

体重を毎日2回以上測定し記録しよう

メタボリックシンドロームにおける行動療法

●はじめに

腹囲(メタボリックシンドロームの基準は男性85cm以上・女性90cm以上)についてはいろいろ議論のあるところではありますが、わが国における肥満症の多くはメタボリックシンドロームタイプつまり内臓肥満であり、その治療は数10kgの体重減少を必要とするものではないと言われています。現在の体重のわずかに5%減でも糖・脂質代謝異常の改善や血圧の低下は十分期待できます。つまり治療の要諦は、内臓脂肪燃焼を目的とした比較的軽度な減量とその長期的な維持にあります。しかしヒト肥満の治療に携わると、それがいかに困難なことであるかを実感します。なぜならヒトの食行動が情動や概念に左右されるからです。

世間にはダイエットの情報が氾濫しています。肥満症の患者が太るのは、このような情報にうといからではなく、むしろ豊富な知識を有しているにもかかわらず、体重をうまくコントロールできないためと考えるべきです。つまり総論的なアプローチでは限界があり、「患者の日常生活の中で、何が体重を増加させる原因になっているかを一つ一つ抽出し、可能なことから修復していく」という具体的なアプローチが重要と思われる。

1 ヒト肥満症の特徴

野生動物はお腹が満たされると、周りにおいしそうな餌が現れても見向きもしません。しかしヒトは、お腹いっぱいであってもケーキが出れば、「甘いものは別」と食べることができる。“別腹”という概念があり、これが肥満症治療を複雑にしています。

下図に、ケーキを目の前にした3人の行動が描かれています。健常者はケーキを見て「おいしそう、でもお腹いっぱい」と手を出すのを控えています。神経性食思不振症(一般には拒食症とも言われています)の患者は、**即座にカロリーを計算する**と言われています。一方、**肥満症**の患者はまず「手が出る」というものです。ここで注目すべきことは、この肥満症の患者は**お腹が空いているかいないかは関係なく、反射的に食行動を始めている**ことです。このように肥満症には特有の食行動や思考様式があり、時として、その是正が必要となってきます。

神経性食思不振症

健常者

肥満症



不二越病院 健診センター長
新家 悦朗

4 治療の有意性

行動様式を主体とする肥満治療において最も重要なことは、減量実績や合併する病態の改善のみならず、患者さんの行動様式が減量に同調しているかどうかということです。この点を踏まえ、グラフ化体重日記を指標とし食事栄養指導を行った実践例をお話します。指導はグラフ化体重日記の完成度に応じて行われ、以下の3段階に分かれています。

- ①グラフの記入そのものができていない時期には細かい指導を行わず、体重測定を習慣をつけることに専念する。
- ②不規則でもグラフがきちんとつながるようになれば、生活状況を把握し食事内容に注意することを指導する。
- ③波形が規則正しくなると、波形の意味を理解させ、食事内容へのフィードバックや体重を自主的にコントロールすることを要求する。

このように、摂取カロリーには一切触れずにグラフ化体重日記を指標とした食事栄養指導を実施した、大分県の病院の糖尿病外来のデータを紹介します。

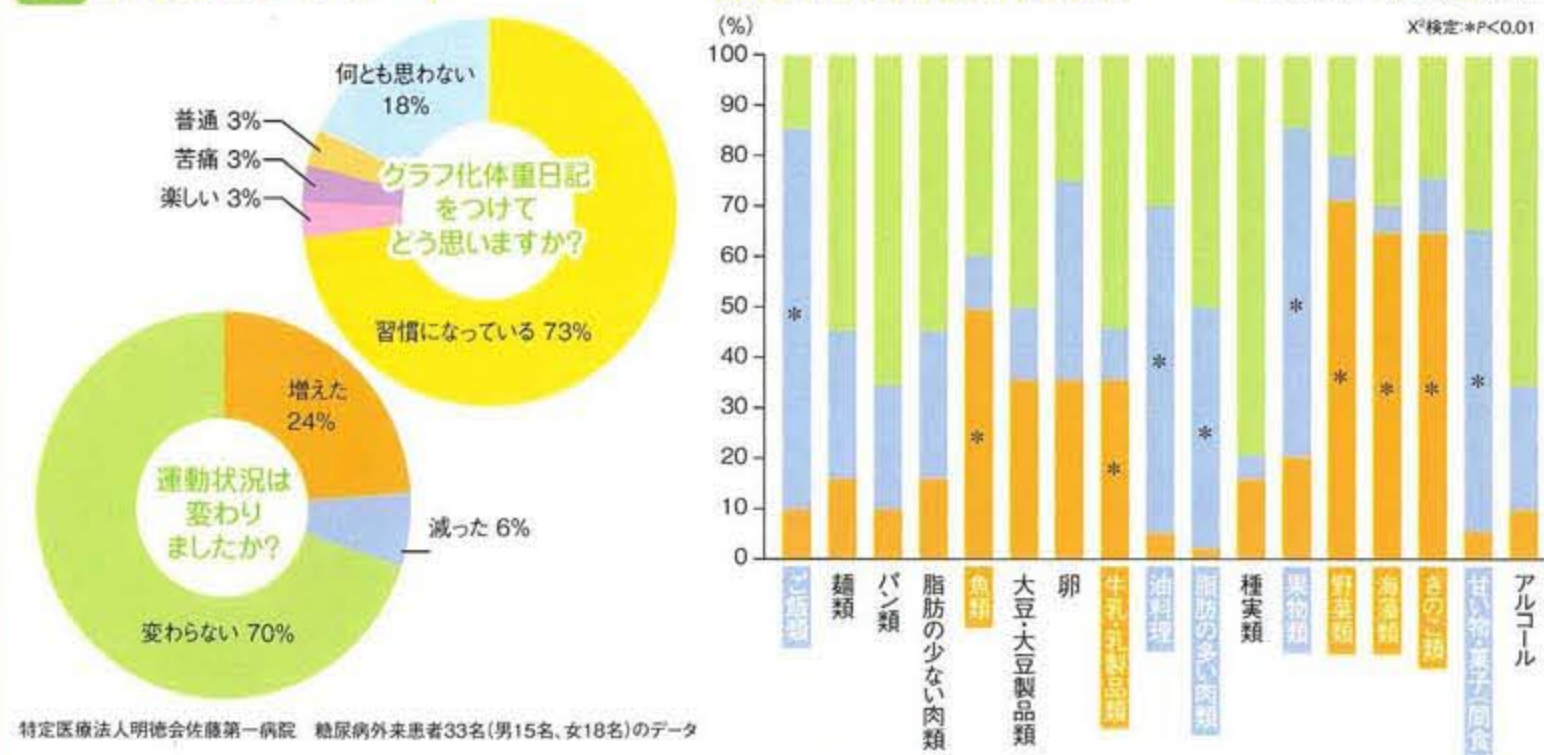
グラフ化体重日記を3ヵ月以上継続できた群を「継続群」、2ヵ月間続いていたが、理由があって一度受診を終了した

群を「終了群」、1回のみ受診で次の来院がない群を「脱落群」とすると、継続群が57%、終了群が16%、脱落群が27%といった割合でした。この3群間でBMI〔body mass index、体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)〕、HbA1c、血圧の変化を比較・検討したところ、継続群でのみBMIは有意に低下し〔27.2→27.0(kg/m²)〕、HbA1cは継続群〔7.5→6.6(%)〕および終了群〔6.8→6.5(%)〕で有意に低下していました。一方、血圧は収縮期、拡張期ともに有意な変化は認められませんでした。このことは、体重測定を長期に継続できた群において、体重減少ならびに血糖コントロールの改善を認めたことを示しています。

さらに今回検討に参加した外来患者さんの中で、アンケートに協力された33名の結果を示します(図4)。多くの患者さんはグラフ化体重日記の記載には、特に抵抗がないことがわかりました。また4人に1人は「運動が増えた」と回答し、食事内容ではご飯類、油料理、脂肪の多い肉類、果物類、甘い物・菓子の摂取が有意に減少していました。

つまり食事や運動指導を全く行っていないにもかかわらず、患者さん自らが運動するようになり、高カロリーの食事を意図的に減らしたわけです。体重を毎日規則正しく測定する習慣が患者さんの行動変容を引き出したことを示しています。

図4 患者さんアンケート



●おわりに

今回、大分大学医学部総合内科学第一講座加隈哲也先生、吉松博信教授の著書を参考にしました。

文献 坂田利家:肥満症治療マニュアル、医歯薬出版、1996。

2 行動療法の原点

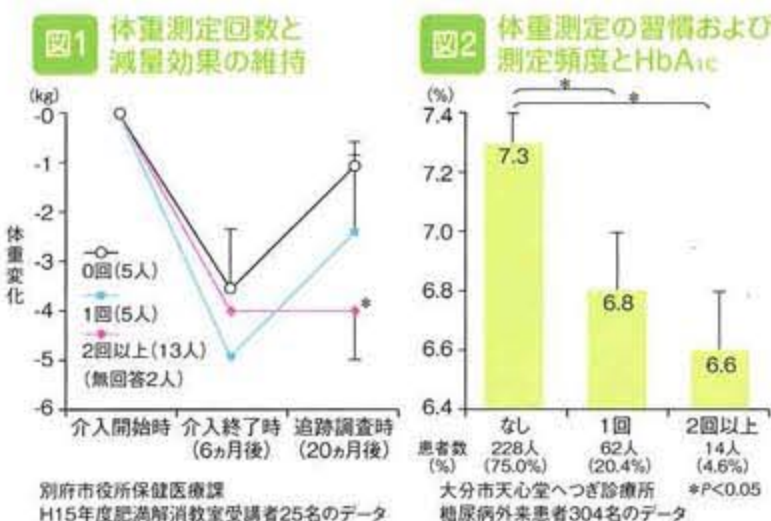
一般的に肥満者は、体重を測定する習慣がありません。ここで、体重の測定が肥満症の治療にいかにか効果的なものであるか、最近の知見を紹介します。

大分県別府市役所保健医療課で実施した肥満解消教室の受講者のデータを示します(図1)。参加者にはスタッフが生活習慣の改善について指導を行い、介入開始時、介入終了時(6ヵ月後)および追跡調査時(20ヵ月後)に体重測定を実施しました。体重測定の習慣が全くない群、1日1回体重を測定する習慣がある群、1日2回以上測定する習慣がある群に分けて検討したところ、介入終了時にはどの群でも明らかな体重減少を認めましたが、体重測定の習慣がない群と体重を1日1回測定する習慣がある群では、追跡調査時には体重がリバウンドしました。一方、1日2回以上測定する習慣がある群では減量した体重が維持されていました。

次に、大分県のある診療所の糖尿病外来患者のデータを示します(図2)。体重測定の習慣および測定頻度とHbA1c(現時点より過去1.0~1.5ヵ月間の平均血糖値を反映する指標、正常値は4.4~5.8%)との関係を調べたと

ころ、体重測定の習慣が全くない群のHbA1cは7.3%だったのに対し、1日1回体重を測定する習慣がある群のHbA1cは6.8%、1日2回以上測定する習慣がある群のHbA1cは6.6%であり、測定する回数が多いほど、HbA1cは有意に低いことが判明しました。

以上の結果は、体重測定の習慣がある人で、なかでもその回数が多い人ほど減量した体重を維持し、血糖コントロールも良好に保つことを示しています。減量が肥満症の治療の原点であることを考えると、毎日の体重を測定すること自体が最も重要な行動療法であり、その結果は身近なところにはっきりと表れています。



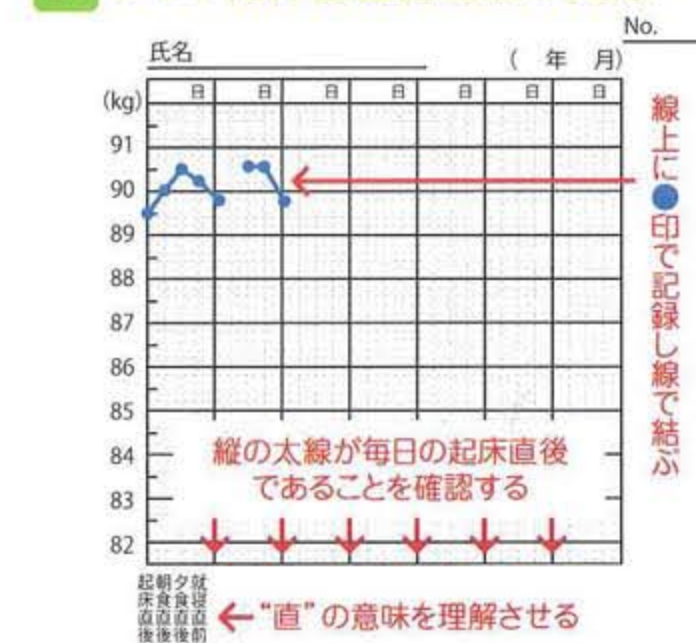
3 行動療法の実際

肥満症患者の治療遂行にあたって、その行動変容が医療側の指摘によってなされるのか、患者の「気付き」によって行われるのかが重要な課題となります。減量した体重を長期にわたり維持することは、患者自身が問題に気付き、自主的に減量した場合にこそ可能となります。肥満症の行動療法としていくつかの技法が取り上げられていますが、前述した通り、体重測定の実践が最も簡便で、最も有効と思われます。ここでは、実際に大分県の病院で用いられている、体重測定に独自のスタイルを示す「グラフ化体重日記(図3)」について解説します。

まず、現在の体重を上から2~3枠目に設定します。太線の半分が0.5kgに相当すること、点線の1目盛りが0.25kgに相当すること、減量目標が4~5kg下の太い線にあることを確認します。体重は、起床直後、朝食直後、夕食直後、就寝直前の1日4回測定し、縦の太線が毎日の起床直後であることを確認します。そして、実際に測定した体重を日記に記録して直線で結んでいきます。この際、測定した体重を紙に記録しておき、後でまとめて記載することは意味がありません。患者が刻々と動いていく体重変化を、その場で視覚的に捉えることが重要なのです。グラフ上の体重変動は、単に食事量の増減に伴う体重の増減ではありません。主観が入らないこの方法により、患者自身が

食事量、食事内容、生活様式など、食生活を左右する因子を客観的に把握することを目的としています。その日の体重がなぜ増えたか、あるいは減ったかについて、体重波形をじっくり見直し、その理由を就寝時までに検討することが重要なのです。

図3 グラフ化体重日記記載の実際



- 氏名、日付け、年月日、No.は必ず記載
- 現在の体重を上から2~3枠目に設定する
- 1枠の半分が0.5kgに相当することを確認する
- 1目盛りが0.25kgに相当することを確認する
- 努力目標の体重を4~5kg減へ設定する