

保健医療行動とは

保健医療行動の定義

保健医療行動とは、「人々がウェルビーイングで自分の人生を全うするために行う行動全般」である。従来の保健医療行動は、キャスルとコブ（Kasl, S. V. and Cobb, S. 1966）が示した 3 分類、すなわち、症状のない状態における病気予防を目的とする保健行動、症状を経験した後の病気対処行動、回復を目指して行われる病者役割行動と考えられてきた。最近では、特に先進国では、直接人々の命にかかわる行動のみならず QOL（生活の質）を向上させるための行動にも力が注がれており、より広い概念でとらえられている。

健康行動と不健康行動

保健医療行動は、実際に健康に結びつくか否かを問題にしておらず、本人が健康の保持・回復・増進を目的として行うものを指す。

例えば、ジョギングは老化防止や動脈硬化予防の効果がある健康行動であるが、やり方によっては動脈硬化を促進してしまったり、食事直後に行えば不健康行動である。たとえ間違った行動でも本人が健康のために行っている行動は、保健医療行動とみなされる。したがって、本人がとった保健医療行動が、専門家からみると健康行動とはいえず、不健康行動であることもある。

保健医療行動の分類

保健医療行動には、目的別分類と健康段階別分類とがある。

1. 目的別保健医療行動の分類

保健医療行動を目的別にみると、セルフケア行動、コンプライアンス行動やアドヒアランス行動、ウェルネス行動などに分類される。

1) セルフケア行動

セルフケアとは、「自分自身の人生について責任を持って意思決定できる」ことを指しており、1970 年代以降、慢性疾患増加などの疾病構造の変化や医療費問題の影響を受けながら検討されてきた。健康問題への自己認識力や自己解決力を育て、自らの健康の保持増進のための自己管理に力を入れることをセルフケア行動と呼ぶ。

看護理論家のオレム（Orem, D.E. 1995）は、生命と健康と安寧に関わる発達と機能に影響を及ぼす要因を調整するために、生活の中で個人が自発的に自分または環境に向けて行う行動をセルフケア行動と定義している。宗像（1996）は、セルフケア行動の持つ積極的な意味を強調し、治療的效果よりむしろ、対象者が自らの健康問題に対し、身近な社会資源を活用して解決に努め、その結果、健康についての認識力と実行力を育て、自己決定に基づいて積極的に行動できるようになることに意義があり、客観的にみて効果の高い行動

へと移行することが望ましいと述べている。

セルフケア行動の過程では、自己理解、課題解決、自己判断による行動が不可欠であり、これらの行動は自分の楽しみや意欲、満足、成長などの内的な動機により引き起こされる自己報酬型のものである。したがって援助者は、自分らしい生き方のために、本人が自己の本当の欲求を知り自己決定できるよう、寄り添い支援する技術が必要とされる。セルフケアを重要視する考えが行き過ぎて、身体的健康を至上のものとする健康主義に陥り、病者や不健康な人に対して寛容ではない態度に結びつくことがないように注意する必要がある。

2) コンプライアンス行動やアドヒアランス行動

これらは保健医療従事者の指示したことを正しく守ることを目的とした行動である。コンプライアンス行動（遵守行動）とは、専門家が健康のために必要であると考えて勧めた指示に、患者が応じてそれを遵守（compliance）しようとする行動である。この行動は、やらねばならない、やらないとまずいといった外的な動機から引き起こされるため、患者は他者報酬型の行動になりやすい。このようなコンプライアンスの考え方への批判から、アドヒアランスという考え方が重視されるようになった。アドヒアランス行動とは、患者が積極的に治療に参加し、本人の主体性を重視しながら、前述の目的を達成しようというものである。

3) ウェルネス行動

ウェルネス行動とは、いかなる健康段階にあっても人間の可能性の個性的実現を目的とする行動である。後述する健康段階別の保健医療行動が、病気や死、あるいはそれにとともなう不安や恐れへの対処行動であるのに対し、ウェルネス行動とは、健康を志向する行動である。ここでいう「ウェルネス（wellness: 健やかで幸福な状態）」は、人の生活の質（quality of life : QOL）の向上を重視している。したがって、たとえ病気や障害があっても、それをひとつの個性にとらえ、与えられた環境の中で、運動や栄養摂取、呼吸や排泄、感情活動、コミュニケーション、仕事、余暇、生きる意味の追求などさまざまな活動を通して、自己の可能性を個性的に実現しようとするものである。

ウェルネス行動には、自己判断力、自己責任力、自己受容力が必要である。しかし、人には、意識して成長を欲する感情と、自己を実質的に支配している無意識の防衛欲求感情とが共存する。ウェルネス行動は、他者と関わりながら、矛盾する感情の葛藤を限りなく少なくするような心の成長により、はじめて実現できる。したがって、援助者には相手に寄り添い、自己成長や前向きな生き方を支援する技術が求められよう。

2. 健康段階別保健医療行動の分類

健康段階別に分類をすると、以下の5つに分類できる。

1) 健康増進行動や健康保持行動

健康状態にある人が、健康を維持・増進する行動であり、不健康を生み出すような身体的・心理的・社会的な行動習慣があれば、それを修正するために行う行動である。

2) 予防的保健行動

病気を意識していない段階で、自覚症状はないが、病気につながる行動を避け、病気に

対する予防措置をとったり、病気の早期発見のために行う行動である。

3) 病気回避行動

食欲がない、イライラしやすいなど心身にストレスが溜まった半健康状態に気づき、それを持続させないために休養や気分転換をするなどの行動である。

4) 病気対処行動

自覚症状から病気に気づき回復を目指す行動である。「病気」とは、疾患の有無にかかわらず、本人が①体調不良を自覚し、②これまでの日常生活や社会生活が普通に送れなくなるのではないかという恐れや不安を抱いた状態である。人は、このような状態になると、それに対処するための行動、すなわち病気対処行動をとる。

病気対処行動には、薬を飲む、祈願するなどの自助行動と、自力で対処できずに他者に相談したり、援助を求める求助行動（求援行動）がある。日本人の求助行動としての病気対処行動は、一般に、①病気の恐れを感じ、②専門家の助けが必要なことを自分あるいは周りが認め、③どのような専門家が役に立つかを自分あるいは周りが考え、④具体的にどの専門家に相談するかを自分あるいは周りが決定するといったプロセスをたどる。自分だけではなく周りがかかわってくる場合が多いところが、欧米などとは異なる日本人の特徴である。したがって、これまでの日本人の病気対処行動は、本人をめぐる家族関係や職場等の人間関係、医療者と患者の関係など、周りの人に大きく左右されながら、甘えや察しの文化、依存関係の中で行われてきたところがある。

5) ターミナル対処行動

自らの終末を意識し始めてからの行動である。

WHO/ICF モデルからみたウェルビーイングの捉え方

WHO で 2001 年に制定された健康の ICF モデルは、International Classification of Functioning, Disability and Health の略である。これまでは、例えば疾病によって下肢が使えず、車椅子を使用している人がエレベーターや車椅子用エスカレーターのない駅を利用できない（社会的不利）ときに、「社会的不利は疾病が原因」と考えられてきたためウェルビーイングには、疾病の予防や治療が不可欠という考えだった。確かにその社会的な不利は、「疾病」が原因かもしれないが、エレベーターや車椅子用エスカレーターが設置され、駅員さんや周りの人の助けがあれば、駅を利用することができる。したがって、社会環境が改善できればウェルビーイングが実現できるというわけである。「〇〇があれば、△△ができる」という考え方を柔軟にさまざまな角度から取り入れたのが、「ICF」の考え方である。健康は、疾病予防や治療を不可欠な条件とは考えないという立場である。健康条件であるウェルビーイングは、社会環境を改善し、本人が満足した社会生活ができていれば、それはウェルビーイングであることを意味する。

この考え方にさらに解釈を加えると、人々のウェルビーイングは、本人の考え方や感じ方が左右することを示していると言えよう。それは、社会環境は、本人の環境の認知の仕方が関与するからである。同じ環境下であったとしても、それを快適と感じるか、不快と

感じるかは、人によって異なる。環境認知の仕方は、本人の性格傾向や過去の記憶情報などが関与し、決定される。社会環境の改善は必要ではあるが、嫌悪系の記憶情報を抱えている場合に、社会環境をいくら良好な方向に変えても、環境を前向きに捉えられず、満足できない人がでてくるのである。宗像は、ウェルビーイングの支援には、相手の性格傾向を踏まえつつ、本人が自己変容や自己成長により、あるがままの自己を生き、自己イメージが改善でき、環境を前向きに受け取れるようになる支援が必要であると述べている。

文献

- 1) 稲岡文昭：医療従事者の精神健康度について．健康と病気の行動科学；1：48-58．1986
- 2) 稲岡文昭：過去 10 年間にわたる看護婦の「燃えつき現象」の推移．日本保健医療行動科学会年報；7：246-256．1992
- 3) ドロセア E. オレム著 (小野寺杜紀訳)：「オレム看護論：看護実践における基本概念」，第 3 版．医学書院，1995
- 4) 宗像恒次：ストレス解消学：過労死・がん・慢性疾患を超えるために．小学館，1991
- 5) 宗像恒次，川野雅資編著：高齢社会のメンタルヘルス．金剛出版，1994
- 6) 宗像恒次：最新 行動科学からみた健康と病気．メヂカルフレンド社，1996
- 7) 宗像恒次：家族の健康問題と看護をめぐるダイナミックス．家族と看護の人間科学（宗像恒次，久常節子編）．垣内出版，1982
- 8) Harris DM, Guten S：Health-Protective Behavior. Journal of Health and Social Behavior; 20：17-29. 1979
- 9) Kasl SV, Cobb S：Health Behavior, Illness behavior and Sick-Role behavior. Archives of Environmental Health；I 12 246-266, II 12 534-541. 1966
- 10) Levin LS: The Layperson as the Primary Care Practitioner. Public Health Reports；91：206-210, 1976
- 11) Parsons T：The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. Milbank Memorial Fund Quarterly；53：257-278. 1975

(橋本佐由理)

動機づけ理論

● 保健医療行動の引き金となる保健医療行動動機とは

例えば、糖尿病になりやすいという信念（思いこみ）や最近痩せてきたなどの自覚症状といった心理的生理的な動機は、健康診査の受診や運動や食生活の改善といったさまざまな保健医療行動を引き起こす。この保健医療行動動機は、保健医療行動の原動力となる保健欲求と、個人の傾向としての保健態度から形成されている。

1. 保健欲求

行動の原動力としての保健欲求は、①より安全で健康に生きたい、②症状の辛さや苦しさを逃れたい、③病気やその恐れによるさまざまな犠牲から逃れたい、④死の恐れから逃れたい、⑤自己成長し、社会的に役立つ個性的な自己表現をしたい、というものである。

2. 保健態度

保健態度は、①状況を認知して反応する認知的要素、②好き嫌いや快・不快、道徳的規範などに反応する感情的要素、さらに③自己決定能力の認知様式面と感覚様式面に働きかける行動的要素の3つからなり、その中で複雑なパターンを呈する。保健態度は、本人のかかわる状況に対する認知、感情などの心理的作用による方向付けと言える。

例えば、認知的要素としては、人は望ましいと信じていると行動をとろうとし、誤っていると信じている行動はやめようとする（保健信念モデル）。

また、感情的要素とは、減塩行動が必要だとしても薄味の味噌汁では食べた気がしないといった好みが行動を左右しており、好きなことはできるが不快なことはやりたくないとかやらないというものである（保健感覚モデル）。また、良い母親であれば子どもを予防接種につれていくという規範は多くの母親の行動を促すというように、は良いとわかっていることをしないことに罪悪感を持つため行動につながる（保健規範モデル）などが、感情的要素である。

行動的要素としては、自分にはできるという自信が高い時には行動が実行されやすい（自己効力感モデル）、生きがいと結びつくと行動が起こりやすい（生きがい連結モデル）、周りからの情緒的手段的支援があると行動が起こされやすい（社会的支援モデル）、行動を起こしたいという表の意思に対して実質の行動は裏の意思によって支配される（二重意思モデル）、問題の原因は自分の中にあると考える人の方が行動が実行される（ヘルスローカスオブコントロールモデル）などがあり、保健態度を方向づけている。

援助者は、対象者の自己効力感やサポートの認知力を高め、二重意思の中の裏の意思のコントロール法を支援するなどの実践的、効果的な支援力が求められる。

● 保健信念モデル

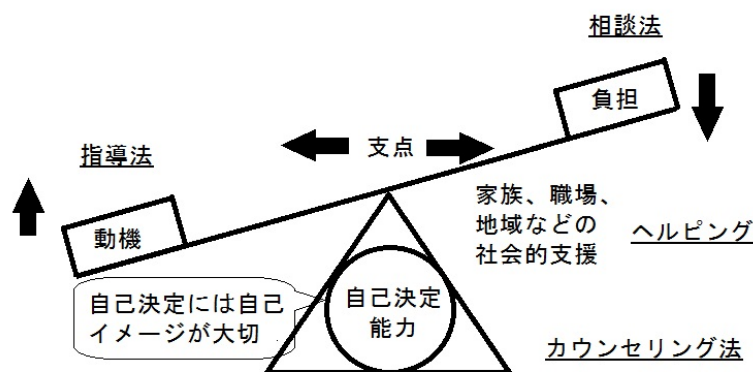
1940年代頃の保健活動は、知識普及を目的とした健康教育によって人々の態度変容を促

し、結果として習慣や行動が変化することを目指す KAP モデル（KAB モデル）であり、ガイダンス法（指導法）が重要な支援アプローチであった。しかし、このモデルによる保健活動の限界が明らかになってきた 1960 年代から心理社会的知見が含まれるようになり、ローゼンストック（Rosenstock, I. M.）やベッカー（Becker, M.H.）らは、保健信念モデルを提唱した。

例えば、保健信念モデルによれば、ある人が糖尿病になることを予防する保健行動をとる可能性は、次のようにして決まる。親が糖尿病だったことから自分もなるかもしれないというかきやすさ（罹患性、脆弱性、感受性）や、失明したり透析になる可能性がある糖尿病という恐ろしい病気が何を引き起こすかという結果の重大性から、脅威が生まれる。そこにはもちろん、マスコミ等外部からの情報といった要因が加味されている。他方、本人のなしうる保健行動をとることによって糖尿病を回避できるというメリットと、実際に食生活を変えたり、運動をすることのデメリットとの間に損得勘定がある。それらすべてに対し、本人がどのような認知や信念を持つかによって、勧められた行動をとるかどうかが決まるのである。

保健行動のシーソーモデルと援助法

宗像の「保健行動のシーソーモデルと援助法」（図 1）では、人の保健行動が、行動への動機（左）と行動の実行を妨げる負担（右）とのバランスによって決まることが示されている。したがって、負担を軽減し、動機を強化すれば、行動が実行されるのである。さらに、このモデルでは、シーソーになぞらえ、その動機と負担のバランスは、支点を動かすことによって変えられると考えるところに特徴がある。人は、自分のまわりのさまざまな支援を活用しながら、自己決定能力によって自らが支点を右に移動して動機を強化し、負担を軽減することで、行動が実行できるのである。



効果的な援助のためには、相手のどこが不足しているのかを見極めて援助をする必要がある。動機が弱い場合には指導法、負担が強い場合には相談法、社会的支援の不足にはヘルピング、自己決定能力の欠如にはカウンセリング法が挙げられる。

図1 保健行動（セルフケア行動）のシーソーモデルと主な援助法

宗像 1978, 1987

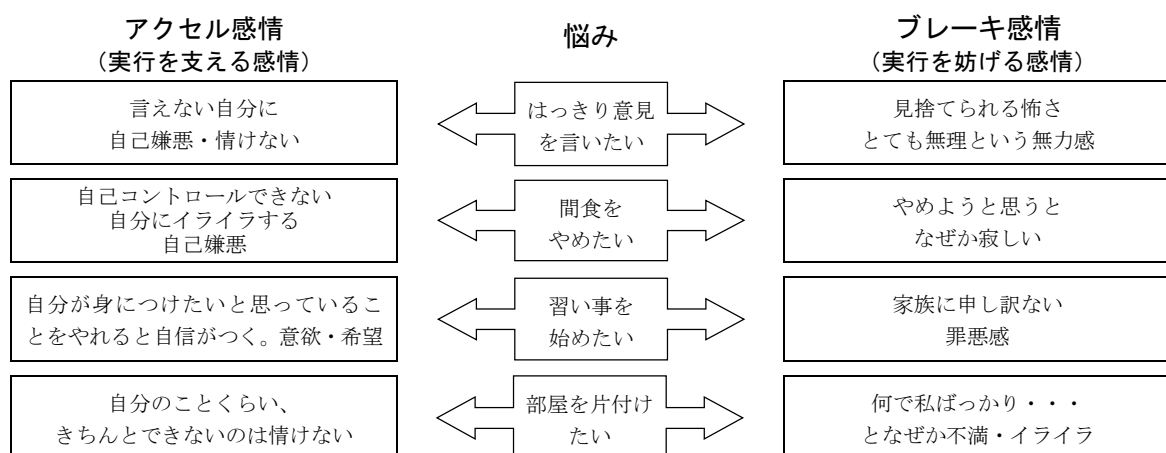
例えば、肥満解消のための保健行動があるとする。保健行動動機は、自分は体質的に肥満になりやすいといった信念や最近ズボンのウエストがきつくなったという自覚症状などの心理・生理的動機などであり、保健行動負担は、誘いを断ると出世に響くといった社会的負担、やせるにはお金がかかるなどの経済的負担、食事を減らすとお腹がすいて力が出ないといった身体的負担、好きなものや食べたいものを我慢するという心理的負担、やせるために運動をしたり、食事を作るのは時間がとられるといった実存的負担などをいう。

動機を強化するおもな援助法としてはガイダンス法が、負担の軽減にはコンサルティング法（相談法）が有効となる。これらの動機と負担は、親密感、信頼感、安心感といった情緒的支援や、手助け、金銭、情報などの手段的支援を活用しながら、自己決定能力によってバランスをとる必要がある。動機と負担とのバランスをとりつつ本人の自己決定を支えるためには、心理療法だけに限定されないさまざまなヘルピング法という援助技法も、行動変容支援に有効である。

自己決定能力の支援が必要な例として、本当は皆と協力して仕事を進めたいのに、まわりの人とのコミュニケーションや相互支援のための関係づくりが苦手で自分が担当しているプロジェクトがうまくいかないという悩みや、毎朝「今日こそは」と思うのだが、結局1日の終わりに「また明日頑張ろう」と反省して終わることを繰り返している場合がある。そこには二重意思といって、「こうしたい」という自分の前向きな意思とは裏腹に、無意識に行動を支配している隠れた意思が働いていて自己決定ができない状況と言える（表1）。

したがって、頭でわかってはいてもどうしても行動を変えられない場合や、失ってしまった自己決定能力の回復支援にあたっては、援助者の側に問題解決や自己決定、自己成長を支援できるカウンセリング法やイメージ法などの技術が不可欠といえよう。

表1 二重意志モデルの「表の意思」をつくっているアクセル感情と
「裏の意思」をつくっているブレーキ感情の例



一昔前までの患者行動論では、自覚的な意思が形成されると自己決定できるとされ、指導法や相談法が主流であった。しかし、成果の出ない人と向かい合って、性格の問題だと片づけることなく、行動変容を支援していかない限り、慢性疾患のコントロールや、生活習慣病の改善はない。援助者には、真の問題を解決し、自己成長までを支援できるカウンセリングなどの技術を早急に身につけることが求められている。

● 保健行動や生活行動変容への支援法

宗像の保健行動のシーソーモデルから言えば、①動機を強化する、②負担を軽減する、③自信を高める、という支援が必要である。それぞれの例を紹介する。

1. 動機強化法

- 1) 行動の理由の確認法・・・ダイエット行動であれば、その理由は肥満は生活習慣病の危険因子であるとか、水着が着られない、まわりが嫌がるなどといった理由が考えられるであろう。このように肥満が自分あるいはまわりの人に与える悪影響に本人が気づいたり、自分の中でダイエットをする理由が確信できると動機づけが強まる。
- 2) 行動の効果の確認法・・・運動行動であれば、階段の昇り降りが楽になった、疲れにくくなった、身体が軽く感じるなどといった効果が確かめられると運動をしようという動機が強まる。
- 3) 自己賞罰法・・・節酒行動であれば、節酒継続への動機が十分に強くない場合には、自ら賞罰を用意して動機を強化する。それは、ビールを1本以上飲んでしまったら、罰金として家族の皆にこずかいをあげるといった具合である。成功すれば報酬を与え、実行できなければ自らに罰を与える方法である。
- 4) サポートネットワーク法・・・禁煙行動を取り上げると、例えば家族や会社の人に禁煙をすることを話し、たばこを勧めてもらわないようにしたり、禁煙友の会をつくったりとまわりの人に協力してもらうという方法である。社会的支援には、精神的、身体的健康への悪影響を緩和する力があり、特に仲間ネットワークは重要である。
- 5) 生きがい連結法・・・人の人生の目標が健康というわけではないだろう。趣味や仕事、勉強、宗教活動などさまざまな人生目標の達成過程に生きがいを感じ、時には自分の健康をも犠牲にすることがある。そこで、本人が最も生きがいを感じている動機とその行動の実行や変容の動機とが連結した時に最も動機づけが強められる。

2. 負担軽減法

- 1) 環境改善法・・・ダイエット行動であれば、見えるところに食べ物を置かないなど、食わなくなってしまうきっかけをつくるような環境をなくす方法である。
- 2) 自己改善法・・・例えば運動をしない人の中には、時間がないことを口にする人も多い。ほんの少しの時間を利用して運動ができることに気づいていない。そのようなときには、自分の生活時間を見直すことが大切である。生活時間の見直しやタイムマネジメント法により、なんとなく気分的に忙しがっていた自分を発見したり、何をして

いたかも知れぬような時間があることが認知できたりする。その結果、自分自身のための時間の確保が可能であることに気づいたり、時間がないと逃げていたことに気づいたりできると改善できる可能性がある。

- 3) 見通し管理法・・・禁煙をするときに、たばこの禁断症状が出たりすると非常に苦痛を感じるようになる。これがいつまで続くのかと見通しがたたないと、ストレスが強くなり、くじけてしまうことになる。しかし、禁断症状の苦しさは、3日目がピークでその後楽になっていき、2週間もすれば症状から解放されると知っていれば、目標達成まで頑張れるものである。したがって、目標としている行動の見通しの確保を絶えずしておくことが必要である。
- 4) 代替法・・・減塩行動を例にあげれば、健康的な他のものや方法で代替的な満足感をもたらす工夫をし、負担を軽減すればよい。例えば、塩や醤油のかわりにレモンやすだちなどをつかって味わうなどの方法である。
- 5) 気分転換法・・・これまでの慣れ親しんだ習慣を変えることは、憂うつだったり不安な気分を伴うものである。そこで、趣味や音楽、自然に親しむ、自立訓練法、リラクゼーション法などの健康的な方法での積極的な気分転換をするとよい。

3. 自信強化法

- 1) 積極的学習法・・・失敗からは多くを学ぶことができる。3～4度の失敗は通常見られるもので、あらゆる失敗を学習のチャンスとしていけばよい。効果が得られない原因はどこにあるのかを、自己嫌悪に陥らず、自分自身をモニターし記録することで、問題を検討しより効果的な方法を考えていく。
- 2) スモールステップ法・・・失敗から学び、長く継続できることが重要であるが、その際に自らの目標をどのように設定するかがポイントである。自分にあった目標をもって1歩1歩自信を高めることが大切である。大きな目標を設定して、達成できずに無力感を味わうよりも小さな1歩を積み重ねて自信を高めていく方法は有効である。
- 3) 自信度チェックリスト法・・・人が行動をしようというときに、たとえ行動の結果がわかっていたとしても、その行動を成し遂げる自信がなければ実際の行動には結び付かない。この方法は、効果的な対処の方法を失敗から学び、目標としている行動が続けられるように、例えば、目標に応じたいいくつかの項目をたてて、その自信度を得点化して記録していくことで、25点から50点、50点から80点と限りなく100点に近づくことになる。このようにして1つの目標で満点をとればそれは卒業で、次の目標に向かって進んでいけることになる。
- 4) 自己観察日誌法・・・目標としている行動の実施に関する自己観察日誌をつけて、保健行動の効果感、負担感などを自らモニターし、どこに問題があつてうまくいかないのかを自己学習する方法をとり、セルフガイドしてもらうことは大切である。その日

の主な気分や状態、思ったことや感じたこと、気づいたこと、行動をしたこと、学んだことを記録してもらう日誌は効果的である。

- 5) ポジティブセルフトーク法・・・なぜ自分がこんなに苦しい思いをしなくてはならないんだという思いが芽生えたと実行をあきらめてしまったり、三日坊主といわれると自己嫌悪にかられて苦しくなってしまうこともある。そんな時、「自分を全て変えなくてもいい、一つの悪い習慣だけを変えればいいんだ」とか、「3日も続けられた」といった自分を肯定したり、自分の積極的な面を見い出したりすることで、自らそれをほめるポジティブセルフトーク法を続けるとよい。

文献

- 1) 小森まり子，鈴木浄美，橋本佐由理著：カウンセリングマインドを使った栄養指導のための面接技法．チーム医療，2002
- 2) 橋本佐由理，鈴木浄美，小森まり子：二重意思モデルに基づいた表の意思と裏の意思に関する質的研究，日本保健医療行動科学会年報；18：122-139．2003
- 3) 橋本佐由理，鈴木浄美，小森まり子：二重意思モデルに基づいた SAT カウンセリング事例研究，ヘルスカウンセリング学会年報；9：55-65．2003
- 4) 橋本佐由理：V 手法と教材 3. 運動指導におけるセルフガイダンス法とSATカウンセリング法．栄養指導と患者ケアの実践ヘルスカウンセリング（宗像恒次編）．医歯薬出版，2001
- 5) 宗像恒次，小森まり子，橋本佐由理：「ヘルスカウンセリングテキスト Vol I，Vol II」．ヘルスカウンセリングセンターインターナショナル，2000
- 6) 宗像恒次：最新 行動科学からみた健康と病気．メヂカルフレンド社，1996
- 7) アルバート・バンデューラ編（本明寛，野口京子監訳）：激動社会の中の自己効力．金子書房，1997
- 8) Bandura, A：Self-efficacy：Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, Psychological review；84（2）：191-215，1997

（橋本佐由理）

行動変容ステージ

● 行動変容ステージとは

厚生労働省によると、行動変容ステージとは行動変容の準備段階のことをいう。行動変容ステージは時間の経過に応じて、次のように分けられる¹⁾。

無関心期：6ヶ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

関心期：6ヶ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

準備期：1ヶ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

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ヶ月未満である時期

維持期：明確な行動変容が観察され、その期間が6ヶ月以上続いている時期

生活習慣病の予防や治療には、禁煙、禁酒、食習慣の改善、運動など、生活行動の変容が不可欠となる。ただし、行動変容に向けた行動を6ヵ月後に起こす意思がある人と、7ヵ月後に起こす意思がある人とで、実際には大きな差はない。また、関心はあるものの、6ヶ月以内に行動を起こす意思のない人も実際にはいる。したがって、本人の心の状態に応じて、次のようにステージ分けする方が、必要な支援を考えやすくなり、支援の効果も高まるであろう²⁾。

無関心期：行動変容に関心がない時期

関心期：行動変容に関心はあるが、まだ実行する意思がない時期

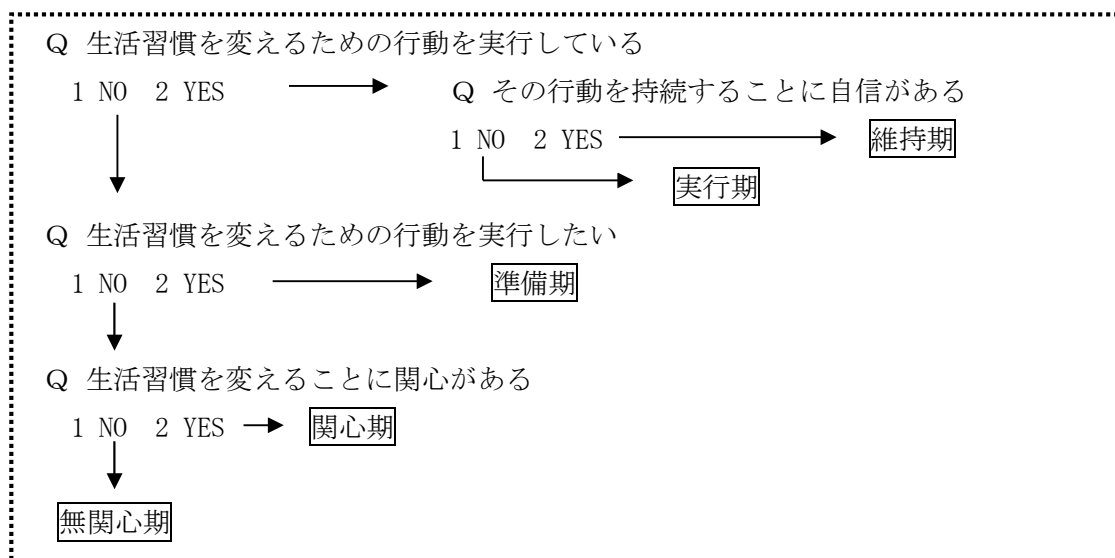
準備期：行動変容に向けた行動を実行したいと思っている時期

実行期：明確な行動変容が観察されるが、その持続に自信がない時期

維持期：明確な行動変容が観察されて、その持続に自信がある時期

● ステージのアセスメント

このように、心の状態に応じてステージ分けすると、何ヵ月という時間の経過ではなく、本人の意識と行動が、ステージをアセスメントする上でのポイントになる。まずは、生活習慣を変えるための行動を実行しているか否かを問う。そして、実行しており、継続に自信があれば「維持期」となり、自信がなければ「実行期」となる。もしも、実行していなければ、生活習慣を変えるための行動を実行したいか否かを問い、実行したいと思っているならば「準備期」となる。もしも、思っていないならば、生活習慣を変えるための行動に関心があるか否かを問い、関心があれば「関心期」となり、関心がなければ「無関心期」となる（図1）。

図1 行動変容ステージのアセスメント⁴⁾

各ステージでの支援技術

厚生労働省は「標準的な健診・保健指導プログラム」において、ステージごとに支援方法を変え、ステージが改善していけるように支援することを求めている¹⁾。そして、保健指導に必要な支援技術として、1) カウンセリング技術、2) アセスメント技術、3) コーチング技術、4) ティーチング技術、5) 自己効力感を高める技術、6) グループワークを支援する技術の6つを挙げた(表1)¹⁾。ただし、どの技術をどのステージで使えばよいのか、ははっきりと言及されていない。そこで、無関心期の人にコーチングを試したり、維持期の人にカウンセリングをしたりなど、保健指導の現場で混乱もみられる。

本人の心の状態によって、行動変容ステージを分類すると、必要となる支援技術も見えてくる。ステージごとに、特に重要となる支援技術を、次のように整理することができる(図2)。

1) 無関心期

この時期の人にはコーチングも、指示や助言によるティーチングも、空振りに終わるであろう。行動変容の必要性を正しく理解してもらい、関心を持ってもらう援助が必要であり、そのためには煩がられても、情報提供としてのティーチングを根気強く繰り返すしかない。ただし、脳梗塞、心疾患、癌などになる確率(ネガティブ情報)を伝えて脅すだけでは、防衛的態度や反感を強める結果になりかねない。生活習慣を変えることで健やかな生活を実現している人の成功例(ポジティブ情報)も、同時に伝えて行きたい。

2) 関心期

ようやく、面接などによる直接的な働きかけに、効果が期待できる時期となる。この時期からは、傾聴しながら受容的・共感的に接して、信頼関係を築いていくことが特に大切

となり、そのためにカウンセリングの技術が必要となる。関心はあるが行動を起こす意思のない段階であり、その背景には行動変容そのものや、それに伴う負担への不安も少なくない。したがって、行動変容の具体的な方法や過程についても正しく理解してもらい、「それなら私にもできる」という自己効力感を高めてもらうことが大切であり、そのために情報提供としてのティーチングを行う。また、時間に余裕がある人で、しかも誰かと一緒だとやる気の出る人には、皆で支えあいながらゴールを目指すグループワークに誘い、見学してもらったり参加してもらったりするのも効果的である。

3) 準備期

適切な目標と行動計画を立ててもらうことで、自己効力感を高めてもらいながら、実行に移してもらう援助が必要となる。そのためにコーチングを行うことになるが、基礎知識のない初心者で、本人が必要とする場合には、指示や助言によるティーチングも行う。もちろん、情報提供としてのティーチングやグループワークなど、他の技術も適宜、併用するとよい。

4) 実行期

自己効力感を高めて持続してもらうために、継続してコーチングを行うことになる。ただし、基礎知識のない初心者で、本人が必要とする場合には、指示や助言によるティーチングも行う。また、この時期にも必要に応じて、情報提供としてのティーチングやグループワークなど、他の技術を併用するとよい。

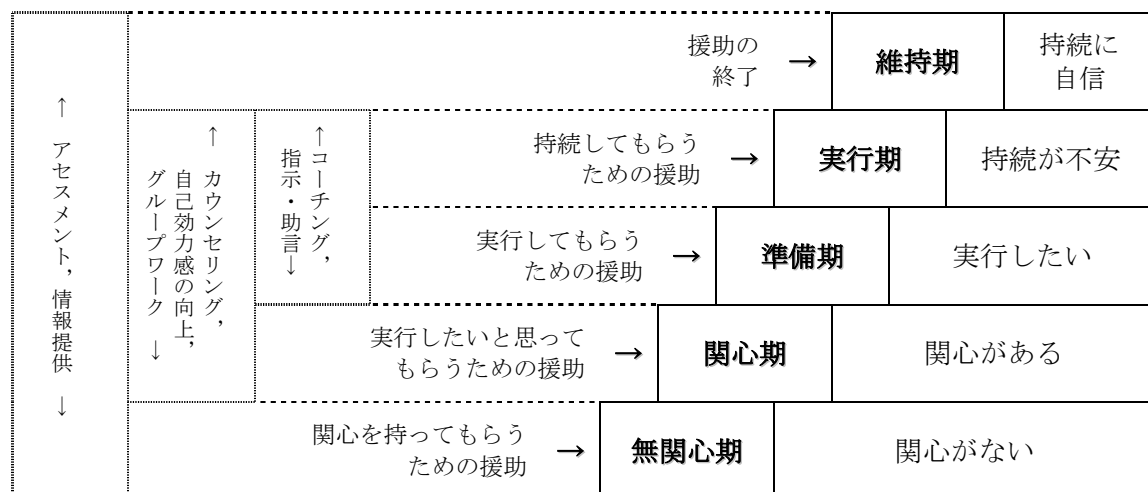
5) 維持期

これまでの努力を賞賛するとともに、今後の持続を奨励するだけでよく、それ以上に継続的なかわりを特に必要としない。

表1 保健指導で必要となる支援技術

1) カウンセリング技術	「上から目線」の審判的な態度で臨むのではなく、信頼関係を築くために傾聴し、受容的・共感的に接する。
2) アセスメント技術	内臓脂肪症候群の程度とその背景、行動変容ステージなどを見極める。
3) コーチング技術	質問をして答えを引き出しながら、自己決定や自己解決を支援する。
4) ティーチング技術	内臓脂肪症候群や減量法について、情報提供する。指示や助言をする。
5) 自己効力感を高める技術	他者の行動の観察、成功体験の想起、自己暗示、リラックスなどにより、自信を持ってもらう。
6) グループワークを支援する技術	利用者グループを組織・運営し、グループならではの効果を引き出す。

※右側の解説は筆者による

図 3. 各ステージに必要な援助とそのための技術³⁾

文献

- 1) 厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム 改訂版. 2013
- 2) James O. Prochaska, John C. Norcross, Carlo C. Diclemente : Changing for Good: The Revolutionary Program That Explains the Six Stages of Change and Teaches You How to Free Yourself from Bad Habits. William Morrow & Co, 1994 中村 正和訳: チェンジング・フォー・グッド ステージ変容理論で上手に行動を変える. 法研, 2005.
- 3) 諏訪茂樹：ティーチングとコーチングによる健康支援. 日本保健医療行動科学会雑誌 vol.28 No.2, pp.86-89, 2014

(諏訪茂樹)

社会的背景

● 全人的存在としての人間の行動

いうまでもなく人間は全体的な存在である。そのため、人間はその全体性の一部を構成する社会的な存在でもある。このことについて、人間に対する全人的医療（holistic medicine）アプローチの普及や、その前提として人間を理解する上で語られてきたソシオ・サイコ・ゾマ（socio-psycho-soma: 社会・心理・身体）という視点、あるいは WHO 憲章における健康の定義の例などをあげることができる。

WHO は「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」（日本 WHO 協会訳）と定義している。ちなみに、この定義について 1998 年に新しい提案がなされ、現在では上記の健康を構成する 3 つの要素に“spiritual”（霊的・精神的）の側面が加わり、またこれら健康を構成する諸要素も“dynamic”（力動的・相互補完的）な関係で捉えるよう変わってきている。

以上のように、人間が全人的な存在であり社会的な存在であるということは、人間がとる行動もこれらの背景をもつことになり、その意味で人間行動は社会的な影響を受けざるをえないことになる。当然、人間行動の一部を構成する保健医療行動も、同様に社会的な背景をもち社会的な影響を受ける。

ここにいう社会的背景とは、広くは政治体制、経済状態、地域環境の状態を意味し、狭くは個人の属性を構成する性別、学歴、所得、配偶関係に始まり、社会的支援ネットワークや情報普及の状況など、個人や集団を取り巻く生活環境の状態を意味する。

この考えに立てば、保健医療行動に関わる前項の「2 動機付け理論」「3 行動変容ステージ」におけるキーワードとして一般に用いられることが多い、信念・欲求・価値・規範など個人や集団の行動に影響を与える要素も社会的背景をもち、歴史的にもその影響を受けていることになる。

● 大衆社会状況としての健康ブームと健康（中心）主義

現代社会の特徴のひとつとして健康ブームとそれへの人びとの取り組みをあげることができる。多くの人びとが「〇〇は体に良い」「〇〇で〇〇が治る（予防できる・増進できる）」という情報に一喜一憂し、何らかの行動を取っている姿を容易に見ることが出来る。この〇〇の前段部分に当てはまるのは、例えば①食品やサプリメント、酒類やタバコなど体外にある物質の積極的摂取や逆にそれらの節制や制限であり、②エクササイズや運動の習慣化、睡眠への取り組みの見直し、ヨガや瞑想、アロマセラピーなどの生活習慣の変容に関するもの、③衛生環境の整備および受療行動に関するものなど幅広い¹⁾。これら大衆化された健康観は、保健医療に関する社会学の文脈で用いられてきた枠組みとしての保健医療

従事者による「専門家」(profession) 支配に基づく健康観からの「素人」(lay men) に解放された健康観への変化とあってよい²⁾。この種の健康観に基づき、人びとが取るこれら大衆化された行動も「保健医療行動」と呼ぶことができるだろう。

ここで問題にしなければならないのはゾラ (Zora, I.K) がヘルシズム healthism (健康主義) の脈絡で捉えた、手段の自己目的化された保健医療行動の側面である³⁾。これはこれまで広く社会科学の分野で用いられてきた言説に基づくものであり、本来は幸福や何らかの目的を達成したり実現したりするための手段としての健康追求であったものが、(日常生活の中でそのことが忘却されることによって) この＜手段＞であるはずの健康追求がいつの間にか＜目的＞となってしまった倒錯した状況のことである。時に依存の対象として立ち現れる、このような健康追求の姿は「逸脱した」保健医療行動の側面を意味し、社会的脈絡で捉え直すことによって見いだすことができる保健医療行動の課題といえる⁴⁾。

● 健康の社会的決定要因と健康格差

上の「全人的存在としての人間の行動」において、人間の保健医療行動は政治体制、経済状態、地域環境や性別、学歴、所得、配偶関係など歴史的社会的な背景の影響を受けることを述べた。このことは WHO が委員会を設け研究を進めている、健康や平均余命などの状態が個人の遺伝子や生活習慣（および、保健医療行動）だけでなく、社会経済的な地位などの社会的要因によって規定されているという側面、そしてこのことからもたらされる健康格差の側面と関連する⁴⁾。

確かに、この点は保健医療行動を研究する行動科学の限界であることは否定できない。このことは、健康追求の分野にも個人や集団の力では及ばない強大な歴史的社会的規定力が存在することを物語っている。だが、健康格差の解消を一举に実現することは、そのための新たなシステム構築を早急に実行に移すことと同様、甚だ困難である。したがって、これら保健医療行動科学の限界を自覚しながらも、現在の個別具体的な問題解決のために可能な限り人びとの行動変容を指向していくことが現実的な対応であると考えられる。

文献

- 1) 仲尾唯治：現代人の病気と医療（安藤喜久雄編：人生の社会学）．学文社，1993
- 2) Sarah Nettleton：The Sociology of Health and Illness．Polity Press, 2006
- 3) I.K. Zola：'Healthism and Disabling Medicalization', in: I. Illich et al.(eds), Disabling Professions. Marion boyars, 1977
- 4) 近藤克則：健康格差—保健医療行動科学の位置づけと課題—．日本保健医療行動科学会年報，第 24 巻，16-28 頁，2009

(仲尾唯治)

文化的背景

● 人間の行動と文化

人間はひとりで生きるのではなく、複数の人びととともに集団で生活し、その集団に特有の文化を発達させている。食事、排泄、入浴、運動、仕事、遊びなど、毎日の活動のほとんどは、個人が自由に選択して行っているように見えるけれども、実際にはその多くが、文化によってかたちづけられている。食事のマナー、排泄の場所、入浴の仕方をとっても、世界にはさまざまな様式が発達している。

同じように、健康、保健、医療も人間の文化のなかでかたちづけられている。「かぜ」をひいてしまった時の経験を考えてみよう。熱が出て、咳もあり、悪寒がするので、病院に行くと、医師から今はやりのかぜだと言われ、薬を処方されたという人や、薬局で市販の薬を買って対処したという人もいるだろう。症状が重くなると、学校や会社を休んで家にいることも期待される。これを「病人役割」と言い、病気の人に期待される行動である。このように、病気のときの行動も、文化的に適切な方法で行われることが期待される。

● 応用医療人類学

応用医療人類学(人類学の研究で明らかになっていることを保健医療行動の領域に応用して行われる学問と実践)では、人間にとっての病気の意味を理解し、病気の予防や治療に役立てるには、人間の行動の背後にある文化に着目することが必要だと考える。つまり、健康も病気も医療も、ある特定の社会のなかで生まれる文化の現象であると考え、その社会の文化的背景に照らして、病気になった時の人間の行動の意味を理解しようとする。その際に、観察やインタビューの資料を使い、(1) 健康や病いに対する認識、(2) 病いを経験し、それに対処する行動、(3) 医療のシステム、(4) 治療の効果という4つの側面から、健康、病気、医療の文化的背景を明らかにする¹⁾。

● 応用医療人類学における生活習慣病のとりえ方

生活習慣病を例にして考えてみよう。日本では、がん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、高血圧などの生活習慣病は国民医療費のおよそ3割、死亡数のおよそ6割を占める疾病である(厚生労働省ホームページ 2016年9月閲覧)。慢性疾患には、子宮頸がんや肝臓がんのようにウイルス感染が原因となるものもあるが、「生活習慣病」という名称が示すように、これらの病気には毎日の食生活や運動など生活行動が深くかかわっている。

応用医療人類学では、次の(1)から(4)に述べるような問いを立てて、生活習慣病を考えていく。(1) 現代の日本人の生活スタイルにどのような生活習慣病のリスクが潜んでいるのだろうか。(2) 一般に、日本社会では、心臓や脳血管障害、高血圧、がん、糖尿病などをどのような病気だと認識し、それがどの程度になると深刻であるとするのだら

うか。(3) 患者個人は自分の身体や症状をいかに認識し、それに対処しているのか。(4) 日本では糖尿病や高血圧を判断し、治療し、その効果を評価するためのどのような医療の仕組みがあるのか。そして、これらの問いを検討する際に、社会一般の認識と生活習慣病を患っている人の認識は異なっているかもしれないと考える。

医学の知識や治療も日々進歩している。医療人類学では、医療者と患者の認識の異なりは、「疾患」と「病い」という概念で説明され、それぞれの語りはそれぞれがよって立つ信念にもとづくひとつの「解釈モデル」として提示される²⁾。臨床現場から社会全体に視野を広げると、日本では現代医学だけではなく、はりやマッサージなど伝統医療も存在する。実際に、多くの社会で医療は多元的である³⁾。

慢性疾患ではセルフケアが重要になり、病院での治療やリハビリテーションに加えて、さまざまなセルフケアが用いられ、同じ病気を経験している自助グループの活動になることもある。自助グループは医療者によって構成される専門セクターとは異なり、一般の人びとによって構成される民間セクターに属している。民間セクターは、ヘルスケアのシステムを構成するもっとも大きな要素である。自助グループでは病いを経験している当事者やその家族が共有する価値観や信念にもとづいた活動を行うが、そこでは、情報を共有し、ともに励ましあい、苦悩を共有することから、「苦悩の共同体」とも呼ばれる⁴⁾。

環境とグローバル化

慢性疾患は環境条件による影響を強く受けるので、発症の原因を個人の行動や個人の選択のみに起因させることはできない。経済と文化のグローバル化にともない、世界の生活様式は均質化し、世界各地で慢性疾患が増加している。炭水化物を主体とする食生活や、単糖類や脂肪の摂取量の増加は腸内細菌の多様性に変化をもたらしている。栄養過多も深刻な健康問題であり、慢性疾患につながっている。世界各地で食料が安全、安心に供給されない状態も深刻化している。戦争や紛争や災害などによって住み慣れた土地を追われて生きている人びともいる。現代社会では、文化的背景を考察する際に、個人の健康に及ぼす世界の政治と経済、グローバル化の影響を考慮する必要がある⁵⁾。

文 献

- 1) Kielmann, K.: Introduction to Applied Medical Anthropology, in Principles of Social Research, J. Green and J. Browne eds, pp.135-144, Open University Press, 2005
- 2) Kleinman, A.: The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition. Basic Books, 1988 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳: 病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学. 誠信書房, 1996
- 3) 道信良子: 「健康・病気・医療」『文化人類学』第3版, 波平恵美子編著. 医学書院, 2015
- 4) Helman, C.: Culture, Health and Illness (5th ed). Oxford University Press, 2007.
- 5) Singer, M. ed.: A Companion to the Anthropology of Environmental Health. West Sussex: Wiley Blackwell, 2016.

(道信 良子)

哲学的背景

はじめに

保健医療行動の実存的背景、すなわち哲学的背景を考察するにはいくつかの方法がある。哲学といっても、哲学書を読んだり、哲学的用語を吐いたりすることにとどまらない。それは、せいぜい「哲学について」考えているにすぎないからだ。本当の哲学は、わたしたち一人ひとりの生のなかに存在し、わたしたちの生とともにある。だから、本来それは言葉で表現しつくすことはできないし、もちろんこうして文章を読んで理解するというものでもないのである。しかし、哲学的思考＝志向＝試行は必要なものであり、わたしたちを生の前方へと導く駆動力をもっている。その片鱗を垣間見ることはできるかもしれない。

臨床哲学

20 世紀の終わり頃から、わが国で「臨床哲学」ということが言われだした。「臨床」は、もともとは医療分野において用いられる表現であり、直接患者と対峙して治療にあたるような姿勢をさしている。それに対して「基礎（医学）」は、患者個人ではなく、患者から得られたさまざまな情報を分析し研究することによって臨床へと橋渡しをする役割をもっている。つまり、「臨床」は直接主義であり現場主義であり、かつ臨機応変な答えが要求される場面に付された名称である。哲学は、教壇哲学とか机上哲学と皮肉られ、哲学的な専門用語を駆使し、それを理解（というか使用）することができるわずかな集団が、閉鎖的に、ないし没社会的におこなっている伝統的な思考体系と、ずっと思われてきたのである。しかし、前述したように、哲学は個人の生と深くつながっており、さらにはその個人を成立させているさまざまな環境（家族、社会、国家、人類など）とも密接に結びつく性質をもっている（はずである）。そこで「臨床哲学」という考え方が、哲学に対しても、哲学以外のあらゆる知的営為に対しても提唱されたのである。これは、一人ひとりの生、つまり生活や生産や生命におけるさまざまな問題、疑問、不安、ひらめき、発見などを語りあい、それらを共有することで、「正解」を得ようとするのではなく、そもそも、なぜそのような問題を抱くようになったのか、あるいはそうした問題を解決するためにどのような方法をとってきたのか、など幅広く「問題そのもの」を考えてゆく作業に与えられたものである。日本で最初に大阪大学に臨床哲学の講座を設置した鷺田清一は、臨床哲学を実践するためには「外部をもちこまないこと」と表現している¹⁾。つまり、聞き手の側が自分の知っている常識なり概念なり、あるいは書物やネットから得た情報なりを、問題を抱えた話し手に対して説得や納得の手段として提供しないということであろう。端的に言えば、自分自身で考える、ということに尽きるが、だが、「話す」ことによって自身の内部が言語化＝客観化され、自身の来し方行く末を俯瞰して見るができるようになるかもしれない、それはすでに「哲学的態度」と呼ぶにふさわしい場に立っているのである。

● ホモ・パティエンスとしての人間

保健医療行動科学の対象は全人類である。とりわけ「病む人」「苦しむ人」が特権化されることになるかもしれない。もちろん、病んだことのない人間、苦しんだ経験のない人間など存在しないだろう。その意味では、保健医療行動科学は、やはりより多くの人びとを射程におさめた知的かつ実践的学問であると言えることができるだろう。そうした保健医療行動科学の哲学的背景を考えると、最初に浮かぶのは、人間を「ホモ・パティエンス（苦悩する人）」と喝破した精神科医フランクル（Frankl, V.E.）である。よく知られているように、フランクルはユダヤ人であるという理由で第二次世界大戦中に三ヶ所の強制収容所に送還された経験をもっている。「経験」と簡単に言ってしまったが、その経験のなかには、両親と妻を亡くすという悲惨な出来事が含まれており、その一方で自身は戦後に解放され、1992年に92歳で亡くなるまで旺盛な執筆、講演、そして治療活動が続けてきたという事実もまた含まれているのだ。フランクルは、収容所での体験を一冊の本にまとめている。それは『夜と霧』（原題は『強制収容所における一心理学者の体験』）という書名で1946年に刊行されている²⁾。フランクルのこの著作がいま現在でも多くの読者を牽引しているのは、単に収容所での残酷で悲惨な体験をレポートした記録物としてではなく、そのような地獄にあってもなお人間性を失わずに気高い精神性によって生き続けた人びとの存在を明らかにしたからに他ならない。フランクルはしばしば「あなたがどれほど人生に絶望しても、人生のほうがあなたに絶望することはない」と言う。また、フランクル自身も『苦悩する人間』の冒頭に引用しているニーチェの箴言に「苦悩そのものが問題なのではない。『なんのために苦しむのか』という問い叫びにたいして解答がないのが問題なのだ」というものがある³⁾。『夜と霧』は死にもっとも近い極限の状況においても、人間がいかに人間であり続けることができるかということについて克明に書かれた書物なのである。

だが、フランクルのように、圧倒的な絶望体験をした後に生還することができた人間だけが価値ある勝者というわけではもちろんない。わたしたちは、日々の生活のなかでさまざまな「苦悩」に苛まれている。その内容も程度も千差万別だ。そして、そんな苦悩からなんとかして逃れようと毎日をもがいて生きているかもしれない。それゆえに、わたしたちは皆「苦悩する人」なのである。フランクルは収容所のなかで、リーダー格の囚人から、いかに「自己崩壊による死」から身を防ぐことができるかについて話をしてほしいと頼まれたことがある。その時にフランクルは次のように述べる。「私は私の仲間達に（…）人間の生命は常に如何なる事情の下でも意味をもつこと、そしてこの存在の無限の意味はまた苦悩と死をも含むものであることについて語った。そして私は真暗なブラックの中で（引用者註；収容所内は停電になっていた）注意深く聞いている哀れな人々に、われわれの状態の重大さを直視し、かつそれにも拘わらず諦めないことを望み、われわれの戦いの見込みのないことは戦いの意味や尊厳を少しも傷つけるものではないことを意識するように懇願した」⁴⁾。そのあとにフランクルは続けて言う。「意味なくしては（…）苦しもうと欲しなかった。同様に意味なくしてわれわれは苦しもうとは欲しないのである。この究極の意

味をこの収容所バラックの生活に与え、また今の見込みない状況に与えることが、私の語ろうと努めたことであった」。

● 苦悩の意味論

フランクフルは、現代の多くの医者たちが不躰に「お大事に」とか「すぐによくなります」などと言ったり、自分より元気で健康な友人が「大丈夫だから」とか「がんばって」と励ましたりするような、そのような殺伐とした人間関係を土台にした言いぶりは決してしない。話し手であるフランクフルと、聞き手である囚人たちが完全に同等の立場で「話す-聞く」という関係を構築しているのである。そして、彼らは収容所の中で明日をも知れぬ命の身という共通した苦悩を抱えている一方で、個々にいろいろな苦悩を抱えこんでいる。ニーチェが言うように、理由のある苦悩、誰かのための苦悩、何かのための苦悩であれば、人は耐えることができるのである。凡庸な人生訓であれば、そうした苦悩を乗り越えたところに真の生き方が見つかるなどと言うかもしれない。あるいは、多くのカウンセリングであれば、そうした苦悩を心理的に取り除くことに拘泥するかもしれない。だが、フランクフルはそのどちらにもノーをつきつける。「生命そのものが一つの意味をもっているなら、苦悩もまた一つの意味をもっているに違いない」⁵⁾。

苦悩は無意味であって人間の無力さを表象している、という通俗的な苦悩論ではなく、人間の本質（人間だけが持っている能力）を苦悩と捉え、その苦悩に意味をもたせること、何かのための苦悩であるという認識に立つことの重要性を強調している。たとえば『苦悩する人間』では「わたしがなにかのために、だれかのために苦しむときにのみ、わたしは苦悩を志向することができるのであり、意味豊かに苦悩することができるのである。（…）意味豊かな苦悩とは、『……のための』苦悩である」と述べられている⁶⁾。また、別の場所でフランクフルは「苦悩の超越」という表現を用いている。彼の言う「苦悩の超越」とは、苦悩を解消して、それを突破して…という意味あいではなく、むしろ苦悩そのものと徹底的に対面する、苦悩の意味を探究するという態度を継続することこそが重要であり、そこに「ホモ・パティエンス（苦悩する人）」としての意義と使命があると述べているのだ。ちなみに「パティエンス」の語源である「パトス（pathos）」には「痛み、苦しみ、病い」などの意味がある一方で、「熱情、感動、情熱」といった意味がある。つまり、そこには「外部から与えられた何らかの力」に対して一時的にであれ永続的にであれ反応することといったニュアンスが含まれているのである。「パトス」の反対語として「ロゴス（logos）」が知られているが、要するに「ホモ・パティエンス（苦悩する人）」には、理性的・理知的であり続けようとする人間のもうひとつの側面を活写しているとも言えるし、同時に「パトス」をただ感情の揺れ動きと捉えずに、もっと理性的に「パトス（苦悩）の根源」へと潜行してゆこうとする意志の強さが期待されてもいるのではないだろうか。苦悩をネガティブに捉えるのではなく、自分を成長させる意味ある存在と逆転の発想をすることが、フランクフルの提唱する「苦悩論」なのである。

フランクフルはすでに戦前から精神医学の現場で「ロゴセラピー」という手法を展開して

いる。これは「実存分析」と訳される心理療法のひとつであるが、生の意味を見つけることが生きるうえでの強い駆動力を与えてくれるという فرانクルの主張がここにはこめられている。なお、「実存」という言葉が使われているが、これはたとえばサルトル (Sartre, J.=P.) が主張した「実存主義」のそれとは内容が異なっている。サルトルにとって「実存」とは「各人をしてみずからあるところのものを把握せしめ、みずからの実存について全責任を彼に負わしめる」ような人間存在のありかたをさしており、「人間はみずからを選択するというとき、(…) 各人がそれぞれ自分自身を選択するということであるが、しかしまた、各人はみずからを選ぶことによって、全人類を選択するということをも意味している」⁷⁾。フランクルにとっての「実存」のありかたは、あくまでも個人が蒙る無数の苦悩の意味をどう捉え直すかというところに力点が置かれているのであって、それは「全人類を選択する」といった、大仰な発想を持ってはいないのである。サルトルの実存主義は、戦後の一時期だが若者の心を確実に捉えていた。明日はどんな日がやってくるのか不安でしかたのない、そんな日々を送っている若者にとって、ある意味「自分の好きなように自分の生を選択すればいい」とも聞えるサルトルの思想はずいぶん心強かっただろう。だが、自分の生を想像する自由はあるかもしれないが、実際には選択の自由などほとんどない。むしろ苦悩を忘れて自由に羽ばたこうとすればするほど、人は抑圧されもがき苦しむことになる。フランクルはとにかく肯定的に生きろ、と言うであろう。もちろん、悲劇や絶望や失意といった苦悩を抱えたまま生きることは楽な道のりではない。しかし、フランクルは言う、「時の痛みとともに、永遠の至福が訪れる」と⁸⁾。単に、時間がすべてを解決してくれる、といった手合の「慰め」ではないことは明らかだろう。わたしたちは辛く苦しい時間を持つのではなく、わたしたちを生かす時間そのものが痛みを持つのである。

このようにしてフランクルの思想は、「苦悩」をめぐる従来の思考方法をダイナミックに、かつ積極的に転換している。その思想がいかに保健医療行動科学へと架橋することができるかについては、各自が討究すべきことなのである。

引用文献

- 1) たとえば、鷺田清一：聴くことの力。阪急コミュニケーションズ，1999
- 2) Frankl, V.E. : trotzdem Ja zum Leben sagen : Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager, Kösel-Verlag, München, 1977(1946) 霜山徳爾訳：夜と霧. みすず書房，1977
- 3) Frankl, V.E. : Homo Patiens - Versuch einer Pathodizee, Deuticke, 1950 真行寺功訳：苦悩の存在論. 新泉社，1998
- 4) フランクル (霜山徳爾訳)：夜と霧，191-192 頁，みすず書房，1977
- 5) 同書，168 頁
- 6) フランクル (真行寺功訳)：苦悩の存在論，126 頁，新泉社，1998
- 7) Sartre, J.=P. : L'Existentialisme est un humanism. Editions Nagel, 1946 伊吹武彦ほか訳：実存主義とは何か. 人文書院，1996
- 8) 姜尚中：永遠の至福を求めて (諸富祥彦：100 分 de 名著ブックス フランクル 夜と霧. NHK 出版，2013)

(小林昌廣)