

病気の心理社会因と保健行動

宗像 恒次*

I 病気をもつ人間の生活をみない医療

日頃、病棟患者の面接調査をしていると、何か遣るせなさを感じることが多い。患者が日常の苦しみや悩みを、自覚することのないまま、病気という形でしか表現できないことや、どうみても病気にならざるをえないような不健康な生活をして、入院を繰り返しているからである。なかでも残念なことは、患者自身が病気にならざるをえない、その不健康な生活のしかたについて問題を感じておらず、その気づきを手助けするはずの医療従事者も、患者の罹病した心理社会的背景について、認識が進んでいないことである。

たとえば、家族内の人間関係に重大な葛藤をかかえながらも、本人の内面的で責任感の強い性格や貧しい支援的ネットワークなどから、睡眠や食事などの生活のリズムを乱すことで、その葛藤に対処しているため、患者は心身ともに強い緊張状態を慢性化させ、胃潰瘍、胆石、肝硬変などをつくって入院し、さらには十分予期されたはずの食道静脈瘤破裂を起こし、再入院した患者がいる。この患者に聞く限り、医師からも看護者からも、この不健康な心理社会的環境や生活行動の改善のために、何ら指導を受けていないことである。

* 国立精神衛生研究所主任研究官 連絡先：千葉県市川市国府台1-7-3 (Tel 0473-72-0141)

「医療従事者は病気をみるのではなく、病人をみるものだ」という言葉はよく耳にするが、実際は病気しかみていない実態が多いことには、改めて愕然とさせられる。患者は再発予防できる病気でさえ避けられず、死に至るまで、病気を悪化させていくしかないのだろうか？

II 保健行動科学の登場

ところで、こうした患者にさらに質問をしてみると、彼らは自分たちなりに健康を回復したり、再発予防のためによいと信じる行動を実行していることが多い。保健医療領域の行動科学分野では、こうした「健康の保持回復増進を目的として人々が行うあらゆる行動」を保健行動 (health-related behavior) と呼んでいる。

しかし、ここで注意しなければならないのは、保健行動それ自体は健康行動 (healthy behavior) か、不健康行動 (unhealthy behavior) かを区別するものではなく、健康保持増進を目的としたあらゆる行動を意味していることである。たとえば、最近健康のためにと称して、昼間の職場テニスがはやっているが、もし本人がそれが健康に結びつくものと考えてやっているとしたら、これは「保健行動」と呼んでいい。しかし、そのテニスが昼食後行われているとしたら、「不健康行動」である。

そこで、保健行動科学の分野では、どのような背景の人々が保健行動を行い、かつそれを健康行動へと結びつけることができるのかについて研究をすすめてきている。

こうした保健行動についてまず考慮されなければならないことは、人々が健康あるいは病気という状態を、どのようなものであると信じているかである。この健康と病気に関する信念 (health belief)こそ、人々にどのような保健行動をとらせるかを決定づけるからである。

一般に、病気とは人々がある種の無秩序 (dis-order) な状態におちいったことであるといわれる³⁾。そして、人々はその無秩序を健康という秩序ある状態

(order) に再び回復するために固有な説明方法や手段を歴史的、社会的に発達させてきた。たとえば、伝統的には民間療法、シャーマニズム、中国の漢方、インドのアユルヴェーダ、中東のユーナニ、ヨーロッパのヒポクラティック、ガレニック医学などさまざまな説明方法や手段をつくりだしてきている。そして、今日の欧米や日本などでは、生物学を中心とした現代医学 (biomedicine) が社会的に有力なものとなっている。

こうした生物医学に強く影響されている²⁾³⁾今日のわが国では、人々は病気の原因として、細菌、ウイルスの感染、有害物質の汚染、運動や栄養不足などを信じている。しかし、自分自身の心理社会的な行動や環境（たとえば、仕事や飲食への逃避行動、人間関係の悪い職場や家庭環境など）が**重大な**病気につながる恐れのあるものと自覚されていること (perceived seriousness)* はいまだに少ない。あえて患者に原因となる行動環境らしいものを回顧してもらおうと、臆気ながら「そういう原因があるかもしれない」と自覚するが、本人自らがそのような心理社会的原因から病気になりやすいという**脆弱感** (perceived vulnerability) をもつことは多くない。それゆえ、人々が自分たちの病気を予防するため、自らの心理社会的な行動や環境を改善することは**効果**があるとか、**実行可能なこと** (perceived effectiveness/availability)* と自覚し、そうした保健行動をとることは今日ではまだまれである。これには日本の社会文化的特性も関連している。人々が病気の心理社会的原因を合理的に認識することを妨げられたり、また従事者といえどもそのことに口をはさむことを拒否される文化的背景がある。（詳しくは別稿⁴⁾⁵⁾を参照してほしい）。

また、こうした人々の病気に関連した、心理社会的背景の認識や理解を、手伝ってくれる従事者もほとんどいない。なかには、患者の再発予防のための退院時指導や、フォローアップをしようとする施設もあるが、身体面での病気理解や療養方法に重点がおかれ、再発予防のための、心理社会的な行動や環境に関する具体的な改善点を認識し、指摘しうる従事者は少ない。

* Rosenstock, I. M. は、保健行動を説明するために、保健信念モデル (the health belief model) を提唱し、人々が予防的保健行動 (preventive health behavior) をとるのは、病気に対する**重大感**、**脆弱感**をもち、かつその予防行動の**効果性**、**便宜性**を信じているときであるとした。

ところで、病気の心理社会的背景と、身体的側面の相互作用を研究しようとする行動科学が、米国を中心にずいぶん進歩してきた。それは、心理学、社会学、人類学、生理学などを総合的に応用し、健康問題にかかわる人間の行動の変容過程を実証的、体系論的に説明しようとする努力している。たとえば、人々のさまざまな生活行動の習慣や、人々に緊張をもたらす、生活上の諸々の出来事が複合し、継続すると、神経系や内分泌系などの機能異常をもたらし、器質的病変を形成したり、あるいは、その形成を免疫的に防ぐことが困難になる。またその際、生活上の出来事に対処する行動 (coping behavior) やそれを支援する社会的ネットワーク力 (social support network) によっても様相が異なり、それらは疾患予防や死亡率にさえ、重大な影響を与えることが実証されてきている。また、効果的な予防法や治療法が指示されても、それを守らない人 (noncompliance) が治療条件や患者の背景の差はあるが、30~60%おり、自覚症状がないとその割合がさらに増加するといわれている⁶⁾⁷⁾。そこで、コンプライアンス行動論は、どのような条件があれば、患者は治療法を守るかについて検討している。たとえば、情報の提供のしかた、治療の複雑性、持続期間、不便さ、保健態度、患者、従事者関係、社会的支援など⁸⁾⁹⁾がコンプライアンス行動に大きな影響を与えていることが、知られている。

こうした保健医療関連の行動科学 (医療社会学、医療心理学、医療人類学等という下位学問範疇がある) は、カナダや米国では、医師や看護者の資格試験にかかわる重要な科目となり、教育も熱心であるが、わが国ではこうした研究や教育は、緒についたばかりである。

III 社会生活の変化と錯綜が生みだす病気

1. 社会経済の変化と病気

社会経済変化 (失業率、インフレ率、労働力率などの指標) と、傷病率との有意な関連性を明らかにした、横断的、縦断的な研究は少なくない。たとえ

表1 失業率と虚血性心疾患死亡率との関連性(男・女)

調査対象	性及び年齢グループ	調査対象となった年数	ラグの*年数	相関係数(有意差)
	男 性			
	35—44歳			
1923—1932		10	3	0.632 (0.05)
1935—1942		8	3	0.122 (N/S)
1951—1975		25	3	0.628 (0.001)
	45—54歳			
1923—1932		10	3	0.618 (0.05)
1935—1941**		7	1	0.680 (0.05)
1951—1974		24	3	0.524 (0.01)
	55—64歳			
1924—1932		9	3	0.778 (0.05)
1933—1941**		9	1	0.784 (0.05)
1953—1974		22	3	0.647 (0.01)
	女 性			
	35—44歳			
1922—1930		9	3	0.510 (0.01)
1933—1941**		9	1	0.469 (N/S)
1947—1969		23	5	0.448 (0.05)
	45—54歳			
1924—1931		8	4	0.760 (0.05)
1936—1943**		8	1	0.776 (0.05)
1952—1975		24	4	0.587 (0.01)
	55—64歳			
1925—1933		9	4	0.629 (0.01)
1934—1940		7	0	0.812 (0.05)
1948—1975		28	5	0.424 (0.05)

*失業率を計算した年に対して、死亡率を計算する年の遅れた期間

**経済恐慌の時期は1年位の短い遅れで死亡率と有意に結びつく

ば、自殺率 (Mark¹⁰, Marshall and Hodge¹¹, Pierce¹²), 乳児死亡率 (Brenner¹³), 虚血性心疾患死亡率 (Bun¹⁴, Brenner¹⁵), 抑うつ症 (Catalano and Dooley¹⁶), 傷病率 (Catalano and Dooley¹⁷) などとのつながりが、報告されている。

表1では、オーストラリアにおける年間の失業率と、0年から5年後の虚血性心疾患率との関連をみたもので、それぞれの有意なつながりが示されている (Bunn¹⁸)。これらの報告から、社会経済的变化が病気を生む重大な背景になっていることがわかる。

ところで、社会経済的変化がどのように病気を形成するかという過程については、多様なものがあると思えるが、その有力なものとして次のことがある。すなわち、社会経済的変化がストレス性の高い多くの生活環境の変化を生みだし、それが病気につながるという考え方である。社会経済的変化には景気の上昇下降両方の変化があるが、Catalano and Dooley は、不景気になり失業率が高くなるにつれて、カンサス市住民（1173名）がストレス性の高い生活出来事（失業、転職、借金など）を多くかかえ、傷病率を高めると報告している。

また、Catalano²⁰⁾は景気の拡大が製造業部門の労働力率を高め、傷害事故を増加させ、また新しい労働者が補充された月に最も増えると報告している。新しい仕事につく、という生活変化が傷病に結びつくことになる。実際転職が自殺率 (Theorell and Floderus-Myrhed²¹⁾) や、胃の消化不良者や、関節腫脹者を増やし、また血圧降下剤の利用者を増大させ (Kasl et al.²²⁾)、副腎皮質ホルモンの生産高の増大 (Theorell²³⁾) にもつながるという報告がみられる。

このように社会経済の大きな変化が、人々にストレス性の高い生活変化をもたらし、傷病率を高め、医療産業を肥大させることにもつながる。

2. 生活のストレスと病気

(1) 急性ストレス源の生活出来事と慢性ストレス源の日常苛立事

1960年代、Holmes, T. H. と Rahe, R. H. ら²⁴⁾ が、生活環境の変化 (life change) を病気の心理社会因として見出したことは、今日専門家の間ではよく知られるようになってきた。彼らは生活環境の変化を生活上の出来事 (life event 以下生活出来事と称す) でもって測定し、主観的にストレス性が高く評価される出来事に重みをつけて年間計 300 を越す場合、重大な健康障害を起こしうることを示した。この種の研究は最近たいへん多くなされてきている。たとえば航海前の船員の生活出来事が多いと、航海中での有病率が有意に高いという結果等が報告されている²⁵⁾。

また Lazarus, R. S. と Cohen, J. B.²⁶⁾ は、一時的、急性的、客観的な性質をもつ生活出来事に対して、騒音、過剰な仕事量、家事の負担、近所とうまく

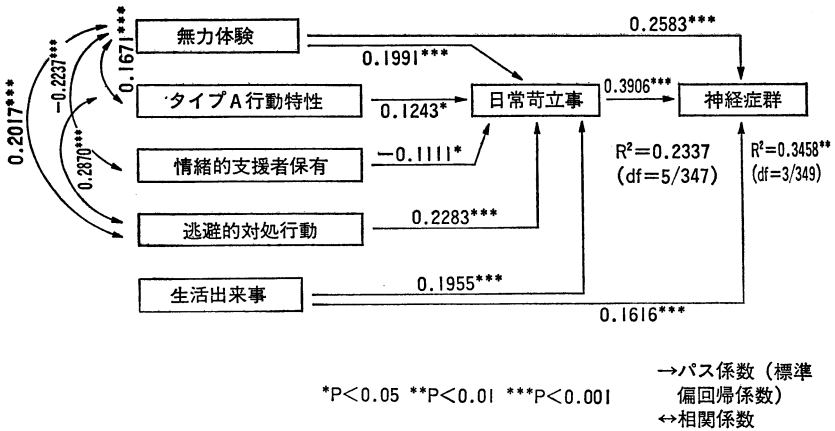


図1 住民(北区・杉並区)の神経症群の発症背景に関するパスダイアグラム

いかないなど、持続的、慢性的、常態的な性質をもつ日常苛立事 (daily hassles) がより重大な病因になりうることを報告している。

(2) 神経症を生むストレスと心理社会的環境

図1のパスダイアグラムに示されるように、急性のストレス源であるストレス性の高い生活出来事(表2)や、慢性のストレス源であるイライラ、不満、悩みなどの種である日常苛立事(表3)は、日本では自律神経失調症、更年期障害などという身体化した形で表わされることの多い神経症群(不安神経症、恐怖症、ヒステリー、心気症、抑うつ症など)を生む重大な背景となっている²⁷⁾。

また、過去にストレス対処に失敗し、「これまで直面した問題を解決できたことはめったにない」、「不快なことがあっても何も手を出せなかったことがよくある」という無力体験(helplessness)を味わってきた場合も、日常のイライラの種をつのらせやすいし、神経症群に陥りやすい(図1)。

また、強迫的な行動特性をもつ人も、日常のイライラの種をつのらせやすい。そうした行動特性の一つであるA型行動特性は、虚血性心疾患を生むことで知られている。その特性とは、急ぎ病(hurry sickness)があったり、“より

表2 生活出来事尺度

(1) 収入が大幅に減った。	(20) 勤務時間や勤務内容に変化があった(配置転換の場合を含む)。
(2) 支出が大幅に増えたり、大きな借金(ローンを含む)をかかえた。	(21) 職務上、昇格した。
(3) 入院したり、1ヵ月以上仕事や学校を休まなければならないような病気やケガをした。	(22) 職務上、降格した。
(4) 家族に大病(寝たきりやボケを含む)や大ケガをした者が出た。	(23) 退職した。
(5) 自分や配偶者が妊娠した。	(24) 転勤や単身赴任を命ぜられた。
(6) 自分や配偶者が出産した。	(25) 職場(学生の場合学校)や取引先の人と大きなトラブルがあった。
(7) 正式に結婚した。	(26) 配偶者に就職(パートも含む)、退職、勤務時間や内容の変更等仕事上の変化があった。
(8) 自分や配偶者が流産した。	(27) 就職(転職)や入学(進級)などに失敗した。
(9) 配偶者が死亡した。	(28) 就職(入学)や転職(転学)があり、新たな生活を始めた。
(10) 親や子が死亡した。	(29) 親や教師など、立場が上の人にひどく怒られた。
(11) きょうだい、親友が死亡した。	(30) イザコザ以外の理由(夫の長期出張や単身赴任など)で配偶者と別居するようになった。
(12) 頼りにしていた人(家族を含む)と離ればなれになった。	(31) 離婚した。
(13) 大事にしていた物がなくなったり(ペットが死んだり、いなくなったりを含む)、こわれたりした。	(32) 親や子、きょうだいが離婚した。
(14) 引越した。	(33) 配偶者(恋人や婚約者を含む)ともめごとをおこした。
(15) 相手に大ケガを負わせたり、大きな損害を与えたりした。	(34) 配偶者以外の家族ともめごとをおこした。
(16) 訴訟沙汰がおこった。	(35) 親戚や近所ともめごとをおこした。
(17) 家族が反社会的な行為(非行、万引、薬物中毒など)をした。	(36) 子どもが自立(結婚を含む)するようになった。
(18) イザコザのため配偶者と別居するようになった。	(37) 新たな人が家族メンバーとして同居(親の引き取りや出戻りの子どもなど)するようになった。
(19) 解雇(学生の場合退学)されたり、事業に失敗した。	

表2はこれまでの1年間に37項目の中で該当する項目がそれを1点として加算して指標化した尺度。(宗像、仲尾、藤田、諏訪「ストレスと健康管理」調査より)

多く”を求め(quest for numbers)、競争心、攻撃心があること⁷⁾で、これは日常の苛立ちをつのらせ、神経症群を生む背景となっている。

また、ストレスがあったとき、「問題解決のために当事者や関係者と話しあってみる」、「信頼できる人に相談したり、話を聞いてもらう」、「趣味や娯楽、スポーツなどをして気分転換をはかる」などといった、**積極的な対処行動**(positive coping)をとるのではなく、「アルコールを飲んでうさ晴しをする」とか、「物を投げたり壊したりしてウッポンをはらす」とか、「自分の気持ちとは反対にはしゃいだりする」などといった、**逃避的な対処行動**(negative coping)をとると、かえって慢性的なストレス源である日常の苛立事を増加させること

表3 日常苛立事尺度

(1) 自分の将来のことに	(18) 他人に妨害されたり、足を引っぱられる
(2) 家族の将来のことに	ことについて
(3) 自分の健康（体力の衰えや目・耳・の衰えを含む）について	(19) 義理のつき合いで負担であることについて
(4) 家族の健康について	(20) 暇をもてあましがちであることについて
(5) 出費がかさんで負担であることについて	(21) どうしてもやり遂げなければならないことがひかえていることについて
(6) 借金やローンをかかえて苦しいことについて	(22) 自分の外見や容姿に自信がもてないことについて
(7) 家族に対する責任が重すぎることに	(23) 生活していく上で性差別（男性の場合も含む）を感じることに
(8) 仕事（家事、勉強等を含む）の量が多すぎて負担であることについて	(24) 不規則な生活がつづいていることについて
(9) 異性関係について	(25) まわりからの期待が高すぎて負担を感じることに
(10) 職場（学生の場合学校）や取引先の人とうまくやっていけないことについて	(26) 陰口をたたかれたり、うわさ話をされるのが辛いことについて
(11) 家族とうまくやっていけないことについて	(27) 過去の事で深く後悔しつづけていることについて
(12) 親戚や友人とうまくやっていけないことについて	(28) 公害（大気汚染や近隣騒音など）があることについて
(13) 近所とうまくやっていけないことについて	(29) コンピューターなどの新しい機械についていけないことについて
(14) 家事や育児が大変であることについて	(30) 朝夕のラッシュや遠距離通勤（通学を含む）に負担を感じることに
(15) いつ解雇（学生の場合退学）させられるかということについて	
(16) 退職後の生活について	
(17) 今の仕事（家事、勉強等を含む）が好きでないことについて	

(1)~(30)の各項目で「日頃イライラを感じているかどうか」について、1.大いにそうである 2.まあそうである、3.そうではないの選択肢のうち、1.大いにそうであるを選んだ場合を1点として加算し、指標化した尺度。（宗像、仲尾、藤田、諏訪「ストレスと健康管理」調査より）

になる（図1）。

図1には示されないが、他の研究結果では、積極的対処行動は、日常の苛立事や神経症状態を軽減させる作用が実証されている²⁸⁾。

さらには、表4にみるような情緒的支援者がある場合、図1のパスダイアグラムの中でマイナスのパス係数が示されるように、日常苛立事や神経症状態が軽減する。

また積極的なストレス対処行動をとることと、情緒的支援者をもっていることとは結びつきがあり、その支援者をもつ人は、普段から「親しくつきあう人達が多い」人である。日頃、親しくつきあう人がおり、そうした人との人間関係から、困ったときにも助けてもらえ、積極的な問題対処ができるということであろう。こうした関係は社会的支援ネットワーク（social support network）と呼ばれている。

表4 情緒的支援ネットワーク尺度

-
- (1) 会うと心が落ちつき安心できる人
 - (2) つね日頃あなたの気持ちを敏感に察してくれる人
 - (3) あなたを日頃評価し、認めてくれる人
 - (4) あなたを信じてあなたの思うようにさせてくれる人
 - (5) あなたが成長し、成功することを我がことのように喜んでくれる人
 - (6) 個人的な気持ちや秘密を打ち明けることのできる人
 - (7) お互いの考えや将来のことなどを話し合うことのできる人
 - (8) あなたの行動や考えに賛成し、支持してくれる人
 - (9) 気持ちの通じあう人
-

1. いる 2. いないの選択で、1. いると答えた場合を1点とした (1)~(9)項目の加算したものを指標とした尺度。
(宗像, 仲尾, 藤田, 諏訪「ストレスと健康管理」調査より)

病気はこの社会的支援のネットワーク力の脆弱したところに生まれるという仮説は、多くの人によって検討され、その有効性が実証されてきている。たとえば、Gore, S. (1978)²⁹⁾ は、失業し、すぐに再雇用されたかった人で、家族や親族や友人から支援を受けていなかったと感じている人は、血清コレステロール値が高く、疾病症状が多い。また、雇用関係の如何にかかわらず、それらの支援を受けていないと感じている人は、抑うつ的であると報告している。

さらには、Berkman, L. F. と Syme, S. L. (1979)³⁰⁾ は、心理社会的支援を支えるネットワークの少なさと、死亡率との関連について、9年間の追跡調査によって、次のことを明らかにした。すなわち、社会的支援ネットワークの少ないことと、死亡年、社会経済的条件、身体的状態などの条件差をコントロールしても、死亡率に有意につながり、ネットワークの少ない人はそうでない人に比べ死亡率が2倍多い。

これらの事実は、貧弱な社会的支援ネットワークは、日頃の生活出来事や日常苛立事を前にして、人々に神経症的、抑うつ症の状態を余儀なくさせ、後述するように生活のリズムやバランスを乱すためか、身体的状態や死亡率にも、

有意な影響を与えることを示している。とりわけ、家族や職場における、葛藤的な人間関係に悩みがある場合、支援的なネットワークを他に求めたり、あるいはそうした家族、職場の葛藤関係を軽減、解消することが病気予防、回復に不可欠なものと考えてよいだろう。

(3) ストレスがもたらす神経系、ホルモン系の機能異常と病気

人々はさまざまなストレス源にさらされ、神経症、抑うつ症など精神的な病気に陥る。ストレス源は神経系や内分泌系の機能異常をもたらし、身体疾患の原因ともなる。

Frankenhaeuser, M.³¹⁾, Patkai, P.³²⁾, Collins, A. ら³³⁾の研究では、都市通勤、受験、騒音、抗争、仕事上の不満、不快な出来事の予期、退屈などといった「生活出来事」や「日常苛立事」にみられる過剰刺激 (overstimulation) と過少刺激 (understimulation) がエピネフリンやノルエピネフリン分泌レベルを高めることを実証している。こうしたストレスホルモンの長期化した、反復した分泌は、副腎の拡大、胸腺の萎縮、胃の潰瘍化、腎臓疾患、心臓疾患などの発症に関与していることは、Selye, H.³⁴⁾ の GAS 学説としてつとに有名である。

さらには、Symington, T. らの研究³⁵⁾によれば、これらのストレスホルモンの分泌は、熱や騒音などのような客観的要因自体というより、むしろその要因をどのように認識、評価するかという個人の「主観性」に依存することを見出した。たとえば、終末期で死に向かう昏睡状態にあった患者と、意識のあった患者の検屍解剖の結果を比較して、意識のあった患者のみが、副腎肥大などのストレス症状を示した、という結果が見出された。このことは個人に同じ生活環境上の変化があっても、個人がそれをどのように認識し、評価するか（たとえば、それを苦痛、脅威や悩みとして受けとるか、否か）によって病気に結びつくものか、否かが、異なってくるということになる。

したがって、一般的にはストレス源とみなされるものでも、それに対する認識や行動のしかたを変えることによって、ストレス症状や病気を回避できる余地がある。たとえば、通勤時の混雑は、ストレスホルモンに有意に影響を与え

表5 5年半間の男性の生活行動習慣別死亡率(全調査対象数男女6923名)

生活行動習慣	年齢によって修正された死亡率
喫煙 しない	.042
以前した	.062
している	.084
睡眠時間 6時間未満	.090
7時間	.063
8時間	.057
運動 しばしばスポーツをする	.063
ときどきスポーツをする	.060
ときどき体操/庭いじりをする	.080
何もしない	.114
毎日朝食をとる	.059
ときどき/まれにとる	.106
間食 まれ/ときどき	.062
ほとんどいつも	.086
1日のタバコ量 1パック以下	.084
1~1½パック	.079
2パック以上	.109
体重/身長 of 望ましい平均からの差	
-10%	.148
-5~9.99%	.081
±4.99%	.075
+5~9.99%	.051
+10~19.99%	.047
+20~29.99%	.056
+30%	.084

るストレス源ではあるが、その混雑の中でも、カセットで音楽を楽しめる人にとってはそれはたいしたストレス源にはならない、とも考えられる。

(4) ストレスがもたらす生活のアンバランス

ストレス性の高い生活出来事や日常苛立事がつると、神経症状態に陥ることは既に述べたが、こうした状態になると、睡眠時間が不規則になり、その時間も短くなり、食事も不規則になる。また、アルコールへ逃避したり、やけ食いなどをするようになる³⁶⁾。

こうした食物摂取、睡眠、休息などの主要な生活行動のリズムやバランスを持続的に乱していると、それが発病や死亡につながることになる。Belloc, N.

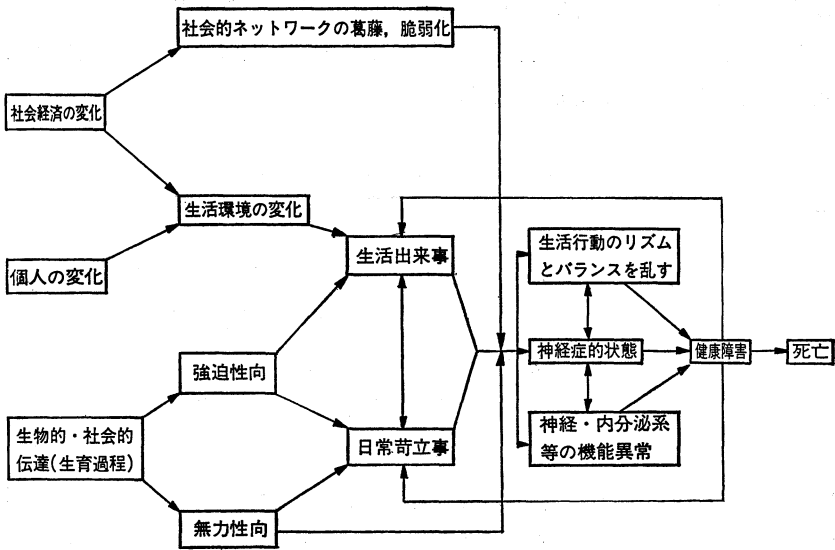


図2 健康障害、死亡にかかわる心理社会的要因のパスウェイ

B. ら³⁷⁾³⁸⁾の5.5年間の追跡調査では、不規則な睡眠時間や食事、運動不足、飲酒や喫煙への依存など、生活行動のリズムやバランスの乱れた習慣は、性、年齢、経済状態などの条件をコントロールしても、本人の健康状態や死亡率に有意に影響を与えることを示している(表5)。しかしながら、元来個人は、生活出来事や日常苛立事があって、それに対処するため、一時的に生活行動のリズムやバランスを乱すことがあったり、さらには、偏った生活行動を癖として習慣化(たとえば、仕事依存、アルコール・タバコ依存など)することがあっても、それを改善する保健行動をとって、生活行動のリズムやバランスをとりもどし、自らの身体の内的環境のバランスを良くしようとする、フィードバック能力をもっている。保健行動とは、まさにこのフィードバック作用を担うものである。

ところが、個人が一時的にせよ、慢性的にせよ、神経症的状态(たとえば、不安感、抑うつ感、無力感、心氣的過敏さなど)に陥っているとき、生活行動

のリズムやバランスを回復・修復できないまま長期化する中で、身体内の循環器系、神経系、内分泌・外分泌系などのバランスを長期に狂わせ、発病や死亡に至ってしまうことになる(図2)。

IV 人々の保健行動を支えるもの

そこで、個人が本来もつ、このようなフィードバック能力としての保健行動を成功させるためには、たとえ日常不可避なストレスがあっても、神経症的、抑うつ状態を長期化させないことが大切である。

保健行動とは、IIで述べたように健康に関する適切な信念を身につけ、より健康な習慣づくりをしようとするすべての行動を意味するが、そのためには、不健康な日常生活を自己点検し、それを改善しようとする、主体的な態度が不可欠である。個人は本来こうした態度をもっているものと考えられる。が、神経症的、抑うつ状態になり、感情的に行動したり自暴自棄的になったり、無気力になったりすると、明らかに不健康な生活でさえもふりかえらず、それを改善しようとしなければ、自殺的な行為にさえ走りかねないものである。そこで個人が本来もつと考えられる健康への努力である保健行動を支え、促すいくつかの条件について検討してみる。

1. 生きがいをもっている

あたりまえの話であるが、保健行動をとろうとする人は、まず生きることによって価値を見出している人である。抑うつ状態にある人のように、死にたいと願っている人が保健行動をとるわけがない。たとえば人工透析患者は、機械によってやっと生かされている自分を感じたり、仕事や趣味に生き甲斐を感じられなくなり、抑うつになると、生きるために必要な水分、ヘマトクリット等の摂取行動さえ、積極的でなくなることが報告されている(宗像, 相磯³⁹⁾⁴⁰⁾⁴¹⁾。

また、健康な人々の保健行動についても、表6の回帰モデル(相磯, 宗像)⁴²⁾にみるように、仕事や家族や趣味などに生甲斐を感じていることが、十

表6 予防的保健行動に関する回帰モデル

要因(尺度値)	相関係数 r	標準偏回帰係数 β
生き甲斐	0.2503***	0.1027*
保健行動の優先	0.2708***	0.2222***
積極的対処行動	0.2960***	0.1363**
保健規範意識	0.2642***	0.1775***
情緒的支援ネットワーク	0.2420***	0.1027**
容与率		0.2061
重相関係数		0.4539
F 比		20.1***(df=5/387)

* P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

な睡眠や休養，バランスのとれた食事の工夫や，適切な運動などの保健行動の実行を促す有意な傾向 ($\beta = 0.1027$, $P < 0.05$) が見られる。

2. 生活行動の中で保健行動を優先 (saliency) しようとする

人は何も保健行動をするためにだけ，生きているのではない。むしろ，一般的には仕事や趣味など，直接生き甲斐に結びつきやすい生活行動のほうを，保健行動に優先して考えることのほうが多い。こうした中で，保健行動が実行されるには，他の生活行動より優先する必要性を感じなければならない。たとえば，「病気になると，他のことを犠牲にしても休養しようとするほう」であるとか，「いくら仕事がたまっていても健康のために無理はしないほう」であるとか，「ちょっとした病気でも休養をとり，まず治すことを考えるほう」であるなどという考え方もつことである。表6にみるように，そうした考え方もつ人が食事，通勤，休養，環境整備などの面の病気予防や健康増進のための行動をとる傾向にあることを意味する有意な影響力 ($\beta = 0.2222$, $P < 0.001$) をみることができる。また，表7に示されるように，保健行動を優先しようとする人は，病気に対する感受性の強さとともに，軽症の段階で受療行動を促す有意な影響力 (β) をもっている。すなわち，他の生活行動より保健行動を優先しようとする考え方は，自覚症状を病気の徴候として体験しやすい傾向をもつとともに，比較的自覚症状の軽症の段階で受療行動をとりやすい。

表7 軽症段階での受療行動に関する回帰モデル

要因(尺度値)	相関係数 r	標準偏回帰係数 β
症状を病気の徴候として 感じる強さ	0.2671***	0.2774***
保健行動の優先	0.3060***	0.2330**
寄与率		0.1471
重相関関数		0.3835
F 比		33.6*** (df=2/390)

*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

ところで、保健行動を優先しようとする考え方をもつ人にはいくつか関連する背景があるようで、私たちの調査結果をみる限り、①半健康な状態にあって、②自覚症状によって病気を敏感に感知しやすく、③体力や身体に自信がなく、病気に抵抗力がないなど病気に対する脆弱感 (perceived vulnerability) があり、④病気が自分の不十分な健康管理の結果による、と考える自己管理意識 (internal locus of control) の高い人であり、また何よりも問題に対して、積極的対処行動 (positive coping) をとりやすい人である、といえる。

3. 積極的な対処行動をとる

一般に、人々は問題をかかえても、「その原因をみきわめ、解決にむけて行動するとか、信頼できる人に相談するとか、スポーツや趣味など気分転換をはかる」などといった積極的な対処行動をとる人は、ストレスを軽減させるが、「アルコールを飲んでうさ晴らしをすとか、馬鹿騒ぎをすとか、物を投げたり、壊したりしてウッポンをはらす」など、問題に直接をつながらない逃避的対処行動をとる人は、問題や悩みや解決しないため、イライラをつのらせやすく、半健康状態、神経症状態に陥りやすい⁴³⁾。そうしたストレスに対し積極的な対処行動をとるという傾向は、表6にみるように食事、休養、睡眠、運動などといった、予防的な保健行動を促す影響力がみられる。かかえた問題に対する現実吟味力があり、それゆえに積極的な解決手段をとるといったフィードバック能力の高い人は、病気予防一般について積極的である。

4. 保健規範をもっている

ポリオワクチンについて知識のない（低所得階層）の母親が「よい母親ならポリオワクチン接種を受けさせなければならない」という規範意識によって動機づけられ、行動していることを Clausen⁴⁴⁾ が報告している。保健行動は必ずしも知識によってのみ動機づけられるわけではなく、保健行動に対する役割期待（保健規範）が、行動を強く動機づける。私たちの調査結果でも、「乳幼児の虫歯の責任は母親にある」とか、「工作上、責任ある立場の人は病気になれない」とか、「主婦は病気になれない」などの保健規範意識が、十分な睡眠や休養やバランスのある栄養摂取の行動を動機づけている。（表6）

5. 情緒的支援がある

保健行動をとりやすい人は、まわりからの手段的な支援（情報、金銭、物品、手伝いなどの提供）や情緒的な支援（安心させる、評価する、察する、共に喜ぶ、支持する、相談に応ずるなど）を受けている人であることはさまざまな調査報告が裏づけている。

筆者から表6にみるように、食事や運動などのように病気予防および健康増進行動をとる人は、情緒的支援者を保有している人であることを確認している。

健康現象をミクロにみたとき、以上のような条件に留意し、人々の保健行動を支える援助が必要とされる。他方、またマクロにみたとき、Ⅲの1で述べたように、社会経済の変化が病気を生みだす側を軽視できない。人々の健康を考慮した社会経済活動をすすめることが保健政策上、必要不可欠なことであるということを言い添えておきたい。（保健行動論については、詳細には筆者が1983年に企画、執筆した「看護技術、焦点／保健行動の科学、通巻413号を参照されたい。）

文 献

- 1) Lock, M. : Japanese response to social change-making the strange familiar, *Western Journal of Medicine*, 139 : 829, 1983.
- 2) Munakata, T. : Socio-cultural features of Japanese attitudes toward mental illness and mental health care delivery system, *in* Modernization of East-Asian Medicine, Workshop, East-West Center, U. S. A., 1985.
- 3) 大貫恵美子 : 日本人の病気観, 岩波書店, 東京, 1985
- 4) 5) 宗像恒次 : 文化とストレス対処行動, 日本ストレス学会編『ストレス 科学の進歩』ユニ・カイエ, 東京, 1986. Munakata, T. : Japanese attitudes toward mental illness and mental health care, *in* Japanese Culture and Behavior : Selected Readings (T. S. Lebra and W. P. Lebra ed.) The University Press of Hawaii, Hawaii, 1986.
- 6) Mitchell, M. : Compliance with medical regimens, *Health Education Monograph*, 2 : 75, 1974.
- 7) Sackett, D. L. : The magnitude of compliance and non compliance, *in* Compliance and Therapeutic Regimens (Sackett, D. L. and Haynes, R. B., eds.), pp. 26-39, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1976.
- 8) Becker, M. H. and Maiman, L. A. : Strategies for enhancing patient compliance, *Journal Community, Health*, 6 : 113, 1980.
- 9) DiMatteo, M. R. and DiNicola, D. D. : Achieving Patient Compliance, Pergamon Press, New York, 1982.
- 10) Mark, M. M. : The causal analysis of concomitancies in time series, *in* Quasi-Experimentation : Design and Analysis Issues for Field Settings (Cook, T. C. and Campbell, D. T. ed.), Chicago : Rand McNally, 1979.
- 11) Marshall, J. R. and Hodge, R. W. : Durkheim and Pierce on Suicide and economic change, *Social Science Research* 10 : 101-14, 1981.
- 12) Pierce, A., : The economic cycle and Social suicide rate, *American Sociological Review* 32 : 457-62, 1967.
- 13) Brenner, M. H. : Mental Illness and the Economy, Cambridge : Harvard University Press, 1973.
- 14) Bunn, A. R. : Ischaemic heart disease mortality and the business cycle in Australia, *American Journal of Public Health*, 69 : 772-81, 1979.
- 15) Brenner, M. H. : Economic changes and heart disease mortality, *American Journal of Public Health*, 59 : 1154-68, 1971.

- 16) Catalano, R. A. and Dooley, D. : Economic predictors of depressed mood and stressful life events, *Journal of Health and Social Behavior*, 18 : 292-307, 1977.
- 17) Catalano, R. A. and Dooley, D. : Health Effects of Economic Instability : A Test of Economic Stress Hypothesis, *Journal of Health and Social Behavior*, 24 : 46-60, 1983.
- 18) Bunn, A. R., op. cit., 1979.
- 19) Catalano, R. A. and Dooley, D., op. cit., 1977.
- 20) Catalano, R. : Health Costs of Economic Expansion : The Case of Manufacturing Accident Injuries, *American Journal of Public Health*, 69(8) : 789-794, 1979.
- 21) Theorell, T. and Floderus-Myrhed : Workload and risk of myocardial infarction : A prospective psychological analysis, *International Journal of Epidemiology* 6 : 17-21, 1977.
- 22) Kasl, S. V., Gore, S. and Cobb, S. : The experience of losing a job : Repeated changes in health, symptoms, and illness behavior, *Psychosomatic Medicine* 37 : 106-22, 1975.
- 23) Theorell, T. : Life events before and after the onset of premature myocardial infarction, in *Stressful Life Events : Their Nature and Effects* (Dohrenwend, B. S. and Dohrenwend, B. P. ed.), New York : Wiley, 1974.
- 24) Holmes, T. H. and Rahe, R. H. : The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11 : 213, 1967.
- 25) Bakal, D. A. : *Psychology and Medicine*, Springer Publishing Co., New York, 1979.
- 26) Lazarus, R. S. and Cohen, J. B. : Environmental stress, in *Human Behavior and the Environment ; Current Theory and Research* (Attman, I. and Wohlwill, J. F., eds.), Vol. 2, Plenum, New York, 1977.
- 27) 宗像恒次, 仲尾唯治, 藤田和夫, 諏訪茂樹 : 都市住民のストレス源と精神健康度, 『精神衛生研究』(国立精神衛生研究所紀要) 32, 47-65頁, 1986. (図1のパスダイアグラムの詳しい説明については上記論文を参照されたい.)
- 28) 土居健郎, 宗像恒次, 高橋徹, 稲岡文昭, 川野雅資, 吉松和哉 : 治療者及び看護者の精神衛生に関する研究, 昭和59年文部省科学研究実績報告書 (No. 59570251), 1985.
- 29) Gore, S. : The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment, *Journal of Health and Social Behavior* 19 : 157, 1978.
- 30) Berkman, L. F. and Syme, S. L. : Social networks, host resistance, and mortality, *American Journal of Epidemiology*, 109 : 186, 1979.
- 31) Frankenhaeuser, M. : The role of peripheral catecholamines in adaption to

- understimulation and overstimulation, in *Psychopathology of Human Adaptation* (Serban, G., ed.), Plenum, New York, 1976.
- 32) Patkai, P. : Catecholamine excretion in pleasant and and unpleasant situations, *Acta Psychol.*, 35 : 352, 1971.
- 33) Collins, A. and Frankenhaeuser, M. : Stress responses in male and female engineering students, *Journal of Human Stress*, 4 : 43, 1978.
- 34) Selye, H. : *The Stress of Life*, McGraw-Hill, New York, 1976.
- 35) Symington, T., Currie, A. R., Curran, R. S. and Davidson, J. N. : The reaction of the adrenal cortex in conditions of stress, in *Ciba Foundations Colloquia on Endocrinology*, Vol. 8, Little Brown, Boston, 1955.
- 36) 宗像, 仲尾, 藤田, 諏訪 : 前掲論文, 1986.
- 37) Belloc, N.B. : Relationship of health practices and mortality, *Preventive Medicine*, 2 : 67, 1973.
- 38) Belloc, N. B. and Breslow. L. : Relationship of peysical health status and health practices, *Preventive Medicine*, 1 : 409, 1972.
- 39) 宗像恒次, 相磯富士雄 : 透析患者の自己管理に関する心理社会的側面, 日本臨床38 (6), 1980.
- 40) 宗像恒次, 自主管理 (特集維持透析), 日本臨床39 (特別号), 1981
- 41) Munakata, T. : Psycho-Social Influence on Self-Care of the Hemodialysis Patient, *Social Science and Medicine*, 16 (13) : 1253-1264, 1982.
- 42) 相磯富士雄, 宗像恒次による地域の一般住民を対象とした「健康の自己管理行動に関する調査」の結果を分析したもの。
- 43) 宗像, 仲尾, 藤田, 諏訪 : 前掲論文, 1986.
- 44) Clausen, J. A et al. : Parents attitudes towards participation of their children in Polio Vaccine Trials, *American Journal of Public Health* 44 : 1526-1536, 1954.
-