

異文化におけるメンタルヘルスと病氣行動： ボストン在住日本人の調査より

宮地 尚子*

Mental Health and Illness Behavior in a Foreign Cultural Setting : A Study of Japanese Living in Boston.

Naoko T. Miyaji, M.D.

Department of Public Health, Kyoto Prefectural University of Medicine

Abstract

As a pilot study of mental health and illness behavior of overseas Japanese, a community survey was conducted in Boston. This paper describes psychological distress of Japanese living in the community, in relation to somatization, acculturation, social support, coping behavior and help-seeking behavior.

Major factors affecting mental health are gender, duration of stay overseas, future plans (whether returning to Japan or staying in the United States), experience of medical (somatic) problems and visits to a doctor, and social support.

The level of acculturation does not have a clear effect on mental health. Existence of a Japanese community in the area and the changing environment of migrants influence the cultural adjustment process.

Somatic symptoms are expressed as part of psychological distress rather than a defence or a mask to it, but self-recognition of psychological problems does not necessarily lead to professional psychiatric care or exclude seeking medical care.

Most illness behavior (including coping behavior and help-seeking behavior) occurs in the popular sector of the health care system, i.e., self management, getting information from mass media, consultation with family members and friends. Social support affects mental health significantly not only by reducing and buffering stressors, but also by providing stress coping resources and a lay referral network.

* 京都府立医科大学公衆衛生学教室

キーワード

病氣行動 Illness Behavior, 文化変容 Acculturation, 身体化 Somatization,
メンタルヘルス Mental health, 社会的支援 Social support

I 緒 言

日本の国際化に伴って海外在住邦人の数は年を追う毎に増加しているが、「カルチャーショック」や「海外不適應」等の言葉で知られているように、精神的問題を抱える海外生活者も少なくなく、海外在住邦人の精神衛生に関する対策の必要性が認識されるようになってきた（野田ら1988, 大西1987）。

これまで、海外在住邦人の精神的問題についての報告は、領事館や現地の病院、警察を通じて明らかになったような事例を中心にしたものが多い（稲村1980, 倉本ら1990, 大西1987）。しかし、海外での適切な精神保健対策を考えていくには、氷山の一角である重篤な症例にのみ注目するのではなく、広い意味でのヘルスケアシステムを視野に入れ、「事例」にはならないレベルでの問題の発生状況を把握し、行動科学的視点から、問題の対処法や健康の維持法など、人々の病氣行動を理解する必要がある。

A. Kleinman はヘルスケアシステムを、民間セクター Popular Sector, 民俗セクター Folk Sector, 専門セクター Professional Sector の3つが重なり合う文化システムとしてとらえている。米国や台湾では、70～90%の病氣エピソードが民間セクターで処理されているといわれ（Kleinman, 1980）、日本でも同様の報告がある（大橋1989, 藤内1987）。精神保健においては、病氣の定義が曖昧であったり、精神病、精神医療への偏見のため専門セクターへのアクセスが限られることから、特にこのモデルの中で病氣行動をみることが重要である。また精神保健といっても、精神的健康と身体的健康は密接に関連しており、その間の相互関係を常に意識しておく必要がある。

そして、海外在住邦人が対象の場合、もう一つ重要になるのが、精神的問題やヘルスケアシステムの社会文化的背景であり、たとえば、移住地域の特性や在住邦人の文化変容度、現地における社会的支援や医療資源の把握は、今後、精神保健対応策を考えていくためにも欠かせない。

筆者は1989年より3年間ボストンに滞在し、現地の海外在住邦人のメンタルヘルスとその社会的文化的文脈についてのパイロットスタディを行った（宮地1991）。海外在住邦人の精神保健に関する疫学的調査は、海外勤務者とその妻を対象とした宗像らの調査があるのみで（宗像1990）、海外の一地域に在住する日本人集団を対象とした調査はこれまでみられない。本稿では、ボストン在住日本人のメンタルヘルスについて、特に専門セクターと民間セクター、精神的健康と身体的健康、そして文化的背景という3つのテーマに焦点を絞って報告を行う。

II 調査地の背景

まず、調査地の背景を述べておこう。今回の調査地グレーターボストンは、米国北東部に位置し、ボストンおよびその近郊とで成り立っている。外務省の調査によると、1989年調査当時、海外に3か月以上滞在する邦人の数は58.7万人で、そのうち35%に当たる19万人が米国に滞在、過去10年間に全体で約3割、米国では約1.5倍の人口増加がみられる。グレーターボストン在住の邦人は同年3627人で、過去6年間で約3倍と近年の増加がめざましい。米国の邦人全体の4割が永住者であるが、グレーターボストンでは永住者は1割未満にすぎず一時滞在中が多い。一時滞在中の中では企業勤務者が少なく、学生、研究者、教職者の率が高いという特徴がある（以上、外務大臣官房領事移住部1990）。ただし、外務省の統計は地域の日本人全体を必ずしも正確に把握しているわけではなく、海外在留届を出さない人も多いため、現地の旅行者や日本人会ではグレーターボストン在住の日本人を6000人から1万人と推定している。

グレーターボストンの特徴としては、比較的安全で環境がよく、市内は公共

交通機関が発達していること、日本との通信、流通が発達し、日本食品店や雑貨店、レストランも多く、日本人学校や日本語図書館など、日本的な生活様式を維持するだけの資源が存在することが挙げられる。武道、鍼治療、指圧、塾など日本人向けの情報は日本食品店や日本人学校の伝言板等で入手できる。

医療に関しては、米国有数の医療機関が多数存在するほか、日本人会で日本人医師による医療相談グループが組織されている。健康診断を含めたいいのことは内科医が処理し、必要に応じて他に紹介がなされる。精神科領域では日本人の精神科医が2人いるが、いずれも郊外で米国人を対象に診療していて日本人にあまり知られていない。また日本語を話す心理療法家が2人いて、大学や知人の紹介でそれぞれ年間5～6人の日本人を診るという。各大学にはアドバイザーやカウンセラーがいて、英語ではあるが学生が援助を受けやすいシステムが存在する。

III 調査方法

グレーターボストン在住の日本人を対象にアンケート調査、面接調査と参与観察を行った。本稿ではアンケート調査結果を中心に報告する。

まず対象者であるが、海外在住の日本人は地理的に分散しており流動も激しいため、疫学的情報を得るために重要な、対象母集団全体の像の把握は困難である。また、外務省の邦人名簿は現地領事館でも公開されていない。したがって本調査では、次善の手段として現地の日本人会の許可を得、日本人会会員を対象とした。ボストン日本人会は30年の歴史をもち、日本語学校の運営、日本語医療相談など地域に根づいた活動を続け、会員数も多い。1989年度の会員数は家族会員551家族、個人会員276人であった。

家族会員は、名簿筆頭者を世帯主、2番目を配偶者、それ以外を子供とみなし、世帯主、配偶者のみを調査対象とした。個人会員と世帯主、配偶者の3集団による層別無作為抽出によって計500人を選択、質問票を郵送した。

質問の内容は、属性、精神健康度、主観的精神健康感、医療経験、文化変容

度、社会支援、ストレス要因と対処法、病気行動で、無記名回答を得た。また、アンケートの中で面接調査への参加者を募り、面接調査では同様のテーマについて詳細な情報を得た。統計処理、有意差の検定には、一元配置分散分析および t 検定を用いた。アンケート調査で用いた尺度、および質問項目について、以下簡単に説明を行う。

精神健康度：精神健康度 (General Health Questionnaire) は、回答者の過去数週間の心身健康状態を表す尺度で (Goldberg 1972, 中川1982)、本調査では宗像らの精神健康度30項目版 (宗像1990) を使用した。30点満点で点数が高いほど精神健康度が悪いと考えられ、日本語版精神健康度60項目版との相関分析から9/10がカットオフポイントとなっており、10点以上の者を神経症圏内者とみなし、その割合をみた (宗像1990)。また、30項目中、身体症状にかかわる7項目の点数をそれ以外の項目の点数で割ったものを「身体化率」とし、身体症状と精神症状の関連を見るのに用いた。

主観的精神健康感：精神的不健康の自覚の有無は、病気行動 Illness behavior や求助行動 Help-seeking behavior に大きな影響を及ぼすと考えられる。しかし精神的な問題を率直に認める人は少ないと予想されたので、「過去1年間に、神経症、ノイローゼ、鬱病、神経衰弱、自律神経失調症等に罹ったことがあるかどうか」という質問に、「罹ったことがある」「罹っているのではないかと思ったことがある」「罹るのではないかと思ったことがある」「まったくない」の4つから回答を選んでもらった。前者3つを精神的不調の自覚ありとした。

医療行動：現在の病気の有無と病名の他、過去1年の医療経験について、専門セクターと民俗セクターを網羅するよう、外来受診、入院、日本人医師への受診、留学中の医師への相談、日本からの薬の持参や民間薬の保持、宗教的治療、民間療法の経験の有無を聞いた。

文化変容度：現地の文化にどれほど馴染み、生活習慣や価値観を共有しているかという文化変容 Acculturation の程度は、海外移住者の心身の健康状態や医療行動を規定するといわれるが (Burnam, 1987)、海外在住邦人の文化変容度を調べた既存の研究は見当たらない。そこで文化変容度の指標として、

英語能力、日常接する人のうち日本人の占める割合、日本食の割合、日本語の書物を読む頻度、日本への電話、郵便の頻度、文化的親和度、生活容易感の8項目について5段階で自己評価してもらった。

社会的支援：社会的支援の存在は、ストレスの発生を抑制し、反応を軽減し効果的な対処行動を高め、心身の健康や死亡率にも影響するといわれる(Cohen, 1985)。ここでは宗像による情緒的支援9項目および手段的支援5項目(宗像1990)を用いて、「甘えられる人」など、現地での社会支援の有無とその人数を聞き、14項目を加算して尺度化した。日本にいる社会支援者も6項目について尋ねた。

ストレス源：過去1年にストレスを感じた出来事や経験、苛立ちや心配のもとになることを自由記述してもらい、テーマごとに分類した。

ストレス対処行動：ストレス解消のため、日頃気をつけたり、特に行っていることについて自由回答を得た。読書など自分一人でする(非対人的な)もの、買い物など必ずしも対人的ではないが他の人とかかわる可能性のある(準対人的な)もの、配偶者に相談するなどの対人的な方法の3種類に分類した。

病氣行動：健康問題、精神的問題のそれぞれに関する情報やアドバイス、援助をどこから得るかについて自由回答を得た。また、神経症、ノイローゼ、神経衰弱、自律神経失調症、鬱病などに罹ったと仮定した時の行動について、自己解決、家族に相談、友人に相談、上司やアドバイザーに相談、帰国、内科受診、精神科受診、その他の8つの選択肢から好きなだけ選択してもらった。

IV 結 果

1) 回答者の属性

質問票500通のうち4通が住所不明で返送され、残り496人中262人(52.8%)から回答を得た。回答が不完全であった23人を除く239人(48.2%)を分析対象とした。面接調査へは質問票回答者のうち30%にあたる78名が協力を表明し、

表1 属性

項目		回答者数				神経症圏内 (%)			
		全体	%	男性	女性	全体	男性	女性	
	全体	239				30.4			
性別	男性	124	51.9%	124		25.0		p<.05	
	女性	115	48.1%		115		36.3		
年齢	30歳未満	45	18.8%	25	20	28.9	28.0	30.0	
	30-39歳	107	44.8%	59	48	31.8	27.1	37.5	
	40-49歳	62	25.9%	27	35	30.0	22.2	37.1	
	50歳以上	22	9.2%	12	10	22.7	8.3	40.0	
配偶 関係	既婚	191	79.9%	96	95	29.5	21.9	36.8	
	单身赴任	11	4.6%	11	0	27.3	27.3		
	家族同居	180	75.3%	85	95	29.4	21.2	36.8	
	離婚 死別	7	2.9%	3	4	33.3	33.3	50.0	
	未婚	41	17.2%	25	16	34.2	36.0	31.2	
最終 学歴	中, 高校	18	7.5%	6	12	17.7	0.0	25.0	
	短大, 高専	31	13.0%	5	26	38.7	60.0	34.6	
	大学	113	47.3%	59	54	32.1	27.1	38.9	
	大学院	77	32.2%	54	23	27.6	22.2	39.1	
米国 居住 年数	1年未満	62	25.9%	38	24	24.2	21.1	29.2	
	1-2年未満	47	19.7%	24	23	48.9	45.8	52.2	
	2-3年未満	29	12.1%	19	10	44.8	42.1	50.0	
	3-5年未満	32	13.4%	16	16	29.0	6.2	56.2	
	5-10年未満	26	10.9%	9	17	11.5	11.1	11.8	
	10年以上	43	18.0%	18	25	20.9	11.1	28.0	
帰国 予定	永住予定	44	18.4%	16	28	25.0	6.2	35.7	
	一時的滞在	145	60.7%	86	59	27.1	24.4	32.2	
	帰国未定	50	20.9%	22	28	45.8	40.9	46.4	
有職 状況	有職者	117	49.0%	85	32	26.3	24.7	34.4	
	学生	48	20.1%	30	18	34.0	30.0	44.4	
	専業主婦	65	27.2%	0	65	35.4		35.4	
	その他	9	3.8%	9	0	50.0	11.1		

表2 過去1年の心身健康状態および医療経験

		回答者数 (N=239)				神経症圏内 (%)				身体化率%	
項目	細目	人数	%	男	女	全体	男	女	有意差	男	女
全体		239		124	115	30.4	25.0	36.3		41	46
神経症 の自覚 (過去1年)	無し	180	75.3%	100	80	15.5	11.0	21.2	全体**	48	51
	少し	32	13.4%	12	20	68.8	75.0	65.0	男性**	36	47
	多分	26	10.9%	12	14	84.6	91.7	78.6	女性**	32	34
	有り	1	0.4%	0	1	100.0		100.0			62
現在の病氣	有り	53	22.2%	23	30	47.2	43.5	50.5	全体**	42	47
	無し	186	77.8%	101	85	25.5	20.8	31.8	男性*	40	46
外来受診	有り	129	54.0%	55	74	36.4	32.7	39.2	全体*	41	49
	無し	110	46.0%	69	41	23.6	18.8	31.7		41	41
日本人医師 受診	有り	33	13.8%	21	12	51.5	33.3	83.3	全体**	42	39
	無し	206	86.2%	103	103	27.2	23.3	31.1	女性**	41	48
日本人医師 (非公式)	有り	11	4.6%	5	6	45.5	80.0	16.7	男性**	23	39
	無し	228	95.4%	119	109	29.8	22.7	37.6		42	47
入院	有り	10	4.2%	1	9	40.0	0.0	44.4		0/0	42
	無し	229	95.8%	123	106	30.1	25.2	35.8		41	47
民間薬や 日本の薬持参	有り	148	61.9%	81	67	34.5	32.1	37.3	男性*	41	51
	無し	91	38.1%	43	48	24.2	11.6	35.4		41	40
種々の 民間医療	有り	42	17.6%	19	23	40.5	26.3	52.2		40	37
	無し	197	82.4%	105	92	28.4	24.8	32.6		41	50

*p<.05 **p<.01

そのうち45名に面接が行われた。

アンケート回答者の属性をみると(表1左), 男性が52%, 既婚者が80%を占め, この比率は日本人会会員における男性51%, 既婚者(家族会員を既婚者とみなした)81%という比率とほぼ同様であった。回答者の平均年齢は37歳(最低20歳, 最高62歳), 学歴は93%が短大卒以上で, 高学歴, 若年層が多い。米国滞在期間は平均5年だが, 1年未満が4分の1, 3年未満で6割を占めている。一時滞在者が6割, 永住予定, 帰国するかどうか未定が各2割で, 国際結婚のためか永住者が女性に多い。約半分が勤労者(うち半数が民間企業勤務, 3分

の1が研究/教職、1割が自由業)で、3割が専業主婦、2割が学生である。

2) 精神健康度

表1の神経症圏の項に示すとおり、神経症圏内にある者は全体で30.4%、男性25.0%、女性36.3%であった。属性との関係では、婚姻状況については、男性で未婚者、離婚者、単身赴任者が既婚者より神経症圏内者が多いが、女性では未婚者より既婚者のほうが神経症圏内者が多い。また、男性では高齢、高学歴になるほど神経症圏内者が減るが、女性は逆の傾向がみられる。いずれも有意差はない。滞在期間では男女とも1年目は神経症圏内者が少なく、男性で2-3年目、女性2-5年目で増え、その後また減る傾向がある。将来の滞在予定が未定の者は男女とも神経症圏内者が多い。学生も神経症圏内者が多い傾向にある。

3) 主観的精神健康感

表2のとおり、過去1年間に神経症に「罹ったことがある」のは1人のみで、「罹っているのではないか」「罹るのではないか」と思ったことがある者が25%、「まったくない」が75%を占める。女性に神経症の自覚をもつ者が多い。

過去1年の神経症の自覚と、最近数週間の状態をみる精神健康度とは、質問の設定期間に違いがあるにもかかわらず強い相関があり、神経症圏内者に神経症の自覚をもつ人が多い。ただし、自覚といっても神経症であると認めているわけではなく、その可能性を認識するにとどまっている。また、神経症圏にある73人中28人(38%)は、神経症に罹ったことが「まったくない」と答えている。

4) 一般健康状態および医療経験 (表2)

現在病気の有無については、回答者の22%が調査時何らかの疾患をもっていたが、高血圧、皮膚炎、風邪、頭痛、腰痛などの軽症のものが多く、比較的重症のものとしては十二指腸潰瘍2人、卵巣腫瘍、慢性肝炎各1人であった。過去1年の医療経験については、外来受診は多いが入院は少なく、日本人医師の

受診、留学中の日本人医師への非公式な相談もみられる。精神科受診者はいず、カウンセリングを受けた者も3人のみであった。6割が日本からの薬や薬局で買える薬を持っていたが、薬の内容で精神安定剤をあげたのは2人のみであった。指圧、はり、漢方、禅、ヨガ、その他の民間療法は18%が経験していた。宗教的治療の経験者はなかった。

精神健康度との関係では、現在病気をもつ者、過去1年に医療機関を受診した者は、男女とも神経症圏にある者が多い。女性の場合日本人医師受診者に、男性の場合留学中の医師へ相談した者にその傾向が顕著であった。また、日本からの薬や民間薬を持っている者、民間療法の経験者も神経症圏内者が多い傾向がある。精神健康度には身体症状の項目も含まれているため、身体的不調と精神健康度が相関するのは不思議ではないが、「身体化率」をみると、身体症状の比率は女性で外来受診経験者や薬の持参者で高いが、男性の留学中の医師への相談や女性の日本人医師への受診、民間療法の利用者ではむしろ低くなり、精神的不調との関係が強いことが示唆される。

神経症圏内にある者の医療経験を、精神的な不調を自覚している者としていない者と比較すると、自覚がない者に日本人医師受診者が多いほかは有意な違いはみられず、自覚の有無にかかわらず医療経験が多いことがわかった。身体化率は女性の自覚のない者に少し高い傾向がみられた。

5) 文化変容度 (表3)

文化変容度については表3のとおり、約半数が日本食優位の食生活を送り、日本の新聞や雑誌、本をよく読み、約7割が月に一度は郵便、電話で日本と連絡をとるなど、日本的な生活様式や日本とのかかわりが強く保たれている。日頃接する人の中で日本人の割合が半分以上を占める者も多い。日本人コミュニティが現地に存在し、日本の生活の維持が比較的容易であることがわかる。しかし「日米どちらの文化が性格にあっているか」という文化的親和度では、日米ほぼ同程度の回答があり、「日米どちらの生活が暮らしやすいか」という生活容易感に関しては、米国に回答が偏る傾向がみられている。

表3 文化変容度

項目	細目	回答者数			神経症圏内 (%)		
		全体	%	男 女	全体	男	女
全体		239		124 115	30.4	25.0	36.3
英語能力	できない	5	2.1%	0 5	20.0		20.0
	買物可能	21	8.8%	2 19	42.9	50.0	42.1
	日常会話程度	72	30.1%	37 35	38.9	35.1	42.9
	あまり不自由なし	84	35.1%	55 29	26.2	20.0	37.9
	不自由なし	57	23.8%	30 27	22.8	20.0	25.9
対人関係 (日本の割合)	2割未満	69	28.9%	37 32	33.3	24.3	43.8
	2～4割	53	22.2%	33 20	26.4	30.3	20.0
	4～6割	54	22.6%	33 21	27.7	24.2	33.3
	6～8割	30	12.6%	11 19	23.4	9.1	31.6
	8割以上	33	13.8%	10 23	42.4	30.0	47.8
日本食の割合	2割未満	30	12.6%	12 18	30.0	33.3	27.8
	2～4割	43	18.0%	29 14	20.9	17.2	28.6
	4～6割	59	24.7%	32 27	22.0	18.8	25.9
	6～8割	48	20.1%	18 30	35.4	27.8	40.0
	8割以上	59	24.7%	33 26	42.3	33.3	53.8
日本の新聞, 雑誌, 本	まったく読まない	4	1.7%	2 2	75.0	100.0	50.0
	あまり読まない	37	15.5%	22 15	32.4	27.3	40.0
	時々, 読む	80	33.5%	33 47	28.7	21.2	34.0
	よく読む	73	30.5%	41 32	28.8	22.0	37.5
	欠かさず読む	45	18.8%	26 19	31.1	26.9	36.8
日本との電話	年に1回未満	4	1.7%	2 2	25.0	50.0	0.0
	月に1回未満	64	26.8%	33 31	21.9	18.2	25.8
	月に1～3回	102	42.7%	48 54	35.3	27.1	42.6
	週に1～3回	57	23.8%	30 27	29.8	23.3	37.0
	2日に1回以上	12	5.0%	11 1	41.7	36.4	100.0
日本との郵便	年に1通未満	5	2.1%	5 0	20.0	20.0	
	月に1通未満	71	29.7%	45 26	22.5	22.2	23.1
	月に1～3通	119	49.8%	54 65	33.6	27.8	38.5
	週に1～3通	38	15.9%	17 21	34.2	29.4	38.1
	2日に1通以上	6	2.5%	3 3	50.0	0.0	100.0
文化親和度	米国	20	8.4%	8 12	35.0	25.0	41.7
	やや米国	51	21.3%	22 29	37.2	18.2	51.7
	同程度	90	37.7%	47 43	27.7	25.5	30.2
	やや日本	51	21.3%	27 24	19.6	14.8	25.0
	日本	27	11.3%	20 7	44.5	45.0	42.9
生活容易感	米国	46	19.2%	21 25	28.2	19.0	36.0
	やや米国	85	35.6%	38 47	27.1	15.8	36.2
	同程度	67	28.0%	37 30	32.8	32.4	33.3
	やや日本	25	10.5%	16 9	32.0	31.2	33.3
	日本	16	6.7%	12 4	43.7	33.3	75.0

表4 Social Support

		全体	男 女		男		女				
					健康	神経症圏	健康	神経症圏			
人数		239	124	115	93	31	73	42			
現 地 支 援	総数	項数	11.9	11.0	12.8	**	11.6	9.2	**	13.1	12.3
	(14項)	人数	28.0	25.7	30.4	**	27.7	20.0	**	31.9	28.0
	情緒的	項数	7.7	7.0	8.4	**	7.5	5.8	**	8.6	8.1
	(9項)	人数	18.1	16.4	20.0	**	18.0	11.8	**	20.9	18.4
	手段的	項数	4.2	3.9	4.4	**	4.1	3.5	*	4.5	4.2
	(5項)	人数	9.9	9.3	10.5	*	9.8	8.0	*	11.0	9.5
	日本の	項数	5.7	5.7	5.8		5.7	5.8		5.7	5.9
	支援(6項)	人数	18.6	18.4	18.9		18.6	17.8		18.9	18.9
	現地支援者	2割未満	34	12	22		9	3		13	9
	のうち日本	2～4割	18	10	8		10	0		4	4
人の割合	4～6割	51	29	22		20	9		12	10	
	6～8割	51	33	18		26	7		14	4	
	8割以上	85	40	45		28	12		30	15	
	平均(%)	63.1	64.8	61.2		63.4	69.0		63.4	57.5	

有意差 * $p < .05$ ** $p < .01$

精神健康度との関係では、女性では郵便、電話、食事の項目で日本を指向している人ほど、また男性では日本のほうが暮らしやすいと答えた人ほど神経症圏内にある人が多いが、どの項目も統計的有意差は認められなかった。異文化適応に重要とされる現地語の能力 (Tran 1987) については、確かに男女とも英語能力が高いほど神経症圏内者が少ない傾向がある。しかし有意差はなく、たとえば、まったく英語ができないという女性には神経症圏内者は少ない。まったく英語のできない女性5人について他の特徴をみたところ、全員配偶者の任務の都合で渡米した専業主婦で、神経症圏内者の1名を除くと、いずれも日頃接する人は日本人がほとんどという生活である。また、現地での社会的支援も日本人から十分得ているという特徴がみられ、環境や生活上要求される語学レベルが大きく影響するようである。

6) 社会支援 (表 4)

現地の社会支援は、支援尺度(支援者ありの項目の合計)も人数の合計数も、女性のほうが有意に多い。東京の都市住民対象の調査(宗像1985)と情緒支援尺度を比較すると、平均7.7(男性7.0, 女性8.4)で、東京の6.9(男性6.4, 女性7.4)よりわずかに上回っていた。また現地の社会支援者の中で日本人の占める割合は平均63%(男性65%, 女性61%)で、日常接する人に占める日本人の割合の平均42%(男性38%, 女性47%)よりも高く、日頃日本人の少ない環境にいても社会支援は日本人から得ている人がかなりいる。男性の場合、社会支援には配偶者の有無が大きく影響し、支援尺度が、同居既婚者で12.2, 単身赴任者で7.9, 離婚者で8.0, 未婚者で8.6となっており、精神健康度との関与も社会支援を通しての可能性が示唆された。女性では明らかな関連はみられなかった。日本にいる支援者の数は、平均すると男女とも1項目当たり3.1人で、現地の支援者の2.0人(男性1.8人, 女性2.2人)よりかなり多く認識されている。

精神健康度との関係をみたところ、女性については、神経症圏内者とそうでない者との間に、支援尺度に有意な差がみられなかったが、男性においては、情緒的支援、手段的支援ともに、支援尺度も支援者の合計数も神経症圏内者のほうが有意に少ない。現地の社会的支援に占める日本人の割合と精神健康度との間には、はっきりした関係はみられなかった。また、日本にいる社会的支援者の数も精神健康度にほとんど影響がなかった。

7) ストレス要因 (表 5)

ストレスや悩みの内容をテーマ別に分類した結果を表5に示す。最も多いストレス源が対人関係で、職場、家族や夫婦関係のほか日本人同士のつき合いをあげる人も多い。仕事、英語、学業に関する悩みについては相互に関連し合う内容が多い。米国人の考え方や態度、習慣、人種差別など文化の違いに関するものは12人と比較的少なく、社会的孤立が7人、健康問題が5人、医療システムについては3人であった。男性に多いのは、職場、仕事、恋愛、勉学、将来

表5 ストレス要因

		人数 (N=239)			神経症圏
項目	細目	全体	男	女	全体
全体		239	124	115	30.4%
対 人 関 係	職場	9	8	1	44.4%
	家庭	10	4	6	30.0%
	夫婦間	15	4	11	26.7%
	恋愛	7	5	2	28.6%
	日本人	6	4	2	66.7%
	特定せず	16	6	10	50.0%
仕事		48	33	15	33.3%
英語		39	13	26	46.2%
子供		28	4	24	25.0%
学業		19	13	6	50.0%
文化、 孤立	人種問題	12	4	8	41.7%
将来		6	1	5	85.7%
安全		4	3	1	50.0%
財政		4	1	3	50.0%
ビザ 手続		3	1	2	66.7%
出 来 事	引越	8	3	5	50.0%
	事故	3	1	2	66.7%
	親族の死	3	3	0	33.3%
健 康	医療	3	1	2	66.7%
	健康問題	5	3	2	80.0%
その他		5	3	2	16.7%

に関する事で、女性に多いのは、家庭、夫婦関係、子供、英語、孤立であった。社会的支援と精神健康度の関係が男性に特に強いことを前項でみた。が、ストレス源として孤立をあげた男性は1人だけであった。

各項目の神経症圏内者の割合をみたところ、日本人同士や職場での人間関係、英語、学業、文化、孤立、将来の不安、事故、引越、健康問題、安全性、ビザ、財政問題を訴えた人に高い傾向がみられた。

8) ストレス対処行動

(表6)

ストレス対処行動についての自由回答を、対人的かどうかで分類したものを表6(a)に示す。男性では有意に対人的な方法をとる人が少ない。

心理的な対処では、忘れる、気にしない、いい面を見る、謙虚になるなどが多く、事態を積極的に変えるといったものは少なかった。

表6(b)にあるように、対処法の選択は、精神健康度や社会支援者合計数と有意に関連がみられ、男女とも対人的な対処法を用いる人のほうが社会支援者合計数が多く、神経症圏内者の割合が低くなっている。この傾向は特に男性に顕著にみられる。

表6 ストレス対処行動

a) 分類 (n=239, 男=124, 女=115, 複数回答あり)

非対人的	人数	準対人的	人数	対人的	人数
読書	14	運動	70	友達に会う	9
日本のビデオ, テレビ	11	趣味	27	友達と会話	19
睡眠	18	散歩	21	会合	6
休息	9	アルコール	11	日本の友達に電話	7
黙想, ヨガ, マッサージ	6	買い物	9	友達に手紙	3
風呂, シャワー, サウナ	4	旅行	8	家族と会話	6
英語の勉強	3	家事	7	配偶者に相談	6
気にしない, 忘れる*	23	食事	6	セルフヘルプグループ	1
考え方を変える*	10	ドライブ	6	問題点を人に話す*	6
成り行きに任せる*	4	仕事に専念	2		
		いつもの生活を維持*	3	*は心理的態度	

b) 精神健康度, 社会支援者保有との関係 (n=239, 男=124, 女=115, 複数回答あり)

対処法	人数			神経症圏内者			社会的支援(総人数)		
	全体	男	女	全体	男	女	全体	男	女
非対人的法を選択	102	43	59	36.3%	25.6%	44.1%	27.5	25.6	28.9
準対人的法を選択	85	47	38	34.1%	27.7%	42.1%	30.6	28.8	32.9
対人的法を選択	52	11	41	30.8%	0.0%	39.0%	34.2	35.1	30.4
無回答	75	47	28	24.0%	27.7%	17.9%	26.1	23.3	30.9

9) 病气行動, 求助行動

表7のとおり, 健康問題に直面した時の行動としては, 医師, 大学医療センターなど専門医療への相談が最も多く, 次が友人への相談, そして本, 雑誌, テレビなどのマスメディアの利用, 家族への相談となっている。一方, 精神的問題では, 友人, 家族, マスメディアの順で, 健康問題に比べ, 友人, 家族の率が高くなっている。専門家への相談は比較的少なく, しかも精神科医やカウンセラーよりも一般科の医師に相談するという人のほうが多い。健康問題, 精

表7 Illness Behavior & Help-seeking Behavior

(n = 239, 男=124, 女=115, 複数回答あり, 数字は延べの人数)

	健康問題について			精神的問題について			精神的疾患に対する行動					
	男	女	全体	男	女	全体	男	女	全体			
自己解決	自己解決	2	1	2	自己解決	2	2	4	自己解決	45	27	72
	マスメディア	14	37	51	マスメディア	11	12	23	帰国	10	19	29
専門家以外に相談	家族に相談	13	27	40	家族	13	34	47	家族	53	75	126
	友人に相談	28	45	73	友人	27	56	83	友人	27	49	76
専門家に相談									上司, アドバイザー	11	4	15
	内科医	47	50	97	内科医	8	5	13	内科医	7	12	19
	医療関係者	4	1	5	カウンセラー	4	1	5	精神科医	33	24	57
その他				精神科医	1	2	3					
	必要なし	1	1	2	必要なし	3	3	6	その他	0	2	2
	得られない	1	1	2	得られない	2	4	6	無回答	9	4	13
	無回答	42	17	59	無回答	70	28	98				

精神的問題ともに、女性では友人や家族への相談が多い傾向がみられる。

神経症に罹った時の行動は、家族への相談を回答者の半数以上が選択し、友人への相談と自己解決が次に多い。日本への帰国も1割あった。精神的問題に関する行動と比べ、友人への相談者が減り、家族と専門家への相談が増えているが、専門家への相談も3割にすぎず、その中には内科医を選択する者も含まれている。「その他」の内容の1つは旅行、もう1つは「死を求める」であった。自己解決と精神科受診は男性に多く、帰国、家族や友人への相談、内科への受診は女性に多い傾向がみられた。複数回答が多く、自己解決のみの選択者は28人で、全体として、専門的援助を求めず、友人や家族など民間セクター内で解決しようとする人が多いことがわかる。

V 考 察

これまで、海外移住者には精神疾患の発生率が高いという報告が多く、その

理由としては、元々精神的に脆弱な人が移住することが多いという社会選択説 Social selection theory と、異文化適応の困難に直面するためとする社会起因説 Social causation theory があげられてきた (Murphy, H. 1977)。ここでいう精神疾患は分裂病圏のものが中心で、本調査のように鬱病や適応障害、神経症圏レベルの問題にあてはめることには注意を要するが、これらの説は、本調査結果における社会文化的要因を整理し考察するのに有用だと思われる。

まず、第一の社会選択説については、本調査の対象が日本人会会員であるため、企業や大学から「選ばれて」来た人およびその家族の割合が多く、いわゆる「放浪者」「病的旅行者」(大西1987) が少なかったと考えられる。また52.8%の質問票回収率は郵送法としては高いほうだが、これも回答者のバイアスを生んだ可能性がある。ただ、一時滞在者や永住者より、将来帰国するかどうか未定の人に神経症圏内者が多いという結果は、多少彼らの「放浪者」的性格を示し、社会選択の例を示しているのかもしれない。一方、精神障害をもつことが移住を妨げる例が多いとして「逆社会選択説」を提唱する論者もあり(江畑ら1985)、本調査では、精神的に不調に陥った場合、日本への帰国という形で逆社会選択が起こりうる可能性が明らかになっている。疫学調査においても、今後、病气行動の国際化を視野に入れる必要があるといえよう。

第二の社会起因説に関しては、受け入れ国、出身国、そして移住という3つの条件を考慮する必要がある (Murphy, H. 1977)。

まず受け入れ国に関しては、米国は移民を多く受け入れてきた開かれた社会であり、生活レベルも高く、日本人にとって政治、経済、文化などあらゆる面で身近な国であることが特徴である。先に述べた世界各地の海外在留邦人の調査(宗像1990)でも、神経症圏内者の割合が中近東で39.7%、東欧で31.8%なのに比べ、米国、カナダ、オーストラリア在住者では20.9%となっており、現地の状況が海外在住者の精神健康に大きな違いを及ぼすことを示している。特に今回の調査地は背景に示したとおり、安全や環境、交通など米国の中でもよい条件が揃っているといえる。また、海外移住といっても現地に日本人コミュニティが存在していれば、異質なシステムにただ投げ出されるのではなく、異文

化への軟着陸が可能になるとも考えられる。

一方、出身国に関しては、言葉の違いがあるにもかかわらず米国のほうが暮らしやすいと考える人が多く、日本での生活はストレスフルと認識されているようである。面接調査では、親戚や近所づきあい、通勤ラッシュ、住宅難、受験戦争、嫁姑問題、過労など日本でのストレス源からの解放を述べる人が多く、今後海外在住者のストレスを考えていく場合、日本の状況と常に比較することの必要性が感じられる。もし、日本社会にうまく適応できず、海外に移住することで精神的に安定する人が多いのであれば、その現象を逆社会起因説と呼ぶこともできるであろう（江畑ら1985）。

移住という変化に関しては、情報や流通、交通網の発達によって海外生活の様子が近年大きく変わり、気軽に2か国を往復したり人的交流を保てること、日本の文化自体国際化してきていること等から、変化そのものが緩やかで、方向も曖昧であるといえる。また、一時滞在者が多く、現地の日本人コミュニティをフルに活用すれば、文化変容を起こさず日本的な生活様式を維持したまま、滞在を終えることも不可能ではない。本調査で文化変容度が精神健康度に明確な傾向を示さないこと、ストレス要因としても文化の違いそのものをあげた人が少ないことは、こういった海外移住者をめぐる文化環境の時代的な変化を反映しているのかもしれない。

さて、日本人を含めアジア人、アジア系アメリカ人は心理的問題を身体化する傾向が強く、また家庭で問題を処理し、精神症状が重篤になってはじめて家族主導で精神科を受診することが多いとされ（Kleinman 1977, Yamamoto 1978）、Linらは民族性が精神科患者の求助行動を決定する重要な因子であることを明らかにしている（Lin, et al. 1978）。この調査でも、精神的問題に関する求助行動、病氣行動が、精神的側面より身体的側面に、また、専門セクターより民間セクターに偏っていることが明らかになった。

病気をもつ者、医療機関受診者に神経症圏内者が多いという結果から、心身の健康は密接に関係していることがわかる。ストレス要因の中に病気や医療制度があがっているように、1つの方向としては、身体的不調がそれ自体ストレ

スとして、また異なる医療制度での受診等の精神的負担を介して、精神的不調を生んでいると考えてよいだろう。

一方、罹っている病気の種類としては軽症のストレスと関連しているといわれる疾患が多く、精神的不調のために身体症状を呈したり医療受診をしている人が多いという可能性も考えられる。実際、面接調査では、身体症状が前面にでた鬱病者が数例見出されている。受療行動において、精神的問題や神経症であると理解しながら、精神科より内科受診を選択する者が多いという結果も興味深い。

身体化は一般に、心理的問題に目を向けられないための防衛規制として理解され、自己の心理的状況の認識や表現ができないアレキシシミアの患者に多いとされている (Katon, et al. 1982, Nemiah & Sifneos 1970)。日本人対象の研究でも、病気エピソードが身体症状で占められ、精神的心理的問題は訴えられないことが多いため(大橋1989, Fukui 1987, 藤内1987)、同様の機序による身体化が日本人の特性としてとらえられてきた。しかし、Simonらは米国の疫学調査をもとに、身体化を示す者は精神症状の訴えも多いことを指摘し、身体化が心理的問題の認識回避によるのではなく、むしろ身体症状は精神的不調の表現の一部だと論じている (Simon, et al. 1991)。本調査では、対象者が高学歴若年層に偏っているせいもあるだろうが、神経症圏内者の中には精神的不健康を自覚している者が多く、医療機関受診者であっても身体症状とともに精神症状の数も増加しているなど、Simonらの知見に近い結果が得られ、身体症状のみを強調するという傾向は強くない。

ただ、精神的な問題に対しても内科受診を選択するなど、精神的不調の認識と次の行動は必ずしも論理的に結びついていない。精神的不調の自覚イコール「病気」の認識にはならないこと、精神科受診に対する偏見が強いこと (Munakata 1990, Yamamoto 1978)、言葉や文化の違いが精神科では特に障壁として感じられること等の理由が、身体的側面に偏った受療行動を促しているのかもしれない。内科受診者、特に日本人医師への受診者に精神科的ケアを必要とする者が多いことは、今後海外在住邦人の精神衛生対策を考えていく際にも注目

されるべき点であろう。

民間セクターは、家族、友人、コミュニティなど社会的ネットワークからなるが、本調査でも求助行動は、自己管理やマスメディアからの情報、家族、友人への相談など専門家よりも民間セクターを中心に行われている。民俗セクターでは、宗教的治療はなかったが、民間セクターとの接点である民間療法は海外でも利用されている。

社会的支援が精神健康度に強い影響を及ぼしていたが、ストレス対処や、社会的支援も民間セクターの重要な機能といえる。社会的孤立は直接ストレスとなるだけでなく、周りの人間による説明モデルの提供や認知の歪みの指摘、ストレス対処や求助行動の資源提供、病状評価や専門セクターへの橋渡しなど、民間セクターの種々の機能を奪うことになる。もちろん、対人関係はストレスの主要因でもあり、民間セクターは、ストレス源としての対人関係とも重複している。社会支援の精神健康度への影響が男性により顕著であることや、既婚者の男性は未婚者より精神健康度がよく、女性の場合逆の傾向がみられるという結果は、対人関係（たとえば家族）が果たす機能が男性と女性とでかなり違うためであろう。米国の疫学調査でも同様の傾向が観察されるが（Cohen 1985, Murphy, J. 1986）、日本ではこの種の調査は少なく、日本国内でどのような傾向がみられるのか、海外移住という要因が対人関係の果たす機能にどう影響を及ぼすのか等、今後詳しい比較研究を行う必要がある。

最後に、松田は、在日韓国・朝鮮人の文化摩擦に関して、異文化に同化することとは母なる文化を捨象することではなく、2つの文化を「同時共有化」することだと論じている（松田1989）。このことはあらゆる移住形態についていえることであり、この考え方を用いれば、日本人コミュニティが現地社会と重複して存在することは、異文化適応の鍵になるように思える。日本人との付き合いがストレス要因になるような閉鎖的なコミュニティであれば問題だが、語学能力、直面する問題の共通性を考慮すると、社会的支援に占める6割という日本人の割合は、日本人コミュニティと現地社会という2つのシステムのバランスをとるのに適当なレベルなのかもしれない。2つのシステムが緩やかに結

合して存在し、人々がその時々の適応レベルにあった生活様式や行動を選択することができること、病気に対しても複数の説明モデルが受容され、それに適合した形での問題処理ができるような資源が提供されることが、海外在住者のメンタルヘルスの向上に役立つのではないだろうか。

謝 辞

本研究はメンタルヘルス岡本記念財団の助成を受け、筆者がハーバード大学医学部社会医学教室に客員研究員として留学中に行われました。Leon Eisenberg 教授はじめ同教室の方々、調査に協力していただいたボストン日本人会の方々に感謝いたします。またご指導いただいた、同教室 Arthur Kleinman 教授、筑波大学宗像恒次助教授、京都府立医科大学川井啓市教授に深謝いたします。

参考文献

- 1) Burnam, M.A., Hough, R.L, Karno M. et al. : Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles. J Health Soc Behavior 28 : 89-102, 1987.
- 2) Cohen, S.S., Syme L. : Social Support and Health. Academic Press, Orlando, 1985.
- 3) 江畑敬介, 吉松和哉, 箕口雅博 : 東京への「移住」者の社会精神医学的問題, 社会精神医学, 8 (4) : 329-341, 1985.
- 4) Fukui, T. : Health Diary Study of Japanese Residents in Greater Boston, Cul. Med. Psychiatry, 11 : 509-520, 1987.
- 5) 外務大臣官房領事移住部編 : 海外在住邦人数調査統計, 平成2年度版, 大蔵省印刷局, 1990.
- 6) Goldberg, D.P. : The detection of psychiatric illness by questionnaire, Oxford Univ. Press, London, 1972.
- 7) 稲村博 : 日本人の海外不適応, 日本放送出版会, 1980.
- 8) Katon, W., Kleinman, A., Rosen, G. : Depression and Somatization. Am J Med 72, 127-135, 1982.
- 9) Kleinman, A. : Patients and Healers in the Context of Culture, Univ. of California Press, Berkeley. 1980.
- 10) Kleinman, A. : Depression, somatization and the “new cross-cultural psychia-

try”, Soc Sci Med 11 : 3-10, 1977.

- 11) 倉本英彦, 他: 西欧における邦人精神障害者の実態とその対策, 日本公衛誌, 37 (6) : 418-425, 1990.
- 12) Lin, T.Y., Tardiff, K., Donetz, G., et al. : Ethnicity and Patterns of Help-Seeking, Cul. Med. Psychiatry 2 : 3-13, 1978.
- 13) 松田ひろし: 文化摩擦と同時共有化障害——在日朝国朝鮮人症例を通して, 社会精神医学12 (1) : 17-22, 1989.
- 14) Mechanic, D. : Illness Behavior ; An Overview in *From Advocacy to Allocation*, Free Press, New York, 1986.
- 15) 宮地尚子: メンタルヘルスハンドブック, ポストン在住日本人のメンタルヘルス, ポストン日本人会, 1991.
- 16) Munakata, T. : The Socio-cultural significance of the diagnostic label “neurasthenia” in Japan’s Mental Health Care System, Cul. Med. Psychiatry, 202-213, 1990.
- 17) 宗像恒次: 海外在住邦人のメンタルヘルスに関する調査研究報告書, 海外邦人医療基金, 1990.
- 18) 宗像恒次, 他: 都市住民のストレスと精神健康度, 精神衛生研究, 32 : 49-64, 1985.
- 19) Murphy, H.B.M. : Migration, Culture and Mental Health. Psychological Med. 7, 677, 1977.
- 20) Murphy, J.M. : Trends in depression and anxiety ; men and women, Acta Psychiatr Scand, 73 : 113-127, 1986.
- 21) 中川泰杉: 質問紙法による精神神経症症状の把握の理論と臨床応用, 国立精神衛生研究所, 1982.
- 22) Nemiah, J.C., Sifneos P.E. : Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders, in *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, Edited by Hill O. London, Butterworths, 1970,
- 23) 野田文隆, 他: バンクーバー日系コミュニティーに対する「精神衛生相談」の実践, 社会精神医学, 11 : 168-173, 1988.
- 24) 大西守: 文化摩擦のからむ精神障害の最近の事例, 臨床精神医学, 16 : 1383-88, 1987.
- 25) 大橋英寿, 安保英勇, 早坂浩志: 「健康日記」に見る住民のセルフケア, 日本保健医療行動科学会年報, 4 : 33-48, 1989.

- 26) Simon, Gregory, E., Michael VonKorff : Somatization and Psychiatric Disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study, *Am J Psychiatry*, 148(11) : 1494-1500, 1991,
- 27) 藤内修二, 他 : 山村主婦の illness behavior に関する研究, *Jap. J. Prim. Care*, 10(4), 1987.
- 28) Tran, T.V. : Ethnic Community Supports and psychological well-being of Vietnamese refugees. *International Migratory Review*, 21 : 833-844, 1987.
- 29) Yamamoto, J. : Therapy for Asian Americans, *J Natl Med Assoc*, 70 : 267-270, 1978.
-