

# 肥満症の食事療法—成功のコツ

山田 悟

キーワード●エネルギー制限食、糖質制限食、コーチング、アサーション

## I 肥満症に対するさまざまな食事療法

### 1. エネルギー制限食

肥満(症)は基本的に摂取エネルギーが消費エネルギーに対して相対的に過剰になっていることによって生じるものと考えられる。よって、その食事療法はエネルギー制限が原則である(図1)<sup>1)</sup>。

日本肥満症治療学会の『肥満症の総合的治療ガイド』では、一般食で行う場合、筋肉量を減らさないようタンパク質を確保しながらエネルギー制限をする必要性が述べられている<sup>2)</sup>。また、最近発表された海外のガイドラインとして、スコットランド大学間ガイドラインネットワークのガイドラインが挙げられるが<sup>3)</sup>、このガイドラインでも、食事療法としてエネルギー制限を推奨している。さらに、最近改訂されたアメリカ糖尿病学会(American Diabetes Association; ADA)の食事療法に関する声明においても、最初に減量のための方策としてエネルギー制限が推奨されている<sup>4)</sup>。

一般食における実際のエネルギー制限の方法として、日本肥満症治療学会は以下のような指示をしている。

1.  $25\text{kg}/\text{m}^2 \leq \text{BMI} < 30\text{kg}/\text{m}^2$  の場合、 $25\text{kcal}/\text{kg} \times \text{標準体重}$  (1,000~1,800kcal/日)
2.  $30\text{kg}/\text{m}^2 \leq \text{BMI}$  の場合、 $20\text{kcal}/\text{kg} \times \text{標準体$

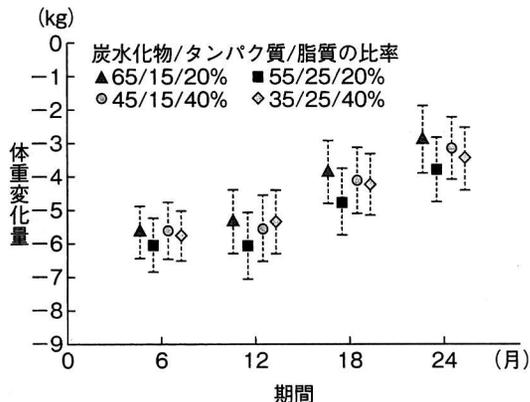


図1 エネルギー制限による減量効果

エネルギー制限こそが減量効果を決める最大の要素となっており、4種の三大栄養素比率のいずれでも減量効果に差異はない。(Sacks FM, et al: *N Engl J Med* 2009; 360: 859-873より引用)

重 (1,000~1,400kcal/日)

3.  $35\text{kg}/\text{m}^2 \leq \text{BMI}$  かつ急速な減量を要する場合、600kcal/日

また、スコットランドのガイドラインでは、必要エネルギーから600kcal/日を差し引いたエネルギー処方することを推奨している。

一方で、ADAの声明では、さまざまな文献からは画一的なエネルギー処方をすることはできず、エネルギー設定の方法がどのような方法であれ、エネルギー制限になっていることが大切であると述べている<sup>4)</sup>。

このようなエネルギー制限食の最大の問題点は、遵守度、継続性である<sup>5)</sup>。

Diet therapy for obesity disease

Satoru Yamada : Diabetes Center, Kitasato University Kitasato Institute Hospital

北里大学北里研究所病院糖尿病センター長

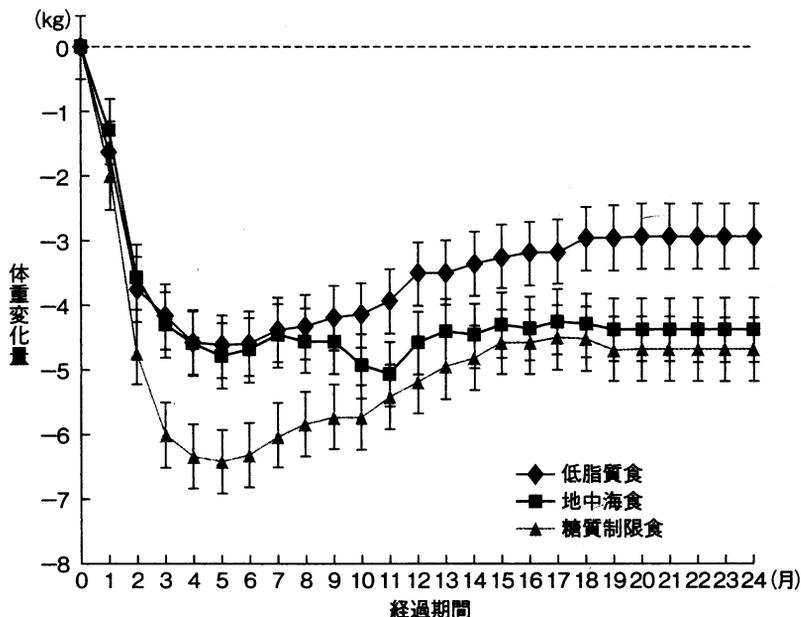


図2 2種のエネルギー制限食（低脂質食，地中海食）およびエネルギー無制限の糖質制限食による減量効果

エネルギー制限食よりもエネルギー無制限の糖質制限食のほうが減量効果大きい。

(Shai I, et al : N Engl J Med 2008 ; 359 : 229-241 より引用)

## 2. 糖質制限食

エネルギー制限食の遵守困難者に対する副次的食事法として注目を集めているのが糖質制限食である。エネルギー無制限の糖質制限食（初期を除いて1日糖質摂取120g以下）により、低脂質のエネルギー制限食よりも体重減量に成功したという報告がある（図2）<sup>6)</sup>。ここで注目されるべきは、エネルギー無制限で空腹時に間食を許容していたにもかかわらず、一定期間最もエネルギー制限に成功していたのが糖質制限食であったということである<sup>6)</sup>。すなわち、糖質制限食という食事指導は、エネルギーに着目しないエネルギー制限法という見方もできるかもしれない。

ただし、この糖質制限食の問題点として、定義が定まっていないことと共に<sup>7)</sup>、極端な糖質制限食（すなわち、これも定義が定まっていない）においては脂質プロファイルの悪化<sup>8)</sup>が報告されていることを挙げなければならない。

2013年3月の日本糖尿病学会の日本人の糖尿

病の食事療法に関する提言に記載されているように、極端な糖質制限は現時点では避けておくべきと考えられる<sup>9)</sup>。

## 3. それ以外の食事法

わが国で減量法として一般的に知られているのは、エネルギー制限食と糖質制限食であるが、短期の減量導入法としてエネルギー制限食の究極的な形である液体フォーミュラを用いたVLCD（very low-calorie diet：1日の摂取エネルギーを500kcal程度未満に抑制し、タンパク質やビタミン・ミネラルを液体で補充する減量法）も知られている。また、世界的にはほかにもさまざまな食事法が提案・実施されている<sup>10)</sup>。低脂質食、地中海食、ベジタリアン食、DASH食、Ornish食、Zone食などが挙げられるが、いずれにせよ遵守度こそが最も大切であり（図3）<sup>11)</sup>、1つの食事法が他の食事法に比較して優れているとは結論付けられないのが現状であろう<sup>4)</sup>。

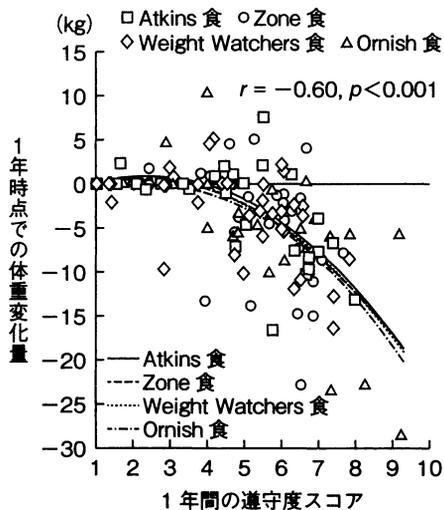


図3 食事法の遵守度による体重量の変化  
 どのような食事法であるかよりも遵守度が減量効果を決める最大の要素となっている。  
 (Dansinger ML, et al : JAMA 2005 ; 293 : 43-53 より引用)

## II 食事指導のコツ

### 1. 指導時間の確保

さまざまな食事法があっても、遵守度こそが最も大切であるとすれば、成功のコツは食事指導の方法にあることになる。すなわち、“何を”指導するかよりも“どのように”指導するかのほうが減量には大切だということである。

指導の時間について、ADAの声明には、以下のような記載がある<sup>3)</sup>。

- (1) 1回当たり45～90分間で、計3～4回の管理栄養士による栄養指導を患者に受けてもらう。
- (2) 管理栄養士による栄養指導は診断の時から開始すべきであり、3～6か月以内に終了すべきである。
- (3) 管理栄養士は、3～4回の栄養指導の終了時に、さらに継続的な栄養指導が必要かどうか検討すべきである。
- (4) その後も年に1回は管理栄養士による栄養指導のフォローアップをし、生活習慣改善の重要性を再指導するとともに、食事法や薬物療

法の変更の必要性を考えるべきである。

実地医家の先生方がこのような栄養指導のシステムを個々に組むことは現実的には難しいが、西東京地区のように地域全体で管理栄養士を抱え、個々の実地医家の先生方に紹介できるようにしている地区もある<sup>12)</sup>。また、当院では東京都港区医師会の先生からのご指示で病院の管理栄養士が栄養指導を実施し、その内容を報告するという(自費)栄養指導システムを構築している。

管理栄養士を院内に抱えていない医療機関において栄養指導を成功させるコツは、いかに潤滑な地域医療連携システムを構築するかということにあるといえよう。

### 2. 面接技法

一方、管理栄養士に栄養指導を受けてきた患者に感想を問うと、「何度聞いても同じ話しかしてもらえないので、もう栄養指導は受けたくない」と言われることがある。確かに、面接技法に長けていない医療従事者(医師・管理栄養士)の栄養指導は、時に上から目線で、単に自身の知識をひけらかすかのような栄養指導になっていることもある。そこでここでは、面接技法の専門家でもない筆者が、自分なりに面接において気を付けていることを記述したい。以下の下線は、さまざまな成書で解説がなされている面接技法上の用語である。筆者の個人的な解釈がそうした成書と異なっている場合には、成書をご参照いただきたい。

#### (1) 指導初回(動機付け)

診療開始当初の食事指導においては、疾病全般の教育が重要である。肥満症の疫学、誘因、合併症、治療法を伝え、“なぜ、肥満症を治療する必要があるのか”、“なぜ、わざわざ食習慣・運動習慣の変更をしなければならないのか”を患者に理解してもらう。また、“肥満症の患者が肥満を是正することが、単にその患者の予後を改善するのみならず、医療費削減を通じて社会貢献にもなるはずである”ということを強調し、

肥満症がその当該個人の問題であるのみならず、社会全体の問題になることを理解してもらうようにする。あくまでも対等な一個人として、相手に有用な情報を伝えたいという態度を、表情・言葉遣い・声のトーンなどで表現していく必要がある。「この冊子を読んでおいてください」という対応は、情報提供であって動機付けを目的とした教育ではない。

そのうえでエネルギー制限食の指導をすることになるが、ここでのポイントは、エネルギー設定の方法がどのような方法であれ、エネルギー制限になっていればよいということである<sup>3)</sup>。すなわち、エネルギーを処方(たとえば、1,600kcal)し、食事内容の1品ごとのエネルギーを計算させ、1日合計のエネルギーがきちんと処方した通りになっているように導くという方法(足し算方式)もあれば、現在の食事摂取内容を詳細に聞き取り、高エネルギーになっている食品をほぼ同じボリュームで、同じおいしさが期待できる低エネルギー食品に変更するという方法(引き算方式)もあるということである。足し算方式のほうが短期的には効果を得られやすい反面、継続性に劣る可能性がある」と筆者は思っている。

## (2) 指導2回目以降

当初の教育のみで減量効果が出て、それが長く継続できれば、これほど理想的なことはない。しかし、多くの場合、治療効果が最初から出なかったり、出てもリバウンドが生じたりする。ここで大切なのが2回目以降の指導である。2回目以降では、患者の減量に対する思いや、実際の療養行動の内容を聞き出す必要がある。患者は時に医療従事者に対して建前を言って、取り繕おうとすることがあり、その本音を引き出すためには傾聴(アクティブ・リスニング)の技術が必要である。アクティブ・リスニングでは医療者側の表情・言葉遣い・声のトーンが大切であるだけでなく、患者が話をしているときの医療者側の視線・姿勢も大切である。患者の

表1 間食をする患者に対するさまざまな医療面接の例

### ●悪い例

「どうしても午後3時にコーラを飲んでしまうんです」  
→「駄目じゃないですか。それでは減量できるわけはありませんよ。きょうからコーラはやめましょう」  
(医療者側が解決法を考え、患者に従うよう一方的に指示している。患者が従うかどうかは分からない)

### ●良い例1

→「どうしても飲みたくなってしまいうんですね。では、そのようななかで、どうしたらうまく〇〇さんの体重を減らすことができますかね？」  
(患者が解決法を考えることになるコーチングによる対応。そこで導かれた解決法に従わなければ、患者は自ら嘘をついたこととなるため自分の言葉によって縛られやすくなり、継続性が上がると考えられている)

### ●良い例2

→「どうしても飲みたくなってしまいうんですね。その環境では仕方がないかもしれませんね。では、そのコーラをダイエットコーラにしてみるのはいかがでしょうか？」  
[解決法を考えているのは医療者側であり、医療者側が自己表現をしてはいるものの、患者にも選択の余地を残しているアサーションによる対応。特に、現在のエネルギー制限食でうまく治療ができない患者に、足し算方式から引き算方式への切り替えをしたい場合、(糖質制限食などの)別な食事法を提案したい場合、あるいは肥満手術を紹介したい場合など、治療法の変更を提案する際に必要な面接技法となる]

言葉を真剣に、注意深く聞こうとしていることを無言のままに全身で表現し、患者が自分のことを語りやすい雰囲気を作成することが必要である。

ポイントは、患者が明確に誤った療養行動をとっていたとしても、それを簡単に批判したりせず、ただ、患者のありのままを受容することである。そのうえで、まだ現在の食事法の実践において患者にできることがあると医療者側が感じたならば、患者自身にその答えを自ら探させるように質問をする。このようにアクティブ・リスニングをしながら、患者のなかに答えがあると信じて、患者自身に答えを求めさせていくという面接技法をコーチングという。

## (3) 指導3回目以降

コーチングによって自らの考えた(医療者に

よって促されなかったら意識することのなかった) 問題解決法により, 問題が解決され, 適切な療養活動が維持できる患者もいる一方で, 自分が考えた解決法をも実践できない患者もいる. そのようなときには, 医療者側から明確に意思を表示し, 療養生活の変更について指示する必要がある. このようなときに必要な面接技法がアサーションである. アサーションが一方的な指示と異なるのは, 医療者側の意見と同様に患者の考え方や有り様を尊重している点にある. 新たな解決法を提案したうえで, それを選択するかどうかを患者に決定させるのである.

表1に医療面接の例を示すので, 参考になれば幸いである.

## ■ まとめ

世界的に肥満症は増加を示しているが, その一方で, 日本人女性の平均的 BMI は経年的な増加を示さず, 特異な状況である<sup>13)</sup>. このことは, 合併症が怖い(ネガティブなものから逃れる)という理由で肥満と闘うことが困難であっても, おそらくは美しくなりたい(ポジティブなものに向かう)という理由で肥満と闘うことは前者よりは困難ではないことを示唆している. その意味では, 食事療法は単に健康的であるのみならず, 同時に楽しいものであるべきであろう.

肥満症の食事療法にはさまざまな食事法があり, いずれにせよ遵守度が高いことが大切である. 楽しさこそが遵守度を高める最良の要素なのである. 患者個人に対しては, 初期に動機付けをした後は, 患者の言葉を傾聴(アクティブ・リスニング)し, 患者の嗜好に則った方法を考えてもらったり(コーチング), あるいは提案したり(アサーション)して, 患者と共に肥満症と闘っていくという医療者側の姿勢を患者に対して示すことが大切であるが, 同時に, 社会に対して, 楽しくて続けたい食事法を外食産業等に普及させることが, 肥満症食事療法の成功のコツではないかと筆者は信じている.

## ..... 文 献 .....

- 1) Sacks FM, Bray GA, Carey VJ, *et al* : Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *N Engl J Med* 2009 ; 360 : 859-873.
- 2) 齋藤 康, 佐々木 巖, 松澤 佑次 監修, 日本肥満症治療学会治療ガイドライン委員会編: 肥満症の総合的治療ガイド. 日本肥満症治療学会, 東京, 2013 ; 45-55.
- 3) Logue J, Thompson L, Romanes F, *et al* : Management of obesity : summary of SIGN guideline. *BMJ* 2010 ; 340 : c154.
- 4) Evert AB, Boucher JL, Cypress M, *et al* : Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care* 2013 ; 36 : 3821-3842.
- 5) 健康日本21推進フォーラム: ビジネスマン糖尿病実態調査—40代~60代ビジネスマン400人を対象に実施. 2009年12月4日. <http://www.kenko-nippon21forum.gr.jp/free/prerelease/contents030.pdf>
- 6) Shai I, Schwarzfuchs D, Henkin Y, *et al* : Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. *N Engl J Med* 2008 ; 359 : 229-241.
- 7) Wheeler ML, Dunbar SA, Jaacks LM, *et al* : Macronutrients, food groups, and eating patterns in the management of diabetes : a systematic review of the literature, 2010. *Diabetes Care* 2012 ; 35 : 434-445.
- 8) Johnston CS, Tjonn SL, Swan PD, *et al* : Ketogenic low-carbohydrate diets have no metabolic advantage over nonketogenic low-carbohydrate diets. *Am J Clin Nutr* 2006 ; 83 : 1055-1061.
- 9) 日本糖尿病学会: 日本人の糖尿病の食事療法に関する日本糖尿病学会の提言—糖尿病における食事療法の現状と課題. 2013年3月18日. <http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&storyid=40>
- 10) Malik VS, Hu FB : Popular weight-loss diets : from evidence to practice. *Nat Clin Pract Cardiovasc Med* 2007 ; 4 : 34-41.
- 11) Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, *et al* : Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction : a randomized trial. *JAMA* 2005 ; 293 : 43-53.
- 12) 西東京臨床糖尿病研究会医療支援部門. <http://www.nishitokyo-dm.net/seminar/cat1/cat4/>
- 13) Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, *et al* : National, regional, and global trends in body-mass index since 1980 : systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet* 2011 ; 377 : 557-567.