

3

食事療法

ステートメント

① 食事療法について **グレードA** **レベル1+**

食事療法は、すべての糖尿病患者において治療の基本であり、出発点である。食事療法の実践により、糖尿病状態が改善され、糖尿病合併症のリスクは低下する^{1,2)}。

② 個別対応の食事療法 **グレードA** **コンセンサス**

個々人の生活習慣を尊重した個別対応の食事療法がスムーズな治療開始と持続のために必要であり、そのためには食生活の内容をはじめ、食事の嗜好や時間などの食習慣や身体活動量などをまず十分に聴取する。

③ 摂取エネルギー量の決定 **グレードA** **コンセンサス**

血糖値、血圧、血清脂質のコントロール、体重の推移、年齢、性別、合併症の有無、エネルギー消費（身体活動）や従来の食事摂取量などを考慮して、医師が摂取エネルギー量を決定する。

摂取エネルギー量算定の目安

摂取エネルギー量 = 標準体重 × 身体活動量

標準体重 (kg) = [身長 (m)]² × 22

身体活動量 (kcal/kg 標準体重)

= 25～30 軽労作（デスクワークが主な人、主婦など）

30～35 普通の労作（立ち仕事が多い職業）

35～ 重い労作（力仕事の多い職業）

肥満者や高齢者では少ないほうにとるなど、症例ごとの病態も考慮する。

④ 摂取成分量

炭水化物は指示エネルギー量の50%以上60%を超えない範囲とし、蛋白質は標準体重1kgあたり1.0～1.2g、残りを脂質で摂取する。 **グレードA** **コンセンサス**

脂質の総摂取量は総エネルギー量の25%以内とし、飽和脂肪酸と多価不飽和脂肪酸は、それぞれ、摂取エネルギー量の7%、10%以内におさめる。 **グレードB** **コンセンサス**

位の補食が勧められる。1型糖尿病で強化インスリン治療中の患者では、食事あるいは間食に含まれる炭水化物の量は食事ごとに皮下注射されるインスリン量の重要な決定因子であるので、食事ごとの炭水化物量とインスリンの比率を調整する必要がある。外食の際には一般に炭水化物、油脂の摂取量が多く、濃厚な味つけ、野菜不足になる、偏食しやすい、などの弊害が多く、この点を考慮した摂取の工夫を指導する。冷凍食品などの加工食品も食塩・油脂の含有量が多く、成分や内容の確認が必要である。

食事指導にあたっては、糖尿病療養指導に熟練した管理栄養士とともに行うことが望ましい。日本では食事指導に食品交換表を頻用するが、十分な理解を得られないことも多い。そのような場合は、実際の食品やフードモデルなどを用いて指導する。カーボンカウント(carbohydrate counting)は、食事に際して食物中の炭水化物の量を量り食後の高血糖を抑え、インスリン注射をしているものではそれに応じてインスリン量を調節し良好な血糖コントロールを目指す方法である。しかし、この方法は、あくまで低脂肪の食事や健康的な食事を前提にしていることを忘れてはならない。食事指導にカーボンカウントを上手に取り入れることは、1型糖尿病患者の血糖コントロールに有用であることを示唆する報告もあるが²⁷⁾、他の方法との比較では、血糖コントロールに差を認めていない^{28,29)}。カーボンカウントは米国では広く用いられている方法であるが、いまだevidenceが不十分であり、わが国では食品交換表という独自のきめ細かい優れた方法もあり、カーボンカウントをどのようにわが国で取り入れていったらよいかは、今後の臨床試験の成績による。

文 献

- 1) UK Prosective Diabetes Study 7 : Response of fasting plasma glucose to diet therapy in newly presenting type II diabetic patients. *Metabolism* 39 : 905-912, 1990 レベル①
- 2) Pastors J, Warshaw H, Daly A et al : The evidence for the effectiveness of medical nutrition therapy in diabetes management. *Diabetes Care* 25 : 608-613, 2002 レベル①+
- 3) Kulkarni K, Castle G, Gregory R et al ; The Diabetes Care and Education Dietetic Practice Group : Nutrition Practice Guidelines for Type 1 Diabetes Mellitus positively affect dietitian practices and patient outcomes. *J Am Diet Assoc* 98 : 62-70, 1998 レベル②
- 4) Chandalia M, Garg A, Lutjohann D et al : Beneficial effects of high dietary fiber intake in patients with type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 342 : 1392-1398, 2000 レベル②
- 5) Wing RR, Blair EH, Bononi P et al : Caloric restriction per se is a significant factor in improvements in glycemic control and insulin sensitivity during weight loss in obese NIDDM patients. *Diabetes Care* 17 : 30-36, 1994 レベル②
- 6) Pi-Sunyer FX, Maggio CA, McCarron DA et al : Multicenter randomized trial of a comprehensive prepared meal program in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 22 : 191-197, 1999 レベル②
- 7) Hanefeld M, Fischer S, Schmechel H et al : Diabetes Intervention Study : Multi-intervention trial in newly diagnosed NIDDM. *Diabetes Care* 14 : 308-317, 1991 レベル①
- 8) McNaughton SA, Mishra GD, Brunner EJ : Dietary patterns, insulin resistance, and, incidence of type 2 diabetes in the Whitehall II Study. *Diabetes Care* 31 : 1343-1348, 2008 レベル④
- 9) Anderson J, Randles K, Kendall C et al : Carbohydrate and fiber recommendations for individuals with diabetes : A quantitative assessment and meta-analysis of the evidence. *J Am Coll Nutr* 23 : 5-17, 2004 レベル①+