

ドイツ語圏における質的健康研究の現状

小田 博志*

Qualitative health research in German-speaking areas

Hiroshi ODA : Department of Medical Psychology, University of Heidelberg

abstract

The purpose of this paper is to review the present conditions of qualitative health research in German-speaking areas. In particular, four studies on health concepts and resources among healthy laypersons (Dross 1991, Mussmann et al. 1993, Faltermaier 1994, Strittmatter 1995) are introduced in detail, since they exemplify one of the actual directions of qualitative health research in these areas.

The scientific value of a study should not be judged only by the method used but also from the criterion of whether the method is appropriate to the research object and question. The qualitative method is more appropriate than the quantitative one in many cases where a research object or question relates to, for example, an unknown psychosocial phenomenon, complex relationships of (inter-) subjective meaning, or a biographical process. The important characteristics of qualitative research are "openness," "discovery," and "understanding." The new view on health, which the concept of "health promotion" and the "salutogenesis" model suggest, facilitates the rediscovery of health concepts and resources among healthy laypersons in everyday life. The qualitative method is one of the appropriate approaches to this topic. Based on these conceptual and methodological understandings, four empirical studies were carried out in the 1990s in German-speaking areas. As a result, it was discovered that the healthy laypersons interviewed had generally multidimensional concepts and positive definitions of health, and that their health resources were correspondingly oriented to active acquisition of a healthy condition and extended multidimensionally.

*ハイデルベルク大学医学部医療心理学教室

キーワード

健康観 health concept

健康リソース health resource

生活者 layperson

質的研究 qualitative research

ドイツ語圏 German-speaking areas

I はじめに

健康をテーマにした日本独自の質的研究はまだ数少ないし、それ以前に質的研究そのものが日本では一部の分野を除いて十分な市民権を得るにいたっていない。健康に関する人々の表象、体験、行動などを把握するうえで、質的研究がもっている潜在的な可能性を考えると、日本のこのような状況は大変残念なものだといわざるを得ない。

海外からこの分野を「輸入」する作業も進められているが、アメリカが他の多くの分野と同じく一方的な「輸出大国」となっているのが現状である。これにはもっともな理由がある。質的研究は戦後のアメリカでもっとも発展し、とくにカリフォルニア大学サンフランシスコ校の Strauss と Glaser を中心に開発された Grounded-Theory 法は、世界的に見てももっとも影響力の強い質的研究の技法の1つである (Glaser & Strauss 1967, 川原, 稲岡 1994など)。また文化人類学の下位分野である医療人類学が同じくアメリカの Kleinman らの努力によって発展し、これが日本にも大きい影響を与えている事実も見逃せない。

しかし日本では比較的知られていないと思われるが、ドイツ語圏にも質的研究の確たる伝統があって、我々はここからも多くのことを学ぶことができる。水野 (1996) がドイツ語圏は質的研究の分野で「目覚ましい展開を遂げている」と形容するように、とくに1980年代以降この地域で多くの重要な著作、経験的研究が発表されている。その例を以下でいくつかあげておこう。

近年現れたドイツ独自の質的研究の技法として、データ収集法としての「ナラティブインタビュー (Schütze)」とデータ分析法としての「客観的解釈学 (Oevermann)」, 「質的内容分析 (Mayring)」, 「タイプ化 (Gerhardt)」が存在している。

こうした技法も交えて記述した大変良質な教科書 (Flick 1995) をはじめ、ドイツではすでに数種類の質的研究の入門書、教科書が発行されている。またハンドブックはアメリカ (Denzin & Lincoln 1994) に先駆けて1991年にドイツで出版された (Flick et al. 1995 第2版)。

研究プロジェクトの面でいうと、ベルリンとミュンヘンの公衆衛生研究連盟は「社会福祉のネットワーク」, 「精神病の慢性化」, 「日常生活の健康観と健康行為」をテーマに質的研究を実施している。このうち Flick (ベルリン工科大学) が率いるベルリンの連盟は国家 (連邦科学技術省) からの助成を受けている。ハイデルベルク大学では医学部医療心理学教室の Verres を中心に、とくにサイコオンコロジー (精神腫瘍学) の研究に質的方法が積極的に用いられている。Verres (1986) は「どうして医学者が思うほど住民はがん検診に参加しないのか」という問題意識から、一般人のもつがんに関する表象 (主観的疾患理論) を詳細に調査して、その結果を教授資格論文としてまとめている。後ほど紹介するスイスの研究プロジェクト「SALUTE」は職業人のヘルスリソースを明らかにするために質的調査法を用いている。

こうした流れのなかから代表的な研究例を紹介することは、日本の質的健康研究の発展にとって意味があると思われる。ここではとくに健康な生活者 (layperson: 「素人」とはあえて訳さなかった) の視点から見た健康観とリソースに関する研究を概観したい。このテーマの研究が現在のドイツ語圏質的健康研究の方向性の1つを典型的に示していると思われるからである。その前に質的研究の特徴と利点、新しい健康観とそれに照らした生活者の健康自助研究の意義について簡単に論じておくことにしよう。

II 質的研究：その特徴と利点

質的研究は決して一枚岩ではない。そこには多様な理論的前提と技法が含まれ、研究対象も幅広い。またそれが行われる個別の学問分野も心理学、社会学、文化人類学、教育学、歴史学、看護学、医学、公衆衛生学など多岐にわたる。だからこの限られた紙面で質的研究とは何であるか述べ尽くすのは不可能である。ここでは原則的なことだけに触れるに留めたい。この分野を総括するにはすでに述べた教科書やハンドブックを参照されたい (Flick1995, Flick et al. 1995, Denzin & Lincoln 1994)。

Flick と並ぶドイツ質的研究の中堅世代の代表格 Faltermaier (1996) は、「ある研究の科学性は、使用された研究方法のみによって測られるものではなく、研究対象に適切な方法が用いられているかどうかによってまず判断されるべきである」と述べている。この「研究対象と問題に対する方法の適切性」の基準は、「数学的方法を使った研究しか『科学的』と呼ぶに値しない」といった偏った見方を改め補うためにきわめて大切である。(間)主観的な意味の連関、生活史のプロセス、学問的に未知の心理社会的事象などを理解し明らかにするために統計的方法を用いるのは科学的にむしろ不適切で、質的方法によって初めて有効な知見を得ることができる。たとえば「禁煙」という保健行動をとる人が、ある集団の中で何パーセントいるかという問題には量的方法をもってしか答えられない。しかしまだ比較的調べられていない集団の保健行動を把握したいときには、「オープンな」質問をすることで質的データを得るのが有効である。これによって未知の行動が「発見」されるかもしれないからである。ある人が複数の保健行動をとっているとき、その人にとってのそれら相互の意味関係を「理解」したい場合、またある人がそうした保健行動をとるようになった生活史のプロセスを「理解」したい場合には、ことさらに質的方法の使用が適切になってくる。

上の例で出てきたように、質的研究の重要な特徴として「オープンさ」、 「発

見]、「理解」をあげることができよう。調査対象の個人や社会がもつ表象，論理，体験などにかかわるデータを、「クローズドな」調査票ではなく、「オープンな」面接や観察によって収集すること。またそうやって収集されたデータを，データが内在的にもつ意味のつながりに「オープンな」方法によって分析すること。これによって我々は「理解」と「発見」という果実を手にすることができる。つまり質的研究の利点は，調査された人々の考え方や体験，またその行動の背後にある論理を全体的に「理解」し，データに根ざしたかたちで新しい概念や理論を「発見」できるという点にある。質的分析で生成された概念や理論は日常生活や現場などの「現実」に密着している」という特徴をもっている。それゆえに理想的な場合には，その成果は「現場や当事者にとって役に立つ」という大きなメリットをもたらすはずである。また比較的未知の事象を「探査的に」調べ，その結果に基づいて新たな仮説を形成するうえで質的研究はとくに力を発揮する。ここから調査票を作成して統計的に検証する道も開かれている。しかしこの点だけ見て質的研究が量的研究の単なる「露払い」と誤解されてはならない。質的研究という道具には他では置き換えることのできない用途があり，利点がある。両者は異なった道具として互いに補い合うべきなのである。

III 新しい健康観と生活者の健康自助

次の節で紹介する4つの質的健康研究は新しい健康観を出発点にしている。そこでは従来の医療が一般に前提としていた消極的な健康観(=「健康は疾患の不在である」)と，それに対応する疾患・リスク中心主義(=「疾患やリスクを究明し，それを除去すれば健康は得られる」)の限界が明確に自覚され，そこからの離脱と新しい健康モデルの模索が共通の問題意識となっているのである。これらの研究が新しい健康モデルの試みとして具体的に依拠しているのは，WHOの健康政策プログラムとしての「健康増進 (health promotion)」概念と，医療社会学者 Antonovsky が提唱した「健康生成 (salutogenesis)」論である。

る。後者は健康を害すると思われるファクター（病原体、リスク、ストレスャー…）に誰もが否応なくさらされる現実のなかで、健康獲得を可能にするリソースは何かを明らかにし、その活性化を通じて人々の健康の維持や増進に貢献しようとする分野である（Antonovsky 1979 & 1987, 小田1996 & 1999, ヨナツシュ他 1997を参照）。

この2つの概念は社会的な規模でみられる「健康観の転換（園田・川田1995）」を象徴的に示すものである。そこからは「積極的な健康の定義（健康は疾患の不在以上の状態である）」や「健康の多元性（健康は身体の次元だけでなく、心理的・社会的・霊的次元からとらえられるべきである）」などの認識が導かれようが、とくにここで重要なのは「日常的な健康自助の役割の再発見」である。これについて少し解説しよう。とくに健康生成論の立場に立つと、病原因子（“bug”）は人間生活のなかで撲滅が不可能なのだから、そんな環境のなかでまがりなりにも「健康が成立していること」のほうが驚きであり、解明されるべき現象だということになる。この認識においては、健康は通常状態どころか、生命体の主体的な自助努力の結果としてとらえられる。これは健康の実現のためフォーマルな医療制度に勝るとも劣らない役割を、生活者（layperson）の日常的な知識と実践が果たしていることを示唆する。この日常に埋め込まれた生活者の健康自助は、「日常のヘルスケアシステム」あるいは「隠れたヘルスケアシステム（Levin & Idler 1981）」と呼ばれることもある。新しい健康観の非常に重要な帰結は、生活者によって営まれているこの日常の健康自助システムのポジティブな意味の再発見である。ここからさらに、次の研究テーマが健康科学の分野で究明されるべきものとして浮かび上がってくる：「健康な人々自身は、どんな状態が健康だと考えているのか。また彼らは何が健康維持のために役に立つと見ているのか」。

さてこのテーマ「健康な生活者の視点から見た健康とリソース*」を経験的（empirical）に究明しようとする場合、どんな研究方法が適切であろうか。ま

*リソースという概念は、健康科学の文脈では「主体とその生活世界の中において、主体の健康自助に直接間接に役立つもの」といった意味で、リスクの反対語として用いられる。「リスクからリソースへ」は新しい健康研究でよく目にする1スローガンである。

ずこのテーマはこれまでの疾患・リスク志向のなかで、ほとんど研究対象とされたことがなかった。だから現段階では探索的なデザインの研究が必要である。また日常生活は実験室のように分離された環境ではないのだから、そこで観察される事象には様々な要素が複雑に関連し合っていることが予想される。さらにここで対象となっているのは物理的事象ではなく、生活者にとっての（間）主観的意味である。こうした対象に対しては、既知のカテゴリーの出現頻度を測る量的方法ではなく、未知のカテゴリーにもオープンで、その相互連関を生活者の視点から理解する方法、すなわち質的方法が適切だと思われる。これから見ていくのは、まさにここで述べたテーマに質的方法を用いてアプローチした研究例に他ならない。

IV 実 例

表はここで紹介する研究の要点をまとめたものである。これらが1990年代にドイツ語圏で行われた健康観とリソースに関する質的研究の代表例である。以下で順に内容を紹介していこう。

Dross (1991, Flick1998に再録)：この研究のテーマは、危機的な別離（主として配偶者との別離）を体験しながらも、精神的な健康を保ち続けた女性たちの主観的健康理論（なぜ健康を保ち得たか）である。この点を明らかにするために心理療法家の著者は20人の女性にインタビューを行った。その方法はライトファーデン・インタビュー（半構造化面接とほぼ同義）といって、インタビューの際質問すべきテーマをまとめたライトファーデン（手引き）を参照し、被質問者にそのテーマに関して自由に回答してもらうというものであった。質問された主なテーマは、体験された危機への対処、精神的健康の主観的指標、自分の精神的健康への説明であった。回答はテープ録音されて、そこから文字起こしされたデータが著者によって分析された。

その結果、この女性たちは危機への対処は4つの段階からなるプロセスとしてとらえていることが明らかになった。その4段階とは、「情緒的な反応の段

表 健康観とリソースに関する質的研究

著者	設問	標本	方法	結果
Dross (1991, ドイツ)	生活史上の危機を体験しながら精神的健康を維持した女性の主観的健康理論	n=20 (女性のみ) 生活史上の危機を克服した精神的に健康な女性 年齢 35-50	ライトファーン・インタビュー	対処プロセスは4段階からなる。それぞれの段階で有効なリソースがある。健康の指標は「働けること」と「快適に過ごせること」。
Mussmann et al. (1993, スイス)	健康な職業人の健康観、健康行動、負担への対処法、リソース観	n=29 (女22, 男18) 健康な職業人 年齢 30-56	ライトファーン・インタビュー 質的内容分析	多元的健康観。リソース：「生きる姿勢」, 「超越的なものへの信頼」, 「安定した対人関係」, 「自己決定できる職場」, 健康の3タイプ。
Faltermaier (1994, ドイツ)	健康人の健康意識と健康行為	n=40 (女22, 男18) 健康人 (医療関係者 n=15, 労働者 n=15, 市民運動家 n=10) 年齢 28-52	ライトファーン・インタビュー グラウンデッド・セオリー法とタイプ化法	健康意識の4タイプ：「器質的・医学的健康意識」, 「行為能力・職務遂行能力中心の健康意識」, 「心理的健康意識」, 「多元的健康意識」, 健康行為の10タイプ。
Strittmatter (1995, ドイツ)	健康人の健康観、リソース観	n=41 (女19, 男22) 健康人 年齢 35-50	ライトファーン・インタビュー 質的内容分析	健康の定義-10カテゴリー。健康の原因-12カテゴリー。将来の健康維持のリソース-7カテゴリー。過去の危機対処リソース-14カテゴリー。

階」, 「喪失の漸次的な自覚の段階」, 「道具的な対処の段階」, 「新たな安定化の段階」である。この女性たちはこの4段階によってそれぞれ違った健康維持のための対処法やリソースをあげている。ネガティブな感情に圧倒される第1段階を経て、第2段階になると日常的な習慣やルーティーン、気分転換、「時間を限って危機的な別離と取り組むこと」などが役に立ったとされている。第3段階では引越、住居の様替、日課の組替えなど道具的(instrumental)な対処が主として行われる。またこのとき自己価値感を保つため有効な試みとして、別れた相手や「両者が合っていなかったということ」に挫折の原因を求めたり、将来も同じ失敗をするだろうというネガティブな一般化を避けたりすることなどがあげられている。第4段階で女性たちはパートナーといる時にはやりたくてもできなかった事柄を積極的にスタートするようになる。彼女たちにとって精神的に健康である指標は主に「働けること (Funktionieren)」と「快適に過ごせること (Sichwohlfühlen)」であった。この精神的健康の基盤にあるのが彼

女たちの意見によれば「ポジティブな自己感（自分が生きていることをポジティブだと感じられること）」であった。

Dross の分析結果で重要な点は、危機への対処がプロセス的なものであること、そしてプロセスを構成するそれぞれの段階によって取られる対処法や有効なリソースが違ってくることを明らかにした点であろう。また危機を克服した女性たちにとって何が健康を意味するのかを、彼女たち自身の視点から明らかにし得たのも、Dross が質的調査法を用いたからである。この研究の弱点は分析の方法論と手順を読者が確認できるように記載していないことである。

Mussmann et al. (1993)：この研究はスイスにあるチューリヒ工科大学労働心理学研究所の研究プロジェクト SALUTE（「プロジェクトー私的、組織的な健康生成のリソース」の通称）の一成果として出版されたものである。このプロジェクトは90年代初頭から始まったもので、体系的なリソース研究として先駆的な意義がある。Antonovsky の健康生成モデルを理論的背景として、「なぜ健康な人はその健康を保っているのか？」という根本問題を究明するのがこのプロジェクトの目的である。このプロジェクトは大きく3つの段階に分かれている。最初の「ターゲットグループ研究」では29人の健康な職業従事者から成る小規模の標本を対象として質的研究が行われた。2番目の「方法研究」では550人の被験者が、第1研究段階の分析結果を統合して作成された調査票を用いて調べられた。そして最後の「企業研究」の段階では企業組織や職場に照準を合わせたさらに大規模な調査が計画されている。ここで紹介するレポート『健康人の健康：質的研究』（Mussmann et al. 1993、この要約として Kraft et al. 1994がある）は第1段階の「ターゲットグループ研究」の結果をまとめたものである。（「方法研究」の結果は Rimann & Udriș 1993で報告されている）。

第1段階の目的は、健康な職業従事者の健康観、健康行動、負担の対処、リソースを探索的に明らかにすることであった。この場合の「健康人」の基準はこれまでの5年間主観的にも客観的にも健康を保っていることであった。このプロジェクトでは職場の健康リソースを明らかにすることを大目標として掲げているので、職業従事者であることも標本選択の基準とされた。29人の被調査

者がライトフアーデンインタビューの方法で質問され、質的データは主に「質的内容分析*」の技法で分析された。

分析の結果得られた知見のうち、以下では主なものだけあげたい。健康観の点で、被調査者の半数以上が多元的な健康観（身体的、心理的、社会的な次元の相互作用として健康をとらえる見方）をもっている。これに反して健康行動として栄養や運動などの身体レベルのものをあげる者が多かった。困難な出来事に対する道具的対処方法としてあげられたのは「情報の探求」、「社会的支援の探求」、「状況への影響力の行使」などであった。一時押さえの（palliative）対処法としては私生活の領域では「認知的な説明」、「抑圧」、職業生活の領域では「自分の能力への信頼」、「要求水準の切り下げ」などがあげられた。個人的リソースとして被調査者が重要視するのは「生きる姿勢」「『内なるガイド』のようなものへの信頼」、外的リソースとして「安定した対人関係のネット」と「職業に関し自分でコントロールと決定ができる余地」であった。著者らは被調査者の健康のタイポロジーを次のようにまとめている。10人が「単に健康」なタイプに属する。つまりこれまで大きな病気にならなかったことがなく、健康維持のためとくに意識して何もしていない人たちである。残りの19人は「予防的に健康」のタイプに入る。この人たちは健康に関してよく考えており、自分の健康維持のため自分で影響が及ぼせると考えて、実際意識的に予防行動をする。この両方のタイプの中に12人の「危機の後で健康」という人たちが混じっている。「危機の後で単に健康」なサブグループは危機的な出来事を体験してもとくに生活を改めなかった人たちである。一方の「危機の後で予防的に健康」な人たちは人生の危機を乗り越えることで新しい健康観—行動を身につけている。

この分析結果をみると、「健康人」たちが積極的で多元的な健康観—行動をもっていることは明らかである。心理学の専門家は往々にして自律的に物事をコントロールすることや、ストレスを抑圧しないことを勧めるものだが、ここで

*質的内容分析とは大まかにいってデータの中で内容的に等しい部分を同じカテゴリーの下にまとめていく技法である。たとえば健康回復に「家族の支えが大事だった」というデータと「友達の親切が何よりの救いでした」というデータがあると、これらは「リソースとしての社会的サポート」というカテゴリーの下にまとめられる。

の健康は被調査者は「自分でコントロールすること」を過大評価してはず (Mussmann et al. 1993, S. 29), 「抑圧」も (一時的にせよ) 役に立つと考えている点は興味深い。このプロジェクト全体をみると、質的調査と統計研究とのトライアングュレーション (triangulation) の1つの有り方を示したものと評価できよう。

Faltermaier (1994) : この研究もプロジェクト SALUTE と同じく健康生成論の立場に立ち、「比較的健康な人」の健康意識と健康行為を調べたものである。もともと1992年にアウグスブルク大学心理学科に教授資格論文 (Habilitationsschrift) として提出されたものである。独自性としては1) 健康政策的な問題意識が強く、「生活者の健康システム」を理解することでよりよい健康増進政策を進められるという認識のうえに立った仕事であること、2) 主観的健康システム (日常的健康意識と健康行為) の重要な特徴は「複雑性」であるという認識から、それに見合った調査方法を用いていること、3) 主観的健康システムは人工統計学的な因子の影響を強く受けるという認識から、職業の異なる比較群を設定していることがあげられよう。その比較群とは医療従事者 (医師, 看護婦) 15人, 労働者 (金属工, 路上監視員, 精肉業者など) 15人, 市民運動参加者 (環境保護運動家など) 10人の3群である。Faltermaier はこの被調査者にライトファーデン・インタビューを行って、彼らの健康意識 (健康の主観的意味, 主観的健康概念と理論, 身体意識, リスクの知覚, リソースの知覚, 主観的疾病概念と理論, 社会的調整と比較の7要素からなる) と健康行為 (自己の健康への意識的行為, 身体とのかかわり, 病気とのかかわり, リスクとのかかわり, リソースの開発と活性化, 社会的健康自助, ライフスタイルの変更の7要素からなる) を調べた。

その多岐にわたる分析結果すべてを紹介する紙面はここにはないので、そのなかでもっとも主要と思える「健康意識のタイポロジー」にだけ触れよう。著者はデータ分析を通して健康者のもつ健康意識を4タイプにまとめている。それは「器質的-医学的健康意識」, 「行為能力-職務遂行能力中心の健康意識」, 「心理的健康意識」, 「多元的健康意識」である。

1) 「器質的-医学的健康意識」をもっているのは主に医師であり、若干の労働者、看護士にもみられた。そのほとんどが男性であった。この場合、健康は病気の不在として定義され、運命か生物学的メカニズムの結果とみなされる。健康は人生全体のなかでそれほど重きを置かれない。身体に気は配られず、疾患の症状と思われる身体的愁訴にのみ注意が向けられる。器質性の病気が中心的な健康問題で、病気は運命や、遺伝的素因の結果とされる。病気発生に影響するのは医学的にはっきり定義されたリスクファクターだとこの人たちは考えている。

2) 「行為能力-職務遂行能力中心の健康意識」は主として労働者の間でみられる。健康に影響するものとして特定のリスクファクター（喫煙、アルコール、肥満）や仕事による消耗があげられる。健康の価値は高くなく、仕事のほうが優先される。良好な健康は自分の職務遂行能力を保つという点で重視される。このタイプの人たちにとって身体は仕事を可能にする道具である。身体的愁訴はたいてい無視され、労働能力を損なうようになってはじめてなんらかの手段がとられる。病気は自分の労働能力を制限するものと定義され、その原因として遺伝、仕事の負担、自身のリスク行動などがあげられる。

3) 「心理的健康意識」をもつのは主として女性で看護婦の間に多くみられた。健康は心理的に快適さ、落ち着き、調和として定義される。健康の条件として心理的テーマ（職業や私生活の負担、休養、良好な対人関係）が中心となる。この人たちにとって健康はたいへん高い価値をもつ。自分の身体には気が配られケアされる。愁訴は過労や心理的葛藤を示すシグナルだとみなされる。病気の原因としてまず心理的ファクターがあげられる。

4) 「多元的健康意識」はどの職業群にもどの性別にもみられた。このタイプで健康は心身両面における行為能力とエネルギー源として考えられる。健康に影響を与えるのは心理的、社会的、生態学的な幅広い次元の事象である。健康は非常に高い価値をもつ。自分の身体への意識した積極的かわりがみられる。愁訴は身体にかかる過剰な負担や心理的葛藤を示すシグナルとして解釈される。病気は行為能力の制限とみなされる一方で、心身に負担がかかっている警告役

としてポジティブにとらえられる。病気の原因としてあげられるのは、環境、職場、対人関係、生活とライフスタイル、個人的素因などの多面的な事象である。健康維持のリソースとして、個人的な生き方と能力、安定した対人関係、自分の人生の意味や対処可能性への信頼、内的な平静さと強さ、身体への意識的なかわりなどが重要視される。

以上をみるとまず職業や性別と健康意識とがいかに高く相関しているかということがわかる。それとともに興味深いのは第4の「多面的な健康意識」が「どの職業群にもどの性別にもみられた」点である。この健康意識の背景には生活上の危機（重病、別離など）とその克服の体験があるようである。ここから、強力な人生体験は職業、性別などの特殊な制約を壊し、ある程度「普遍的な」健康意識を生む推進力となるのではないかという予想が得られる。

Faltermaier は全体的な分析結果から、医療の専門家がもつであろう先入観とは違って、生活者は実に細分化された複雑な健康観をもっており、それは病気の不在を健康とみる消極的-医学的な健康の定義とまれにしか一致せず、被調査者のうち医師の群以外はほとんどが健康を積極的に定義しているという点を指摘している。これを発展させて、生活者 (layperson) は単に専門家の介入・操作対象であるだけでなく（コンプライアンス・モデル）、健康科学や健康政策は生活者の健康意識と健康行為から学び、それを尊重しながら仕事を進める（協働モデル）という方向性を導き出すことができよう。

Strittmatter (1995)：『健康と健康保護因子に関する日常知』という題名のこの著作は、臨床心理学者である著者の博士論文に基づくものである（要約として Strittmatter & Bengel 1996）。用いる概念こそ違え、Strittmatter の関心も Mussmann らと同じく健康科学における「リスクからリソースへ」の方向転換に呼応している。著者は、自分自身健康と感じ、また過去2年間病気をしていない人41人を集め、主として健康リソースと健康観のテーマについて質問した。得られたデータを著者は質的内容分析法でカテゴリー化し、各カテゴリーの言及頻度も算出している。ここでは紙面の関係で、健康保護因子に関する結果だけ要約する。著者は健康保護因子を3つの側面（現在の健康の原因、未来の健

健康維持の決定因子、過去の危機的出来事の際健康維持に役立った因子)に分けて調べている。

現在の健康の原因として「心理的因子、生きる姿勢 (70.7%の被調査者が言及)」、「問題との対処 (60.9%)」、「遺伝 (43.9%)」が、将来の健康維持を左右するものとして「健康的なライフスタイル (38.4%)」、「ポジティブな生きる姿勢 (20.5%)」、「自己決定の維持 (20.5%)」がもっとも頻繁にあげられている。過去の危機対処に役立ったものとして「家族や友人からの支援 (61.5%)」がもっとも多くあげられ「自己責任、積極的な対処 (33.3%)」がそれに続いている。実際の危機的状況に直面したときのみ社会的リソースが重視されているのは興味深い結果である。著者は一般的な考察として、健康人の方では健康リソースはリスクの不在や回避と等しいものではない、つまり彼らは積極的な健康観—リソース観をもっていると述べている。

V おわりに

以上4つの研究例を眺めてきたが、気づかされるのはその同時性である。とくに Mussmann et al. (1993), Faltermaier (1994), Strittmatter (1995) では問題意識、研究対象、研究方法が本質的に重なり合っており、そうした研究がほぼ同時期に企画されたことにはドイツ風にいうと「Zeitgeist (時代精神)」の影響が感じられる。

質的研究の重要な構成要素はディテールにある。データから得られたカテゴリーや理論の意味は、その文脈も含めた詳しい記述によってはじめて正確に理解されるようになる。だから上で行ったような要約の形で質的研究の成果を伝えることには大きな限界がある。たとえば Dross の論文中には現在危機的な出来事に見舞われている人にも役立つと思われる対処法やリソースが、被調査者の肉声も交えて詳しく記録されている。それはもちろんこのレビューでは再現できなかった。この紹介で興味をもたれた読者はぜひオリジナルを読んで頂きたい。

上で見た研究例が並べて明らかにしていることは、生活者は日常生活のなかでみずからの健康維持に積極的に努めている「主体」だという点である。この知見は、生活者の現実に根ざした医療的介入や健康政策の必要性を示唆していると思われる。

ドイツ語圏の現状をみると健康関連の諸科学のなかに質的研究を統合することは可能であるし、その意義はあるといえる。実際にそこでは質的方法を用いた博士論文、学会誌の原著論文が人文系だけでなく医学系でも受理されるようになってきている。日本でそうした状況が現実になるためには、教科書の出版や大学での講座開設など基本的環境の整備が必要なのはいうまでもないが、それとともに健康と科学性に関する意識の拡大を進めることが必要であろう。新たな健康観からみると、健康は主観性や生活世界の諸事象と複雑な意味のネットワークを形成していて、その把握のためそれ相応の新しい研究方法が必要となることは自明なのであるから、質的研究は新しい健康観の要請にかなったアプローチの1つであろうし、それをここで紹介した4研究が身をもって示しているように思われる。

文 献

- 1) Antonovsky, A. (1979) *Health, Stress, and Coping*, San Francisco: Jossey-Bass.
- 2) Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the Mystery of Health*, San Francisco: Jossey-Bass.
- 3) Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (eds.) (1994) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: SAGE.
- 4) Dross M. (1991) “Warum bin ich trotz allem gesundgeblieben?”: Subjektive Theorien von Gesundheit am Beispiel von psychisch gesunden Frauen. In: Flick (Hg.) (1991), S. 199-128.
- 5) Faltermaier T. (1994) *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln: Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

- 6) Faltermaier T. (1996) Qualitative Forschungsmethoden in der Gesundheitsforschung : Gegenstände, Ansätze, Probleme. In : Brähler E., Adler C. (Hg.) Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren. Gießen : Psychosozial-Verlag.
- 7) Flick U. (Hg.) (1991) Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit : Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg : Asanger.
- 8) Flick U. (1995) Qualitative Forschung : Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek : Rowolt Taschenbuch Verlag.
- 9) Flick U. (Hg.) (1998) Wann fühlen wir uns gesund? : Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim : Juventa.
- 10) Flick U., Kardorff E.v., Keupp H., Rosentiel L.v., Wolff S. (Hg.) (1995 2. Aufl.), Handbuch Qualitative Sozialforschung. München : Psychologie Verlags Union.
- 11) Glaser, B.G., Strauss, A.L., (1967), The Discovery of Grounded Theory, Chicago : Aldine. <後藤隆, 大出春江, 水野節夫 訳, (1996) データ対話型理論の発見, 新曜社).
- 12) Kraft, U., Udriș, I., Mussmann, C., Muheim, M. (1994), Gesunde Personensalutogenetisch betrachtet, Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, II(3) : 216-239.
- 13) Levin, L.S., Idler, E.L., (1981), The Hidden Health Care System, Cambridge, Mass : Ballinger.
- 14) Mussmann, C., Kraft, U., Thalmann, K., Mulheim, M., (1993), Die Gesundheit gesunder Personen : Eine qualitative Studie, Forschungsprojekt SALUTE, Bericht Nr. 2., Zürich : Eidgenössische Technische Hochschule, Institut für Arbeitspsychologie.
- 15) Rimann, M., Udriș, I., (1993), Belastungen und Gesundheitsressourcen im Berufs-und Privatbereich : Eine quantitative Studie, Forschungsprojekt SALUTE Bericht Nr. 3, Zürich: Eidgenössische Technische Hochschule, Institut für Arbeitspsychologie.
- 16) Strittmatter R. (1995) Alltagswissen über Gesundheit und gesundheitliche Protektivfaktoren. Frankfurt : Lang.
- 17) Strittmatter R., Bengel J. (1996) Alltagswissen über gesundheitliche Protektivfaktoren : Eine qualitative Studie. Zeitschrift für Psychotherapie, Pnychosomatik und medizinische Psychologie, 46, 68-75.
- 18) Verres R. (1986) Krebs und Angst : Subjektive Theorien von Laien über

Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen. Berlin : Springer-Verlag.

- 19) 小田博志 (1996), 健康生成パースペクティブ：行動科学の新しい流れ, 日本保健医療行動科学会年報, 11 : 261-267.
 - 20) 小田博志 (1999), 健康生成とストレス, 現代のエスプリ別冊, ストレスの臨床, 39-49.
 - 21) 川原由佳里, 稲岡文昭 (1994), Grounded Theory Approach, 日本保健医療行動科学会年報, 9 : 72-79.
 - 22) 園田恭一, 川田智恵子編 (1995), 健康観の転換, 東京大学出版会
 - 23) 水野節夫 (1996), 訳者解説 3, <Glaser, B.G. and Strauss A.L., データ対話型理論の発見, 新曜社, pp.368-376>.
 - 24) クラウス・ヨナッシュ 小田博志 吾郷晋浩 (1997), 健康とサリュートジェネシス, 現代のエスプリ, 361 : 69-78.
-