

1	最近 50 年間で日本人の摂取エネルギー量平均は減少し、平均 1860kcal となっているが、脂質摂取割合は増加している。	○	問題文の通り。2010 年度調査。炭水化物、特に食物繊維の割合が減少する一方で、脂質や蛋白質の摂取が増加、特に動物性脂質やたんぱく質を中心に摂取が増加すると、全死亡率・心血管イベントが増加する。
2	低炭水化物食(糖質制限食)は施行一年後において、低脂肪食よりも有意に体重を減少させた。	×	統計学的に少なくとも低脂肪食との間に有意差を認めなかった。糖尿病専門医研修ガイドブック第 7 版、P183
3	EPA、DPA、DHA などは中性脂肪低下作用、抗血栓作用などを有し、内服薬などにも使用される、n-6 系多価不飽和脂肪酸	×	効能効果は正しいが、n-3 系多価不飽和脂肪酸である。N-6 系には、リノール酸があり、これは大豆油・コーン油・サフラワー油などに多く含まれる。
4	水に溶けない食物繊維のおもな作用は水分吸着による腸内内容の膨潤化、すなわち便の量の増加と適度な硬さの維持である。	○	問題文の通り。不溶性食物繊維の役割である。これに対して水溶性食物繊維は、水溶して強い粘性を示し、胃内滞留時間を延長させ、吸収を穏やかにさせるため、食後の急激な血糖値の上昇を抑制する。
5	腎不全期(腎症 4 度)にいたった糖尿病腎症患者の食事療法におけるたんぱく質制限は、0.5g/kg/日以下 とされる	×	超低たんぱく食が有効との報告もあるが、一般的にはなっていない。やみくもな制限よりも、0.6~0.8g/kg/日 ただ標準体重あたりとし、そして食事のアミノ酸スコアを 100 にすることが必須とされる。
6	現在の日本における栄養基準では、肝硬変患者で耐糖能異常がある場合エネルギー量としては 25~30kcal/標準体重とされる。	○	通常の糖尿病患者とそれほど隔たりのない値。ただし低アルブミン血症などが進行している場合には分岐鎖アミノ酸を別途投与追加することがある。アミノレバン EN など。
7	陸上 400m 走の選手にとって、競技成績の生理的決定因子は、インスリン感受性による血中グルコースの筋への取り込み速度である。	×	いわゆる短距離走などの数十秒単位でしか持続できない全身筋運動においては、筋肉内グリコーゲンの無酸素的な分解からフルクトース6→ピルビン酸→乳酸、という解糖経路によるエネルギーを用いるので、グリコーゲン分解速度が最重要
8	ダンベル・リフティング・ポート漕ぎなどの運動も、超高齢でなく体力が維持されていて、禁忌でない患者には勧める	○	近年、レジスタンス運動は、負荷が軽ければ有酸素運動にもなりえ、インスリン筋肉量維持のほか、インスリン感受性も改善するというような観点から見直されてきている。
9	前増殖期網膜症の患者の場合、血糖管理も重要なので軽度な運動(軽い体操や軽量のダンベル、早足散歩やプール歩行など)を適宜許可する	×	前増殖期網膜症の場合、光凝固などの眼科的治療を受け安定した状態でのみ、歩行程度の運動を許可する。