

日本人の特性やQOLを考慮した虚血性心疾患患者の行動パターン修正プログラムの作成

著者	河村 一海
著者別表示	Kuroda Shigetoshi
雑誌名	平成14(2002)年度 科学研究費補助金 基盤研究(C) 研究成果報告書
巻	2000-2002
ページ	78p.
発行年	2003-03
URL	http://doi.org/10.24517/00050761



日本人の特性や QOL を考慮した虚血性心疾患患者の
行動パターン修正プログラムの作成
(研究課題番号 12672317)

平成 12 年度～平成 14 年度科学研究費補助金

「基盤研究 (C) (2)」

研究成果報告書

平成 15 年 3 月

研究代表者 河村一海
(金沢大学医学部保健学科 講師)

金沢大学附属図書館



0300-02151-8

研究組織

研究代表者：河村一海（金沢大学医学部保健学科 講師）

研究分担者：稲垣美智子（金沢大学医学部保健学科 教授）

研究分担者：村角直子（金沢大学医学部保健学科 助手）

研究分担者：松井希代子（金沢大学医学部保健学科 助手）

交付決定額（配分額）

	直接経費	間接経費	合計
平成 12 年度	1,300 千円	0 千円	1,300 千円
平成 13 年度	5,00 千円	0 千円	5,00 千円
平成 14 年度	5,00 千円	0 千円	5,00 千円
総計	2,300 千円	0 千円	2,300 千円

目次

はじめに	1
第一章 虚血性心疾患の発症と行動パターン およびその治療についての概観	6
第二章 虚血性心疾患発症後にタイプ A 行動パターンが 修正されない患者の特徴	19
第三章 タイプ A 行動修正カウンセリングを行った 虚血性心疾患患者のその後の経過	26
第四章 タイプ A 行動修正プログラムを使用した 虚血性心疾患患者への介入	66
おわりに	75

はじめに

虚血性心疾患（以下 IHD）は、冠状動脈系における動脈硬化のために心筋への血液供給の減少ないし停止が急性あるいは慢性に発生して、心臓の機能低下をきたしたものである。

IHD の主流を占めるものは狭心症と心筋梗塞であり、いずれも冠動脈効果に起因したものである。これらの危険因子としては、高血圧・高脂血症・喫煙・肥満・家族歴・糖尿病などが有名であるが、それ以外の要因として生活上のストレスも大きく関係している。

ストレスという用語は、古くは困難、苦境、不運などの意味をもっていましたが、その後何らかの有害な力による強い圧迫感や影響を意味するようになった。次いで 1936 年にカナダの生理学者ハンス・セリエ（Selye, H., 1907～1982）がマウスを用いた実験で、気温、薬物、疲労などの種々の刺激が非特異的に一定の反応を引き起こすことを示し、セリエはそれを生体が適応するための動的な症候群であるとして、凡適応症候群とよび、刺激された状態と刺激に対する生体の反応状態をあわせて“ストレス”とよんだのが今日の定義としては有名である¹⁾。

ストレスによって健康を損なう人は、自分が非常なストレス状態にあることに気がつかない場合が少なくない。心身症の患者では、自分の感情を抑え、あるいは無理して現実に合わせている、つまり過剰適応していることが多い。また IHD 患者においてはストレスを促進するパーソナリティ因子が存在するといわれている。これについてはローゼンマンとフリードマン（Rosenman, R. H. & Friedman, M.）によって 1959 年、IHD 患者には行動全体に共通した特性があると報告されており、この行動特性は A 型行動パターン（以下タイプ A）とよばれている²⁾。

IHD がタイプ A と大きな関係があることがわかった以上、発作予防や再発防止のためにもその行動パターンの修正が求められ、修正することの効果も提唱されている。そこで今までにもいくつかの

修正プログラムが検討されており、最近では認知行動的アプローチが着目されているが、患者の療養上のクオリティ・オブ・ライフ（以下 QOL）について着眼された上での行動修正をはかる方法とはいえない。日本人の IHD 患者には QOL の背景としてタイプ A の異なる概念での行動パターン（Japanese Coronary-prone Behavior 以下 JCB ①仕事中心のライフスタイル②顕在的なタイプ A の抑制③集団帰属意識など）が存在するのではないかとの見解がある。

本研究ではこの見解を基盤にし、QOL を低下させない方法での行動修正していけるような介入を行い、介入後の患者の認識の変化や行動パターンを評価することにより最終的には修正プログラムを作成した。今までに認知療法的アプローチを取り入れながら行動修正していく過程において、患者の療養生活全体をとらえかつ QOL を低下させないように行動修正を試みた研究はないことから、報告に値すると考える。

本報告の構成

本研究を始めるにあたり、IHD の発症とタイプ A および日本人の冠動脈疾患親和性行動パターンとはどのようなことをさすのか、また行動パターンと QOL について、タイプ A の行動修正に関する既知の報告について、認知療法およびその応用、日本人の特性や QOL を考慮したタイプ A 修正プログラム作成に関する配慮点などといった内容について、過去の文献レビューをふまえ報告する（第一章）。

また本研究の出発点はわれわれが過去に取り組んだ研究をさらに発展させることである。われわれの最初の試みは、IHD 患者のストレス認知と行動パターンの実体を明らかにし、疾患発症前後で、そのことが変化する割合、またその影響因子を疾病歴や背景、疾病のコントロール状況、ストレスの面から検討するということであった。その結果、1) 発症前の行動パターンがタイプ A だと評価した患者が約 5 割を占めた 2) 発症後行動修正された患者は多く、発症前夕

タイプ A だった患者の 45% がその反対の行動パターンである B 型行動パターン（以下タイプ B）となった。またタイプ型の変化まではなくとも、A 型傾向判別表の得点が有意に低下し、行動修正傾向がみられた 3) タイプ A とタイプ B の比較で、タイプ A はストレスを受けやすい性格で、ストレス負荷も大きい 4) 発症前にタイプ A であり現在タイプ B に行動変容した者の方が、発症前も現在もタイプ A あるいはタイプ B のままの者より、平均罹患年数が長いという実態を知ることができた。以上の結果より、タイプ A はストレスを受けやすいこと、また IHD 発症時にはタイプ A の患者がタイプ B の患者より多いが、行動修正された患者が多いことから修正していくための看護としてストレスを受けやすい性格への対応を考慮していく必要があることが示唆され、行動修正に至らない人の要因の検討が課題となった（関連研究成果論文「タイプ A 行動パターンを示す虚血性心疾患患者の特徴－ストレス認知、行動パターンからの検討－」参照）。

次にわれわれは IHD 患者の行動パターンおよび行動パターンの変化が患者の QOL とどのように関係しているかについて検討した。その結果、行動パターンを変容することによる QOL 全体への変化は見られず、発症前にタイプ A であり研究調査時にタイプ B に行動修正した者（A-B 群）と、疾患発症前も研究調査時もタイプ A の者（A-A 群）では「社会的な地位や置かれている立場を考えると、多少無理をしても、仕事はおろそかにできない」という質問紙の項目において得点に有意差を認めた。また A-B 群が A-A 群よりも高得点を示す質問紙の項目が多かった。したがってタイプ A を修正することで QOL を低下させることはなく、むしろタイプ A のままでいることの方が QOL 上望ましいことではないという結果を得た（関連研究成果論文「虚血性心疾患患者の行動修正とクオリティ・オブ・ライフの関係」参照）。

また A-B 群に「生活にどんな変化をもたらしたか」「行動パターン修正に至るプロセスに何が起こったか」について面接調査を行な

った結果、過去の自分の役割や責任を強調する、完全に自己肯定はしていないがとりあえず現在の自分を肯定している、仕事や子どもの成長過程に伴ったストレス、世代交代時の決断を病気の発症およびタイプ A の理由にあげているといった概念が示された（関連研究成果論文「虚血性心疾患患者の行動修正のプロセスにかかわる看護ケアの検討」参照）。

以上の 3 つの研究から明らかになったことをふまえ、今回われわれは疾患発症後もタイプ A を修正できなかった A-A 群へ「行動パターンを修正しなかったあるいはできなかったのはなぜか」について面接調査を行い、質的研究手法を用いて行動修正できない群の特徴を導き出すとともに、行動修正の必要性についての説明を行った（第二章）。

そして面接後患者が実際の日常生活の中で自身のタイプ A をどのようにとらえながら生きてきたかについて、初回面接調査 3 年後に再度面接調査を行った。また、認知に歪みがあるとストレスを促進させることからタイプ A が認知の歪みとも関係してののではないかということ、そして患者の認知の歪みが行動修正できない理由と関係するのではないかの予測から、患者自身にどの程度の認知の歪みが存在するのかについて、バーンズ（Burns, D. D.）の認知の歪みの 10 パターンを参考に評価し、患者の特性を導き出した。そして認知の歪みはストレスを増悪させることを説明し、ストレス緩和のために日常生活のなかで休息時間をとる必要性およびそのときに簡単に取り入れることができると思われるリラクゼーション技法を取り入れるよう説明を行い、患者から良い反応を得ることができた（第三章）。

この第二章から第三章までの一連のプロセス、つまり IHD 患者の行動パターンを評価し、タイプ A を示したものに対して、タイプ A であることがなぜ IHD によくないのかを伝える、そしてその患者の日常生活のなかのどのような場面でタイプ A が出ているかを質問紙や面接によって把握し、タイプ A を修正できるように働

きかけることを行うことをプログラムとしてまとめた。また、患者の物事のとらえ方に認知の歪みが起こっていないかを把握し、起こっているようであればそれが日常生活のどのような場面においてなのかを患者との話し合いの中で見つけだし、それを修正することがストレス軽減すなわち IHD の療養生活にも効果的があるという説明を行うこともプログラムに取り入れた。そして日常生活の中に休息時間を設け、そのときに簡単に行えるリラクゼーション技法についての説明も取り入れることとした（第四章）。

今回はこの段階までの報告になったが、この作成したプログラムを実際により多くの虚血性心疾患患者に実際に使用してもらうことで、研究の意義も高まることが予測される。また行動修正に関しても、一度タイプ B に行動修正できた後に再度タイプ B に逆戻りすることもありうることから、継続した観察、指導が必要かと思われ、それを今後の課題としたい。

文献

- 1) 多田井吉之介：ストレス，創元医学新書，5-11，創元社．
- 2) Friedman, M., Rosenman, R. H. : Association of special over behavior pattern with blood and cardiovascular findings, J. A. M. A., 169, p.1286, 1959.

第一章 虚血性心疾患の発症と行動パターンおよびその治療についての概観

I. 虚血性心疾患の発症と A 型行動パターンおよび日本人的冠動脈疾患親和性行動パターンについて

虚血性心疾患の発症に関与する因子として、米国の循環器病学者である Friedman&Rosenman らにより 1959 年に「A 型行動パターン」（以下タイプ A）が指摘されてはや半世紀近くが経とうとしており、その間諸外国でも数多くの研究論文や総説、単行本が出版されてきた。

日本においても虚血性心疾患患者にはタイプ A と類似した行動パターンがみられることが報告され、それは他とは独立した因子であり、さらにそれが冠動脈硬化症と強く関連していることも報告されている。具体的に 40～59 歳の男性虚血性心疾患患者に見られた行動パターンの例として保坂らは 1) 気性が激しく職場や家庭で怒鳴ることが多く、仕事を終え帰宅してもすぐにはリラックスできず家族に八つ当たりすることが多い 2) いつも時間に追われた感じが強く、特に並んで順番を待つ時などにイライラしやすいし、待ち合わせ時間に相手が遅れてくることが許せない 3) 食事のスピードも早く、ストレスや緊張したときなどに上腹部痛を感ずることがある 4) 自分が正しいと思ったら、どこまでも貫こうとする傾向がある 5) 競争心が強く、負けず嫌いで、他人から指図されることも好まない 6) 責任感が強く、約束した時間には絶対に遅れない 7) 仕事に熱中しやすく、没頭するタイプで、朝早くから出勤したり昼食後にもすぐに仕事にとりかかる 8) スランプになっても、休息をとるよりも今まで以上に頑張ろうとする傾向がある、などをあげており¹⁾、これらの行動特性は概ね欧米でいわれるタイプ A であり、日本人においてもその意義が確認されたことになる。

次に虚血性心疾患の発症に関する因子が「性格」ではなく、「行動パターン」という概念に移行したことで、「行動パターン」が「性格」に比較して、はるかに国民性・文化・価値観などの影響を受け

るものであることから、タイプ A の諸特性も、その概念が生まれた米国とその他の国では微妙な差異が生ずるということにも着眼されてきた。そこで、タイプ A の日本的特性というものについての研究が行われ、保坂らは「仕事に生きがいを感じている」「仕事が自分にぴったり合っている」「仕事に対して非常に自信を持っている」「仕事に非常に熱中しやすい」という傾向が、多くの日本人の仕事に対する態度や価値観を強調しており、すなわち、この傾向は、職場や企業への帰属意識や過度の一体感（日本人は自分の職場のこともウチと表現することからも明らかである）を求めようとする日本人に特徴的な心性を背景にしていると考えた。言い換えれば、個人としての同一性を確立するよりも、職場や企業への帰属を通して同一性を確立しようとする日本的な心性を反映しているということであった。

また仕事に対する関わり方が過度であることは一般に「ワーカホリズム」と言われるが、米国におけるもともとの意味は個人主義や業績達成主義を基盤にしているものである。ところが、このような形のワーカホリズムは日本人の集団志向性とは相容れないために、日本的適応方式の中では排斥されてしまうものである。そこで、この仕事熱心な態度は、終身雇用制度や年功序列型の昇進などを背景とした日本的なシステムの中では、「与えられた役割を過不足なく着実にこなし、企業に献身する」と言った形であらわれ、「同僚が残業しているのに自分だけ帰れない」という形のオーバーワークもこの類型といえる²⁾。

さらに、日本人の虚血性心疾患患者は「余暇の過ごし方に積極的ではなく、成りゆきまかせ的な態度」であることも明らかになっている。これは余暇に対しても真剣に取り組む米国人のタイプ A とは全く異なるものであり、日本的ワーカホリズムに通じる行動パターンであるといえる。これらの所見は、「日本人の虚血性心疾患の発症には競争的な行動パターンよりも、競争的な要素のない hard-working が重要な役割を果たしている」という Emara らの予想も指

示する³⁾。

こういった日本人的タイプ A と欧米人のタイプ A における他の大きな差異として、敵意性の違い、つまり日本人は欧米人に比較して敵意性が低いということも言われている。一方、欧米では指摘されていなかったうつ病の病前性格との関連も報告されており、日本人にとって虚血性心疾患になりやすい行動パターン（冠動脈疾患親和性行動パターン—Coronary-prone behavior pattern、以下 CPBP）を評価する方法として、本来のタイプ A の判定法は決して理想的なものではないとされた。そこで日本人の CPBP を判定する尺度として Japanese Coronary-prone behavior pattern Scale（以下 JCBS）が作成された。この尺度は 10 項目の下位尺度（仕事、精神生理、性急さ・行動の早さ、食行動、話し方、日本的メンタリティ、敵意に関連した行動、敵意に関連した感情、ソーシャルサポート、発達の側面）に関する合計 122 の質問に、「あてはまらない」「どちらかといえばあてはまらない」「だいたいあてはまる」「非常にあてはまる」の 4 段階から選択し回答する方式になっている。下位尺度に関して、例えば「仕事」においては、仕事に関する態度・考え方や職場の環境に関する項目を取りあげており、これは最も重要な項目とされている。日本人と欧米人のタイプ A を比較した場合、最も顕著な差異は、日本人においては敵意性の高いものが少なく、その一方で勤勉、仕事中毒のものが多いことである。この項目は、日本人の CPBP を知るうえで重要なポイントになると思われる。また「日本的メンタリティ」の項目は JCBS の大きな特徴である。日本人の CPBP と欧米のタイプ A の違いを国民性の問題からのものと考え、日本人の特性および欧米との相違を明確にするため、いくつかの日本人論を参考にし、自己抑制、他者指向、集団帰属意識、甘え、など日本人の特徴とされているポイントが採用されている。また日本におけるタイプ A の特徴として、うつ病の病前性格との関連が指摘されている⁴⁾ので、その点も考慮されている。「敵意に関連した行動、感情」については、欧米においては、タイプ A の諸特徴の

中で敵意性が最も重要であると考えられてきているが⁵⁾、日本人においては、敵意性の高いものが比較的少ないといわれており^{6) 7)}、かつ敵意性と冠動脈疾患の関連は認められていない⁸⁾。また敵意性はその外部への表出を抑制したときにこそ問題となってくる、ということがわかってきた⁹⁾。そこで JCBS では敵意性に関して、外から観察可能な行動として現れる場合（敵意の表出）と、自分の中で情動として感じる場合（敵意の内包）の2面から問うている。

以上より、このように JCBS で測定しようとしているものが、現在の日本人にとって虚血性心疾患になりやすい行動パターンではないかと考えた。そこで今回、行動パターン修正プログラムを作成するにあたり、JCBS の質問項目にとりあげられている行動も参考にしていきたい。

Ⅱ. 行動パターン修正とクオリティ・オブ・ライフについて

前述したように、「行動パターン」は「性格」とは異なる概念で、性格と環境への反応の仕方とを統合した概念である。また変化しうるものであり、それゆえ、環境への反応をかえていくということは患者が今までの人生で培われてきたことを意識的に変容させることであり、その人の日常生活にも影響し、クオリティ・オブ・ライフ（以下 QOL）までも変わってしまうことが予測される。我々は以前虚血性心疾患患者の発症後の行動パターンの変化が患者の QOL とどのように関係しているかについて検討したが、疾患発症後タイプ A が修正された群とタイプ A のままであった群において「社会的な地位や置かれている立場を考えると、多少無理をしても、仕事（あるいは家事等）はおろそかにできない」の項目の得点に差を認めた。またこのとき QOL 測定尺度の総合得点において、タイプ A が修正された群とタイプ A のままであった群の間の得点の有意差は認められなかった。厳密にはタイプ A が修正された群における修正前と修正後の QOL 得点を比較しなければ、行動修正により QOL が変化したかどうかをみることはできないが、少なくとも行動修正

があった群、なかった群での得点差がなかったというこの結果から、患者は QOL を低下させることなく行動修正できたのではないかということが示唆される。この研究では、発症後入院中あるいは外来受診時に行動修正について何らかの指導を受けたものがあることも予測されたが、それについての調査は行わなかったこと、また患者自身どのように理解した上で行動修正がなされたのか、患者の行動修正に対する考え方や意欲についても調査、検討していない。プログラム作成にあたっては、この点についても考慮していく必要がある。

またこの研究では行動パターンに変化のあった群となかった群を比較するにあたり、同じなかった群でも「タイプ A のままであった群（以下 A-A 群）」と「タイプ A ではない、すなわち発症前も発症後もタイプ B のままであった群（以下 B-B 群）」の比較も行ったが、A-A 群と B-B 群において「ときには家族と一緒に出かけ楽しく過ごす時間をもっている」「時間にゆとりをもって行動をしている」といった項目では B-B 群の得点が高く、これらの項目の内容はタイプ A に反する特徴でもあるので、A-A 群は意識的にこのような行動をとっていけるようにすることも必要かと考える。また「病気だからといって社会的にハンデイをもっているとは思わない」という項目においては A-A 群の方で得点が高く、人生や仕事に取り組む姿勢としてはタイプ A 的部分も QOL の面からは必要ではないかとも示唆される。このような点についても行動パターン修正プログラムの作成にあたり考慮していくことが必要かと考える。

Ⅲ. タイプ A の行動修正に関する既知の報告について

タイプ A の修正について前田は教育療法的アプローチと認知療法的アプローチについての報告を行っている¹⁰⁾。教育療法的アプローチとは 1) 患者の行動パターンを評価し、タイプ A であることに気づかせる 2) タイプ A の危険性と修正の効用を説明し、修正を決意させる 3) 修正のしやすいことから始める。日常の生活行動

を意識的にゆっくりして、焦燥感をやわらげる 4) 仕事量、責任量を減らす、という内容で、患者への教育、啓蒙によって日常生活行動に変化を起こさせ、やがてそれによってライフスタイルの変化まで引きおこそうというねらいである。この試みの結果では、危険因子対策として、タイプ A の修正を特に必要と考えられるような患者、たとえばタイプ A 得点が高く仕事量が多い管理職などが、長期的にみると、現実にはタイプ A の修正がほとんど不可能であるという事実が認められた。そこで次に教育療法的アプローチでは修正困難な患者を対象に、認知療法的アプローチつまり患者がなぜタイプ A を修正できないのかを考え、タイプ A の背後にある不安、焦燥感、敵意感情などを推測してそれに気づかせ、それを緩和、解消させることを患者とともに考えたところ、このアプローチが有効であった数例を経験することはできたが、外来診療の中で行うことに、時間・経済・労力の点から限界があることも感じられたと報告している。つまり認知療法的アプローチについては有効であるとはいえ、その方法については検討の余地もあり、根拠に基づいた系統的なプログラムを作成していくことが望まれる。前田はまた、認知療法的アプローチが有効な場合として 1) 患者は多忙な管理職ではあるが、仕事量についてはある程度自己裁量ができる立場にあったこと。上昇志向が強く、仕事中心のライフスタイルに過剰適応してはいるが、健康のためにはタイプ A 的生き方を修正する必要があることは納得できたこと 2) 患者のタイプ A の背後に存在する不安や敵意を具体的に指摘して、共同してそれを変えよう、あるいは解決しようとする内、患者との間に人間的共感や信頼が生まれたこと。また通常職場は患者の自己修正を円滑には受け入れてくれないので、職場や家族への説明・接触を保って、患者を孤立させないように援助したことの 2 点もあげており、すなわち医療者と患者との間における人間と人間との信頼関係を気づきあげることで、患者の価値観を変え、内面からの自己変革としての行動修正を引きおこすような認知療法的アプローチ、本格的な行動修正療法が求め

られているとも報告しており、プログラム内容においては患者それぞれの個別性を配慮していくこととする。

IV. 認知療法について

不適応や不適切な状態に陥りやすい感情や行動は特定の認知の仕方や思考パターンと密接に関係しており、認知行動変容療法はそれを変えるものである。タイプ A の行動修正にこの方法が効果があった事例を前田が報告していることから、行動修正のための一般化を試みることにした。以下に認知療法がどのような経緯をたどってきたかとその具体的な方法について述べる。

1. 認知療法の歴史的経過

認知療法の代表的な理論家かつ臨床家には、精神分析でトレーニングを受け、精神分析の限界を感じて 1955 年に倫理療法(rational-emotive therapy)を提唱した Albert Ellis と、1960 年代に認知療法(cognitive therapy)を発達した Aaron T. Beck がいる。

Ellis、Beck らの方法は、患者の自我同調的認知のパターンに焦点を当て、「信じていること」の認知を再評価し修正することを行おうとする方法である。しかし、認知行動療法(cognitive-behavioral modification therapies)という広義の意味においては、思考をはじめとする認知が感情に影響を及ぼし、その認知を変えることで適応した質の高い生活を送れるようにしていこうとするものである¹¹⁾。

2. 方法

Ellis の倫理療法(rational-emotive therapy; RET)、Beck の認知療法(cognitive therapy; CB)、Meichenbaum の自己教示トレーニング(self-instructional training; SIT)などがあるが、タイプ A の行動修正には Beck の認知療法が最も有効な方法ではないかと予測される。

この方法は本来の適応対象が軽度から中等度の不安や恐怖症のある患者となっている。過剰なあるいは日常生活に障害をもたらすような不安をもつ人は、通常、不安を誤認していることが多い。認知

療法では、患者自身が体験している自動思考を明らかにし、この間違った認識を正すことを中心に行う。これは、誤認した不安を正しく治し、新しい認知構造を再教育するプロセスを踏む。

また患者の認知（思考、想像、感情、記憶など）が外的事実に対し適切であるかの検証を積極的に繰り返す。援助者は説得や教育を一方的に行うわけではない。様々な方法を一緒に工夫したり、集められたデータを共に見つめ評価し問題点を明らかにし、対応策を考え実施していく。

V. 認知療法とその応用

日本人は欧米人に比較して敵意性が低いということについては、CPBP についての説明でふれたが、日本人患者とはいえタイプ A 患者の特徴であるイライラしやすいことや攻撃的であるという特性が全くないということではない。タイプ B 患者と比較するとこれらの特性が高いことは事実であり、対人関係場面において、話すスピードが速い、口調が攻撃的、相手を非難しがち、自分に反対する人をうち負かすといった行動をとりがちである。

タイプ A を修正できない患者にとって、タイプ A 行動の背後にある不安、焦燥感、敵意感情を推測してそれに気付かせ、それを緩和、解消させることを患者とともに考えていくために、前述した認知療法の手順をとりいれていくことに加えて、自分ならびに他者の権利を尊重しながら、自分の感情や思考、考え方などを相手に攻撃的あるいは受身的にならずに伝えていく方法についても指導していく必要があると考えられる¹²⁾。この方法はアサーティブ・トレーニングといわれており、特定の場面だけではなく、アサーティブな行動がとれる場面の数と種類を増やしていくことを目的とする。

日本文化において「自己主張」はネガティブなイメージがある。しかし、適切な自己主張は決して我がままでも自己中心的でもない。自己表現は人間の基本的欲求で、すべての人々がもっているにもかかわらず、各々の文化のなかでの社会性に依じて大きく異なったり、

それまでの対人関係のなかで適切に行いにくくなっている場合が少なくない。加えて日本文化では、“自分の権利”という概念を強くもたないことが特徴とされ、自分自身で守るというよりも周囲がそれを尊重し守ってくれるものであって、時には権利が侵害されるようなことがあっても相手と争ったり競ったりするよりも、それを黙って受け入れる傾向をもっている。しかし、日常生活の中でもアサーティブな行動を促す機会は多く、自分の好みや関心を表現したり、また身に覚えのない非難を受けたり無視されたりした場合には自分を守る必要があり、これがアサーティブな行動ともなる。

通常コミュニケーションのタイプについては様々な分け方があるが、大きく①アサーティブな自己表現②攻撃的な、アグレッシブな自己表現③受身的な、ノンアサーティブな自己表現の3つに分けることができる。そして、この3つのタイプは場面や関係性により柔軟に変化させて使用されている。なかでもアサーティブな行動は、社会的にも適切なものであり、自分自身の感情や思い、意志、価値観などを正直かつストレートに伝えるものである。このとき、同時に相手への思いやりをもち相手の感情などを配慮して行われる。そのため、アサーティブな行動は自己中心的で身勝手な行動とはならない。

日本文化では自己犠牲を払うことを美德とする傾向をもつ。そのためノンアサーティブな行動をとる場合はアグレッシブな行動に対し強いネガティブな感情を抱いており、自分はそのような行動をとりたくないという思いを抱いていることがある。またタイプ A の患者では日常生活全般においてアグレッシブな行動をとりがちであることがストレス反応を引きおこしやすいとも考えられる。そこでアグレッシブな行動とアサーティブな行動の違いが認識できるように知識を提供し、アグレッシブな行動をアサーティブな行動に変容していけることが望まれる。また、アサーティブな行動をどのようにとるのか知らないため行動がとれないということもあり、アサーティブな行動とはどういう行動か、説明していくことも必要かと思

われる。

特に怒りの表出の際には、通常相手の感情や思いへの配慮なしに感情的・衝動的な行動をとってしまいがちである。アサーティブな行動は相手への思いやりや配慮を持ちながら行われるものであるために、この点で大きく異なる。タイプ A 患者にとって怒りという感情をアサーティブに表出できることはストレス緩和という視点からも有効ではないかと考える。

批判的でも攻撃的でもなく、かつ受け身的でもない表現で相手に対する思いやりや配慮をもちながら、自分の感情や思い、意志を伝えていく新しい方法を学習していくことが重要である。

またアサーティブな行動をとることを苦手とする理由の1つとして、自分自身がアサーティブな行動をとる権利があることを認識していないこと、アサーティブに振る舞うことに対し不安や恐れを抱いていること、効果的な自己表現の方法を知らなかったり、間違っ理解していること、そして文化的影響などがあげられることを知っておく必要がある。アメリカ人にとってアサーティブに振る舞うことは自分自身の決断一つで解決できることであるが、周囲との関係を重んじるという日本人の特性を考慮すると、アサーティブに振る舞おうとすればするほど、浮いた存在になりがちにもなるという危険性もあるので、その点への配慮も必要である。

また Alberti らによるとアサーティブな行動には以下の 11 ポイントが含まれている。

- ① 自分の権利を守り自己表現を行うこと
- ② 他者の権利の尊重
- ③ 誠実さ（自分に対しても他者に対しても）
- ④ 直接的表現
- ⑤ 平等を基本としたコミュニケーション
- ⑥ 言語的行動
- ⑦ 非言語的行動
- ⑧ 公式的な一定のものではなく、対象や状況により異なる柔軟性

をもつ

- ⑨ 社会的責任をもつ（自己中心的ではない）
- ⑩ 文化的影響
- ⑪ 学習するもの

これらは、自分および他者の行動のチェック項目としても用いることができるので、日々の生活の中で他者がどのようにこのポイントを使っているか観察するとともに、自分自身もうまく活用していけるよう訓練していくことによりコミュニケーション技術が向上していくことができるのではないかと考えられる。

VI. 日本人的特性や QOL を考慮したタイプ A 修正プログラム作成に関する配慮点

今まで述べてきたことを参考にすると、今回作成を試みる修正プログラムの内容は、まず前田が提唱している教育療法的アプローチと認知療法的アプローチの両方を取り入れたものであることを前提とする。その中でも教育療法的アプローチの「タイプ A であることに気づかせる」とときには、日本人虚血性心疾患患者の特徴とされる「仕事に生きがいを感じている」「仕事が自分にぴったり合っている」「仕事に対して非常に自信を持っている」「仕事に非常に熱中しやすい」といった部分を取りあげる。そして患者がこのような行動パターンをとることに誇りを持っている点をネガティブな面のみではなく、ポジティブに評価することで、患者自身が今まで培ってきたものを認める。そうすることにより患者に自身のタイプ A であることの認識を助け、QOL を脅かすことも避けることができる。また敵意性もタイプ A の特徴とされているものであるが、外から観察可能な行動として現れる場合（敵意の表出）と自分の中で情動として感じる場合（敵意の内包）があり、欧米人と比較して日本人の場合は後者が多いと予測されること、加えて敵意性はその外部への表出を抑制したときにこそ問題となってくるので、敵意を感じたときは上手に発散できるように考え方をうまく切り替えられる方法

を日ごろから身につけておくことよことを伝える。

以下にプログラムの大まかな内容（手順）を述べる。

1. 患者と有効な関係を作り上げた後、今までの疾病および治療経過についての情報収集を行う。具体的には心筋梗塞あるいは狭心症発症後の現在に至るまでの経過および療養生活の中で再発作を予防するにあたって自分自身で配慮している点を語ってもらう。とくに患者自身で思いあたる疾病コントロールの鍵となっている生活習慣があればそれについても語ってもらう。
2. 毎日の生活の中で自分自身がタイプ A だと感じる行動の有無やタイプ A の負の感情（怒り、イライラ感、じれったさなど）を感じるきっかけとなるような行動の有無について振り返り、語ってもらう（前回の面接のときと比較してそれらの行動や感情の推移も語ってもらう）。そしてそれを頻回に感じるかどうかについて、またなぜ自分はそのような感情をもつと思うかについて振り返ってもらう。
3. この負の感情が心臓にとってよくないことを説明する。そのときに前述した認知療法を活用した介入（考え方を切り替えることでストレス緩和につながることを）を行う。
4. 日々の生活のなかでリラックスできる時間を取り入れることの重要性を説明する。そして一日の日課を振り返り、どの時間にリラックス時間を取り入れることが効果的かを一緒に考える。リラックス方法については、長く続けることができ、最も効果を上げるためにも、本人が取り入れやすい方法であること（お茶を飲む、身体を横にする、背伸びをして深呼吸をするなど）を選択する。その際呼吸法や漸進的筋弛緩法といった身体面に働きかけかつ患者自身で行いやすいリラクゼーション技法はストレスの軽減や解消はもちろん身体の免疫力を高め、自然治癒力を向上させ、しいては疾病を肯定的に受けとめるという考え方にまで好影響を及ぼすものであることを伝え、是非取り入れて欲しいことを説明する。

以上の手順で実際に患者への介入を行うこととする。

文献

- 1) 保坂 隆：A型行動パターンの日本の特性，桃生寛和 他編，
タイプA行動パターン，p.329，星和書店，1993.
- 2) 保坂 隆：前掲著書 3)，p.332
- 3) Emara MK, El-Islam MF, Dagga SA, et al. : Type A behavior in Arab
patients with myocardial infarction. J Psychosom Res, 30 : 553-558,
1986.
- 4) 保坂 隆：A型行動パターンと抑うつに関連性について－健康
受診者における検討．臨床精神医学，19(3)：353-360，1990.
- 5) Williams RB, and Barefoot JC : Coronary-prone Behavior : The
Emerging Role of the Hostility Complex. 心身医学，28 : 111-126,
1988.
- 6) 保坂 隆 他：A型行動パターンと虚血性心疾患－質問の作成．
心身医学，24 : 23-30，1984.
- 7) 前田 聰：タイプA行動パターン．心身医学，29 : 517-524，1989.
- 8) 松島たつ子 他：冠動脈心疾患における行動型A、および敵意
評価の検討．心身医学，23 : 321-328，1983.
- 9) Dembroski TM, MacDaugall JM, Williams RB, et al : Components of
Type A, Hostility, and Anger-in : Relationship to Angiographic
Findings. Psychosom Med, 247 : 219-233，1985.
- 10) 前田 聰 他：タイプA行動パターンの修正は可能か，第48・
49回循環器心身医学研究会会合記録：61-63，1997.
- 11) 五十嵐透子：リラクセーション法の理論と実際－ヘルスケア・
ワーカーのための行動療法入門，p111，医師薬出版株式会社，2001.
- 12) 五十嵐透子：前掲著書 13)，p132-164

第二章 虚血性心疾患発症後にタイプ A 行動パターンが修正されない患者の特徴

タイプ A が IHD と関係していることが提唱されて以来、この疾患の患者がセルフケア行動を獲得していくための指導の一つとして、行動パターンの修正についての指導が取り入れられるようになってきている。しかし前述したように行動修正の困難さから発症後もタイプ A のままでいる患者も少なくない。

そこで疾患発症後もタイプ A を修正できない患者に何らかの特徴があるのではないかと考え、「行動パターンを修正しなかったあるいはできなかったのはなぜか」ということについて面接調査を行い、その内容を分析することで、行動修正できない患者の特徴を導き出すことができたのでここに報告する。

方法

1. 対象

金沢大学医学部附属病院第 2 内科循環器外来に定期的に通院しており、疾患発症前も今回の面接調査時もタイプ A であった IHD 患者 6 名を対象とした。対象の条件は、診断の定義に該当し、急性期を脱して半年以上経過しており、調査時に社会復帰している者で、研究についての説明は外来主治医の協力を得て研究に対する同意が得られた者とした。

タイプ A とタイプ B の判定には前田の作成した「A 型傾向判別表」¹⁾ を使用した。本スケールは、外来で、面接の補助手段として、患者にタイプ A の傾向があるか否かを簡便に判別するために作成されたものである。表 1 に示すような内容で、時間切迫感、熱中性、徹底性、自信、緊張、几帳面さ、怒りやすさ、競争性などに関連した 12 項目の質問を持っている。

各質問に対する応答を「いつもそうである」「しばしばそうである」「そんなことはない」の 3 肢中から選択し、それぞれに 2、1、

0点を、また対象群との差が著しかった3問（「やる以上はかなり徹底的にやらないと気がすまない方である」「自分の行動や仕事に自信をもてる」「きちょう面である」）には2倍点を与えて数量化し、30点満点として合計点を算出している。

このように算出された合計点によって、タイプAの有無を判定する。判定基準は、合計得点17点で、17点以上をタイプA、16点以下をタイプBとしている。

スケールの信頼性、妥当性についてはすでに検証されており、タイプAの質問紙法の原型であるJAS(Jenkins Activity Survey)の翻訳版とは82.8%の診断一致率があり²⁾、簡易法としては有用性があるものと判断することができる。

2. 調査方法

対象に外来での待ち時間を利用して、「疾患発症後も行動パターンを修正しなかったあるいはできなかったのはなぜか」について面接調査した。面接時間は30分～60分で、面接内容は全て患者の許可を得てテープに録音した。また外来カルテより対象の性別、年齢、疾患名、罹患年数、心疾患に関連した疾病の種類を把握した。疾病のコントロール状況については、面接時に聴取した情報を参考にし、日常生活における狭心症発作の回数等を基準に判断した。

3. 分析方法

録音された面接内容を逐語的にすべて記述し、特徴的な文脈を取り出す。そしてその文脈が意味する概念を抽出し、概念的ラベルを付ける。更に概念化されたラベルに基づいてカテゴリー化した。

結果

1. 対象の背景

全員男性であり、平均年齢および標準偏差が 65.8 ± 4.1 歳であった。疾患は陳急性心筋梗塞が3名、狭心症が3名うち器質性狭窄のない者が2名、器質性狭窄のある者が1名であった。

罹患年数については狭心症発作が初めて出現した時期（発症時）

から今回の調査までの期間を算出したが 7.5 ± 4.5 年であった。

心疾患に関連する疾病の有無については 4 名があり、2 名がなしで疾病の種類は高脂血症と高血圧であった。

疾病のコントロール状況については、全員が定期的に外来通院をすることでコントロール良好の状況を維持していた。

また 6 名全員が職業をもっていた。

2. 分析結果

面接によって得られた 6 名の質的データから「職業人としてのあるべき像の存在」<タイプ A であることの消極的自己肯定>の 2 つのカテゴリーが抽出されたが、この 2 つのカテゴリーはまったく異なるものではなく密接に結びついていると考えられた。

まず 6 名全員が面接場面で自分の仕事に対する思いを中心に語っており、彼らにとっては日常生活が仕事中心に営まれていることが感じられた。そして対象それぞれが自分の「職業人としてのあるべき像の存在」をイメージしていた。これは仕事に対して自分自身なりの徹底した信念をもっており、それが生きる上での心の支えになっているという概念として表現された。具体的には「仕事はきちんとやるのが人間としてあたり前のことなので、それをできないということにいらだちを感じ、ストレスを感じる」「自分の仕事に対する責任感やまじめさを自負しており、つまり自分の態度がよかったから人から仕事を任されるようになっていたと思う、そしてそのような自分であることを自分自身も好み、社会的な存在として認めている」「職場（上司、部下、組織すべてのもの）に対する忠誠心が強い」といった内容の表現があった。

また「タイプ A であることの消極的自己肯定」については、タイプ A でありつづけることがよくないことはわかっているが、タイプ A である自分の存在価値を認めており、だからその行動パターンを変えたくない思いが自分の根底に存在するという概念であった。具体的には「暇な時間を作ることが身体によくないという思いがあり、常になにかしている時間を作っている」「競争心をもつこ

とについてはサラリーマンである以上仕事柄あたり前と思っている、あるいは自分では意識していないが潜在的にはもっているのではないかと思っている」「物事を先読みすることや人よりも早めに行動することが生きていく上では必要であり、そうすることがことをスムーズにしていると感じている」といった内容の表現があった。

そして全員が「タイプ A であることは心臓にとってよくないことであり、その行動パターンの特徴が自分のストレス蓄積に関係し、それで IHD を患う原因になった」と感じており、「行動修正することの必要性は認識しているが、修正しきれない」ことも自分の中で認めていた。また「IHD（再発作出現）に対する恐怖心が強く、タイプ A はその予防のために修正すべき者」という思いをもっていた。

ストレスについては組織のトップであっても中間管理職であっても仕事上のストレスを語っており、中でも（つきあいで仕事を引き受けるということも含めて）人間関係上のストレスを一番感じていた。これについては自分自身のあり方は環境からの影響が大きいという思い、つまり自分がタイプ A であることはおかれている環境から作り出されている部分が大きいと思っており、それがストレスにつながっていると認識されていた。

考察とまとめ

今回明らかにしようとしていた「行動パターンを修正できない」ことの第一の理由として、対象全員に日本人の特徴ともいわれる仕事に対する忠誠心が根底に存在していることが予測される。前述した日本人の IHD 患者の特徴すなわち JCB で唱えられている「仕事中心のライフスタイル」「顕在的なタイプ A 行動の抑制」「集団帰属意識」は今回の対象にもあてはまる。そして JCB の根底には「職業人としてのあるべき像の存在」が関係しているのではないかと考えられる。これはタイプ A の特徴である「生真面目、几帳面、責任感の強さ」とも関係しており、「仕事中心のライフスタイル」

であるがゆえに仕事がうまくいかなくなることで自己の存在そのものが否定されてしまうのではないかという考えにつながっているのではないかと予測される。そしてタイプ A を修正することで今まで仕事をする自分として築いてきた価値観が壊されてしまうのではないかという恐怖心をもつのではないだろうか。そしてそれが行動パターンを修正できないことと大きく関係しているのではないかと示唆される。

また仕事をしながら生きていく上でタイプ A であることは必要なことであると感じており、ゆえに心疾患さえ罹患していなければ、タイプ A であることは人間としてむしろ望ましいことであると認めていた。つまり〈タイプ A であることの消極的自己肯定〉の理由として、そのような考えが前提にあることが考えられる。特に今回の対象は疾患のコントロール状況が良好な者ばかりであり、どの対象も治療における自分が決めた行動に対する信念をもっていた。そして決められた行動を守るというタイプ A の特徴をもっているがゆえに、定期受診や薬物療法における自己管理の徹底など必要な療養行動をとることができていたとも考えられる。疾患発症後のコントロールにおいてはタイプ A の部分をもつことも必要なのではないかと示唆される。

しかしその反面、自分自身を追い込むほどのストレス、つまりストレスによる精神的疲労およびそれに伴う不眠や過労などからの身体的負担が蓄積しやすいこともタイプ A の特徴である。ストレスを蓄積しないような働きかけについても今後の課題となろう。

以上本研究よりタイプ A 行動を修正できない IHD 患者の特徴を導きだし、その看護についての示唆を得ることができた。この結果を看護者として患者の QOL を高めることや、ストレスを軽減した生活をすごしていけるようにかかわっていくための参考としていきたい。

文献

- 1) 前田 聰：A型傾向判別表，桃生寛和 他編，タイプA行動パターン，155-161，星和書店，1993.
- 2) 前掲 1)，p.156

表1 A型傾向判別表

今回発病する前の
現在の
状態
の
状態で該当するところに○印をつけて下さい。

- 1) 忙しい毎日ですか？
- 2) 毎日の生活で時間に追われるような感じがしていますか？
- 3) 仕事、その他なにかに熱中しやすい方ですか？
- 4) 仕事に熱中すると他のことに気持の切りかえができませんか？
- 5) やる以上はかなり徹底的にやらないと気がすまない方ですか？
- 6) 自分の仕事や行動に自信をもてますか？
- 7) 緊張しやすいですか？
- 8) イライラしたり怒りやすい方ですか？
- 9) きちょう面な方ですか？
- 10) 勝気な方ですか？
- 11) 気性がはげしいですか？
- 12) 仕事、その他のことで、他人と競争するという気持をもちやすいですか？

いつもそうである	しばしばそうである	そんなことはない

合計 得点

第三章 タイプ A 行動修正カウンセリングを行った虚血性心疾患患者のその後の経過

第二章で紹介した疾患発症後もタイプ A を修正できなかった A-A 群が行動修正の必要性についての説明を受けた後、それまで日常生活場面で現れていたタイプ A 行動がどのようになったか、説明によって行動修正の必要性がどの程度認識されたか、またそれに伴ってストレスが軽減したか、QOL は低下していないかといったことは看護介入の効果をみるためにも重要なことである。そこでわれわれは以前に調査で使用した測定用具を使用して患者のタイプ A および QOL、ストレス認知の測定を行い、それぞれの得点の経緯をみた（第一節）。

次に実際に患者に面接を行い、その中で以前の調査時と比較して療養行動を含めた日常生活の過ごし方や状況を把握するとともに、患者の物事のとらえ方にどの程度の認知のゆがみが起こっているかを把握し、タイプ A を改善するという目的からも物事のとらえ方を変えることがストレス軽減につながることを説明した。また日常生活にゆとりの時間を取り入れ、その時間に実際にリラクゼーション法を取り入れることが必要であること、すなわちタイプ A のせっかちな部分を改善することが心臓への負担を軽減でき、それが疾病のコントロールへも好影響を及ぼすことを説明し、対象の反応をみた。そしてそれを修正プログラムとしてまとめた（第二節）。

第一節 患者のタイプ A および QOL、ストレス認知の変化

方法

1. 対象

疾患発症後もタイプ A を修正できなかった A-A 群のうち、本研究の主旨についての説明で研究に対する同意が得られた者 6 名を対象とした。

2. 測定用具

1) タイプ A の判定

現在の対象のタイプ A、タイプ B の判定には前田の作成した「A 型傾向判別表」（第二章参照）を使用し、17 点以上をタイプ A、16 点以下をタイプ B とした。

2) QOL の測定

黒田の作成した「病気をもちながらの生活管理」の質問紙（以下「病」の質問紙とする）¹⁾を使用した。これは患者が自らの基本的欲求を満足させるような習慣化された行動を維持、または調整するとともに、病気を持っているが故に日常生活で出会う諸問題に自分なりに対応していくという視点から作成されたものであり、98 項目から構成されている（表 1 参照）。各質問項目には応答者が「非常にそう思う」から「まったくそう思わない」までを 5 つの段階から選択する形式である。またスケールの精度を高めるために 98 項目中 61 項目は望ましい行動、そして 37 項目は望ましくない行動で表現されているが、望ましくない行動は得点を逆転して計算することになっている。すなわち判定では高得点のものを QOL が高いと判定する。この質問紙の信頼性、妥当性については現在検討されている段階であり、45 項目に構成し直されたことでの学会発表があるが²⁾、今回は患者の日常生活をできるだけ細かくとらえるという目的から 98 項目のまま使用し、総得点（最高 490 点）によって QOL の程度を測定することとした。

3) ストレスの測定

対象が日常生活においてどの程度のストレスを受けているかを把握するために、東京都精神医学総合研究所にて作成された「精神研式ストレス尺度」（以下、「ストレス尺度」と略す）を使用した。ストレス尺度は岡部らにより開発、作成されたものであり³⁾、総計 50 問（総得点 100 点）の質問から成る。評価は総合評価と 5 下位尺度（①心身症状、②性格特性、③タイプ A、④ストレッサー、⑤対処行動、各尺度 20 点）評価から行なう。下位尺度の質問数はそれ

ぞれ 10 問あり（表 2 参照）、各質問に対する応答を 3 肢中から選択、それぞれに 0、1、2 点を与えて数量化し、得点を算出する。得点が高値であるほど、総合評価、5 下位尺度評価のいずれにおいても、その項目で問題性ありとなる。本スケールの信頼性の検討はすでになされている。今回は下位尺度の「心身症状」「性格特性」「ストレス」の 3 下位尺度を使用した。

4) 日常生活のすごしかたについてのアンケート

現在の職業について、また無職の者は日々どのようにしてすごしているかについて、なるべく具体的に記述式で記載してもらう項目を設けた。

3. 調査方法

対象との面接時に前述の測定用具 1) 2) 3) 4) を配布、自宅での記載、郵送での返却を依頼した。また罹患年数や心疾患に関連する疾病の有無およびその種類についても以前調査時の情報を参考にして対象にその後の状況について確認した。疾病のコントロール状況についても以前の調査後の心疾患に関するエピソードを聴取し、コントロール良好か不良かを判断した。

4. 分析方法

測定用具の以前の調査時（関連研究成果論文「タイプ A 行動パターンを示す虚血性心疾患患者の特徴－ストレス認知，行動パターンからの検討－」「虚血性心疾患患者の行動修正とクオリティ・オブ・ライフの関係」「虚血性心疾患患者の行動修正のプロセスにかかわる看護ケアの検討」参照）の得点と今回調査時の得点に変化があるか、t 検定およびウィルコクソン符号順位和検定を用いて分析した。

また日常生活のすごしかたに違いがあるかについて比較検討した。

5. 倫理的配慮

対象への倫理的配慮として、研究への参加に関しては自由意志であり、参加を断ることがあっても今後の医療提供には何も影響しないことを伝えた。また結果は本研究のみに使用し、プライバシーを

保持することに関しても遵守することを約束した。

結果

1. 対象の背景（表 3 参照）

全員男性であり、平均年齢および標準偏差が 68.8 ± 4.1 歳であった。疾患は陳旧性心筋梗塞が 3 名、狭心症が 3 名うち器質性狭窄のない者が 2 名、器質性狭窄のある者が 1 名であった。

罹患年数については狭心症発作が初めて出現した時期（発症時）から今回の調査までの期間を算出した。

心疾患に関連する疾病の有無については 4 名があり、2 名がなしで疾病の種類は高脂血症と高血圧であった。

疾病のコントロール状況については、以前の調査時以降に入院歴のある者は 1 名のみであった。入院歴のない者は定期的に外来通院をすることでコントロール良好の状況を維持していた。

日常生活のすごし方については、職業をもっている者が 4 名、もっていない者が 2 名であった。4 名の仕事内容は以前の調査時と比較すると、時間的融通が利く内容となっていたり、デスクワーク中心になっていたりしていた。また勤務内容は以前と変わらないが、出勤日数が週に 4 日に減っているため身体的な負担が軽減している者もいた。

2. A 型傾向判別表の得点および行動パターンの変化（表 4 参照）

A 型傾向判別表の平均点と標準偏差は 18.8 ± 4.6 点であり以前の調査時の 19.3 ± 1.9 点よりは若干低下していた。現在の得点が上昇した者は 6 名中 3 名であり 1 名は 5 点、2 名は 1 点上昇していた。低下した者は 2 名で 2 名とも 5 点低下していた。同じ得点であった者は 1 名であった。以前の調査時は 6 名全員がタイプ A であったが、今回は 2 名のみタイプ B に行動修正されていた。また発症時の平均点と標準偏差は 23.2 ± 4.7 点であり発症時よりはかなり低下がみられ ($p < 0.05$)、5 名は得点が低下していたが 1 名のみ上昇しており、この 1 名は入院歴のある者と一致していた。

3. QOL の変化

「病」の質問紙の総得点は 6 名全員が以前の調査時よりも上昇していた（2～21 点）。平均点と標準偏差は 355.2 ± 34.9 点であり以前の 337.8 ± 29.5 点よりも上昇していた（ $p < 0.05$ ）。すなわち以前の調査時よりも今回の方が QOL が高いという結果であった（表 5 参照）。

また 6 名全員において以前よりも得点が増えている項目が低下している項目より多いという結果であった。得点が増えた項目数、低下した項目数、前回と得点と同じだった項目数の平均と標準偏差は、それぞれ 30.3 ± 1.6 、 21.5 ± 4.5 、 46.2 ± 5.6 であった（表 6 参照）。

得点が増えている項目については、6 名全員が増えている項目はなかったが 5 名が増えている項目はあり、「ついつい食べてしまう」（得点逆転項目、すなわち高得点のものを QOL が高いと判定する項目）、「ハイキングやピクニックにたまに出かけて気分転換をしている」「家族はわたしが薬を飲み忘れたときに注意をしてくれる」の 3 項目であった。

4. ストレス尺度の得点の変化（表 7）

ストレス尺度の 3 下位尺度の平均点と標準偏差は心身症状が 8.2 ± 1.8 点、性格特性が 12.8 ± 2.1 点、ストレッサーが 6.5 ± 2.3 点、であった。これらの以前の調査時の平均点と標準偏差はそれぞれ 7.3 ± 2.0 点、 13.2 ± 1.0 点、 8.2 ± 3.9 点であり、以前よりも心身症状の得点が若干上昇していた。また、性格特性とストレッサーの得点が若干低下していた。

考察

今回対象とした 6 名は平均罹患年数が 10.5 年と長期になっているにもかかわらず、疾病のコントロール状況が良好であるものが多かった。この理由として定期的に外来受診を受け、指示どおり服薬を継続しているという患者の背景が関係していることが考えられる。

この点に関しては、以前の調査時の平均罹患年数 6 年の時期にも疾病のコントロール状況が良好であったという結果同様（第二章参照）、虚血性心疾患患者の一つの特徴、すなわち過去の胸痛発作という本人にとっては好ましくない体験が、必要な療養行動継続への動機づけにつながっているのではないかと予測される。またタイプ A の特徴として報告されている「几帳面、生真面目」であることが疾病のコントロールに大きく関係する定期通院や内服といった療養行動により影響を及ぼしているのではないかともいえる。日常生活においても以前よりも仕事内容を制限している者がほとんどでありそれも関係していることが予測される。つまり今回の対象の平均年齢が 68.8 歳ということからも、働きざかりを過ぎた年齢であり、一度定年退職した後の第二の職場勤務であったり、嘱託勤務となったため、仕事上の責任や仕事量が減り、そのために身体的な負担も軽減し、それがコントロール状況に影響しているのではないだろうか。

行動パターンに関してはタイプ B に修正された者が 1 名のみであったことから、行動修正の困難さが改めて示唆された。またタイプ A 得点の変化において、発症時から前回調査時の間ではほとんどの者で得点が低下したが、前回調査時から現在の間でまた上昇しており、タイプ A が改善した状態を維持することの困難さも示唆される。この点に関しては第二節に記載した認知療法的アプローチをいかに取り入れていくかが今後の課題ともいえる。しかし今回の対象では行動修正されていなくてもコントロール状況を良好に保っている。この点に関しては、今回の調査時において以前よりも QOL が向上していることが関係しているともいえ、つまり日々の生活を患者本人がどのように受けとめているか、つまり患者が QOL が高いと認識していることがよいコントロール状況を保つ上でも重要なのではないかということが示唆される。とくに 6 名中 5 名の者が生活の中に気分転換を取り入れるようになっていたり、療養行動において家族のサポート状況が得られる状況を感じているという結果

となったことは興味深い。患者にこのような状況を及ぼした背景についても今後検討していく必要がある。

またストレスについてはストレッサーつまりストレスを引き起こす要因となるものが今回は軽減していた。日々の生活の中でストレッサーとなるものは数多くあり、生活環境や仕事の内容、経済的な問題、家族関係や友人関係など大きくわけても物理的要因、社会的要因、心理的要因などになる。また現実にはストレスが存在しないにもかかわらず、ストレスを作り上げてしまうということもストレッサーとなるといわれており、例えば検査を受け、結果がまだわからないにも関わらず、悪いのではないかと心配するといったことがこれにあてはまる。つまり実際に起きるかもしれないし、起きないかもしれないにもかかわらず、頭の中でストレスを作り上げてしまうのが、心理的なストレスの要因の大きな特徴ではないかといわれている⁴⁾。今回の調査では家族のことで悩みがある、身体のことでの不安があるといった広い範囲でしかストレッサーを調査していないことから、なぜ悩んでいるのか、なぜ不安に感じるのかといった状況を把握し、ストレッサーの要因が軽減した理由について検討することも今後必要である。

第二節 患者の日常生活状況および物事のとらえ方について

方法

1. 対象

第一節と同じ6名を対象とした。

2. 測定用具

調査は面接を中心に行ったが、その際対象の物事のとらえ方に認知の歪みがあるかどうかを把握するために「デビット・D・バーンズの認知の歪みの10パターン」を参考に作成した自作の質問用紙（以下「認知の歪み」尺度）を作成し（表8参照）、使用することとした。これは「全か無か思考」「過度の一般化」「心のフィルター」

「マイナス思考」「結論の飛躍」「拡大解釈と過小評価」「感情的決めつけ」「べき思考」「レッテル貼り」「過剰な責任とり」の 10 パターンが患者の考え方の特徴としてどの程度存在しているかを把握するための質問紙であり、「非常にそう思う」の 5 点から「まったくそう思わない」の 1 点の 5 肢中から選択し計算する。設問は各パターンを具体的な日常生活行動で表現した内容のものとし、「結論の飛躍」については「心の読みすぎ」と「先読みの誤り」の 2 パターンにわけた設問としたため計 11 項目 55 点満点として合計点を算出するものとした。

3. 調査・介入方法

対象の外来での待ち時間あるいは希望される時間を利用して、「現在どのようにして日常生活を過ごしているか、以前面接をさせていただいたときと比較して生活に変化はあるか」「行動パターンについて考え方に変化が生じたか」を自由に語っていただいた。その後、対象の物事のとらえ方において認知の歪みが生じていないかを「認知の歪み」尺度を参考に把握し、対象に認知の歪みとストレスとの関係の説明を行った。また疾患発症前と現在の認知の歪みの得点 t 検定およびウィルコクソン符号順位和検定を用いて分析、比較また協力を依頼する際に面接時間は約 30 分から 1 時間を予定していることを伝え、また面接内容は全て患者の許可を得てテープレコーダーに録音した。

4. 分析方法

録音された内容を参考に患者の療養行動を分析し、対象に共通する特徴を導き出した。

結果

1. 「認知の歪み」尺度の得点

「認知の歪み」尺度の得点は 6 名中 5 名が疾患発症前と比較して現在の得点が低下していた（表 9 参照）。平均得点及び標準偏差は発症前が 35.0 ± 7.5 点、現在が 28.0 ± 4.8 点と現在の得点が大

きく低下しており ($p < 0.05$)、これは 13 点、14 点の低下がみられた 2 名の影響によるものではないかと考えられた。

2. 面接結果

面接によって得られたそれぞれの対象の反応について以下に述べる。

1. 患者 No. 1 (N 氏)

今回対象とした 6 名のうち、この対象のみ前回調査時以降に入院歴があり、入院の理由は心筋梗塞の再梗塞で面接の約 4 ヶ月前の出来事であった。対象自身前回の梗塞以来 11 年目の発症ということもあり、自分自身安心していた時期に再梗塞を起こしたということでもかなりショックを受けていた。再梗塞の理由については「これだけ努力しているのに何故再発したのか」と入院中主治医に確認したところ、「N 氏の場合遺伝的なものも関係している」と言われたということであった。それに対して「一病息災で一病をもったまま、命にそんなに関わらずそんなに深刻にならずに 80 歳なら 80 歳、一生終えるんだったらいいけど、わたしの場合やったら、突然それで、ハイ終わりになるでしょう。命にかかわる病気、狭心症の人の場合やったらニトロ効くけど、わたしの場合バターッと倒れる、11 年前も去年も一そうだった。去年は自分でこれはもう再発や一とわかり、息子に救急車呼んでもらった。それまでの間は 1 回だけ、入院しなくてすんだけど 3 月頃にタイヤの入れ替えするときに何かキューッと胸が、あれが狭心症やなと自分で勝手に医者しとるんやけど心筋梗塞と全然違う、心筋梗塞はあーもう全然ひどい、脂汗でギラギラになってね、タオルで拭き取ろうとしても全然タオルがふき取ってくれんがですよ。だから自分で気をつけておるし、助かったことには喜ぶにはきりが無い、自分は心筋梗塞という病名をもらったけど、あー生きとったっていう、Dr には『あんた運のいい人や』ってギョッとすることを元気になってからいわれたんや」と自分の病気に対する思いを淡々と語られた。つまり自分では

再梗塞を仕方ないものだととらえていた。しかし対象の家族背景を考えると、再梗塞は昨年 11 月頃に起こしていたが、5 月に長男が高齢者入居用のグループホームを立ち上げていたり、また今回面接の 1 ヶ月後に 2 つ目のグループホームを立ち上げる予定、つまり 1 年の間に 2 つの施設を開設するという事業に取り組んでいる時期であった。それについて対象からは「息子は口を出して欲しくないと言っている」と自分は直接業務方針等にかかわらないが、立場上は会長であり、また創設資金を出資しているという発言もあり、息子の事業が成功するかどうかということでの精神的ストレスはあったのではないかと予測された。

また日常生活のすごし方については、以前は市役所勤務をしていたが定年後は親戚の者が経営している建築事務所に勤めており、この点については前回の面接以降変わっていなかった。しかし前述したように長男が経営する 2 つ目のグループホームができあがったら、妻も含め家族ぐるみでそちらの施設経営に関わる予定ということで、対象は「息子に使われようと思っている」と言っていた。つまり会長という名目ではあるが、実際には施設のメンテナンス、つまり部屋の電球を換えたり壊れた機材を修理したりといったことや事務的な仕事を請け負うことを予定しているということであった。仕事に伴うストレスという点では「市役所勤めの時は部下の仕事の仕方でイライラしたりすることもあった。上から何を監督しとったんやと言われることもあるし、責任が自分に全部かかってくる。部下のためにも必要なことであり、自分はいずれ去っていく者だけ部下はこれから社会を背負ってたつんだからということできびしくしていた。仕事の内容によっては、感情でかーっとおこることもあった」とタイプ A の部分が市役所勤めの頃はかなり表出されていた様子が伺われた。この対象は人あたりが柔らかくまた穏やかに話されるので、その点を指摘すると「それは役人生活から出てきたものではないか、対外的にバランス、敵意それはやっぱり自分がこれから出世していかなければならないということから…自分の努力と

根性っていうか、だから今日の自分があると思うから、そういうことからしてあるときは…いつも優しくしとったんじゃバカかと思われるし、責任があるわねーうわべだけのつきあいじゃだめだと思う、ピッとするときにはしないと、私らの場合は市民相手だから、私らは市民と向かい合ってやっているんですけど、市議会の人達と市民の間に入って私らは監視されとりわけです。だからそこでいいかげんな一特にね、税金で働いているわけですから、そこで仕事の内容も数字と文字できびしく一決算書なら決算書、こうして一字一句修正したりして、誰が読んでも間違いのないようなものにするのに神経使ったりしますね」と社会における自分自身のありかたについて仕事を中心に語られ、仕事に対する責任感の強ささらにそれが自分の人生哲学にもつながっていると思われることを熱く語られた。また「仕事については上へ行けば行くほど自分だけで抱え込むことはできない。身体一つしかないしとてもそれは無理。だからいかに下の人にうまくさせられるか…同じさせるのならー上手な言い方をしなきゃあならんっていうのは、そこでその人の人柄が出てくる、そこは自分で勉強っていうか…それがまたストレス…言い方を考えんなんとか…。敵意を示しやすくそこでバーンと怒る怒りっぽい人はそこでストレス発散しとるわけですね。部下を怒って、自分がすっきりする。発散するよりも鬱積の方がストレス大きいと思う。気の小さい人なんかはおでんやなんかでぐちぐち言う、それも一つのストレス発散だしいい方法だと思うけど、自分はそういうやり方は嫌いだし、どっちかっていうとストレスたまってくる方ですね、自分で抱え込んでひどくなる方、どっちかっていうと」と昇進することでストレスが増え、それをうまく発散できない自分についても評価していた。

そして市役所勤務の頃と比べると「今は問題にならないくらい精神的に楽」と言われる反面、親戚の人の仕事を手伝うという現在の職業に対しては「気遣いはやっぱりあると思う、使われている私自身もあるし、使う方も気を使うと思う」とまったくストレスがなく

なったわけではないと評価していた。そして今度新しく長男の仕事を手伝えることについては、「使う方も使われる方も心構えが全然違うと思う。私は現在は親戚だけど、組織の一人として存在しているが、今度の場合だったら息子も私が病気を一つ持っているわけだし、病気を持った親ということを知った上だから、トイレ掃除だろうが電気の球が切れたとかそういう細かい作業的なことが仕事になるわけで、作業的にはそんなに頭を使わなくてもいいようになると思うし責任が減る、自分の心臓にはいいと思う」と現職以上にストレスのない生活を過ごせることを期待した発言が聞かれた。そして「もちろん人間にはある程度気を使ったりすることも大切だし、私の場合は性格が強いから几帳面だとか責任が…強いとか、そういうところで必要以上の苦勞、取り越し苦勞的なものは、A型だからあるんですけどね」と自己のタイプAについても認識されていた。

療養行動については外来の定期受診は欠かさず継続しており、薬物も飲み忘れることはなくきちんと内服しているということであった。そして「ストレスを受けやすいタイプ」と自己分析しており、自分で意識的に「リラックスする時間」を作り「気分転換することに努力はする」が「性格は直らない、特に現職を離れて第2の人生だからリラックスしてゆっくりすればよいは、なかなか難しい」と嘆いていた。しかし今回転職することに対し「去年入院したというのも一つのきっかけで、現職の方が給料はいい、忙しいだけに給料もいい、けどやっぱり自分の命、Dr.にもこの娑婆に縁があったんや、大変やったがやぞと言われると…その時期については自分では意識していなかったが、ストレスが高い時期だったんでしょね。積み重ねだと思う、ずっと今までの…」と再梗塞を起こしたショックから、今後はストレスの少ない仕事にしなければという意向を示された。そして仕事に対する姿勢について「組織のためにがんばるという気持ちは、特に私たちの年代は最後の最後まで、退職するまでそれやった」と言われ、「それもストレスになる。自分でも気づいている」と日本人的な特徴である企業への強い帰属意識があり、

それがストレスになっていたということも認めていた。だからこそ今回の家族だけで行うという仕事への期待が高まっているとも考えられる。その他の療養行動については、「食べ物の好き嫌いはない、何でも好き、嫌いな物はないんですけども、だけど甘い物も我慢しとるしーお酒も…ちょっこにしてーうん、努力しているんです。野菜も多め、妻も努力しとる。結局は塩分と油っこい物と、糖分ですね」「今は寒いからーちょっと運動不足なんですけど、歩くようにはしているんです」と食生活や運動を配慮した日常生活を過ごしている発言が聞かれた。また日常生活の中にストレス解消法を取り入れているかを確認したところ、「音楽かけてしばらく寝台で休むのに 300 円とか払って、そこで 30 分とか 1 時間おって、ほんで出てくるっていう、リラックスタイムを提供する、そういう業者があるらしくって、家の家内からそこへ行ってみてはどうかと勧められているんやけど、わしはまだ行っとらん、またそういう性格ではないげんね」と言われた。そこでどこかへ行くということまでしなくても、生活の中に呼吸法や漸進的筋弛緩法をなどのリラクゼーション法を取り入れてみてはどうかと勧めたところ、「私の場合は 1 日 1 回喫茶店行って 350 円出してコーヒーあの砂糖入れないクリームだけのコーヒーを飲みながら新聞読むとか週刊誌、ちょっと広げて、そんな程度です。ほんでこういう科学的なリラックス法は取っていないです」と返答された。自分なりにリラクゼーション方法をもっているのであれば、無理に嫌いな方法をとる必要はないが、精神面のみではなく身体的にも働きかけることも取り入れていってはどうかと勧め、パンフレットを渡し時間があればやってみよう伝えた。

物事のとらえ方については、疾患発症前も面接時も得点の変化はなかった。それに対して対象自身、自分の考え方に「認知の歪み」を「持ってはならない」と乗り越えてきたと評価しており、「社会人として生活している以上、周囲から否定されるほど嫌な出来事を避けて通るわけにはいかない。しかし、個人個人にとってはこれを乗り越えなければ生活の維持、ひいては社会の運営が成り立たない

のが現実」との発言から、社会に生きる人間のあり方ということについてもまじめに取り組んでいる対象の特徴がこの部分でも表れていた。

2. 患者 No. 2 (H 氏)

現在の日常生活の過ごし方について、定年退職後は仕事としては畑仕事をしているくらいであり、それ以外には公民館の仕事をボランティアで引き受けていることやその公民館で開かれている詩吟の教室へ通うことで日々が過ぎていと語られた。そしてそれが現在の自分にとっては生きがいとなっており、よい状態を保っていることにつながっているとも言われた。だから仕事をしていたときと比べて毎日の生活でいらいらすることは全然なくなり、最近ではストレスとはなんぞやと思うくらいであるということであった。子供も成長してそれぞれ自分の家庭をもっており、孫も元気、一時は妻の体調がかんばしくなかったが、最近はそういうこともない、と悠々自適の生活を楽しんでいることが面接内容から感じられた。しかし「目標は達成させたい」という思いはもっており、たとえば詩吟の大会に出たからには勝ち進んでよい成績を残したい、できれば優勝したいという気持ちはもっており、このような思いをもつことに対し、対象自身は「子供の頃から負けず嫌いであったことが今でも続いているのだと思う」と評価していた。また「現在の自分にとってのストレス発散の方法は、TV でチャンバラものをみること」と言われ、「正義感が強いのか、スカッとすると競争心をもつことが日常生活になくとも非日常的な部分でそれを満たそうとしているという対象のタイプとしての特性が表れていた。

疾患のコントロールについては「やれることはすぐにやる、何にでも挑戦することは大事」と日常生活に散歩を取り入れ、毎日 1 万歩を歩くことを目標としていた。また薬物に対しては「1 日も欠かさず内服している」し、「いつ発作が起こるかわからないのであくまでも用心のため、お守りとして舌下錠を持ち歩くようにしている」と適切な行動がとられていた。飲酒に関しても、「自分が病気

になるとしたら肝臓からだと思うくらいアルコールに依存していた時期があったのがうそのようなくらい、今は一滴も飲まないし、乾杯の場面でも口をつけるだけになった」と自分の行動がよい方に変化したことを好ましげに述べられた。

過去の自分については、「仕事は65歳で辞めることもできたが、上司から『おれ』と仕事場に寝台まで買ってこられた、それに対し妻が『辞めさせて下さい』と泣いて頼んだこともある」と語られ、職場における自分の存在価値を周囲が非常に認めていること、だから自分もそれに応じようとしていることが感じられた。また「『人によく見られたい』と思うのはサラリーマンであれば当然のことだと思うし、あえて表に出すことはしないが、誰でも評価されたいと思っているのではないか」といった発言や、「『部下の前で上司をしかるようなことは管理職のものはするな。そうすることは部下の前で上司が恥をかくことになる』と自ら上層部に向けあったこともある」と仕事をする人間としての自分なりの信念についても強調して語られた。また「『やり出したら止まらないから適当にやらないと身体をこわす』と言われたこともあり、それがあたってしまった」と仕事に没頭してきた自分を振り返り、「嫌だと思っても逃げられない状況が特に人間関係では存在する」「自分でやらなければと思ったことはやらなければ気が済まない、病気になった頃はそんな状況であり、さらにこれといったストレス発散の方法ももっておらず、せいぜい酒を飲むくらいであった」と発症時の状況について自分なりに分析できていた。また「仕事では自分の能力以上のものをやろうと背伸びしていたと思うし、それが結果的に自分を苦しめるようになり、人に憎まれることをしてきたとも思う」当時の自分がストレス過剰な状況に追い込まれていたことも認識されていた。

家族との関係においては、「現在妻との二人暮らしであるが、妻が自分の身体を気遣った献立にしてくれており、自分自身それには非常に感謝している」「娘夫婦は割と近くに住んでおり、共稼ぎなので日中は妻に孫をあずけていって『面倒な』と思う反面、毎日子

供の顔も見られるし、自分でも今では結構子供を頼りにしているところもあるんですよ」と良好な関係が築かれているような発言が聞かれた。また面接の中で「動きだすと止まらなくなる自分を妻が止めてくれている」「妻が（自分が）悪くならないように気をつけてくれている」と妻にみられている自分を常に意識している様子が伺われた。

物事のとらえ方については疾患発症前と現在では「認知の歪み」尺度に 13 点の得点差があり、特に「心のフィルター」つまり否定的なことにこだわって、肯定的なことを無視する傾向や「レッテル貼り」つまり自分にレッテルを貼って、自分の欠点が自分そのものだと考える傾向が現在ではなくなってきたことがその理由であった。

3. 患者 No. 3 (F 氏)

この対象は以前から魚の卸売業をしており面接時点では会長という立場であったことから、以前と比較して若干勤務時間が短くなったとはいえ、現役で仕事を続けているとあってよい状況であった。以前から生活リズムが普通の人と反対であったが今回の面接時に聴取した生活パターンは、朝 4 時 30 分に起床、ゆっくり 30~40 分入浴（このとき身体のすみずみまで自分でもむ）、その後お参りをし、朝食をとった後市場へ行って「せり」に参加、これが午前中いっぱいかかり、帰ってきてから帳簿をつけ、昼食を食べる（このとき飲酒もかねる）。その後好きな本を読んだり花をいじったりしたあと 40~50 分ほど昼寝をし、起きたら夜御飯の準備をし、それを食べすこしくつろいでから就寝という流れであった。前回の面接時では起床が夜中の 12 時 30 分でありそれと比較すると身体的なストレスは多少軽減したように感じられた。しかし本人としては「自分が会長になり、（自分から他のものに）社長が変わったので口出しできなくなった分ストレスがたまる」「自分が作った会社だから、代が変わっても自分のせいじゃないとは思えない、会長になったら売りが下がることが心配で、いつも何かに追い込まれているような気がする、魚を扱っている関係上その日その日に売り

さばいてしまわないと魚がだめになってしまい、残らないように売ってしまわなければならないというストレスを毎日抱えている、それを発散しようと食べてしまい（ストレス食いととらえていた）太ってしまい、Drからはちょっとでも体重が増えると怒られるので、困っている」と仕事上の責任が形式上は軽減したにもかかわらず、仕事に伴うストレスを常に感じている現在の自分の状況を嘆いていた。また「本当は運動したらよいのだけれど 5 年前に交通事故にあってから腰の調子が思わしくなく、眼も疲れてくると二重に見える」と身体的にも悩みを抱えていることを語られた。

その反面「引退したから、あきらめている。稼ぎが悪いとイライラすることもあるけど、ぐっと我慢してキューッと一杯飲んで、おいしいもの作って食べてごまかした」といった行動や、「本を読むのが好きなので、読みたい本がどんどんたまってくるけど、それはそれで楽しみ」と仕事以外の時間を生活の中に取り入れており、自分でも「気持ちの切りかえはできにくい方ではない」と言われることから、日々の生活を自分なりに有意義にすごしている様子が伺われた。ただ「タバコはきちんと止められたけど、その反動で甘いもの、例えばチョコレートなどを食べるようになり体重が増えた」といったことや「お酒は自分にとっては大切な楽しみになっているけど、太る原因にもなっているようだ」とも言われ、体重を増えることがよくないことは認識されているようで、療養上の必要な知識はもっているが行動が伴っていないように感じられた。「食べなくてもすむ方法でストレス解消ができる方法はないだろうか」「電車の旅なんかは好きなのでもっと行けたら」と自分なりのストレス解消法を模索している発言も聞かれた。

つまりこの対象においては、日々の生活でストレスはあるが自分なりにストレス発散はできていると感じており、ただその方法が望ましい方法ではないので、もっと適切な方法をしてそれを生活の中に取り入れることで、QOL を高めることができるのではないかと示唆された。

「認知の歪み」尺度については疾患発症前と現在の得点差は 1 点であり、ほとんど変化はみられなかった。

4. 患者 No. 4 (S 氏)

この対象は現在特に仕事にはついておらず、毎日の生活は畑仕事と体調がかんばしくない妻の世話が中心であり、たまに魚釣りや山歩きをしていることが趣味であり気分転換にもなっていると語られた。自分自身の体調はよく、自分でも食事や薬物の内服に気をつけていると言われ、必要な療養行動はとられていた。しかし「妻のことが心配で気持ちが晴れない」「せっかく食べやすいおかずを考えて作っているのに、ほとんど食べてくれないことでイライラしている状況」と妻が疾患により食事をあまりとっていないため痩せてきていることを心配していた。また妻の疾患が予後のよくない疾患であることを「最初から大学病院を受診すればこんなことにならなかったのではないかと、今は後悔している」と過去のできごとに対する後悔の念を抱いていた。さらに「妻は寝てばかりいてもう少し散歩でも行ってくれればと思うのに全然歩こうとしない、せめて 1 万歩歩けといっているのに 5 千歩歩いたからと満足している、歩かなかつたら足も弱ってしまう」と自分の考えどおりにいかない妻の行動に対するいらだちもあるようで、以前の面接時よりもストレスが増えているのではないかと思われる発言が多かった。しかし実際にはストレス尺度の得点はあまりかわっておらず、QOL も高くなっていた。その理由として仕事をしていたときのような気遣いがないこと、毎日の生活を自分で采配できるので人との関係におけるわずらわしさがなくなることが関与しているのではないかと予測された。

この対象は面接時の状況からも物事のとらえ方がかなりマイナス方向に片寄っているのではないかと思われたが、現在の「認知の歪み」尺度の得点は発症時よりも 5 点低下しており、「心のフィルター」の得点や「過剰な責任とり」つまり自分に責任がないような場合でも自分のせいにしてしまうという傾向がなくなってきた。しかし「マイナス思考」つまりよい出来事を無視してしまうので、

日々の生活が全てマイナスになってしまうという傾向が以前よりも強くなっており、面接場面ではその部分に認知の歪みが起こっているということでの介入を行った。それに対し対象は「今、昔のことを後悔しても仕方がないことであり、結果が変わるわけではないので、考えても自分が損をするばかりだと次男からも言われている」と、考え方を切り替えようと自分自身に言い聞かせているがなかなか切り替えることができない現状を語られた。このような反応を示すことがマイナス思考とも関係していると思われたことから、過去にしてきたことでむしろプラスになったと思えるようなとらえ方について例を出して説明し、またやりきれない思いについて聞いてくれる人に語るだけでもストレス解消になることを伝え、ストレスをためすぎないような生活をしていくようすすめた。

5. 患者 No. 5 (T氏)

現在も以前の面接時と生活は変わっておらず、一旦 60 歳で退職した後、市役所の児童福祉に関する仕事を嘱託の身分で引き受けているということであった。しかし現在は週に 4 日間が出勤で 3 日間が休日であり、職員の数も 2 年前に増員になったこともあり勤務時間は 9 時から 16 時と短縮されていた。また一緒に仕事をしている職員は気心が知れた相手であり、職場の人間関係も非常によい状態であるので仕事も楽しいと語られた。以前のように仕事を自宅に持って帰ることもなくなり、仕事も自分の考えで進めていけるのでストレスもないと評価していた。しかし日常生活のさまざまな場面でタイプ A があらわれており、たとえば「外来受診をしたのはいつかといった療養生活に関する記録をずっとノートに記載している」といった行動、「常にメモをとるようにして大切なことは忘れないようにしている」といった行動から几帳面さが、また仕事を後回しにすることに対し「どうせしなければならないことだから余計手間がかかる」「そのことがずっと気になってそれがストレスになる、気持ちに負荷がかかる」という発言から自分の行動における責任感の強さが感じられた。また現在仕事を続けていることについて

は「一旦退官したが、声をかけてくれる人がいたし仕事を続けた方が自分の健康にもよいかと思ったので仕事を辞められなくなった」と言われ、他の人からの期待に応えようとする態度や仕事を生活の中心に考える思考パターンは続いていた。

疾患のコントロールについては、「以前発作を起こしたことのことを考えると、お風呂に入ること一つに対しても気をつけている、寒い季節は特に急に身体を冷やすことは危険なので、浴槽にはいるときはシャツを着たまま入り、十分身体が暖まってから脱いでいた」「風呂に入っている間は妻が外で待機しており、何かあったらすぐに対応できるようにしている」と徹底した発作予防行動をとっていた。また「以前はストレスからか事によっては寝つけなくなり、寝酒をしていたが、退院してからは欲しいと思わなくなったし、仕事に伴うストレスもなくなったので飲まなくてもすむようになった」と禁酒を続けていること、「煙草は病気になる前から吸っていない」と言われることから、適切な療養行動がとれていると判断できた。食事についても、「昼休みはきちんと1時間とれるので、職場が近いこともあり昼食は家で食べている、その方が食べてから横になったりもでき、身体を休められる。3食とも家で食べるので、外食はほとんどしない」と自分なりに食事の内容に配慮していたり、生活に休息を取り入れる工夫をされていた。妻との二人暮らしであり、妻はかなり患者の身体のことを心配しているようで、対象との面接にも同席され、食事の内容にも配慮していることを語られた。また患者について「この人はなんでも自分ひとりで抱え込み、抱え込まなくてもいいことまで抱え込む人、また周り全てのことに神経を使っている、責任感が強いのでしょうか」と評価していた。

過去の自分については「心筋梗塞になったのは校長をしていたことが一番のストレスであった上に、兄が予後不良の病気になってそれを誰にも言えず自分ひとりで抱え込んでいたこともストレスを増強させることになっていたのだろう」と発症をストレスが原因であったこと、そしてそれは自分の行動パターンと関係していたことを

認識していた。またその頃は「まったく不本意に思うことでも立場上しなければならなかったり、また完璧にしないといけないことが多かった」とストレスの原因についても分析されていた。

そして「だから今は仕事をしていても以前のようなストレスは全くないし、仕事も頼まれてやっていると思えるから人に気を使うこともないし、自分の好きなようにできる」と現在の自分の立場に満足していた。

物事のとらえ方については「認知の歪み」尺度の得点が疾患発症前は42点、現在が33点と9点の低下がみられ、1~2点ずつ低下していた項目が何項目かあったためであった。2点の低下が見られた項目は「マイナス思考」「結論の飛躍」のうちの「先読みの誤り」つまりものごとが悪くなるであろうと予測し、それを既成事実のように考える傾向、「べき思考」つまり「~すべきだ」あるいは「~すべきでない」という基準で行動しようとし、そうしないと罪の意識を感じる傾向が改善してきていた。「べき思考」については、実対象との面接場面でも、「以前の自分には『あるべき像』というものが存在していたので行動もそれに合わせていたが、今はその必要がなくなった」と言われていた。

6. 患者 No. 6 (O氏)

この対象は昨年4月に一旦定年ということで出稼ぎにきていた金沢の事業所を退職し、輪島に戻ってそちらを生活の起点にしていた。しかしちょうど農業の取り入れが終わったところに金沢に仕事の手伝いにきて欲しいと電話があったため、期間限定で金沢に出てきていた。つまり面接時は以前の仕事(型枠大工)を続けているときとほとんど同じ状況であった。そして金沢にいる間は以前同様、会社の寮に住み、3度の食事もある寮で出された物を食べる(昼食は弁当を作ってもらっている)という生活であった。

仕事時間は朝7時頃に一旦会社に出し、そこから工事現場の方へ行って8時頃から作業開始、16時半ぐらいに帰り支度をし、17時には寮に帰ってきているというパターンであった。しかし「生

活の中でポーっとしている時間をできるだけ作るように努力して」いたり、「今でも忙しい…けど休憩時間はとるようにしている。前はそういうことなかった」「自分は今も立場はいっしょやけど…前みたいな…ストレスためんようにしとるんや」とタイプ A を改善することやストレス軽減を意識的に生活に取り入れている様子が伺われた。

「自分でそのように思うようになったのか」の問いには、「病院の看護師さんからもタイプ A の書類をもらったし…（研究者に向かって）先生にも…それを参考にしながら、まあ、生活パターンをちょっとかえなんんっていうことで…」と行動修正の必要性を認識していると思われる発言が聞かれた。また仕事に対する気持ちもずいぶん楽になったと言われ、「今回でてきたのは頼まれたから。どっちかっていうと遊び半分のつもりで出てきたんだけど、出てくりゃあそういうわけにもいかんし、向こうもあてにするしね」「前やったら失業したらどうしようというような考え方やったんやけど、今何か一やめてくれと言われても生活困るわけではないし、年金と農業だけで一いくらも生活できるし一楽になった」と現在の自分の置かれている立場を語られた。そして「どうしても会社に席を置かんらんとという考え方と今はほれ、いつやめろと言われてもいつでもやめられるし一仕方なしみたいにおるみたいな感じやから」「立場は一緒なんだけど…あの一余力の仕事みたいな感じ」と仕事に対する自分自身の考え方が以前と変化したことも語られた。

それも関係してか仕事に対しても「部下は部下やし自分は自分やっていうようなことも考えながらおるんやけど、たまにやっぱりストレスたまる」「仕事のノルマを課せられることはあるけどそれは自分の責任ではないんやから、あんまりストレスためんようにしとる、今でも工事の期限がせまっているんやけど人手を増やすとかしてくれんと…2人前も3人前も仕事してくれって言われてもどうしようもないしね。昔は2人前も3人前も自分でかかえてノルマを自分でこなすといような考え方やったんやけど…今は一ほれ頭数で、

期限内に仕事をするっていう考え方で…なったんですけど」と自分で考え方を变えるという方法でもストレス軽減をはかっていた。しかしタイプ A の部分はまだ残っており、「輪島の病院の外来受診は 1 ヶ月に 1 度、きちんと行っている」といった几帳面さや「仕事は出勤がちょっと遅れるとどこへ行ってもラッシュにぶつかってしまうので、ラッシュの前に移動して現場で待っている」といった物事の進行が遅いことに対するじれったさ、また「金沢に型枠大工という職業がなかった時分から…ずっと…どんな仕事も責任もってやっってきている」といった責任感の強さを語られてもいた。また「何かストレスを発散する方法をお持ちですか」の問いに「私は何も道楽もせんもんで何も無いんやけど一物を作るっていう楽しみはある」と答えられ、また「今は子どもも手がかからんようになったしー今じゃあ楽に行きようみたいなもんやー（金沢に）出て来んでもいいんやけど、どっちかっていうと物を作る楽しみがあるしー」（「来年も仕事手伝って欲しいと言われてたら金沢に出てこられますか」の問いに）「ちょうど農業が終わる頃、10 月頃くらいに公共事業が忙しくなる、そしたら上の方がまた出てくれって、今のところ 100% まあ言うてくれるやろうと思うんやけど、声がかかったらまた出てくっかかもしれんねーまあ家におったってしゃあないし」と仕事そのものを楽しみと感じそれを生きがいとしている仕事中毒的な部分、人から期待され、頼まれると嫌とはいえない部分も感じられた。

療養行動についても前述したように定期受診は欠かさず、内服も守られていた。食事は「寮の食事だと、味付けにしても油にしても心臓に悪いような物は出してもらえない。食費は会社負担なのであまりコレステロールが高いようないい物は出ず、野菜や穀類中心。カロリーも足りんし、肥えんようになつとる」「週末は輪島へ帰って輪島の家で食べるので、外食はほとんどしない」と食事内容にも注意している様子が伺われた。また嗜好品については「酒は生まれつき飲まん、煙草はやめていたけどまわりの者に、酒も飲まん、煙草も吸わん、何のために生きとるんやといわれるので、1 年ほど前

から吸いだした。でも口で吸うだけにしているし調子がよいからやり出したので、また悪くなったらやめようと思っている」と自分で決めた行動をとっていた。仕事の内容については「どっちかというところ筋肉労働なんだけど、頭脳労働と半々ぐらいやし、自分の場合はやっぱり頭働かせないと工事の進行状況も違うし」と現場監督的な役割をとっているようであり、「筋肉労働っていっても重たい物を持ったり、そういうのはほとんどない」「心臓の方も、まあ一それで順調なんかもわからんし。まあ身体にみあっとるんやろうなと思う」ということで「一度入院して治療を受けてから、仕事中に胸がひどくなるということは今までに一度もない」「ニトロはいつも持ち歩いているが、今までに一度も使ったことはない」という発言ともあわせて、心負担にならない運動量であることが伺われた。

自分が心臓病になった原因については「気持ちの切り替えが下手やったさけ一こういう病気が出たんかもわからんけど、何もかもが集まってこういう結果が出るがやろうけど…やっぱりストレスがあったんやと思うわー」とストレスが発症の原因と思っている気持ちを語られた。また「若い自分やし一なんていっても責任あることやしね一責任の積み重ねがあった」と特に精神的ストレスを大きな誘因と受けとめていた。

ストレス軽減について、「仕事の合間の休息時間にリラックスを取り入れることはできると思うか」の問いには「私の場合はみなさんに飲み物を出してやったり、ついでにストレスのたまらん方向にもっていったりしとる」と管理職として部下のストレス管理についても気にしており、リラックス時間を取り入れる必要性は認識されていた。そこで精神的なリラックス以外にも肩を伸ばしたり、深呼吸をしたりといったリラクゼーション運動を取り入れることで、身体的にもリラックスを取り入れることを提案した。

物事のとらえ方については、対象自身からも「気持ちの切り替えができるようになった」と発言があったように、「認知の歪み」尺度の得点が疾患発症前の 39 点から現在の 25 点に 14 点の得点低下

がみられた。その理由として 11 項目中 6 項目、「全か無か思考」つまりひとつのものごとを『白か黒か』『善か無か』のどちらかで考えたり完璧でなければ全くの失敗と考える傾向、「心のフィルター」、「結論の飛躍」の「心の読みすぎ」つまりある人が自分に対して否定的に反応しているとか悪く考えていると勝手に憶測し、そのことを確かめようとしめない傾向、「拡大解釈と過小評価」つまり「自分の失敗や欠点を大げさに考えよいところを過小評価し他人に対しては逆によりよいところを実際以上に評価するという傾向、「べき思考」、「レッテル貼り」の 6 項目で得点が 2~3 点低下しているためと考えられた。

3. 分析結果

面接によって得られたデータから 6 名に共通する 3 つの大きな特徴が導き出された。

まず 1 番目には、「人との関係における責任の取り方に対する信念を持っており、それに伴うストレスが非常に大きい」ということで、この部分に関してはほとんどの者が過去の自分を語る場面で多く表れていた。具体例をあげると自分が第一線で働いているときは、組織の中で働くことでのサラリーマンとしてのあるべき像が存在しており、その姿に近づくことを自分の目標としていること、また人（上司、部下とも）からよい評価を受けたい、他の人からの期待に応えたいという気持ちが強くそのための努力を怠らなかったということ誇らしげに語られた。そしてそれに対してのストレスつまり組織に籍を置くことに対しての執着心が強く、籍を置く以上は自分に与えられた責任を果たさなければならない、そのためには人間関係を上手に保っていかなければならないということでのストレスを感じていた。それゆえに現在も仕事を頼まれて同じような内容の仕事を続けている者が何名かいたが、以前と比較して「組織の中のあるべき自分」を装わなくてもよくなったことからストレスを感じなくなったという発言が聞かれた。

2 番目の特徴は「逃れられない状況に自分で自分を追い込むことを好む傾向にある」ことであり、1 番目の特徴とも関係する特徴であった。つまり過去は仕事に対する競争心を持っており、これは仕事を達成する上ではある程度必要といえる行動特性であるが、現在は第 2、第 3 の人生であるのにもかかわらず、趣味の領域でも競争心を持ち他の人と競争することを好んだり、仕事は他の人に譲ったのに今なお心配しているといった行動、あえて今は以前の仕事をする必要はないが人に頼まれたから引き受けているといった行動で表れていた。

3 番目の特徴は「家族にみられている自分を常に意識している」といった特徴であった。つまり家族に対する支配者意識が強く、自分が望んでいる行動を家族がとってくれるたとえば家族が自分の身体のことを考えた献立を作ってくれているということに対しては感謝の意識が強く満足感も強いが、反対に家族が自分の考えているとおりに行動を取ってくれないたとえば散歩に行けと行っても行ってくれない、食べやすいものを作ってあげているのにたべてくれないといったことに対してイライラ感を感じていた。この傾向は家族の中でも特に妻に対する意識が強く、多くの者に妻にみられている自分を語られる傾向があった。

以上の 3 点から、今回対象とした者には仕事をしているときは立場上タイプ A であらざるをえなかったためその傾向が習慣化してしまった、そしてタイプ A であることに価値観を見いだすようになったことが、現在のタイプ A である必要はない状況でも自ら自分を追い込むことで逃げられない状況を作り、その状況に前向きに取り組んでいるという特徴が見いだされた。そして以前はその状況を自分の職業人としての組織帰属意識からストレスに感じていたが、現在は自分でその環境を選んでいるだけであり、周囲にとらわれない自分のままでいられることで、以前のようにストレスを感じなくなっていた。

4. 考察

今回の結果では以前の調査時と比較して A 型傾向判別表の得点やストレス尺度の得点が大きく変化していないにもかかわらず、「病」の質問紙の得点が上昇している、すなわち QOL が以前よりも向上しているということが特徴的であった。この点に関しては分析結果で導き出されたように対象はタイプ A である状況を現在は好んで選択しており、そのため以前のように周囲に対する気兼ねがなくなり、自分にとってその状況をストレスと感じていない、そしてそれが QOL を高めていることにつながっているのではないかと考えられた。これは同じ状況であっても自分のとらえ方一つでその状況をストレスと感ずるか心地よいと感ずるかが異なるということであり、人間の物事のとらえ方すなわち認知の仕方でストレスを軽減できるかどうかということにもつながることである。今回は認知の歪みについて「認知の歪み尺度」の得点での調査を行ったが、この得点もほとんどの者の得点が以前の調査時よりも低下しており、認知の歪みが改善されたこともストレス軽減と関係しているのではないかと考えられる。

今回は対象への介入にあたり「行動修正プログラム」の内容として日常生活の中でストレス解消法を取り入れることを提案したが、このときに勧めた「呼吸法」や「漸進的筋弛緩法」は Meichenbaum が開発している「ストレス免疫法」の技術学習の段階に含まれる⁵⁾。また「漸進的筋弛緩法」は Jacobson が考案した方法であるが、この方法は筋肉の緊張を緩めることで心身の弛緩を図るものであり、適用の範囲は広く、心身症、不安の低減、タイプ A の改善、ストレスの解消などに用いられる。日常生活の中にこれらの方法を取り入れることが対象のストレス発散にいかにつながっていくか、今後追跡していくことが必要と考える。また認知の歪みへの介入においても、デビッド・D・バーンズの「認知の歪みの 10 パターン」をタイプ A の行動修正に用いたことでの報告は今までになく、今後は効果的な介入方法を開発していくことも課題といえる。

文献

- 1) 黒田裕子：虚血性心疾患をもちながら生活する男性のクオリティ・オブ・ライフを測定する質門紙の開発に関する研究．日本看護科学会誌，11（2）：1-16，1991.
- 2) 黒田裕子：慢性の虚血性心疾患患者のクオリティ・オブ・ライフの探索．日本看護科学会誌，15（3）：235，1995.
- 3) 岡部祥平 他：人間ドックにおけるメンタル・チェックの仮題．健康医学，5：32-35．1990.
- 4) 小林展子：ストレス対処実践法－認知療法によるアプローチ，p23，チーム医療，2001.

表1「病気をもちながらの生活管理」の質問紙の項目(1~49)

項目番号	項目内容	得点逆転項目
1	ちょっと無理をしたなと思ったら休養や睡眠を多めにとっている	
2	とりたてて運動をするのはおっくうだ	※
3	脂肪やコレステロールの多い食品は控えている	
4	熟睡できている	
5	このごろ、つき合いの範囲が狭くなったし友人も減った	※
6	運動やスポーツなどをするときには家族も一緒にする	
7	これから先のことを考えると落ち込むことがある	※
8	家族がいてくれて本当に助かっている	
9	便秘がちである	※
10	タバコは吸わない	
11	つつい食べ過ぎてしまう	※
12	どんな食事が自分の身体によいのかわかっている	
13	家族は休養や睡眠を十分にとれるように気を配ってくれる	
14	以前に比べると人とのつき合いはめっきり減った	※
15	標準体重をオーバーしてしまうことがある	※
16	なにかあった時には安心して任せられる病院がある	
17	家族は食べ過ぎたり飲み過ぎたりしそうな時には注意をしてくれる	
18	ラッシュは避けるようにしている	
19	身体の調子がちょっとおかしいな、というときは前もってわかる	
20	会えなくても電話で人とのつきあいは維持している	
21	映画(観劇など)にしばらく行っていない	※
22	自分の健康について家族と話し合う機会を持っている	
23	清潔面には気をつけている	
24	隣近所のつき合いは控えめになった	※
25	休日には趣味の時間を作っている	
26	外食は控えている	
27	睡眠を十分とらないと身体にこたえる	※
28	社会的な人とのつき合いは大切にしている	
29	家族がわたしの身体を気遣っている様子はない	
30	安易に乗り物を使わずなるべく歩くようにしている	
31	良質で栄養価の高い食事をとるように心がけている	
32	定期的な排便は薬にたよっている	※
33	このごろ職場の者とのつき合いが減ったので仕事に支障が出ることもある	※
34	からだの向きを考えて寝ている	
35	いろんな催し物にあまり参加しなくなった	※
36	つき合いなどで飲み過ぎてしまう	※
37	ときどき下痢をする	※
38	このごろ気弱になった	※
39	刺激の多い食品や塩分の多い食品は控えている	
40	人混みは避けている	
41	身体の調子に変化するのとはなぜかを知っている	
42	家族はわたしの身体に良い食事をわかっているで助かっている	
43	旅行にも行かなくなった	※
44	軽い運動をすることは必要であるとわかっている	
45	1日の総カロリーを考えて食事をしている	
46	ハイキングやピクニックにたまに出かけて気分転換をしている	
47	自由に言いたいことを言える人がいる	
48	神経質になったり神経を過敏にさせないようにしている	
49	定期的に排便がある	
50	具合が悪くなりそうだなと思ったら早めに寝ている	

表1のつづき(「病気をもちながらの生活管理」の質問紙の項目(50~98))

- 51 家族はわたしの健康状態を悪化させるような状況を作らないように配慮してくれる
- 52 つき合いが少なくなったため寂しいと感じる
- 53 ありのままの感情を表出できる人がいる
- 54 緑黄色野菜、ビタミン類、ミネラル類をたくさん食べている
- 55 快便を心がけている
- 56 生活の中に運動を取り入れる努力をしている
- 57 睡眠は十分にとっている
- 58 身なりに気を使っていない ※
- 59 ときには家族と一緒に出かけ楽しく過ごす時間をもっている
- 60 時間にゆとりをもって行動している
- 61 身体の具合がおかしいなと感じたらすぐに病院にかかるようにしている
- 62 社会的な地位や置かれている立場を考えると、多少無理をしても仕事（あるいは家事等）はおろそかにできない ※
- 63 友人や職場の人間からつき合いが悪いと言われる ※
- 64 「からだの無理をしてはいけない」と周囲が気遣ってくれる
- 65 どのような生活をおくれば身体によいのか教えてくれるような人がいない
- 66 薬がきれないようにしている
- 67 外来でうんざりするほど待たされる ※
- 68 他人に病気や症状を気づかれるのはイヤだ ※
- 69 食事制限は辛い ※
- 70 病気になったからといって誰かに依存したり泣きついたりしない
- 71 薬の副作用がある ※
- 72 病気が最悪な状態にならないように、無理をしないようにしている
- 73 病人だと特別扱いされたくない ※
- 74 身体の緊急事態に備えるものは肌身離さず持っている
- 75 家族は、わたしの病気が悪化したり発作が起こったときにはどのように対処すべきか心得てくれている
- 76 病気だからといって社会的にハンディをもっているとは思わない
- 77 周囲の者はわたしが病気だと知っていて協力してくれる
- 78 公共の場では症状が出てても堪えてふつうを装っている ※
- 79 運動を制限しすぎている ※
- 80 定期的に外来で診察を受けることが必要であることはわかっている
- 81 医師との信頼関係がある
- 82 社会的な地位や役割を考えて、身体はきついが発病前と同じように仕事（あるいは家事等）をしている ※
- 83 薬は医師に指示された通り服用している
- 84 1日のうちで症状がひどくなる時間、調子がよくない時間はわかっている
- 85 一生薬を飲み続けるなんてイヤだ ※
- 86 外では病気や症状を隠して平静を装っている ※
- 87 定期的な外来通院を生活の中にうまく組み込んでいる
- 88 病気になったからといってクヨクヨしてもしようがない
- 89 飲んでいる薬のはたらきについては理解している
- 90 薬は忘れずだいたい決まった時間に服用できている
- 91 定期的に外来通院できている
- 92 定期的な外来通院は面倒だ ※
- 93 薬をきちんと飲まないと具合が悪くなる ※
- 94 病人扱いをしている他人の目が気にかかる ※
- 95 困った事があれば医師に相談できる
- 96 家族はわたしが薬を飲み忘れたときに注意をしてくれる
- 97 病気をしてからいろんなことに自信がもてない ※
- 98 周囲の者に病気や症状を気づかれるのはイヤだ ※

表2 精神研式ストレス尺度

あなたの健康面と生活について、次の1～50の項目にお答え下さい。
 (該当するところに○印を付けてください)

	心身症状	全くない	時々ある	しょっちゅうある
1	疲れやすく、疲れがとれない			
2	頭痛や頭重感がある			
3	食欲がなかったり、胃がもたれたりする			
4	腹が痛かったり、張ったりする(下痢・便秘・腹鳴)			
5	肩こりや首筋、関節が痛くなる			
6	イライラして気持ちが落ち着かない			
7	胸が息苦しくなる			
8	なにかするのがおっくうで根気がない			
9	夜、よく眠れない			
10	気が重く憂うつになる			
	性格特性	あてはまらない	いくらかあてはまる	あてはまる
11	少しのことで不安になりやすい			
12	小さなことを気にしてこだわる			
13	何かにつけ自信がない			
14	きまじめである			
15	何事もきちんとしないと気が済まない			
16	こり性で一つのことに夢中になりやすい			
17	人前で緊張しやすい			
18	神経過敏である			
19	過ぎたことをいつまでも悔やむ			
20	感情をあまり表に現さない			
	タイプA	あてはまらない	いくらかあてはまる	あてはまる
21	体調が悪いときでも頑張り通す			
22	精力的で競争心が強い			
23	いつも時間に追われているような気がする			
24	何をするにもテンポが人より速い			
25	歩いていて前の人が遅いと、イライラする			
26	仕事のためなら、自分を犠牲にしてきた			
27	自分が正しいと思ったら上の人でも反論する			
28	人の話をさえぎって意見を言う			
29	仕事に熱中してきた			
30	責任感が強い			

表2の続き (精神研式ストレス尺度)

	ストレッサー	あてはま ない	あてはま る	あてはまる
31	自分の生活習慣の上で最近大きな変化があった			
32	家族または親しい人の離別、死別があった			
33	体のことで強い負担がある			
34	家族のことで悩みがある			
35	友人、異性のことで悩みがある			
36	経済的なことで悩みがある			
37	現在の生活が負担でつらく感じる			
38	仕事、役割の悩みがある			
39	つきあいでの人間関係がうまくいかない			
40	つきあいで帰宅が遅くなることが多い			
	ストレス処理	いつもそ うしている	時々 そうして いる	全く そうして いない
41	大体7時間前後の睡眠をとっている			
42	何でも話せる友人（話相手）とつきあっている			
43	食生活に気をつけている			
44	適度の運動をしている			
45	起床、食事、就寝などほぼ規則的な生活を送っている			
46	飲酒は適量を超えないようにしている			
47	暇なときは趣味か娯楽を楽しむようにしている			
48	家ではリラックスできる			
49	タバコは吸わないか、ほどほどにしている			
50	これからの人生に希望（計画）を持っている			

表3 対象の特性

性別	全員男性	
年齢平均	68.8±4.1歳 (65~75歳)	
疾患	陳急性心筋梗塞	3
	狭心症	3
平均罹患年数	10.5±4.5年 (2.0~14.0年)	
心疾患に関連する疾病の有無	あり	4
	なし	2
心疾患に関連する疾病の種類	高脂血症	3
	高血圧	2
疾病のコントロール状況	入院歴あり	1
	入院歴なし	5
職業	あり	4
	なし	2

表4 A型傾向判別表得点の変化

患者No	発症時のタイプA得点	以前調査時のタイプA得点	現在のタイプA得点
1	22	19	24
2	27	22	22
3	17	18	13
4	30	21	22
5	20	17	18
6	23	19	14
平均得点	23.2	19.3	18.8
標準偏差	4.7	1.9	4.6

表5 「病」の質問紙の総得点の変化

患者No	6年前の総得点	現在の総得点	現在の総得点－6年前の総得点
1	344	351	7
2	382	401	19
3	295	297	2
4	362	366	4
5	352	373	21
6	334	343	9
平均得点	344.8	355.2	10.3
標準偏差	29.4	34.9	7.9

表6 「病」の質問紙の得点変動状況

患者No	得点が上昇した項目数	得点が低下した項目数	得点に変動のない項目数
1	32	26	40
2	28	19	51
3	32	27	39
4	29	23	46
5	30	16	52
6	31	18	49
平均項目数	30.3	21.5	46.2
標準偏差	1.6	4.5	5.6

表7 ストレス尺度の得点の変化

患者No	6年前の心身症状	現在の心身症状	6年前の性格特性	現在の性格特性	6年前のストレス	現在のストレス
1	6	6	12	13	4	6
2	6	10	13	16	4	3
3	8	9	13	14	6	9
4	10	10	13	13	12	9
5	5	6	13	11	12	7
6	9	8	15	10	11	5
平均得点	7.3	8.2	13.2	12.8	8.2	6.5
標準偏差	2.0	1.8	1.0	2.1	3.9	2.3

表 8 「認知の歪み」尺度

お名前 _____

心臓の病気になる前の—あなた自身の考え方の特徴についてお聞きします。お答えは右の線上の5点から1点までの中から1つ選び
 現 在 の
 ○印でチェックしてください。

非常に 比較的 比較的 ほとんど まったく
 そう思う そう思う そう思う そう思わない そう思わない

- | | |
|---|---|
| <p>1. ひとつのものごとを、白か黒か、全か無か、のどちらかで考える。
 完璧でなければ全くの失敗と考える。
 例：「絶対に失敗は許されない」「完全に失敗だ」</p> | <p>5 4 3 2 1</p> <hr style="width: 100%;"/> |
| <p>2. いやなことが一つあると、世の中はすべてこれだと、と考える。
 またそれが永遠に続くと考える。
 例：「私はいつも怒られている」「Aさんに無視されたから、私は皆に嫌われている」</p> | <p>5 4 3 2 1</p> <hr style="width: 100%;"/> |
| <p>3. ひとつのいやな出来事にこだわって、すべての現実を暗く考える。
 否定的なことにこだわって、肯定的なことを無視する。
 例：改善点を指摘しても、「まだこれができない」「あれも全然だめ」と、次々とできていないことばかりに焦点が向けられる。</p> | <p>5 4 3 2 1</p> <hr style="width: 100%;"/> |
| <p>4. よい出来事を無視してしまうので、日々の生活がすべてマイナスのものになってしまう。
 例：「この仕事がうまくいったのも、皆が手伝ってくれたからであり、自分の失敗を許してくれたからだ」</p> | <p>5 4 3 2 1</p> <hr style="width: 100%;"/> |
| <p>5. ある人があなたに対して否定的に反応しているとか、悪く考えていると勝手に憶測し、そのことを確かめようとしない。
 例：「あの人は私を嫌っているに違いない」</p> | <p>5 4 3 2 1</p> <hr style="width: 100%;"/> |

(表 8 続き)

	非常に そう思う	比較的 そう思う	比較的 そう思う	ほとんど そう思わない	まったく そう思わない
6. ものがとが悪くなるであろうと予想し、それを既成事実のように考える。 例：「 <u>今度の試験には失敗するに決まっている</u> 」「 <u>がんばっても私にはできっこない</u> 」	5	4	3	2	1
7. 自分の失敗や欠点を大げさに考え、良いところを過小評価する。他人に対しては逆に、良いところを実際以上に評価する。 例：「 <u>みんなが私を嫌っている</u> 」「 <u>誰も私を理解してくれない</u> 」	5	4	3	2	1
8. 自分の感情や気分の落ち込みを、どうしようもない現実そのものだと考える。 例：「 <u>私はそう感じる。だからそれは事実だ</u> 」「 <u>やる気がしないからやめよう</u> 」	5	4	3	2	1
9. 「～すべきだ」あるいは「～すべきでない」という基準で行動しようとし、そうしないと罪の意識を感じる。 例：「 <u>時間は守るべきだ</u> 」「 <u>男は泣くべきではない</u> 」	5	4	3	2	1
10. 自分にレッテルを貼って、自分の欠点が自分そのものだと考える。または他人の行為が自分を傷つけると、その人にレッテルを貼る。 例：「 <u>私は負け犬だ</u> 」「 <u>あのウジ虫め</u> 」	5	4	3	2	1
11. 自分に責任がないような場合にも自分のせいにしてしまう。または自分にも責任の一端があるようなことなのに他人のせいにして責める。 例：「 <u>私のせいで会議がうまくいかなかった</u> 」「 <u>彼に思いやりがあれば私は幸せでいられたのに</u> 」	5	4	3	2	1

表9 認知の歪み尺度得点

患者No	発症前	現在	発症前－現在
1	22	22	0
2	38	25	13
3	30	29	1
4	39	34	5
5	42	33	9
6	39	25	14
平均得点	35.0	28.0	

第四章 タイプ A 行動修正プログラムを使用した虚血性心疾患患者への介入

第三章で6名の対象から導き出された結果を行動修正プログラムに取り入れ、プログラムを参考にタイプ A についてほとんど知識をもっていない働き盛りの年齢の男性 IHD 患者への行動修正のための介入を行った。その結果患者の様々な思いを引き出すことができたので紹介する。

方法

1. 対象および介入方法

不安定狭心症（急性冠動脈症候群）の46歳の男性患者（表1参照）を対象に第一章で提示したプログラム手順で介入を行った。まず患者の発症後から現在に至るまでの療養生活の中での問題と思われる行動を取りあげ、何故そのような行動をとるのかの理由について聴取した。また自分では日常生活行動の中でタイプ A の要素がどの程度存在していると思うかについて聴取した。

介入に先立ちタイプ A 傾向、QOL の状況、ストレス認知の程度を測定する目的で「病気をもちながらの生活管理」の質問紙、A 型傾向判別表、精神研式ストレス尺度、日常生活のすごしかたについてのアンケート（測定用具の詳細は第三章参照）を対象の外来受診時に依頼し郵送法で回収した。また研究の倫理的配慮、すなわち研究を断ることで今後の治療等に不利益を生じることがないこと、またデータは研究以外には使用しないこと等を伝え、口頭及び文面にて承諾を得、研究への参加およびデータの公表に関する同意を得た。面接・介入日については対象の希望日を中心に記載してもらい、日程調整を行った。なお面接・介入時の会話内容は患者の許可を得てすべてテープに録音した。

介入としては、まず対象自身に自分のタイプ A を気づいてもらうことを試みた。そしてタイプ A であることによる療養生活への

影響について、タイプ A を修正できない IHD 患者の面接から得られた知見も参考にして説明した。またタイプ A とストレスとの関係や行動修正は難しいことであるが、修正することを自分で意識的に試みるだけでも効果があることについて伝えた。その際「認知の歪み」尺度を用いて疾患発症前と現在の対象の物事のとらえ方について把握し、対象の状況における認知の歪みとストレスとの関係も説明した。

2. 分析方法

録音された介入結果を逐語的に記述することでタイプ A に関係すると思われる特徴的なエピソードを抽出した。そして介入により対象の認識がどのように変化したかその特徴を導き出した。

結果

1. A 型傾向判別表、「病気をもちながらの生活管理」の質問紙、精神研式ストレス尺度の得点

A 型傾向判別表と「病気をもちながらの生活管理」の質問紙の得点は 26 点、255 点で、第三章の対象の平均得点と比較すると QOL が低くタイプ A が強かった。また精神研式ストレス尺度の 3 下位尺度つまり「心身症状」「性格特性」「ストレッサー」の得点は 12 点、16 点、8 点でいずれの尺度の得点も高かった。今回は対象にどの程度のストレス負荷がかかっているかを説明する時の参考に精神研式ストレス尺度の総得点も測定したところ 67 点（100 点満点）と高かった。

2. 介入および分析結果

面接、介入は外来受診日の診察の待ち時間に行った。この対象は以前看護学生の臨地実習で受け持たせていただいた方であり、その段階でのある程度の信頼関係はできていたので、面接には大変協力的であった。

まず対象に郵送法で依頼した質問紙の得点を提示し、タイプ A およびストレスと虚血性心疾患の関係についての説明を行った。そして対象がタイプ A であることに気づくよう働きかけた。その際

タイプ A であることを責めるのではなく療養生活上タイプ A がよい影響を及ぼしていると思われる点（几帳面であるがゆえに内服継続が徹底されることなど）についても伝えることで、タイプ A を修正できない理由について語るきっかけを提供した。対象の反応は説明については頷きながら聞いており、自分がタイプ A であることは納得された、しかしタイプ A を修正することや生活を作り替えることについては、まだ自分は若く年齢的にも仕事を中心であることは避けられないので無理ではないかと発言された。

次に対象の日常生活の中で、どのような場面でタイプ A が現れているかを聴取した。この対象は約 1 ヶ月毎の定期的な外来受診を継続しており、今回の面接・介入も診察の前に行うことを約束し、なるべく対象に時間的な負担をかけないように配慮したつもりだったのだが、それにもかかわらず面接当日病院へ来る前に、本日予定していた仕事を一つ終えてきていた。また仕事時間は朝 7 時半から夜 8 時頃までが通常であるが、夜間にしかできない仕事もあり（建物の設計とそれに関する必要物品の搬入は、道が空いており通常の交通の邪魔にならないように夜間に行うということも頻繁にある）、夜間仕事があるときは次の日は遅く出勤したり、逆に朝早くに出勤したときは早めに仕事を終えて帰宅することもあるということで、勤務時間は不規則になっていることが語られた。

また勤務時間の中に休憩時間を入れることが可能かどうかを聞いてみたところ、「休息はパソコンを触っているとき」と言われ、常に交感神経優位の状態が続いているのではないかと考えられた。そこでなぜパソコンが休息になると思うのかを確認したところ、「パソコンは機械相手であり、自分の言うことしか聞かない。間違ったことをしても相手がいらないから楽。それ以外のことはすべて相手が存在しているところで成り立っていることなので、疲れる」と語られた。実際この対象は、妻と子ども 3 人、両親も同居という家族形態であり、「家にいても逆にストレスを感じることもある」という発言もあったことから、認識しているストレスとして人間関係に伴

う部分が大きいのではないかと予測された。

「リラックス時間をとっているか」については「リラックスタイムは昔は砂糖を入れたコーヒーを飲むことだったのだが、今なら砂糖抜き（肥満を指摘されておりその改善のため）を飲むこと」と言われ、コーヒーは1日に4～5杯飲んでいるということであった。「酒もやめたし、煙草はずーっと昔から飲んでないのでそれでいいと思っている。コーヒーもなかったらなかったでかまわない」と特に執着した様子ではなかった。

必要なセルフケア行動に関しては、病気になってからは弁当をもっていくようにしており、肥満を改善しようと試みている（なかなか改善しない）こと、また外来への定期通院の理由について「たまーに調べてー（血管）つまっとらんかったらそれでいい」と言われることから、再発予防のための必要な行動については認識されていた。しかし「薬は朝昼夕3回飲まなければならないのを朝夕の2回に減らしているが、今のところ何ともないし、先生も何も言わん」との発言や亜硝酸薬（ニトロール）の携帯に対して「常にもってはいらぬけどカバンの中やったり財布の中やったりするから緊急にとれるかわからない、でもまあたいしたことないやろ」との発言もあり、自分の病気に対してやや楽天的な状況がみられ、生活すべてがタイプA一色ということではなかった。ただ仕事に対する執着心は強く、「病気になる前と比較して仕事はどうか」の問いにも「一時は外に出る仕事がよくないのではともいわれたけれど、中にいても現状がわからないし、仕事の進行を把握できない、物事が今こうぱっと見ただけであと1週間ほどかかる、3日ほどでだいぶできるなーとかいう、そういう判断は人の話だけ聞いていてもダメだし、やっぱり見に行かん」と職務における責任感の強さ、ものごとを人にまかせきれないというタイプAの部分が強く現れていた。また「もし入院するよう言われたら仕方ない、あきらめてパソコンもって入院するしかない。最近入院中も携帯電話で連絡はいつでもとれるので」と自分の身体を管理しつつも並行して仕事は続けて

いこうとする態度がみられ、その根底に「(仕事をしない)自分が不安なだけかもしれない」という気持ちがあることが語られた。

「自分がこのような病気になったのは何故だと思うか」については「ストレスなんだろう、きっと」と語られる反面、「けど自分では病気になったからといって生活パターンは変えていない、変えているとしたらせいぜいつまみ食いを少なくしたぐらい」との発言が聞かれ、病気になっても生活パターンを変えていない自分を誇示していた。

ストレスについては自分に与えられている仕事の量や内容に伴うものよりもむしろ、仕事にまつわる人間関係からのストレスを感じており、「仕事に関する打ち合わせ等で人と関わらなければならないことをストレスと感じる」との発言が聞かれた。また「休みの日は家族サービスを強いられており、そのときはそのときで楽しいのかもしれない」が「家族旅行なんかをするとかえってスケジュールに追われてゆっくりできない、日ごろ自分は仕事中心の生活になっているから休みの日ぐらいは家族のために働いて欲しいという妻の要望に応えることで疲れてしまう」と言われた。ストレス発散の手段として一般的には家族とゆっくりとくつろぐ時間をもつということが提唱されているが、この対象においては家族とすごすことがストレス発散とは直結しないようであった。また「自分としてはぼーっとしているのが一番いい」と思っており、今の(疾患コントロールの)よい状態を続けるにはどのようにすごしたらよいと考えるかという問いかけに対しても「一番いいのは会社を辞めてどこかの山荘に1年か2年かこもること、家族も含めて人と関わらないで…許されれば寝転がって…半年…2週間もしたら嫌になってしまうかもしれないけど」と現代社会から隔離された非日常的空間への憧憬を語られた。この世代はバブルの時代も体験しており「バブルの時代でよかったのはいろいろな企業が1週間ぐらいのバカンスになるような研修旅行を取り入れていて、そういうものに自分が招待されたり、自分の会社でも企画していたりして、それに参加したりす

ることで日ごろ蓄積していたストレスを発散できていた」と過去の景気のよい時代を体験していたがゆえの現在の不景気な社会の厳しさを感じている発言もあった。すなわちこの厳しい社会に生き残るためにはタイプ A 行動を取らざるを得ないという思いが潜在的に潜んでいるように感じられた。

ストレス軽減のためにも緊張を緩める時間をとって欲しいという要望に対しては、「緊張しないのは車を運転しているとき、パソコンや車の運転をしていないときの方がよっぽど緊張している」と言われ、「車を運転している時間というのは、会社から現場へ行ったりするときの時間で、その時が逆に自分にとっての休憩時間みたいなものや」と強調された。もちろん自分にとって好きなことをしている時間は大切な時間であり、精神面の安楽をはかるという意味では必要ではあるが、車の運転は交通事故予防のためにも周囲に対して緊張しているつまり交感神経が優位に働いているであろうし、パソコンも同様、画面に集中していることで交感神経が優位に働いているので、交感神経を休めるつまり副交感神経が優位となる時間を作ることが心臓にとって必要であることを説明した。

以上、面接、介入結果を総括すると、この対象は本来自分としてはタイプ B でありたいが自分のおかれている状況からタイプ A であらざるを得ないと感じており、タイプ A であるがゆえに自分は仕事においても家庭生活においても問題なくすごしていくことができているという思いを抱いていることが導き出された。また第三章で導き出した特徴でもある「人間関係を伴うことが自分にとって一番ストレスとなる」という部分で他対象との共通する部分が発見された。

物事のとらえ方については「認知の歪み」尺度の得点は疾患発症前が 46 点、現在が 44 点と疾患発症前後でほとんど変わっておらず、第三章の対象の得点と比較するとかなり高得点であった。

考察

今回の対象は第二章、第三章の対象と比較してかなり若く、年齢的にも働き盛りの年代にあてはまることから、疾患やタイプ A のとらえ方において相違点が生じてもごくあたり前のことといえる。またこの対象は行動パターンについても現状況では修正の必要性についてはほとんど認識されていないが、今後疾患をもって生活していくにつれて考え方に変化が生じることもあり得る。そしてこの対象では第二章、第三章での対象同様、タイプ A 傾向が強く、特にその傾向は仕事面で表れており、かつ JCB の特徴も備えていることが面接、介入により判明した。

しかし現状況においてはこの対象と第二章、第三章での対象に大きな違いがあることも判明した。それはこの対象の行動パターンは環境に適応するがためのものである、つまり環境に適応して生きていくためにタイプ A をとっており、本来の行動パターンはタイプ B なのではないかということである。もちろん A 型傾向判別表の得点からも典型的なタイプ A であることは否めない。しかし本来はタイプ B であるものが、やむをえずタイプ A であることによりストレスが生じるとも考えられ、それはこの対象の QOL が低いということからも予測される。

この点を解明することに関しては第二章、第三章での対象がこの対象と同じ年齢だった頃の結果がないことから、研究の限界ともいえる。第二章、第三章の対象も働き盛りの年代の頃はこの対象と同じ傾向をもっており、その頃は環境に適応しようとタイプ A であったのが自然と身についてしまい、今の状況となっているとも考えられる。今後この対象の行動パターンがどのような経緯をたどるのかは興味深いことでもある。

しかし行動パターンが修正されないことで、疾患コントロールに全て悪影響を及ぼすわけではない、つまりタイプ A であるがゆえに療養行動が守られていることも今回の研究から明らかになっている。その点について、またストレスを軽減する取り組みを生活の中

にとりいれていくことを繰り返し対象に伝えるという働きかけを続けていくことも大切であろう。

また物事のとらえ方において疾患発症前と面接時点ではほとんど変化がなかった理由として、対象が自分自身に認知の歪みが生じているということを自覚していなかったことが大きい。一方物事のとらえ方は病気になっても変わるものではないという発言もあり、認知の歪みが認識ストレスと関係するということについての知識も持っていなかった。この点に関しては、認知の歪みがストレスと関係するという説明に納得された第三章の対象においても、大部分の対象から「物事のとらえ方を変えることは難しい」という反応が得られており、介入にあたり認知の歪みの修正、つまり認知療法を成功させるための技術の修練が必要であろう。今回の介入でストレスと認知の歪みの関係について説明したことが、対象の今後の日常生活に生かされるか、物事のとらえ方が変化するか、変化するとしたらどのように変化するかは興味深いことであり、今後はこの点について検討していきたい。

表1 対象の背景

年齢	46歳
病名	不安定狭心症（冠動脈症候群）、不整脈、胃潰瘍
心疾患に関連する疾病	高血圧、高脂血症、
疾患に関連すると思われる危険因子	肥満、飲酒3合／日（現在は禁酒） 耐糖能障害前段階
罹患年数	1.5年
疾患発症時の状況	41歳時に検診で高血圧と高脂血症、不整脈指摘されるも放置 4年後（45歳時）夜間就寝中に突然のどから胸部に及ぶ焼けるような感じ” を自覚、一旦症状消失するもその後再び出現し、K病院救急部受診 受診時には症状改善、ECG上有意所見認めず、入院すすめられるも本人の強い 希望にて拒否、一旦帰宅、翌朝外来受診しようとして車を運転中同様の症状が出現し 受診、ECG上有意所見認めないものの急性冠動脈症候群疑われ、精査加療目的で すぐにCCU入院

おわりに

本研究のテーマでもある「日本人的特性や QOL を考慮した虚血性心疾患患者の行動パターン修正プログラムの作成」にあたり、IHD 患者の追跡調査および介入を試みた。その結果タイプ A ないしは JCB 患者には認知の歪みが生じており、それが患者のストレスとも大きく関与していることが示唆された。そしてそれが改善することによりストレスも軽減し QOL も向上するのではないかと考えられた。もちろん今回は 6 名という少人数の対象への追跡調査、介入であったことから IHD 患者全部にこのプログラムが適用できるとは言えないが、この知見を取り入れた「行動パターン修正プログラム」を今後より多くの対象に活用していくことで、プログラムの修正すべき点も判明してくるであろう。また今回は認知への働きかけにあわせて日常生活へリラックス時間を取り入れることや、その際にリラクゼーション技法を活用することも対象へ勧めた。今後対象がそれをいかに活用していくか、また活用したことでのストレスへの効果を追跡していくことも必要であろう。