

Feb-Mar Special

行動変容

現場でどう実施するか



本誌31号、41号で「行動変化技法」に関する特集および関連記事を掲載した。今回は、「行動変容」と題し、理論と実践をまとめてみた。好ましい行動に変化させることは、生活習慣病はもとより、様々な局面で求められているが、その方法について理論的に捉えたものは日本にはなかった。近年注目度が高まる「行動変容」について、竹中教授らを中心にその理論を整理し、実践面での例を挙げた。各方面で参考にさせていただきたい。

1〔理論編〕「行動変容」の理論を整理する P.6

2〔実践編〕行動変容プログラムをどう実践するか P.14

1 プログラム開発の手順 竹中晃二 P.14

2 企業における健康行動変容プログラムの実践例 大場ゆかり・葦原摩耶子 P.16

1

行動変容

〔理論編〕

「行動変容」の理論を整理する

行動変容とは一体どのようなものなのか。その理論・モデルや技法にはどのようなものがあるか。それらをどのように現場に適用するのか。本誌では41号の特集「行動変化技法」および31号の特集「栄養と運動」の項目6でこの理論や技法について紹介したが、未読の方もいらっしゃるだろうから、ここでは、改めてまず理論・モデルや技法を整理したのち、実際の適用例について具体的に見ていくことにする（以下は、本稿末尾掲載の文献および竹中晃二・早稲田大学人間科学部健康福祉科学科教授の話から再構成したものを）。

1. 用語の整理：

「行動変容」と「行動変化」

本誌第41号(2002年6月号)で、「行動変化技法」という特集を組み、今回同様竹中教授に登場していただいた。同特集では、当時、「行動変化」という言葉を用いていたが、同教授はまもなく刊行予定の『高齢者における運動促進と行動変容』(“Promoting Exercise and Behavior Change in Older Adults” Patricia M. Burbank, Deborah Riebe 編著)の翻訳に携わり、その「本書の翻訳にあたって」の中で用語の整理を行い、そこでこう述べている。

「まず、わが国で頻繁に使用されている『行動変容』という用語は、もともとが、行動理論や行動療法を指す“behavior modification”の訳語であり、一方、近年“behavior change”という用語が、TTM(編集部注/トランスセオレティカル・モデルのこと。後述)の中で使用され、TTM以外の健康行動研究でも広まっている。米国においては、“behavior modifica-

tion”の内容も含めて、これらの上位概念として、“behavior change”と呼ばれている。しかし、わが国において、『行動変容』という用語が慣用的に使用されているため、本書においても、“change”を『変容』と訳している。」

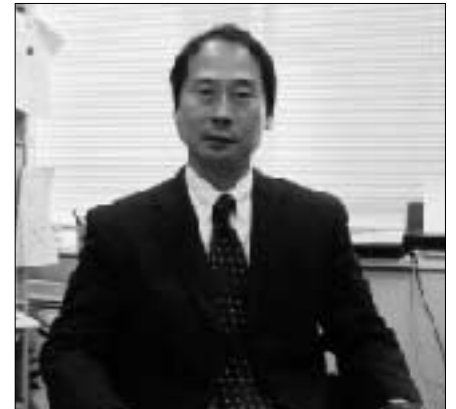
つまり、以前は“behavior change”と“behavior modification”を分けるために、「行動変化」という言い方をあえてしたのだが、わが国においては、「行動変容」のほうが用語として一般に使われる頻度が高いために、この本で用いられている“behavior change”も「行動変化」ではなく「行動変容」としたということである。ともあれ、41号で記した「行動変化」と今回の「行動変容」とは同じものであるということをまずお断りしておこう。

2. 続かない、続けさせることができないの両面

・まず「健康行動」は続かない わかっちゃいるけど...

さて、その行動変容だが、言葉でいうと難しく、とっつきにくそうだ。しかし、竹中教授が言うように「そんなに難しいものではないんです。」

健康づくりや運動量(身体活動量)を増やしたいと誰もが思い、いろいろな指導やプログラムを受けるが、短期的には効果があっても、やがて「もとのもくあみ」になることは珍しくない。いや、むしろそのほうが多いと言ってもよいだろう。アメリカのデータだが、運動を始めた人の約半数が6カ月以内にやめてしまう、あるいは禁煙に失敗した人は成功した人より多いし、たとえ禁煙に成功した人でも、平均3~5回



たけなか こうじ教授

の「逆戻り」を繰り返したのちにやっと成功している。よく言う「わかっちゃいるけど、続かない、できないのが一般的なのである。」

「つまり、健康行動は続かないのが普通だと考えたほうがよいでしょうね。今のままの生活を続けるとこういう障害が起きると脅かしたり、権威を示して言うことを聞かせようとしたり、ただ知識を伝達するだけでは、うまくいかないのです。人は自分の健康を考えて、こうしたほうがよいだろうという判断は容易にできるのですが、それを継続させることは並大抵ではない。そこで、健康行動を維持させるための「しかけ」、つまりこれまで(本誌41号の特集および31号の特集)述べてきた行動変容の理論、モデル、技法の適用が必要になり、従来あるプログラムでもそのなかに適切に組み込んでいくことである程度の効果も期待できるかもしれません」(竹中教授)

・どのように続けさせるか

指導を受ける側にも言い分はある。従業員の健康管理に熱心な企業では、保健師、

2

行動変容

〔実践編〕

行動変容プログラムを どう実践するか

前半の〔理論編〕に続き、ここでは行動変容理論を実際にどう使うかを事例とともに紹介する。まずは、プログラムの開発と実施の手順を竹中教授に説明していただき、続いて大場ゆかりさんと葦原摩耶子さんに企業などにおける実施例を紹介していただく。

1 プログラム開発の手順

竹中晃二 早稲田大学人間科学部教授

ヘルスプロモーションのポイント

ヘルスプロモーションを実施するに当たって、前項の末尾で述べましたが、もう一度そのポイントを整理すると、以下のようになります。

- 100%有効な方法はない。しかし、可能性を高める工夫は存在する。
- プログラムにとってマンネリ化は敵である。バラエティ、楽しさ、やりがいを与える。
- 実践は研究ではない。理論・モデルの活用は柔軟に行う。
- 行動変容理論・モデルはどれも少しずつ似ている。理論・モデルそのものの優劣よりも適合度でみる。

• 多様な評価はプログラムの質を改善するプロセス評価とアウトカム評価を行う。

また、行動変容とは、文字通りに、単に行動が変わっていくという意味ですが、「介入として行う行動変容」では、対象者の行動を変えようとする意図があらかじめ存在し、行動変容を生じさせるための働きかけ、特に行動変容理論・モデルおよび技法をもとに介入を行い、その結果、行動が変化したかどうかがキーになります。その意味では、特に何も意図的に介入していないのに行動変容が起こったというのは、理由もわからないのでおかしいということになります。

行動変容プログラムの開発手順

行動変容プログラムの開発手順は図1に示した通りで、まず1)問題・必要な内容を明らかにする、2)介入/プログラムをデザインする、3)カリキュラムを開発する、4)プログラムを配信する、5)プログラムを評価するという流れになります。5)の評価のあと、プログラムデザインの修正、4)の配信するプログラムの修正につながるというフィードバックも行われます。

1)の問題あるいは必要な内容には、ストレス(メンタルヘルス)、ダイエット(肥満)、運動・身体活動(運動不足)、禁煙・喫煙、禁酒・節酒、これらの複合系、ゲートウェイ(ある行動が他の健康行動に波及する)、健康意識全般などがあります。

2)のプログラムデザインについては、まず介入すべき対象者の特徴を明らかにしなければなりません。つまり、年齢層、職種、男性・女性、ストレスの度合い、体力・活動レベル、喫煙程度、レディネスなどを検討します。次に、誰を対象にするか、サブグループ(下位グループ)はどうなるかを考えます(図2参照)

対象が決まったら、プログラムの目標を

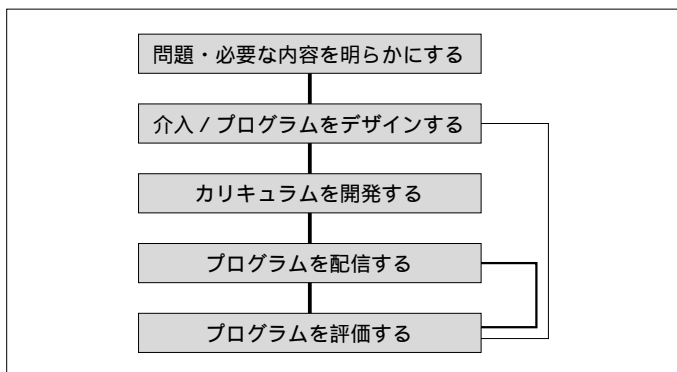


図1 行動変容プログラムの開発手順

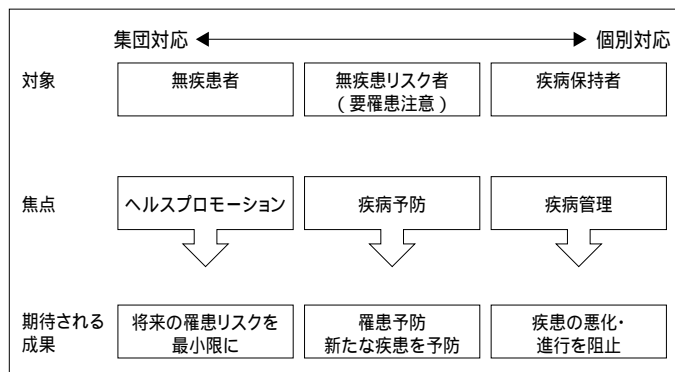


図2 誰を対象に：下位グループは？

まとめ

行動変容理論、モデル、技法について、竹中教授を始め、大場さん、葦原さんに、理論と実践を詳しく紹介していただいた。

行動変容理論が一見難解であるのは、いろいろな理論・モデル・技法、そして用語が登場するからであろう。

そこで、今回はまず行動変容理論をできるだけ整理してみた。整理にあたり、竹中教授らの並々ならぬご協力を得たが、同教授の言葉にもあるように、ポイントは、現場での実践においては、「理論」や「

モデル」という1つのものに執着するのではなく、対象や状況によって効果があると予想される内容を柔軟に介入プログラムの中に取り入れていくということだろう。

だが、だからと言って、適当になんでもその場その場で使っていけばよいというものではない。ここで紹介した理論がベースにあって、あるいは基づくマニュアルがあ

ってこそ、柔軟な対応も生きてくる。

また竹中教授は「行動変容理論・モデルを取り入れて健康教育を実施する人は増えているのですが、一方で全体像が十分理解されているとは言えません。ある方法がすべてというような捉え方をする人もいます。しかし、どこでどういう方法を用いるかは、本来ユーザーが取捨選択するべきで、相手に合わせたやり方がよいと思います。

例えば、不登校の子どもに対しても、その子が全然学校に行きたくないと思っているのに、登校刺激を与えても逆効果になります。教師が対応するときには、今その子が登校するという課題に対してどのステージにいるのかわかれば、それに合った対応から始めるほうがよい。もっと言えば、その子のお母さんが『学校に行く』ということに対してどのように考えているのか、つまりどのステージにいるのか、子どもを

どういうふうにさせたいのか、それに合わせて、こちらも対応を考えていく。それが実際にはプログラム提供の際に、本文で述べた各種ミスマッチを防ぐことにつながります」と語っている。

竹中教授は、高齢者の介護予防や転倒予防においても今後は行動変容理論の適用が期待されるとしている。よく指摘されるように、現在、転倒予防教室に参加する高齢者は、もともとある程度の体力やモチベーションを有していることが多い。しかし、教室参加の呼びかけにも反応しないような人こそ教室に参加が必要であり、今後行動変容理論・モデル・技法はこういった分野でも必要となるだろう。

実践例については、数多く紹介していたが、今回は紙面の都合で、一部しか掲載できなかった。また機会を改めて紹介していただくことにしよう。

最新刊

子どものからだと心 白書 2004

A4判 176頁
2,100円(税込み)

企画・編集・発行 子どものからだと心・連絡会議
子どものからだと心白書2004・編集委員会

「生存」「保護」「発達」「生活」の4つの柱をベースにして、子どもの「からだと心」の現状を連絡会議で分析し、最新データを蒐集し掲載。さらに、巻末に「第25回子どものからだと心・全国研究会議」(2003年開催)における特別講演も収録。



子どものからだと心・連絡会議とは

子どものからだと心が豊かに育つことを願い、子どもたちのからだと心の変化を正確に捉え、確かな実践の方向を探るネットワークとして、子どものからだと心に関する権利の向上を目指して、国際児童年の1979年に結成したNGO団体です。

主要目次

0. “子どもの世紀”のために FOR “CHILDREN'S CENTURY”

- 総論
資料編
1. 子どもの世紀へ(年表)
2. 子どもの権利に関する委員会第35会期

生存 SURVIVAL

- 総論
資料・データ編
1. 周産期・新生児・乳児死亡率
2. 5歳未満児死亡率
3. 死因別子どもの死亡順位
4. 5~19歳における死亡率
5. 不慮の事故(死亡)
6. 学校災害(死亡)

7. 子どもの自殺(19歳以下)
8. 妊産婦死亡率
9. 死産性比

保護 PROTECTION

- 総論
資料・データ編
1. 出生性比
A. 栄養
2. 低体重児
3. 摂取量
4. 食事状況
5. 小中学生の栄養摂取状況
B. 感染症
6. 結核
7. 性感染症
8. 新興・再興感染症

9. その他の感染症
C. 一般的な疾病・異常
10. 疾病・異常
11. むし歯
12. 裸眼視力
13. 肥満とやせ
14. ぜん息
15. アレルギー
16. 学校災害(負傷・疾病)
17. 障害児の疾病・異常
D. からだのおかしさ
18. 子どもの体温
19. 棒反応
E. 心
20. 長期欠席
21. 暴力行為
22. いじめ

23. 子ども虐待
24. 薬物乱用

発達 DEVELOPMENT

- 総論
資料・データ編
1. 身長・体重・胸囲・座高
2. 体力・運動能力
3. 背筋力指数
4. 立位体前屈
5. 血圧調節機能
6. 高次神経活動
7. 体力の実感
8. 土ふまず

生活 LIVING

- 総論
資料・データ編
1. 幼児の生活実態 本州・九州
2. 小・中・高校生の生活実態

3. 幼児の生活実態 四国(高知県)
4. 応急手当
5. 子どもの「からだのおかしさ」年表

講演録
2003年度第25回子どものからだと心・全国研究会議講演録
●特別講演1
「子どもに起こっている“おかしさ”を追求して……」
瀧井宏臣・ルポライター
●特別講演2
「早起きで生き生きとした生活を！」
神山潤・東京医科歯科大学大学院助教授
(現在、東京北社会保険病院副院長)

子どものからだと心・全国研究会議の紹介
編集後記

お問い合わせ・ご注文は下記まで

TEL.03-3372-6251 FAX.03-3372-6250
ブックハウス・エイチディ 〒164-8604 東京都中野区弥生町1-30-17
E-mail: bhhd@mxdmesh.ne.jp

http://www.a-tacknet.co.jp/bhhd/index.html
にて、詳しく紹介しております。