

社会学のなかの「保健行動論」

ユズル J. タケシタ

での主張の具体的例証としたい。

はじめに

「保健行動論」とは「個人又は集団の健康状態になんらかの影響をもたらす行動の全て」を理論的にどう把握するかを課題とする学問である¹⁾。その内容の性質からして健康保持や増進を如何に進めるかという実践的な面が必然的に伴う学問でもある。アメリカでこの学問が公衆衛生大学院で最も盛んに取り上げられて居るのもその実践性にある。それが理論的裏付けを進める中でしきりにその実証が求められる訳でもある。最近では「健康心理学 (health psychology)」とか「医療社会学 (medical sociology)」の分野で心理学者や社会学者の関心も深まって居る。また新時代に備えての医学教育に必要として「行動科学的健康論 (behavioral health)」という名目で多くの医科大学でカリキュラムに導入されつつもある²⁾。

ここでは「保健行動論」の様な学問がなぜ今各分野でこうも広く関心の的となって居るかを簡単に述べ、本論としてこの学問のこれからの発展に「社会的」観点のもと本格的導入の妥当性と必要性を論ずる積もりである。その中で今アメリカで最も広く応用されている保健行動の理論的モデル、所謂「ヘルス・ベリーフ・モデル (Health Belief Model)」を紹介し、その修正を試み、こ

成人病と保健行動

今日本では欧米の諸先進国を追う様にして人口の高齢化が進んでいる。既に平均寿命では男女ともに世界最高を争う程になって居り、65歳以上の人口割合で示す「高齢化現象」のレベルでも今の10%から2020年には25%近くに昇ってこの指標でも欧米諸国を凌ぐことになると予測されている³⁾。この様な現象の裏には出生率の継続的低下という人口学的要因の大きな作用があるが、そのほか当然ながら死亡率の改善もある。勿論、後者は経済発展に伴う生活条件の向上、その中での食生活の改良、医療の技術的高度化と医療・保健施設の利用普及等々が密接に関係している筈である。この事は戦前から最近にかけての死因の動向にはっきりと表れて居る。例えば、細菌感染による肺炎、結核、胃腸炎等と成人病（癌、心疾患、脳卒中等）による死因の割合の推移を見ると、1935年に細菌感染による死因が45%で成人病による死因が25%だったのが、1955年頃から逆転、1983年に至っては、細菌感染による死因が7%まで激減し、成人病の全死因に占める割合が68%にも昇って居る⁴⁾。この様な現象は先進国共通のことで、近代化の中で不可避と見られる。しかも先

1) ここでは次の文献にある定義よりもっと広義に「保健行動論」を捉えている。宮坂忠夫・川田智恵子「健康教育論」メヂカルフレンド社、昭和61年。そこでは保健行動とは「個人または集団の健康保持・増進のためになる行動あるいは健康上好ましい行動」としてある (p.107)。因みにこの書の第三章（健康教育と保健行動）には当論文で取り上げるヘルス・ベリーフ・モデルの紹介がある。

2) 次の文献はこれらの最近の動向を知る上に貴重である。

J. D. Matarazzo et al. (eds.), *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*, New York: John Wiley and Sons, 1984. 特に Chapter 1 (Behavioral Health: A 1990 Challenge for the Health Services Professions) は「保健行動論」の現代的課題の理解に役立つ論文である。

3) 厚生省人口問題研究所の「日本の将来推計人口：昭和60-100年・研究資料第244号・昭和62年2月1日発行」に拠る。

4) 厚生統計協会編の「国民衛生動向・厚生指標：昭和60年・臨時増刊第32号第9号・昭和60年8月31日発行・表15, p.53」に拠る。

進国での成人病をも含む十大死因の原因と考えられる「危険因子 (risk factors)」を並べて見ると、それらが如何に我々の近代的社会生活の在り方と密接な関係にあるかが瞭然とする⁵⁾。(表1を参照。)これらの危険因子群には三つの特徴がある。殆どが我々のライフ・スタイルに関連し、我々の意志で変えることの出来るものであり、食習慣や喫煙の様に長期に渡っての行為の結果として病状が露れる性質のものが多い事である。しかも幾つかのライフ・スタイル的行為の死亡率抑制効果はアメリカの研究で実証されている。カリフォルニア州・アラメダ郡の長期健康調査で、次の七つの事を守る人程、死亡率が低い事が明らかにされた⁶⁾。1. 毎日7~8時間睡眠すること、2. 朝食を欠かさないこと、3. 間食をしないこと、4. 適度の体重を保つこと、5. 禁煙を守ること、6. 禁酒或いは控え目の飲酒に限ること、7. 規則的に運動をすること。これらの健康促進行動を「アラメダ・セブン」と称して健康教育の場で盛んに奨励されているが、「保健の七つ道具」と考えて

日本でも薦める価値のあるものと思う。唯、ここで問題になるのは、この様な、或る意味では常識的な行為が容易に守られて居ない事実である。この様な知識と行動のズレは他にも見られる。例えば日本で40歳以上の人を対象にした一般健康診査が薦められているが、その受診率は高い都道府県で半数を越えない。早期発見で抑えられると知られている胃癌や子宮癌の検診はもっと低く20%さえ越えないのが実情である⁷⁾。この様なことは人間共通の問題で、特に健康の持続と増進を図る関係者に取っては大きな悩みの種である。そこで生まれたのがここで取り上げる「保健行動論」で、その発想は社会心理学の「期待価値動機論 (Expectancy-value Theory of Motivation)」に基づくものである。それに就いては「ヘルス・ピリーフ・モデル」の紹介の段階で言及することにするが、要するにこの様な状況の中で生まれた「保健行動論」の中心課題は、健康知識と保健行動のズレを理解し、行動促進の効果的介入の方法を求めることにある。そして延いては色々な病、とく

表1 先進国における十大死因と主な危険因子 (Risk Factors)

十大死因	主な危険因子 (Risk Factors)
心疾患	喫煙, 高血圧, 血清コレステロールの高濃度化, 偏食, 運動不足, 糖尿病, ストレス, 遺伝
悪性新生物(癌)	喫煙, 職場や環境の造癌物質, アルコール, 偏食(繊維性不足など)
脳卒中	高血圧, 喫煙, 血清コレステロール高濃度化, ストレス, 偏食(塩分の過剰摂取など)
不慮の事故(自動車を除く)	アルコール, 麻薬, 吸い殻の不始末による火事, 製品のデザイン欠陥, 銃の手入れ易さ
肺炎や気管支炎	喫煙, 予防注射の普及状態
自動車事故	飲酒運転, シートベルトの着用状態, スピード超過, 道路や車のデザイン欠陥
糖尿病	肥満
肝硬炎	アルコール
動脈硬化症	血清コレステロールの高濃度化, 肥満, 糖尿病, 高血圧, 喫煙
自殺	ストレス, アルコールや麻薬, 銃の手入れ易さ

資料 : J. D. Matarazzo et al. (eds.), *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*, New York: John Wiley and Sons, 1984 (Table 1.1, p.4) と厚生省保健医療局老人保健課編の「成人病のしおり: 1986」に拠る。死因の順序はアメリカの現在の順位, 日本では昭和61年度現在で三大成人病による死因の順位は一位が癌, 二位が心疾患, そして三位が脳卒中となっている。

5) 厚生省保健医療局老人保健課編の「成人病のしおり: 1986」に拠る。
 6) N. B. Belloc, "Relationship of Health Practices and Mortality," *Preventive Medicine*, 2 (1973), 67-81.
 7) 上掲(注5)の「成人病のしおり」に拠る。

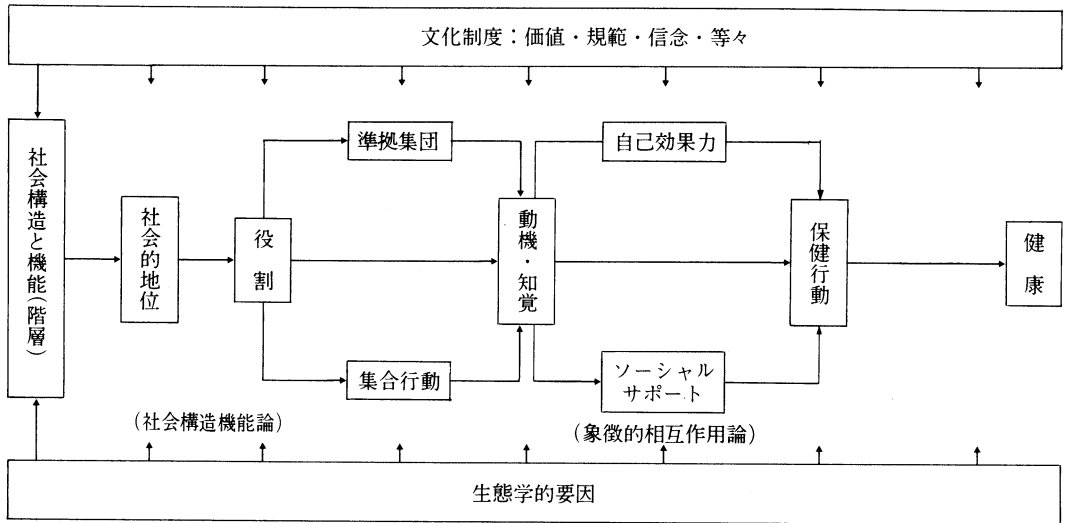


図1 保健行動論の社会学的枠組 (案)

に成人病の予防と治療の促進に貢献することにある。

保健行動論の社会学的性格

「保健行動」は言うまでもなく「人間行動」である。しかも「人間行動」は集団の中で営まれるものであるというのは「社会学」の学問としての基本的前提である。ということは「保健行動」を当然含む「人間行動」は「社会行動 (social behavior)」であり、その理解には必然的にそれぞれの行動の場である集団延いては社会の影響を予想しなければならない。人間行動の全てがあらゆる「社会学的」要因に動かされていると言うことである。この様な観点から、保健行動の徹底的理解には図1の様な枠組に基づき分析が必要と考える訳である。図1で明らかな様にこの枠組には現代社会学の重要な概念の殆どが含まれている。それは勿論この様な概念で定義される要因が保健行動に何らかの形で影響をもたらして居ることを前提として居るからである。そして社会学に与えられた課題は、この様な要因がどんな形で保健行動に影響しているかを解明・実証することにある。また社会学的要因の働きを実証する事に因って介入の目標も当然社会の仕組み (構造) の在り方に向けられることになる筈である。この事は保健行政に大きく係わる事だが、案外無視され勝ち

なのが現状である。

保健行動論に役立つ社会学を考える場合、大きく分けて二つのアプローチがある。マクロ的な社会構造機能論 (structural-functionalism) とミクロ的な象徴的相互作用論 (symbolic interactionism) がそれである。前者で客観的社会条件の中に健康及び保健行動の要因を求め、後者でそう言う客観的条件の主観的知覚の仕方によつてこれらの要因を求めするのである。事象の総合的把握には両アプローチの導入が必要である。それは社会的条件の影響はそれが如何に知覚されるかに因り、またその知覚の仕方そのものが置かれた社会環境や地位に左右されることが予想されるからである。因みに現行の保健行動論の核をなしている「ヘルス・ビリーフ・モデル」は象徴的相互作用論に根差すものである。

社会構造機能論に根差す社会現象の分析法で保健行動論に役立つものがある。それはある社会の仕組み (構造) 或いは行動パターンが同じ社会内の他の仕組みや行動パターンにもたらす影響の意図性 (intentionality) と顕在・潜在性 (manifestivity or latency) を追う分析法 (所謂, functional analysis) である。例えば図1の下部にある健康に対する「生態学的」要因の作用は生活向上を目的とする高度工業化の「意図しない」、「潜在的」な結果による河川や大気汚染がもたらすもので、「逆機能」と言われる結果である。この様に意図

しない逆機能（又は順機能）の「顕在化」が社会的分析の究極的目的とも言える。要は、我々の健康を害して居るのは我々が生活向上を目指して築き支える仕組みの弊害（潜在的逆機能）に因る可能性があることを認めることが重要である。

広く保健行動論の中で社会的要因を考える場合、二つの側面がある。一つは健康状態そのものにもたらす影響で、も一つは保健行動の在り方にもたらす影響である。この両側面を区別しながら考えて行きたい。

社会階層と健康及び保健行動

我々の生活に最も密接に関連している社会の仕組みは階層の存在である。社会構造機能論の観点から全体社会を考えた場合、階層構造は無くしてはならない「機能要件 (functional requisite)」の一つである。そしてその中で我々が占める地位 (status) は教育、職業、収入等を通して生活条件を決めるだけでなく、我々の価値感、生活規範、信念等も決めるのであるが、生活条件の違いは我々の健康に強い影響をもたらす。国によってその階層間の開きは違うが、アメリカの場合、それは乳児死亡率や平均寿命の格差として表れ、又疾病率にもはっきりと表れている⁸⁾。社会学では特に精神病の疾病率が研究の対象となって居るが、それは精神病が一般の病と比較して、その認知と治療に社会的要素が作用し易いと見られ、それが階層間でかなりの違いがあるとされているからである。また治療を受けた場合、上層の患者に限って治療方法の選択の自由が利き、その表現力や洞察力の強さから治療の効果がより良く上がり、治療を施す側の態度も差別的であると指摘されている。所謂「マタイ効果」の典型的例である⁹⁾。

アンデルセン (Andersen) は病人が医療機関

を利用するかどうかは次の三つの要因によると論じた。予備傾向 (predisposing factors) と実現能力 (enabling factors) と治療を要する病状 (need) がそれである¹⁰⁾。病状の認知はさて置き、予備傾向 (主に健康に対する関心と知識など) と実現能力 (収入や保険の有無) は階層間にかなりの格差があるとした。ここで補足し強調したいのは、階層間で客観的疾患率の差があると同時に病状の認知にも違いがあるということである。そして当然それに伴う保健行動、ここでは治療行動も違う事が予想される。メカニック (Mechanic) が言う様に病人としての行動は如何に客観的症候を知覚しそれを評価しそれに対処するかにかかるのである¹¹⁾。そしてこの様な知覚と評価と対処の仕方は階層によって違う事が「人によって違う」という句に仄めかされている。

サッチマン (Suchman) は社会関係の開放性 (cosmopolitanism) の如何により、色々価値観 (文化) の差があり、病気や医療に対する態度の上で科学的か非科学的かという形で表れ、病人としての治療行動に大きな違いが見られるとして、実態調査で実証した¹²⁾。ここにも階層間の差が仄めかされているが、彼の説は保健行動を社会構造とそれにまつわる意識構造に結びつけた事で評価されている。

役割論と保健行動

役割 (role) とは我々が占める社会的地位にまつわる義務と権利のことでその地位と相互補足的関係にある地位との間で定義されるものである。社会学では「個人を社会に結ぶ」概念として基本的なものと考えられている。我々が集団の成員として行動する場合、その集団の規範に制約される訳であるが、具体的には「期待される役割」が課

8) 次の様な文献を参照。

"U. S. Population: Where We Are; Where We're Going," *Population Bulletin*, 37-2 (June 1982).

"Black Americans in the 1980's," *Population Bulletin*, 37-4 (December 1982).

9) 「マタイ効果」とは新約聖書・マタイ伝から引用して広く「社会的有利な立場にある人ほど益々有利になる傾向」を言う。

10) R. Andersen and L. A. Aday, "A Framework for the Study of Access to Medical Care," *Health Services Research*, 9 (1974), 208-220.

11) D. Mechanic, "Social Psychological Factors Affecting the Presentation of Bodily Complaints," *New England Journal of Medicine*, 282 (1972), 1132-1139.

12) E. A. Suchman, "Health Orientation and Medical Care," *American Journal of Public Health*, 56-1 (1966), 96-106.

せられるのである。この様な概念が保健行動論にとっても如何に重要であるかは、パーソンズ (Parsons) の鋭い社会学的感覚に基づく「病人」の把握の仕方による。それは彼の余りにも有名な「患者役割論 (sick-role concept)」に展開されている¹³⁾。「Disease」を客観的な症状を指す医学的概念とすれば、「illness」は自覚症として心理学的概念である。パーソンズはこの外に社会学的概念として「sick role」が考えられるとした。即ち、我々がある一定の役割を課せられている社会の成員として生活する中で、病人として振る舞うには自己の定義 (自覚症) だけでは普通許されないのである。その定義を支えて呉れる他の人 (例えば、親、夫か妻、医師等々) の存在が必要である。表2で見られる様に、自己と定義を施す立場にある

表2 「病人」の社会学的定義

自己の定義	他者の定義	
	健康	病気
健康	「異常なし」	「がんばり屋」
病気	「仮病使い」	「病人」

人との間で交渉の結果、可能な様々の定義の中で、病人として定義が一致して初めてその様に振る舞う事が認められるのである。即ち、病人としてのコンセンサスは社会的相互作用の過程で生まれ、そしてその上で「患者」としての「役割」が課せられることになる。その「役割」は二つの権利と二つの義務からなるとパーソンズは説いた。権利は病気の責任は負わされず、普通の社会的義務 (例えば出勤) から免れること。然しそれに伴う義務として良くなる事を志し、医学的助言を受け医療従事者と協力することが期待されるのである。病人としての甘えは早く治そうとする努力を条件として許され、時間的限定性が前提とされる。社会全体の立場からすれば、病気は一時的ながらも「逸脱」と見なされて、必然的に「社会統制」の対象

とならざるを得ないとされた。この見解は画期的なものとして評価される中で、急性病はともかくとして精神病や成人病の様な慢性的な病気には当たらないと批判されて居るのが現状。殊に病原の責任性と早期回復の期待という条件の不当性が指摘されている¹⁴⁾。

数々の研究で「患者役割」の受け入れ方に階層や異文化背景の影響のある事が明らかにされている¹⁵⁾。また、「患者役割」の定義や幅やその統制の厳密性が異なった社会体制 (全体主義のソ連など) や施設 (軍隊、刑務所、精神病院など) の中でかなり違うことも潜在機能論的に論じられている¹⁶⁾。最近、アメリカで特に注目を浴びている研究のテーマは男女間の差別疾病率の解明である。平均寿命の優位に係わらず、疾病率は女性の方が高いという現象が男女間のアメリカにおける役割の差に原因があるのではという仮説の下にいろいろな研究が進められている。その多くの研究の総まとめを試みたフェブルッガ (Verbrugge) は現段階 (1985年) での結論として家庭に於ける主婦の役割が女性にとってストレスの溜まり場になっている事がその疾病率が男性より高い事の最も大きな理由だと述べている¹⁷⁾。そしてそれに次ぐ理由として男女間の症状知覚と治療態度の差にあることを上げている。女性の方が男性より症状を病気として認め治療を求める傾向が強いとした。疾病率が高くても女性の死亡率が低い理由がここにある。しかもこれは男女間の社会化と現在置かれている社会的役割 (職場か家庭) の差によると結論して居る。要するに、社会学的要因、特に役割の差が作用していることが注目に値する。因みに生物学的要因は微々ながら女性に有利であると結んでいる。

13) 上掲の (注1) の「健康教育論」のp. 108を参照。

14) S. Levine and A. Kogloff, "The Sick-Role: Assessment and Review," *Annual Review of Sociology*, 4 (1978), 317-343.

15) A. Arluke, L. Kennedy, and C. Kessler, "Reexamining the Sick-Role Concept: An Empirical Assessment," *Journal of Health and Social Behavior*, 20 (March 1979), 30-36.

16) H. Waitzkn, "Latent Functions of the Sick Role in Various Institutional Settings," *Social Science and Medicine*, 5 (1971), 45-71.

17) L. M. Verbrugge, "Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence," *Journal of Health and Social Behavior*, 26 (September 1985), 156-182.

準拠集団と集合行動と ソーシャル・サポート

ここに考慮する三つの概念は一見お互いに無関係の様であるが、ソーシャル・サポート (social support) という観点からすれば案外密接な関連がある。ソーシャル・サポートとは社参加からもたらされる物質的・精神的「支え」のことを言う。今アメリカでその在り方が健康に強く影響しているのではないかと関心を引いている概念である。そして準拠集団 (reference group) も集合行動 (collective behavior) も広く社会参加の在り方と関連した概念である。

マートン (Merton) が目をつけた「準拠集団」というのは既往の「集団の成員」であるという前提を外して、「成員でない集団」でも我々に影響を与えていることを考える上に紹介した概念である。今では成員であるかどうかに係わらず我々の社会生活の中で比較の基準、規範の源泉、行動への影響、延いては「支え」の拠り所になる集団の全てを含む概念として通用している。そこで、好ましい保健行動のモデルがたまたま志向する集団の中に求められているだけでなく、その保健行動の実践がこの様な意味で「準拠」となる集団の「支え」があることによって促進されるという様な現象の把握と理解に役立っているのである。

「集合行動」とは古く「群集心理」という様な概念で捉えられて来た社会行動の事である。社会変動のきっかけとなり得る現象で、我々が具体的に「流行 (fad and fashion)」とか「世論 (public opinion)」とか「群集 (crowd)」という様な現象で体験しているものを指す。保健行動を支える「世論」と「流行」のあることは、経済大国に相応しい生活環境の改善を望む日本国民の声とか、「ジョギング」や「エロピックス」の「はやりの」現象に表れている。この様なムードの中では、好ましい保健行動は個人の確信を先走って普及し勝ちである。場合によっては、流動性を特徴とする世論

や流行がきっかけで「社会運動 (social movement)」として発展する事がある。保健行動として考えられる「家族計画運動」はその典型的な事例である。健康増進にこのような大衆的動きの影響力を有利に取り入れて介入の戦略の一環とする可能性もある。また紙数の制限上指摘するだけに留めるが、「新行動の普及過程 (diffusion of innovation)」論の観点からどのような人がどのような理由で保健上薦められる行動を人より早く受け入れ、どのような過程で一般の人達に普及して行くかも社会学の研究の対象となり得、その結果は介入の示唆にも富む筈である。

この様なさまざまな社会参加の中で我々が体験するソーシャル・サポートの内容は多様である¹⁸⁾。いろんな分類の仕方があるが、ここでは大きく分けて物質的と精神的な支えがあるとして、それが社会参加を促進し「生き甲斐」を感じさせる効果をもたらしていると考えたい。これは社会集団の中で人間関係の量と質の問題である。それで厳密にはソーシャル・サポートという概念は「質」をもって定義し、「量」の面はソーシャル・ネットワーク (social network) の概念で区別すべきである。これはソーシャル・ネットワークの存在 (その規模、密度、相互性等々) だけでソーシャル・サポート、即ち「支え」が参加者にもたらされていると考えるのは不都合であるということである。この関係がその場その場で実証されなければならないことは、日本で親子同居中の老人の方が独り住まいの老人より自殺率が高いという現象に照らしても明らかである。

ソーシャル・サポートは健康に好影響をもたらすのではないかとということで、アメリカでは各方面から注目されているが、最近の一連の研究の発想はアメリカに比べて日本の心筋梗塞による死亡率の低さが日本の集団主義的社会性格にあるのではないかと提案したマツモトの論文に根差している¹⁹⁾。このほかペンシルバニア州のイタリア移民の町・ロゼットにおける、二世・三世の流出に伴う心筋梗塞の増加の原因が伝統的共同体の崩壊に

18) B. K. Kaplan, J. Cassel, and S. Gore, "Social Support and Health," *Medical Care*, 15-5, Supplement (May 1977), 47-58.

19) Y. S. Matsumoto, "Social Stress and Coronary Heart Disease in Japan: A Hypothesis," *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 43-1 (January 1970), 87-101.

あるとされたのもこの様な研究に拍車をかけた²⁰⁾。そして、まず組織的研究の対象として取り上げられたのが日本とハワイとカリフォルニアに住む日本人/日系人の心筋梗塞による死亡率の差であったが、日本本土から離れるに従ってその率が高いことが実証された。唯、その理由は普通、主に食生活の欧米化にあるとされた。しかしその後のカリフォルニア在住の日系人だけの研究で、生活全般の欧米化、即ち社会生活の在り方の「日本離れ」が原因と結論された。というのは、日本の集団主義的社会生活がもたらすと考えられているソーシャル・サポートがその生活がアメリカの個人主義的なものになるに従って減少し、生活の中でストレスの解消が利かず、心筋梗塞による死亡の増加に繋るとされたのである²¹⁾。唯、具体的にどの様な過程でソーシャル・サポートがこの様な効果をもたらすかは解明されていない。しかもソーシャル・サポートの定義もその性格もあいまいである。もちろんネットワークとサポートの区別もない。

この様な日系人を対象とした研究の示唆に富む結果に刺激されて、アメリカ人を対象とした研究が進められている。その中で、もっとも注目を浴びているのは、上掲のアラメダとミシガン州のテカムセにおける長期に亙る健康調査のデータの最終分析による結果である²²⁾。それらによると、社会参加の度合いが高いほど、全死因を総合した死亡率が低いことが実証されている。ここではソーシャル・ネットワークの測定はされているが、その質的側面、即ちソーシャル・サポートそのものは測定されていない。それだけにここでも分析の結果の解釈は依然として仮説の域を出ない。然し、この様にブラック・ボックスの内容の不透明さに駆られて、これからの研究の理論的及び方法的方

向ははっきりとされて来ている。つまり、ネットワークとサポートの概念の区別とそれぞれの側面の概念化と測定、そしてどの側面がどの様な過程でどの様な保健の効果をもたらしているかの解明がこの分野での緊急課題と認められ、努力がなされている²³⁾。このほかソーシャル・ネットワークを如何に広め、ソーシャル・サポートを適度に促すことによって好ましい保健行動を実践させる介入方策の組織的模索も盛んである²⁴⁾。

象徴的相互作用論に根差す保健行動論： 「ヘルス・ビリーフ・モデル」

社会構造機能論に対する象徴的相互作用論の特徴は客観的社会状況がその状況の主観的定義の媒介によって行動に影響をもたらすという見方である。トマス (Thomas) が早くから指摘した「状況規定 (definition of the situation)」を発想の原点としている。これはマートン (Merton) の「自己成就的予言 (self-fulfilling prophecy)」という概念とも相通するものである。「我々がある状況を事実だとすれば、それからもたらされる結果も事実である」という「トマスの原理」は、行動における知覚 (perception) の重要性を社会学の立場から説いたものである。勿論、象徴的相互作用論の本流はミード (Mead) やクーリー (Cooley) の様な社会内に於ける自我の形成過程を中心課題としたミクロ的アプローチにあるが、やはりそこにも自我を他者が如何に見ているかを「知覚」し判断する過程が核をなしているのは周知の事実である。

ここで紹介する「ヘルス・ビリーフ・モデル」は広くこの様な「知覚」を強調する学説の流れを汲んでいるが、発案者ローゼンストック

20) 上掲 (注18) の論文を参照。

21) M. G. Marmot and S. L. Syme, "Acculturation and Coronary Heart Disease in Japanese Americans," *American Journal of Epidemiology*, 104-3 (September 1976), 225-247.

22) L. Berkman and S. Syme, "Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A Nine-Year Follow-up Study of Alameda County Residents," *American Journal of Epidemiology*, 109-2, (1979), 186-204.

J. House, C. Robbins, and H. L. Metzner, "The Association of Social Relationships and Activities with Mortality: Prospective Evidence from the Tecumseh Community Health Study," *American Journal of Epidemiology*, 116-1 (1982), 123-140.

23) S. Cohen and S. L. Syme (eds.), *Social Support and Health*, New York: Academic Press, Inc., 1985 はこれらの努力の代表的なものである。

24) B. Israel, "Social Networks and Health Status: Linking Theory, Research and Practice," *Patient Counselling and Health Education*, 4-2 (1982), 65-79.

(Rosenstock) が心理学者であったことが当然ながら影響して、心理学からの二つの概念が基礎をなしている²⁵⁾。ルウィン(Lewin)の「場の理論(field theory)」とそれに根差す「期待価値動機論(Expectancy-value Theory of Motivation)」がそれである。「場の理論」では行動は個人(P)と環境(E)の相互作用の中で起こり、しかも環境は個人の「知覚」した環境であるとされる。そしてその知覚された環境が行動の「場」をなし、その中での行動によって期待される結果が望ましいものかそうでないかという価値判断、或いは多様な結果のプラス・マイナスのバランスの評価を通して行動に対する意志決定がされるというのである。

ヘルス・ビリーフ・モデルでは、まず「健康志向」の動機があるとして、ある保健行為が取り上げられるかどうかを決定する要因が何であるかを

明らかにし、その意志決定の過程を理解することを目的としている。図2が示す様に、このモデルは四つの「信念(belief)」を基本的要素としている。まず状況の規定が、ある病気の罹患性(susceptibility)と重大性(seriousness)をどう知覚するかによって行われ、その病気に対する脅威(threat)の知覚として表れる。そしてその脅威と感じられる病気の予防行動を取り上げた場合、一方どの様な有益性(benefit)が期待出来るかを考え、それを取り上げることで他方予想される犠牲或いは障害(cost)と照らし合わせて意志決定がなされる。このモデルで重要なことは、これらの「信念」が飽くまでも主観的理解、即ち「知覚」によるものということである。

このモデルは更に知覚の仕方にこれまで見て来た社会学的要因の影響があることと、行動が実際

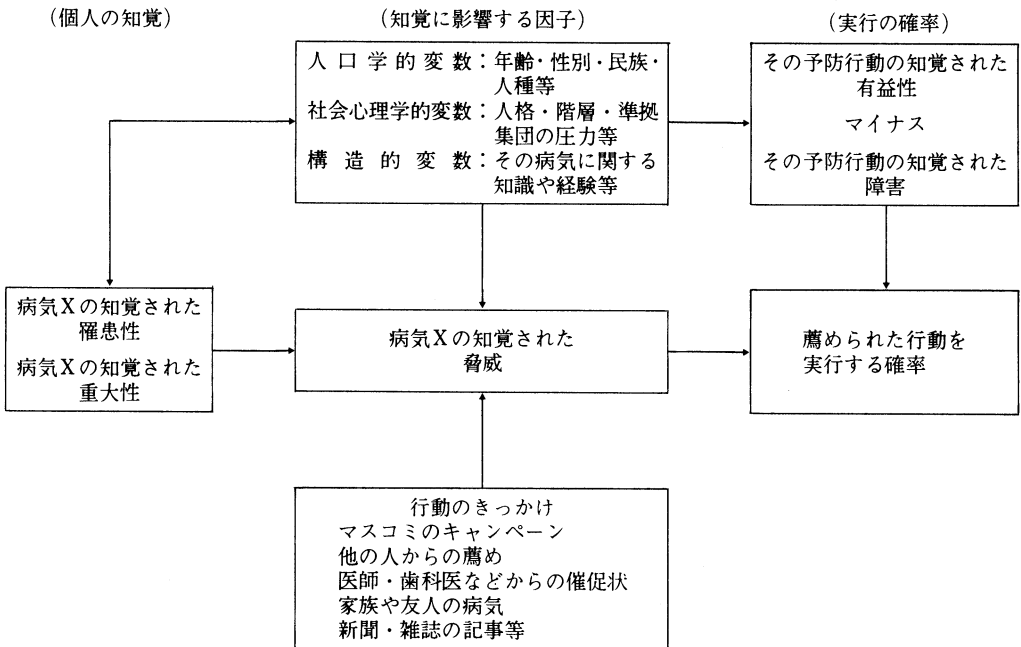


図2 ヘルス・ビリーフ・モデル (Health Belief Model) の原型

資料：この日本語版の「ヘルス・ビリーフ・モデル」は宮坂忠夫・川田智恵子の「健康教育論」(メジカルフレンド社・昭和61年)の図3-4, p.117 に基づくが原型は M. H. Becker et al., "Selected Psychosocial Models and Correlates of Individual Health-related Behaviors," *Medical Care*, 15-5, Supplement (May 1977), 27-46 から訳され転載されたものである。

25) 数多い文献の中、次の二つは特に重要：

- I. W. Rosenstock, "Historical Origins of the Health Belief Model," *Health Education Monograph*, 2-328 (1974).
- M. H. Becker et al., "Selected Psychosocial Models and Correlates of Individual Health-related Behaviors," *Medical Care*, 15-5, Supplement (May 1977), 27-46.

に取り上げられるのを促進する出来事存在も「行動のきっかけ」として認めている。唯、これらの要因の理論的定義のあいまいさが災いして、このモデルを利用する研究者の間でそれぞれの研究に含まれる要因の選択がまちまちである。残念ながら、これはこのモデルの四つの基本的「信念」に就いても言える事である。然し、この様な問題を抱えながら、このモデルはアメリカで最も広く利用されているものである。1984年迄に少なくとも46の研究が発表されている²⁶⁾。そして研究の対象として取り上げられた保健行動は多様である。予防行動が24件、患者行動が19件、そして医療施設利用に関するものが3件ある。統計的検証が行われた29の研究結果を見ると、モデルの四つの基本的要因の中で最も影響のあるのは「障害 (cost または barrier)」で、その後「有益性」、「罹患性」、「重大性」の順序で続いている。このことは介入の目標が何処に向けられるべきかを強く示唆している。唯、ここで指摘しなければならない数々の方法論的問題がある。それは研究のデザインと要因の測定と統計分析の在り方に係わるものである。因果関係の検証には縦断的調査或いは統制的

実験が望ましく、要因の測定も multiple indicators のアプローチを導入し、LISREL などによる「causal modelling」的分析があつてこそもっと信憑性のある結論が出せる筈である。今までの研究の多くは横断的、事後調査に基づき、要因の測定も比較的弱く、分析に至っては多変数解析法さえ利用されていないのが実情、それらの結果は示唆に富みながらも、隔靴搔痒の感に駆られざるを得ないのである。然しもっと重要な問題はこのモデルが果して保健行動という現象を十分に把握しているかと言う疑問に対してどう答えるかということである。ここで最後にそれを取り上げたい。

保健行動論の新モデル提案

ヘルス・ベリーフ・モデルはその研究者間の人気に係わらず、今修正を迫られている。この論文のこれまでの考察から、少なくとも次の四つの点で修正が必要と考えられる。(1)社会構造的 (主に階層的) 要因の体系的導入、(2)準拠集团的要因の体系的導入、(3)「障害」の内容解明、(4)状況的要因の整理がそれである。図4でこれらの修正を考

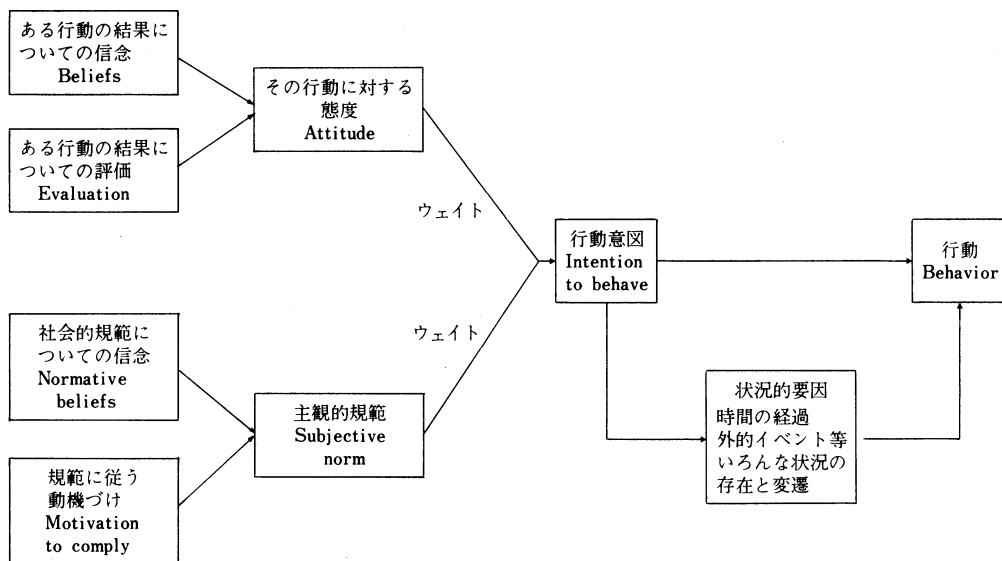


図3 フィッシュバイン (Fishbein) の行動予測のモデル

資料：I. Ajzen and Martin Fishbein, *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1980 の図8.1, p.100 による。

26) N. K. Janz and M. H. Becker, "The Health Belief Model: A Decade Later," *Health Education Quarterly*, 11-1 (Spring 1984), 1-47.

慮した上での新モデルを紹介するが、そこに到達する段階で参考になるもう一つのモデルがある。それは図3にまとめたフィシバイン (Fishbein) の行動予測論である²⁷⁾。ここでの目的の為にはこのモデルの次の様な特徴が上げられる。まず行動を予測するにはそれに対する意図を質しその決定要因を求めべきとする。そして個人のその行動を取り上げることに對する態度と周囲の人達の期待が二つの要因としてあるとして、それぞれの影響力は人と行動の性質によりウェイトが違ふことを認める。その上、その意図をもって実際の行動を予測するにはその間の必然的時間のズレの中での状況の把握が必要だと指摘する。我々に暗示されるのは、行動の決定要因として個人の信念だけでなく、そのほかに準拠集団の影響もあり得、行動したいと意志決定がされても、さまざまな障害が介入し、行動が折角の意図に必ずしも伴わないということである。

ここで図4の形で提案する新モデルは、まずヘルス・ビリーフ・モデルとフィシバイン・モデルの特徴を充分に取り入れている。一方に保健行動に関する個人の信念と態度があり、他方に周りの人達(準拠集団)の期待に関する信念とそれに応じる動機がある。そしてこれらの行動意図に対する直接要因がそれぞれの置かれた社会環境の影響を受ける事実は社会構造的な要因として体系的に導入されている。具体的には階層構造の中での地位

として捉え、職業、教育、収入、(アメリカではこの他、人種と宗教)と性別や年齢によって測定される。最後に意図と行動実践の間に介入する「障害」は「状況」の重要な部分として整理されている。ここに二つの新しい概念の導入がある。一つは先に見た「ソーシャル・サポート」で、健康増進効果とはまた別に保健行動促進の効果があることを認めた上でのことである。周りの人達の精神的支えと具体的(手段的ともいう)援助があるとたまたま知覚された「障害」も克服出来るという発想に基づく。もう一つの概念は、社会的レベルのソーシャル・サポートとは対照的に、個人的な性格を持つ「自己効果力」とでも訳されるバンドゥラ (Bandura) による「self-efficacy」という概念である。我々はある好ましい行動をしたくても、それを実行に移す「自信」がないことで挫折することが多い。喫煙を止めようと努力した経験があれば、この意味することは充分わかる筈である。バンドゥラはこの概念を「Social Learning Theory」の一環として紹介した²⁸⁾。この一見個人的な要因に社会的要素が含まれているのは、その「自己効果力」の源泉が過去の経験だけでなく準拠集団的模範 (model) や他人の説得などにあると見たからである。保健行動推進の方策としてソーシャル・サポートと共に最近この要因の導入が盛んに薦められている²⁹⁾。またこの二つの要因を行動実践の「障害」と言う概念の側面とする考え

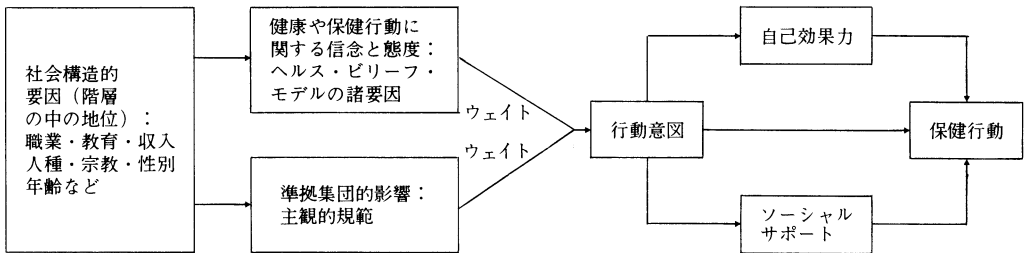


図4 保健行動のモデル (修正案)

27) I. Ajzen and M. Fishbein, *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1977.

このモデルは日本でもかなり早くから応用されている。代表的なものとして次の論文があげられる。

井上和子・田中国夫「行動の予測因としての態度およびその他の変数に関する研究 (II)」*The Japanese Journal of Psychology*, 44-4 (1973), 195-206.

28) A. Bandura, *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1977.

A. Bandura, "Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change," *Psychological Review*, 84 (1977), 191-215.

29) V. Strecher et al., "The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change," *Health Education Quarterly*, 13-1 (Spring 1986), 73-92.

方はヘルス・ビリーフ・モデルを守る論文の中にも仄めかされている³⁰⁾。ローゼンストック (Rosenstock) をはじめ、ベッカー (Becker)、キーシュルト (Kirscht)、ヘフナー (Haefner) 等は長年ヘルス・ビリーフ・モデルを数々の実証的研究を通して育てて来て、取り上げた保健行動の在り方に応じて修正もその場その場で加えて現在に至っているが、新しい要因の導入の必要性を認めながら、既存の概念の中に織り込む形で対応してきた。ここでは思い切って抜本的修正を試みたのである。

おわりに

ここで保健行動の社会学的性格をかなり広範に

わたって体系的というよりは事例的に説いて来たが、既存の社会学や心理学理論と概念のやや独断的解釈もあって、目指した説得力を充分には発揮出来なかったかとも思う。又、最後に提案したモデルは未完成で、論理的一貫性を欠く折衷論的域を脱していないと言う印象を与えないでもない。それだけにこの試みが保健行動論の理論的展開と研究の今後の方向付けに、或いは介入戦略を練る上に少しでも役立てば幸いである。そして欲を言えば、日本の社会学者の間にも保健行動に対する学究的関心をそそることが出来れば望外の喜びとする次第である³¹⁾。

30) 上掲、注25と26の諸論文や注1の「健康教育論」の「ヘルス・ビリーフ・モデル (Health Belief Model) とその応用 (pp. 117-121)」を参照。

31) 日本でも最近「ヘルス・ビリーフ・モデル」を応用した研究が僅かながら進められている。例えば、次の三つの論文は東京大学の保健社会学部大学院でその学部創設の功ある宮坂忠夫先生 (現・名誉教授) の指導の下に学位論文として提出されたものである。

川田智恵子「糖尿病治療のための患者行動に関する保健社会学的研究」

呂 昌明「子宮がん検診の受診行動に関する研究—子宮がんに関する保健信念ならびに受診に関する羞恥を中心に—」

姜 逸群「循環器検診の受診行動に関する保健教育学的研究—Health Belief Model を中心として受診者と未受診者との比較—」