

〈研究ノート〉

慢性疾患患者へのソーシャルワーク実践（その2）*

— ストレッサーとしての慢性疾患

藤 田 譲**

I はじめに

疾病構造の変化にともない、慢性疾患患者が増加する傾向にある。『平成9年版厚生白書』（1997）によれば、1993年に医療機関で何らかの治療を受けた慢性疾患患者は、約1200万人に達している。糖尿病や腎臓病、心臓病などの身体的な慢性疾患では、治療効果を上げるためには、治療に主体的に取り組み、生活習慣を適切に改善することが、患者や家族に求められる。この過程において生じてくる、患者や家族の心理社会的問題の解決を援助することは、ソーシャルワーカーとして大切な役割のひとつである（Rosenberg, 1991；Sidell, 1997；藤田, 2000）。この役割を適切に果たすためには、慢性疾患により生じる彼らの心理社会的問題について、十分に理解しておかなければならない（Dinerman, 1997）。

本稿では、慢性疾患を患者の生活にストレスを引き起こすストレッサーとして考え、「ストレス—対処理論（stress-coping theory）」をはじめとする関連分野の先行研究のレビューを通して、慢性疾患患者の心理社会的問題について検討する。なお、慢性疾患とは身体的な疾患に限定した意味で使用することにする。

II ストレスとは何か

1 ストレスの定義

ストレスという概念を最初に提起したのは、医師であるSelyeである。彼は、病気を問わず、患者に共通する特徴があることに気づき、生理学的

な研究を通して、ストレスという概念を提唱した。彼は、「ストレスとは、生物組織内に非特異的に生じてきた、あらゆる変化よりなる特異的症候群で発現されたある状態」と定義した。さらに、このような状態を引き起こす因子をストレッサーと定義した（Selye, 1976）。言い換えると、何らかのストレッサーが作用して出現した状態をストレスと呼んだのである。

その後、心理学や社会学など行動科学の分野でも、ストレスという概念が広く取り入れられるようになった。そして、われわれの日常生活において、どのような要因でストレスが起こるのか、ストレスにはどのような種類のものがあるのか、ストレスが起こるとどのような反応が生じるのか、ストレスはどのような場合に解消されるのか、といった問題について研究が進められた。例えば、ストレスを引き起こす生活上の出来事（life event）に着目した研究（Holmes & Rahe, 1967）、ストレス状況にある家族の適応に関する研究（Hill, 1958；McCubbin & Patterson, 1982）などの研究である。また、研究の進展にともない、ストレスへの対処や健康（疾病）との関連を研究する健康心理学という分野が生まれ、「生活ストレス（life stress）」や「社会ストレス（social stress）」といった用語も登場するようになった。

しかし、ストレスがさまざまな分野に適用され、ストレスに関する研究が盛んになるにつれて、ストレスという概念の曖昧さが浮き彫りになってきた。例えば、「家事や育児などいくつものストレスを抱えている」という表現は、何の疑問もなく用いられている。Selyeの定義をあてはめれば、家事や育児はストレスを引き起こすこと

*キーワード：ソーシャルワーク、慢性疾患、慢性ストレス

**関西学院大学大学院社会学研究科博士課程後期課程

になる因子、すなわちストレスとなるのだが、この表現では家事や育児がストレスそのものであるとも読み取れてしまう。このようなストレス概念の曖昧さに対して、Selyeはそのことを認めつつ、ストレス研究においてはストレスだけでなく、ストレスを生じさせるストレスラーにも注目する必要があることを強調している。そして、ストレスとストレスラーとの差異を明確に理解していれば、多少の曖昧さは許されると述べている (Selye, 1976)。

一方、心理的ストレスの研究者である Lazarus は、Selye のように、単純な「刺激—反応モデル」に基づき、ストレスをストレスラーにより生じたホメオスタシスの不均衡状態、として説明するのには問題があると指摘した。なぜなら、日常生活で遭遇するあらゆる事柄が不均衡を引き起こすことから考えて、ストレスとそうでない事柄とを区別するのは難しいからである。Lazarus は、むしろ、ある刺激がストレスとなるかどうかは、人間と環境の関係を個人がどのように認知的評価 (appraisal) をするかにかかっていると考えた。つまり、ストレスは生物体の単純な反応として起こるのではなく、同じ出来事でも個人の認知的評価によって、ストレスとなったり、ストレスとならなかつたりするというのである。そして、認知的評価とその後に起こる対処 (coping) をダイナミックなプロセスとしてとらえ、数々の研究を積み重ねている (Lazarus & Folkman, 1984)。その考え方は「ストレス—対処理論」として、ストレス研究の中でも有力なモデルとなっている。

2 慢性ストレス

心理学・社会学における初期のストレス研究では、転居や進学など一過性の生活上の出来事によるストレスが取り上げられてきた。しかし、ストレスへの対処を含めたプロセスを見ていくと、ストレスにうまく対処できればストレス状況は終結するが、うまく対処できなければストレス状況は持続することになる (McCubbin & Patterson, 1982; Aguilera, 1994)。例えば、不景気により職を失った場合、収入が途絶え、経済的困難というストレス状況が生じる。そこで、積極的に求職活動を行い、新たな就職先が確保できれば、ストレ

スは解消される。しかし、あまり求職活動を行わなかつたり、行っても思うような職が見つからない場合には、ストレスはずっと持続することになる。あるいは、慢性疾患のように、もともと終わりのない、場合によっては徐々に悪化していくようなストレスラーの場合には、長期にわたり、断続的にストレスにさらされることになる。

このように、ストレスと一言に言っても、比較的解決しやすい一時的な短期のストレスだけでなく、長期間継続していくようなストレスも見られる。このような違いは、ストレスの性質やプロセスを特徴づけることになるとも考えられる。そこで、前者を急性ストレス (acute stress)、後者を慢性ストレス (chronic stress) とに区分する考えが出てきた。この慢性ストレスという考え方は、慢性疾患というストレスラーの特徴や性質、そこから生じる慢性疾患患者の心理社会的問題を検討するうえで、非常に有効な概念だと思われる。そこで、慢性ストレスの特徴やタイプについて、概観しておく。

Wheaton によれば、慢性ストレスには以下のような特徴が見られる (Wheaton, 1997: pp. 53—54)。

- (1) 慢性ストレスは社会生活における、継続的な何らかの問題として、徐々にゆっくりと出現する
- (2) 慢性ストレスの出現は予測不可能なものである
- (3) ストレスラーは慢性的に持続している
- (4) 慢性ストレスは、必ず解決するものでもなく、対処資源を使い果たしたとしても、終わりが無い
- (5) 慢性ストレスはたいてい日常生活で直面する過重な負担と関連することが多い

さらに、Wheaton (1997) は、慢性ストレスを9つに分類している。それぞれについて、簡単に紹介する。

(1) 脅威

自分ではコントロールや回避ができない、何らかの危険を指す。すでに起こっている危険だけでなく、これから起こりうると思われる危険も含まれる。このような危険が脅威として認知されるとストレスになる。

(2) 要求

自分が扱える範囲を超えた環境からの要求を指す。扱える範囲を超えるというのは、あまりに多くの要求であったり、能力的に扱えない要求であったり、あるいはうまく扱うための環境に置かれていないためであったりする。また、このことは、他の慢性ストレスとも結びついているものである。

(3) 社会構造による制約

個人が生活していくうえで必要な機会、選択、他に採りうる方法が少ないような、社会構造によって生じるストレスを指す。例えば、差別により不利益な状況に置かれるとか、仕事をしたいが不景気で採用がないといった状況である。

(4) 少ない見返り

仕事や人間関係において、自分のやったことに対する見返りが十分でないと感じることから生じるストレスを指す。例えば、仕事に対する報酬が少ない、自分が配偶者に尽くしているほどは相手は自分に構ってくれない、家事の分担を手伝ってくれないといった状況である。

(5) 複雑さ

社会生活において、複雑なことに取り組むこともストレスになる。この複雑さというのは、日々果たすべき責任や役割を一人でこなさなければならなかったり、それを遂行するための計画や確実な解決策があやふやだったりするために生じる。あるいは、責任や役割を遂行するための時間のやり繰りができない場合にも起こる。

(6) 不確実性

先行きが見えない不確実な事態というのは、日常生活でもよく遭遇することである。しかし、何らかの解決が必要であるにもかかわらず、不確実な事態が長引いてしまうと、そういう状況自体がストレスとなる。このような不確実性は、上述の複雑さとも関連している。

(7) 葛藤

対人関係において、葛藤に直面することはストレスとなる。それだけでなく、葛藤を解消するためにおざりな解決をすることも、ストレスを引き起こす。

(8) 制約された選択肢

ある役割や状況から逃れたいのにもかかわらず

ず、そのための方法が見つからないことを指す。例えば、長期間にわたり肉親の介護を続けている、徐々に悪化していくような慢性疾患を抱えている、子供のことを考えて離婚できない、といった状況で生じるストレスである。

(9) 資源からの疎外

ストレスの解決に必要な、ソーシャルサポートなどの資源を持たなかったり、資源を利用できなかったりすると、ストレスが未解決のまま長期化してくる。このような状況により生じるストレスを指す。

以上、ストレスの定義や慢性ストレスなど、ストレスの理論的枠組みについてレビューした。これらのストレス研究はソーシャルワークにも影響を与えている。現在のソーシャルワークにおける代表的なモデルである、Germain & Gittemanのエコロジカル・アプローチは、Lazarusの理論に大きな影響を受けている。Germain & Gittreman (1996)によれば、ストレス—対処理論により、人間や環境の特徴だけでなく、人間と環境の相互の関係についてよりよく説明できるという。人間と環境、そして人間と環境との相互作用を理解するのは、ソーシャルワークの基本的視点である。したがって、ソーシャルワークにおいても、対象者の理解や援助目標の計画のうえで、非常に有用な理論であると言えよう。

III ストレッサーとしての慢性疾患

1 慢性疾患の特徴

慢性疾患とは明確に定義されたものではなく、医療の臨床の場で、便宜的に使われている用語である。一般的に、慢性疾患として扱われる疾患には、以下のような特徴が見られる。

(1) 完全に治癒することはない

慢性疾患には治癒ということはありません。自覚症状がなくても、それは病状が深刻でなかったり、治療効果が現れているだけかもしれない。癌のように、癌細胞の摘出手術に成功しても、再発や転移の可能性が残っている場合もある。あるいは、脳梗塞や脳内出血のように、病状は進行していないが、運動機能や高次脳機能などに後遺症が

残るといふ疾患もある。

(2) 長期間の医療を必要とする

完全に治癒しないため、多くの慢性疾患は、一生継続した医療が必要となる。そのために、定期的な通院や、病状や治療方法によっては入院をしなければならない。それだけでなく、全身麻酔による手術や副作用の強い薬の服用、血液透析療法のように頻回の通院を要する治療など、複雑な治療方法が必要となる疾患もある。

(3) 患者自身の治療への参加が求められる

慢性疾患の場合、治療そのものに患者自身が主体的に参加するかどうかによって、治療効果が左右される療法が少なくない。運動療法や食事療法はその典型例である。どちらも、患者自身が実践しなければ、まったく効果を見ない。また、薬物療法でも、患者が薬を飲まなければ、治療効果は現れない。とりわけ、通院時には、自宅において患者はこれらの療法に取り組むことが求められている。

(4) 生活習慣の変更が求められる

以上の事柄を実行するうえで、生活習慣の変更を迫られる場合が少なくない。例えば、血液透析患者の場合、週3回5時間は治療に費やすことになるので、その時間を作るために日課を変更する必要が生じる。あるいは、日常生活動作能力が低下するにつれて、畳に布団といった和式の生活から、車椅子やベッドの利用といった洋式の生活へ移行することもある。

2 慢性疾患による心理社会的側面への影響

これらの特徴は、慢性疾患が患者の心理社会的側面にどのような影響を与えるか、すなわちストレスラーとしての性質につながってくる。次に、慢性疾患というストレスラーが、どのようなストレスを生じさせるのかについて、具体例を基に述べたい。

病気であるからには、まず患者の身体的側面への影響は無視できない。例えば、保存期の慢性腎不全患者や慢性肝炎患者では、疲れやすさや倦怠感があるため、何かにつけ活動することが難しくなる。心臓病患者では、心臓に負担をかけないようにするため、過度の活動を避けなければならない。あるいは、慢性疾患の場合、病状が進行する

につれて生じる合併症や、後遺症の影響もある。例えば、糖尿病患者の場合、網膜症を合併することで視力低下が起これ、活動範囲が制限されることがある。さらに、末梢循環障害や末梢神経障害を併発すれば、歩行能力の低下が生じて、日常生活動作にも影響が出てくる。あるいは、脳血管障害患者では、主な後遺症として半身麻痺や失語症が見られる。こうした後遺症により、移動や食事、排泄といった日常生活の基本動作や他者とのコミュニケーションが困難になってくる。

このように、慢性疾患患者では、疾患に関連した症状や疾患による身体機能の不調や障害のために、日常の活動にさまざまな制限を受けることになる。これらの制限は、日常生活において、これまでできていたことができなくなる、という意味で、患者に大きなストレスとなりうるであろう。

また、慢性疾患に対する治療による影響も生じる。例えば、癌の摘出手術や心臓のバイパス手術のような、全身麻酔による大きな手術では、術後しばらくの期間は傷口の痛みや集中治療室といった特殊な環境に置かれる。慢性C型肝炎患者に対するインターフェロン療法や癌患者に対する化学療法では、吐き気や頭痛などの副作用が出現することもある。あるいは、食事療法を行う場合、自分の好物でも食べられなかったり、食欲があっても食べる量を減らしたり、というように、人間の基本的欲求を抑えなければならない。このように、身体的な苦痛というストレスをとまなう治療を、慢性疾患患者は受けなければならない場合もある。

こうした身体的側面への影響は、さらに患者の心理社会的側面にも影響を及ぼしていくことになる。例えば、自分は健康であると思っていた人が、突然癌であることを告知されれば、大きなショックを受けるだろう。同時に、病名から死に対する恐怖感も生じるかもしれない。それまでの生活を変更しなければならないとなると、喪失感から悲嘆に陥ることも考えられる。進行性の疾患では、「病状が悪くなった時に、自分はどのようなのだろう」といった、将来に対する漠然とした不安感を持つこともある。このような心理的ストレスが生じることも考えられる。

また、患者の生活そのものへの影響も起こる。

例えば、病気により仕事や学業が続けられなくなり、退職や退学を余儀無くされることもある。退職に至らなくても、より負担の軽い職種・部署への配置転換となる場合もある。それだけでなく、町内会の世話役など地域社会で果たしていた役割を引退せざるをえないこともある。このような社会で果たしていた役割の喪失や変更が、慢性疾患患者にはよく見られる。役割の喪失まではいなくても、入院中など、一時的に誰かに役割を代行してもらったり、自分の果たしていた役割を休止したりする場合もある。このような場合には、社会的役割の遂行に関連したストレスが生じることもあるだろう。

家族生活への影響も無視できない。家族の生計を支えていた人が、病気により職を失えば生計中心者としての役割を失うことになるし、そのために他の家族メンバーが就労することもあるかもしれない。患者の看病や介護のために、仕事や学校から早めに帰宅したり、家事を分担するなど、家族メンバーがそれぞれの生活を変更することも起こりうる。こうした家族内の変化は、個々の家族メンバーに役割過重によるストレスを引き起こしたり、家族内の未解決の葛藤が再燃したりして、家族ストレスの要因ともなりうる。

このように、慢性疾患によるストレスは、患者自身にとどまらず、家族や地域社会にも広がっていく可能性を持っている。しかも、このストレスは、慢性疾患が治癒しない以上、決して終わることはない慢性ストレスである。したがって、慢性疾患患者の心理社会的問題を理解するには、患者だけでなく、家族や地域社会といった患者自身の環境、さらには患者や家族のライフ・サイクルをもとらえた、エコロジカルな視点が必要だと考える (Germain, 1984; Germain & Gitterman, 1996)。

3 慢性疾患というストレスの性質

次に、慢性疾患によるストレスをとらえるうえで、考慮すべき点について検討したい。

第1に、疾患ごとの違いである。慢性疾患といっても、実は多様な疾患の総称にすぎない。現実には、発病の原因や症状、検査や診断法、治療法、症状の進行の仕方、合併症や後遺症の有無な

ど、大きな違いが見られる。

例えば、糖尿病や腎臓病は、たいてい自覚症状がないまま発病し、徐々に進行しながら状態が悪化していく病気である。そのため、病気の初期段階で、治療を受けずに放置してしまい、より重篤な状態になってはじめて継続した治療を受ける患者も少なくない。しかし、早期より適切な治療を受けていれば、重い合併症を予防することも可能であるし、それにより生活への影響を小さくすることもできる。つまり、徐々にストレスに慣れていき、ストレスにうまく対処するだけの時間的猶予がある。一方、脳内出血や心筋梗塞では、発病直後は生命の危険にさらされた状態である。しかも、突然発病するため、気がついた時はすでに重篤な状態に陥っている。回復したとしても、完全に元通りに回復するわけではない。したがって、発病を機に、変わってしまった身体機能に応じた生活に適応しなければならぬ。つまり、糖尿病などと異なり、準備期間のないまま、突然大きなストレスがかかることになる。

このように、疾患ごとの違いを無視できないため、慢性疾患によるストレスは疾患特異的なものだと考えられる。したがって、疾患ごとの違いを十分に踏まえた検討が必要だろう (藤田, 2000)。

第2に、同じ疾患であっても、病期によってストレスは異なってくる場合がある。例えば、慢性腎不全の場合、透析療法の導入をきっかけに、生活を大きく変化させなければならない。透析導入前の保存期においては、普段の生活において安静が必要であるが、透析導入後はむしろ運動することを勧められる。また、食事の制限も部分的に緩くなる。もっとも大きな変化は、透析療法のために、通院回数が増えたり、新たな手段を習得したりしなければならないという点である。もちろん、移植療法を受けた場合や、長期透析にとまなう合併症が出現した場合にも、新たなストレスが生じてくる。このように、症状が進行するにつれて治療法や生活への影響が変わってくる疾患では、ストレスを各病期ごとに検討していくことが重要であろう。

しかし、現実には、慢性疾患がどの程度ストレスとなるかは、個人差が見られる。その要因に

は、ストレッサーへの認知的評価と対処、価値観や態度、性格、ソーシャルサポートなど活用できる資源、年齢や発達段階などがある。これらの要因が、相互作用しながら、複雑なストレス状況を形成していると考えられる。したがって、慢性疾患によるストレスをよりよく理解するためには、患者と患者自身が置かれている環境に、これらの要因がどのように作用しているのかも考慮しなければならない。

IV おわりに

以上、慢性疾患患者の心理社会的問題について、生活への影響を与えるストレッサーとしての慢性疾患という側面から検討してみた。これらの問題は、患者や家族にとっては、大きな生活課題であると考えられる。このことは、これらの問題にうまく対処できれば、ストレスを軽減し、慢性疾患の影響を少なくすることで、患者や家族の生活の質を維持・改善できることを意味している。反対に、うまく対処できなければ、ストレスが増悪することにつながり、彼らの生活の質も悪化することになるだろう (Pearlin, et. al., 1981; McCubbin & Patterson, 1982; Germain, 1984; Germain & Gitterman, 1996)。

したがって、問題にどのように対処すれば、ストレスを軽減でき、慢性疾患の影響を小さくできるのかが、慢性疾患患者へのソーシャルワーク実践において非常に重要なポイントになると考えられる (Sidell, 1997; 藤田, 2000)。この点については、今後の課題として、稿を改めて検討したい。

【参考文献】

- Aguilera, D. C. (1994) *Crisis Intervention : Theory and Methodology* 7th edition, St. Louis : Mosby (小松源助・荒川義子訳『危機介入の理論と実際—医療・看護・福祉のために』、川島書店、1997)。
- Dinerman, M. (1997) Social work roles in America's changing health care, *Social Work in Health Care* 25 (1/2), 23-33.
- 藤田譲 (2000) 「慢性疾患患者へのソーシャルワーク実践 (その1) ——医療制度改革下における最近の動向」、『関西学院大学社会学部紀要』85号、217-222.
- Germain, C. G. (1984) *Social Work in Health Care*, New York : Free Press.
- Germain, C. G. & Gitterman, A. (1996) *The Life Model of Social Work Practice* 2nd edition, New York : Columbia University Press.
- Hill, R. (1958) Generic features of family stress, *Social Casework* 39 (1/2), 139-150.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967) The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research* 11, 213-218.
- 厚生省 (1997) 『平成9年版厚生白書』。
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*, New York : Springer Publisher Co (本明寛・春木豊・織田正美監訳『ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究』、実務教育出版、1991)。
- McCubbin, I. M. & Patterson, J. M. (1982) Family adaptation to crisis, In McCubbin, H. I., Cauble, A. E., & Patterson, J. M. ed., *Family Stress, Coping, and Social Support* (pp. 26-47), Illinois : Charles C. Thomas Pub.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. (1981) The stress process, *Journal of Health and Social Behavior* 22, 337-356
- Rosenberg, G. (1991) The known and unknown about the chronically ill, *Social Work in Health Care* 15 (3), 1-7.
- Selye, H. (1976) *The Stress of Life* revised edition, New York ; McGraw-hill (杉靖三郎・田多井吉之介・藤井尚治・竹宮隆訳『現代社会とストレス』、法政大学出版局、1988)。
- Sidell, N. L. (1997) Adult adjustment to chronic illness : A review of the literature, *Health and Social Work* 22 (1) 5-11.
- Wheaton, B. (1997) The nature of chronic stress, In Gotlib, B. J. ed. *Coping with Chronic Stress* (pp. 43-73), New York : Plenum Press.

Social Work Practice with Chronic Illness : The Feature of Chronic Illness as Life Stressor

ABSTRACT

In this article, the author explores the feature of chronic illness as life stressor, based on the stress—coping theory that R. S. Lazarus has proposed. Chronic illness is one of the life stressors because it may cause not only physical dysfunction, but also psychological problems, family conflict, and other dysfunctions in a patient's life. Such stresses continue for a long time, as chronic illness is not cured. Therefore the stress aroused by chronic illness is continuous and chronic.

From such a point of view, the author reviews the literature related to chronic stress, and discusses psychosocial aspects of the chronic illness patient.

Key Words: social work, chronic illness, chronic stress