

特集② メタボリックシンドロームとどう向き合うか

メタボリックシンドローム予備軍を どう行動変容させるか？

—管理栄養士の果たすべき役割—

長年の生活習慣がその原因となっていることも多いメタボリックシンドローム。予備軍においては、行動変容させることで病状の進行を止めたり、緩やかにすることが可能です。本稿ではどのように行動変容させるのかをみていきます。

株式会社ウェル・ビーイング 代表取締役 **鈴木誠二**

□ はじめに

昭和30年代まで、日本人の死亡原因は結核や肺炎などの感染症でした。誰もが等しく医療を受けられる国民皆保険制度や、保健所の公衆衛生体制、病院の救急救命体制の原型はこのころにつくられました。

時代とともに、国民の疾病構造は急性疾患から慢性疾患へと大きく変わり、2003年度には死亡原因の6割を慢性疾患である生活習慣病が占めるようになりました。しかし44年間、大きな変更もなく皆保険制度が運用された結果、国民のなかに「病気になるたら医師に治してもらおう」という依存体質と「病院に行ったら治る」という幻想ができてしまったのではないかと思えます。大学病院への患者の集中と訴訟の増加に、私はそれを感じるのです。

医療機関への依存度の高さと高齢化により、過去最高となった2003年度の国民医療費総額31兆5375億円は、2010年度に41兆円、2025年度には69兆円に増加すると、厚生労働省は試算しています。

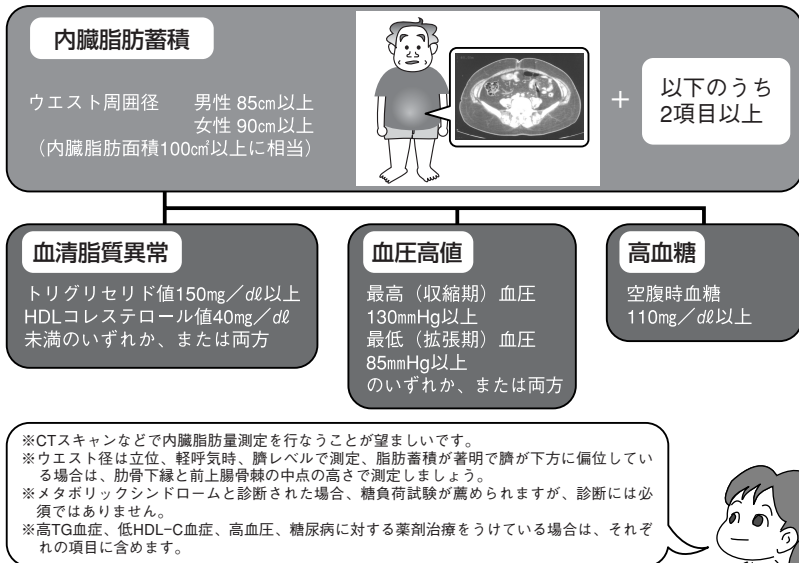


過食が原因で起るメタボリックシンドローム

近年、生活習慣病は単なる高血圧症や高脂血症、糖尿病ではなく、過剰な内臓脂肪の蓄積が原因で起る代謝（メタボリック）異常であることがわかってきました。

メタボリックシンドロームは図1（P80）のように考えられています。すなわち、必須項目となる内臓脂肪の蓄積（マーカーとなるウエスト周囲径は男性85cm、女性90cm以上）に、①血清脂質異常、②血圧高値、③高血糖の3項目のうち2つ以上を有す

図1 メタボリックシンドロームの診断基準



(メタボリックシンドローム診断基準検討委員会, 2005)

る場合です。

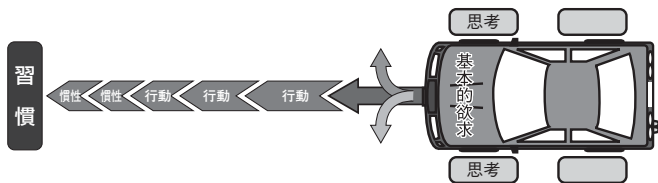
ここで問題となるのは内蔵型肥満であり、その原因は食べ過ぎです。ではなぜ、現代人に肥満が多くなったのかを考えてみましょう。

皆さんはどんなときに食べるでしょうか？ おなががすいたとき、食事の時間になったとき、友だちから誘われたとき、口寂しくなったとき、イライラしたとき、こう考えると、食べるという行為はあまり意識しないで行なっている習慣性の強い行動であることがわかります。

一方、太るとはどういうことでしょうか？ 『摂取カロリー>消費カロリー』ですね。「あなたは食べても太らない自分の1日の摂取カロリーを知っていますか?」。私は講演会で、毎回この質問をしますが、服や足のサイズを覚えていてる人でも自分の1日の理想摂取カロリーは知りません。服や靴は自分のサイズに合わせて買うのに、食べ物は自分のサイズを意識せずに口に入れてしまう。私はここに肥満の問題があると思います。

この肥満の問題は今に始まったわけではありません。40年前、現在の日本成人病(生活習慣病)学会である日本成人病学会が設立され、26年前には日本肥満学会の前身となる研究会が発足しています。厚生省(現・厚生労働省)も『ゴールドブ

図2 思考と行動と習慣の関係



ラン” “新ゴールドプラン”を発表し、最近の”健康日本21”まで肥満予防に取り組んできました。しかし、肥満の増加を抑えられないのが現状です。前述した

ように、日本は基本的に急性疾患の医療体制をとりながら慢性疾患を診ていきます。診療報酬も治療中心に設定されており、予防の中心となるカウンセリングなどは病院経営上、採算性のよい医療行為とはなりません。生活習慣病は、その人の健

康維持にとって好ましくない生活習慣、たとえば喫煙や過食、運動不足が原因となつて起こる疾患です。したがって、生活習慣を変えればよいのですが、医師は患者や予備軍の生活習慣を変える方法や手段を持ち合わせていないので、手をこまねいて

いるようにみえます。習慣は行動の連続によって形成され、行動は思考によりコントロールされます(図2)。ですから習慣を変えるには思考にアプローチしなければなりません。そう考えると、これまでの行動パターンを変えることによって生活習慣を変えること(これを行動変容といいます)は医学や医療の問題ではなく、哲学や人生観の問題と捉えたほうがよいようです。メタボリックシンドローム予備軍の行動変容がうまくいかない理由を、私は表1(P82)のように考え

ています。

治療と予防の違いを「行なうのは誰か?」という観点から考えると明確になります。自ら治療することが好きな医師は、相手に何かをやってもらう”予防”が苦手なのかもしれません。



管理栄養士による行動変容支援が急務

2003年3月、医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針が閣議決定されました。そのなかの「生活習慣病対策の考え方」に「効果的な保健事業の手法の開発・普及―生活習慣の改善(行動変容)に結び付く健診等の保健事業の充実を図る―とあります。

私は、健康保険組合を介してメタボリックシンドローム予備軍の行動変容の実態をみてきました。そこに

表1 行動変容がうまくいかない理由

医師側の理由

- ①相手の思考にアプローチする時間とスキルがない
- ②高い診療報酬がとれない
- ③興味のある研究や治療ではない

患者側の理由

- ①痛みがない
- ②あたりまえ過ぎて、忘れてしまう
- ③立派な言い訳で正当化してしまう

は病院で行なわれている「保健指導」があり、ウォーキングは多くの健康保険組合で実施されました。しかし、メタボリックシンドロームが著しく減少した報告はほとんど聞きませんでした。

私たちは2001年に「生活習慣病予防対策プロジェクト（会長・日野原重明）」を設立し、生活習慣病の予防に有効な方法を検討してきました。そのなかで日本体育大学大学院の大野誠教授は「運動によって筋肉をつけ、基礎代謝量を増やし、体重を下げるのは至難の業」と、その理由も含め話してくれました。食事によるコントロールが圧倒的に効果的なのです。ここに、管理栄養士の出番があると私は思っています。

管理栄養士は一人職場が多く、看護師に比べると病院やその他の職場での発言力は弱く、決定権も限られているようです。医療は医師と看護師が中心に行なっているといっても過言ではないでしょう。予防医学も例外ではありません。しかし、医師・看護師中心で行なってきた予防医学がうまくいっていないのです。メタボリックシンドロームのおもな原因が「過食」だからです。でも、「食事指導」の専門家である管理栄養士が対応してもうまくいかない場合が少なくありません。最近「人間栄養学」や「臨床栄養学」という言葉が耳にしますが、これは従来の栄養学が食べ物に目がいていて、食

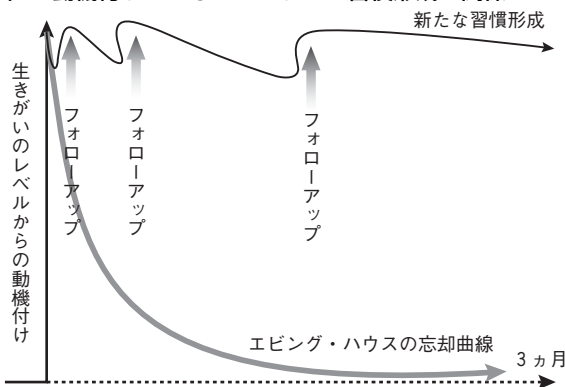
べる人のほうを向いていなかったと反省の表れでしょう。私は、これを一步進めて「食べる人の心」に焦点を当て、その人の食品選択行動と摂食行動、さらには運動までフォローすることを提唱しています。生活習慣病の予防を支援する専門の管理栄養士、名付けるなら、「生活習慣病予防支援専門管理栄養士（以後、予防支援士と略します）」が増え、その人たちがメタボリックシンドローム予備軍の行動変容の支援を行なったなら、今以上の改善が得られると確信しています。なぜなら、人は自分に合った食べ方を修得すれば、必ず適正体重になるからです。



予防支援士に必要なマインドと知識とスキル

先に、人間の習慣は思考が誘導する行動の連続によって形成されると

図3 動機付けとフォローアップと習慣形成の関係



述べましたが、生活習慣病を予防するにはこの思考を健康思考に変えることが必要です。健康は人生の目的ではないので、それが大切だとわかっていても、私たちはいつしか意識をしなくなります。したがって、

予防支援士が行なうべきことは、相手の（健康でありたい）と思う気持ちを高め、その気持ちが消えないようにフォローアップすることです（図3）。私はこのとき死生観を持ち出し、「あなたはどんな生き方をしたいと考えますか？」と尋ねます。そして、その人が大切にしているものや人生の目的が明確になった段階で「健康がすべてではありません。しかし、健康を失うとすべてを失いますが、それでもいいですか？」と、その人の意思を確認するのです。このような会話は、お互いの信頼関係の上のみ成立します。ですから予防支援士は相手からの信頼を得るために、「自分の思いを伝える」ということをしなければなりません。情報を伝えるだけならコンピューターで十分ですが、思いを伝えるには「会う」のが一番です。私はこの

ような理由から、予防支援士とメタボリックシンドローム予備軍の人は、まずお会いして、最低限、相手の顔が思い浮かぶ関係をつくってから、コンピュータでの情報のやり取りをすることを勧めています。

予防支援士には、相手の思考にアプローチする知識とスキルが必要です。コーチングや認知心理学の知識とスキルの修得は、管理栄養士養成課程のなかには入っていないので、レベルアップしておいたほうがよいと考えられる解剖生理学や病態栄養学とともに卒後研修で修得すべきでしょう。



行動変容を支援できる予防支援士のすすめ

メタボリックシンドローム予備軍の行動変容支援は、医療政策の最重要課題です。厚生労働省は健康保険

組合に対し「健診・保健指導の実施を義務づけ、メタボリックシンドロームとその予備軍を2015年に25%削減する」との計画を打ち出しました。「保健指導」となっている

ので、管理栄養士ではなく保健師や看護師が指導するように捉えられがちですが、肥満の予防は食べ物の選び方と食べ方の問題です。食べたい食品群のなかからその人に合った食べ物と食べ方をアドバイスし、それが続けられているかどうかを定期的にフォローするのは、看護職より管理栄養士のほうが向いています。

管理栄養士には勉強熱心な方が多いのですが、自信が持てないのか、看護職ほど一人で現場に出てカウンセリングやコーチングを行なうことが少ないようです。介護分野においても、栄養の問題は大きなウエイトを占めているはずなのに、ケアマネ

ジャーが療養上の管理や指導を行なう「居宅療養管理指導」を管理栄養士に依頼してくることはまれです。

現代社会を見渡すと、若い女性はやせ願望、メタボリックシンドロームの増加、在宅高齢者の低栄養と肥満等々、適切な栄養管理を必要としているケースが山積しています。

自立した管理栄養士が現場に出て、栄養に関する問題を解決するところが、今ほど求められている時代はないと思います。そのために管理栄養士は、問題を認識する問題発見能力、問題解決に必要な情報を集める情報収集力、問題解決のプロセスを論理的に展開できるロジカルシンキング、自分のイメージを正確に相手に伝えるコミュニケーション能力、相手が望む方向にリードするコーチング能力などをスキルとして身に付け、運動生理学、解剖生理学、病態

栄養学、認知心理学といった知識（ナレッジ）とともに修得する必要があると考えます*。

参考文献

1) 大野誠「自宅入院ダイエット」（集英社新書）2005

*時代が求める総合的な力をもった管理栄養士を育成するため「生活習慣病予防支援専門管理栄養士」養成講座を2006年5月から開設します。お問い合わせは(株)ウエル・ビーイング内生活習慣病予防支援専門管理栄養士養成講座事務局（☎03-1622-1912(499)）まで。

●鈴木誠二（すずき・せいじ）

1979年茨城大学農学部卒業。85年名古屋大学大学院農学研究科博士後期課程生化学制御専攻修了後、翌年農学博士の学位取得。同年テルモ(株)に入社。87年山梨医科大学医学部研究生となり、90年同社生物評価センター主任。2001年テルモ(株)を退社し、(株)ウエル・ビーイング（顧問・日野原重明）を設立。代表取締役就任し、現在に至る。04年東京大学医療政策人材養成講座第1期生修了。おもな研究領域は生活習慣病の予防、ストレスマネジメント、アレルギー、腎不全、クローン病、NSTなど。