

健康心理学的観点から見た 健康関連アセスメントの課題と今後の展望

——ポジティブ心理学の提言——

大木桃代

Present Problems and Future Prospects of the Health-Related Psychological Assessments from the View of Health Psychology —Introduction to Positive Psychology—

Momoyo Ohki

1. はじめに

真の健康とはいかなるものであろうか。たとえばWHO（世界保健機関）は「健康とは身体的、精神的、および社会的に良好な状態であり、単に疾病に罹っておらず、衰弱していない状態ということではない」と定義している。この30年来、器質的な精神疾患ではなくても、対人関係や環境への適応において問題を生ずる人が増加している背景から、ストレスフルな現代社会における「真の健康」に注目が集まるようになった。この流れを受けて1978年にAPA（アメリカ心理学会）の第38部会として健康心理学が発足した。APA健康心理学部会は1980年の年次大会で、健康心理学の領域を「健康の増進と維持、疾病の予防と治療、健康・疾病・機能障害の病因と診断の解明に対する心理学の特別な教育的・科学的・職業専門的貢献の全てをいう」と定義している。この定義にもあるように、健康心理学は健康の推進・維持及び疾病の予防を目的としており、積極的な心身両面の健康をめざしている学問領域である。

したがって健康心理学において使用されるアセスメントもこの目的に沿った背景理論を備えているはずである。しかし現在健康心理学の研究において多く用いられている健康関連アセスメントは、実際にはその目的と異なる観点から測定をしている場合も多い。本論文においては、その問題点を指摘し、今後の一指針となる新しい観点を報告することを目的とする。

2. 課題となる問題点

心理的アセスメント自体の問題点、たとえば質問紙法や投影法の抱える問題の検討等は本論の目的とするところではない。ここではとくに「健康に関連した心理的アセスメント」に関して、問題であると考えている2点について言及する。

まず一点目はアセスメントにおける「目的」と「応用」の不明確さである。そのアセスメント

は何のために、誰のために行うのか、そしてどのようにそのアセスメントの結果を応用・展開していくのか、という点が不明確な研究が多い。言いかえると、研究のためのアセスメント開発が多く、それが実践や応用に結びついていない現状がある。心身両面における健康の増進や維持のみならず、疾病の予防ということを目的とするのであれば、当然応用にまでその研究は進展してしかるべきであるが、アセスメントの作成のみで終わってしまっていることが多い。それではアセスメント本来の目的が本末転倒になる。

また、この実践や応用を阻む要因のひとつとして、同じものを測定しているはずのアセスメントであっても、それぞれのアセスメントにおける用語や構成概念の定義が食い違っていることがある。すなわち使用している用語は同じであっても、結果として測定しているものが異なっているという場合である。このような場合、概念の統一を図らずに応用しようとする、かえって問題を混乱させてしまうことになる。タイプAのアセスメントなどはその典型的な例であろう。現在のタイプA研究の混乱と停滞はここに根本的な問題を抱えていると言っても過言ではない（大木・渡辺, 2001）。

第二点として、今までの健康関連の研究やアセスメントは、ネガティブな視点からなされることが多かった、ということが挙げられる。被検者の抑うつや不安、あるいは怒りの程度やその表出の仕方等ネガティブな面に焦点を当て、これらの見られない場合が「精神的に健康である」と定義している研究が多いということである。たとえば日本版GHQ（Goldberg, 1978；中川・大坊, 1985）は精神的健康を測定するとして多く用いられている質問紙のひとつである。GHQ28の身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向などのネガティブな側面が低い場合に「精神的健康」である、と定義した研究が数多く見られる。しかし先述のように、積極的な健康を志向する立場の健康心理学において、このような観点のアセスメントの使用は決して本意とするところではないと思われる。またDiener（2000）は否定的感情と肯定的感情を一次元の両極に想定する1因子モデルよりも、両者が直交するという2因子モデルの方がモデルの適合度が高いことを示し、両者の独立性を主張している。このようにネガティブな側面とポジティブな側面は別個のものとして考える必要がある。それにもかかわらず、前述のように一次的に健康を捉えている場合もまだ多い。

3. QOL アセスメント

本節においては、健康心理学の主要テーマのひとつであり、多くのアセスメントが開発されているQuality of Life（QOL）を取り上げ、具体的に前節の2つの問題点を検討する。

QOLという言葉は、1960年代の後半に「国民の暮らしの豊かさ」などの社会経済的な指標として用いられたことが発端である。しかし近年はとくに医療や福祉などの領域において使用されることが多い。またQOLはしばしば「生活の質」と訳されるが、かならずしも統一見解をもった訳がなされているわけではなく、「クオリティ・オブ・ライフ」と表記されることも多い。いくつかの分野に共通する定義を概観すると、QOLは生命の質（身体的側面）、生活の質（社会的側面）、人生の質（心理的側面）を表し、主観的・客観的な立場から個人の人生や生活を総合的に把握する概念であると考えられる。たとえばWHOは、QOLを「一個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」と定義し、個人の主観的評価を強調している（田崎・中根, 1997）。しかしQOLの「Life」の意味の広さ

(生命、生活、人生など)や「Quality」の語意のあいまいさ、さらに様々な分野で様々な目的に用いられているため、概念規定についてかならずしも一致した見解が得られていないのが現状である。言いかえるならば、QOLアセスメントの内容は、それが用いられる領域や目的によって異なるということである。

ここでは、信頼性・妥当性が検討され、多くの国際的研究において用いられている2つの「健康関連QOL：HRQOL」尺度を紹介する。前述のような現状において、世界規模で標準化されている代表的な2つの健康関連QOLアセスメントの構成要素はいかなるものか、具体的に考察し、その観点を検討する。なおその他のQOLアセスメントに関しては中根・伊藤・田崎・稼農(1996)などを参照されたい。

(1) WHO/QOL-26

世界保健機関・精神保健と薬物乱用予防部によって原版が作成され、日本においては田崎・中根が標準化を行った自記式の質問紙である。対象集団の経時的QOLの変化を見るのみならず、対象集団間の異同も比較できるという特色がある。また世界15ヶ国にわたる言語と文化圏で同時期に開発の進行を行ったため、異文化間でも結果が比較できる。1995年に100項目からなるQOL-100が作成され、1996年に短縮版であるWHOQOL-breve(日本語版ではWHO/QOL-26)が発表された。身体疾患の患者を対象とした研究や介護者を対象とした研究など、国際的に多くの研究に用いられている。

質問項目は表1に示すような4領域24下位項目から構成される。身体的領域項目において、「日常生活動作(毎日の活動をやり遂げる能力に満足していますか)」や「仕事の能力(自分の仕事をする能力に満足していますか)」というポジティブな表現がある一方、「医薬品と医療への依存(毎日の生活の中で治療(医療)がどのくらい必要ですか)」や「痛みと不快(体の痛みや不快のせいで、しなければならないことがどのくらい制限されていますか)」などのネガティブな側面も含まれている。同様に心理的領域項目においても、「肯定的感情(毎日の生活をどのくらい楽しく過ごしていますか)」や「自己評価(自分自身に満足していますか)」などと共に、「否定的感情(気分がすぐれなかったり、絶望、不安、落ち込みといったいやな気分をどのくらいひんぱんに感じますか)」という両面から測定されている。さらに特徴的なものは環境領域項目である。「金銭関係(必要なものが買えるだけのお金を持っていますか)」「自由、安全と治安(毎日の生活はどのくらい安全ですか)」「交通手段(周辺の交通の便に満足していますか)」などの物理的な表現が目される。

表1 WHO/QOL-26の構成(田崎・中根, 1997より改編)

領域(項目数)	下 位 項 目
身体的領域(7)	①日常生活動作 ②医薬品と医療への依存 ③活力と病気 ④移動能力 ⑤痛みと不快 ⑥睡眠と休養 ⑦仕事の能力
心理的領域(6)	①ボディ・イメージ ②否定的感情 ③肯定的感情 ④自己評価 ⑤精神性/宗教/信条 ⑥思考, 学習, 記憶, 集中
社会的関係(3)	①人間関係 ②社会的支援 ③性的活動
環 境(8)	①金銭関係 ②自由・安全と治安 ③健康と社会的ケア:利用のしやすさと質 ④居住環境 ⑤新しい情報と技術の獲得の機会 ⑥余暇活動の参加と機会 ⑦生活圏の環境(公害/騒音/気候) ⑧交通手段

この領域や項目の構成から、WHO/QOL-26は身体的・社会的・心理的すべての面のQOLを包括しているHRQOLアセスメントであると考えられる。とくに世界共通という条件での項目設定の場合、物理的環境もHRQOLの要因のひとつとして考える必要があることを示している。

(2) MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)

SF-36は1991年に欧米の5カ国で国際QOL評価 (IQOLA) プロジェクトが開始され、原版が作成された。日本はこのプロジェクトに6カ国目として参加し、現在では約25カ国以上が参加している。日本における信頼性・妥当性は1996年に確認され、日本語版が福原・鈴鴨・尾藤・黒川(2001)によって作成された。

SF-36は年齢、病気、治療に限定されず、すべての人の機能状態や健康状態に関する基本的価値を表わす概念を評価する包括的尺度とされている。したがって病気や治療の直接的な結果を評価することが可能であり、医療評価の有効な手段と考えられている。アメリカにおける医学分野などではとくに中心的なアセスメントとなりつつある。日本においても透析患者、慢性肝疾患、脳血管障害、在宅人工呼吸療法、睡眠時無呼吸症候群、クローン病、精神分裂病、感情障害、人格障害等、様々な精神・身体疾患患者を対象とした研究がなされている。さらに施設入所老人と一般在宅老人との比較から、面接バージョンの妥当性も検証されている。

内容は大きく身体的健康度と精神的健康度に分けられる36項目から成り、それぞれ表2に示すような下位尺度がある。さらに全体的健康度を測定する1項目がある。自己記入式調査票であるが、面接方式での使用も可能である。

表2 SF-36の構成 (福原・鈴鴨・尾藤・黒川, 2001より改編)

サマリースコア	下位尺度 (項目数)	内 容 例
身体的健康度	身体機能 (10) 日常役割機能 (身体) (4) 体の痛み (2) 全体的健康感 (5)	激しい運動、階段を一階上までのぼる 普段の活動時間減少、普段の活動不可能 痛みの程度、痛みによる生活の制限 病気になりやすい、人並みに健康
精神的健康度	活力 (4) 社会生活機能 (2) 日常役割機能 (精神) (3) 心の健康 (5)	元気いっぱい、疲れ果てていた つきあいの減少、つきあい時間の減少 普段の活動時間の減少 神経質、おちこみ、穏やかな気分、ゆううつ
全体的健康	健康の推移 (1)	

「身体機能尺度」においては、「階段を1階上までのぼる」「自分でお風呂に入ったり、着がえたりする」等の活動が、健康上の理由でむずかしいかどうかを尋ねている。これらはPerformance Status (PS)を確認する目的の項目であると考えられる。また「心の健康尺度」においては、過去1ヵ月間の感情として「元気いっぱい」「楽しい気分」であったかどうかというポジティブな面とともに、「かなり神経質」「どうにもならないくらい、気分がおちこんでいた」かどうかというネガティブな面も尋ねている。さらに「全体的健康感尺度」として「私は他の人に比べて病気になりやすいと思う」「私は、人並みに健康である」「私の健康は、悪くなるような気がする」などの項目がある。

これらの下位尺度や項目の構成から、一部に心理的側面も含まれるものの、SF-36は全体的に身体的側面におけるHRQOLを中心に測定しており、医学的見地から開発されたアセスメントであることを強く主張している。痛みがあると、身体状態のみならず精神状態も悪化するということは十分ありえる。したがって、このアセスメントが医学的な見地から作成された背景を考えれば、そのような「ネガティブな側面がないこと」という視点が含まれていることは、ある意味においては妥当であろう。またこのような側面が強調されているということは、はからずも現代の医学の視点を露呈しているともいえる。

これらのアセスメントは前述のように世界規模で作成・標準化されており、応用研究も多数なされている。したがって特定の概念からのHRQOLを測定する場合においては十分適用に値するものである。それぞれの概念及び構成要素の定義が異なっているという点においては、まだ問題を残しているものの、第一の問題点の多くは解決されているアセスメントである。

しかし第二の問題点が解決されているとはいえない。中里（1995）は「QOLはそもそも、障害や慢性疾患などによって、生活が奪われたり、その水準が損なわれている人に、本来あるべき生活を回復させるという観点からでてきた概念である」と述べている。これを裏付けるかのように、今までのQOL研究の大部分は、医学、看護学、老年学、福祉学等において、身体障害者、がん患者、高齢者等、社会生活を営む上で何らかの不便さを感じる人々を対象としていた。すなわちいかにその不便さを解消させるかということに研究の主眼が置かれており、QOLアセスメントはいわばネガティブ面の測定指標と位置づけられる。上記の2つのアセスメントも基本的にはこの観点からHRQOLを測定していると考えられる。

これらのアセスメント自体は否定されるものではない。しかし、健康心理学の観点から考えると、QOLは積極的な意味での心身の健康及び幸福と密接に関わるものであり、QOLの向上は我々の日常生活、さらに人生の目的であると位置づけられる。したがってQOLアセスメントのもうひとつの視点として、よりポジティブな観点を取り入れ、日々の生活をより向上させる要因を検討する必要があると思われる。上記の2つのQOLアセスメントの概念においてはこのようなポジティブな視点はあまり見られない。さらに世界規模はおろか日本においても、そのようなポジティブな観点から作成され、標準化されたHRQOLアセスメントは見当たらないのが現状であろう。

4. ポジティブ心理学

今までネガティブな視点からでは健康心理学のアセスメントとして不十分であると論じてきた。したがって当然求めるものはポジティブな視点ということになる。それでは、どうすればポジティブな視点からの健康関連アセスメントの作成及び応用が可能になるのであろうか。言い換えれば、そのような場合にはどのような背景理論をもち、どのような概念を構成要素とするのか、そしてその到達目標はどこにおくべきなのであろうか。このような問題のひとつの指針となるのがポジティブ心理学（positive psychology）である。

ポジティブ心理学は1999年にSeligmanが提唱した新しい概念である。Seligmanは「心理学が人間の病理を見つけ出し、それを治そうとすることのみ力を注ごうとするのは誤った方向である。心理学は人間の弱さより、人間の強さ、積極的な面にもっと目を向けるべきではないか」と

の問いを投げかけた（小玉，1999）。ポジティブ心理学の最も大きな研究テーマは、主観的 well-being をもたらす個人特性にはどのようなものがあるかを明らかにすること、そしてそれを獲得、育成するためにはどのようなことが重要であるかを示すことである。具体的には、主観的レベルにおけるポジティブ心理学の研究領域として、過去の「well-being」「心の安らぎ」「満足」、将来の「希望」「楽観性」、そして現在の「幸福」を挙げている。さらに個人レベルのものとして「勇氣」「対人能力」「美的感覚」「忍耐力」「寛大さ」「独創性」「未来志向」「英知」などを、集団レベルでは「責任感」「養育性」「愛他性」「礼節」「節度」「寛容性」「勤労意欲」などを研究することが重要である（Seligman & Csikszentmihalyi, 2000）としている。

また、ポジティブ心理学者が援助場面で行うべき事柄は、クライアントの弱さを修復することよりも、彼らの潜在能力の開発・強化に尽力することである。そしてそれは個人の well-being の達成を超えて、その社会的絆を強化・促進させ、ポジティブな「共同体」の実現にまでつながっている（小玉，1999）。

抽象的ではあるが、ポジティブ心理学においてはこのような非常に高邁で壮大な目標が掲げられている。そしてこれはまさに健康心理学が目指す、積極的な精神的健康と共通しており、今後の健康関連アセスメントの方向性を示していると思われる。しかしまだポジティブ心理学自身が提唱されたばかりであり、この視点・観点からのアセスメントの作成は多くの問題点と課題を残している。

まず、積極的な精神的健康の概念規定を明確にしなければならないということである。これは同時に、精神的健康の構成要素と影響因の区別をする、ということでもある。Seligman が挙げた研究領域においてもあまりにも抽象的表現が多く、それぞれの概念規定が明確ではない。したがって、我々は何をもって精神的に健康であるといえるのか、明確にしなければならない。たとえば主観的 well-being や幸福感は精神的健康の要素なのか、それとも精神的健康をもたらす影響因なのか、ということである。このような概念の定義が明確になされ、構成要素と区別されていないと、前述のように測定目的があいまいになり、その本来の目的が果たせない。

次にこれらの定義に基づいて、特定の対象ではなく、大規模な対象から得られたデータをもとにアセスメントを作成し標準化を行う。ポジティブな共同体を作ることが目的であるならば、当然そのデータの収集領域も幅広くなるはずである。

最後にそのアセスメントを積極的な健康の促進と維持、ならびに疾病の予防という、まさに健康心理学が目的とすることを実現するには、どうすれば実践に役立てることができるのか、その方策を考える必要がある。研究で終わってしまったでは最初に述べたように何のためのアセスメントかわからない。しかしこの応用は従来のような個人レベルでの研究では難しく、政策としての取り組みが必要とされるであろう。

ストレスが良くないからといって、現代社会においてストレスをすべて消してしまうことはできない。そうであるならば、どうすればそのような環境の中で、私たちがより精神的に健康であることができるか、それを考えていくのが健康心理学の役目であろう。そのためにも従来の健康関連アセスメントで示されたような視点からではなく、積極的な健康心理学的観点からのアセスメントの開発と応用が期待される。

引用文献

- Diener, E. 2000 Subjective Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- 福原俊一・鈴木よしみ・尾藤誠司・黒川清 2001 SF-36日本語版マニュアル (ver.1.2) (財)パブリックヘルスリサーチセンター
- Goldberg, D. P. (原著) 中川泰彬・大坊郁夫 (日本版) 1985 日本版GHQ精神健康調査票手引 日本文化科学社
- 小玉正博 1999 ポジティブ心理学の動向 *ヘルスサイコロジスト*, 20, 5.
- 中根允文・伊藤恵子・田崎美弥子・稼農恵子 1996 QOLの枠組み *がん看護*, 1(1), 11-15.
- 中里克弘 1995 QOL (クオリティ・オブ・ライフ) をどうとらえるか—老人学の立場から— *日本性格心理学会第4回大会発表論文集*, 8.
- 大木桃代・渡辺尚彦 2001 タイプAの概念をめぐって：総論 *タイプA*, 12(1), 15-18.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. 2000 Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- 田崎美弥子・中根允文 1997 WHO/QOL-26手引 金子書房

注：本研究の一部は日本心理学会第65回大会シンポジウム「ストレス対処、ライフスタイル、健康—その今日的課題—」において「心理的アセスメントの視点から」と題して発表された。