

## よくわかるデータの見方と研究のすすめ方

## 第12回

栄養指導を行う  
ときの対象患者  
と適切な指導方法  
を選ぶコツ

独立行政法人国立健康・栄養研究所

佐々木敏 Sasaki, Satoshi

東京大学医学教育国際協力研究センター

水嶋春朔 Mizushima, Shunsaku

栄養指導を行うとき、どのようにして対象患者を選んだらよいのでしょうか。個人指導のときに、その対象者が指導にふさわしいかそうでないかをみきわめる方法はないのでしょうか。

(兵庫県, RM)

ある病気にかかっているからといって、必ずしもその病気に関連する問題がある食事をしているという保証はなく、指導したらすべての患者さんが栄養士のいうとおりに食事を改善してくれるという保証也没有。つまり、「病気⇒指導」という簡単な図式をつくることはできません。前者は「その患者の食習慣は指導を必要としているか」という問題であり、後者は「その患者は指導に反応してくれるか」という問題です。それぞれの患者さんについて、この二つを評価したうえで、指導するか否か、どのような方法で指導するかを決めることが、効率のよい指導を行うための近道といえるでしょう。

栄養指導において同じように指導しても、ある人はきっちりと指導を守ってくれて指導の効果があがるのに、別の人は全然守ってくれず、効果も出ない、というような経験は誰にでもあると思います。

今回は、主に臨床栄養の分野で問題になる、指導対象者の選び方と対象者に適した指導方法の選び方について考えてみます。

行動変容のステージモデル<sup>1)</sup>

行動科学の分野では、保健行動の変容を、①前関心期、②関心期、③準備期、④実行期、⑤維持期、の5段階に分けて考える場合があります(表1)。この分類に従うと、準備期の患者がもっとも指導対象としてふさわしく、できるだけ早期に具体的な指導に入りたい、ということになります。

関心期にある患者がつぎに続くでしょう。この場合には、食事の改善を行うにあたっての利点と欠点を十分に説明し、患者個人が有する問題や、患者が考えていることを個別に相談し、回答を与えることが必要となります。つまり、この段階は、具体的な栄養指導ではなく、栄養指導を受けようという姿勢にさせるための手助けが必要なステージといえるでしょう。

前関心期は、栄養士の仕事というよりも、カウンセラーの仕事と考えるほうがよいかもしれません。この段階では、栄養指導を受け入れる準備は

表1 行動変容のステージモデル

ステージ	定義	患者の考えや状態	指導方法
前関心期	今後6カ月以内に行動を変えようと考えていないステージ。	周囲の勧めに対して抵抗を示す場合がよくある。	オープンエンド・クエスチョンを用いたカウンセリング的なアプローチ。
関心期	今後6カ月以内に行動を変えようと考えているが、この1カ月以内に行動を変えるまでには至っていないステージ。	行動変容に対して前向きに考えている一方、負担や問題について考えている。	問題となる生活習慣改善の動機を強化したり、負担を軽減したりして、行動を変えようとする意思決定ができるように手助けする。
準備期	今後1カ月以内に行動を変えようと考えているステージ。	行動変容のためのきっかけや手助けを求めている。	行動変容を開始する日を決め、具体的な目標を設定する。具体的な方法について情報を提供する。
実行期	行動変容を実行して6カ月以内。	(省略)	(省略)
維持期	行動変容を実行して6カ月以上。	(省略)	(省略)

まったくできていないため、この段階の患者に具体的な栄養指導を試みようとすると逆効果に終わることもあり、注意が必要です。

一方、実行期の患者は、その食事内容を定期的にモニターし、指導内容が正しく理解され、行動に移されていることを確認する必要があります。栄養士が指導したことが正しく理解され、そのまま実行に移されているという保証はないため、モニタリングは大切です。

これは、維持期でも同様です。指導終了後にも、可能な限り、改善できた内容が維持されるように、定期的に面接を行うか、手紙、電話、Eメールなどを用いて意見交換を行うことが望ましいと考えられます。定期的に食事内容を評価することができると、具体的な指導が可能になり、維持期における指導効果の継続性は高くなるものと考えられます。

ここで大切なことは、患者が栄養士の前に座ったら、いきなり指導をはじめめるのではなく、患者が行動変容のどのステージにいるのかをすみやかに把握し、適切な対応をとるということでしょう。

## 食事習慣からみた指導必要性の有無とその内容

## ●因子は一つではない

「病気だから、その病気に関連する食事上の問題をもっているに決まっている」と決めつけるのは非科学的です。高血圧に関連する食事上の問題をまったくもたない高血圧患者は存在するし、理想的な食事をしていても糖尿病にかかる人はいます。

愚かな例は、「臨床検査データに基づく栄養指導」でしょう。例をあげれば、「血圧値が高いから、減塩をして、野菜を増やして…」という指導です。血圧を上げる食事因子には、ナトリウムの過剰摂取だけでなく、カリウムの摂取不足、アルコールの摂取過多があり、そして、食事関連因子としては、肥満があります。指導しなくてはならないのは、人によっては減塩ではなくて、節酒かもしれません。また、運動不足といった栄養以外の生活習慣が要因かもしれませんし、さらに、一般によく知られていることはすでに実行していて、さらなる指導を栄養士に求めているかもしれません。

表2 24時間尿中ナトリウム排泄量と血圧値との関連 (断面研究)

地域	人数	血圧との関連*		減塩している人の割合(%)	
		収縮期血圧	拡張期血圧	正常血圧群	高血圧群
大阪	197	-1.08*	-0.49	12	43
栃木	194	0.23	0.23	27	38
富山	200	0.45	0.03	11	35
全52地域	10,079	0.17**	0.01	—	—

\*食塩1g/日の摂取量増加で期待される血圧上昇量 (mmHg)。

有意性: \*\* p<0.001, \* p<0.01。

### ●食塩摂取が多いほど血圧が低い?

たとえば、世界52集団、10,079人の血圧を測定し、同時に24時間蓄尿を用いて食塩摂取量を推定(注意: 摂取した食塩のおよそ80%が尿中に排泄される)した研究があります。この研究に参加した国内3地域の結果は表2のとおりです<sup>2)</sup>。大阪では、食塩摂取量が多い人ほど、収縮期血圧が低いという結果が出ています。これは、食塩に血圧を下げる力があるわけではなく、「以前どこかで血圧が高いといわれたことをきっかけとして減塩をはじめた人たちがいるが、その人たちの高血圧の原因は食塩の過剰摂取だけではない。そのために、減塩だけでは十分には血圧が下がりきらず、食塩摂取量と血圧との間に負の相関が観察された」と解釈されます。そこで、対象者を正常血圧群と高血圧群に分けて、減塩をしている人の割合を調べてみると、正常血圧群では12%だったのに対して、高血圧群では43%でした。大阪ほど明らかではないものの、ほかの地域(栃木と富山)でも似た結果が観察されています。

つまり、このように栄養士の指導を受けるまでもなく、高血圧を指摘されると多くの人が減塩を行い、実際に摂取量を減らしていることが明らかとなりました。このような場合、高血圧患者に対して、あらためて「減塩」を強調することが効果的かどうかは疑問です。ほかの食事性因子の指導をしたほうがよいかもしれません。または、逆に、より詳細な減塩指導に踏み込んだほうがよいかも

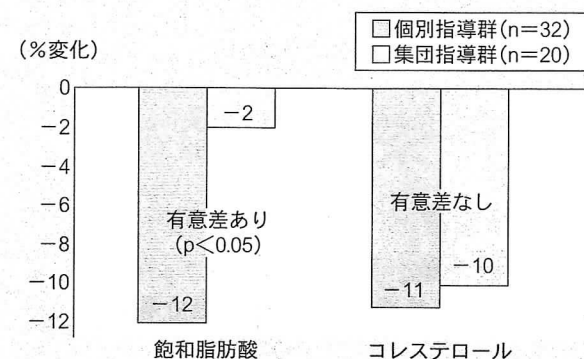
しません。これは、それぞれの患者が、どのような方法で、どの程度の減塩を実行しているかを調べ、それに対応した栄養指導を行わねばならないことを示しています。つまり、十分に減塩を実行していて、それ以上、指導を行う必要がないことが明らかになれば、「あなたの減塩は立派です。このまま続けてくださいね」と告げることが指導になります。専門家である栄養士から、このような言葉をかけてもらえれば、患者にとっては大きな励みになるでしょう。そして、栄養士は自信をもって、指導対象からこの患者を外すことになります。

### ●専門家による指導が必要なものと不必要なもの

患者のこのような自発的な行動変容は、食事や健康への関心が高い集団ではしばしば観察されます。健康教室の受講を希望した軽い高脂血症の人たちを対象にして、栄養摂取状態を個別に調べ、その結果に基づいて栄養指導をした結果、飽和脂肪酸摂取量は有意に減少したものの、コレステロール摂取量は個別対応をしなかった人たちと比べて意味のある差はなかったという報告があります(図1)<sup>3)</sup>。これは、コレステロール摂取制限に関する知識は患者と栄養士の間に大きな差はなく、栄養士が望む食事改善を、コレステロールに関しては、患者が正しく実行していることを示しています。

一方、飽和脂肪酸については栄養士が個人対応

図1 高脂血症者を対象とした4カ月間(7回)の健康教室において、簡単な個別指導を1回だけ導入した場合の栄養素摂取量の変化



個別指導群では、栄養調査を行い、その結果に基づく簡単な個別指導を1回だけ行った。集団指導群では、栄養調査は行ったものの、その結果は指導には用いず、集団指導のみを行った。飽和脂肪酸摂取量は、個別指導群で12%減少したのに対して、集団指導群では2%しか減少せず、その差は有意であった。一方、コレステロール摂取量は両群とも10%程度の減少を示し、指導法による違いは認められなかった。

した群で摂取量の減少が観察されており、こちらには専門家による食事習慣の評価と指導が必要であることを示しています。つまり、この集団では、コレステロールの指導は簡単な集団指導が適当であり、飽和脂肪酸の指導は摂取量を評価したうえでの個人対応が適していると解釈されます。

### ●事前に必要な設定

このように、目の前の患者が栄養指導の対象となるかどうかを決めるためには、対象者(患者)の特性だけでなく、なにを指導したいのか、どこまでの効果を期待したいのか、ということまで栄養士が事前に設定しておく必要があります。このほかにも、患者の理解度、家族背景や経済状況、調理能力など、たくさんの周辺要因を考慮する必要がありますが、これらに関しては、栄養指導の方法に関する書物を参考にしてください。

### まとめ

今回は、栄養指導の対象者を決めるうえで重要であると考えられる、患者本人の行動変容のステージと患者の食習慣という二つの面から考えてみました。前者は栄養士の専門領域でないため、理解や利用がむずかしいかもしれません。一方、後

者は栄養士しかできない分野でありながら、時間や費用の制限、そして、調査(アセスメント)法の不足のために、軽視されがちな部分ではないでしょうか。

「どのように指導しようか」の前に、「だれを指導しようか」または「この人は指導できるか」を考えることは、効率的な栄養指導をめざす栄養士にとって不可欠な考え方であると思います。

### 文献

- 1) 中村正和: 行動科学に基づいた健康支援。栄養学雑誌, 60: 213-22, 2002.
- 2) Hashimoto, T., Fujita, Y., Ueshima, H., et al.: Urinary sodium and potassium excretion, body mass index, alcohol intake and blood pressure in three Japanese populations. *J. Hum. Hypertens.*, 3: 315-21, 1989.
- 3) 佐々木敏, 柳堀朗子: 自記式食事歴法質問票を用いた簡単な個別栄養指導が栄養素摂取量の改善に及ぼす効果—地域における軽症高コレステロール血症者を対象とした健康教室の例—. 栄養学雑誌, 56: 327-37, 1998.

### 編集部より

このコーナーでは読者からの質問を受けつけています。佐々木先生、水嶋先生に質問のある方は、巻末のアンケートはがきが、E-mail(jcn@ishiyaku.co.jp)で編集部宛にお寄せください。質問をとりあげさせていただきます方には、掲載号をお送りします。