摂っていくといった治療法が、栄養療法以外の新しい選択肢となる可能性があります。

### 1. サラゾスルファピリジン (サラゾピリン<sup>®</sup>)、メサラジン (ペンタサ<sup>®</sup>)

サラゾスルファピリジンは 5-アミノサリチル酸とスルファピリジンという二つの薬を結合させた製剤です。サラゾスルファピリジンの大部分は、大腸まで効率良く運ばれ、大腸の腸内細菌によって結合が切れ、有効成分の 5-アミノサリチル酸が腸管の中で局所的に作用して炎症を抑えると考えられています。サラゾスルファピリジンの副作用の多くはスルファピリジンの部分によるため、5-アミノサリチル酸 (メサラジン) だけが徐々に放出されるように工夫した製剤がペンタサ<sup>®</sup>です。メサラジンの直径 1mm ほどの顆粒をエチルセルロースの被膜でコーティングして、小腸の上部から直腸まで持続的に放出するように設計されています。メサラジン製剤はいろんな形のものがありますが、日本で発売されているのはペンタサ<sup>®</sup>だけです。ペンタサ<sup>®</sup>は大腸型、小腸型、小腸大腸型のいずれにも有効で、特に緩解維持には不可欠の薬です。

サラゾスルファピリジンの副作用としては、発疹、消化器症状や頭痛が起こることがあります。また貧血や無顆粒球症 (白血球のうちの顆粒球という、細菌と戦う細胞が無くなってしまう現象) や肝障害などが起こることもありますので、定期的な血液検査が必要です。男性の場合には精子数の減少や男性不妊が起こることがありますが、薬を中止すればおよそ 2-3 ヶ月で精子がもとに戻ると言われています。またこの薬を服用している時に、高頻度で尿や精液、下着、シャツ、コンタクトレンズがオレンジ色に着色すると言われています。

一方メサラジンは比較的安全性の高い薬ですが、発疹、頭痛、下痢、吐き気と言った副作用が起こることがあります。また非常にまれにはサラゾスルファピリジンに見られるような貧血や無顆粒球症や肝障害が起こることもあります。サラゾスルファピリジンは妊娠中の服用で新生児に高ビリルビン血症を起こす可能性がありますが、メサラジンでは報告されていません。メサラジンは妊娠中に羊水中、または母乳中に移行することが報告されていますが、海外では、妊娠、出産および授乳中にも問題なく使用されています。

## 2. 副腎皮質ステロイド

副腎皮質ステロイド（プレドニゾロンやベタメサゾン）は、サラゾスルファピリジンやメサラジンで症状が改善しない場合や、炎症が強い時に使用されます。強力な抗炎症効果が期待できますが、体重増加、糖尿病の悪化、顔が丸くなる、にきびが増える、胃潰瘍、骨粗しょう症、感染症にかかりやすくなるなどの重篤な副作用がみられることがあります。長期大量の服用はできるだけ避けなければいけません。プレドニゾロンで1日7.5mg以下なら副作用の程度や頻度はかなり少なくなります。それでも長期に服用する場合には注意が必要です。副腎皮質ステロイドは通常最初に大量を投与し（プレドニゾロンで40-60mg）、効果が得られれば徐々に減量していくという使い方がなされます。副腎皮質ステロイドはもともと体内で副腎皮質が産生するホルモンと同じ働きをしますから、この薬を服用している間は副腎からホルモンが産生されなくなります。薬を徐々に減量し、中止すればまた産生されるようになります。副腎皮質ステロイドを急に止めると、しばらくの間副腎皮質ホルモンの欠乏状態になります。これは全身症状を伴ってショックに陥り生命に危険がおよぶ重篤な病態で、ステロイド離脱症候群と呼ばれます。副腎皮質ステロイドを服用し始めたら、服用は主治医の指示通りに行い、決して中断しないようにしなければいけません。風邪をひいたり熱があったり、また消化器症状が強くて口から何も飲めないような時ほど大きなストレスがかかっており、身体はより多くの副腎皮質ステロイドを必要としています。そのようなときには注射をするなどして欠乏状態に陥らないようにする必要がありますので、そのような時には必ず主治医に相談することが重要です。病変局所で抗炎症作用を発揮し、吸収されても一度肝臓を通過するだけでほとんど活性のない物質に代謝されてしまう副腎皮質ステロイドもありますが、残念なことに日本では発売されていません。

## 3. 免疫抑制剤

アザチオプリン（イムラン®）や6-メルカプトプリン（ロイケリン®）といった薬があります。保険の適応を受けていませんが、副腎皮質ステロイドで十分な効果が得られない場合や副作用がみられた場合、副腎皮質ステロイドの減量に伴い再燃する場合、他の薬が無効な難治例、瘻孔のある患者さんなどに投与

されます。これらの薬剤には即効性はなく、効き目が現れるまでに通常 1-3 ヶ月かかります。副作用として骨髄抑制による白血球の減少がみられることがあります。また、血小板減少、貧血、易感染性、胃腸障害、膵炎、肝機能障害などがあります。定期的な血液検査、特に白血球数のチェックが必要です。

#### 4. メトロニダゾール (フラジール®)

もともとは抗原虫剤で保険の適応を受けていませんが、腸管の炎症に重要な関わりを有するといわれる腸内細菌叢、なかでも嫌気性菌の繁殖を抑えるとされ、肛門部病変に有効であると言われていています。

#### 5. これからの治療薬

クローン病の発症にはサイトカインと呼ばれる生理活性物質が中心的な役割を果たしていることが明らかにされています。なかでも TNF- $\alpha$  に代表されるような炎症を促進するサイトカインは特に重要です。TNF- $\alpha$  の働きを阻止する薬である抗 TNF- $\alpha$  抗体 (インフリキシマブ、レミケード®) は 1998 年にアメリカで承認され、日本では 2002 年の春頃に発売される予定です。

インフリキシマブの効き目は相当に強力で、栄養療法の行われない欧米での試験でも、たった 1 回の点滴静注で約半数の患者さんが緩解に入ったと言われています。さらに、クローン病の患者さんを非常に悩ませる瘻孔を閉鎖する作用があることもわかりました。しかしこの夢のような薬にも問題点があります。この薬の効き目を弱め、アレルギー反応を起こすような抗体ができやすいのがそのひとつです。インフリキシマブが完全なヒト型の抗体ではないためです。また TNF- $\alpha$  というサイトカインは、炎症をおこす一方で感染防御にも関わっていますので、これを中和してしまうと感染症にかかりやすくなり、感染症が重症化することがあります。インフリキシマブを投与すると、全身性エリテマトーデスという膠原病で認められる自己抗体が出現し、まれではありますが全身性エリテマトーデスの症状まで現れることがあります。さらにインフリキシマブを投与中に悪性リンパ腫などの悪性腫瘍が発生したため、承認後に長期投与の有効性と安全性を確認する大規模な臨床試験が行われています。クローン病は慢性の炎症ですので、薬の効き目が切れてくるとまた悪化しますから、何度も繰り返し投与しないといけません。インフリキシマブの効果は 8-12 週で消えてしまいます。それだけに長期投与の安全性は大きな問題です。日本では発売になっても通常単回投与、瘻孔に対しては 3 回投与のみが許されることになっています。そうすると今度は効き目がなくなった時にどうするのかという問題が出てきます。基本的には他に手立てがない時に切り札的に投与する薬であると考えられます。このようにまだまだ問題の残る薬ですが、クローン病の治療法を大きく塗り替えるかもしれません。

## 外科治療

クローン病の根治的治療法は現時点ではまだ存在しません。我が国では栄養療法を中心に内科的治療指針が提唱され、良好な成績が報告されています。しかし、長期治療経過において特有の随伴症状や合併症がしばしば経験され、外科的治療が必要となる場合があります。すなわち、消化管全域を侵す本疾患における外科治療の目的は、愁訴の原因となっている「合併症」に外科的処置を加え患者の QOL（生活の質）を改善することにあります。ここではクローン病の外科治療について、厚生省研究班平成10年度業績集に提唱されているガイドラインに沿って概説します。

クローン病の絶対的手術適応としては腸閉塞、穿孔、大量出血、中毒性巨大結腸症、癌の合併などがあり、救命のため緊急もしくは準緊急手術を要することがありますが比較的稀です。一方、相対的手術適応としては難治性狭窄、膿瘍、内瘻、外瘻、発育障害、内科的治療無効例、さらに二次性の肛門部病変（肛門周囲膿瘍、排膿の多い有痛性痔瘻など）が含まれます。これらの手術適応について、我が国における集計をみますと難治性狭窄・腸閉塞が最も多く（57.2%）、次いで内瘻・外瘻（16.0%）、膿瘍（6.1%）であり、ほとんどが待期的手術となっています。

手術時期のタイミングは内科的治療、とくに栄養療法によっても腸閉塞症状や瘻孔による症状が改善・消失しない症例や、経口摂取により同じ症状がすぐ再出現するような状況で考慮されることが一般的です。画像診断上狭窄や瘻孔があっても症状がほとんどないものでは慎重に取り扱うべきであるとされています。

手術術式は、対応する病変により多岐にわたりますが基本は腸切除術、狭窄形成術（腸の狭い部分を広げる手術）となります。本疾患が全消化管を侵す疾患であり、再手術率が高く、また再発が切除断端の病変の遺残と関連がないことから、長い狭窄病変や瘻孔、膿瘍、出血に対しては病変部腸管のみの「小範囲切除」を行います。狭窄形成術は腸切除術に組み合わせて行われることが多く、とくに広範囲にわたって多発する短い繊維性狭窄や、腸切除後の吻合部狭窄に有用とされています。近年の内視鏡外科手術の普及に伴い、クローン病においてもその適応が拡大され標準術式の一つとなってきています。本法の応用により従来の開腹手術に比して美容上の利点のみならず、術後疼痛・術後腸管麻

瘻の軽減、入院期間の短縮、癒着性イレウスの頻度の低下などの有用性が報告されています。

クローン病の肛門病変のなかで最も多いものは痔瘻ですが、感染を合併すると有痛性となり、シートン法（瘻孔部にチューブを留置する方法）による持続的な排膿が必要となります。この方法により括約筋は温存されますが、直腸病変が高度な例ではその機能が障害され人工肛門となる例もみられます。

クローン病における外科治療は根治的ではないため、再発率は当然高いものであり、継続した内科的治療が必要となります。術後の在宅経腸栄養法、5-ASA製剤が再発予防に有効とされていますが、再発のハイリスク群としては perforating type（穿孔型）、広範な病変を有する例、若年者、喫煙者などが報告されています。再発、再手術を繰り返すと徐々に残存腸管は短くなり、短腸症候群となる可能性があります。

# クローン病の栄養・食事管理の基本

## \* はじめに

クローン病の患者さんは、腹部症状による食事摂取の減少と慢性の腸粘膜障害による消化

障害、たんぱく漏出による栄養障害をきたしています。この場合、まず大切なことは、障害をうけた部位を安静に保ちながら、炎症が軽減するまで食事以外のものから十分なエネルギー摂取を継続することです。そして、炎症が鎮まり緩解期を迎えた時点で、食事摂取も含めた栄養管理に取り組むことが栄養士の大切な役割となってきます。各食品に対する患者さんの受け入れ状態は人それぞれであり、食事を少しずつ始めながら、炎症の状態を観察しつつ、段階的にその内容を高めて行ったり、その人独自の抗原性食品を見つけたり、提供する食事からそれらを排除するなどの管理が大切になってきます。以下、病勢に応じた栄養管理について解説します。

## 【1】活動期

① 活動期の状態は、以下のようにまとめられます。

- ・病態 消化吸収障害 腸粘膜障害 たんぱく漏出 長期絶食
- ・症状 下痢 腹痛 発熱 貧血 体重減少
- ・栄養障害 たんぱく質・エネルギー欠乏⇒たんぱく栄養不良症 (PCM)  
Fe・VB12・葉酸欠乏⇒貧血  
ビタミン類 (特に脂溶性ビタミン) 欠乏  
ミネラル欠乏⇒Ca Mg (マクロミネラル)  
Zn Cu Se Mo Cr (ミクロミネラル)

② 栄養療法のポイント

絶食状態下の栄養補給法として、以下の2種があげられます。(医師が処方します。)

### <A> 高カロリー輸液による完全静脈栄養

#### TPN (total parenteral nutrition)

- ・腸管狭窄や瘻孔がある場合や、重篤な場合に適応されます。
- ・エネルギー量は、通常 2000Kcal/day 以上です。
- ・脂肪の欠乏症状がないかチェックし、予防的措置として、脂肪乳剤の経静脈投与を行います。またSeのような微量元素の不足などが起こる危険性がありますので注意が必要です。
- ・病勢回復後は、成分栄養療法(経腸栄養法または経口飲用)を優先します。

### <B> 成分栄養療法 ED (elemental diet)

- ・腸管狭窄や瘻孔がみられず、重篤な状態で無い場合は、第一選択枝となります。
- ・ED製剤を選択します。ED製剤(エレンタール)の特徴として、



- \*たんぱく質源として抗原性を有さないアミノ酸から成り、  
食事性抗原の主体と考えられるたんぱく質を含まない製剤です。
  - \*アミノ酸であるため、その消化吸収には消化酵素を要せず、そのまま吸収されます。
  - \*腸管上皮のエネルギー源として有効なグルタミンを多く含み、障害のある腸管粘膜の修復を高める効果があり、また、腸内細菌叢の状態を改善します。
  - \*脂肪の含有量がわずかで消化管への刺激が少なく腸管の安静を保ちます。
  - \*多種のフレーバーを使用して、経口的に飲用もできます。
- ・理想体重 1K g あたり 35~40Kcal を基準にし、食事導入とともに、漸次減らしていきます。
  - ・ED 製剤のみの栄養補給の場合、脂肪欠乏状態に陥らぬようにチェックが必要です。
  - ・消化吸収障害が軽度の場合は、消化態栄養剤や半消化態栄養剤の使用が可能な場合もあります。
  - ・ED 製剤の溶液は高浸透圧なので、それによる下痢などの発症がみられることもあります。

## 【2】 緩 解 期

病勢が落ち着き、ED による栄養摂取の状態から、食事を形態や量・質に注意しながら少しずつ試していきます。欠食状態からのその開始時期は、患者さんにより異なります。

①緩解期の状態は、以下のようにまとめられます。

- ・病態
  - ◆ **IBD (index of inflammatory bowel disease)** が 0 または 1 点、かつ CRP (－) および赤沈値正常。
  - ◆ **CDAI (crohn's disease activity index)** スコアが 150 点以下。
- ・症状 下痢・腹痛及び発熱の沈静化、体重減少も改善傾向がみられます。
- ・栄養障害 活動期の著しい障害は軽減するも、依然残存します。

### ◆ IBD スコアによる活動度評価

1. 腹痛
2. 1日6回以上の下痢または粘血便
3. 肛門部病変
4. 瘻孔
5. その他の合併病変
6. 腹部腫瘍
7. 体重減少
8. 38℃以上の発熱
9. 腹部圧痛
10. 10g/dl以下の血色素量

\*各項目のスコアを1点とする

緩解期：スコア1又は0点、かつ赤沈値及びCRPの正常なもの

### ◆CDAIの求め方

下痢あるいは泥状便の回数と腹痛の程度、全身状態を連続7日間で判定します。

①過去1週間の水様又は泥状便の回数	$\times 2 = y 1$
②過去1週間の腹痛 (下記スコアで腹痛の状態を毎日評価し7日分を合計) 0=なし 1=軽度 2=中等度 3=高度	$\times 5 = y 2$
③過去1週間の主観的な一般状態 (下記スコアで一般状態を毎日評価し7日分を合計) 0=良好 1=軽度不良 2=不良 3=重症 4=激症	$\times 7 = y 3$
④患者が現在もっている下記項目の数 1) 関節炎/関節痛 2) 虹彩炎/ブドウ膜炎 3) 結節性紅班/壊疽性膿皮症/アフタ性口内炎 4) 裂肛、痔瘻又は肛門周囲膿瘍 5) その他の瘻孔 6) 過去1週間の37.8_以上の発熱	$\times 20 = y 4$
⑤下痢に対してロペミン又はオピオートの服薬 0=なし 1=あり	$\times 30 = y 5$
⑥腹部腫瘍 0=なし 2=疑い 5=確実にあり	$\times 10 = y 6$
⑦ヘマトクリット(Ht) 男 (47-Ht) 女 (42-Ht)	$\times 6 = y 7$
⑧体重：標準体重 $100 \times (1 - \text{体重}/\text{標準体重})$	$= y 8$
CDAI = y 1 ~ y 8 のスコアの総合計 CDAI > 150 : 活動期、> 450以上 : 極めて重症、< 150以下 : 非活動期	

## ②緩解期における食事の進め方（EDのみからの食事への導入）

炎症も落ち着いたこの時期は、ED と併用で、いよいよ経口的な食事摂取試行を始めていきます。患者さんも、食べることに意欲と関心が出てくる段階です。少しずつ、ゆっくり様子を見ながら進めていきます。特に下痢、腹痛、嘔気などの消化器症状などが出現しなければ、さらに内容を上げて行きます。

### ◇栄養療法（スライド方式）のめやす（例）◇

◎ 活動期	TPN・ED	100%	
↑↓	↑↓		
◎ 緩解移行期	ED 70%	+ 低残渣食	30%（流動食～3分粥食）
↑↓	↑↓		
◎ 緩解期 I	ED 50%	+ 低残渣食	50%（3分粥食～全粥食）
↑↓	↑↓		
◎ 緩解期 II	ED 30%	+ 低残渣食	70%（全粥食～米飯食）

- どの段階も ED との併用が基本です。緩解移行期の流動食は、通常の食材による重湯、みそ汁（汁のみ又は麩入り）、野菜ジュース、トマトジュース、100%りんご・桃果汁、くず湯、カルピス、野菜スープ（たまねぎ、キャベツ、にんじんなどを煮出したもので汁のみ使用）、さらにアップして果物缶詰・桃缶詰などのジュース（ミキサーにて粉碎）、乳酸菌・ビフィズス菌入り低脂肪ヨーグルト（液体状）、かき卵汁（卵黄少々）などで順次様子を見ます。
- そして食事（固形食）は、600Kcal/day ぐらいから始めてみましょう。
  - \* 流動、3分食、5分食、全粥食、米飯食どの段階も、まず1日に1回食から始めると患者さんの負担も軽く進められます。状態が良ければ、漸次2～3回食へと進めます。
  - \* 脂肪量に関しては、緩解期 I までは、10～20g/day 以下、II 期で 30g/day 以下で様子を見てください。

- \*低残渣食（水溶性食物繊維は、制限の対象外）⇒特に不溶性の食物繊維が多い硬い野菜などを避け、五分食までは、野菜・果物類の全体的な量もやや控えめにします。
- \*食事の各段階別使用食品パターン（P.38参照）に沿って献立作成します。
- \*患者さんの状態を把握しながら低残渣食の割合を増やしていきますが、食事を開始して調子が悪くなれば速やかに中止し、EDのみで回復を計り、再試行の機会を待ちます。
- \*資料として献立例がありますので参考にしてください。（P.41）

◎下の表は、進め方の一例を示しています。

[例] 一ヶ月間のインターバルで進める場合

食事形態（主食）	流動	三分	五分	全粥	全粥	米飯
形態（副菜）	液体状	刻み状	一口切り	軟菜	軟菜	軟菜
実施期間	5日	5日	5日	5日	5日	5日
回数/日	1～2回	1～2回	1～2回	1回	2（～3）回	2（～3）回
ED製剤	要	要	要	要	要	要

- \*ゆっくり食事を進め、色々な食品にトライし、摂取可能な食品の品数を増やしていく過程で、その患者さん独自の抗原性食品（それを食べると調子が悪くなる食品で、一般的に安全だと言われている食品の中にも該当するものがあります。）を見出すことも必要です。患者さんには、簡単な食事日記など記録をとる習慣をつけてもらい、食べると調子が悪くなる食品は省いていきます。
- \*また緩解期Ⅱが持続するなかで、いろいろな食品（洋菓子類など控えたほうがよい食品の範疇に属しているものなどが多い）にトライする場合は栄養士が様子を見ることを前提に、主治医にも必ず相談・報告をすることが大切です。（クローン病食・段階別使用食品パターンの緩解期Ⅱ・トライアルに頻度の高いものを記入しています。）
- \*資料として「比較的安全な食品と控えたほうがよい食品」の一覧表を添付（P.36）していますので参考にしてください。

## 食事療法のポイント

◎クローン病の研究は進んでいます。しかし、今のところ、真の原因は不明ですし、食事に関しても、患者さん一人一人の感受性が異なっている場合が多いようです。今回は以下の基本的な内容を解説します。

### 1. 脂肪摂取量及び質の制限

1日の摂取量は、30g以下で維持します。（脂肪は腸管の蠕動を刺激します。）

n-3系脂肪酸の摂取。（炎症反応を抑制します。）

n-6系脂肪酸及び動物性脂肪の制限。（炎症反応を引き起こすエイコサノイドを産生します。）

### 2. 食事からの適度なたんぱく質摂取

食事からのたんぱく質は、0.8g(~1.0g)/kgを基準にし過剰摂取は避けます。

（抗原性を呈する可能性があり、脂肪摂取量にも反映します。）

### 3. 適正なエネルギーの確保（高エネルギー食）

必要エネルギーの60%以上を炭水化物より摂取します。

（脂肪制限の条件下、炭水化物は、食事抗原性も低く消化管への負担も少ないので、エネルギー供給源としては優れています。）

EDも継続摂取を前提として、変化する病勢により、EDと食事からの摂取エネルギー量の割合を決定します。（EDからは理想体重当たり30Kcal/day以上摂るのが望ましいとの報告があります。）

### 4. 食物繊維の選択

不溶性食物繊維においても、腸管狭窄がある場合を除いては、あまり厳格な制限は必要無い場合も多いようです。状況に応じて形態や調理方法で腸管に負担がかからぬようコントロールします。（食物繊維は、腸管内で腸内細菌と反応し、乳酸菌のような有機酸を産生する菌を増加させ、腐敗菌を減少させ腸管内環境を整える働きがあり有益です。）水溶性食物繊維（果物に多いペクチン、海藻に含まれるアルギン酸など）は、制限の範疇には入りません。（水溶性食物繊維と胆汁酸が結合し、糞便中への胆汁酸排泄を促進し、また食物繊維が水分を吸収し下痢の症状を緩和します。さらに、腸内細菌による発酵産物は腸管粘膜のエネルギー源にもなります。）

## 5. 不足しやすい無機質への対応

Ca、Fe、微量元素のSe、Znなどに注意

Ca→腸管でのCaやビタミンDの吸収が低下しており骨の脆弱化を招きます。よって骨折や骨粗鬆症を起こしやすい傾向にあります。

Fe→吸収の低下および長期絶食の影響のため貧血が起こります。吸収効率の良いヘム鉄の利用、同時にビタミンCの補給も大切です。

Se→抗酸化剂的な働きを有し、不足すると筋力低下や心筋障害を起こすこともあります。米と魚介類を中心にした日本的な食生活をしていれば不足することはないですが、クローン病の場合は吸収力が低下しているため注意が必要です。静脈栄養剤及びED製剤には含まれていないため、これらの栄養剤だけで栄養補給を続けている場合には、特に注意が必要です。

Zn→たんぱく質合成に欠かせません。不足すると炎症の治癒の遅延などをきたします。また、味覚障害、免疫能の低下も引き起こします。

※状態によって食事で充足できず不足症状が現れた場合は、医師及び栄養士の管理のもとで、サプリメント（栄養補助食品）などの使用を考慮する場合があります。

## 6. ビタミン類摂取の配慮

ビタミン多含食品の野菜・果物類などが、消化の点で加熱調理されていることが多い段階では、食事以外のものからでのビタミン補給が必要になることもあります。（無機質と同様、食事で補えない場合はサプリメントを考慮に入れることもあります。）

炭水化物から多くのエネルギー摂取を行うときは、特にビタミンB<sub>1</sub>の補給も心がけることが大切です。

手術で回腸或いは回盲部を切除した場合、ビタミンB<sub>12</sub>が吸収されないため悪性貧血を引き起こすこともあるので注意を要します。

厳しい脂肪制限下では、脂溶性ビタミンの不足状態の有無も要チェックです。

## 7. 腸内細菌叢を整える

クローン病においては、腸内のビフィズス菌及び乳酸菌の減少が認められます。これら有益菌の代表的な代謝産物である酢酸や酪酸は、腸粘膜のエネルギー源となります。また、同様に、上記の菌が産生する乳酸によって有害菌の増殖を押し、結果的に有害菌が産生するアミンやフェノール類などの有害物質の産生が押さえられます。この事により、腹部膨満感、ガスの悪臭、下痢などが改善されます。よって、ビフィズス菌や乳酸菌入りの低脂肪のヨーグルトなどはCaの補給も加

えて効果的です。乳製品ということで躊躇しがちですが、このような利点もありますので、患者さんに応じて柔軟に対処してください。

## クローン病の栄養指導の進め方

◎活動性の高い期間のクローン病患者さんの栄養補給法はTPNにて行なわれ、長期に渡る絶食が強いられます。そして、ある程度症状が落ち着いてくると、次の段階の補給法として、ED製剤による経口または経腸の成分栄養法が選択されます。さらに、緩解期には成分栄養法を行いながら、食事導入に至っていくこととなります。その過程で、栄養士が患者さんと十分なコミュニケーションをとりながら、患者さんの家族も含めて継続的に支援することが必要です。患者さんの病態に応じた栄養・食事療法についての情報を提供し、入院中も含めて食生活に対する不安や疑問を軽減し、よりQOLの高い生活を送ることが可能となるように指導します。ここでは一例として、ある患者さんに対して、入院中からの生活の流れに沿って、病勢の段階に応じたガイダンスの内容やポイントを、さらに、地域社会における行政機関との連携支援の例を示してみたいと思います。

【患者さんの状態】 ◎栄養士による病棟ベッドサイド訪問の実施を開始します。

(☆NSTの一員としての参加を目標にしましょう。すでに実施している施設は活発に活動を展開して行きましょう。)

※栄養障害の程度を把握（身体計測など）※栄養指標データのチェック ※栄養アセスメントなど行います。

### 【活動期】

- ・入院
- ・絶食
- ・TPN実

### 《ガイダンス① 栄養療法・TPNについて》

○患者さんに現状の状態を認識してもらいます。（栄養学的側面を強調します。）

炎症部分の活動性が高いため、腸管の安静の必要性から、腸管に負担をかけずに栄養摂取を行い、体力の回復および炎症の軽減をはかるためにTPNが実施されていることを理解してもらいます。

○経口摂取できないことや空腹感を満たせないことに対するストレスや将来に対する不安などの精神上のケアも欠かせません。

### 【活動期】

- ・TPNからEDのみへ

※長期のTPNによる微量元素の不足が起こっていないかチェックが必要です。

※ 腸管に強度の狭窄や瘻孔がなく、重篤な状態を脱した後、徐々にTPNからED製剤に変更し、経腸的に栄養補給を行います。EDのみでの栄養摂取の量や期間は患者さんによって異なります。通常、初期は鼻腔からのEDチューブ挿入によるED製剤の胃内への注入を行います。患者さんによっては、フレーバーを用いてED製剤を直接経口摂取することも可能です。



## 【活動期】

ED 摂取を  
継続する

鼻腔チューブ  
或いは  
経口摂取に  
て実施



## 【緩解移行期】

ED

+

\*流動食

## 【緩解期 I】

ED

+

\*三分食

\*五分食

## 《ガイドンス② EDについて》

- ED製剤の成分や働きなどに関する情報と、体に及ぼす栄養学的意義を正しく伝え、処方された量をきっちり摂取することの重要性を強調します。
- ED製剤は味覚とボリュームの多さにおいて飲み辛いですが、上記の説明を導入時にきっちりしておくと比較的受け入れが良くなります。  
また飲みやすくするための各種フレーバーの紹介や利用も促します。
- この時期に挫折（指示なく食事をとる、ED溶液を捨ててしまうなど）することのないように、コンタクトを保ちましょう。
- 面会時間帯には、患者さんの家族や身近な援助者ともコンタクトを保ち、栄養・食事療法の必要性を説明します。（患者さんと同等ないしそれ以上に食事をどうすればよいのか、関心が強い傾向にあります。）

- ※ EDのみで腸管に負担をかけぬように栄養摂取してきましたが、検査の炎症反応などが落ち着いてきましたので食事開始となります。（EDも継続することが前提です。）
- ※ 著しい腸管狭窄や瘻孔などが有る場合には、食事は原則的に禁止となります。

## 《ガイドンス③ 食事療法に関すること》

- 食事を始めるにあたり、高エネルギー、低脂肪、低残渣食の必要性を話します。
- 徐々に通常の食事に戻して行くために、食事の形態・材料や回数及び分量に変化をつけながら段階的に進めていく旨を患者さんに説明します。
- 食事を進めるにあたり、食事のグラデーションに沿って使用して行く、使用食品パターン（添付書類参照）を患者さんに示します。こうすることにより、患者さんが食事の内容に不安を抱かぬよう配慮します。
- 流動食は、重湯、みそ汁、くず湯、野菜ジュースなど天然素材とします。

○患者さん固有の抗原性食品に関して自己観察を促します。患者さんによっては、比較的安全だと考えられる食品でも変調をきたすこと（下痢、腹痛、発熱、消化器不快感、嘔吐など）もあるので注意が必要です。該当した食品は食事から外し、医師や看護師にも報告しておきましょう。

○また、すでに抗原性食品が十分に把握できている患者さんからは必ずその情報を得て、入院中の食事に反映させることも栄養士ならではのきめ細やかな配慮といえるでしょう。

※食事を進めて行く過程で、調子が悪くなり、さらに炎症が悪化した場合は、速やかに食事を中止しED療法のみで様子をみていきます。



**【緩解期Ⅱ】**

ED

+

**\*全粥～**

**米飯食**

※ 栄養状態の改善の程度を把握します。（栄養・食事療法の効果判定）

※ 依然、低栄養状態が続いている傾向にあります。

○食事で栄養をとり、質・量など内容がアップしていても、依然 ED がメインの栄養補給法であることを伝えておきましょう。

○外泊する場合の食事内容についての指導を調理者と伴に受けてもらい、家庭での食生活への不安感を軽減し、社会復帰の第一歩となるように導きます。

《 **ガイダンス④ 社会生活にむけての栄養指導** 》



**【緩解期Ⅱ】**

療養生活から、  
一般社会生活にむけての準備期

ED

+

**\*全粥～**

**米飯食**

※退院後の目標は、患者さんが自立し自己管理可能となることです。

そのために、以下の事柄を実施します。

○入院中に行った栄養指導の総まとめをします。（後述の「栄養指導の具体的内容」を参考にしてください。）

○安全な食品・避けたい食品の提示と確認（患者さん独自の合わない食品は、継続的に観察してもらい外来通院時に栄養士がチェックします。食べたい食品の試行を実施する場合、必ず医師にその旨を伝えます。）

○外食の選択の仕方や、外食する店での低脂肪のオーダー（例えば、サラダのマヨネーズ・ドレッシングを抜いてもらえないかの打診を試みる、肉を魚に替えられないかなど）の試みの提案もしてください。

○実用献立集（若者向け用やお弁当のおかず集など）を作成し配布します。

○患者会や関連書籍（献立集、患者向け医学書など）の紹介をします。

○日々の体調・食事などに関する記録をつけることを勧めます。

## 《退院後の患者さんの動向とその対処》

- 日常生活（仕事や家庭に復帰、学業再開など）を営む過程で、腸管の安静が必ずしも維持できず、再燃と緩解を繰り返すことが多いので注意を喚起します。
- 単身生活（学生など）による栄養状態の悪化（食品の選択の誤りからくる脂肪摂取過多や、不規則な生活による摂取エネルギー不足、栄養のアンバランスなど）に対する対策を具体的な内容で示します。→個々のライフスタイルに合わせた対応策を考えます。
- 社会生活を営む上で精神的軋轢からのストレスを配慮して、理想的な食事内容や食行動を性急に求めないように進めることが大切です。
- 患者さんの家族、特に身近な援助者（献立を考案し調理担当する方）への献立提供や料理の紹介などは言うまでもありませんが、さらに精神面でのバックアップの配慮も欠かせません。（患者さんが体調を崩すと、家庭での食事が原因ではないかと罪悪感を抱いたり、食事作りに追われて生活のペースが乱れることへの不安感、更に食事を作っても食べてくれないなどの悩が生じるからです。）
- 患者さんと身近な援助者との間で、病気に関して、うまくコミュニケーションがとれないケースが多いようです。（例えば、患者さん＝息子が母に便の状態などの情報を流さないので、献立や使用する材料などの選択に苦慮したり、また親の前では辛い様子をみせず本当の状態がつかめないなど）
- 長年の経過として腸管狭窄症による急性症状が出現することもあるので、狭窄の可能性がある場合は、不溶性食物繊維には気を配る、などアドバイスします。



### 【緩解期Ⅱ】 生活地域での患者さんの受け入れ体

※担当医師は保健所の特定疾患負担継続申請の際に、本協議会の所定申し送り票に患者さんの情報を記入します。各個人の申し送り票は事務局経由で地域の保健所または保健センターに送られ、行政機関にてフォローを受ける基礎資料として保存されます。その用紙には、病院の担当栄養士も栄養指導の経過・内容を記入、行政の栄養士に申し送りをします。

※病院の栄養士は外来通院時の外来栄養相談での継続指導を続け、患者さんの QOL 向上に協力します。また、食生活面での患者さんの家族（身近な援助者）への支援も大切な役割です。

※保健所・保健センターにて、行政の栄養士（在宅栄養士も含む）および保健師らとともに、

患者交流会、医師や栄養士が加わる学習会、栄養相談会、調理実習会などを開催し地域での患者支援を行ないます。

※地域でのフォローを受けつつも、再燃し、再び入院の際には、保健所・保健センターからの申し送り票にて病院の医師・栄養士に地域での生活や食事上の問題点について報告がなされます。

(注) 以上、この項目はモデルケースとして記述しました。

患者さんに関わる行政・保健・医療スタッフネットワークとして、まず基本的な治療から外れている患者さんを可能な限りネットで受けとめ、医師は栄養・食事療法へのより深い理解とその啓発を促し、栄養士は医師とのコミュニケーションを積極的に計りましょう。そして、各々専門的情報を交換しながら、継続的栄養・食事サポートを医療機関や地域で展開していく広域の共同作業に取り組み、クローン病患者さんの自立及びQOLの向上の一助となるように活動を進めていきましょう。

## 栄養指導（緩解期）の具体的内容

ここでは、先に述べた食事療法の栄養学的ポイントから、より具体性・実用性のある栄養指導の内容を示します。そして、患者さんのQOLの向上と自立・自己管理を目標に、栄養士も医師とのコミュニケーションを保ちながら継続的にフォローを行ない、データを集め、それらが更なる食事療法の進展に役立つように集大成しましょう。

### 1. 脂肪制限

- ・ 30 g/day 以下（20 g 以下が望ましい）の摂取で、再燃が少なく緩解期が維持できます。
- ・ n-3 系脂肪酸の摂取は、しそ油、魚油、あまに油、えごま油などからの摂取が効果的ですが、脂肪として負担をかけるのは同様なので、摂りすぎのないようにチェックが必要です。
- ・ 肉類（牛肉、豚肉など）は止め、鶏肉（低脂肪部位）を少量にし、主菜に用いないようにします。（たんぱく抗原性食品でもあります。）
- ・ 外食の場合、西洋料理や中華料理及びファーストフード関連の食品は、見た目以上に脂肪含量は多いので注意が必要です。和食を勧めましょう。
- ・ その他、カップ麺、スナック菓子、揚げ菓子、チョコレート（脂肪以外に蔞酸も多い）、洋菓子、菓子パン、アイスクリームなど若者がよく好むものに高脂肪食品が多いようです。
- ・ 豆腐は消化は良いですが、意外と脂肪含量が多いので適量の摂取を促します。
- ・ 少量の油脂で満足のできる調理法や献立の考案など、患者とその家族などと一緒に取り組み積極的に実施してもらいましょう。
- ・ テフロン加工のフライパンや鍋を利用して、油の使用量や摂取量を減らします。

### 2. たんぱく質のとり方

- ・ 食事中からのたんぱく質の過剰摂取は避けます。
- ・ 食事からのたんぱく質は魚類を中心に、大豆製品などの植物性のものから取るようにします。（肉類は、脂肪制限の項目と同じ扱いです。）
- ・ 魚類は季節ごとの旬のものを用い、青魚や白身魚など取り混ぜて使用しましょう。鮮度の良い一夜干しなどを利用すると、手間がかからず魚を食べることができます。
- ・ えび・かに類は、腸管狭窄があるときや疑われる場合は避けたほうがよいでしょう。

### 3. 高エネルギー食（食事からの炭水化物の摂取量）

- ・ 理想体重 1k g 当り 35～40Kcal (ED も含む) を目標にします。但し、性別や作業量、食欲の有無などに拠って幅をもたせ調整する事が必要です。（ごく稀ですが、退院後、緩解期に体重増加が著しく、理想体重を超えてしまう患者さんもいるため、継続的に体重をみてエネルギーの設定の見直しが必要となります。）
- ・ 炭水化物は食事抗原性は低く、消化・吸収も良く必要エネルギーの 60%以上をこれらから摂るように勧めます。
- ・ 具体的には、米飯、ビーフン、めん類（中華麺は避ける）、スパゲティ、でんぷん（かたくり粉、コンスターチ）、わらび粉、くず粉、油分の少ないパン（菓子パン、調理パン以外、イースト菌に反応する患者さんもいるため要観察です。）、いも類（さつまいもは食物繊維の関係で要観察です。）などがあげられます。

### 4. 水溶性食物繊維を摂る。

- ・ 水溶性食物繊維は、りんご、バナナ、桃などに含まれるペクチン及び海藻類に含まれるアルギン酸があげられます。
- ・ アルギン酸をコンスタントに摂るには、昆布のだし汁で煮物や汁物を作るように勧めます。
- ・ 上記の果物類は、おやつに用いたり、ヨーグルトとミキサーにかけ、ジュースなどに加工して楽しむことができます。
- ・ セルロース、ヘミセルロース、リグニンなどは、不溶性であり、狭窄が疑われる場合は注意を要します。（いわゆる硬い野菜類のたけのこ、ごぼう、ふき、ぜんまい、れんこんなどに多いです。）狭窄が無く体調が悪く無い場合には、比較的不溶性食物繊維が少ない野菜（大根、キャベツ、にんじんなど）を中心に、繊維を細かく切碎したり、或いはよく煮るなど調理の仕方でより軟らかく加工することにより、更に患者さん自身がよく咀嚼することで適量食べることは可能です。食物繊維の含量の点だけから野菜の有効成分（各種ビタミン類、がんを予防する抗酸化物質など）の摂取が妨げられるのは、身体全体から見るとマイナスになります。回復状態を見ながら、量や種類をゆっくり増やしていく過程を栄養士が積極的にフォローしてあげることが重要です。そうすることが患者さんの食事に対する一番の不安解消策となります。
- ・ 体調が悪い時には繊維が負担になることもあるので、その間は野菜ジュースを勧めます。（ただし野菜ジュースは野菜の替わりにはならないことを伝えておきましょう。）

## 5. 不足しやすい無機質の補給

- 乳製品のCaは吸収効率はよいですが、乳糖や脂肪分で下痢等の不安から患者さん、指導者ともに戸惑いを感じる事が多いようです。まずヨーグルトなどから試してみましょう。また、乳製品を受けつけない患者さんの場合は、大豆製品及び海藻類（わかめなどの軟らかい部分を刻み煮、のり佃煮など）などから摂るように勧めましょう。栄養状態の不良から骨折しやすい傾向にあるので患者さんに注意を喚起しましょう。
- Feに関しては、吸収効率の良いヘム鉄が動物性食品に含まれています。鶏肉類（レバーも含め）、かき（貝）、卵類などを用いて対応すると良いでしょう。また、非ヘム鉄含有のきな粉、納豆、ほうれん草、小松菜などからのコンスタントな補給も大切です。その際には、ビタミンCの補給も意識して摂取するようにします。
- Seは、魚介類、海藻類などの海産物、肉類とくに内臓、米、麦などの穀類、大豆、乳製品、野菜、果物の順番に多く含まれています。日本人の場合のその主な供給源は、穀類と魚介類です。これらは患者さんにとっては、比較的 안전한食品ですので、基本的には、食事から摂取することで補います。ただし、調子を崩して再びTPNやEDのみの栄養補給が長く続いている状態や、吸収能力が不十分な場合、食欲不振などの状態が長く続き食事摂取量が減少している場合には欠乏状態に陥ってないか注意を要します。その症状としては、心電図の異常や筋肉痛などが現れることがあります。
- Zn（Cuも）は便中からも排泄されます。よって、下痢などが頻繁に起こっていて、かつ食事の摂取が十分でない状態が続くと欠乏する可能性があります。クローン病の患者さんにとって、Znが多く含まれる比較的 안전한食品は、かき（貝）、魚介類、きなこ、納豆などです。また、同時にFe含量の多い食品でもあります。特に若者に好まれるインスタント食品やスナック菓子をはじめとする加工食品、ソフトドリンク類（加工ジュースや炭酸系飲料）などにはミネラルや特に微量元素の含量が少ないことに留意しましょう。

※食事摂取が不十分で予防的にサプリメントなどを使用する場合は、医師の了解と、医師・栄養士の管理のもとで使用しましょう。（良いからといって部分的に過剰に摂ると、他の栄養素の吸収に弊害がでる場合があります。例えば、Znの過剰摂取はCuの吸収を妨げます。）



## 6. 腸を安静に保つ生活習慣を身につける。

- ・ 食事は時間をゆっくりとって、よく咀嚼することを意識して食事に臨むように助言しましょう。
- ・ 食事時間も規則正しくコントロールし、夜更かしは止めて十分な睡眠をとることが大切です。さらに、夜更かしは夜食を摂る習慣を生み、胃腸に更なる負担をかけることとなります。
- ・ 刺激物、例えば香辛料（コショウ、カレー粉、唐辛子など）はもちろんですが、アルコール飲料、たばこ、カフェイン（コーヒーの飲みすぎ）なども炎症を悪化させますので、これらの習慣がある患者さんには、序々に量を減らし、やめるように勧めます。
- ・ 飲食物の温度に注意し、特に冷たいものは避けるようにします。これは、腸粘膜を刺激して下痢の原因になりますし、胃を含めた消化管全体の機能を低下させることにもなりますので要注意です。特に暑くなる季節に向かっている時期から強調しておきましょう。

## 7. 調理方法を考える。

- ・ 「煮る」「蒸す」「焼く」の調理法を主として、油を多量に使用する天ぷらやフライは避けるようにします。また単身者の患者さんで市販のお惣菜を利用する時は、おかずを選択する基準を上記の3つの調理法で選ぶように勧めます。
- ・ 味付けは調味料を控え目にして、薄味にするようにします。味付けを濃くすると、食べ過ぎにもつながりますので注意が必要です。
- ・ テフロン加工(焦げ付きにくい)のフライパンや鍋で、少量の油脂での調理をする習慣をつけてもらいましょう。

## 献立作成にあたり

あまりクローン病の患者さんを経験されていない栄養士さんの献立作成の参考になれば幸いです。個々の病院・医療機関の栄養管理の違いから、以下の資料にあてはまらない場合もあるでしょう。また、なんととっても、患者さんの個人差が大きい事もありますので、将来的には個別対応を基本に、クローン病栄養管理・栄養指導を進めることが求められます。

### 1) 比較的安全な食品及び控えたほうが良い食品の一覧表

- ・ 患者さんによっては、これらの分類にあてはまらない場合もあります。  
トライアルの項目は、緩解期で調子の良い状態が続いている患者さんが食べてみたいという希望が多い食品（控えたほうがよい食品が多いのですが）を挙げています。  
試行することを推奨するための資料ではないのは言うまでもありませんが、もし申し出があれば、医師・栄養士の管理の下でトライしてみるのもよいでしょう。この際には医師との情報交換が必須で、試行内容や結果など報告します。今後のこの協議会の活動の成果として、患者さんの食事内容と緩解期維持の状態をよく観察し、より充実した内容に書き換えていきたい資料のひとつです。

### 2) クローン病食・段階別使用食品パターン

- ・ 緩解移行期から緩解期Ⅱまでの段階：流動食、三分粥、五分粥、全粥、米飯の各段階で使用して行く食品の一覧表です。これも一例でありますので、各施設の栄養管理を基本にして準用してください。

### 3) クローン病食・栄養量のめやす（例）

- ・ 病院・医療機関の約束食事箋の一例として参考にしてください。
- ・ この例では、緩解期ⅠからⅡ（三分～米飯食）まで、各々の段階で、朝 1 回食、昼夕 2 回食、朝昼夕 3 回食の 3 つのパターンから、エレンタールの摂取量の兼ね合いで、患者さんにとって、より適正な食事回数・内容及び栄養量が選択できるようになっています。（エレンタールは、医師が処方します。）
- ・ 掲載されている栄養量の数値も一例であり、決定されたものではありません。

### 4) クローン病食・食糧構成表（例）

- ・ 3) の栄養量のめやすの朝昼夕 3 回食の内容で作成しました。各施設で荷重平均の値等も異なる場合があります。各項目の栄養量は概数としてとらえてください。

### 5) 献立例

- ・ 献立 1 は、段階別に、材料の分量を変更させて作成されています。
- ・ 献立 2 は、段階が上がる毎に、材料の種類を変えて、栄養量を充足させています。

分類	比較的安全な食品			トライアル	控えたほうがよいもの	
穀類	<ul style="list-style-type: none"> <li>粥・ごはん</li> <li>うどん</li> <li>そうめん・冷や麦</li> <li>餅</li> <li>饅頭・生糰子</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*①</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*①</li> <li>*②</li> </ul>	和そば スバゲティ マカロニ ピーフン 食パン フランスパン	玄米 *⑤ラーメン、インスタントラーメン *⑥ハターロール、クロワッサン、デニッシュパン フライパン、その他調理パン *⑦ライ麦パン、レーズンパン どうもろこし、ポップコーン、コーンフレーク	*⑤カン水、脂肪が多い *⑥脂肪が多い *⑦繊維が多い、固い
芋類	<ul style="list-style-type: none"> <li>*じゃがいも</li> <li>*里芋</li> <li>春雨</li> </ul>		*発酵しやすいので少なめに *生、フライドポテト等の調理は避ける *煮物、マッシュポテト等が望ましい	さつまいも (うらごし)	*⑧繊維が多い *⑨全く消化されない *⑩こんにゃく	
豆類	<ul style="list-style-type: none"> <li>豆腐</li> <li>絹ごし</li> <li>木綿豆腐</li> <li>焼き豆腐</li> <li>豆乳</li> <li>味噌(豆粒抜き)</li> <li>きな粉</li> <li>ゆば</li> </ul>	高野豆腐・こしあん 納豆少量 (ひきわりの方がよい)		大豆、黒豆 小豆、うずら豆(裏ごし少量OK)	*⑩豆のカスで繊維が多い	
卵類	<ul style="list-style-type: none"> <li>鶏卵、うずら卵</li> </ul>		*卵は油を吸収するため 出し巻き卵、ブレーンオムレツに注意 <テフロ加工のフライパンを使用>			
魚類	<ul style="list-style-type: none"> <li>たい、たら、かれい、すずき</li> <li>きんめだい、あまだい</li> <li>メルルサ、いとより</li> <li>まぐろ水煮、しらす干し</li> <li>練り製品</li> <li>(はんぺん、梅焼き)</li> <li>えび、かに極少量</li> <li>(Xは、スープ等で使用してもよい)</li> <li>ささみ</li> <li>*少量</li> </ul>	鮭、ます、まぐろ(赤身) かじきまぐろ 青身魚 (あじ、いわし、さば、さんま) さわら、はまち、ぶり ちくわ、かまぼこ 一夜干しの干物 (白身、青身)		鶏身 *⑪ カキ以外の貝類 塩辛、佃煮、佃製品、するめいか *⑫ 干物、みりん干し *⑬ 魚卵	消化が悪い *⑪ あさり、しじみの味噌汁程度は可 *⑫ 消化が悪い、過酸化脂質が多い 一夜干し以外 *⑬ 着色料が多く、消化も悪い	
肉類			*③ 乳糖は整腸作用がある。 又抗生物質の副作用にも効果がある	鶏のまも 牛 牛肉赤身	(脂肪の多い部位) 牛バラ肉、牛ロース、鶏皮つき、ひき肉(加工品) ウインナー、ソーセージ、ベーコン サラミソーセージ *⑭ 豚肉全般	*⑮ 炎症性疾患の場合 4割の方が症状を悪化させる 場合があるので、控える方がよい
乳類	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヨーグルト(低脂肪で生クリームなど添加してないもの)</li> <li>乳酸菌飲料(*③)</li> <li>無脂肪牛乳</li> <li>スキムミルク(*④)</li> <li>カテージチーズ</li> </ul>		*③ 小腸に効く乳糖が入っている又 その他ビフィズス菌は大腸菌で効果がある *④ 乳糖が多いため乳糖不耐症の場合は禁止 *乳糖製品全般が適さない場合は使用不可である	アイスクリーム、生クリーム、牛乳、チーズ *乳糖不耐症のある場合は、ラクターゼ製剤使用可	*⑮ 乳糖が多い物	

分類	比較的安全な食品		トライアル	控えたほうがよいもの
野菜	野菜ジュース (キャロットジュース、トマトジュース) 葉野菜の先 (ほうれん草、青菜、大根菜、小松菜、青梗菜、ひらしま菜、白菜、キャベツ、春菊、等) 大根(根)、人参(根)、かぶら(根) ゆり根少々 カリフラワー穂先 ブロッコリー穂先 南瓜皮なし とうがん	きゅうり皮、種なし 茄子皮なし トマト皮、種なし 玉ねぎ(生煮) 生姜汁(臭み抜き程度) 出来るだけ温野菜が望ましい	青しそ ハセリ みつば 青葱 (葉ねぎ)	グリーンアスパラ、いんげん豆(三度豆)、さやえんどうグリーンピース、セロリ、うど、オクラ、かんばんよう、クレソン、ケール、ごぼう、ずいき、ささげ、ズッキーニ、セリ、ぜんまい、切り干し大根、貝割れ大根、大根葉、たけのこ、ふき、ししとうがらしにがり、にら、人参葉、れんこん、わらび、水菜、みぶ菜、根菜ねぎ(しろ葱)、もやし類、モロヘイヤ、たくあん等漬物
果物	果汁100%ジュース (りんごジュース、ももジュース) もも缶、洋梨缶	りんご、バナナ、もも ペクチンを多く含む果物		*⑩いちご、キウイ、ラズベリー *⑪日本なし、柿、レーズン、干し柿 *⑫ぶどう、メロン *⑬パイナップル ★かんぎつ類は刺激を与え、袋は消化しにくい
きのこ類	さざみのり少量		わかめ、キサミ 岩のり等 (わかめ、のりをよく煮たもの)	*食品添加物増粘剤を多く含む市販のゼリー 昆布、寒天等の海藻類
海藻類				
油脂類	n-3系・・・α-リノレン酸系 しそ油、えごま油 あまに油、魚油 EPA、DHA n-9系・・・一価不飽和脂肪酸 オリーブ油、キャノーラ油	肉類より魚類中心の食生活に改善 ★活動期は禁ずる	(飽和脂肪酸) ラード、牛脂、バター (n-6系)・・・リノール酸系 植物油(紅花油、ひまわり油、コーン油、大豆油) マーガリン、マヨネーズ、ドレッシング ★酸化しやすい 炎症性メディエーターを作る	
種実類			すりこぎ少量	ピーナッツ、アーモンド類等ナッツ類 (過酸化脂質が多い)
嗜好飲料	紅茶、麦茶、番茶、スポーツ飲料		抹茶、ココア (シュウ酸を含む) コーヒー、ビール等アルコール(腸を刺激) 清涼飲料水 (添加物も多く、糖質とリブ糖は腸内細菌が減る)	
調味料	醤油、酢、コンソメ、トマトピューレ ノンオイルタイプのドレッシング(但し、香辛料に注意)		トマトケチャップ	
香辛料	避ける		生姜 わさび少量 カスタード、プリン ポーク	唐辛子、トウバンジャン、カレー粉、カレールー 洋蓐子、スナック菓子、チョコレート その他刺激のあるもの (脂肪、しゅう酸を多く含む)
菓子	和菓子(こしあん)、 せんべい(菜燻ぎ) 餡、わらび餅、くずきり、手づくりゼリー			

# クローン病食・段階別使用食品パターン

【緩解移行期】	穀類	いも類	豆類	卵類	魚介類	肉類	乳類	野菜類	果実類	きのこ・藻類	油脂類	その他
流動	重湯		みそ汁(濾す)					野菜ジュース キャロットジュース トマトジュース	100%果汁 (りんご, 桃)			麦茶・番茶 野菜スープ (煮だし汁のみ)
【緩解期Ⅰ】	粥 うどん そうめん 麩	じゃが芋 えび芋 山芋 里芋 長芋	木綿豆腐 絹こし豆腐 ゆば 豆乳 きな粉 みそ (豆粒なし)	鶏卵 うずら卵	白身魚類 しらす干し 練り製品の はんぺん うめ焼き 厚焼き	ささみ少量	ヨーグルト (低脂肪) スキムミルク	葉野菜の先 (ほうれん草・ 青菜・小松菜・ 大根しるな チンゲン菜 はくさいみみつば キャベツなど) 大根・人参 かぶら カリフラワー先 ブロッコリー先 皮むき南瓜 ゆりね・とうがん	桃・梨などの 缶詰め	昆布のだし汁		衛生ポーク あめ 手作りゼリー しょうゆ 料理酒 みりん トマトビュール
形態 刻み												
【緩解期Ⅰ】	同上 + 生麩 餅(煮る)	同上	同上	同上	同上 + さけ・ます	同上	同上 + 乳酸菌入り 飲料		同上	同上		同上 + くずきり わらび餅 スポーツ飲料 (無炭酸のもの)
五分												
形態 有形												
【緩解期Ⅱ】	同上 + 餅(焼く) ビーフン ひやむぎ	同上 + はるさめ	同上 + 焼き豆腐 高野豆腐 さらしあん	同上 注：卵は油を よく吸収する。 出し巻きや、 フーヨーハイ など注意	同上 + えび・かに少量 青魚類・かき貝 白身魚一夜干 まぐろ赤身 練り製品の ちくわ・かまぼこ	同上	同上 + 無脂肪乳 乳糖除去乳	同上 + そら豆皮なし 皮むきなす・レタス 皮むき種抜き トマト・玉ねぎ 土生姜汁のみ (臭み抜き程度)	同上 + りんご バナナ 桃	同上 + 刻みのり 岩のり佃煮 少量		同上 + 素焼あられ 茹で栗 酢 紅茶
全粥												
軟菜												
【緩解期Ⅱ】	同上 + 食パン、米飯 スバゲティ マカロニ 蕎麦	同上	同上 + 適量の 糸引き納豆と あげ(油抜き)	同上	同上 + 青魚一夜干 (さば・さんま いわし・ぶり あじ・さわら)	同上	同上	同上	同上	同上 + わかめ少量 (軸とり刻み)	オリーブ油 しそ油 少々	同上 + せんべい 甘栗 こしあん和菓子
米飯												
軟菜												
【緩解期Ⅱ】		さつま芋 (うらごし)	つぶあん (和菓子)		魚類さしみ		低脂肪乳	青しそ パセリ みつば 青ねぎ (生で薬味として)	上記以外の 果物少量			カステラ プリン トマトケチャップ すりごま
* トライアル												

\* トライアル⇒緩解期で調子の良い状態が続いている患者さんが、控えたほうが良いと考えられているものの中から試みたいという希望が多い食品を挙げています。  
医師・栄養士の管理の下で様子をみてください。人によって感受性は異なります。

# クローン病食・栄養量のめやす(例)

ステップ	副食形態	回数	エネルギー Kcal	たんぱく質g	脂質 g	エレンタール	総エネルギー	備考	使用食品・その他
活動期	禁食中							TPN又はED	ED製剤(エレンタールなど)
		流動形態	朝	450	10	5	P	かんざつ系果汁は腸を刺激する ジュースなどの温度はあまり冷たく しない	おも湯・みそ汁(濾す)・野菜スープ くず湯・りんご果汁・桃果汁・野菜ジュース キャロットジュース・トマトジュース
			昼						
夕									
緩解移行期	三分形態	朝	300	8	3			軟らかく調理する	段階別使用食品パターンに準じる
		昼・夕	700	22	7			刻み状 主食：三分～全粥	
		朝・昼・夕	1000	30	10			煮る・蒸す・ゼリー	
	五分形態	朝	400	10	3			軟らかく調理 主食：五分～全粥	段階別使用食品パターンに準じる
		昼・夕	900	30	17			有形・小口切り	
		朝・昼・夕	1300	40	20			煮る・蒸す・ゼリー	
緩解期Ⅱ	軟菜形態	朝	500	10	5			軟らかく調理 主食：全粥～米飯	段階別使用食品パターンに準じる
		昼・夕	1000	40	15			長い繊維は短く切る	
		朝・昼・夕	1500	50	20			煮る・蒸す・焼く・ゼリー	
緩解期Ⅱ	軟菜形態	朝	600	15	7			軟らかく調理する 主食：米飯	段階別使用食品パターンに準じる
		昼・夕	1000	45	20			長い繊維は短く切る	
		朝・昼・夕	1600	60	25～30			煮る・蒸す・焼く・ゼリー	

クローン病食・食糧構成表 (例)

三分粥食

五分粥食

全粥食

ご飯食

	数量 (g)	熱量 kcal	蛋白 (g)	脂質 (g)	数量 (g)	熱量 kcal	蛋白 (g)	脂質 (g)	数量 (g)	熱量 kcal	蛋白 (g)	脂質 (g)	数量 (g)	熱量 kcal	蛋白 (g)	脂質 (g)
1米	60	213.6	3.66	0.54	150	534	9.15	1.35	150	534	9.15	1.35	150	534	9.15	1.35
2パン		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0
3麺	40	112.8	2.68	0.28	50	141	3.35	0.35	50	141	3.35	0.35	50	141	3.35	0.35
4穀類	5	16.15	0.49	0.075	5	16.15	0.49	0.075	5	16.15	0.49	0.075	5	16.15	0.49	0.075
5いも	50	39.5	0.9	0.1	50	39.5	0.9	0.1	50	39.5	0.9	0.1	50	39.5	0.9	0.1
6芋加工	10	22.9	0.01	0.01	10	22.9	0.01	0.01	10	22.9	0.01	0.01	10	22.9	0.01	0.01
7砂糖	20	73.8	0.06	0	25	92.25	0.075	0	25	92.25	0.075	0	30	110.7	0.09	0
8大豆製品	40	47.6	3.52	3.28	40	47.6	3.52	3.28	50	59.5	4.4	4.1	50	59.5	4.4	4.1
9豆		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0
10種実		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0
11緑黄色野菜	100	26	1.5	0	100	26	1.5	0	100	26	1.5	0	100	26	1.5	0
12その他の野菜	100	22	1	0	100	22	1	0	100	22	1	0	100	22	1	0
13野菜漬物		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0
14果実類	50	33	0.3	0.05	50	33	0.3	0.05	50	33	0.3	0.05	50	33	0.3	0.05
15果実加工品	20	16.2	0.14	0	20	16.2	0.14	0	20	16.2	0.14	0	20	16.2	0.14	0
16きのこ類		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0
17藻類		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0
18魚介類 (生)	30	44.1	5.85	2.13	50	73.5	9.75	3.55	50	73.5	9.75	3.55	60	88.2	11.7	4.26
19干物・塩蔵・缶詰		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0
20練り製品	20	21.4	2.42	0.28	20	21.4	2.42	0.28	20	21.4	2.42	0.28	20	21.4	2.42	0.28
21肉類 (生)		0	0	0	20	40.6	3.68	2.66	30	60.9	5.52	3.99	30	60.9	5.52	3.99
22肉加工品		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0
23卵類	25	37.75	2.9	2.45	40	60.4	4.64	3.92	50	75.5	5.8	4.9	50	75.5	5.8	4.9
24牛乳		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0
25乳製品	15	11.7	0.75	0.18	15	11.7	0.75	0.18	15	11.7	0.75	0.18	15	11.7	0.75	0.18
26植物性油脂		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0
31ジュース	1	100	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0
28食塩	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
29しょうゆ	5	3.4	0.375	0	5	3.4	0.375	0	5	3.4	0.375	0	5	3.4	0.375	0
30みそ	12	23.28	1.488	0.696	15	29.1	1.86	0.87	15	29.1	1.86	0.87	15	29.1	1.86	0.87
ゼリ-		130	0	0		100	0	0		100	0	0		100	0	0
合計		995.2	28.04	10.07		1225	40.19	16.16		1478	47.79	19.81		1574	58.57	28.76
目標		1000	30	10		1300	40	15		1500	50	20		1600	60	30

# 献立 1

	献立名	材料名	分量(g)
朝食	浸し	キャベツ	50
		濃口醤油	3
		かつお節	1
		味噌汁	30
	味噌汁	玉ねぎ	30
		麩	2
		味噌	12
	ゼリー	リンゴジュース	150
		粉飴	20
		ゼラチン	4
三分粥	米	20	
昼食	蒸し魚	すけとうだら	30
		酒	2
		濃口醤油	5
	甘煮	人参	20
		上白糖	5
	粉ふき芋	じゃがいも	50
		食塩	0.5
	浸し	蓬蓮草	40
		濃口醤油	3
	フルーツ白玉	白玉粉	20
		桃の缶詰	50
		上白糖	15
		食塩	0.1
三分粥	米	20	
夕食	豆腐のあんかけ	絹ごし豆腐	40
		卵	25
		人参	10
		白菜	20
		片栗粉	10
	濃口醤油	5	
	南瓜の煮付け	南瓜	30
		上白糖	3
		濃口醤油	3
	にゅうめん	そうめん	40
みつば		5	
薄口醤油		5	
リンゴジュース	リンゴジュース	100	
三分粥	米	20	

熱量 1046Kcal 蛋白質31.6g 脂質6.5g

	献立名	材料名	分量(g)
★	浸し	キャベツ	50
		ささみ	20
		濃口醤油	5
		かつお節	1
	味噌汁	玉ねぎ	30
		麩	2
		味噌	12
	ゼリー	リンゴジュース	150
		粉飴	20
		ゼラチン	4
五分粥	米	33	
★	蒸し魚	すけとうだら	50
		酒	2
		濃口醤油	5
	甘煮	人参	20
		上白糖	5
	粉ふき芋	じゃがいも	50
		食塩	0.5
	浸し	蓬蓮草	40
		濃口醤油	3
	フルーツ白玉	白玉粉	20
		桃の缶詰	50
		上白糖	15
		食塩	0.1
五分粥	米	33	
★	豆腐のあんかけ	絹ごし豆腐	40
		卵	25
		人参	10
		白菜	20
		片栗粉	10
	濃口醤油	5	
	南瓜の煮付け	南瓜	30
		上白糖	3
		濃口醤油	3
	にゅうめん	そうめん	40
みつば		5	
薄口醤油		5	
リンゴジュース	リンゴジュース	200	
五分粥	米	33	

熱量 1267Kcal 蛋白質42.8g 脂質7.1g

	献立名	材料名	分量(g)
★	浸し	キャベツ	50
		ささみ	30
		濃口醤油	5
		かつお節	1
	味噌汁	玉ねぎ	30
		麩	2
		味噌	12
	ゼリー	リンゴジュース	150
		粉飴	20
		ゼラチン	4
全粥	米	50	
★	蒸し魚	すけとうだら	50
		酒	2
		濃口醤油	5
	甘煮	人参	20
		上白糖	5
	粉ふき芋	じゃがいも	50
		食塩	0.5
	浸し	蓬蓮草	40
		濃口醤油	3
	フルーツ白玉	白玉粉	20
		桃の缶詰	50
		上白糖	15
		食塩	0.1
全粥	米	50	
★	豆腐のあんかけ	絹ごし豆腐	50
		卵	50
		人参	10
		白菜	20
		片栗粉	10
	濃口醤油	5	
	南瓜の煮付け	南瓜	30
		上白糖	3
		濃口醤油	3
	にゅうめん	そうめん	40
みつば		5	
薄口醤油		5	
リンゴジュース	リンゴジュース	200	
全粥	米	50	

熱量 1505Kcal 蛋白質52.2g 脂質10.7g

	献立名	材料名	分量(g)
★	浸し	キャベツ	50
		ささみ	30
		濃口醤油	5
		かつお節	1
	味噌汁	玉ねぎ	30
		麩	2
		味噌	12
	リンゴ	リンゴ	100
	パン	食パン	60
		ジャム	10
★	蒸し魚	すけとうだら	50
		酒	2
		濃口醤油	5
	甘煮	人参	20
		上白糖	5
	粉ふき芋	じゃがいも	50
		食塩	0.5
	浸し	蓬蓮草	40
		濃口醤油	3
	フルーツ白玉	白玉粉	20
		桃の缶詰	50
		上白糖	15
		食塩	0.1
米飯	米	75	
★	豆腐のあんかけ	絹ごし豆腐	50
		卵	50
		人参	10
		白菜	20
		片栗粉	10
	濃口醤油	5	
	南瓜の煮付け	南瓜	30
		上白糖	3
		濃口醤油	3
	にゅうめん	そうめん	40
みつば		5	
薄口醤油		5	
リンゴジュース	リンゴジュース	200	
米飯	米	75	

熱量 1852Kcal 蛋白質54.1g 脂質13.1g



# 献立 2

献立名	材料名	分量(g)	
朝食	マッシュポテト	ジャガイモ	50
		脱脂粉乳	1
		食塩	0.3
	味噌汁	木綿豆腐	40
		白菜	30
		味噌	12
	フルーツヨーグルト	洋なし(缶詰)	50
		ヨーグルト全脂無糖	15
		粉飴	10
	リンゴジュース	リンゴジュース	100
三分粥	米	20	

献立名	材料名	分量(g)	
朝食	マッシュポテト	ジャガイモ	50
		脱脂粉乳	1
		食塩	0.3
	味噌汁	木綿豆腐	40
		白菜	30
		味噌	12
	フルーツヨーグルト	洋なし(缶詰)	50
		ヨーグルト全脂無糖	15
		上白糖	10
	リンゴジュース	リンゴジュース	200
五分粥	米	33	

献立名	材料名	分量(g)	
朝食	マッシュポテト	ジャガイモ	50
		脱脂粉乳	1
		食塩	0.3
	味噌汁	木綿豆腐	50
		白菜	30
		味噌	12
	フルーツヨーグルト	バナナ	50
		ヨーグルト全脂無糖	15
		上白糖	10
	リンゴジュース	リンゴジュース	200
全粥	米	50	

献立名	材料名	分量(g)	
朝食	マッシュポテト	ジャガイモ	50
		脱脂粉乳	1
		食塩	0.3
	味噌汁	木綿豆腐	50
		白菜	30
		味噌	12
	フルーツヨーグルト	バナナ	50
		ヨーグルト全脂無糖	15
		上白糖	10
	リンゴジュース	リンゴジュース	200
食パン	食パン	60	
	ジャム	10	

献立名	材料名	分量(g)	
昼食	煮付け	かれい	30
		酒	1
		濃口醤油	3
		味醂	3
		片栗粉	3
	炊き合わせ	人参	20
		大根	30
		濃口醤油	4
		上白糖	4
	甘煮	ブロッコリー	20
上白糖		5	
桃ゼリー	ピーチジュース	150	
	粉飴	20	
	ゼラチン	4	
三分粥	米	20	

献立名	材料名	分量(g)	
昼食	煮付け	かれい	50
		酒	1
		濃口醤油	5
		味醂	5
		片栗粉	5
	炊き合わせ	人参	20
		大根	30
		濃口醤油	4
		上白糖	4
	甘煮	ブロッコリー	20
上白糖		5	
桃ゼリー	ピーチジュース	150	
	粉飴	20	
	ゼラチン	4	
五分粥	米	33	

献立名	材料名	分量(g)	
昼食	煮付け	まぐろ	50
		酒	1
		濃口醤油	5
		味醂	5
		片栗粉	5
	炊き合わせ	人参	20
		大根	30
		濃口醤油	4
		上白糖	4
	甘煮	ブロッコリー	20
上白糖		5	
桃ゼリー	ピーチジュース	150	
	粉飴	20	
	ゼラチン	4	
全粥	米	50	

献立名	材料名	分量(g)	
昼食	煮付け	さば	50
		酒	1
		濃口醤油	5
		味醂	5
		生姜	3
	炊き合わせ	人参	20
		大根	30
		濃口醤油	4
		上白糖	4
	甘煮	ブロッコリー	20
上白糖		5	
マカロニサラダ	マカロニ	20	
	キャベツ	5	
	人参	5	
	オリーブ油	5	
	りんご酢	5	
	食塩	0.5	
コショウ	0.1		
納豆	引き割納豆	30	
米飯	米	75	

献立名	材料名	分量(g)	
夕食	小田巻蒸し	卵	25
		薄口醤油	1
		食塩	1
		みりん	3
		濃口醤油	1
		ゆりね	10
		はんぺん	20
		うどん	40
		みつば	3
	花麩	3	
浸し	小松菜	40	
	濃口醤油	3	
南瓜のあんかけ	南瓜	40	
	濃口醤油	4	
	味醂	4	
	片栗粉	2	
衛生ボーロ	衛生ボーロ	20	
三分粥	米	20	

献立名	材料名	分量(g)	
夕食	小田巻蒸し	卵	25
		薄口醤油	1
		食塩	1
		みりん	3
		濃口醤油	1
		ゆりね	10
		はんぺん	20
		うどん	40
		みつば	3
	花麩	3	
浸し	小松菜	40	
	濃口醤油	3	
南瓜のあんかけ	南瓜	40	
	ささみミンチ	20	
	ねぎ	3	
	濃口醤油	4	
	味醂	4	
	片栗粉	2	
葛きり	葛きり・ゆで	50	
	黒砂糖	20	
五分粥	米	33	

献立名	材料名	分量(g)	
夕食	小田巻蒸し	卵	25
		薄口醤油	1
		食塩	1
		みりん	3
		濃口醤油	1
		ゆりね	10
		かまぼこ	20
		うどん	50
		みつば	3
	花麩	3	
浸し	小松菜	40	
	濃口醤油	3	
南瓜のあんかけ	南瓜	40	
	かに	20	
	ねぎ	3	
	濃口醤油	4	
	味醂	4	
	片栗粉	5	
あられ	素焼きあられ	30	
全粥	米	50	

献立名	材料名	分量(g)	
夕食	小田巻蒸し	卵	25
		薄口醤油	1
		食塩	1
		みりん	3
		濃口醤油	1
		ゆりね	10
		かまぼこ	20
		うどん	50
		みつば	3
	花麩	3	
浸し	小松菜	40	
	濃口醤油	3	
南瓜のあんかけ	南瓜	40	
	かに	20	
	ねぎ	3	
	濃口醤油	4	
	味醂	4	
	片栗粉	5	
煎餅	かわら煎餅	20	
米飯	米	75	

熱量 991Kcal 蛋白質30.9g 脂質7.4g

熱量 1290Kcal 蛋白質42.3g 脂質8.5g

熱量 1471Kcal 蛋白質58.9g 脂質9.1g

熱量 1654Kcal 蛋白質56.1g 脂質26.0g

## 保健所における難病相談 Q&A

若い難病患者にとって病気をどう受け止めたらいいか？どう前向きに治療していくか？などは大変な課題です。保健所の患者及び家族の交流会で出た不安や質問と参加者・講師の医師・栄養士のアドバイスを羅列してみました。

### 思春期の問題

- ① 母が食事療法に気をつけていても、屑籠に食べてはいけない食品の外袋が捨てられていてどうしたらよいか。
- ② 母に患者指導のため訪問依頼を受けても、本人が納得しておらず親子喧嘩になり、訪問中止となることもある。
- ③ エレンタールを経口摂取しているが、高校生で食欲があり食べたがる。食べたがるのを、親として止めなさいとはいえない。どうしたらよいか？
- ④ 病気や食事の学習会より何かいっしょに楽しめる仲間が欲しい。そういう企画なら参加したい。

### 患者の悩み

- ① 経営者・家族の大黒柱としての重圧感がある。
- ② 仕事がとても忙しく、残業続きで休日出勤も多く、もっと自分自身や家族のことも考え、無理を控えなければと考えています。
- ③ いつ下血して入院することになると考えるとすごいストレス。
- ④ 今後の生活で最大の不安要因。現在は両親と生活しているが 1 人生きていけるか心配。
- ⑤ 何かやりたくても、体がついてこなくて、それにイライラしてストレスになり、足踏みしてしまう。
- ⑥ 発症前に較べ乗り物酔いがひどい。
- ⑦ 微熱が続く。よく風邪を引き、絶食したり、少し食べたりの繰り返し。
- ⑧ 医師からの指示にもかかわらず食べたい衝動に駆られ過食してしまう。
- ⑨ 仕事をしているとお腹がすく。  
⇒ 空腹に耐え切れず食べる。  
⇒ 悪化する。  
⇒ 食事を我慢する。(食欲はあるのに)⇒ やっとの思いでよくなる。⇒また食べる。
- ⑩ 調理する母親に偏食があり、献立にむらがある。
- ⑪ 肛門部が手術で硬縮している為、便を水様便に近いものにしなければならず毎日が下痢便との戦い。
- ⑫ 睡眠を充分確保できないこと。夜中にチューブで ED をいれると頻繁に下痢で起こされる。

## 生活上の工夫

- ① 出かける時は体調(便意)に気遣い、早めに家を出て電車は各駅停車で朝抜き。
- ② 外食は白いご飯と味噌汁・うどん・すし・おにぎり。
- ③ 間食はあめ・ガム。
- ④ フライパンはテフロン加工を使用。
- ⑤ 疲れ気味のときはゆっくり眠って安静にするのが1番。
- ⑥ 内にストレスをためない。発散の方法 ⇒ 大きな声で歌う・読書・人のお喋り・ゲーム・スポーツ・散歩・映画・書道・ショッピング・ペットと遊ぶ・テレビを見る・ドライブ・楽器演奏・温泉めぐり・コンサートに行く。
- ⑦ 人は人、自分は自分とマイペースを守る。

## 周囲の人に対してどう理解してもらおうといいのか。

- ① 周りの人には(ケースバイケースだが)病気に関する正しい理解をしてもらった方がいいのでは。
- ② 病気のことを隠すとかえってストレスになるのでは。
- ③ 病気の悩み・苦しみを1人で抱えるとしんどくなるのでは。
- ④ 病気をオープンにして前向きに明るく生きることも必要では。
- ⑤ 自分のペースを作り周りの人に気を使わないように、と言っておく。こうすると長続きし、人生もよくなり、家族にとってもよいことになる。
- ⑥ 話のできる仲間を作る。個人的な付き合いや相談できる相手をみつける。

## 身体障害者手帳について

- ① 身体障害者 4級 (指定医からの申請書類必要)  
基準 I 小腸に病変がある。  
II 1日の半分のカロリーを成分栄養剤から摂っている。  
III 鼻からのチューブで半年以上
- ② 障害年金の支給・交通機関の割引等(条件により違うので申請してみるとよい。)

## 食事内容について

- ① 何が食べられるのかの判断はどうすればよいのか。  
⇒ 果物は人によって異なる。油料理、脂ものを食べた時は、はっきり症状が出るが他のものは少量ずつ摂っていると分らない。本人が確かめることが必要。  
安定期では、自分にあったものを適量食べる。
- ② エレンタールの味・においが気になり飲みにくい？  
⇒ アミノ酸臭は消えないですが、最近はフレーバミルクとか、ヨーグルトフレー

バーもあります。抹茶味はまずいが、青りんご味はマイルドで飲みやすくなっています。

- ⇒ 口から飲む以外に、夜間ポンプで鼻腔注入を 3~4 パックする方法もある。ポンプは病院によりリースしている所も有る。浸透圧が高いので1分間100滴位が丁度よい。
- ⇒ 冷やしたエレンタールを 1 パック以上一気飲みすると下痢しやすい。浸透圧が高いのでゆっくり飲む。
- ⇒ 1回に1/2 パックぐらいをゆっくり時間をかけ、腸に送り込むと負担が少ない。
- ③ エレンタールをゼリーにして2袋摂っている。もう1袋摂れたらいいと思って豆乳を入れたり、色々試みたが量的にとれない。何かいい方法はないか。注入はしたことがなく、本人は嫌がっている。
  - ⇒ ゼリーにするとものすごい量になる。量的に摂りにくいので、ゼリーはデザート程度にする方がよい。残りは飲むこと。ゆっくり飲むこと。
  - ⇒ 摂り方は様々であるが、鼻腔注入を拒否していた女性が入院して、他の患者さんが、鼻腔注入しているのを見てから注入を始め、この方が楽だと、注入できるようになった人もある。
- ④ 魚は白身魚がよいのか。調理方法は？
  - ⇒ 特に限定はしないが、青身魚の方が良い脂肪を含んでいる。生より火を通した方がよい。量は切り身を1切れ。ただし、油を使った料理は控えめにする。
- ⑤ ヨーグルトを食べると、メーカーによって粘着便が出るのですか。
  - ⇒ 自分に合わないと思ったら、止めたほうがよい。メーカーによって原料・製法が違い、含まれる成分も違う。特に脂肪含量の多いものには気をつける。
- ⑥ 寒天はたべられるか。
  - ⇒ ダメではないですが、海草は溶けない繊維です。食べる時は少量にしておく。
  - ⇒ ゼラチンは消化がよい。
- ⑦ 海草はどうでしょう。
  - ⇒ 海苔巻ぐらいは大丈夫と思いますが、たくさん食べないようにする。消化液で溶けにくいものです。
- ⑧ 間食はどういうものをどの位とってよいのでしょうか。
  - ⇒ スナック菓子を多く摂る人、その他ファーストフードやインスタント食品を食べている人、母乳で育っていない人に発病している人が多い。脂肪の多い間食はやめたほうがよい。
- ⑨ 宇宙食・カプセルのような物が、開発中と聞いたが？
  - ⇒ エネルギーをとるためには 400g 程度のかさはどうしても必要なのでカプセルはむずかしい。微量元素はOK。
- ⑩ 最近狭窄の手術をした。主治医からも特に指示がなく、普通食を摂っているがかま

わないか。症状はたまに下痢をする程度。

⇒ 再燃することもあるので食事には気をつけた方がよい。脂肪は極力控えて欲しい。

⇒ 病院で診ていると脂肪摂取量の高い人は再燃率が高い。脂肪は15～20gにとどめて欲しい。これは食品中に含まれる脂肪の全体の量なので油脂として使える量は、小匙1杯も使えない。

⑩ 調子はよいが便秘気味です。野菜が足りないのか？便秘薬を服用中です。炎症反応は0.2以下です。

⇒ クロウン病の人は下痢にかたむきやすいのですが、狭窄がなければやわらかい繊維も少し増やしてもよい。狭窄のある人は、腸が詰まったり傷つけたりするので摂りすぎはよくない。

## クローン病患者の食生活状況のまとめ（大阪府保健所実施分）

大阪府保健所で実施した、特定疾患負担継続申請や講習会等において、患者さん・ご家族に面談し、患者さんのＱＯＬ向上に役立てるため、摂食状況・健康状態についてお聞きしました。（期間 平成 13 年 2 月～5 月）

### 1) 食生活及び食品摂取の状況

400 名についての体調や食生活等に関する項目の概要です。

### 2) 食品摂取状況

391 名について、食べている食品や、あわないので食べない食品、差し支えなければ食べてみたい食品等の集計結果一覧です。

# 食生活アンケートの結果

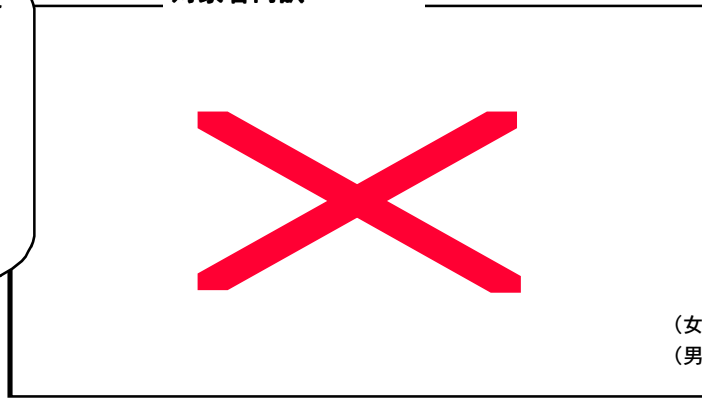
大阪府保健所において、特定疾患医療費更新時にお聞きしました。

調査期間：平成13年2月～5月  
調査対象者：400人  
(男性267人、女性133人)



(人)

対象者内訳

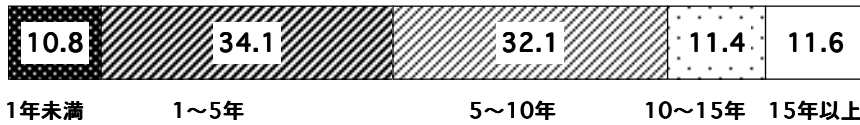


(女性)  
(男性)

年齢 (歳代)

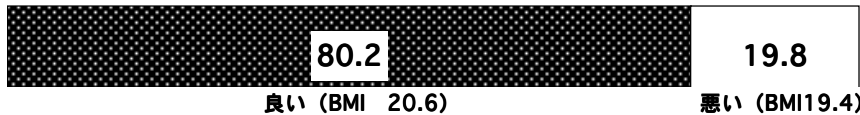
(%)

## ・発病後の年数



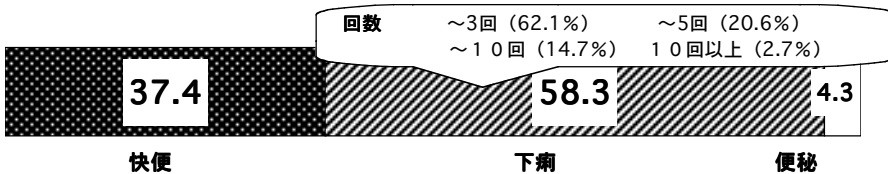
## ・体調

(BMI平均 20.4)



## ・排泄

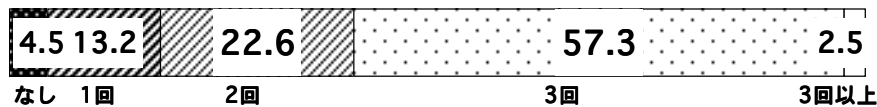
(9%に下血あり)



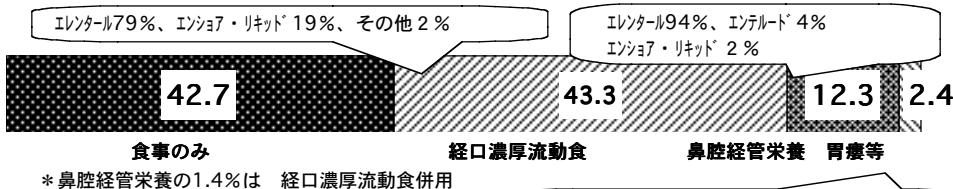
## ・勤務体制



## ・食事回数



## ・食事形態



## ・栄養指導



場所：病院 (85.4%)、保健所 (14.6%)  
誰に：医師22.6%、看護婦 (2.7%)、栄養士 (74.3%)、その他 (0.4%)

クローン病患者の食品摂取状況（実施：平成13年2月から5月）

回答者は391人

※回答者数（無回答を除く）、

比率（％）は（回答数/391）\*100

肉類	総数	食べている		調子の良い時に食べる		あわないので食べない		差支えがなければ特に食べてみたい		不明	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
ラム・マトン	267	33	8.9	20	5.4	203	54.7	11	3.0	104	28.0
レバー（きも）	304	92	24.8	40	10.8	166	44.7	6	1.6	67	18.1
ベーコン	319	82	22.1	59	15.9	159	42.9	19	5.1	52	14.0
豚肉ひき肉	323	100	27.0	54	14.6	143	38.5	26	7.0	48	12.9
牛肉ひき肉	339	111	29.9	64	17.3	135	36.4	29	7.8	32	8.6
豚肉スライス	345	120	32.3	74	19.9	126	34.0	25	6.7	26	7.0
ウインナー	329	123	33.2	64	17.3	124	33.4	18	4.9	42	11.3
牛肉スライス	350	119	32.1	79	21.3	113	30.5	39	10.5	21	5.7
ハム	341	140	37.7	80	21.6	107	28.8	14	3.8	30	8.1
鶏ひき肉	326	174	46.9	48	12.9	89	24.0	15	4.0	45	12.1
鶏スライス	345	193	52.0	50	13.5	87	23.5	15	4.0	26	7.0
鶏ささみ	350	251	67.7	48	12.9	43	11.6	8	2.2	21	5.7
うずら卵	292	175	47.2	31	8.4	77	20.8	9	2.4	79	21.3
たまご（にわとり）	362	314	84.6	37	10.0	7	1.9	4	1.1	9	2.4
魚・貝の缶詰	290	109	29.4	35	9.4	138	37.2	8	2.2	81	21.8
魚肉ソーセージ	295	128	34.5	36	9.7	122	32.9	9	2.4	76	20.5
貝類	297	109	29.4	55	14.8	120	32.3	13	3.5	74	19.9
ねりてんぷら	316	137	36.9	54	14.6	119	32.1	6	1.6	55	14.8
ししやも	309	182	49.1	34	9.2	88	23.7	5	1.3	62	16.7
うなぎ	341	183	49.3	69	18.6	76	20.5	13	3.5	30	8.1
あなご	316	183	49.3	52	14.0	72	19.4	9	2.4	55	14.8
いとより	287	196	52.8	22	5.9	64	17.3	5	1.3	84	22.6
たら	318	243	65.5	25	6.7	48	12.9	2	0.5	53	14.3
いわし	340	264	71.2	27	7.3	47	12.7	2	0.5	31	8.4
かつお	323	242	65.2	31	8.4	46	12.4	4	1.1	48	12.9
たちうお	316	236	63.6	31	8.4	43	11.6	6	1.6	55	14.8
さば	362	283	76.3	40	10.8	38	10.2	1	0.3	9	2.4
さんま	349	268	72.2	40	10.8	36	9.7	5	1.3	22	5.9
ひらめ	317	240	64.7	37	10.0	34	9.2	6	1.6	54	14.6
あじ	343	278	74.9	30	8.1	32	8.6	3	0.8	28	7.5
かまぼこ	349	274	73.9	41	11.1	31	8.4	3	0.8	22	5.9
さわら	335	266	71.7	37	10.0	29	7.8	3	0.8	36	9.7
ちくわ	341	269	72.5	42	11.3	28	7.5	2	0.5	30	8.1
まぐろ	354	292	78.7	34	9.2	22	5.9	6	1.6	17	4.6
かれい	355	302	81.4	30	8.1	21	5.7	2	0.5	16	4.3
さけ	369	326	87.9	29	7.8	12	3.2	2	0.5	2	0.5



	総数	食べている		調子の良い時に食べる		あわないので食べない		差支えがなければ特に食べてみたい		不明		
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
大豆・大豆製品	なっとう	107	28.8	37	10.0	143	38.5	8	2.2	76	20.5	
	豆乳	89	24.0	27	7.3	131	35.3	11	3.0	113	30.5	
	おから	108	29.1	31	8.4	128	34.5	13	3.5	91	24.5	
	がんもどき	118	31.8	44	11.9	115	31.0	10	2.7	84	22.6	
	えだまめ	160	43.1	44	11.9	90	24.3	12	3.2	65	17.5	
	ゆば	144	38.8	32	8.6	90	24.3	6	1.6	99	26.7	
	だいず	173	46.6	38	10.2	88	23.7	6	1.6	66	17.8	
	あつあげ	203	54.7	56	15.1	75	20.2	9	2.4	28	7.5	
	うすあげ	334	95.6	58	15.6	71	19.1	10	2.7	37	10.0	
	きなこ	314	84.2	45	12.1	65	17.5	3	0.8	57	15.4	
	みぞ	330	88.9	20	5.4	8	2.2	1	0.3	12	3.2	
	とうふ	371	95.7	14	3.8	1	0.3	1	0.3	0	0.0	
	小魚	鰹干	150	40.4	28	7.5	96	25.9	4	1.1	93	25.1
		めざし	147	39.6	33	8.9	90	24.3	8	2.2	93	25.1
	海藻	ちりめんじゃこ	337	71.2	34	9.2	36	9.7	3	0.8	34	9.2
		あらめ	53	14.3	19	5.1	166	44.7	11	3.0	122	32.9
		もずく	79	21.3	28	7.5	165	44.5	10	2.7	89	24.0
こんぶ		115	31.0	41	11.1	139	37.5	11	3.0	65	17.5	
ひじき		299	79.9	38	10.2	136	36.7	14	3.8	72	19.4	
わかめ		329	87.8	40	10.8	120	32.3	12	3.2	42	11.3	
すしのり		321	87.5	54	14.6	82	22.1	11	3.0	50	13.5	
やきのり		317	87.0	50	13.5	82	22.1	12	3.2	54	14.6	
あじっけのり		340	91.7	51	13.7	68	18.3	17	4.6	31	8.4	
牛乳		320	85.3	43	11.6	171	46.1	15	4.0	51	13.7	
牛乳・乳製品		スキムミルク	265	70.3	28	7.5	170	45.8	9	2.4	106	28.6
	低脂肪牛乳	302	83.8	38	10.2	161	43.4	9	2.4	69	18.6	
	低脂肪ヨーグルト	300	83.3	48	12.9	125	33.7	11	3.0	71	19.1	
	チーズ	323	89.2	70	18.9	121	32.6	19	5.1	48	12.9	
	ヨーグルト	331	89.7	63	17.0	103	27.8	17	4.6	40	10.8	

	総数	食べている		調子の良い時に食べる		あわないので食べない		差支えがなければ特に食べてみたい		不明	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
緑	284	90	24.3	28	7.5	153	41.2	13	3.5	87	23.5
黄色	251	69	18.6	20	5.4	151	40.7	11	3.0	120	32.3
野菜	267	100	27.0	27	7.3	133	35.8	7	1.9	104	28.0
	282	106	28.6	37	10.0	131	35.3	8	2.2	89	24.0
	278	117	31.5	25	6.7	125	33.7	11	3.0	93	25.1
	271	113	30.5	28	7.5	121	32.6	9	2.4	100	27.0
グリーンアスパラ	301	137	36.9	43	11.6	110	29.6	11	3.0	70	18.9
しその葉	289	139	37.5	33	8.9	107	28.8	10	2.7	82	22.1
大根菜	282	134	36.1	39	10.5	103	27.8	6	1.6	89	24.0
サラダ菜	287	138	37.2	39	10.5	99	26.7	11	3.0	84	22.6
きくな(しゆん	299	164	44.2	35	9.4	95	25.6	5	1.3	72	19.4
ぎやいんげん(三	296	156	42.0	33	8.9	94	25.3	13	3.5	75	20.2
度豆)	290	160	43.1	33	8.9	88	23.7	9	2.4	81	21.8
ちんげんさい	318	188	50.7	37	10.0	86	23.2	7	1.9	53	14.3
ピーマン	288	171	46.1	31	8.4	79	21.3	7	1.9	83	22.4
みつば	304	196	52.8	33	8.9	69	18.6	6	1.6	67	18.1
こまつな	329	221	59.6	42	11.3	61	16.4	5	1.3	42	11.3
あおねぎ	327	223	60.1	40	10.8	59	15.9	5	1.3	44	11.9
アロココリー	331	224	60.4	51	13.7	49	13.2	7	1.9	40	10.8
トマト	354	288	77.6	34	9.2	27	7.3	5	1.3	17	4.6
ほうれん草	351	290	78.2	35	9.4	22	5.9	4	1.1	20	5.4
かぼちゃ	354	303	81.7	29	7.8	20	5.4	2	0.5	17	4.6
にんじん	285	94	25.3	30	8.1	144	38.8	17	4.6	86	23.2
なめこ	286	100	27.0	37	10.0	134	36.1	15	4.0	85	22.9
マッシュルーム	293	101	27.2	40	10.8	128	34.5	24	6.5	78	21.0
まつたけ	312	133	35.8	43	11.6	121	32.6	15	4.0	59	15.9
えのきだけ	315	137	36.9	48	12.9	118	31.8	12	3.2	56	15.1
しめじ	326	142	38.3	50	13.5	116	31.3	18	4.9	45	12.1
しいたけ											

きのこ類



	総数	食べている		調子の良い時に食べる		あわないので食べない		差支えがなければ特に食べてみたい		不明	
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
果物	まくわうり	253	18.3	26	7.0	149	40.2	10	2.7	118	31.8
	いちじく	269	25.3	22	5.9	145	39.1	8	2.2	102	27.5
	パイナップル	292	26.7	46	12.4	131	35.3	16	4.3	79	21.3
	なつみかん	281	29.4	47	12.7	117	31.5	8	2.2	90	24.3
	かき	300	31.5	53	14.3	115	31.0	15	4.0	71	19.1
	レモン	286	33.7	37	10.0	115	31.0	9	2.4	85	22.9
	はっさく	287	31.0	51	13.7	114	30.7	7	1.9	84	22.6
	いよかん	294	34.8	44	11.9	111	29.9	10	2.7	77	20.8
	グレープフルーツ	290	32.6	50	13.5	109	29.4	10	2.7	81	21.8
	オレンジ	295	37.2	48	12.9	103	27.8	6	1.6	76	20.5
	びわ	281	32.9	45	12.1	102	27.5	12	3.2	90	24.3
	なし	318	44.7	50	13.5	86	23.2	16	4.3	53	14.3
	みかん	333	48.5	60	16.2	84	22.6	9	2.4	38	10.2
	ぶどう	316	48.8	41	11.1	76	20.5	18	4.9	55	14.8
	メロン	318	52.3	46	12.4	64	17.3	14	3.8	53	14.3
	すいか	318	51.5	54	14.6	61	16.4	12	3.2	53	14.3
	いちご	330	53.9	57	15.4	54	14.6	19	5.1	41	11.1
	バナナ	343	69.0	40	10.8	41	11.1	6	1.6	28	7.5
	もも	335	67.1	51	13.7	28	7.5	7	1.9	36	9.7
	りんご	351	78.2	40	10.8	19	5.1	2	0.5	20	5.4
穀類	ラーメン	327	34.0	74	19.9	94	25.3	33	8.9	44	11.9
	赤飯	309	38.3	65	17.5	87	23.5	15	4.0	62	16.7
	そば	330	52.0	52	14.0	70	18.9	15	4.0	41	11.1
	パン粉	304	57.1	28	7.5	60	16.2	4	1.1	67	18.1
	マカロニ	327	60.4	39	10.5	59	15.9	5	1.3	44	11.9
	スバゲティ	346	63.3	52	14.0	46	12.4	13	3.5	25	6.7
	小麦粉	321	71.7	24	6.5	30	8.1	1	0.3	50	13.5
	ふ	329	75.7	20	5.4	27	7.3	1	0.3	42	11.3
	もち	351	79.5	35	9.4	19	5.1	2	0.5	20	5.4
	パン類	365	81.9	37	10.0	18	4.9	6	1.6	6	1.6
そうめん	351	80.6	33	8.9	16	4.3	3	0.8	20	5.4	
かゆ	337	81.1	19	5.1	15	4.0	2	0.5	34	9.2	
うどん	369	93.8	14	3.8	6	1.6	1	0.3	2	0.5	

	総数	食べている		調子の良い時に食べる		あわないので食べない		差支えがなければ特に食べてみたい		不明		
		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
油脂類	天ぷら油	309	86	23.2	49	13.2	161	43.4	13	3.5	62	16.7
	バター	309	88	23.7	49	13.2	158	42.6	14	3.8	62	16.7
	クリーミングパウダー	279	87	23.5	33	8.9	150	40.4	9	2.4	92	24.8
	ごま油	318	106	28.6	55	14.8	143	38.5	14	3.8	53	14.3
	コーヒーフレッシ	296	107	28.8	39	10.5	143	38.5	7	1.9	75	20.2
	生クリーム	300	92	24.8	55	14.8	140	37.7	13	3.5	71	19.1
	サラダ油	335	140	37.7	60	16.2	123	33.2	12	3.2	36	9.7
	マーガリン	330	135	36.4	65	17.5	121	32.6	9	2.4	41	11.1
	ドレッシング	317	138	37.2	60	16.2	105	28.3	14	3.8	54	14.6
	ごま	322	151	40.7	54	14.6	99	26.7	18	4.9	49	13.2
	マヨネーズ	335	158	42.6	82	22.1	81	21.8	14	3.8	36	9.7
	カレールー	323	102	27.5	64	17.3	132	35.6	25	6.7	48	12.9
	ケチャップ	343	265	71.4	41	11.1	33	8.9	4	1.1	28	7.5
砂糖類	みりん	332	269	72.5	35	9.4	26	7.0	2	0.5	39	10.5
	はちみつ	321	237	63.9	28	7.5	52	14.0	4	1.1	50	13.5
	ジャム	325	237	63.9	37	10.0	45	12.1	6	1.6	46	12.4
	さとう	361	328	88.4	16	4.3	15	4.0	2	0.5	10	2.7
	ウエハース	301	172	46.4	35	9.4	85	22.9	9	2.4	70	18.9
	ビスケット	321	197	53.1	47	12.7	67	18.1	10	2.7	50	13.5
	プリン	334	211	56.9	52	14.0	57	15.4	14	3.8	37	10.0
	ゼリー	327	214	57.7	50	13.5	55	14.8	8	2.2	44	11.9
	まんじゅう	338	229	61.7	54	14.6	44	11.9	11	3.0	33	8.9
	せんべい	343	243	65.5	54	14.6	42	11.3	4	1.1	28	7.5
	ジュース	341	265	71.4	32	8.6	42	11.3	2	0.5	30	8.1
	カステラ	338	239	64.4	49	13.2	41	11.1	9	2.4	33	8.9
	だんご	330	252	67.9	37	10.0	38	10.2	3	0.8	41	11.1
あめ	352	294	79.2	29	7.8	27	7.3	2	0.5	19	5.1	

—クローン病 栄養・食事療法ガイドライン 執筆作成者一覧—

総括

北野 厚生 東住吉森本病院 消化器病センター

執筆にご協力いただいた方

松本 誉之 大阪市立大学医学部附属病院  
石川 秀樹 兵庫医科大学病院  
林 英二郎 公立学校共済組合近畿中央病院  
伊藤 裕章 大阪大学医学部附属病院  
藤原 政嘉 大阪市立大学医学部附属病院  
辻 秀美 淀川キリスト教病院  
吉井 真樹子 岸和田徳洲会病院

ガイドライン作成委員会

	氏名	所属	職種
委員長	中村 秀次	大阪大学医学部附属病院	医師
委員	根津 理一郎	大阪労災病院	医師
委員	熊代 千鶴恵	大阪樟蔭女子大学	管理栄養士
委員	林 美佐子	淀川キリスト教病院	管理栄養士
委員	山下 和子	近畿大学医学部附属病院	管理栄養士
委員	岸田 由岐	岸和田徳洲会病院	管理栄養士
委員	中村 富予	在宅栄養士会	管理栄養士
委員	白石 啓子	大阪府茨木保健所	管理栄養士
委員	松崎 重	大阪市淀川保健センター	管理栄養士
委員	黒祖 友紀	堺市中保健センター	管理栄養士
事務局	澤田 甚一	大阪難病医療情報センター	医師
事務局	松本 晶子	大阪難病医療情報センター	保健師

## クローン病 栄養・食事療法ガイドライン

発行日 平成 14 年 7 月  
編集 大阪クローン病トータルケア推進協議会  
発行・事務局 大阪難病医療情報センター  
〒558-8558  
大阪市住吉区万代東 3-1-56 (大阪府立病院内)  
TEL 06-6694-8816 FAX 06-6608-8416

このガイドラインについてご不明な点がございましたら、事務局までお問い合わせください。