

自己決定の行動科学

宗像恒次*

Tsunetsugu MUNAKATA, Dr.H.Sc.

Institute of Health & Sports Sciences, University of Tsukuba

A Behavioral Study on Japanese Health Self-Decision : An Effective Health Counseling Model

The purpose of this paper was to examine the factors related in self-decision of health behavior and to develop an Effective Health Counseling Model (EHCM) for situation where significant other influences are strong.

Traditional health guidance is less effective for clients who are unable to make by themselves health-related self-decisions. It was estimated from our survey that it was difficult for over 80 percentage of Japanese to solely make their own self-decisions and/or behavioral change without significant other influences.

The EHCM developed by the author may be effectively applied in cases that subjects, though may recognize the need for health behavioral change, are unable to solely take self-decisions.

Clients are led to recall past experiential traumas, appreciate hidden unresolved problems once influenced by significant others, to engage in positive problem-solving, behavioral health self-decisions.

キーワード

Self-Decision Health Counseling Trauma

Self-Guidance Hidden Feelings

* 筑波大学体育科学系健康管理学

I 保健行動変容のシーソーモデル

人々の健康のためこれまでの行動習慣を変える必要があるとき、保健医療者はしばしば患者の能力のなさ、また真剣さや意欲のなさを問題にしやすい。しかし、保健医療者からみて、本人の考え方方がいかに誤ったものであり、また行動変容がいかに遅々としたものであっても、実際にその考え方や行動の誤りに気づき、行動を変えるのは保健医療者ではなく、本人自身である。しかも人間の行動習慣というものは、保健医療者から言わされたからといって簡単に変えられるものはむしろ少ない。たとえ本人が保健医療者の期待に応じて変えようと頑張っても、自信がもてず行動変容の継続に成功することは難しい。保健医療者のできることは、本人に必要な行動変容の気づきと自己決定を支え、その行動変容の継続の自信を高め、また周囲の人々の支援がそれを促すよう手助けをすることである。

ところで、禁煙・減塩・減脂肪・運動・禁酒・休養・口腔ブラッシングなど、人々が健康回復や増進のためになると信じ、それを目的として行う行動は、いわゆる保健行動といわれているが、その実行には様々な要因が関係してくる。それを説明するために、図1の保健行動のシーソーモデルを用いる(宗像1996)。

このモデルに基づけば、まず第1に減塩や禁煙などの保健行動を実行しようとするには、それを促す強い動機づけがいる。第2に保健行動をすることに伴

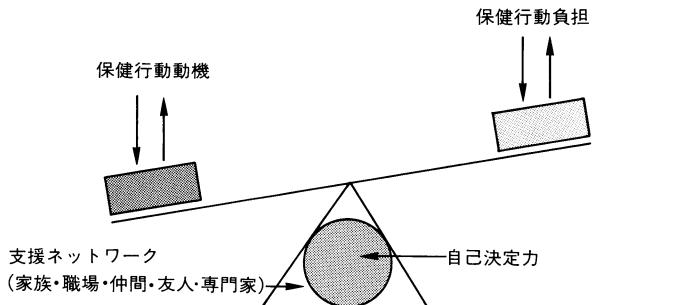


図1 保健行動シーソーモデル(宗像1978, 宗像1996)

う負担感がどの程度あるか。保健行動をとろうとする動機よりも、「めんどうくさい」「苦痛」「不快」「時間がない」などの負担感や障害感というその行動動機と矛盾する気持ちや感情が強いとき、シーソーの負担が重くなって下がり、行動は実行されない。したがって、保健行動に伴う負担を、動機よりもいかに軽くできるか、また負担よりもいかに強い動機づけが成功するかが、その行動の持続のためには必要になる。

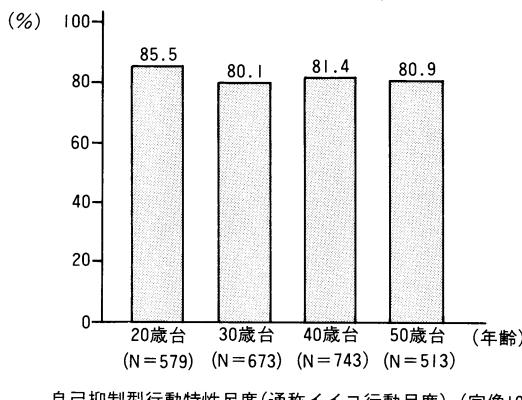
保健行動学では、そのような保健行動を持続させるために、本来、本人がみずから動機を強め、負担を軽減しようとする力をもっているものと考える。その自発的な力とは、周りからのサポートを得ながら、本人がシーソーの支点をみずから動かして、保健行動を実行することを指す。保健医療者は、本人の保健行動の動機づけを助け、負担を軽減するのを助ける役割を担っているが、最も大切な支援のポイントは、そのシーソーの支点を本人自身の自己決定で動かし、本人が保健行動への動機をみずから強め、負担をみずから軽減していく自信感を強められるよう、また、周りの人たちのそうした努力をサポートできるよう手伝うことにある（長谷川・宗像1992、宗像1996）。

II　これまでの保健指導ではなぜうまくいかない

①保健医療者は、たとえば「この患者には、○○という健康生活の仕方が必要だ。はっきり言わなくては……」「かわいそうに何とかしてあげなくては」という思いで保健指導を行う。が、患者自身が「○○という生活の仕方は健康によい、ぜひそのような健康な生活をしたい」と思っているかどうか、また「自分はかわいそうだから何とかして」と思っているかどうか、そういうことが、確認されて、指導しているわけではない。概して、保健医療者は自分の思いやりや善意の気持ちを満たすために一方的に保健指導を行うのである。保健医療者はそれこそが倫理にかなうもので、結局は本人のためになる、暖かい支援と受け取っている。だが、その保健指導は果たして誰の欲求を満たすために行われている行動であろうか。本人の気持ちが確認されていない以上それは

単に保健医療者の欲求や気持ちを満たすために行われている行動なのである。つまりは、ショックかもしれないが、実態は保健医療者の自己満足のための行動なのである。これでは患者指導が成功するほうがおかしいといえる。

ではどうして成功している事例があるのだろう。それは人々の間には必要な情報をもらえるだけで、自己決定でき、みずから行動を変えられる人がいるからである。たとえば、高血圧性心疾患患者で65歳女性の減塩コントロールの良好な方。「夫は食事のことで『お前は自分のことしか考えてないなあ』といやみを言うのですが、私はそんなことを気にしていないのです。気にしていたら何もできません」という。このようなマイペース型の人がそれに相当する。だが、調査によればこの人たちは日本人の1~2割しかいない(図2)。むしろ



自己抑制型行動特性尺度(通称イイコ行動尺度)(宗像1986)

-
- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| ①人から気に入られたいと思うほうである。 | ⑥人の顔色や言動が気になるほうである。 |
| ②自分にとって重要な人には自分のことを わかってほしいと思う。 | ⑦自分の感情を抑えてしまうほうである。 |
| ③人を批判するのは悪いと感じるほうである。 | ⑧思っていることを安易に口に出せない。 |
| ④自分の考え方を通そうとするほうではない。 | ⑨自分らしさがないような気がする |
| ⑤つらいことがあっても我慢するほうである。 | ⑩人の期待に沿うよう努力するほうである。 |
-

「いつもそうである」(2点),「まあそうである」(1点),「そうではない」(0点)を加算して指標とした尺度。

信頼性係数(α)=0.7594

“イイコ”度: 0~6点…弱, 7~10点…中, 11~14点…やや強, 15点以上…かなり強い

図2 年代別自己抑制型行動特性(7点以上)

(宗像恒次: 習志野市民の心身の健康管理調査報告書, 厚生科学的研究報告, 1990)

表1 飲み付き合いに対する保健行動の三段階分析例（宗像1992）

| | 不健康行動 | それぞれのレベルの保健行動 |
|------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
| 上位行動 | 八方美的に誰からも認められたい、誰にも嫌われたくないという感情が強い | 自分が本当に認められたいところや、それをわかってくれる人を特定化する 開き直る |
| 中位行動 | 飲みに行く誘いを断れない、断ると悪いとか、嫌われるのではないかという不安がある | 上手に誘いを断る 上手な自己主張を身につける |
| 下位行動 | 過剰飲酒 | 節酒する よく飲む人の隣に長くいない |
| | 喫煙 | メントールキャンディ、禁煙パイポ等で代用する |
| | 高塩分・高脂肪摂取 | 塩分や脂肪の多い酒の肴を避ける |
| | 深夜帰宅 | ハシゴ酒はやめる |

患者の80%以上は必要な情報をもらっても、表1の飲み付き合い例のように周りから嫌われるのを恐れて自分の考えだけで行動を変えられない「ノー」と言えないタイプである。つまり周りが変わらないと自分も変わらないイイコタイプである（宗像1995 b）。

②元来、保健医療者と本人の関心や価値観（行動の優先順位）には相違がある。医療者は一般に、みずからが判断した最も理想的な形で予防や治療やケアを行うことを望みがちである。一方の本人は職場や家庭などにおける様々な生活との兼ね合いのなかで最も都合のよい治療やケアを行うことを望みがちである（フリードソン1970）。つまり、通院や入院の行動の仕方や服薬や食行動などについて、いつも生活全体のバランスの中で選択している。したがって、

保健医療者はこうした相違点があることを前提としたうえで進めていく必要がある。

③保健医療者は一般に予防や治療やケアの効果、副作用、治療期間、行動制限の内容、費用などは知っている。しかし、予防や治療やケアの実施に伴う苦痛や、本人の仕事や家庭生活への影響・経済的負担などによって、本人の仕事や家庭生活への影響・経済的負担などについて、本人がどのように不安に思っているか、どのような負担や不都合が生じると思っているかは具体的に必ずしもわからない(ストーン1979)。それらは本人から教えてもらうしかない。本人からこうした不安や負担や不都合をよく聴いたうえで、それらを現実的に考慮に入れて本人の生活全体のバランスを考慮した方針を本人とともに決めていかなければ、効果がない。

④また、本人が自分の病気がどういう原因で生じ、自分や周りの人々にどのような影響があると思い、またどのように予防や治療やケアされることを望んでいるかを聞くことは大切なことである。また予後についても、本人が治療やケアすれば簡単に治るとか、まったく元通りになることを望んでいたりしたとき、本人と保健医療者との間でその予想や期待と実際とのギャップが大きく、なぜかわからないうちに、お互いの不信感が形づくられるようになる場合がある。どこまでなら予防できるのか、また治るのか、どのようになりたいのかについて、医療者は本人から聴いて確認し、現実に合った目標や期待を共有できるよう努力が必要となる。

⑤不健康行動を含むあらゆる症状は隠れた感情の葛藤から生じている。対症療法にもっぱら頼ることなく、感情の葛藤を解決し、ライフスタイルそのものを健康なものとする保健指導が必要である。隠れた感情の葛藤に本人がみずから気づき、みずから解決できるよう効果的に支援するにはカウンセリング法を用いることが必要である。さらには、誤った行動をみずから変容させ、本人の望む健康なライフスタイルがとれるよう、自分自身で効果的かつ持続的に進めていく認知行動療法の1つであるセルフガイダンス法(表2)が必要である(宗像1996)。

表2 行動科学によるセルフガイダンス法（宗像1992）

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 動機づけの強化策 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・保健行動の優先度の高い理由と効果の確認法。 ・その行動を継続することが本人の生きがいや生きる希望と、動機上どの程度結びついているのか。生きがい連結法や自己賞罰法やサポートネットワーク法など。 |
| 負担の軽減策 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・これまでの行動を変えることに伴う負担感を効果的に軽減する方法をとっているか（代替法・自己改善法・環境改善法・気分転換法・見通し確保法・プラス思考法など）。 |
| 自己決定力の強化策 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・その行動を持続しようとする自己決定をサポートするネットワーク（家族・職場・仲間・友人・専門家）をみずからつくっているか（サポートネットワーク法）。 ・その行動を続行することへの自信を高める方法をとっているか（モデリング法・スマールステップ法・自信度チェック法・自己観察日誌法・ポジティブセルフトーク法など）。 <p style="margin-top: 5px;">（詳しくは文献宗像1996参照。）</p> |

III 自己決定の効果的な支援法

保健医療者の単なる思いやりや善意という自己満足の気持ちからではなく人々の心のニードや生活行動の優先順位や負担感を理解して支援するにはそのための面接法がある。もちろん、ふだん自分の行動を自己決定でき、実行できる人は、本人が十分動機づけられるような情報提供を得られれば、みずから保健行動のシーソーの支点を動かし、必要な行動変容をとることができるものである。だが、健康問題となる多くの場合は、ふだん自己決定が容易な人さえ、「わかっているけれどもできない」というように問題が頭の上でわかつても行動がついていかないときがある。依存的な人ならなおさら困難である。それは、「そのわかっている行動をしようとする」となぜかよくわからないが不安・抑

うつ・不満・怒りなどあってできないというように、保健行動動機とは矛盾する隠れた感情が負担感となって行動を妨げていることがある。

このように矛盾し合う感情が存在していてみずからの自己決定力で行動変容できないとき、その矛盾する感情の背後にある隠れた本当の感情に気づかせるヘルスカウンセリング法(個別あるいはグループ)が効果的である(宗像1995d).

1. ヘルスカウンセリングのための面接技法

a. ブロッキングに気づき、自覚的に避けて聴く

保健指導においてガイダンスとカウンセリングの面接法が180度違うことを認識する必要がある。保健医療者は訴えられ、相談を受けたとき、まず本人の求めるものや気持ちを受けとめるよりも、立場上、つい意見を言いがちであるが、これはガイダンスである。それが効果をもつには前述のように1～2割の人でしかない。あの8割の人にはカウンセリングが不可欠となるだろう。カウンセリング法では保健医療者が相手の発言をすぐ判断し、評価し、意見を言うと、本人にとっては「わかつてもらえない」という気持ちが強まり、率直に話す気になれず、また安心して自分が本当は何を言おうとするのかを見きわめようという気持ちになりがたい。そこで自分の意見・判断などを意識的に脇においてまず相手の話を聴くことが大切になる。

保健医療者が相手の話を聴こうとすると、しばしば自分の頭や心の中にそれを邪魔するものが生じてくるため、話のポイントをとらえられないことが多い。それは、「ブロッキング現象」が起こるからである。たとえば、「それは私の経験と一緒にだ」と思い込み、実際には多少違っていることがあっても、自分自身の経験と同一視するために、自分の経験の世界から相手をとらえるようになり、相手の言いたいことや求めているものからズレることになる。

たとえば、ホスピスのナースについての私たちの調査によれば(宗像他1993)，臨床看護経験年数が長ければ長いほど人の気持ちや考えを聞く力(傾聴力)がより低くなることがわかった。それは過去の患者との経験が多いため、追体験して思い込んで聴いてしまうためであろうと思う。

また、専門家が相手の話を聴こうとするときよく起こることであるが、相手をよく理解しようとして、自分の関心や興味からいろいろ質問し、どうしてそう考えるのかを徹底的に聴こうとしたり、また育ちの背景をよく知ろうと掘り葉掘り聞くかもしれない。しかし、この方法では、いかに努力しても、保健医療者がもつ考え方や感じ方（つまり自分の枠組み）からしか相手を理解しようとしないためブロッキングが起こり、いくら時間をかけても相手の考え方や感情を受けとめ、求めるものを理解することにはならない。相手がどのような考え方や感じ方をしているのかについて注目しないため、相手の言いたいことを聞くことができないのである。むしろ相手ではなく保健医療者自身の気持ちや考えがみえてくるばかりである。

その他、自分の好奇心や関心、違和感、先入観、シナリオ、意見、解釈、勝手な想像、心を読む、頭の中でのリハーサルなどが生じても、それを訓練で自覚できるようになれば、意識的に脇において聴くことができるようになる。

b. 隠れた本当の問題に気づかせる支援

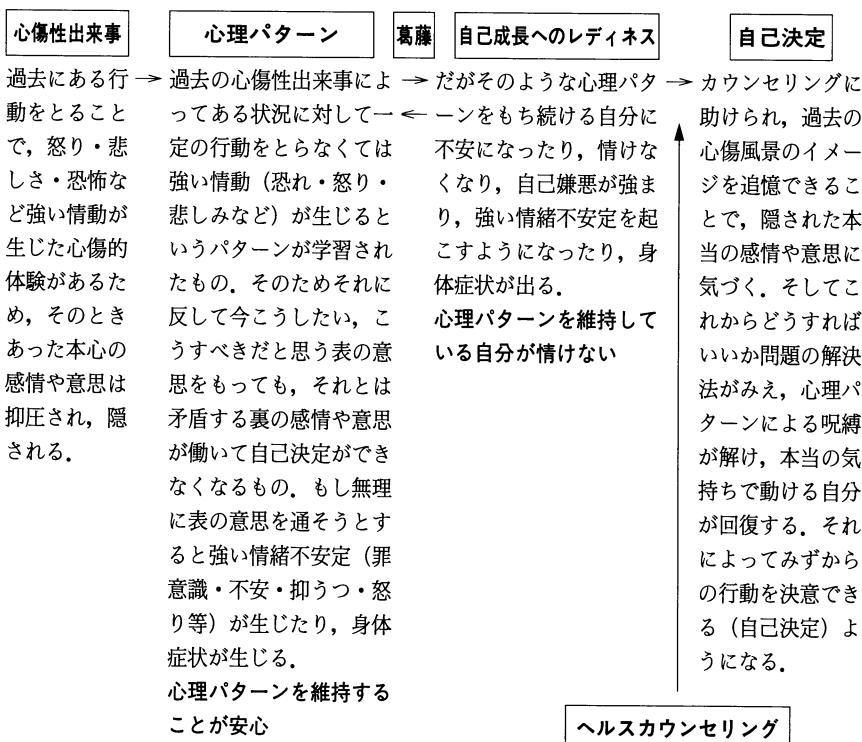
よく言われることではあるが、「聞く」と「聴く」との区別が大切である。「聞く」はただ聞くことであるが、「聴く」はこのようにブロッキングを自覚的に避けて相手の考え方や気持ちを理解し、相手が話し終えたとき、相手の言いたかったことや求めているものを繰り返したり、要約し、たとえば、「おっしゃりたかったことは……」とか「……ということでしたか」などと相手のキーワードを入れながら保健医療者自身の言葉でそれを共感的に表現して相手に返し、その反応が「生き生きした表情」をとるか否かで確認する。いわば「話しのキャッチボール」をしながら進めることが「聴く」ことである。その際、ガイダンスとは異なってカウンセリングは、決して隅々まで繰り返し相手の話をすることを解釈したり、意見を言うことでもない。相手の訴えの事柄を理解するだけではなく、その話の背後にある気持ちや感情を相手の気持ちに沿って表現し、返すことである。それによって相手の気持ちと合致しているかどうかの確認になる。確認には相手の言葉よりも声や眼や顔の表情に注目する必要がある。その反応の仕方をみて、相手が本当に言いたかった気持ちかどうか、感情かど

うかを確認する。相手の気持ちや感情を的確にとらえて確認したとき、自分が本当は何が問題なのか、自分の心のニードに気がつくのである。

c. 隠れた本当の感情がわかると本当の問題がみえ、解決法がみえてくる

「保健医療者からすすめられた行動をしなくてはならないとわかっているけれどもできない」というようなケースはよくある。頭ではわかっているが感情がついていけないのである。なぜそうなるのか本人に原因が明確にわかっていることはほとんどない。私たちが行動を実行するか否か迷っているとき、その背後には必ず矛盾しあう感情群がある。一方は必要な行動変容を促そうとする感情群（保健行動動機）であり、他方はその行動を抑制しようとする感情群（保健行動負担）である。しかし、その矛盾しあう感情群のさらに背後にはそ

表3 症状を生む心理パターンから自己決定まで



の矛盾を起こさせる隠れた本当の感情がある（宗像1996）。

ヘルスカウンセリング法は、本人がその本当の感情に気づくことを支援することであるが、それを進めると、その矛盾する感情群をつくった過去の心傷風景が立ちあらわれるようになる。その風景に隠された本当の感情に気づくことができるようになると、患者はいったい何が本当の問題なのか、自分は何をしたらいいのか自然にみえてくるようにもなる。そして、次には、様々な物事の必要な自己決定をみずから自由意思でどんどんできるようになってくるのである（表3）。

2. 透析患者のカウンセリングのケース

透析歴10年の45歳男性で水分管理が良好でなく、心胸郭比57%とこのままでは心不全の危険がある。本人も水分管理に努力するが、どうでもいいという矛盾する気持ちが高まりうまくいかない。ヘルスカウンセリングを進めるなか、第1から第6透析室へ行ってくださいと言われた婦長に「怒り」があることがわかった。第6透析室は離れ孤島と言われ、見捨てられた患者が行くところと言われている。「なぜ僕が行かなくてはならないの、どうして僕を見捨てる」という怒りである。だから婦長がいい顔をしない検査結果を出す。おかしなことにそれがたとえ自分の命を縮めることになってでもある。自殺行為であるが、本人は意地になっている。そんなことで水分管理がうまくいくわけがない。さらにカウンセリングを進めると幼いときから世話になった母の顔が出てきた。「2度自殺しているが、いつもお母さんが出てきて助けてくれる。だからとても感謝している」「でもおたふくかぜの時どうして大学病院に連れて行ってくれなかつたの。6人の兄弟で死ぬ思いをしているのは僕だけ。どうしてあのとき見捨てたの」。ここに幼い頃、心の中核にあるソウルが傷ついた原風景（心傷性出来事）がある。ソウルとは、日本語に「心の琴線に触れる」とか、「魂の叫び」という言葉があるが、それに相応するものである。1つに①人から生きる価値ある存在として認められたい、また②愛されたい、どうしようもないとき助けてほしい、そして③必要とされたい、役に立ちたい、④自分を価値あ

る存在として認めたいという人間が普遍的にもつ4つの心の中核的欲求がソウルの欲求である。

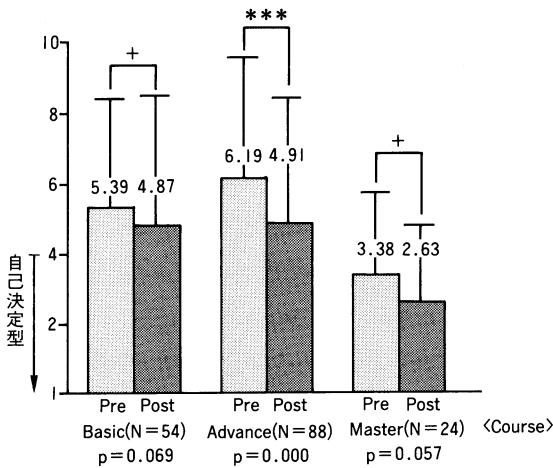
ところで、この方のソウルの欲求である「本当に助けられたいときに愛されたい」という期待が裏切られ、見捨てられた怒りや悲しさがあった。でも感謝しているお母さんにはこの怒りは口が裂けても言えない。同様に、「お世話になつた婦長さんに感謝している。でもどうして僕を見捨てるの。その怒りの気持ちはどうしても言えない」と、本人は愛されなかつた母への怒りが心理パターン（表3）となり、婦長さんに転移していることにみずから気づく。気づいた瞬間、婦長への怒りが消えてしまう。意地でも婦長の言ったことに反対の結果を出そうとする隠れた怒りの気持ちが消えた。母への怒りからきていることに気づいたことで消えたのである。このように隠れた本当の気持ちに気づくことで問題はおのずと解決法がみえ、必要な自己決定ができる。

表4 ダイエット・コントロールのための自己観察日誌

| | 主な気分と症状 | 思ったこと | 行動したこと | 学んだこと |
|------|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------------|
| | 例→お腹がすき、何か食べたくなる。 | がまんするしかないか。 | お茶を飲んだり、ノンカロリーの飴をなめた。 | 昼食が思わず早食いになってしまった。朝食をしっかり食べよう。 |
| 第1日目 | 「よし！」魚料理を意識して食べよう。 | やっぱり生臭いのがいやだな。 | 清酒に漬けてみよう。 | 酒に漬けたら少し生臭いのが和いだ。 |
| 第2日目 | コーヒーが飲みたくなる。 | ミルクを多めに入れよう。 | 砂糖を入れない。 | やはり少し甘いほうがおいしいが慣れれば……。 |
| 第3日目 | 外出先で紅茶とケーキが出るが、がまん。 | ダイエットのことが頭に浮かび、がまんする。 | ダイエットの話をする。 | 周りの人々にも話して協力してもらうことだ。 |
| 第4日目 | 疲れたためか、甘いものがとても欲しい。 | ここががまんのしどころ。 | 和菓子があったがビスケット2枚でがまんした。 | 洋菓子と和菓子なら和菓子を食べる。 |
| 第5日目 | 食欲がない。 | 旅行疲れのためだと思う。 | 無理に食べようとしない。 | お腹がすけばおいしく食べられる。 |
| 第6日目 | ダンベルダイエットのお話を聞き、肉食から魚食に変えていこうと思う。 | 今日のお話を頭に入れ食生活をしよう。 | 話を聞いた帰りの買物、鮮魚と野菜売場をウロウロ。 | 近頃お菓子売場から足が遠のく。 |
| 第7日目 | 外出したので甘いもののとりすぎ。 | ダイエットには周りの協力が大である。 | すすめられると食べてしまう。これではいけない。 | ダイエットコントロールはなかなか難しい。 |

3. 自己学習法としてのセルフガイダンス法

カウンセリングを受ける気持ちはないが、健康のために行動を変えたいときがある。これまでの保健指導はヘルスガイダンスとも呼べ、専門家が必要な専門的な知識や助言をすることである。が、行動科学的研究によれば、その方法ではブロッキングが生じやすく、それぞれの患者の個別性に合ったガイダンスは、とても困難である。むしろ本人自身が気づいていくことのほうが効果的である。そこで表1に示した保健行動の変容モデルに従った教材をこなすことでも自己学習法によって行動変容してもらおうとするのがセルフガイダンス法である。これは認知行動療法の1つであるが、その教材の具体例については他の文献（宗像1995a, 戸崎他1995c）で詳しく参照してもらうことにして、とりわけ



☆ヘルスカウンセリング学会のベーシック・アドバンス・マスタープログラムを受けることによって自己決定型行動特性が高まる。とりわけ、マスタープログラムでは受講者の平均が4点以下であり、研修中に仲間カウンセリングを受けることによって自己決定能力が高まっていることを示すものである。自己決定行動特性は「まわりの人にかまわれたくない方だ」など18項目からなる独立一依存的行動特性尺度（信頼性係数 $\alpha=0.739$ ）によって測定されたものである。この尺度は自分の行動を自分で決めるか、他人に依存する傾向があるかということを区別できるものである。4点以下は自分のことを自分で決められる行動特性があることがわかっている。一般に4点以下では自分で自分の行動を決めてきたという生育史をもっている。

図3 ヘルスカウンセリング学会研修前後の自己決定型行動特性の変化

け効果が高いものとして表4にある問題にかかわる行動をとるときの「思い、気持ち、考え、学んだこと」といった気づきのプロセスを支援する自己観察日誌を示しておきたい。セルフガイダンス法はグループ教育だけではなく通信教育でも可能なところから、扱いうる人数は原理的に無制限であるのが特徴である。そして、セルフガイダンス法によってうまくいかない場合、ヘルスカウンセリング法を用いると効果的である。本人の自己決定に基づいた、主体的・創造的な健康上の行動変容を支援することができる。

これらヘルスカウンセリング法やセルフガイダンス法によって、みずからその当面の健康上の行動変容ができるようになると、あらゆる生活行動の問題に向向きで、問題解決的にみずからの行動を決めることができる自己決定力を高めることができるようである（図3）。

参考文献

- 1) Friedson,E. : Dilemmas in the Doctor-Patient Relationship. In Cox C.&Mead A. (eds.) : A Sociology of Medical Practice, London : Collier Macmillan, 1970.
- 2) Stone, G. C. : Patient Compliance and Role of the Expert, Journal of Social Issues, 35(1): 34-59, 1979.
- 3) 長谷川浩・宗像恒次編：行動科学と医療，弘文堂，p.1-293, 1992.
- 4) 宗像恒次：保健感覚を高める，ナースステーション，8：73-79, 1978.
- 5) 宗像恒次・他：全国ホスピスの患者をめぐる調査－患者・家族・担当医師・担当看護婦の意識と行動，死の臨床21, 日本死の臨床研究会, 16(1) : 30-32, 1993.
- 6) 宗像恒次：保健行動学からみた母子保健〈母子の健康科学, (編) 青木康子・加藤尚美・平澤美恵子, 日本看護協会出版会, p.108-132, 1995 a〉.
- 7) 宗像恒次：行動医学における社会学的視角, 行動医学研究, 2(1) : 20-28, 1995 b .
- 8) 戸崎とみえ・宗像恒次：栄養指導の中にカウンセリングをどう適用するか—セルフガイダンス法を用いて, ヘルスカウンセリング学会年報, 1, p.97-105 : 1995 c .
- 9) 宗像恒次：行動変容のヘルスカウンセリング—セルフケアへの支援, 医療タイムズ社, p.1-113, 1995 d .
- 10) 宗像恒次：最新行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, p.1-298, 1996.