

肥満の改善はなぜ難しいのか： アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT) からの提言

Why is it difficult to improve obesity?:
Some implications from Acceptance & Commitment Therapy (ACT).

大屋藍子¹ 武藤 崇²

Aiko OHYA Takashi MUTO

要 約

肥満に対する治療は、従来、食事療法、運動療法、行動療法や薬物療法を組み合わせることで患者の意欲を維持させながら行われ、肥満者が主体的に自分自身で生活をマネジメントすることが求められる。しかし、生活習慣のセルフマネジメントには、①個々人の動機のばらつき大きさ、②習慣の中・長期的な維持の難しさという問題が挙げられる。本稿は、行動分析学の観点から肥満をもたらす生活習慣を分析し、肥満治療に対する提案を行った。その結果、セルフマネジメントの困難な要因は、①ストレス発散のための過食など、肥満者にとって連鎖的に形成された摂食行動が存在するため、生活習慣改善への動機が形成されないこと、②肥満者の希望する体重・体調変化が即時的に得られないため、中・長期的な食事改善や運動行動が難しいこと、2点に整理された。さらに、その困難さを改善するために、アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT) の観点から、摂食欲求や肥満に対するストレスを受け容れながら、生きたい価値に沿った生活習慣の再構築が必要とされ、その結果、対象者は、生きたい価値を追求することで、単なる肥満の治療ではなく、より高いQOL (生活の質) の実現を追究していくことができるということが示唆された。

キーワード：肥満、動機、長期的効果、生活の質 (QOL)、アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT)

肥満に対する治療

肥満は過剰な体脂肪の蓄積とされ、中でも内臓脂肪蓄積型肥満は糖尿病や高血圧などの生活習慣病のリスクファクターとして注目されている (厚生労働省, 2008)。2007年の医療制度改革

により、厚生労働省は肥満 (メタボリックシンドローム) に着目した生活習慣病対策を掲げ、検診や保健指導を医療保険者に義務づけて対策を行っている。

抜本的な治療としては、この内臓脂肪蓄積を解消することが挙げられ、食事・運動による生活習慣の改善が主体である。また、補助的に行動療法が用いられる (厚生労働省, 2008)。さらに、肥満と同様に心血管疾患の発症リスクである喫煙に対する禁煙指導や、生活習慣の改善

¹ 同志社大学大学院心理学研究科 (Graduate School of Psychology, Doshisha University)

² 同志社大学心理学部 (Faculty of Psychology, Doshisha University)

を行っても内蔵脂肪蓄積や各種危険因子のコントロールができない場合には薬物療法が行われる。これらを包括的に行うことによって、生活習慣の改善を果たし、肥満から脱却することで、生活習慣病の危険性が減ると期待される。以下に、従来用いられてきた援助方法について概観する。

食事療法

日本人の食生活は、近年食事内容が大きく変化し、それに伴って肥満人口が増加傾向にある(厚生労働省, 2008)。これは、実際の摂取カロリーの大きな変化というよりも、食事に占める脂質の割合や動物性タンパク質の摂取量が増加し、食事の質的な内容の変化が大きいと言える(厚生労働省, 2008)。したがって、食事療法では、食事の質的变化を見直し摂取カロリーを減らすことが目標とされる。肥満の治療にあたって1日の基準となる摂取カロリーは、肥満の程度によって1000kcal～1800kcalの範囲で設定される。摂取カロリーが少ない場合は、タンパク質やビタミンなどの栄養素も不足しがちになるため、栄養士と相談し、これらを積極的に摂取するよう促される。また、食事内容に加え、高カロリー食品や高脂質、糖質の多い食品を避ける、早食い・大食い・夜食を避け、ゆっくりとよく噛んで腹八分目にとどめるようにする、などの食習慣の指導も合わせて行われる(宮崎, 2007)。内蔵脂肪蓄積型の肥満症では、体重を数キログラム減少させることで、糖・脂質代謝異常、高血圧などが大きく改善することが報告されている(藤岡・徳永, 2002)。したがって、肥満患者の減量は、「現在の体重の5%を3～6ヶ月かけて減量する」を初期目標とすることが多い(佐藤・前澤・横手・斉藤, 2006)。

運動療法

運動療法は食事療法と同じく、肥満に対する基本的な治療法である。普段の生活に運動を取り入れることにより、肥満の回避・健康増進などが期待される。内蔵脂肪は代謝回転が早いた

め、運動療法を行うと主に内蔵脂肪が消費される。このため、内蔵脂肪蓄積型の患者には運動療法が効果的とされる(佐藤他, 2006)。運動は、週に3日程度行うことで持続的にインスリン抵抗性を改善させることができる(佐藤他, 2006)。また、脂肪燃焼を促進させ、内蔵脂肪を減少させるために、散歩やジョギング、自転車、水泳などの有酸素運動を、心拍数120/分(60歳未満)または心拍数100/分(60歳以上)を目安に1日10分～30分程度行うことが求められる(宮崎, 2007)。

減量に取り組む患者の中には、体重を落とすことのみを考えて、絶食や極端な食事制限といった方法で減量する場合がある。しかし、これは脂肪以外の筋肉などが分解された結果であることが多い。脂肪燃焼やインスリン抵抗性の改善へつなげるためには、正しい減量指導が必要となる。

また、運動療法は継続して行うことが難しいとされ、中断や脱落してしまう患者も多い(足達, 2006)。そのため、いかに日常生活の中に運動を取り入れていけるかが重要となる。

行動療法

食事療法や運動療法を補完する働きをするのが、行動療法とされている。行動療法は、患者に治療の必要性を理解してもらい、患者が主体性を持ちながら継続して治療に取り組むことを目指して行われる。

1. セルフモニタリング：患者は、体重・食事・運動・日常の生活行動などを記録し、そこから治療者と達成可能な目標を設定する。最終的には、どこに問題点があり、どのように対処すれば減量できるかなど、患者自身で考えられるようにすることが目的である。
2. 問題点の抽出と解決：患者は、間食や運動不足などの減量を阻害するような問題点を持つ。そのような問題点を見つけ、実施可能な解決策を、患者とともに考え工夫する。
3. ストレス管理：ストレスによって、過食が

引き起こされることがある (今田, 1994)。ストレスの有無やその内容を把握し、それぞれの対処法について患者と一緒に考える。運動や食事療法自体がストレスになることもあるため、援助者は注意をしながら運動や食事の目標設定を行う必要がある。

4. 先行刺激のコントロール：身の回りにお菓子があつたり、テレビでグルメ番組を見たりするなどの刺激が誘因となつて、間食や過食が誘発される。これらの誘発刺激を防止することが重要である。
5. 賞賛による行動の強化・ソーシャルサポート：行動を変えていく場合、治療者側による褒め言葉などは、患者の治療意欲を高める。また、家族・友人・職場の同僚などによる励ましは、強力な治療的報酬となり、減量行動の強化につながる。

現在推奨される統合的アプローチ

肥満に対する治療は、以上の3つの食事療法、運動療法、行動療法や薬物療法を組み合わせることで患者の意欲を維持させながら行われる。つまり、①肥満の原因や治療の妨げとなる問題点を見つける。②実行可能な改善策を考える。それに加え、体重測定を日常的に行う。③問題点を改善し、実行に移す。1日の摂取カロリーを計算し、それに見合う3度の食事を心がける。また、日常生活の中で適度な運動を取り入れる。それと同時に、ストレスや先行刺激の対策を行う。④最終的には、目標体重を維持することが目的とされる。

従来の治療の問題点

しかし、現在の医療において、上述のアプローチは肥満者の行動変容を促すには十分でないことが指摘されている (木村, 2009)。これは、肥満の治療が、個人が体重測定や食生活、運動習慣を中・長期的に維持させることを最終的な目標とすることと関連していると思われる。肥満の治療は、肥満者が食事療法や運動療法、行

動療法を「将来起こるかもしれない生活習慣病の予防」のため義務として行うのではなく、生活を主体的にマネジメントすることが求められる。木村 (2009) によると、口頭による一方的な食事や運動の伝達情報では、生活習慣のセルフマネジメントが難しいとされる。本稿では、こうしたセルフマネジメントの困難性を、①治療における個々人の動機の程度に関してばらつきが大きいこと、②体重の中・長期的な維持という問題に大別し整理することを試みる。

治療における動機のばらつき

平成21年度の国民栄養調査において、体重管理を実践しようとして心がけている人は、男性67.8%、女性75.6%である一方、メタボリックシンドロームの予防や改善のための食事や運動の実践状況は、男性27.5%、女性24.2%と低い値となっている (厚生労働省, 2010)。こうした食事改善や運動実践などの生活習慣改善は、段階的行動変容モデル (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez, & Rossi, 1991) との関連で述べられることが多い (足達・山津, 2004; 木村, 2009; 柴, 2009)。DiClemente et al. (1991) は、健康行動の獲得に至るプロセスを、個人の準備性 (関心や実行の程度) により5つの段階に分類する。プロセスは、前熟考期 (行動変容を獲得することを考えていない段階)、熟考期 (行動変容をいずれは獲得しようとするが、実行しない段階)、準備期 (近い将来の行動変容の獲得を具体的に考え始めているが、まだ実行していない段階)、行動期 (行動変容を実際に行っている段階)、維持期 (行動変容が6か月以上持続している段階) から説明されており、足達・山津 (2004) は、健康への関心が高く減量への準備性が整った肥満の参加者に対する行動療法の効果を確認している。このように、肥満といった疾患に結びつく生活習慣を持つ個人は、実際に改善に向けて行動する行動期にある者から、改善しようという認知的な理解があるもののそれを実際に行動に移すことに難しさを抱える熟考期にある者、生活習

慣の改善の必要性を認識していない前熟考期段階の者などがおり, 個人の治療に対する動機の程度にはばらつきがあると考えられる。

食行動を理解するためのモデルの一つに、「どのようなきっかけ(先行刺激)で, どのような行動(行動)が生じ, その結果何が起きたのか(結果)」を記述する行動分析学的モデルがある(杉山・島宗・佐藤・マロット, R.W., & マロット, A.E., 1997)。このモデルによると, 肥満になる個人の食行動は, 「飲み会や目の前にある食べ物といった外的な刺激状況/疲労感やイライラといった内的な刺激状況の存在(先行刺激)をきっかけに, 食事の回数や量が増加し(行動), その結果満足感や怒りの緩和が生じる(結果)」という行動の連鎖(先行刺激→行動→結果)によって説明できる(Figure 1)。例えば, ストレスを分散するコーピング方法としては, 従来から様々な手段(例えば, 問題解決のための練習をするなどの問題焦点型のコーピングや, 別の見方をする, 気晴らしにスポーツをするなどの情動焦点型のコーピング)が知られている(斉藤・菅原, 2007)。しかし, それぞれの手段にかかるコストをみると, 問題を解決するコーピングは, 問題点を明らかにし, 自分の行動を見つめ, 解決方法を模索するという, 問題や自身に向き合う一連のコストが存在すると思われる。また, 気晴らしにスポーツを

するというコーピングも, スポーツを行う場所や時間を選択し実際に行動するまでという一連のコストが考えられる。一方で, 「食べる」という行動は, コストが低く満足感の得られる手段であり, 先述のコーピングと比較して生じやすいといえる。そのため, ストレス発散のために飲食をする情動的摂食が問題とされる(Forman, Hoffman, McGrath, Herbert, Brandsma, & Lowe, 2007; 今田, 1994)。

こうした情動的摂食行動は, 短期的にはリラックス状態を生み, ストレスを回避できる。そして, 食事後にもたらされる満足感や気晴らしは, 食事の回数や種類, 量がさらに増加する要因となりうる(Figure 2 問題①)。また, 肥満が“将来起こるかもしれない”生活習慣病のリスクファクターとして捉えられることにより, 運動をすることも, 食事に気をつけることも直近の将来にとって必要とはならない。そのため, 運動や食習慣改善の行動や, 治療に対する動機が形成されにくくなると考えられる。

また, 肥満者は, 食事後に満足感だけではなく「また食べてしまった」といった自責感や後悔を抱きうる。こうした自責感や後悔は, 再び食事や飲酒を引き起こす刺激状況となる。情動的摂食に陥っている者は, これらのネガティブな感情を, 食べることによって一時的に回避することが推察される(Figure 2 問題②)。しかし,

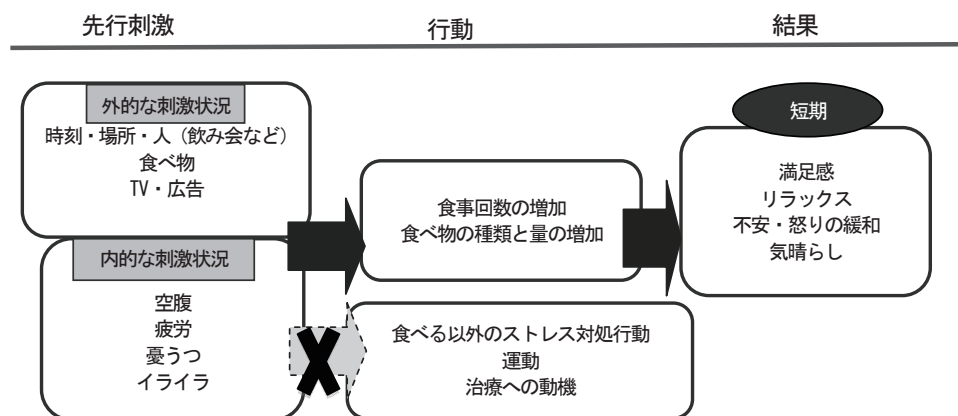


Figure 1 望ましくない行動の連鎖(足達(2006)を参考に筆者が作成)

回避行動は一時的に効果があるものの、長期的にはストレス状態を生じさせる問題の解決につながらないことが指摘される（武藤・増田，2006）。

そして、体重が増加していくにつれ、運動に対して億劫さや諦めを感じるようになり、動くことから得る満足感よりも、食べることから得る満足感が強化されやすいと思われる（Figure 2 問題③）。

以上のように、肥満者は、治療の動機の形成されにくい生活習慣が連鎖的に形成されているといえる。

体重の中・長期的な維持

大半の肥満者は、援助介入後、一時的に体重減量に成功するが、中・長期的なスパンでの体重維持は困難であり、それが問題となっている（熊野，2008；野崎・小牧，2007）。木村（2009）によると、治療を始める肥満者は、即時的で確実な減量や生活習慣病の改善を望む傾向があるが、実際の治療においては、患者の期待している量の減量は即時的・持続的に得られない場合が多い。つまり、体重の減量や生活習慣病のリスクの減少は、食行動や運動を継続的に改善・維持した場合の長期的な結果であると分かる（Figure 3）。このような、即時的な報酬を得

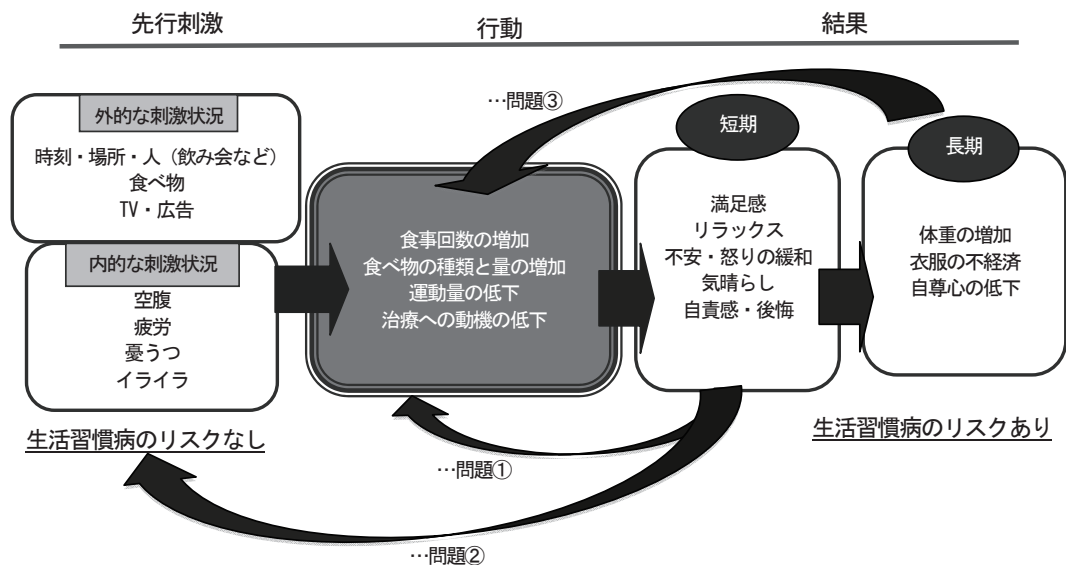


Figure 2 望ましくない行動の連鎖の長期的な影響（足達（2006）を参考に筆者が作成）

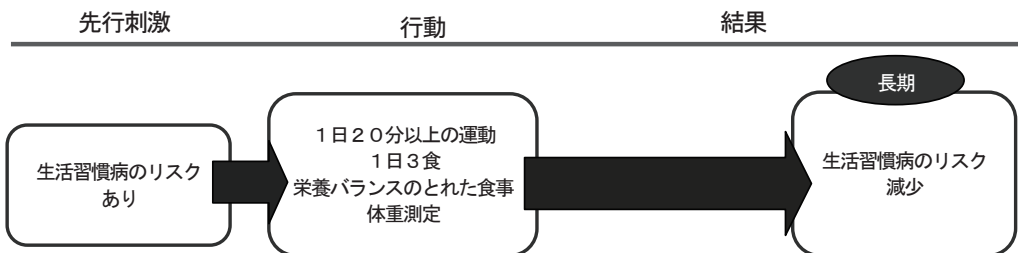


Figure 3 望ましい行動の連鎖

られない行動は減少していくことが分かっている(杉山他, 1997)。

また, Cooper, Fairburn, & Hawker (2003 小牧監訳 2006) は, 体重減量には生理学的に体重の減量が望める“減量期”と初期のような順調な減量ペースでは減量の難しい“維持期”があることを述べ, 維持期に入った患者の陥りやすい問題として, 患者がこれまでの生活習慣の修正や減量に安心感を持ち, その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と述べている。こうした失敗を繰り返すと, 肥満者の行動変容は減少し, 先に述べたような治療に対する動機も低下していく可能性がある。

さらに, 肥満は, 社会文化的要因, 生理学的要因, 精神的要因などの要因が関連するとされる(Sharma & Padwal, 2009)。したがって, 体重の中・長期的な維持を阻む要因も, こうした様々な要因が絡み合っていると考えられる。例えば, 日本においては, 日本特有の社会や文化の影響を受けると考えられる。久保・橋本・嶋田(2010)は, 米国においては, 肥満は“社会生活を営む能力が欠如している”という社会生活能力に対する偏見がある一方, 日本においては, 容姿に対する偏見の方が強い傾向にあることを述べている。また, 米国とは逆に, ソーシャルサポートが多い中年男性, つまり, 職場における宴会や接待の回数が多い中年男性ほど, 肥満の有病率が高いことも示唆されている(Ikeda, Kawachi, Iso, Inoue & Tsugane, 2011)。米国と比較して日本の肥満は, 社会的に一定の地位にあることを示すものであるとも考えられる。

アクセプタンス&コミットメント・セラピー (Acceptance and Commitment Therapy ; ACT) からの提言

系統的・包括的治療の必要性

以上の体重・生活習慣のセルフマネジメントにおける①体重減量に対する動機のばらつきが大きい, ②体重の中・長期的な維持が困難であ

るという問題点から分かるように, 肥満は生理学的・行動的・社会的・文化的といった様々な要因が関連していると推察される。したがって, こうした要因を考慮に入れながらの治療が必要となる。近年行われている臨床心理学的支援としては, 斉藤・馬場・木村・田嶋・佐藤・小崎・上田・中嶋・岩坂(2007)のように, 肥満者の性格特性をふまえた上でのチーム治療が挙げられる。また, 肥満に対する認知行動療法(Cognitive Behavior Therapy ; CBT)の有効性も確認されている(足達・山津, 2004 ; Cooper, Doll, Hawker, Byrne, Bonner, Eeley, O'Coonor & Fairburn, 2010)。

しかし, 動機に関しては, 前章で述べた通り前熟考期・熟考期の肥満者への治療が課題となっている(足達・山津, 2004)。一方で, 近年, 対象者の動機を扱った Motivational Interviewing (MI) の生活習慣改善に対する有効性が示唆されており(Burke, 2011), MIをCBTに取り入れた摂食障害の治療効果が報告されている(Geller, & Dunn, 2011)。しかし, Burke(2011)によると現在臨床治験が不足している段階である。

また, 体重の中・長期的な維持に関して, Avenell, Broom, Brown, Poobalan, Aucott, Stearns, Smith, Jung, Campbell, & Grant (2004)はメタ分析を行い, 体重減量が2年後も維持する援助研究が少ないことを明らかにしている。例えば, Cooper et al. (2010)が, 減量の維持期には減量ではなく“体重の維持”を受け入れることを通して中・長期的な生活習慣の改善を試みているが, 3年後には援助以前の体重へとリバウンドしてしまう。

肥満は, 食習慣や運動習慣だけでなく, 個人のライフスタイル, つまり“生き方”そのものと密接に関連している。このような問題背景をふまえると, そうした生き方を包括的にアセスメントし, 治療や援助を系統的に行っていくことが重要である(Biglan, Hayes, & Pistorello, 2008)。そこで, 本稿では, ①生きたい“生き方”へのコミットメントに対する援助, ②中・長期

的な生活習慣に対する援助について着目しながら述べる。

生きたい“生き方”へのコミットメントを援助する

果たして、そこにあるものを手軽に“食べる”ことで短期的に報酬を得る生活は、その個人の生きたい“生き方”と言えるだろうか。近年、生活習慣病やその背景となる肥満の改善に、ACT (Acceptance and Commitment Therapy) の有効性が示唆されている (Lillis, 2007 ; Lillis & Hayes, 2008 ; Lillis, Hayes, Bunting, & Masuda, 2009 ; Lillis, Hayes, & Levin, 2011)。ACT は、第三世代の行動療法と呼ばれ (Hayes, Follette, & Linehan, 2004 武藤・伊藤・杉浦監訳, 2005), ACT では、何らかの悩み・疾患・障害を抱えている人は、自分が嫌だと思ふ感情や思考に触れようとせず、苦痛な環境・出来事を回避しようとする「体験の回避」や、自分の持つネガティブなイメージに囚われる「認知的フュージョン」が生活の中心を占めており、自分がどのように生きたいかという「価値」に基づいた行動レパートリーが制限され、生活の質が低下してしまっているという枠組みで理解する。

ACT は、こうした体験の回避や認知的フュージョンに焦点を当て、自身が今この瞬間体験している出来事・感情・思考に対しあるがままに注意を向け、自分の持つネガティブな感情や思考をありのままアクセプトするよう促す。一方で自分の持つ価値へ向かう行動 (コミットメント) を増大させ、行動的・心理的な柔軟性を形成していく援助方法である。また、特徴として、メタファーや体験的なエクササイズを多く用いていることが挙げられる。これは、言葉・イメージにより、自分のネガティブな感情や思考を強めてしまう現象から人を解放し、行動的・直接的な変化を促しそれが日常生活に般化していくことを目指すものである (武藤・増田, 2006)。このような ACT の枠組みを用いて肥満患者についての援助の可能性を以下に提言したい。

ACTによる肥満の理解 ACTによると、肥満患者は、自分の体重の増加が続くことにより、太っている状態や減量について考えるとネガティブなイメージが浮かぶ状態 (「ダイエットをしても何も変わらない」、「やせられない自分はダメな人間だ」というように認知的にフュージョンした状態) といえる。そして、患者は、「ダイエットをしてもどうせリバウンドするならやらない方がましだ」「親戚も太っているけれど90歳まで元気にしているから自分も病気にはならない」というように「自分が肥満であることはなるべく考えないようにする」という回避行動が生起する。また、「おいしいものを食べて、太く短く生きられればいい。」「飲み会や接待で食べたり飲んだりするおかげで、人とコミュニケーションをとることができる。」といった自己防衛・自己正当化に基づく価値観を基に、「太っているから歩くのは重いし楽しくない。」と食事や運動に気をつけたりはしないとといった行動レパートリーの抑制が働いてしまう。これは、食事改善や運動などの治療に対する動機が低い状態ともいえる。このように、行動レパートリーが制限される肥満者の QOL は高くはないことが推察される。

ACTによる肥満治療の補助 ACTでは、自己防衛や自己正当化から自由になって改めて自分の生きたい価値を考えたとき、制限された生き方と異なる“生き方”が見えてくると考える。その新しい“生き方”は、今この瞬間から/今の自分でもスタートできるというのが ACT の考え方であり、こうしたプロセスを援助する。例えば、もし「人との出会いを楽しみたい」という価値を認識すれば、飲み会や接待だけでなく、誰かと一緒に散歩に出かけることや、旅に出かけて現地で人との出会いを得ることもできる。おしゃれをすれば外出の機会が増えるかもしれない。人にとって自分の価値に基づいた行動を行うとき、それは動機の高い状態で行われると言えるのではない。

また、人は、生きたいような生き方を見つけ、その価値の方向へのプロセスを歩むとき、避け

て通れないネガティブな事象に対しても取り組んでいくことができる(吉岡, 2006)。つまり、肥満であることや、そこから生じるネガティブなイメージをアクセプトし、太っていても自分の生きたい生き方にコミットするとき、減量への行動が促進されるといえる。慢性疼痛や2型糖尿病を対象としたACTの研究では、生じる痛みや苦しみを回避することなくアクセプトし、自分の大切にしている価値にコミットすることを通して、結果的に疼痛の痛みや血糖値の改善が報告されている(Gregg, Callaghan, Hayes, Glenn-Lawson, 2007; McCracken, Vowles, & Eccleston, 2005)。以上より、肥満改善のプロセスは、肥満から生じるネガティブなイメージや食物への欲求をアクセプトし、距離をとる練習を行いながら、同時に肥満者の価値を追求する。例えば「人との出会いを楽しみたい」という価値が分かれば、その価値へコミットするために、公民館の散歩同好会などに参加することを通して、他者との出会いを楽しみながら日常の運動量を増やすことができる。その過程で自分の体重減少が意識されると、より運動に対する動機が高まり、運動以外にも食事の改善にも取り組みやすくなると考えられる。そして、結果的に肥満の改善へと繋がるのが期待される。

中・長期的な生活習慣を支える支援

生きたい“生き方”を継続的に援助する 上述した「自分の価値に対するコミットメント」は、中・長期的な生活習慣維持をしていくためにも重要なポイントとなると考えられる。中・長期間減量を続けていると、生活習慣や行動の改善に安心し、体重がリバウンドしてしまうことは先にCooper et al. (2010) が述べている。生活改善自体を目標とするのではなく、生きたい“生き方”を追求していく結果として生活改善が行われるとすれば、QOLの高い生活を保障しながら、同時に生活習慣を改善・維持する行動へと繋がっていくと思われる。

ここで、問題は、個人をとりまく環境が変化

した場合、具体的に必要とされる行動が変化する可能性がある点である。例えば、先の散歩同好会の例の場合、転勤という環境変化が発生すれば、新しい散歩同好会を見つけなければならぬかもしれない。そうした同好会が見つからなければ、他のスポーツ同好会へ参加してみるなど、価値に基づく新たな行動レパートリーを形成していくことになる。近年、行動療法の立場からこうした新しい行動レパートリーを積極的に増大させていく援助方法の知見が重ねられており(Miller & Neuringer, 2000; Muto, Yamanashi, Ishizaka, & Kobayashi, 1997)、中・長期的な生活習慣の維持に貢献すると考えられる。

コミュニティ・ソーシャルサポートの活用と対策 また、生活習慣を維持していくためには、コミュニティの活用は重要な役割を担うとされる(足達, 2006)。行動は、どのような結果や報酬が伴うかによって強化され消去される。自分の価値へコミットすることに加え、コミットメントに対する他者の承認や賞賛、協力は大きな報酬になると考える。体重の維持期にはセルフモニタリングの有効性(Adachi, Sato, Yamatsu, Ito, Adachi, & Yamagami, 2007; Cooper et al., 2003) が示されているが、こうした継続的な行動には、その都度他者からの小さな承認が重要となる。このため、援助者は、家族や配偶者の理解や協力を得やすいよう、援助者は患者や家族に心理教育を行っていく必要がある。このとき、治療を受ける患者本人が責められることのない、自分らしい“生き方”にコミットするためのサポートであることを患者・家族と共有することは大切であると考えられる。また、家族だけでなく同じスポーツをするグループも中・長期的な生活習慣の維持に有効であると考えられ、地域にある健康づくりのグループ活動も活用していくことが必要であると思われる。

一方、職場における宴会や接待といった回避できない場面は日本特有の社会・文化的な事象であり、これを乗り越えるためのサポートも必

要となると考えられる。例えば、患者自身が宴会を楽しみにしている場合は、食べる体験をより味わうという食事スタイルの修正 (Thich Nhat Hanh & Cheung, 2010 大賀訳 2011)や、宴会の目的を社交に絞り人との会話に集中することを援助していく必要があるだろう。一方で、

接待のために「食べなければならない」と考えている場合は、勧められた食べ物を上手に断るスキルや、飲食に頼らずに人との会話を行うスキルなどのトレーニングが必要となるだろう。健康的な生活習慣を維持するプロセスとその援助について、Figure 4 に示す。

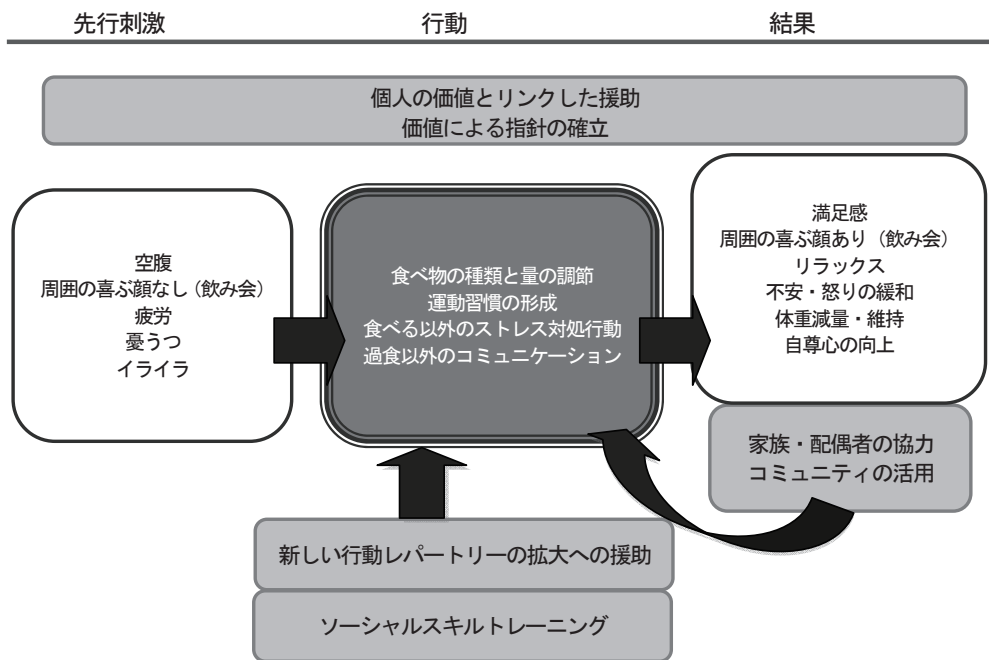


Figure 4 健康的な生活習慣を維持するプロセスとその援助

結論—よりよい生活習慣を再建するための ACT という援助方法

従来の食事療法、運動療法、行動療法に加え、体重・生活習慣のセルフマネジメントという問題を考える場合、QOL を維持・向上させながら生活習慣を再建していくための援助という視点は大切になるのではないかと考えられる。肥満は、生活習慣という個人の“生き方”そのものである。ACT は、「体験の回避」という枠組みで人間の不適応な行動を捉え、これを低減し、一方で自分の生きたい「価値」に基づいた行動を増大していくことを目指し、これをサポートする援助方法である。そのプロセスの中で、

生活習慣や行動の変容が生まれるとき、患者の QOL の向上・維持の伴ったものであると推察される。生活習慣という“生き方”に関わる問題にアプローチするとき、患者の持つ“生き方”や価値に着目し、サポートすることによって、動機づけの高い状態で食事療法・運動療法・行動療法といった治療へ取り組み、その効果を促進・維持することが可能となると考えられる。

引用文献

足達淑子 (2006). ライフスタイル療法Ⅱ 肥満の行動療法. 医歯薬出版
 足達淑子・山津幸司 (2004). 肥満に対するコ

- ンピュータを用いた健康行動変容プログラム—9ヶ月後の減量と生活習慣の変化. 肥満研究, **10**(1), 31-36.
- Adachi, Y., Sato, C., Yamatsu, K., Ito, S., Adachi, K., & Yamagami, T. (2007). A randomized controlled trial on the long-term effects of a 1-month behavioral weight control program assisted by computer tailored advice. *Behaviour Research and Therapy*, **45**, 459-470.
- Avenell, A., Broom, J., Brown, T. J., Poobalan, A., Aucott, L., Stearns, S. C., Smith, W. C. S., Jung, R. T., Campbell, M. K., & Grant, A. M. (2004). Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health Technology Assessment*, **8**(21), 1-458.
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science*, **9**, 139-152.
- Burke, B. L. (2011). What Can Motivational Interviewing Do for You?. *Cognitive Behavioral Practice*, **18**, 74-81.
- Cooper, Z., Fairburn, C. G., Hawker, D. M. (2003). *Cognitive-behavioral treatment of obesity: A Clinician's Guide*. New York: Guilford Press. (小牧元 (監訳) (2006). 肥満の認知行動療法—臨床家のための実践ガイド 金剛出版)
- Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., O'Connor, M. E., & Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, **48**, 706-713.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **59**, 295-304.
- Forman, E. M., Hoffman, K. L., McGrath, K. B., Herbert, J. D., Brandsma, L. L., & Lowe, M. R. (2007). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy*, **45**, 2372-2386.
- 藤岡滋典・徳永勝人 (2002). 多数の健康診断例による体重変動と生活習慣病有所見率の変化に関する検討, 肥満研究, **8**, 178-182.
- Geller, J., & Dunn, E. C. (2011). Integrating Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Eating Disorders: Tailoring Interventions to Patient Readiness for Change. *Cognitive Behavioral Practice*, **18**, 5-15.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **75**, 336-343.
- Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.) (2004). *Mindfulness and acceptance; Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press. (春木豊 (監訳) 武藤崇・伊藤義徳・杉浦義典 (監訳) (2005). マインドフルネス&アクセプタ

- ンス：認知行動療法の新次元 プレーン出版)
- Ikeda, A., Kawachi, I., Iso, H., Inoue, M., Tsugane, S., (2011). Gender difference in the association between social support and metabolic syndrome in Japan: 'enkai' effect? *Journal of Epidemiology & Community Health*, **65** (1), 71-77.
- 今田純雄 (1994). 食行動に関する心理学的研究(3)：日本語版 DEBQ 質問紙の標準化. 広島修大論集, **34**, 281-291.
- 木村穰 (2009). 食事指導と認知行動療法. 臨床スポーツ医学, **26**(2), 225-230.
- 厚生労働省保健局 (2008). 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き ver1.8. 2008年12月24日 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/info03d-1.pdf> 2011年8月11日.
- 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室栄養調査係 (2010). 平成21年国民健康・栄養調査結果の概要について. 2010年12月7日 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000xtwq-.html> 2011年8月12日.
- 久保絢子・橋本壘・嶋田洋徳 (2010). 日本語版 Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related (AAQW) の作成. 日本行動療法学会第36回大会発表論文集, 284-285.
- 熊野宏昭 (2008). 認知行動療法を用いた生活習慣病対策. 臨床スポーツ医学, **25**(2), 119-124.
- Lillis, J. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Obesity-related Stigma and Wight Control. Unpublished doctoral dissertation. University of Nevada, Reno.
- Lillis, J., & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, **4**(4), 348-354.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, **37**, 58-69.
- Lillis, J., Hayes, S. C., & Levin, M. E. (2011). Binge eating and weight control: The role of experiential avoidance. *Behavior Modification*, **35**, 252-264.
- McCracken, L. M., Vowles, K. M., & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: A preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy*, **43**, 1335-1346.
- Miller, N. & Neuringer, A. (2000). Reinforcing Variability in adolescents with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **33**, 151-165.
- 宮崎滋 (2007). 肥満症治療ガイドラインの概要. 栄養学雑誌, **65**, 1-10.
- Muto, T., Yamanashi, A., Ishizaka, M., & Kobayashi, S. (1997). Expanding the food repertoire of a child with autism through parent's self-recording. *Bulletin of Special Education*, **21**, 1-7.
- 武藤崇・増田暁彦 (2006). 第6章 ACT 手続きの概略 武藤崇 (編) アクセプタンス&コミットメント・セラピーの文脈—臨床行動分析におけるマインドフルな展開—. プレーン出版, pp.119-136.
- 野崎剛弘・小牧元 (2007). 肥満への認知行動療法的介入. *Medicina*, **44**(11), 2037-2041.
- 齋藤瞳・馬場天信・木村穰・田嶋佐和子・佐藤豪・小崎篤志・上田加奈子・中嶋由紀子・岩坂壽二 (2007). 肥満外来におけるチー

- ム医療の効果の検討：心理特性と減量の効果の関係について. 肥満研究, **13**(1), 68-73.
- 斉藤瑞希・菅原正和 (2007). ストレスとストレスコーピングの実効性と志向性ストレスとコーピングの理論. 岩手大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要, **6**, 231-243.
- 佐藤誠也・前澤善朗・横手幸太郎・齋藤康 (2006). メタボリックシンドローム治療. *Journal of Japanese College of Angiology*, **46**, 475-480.
- Sharma, A. M., & Padwal, R. (2009). Obesity is a sign — over-eating is a symptom: an aetiological framework for the assessment and management of obesity. *Obesity reviews*, **11**, 362-370.
- 柴英里 (2009). 携帯型ゲーム機を用いた大学生の食行動の改善に関する研究. 広島大学大学院教育学研究科紀要, **1**(58), 39-46.
- 杉山尚子・島宗理・佐藤方哉・マロット, R. W., & マロット, A. E. (1997). 行動分析学入門. 産業図書.
- Thich Nhat Hanh, & Cheung, L. (2010). *Savor: Mindful Eating, Mindful Life*. New York: HarperOne. (大賀英史 (訳) (2011). 味わう生き方 木楽舎)
- 吉岡昌子 (2006). 第9章コミットメントと行動変化のプロセスにおける援助技法 武藤崇(編)アクセプタンス&コミットメント・セラピーの文脈—臨床行動分析におけるマインドフルな展開—. プレーン出版, pp.177-198.