

ーションし、指導のポイントを確認することにより、調査、指導法の標準化を図った。2回目以上の参加者については、介入研究の意義をより深く理解するためのEBMについての学習、情報交換を中心のプログラムとした。

2. 各セッションの内容

1) JDPP 研究の進捗状況 (共通)

神戸大学 佐藤 茂秋

管理センターの立場から、各協力施設の進捗状況について報国があった。研究の成果については中間報告であるため詳細なデータは示されなかったが、26施設において220名の介入が継続されていること、早くスタートした施設ではまもなく3年を迎えること、登録者のさらなる増加が必要であることを話された。

2) 糖尿病予備軍は「軽い糖尿病」ではない (共通) (資料2)

山形大学 富永 真琴

IGT (Impaired glucose tolerance) の疫学的研究成果について述べられ、糖尿病予備軍であるというだけでなく、心血管障害の危険因子としての重要性が大きいことを示された。要旨は以下のとおりである。

舟形コホート研究、DECODE 研究によると、IGT は心血管イベントの危険因子としての意義が大きい。それに比較して、空腹時血糖は高いが2時間値は正常範囲のIFG (Impaired fasting glucose) では糖尿病発症リスクは高いが (オッズ比: NGT に対し IGT は5.4、NFG に対して IFG は20)、循環器疾患発症リスクは IGT ほど高くな

い。食後高血糖、食後高脂血症が及ぼす血管内皮細胞への障害が注目されてきている。したがって、OGTT によって IGT を検出する意義は大きい。

IGT への対策の目標は糖尿病発症の予防と心血管疾患の発症予防が柱となる。Da Qing 糖尿病研究、Finish 研究、マルメ研究、DPP において IGT への生活習慣介入の効果についての報告がなされている。日本での研究結果が期待される。

3) 運動療法の理論 (共通)

名古屋大学 佐藤 祐造

生活習慣病予防、治療における運動療法の理論についてわかりやすく解説された。要旨は以下のとおりである。

「生活習慣病」の概念は早期発見、早期治療という二次予防指向の従来の疾病対策に加え、生活習慣の改善に重点を置く、一次予防指向の発症予防対策を推進するために導入された概念である。とくに糖尿病の主要な成因であるインスリン抵抗性は、過食、運動不足、肥満、ストレスなど生活習慣要因が大きく関与している。グルコースクランプの結果からも明らかのように、身体トレーニングの継続はインスリン感受性改善を介し、肥満、糖尿病の予防、治療に有用だけでなく、マルチプルリスクファクター症候群の予防、治療に有用である。

4) 肥満症治療の最前線「ダイエット談義」(共通) (資料3)

京都府立医大 吉田 俊秀

肥満症に対するアプローチを、具体的な症例の話題を交えながら楽しく解説さ

れた。

JDPP においても「体重の減少」を目標のひとつに掲げているが、具体的にどのようにアプローチすべきか悩むことも多い。肥満の原因を遺伝、環境要因に整理して解説された上で、具体的な指導法として、①ダイエット宣言をする、②あと一口を我慢する、③食前に生野菜を大量に食べる、④食後散歩の習慣をつける、⑤自分にあったストレス解消法を見つける、などの予防法を挙げられた。

5) 生活習慣アセスメントの意義と方法 (初回参加者) (資料4)

名古屋大学 佐藤 寿一

生活習慣介入にあたり、介入前、介入の各段階で定期的にアセスメントをおこなう意義について解説をした後、JDPP で実施している食事、運動など生活習慣のアセスメントを参加者に対して実施した。

昨年の研修会において、JDPP では調査量が多いとの意見もでていたが、生活習慣介入のためには生活状況を調査等での確に把握し、その結果得られた情報を有効に活用する必要がある。また、調査方法を標準化することにより研究の精度を高めることも大切である。

6) 糖尿病予防教室の実際

①糖尿病を予防しよう (初回) (資料5)

あいち健康の森健康科学総合センター
池田 久絵、津下 一代

第1回糖尿病予防教室「糖尿病を予防しよう」のデモンストレーションをおこない、指導の要点についてまとめた。

糖尿病予防の真の目的は何か、糖尿病

予備軍になった原因は何かというテーマで考えてもらったり、GTT などの検査結果から将来を考えるなど、参加者の気づきを促し、生活習慣改善意欲を高める方法に重点をおいて展開した。

②食事指導の実際 (初回) (資料6)

神戸大学 坂根 直樹

糖尿病にならないために、自分なら食生活をどのようにしていきたいか、長続きさせるための方法など、身近な話題をとりあげて本人のやる気を引き出すコツを解説した。

③運動指導の実際

運動療法の動機付け (共通) (資料7)

あいち健康の森健康科学総合センター
津下 一代

今の自分の生活をふりかえり、生活環境の変化から運動不足になっていることを意識すること、運動の効果を実感すること、自分にあった目標や運動法を見つけること、行動のわずかな変化を評価して継続につなげることなど、運動療法の導入について解説した。

運動指導の実際 (資料8)

(初回：金子、2回目以上：松井)

オフィスヒューマンモア 松井 浩
あいち健康の森 健康科学総合センター
金子 智隆

「運動は楽しくなくては続かない」、
「効果を実感できるための指導法」などをテーマに、実際に体を動かしながら運動指導の展開を示した。「運動はつらい」「退屈」「ただなんとなくやる気がしない」という思いから、「これならでき

る！」気持ちに変えていくさまざま工夫が展開された。

6) JDPP について考える (2 回目以上)

(資料 9)

天理よろづ相談所病院 辻井 悟

2 回目以上の参加者を対象に、JDPP の理念、プログラムについて再確認し、方法論、教材などについて意見交換をおこなった。また、JDPP のこれまでの成果についても参加者の感想を引き出しながら、「自分たちでよりよいプログラムを考える」という主体的な参加を促した。

7) EBM ってなに? (2 回目以上)

(資料 10)

神戸大学 鎌江 伊三夫

EBM とは、医学上の診断法や治療法を、科学的に検証されたデータに基づいて選択することを目指す考え方である。JDPP の目指すところは、糖尿病予防に生活習慣介入がどの程度有効化を検証し、科学的証拠をえることである。このためにランダム化対照試験 (RCT) とし管理センターで割り付けを行っていること、評価として、糖尿病への移行率を強力介入群、普通介入群で統計的に比較すること、NNT (治療必要数) をわりだすことなど解説された。

8) グループワーク (共通)

「生活習慣改善のための指導・ツールについて—さまざまな工夫を紹介しよう」

会場に 6 つのブースを作り、参加者は 10 名程度のグループで回りながら生活習慣病指導のための工夫を学びあった。

① JDPP 生活習慣データの入力とレポートの活用法 (佐藤寿一)

「食事さん」「行動くん」を用いて入力作業を体験。

② 食事指導の工夫 (津下一代、早瀬須美子)

協力施設での食事指導の展示 (カードバイキングなど)、デモンストレーション。

③ 運動指導の工夫 (坂根直樹、松井浩)

短時間、小スペースでもできる運動指導の紹介。

④ 生活習慣記録機器の紹介

ライフコーダ、ハビットなどの展示。

9) グループワーク (共通)

「うまくいった事例紹介」

地区ブロックごとに班分けし、地区担当班員を交えて意見交換を行った。初回参加者は具体的な方法について既参加施設にアドバイスを受けた。既参加者は「再度介入を行うこと」「ドロップアウトを防止していく工夫」などについて話し合われた。教室等の日程に関しては、できるだけ対象者に合わせるために週末や休日などの参加しやすい日を設定したり、対象者が少人数の施設では、事前に対象者の都合を聞いた上で日程を調整しているところもあった。

JDPP 実施の障害になっている点として、市町村では他の予防プログラムとの競合をあげるところが多かった。とくに「個別健康教育」とのかねあいについて各地域、担当者の悩みがみられた。また、企業では上司、会社側の理解をどのように得るかが焦点となった。産業医を通したはたらきかけについても提案された。

今後は全国の研修会だけでなく、地区ブロックごとに定期的に情報交換をすること

の必要性が確認された。

3. 研修会参加者に対するアンケート結果（資料 11）

研修会終了後、参加者について各セッションの重要度と理解度について 5 段階評価のアンケートを実施した。また、感想を自由記述してもらった。

アンケートの結果は図のとおりであり、いずれも「よい」「非常によい」をあわせると 8 割程度の回答であった。共通プログラムについて、初回参加者と 2 回目以上の参加者を比較すると、2 回目以上の参加者の理解度が良好である傾向がみられ、繰り返し研修を行うことにより理解度が高くなる可能性が示唆された。

感想の中にも「実践的な内容でよかった」「他の施設の状況がわかった」などの回答があり、カリキュラムの目的は一応達することができたと考えられた。

しかし、初回参加施設については「理解はできたが、まだ不安がある」との回答がみられたことから、地域でのサポート体制の強化が必要であると考えられた。

研究に対する意欲を 5 段階評価で尋ねたところ、初回参加者においては 65%が「JDPP 参加の意欲が高まった」と回答し

ている。2 回目以上の参加者については継続の意欲は高まったが、新たに対象者を募集することについては前向きな回答がやや少なかった。介入期間が長いこと、施設全体の理解をえるのに労力がかかるであろうことも一因と考えられた。

4. 研修会のまとめ

今回 2 日間の研修会では、グループワークによる意見交換、具体的な事例による検討、実践的な指導技術の向上を目的としてプログラムを編成した。また、糖尿病に関する最新知識の紹介や、本研究の進捗状況、効果についてのレクチャーをおこなった。

今回の研修会では、参加者アンケートよりその目的はほぼ達成されているものと考えられる。2 日目早朝のウォーキングには 8 割以上の参加者があり、池の周り 2.5km のウォーキングと軽いストレッチを楽しんだ。保健指導者が自らの体を動かすことの楽しさを味わえたのではないかと思う。

糖尿病予防のための健康教育をより一般化するためにも、保健指導者が自信をもって指導にあたれるよう、研修プログラムを汎用化する必要性を痛感した。

JDPP

保健サービスを利用した生活習慣介入による2型糖尿病の予防に関する研究
平成13年度研修会

平成13年11月23日(金・祝)～24日(土)

あいち健康プラザ(愛知県知多郡東浦町)

総合コーディネーター 津下、坂根

23日(金・祝)

	初回参加者		2回目以上(介入中)	
10:30～ 11:00	研究の目的 プロトコール	辻井悟		
11:00～ 12:00	生活習慣アセスメントの意義 と方法 ・身体活動度調査 ・食事頻度調査	佐藤寿一		
受付				
13:00～	開会の挨拶・班員紹介 「糖尿病予備軍は『軽い糖尿病』ではない: 死の四重奏」 JDPP 研究進捗状況		葛谷英嗣 富永真琴 佐藤茂秋	
14:00～ 15:00	糖尿病予防教室の実際(1) 糖尿病を予防しよう	津下一代	JDPPについて考える 成果、方法論、教材な どについての意見交換	辻井悟 (坂根)
15:00～	チェックイン			
15:30～ 16:30	糖尿病予防教室の実際(2) 食事療法	佐野 (坂根)	レクチャー 科学的根拠とは? EBMってなに?	鎌江 伊三夫 (津下)
16:40～ 19:00	グループワーク「生活習慣改善のための指導・ツールについて」 さまざまな工夫を紹介しよう (ハビットやライフコーダの使用法、データの見方を含む)		班員一同	
19:00～ 20:30	夕食および懇親会			

24日（土）

8:00	朝のウォーキング（有志）	
9:00～ 9:30	レクチャー 「運動療法の理論」	佐藤祐造
9:30～ 10:40	糖尿病予防教室の実際（3） 「運動療法の動機づけ」 「運動指導の実際」	津下一代 松井浩 金子智隆
10:50～ 12:00	グループワーク 「うまくいった事例紹介」	坂根直樹
12:00～ 13:00	ランチョンセミナー 「ダイエット談義」	吉田俊秀
13:10～ 14:00	質疑応答・班員からのコメント	班員一同
14:00	閉会挨拶	葛谷英嗣

- * 糖尿病教室の実際（1）～（3）はまずチューターが実際にやってみます。その後グループに分かれて実演してもらい、より効果的な方法について考えます。
- * 各レクチャーは20～30分程度とし、その後グループに分かれて実演や話し合いを行い、参加者が消化できる時間をつくりたいと思います。
- * すでに介入を実施している2回目以上の参加者には、教室の工夫やうまくいった事例などについて事前に考えてきてもらい、グループで紹介してもらいます。
- * グループワーク「生活習慣改善のための指導・ツールについて」のセッションでは
 - ① 行動くん、食事くんなどの生活習慣評価ツール
 - ② ハビット・ライフコーダの使用法
 - ③ それらのデータの上手な返し方
 - ④ 普段工夫しているさまざまな指導ツール
 などについてブースを設け、参加者はグループで回りながら体験していきます。
 （各ブース15分程度）
 全部回り終わった後、関心の高いブースでもう一度じっくり学習します。
- * 24日朝8時から、晴れていれば池の周りのジョギングトラックで軽いウォーキングをします（有志）。

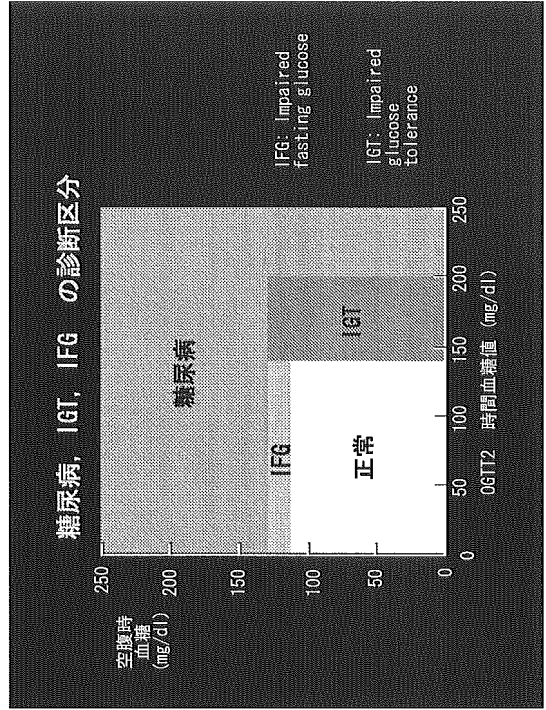
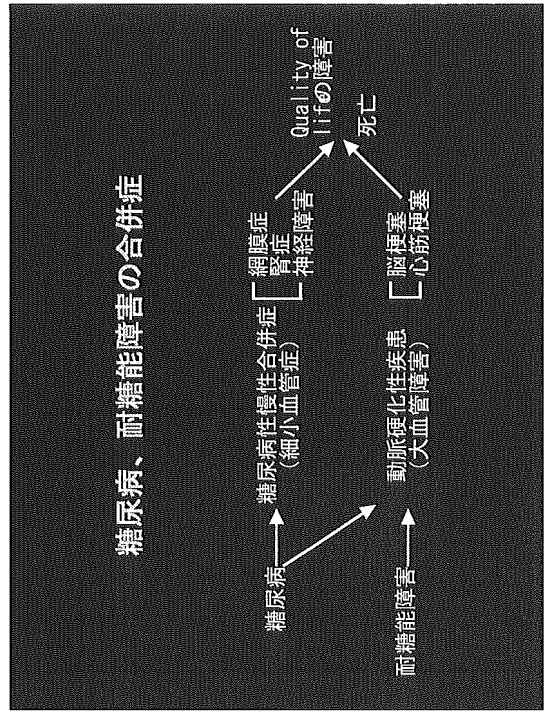
①PP：保健サービスを利用した生活習慣介入による 2 型糖尿病の予防に関する研究
平成 13 年度研究発表

糖尿病予備軍は「軽い糖尿病」ではない

山形大学医学部臨床検査医学 高永真琴

NIDDM の成因

(東京女子医科大学 岩本安彦)



DECODE Diabetic Epidemiology Collaborative analysis Of Diagnostic criteria in Europe

空腹時血糖値 (ADA 診断基準) と OGTT2 時間血糖値 (WHO 診断基準) に関連した死亡率を比較検討

欧州で実施された13の prospective cohort studyより解析
対象: 30歳以上の25,364名 (男性: 18,048名, 女性: 7,316)

追跡開始時における非糖尿病患者: 24,088名

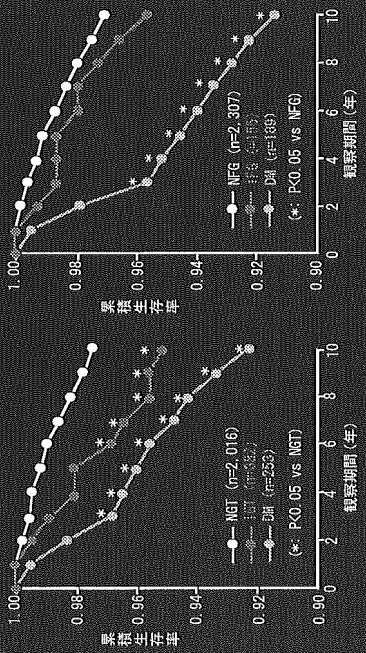
糖尿病患者: 1,276名

平均追跡期間 7.3年

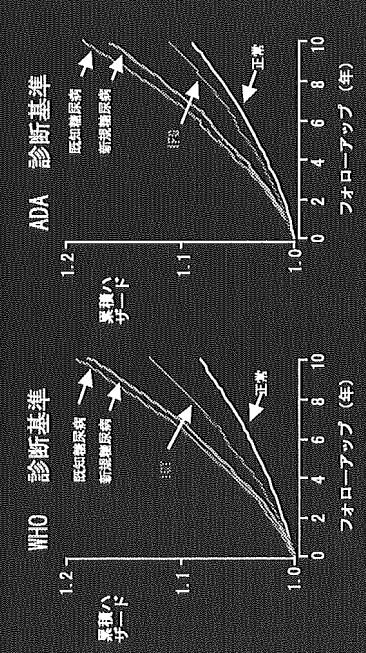
累積追跡年数: 男性 132,785人年, 女性: 48,900人年

(DECODE study group: Lancet 354, 1999)

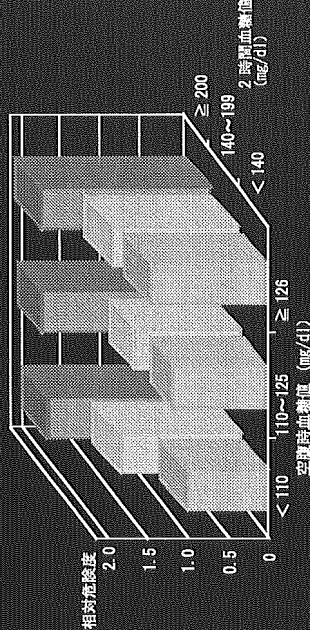
舟形コホート集団の生命表分析 (心血管イベント)



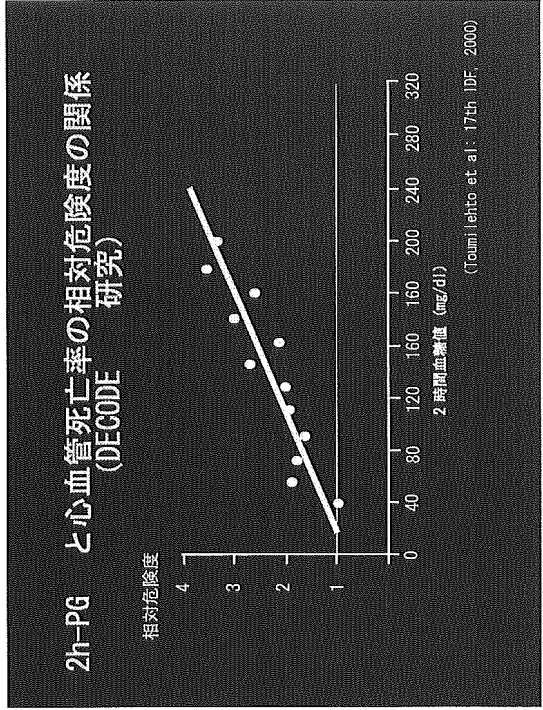
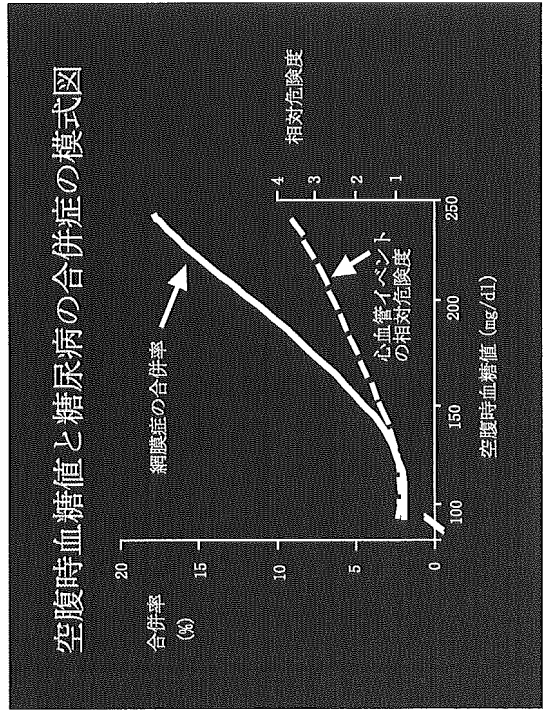
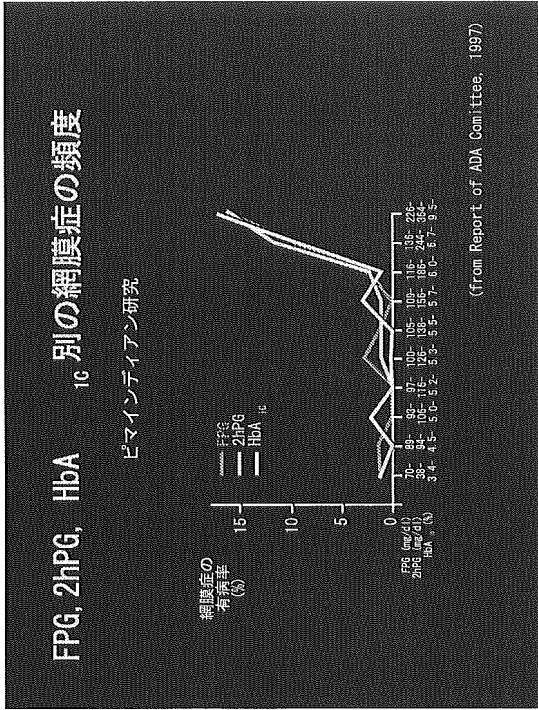
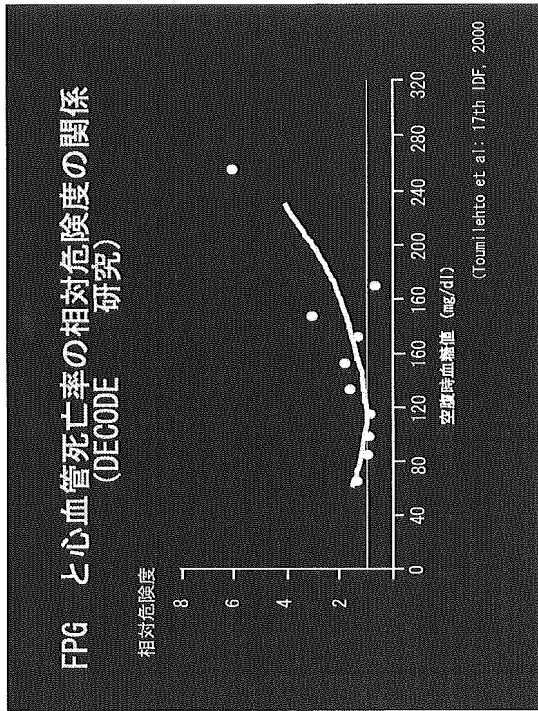
DECODE 研究: 心血管イベントの累積ハザード



FPG と 2h-PG からみた総死亡率の相対危険度 (DECODE 研究)

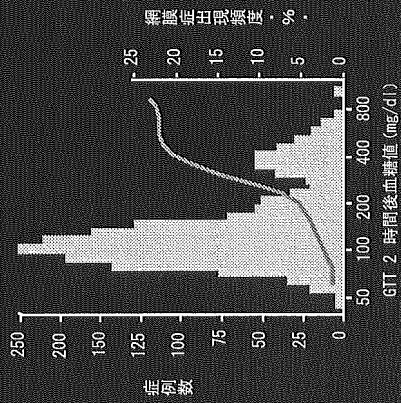


年齢, 性別, 施設, コレステロール, BMI, SBP, 変煙で補正
(DECODE study group: Lancet 354, 1999)

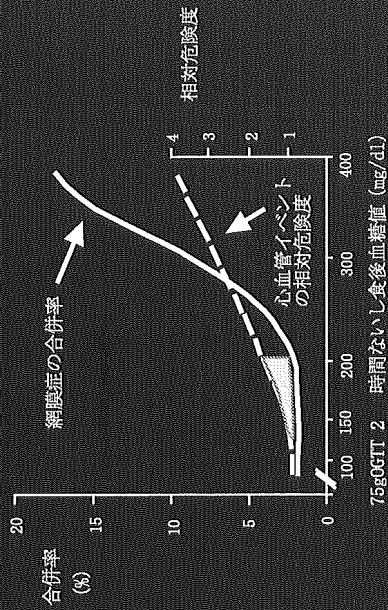


ピマインディアン研究

GTT 2時間血糖値の度数分布：網膜症の出現頻度



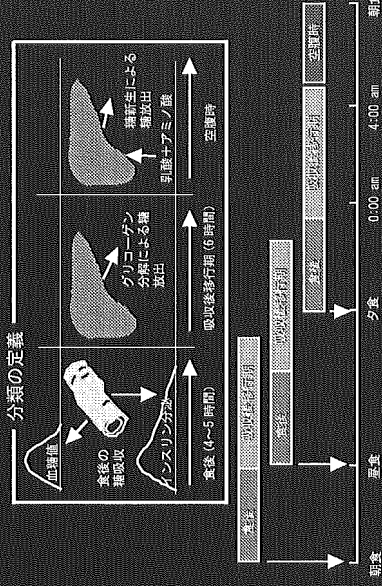
75gOGTT 2 時間ないし食後血糖値と糖尿病の合併症の模式図



耐糖能障害 (IGT) の意義

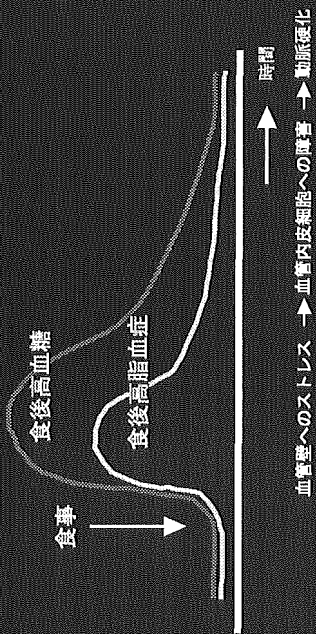
- 糖尿病予備軍
- 心血管疾患のハイリスク群

食後から空腹時にかけて糖代謝の変化に時間帯の模式図



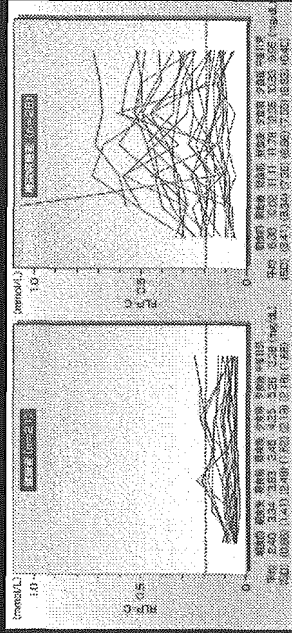
(Ibarnier L. Eur. J Clin Invest. 30, 2000)

食後高血糖，高脂血症が血管壁に及ぼす影響



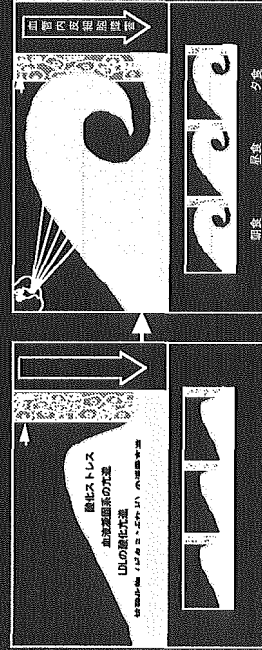
(Hallier, H: Diabetes Res Clin Pract, 40, 1998)

健常者と糖尿病患者における RLP-C の日内変動



(田中明による)

食後高血糖をもたらす血管内皮への障害

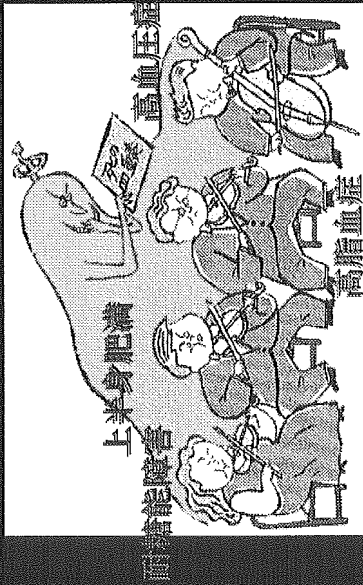


(Gerriello A: Diabetes Metab Res Rev, 16, 2000)

生活習慣関連疾患診断の過去，現在，将来

糖尿病	高脂血症	高血圧
過去 75gOGTT 血糖値	空腹時TC, TG 値	随時血圧
現在 空腹時血糖値	空腹時TC, TG 値	随時血圧
将来 食後血糖値	食後TC, TG 値	24時間血圧

死の四重奏 (Kaplan 1989)

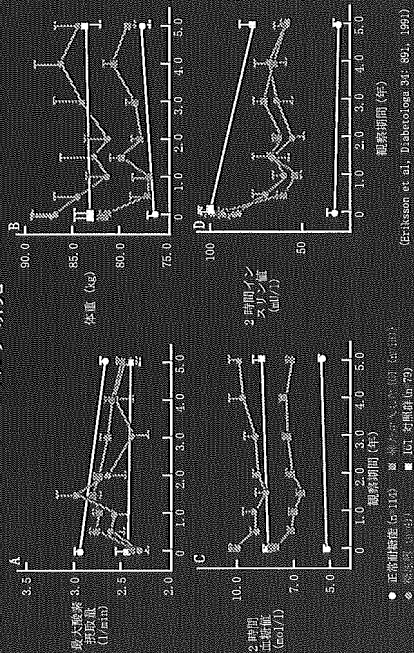


肥満・肥満症の指導マニュアル (医歯薬出版) より

耐糖能障害 (IGT) のへ対策の目標

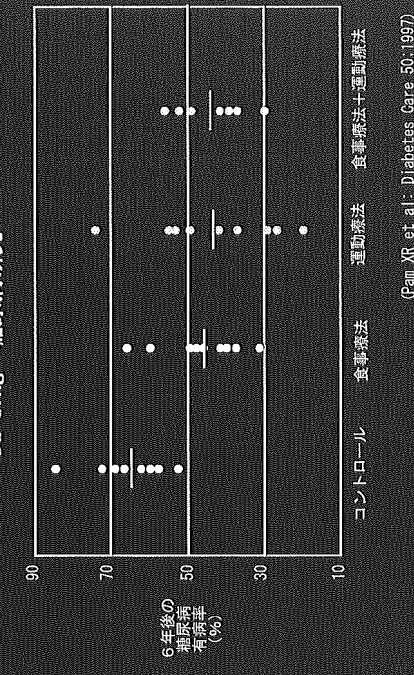
- ・ 糖尿病の発症を予防する
- ・ 心血管疾患の発症を予防する

マルメス研究

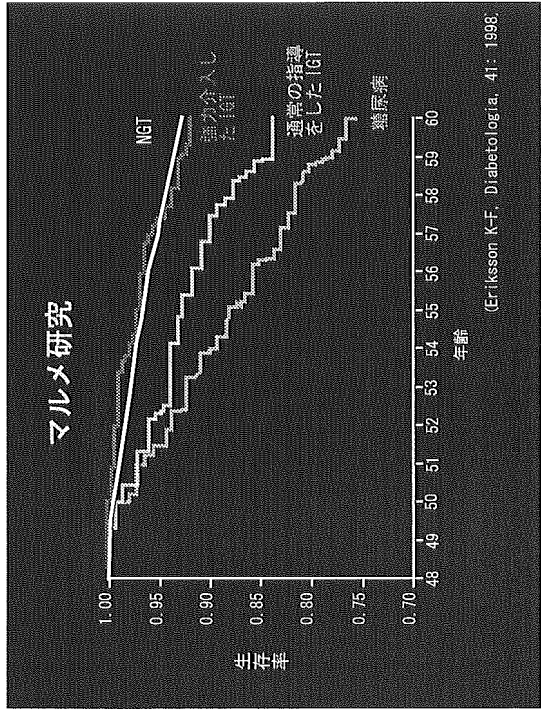
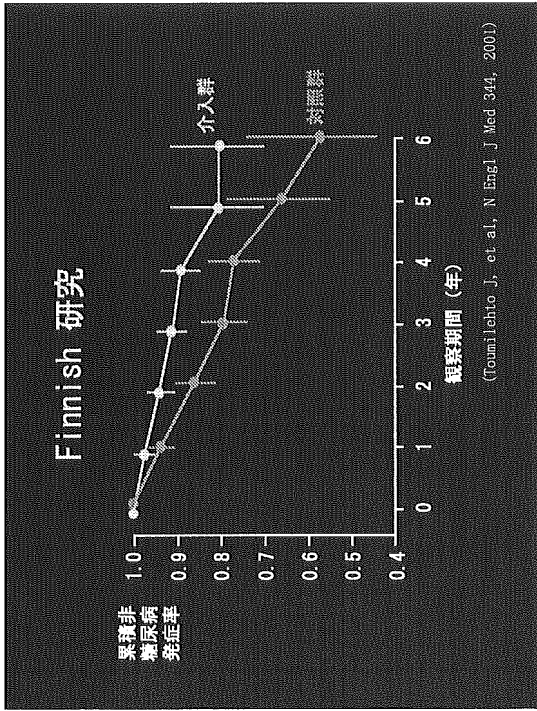


(Gribben et al., Diabetologia 34: 893, 1991)

Da Qing 糖尿病研究

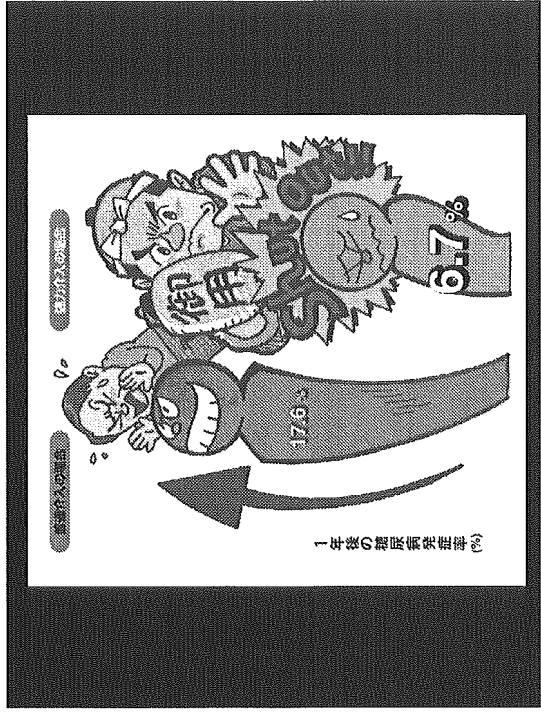


(Pan XR et al. Diabetes Care 50:1997)



Diabetes Prevention Program (DPP) - 3 years

	対照群	メトホルミン群	ライフスタイル変更群
糖尿病発症率 (%/年)	11.0%	7.8%	4.8%
糖尿病発症率の減少率	-	31%	58%
1人の糖尿病発症を予防するのに必要な人数	-	13.9	6.9



ダイエット談義

京都府立医科大学付属病院 内分泌・糖尿病・代謝内科 教授 吉田俊秀

私の肥満外来には年間 780 人以上の患者さんが来られている。その内訳は、92%が女性、平均年齢 47 歳、初診時平均体重 85kg。外来は朝早くから満員で外来が終わると、待合室のソファはへっこんでしまっているし、床が抜けないか心配でしたという看護婦さんもいる。そんなわが肥満外来の昨今の様子をお伝えしよう。

「やせ願望」はお断り

17 歳、身長 162cm、体重 59kg の女性 F さんは、「太っているので、痩せさせてください」とやって来た。最近のマスコミの影響によるのか、痩せ願望の女性の受診も多い。しかし、医学上の肥満の定義は、体内に脂肪が過剰に蓄積した状態である。日本肥満学会では、BMI (body mass index) = 体重 (kg) ÷ (身長 (m) × 身長 (m)) で 25 以上を肥満と定義している。それゆえ、F さんの場合、BMI は 22.5 で肥満の範疇に入らない。BMI が 22 のときに最も病気にかかりにくいことが統計上知られているので、これを利用して、標準体重は、身長 (m) × 身長 (m) × 22 とされている。

肥満者にはそうでない人に比べて、糖尿病や高血圧、心筋梗塞、高脂血症、脂肪肝、胆石、さらには膝痛や腰痛などの病気の合併が多い。医学的には肥満だけでは病気ではないが、肥満にこれらの合併症を伴ったとき、「肥満症」として、治療の対象にしている。F さんには、このことを説明して、無理なダイエットをしないこと、バランスよく食べることを指導して帰っていただいた。

20 年で 7.3 トンの砂糖

47 歳、115kg の女性 Y さんは、近所の整形外科で、腰痛を治すには減量しかないと言われて、しぶしぶ来院された。初診時、私が「痩せるのは難しいよ。相当の決心がいるよ」と言うと、変な顔をして、“痩せ薬をください”と言われた。私は、「肥満というのは薬を飲んでいるときだけ痩せればよいというものではないのです。痩せたり太ったりを繰り返すと、肥満に伴う糖尿病や高血圧のような病気が、一生、治療を必要とするくらいの深刻な状態になってしまうことがある。食事療法や運動療法は痩せるための必須条件であり、薬はつけたしだ。痩せた後はもう二度と太らないという決心をしてからまた来てください」とお断りした。すると大声で泣き出し、「腰が痛いのに整形外科では注射も打ってくれずに、痩せて来いと言うし、内科では薬もくれへん。腰痛はどうしてくれるのか」と言う。それから、次のようなやりとりが続いた。

「でも食べたエネルギーが使ったエネルギーを下回るとき初めて痩せるんだから、痩せるためには食べる量を減らすことと、腰が痛いけどじっとしていたら使うエネルギーも少ないから痩せにくいことはわかるでしょう。それで食事療法ですが、やってみますか」「教えてください」「あなたの場合、まず、まんじゅう、ケーキ、チョコレート、アイスクリーム、ぜんざい、羊羹、缶コーヒーはやめてください」「ええ、先生、そんなこと言わないで、せめて羊羹一本だけは食べさせてください」「なに、羊羹一本？」「羊羹 3 本とシュークリーム 3 個、20 年間毎日食べてきたのに、急にゼロには出来ません」「あなたねえ、羊羹一本にどのくらい砂糖が入っているか知っていますか？」「そらたくさん入っているやろうけど」

「羊羹一本に砂糖 300 グラム入っているんですよ。羊羹 3 本とシュークリーム 3 個 20 年間毎日食べてきたと言われるけど、それだけで、1 日 1 キロの砂糖を食べているのだから、20 年間で 7.3 トンもすでに食べている。この診察場 2 つ以上の量だよ」「そんなに食べたとは思わなかったけど」「まあ、甘いお菓子だけでもやめる練習をしてみなさい」「できるやろか」「腹が減ったら生野菜を食べるようにしなさい。カロリーが低いので腹一杯食べてみなさい。どんなものを食べたか記録用紙に書いてきなさい」

2 回目の受診で、診察室へ入ってくるなり、

「先生、お菓子やめたら 3 キロも減った。ほんとうやな」とニコニコしていた。

キャベツで満腹感を

39 歳、81 キロの女性 T さんは、その日、3 回目の受診だった。食事記録からみると、米飯の量はこれでよいが、たんぱく質は卵 1 個と魚 1 切れの日が多く、極端に摂取量が少ない。「はじめに言ったように、ダイエットするときでも絶対食べないといけないものがあるのです。それは 1 日あたり 70 グラムのたんぱく質です。心臓、肝臓、腎臓のような臓器は寝ているときでも動いています。ヒトが生きていく上で必要最低限のエネルギーを基礎代謝と呼んでいます、そのエネルギーは口から食べた蛋白質からのみ補われるのです。これを食べなかったら、心臓もぼろぼろになって突然死の危険すら出てくるのですよ。蛋白質 70 グラムというと、牛乳 200cc 一本、卵 1 個、魚 70 グラム（さしみなら約 4 切れ）、肉 70 グラム（8 センチ×4 センチ×0.8 センチまたはハム 2 枚半）、豆腐半丁です。これほどにかくきちっと食べてください。また、おやつとしてにぎりこぶし大の果物を 2 個食べてください。急激に体重を減らすのではなく、食べながら徐々にやせるほうがピシッと引き締まってきれいにやせられるのです。食前には必ず 10 分間よく洗った生野菜（キャベツやレタス等）を大量噛んで食べてください。これは腹を一杯にするだけではなく、便通をよくし、かつ、皮膚のしわを防ぎ、きれいにやせることにつながるのです。キャベツなら一日に半個くらい一人で全部食べるくらいでないとおなか一杯になりませんよ」

やせにくい人もいる

53歳の女性 Mさんは、79キロだった。

「先生、食事療法守ってもやせません」

「食事記録からみると、確かに米飯の量は朝夕、2/3杯（120グラム）づつでよいが、昼は6枚切りのパン1枚の上にポテトサラダを載せて食べているみたいですね。イモやカボチャは腹に入れば米飯とだいたい一緒ですから、食べてもいいですが、その分だけパンや米飯の量を減らさないとだめです。それに、あなたの場合、前回採血しておいた検査で、 β_3 アドレナリン受容体という痩せるための遺伝子が痩せにくいタイプに変わってしまっていますので、前回は標準的な基礎代謝に合わせた1200キロカロリーのダイエットメニューを教えたのですが、この遺伝子多型がある場合にはこのメニューでは痩せにくいので、今日から、1000キロカロリー食に減らします。米飯は一回量半杯にしてください。でもこのカロリーでは腹が減りますので生野菜は食前にさらに大量に食べてください。また、食欲を抑える薬剤も出しておきますので食前に飲んでください。

姑、夫、子供でストレス

49歳、70キロの女性 Sさんも、3回目の受診。

「先生から聞いた食事・運動療法はよく理解できているのですが、どうしたらそれが守れるのか教えてください」

待ち時間のうちに記載していただいたアンケートを見ると、ストレスが非常にかかった状態であることがわかった。われわれの調査では肥満女性の70%は何らかのストレスに悩まされており、このストレスを紛らわすために甘いものを食べている。それゆえ、この過食の原因になっているストレスを取り除くことなしに、食事・運動療法を指導しても、いつかストレスが爆発してしまい、長続きするはずがない。そこでわれわれの外来では待ち時間の間にストレスをチェックする問診カードに記入していただき、これをもとにカウンセリングする「ストレスマネジメント療法」を食事・運動療法と併用している。中年女性の三大ストレス原因は①嫁姑の確執②夫の帰りが遅い③子供の受験である。Sさんも、嫁姑確執がストレスの原因だった。嫁と離れる時間をつくるため、運動療法と称し毎食後30分間散歩させ、途中の河原で「バカヤロー」と大声を出すことを勧めた。

この患者さんの場合、その後、過食は激減し2ヵ月後に7キロ減量、8ヶ月後には62キロになり11号サイズの服が着られるようになったと喜んでおられる。

これらは肥満外来のほんの一面にすぎない。われわれの肥満外来では食事・運動療法に加え、必要に応じてストレスマネジメント併用療法を行っており、薬物療法は医師が必要と考えるときのみ行うことにしている。しかし、これらの方法で、治療5年後に減った体重を維持できている人が約50%もおられる。

問題はストレスはいろいろ変わるようで、1つ治すと次のストレスが前面に出てきてまたそれをコントロールする必要にせまられる。それゆえ、患者さんにはいつでも太りそうに

なったら早めにおいでと言っている。そのため、外来患者さんの中には現在 61 キロと 57 キロの「元肥満」の女性も含まれている。

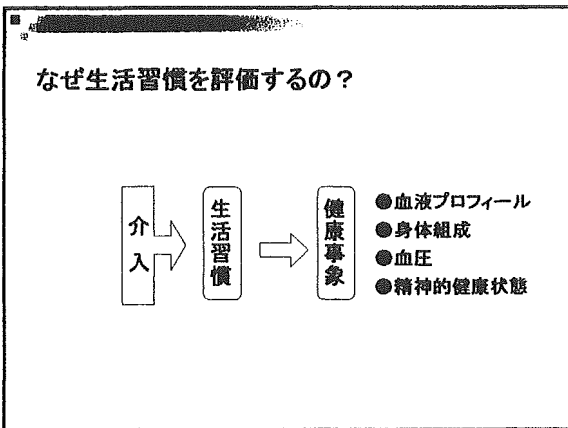
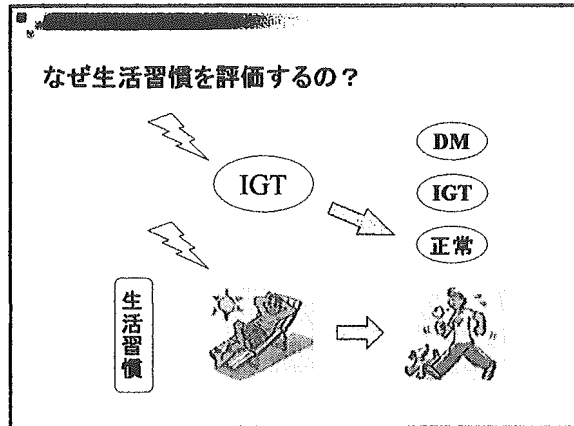
予防のための 5 項目

自称肥満の皆様に肥満を予防し、健康な毎日を過ごしていただくために以下の 5 項目を考えてみた。

①ダイエット宣言をする。②あと一口を我慢する。③食前に生野菜を大量に食べる。④食後散歩の習慣をつける。⑤自分にあったストレス解消法を見つける。これらのどれか1つからでも実行してみてください。それも人に言われたからやっているのではなく、自分で決心して自分でやっているのだという強い自覚を常に持ってやってみてください。ダイエットを成功させるには、ある程度の厚かましさと、無責任な外野の声を一切無視する強い意志が必要なのです。美しくなるため、健康になるためと確信して。

生活習慣アセスメントの 意義と方法

名古屋大学医学部附属病院総合診療部
佐藤 寿一



- ### 生活習慣改善のプロセス
- 第1段階 生活習慣の改善についてまだ関心がない
⇒ 生活習慣と疾病との関係について説明する
 - 第2段階 生活習慣改善の必要性を認識しているが、すぐに実行しようとは思っていない
⇒ 生活習慣を分析する
 - 第3段階 生活習慣改善の必要性を認識しており、今すぐにも実行しようと思っている
⇒ 生活習慣改善のための具体的な計画を立てる
 - 第4段階 生活習慣の改善を実行している
⇒ 生活習慣を再評価する
 - 第5段階 好ましい生活習慣を維持している
⇒ 生活習慣改善による効果を確認する

- ### 食生活の評価
- 食事の評価
 - 摂取エネルギー量の評価
 - 各栄養素のバランスの評価
 - 食習慣・食行動の評価

- ### 食事の評価法
- 食事記録法**
摂取した飲食物の量をその都度記録用紙に記入
 - 食物摂取頻度調査法**
日常摂取することが比較的多い食品に関して、それぞれの摂取頻度を答える

食事記録法

長所

量的に正確な情報が得られる

食生活を変化させる

短所

被験者負担が大きい

短期間の記録では日常を表すことが困難

記録日数が多いと不完全な回答が増加する

データのコード化に時間がかかる

食生活を変化させる

食物摂取頻度調査法

長所

個人の日常の食事をより反映する

短所

詳細な情報が得られにくい
ため定量が困難

目安量を用いればある程度の定量も可能

身体活動度の評価法

行動記録法

行動のすべてを1~2時間ごとに記録用紙に記入

身体活動度調査法

日常生活で取ることが比較的多い活動に関して、それぞれの時間と頻度を答える

歩数計・加速度計

食行動質問票

以下の質問に「はい」「いいえ」でお答えください。

1. 朝食を食べないことが多い。	1. はい	2. いいえ
2. 食事の時間は不規則である。	1. はい	2. いいえ
3. 夕食は就寝前2時間以内にとることが多い。	1. はい	2. いいえ
4. 夜食をよくする。	1. はい	2. いいえ
5. 間食をよくする。	1. はい	2. いいえ
6. 腹いっぱいになるまで食べることが多い	1. はい	2. いいえ
7. 食べる速度は速いほうである。	1. はい	2. いいえ
8. 味付けは濃いほうが好きである。	1. はい	2. いいえ
9. 夕食を1人で食べることがよくある。	1. はい	2. いいえ
10. いららすると何か食べたくなる。	1. はい	2. いいえ
11. 手近に食物があるとつい食べてしまう。	1. はい	2. いいえ
12. あまり食べたくない時でも人にすすめられると食べてしまう。	1. はい	2. いいえ
13. 料理があまるともったいないので食べてしまう。	1. はい	2. いいえ

