

図3-5 行動療法の手順と行動技法

(足達淑子：ライフスタイル療法—生活習慣改善のための行動療法，医歯薬出版，2001より引用，一部改変)

の見解（客観的ニーズ）を伝え，相互のニーズをすり合わせて，問題行動を明らかにし，取り組むべき生活習慣上の課題を決めることが必要である。

② 行動の分析

- 問題とすべき行動が「どのようなことをきっかけに」「どれくらいの頻度で起きて」「その結果どのように感じるのか」を調べるためにクライアントに行動の自己観察をしてもらう。

③ 行動技法の選択と適用

- 図3-5に示したように，適用可能な行動技法には目標設定，行動契約・計画，セルフモニタリング，刺激統制・逆条件付け，問題解決技術トレーニング，認知再構成法，

ソーシャルサポートがある。

- 目標設定：「何をどのようにするか」を決めることである。目標設定することにより，実行に向けての動機がさらに高まるだけでなく，目標が明確になり，取り組みのきっかけとなる。
- 行動契約：設定した行動目標や取り組みを始める月日などを記録し自らサインをして，契約書や宣言書という形で実践に取り組むことを表すことである。行動契約は自分一人で行う場合と，支援する専門家や家族などの周囲の人と取り交わす場合とがある。
- セルフモニタリング：目標設定後に行う「目標達成状況のセルフモニタリング」をさすが，広い意味では，前述の目標設定前に行う「行動の自己観察」も含める。
- 刺激統制・逆条件付け：問題行動の頻度を

減らすための具体的な対処法である。刺激統制は問題行動の刺激（きっかけ）を環境面から調整し、その頻度を減らすのに対し、逆条件付けは問題行動を別の健康的な行動に置き換えることをねらいとしている。過食に対する刺激統制の例としては、「おやつを買いだめしない」、逆条件付けの例としては、「とにかく3分間がまんする」などがある。

- 問題解決技術トレーニング：行動変容の継続を妨げるきっかけや原因となるハイリスク状況をあらかじめ予測し、予測したハイリスク状況に対する対処法を検討することをいう。また、予想されるハイリスク状況を想定して、ロールプレイングなどの手法を用いて対処法の練習をすることも含まれる。具体的には、減量中に高エネルギーのお菓子を勧められた際に上手に断るコミュニケーションスキルを高めるための「社会技術訓練」や、問題行動への逆戻りを予防するための「再発防止訓練」などがある。
- 認知再構成法：人の考え方や物事の受け止め方を学習された習慣とみなし、行動変容の妨げになっている場合は、その思考の歪みを直接修正しようとするものである。たとえば、減量中に食べすぎた場合、これを「失敗」と考えてくじけないように、「誰でも減量中に誘惑に負けてつい食べすぎてしまうことはよくあること」「大切なことは、次にどう行動するかということ」といったように、否定的な感情を生む思考の歪みに気づかせ、プラス思考の考え方に置きかえるための練習を行う。
- ソーシャルサポート：まわりからの励ましや支援を上手に利用する方法であり、行動

の強化に役立つ。すなわち、家族や友人のほか、職場の同僚や上司、指導者からの支援は、クライアントにとっての大きな励みになる。

4 結果の確認とフィードバック

- 行動療法の評価にあたるステップで、セルフモニタリングの記録や問診などからクライアントの行動が改善していれば、どんなに小さなことであれ、そこに注目してほめることが行動の強化に役立つ。もし、うまくいっていない場合は「どうしたらうまくできそうか」について話し合い、設定した目標の見直しや問題行動への逆戻りの防止対策などについて話し合う。

行動科学の 栄養教育への必要性

- わが国においては、これまで健康教育や保健指導がややもすれば「経験」と「勘」と「度胸」で実施され、評価についても十分に行われてこなかった傾向がある。今後、行動科学の理論的基礎を踏まえた健康教育や保健指導を地域や職域、医療、学校などの場で展開していくことが必要と考える。
- また、実際の健康支援にあたっては、クライアントが主体的に行動変容に取り組めるように支援者としてかかわることが重要であり、そのためのカウンセリング技術を習得することが望まれる。

【編者略歴】

はる せ とし
春 木 敏

1974年 大阪市立大学家政学部食物学科卒業
1975年 神戸市衛生局管理栄養士
1988年 兵庫女子短期大学部食物栄養学科講師
1992年 兵庫女子短期大学部食物栄養学科助教授
2001年 神戸大学大学院総合人間科学研究科前期博士課程修了(修士学術)
2002年 兵庫大学健康科学部栄養マネジメント学科教授
2004年 大阪市立大学大学院生活科学研究科助教授

専門：栄養教育論
資格：管理栄養士



エッセンシャル栄養教育論

ISBN4-263-70485-1

2006年6月10日 第1版第1刷発行

編者 春 木 敏

発行者 大 畑 秀 穂

発行所 医歯薬出版株式会社

〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10

TEL. (03) 5395-7626 (編集)・7616 (販売)

FAX. (03) 5395-7624 (編集)・8563 (販売)

<http://www.ishiyaku.co.jp/>

郵便振替番号 00190-5-13816

乱丁、落丁の際はお取り替えいたします 印刷・M&Cカンパニー、あづま堂/製本・榎本製本

© Ishiyaku Publishers, Inc., 2006. Printed in Japan [検印廃止]

本書の複製権・翻訳権・上映権・譲渡権・貸与権・公衆送信権(送信可能化権を含む)は、医歯薬出版(株)が保有します。

JCLS <日本著作出版権管理システム委託出版物>

本誌の無断複写は、著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に日本著作出版権管理システム(FAX. 03-3815-8199)の許諾を得てください。

ライフスタイル療法 ①

生活習慣改善のための
行動療法

第3版

Life

Style
therapy



足達淑子 編

医歯薬出版株式会社

●執筆者一覧（執筆順）

足達淑子 Adachi, Yoshiko あだち健康行動学研究所所長・医師

山口幸生 Yamaguchi, Yukio 福岡大学スポーツ科学部スポーツ心理学研究室・助教授

中村正和 Nakamura, Masakazu 大阪府立健康科学センター健康生活推進部長・医師

国柄后子 Kunitsuka, Kouko 朝日新聞健康保険組合・
ACSM アメリカスポーツ医学認定ヘルスフィットネスインストラクター

安田 剛 Yasuda, Takeshi オムロン(株)KAZ健康院・健康運動指導士*

宮川博司 Miyagawa, Hiroshi オムロン(株)KAZ健康院院長*

赤松利恵 Akamatsu, Rie お茶の水女子大学生生活科学部食物栄養学科講師

渡辺純子 Watanabe, Jyunko (有)健康栄養デザインオフィス代表取締役・管理栄養士

大垣京子 Ohgaki, Kyoko 早良病院・医療ソーシャルワーカー

米田光恵 Yoneda, Mitsue 九州大学医学部附属病院精神神経科看護師長*

(*初版執筆時)

This book was originally published in Japanese
under the title of :

RAIFUSUTAIRU RYOHO—SEIKATSUSHUKAN KAIZEN-NO TAMENO KODOURYOH
(LifeStyle Therapy—The Practice of Behavioral Health)

Editor:

ADACHI, YOSHIKO
Institute of Behavioral Health

© 2001 1st ed.
© 2006 3rd ed.

ISHIYAKU PUBLISHERS, INC.
7-10, Honkomagome 1 chome, Bunkyo-ku,
Tokyo 113-8612, Japan

表紙・本文デザイン

M's 杉山光章 Sugiyama, Mitsuki

本文イラスト

長嶋八千代 Nagashima, Yachiyo

第3版の改訂にあたって

『ライフスタイル療法』の初版から5年がたち、このたび大幅に改訂することとした。第2版（2003年11月）では主に「高脂血症」を、その2刷（2005年4月）では主に「糖尿病」を学会ガイドラインに沿って改訂した。

今回は、「睡眠」と「高血圧」を新たなテーマとして加えた。この2つの領域でも行動療法が有用であることを、編者の実践研究から確認できたからである。それに伴い渡辺純子氏に、実践例として高血圧患者の診療所外来での指導例をまとめていただいた。これで管理栄養士による指導実例が加わったことになる。

以上3点が新しく追加された項目である。そのほかにも「体重コントロール」を肥満症治療ガイドラインとメタボリックシンドロームの診断基準策定に合わせて修正し、「休養とストレス対処」「身体活動」「飲酒のコントロール」「禁煙支援」にも新しい情報を盛り込んだ。実践例1の「企業における選択メニュー方式の生活習慣改善プログラム」では、厚生労働科学研究による長期効果の成績を紹介した。また「うつ病」では最近の疫学調査の結果や産業保健対策の動きなどを紹介した。その結果、初版と比べると、実践例を除きほとんどの項目が新しくなった。

本書は、さまざまな生活習慣改善や疾病の予防・治療における行動療法の実践を簡潔に概観したものである。実践例を具体的に示したことによって、これまでの枠を超えた幅広い読者に、行動療法の魅力をいくらかでも伝えることができたように思う。版を重ねてこのように情報を刷新できることは、大変ありがたいことである。また、韓国語に翻訳されたことも嬉しい反響であった。

本年5月に上梓した『ライフスタイル療法Ⅱ 肥満の行動療法』は、本書で概観した行動療法の、より細かで具体的な実践書である。合わせて読んでいただければ、行動療法への理解がいつそう深まると思う。

2006年9月

足達 淑子

1 ライフスタイル療法を始める前に

1

1 セルフケアを促す治療・指導のために

2

- ライフスタイルが健康のキーワード
- 行動変容アプローチの基本姿勢
- 自分のライフスタイルを変えてみるのが、もっとも近道
- クライアントの中で生じる連鎖

2 ライフスタイルを変える行動療法

6

- 行動療法は科学的な心理療法である
- 行動療法はどこでも誰にでも役にたつ
- 現実的・具体的な問題解決法なので
実行しやすくわかりやすい
- 治療の構造が明確なのでマニュアル化しやすい
- 実践することで理解が進む
まずできるところから取りかかる
- 理論の学習は基礎的なものを

3 クライアントとの間に良い関係を築く

8

- 治療者はクライアントにとって重要な刺激
(社会的強化子)である
- 初対面の第一印象が勝負になる
- 自分の体調や気分を良い状態に整える
- 思い込みを捨てて、クライアントのありのままを受け止める (理解)
- 常に正直に、誠実に行動をする
—ささいなことが大切、クライアントも試している—
- 治療(指導)者-患者の関係を保つ
(適度な距離をもち続ける)

4 習慣変容アプローチの4つのステップ

10

- 問題行動を具体的に記述する
- 行動と状況や環境(刺激)との関係を分析する
(行動のアセスメント)
- 行動技法を選んでクライアントに実行させる
(技法の選択と適用)
- 結果を確認しながら続ける

5 行動を変えるための方法

12

- 行動はその結果に大きく影響される原則に
もとづく (オペラント強化)
- 行動しやすいように環境を整える (刺激統制法)
- 手本を示して練習をさせる (モデリング)
- 新しい行動を少しずつ形づくる
(行動形成・シェイピング)

6 よく用いられる行動技法

14

- 目標設定 (goal setting)
- セルフモニタリング (self-monitoring)
- 反応妨害法/習慣拮抗法 (response prevention)
- 社会技術訓練
(social skills training/assertive training)
- 認知再構成法 (cognitive restructuring)
- 再発防止訓練 (relapse prevention)
- 社会的サポート (social support)
- ストレス対処法
(stress coping/stress management)

2 セルフケアを促すカウンセリング

17

1 初回面接で行うこと

18

- ◎面接までに準備すること
- ◎クライアントのニーズをつかむ質問の手順
- ◎実行を促すテクニック
(目標の決め方と動機づけ)
- ◎記録の残し方
- ◎初回面接のチェックポイント

2 2回目以降の面接で行うこと

22

- ◎クライアントの素朴な感想を優先する
- ◎課題(宿題)を実行したかどうかをチェック
- ◎わずかな進歩を具体的に取り上げる
- ◎しなかったときは「できなかった」とみなす
- ◎回を重ねてはじめてわかることもある

実践例 減量のための面接 …………… 27

Case 外食、飲酒の機会が多く、
総コレステロール値が高い女性 …………… 27

3 ライフスタイルへのアプローチ

35

1 食行動の改善

36

- ◎食べることは「生きること」
- ◎食事の制限はストレスになる
- ◎食事への関心は高く改善意欲もある
- ◎食の評価は食べ方と食べる内容で行う
- ◎必要分をきちんと食べることが基本
- ◎上手な食品選択が指導に不可欠
- ◎食べ方を改善しやすくする具体的な方法
- ◎食事の変化は焦らず段階的に

- ◎ひとりひとりにマッチした指導を
- ◎長期の維持をめざしたサポートと課題

健康づくりのための運動基準・指針 2006 …………… 50

3 休養とストレス対処

52

- ◎休養とストレス対処は「こころの健康」のエッセンス
- ◎こころと身体の関係は密接
- ◎ストレスが大いにある人は12%、
男性は仕事、女性は健康と経済
- ◎行動療法はストレス対処法でもある
- ◎ストレス対処は、教育と訓練(練習)で
上達させられる
- ◎職場でのストレス対策がシステム化された
- ◎ストレス対策を特別視せず、生活習慣改善に
含めて総合的に行いたい

2 身体活動の促進

44

- ◎運動を続けさせるには行動療法が効果的
- ◎運動は体にも心にも良い影響がある
- ◎身体活動量の評価法には一長一短がある
- ◎身体活動を促進するための具体的な方法

4 睡眠

58

- 睡眠は食事と同様
生命維持に不可欠な生活習慣
- 健診でも診療でも、睡眠状態のチェックを必須に
- 不眠のパターンは4種類
- 睡眠改善には行動療法が効果的
- 行動療法に関するエビデンス
- 自己治療や簡単な教育にも可能性

5 禁煙支援

64

- 行動療法にもとづいた禁煙法が主流
- 禁煙すると健康が戻る
- 喫煙習慣の本質はニコチン依存症
- 喫煙の行動論
- 喫煙行動の評価方法
- 禁煙のためのおもな行動技法
- ニコチン代替療法は離脱症状対策
- 再開しやすい状況を予測して
続けさせるための工夫を

6 飲酒のコントロール

72

- 飲酒の適量は日本酒一合
- 未成年者の飲酒予防には親への啓発が重要
- 妊娠中の飲酒はとくに警告が必要
- 飲酒による心理的な利点を多くあげる人は
依存になりやすい？
- 簡単なスクリーニングと短期の介入で
教育効果があがる
- 節酒をしたい人は意外に多い
その場合はセルフコントロールの方法を
- 飲酒のコントロールもタバコや食事と同じ

実践例 1 企業における選択メニュー方式の
生活習慣改善プログラム
ーセルフコントロール(評価/目標設定/
モニタリング)による通信指導ー…………… 79

● 募集と参加の流れ

● 結果

● 簡単なきっかけで習慣を改善できる人が多い

Case 1 休肝日を増やして5万円貯金した例
(飲酒コース)…………… 84

Case 2 リラックスタイムを増やして肩こりがとれた例
(くつろぎ(休養)コース)…………… 85

実践例 2 禁煙専門外来における禁煙後の
体重コントロール…………… 87

● 対象と方法

Case 1 禁煙後、運動量を増やして、
体重コントロールに成功した例…………… 89

Case 2 「楽しみながら改善」をモットーに
体重コントロールに成功した例…………… 90

● 行動療法を用いた体重コントロール面接を
行って

実践例 3 会員制クラブにおける中高齢者の
シェイプアッププログラム…………… 93

● 募集とプログラムの内容

● 結果

● 行動療法を取り入れることで得られたこと

Case 1 脳梗塞のリハビリを目的とした例…………… 97

Case 2 医師から減量を勧められて
はじめて運動に挑戦…………… 98

Case 3 膝痛のため医師から脚力強化の運動を
勧められた高齢の女性の例…………… 100

4 病態別のアプローチ

1 体重コントロール

104

- 体重コントロールは健康増進と生活習慣病の予防の原型
- 内臓肥満の減少が肥満治療の目標
- 軽度の減量でも効果がある
長期の維持をめざす
- 予防が大切，太り気味なら今より太らないこと
- 減量への準備性を考え動機を高める
- 運動の必要性を十分理解させる
- 減量はゆっくりと，
6カ月で体重の5～10%減をめざす
- やせる必要のない人では
過った減量の害を強調する
- 肥満の行動療法は過食の治療から始まった
- 現在の行動療法はより総合的に，包括的に
- 肥満の行動技法は生活習慣病に共通
- セルフマニュアルや非対面指導でも効果がある

2 高血圧

110

- 高血圧の基準が低くなり，
血圧コントロールの対象者が倍増した
- 血圧の自己測定は血圧管理の第一歩
- 高血圧コントロールのライフスタイル改善は
総合的に
- 食事は減塩と積極的な野菜摂取を中心に
- 一般的な優先順位は運動，体重コントロール，
適正飲酒の順？
- 睡眠，休養，ストレス管理も

3 高脂血症

114

- 新しいガイドラインは
ライフスタイル改善を強調

- 米国では教育プログラムが効果をあげた
- 日本人にもNCEPは簡単に応用できる
- 高脂血症の指導（治療）の要点と特徴
- NCEPの治療指針
- 高脂血症の食事療法の実際
- 個人の評価と面接による目標設定が
できれば理想的
- 行動変容は過激にならずに段階的に

4 糖尿病

120

- 糖尿病対策が急務となった
- 糖尿病アプローチは生活習慣病の集大成，
個別対応が重要
- いつでも予防が可能，普通の生活ができると
希望をもたせる
- まず定期的な医療機関受診を促す
- 目標は血糖値コントロールと合併症予防
（知識は最小限簡潔に）
- 食事だけでなく生活全体の自己管理を一步步
- 境界型は習慣改善を行いながらのフォロー体制を
- 糖尿病の行動療法は肥満が原型

5 食行動異常

126

- 増え続ける食行動異常
- 症状も重症度も個人差が大きい
— 治療は条件にあわせて慎重に選ぶ
- 神経性過食症（BN）…………… 126
- 病気の特徴と治療
- 体重の変動が大きいときは注意する
- BNの認知行動療法（CBT）
- 段階的治療とセルフヘルプアプローチ
- 神経性無食欲症（AN）…………… 130
- 病気の特徴と治療
- ANの認知行動療法

- 治療の目的は体重の回復と食行動の改善、
身体イメージの是正
- 患者との信頼関係が治療の成功の鍵
- 入院では治療の導入を念入りに、
途中は臨機応変に柔軟に
- 入院治療では看護師のケアが重要
- 食えることと体重増加にはオペラント治療が有効
- 体型・体重への態度の修正には認知の再構成を

6 うつ病

134

- うつ病は、知識の普及啓発が
もっとも効果的な精神疾患
- 軽いうつ病を見逃さないように
- よくある誤解と偏見を理解しておく
- 認知行動療法は、再発予防に効果がある
- 行動と感情と認知は相互関係にある
- 病気以外にも応用できるし
セルフマニュアルもある

実践例 1 「行動療法による減量指導」 実践セミナー参加者の体験事例 139

- プログラム作成までの課程
- プログラムの方法と対象
- プログラムの結果
- プログラムでの工夫

Case 1 初めて高血圧といわれて
減量を希望したケース 142

認知行動療法を学んで

行動療法による減量指導者トレーニング 144

実践例 2 内科診療所における 高血圧の栄養相談 145

Case 1 適正な目標設定と記録の継続が
効果的だった例 145

Case 2 入院中に本人と、退院後は妻と面接し、
血圧・体重を維持できた例 148

実践例 3 病院のソーシャルワークに 行動療法を用いた事例 151

Case 1 片麻痺と失語症で看護スタッフを
困らせていた男性 151

Case 2 子どもを叩いてしまうと悩んでいた
うつ状態の女性 155

実践例 4 入院病棟における 神経性無食欲症の看護の実際 157

Case 1 ひどいやせでクリニックから紹介され
入院した若い女性 157

実践例 5 糖尿病の面接 163

Case 1 教育入院の経験があり
過度に心配していた例 163

糖尿病面接で注意すること 171

3章文献	102
4章文献	172
用語解説・主要人名	174
索引	177

■執筆分担

1章, 2章, 3章1, 3, 4, 6, 4章1~6, 実践例5	足達淑子
3章2	山口幸生
3章5, 実践例2	中村正和
3章実践例1	国柄后子・足達淑子
3章実践例3	安田 剛・宮川博司
4章実践例1	赤松利恵・足達淑子
4章実践例2	渡辺純子
4章実践例3	大垣京子
4章実践例4	米田光恵

5 禁煙支援

行動療法にもとづいた 禁煙法が主流

禁煙法として、行動療法のほか、催眠療法、鍼療法、ニコチン漸減法、薬物療法など種々の方法が、これまでに開発されてきた¹⁾。そのなかで行動療法は、禁煙率が比較的高く、薬物療法などの他の禁煙法と容易に組み合わせることができるため、現在は各種の禁煙プログラムの基本構成要素として広く用いられている。

行動療法が禁煙プログラムに用いられるようになったのは1970年代頃からである。初期には、急速喫煙法や飽和喫煙法などの嫌悪療法 (p. 174) が禁煙クリニックなどで多く用いられていたが、心臓病のリスクのある人には危険なため、その後用いられなくなった。これに対して最近では、セルフコントロールのための方法を中心にした技法が広く用いられている。

わが国の行動療法にもとづく禁煙プログラムのおもなものには、セルフヘルププログラムとしての「禁煙コンテスト」、外来診療や健診の場での個別指導用の「スモークバスター

ズ」禁煙プログラムなどがあり、その有効性の評価もなされている^{2,3)}。最近では、インターネットや携帯を用いたプログラムも実用化されている。

わが国での禁煙サポートの6カ月後から1年後の禁煙率は、健診や診療の場での個別サポートでおおむね10～20%、禁煙専門外来では20～70%、グループサポートでは20～40%、セルフヘルププログラムでは15～25%と報告されている。個別サポートの禁煙率がもっとも低い傾向にあるのは、指導時間が短いこともあるが、禁煙の準備性が高まっていない者が指導対象に含まれていることも関係している。

わが国では2006年度の診療報酬の改定において、ニコチン依存症が治療の対象となる病気として認識され、「ニコチン依存症管理料」が新設された。これにより、外来での禁煙治療に対する保険給付が開始されることになった。この保険による禁煙治療の手順と方法については、「禁煙治療のための標準手順書」⁴⁾ (日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会の各ホームページで閲覧可能) を参照されたい。

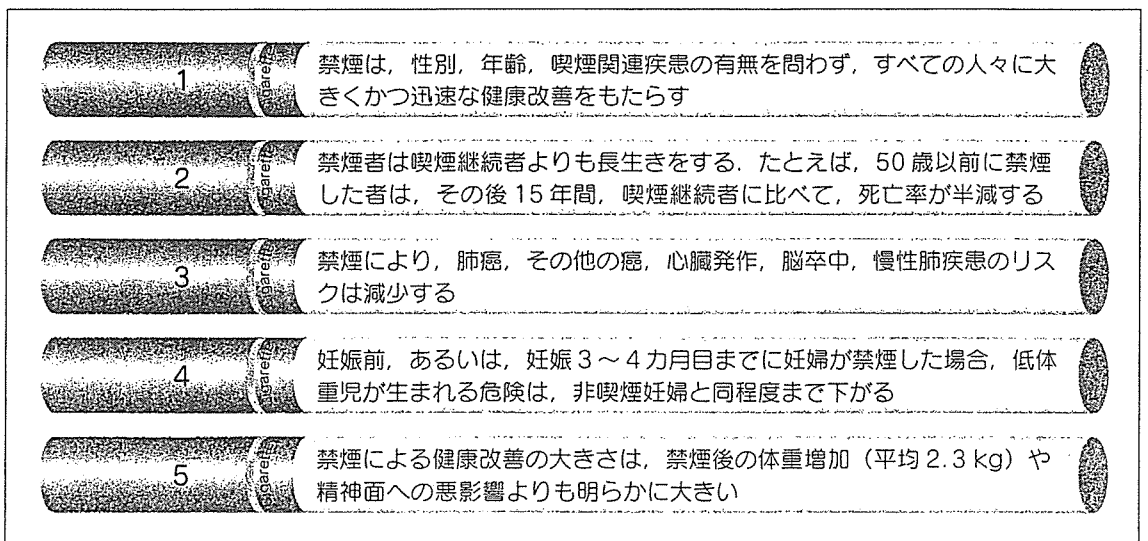


図3-10 禁煙による健康改善効果

(アメリカ公衆衛生長官報告書, 1990)



禁煙すると健康が戻る

喫煙習慣が確立していても、禁煙が喫煙関連疾患のリスクの減少や予後の改善につながることは明らかである⁶⁾。1990年に出版された米国公衆衛生長官の報告書は、世界の疫学研究をレビューし、禁煙による健康改善効果を図3-10のように要約している。禁煙によりもっとも早くみられる健康改善は、咳や痰などの呼吸器症状と、インフルエンザなど呼吸器感染症にかかる危険である。咳や痰は、早ければ1カ月以内に改善する。また、虚血性心疾患（狭心症や心筋梗塞）の過剰リスクも1年で半減する。一方、肺癌リスクは禁煙後10年で、喫煙していた場合の30～50%に減少する。

そのほか、禁煙で顔色や胃の調子が良くなったり、目覚めがさわやかになるなど、体調面でもいろいろな効果が期待できる。また、禁煙すると家族から喜ばれたり、自信がついたりすることも禁煙成功者の体験からわかっている。



喫煙習慣の本質はニコチン依存症

タバコは、長い間依存性薬物として認識されてこなかったが、近年の数多くの研究の結果、その精神依存性や身体依存性が確認され、薬物依存症の一つとしてとらえられるようになった^{5,6)}。

1988年出版の米国公衆衛生長官の報告書“Nicotine Addiction”は、タバコに含まれるニコチンは麻薬やアルコールと同様の依存性薬物であり、喫煙の本質はニコチン依存症であると結論づけている。

1992年のWHOの国際疾病分類第10版（ICD-10）では、「精神作用物質」としてタバコが位置づけられ、「タバコ使用による精神・行動障害」の診断基準が表3-24のように示されている。

また、米国精神医学会は1980年に「精神疾患の

263-00694

表3-24 「タバコ使用による精神・行動障害」の診断基準

(WHO国際疾病分類第10版〈ICD-10〉, 1992)

1. 喫煙したいという強い欲望、あるいは強迫感がある
 2. 喫煙の開始、終了、あるいは喫煙量をコントロールすることが困難である
 3. 禁煙や節煙にともない離脱症状が出現する
 4. 耐性が認められる
 5. 喫煙のため、それに代わる楽しみや興味をしないで無視するようになり、喫煙している時間が長くなる
 6. 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず、依然として喫煙する
- これらの6項目のうち3つ以上みたとされ

分類と診断の手引き、第3版」(DSM-III)で、「薬物関連障害」の項に「タバコ依存」を初めて明記し、その後、改訂版(DSM-III R)と第4版(DSM-IV)で、「タバコ依存」を「ニコチン依存」と改称し、「ニコチン離脱」の概念を新たに診断基準として加えた。



喫煙の行動論

喫煙習慣は、薬物依存であるとともに、学習によって習慣化した行動様式であり、さらに社会や周囲の人々との相互作用で規定される社会的行動でもある。ここでは、学習理論にもとづいて喫煙行動について解説する。

学習理論の基本的な考えかたは、行動を先行刺激(きっかけ)、行動(反応)、強化刺激(結果)という流れで解釈する。すなわち、行動が出現するときには、その行動を出現させる「きっかけ」があり、行動が終わった後には、その行動を維持促進させる「結果」があると考えられる。

この学習理論にもとづいた喫煙行動の説明モデ

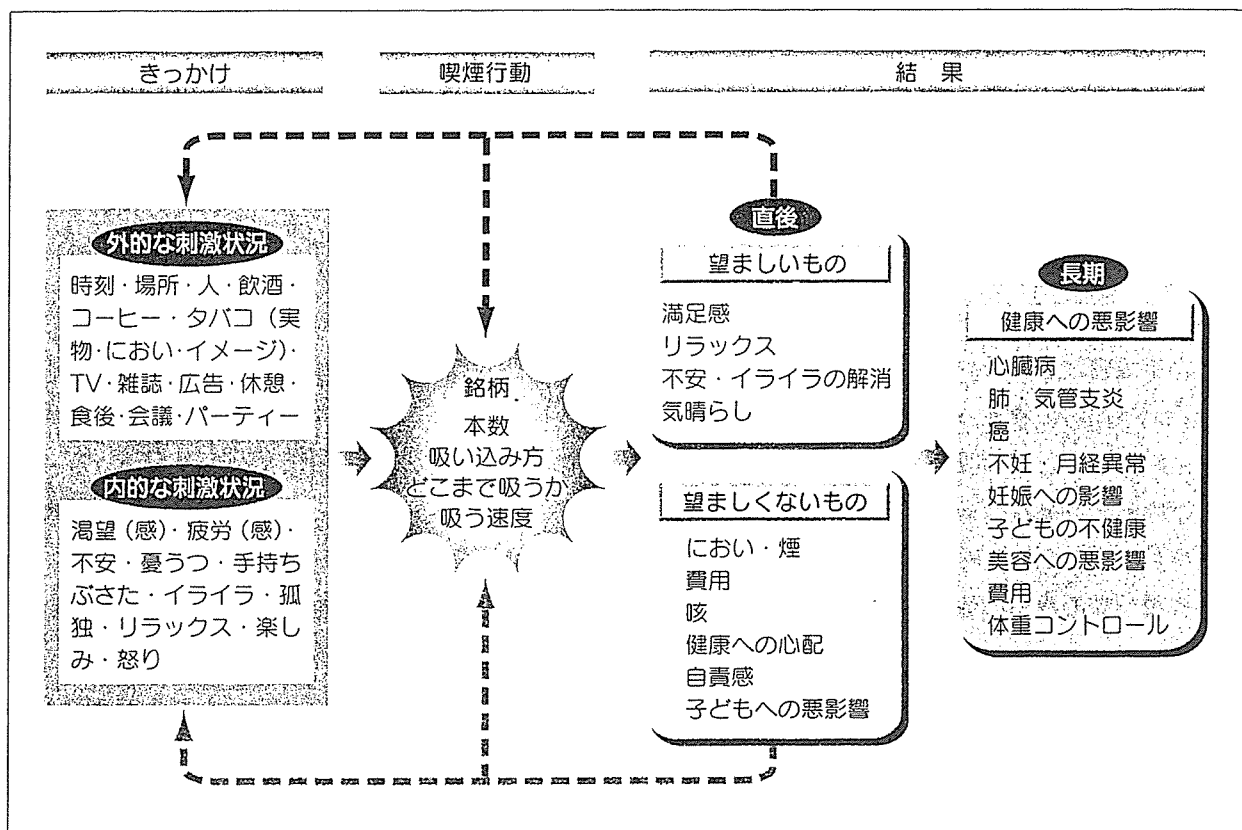


図3-11 喫煙行動の説明モデル

(足達淑子：女性の禁煙プログラム，女子栄養大学出版部，1998)

ルを図3-11に示した。図からわかるように、タバコを吸うきっかけには、外的ならびに内的刺激があり、その種類は非常に多い。そのため、日常生活の中で喫煙行動は容易に引き起こされ、それを中断するのがむずかしい。

次に、タバコを吸うと長期的には望ましくない結果（負の強化子）が生じるが、吸った直後にはニコチン依存症がベースにあることも手伝って、満足感やリラックスなど、望ましい結果（正の強化子）が得られることが多い。そのため、喫煙行動は吸うたびに強化され続け、常習化とニコチン依存症の深みに入っていくことになる。

喫煙行動の評価方法

禁煙サポートを行ううえで把握すべき喫煙行動特性としては、性、年齢のほか、喫煙本数やニコ

チン依存度、禁煙に対する準備性（ステージ）、過去の禁煙経験、禁煙の自信などがある。これらの特性について、あらかじめ質問票（表3-25）を用いてクライアントから情報を収集しておく、指導時間の短縮につながるだけでなく、クライアントの特性に応じた効果的な禁煙サポートが可能となる。ここでは、これらのうち、とくに重要な準備性とニコチン依存度について詳述する。

■準備性の評価

アメリカの行動科学者であるプロチャスカらは、禁煙などの行動変容を1つのプロセスにとらえ、その変容過程を5つの段階に分類する「行動変容のステージモデル」を提唱している^{5,6)}。筆者らはこの分類基準を一部改変して禁煙サポートに用いている。すなわち、「禁煙に関心がありますか」の問いに対して、「関心がない」を無関心期、「関心があるが、今すぐに（今後1カ月以内に）禁煙し

表3-25 喫煙評価質問票の例

質問内容	
Q1. タバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸う（吸い始め 歳） <input type="checkbox"/> やめた（ 年前／ 力月前） <input type="checkbox"/> 吸わない
●以下の質問は、Q1で「吸う」と答えた方のみお答え下さい	
Q2. 1日に平均して何本くらいのタバコを吸いますか？	（ ）本
Q3. 朝目覚めてからどのくらいたって1本目のタバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 5分以内 <input type="checkbox"/> 6～30分 <input type="checkbox"/> 31～60分 <input type="checkbox"/> 61分以上
Q4. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか？	<input type="checkbox"/> 関心がない <input type="checkbox"/> 関心があるが、今後6カ月以内に禁煙しようとは考えていない <input type="checkbox"/> 今後6カ月以内に禁煙しようとは考えているが、この1カ月以内に禁煙する考えはない <input type="checkbox"/> この1カ月以内に禁煙しようと考えている
Q5. 今までタバコをやめたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある（ 回、最長 年間／ 力月間） <input type="checkbox"/> なし
Q6. もし2週間以内に完全に禁煙すると決心したとして、どのくらい禁煙に成功する自信がありますか？	<input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 少しだけある <input type="checkbox"/> かなりある
ニコチン依存度の簡易評価	Q2の回答・Q3の回答 26本以上かつ30分以内 → 依存度が高い 25本以下かつ31分以上 → 依存度が低い その他の組み合わせ → 依存度中程度
(注) ニコチン依存度は、ファーストロームのニコチン依存度指数（FTND指数）を用いるほうがより正確に評価できる	

ようとは考えていない」を関心期、「関心があり、今すぐにも禁煙したい」を準備期と分類する。また、「禁煙して6カ月以内」を実行期、「禁煙して6カ月以上」を維持期としている。

行動変容のステージモデルの導入により、対象者の準備性に合った個別のかつ効果的な指導が

可能になる⁶⁾。指導上のポイントは次のとおりである。

- 無関心期の喫煙者に対しては、いきなり禁煙を勧めるのではなく、相手の立場に立って喫煙について話し合うよう心がけ、そのなかで、相手に喫煙問題についての気づきを促す

表3-26 ニコチン依存度の判定法

(中村正和, 大島明: 禁煙セルフヘルプガイド, 法研, 1999, The Fagerström Test for Nicotine Dependence)

ニコチン依存度チェックのためのアンケート				
以下の質問①～⑥は、あなたのニコチン依存度をチェックするためのものです。自分にあてはまる回答に○印をつけ、それらの点数を加算して、合計点数を計算してください。				
質問	0点	1点	2点	3点
1 あなたは、朝目覚めてから何分くらいで最初のタバコを吸いますか	61分後	31～60分	6～30分	5分以内
2 あなたは、喫煙が禁じられている場所、たとえば図書館、映画館などで、タバコを吸うのがまんすることが難しいと感じますか	いいえ	はい		
3 あなたは、1日の中でどの時間帯のタバコをやめるのにもっとも未練が残りますか	右記以外	朝起きたときの自覚めの1本		
4 あなたは、1日何本吸いますか	10本以下	11～20本	21～30本	31本以上
5 あなたは、目覚めてから2～3時間以内の方がその後の時間帯よりも頻繁にタバコを吸いますか	いいえ	はい		
6 あなたは、病気でほとんど1日中寝ているときでも、タバコを吸いますか	いいえ	はい		
ニコチン依存度の判定	0～2点：低い	3～6点：ふつう	7点以上：高い	

- 関心期の喫煙者に対しては、禁煙すべき理由や喫煙の影響についての個別化した情報を提供し、禁煙の動機づけを行うとともに、禁煙にともなう負担や問題について一緒に解決策を考え、禁煙の意思決定を促す
- 準備期の喫煙者に対しては、禁煙開始日を決め、具体的な目標を設定するとともに、禁煙の具体的な方法を提示する

■ ニコチン依存度の評価

ニコチン依存度は、表3-25の喫煙本数と朝目覚めてから最初の1本を吸うまでの時間の2項目でおおむね判定できるが、より正確に判定するた

めには、ファーガストローム (Fagerström, K. O.) のニコチン依存度評価質問票 (表3-26) を用いるとよい。この6項目の質問票により算出したニコチン依存度スコア (FTND 指数) は血中のニコチン濃度と相関することが報告されている。スコアで禁煙後のニコチン離脱症状の強さをある程度予測でき、対処法についてのアドバイスやニコチン代替療法 (p. 71) の適応を検討することができる。

禁煙のための おもな行動技法

禁煙に用いられる行動療法のおもな技法を表

表3-27 禁煙のための行動療法の技法

技法	具体例
目標設定	禁煙開始日を決める
行動契約	禁煙宣言書を取り交わす
セルフモニタリング	喫煙行動を手帳などに記録する
刺激統制法 (環境制御法)	喫煙のきっかけとなる環境や状況を避け、喫煙の頻度や欲求をコントロールする
反応妨害法 (習慣拮抗法)	タバコが吸いたくなったら、タバコに代わる別の行動をして、喫煙の欲求をコントロールする
オペラント強化法	禁煙できたら、まわりからほめる 自分で自分をほめたり、自分にほうびを与える
社会技術訓練 (自己主張訓練)	タバコを勧められたときに上手な断り方を身につけておく
再発防止訓練	喫煙を再開しやすい状況をあらかじめ予測し、その対処法を練習しておく
認知再構成法	タバコを吸いたくなったときに「自分はタバコを吸わないんだ」と心の中でつぶやく 禁煙がくじけそうになったとき、禁煙しようと思った理由やこれまでの努力を思い浮かべる
ソーシャル・サポート	家族や友人・同僚などの協力が得られるようサポート体制をつくる

3-27にまとめた。ここでは基本技法となる、目標設定、行動契約、セルフモニタリング、刺激統制法、反応妨害法（習慣拮抗法）、オペラント強化法について具体例を示しながら解説する。

■ 目標設定と行動契約

禁煙の動機が高まっている場合、それを実行に移すための最大の秘訣は、禁煙実行の具体的な目標、すなわち禁煙開始日を設定することである。禁煙開始日は、1カ月以内で、あまり忙しくなく、時間にゆとりがある時期を選ぶ。禁煙開始日を決めることは、禁煙の意思決定を明確にし、実行を促す効果がある。禁煙開始日が決まったら、行動契約として、禁煙自己宣言書にサインを取り交わすとよい。宣言書を取り交わすことによって、禁煙の動機がさらに高まったり、禁煙開始の備忘録としても役だつほか、禁煙にむけて指導者とクライアントの間に協力し合う関係が生まれる効果が期待できる。

■ セルフモニタリング

喫煙行動の自己監視は、自らの喫煙行動の観察と記録を通して、今まであまり意識せずに行っていた喫煙行動を意識するとともに、喫煙を誘発する手がかりや、そうした手がかりがありそうな環境や状況を理解することをねらいとしている。喫煙者は毎日の喫煙行動の記録を通して、自分がどのような時間帯や状況下（たとえば商談や会議、コーヒーやアルコールの飲用時など）でタバコを多く吸っているのか、タバコを吸って本当においしいと感じるのは1日に吸うタバコのうち何本くらいあるのか、などについて気づくことができる。喫煙行動の自己観察をすると、タバコを意識して吸うようになるので、タバコの本数が減るという効果も期待できる。喫煙行動の観察日誌の様式の例を表3-28に示す。

■ 刺激統制法

喫煙行動の自己観察をもとに、喫煙行動と結び

あなたが使っている手帳などを利用して、あなたの喫煙行動を以下の要領で記録し、じっくり観察しましょう。喫煙行動の記録は、最低1日、できれば1週間くらいするとよいでしょう。記録方法は、①吸った時間、②吸ったときの状況や気分、③吸いたいと感じた程度の3点について、タバコを1本吸うごとにチェックしてください。また、とくにおいしいと感じたタバコについては、その吸った時間を○印で囲みましょう。

時間*1	吸ったときの状況や気分	程度*2	時間*1	吸ったときの状況や気分	程度*2
7:00 起床			17:25	パーティ会場に向かう途中、タクシーに乗る前に一服	2
○7:06	起床後すぐ目覚めが悪い	5	18:00 夕食		
7:20 朝食			18:10	立食パーティの会場で手持ちぶさた	2
7:40	朝食後新聞を読みながらコーヒーを飲む	3	○19:15	ほろ酔い気分	2
7:45	同上	2	19:40	同上	1
			19:55	帰宅途中、A駅で電車に乗る前に一服	2
			○21:45	B駅に到着。自宅までの帰路、歩きながら一服	4
16:15	会議中、会議がなかなか終わらない。イライラ	4	22:15	自宅ベランダで一服	2
16:35	来客。手持ちぶさた	2	23:10 就寝		

*1 時間の横に、起床時間、就寝時間、食事時間についても記入例を参考に記録しておくといでしょう。

*2 タバコを吸いたい程度を以下のようなスケールで分類して数字で表しましょう。



ついている生活パターンや環境を改善しようとするものである。たとえば、アルコールやコーヒー、飲み屋、喫茶店、パチンコ、ストレス、過労、夜ふかしなどは喫煙欲求の誘因となるので、禁煙後しばらくは避けることが望ましい。

■ 反応妨害法（習慣拮抗法）

これは、喫煙行動の強い誘惑や衝動があったときに、行動に移す時間を延ばすことによって誘惑や衝動に対処しようとするものである。行動の延期によって、衝動が自然に鎮まったり、より合理的な考えをする時間的余裕が生まれる。喫煙の衝動に対して、喫煙の代償行動を用いて行動の延期を行う方法は効果的でよく用いられる。喫煙の代

償行動としては、水分摂取、深呼吸、歯みがき、散歩などの軽い運動、糖分の少ないガムや干昆布の使用などがあげられる。

■ オペラント強化法

オペラント理論にもとづいて、報酬と罰を用いて行動の強化を行うものである。報酬は望ましい行動変化に対して頻繁に与え、罰は最小限度に抑える方法が効果が大きいとされている。報酬には、外的報酬と内的報酬（自己報酬）がある。前者の例としては、禁煙行動に対して、まわりからほめること、後者については、自分を自分でほめたり、禁煙のほうびを自分で考えること、がある。

ニコチン代替療法は 離脱症状対策

以前禁煙したときに離脱症状が強く出現した人や、ニコチン依存度が高く、強い離脱症状が出現しそうな人には、ニコチン代替療法を用いると、禁煙後の離脱症状の緩和に役だつほか、禁煙に対する自信を高める効果も期待できる。

このニコチン代替療法の原理は、禁煙時に出現するニコチン離脱症状を薬物のニコチンで緩和しながら、まず習慣（行動的依存）から抜け出し、次に薬剤を減らしながら、ニコチン依存から抜け出すというものである。この薬剤としては、ニコチンガムやニコチンパッチがある。これらを禁煙の行動技法と組み合わせて用いることにより、禁煙の成功率が約2倍程度高まることが世界で行われた臨床試験のメタアナリシス研究で報告されている⁵⁾。

ニコチンガムは1994年から医師の処方箋薬として使われてきたが、2001年9月より一般薬局で購入することが可能となった。また、ニコチンパッチは1999年から処方箋薬として使えるようになった。ニコチンパッチの特長は、朝1回皮膚に貼るだけでよく、ニコチンガムに比べて使いやすく、安定した血中濃度が得られる。

ニコチンパッチは、2006年6月からニコチン依存症管理料の算定に限って保険薬として処方が可能になった。

再開しやすい状況を予測して 続けさせるための工夫を

禁煙に成功してもそれを維持することはむずかしく、50～75%が1年以内に喫煙を再開する。喫煙の再開は、とくに禁煙後3カ月以内に多い。喫煙の再開は、社会的圧力（宴席でタバコを勧められるなど）、気分の落ち込み、仕事上のストレスや対人関係のトラブルなど、ちょっとしたきっかけ

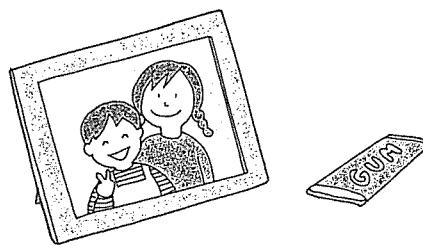
表3-29 禁煙のサポートネットワークづくり

（足達淑子：女性の禁煙プログラム、女子栄養大学出版社、1998）

- 励まし助けてくれる家族や友人をもつ
- 禁煙したことのある人、禁煙した人を探す
- いっしょに禁煙する人を募る
- 自分の禁煙を助けてくれそうな友人に禁煙宣言をする
- 自分に「タバコを勧めないでほしい」と前もって頼んでおく
- どうしても吸いたいときに、電話をすることを許してもらう
- ねだってもタバコを渡さないように頼んでおく
- 1週間禁煙できたらいっしょに祝ってもらう
- 最初の1週間は毎日連絡をしあう

で起こる。禁煙の継続のためには、受診の機会や電話などを活用してフォローアップを充実させ、喫煙再開を防ぐ対処方法（たとえば喫煙再開の危険の高い状況への気づきとその対処法、喫煙再開時の対処法など）が身につくよう手助けすることが重要である。禁煙後の体重増加も喫煙再開のきっかけとなるので、禁煙して1～2カ月経過したら、肥満予防の方法について助言する。

そのほか、家族や友人からの励ましや、医師や禁煙者からのアドバイスなど、周囲の者から情緒的または手法的なサポートが得られるよう、ソーシャルサポートのネットワークを作っておくと、喫煙の再開防止に役だつ（表3-29）。一方、家族など身近な者が喫煙している場合は喫煙を再開しやすいので、一緒に禁煙できない場合は、目の前で吸わないことやタバコを勧めないことなど、最低限の協力をとりつけることが必要である。



実践例 2

禁煙専門外来における 禁煙後の体重コントロール

禁煙専門外来において、禁煙後よくみられる体重増加の問題に対して、受診の機会を利用して行動療法を取り入れた個別面接を試行的に実施した。体重コントロールのための個別面接は2回と、簡易化した形で実施したが、面接実施後の体重増加の抑制ならびに減少が観察され、面接の効果を示唆する成績が得られた。

対象と方法

●禁煙専門外来における禁煙サポート

喫煙習慣の本質はニコチン依存症であるため、喫煙者を禁煙に導くことは容易なことではなく、薬物依存症の視点で適切な治療を行うことが必要である。大阪府立健康科学センターでは、ニコチン依存症の治療を専門に行う「禁煙専門外来」を開設し、ニコチン依存症の治療を行っている。

この専門外来では、行動科学と薬物依存学の2つの学問分野にもとづいた方法を用いて、医師とカウンセラーがチームを組み、1人の喫煙者を継続的に診療している。初診時の外来の流れは図3-18に示したとおりで、初診では約1時間、再診では約30～40分の時間をかけて個人面接を行っている。

この外来は完全予約制であるが、初診後の予約

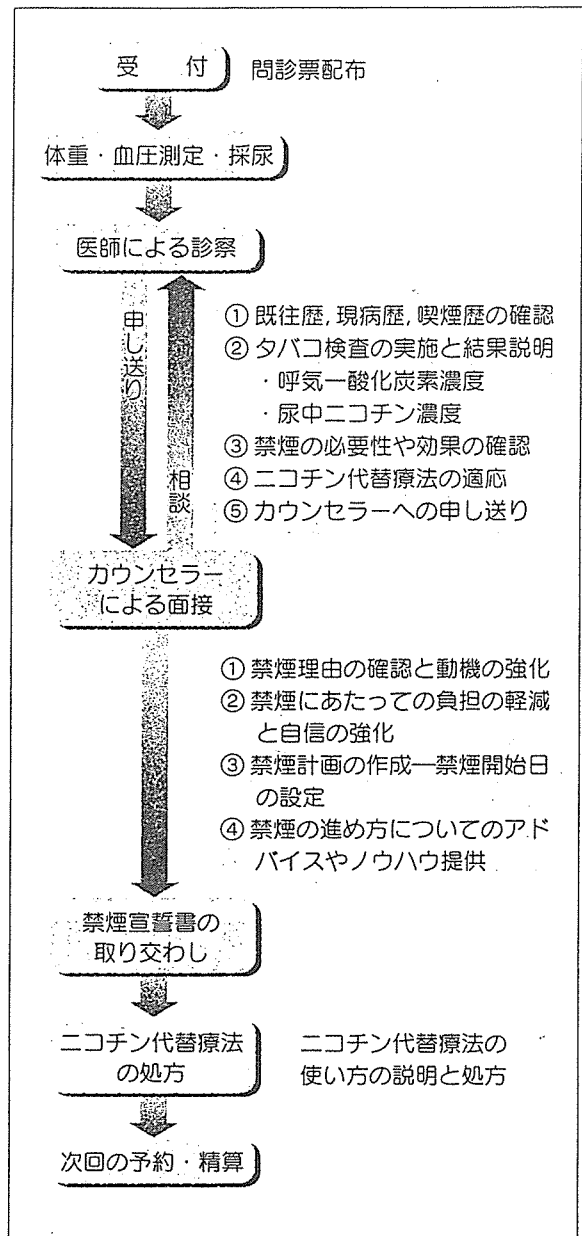


図3-18 禁煙専門外来の流れ（初診時）

は受診者の都合や希望を尊重して決めることを原則にしている。しかし、受診者の大半がニコチン代替療法（図3-19）を用いるため、その効果の確認や副作用のチェック、薬剤の追加処方のために、禁煙開始1～2カ月間は2～3週に一度の受診頻度となる場合が多い。ニコチン代替療法の処方ほぼ終了する禁煙3カ月以降の受診頻度は、1～2カ月に一度程度となる。

この外来では禁煙開始後6カ月間禁煙すれば