

人の行動の記述を、弁別刺激、反応、強化子に関する理解を問う 6 項目の記述問題（以下三項随伴性の問題とする）の正解を 1 点として得点を評価した。

学生群では、穴埋め問題は講義前が 5.99 ± 2.92 点であったが、講義後は 13.05 ± 3.29 点と成績が有意に向上し ($p < .01$)、三項随伴性の問題は、講義前の 4.71 ± 1.84 から、講義後の 5.16 ± 1.65 へと向上する傾向が認められた ($p < .1$)。

セミナー群では、講義後に小冊子を参照しながらの回答も可として協力を得た。その結果、穴埋め問題は平均 12.91 ± 9.80 点で学生群の講義後と差がなかったが、三項随伴性の問題は平均 3.81 ± 2.31 点で、学生群よりも明らかに低かった ($p < .01$)。

4) 学生群の行動療法への関心や態度の変化 (表 4)

心身医学における行動理論の有用性に関する 5 段階評価の質問では 8 項目中、「基礎的理論」、「治療の進め方」、「効果的な指導法」、「プログラムの立て方」、「募集の仕方」、「評価の仕方」の 6 項目で評価点が有意に上昇し、「具体的な行動技法」は有意差傾向が認められた。

同様に行動療法の適用分野についての 11 項目中からの複数選択では、講義前は摂食障害、学齢期の問題、睡眠障害の順であったが、講義後は気分障害が増加し、2 位に上り、健康教育や保健指導も講義前より 10 ポイント上昇した。

他の臨床心理学分野と比較した際の行動療法の特徴については、「技法適用の仕方」と「適用範囲の広さ」「用語の使い方」の 3 項目が講義に 4-6 ポイント増加した。

自分の生活へ行動療法や行動理論の実践については、講義後に「学習習慣」が 37.21% から 51.16% へ 14 ポイント上昇した。また「不安や恐怖」は前後とも半数以上と高率であった。

5) セミナー群の自己効力と指導上の課題の変化 (表 5)

セミナー群では、基礎理論の講義後には「受講後に行動療法を実践できそうかどうか」という質問に対して、「できそう」が 6 名から 3 名に

減り、「1 回では難しい」が 13 名から 22 名に増加した。また、指導上の課題についても、「忙しすぎて時間がとれない」が解決の方向に変化したのみで、後の 12 項目は変化が認められなかった。

C. 研究 2 ビデオ教材「習慣変容のための初回面接」を用いた講義の効果

1. 目的

行動療法についての講演会で、前述のビデオ教材「習慣変容のための初回面接」を用いて 1 時間程度の講義を行なうことで、受講者の行動療法への関心や態度、保健指導上の課題の受け止め方が前後でどのように変化するかを検討するとともに、聴取者のビデオに対する評価を把握することであった。

2. 対象と方法

対象は、「行動療法についての講演」要請を受けて行なった 4 回の研修会の受講生で、研究の主旨に同意した者である。平成 14 年 9 月 7 日の第 46 回北海道公衆衛生セミナー例会に出席し、足達による「ライフスタイル療法—保健活動における行動療法」を受講し、前後の質問票に回答した 40 名のうち有効回答が得られた 35 名、および石川県、島根県、福岡県行橋市の栄養士会が実施した生涯教育（足達が 1 箇所、管理栄養士の渡辺が 2 箇所を担当）を受講し、前後の質問票に回答した計 148 名中有効回答が得られた 131 名であった。

後者は全て栄養士であったが、前者は医師 8 名、保健師 18 名、歯科衛生士 2 名、栄養士 7 名と複数の職種から構成されており、前年度の研究協力者である木津医師による行動療法の講義あるいは禁煙教育の実施などの経験を有する者が含まれるなどから、異質の集団と考えた。そこで、前者を A 群、後者を B 群と 2 群に分けて分析した。

A 群の男女比は 1 : 6 と女性が圧倒的に多く、年齢構成は 40 歳代が 16 名 (45.7%) と最も多く 30 歳代、50 歳代が 7 名 (20%) ずつと同数で、平

均年齢は 41.3±7.9 歳、健康教育指導経験は 10.9 ±7.6 年であった。B 群の男性は 4 名と少数であり、年齢構成は 40 歳代が 31.3%、30 歳代が 22.9%、20 歳代が 16%と A 群よりもやや若い年代が多く、平均年齢は 40.1±11.3 歳、平均経験年数は 9.84 ±8.08 年であった。

両群ともに用いた質問票はほぼ共通であり、事前の質問票(付録 3)は研究 1 のセミナー群と同一であり、講義後の質問票(付録 5)ではビデオで教育主眼とした内容 10 項目について 5 段階で評価させるとともに、行動療法による指導の実践に関する自己効力を尋ね、教育指導上の課題を再度評価させた。

分析は、A 群と B 群に分けて行い、主としてビデオに対する評価と、教育指導上の主観的な課題が軽減するかどうかを検討した。

統計解析は χ^2 検定、t 検定、対応のある t 検定を用い、有意水準を危険率 5%未満、傾向水準を危険率 10%未満とした。

3. 結果

1) 習慣病指導の現状と行動療法の学習(表 6)

指導教育の主題は、A 群では健康づくり一般(68.6%)、高コレステロール血症(57.1%)、糖尿病(42.9%)、禁煙(42.9%)、体重コントロール(37.1%)の順であり、B 群では糖尿病が 78.5%と最も多く、高血圧(58.9%)、高コレステロール血症(53.3%)、体重コントロール(45.8%)、健康づくり一般(44%)と続き、禁煙、飲酒、ストレス対処は少数であった。

A 群のほとんどは公衆衛生従事者であったが、B 群の指導フィールドは臨床の 34.3%と地域(23.7%)とで 57%と過半数を占め、学校(9.9%)や職域(8.4%)は比較的少数であった。

指導の形態については A 群では個人指導は 77.1%、集団指導は 57.1%が経験しており、通信指導は 8.6%と少数であり、セッション数は 1 回のみが 60%と最も多く、2-3 回が 40%、4 回以上になると 11.4%しか経験していなかった。追跡調査は 25.7%、効果の評価は 40%、カウンセリングは 37%といずれも半数以下しか経験していな

った。B 群では、個人指導は 71.0%、集団指導は 45%といずれも A 群より少数で、通信指導は 6%しかなかった。セッション数については 1 回のみが 42.7%、2-3 回が 29.8%、4 回以上が 26%であり、追跡調査は 24.4%、効果の評価は 38.2%、カウンセリングは 36.6%で、A 群とほとんど差はなかった。

行動療法の学習については A 群の 23 名(65.7%)が経験有と回答し、その内容は「話を聞いた」が 19 名(41.3%)と最も多く、指導にとりいれたものは 10 名(28.6%)で、学習の機会を有する者は 14 名(40%)で、そのうちわけは学習会が 9 名(25.7%)と最も多かった。B 群では 46 名(35.1%)が行動療法学習の経験を有し、その内容は「話を聞いた」29 名(37.2%)が最も多く本(24.4%)や雑誌(19.2%)、研究会(15.4%)の順であり、学習機会を有する者 32 名(24.4%)のうち 22 名が学習会に参加していた。A 群が B 群より行動療法の学習経験($p < .05$)も指導経験も勝っていた($p < .05$)。B 群は、学習意欲は強いが実践がなされていない状況が推察された。

2) 講義内容への関心と教育指導上の課題(表 7)

セミナーの内容 8 項目への興味は両群とも「募集のしかた」が 3 点代であったが、後の 7 項目は 4 点以上といずれも高かった。A 群では「具体的な指導方法」4.77 点、「具体的な行動技法」と「評価のしかた」がいずれも 4.74 点、プログラムの立て方 4.54 点、B 群では「具体的な指導」4.41 点、「カウンセリング」4.34 点、「具体的な行動技法」と「評価のしかた」4.33 点の順であり、A 群が B 群より「具体的な行動技法」「具体的な指導方法」「評価のしかた」は明らかに高く($p < .01$)、「基礎的な理論」と「プログラムの立て方」については高い傾向($p < .10$)が認められた。また、教育指導上困難と感じる課題について、20 項目について 5 段階で評価させたところ、A 群では 13 項目が 3 点以上で、「習慣行動の評価が難しい」が 4.38 と最も高く、「指導者・助言者がいない」3.94 点、「指導法がマンネリ」3.56 点、

「効果的な広報ができない」3.35点、「募集に人が集まらない」3.18点の順であった。

これに対しB群では、3点以上は14項目であり、「習慣行動の評価が難しい」は3.85、「指導法がマンネリ」3.73、「情報が多く選択が難しい」3.63、「勉強のしかたがわからない」3.42、の順であり、群間の差については、「クライアントのやる気」「情報が多く選択が難しい」ではB群が高く($p<.01$)、「習慣行動の評価」「指導者・助言者の不在」の2項目についてはA群が高かった($p<.01$)。

3) ビデオの評価 (表8)

22分のビデオ教材「習慣変容のための初回面接」に対する評価を、表に示す10項目で5段階で尋ねた。その結果A群では「挨拶や導入のしかた」を除く9項目で、B群では全項目が4点以上という高い評価であった。A群では「準備性のみきわめ方」と「準備性に応じた指導」が比較的高得点であり、B群では「問題の受け止め方の確認」「努力に注目」「クライアントに共感」が高く、「準備性のみきわめ方」「準備性に応じた指導」の2項目を除き8項目でB群の評価の方がA群よりも有意に高得点であった($p<.01$)。

4) 面接法と行動療法実践の自己効力 (表9)

面接法を「積極的に勉強したい」と回答した者はA群が42.9%、B群が47.3%で、「機会があれば勉強したい」はA群が57.1%、B群が52.7%で差はなかった。行動療法を用いた指導についても「実践できそう」との回答はA群が45.7%、B群が35.9%、「1回では難しそう」はA群が48.6%、B群が51.1%と差がなかった。

5) 教育指導上の課題の変化 (表10)

教育指導上の課題13項目を事前と同一の質問票で回答させることにより、講義とビデオによる主観的な問題解決への効果を検討した。終了時の回答の両群比較では、B群がA群より「クライアントのやる気」「効果が不明」「クライアントに振り回される」の3項目で高く($p<.05$)、「多忙」「勉強のしかた」「検診後の指導法」の3項目で高い傾向があり、全体にB群が困難と感じる度合いが強かった。前後の差については、A

群では表のとおり13項目中8項目で、B群では13項目中10項目で有意な減少が認められ、課題を困難と感じにくくなっていた。A群で差がなかった「クライアントにやる気がない」「よけいな世話」「クライアントにふりまわされる」は前の得点が2点台で、もともと困難と感じる程度が高くはない項目であった。

B群では、「クライアントにやる気がない」「指導に時間がかかりすぎる」「検診の事後指導ができない」を除く10項目で改善が認められた。改善の程度の両群比較については、「習慣行動の評価」に関してA群がB群より大きく改善した傾向が認められたが、他は差がなかった。

D. まとめと考察

本研究の目的は、1時間程度の講義と小冊子とビデオの2種類の指導教材を用いた教育の効果を検討することであった。研究1では、小冊子を用いて基礎的行動理論の解説を行い、研究2では習慣改善のための行動療法について、初回面接のビデオを用いて教育した。対象者は、研究1では心理学科の学生と産業保健師を対象に、研究2では公衆衛生従事者と栄養士を対象に行い、それぞれを2群に分けて分析した。

その結果、研究1では学生群で理論についての基礎知識の向上が認められ、セミナー群も講義後、学生の講義後の水準に達することができたが、行動の弁別刺激と強化子の三項随伴性については、明らかに学生が優っていた。また、学生では行動療法の有用性や特徴、自身への応用などで積極的な態度の変化が認められたが、セミナー群では、実践への自己効力がむしろ低下し、指導上の問題解決にも至らなかった。

研究2では、両群とも1回のみ講演会対象者であり、約90分という与えられた時間内で研究への協力を依頼して実施した。通常行なっている生活習慣改善を目的とした行動療法についての講演とビデオによって、保健従事者の保健指導上の課題や困難が軽減されるかどうかを、前後の変化で検討した。いずれも先方の要請による講演会で部分的に研究協力を依頼したので、

受講者の心理的抵抗と負担を少なくするために、評価項目を最小限に絞りこんだ。したがって、情報は限られるが、両群とも保健指導上の困難や課題は問題解決の方向に変化が認められ、ビデオの評価はおおむね良好であった。また、A群とB群とでは、職種と行動療法実践の経験の差があり、得られた結果にも細かな差が認められた。これらは対象者や募集の方法によって、教育内容も随時変化させる必要があるという主張を裏付ける結果と考えた。いずれにせよ、研究1のセミナー群と研究2のA・B群は、本研究事業の対象となる保健指導者であり、中でもセミナー群は行動療法教育への準備性が高い群、A群は経験を有したややレベルが高い群とみなされ、B群も含めて学習意欲は一般的な保健指導者中では高い一群と考えられる。そのような偏りのある集団での結果と解釈できる。

興味深い点は、研究2では両群とも指導上の課題や困難は軽減されたのに対して、研究1のセミナー群で、行動理論の講義後、基礎知識は相応に修得できても、問題解決にはつながらず、自己効力も高まらなかった点であった。このセミナー群に対しては本研究の直後、より実践的な内容の教育を行なうことが可能であったが、そのような補足ができないと、教育効果が望めず、誤解を深めてしまう結果にもなりかねない。事実、結果からは省いたが、学生の感想からも行動療法に対する誤解が随所に認められた。また、学生と比較して、セミナー群では冊子を参照しながら回答させたが、学生のレベルまでしか到達せず、また行動の弁別刺激と強化子の三項随伴性の理解では明らかに学生より劣っていた。これは職業的関心が実践的な側面に限られがちで、理論的な思考から遠ざかりがちな保健指導者の特徴かもしれない。だとすると、そのような指導者に対する基礎理論の教育は、慎重に、実践を踏まえながら、ゆっくりと行なう必要がある。初期のうち、実践的な技能の習得と平行しながら、興味を喚起しつつ対面で基礎理論の習得をはかることが、賢明であると思う。したがって、より完成度が高く、面白く学習で

きる教材やツールが存在しないうちは、初級者向けの事前教育として電子媒体を用いて基礎理論の教育を通信指導で行うことには無理があり不相当と考えた。やはり、本研究班の禁煙、運動、飲酒、ストレス対処などの対面教育（ワークショップ）を補完する形で、各論指導のロールプレイ学習にビデオ視聴を入れたり、各論指導の具体例が提示された後に行動理論を学習させるのが抵抗が少なく理解が得られやすいだろう。実際今回、研究1のセミナー群にはビデオの視聴前後で面接のロールプレイを行い、討論を加えるという形でカウンセリング実習を行なってみたが、好評であった。しかしそれだけでも90分は要した。これまでの経験からは、教育は欲張りすぎずに的を絞り、着実に行なうのが良い。そのためには、事前にそれぞれの各論担当者との綿密な計画と調整が不可欠と考える。

行動療法を学習する際には、理論と実践をどのように学ぶかが大きな課題であるが、公衆衛生従事者への普及という観点からは、1) 実施上の負担が大きくなり、2) 学習課題が日常業務に直結しており、3) 学習効果が実感でき、行動理論を用いることが強化される、ことが必要条件であろう。欧米でも、行動療法の専門家は限られているため、強迫神経症や過食症など個別対応の難しい臨床疾患ですら、専門家の治療を標準化し、一般の医師や指導者は、セルフマニュアルによるクライアントの自己学習を支援する、ガイドに徹しようのという動きが大きくなっている⁸⁾。既に、体重コントロール^{9,10)}や高血圧予防¹¹⁾において、行動療法による完全非対面のコンピュータプログラムで効果を確認しつつあり、さらに一部では、それに指導者の対面刺激が加わることで成績が向上するという結果¹²⁾も得ている。それらを考慮すると、簡便で使いやすいクライアントへの指導ツールを開発し、指導者にはそれを用いた実践を促すという方法で、行動科学の効果を実感し関心を高めながら理論学習に導入することも効率的な普及法になりうると考えた。

行動理論を電子化した教育媒体として用いる

際は、ワークショップ後の自己学習とし、基礎的な演習や解説、行動的記述のしかたなどで構成していく方法が適当かもしれない。

以上より、次年度は各論指導のいずれかとの共同研修プログラムの作成・実施と、電子化が可能な教育コンテンツ作成が研究課題と考えた。

E. 参考文献

- 1) 山上敏子, 行動療法, 岩崎学術出版, 東京 1990.
- 2) 足達淑子, 木津明彦, 高橋稔, 佐々木直美, 杉山雅彦: 行動科学の理論に関する指導者教育養成法の確立. 平成 13 年度厚生科学研究費補助金による健康科学総合研究事業 行動科学に基づいた喫煙、飲酒等の生活習慣改善のための指導者養成システムの確立に関する研究 (主任研究者中村正和) 報告書, 足達-1-足達-49, 2002.
- 3) 足達淑子監修: 肥満の食事カウンセリング. 女子栄養大学出版, 1992.
- 4) 足達淑子: ライフスタイルを見直す減量指導. 法研, 1997.
- 5) 足達淑子編: 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, 1998,
- 6) 足達淑子編著: ライフスタイル療法. 医歯薬出版, 2001 .
- 7) 足達淑子, 山上敏子: 行動療法による体重コントロールのための指導者教育プログラムとその評価. 日本公衆衛生雑誌, 49(11):1184-1194, 2002.
- 8) Treasure J, Schmidt U, Troop N, et al: Sequential treatment for bulimia nervosa incorporating a self-care manual. Brit J Psychiat 1996;168:94-98.
- 9) 山津幸司 足達淑子. コンピュータを用いた行動的減量支援プログラム. その 1-1 カ月後の短期効果について. 日公衛誌, 49(10) 特別付録 359, 2002.
- 10) 足達淑子, 山津幸司, 国柄后子, コンピュータを用いた行動的減量支援プログラム その 2-追跡による長期効果について, 肥満研究 (第 23 回日本肥満学会プログラム・抄録集), 2002, 8, 102p.
- 11) 山津幸司, 足達淑子, コンピュータによる健康行動変容プログラムの血圧低減効果, 第 9 回日本行動医学会プログラム・抄録集, 2002, 19p.
- 12) 山津幸司, 足達淑子, 大河内満, 足達教, 高血圧者に対するコンピュータを用いた生活習慣改善 (第 2 報) -非対面プログラムとの比較による指導者ガイダンスの効果の検討-健康支援, 投稿中.

F. 健康危険情報

この研究において健康危険情報に該当するものはなかった。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 国柄后子, 山津幸司, 足達淑子. 選択メニューによる 6 つの生活習慣変容プログラム. 職場における簡便な通信指導. 日本公衆衛生雑誌, 49:525-534, 2002.
- 2) 足達淑子, 山上敏子: 行動療法による体重コントロールのための指導者教育プログラムとその評価. 日本公衆衛生雑誌, 49(11):1184-1194, 2002.
- 3) 川上憲人, 足達淑子, 国柄后子, 田中秀樹: 慢性不眠の行動療法と睡眠習慣改善介入の検討? 文献レビューと簡便な通信指導の試み-厚生科学研究費補助金・障害保健福祉総合研究事業 睡眠障害対応のあり方に関する研究 13 年度研究報告書 (班長 大川匡子)36-46, 2002.
- 4) 足達淑子: 変えたいことはありませんか? ライフスタイル改善で心身のバランスを. 児童心理, 臨時増刊 764:112-117, 2002.
- 5) 足達淑子: 生活習慣改善のための行動療法. 臨床看護, 28:1077-1080, 2002.
- 6) 足達淑子, 山上敏子: 慢性不眠の行動療法とその効果. 精神神経学雑誌, 104: 513-528, 2002.
- 7) 足達淑子: 栄養指導のための行動療法-IT を活用した新しい方法. 臨床栄養, 臨時増

- 刊,101(12):810-816,2002.
- 8) 足達淑子:医療・保健の現場. 上里一郎監修:これから始める臨床心理学. 32-45, 昭和堂, 2002.
 - 9) 清野裕監訳, 足達淑子, 渡辺純子訳: 糖尿病セルフケアガイド. 医歯薬出版, Type 2 Diabetes Your Healthy Living Guide. 3rd Eds. American Diabetic Association, 2002.
 - 10) 山津幸司,足達淑子,大河内満,足達教, 高血圧者に対するコンピュータを用いた生活習慣改善(第2報)ー非対面プログラムとの比較による指導者ガイダンスの効果の検討ー健康支援,5(1);23-31,2003.
2. 学会発表
- 1) 足達淑子:「肥満の行動変容アプローチ」日本官能評価学会2002年度大会 シンポジウム「食品の嗜好性」,東京,2002/11
 - 2) 足達淑子:コンピュータによる行動的減量プログラムの開発とその効果. 第9回日本行動医学会プログラム・抄録集,2002,26p.
 - 3) 足達淑子, 山津幸司,国柄后子, コンピュータを用いた行動的減量支援プログラム その2-追跡による長期効果について,日本公衆衛生学雑誌, 49(10) 特別付録360,2002.
 - 4) 足達淑子,山津幸司,国柄后子, コンピュータを用いた行動的減量支援プログラム その2-追跡による長期効果について,肥満研究(第23回日本肥満学会プログラム・抄録集),2002,Vol8,102p.
 - 5) 足達淑子 田中秀樹 高橋稔 国柄后子: 行動療法を用いた簡便なセルフケア支援の睡眠習慣改善プログラムによる介入予備研究.日本睡眠学界大27回定期学術集会プログラム抄録集162,2002.
 - 6) 足達淑子, 山津幸司,ITを活用した新しい健康教育,第9回日本行動医学会プログラム・抄録集,18p,2002.
 - 7) 山津幸司,足達淑子, コンピュータによる健康行動変容プログラムの血圧低減効果,第9回日本行動医学会プログラム・抄録集,2002,19p.
 - 8) 山津幸司,足達淑子,コンピュータを用いた行動的減量支援プログラム その1-1ヵ月後の短期効果について,肥満研究(第23回日本肥満学会プログラム・抄録集),2002,Vol8,102p.
 - 9) 山津幸司,足達淑子,コンピュータを用いた行動的減量支援プログラム その1-1ヵ月後の短期効果について,日本公衆衛生学雑誌, 49(10) 特別付録359,2002.
 - 10) 国柄后子, 足達淑子, 山津幸司,田中秀樹, 通信による行動的睡眠習慣改善プログラム, 公衆衛生学雑誌,2002,49, 410p.
 - 11) 国柄后子, 足達淑子,山津幸司,行動療法を用いた通信制習慣改善プログラムによる減量効果,肥満研究(第23回日本肥満学会プログラム・抄録集),2002,8,171p.
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
- この研究において知的財産権に該当するものはなかった。

表1 行動理論および心身医学の学習歴(学生群)

		N	%
1行動理論の学習歴 (複数回答)	講義で聴いた	35	(41.2)
	講演で聴いた	3	(3.5)
	本や雑誌で見た	9	(10.6)
	新聞で見た	2	(2.4)
	その他	4	(4.7)
	小計	53	
	ない	35	(41.2)
		平均	SD
2心身医学の学習歴	身体と心の関係(心身相関)	3.40	(0.69)
	ストレスと身体の反応	3.81	(0.63)
	ストレスへの対処法	3.74	(0.68)
	身体のしくみ	2.89	(0.69)
	心身症の診断や治療の方法	2.76	(0.67)

※N=85

※講義前に実施

表2-1. 現在行なっている生活習慣病指導について

		セミナー群	
		平均(年)	SD
経験年数 (n=31)		9.8	(8.2)
		N	%
1 指導の形態 (複数回答)	個人指導	25	(78.1)
	集団指導	14	(43.8)
	個人+集団	14	(43.8)
	通信指導	11	(34.4)
2 セッション数 (複数回答)	1回	12	(37.5)
	2~3回	11	(34.4)
	4回以上	7	(21.9)
	その他	1	(3.1)
	無回答	1	(3.1)
		平均(月)	SD
3 プログラムの最長期間 (n=16)		9.4	(7.3)
		N	%
4 追跡調査の実施	あり	14	(43.8)
	なし	17	(53.1)
	無回答	1	(3.1)
5 指導効果の 評価の実施	あり	16	(50.0)
	なし	15	(46.9)
	無回答	1	(3.1)
6 カウンセリ ングの実施	あり	13	(40.6)
	なし	18	(56.3)
	無回答	1	(3.1)

表2-2. 行動療法の学習

		セミナー群	
		%	
1 行動療法の学習 経験 (複数回答)	ある	23	(71.9)
	話を聞いた	18	(56.3)
	論文	8	(25.0)
	雑誌	11	(34.4)
	本	10	(31.3)
	研究会	4	(12.5)
	ない	9	(28.1)
2 指導へのとりいれ	ある	7	(21.9)
	ない	23	(71.9)
	無回答	2	(6.3)
3 学習機会や場所 (複数回答)	学会	4	(23.5)
	知人	1	(5.9)
	学習会	7	(41.2)
	大学	1	(5.9)
	その他	4	(23.5)
4 健康教育や指導 教育の主題	健康づくり一般	1	(3.1)
	体重コントロール	22	(68.8)
	糖尿病	18	(56.3)
	高コレステロール血症	15	(46.9)
	禁煙	4	(12.5)
	高血圧	15	(46.9)
	適正飲酒	9	(28.1)
	ストレス対処	12	(37.5)
その他	1	(3.1)	

表3. 行動理論の基礎知識の変化

	学 生 群(N=85)				セミナー群(N=32)	
	講義前		講義後		講義後	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD
1穴埋め問題	5.99	(2.92)	13.05	(3.29)	12.91	(3.80)
			**			
2三項随伴性の問題	4.71	(1.84)	5.16	(1.65)	3.81	(2.31)
			\$		**	

対応のあるT検定と、T検定を実施

** p<.01 * p<.05 \$ p<.10

表4. 行動療法への関心や態度の変化

	学 生 群(N=85)			
	講義前		講義後	
	平均	SD	平均	SD
1 心身医学における行動療法の有用性について				
基礎的理論	3.59	(0.78)	4.07	(0.69) **
治療の進め方	4.08	(0.69)	4.31	(0.67) *
具体的な行動技法	4.21	(0.62)	4.36	(0.63) \$
カウンセリング	4.06	(0.84)	4.07	(0.84)
効果的な指導法	4.12	(0.76)	4.32	(0.73) *
プログラムの立て方	4.01	(0.75)	4.29	(0.78) *
募集の仕方	3.04	(0.68)	3.32	(0.74) **
評価の仕方	3.41	(0.82)	3.87	(0.75) **
** p<.01 * p<.05 \$ p<.10				

	講義前		講義後	
	N	%	N	%
2 行動療法の適用分野(複数回答)				
統合失調症	13	(15.3)	15	(17.6)
気分障害	22	(25.9)	36	(42.4)
パニック障害	24	(28.2)	22	(25.9)
人格障害	10	(11.8)	11	(12.9)
摂食障害	38	(44.7)	40	(47.1)
PTSD	19	(22.4)	17	(20.0)
睡眠障害	28	(32.9)	31	(36.5)
学齢期の問題(不登校やいじめなど)	33	(38.8)	32	(37.6)
自閉症やADHDといった障害児・者	25	(29.4)	23	(27.1)
健康教育や保健指導	14	(16.5)	23	(27.1)
保護者の養育相談	22	(25.9)	16	(18.8)
無記入	0	(0.0)	2	(2.4)
小計	248		268	
3 他の臨床心理学分野と比較した際の行動療法特徴(複数回答)				
アセスメントの仕方	19	(22.4)	18	(21.2)
クライアントの接し方	22	(25.9)	20	(23.5)
技法の適用の仕方	41	(48.2)	45	(52.9)
適用範囲の広さ	25	(29.4)	31	(36.5)
用語の使い方	1	(1.2)	5	(5.9)
その他	4	(4.7)	3	(3.5)
特になし	1	(1.2)	5	(5.9)
無記入	0	(0.0)	0	(0.0)
小計	113		127	
4 行動療法や行動理論を自分のどのような面で実践したいか(複数回答)				
喫煙	17	(20.0)	18	(21.2)
友人・恋人との関係	19	(22.4)	18	(21.2)
親子関係	16	(18.8)	10	(11.8)
学習習慣	32	(37.6)	44	(51.8)
進路選択・決定	0	(0.0)	2	(2.4)
生活についての悩み	20	(23.5)	18	(21.2)
不安や恐怖	47	(55.3)	44	(51.8)
その他	10	(11.8)	11	(12.9)
特になし	2	(2.4)	7	(8.2)
無記入	0	(0.0)	0	(0.0)
小計	163		172	

表5-1. 行動療法実践の自己効力(セミナー群)

		講義前		講義後	
		N	%	N	%
行動療法による	できそう	6	(18.8)	3	(9.4)
指導の実践	1回だけでは難しそう	13	(40.6)	22	(68.8)
	わからない	11	(34.4)	4	(12.5)
	無回答	2	(6.3)	3	(9.4)
	計	32		32	

表5-2. 現在困っていること(セミナー群)

	n	講義前		講義後	
		平均	SD	平均	SD
プログラムの募集に人が集まらない	32	3.19	(1.2)		
途中での脱落が多い	31	3.45	(1.0)		
クライアントのやる気が出ない	30	3.22	(0.9)	3.30	(0.7)
指導に時間がかかりすぎる	30	3.09	(1.0)	3.10	(1.0)
効果があるのかどうか分からない	31	3.19	(1.0)	3.03	(1.0)
習慣行動の評価が難しい	31	3.69	(1.0)	3.74	(0.8)
情報が多すぎて選択が難しい	32	3.13	(0.9)		
身近に指導者や助言者がいない	32	3.09	(1.4)		
スタッフ間の協力体制がとりにくい	32	2.84	(1.3)		
予算が乏しく十分な教育ができない	31	2.87	(1.3)	2.48	(1.2)
アンケートの作り方がわからない	31	3.31	(1.1)	3.19	(1.2)
忙しすぎて指導に時間が取れない	30	3.26	(1.1)	2.93	(1.1) \$
勉強の仕方がわからない	30	3.32	(1.3)	3.00	(1.1)
余計なお世話をやいている気がする	29	3.20	(1.1)	2.76	(1.3) *
検診の事後指導ができない	31	2.72	(1.2)	2.81	(1.2)
指導法がマンネリになっている	30	3.84	(1.2)	3.87	(0.7)
上司が無理解	31	2.58	(1.1)		
効果的な広報ができない	30	3.13	(1.3)		
クライアントに振り回される	30	2.57	(1.0)	2.90	(1.1) \$
熱心にやってもむなし	31	2.72	(1.3)	2.61	(1.2)

** p<.01 * p<.05 \$ p<.10

表 6. 現在の生活習慣病指導及び行動療法の学習について

		A群 N=35		B群 N=131	
		N	%	N	%
現在実施している生活習慣病指導					
1 指導の形態 (複数回答)	個人指導	27	(77.1)	93	(71.0)
	集団指導	20	(57.1)	59	(45.0)
	個人+集団	7	(20.0)	36	(27.5)
	通信指導	3	(8.6)	8	(6.1)
2 セッション数 (複数回答)	1回	21	(60.0)	56	(42.7)
	2～3回	14	(40.0)	39	(29.8)
	4回以上	8	(22.9)	34	(26.0)
4 追跡調査の実施	あり	9	(25.7)	32	(24.4)
	なし	22	(62.9)	88	(67.2)
	無回答	4	(11.4)	11	(8.4)
5 指導効果の 評価の実施	あり	14	(40.0)	50	(38.2)
	なし	17	(48.6)	71	(54.2)
	無回答	4	(11.4)	10	(7.6)
6 カウンセリ ングの実施	あり	13	(37.1)	48	(36.6)
	なし	16	(45.7)	75	(57.3)
	無回答	6	(17.1)	8	(6.1)
2健康教育・指導 のテーマ (複数回答)	健康づくり一般	24	(68.6)	47	(43.9)
	体重コントロール	13	(37.1)	49	(45.8)
	糖尿病	15	(42.9)	84	(78.5)
	高コレステロール血症	20	(57.1)	57	(53.3)
	禁煙	15	(42.9)	5	(4.7)
	高血圧	12	(34.3)	63	(58.9)
	適正飲酒	9	(25.7)	13	(12.1)
	ストレス対策	10	(28.6)	3	(2.8)
	その他	10	(28.6)	8	(7.5)
行動療法の学習					
1 勉強したことが ^{1*} (複数回答)	ある	23	(65.7)	46	(35.1) **
	話を聞いた	19	(41.3)	29	(37.2)
	論文	5	(10.9)	3	(3.8)
	雑誌	8	(17.4)	15	(19.2)
	本	13	(28.3)	19	(24.4)
	研究会	1	(2.2)	12	(15.4)
	小計	46		78	
	ない	12	(34.3)	79	(60.3)
無回答	0	(0.0)	6	(4.6)	
2 指導へのとりいれ	ある	10	(28.6)	16	(12.2) *
	ない	22	(62.9)	92	(70.2)
	無回答	3	(8.6)	23	(17.6)
3 学習機会や場所 (複数回答)	学会	2	(5.7)	5	(2.9)
	知人	1	(2.9)	1	(0.8)
	学習会	9	(25.7)	22	(16.8)
	大学	0	(0.0)	0	(0.0)
	その他	3	(8.6)	7	(5.3)
	無回答	21	(60.0)	99	(75.6)

1 * 勉強したことが「ある」と「ない」の数を比較

** p<.01 * p<.05 \$ p<.10

表7-1. セミナーへの興味

	A群			B群			t
	N	平均	SD	N	平均	SD	
基礎的な理論	35	4.46	(0.6)	126	4.19	(0.8)	1.83 \$
治療の進め方	35	4.09	(1.0)	124	4.24	(0.8)	1.01
具体的な行動技法	35	4.74	(0.4)	125	4.33	(0.7)	3.16 **
カウンセリング	35	4.46	(0.7)	124	4.34	(0.8)	0.83
具体的な指導方法	35	4.77	(0.5)	124	4.41	(0.7)	2.81 **
プログラムのたてかた	35	4.54	(0.7)	126	4.30	(0.8)	1.69 \$
募集のし方	34	3.91	(1.1)	124	3.89	(0.8)	0.14
評価の仕方	35	4.74	(0.6)	124	4.33	(0.8)	3.01 **

表7-2. 指導上の課題

	A群			B群			t
	N	平均	SD	N	平均	SD	
募集に人が集まらない	34	3.18	(1.4)	108	3.16	(1.1)	0.08
途中での脱落が多い	35	2.97	(1.3)	109	3.19	(1.1)	1.02
クライアントのやる気がない	35	2.66	(0.9)	112	3.37	(0.9)	3.93 **
指導に時間がかかりすぎる	35	3.11	(1.1)	110	3.43	(1.1)	1.50
効果があるかわからない	35	3.34	(1.2)	112	3.59	(1.0)	1.19
習慣行動の評価が難しい	34	4.38	(0.9)	110	3.85	(0.9)	2.97 **
情報が多く選択が難しい	35	3.00	(0.8)	111	3.63	(1.0)	3.51 **
指導者・助言者がいない	35	3.94	(1.0)	113	3.33	(1.2)	2.69 **
スタッフの協力体制がとりにくい	34	3.06	(1.2)	115	3.13	(1.2)	0.30
予算が少なく十分教育できない	35	3.09	(1.2)	111	2.95	(1.2)	0.62
アンケートの作り方がわからない	35	3.09	(1.2)	112	3.32	(1.1)	0.87
多忙で指導に時間がとれない	35	3.09	(1.1)	113	3.35	(1.2)	1.20
勉強のしかたがわからない	35	3.06	(1.1)	113	3.42	(1.2)	1.62
よけいな世話をやいている気がする	35	2.51	(1.2)	113	2.70	(1.2)	0.82
検診の事後指導ができない	33	2.64	(1.1)	106	2.99	(1.2)	1.56
指導法がマンネリ	34	3.56	(1.4)	113	3.73	(1.1)	0.74
上司が無理解	33	2.76	(1.0)	110	2.64	(1.3)	0.51
効果的な広報ができない	34	3.35	(1.2)	111	3.32	(1.0)	0.14
クライアントに振り回される	33	2.55	(1.0)	111	2.86	(1.0)	1.64
熱心にしてもむなし	34	2.53	(1.2)	112	2.71	(1.2)	0.80

** p<.01 * p<.05 \$ p<.10

表8. ビデオの評価

	A群			B群			t	
	N	平均	SD	N	平均	SD		
部屋の環境、いすの位置	35	4.03	(0.8)	130	4.33	(0.7)	2.14	*
面接の心構えや身なり	35	4.06	(0.7)	130	4.37	(0.8)	2.16	*
問題の受け止め方を確認する	35	4.23	(0.7)	131	4.63	(0.6)	3.32	**
努力に注目する	35	4.17	(0.7)	130	4.56	(0.6)	3.10	**
クライアントに共感する	35	4.26	(0.7)	130	4.52	(0.6)	2.14	*
準備性を見極め方	35	4.46	(0.7)	129	4.38	(0.7)	0.55	
準備性に応じた指導	35	4.46	(0.7)	130	4.39	(0.7)	0.48	
目標の設定	35	4.00	(1.0)	130	4.48	(0.7)	3.42	**
励まし方	35	4.03	(0.8)	131	4.47	(0.7)	3.20	**
挨拶や導入のしかた	34	3.82	(0.8)	131	4.40	(0.7)	4.00	**

** p<.01 * p<.05 \$ p<.10

表9. 面接法と行動療法実践の自己効力

	A群 (N=35)				B群 (N=131)				χ^2
	前		後		前		後		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
3面接法について									
積極的に勉強したい			15	(42.9)	62	(47.3)			0.22
機会があれば勉強したい			20	(57.1)	69	(52.7)			
勉強するつもりはない			0	(0.0)	0	(0.0)			
無回答			0	(0.0)	0	(0.0)			
4行動療法による									
できそう	4	(11.4)	16	(45.7)	12	(9.2)	47	(35.9)	前
1回だけでは難しそう	21	(60.0)	17	(48.6)	64	(48.9)	67	(51.1)	1.21
わからない	10	(28.6)	2	(5.7)	48	(36.6)	16	(12.2)	後
無回答	0	(0.0)	0	(0.0)	7	(5.3)	1	(0.8)	1.81

** p<.01 * p<.05 \$ p<.10

表10. 指導上の課題の変化

	A群						B群						差の検定		
	前			後			前			後			前	後	
	N	平均	SD	平均	SD	t	N	平均	SD	平均	SD	t	t	t	
クライアメントにやる気がない	35	2.66	(0.9)	2.71	(1.3)	0.06 (1.5) 0.23	109	3.39	(0.9)	3.45	(1.1)	0.06 (1.2) 0.54	3.93	**	0.03
指導に時間がかかりすぎる	35	3.11	(1.1)	2.57	(1.2)	-0.54 (1.3) 2.53 *	108	3.45	(1.0)	3.28	(1.1)	-0.18 (1.2) 1.56	1.50		0.88
効果があるかわからない	35	3.34	(1.2)	2.66	(1.5)	-0.69 (1.5) 2.69 *	109	3.61	(1.0)	3.13	(1.1)	-0.49 (1.1) 4.54 **	1.19		0.84
習慣行動の評価が難しい	34	4.38	(0.9)	3.56	(1.2)	-0.82 (1.2) 3.86 **	104	3.90	(0.9)	3.50	(1.0)	-0.40 (1.1) 3.90 **	2.97	**	1.92 †
予算が少なく十分教育できない	35	3.09	(1.2)	2.57	(1.1)	-0.51 (1.0) 3.01 **	107	2.98	(1.1)	2.64	(1.1)	-0.35 (1.0) 3.64 **	0.62		0.87
アンケートの作り方がわからない	35	3.51	(1.2)	3.17	(1.1)	-0.34 (1.0) 1.97 †	107	3.33	(1.1)	3.07	(1.0)	-0.25 (1.2) 2.16 **	0.87		0.40
多忙で指導に時間がとれない	35	3.09	(1.1)	2.63	(1.0)	-0.46 (1.0) 2.85 **	106	3.37	(1.2)	3.08	(1.2)	-0.28 (1.1) 2.58 **	1.20		0.82
勉強のしかたがわからない	35	3.06	(1.1)	2.46	(1.1)	-0.60 (1.3) 2.81 **	109	3.44	(1.2)	2.77	(1.1)	-0.67 (1.1) 6.42 **	1.62		0.32
よけいな世話をやいている気がする	35	2.51	(1.2)	2.26	(1.1)	-0.26 (1.0) 1.46	110	2.72	(1.2)	2.38	(1.1)	-0.34 (1.1) 3.20 **	0.82		0.38
検診の事後指導ができない	33	2.64	(1.1)	2.58	(1.1)	-0.06 (0.9) 0.37	101	3.00	(1.1)	2.95	(1.2)	-0.05 (1.2) 0.41	1.56		0.05
指導法がマンネリ	34	3.56	(1.4)	3.44	(1.2)	-0.12 (1.1) 0.64	107	3.78	(1.0)	3.47	(1.0)	-0.31 (1.1) 2.83 **	0.74		0.87
クライアメントに振り回される	33	2.55	(1.0)	2.36	(1.1)	-0.18 (0.8) 1.29	108	2.89	(1.0)	2.77	(1.0)	-0.12 (0.9) 1.35 **	1.64		0.34
熱心にもむなしい	34	2.53	(1.2)	2.12	(0.9)	-0.41 (0.9) 2.80 **	108	2.73	(1.2)	2.38	(1.1)	-0.35 (1.1) 3.39 **	0.80		0.30

** p<.01 * p<.05 † p<.10

付録1 「保健指導に役立つ行動理論」について

この質問票は、皆さんの状況（集団として）を知るためのもので、個人的評価として利用はいたしません。深く考えず、ありのままにお答えください。当てはまるものに○をつけてください。

学籍番号 _____ (出席代わりにとります)

性別（男性：女性）、年齢()歳

1. これまで保健医療における行動理論についてどの程度勉強あるいは、見聞きしていましたか？

a)講義で、 b)講演で、c)本、雑誌で、d)新聞で、e)その他()、f)ない

<a~dに○をつけた方へ：それはどのような内容でしたか？>

()

2. 講義の中で取り上げた心身医学に関する知識について、どの程度理解できましたか？ 5点満点で、自己評価してください。

	とても理解している	ほとんどわからない
・ 身体と心の関係（心身相関）	5	4	3 2 1
・ ストレスと身体の反応	5	4	3 2 1
・ ストレスへの対処法	5	4	3 2 1
・ 身体のしくみ	5	4	3 2 1
・ 心身症の診断や治療の方法	5	4	3 2 1

3. 心身医学における各場面において行動理論はどの程度有用であると思いますか？下記の項目に従い、それぞれを5段階でお答え下さい。

	強くある	どちらともいえない	ない
・ 基礎的な理論	5	4 3 2	1
・ 治療の進め方	5	4 3 2	1
・ 具体的な行動技法	5	4 3 2	1
・ カウンセリング	5	4 3 2	1
・ 具体的な指導法	5	4 3 2	1
・ プログラムの立て方	5	4 3 2	1
・ 募集のしかた	5	4 3 2	1
・ 評価のしかた	5	4 3 2	1

4. 次の文章は行動科学の説明です。空欄に当てはまる用語を下記より選んでください。

- 1) 例えば、犬に餌をやりベルを鳴らすことを繰り返すと、ベルが鳴っただけで唾液を分泌するようになる。このように、と、中性的な刺激であったを一緒に示すことで、によって反応を誘発するようになることをと言う。
- 2) とは、自発的な行動の後に起こる出来事によって、その行動の頻度が変化することを言う。結果の提示によってその行動が増加した場合、という。そして、この結果をという。このが除去されることで、行動が減少することをと言う。逆に、結果が提示されたことで、行動が減少することがある。これはという。
- 3) 直接経験しなくとも行動を学習できる。これはと呼ばれ、となる他者の行動を観察して、どのような結果が起こるのかということを学習していくのである。
- 4) とは、学習したいひとまとめの行動を細かく段階的に分けて目標設定しながら行動を獲得することを言う。
- 5) とは、個人が自らの行動を観察し、ふり返り、記録する方法である。
- 6) とは、行動が生じやすいきっかけや条件をあらかじめ調べて、その刺激を操作することで、行動をコントロールする方法である。
- 7) ある条件のもとで達成できたことを、他の場面や他の人に対しても同様に行動できるようになることをという。
- 8) 例えば、「食事が終わる→コーヒーを入れる→タバコを吸う……」というように、行動は、いくつかの小さな行動がつながって生じている。この行動のつながりをといい、行動の分析や、行動形成（シェイピング）の際にこのつながりを理解することが重要である。
- 9) テレビを見た後に勉強をするよりは勉強の後にテレビを見るほうが、勉強しやすくなるというように、自然に高頻度で起きている行動は行動の強化子として機能する。これをという。
- 10) 行動を起こす前に何かの手がかりがあると比較的スムーズに実行できる。このような手がかりやヒントをという。例えば、その一つであるでは、車掌さんが「右よし、左よし」などと声に出して確認するなど、どうするかを自分に言い聞かせながら実行したりする。

<用語> ※この用語は、複数回使用することがあります。

プレマックの原理、レスポデント学習、無条件刺激、正の強化、消去罰（正の罰）、モデル、シェイピング、条件刺激、強化子、セルフモニタリング、自己教示、トークンエコノミー法、刺激統制法、エラーレスラーニング、般化、社会的学習、リハーサル、チェイニング、オペラント学習、プロンプト

5. 次の文章を読み、下線部の行動に対する弁別刺激と強化子を記述せよ。

- 1) 青信号のときに横断歩道を渡ったら、安全に渡れた。

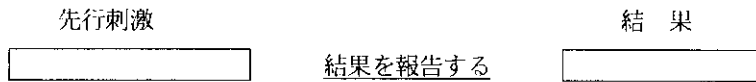
先行刺激		結果
	横断歩道を渡る	

- 2) 12時になるとホームページが更新されるので、つついインターネットを開くようになった。

先行刺激		結果
	インターネットを開く	

注意 裏面にもあります。

3) お母さんに「今日は何かあった？」と聞かれたので、テスト結果を報告したらほめられた。



6. 行動療法は心身医学以外にも、様々な分野で適用され効果が示されています。どのような対象に適用してみたいですか。

- ①統合失調症（精神分裂病）、②気分障害（そううつ病）、③パニック障害、④人格障害、
- ⑤摂食障害、⑥PTSD、⑦睡眠障害、⑧不登校やいじめといった学齢期の問題、
- ⑨自閉症・ADHD といった障害児・者、⑩健康教育や保健指導、⑪保護者の養育相談、

7. 行動療法と他の臨床心理学を比較して、どのような点が特徴的だと思いますか？

- ①アセスメントの仕方、②クライアントとの接し方、③技法の適用の仕方、④治療範囲の広さ、
- ⑤用語の使い方、⑥その他（）、⑦特にない

8. 行動理論（行動療法）は自分の生活でどのような側面で実践できると思いますか？

- ①喫煙、②友人・恋人との関係、③親子関係、④学習習慣、⑤進路選択・決定、
- ⑥性格についての悩み、⑦不安や恐怖、⑧その他（具体的には)
- ⑨特にない

9. その他、疑問点や御要望などありましたら自由にお書き下さい

御協力ありがとうございました。

付録2 「保健指導に役立つ行動理論」について

この質問票は、皆さんの状況（集団として）を知るためのもので、個人的評価として利用はいたしません。深く考えず、ありのままにお答えください。当てはまるものに○をつけてください。

学籍番号 _____ (出席代わりとします)

性別（男性：女性），年齢（ ）歳

1. 心身医学における各場面において行動理論はどの程度有用であると思われましたか？下記の項目に従い、それぞれを5段階でお答え下さい。

	強くある		どちらともいえない		ない
・ 基礎的な理論	5	4	3	2	1
・ 治療の進め方	5	4	3	2	1
・ 具体的な行動技法	5	4	3	2	1
・ カウンセリング	5	4	3	2	1
・ 効果的な指導法	5	4	3	2	1
・ プログラムの立て方	5	4	3	2	1
・ 募集のしかた	5	4	3	2	1
・ 評価のしかた	5	4	3	2	1

2. 次の文章は行動科学の説明です。空欄に当てはまる用語を下記より選んでください。

- 1) 例えば、犬に餌をやりベルを鳴らすことを繰り返すと、ベルが鳴っただけで唾液を分泌するようになる。このように、と、中性的な刺激であったを一緒に示すことで、によって反応を誘発するようになることをと言う。
- 2) とは、自発的な行動の後に起こる出来事によって、その行動の頻度が変化することを言う。結果の提示によってその行動が増加した場合、という。そして、この結果をという。このが除去されることで、行動が減少することをと言う。逆に、結果が提示されたことで、行動が減少することがある。これは・という。
- 3) 直接経験しなくとも行動を学習できる。これはと呼ばれ、となる他者の行動を観察して、どのような結果が起こるのかということを学習していくのである。
- 4) とは、学習したいひとまとめの行動を細かく段階的に分けて目標設定しながら行動を獲得することを言う。
- 5) とは、個人が自らの行動を観察し、ふり返り、記録する方法である。
- 6) とは、行動が生じやすいきっかけや条件をあらかじめ調べて、その刺激を操作することで、行動をコントロールする方法である。
- 7) ある条件のもとで達成できたことを、他の場面や他の人に対しても同様に行動できるようになることをという。