

# 認知行動療法の実践に向けて

足達 淑子

## The Practice of Cognitive Behavior Therapy

Yoshiko ADACHI

### Abstract

Lifestyle modification is essential in health promotion, disease prevention and control in the modern society.

Cognitive behavior therapy (CBT) has been recognized as most powerful and effective psychotherapy for lifestyle changes. Despite its evidence and reliability, CBT have not been so much utilized in the field of health promotion and clinical practice as expected. The lack of methodology for applying the basic theory may be one of the reasons that inhibit the spread of CBT.

Although CBT is a comprehensive and broad system for applying cognitive and behavior science to human's maladaptive behavior, the problem solving process and practical behavior techniques necessary for health promotion and disease control are simple and common. The elements of problem solving process are the identification of target behavior, the behavior analysis, selection of the techniques, and assessment of the result. For reinforcing the behavior shaping and environment arrangement, the applied behavior analysis theory is the most significant and reliable. The behavior techniques common in the most lifestyle modification include target behavior setting, self-monitoring, stimulus-control, operant reinforcement, stress-coping, cognitive-restructuring, assertiveness-training, social support, etc.

For the CBT beginner, it is important to move on actually to do what he and/or she think possible to practice without hesitation for a long time. The first successful experience in any specific problem for example weight control, tobacco quitting, alcohol reduction, sleep improvement, physical exercise prompting, will become a strong reinforcement for CBT learning.

Making full use of CBT in own real life is the best way of understanding it.

*Key words:* Cognitive behavior therapy, Lifestyle modification,  
Behavioral Health, Operant reinforcement

## I 認知行動療法は対人サービスの基本スキル

予防からリハビリテーションまで健康支援ではライフスタイル改善が鍵を握っているといつてよい。認知行動療法 (CBT) は、その際の頼れる介入法として、食事、身体活動、睡眠、飲酒など個々の行動変容において多くの科学的根拠を蓄積してきた<sup>1)</sup>。

しかし、CBTは科学的エビデンスにもかかわらず現場の実践と普及は十分とはいえず欧米においてすら普及が重要な課題とされている。日本でも特定健診・保健指導を契機にCBTは全国的に周知されたが期待どおりの成果を上げたとは言いがたい。その理由の一つに、目標設定やセルフモニタリングなどの行動技法のみが注目され、対象者の選別など適用条件への行動的配慮が不十分であった点があげられる。治療の標準化が可能であることはCBTの利点ではあるが、プログラムの適用自体に行動理論を駆使する必要がある。

筆者は精神医学研修課程でCBTと出会い、肥満・糖尿病等の生活習慣病、睡眠改善や育児支援 (親訓練) において多数に適用できる非対面のセルフケア法を検討してきた<sup>2)</sup>。例えば紙媒体の通信指導、個別発言を自動化したWebプログラムなどによる減量、睡眠改善、節酒<sup>3-10)</sup>などで、その多くは職域における実践研究であった。その経験からCBT適用においては「応募してもらえ募集法」「読んでもらえる教材」「回答しやすい質問票」「参加継続が可能なプロトコル」など行動形成にまつわる細部の工夫が必須と考える。

一方、精神科・心療内科診療ではCBTは筆者の基本指針となっている<sup>11)</sup>。患者の固有の問題をどう把握・理解し、解決法を探るか、服薬や通院をどう促すか、など個々の課題に対してCBTは实际的で柔軟な道筋を示してくれる。「この人に今必要なことは何か、そして何ができそうか」という肯定的な視点と発想は互いの緊張を和らげ治療関係の構築にも有益である。

これらの経験からCBTの実践において大切なことは、対象が個人であっても集団であっても、次のようなCBTのシンプルな基本理論を十分に応用することと考えている。それは1) 人の行動を刺激と反応の枠組みで理解し、2) 行動に伴伴する刺激 (結果) が行動に影響するという応用行動分析理論を意識し、3) 標的行動を具体的にとりあげ記述すること、などである

そこで本稿では健康支援に際して最低おさえておきたいCBTの基礎理論や歴史的背景を概観し、CBTを使いこなすスキルについて、自験例を例にとりながら考察したい。

## II CBTの現状と課題

### 1. 認知行動療法と行動療法の関係

CBTの定義の前に、混乱を招いている「認知行動療法」と「行動療法」の関係について整理する。結論からは広義ではどちらも同じと言える。歴史的には認知行動療法は行動療法の中の一つの理論モデルとして後発に誕生した。行動療法の「行動」にはもともと認知が含まれていることから、「認知」を前面に出してはいなかった。しかし時代を経るごとに「認知行動療法」を用いる傾向が強まった。

日本行動療法学会 (Japanese Association of Behavior Therapy ; JABT) は1974年に発足した本領域における日本の最初の学会であるが、2014年4月に日本認知・行動療法学会 (Japanese Association of Behavioral and Cognitive Therapies ; JABC) と名称を変更した。その間に重視する理論や治療法により専門分化して1983年に日本行動分析学会、日本認知科学学会が、1995年には日本行動科学学会、2001年には日本認知療法学会が誕生した。後述するがCBTがよって立つ基本的な理論モデルが複数あり対象行動が無限に拡大していること、用語の日本語訳が不統一な点もCBTを難解にしている要因であろう。

しかし現場の健康支援実践で不可欠な理論はごくシンプルな原理原則であり、実践することで理論への理解がより深まるはずである。「歩きながら考え」「考えながら歩く」ことがCBT習得の秘訣と思う。以下、本稿ではCBTと「行動療法」を同義に用いる。

行動療法の定義 (表1) としては「行動科学を人の問題の解決に応用するための理論と方法の体系」であり、行動変容・修正などの総称とするものが分かりやすい。行

表1 認知行動療法の定義

(認知) 行動療法とは何か

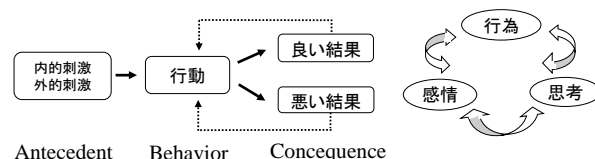
「行動科学を人の問題の解決に応用するための理論と方法の体系」  
行動変容・修正などの総称

Behavior Scienceとは何か

行動科学は、人の行動の記述、説明、予測、制御を目的としたサイエンス

Behavior とは何か

人のあらゆる精神活動 (ふるまい、感情、認知・思考) は、特定し、測定可能な単位とすることで、評価可能な行動 (科学の対象) とすることができる。



左図はABCモデルと呼ばれ、刺激-反応の関係を最も単純化している。  
右図は行為、感情、思考が刺激-反応の相互関係にあることを示している。

動科学は「行動の記述、説明、予測、制御を目的としたサイエンス」であり、行動 (Behavior) とは、目に見えるふるまい、感情、認知・思考などの精神活動を特定することで評価可能な科学の対象とする。

## 2. 行動療法の歴史

行動療法は、1950年代に行動科学の臨床的応用として研究され、発展しつづけてきた。その歴史は表2のように大きく3つに分けることができる<sup>12)</sup>。

表2 (認知) 行動療法の歴史

I 期 基礎づくりの時期 1950年代~1960年代	
アイゼンク (Eysenck HJ) が「行動療法」を定義 (1958)	
① 系統的脱感作法 (逆制止)	ウオルピ (Wolpe J) 1915~1998
新行動S-R仲介理論	アイゼンク (Eysenck HJ) 1916~1997
② 応用行動分析 (オペラント)	スキナー (Skinner BF) 1904~1990
③ 社会的学習理論	バンデユラ (Bandura A) 1925~
II 期 対象と技法が拡大した時期 1970年代~1980年代前半	
治療者/患者行動にまで拡大、治療の標準化、一般医学への応用 (行動医学)	
④ 認知 (行動) 療法	ベック (Beck AT) 1921~
III 期 浸透の時期 1980年代~現在	
医学/脳科学/工学の進歩を反映 予防医学への応用 (行動医学)	

○は主な4種の行動理論。うち3種までが1950年代に誕生し、1960年代には現在論じられるほとんどの習慣行動が研究対象となり、技法も出そろった。第一世代のこれらの巨匠たちは、ついでこの前まで生存していた。

I 期は1950年代から1960年代までの基礎づくりの時期である。この時期にアイゼンク、ウオルピ、スキナー、バンデユラなどの巨匠たちが次々に概念や基礎理論を築いた。アイゼンクは行動療法を定義することで用語として確立し、条件反射で知られるレスポナント学習を「新行動S-R仲介理論」として系統化した<sup>14)</sup>。この理論はウオルピが考案した神経症の系統的脱感作法<sup>13)</sup>の根拠となっている。スキナーの応用行動分析は自発的行動のオペラント学習の理論であり、序文でも述べたが健康支援では最重要で日常生活から対人関係まで有益な大原理である<sup>15)</sup>。レスポナント学習とオペラント学習が直接の体験や経験に基づくのに対し、モデリング学習は他者の行動の観察や模倣で成立する。この学習に注目してバンデユラが発展させた社会的学習理論 (社会的認知理論)<sup>16)</sup>は公衆衛生や教育分野で広く応用されている。

II 期は1970年代から1980年代前半にかけて対象と技法が拡大した時期である。より多数への普及をめざし構造化・標準化による治療のパッケージ化、一般医学への応用 (行動医学)、そして治療者/患者行動などが課題となり裾野が広がっていった。認知 (行動) 療法<sup>17)</sup>はII期の末期にうつ病者に特有とされる不適応的な認知を修正する認知再構成法として始まった。

III 期は1980年代後半から現在で、脳科学や情報技術

の進歩とともに、さらに浸透が加速化している。日本でもうつ病の認知行動療法は保険適用の対象となり、リワーク (復職) プログラムなどに取り入れられつつある。

## 3. CBTの課題

CBTの課題の一つは科学的エビデンスに比して実践が進まないことである。理由としては①系統的学習の機会が乏しいこと、②座学での理解が難しいことが挙げられる。本法は理論と方法の体系/総称で広範かつ包括的であり、現在も拡大発展し続けている。

1985年に出版された「行動療法事典」の編者は「20年で驚異的に発展して方法は問題と技法の掛け合わせで膨大で精通は困難、用語の泥沼にはまりやすい」と、監訳者は「一度患者を治してみることがもっとも近道」と述べた<sup>18)</sup>。2010年に「認知行動療法事典」の訳本が出版されたが、20年の間に内容は3倍以上に増えており、相変わらず「どこで学ばば良いのか」という疑問が多いとある<sup>19)</sup>。

日本ではCBTの系統的学習の場は大学の心理学課程の一部に限られているし、医学関係では管理栄養士の養成課程のみに限られている。2010年以降は学会や大学院等のトレーニングコースなど卒業教育の機会は増えており今後期待される。筆者は1999年に厚生科学研究の分担研究として、「一度自分の領域で実践すること」が理解の近道と考え、減量をテーマに徹底した実践参加型の行動療法セミナーを開催した<sup>20)</sup> (図1)。

対象となる疾患が何であれ、食事、運動、睡眠、喫煙、飲酒など改善すべき習慣行動は共通しているし、それぞれの生活習慣の修正に用いられる技法と問題解決プロセスも共通している。したがってどこから始めても実践により行動療法の基本を会得すれば他に応用が可能なはずである。理論学習の機会の増加に実践が見合っていないとすると、現場実践を促すことに特化した学習の工夫や

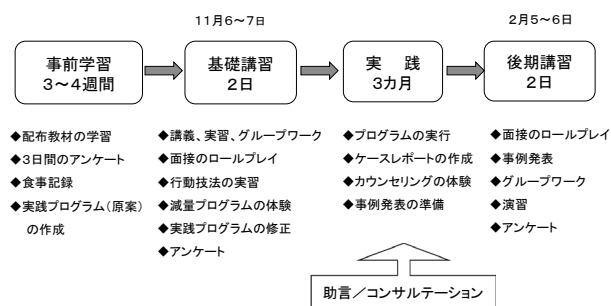


図1 行動療法による減量指導者トレーニング

文献<sup>20)</sup>より作成。目的は①目標行動設定の個別面接、現場で実現可能な行動療法プログラムの立案・実施・評価ができること、および③行動療法の基本を理解すること、であった。経験、年齢、職種を問わずに募集し23名 (医師、看護師、保健師、管理栄養士、運動指導士など) が最後まで全ての課題をこなした。

機会が必要なかもしれない。

CBTの汎用性と普及という課題に対しては、CBTの構造化しやすい利点を生かして、早くから多くの領域で自己マニュアル、コンピューターなどの情報技術の活用、最近ではWeb利用などが研究されてきた。高度な専門性が要求される強迫性障害の治療においてすら、専門家が作成した自己マニュアルを共通指針として、一般治療者が「ガイドのあるセルフケア」を患者に促す方法が用いられている。

うつ病<sup>21)</sup>でも、不眠症<sup>22)</sup>でも、過食症<sup>23)</sup>でも欧米では優れて具体的な自己マニュアルが多数作成されているがいずれも詳細で分量も膨大であるため読みこなせる患者は限られると思う。むしろこれらの自己マニュアルは治療者が熟読するテキストとしてふさわしい。理論をどのように具体的課題に適用するかが患者の立場で理解できるからである。

### Ⅲ 介入に際し最低限おさえるべき約束ごと

#### 1. 行動を特定する

これは、問題とする行動を具体的に記述し評価可能な「行動」としてとり出すことである。これが治療の第一歩となる。対象行動が複数にわたる場合もあるが、評価すべきはその行動の変化である。体重、血糖、血圧など検査値の変化は、行動変化の結果として生じる二次的な指標である。過食の頻度、3メッツ以上の身体活動時間、自覚的な健康度など、何らかの可視化できる指標に変換することで行動を客観的に把握する。CBTを用いた介入試験では検査値の変化の提示に留まらず、行動変化を評価すべきである。

#### 2. 刺激と反応の枠組みで行動を理解する(行動分析)

対象行動がどんなときに、どのように表れるかを、ありのままを見ることで行動を強化している刺激との関係を調べる。臨床でも「どんな症状が、どんなときに」を丁寧に聞き取る。無意識で行っていた行動の刺激条件にセルフモニタリングで気づくことも多い。このように「手がかり(弁別)刺激-行動-結果(随伴刺激)」の関係を明らかにすることを行動分析と呼ぶ。

#### 3. 効果のありそうなこと、できそうなことを探す(技法の適用)

行動分析の結果から導かれた仮説に従い、効果が期待でき、かつ本人が実行できそうな方法を提案する。刺激統制法などの行動技法も、患者や対象者の日常の言葉に具体的に置き換えて提案する。過食の場合は「食べる分

だけ盛りきる」、睡眠では「寝室は眠るためだけに使う」などの具体的行動となる。セルフモニタリングも状況に応じて様式を柔軟に変更するなど実行させるために工夫する。治療者が行動技法の意味と方法の原理を理解しておけば、個々の患者の異なる問題への応用が効くはずである。

### 4. 結果を確認して維持を図る

3の実践の結果、行動がどう変わったのかの評価である。通常、他者からの助言で最も行動が変わり易いのはその直後であり、経験的にはほぼ1週間以内である。筆者の調査では健診後の受診の勧めも2週間を過ぎて実行する人はほとんどいなかった<sup>24)</sup>。問題にもよるが、一般に印象や記憶が強い刺激として効力を有する時間は短いと考えるべきである。行動にとりかかるためには刺激に注目し、理解し、納得して、覚えておき、やる気になるなどの内的プロセスが必要である(図2)。その結果とりかかったとしても、難しすぎたり、疲れたり、効果を実感しなかったりすると、維持にはつながらない。維持のためには行動することで何らかの良い結果が伴うことが必要となる。

実行の有無、効果の有無などをできれば1週間以内に確認して、躓いているなら問題解決に、効果がありそうなら続けられるように図る。治療はこの繰り返しである。

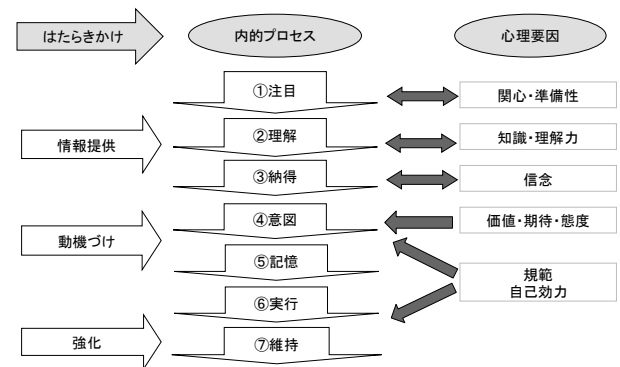


図2 情報が行動に変わるプロセス

行動が生じるためには内的プロセスのうち①から⑥の連鎖が必要。行動が続くためには何らかの強化が不可欠となる。それぞれの鎖に対して心理要因を考慮して、情報提供や動機づけや強化の働きかけをいねいに行うことが大切。

### Ⅳ CBTを使いこなすスキル

#### 1. 職業スキルの行動形成：成功体験と手ごたえが実践の力に

CBTは実学であり使ってこそ意味がある。使えるようになるためには、個人治療でも集団介入でも、最初に成功体験によりCBTの威力を実感できることが重要と考える。筆者が初めて行動療法を手がけたのは肥満で

あった。実践の準備要因としては、九州大学精神科の山上研究会で症例検討を通じて行動療法の威力に感動したことで、直接契機は、そこでのスタンカードの肥満の総説論文<sup>25)</sup>の抄読であった。論文は歴史的背景から方法、効果まで俯瞰的かつ具体的に網羅したもので、初学者でも実践が可能と思われた。保健所の健康増進事業として減量教室を計画し、個別面接による目標行動設定などの独自の工夫も加えたが、骨子は全て上記の論文を踏襲したものであった<sup>26)</sup>。このように初学者の実践を可能とする堅固な治療構造と具体的な方法を有している点が、行動療法の大きな魅力と思う。職種を越えたスタッフとの協業もそれまでの仕事にない面白い体験であった。このことが健康行動学 (Behavioral Health<sup>27)</sup> 行動療法の予防医学への応用) をライフワークにするという結果につながった。

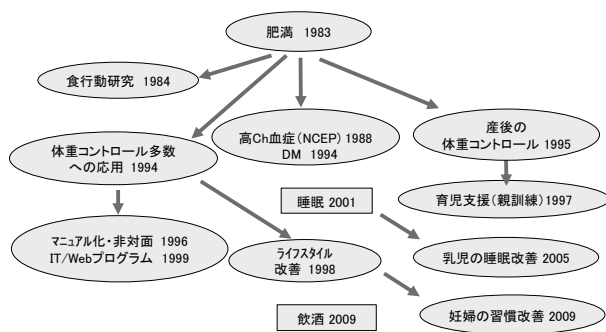


図3 筆者の健康行動学の軌跡

肥満を出発点に、保健所業務のうち生活習慣病や母子保健にテーマが拡大した。  
1999年以降は健康プログラム開発と並行してCBTを種々のテーマに適用してきた。  
一つの仕事から次のテーマが生まれてきた。数字は各テーマに着手した年号を示す。

## 2. 行動療法は各論テーマに応用することで、理解が深まる

肥満の次に手がけた高コレステロール血症<sup>28-30)</sup>では、折よく1988年に発表された米国のNational Cholesterol Education Program<sup>31)</sup>は実践上の卓越した指針となった。その後適用対象は親教育や睡眠に広がったが、その経験を通じて以下を学んだ。それは、①対象テーマが異なる度に、その病態について最新知見の十分な学習が必要である。用いる方法論は同一であっても、修正対象となる行動が異なるからである。②治療介入は検査値等の変化に加え、行動変化を捉えるように当初から計画すべきである。③出席率や課題の達成なども「行動」として可視化し評価することが大切である。プロセス評価も含めて「結果が全て」であり、望ましい結果がでないときは仮説のどこかが間違っている。その際これらの行動評価が参考になる。先入見をもたずに行動を多方面から積極的にデータとしてみることで、「ありのままの事実」が表れてくる。これが科学的な思考法の練習と考えている。

## 3. 募集案内、質問票、教材にも「刺激—反応」を応用

実践的介入の成功に不可欠な条件は、冒頭でも述べたが参加したくなる募集法、迷わずにかける質問票、読みたくなる(理解できる)教材、参加したくなるプログラムなどである。そのいずれも、対象者における「望ましい行動の連鎖」と「刺激—反応」の観点から緻密に行うのがポイントである。つまり、これは行動形成と強化の原理の応用である。広告やキャッチコピーなど市場経済ではそれらの配慮は常識であるが、保健医療領域では忘れがちである。人の行動喚起に至るプロセス(図2)を参考に、関心を喚起するためにはどうするか、負担を減らすためにはどうするかなど、一つ一つの課題に対して、手抜きせずに工夫することが肝要である。

一例として郵送によるアンケート調査の一例を示す。対象者の行動を行動形成の視点で行動の鎖に分解すると、図4に示すように封筒を開ける、依頼文を読む、質問紙を見て回答する、封筒に入れて封をして、投函するという一連の行動となる。家庭に届く多くの郵便物は開けられずに捨てられる運命にある。その中で見て開封してもらうためには、封筒に「重要」「アンケート用紙在中」「記念品つき」など内容を明記するなどが考えられる。一連の行動のどこかが中断すれば目的は達成されないの、鎖の一つ一つに対しそれぞれが生じやすくなる条件を整える。

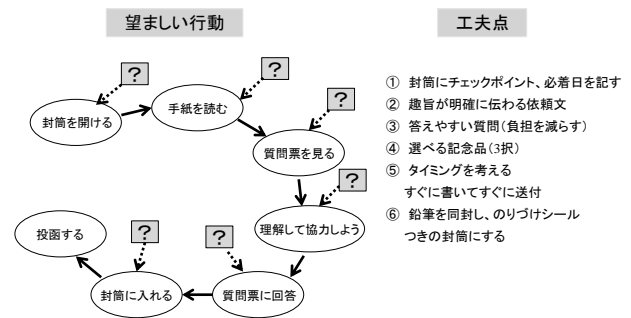


図4 アンケート調査における行動形成

対象者に生じてほしい行動を細かな鎖に分ける。次に個々の行動が起きやすくなるように刺激環境を整える。封筒も文章も刺激とみなす。

## 終わりに

冒頭で述べたように、CBTは対人サービスの基本スキルであると同時に科学的なセルフコントロール法でもある。職業上の課題だけではなく、自身の生活における様々な問題、ストレス対処や対人関係、時間管理や家事育児など、あらゆる場面で問題解決の指針となりうる。治療(指導)者が自分の種々の課題にCBTで取り組む

ことにより、その学習経験がそのまま職業スキルの向上に直結するはずである。他方、CBTが自身の体験として身につけていない場合は、その適用は表面的なマニュアル対応となり、期待ほどの結果が得られないだろう。

実践に必要な情報はさほど多くはないので、CBT学習における指導書や指導者を厳選したうえで、実践を通してその魅力に目覚めていただきたい。

## 文献

- 1) 足達淑子: ライフスタイル療法 I 第4版 生活習慣改善のための行動療法. 医歯薬出版株式会社, 東京. 2014.
- 2) 足達淑子: やる気を引き出す健康支援. 中災防新書, 東京. 2010.
- 3) Adachi Y, Sato C, Yamatsu K, Ito A, Adachi K, Yamagami T: A randomized controlled trial on the long-term effects of a one-month behavioral weight control program assisted by computer tailored advice. *Behav. Res. Ther.*, 2007; 45 (3):459-470.
- 4) Adachi Y, Sato C, Kunituka K, Hayama J, Doi Y: A brief behavior therapy administered by correspondence improves sleep and sleep-related behavior in poor sleepers. *Sleep and Biological Rhythms*, 2008; 6:16-21.
- 5) 足達淑子, 国柄后子, 谷山佳津子, 林ちか子, 田中みのり, 佐藤千史: 職域の非対面の行動的快眠プログラムにおける目標行動設定とセルフモニタリングー読書療法のみとの比較一. *産業衛生学雑誌*, 2010; 52:276-284.
- 6) 足達淑子, 田中みのり, 高梨愛子, 渡邊ちさと, 小林和弘, 武見ゆかり: 職域における通信による飲酒行動変容プログラムの長期効果. *公衆衛生*, 2012; 76(3):250-254.
- 7) 足達淑子, 田中みのり, 石野祐三子, 他: 特定保健指導におけるコンピュータプログラムの適用可能性と減量に影響する要因. *健康支援*, 2012; 14 (2):43-50.
- 8) Adachi Y, Sato C, Nishino N, Ohryoji F, Hayama J, Yamagami T: A brief parental education for shaping sleep habits in 4 month-old infants. *Clinical Medicine & Research*, 2009; 7 (3):85-92.
- 9) 国柄后子, 山津幸司, 足達淑子: 選択メニューによる6つの生活習慣変容プログラム. *日本公衆衛生学雑誌*, 2002; 49:525-534.
- 10) 足達淑子, 石野祐三子, 伊藤恵子, 他: 非対面プログラム「健康達人Pro」を用いた職域における特定保健指導ー比較試験のプロトコールと実施可能性一. *日本病態栄養学会誌*, 2010; 13 (2):147-156.
- 11) 足達淑子: 行動変容のための面接レッスン. 医歯薬出版, 東京. 2008.
- 12) 山上敏子: 行動療法とは何か 行動療法 2. 岩崎学術出版, 東京. 1997; 1-26.
- 13) Eysenck HJ: *You And Neurosis*. Maurice Temple Smith Ltd, London. 1977.
- 14) ジョゼフ・ウオルピ: 逆制止による心理療法. 金久卓也監訳, 誠信書房, 東京. 1977. (Wolpe J; *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press, Stanford, CA .1958.)
- 15) B.F スキナー: 科学と人間行動. 河合伊六, 高山巖, 園田順一, 他翻訳, 二瓶社, 大阪. 2003. (Skinner BF: *Science and Human Behavior*. Macmillan Pub. Co., London. 1953.)
- 16) バンデユラ: 社会的学習理論. 原野広太郎監訳, 金子書房, 東京. 1979. (Bandura A: *Social Learning Theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ. 1977.)
- 17) アーロン・T・ベック: 認知療法. 大野裕訳, 岩崎学術出版, 東京. 1990. (Beck AT: *Cognitive therapy and the Emotional disorders*. International Universities Press, New York. 1976.)
- 18) A.S. ベラック & M. ハーセン編: 行動療法事典. 山上敏子監訳, 岩崎学術出版社, 東京. 1987. (Bellack AS, Hersen M (Eds): *Dictionary of behavior therapy techniques*. Pergamon Press, New York. 1985; 1987i:223.)
- 19) 内山喜久雄, 大野裕, 久保木富房, 坂野雄二, 沢宮容子, 冨家直明監訳: 認知行動療法事典. 日本評論社, 東京. 2010; v ~ vi. (Freeman A, Felgoise SH, Nezu CM, Nezu AM, Reinecke M (Eds): *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. Springer-Verlag, New York. 2005.)
- 20) 足達淑子, 山上敏子: 行動療法による体重コントロールのための指導者教育プログラムとその評価. *日公衛誌*, 2002; 49 (11):1184-1194.
- 21) Lewinsohn PM, Munoz RF, Youngren MA, Zeiss AM: *Control Your Depression*. Prentice-Hall Press, New York. 1986; 241.
- 22) Hauri P, Linde S: *No More Sleepless Nights*. John Wiley & Sons, Inc, New York. 1996; 284.
- 23) Fairburn C: *Overcoming Binge Eating*. The Guilford Press, New York. 1995.
- 24) 足達淑子, 松本久美子, 入沢由三子, 他: 保健所における成人健康診査後の受療指示に対するコンプライアンスと紹介状の効果. *日公衛誌*, 1989; 36:413-420.

- 25) Stunkard AJ: Obesity. In: Bellack AS, Hersen M, Kazdin AE (Eds), International Handbook of Behavior Modification and Therapy. Plenum Press, New York. 1982; 535-573.
- 26) 足達淑子: 肥満に対する行動療法の効果とその予測因子. 行動療法研究, 1989; 15: 36-55.
- 27) Matarazzo JD: Behavioral Health. In: Matarazzo JD, Weiss SN, Herd JA, et al (Eds), A Wiley-Interscience Publ, New York. 1984.
- 28) 足達淑子, 仲宗根信枝, 目野俊子: 高コレステロール血症に対する行動療法. 行動療法研究, 1991; 17(1): 1-11.
- 29) 足達淑子, 仲宗根信枝, 目野俊子, 他: 健康診査の機会を活用した高コレステロール血症のNCEPに基づく健康教育. 公衆衛生, 1992; 56(2): 132-137.
- 30) 足達淑子: 高コレステロール血症に対する行動的健康教育と効果の維持. 臨床栄養, 1993; 82(3): 277-282.
- 31) Report of the National Cholesterol Education Program. Arch Intern Med, 1988; 141: 36-69.