



# 精神科における食行動評価尺度 の作成にむけて

～栄養教育における  
行動科学理論の活用～

**岡部 聡子** (おかべ さとこ)

郡山女子大学 家政学部 食物栄養学科  
准教授



## 1. はじめに

私は元来、好奇心が強く、思い立つといってもたってもいられない性質<sup>たち</sup>でして、現職に就く前はさまざまな経験をしてまいりました。もともと、ICU・CCU（集中治療室）の急性期看護の現場で看護師をした後、機器に囲まれて設備が整っている日本から離れ、聴診器1本の世界では本来の5感（見る、聴く、触れる、嗅ぐ、そして予見する）が磨かれるのではないかと考え、青年海外協力隊に参加しました。そして、赤道直下の南太平洋の島、30ほどの環礁から成るマーシャル諸島の首都マジュロにある唯一の病院に配属となりました。ふと気が付くと、病棟に看護師が私一人で、他の看護師はどこかで談合していたり、寝ていたり……。日本との職業倫理の違いに一番驚かされました。こんな世界があるのだと。

協力隊の経験から薬より日々の食事が大切と痛感し、帰国後は管理栄養士の道を選ぶことにしました。本学に入学し、10歳年下の子たちと一緒に4年間学びました。

## 2. 栄養教育の視点

私の専門は栄養教育論です。対象となる人の理

解と、指導方法について学生に指導しています。以前の栄養指導では、知識の伝授を中心とした知識中心型健康教育や、病気の脅威を伝えることで、病気の予防や改善にむけてやる気を促す脅し型健康教育が主流でした。しかし、現在はこの脅し型健康教育はかえってやる気を削いでしまうことも報告されており、また、大切なのはわかっているけど実行できない、といった問題が生じています。どれだけ指導をしたかということより、実際にどれだけ結果が出たのかというアウトプットが重要視されるようになりました。そこで、今は行動科学理論を栄養指導に取り入れて人の行動特性を理解することに着目しています。人が行動を起こすには、やる気がどのくらいあるのかに左右されます。そこで、やる気の心理的段階を理解してその状況に即した行動変容技法（後述）を活用する方法が取られてきています。また、コミュニケーションを重視し、カウンセリングやコーチングといった心理面を配慮した受け答えの方法などこの教科で伝えています。栄養指導のステップを下記に示しました。

1) 対象者の状況を理解する：対象者の置かれて

いる心理的段階を把握する際、よく用いられている理論のひとつにプロセスから禁煙プログラムから開発したトランスセオレティカルモデル（行動変容段階モデル）<sup>1)</sup>があります（図1）。特定保健指導の質問項目にもなっていて、外来栄養指導のアセスメント（患者さんの状態を把握する）などに活用されています。6カ月以内に行動を変える気があるかどうかからステージが始まり、行動を変えて6カ月以上経過するとその行動は定着したとみなします。まずは、対象者がこのステージのどの段階に該当するかを見きわめ、その時期にあった栄養指導のアプローチを考えます。

2) 行動療法に基づく栄養指導：行動療法は1950年代に広まったもので、代表的なのはスキナーのオペラント学習理論です。ラットを使った実験で、ボタンを押す（先行刺激：きっかけ）とえさが出る（強化刺激：結果）の実験箱を作成し、実証しました。ひとに適用し、ある望ましい行動を強化したいときは行動の後に褒めがもらえる仕組みをつくることで、行動が強化されるというものです。その後、問題行動を変えるためのさまざまな行動変容技法が編み出されました。「体重管理」を例に、下記に広く用いられている代表的な技法を紹介します。

- ①目標設定：目標を決めることで、目標が明確になり実際の行動が取れやすくなる。
- ②セルフモニタリング：目標に沿って、体重の記録、食事の記録など日々実行する項目のチェックリストとする。
- ③刺激統制：食べすぎを防ぐために食べ物を見えるところに置かない、お菓子を買いだめしないなど問題行動の刺激を環境面から調整す

ること。

- ④認知再構成法：「いらいらしたとき食べることで気を紛らわす」といった思い込み（認知）に働きかけ、お風呂に入ることでもいらいらを軽減できることに気づかせるなど、人の考え方や物事の受け止め方に働きかけて、より健康的で望ましい行動が取れるように導く方法。
- ⑤ソーシャルサポート：本人を支える人的環境のこと。新しい行動パターンを一人で継続していくことは困難なことが多い。その行動を支えてくれる人の存在。

3) 行動変容技法は主に前述のステージでいうと準備期以降の栄養指導に活用できる方法です。全ステージを通して、支持されるコミュニケーション法としては、カウンセリング技法やコーチングがあります。図2にアレン・E・アイビイのマイクロカウンセリング技法（意図的面接法）を掲載しました。臨床心理士のようなプロの心理家とは違い、私たちのようなメディカルスタッフ（医療に携わる医師以外のスタッフのこと）はマイクロカウンセリングでいう基本的かわり技法までが範疇となります。相手の気持ちを受け入れながら、本人が自らの問題に気づくように支援していきます。この姿勢はコーチングにも共通することで、一方的に知識を伝授するというのではなく、対象者の置かれている状況を理解し、「わかっているけどできない」という気持ちに寄り添って打開策をとるに考えていきます。

### 3. 精神科における栄養指導

私は以前、精神科看護教育の現場に関わる仕事

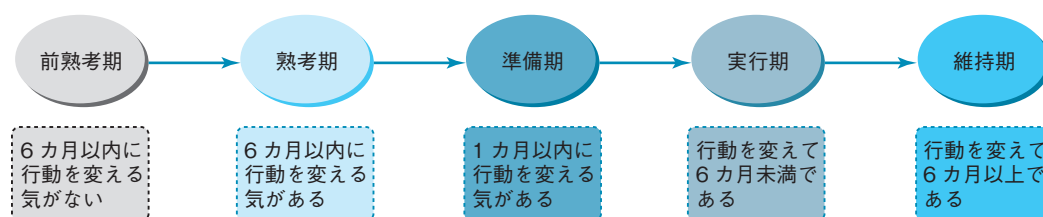
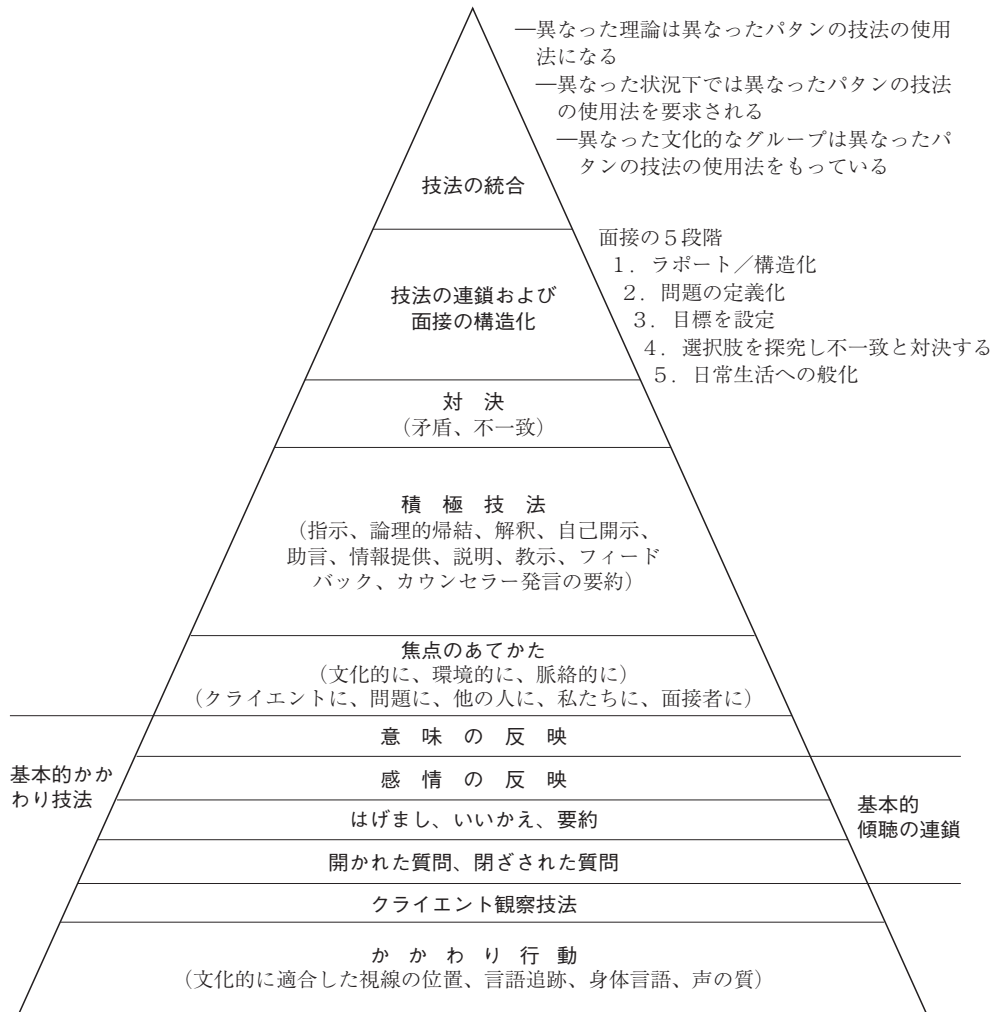


図1 トランスセオレティカルモデル（行動変容段階モデル）の5つのステージ

引用：春木敏編、栄養教育論、医歯薬出版



1. かかわり行動とクライアントを観察する技法は、効果的なコミュニケーションの基礎を形成しているが、これはかならずしも訓練のはじめがふさわしい場所であるというわけではない。
2. かかわり技法（開かれた質問と閉ざされた質問、はげまし、いいかえ、感情の反映、要約）の基本的傾聴の連鎖は、効果的な面接、マネージメント、ソーシャルワーク、内科医の診療時の面接やその他の状況下でたびたび見出される。

図2 マイクロ技法の階層表

引用：アレン・E・アイビー著、福原真知子他訳、マイクロカウンセリング、川島書店

をしていました。その関係から大学に勤務する前は、精神科のクリニックに勤めていました。精神科の勉強会に参加し、勉強会を開催していたクリニックに就職し、直営給食の立ち上げと外来・入院栄養指導、訪問看護を担当して、充実した日々を送っていました。

精神科における栄養指導は、精神病状による気分の不安定や活動性の低下、薬剤の副作用などのために食行動が乱れやすい<sup>4)</sup>と指摘されており、また、身体疾患（肥満や糖尿病）のために食行動改善が必要でありながら、精神疾患を併せ持つことにより食行動変容が困難になることが多いです。

精神科における栄養指導成果は精神状態が不安定とされる入院の患者さんよりも、外来患者さんの方がかえって悪く、入院では3食管理されているものが、退院すると食物選択が自由になることがその原因と考えられています。

私は以前、前職を退職するまでに高度肥満症、脂質異常症、糖尿病などで外来栄養指導を実施した患者さんに対して追跡調査を行いました。終了後3年以上経過した時点で指導成果の維持状況を調べるものでした。そのときの評価の指標として、食行動に影響を与える心理的側面の評価尺度であるDEBQ質問紙（The Dutch Eating Behavior

Questionnaire) の日本語版<sup>5)</sup> を用いました。DEBQ 質問紙の下位概念である、①抑制的摂食(太らないために食べないようにする)、②情動的摂食(いらいらや不安などから食べたくなる)、③外発的摂食(おいしそうな食べ物や匂いを嗅ぐと食べたくなる)の各得点と体重および生化学検査データを栄養指導終了時と比較して、改善した群と悪化した群での関連を検討しました。その結果、悪化した群では、外発的摂食尺度の得点が有意に高い結果となりました<sup>6)</sup>。

この研究をきっかけとし、今は福島県精神科栄養士会のメンバーと連携して、精神科版の食行動評価尺度を作成しています。この尺度は既存尺度に加えて精神科特有の食行動を盛り込み、有効性を検証していこうとするものです。

今回の研究では、食行動評価尺度作成手順を下記のように進めています。

- ① 既存尺度から質問項目を列挙する。今回は DEBQ 質問紙<sup>5)</sup>、TFEQ 質問紙<sup>7)</sup> を参考とした。
- ② 精神科における食事関連の気になる表現を項目に追加する。
- ③ 質問紙の項目として、対象者が読んで理解できる文言であるかを検討する。
- ④ 対象者に質問紙の実施。
- ⑤ 因子分析により、各項目の関連性について検討し評価尺度紙を開発する。

食生活の変更はすぐに修正できるものではなく、食物の自己選択が高くなる外来診療では指導も長期化されることが予測されます。食行動評価尺度をアセスメントツールとして、その結果を基に行動変容技法を選択し、プランの立案・修正を行い

ます。この尺度の活用により、患者さんの摂食傾向を理解することで、行動のコントロール感を弱める要因を掴み、行動変容技法の選択や指導の方向性を見出せるのではないかと考えています。この研究が今後の栄養指導成果に貢献できるものと考えています。

今後は、食行動評価尺度を栄養教育へ応用させていき、対象にあった資料やテキストの考案を考えています。

## 文献

- 1) DiClemente CC, Prochaska JO, et al.: The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. J Consult Clin Psychol, 1991; Apr; 59 (2): 295-304.
- 2) アレン・E・アイビー著, 福原真知子他訳: マイクロカウンセリング, 1985; 川島書店.
- 3) 春木敏編: エッセンシャル栄養教育論第3版, 2014; 医歯薬出版.
- 4) 草野裕美, 中神友希, 福智寿彦: 精神科デイケアにおける統合失調症患者への食事療法の効果, 精神医学 2008; 50: 951-956.
- 5) 今田純雄: 食行動に関する心理学的研究(3) 日本語版 DEBQ 質問紙の標準化, 広島修大論集 1994; 34 (2): 281-291.
- 6) 岡部聡子, 石丸昌彦: 精神障害者に対する栄養指導成果の長期的持続に影響を与える要因について, 臨床栄養 2016.3; 128 (3): 385-390.
- 7) 足立淑子, 藤井久仁子, 山上敏子: 日本人における Three-Factor Eating Questionnaire による自発的な食事制限の特徴と減量との関係, 行動療法研究 1992; 18 (2): 54-66.

## <プロフィール>

1970年 生まれ。1992年 東海大学医療技術短期大学第一看護学科卒業、2003年 郡山女子大学家政学部食物栄養学科卒業、2011年 放送大学大学院生活健康プログラム専攻修了。

1992年 東海大学医学部付属病院 (ICU・CCU 勤務)、1995年 国際協力事業団青年海外協力隊 (マーシャル諸島共和国マジュロ病院) に参加、2003年 医療法人慈圭会 すがのクリニックを経て2009年 郡山女子大学家政学部食物栄養学科に着任。現在に至る。看護師、管理栄養士。