

年報 Vol.1 <焦点> より

日本保健医療行動科学会の 発足にあたって

中川 米造

はじめに

医療は、人間の要求に発するものである以上、人間的に展開されるべきはずであるのに、このごろ医療の非人間性を批判する声が広く大きくなりつつある。それは医療従事者たちが依拠している医療の理解とその適用が、患者側の期待と合致しないところにある。これらはしばらく前までは、それほど重大な問題とは感じられなかったのであるから、時間とともに問題が尖鋭化したと考えざるをえない。つまり、かつては有効適切で、ほぼ十全と考えられてきた医療の理解、あるいは医学の方法論が限界に達し、新たな脱皮を求められているということである。

近代医学といわれる体系の方法論は、19世紀にはじめて、その構造を自覚するにいたった。それは病院という社会的施設の中で、疾病を直接的なターゲットとして、自然科学的方法によって接近し、それからの解放を目標とするというのである。T. Kuhn のいったパラダイム、あるいは正常科学としての体制からすれば、疾病、それも身体内部の形態的異常、あるいは物質的異常としてとらえられるべき疾病というパラダイムが確立されたのが19世紀においてであり、とくに医学教育が自然科学を基礎とする理解を制度化したのも19世紀においてである。19世紀半ばに、ドイツの大学医学部の進学のためのギムナジウム教育をそれまでのギリシャ・ラテン語を中核とした教養教育から、自然科学を中核とすべきだという議論が起り、19世紀末ごろに実施になったという経緯がある (H. Simmer)¹⁾。

このような理解と方法は、たしかに有効であると思われた。事実、それを支持する成果もあがりはじめた。そこで、その延長線上に、社会から病気が消滅するというイメージをもたせることになったのである。とくに第2次世界大戦後は、医療は幸福追求（健康という）の権利として保障されるべきだという認識が一般化し、行政的な体制も進められたが、一向に有病率は低下しない。当初は潜在的

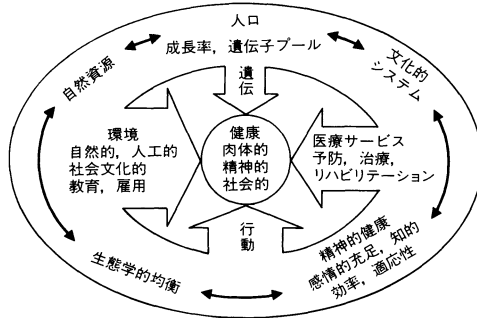


図1 健康へ及ぼす要因

(H.L. Blum : International J.of Health Services, 4(2) : 368, 1974.)

有病者が顕在化した証拠であると、この傾向はむしろ喜ばれたのであるが、期待された水平化、さらには下降が起らないことから、ようやくこの方法論の有効性に疑いの眼が向けられることになった。

疾病をただ身体内の変化としてとらえ、対処するだけでは問題は片づかないどころか、問題をさらに広げる可能性のあることに注目されるようになったのである。一層悪いことに医療関係者の眼が身体内部の、しかもますます細分化している特殊領域に重点的に向けられているために、このような大局的状况に無頓着な傾向が高まって解決を困難にするようになっており、医師・患者関係の摩擦も次第に強くなりつつある。

このような状況で、大局的な見地から健康問題を考えると、19世紀的な医学概念を普及拡大するのではなく、新しい視点の導入を図るべきであるということになる。

たとえば、南カリフォルニア大学の健康計画論を担当している H. L. Blum は、図1のような模式図を提唱している。つまり、健康におよぼす諸要因は、医療サービス以外に、遺伝的介入や、行動科学的介入、環境科学的介入を含めて4つの方向から考えるべきであるという。そのうち、もっとも大きな力をもつのは環境要因を通じての介入であり、ついで行動要因、医療サービス要因は第3位におかれている。

公的な文書にも、医療サービスのみに依拠することが必ずしも健康の維持向上の道ではないことを指摘したものが増えてきた。1974年カナダ政府は『カナダ国民の健康の新しい展望』(A New Perspective on the Canadians)と題する報告

書を刊行したが、この中でカナダ国民の死因が変わってきたこと、そしてその原因は、環境的、遺伝的、文化的、栄養的、社会的な局面にあるといい、とくに主要なものとして、1) 現行の医療制度の不備、2) 行動的要因あるいは不健康なライフスタイル、3) 不健康な健康、そして4) 人間生物学的要因、の4つをあげている。

1979年アメリカ保健教育福祉省が刊行した『健康な国民』(Healthy People)は、アメリカの10大死因を構成する要因のうち、50%は不健康なライフ・スタイルあるいは行動的要因といわれるもの(ストレス、過食、喫煙、飲酒など)にあるとし、20%は食品添加物、空中アスベスト粉塵などの環境要因に由来し、20%は生物学的因子によるもの、残り10%は不適切な医療制度によるものとしている。

行動科学とは

上記のカナダ政府、アメリカ政府の刊行物に、いずれにもあげられている行動的要因あるいは不健康なライフ・スタイルと記されている要因に関する対応を行うのが行動科学であるが、両者は同じものではなく、ライフ・スタイルは行動のある局面であって、保健や健康に関する行動は、後に述べるようになり多くの局面がある。

ところで行動科学という言葉の意味については、さまざまな理解がなされているようであるが、われわれとしては、できるだけ広く考えたい。歴史的に考えて、行動科学の発端となったのはハーバードの心理学者ワトソン(J.B. Watson 1878~?)による。彼は刺激と反応と条件づけによって、動物の行動を客観的、科学的に研究することができるという立場から、それまでの心理学に代えて、行動主義(Bahaviorism)という名称をつけた。とくにその傾向を強化したのはスキナー(B.F. Skinner 1904~)である。彼はオペラント条件づけをもって動物の行動を変容させることを実験的に明らかにし、学習・教育の一つの基礎理論として広く知られているが、さらにその臨床的応用として、行動療法にまで発展させた。心理学界における行動主義は1960年ころから、あまり大きな勢力ではなくなったが、むしろ、心理学の外で行動科学として発展した。

行動科学は行動主義を含むが、それ以上に行動一般を対象とする。とくに従来心理的とされていた世界に接近するのに、主観的あるいは文学的なものと見られることを避けるために、心理に代えて、行動と言っているようである。したがっ

て、方法においても、できるだけ、測定と数量化によって、再現性を保証すること、さらにこれも経験科学の方法を採用したものであるが、仮説と検証というスタイルを重視することなどが特徴といえるであろう。

とくに、保健や医療に関係する場合、保健行動科学といたり医療行動科学といたりする。それぞれ保健や医療に関する習慣、態度、思考様式を対象とする。

本学会の設立準備委員の1人である宗像恒次によると、保健行動としては次のような局面があるという²⁾。

健康増進行動

予防的保健行動

病気回避行動

病気対応行動

ターミナル対処行動

保健増進行動というのは、ほとんど病気を意識しない人びとが、健康を保ち、さらに増進しようとする行動をいうが、今後もっとも重視さるべき局面である。これを促進援助するためにはその行動に関係する要因の研究と応用が必要になるであろう。原則的には、当事者が偏った習慣に気づくのを助け、それを改める技法を提示することにある。予防的保健行動とは、病気への弱点を感じてそれを回避しようとしてとる行動であり、病気回避行動とはさらに一步すすんだ段階、いわゆる半健康状態を自覚した人がとる行動をいう。それぞれ変数が違うことが研究されており、対応法も変えるのがよいとされている。

病気対応行動といわれるのは、病気の役割（日常的義務の部分的あるいは全面的な免除、道義的責任の免責、専門家による援助を受けるなど）をめぐる行動様式をいう。これについてはずいぶんと多くの研究があり、理論的枠組も少なくない。ターミナル対処行動とは死への恐れを核とした行動で、ターミナルケアの要請が高まっている現在、とくに注目されている領域である。

このような行動は、人間が病気という脅威に対してとるものであるが、そのような人間に職業的に接する医療者の行動にも注目が向けられる。医療者の行動によって、患者あるいは可能的患者の行動も大きく変わるからである。病気という言葉は、このような医療者との関係や社会の病気観を反映したものとして、行動を規制する。

病気概念の行動科学的一般化

病気概念には長い歴史がある。それぞれの時代と文化によって異なった理解がなされており、個人的にも異なっているであろう。しかし、上述したような理解が方法論的自覚をもって登場したのは、19世紀以降の近代医学においてである。それは目覚ましい効果をみせたが、限界や不十分な点も明らかになった。病気概念の欠点は、病む者、あるいはとくに病む可能性のあるものが、病気を特別のもの、とくに非専門家である本人の関知する（できる）ことではないと、ひたすら専門家への依存性を強めることにある。健康であるということは、自律的に自立することであるのに、それを放棄させるようなパラダイムを基本にしている。自らの生活を自らが律することができない状況として病気が定義されているのである。

第二には、それはこれと裏腹の関係にあるものであるが、身体内の部分や物質の異常として、病む主体と離れて捕えられるのであるが、主体と離れるということは、生物科学的には、全体との関連を離れて部分を操作する技術となることを意味する。つまり、全体を軽視した部分的技術となるのである。

とくに行動を基礎にし、行動の変容を目的とする保健医療の行動科学としては、このように問題のある病気とは別に新しい概念をつくる必要がある。それは病気のように日常的行動との区別を要求しないで、むしろ連続的であるほうがよい。Antonovskii の Breakdown³⁾ (挫折) だとか、Schmale の giving-up (降参) なども、その例でそれぞれ面白い内容を示しているが、もっと一般的に使われている概念として危機 (Crisis) というのがある。

この言葉は Crisis のギリシャ語の語源が Crinein で、分れ道、分岐点を意味するように、そして、いささか古い医学用語では、病気の経過が急激に良くあるいは悪く転換することを意味したことでも知られるとおり、病気のように徹底的に否定的で、避けなければならないとは言えない状態であること、しかも、危機を構成するのは、望んでいる目標達成が阻止されており、必要な行動をとるべき決定的な時点であるのに、適切かつ建設的な行動がとれないことが問題にされている。つまり、環境的条件と主体的条件との関係が表面に出ている。

そして、危機とは、それを克服することが新たな問題解決力の獲得を意味することすらある。成長にとっては、むしろ望ましい事態であることについても暗黙

の了解が成立している。

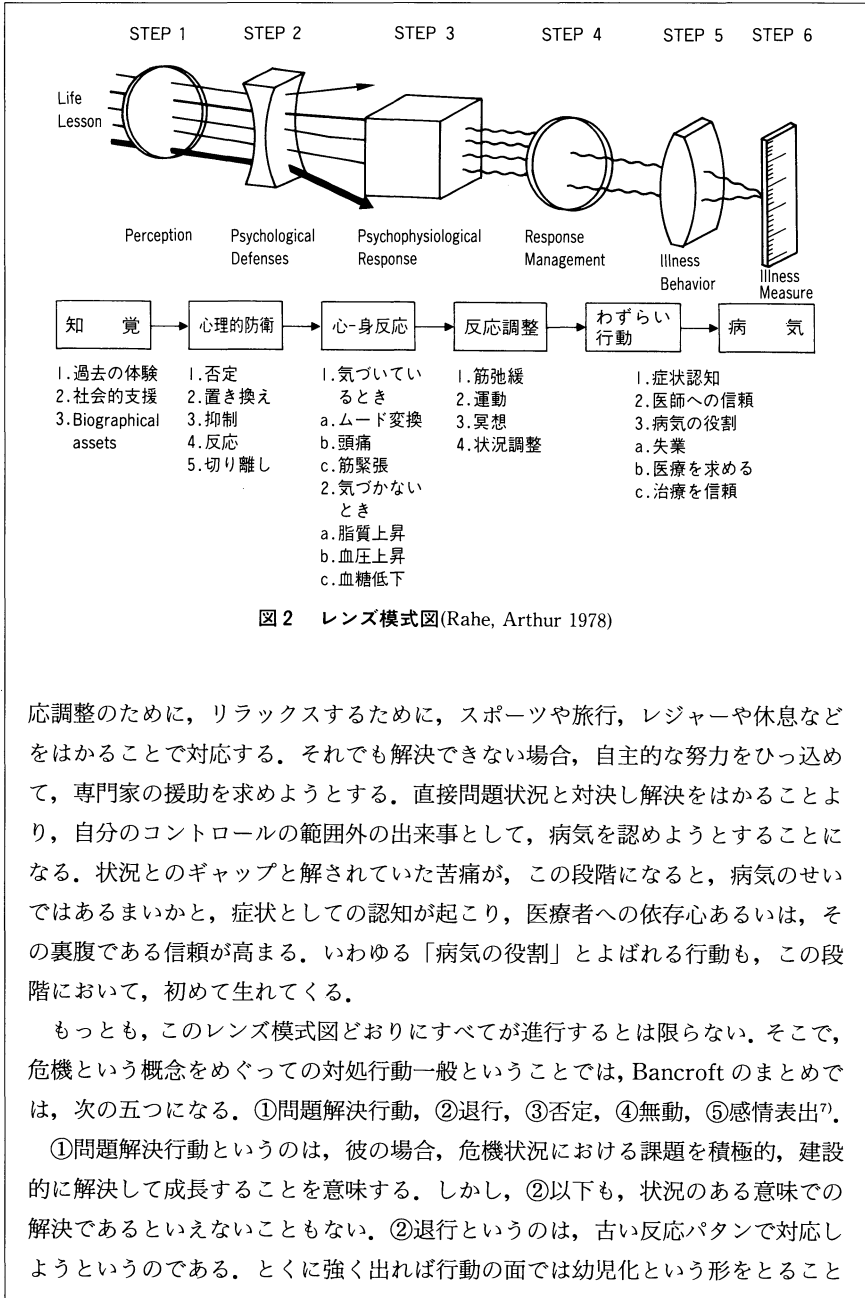
病気も、そのような危機への対処行動の特別な場合であると理解することで、病的状態から脱却するための病者自身の積極性、自主性の意義に焦点をあてることができ、保健医療従事者は、それを援助するという形態において、19世紀モデルの、患者の自主性の無視、外からの専断的、支配的、操作的管理による人権との矛盾を避けることも可能になるのである。

危機はうまく解消できないと、生活を縮小し、自律的なコントロールができなくなって病気にもおちこむ。その契機になるのは、環境の変化が、対処能力を圧倒したときである。このごろは日本でも、かなり注目されるようになった、生活変化単位 (L.C.U)、あるいは社会再適応尺度 (S.R.R.S) といわれる指摘がある。これは Holmes と Rahe らが先鞭をつけたものである⁹⁾が、たとえば、配偶者との死別とか、離婚、退職、妊娠などの生活上の大きな変化があった場合、人間はしばしば病気になる。それぞれの影響度を尺度化したものが、生活変化単位とか社会再適応尺度とよばれるものである。

このような発想に沿って、Rahe と Arthur は生活状況の変化が、病気を惹き起こすにいたる過程をレンズ模式図として提出している⁹⁾ (図2)。その間に干渉する過程をフィルターや凹凸レンズ、コンデンサーなどの光学系システムとの類似によって理解しようというものである。図2で左端には生活状況がおかれている。それをどう知覚するかは、過去の体験や、社会的な支援の有無によって、あるいは、その個人の性向によって違う。受け止められたら、とりあえず否認したり、置き換えてみたり、行動全体を抑制したりする。

キューブラー・ロスは、臨死期の人間が死のさげがたいことを知ったときにとる心理的機制として、否認とか、取り引き、怒り、抑うつなどをあげているが、それらは死という大きな変動に際しては、とくに強くすることはあっても、本質的には、知覚された生活への脅威や不安一般について起こることである。

これらの機制は心理的な防衛であり、凹レンズのように、それらを緩和する作用がある。そこでスクリーニングされた状況は、大脳海馬核や扁桃核などを介した心身反応を起こすが、この際、このモデルの提唱者らは、二様の反応を区別する。一つは、その状況に気づいているときであり、この際は、頭痛や筋緊張などを起こし、自分自身でムード変換につとめようとする。もう一つは、気づかないときで、この場合は、内分泌、自律神経系への反応となって現れ、血圧上昇、血糖上昇、脂質上昇など、いわゆるストレス反応を起こす。それにひきつづき、反



応調整のために、リラックスするために、スポーツや旅行、レジャーや休息などをはかることで対応する。それでも解決できない場合、自主的な努力をひっ込めて、専門家の援助を求めようとする。直接問題状況と対決し解決をはかることより、自分のコントロールの範囲外の出来事として、病気を認めようとするようになる。状況とのギャップと解されていた苦痛が、この段階になると、病気のせいではあるまいかと、症状としての認知が起これ、医療者への依存心あるいは、その裏腹である信頼が高まる。いわゆる「病気の役割」とよばれる行動も、この段階において、初めて生れてくる。

もっとも、このレンズ模式図どおりにすべてが進行するとは限らない。そこで、危機という概念をめぐっての対処行動一般ということでは、Bancroft のまとめでは、次の五つになる。①問題解決行動、②退行、③否定、④無動、⑤感情表出⁷⁾。

①問題解決行動というのは、彼の場合、危機状況における課題を積極的、建設的に解決して成長することを意味する。しかし、②以下も、状況のある意味での解決であるといえないこともない。②退行というのは、古い反応パターンで対応しようというのである。とくに強く出れば行動の面では幼児化という形をとること

もある。生物学あるいは生理学的にも、進化的に古いパタンでの反応様式のあることは知られている。建設的な問題解決といっても、それぞれを構成するのは、古いタイプの反応であり、古い習性（つまり昔の問題解決法）を新しく組合せたり、部分的に抑制することでなされることが大部分であろう。進化理論の一つに、幼形進化(neotenia)という見方がある。より高次の種へ進化するためにはいったん、その幼弱化を経て行われるということで、Portmannらの、人間の子供は1年早産であるという説も同じ考え方に属する。

③の否定とは問題状況そのものを認めないことである。Festingerは認知的不協和という言葉をつくったが、人は自分の認知体系と合わないこと、とくにその体系を脅やかすような情報は受けつけないという事実注目し、多くの実験を行っている。したがって、ガンの告知などは、全く受けつけないか、一応受けつけても、それを信じないで、他医の診察を受けるといった行動がみられるのである。危機的状況にある人間と接することの多い医療従事者にとって、コミュニケーション上の大きな問題であろう。

④の無動とは、運動的な否定である。認知はしても、反応をしないだけでなく、他の外界の変化に対しても反応をせず、仮死あるいは仮死をよそおった状態になることである。激しい恐怖の場合、身がすくんで金縛り状態になったり、失神して意識すら失うこともある。これも人間の特徴でなく、危機状態になると仮死あるいは仮死をよそおう動物は少なくない。有名なのはアメリカに棲むふくろねずみ(オポッサム)で、捕えられると死んだふりをするので、仮死をよそおうことをオポッサムの死と言うくらいである。冬眠もかなり長時間であるが、苛酷な冬の生活の危機を耐えしのぐ一つの戦略であろう。したがって、これも問題解決の一つなのである。

⑤の感情表出とは、笑ったり泣いたりなどの情動的な表現をいう。これらは、いずれも生理学的には痙れんを主とする強迫的な表出である。その後弛緩が起こるので、リラクゼーションとしても有効であろうが、それだけにはとどまらない。たとえば、笑いについては、内分泌機能や植物神経機能の調整にも意外な作用を有することが再確認されて、笑い療法としてアメリカの医師の生涯教育のプログラムにも援用されるほど関心を集めている。その再確認の発端となったのは、世界的なジャーナリストである(日本でも広島原爆被害少女の成形手術をアメリカで行わせる運動の推進者として知られている)ノーマン・カズンズが1964年に、重症の変形性関節症から、「どっきりカメラ」などのお笑いTV番組のビデオ

を毎日みることで回復し、その体験を医師会や医学会の席で語った（著書としては *Anatomy of Illness*, 邦訳題名は『死の淵からの生還』）のが大きいであろう⁹⁾。

笑いは“オカシサ”によって誘発される。“オカシサ”とは認知対象が対象それ自体にあるいは認知過程において矛盾として感じられるところに発する。この矛盾を解決するためには全身の痙れんによって“激しくゆきぶり”融合再統一の可能性を求める過程だと見ることができる。（詳細は拙著『笑い泣く性—文化生理学コースリー—』¹⁰⁾）

危機的状況も既得的な問題処理能力を超える事態は、矛盾として迫るものであろうから、笑いは、その解消に役立つことは考えられる。笑いがそれほど緊張緩和に有効であるならば、泣くのはさらに強力である。H. Plessner が指摘したように¹¹⁾、笑いに誘うのは外界にあるのに対し、泣きは内にある。しかも泣きには涙の分泌という植物機能がより濃厚に結びついている。カウンセラーたちは、クライアントが途中で泣きだすことは、しばしば問題解決の端緒となることを経験している。

感情表出には、泣き笑いの他に怒りや喜びなどもあり、それぞれ表出することが緊張解消に役立つ。現代社会では、とくに成人に関しては、日常生活において、素直な感情表出が抑圧されているために、感情的な緊張の解消をはかることが困難になっている。危機の建設的回避の前提としての感情表出の意義はもっと注意されてよいであろう。

さらに、感情とは直接関係のない、表出ということも、対応行動として重視しなければならないが、これは次節で、別の角度から述べることにする。

保健医療従事者の行動

医療は患者と医学だけでは成立しない。医療従事者がいて、それを適用しなければならないが、それは決して単純な適用というものではない。医学的知識や技術は本質的に不確定性を避けがたい。しかし、診療にあたっては確実であるかのように振舞う。これは行動科学的には断定的 (assertive) 態度と言われ、危機状態にある人間を援助するには有効な技法であるとされている。つまり、これは技法であって本質ではないのであるが、それを多用している間に、そのような態度が強化されて、ステレオタイプ化する。医療が科学的であるためには、医療者自身の行動をも分析の対象としなければならないが、この断定的態度が強化固定

されると、そのような扱いを忌避する傾向を生む。

さらには、断定的態度は、しばしば高位から見下すという形で患者に臨み、患者の自主性や、したがって人権と衝突する。人権を基本とした現代医療、そして、実際に自律性を行使できる患者（軽症や慢性の患者）が増加してくると、単純な断定型モデルでは対応できないばかりか、批判、告発される事態さえ生れている。基本的には対等という立場で、患者の援助を有効にするためには、新しい関係モデルを設定する必要がある。Szasz と Hollander が1956年に提唱したのは¹²⁾、病気の種類または自律性の程度によって、医師と患者関係は積極-受動、指導-服従、相互作用という三つのモデルをとること、それぞれは、幼児と親、青少年と親、および成人同士という家庭あるいは社会関係に類比すべきものとした。Veatch は、工業モデル、聖職モデル、同志モデル、および契約モデルを区別し、推奨すべきモデルとしては、近代的合理主義社会においては、契約モデルであるという¹³⁾(1972)。この考え方は欧米ではいま賛同者を増しつつある(たとえば W.F. May¹⁴⁾)。筆者は、魔法使いモデル、学者モデル、科学者モデル、技術者モデルと援助者モデルを区別し、前四者は上述の断定的態度を支えるモデルであり、より優位に立って、患者を支配しようとする態度であり、一定の有効性はあるが、技法とみなすべきであり、本質的には援助モデルを推奨するという意見である¹⁵⁾。

援助モデルならば、断定的態度を強調するための上下関係の押しつけから免れ、人権上問題になることも避けられるが、一つ重大な困難がある。いわゆるプラセボ効果が低下することである。一方的目隠し的な信頼、あるいは Compliance は治療にとって、かなり重要な部分を占める。それを犠牲にしてまで断定的態度を捨ててもよいかという反問にどのようにこたえるのか。

鍵はおそらく「緊張」あるいは「リラクゼーション」という骨格筋の働きに象徴される行動を理解することによって得られるように思われる。Compliance の場合は、一方的目隠し的な信頼関係に本質があった。演劇の訓練、あるいは人間関係の訓練に「信頼性ゲーム」というのがある。これは目を閉じて直立したまま後へ倒れることを命じるのであるが、その際、支えてくれることを期待して、全く無警戒に倒れるのは、支える者を信頼していると解釈される。催眠術にかかりやすいかどうかを、これで鑑別することもあるようである。あるいは、被験者を数人で空中に支える。力を抜いているかどうか。安心しておれば力を抜く。このような安心、信頼時のリラックスした状態は、多くの機能を円滑に、能力を十分に発揮させることに役立つ。この故に、スポーツでも試験にでも力をいれないこ

と、楽にすることが推奨されるのである。当然、自律神経、内分泌、免疫などの機能も円滑化される。

そのような状態は、援助者を目隠し的に信頼しなくても、その助力によって、自らがリラックスすることによって、自力で達成することもできるはずである。事実、ストレスと緊張との関係を相互に重なる状態とみて、それを軽減するために有効だという緊張をとく方法がかなり多く工夫されている。上に述べたレンズ模型の中にも、重要な過程の一環に位置づけられている。

まとめに代えて

保健や医療を行動科学的にみること、および働きかけるということは、19世紀的な疾病中心主義にしたがって、病む主体のそれへの関与も排除して、ひたすら病気のみを可視化し、それを除去することではなく、病人と病気、さらには家庭、友人、職場などの社会環境と病人、あるいは、物理的、化学的、生物学的な環境と病人の関係に注目することであり、それに働きかけることであるが、疾病中心主義のように、病む生体の関与を排除しないばかりか、むしろ積極的な関与を助長するように働きかけるものである。それによって、保健や医療は、全人的な認識と実践を可能にするものである。

文 献

- 1) H. H. Simmer : Germany during the 19th and Early 20th Century.
in C. O'Malley ed : The History of Medical Education, Univ. Cal. Press, 1970, p.173-200.
- 2) 宗像恒次 : 保健行動科学の必要性, 看護技術, 29 : 14, 1983.
- 3) A. Antonovskii : Breakdown ; A needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine, *Soc. Sci. & Med.* 6 : 537-544, 1972.
- 4) A. H. Schmale : Giving-up as a final common pathway to change in health, *Adv. Psychosom. Med.*, 8 : 820-840, 1972.
- 5) T. H. Holmes and R. M. Rahe : The social readjustment rating scale, *J. Psychosom. Rev.*, 11 : 213-218, 1967.
- 6) R. M. Rahe and R. J. Arthur : Life change and illness studies ; Past

- history and future directions, *J. Human Stress*, March, p. 3 -15, 1978.
- 7) J. Bancroft : Crisis intervention. *in* S. Block ed. : An Introduction to the Psychotherapies, Oxford U. P. pp.83-101, 1979.
 - 9) N. Cousins : Anatomy of an Illness, W. W. Norton and Co., 1981. (邦訳 松田銃 : 死の淵からの生還, 講談社, 1981.)
 - 10) 中川米造 : 笑い泣く性－文化生理学コースリー, 玉川選書 95, 1979.
 - 11) プレスナー, 滝浦静雄・他訳 : 笑いと泣きの人間学, 紀伊国屋書店, 1978.
 - 12) T. S. Szasz and H. A. Hollander : Contribution to the philosophy of Medicine, *A. MA. Arch. Internal Med.*, 97 : 38-55, 1956.
 - 13) R. M. Veatch : Models for ethical medicine in a revolutionary age, *Hastings Center Reprt*, 1 : 5 - 7, 1972.
 - 14) W. F. May : The Physician's Covenant-images of the heart in medical ethics, Westminster Press, 1983.
 - 15) 中川米造 : 医療の五つの顔, 北里大学病院医の哲学と倫理を考える部会編『医の心 五』丸善, 1984, 1-26.