

No. 59

Practical Psychology for Diabetes Clinicians より

⑱ 「多理論統合モデル（変化ステージモデル）・準備期」

福井県糖尿病対策推進会議 幹事 夏井 耕之

多理論統合モデル（変化ステージモデル）に基づく療養指導のヒントを続けます。

ステージ（原語）	定義1	定義2	より具体的な状況	日本語訳出語
Precontemplation	6ヶ月以内に行動変化を考えていない。	始めるつもりはない、できない。	<ul style="list-style-type: none"> ・抵抗がある ・認識していない ・意欲がない ・意気阻喪 ・考えたくない 	前熟考期
Contemplation	6ヶ月以内に行動変化を考えている。	始めるつもりだが、迷っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・遅らせる ・迷っている ・わかっているが準備ができていない 	熟考期
Preparation	1ヶ月以内に行動変化を考えている。	すぐに始めるつもりがある。	<ul style="list-style-type: none"> ・少し始めている ・始めるつもりがある ・基準に達していない 	準備期
Action	行動変化を起こして6ヶ月以内。	始めている。ただし6ヶ月以内。	<ul style="list-style-type: none"> ・基準とする行動が始まっている ・エネルギーを投入している ・後戻りが最も多い 	行動期
Maintenance	行動変化を起こして6ヶ月を超える。	始めている。6ヶ月を超えている。	<ul style="list-style-type: none"> ・新しい行動の安定化 ・自信大 ・再発を防ぐ 	維持期

今回は、この表の三段目、準備期（Preparation）について解説致します。

prepare、で準備する。in preparationで「準備中」。もうすぐ開店します、ただいまいろいろと用意しています、というところです。1ヶ月以内に行動を変化させるつもりがある。まだしていないがすぐに始めるつもりがある（ただし、内服・運動・食事・インスリン療法など、何か1つの行動について）、という時期を意味します。

また、すでに始めてはいてもまだ望ましい基準に達していない、それを徐々に近づけていこうとしている場合も含まれます。変化ステージモデルは、もともと禁煙プログラムのためのもので、「できているかそうでないか」は一目瞭然、

できている「望ましい行動」＝禁煙、ですから、できている／できていないは綺麗に二分されました。しかし糖尿病セルフケアにおける「望ましい行動」は、半分できている、やりかけているがまだ十分でない、という過渡的状況が含まれますね。一日1600kcalが望ましいが、以前より減っていてもまだ1800kcalは食べている、という状況、あるいは一日3千歩ほどは歩けるようになってだんだんと増えている状況、など。療養についてある程度学習し、習得していかなければできない。それは単に「決心した」というだけの段階ではなく、行動（期）にむかって「助走」する期間もここに含めるのです。

・まあ、ちょっと食事を減らしてみようか、言

われた薬も飲んでみようかな。

- ・全然動いていなかったけれど、ちょっと歩き始めてみよう。でもいきなり一万歩は無理。
- ・SMBG自分でしてみた、でも手順はややこしいし、痛いし、血がでるのはいやだなあ。

行動を(変えないよりも)変えたほうがよい、変えよう、と決心できた状態です。

これは、

得られる利益(価値) = 行動を変える方がよいとする考え(Pros という)

不利益(障害) = 行動を変えないほうがよいとする考え(Cons という)

の対立の迷いから一歩すすみ、ProsがConsを上回りはじめ、変化していこうとしている時期です。そのためにはどんな行動が必要なのか、具体的な課題や目標を明らかにしていく時期、つぎの行動(Action)に対しての準備(Ready)段階です。だから未だ変化していないがすぐにも変化するつもりがある(1ヶ月以内)、という人がこの段階に含まれます。

その一方で、「まだ自信がない、本当にできるのかどうか不安、失敗するかもしれないと心配している(Fear to failure)」のであり、こりゃ駄目だと感じたら、すぐに撤退する(前の熟考期や前熟考期に)準備もできている(Be Ready)わけですね。

少しでもProsが上回れば望ましい方向へ変化しますが、逆に少しでもProsが減る(Consが上回る)と後戻りするのです。石井先生はいわれます。「行動変化はらせん状に進んでいく。進んでいるようにみえて、下の方向へ戻っている。踏み外せば元に戻る。変化は常にダイナミック(動的)である。」と。

1、Don't: このステージではいけない関わり方

1) 決断を無理強いしない(エンパワーメント参照)

→できる限り決断は自由意思で、本人の「必然としての」選択であるべきです。

自分で決断した事こそ長続きするし、管理の中心は自分であり、その結果には自分が責任を負う、という想いが不足すると、うまくいかなかった時や辛かったとき、提案(指示)した他人のせいにしがちになるものです。

「だから私はやりたくなかったのに…」

「副作用がいやだったのに…」

「よくなるって保証されたからやったのに…」

などの表現は、単に治療効果について言っているだけではなく、指示した我々との関係性や信頼性について言及しているのです。

「あんたがあんまりやりなさい、とやいやい言うもんだから(失敗したのはあんたのせいだ)。」

決断は「終わり」「上がり」ではなく、そこから「始まり」であり、そこから本人なりの問題解決努力が必要です。だからこそ自分自身で「やる」と決めなければならない。

2) 小さな行動変化を不十分だと言わない

→準備期、それはあくまで「準備段階」「開店前」「助走期間」です。

「それくらいではあまり治療の足しにならないね」

「その程度ではまだ血糖は下がらないよ」

等と言わないようにすべきです。こういった言い方は、変化への芽を摘むことになるでしょう。

「これくらいで今は精一杯なのに、それがダメなんじゃ、もうやる気になんてならないよ。」

…

→重要なことは、「量的変化」(どのくらい効果的な変化がおこったか)ではなく、「質的变化」(しない→する)なのです。最初は「量」のことは問わないようにしなければ。

3) 非現実的な目標を立てない

→その患者さんに変化の兆しが…そこです

ぐに「じゃあ、明日からご飯を一回150gにして、おかずのタンパクは2単位ずつにして、間食やめて、1時間一万歩歩きましょう」などと、患者の能力や置かれた状況を見殺しした目標を提示したらどうなるでしょう。その患者さんは「ちょっとその気」になっただけなのに、医療側が嵩にかかってやいやいいうと…やはり躓くことになるでしょう。その患者さんごとの変化のスピードに留意して計画を立てるべきです。

4) 大まかな行動目標を提示しない（エンパワメント「ステップ5評価」参照）

→これも非常に特徴的で留意すべき点です。前項3)と逆のことを言っているようですが、

「もっとカロリーを減らしましょう」

「食事療法を頑張りましょう」

「運動量を増やしましょう」

「頑張ってください」

などのような曖昧な目標を立てるのは良くないとされます。こういう言い方は、医療側はあまり深く考えることなく、さらりと口に出せるし、患者さんもまた自動的に返事ができる。

「はい、わかりました」

→ところがこれでは、実際にどうすればいいのかはわかりませんね。気持ちだけ頑張っているということになりますし、この次のセッションで、評価することもできません。

「ガンバレました?」「はあ」…

→先にも述べましたが、あくまでも患者自身に決めてもらうとして、いつ、どこで、なにを、どれくらい、というふうな、後ほど「定量的に」評価可能なような目標とすること。あとでもう一度述べます。

5) 行動を促進する手段としての「罰」は原則として用いない

→「次までにちゃんとしてこないなら、もう診てあげませんよ」

「こんな無駄な時間はもうとらないことに

します」

→このような態度は相手を罰すること、相手に強要することになります。百害あって一利なし、相手（と自分と）を感情的にし、不安がらせ、変化の芽をつみ、物別れ・中断にも至るでしょう。そうではなく、以下「勧められる関わり方」で述べるような、援助、強化、ステップアップ、と言った観点をを用いることです。

2、Do：このステージで勧められる関わり方

1) 決断を援助する

→何度も繰り返しになります。患者が自分の意思として選択し、決断すること、「するかしないかは自分の意思で決定できる」と思える事が重要なのです。

→「だれもあなたに強制できない」ということを保証しつつ、一緒になって考え、Prosを増やしConsを一つでも減らしていく。これが必然的に決断を援助する、「やろう」という気持ち/Commitmentに自然とつながるわけです。

2) 糖尿病教室に入る / 糖尿病教育を行う

→この段階に至れば、これ以前のステージでは必然ではなかった、「情報」「知ること」も、Prosを増やしConsを減らすことにきわめて有用となってきます。逆にいえば、このときにこそ、情報を与え、行動変化にとって障壁となっている誤解や思い込みを訂正し、欠如している知識を増やすような指導が重要になってくるのです。

→そのためには、患者のNeeds（なにを必要としているか）を知る必要があります。そしてNeeds（患者さんが求め必要とするもの）の質を高め、糖尿病教室にも自分から積極的に知識を求めて参加できるように援助することが重要です。食品交換表が読めるようになって、いろいろな食物の一単位当たりの重量がわかるようになることも必要ですが、それよりもその患者さんがいつも食べている、興味を持って

いる食品のカロリーを知ることのほうが興味深いし、変化に繋がりがやすいでしょう。また、「実際のインスリン注射がどのような手間で、どれくらい痛いものか」を知るとはインスリン製剤おのおの薬理学的特徴を知るよりも、自己注射への障壁を下げる（Consを減らす）ことに繋がるのではないのでしょうか。

→糖尿病教室は、単に講義形式の集団指導ではなく、患者が参加し、共同で作り上げていくと（みんなで運動、バイキング、目や歯の模型見学、インスリン試し打ちなど）、非常に有効となるでしょう。

「すべてを覚える必要はありません、今自分が興味を持っている、必要と思う、自分の役に立つところを学んでください。」「またあとで、必要となった時に、思い出したり本を開きなおしたりしていただければよいです。」

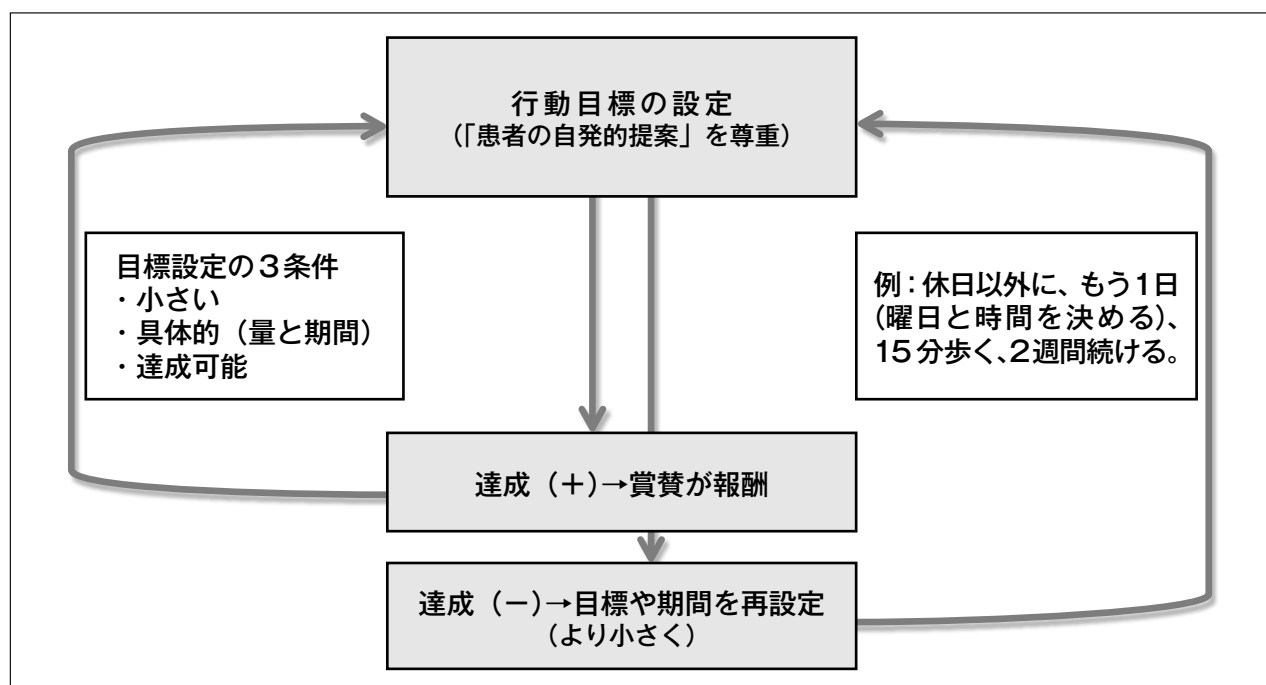
3) 段階的に目標設定

Don't 3) 非現実的な目標を立てない、の裏返し、ですね。

→この時期の患者さんは、しくじった、だめだ、無理、と思った時に熟考期や前熟考期に撤退（後戻り）します。したがって、「無理だ」「できない」と思わせたら失敗なのです。そこで、1、具体的で 2、到達可能な目標をまず設定することです。

→「主食を減らす」というような漠然とした目標でなく「まず毎日夕食のときだけでも主食を計量してみる」「週に一回、午後、昼食後に、一回15分、自宅の周りを歩く」など、ごく具体的・即物的で、その時の患者にとって到達可能な目標を設定します。それは、（その結果が小さくても）、あとで検証できるようなものです。

→そして、できたことについては積極的に評価（賞賛）します。行動心理学でいう「強化」の原則です。



行動目標設定法

糖尿病医療学入門、石井均 2011 P134 図3-10

行動学的方法が成功するかどうかで、重要な鍵となるのは計画の立案である。計画は、具体的、小さい、実行可能なものとする、および患者と一緒に考えることが必要である。

そして最終的には、いくつかのプランの中から患者が選択することが決め手である。その後は再び実行可能かどうかを確認する。それでも成功しなかった場合は、もう一度計画を見直して、「実験」する。

→それでもうまくいかなかった場合には、目標をさらに小さく、手近に、設定し直します。こうして、小さな行動変化を強化し、増幅し、連続的に新しい行動を形成していくことが重要です。前頁の図をご参照ください。

4) いつから開始するか決める

→決断したら、いつから始めるか、どのように始めるかについて具体的な援助します。その変化、新しい行動を、実際に、いつ、(どこで)

開始するのか、はっきりと患者さんと「契約」する、言葉に出して、確認し合います。

→今日帰ったら、明日から、次の会議のときから、今度夫と話し合いをして、など……こうすることによって、まださまよっていた決断の「背中を押して」あげ、やっぱりやめた、と後ろを向きにくい心持ちになるよう援助できるでしょう。

今度こそ… ~いつやるの、「今」でしょ~。

では、次回は「行動期」について解説致します。