

セルフケアとソーシャルサポートネットワーク

——理論概説——

宗像 恒次*

A Theoretical Overview of Self-Care & Social Support Network

Tsunetsugu Munakata, Ph. D., Section Director ; National Institute of Mental Health

This paper attempts to review the past studies on both self-care behavior and social support network. Based on the recent research, effective factors to encourage self-care behaviors for health promotion are :

1) attitudes of the perceived saliency of health which are strengthened by both the perceived vulnerability to illness and usually taking positive and effective styles of coping with stressors such as illness and its fear

2) attitudes of usually choosing positive and effective coping styles which are significantly associated with the perceived social support networks, the feeling that life is meaningful, and perceived self-responsibility of self-care

Pertaining to the potential influences of social support network on stress and health, four major effects are reviewed : controlling the occurrence of stressors, enhancing effective coping styles, reducing stress responses, and decreasing mortality.

キーワード (Key Words)

Self-Care, Social Support Network, Stress, Illness

* 国立精神・神経センター精神保健研究所・社会文化研究室長

I ささまざまなセルフケア論

セルフケアという同じ言葉を使ってはいいても、そこにはさまざまな概念がみられる。その1つは、米国を中心に盛んになってきている、専門的な医療を拒否して一般の人々が自己治療を行なうという、市民運動の流れのなかで用いられている概念である。また、その反対の極には、患者が医療従事者の指示に従って自己管理を行なうという、コンプライアンスと同様の意味のものもある。

1. 専門家から自立するセルフケア

欧米では、完全には治癒しえない慢性疾患の増大や、年々高騰する医療費の負担増のなかで、慢性疾患がライフスタイル病であることがわかり、ライフスタイルの改善に関心が集まってきた。

また、黒人、少数民族、婦人、障害者などを中心とする市民権拡大を求める市民運動や、環境、行政、食品、医療品などの問題に対して企業、行政、医療機関の従来のある方を問い直す消費者運動など、諸々の社会的、政治的な背景の下に、1970年代、1980年代にセルフケアに対する関心が大きくなった。こうした脈絡で意味されるセルフケアとは、自分の健康を増進し、疾患を予防し、病気を回避し、病気から回復しようとする個々人の自律的な活動であり、しかも、専門家や一般の人々の経験から得られる知識や技能を活用はするが、専門家の助けをまったく借りない活動を示す。この意味では、L. S. レビン、E. L. アイドラー（1983）の定義が最も代表的なものである。それは、現代の医療がもつ専門家主義や官僚主義や産業主義は排しようとする政治的な動きを伴っている。この種の調査研究においては、専門家の力を借りない自己診断や自己治療をめぐる行動、およびその行動を支援するための教育や社会運動のあり方が研究されている（ウァドワースら、1971；パンクスら、1975；デマーズ、1980）。

たとえば、デマーズらが、3週間にわたってすべての健康問題を記録してもら

う健康日記法 (the health diary method) によって、調査協力者を調べた結果、すべての健康問題の95%は専門家への受療行動へは結びつかず、何もしないかセルフケアを行なっている。すなわち、病気の自覚症状があっても、その大半は、専門家への受診とは結びつかず、何の行動もとらないか、またはセルフケアを行なっている。

また、自己治療については、クナップら (1972) の行なった米国の278名の家族調査によれば、病人のうち30%のみが処方された薬を使用していたが、70%は自己投薬であった。そして、11%が両方の薬を用いていた。薬以外については、アルパートら (1967) によると、自覚症状をもち、家庭治療をしている人の19%は、休養、うがい、マッサージ、包帯の使用などの自己治療を行なっていた。

2. 専門家の指示を守るセルフケア

次に、自己診断や自己治療という、専門家の助けによらないセルフケア概念である1.の場合とちょうど正反対のセルフケア概念、すなわち、医療の専門家の指示を守るコンプライアンス行動としてのセルフケアを意味するものがある。コンプライアンスとは、保健医療従事者が患者の健康のために必要であると判断し、勧めた指示に患者が応じ、それを順守しようとする態度のことである。もちろん、コンプライアンスの意味については、欧米でも多様な解釈があり、医療従事者の指示に患者がただ盲目的に従う権威主義的なコンプライアンスから、患者の意志が尊重され、病気予防や治療のための協同的なコンプライアンスまで、幅のある用いられ方がみられる。第2の定義としてのセルフケアという言葉は、特に後者の保健医療従事者との協同的なコンプライアンスを意味していることが多い。

3. 第3のセルフケア

専門家の助けを活用はするが、病気予防にせよ病気からの回復にせよ、どのような行動をとる必要があり、また実際にどうするかは、人々が自己判断し、

実行するという考え方がある。専門家はより適切なセルフケアを判断し実行できるように手助けするにすぎない。米国の現代看護に最も影響のあった看護学者D. E. オレム（1971）は、看護を「健康を維持したり、望んでいる状態になるために必要なセルフケアの不足を補い、セルフケア能力を失うことを防いだり、また、本人が頼りにしている回りの人々のケア能力を支援しようとするもの」と考えている。したがって患者とは、セルフケア能力（self-care agency）をもつ個人であるが、健康な生活に必要なセルフケアの不足（self-care deficit）のある個人としてとらえられている。こうした考え方は、決して専門家は必要ないと主張しているのではなく、むしろその必要を説いている。しかし、もしある専門家のかかわりが、かえって生命や健康に危険をもたらすと患者が判断し、それが適切な判断なら、その専門家とのかかわりを拒否するという患者の自律性を尊重する姿勢が含まれていなければならない。

本稿で用いられるセルフケア概念は、専門家の助けを拒否するセルフケアではなく、といて専門家の指示を守るだけのセルフケアでもなく、第3の定義のセルフケアである。すなわち、「人々が自らの健康問題を自らの利用しうるケア資源（家族ケアや専門家ケアを含む）を活用して解決しようとする保健行動であり、その解決のためには自己の判断力や実行力に依拠したセルフイニシアチブによる行動（観察、評価、決意、実行、継続）をとる」というものである。

4. 健康段階別にみるセルフケア論

セルフケア行動といっても、健康段階別にいくつもの分類がある。

すなわち、自覚症状がなく、病気を意識していない段階で、病気予防のための行動をとったり、病気の早期発見を行なおうとする病気予防としてのセルフケア、病気を起こしうる生活習慣の偏りに気づき、それを自ら変容させ、病気に対する脆弱性を積極的に改善するヘルスプロモーションのためのセルフケア、病気につながる自らの半健康状態に気づき、その状態の持続を避け、病気を回避しようとする病気回避のためのセルフケア、自覚症状があつて病気になっていると感じ、その状態から回復するために病気に対処（coping）しようとする

セルフケア、病気の自覚のみならず、自らの終末を漠然とあるいはかなりはっきり気づきはじめる過程でとるセルフケアである。

II 病気予防としてのセルフケア

病気予防のためのセルフケア行動は、自覚症状がなく、病気を意識していない段階であるにもかかわらず、さまざまな病気予防のための行動を、専門家の助けはあったとしても、自らの観察、評価、決意で実行しようとするあらゆる行動を意味する。が、自覚症状もないのにそうした行動をとるのはどのような背景をもった人であろう。

1. セルフケア行動を優先させている

人間はセルフケアをするためだけに生まれてきたのではない。むしろ仕事や趣味や学習などに生き甲斐を感じ、そうした行動を生活のなかで優先させがちである。にもかかわらず、セルフケアが行なわれるには、他の生活行動よりも

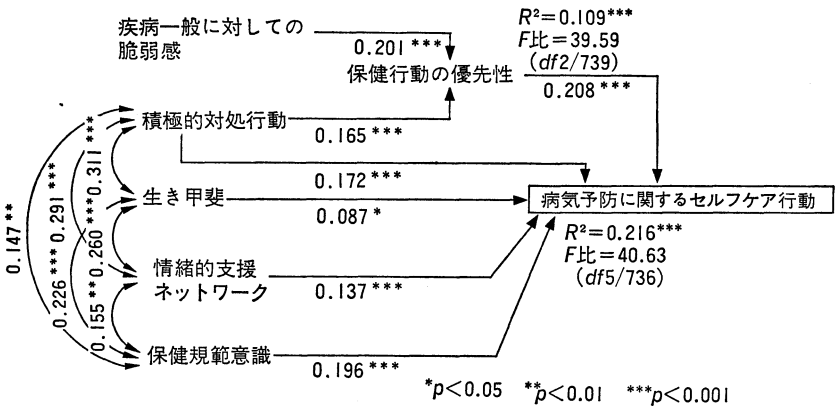


図1 大都市近郊住民の予防的保健行動と実行要因に関するパスダイアグラム (宗像, 1987)

セルフケアのための保健行動を優先させる必要性を感じていなければならない。このことについては、ケーゲルス（1966）が saliency of health という概念で主張している。

セルフケア行動を他の生活行動より優先させようとする態度、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」「いくら仕事があまっていても、健康のために無理はしないほうである」などといった態度、それが、病気予防のセルフケア行動に関するパスダイアグラム（図1）でみると、食事、睡眠、休養、環境整備などの病気予防のためのセルフケア行動の実行を有意に促す直接効果をもっている。

では、どのような背景が、他の生活行動よりもセルフケアのための保健行動を優先させようとするのであろう。

図1に示したパスダイアグラムによれば、その背景の1つは「他の人より病気に対する抵抗が弱い」「身体に自信がない」「重い病気をしたことがある」とか、「病気のちょっとした症状でも気になる」など、ローゼンストック（1966）やベッカーら（1975）の保健信念モデルを提唱する人たちのいう病気に対する脆弱感（vulnerability）をもっていることである。実際、そういう脆弱感をもつ人は、過去にいくつかの病気をもった経験があるので、こうした意識が作られたのであろう。

また、同時にもう1つの背景として、2.で述べる不安や悩みなどに対して、消極的、逃避的ではなく、積極的に対処しようとする傾向をもっていることである。

2. 病気の不安に対して積極的な対処行動をとっている

一般に、問題や悩みをかかえたとき、「その原因を見極め、問題解決行動をとるとか、信頼できる人に相談するとか、スポーツや趣味などで気分転換をはかる」といった積極的で効果的な対処行動をとる人に比べ、「アルコールを飲んでうさ晴らしをするとか、気晴らし食いをするとか、物を投げたり、壊したりしてウッポンを晴らす」など、問題解決に直接つながらない消極的、逃避的対処

行動をとりやすい人は、当面の問題や悩みが解決せず、無力感(helplessness)をもちやすく、神経症状態、半健康状態に陥りやすい(宗像ら, 1986)。したがって、病気の不安や恐れがあっても逃避的な対処をしがちな人はむしろ無力感をもちやすく、セルフケア行動を積極的に優先してとっていかうとする態度が形成されず、実際病気予防のセルフケア行動の実行には結びつかない。

他方、病気への不安や恐れを含め問題や悩みに対し、積極的な対処行動をとる行動特性は、図1にみられるように、その他の生活行動に対してセルフケア行動を優先させたり、また、それを促す効果がみられる。

3. セルフケアへの役割意識をもっている

ポリオワクチンについて知識のない(低所得階層の)母親でも、「よい母親ならポリオワクチンの接種を受けさせなければならない」という母親としての役割意識によって動機づけられ、行動していることを、クラウゼン(1954)が報告している。セルフケア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、母親、管理職など特定の立場にある人々への、セルフケア行動に関する役割期待が、行動を強く動機づける。

日本人の場合、回りの人、とりわけ家族や職場仲間がどのように期待しているかに強く影響されるところがある。体力づくり事業財団の「健康づくりに関する調査」(1985)によれば、健康を気づかう理由について、「家族に与える心配や不安や実際上の影響」や、「仕事、家業への支障」を挙げている人が、全体の85%を占めた。それほど、病気になることで回りの人々に迷惑をかけることを気にしている。

したがって、回りの人がセルフケアに関してどのように期待しているかという役割期待意識は、セルフケア行動への動機づけに大きく効果を及ぼす。

実際、図1をみても、「乳幼児の虫歯の責任は母親にある」とか「仕事上、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」などの家庭や職場におけるセルフケアへの役割意識、すなわち保健規範意識(宗像, 1983)

がセルフケア行動を促す有意な直接効果をもっている。

4. 生き甲斐をもっている

あたりまえの話であるが、健康であるために勧められた行動に積極的な人は、まず、生きることや、健康であることに価値を見いだしている人である。抑うつ状態にある人のように、生きる希望がない、死にたいと願っている人がセルフケア行動に積極的にならないのは、当然である。

実際、仕事や家庭や趣味などに生き甲斐をいろいろもっていることは、図1にみられるように、十分な睡眠や休養、バランスのとれた食事の工夫や適切な運動などのセルフケア行動さえも促す有意な効果がある。

5. 心のサポートネットワークをもっている

一般に健康のためのセルフケア行動を積極的にとる人は、IVで述べる、回りから手段的なサポート（情報、金銭、物品、手伝いなどの提供）や情緒的なサポート（安心させる、評価する、察する、共に喜ぶ、支持する、相談に応じるなど）に恵まれた人であることは、さまざまな調査報告が裏づけている（ハインズ、1976；ダンバーとスタンカード、1974；ムナカタ、1982）。

6. ストレス対処行動としてのセルフケア

これまでの検討から、一般の人々のセルフケア行動を支えている背景は、大きくいくつかのものにまとめることができる。

1つには、これまでに大きな病気を体験し、病気に対する脆弱感があり、不安や恐れをもっていると同時に、ふだんの生活のなかで、病気やそのほかのさまざまな不安や悩みといったストレスに対して積極的に対処しようとする態度をもっていることがセルフケア行動を優先させ、そして、実際、病気予防のセルフケア行動を促しているということである。もう1つは、病気に対する脆弱感をもっていなくとも、不安や悩みというストレスに対して問題解決などの積極的な対処行動をとる態度はそれ自体がセルフケア行動を促す効果をもってい

るということである。

また、このようなストレスに対して積極的な対処行動をとる態度は、家庭、職場などでの人間関係が良好で互いに認めあう気持ちを持ち、生き甲斐を持ち、また病気になることで回りに迷惑をかけるので、自分や回りの健康管理に責任を感じるという意識とそれぞれ結びついている。それは、図1の左端のそれぞれ有意な相関係数が明らかにしている。換言すると、家庭や職場での人との情緒的なサポートのあるネットワークが生きがいを感じることにつがなり、それゆえ家庭や職場などでの回りの人々への迷惑を避けたり、自分自身やその人達のためにもセルフケア行動をとるべきとする役割意識をもっていて、それらの意識が積極的な対処行動と有意に結びつくということである。

病気予防のセルフケア行動は、病気に伴う不安ではなく、病気になるかも知れない不安に対処する行動であるが、その不安というストレスに消極的、逃避的に対処するのではなく、積極的に対処するには、生きがいを持ち、回りから情緒的に支えられている生活が必要といえるのだろう。

一般に自分の対処能力とそれを越える生活上の要請との関係が認知されることが心理的なストレスと考えられている（ラザラスとフォークマン、1984）が、それに対する積極的、効果的な対処行動には、不足する能力を手段的に補足したり、またストレスに伴う反応を情緒的に軽減させ、平静心を回復させるサポートネットワークが必要となる。実際、そのサポートネットワークの効果を示す研究は少なくない（キャセル、1976；コブ、1976；ゴア、1979；アンドリュースら、1978）。したがって、セルフケアをストレス対処行動とみたとき、逃避せず、平静心を保ち、問題解決につながる積極的な対処行動をとるために情緒的サポートが必要であると考えても不思議はない。また、生きがいについても、それが無い人生では不安や恐れに積極的に対処したり、また、セルフケア行動をとろうとするモチベーションが起こらないのも至極当然のことである。

Ⅲ 慢性疾患患者のセルフケア行動と課題（表1）

1. 自らの脆弱さの認知からはじまるセルフケア

慢性疾患患者の治療は原状回復の治療というよりも、セルフケアや回りからの支援によって、患者本人が自らの生活の自立を回復することが中心となる。

したがって、慢性疾患患者のセルフケアが成功するか否かは、まず本人が「自らの疾病や障害を認知し、それを受け入れ、生きる意欲を失わないで、自己コントロールを回復しようとする気持ちをもつかどうか」にかかっている。

慢性疾患患者のセルフケア行動は、まず患者が自らの不可逆的な病理変化に

表1 慢性疾患患者にとって必要なセルフケアの課題

-
1. 自らの疾患や障害を現実的に認める。
 2. セルフケアのために必要な知識や技能を身につける。
 3. 治療の必要や症状管理や安全性の確保のために、これまでのライフスタイルを現状にあったものに修正する。
 4. 家庭、職場などでの役割変化や、障害をもつものとして必要な役割（セルフケアをする、支援を求める、回りの人を思いやるなど）を新たに身につけるなど、変化する役割に適応する。
 5. 変化する身の回りの人との関係に適応する。
 6. 必要な健康指示を守る。
 7. 疾患や治療に伴う身体的な不快さを処理する。
 8. 慢性疾患に伴うさまざまな心理的、社会的、身体的な事柄の喪失への悲しみを経て、これからの人生の目標を新たに立て直す。
 9. 避けられない死期や残された時間の限界に対処する。
 10. 疾患や障害に伴う社会的偏見に対処する。
 11. 無力感を避け、自ら判断し、意志決定でき、行動できているという自己イニシアチブをもっている感じを保つ。
 12. 自己に対する価値感を保ち、自尊心を低下させない。
 13. 症状や障害にもかかわらず、正常さの感覚を保つ。
 14. はっきりしない状態あるいは悪化している状態にもかかわらず、希望をもつ大切さを体験する。
-

(J.F.ミラー, 1983, 宗像訳, 一部修正加筆, 1988)

よって生じた身体的ならびに精神的機能障害、あるいは形態的障害の現実を知り、それに伴う脆弱さ(vulnerability)を受け入れるところから始まる。自らの障害の状態を現実のものとして認めない限り、それに見合ったセルフケアのための現実的な行動様式を身につけることは困難である。

たとえば、慢性肝炎の患者が、いかに仕事のためとはいえ、他の健康な人と同じように付き合い、十分な睡眠もとらずに働き続けると、病状悪化をもたらす、ついには食道静脈瘤破裂、腹水を伴う肝硬変や肝癌に移行する結果を招きやすい。ところが、たとえ職場の同僚の不規則な生活をみている、自分はやっとでも生活のリズムを壊すと、たちまち重大な病状変化につながるという脆弱さを十分理解していると、「不規則な生活を続けない」とか「十分な睡眠をとる」などといったセルフケア行動が促される。また、これまでの仕事量を減らしたり、仕事の内容を変えたり、人生の目標を変えたりして、自分の現状に合ったライフスタイルで、より健康な生活に適応できるようになる。

2. 患者の生きる希望とセルフイニシアチブ

しかしながら、実にこの自分の障害に伴う脆弱さを認め、それに合った形で自分のライフスタイルを変えるということは、ストレスが強く、しばしば自尊心を低下させるので、自らの障害やその脆弱さを認めないことがしばしばある。自分の障害にあった形で自分のライフスタイルを変えることは、従来の習慣を変容させなければならないことによる不安や恐怖感が生じ、また以前からの人々との付き合いや、今までの生き甲斐の対象を失いやすく、抑うつ的になり、生きる希望さえも見失いやすくなるからである。

また、抑うつ、不安が強いと、現実的な判断力を失いがちになり、本人の生存のために必要なセルフケアさえ放棄しがちとなる。実際、私たちの調査結果からみても、生活行動能力(ADL)の悪化に伴って示される障害の程度が高まるにつれて、確実に抑うつ症状や神経症症状が強まっている。もちろん慢性疾患といっても、ひとまとめにできないほどの機能や形態上の障害の差異がみられるが、たとえば人工透析を受けなければならないような慢性腎不全患者な

どは、1週間の大半の時間を通院透析にさかねばならなくなる。こうした患者で、健康なときに生き甲斐であった仕事や趣味を続けられる人はまれである。また、機械によってやっと生かされている自分や、水さえろくに飲めない生活に嫌気がさして、生きる希望さえも見失いがちである。こうした生きる意欲を失った患者は、あたかも自殺するかのようになり、必要なセルフケアをまったく放棄してしまうことになる。

このように不安や抑うつ感が強いとき、その患者の心を支えるものは、家族や患者会の仲間や、医療・福祉従事者である。それらの人々から情緒的サポートを得ることができれば、慢性疾患に伴う障害によって、一般の人たちよりも生活行動を制限され、また、かつての生き甲斐の対象を奪われ、ともすれば落ち込みやすく、不安がちな状態にある者も、これらの状態が軽減され、生きる希望も湧いてくるというものである。それに伴って、これまでのライフスタイルを振り返り、自分の今の身体的・精神的状態を吟味し、現実即した生活をしようとする意欲も次第に高まってくる。たとえば、宗像らの調査(1984)によれば、グループホームやホステルの精神障害者で、家族や友人など回りの人たちとのよい対人関係を自己報告している人は、「薬を自分で飲む習慣が身につく」「必要に応じて薬の量の増減を自分で調整できる」「疲れたときなど早めに休養することができる」など、自分の精神的な障害に対する現実的なセルフケアをとりやすく、「幻聴や妄想などがあっても、それなりに生活できる」「自分の感情をうまく抑えられる」「あまりあせらないで自分のペースで行動できる」という、精神健康のより良好なセルフコントロール状態にあることを報告している人が、有意に多くなる。

このように、回りの人たちが患者を評価し、支持してあげることで、患者はセルフケアへの自信も湧き、自分の障害も現実的に認めるようになり、生き甲斐の対象や人生の目標を変える気持ちになってくるところがある。

3. ミテュアルケア (mutual care)

しかし、視点を変えてみると、自分の障害に見合ったセルフケアを行なえる

ためには、回りのさまざまな人々に自分の障害を認知してもらい、理解してもらえよう、患者自身も努力することが不可欠である。自分の障害を知られたくないと思い、回りの人々に自らの状態を説明し、理解してもらおうとせず、また自らに脆弱さがあるにもかかわらず、無理に回りの人々の生活に合わせようとすることによって、症状が悪化することは少なくない。障害が可視的でない場合は、回りの人々が障害を認知できないので、なおさら説明と理解が必要である。

たとえば、心臓弁膜症、人工透析患者、肝硬変患者などのように、障害がみえないときには、回りは通常の人々と同じ付き合いを期待する。しかしここで、心臓弁膜症の人が休息・休養もとらずに無理した行動をとるとどうなるだろう。人工透析患者が勧められるままに、回りと同じようにお茶を飲むと、身体のみくみや透析時の急速な減水に伴う苦痛はどうなるであろうか、また、肝硬変の人が、生活のリズムを壊してまで、無理して仕事を続けることは、自分の生死にどのようにかわるであろうか。こういうことがどうなるか、患者自身わかっていることであるが、回りの人々に合わせてしまうような愚かなことをついしてしまいがちである。

また、家族や職場など、回りの人たちからさまざまな手段的・情緒的サポートを得られるか否かは、日頃、患者が回りの人たちに対してそうしたサポートをしてきているか否かにかかわることが多い。患者になったからといって、ふだんのそうしたかかわりもなしに、急に回りの人たちから支援を得ようとしても無理である。たとえ、医療・福祉従事者のような専門職意識をもった支援者であっても、患者が従事者を思いやったり、共感したり、日頃の活動に感謝するといった情緒的サポートをお返しすることがなければ、心のこもったサポートを期待することができないのではないか。いわんや、家族から心あるサポートを期待するならば、患者は、介助ケアをしてくれる家族の気持ちを思いやったり、感謝する情緒的なサポートをするよう心がける必要がある。まさに、患者と家族はお互い支え合うミテュアルケアの担い手なのである。

IV ソーシャルサポートネットワーク論

すでにみてきたように、病気への不安や慢性疾患に伴う不安などを含めた、あらゆるストレスへの対処のためのセルフケアの実行は、回りからのサポートネットワークによって効果的に支えられる面がある。さらには近年、ストレス源の発生抑止や死亡率の低下に対するソーシャルサポートネットワークの機能について、さまざまな研究がみられるようになってきている。

一般に、人がもっている社会的関係網の集まりがソーシャルネットワークと呼ばれ、またその社会的関係網のなかで行なわれる相互作用が人々に対して支援するような性質をもつと認められたものがソーシャルサポートネットワークと呼ばれている(アンドリュースら, 1978; シューファーら, 1981)。そのソーシャルサポートの内容や働きについては、さまざまな人々(ウェイス, 1974; キャプラン, 1974; デーンとリン, 1977; ゴブ, 1975; ゴア, 1978; ハウス, 1981; ムナカタ, 1982)が明らかにしている。たとえば、ハウスは、共感する、信じるなどの情緒的サポートや金を貸してくれたり、仕事を手伝ってくれる手段的

表2 サポートネットワーク(宗像, 1983)

a. 手段的サポートネットワーク

- (1) 経済的に困っているとき、頼りになる人
- (2) あなたが病気で寝込んだときに、身の回りの世話をしてくれる人
- (3) 引っ越しをしなければならなくなったとき、手伝ってくれる人
- (4) わからないことがあるとよく教えてくれる人
- (5) 家事をやってくれたり、手伝ってくれる人

b. 情緒的サポートネットワーク

- (1) 会うと心が落ちつき安心できる人
 - (2) 気持ちの通じあう人
 - (3) つね日頃あなたの気持ちを敏感に察してくれる人
 - (4) あなたを、日頃認め評価してくれる人
 - (5) あなたを信じてあなたの思うようにさせてくれる人
 - (6) あなたの喜びを我がことのように喜んでくれる人
 - (7) 個人的な気持ちや秘密を打ち明けることのできる人
 - (8) 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
-

サポートや問題解決のための情報を与えてくれる情動的サポートや仕事のどこがよくないかなどを適切に評価してくれる評価的サポートといった4つのサポートに分類している。宗像（1983, 1987）は、情動的サポートを手段的サポートに含め、評価的サポートを情緒的サポートに含めた分類法をとっている（表2）。すなわち、安心感、信頼感、支持や奨励、自己価値感、自信感、希望、親密感などが得られる情緒的サポート（emotional support）、手伝い、金銭、物品、情報などが得られる手段的サポート（instrumental support）とである（サポートネットワークの測定方法に関する概観は南<1986>論文が詳しいので参照されたい）。

ところで、私たちが生活していくなかでさまざまな要請に対処する際、このような手段的、情緒的なサポートをしてくれる人々のネットワークが満足できるものとして備わっているかどうかによって、その対処のあり方が大きく変わるといわれている。たとえ自分の対処能力を越えた要請があって、それが不安、憂うつ、下痢などというストレス反応（症状）を呈するようなものでも、サポートネットワークが満足しうるほど十分あると感じ、自分にはそれを活用できる能力があると思っていれば、ストレス反応（症状）は軽減したり、解消したりする。こうした考え方は、米国を中心に1970年後半から提唱される（キャプラン、1974；キャセル、1976；コブ、1976）ようになり、それを証明する実証的な研究が盛んになされてきている。

たとえば、ゴア（1978）は、数週間失業状態にある人々でも、配偶者から情緒的にサポートしてもらっていると感じている人々は、失業したということで、自分を責めることはなく、自覚症状ももつことは少なく、コレステロール値も低いと報告している。しかし、逆に、サポートされていないと感じている人は、雇用関係に関係なく抑うつ気分が強いと報告している。また、ハウスとウェルズ（1978）が1809人の男性製造業労働者を対象とした調査を行なった結果によれば、上司、仲間、友人、家族、親族からのソーシャルサポートは仕事上のストレス源が心身の健康への悪影響を軽減する力をもっており、とりわけ消化器性潰瘍や神潰症症状への軽減において顕著で、また、特に上司と配偶者

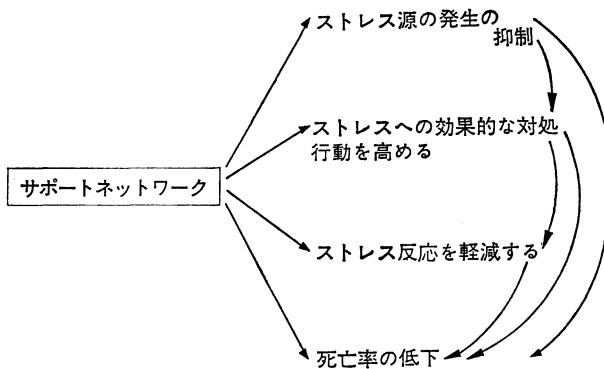


図2 ソーシャルサポートネットワークの効果(宗像, 1989)

のサポートがより有益であると報告している。また、キャプラン(1971)によるNASAの専門職を対象とした調査では、仕事仲間からの強いサポートのある人には仕事上のストレス源と心臓病のリスクとに有意な結びつきは見いだせないが、サポートのない人は重大な結びつきがあると報告している。

ところで、図2に示すようにソーシャルサポートネットワークは、ストレス源となりうる生活上の要請への対処を効果的に支援する働きがあるばかりではない。ストレス源それ自体の発生を抑制するという働きもある。

ゴールドバーグやコムストック(1980)は生活出来事というストレス源と属性との関係を調査したが、その結果、既婚者は未婚者、離・死別者などよりも、1年間における生活出来事を5つ以上もつことがより少ないと報告している。つまり、生活環境の変化は、ネットワークの構造によって決定されることもあるというのである。もちろん、転居、配置転換などのような生活環境の変化の方がネットワークの結びつきを壊すという逆の作用もある。

たしかに、ソーシャルサポートネットワークは、ストレス源の発生の抑制や、効果的なストレス対処能力を向上させる働きによって人々の健康状態を大きく左右するだろう。しかし、それではストレスをあまりもたない人にとってはサポートネットワークは作用しないことになる。ソーシャルサポートネットワークは、ストレスに対する作用に加えて、図1にすでに示したように人々の健

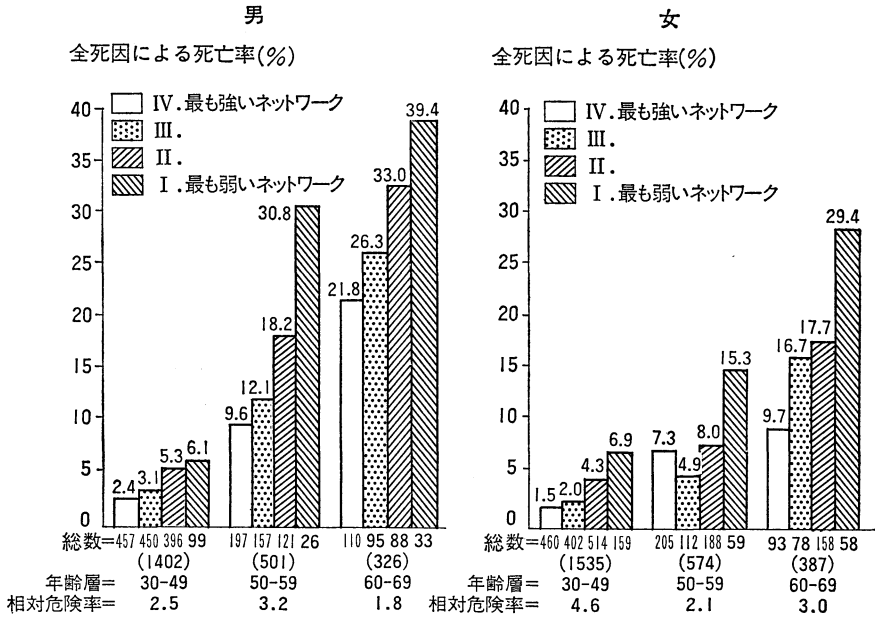


図3 社会ネットワーク指標と死亡率 (1965-1974) L.F.パークマン, S.L.ザイム

康や生き甲斐などといった生きることへの全般的な要因と結びつくりしい。それは調査開始時の健康状態や社会経済的状态などをコントロールしてもよい低い死亡率、より長い平均余命と強い関連がみられる。図3のように、パークマンとザイム(1979)の9年間の追跡調査の結果から、ソーシャルサポートを担うネットワークの強弱によって死亡率が2倍以上高いことが見いだされた。同じような調査結果が、ハウスら(1978)、ハウス、ロビンズ、メラー(1982)などによっても報告されている。また、ドッジとマーチン(1971)は、年齢別、性別に見た地域人口の配偶関係という基本的なソーシャルネットワークの状態を測定し、未婚、離婚、死別など社会的結合度の低下を社会的ストレスとし、それと各種疾患の死亡率の高さについて報告している。

かつて、スミスとホップス(1966)は、健康問題とは家族・親族や職場仲間や友人など自然なソーシャルサポートネットワークの力が衰弱したところに生まれるといった。たしかにこのようにソーシャルサポートネットワークの力が

衰弱した社会環境では、ストレス源が多発したり、セルフケアも含めたストレスに効果的に対処できる力を人々に提供できなかつたり、また、人々の健康水準や生活の質が低下するのかもしれない。

引用文献

- 1) Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D., & Schonell, M. : The Relation of Social Factors to Physical and Psychiatric Illness, *American Journal of Epidemiology*, 108, 27-35, 1978.
- 2) Banks, M. H., Beresford, S. A. A., Morrell, D. C., Waller, J. J. & Watkins, C. J. : Factors Influencing Demand for Primary Medical Care in Women Aged 20-44 Years, A Preliminary Report, *Int. J. Epidemiol.*, 4(3), 189-195, 1975.
- 3) Becker, M. H. & Maiman, L. A. : Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations, *Medical Care*, 13, 10-23, 1975.
- 4) Berkman, L., & Syme, S. L. : Social Networks, Host Resistance, and Mortality : A nine-year follow-up study of Alameda County residents, *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204, 1979.
- 5) Caplan R. : Organizational Stress and Individual Strain ; A Social Psychological Study of Risk Factors in Coronary Heart Disease Among Administrators, Engineers and Scientists, doctoral thesis. University of Michigan, Ann Arbor, 1971.
- 6) Caplan, G. : Support Systems and Community Mental Health. New York; Behavioral Publications, 1974.
- 7) Cassel, J. : The Contribution of the Social Environment to Host Resistance, *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123, 1976.
- 8) Clausen, J. A., et al. : Parents Attitudes towards Participation of their Children in Polio Vaccine Trials, *Am. J. Public Health*, 44, 1526-1536, 1954.
- 9) Cobb, S. : Social Support as a Moderator of Life Stress, *Psychosomatic Medicine*. 38, 300-314, 1976.
- 10) Dean, A., & Lin, N. : The Stress-Buffering Role of Social Support, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 403-417, 1977.
- 11) Demers, R. Y., Altamore, R., Mustin, H., Kleinman, A. & Leonard, D. : An Exploration of the Dimensions of Illness Behavior, *J. Fam. Pract.*, 11 (7), 1085-1092, 1980.
- 12) Dunbar, J. M. and Stunkard, A. J. : Adherence to Diet and Drug Regimen, In

- Levy, R., et al, (eds.) : Nutrition, Lipids and Coronary Heart Disease, Raven Press, 391-423, 1979.
- 13) Goldberg, E. G., & Comstock, G. W. : Epidemiology of Life Events ; Frequency in General Populations, American Journal of Epidemiology, 111, 736-752, 1980.
- 14) Gore, S. : The Effect of Social Support in Moderating the Health Consequences of Unemployment, Journal of Health and Social Behavior, 19, 157-165, 1978.
- 15) Gove, W. R. : Labelling and Mental Illness, In W. Gove, The Labelling of Deviance : Evaluating a Perspective, Halsted, 48-51, 1975.
- 16) Haynes, R. B. : Strategies for Improving Compliance, In Sackett, D. & Haynes, R. B. (eds), Therapeutic Regimen, John Hopkins University Press, pp 69-82, 1976.
- 17) House, J. S. : Social Structure and Personality. In M. Rosenberg & R. H. Turner (Eds.), Social Psychology : Sociological Perspectives, New York : Basic Books, 1981.
- 18) House, T. S., Robins, C., Metaner, H. L. : The Association of Social Relationships and Activities with Morality ; Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study, American Journal of Epidemiology, 116, 123-140, 1982.
- 19) House, J. S. & Wells, J. A. : Occupation Stress, Social Support and Health, In McLean, A., et al.(eds.), Reducing Occupation Stress, U. S. Dept. of Health Education and Welfare, HEW (NIOSH) Publication, No. 78-140, 1978.
- 20) Kegeles, S. : A Field Experimental Attempt to Change Beliefs and Behavior of Women in an Urban Ghetto, Journal of Health and Social Behavior, 7, 248-254, 1966.
- 21) Knapp, D. A., Knapp, D. F. : Decision-Making and Self-Medication ; Preliminary Findings, Am. J. Hosp. Pharm., 29, 1004-1012, 1972.
- 22) Lazarus, R. S. & Folkman, S. : Stress, Appraisal, and Coping, New York, Springer, 1984.
- 23) Levin, L. S. & Idler, E. L. : Self-Care in Health, Ann. Rev. Public Health, 4, 181-201, 1983.
- 24) 南裕子 : ソーシャルサポートネットワーク, 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.
- 25) Munakata, T. : Psycho-Social Influence on Self-Care of the Hemodialysis Patient, Social Science and Medicine, 16(13), 1253-1264, 1982.
- 26) 宗像恒次 : 保健行動の実行を支える諸条件, 看護技術, 29(14), 30-38, 1983.
- 27) 宗像恒次 : 精神医療の社会学, 弘文堂, 1984.
- 28) 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, 精神衛生研究, 32, 47-65, 1986.

- 29) 宗像恒次：保健行動学からみたセルフケア，看護研究，2(5)，20-29，1987.
 - 30) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病气——現代日本人のころとからだ，メヂカルフレンド社，1987.
 - 31) National Analysts, Inc. : A Study of Health Practices and Opinions, Springfield, Va : Natl. Tech. Info. Serv., US Dept. Commerce, 343, 1972.
 - 32) Orem, D. E. : Nursing ; Concepts of Practice, New York, McGraw-Hill, 1971 (邦訳=小野寺杜紀：オレム看護論，医学書院，1976.)
 - 33) Rosenstock, I. M. : Why People Use Health Services, Milbank Memorial Fund Quarterly, 44, 94-127, 1966.
 - 34) Schaefer, C., et al. : The Health Related Functions of Social Support, Journal of Behavioral Medicine, 4 (4), 381-406, 1981.
 - 35) Smith, M. B. and N. Hobbs : The Community and the Community Mental Health Center, American Psychologist, 21, 329-37, 1966.
 - 36) 体力づくり事業財団：健康づくりに関する調査，1985.
 - 37) Wadsworth, M. E. S., Buterfield, W. J. H. & Blaney, R. : Health and Sickness, The Choice of Treatment, London, Tavistock, 114, 1971.
 - 38) Weiss, R. S. : The Provisions of Social Relationships, In Z. Rubin(Ed.), Doing unto others, Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1974.
-