

行動変容

津田 彰* 石橋香津代**

*久留米大学文学部心理学科 **同大学院心理学研究科

Behavior Change

Akira Tsuda* Katsuyo Ishibashi**

* Department of Psychology, Kurume University ** Graduated School of Psychology, Kurume University

キーワード

行動変容	behavior change
健康行動理論	health behavior theories
多理論統合モデル	transtheoretical model (TTM)
社会的認知論	social cognitive theory
動機づけ面接法	motivational interviewing
複合的マルチレベルアプローチ	combined multi-level approach

I. はじめに

行動変容 (behavior change) という考え方は、「経験によって生じる比較的永続的な行動の変化」、すなわち学習の心理学に端を発する¹⁾。経験による行動の変化には、パヴロフが発見した刺激によって誘発されるレスポナント（応答する）行動（古典的条件づけ）と、スキナーが体系化した能動的に外界に働きかけるオペラント（自発する）行動（道具的条件づけ）の2つのタイプがよく知られている。

健康心理学や行動医学などを包摂する保健医療の行動科学では、人がなぜある健康行動を行い、行わないのかの理由を探したり、人が健康により行動を行う可能性を高めたりする要因として、どのようなものがあるのかを体系的にまとめた考え方、すなわち健康行動理論がいろいろ提唱されている²⁾。

しかしながら、行動変容に影響する関連要因の複雑性ゆえに、すべての健康行動を適切に説明できる、あるいは効果的に行動変容を促す黄金律のような理論はない。医療技術が進歩し、新しい治療法や創薬ができていにもかかわらず、ヘルスプロモーションの取り組みの多くは、個人の行動変容を必要とする。また、多くの医療者は患者のライフスタイルを変えたり、勧める治療とケアを正しく継続させたり

すること（アドヒアランス）が不得手である³⁾。

行動変容に関する理論は、健康づくりや健康支援を行う場合、人間行動の理解に基づいて（つまり法則性に則って）ヘルスプロモーションなどの介入を設計し、評価するための強力なツールとなる⁴⁾。理論を利用することは、支援者の経験や直観によらない、科学的根拠にもとづいた実践と政策提言を可能にする。と同時に、取り組みを成功させる可能性を高めてくれる点からも意義がある^{5, 6)}。

本稿では、行動科学における代表的な健康行動理論、とくに行動変容の理論の考え方を中心に整理することで、行動変容にかかわる研究と実践を包括するケアの今後の方向性について示唆を得ることにする。

II. 行動変容と健康行動理論

行動科学は、人間行動の理解を通して、人間の行動に関わる諸問題を解決することを目的とした人文科学から社会科学そして自然科学までを横断する総合科学である⁷⁾。行動科学に基づいた行動変容の働きかけは、生物心理社会的観点からのマルチレベル（個人内、個人間、地域的、制度的、公共政策的要因など）で行うことになる（図1）。

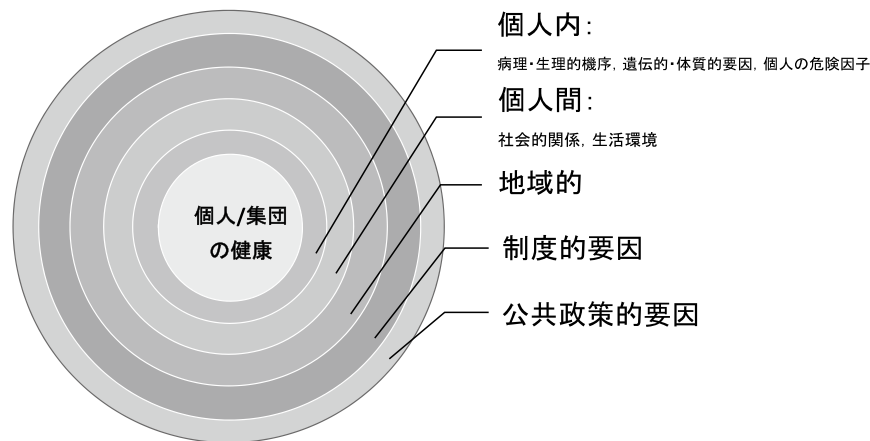


図1 生物心理社会学モデルのマルチレベル・アプローチ⁸⁾
行動変容の働きかけは、マルチレベルで行う

そのため、日常生活での健康行動の実践とその習慣化（すなわち行動変容）を図るためには、影響する種々の要因を特定するとともに、社会環境を整備したり、教育面からの支援を行い、動機づけを高め、行動変容に必要な知識と技術の習得を促したりするような複数のレベルと多面的な仕組みが必要となる⁸⁾。

1. 行動変容とは

健康行動は、「健康の維持と病気の予防を促す活動」として、また行動変容は、「健康の維持と増進のために行動を望ましいものに改善する」こととして広く定義づけられている⁹⁾、注1)。

行動変容の具体例としては、1) 今までに経験し

たことのない行動を新たに始める。2) かつて経験したことのある行動を再開する。3) 好ましくない行動をやめる。4) 行動を修正する。5) これら4つを継続する。行動変容には、種々の多要因が複雑に影響しあっており、表1に要約するように、行動変容の事象や状況を説明し、予測する概念が抽出されている。

筆者ら¹⁰⁻¹²⁾がこれまで行った健康行動調査では、表2に示すような項目が主にアセスメントされている。運動、栄養、休養にかかわる日常生活のすべての活動がポジティブ健康行動もしくは健康ハイリスク行動に含まれる。

表1 健康行動の影響要因⁹⁾

影響要因	
一般的要素	パーソナリティ 楽観性 ハーディネス コピアレンス
健康態度	健康価値 パーソナル・コントロール(健康に関連したコントロールの所在) 主観的規範, 行動の意図 動機づけ ソーシャル・サポート 健康信念のリスク(病気に対する主観的な脅威, 健康行動を実行することによる効果と障害の予想)
健康知識	健康危険性と行動とをつなぐ知識
社会文化的要因	伝統, 宗教的慣習, 家族の習慣, 日課, ソーシャル・ネットワーク, 法律(年齢制限, 販売規制), マクロ経済(税金), 厚生行政(健診, 予防接種), 健康サービス(情報, 利便性, 施設・設備), 社会・人口属性的特性(教育, 性, 社会経済状態), 健康状態(障害, 治療の必要性)

表2 健康行動のアセスメント項目⁹⁾

項目	
栄養と食習慣	規則的な食事(食事の回数), 果物, 塩分, 脂肪, 繊維性食品, 朝食, 間食, ダイエット
嗜好品	喫煙, アルコール, コーヒー
ポジティブ健康行動の実践 ネガティブ健康行動の実践	適度な睡眠時間, 規則的な運動習慣, はみがき, 直射日光の回避
安全行動	運転行動(シートベルトの着用, 制限速度の順守, 飲酒運転回避), 安全なセックス, 環境衛生, 家の保全
予防的行動	血圧測定, 定期的健診(自己, 専門家), がん検診, 予防接種, 適切な医療機関の利用

2. 健康行動理論

近年, 健康とウェルビーイングにとって, 日常生活における習慣的な行動とその心理社会的な関連要因がとても重要であることを示す知見が増えている¹³⁻¹⁵⁾。人が健康によい行動を行う可能性を高める要因として, どのようなものがあるか, どのような要因がどのように関連しているのかを示す考え方が健康行動理論¹⁶⁾である。

健康によい行動を行う可能性を高めるには, 健康行動理論を活用して, これらの要因を特定するとともに, 要因を満たすような働きかけが大事である。健康行動の変容にとっての問題や状況に対して, 「なぜ行動変容が起らないのか」, 「うまく何が機能していないのか」, 「何が行動変容の障壁となっているのか」といった学術的問いに対処することが可能となる。

Ⅲ. 代表的な健康行動の変容理論

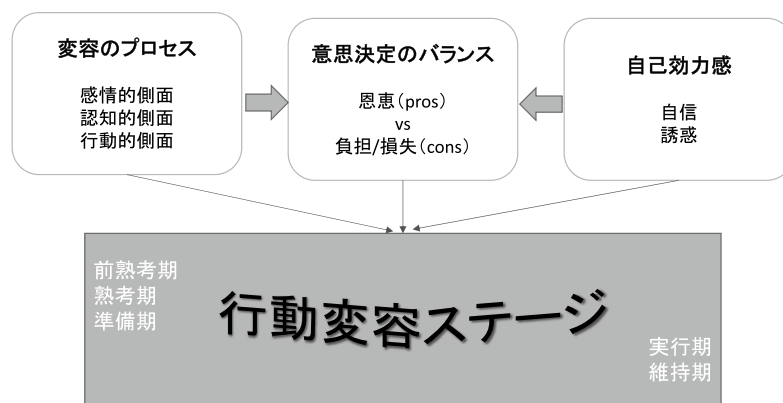
行動科学の研究成果として, 健康行動の変容を促す健康行動理論やモデルがいろいろ提唱されてきた。ここでは, 近年もっとも研究され, 高い評価を

世界的に得ている次の3つの健康行動の変容理論(モデル)を取り上げる: 多理論統合モデル¹⁷⁾, 社会的認知理論¹⁸⁾, 動機づけ面接法¹⁹⁾。

これらの理論について, その背景にある考え方, 実践にあたっての標準的なプロセス, 効果(outcome)について包括的に整理することは, 行動変容についての具体的な現象の理解とこれからの方向づけができる点で意義があると思われる。

1. 多理論統合モデル (Transtheoretical model, TTM)^{注2)}

TTMは数多く提唱されている健康行動の変容理論の中で, 禁煙や効果的なストレスマネジメント行動変容, 運動習慣の獲得などの成功率が最も優れているアプローチの一つとして認められている²⁰⁾。TTMは, 図2に模式的に示すように, 4つの仮説構成概念を含む。1) 行動変容ステージ(行動変容に対する動機づけの程度, 準備状態を反映する), 2) 意思決定のバランス(行動変容を実践するときの恩恵と負担に対する主観的見積もり), 3) 自己効力感(ポジティブな結果期待と行動変容する自信), 4) 変容のプロセス(健康行動を促進する認知・感情的

図2 多理論統合モデル²⁰⁾

体験と行動的活動)。以下、禁煙を例にして取り組みの過程を紹介する。

1) 行動変容ステージ

禁煙への動機づけの違いによって、5つの行動変容ステージに分類する。前熟考期（6ヶ月以内には禁煙の意思がない）、熟考期（6ヶ月以内には禁煙をするつもり）、準備期（1ヶ月以内に禁煙する意思がある）、実行期（禁煙をして6ヶ月未満）、維持期（禁煙を6ヶ月以上している）。

2) 意思決定のバランス

禁煙を実践する際、人はその恩恵と負担・損失を考える。前熟考期から実行期にかけて、禁煙の恩恵が増え、負担・損失が減少することで、禁煙に成功できるかどうか予測ができる。逆に言えば、禁煙のためには、意思決定のバランスをこのように変化させることが大事となる。

3) 自己効力感

前熟考期から維持期にかけて、自己効力感が高まる。このことは、禁煙を継続できる自信と喫煙しなくなったときの誘惑に抵抗できる自信が大事であることを示唆する。

4) 変容のプロセス

禁煙に有効な変容のプロセスには、認知・感情的体験と行動的活動の2つが知られている。前者の認知・感情的体験のプロセスには、意識化の高揚（禁煙に向けて意識を高め、情報収集するなど）、感情的体験（禁煙しないことによるネガティブな感情を体験するなど）、環境の再評価（禁煙しないことによる周囲の影響と禁煙したことで周囲に与える影響を考えるなど）、自己の再評価（禁煙する自分あるいは禁煙しない自分をイメージして考えるなど）、自己の解放（禁煙することを強く決意し、それを周囲に宣言し、禁煙に向けて責任を明確にするなど）がある。

後者の行動的活動のプロセスには、強化マネジメント（禁煙することに対して内発的、外発的な報酬を自分にするなど）、援助的関係の利用（禁煙に役立つ人的資源を活用するなど）、拮抗条件づけ（喫煙の誘惑に負けない健康的なやり方を学ぶなど）、刺激コントロール（禁煙しやすいような手がかりを増やし、喫煙につながる刺激を避けるなど）、社会

的解放（世の中が禁煙社会になっていることに気づくなど）が含まれる。

TTMは、心理療法の主要なシステムの比較分析から、人が行動変容を起こす過程について、その共通要因を統合したハイブリットなモデルといえる。したがって、人が行動変容する過程は禁煙のみならず、その他の健康行動にも、そしてどの行動変容のステージに属する人に対しても適用可能である²¹⁻²³⁾。

集団的アプローチであっても、健康行動の変容に対する動機づけのレベルが異なる人を対象としても、行動変容のステージにあった個別最適化した介入方略（たとえば、ある人には、行動変容の恩恵に気づいてもらったりするなどの認知・感情的体験に重点をおき、別な人には、自己効力感を継続できるような行動的活動に従事してもらうなどの働きかけを中心にするなど）を採用することで、ハイレスクアプローチと同様のセグメント化した取り組みができる。

筆者らは、TTMに基づいた効果的なストレスマネジメント行動変容の指導者マニュアル²⁴⁾と参加者が行動変容ステージ別に効果的なストレスマネジメント行動変容に取り組むセルフヘルプの練習帳²⁵⁾（ワークブック）を作成して、参加者のストレスの自覚を低下するなどウェルビーイング向上を試みている²⁶⁻²⁸⁾。

2. 社会的認知理論

社会的認知理論¹⁸⁾はバンデューラによって提唱されたもので、健康行動の変容を説明、予測する強力なモデルとして、世界中で幅広く支持されている。彼は、図3に示すように、人の行動を決定する要因として予期機能を重視し、人と環境と行動の3者の相互関係の中で行動の形成と変容が生じることを説明した。

社会的認知理論の前提として、自己や他者の体験から成り行きを予測したり、行動をイメージしたりするのに必要な次のような5つの能力が仮定されている：1) 予測する能力、2) 他者を観察する（模倣）ことによって学ぶ代理能力、3) イメージすることができる能力、4) 自己評価によって行動を調整する能力、5) 分析、予測、修正などの反省能力

など。これらは社会的認知理論の中心概念である自己効力感を引き出す上で重要となる²⁹⁾。

社会的認知理論の基本的な考え方³⁰⁾は、第一に、行動の主体者としての個人の自己の役割と認知を重視して、人間行動を説明していること。これまでの行動理論では、行動の形成と変容が行動の結果に随伴（依存）して生じると考えられてきた。これに対して、人は自分がもっとも望む目標を定めたり、期待したり、予期したりして、行動を積極的かつ能動的に選択すると考えた。つまり、行動の生じやすさは、その予期機能（期待）によってである。このような予期機能は、自己教示や自己強化といった自己生成的要因に影響を受ける。

第二に、自分が直接に報酬や罰を経験しなくても、他者の経験を見聞する代理経験を通じても行動変容が起こることを明らかにした。これは観察学習と称され、適応的な行動を遂行する他者（モデル）を模倣することを通じて、適応的な行動変容が起こるとした。その後、自己強化によって行動変容が生じるというセルフコントロールの考え方に発展した。この考え方に基づいてモデリング法が開発され、社会的スキルの獲得など対人的コミュニケーションに應用されている。

第三に、行動への動機づけが高まるための条件として、期待と自信をあげている。自分の行動が、よい結果につながるという「結果期待」と、その結果を生み出すために必要な行動を自分はいまやうまくやれるという「効力期待」がかかわって行動変容が生じることを実証した。とくに、後者の期待は自己効力感（セルフ・エフィカシー、self-efficacy）というわか

りやすい新たな概念で呼ばれたこともあり、この概念によっていろいろな行動が非常によく理解できるようになった。自己効力感が強いほど、実際にその行動を遂行しやすい傾向にある。つまり、行動変容の成功は、自己効力感から予測できる。

人は自ら行動を開始し、その行為をモニターするとともに、自分で強化を行い、誤った行動を修正する。松本³¹⁾によると、自己効力感を高める主なポイントとして、2つ指摘している。一つは、成功経験を積むこと。少し頑張ったらできそうという目標を立て、その目標を達成する。この成功経験が次の自信を高め、その後少しずつ目標水準を上げてチャレンジする。もう一つは、モデリング。自分のモデルになりそうな人がうまく行動変容をしていることを見聞すると、自分にもできそうという自信がつく。

その他、自己効力感の情報源として、自分で自分を褒めるとか周囲の大切な人から励ましを得るなどの言語的な教示（説得）、できそうと思ったときに感じる身体感覚などの生理的覚醒も大事である。表3に自己効力感を高めるための情報と方略を要約した。

3. 動機づけ面接法

ミラーとロールニクの動機づけ面接法¹⁹⁾は当初、薬物依存やアルコール依存者の行動変容を図る臨床技法として開発されたものだが、健康行動の変容に対しても効果が高いことから、世界的に広く普及した。この考え方は、健康教育でもっとも古くから知られている「健康信念モデル」³²⁾が強調してきた問題の重大性、問題の起こりやすさ、問題の障害などといった脅威や外的圧力で行動変容が生じるとい

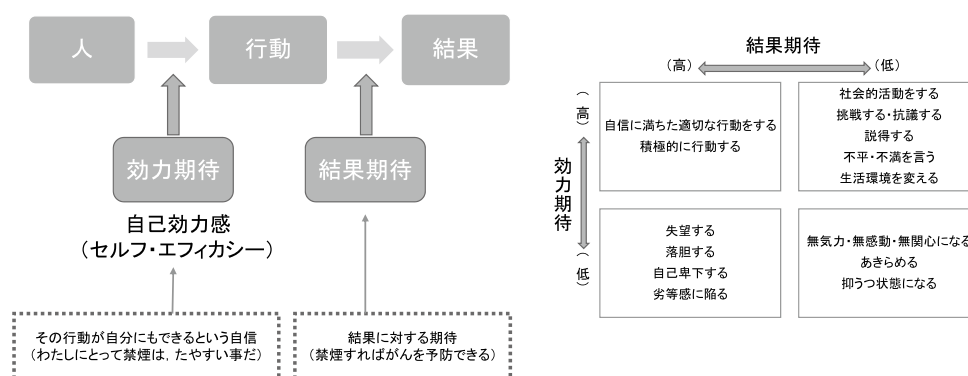


図3 結果期待と効力期待の関係²⁹⁾
禁煙の取り組み例

う既存の仮定に異を唱えている。

彼らは、従来の行動変容の技法で用いられてきた、「行動変容しないと、大変な結果になります」という脅し、教え、説明し、非難し、激励し、勧めるなどの“押す”タイプの限界を明らかにした。このような高圧的、強制的なアプローチに対して、人は自律性を維持することに動機づけられ、抵抗する（リアクタンス）。自律性の尊重は、クライアント自身で問題を模索し、自分が抱える矛盾を解決しようとする動機づけと自信を高めることで、行動変容が起こりやすくなる。

動機づけ面接法は、表4に要約するような、4つの原理に基づいて行われる。

1) 共感を表現する原理

カウンセリングの基本である共感的態度で傾聴する姿勢である。変りたいけど変わりたくないといっ

たクライアントの矛盾する両価的感情やコンフリクトを受容し。信頼関係の構築を図る。

例) 禁煙をしたくてもできない悩みの訴えに対して、相槌による受容、繰り返しによる気持ちの確認、言い換えによる共感などを行う

2) 矛盾を拡大する原理

クライアントがとらえている価値と今の行動の間のずれを、自分自身で明らかにできるように導く。解決への思考と決断などの行動変容は、このずれを自覚した時に生じる。カウンセラーは答えを導き、解決をしない。

例) 禁煙をしたい気持ちと禁煙したくない気持ちの矛盾した感情に気づき、考え、決断することを促す。

3) 抵抗に巻き込まれ、転がりながら進む原理

クライアントに問題の直面化を強めない。クライ

表3 自己効力感を高めるための情報と方略²⁹⁾

4つの情報源	高める情報	強化するための方略
遂行行動の達成	自分で行動し、達成できたという成功体験の蓄積 「これならできると思える、身近で小さな成功体験の積み重ね」	目標設定 一度に高い目標を設定するのではなく、段階的に達成可能な目標を、実施者自身によって立てる、達成感が持てるようにする
代理的経験	自分と似た状況、同じ目標を持っている人の成功体験、問題解決法の学習 「あの人ができたのなら、このやり方をまねれば、私にもできるかもしれない」	モデリング 周囲で行動変容に成功した人や、テレビなどで行動変容を楽しそうに取り組んでいる人を参考にする
言語的教示	指導者や専門性に優れ信頼できる人、仲間による正確な評価、激励、賞賛 自己評価 自己の努力に対する正確な判断と積極的評価	グループ学習 仲間同士で教え合ったり、激励、賞賛し合うよう促す 自己強化 自分で自分を激励、賞賛し、ときには報酬を与える
生理的～覚醒（情動的状態）	うまくできた時の身体感覚や生理的状态に気づく 「今日は身体が軽やかだ」 できないという精神的な思い込みからの解放 「私が悪いのではない、私が立てた目標が悪かった」	セルフモニタリング 実施記録から自己の身体の変化への気づきを高める セルフコントロール 呼吸法など心身の自己調整技法を習得する 認知再体制化 視点(思い込み)を変える

表4 動機づけ面接法 4つの原理¹⁹⁾

原理		
1	共感を表現する	受容は、その人が変わることを促進する 上手な振り返りの傾聴が基本となる 両価性的感性(アンビバレンス)は一般的な現象である
2	矛盾を拡大する	カウンセラーではなくクライアントが、変化について話すべきである 変化は、現在の行動と重要な個人的に重要な目標や価値との矛盾によって、動機づけられる
3	抵抗に巻き込まれ転がりながら進む	変化に関する直接的な議論は避ける 抵抗には直接的な反論をしない 新しい見方を提案するが、押しつけない クライアントの中にこそ、最良の解決法や答えがある 抵抗は応答を変えるための合図である
4	自己効力感を援助する	変化の可能性を信じることは動機づけの大切な要因である。 カウンセラーではなく、クライアントが変化を選択し、実行する責任をとる カウンセラーが、クライアントの変化する能力を信じていると、予測が的中して現実になる。

エントの抵抗は、両価の感情の一つの状態を言葉に表すとき理解される。行動変容を目指して議論することを回避する。

例) クライエントの「自分をヘビースモーカーと思っていないんですよ」という発言に対して、カウンセラーは「周囲からそのように思われて驚いているのですね」(直面化の代わりに、感情を反映する技法)。

4) 自己効力感を援助する原理

変わるというメッセージを積極的に届け、クライアントの自己効力感を支援する。自信は行動変容の重要な供給源となる。将来に対して考えてもらう。

例) 禁煙したら今後の生活がどのように改善するかイメージして、考えてもらう。「禁煙しなければならぬことがわかったら、できますか」「それをどのようにやっていきますか」など。

IV. 複合的マルチレベルアプローチ：健康行動の変容理論の統合

世界的にもっとも広く活用されている3つの代表的な行動変容のモデルを取り上げて論じた。系統だった文献レビューではないが、理論的な違いや健康行動の種類、課題設定に限らず、健康行動の変容の中心ともいえる核が自己効力感であるようにみえることは間違いない。

1. 行動変容の過程における共通効果

「いかにして、なぜ人は変わるのか」という命題に対して、これまでいろいろな答えのパズルのピース(断片)が導かれてきた。行動変容の過程で共通して生じる非特異的な効果と影響因について、主なものを下記に列挙する^{19, 20)}。

- 1) 自然の変化：特別な働きかけがなくても、人は自発的に変わり得る。医療場面での自然寛解がその例である。
- 2) ポジティブな期待(希望)：行動変容に対して、クライアントはいつでも何らかの予期を持つ。ポジティブな期待は動機づけを高め、望む結果が得られるように行動する³³⁾。スピリチュアリティ的な癒しの効果³⁴⁾とかマインドセットと呼ばれるメタ認知的信念である³⁵⁾。
- 3) クライエント-カウンセラーの関係(信頼)：

心理療法の違いがあっても、その効果の約12%はいずれも治療関係に由来すると言われている³⁶⁾。変容の過程における信頼という非特異的要因は、ソーシャルサポートの恩恵的な機能に共通する効果でもある。

- 4) ホーソン効果：自分に特別な関心が向けられていることで変容が生じる。これは自尊感情の向上に由来すると考えられている。注目を浴びた従業員の生産性が上がったホーソン工場で行われた有名な産業・組織心理学における古典的実験からそう名付けられている。
- 5) 量的効果：変化の程度は一般に、その量と頻度に比例する。薬の用量作用曲線の考え方に匹敵する。
- 6) 短期介入効果：最初のきっかけがあると、何もしない場合と比較して、変化が生じやすい。
- 7) 待機者リスト効果：対照群として介入プログラムの待機者リストになっていると、その期間終了後、遅れてその介入プログラムを始めたとき、プログラムをまったく受けない群と比較して、非常に大きな変容の効果が生じる。
- 8) 変化についての語り：変化の可能性を口にして話すことで、行動変容が生じやすくなる。

2. 複合的マルチレベルアプローチ

行動変容を成功させるためには何をすべきか。大切なのは、行動変容は過程であって、結果ではないということの認識である。行動変容の過程において大事なものは、クライアントのニーズに応じて、必要な時に必要なことを必要なだけ、時機よく支援する医療者のコンピテンス(社会的能力)である。

換言すれば、TTMと社会的認知論と動機づけ面接法などの理論とモデルをクライアントの問題にいかにかうまく“適合”(matching)させる技量である。複数の理論の組み合わせは、行動変容に影響する多様な要因を考慮するのに役立つ。

そして、健康行動の変容を複合的マルチレベルアプローチ^{8, 37)}で行う。図1で最初に示したように、生物心理社会学的モデルに基づいて健康行動の変容を全体的な視野で考え、個人を対象とすることのみならず、家族、地域、職域、社会全体といったレベルからのアプローチを同時並行的に進めていく戦略

である。

V. 新しい行動変容の戦略—まとめにかえて—

これからは、健康行動の変容にとって有効とされている複数の理論の強みと長所を上手に統合し、複合的なマルチレベルから行動変容にアプローチできるかである。本稿で取り上げた3つの代表的な健康行動の変容理論を活用することの意義をまとめる。

- 1) それぞれの健康行動理論に示されている行動の変容過程にかかわる要因を確認しながら、効果的に企画や介入プログラムを立案することが可能となり、実施上の問題点と改善点が明らかになる。
- 2) 行動変容の結果のみを指標とするのではなく、それぞれの健康行動理論に基づいて、行動変容の関連要因の変化を含めて綿密な評価が可能になる。
- 3) 行動変容の有用性を確信しているが、具体的にどのような行動変容の戦略と戦術を活用したらよいのか自信がないときのガイドとなる。例えば、
 - ・ TTMにしたがって、クライアントの変化のステージを評価することで、ステージに適合した変容の過程を選択できる。
 - ・ 社会的認知論の利用は、クライアントの行動変容に対する期待と自信を評価できるため、その結果を予測できる。
 - ・ 動機づけ面接法を用いて、行動変容に対する両価的感情を探りながら、クライアントの自律性を受容する。共感的態度に傾聴することで、動機づけの考えを引き出せる。

行動科学は、人間行動の普遍性に関する知識を集積し、その考え方を理論化してきた。しかし近年の行動経済学の考え方によれば、私たちは決して「合理的な人間」ではなく、認知バイアスから不合理な意思決定をして、理屈通りに行動しない³⁸⁾。

そこで、行動変容に対する個人の意思決定が時として、合理的に行われない場合があることを前提に、ちょっとした「工夫」と「仕組み」で、個人がより良い選択をできるように支援する「ナッジ」(nudge)という行動経済学の政策アプローチが注目されてい

る。

ナッジとは、軽く肘でつつく、押すという英語の意味だが、まさしく個人の行動を強制することなく、人が取る行動について複数の選択肢がある場合、社会や自分にとってより望ましい選択肢を本人が意識できるような仕掛けを導入する方法である。英国や米国では、政府主導によるナッジの政策的取り組みが普及しており、小児肥満の改善や低所得者層における受診率向上などの医療問題の解決に役立っている³⁹⁾。

わが国でも最近、ナッジを活用して、生涯現役社会の実現に向けた予防・健康に向けた誘因⁴⁰⁾ (incentive) (生活習慣病対策の強化や認知症予防に向けた国民キャンペーン、企業の健康投資の拡大) や社会的・公共的な意識・態度を喚起する態度変容型の計画⁴¹⁾ などの政策形成が始まりつつある。

国や自治体など大規模なレベルでのナッジの展開は、行動変容を促す健康教育・保健指導のためのソーシャルマーケティングの考え方⁴²⁾ を取り入れながら、コミュニティ組織化 (community organization) への社会活動 (エンパワーメント、アドボカシー、マスメディア・コミュニケーション) へとさらに発展していくことが期待されている。

脚注

注1) 行動分析学などの臨床心理学では、変容の行動対象が適応的でなく問題行動である場合、行動修正 (behavior modification) という用語が行動変容または行動療法と同義的または互換的に使用されることも多い⁴³⁾。

注2) “Transtheoretical” という用語には、日本ではさまざまな訳語があてられている。ステージ変容とか行動変化ステージとか、あるいはそのままカタカナで“トランスセオレティカル”で表記している。しかし、このモデルの提唱者であるプロチャスカ教授から直接にTTM学んだり、TTMを糖尿病の治療に適用し、著しい治療成績をあげておられる石井均教授 (奈良医大) と対談したりして、「多理論統合」という訳語がもっとも内容的に妥当ということになった⁴⁴⁾。

文献

- 1) 今田寛：学習の心理学，培風館，東京，1996
- 2) 小笠原正志，津田彰：健康行動のモデル，健康教育概論（日本健康心理学会），17-40，実務教育出版，東京，2003
- 3) Catalanotti, JS: The U. S. health care system, In the Behavioral Sciences and Health Care, 3rd, eds, by Sahler, OJZ and Carr, JE, 241-253, Hogrefe, Cambridge, MA, 2012
- 4) Fadem, B: Behavioral Science, 4th ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, 2005
- 5) Norcross JC, Beutler LE and Levant RF, eds.: Evidence-Based Practices in Mental Health, Debate and Dialogue on the Fundamental Questions, American Psychological Association, Washington, DC, 006
- 6) 津田彰，大矢幸弘，丹野義彦：臨床ストレス心理学の誕生，臨床ストレス心理学（津田彰，大矢幸弘，丹野義彦編），1-21，東京大学出版会，東京，2013
- 7) 津田彰，坂元きょう：行動科学と健康科学，行動医学テキスト（日本行動医学会編），79-86，中外医学社，東京，2015
- 8) National Cancer Institute: Theory at a Glance-A guide for health promotion practice, 2nd ed. NIH Publication, 2005, https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/theories_project/index.html (2019.3.25)（福田吉治，八幡裕一郎，今井博久監訳：一目でわかるヘルスプロモーション—理論と実践ガイドブック—，国立保健医療科学院，2008）
- 9) 津田彰：健康行動の変容と健康心理カウンセリング，医療の行動科学Ⅱ（津田彰編），54-61，北大路書房，京都，2002
- 10) Steptoe, A, Wardle, J, Cui, W, Baban, A, Glass, K, Pelzer, K, Tsuda, A, and Vinck, J.: An international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries, *Addiction*, 97(12): 1561-1571, 2002
- 11) Steptoe, A, Tsuda, A, Tanaka, Y, and Wardle, J: Depressive symptoms, socioeconomic background, sense of control and national economic and cultural factors in young adults from 24 countries, *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(2): 97-107, 2007
- 12) 津田彰，永富香織，田中芳幸，岡村尚昌，矢島潤平，津田茂子：日本と英国の大学生における健康行動と健康リスク意識，健康心理学研究，19(2)：1-15, 2005
- 13) O'Connor, DB and O'Connor, RC eds.: *Health Psychology*, Vol.1, Routledge, New York, NY, 2018
- 14) Okamura, H, Tsuda, A and Matsuishi, T: The relationship between perceived loneliness and cortisol awakening responses on work days and weekends, *Japanese Psychological Research*, 53(2): 113-120, 2011
- 15) Tanaka, G, Horiguchi, M, Okamura, H, Kato, Y and Tsuda, A: Association between chronic psychosocial stress and the finger arterial stiffness mediated by an allosstatic load in healthy young men, in "Chronic Stress and Health" ed Rosa, S, 1-32, 2017
- 16) 津田彰，吉水浩，津田茂子，尾坂良子，Andrew Steptoe：大学生の健康関連行動と健康信念，健康知識：国際的視点，久留米大学比較文化年報，10：1-68, 2001
- 17) Prochaska, JO and Norcross, JC & DiClemente, C: *Changing for Good*. William Morrow, New York, 1994（中村正和監訳：チェンジング・フォー・グッド，法研，東京，2006）
- 18) Bandura, A: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 84(2): 191-215, 1977
- 19) William, RM and Stephen, R: *Motivational Interviewing*, Guilford Publication, New York, 2002（松島義博，後藤恵監訳：動機づけ面接法，基礎・実践編，星和書店，東京，2007）
- 20) Prochaska, JO and Norcross, J: *Systems of Psychotherapy*, 6th ed, 568-577, Thomson Brooks/Cole, Belmont, CA, 2007（津田彰，山

- 崎久美子監訳：心理療法の諸システム，金子書房，東京，2010)
- 21) Horiuchi, S, Tsuda, A, Kobayashi, H, Fallon, EA and Sakano, Y: Self-efficacy, pros, and cons as variables associated with adjacent stages of change for regular exercise in Japanese college students, *Journal of Health Psychology*, 22(8): 993-1003, 2017
 - 22) Ando, M, Tsuda, A, Morita, T, Miyashita, M, Sanjo, M and Shima, Y: A pilot study of adaptation of the transtheoretical model to narratives of bereavement life review, *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 31(4): 422-427, 2014
 - 23) Horiuchi, S, Tsuda, A, Kobayashi, H, A.Redding, Prochaska, JO: Sustainable transportation pros, cons, and self-efficacy as predictors of 6-month atage transitions in a Chinese sample, *Journal of Transport & Health*, 6: 481-489, 2017
 - 24) 津田彰，堀内聡，金ウィ淵，鄧科，外川あゆみ：多理論統合モデル（TTM）にもとづくストレスマネジメント行動変容ステージ別実践ガイドー指導者マニュアルー，ストレスマネジメント研究，8（1）：3-12, 2011
 - 25) 津田彰，松田輝美，堀内聡，伏島あゆみ，三原健吾，田中芳幸，岡村尚昌，金ウィ淵，鄧科，津田茂子，矢島潤平：多理論統合モデル（TTM）にもとづくストレスマネジメント練習帳，久留米大学心理学研究，15：47-75, 2016
 - 26) 田中芳幸，津田彰，堀内聡：IT 技術を活用した多理論統合モデルに基づくストレスマネジメント・プログラム，ストレス科学，27(4)：303-316, 2013
 - 27) 津田彰，外川あゆみ，堀内聡，金ウィ淵，鄧科：多理論統合モデルにもとづく個別最適化ストレスマネジメントの実践，ストレス科学，26(1)：9-20, 2011
 - 28) 伏島あゆみ，津田彰，田中芳幸，岡村尚昌，矢島潤平，上田幸彦，村田伸，津田茂子：ストレスマネジメント行動変容ステージの移行による主観的ウェルビーイング，ストレスマネジメント研究，9(2)：97-107, 2013
 - 29) 前田基成：人間行動とセルフエフィカシー，セルフ・エフィカシーの臨床心理学（坂野雄二，前田基成編，2-11，北大路書房，京都，2002）
 - 30) 津田彰：情動と動機づけ，心理学への招待（改訂版）ーこころの科学を知る（梅本堯夫，大山正編），157-189，サイエンス社，東京，1992
 - 31) 松本千明：行動変容をうながす保健指導・患者指導，医歯薬出版，東京，2007
 - 32) Becker, M. H.: The health belief model and personal health behavior, *Health Education Monographs*, 2: 324-508, 1974
 - 33) 米田健一郎，津田彰，堀内聡，三原健吾，岡村尚昌，田中芳幸，伏島あゆみ，松田英子，津田茂子，矢島潤平：ポジティブ志向，ストレスおよび心身の健康の関連，行動科学，57(2)：115-122, 2019
 - 34) 寺戸淳子：ルルド傷病者巡礼の世界，知泉書館，東京，2006
 - 35) Horiuchi, S, Tsuda, A, Aoki, S, Yoneda, K and Sawaguchi, Y: Coping as a mediator of the relationship between stress mindset and psychological stress response: a pilot study, *Psychology Research and Behavior Management*, 11: 47-54, 2018
 - 36) Beutler, LE and Castonguay, LC: The task force on empirically based principles of therapeutic change“principles of Therapeutic Change that work” ed by Castonguay, LC and Beutler, LE, 3-10, Oxford University Press, New York, 2006
 - 37) 木原正博，木原雅子：エイズと行動変容戦略ーその現状と課題，Public Health, 58(1)：26-32, 2009
 - 38) 大竹文雄，平井啓編：医療現場の行動経済学ーすれ違う医者と患者，東洋経済新報社，東京，2018
 - 39) Michie, S and Sand West, R: Behavior change theory and evidence-A presentation to govarment, *Health Psychology Review*, 7(1): 1-22, 2013

- 40) 根本匡：厚生労働省 第115回社会保障審議会医療保険部会参考資料（平成30年11月14日）：2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現に向けて、<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000370137.pdf>, (2019年3月28日検索日)
- 41) 藤井聡：土木計画のための社会的行動理論—態度追従型計画から態度変容型計画へ—, 土木学会論文集, 688 (IV-53): 19-35, 2001
- 42) 竹中晃二：行動変容の理論, 健康運動指導士養成講習会テキスト下（健康・体力づくり事業財団発行）, 649-669, 南江堂, 東京, 2015
- 43) 足達淑子：用語解説, ライフスタイル療法Ⅰ第4版（足達淑子編）, 175, 医歯薬出版社, 東京, 2016
- 44) Prochaska, JO, 石井均, 津田彰：医療者にとって「多理論統合モデル（変化ステージモデル）」とは何か, 糖尿病診療マスター, 5(2): 181-192, 2006