

# 日本人社会の病源と疾病予防

## Disease Backgrounds in the Japanese Society and Health Prevention Strategies

宗 像 恒 次\*

### はじめに

本稿は、日本人社会を対象に、そこにみられる個人の行動特性や家族特性、社会特性と、疾病との関係を考察し、さらに心理的、社会的、文化的次元からみた予防対策について構想した試論である。

### I 日本人のタイプA行動特性をつくる頑張りとききあい

虚血性心疾患を生むことで有名なタイプA行動特性は、衰えたとはいえ、世界経済に支配力を行使する米国産業社会を支えてきた行動特性であり、米国社会の主導的価値を内面化したものである。そうした行動特性が米国人の仕事中毒をつくり、心臓を蝕んできている。

筆者らの調査結果では、日本人のタイプA行動特性は、米国社会の場合と少し異なっている。米国人のタイプA行動特性は、独立した自由な個人として、自己主張し、他と敵対し、競争し、攻撃し、社会的に成功することに懸命になるという米国の社会文化の典型的な建て前を身につけたものである。したがっ

---

\* 国立精神・神経センター精神保健研究所社会文化研究室室長 連絡先：(〒272) 市川市国府台  
1-7-3

て、彼らのタイプA行動特性の中には、“急ぎ病、多い病、競争病”の性質のほか、成功を勝ち取るための“他者への攻撃心や敵意”がみられ、個人の成功を追求することにはたいへん能動的な性質もっている。

他方、日本人のタイプA行動特性は、むしろ受動的である。「遅くまで仕事をしないと悪い気がする」「一生懸命に仕事をしていないと落ち着かない」「休んでいると他の人に悪い気がする」といったように、他の人との「つきあい」の中で仕事をしないことに罪意識をもちやすく、米国人のタイプA行動のように攻撃、敵意からというよりも、むしろ「つきあい」の中での急ぎ病であったり、多くを求めて仕事中毒になり、虚血性心疾患をはじめ、様々な病気をつくっているところがある。筆者らの調査結果によれば、このような人は、「親しい人に、あるグループに加わるように勧められると断れない」という、まわりの、力の強いものに対する従順さ（W. コーディルのいう docile）や「大切なことは最後までとことんこだわるほうである」「約束したことは決して破らないほうである」という徹底性、熱中性、強い義務感（下田光造のいう執着気質）をもっており、まさに日本人の行動特性との深い結びつきがみられる。

実際、表1にみるように、まわりの勢力に合わせようとする従順さ、執着気質という日本的な行動特性と、タイプA行動特性とは有意な相関がみられた。そして、この日本人の行動特性は、「遅くまで仕事をしないと悪いような気がする」「休息や仮眠をしていると他の人に悪いような気がする」「タバコをすわないと落ち着かない」「毎日酒を飲まずにはいられない」などの生活行動の偏った習慣性とつながりがみられる。また、それは「平均睡眠時間が7時間

表1 タイプA行動特性と従順・執着型行動特性との相関係数

陳旧性心筋梗塞患者 (N=202)	$\gamma=0.239$ $p<0.001$
労作性狭心症患者 (N=135)	$\gamma=0.369$ $p<0.001$
一般住民人口 (N=741)	$\gamma=0.213$ $p<0.001$

以下)「寝る時間は0時以降」「食事時間が不規則」「くつろぐとぎがない」といった生活のリズムに逆らう不健康な生活とも関連し、同時に、様々な自覚症状とも結びついている。

こうした調査結果から推し測れることは、日本人のタイプA行動特性は、これまで日本人的な行動特性だといわれてきた、「つきあい」を重んじ、執着的な「頑張り」をもつ面とつながりがあるということである。

## II つきあいと頑張りの弊害をどう避けるか

日本人の“急ぎ病,多い病,競争病”という形で現われるタイプA行動特性や、それに基づいた仕事中毒は、日本人の「つきあい」や「頑張り」がもたらす所産といえる。しかし、それらは日本人に悪影響だけをもたらしているのではない。実際、日本人のこうした「つきあい」と「頑張り」こそがこれほどの巨大な産業社会をつくり、物質生活の豊かさをもたらした。その結果として、通信・交通網、住居、上下水道、医療機関などの衛生環境を整備し、感染系疾患を減少あるいは制圧し、平均余命を大幅に延長してきた。したがって、多くのいわゆる発展途上国でみられるように、感染の危険が高くて、うかうか水や食物摂取ができないような環境の下には、現在私たち日本人はおかれていない。こうした安心して水が飲める環境は、日本人の「つきあい」と「頑張り」によってつくられた環境であろう。

しかしながら、わが国は世界でもまれな速度で産業化、都市化を進め、大きな経済成長をしたため、人々は激しい生活変化をせまられ、確実に不安、緊張、不満などのストレスが増大し続けた。こうした中で、これまで日本人はつきあいによってつくられる様々な社会的ネットワークによって、不満、不安などのストレスを軽減させながら頑張ってきた。

E. ボーゲルやY. S. マツモトは、日本人勤労者が仕事を終わってから行くバーや喫茶店での職場の上司や仲間とのつきあいや社員旅行が彼らの緊張を解放し、現代生活のストレスを軽減するのに役立っていると報告している。マ

ツモトは、米国本土の日系人、ハワイ在住の日系人、日本本土に住む日系人の比較調査を行い、日本人文化に近づけば近づくほど、心疾患による死亡が少なくなる背景を、日本の会社をもつ温情主義や仕事後のつきあい、社員旅行などによるストレス軽減活動に求めている。実際、筆者らの日本での調査でも、人とのつきあいを多くもっている人は、ストレス軽減の効果をもつ情緒的支援（緊張緩和、安心感、生き甲斐、自信などの提供）を多く得ている。また、情緒的支援のみならず、問題解決のための様々な手段的な支援（情報、金銭、物品、手伝い、権限等の提供）も私たちの日頃のつきあいから得ているわけである。つまり、日本人の場合、多くの欧米人のように自らの問題解決のための行動を個人的に起こし、その解決手段を獲得するというよりも、日頃のつきあいの中での“もちつもたれつ”の関係から問題解決のための手段を得てきているわけである。

だが、日本人のつきあいは、健康にとって両刃の刀である。一方では、人々がお互い情緒的、手段的な支援を得るネットワークのためにきわめて有効な行動様式であるが、他方、つきあいという言葉に「義理で行動を共にする」という意味もあるように、つきあいで残業し、日曜出勤し、飲酒、マージャン、ゴルフをするなど、不健康な生活を余儀なくされている。また、つきあいの関係に過度に依存する結果、人間関係も損れやすくなる。「こんなにしてあげているのにわかってくれない、気持ちを汲んでくれない」など、すねたり、恨んだり、責めたり、と同時にそうすることによって自責の念にかられたりしたあげく、神経症的になり、お互いの人間関係に亀裂を生じさせ、さらにそれを深める。こうして、人間関係の障害は人々に緊張、不安、恐れ、不満など大きなストレスをもたらし、心身の病気を誘発させることになる。

日本人は、自己主張を抑え、自己犠牲をいとわず、他に対して遠慮や思いやりや察しがあり、あるいは、甘えたり、おまかせなどといったむしろ「没個人」的で、また「没独立」的な相互依存関係を維持していこうとする人をよしとするところがある。これこそが日本人のつきあいを生み、様々な支援ネットワークをつくりだす人間像である。

しかし、こうした没個人的な関係が過剰になると、個人としての人権を軽視し、自己犠牲的な生活に追われ、人間関係に支障をきたす結果、病気を生みだしやすくなる。これを避けるためには、日本人は、多くの人の場合、かつて親から訓練されることが少なかった「孤独でいられる」自分をつくるのが大切である。たとえ親子、夫婦であろうと他者とは適当な距離をもち、自分の意思を表現できる自分を意識的に育てる必要がある。

たとえば、具体的には、都合が悪くつきあえないとき、その理由を感情的ではなく、現実的に相手に伝え、自分と相手がそれなりに満足できるよう妥協、調整する関係をつくること。また、たとえ人間関係がぎくしゃくし、親しかった相手を気持のうでで受け入れがなくなった場合でも、一時的に孤独でいられる自分を保つことが大切で、それによって寂しくもなるが、人間関係の悪化を防ぐことができる。また、「遅くまで仕事をしていないと悪い気がする」「人につきあわないと悪い気がする」「予定がくるとイライラする」「きっちりしないとられない」「自分の所有する金や物はささいなことでも気になる」などといった強迫的な自分に気づき、そのようなとらわれやこだわりから人々がみずから解放されるように、従事者は支援していく必要がある。たとえば、「そうしないからといって死にはしないでしょ」と言うことで、本人がこだわり、不安がっていることがそれほど重大な意味をもつものではないことに気づかせることである。

こうした努力にもかかわらず、私たちの現代生活は、どうしても疲労を蓄積しやすいものである。このようなときは、「起床時疲れが残っている」「身体がだるい」「イライラしやすい」「風邪をひきやすくなる」「口内炎ができる」「階段につまずきやすくなる」などの、感染や外傷につながる、本格的な病気への臨界状態にあると言える。たとえば、ストレスを受けると、侵入した細菌数に対して、白血球の喰作用を受けやすくするオプソニンの数が減少し、その結果、ヘルペスウイルスの力が優勢となり、口内にヘルペス症状が出ることになる。このようにストレスを貯めると、免疫機能を弱めてしまうので、様々な疾患を誘発することになる。したがって、その病気への臨界状態に気づき、その

状態を持続させないように、「いつもより早めに寝る」「休息をとる」「気分転換を図る」「風呂で疲れをとる」などの保健行動をとらせることが、病気を回避するうえで非常に大切なこととなる。それを筆者は「病気回避行動」と呼んだが、こうした保健行動の習慣をつくるのが、日本人のつきあいと頑張りの弊害を避ける有効な手段と思われる。

### Ⅲ ストレスの逃避的対処と物質依存をどう回避するか

日常の生活の変化が大きく、借金、死亡、配置転換などストレス性の高い生活上の出来事を多く抱えたり、しかも前述したタイプA行動特性があったり、潔癖性、完全主義など強迫的な行動特性をもつ人は、イライラをつのらせやすい。こうしたとき、「問題解決のために当事者や関係者と話し合ってみる」「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図る」などといった積極的な行動によって不安や緊張に対処する人は、私たちの調査結果によれば、神経症状態や抑うつ状態を避けることができる。しかし、「アルコールを飲んでうさ晴らしをする」「物を投げたり壊したりしてウッパンを晴らす」とか、「自分の気持とは反対にはしゃいだりする」「異性のやさしさを求める」などもっぱら逃避的な対処行動をとる人がある。こうした行動はかえってイライラを増すことになるし、また、アルコール、薬物、タバコ、セックス、糖分、脂肪、塩分などへの物質依存を強めることになる。しかもそのことで、肥満、高血圧、アルコール依存、肝炎、膵炎、心疾患、がんなど慢性疾患へのリスクを高めることにもなる。

私たちは不安や葛藤や不満があるとき、逃避的であれ積極的であれ、何らかの対処行動をとる。その際、慢性疾患へのリスクを避けるには、逃避的対処行動をほどほどにして、意識的に問題解決的対処行動をとることが必要である。前述のように日本人は個人による問題解決的行動よりも、つきあいによってつくられた支援ネットワークに依存し、問題が解決されることを期待しがちである。が、実際には、本来、支援のネットワークであるはずのつきあいが、

人間関係の悪化に伴いストレス源となっていたり、しかも他に頼るべき支援のネットワークをもっていないとき、危機状態に陥る。今日のように、家族、親族、地域、職場のもつ相互依存的ネットワークが脆弱化し、崩壊する兆しさえみられるとき、意識して個人としての問題解決能力を高めることが大事なことになるだろう。

#### IV 家族の病源をどう断ち切るか

企業を支える従事者の多くが、家庭では父親である。父親は前述のような仕事に関連した様々なつきあいに忙しくて帰宅が遅くなったり、あるいは単身赴任の家庭では父親不在になりがちである。もっとも、父親のパーソナリティが人を統率したり、あるいは人を保護することに、元来不向きな場合、たとえ父親が家庭にいても、いわゆる父親としての役割が実行されないで、実際的にいないのも同然ということもある。

いずれにせよ、これらの背景の中で、母親は父親を頼れず、育児や子供の教育に没頭せざるを得ない。その結果、母親は仕事や趣味などに生きがいを見出せず、「子だけが唯一の生きがい」と考えやすくなる。さらには、悪化した嫁姑関係があるとき、「子供を味方にしよう」という感情が強固になる。このような「子供とのつながりだけが生きがい」「子供だけには自分の気持をわかってほしい」という感情に加え、「配偶者にはないもの、自分にはないものを子供に果たしてもらいたい」「自分の老後の不安」などという母親の強い感情を自分で抑えられないときがある。こうしたとき子供の適性に応じてかわりをもつことができなくなるほど不安が高まりやすい。

一人っ子であったり、長男であったり、病弱である場合、母親が自分の価値観に強迫的になりやすく、子供に対する過剰な期待や圧力が生じやすい。子供はこうした期待に応えようと、不安や恐れに耐えて頑張る結果、偏頭痛、過敏性大腸、胃十二指腸潰瘍、喘息などを起こす。あるいは、それに応えられず、登校拒否、暴力、非行を起こす。日本では、家庭内暴力や登校拒否が社会問題

化しているが、そうした状況は世界の中でも現在のところ日本だけである。欧米では、思春期の子供が親に暴力をふるうくらい人間関係が悪化しているのなら、家出するのが普通である。欧米との比較から考えられることは、家庭内暴力にせよ、登校拒否にせよ、子供にかけられた様々な圧力に対して、子供が自立的に対処できず、家の中で暴力をふるったり、わがままであっても家出できるほどの独立性がないということである。このことは、言い換えれば、子供の独立性を妨げるほど、日本人の母子の結びつきが強いということでもある。

「お母さん、もう悪いことをしないから家に入れてよ」と、戸を手で激しくたたきながら泣いて訴える子供の姿は日本では見慣れた光景である。が、これを見た白人の米国人は「何が起きているのだろう。妙な様子だ」と言う。彼らにとっては理解に苦しむ光景であるらしい。彼らの常識から考えると、子供を外に放り出せば、子供は喜んで出ていき帰ってこないのが普通で、それでは罰したことにはならないというわけだ。もし、子供を罰するのなら、部屋に閉じこめて外に出ていかぬようにするのが通常なので、日本でのこの光景はとても不思議なものに見えざるを得なかったのだろう。このことは、日本の家庭での母子の結びつきが米国の白人家庭に比べていかに強いかを示している。母子の結びつきが強いため、子供を母から分離させることが、日本の子供に対してはきわめて有効な罰の手段となるということである。

このように、日本人の母親は子供との結びつきが強く、子供を唯一の生きがいとしているため、子供の発達段階に伴って、子供の自立をめぐる様々な問題が生じやすいのだが、子供が結婚し、家族をもった段階で、さらにまた新たな問題が始まる。それは、母親自身の問題、更年期障害である。

子供が自立する時期と母親の閉経期（45～55歳ぐらい）は重なることが多い。この時期には、一方で間脳、下垂体、性腺系の変調や自律神経系の失調が起りやすいが、他方、子供の独立に伴って生きがいを失い、不安、抑うつ状態に陥りやすい。いわゆる“子離れ”できない状態になる。子供が結婚しても、夫婦関係に介入しやすく、嫁姑問題を発生させやすい。これまで、家族や親族のネットワークの中でしか生きることを考えてこなかった日本人の場合、



自分の老後の不安が加わり、余計に、結婚した子供の家族関係の中に介入せざるを得なくなる。こうしたことが、家族・親族における人間関係の障害を生み、更年期障害をもつ母親＝嫁だけでなく、たとえば、舅の交通事故、姑の膀胱結石、夫の胃潰瘍、幼児のヒステリー発作、登園拒否などのように、家族全員が病気をもちやすくなる。このような状況にあるとき、嫁である母親は子供を味方につけようとして、母子関係は共生的になりやすい。皮肉なことに、このことは次の世代での嫁姑問題を引き起こす種となり、前述したような病気の多発につながる、いわば世代を越えた病気の種の連鎖となる。

このような事態を招かないためには、まず、夫＝父親は仕事や職場に逃避せず、育児、子供の教育など家庭生活にもっと参加する必要がある。そして、母親は、子供にしか生きがいを見出せないような生き方ではなく、仕事や趣味などにも楽しめる自分をもてるように努力する必要がある。また、妻＝母は、家族の集団の中に埋没するのではなく、個人としての生き方を見出し、孤独でいられる自分をつくるとともに、家族、親族のネットワークに限らず、仕事、趣味、近隣、ボランティア、信仰などの社会的ネットワークの支援を利用する必要がある。

## V 列島都市社会と心身の疾患の激増

軍事力、政治力を背景とした厳しい国際的な経済競争の中で、所与の社会が繁栄するためには、工業をその典型とする生産形態の産業化をすすめることが、これまでの歴史においては最も有力な戦略であった。

産業化とは、生産や流通形態を合理化、分業化、専門化、組織化、機械化、さらに今日ではとりわけ情報化させることによって財やサービスの生産性、流通性を飛躍的に増大させることである。

産業化は、これまでよりそれが完全な形で展開されるために、所与の社会の産業構造を農業中心から工業中心やサービス中心へと変化させ、また、産業化に成功した社会にとっては、確かに物質的な飢えや貧困の歴史を抜け出し豊か

な物質生活を確保するための、これまで最も効果的な方法ではあった。

こうした産業化は、必ず都市化現象を併行させる。中世都市とは異なって、近代都市は、産業化をすすめるのに適した戦略的な地域環境として造られるものである。すなわち、都市とは産業たりうる工業を発展させるため、財や労働力人口を工業地域に集中させ、産業生産させやすいように道路、通信、交通機関、上下水道、教育および衛生・医療機関などが整備され、また、労働力人口の日常的な欲求を充足するために商業や多様なサービス産業が集中している環境である。

こうした都市地域に住む世界の人々の割合は、今日では、これまで史上みられなかった規模にまで増大している。日本はとりわけその都市化傾向の速度や規模の拡大が顕著であり、1920（大正9）年の18%に対して、1985（昭和60）年では、実に国民の77%が都市部に住むという状態にある。今や日本社会を農村部と都市部という区別でみるよりも、日本列島全体を都市社会とみるほうがより実態に即した捉え方ができる時代になってきている。

日本社会を含む産業社会での都市化は、確かに安心して水や食物の摂取ができる環境を提供し、生活水準も向上させ、医学的な治療技術が確立する以前にも感染系の疾患を大きく抑制させる影響力をもってきた（図）。

他方、都市環境は、心理社会的要因を直接原因とする、あるいは発展因子とする心身の疾患や慢性疾患や感染症の増加をもたらしていった。

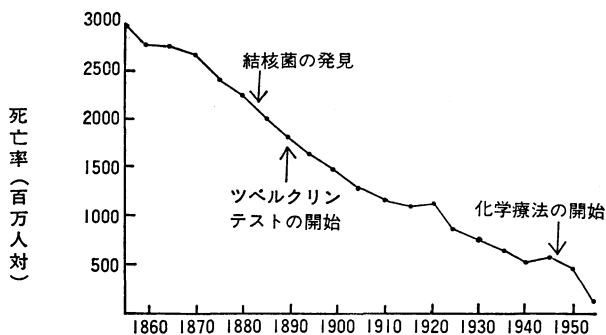


図 イギリスにおける肺結核の年平均死亡率の推移

## VI 進歩強迫性社会につくられる疾病

産業化や都市化は、社会文化的側面からみると、一種の文化変容過程ともみることができる。すなわち、変化、進歩、物質的豊富、競争、生産性、合理性などという価値を主導的な価値として人々に内面化させていくことによって、そうした価値観が多くの人に伝播され、文化として共有される過程である。それゆえ、産業化・都市化をすすめた国々では、物質的な豊かさや進歩こそが人々に幸せをもたらすものであると強迫的に信じられるようになっていく。これは、いわゆる発展途上国と呼ばれる国々の人々が物質的豊かさや進歩を必ずしも幸せにつながるものと考えない価値観と比べると、実にその差異がよくわかる。

ところで、生産性、合理性、変化、進歩などという価値は、前述したように、タイプAという人々の行動特性となって典型的に表わされ、日本人の場合には、「つきあい」と「頑張り」という受動的なタイプA行動特性によって表わされる。日本人はそうした行動特性に基づき、豊かな物質生活をつくりだしてきた。しかし、今や物質生活だけでは幸せになれないことに気がつきはじめている。所得水準や地位の向上だけを求めた仕事を生き甲斐とすることができなくなってきている。したがって、仕事に生き甲斐を感じられない人々は、仕事を所得確保の手段と割り切り、趣味に自らの人生の希望を見出してきている。

それにもかかわらず、所得水準や地位の維持や向上に執着し、楽しくもない、やり甲斐のない仕事をしている場合、ストレスは極めて蓄積されやすく、心身の疾患や慢性疾患の高い危険性がつきまとう。物質的に豊かな生活の充足にあこがれ、住宅、自動車などの高価な消費物の借金を背負う人々は多い。その負担から解放されるためにも、あまり楽しくもないやり甲斐のない仕事でも続けねばならなくなった人は少なくないだろう。

しかし、自分を抑圧した生活を送るほど不健康なことはない。たとえば、筆者らが情報処理技術者に関して調査した結果からみると、自分が生かせる、楽

しめる、意欲がもてる仕事についていると考えている人ほど、心身の健康状態がよい。そうでない場合、イライラが蓄積し、神経症症状、抑うつ症状を強めている人が多い結果となっている。

また、企業は、そうした人々の不安、怒り、孤独、劣等感、競争心、性欲などの感情、情動に焦点を当てて、刺激し覚醒させようと、マスコミを使って商業主義的な情報環境を提供する。それを手助けする宣伝産業の隆盛には目を見張るものがある。

こうした商業主義的な情報環境によって、人々は感情を刺激され、喫煙、過剰飲酒、気ばらし食い、売春セックスなど、逃避的対処行動を強め、不健康なライフスタイルをつくらされ、慢性疾患などを形成することになる。

ところで、筆者らの調査によれば、勤労者の心身の不健康層は大きく2つのタイプに分けることができる。一つは、まわりのプレッシャーに応えられる意欲と能力に欠け、仕事に不応答を起こし、神経症・抑うつ症状をもったり、人格障害を起こしている層、もう一つは、期待に応じて頑張れる人に重い責任があまりにも集中し、使命感からそれをこなし続けた結果、燃えつき状態に陥ったり、慢性疾患を抱えた層である。前者は、希望者のないポストや部門や支所に配置転換をさせられ、仕事への意欲を余計に喪失し、期待もされず、といって会社を辞める自信もなく、無力感、虚無感、抑うつ感、あるいは被害感がみられる。後者は、何でも期待され、生活のリズムを乱しても活躍しようとするが、期待が際限なくかかってくるため燃えつき状態がみられたり、慢性的なストレス状態によって高血圧、心疾患などや、免疫力の低下から感染症や悪性腫瘍をもったりする。

こうした不健康層をつくらないためには、管理者には、自分の一方的な目標を部下に押しつける従来のリーダーシップのとり方ではなく、部下個々の気質、好み、潜在能力などを考慮し、過少にも過大にもならない適当な仕事配分ができ、それによって部下が意欲をもつことができ、個性を發揮し、適度に自己責任をとるようになり、ひいてはそのことが企業の開発力や生産力につながっていくようなリーダーシップのとり方が必要とされている。その意味では、

管理者は単なる知識力や年功ではつとまらない。人の気質や潜在能力などを見抜くことができ、部下の自己開発を支えられる人を登用しなければならないといえる。したがって、単に年功序列で登用するという発想ではなく、若くとも管理者業務ができる能力をもった者を登用するという形をとり入れる時代になりつつあるといえる。

## Ⅶ 多元化社会の病源をどう克服するか

ところで、都市社会は様々な出身地や出身階層、生育背景をもった人々が集まる結果、信念、習慣、パーソナリティ、信仰などがお互い異質で、まったく矛盾するような人々の集塊 (social conglomerate) の集合体と化している。ニューヨークや東京はこのような典型的な都市社会であるが、ここではお互いの異質な言語、信念、価値観などの同等の立場と権利を要求して衝突し合う。アメリカでのゲイや少数民族の解放運動、日本での外国人指紋押捺問題、単一民族国家説問題、帰国子女問題などにその例をみることができる。こうした多元化社会では、お互いに感じていることや考えていることが想像を超えるような人々が集合しているので、お互いの関係は、販売者と消費者との関係のように、一時的で、手段的で、無機的なものになりやすい。

しかしながら、家庭や職場のような場ではお互いがいかに異質で、矛盾しあう信念や価値観をもっていようと、また、相性の悪いパーソナリティをお互いもとうと、日常的、持続的、情緒的、有機的なかわりが求められてくる。こうした場で、自分のもつ信念、感覚、常識にこだわりやすいと、相手の異質性ばかりが気になり、良いところを認知できず、人間関係を悪化させやすい。その結果、会うと不快で、相手がいなくなってほしいと願う関係になってしまう。このような悪化した人間関係に常時さらされることは、心身の疾患を抱えやすい。とりわけ、こうした心身の健康問題が多くなっている職場は、営業、教育、医療、福祉など、対人サービス業種である。こうした仕事は、たとえお互いの信念、価値観などが異なっても、利害的、持続的、人格的、情緒的、倫

理的なかかわりが役割上要求されるからである。現在、こうした職業が燃えつき症候群のまさに好発グループとなって、問題となっている。

これまで日本社会においては、家庭や職場では、前述してきている相互依存的な文化特性から情緒的にも密接なつながりを維持しようとしたし、また、たとえそれができなくとも、維持されているかのように装おうとした。そうすることによって、家族や職場の成員がいかに異質な考え方や感じ方をもってしようと、その異質性は考慮されなかった。その結果、感情表現はあるが、紛争として表だって行動化されず、抑圧されるため、個々人の心身の病気となって表現されてきたのかもしれない。しかし、最近の家族の中には、喘息、アトピー性皮膚炎、消化器潰瘍など身体化した病気に加え、登校拒否、家庭内暴力、アルコール中毒、離婚、老親扶養拒否など、かつては潜在化していた悪化した家族関係が行動化された形で現われてきている。

人々は今や家族・親族ネットワークの意外な脆さ、頼りなさあるいは危険性に気づきはじめている。また、職場においても、低成長期に入り、しかも国内外の激しい競争・摩擦、急速な産業構造の変換、速すぎる為替レートの変化、急激な技術革新などの厳しい社会経済環境下でゆとりをなくしている。したがって、人間関係や仕事への適応が悪い成員は、多くの者が希望しないようなポストや部門へ配置転換させられ、転職、退職を暗に勧告される。そうでない成員にも、派遣、出向、業種転換、移籍などが余儀なくされている。また高齢化してきた成員には、希望退職、退職勧奨が期待されてきている。今や職場はかつての家族的な雰囲気や装うことさえできず、頼れるネットワークでなくなりつつある。また、低成長期でポストが増えず、しかも、労働力人口の高学歴化の中で、大卒者が年功序列ということだけで上位ポストに昇格できる状態ではなくなり、仕事を生き甲斐にできる人は限られてきた。

こうして、家族や職場のネットワークの意外な頼りなさ、あるいは弊害、またそこでの活動の生き甲斐のなさに気づき始めた人々は、自分の好きな趣味やスポーツなどのサークルや友人・仲間、ボランティア団体、患者・家族会など社会的ネットワークに生き甲斐を求め、家族や職場のネットワークの頼りなさ

を補充しようとしていると言えるかもしれない。

しかし、これらのネットワークによっても満たされない人々は、その不安の解消を宗教、修養団体のネットワークに求めようとする。それらの団体は、神の前に人類としての同質性を強く信じ、あるいは人間としての倫理的な同質性を強く信じ、その信仰的な連帯性によりどこを求めようとしているようにみえる。こうした団体の中には、日本人として従来もってきた伝統的価値が人類に普遍化した価値として語られ、それを再強化しようとする姿勢が観察される。それによって、信者に対して、今日、職場やまた家族間にさえも生じはじめていた同質性の幻想の崩壊やその中で情緒的な交流の喪失によって生じる様々な問題に対処させようと鼓舞しているようにみえる。また、こうした宗教性を好まない人々を対象として、自己開発や自己理解をねらう心理産業のネットワークが広がりを見せている。

いずれにせよ、こうした社会的ネットワークは、職場や家族・親族ネットワークの脆弱さを補うものとして、確かに手段的にも、情緒的にも支援ネットワークとなっている。が、いかに狂信的な信仰によって日本の伝統的な価値観が再強化され、たとえ人間相互の同質性が完全に確信できたとしても、その宗教・修養団体内部でしか通用しない。また、あまりにも狂信的、妄想的、多幸的興奮が高いと、心や身体の健康問題に現実的に対処できなくなることもしばしばみられる。その結果、理解しがたい悲惨な問題も生じている。このような狂信的な興奮度の高い活動性によって問題に対処するのではなく、冷静な自省と自己表現による相互理解を図り、問題が解決されるような支援ネットワークである必要がある。

都市化がすすみ、言語、信念、価値観、パーソナリティなどがきわめて異質な人々が集まり、多元化している社会環境の中では、いかにお互いの同質性を信じ、察し合いを求めても、お互いの異質な考え方や感じ方のために期待がずれやすく、不快な結果に終わり、人間関係を悪化させやすいものである。同じ事柄をみても、私たちの感じ方や考え方、つまり認知の仕方にはかなり差異があり、自分のもつ習慣化されてきた認知の仕方を、一方的に常識と考えたり、当

表2 日本人社会の病源、疾病、予防策の要約

病源	疾病	個別的予防対策	社会的予防対策
<p>1. つきあいと頑張りによって歪む生活習慣と振れる人間関係</p> <p>2. 強迫的性格と宿命的不安</p> <p>3. 過剰な地位・所得志向</p> <p>4. ストレスへの逃避的対処と物質依存(アルコール、タバコ、セックス、糖分、塩分など)</p> <p>5. 強すぎる母子結合と家族・親族ネットワークへの過剰な依存</p> <p>6. 薬物、機械を中心とした医療への依存化</p>	<p>1. 一般化する半健康、増える心身の病氣(抑うつ症、不安神経症、心身症、自殺)、免疫力の低下と病氣の多発</p> <p>2. アルコールおよびタバコ依存と慢性疾患の増大</p> <p>3. 家庭内暴力、登校拒否の多発、嫁姑関係の悪化に基づく病氣の多発、頻発する更年期障害、高い女性老人の自殺率</p> <p>4. 医源病の増大</p>	<p>1. 「個人」としての生き方を大切に する</p> <p>2. とらわれやこだわりから自らを解放する</p> <p>3. 自分の氣質に合った仕事や楽しい趣味を見出す</p> <p>4. 地位、所得志向から自己表現志向へ切り換える</p> <p>5. ストレスに対する逃避的対処行動をほどほどにして積極的対処行動をとる</p> <p>6. 生活のリズムを長期にわたって乱さない</p> <p>7. 女性は子供だけを生き甲斐としな い生活を心がける</p> <p>8. 夫の家庭生活への参加を強める</p> <p>9. 自己理解や家族理解をすすめる</p> <p>10. 社会的ネットワークの利用(趣味、スポーツ、ボランティア、信仰)</p> <p>11. ストレス度や行動特性などの自覚のために自己チェックリストを使用 する</p>	<p>1. 自己実現の社会づくりへ</p> <p>2. 所得や地位向上にもっぱら動機づけられた仕事ではなく、自己開発に動機づけられた仕事を組織化する管理者のリーダーシップ</p> <p>3. 管理者は年功採用ではなく、部下の自己開発を実質的に支援できる能力をもった人を採用する制度に改める</p> <p>4. つきあいと頑張りをおおる風潮を改める</p> <p>5. 配置転換に伴うシシヨック緩和策としての適応過程のマニユアル化と相談体制</p> <p>6. 燃えつきやすい対人サービス業種の自己理解教育と専門相談体制の整備</p> <p>7. 逃避的なストレス対処行動を過剰刺激する商業主義的な情報環境をつくらせないよう社会運動をすすめる</p> <p>8. 余暇生活の場と機会の拡充</p> <p>9. 市民の自己理解、自己開発のために、学校教育、社会教育、民間教育の充実</p> <p>10. 社会的ネットワークづくりの場の提供</p> <p>11. 冷静な自省と自己表現に基づくコミュニケーション文化をつくる社会的ネットワークづくり</p> <p>12. 医療に対して幻想性をもつ風潮を改め、医療依存化を避ける医療保険制を導入する</p>



然なものとしてみなすことは危険である。たとえ言葉で同じようなことを表現しても、認知の仕方が異なると意味がまったく異なってくるものである。たとえば、ある人の発言を悪意にみちた攻撃と認知するのと、それを恐れおののく者の哀しい防衛と認知するのとでは、相手に対する共感性が異なり、人間関係も自ずと違ってくるだろう。

したがって、言語を用いたものであれ、非言語的なものであれ、コミュニケーションは、一定の状況に対して自動的に反応している自らの認知のあり方を自省し、自分自身や相手のくせに気づき、その違いや共通点を知りながら、相互理解を図ることが必要である。多民族国家ではなかったためか、日本人の相互理解のためのコミュニケーション回路は、お互いいわば1チャンネルくらいしか用意されていないのではなからうか。数チャンネル、数十チャンネルをもって波長の合う回路を選びながら、コミュニケーションを図るという方法がとられていない。お互いの異質性を軽視し、同質であるかのように装うことができなくなりつつある今日、マルチチャンネルをもった人間になってコミュニケーションを図るという姿勢を、意識して心がける必要が出てきているのかもしれない。

しかし現在では、学校教育でも社会教育でも、そうした学習がなされていないのである。今やっと看護者や教員などの対人専門職の間で、こうしたコミュニケーションのための体験学習がはじまってきている。しかし、筆者が市民講演活動などを通じて感じていることは、一般の人々もそうした体験学習を希望している人が実に多くなってきているということである。

(本稿は、看護展望12(2)に掲載の「保健医療科学のもつ見方」および Health Sciences 3(2)の「つきあいと頑張りの生活と健康」の原稿を一部修正、追加したものである。)

#### 参考文献

- 1) 日本保健医療行動科学会編：健康と病気の行動科学，メヂカルフレンド社，1986。
- 2) 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と精神健康度，精神衛生研究，32：47～65，1986。

- 3) Friedman, M. and Ulmer, P. : Treating Type A Behavior and your Heart, Michael Joseph, 1985.
  - 4) 相磯富士雄, 宗像恒次 : 虚血性心疾患患者, 看護技術, 29(4) : 68~76, 1983.
  - 5) Caudill, W. and Weinstein, H. : Maternal Care and Infant Behavior in Japan and America, *Psychiatry*, 32 : 12~43, 1969.
  - 6) 相磯富士雄, 宗像恒次 : 健康の自己管理行動に関する調査結果より.
  - 7) Vogel, E. F. : *Japan as Number One*, Harvard University Press, 1979.
  - 8) Matsumoto, Y. S. : Social Stress and Coronary Heart Disease in Japan, in Dreitzel (ed.) : *The Social Organization of Health*, Macmillan, 1971.
  - 9) 宗像恒次 : 文化とストレス対処行動 (日本ストレス学会編 : ストレスと人間科学), No. 1, 1986.
  - 10) 宗像恒次 : 保健行動論の必要, 看護技術, 29(4) : 13~19, 1983.
  - 11) Munakata, T. : Japanese Attitudes toward Mental Illness and Mental Health Care, in Lebra, T. S. and Lebra, W. P. (eds) : *Japanese Culture and Behavior*, The University of Hawaii Press, p. 369~378, 1986.
  - 12) 宗像恒次, 稲岡文昭, 仲尾唯治 : 情報処理技術者のストレスと健康管理に関する調査報告, トヨタ財団研究報告書, 1987.
  - 13) 宗像恒次, 椎谷淳二 : 中学校教師の燃えつき状態の心理社会的背景, 精神衛生研究, vol. 33, 1987.
-