

# 保健教育における行動変容の意義と可能性

健康教育学研究室 渡 辺 正 樹

## The Role of Behavior Modification in School Health Education

Masaki WATANABE

In this paper, the following topics on behavior modification in school health education are described; 1) the concept of “behavior” and “behavior modification”, 2) theories of behavior modification, 3) studies on the measurement and evaluation of health behaviors. Finally some suggestions are offered for further studies.

### はじめに

健康の問題に、行動科学的な視点や手法が導入され始めたのは決して最近のことではない。特に米国においては、1970年代より医療機関の研究や教育にとって行動科学は欠かすことのできないものとなっている。これは学校保健においても例外ではない。Sliepcevich は学校保健“健教育の方法論について以下のように述べている<sup>1)</sup>。個人の保健行動の効果的变化は、その人の目標、態度、価値、集団の圧力、社会経済的背景、文化的信念、与えられた状況の知覚などに関係している。だから保健教育の方法論は大部分行動科学からくるもので、基本的には社会学、社会心理学、文化人類学に依存する。”

米国に限らず我が国でも、学校保健を含め健康の問題は医学、生理学のみの問題から脱却し、様々な生活行動の問題に拡張されてきた。それに伴い保健教育の目標として行動の変容がしばしば挙げられるようになった。もちろん行動変容は保健教育の領域で生れたものではない。行動変容とは、1950年代以降に学習理論の応用という形で行動療法が開発され、それとともに用いられるようになった概念である。従って本来は“オペラント技法を基礎にした異常行動の治療法”であった<sup>2)</sup>。しかし現在ではより広い意味でとらえられることが多く、後述するようにこれが保健領域での「行動」あるいは「行動変容」の誤解や意味の食違いを生む結果となる。

本論文では、まず保健教育の中で行動あるいは行動変容ということがどのようにとらえられているかを振り返り、行動変容ということが保健教育の中で必要とされることなのか、また必要とされるとしたら行動変容という

ことが果たして可能なのかについて考察を行いたい。

### I 保健教育における行動のとらえかた

本稿では保健教育における行動の問題、とりわけ行動変容について考察するわけだが、あらかじめ断っておく点がある。ここで言う保健教育であるが、言葉の定義自体には学校保健教育に限るということはない。しかし一般に保健教育は暗黙のうちに学校保健教育そのものであることを前提とする傾向がある。本稿でもそれに従い、学校保健教育について述べることにする。

#### A 保健教育の目標観にみる「行動」

行動変容について考える前に、「行動」という言葉が保健教育においてどのようにとらえられてきたかを知ることが必要であろう。そこでまず保健教育の目標の変遷の中で「行動」の意味するところを追ってみる。

戦後まもなくにおいては、行動と類似した表現として習慣あるいは生活化という表現がみられる。昭和24年の中等学校保健計画実施要領の中では「習慣」形成が保健教育の目標の一つと述べられている。小倉はこの時期を“習慣と解剖・生理・衛生知識の時期”と呼び<sup>3)</sup>、清潔・衛生の習慣形成を保健教育の終局目標とするこの目標観を“環境の変化に応じて判断する能力が伴わなければ危険でさえある”と批判している<sup>4)</sup>。ここでの習慣は“思考や反省を要することなく、その動作が自動的に行われるようになった状態”にとらえられ、後に科学的保健認識を最重要視とする保健教育の目標観から批判の対象となってきた。生活化という言葉も、習慣化と同様と考えてよかろう。森が“習慣化・行動化・生活化という

卑俗な実用性”という表現を持ちているように<sup>5)</sup>、研究者の間では行動が習慣とほぼ同一視されることが多い。

これとは別に「行動」という用語が、行動主義心理学を連想させることも、批判の原因の一つであろう。行動主義はその結果のみに注目し、それ以前の認識を軽視すると理解されているためである。この問題は保健教育に限らず、先に述べたオペラント技法による行動変容そのものへの批判であり、「行動変容は心や意思を無視したものではないか」という議論は今もなお続いている<sup>6)</sup>。

ところで1960年代後半以降の我が国の保健教育に最も影響を及ぼした保健教育研究に、米国の SHES (School Health Education Study) が挙げられる<sup>7)</sup>。SHES では、特に認識面の合理的・科学的な判断力が重視されており、我が国の科学的保健認識の目標観のよりどころとなっている。この SHES の中では行動に関する用語が2つ使用されている。保健行動 (Health Behavior) と行動的目標 (Behavioral Objective) である。特に前者に関する記述は興味深い。すなわち SHES のいう保健行動とは、考え (think)、感じ (feel)、行う (act) ものであり、単なる習慣ではなく認識や態度をも統合した概念として使われている<sup>8)</sup>。さらにこの保健行動は、学校での諸活動で観察できる行動 (Observable Health Behaviors)、学校では観察不可能な行動 (Non-observable Health Behaviors)、将来実践する行動 (Delayed Behaviors) とに分類されている。具体的には食行動、喫煙・飲酒行動、受療行動といった目に見える行動である。これに対し、行動的目標の意味する行動は大きく異なる。つまり教育目標を単に「理解する」と表現するのでは教授の指針を立てたり評価を行うことが困難であるため、「記述できる」「述べる」「見わかる」という表現で目標を立てるのが行動的目標の意味するところである<sup>9)</sup>。これは保健行動の意味する「行動」よりもむしろ小倉の言う「概念化」に近いといえるだろう<sup>10)</sup>。保健行動の考え方は逆に、認識に行動を取り込んでいるとみなせる。

このように我が国の保健教育では、「行動イコール習慣」というとらえかたの上に、SHES の概念をほとんど無批判のまま受け入れてしまったように見える。そのため「行動」に対する意味の混乱や誤解を生んできたのではないだろうか。SHES の保健行動の意味する内容や、SHES 以降の保健行動研究の成果などを検討し、保健教育における「行動」を正しく把握することが必要と思われる。

## B 保健教育における「行動変容」の意味するもの

行動 (behavior modification) という言葉は、行動療

法などとともに使われ、保健教育の場においてなじみのある言葉とはいえない。また行動という言葉自体が、行動主義を連想することもあり、科学的認識を直接の目標とする保健教育からは軽視されることが多かった。かと言って、全く無視されたわけではなかった。たとえば小倉は次のように“知識と(高次)知的能力、あるいはそれらを包括して科学的認識の発達を主目標とする場合でも、それらに終極の目標としての行動化への意欲・態度の育成を伴わせたい。”と述べている<sup>11)</sup>。つまり保健教育の最終の目標は行動化であるが、短絡的に行動化をめざすのではなく、その前の認識や態度の育成を主目的として行動の可能性をやしなうということが小倉の主張であると思われる。しかしそこには、認識と態度の育成を行えば、必ず行動にむすびつくという考えがないとはいえない。いわゆる保健行動の研究は、SHES 以降の1970年代からさかんに行われるようになったが、その成果として行動の習得、変容が知識、態度から直結するほど単純ではないことが、Health Belief Model などの研究から明白になった。したがって行動変容が保健教育の目標であるかどうかは別として、どのように行動が変容するかあるいは何が行動を変容させるかを知ることは、保健教育の研究において不可欠であろう。

ここまで行動変容という言葉の意味することについては特に定義を行ってこなかった。もちろん前述したように本来は行動療法の用語である。しかし保健の領域では必ずしもそのまま用いられてはいない。学校保健の例ではないが、たとえば川田は行動変容を以下のようにまとめている<sup>12)</sup>。

- ①「好ましい行動」を新たに採用する。
- ②「好ましい行動」を再び採用する。
- ③「好ましくない行動」を止める。
- ④「好ましくない行動」を修正する。

ここでいう行動変容とは明らかに行動療法の定義とは異なり、広義で用いている。また行動の内容も、健康にかかわる行動全般を指している。この考え方は、Greenらの発想をよりどころとしていると思われるが、Greenはまた保健行動を「自主的」なものにとらえており、行動は機械的に習慣化するものではなく、自主的に形成するとしている点は重要であろう<sup>13)</sup>。ただし、保健行動の意味する内容を拡張するあまり、定義があいまいになりかえって混乱をまねく結果を生まないとはいえない。

ところで、保健教育で行動を研究する意義については先程触れたが、行動変容を保健教育で取り上げる意義について考えてみよう。

まず戦後の公衆衛生的な問題にとってかわり、喫煙、

飲酒あるいは肥満に代表される食行動異常など個人の行動に起因した問題が深刻化し始めたことがまず挙げられる。かつて保健習慣が対象とした健康問題は医学生理学を根拠としていたが、現在の健康問題は心理社会的な要因を多分に含んでいる。よってその解決策も変化してこよう。また子どもの非社会的行動や反社会的行動など、かつて健康問題とは扱われなかった問題が保健室にも持ち込まれるようになり、保健教育に対する社会的要請が変化してきたといえるのではないだろうか。

またそのような健康問題に対する具体的な解決策として、喫煙・飲酒などにおける社会的圧力 (Social Pressure) への対処、またストレスへの対処としてのコーピング行動 (Coping Behavior) など具体的な行動技術が注目されるようになった。このような研究や教育は特に米国において盛んに行われている。それは成人のみならず、学校保健の分野においてもみられる傾向である。例えば、Evans<sup>14)</sup> あるいは Botvin ら<sup>15)</sup> の喫煙防止教育では喫煙を誘発する社会的圧力 (友人からのすすめや広告・宣伝など) に対処する具体的な技術を教育内容として取り入れている。こういう傾向は、特に米国では、行動科学の発展に加え、セルフケアの思想が大きく関与していると思われる。

行動変容を必要とする理由として、基本的生活習慣の見直しも挙げられるだろう。Belloc と Breslow が指摘しているように<sup>16)</sup>、食生活、運動、睡眠といった生活習慣の偏りが健康障害を生むことが明らかになっている。ここでは生活行動そのものを、修正していかなければ、問題の解決に至らない。すなわち行動変容が必要とされるわけである。

以上が保健教育に行動変容が必要とされる理由であるが、次に行動変容を支える理論的背景について考えてみたい。

## II 保健教育における行動変容の理論的背景

Iでも述べたように、行動変容という言葉は我が国の保健教育においては、行動主義そのものという観念が存在している。したがって行動が保健教育の目標になることは議論以前の問題であった。しかし、保健行動の研究あるいは保健分野における行動変容の研究は、必ずしもオペラント条件づけを中心とする行動療法が中心とはなっていない。保健行動の研究を分類すると以下になるろう。

①保健行動の分類および構造化に関する研究

②保健行動のメカニズムに関する研究

③保健行動の変容に関する研究

①については本論とははずれるのでここでは議論しない。②と③については必ずしも区別できるわけではないが、後述するように保健行動の研究は②が中心となっていると思われる。以下欧米の研究を中心として保健行動のメカニズムに関する研究あるいは保健領域における行動変容の研究を振り返ってみる。ただしここでは学校保健に限定しない。

### A Health Belief Model

Health Belief Model (以下 HBM)<sup>17)</sup>とは保健行動を動機づける2つの信念 (belief) によって行動を説明するモデルである。その2つの信念つまり「特定の疾病にかかる可能性およびその疾病の重大さの自覚」、そして「行動をとることによる損益の推測」によって、行動の可能性が決定される。基本的には「期待×価値」モデルであり、行動そのものではなく行動の可能性を予測するモデルである。HBM は様々な保健行動の説明モデルとして用いられている。当初は予防的保健行動の説明に用いられたが、やがて受療行動や不調時行動 (Illness Behavior) の説明にも用いられるようになった。しかし本來說明モデルである HBM が、行動を変える指標となりうるかという点には疑問が残っている。信念を変えれば行動も変容するのではという予測がたつわけだが、実際は行動は変容しないという報告がある<sup>18)</sup>。HBM の研究は1970年代においてさかんに行われたが、1980年以降研究は減少している。やはり説明モデル以上の応用には無理があるのかもしれない。

### B 社会的学習理論

HBM とは違い、社会的学習理論は保健研究の領域で生れたものではないが、現在までに保健行動と関連したかなりの研究がみられ、1970年代半ば以降急速に研究が増えている。社会的学習理論という名称がついた理論には Rotter によるものと、Bandura によるものがあるがその内容は異なっている。

まず前者であるが、中心となっているのは Locus of Control によって行動可能性の説明を試みる理論である。Rotter の理論は HBM のところでも述べた「期待×価値」モデルが基礎になっており、Locus of Control はその「期待」にあたる。保健領域の研究では、Wallston らが保健行動と Locus of Control との関連を調べるために、specific な Health Locus of Control 尺度を開発して以来<sup>19)</sup>研究が増え始めた。そのほとんどが HBM 同様さまざまな保健行動の説明に用いている。その内容

は“Health Locus of Control が Internal (内的統制)である者は健康を自分自身の努力によって得られると信じ、External (外的統制)である者は医療従事者や運によって得られると信じており、Health Locus of Control が Internal であるほど積極的な保健行動をとる”とまとめられる<sup>20)</sup>。Health Locus of Control は保健行動の予測変数としてはすぐれていると思われ、適正処遇交互作用を考慮した教育への応用可能性が考えられるが行動変容の指標としてはどうであろうか。現在のところ External である者を Internal に変えることによって、行動の変容を試みた研究はほとんどみられない。一部試みた研究もあるが、実際に行動の変容を確かめるに至ってはいない<sup>21)</sup>。したがって Health Locus of Control を行動変容の指標とするには今後の研究を待たねばならないが、HBM に近い概念ゆえあまり期待はできないと思われる。

さて、Bandura の社会的学習理論の保健領域への応用であるが、これはさらにモデリング、自己強化、そして Self-Efficacy の研究に分類できる。このうち Self-Efficacy については研究が少ないので、ここでは特に述べない。そこでまずモデリングであるが、前述した社会的圧力 (Social Pressure) を取り上げた喫煙行動の研究に応用した例がいくつかみられる。子どもの喫煙開始が周囲の環境 (つまり親兄弟、友人の喫煙あるいは宣伝・広告) に影響されることは、既に我が国も含め明らかになっている。モデリングの考え方はその説明に用いられているわけであるが、注目すべき点は単に行動の説明だけに止まらず、実際に教育に応用している点である。例えば Evans らは周囲の喫煙やたばこの宣伝に対処する方法を視聴覚教材によって示し、喫煙開始の防止を試みている<sup>22)</sup>。また Botvin の開発した喫煙防止プログラムである Life Skills Training においても、やはり社会的圧力への対処法としてモデリングが導入されている<sup>23)</sup>。いずれも場合も教育プログラム実施前後の調査により、喫煙開始を押えるという教育効果がみられたと報告している。

しかし喫煙行動の例を待つまでもなく、本来モデリングは保健教育に適した技法であるといえるのではないだろうか。学習は直接学習 (この場合は直接体験する) ことが最も効果があるわけだが、保健の学習内容の多くは直接学習できないものが多い。つまり“病気への対処を学ぶ場合にわざわざ病気になる人はいない”わけであり<sup>24)</sup>、そこでモデリングへの期待が高まるわけである。

ところで、モデリングによる行動変容はそのメカニズムから認知的な行動変容であり、単に行動を模倣するも

のではない。それ以前の学習理論とは異なり、行動以前の認知が重視され、学習は行われても行動は必ずしも発現するわけではない。このことは、保健教育の「行動」観に重要な示唆を与えてくれる。つまり行動変容を目的とした保健教育の場合でも、行動が発現することが最も重要なわけではない。行動以前の様々な認知過程 (ここでは認識過程と呼んでもよいと思われる) が重要なのであり、行動できる能力が重要なのである。すなわち、ある健康問題に直面した場合に、適正な判断を下したのち問題解決のための具体的な行動を選択・実行できることが大切なのである。もちろんそのためには具体的な行動の技術が身につけていなければならない。したがって特にモデリングの下位過程である運動再生過程に着目する必要がある。

最後に自己強化についてもふれておきたい。健康が医療従事者への依存から個人個人の自己管理に問題に移ってきている現在、自己の健康を制御・管理するセルフコントロールが重要とされる。社会的学習理論によるセルフコントロールの考え方は、目的とする行動を遂行・達成するために自分で行動基準を設定し、もし達成できた場合には自ら報酬を与え、行動を促進・維持するというものである<sup>25)</sup>。ところで保健教育において行動変容が批判された原因の一つが、「行動」自体が行動主義心理学を想起させるためであると前述した。「強化」あるいは「報酬」も同様の印象を与えるが、セルフコントロールの下位過程では、個人個人がさまざまな価値評価と帰属などの判断を経ている点は無視すべきではない。つまり機械的に行動を遂行しているわけではない。また強化子の内容も、具体的な「物」とは限らず、満足を得るなどの無形のものもあることを確認しておく必要があるだろう。

自己強化の理論を用いたセルフコントロールの技法は治療法として心身症、不安・恐怖、食行動異常あるいは薬物依存などに応用されている。しかし学校教育の場に導入するには慎重になる必要があるだろう。

### C 行動療法

保健教育では批判のもとになっていたような行動療法であるが、これまでの研究・実践からその有効性は否定できない。本来、行動療法はオペラント技法そのものをさしていたが、現在は発展・拡張され、先に述べたモデリング (法) もその一部と考えられている。行動療法は行動に起因する健康問題の対策としては、最も有効な技法であると思われ、現在はむしろ医学の中に導入・定着している観がある。これらの方法は個別に行う対症療法

であり、学校現場での活用は困難を伴うと思われる。しかし身体の問題のみならず、精神衛生の問題までに広く応用され、近年は自殺の予防にも適用されている。I章においても述べたが、青少年の非社会的行動や反社会的行動の解決が教育への社会的要請となっている現在、保健教育が精神衛生をその構成内容とするならば、行動療法を再認識する必要もあるだろう。

以上、保健教育における行動変容の基礎となる諸理論について概観した。このように保健領域における行動変容の研究・応用の多くは、行動のみに注目しているのではなく、それ以前の認識や判断を重視している点が重要である。これらの系統的な諸研究のほとんどが欧米で行われたものであり、我が国では単発的な研究しかみられない。我が国で保健教育にこれらの研究成果を生かすには、まだ時間がかかると思われる。

### Ⅲ 行動の測定と評価、およびその問題点

さて行動変容を保健教育に導入する際の障害としては以上述べた理論面の系統的検討の不足や行動に対する誤解などが挙げられるが、行動の評価の困難さもその一つと言えるだろう。行動変容を目標とするならば、行動そのものを評価せねばならない。しかし SHES の保健行動の分類からもわかるように、行動の多くは教育者にとって観察が不可能であり、したがって評価も困難である。行動に関連したいわゆる技能（救急法や歯の磨き方など）は比較的容易に評価できる。しかし正しい食生活を送っているか、睡眠をきちんととっているかは、教育者側からは評価が難しい。まして喫煙や飲酒のように年少者にとっては現在よりも将来問題とされる行動になると、行動自体の測定は不可能に近い。Ⅲ章ではこのような行動を測定・評価する際の問題点についての検討を行う。

上に述べたように保健行動は、行動を観察あるいは測定することが困難な場合が多い。とりわけ、将来の行動について教育した結果を直接に観察・測定することはほとんど不可能である。そこで行動を間接的に測定するのが通常の方法であり、具体的にはセルフレポート形式の質問紙調査が最も多く用いられる。しかしそれはあくまでも間接的に行動を測定するわけであるから、いかにして質問紙によって行動を正確に調査するかということが問題になる。まず行動のどのような点が不正確さを生むかをまとめておこう。

①行動の記録が困難である場合

②行動を測定すること自体に、社会的な制約を受ける場合

③評価することが、将来おこることである場合

①は例えば、一日にどのくらいカロリーを摂取したか、一週間にどの程度運動をしたかなどが挙げられよう。これらは正確に測定しようと思えば不可能ではない。しかしそのために、調査する側も調査される側も大きな負担となる。したがって食行動に関する調査であれば、本人に申告する食事内容から概算するか、体重や皮脂厚などの指標に変えねばならない。また精神衛生に関係する諸行動の記録も困難である。

②の例は未成年者の喫煙行動や飲酒行動のように法的に禁じられている行動を調査する場合である。喫煙の場合、吸ったたばこの本数を記録すればよいのであるから、①については問題ない。しかし未成年者であれば喫煙していること自体を正直に申告することは難しい。飲酒も同様であろう。そのため様々な工夫がなされている。

まず無記名の調査を行う方法がある。しかし教育の効果を評価するのに利用するのであれば、誰がどれだけ変化したかを知ることも場合によっては必要であろう。また無記名調査自体の妥当性や信頼性も不十分である。そこで質問紙調査に加えて、生理学的指標を用いる場合がある。喫煙の場合であれば、唾液中のチオシアン酸塩の濃度を測定したり、呼気中の一酸化炭素のレベルを測定したり、あるいは血中のニコチンを検査する方法を併用して、喫煙しているかどうかを調べるやり方である。これによって質問紙の妥当性を高めようとするわけだが、これらの生理的指標自体どの程度妥当性があるかは不明確である。

これらの点を克服するために、Bogus Pipeline という手法が用いられることがある<sup>26)</sup>。これは、セルフレポートの質問紙調査を行うとともに、上記の生理学検査も行うことを調査対象者に知らせる。これによって、質問紙調査で偽りの回答をしてもいづれはわかると思い込ませ、質問紙調査の妥当性を高めることをねらう。しかし現在のところ非常に有効な方法であるという報告はないようである。

最後に③であるが、将来の喫煙・飲酒あるいは様々な健診などの受療行動があげられるが、いづれにしても行動の測定はかなり困難である。教育の効果が将来まで残るかは、縦断的に追跡するしかないが、行動測定の困難さに加え、調査対象者を追跡すること自体かなり難しい問題である。

行動測定の困難さを克服するには、他に行動に関連する信念や態度を取り上げる方法もあるが（Ⅱで述べた、HBM, Health Locus of Control など）、これらと行動との関連もそれほど明確なものではない。いづれにせよ

行動の測定・評価には多くの困難が伴う。

#### IV 保健教育における行動変容の位置づけ

ここまで保健教育の中で行動変容がどのようにとらえられてきたか、また行動変容の理論的背景、そして研究や教育を行う際の行動測定に伴う問題点について概観した。最後に本章では全体のまとめを行いながら、今後どのような形で保健教育の中に行動変容の理論や方法が導入可能であるかについて考察を加えたい。

筆者は行動および行動変容の意義について今まで述べてきたが、この行動や行動変容を保健教育の中にどう位置付けるかを述べておきたい。

保健科の目標の中で常に用いられる言葉に「能力」がある。この言葉は、昭和31年の中学保健学習に関する通達等の中で使われている。保健教育の目標の設定については様々な論が考えられるが、現在もなお「健康の維持・増進のための『能力』を養う」ことでは異論はないと思われる。学習指導要領における保健科の目標には、「能力」と「態度」の育成があげられているが、この「能力」とはどのようなものなのかという点は、いままでも科学的認識の論議にくらべ、正確に議論されることが少なかったと思われる。小倉は保健科の重要な目標として「科学的認識の育成」とともに「適用能力と実践能力の育成」を挙げているが、その意味合いがあいまいのままにされてきたという指摘もある<sup>27)</sup>。またその後の研究者の多くが「自主的実践能力の育成」を保健教育の目標としているが、その概念にもやや混乱がみられ、具体性に欠けるきらいがある。

果たして自主的実践能力とはどのようなものであるべきなのか。それは、正しい知識を得て理解する能力（認識の能力）と、問題に直面した時に適正な判断を行える能力（判断の能力）、必要とあれば具体的な行動にうつせる能力（行動の能力もしくは技能）からなると考えられる。そして保健教育はこの3つの能力それぞれに対する目標をたてるべきであろう（もちろんこれらの能力に目標を定めるだけでは不十分であり、認識、判断、行動を動機づける様々な態度も無視できない）。これまでの保健教育の目標観では3番目の能力、すなわち行動に最も近い能力への理解が不十分であった。それは行動そのものに対する誤解や共通理解の欠如、行動化につながるメカニズムに関する理解の欠如、そして研究の不足が大きく原因している。しかしこの3番目の能力こそ今後最重要視すべき点であり、行動変容の研究成果を生かすべき研究領域である。

もちろん個々の教育内容において、知識を得るだけで十分なのか、行動化が必要なのかを明確にして目標をたて、その上で行動変容の応用を考慮するべきことは言うまでもない。

#### 注

- 1) Sliepcevich, E. M., 1964, School Health Education Study: A Summary Report (但し訳については Goldberg, B. A. (ed.) Oral Hygiene in Oral Health, 河村洋二郎 (監訳) 1980, 口腔衛生, 医歯薬出版, p. 49, より引用)。
- 2) 誠信心理学辞典, 1981, 誠信書房, p. 140.
- 3) 小倉 学, 1981, 中学校保健教育の計画と実践, ぎょうせい, p. 16.
- 4) 小倉 学, 1962, 現代教育学講座, 14巻, 身体と教育, p. 291.
- 5) 森 昭三, 1981, 保健教育の目標と内容, 現代学校保健全集3, 保健科教育, ぎょうせい, p. 76.
- 6) 東 正, 1983, なぜ行動変容の心理学なのか, 学研.
- 7) School Health Education Study, 1967, Health Education, A Conceptual Approach to Curriculum Design.
- 8) 前掲 7) pp. 30-31.
- 9) 前掲 7) pp. 38-39.
- 10) 前掲 3) pp. 31-34.
- 11) 前掲 3) p. 21.
- 12) 川田智恵子, 1980, 行動の変容と健康教育, 保健の科学, 第22巻12号, p. 878.
- 13) Green, L. W. et al., 1980, Health Education Planning, Mayfield Publishing Co.
- 14) Evans, R. I. et al., 1981, Films to deter smoking in adolescents: results of a three-year field investigation, Journal of Applied Psychology, 66, pp. 399-414.
- 15) Botvin, G. T. et al., 1980, Preventing the onset of cigarette smoking through Life Skills Training, Preventive Medicine, 9, pp. 135-143.
- 16) Belloc, N. B. and Breslow L., 1972, Relationship of physical health status and health practices, Preventive Medicine, 1, pp. 109-121. ■
- 17), 18) たとえば Health Education Monographs, 1974, 2(4) の諸論文。  
家田ら, 1981, 保健行動モデルの検討——米国における研究を中心にして——東京大学教育学部紀要, 第21巻, pp. 267-279.
- 19) Wallston, B. S. et al., 1976, Development and validation of the health locus of control scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44(4), pp. 580-585.
- 20) 渡辺正樹, 1986, Health Locus of Control による保健行動予測の試み, 東京大学教育学部紀要, 第25巻, pp. 299-307.
- 21) Blazek, B. et al., 1983, The effect of self-care instruction on locus of control in children. Journal of School Health, November, pp. 554-556.
- 22) 前掲 14).
- 23) 前掲 15).
- 24) 渡辺正樹, 1986, 社会的学習理論の健康教育への導入 (1) モデリングと保健行動, Health Sciences 2(2), pp. 52-54.
- 25) 祐宗省三 他, 1985, 社会的学習理論の新展開, 金子書房, pp. 24-34.
- 26) たとえば以下の論文など  
McCaul, K. D., et al., 1982, Predicting adolescent smoking. Journal of School Health, 52, pp. 342-346.
- 27) 藤田和也, 1984, 保健学習の目標, 現代保健学習指導事典 (保健教育研究会編) 大修館書店, p. 10.