

展望：プロチャスカモデルの行動変容ステージ改善に及ぼす要因¹

大場香澄¹⁾，大井修三²⁾

¹⁾生活習慣病予防塾，²⁾岐阜女子大学

(2022年11月1日受理)

A Review: Factors to Progress the Stages of Change in Prochaska's Model

¹⁾Lifestyle-related Diseases Prevention Clinic and ²⁾Gifu Women's University

Kasumi Oba¹⁾ and Shuzo Ohi²⁾

(Received November 1, 2022)

abstract

To prevent lifestyle-related diseases, citizens have to develop a health consciousness according to the Stages of Change (SC) of Prochaska's Model (PM). The purpose of this study was to review previous studies on this field and to identify the factors that make public health nurses possible to progress effectively SC of the target population. The results showed that progressing SC may be influenced by the constructs of PM: Decisional balance, Self-efficacy and Processes of change. The community to which the target belongs on, also, may influence the progress of SC. However, the concept of PM and SC aren't effectively utilized to progress behavioral change in the actual health guidance field. Therefore, for public health nurses to support targets to develop desirable lifestyle habits, it is required to elucidate the factors that affect progressing SC, without being tied to the constructs of PM.

key words: stages of change, Prochaska's model, lifestyle, health guidance, interpersonal interaction

人が命を落とす原因は多種多様である。しかし、その中には、日々の積み重ねが死に至

る危険性を高めてしまう疾患がある。その一つが、生活習慣病である。

1 本論文は、大場香澄が、2021年度岐阜女子大学大学院文化創造学研究科に提出した修士論文の一部を、加筆修正したものである。抜き刷りは、〒503-2327 岐阜県安八郡神戸町和泉797番地、生活習慣病予防塾、大場香澄に請求してください。(kasumimsi@gmail.com)

厚生労働省がまとめた「平成29年度 人口動態統計特殊報告」によれば、日本では、生活習慣病は死亡者数の約6割を占めた。また、「令和元年度 生活習慣関連疾患医療費に関する調査」では、生活習慣病が国民医療費の

12.6%を占めることが示された。これらの統計結果は、生活習慣病が国民の生活面や社会面に大きな影響を及ぼしていることを表している。そのため、生活習慣病による早世に対処することは我が国喫緊の課題であり、2008年には特定保健指導が医療保険者に義務付けられた。

この特定保健指導は、肥満に加え、血圧、血糖、血中脂質等を指標とし、それらに対処することによって、動脈硬化症、心・脳血管疾患等の生活習慣病に罹患するリスクを抑え、生活習慣病の予防を図ろうとするものである。すなわち、特定保健指導は、生活習慣病の有病者・予備群を減らすことを目的とし、中長期的には、医療費の伸びの適正化を図ることを目標としている。

しかし、Fukuma, Iizuka, Ikenoue & Tsugawa (2020)は、特定保健指導を導入したことによる生活習慣病予防の効果がみられないことから、保健指導方法を改善する必要があることを指摘した。この指摘に対し、保健指導に携わってきた筆者も、特定保健指導を対象者の行動変容につなげるためには、今のままでは目的を達成する見通しが立てられず、別に効果的な指導方法の開発・実践が必要であると感じてきた。

筆者は6年の保健指導経験を有し、これまで100名以上の対象者に、それぞれ約半年間にわたる個別指導を行ってきた。主たる指導業務である特定保健指導では、体重や血圧値等のアウトカム評価が重視されるため、保健指導者もこれらの成果が出ることを優先して対象者への介入を行ってきた。

しかしながら、このような指導により健康診断結果の改善がみられた対象者はわずかだと感じられる。江川・春山(2016)は、特定保健指導による疾患リスク抑制効果は限定的であり、制度改革が必要であることを主張し

た。このように多くの保健指導の対処に当たる研究者から、生活習慣を変えることそのものの難しさがあることが指摘されてきた。

保健指導が成果へと結びつかない原因はどこにあるのであろうか。足達(2007)は、「習慣とは一種の(身体的な)癖のようなものである。長年の間に経験を重ねて、体の一部になっている」と表現した。生活習慣の改善は、対象者にとって日常生活に変化を導入することである。そのため、生活習慣の改善に向けた行動変容は、はだはだ難しい取り組みとなる。また、日常生活で当たり前となっている行動(習慣)は、習慣化されるまでには長い年数を要する場合が多い。それに対して、健康診断を受ける対象者の大半は成人であり、それゆえに、長い年月を要する安定した行動変容を達成するには、より難しさが増す。したがって、強い動機を感じたり、とても気になる不快感がある等、強度の必要に迫られなければ、行動変容させることは難しいと考えられる。

厚生労働省が発行した「標準的な健診・保健指導プログラム」(2018)において、生活習慣病は、動脈硬化という症状のないままに進行する疾患が原因となって、心筋梗塞・脳梗塞等の大きな疾患へとつながる病態であると説明されている。すなわち、生活習慣病は無自覚なまま進行していくため、生命の危機を感じるものが少なく、生活習慣改善への動機づけが難しい。健康診断結果の数値が悪くても、自覚症状が起きなければ不快感や切迫感が生じない。そのために、生活習慣改善に対する意欲が起き難くなる。その結果、健康状態の悪化を示す兆候を放置することとなり、さらなる健康の悪化につながるようになる。

筆者は、健康診断結果に著しい悪化がみられた対象者には、健康診断当日に病院への受

診を促したり、対象者へ電話で緊急性を直接伝えたりすることもあった。しかし、対象者が何も行動を起こさないことが幾度もあった。保健師が一方的に緊急性を訴える、つまり、指導を行なうことが、対象者の行動を変えることにはつながらないという事実を身に染みて感じてきた。

しかしながら、健康診断は、あくまで健康か否かをふるい分けるスクリーニングであり、受ければ健康になるものではない。診断結果が望ましくなかった者の健康を回復するには、健康診断を受けた後に、対象者が精密検査を受診することや、生活習慣を改善することを求められる。生活習慣病対策は、頭痛や胸痛など、自覚症状が起きてから行動変容を起こすのでは手遅れとなる可能性がある。したがって、生活習慣病罹患を防ぎ、健康を享受するためには、対象者が生活習慣を改善できるかどうかを鍵となる。

プロチャスカモデルと健康診断

長年の生活習慣を変える行動変容は、容易ではない。Seidel, Powell, Zgibor, Siminerio & Platt (2008) は、保健指導の専門職が行動変容へ向けた集中的な支援を行なうことで、減量・血液データの改善といった身体所見の改善効果が一定期間得られることを示した。このことは、指導者であり伴走者として対象者を支える存在があれば、対象者の行動を変容させることができることを示している。我が国において、その役目の一端を担うのが、健康診断センターに勤務する保健師である。

このような責務を担う保健師が、効果的な保健指導を行なうためには、対象者がどのような理由で生活習慣病予防につながる行動を起こすのかを把握する必要がある。そのメカニズムを理解し、実践につなげるための方策

の一つが健康行動理論に基づいた保健指導である。健康行動理論を熟知することは、根拠に基づいた効果的な保健指導を行なうことにつながる。

健康診断で用いられる問診票には、Prochaska & DiClemente (1982) が提唱した Transtheoretical Model (多理論統合モデル：このモデルは、意思決定バランスやセルフエフィカシーなど、多数の心理療法の技法を組み合わせた理論である。このモデルは行動変容ステージを主として取り扱うので、今後は「プロチャスカモデル」と呼ぶことにする。) の主要概念である行動変容ステージの自己評価の記入欄がある。

この行動変容ステージの記入欄は、指導者が対象者の行動変容ステージがどの段階にあるのかを把握し、保健指導を効果的に行うことに役立てるために設けられている。そればかりではなく、対象者自身に意識化させることにより、対象者の行動変容につなげる目的も持っている。厚生労働省が発行した「標準的な健診・保健指導プログラム」(2018)によれば、行動変容ステージは、我が国の保健指導の現状を鑑みながら個別性を重視した保健指導への対応として、導入が図られた。

行動変容ステージと保健指導

行動変容ステージは、健康を維持するために行動する意思の分類である。すなわち、行動変容ステージが進行することは、望ましい生活習慣獲得へと進んでいることを指す。厚生労働省が発行した「食生活改善指導担当者研修テキスト」(2008)によれば、行動変容ステージの進行を助けるために、どのような介入を行えばよいのかを明らかにするためには、ステージ改善に及ぼす要因を解明する必要がある、対象者の健康意識を高めるため

に有益であると考えられている。

Mozhdeh, Alireza, Firoozeh, Amir & Azra (2019) は、介入によって行動変容ステージが進行させることができるという効果のエビデンスが、国際的に示されていることを指摘した。しかしながら、行動変容ステージの改善につながる要因が明らかになっても、保健指導の担い手が理解していなければ、役に立たない。山下・荒木田(2014)は、保健指導従事者の約4割が行動変容ステージの活用に自信を持っていないと報告した。我が国においては、行動変容ステージはまだ馴染みが浅く、十分な理解と活用にまで至っていないことが現状である。

筆者の所感としても、行動変容ステージを保健指導において効果的に活用できている自信はない。対象者の行動変容ステージを確認するまではよいが、その後の具体的な保健指導への発展につながってはいないと感じている。資格を取得して間もない保健師や健康診断センターへ配属されたばかりの者は、保健指導経験を有する筆者にも増して行動変容ステージの活用に苦慮していることが想像される。

研修や保健師教育は、この行動変容を促すメカニズムの利用を可能にするために設定されている制度である。しかし、健康診断センター等の施設内での保健師教育の内容は、不十分だと言わざるを得ない。厚生労働省が発行した「健診・保健指導の研修ガイドライン」(2018)には、保健師教育として行なわれるべき内容が記載されている。しかし、実際には現場の裁量に任せられている部分が大き過ぎると思われる。筆者が勤務した2つの健康診断センターには、保健指導能力向上を目的とする体系化されたラダー教育といった制度は無かった。

国民が一様に、一定の技術を持つ保健指導

を受けるためには、保健師全体の保健指導能力を高い水準で平準化することが必要である。そのため、行動変容ステージに関する情報を、施設内教育内容にどのように加えるべきかを、検討する必要がある。

本研究では、健康診断の間診票に用いられているプロチャスカモデルによる行動変容ステージの活用を効果的なものとするために、これまでの先行研究を概観し、行動変容ステージ改善に及ぼす要因、並びに、施設内保健師教育内容にどのような事柄が必要で、体系的に整備するべきかを明らかにすることを目的とした。

保健師の研修・再教育プログラムの問題点

現在実施されている特定保健指導は、生活習慣病予防における早期介入・行動変容を目的としており、健康診断結果の改善に結びつくアウトカム評価を重要視している。すなわち、対象者の健康観を高めるのではなく、健康診断結果の数値という客観的な指標の改善が優先される。

しかしながら、本来、保健指導とは、対象者が主体的に行動変容していく過程を支援するものはずである。なぜなら、対象者の行動の決定権は対象者自身にあるのであり、いくら保健師が健康管理の専門職であろうと、対象者の決定権には立ち入れない。したがって、対象者が自らの意思で行動を変容しようとし、健康維持に向けて生活習慣改善のために動くことを促すことが、保健指導者の役割のはずである。

これまでの保健指導があまり成果を上げていないことを示す研究は、保健師がその役割を果たすために、行動変容に対する対象者の思い、すなわち、行動変容への意欲という心理面に着目することの重要性を示唆している

ように感じられる。

それを前提とすると、健康診断センターに勤める保健師の役割は何か。厚生労働省が作成した「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」(2021)では、健康診断当日に特定保健指導実施を推奨するのは対象者の健康意識が高まっている時に働きかけを行なうためであると示されている。このことから、健康診断の受診日には、対象者は普段より健康への意識が高まる傾向にあるといえる。体重に変化はないか、血液検査の結果は悪化していないかなど、検査結果が気になってしまう対象者は多く存在するであろう。

このように健康への意識が高まっている状態だからこそ、保健指導による生活習慣改善効果が高まる可能性がある。情報通信技術の発展が目覚ましい昨今においては、健康情報を手に入れることは容易である。健康への意識が高まっている状態で自身の健康診断結果に基づいた個別的な指導を受けられる点では、健康診断センターで行なう保健指導は有益なものである。

では、対象者を健康維持へと導く責務を担う健康診断センターに勤務する保健師が受ける現場での教育内容は、これに代えるものとなっているであろうか。筆者が勤務した健康診断センターは、2箇所とも病院付属であった。どちらでも体系化された看護師用のラダー教育と呼ばれる教育カリキュラムが実施されており、初任者用から熟練者用まで階層別に学ぶことが出来た。筆者もこの教育を受け、その内容は注射の手技や手指衛生法等であり、患者を看護する際に役立つ情報や技術を学ぶことができた。しかし、これらの内容は看護師研修用であり、保健師用の教育カリキュラムとはいいがたく、病院施設内全体で保健師が集まって学ぶ場は無かった。そのた

め、筆者は、自分より経験の豊富な保健師による現場での教育を受けることにしていた。

この教育内容には、血圧計の扱い方といった基本的なものから、保健指導の現場を数回見学したり、モデルケースを用意して実際に指導を行なってみるなど、応用的なものも含まれていた。教育を担当した保健師は、知識や経験を基にして、苦心して筆者の教育に当たっていたと想像される。しかし、対象者へ保健指導を行なうことと、新人保健師が保健指導能力を高められるように教育することとは、同じではない。保健指導は専門性のある保健師業務であり、対人関係を基盤とした指導技術の獲得のためには、体系的な施設内教育が重要である。

この視点で研修カリキュラムを開発したのが、長谷川・堀木・平・鈴木・濱岡・南端・宮崎・福井・高梨・丸中(2021)である。長谷川等は、保健指導の支援技術の習得に、ロールプレイが有効であることを示した。このロールプレイとは、役割を決めて複数名で行なう保健指導の模擬体験である。紙面で学ぶのとは異なり、指導場面を想像しやすく、学びが実際の保健指導への転用につながる。

「食生活改善指導担当者研修テキスト」(2008)によれば、ロールプレイにおいて対象者や観察者といった役割を担うことで、様々な角度から自らの保健指導を振り返ることができるという。自学自習と違い、ロールプレイは複数名で行なわれることで、反応や価値観等の多様性を感じられることが利点として挙げられる。しかし、この内容を実践するためには学習者が複数名必要である。このために、ロールプレイによる学びの場を企画することが教育内容に含まれていなければ、業務の多忙さに追われ、学習時間が不足することにつながりかねない。

筆者は、このようなロールプレイ形式の学

習への参加目的で外部へ出向くことも今までにあったが、自費で休日の研修や学会へ参加することも多かった。人によっては、仕事や家庭の事情等で、自費で休日に外部へ赴く方法では参加しづらい場合もあるであろう。多くの個人情報を取り扱うために、保健指導は対一で行なわれることが多く、先輩保健師の指導現場を見て学ぶ方法もとりにくい。生活習慣病予防法だけではなく、保健・医療分野の知識は日々新しくなる。保健師の指導技術を習熟させるためには、現場での保健師の教育内容を充実させるなど、多方面に及ぶ教育・研修が必要である。

以上のことをまとめると、保健師が専門性や人間性を高め、効果的な保健指導を行なうためには、対象者の健康維持・希求に向けての意欲を高めることにつながる内容に関する現場での教育プログラムの拡充が求められる。

行動変容ステージ改善の意味

前節では、保健師の教育・研修内容を再検討する必要性について述べた。中でも、教育内容には、対象者の健康維持・希求に向けての意欲向上につながり得る保健指導を、効果的なものにするための手法が含まれる必要がある。対象者を継続可能性の高い行動変容に導くためには、各保健師が自分の経験だけに頼るのではなく、科学的根拠に基づいた保健指導でなくてはならない。したがって、どのような根拠に基づいて保健指導を行なえばよいかを共通理解にすることが必要である。現行の「標準的な健診・保健指導プログラム」(2018)においても、健康行動理論を理解し、効果的な保健指導の開発および実践、研究することが求められた。

保健師が、対象者が健康についてどの程度

の関心を抱いているのかを捉えることは、対象者の行動変容と維持を促すためにどのような働きかけが有効かを考えることに役立つ。対象者の行動変容がどの段階にあるかを保健師が捉えるためには、Prochaska & DiClemente (1982)により提唱されたプロチャスカモデルの行動変容ステージがよく用いられる。このモデルは、1980年代前半に禁煙の研究から導かれたモデルであるが、その後は食事や運動をはじめ、色々な健康に関する行動について研究と実践が進められた。我が国では、健康診断時に用いる問診票に、行動変容ステージが取り入れられている。

行動変容ステージは、プロチャスカモデルの主要概念であり、健康の維持・希求に向けた行動変容への意欲の段階を表している。プロチャスカモデルの重要なことは、行動変容の過程に時間軸を取り入れ、「行動変容がいつ起こるのか」という概念を導入したことである。Prochaska & DiClementeは、このモデルで、行動変容を一つの過程と捉えて、人の行動が変わり、それが維持されるには以下のステージを通ることを示した(厚生労働省訳(2008)「食生活改善指導担当者研修テキスト」)。

- ・precontemplation stage 前熟考期^{註1}:6ヵ月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がない時期
- ・contemplation stage 熟考期^{註1}:6ヵ月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期
- ・preparation stage 準備期:1ヵ月以内に行動変容に向けた行動を起こす意思がある時期
- ・action stage 実行期:明確な行動変容が観察されるが、その持続がまだ6ヵ月未満である時期
- ・maintenance stage 維持期:明確な行動変

容が観察され、その期間が6ヵ月以上続いている時期

Prochaska, Redding & Evers (2008) は、termination stage (行動変容持続への確かな自信を持つことができる時期：筆者訳) を行動変容ステージに加えたが、国内において広く用いられている分類には含まれていない。そのため、本稿では行動変容ステージを前熟考期から維持期までの5つのステージとして取り扱った。

健康診断に行動変容ステージの記載欄がある問診票には、対象者が、行動変容ステージのどの段階にあるのかを自分で評価して、記載する。目指すべきは、対象者が維持期の行動変容ステージへ向かうことである。すなわち、対象者の取り組んでいることが将来の健康につながる健康行動であれば、継続を促す。一方で、疾患リスクを高めることが予想される行動については、変容できるように働きかけるべきである。したがって、前熟考期から実行期の間の状態にある対象者が維持期の段階へと向かっていくことを、保健指導ではサポートする。

保健指導において、プロチャスカモデルが活用されることは、対象者がどのステージにいるかを知ることができ、対象者の行動変容と維持を促すための働きかけの方法を考えやすくなる。「健診・保健指導プログラム」(2018)においても、ステージ毎に支援方法を変え、ステージが改善していけるよう支援することが求められている。そのためには、保健指導者が行動変容ステージ改善に及ぼす要因を理解することが重要である。そこで、次節では、先行研究に基づく行動変容ステージ改善に及ぼす要因について論じる。

行動変容ステージ改善に及ぼす要因と今後の課題

プロチャスカモデルにおいて、構成概念の一つ目である意思決定バランスは、Janis & Mann (1977) が提唱した意思決定理論の構成要素から取り入れられた。意思決定バランスは、行動変容を行なう利益と損失とのバランスを指し、利益が損失を上回れば行動をとる可能性が大きくなる。

二つ目のセルフエフィカシーは、自己効力感であり、自己が行動を有効に行なえる見込み感である。セルフエフィカシーは Bandura (1977) が提唱した自己効力感理論からの援用である。Prochaska & Velicer (1997) は、セルフエフィカシーを、ハイリスクな状況においても健康的な行動を行なえるという自信と定義した。

三つ目に、プロチャスカモデルでは、行動変容ステージの移行を促す際に有効とされる体験が明らかにされており、その体験を変容プロセスと呼んだ。Prochaska & DiClemente (1983) は、変容プロセスにおける10の分類を示した。これら10の体験は、感情・認知を含む経験的プロセス(環境再評価, 社会的解放, 意識の高揚, 情動喚起, 自己再評価)と行動的プロセス(援助関係の活用, 環境統制, 逆条件づけ, コミットメント, 強化マネジメント)の2つに大別される。

プロチャスカモデルでは、対象者の行動変容ステージに応じた変容プロセスを用い、具体的で個別化された介入を行ない、加えて意思決定のバランスを正し、セルフエフィカシーを強化することで行動の開始と継続が促進されると考えている。行動変容ステージが進むと、意思決定バランスが変化し、行動変容への利益が損失に比べて優勢となり、同時にセルフエフィカシーが増大していく。また、変容プロセスとして、前熟考期から熟考期に

ある対象者では経験的プロセスの働きかけを、一方、準備期以降の対象者では行動的プロセスを、対象者へ保健指導者が意図して行なう。これらの結果については、桑原(2013)は国内においても同様の知見が得られたと報告した。

このように、国内外の研究によって、行動変容ステージが改善されていくメカニズムが明らかにされてきた。しかしながら、山下・荒木田(2014)は、保健指導者の約4割が行動変容ステージ活用に自信を持っていないことを指摘した。さらに、約6割の保健指導者が、行動変容ステージ活用技術の習得に対して消極的であることを報告した。すなわち、保健指導者は、対象者の行動変容を促すために行動変容ステージを効果的に用いることが出来ておらず、また、効果的な活用の必要性も十分には感じられていないといえる。この状況を鑑みると、現状の行動変容ステージの活用方法には工夫が求められる。

では、行動変容ステージ改善のためにはどのような点に着目すべきであろうか。

日野原・日野原・菊田・石井(2001)は、保健指導では、生まれながらにして備わっている人の本能をいかにコントロールしていくかが重要な課題の一つとなると主張した。人の本能とは、すなわち、快感を得たいという欲求である。欲求については、Maslow(1954)の提唱した欲求段階説がある。その説では、生理的欲求に含まれる食欲は、最も下位の段階の欲求であると定義された。このことから、「食べたいものの量を減らす」ように促す指導法では、対象者の心の反発は大きいことがわかる。食べたい・楽しみたい・気持ちよくありたい・満足したい等といった欲求に目を向けることは、対象者の心情や希望に寄り添った支援を行なうことにつながり、保健指導に対する拒否的感情を小さくするために

大切である。

保健師が対象者の欲求に着目することは大切であるが、その一方で、対象者自身も自らの欲求や感情に目を向けることもまた行動変容のためには重要である。気付きとは、それまで気に留めていなかったことに注意が向いて、物事の存在や状態を知ることである。桐生・佐藤(2015)は、行動変容は、対象者自身が健康生活上の問題に気づくことが基盤であり、気づかなければその予防、そして自ら行動をとることにもつながらないことを指摘した。また、「標準的な健診・保健指導プログラム」(2018)においても、対象者が自らの生活習慣の課題に気付くことの重要性が強調されている。これらのことをまとめると、気付きは、習慣を変えていくための動機づけとなり得る。したがって、気付きは、ステージの移行に重要な役割を果たしていると考えられる。

しかし、国民が行動変容する必要性に気づくことのできる環境は、十分に整っているとは言いがたい。厚生労働省が実施した「健康日本21(第二次)に関する健康意識・認知度調査」(2013)によれば、我が国における中心的な健康づくり施策である健康日本21は、認知度という点において、意味も含めて理解している者の割合がわずかに3.6%にとどまっている。このことから、国から国民に対する健康への意識づけは十分だとは言えない。健康に関心の低い対象者に対し、政策・地域レベルの施策による効果が十分に及ぶためには時間を要すると思われる。

生活習慣は社会・文化的に構築されている部分が多い。そのために、生活習慣病も社会的要因とは無縁ではなく、個人の努力のみ帰するのでは功を奏さないことは明らかである。Janz & Becker(1984)は、健康行動の継続を促すためには、対象者の心理、および

社会的要因に着目すべきであることを指摘した。生活習慣は、長年にわたる日々の生活によって形作られている。そのため、健康行動は心理社会的要因の影響を受けており、それらの影響が暗黙裡に健康に対する価値観を構築し、実行の有無に反映される。

新健康フロンティア戦略として、内閣府(2007)は、健康づくりのイメージ図を提示した(図1)。この健康戦略において、図の最下方には、家庭力・地域力が大きく土台となって表現されており、健康づくりのためには、対象者を支える存在が大切であることを示唆している。社会の最小単位は家族であり、寝食を共にする近い関係にある家族から健康に関して受ける影響は大きいと推察される。また、地域とのつながりや社会参加の頻度等は、社会環境から受ける影響の大きさを左右する。家族や地域、および職場等といった対象者が所属するコミュニティから受ける

影響は、生活習慣に関する行動変容への意欲の強さへと反映されると考えられる。

このように、行動変容ステージ改善に及ぼす要因を検討しようとする場合には、人の価値観や認識、生活環境から受ける影響など、対象者の認知と健康行動との関係を考える必要がある。であれば、その認知には文化が大きく関与していることが想定される。プロチャスカモデルは海外で提唱された理論であるため、日本人における生活習慣改善に及ぼす要因を検討するためには、日本の文化に合った要因を新たに考えられなければならないことになる。

結論

本稿では、プロチャスカモデルの行動変容ステージ改善に及ぼす要因を明らかにするために先行研究を概観した。その結果、これまでの先行研究では、行動変容ステージ改善には、意思決定バランス・セルフエフィカシー・変容プロセスというプロチャスカモデルの各概念が影響を及ぼすことが明らかにされてきた。また、対象者が所属する身近なコミュニティから行動変容ステージ改善に対して受ける影響が大きいことが推察された。

だが、実際の保健指導の現場において、プロチャスカモデルおよび行動変容ステージは、対象者の行動変容を促すために効果的に活用されてはならず、また、その指導に当たる保健師の施設内教育も不十分であると言わざるを得ない。したがって、保健指導者が対象者の望ましい生活習慣獲得を支えるためには、プロチャスカモデルの構成概念に固定することなく、行動変容ステージ改善に及ぼす要因を解明する必要がある。また、海外で開発されたプロチャスカモデルを文化の異なる我が国の保健指導において用いるためには、



新健康フロンティア戦略賢人会議 資料より

図1. 新健康フロンティア戦略
(出典：内閣府, 2007)

日本の文化に根拠を置く、対象者の動機づけを高める要因を明らかにし、それを保健指導の中に組み入れなければならないと考えられる。

注釈

- 1) 行動変容ステージの前半を占める段階には、無関心期・関心期の日本語訳もあるが、precontemplation が含む概念は無関心というより問題と対峙できない状態であることを表す必要があること、contemplation という語はじっと見つめる・熟考・沈思黙考等と訳されていることから、本稿では、前熟考期・熟考期の訳を用いた。

引用文献

- 足達優子 (2007). 行動変容をサポートする保健指導バイタルポイント 情報提供・動機付け支援・積極的支援. 医歯薬出版株式会社, 東京, Pp. 1-120.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- 江川賢一・春山康夫 (2016). 特定健康診査・特定保健指導の成果と問題点. 日本健康教育学会誌, 24, 43-51.
- Fukuma, S., Iizuka, T., Ikenoue, T. & Tsugawa, Y. (2020). Association of the national health guidance intervention for obesity and cardiovascular risks with health outcomes among Japanese men. *JAMA Internal Medicine*, 180, 1630-1637.
- 長谷川歩・堀木亜紀子・平真子・鈴木麻由美・濱岡才子・南端朝美・宮崎祐子・福井秀之・高梨芳彰・丸中良典 (2021). ロールプレイを取り入れた保健指導教育の取り組みと評価. 人間ドック, 36, 590-595.
- 日野原重明・日野原茂雄・菊田文夫・石井敏弘 (2001). 第5節 これからの「健康教育」がめ

- ざすもの, 菊田文夫・日野原重明編. 新・新健康教育テキスト 効果をあげる健康教育 成果のあがる健康づくり. ライフ・サイエンス・センター, 神奈川, Pp. 80-83.
- Janis, I. L. & Mann, L. (1977). Decision making: a psychological analysis of conflict, choice, and commitment. *New York: Free Press*, 488.
- Janz, N.K. & Becker, M.H. (1984). The Health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- 桐生育恵・佐藤由美 (2015). 特定保健指導の行動計画設定支援における保健師の思考プロセス. 日本地域看護学会誌, 18, 51-60.
- 厚生労働省 (2008). 特定保健指導の実践的指導実施者研修教材 [1] 食生活改善指導担当者食生活改善指導担当者研修テキスト IV 健康教育. (2022年10月18日最終アクセス可能)
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido/01/pdf/info/03k-05.pdf>
- 厚生労働省 (2013). 健康日本21 (第二次) に関する健康意識・認知度調査. (2022年10月18日最終アクセス可能)
<https://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/japan21/pdf/n-25.pdf>
- 厚生労働省 (2017). 平成29年度人口動態統計特殊報告 平成27年都道府県別年齢調整死亡率の概況. (2022年10月18日最終アクセス可能)
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/other/15sibou/dl/16.pdf>
- 厚生労働省 (2018). 標準的な健診・保健指導プログラム (平成30年度版). (2022年10月18日最終アクセス可能)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>
- 厚生労働省 (2018). 健診・保健指導の研修ガイドライン (平成30年4月版). (2022年10月18日最終アクセス可能)
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196595.pdf>
- 厚生労働省 (2021). 令和元年度生活習慣関連疾患医療費に関する調査. (2022年10月18日

- 最終アクセス可能)
https://www.kenporen.com/toukei_data/pdf/chosa_r03_06_01.pdf
- 厚生労働省 (2021). 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き (第3.2版). (2022年10月18日最終アクセス可能)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000735512.pdf>
- 桑原ゆみ (2013). 成人期健康診査受診者におけるトランスセオティカル・モデルの検討. 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 20, 53-61.
- Maslow, A.H. (1954). Motivation and personality. *New York: Longman*, Pp. 1-369.
- Mozhdeh, H., Alireza, R., Firoozeh, Z., Amir, M. A. & Azra, D. (2019). Transtheoretical model of health behavioral change: a systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24, 83-90.
- 内閣府. 新健康フロンティア戦略～健康国家への挑戦～2007年5月15日発表. (2022年10月18日最終アクセス可能)
<https://www.5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2007/0515/item5.pdf>
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy – toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking - toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A. & Evers, K.E. (2008). The Transtheoretical model and stages of change. Granz, K., Rimer, B.K. & Viswanath, K. Health behavior and health education theory, research, and practice 4th edition. *Hoboken: Jossey-Bass*, Pp. 97-121.
- Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. (1997). The Transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Seidel, M.C., Powell, R.O., Zgibor, J.C., Siminerio, L.M. & Platt, G.A. (2008). Translating the diabetes prevention program into an urban medically underserved community: a nonrandomized prospective intervention study. *Diabetes Care*, 31, 684-689.
- 山下留理子・荒木田美香子 (2014). 特定保健指導における職種別保健指導技術の比較—保健師と管理栄養士の経験, 自信, 習得意思の相違一. 日本健康教育学会誌, 22, 39-49.

