



ウィークエンドセミナー

当会は平成30年度からのデータヘルス計画第2期で健康保険組合の皆様のお役に立てていただくため、生活習慣病重症化予防対策としての「生活習慣改善ウィークエンドセミナー」を複数回開催すべく準備中で、去る10月6日には、中央区立総合スポーツセンターでその「体験セミナー」を開催しました。糖尿病治療と教育で著名な聖マリアンナ医科大学教授田中逸先生による、境界型糖尿病患者を対象とする「簡単で有効な食事と運動の方法」「食物繊維や全粒穀物の健康効果」など説得力のある講義と、平木幸治先生による運動指導と実践の後、グループトークを行いました（詳細は本誌27ページ）。境界型の方が行動変容に踏み切るには、生活改善の必要性和具体的な方法を正しく知ることが必要で「ウィークエンドセミナー」はその絶好の機会になることが確認されたセミナーでした。

（お問合せは、当会公益事業推進課03-3316-0948まで）

一般財団法人日本健康文化振興会 常務理事 佐々木 亨

CONTENTS

設立70周年記念 第45回 生活習慣病指導専門職セミナー 生活習慣病「予防と治療の未来」	
「糖尿病を防ぐ生活習慣・生活環境」	2
一 保健指導で糖尿病を防げるのか？	
大橋 健●おおはしけん 国立がん研究センター中央病院 総合内科・歯科がん救急科科長	
「こころの健康学」	14
大野 裕●おおの ゆたか 一般社団法人認知行動療法研修開発センター 理事長	
振興会 In Action	27
HEALTH FORUM 健康になるための理論はわかったので、次は？	28
野口 京子●のぐち きょうこ 文化学園大学教授	

設立70周年記念

第45回 生活習慣病指導専門職セミナー 生活習慣病「予防と治療の未来」

「糖尿病を防ぐ生活習慣・生活環境」 ー 保健指導で糖尿病を防げるのか？ ー

大橋 健 ● おおはし けん

国立がん研究センター中央病院
総合内科・歯科・がん救急科
科長／医学博士



はじめに

皆さんが、保健指導の最前線でメタボや糖尿病の方、あるいはその予備軍の方と関わっておられるように、私も、これまで糖尿病をはじめとする生活習慣病を専門に診療をして参りました。さまざまな糖尿病の患者さんと関わり、官公庁や企業の健康管理室で保健指導にも携わってきました。今日は皆さんと一緒に、糖尿病を防ぐ生活習慣・生活環境とはどのようなものか振り返りながら、私たちの保健指導がどの程度貢献できるのか考えたいと思います。

ー 増え続ける糖尿病患者ー

良くご存じの通り、平成24年の国民健康栄養調査によりますと糖尿病患者は950万人、予備軍は1,100万人、合計2,050万人が糖尿病かその予備軍です。つまり、日本人成人5人に1人は糖尿病の

<資料1>

増え続ける糖尿病患者

●糖尿病が強く疑われる人 **950**万人

●糖尿病の可能性を否定できない人 **1100**万人

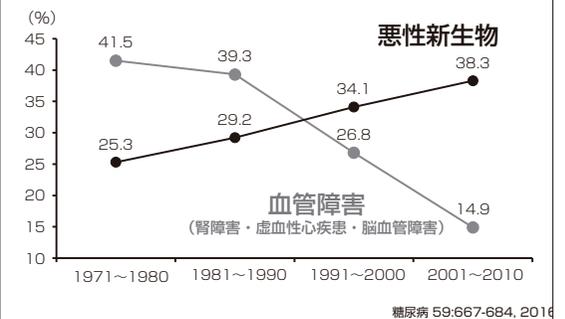
合計 **2050**万人

平成24年国民健康・栄養調査（平成25年）

可能性があるという時代になっています。これを予防する、また、糖尿病になった人が、網膜症や腎症、心筋梗塞、脳卒中などの合併症を起こさないようにするのが非常に重要なことです。

ー 糖尿病患者をがんで看取る時代ー

<資料2> 日本人糖尿病患者の死因

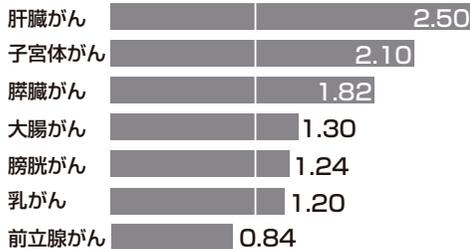


しかし、糖尿病患者にとって問題なのは糖尿病の合併症だけではありません。日本糖尿病学会では、10年単位で日本人糖尿病患者の死因調査を行っています(資料2)。実は、既に1990年代から、それまで1位だった合併症による血管障害を抜いて、がんで亡くなる方が一番多くなっています。昨年5月に2001年から2010年の結果が発表されましたが、この期間にはご覧の通り糖尿病患者の38.3%の方ががんで亡くなっています。糖尿病治療の進歩により血管障害で亡くなる方の割合は、今後も減少すると思われます。糖尿病患者の寿命が伸びる中で、がんで亡くなる方の割合はさらに増えるのではないのでしょうか。今や我が国は「糖尿病患者をがんで看取る時代」と言っても過言ではありません。

糖尿病とがんは、どちらも非常に頻度の高い病気です。糖尿病は5人に1人、そして、2人に1人ががんになるのが、日本の現状です。ですから、単純計算でも10人に1人は、糖尿病とがんの両方を患

<資料3>

糖尿病でない人のリスクを1とした場合 ▼



Lancet 357:2201-2, 2010より作図

う可能性があります。そのような中で、糖尿病の人のがんのリスクが一般的に高いこと、リスクの程度はがんの種類によって異なることが、この10年来的欧米の疫学調査の結果、分かってきました。例えば、肝臓がん、膵臓がん、大腸がんといった消化器系のがんや、女性の子宮体がん、乳がんなどのリスクが、1.2倍から2.5倍と増えています。ご覧のように、一つだけ糖尿病でリスクが減るのが男性の前立腺がんです。2型糖尿病の男性は、血中テストステロン値が低いということが知られています。前立腺がんは、テストステロンに依存して増大するがんなので、それと2型糖尿病男性の前立腺がんが少ないことが関係しているのではないかとされています。

以上は主に2型糖尿病での調査結果です。1型糖尿病でもがんのリスクが増える可能性が指摘されていますが、まだ2型糖尿病ほど一貫した結果は報告されていません。

日本でも2010年に日本癌学会、日本糖尿病学会の合同委員会が発足、検討結果をその時点での最新のエビデンスとしてまとめ、2013年5月に「糖尿病と癌に関する委員会報告」を発表しました。この報告は日本糖尿病学会、日本癌学会のホームページからダウンロード出来ますので、ぜひご覧ください。

(<http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&storyid=43>)。

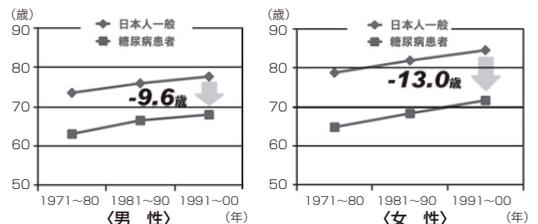
—糖尿病の発症と重症化をどう防ぐか—

残念ながら糖尿病患者は糖尿病のない人と比べ寿命が短いことが知られています。糖尿病患者の平均寿命も時代とともに改善していますが、糖尿病がない人との差が埋まらない状況です。男性が約10年、女性は13年の差があります。これは、一般の方の平均寿命と健康寿命の差と同じ位です。

<資料4>

糖尿病患者は一般人より短命

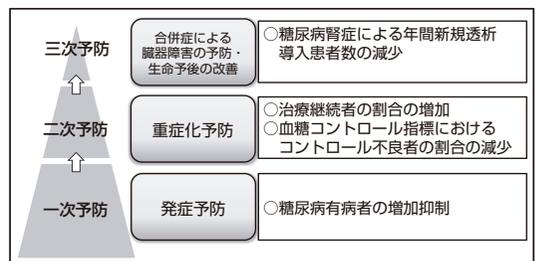
『日本人糖尿病患者の平均死亡時年齢』と『日本人一般の平均寿命』



細田 鏡ら、糖尿病 2007; 50:47-61より作成

<資料5>

糖尿病およびその合併症の抑制



健康日本21 (第2次)

糖尿病の予防と合併症の抑制は国にとっても喫緊の課題であり、健康日本21でも重要課題として取り上げられています(資料5)。皆さんが主に特定保健指導で取り組んでおられるのは、一次予防としての発症予防です。発症者に対しては、二次予防として良好な血糖コントロールの維持による重症化予防、そして三次予防として合併症の予防と生命予後の改善が重要です。二次予防および三次予防については、従来医療機関での取り組みが想定されていましたが、通院中でもコントロール

第45回 生活習慣病指導専門職セミナー 生活習慣病「予防と治療の未来」

不十分な人が多いという現状があります。さらに、糖尿病患者の約半分は糖尿病であることを認識していないか、治療中断により通院していないと推定されています。今後は皆さんの保健指導の中でも、医療機関と連携して二次予防・三次予防に取り組むことが求められます。

そのために、どのように連携するか。糖尿病では地域での医療連携を進めるために「糖尿病連携手帳」を活用していますが、その患者を支えるために、医療機関と保険者が情報を共有するツールの開発が必要でしょう。一方で、個人情報の扱いを慎重に考えなければなりません。

そして三次予防について、特に腎症に関する重症化予防は、企業や健保にとっても、これから重要な課題になると考えられます。

ーリスク因子 変えることができるもの、できないものー

2型糖尿病には重要なリスク因子がいくつかありますが(資料6)、その中で変えることができないものとして、加齢、性別、遺伝素因、胎内環境などがあります。年齢とともに糖尿病は増えるし、男性の方が女性よりリスクが高い。また、複数の遺伝子が複雑に絡み合っているといわれますが、遺伝素因も明らかになってきました。そして、母親の胎内にいる時の環境が、将来の生活習慣病のリスクと大きく関わることも注目されています。

一方で本人がその気になれば変えることができる生活習慣、肥満、食事、運動不足、喫煙、飲酒な

どがリスク因子として糖尿病と大きく関わっています。これを是正するのが、特定保健指導の主眼と言ってもよいでしょう。

<資料7>

生活・環境因子と2型糖尿病のリスク

エビデンス・レベル	リスク低下	リスク上昇
確 実	過体重・肥満者の減量 運動	過体重・肥満 腹部肥満 運動不足 母体の糖尿病
ほぼ確実	食物繊維	飽和脂肪酸 子宮内発育遅延
可能性あり	n-3系脂肪酸 低GI食品 完全母乳栄養	総脂肪摂取量 トランス脂肪酸
不 十 分	ビタミンE、クロム マグネシウム、適度な飲酒	過度の飲酒

Public Health Nutr 7: 147-165, 2004.

2型糖尿病のリスク因子も、確かなものから、「うーん、どうかな?」というところまでありますが(資料7)、確実なことは、やはり太っている人は減量が必要。そして、運動した方がリスクを下げ、肥満、特に腹部肥満、メタボ体型(内臓脂肪増加)は明らかに糖尿病のリスクを上げます。また、妊娠中に母親が糖尿病であれば、ほぼ確実に新生児の糖尿病のリスクを上げています。

そして、ほぼ確実なものは、食物繊維が多いと糖尿病になりにくいこと、飽和脂肪酸の取り過ぎが糖尿病のリスクを上げることです。2型糖尿病のリスクを下げる可能性があるものとして、n-3系の脂肪酸、「オメガ3」のEPAやDHA。あるいは、グリセミック・インデックスの低い食品、母乳栄養など。また、リスクを上げる可能性があるものとして、トランス脂肪酸、総脂肪の摂り過ぎが挙げられています。

肥満、特に腹部肥満は2型糖尿病のリスク因子のトップに挙げられ、メタボ健診ともいわれる特定保健指導の主眼になっています。実際に肥満の度合いと糖尿病のリスクの関係を厚生労働省の糖尿病実態調査で見ると、やはり肥満度と大きく相関して、糖尿病の発症リスクが上がり、肥満度40%以上で

<資料6>

2型糖尿病のリスク因子

- 加 齢
- 性 別
- 遺伝素因
- 胎内環境
- 肥 満
- 食 事
- 運動不足
- 喫 煙
- 飲 酒など

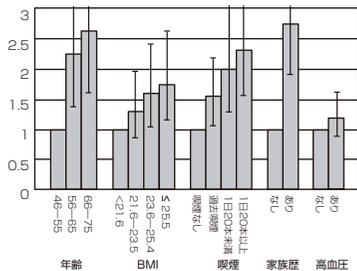
は、16倍を超えるリスクになるとされています。

—日本人の糖尿病リスク因子(多目的コホート研究より)—

日本人の糖尿病について検証するために、国立がん研究センターの津金昌一郎先生による「多目的コホート研究」から、糖尿病と生活習慣に関係したリスクについて紹介します。日本人約10万人に及ぶコホートを10年以上フォローした貴重な研究で、Japan Public Health Cohort Study(JPHC Study)として、ホームページに成果がまとめられています(<http://epi.ncc.go.jp/jphc/>)。

<資料8>

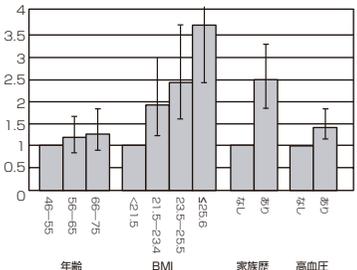
日本人の糖尿病リスク因子 (JPHC) : 男性



<http://epi.ncc.go.jp/jphc/outcome/3116.html>

<資料9>

日本人の糖尿病リスク因子 (JPHC) : 女性



<http://epi.ncc.go.jp/jphc/outcome/3116.html>

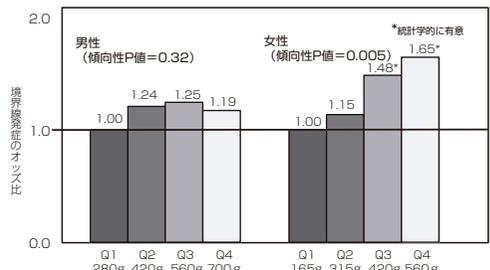
そのJPHC Studyの中から、糖尿病に関するリスク因子をピックアップしました。男性は年齢、BMI、喫煙が大きく関与しています。女性では、やはり肥満の影響が大きいことが確認されています。また、血圧が高いとリスクが20%から40%増

えます。また、糖尿病の家族歴の有無で2.5倍リスクが違います。身内に糖尿病患者がいると、男性も女性も2.5倍糖尿病のリスクがあるのです。糖尿病は代表的な生活習慣病ですが、遺伝的素因の関与も大きな疾患であること、つまりその人の自己責任だけではないことはしっかり認識しておく必要があります。

運動に関しては、歩く時間と糖尿病のリスクでは、1日2時間以上歩く人のリスクを1とすると、30分未満の歩行時間ではリスクが1.25に増えています。喫煙については、男性非喫煙者のリスクを1とすると、喫煙者は1.43、新規禁煙者1.42。興味深いのは、女性の場合、非喫煙者のリスクを1とすると、喫煙中の女性は1.68、新期禁煙者は2.84とリスクが増えるようです。これは禁煙による嗜好変化、体重増加の影響があるためかと考えられますが、禁煙を勧めるときには、一応、この点も考慮する必要があります。

<資料10>

米飯 摂取量と糖尿病発症リスク

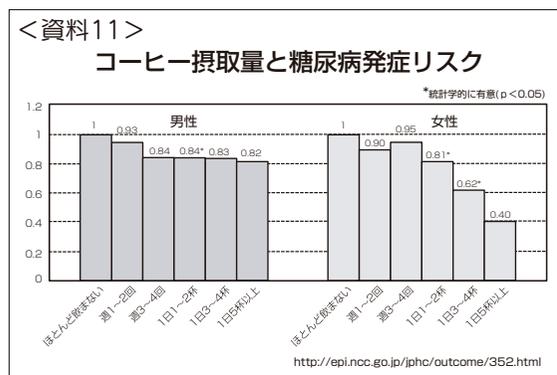


<http://epi.ncc.go.jp/jphc/outcome/2418.html>

次いで、米飯摂取量と糖尿病発症リスクの調査では、特に女性は米飯摂取量に比例して、リスクが増加しています。ご飯摂取量165g/日のリスクを1とすると、560g/日のリスクは1.65。一方、男性の場合は、米飯摂取量280gのリスクを1とすると、700g/日のリスクは1.19で、有意な上昇を認めません。恐らく男性では、米飯以外に影響の大きなリスクが多数あるため、相対的に米飯摂取量

第45回 生活習慣病指導専門職セミナー 生活習慣病「予防と治療の未来」

の関与が女性よりも低くなっているのでしょう。



また、コーヒーの摂取量に対する糖尿病発症リスクについては、女性がコーヒー摂取量の増加につれて、特に1日3杯以上飲む場合に、糖尿病のリスクが大きく減少しています。これに対し男性の場合は大きな影響は見られません。これも米飯摂取量と同様の理由が考えられます。

JPHCによる「多目的コホート研究」は、他にも肉類、清涼飲料水、ストレス、タイプA行動パターンなどと糖尿病の発症リスクについても報告されています。このように2型糖尿病のリスクは、その人の食事、喫煙、飲酒量、身体活動量などの生活習慣と深く関わっていることはもちろん、その人の考え方、性格傾向、仕事の仕方などにまで影響を受けている可能性があります。

■ 世界の糖尿病予防研究 ■

糖尿病患者の増加は世界的な傾向であり、国際糖尿病連合によると2015年の世界の糖尿病人口は4億1500万人で、2040年には6億4200万人に上ると推定されています。この傾向は欧米の先進諸国のみでなく、アジア・アフリカ諸国でも深刻な問題であり、糖尿病の発症予防は世界的にも喫緊の課題に他なりません。

生活習慣への介入によって糖尿病発症のリスク

を減少させることについては、世界各国で大規模な研究が進められています。

<資料12> 生活習慣改善による世界の糖尿病予防研究

研究名 (発表年)	実施国	施設数 など	人数	平均 BMI	追跡 期間	介入	リスク低下
Da Qing IGT and Diabetes Study (1990年)	中国	33施設	577	25.8	6年	食事 運動 食事+運動	43.8% 41.1% 46.0%
Diabetes Prevention Study (DPS) (2002年)	フィンランド	5施設	522	31	6年	生活習慣改善	58%
Diabetes Prevention Program (DPP) (2002年)	米国	27施設	3,243	34.0	3.3年	生活習慣改善 メトホルミン	
European Diabetes Prevention Study (2013年)	欧州	3コホート	749	31.0	3.1年	生活習慣改善	57%

坂根直樹：糖尿病の予防（西村書店「糖尿病学」より）

生活習慣改善による糖尿病の発症予防に関する研究は1990年頃からエビデンスが発表されています。中国で行われたDa Qing IGT and Diabetes Study (1990年発表)は、6年間、食事・運動あるいは両方への介入によって、糖尿病発症リスクを40%~50%減らすことを可能とした、最初の画期的な研究でした。続いて、フィンランドで行われたDiabetes Prevention Study (2002年発表)では、生活習慣の改善によってリスクが58%減少すると報告されました。また、欧州のEuropean Diabetes Prevention Study (2013年発表)でも57%のリスク低下が報告されました。

ー米国の生活習慣介入プログラムー

ここで特に詳しくご紹介したいのは、2002年に報告された米国での大規模な糖尿病予防プログラムDPP (Diabetes Prevention Program) です。全米27の医療施設から3,243人が参加した非常に大規模なものでした。全員が糖尿病予備軍でBMI平均34と言う肥満者を対象にしたものです。この研究の目的は食生活の改善と身体活動の増加により体重を減らせば、2型糖尿病の発症を防止するか遅延させることが可能かどうかを見極める点にありました。

<資料13>

米国糖尿病予防プログラム

DPP (Diabetes Prevention Program)

- 目的：2型糖尿病発症予防のための介入法の検証
- 対象：IGT 平均年齢51歳、平均BMI 34kg/m²
- 観察期間：2.8年
- 方法と結果

- ①対照群 ②メトホルミン群 ③生活改善群



まず全員を3つのグループに分けました。第1グループは対照群で、食事と運動についての情報を渡し、簡単に説明しました。第2グループは糖尿病治療薬メトホルミンを毎日服用しました。第3グループは生活習慣介入を強力に受けたグループで、低脂肪で1200-1800kcalの食事と毎週150分以上の身体活動により体重の7%減を目指しました。

その結果は、第2グループの薬を飲んだ人たちは、対照群と比べ2型糖尿病発症リスクが31%減りました。そして第3グループの生活習慣改善に取り組んだグループは、第1グループに比べ2型糖尿病のリスクが58%も減少しました。

<資料14>

米国糖尿病予防プログラム

DPP (Diabetes Prevention Program)

- 全ての参加者に個別の「ライフスタイル・コーチ」
- 標準化されたコアカリキュラム (24週で16セッション)
 - #1~8：食事療法、運動療法、体重・環境の自己管理
 - #9~16：行動変化を維持するための心理学的・行動学的技術の習得
- 明確な目標 (安全、効果的、実行可能)
- 継続的なフォローアップ
- 介入チームに対する訓練、フィードバック、サポート

58%ものリスク減をもたらした理由は体重の減少です。生活習慣介入の第3グループは平均して7kg体重を減らしました。元々100kgの人達が7%の目標体重減を達成したのです。

—DPPでは「ライフスタイル・コーチ」が活躍—
このチャレンジを支えたのが、全ての参加者に個別

に配属された「ライフスタイル・コーチ」です。参加者の食事と運動に強力に介入し、目標を達成するよう支援しました。このライフスタイル・コーチがDPPでは重要な役割を果たしたことがうかがえます。彼らのための詳細なマニュアルが用意され、食事や運動・自己管理だけでなく、対象者の行動変化を維持するための心理学的・行動学的技術の習得などもカリキュラムに入っていました。また、コーチやその指導者が定期的に集まって情報交換し、自分の指導に役立てる仕組みもありました。

<資料15>

DPPコアカリキュラム (例)
セッション9：問題解決

<問題解決のための5つのステップ>

1. 問題点を明確にする
2. 解決策のブレインストーミング
3. どれを試すか一つ選ぶ
4. 行動計画を立てる (ワークシート)
5. やってみる。必要に応じてプランを見直す。



参加者に配布されたテキスト「ライフスタイル・バランス」のセッション9のタイトルは「問題解決」。そこには参加者の改善努力が壁に当たった時、どうするかを一緒に考えるステップが詳しく説明されています。そのように非常に濃密な介入があつてこそその効果であることにご注意ください。

—体重減少による心血管イベント削減研究—

<資料16>

Look AHEAD試験
(Action for Health in Diabetes)

- 目的：肥満2型糖尿病患者の減量は心血管イベントを減少しうるか?
- 対象：2型糖尿病、平均年齢59歳、平均BMI 36
- 観察期間：中央値 9.6年
- 方法と結果
 - ①対照群
 - ②生活改善群:エネルギー制限と活動量増加 (中等度の強度の運動を175分/週) による7%の減量

N Eng J Med 369:145-154, 2013.

第45回 生活習慣病指導専門職セミナー 生活習慣病「予防と治療の未来」

その後、米国ではこのDPPの効果があったということで、更に減量によって心血管イベントを減らす可能性が研究されました。Look AHEAD、「前を向こう」という壮大な名前の研究ですが、対象は平均BMI36、2型糖尿病、平均年齢59才ですから、心筋梗塞のリスクが非常に高い人たちです。この人たちに10年間、生活習慣に関する緻密な介入をして7%減量すると、心血管イベントが減るかどうかを検証しました。長期で、費用も人的コストもかかる研究です。結果は運動量が増え、体重は減りました。しかし、心筋梗塞の発症には差がありませんでした。2型糖尿病の重症化予防、合併症抑制という点では、もちろん生活習慣の改善や、体重の減量が重要ですが、心血管イベントを減らすにはそれだけでは充分でなかったのではないかと考えられます。血圧や脂質に対する包括的な薬物療法や定期的な通院によるHbA1c管理の必要があり、医療機関との緊密な連携がなければ難しいものです。ただし、これは米国のデータで、日本で行えば別の結果が出るかもしれません。

—日本の糖尿病予防プログラムとJDPPとJ-DOIT1—

日本人の糖尿病患者の平均BMIは約25で、肥満の基準の少し手前です。実際の診療でも肥満糖尿病患者は全体の半分程度。ですから日本での糖尿病の予防は、米国のように単純に体重を減らせ

というだけでは目的を達成できないと考えられます。先に津金先生のコホート研究についてご紹介しましたが、続いて日本での糖尿病予防研究、JDPPとJ-DOIT1の2つをご紹介します。

まずは90年代から続けられてきたJDPP-日本糖尿病予防プログラム。日本人の2型の糖尿病発症予防に関する研究です。対象は糖尿病予備軍304名で、その平均BMIは24.5です。米国のDPPでの平均BMIは34で肥満者ばかりですから全く異なります。日本の場合は痩せている人も入っています。JDPPは既存の健診と保健指導システムを使った研究で、市町村や企業の保健師・管理栄養士が介入しました。目標はBMI22、過体重と肥満者は5%の減量、プラス運動です。それで3年間介入して、糖尿病の発症率が14.8%から8.2%に減っています。特にBMIが22を超えている肥満者には効果があったものの、全体としては有意差がつきませんでした。ここが対象が肥満者だけではない難しさで、肥満者だけをピックアップする今の特定保健指導ではアクセスが難しい人たちをどうするかが、今も課題になっています。介入の内容は6か月間の強化介入の後は3か月ごとのフォロー、合計4回の糖尿病予防教室、1回20分以上の運動を週4回以上実施、食事記録を定期的に確認するなどでした。

<資料17>

日本糖尿病予防プログラム

JDPP (Japan Diabetes Prevention Program)

- 目的：2型糖尿病発症予防のための介入法の検証
- 対象：日本人IGT 304名 平均年齢 51歳
平均BMI 24.5kg/m²
- 観察期間：3年
- 介入方法：市町村や企業の保健師・栄養士による介入
 - ①適正体重の達成 (BMI 22)・過体重/肥満者は - 5%
 - ②運動習慣の獲得
- 結果：糖尿病発症 **14.8% vs 8.2%** (有意差なし)

*BMI>22.5では有意

BMC Public Health 11:40, 2011.

<資料18>

電話支援による糖尿病発症予防：J-DOIT1

- 対象：2607名、20~65歳、空腹時血糖異常 (100-125 mg/dL)、平均BMI 24.3-4kg/m²
- 観察期間：5年間
- 到達目標：運動の習慣化・適正体重維持・食物繊維の摂取・適正飲酒
- 介入：自立群 vs 支援群
市町村・企業など43のクラスター
クラスターランダム化比較試験

BMJ Open 5: e007316, 2015.

<資料19>

電話支援による糖尿病発症予防：J-DOIT1

- 介入：自立群 (①~③) vs 支援群 (①~④)
 - ①行動目標の設定
 - ②セルフモニタリング (体重計・歩数計)
 - ③目標達成の評価
 - ④電話支援 回数の異なる民間3社
- 結果：
 - 全体では自立群と支援群で糖尿病発症率に差なし
 - 10回/年の場合のみ41%有意に抑制**

BMJ Open 5: e007316, 2015.

次にJ-DOIT(Japan Diabetes Outcome Intervention Trial)は厚生労働省が進める国家戦略の一つとして、糖尿病の発症予防、診療支援、合併症重症化抑止の研究を進めるプロジェクトで、J-DOIT1は2型糖尿病予備軍2,600人を対象に、電話による介入で発症を防ぐ可能性を探る研究でした。対象者のBMIは24.3で痩せ型の人も多く含まれました。対象者を自立群と支援群に分け、全員に5年後の到達目標を示し、支援群には保健師・管理栄養士が電話で支援して(最初の年は3回、6回、10回)、結果を比較するというスタディーでした。結果は、全体では残念ながら両群の発症率に差がありませんでしたが、電話支援を年間10回行ったグループは、発症率が41%抑制されました。これは、世界で行われている糖尿病予防プログラムと同等の効果ですが、やはりある程度密な

介入をしなければ、効果が出ないことを示唆するデータでした。

これまでの研究で明らかになったことは、生活習慣の改善により確かに糖尿病の発症を抑えることはできるが、それを達成するために必要な支援者と時間がどの程度になるかが問題になります。それに比べて、メトホルミンを服用したグループはリスクが31%低下しました。低下リスクは介入群より低いものの、薬を出すだけ、飲むだけというのは非常に簡単です。メトホルミンは1錠9円足らずの薬剤です。

薬の服用で糖尿病がどの程度予防できるかについても様々な研究がなされています。 α -グルコシダーゼ阻害薬のアカルボースは食後高血糖を抑え、糖尿病の発症リスクを36%抑える効果があり、同じ阻害薬のボグリボースでも40%の抑制効果があります。ボグリボース(商品名「ベイスン®」)は、IGTの患者の糖尿病発症予防が保健適応となっており、自己管理で改善がない場合という条件がついていますが、普通の診療で処方できる薬です。ですから保健指導を何時間も行う代わりに、「本当に糖尿病になりたくないのであれば、このお薬をどうぞ」という方法もあります。医師と患者の判断ですが、薬で糖尿病を予防することを選択できる時代になったとも言えます。表の最後のチアソリジン薬(ピオグリタゾン)商品名「アクトス®」は、飲んだ人の70%が糖尿病にならなかったという大変な効果ですが、この薬はまだ保険では使えません。そこまでしてやるかどうか各人の判断だと思いますが、これだけの予防効果が出ていることは、患者にも情報を提供する必要があるのではないのでしょうか。

<資料20>

糖尿病治療薬による糖尿病発症予防

研究名 (発表年)	薬剤	商品名	人数	リスク低下
Diabetes Prevention Program (DPP) (2002年)	メトホルミン	メトグルコ®	3,243 (3群)	31%
STOP-NIDDM (2002年)	α -グルコシダーゼ 阻害薬 (アカルボース)	グルコバイ®	1,429	36%
VICTORY (2002年)	α -グルコシダーゼ 阻害薬 (ボグリボース)	ベイスン®	1,780	40%
ACT-NOW (2011年)	チアソリジン薬 (ピオグリタゾン)	アクトス®	602	72%

坂根直樹：糖尿病の予防 (西村書店「糖尿病学」より)

糖尿病発症予防研究の今後の課題として、現在

第45回 生活習慣病指導専門職セミナー 生活習慣病「予防と治療の未来」

<資料21>

糖尿病予防研究：今後の課題

- より効果の高い介入法の開発
- ハイリスク集団/介入効果の高い集団の特定
- 非肥満者
- 心理社会的要因
- 費用対効果
- 参加率向上
- ICTを活用した介入の可能性
- 支援者養成・スキルアップ

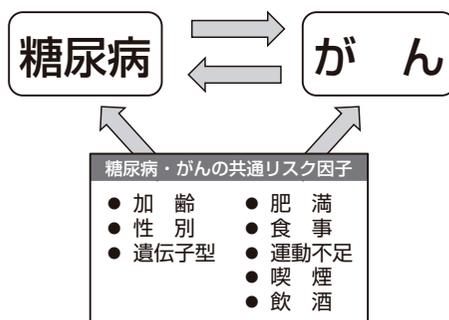
の50%から60%の発症リスク減少効果を更にするため、より効果の高い介入法を開発する必要があります。本人に本気でその気になってもらうために、心理学的あるいは行動療法的なことをもっと活用すると良いかもしれません。費用対効果を高める方法も考案する必要があります。同時に、支援者の養成や、支援者一人ひとりのスキルアップも大きな課題になります。また、すでに多数の健保や企業で取り組まれているようですが、ICTを利用した介入はますますこれから発展、拡大されていくことと思います。

一方、指導効果を上げるため、ハイリスクの集団、介入効果の高い集団を特定するなど絞り込む取り組みを盛んに進める動きもあります。また、日本人では肥満ではないが糖尿病になりやすい人がいます。その人たちをどのように指導対象にしていくのか。また、保健指導への参加率の向上なども大きな課題です。

—生活習慣改善で良くなるのは糖尿病だけでない—

糖尿病とがんの共通リスク因子として、資料22に出ていますが左側の加齢、性別、遺伝子型は本人ではどうにもなりません。右側の肥満、食事、運動不足、喫煙、飲酒の5つが生活習慣として介入の対象になります。この5つについては糖尿病だけ

<資料22>



ではなく、がんのリスクでもありますから、この5つについての生活習慣介入は糖尿病とがんの両方のリスクを減らす介入になります。実際に良く歩く人は、がんのリスクも減っています。糖尿病の方、糖尿病予備軍の方が指導を受けて生活改善に取り組むことは、がんの予防にもなる一石二鳥のことなのです。

—「生活環境病」としての糖尿病—

保健指導の時に注意が必要なことは、対象者を取り巻く環境です。現在のように糖尿病患者が増えた背景には、我が国の生活環境の変化があります。食事では特に脂肪分の増加や、ファーストフード店の普及、飲料自販機の普及、運動面では自動車保有台数の増加による歩行の減少などが主なものです。

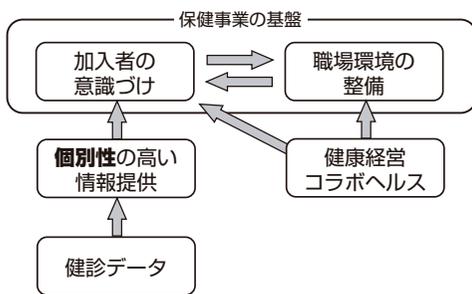
米国テキサス州ではファーストフード店1軒が新規開店すると、その近隣の脳卒中リスクが1%増加するという研究発表があります。また、サラリーマンにとっては、残業の増加でワークライフバランスが乱れたり、深夜のカップラーメンや清涼飲料の消費が増えたりする、職場の問題もあります。そのような社会環境、職場環境、生活環境を承知した上で、糖尿病の予防対策を考えていかなければなりません。糖尿病は生活環境病でもある

のです。

一方で、健康に害のあるものを規制しようという動きが当然出てきます。たばこもそうですが、WHOは昨年10月に世界的に増加傾向のある肥満、糖尿病対策として「清涼飲料水に20%課税」を各国に呼びかけました。これに対しペプシコは「ペプシコーラなどに使用する砂糖減量宣言」を発表しました。身近な話ですが、コンビニで低糖質パンが売られたり、他にも同様な食品が揃うことは、低糖質ダイエットを目指す人にとって取り組みやすい環境になる訳ですし、ビールも糖質フリーやアルコールフリーなどチョイスが広がって、少しずつ生活環境が整っていくのではないかと感じています。個人に対する保健指導以上に、このような社会的取り組みが求められます。

<資料23>

データヘルス計画における保健事業の基盤



そして、更に大事なことは、職場の環境と文化かも知れません。「何、おまえ、ダイエットだって？ そんなこと言ってないで、飲め、飲め」という風習が残る企業もある一方で、部長自らダイエットに取り組んだり、ダイエットや生活習慣に気をつけることが組織ぐるみで尊重される会社・企業は、これから非常に重要になると思います。それは「職場の健康文化の革命」と言えるかもしれません。その意味では、データヘルスやコラボヘルスは、加入者あるいは事業主とどのように関わるか

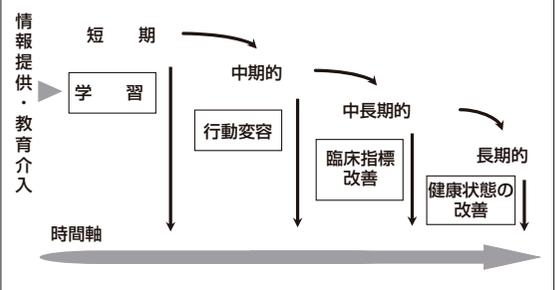
だけでなく、そこにいる一人ひとりにとっての職場、その人が最も長く過ごすかもしれない環境をどう変えるかという非常に重要なテーマだと思います。健保からの積極的なアプローチが求められています。

ー「ポケモンGOで知らない間に歩いている」ー

ある年金生活をしているお年寄りが言いました。「ポケモンGOを始めてから、気がつくと1日2万歩ぐらい歩いちゃってるんだよね」。若い人でも2万歩も歩くことはなかなか難しいのに、お年寄りがポケモンGOをやりながらだと知らぬ間に歩けてしまう。これは大きなヒントになることだと思います。生活環境という中で私たち保健指導者が考えなければいけないことは、こういうことではないでしょうか。つまり、「つついちゃってしまう仕組み」をどうプロデュースするかです。「行動デザイン」と言いますが、企業で商品売するために盛んに研究されていることで、これをもっと勉強して、保健指導ノウハウに取り入れていく必要があるでしょう。

<資料24>

保健指導のアウトカム評価の時間軸

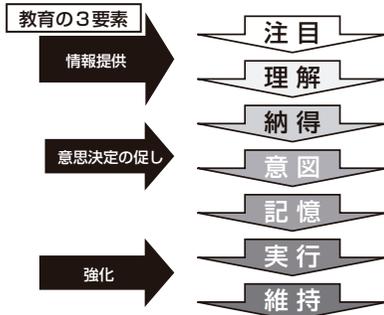


対象者が情報を与えられ、教えて貰っただけでは行動につながりません。時間をかけて学習したことを充分理解して行動変容を起こし、それを続けることでデータが改善され、更に続けることで

第45回 生活習慣病指導専門職セミナー 生活習慣病「予防と治療の未来」

<資料25>

情報が行動に変わる過程



健康状態が良くなるのです。そこではじめて、糖尿病が予防できた、合併症にならなかったとなるので、その時間軸に注意する必要があります。1年やっただけで「糖尿病が減っていない」という結論は出せないのです。私たち指導者は「情報—わかる」と「行動—かわる」の間で何ができるかを、充分考える必要があります。この「わかる」と「かわる」をどうつなぐかこそ、保健指導者として求められる大切な専門技術です。「わかる」と「かわる」の間には、まず注目されて、分かって、納得して、「やろう」と思って、何をすべきかが記憶されて、実際に実行される。それをまた繰り返すという、非常に多段階の仕組みがあります。私たち指導者は、伝えただけで満足してはいけません。本当に伝わり、その人が変わるところまで支援しなければいけないのです。

<資料26>

効果的な保健指導のための技術

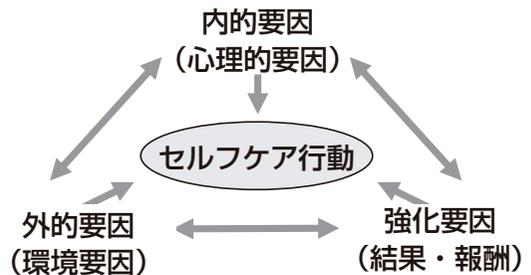
- ① 必要な情報を収集するためのコミュニケーション技術
- ② それに基づき支援方策を判断する技術
- ③ 対象者が**自らの**生活行動の課題に**気づき、自らの**行動目標を決定することを支援する技術

厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」

これは、特定保健指導が始まった当初に厚労省から出された「効果的な保健指導のための技術」の中でも強調されています。一つは、言ってみれば問診力です。二つめは、何をしなければいけないか、アドバイスするための判断力。これら2つは、勉強できることです。しかし、3つめ。「対象者が自らの生活行動の課題に気づき、自らの行動目標を決定することを支援する技術」。これは、相手がいなければ練習できないことで、まさに「わかる」と「かわる」をつなぐための専門技術といえます。保健指導は、勉強できる部分もありますが、実技としてのトレーニングが必要でもあるということを強調したいと思います。

<資料27>

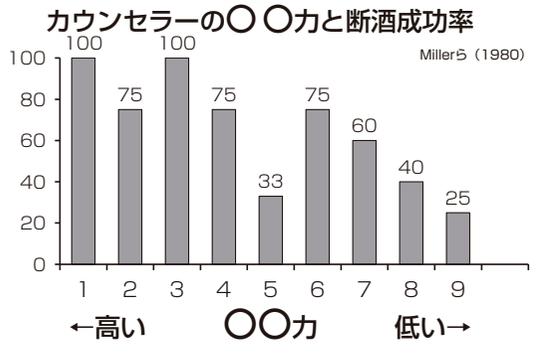
セルフケア行動に影響する心理・社会的要因



あとは、心理社会的な要素です。セルフケア、自己管理がうまくいくためには、心理的要因、環境要因、さらには、強化要因(頑張って期待した結果が出ているかどうかなど)が複雑に絡み合っ、対象者のその後の行動に影響を与えるので、単なる知識の提供やリスクの話だけでは、その人の行動は起こらないということです。さらに、誰がどのように関わるかも重要であることを、お伝えしたいと思います。

ー保健指導で大切な共感力(1)ー

<資料28>



これは、アルコール依存症の話ですが、共通のトレーニングを受けた9人のカウンセラーにランダムに患者を割り当て、断酒指導をさせた結果です。決められたアプローチで介入しますから、皆が同じことをやっているはずですが、ところが結果は、指導した人の25%しか断酒に成功しなかったカウンセラーから、指導した全員が断酒できた大成功のカウンセラーまで大きな差が出ました。患者はランダムに割り当てていますので、この差はカウンセラー側の要因です。カウンセラー側のような要因が、患者のアウトカムに影響したのでしょうか。もし、それをカウンセラーの「〇〇力」(漢字2文字)と表現するとしたら、皆さんはどんな言葉を思い浮かべますか？

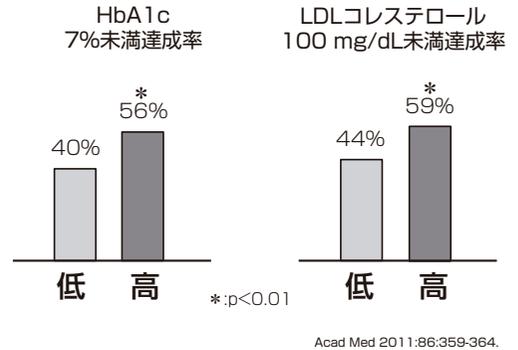
それは「共感力」だったので。カウンセラーが指導する様子をマジックミラー越しに研究者がチェックして、9人のカウンセラーの共感力を共通の尺度で採点していました。そして、共感力が高いカウンセラーほど断酒成功者が多いという見事な相関が明らかになったのです。

ー保健指導で大切な共感力(2)ー

ある病院の医師の共感力と患者のコントロール状況を比較したスタディーがあります。同じ大学

<資料29>

主治医の〇〇力と患者のコントロール状況



の医局で、共感力の高い医師と低い医師を比べると、共感力が高い医師が受け持つ患者はHbA1cも、LDLコレステロールも良いという結果でした。これは、人が関わることの本質的な側面を示しています。私たち指導者が、対象者一人ひとりとどう向き合うか、どのような関係を築くかが、対象者のアウトカムに大きく影響するという事です。

おわりに

いろいろとお話をしてきましたが、直接対象者と関わる私たち支援者にとって、自分自身のスキルアップが今ほど求められている時はありません。保健指導に効果があるということは、間違いないと断言できます。しかし、その効果の最大の要素は、実は対象者にあるのではなく、私たちがどのように関わるかにあるのです。ぜひ、対象者の方のデータや記録に残る保健指導ではなく、その人の人生の記憶に残る保健指導者を目指して頑張ってくださいと思います。保健指導の目標は、対象者の方にとっての「よりよい人生」なのですから。

(2016.11.2 イイノホールにて大橋健先生講演要旨)

設立70周年記念

第45回 生活習慣病指導専門職セミナー

生活習慣病「予防と治療の未来」

「こころの健康学」

大野 裕 ● おおの ゆたか

一般社団法人

認知行動療法研修開発センター

理事長/精神科医



はじめに

私が専門にしている「認知行動療法」はうつ病や不安症などの精神疾患を治療する目的で開発されたものですが、最近では、職場の健康教育や復職支援など、一般のストレス対処法としても広く使われるようになってきました。それは、認知行動療法で使われる方法が特別なものではなく、私たち誰もがストレスに出会ったときに意識しないで使っている対処法をまとめたものだからです。

ストレスというのは、私たちにとって大きな問題ですが、全くなければよいのかというそうではなく、仕事や何かパフォーマンスをするときには、適度なストレスを感じている方が失敗が少なく成果が上がるといわれています。

心理学者のヤーキースとドットソンは、ねずみを用いた研究を通じ、学習やパフォーマンスに関するある法則を発見しました。その実験とは、失敗をすると電流が流れるという装置を使って課題を行うというものです。すると、電流が流れないときには結構失敗するのですが、適度に電流が流れると集中力が高まって失敗が少なくなるのです。ところが最適な強さを上回ると急激に失敗することがわかりました。つまり、ねずみは電流の程度（ストレス）が適度なときには失敗せず、逆に電流が弱すぎたり強すぎたりすると失敗が多くなることがわかったのです。同時に、ストレスを感じたり、ストレスフリーになったりといった柔軟性も必要になってきます。

そのようなこころの状態を健康に保つために役に立つのが「認知行動療法」です。そこで本稿では、認知行動

療法を上手に使ってこころを元気にするコツについて紹介していくことにします。

■ 認知行動療法とは ■

認知行動療法は、1960年代にアメリカの精神科医アーロン・ベックが提唱したものです。

「認知」とは、いろいろな情報を処理するこころの働きです。様々な問題に出会ったときに、そのこころの情報を適切に受け止めて、しなやかに判断して問題解決ができる方法として、ベックは認知行動療法を提唱しました。

<資料1> 認知行動療法とは

- 1960年代に精神科医のアーロン・ベックが提唱
- こころの情報処理過程に焦点をあてた問題解決思考アプローチ
- うつ病・不安障害の治療では医療保険の対象



ただ、アメリカの精神医学の中で認知行動療法が認められるまでには30年近くかかりました。ちょうど私が留学した1980年代半ば頃から少しずつ認められるようになってきたのです。それまでベックは苦労したと言っています。あるときに、どのようにすればこの方法を広められるだろうかと考えて、本を出すことを思いつき原稿を出版社に持ち込んだそうです。次の日の編集者からの連絡では、「面白くて、一晩で読んだよ」と。しかし、「認知というものの考え方、受け取り方に目を向けてこころをコントロールする方法は、あまりうまくいくとは思えないからうちでは出版できない」といわれ非常に落ち込んだと言っています。私たちは落ち込むと、ベックが「否定的認知の三徴」と言っている、自分自身に対して自信がなくなり、周りとの

関係に対して悲観的になって、将来に対して絶望的になる。という気持ちに、ベック自身もなったのだと語ります。

「やっぱり自分はだめか。認められないんだ。ここから先もうまくいかないだろうな」、落ち込むとそのように考えてしまうのです。

でも、もう一つの情報である「面白くて、一晩で読んだ」という情報が洩れ落ちているのです。これが洩れ落ちていると、いかにも悪いことばかり起こるように思えてきて、こころも身体も身構えた状態になってしまいます。そうすると、本来持っているこころの力を発揮することができなくなってしまうどころか、こころの力がどこかに飛んでいってしまいます。その時にもう一度現実を見つめ直して問題に適切に対処することができればこころの反応は違ってきます。もちろん問題はあるのですが、うまくいっていることもあるはずなのです。それを俯瞰しながら問題にきちんと目を向けていくのが、認知行動療法の基本的な考え方です。

認知行動療法を、いわゆるこころの病と言われていたうつ病や不安障害などの治療に使うと、薬物療法以上に再発防止効果があることが分かってきて、世界中で用いられるようになってきました。日本でも、うつ病や不安障害の治療で診療報酬の対象になっています。もちろんこれは、精神疾患だけでなく日常的なストレス対処法としても役に立ちます。なぜかという、認知行動療法は決して特別な方法では

なく、私たちが日常生活で使っているストレス対処法をうまくまとめたものだと考えることができるからです。ですから、私自身も企業や地域、学校などで認知行動療法を使った活動や研究を行っています。

さて、認知とは情報処理のプロセスです。私たちはあるできごとに出会ったときに、瞬間的にその状況を判断して瞬間的に行動します。これは、ほぼ自動操縦的に行われます。

もう一つここで意識しておいてもらいたいのは、私たちが最初に判断するときは、大体マイナスの判断をしてしまうということです。自分を守るためにはその方が役に立つからなのです。

例えば、一人で家にいるときに、外でゴソツと音がしたとします。このときに「誰か素敵な人が外にいるのかな？」とは思わないのですね。泥棒ではないかと身構えて外を見て、本当に素敵な人がいれば胸がドキドキ高まりますし、ただの風であれば、「なんだ」とほっとします。もちろん泥棒のこともあるわけで、そのような時には警察に連絡するなどの判断をするわけです。

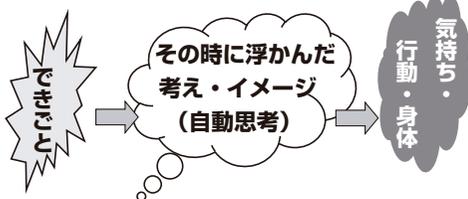
つまり、最初はマイナスのことを考えて、情報収集をし適切な対応をする。これは私たちが日常やっていることなのです。瞬間的に判断をして、それが適切であればいいのですが、時々うまくいかなるときがあるのです。そうすると、そのうまくいかない状態が続いていってしまいます。そのような時に少し立ち止まって情報を集めてみる。これが認知行動療法の基本的な考え方です。

落ち込んでいるときは、「ああ、失敗した。いつもこうなんだ。何をやってもだめなんだ」と考えるようになっていきます。確かに「今」は失敗しているのですが、「いつも」という言葉が入ると、ずっと失敗しているようなイメージが頭の中にできてしまいます。また、「これ」は失敗したのですが、「何をやっても」という

<資料2>

私たちの気持ちや行動は認知（その時に頭に浮かんだ考えやイメージ）に影響される

認知＝情報処理 → 情報収集



第45回 生活習慣病指導専門職セミナー 生活習慣病「予防と治療の未来」

言葉が入ると、何をやっても失敗ばかりしているようなイメージが生まれてきます。

<資料3>

自分で問題を大きくしていませんか？

- 時間的広がり：いつも…、決して…
- 空間的広がり：何をやっても…
- 過剰な責任感：私が悪い…

冷静に現実にも目を向ける
→問題対処能力↑↑

大切なことも忘れない

自分の頭の中で「やっぱり自分が悪いんだ」と、どんどん自分を追い込んでいきます。確かに失敗した責任は自分にあるのですが、自分だけの責任ではないはずなのです。いつの間にか問題を大きくしてしまっているのです。そのようなときは、「現実をもう一度見てみましょう」とお勧めします。しかしこれが結構難しいのです。なぜ難しいかと言うと、ネガティブな考え、マイナスの考えは必ずしも間違っていないからです。職場で仕事があまくいかなくて、自分には力がないと考えている人に、「そんな悲観的にならなくてもいいじゃないですか」と言うのはあまり得策ではないのです。本当に力がなかったり、「嫌われているんだ」と考えている人が実際嫌われていることが結構あるからです。

では、何がうまくいかないのでしょうか。例えば、嫌われていても「嫌われていたっていいよ。自分は仕事ができればいいよ」と考える人もいるわけです。それはそれでいいのですが、それでは困るといときには、何が問題なのか、どこを改善すればいいのか、というように考えを切り替えていく必要があるのです。考えを切り替えるというのは、「どのようにすれば今の状況を改善できるのか」という次につながる工夫が浮かぶような考えを作り出すことなのです。

そして、もう一つ大事なことは、「将来的に自分はど

のようにしようとしているのか。何のために、今この問題を乗り越えようとしているのか」そのことを意識しておくのも大事なことです。

どうしても私たちは、問題が目の前にあると、そこにここを奪われてしまい、それがうまくいった、うまくいかないで一喜一憂して精神的に疲れてしまうのです。そのようなときに、「これを乗り越えたら、こうなるんだ」と次につながる考えが分かれば、その大変な状況も乗り越えることができるのです。

少し前に放映された「下町ロケット」というテレビドラマがありました。ドラマの内容は、子供の心臓病の人工弁を作るという話でしたが、人工弁が小さいのでなかなかうまくいかなくて、何度も失敗が繰り返されます。だんだんと若い開発者のところが折れそうになってくるのですが、その時に、ふと目にしたのが、壁に貼ってある心臓病で苦しんでいる子供たちを訪問したときの写真でした。その写真を見て、「この仕事があまくいけば、この子供たちは助かるのだ」と考えを切り替えることができ、目の前の失敗の程度が小さくなっていき、それを乗り越えようという気持ちも湧いてきて、成功につながっていきました。

ですから、目の前の問題にきちんと目を向けて、それを解決していく。それと同時に、その先の「自分はどのようになりたいのか」ということが見えてくる。これが、ここを健康に保つための一つのコツになります。

■ 認知行動療法の実際 ■

ーストレス対処法ー

では、具体的にはどのようにすればよいのでしょうか。基本的にカウンセリングのときにプレーをするのはご本人です。医療者側がアドバイスをしてもあまり意味がありません。ご本人が苦労しながら、工夫しながらその状況を切り抜けていくことによって力がついてくるのです。これは、カウンセリングでも、また職場や地域での健康教育でも同じであり、そのときに

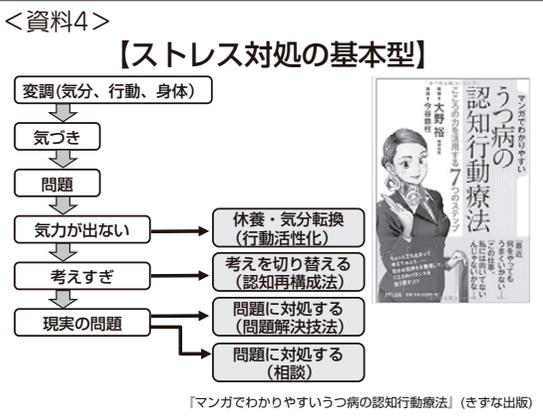
適切なアドバイスができるコーチの存在は非常に大きいのです。コーチのアドバイスによって、その人は力を発揮することができるようになります。私たち専門家は、上手にアドバイスできるコツを身につけています。決してご本人の代わりにプレーすることはできませんが、役に立つことが言えるというのは非常に重要になってくるのです。

これをやってもらうためには、「やってよかったな」という体験をしてもらう必要があるのです。

これは日常生活でも同じです。私たちは疲れたときには休んで気分をリフレッシュします。そうすることで行き詰った気持ちがずっと楽になることがあるからです。これを認知行動療法では、「行動活性化」と呼びます。

そうしてところが元気になってきたら、問題に立ち向かっていくのですが、問題を解決しようとするときによく起こるのが、「考えすぎ」なのです。考えているようで考えていないのです。私たちは悩んでいるときに親しい人から手を握られると、ほっと気持ちが楽になりますが、そのときに脳の中ではどのような変化が起きているのでしょうか。脳画像で調べると、前頭葉の考える脳の部分の働きがずっと落ちるのです。つまり、悩んでいるときは考えすぎているので、少し考えを整理して切り替えていく必要があるのです。その上で現実の問題に目を向けて、「問題解決技法」などを使って問題に対処していきます。なかなか一人では難しいので、周りの人の力を借りながら問題に対処します。

私たちが問題に直面したときは、先ず「気づき」が大事なのです。私はこれを「こころのカイゼン」と言っています。



これから幾つかのポイントをお伝えします。

先ず問題が起きたときは、気持ちや行動、身体に変動が起きてきますが、そこにきちんと気づくことが大事です。「まだ頑張れる」と自分を励ましたり、「頑張れよ」と言ったりすると、せっかく気づいているものを消すことになってしまうので、先ず気づいて立ち止まり、問題にきちんと目を向けることが大事なのです。

ただ、そのときによくあるのが、なかなか気力が出ないことです。分かっているのだけれどやる気にならないのです。ただ待っているだけでは気力は出てきません。私たちが「何かをしよう」という気持ちになるのは、「やってよかったな」、「やって楽しかったな」と思うからやる気が出てくるのです。つまり、脳の報酬系を刺激することが必要なのです。そのためには行動することが必要です。生活習慣病の食事指導にしても運動指導にしても、アルコールや喫煙の問題にしても、一方的に指導しただけではなかなか入っていきません。

<資料5> **アラーム⇒こころのカイゼン**
～いつもと違う!～

- * 気分の変化：落ち込み、不安、イライラ感、など
- * 行動の変化
生活：趣味、人付き合い、など
職場：集中力、作業量、など
- * 身体面の変化：睡眠、食欲、腹痛、など

まだ頑張れるは要注意

問題に目を向ける

ご存知の方がいらっしゃると思いますが、トヨタ自動車の改善の一つの大きな柱は、「変だと思ったらラインを止める」という活動です。それまで、ラインを止

第45回 生活習慣病指導専門職セミナー 生活習慣病「予防と治療の未来」

めると生産性が落ちるといので、変だと思っても叱られてはいけなと、見て見ぬふりをしていました。しかし、最終的に見て見ぬふりができなくなつて、問題がぼんと表面に出てきたときには手遅れなのです。

こころも同じです。落ち込んだり不安になったりして体調が悪くなるのは、こころや身体に何か問題が起きていることを知らせているのです。認知行動療法では、落ち込みや不安、こころの変調をアラームだと考えます。アラームが鳴ったときには、立ち止まる必要があるのです。ラインを止める必要があるのです。ところが、つい「まだ頑張れる」と考えてしまい、せっかくだと鳴っているアラームを切ってしまうのです。そうではなくて、きちんと問題に目を向けることが必要です。

<資料6>

問題のある睡眠は、健康や社会生活の大きなリスク！

睡眠不良 →

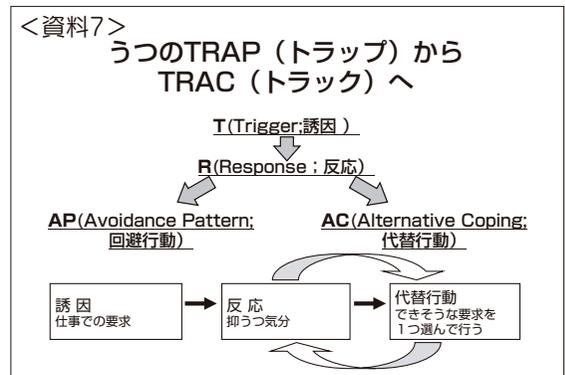
うつ病 ↑	糖尿病 ↑
高血圧 ↑	脳卒中 ↑
肥満 ↑	心筋梗塞 ↑
業務効率 ↓	安全性 ↓

『保健、医療、福祉、教育にいかす 簡易的認知行動療法実践マニュアル』(きずな出版)

眠れなくなった、食欲がなくなったなどの問題もそうです。現代社会では大体2割～4割5分ぐらいの人が睡眠に苦しんでいると言われてています。元々私たちは、それほど簡単に眠れる動物ではなかったのです。もし原始時代にぐっすり眠っている私たちの祖先がいれば、大体は動物に襲われて亡くなっていることでしょう。私たちは、わずかな物音で目が覚めるような人類の子孫ですから、そう簡単には眠れないのです。だからこそ、どのようにリラックスするか、どのように生活のリズムを整えていくかを考え、例えば生活のリズムは、朝、日の光を浴びる形でリセットする。午後のパフォーマンスを上げるために軽く昼寝をすると良いなどの工夫も出てくるのです。

そのように考えてみると、眠れない、食欲がないというのもアラームなのです。それを無視していると、いつの間にかこころや身体の病気につながってきます。こころの健康は、単にこころだけではなくて、身体も健康でもあり生活習慣病も起こりやすくなってきます。

まずは立ち止まることです。そして問題に目を向けるのですが、なかなかその問題に立ち向かう気力が出ないときに知っておくとい言葉が「TRAPからTRACへ」という言葉です。



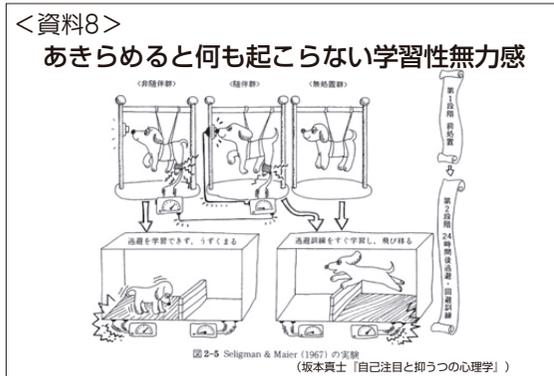
私たちは、辛くなったときにどうしてもその状況逃避しようとしてしまいます。うつ病は「こころの冬眠状態だ」と例えられることがあります。厳しい状況、厳しい場面の中で、そこから逃げ出してしまふ。つまり、冬になった現実の中から冬眠をした状態がうつ病なのだと言われます。

例えば、仕事があまくいかない、気持ちが落ち込む。つい仕事に行くのがおっくうになったり、早退したり、そこから逃げ出してしまふのです。それで楽になるかということ、一時的には楽になりますが問題は解決できていないので、つらい状態が続く悪循環に陥るのです。

このようなときに、例えば、できることを少しやってみて「ああ、できるんだ」と思えば、「次にまたやってみようかな」という意欲が出てきます。脳の報酬系が刺激されるのです。Alternative Coping: 代替行動、代わりになる対処行動が取れるよう手助けすると、辛

い状態が楽になる。というエビデンスがたくさん出されています。

50年以上前になりますが、マーティン・セリグマンという人が犬を使った実験をしています。



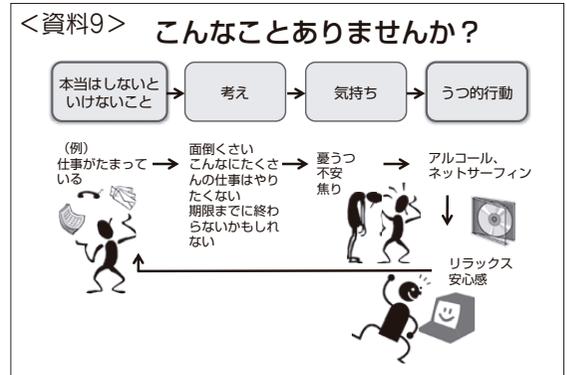
コントロール群の犬の方は、足に電流が流れると驚いてボタンを押すと止めることができるようにしてあります。再度電流が流れると、ボタンを押して止めます。この犬は辛いだけでなく自分で状況をコントロールできるのです。もう一方の犬は、ボタンはあるのだけれどつながっていないので、いくらボタンを押しても電流を止めることができません。すると「ああ、自分には力がないんだ。どうせ何をやってもだめなんだ」と考えるようになるのです。

犬にとってはひどい実験ですが、その犬を床に置いて、床に電流を流します。すると、コントロール群の犬の方は、「自分で何とかできる」と思って逃げ出すことができるのですが、「どうせ何をやってもだめなんだ。自分には力がないんだ」と考えた犬は、もう動くことができないのです。「やっぱりだめだった」しかし、「やっぱりだめだった」ではなく、逃げないからだめなのです。ところがこの世界に入ってしまうと動けなくなってきます。これが動物を使ったうつ病のモデルです。

一落ち込みをコントロールする一

ところが弱くなっているときは、「どうせだめだ」「やっぱりだめだ」と考え元気がなくなっています。こ

れを変えるためには行動する必要があるのです。しかし、行動といっても、このようなものはよくないです。



企業でも多いのですが、ついアルコールに頼ってしまうことです。朝、「仕事嫌だな」と思ってお酒を飲んで、うまくいかないから昼にまたランチビールなど飲んで、午後はウトウトしていて叱られるから、帰りにまたお酒を飲む。だんだんお酒から逃げられなくなります。ネットに入り込むということもあるでしょう。一時的に楽になるからこのような行動をとったとしても悪循環になってしまうのです。もちろん、アルコールそれ自体が悪いわけではありません。それをどのように使うかなのです。

ただ私たちの行動は、ほとんど意識しないでやっています。ですから、私たちが患者さんをお願いすることは、各時間における自分の活動を記録して、どのような行動をすると辛くなって状況が悪くなるのか。あるいはどのような行動をすることでところが晴れてうまくいくのか。これらを記録してもらって、ところが晴れるような行動を増やしてもらうようにします。よくない行動を減らすのではないのかと思うかもしれませんが、よくない行動を減らすのは大変なのです。止めようとするほどやりたくなるものです。保健師さんから「こういう食事はやめなさい」と言われると、大体は食べたくなるものです。居酒屋の前に行くと、美味しそうなメニューの写真が載っていて、一番下に「ダイエットは明日から」と書いてあるのです。「ああ、

第45回 生活習慣病指導専門職セミナー 生活習慣病「予防と治療の未来」

そうだな」と思う、これも認知です。ダイエット指導の一つの大きなポイントは、この言い訳思考をどのようにコントロールするかです。

一行動をするときのポイント一

人間の1日の行動、活動量は決まっていますから、ある行動が増えれば別の行動は減っていきます。ですから、こころが晴れるような、「やってよかったな」と思えるような行動、「楽しかったな」と思えるような行動を増やしていくようにします。それも「できることから少しずつ」というのが基本です。

<資料10> 行動をするときのポイント

◆できることから少しずつ

- 具体的な可能な範囲で計画を立てる
例) 友だちとお茶をする→友だちをお茶に誘う
- 大きな活動は小さい活動に分ける
例) 家の掃除をする: 計画を立てる→机の上を片づける→部屋を片づける

◆こころの中の障害物を取り除く

- 活動する時が近づいてきたときの気分や考えに目を向ける

◆気持ちが楽になる行動が見つからない

- 過去の体験、五感に動きかける行動(後述)をもとにリストアップ

◆五感を使う活動

- 触覚 (マッサージを受ける、陶芸をする、犬や猫を触ったり抱いたりする)
- 味覚 (最近テレビで評判のスイーツを食べる、コーヒーを飲む)
- 嗅覚 (花の香りをかぐ、隣の匂いをかぐ、香水を変える)
- 聴覚 (好きなCDを聴く、親しい友人に電話して声を聴く)
- 視覚 (夜空を眺める、昔の写真を見る)

できることから少しずつというのは、当たり前だと思いますがこれが難しいのです。一つの例を挙げると、「友だちとお茶する」と「友だちをお茶に誘う」。この違いは非常に大きいのです。何が違うかというと、友だちとお茶をするということは、友だちの都合によって結果が変わってきます。「忙しいからだめだ」と言われると失敗するのです。しかし、友だちをお茶に誘うということは、自分でできることです。

つまり、その行動は自分だけでできることなのか、他の人の行動まで巻き込むのか。これによって難易度は違ってきます。仕事でもそうですが、いつの間にか「自分で全てやらなければいけない」と思ってしまうと辛くなります。日常生活で陥りやすいのは、育児と介護です。そのときに、自分はここまでできる。ここは人の手助けを得なければいけない、あるいは相手に

任せなければいけないとなったときに、その判断ができるかどうかですが、悩んでいる人はこれが下手な人が多いのです。

また、「簡単なことから」始めてみるのもよいでしょう。今はこころが弱っているというときにはハードルを下げて、こころが晴れるような行動をしてみるとよいのです。それでも気持ちが楽になる行動が見つからないときには、少し自分を取り戻すような、つまり感覚に働きかけるような活動・行動が、こころを元気にするとされています。

最近では、「マインドフルネス」という言葉がよく使われます。これは、今ある自分の状態を自然に受け止めることができるようなこころの状態を作ろう。つまり「自分を取り戻そう」という意味です。元々は東洋の禅の思想から出てきたもので、それをアメリカ人がマインドフルネスという言葉に言い換えて現代的に使われています。

このような考えを利用して、京都で茶の湯をしている方がいらっしやいます。メンタルで不調になった人に、茶の湯を提供して自分を取り戻すという体験をしてもらいます。そうすると精神的に元気になってくるのです。茶の湯によって自分を取り戻すという体験を研究も含めてやっていらっしやるのです。その方がおっしゃるには、「茶の湯というものは、決して山の中でできたものではなく、騒がしい政治の中核であった京都で生まれているのです。つまり、喧騒の中で、あの小さな茶室の中でふっと自分を取り戻す。これが茶の湯の基本的な考えなのです」忙しい日常の中で、ふっと自分を取り戻すことができれば、こころは元気になってきます。

ただ、考えすぎているということもあります。そのときには、私たちは少し考えを整理してもらうようなことをします。まず瞬間的に考え判断したことと事実は必ずしも同じではないということを知ってもらいます。そして実際に何が起きているのか情報を集めます。全体的な情報が増えれば増えるほどの確かな判断が

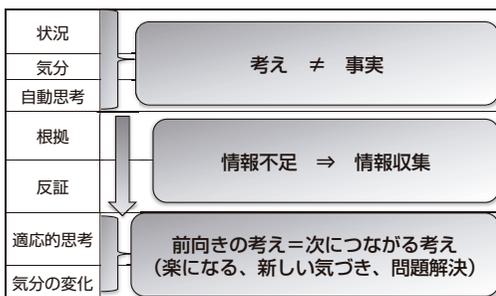
できるようになり、問題に対して的確に対処できるようになってきます。

一つの事例を示します。会社である程度の立場にある人が、うつ病になって休まれました。入社するようになっても前のように働けないので、一時期、若い人を教える立場になったのです。仕方なくやったことですが、自分が話しているときに、つまらなそうな顔をしている人がいたし質問も出なかった。うまくいってれば質問が出て、いろいろとディスカッションできたのと思い、落ち込んでしまって食欲もなくなってしまいました。

この人はなぜ落ち込んだのかというと、「うまくいかなかった」という自分の考えが事実だと思っているからです。「つまらなそうな顔をしている人がいた」という事実もあります。これでは辛いばかりなので、その時どのような状況でどのような気持ちになったのか、そしてどのようなことを考えたのかを書き出してもらいます。

<資料11>

思考記録表（一人二役：7つのコラム）



書き出すと良いのです。書くとき客観視することができます。「一人二役」と書いているのは、自分で自分にカウンセリングができる、自分が自分のカウンセラーになれるという意味です。そして気分の変化を点数で表しますが、点数をつけることで気分から少し距離を置くことができます。

私は、「こころの健康学」というコーナーを、十数年

日本経済新聞に掲載しています。つい最近書いたことですが、マルチタスクに比べたシングルタスク、逆に言うとシングルタスクに比べたマルチタスクの効率というのは、非常に悪いのだということを書きました。私たちは、一度に幾つものことをするのは苦手なので、先ずポイントを一つに絞ります。

－問題解決のステップ－

*考えを切り替えてみよう

先ほどの事例では、自分の話したことは「失敗だ」と考えました。確かにつまらなそうな顔をしている人たちがいたし、事実として誰からも質問が出なかった。私たちが「いや、そう決めつけなくてもいいじゃないですか。『だめだ』って考えたらだめですよ」と言うことは、だめ出しになってしまいます。では、どのようにしたらよいのでしょうか。それは情報収集です。情報収集も相談に乗っている私たちがするのではなく、ご本人にしてもらいます。

確かにその場では、誰からも質問が出なかったのです。でもいろいろと話をしていくと、「終わった後で質問をしてくれた人がいた。あの質問が出るためには内容の理解ができていないと無理な難しい質問だった」そう考えると少し気持ちが楽になってきます。そして、「では、次のときはこういう工夫をしてみようかな」と考える余裕も出てきます。

先ほど、うつや不安などの体調の悪さはアラームだと言いました。つまりネガティブな感情にはブレーキがかかり、逆にポジティブな感情に変わってくるとアクセルが踏まれます。ですから、ほどほどにブレーキがかかって、ほどほどにアクセルがかかるという適応的な考えというのは、「それは問題ではないかもしれない」と考えるのではなく、「確かに問題はあるけれど、こういうふうに工夫したらどうかな」という次の工夫につながるような考えなのです。これが生まれると問題にきちんと目を向けられるようになってきます。

ここでやっているのは、考えと事実は必ずしも同じ

第45回 生活習慣病指導専門職セミナー 生活習慣病「予防と治療の未来」

ではないということです。そのようなときには、きちんと情報を集めてみると良いのです。瞬間的に自動操縦で判断したものを、少し立ち止まって手動操縦に変えてもう一度見直してみようということです。そうすれば、どこが問題なのか見えてきて工夫が生まれてきます。そのために、例えば考えを裏づける事実と反対の事実を見てみたり、極端に良いシナリオ、あるいは極端に悪いシナリオを考えてみることによって、ほどほどのシナリオが見えてきたりすることがあります。他の人にどのようにアドバイスをするか、あるいは他の人であればどのようなアドバイスをしてくれるか客観視してみられるようになると良いのです。そうすると次につながる工夫や考えが生まれてきやすくなります。これが「考えを切り替える」ということです。

<資料12> 問題解決のステップ

①問題解決志向	具体的な課題
②問題のリストアップと設定	
③解決策の案出	数の法則 判断遅延の法則
④解決策の決定	
⑤行動計画の立案	
⑥行動計画の実行	
⑦行動計画の評価	

これは特別なことではなくて、友だちと話しているときなどは、そのようにしています。「ああでもない、こうでもない」と話していることが証拠集めになっていて、そこから新しい考えも生まれてくるし、気持ちも楽になってきます。ただ多くの場合、問題がないわけではありません。そしてその問題には直接対応しなければなりません。そのときには、まず問題を整理して解決策を考えてみます。そしてその中から解決策を選んだら計画を立てて実行してみます。これを行動実験と言います。やってみてうまくいけば良いのですが、うまくいかなければもう一度問題に立ち返ってみます。いわゆる企業でいうPDCAサイクルを回すのです。

ただここで陥りやすいミスは、課題を具体的にできないことです。例えば「うまく話せるようになりたい」というのは課題としては曖昧です。「こういう場合できちんと話せるようになりたい」と絞り込む必要があるのです。

『やまない雨はない』の著者で、ご自分のうつ病の体験を書かれた倉嶋 厚さんは、よく講演で「問題は横に並べるのではなく、縦に並べる」とおっしゃいます。

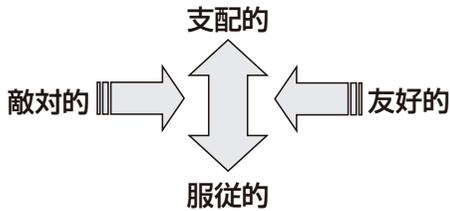
横に並べてマルチタスクにしてしまうと、「どこから手を着けようか」、「これも気になる、あれも気になる」となってしまいますが、縦に並べて目の前のものから一つひとつやっていく。その具体性が大事なのです。

もう一つ、解決策の案出には「数の法則」「判断遅延の法則」が役に立ちます。解決策はできるだけ多く考えます。100点満点の解決策がないからと悩むのではなく、できるだけ多く並べてみて、その中から良いものを選んだり、新しい解決策を考え出したりしてみます。そして良いか悪いかは後回しにして、まずは考え出してみましようというアドバイスをします。「うまく話すために、他の人にどうやったのか聞いてみようかな。だけど忙しそうだから悪いかな」と、自分で先に結論を出して、せっかくの役に立つ解決策を捨ててしまっている場合もよくあります。

一人で考えていると、どうしても単調になりがちなので、他の人に相談するというのが役に立ちますし、他の人の存在の力は大きいのです。例えば、自分の親しい人との関係が良いか悪いかでうつ病の発症率は違ってきます。地域に対する信頼、企業であれば職場に対する信頼があるかどうかでも、うつ病の発症率は違ってくるのです。ですから、人の存在の力は大きいのだという話をすると、「先生、それは分かっているんだけど、自分には信頼できる人なんていないんです」とよく言われます。いないと自分で結論を出してしまうとそこで終わってしまいます。そのときに人間関係のコツが分かっているとそれが役に立ちます。

<資料13>

対人関係の法則 (Kieslerの対人円環)



力の関係：一方が支配的になると相手は服従的に、服従的になると相手は支配的になる
 距離の関係：友好的に接すると相手も友好的に、敵対的に接すると相手も敵対的になる

資料13の横軸には「敵対的」「友好的」と書いていますが、これは感情に関係した軸で、相手に同じ反応を引き出します。こちらがニコツとすれば相手の表情も和らぎますし、こちらがむっとすれば相手の表情は厳しくなります。悩んでいるときはどうしても厳しい表情になりがちなので、ぶつかってしまうのです。自分も周りの人も穏やかに話せるように笑顔になると入ってくる情報がポジティブになってきます。「笑う門には福来る」という諺は科学的にも正しいのです。

笑顔と厳しい顔とで同じ漫画本を読むと、笑顔で読んだ方が明らかに「面白い」という評価が高くなります。姿勢によっても感情は変わってきます。これは「外から内へ」と言います。通常私たちは内から外への発想になりがちなのですが、外から内へ笑えば楽しくなるのです。笑顔になると長生きできるという研究もあり、たとえ作り笑いでも普通にしている顔の人に比べると長生きしているのです。ですから作り笑いでもいいから笑いましょう。職場でも学校でも「笑顔で挨拶を」と言われますが、これは科学的にも大事なのです。

縦の軸は力の関係ですが、これは逆の反応を引き出します。一方が強くなると、一方は弱くなります。

例えば、上司がついいろいろとアドバイスをしたり、場合によっては怒ったりするのは自然なこころの反応です。ですから、そのようなときには意識して耳を傾ける必要があるのです。悩んでいる人と話をする

ときも同じです。悩んでいる人が自分の気持ちをきちんと伝えるのが難しいというときに、私たちはどのようにしているか思い出してみましょう。大体は強い言い方と弱い言い方を頭の中でシュミレーションしながら、ほどほどの言い方を見つけています。それを意識してみると良いのです。

<資料14>

自分の想いを伝えたい状況

強い言い方

弱い言い方

自分の気持ちや考えの伝え方を工夫しましょう (アサーション)
 (青森県南部町住民用チラシ、田中江里子)

ほどほどの言い方

Copyright (C) 2011 Yutaka Ono All Rights Reserved

資料14は、私がずっと一緒に活動してきた青森県の南部町で配られた住民向けのチラシです。ニンニクの特産地でニンニク夫婦がけんかをしているという図です。「電球がきれたから替えてって何でも言ってるのに、まだ替えてくれないの!？」とニンニク妻は怒っています。ニンニク夫は電球を買ってきているので怒鳴り返したいところですが、それではけんかになってしまうし、「ごめんなさい」と謝ってもどうもダメそうだな。そのように頭の中で素早くシュミレーションして、「遅くなって悪かったね。品切れでさ、今日やっと手に入れたんだ」と、ほどほどの言い方を元気なときには頭の中でやっています。これを意識してみると良いのです。

一気持ちや考えを伝えるときのコツー
 ミ・カン・ていいな

しかし、なかなかこのような良い言い方が見つからないときは、資料15の愛媛県イメージアップキャラク

第45回 生活習慣病指導専門職セミナー 生活習慣病「予防と治療の未来」

<資料15>

気持ちや考えを伝えるときのコツ ミ・カン・てい・いな



ター「みきやん」を思い出してもらいたいのです。

気持ちや考えを伝えるときのコツは、「見える事実」を伝え、事情を分かってもらいます。そして「感じている気持ち」を伝えます。そこで提案すると受け入れられやすいのです。「遅くなって悪かったね」というのは感じている気持ちです。「品切れでさ、今日やっと手に入れたんだ」という見える事実が伝わると、「ああ、そういう事情だったのか」と、相手にも気持ちが伝わりやすいのです。このようなコツを身につけてもらうと、地域でも職場でも良い人間関係ができるようになってきて、うつや精神的な不調が減ってきます。

がっかりして、自分はダメなのだと考え落ち込んでいる人には、まず共感をして、ここに寄り添い、何が問題か一緒に考えて現実を見ていくように手助けします。

共感のコツは、「言い切り」です。言い切りということは疑問形ではないということです。疑問形だと「あなたの言っていることが分からない」というメッセージになってしまいます。例えば、「この仕事は、あなたに向いていないんですか?」、「プレゼンがうまくいかなかったからって、がっかりするんですか?」と言ったらどうでしょうか。これは、あなたの言っていることが分からないというメッセージです。

ですから、分かったときには言い切りです。「プレ

ゼンがうまくいかなかったんですか。がっかりしたでしょうね、辛かったですよね」と共感の言葉をしたあとに、相手の反応を見て、「そのときの様子を少し教えていただけますか」と現実と一緒に検討していきます。

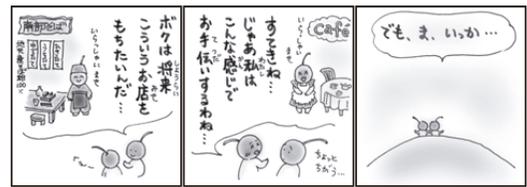
共感のコツは、相手に寄り添い、現実と一緒に見ていくことです。なぜ寄り添うことが必要かということ、現実はずしも楽観できないからなのです。ですから人は、人の存在、人の支えが必要なのです。

うまく共感したつもりでも、相手から、「でも…」という反応が出てきたときには、少し気を付けて、もう一度相手の気持ち・考えに目を向け直す必要があります。「でも」というのは否定する言葉です。相談にのっている人が、「でも、そんなこと考えちゃダメなんじゃないですか。考えを切り替えたらどうですか」と言うと、相手を否定することになってしまいます。

<資料16>

人間関係には「がっかり」もあることを 忘れないようにしましょう

どんなに親しくても、「いつも完全にわかりあうこと」はできません



Copyright (C) 2011 Yutaka Ono All Rights Reserved

資料16は、南部町の特産であるサクランボを生かす形で認知行動療法の考え方を取り入れたチラシです。私たちは、いつもみんなと気持ちが通じ合えるわけではありません。親しい人たちでも気持ちが通じないこともあります。仲の良い若い二人が、「将来一緒にお店を持ちたいね」と話しているときに、一人は蕎麦屋さんをイメージしています。でも、もう一人がイメージしているのがカフェだったりします。つい私たちは

ここで喧嘩をしてしまいます。そのときに「まあ、いいか」と思える「ほどほど感」が大事なのです。「いつも仲良くしてないといけない」「なんでも分かり合えないといけない」と考えると辛くなります。ここでは、仲の良い二人と一緒に何かをするということが大切なことです。その大切なこと、つまり大目標を見失わないようにするのが大事なことです。

－こころの健康教育にかす－

ここまで認知行動療法のお話をしてきました。これを職場でどのように活用したらよいのでしょうか。

企業等で大問題になっている「プレゼンティーイズム」と呼ばれる、出社はしているのだけれどもメンタル不調のために力を発揮することができず、生産性が低下している人たちの数が非常に多く、企業の大きな損失になっているという問題もあります。

<資料17>

職域での一次予防

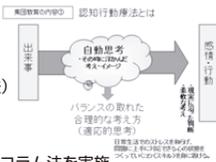
集団教育を実施し、その後個人でI-CBTを実施する。

● 集団教育

- 実施時間：120分
- 教育内容：CBTの基礎知識教育
+ 実習（コラム法）
- 形式：5～7名のグループで受講

● I-CBT

- 実施内容：集団教育修了後、I-CBTでコラム法を実施。
- サイト「うつ・不安ネット」を利用。自宅でも実施可。
- 実施期間：集団教育後、1カ月間
- 実施回数：3回以上を推奨
- I-CBT実施期間中、産業医よりブースターメールを配信



そこで私たちは、このような研究をしてみました。それは、認知行動療法を1対1の面談で行うのではなく、集団で行って、その後、私が監修しているインターネットを活用して自己学習をしてもらいます。このとき、「考えを切り替える」ところをメインに行います。私のインターネット・サイト（認知行動療法活用サイト「こころのスキルアップ・トレーニング:I-CBT」）では、毎週メルマガが送られるので、そこに保健スタッフがメッセージを載せるという形での研究です。

「心理的ストレス」を定量的に測るK6という指標を用い、K6の点数が4点以下の人たちは、いわゆる健康な人たちですが、その人たちをランダム化し調べてみると、仕事のパフォーマンスが上がった、つまり仕事に対する自己評価が高くなっているという結果が出ています。

もう一つ別の企業の例ですが、認知行動療法の研修を行うと、確かに職場のうつ度は改善するのですが、ところが、1回だけの研修では元に戻ってしまうのです。それを戻らないようにするために、インターネットを利用した自己学習をしてもらおうと、それが定着します。つまり、健康な人のパフォーマンスを上げて、こころが疲れた人のうつ度を改善することが研修でできるようになります。

<資料18>

研究結果のまとめ

- ・ こころが健康な人
⇒パフォーマンスの向上
- ・ こころが疲れた人
⇒うつ度の改善
⇒継続利用で効果が持続
- ・ コンピュータを活用した認知行動教育
⇒プレゼンティーイズムの改善

－ストレスチェック制度との関連で活用する－

職場でのストレスチェック制度が2015年12月から義務化されました。質問紙形式のストレス評価の質問紙に答えて高ストレスと判定された社員が申し出れば、事業者は産業医などの医師の面談を受けられるように手配し、その医師の判断に沿ってしかるべき対応をするという仕組みになっています。

労働者のこころの健康を守るという意味でストレスチェック制度は有意義ですが、問題が多い仕組みでもあります。ストレスチェックの質問紙は、仕事の質と量、人的サポートといったストレス要因と、ストレス緩

第45回 生活習慣病指導専門職セミナー 生活習慣病「予防と治療の未来」

衝要因としての人間関係、そして心身の反応として現れるストレス反応から構成されています。しかし、その制度は必ずしも高くありません。

ストレスチェック制度で問題になるのは、高ストレスと判定された社員の自己申告制と産業医の対応能力です。自己申告制について言えば、今の日本の職場で高ストレスと判定されて事業者の名乗り出る社員は多くありません。ですから、保健スタッフは、社員が事業者の名乗り出なくても通常の産業保健相談の流れの中で相談できる仕組みをきちんと作っておく必要があります。

ストレスチェック制度などで高ストレス状態にあると判定された労働者が思い切って申告したとしても、その社員に面接をする産業医が適切に対応できるかどうかも疑問です。産業医がストレス対策や精神医学に関する十分な知識を持ち合わせていないこともありうるからです。

だからといって、外部にストレスチェックを委託した場合、そこで面接をする産業医は企業の内情がわからず、適切な判断ができる可能性は低いと考えられます。

そうした状況を考えると、医師だけではなく、保健スタッフが簡易型認知行動療法のアプローチを身につけて、通常の産業保健業務を行ったり、産業医の高ストレス者面談のサポートをしたり、高ストレス者のフォローアップを行うなど、チームによる「面」の支援の仕組み作りが必要になってきます。

また、休職者に対しては復職前の支援、いわゆるリワークが行われます。しかし、リワークをしても再休職をする人が多いので、そのような人に認知行動療法を提供してはどうかと考えています。

最初は、認知行動療法の導入や疑問点への助言をスタッフがいき、認知行動療法のスキルの習得は「こころのスキルアップ・トレーニング【こことレ】」などのウェブによる自主学習を通して行うというモデルを用いて、再発予防効果の研究を始めています。

インターネット支援型認知行動療法は、働く人や地域住民のこころの健康を守り高めるために集団教育で活用できる可能性があるだけでなく、ストレスチェックで高ストレス者と判定された労働者への面接や、復職支援や復職後支援、就労支援でも活用できます。

最後にご紹介する「簡易型認知行動療法実践マニュアル」は、こころの健康教育に活用するにはどのような方法がよいのか、それだけではなく、食事・運動教育に活用するにはどうしたらよいのか、睡眠教育に活用するにはどうしたらよいのかなど、今日お話しした内容について詳しく書いたものです。また、インターネットと連携して、インターネットから情報をダウンロードできるという工夫もしています。本書が、保健や医療、福祉、教育の領域で活躍されている皆様のお役に立てることを願っています。

(2016.11.2 イイノホールにて大野裕先生講演要旨)

著書の紹介

専門職からピアまで！「簡易型認知行動療法」が1からわかる！
保健、医療、福祉、教育にいかす

簡易型認知行動療法実践マニュアル

1. 簡易型認知行動療法の進め方が具体的にわかる
2. 専用サイトの資料や動画が活用できる

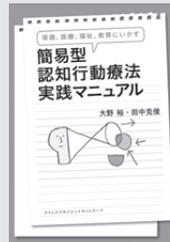
日本認知療法・認知行動療法学会理事長

大野 裕 著

北里大学 大学院医療系研究科
産業精神保健学教授

田中克俊 著

定価(本体1800円+税)
発行: ストレスマネジメントネットワーク
発売: きずな出版



生活習慣病重症化予防対策体験セミナーを開催

当会は、保険者の方々が取り組んでおられるデータヘルス計画の一環として、糖尿病などの重症化予防対策をご支援させていただくための生活習慣改善セミナーを企画しておりますが、この度、健保組合または企業において健康管理・保健事業の企画運営に従事されている方々に、まずは実際にご体験いただき、次年度の事業計画のご参考にさせていただくことを目的とした“生活習慣病重症化予防対策体験セミナー”を下記の通り開催いたしました。

開催日 平成29年10月6日(金) 10:00~16:00
会場 中央区立総合スポーツセンター(東京都)
参加者 46名(39健保組合、4社)

プログラム

実施内容・講師	
●開会あいさつ・本セミナー趣旨説明	
●講義 “生活習慣病とその予防” 講師 田中 逸 聖マリアンナ医科大学教授 (代謝・内分泌内科) 同大学糖尿病センター長	
●昼食 食事の準備は当会でいい、一部実際の生活習慣病予防のための食事体験を実施	
●講義と実践 “生活習慣病の予防と運動” 講師 平木幸治 聖マリアンナ医科大学病院 リハビリテーション部主査 理学療法士(専門理学療法士)	
●グループトーク ●質疑応答	
●次年度本セミナーのご案内	



田中逸先生の講義



平木先生のトレーニングバンドを使った運動指導



グループトークの様子

当会の次期理事を改選

去る6月27日(火)に、当会の評議員会を開催し任期満了を迎えた理事の改選を行った結果、次期理事が右記の通り選任されました。

また、引き続き行われた新理事による理事会において、次期理事長および次期常務理事が、同じく右記の通り選任されました。

理事長 佐藤 元彦(留任)
 常務理事 佐々木 亨(留任)
 常務理事 五寶 誠一(留任)
 理事 山口 祐司(留任)
 理事 西 忠久(留任)
 理事 大海渡 憲夫(留任)
 理事 谷田 光義(留任)
 理事 佐々木 克之(留任)
 理事 中村 哲生(留任)
 理事 野口 京子(新任)

学術顧問についてのお知らせ

当会の新しい学術顧問として、聖マリアンナ医科大学教授・同大学糖尿病センター長 田中逸先生に本年6月16日付でご就任いただきました。

当会の学術顧問として、およそ30年間に亘りご指導をいただいた岡山大学名誉教授 青山英康先生が、去る8月6日にご逝去されました。

役員一同心よりご冥福をお祈り申し上げます。



健康になるための理論は わかったので、次は？

野口 京子

文化学園大学教授／保健学博士

■オリンピックと同じように、4年に1回、国際心理学会議が開かれます。昨年の夏、48年ぶりに日本がホスト国となり、横浜パシフィコ国際会議場で第31回会議を開催し(参加国:95カ国、7894名)組織委員会のなかの会場委員長と、その前日の2日間同じ場所で開催した第6回アジア健康心理学会議(参加国:31カ国、508名)の大会委員長を務めました。予想外の出来事、地震や台風などの天災への対応の準備、杞憂も含めて、準備に6年かけた会議を乗りきった後、心身の回復にはかなりの日数がかかりましたが、振り返れば「小さな達成感から大きな達成感へ」「終わりよければすべてよし」の心境です。

■両会議に出席の健康心理学者も多く、会期中、各国の参加者と話す機会がありましたが、彼らと悩みは同じでした。今、健康を専門領域とする人々にとって、生活習慣病の予防、治療の進め方が実践の重要課題となっているようです。

健康の定義が「心理的・身体的・社会的ウェルビーイング」であることはすでに多くの人が知っていますし、健康に良い行動は何か、悪い行動は何か、どうすれば健康増進・疾病予防が達成できるか、食事や運動、心の在り方まで、様々な分野の研究結果が発表されています。知識として知っていなければならないことはほぼ出そろいました。知識も方法も十分に語られているので、あとは、健康に良いと知っていることを各自がどのようにして実行するか、そこが問題なのです。

私たちが行動を変える方法として、動機を高める、環境を整える、教示を得る、抑制を解く、モデリング、強制、またはその組み合わせなどが挙げられますが、頭でわかっているにもかかわらず、あるいはできない人を動かす方法が開発されていないのです。人はどのような時に自分を変える決心をするのでしょうか。行動変容の強い原動力は何でしょう。

それは一人ひとり異なるので、カウンセリングの手法を取り入れることが必要だという話になりました。

カウンセリングは、人が変わりたいと思う時に用います。伝えたいことを相手に伝える能力が必要です。個人にも、条件が似ている集団にも適用できます。

以前、コロンビア大学のボリンジャー総長が、世界各国の多くの同窓生と直接顔を合わせ、よりよい世界に変えていく力を強め、その志を共にしたいと、同窓会に合わせて来日しました。真に伝えたいときは“face to face”が重要だという講話を聞いて、私たちも何か訴えるときには、この“face to face”をもっと大切にしなければと思ったものでした。

交流分析の再決断派のボブ・グールドینگとメアリー・グールドینگ夫妻は、最初に参加したワークショップで、「真の実践家は、いろいろな理論を中学生にわかるように伝えることができる人、心理療法に関して、それが必要な人に自分がやってみようと思わせることのできる人」と教えてくれました。

親日家のストレス学者リチャード・ラザルスに、童話や民話の主人公や動物たちが苦難を乗り越えていくあらすじと、ラザルスのストレス対処の8つの型がそれぞれ結びついていると話したら、「偉大なるラザルスよりずっと昔に、すでに立派なストレス学者がいて、子どもたちにわかりやすく伝えていたのだね」と大笑いしたことを思い出しました。

■診断し薬を処方してくれるのは医者でも、病気を治すのは自分自身です。バランスの良い食事を摂ることを教えてくれるのは栄養士でも、食べるのは自分自身です。運動をすることが大切と運動指導士が指導してくれても、動くのは自分自身です。そこに気づいて、良い行動を身につけた自分の姿、将来の自分の健康な姿を描いてほしいと思います。

私たちがこれから考えていくことは、「実行する力」をいかにして引き出すかですね。実践法も、「やらねばならぬ」から「やってみたい」へ、そして、楽しみながら少しずつでも前に進めるプログラムをつくり、たとえ3日坊主の連続でも、続けていくことで、小さな達成感から大きな達成感が得られるでしょう。