

Theory at a Glance

A Guide For Health Promotion Practice

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

Theory at a Glance

A Guide for Health Promotion Practice, Second edition

日本語版

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

監修者序文

本書は、米国国立がん研究所（National Cancer Institute）の出版物『Theory at a Glance : A Guide for Health Promotion Practice』の日本語版です。本書のオリジナルは、約2年半前、偶然インターネットで見つけました。その内容を見て、「これこそ、日本の公衆衛生の現場に求められているものだ」と思い、すぐに翻訳を始めました。

徐々に浸透してきてはいますが、日本ではまだ、ヘルスプロモーション、健康教育、行動変容の理論が公衆衛生の現場で十分に理解され、活用されているわけではありません。最近、翻訳版を含めて関連する日本語の教科書・書籍も増えつつあります。しかし、欧米と比較して、まだまだ質と量の両面で劣っているのが現実です。特に、初心者にとって適切な本がないように感じていました。

本書は、オリジナルの「まえがき」や「はじめに」にあるように、公衆衛生の現場の従事者を主な対象に、ヘルスプロモーションを実践するための主要な理論をまとめたものです。数ある理論の中から重要なものだけを選択し、具体的な応用を念頭に、概説しています。ヘルスプロモーションに関する入門書として、さまざまな場面で活用することができるでしょう。

なお、翻訳にあたり、確立された日本語訳のない単語、専門用語、言い回しが多々ありました。そのようなものには、英語を付記したり、カタカナで記載しました。私どもの下手な日本語よりも、そのままの英語のほうが理解しやすいものもあるでしょう。また、英語のテキストや論文を読む場合にも役立つかもしれません。

オリジナルは、米国国立がん研究所のインターネットから無料でダウンロードできます。この日本語版もパブリックドメイン（無料配布版）として自由にダウンロードできるようにしました。是非、研修会、講義、自己学習などにご活用ください。

国立保健医療科学院疫学部 福田吉治

まえがき

10年前、『Theory at a Glance』の初版が出版されました。その本は、詳し過ぎることもなければ、表面的過ぎることもない健康行動の理論を簡潔にまとめたものを求めていた公衆衛生実務者に歓迎されました。無料配布の政府刊行物として、財政的に余裕のない健康部局のプログラムスタッフ、インターン、ディレクターは、仕事の学問的な基盤として、その本を利用しました。一番の読者層ではありませんが、公衆衛生に関連する学術界のメンバーは、手短な参考書や学生への入門書として、『Theory at a Glance』を用いました。

米国国立がん研究所が本書の出版を支援していますが、本書の内容は、がんの予防・制御に限定していません。ここで述べられた理論は、多くの公衆衛生介入にとっての共通する有用な枠組であり、疾病管理予防センター (Centers for Disease Control and Prevention : CDC) の『コミュニティ予防サービスのガイド (Guide to Community Preventive Services)』のように、テーマを絞ったエビデンスの報告書を補うものです。この報告書も、健康行動の理論を活用するため、研修ワークショップやウェブサイトを通じて、国立がん研究所や連邦政府の他のパートナーによる多くの取り組みを補います。

ひとつの論理的な理論はとても有用であるため、それを用いて、私たちは介入の戦略やターゲットに関する予想や仮説を明確に述べることができます。公衆衛生プログラムに関する政策決定者間の議論は、どのデータが適切であるかについて暗黙の推測や曖昧さのために、しばしば難解となります。特に、エビデンスの根拠が小さいとき、一つの方法あるいは他の方法を勧めるためには、プログラムがなぜ効果があるかを説明する必要があります。ヘルスプロモーションと行動変容の理論を用いて、変化をもたらす機序を特定することによって、知識、プログラムの設計、実施の改善が起こるよう、プログラムの評価を設計することができます。

私は、この『Theory at a Glance』第2版 (『一目でわかるヘルスプロモーション』) を喜んで紹介します。主な書著である、Dr. Barbar K. Rimer と Dr. Karen Glanz が、初版の明確さと有効性を減らすことなく、全体を通じて改訂していただいたことに感銘を受けます。この新しい版が、公衆衛生の実務者の別の世代をエンパワーメントし、これらの著者が彼らの研究や実践の中で用いたと同じ理論をプログラムの立案と設計に厳密に適応することを望みます。

Robert T. Croyle, Ph.D.

Director, Division of Cancer Control and Population Sciences, National Cancer Institute

Spring 2005

謝 辞

米国国立がん研究所は、オリジナルのモノグラフ著者であり、そのヘルスコミュニケーションの理論と実践についての知識がヘルスプロモーション実務者の世代に強く影響を与えている Barbar K. Rimer Dr.P.H. と Karen Glanz Ph.D., M.P.H. に感謝します。レビューと相談に多くの時間を費やしてくれた彼らの貢献を大変嬉しく思います。

Office of Communication のスタッフ、特に、Margaret Farrell、このモノグラフの完成を指導した Division of Cancer Control and Population Science と Kelly Blake に感謝します。特に、モノグラフの内容と質を大変高める心配りと献身をした Karen Harris にお礼を申し上げます。

目次

はじめに	
対象と目的	
内容	
Part 1：ヘルスプロモーションと健康行動の理論の基礎	1
なぜ理論は重要か	2
理論とは何か	2
どのように理論は役立つか	2
説明的理論と変容理論	2
理論を現場に応用する	3
多様な集団に対処する	4
Part 2：理論と適応	7
生態学的観点：多様なレベルでのインタラクティブなアプローチ	8
影響要因の3つのレベルの理論的説明	9
個人的・個人内レベル	9
健康信念モデル	10
変化のステージモデル／トランスセオレティカルモデル	11
計画的行動理論	12
予防行動採用プロセスモデル	14
個人間レベル	14
社会的認知理論	14
コミュニティレベル	16
コミュニティオーガニゼーションと他の参加モデル	17
イノベーション普及	20
コミュニケーション理論	22
メディア効果	22
アジェンダセッティング	23
新しいコミュニケーション技術	24
Part 3：理論と実践を結びつける	27
計画モデル	28
ソーシャルマーケティング	28
プリシード・プロシード	31
正しい理論の選択	33
最後に	34
参考文献	36
引用文献	36
日本語参考文献	38

図 表

表

表 1	生態学的観点：影響要因のレベル
表 2	健康信念モデル
表 3	変化のステージモデル
表 4	計画的行動理論
表 5	社会的認知理論
表 6	コミュニティオーガニゼーション
表 7	イノベーション普及における概念
表 8	イノベーションの速度と程度に影響する重要な寄与要因
表 9	アジェンダセッティング、概念、定義、適応
表 10	プリシード・プロシードの診断要素
表 11	理論のまとめ：焦点と鍵となる概念

図

図 1	プログラムの立案と評価のための説明的理論と変容理論の使用
図 2	疫学のマルチレベル・アプローチ
図 3	合理的行動理論と計画的行動理論
図 4	予防行動採用プロセスモデルのステージ
図 5	統合的モデル
図 6	社会・文化・環境の理論的枠組み
図 7	ソーシャルマーケティング・ホイール
図 8	プリシード・プロシードモデル
図 9	多様なレベルの介入を立案するための理論の使用

はじめに

本書『一目でわかるヘルスプロモーション（Theory at a Glance: Application to Health Promotion and Health Behavior）第2版』は、健康関連行動、行動形成の過程、行動に対するコミュニティや環境要因の影響の重要な理論を述べたものです。『Making Health Communication Programs Work: A Planner's Guide』ⁱやウェブサイト、Cancer Control PLANET（Plan, Link, Act, Network with Evidence-based Tools）ⁱⁱのような実践のためのツール、技術、モデルプログラムを提供する既存の資源を補完します。『一目でわかるヘルスプロモーション』は、健康行動理論を理解しやすくし、問題を解決し、ヘルスプロモーションプログラムの効果を評価するためのツールを提供します。（本書では、ヘルスプロモーションは、「人々が自分たちの健康へのコントロールを増やし、健康を改善することができるようにするプロセス」と広く定義され、伝統的な一次、二次予防プログラムを超えています。）

この10年で、公衆衛生と医療の実務者は、プログラムの計画、実施、評価を学ぶためのガイドとして『一目でわかるヘルスプロモーション』初版を調べるようになってきています。初版の有用性について多くの感謝の言葉をもらいました。この改訂版は、近年の健康行動研究からの情報を含み、多様な集団に対するプログラムを開発する理論的な方法を示唆します。『一目でわかるヘルスプロモーション』は、独立したハンドブックとして、組織内のスタッフ開発プログラムの教材の一部として、あるいは、理論の教科書や生涯教育などの教材として使うことができます。

本書は、いくつかの主要な健康行動理論のみを紹介しました。ここで示した理論は、がん予防、リスクの同定、集団のセグメンテーション（対象の細分化）の目的で広く使用されています。内容の多くは、Glanz, Rimer, Lewis による『Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice』¹（第3版、Jossey-Bass 出版）を参照しました。健康行動の変容や健康教育の有用な理論をより学習したい読者は、この本や、最後に参考文献の中で推奨した他の資料を調べることができます。

ⁱ Making Health Communication Programs Work (<http://www.nci.nih.gov/pinkbook>) describes a practical approach for planning and implementing health communication efforts.

ⁱⁱ Cancer Control PLANET (<http://cancercontrolplanet.cancer.gov>) provides access to data and resources that can help planners, program staff, and researchers to design, implement, and evaluate evidence-based cancer control programs.

■ 読者対象と目的

本書は、まず、州や地方の健康部局の公衆衛生従事者のために書かれたものです。また、ボランティアの健康関連機関、コミュニティ・地域の機関・団体、医療機関、学校、民間部門で働くヘルスプロモーション実践者やボランティアにも有用です。

健康行動理論をもとにした介入は、成功を保証するわけではありませんが、望まれた結果をより生み出しやすくします。『一目でわかるヘルスプロモーション』によって、ユーザーは、どのように個人、集団、組織が行動し、変化するのかを理解し、効果的なプログラムを設計することができるでしょう。健康を増進させ、疾病を予防するための特別な根拠に基づく介入についての情報のため、疾病管理予防センター（CDC）によって出版された『Guide to Community Preventive Services』を調べることもできます。

■ 内 容

本書は、3つの部分より構成されます。それぞれの理論について、本文は、重要な概念と適応に焦点を当てています。これらのまとめは、プログラムの計画や評価の時に考慮したり、プロジェクトチームに健康行動に影響する多くの要因を考えることを促進させたりする重要な問題のチェックリストとして使用できるかもしれません。

パート1. 『ヘルスプロモーションと健康行動の理論の基礎』は、理論やモデルが健康行動やヘルスプロモーションの実践で有用である方法を記述し、基本的な定義を提供します。

パート2. 『理論と応用』は、健康行動やヘルスプロモーションプログラムの生態的観点を示します。個人、個人間、コミュニティ行動を説明する8つの理論とモデルを記述し、問題解決のための方法を提供します。それぞれ理論の短い記述の後、重要な概念の定義と事例あるいはケーススタディを示します。また、このパートでは、新しいコミュニケーション技術の利用を述べます。

パート3. 『理論と実践を合わせる』は、理論が健康行動やヘルスプロモーションプログラムの計画、実施、評価にどのように使用できるかを説明します。二つの包括的なプランニングモデルである、PRECEDE-PROCEED モデルとソーシャルマーケティングを概説します。

Part 1

ヘルスプロモーションと
健康行動の理論の基礎

■ なぜ理論は重要か

効果的な公衆衛生、ヘルスプロモーション、慢性疾患管理プログラムは、人々が健康を維持し、健康を増進し、疾病のリスクを減らし、慢性疾患の管理に役立てることができます。それらは、個人、家族、組織、コミュニティ・地域のウェルビーイングと自己満足感を向上させることができます。通常、そのような成功は、多くのレベル（例えば、個人、組織、コミュニティ・地域）での行動変容を必要とします。

しかしながら、必ずしもすべてのプログラムが同様に成功するわけではありません。対象とする健康行動とその背景をよく理解することにより、期待された結果を得ることができます。現場では、これらのプログラムを開発し管理するために戦略的プランニングモデルを使用し、意味のある評価を通じて継続的にプログラムを改善します。健康行動の理論は、プログラムの計画・実施・評価の過程を通じて重要な役割を果たすことができます。

■ 理論とは何か

理論は、事象や状況を理解する体系的な方法を意味します。それは、変数間の関連性を明らかにすることで、これらの事象や状況を説明し予測する一連の概念、定義、命題から成り立ちます。理論は、多様な状況に適応できなければならず、本質的には抽象的で、特別な内容や対象領域を持ちません。空のコーヒーカップのように形と境界はありますが、具体的な中身はありません。実践的な課題、目標、問題があって初めて有用となります。

- **概念** (concept) は、理論を構築している最小単位のブロックです。
- **コンストラクト** (constructs) は、ある特定の理論の中で使われるために開発され採用された概念です。
- **変数** (variables) は、コンストラクトを操作可能にした形です。それらは、特定の状況の下でコンストラクトが測定される方法を定義します。理論に基づいたプログラムを評価する上で、何が評価に必要なかを決める際、測定する変数をコンストラクトと一致させましょう。
- **モデル** は、ある特殊な状況下で特定の問題を理解するのに役立つよう、多くの理論の上に構築されます。

多くの健康行動とヘルスプロモーションの理論は、社会行動科学から応用されたものです。健康問題へ応用するためには、疫学や生命科学などの知識

や考え方も必要となります。健康行動とヘルスプロモーションの理論は、心理学、社会学、生態学、消費者行動、マーケティングのような、さまざまな分野の上に成り立ちます。多くのモデルは、十分には発展していないか、厳密には検証されていません。このため、**概念的フレームワーク**あるいは**理論的フレームワーク**と呼ばれることもあります。

■ どのように理論は役立つか

理論は、計画立案者にとって、直観ではなく、行動の理解に基づき、健康行動やヘルスプロモーションの介入を設計し評価するためのツールです。それらにより、より広い視野に立ち戻り、熟考することができます。理論に基づき健康介入を計画する者は、ある特殊な状況に対応できる革新的な方法を作り出します。月並みな方法や古臭いアイデアに頼るのではなく、多様な行動理論を応用し、独特なテイラードされた（対象に合わせて個別に設計された）問題解決の方法を開発することができます。

プログラムの立案や開発の基礎としての理論の利用は、近年重視されている根拠に基づく医療・健康政策の考え方に一致します。理論は、プログラムを研究し、適切な介入を開発し、成功の度合いを評価するためのロードマップを提示します。理論によって、そのすべての段階において立案者はより深く思考し、プログラムをより効果的にする洞察を得ることができます。また、理論によって、立案者は、もっとも適切な対象者、変化を促す方法、評価のためのアウトカムを同定することができます。

研究者と実務者は、“なぜ” “どの” “どのように” 健康問題が対処されるべきかの質問に答えるために理論を利用します。これらの答えを見つけることによって、対象となった健康行動の特性を明らかにすることができます。すなわち、理論は、人がなぜある健康行動を行いあるいは行わないかの理由を探し、公衆衛生プログラムを開発する前に知るべきことを示し、対象集団に影響をもたらすプログラム戦略を考案する方法を示唆します。さらに、理論は、プログラムの評価を通じて、モニターし、測定すべき指標が何かを示します。これらの理由で、理論に基づき立案、実施、モニタリングされるプログラムは、理論なしに開発されたプログラムよりも成功する高い可能性を持っています。

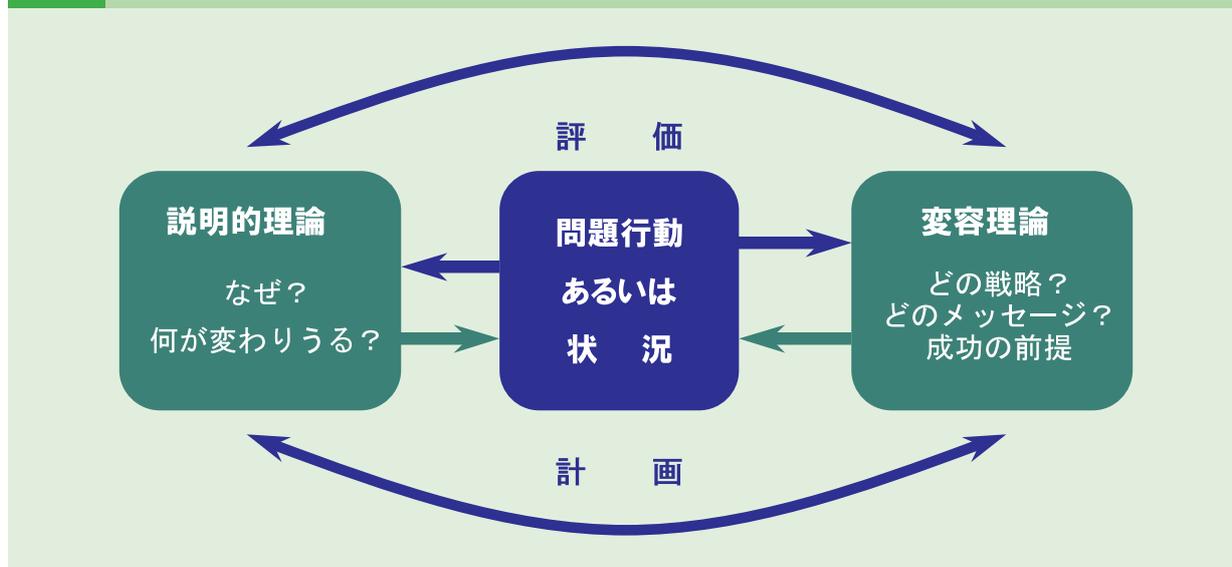
■ 説明的理論と変容理論

説明的理論 (Explanatory theory) は、なぜ問題が存在するかの理由を示します。それは、ある問題 (例えば、知識、自己効力感、ソーシャル・サポート、資源の不足) に寄与し、かつ、修正が可能な要因を探するのに役立ちます。説明的理論の例は、健康信念モデル (Health Belief Model)、計画的行動理論 (Theory of Planned Behavior)、予防行動採用プロセスモデル (Precaution Adoption Process Model) です。

変容理論 (Change theory) は、健康介入の開発に

役立ちます。プログラムのメッセージと戦略に移すことができる概念を示し、プログラム評価の基礎となります。変容理論によって、プログラム立案者は、プログラムが成功する根拠となる前提を明らかにすることができます。変容理論として、コミュニティ・オーガニゼーションやイノベーション普及理論 (Diffusion of Innovations) などがあります。図1は、説明的理論と変容理論が、プログラムの計画と評価にどのように用いられるかを示しました。

図1. プログラムの立案と評価のための説明的理論と変容理論の使用



理論を現場に応用する

本書は、ヘルスプロモーションの現場でよく用いられている代表的な理論とその応用を紹介しました。最も優れたひとつの理論があるわけではありません。公衆衛生の現場の問題、行動、集団、文化、背景は幅広く多様です。いくつかの理論は、介入の単位として個人に焦点を当てます。別の理論は、家族、組織、コミュニティ・地域、あるいは文化への介入を検証します。ひとつの問題に適切に対処するために、複数の理論が必要となるかもしれません。すべての場合に適用できる理論はありません。

行動の社会的背景は常に変化しているため、一昔前に公衆衛生教育で重要であった理論は、今日では有用ではないかもしれません。新しい社会科学的研究によって、既存の理論は洗練され、改訂されます。近年の米国医学研究所 (Institute of Medicine) の報告によると、自己効力感のような、行動変容の中心となる変数を同定することで、いくつかの理論は収束されていって

ます²。

効果的な実践のためには、適切な複数の理論と戦略を用いることが必要です。

行動変容に関心のある人にとって最も大きな挑戦のひとつは、ある特定の問題に対して、理論やモデルをいかにうまく“フィットさせる”かを学ぶことです。特定の理論の知識を活用することや過去の理論の応用事例を知ることは、この領域のスキルを向上させます。ひとつの適切な方法の選択あるいは複数の理論の組み合わせは、健康行動に影響する多様な要因を考慮するのに役立ちます。理論を用いる実践者は、計画の立案に際して、実現可能なプログラムの結果の理解を深めることができます。

今ある問題に対して有効な理論の選択は、ひとつの理論 (例えば、最も精通した理論、最近の雑誌論文で述べた理論) から始まるわけではありません。そのかわりに、状況、すなわち、分析や変化の単位、トピック

ク、対象となる行動のタイプの評価を通じて始まりません。適切で実践的な理論的枠組みは状況によって異なるため、“フィットする”理論は慎重に選ばなければ

なりません。次のボックスにあるステップで始めましょう。

有用な理論の特徴

有用な理論は、行動、健康問題、対象集団、環境に関して、

- 論理的である
- 日常的な観察と一致する
- 過去に成功したプログラムで使用されたものと類似する
- 同じ分野の過去の研究あるいは関連する考えによって支持される

多様な集団に対処する

米国の人口は、文化的、民族的な多様性を増しています。多くの研究は、健康格差が、多様な民族や社会経済的集団間に存在することを示しています。これらの知見は、コミュニティ・地域のメンバーの文化的な背景や人生経験の理解の重要性を浮き上がらせますが、ターゲティングされ（対象とされ）、テイラードされた（対象に合わせて個別に設計された）ヘルスコミュニケーションが一般的なものよりも効果的であるかは未だ十分に示されていません。（ターゲティング（targeting）とは、集団のサブグループに対する個別介入のために、その集団の人々に共通する特徴の情報をを用いることを含みます。一方、テイラリング

（tailoring）とは、特定の1人の人についての情報を得るために評価し、その人の特殊な特徴をもとに戦略を提供する過程です³。）

ほとんどの健康行動理論は、異なる文化や民族集団に応用可能ですが、実務者はこれらの理論を正確に使用するためには、対象集団の特徴を理解しなければなりません（例えば、民族、社会経済的地位、ジェンダー、年齢、地理的場所）。ある健康問題に理論を適応する場合に文化や民族を考慮することが重要であるいくつかの理由があります。まず、疾病は人種や民族によって異なります。第二に、これらの集団の中でリスク行動の保有率が異なります。第三に、健康行動の決定要因は人種・民族集団で異なります。

理論についてのコメント

「理論は、私が自分の仕事の中で用いる多くのツールとは違っています。それは、より抽象的ですが、プラスにもなります。理論を完全に理解することは簡単ではありませんが、なぜ自分がその健康問題に対処しているかについて深く考えることの助けになります。」

（郡のヘルスエデュケーター）

「私は、理論は学生や研究者のためのものと思っていました。しかし、今は、それをよりよく理解しています。それがどんなに実践的であるかを正しく評価しています。」

（州の慢性疾患管理担当者）

「理論からの概念を現場に応用することによって、“なぜ”そのような方法でプログラムを実施しているのか、“どのように”それらが成功するかあるいは失敗するかをスタッフやボランティアにより理解させることができます。」

（市のたばこ対策コーディネーター）

「理論をうまく理解することは、リーダーにとって欠かせません。あなたは、自分の仕事に対する広い視点を持つことができます。そして、将来のビジョンを創造することに役立ちます。ただし、それは自分の同僚に明確に単純に説明できるときのみ有ります。」

（地域のヘルスコミュニケーション主任）

「理論の進歩に遅れないようにするのは思ったより難しくありません。最新の情報を得るためのツールやワークショップがあります。」

(患者教育コーディネーター)

Part 2

理論と適応

生態学的観点：多様なレベルでのインタラクティブなアプローチ

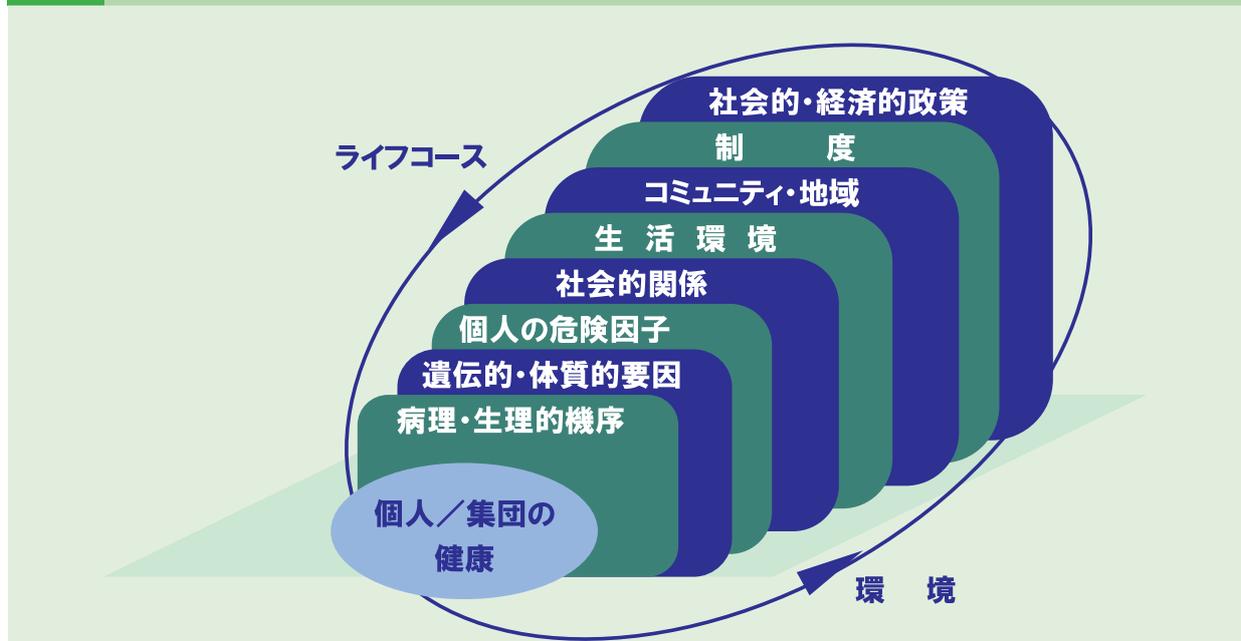
今日のヘルスプロモーションは、健康的な実践について単に個人を教育するだけのものではありません。それは、コミュニティ・地域の物理的・社会的環境とともに、組織的な行動を変える取り組みを含みます。また、経済的な動機付けのように、健康を支援する政策の形成し、広めることにも関係します。広範囲にわたる健康問題に対処することが求められるヘルスプロモーションプログラムは、幅広い戦略を用い、多様なレベルで影響を与えます。

生態学的観点 (ecological perspective) は、健康問題の全てのレベルにおける要因の相互の関係性を強調します。それは、物理的・社会文化的環境の相互作用

に焦点を当てます。生態学的観点のふたつの重要な概念が、健康を高めるために介入する場合のポイントを決めるのに役立ちます。第一に、行動は「多様なレベルの影響要因」に作用し、また、作用されます。第二に、個人の行動は、社会的環境を形成し、また、社会的環境によって形成されます（「相互的因果関係」）。

生態学的観点の最初の鍵となる概念である、多様なレベルの影響要因を説明するため、McLeroy らは (1988)、健康関連行動と状態への5つのレベルの影響要因を提示しました⁴。表1のように、これらのレベルは、(1)「個人内」または「個人的」要因、(2)「個人間」要因、(3)「制度的」または「組織的」要因、(4)「コミュニティ・地域的」要因、(5)「公共政策的」要因を5つを含みます。

図2. 疫学のマルチレベル・アプローチ



資料：Smedley BD, Syme SL (eds.), Institute of Medicine. Promoting Health: Strategies from Social and Behavioral Research. Washington, D.C.; National Academies Press, 2000.

表1. 生態学的観点：影響要因のレベル

概念	定義
個人内・個人的レベル	行動に影響する個人的な特徴。知識、態度、信念、性格、など。
個人間レベル	社会的アイデンティティ、社会的支援、社会的役割を提供する関係性と基礎的集団。家族、友人、仲間（ピア）など。
コミュニティ・地域レベル	
制度的要因	推奨された行動を推進あるいは強制する法規や政策
コミュニティ・地域要因	個人、集団、組織の間に存在するフォーマルあるいはインフォーマルなソーシャルネットワークや社会的規範・基準
公共政策的要因	疾病予防、早期発見、疾病管理に関する自治体や国の政策や法律

実際は、コミュニティ・地域要因に対処するためには、ソーシャルネットワークや社会的規範とともに、制度的要因と公共政策的要因を考慮しなければなりません。図2は、異なるレベルの影響要因が影響しあって人々の健康に作用する様子を示しました。

それぞれのレベルの影響要因は健康行動に影響します。例えば、マンモグラフィ（乳がんのスクリーニング検査）の受診をためらう女性を例にしましょう。個人的レベルでは、自分ががんであることがわかることを恐れて、受診しないのかもしれない。

個人間レベルでは、彼女の主治医が検査を勧めなかったり、検診が自分たちにとって重要でないと思っている友人がいるのかもしれない。制度的要因は、クリニックには非常勤の放射線技師しかいないため、予約を取るのが難しいのかもしれない。公共政策的要因では、彼女は保険を持たず、料金を支払うことができないこともあるでしょう。このように、その女性がマンモグラフィを受けないのは、多様な要因の結果かもしれません。

生態学的観点の二つ目の鍵となる概念である相互的因果関係は、人々は、自分の周りのものに影響をし、同時に影響されることを意味します。例えば、コレステロール値の高い男性は、自分の会社の食堂に健康的なメニューがないために、医師の処方した食事療法に従うことが難しいのかもしれない。医師の指示に従うため、彼は、食堂の管理者に健康的なメニューを加えるように依頼することで環境を変えたり、別の場所で食事をしたりするでしょう。もし、彼や同僚が別の場所で食事をするようになれば、食堂は経営を維持するためにメニューを変えるかもしれません。このように、食堂の環境によってこの男性は食習慣を変えざるをえないかもしれませんが、同時に、彼の新しい習慣によって食堂の環境は変化するかもしれません。

生態学的観点は、行動的要因と環境的要因を組み合わせた多様なレベルの介入の利点を明らかにします。例えば、効果的なタバコ対策プログラムには、喫煙を防止する多様な戦略が用いられます⁵。会社が禁煙の方針を持ち、市が“きれいな室内空気条例”を持つ場合、従業員への禁煙クリニックはより強い影響力を持ちます。周りの仲間が喫煙を受け入れず、未成年へのタバコ販売を禁止する法律が厳しく実施される場合、青少年は喫煙を始めにくいです。ヘルスプロモーションプログラムは、多様なレベルの影響要因が考慮されるときにより効果的となります。

■ 影響要因の3つのレベルの理論的説明

次の3つのセクションは、生態学的観点の影響の個人（個人内）、個人間、コミュニティ・地域レベルでの理論と応用を検証します。個人と個人間レベルでは、今日の健康行動の理論は、「認知－行動（Cognitive-Behavioral）」として大きく分類されます。これらの理論に共通する3つの重要な概念は以下です。

1. 行動は、認知を通じて起こります。すなわち、人々の知識や考えが行動に影響します。
2. 行動変容のために、知識は必要ですが、それだけでは十分ではありません。
3. 認知(perception)、動機(motivation)、技術(skill)、社会的環境は行動に対する鍵となる影響要因である。

コミュニティ・地域レベルのモデルは、健康的な行動を推進する多角的アプローチを実行するための枠組みを提供します。それらは、ポジティブな行動変容を支援する社会的・物理的環境を変える取り組みを伴う教育的アプローチを補います。

■ 個人的・個人内レベル

個人的レベルはヘルスプロモーションの最も基本的なレベルであり、ヘルスプロモーションのモデルとプログラムは、個人の行動を説明し、個人の行動に影響を与えるものでなければなりません。健康従事者は、カウンセリングや患者教育のような1対1の活動に多くの時間を費やし、個人は健康教育マテリアルにとっての第1の対象です。個人の行動は、集団の行動の基本的な単位であるため、個人レベルの行動変容理論は、集団、組織、コミュニティ・地域、そして、国のようなより広いレベルのモデルを含みます。個人は、集団に参加し、組織を管理し、リーダーを選び、指名し、政策を立案します。したがって、政策と組織的な変化を達成するためには、個人に影響を与えることが必要です。

さらに、個人レベルの理論は、個人内要因（自身や心の中に存在したり、生じたりするもの）にも注目します。個人内要因は、知識、態度、信念、動機、自己概念、成育歴、過去の経験、技術・スキルを含みます。個人レベルの理論には以下のものがあります。

- 健康信念モデル（Health Belief Model: HBM）は、健康問題から生じる脅威（脆弱性、重大性）、脅威を避けることによる利益、行動の意思決定に影響する要因（障害、行動のきっかけ、自己効力感）

の認知に焦点を当てます。

- 変化のステージモデル／トランスセオレティカルモデル(Stage of Change Model、Transtheoretical Model) は、5つのステージを通じた行動変容と、そのステージに応じた動機と準備性(レディネス: readiness) を説明します。
- 計画的行動理論 (Theory of Planned Behavior : TPB) は、個人の信念、態度、意図、行動、その行動へのコントロール感の関係性を説明します。
- 予防行動採用プロセスモデル (Precaution Adoption Process Model : PAPM) は、気づきから行動までの“旅”の7つのステージを明示しました。それは、気づきと利点の不足から始まり、認知し、行動を起すかどうかを決定し、行動し、行動を維持する段階を経ます。

健康信念モデル (HBM)

健康信念モデル (HBM) は、健康行動の初期の理論のひとつで、今も広く使用され続けています。それは、1950年代、疾病を予防し、発見するためのプログラムにごくわずかな人しか参加しない理由を説明するために、社会心理学者によって考案されました。ここでは、レントゲン車による無料の結核検診を例にとってみます。このサービスは、さまざまな便利な場

所において無料で提供されるにも関わらず、参加者は限られていました。なぜなのでしょう。

答えを見つけるため、人々にプログラムへの参加を促したり、妨げたりする要因が調べられました。自分が病気に罹りやすいかどうかの信念、それを避けることによる利益の認知が行動の準備性に影響すると理論化しました。

後に、この理論は拡大され、疾病を予防する活動、疾病のスクリーニング、疾病の管理を行うかどうかの決定に6つの主な構成要素が影響すると結論付けられました。行動を起すには、以下のことが必要とされました。

- 自分がその状態になりやすいという信念 (認知された脆弱性: perceived susceptibility)
- その状態が重篤な結果をもたらすという信念 (認知された重大性: perceived severity)
- 行動をとることが脆弱性や重大性を減らすという信念 (認知された利益: perceived benefits)
- 行動をとることのコストが利益よりも重くないという信念 (認知された障害: perceived barriers)
- 行動を促す要因への曝露 (例えば、テレビの広告、マンモグラフィを受けるようにという医師からの催促) (行動のきっかけ: cue to action)
- 行動をうまく行う自分の能力の確信(自己効力感: self-efficacy)

HBM は、健康の動機がその中心的な焦点であるた

表 2. 健康信念モデル (Health Belief Model)

概念	定義	有効な戦略の例
認知された脆弱性	ある状態になる確率に関する信念	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団を持つ集団とリスクのレベルを同定する ・ 個人の性質や行動からリスク情報を決定する ・ 自分自身のリスクを正確に認知させることを助ける
認知された重大性	ある状態やその結果の重篤さについての信念	<ul style="list-style-type: none"> ・ 状況と望ましい行動の結果を特定する
認知された利益	行動をとることにより減らされるリスクや重大さについての信念	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行動をどのように、どこで、いつとるか、可能性のあるポジティブな結果は何かを説明する
認知された障害	行動をとることの物質的・心理的なコストの信念	<ul style="list-style-type: none"> ・ 元気づけ、インセンティブ、支援を提供し、誤った情報を訂正する
行動のきっかけ	「準備段階」から踏み出すための要因	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「ハウツー」情報を提供し、自覚を高め、リマインダー (思い出し) システムを用いる
自己効力感	行動をとることの自分の能力への自信	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行動を実行するトレーニング、ガイダンスを提供する ・ 段階的な目標設定を用いる ・ 言葉による再強化を行う ・ 望ましい行動を示してみせる

め、健康認識により引き起こされる問題行動に対処するのに有用です（例えば、リスクの高い性行動やHIVに罹る可能性）。同時に、短期と長期の行動変容の戦略を立てるために、HBMの6つの構成要素は有用な枠組みを提供します（表2参照）。HBMを健康

プログラムの計画に応用する場合、対象集団が健康問題になりやすいと感じている程度、それが重篤であると信じているかどうか、見合うコストで行動が脅威を減らすと信じているかどうかを理解しなければなりません。これらの要因を変化させるのは難しいものです。

事例

高血圧の検診は、無症状にもかかわらず、心臓病や脳卒中に対する高いリスクを持つ人を発見することを目的としています。そのような人は、自分が病気だと感じていないため、薬を飲んだり、体重を減らしたりする指導に従わないかもしれません。HBMは、このような状況での非コンプライアンスに対応する戦略を開発するのに有効なものです。

HBMによると、無症状の人は、実際には高血圧であることを受け入れるまで（認知された脆弱性）、指導された治療方針に従わないでしょう。彼らは、高血圧が心臓発作や脳卒中の原因となることを理解しなければなりません（認知された重大性）。処方された薬を飲んだり、勧められた減量プログラムに従ったりすることは、ネガティブな副作用はなく、さほど困難もなく（認知された障害）、病気になるリスクを減らすと考えなければなりません（認知された利益）。印刷物、リマインダー（思い出し）の手紙、内服カレンダーは、医師の指導に継続的に従うことを励まします（行動のきっかけ）。過去に、減量したり、減量を維持したりすることに失敗した人にとって、行動的契約書は、自信を強め、短期間の目標を確立するのを助けるでしょう（自己効力感）。

変化のステージモデル／トランスセオレティカルモデル (Transtheoretical Model)

ProchaskaとDiClemente⁶によって開発された変化のステージモデル（トランスセオレティカルモデルとも呼ばれます）は、独力で禁煙する喫煙者と専門的な禁煙治療を受ける喫煙者を比較する研究から導かれました。モデルの基本的な前提は、行動変容はプロセスであり、イベントではないことです。行動を変えようとする人にとって、その人は5つのステージ、すなわち、無関心期（precontemplation）、関心期（contemplation）、準備期（preparation）、実行期（action）、維持期（maintenance）を経て進んでいきます（表3参照）。ステージの定義は、問題となる行動によって若干異なります。この5つの連続するステージのそれぞれの段階にいる人は異なる情報を必要とし、ステージに応じてデザインされた介入方法が有用です。

自己管理的方法を用いる人も、専門家によるプログラムに加わる人も、同じように5つのステージを通じて行動変容をおこします。しかし、これらのステージの進み方は、行動変容のタイプによって異なります。例えば、喫煙をやめようとする人は、フルーツや野菜をより多く食べることで食習慣を改善しようとする人とはステージの進み方が異なります。

変化のステージモデルは、組織的な行動とともに、さまざまな個人的な行動に適応されています。そのモデルは一方方向性ではありません。つまり、行動変容を起こす人は、ひとつのステージから次のステージに順番に移動し、行動変容のプロセスから完全に「卒業」するわけではありません。むしろ、どのステージからでもプロセスに入ったり、前のステージに戻ったり、もう一度やり直したりするでしょう。彼らはこのプロセスを何度も繰り返すかもしれませんし、どこかの段階でプロセスが打ち切られることもあります。

表 3. 変化のステージモデル

ステージ	定義	有効な戦略の例
非関心期	6ヶ月以内に行動を起こそうという意図がない	変化のためのニーズの認知を増やす。各個人に応じてリスクとベネフィットに関する情報を提供する
関心期	6ヶ月以内に行動を起こそうという意図がある	動機付ける。具体的な計画を作ることを勧める
準備期	30日以内に行動を起こそうという意図があり、その方向ですでにいくつかの行動段階を経ている	明確な活動計画を作り、実施することを支援する。少しずつの目標を設定する
実行期	行動が変化してから6ヶ月未満	フィードバック、問題解決法、社会的支援、強化策を用いて支援する
維持期	行動が変化してから6ヶ月以上	コーピング、リマインダー、代替手段の発見、失敗や後戻りを防ぐことで支援する

事例

大きな会社が、喫煙する従業員（200名）への禁煙プログラムを計画するために、ヘルスエドゥケーターを雇う場合を例にしましょう。ヘルスエドゥケーターは、いろんな時間と場所で、集団形式の禁煙教室を開催することにしました。しかし、わずか50人しか参加の登録がありませんでした。ヘルスエドゥケーターは悩みました。どのようにすれば、残りの150名を参加させることができるのでしょうか。

変化のステージモデルは、この問題に取り組むための考え方を提供します。まず、モデルは、従業員が禁煙教室に参加しない理由の理解と説明に役立ちます。次に、喫煙行動を変化させ、その変化を維持させる包括的なプログラムを開発するために利用できます。いくつかの単純な質問によって、ヘルスエドゥケーターは、参加者がどのステージにいるかを評価することができます。

- ・あなたは禁煙に興味がありますか。(非関心期)
- ・あなたはすぐに禁煙しようと考えていますか。(関心期)
- ・あなたは禁煙するための具体的な準備をしていますか。(準備期)
- ・あなたは禁煙中ですか。(実行期)
- ・あなたは禁煙を継続中ですか。(維持期)

従業員の回答は、参加者が変化のどのステージにいるかを明らかにし、彼らのニーズに合ったメッセージ、戦略、プログラムを開発するのに有効です。例えば、喫煙を楽しむ人は、禁煙には関心がなく、禁煙教室には参加しないでしょう。彼らにとって、より適切な介入は「非準備期」から「準備期」に移動させるためにデザインされた教育的な介入でしょう（例えば、喫煙の健康への影響を示すために一酸化炭素の検査を用いる）。他方、禁煙の具体的な準備をしている人（「準備期」）にはそれを励ますことで、次のステージである「実行期」に移動させることができます。

計画的行動理論 (Theory of Planned Behavior)

計画的行動理論とそれに関連する合理的行動理論 (Theory of Reasoned Action) は、行動と信念、態度、意思との関連を示しています。計画的行動理論も合理的行動理論も、**行動意図** (behavioral intention) が行動の最も重要な決定要因であるとしています。これらのモデルによると、行動意図は、行動を行うことへの個人の態度と、その人にとって重要な人がその行動に賛成するか否かについての信念 (**主観的規範**

(subjective norm)) によって影響されます。計画的行動理論と合理的行動理論によれば、他の全ての要因 (例えば、文化や環境) は、行動に影響は与えますが、それを直接的に説明するわけではありません。

計画的行動理論は、ひとつの追加のコンストラクト (construct: 概念) である **行動コントロール感** (perceived behavioral control) を含む点で、合理的行動理論と異なります。これは、自分がある行動をコントロールできるという信念を意味します。Ajzen と Driver は、人の行動もしくは行動意図が、自分のコ

ントロールが及ばない要因によって影響される状況を説明するためにこの要素を加えました⁷。彼らは、ある行動への高いコントロールを持つと考えるなら、その人はその行動をより熱心に行おうとすると考えました（表4）。しかし、それはこうした限られた状況以外にも適応できます。コントロールできることに対する認知は、行動に対して重要な影響を持つでしょう。

図3は、行動意図がどのように行動を決定するか、**行動への態度** (attitude toward behavior)、**主観的規**

範、**行動コントロール感**が行動意図にどのように影響するかを示しました。モデルによると、行動への態度は、行動を行うことに含意されるものや行動の結果についての信念によって形成されます。社会的規範についての信念とこれらの規範に従う動機が主観的規範に影響します。その行動をとることを容易にしたり、困難にしたりするものの存在あるいは欠如が『行動コントロール感』に影響します。そうして、信念、態度、意図の複雑な関係性が行動に結びつきます。

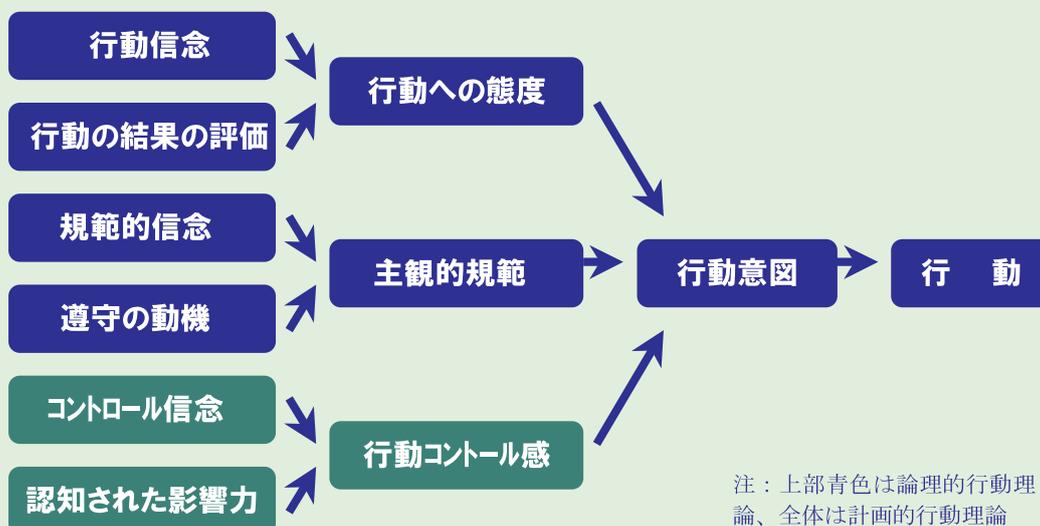
表 4. 計画的行動理論 (Theory of Planned Behavior)

概念	定義	測定方法
行動意図	行動をとる可能性の認知	あなたは、(その行動を) する可能性はありますか、ありませんか
態度	行動についての個人的評価	あなたは、(その行動を) 「よい」、「よくない」、「どちらでもない」と思えますか
主観的規範	重要な人が行動を賛成するか、しないかについての信念。かれらの考えに沿って行動しようとする動機	あなたは、ほとんどの人が(その行動)を賛成/反対していると思えますか、思いませんか
行動コントロール感	行動を行うことへのコントロールを持ち、コントロールを実行できることの信念	あなたは、(その行動が) 自分次第だと思いますか、思いませんか

事例

あるサーベイランスのデータは、文化適応したヒスパニック系の若い女性が、文化適応していないより高齢の女性よりも、子宮細胞診を受けやすいことを示しています⁸。そこで、ヒスパック系の高齢者を対象とした子宮がん検診プログラムを行うことになります。キャンペーンを計画する時、この集団のどのような信念、態度、意図が検診を受けることに関係するかを調べる調査が行われます。調査は、次のようなものを測定します。前に検診を受けた時期(行動)、どのくらい検診を受ける可能性があるか(意図)、検診を受けることについての態度(態度)、「私にとって重要な多くの人」が検診を受けることを望んでいるかどうか(主観的規範)、検診が「わたしのコントロールのもと」にあるものであるかどうか(行動制御の認識)。検診の受診と関係する信念、態度、意図を明らかにするため、検診を受けた人と受けない人のデータが比較されます。

図 3. 合理的行動理論と計画的行動理論



予防行動採用プロセスモデル (Precaution Adoption Process Model : PAPM)

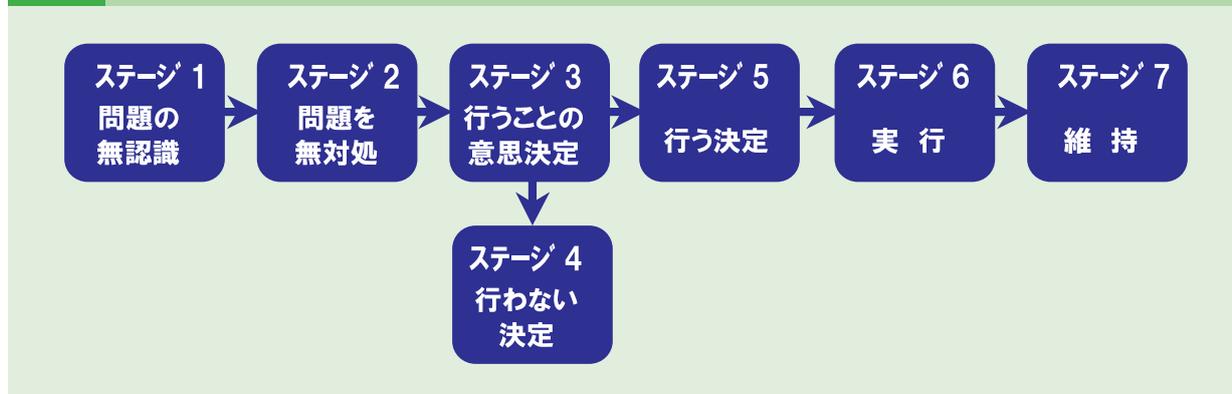
予防行動採用プロセスモデルは、認識の欠如から、ある行動の採用と維持までの過程での7つの異なるステージから成ります。健康行動に応用されることが増えている比較的新しいモデルです。例えば、骨粗しょう症予防、大腸がんスクリーニング、B型肝炎予防接種、ラドンガスの自宅検査などに使われています。

予防行動採用プロセスモデルの最初のステージは、危険（例えば、ラドンの曝露、無防御な性交渉とHIVとの関係）について全く知らない段階です。やがて、その問題について知ることになりますが、予防するための行動をとらないままであるかもしれません（ステージ2）。次に、その行動をとるかどうかの選択に直面し（ステージ3）、行動をとらないと決めるかもしれないし（ステージ4）、行動をとると決めるかもしれません（ステージ5）。さらに、実行のステージ（ステージ6）と維持のステージ（ステージ7）が続きます。予防行動採用プロセスモデルに従えば、ど

のステージも抜かすことなく進んでいきます。後のステージから前のステージに戻ることは可能ですが、最初の二つのステージ（ステージ1およびステージ2）をいったん通過すると、そこには戻ることはできません。例えば、認識がない段階（ステージ1）から認識がある段階（ステージ2）に進んだ後では、再びステージ1に戻れることはできません。

予防行動採用プロセスモデルは、変化のステージモデルに似ていますが、重要な点で異なっています。変化のステージモデルは、喫煙や過食のように変容が難しい行動に対応するヒントを提供しますが、新たに認識された危険や新しく利用できる予防行動に対応する場合にはあまり有用ではありません。予防行動採用プロセスモデルは、問題を知らない人（ステージ1）、あるいは、予防行動を行っていない人（ステージ2）が、行動をとらないと決めた人（ステージ4）とは異なる障害に直面することを認識しています。予防行動プロセスモデルは、積極的に意思決定を行う段階に注目した介入戦略を開発することを促します。

図 4. 予防行動採用プロセスモデルのステージ



個人間レベル

個人間レベルでは、健康行動の理論は、個人が社会環境の中に存在し、そこから影響を受けると仮定します。周りの人の意見、考え、行動、助言、支援が、人の感情や行動に影響を与え、逆にこれらの人々に影響も及ぼします。社会環境は、家族、職場の同僚、友人、健康専門職などを含みます。社会環境は、行動に影響するため、健康にも影響を持ちます。個人間のレベルに焦点を当てた多くの理論がありますが、ここでは、社会的認知理論 (Social Cognitive Theory) に注目します。社会的認知理論は、もっともよく用いられ、強

固な健康行動モデルのひとつです。それは、人と環境の相互の関係性と健康行動の心理社会的な決定要因を示しています。

社会的認知理論 (Social Cognitive Theory)

社会的認知理論は、個人的要因、環境要因、人間行動が相互に影響を及ぼす動的な過程を示します。

社会的認知理論によると、3つの主要な要因が健康行動を変える可能性に影響します。すなわち、(1) 自己効力感、(2) ゴール、(3) 結果の予測です。人は、自分が行動に移す能力を持っているという感覚あるいは

自己効力感を持つなら、障害に直面しても行動を変化させることができます。自分が健康行動へのコントロールを発揮できないと感じるなら、行動をおこしたり、変化をやり遂げたりしようとは思いません⁹。人が新しい行動をとると、環境と那人自身の両方に変化を起します。行動は、環境や個人の単純な産物ではなく、環境は個人や行動の単純な産物でもありません。社会的認知理論は、人は単に自分の経験からだけではなく、他人の行動を観察することやそれらの行動の利益から学ぶと主張する社会的学習理論 (Social Learning Theory) から生まれました。Bandura は、社会的学習理論を改良し、自己効力感のコンストラクトを加え、社会的認知理論と名づけました。(社会的認知理論は、時に社会的学習理論と呼ばれます。) 社会的認知理論は、行動変容の認知論、行動論、感情論的モデルからの概念および過程を統合し、多くのコンストラクトを含みます (表5)。食生活改善から疼痛コントロールまで、幅広い領域で行動変容の理論として使用されています^{10,11}。

相互決定論 (reciprocal determinism) は、行動、個人的要因、環境が相互に影響しあうことを意味します。**行動能力** (behavioral capability) は、ある行動をとるためには、何を、どのように行うかを知らなければなりません。**期待** (expectation) は、行動の予想される結果です。Bandura は、**自己効力感** (self-

efficacy) を行動変容のもっとも重要な要因と考えました。それは、多くの健康行動理論に共通するコンストラクトです。自己効力感を高めるための戦略の例として、達成が比較的容易なゴールの設定 (例えば、毎日10分間の運動)、行動的契約 (特別なゴールと報酬のある正式の契約)、動機付けと強化 (自己モニタリングや記録からのフィードバック) があります。

観察学習 (observational learning) あるいは**モデリング** (modeling) は、自分自身の経験を通じてではなく、信頼できる他人の経験を通じて学習する過程を意味します。**強化** (reinforcements) は、行動の繰り返しに影響する行動に対する反応です。肯定的強化 (報酬) は、行動の繰り返しの可能性を高めます。否定的強化は、ネガティブな刺激をなくすように動機付けすることで繰り返す可能性を高めます (例えば、運転手がエンジンをかけるとき、シートベルトを付けるようにアラームがなる)。強化は『内的』と『外的』なものがあります。内的報酬は、自分自身に報酬を与えるようにするものです。外的報酬 (例えば、記念品のプレゼント) は、複数の内容からなるプログラムへの継続的な参加を促しますが、一般に、自分の望みを増したり、変化を約束したりしないため、持続する長期の変化に対しては有効ではありません。図5は、自己効力感、環境、個人的要因がどのように行動に影響するかを示しました。

表5. 社会的認知理論 (Social Cognitive Theory)

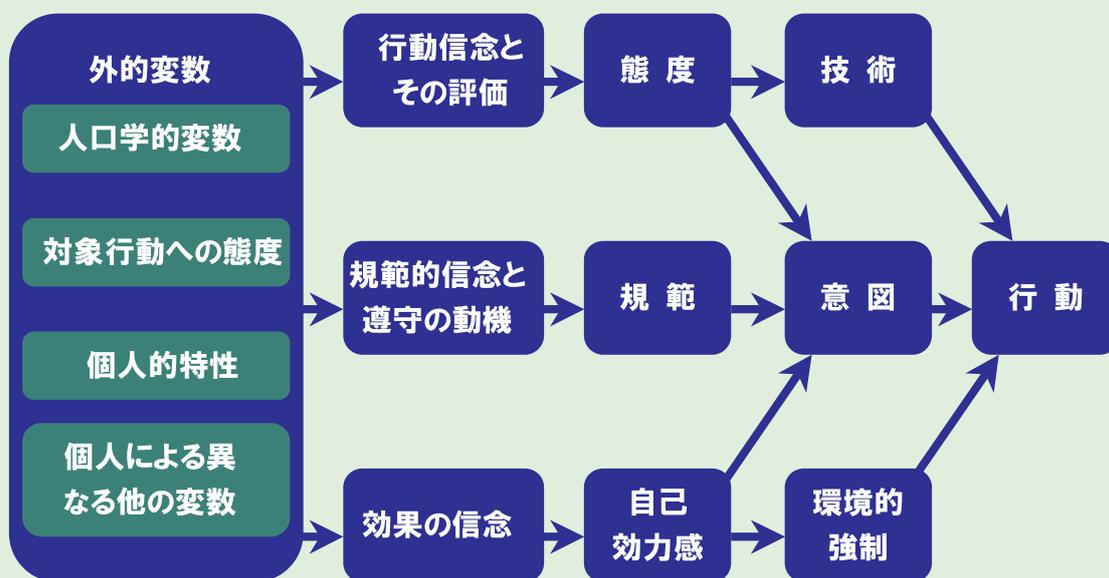
概念	定義	有効な戦略の例
相互決定論	行動を実行することにおける人、行動、環境の動的相互作用	環境への適応や個人的な態度への影響を含む、行動変容を推進する多様な方法を考慮する
行動能力	与えられた行動をとる知識とスキル	スキルトレーニングによって習得を促進する
期待	行動の予想された結果	健康的行動のポジティブな結果を見せる
自己効力感	行動を実施し、障害に打ち勝つ自分の能力への信頼	確実に成功するように小さなステップごとに行動変容を進める。対象となる変化に特異的な方法を探す
観察学習	他人の行動やその結果を見ることから起こる行動の習得	対象行動をとる信頼できるロールモデルを提供する
強化	行動を繰り返す可能性を上げたり、下げたりする人の行動の反応	自ら発案する報酬やインセンティブを促進する

事例

ある地方の大学が、教会の会員ががんのリスクを減らす指針に従うように習慣を変える（行動）ことを目標にした介入を行うとします。教会の多くの会員は、低収入で、過体重で、ほとんど運動せず、糖質や脂質の多い食べ物を食べ、保険に加入していません（個人要因）。地方であるため、教会やクリニックに行ったり、食料品を買ったりするためには、多くの場合、長距離の運転をしなければなりません（環境）。

ヘルスプロモーションプログラムとして、健康的な食生活と運動を勧める健康教室を行います（行動能力）。参加者は、健康的な食事や運動が自分にどのような利益があるかを学びます（期待）。健康アドバイザーは、参加者と相談して、ゴールを設定します（自己効力感）。尊敬される教会の会員がロールモデルとなります（観察学習）。参加者は、Tシャツ、レシピの本、他のインセンティブを受け取り、余暇の時間をつくることで自分自身の報酬を与えるように教えられます（強化）。教会の会員は、健康的なライフスタイルについて学ぶにつれて、教会に健康的な食べ物を持って来るようになり、健康的な習慣を強めます（相互決定）。

図 5. 統合的モデル



■ コミュニティレベル

個人ではなく、コミュニティや集団を対象にした方法は、疾病予防と疾病管理の公衆衛生的アプローチの中心です。コミュニティレベルのモデルは、社会システムがどのように機能し、変化し、また、コミュニティのメンバーと組織を動かす方法を明らかにします。それらは、医療機関、学校、職場、コミュニティグループ、政府機関のような、さまざまな場面で、うまくいく戦略を提供します。生態学的観点を具体化することで、コミュニティレベルのモデルは、個人、グループ、組織、コミュニティの健康問題に取り組みます。

コミュニティはしばしば地理的な背景で理解されますが、別の基準で定義することもできます。たとえば、同じ関心を持つコミュニティ（例えば、芸術家のコミュニ

ティ）あるいは共通のアイデンティティを持つコミュニティ（例えば、アフリカ系アメリカ人のコミュニティ）などがあります。コミュニティレベルの介入を計画する時、コミュニティの特徴について学ぶことが重要です。これは、特に民族的あるいは文化的に多様なコミュニティの健康問題に取り組む場合に当てはまります。

包括的なヘルスプロモーションプログラムは、しばしば組織的・法的な変化を用いて、個人の行動変容を支援することを助ける唱導的な技術を用います。近年、コミュニティレベルのヘルスプロモーションの取り組みの成功をとらえるために、評価と測定革新的なツールと方法が開発されました^{12,13}。タバコ対策／喫煙予防はプログラムが大規模に評価されている分野です。地域におけるタバコ対策には通常4つのゴール

があります。(1) 健康問題としての喫煙の優先性をあげること、(2) コミュニティのメンバーが喫煙行動を変えらることを助けること、(3) 喫煙への法的・経済的抑止を強めること、(4) 喫煙を妨げる社会的規範を強めることです。この多様なレベルのアプローチが非常に効果的であることがわかっています。

このセクションでは、コミュニティレベルでの介入のための戦略を提供します。

- **コミュニティオーガニゼーションと他の参加モデル** (Community Organization and Other Participatory Models) は、健康問題と社会問題を評価し、解決するコミュニティ主導のアプローチを強調します。
- **イノベーション普及理論** (Diffusion of Innovation Theory) は、新しいアイデア、商品、社会的行動が組織、コミュニティ、社会、あるいはひとつの社会から他の社会に広がる様子を扱います。
- **コミュニケーション理論** (Communication Theory) は、異なるタイプのコミュニケーションが健康行動に影響する様子を記述します。

コミュニティオーガニゼーションと他の参加モデル (Community Organization and Other Participatory Models)

コミュニティを組織化すること (community organizing: コミュニティ組織化) は、コミュニティのグループが共通する問題を見つけ、資源を動員し、集団のゴールに到達するための戦略を開発・実施することを助けます。コミュニティ組織化の厳密な定義によると、外部の機関ではなく、コミュニティ自身が対処すべき問題を同定します。公衆衛生専門家は、しばしば、コミュニティのメンバーの優先性を反映するプログラムを始める際に、コミュニティ組織化の方法を適応しますが、専門家によっては開始されないかもしれません。外部から押し付けられたアジェンダより、コミュニティの優先性で始めるコミュニティ組織化のプロジェクトのほうが成功しやすいからです。

コミュニティ組織化は、健康問題の多様なレベルを認識する生態学的観点と一致します。それは、個人要因、環境要因、人間行動の間の動的な関係を考慮する社会的認知理論を基にする戦略と統合できます。**社会的ネットワーク** (social network) や**社会的サポート** (social support) の理論 (健康の意思決定と行動の社会的関係の影響を調べる) は、健康教育のゴールにコミュニティ組織化を応用するために用いることが可能

です。**社会システム理論** (social systems theory) (コミュニティの組織が互いに、そして、外部と相互関係する様子を調べる) もこの目的に有用です。

コミュニティ組織化にひとつの方法だけがあるわけではありません。それは、変化に影響する多様な方法を含みます。Jack Rothman¹⁴ は、これらの変化モデルのもっともよく知られた分類を作り出し、3つの一般的な形にしたがったコミュニティ組織化を記述しました。すなわち、地域開発 (locality development)、社会計画 (social planning)、社会行動 (social action) です。これらのモデルは時に重複し、組み合わせることができま

- **地域開発** (locality development) (あるいはコミュニティデベロップメント) は、プロセス志向のもので、集団のアイデンティティと結束力 (cohesion) を開発する目的で、同意 (consensus) と能力 (capacity) を作り出すことに焦点を当てます。
- **社会計画** (social planning) は、タスク志向のもので、問題解決を強調し、専門的な実務者に強く依存します。
- **社会活動** (social action) は、プロセスとタスクの両方を志向します。その目的は、問題を解決するコミュニティの能力を高め、社会的不正義を正す強固な変化を達成することです。

コミュニティ組織化として分類される異なる方法は、変化を達成し測定するのに重要ないくつかの共通する概念を持ちます (表6)。**エンパワーメント** (empowerment) は、個人、組織、コミュニティが生活の質を高める信頼と技術を増やす過程です¹⁵。**コミュニティキャパシティ** (community capacity) は、社会的問題を見出し、それらに対処できるコミュニティの特徴を意味します (例えば、近隣や市民業務の間の関係を信頼すること)。組織化の過程への**参加** (participation) は、コミュニティメンバーがリーダーシップと問題解決技術を増やすことを助けます。**適合性** (relevance) は、コミュニティのメンバーにとって重要な問題に対処するために参加を高めることです。**問題選択** (issue selection) は、相互に関係する問題の複雑な網を、明確で、差し迫った、解決できる要素に分けることを意味します。**重大な自覚** (critical consciousness) は、コミュニティのメンバーが社会問題の根源的な原因を同定できることを強調します。

表 6. コミュニティオーガニゼーション (Community Organization)

概念	定義	可能性ある変化戦略
エンパワーメント	人々が自分の生活やコミュニティへの統制を増やす社会活動過程	コミュニティのメンバーが、望まれた変化を作るための大きな力を持つと考え、その力を拡大する
コミュニティキャパシティ	問題を同定し、資源を動員し、対処するコミュニティの特徴	コミュニティメンバーが、コミュニティの生活に参加し、リーダーシップスキル、社会的ネットワーク、力（パワー）へのアクセスを増やす
参加	平等なパートナーとしてコミュニティの用務。「他人が自分でできることを彼らのために決して行わない」原則を意味する	コミュニティのメンバーが、参加を通じて、リーダーシップスキル、知識、資源を開発する
適合性	「人がいるところで開始する」コミュニティの組織化	コミュニティのメンバーが、感じたニーズ、共有した力、資源の認知をもとに自分のアジェンダを作り出す
問題選択	コミュニティの強さを統合し、確立する変化に対して、差し迫った、特定の、現実的なターゲットを同定する	コミュニティのメンバーが、同定された問題に参加する。ターゲットがより大きな戦略の一部として選択される
重大な自覚	社会的問題に貢献する社会的、政治的、経済的力の認知	コミュニティのメンバーが、問題の根源的な原因を議論し、それらに対処するための活動を計画する

社会活動モデルは、草の根的で、論争志向であるため、不利な立場にある人を自分たちの代表として活動するような他のコミュニティ介入の方法とは異なります¹⁶。ゴールは様々ですが、参加者が重要だと認識した政策や他の優位な変化を含むのが一般的です。Saul Alinsky や Industrial Area Foundation の組織的な仕事をもとに、この方法は、変化を助長する第一の手段として直接行動の戦略を使います¹⁷。それは、積極的な市民としての能力を開発するために、力を形成させ、コミュニティのメンバーを励ますことに焦点を当てます¹⁸。

コミュニティ組織化への社会活動アプローチの中で、**個人的利益** (self-interest) は、活動の動機としてみなされます。コミュニティのメンバーは、活動を行うことで自分によりよいことがあると考えれば参加し、機関は、そうすることが個人的利益にあると信じる場合に変化を起そうとします。コミュニティ組織化は、参加者に中の個人的利益の感覚を、より広い領域に、すなわち、個人や家族のレベルから地区、近隣、市、州などに拡大することを求めます¹⁹。参加者は、この過程を通して成長し、自分たちのコミュニティの将来を作る積極的な活動を学びます。

メディアアドボカシー (Media Advocacy) は、コミュニティ組織化で欠かすことのできない戦術です。それは、公共政策を進めるためにマスメディアを戦略的に使うことを含みます²⁰。メディアは、特別な問題

に人々を注目させるため、公衆と政策決定者に向けた話題を設定します。メディアはしばしば医療用語を用いて健康情報を示し、新しい技術や個人の健康習慣に焦点を当てます。メディアアドボカシーは、多くの健康問題の根源として、人々に情報が不足しているのではなく、社会的経済的状态を変える力が不足していると仮定します。それは、健康への個人的、行動的な影響よりも、社会的、経済的、政治的影響を強調するように問題をフレーミングする（枠組する）ことで、伝える内容を調整しようとします²¹。

参加型活動研究 (participatory action research) では、研究の対象となる人々は、研究のいくつかあるいはすべての段階で活発な役割を果たします。参加型研究は、専門的研究者と素人の参加者との協調を確立し、彼らの間の対話を可能にします²²。健康プログラムを計画し、実施する時、プログラムの受益者は、調査方法の指示、データの収集と分析、可能性のある解決策の提示、それぞれの選択のコストとベネフィットの評価を助けます。かれらは、学習の過程に携わり、専門家の知識の検証と補完を行います。参加型活動研究の例である米国国立がん研究所 (NCI) の COMMIT プログラムは、コミュニティ組織化を通じた介入が、コントロール (対照群) のコミュニティよりも、ヘビースモーカーの高い「禁煙率」をもたらすかどうかを検証しました^{23,24}。

米国疾病予防センター (CDC) の Guide to Community

and Preventive Services の委員会（タスクフォース）は、コミュニティレベルの要因が健康状態に影響する様子を示すための組織的な理論フレームワークを作成しました（図6）。医療へのアクセスの違い、疾病に対応する行動、環境的・職業的曝露、ヘルスプロモーションと疾病予防の行動、ストレスの経験、社会的支

援、社会的結束性のすべてが健康状態の違いに影響します。したがって、近隣の状況、雇用機会、行動的規範、教育と訓練の機会、ヘルスプロモーション・予防・医療へのアクセスは、健康の違いへの対処の鍵となります²⁵。モデルは、理論を研究と行動に移行する活動での要素と関連性を示します。

事例

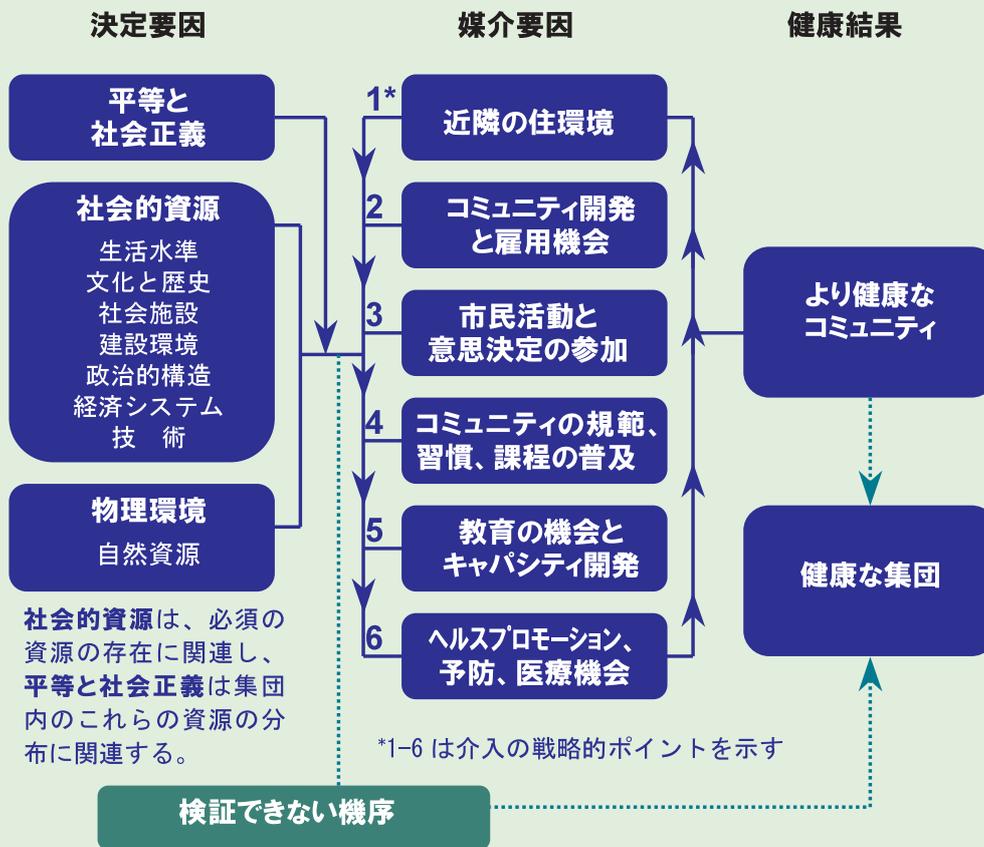
アフリカ系アメリカ人の高いがんの割合に対応して、健康部局は、低収入の都市近隣地域でのフルーツと野菜の消費を増やそうとします。部局は、多くのフルーツと野菜を食べない理由を見つけるために、コミュニティのメンバーに対する調査を行います。簡単に歩ける範囲でスーパーマーケットがほとんどなく、地域にある店は、新鮮で、安い製品を提供してないことがわかりました。住民の多くは、車を持っておらず、バスを使い、タクシーでお金を使い、あるいは、スーパーマーケットまでショッピングバックを持って何ブロックも歩かねばなりません。

健康部局は、近隣の状況を改善するのにうまくいっている地域に基盤を置く組織と連絡をとり、彼らと調査結果を共有します（参加）。組織のリーダーは、低収入の近隣にスーパーマーケットが少ない理由を議論するコミュニティのミーティングに部局のスタッフを招待します（重大の自覚）。住民は、もし送迎サービスが利用できるなら、スーパーマーケットで、より健康的で安い食べ物を買うだろうと述べます。コミュニティ組織は、スーパーマーケットがシャトルサービスを開始することを説得するキャンペーンを組織的に行うことを決めます（問題選択）。

健康部局は、住民に、シャトルサービスの考えられるコストと乗客を評価するように訓練します（コミュニティキャパシティ）。住民は、イベントを企画し、メディアを招待します。彼らは、スーパーマーケットの前に、ショッピングカートと看板を持って並び、問題とその潜在的な解決策をレポーターに説明します（メディアアドボカシー）。話は地方の新聞紙に載ります。スーパーマーケットの管理者はコミュニティの住民と会い、毎年、ショッピングカートの盗難で何千ドルも被害を被っていることを告げます。住民は、シャトルサービスが始まれば、店はわずかなカートを持つだけでよいことを説明します（個人的利益）。スーパーマーケットは、無料の送迎を提供することに同意します。これらの成功を通じて、住民は、技術と自信を高め、自分のコミュニティを強める他の方法について考えるようになりました（エンパワーメント）。

図 6. 社会・文化・環境の理論的枠組み

Guide to Community Preventive Services: Sociocultural Environment Logic Framework



資料: Institute of Medicine. Speaking of Health: Assessing Health Communication Strategies for Diverse Population. Washington, D.C.: National Academic Press, 2002.

イノベーション普及 (Diffusion of Innovation)

公衆衛生とヘルスプロモーションにおいて、資源を効果的に利用するには、プログラムの応用、実施、維持がなされなければなりません。革新的なプログラムを開発するだけでは不十分で、がんの負担を減らすには、これらのプログラムを広く普及させねばなりません。効果的なプログラムが広く普及しなければ、がん対策は集団の健康を改善する可能性を十分に実現できないのです。がん対策委員会 (National Cancer Policy Board) のものを含む多くの批判が、すでに検証されたがん予防とがん検診を実施することの失敗が毎年何万の若死をもたらすことを示唆しています²⁶。普及は、うまくいく介入に曝露され、介入を受ける人の数を拡大し、公衆衛生のインパクトを強めます。

イノベーション普及理論は、「新しい」と認識されるアイデア、商品、社会的実践が社会の中で、あるいはひとつの社会から別の社会に広がる様子に焦点を当てています。E. M. Rogersによると、イノベーションの普及は、「イノベーション (innovation) が、ひとつの社会システム (social system) のメンバーの中で、あるチャネル (channels) を通じて、時間を越えて、伝わる過程」とされます²⁷。普及理論は、コンドーム利用、禁煙、新しい検査や技術の利用を含む幅広い健康行動やプログラムの適応を研究するために用いられてきました。表7は、この理論の中心的概念を定義しました。

表 7. イノベーション普及における概念

概念	定義
イノベーション	個人、組織、あるいはコミュニティによって新しいと考えられるアイデア、目的、実践
コミュニケーションチャネル	ひとりの人から他人へ新しいアイデアを伝える手段
社会システム	イノベーションを一緒に適応する個人の集団
時間	イノベーションを適応するのにどれくらいかかるか

疾病を予防し、健康を高めるイノベーション普及は、異なる場面で、異なる戦略を通じて、多様なレベルの変化のプロセスを要求します。個人のレベルでは、健康行動のイノベーションは、通常ライフスタイルの変化を含みます。組織のレベルでは、プログラムを開始し、規則を変え、個人的な役割を変えることを伴います。コミュニティのレベルでは、メディアを利用し、政策を進め、イニシアティブを開始することを含みます。Rogersによると、イノベーション普及の速さと拡大の程度は多くの要因によって決定されます。イノベーションのベネフィット（利益）を考え（表8）、それは効果的にポジショニングされ（位置づけ）、その効果を最大にすることができます。

すなわち：

- **相対的利点** (relative advantages) は、とってかわるもの（代替・競合するもの）を超えた優位性を示します。
- **適合性** (compatibility) は、意図されたオーディエンスに適切に適合します。
- **複雑さ** (complexity) は、実施するのがどのくらい簡単であるかを意味します。
- **試験性** (trialability) は、実験的に試されるかどうかに関係します。
- **観察性** (observability) は、容易に理解できる結果を生むかどうかを意味します。

表 8. イノベーションの速度と程度に影響する重要な寄与要因

寄与要因	鍵となる質問
相対的利点	イノベーションは、それが置き換わるものよりもより良いか？
適合性	イノベーションは、意図されたオーディエンスに適合するか？
複雑性	イノベーションは簡単に使えるか？
試験性	イノベーションは、適応する決定をする前に試することができるか？
観察性	イノベーションの結果は、観察でき、簡単に測定できるか？

効果的な普及は、インフォーマルとフォーマルの両方のコミュニケーションチャネルと、異なる場面に對する幅広い戦略を用います。多様な方法でイノベーションを広めることが、それが適応され、制度化される (institutionalized) 可能性を高めます。コミュニケーションは、通常、マスメディアと個人間のインタラクションの両方を使います。コミュニケーションの二つの流れを通じて、メディアからの情報は二つの段階で流れます。まず、メディアに強い注意を払うオピニオンリーダーが情報を受けます。第二に、彼らは、メディアの内容とともに、自分自身の解釈を他人に伝えます。このプロセスは、適応の決定に影響することに対して、社会的ネットワークの価値に焦点を当てます。

Rogers は、適応者の5つの分類を持つ、古典的な「ベルカーブ」として適応の過程を記述しました。すなわち、**イノベーター**（革新者）(innovators)、**早期採用者** (early adapters)、**早期多数採用者**（早期追従者）(early majority adaptors)、**後期多数採用者**（後期追従者）(late majority adaptors)、**遅滞者** (laggards) です。イノベーションが導入される時、多くの人は、早期多数採用者もしくは後期多数採用者で、早期採用者や遅滞者はほとんどおらず、イノベーションを用いる最初の人であるイノベーターはほんのわずかです。それぞれの区分の適応者の特徴を同定することによって、それらのニーズに応じて作られる戦略は効果的に計画し実施されるすることができます。

事例

ある大学が、小学生が健康的な生活習慣を獲得し、慢性疾患を防ぐことを助けるプログラムを設計するとします。プログラムは多くの構成要素からなります。学校の昼食の脂質と糖質の内容を変えることで子どもが食べる食べ物に注目します。授業での健康教育カリキュラムを通じて、重要な健康情報を教えます。体育では、身体活動が推奨されます。そのプログラムは大変成功し、参加した小学生は、参加しなかった子どもより、後の思春期においてもより健康的な習慣を持ち続けることを示します。

プログラムが成功するという事実は、小学校の習慣を実際に変えるには十分ではありません。より大きなインパクトを達成するため、プログラムは別の場所に普及しなければなりません。プログラムの立案者は、ポジティブな結果を強調することで、**相対的な利点**を示そうとします。彼らは、州の政策決定者（例えば、州の教育委員会）がそのマテリアルを承認していることを示すことで、**適合性**を示そうとします。プログラムの**複雑さ**は、教師や食堂の職員にとって使いやすいマテリアルを作ることによって限定的になります。マテリアルをウェブサイトで利用できるようにすることで、彼らは**試験性**を強調します。プログラム内容の専門的なデモンストレーションは、**観察性**の要素を生み出します。

コミュニケーション理論 (Communication Theory)

コミュニケーション理論は、「誰が、何を、どんなチャネルで、誰に言って、どんな効果が得られるか」を検証します。それは、メッセージが作られ、伝わり、受け取られ、理解される方法を調べます。公衆衛生に適応される場合、コミュニケーションの中心的な質問の理論は、「コミュニケーションの過程がどのように行動変容に貢献するか、あるいは、妨げるか」です。コミュニケーションの背景のプロセスの調査ではなく、コミュニティの健康改善に焦点を当て、**公衆衛生コミュニケーション** (public health communication) は、意図されたオーディエンスへ、そして、意図されたオーディエンスから公衆全体へ伝達するために、適切で、正しく、入手可能で、理解できるヘルスコミュニケーションの科学的な開発、戦略的普及、評価を意味します²⁸。

公衆衛生コミュニケーションは、生態学的観点を反映し、個人レベルのテ일러メイドなメッセージ、グループレベルのターゲットされたメッセージ、コミュニティレベルでのソーシャルマーケティング、政策レベルのメディアアドボカシー、集団レベルのメディアキャンペーンのような、多様なレベルの戦略を推進しなければなりません²⁹。公衆衛生コミュニケーションは、健康問題の知識と認知を高め、社会的規範の中にある認識、信念、態度に影響し、行動を助長し、健康的なスキルを示し、サービスへの支援を増やし、誤った考えを曝露し、組織的な関係を強めます³⁰。他方、社会的および物理的環境の支援のない、ヘルスコミュニケーションのみの戦略では、個人レベルの変化を持続させるには不十分で、複雑なメッセージを伝えるのは効果的でなく、医療や健康的な環境へのアクセスの

不足を埋め合わせることはできません³¹。

他のコミュニケーション戦略は、本書で議論されているため、このセクションは公衆衛生介入でのマスメディアの役割を検証します。**メディア**は、ニュース、情報、エンターテインメント、広告を世界規模で集め、加工し、普及する相互連結性な大規模な組織です。メディアは、“ご近所新聞”のような小さいものでも、何万人を雇う大きなメディア会社でも、経済、政策、社会、行動のあらゆる生活の局面に影響します。

メディア効果 (Media Effects)

アイデア、画像、テーマ、話題のメディア普及の結果は、**メディア効果**と呼ばれます。メディア効果の研究は、メディアが、オーディエンスの知識、意見、態度、行動にどのように影響するかだけでなく、オーディエンスのメンバーがどのようにメディアに影響するかを調べます。オーディエンスのメンバーは健康情報を活発に探索し、使用するため、メディアを通じて伝わる内容は、彼らのニーズ、関心、好みを反映します。二つの質問がオーディエンスへのメディアの影響を理解する中心となります。1) どのような要因が、人が与えられたメッセージに曝露される可能性に影響するか、2) メディア効果は、そのメッセージへの曝露の量でどのように異なるか³²。

お金はメディアの時間と場所を買うのに必要であるため、予算は、オーディエンスのメンバーがマスメディアを通じてメッセージに曝露されるかどうかを決める第一の要因です。多くの公衆衛生プログラムは、たくさんの予算を持たず、それらはしばしば無料の配布戦略に依存します。選択肢として、公共サービスアナウンスメントプログラム（例えば、オソープオペラ：昼

のメロドラマの時間に公共枠のCMを流すなど)、印刷や電子メディアでの公衆衛生トピックのニュースがあります。それらの内容によって、コミュニティの機関はメッセージを適応・普及し、社会的ネットワークもあるメッセージについての大きな普及をもたらすかもしれません³³。

信念や行動を変える前、人はどれくらいメッセージを聞く必要があるのでしょうか。これはいくつかの要因に依存します。ターゲットオーディエンスの特徴(例えば、変化の準備、情報を処理する方法)、健康問題の複雑さ、競合するメッセージの存在、健康メッセージの特徴が健康メッセージへの曝露と結果の効果の関係に影響します。メッセージの繰り返しの曝露、特に多様なチャネルを通じているとき、オーディエンスのメンバーへの影響が強まります³⁴。

オーディエンスのある割合がメッセージに曝露され、メッセージを受け取ったうちのある割合が行動変容を起こすことがしばしば仮定されます。健康コミュニケーションのメッセージがあるひとの信念や行動に影響するとされる道筋があります。これらは、**すぐの学習**(immediate learning)(人がメッセージから直接学ぶ)、**遅れた学習**(delayed learning)(メッセージのインパクトは、それが伝わった後ある時間まで起こらない)、**一般化された学習**(generalized learning)(メッセージそのものに加えて、人は、メッセージに関連した概念について説得される)、**社会的普及**(social diffusion)(メッセージは、社会グループの間に議論を刺激し、信念に影響する)、**組織的普及**(institutional diffusion)(メッセージは、ターゲットオーディエンスへのメッセージのインパクトを強める公的組織からの反応を扇動する)を含みます³⁵。

アジェンダセッティング (Agenda Setting)

マスメディアは、問題に注意を喚起し、注目させ、公衆の認知と変化への勢いを生み出します。コミュニティ研究は、マスメディアが、特に政策や政策決定について、公的な意見に影響する様相に注目します。アジェンダセッティングは、メディアアジェンダを設定すること(何がカバーされるか)、公的アジェンダ(人が何について考えているか)、政策アジェンダ(問題への行動を法規化)を含みます³⁶。アジェンダセッティングの研究は、問題を取り上げるメディアの量が、問題の重要度に関する公的意見に強く関係することを示しています。

この領域の研究の原則は、マスメディアは、**何を考えるか**(what to think)を伝えないかもしれませんが、**彼が何について考えるか**(what to think about)を伝えるのに非常に有効です。しかしながら、アジェンダセッティングの重要なコンストラクトは、このアイデアを再解釈します。**フレーミング**(framing)は、話題のどの側面が重要であるかをオーディエンスに伝えるプロセスです。言い換えると、それらは、何について考えるか(what to think about)だけでなく、それについて**どのように考えるか**(how to think about it)を伝えます。話題を伝えるために事実がパッケージングされる方法はフレームを作ります。健康に影響する社会的・環境的要因を強調するために話題をフレーミングすることで、健康的な政策を作り、支援するように、政策決定者に圧力を変えるためメディアを使用することができます。

表9. アジェンダセッティング、概念、定義、適応

概念	定義	可能性ある変化戦略
メディアアジェンダセッティング	メディアが問題を定義し、選択し、強調する方法に影響する組織的要因と過程	メディアの専門家のニーズ、ニュースを集め、報告するための日課を理解する
公的アジェンダセッティング	メディアでカバーされた問題と公的優先順位の関連	重要な問題の公的な認知を高めるように、メディアのアドボカシーやパートナーシップを使う
政策アジェンダセッティング	メディアでカバーされた問題と政策決定者の法的優先性の関連	健康を高めるのに必要な物理的・社会的環境への変化について政策決定者を教育し、圧力をかける
問題定義	問題が、社会的組織によって「問題」と同定されることを導く要因と過程	コミュニティリーダー、唱道グループ、組織が、メディアのための問題を定義し、解決を提供する
フレーミング	話のある局面を選択・強調させ、他の要因を排除すること	唱道グループが、メディアや公衆に対して重要な健康問題を「パッケージング」する

■ 新しいコミュニケーション技術

新しいコミュニケーション技術は、健康行動への影響についてさまざまな道を切り開いています。「e-health」（新しいコミュニケーション技術のひとつ）は、健康や医療を改善し可能にするために、新たに開発された情報コミュニケーション技術（information communication technology: ICT）、特にインターネットを利用しています。この用語は、医療情報、公衆衛生、ビジネスにまたがる領域に出現した分野を意味するものです³⁷。それは、臨床の部門と非臨床の部門を橋渡しし、個人と集団の両方にとっての健康を高めるためのツールを含みます³⁸。e-healthのコミュニケーション戦略には、主に以下のものがありますが、それらだけではありません。インターネットによる健康情報の提供、オンラインのサポートグループ、オンラインの共同コミュニティ、コンピュータ技術によりタイラリングされた（対象者に合わせた）情報の提供、教育的コンピュータゲーム、コンピュータ制御の在宅電話相談、患者—提供者の電子メールなどです³⁹。

E-healthの主な利点は、多くの人に提供できること（地理的に分散した対象者に伝える能力）、時間的に同時性のないコミュニケーション（同時にコミュニケーションしなければならないわけではない）、多様なコミュニケーションの方法を統合する能力（例えば、ラジオ、ビデオ、文書、グラフ）、コミュニケーションを記録し、分析する能力、コミュニケーションシステムの利用者のコントロール（利用者の特殊性に対してプログラムをカスタマイズする能力）、相互作用性（例えば、フィードバックの能力の増加）です⁴⁰。

新しいコミュニケーション技術を適応した教育的・行動的介入は、健康行動の理論を利用することと有効なものとなります。他のメディアのコミュニケーションと同様に、e-healthの介入は、個人、グループ、あるいはコミュニティ／社会のレベルで問題に対処でき、プロジェクトの目的によって異なる理論が適切です。例えば、個人に対して果実や野菜をより多く食べることを推奨するコンピュータを用いた印刷材料は、ステージ変化モデルを使ってデザインすることができます。オンラインサポートグループは、社会的支援と社会的ネットワークの理論を応用するかもしれません。コミュニティ組織化のアプローチは、www.Meetup.com（地方の集まりを自己組織化するのを助ける技術的プラットフォーム）を通じて、インターネットをもとにしたキャンペーンを共同して用います。

革新的なe-healthプロジェクトは、がん対策や他の

介入を開発するために用いることができる幅広いツールに拡大しています。例えば、米国国立がん研究所（NCI）のCancer Control Planet（<http://cancercontrolplanet.cancer.gov/>）は、公衆衛生専門家と包括的ながん対策のリソースをつなげるものです。NCIは、Health Information National Trends Survey（HINTS）をウェブ上でデータを公表しています（<http://cancercontrol.cancer.gov/hints>）。HINTSプログラムによって、研究者、プログラム立案者、社会学者は、18歳以上の大人がどのようにインターネットを含む異なるコミュニケーションチャネルを使うのかを理解することができます。例えば、最近のHINTSによると、がんについて情報を得る必要性が高い場合、回答者の34%は最初にインターネットによって調べるとしています。

HINTSのデータは、健康情報の簡単にアクセスできるリソースとして、消費者のインターネットへの依存が高まっていることを示しています。インターネットは、個人のニーズや嗜好に合わせた情報を何100万人もの人に届ける可能性を持つため、「ハイブリッドな技術」として特徴付けられます⁴¹。e-healthの介入は、しばしば、消費者に対して直接的に情報、教育、支援を提供します。例えば、Association of Online Cancer Resource（ACOR）は、正確でタイムリーな情報を提供するために作られたオンラインのコミュニティです。ACORは、がんについてのメッセージを毎週180万件伝えています（<http://www.acor.org>）。

すべてのe-health介入がウェブベースではありません。コンピュータソフトは、印刷や電話のような伝統的なヘルスコミュニケーションメディアの新しい使用の例です。対象者の個人個人にあった印刷コミュニケーション（tailored print communications: TPCs）や電話による介入（telephone-delivered interventions: TDIs）は、言語的・文化的に異なる対象者に情報を伝える可能性のある二つの例です。TPCsは、個人についての信頼できる情報をもとに、その人のために特別に作られた印刷材料です。40を超えるTPCsに関する研究が、食事、運動、禁煙、マンモグラフィー、前立腺がんなどの幅広い健康トピックで実施され、多くはポジティブな結果の証拠を示しています。TDIsは、主に電話とコンピュータを使い、人によるカウンセリングから、音声反応システムを使ったりマインダー（思い出し）まで幅広い方法を含みます。研究によると、TDIsは、さまざまな集団と健康トピックで効果があることが確かめられていますが、それほど幅広い対象を持っていません。それ

らは、多様性のある集団によっては幅広く使用されてはいません⁴²。

インタラクティブなゲームは、介入の別の手段です。Lieberman らは、喘息、糖尿病、喫煙予防、他の健康トピックに対する子どもや青年の予防とセルフケア行動を改善するニンテンドーのビデオゲームのシリーズを設計しました⁴³。ゲームは、社会的認知理論のような学習と行動変容の確立された理論に基づいています。それらは、参加者の救急外来受診を77%減少させました⁴⁴。研究によって、いくつかの新しいコミュニケーション技術の有効性が示されていますが、その成功の機序についてはさらに調査が必要です⁴⁵。

図書館やキヨスクでの無料のインターネットのアクセスで人々の機会は増加しています⁴⁶。しかしながら、

平等なアクセスは、まだ解決されていません。白人、アフリカ系アメリカ人、ヒスパニックの間のインターネットの利用についての大きなギャップがあり⁴⁷、低い学歴の人はインターネットへのアクセスが少ない傾向にあります。インターネットは、文字ベースの媒体であるため、印刷物を読むことを困難にするリテラシーの問題は、ウェブベースの情報にアクセスすることの障害でもあります。新しいコンピュータ技術が、多様な集団に対して、健康状態の既存の格差をさらに悪くする危険があります。したがって、e-health 介入を計画するときに、コミュニティのメンバーを参加させ、新しいコミュニケーションツールを使用するための訓練や支援を提供することが重要となります⁴⁸。

Part 3

理論と実践を結びつける

■ 計画モデル (Planning Model)

健康を高めたり、健康行動を変えたりするための介入を計画するにあたり、ヘルスプロモーションの理論は、状況の理解と、介入のデザイン、手順、測定指標の選択に役立ちます。介入するレベル（例えば、個人、集団、組織、コミュニティ）と健康問題の特性により、異なる理論を用いることが適切かもしれません。あるいは、ひとつの健康問題に対処するために複数の理論を用いることで、より強い影響や効果をもたらすこともあるでしょう。それは、特に健康問題を複数のレベル（例えば、個人、組織、コミュニティ）で対処するような包括的なヘルスプロモーションプログラムを計画する場合などです。

PRECEDE-PROCEED（プリシード・プロシード）モデルやソーシャルマーケティングのような“計画モデル”は、プログラムを段階的に開発し、健康問題を理解し、それに対処するために複数の理論を統合するのに役立ちます。健康問題に寄与する要因についての一連の仮説を作るための理論を用いることで始められます。次に、それらの仮説を検証し、調整し、追加するに調査が用いられます。理論的な枠組みとその状況に特化した研究結果を用いることで、対象者を明確にした（ターゲットを絞った）戦略を作ることができます。これは、対策が効果的であったかを測定する評価方法を設計し、事前に対策が計画どおりに成功したかどうかを定義する現実的なゴールを選択することを含みます。

集団のニーズ、利用できる資源、ヘルスプロモーションが起こる状況等に関する調査は、包括的な計画モデルの中心的な役割を果たします。理論は、プログラムの立案、実施、評価の段階を通じて尋ねるべき質問の検討に役立ちます。プログラムを立案する時、その集団のニーズと資源が調べられ、効果的なマテリアルと戦略を作成する方法が学習されます。プログラムを実施する時には、実際のプログラムが組み立てられ、継続的に改善されます。プログラムが終了する時には、健康問題に対する短期および長期の効果や効果に寄与した要因が評価されます。

ソーシャルマーケティングも PRECEDE-PROCEED モデルも、健康問題の多様なレベルでのターゲットオーディエンス（対象集団）のニーズを評価することから、プランニングが開始されます。ソーシャルマーケティングでは、この最初の調査は、消費者研究やマーケット分析を行うことを含みます。PRECEDE-PROCEED モデルでは、疫学的評価、行動・

教育・環境・組織的診断、管理・政策的評価を行うことをいいます。ふたつの計画モデルとも、効果をより大きくするために複数の行動変容理論を組み合わせ、評価のためにそれらの理論を用います。これらの計画モデルを以下に詳しく述べます。

ソーシャルマーケティング

ソーシャルマーケティング（social marketing）は、健康を向上させることを目的に、ターゲットオーディエンスのメンバー（対象集団に含まれる人）の自発的な行動に影響を与えるため、マーケティングの技術を利用します。健康教育との違いは、インセンティブ（報酬）と他のベネフィット（恩恵・利益）によって行動を強化するように人々に情報を与え、説得するだけではないという点です。また、ベネフィットを受ける人がターゲット集団に含まれる人自身であるため、商業的マーケティングとも異なります。別の違いは、社会全体へのポジティブな効果をもって成功が定義されることです。

ソーシャルマーケティングは、ひとつの理論ではなく、健康行動を高めるためのひとつのアプローチの方法です。Alan Andreasen は、「ターゲットとなる対象者と社会の福祉の向上を目的として、彼らの自発的な行動に影響を及ぼすために作られたプログラムの分析、計画、実施、評価に商業分野のマーケティング技術を応用すること」と定義しました⁴⁹。この過程は、マーケティングを行う組織とターゲットオーディエンスのメンバーの間での利己心の相互達成に関する**自発的な交換**（voluntary exchange）を生み出します。言い換えると、マーケティングを行う組織は、組織のリーダーによって定義されるミッション（目的）を達成するために存在し、ターゲットオーディエンスのメンバーは自分自身の利益のために行動します。

ソーシャルマーケティングのプログラムは、一般に「消費者主導」であり、「専門家主導」ではありません。プログラムは、定義されたひとつの集団を扱うことを目的にします（ターゲッティング）。ソーシャルマーケティングでは、大きな不均一なターゲットとなるマーケット（対象集団）をより小さなサブグループに**セグメンテーション**（segment）します。**マーケット・セグメンテーション**（marketing segmentation）は、ターゲットオーディエンスを、明確で一体化した特徴やニーズを持つより均一なサブグループに分けることです。例えば、地域、民族、ジェンダー、運動習慣、変化への準備、メディアに関する習慣のような要因は、

「喫煙者」という大きなオーディエンスをセグメンテーションするのに使用できます。ソーシャルマーケティングは、効果的にマーケティング戦略のターゲットを絞るために、ひとつのターゲット集団を他の集団を区分する方法を同定しようとしています。

ソーシャルマーケティングのプロセスは、商品 (product)、価格 (price)、場所 (place)、プロモーション (promotion) の「マーケティング・ミックス」(4つのP) を明らかにすることから構成されます。最適のマーケティング・ミックスは、ベネフィットを高め、障害を減らし、競争相手よりもより良い選択を提供する、時を得た交換を生み出します。ソーシャルマーケティングを行う人 (ソーシャル marketer) は、ターゲットに含まれる人にとって最も関心のあるベネフィットは何かを調べ、それに応じた戦略と方法を開発します。マーケティングの4つのPは以下です。

- **商品** (product) (正しい種類の行動変容) は、推進されている行動だけでなく、それとともに起こるベネフィットを含みます。
- **価格** (price) (ベネフィットとコストの交換) は、行動を行うときに含まれる障害あるいはコスト (お金、時間、努力、など)
- **場所** (place) (新しい行動を簡単にする) は、「商品」をアクセスしやすく、便利にすることに関連します。正しい時間に正しい場所でベネフィットを配ることを意味します。
- **プロモーション** (promotion) (オーディエンスにメッセージを伝えること) は、ベネフィット、適切なコスト、便利さとともに、商品をターゲットとなるマーケット (対象集団) に知らせる方法のことです。

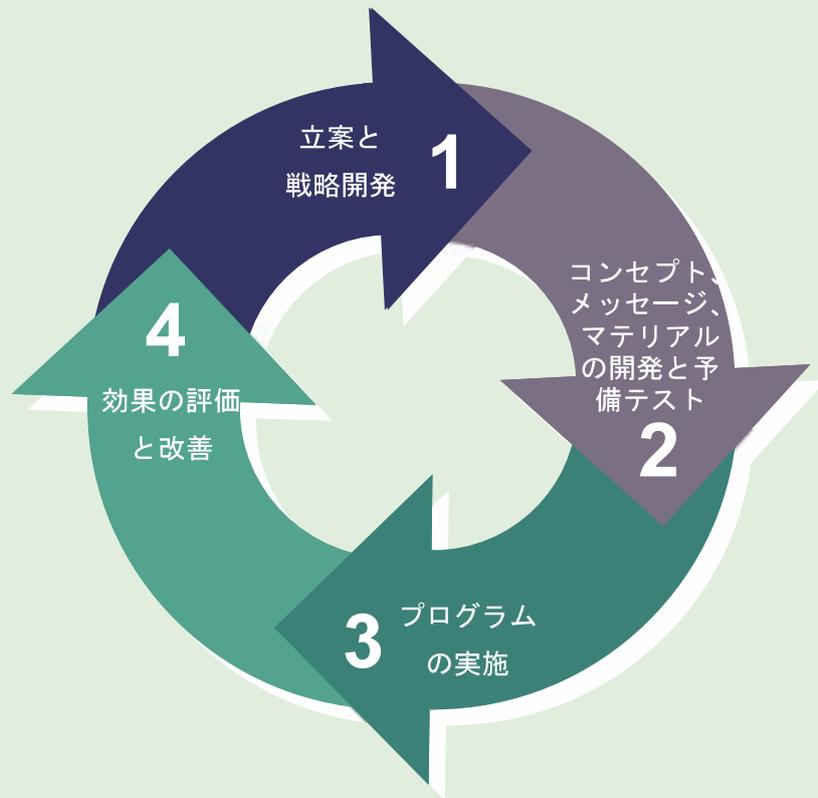
理想的には、ソーシャルマーケティングの介入は、ターゲットとなるマーケット (対象集団) の健康行動に関する認識、ニーズ、ウォンツを理解するために、**形成的研究** (formative research) (オーディエンス研究、コンシューマ研究とも呼ばれる) を用いて開始されます。形成的研究は、コンシューマ (消費者、対象者) の現在の行動、健康行動を可能にし、強化するものについて学ぶことを含みます。さらに、二つ目の研究である**競合分析** (competitive analysis) (環境分析とも呼ばれる) が、ターゲット集団に含まれる人が行動を決定する環境について調べるために行われます。この分析は、ターゲット集団に推進されている競合する行動を調べるものです。(例えば、簡単に便利なファーストフードを食べることを勧めるメッセージは、1日に5品目のフルーツと野菜を食べることの

メッセージと競合します)。また、それによって、コンシューマの意思決定が、社会・物理的環境や経済的条件のような要因によって形成される状況を調べることができます。

評価は、ソーシャルマーケティングプログラムの重要な要素です。形成的研究は、完全に実施される前に、コンセプト、メッセージ、商品、サービス、価格、伝達するチャネルを開発し、改善することに役立ちます。marketerは、しばしば、フォーカスグループやキー・インポータント・インタビュー (重要な人へのインタビュー) のような定性的方法を用いて、マーケティングのコンセプト、メッセージ、マテリアルについて費用対効果的な方法で予備テストを行います。さらに、マテリアルの効果を確認し、メッセージを伝えるチャネルを同定し、結果を測定するために、対象集団と同じ特徴を持つ人を用いて、マテリアルのパイロットテストを行うかもしれません。プロセス評価は、実施中に、プログラムのアウトプットとプロセスを追跡します。ソーシャルマーケティングを行う人は、結果評価の形で累積的な研究をしばしば実施します。この分析は、プログラムの目的を、短期および長期の結果と比較し、何がうまくいき、何がうまくいかなかったか、費用対効果の高低を評価します。

ソーシャルマーケティングのプログラムは、調査に基づいて実施された場合、もっとも成功し、コンシューマ (消費者) 研究がプログラムのメッセージとアウトプットを調整することに役立ちます。ソーシャルマーケティングのプロセスは、4つのステージから構成されます。すなわち、(1) 計画と戦略開発、(2) コンセプト、メッセージ、マテリアルの予備テスト、(3) 実施、(4) 効果の評価で、そのあと、最初のステージに戻ります (図8)。それぞれのステージで、調査とプランニングの間のフィードバックの繰り返しのループがあります。

自発的な交換とポジティブな強化を通じて行動変容を促進する方法として、ソーシャルマーケティングは、本質的に行動変容の理論を使っています。行動理論は、ターゲットのマーケットの現在の行動と、何がその行動に影響し、行動を変えるかについての洞察を提供します。例えば、社会的認知理論を参考にするソーシャル marketerは、対象集団の中で、自己効力感と行動要因の結果の期待がある健康行動にどのように影響するかを調べるでしょう。



カリフォルニアの1日5品目（“5 A Day”）キャンペーンは、国の1日5品目キャンペーンに基づくプログラムですが⁵⁰、カリフォルニアの住民のフルーツと野菜の消費を増やすため、スーパーマーケットのPOP 介入、産業界を巻き込んだ支援、メディア、コミュニティプログラムなどにより、ソーシャルマーケティングを用いました⁵¹。このプログラムのいくつかの重要な特徴が示されています⁵²。第一に、すなわち、健康のベネフィットの認識を高めることで、フルーツと野菜の消費を増やすという、よく絞られたゴールを持っています。第二に、そのアプローチは、確立された理論的枠組みであるステージの変化モデルをもとに作られました。第三に、メッセージは、消費者志向のコミュニケーション戦略を用いて作成され、伝えられました。第四に、形成的研究としてモール（街頭）インタビュー、フォーカスグループ、基本的サーベイデータによって、オーディエンス（対象者）が理解され、メッセージが改善されました。最後に、プログラムは、以下のように、ソーシャルマーケティングの4つのPを用いました。

- **商品**：がんのリスクを最小にし、健康状態を改善

- **価格**：健康的な食事を食べるコスト（例えば、フルーツや野菜を買うお金のコスト、買い物や準備のための時間的コスト、勧められた品数を摂ることへの「心配」の心理的コスト）
- **場所**：食料品店と他のPOP（1日5品目メッセージと健康な食べ物は、不健康な商品に対して、場所と関心について競合します）
- **プロモーション**：認識を増やすために、1日5品目キャンペーンのブランド化（例えば、簡単に思い出せるように、スローガンや引き付けるイメージを用います）

伝達のためのチャンネルは、マスメディア、広告、公共サービスアナウンスメント（公的な情報媒体手段）、ニューズレター、インターネット、雑誌、プレスカンファレンス（出版社向けの会議）、奉仕活動、イベント、教会などでのコミュニティグループを含みます。定期的なモニタリングと評価が、メッセージの到達と影響（時間、労働力、資源、費用対効果）を評価するのに役立ちます。

プリシード・プロシード (PRECEDE-PROCEED)

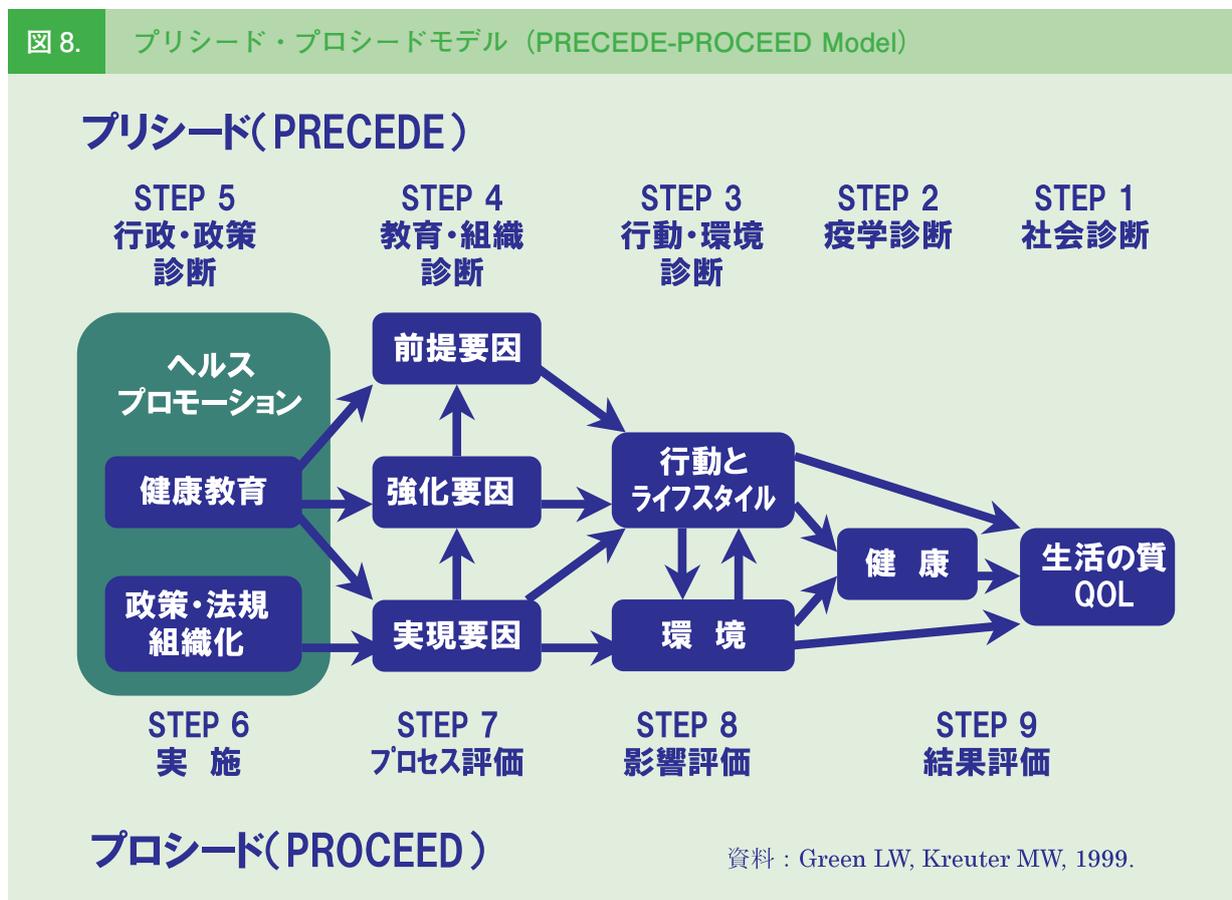
PRECEDE-PROCEED は、理論ではなく、計画モデルです。それは、対象となる問題に関連する要因を予測し、説明しますが、これらの要因に対処する介入戦略を同定するための枠組みは提供しません。Green、Kreuter らによって開発された PRECEDE-PROCEED は、健康教育とヘルスプロモーションプログラムを設計するための道筋を提示します⁵³。プログラムは、望ましいアウトカム（結果）から始め、後ろ向きに、その目的を達成のための戦略の組み合わせを考える過程を通じて計画されます。(http://lgreen.net/index.html 参照)

PRECEDE-PROCEED モデルは、健康行動を個人と環境の二つの力によって影響を受けるとみなしています。そのため、ふたつの異なる部分、すなわち、「教育的診断」(PRECEDE) と「生態学的診断」(PROCEED) を持ちます。PRECEDE の頭文字は、Predisposing, Reinforcing, Enabling Constructs in Education/Environmental Diagnosis and Education (教育・環境の診断と評価のための準備・強化・実現

因子) を意味します。1970 年代に開発されたこの要素は、ちょうど医学的診断が治療計画を立てるのに必要のように、教育的診断がヘルスプロモーションの介入に必要であると仮定しています。PROCEED は、Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development (教育・環境の開発における政策的・法規的・組織的要因) を意味します。この要素は、1991 年に、健康への環境要因の影響を考慮し、PRECEDE の枠組みに加えられました。これらの二つの要素を組み合わせることで、生態学的観点を加味したプログラムを計画することができます。

PRECEDE-PROCEED には 9 つのステップがあります。最初の 5 つは、教育的・環境的問題の両方に対処する診断的なものです。これは、(1) 社会診断、(2) 疫学診断、(3) 行動・環境診断、(4) 教育・組織診断、(5) 行政・政策診断から構成されます。後の 4 つは、ヘルスプロモーション介入の実施と評価のためのもので、(6) 実施、(7) プロセス評価、(8) 影響評価、(9) 結果評価から構成されます。(図 9)

図 8. プリシード・プロシードモデル (PRECEDE-PROCEED Model)



モデルの診断ステップでは、介入が行われる法規的背景とともに、コミュニティでの認識されたニーズと実際のニーズについて学ぶために多様な方法が採用されます。**社会評価** (Social Assessment) を実施するためには、コミュニティの認識されたニーズを理解するため、様々なデータ収集活動 (重要な人へのインタビュー、フォーカスグループ、参与観察、サーベイ、など) が利用されるでしょう。**疫学評価** (Epidemiological Assessment) は、コミュニティの健康ニーズを優先付けし、プログラムのゴールと目的を確立するため、二次データの分析やオリジナルデータ収集が行われます。**行動・環境評価** (Behavioral and Environmental Assessment) は、健康問題に影響する個人の内的・外的要因を同定します。文献のレビューと理論の応用は、これらの要因を明らかにする方法です。

教育・組織診断 (Educational and Ecological Assessment) では、変化を開始させ、維持させるために適切な前提要因と強化要因が同定されます。脂質の摂取を減らしたり、定期的な運動を行ったり、毎年マンモグラフィーを受診したりする行動は、前提要因、強化要因、実現要因によって作られます。個人的、個人間、コミュニティレベルの変化理論を用いて、行動の決定要因は、これらの3つのカテゴリーのひとつに分類され、それらの重要性が順位付けされます。それぞれの要因は異なる介入戦略を必要とするため、3つの要因に分類することは、コミュニティのニーズに対処する方法を考えるために役立ちます。3つのタイプの影響要因は以下の通りです。

- **前提要因** (Predisposing Factors) は、行動を動機付けし、行動のための理論を提供するもので、知識、態度、文化的信念、変化の準備 (レジネス) を含みます。
- **実現要因** (Enabling Factors) は、個人の特性をもとに実行させるもので、それらの要因は、利用できる資源、支援的政策、援助、サービスを含みます。
- **強化要因** (Reinforcing Factors) は、行動がすでに開始された後に、活動し始めるもので、報酬やインセンティブを与えることで、行動の繰り返しや継続を奨励します。社会的支援、ほめ言葉、元気づけ、症状の改善は、いずれも強化要因と考えられます。

PRECEDE-PROCEED の最後の診断ステップである **行政・政策診断** (Administrative and Policy Assessment) では、介入戦略において、前のステップで集められた情報、必要な資源の利便性、プログラ

ムの実施に影響する組織的な政策や法規が反映されます。(表10参照)

PRECEDE-PROCEED の残りの4つのステップは、プログラムの実施と評価によって構成されます。**実施** (Implementation) (ステップ6) が始まる前に、介入のプロセスの評価 (ステップ7)、影響の評価 (ステップ8)、アウトカムの評価 (ステップ9) のための計画が準備されます。**プロセス評価** (Process Evaluation) は、プログラムが計画に沿って実施されている程度を測定します。**影響評価** (Impact Evaluation) は、行動や環境の変化が起こる可能性に影響する要因 (つまり、前提要因、実現要因、強化要因) の変化を調べます。最後に、**結果評価** (Outcome Evaluation) は、介入が健康や生活の質 (QOL) の指標に影響したかどうかを調べます。

表11に示したように、本書で示した個人、個人間、コミュニティ理論が、PRECEDE-PROCEED の診断ステップに応用される場合に、最も有用となります。コミュニティオーガニゼーションはステップ1に関連し、自身のニーズ、強さ、資源、能力を同定するためにコミュニティとともに働くことを含みます。記述疫学は、ステップ2にもっとも関連しますが、対処する健康問題を選択したり、健康問題に優先順位をつけたりするのにコミュニティに対して役立つのであれば、コミュニティレベルの理論が適切となります。ステップ3、4、5では、戦略的な決定が行われるため、これらのステップにヘルスプロモーションの理論を応用することが有用です。理論を使うことで、直観や個人的判断ではなく、論理的な選択が行われます。

理論は、前提要因、実現要因、強化要因を調べるために利用されるべきです。例えば、健康信念モデルは、がんに罹る機会の認識 (認知された感受性)、がんがどのように重篤であるかの信念 (認知された重大さ) のような、マンモグラフィーを受けるかどうかの決定に影響する信念を示唆します。両方の信念ともに、前提要因を構成します。健康信念モデルの他のコンストラクトは、スクリーニングの認知された恩恵や認知された障害を明らかにするでしょう。がんになっていないという安心 (認知された恩恵) は強化要因かもしれませんが。保険がマンモグラフィーをカバーしていないこと (認知された障害) は、ネガティブな実現要因となります。

これらのそれぞれの要因が女性の行動にどの程度影響するかを調べることで、コミュニケーションキャンペーンのプログラムメッセージや行政的な介入 (低コストあるいは無料のスクリーニングの提供、保険での

カバー)の戦略において、どのように焦点を絞るかを定めることができます。理論によって提供された説明を確認し、順位付けするもっともよい方法は、対象集

団の女性から直接情報を集めることです。もしくは、理想的とは言えませんが、対象集団と同じ特徴を持つ女性に関する研究論文から学ぶことも有用です。

表 10. プリシード・プロシード (PRECEDE-PROCEED) の診断要素

計画段階	機能	適切な理論の例
1. 社会診断	人々の自分のニーズや生活の質への視点を評価する	コミュニティオーガニゼーション コミュニティビルディング
2. 疫学診断	どんな健康問題がコミュニティのどのグループにもっとも重要であるかを示す	コミュニティレベルの理論 (コミュニティが対処する健康問題の選択するのを助けるなら)
3. 行動・環境診断	関心のある健康問題に寄与する要因を同定する	個人間理論 (社会的認知理論) 組織的変化理論 コミュニティオーガニゼーション イノベーション普及理論
4. 教育・組織診断	変化を開始し、維持するために必要な前提要因と強化要因を同定する	すべての3つのレベルの変化理論 (個人、個人間、コミュニティ)
5. 行政・政策診断	実施を助ける、あるいは邪魔する、プログラムの背景にある政策、資源、環境を同定する	コミュニティレベルの理論 (コミュニティオーガニゼーション、組織的変化)

正しい理論の選択

包括的な計画プロセスから開始し、事前の調査をもとに改善し、健康行動の理論を用いる介入がより効果的でしょう。社会的・物理的環境を含むどのような要因が対象集団の行動に影響するかを調べることによって、その集団のニーズに合った必要なマテリアルを増やすことができます。理論は、調査の結果を解釈し、行動と環境的背景の動的な相互関係を理解する多くのことを発見することに役立ちます。こうした洞察は、プログラムを対象にあわせて作成し (テイラリング)、ターゲットを絞り (ターゲッティング)、実施し、評価する体系的な方法により、健康水準を向上させる実際の活動に変えられます。

与えられた状況で、理論を適切に利用するためには、実際の社会的問題あるいは健康問題、および介入が行われる背景が考慮されなければなりません。ソーシャルマーケティングや PRECEDE-PROCEED のような計画モデルを用いることで、問題がさらに理解されるような適切な理論を選ぶことができるでしょう。これらの理論によって、可能性のある介入のポイントが示されます。研究論文を参考にすることで、考えられた介入の過去の成功と失敗について学び、それらの介入が現在の状況でうまくいくかどうかを考えることができます。対象集団を用いたプレテストとディスカッ

ションも、戦略が対象集団に受け入れられるかどうかを決めることに役立ちます。

表 11 は、本書で述べた 8 つの理論のそれぞれの焦点と鍵となる概念をまとめたものです。健康問題を説明し、対処するのに役立つ理論を見つけるのに、この表が参考となります。例えば、いくつかの理論は、未成年の喫煙を減らすプログラムを開発するのに利用できます。「フォーカス」の行を調べることで、どの理論がある状況に適用できるかをすばやく計ることができます。例えば、変化のステージモデルは個人の変化の準備 (レジネス) を中心にしているため、とても有用かもしれません。一方、健康信念モデルは、若い人は長期間の健康問題にあまり関心がないので、あまり期待できないかもしれません。(実際、彼らは自分たちがタバコによって病気になりやすいとは全く感じていない!) 社会的認知理論は、個人、環境、行動要因の間の相互関係を強調するために有用です。コミュニティオーガニゼーションは、タバコ対策に対して若い人を積極的にする観点を提供します。これらのそれぞれの理論は、以下のように応用できます。

変化のステージ：適切で効果的な禁煙メッセージと戦略を計画するために、喫煙する青年の間の変化の準備 (レジネス) について多くを学びます。

社会的認知理論：仲間の態度を含む社会的環境が、青年の喫煙に影響する様相を説明します。喫煙をした

ことがある、あるいは、いつも喫煙している10代が期待していることは何でしょうか。観察的学習と強化要因が彼らの喫煙する理由にどのように影響するのでしょうか。これらのコンストラクトは、彼らをうまく禁煙させる人の同定するのを助けるのでしょうか。

コミュニティオーガニゼーション：プログラムを開発し、実行する上で、10代の喫煙者を参加させる方法を考えることができます。ひとつのアイデアは、10代が喫煙する理由を調べ、考えられる解決策を同定するため、親、教師、10代から構成される連合組織を作ることもできません。

これは、複数の理論がひとつの問題に対処するためにどのように組み合わせられるかの例です。このようにして作成されたプログラムは、多面的で、多次的となるでしょう。

■ 最後に

健康行動の理論を理解した後、包括的な計画プロセスにそれらを適切に用いることが次の挑戦となります。ソーシャルマーケティングやPRECEDE-PROCEEDのような計画モデルは、複数のレベルで健康と行動を分析しながら、成功するプログラムを少しずつ開発していくことを奨励します。

もっとも基本的なレベルでは、生態学的観点は、健康問題に対処する二つの方法、すなわち、人の行動を変えることと環境を変えることを指摘します。これらのふたつ方法を統合し、両方を必ず考慮することによって、もっとも強力なヘルスプロモーションと行動変容の介入が可能となります。図10は、**個人の行動**を変えることを目的にした戦略が個人レベルの理論から作られ、**環境**を変えることを目的にした戦略がコミュニティレベルの理論から作られることを示しました。個人間レベルの理論（社会的認知理論など）は、その間に位置し、個人と環境の相互の関連性を検証します。

相互的な因果関係（つまり、個人の行動は環境に影響し、逆に、環境から影響されること）を理解することで、多次元で効果的なヘルスプロモーションプログラムをデザインすることができます。個人レベルの理論に基づく個人の行動変容の戦略は、環境の変容を間接的に導くかもしれません（例えば、個人の食生活の改善によって、食堂が健康的なメニューを増やす）。逆に、コミュニティレベルの理論は、個人の健康行動の改善をもたらすかもしれません（例えば、地域でのフルーツや野菜へのアクセスを改善するための地域組織活動への参加が家族のための健康的な食品を作ることを刺激する）。

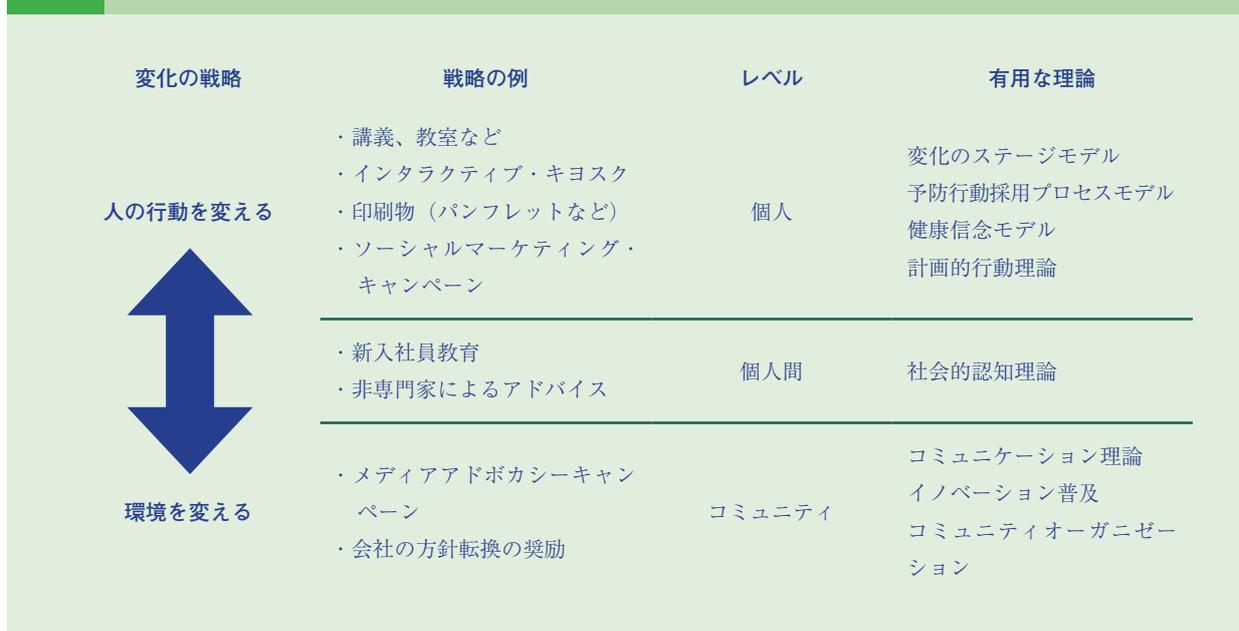
理論の概要的概念は、実際の幅広い状況に対して、柔軟に応用することができます。行動変容理論や計画モデルを知ることによって、独自の状況に対する創造的な解決策を生み出すことができます。直観に基づく活動や従来どおり介入ではなく、体系的で科学的な方法を応用することが可能です。理論は正しい質問をすることに役立ち、効果的なプランニングは問題に寄与する要因を先入観なしに考えることに役立ちます。効果的なプログラムのその他の重要な要素は、対象集団にプログラムを合わせる、情報を利用しやすく、実践的にすること、参加者を積極的な学習に参加させること、技術を高め、行動変容を強化する要素を加えることです。

行動変容理論を実際の道具として便利に使うようになるのは簡単ではありません。しかし、その結果はとも価値あるものとなるでしょう。行動変容の理論は、単に研究者のための道具ではなく、ヘルスコミュニケーションの実務者が日常で直面する問題に応用されるべきものです。それは、健康行動の背景となる動的な実際の状況を理解し、新しい解決方法を考えることに役立ちます。理論を身につけることで、1989年のWinston Churchillと同じように、「“原因”と“理論”の混沌とした海から、“結果”と“事実”の確固とした大地を安全に進む」と言うことができるでしょう。

表 11. 理論のまとめ：焦点と鍵となる概念

	理 論	焦 点	鍵となる概念
個人レベル	健康信念モデル	健康問題により生じる脅威、脅威を避けることの恩恵、意思決定に影響する要因の個人の認識	かかりやすさの認識、重大さの認識、利益の認識、障害の認識、行動のきっかけ、自己効力感
	変化のステージモデル	問題行動を変える個人の動機と準備	非関心期、関心期、準備期、行動期、維持期
	計画的行動理論	行動に対する個人の態度、規範の認識、変化の容易さ・困難さについての信念	行動意思、態度、主観的規範、行動制御の認識
	予防行動採用プロセスモデル	知識の欠如から行動と維持までの個人の旅	問題の無認識、行っていない、行うことの意味決定、行わないことの意味決定、行う決定、実行、維持
個人間レベル	社会的認知理論	個人的要因、環境要因、人間の行動要因が互いに影響を及ぼす	相互決定、実行能力、期待、自己効力感、観察学習、強化
コミュニティレベル	コミュニティオーガニゼーション	健康・社会問題を評価し解決するコミュニティ主導の方法	エンパワーメントコミュニティキャパシティ、参加、適合性、問題選択、重大な自覚
	イノベーション普及	新しいアイデア、商品、実践が、社会の中あるいはひとつの社会から他の社会へ広がる様子	相対的利点、適合性、複雑性、試験性、観察性
	コミュニケーション理論	異なるタイプのコミュニケーションが健康行動に影響する様子	例：アジェンダセッティング メディアアジェンダセッティング、公的アジェンダセッティング、政策アジェンダセッティング、問題定義、フレーミング

図 9. 多様なレベルの介入を立案するための理論の使用



参考文献

- Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1986.
- Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3rd Edition). San Francisco, Calif.: Jossey-Bass, 2002.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In Search of How People Change: Applications to the Addictive Behaviors. *American Psychologist* 47:1102-1114, 1992.
- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly* 15(2):175-183, 1988.
- van Ryn M, Heaney CA. Developing Effective Helping Relationships in Health Education Practice. *Health Education and Behavior* 24:683-702, 1997.
- Kotler P, Andreasen A. *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations* (5th Edition). Prentice-Hall, 1996.
- Office of Cancer Communications, National Cancer Institute. *Making Health Communication Programs Work: A Planner's Guide* (revised December 2001). NIH Pub. No. 02-5145, 2002.
- Glanz, Karen and Rimer, Barbara K. *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*. National Cancer Institute, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. NIH Pub. No. 97-3896. Washington, DC: NIH, Revised September 1997.

引用文献

- ¹ Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3rd Edition). San Francisco, Calif.: Jossey-Bass, 2002.
- ² Institute of Medicine. *Speaking of Health: Assessing Health Communications Strategies for Diverse Populations*. Washington, D.C.: National Academies Press, 2002.
- ³ Kreuter MW, Skinner CS. Tailoring: what's in a name? *Health Education Research* 15(1):1, 2000.

- ⁴ McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly* 15:351-377, 1988.
- ⁵ Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*. Atlanta Ga.: August 1999.
- ⁶ Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(3): 390-395, 1983.
- ⁷ Azjen I, Driver BL. Prediction of leisure participation from behavioral, normative, and control beliefs: an application of the theory of planned behavior. *Leisure Science* 13:185-204, 1991.
- ⁸ Mandelblatt JS, Gold K, O'Malley AS, et al. Breast and cervix cancer screening among multiethnic women: Role of age, health, and source of care. *Preventive Medicine* 28:418-425, 1999.
- ⁹ Institute of Medicine, (前掲)
- ¹⁰ Baranowski T, et al. Increasing fruit and vegetable consumption among 4th and 5th grade students: results from focus groups using reciprocal determinism. *Journal of Nutrition Education* 25:114-327, 1993.
- ¹¹ Lorig K, Sobel D, Stewart A, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization. *Medical Care* 37(1):5-14, 1999.
- ¹² Fetterman DM, Kaftarian SJ, Wandersman A. *Empowerment Evaluation: Knowledge and Tools for Self-assessment and Accountability*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, 1996.
- ¹³ Fawcett SB, Francisco VT, Schultz JA, et al. *The Community Tool Box: A Web-Based Resource for Building Healthier Communities*. *Public Health Rep.* 115(2-3):274-8, Mar-Jun, 2000.
- ¹⁴ Rothman J. *Approaches to Community Intervention*. In Rothman J, Erlich JL, Tropman JE (eds.), *Strategies of Community Intervention*. Itasca, Ill.: Peacock Publishers, 2001.
- ¹⁵ Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs.

- American Journal of Health Promotion 6:197–205, 1992.
- ¹⁶ Fisher R. Social Action Community Organization: Proliferation, Persistence, Roots, and Prospects. In Minkler M (ed.), *Community Organizing and Community Building for Health*. Rutgers, N.J.: Rutgers University Press, 1997.
- ¹⁷ Alinsky SD. *Rules for Radicals*. New York, N.Y.: Vintage Books, 1989.
- ¹⁸ Parachini L, Covington S. *Community Organizing Toolbox: A Funder's Guide to Community Organizing*. Neighborhood Funders Group. Washington, D.C.: April 2001. URL: http://www.aecf.org/tarc/publications/pubs_toolbox.php
- ¹⁹ Alinsky, (前掲)
- ²⁰ Dorfman L, Wallack L, Themba M. *Media Advocacy and Public Health: Power for Prevention*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications, 1993.
- ²¹ Wallack L., Dorfman L. Issue 1. Berkeley Media Studies Group, Berkeley, CA. January, 1997.
- ²² Nichter M. Project community diagnosis: Participatory research as a first step toward community involvement in primary health care in Hahn RA (ed.), *Anthropology in public health: Bridging the differences in culture and society*. New York, N.Y.: Oxford University Press, 1999.
- ²³ Thompson B, Nettekoven L, Ferster D, Stanley LC, Thompson J, Corbett KK. Chapter 5: Mobilizing the COMMIT Communities for Smoking Control. *Smoking and Tobacco Control Monograph 6: Community-Based Interventions for Smokers: The COMMIT Field Experience*. Tobacco Control Research Branch, Division of Cancer Control and Population Sciences, National Cancer Institute, National Institutes of Health. 1993.
- ²⁴ Community-based interventions for smokers: The COMMIT Field Experience, *Smoking and Tobacco Control Monograph No. 6*. Burns D, Garfinkel L, Samet J, editors. USDHHS NIH NCI. NIH Publication No. 95-4028, 1995.
- ²⁵ Institute of Medicine, (前掲)
- ²⁶ National Cancer Policy Board, Institute of Medicine. *Fulfilling the Potential of Cancer Prevention and Early Detection*. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2003.
- ²⁷ Rogers EM. *Diffusion of Innovations* (4th Edition). New York, N.Y.: Free Press, 1995.
- ²⁸ Bernhardt JM. Communication at the Core of Public Health. *American Journal of Public Health* 94(12): 2051–2052, December 2004.
- ²⁹ (同前)
- ³⁰ Office of Cancer Communications, National Cancer Institute. *Making Health Communication Programs Work: A Planner's Guide* (revised December 2001) . NIH Pub. No. 02-5145, 2002.
- ³¹ Freimuth V, Quinn SC. The Contributions of Health Communication to Eliminating Health Disparities. *American Journal of Public Health* 94(12):2053–2054, December 2004.
- ³² Institute of Medicine, (前掲)
- ³³ Freimuth V, Quinn SC, (前掲)
- ³⁴ (同前)
- ³⁵ (同前)
- ³⁶ Dorfman L, Wallack L, Themba M, (前掲)
- ³⁷ Eysenbach G. What is e-health? *Journal of Medical Internet Research* 3(2):e20, 2001. URL: <http://www.jmir.org/20012/e20>
- ³⁸ Eng TR. The eHealth Landscape: A Terrain Map of Emerging Information and Communication Technologies in Health and Health Care. The Robert Wood Johnson Foundation, 2001. URL: <http://www.informatics-review.com/thoughts/rwjf.html>
- ³⁹ Neuhauser L, Kreps G. Rethinking Communication in the E-health Era. *Journal of Health Psychology* 8 (1): 7–22, 2003.
- ⁴⁰ Science Panel on Interactive Communication and Health. *Wired for Health and Well-Being: The Emergence of Interactive Health Communications*. U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Government Printing Office. Washington, D.C.: April 1999. URL: <http://www.health.gov/scipich/pubs/finalreport.htm>
- ⁴¹ Cassell MM, Jackson C, Cheuvront B. Health communication on the Internet: an effective channel for health behavior change? *J Health Commun* 3(1):71-9, Jan-Mar 1998.
- ⁴² Institute of Medicine, (前掲)
- ⁴³ Lieberman, D.A. Interactive video games for health promotion: Effects on knowledge, self-efficacy, social support, and health. R.L. Street, W.R. Gold, & T. Manning (Eds.), *Health promotion and*

- interactive technology: Theoretical applications and future directions. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 103–120, 1997.
- ⁴⁴ Lieberman DA. Management of chronic pediatric diseases with interactive health games: Theory and research findings. *Journal of Ambulatory Care Management* 24(1):26–38, 2001.
- ⁴⁵ Kreps GL. Evaluating new health information technologies: expanding the frontiers of health care delivery and health promotion. *Stud Health Technol Inform* 80:205–12, 2002.
- ⁴⁶ U.S. Department of Commerce. A Nation On-line: How Americans are Expanding their Use of the Internet. Economics and Statistics Administration, National Telecommunications and Information Administration. February 2002. URL: <http://www.ntia.doc.gov/ntiahome/dn/anationonline2.pdf>
- ⁴⁷ Leslie Harris & Associates. Bringing a Nation On-line: The Importance of Federal Leadership. The Leadership Conference on Civil Rights Education Fund and the Benton Foundation. July 2002. URL: http://www.benton.org/publibrary/nationonline/bringing_a_nation.pdf
- ⁴⁸ Institute of Medicine. (前掲)
- ⁴⁹ Andreasen A. Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass, 1995.
- ⁵⁰ National Cancer Institute. 5 A Day for Better Health Program, Chapter 1. National Institutes of Health. NIH Pub. No. 01-5019. Washington, DC: September 2001.
- ⁵¹ California Department of Health Services. Cancer Prevention and Nutrition Section. Eat 5 A Day for Better Health. 2005. URL: <http://www.dhs.ca.gov/ps/cdic/cpns/ca5aday/>
- ⁵² Alcalay R, Bell R. Promoting Nutrition and Physical Activity Through Social Marketing. Department of Communication and the Center for Advanced Studies in Nutrition and Social Marketing. University of California, Davis, June, 2000. <http://socialmarketing-nutrition.ucdavis.edu/publications.htm>
- ⁵³ Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach (3rd edition). McGraw-Hill, 1999.

日本語参考文献

- 曾根智史、湯浅資之、渡部基、鳩野洋子. 健康行動と健康教育 理論、研究、実践. 医学書院. 2006. (Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (3rd Edition) の翻訳)
- 松本千明. 健康行動理論の基礎. 医歯薬出版株式会社. 2002.
- 神馬征峰. 実践ヘルスプロモーション—PRECEDE-PROCEED モデルによる企画と評価. 医学書院. 2005. (Green LW, Marshall W. Kreuter MW. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach の翻訳)
- 日本健康教育学会. 健康教育 ヘルスプロモーションの展開. 保健同人社. 2003.

本書は、National Cancer Institute（米国国立がん研究所）から出版された『Theory At A Glance: A Guide For Health Promotion Practice』

（<http://www.cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf>）を翻訳したものです。日本語訳の責任はすべて監修者にあります。

本書の翻訳および編集は、平成 18、19 年度厚生労働科学循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業「食事バランスガイドを活用した栄養教育・食環境づくりの手法に関する研究」（主任研究者 武見ゆかり）および平成 19 年度厚生労働科学がん臨床研究事業「たばこ対策による健康増進策の総合的な実施の支援かつ推進に関する研究」（主任研究者 林謙治）の一環として行われました。

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

平成 20 年 3 月 6 日発行

監修 福田 吉治、八幡 裕一郎、今井 博久

翻訳 今井 博久、久地井 寿哉、平 紅、内藤 雅夫、中尾 裕之、福田 吉治、八幡 裕一郎

出版 国立保健医療科学院

〒351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6

電話 048-458-6111（代表）FAX 048-469-1573

ISBN 978-4-903997-02-5



9784903997025