

tain anxieties, but that they could also change their object-dependent behavior pattern into a more autonomous pattern. Berne [21] said that autonomy resulted from the attainment of three capacities: 1) awareness, 2) spontaneity, and 3) the capacity for intimacy. Joines [22] also stated that the goal of the therapists in transactional analysis is to work themselves out of a job, as the clients are helped to experience their own autonomy and learn to take charge of their own life. That is to say, the result in this study for patients who increased their autonomy shows that the possibility of regaining weight after the program was reduced, whereas the possibility of maintaining the healthy lifestyle obtained through the OB program was increased.

Furthermore, the A ego state increased during the 6-month program and appears to have contributed to weight loss. The A ego state represents self-monitoring skill to get information and determine how well we can do things on the basis of facts. In previous studies, Devin and Reifschneider [15] and Padgett, Mumford, Hynes, and Carter [16] reported that self-monitoring is an important skill for lifestyle modification. In our previous studies, it was also suggested that the A ego state, which involves choosing behaviors suitable for the reality of "here and now," functioning appropriately according to the situation, is associated with improving self-esteem [23,24]. Hence, a person can be more confident in their ability to achieve a healthy lifestyle by taking an approach that allows the A ego state to function appropriately, so that improvement, as well as prevention, of lifestyle-related diseases can be promoted.

Limitations and future research

In the future, it will be necessary to investigate the factors associated with weight loss in a randomized, controlled trial. In our previous randomized, controlled trial, significant weight loss was observed in a counseling intervention group in which counseling was provided in addition to nutrition and exercise therapy. Therefore, the improvement of autonomy and self-monitoring skills by counseling may have contributed, albeit indirectly, to effectively achieving weight loss.

Moreover, there are other problems, such as the cost and time required to participate in a weight loss program based on a team medical care approach, that need to be resolved in order to reduce the burden on the patient. Given the fact that not all obese patients require counseling, it will also be necessary to establish a system for differentiating between patients who require psychological counseling and those who do not.

Lastly, the present study investigated weight loss and psychological factors for only 6 months; therefore, it will also

be useful to examine weight loss and the issue of regaining weight after program completion in a study that includes psychological differences between men and women.

Conclusion

As a result of the total effect of team medical care involving counseling by clinical psychologists, the A ego state and the FC ego state of obese patients were increased during the 6-month program. Weight loss was observed for patients who had less of an FC ego state at the start of the program and an increased an A ego state during the 6-month program.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

HS conceptualized and designed the study, collected and analyzed the data, performed the statistical analysis, interpreted the results, and drafted the manuscript. YK participated in the design and coordination of the present study and provided clinical data regarding weight. ST contributed to the present study as a nutritionist and NT participated in the present study as an exercise trainer. TB and SS supervised the present study. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

The authors would like to express their appreciation to the participants in this study and all members of the staff in the Obesity Clinic of Kansai Medical University Hospital. This study was supported by the Center for Studies on Emotions, Stress, and Health at Doshisha University.

References

1. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM: *Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinician's guide* New York: Guilford Press; 2003.
2. Morimoto K: *Preventive medicine of stress crisis - view from lifestyle* Tokyo: Japan Broadcast Publishing; 1997.
3. Baba T, Kimura Y, Sato S: **Effective psychological support for Obesity.** *Japanese Society of Clinical Sports Medicine* 2004, **12**:207-214.
4. Saito H, Baba T, Kimura Y, Tashima S, Sato S, Kosaki A, Ueta K, Nakashima Y, Iwasaka T: **Effectiveness of team medical care intervention for obese patients - relationship between personality and weight-loss.** *Journal of Japan Society for the Study of Obesity* 2007, **13**:68-73.
5. Berne E: *What do you say after you say hello?* New York: Grove Press; 1972.
6. Berne E: *Transactional analysis in psychotherapy* New York: Grove Press; 1961.
7. Takahashi K, Yoshimura Y, Kaigen T, Kunii D, Komatsu R, Yamamoto S: **Developing and evaluation of Food Frequency Questionnaire for estimation of nutrients and food groups.** *The Japanese Journal of Nutrition and Dietetics* 2001, **59**:221-232.
8. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC: **In search of how people change. Applications to addictive behaviors.** *Am Psychol* 1992, **47**:1102-1114.
9. Bennet P: *Introduction to Clinical Health Psychology* Philadelphia: Open University Press; 2000.
10. Elder JP, Ayala GX, Harris S: **Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care.** *Am J Prev Med* 1999, **17**:275-284.
11. Komiya Y, Kimura Y, Nishimura N, Hara K, Mori T, Okuda K, Munakata M, Masuda M, Murakami T, Takahashi H: **Vasodepressor**

- effects of exercise are accompanied by reduced circulation ouabainlike immunoreactivity and normalization of nitric oxide synthesis. *Clinical and Experimental Hypertension* 1997, **19**:363-372.
12. Shimonaka J, Nakazato K, Gondo Y, Takayama M: *NEO-PI-R, NEO-FFI manual* Tokyo: Tokyo Psychological; 1999.
 13. Tokyo University Psychosomatic Medicine TEG Association: *New edition TEG: manual and Egogram pattern* Tokyo: Kaneko; 2002.
 14. Yokoyama K, Araki S: *A manual of POMS Japanese version* Tokyo: Kaneko; 2002.
 15. Devine EC, Reifschneider E: **Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with hypertension.** *Nurs Res* 1995, **44**:237-245.
 16. Padgett D, Mumford E, Hynes M, Carter R: **Meta-analysis of the effects of educational and psychosocial interventions on management of diabetes mellitus.** *J Clin Epidemiol* 1988, **41**:1007-1030.
 17. Goulding MM, Goulding RL: *Changing lives through rededication therapy* Brunner New York: Manzan; 1979.
 18. Shinzato R, Tamai H, Fukino O, Ishizu H, Nakagawa T: **Diabetic Control of Patients with Diabetes in Relationship to Various Psychological Tests.** *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine* 1985, **25**:307-314.
 19. Eysenk HJ, Grossarth-Maticek R, Everitt B: **Personality, stress, smoking, and genetic predisposition as synergistic risk factors for cancer and coronary heart disease.** *Integr Physiol Behav Sci* 1991, **26**:309-322.
 20. Grossarth-Maticek R, Eysenk HJ: **Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: Part I-Description of treatment.** *Behav Res Ther* 1991, **29**:1-16.
 21. Berne E: *Games People Play: The Psychology of Human Relationships* New York: Grove Press; 1964.
 22. Joines V: **The Role and Function of Psychotherapy in the Future.** *Transactional Analysis Journal* 2006, **31**:80-85.
 23. Saito H, Sato S: **A Study of the Relationship between Ego-Shift Pattern and Basic Position Based on Transactional Analysis Theory.** *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine* 2007, **47**:931-937.
 24. Saito H, Sato S: **A Study of the Relationship between Ego-Shift Pattern and Basic Position Based on Transactional Analysis Theory-Cognitive and Behavioral System-.** *Japanese Journal of Transactional Analysis* 2007, **32**:134-141.

Publish with **BioMed Central** and every scientist can read your work free of charge

"BioMed Central will be the most significant development for disseminating the results of biomedical research in our lifetime."

Sir Paul Nurse, Cancer Research UK

Your research papers will be:

- available free of charge to the entire biomedical community
- peer reviewed and published immediately upon acceptance
- cited in PubMed and archived on PubMed Central
- yours — you keep the copyright

Submit your manuscript here:
http://www.biomedcentral.com/info/publishing_adv.asp



特集

メタボリックシンドロームと健康への対策

保健指導のための認知行動療法

木村 穰

はじめに

認知行動療法は、人間の思考・行動・感情の関係性に焦点をあて、学習理論をはじめとする行動科学の諸理論や認知・行動変容の諸技法を用い、思考・行動様式を修正し症状や問題を解決していく治療法として確立されてきている¹⁾。これまでに、うつ病・パニック障害・不安障害・強迫性障害・PTSD・摂食障害・物質関連障害などの治療に用いられ、多くの効果が実証されてきた²⁾。同時に、この患者のセルフコントロールの獲得をねらいのひとつとし、かつ患者の生活状態に応じた多様な行動変容の諸技法を提供できる認知行動療法は、心理的な障害のみならず、生活習慣を基盤とした肥満やメタボリックシンドローム、生活習慣病の患者指導に非常に有用であるといえる。本稿では、保健指導においてもっとも大きな問題となる肥満を中心に、保健指導における認知行動療法の具体的技法、有用性について述べてみる。

1. 保健指導における認知行動療法の重要性

保健指導において、やみくもに食事や運動の効果、重要性、運動の楽しさ等を語ったところで、もともと食事や運動に興味のない人にとってはほとんど効果のない方法である。逆に運動をすでに

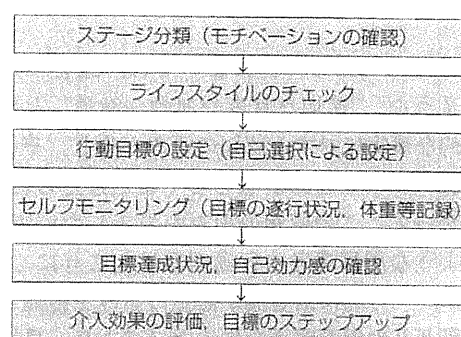


図1 認知行動療法にもとづく保健指導の手順

行なっている人にとっては、運動効能の説明はむしろ逆効果であることもある。したがって、実際に保健指導として食事、運動指導する場合、まず本人のモチベーション（食事、運動に対する意欲の程度）の確認が重要である。その後、個々の健康への認識、生活習慣、自己効力感に応じて目標設定を行ない、その後の目標達成状況に応じて適切な情報提供、行動変容の進捗管理を行なっていく（図1）³⁾。

一方、十分な情報を提供し、一見実行期や関心期にみえる例でも減量効果の認められない例がよくみられる。よく人前で、「水を飲んでも肥える」「私はやせない体質だ」などの言動が聞かれるが、実際に適切な食事や運動がなされている限り（2次性肥満を除き）体脂肪や血糖は必ず減少するは

筆者：きむら ゆたか（関西医科大学健康科学センター教授）

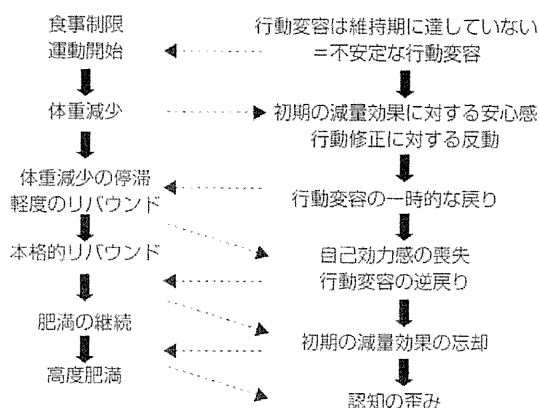


図2 肥満患者の認知の歪みの機序

ずである。これらの例においては、図2に示されるような、“適切な食事や運動→減量”という普遍的な事実に対する認知の歪みが生じ、その結果上記のような言動が生じてくると考えられる。したがって、この認知の歪みを訂正しない限り、このような肥満患者の行動変容は起こりにくい。問題は、一方的に指導側が認知の歪みを指摘しても、患者との信頼関係を失うだけであり、最終的に患者自身の歪みに対する認識の修正が起こらない限り適切な減量は得られにくいことである。もちろん、強制的なダイエットや運動で一時的な減量は可能であるが、このような認知の歪みの修正なく減量した場合、ほとんどリバウンドすることになる。すなわち、自分自身の行動を客観的に判断できていないために、一時的な行動変容を起こしても、恒久的な行動変容にはつながらないことが多い。

2. 対象者のステージ分類

最初に用いられるのが、個人の健康意識へのステージ分類と、そのステージモデルに合った個人指導である(図3)¹⁾。この方法は、各ステージによる個人の健康へのモチベーションを確認し、そのレベルに合わせた的確な情報を投与することにより、行動変容を確実にもたらす方法論として有用である。しかし、このステージ分類による個人

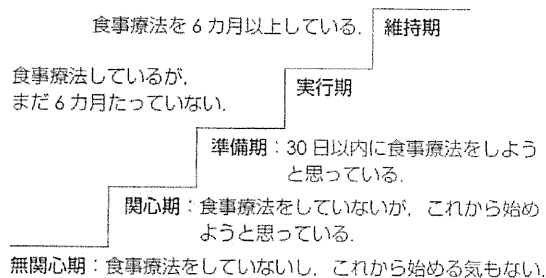


図3 ステージ分類定義(食事療法の場合)

指導も、結局は個人への一方的な情報伝達に終わることが多く、また準備期、実行期の対象者には有用であるが、無関心期の対象者には積極的な行動変容は期待できない。この無関心期の対応については今回のテーマとは若干異なるため別の機会に述べることにする。

3. 生活習慣のチェック

生活習慣病の予防や治療の場合、一般的な生活習慣とともに、その疾患、病態に特徴的、すなわち疾患や病態の予防、治療に有効な生活習慣をあらかじめ抽出しておき、対象者に積極的に確認していくことが有用である²⁾。この各疾患、病態に特徴的な生活習慣は、年齢、性別、地域、人種等によって異なり、日本人を対象としてもまだ完全なデータベースはできておらず、今後のエビデンスの検証が待たれる。また、この生活習慣の確認により不適切な生活習慣が確認されたとしても、その後の具体的な行動目標の設定にどう結びつけるかが、もっとも重要であることは言うまでもない。

4. 具体的行動目標の抽出、設定

前述の不適切な生活習慣が確認された場合、当然その生活習慣の修正が必要になってくる。しかし、その生活習慣の修正にもさまざまな方法があることを理解しておくべきである。例えば、同じ運動習慣がない場合でも、階段を使うなどの日常

自己効力感 (Self efficacy) を高められる目標設定「少しはできそうだな」と患者さんが思える目標を探索
(治療者の自己効力感ではなく！)



個人行動変容ステージ、主体性に合致した
目標行動の設定

図4 目標設定のキーポイント

生活での活動量から上げていくのか、積極的なウォーキングを勧めるのか、対象者によって使い分けていく必要がある。しかし、何よりも重要なことは、まずこれらの行動目標に対象者が興味をもっているか？ 自分でやりたいと思っているか？ 自分自身で実行可能と思っているか？ など対象者の主体性の確保である (図4)。このポイントをはずすと、対象者は自分自身で目標設定ができず、指導者側からのお仕着せの、本人の希望しない無理な目標設定や過剰な目標設定になり、行動変容に結びつかないことが多くなる。したがって、まず本人の関心、興味のある生活習慣改善行動目標の提示を行なうことである。その後、本人ができそうである、可能である、と自信のもてる目標の設定が重要となる。

5. セルフモニタリング

行動変容を目的とする場合、個人の記録が重要となり、多くの場合自分自身で記録する必要があるためセルフモニタリングと称する。漫然と自分の行動を記録することもひとつの方法であるが、行動医学的には、具体的行動目標を設定し、その目標に関連する生体指標や活動歴を記録することになる (表1)。具体的には個人の歩数、体重、食事記録などがあり、重要なセルフモニタリング項目である。多くの場合、紙媒体に歩数や体重を記録することとなるが、筆者らは携帯電話による記録方法も開発している⁶⁾。この記録は、記録者自身が自分で確認し、経過を評価する基本データとなる。

表1 セルフモニタリングの手順

- ①セルフモニタリングの開始
モニター指標 (歩数、体重等) の変化と日常生活のさまざまな側面との関連性に関心をもたせる
(できてないことを指摘するという目的だけではない)
- ②目標指標の変化パターンの明確化
指標 (例えば体重) 変化をライフイベント、ストレス、歩数等と対応させてパターンを一緒にとらえる

表2 セルフモニタリングの具体的技法

- ◆食行動 (内容、量、時刻、場所、気分) と体重変化、万歩計の歩数、目標行動の評価 (○～×) を記録する目標設定 (goal setting)
- ◆現在の食行動、身体活動レベルと体重変化や心理的变化との対応関係について「記録すること」を通して気づいてもらう
- ◆個々人の誤った学習のパターンを明確にし、その関係に気づいてもらうことが重要 (悪い点を指摘するためではない)

6. 目標達成状況、自己効力感の確認

セルフモニタリングの記録ができて始めて自分の行動とその行動による変化 (体重や歩数等) がリンクし、自身の行動とその結果が具体的変化として認識されることになる。その結果、運動したり、食事を調整したりすることにより体重や血圧などが変化し、行動とリンクして認識され、同時に行動を継続する気持ちを継続させる動機となる。すなわち、ここで始めて自身の行動と結果が達成感として認識され、自己効力感が確認されることになり、ひとつの認知行動療法の形式が成立する (表2)。

ここで問題は、個人で記録し評価する場合、日常行動と結果を客観的にリンクして評価することに気づかなかつたり、また記録以外の行動 (例えば宴会やその他の日常的なイベント、ストレス) が隠れていることが多く、これらのイベント等とのリンクに気づきにくいことである。そのため、個人の記録と行動目標の遂行状況との見直しや評価を第3者として客観的に評価し、本人に確認、フィードバックすることが必要となってくる。ここで重要なことは、このセルフモニタリングの記

表3 スモールステップ法の具体例

Step1:	セルフモニタリング(自己観察)の強化 歩数を毎日記録すること“のみ”を目標
Step2:	運動のしやすい(しにくい)曜日や時間帯を探索 毎週共通して多い(少ない)曜日をみつける その理由を尋ね、生活環境や仕事ストレスとの関連性を探索
Step3:	自分のやりやすい運動の種類を決定 タクシーを使わない、階段を使う、自転車を使わない、少し遠回り、一駅前から歩いて帰る、30分のウォーキング、スポーツ施設へ通う
Step4:	自分が少し頑張っでできそう!と思う目標レベルの設定 実際の平均歩数+2,000歩程度UP、曜日を限定しての歩数UP ウォーキング、1週間に○回に限定した運動

録や行動目標の遂行状況を確認し、本人にフィードバックする指導者がこの認知行動療法を理解しているか否かで、決して記録や行動ができていないことを指摘することが目的ではないということである。ここで単なる記録の不備や達成状況の判定のみで終わると、この認知行動療法は成立しないことを十分に理解しておく必要がある。

7. 介入効果の評価、目標のステップアップ

行動変容が生じ、減量などの効果が得られても、ひとつの行動目標で得られる結果には限界がある。同時に初期の行動目標がある程度達成されてくると、その行動目標の維持と同時にさらなる効果を期待できる次の行動目標が必要になってくる。特に最初の自己効力感が低い場合、あえて低い行動目標を設定していることがあり、その効果には限界がある。したがって、ある程度の行動目標が達成できた段階で、次の行動目標を設定していくことも重要である(表3)。この作業は自分では気がつきにくく、第3者として積極的にアドバイス、フィードバックする必要がある。同時に初期の行動目標が継続して実行され、確実に生活習慣の一部として習性化できるように工夫する必要がある。具体的には行動目標が恒常的に施行できるよう定期的なチェック、セルフモニタリングも重要となる。その上で次の行動目標を設定して

いくことが重要である⁷⁾。

8. 認知行動療法を用いた保健指導における問題点

本稿において、減量や生活習慣病改善における認知行動療法を用いた保健指導の具体的技巧、有用性につき述べた。しかし、今後わが国における保健指導に認知行動療法を導入していくにはさまざまな問題点がある。まず、保健指導スタッフがこの認知行動療法をまだ十分には理解できておらず、また理解できていたとしても、そのスキルを十分に活用できていないことである。したがって、認知行動療法の基礎理論やコアとなる認知・行動変容の諸技法に関する研修等が重要と考えられる。

これらの観点より、筆者らは生活習慣病認知行動療法研究会を設立している⁸⁾。今後の保健指導、生活習慣病領域での認知行動療法の普及の一石となれば幸いである。

文 献

- 1) Deacon BJ et al: Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. J Clin Psychol, 60(4): 429-441, 2004.
- 2) Reinecke MA et al: Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 37(1): 26-34, 1998.
- 3) 厚生労働省健康局: 標準的な健診・保健指導プログラム, 2006.
- 4) 木村 稜ほか: 30歳からの冠動脈疾患の予防戦略のあり方, pp. 254-263, (堀 正二編: 冠動脈疾患の New Concept, 中山書店, 2006.)
- 5) 田嶋佐和子ほか: 栄養指導が守れない背景分析と食行動指導の工夫 臨床心理士を含めたチーム医療による栄養指導, New Diet Therapy, 2: 38-42, 2005.
- 6) 田嶋佐和子ほか: HPを用いた栄養診断システムの有用性に関する検討～システムの利便性と問題点・および生活習慣改善への動機付けに関する検討～, 肥満と糖尿病, 5: 27-32, 2006.

- 7) 木村 稯ほか：肥満運動療法と心理的サポート，
保健の科学，48(8)：565-569, 2006.
- 8) 生活習慣病認知行動療法研究会：<http://www.kmuhs.net/cbm/index.html>

保健の科学バックナンバー

◆特集◆癒しと健康 (50巻2月号)

癒しとは	日野原重明	運動がメンタルヘルスに与える影響	荒井弘和
アロマで心とからだを癒そう	横山三男	フェルデンクライス・メソッド	武井正子
音楽療法の基礎	村井靖児	心疾患のリハビリテーション	牧田 茂
食べることで満たされる心とからだ	植田友子	糖尿病やメタボリックシンドロームの生活指導	佐藤文彦

◆特集◆ウォーキングと健康 (49巻8月号)

乳児から成人へのウォーキングの発達	岡本 勉ほか	ウォーキングの矯正方法	辻 博明
身体障害者のウォーキング	龜山富太郎ほか	高齢者の心身に及ぼすウォーキングの影響	山崎省一ほか
健康のための長続きするウォーキングのすすめ	川上和延ほか	トレッキングの功罪	加藤義弘ほか

◆特集◆健康・体力づくりの落とし穴とその回避方法 (48巻1月号)

誤った減量法の危険性	吉田俊秀	高齢者の転倒による外傷とその関連要因	新野直明
体重制限への対応	千葉政一ほか	子どものオーバーユース症候群	鳥居 俊
サプリメント摂取の是非	植田友子	クラブチームにおける子どものころへの対応	菊 幸一
減量に伴う骨量変化	中田由夫	スポーツ飲料の問題点	関根孝司

(株)杏林書院 発行 詳細はホームページをご覧ください。→ <http://www.kyorin-shoin.co.jp>

実践編

保健指導における認知行動療法の具体的手順

木村 稔*

はじめに

認知行動療法による保健指導もいよいよ最終回に近づいた。認知行動療法の概論から理論、食事、運動指導をさまざまな角度から述べてきた。今回は、より具体的な、明日から使える実践的手法の一部を解説する。

ステージ分類

行動変容プログラムを提供する上で、参加者のステージ分類は重要であり、かつ施行側の指導内容を絞り込み、また施行側の非効率的な指導を回避できる上でも有用である(もちろん参加者にとっても興味のない話を聞かなくてすむ分、感謝される?)(図-1)。

■ 無関心期の分類

従来の行動療法では、関心期や実行期の参加者に適切な目標設定を行い、積極的な介入を行っていく上で非常に有用とされているが、この無関心期の対応については非常に困難と考えられてきた。しかし、この無関心の状況も2つに分類される。1つはいわゆる情報不足で、単純な情報提供で、ある程度無関心から関心に変化が期待できる群である。もう1つの無関心は、肥満であれば、

何回もダイエットとリバウンドを繰り返し、そのたびに自信、自己効力感を失い、行動変容そのものに懐疑的になり、その結果無関心を装っている群である。この隠れ無関心は、自己効力感の低下により行動変容に懐疑的になり、その結果無関心になっており、まず自己効力感の回復から始める必要がある。そのため単純な情報提供はかえって逆効果になり、注意を要する。

この自己効力感の低下については、本誌2月号、225-230頁の“食事指導と認知行動療法”で詳述したが、その1つの原因として、認知の歪みが挙げられる。すなわち、対象者の自己効力感が低い場合、これらの行動変容プログラムにより、ある程度減量や行動変容が起こっているにもかかわらず、本人には行動変容の実感が伴わないことが問題となる¹⁾。したがって、このような場合、ま

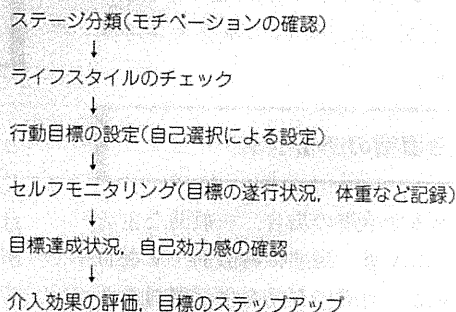


図-1 認知行動療法による保健指導の具体的手順

* 関西医科大学健康科学センター

表-1 目標設定の要点
問題の明確化と本人の実行可能性の確認

セルフモニタリングの結果に基づいて、問題となる行動を一緒に確認する(明確化)

その行動の改善をイメージさせ、クライアントにとって行動変容の難しさの程度をランクづけしてもらう(行動変容の容易なものから困難なものまで)

クライアントが容易に思える目標をまず設定する
(Small Stepで、目標数も少なく)

表-2 Small Step (段階的目標)の例

Step1: セルフモニタリング(自己観察)の強化
歩数を毎日記録すること“のみ”を目標。

Step2: 運動のしやすい(しにくい)曜日や時間帯を探索
毎週共通して多い(少ない)曜日をみつける。
その理由を尋ね、生活環境や仕事ストレスとの関連性を探索。

Step3: 自分のやりやすい運動の種類を決定
タクシーを使わない、階段を使う、自転車を使わない、
少し遠回り、一駅前から歩いて帰る、30分のウォーキング、
スポーツ施設へ通う。

Step4: 自分が少し頑張ってもできそう!と思う目標レベル
の設定
実際の平均歩数+2,000歩程度UP、曜日を限定しての歩
数UP。
ウォーキング、1週間に〇回に限定した運動。

ず参加者に行動変容により微少なながらも減量や行動の変化が生じており、その変化に気づかせることが重要である。この微細な変化に気づかせるテクニックについては、後述のITセルフモニタリングの項で述べる。

生活習慣のチェック

生活習慣病の予防や治療の場合、一般的な生活習慣とともに、その疾患、病態に特徴的、すなわち疾患や病態の予防、治療に有効な生活習慣をあらかじめ抽出しておき、対象者に積極的に確認していくことが有用である²⁾。この各疾患、病態に

特徴的な生活習慣は、年齢、性別、地域、人種などによって異なり、日本人を対象としてもまだ完全なデータベースはできておらず、今後のエビデンスの検証が待たれる。また、この生活習慣の確認により不適切な生活習慣が確認されたとしても、その後の具体的な行動目標の設定にどう結びつけるかが最も重要であることはいうまでもない。

具体的行動目標の抽出、設定

前述の不適切な生活習慣が確認された場合、当然その生活習慣の修正が必要になってくる。しかし、その生活習慣の修正にもさまざまな方法があることを理解しておくべきである。例えば、同じ運動習慣がない場合でも、階段を使うなどの日常生活での活動量から上げていくのか、積極的なウォーキングを勧めるのか、対象者によって使い分けていく必要がある(表-1)。しかし、何よりも重要なことは、まずこれらの行動目標に対象者が興味をもっているか? 自分で行いたいと思っているか? 自分自身で実行可能と思っているか? など対象者の主体性の確保である。このポイントをはずすと、対象者は自分自身で目標設定ができず、指導者側からのお仕着せな、本人の希望しない無理な目標設定や過剰な目標設定になり、行動変容に結びつかないことが多くなる。したがってまず本人の関心、興味のある生活習慣改善行動目標の提示を行うことである。その後、本人ができそうである、可能である、と自信のもてる目標の設定が重要となる(表-2)。

セルフモニタリング

行動変容を目的とする場合、個人の記録が重要となり、多くの場合自分自身で記録する必要が生じるため、セルフモニタリングと称する。漫然と自分の行動を記録することも1つの方法であるが、行動医学的には、具体的行動目標を設定し、その目標に関連する生体指標や活動歴を記録することになる(表-3)。具体的には個人の歩数であったり、体重や食事記録なども重要なセルフモニタ

リング項目である。多くの場合、紙媒体に歩数や体重を記録することとなるが、筆者らは携帯電話による記録方法も開発している³⁾。この記録は、記録者自身が自分で確認し、経過を評価する基本データとなる。

目標達成状況、自己効力感の確認

セルフモニタリングの記録ができて始めて自分の行動とその行動による変化(体重や歩数など)がリンクし、自身の行動とその結果が具体的変化として認識されることになる。その結果運動したり、食事を調整したりすることにより体重や血圧などが変化し、行動とリンクして認識され、同時に行動を継続する気持ちを継続させる動機となる。すなわちここで始めて、自身の行動と結果が達成感として認識され、自己効力感が確認されることになり、1つの認知行動療法の形式が成立する。

ここで問題は、個人で記録し評価する場合、日常行動と結果を客観的にリンクして評価することに気づかなかったり、また記録以外の行動(例えば宴会やその他の日常的なイベント、ストレス)が隠れていることが多く、これらのイベントなどとのリンクに気づきにくいことである。そのため、個人の記録と行動目標の遂行状況との見直しや評価を第三者として客観的に評価し、本人に確認、フィードバックすることが必要となってくる。ここで重要なことは、このセルフモニタリングの記録や行動目標の遂行状況を確認し、本人にフィードバックする人がこの認知行動療法を理解しているか否かで、決して記録や行動ができていないことを指摘することが目的ではないということである。ここで単なる記録の不備や達成状況の判定のみで終わると、この認知行動療法は成立しないことも、このシリーズを通して読んでこられた読者であれば十分理解できるであろうと思われる。

介入効果の評価、目標のステップアップ

行動変容が生じ、減量などの効果が得られて

表-3 セルフモニタリングの概要

食行動(内容、量、時刻、場所、気分)と体重変化、万歩計の歩数、目標行動の評価(○～×)を記録する目標設定(goal setting)

現在の食行動、身体活動レベルと体重変化や心理的变化との対応関係について「記録すること」を通して気づいてもらう

個々人の誤った学習のパターンを明確にし、その関係に気づいてもらうことが重要(悪い点を指摘するためではない)

も、1つの行動目標で得られる結果には限界がある。同時に初期の行動目標がある程度達成されてくると、その行動目標の維持と、同時にさらなる効果を期待できる次の行動目標が必要になってくる。とくに最初の自己効力感が低い場合、低い行動目標を設定していることがあり、その効果には限界があり、したがって、ある程度の行動目標が達成できた段階で、次の行動目標を設定していくことも重要である。この作業は自分では気がつきにくく、第三者として積極的にアドバイス、フィードバックする必要がある。同時に初期の行動目標が継続して実行され、確実に生活習慣の一部として習性化できるように工夫する必要がある。具体的には行動目標が恒常的に施行できるよう定期的なチェック、セルフモニタリングが重要となる。その上で、次の行動目標を設定していくことが重要である⁴⁾。

ITによりセルフモニタリングの試み

前述のごとく本来セルフモニタリングは、対象者は自身で記入し、その変化に気づき、行動変容へとつながっていくものであるが、同時にこの記録は指導者側にも重要な情報となる。したがってセルフモニタリングの記録は指導時にも必要な記録となるが、紙媒体などの場合、常時は対象者が保管するため、指導側は面接などの指導時にしかセルフモニタリングの記録が確認できないことになる。したがって、日々の細かな変化に対応できず、また記録が滞ったり、忘れたりした場合の確

表-4 IT 機器による保健指導例

IT機器の特性をどこに活かすか？	
初回面接	個別もしくは集団 目標の設定(対象者の自主性) 支援形態の合意
継続支援	直接面接、手紙、電話、FAX、e-mail：支援形態により ポイントがある 「積極的支援」：対象者に「身体計測値や行為情報」の報告 を求める
セルフモニタリング機能（在宅、自動記録）	

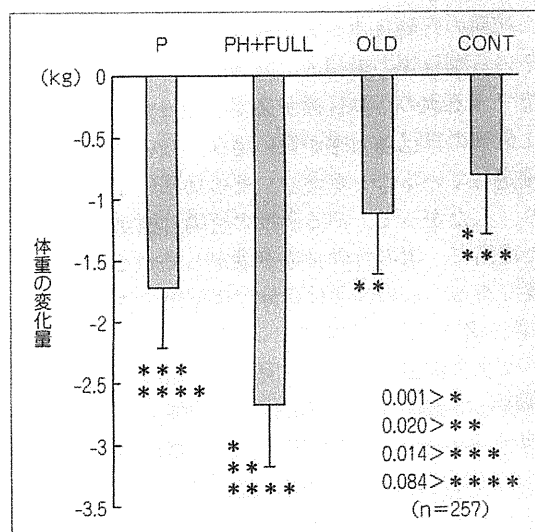


図-2 平成20年度経産省ホームヘルスケア事業結果より(資料提供富士通 BLP)
P：在宅測定機器のみ使用，個人支援なし，PH + FULL：在宅測定+個人支援メールあり，OLD：従来型保健指導のみ，CONT：健診結果の配布のみ。
約3ヵ月の指導結果。

認も困難である。さらに、認知行動療法の最大の武器である本人の自己効力感を上げる機会が、一般には面接時にしかできない指導が、IT による双方向通信の場合、いつでも指導メッセージが本人に直接伝わり、自己効力感の向上に役立てることが可能となる(表-4)⁵⁾。

これらの理由により筆者らは、携帯端末やパソコンベースのサーバーシステムによるセルフモニタリングシステムを積極的に推進している。最新

の結果では、メタボリックシンドロームへの介入において、在宅での体重計の自動記録システムとともに、指導者からの評価、指導メッセージによる介入群で従来の定期的な対面式指導と同様の効果が得られており、今後 IT による双方向指導システムのエビデンスとして注目されている(図-2)。今後通信媒体の普及、改善とともにますます普及する可能性があると考えられ、また IT 指導による認知行動療法的指導も今後開発される必要があると思われる。

稿を終えるにあたり

保健指導という予防医学的な介入を考える場合、従来は集団指導というポピュレーションアプローチが基本的な手段として用いられてきた。この手法は、初期投資額が少なくすみ、対費用効果を考慮する場合、魅力的な手法の1つである。しかし、実際の個人に起こりうる行動変容の結果から考えるとその対費用効果には限界があると思われる。すなわち、人間の行動変容、とくに生活習慣病に対する生活習慣の行動変容に関しては、人間の習性、行動パターン、思考、生活環境などからして、一方的な情報提供で行動変容まで起こす人は少ない、ということである。この事実は、わが国1980年より実施されてきたアクション80、THP(トータルヘルスプロモーション)活動、国保ヘルスアップ事業など、多くのナショナルプロジェクトなどの結果をみても明らかと思われる。また、医療機関での積極的な生活習慣指導においても、一定の効果を上げているものの、生活習慣に対する行動変容介入に関しては十分とはいえないのが現状である。

いまここで、この生活習慣病に対するアプローチを、個々に対する認知行動療法的アプローチに変えることにより、この介入効果は大きく向上すると思われる。もちろん本手法が全てを凌駕するものでなく、また従来のポピュレーションアプローチも初期段階では十分有用であることも間違いない。ただ、個人への介入が、ICTを通して個々の環境や性格特性に合わせて提供できるようになり、かつ双方向コミュニケーションが可能と

なった現在、このICTによる認知行動療法により対費用効果の上でも始めて、ポピュレーションアプローチ以上の効果を期待できる手法として期待できると信じている。ただし、指導者側がこの認知行動療法を十分理解していくことが必要十分条件であり、この点で今後の医療側の行動変容が必要である。あまり高い目標は設定せずに、地道に医療側の理解、実施を期待して、本稿を結ぶ。

最後にこの領域での発展を目的とし、筆者らを中心に生活習慣病認知行動療法研究会が設立されているので、ご案内させていただく⁶⁾。

文 献

- 1) 木村 稔編：特集「生活習慣病に対する新しいアプローチ」, 臨床スポーツ医学 25: 97-173, 2008.
- 2) 木村 稔：糖尿病の食事・運動療法, 認知行動療法の有用性と限界, 糖尿病カレントライブラリー, 201-206, 文光堂, 2007.
- 3) 田嶋佐和子ら：HPを用いた栄養診断システムの有用性に関する検討～システムの利便性と問題点, および生活習慣改善への動機付けに関する検討, 肥満と糖尿病 5: 27-32, 2006.
- 4) 木村 稔, 馬場天信：肥満運動療法と心理的サポート, 保健の科学 48(8): 565-569, 2006.
- 5) 木村 稔, 岩坂壽二：30歳からの冠動脈疾患の予防戦略のあり方, 冠動脈疾患の New Concept, 中山書店, 254-263, 2006.
- 6) 生活習慣病認知行動療法研究会 <http://www.kmuhsc.net/cbm/index.html>

米国で話題だった書籍がついに邦訳! 急性期から亜急性期の
リハビリテーション医療に必要な知識を網羅!!

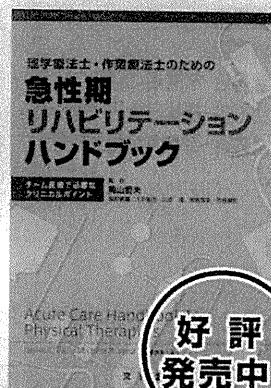
理学療法士・作業療法士のための

急性期 リハビリテーション ハンドブック

チーム医療に必要な
クリニカルポイント

監訳 ▶ 陶山哲夫(埼玉医科大学総合医療センターリハビリテーション科教授)
草野修輔 / 大井直住 / 山本 満 / 高倉保幸 / 赤坂清和

- ▶ 米国で好評の "Acute Care Handbook for Physical Therapists" (原著第2版) の邦訳書。
- ▶ 基礎から臨床, 外科系から内科系疾患, また急性期治療から慢性期に至る幅広い分野にわたり記述。さらに、臓器移植など最新医療の安全管理とセラピーまでをカバー。
- ▶ 各章には日常の診療に役立つクリニカルポイントを掲載。安全性と質、ケアの効果を最大限に引き出してくれるヒントを紹介。
- ▶ 理学療法士のみならず、作業療法士や言語聴覚士、およびこの分野の学生にも必読の1冊。



好評
発売中!

A5判・524頁
定価 7,350円
(本体7,000円+税5%)

◎ 文光堂 <http://www.bunkodo.co.jp> 〒113-0033 東京都文京区本郷7-2-7 tel.03-3813-5478/fax.03-3813-7241

実践編

運動指導と認知行動療法

木村 稔*

はじめに

平成20年度より始まった特定健康診断、保健指導をはじめ、生活習慣病、メタボリックシンドロームなどの疾患をもつ者についても運動の重要性はことあるごとに強調されている。しかし現実にはフィットネスクラブの入会者が有意に増加したり、市町村レベルの運動教室の参加者が増加しているという報告は少ない。これらの事実、人間の行動(行動変容)は、単なる情報提供や行政的施策程度では簡単には変わらないことを示している。今後保健指導が強化され、積極的に運動が行動目標として推奨され、本人の主体性が確認されないまま運動現場にやってきた人にとって、運動がどれだけ長続きするであろうか？

ということで、本稿では、本人の運動意欲をいかに向上させるか、いかに主体性をもって運動に取り組ませるか、という点について認知行動療法の観点から解説する。同時に認知行動療法は基本的に個人介入であり、実際の介入には多大なマンパワーが必要である。これは対費用効果の面からも問題がある。しかし、この問題もICTにより十分解決できる可能性があり、ICTによる認知行動療法的運動指導についても述べてみる。

対象者のステージ分類

やみくもに運動の効果や楽しさ、また運動の必要性を語ったところで、もともと運動に興味のない人にとってはほとんど効果のない方法であり、逆に運動をすでに行っている人にとっては、運動効能の説明はむしろ逆効果であることもある。したがって実際に保健指導として運動指導する場合、まず本人のモチベーション(運動に対する意欲の程度)の確認が重要である。これは前回の食事指導と同様、行動医学として最も基本的な作業であり、かつ有用な手段である。ステージ分類の詳細は前号の食事指導をご参照いただきたい¹⁾。

生活習慣病運動指導における 運動ステージ分類の注意点

ここで注意すべき点は、競技的な運動やスポーツに対するモチベーションと日常生活での活動量を上げることへのモチベーションは、同じ運動であっても表現方法や質問内容が異なることがあり、表現や項目に留意する必要がある。とくに高齢者や肥満者を対象とする場合、実際の日常生活での活動意欲はとらえきれない場合があり、単純なステージ分類といえども注意が必要である。

* 関西医科大学健康科学センター

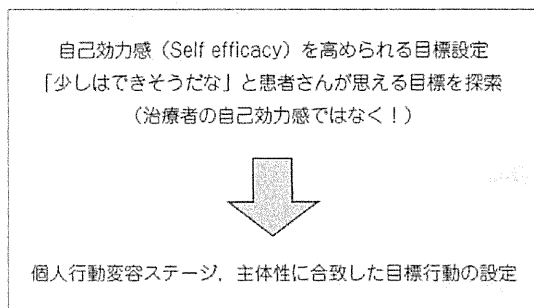


図-1 行動目標設定のながれ

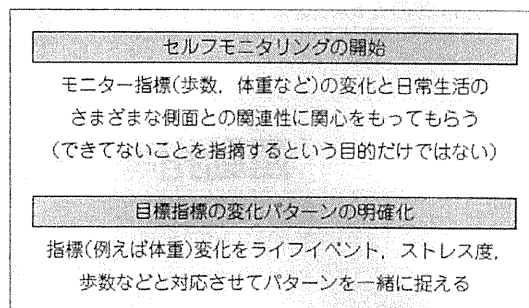


図-2 認知行動療法の具体的手法

行動目標の設定

ついで運動の目標をどのように設定するかが問題となる。ここでの注意点は、対象者は得てして大きな運動効果を期待しがちで、“毎日1時間歩く”や、“フィットネスクラブに通う”など、大きな目標を選びがちである。しかし、大きな目標ほど遂行、継続が困難で、結局三日坊主で終わってしまうことが多い。したがってここでの目標はあくまで本人が実行可能な範囲で行動目標を設定することが重要である(図-1)。この最初の行動目標を比較的容易な、実行しやすい目標にしておくことで、達成感、すなわち自己効力感が向上し、その後の行動変容につながる。したがって特定保険などの運動指導現場では、まず本人のモチベーションを確認し、関心期以上であればできるだけ簡単に具体的な行動目標を設定することが重要である²⁾。さらにこれらの行動目標の実行、維持に関しては、個人の性格特性が大きく関与しており、実際に個人の性格特性を考慮した行動目標の設定を行うことにより、さらなる行動変容効果が期待できる。この個人の性格特性と行動目標、行動変容支援の方法については次回に述べさせていただく。

セルフモニタリングの工夫

行動変容において次に重要な点は、前述の行動目標の達成状況の自己管理、評価である。この行動目標の自己管理、評価は、「記録すること」を通

して現在の身体活動レベルと体重変化や心理的变化との対応関係に気づかせ、行動変容を起こさせることにある(図-2)。したがって原則として記録は毎日であり、また行動変容の結果を明確にさせるために、具体的な結果(=体重など)と連動させることが有用である³⁾。

またセルフモニタリングにおいて、複雑、煩雑な記録形態は毎日の記録形態としては不適切であり、極力単純明快な様式が推奨される。すなわち、あくまで行動の記録であり、詳細さを求めるより確実な記録が重要であり、単純な行動目標に対する評価としての○、×の記録でも十分有用である。またこの記録が対象者自身のみならず指導者にもリアルタイムで確認できるようPCによるサーバーへの入力なども有用である(図-3)。筆者らは携帯端末による行動記録システムを開発し、その簡便性、機動性から大きな効果を上げている。さらにICTの応用として運動時間や歩数の細かな記録より、実際に行動を行ったかどうかの簡単な記録様式に限定しておき、体重や歩数計、血圧などの記録、管理は別途家庭内LANシステムを通じて自動記録、遠隔指導できるシステムも実用化レベルに近づいてきている⁴⁾。

介入効果の評価、 目標のステップアップ

行動変容において、自己効力感を適切に評価し向上させることは、行動目標の実行・維持において非常に重要である。しかし、自己効力感を自分で積極的に向上させることは困難であり、指導者

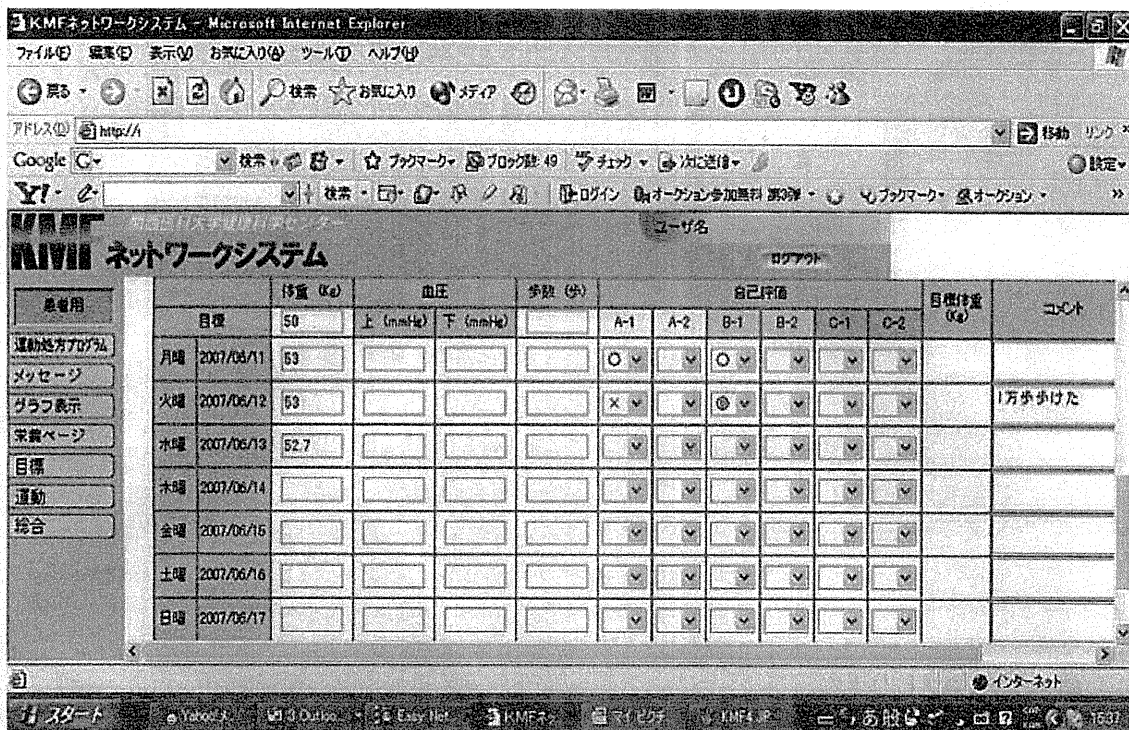


図-3 ホームページによるセルフモニタリング画面

から積極的にその結果を具体的に評価し、行動変容と結びつけていく必要がある(図-4)。また初期の行動目標が達成できている場合、積極的に目標のステップアップを提案すべきである。この目標のステップアップの頻度や具体的マニュアルについても介入前からあらかじめプロトコル化しておくことで、より積極的な行動変容につながる。

具体的には最初の目標はできるだけ難易度の低い簡単な行動目標に設定することが重要である。その後実行状況を判断し、目標を少しずつ上げていくことにより、自己効力感も向上し持続的な行動変容につながる(スモールステップ)。運動の場合、歩数や運動量など具体的数値目標の方が実行しやすいように思われるが、実際には階段を使う、自転車を使わない、遠回りをするなどの環境型の目標も実行にもっていきやすく、かつ一定の効果も期待できる。したがってこのような生活習慣型の目標も指導者から提案し、選択肢に入れることも有用である⁵⁾。

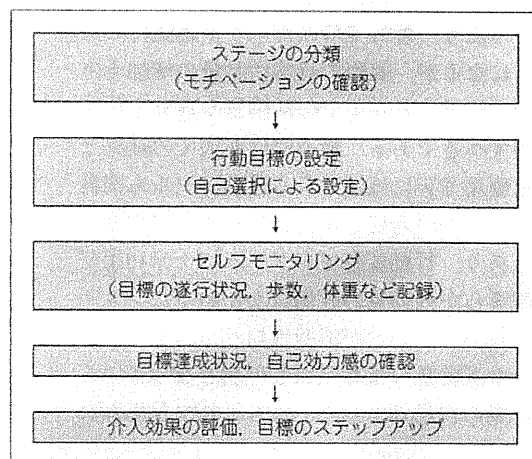


図-4 行動目標のステップアップの過程

運動環境の整備

運動、身体活動を増やす行動変容を考える場合、運動する環境から考えることも重要である。

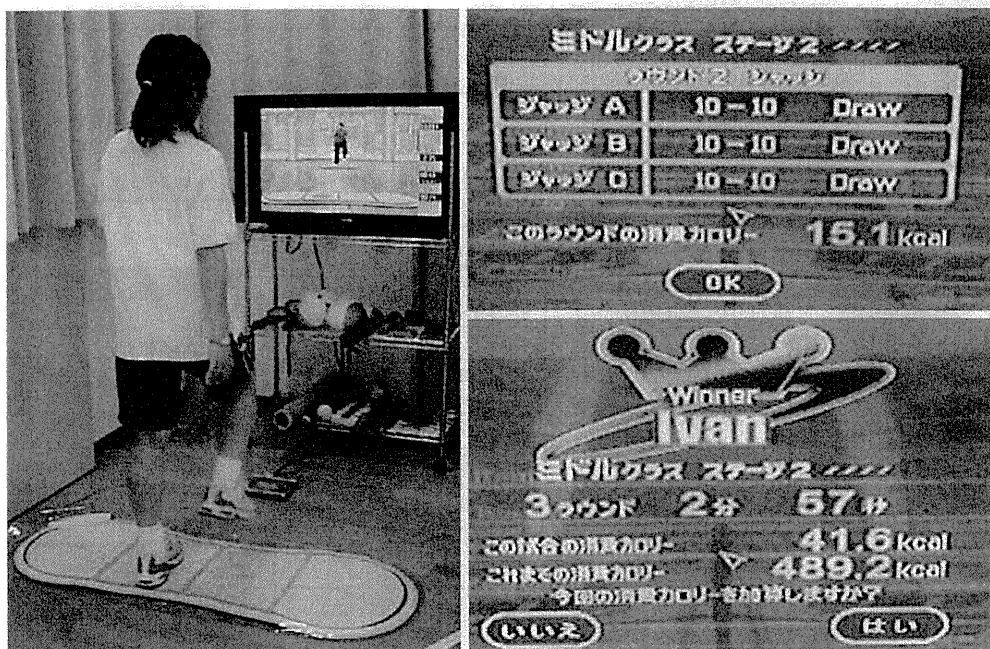


図-5 運動量管理型 TVフィットネス

足のセンサーおよびマットによりステップの回数、距離が計測され、年齢、性別、体重により消費カロリーが算出される。1回の運動消費カロリー、積算カロリーが個人別に表示される。

とくに運動を行動目標にすると、フィットネスクラブに行ったり、野外でのスポーツや運動にこだわりがちになるが、実際の日常活動量の増加を考えた場合、野外より在宅での活動量や運動も積極的に利用すべきである。最近では在宅での運動として、家庭用 TV に接続できる運動ツールも開発されており、かつ適切な運動評価機能も有するシステムもあり、行動変容プログラムに十分利用できる。筆者らが運動量の評価にかかわったシステムでは、毎回の運動量が消費カロリーとして計算され、かつ運動量の積算記録も可能となっているため、運動の自己効力感向上にも役立つと思われる(図-5)。

また筆者らは、フィットネスクラブなどの運動施設においても積極的に行動変容として運動に取り組むために、医療機関とフィットネスクラブとの連携システムを構築している。このシステムにより、医療機関での医学的データ(血糖、中性脂肪、その他のメタボリックシンドローム指標)を運動の現場で確認でき、現場のトレーナーレベルにおいても運動効果として(対象者、医療側指導

者と一緒に)共有でき、運動に対するモチベーションの維持や効果に確認に有用である(図-6)。

このような運動と医療とを認知行動療法的観点から積極的にリンクさせることにより、より多彩な運動に対する行動変容、運動介入が可能になると思われる。

まとめ

運動、身体活動を増やすための行動変容につき、行動目標の設定、評価、具体的運動内容などについて述べた。最後にこれらの運動、身体活動を増やすためのシステムは、従来の医療ネットワークでは構築困難で、運動指導士、管理栄養士、健康増進施設、フィットネスクラブなど医療機関以外の領域にまたがるシステムであり、これら異なる職種、領域の共通言語的ツールとして行動変容、認知行動療法などの概念が存在すると考えられ、すべての職種、領域で認知行動療法の概念が理解されることが重要である。

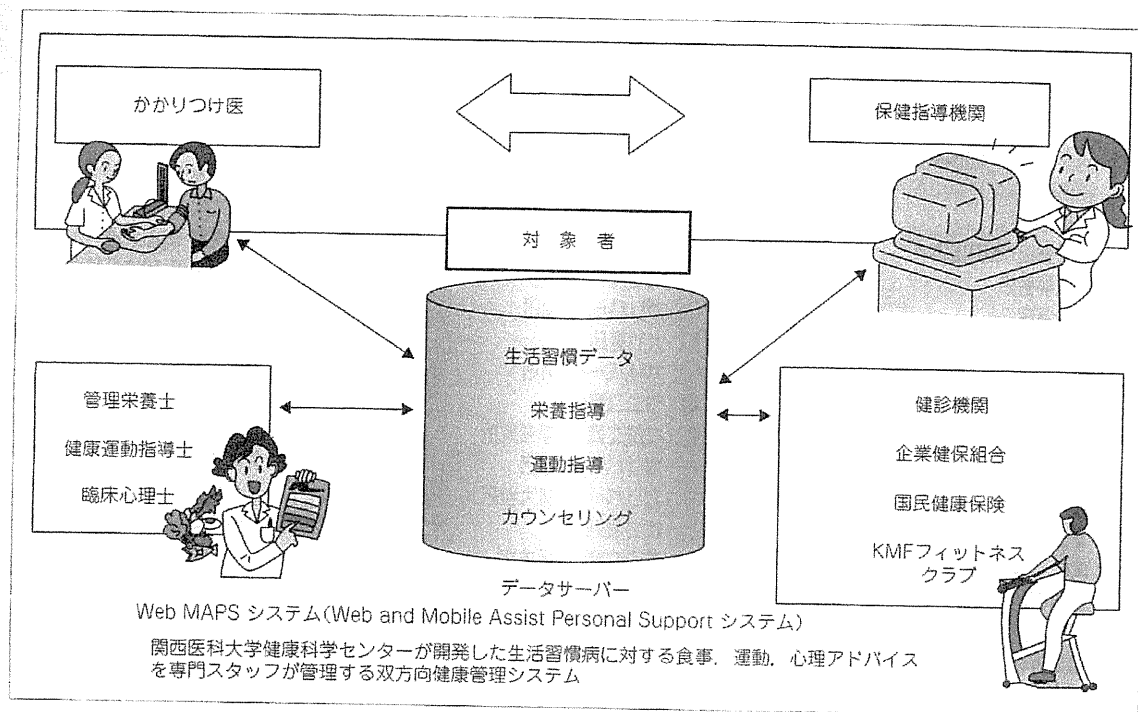


図-6 ITを用いた特定健診における新しい病診連携モデル
かかりつけ医から保健指導をアウトソースする場合の、健診データ、保健指導内容の共有化システム。

筆者からのひとこと

本シリーズも認知行動療法総論、理論、メタボリックシンドローム、食事指導と順を追ってより具体的な認知行動療法の応用に入ってきましたが、読者の皆さんの感想はいかがでしょうか？やはり認知行動療法ってわかりにくい…。めんどろ…。時間がかかりそう…。などさまざまな感想があると思います。一般的に初めてのものには不安や億劫がつきものです。そして、この認知行動療法を完璧にしよう、患者さんに確実に使わないと意味がない、失敗したら終わりだ、と最初から構えたり、否定的になっていないですか？そう、この考え方こそがまさしく“認知の歪み！”。すなわち認知行動療法による認知の修正のりっぱな適応なのです。賢明な読者はもうおわかりでしょう。認知行動療法の応用はわれわれ日常生活そのものに当てはまるのです。決して心理系の専門家のみが独占するものではないのです。最初から完璧に認知行動療法を使いこなす必要はないの

です。わかる範囲で始めても十分効果はあります。失敗しても大丈夫。悪いのはあなたではなく患者さんだから(失礼)。というくらいの感覚で十分です。まずは“スモールステップ”で、やれるところから生活習慣(病)指導に認知行動療法を用いていきましょう。

文 献

- 1) 木村 稔：食事指導と認知行動療法。臨床スポーツ医学 26：225-230, 2009.
- 2) 木村 稔：内科臨床に役立つ心療内科的アプローチ。メタボリックシンドロームに対する具体的介入方法。medicina 44：2033-2036, 2007.
- 3) 木村 稔，馬場天信：肥満運動療法と心理的サポート。保健の科学 48(8)：565-569, 2006.
- 4) 木村 稔，岩坂壽二：30歳からの冠動脈疾患の予防戦略のあり方。冠動脈疾患の New Concept. 中山書店, 254-263, 2006.
- 5) 斉藤 瞳ら：肥満外来におけるチーム医療の効果の検討：心理特性と減量効果との関係について。日本肥満学会誌 13：68-73, 2007.

実践編

食事指導と認知行動療法

木村 稔*

はじめに

認知行動療法は、人間の思考・行動・感情の関係性に焦点をあて、学習理論をはじめとする行動科学の諸理論や認知・行動変容の諸技法を用い、思考・行動様式を修正し、症状や問題を解決していく治療法として確立されてきている¹⁾。これまでに、うつ病・パニック障害・不安障害・強迫性障害・PTSD・摂食障害・物質関連障害などの治療に用いられ、多くの効果が実証されてきた²⁾。同時に、この患者のセルフコントロールの獲得をねらいの1つとし、かつ患者の生活状態に応じた多様な行動変容の諸技法を提供できる認知行動療法は、心理的な障害のみならず、生活習慣を基盤とした肥満やメタボリックシンドローム、生活習慣病の患者指導に非常に有用であるといえる。

本稿では保健指導において最も大きな問題となる肥満を中心に、食事指導における認知行動療法の有用性について述べてみる。

従来の食事療法

糖尿病、肥満などの生活習慣病の治療、予防において食事、運動などの生活習慣のコントロールが重要であることはいうまでもない。しかし、この生活習慣のコントロールは、現在の医療におい

て薬物療法以上に施行困難な介入方法と考えられる。簡単な口頭による一方的な食事や運動の情報伝達では、行動変容を促すには十分でないことは臨床の現場ではよく経験されることである(本誌25(10):1201-1207, 2008, 参照)。このことは、平成20年からの健診およびその後の生活指導の義務化をうたった厚生労働省の健診事業のガイドラインにも記載されており、行政的にも従来の一方的な情報投与では行動変容は促せないと考えられている³⁾。

そこで用いられるのが、個人の健康意識へのステージ分類と、そのステージモデルに合った個人指導である(図-1)⁴⁾。この方法は、各ステージによる個人の健康へのモチベーションを確認し、そのレベルに合わせた的確な情報を提供することにより、行動変容を積極的にもたらす方法論として有用である。しかし、このステージ分類による個人指導も、結局は個人への一方的な情報伝達に終わることが多く、また準備期、実行期の対象者には有用であるが、無関心期の対象者には積極的な行動変容は期待できない。この無関心期の対応については今回のテーマとは若干異なるため、別の機会に述べることにする。

一方、十分な情報を提供し、一見実行期や関心期にみえても減量効果の認められない例もよくみられる。よく「水を飲んでも肥える」、「私はやせない体質だ」などの言動が聞かれるが、実際に適切な食事や運動がなされている限り、(二次性肥満を除き)体重や血糖は必ず減少するはずであ

* 関西医科大学健康科学センター

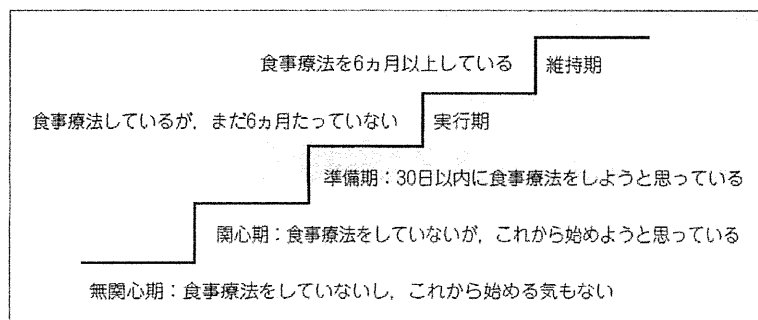


図-1 行動変容ステージ分類

表-1 肥満患者によくみられる認知の歪み

二分思考：中間のない“全”か“無”かの完全主義的な思考 「完全に減量をやり遂げられないなら、はじめからしない方がまし」 ↓ 適切な目標設定の難しさ(罪責感、タイプA)
過度の一般化：以前の経験を全てに当てはめる 「前の医療機関では先生が私を見捨てたから、今回も失敗したら私をいずれ見捨てるに違いない」 ↓ ドロップアウトのリスク、見捨てられ不安
教条的思考：～すべき、～してはいけない、といった禁止 「チョコレートを1個でも食べたら終わりだ」 ↓ 脱制限(掟破り)が生じ、罪悪感増幅、リバウンド

る。これらの例においては、表-1に示されるような、“適切な食事や運動→減量”という普遍的な事実に対する認知の歪みが生じ、その結果、上記のような言動が生じてくると考えられる。したがって、この認知の歪みを修正しない限り、このような肥満患者の行動変容は起こりにくい。問題は、一方的に指導側が認知の歪みを指摘しても、患者との信頼関係を失うだけであり、最終的に患者自身の歪みに対する認識の修正が起こらない限り、適切な減量は得られにくいことである。もちろん、強制的なダイエットや運動で一時的な減量は可能であるが、このような認知の歪みの修正なく減量した場合、ほとんどリバウンドすることになる。すなわち、自分自身の行動を客観的に判断できていないために、一時的な行動変容を起こしても、恒久的な行動変容にはつながらないことが多い。

認知の歪みの機序

肥満患者が、食事や運動などにおいてその生活習慣を修正しようとし、実際の行動変容を起こした場合、現実には体重は減少しているが、同時に、行動変容開始により、患者は過度な減量や生活習慣病の改善を期待することが多い。

一方、実際の生体反応は、(現実には生体は変化しているが)患者が期待しているほど大きくないことが多い。また、患者の行動変容がまだ維持期に達していないために、生活習慣の修正への安心感や反動から体重減少の停滞や軽いリバウンドを起こすことが多い。その結果、初期の減量効果を認識する前に、体重がもとに戻ってしまい、実際の減量効果を認識できずに終わることになる。減量効果を認識できないことより、自己の行動変容に対し自信をなくし、自己効力感が低下する。そ

の結果
に戻つ
量を行
な栄養
量の起
ること
少し、
憶から
動変容
が記憶
形成さ

した
の実行
に照ら
果は出
る。し
ど大き
また行
ことを
は効果

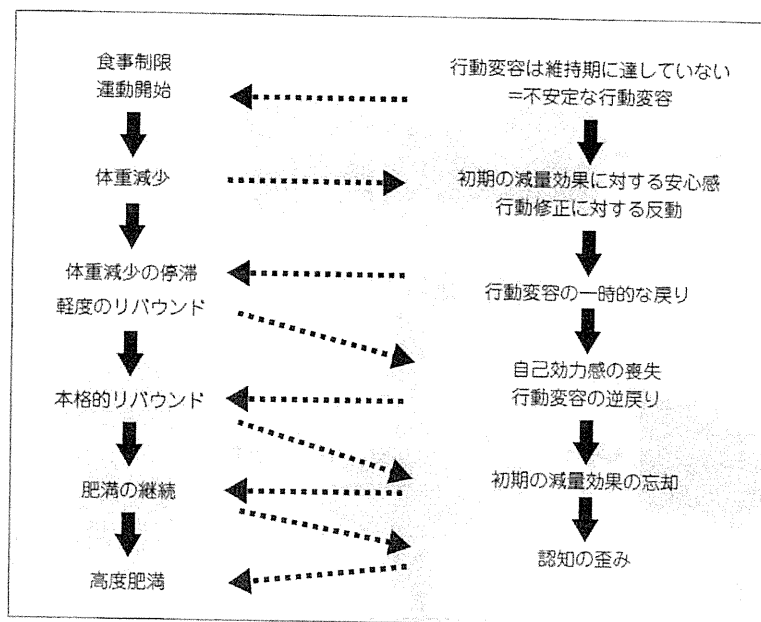


図-2 肥満患者にみられる認知の歪みの機序

の結果さらに行動変容が悪化し、もとの生活習慣に戻ってしまい、かつ、この時期は、一時的な減量を行ったために、生体の恒常性維持機能が過剰な栄養吸収状態にあることが多く、わずかな食事量の超過や運動不足でも必要以上に体重は増加することが多い。その結果ますます自己効力感は減少し、同時に初期の行動変容による減量効果も記憶から薄れていくことが多い。最終的に自身の行動変容を開始したこと、最終的な体重増加のみが記憶され、減量プロセスに対する認知の歪みが形成されることになる(図-2)。

認知の歪みの修整法

したがって、このような場合、実際の行動変容の実行の程度と体重や血糖の改善の度合いを確実に照らし合わせ、現実に行動を改善すれば必ず効果は出現することを認識させることが必要である。しかし、これらの効果は、患者が期待したほど大きくないことがあり、過度の期待を訂正し、また行動変容の持続により必ず効果は期待できることを認識させる必要がある。また、多くの患者は効果を過小評価しており、そのことが自身の自

表-2 認知行動療法の具体的手順

体重変化と日常生活のさまざまな側面との関連性に関心をもってもらう目的のために、セルフモニタリングを導入する(悪い面を指摘するという目的だけではなく)。

自己効力感を高められることを目的に、目標設定を行う(治療者の自己効力感ではなく)。

対話を通して、陰性感情を受容しつつ、その背景にあるその人特有の認知の歪みを探索し、共通したパターンを一緒に確認する。

自己効力感を減少させており、より行動変容の継続を困難にしていることが多い。したがって、この自己効力感の適切な評価も行動変容には非常に重要である(表-2)。

実際の食事療法での認知行動療法の応用

実際の応用方法として、筆者らの施設のOB(肥満)外来では臨床心理士による認知行動療法を施行し、同時にカウンセリングも重要視してい