

第75回職場保健指導者研修会

テーマ 健康心理学

健康心理学はアメリカで生まれた新しい心理学の応用領域です。カウンセリングをはじめ様々な心理学的ヘルスプロモーション技法を活用して、健康な人をより健康にしようという実践的な研究活動が最近、わが国でも注目を集めています。

以下は「健康心理学へのいざないー予防医学のための行動科学」と題した山田富美雄教授（大阪人間科学大学人間科学部健康心理学科長）の講演です。



演題

「健康心理学へのいざないー予防医学のための行動科学」

大阪人間科学大学人間科学部健康心理学科 教授

山田富美雄

はじめに

健康心理学は既存の学問に似たところがあります。たとえば心理学の応用分野に臨床心理学があります、健康心理学はこれに似ていると言っています。また健康心理学の関連領域とし

て行動医学やメンタルヘルス（精神保健）などの学問があります。健康心理学は1980年代にアメリカ、カナダの心理学者を中心に研究が始められました。同じ頃、欧米の医学分野では行動医学が生まれ、ヘルスプロモーション運動が始まりました。行動医学は行動療法や行動変容

あるいはバイオフィードバックなど心理学や行動科学に基づいた治療法や技法を用いて、心理学的に心に接近して心身の健康状態を保とうとする医学医療活動です。この心への心理学的接近を心理学者が行うと健康心理学になり、医師（医療者）が行うと行動医学と定義する人もい

ます。メンタルヘルスは「心の健康」です。これに対して心と体をともにウエルビーイング（心身ともに健康な状態）につくりあげようというのが健康心理学です。心への心理学的アプローチの仕方は臨床心理学に似ているところがありますが、決定的な違

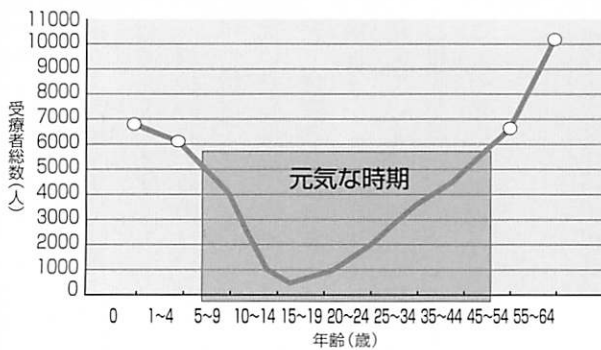


図1 発達と病気

いは臨床心理学がカウンセリングを通じて心に病を持った患者に「介入」を中心とした心理療法を行うのに対して、健康心理学は健康な人たちを対象にしています。健康な人をより健康にすることが健康心理学の目的です。

ところで「健康」とは何かですが、WHOの定義にあるように「健康とは心身ともにウェルビーイングであること」です。

平成14年度のわが国の国民医療費はおよそ31兆円でした。大阪府予算(一般)のざっと10倍、国家予算の1/3強です。

高齢化と医療費の膨大化

はじめに医療の問題からお話します。

平成14年度のわが国の国民医療費はおよそ31兆円でした。大阪府予算(一般)のざっと10倍、国家予算の1/3強です。

日本の医療のここが危険

これだけのお金が医療費として使われています。医療費を年齢別に分類すると約半分は65歳以上の高齢者が使っていることがわかります。一方、14歳から40歳くらいまでは比較的病気に

健康心理学の健康の定義も「体の健康だけのことではなく「心身の健康」をいいます。健康のために心理学がどのように役に立つかを研究する学問が健康心理学なのです。

健康心理学の定義には二つあります。一つは「人間の健康を取り巻くいろいろな問題を総合的に取り扱う心理学あるいは行動科学」(広義)。もう一つは、一昨年(2003年)5月に健康増進法が施行されて職場における健康増進が義務づけられる

したが、「健康増進や健康づくりに応用するための心理学」(狭義)です。「心身ともにウェルビーイング(よりよく生きること)」であるための心理学の応用分野が健康心理学です。

今日は、健康心理学が心理学の応用領域であること、そして一つの学問分野であることを知っていただき、皆様の職場の健康づくりに健康心理学をお役立っていただけだと思います。

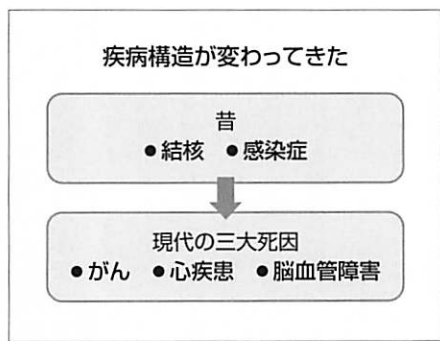


図3 疾病構造の変化

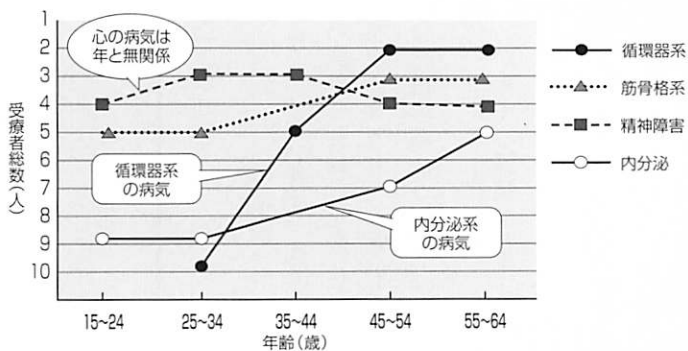


図2 年をとるとどんな病気が増えるのか

将来年をとってからも病院にからないうようにできないかと、健康心理学を学ぶ者たちは考えています。

国民の死亡原因は、2000年の統計では、がんが最も多く、次いで心疾患、脳血管障害、肺炎、自殺者と続きます。自殺は最近7、8年は年間3万人を超えています。経年変化をみると順位が逆転している年があることや死亡者総数が随分増えて

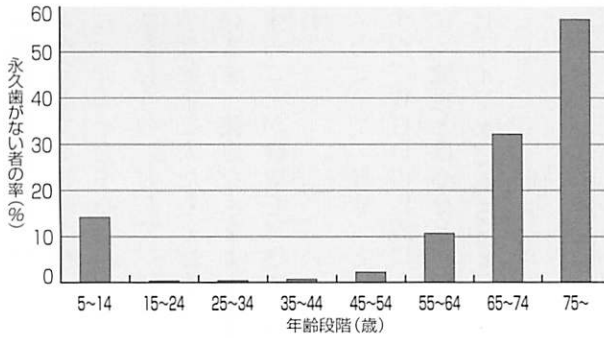


図4 年をとると歯がなくなる

いること、さらに高齢者が中心になってきていることなどがわかってきます。

かつて結核などの感染症が中心だった疾病構造は、世の中が欧米型ライフスタイルに変わってからは、がん・心疾患・脳血管障害といった生活習慣病中心の疾病構造に変わってきたこともわかります(図3)。当然、医療の仕方も変わり、お金の使われ方も変わってきています。

こころの病気は年齢と無関係

心臓疾患や内分泌系の疾患は年とともに増加しますが、心の病はあまり変動がありません(図2)。年をとると体力が次第に衰え、70、80歳になると介護のことが心配になります。心の病や介護の問題を考えれば、人々が健康な時期に介入して、よりいっそう健康になってもらうことを考えなければいけません。そんなヘルスプロモーション(健康増進)のモデルとなるのが(歯

みがき指導)です。

(図4)は縦軸は永久歯が1本もない人の割合。永久歯が1本もない人は60代から増えて80代では60%になってしまいます。QOL(生活の質)の観点からいうと、高齢になって食べ物をしっかり噛んで食べられないのは非常に苦痛です。若い時から歯を守り、永久歯が抜けないようにしようという取り組みが(歯みがき指導)です。ブラッシングの指導は、幼稚園や

医療は変わる

健康モデルが変化 — 生物モデルから 心理社会モデルへ

感染症対策が中心だった時代の医療は病気の原因を生物学的に探り、注射や薬で治療していました。しかし生活習慣病が中心の現代の医療では、このような生物モデルの治療は役に立た

小学校またテレビCMや関連商品の開発などいろんなところ、方法でなされています。20年後には永久歯が1本もないというお年寄りはいなくなるかもしれません。それほど、歯みがき指導は普及しています。歯みがきのように心も健康に保ち、うつ病対策がしっかりとなされて自殺予防ができるようになれば、これは精神衛生面で最高のヘルスプロモーションとなるはずですよ。

なくなっています。代わりに(心の関わり行動)を変えていく心理社会モデルの医療が大きな割合を占めるようになってきました。

がんや心臓病など生活習慣病の多くは、「生活習慣が悪いから」、「自分自身のせい」と考えられるようになり、セルフケアをうまく取ったかどうかが評価され



図5 個人への介入

るようになってきています。そうなるに健康になるための健康行動をいかに自己責任の下に習慣化するかが問われるようになります。新しい健康モデルがつけられるようになり、健康的な生活習慣をつくるために専門家が介入して行動を変えてもらい、また健康教育を通してセルフケアについて学習してもらいます。健康心理学独自の介入の技法が健康心理学的カウンセリングです。健康教育の場は職場、学校、地域で行われる健康教室や

ワークショップなどです。健康教育はテレビCMや街頭宣伝などでも行われます。アメリカでは最近「サイバー教育」がビジネス化されています。サイトに入り会員になると健康診断を受けられたり、個人メニユー方式で教育（サイバー教育）が受けられるというものです（図5）。

病院・医師モデルから 学校・教師モデルへ

これまでの医療モデルは医師と患者がいる「医療空間モデル」でした。

大きな病院に専門家の医師がいて医師は医療技術を磨き、患者に専門的に関わるといふモデルでしたが、これからの医師は多くの健康な人を対象に、健康な人をより健康にするための健康教育を行ったり、さまざまな健康づくりを実践してもらおうという医療に変わっていくと思います。これをわれわれは医療行動科学と呼んでいます。「学校・教師モデル」ともいいます（図6）。

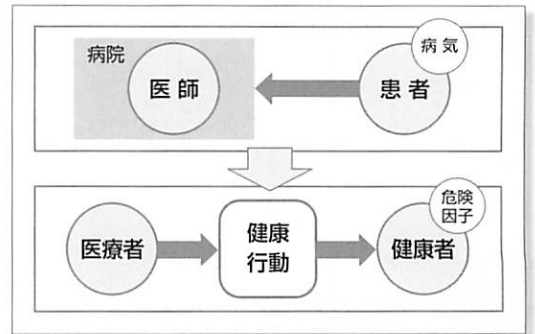


図6 予防医学への関わり

予防医学から 健康心理学へ

予防医学は医師の仕事ですが、これからは医師だけでなく、心理学あるいはその周辺の医療関連の専門家も参加して、医師以外の人たちが予防医学に中心的に関わるようになるだろうと思っています。

予防医学には三つあります（図7）。一次予防・対象は健康な大多数。二次予防・対象はリスク保有者。三次予防・対象はリ

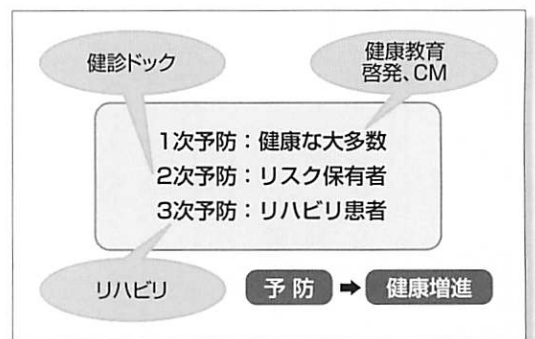


図7 予防医学

ハビリ患者。三つの予防医学的接近があるわけですが、健康教育や啓発、CMなどを使った一次予防はこれまでにかなりの予防効果（証拠）が出ています。二次予防である人間ドックや健康診断による予防医学への接近もかなり行われています。リハビリはこの10年の間に専門家の養成施設もたくさんできました。社会的に広く認知されています。予防医学は今、単なる予防から健康増進へと向かっています。

個人への対応から 集団への対応

これからの医療は個人々人への指導から集団への指導へと対応が変わっていくと考えています。1対1のカウンセリングから1対100のような集団への働きかけが意味を持つてくるようになると思います。

医療現場から 生活の場への関わり

医療現場、病院、保健施設での仕事から家庭・在宅での指導という生活の場への関わりが欧米では大きなビジネスになっています。

患者のニーズ、個のニーズに 合わせた医療の価値

患者のニーズや個人のニーズに付加価値をつけて、新しい医療として提供することが盛んに行われるようになるかもしれません。

治らない医療にこそ QOLという価値基準

残念ながら完全に治療できない病も多くあります。そういう病気に對しても医療が果たす役割はあるはずで、治療できない病に對してQOLを高めるような医療のモデルを考えていかなければいけません。いわゆるスバゲティ状態の延命ではなく、そのような治療はやめて、観劇、読書、作品づくりなどに精力を傾けてもらったほうがQOLの高い人生を送れるかもしれません。健康心理学がこれからやらなければならぬ仕事です。

医療評価としてのQOLの基準としては「健康関連QOL」という尺度があります。一般的にQOLは、「会社の居心地がいいか」とか「生き甲斐があるか」また「職場のモラルが高いか」などといった内容ですが、健康関連QOLは、ある病気に罹患にかかったときに心身共にウェルビーイングな状態かどうかを評価する尺度です。WHO

疾患別sf36得点

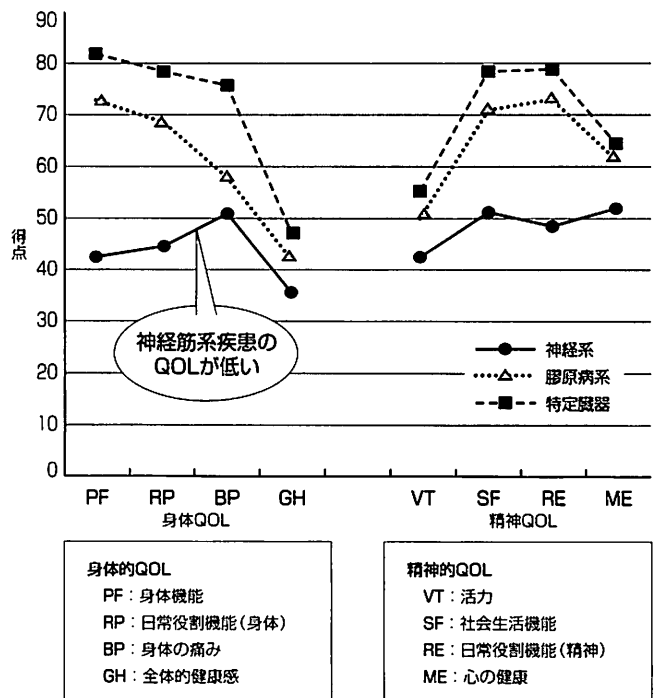


図8 難病患者のQOL

山田宮英雄・百々尚英

難病患者の心の健康を支援するストレスマネジメント教育介入—地域での実践研究の概要—
ストレス科学, 2004, 18 (4) 177-186.

の「QOL尺度」と「SF-36」の二つがあります。このうちSF-36は京都大学の福原俊一先生が日本人用に開発したもので、氏の主宰するNPOの会員になれば利用できます。「身体機能」、「役割機能・身体」、「痛み」、「全体的健康感」、「活力」、「社会機能」、「役割機能・精神」、「精神状態」の8つの尺度を評価しようというものです。

図8は難病患者のQOL得点です。これを見ると神経筋系疾患のQOLが低いことがわかります。パーキンソン病や筋ジストロフィーなど難治性疾患のなかでも、筋・神経に関わる疾患で現在治療法のないものは身体・精神QOLは非常に低いです。こうした難病、がんの末期、あるいは重い身体疾患の方の精神的QOLは身体的QOL並み

に低いことがさまざまな研究から分かっています。

治らないのならせめて癒しをというニーズに対して健康心理学の立場から、神秘的な癒しというものでなく科学的な癒しを提供できないか、心理的なケアを得意とするわれわれの手で多くの難病の患者さんを精神的に救えないか、医療行為として健康心理学的な技法が認められるようになれば、こうした患者さんを救うことができるのではな

いかと考えています。

健康心理学ではこうした難治性疾患やターミナル医療の場で患者さんに、いかに心理学的に接近するかというテーマで主に海外で多くの論文が出ています。医療費の面ではアメリカ型の厳しいEBM（根拠に基づく医療）の考え方で治らない医療、根拠のない医療、効果が確認できない医療には医療費を出さないというのが現実の流れになってきています。

ヘルスプロモーションの心理学

高齢化と医療費の膨大化

ヘルスプロモーションとは「人々が自らの健康をコントロールして改善することができるようにするプロセス」(WHO「オタワ憲章」1986年)です。

ヘルスプロモーションの心理学はいろいろと学ぶべきことがあります(図9)。

- ①ヘルスプロモーションの歴史
—ヘルス・ビリーフモデルからTTM理論まで。
- ②健康行動の形成と維持のための仕掛け—禁煙、運動形成、ドラッグ・アルコール、食の改善、睡眠、覚醒リズムなどの問題について健康行動をいかに形成し、維持するかという問題。
- ③認知—行動理論の基礎—健康

1. ヘルスプロモーションの歴史

ヘルス・ビリーフモデルからプロチャスカのTTM理論まで

2. 健康行動の形成と維持を仕掛ける

禁煙、運動形成、ドラッグ・アルコール、食の改善、睡眠-覚醒リズム

3. 認知-行動理論の基礎

強化理論、強化スケジュール、シェイピング、消去、分化・弁別、消去抵抗、反対条件づけ

4. 自己理論

自己概念、自己評価、自己効力感、セルフケア

5. セルフコントロール

刺激統制、自己契約、自己教示、自己監視、自己強化、自己罰

いろいろ学ぶことができます

心理学は1940年代にできた行動理論と1960年代に隆盛した認知理論を合わせた認知行動理論に基づき、行動修正のための各種キーワードを共通

語としています。強化理論、強化スケジュール、シェイピング、消去、分化・弁別、消去抵抗、反対条件づけといったキーワードがあります。

図9 ヘルスプロモーションの心理学

④自己理論—自己概念、自己評価、自己効力感、セルフケア。
 ⑤セルフコントロール—自己統制…たばこを目の前に置かない、冷たい飲み物を置いておく、などに刺激を与えるために辛いチューイングガムを置いておくなどの刺激統制のほか、自己契約、自己教示、自己監視、自己強化、自己罰など。

こういった健康心理学の理論、技法をトリアルしながら、行動修正にどう役に立てるか、今後その事例を積み上げていかなければいけません。欧米では大規模スタディが行われていますが、残念ながら日本では倫理の問題もあり、正しい評価がづらいところもあって手つかずの状態です。実際に介入、評価によって学術論文として積み上げていく必要があります。欧米の研究にはいろいろ学ぶところは多いと思っています。

ヘルスプロモーションの考え方を絵で示すと図10・1・2・3のようになります。左が健康の極、右は健康の極です。○

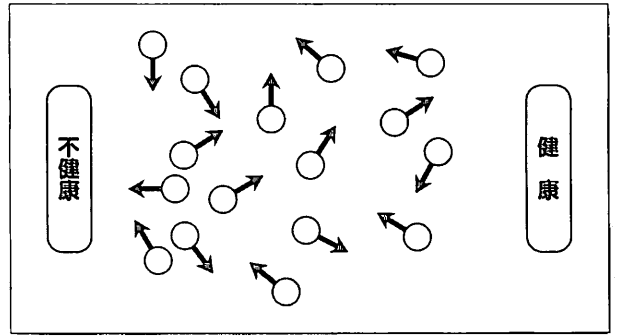


図10-1 ヘルスプロモーションの考え方

は人です。自分の意思であらゆる方向に向くことができます(→で示す)。ヘルスプロモーションは健康という観点から介入するために「網」を掛けます。ヘルスプロモーションの網」といいます。仕掛けです。ゴールはあらゆる位置で健康の方を向いてもらうことです。「たばこをやめたらがんにならないだろう」「たばこをやめればがんになっても少しはましかもしれない」

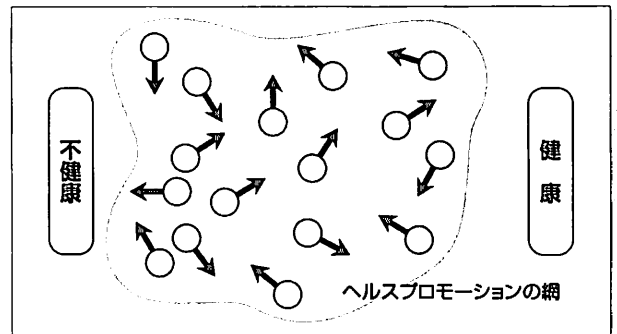


図10-2

といった自己効力感、自身を高めるような考えや、認知の修正、行動の決定、そして継続というふうに、いかにこれを実現するかは健康心理学的なヘルスプロモーションの大きなテーマです。糖尿病の健康指導を例に考えてみましょう。これまでは健康診断の結果、血糖値が高いことがわかれば、「ちょっと危ないですよ」とおどかさされ、「少し甘いものをひかえましょう」、「お

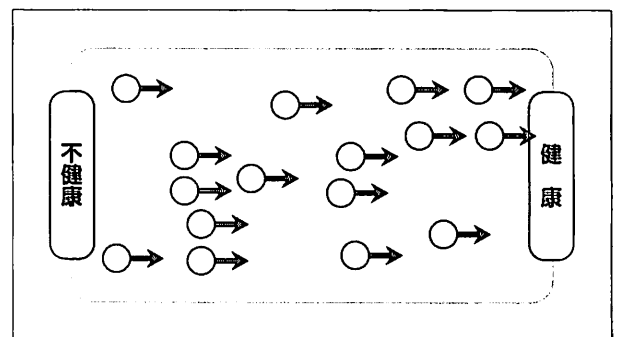


図10-3

酒はほどほどに」といった程度の指導で済みました。しかし、これからはこれでは医療にならないと思います。もう一歩踏み込む必要があります。「今度はこの運動プログラムの従ってください」とか「食事はこういう食べ物を作って食べるようにしてください」、「評価は自分で行ってください」、「スコアも出しましょう」というように、「これならできる、自信がもてる」ようなその人固

有のメニューを作成して、患者自ら考え方を変え、行動を意思決定していく、そういう自己効力感を高めるような指導が要求されるようになるはずです。

糖尿病になるとインシュリン治療を受けながら血糖値を測定するという毎日になります。そのときに検査道具、注射器を渡して使い方を教えるだけでなく、いかに生活習慣を変えて血糖値をコントロールするか、糖分を使わなくても美味しい料理ができるかなど、患者の行動そのものを修正できるような三次元的なりハビリテーションというものが必要ですが、そのような分野で健康心理学が役に立つと考えています。

アメリカでは心理の専門家が医療の現場で患者の行動変容のためのヒントを出したり、民間のサービス機関がインターネットを介して糖尿病のための個別の運動プログラムを提供しています。特定の個人にピッタリのアプローチ(テラー)型介入法です。その人にあった医療行動

です。

ヘルスプロモーションという言葉は1950年代から出てきたのですが、50年代から60年代にかけて心理学の応用が叫ばれ、行動理論や学習理論の実社会への応用が進められました。基本的には集団全体の健康度を高めることを目的として集団を構成する個人が健康行動のため

の仕掛けをいかにつくり、維持し、促進するかということを目指して理論の適用が進められています。目標の実現のための健康行動を強化したり、不健康行動の消去を具体的にを行います。たとえば、たばこを止めさせることは消去です。強化と消去を使って適切な介入、関わりをしていきます。

健康行動づくり理論・モデル

人々が自らの意思でいかに健康行動を起こすことができるか。いろいろ健康行動づくりの理論・モデル(図11)があります。今日は健康信念モデル(図12)とTTM理論(図13)の二つの理論についてお話しします。

健康信念モデル

- 四つの信念 (belief)
- 主観的罹患可能性
- 主観的疾患重篤度

- 主観的利得
 - 主観的障害
- に働きかけるヘルスプロモーションです。健康行動は四つの「信念」に働きかけたらいいといえます。四つの信念は大きく二つに分けられます。健康行動をとらなければどうなるか、に係わる信念と「健康行動をとればどうなるか」に係わる信念です。この健康信念モデルは70年代から80年代にかけてつくられました。

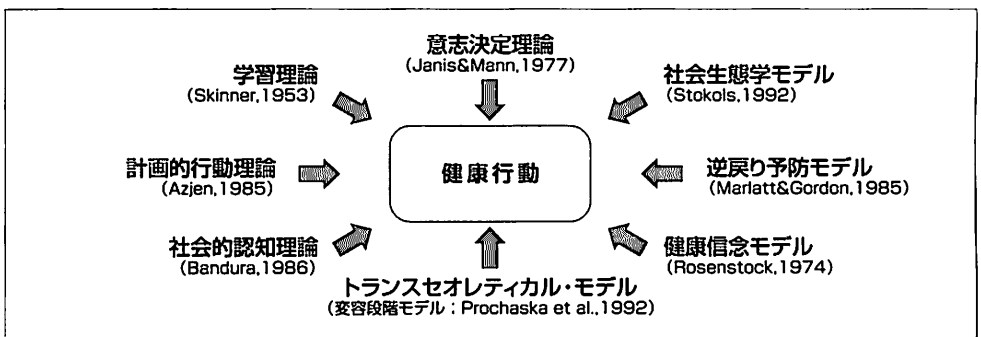


図11 いろいろな健康行動づくり理論・モデル

▼健康行動をとらなければ
どうなるか

1.「主観的罹患可能性」への働きかけ

たばこを吸い続けたとき、肺がん、舌がん、咽頭がんなどになる可能性をどの程度と喫煙者本人が思っているか。これを「主観的罹患可能性」といいます。よく「たばこを吸う・吸わないに関係なく、がんに罹るか罹らないかは運」とか「たばこを吸っていても80歳まで生きる人がいる」などという話を聞きます。そうかもしれない。しかしその一方で多くの喫煙者ががんに苦しんでいます。たばこの弊害について科学的根拠を示して理屈を分かしてもらおう。これが主観的罹患可能性という信念への働きかけです。

また「運動しないとどういう病気になるか」（主観的罹患可能性）を示して、テレビや本、講演会などを通じて信念を変えてもらいます。肥満になると管理職になれないかもしれないということなども強調して、アメ

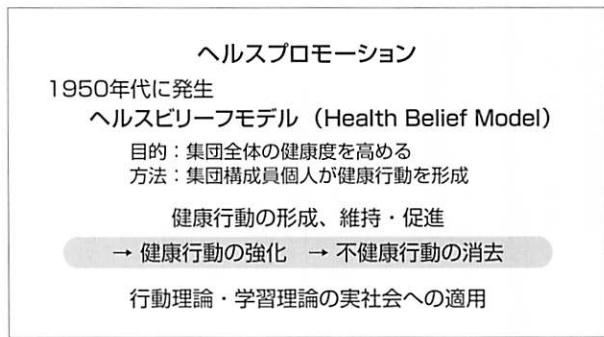


図12 健康信念モデル

リカではヒステリックなまでの〈運動主義〉が1980年代以降みられました。カーター元大統領は来日した際自らランニングしてみせました。アメリカは健康信念モデルを施策に利用して医療費の削減に成功しました。日本でも健康増進運動が実行しやすいように関連法規が改正されれば世の中から喫煙などの不健康行動はなくなるはずだと思います。

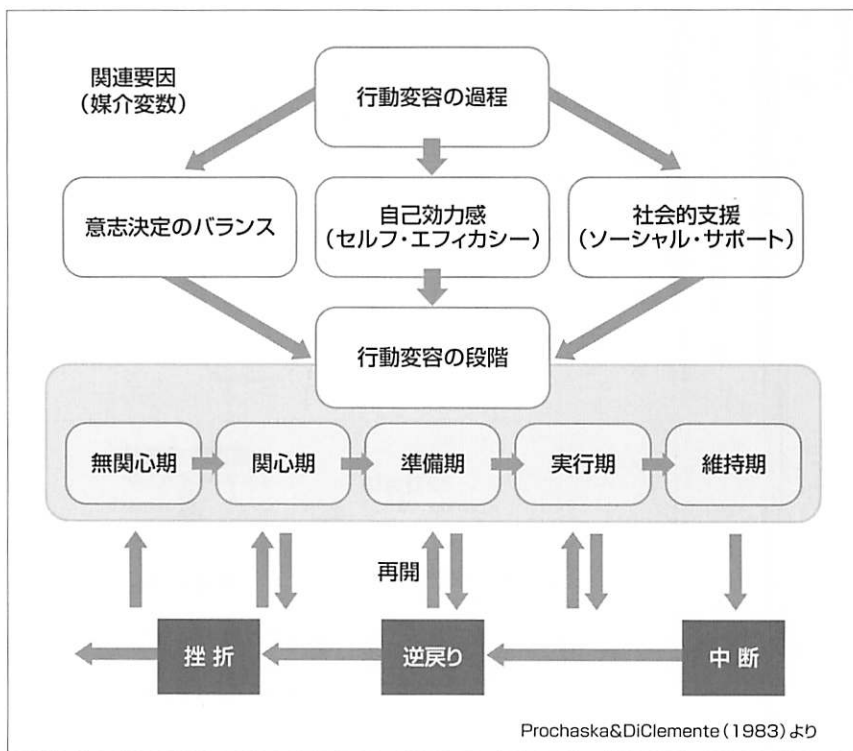


図13 行動変容のトランスセオレティカル・モデル (TTM)

2.「主観的疾患重篤度」への働きかけ

もう一つは「主観的疾患重篤度」です。今、健康行動をとらないために発生するさまざま症状や結果についてどれほど重篤

に感じているか（主観的疾患重篤度）という信念体系に働きかけます。以上、二つの信念への働きかけがあると、たいいの人たばこをやめたいと思うようになります。

▼健康行動をとれば どうなるか

次に健康行動をとればどうなるかについての信念です。

3.「主観的利得」への働きかけ

たばこをやめたら、がんにならないだけでなく、声がよくなる、のどが痛くならない、声が枯れない、食べ物が美味しくなる、きつと幸せな人生だろう：そんなことを思うことが主観的利得です。運動することで「鏡に映った自分の筋肉質なからだが格好いい」とか「洋服が着られる」といった主観的利得に働きかけます。

4.「主観的障害」への働きかけ

たばこをやめるためには、ニコチン依存という高い壁を乗り越えなければなりません。どうしても吸いたいという気持ちはどうしたら抑えられるか。「吸いたい」という主観的な障害をどう受け止め、いかにクリアするかということなのです。

以上、四つの信念に対する働きかけができれば、あらゆる健康行動は強化、つくりあげられ、維持促進されるとするのが「健康信念モデル」です。

T T M理論

信念を変えるだけではだめ！。健康信念モデルに異を唱えたのがプロチャスカです。その理論は「トランスセオレティカル・モデル（T T M：変容段階モデル）」といっています。

喫煙モデルで有名な理論です。プロチャスカによれば健康関心には温度差（図14）があり、健康な人（一次予防対象者）に喫煙が体に悪いと言ってもなかなか聞いてはもらえません。「信念」に働きかけてもだめなのです。しかし血液検査で所見のあった人や、なんらかの心身のリスクを抱える人たち（二次予防対象者）は健康に関心がありますし、病氣回復期にある人（三次予防対象者）も健康には強い関心があります。問題なのは禁煙

を説く医師や看護師の中にたばこを吸うものがあることです。それを見ていた患者さんが入院中は禁煙を守っていたとしても退院した途端にたばこを吸う人は多くいます。医療関係者の喫煙をなんとかしなければいけません。

行動変容

ライフスタイルを変えていくための行動変容には、禁煙のほか食行動の修正（肥満ダイエットだけでなく痩せすぎの人には食べさせることも重要）、運動アドヒレランス（継続性）、ストレス・マネジメントの実践、処方通りに薬剤を服用するコンプライアンスなどがあります。これらの健康行動をいかに形成し、維持促進してもらうかが重要です。健康行動を習慣化することは大変ですが、危険因子を一つひとつ是正していったら、二次予防につながれると思われています。T T M理論では行動変容に5つの段階があるとされています。

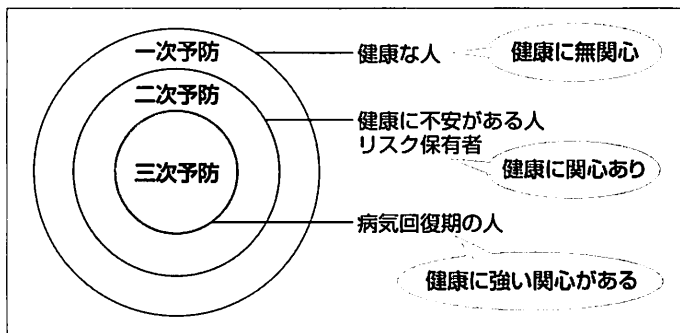


図14 健康関心の温度差

まず無関心期があり、次にちょっと関心を持ってもらい、そして準備をし、準備ができれば実行です。実行してうまくいかないとときは一度戻ります。そして再開します。禁煙行動がそうですが、実際なんでも行きつ戻りつ繰り返す人は多くいます。禁煙に失敗する人は多くいます。健康行動を半年以上維持し、中

断や逆戻りがない場合に健康行動は完成ということになります。現在、禁煙、運動、ストレスマネジメントなどのケースで実験的介入が検討されています。日本でも運動習慣について健康

心理学の先生方を中心に検討が進められています。今後はストレスマネジメントや食行動の修正などの行動変容のステージについて有効な技法の検討が予定されています。

ストレスマネジメント

ストレスマネジメントは「自分のストレスを自分で管理すること」＝「ストレス経営学」です。誤解があるようですが、職場において上司が部下のストレスを管理することではありません。自分のストレスは自分で管理するという意味です。ところが誤解をして、ストレスマネジメントとは管理職が従業員の心を管理することだと思っ込んでいる人が多く、そんな誤った趣旨で管理職を対象にした講演を依頼される場合があります。

ストレスマネジメントは他人の心を管理することではありません。上司が部下の心を管理す

ることではないのです。一人ひとりの従業員がストレスマネジメントをしっかりとできるような環境を提供する—それが管理職の仕事だと心得てください。日本人は「ストレス」という言葉を95%の人が知っています。「マネジメント」についても半分の人は知っているといえます。ところが「ストレスマネジメント」となると認知率が大幅に下がります。ストレスマネジメントという言葉は使にくいという声を聞きますが、ぜひ職場のメンタルヘルスを語るときの共通の言葉としていただきたいと思います。

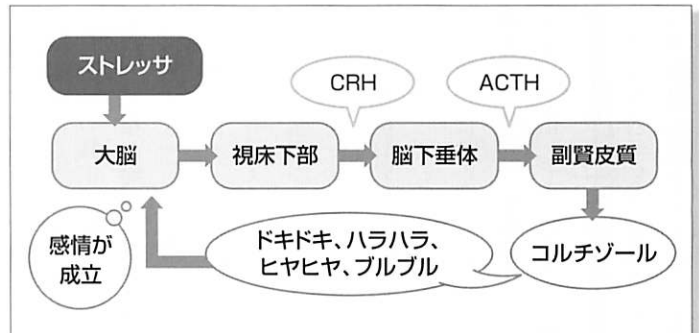


図15 ストレスと体・心の変化

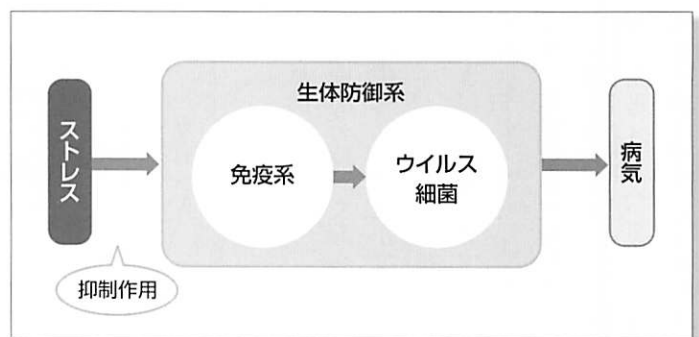


図16 ストレスと病気の関係

ストレスマネジメントは「ストレス経営学」です。経営ですからストレスがどれだけ入って、どれだけ出ていったかを考えます。ストレスの家計簿をつけて日頃からストレスの出入りには気をつけるようにしてください。今、自殺は年間3万件にも上るといいます。ストレスマネジメントは自殺予防の前駆症状で

ある、うつへの対策として重要です。職場では自殺予防の観点からもぜひストレスマネジメントを広めていただきたいと思っています。自殺の前駆症状はうつです。うつになった人から自殺者が出やすいといわれています。多くの方は理解されていないと思いますが、うつの人にははいけないことがあります。安

易な激励はしてはいけません。「ガンバレ」は禁句です。うっは正しく治療を受ければ軽減されます。しかし治療中の誤った対応が自殺を引き起こすことになるのです。場合によっては、自殺ほう助に問われかねません。うっは心の風邪といわれます。ちよつとブルーにものごことを考えるようになったなと思つたら、それはうっのサインと思つて仕事を減らしたり、体を休ませたりして、うまかつきあつていつていただきたいと思います。うっ対策も健康心理学の主要な課題の一つです。

ストレスとは何か

ストレスは、交感神経系の活動そのものであり、脅威事態に遭遇したときに自動的に発生する防衛防御メカニズムです。ここでは次のような言葉で定義します。「ブルブル・ドキドキ・ヒヤヒヤ・ハラハラ」です。ブルブルは「武者震い」、ドキドキは「血圧の上昇、脈拍の増加」、

ヒヤヒヤは「手に汗」、ハラハラは「激しい呼吸」です。いずれも人類が誕生して以来、獣に襲われたり、台風、大火事など緊急事態に遭遇したときの体の反応です。異変に気づき、ドキドキして一気に脳に血液を集めて脳の働きを高め事態を把握します。そして筋肉をブルブルと震わせて活動態勢に入ります。防衛防御メカニズムを発揮させて人類は生き抜いてきたのです。このようにストレスは本来、善玉です。問題は脅威事態でもないのにドキドキ・ブルブル・ヒヤヒヤ・ハラハラすることなのです。

図15のようにストレスの原因(ストレスサ)があると大腦から命令が視床下部に行きます。すると視床下部からCRHというホルモンが分泌されます。このホルモンが脳下垂体を刺激し、脳下垂体からはACTHという副腎皮質ホルモンが分泌され、副腎皮質から糖質コルチロイドが血中に分泌されます。このコルチゾールがストレス抵抗ホル

モンと呼ばれるものです。この一連の変化を心の変化として捉えたとき、私たちは「ドキドキ・ブルブル・ヒヤヒヤ・ハラハラ」と感じるわけです。交感神経が興奮するとき(ストレス反応が起こるとき)はいろんな感情が生まれます。多くはネガティブな感情です。つらい、おもしろくない、うっとうしい…そんなふうな感情が出たときに、上司はいやな上司になり、取引先は苦手な取引先になります。ドキドキ・ブルブル・ヒヤヒヤ・ハラハラするのは体が環境に適應しようとして頑張っているからなのですが、それを頑張っていると思わないで、ネガティブに評価すると、それがまた新たなストレスを生むという悪循環におちいります。そうして病気に罹りやすくなります(図16)。ストレスは生体防御系とくに免疫系の活動を弱めるためにウイルスや細菌が繁殖しやすくなり、肺炎などの炎症性の疾患に罹りやすくなります。ストレスを長期化させてはいけません。スト

- 物理化学的ストレス
高温、灼熱、寒冷、高湿度、乾燥、水・空気の汚染
騒音、日射
- 生活環境のストレス
狭い住居空間、危険な都市、不便な道具、新しい技術
交通停滞
- 心理社会的ストレス
重大な出来事への再適應
日常の些細なこと 人間関係

図17 ストレスの原因

レスはサツと出すようにしましょう。

ストレスとは何か

ストレスサ(ストレスの原因)にはいろいろあります。大きく三つあります(図17)。まず「物理化学的ストレスサ」。高温、灼熱、寒冷、高湿度、乾燥、水、

空気の汚染、騒音、日射、何十年ごとに起こる太陽の黒点の移動や地軸の回転ムラが原因で地球は寒くなったり、暑くなったり、またオゾン層が破壊されたりと変化が起こります。しかしそれは人智の及ぶ範囲外のことでも何でもありません。予め知ることは可能であり、予防策を講じることは可能です。次に「生活環境のストレッサ」です。狭い住居空間、危険な都市、不便な道具、新しい技術、交通停滞などです。

もう一つは「心理社会的なストレッサ」です。ストレスマネジメントの主なる対象です。心理社会的なストレッサは心の働きが作りだしていることが多いからです。重要な出来事への再適応、最愛の妻が亡くなった、親しい人が病気になった、会社の倒産、リストラ、借金……こうしたいろんな出来事がドキドキ、ハラハラの原因となります。日常の些細なこともストレスの原因になります。朝起きるのがいや、嫁が言うことを聞かないな

ど。朝起きるのは当たり前なのにそれがストレスの原因にもなります。

日本人で多いのは人間関係です。家族の病気、死亡、喧嘩、親戚づきあいが事件の原因になります。国内で発生した殺人事件の2/3は実は身内によるものです。人間関係の濃さがストレスの原因になっています。考え方やつきあい方を別のルールやスキルに変えることでうまくいく場合があります。

働く人のストレッサ

企業倫理、コンプライアンス、セクハラ、リストラ、競争、老後など働く人のストレッサはさまざまです。

過労死・過労自殺をくい止める方法を調査研究したカラセックによると、①過剰な仕事量 ②裁量権のなさ ③相談できる人がいない—この三つが揃っている職場は過労死・過労自殺の危険が高いといえます。ヘカラセックの3要素といえます。

確かに仕事の量が多いと大変です。しかし自分で裁量できなかったらいいのです。ちょっと仕事が多すぎるから派遣社員を使うとか、明日に仕事を回すとか、裁量ができれば問題ありません。しかし裁量権がなく無理矢理仕事を押しつけられるのは大きなストレスになります。もし裁量権がなかったとしても相談できる人がいればだいぶ違います。3要素に問題のある職場はうつ病になりやすいようです。

団塊の世代はストレス世代です。ベビーブーマー世代は同世

ストレス反応への気づきと対処

ストレス反応は、心身に現われます(図18)。体に現われると疲れやすいとか頭痛、下痢、便秘など具体的な症状として出てきます。アトピー、じんま疹などのアレルギー疾患、喘息、円形脱毛、若白髪、潰瘍も発生します。

代人口が240万人、250万人と多く(今は110万人)、〈団塊世代の四大苦〉と呼ばれるものがあります。それは、①競争相手が多すぎる ②ポストがない、部下がない ③試験や競争が大好き ④人つきあいが苦手 というものです。40代の部下はそんな50代上司をうつつとしく見ているようです。職場を客観的に調査して、会社のしくみを変えたり、介入したりすることも健康心理学的関わりということになります。

ストレス反応が心に現われると、不安が強くなったり、不安がもつと強くなると神経症です。うつは風邪ひき程度であれば3カ月も休めば治りますが、循環性があり季節変動したり日内変動があつて5年10年と続くと、怒りやすくなったり、訳がわか



やまだ
山田 富美雄 先生

1980年 関西学院大学大学院文学研究科心理学
専攻博士後期課程修了
1985年 関西鍼灸短期大学講師
1991年 文学博士学位授与(関西学院大学)
1992年 関西鍼灸短期大学助教授
1994年 大阪府立看護大学看護学部助教授
2001年 大阪府立看護大学・同大学院看護学研究
科教授
2003年 大阪人間科学大学人間科学部教授
2005年 大阪人間科学大学健康心理学科長

らなくなったり、あせり、孤立感、劣等感が強まります。長引くと精神病とよく似た症状を呈し、職場では誤解や勘違いが生じがちです。軽い症状であれば、適切な処置によりストレスの症状だけで終わらすことができます。いいお医者さんを紹介し、心のケアができる相談員を配置するようにしてください。患者さんが時折自殺をほめかすような言動があったとしても、それだけにとられないで人生全般を楽しくやっていけるようにしていただければと思います。健康心理学はそういう意味ではポジティブな心理学です。幸せで

平和なことを考えながら積極的なものごとを考えていきます。こういう仕掛けをすれば彼もまた働けるようになるだろうというふうに見えるようにしてあげてください。体や心に症状が出ると病院を勧めます。しかしそれは楽な方法であり手っ取り早いのですが、中には一人で苦しんで病院にも行くことができず、症状を悪化させていくケースもあります。職場でけんかが多くなったとか、暴力沙汰、障害、犯罪、恐喝、遅刻、早退、職場不適応、不登校などが目立つなどと思ったら、職場内でストレス状況やストレ

ッサを上手く解決できていないと気づいてください。

ストレス反応への気づき

私たちは心や体に現われるストレス症状をなかなか自分では気づくことはありません。まわりの者が「こういう症状の原因はストレスかもしれない」、「ストレスは悪いものではないが、長期化するとよくない」などと教えてあげないといけません。これを直属の上司ではなく、出来ればメンタルヘルスの専門家に任せるようにするのがいいと思います。

ストレスの原因であるストレスはストレス反応に直結しているわけではありません。図19のようにその間に心のプロセスが介在しています。ストレスマネジメントではこの心のプロセスを重視します。ストレスに気づいているかどうかを重視します。もし気づいていたら対処できるからです。対処できないままだとストレスの原因はその

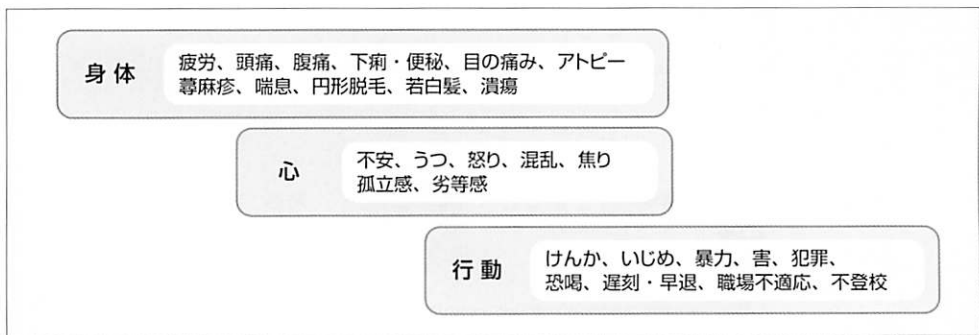


図18 ストレス反応と症状

まま残り、ストレス反応も続きます。危険な状態といえます。ストレス反応が強く出て、病気になるやすい人は、この気づきと対処の心のプロセスがうまくいっていないのかもしれない。

そこでストレスマネジメント教育によってストレス反応に気づくように介入します。その一つはチェックリストです。ストレス反応への気づきと対処方法が良いか悪いかをチェックします。次にストレス反応のコントロール技法です。交感神経系の発動であるストレス反応を抑えるためには副交感神経を活動させればいいわけです。つまりリラクゼーションでストレス反応を抑えます。

コントロールのもう一つは、ストレス産物を使い切るためのアクティベーションです。ストレス反応中の血中にはコルチゾールが溜まった状態になっています。このコルチゾールを使い切るためには運動などのアクティベーションが有効です。

リラクゼーションとアクティベーションをうまく利用できるようにになると自分でストレス症状をコントロールできるようになります。

私が指導するリラクゼーションは呼吸法と筋弛緩法です。アクティベーションにはスキーや水泳などの運動や散歩、おしゃべり、カラオケなど多様です。基本は息が切れないくらいの有酸素運動です。20〜30分汗が出るくらい続けてください。継続するとその時間が楽しみになります。

運動をするとうつは必ず治ります。2003年の自殺者数は34,427人でした。うち勤労者は8,474人、50代が27.5%を占めました。20代の若い頃からストレスマネジメントをぜひ広めてください。イザというときに自殺の前駆症状であるうつにならないようにしたいものです。職場のメンタルヘルスはこのへんに焦点を当てるべきです。自殺者の推移を見ると

1998年から自殺者は増え、働き盛りがその割合を大きく占めるようになりました。

2003年度にうつ自殺に関する労災認定申請は121人ありました。うち40人が認定されています。うつ自殺の労災認定条件は、精神障害を患っていて、発病前6カ月に業務による負荷があること、業務以外の原因がないこととなっています。うつ状態の職場での必然的な原因が認められたら、自殺は労災認定されます。最近はこのうつ自殺の労災認定判断基準を見直そうという動きが活発です。大阪府立こころの健康総合センターのストレスドックを利用される方の3人に1人はうつ病や心身症、適応障害などの所見がみられました。自殺防止のためのワークショップや研修会、ルール、仕掛けなど、自殺防止のためのプログラムを考えていただきたいと思います。健康心理学がお役に立つはずですよ。

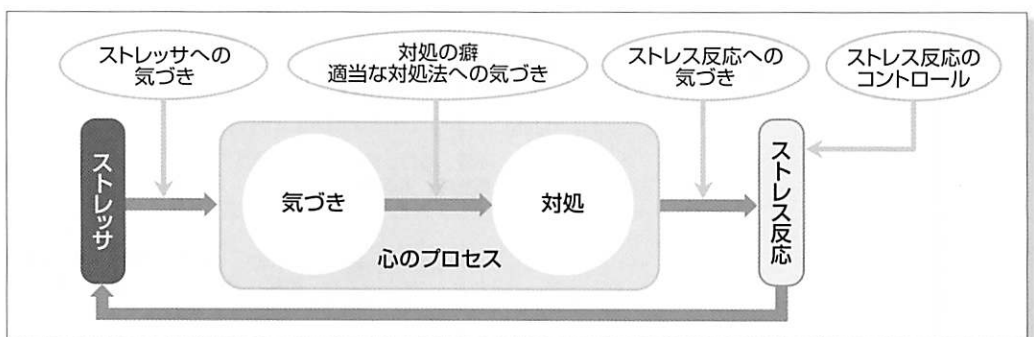


図19 ストレスマネジメント教育の4パート



ネイチャー・フォト
Nature Photo