

クを行い、例示された習慣改善のヒントから、3つ以内の目標行動を選んだ。

参加者には、1ヶ月間目標行動の達成度を○、△、×などで自己評価して記入する記録用紙と市販の教材（小冊子）を配り、1週間ごとの達成率を計算するよう求めた。2週後に励ましの手紙を、終了直前には記録の提出を促す案内と行動変化やプログラムへの感想の質問表を送付した。達成率に応じて記念品を選ばせ、記録用紙を回収し、その結果に数行のコメントを添えて記念品と一緒に送付した。

評価は、課題のコンプライアンスを記録の提出率と目標行動の達成率で、習慣行動の変化を習慣チェックを用いて前後で比較した。6ヶ月後に参加者全員に同様の質問表調査を行った。主な従事者は運動指導員1名であった。

統計処理は χ^2 検定、t検定と対応のあるt検定を用い、有意水準は危険度5%以下、傾向水準を危険度10%以下とした。

C. 研究結果

1. 行動療法を用いた減量指導者訓練プログラムの開発とその効果の検討

(1) 参加状況と参加者の背景（表4）

申し込みは24名であったが、基礎講習の開始時まで1名が脱落した。そのうち実践研修まで行ったが、後期講習を病気で欠席したものが1名あり、22名が研修を完了した。23名の参加者の背景は、指導の経験年数は2年未満が最も多く8名、5～9年と10年以上が6名ずつと幅が大きかった。それぞれのフィールドは、職域が9名と最も多く、ついでスポーツクラブ7名、地域6名の順であった。減量指導の経験は個別が19名と最も多く、集団指導は10名、個別と集団の組み合わせ、通信指導がそれぞれ5名、3名であった。指導の効果を評価したことのあるもの、および追跡調査をしたことのあるものはいずれも10名と半数以下であった。また、減量効果を確認できた

ものは8名にすぎず、カウンセリングの経験も9名しかなかった。減量以外の指導経験は糖尿病14名、高コレステロール血症13名、高血圧11名の順に高率で、飲酒、ストレス、禁煙などは少数であった。

行動療法についても、本や話を中心で、未経験者が2/3を占め、ほとんどが学習の場を有していなかった。セミナーのプログラムへの関心は非常に高いが、研修後に自分が行動療法を実践できるかどうかについては不明とするものが74%と多数であった。また指導上の困難や課題については、「習慣行動の評価」「指導者の欠如」「アンケートの作り方」「指導法がマンネリ」をあげるものが過半数であり、上司や同僚、予算などの職場環境をあげるものは少数であった。

(2) 研修のコンプライアンス

23名の基礎講習までの質問表の提出率は100%、講習会への出席率は、基礎講座では急用により2日目に1名が欠席し98%、後期講習は急病による欠席が1名と急用による2日目の早退が1名で93%であった。後期講習までの質問表の提出率は100%、当日持参することにしたケースレポートは22名中18名(81%)が提出した。実践プログラムは23名全員が行っており、事例報告は後期講習に参加した22名全員が行った。

(3) ケースレポートから見た減量効果

ケースレポートは目標設定までを課題としていたが18名の提出したケースレポートで体重の経過まで記入していたものが一部も含めて13名あった。その記録によると、29名のクライアントで途中経過ではあるが $2.01 \pm 1.84\text{kg}$ ($p < .001$)の減量ができていた。

(4) 実践プログラムの実態

実践プログラムのフィールドは、職域が9、クリニック、地域、会員制クラブが各3、人間ドックが2、大学が1、家族1であった。指導形態は、個別のみが8、個別と集団の組み合わせが5、通信が4、個別と通信が3、集団のみが1、個別と

集団と通信が1であった。従事スタッフは受講者が単独で行ったものが9名で、本人の他に協力を得た人数は1名が5、2名が3、3名以上が5であった。後期講習直前のプログラムの主観的な評価を表5に示す要素に分けて、「まあまあ」を中間とした5段階で質問した。それによると、「まあまあ」と「うまくできた」をあわせて回答者の80%を越えた項目は「広報・募集」「情報提供」「減量以外の効果」「スタッフの体制」「運営の効率」の5項目であり、70%以上は「動機づけ」「個別面接」「参加者の満足」の3項目であった。逆に低い項目は「評価の方法」でうまくできたとするものはなく、「まあまあ」も45%に過ぎなかった。

(5) 基礎講習以降の学習と体制 (表6)

全員が、配付した6種類の教材を基礎講習後少なくとも1種類は学習した。学習した教材数の平均は 3.5 ± 1.5 種類であった。最も高率であったのは『栄養指導のための行動療法入門』で91.3%、ついで『ライフスタイルを見直す減量指導(82.6%)』であった。

セミナーの参加者どうし、あるいは指導者に相談を行ったものは13名(56.5%)、プログラムの実践に際して打ち合わせとは別にスタッフや上司との勉強会をもったものが10名(43.5%)であった。

(6) 行動療法面接の技能 (表7)

対象者それぞれがカウンセラーとクライアントに扮して、「減量希望者に肥満の行動療法のための目標設定すること」を課題に事前に提出した習慣と体重経過の質問表と食事記録を資料として面接の20分のロールプレイを行った。全員がカウンセラーとクライアントの役割を前後で2度ずつ経験するように、基礎講習ではビデオ『肥満の行動療法面接』鑑賞をはさんで、また、後期講習では2回続けて役割を交代し別の組み合わせで行った。毎回直後にカウンセラー役、クライアント役それぞれに20項目の面接の評価の質問

表を回答させ回収した。グループ討議は前期講習ではビデオ鑑賞前後の2回、後期講習ではまとめて最後に1回行った。

評価はビデオ鑑賞前のカウンセラー役をA群、ビデオ鑑賞後のカウンセラー役をB群として質問表の自己評価とクライアントからの評価を比較した。a) A群とB群それぞれで基礎講習(前)と後期講習(後)、b) 両群で前後、c) A群とB群(ビデオ鑑賞の前後)の3条件で比較した。質問表は、ラポール形成や問題解決プロセス、達成感や満足感などの要素を「全くそのとおり」を5、「あてはまらない」を1とする5段階評価でたずね、100点満点となるように、作成した。カウンセラーとしての前後の自己評価は同一人物なので対応のあるt検定を、A群とB群の自己評価とクライアントからの評価は人物が異なるのでt検定を用いた。

その結果、自己評価で有意に改善した項目は、A群で「専門性」「信頼」、B群で「リラックス」、全体で「リラックス」「信頼」であり、A群とB群の比較では「相手の納得」「助言」「新しいこと」の2項目であった。改善の傾向が見られた項目は、A群で「緊張」「実現可能な目標」「誤解」、全体で「緊張」「誤解」「専門性」「疑問の解消」、A群とB群の比較で「実現可能な目標」であった。逆にB群では、「面接時間」は有意に悪化し、「問題の解決」では悪化の傾向がみられた。A群との比較でも「にこやかさ」が低い傾向があった。クライアントからの評価で有意の改善が見られた項目はA群では「有意義な助言」「新しいこと」の2項目、全体で「助言」「立ち入り過ぎ」「新しいこと」の3項目、A群とB群の比較で「行うことが明確」「自分しだい」であり、改善の傾向が見られた項目はB群では「立ち入り過ぎ」が改善傾向にあり、「目標の実行」は低下傾向であった。

(7) 行動療法への理解度 (表8)

行動療法による減量指導についての理解度を

表に示す項目ごとに「良くわかった」を5、「分からなかった」を1とする5段階で質問し、事前学習のテキスト通読後と、終了時で比較した。その結果10項目中9項目で有意に向上しており、改善されなかった「再発防止や維持の方法」は、講習会で言及できなかった項目であった。

(8) 行動療法実践に関する自己効力 (表9)

行動療法による減量指導が研修後にできるかどうかについてをベースラインと基礎講習直後と終了時で比較した。その結果ベースラインでは「できるかが不明」と応えたものが78%と大半であったが、1名をのぞき基礎講座直後には「助言があればできる」「基礎講習を終えたのでできる」「テキストを読めばできる」に変化していた。基礎講座から後期講座への変化はほとんどなかった。

しかし、終了時には、糖尿病、高コレステロール血症、高血圧に应用できるとするものが70%を越え、運動促進と食事の改善も約60%ができると答えた。禁煙、ストレス、飲酒に应用できるというものは少数であった。

(9) 指導教育上の困難や課題 (表10)

日常の指導上の課題20項目を「強く同感」を5、「なんとも言えない」を3、「違う」を1点として5段階で質問し、ベースラインと基礎講座直後、終了時で比較した。これによると、ベースラインで4~5点が半数以上あった項目は「習慣行動の評価が難しい(77%)」「身近に指導者や助言者がいない(59%)」「アンケートの作り方がわからない(50%)」「指導法がマンネリになっている(55%)」の4項目であったが、基礎講座後は「習慣行動の評価(64%)」「指導者/助言者(50%)」の2項目になり、終了時では「習慣行動の評価(50%)」「時間がかかり過ぎる(50%)」であった。

得点がベースラインから終了時にかけて有意に減少したのは「効果が不明」「指導者/助言者」「予算不足」「アンケートの作り方」「勉強のし

かた」の5項目であり、逆に「時間がかかり過ぎる」は増加した。終了時も3点以上であったのは「指導に時間がかかる」「脱落が多い」「習慣行動の評価」「募集に集まらない」の4項目であった。

(10) 研修の満足度と負担感 (表11)

プログラムへの満足度をベースラインで尋ねた研修への期待と同一項目で「大いに役立った」を5、「どちらともいえない」を3、「役立たなかった」を1とした5段階で質問し、基礎講座後と後期講座後で比較した。基礎講座直後に既に8項目で平均4点以上の高い満足度が得られていたが、終了時にはさらに、「基礎的な理論」「具体的な行動技法」「減量の指導法」「プログラムの立て方」「スタッフとの交流」の4項目で向上がみられた。3点台に留まった項目は、「評価のしかた」と「募集のしかた」の2項目であった。

また、課題への負担感があったと答えたものは半数以下で、事例発表が最も多く9名(41%)、ついで事前学習8名(36%)であり、ケースレポートやプログラムの実践、質問表への回答は4・5名と少数であった。

プログラムの時間、内容、スタッフについては適当と答えたものがそれぞれ91%、100%、100%であった。

2. 選択メニューによる生活習慣改善プログラムの開発とその効果の検討

(1) 性・年齢別参加状況と課題のコンプライアンス (表12)

コース別の参加者数は、運動が212名(46.6%)で圧倒的に多く、ついで、食事75名(16.5%)、歯磨き60名(12.5%)であり、飲酒39名、喫煙35名、休養37名はほぼ同数であった。母集団の平均年齢と比較すると、食事の参加者が若く($p<.001$)、飲酒と喫煙が高齢であった($p<.001$, $p<.05$)が、他の3コースは差がなかった。参加率の性差については、食事($p<.001$)と休養

($p < .05$)で女性が高く、飲酒では男性が高率であった ($p < .001$)。

プログラムの終了者は 380 名 (87.4%)、記録の提出率は 85.8% でコース間の差はなかった。目標行動の達成率もコース別・週別の大きな特徴はなく、どのコースの参加者も一貫して高い達成率が得られた。1 人あたり目標行動の数では、飲酒 (2.21) と喫煙 (2.41) がやや低い傾向があった他は、差がなかった。

また、休養と歯磨き以外のコースに尋ねた自由記載での本プログラムへの期待では「減量」が、運動の参加者で 44.8%、食事見直しで 53.3%、減酒で 33.3% であった。飲酒と喫煙では健康や体調の回復がそれぞれ 43.6%、35.9% であった。

(2) 終了時の習慣行動の変化 (表 13)

習慣行動の評価は、運動時間、睡眠時間、喫煙本数は実数で、その他は「よくある」を 1 点、「ときどきある」を 2 点、「ほとんどない」を 3 点とする 3 段階評価を用いて比較した。

終了時 (1 ヶ月後) に有意な改善が見られた習慣行動は、運動では「通勤以外のまとめ歩き」「駅の階段利用」「社内階段利用」「歩く速さ」、食事では「食べる速さ」「満腹まで食べる」「野菜を食べる頻度」、飲酒では「頻度」と「外での飲酒頻度」、喫煙で「1 日の本数」と「肺まで吸う頻度」、歯磨きで「1 日の頻度」「磨く時間」「歯ぐきを磨く頻度」、休養で「睡眠時間」「ゆっくりした入浴頻度」「自由時間が取れる頻度」「肩こりの頻度」であり、6 つの習慣全てで数項目の改善が認められた。その他「通勤での歩行時間」は増加傾向がみられた ($p < .1$)。

(3) 6 ヶ月後の習慣行動の変化 (表 14)

プログラム終了後 6 ヶ月後の追跡アンケートの回収率は、全体で 62.5% だった。得られたデータから、開始時と終了時および 6 ヶ月後を比較した。

その結果、終了時の改善行動の維持が見られたのは、運動で「通勤以外のまとめ歩き」「駅の

階段利用」「社内階段利用」「歩く速さ」、食事で「野菜を食べる頻度」、飲酒で「頻度」、喫煙で「1 日に吸う本数」、歯磨きでは「1 日の頻度」「1 回の時間」「歯ぐきを磨く頻度」、休養で「睡眠時間」「ゆっくりした入浴頻度」の 12 項目であった。終了時には改善していたが、6 ヶ月後に効果がなくなっていたのは「食べる速さ」であり、「通勤での歩行時間」「欠食」「外での飲酒頻度」「自由時間の頻度」は終了時は改善傾向があったが 6 ヶ月後にはなくなっていた。逆に終了時には変化がなかったのに 6 ヶ月後に改善、あるいは改善の傾向があった項目は、「満腹まで食べる」「揚げ物の頻度」「夕食後の間食」「たばこの買い置き」「つまようじの使用」の 5 項目であった。

(4) 習慣行動の改善の推移 (表 15)

全ての項目で、プログラム終了時に改善行動が見られた人と、終了 6 ヶ月後まで改善行動の維持が見られた人の割合を算出した。改善対象者数は開始時にすでによい行動があった人 (習慣チェックの 3 段階評価で 1 点の人) は除き、1 ポイント以上減少した場合を改善者と見なした。

プログラム終了時 (1 ヶ月後) に改善対象者の 50% 以上に見られた改善行動は、「野菜を食べる」「飲酒時のつまみの取り方」「たばこの本数」「歯磨きの頻度」「歯磨きの時間」「歯ぐきを磨く」「ゆっくりした入浴」だった。また、プログラム終了 6 ヶ月後に改善対象者の 30% 以上に見られた改善行動は、「社内階段利用」「野菜を食べる」「食事を抜かない」「夕食後の間食」「たばこの本数」「歯磨きの頻度」「歯磨きの時間」「歯ぐきを磨く」「ゆっくりした入浴」だった (表 7)。

(5) プログラム全体への評価

終了時のアンケートによると、1 ヶ月間というプログラムの期間は全体では「適当」が 74.4%、「短い」が 18.2% であった。コース別では減煙と減酒で「適当」が他のコースに比べて少なく、「短い」が 4 人に 1 人と多かった。

継続の励みになったこと（複数回答）は「終了時のご褒美」が50.7%、「記録をつけること」が48.3%、「1ヵ月間だけだったから」が25.7%、「記録を提出しなければならぬこと」が21.2%であった。

また終了後の行動継続の見通しは、「だいたいできそう」が64.2%、「半分くらいはできそう」が26.3%で、「元に戻りそう」は5.6%だった。コース別では減煙が運動、食事、歯磨きに比べて継続の見通しが低かった（ $p<.01$, $p<.01$, $p<.05$ ）。

教材への評価は「1回はじっくり読んだ」が40.6%、「ざっと読んだ」が45.6%で、内容が「役立つ」人は19.9%、「少しは役立つ」が42.7%だった。

プログラムが役立ったかどうかについては「大変役立つ」が33.7%、「まあまあ役立つ」が45.1%であった。

D. 考察

1. 行動療法を用いた減量指導者訓練プログラムの開発とその効果の検討

本研修は、実際の減量指導をクライアントとして疑似体験し、指導の実践によって減量指導と行動療法の理論・方法を同時に習得することをめざした実践訓練プログラムである。生活習慣病の行動療法プログラムで行ってきた職場訓練に含まれる以下のプロセスを凝縮して組み込み、実践力の向上をはかった。すなわち、それは、1) 事前の学習会による最新知識の共有、2) 綿密な打ち合わせによるプログラム作成と役割分担、3) 行動療法面接（3名程度）のモデリング学習、4) 個別面接の実践であり、そのために職種を越えて教育の全過程に関与しながらこまめに反省と次回の計画の微調整を行うことである。これらの内容の濃いプログラムでは、受講者の学習への準備性（意欲や動因）が最も重要な要素となる。そのため有料で休日を用い、事前学習、課題の実践を義務づけた。当初はこれらの厳しい条件で参加者

が集まるかが懸念されたが、結果的には23名が熱心に参加し、最後まで課題に取り組んだ。「実践の結果は問わないわいな、実践することが大切」と強調したが、ケースレポートによれば実際に途中経過で29名に2kgの減量効果もみられた。

全員が減量プログラムを実践できるようになり、少なくとも81%が面接によるケースレポートが書けるようになった。それまで効果の評価も追跡も未経験の受講者が大半であったことを考えると、これは進歩である。種々の質問表への回答からは、面接技能の向上、行動療法への理解の深まり、指導への自己効力感の向上と、研修に対する高い満足度が得られた。日頃の悩みや課題も有意に解決したり、解決の方向に向かっていった。反面、「指導に時間がかかり過ぎる」と感じるようになり、最後まで習慣行動の評価は困難な課題として残った。時間に関しては密度の高い介入では必然である。習慣行動の評価については満足度でも理解度でも一致しており、これは今回の研修で不十分であった点であろう。

また、事前学習、基礎講習、実践学習、後期講座講習と4つに分けて実施したが、いずれの結果からも、技能や理解は段階的に進歩しており、マニュアル（テキスト）の学習、講義や実習のみでは限界があり、実践が重要であることが裏付けられた。今後は、さらにその実践を支援する体制が必要と考える。

今回の訓練における工夫点は全て受講者の行動が起きやすいようにすることであり、それは1) 明確な情報伝達、2) 具体的な目標設定、3) ひとつひとつの細かな課題行動へのオペラント強化であった。つまり、行動療法の指導者教育への適用であり、行動療法はこの点でも有効であることが実証されたと考える。

この訓練プログラムが成功した最大の要因は受講動機の高い参加者を得られたことであるが、次いで、研修の実施体制の充実が大きい。すなわち、既存の組織に研修事務局をお願いしたため、

受講者との連絡事務に煩わされずにすんだこと、さらに、研究費の投入に加えて、参加費を徴収することにより、潤沢な教材の提供と行動療法の経験のある他職種スタッフの協力を得られたこと、などである。

今後は、受講者の準備性に合わせたより簡便で効率的な教育訓練プログラムの開発が課題と考える。

2. 選択メニューによる生活習慣改善プログラムの開発とその効果の検討

本プログラムは、食事や運動などの習慣を直接介入対象とした最小限の行動療法プログラムである。参加者が行ったことは1枚のシートによる習慣の自己チェックと3項目以内目標設定、送付された記録用紙での1ヶ月のセルフモニタリングのみであった。その結果応募した者の割合は7.8%であったが、記録提出率が平均 85.6%、目標達成率が平均 79.4%という高いコンプライアンスが得られた。また、習慣行動の変化については、自己報告ではあるが1ヶ月後には6種類の習慣全てで、34項目の具体的な行動中19項目で有意な改善がみとめられ6ヶ月後も17項目で改善があるなど予想外の良い成績であった。さらに従事者が1名のみで400名以上を対象とした点を考慮すると費用効果の高い指導法であったといえることができる。高い参加率に関しては、注目をひく募集のパンフレットの作成、参加記念品という強化があったことが要因であり、行動をおこすきっかけにはこれらが重要であることを裏付けた。また、習慣行動の変化については、自発的に3項目以内の目標をたてたことやセルフモニタリングの効果であると考えられる。1ヶ月という短期のモニタリングでも簡単なくふうでできる習慣変容には有効であることを示唆している。さらに体重コントロール希望者が多いことも印象的で、健康づくりや疾病予防を目的とするだけでなく、正しい体重コントロールの情報へのニーズが

高いことをうかがわせる。

反面、最も健康管理上は問題である男性の参加率が低いこと、客観評価に乏しい点などの問題も残る。今後は歩行数や体重、あるいは健康診断を活用した検査値などを取りこみ、効果判定の精度を高める工夫と同時に本結果をふまえて習慣行動別の特性を考慮した内容に修正する必要があると考える。

E. 結論

以上、体重コントロール支援のための指導者教育プログラムと簡便な生活習慣改善プログラムの結果を報告した。いずれも、良好な結果であり、行動療法が指導者教育にも簡単なセルフコントロールにも有用であることを検証できた。インターネットプログラムについては予備調査の結果を現在検討中であるが、これも減量効果も期待できそうである。これらが完成すれば、自己マニュアルや簡便な通信指導から個別のカウンセリングおよび集中的・継続的指導までの行動療法のメニューが揃い、個々の必要性と準備性に応じた柔軟な指導体制が整う。次の課題としては、通信指導に関する指導者マニュアルの作成と、今回教育した指導者への支援体制を作ることと考える。

引用文献

- 1) 足達淑子：肥満に対する行動療法の効果とその予測因子。行動療法研究,15;36-55.1989.
- 2) 足達淑子：高コレステロール血症に対する行動療法。行動療法研究,17;1-11.1991
- 3) 野崎貞彦：新しい地域保健体系におけるより効果的な栄養改善指導体制の確立および指導方法・評価に関する研究。平成6年度地域保健対策総合研究事業,1995.
- 4) 足達淑子,松本久美子,入沢由三子,他：保健所における成人健診後の受療指示に対するコンプライアンスと紹介状の効果。日公衛誌,36;413-420. 1986.

- 5) 足達淑子：ライフスタイルを見直す減量指導。法研,東京,1997,pp189.
 - 6) 足達淑子編著：栄養指導のための行動療法入門。臨床栄養別冊。医歯薬出版,東京,1998, pp120.
 - 7) 足達淑子：体重コントロール セルフヘルプガイド。法研,東京,1995, pp37.
 - 8) 足達淑子,国柄后子：セルフダイエット100のヒント。保健同人社,1999, pp23.
 - 9) 足達淑子, 国柄后子,山口幸生：セルフ減量マニュアル。二瓶社, 1999, pp31.
 - 10) 足達淑子, 曳野晃子：1歳半からの子育て。二瓶社,大阪, 1998, pp20.
 - 11) 足達淑子：99%成功するダイエット。法研, 東京,1995.
 - 12) 足達淑子：女性の禁煙プログラム,女子栄養大学出版,東京,1998,pp159.
 - 13) Brownell,K.D. & Wadden,H.A.: The heterogeneity of obesity : Fitting treatments to individuals. Behavior Therapy, 22, 153-177. 1991.
 - 14) Peterson,G., Abrams, D.B., Elder, J.P., Beaudin,P.A.: Professional versus self-help weight loss at worksite:The challenge of making a public health impact. Behavior Therapy, 16,213-222,1985.
 - 15) Agras,W.S., Taylor,C.B., Feldman, D., Losch,M., Burnett,K.F.: Developing computer - assisted therapy for the treatment of obesity. Behavior Therapy, 21, 99-109, 1990.
 - 16) 足達淑子,山口幸生,国柄后子：体重コントロール支援のための方法論の確立と指導者教育法の開発。平成10年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業報告書。行動科学に基づいた生活習慣改善支援のための方法論の確立と指導者教育養成に関する研究（主任研究者 中村正和）20-32. 1999.
- F. 研究発表
- 1.論文発表
 - 1) 大隈千鶴子, 足達淑子, 曳野晃子, 他：1歳6か月児の母親の養育行動と育児ストレス—行動療法による親訓練を用いた育児支援—。平成9年度 第4回地域保健福祉研究助成報告書, 大同生命厚生事業団, 1999,365-370.
 - 2) 足達淑子: 行動療法による生活習慣病の改善—糖尿病に対する指導を例に一食生活, 1999.93(6): 21-26.
 - 3) 足達淑子: 21世紀に向けての地域保健行動療法に期待する—対人サービスの新しい手立て。公衆衛生,1999.63(6): 378-379.
 - 4) 足達淑子: 行動療法, 日本保健医療行動科学会監修,保健医療行動科学事典,メヂカルフレンド社, 東京, 1999. 112-113.
 - 5) 足達淑子: 行動療法を健康支援の新しい戦略に。健康支援,1999.1(1): 3-9.
 - 6) 足達淑子: 糖尿病と食事—栄養指導における行動療法。診断と治療, 88,313-320. 2000.
 - 7) 足達淑子,国柄后子: セルフダイエット100のヒント, 保健同人社,1999. pp23.
 - 8) 足達淑子, 国柄后子,山口幸生: セルフ減量マニュアル。二瓶社, 1999,pp31.
 - 9) 国柄后子 足達淑子: 行動療法自己マニュアルを用いた職場における減量の通信指導。肥満研究, 投稿中.
 - 10) 足達淑子,温泉美雪, 曳野晃子,武田和子,山上敏子: 1歳6ヶ月児の母親の養育行動と育児ストレス。行動療法研究, 投稿中.

表 1 募集案内

平成11年度厚生科学研究

「行動科学に基づいた生活習慣改善支援のための方法論の確立と指導者養成に関する研究」

「行動療法による減量指導」実践セミナー参加者募集

—最短距離で行動療法の理論と実際を学び参加者の実践に応用—

参加条件

- 1 セミナーの効果を評価するため、全てのプログラムに参加できる方。
- 2 経験や知識、職種は問わないが、行動療法を実際に行う意欲のある方
- 3 現在減量指導を行っており、11月以降に指導を実践することが前提。

定員 30名

参加費 5万円 (旅費と宿泊は各自手配) 各種マニュアル、面接ビデオなど教材を配布

講義のテーマ

- 1 行動療法の歩みと指導のプロセス
- 2 対象者の選び方と安全な体重コントロール法
- 3 目標設定のための面接 (カウンセリング)
- 4 行動を変えるための技術の実際
- 5 状況に合わせた指導のバリエーション

開催日時

基礎講座：平成11年11月6日(土) 10:00・7日(日) 17:00

評価講座：平成12年 2月5日(土) 10:00・6日(日) 16:00

場所：法研ビル 講堂 8階ホール 東京都中央区銀座 1-10-1

講師 / 足達淑子：「あだち健康行動学研究所」所長・医師

(著書「ライフスタイルを見直す減量指導」「栄養指導のための行動療法入門」「肥満の食事カウンセリング」「女性の禁煙プログラム」など)

国柄后子：朝日新聞社健康保険組合 (ACSM 認定インストラクター)

渡辺純子：「健康栄養デザインオフィス」代表取締役 (管理栄養士)

他保健婦に交渉中

申込先 (株)法研 FAX: 03-3562-3689 (10/5 まで下記項目を明記の上 FAX で)

申込書

氏名	年齢	歳	職種
所属 名称			
住所			
TEL	FAX		
自宅 住所			
TEL	FAX		

学習プログラムの流れ

図1

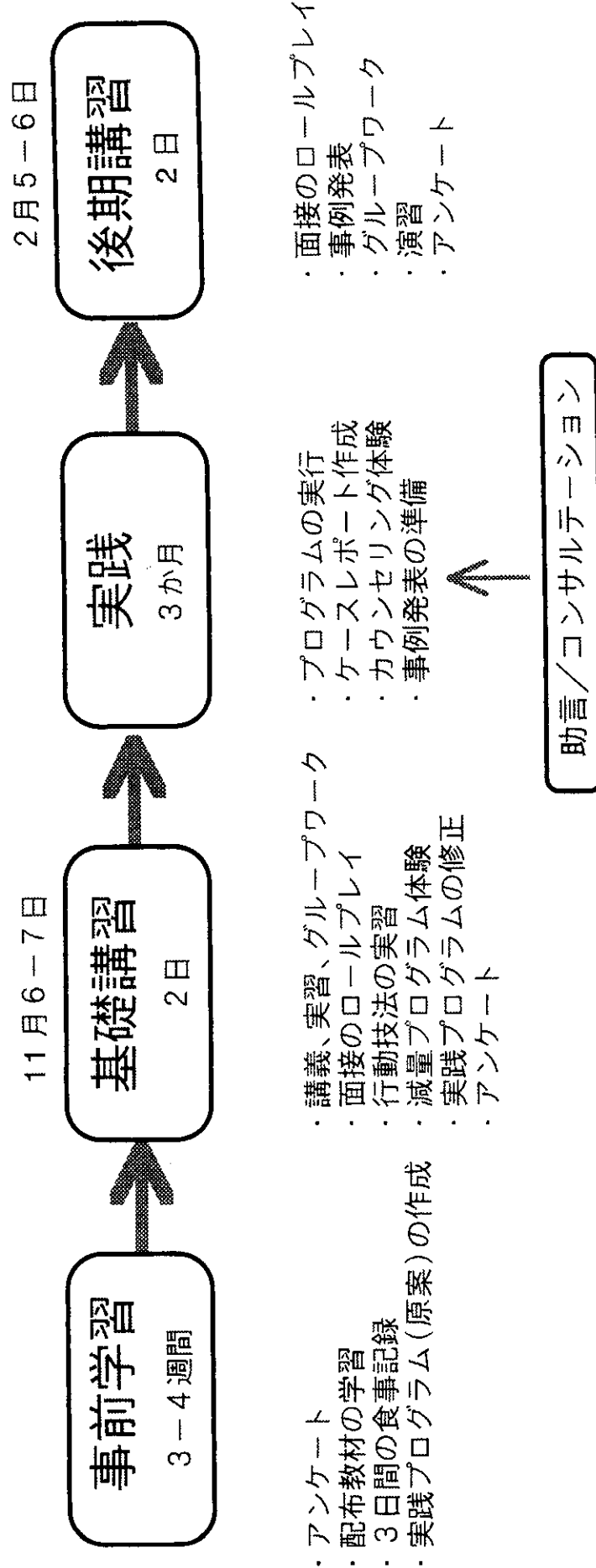


表2 プログラム

基礎講習	後期講習
<p>1 1月6日 (土)</p> <p>10:00-10:30 オリエンテーション:スタッフ紹介</p> <p>10:30-11:00 自己紹介 (グループに分かれる)</p> <p>11:00-12:30 安全な体重コントロール法とプログラムのバリエーション</p> <p>12:30-13:30 昼休み</p> <p>13:30-14:30 行動療法の進め方と行動技法</p> <p>14:30-16:30 行動療法カウンセリング (初回面接)の方法:ビデオによるモデリング学習とロールプレイ</p> <p>16:30-17:00 コーヒーブレイク</p> <p>17:00-19:00 各自のプログラムの作成とディスカッション</p> <p>19:00- 20:00 懇親会</p>	<p>2月5日 (土)</p> <p>9:30-10:00 受け付け</p> <p>10:00-10:30 経過報告とオリエンテーション</p> <p>10:30-12:00 事例検討 (その1) 実践プログラムの発表と検討 (5名) 10分発表+5分質疑応答/人</p> <p>12:00-13:00 昼食</p> <p>13:00-15:00 行動療法カウンセリング 面接の手順と留意点 ロールプレイとグループ討論、発表 (休憩: コーヒーブレイク)</p> <p>15:10-17:00 事例検討 (その2) 実践プログラムの発表と検討 (6名)</p> <p>17:00-17:40 禁煙支援における行動療法</p> <p>17:40-18:20 行動理論と問題のとらえかた</p> <p>18:30-20:00 懇親会</p>
<p>1 1月7日 (日)</p> <p>9:00- 10:00 効果的な食事指導:実技の工夫</p> <p>10:00- 11:00 日常生活での身体活動:実技の工夫</p> <p>11:00-12:00 グループ討論 目標設定とセルフモニタリング</p> <p>12:00-13:00 昼休み</p> <p>13:00-14:00 実践計画の細部を作成</p> <p>14:00-15:00 食事と運動習慣の変え方、ビデオ鑑賞</p> <p>15:00-15:30 休憩</p> <p>15:30-16:30 行動療法の歴史と基本原理</p> <p>16:30-17:00 今後の予定と連絡</p>	<p>2月6日 (日)</p> <p>9:00-11:00 事例検討 (その3) 実践プログラムの報告と検討 (6名)</p> <p>11:15-12:00 基礎理論演習と説明</p> <p>12:00-12:45</p> <p>12:50-14:30 事例検討 (その4) 実践プログラムの報告と検討 (5名)</p> <p>14:30-15:00 身体活動量を高めるための行動療法</p> <p>15:00-16:00 話し合い (アンケート記入、感想など)</p> <p>16:00 終了 (終了証の配布)</p>

表3 受講者への課題／実習と学習目標（目的）

事前学習

課題	目標（目的）
質問表 受講に関して 体重の経過 食事／身体活動／休養	ベースライン調査（背景、期待、課題） クライアントとしての疑似体験 ロールプレイでの資料
3日分の食事記録	セルフモニタリングの体験
教材の通読	肥満の行動療法の基礎知識の学習
プログラムの原案作成	基礎講習での資料、 実践プログラム計画

基礎講習

課題	目標（目的）
行動療法面接のロールプレイ	カウンセラー／クライアントを疑似体験 初回の面接ができるようになること
実践プログラムの検討と修正	自分のプログラムを実行可能な行動療法に立案する
グループ討議	受講者どうしの交流、情報交換、 ネットワークづくり
質問表 ロールプレイ 終了時の質問	自己評価と他者からの評価 基礎講座の効果、満足度

実践研修

課題	目標（目的）
個別面接と3名のケースレポート	ケースレポートが書けるようになる 後期講座の資料
実践プログラムの実行	体重コントロールの行動療法の実践 計画と実践との違いを体感する
プログラムのまとめ（事例検討）	自分の行動の振り返り 発表資料の作成ができる

後期講習

課題（実習）	目標（目的）
実践プログラムの発表と検討	発表の体験と他者の実践のモデリング
行動療法面接のロールプレイ	面接技術の進歩の評価
ケースレポートの記述の訂正	行動的な具体的記述のしかたの修得
基礎理論の演習 （ 穴埋め問題への回答 ）	オペラントとレスポナント行動の基礎を理解する
終了時の質問	研修の効果の評価

表4 参加者の背景

(N = 23)

1. 健康教育の経験年数

経験年数	人数	%
2年未満	8	34.8
2年～5年未満	3	13.0
5年～10年未満	6	26.1
10年以上	6	26.1

2. 教育の主なフィールド (複数回答可)

教育のフィールド	人数	%
職域	9	39.1
スポーツ(フィットネス)クラブ	7	30.4
地域	6	26.1
学校	3	13.0
その他	6	26.1

3. 減量指導の経験 (複数回答可)

指導形態	人数	%
個別	19	82.6
集団	10	43.5
個別・集団	5	21.7
通信	3	13.0

4. 指導効果の評価

指導の評価	人数	%
有	10	43.5
無	13	56.5

5. 指導効果の評価結果 (複数回答可)

効果分別	有	%
減量効果	8	34.8
認知変容	2	8.7
行動変容	1	4.3
その他	0	0.0

注) 4. の評価経験ありの10名に質問

6. 追跡調査の経験

追跡調査	人数	%
有	10	43.5
無	13	56.5

7. カウンセリングの経験

カウンセリング	人数	%
有	9	39.1
無	14	60.9

8. 減量以外の教育経験 (複数回答可)

健康教育の経験	人数	%
糖尿病	14	60.9
高コレステロール血症	13	56.5
高血圧	11	47.8
適正飲酒	4	17.4
ストレス対処	3	13.0
禁煙	3	13.0
その他	5	21.7

9. 行動療法の勉強経験 (複数回答可)

行動療法	人数	%
本を読んだ	16	69.6
話を聞いた	11	47.8
雑誌	5	21.7
論文	5	21.7
研究会	1	4.3

10. 研修後、行動療法が実践できるか

実践できそうか	人数	%
テキストを読めばできる	0	0.0
基礎講習でできる	2	8.7
助言があればできる	4	17.4
できるか不明	17	73.9

表5 実践プログラムに対する主観的な評価

	回答者 名	うまくできた 名 (%)	まあまあ 名 (%)
広報や募集	22	6 (27.3)	12 (54.5)
情報の提供 (教育・指導)	21	4 (19.0)	13 (61.9)
動機づけ	21	7 (33.3)	9 (42.9)
プログラム計画	21	7 (33.3)	7 (33.3)
個別の面接	19	6 (31.5)	9 (47.3)
減量の効果	18	5 (27.8)	7 (38.9)
参加者の満足度	21	4 (19.0)	11 (52.4)
減量以外の効果	21	4 (19.0)	14 (66.7)
評価の方法	20	0 (0)	9 (45.0)
スタッフの体制 (周囲の協力)	23	12 (52.2)	7 (30.4)
運営の効率 (時間など)	20	5 (25.0)	12 (60.0)

表6 基礎講習以降の学習と体制づくり

	ありの人数 (%)
教材の再学習について	
ライフスタイルを見直す減量指導	19 (82.6)
99%成功するダイエット	10 (43.5)
後悔せずに食べる本	7 (30.4)
栄養指導のための行動療法入門	19 (91.3)
ビデオ「肥満の行動療法面接」	11 (47.8)
「効果的なウエイトコントロールのために」	12 (52.1)
セミナー参加者（指導者）との連絡相談	13 (56.5)
スタッフや上司との勉強会	10 (43.5)

表7-1-1 ロールプレイによる面接技能

— カウンセラーの自己評価 —

評価項目	A群		B群		全体	
	前	後	前	後	前	後
挨拶・自己紹介	3.3 ± 1.3	3.8 ± 0.8	3.2 ± 0.8	3.6 ± 0.7	3.3 ± 1.1	3.7 ± 0.7
緊張しなかった	2.8 ± 1.2	3.6 ± 1.2\$	3.4 ± 1.3	3.5 ± 1.2	3.1 ± 1.3	3.5 ± 1.2\$
にこやかに対応	4.2 ± 0.6	4.2 ± 0.6	3.7 ± 0.5\$	3.9 ± 0.6	4.0 ± 0.6	4.0 ± 0.6
落ち着いた声の調子	3.7 ± 0.9	3.8 ± 0.6	3.3 ± 0.7	3.6 ± 0.7	3.5 ± 0.8	3.7 ± 0.6
面接時間	3 ± 1.8	3.1 ± 1.6	3.7 ± 1.0	2.6 ± 1.2*	3.3 ± 1.5	2.9 ± 1.4
相手が納得できた	2.4 ± 0.9	3.1 ± 0.9	3.1 ± 0.6*	2.9 ± 0.6	2.7 ± 0.8	3.0 ± 0.8
専門用語の使用	3.6 ± 1.1	4.1 ± 1.0	4.1 ± 0.7	3.9 ± 0.9	3.8 ± 1.0	4.0 ± 0.9
相手の理解度考慮	3 ± 0.6	3.3 ± 0.9	3.4 ± 0.7	3.6 ± 0.5	3.2 ± 0.7	3.4 ± 0.7
指導の準備性	3.4 ± 1.1	3 ± 0.6	2.9 ± 1.3	3.4 ± 0.8	3.2 ± 1.2	3.2 ± 0.7
実行可能な目標設定	2.8 ± 1.4	3.5 ± 1.1\$	3.6 ± 0.7\$	3.3 ± 0.8	3.1 ± 1.2	3.4 ± 1.0
誤解を解くことができた	2.2 ± 0.9	2.8 ± 0.8\$	2.3 ± 0.8	2.5 ± 0.8	2.2 ± 0.9	2.6 ± 0.8\$
きつと実行する	3.5 ± 1.1	3.8 ± 1.0	3.6 ± 0.7	3.2 ± 0.9	3.6 ± 0.9	3.5 ± 1.0
問題の解決になる	3.3 ± 1.4	3.8 ± 0.9	3.8 ± 0.8	3.2 ± 0.8\$	3.5 ± 1.1	3.5 ± 0.9
相手をリラックス	3.3 ± 0.9	3.7 ± 0.7	3 ± 0.9	3.7 ± 0.8*	3.2 ± 0.9	3.7 ± 0.7*
具体的指導	3 ± 1.2	3.5 ± 1.0	3.9 ± 0.6*	3.5 ± 1.0	3.4 ± 1.1	3.5 ± 1.0
質問の有無の確認	2.7 ± 1.2	3.1 ± 1.2	2.4 ± 1.1	2.3 ± 1.2	2.6 ± 1.1	2.7 ± 1.2
専門性を生かした	2.8 ± 1.5	3.5 ± 1.2*	3.1 ± 0.7	3 ± 0.7	2.9 ± 1.2	3.3 ± 1.0\$
実力の発揮度	3.6 ± 0.9	3.6 ± 0.9	3.2 ± 0.6	3.2 ± 0.9	3.4 ± 0.8	3.4 ± 0.9
信頼された	2.7 ± 0.9	3.5 ± 0.7*	2.9 ± 0.6	3.4 ± 0.7	2.8 ± 0.8	3.5 ± 0.7**
疑問を解消できた	2.5 ± 1.0	3.2 ± 0.6\$	2.7 ± 0.5	2.9 ± 0.6	2.6 ± 0.8	3.1 ± 0.6\$
合計点	61.5 ± 10.8	69.7 ± 8.0*	65.3 ± 7.6	65.2 ± 8.5	63.2 ± 9.5	67.6 ± 8.4\$

\$P<0.1 *P<.05 **P<.01

A群(12名) 基礎講座時 『肥満の行動療法面接』 ビデオ学習前
 B群(10名) 基礎講座時 『肥満の行動療法面接』 ビデオ学習後

表7-2 ロールプレイによる面接技能

クライアントからの評価

評価項目	A群		B群		全体	
	前	後	前	後	前	後
面接は役立った	4 ± 0.7	4.3 ± 0.5	4.2 ± 0.9	4.5 ± 0.5	4.1 ± 0.8	4.4 ± 0.5
緊張しなかった	4.5 ± 0.7	4.8 ± 0.9	4.2 ± 0.9	4.4 ± 1.0	4.3 ± 0.8	4.6 ± 0.9
十分に話せた	4 ± 1.0	4.3 ± 0.8	3.9 ± 1.2	4.6 ± 0.7	4.0 ± 1.1	4.4 ± 0.7
問題が明確になった	3.9 ± 0.7	4.2 ± 0.7	3.9 ± 0.7	4.1 ± 0.6	3.9 ± 0.7	4.1 ± 0.6
言いたくないこと	4.8 ± 0.4	5 ± 0	4.8 ± 0.6	5 ± 0	4.8 ± 0.5	5.0 ± 0
有意義な助言	3.7 ± 0.7	4.3 ± 0.7*	3.8 ± 1.0	3.9 ± 0.7	3.7 ± 0.8	4.1 ± 0.7*
立ち入り過ぎではない	4.7 ± 0.5	4.8 ± 0.4	4.3 ± 0.8	4.8 ± 0.4\$	4.5 ± 0.7	4.8 ± 0.4*
目標は実行したい	4.2 ± 0.8	4.2 ± 0.6	4.6 ± 0.5	4.1 ± 0.9\$	4.4 ± 0.7	4.1 ± 0.7
行うことが明確になった	4 ± 0.7	4.3 ± 0.5	4.6 ± 0.5*	4.3 ± 0.8	4.3 ± 0.7	4.3 ± 0.6
疑問点が尋ねられた	3.8 ± 1.4	3.9 ± 0.8	4 ± 1.2	4.2 ± 0.9	3.9 ± 1.3	4.0 ± 0.8
問題の解決	3.1 ± 0.8	3.5 ± 0.5	3.4 ± 1.1	3.1 ± 1.0	3.2 ± 0.9	3.3 ± 0.8
特に新しいこと	2.9 ± 0.7	4 ± 0.7**	3.2 ± 0.9	3.6 ± 1.0	3.1 ± 0.8	3.8 ± 0.9**
カウンセラーに親近感	4.3 ± 1.1	4.4 ± 0.7	4.4 ± 0.5	4.3 ± 0.9	4.3 ± 0.9	4.4 ± 0.8
無理なこと	4.4 ± 0.7	4.5 ± 1.0	4.4 ± 1.0	4.7 ± 0.7	4.4 ± 0.8	4.6 ± 0.9
要は自分の問題	3.7 ± 0.7	3.7 ± 1.1	4.7 ± 0.7**	4.2 ± 0.8	4.1 ± 0.8	3.9 ± 1.0
健康より生き甲斐大切	2.8 ± 0.7	2.8 ± 0.9	3.1 ± 1.0	3 ± 0.8	3.0 ± 0.8	2.9 ± 0.8
カウンセラーに信頼感	4.3 ± 0.6	4.6 ± 0.9	4.4 ± 0.5	4.6 ± 0.7	4.3 ± 0.6	4.6 ± 0.8
一方的な感じではない	4.5 ± 0.8	4.5 ± 0.7	4.2 ± 0.8	4.5 ± 0.7	4.4 ± 0.8	4.5 ± 0.7
目標は実行できそう	3.7 ± 0.5	4 ± 1.0	3.8 ± 1.1	3.8 ± 0.9	3.7 ± 0.8	3.9 ± 0.9
面接時間	3.8 ± 1.1	4 ± 1.0	3.7 ± 1.0	3.7 ± 1.4	3.8 ± 1.0	3.9 ± 1.2
合計100点	78.8 ± 5.5	83.8 ± 5.4\$	81.6 ± 10.5	83.4 ± 9.3	80.1 ± 8.1	83.6 ± 7.2

\$P<0.1 *P<.05 **P<.01

A群(12名) 基礎講座時 『肥満の行動療法面接』 ビデオ学習前
 B群(10名) 基礎講座時 『肥満の行動療法面接』 ビデオ学習後

表8 行動療法への理解

行動療法による減量指導について理解できたか

(N = 22)

内容	事前学習後	終了時
誰を対象にすべきか	3.68 ±0.89	4.32 ±0.65**
減量の基礎知識	3.95 ±0.72	4.36 ±0.58**
行動療法の考え方	3.32 ±0.65	4.14 ±0.47**
減量の準備性とステージ	3.55 ±1.06	4.23 ±0.69*
食事と運動の原則	3.77 ±0.75	4.14 ±0.71*
目標の立て方	3.55 ±0.96	4.36 ±0.58**
習慣変容の指導法	3.23 ±0.69	4.00 ±0.58**
再発防止や維持の方法	3.27 ±0.7	3.50 ±0.67
効果的なプログラム作成	3.18 ±0.73	3.91 ±0.61**
面接とカウンセリング	3.14 ±0.64	4.23 ±0.53**

*P<.05 **P<.01

表9 行動療法実践への自己効力

1. 行動療法による減量指導は実践できそうか

(N = 22)

実践できるか	ベースライン	%	基礎講習後	%	終了時	%
テキストを読めばできる	0	0.0	5	22.7	7	31.8
基礎講習でできる	2	9.1	8	36.4	5	22.7
助言があればできる	3	13.6	8	36.4	9	40.9
できるか不明	17	77.3	1	4.5	1	4.5

2. 行動療法を減量以外の教育テーマに応用できるか (複数回答可)

教育テーマ	できる	%
高脂血症	16	72.7
糖尿病	17	77.3
高血圧	16	72.7
禁煙	9	40.9
運動促進	14	63.6
食事の改善	13	59.1
ストレス対処 (休養)	8	36.4
飲酒	7	31.8
その他	1	4.5

表10 指導上の課題

(N = 22)

課題と感ずること	ベースライン	基礎講習後	終了時
効果が不明確	3.04 ±1.59	2.45 ±1.18\$	2.14 ±1.03*
指導者や助言者がいない	3.64 ±1.53	3.45 ±1.1	2.77 ±1.27*
予算不足	2.63 ±1.22	2.41 ±0.8	1.82 ±0.85*
アンケートの作り方	3.45 ±1.44	2.77 ±1.2\$	2.55 ±0.9**
勉強の方法	3.00 ±1.48	2.45 ±1.05\$	2.18 ±1.09*
余計なお世話をやいてい	2.68 ±1.39	2.36 ±1.18	1.95 ±1.13**
募集に人が集まらない	3.20 ±1.52	3.09 ±1.02	3.09 ±1.02
習慣行動の評価	3.90 ±1.44	3.82 ±1.05	3.27 ±1.08\$
指導法のマンネリ化	3.27 ±1.55	2.82 ±1.09	2.59 ±1.30
情報が多く選択困難	2.77 ±1.48	3.18 ±0.66	2.64 ±1.00
相手のやる気がない	2.82 ±1.22	2.45 ±0.91	2.50 ±1.19
スタッフ間の協力体制	2.95 ±1.43	2.68 ±0.99	2.27 ±1.03\$
検診の事後指導ができな	2.45 ±1.43	2.31 ±0.99	2.00 ±1.11
上司が無理解	2.50 ±1.33	2.22 ±1.07	2.27 ±1.24
相手に振り回される	2.50 ±1.3	2.40 ±0.96	2.04 ±0.84
熱心にやってもむなしい	2.27 ±1.28	2.00 ±0.82	1.73 ±0.94
指導に時間がかかり過ぎ	2.91 ±1.23	3.18 ±1.18	3.63 ±1.14*
多忙で指導時間が不足	2.90 ±1.41	2.68 ±1.21	2.86 ±1.17
効果的な広報	2.91 ±1.44	2.86 ±1.08	2.91 ±0.92
脱落が多い	2.91 ±1.34	3.14 ±0.89	3.27 ±0.98

\$P<0.1 *P<.05 **P<.01

表 1 1 研修の満足度と負担感

1. セミナーのプログラムの満足度

(N = 2 2)

プログラム内容	基礎講習後	終了時
基礎的な理論	4.0 ±0.6	4.3 ±0.5*
評価のしかた	3.9 ±0.8	3.8 ±0.9
治療の進め方	4.3 ±0.7	4.1 ±0.7
具体的な行動技法	4.0 ±0.7	4.5 ±0.5**
カウンセリング	4.1 ±0.8	4.4 ±0.6
減量の指導法	4.0 ±0.6	4.4 ±0.7**
プログラムの立て方	4.3 ±0.6	4.4 ±0.7
募集のしかた	3.7 ±0.8	3.9 ±0.8
参加者との交流	4.3 ±0.7	4.4 ±0.5
スタッフとの交流	4.1 ±0.8	4.5 ±0.6*

*P<.05 **P<.01

2. それぞれの課題に対する負担感

(N = 2 2)

課題	あり	%
事前学習	8	36.4
質問票への回答	5	22.7
ケースレポート	4	18.2
プログラムの実践	5	22.7
事例発表	9	40.9

3. プログラムの構成は適当か

(N = 2 2)

構成項目	基礎講習後	%	終了時	%
時間	16	72.7	20	90.9
内容	21	95.5	22	100.0
スタッフ	21	95.5	22	100.0