〈原著論文〉

受療中の慢性疾患患者における民間療法・健康法の利用とその背景に関する調査研究

朝倉隆司*・河口てる子**・中山和弘***

A Survey on the utilization of "non-western medicine and popular health care methods" and its correlates among the urban chronic disease patients

Takashi ASAKURA, Teruko KAWAGUCHI[1],
Kazuhiro NAKAYAMA[2]
School of Health and Physical Education, Tokyo Gakugei University
[1]Dep. of Health Sociology, Faculty of Medicine, The Univ. of Tokyo
[2]Research Fellow of the Japan Society for the Promotion of Science for Japanese Junior Scientists

キーワード
人工透析患者、心筋梗塞患者、糖尿病患者、民間療法・健康法、現代医療
Keyword
Hemodialysis Patients
Coronary Heart Disease Patients with Myocardial Infarction
Diabetic Patients
Nonwestern Medicine and Popular Health
Care Methods Modern Medicine

The purpose of this paper is to clarify the utilization of what we called "non-western medicine and popular health care methods" and related psyco-socio-economical factors among the middle aged male patients with three kinds of chronic diseases. ;120 hemodialysis patients (HD), 51 coronary heart disease patients with myocardial infarction (MI), and 101 diabetic patients (DM).

The result were as follows: 1) 17.5% of HD patients were using "non-western medicine and popular health care methods". 23.3% had already stopped using it, and 59.2% had never used it. In the case of MI patients, these rates were 37.3%, 5.9%, 56.9%, respectively. Among DM patients, these proportions were 32.6%, 26.1%, 41.3%, respectively. : 2) We found no significant

*東京学芸大学保健体育学科 **東京大学医学部保健社会学教室 ***日本学術振興会特別研究員

relationships between the types of utilization of "non-western medicine and popular health care methods" and severity of diseases and self-evaluated health status, medical self-care behavior, except patients with frequent self-reported symptoms in daily life of HD and taking medicine of DM .: 3) Psyco-socio-economical factors which related to the use of "non-western medicine and popular health care methods" significantly were found among HD patients with higher economical status and higher satisfaction for their activities in social life. For MI patients, no significant relationships were found. First, for DM patients, those who felt stronger psyco-social discrepancy between themselves and people with no disease especially their family members had benefits of using "non-western medicine and popular health care methods". Secondary, those with higher internal tendency of health locus of control. And third, those who had relatively high economical status sought such health care practice.

I　はじめに

慢性疾患の場合，患者自らが生活を調整・改善し，原疾患の進行と合併症の発生を防ぐことなどが重要な課題となる．すなわち，医療従事者が直接行う医療行為の他に，患者自身が生活しながら行う医療行動であるセルフケアがきわめて重要な意味を持っている．ところが，慢性疾患の患者は必ずしも，現代医学が認める治療法，医療行為や生活管理のみを行っているとは限らない．患者のなかには，「自分のからだの特徴と生活様式にあった自分流の健康管理の方法」を，西洋医学以外のいわゆる民間療法やさまざまな健康法をも取り入れて，しかも自分の体調への気づきをもとにそれらの実践方法を修正・洗練しながら，日常の生活活動の一部として組み込み，病気をコントロールしようとする者が少なくない．つまり，病気を抱えた生活が長くなるにつれて，いわば「セルフケアの生活化」[1]が進展してくるのである．

さて，日本医師会は，インフォームド・コンセントの実施に取り組む姿勢を示した[2)3)4)]．ところが，現在の医療のあり方では，慢性病の治療は医者と患者の共同作業であるといいながら，自己決定に際して医師から提供される治療法や療養法は，現代西洋医学の範疇の内容が想定されている場合が多いと思われる．それでは，上述した慢性疾患患者が自分に対し感じている健康面，生活面での特徴や彼らの医療行動とその背景についての十分な理解や配慮に欠け，「患者教

育」として行われる生活指導やセルフケア教育は，これからいっそう重要性が増す課題であるにもかかわらず[3]，患者の生活や人生に即して展開するためには困難が伴うと予想される[5]．慢性疾患を管理するための生活方法やセルフケアをめぐって，医療従事者と患者とでは考え方や判断の拠り所が異なり，相互不信に陥らないとも限らない．それでは，期待されているような医療者—患者関係や医療の質の改善[2][3][4]どころか，病気の回復に対する成果も十分には上がらないだろう．

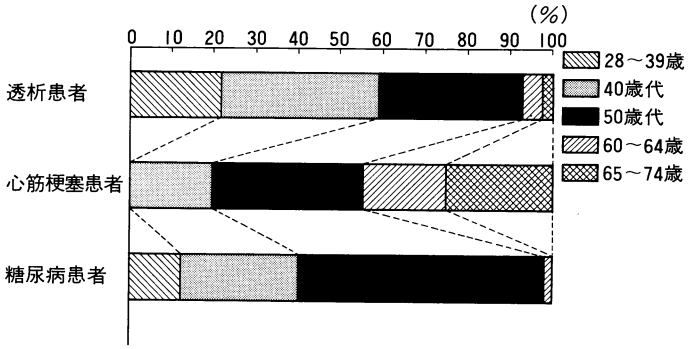
そして，西洋医学以外の療法や健康法における有効性や安全性，あるいはその社会的な意味など人々にとって重大な問題も，看過されやすい状況にあるといわざるを得ない．

ところが，今のところ現代医学の視点と非西洋医学的な療法や健康法の両者を視野に入れて，慢性疾患患者の療養生活のあり方を包括的に調査した研究は，行われていない．

そこで，末期腎不全(血液透析)，心筋梗塞，糖尿病という異なったタイプの慢性疾患を取り上げ，それぞれの患者が現代医療によって行われる治療や生活管理の他に，どのような医療行動をとっているか，次の3点を中心に検討した．①現代医学以外の医療行為，健康法はどのように利用されているのか．②民間療法・健康法の実施は，現代医学に基づいて当該原疾患の管理のために有効とされている生活管理や健康状態などの良否と，どのような関係にあるのか．③民間療法・健康法を行っている者の自己管理に対する態度や生活背景における特徴は何か，についてである．

II　対策と方法

対象者は，いずれも首都圏ならびに名古屋市，大阪市といった都市部に住む中高年齢の男性である．その年齢構成をみると，透析患者は比較的若い層に偏り，心筋梗塞患者が高齢に偏っている(図1)．糖尿病患者は両者の中間であった．ちなみに，透析患者の平均年齢は46.9±8.9歳，心筋梗塞患者では57.5±8.2



注）20歳代は透析患者の1人，70歳代は心筋梗塞患者の2人である。

図1　対象者の年齢分布

歳である．糖尿病患者は，カテゴリーに分けて調査したので，平均は算出できない．

まず，透析患者調査は，1986年10月から翌年の6月にかけ，東京都腎臓病患者連絡協議会，愛知県新生会病院などの協力を得て，120人を対象に面接法で行った．透析患者の背景は，すでに報告[6]したが，施設透析患者（85人）では2つの医療機関単位の調査（実施率94.1％と92.0％で合計55人）の他に，患者会の役員を通じて協力を募ったボランタリーな対象者（30人）を含んでいるため正確な母集団の把握は困難であり，面接率は算出できない．残りの35人は家庭透析患者で，実施率71.4％である．

また，心筋梗塞患者は，都内の大学病院（17人），運動療法を積極的に行っている民間クリニック（19人）と民間の専門病院（15人）の協力で1987年3月から8月にかけて，3人の医師が主治医を担当している51人の患者を対象に面接調査を行った．面接率はわからないが，前2者の医療スタッフの話ではそれぞれ担当医の外来に来る心筋梗塞患者のかなり全数に近いと判断された．最後にあげた医療機関では，都合がつかず，予定されていた2人には面接できなかった．

糖尿病患者については，患者教育や患者会活動が活発な神奈川県の一診療機関をフィールドにして，1988年1月の患者台帳をもとに，郵送で通院継続者と

中断者について調査を行った．前者の回答者（率）は101人（59.4%）で，後者は29人（36.3%）であった．

以上の状況から，調査結果の一般化には制約があり，また調査方法や年齢構成が違うことから，疾患別の比較にも，慎重になる必要がある．

そして，主な調査内容は，基本属性(年齢，家族背景など)，病歴，健康評価(自覚的な評価，検査データなど)，セルフケア（民間療法・健康法の利用実態，食事療法や運動習慣，自己管理に関する意識･態度，家族の協力状況など)，さらに社会生活活動面としての職業生活・社会的活動，趣味やレジャー活動，親しい人間関係，家庭生活，生活程度などにおける活動の実態とそれらの満足度･充足度である．

III　調査結果

1．民間療法・健康法の利用経験

a．人工透析患者の場合

ここでいう民間療法・健康法は調査に際して必ずしも厳密な定義は行っていないのだが，それを健康食品（内容的には玄米自然食，ローヤルゼリー，健康茶，プルーン，プロテイン，減塩醤油，クロレラなど，自然食品も含む)，健康機器の利用（健康マット，足踏み器，自宅用のマッサージ機，静電療法を行う器具，健康ぶらさがり器など)，鍼・灸・マッサージ，そして民間療法・漢方薬(おもに薬局で売られている強壮剤，漢方薬，ビタミン剤の類で，医師の処方によらないものである）に分け，それぞれ１つ１つについて利用実態を調べた．これは，他の疾患患者の調査においても同様である．

透析患者については，利用開始時期を腎臓病以前の時期，慢性の腎臓病の時期（表中には「病後で透析前」と記した)，透析導入以降の時期に分け，それがいつまで利用されたかを捉えた(表１)．ただし，腎臓病以前といっても，腎臓病の発見に近い時期のものに限り，５年以上も離れているような場合は，原則

表1　慢性疾患患者における民間療法・健康法の利用状況（その1）——人工透析患者の場合

民間療法・健康法	腎臓病前から			腎臓病後で透析前から			透析後から		継続	中止	未経験者
	病後で透析前	透析後ある時期	現在	病後で透析前	透析後ある時期	現在	透析後のある時期	現在			
健康食品				5(4.2)	3(2.5)	4(3.3)	4(3.3)	2(1.7)	6(5.0)	12(10.0)	102(85.0)
健康機器の利用		1(0.8)		2(1.7)	1(0.8)	3(2.5)		5(4.2)	8(6.7)	4(3.3)	108(90.0)
鍼・灸・マッサージ		1(0.8)	2(1.7)	10(8.3)	1(0.8)	2(1.7)	2(1.7)	4(3.3)	8(6.7)	14(11.6)	98(81.7)
民間療法・漢方薬	1(0.8)	1(0.8)		15(12.5)	4(3.3)		5(4.2)	2(1.7)	2(1.7)	26(21.7)	92(76.7)
その他		1(0.8)		1(0.8)	1(0.8)			4(3.3)	4(3.3)	3(2.5)	113(94.2)

注1）括弧内は、120人に対する％である。
注2）この表は民間療法・健康法の1つ1つについて、回答を得た結果である。

表2　慢性疾患患者における民間療法・健康法の利用状況（その2）——心筋梗塞患者の場合

民間療法・健康法	心筋梗塞前から			梗塞後から		継続	中止	未経験者
	梗塞の前[1]	梗塞後ある時期	現在	梗塞後ある時期	現在			
健康食品	1(2.0)		2(3.9)	1(2.0)	9(17.6)	11(21.6)	2(3.9)	38(74.5)
健康機器の利用	2(3.9)				4(7.8)	4(7.8)	2(3.9)	45(88.2)
鍼・灸・マッサージ	1(2.0)		2(3.9)	2(3.9)	3(5.9)	5(9.8)	3(5.9)	43(84.3)
民間療法・漢方薬	2(3.9)		1(2.0)	1(2.0)	2(3.9)	3(5.9)	3(5.9)	45(88.2)
その他					1(2.0)	1(2.0)		50(98.0)

注1）括弧内は、51人に対する％である。
注2）この表は民間療法・健康法の1つ1つについて、回答を得た結果である。
[1]明らかに心筋梗塞の時期と離れていたものは、除いた。

的には除いた．

その結果，これらの民間療法・健康法では，最もよく経験されていたのが漢方薬，民間の薬や療法で，23.4%が利用した経験をもっていた．次いで，鍼・灸・マッサージが18.3%，健康食品15.0%，健康機器10.0%であった．特に，腎臓病と診断されて以降，すなわち現代医療にかかりながら利用され始めている．そして，この時期に開始された民間療法・健康法は，どちらかといえば，腎臓病の悪化や透析導入に伴い中止される傾向にあることが読みとれた．また，原疾患である腎不全自体は透析療法か腎移植によってしか治療できないにもかかわらず，透析導入後に利用を開始した者が，各利用経験者の25%～42%を占めていた．

以上の民間療法・健康法の利用状況から，利用を継続している者，利用経験はあるが止めた者，未経験者に分けると，それぞれ21人（17.5%），28人（23.3%），71人（59.2%）であった．

b．心筋梗塞患者の場合

同様の民間療法・健康法の分類で，心筋梗塞患者についても調査を行った（前頁表２）．心筋梗塞患者では，利用開始時期を，心筋梗塞の前，ただし透析患者同様にあまり離れない時期，心筋梗塞後に分けて調査した．利用開始時期は心筋梗塞になってからの者が多く，心筋梗塞の場合，開始された民間療法・健康法は継続される傾向にあることが読みとれる．

また，利用経験者の割合でいえば，最も多かったのは健康食品の25.5%，次いで鍼・灸・マッサージの15.7%，さらに健康機器と民間療法・漢方薬がともに11.8%であった．これらの利用経験を総合して，現在利用している者，経験はあるが止めた者，未経験者に分けて割合を調べると，順に19人（37.3%），３人（5.9%），29人（56.9%）となる．

c．糖尿病患者の場合

糖尿病患者の場合は，郵送法という調査方法の制約を考慮して，人工透析患者や心筋梗塞患者で行ったような，利用開始時期などについての複雑な把握は行わなかった．調査したのは，利用している，利用経験はあるが止めた，利用

表3　慢性疾患患者における民間療法・健康法の利用状況（その3）
——糖尿病患者の場合

民間療法・健康法	通院継続者			通院中断者[1]		
	継続	中止	未経験者	継続	中止	未経験者
健康食品	16(19.5)	15(18.3)	51(62.2)	7(28.0)	2(8.0)	16(64.0)
健康機器の利用[2]	5(6.5)	10(13.0)	62(80.5)	7(28.0)	0(0.0)	16(69.6)
鍼・灸・マッサージ	7(8.9)	10(12.7)	62(78.5)	3(13.0)	1(4.3)	19(82.6)
民間療法・漢方薬	8(9.8)	10(12.2)	64(78.0)	0(0.0)	2(9.1)	20(90.9)

注1）括弧内は、各合計に対する％である。％の算出にあたり、不明は除いた。
注2）この表は民間療法・健康法の1つ1つについて、回答を得た結果である。
[1] 3か月以上受診をしていない者である。
[2] 継続群と中断群で、統計的な差がみられた（$p<0.01$）。

経験なし，という内容である(表3)．したがって，中止した者については，糖尿病の発病以前に開始して，病気発見以前に止めたという可能性も考えられ，この点には留意が必要である．

まず，通院継続者で利用経験の最も多かった民間療法・健康法は健康食品であり，37.8％を占めていた．次いで，民間療法・漢方薬で22.0％，さらに鍼・灸・マッサージが21.6％，健康機器が最も少なく19.5％であった．糖尿病患者における各民間療法・健康法の利用経験者率は他の疾患より高いが，糖尿病調査では不明があり，それらの数値には過大評価の可能性がある．そこで，もし不明をすべて未経験者であったと仮定すると，その割合は順に，30.7％，17.8％，16.8％，14.9％となる．それにしても，糖尿病患者は他の患者に比べて，利用経験者の割合は大きい．

以上の2疾患と同様に，民間療法・健康法の利用経験をまとめると，継続利用者は30人（32.6％），中止した者が24人（26.1％），そして未経験者が38人（41.3％）となる．なお，この割合は利用状況についてまったく回答しなかった9人を除いて算出した．その不明を未経験者としても，すでに述べた2疾患と比べて，糖尿病患者の未経験者の割合が1割程度低く，民間療法・健康法が利用されやすい傾向にあるといえよう．

ちなみに，通院を中断した者（これには転医と医療からのドロップアウトを含むが，区別は明らかでない）では，それぞれの継続利用者割合は，民間療法・漢方薬を除くと，通院継続者よりやや高率だが，有意差を認めたのは健康機器の利用のみであった．それらの利用経験をまとめると，継続利用者は11人（40.7%），中止した者が3人（11.1%），そして未経験者が13人（48.1%）となるが，継続者群との間で有意な差はない．以下の糖尿病患者の分析では，通院継続者のみを対象にした．

2．民間療法・健康法の利用経験と健康状態，病歴，並びに食事管理などとの関連

透析患者では，利用経験と年齢，透析期間などの背景データ，自覚的健康の総合尺度，医学的データによる客観的な健康の総合尺度[6]，健康の回復状態の評価との関連はみられなかった．しかし，自覚的健康度の下位項目である「自覚症状によって快適な生活が妨げられる頻度」では有意差を認めた．つまり，総合的な健康度に差をもたらすほどではないが，自覚症状だけは利用継続者で「ときどき」以上ある者が61.9%と相対的に多く，中止した者は25.0%，未経験者では31.0%と少なかった（$P<0.05$）．さらに，メディカル・セルフケアである食事の自己管理の実行状況や良好さ，運動習慣，体重増加の自己管理などとの関連性を検討したが，やはり有意な差は認められなかった．

同様にして，心筋梗塞患者では，年齢，狭心症の既往，バイパス手術の有無などの背景データ，自覚的な健康評価，自覚症状や望ましいとされている食事療法の実施状況，運動習慣などとの関連を検討したが，すべて有意差は認められなかった．

糖尿病患者においても，同様の検討を行った結果，年齢，家族歴，インシュリン治療の有無や自覚的な健康評価，合併症，ヘモグロブリンA_1値，そして食事療法の実行状況，運動習慣などでは有意な関連は認められず，糖尿病治療薬の服薬の有無（$0.05<P<0.10$）でのみ利用経験による差がやや認められた．すなわち，利用継続者と中止者で服薬している者が51.7%，58.3%と多く，未経験者（30.8%）では少ない傾向にあった．

3. 民間療法・健康法の利用経験と関連する患者の心理・社会経済的な特性

では，なぜそのような民間療法・健康法を利用しているのであろうか．疾患別に利用経験と患者の心理・社会経済的な背景との関連を検討し，その問に対する解答の手がかりを得ようとした．

a. 人工透析患者の場合

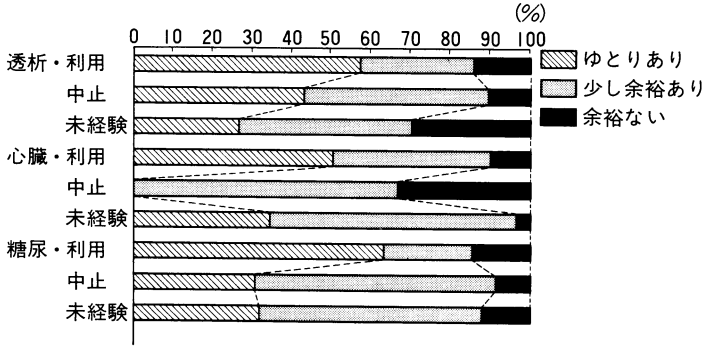
透析患者では，２つの特徴がみられた．１つは職業生活や社会活動，趣味，人間関係，家族関係などに対する満足度や充足感の７項目について，１～４点の得点を与え，その平均得点によって判定した社会生活における欲求の充足度において利用経験による差がみられた($0.05 < p < 0.10$)．すなわち，未経験者は2.32 ± 0.57(得点が小さいほど良好である)で，利用継続者(2.14 ± 0.68)や中止した者(2.05 ± 0.53)に比べ，社会的な欲求の充足が低い傾向にあることがわかった．そして，経済的な生活程度の自己評価では，利用している者には「暮らしにある程度の余裕があり，まとまったものも買える」以上が57.2%と最も多く，中止した者ではそれが42.9%で，未経験者では26.8%と最も少なかった(図２，$p < 0.05$)．

b. 心筋梗塞患者の場合

心筋梗塞患者では，経済的な生活程度について透析患者と類似の傾向にはあるが，統計的に有意とはいえない($p = 0.132$)．さらに，狭心症の既往歴，バイパス手術の有無，自己管理に対する態度，食事療法の負担感，社会生活の充足度，病気による価値観の変化などさまざまな項目との関連を検討したが，統計的に有意なものは認められなかった．

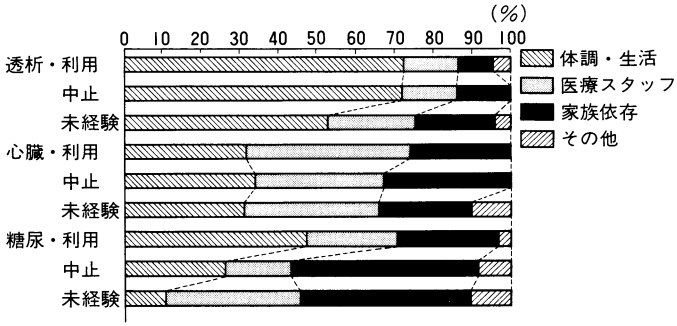
c. 糖尿病患者の場合

糖尿病患者の場合は，以上の疾患に比べれば，利用経験はより多様な心理・社会経済等の因子と関連していた．すなわち，統計的に有意な関連を認めたのは，自己管理態度(図３，$p < 0.05$)，病気であることに由来する家族との心理的なギャップ($p < 0.05$)といわゆる健常者との心理的ギャップ(図４，$p < 0.05$)，経済的な生活程度の評価($p < 0.05$)である．



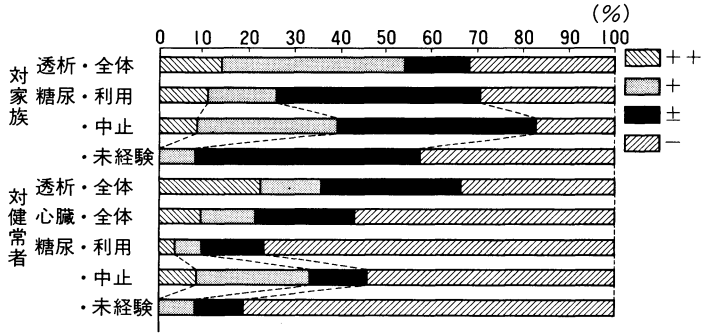
注）生活のゆとりの分類の下位項目は，次のとおりである。
ゆとりあり　：「一般と比べて恵まれた生活をしている」＋「暮らしにある程度の余裕があり，まとまったものも買える」
少し余裕あり：「食べる方の心配はなく，多少のゆとりはある」
余裕ない　　：「食べるのに精一杯で，生活に余分なものは買えない」＋「やっと暮らしているが，何かが起きるとこのままでは暮らせなくなる」

図2　利用経験と経済的な生活のゆとりの関連



注）自己管理態度の主な分類の内容は，次のとおりである。
体調・生活　：「医療スタッフのアドバイスも参考にするが，主に自分のデータや体調の様子を見ながら，自分の体と生活にあった方法で行っている」
医療スタッフ：「医療スタッフの指導・アドバイスに従って，決められた制限を守るようにしている」
家族依存　　：「決められた制限を守ろうとしているが，まだ自己管理するのは難しい。あるいは，そのために家族の協力がかなり必要である」

図3　利用経験と自己管理態度の関連



注1）家族に対する心理的ギャップの質問内容は，次のとおりである。
「あなたは，糖尿病をかかえながら生活している本当の自分の気持ちやつらさは，家族といえども分からないと思うことがありますか。」
また，図中の符号は，＋＋：よくある，＋：ときどきある，±：たまにある，－：ない，を表している。
心筋梗塞患者については，調査していない。

注2）健常者に対する心理的ギャップの質問内容は，次のとおりである。
「いわゆる健康な人とのつき合いがおっくうになったとか，つき合っていても気持ちの上で隔たりを感じることがありますか。」
また，図中の符号は，＋＋：かなりある，＋：まあある，±：少しある，－：ない，を表している。

図4　利用経験と対人関係における心理的ギャップの関係

自己管理態度では，「医療スタッフの意見も参考にするが，自分の体や生活に合わせて自己管理を行う態度」，「医療スタッフの指示に従って自己管理を行おうとする態度」，「家族に依存する態度」などに分けて調べたところ，利用継続者では第1番目の「自分の体調や生活」という自己内在的な基準を優先させる自己主導的な態度が46.7%と最も多かった．中止者ではそれが26.1%とやや少なく，3番目の家族依存的態度が47.8%と最も多い．そして，未経験者では，自己内在的な基準を優先する態度は10.8%とさらに少なくなり，逆に2番目の医療者の基準を優先させる他律的な自己管理態度（35.1%）と家族依存的態度（43.2%）が多かった．

つまり，利用経験のタイプは，セルフケアを自己内在的な基準により自己主導的な態度で行う者の割合と強く結びついているといえる．

そして，「糖尿病をかかえて生活している自分の気持ちやつらさを家族といえどもわからない」という家族との心理的ギャップを「ときどき」以上感じる者

が，利用継続者（25.9%）と中止者（39.1%）では多く，未経験者（8.6%）は少ない傾向にある．さらに，「健康な人とのつき合いがおっくうだとか，気持ちの上で隔たりを感じる」ことが「ある」者は，同様に23.3%，45.8%，18.9%の順であった．どちらかといえば利用を経験している者のほうが，健常者とのギャップを強く感じており，とりわけ中止者において強いことがわかる．

最後に，経済的な生活態度が「暮らしにある程度の余裕があり，まとまったものも買える」以上であった者は，利用継続者で62.9%と最も多く，それに比して中止者では30.4%，未経験者では31.7%と少なかった．

Ⅳ 考　察

1. 民間療法・健康法の分類について

いわゆる民間療法とか健康法，養生法を，はっきりと定義することはむずかしいが，それは近代医学の範疇に属さない種々の治療法，治療効果が科学的に証明されていない治療法などをさすと理解されている[7]．要するに，非西洋医学的な医療行為や健康法の総体をさすことになる．そして，それには，あんま，鍼，灸，指圧，健康器具，祈禱などの宗教的治療などを含む，とされる．

Lock M. は[8]，日本の漢方を調査した経験から，そのような日本の非西洋医学的な医療を東アジア医療（East Asian Medicine）と呼び，それを East Asian medical system（漢方など），folk medical system（灸やあんまなど），popular-edical system（家族や友人などの間で，専門家のアドバイスなどなしに行われるもので，技術や信仰は世代から世代へと受け継がれる）という4つの下位システムに分けて捉えている．波平は[9]，さらにこの分類に magical healing system を付け加えている．以上の分類は，人が「病気」になったときにとる対処法である「医療」という体系の背後にある文化の分類体系や象徴体系，世界観の分析を主眼とする医療人類学，あるいは病気と医療の文化人類学[9]にとっては，それらの分類が調査の軸や入り口となるため，有効性をもつ．

ところが，現在のわが国の患者がとる医療行動には，科学的な事象・理論をもとに発想はされたが，実際はそれと無関係か科学的に実証されないまま商品化された民間療法や健康法が広がり，しばしば社会問題にもなってきた[10]．したがって，先に述べた医療人類学の関心を踏まえながらも，現実の「医療」システムのあり方と患者のとる医療行動の関連，その心理的，社会・経済的な背景の分析に強い関心をもち，患者の行動を手がかりに研究を進めてきた保健医療社会学の立場からは，次のことを指摘したい．すなわち，文化的，伝統的な意味合いが色濃い伝承性のある医療体系に属するものの他に，先にあげた性質の医療行為や健康法の集合体を，概念的にはさらに分けて考える必要があるように思われる．

慢性疾患患者を対象に調べた民間療法・健康法は，宗教的なものを除いて，およそ以上の分類に属する内容を含んだものであるが，所属する医療体系の区別をはっきりとさせることは，実際上は困難であった．すなわち，患者の医療行動は，それぞれどのような医療体系の考えと結びついているのかを，明らかにするには限界があった．

したがって，本研究は，慢性疾患の治療を西洋医療から受けながらも，その枠にとどまることなく，それ以外のいわゆる民間療法や健康法を利用する者が，どの程度存在するのか．そして，なぜ，あるいはどのような人々がそれらを併用しているのか，を検討したにとどまる．

なお，本研究では，運動や体操に関する民間の方法は，いずれも運動療法が有効な疾患なので，今回分析した民間療法・健康法とは区別し，含めていない．

2．疾患別の利用経験者割合について

さて，大きく分けた2つの「医療」を併用する者が，どの程度の割合で存在するのかという点については，特定の慢性疾患の患者に絞って調査した研究は，著者らの知る限りでは見あたらない．本調査では，人工透析患者の場合，利用経験者の割合は40.8%，心筋梗塞患者は43.1%，糖尿病患者が53.5%であった．ただし，糖尿病患者では，そのなかに病気になって西洋医療にかかる以前に民

間療法や健康法の利用を止めた者も含まれていると思われるが，それほど多くはないであろう．以上よりおおまかにいって，病気の特性により西洋医療といわゆる民間療法や健康法の併用の状況は異なるが，およそ4割以上の者は併用の経験をもち，糖尿病患者でその割合は最も高いと推測された．

では，なぜ糖尿病患者で利用経験者率が高かったのか．それについては，次のことが指摘できる．透析患者，心筋梗塞患者の場合は，透析導入，心筋梗塞発作という衝撃的な疾病体験があるため，腎臓や心臓が医学的な意味で悪いという事実をそのまま認めざるを得ない．それに比して，糖尿病では多くの場合インパクトの強い疾病体験を欠くため，病気の認識やその治療法に対し，患者自身の経験や知識による多義的な解釈と選択の余地が大きく残されており，民間療法・健康法の利用経験者が多くなっているのではないかと考えられた．

したがって，透析患者では利用経験者や利用継続者が少なかったと思われる．ところが，心筋梗塞患者では利用経験者は透析患者並みだが，継続する者の割合が高いことが特徴的であった．この点は十分説明できないが，劇的な疾病体験との関係でいえば，透析患者の利用開始時期はその前が多いのに対し，心筋梗塞患者ではそれ以降に多い点が異なり，これが関係しているものと推察された．

3．利用経験と健康評価，メディカル・セルフケアとの関連

健康状態に対して，調査時の状態の比較からは，明らかな効果，あるいは有害性をもたらしているとは断定できなかった．また，利用経験別にみた現代医療で望ましいとされている食事療法，運動習慣の状況にも直接的な影響は認められない．

しかしここで，因果関係はわからないが，効果と思われることをあげれば，透析患者では社会的な欲求充足，糖尿病患者の場合は自分の健康を自分が主体となって管理したいという欲求の充足，につながっていることであろう．もちろん，このような心理面は慢性疾患患者のセルフケアでは，重要な要因で軽んじることはできない[11]．

逆に，マイナス面を指摘すると，透析患者の利用者には自覚症状を訴える者が多く，利用するきっかけになっている可能性も十分あるが，健康状態や自己管理が悪くなっていることも考えられる．また，糖尿病患者では，利用経験者で多くみられた糖尿病治療薬の服薬は，血糖値のコントロールが食事療法や運動療法では十分な効果が上がらない場合に用いられ，やはり病気の重症性，あるいはメディカル・セルフケアの不十分さを示唆するものである．

以上より，民間療法や健康法の実施は，西洋医療と併用している者に限れば，患者の健康やメディカル・セルフケアの実行を著しく阻害する関係にはなく，おおむね共存的関係あるいは追加療法的な関係にあることが推察された．しかし，上述したメリットや，特にデメリットが存在する可能性もある．

よって，民間療法・健康法は，現代医療の視点から一律に排除することや，現代医療に批判的な立場から逆に利用を推奨したり，現状を黙認することには問題があると指摘せざるを得ない．したがって，今後さらに注意深い観察・研究により，民間療法・健康法の利用の背景とその功罪，社会的にもつ意味などを明らかにして，社会的レベルで対応していく必要があると考える．

4．利用に関わる心理・社会経済的要因について

能勢は[7]，一般住民調査から，現代医療に対する「待ち時間や診察時間に対する不満」「医師，看護婦，事務員等の態度に対する不満」「薬に対する不満」「治らない」ことが，民間療法の利用の動機になっていると指摘している．これらには，健康改善に対する効果への不満や薬の副作用などに対する不安，医療者と患者の社会的な人間関係のあり方に対する不満，診療システムに対する不満が読みとれる．

また，利用者の意識から，民間療法の利用と「病気を治そうとするのは治療だけでなく，治そうという意志である」という意識との関係を指摘している[7]．これには，自己の健康を自分で改善できるという self-efficacy や healh locus of control の内的統制傾向，あるいはセルフイニシアチブというセルフケアの実行と深く関わる心理特性と共通性が読みとれる[11][12]．さらに，能勢は[7]，「難病

になったら効くと聞けばどんなことでも試してみたい」という現実的かつ積極的な姿勢,「病気から人間を救ってくれる存在（神仏）がある」という超自然的なものに対して比較的肯定的である，という利用者の特徴も指摘している．これらの意識は，病気の治療に有効なのは必ずしも現代医療の方法に限らないと考える点で共通しており，現代医療に対する不満や不安の心理を含んでいることが推察される．

Lock M.は[8]，漢方診療所や鍼灸の治療所で患者を観察した結果から，現代西洋医療は，社会的には支持されながら，患者を十分に診察することができない,「自然でない」薬を使いすぎているなどで，患者の不評を買っており，患者はその点でEast Asian Medicineが勝っていると評価している．そして，後者は即効性のある近代医療を補完するものとして選択されており，両者は排他的な関係にない，と判断している．

両者の知見は[7][8]，医療への不満が背景にあると指摘する点で共通している．われわれの分析の結果からは，現代医療に対する患者の不満を直接は捉えていないのだが，糖尿病を除けば，医療スタッフの指示に従って自己管理をするという態度をとっている者の中にも，医療スタッフの指示より自分の基準を優先する自己管理態度の者とほぼ同程度，民間療法や健康法を利用している者がいた．また，糖尿病患者では，通院を中断した集団の調査から，民間療法・健康法の利用状況は，通院を継続している者とほぼ同じとみなせた．よって，確かに現代医療に対する不満も利用の一因ではあろうが，現に医療と併用している慢性疾患患者の場合，それのみでは十分説明しきれないと思われる．

そこで，他の要因を結果の3を中心に考察する．

糖尿病では，利用継続者に着目して考察すると，病人であることを強く意識しながらも，自己管理の基準として自分の体調や生活を優先させている者が多く，自分の健康は自分が主体的に判断して管理したいという自己管理態度が心理的特徴であり，先に示した一般住民調査[7]の知見と共通性が認められる．またこの心理の背景には，すでに述べたように病気や治療に対する理解や対処法の決め方が多義的であることも関係していると考えられた．

さらに，利用の継続には経済力が背景にあることが重要であり，そのような心理は経済力を伴った場合に，積極的に民間療法・健康法を求める行動に結びつくと考えられた．

透析患者の場合は，透析療法か腎移植によってしか腎不全の本質的治療はできないことはほとんどの患者で自覚されている．そのため，他の疾患に比べると利用経験者は低率であった．しかし，それでも2割弱の者が民間療法や健康法を用いていた．それは，全体の60.0%の者がセルフケアを自分の体調や生活を優先させて行うという自己管理態度を表明しており，健康問題に対しては現代医療以外の方法も選択されやすい心理的特性がバックグラウンドとして広く集団内にあるためと思われる．それで，生活を不快にする自覚症状が頻繁に生じた場合には，それを契機に実際に利用されるのではないかと推察された．

では，なぜ自覚症状の対処に民間療法・健康法が利用されるのか，は次のように考えられる．現代医療では臓器別に対応して治療が行われるが，患者自身の健康のリアリティは，生物医学的に説明された臓器の問題（医学的概念としての病気）のみでなく，同時に自覚されている心身の症状（個人的体験としての病気）としても存在する[13]．そして，前者の治療は，必ずしも後者の改善には直接結びつかないし，症状には個人差があり，その原因が不明なことも少なくない．ここに，健康状態やその対処法についての患者自身による多義的意味づけや解釈が行われる余地がある．よって，患者は臓器レベルの健康問題の改善のために西洋医療にとどまりながらも，先に述べた自己管理態度を心理的背景にして，もう一方の自覚された健康問題の改善のため，西洋医学以外の方法が並行して選択されると推察された．さらに，この過程には，糖尿病と同様，経済力が強く関連している．

以上から，医療への不信や不満の他に，民間療法・健康法の利用に関わる心理的，社会経済的な要因として，体験される健康問題の存在とその多義的な意味づけや解釈，自己内在的な基準による自己主導的な自己管理態度，経済的なゆとりの3点が指摘できよう．

さて，これらを社会的な文脈で解釈し直してみる．確かに，現代社会におい

て慢性疾患患者が民間療法や健康法を利用する背景には，西洋医学とは異なった健康，病気やその対処法などについての思想の見直しに基づいている側面がある．しかし，同時に，患者の内面には，少しでも健康によいことを行い健康を改善したいという欲求と，高価であるものほど有効性が高そうに思う心理が働いていることも読みとれる．すなわち，民間療法・健康法の利用は，必ずしも保健医療に関する思想を背景にもたない商業主義的な健康ビジネスが，そのような患者心理と患者の経済力をターゲットにして，戦略的にマスコミを利用して有利な健康情報の流布をはかりつつ，市場を拡大してきた，という社会状況を反映した医療行動であることも示唆された．

今日では，上記の両側面と現代医療の提示する科学的な考えが，社会的にも個人の意識・思考面においても，同一次元で併存しているように思われる．そして，このような状況は日本に限らず，韓国でも認められている[14]．

さらに，先の両現象が社会的に顕在化してきた背景には，疾病構造の変化に対応し切れていない現代医療の非人間性から生じた患者の不満，疎外感という社会的な問題がある．同時に，そのような現代医療に対する有効性の限界の認識から，ヘルスケアの選択などにおける患者の主体性や，患者の権利の復権が社会的に広まってきた，という歴史的な経緯があることはいうまでもない．

また，今回の調査で利用者の多かった健康食品では，商業主義的な傾向が強く，有効性や安全性における問題が指摘されている[10,15,16]．これは，広義のヘルスケアにおける問題として，早急に対応すべき課題だと考える．

ところで，心筋梗塞患者の場合，他の疾患と比べれば，日常生活における不快な症状は比較的少ない傾向にあり，自己管理態度も「医療スタッフの指導に従う」者が多かった．これらは，人工透析患者や糖尿病患者の分析では，民間療法や健康法を利用する者の傾向といえないものである．それにも関わらず，心筋梗塞患者で，最も高率に民間療法・健康法の利用が継続されていた．したがって，本論文で指摘した以外の要因が，病気によっては，民間療法や健康法の利用に深く関わっていることも十分考えられ，今後さらに踏み込んだ調査研究が必要である．

Ⅶ 要　約

本研究は，受療中の慢性疾患患者を対象に，「民間療法・健康法」の利用状況やそれに関わる要因を検討した．

利用経験について，人工透析患者では，利用している者，利用経験はあるがやめた者，未経験者に分けると，それぞれ17.5%，23.3%，59.2%であった．心筋梗塞患者の場合は，順に37.3%，5.9%，56.9%，糖尿病患者では，不明を除くと継続利用者は32.6%，中止した者が26.1%，未経験者が41.3%であった．

また，利用経験による食事療法などメディカルセルフケア，医学的ならびに自己評価による健康状態において著しい差は認められなかったが，この点は今後さらに詳しい検討が必要であると考える．

さらに，利用者の特性として，透析患者では自覚症状の頻繁さ，経済的な生活程度が高いこと，社会的な欲求の充足が高いことなどが指摘でき，糖尿病患者では，服薬していること，他者との心理的ギャップが大きいこと，自己管理態度が自己内在的な基準を優先する態度であること，経済的な生活程度が高いことがあげられた．しかし，心筋梗塞患者では，利用者の特徴を特定できず，他の要因の存在も示唆された．

なお，本研究には，サンプリングや民間療法・健康法の定義等の問題があり，今後さらに検討が必要である．

調査の実施に際し，東腎協の皆様，協力いただいた透析医療機関の皆様，東京大学第三内科矢崎義雄先生，ライフ・プランニング・センター道場信孝先生，看護婦の佐藤さん，榊原記念病院田中寿英先生，衣笠診療所平尾紘一先生（現在葉山病院長），山内幹郎さん，ご協力いただいた患者の皆様に感謝いたします．また，糖尿病患者調査では，東京大学医学部保健社会学教室助手吉田亨博士の協力を得ました．記して謝意を表します．

参考文献

1） 朝倉隆司：慢性疾患患者の生活構造の再建とその要因に関する研究 ー成人男子血液透析患者の分析からー，東京大学大学院医学系研究科博士論文，1989年

2） 日医・生命倫理懇談会：「説明と同意」についての報告（上），日本医事新報，3430，109-112，1990

3） 日医・生命倫理懇談会：「説明と同意」についての報告（中），日本医事新報，3431，112-113，1990

4） 日医・生命倫理懇談会：「説明と同意」についての報告（下），日本医事新報，3432，118-119，1990

5） 水野肇：インフォームド・コンセント 医療現場における説明と同意，中公新書，107-116，中央公論社，東京，1990

6） 朝倉隆司：透析患者のクォリティ・オブ・ライフの測定に向けて ー精神的・身体的な健康回復とその評価についてー，臨床透析，4(3)，441-452，1988

7） 能勢隆之：民間療法等の受療者の実態調査，庭野平和財団，昭和62年度研究活動助成報告集，85-89，1989

8） Lock M: East Asian Medicine in Urban Japan, Univ. of California Press, 1-20, 1980

9） 波平恵美子：病気と治療の文化人類学，221-237，海鳴社，東京，1984

10） 小早川隆敏：健康食品対策について，公衆衛生情報，15(10)，4-8，1985

11） 宗像恒次：保健行動学からみたセルフケア，中川米造・宗像恒次編，医療・健康心理学，応用心理学講座，13，117-136，福村出版，東京，1989

12） 渡辺正樹：健康と病気についての学習理論，中川米造・宗像恒次編，医療・健康心理学，応用心理学講座，13，106-116，福村出版，東京，1989

13） 湯沢千尋：人間，社会，文化と現代医療，原田憲一他編，医心理学，40-55，朝倉書店，東京，1986

14） Kim Kwangiel: Traditional Concept of Disease and Illness Behavior in Korea, 1990年4月18日に東京大学医学部精神衛生学教室が主催した東京医学会における報告要旨より

15） 石倉俊治：機能性食品の驚異，ブルーバックス，48-64，講談社，東京，1990

16） ニューズウィーク日本版：「永遠の命」売ります，84-86，1990年3月22日号