# 糖尿病患者の生き方支援
## －支援技術研究の立場から－

橋本佐由理*

# Diabetes Patient's Lifestyle Support : a Study Focused on Support Skill

*Sayuri Hashimoto
*Graduate School Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

**キーワード：**

| | |
|---|---|
| 糖尿病患者 | diabetes patient |
| 生き方支援 | lifestyle support |
| 支援技術 | support skill |

## Ⅰ．糖尿病患者への生き方支援の必要性

国際糖尿病連合の報告によると，世界で2.85億人の糖尿病患者がおり，2030年には4.35億人と爆発的な増加を予測している。糖尿病は，腎透析新規導入の４割以上，視力喪失の後天性原因の第１位となっており，糖尿病への効果的な支援法を開発することは社会的意義が大きいであろう。糖尿病は，本人の生活習慣が大きな影響力を持つことは自明であり，その治療は，食事や運動や薬物療法を駆使しつつ，患者の個々の不健康行動を健康行動へと改善することを目標としているのが，糖尿病患者に対する従来型支援法である。

健康的な生活習慣が糖尿病の発症を抑え，生活習慣への強力介入により予防や改善につながることは，先行研究においても1990年代から前向き調査などによる報告が多くなされている[1－4]。しかし，今でも全世界で糖尿病の患者数の増加率が低下する気配はない。それは今までの医療モデルが，本人の生き方を決定づけている自己イメ

＊筑波大学大学院人間総合科学研究科　ヒューマン・ケア科学

ージ脚本を変更することなく，医療者が患者に対して，現実の下位行動（間食をしない，禁煙をするなど）だけを変えることで検査アウトカムを求めるコンプライアンスの要請による治療モデルであるためであろうと考える。これまでの治療モデルでは，過食や飲酒，運動などの日常生活習慣である下位行動のみの変容によるものであり，それはストレスを伴う上，患者は医療者からの評価を気にして，周りに認められ評価されることに重点を置いた行動となる。そのため，かえって患者の他者報酬追求型志向を強化していると考えられる。

ヘルスカウンセリング学の視点から言えば，生活習慣病はストレス性格病と捉えられる[5)]。他者報酬追求型志向は，もともと執着気質（生真面目で完全主義，強いこだわりを持ち，自分にも他人にも厳しい）が強く，ストレス性格を持ち合わせている患者のストレスをより蓄積させ，中長期の検査結果の悪化原因となったのであろう。これまでの医療モデルである治療モデルでは限界があると考えられ，患者の自己イメージ脚本の変容を通して生き方変容までかかわる成長モデルを考えなくてはならない。

したがって，患者のストレス性格の変容や自己イメージ脚本の変容を促す心理的介入を治療の中に加えることが必要だと考えた。

## Ⅱ．糖尿病患者への心理的介入

先行研究を概観すると，これまでにも糖尿病患者への心理的介入の必要性は言われてはいるが，心理専門家と非心理専門家による心理的介入の血糖改善効果のメタ解析の結果[6)]，心理療法の専門家でも非専門家でもどちらの心理的介入においても効果の差がなかったと報告された。その研究で取り上げられた心理的介入は，認知行動療法，カウンセリング，心理療法などであったが，その質の低さを報告している。必要性があることはわかっていても，患者への既存の心理的介入があまり効果をあげられていない点，また，質が低い点が課題であると言える。

また，既存の心理的介入研究では，期間が長期にわたり，介入回数も多いことが特徴である。例えば，Hartwellら[7)]のⅡ型糖尿病患者に対する介入では，栄養士や運動指導者により10週間に14回の認知行動療法のセッションが行われている。Whiteら[8)]の介入では，心理専門家により６ヶ月間に16回のグループ・マネジメントセッションによる介入を行っている。その他にも，半年間に10回以上の介入を行うプログラムが多く見られる[9) 10)]。このような長期に渡り，定期的にセッションを受けるという介

入では，研究という枠組みでは検証できたとしても，実際に活用するには現実的ではなく，継続の難しさやこの方法ですべての患者に対して支援をするには限界があるであろう。

従来型支援ではなく，自己イメージ脚本を自己報酬追求型に変容させ，ストレス性格を軽減できる効果的な心理的介入法が求められている。自己イメージ脚本を変えて生き方変容を支えるには，必然的に，常識的な顕在イメージ脚本のみではなく，スピリチュアルな潜在イメージ脚本にもかかわることになる。

そこで，本研究では心理的介入法として，これまでにガンなどの生活習慣病[11) 12)]や心因性視覚障害[13) 14)]などの患者のスピリチュアルな潜在イメージ脚本への介入も加えることにより効果を検証してきたSAT法[5)]による支援を取り上げる。糖尿病患者に対してSAT法による介入を実施し，血糖指標の短期及び中期予後を検討し，本心理的介入法の生き方支援や健康支援への効果を検討する。

## Ⅲ．研究方法

### １．対象者

介入群は，生活習慣病専門クリニックで医師の紹介による血糖コントロール不良患者と自ら希望した女性患者21名（61.86±8.76歳）である。薬効による影響を避けるために介入前後６ヶ月間に投薬変更がない患者を対象とした。

非介入群は，2005年と2007年の同クリニックで筆者が行った糖尿病患者の心理特性に関する自記式質問紙調査において，２回とも協力の得られた糖尿病患者群n=143から，介入群と年齢，発症年を極力マッチングし，季節による影響と投薬変更による影響を防ぐため介入群のカウンセリング介入月と合わせたデータとし，その前後６ヶ月投薬変更がない女性糖尿病患者を全て抽出した（35名，64.14±7.21歳）。

介入群は，研究倫理審査の承認を得て，研究概要説明を行い，同意書の提出された者であり，非介入群は調査票の回答をもって同意を得た。

### ２．介入方法

介入群には，200X年３月～翌年末までの期間中にヘルスカウンセリング学会公認健康心理療法士資格を持つ筆者らがSAT療法介入（１回２～３時間程度）を行った。

非介入群は，通常の外来通院治療である。

### ３．調査項目

１）基本属性：年齢，現病歴，合併症の有無

２）身体的データ：体重，HbA1c値

３）SAT療法介入時の逐語録による質的データ

### ４．分析方法

両群のベースライン値に年齢及び体重には有意差はないが，HbA1c値に有意差が見られた（介入群7.74%，非介入群7.19%，Mann-Whitney検定$p=.011$）。そのため今回は，介入前２ヶ月間の平均値（ベースライン値）と２～４ヵ月未満平均値（短期予後），４～６ヵ月未満平均値（中期予後）を群別にノンパラメトリック検定で検討した。それぞれの群において，まず，Friedman検定を行い，有意であった場合には，Wilcoxonの符号付き順位検定を行った。そして，$p$値の評価基準についてBonferroni補正を行った。

## Ⅳ．結　果

表1-1 および 表1-2 に基本属性ならびに体重およびHbA1c値の変化を示した。

介入患者群の体重は有意な変化はなかったが（Friedman検定$p=.168$），HbA1c値は有意な改善を認めた（Friedman検定$p=.000$，多重比較：ベースライン値と短期予後$Z=-3.809$, $p=.000$，ベースライン値と中期予後$Z=-3.842$, $p=.000$）。非介入群は，体重もHbA1c値も有意な変化を認めなかった（Friedman検定$p=.990$，$p=.083$）。

介入群のHbA1c平均値は，ベースライン値7.74％，短期予後7.06％，中期予後7.09％であり，非介入群では，順に7.19％，7.03％，7.07％であった。

表２には，介入対象者からランダムに抽出した糖尿病患者６名分の介入による気づきなどをまとめた。

## Ⅴ．考　察

本研究介入効果の検討は，介入群と非介入群のベースライン値が異なったため，別々に分析せざるを得なかった。ベースライン値が異なるのは，投薬による治療を中心としている場合に，数値が悪化すると投薬量を増やすのが通常であるた

**表1-1　介入群の属性および体重とHbA1cの変化**　　介入群　n=21

| 年齢 | 性別 | 糖尿病発症年 | 合併症 | | | その他の合併症 | 治療 | 型 | 平均体重 | | | 平均HbA1c値 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 神経障害 | 網膜症 | 腎症 | | | | ベースライン | 短期予後 | 中期予後 | ベースライン | 短期予後 | 中期予後 |
| 42 | f | H19 | − | − | − | なし | 運動食事 | Ⅱ型 | 62.00 | 59.00 | 57.00 | 5.65 | 5.30 | 5.60 |
| 50 | f | H13 | − | − | − | なし | 内服薬 | Ⅱ型 | 69.00 | 68.00 | 68.30 | 8.46 | 7.50 | 7.20 |
| 54 | f | H13 | − | − | − | 高血圧 | 内服薬 | Ⅱ型 | 73.00 | 72.50 | 72.30 | 9.00 | 7.40 | 7.75 |
| 54 | f | H12 | − | − | − | 高血圧・脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 61.60 | 62.00 | 61.00 | 8.33 | 7.87 | 7.90 |
| 55 | f | H17 | − | − | − | なし | 内服薬 | Ⅱ型 | 80.37 | 78.50 | 78.00 | 5.95 | 5.85 | 5.75 |
| 58 | f | H12 | − | ○ | − | なし | 内服薬 | Ⅱ型 | 58.25 | 58.75 | 59.80 | 8.53 | 7.77 | 7.75 |
| 58 | f | H12 | − | ○ | ○ | 脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 65.50 | 67.50 | 68.00 | 7.40 | 7.05 | 6.90 |
| 59 | f | H15 | − | − | − | 高血圧・脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 54.00 | 53.35 | 51.50 | 7.50 | 6.85 | 6.70 |
| 60 | f | H6 | ○ | ○ | − | 高血圧・脂質代謝異常 | インスリン | Ⅰ型 | 50.00 | 49.50 | 50.00 | 8.75 | 7.25 | 7.73 |
| 60 | f | H13 | ○ | ○ | − | 脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 50.73 | 51.00 | 51.05 | 8.30 | 7.20 | 7.60 |
| 62 | f | S59 | − | − | − | 脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 64.00 | 64.00 | 64.00 | 8.55 | 8.00 | 8.00 |
| 63 | f | H12 | − | − | − | 脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 58.75 | 57.40 | 57.30 | 6.95 | 6.65 | 7.00 |
| 63 | f | H10 | − | − | − | なし | 内服薬 | Ⅱ型 | 59.50 | 59.00 | 59.60 | 6.95 | 7.15 | 7.05 |
| 64 | f | H12 | − | ○ | − | 高血圧 | インスリン | Ⅱ型 | 61.00 | 62.00 | 60.00 | 8.90 | 8.90 | 8.75 |
| 65 | f | H13 | − | − | − | なし | 内服薬 | Ⅱ型 | 81.60 | 77.70 | 77.30 | 7.30 | 6.10 | 5.76 |
| 68 | f | H13 | − | − | − | 高血圧 | 内服薬 | Ⅱ型 | 53.80 | 53.00 | 52.50 | 7.75 | 7.73 | 7.30 |
| 68 | f | H7 | − | − | − | 甲状腺機能亢進症・体重低 | インスリン | Ⅰ型 | 32.00 | 32.50 | 32.25 | 7.90 | 7.35 | 7.80 |
| 69 | f | S62 | − | ○ | − | 脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 65.67 | 66.00 | 68.00 | 7.65 | 7.40 | 7.50 |
| 69 | f | H19 | − | − | − | 高血圧・脂質代謝異常 | 食事運動 | Ⅱ型 | 52.80 | 51.50 | 51.00 | 8.10 | 6.25 | 6.00 |
| 78 | f | S62 | − | − | − | 高血圧 | 内服薬 | Ⅱ型 | 54.80 | 51.70 | 54.00 | 6.75 | 6.23 | 6.25 |
| 80 | f | S41 | − | − | − | 高血圧・脂質代謝異常 | インスリン | Ⅱ型 | 42.50 | 42.00 | 42.00 | 7.95 | 6.55 | 6.70 |

体重：Friedman検定　$p=.168$　　HbA1c値：Friedman検定　$p=.000$
HbA1c値の多重比較：ベースラインと短期予後Z＝−3.809, $p=.000$、ベースラインと中期予後Z＝−3.842, $p=.000$

め，投薬変更のない患者を探すことが困難であり，投薬変更のない患者は当然のことながら比較的血糖コントロールが良い患者となるためである。介入群は，医師に協力を得て，一時的に血糖指標が悪化したとしても投薬変更をしていない。そのため２群間の比較ができなかったが，非介入群では，血糖指標の現状維持ができている状態であり，有意な改善は見られなかった。それに対して，介入群では，血糖指標の有意な改善と半年後までの維持ができていたことから，SAT法介入には何らかの効果があったと推察できる。

糖尿病患者の増加のやまない中，効果的な対策が必要であるが，心理的介入の必要性は言われていても現存する心理的介入の質の低さと，患者への既存の心理的介入が

## 表1-2　非介入群の属性および体重とHbA1cの変化　　非介入群　n=35

| 年齢 | 性別 | 糖尿病発症年 | 合併症 | | | その他の合併症 | 治療 | 型 | 平均体重 | | | 平均HbA1c値 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 神経障害 | 網膜症 | 腎症 | | | | ベースライン | 短期予後 | 中期予後 | ベースライン | 短期予後 | 中期予後 |
| 46 | f | H1 | − | ○ | − | 高血圧・脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 57.00 | 57.00 | 57.00 | 7.73 | 8.63 | 7.73 |
| 49 | f | H15 | − | − | − | 高血圧・脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 62.00 | 62.00 | 62.00 | 6.50 | 5.95 | 6.40 |
| 55 | f | H10 | − | − | − | 高血圧・脂質代謝異常 | インスリン | Ⅱ型 | 69.00 | 68.60 | 69.00 | 11.47 | 10.97 | 11.47 |
| 58 | f | S60 | − | − | − | なし | 内服薬 | Ⅱ型 | 55.23 | 55.25 | 56.00 | 7.73 | 7.50 | 7.55 |
| 58 | f | H12 | − | − | − | 高血圧 | 内服薬 | Ⅱ型 | 72.00 | 73.00 | 73.00 | 7.05 | 6.85 | 7.75 |
| 58 | f | H11 | − | − | − | なし | 食事運動 | Ⅱ型 | 40.70 | 40.70 | 40.60 | 5.50 | 5.30 | 5.55 |
| 60 | f | S57 | − | − | − | なし | 内服薬 | Ⅱ型 | 55.30 | 55.30 | 56.00 | 7.73 | 7.63 | 7.73 |
| 60 | f | H8 | − | − | − | 高血圧・脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 59.33 | 59.00 | 58.75 | 7.77 | 6.95 | 6.65 |
| 60 | f | H13 | − | − | − | 脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 48.50 | 48.00 | 48.00 | 6.55 | 6.55 | 6.30 |
| 60 | f | H12 | − | − | − | 高血圧 | 内服薬 | Ⅱ型 | 45.45 | 45.45 | 45.00 | 7.40 | 7.50 | 7.25 |
| 62 | f | H11 | − | − | − | 高血圧 | 内服薬 | Ⅱ型 | 74.50 | 74.50 | 73.00 | 7.43 | 7.60 | 7.43 |
| 62 | f | H12 | − | − | − | 高血圧・脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 63.30 | 62.30 | 63.00 | 7.60 | 7.40 | 7.50 |
| 62 | f | H13 | − | − | − | 高血圧 | 内服薬 | Ⅱ型 | 45.00 | 45.10 | 45.20 | 7.43 | 7.43 | 7.43 |
| 62 | f | H5 | ○ | ○ | ○ | 高血圧・脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 56.00 | 55.00 | 56.00 | 6.40 | 6.37 | 6.40 |
| 62 | f | H12 | − | − | − | 高血圧 | 内服薬 | Ⅱ型 | 69.00 | 69.00 | 69.00 | 7.65 | 7.25 | 7.40 |
| 62 | f | H7 | − | − | − | 高血圧・脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 55.00 | 55.00 | 54.00 | 6.30 | 6.45 | 6.70 |
| 63 | f | H2 | − | − | − | 高血圧 | 内服薬 | Ⅱ型 | 46.80 | 46.60 | 46.50 | 6.85 | 6.90 | 7.05 |
| 63 | f | H5 | − | − | − | 高血圧・脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 47.55 | 46.95 | 47.40 | 8.15 | 6.85 | 6.70 |
| 64 | f | H16 | − | − | − | 脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 52.00 | 51.50 | 51.20 | 7.45 | 7.30 | 7.60 |
| 64 | f | H16 | − | − | − | なし | 内服薬 | Ⅱ型 | 49.50 | 49.50 | 49.50 | 5.35 | 5.50 | 5.20 |
| 66 | f | H4 | − | − | − | 高血圧・脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 51.00 | 51.00 | 51.00 | 7.93 | 7.25 | 7.20 |
| 66 | f | H12 | − | − | − | 高血圧・脂質代謝異常 | 食事運動 | Ⅱ型 | 81.40 | 78.85 | 78.95 | 7.50 | 7.25 | 7.00 |
| 67 | f | H17 | − | − | − | 脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 64.60 | 66.25 | 66.20 | 5.33 | 5.20 | 5.15 |
| 67 | f | H13 | − | ○ | − | 脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 59.33 | 60.00 | 59.00 | 6.83 | 7.00 | 6.85 |
| 67 | f | H12 | − | − | − | 脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 55.00 | 55.00 | 55.50 | 7.80 | 7.53 | 7.55 |
| 67 | f | H5 | ○ | − | − | 脂質代謝異常 | インスリン | Ⅱ型 | 64.67 | 65.75 | 65.00 | 8.10 | 7.25 | 7.20 |
| 68 | f | H16 | − | − | − | 脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 62.00 | 62.25 | 62.75 | 7.25 | 7.40 | 7.00 |
| 69 | f | H10 | − | − | − | 脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 55.50 | 55.00 | 55.50 | 6.20 | 6.00 | 6.00 |
| 69 | f | H3 | − | ○ | − | 高血圧・脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 53.33 | 55.00 | 54.50 | 7.00 | 7.40 | 7.60 |
| 70 | f | H4 | ○ | − | − | 脂質代謝異常 | インスリン | Ⅱ型 | 66.00 | 66.50 | 67.00 | 7.80 | 7.60 | 7.80 |
| 70 | f | H4 | − | ○ | − | 脂質代謝異常 | インスリン | Ⅱ型 | 44.25 | 44.00 | 44.00 | 7.00 | 6.40 | 6.50 |
| 71 | f | H12 | ○ | ○ | ○ | 脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 50.00 | 50.00 | 50.00 | 6.20 | 6.60 | 7.10 |
| 78 | f | H1 | − | − | − | 脂質代謝異常 | 内服薬 | Ⅱ型 | 45.00 | 45.00 | 45.00 | 7.17 | 7.30 | 7.17 |
| 80 | f | S57 | − | − | − | なし | インスリン | Ⅱ型 | 56.67 | 57.00 | 57.00 | 7.40 | 7.10 | 7.60 |
| 80 | f | S60 | − | − | − | 脂質代謝異常 | 食事運動 | Ⅱ型 | 54.67 | 55.00 | 55.00 | 5.93 | 5.85 | 5.80 |

体重：Friedman検定　$p = .990$　　HbA1c値：Friedman検定　$p = .083$

## 表2 介入群の基本属性とSAT法による介入方法とその結果
**（21名の中からランダムに6名を抽出した）**

| | 介入方法（全員にヘルスコーチングを行った後に，個人の課題に合わせたＳＡＴ法介入） | 体重（Kg） | | | HbA1c（%） | | | 主訴（ストレス） | 気づきやその後の経過 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ベースライン値 | 短期予後 | 中期予後 | ベースライン値 | 短期予後 | 中期予後 | | |
| A | 最解決法，未来自己イメージ法，宇宙自己イメージ法 | 81.60 | 77.70 | 77.30 | 7.30 | 6.10 | 5.76 | 食事のコントロールをしても体重が減らない。食べたい。人間関係ストレスがある。 | 悪循環サイクルは，自分の思いを言いたい→言うのは怖いのでストレスになる。結局，自分の思いを言えない→我慢する→寂しい→食べる→憂さ晴らしができ幸せだったが，食べることを禁止されたことでストレスが溜まる。サイクルや本来の自分は明るく何でも話す自分とわかり，自分が少し見えてきた。やろうという気持ちが90%。 |
| B | 未来自己イメージ法，宇宙自己イメージ法 | 61.60 | 62.00 | 61.00 | 8.33 | 7.87 | 7.90 | 食べてはいけないことがストレス。職場の人間関係ストレスがある。 | 言わないで我慢していることで波風たたせずにいたが，本来の自分は穏やかで何でも話せる自分，そして，他人も自分も許せる自分であるとわかる。寝るときに，1日を素直でいられたかどうか確認し，もし，言えていないことがあったら，寝る前にリハーサルをしておき，言うようにすると自己決定する。話したことでストレスがとれ，未来が見えた感じがすると述べる。 |
| C | 気質コーチング法，宇宙自己イメージ法 | 42.50 | 42.00 | 42.00 | 7.95 | 6.55 | 6.70 | ストレスをためやすく，ためないようにするのがいいとわかっているがためてしまう。病気や人間関係のストレス。 | 本来の自分は人にやさしい，素直に「ありがとう」が言える自分であるとわかる。考えすぎずに行動することが必要とわかり，行動目標を自己決定する。気質別の態度や特徴，どのようにセルフケアをすべきかを理解し，気質コーチングは的確であるという感想を述べる。 |
| D | ガイダンスと積極的傾聴法 | 65.50 | 67.50 | 68.00 | 7.40 | 7.05 | 6.90 | 運動をしたほうがいいが，一人で歩くのはつまらない，誰かと歩くのは気を遣う。思い出すと気になるイメージがある。 | 人から勧められてきたというカウンセリング動機であったため，積極的傾聴法までの介入に留める。傾聴したところ，人間関係ストレスがあり，環境調整が必要であることがわかる。しかしながら，今回はカウンセリングに対しての動機が不十分なため，十分な傾聴を行うことで，溜めていたストレスを放出するというレベルで終わる。 |
| E | 気質コーチングと亡き子誕生イメージ法 | 65.67 | 66.00 | 68.00 | 7.65 | 7.40 | 7.50 | 自分では努力しているが，血糖値が下がらない。数値が気になるのがストレス。膝の痛み，体重のこと，食事の仕度にストレス。 | 過去の怒りと悲しみの嫌悪系記憶イメージの変換をして，新たな報酬系イメージを創造する。このイメージを持つことで，自分が1日1日を元気に過ごしたいという多いが強まった。また，具体的な行動の一つとして，毎日時間を決めて筋トレをするという目標を立てる。 |
| F | 気質コーチング法 | 58.25 | 58.75 | 59.80 | 8.53 | 7.77 | 7.75 | 人間関係ストレス。家族のことで心配事がある。いつもストレスがある。 | いつもストレスがあるということで，ストレスについて話をしてもらい，積極的傾聴をする。言うと楽になると感想を述べる。人間関係ストレスがあるので，気質コーチングによる人間関係調整を行う。 |

あまり効果をあげられていない点が問題であった。Rahulら[6]によれば，心理的介入によるHbA1c値の低下の報告がある（心理専門家による検証では0.54％，非心理専門家では0.51％）。また，これまでの先行研究で報告されている心理的介入は，何度も介入し，時間をかけているものが多かった。

これらの報告と比較し，本研究では，１回の心理療法介入により有意な改善を認めており，中期予後まで持続していた。また，我々，心理専門家（健康心理療法士）による心理療法介入により，半年後のHbA1c平均値は，0.65％低下していた。通常の外来通院医療（主に薬物療法）の非介入群では，0.12％の低下であった。したがって，通常の外来治療による薬物療法を中心とした治療の患者群では，有意な改善が見られないことから，食事や運動，薬物療法のみの支援よりも，心理的介入による自己イメージ脚本の変容とストレス性格の軽減支援を加えた方が効果を持つと考えられた。

本介入法は，胎内期や前世代のスピリチュアルな潜在イメージ脚本の変容を行う方法である。通常の認知行動療法は，認知を変容して，行動変容を狙うものである。SAT療法では，まず，情動変容をして，認知を変容し，行動変容を目指している[15]。情動変容が成功することで，身体に表れる反応が軽減し，それが自律神経系や内分泌系，免疫系などに良い影響力を与えていることが推察できる。

では，潜在イメージ脚本の変容が，なぜ効果につながるのかを考えたい。

例えば，糖尿病患者の中には，このままでは失明するかもしれないとわかっていても，食習慣が変えられず，運動もできない患者がいる。そのような患者に対して，食事や運動などの下位行動の変容を促す指導は，医療者の世界における物の見方で進められるため，本人の世界に合わないことも多い。また，つい食べてしまうところにある相手の気持ちや感情を理解することは，顕在イメージ脚本の理解でしかないため，気持ちや感情を扱うだけでは，解決には至らない。我々には，潜在イメージ脚本に支配されているスピリチュアルな世界があるのだ。

潜在イメージ脚本は，受精から始まる胎内期の中での恐怖の条件づけや前世代など祖先からの恐怖の潜在情報などが作り出しているものなのである。そのため，本人も意味がわからないけれども，なぜか死にたい気持ちを持ったり，自暴自棄になってしまうといったことを体験することがある。実は我々は，胎内において，８人に１人が双子で出発することが言われている[15]。しかしながら，その双子の80％が片割れあるいは両方が消えてしまうというのである。このVanishing Twin Syndrome（多胎の消えたきょうだい）が原因するのではないかという宗像の説によれば，多胎の胎児で

あった場合，「生き残ったきょうだい」に「死亡したきょうだい」の恐怖，怒り，悲しみなどの情動が伝達されると考えられ，他のきょうだいの情動情報を持っている可能性を述べている[15]。そのため，本人は強く生きたいと思っても，きょうだいの希死願望や恐怖，悲しみなどの情動が伝達されているために，矛盾した気持ちや人格を持っていると考えられるということである。失明すると頭ではわかっていても，双子の一人だけの生き残りだとなると，無自覚に自分だけが生きることへの罪意識があり，潜在的な希死願望をもつことが考えられるのである。この説について，真実を科学的に明らかにすることは，現在のところ，まだ困難であろう。しかし，イメージアプローチにより，臨床的には，なぜか希死願望が止まらないクライアントに対して，その消えたきょうだいが無事に生まれ，一緒に成長してきたイメージを創造することにより，これまでに感じたことのない安心感を得て，希死願望が消えるということが起こることを体験している。

うつ病，自殺企図，アルコール薬物依存，パーソナリティ障害，統合失調症などや，身体病だと思われているガンや自己免疫疾患などの人々が，このような矛盾した気持ちや人格を持つ人々であることが症例報告されている[16) 17)]。

したがって，このような胎内で死んだきょうだいの情動伝達を断つことができたり，前世代や祖先から伝わるスピリチュアルな潜在情報にかかわることができる心理療法が必要であると考えられる。

例えば，肩こりを感じたとしよう。このひどい肩こりなどの心身不調は，原因が特定できるものもあれば，生物学的な原因がはっきりしないことが多い。生物学的な原因がはっきりしないものに関して，医学的な判断は困難である。また，肩こりについて，マッサージなどを受けて，一時的にその凝りは楽になったとしても，何の気づきも（アウエアネス）ない。このような対症療法では，ただ楽になるだけであり，その意味がわからないままに，同じ症状が繰り返されることになる。生物学的な原因が明確にならない不定愁訴などの病気は，自分でもその意味がわからないことが多く，ただその症状に悩まされる。肩こりといった身体に表れた症状が伝達している潜在情報を扱い，世代間伝達や胎内期を通して伝達された課題やその意味を理解することで，伝達されたスピリチュアルな課題を乗り越え，自分がどう生きればいいかが見えてくる。それが，生き方変容を促し，糖尿病の克服や問題解決につながり，健康支援となるという考えだ。身体疾患は，このような潜在情報が関わっていると考えると，食事や運動療法，薬物療法のみの治療では，困難な患者がいるのは当然と言えよう。

Rahulら[6]は，心理療法の専門家以外への心理学的トレーニングを行うことで，多くのⅡ型糖尿病患者が心理ケアの恩恵を受けやすくなることを述べている。しかしながら，臨床現場において，現実的で効果的な方法を考えれば，医師や看護師などの専門家が心理学的トレーニングを受けてケアをするということよりも，心理療法の専門家を現場に配置することによるチーム医療が必要であり，より効果的ではないかと考える。現在の心理専門家による心理的介入が，単に食事や運動行動のコンプライアンスをあげるためのものとなっており，かなりの回数の介入を施しながら，メンタルヘルスの改善のみに留まり，血糖指標の改善にはあまり成果を得られていないという報告も多いことは問題である。

本研究は，SAT法介入により，糖尿病患者のストレス性格の軽減と自己報酬型への自己イメージ脚本の変容を促した。本当に生き方が変わるかどうかは今後も追跡をする必要があるが，心理専門家が，このような潜在イメージ脚本にかかわれるようなスキルを身につけることが，糖尿病をはじめとする生活習慣病患者の支援に有効であると言えよう。

謝　辞

一緒に介入研究をしてくれた樋口倫子氏，研究補助をしてくれた向笠京子氏，そして，快く介入の場を提供し協力してくださった中島内科クリニックの中島茂先生をはじめスタッフの皆さんに感謝します。最後に協力くださった多くの患者様に深く感謝いたします。

本研究の一部は平成19・20年度「生活習慣病予防等に関する研究助成金」（財団法人いきいき健康増進財団）により行った（研究代表者：橋本佐由理「糖尿病患者への生き方変容支援による血糖改善効果」）。

## 引用・参考文献

1）Eriksson, K.-F. et al：Prevention of type 2（non-insulin-dependent）diabetes mellitus by diet and physical exercise, 6-year Malmo feasibility study, Diabetologia, 34：891-898, 1991

2）Eriksson, K.-F. et al：No excess 12-year mortality in men with impaired glucose tolerance who participated in the Malmo Preventive Trail with diet and exercise, Diabetologia, 41：1010-1016, 1998

3）Helmrich, S.P. et al.：Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus, N Engl J Med, 325（3）：147–152, 1991
4）Hu, F. B. et al：Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women, JAMA, 289（14）：1785–1791, 2003
5）宗像恒次：SAT療法，金子書房，東京，2006
6）Rahul A. et al：An updated meta-analysis to assess the effectiveness of psychological interventions delivered by psychological specialists and generalist clinicians on glycaemic control and on psychological status, Patient Education and counseling, 75：25–36, 2009
7）Hartwell S., Kaplan R., Wallance J.：Comparison of behavioral interventions for control of type ii diabetes mellitus, Bdhav ther, 17：447-461, 1986
8）White N., Carnahan J., Nugent CA., Iwaoka T., Dodson MA.：Management of obese patients with diabetes mellitus：comparison of advice education with group management, Diabetes Care, 9：490–496, 1986
9）Whittemore R., Melkus GD., Sullivan A., Grey M.：A nurse-coaching intervention for women with type 2 diabetes, Diabetes Educator , 30：795–804, 2004
10）McGinnis RA., McGrady A., Cox SA., Grower-Dowling KA.：Biofeedback-assisted relaxation in type 2 diabetes, Diabetes Care, 28：2145–2149, 2005
11）Keiichiro Kobayashi, Sayuri Hashimoto, Ryoichi Obitsu, Kazuo Murakami, Tsunetsugu Munakata：Treatment of Patients With Cancer for Stressful Emotion Transmitted from Ancestry by Using Genetic and Immunologic Data as Barometers. International Journal of Structured Association Technique, -An Electronic Journal of Social Skill, Counseling and Imagery Therapy, 1：36–58, 2007.
12）小林啓一郎，橋本佐由理，林隆志，坂本成子，堀美代，帯津良一，村上和雄，宗像恒次：免疫データの季節変動を手掛かりとしたがん患者の世代間伝達感情への対応－夏季を鍵状況として血液データに身体症状化したストレスイメージ－，ヘルスカウンセリング学会年報, 12：37–45, 2006
13）Noriko Higuchi, Sayuri Hashimoto, Tsunetsugu Munakata：SAT Self-image

Script Changing Therapy for Psychogenic Visual Disturbance. International Journal of Structured Association Technique, -An Electronic Journal of Social Skill, Counseling and Imagery Therapy, 1：59–78, 2007.
14）樋口倫子，宗像恒次，橋本佐由理：親へのSAT療法を併用した心因性視覚障害の治療過程～自己イメージスクリプトの変化の視点より～，ヘルスカウンセリング学会年報，11：51–62, 2005
15）宗像恒次：人生と社会を再構成する新世代の認知行動療法SAT療法，ヘルスカウンセリング学会年報，16：1–9, 2010
16）宗像恒次，小林啓一郎：健康遺伝子が目覚めるがんのSAT療法，春秋社，東京，2007
17）宗像恒次監修，ヘルスカウンセリング学会編集：カウンセリング医療と健康，金子書房，東京，2006