

# 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、治療的効果よりむしろ、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ととらえ、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)