

図-3 OB (肥満)外来でのチーム医療の概略

る⁵⁾。以下、認知行動療法の臨床応用、またカウンセリングシステムによる肥満介入システムにつき、概説する(図-3)。

対象となる肥満患者は、二次性肥満は除外されるが、合併症としての糖尿病、高脂血症、高血圧、脂肪肝などの生活習慣病はほとんどの場合認められている。そのため、事前のメディカルチェックとしての糖尿病、高血圧、高脂血症などの評価は重要である。肥満治療としての、食事、運動療法のための、栄養士による問診、健康運動指導士による運動負荷試験、運動処方、運動療法も併用される。同時に、臨床心理士による行動ステージ評価、モチベーションの確認、動機、生活環境などの社会的因子とともに、ストレスの程度、性格特性などによる心理的因子の評価も行っている。

カウンセリングは、認知行動療法としてセルフモニタリングによる自己効力感の育成、陰性感情を助長する認知のくせの修正を1つの目標にして

いる。同時に、カウンセリングでは治療関係を重視し、対等な治療関係、受容的な関係性の構築、患者の主体性を引き出すカウンセリングを行っている。また、個別性の重視として、エゴグラムによる対人交流分析、POMSによる気分状態の評価、性格特性評価などを施行している⁶⁾。また、個人の目標に関しては、栄養士、運動指導士が患者にアドバイスした個々の目標から患者自身が選べるように再認識させ、主体性のある目標設定を行えるようにしている。また減量プログラムの初期においては、患者も過度な期待をいただき、より多くの目標や困難な目標を選びがちであるが、このような場合、得てして実行困難な目標が多く、結果として自己効力感の消失につながることも多い。したがって、できるだけ簡単な実現可能な目標をアドバイスすることも重要である(表-3)。

実際のカウンセリングでは、初回にインテーク面接として、受診動機(減量動機)、受診経緯、過去のダイエット経験、社会的因子(生活習慣、生

活環境的因子係、性情報は護師にめ、各も患者き、適これ度肥満いては本稿で食事、療法を、

表-3 認知行動療法カウンセリング内容

<p>1) インテーク面接(約45分)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 受診経緯, 過去のダイエット経験……動機 - 生活習慣, 生活環境, 家族関係……社会的因子 - ストレス有無, 対人適応様式……心理的因子
<p>2) 心理アセスメント(質問票)⇒フィードバック</p> <ul style="list-style-type: none"> - NEO-PI-R 人格検査, TEG, POMS……内面への関心
<p>3) 継続の個別カウンセリング(約30分)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 陰性感情の受容, 明確化, 情緒的励まし……治療関係 - 行動目標記録票を用いたセルフモニタリング……行動療法 - 陰性感情を高める認知のくせを修正……認知療法

活環境, 家族関係, 職場環境)などの確認, 心理的因子としてのストレスイベントの評価, 対人関係, 性格特性などの評価を行っている。これらの情報は医師のみならず, 栄養士, 運動指導士, 看護師に共通カルテや症例検討会で提供されるため, 各スタッフはあらかじめどのような対応が最も患者の行動変容に有効であるか理解して対応でき, 適切な個人指導が可能となる(表-4)。

これら臨床心理士をチーム医療に取り入れ, 高度肥満への認知行動療法を用いた介入の効果については, 齋藤ら⁷⁾がその有用性を報告している。本稿では紙面の都合で詳細は割愛するが, 従来の食事, 運動療法のための指導と比較して, 認知行動療法を用いたカウンセリング併用群で減量効果の

表-4 行動療法的介入の手順

<p>セルフモニタリングの開始</p> <p>記録票に毎日の体重, 万歩計歩数, ストレス得点などを記録(最初は記録することそのものを目標に)</p>
<p>体重変化パターンの明確化</p> <p>体重変化をライフイベント, ストレス度, 歩数などと対応させてパターンを一緒に捉える</p>
<p>自己効力感(Self efficacy)を高められる目標設定</p> <p>「少しはできそうだな」と患者が思える目標を自分で選ばせる</p>

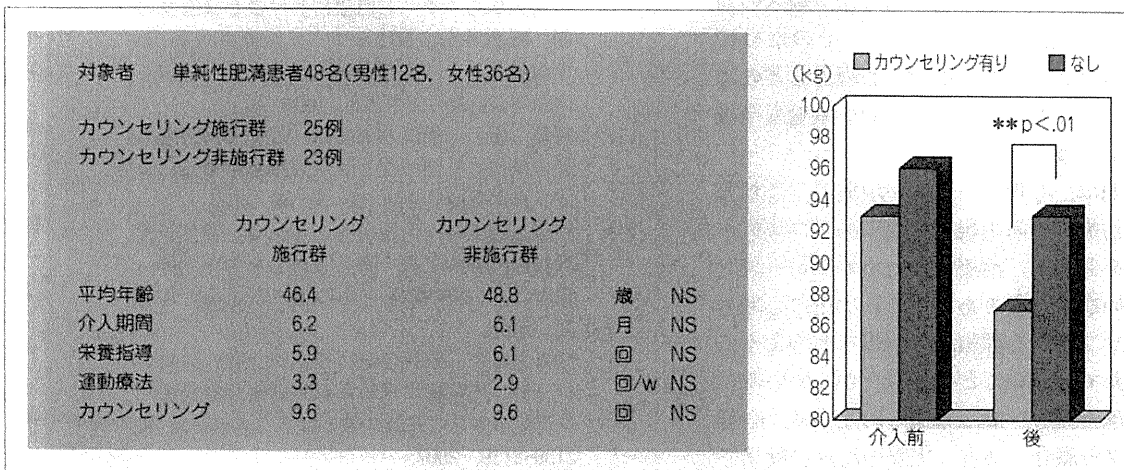


図-4 カウンセリングによる介入結果(無作為割付試験結果)

有用性を認めている(図-4)。

認知行動療法を用いた 食事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食事療法の有用性につき述べた。しかし、わが国における現在の医療現場において認知行動療法を今後生活習慣病の治療に導入していくにはさまざまな問題点がある。まず生活習慣病の治療、予防にあたる最前線の医師、コメディカル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システムの構築も重要と考えられる。

次に、だれがこの認知行動療法を施行するか、ということである。基本的には医師をはじめコメディカルスタッフが十分理解すれば問題ないが、そこには時間も必要であり、また現代医療の特徴であるチーム医療という概念からは、それぞれのエキスパートがその専門性を生かした治療を行い、おのおのの情報を共有することでその治療効果を最大にかつ効果的に発揮していくことが重要と思われる⁸⁾。したがって、この生活習慣病の治療、予防の現場に心理士が認知行動療法の専門性を生かし、他のスタッフとともに現場でその専門性を発揮することで、最も効果的かつ最大の効果が得られる可能性も考えられる。そのためには、現在の医療システムの中で、心理士をどのように活用していくかに関する現実的な議論も今後必要となってくる。

最後の問題は、心理スタッフが現実には、これら生活習慣病治療、予防の現場で臨床医、コメディカルと情報を共有し、治療するためのトレーニングを受けていないことである。これは逆に心理士以外のスタッフが、心理領域の情報をどのように扱うかに慣れていないことにもつながっている。つまり、心理士側も一般臨床側もお互いに、心理と臨床データの融合、共有、実際の治療に役立てるトレーニングなどの経験がないことである。し

かし、これらの職種が互いの情報、知識を共有し、患者の治療に用いることができれば、生活習慣病の治療、予防において飛躍的な効果が期待できる。

これらの観点より、今後の生活習慣病の治療、予防の臨床において、心理士と医師、コメディカルが互いの情報を共有し、効果的な治療システムを構築するためのスキル、治療効果のエビデンスを確立するための共通の場が必要と考え、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⁹⁾。今後の糖尿病、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, B. J., Abramowitz, J. S.: Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *J. Clin. Psychol.* 60: 429-441, 2004.
- 2) Reinecke, M. A. et al.: Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 37: 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 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) 馬場天信ら: 減量を目的とした治療的介入に有効な心理的サポートのあり方. *日本臨床スポーツ医学会誌* 12: 207-214, 2004.
- 6) 馬場天信ら: チーム医療における心身医学の役割 肥満外来におけるチーム医療の効果, および減量効果からみた心理特性の差異. *日本心臓内科学会誌* 8: 213-219, 2004.
- 7) 齋藤 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.
- 8) 田嶋佐和子ら: 栄養指導が守れない背景分析 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.
- 9) 熊野宏昭ら: 内科臨床に役立つ心療内科的アプローチ 内科医に求められる認知行動療法・メンタルヘルスの基礎知識とは? *medicina* 44: 2130-2139, 2007.

