

予防活動のガイドライン ⑥

食事

佐々木 敏

サマリー

健康的な食事改善に向けた行動療法的指導をすべての健康な人にルーチンで行うことについては、その是非に関する確たるエビデンスはなく、どちらか一方を推奨できるものではない(Rating I)。

脂質異常症の患者や循環器疾患ならびに食習慣が関連する生活習慣病の危険因子を有する成人患者に対しては、強力な行動療法的な食事指導を行うことが推奨される。それはプライマリケアを専門とする医師が行ってもよいし、栄養士など他の専門家に委ねてもよい(Rating B)。

食習慣アセスメント票の重要性と課題

プライマリケアの場で利用することを目的とした簡易型の食習慣アセスメント票は、今まで数多く開発され、その妥当性が検討されてきた。これらのツールは、食事指導の必要性を評価したり、介入方法を選択したり、対象者の食習慣の変化をモニターしたりするのに用いることができる。しかし、これらのツールによる評価にはバイアスがあることを知っておかねばならない。食事指導を受けた対象者の回答は対照群よりも好ましい方向に偏りやすいため、指導の効果を評価するためのこれらのツールを用いるときには、対象者の自己申告がどの程度正しいのかを検証するための努力が必要である。

ところで、わが国(日本)においては、それ以前に、根本的な問題を強調しておかなくてはならな

い。それは、わが国でも『食習慣アセスメント票』の開発例はあるものの、その妥当性が検討され、公開されているものはわずかであり¹⁾、そのために、どのような利用可能性が手元にある(または利用可能な)食習慣アセスメント票にあるのか、何に注意して利用すべきなのかといったことがわからない状態で利用されていることである。さらに言えば、食習慣アセスメント票を用いずに食事指導が行われることさえ一般的であり、『妥当性が検討されたアセスメント票の必要性』の前に、『アセスメント票の必要性』を医療従事者は知るべきである。

話をガイドラインに戻すと、『食事指導を受けた対象者の回答は対照群よりも好ましい方向にずれやすい』という現実を知っておくことの重要性が強調されている。

その意味で、オーストラリアで6か月間にわたって行われた高血圧予防教室の例は興味深い²⁾。無作為に指導群(介入群)と対照群に分け、指導の前後で1日間食事記録により食塩摂取量を観察し、2群それぞれにおける食塩摂取量の変化(改善)を観察している。同時に24時間蓄尿を行い、食塩排泄量を測定した(図1)。すると、食事記録からの食塩摂取量は対照群に比較して指導群で顕著な低下(改善)が観察されたが、尿中排泄量にはそれほど差は認められなかった。食塩の変化の群間差は、前者では2.9 g/日であるのに対して、後者では0.8 g/日であるから、食事記録による評価は「指導する側にとって都合のよい」評価にな

ささき さとし：東京大学大学院医学系研究科社会予防疫学 連絡先：☎ 113-0033 東京都文京区本郷7-3-1

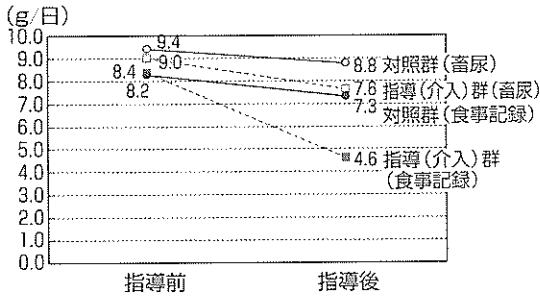


図1 オーストラリアで6か月間にわたって行われた高血圧予防教室の例 (指導の前後で1日間食事記録により食塩摂取量と24時間畜尿を行い、指導群(介入群:指導期間前が194人、指導期間後が172人)と対照群(指導期間前が195人、指導期間後が190人)それぞれにおける食塩摂取量の変化(改善)を観察した。)

っていたことがわかる。

なぜ、このような結果が出るのかについても、答えの一部を与えてくれる調査が上記の研究で行われている(表)。指導時期後の食事記録のときの食事がその頃の通常の食事とどのように異なっていたかを尋ねた。その結果、食事記録に当たった日に限って「減塩食品を食べたか、食塩を減らしたか、塩辛い食品を減らした」と答えた人が、対照群に比べて指導群で多かった。この行動によってすべてが説明されるわけではないが、指導者・評価者はこのような現実を知って、できるだけ客観的に指導評価を行い、解釈したいものである。

有効な指導方法とは何か

通常の食事指導に行動変容に重きを置いた指導を組み合わせた併用療法が効果的であることが知られている。行動変容に重きを置いた指導には、自己モニタリング方法の指導、健康的な食事を選択する際に問題となる共通の課題を乗り越えるための訓練、患者自身でゴール設定をすることへの援助、食品購入方法や調理方法などの教育、ロールプレイ、治療間社会援助システムの利用に対するアレンジなどを含んでいる。これは、一般的には「5つのA」と呼ばれる行動変容のためのカウンセリングの枠組みで考えることができる。

- 1) 食習慣と関連する危険因子を調べる (as-

表 図1と同じ研究で、指導時期後の食事記録のときの食事がその頃の通常の食事とどのように異なっていたかを尋ねた結果(表中の数字は人数)

	減塩群 (186人)	対照群 (190人)
いつもと違っていた		
簡単な食事が測定が容易な食品に変えた	16	20
カリウムが豊富な食品を増やした	1	1
食品数を減らした	9	13
減塩食品を食べたか、食塩を減らしたか、塩辛い食品を減らした	13	4
レストランで食べることを、加工食品を食べることを、ファストフードや調理済み食品を食べるのを控えた	5	3
スナックを減らした	3	5
カロリーを減らし、砂糖代替食品を食べ、菓子類を減らした	3	3
新鮮な果物と野菜(サラダ)を増やした	2	2
その他	6	8
いつもと違いはなかった	56	54

sess).

- 2) 食習慣を改善するように助言する (advise).
- 3) その人独自の食習慣改善のゴールを認める (agree).
- 4) 食習慣を改善しようとしたり、意識の壁を克服しようとしたりするのを助ける (assist).
- 5) 定期的なフォローを受けるように計画を立てたり (arrange)、密度の高い食事改善カウンセリングを受けるように援助・紹介をしたりする。

一般成人では次の2つの方法の有効性が知られている。ひとつは、中レベルの面接式食事カウンセリング(2~3回の個別またはグループによる指導)で、栄養士・管理栄養士か、訓練を受けた医師・看護師が行うもの。

もうひとつは、低レベルの介入で、5分間またはそれよりも短時間のカウンセリングであり、自己啓発式の資料の利用、電話を用いたカウンセリング、または、他の方法を用いた健康情報の交換によって補強されるものである。しかしながら、これらの方法による長期効果や、利害のバランスに関しては、更なる研究が必要である。

症状のない成人集団における顕著な効果は、脂

質異常症や食事関連の循環器疾患危険因子を有する患者を対象として、濃密な食事改善のカウンセリングを施したときに観察されている。この種の介入研究では、ほとんどの場合、特定の限定された、つまり、脂質異常症や食事関連の循環器疾患危険因子を有する患者に対して行われている。そうでない集団に対しても、この種の介入方法が有効かもしれないが、その有効性はこの種の集団よりも低い可能性がある。

診療所内支援体制の大切さ

医師が食事指導に当たるために診療所内の支援体制ができると、そうでないよりも効果が多いという報告がある。この研究では、同一の食事指導を医師が行うように計画されたが、院内支援体制を準備した医院(C群)とそうでない医院(B群)との違いを、高脂血症患者を対象者として検討している(図2)³⁾。食事指導を行わない医院(A群)も置かれており、3つの群を比べると、飽和脂肪酸摂取量の減少、体重の減少、LDLコレステロールの低下のすべてにおいて(有意差のないものもあったが)、院内支援体制を準備した医院がもっとも好ましい結果を示した。

食事指導に弊害はないか

食事指導に弊害が存在する可能性については十分な研究は行われていない。しかしながら、たとえば、患者が総脂質ばかりに気を取られ、総エネルギー摂取量を下げることが忘れてしまい、その結果、炭水化物摂取量が増加すれば、それは体重の増加、トリグリセリドやインスリン抵抗性の悪化につながるかもしれない。このように、食事改善のある一面だけに偏った指導を行い、それを実践すると、それが思わぬ弊害を生む可能性もあることに注意しなければならない。「食事」とはひとつの変数ではなく、多数の変数の総称であることに注意しなければならない。ところが、食事指導の研究では、たとえば、エネルギー摂取量や体重が必ずしも測定されているわけではないため、結果の解釈には注意を要する場合がある。

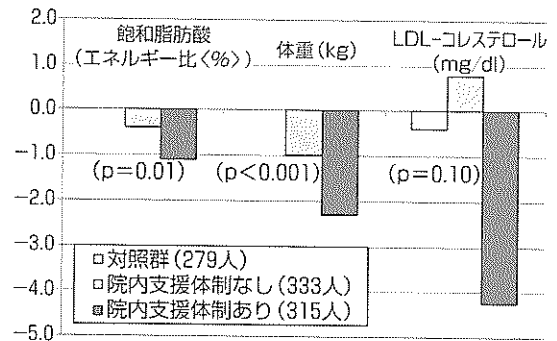


図2 医師による食事指導の有無に加え、そのための院内支援体制の有無が結果に影響を与えることを示した例(高脂血症者における指導前後1年間の変化)(p値は、院内支援体制あり群と対照群における平均値の差の検定)

小児や若年者にも効果はあるか

プライマリケアの場における食事指導が成人だけでなく、小児や若年者にも効果的なものであるか否かについては、ほとんど明らかになっていない。その理由は、小児や若年者への食事指導の効果を検証した研究のほとんどが、学校など、臨床領域以外で行われてきたからである。加えて、食事指導の効果判定に、血清コレステロールや体重といった生理学的な項目を用いており、より包括的に食習慣を評価できる指標を用いてこなかったこともある。

文献

- 1) Sasaki S, Yanagibori R, Amano K: Self-administered diet history questionnaire developed for health education: a relative validation of the test-version by comparison with 3-day diet record in women. *J Epidemiol* 8: 203-215, 1998
- 2) Forster JL, Jeffery RW, VanNatta M, et al: Hypertension prevention trial: do 24-h food records capture usual eating behavior in a dietary change study? *Am J Clin Nutr* 51: 253-257, 1990
- 3) Ockene IS, Hebert JR, Ockene JK, et al: Effect of physician-delivered nutrition counseling training and an office-support program on saturated fat intake, weight, and serum lipid measurements in a hyperlipidemic population; Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Arch Intern Med* 159: 725-731, 1999