

論文

病の体験による生活・生き方の変化に関する基礎的研究

駿地眞由美・馬場天信・深尾篤嗣・濱野清志・金山由美・村川治彦

I. 問題

I-1. 病の体験を扱うことの意義

医学や科学技術のめざましい進歩により、疾患の診断・治療技術は日進月歩で向上し、これまでは早期に亡くならざるをえなかった多くの生命が救われ、死までの期間を著しく延ばすことが可能となった。たとえば、がん対策情報センター（2013）による全国がん罹患モニタリング集計では、がん罹患者の生存率が確実に向上しているのを見てとることができるし、かつては急激に死に至る病と言われた HIV も、今や慢性疾患として捉えられるようになってきている。

しかしその一方、疾患の慢性化により、病者は、度重なる検査・治療や、生活上の厳しい制約、薬の副作用、さまざまな痛み、苦悩を抱えつつ、自らの生き方を模索していくことが必要となった。また、長期の入院生活や、中途障害としての後遺症を課せられて生きる人々も増えた。さらに、臓器・骨髄移植や、生殖医療、遺伝子技術の応用といった最先端医療は、これまで人間が経験したこともなかったような非常に深刻な問題を次々と生み出している。すなわち、めざましい医学進歩や技術革新により、多くの病者が日常生活の中に戻ることが可能となったのであるが、これまではなかった新たな心身の状態を生きることを迫られるようになった人々も増え、日常生活や人生の中で、病を体験しながら、

病とともに生きるあり方が模索されるようになってきたと言える。そして、いくら医学が進歩しようと、人間にとって「病」や「死」を完全になくすことはできない。病の体験は人生に不可欠のものであると言え、病を抱えながら、あるいは病を体験して人生を生きるとはどういうプロセスであるのかをわれわれは問うていく必要がある。

それに関連して、医療人類学者の Kleinman (1988 / 1996) が、医学的に定義される「疾患 (disease)」と区別して、「病い (illness)」という概念を提唱したことは重要であろう。彼は、両者を根本的に異なったものとして意味づけ、「病い」を「人間に本質的な経験である症状や患うこと (suffering) の経験」として説明しているが、それは「疾患」のように外側から客観的に分類・診断されるものではなく、病を抱えた本人が「内側から」体験する主観的な経験であり、そうした患者自身の個別的な病の体験を扱うことの重要性が指摘されたと言える。また、近年、医療現場では EBM (evidence based medicine) とともに NBM (narrative based medicine) (Greenhalgh & Hurwitz, 1998 / 2001) が着目されているが、ここにも、患者の体験世界の語りに耳を傾けることの必要性が見て取れよう。そのような医療現場の中で、疾病にではなく、「疾病を経験しつつ生きている人間」(藤原, 1992) に力点を置く心理臨床が果たしうる役割は大きいのではないか。

I-2. 病の体験への心理臨床的アプローチ

実際、医療現場における心理臨床は広がりや深まりを見せ、その活動は、従来の精神科領域のみならず、小児科、内科、外科、産科婦人科、老年科、先端医療領域など、あらゆる診療科に見られるようになってきた(岸本編, 2005; 山中・河合編, 2005; 伊藤・大山・角野編, 2009 など)。これは、「身体疾患にともなって派生した心理的問題や患者の身体疾患の治療を推進するための心理的な基盤造りなどの二次的な問題を越えて、身体の病と切り離せない人間のあり方や生き方の根本に関わる問題が現れ出てきているという重要な事実」(伊藤, 2009)を受け、身体疾患を抱えた個人がどのように病を体験し、それを自らの人生に主体的に位置づけていくかについての心理臨床的援助が求められるようになったからに他ならず、学問的にも社会的にも、当領域でのさらなる研究および援助的アプローチの開発が求められていると言えよう。実際、身体疾患を抱えた人々の経験している体験世界に着目したさまざまな研究知見も積み重ねられてきており、たとえば医師でもある岸本(2000)は、癌患者との対話をとおして、存在風景や時間の流れ方といった患者の体験世界が日常的意識で体験される世界とは大きく異なり変容しているさまをつぶさに描き出しているし、伊藤・大山・角野(2009)では、心理臨床的アプローチから明らかとなった、さまざまな身体疾患を抱えた人々の体験世界が扱われている。こうした研究の蓄積は非常に重要であり、今後ますます求められるであろう。

I-3. 本研究の着眼点

しかし、病の体験を扱ったこれまでの研究は、何らかの理由によって自発的あるいはリファアされて心理臨床家のもとを訪れた人たちとの、

主に心理面接による事例研究をとおして得られた知見や、特定の身体疾患を患っている少数の対象者との調査面接による研究報告が主であり、一般の人が体験している病の体験について、系統だって広く調査したものは見当たらない。病の体験が個人にとって極めて個別的な固有のものである以上、その体験を個に即して事例研究的に丁寧に扱っていくことは欠かせないが、同時に、“病の体験”というものがいかなるものなのか、一般集団の中で明らかにしていくことも重要であろう。よって、筆者らは、身体疾患を抱えた人々の病の体験や、その意味について、心理臨床学的にアプローチしていくことを目的とした大規模調査を行うこととし、その一環として、今回は、“病の体験による生活・生き方の変化”を切り口にした基礎的データを収集することとした。中野(2005)は、糖尿病患者への調査面接の中で、個人の体験世界において、糖尿病とそれを抱えて生きる人の生活・生き方とは不可分に関わっている場合があることを示しているが、それは他の身体疾患を抱えた人々の体験世界にも通底するものと思われ、本研究は、そうした観点から病の体験を捉えようとするものである。

なお、本研究における「病の体験」とは、事故・スポーツ障害・精神疾患は含まず、「医療機関を受診後、治療や経過観察に1週間以上の通院または入院を要した体験すべて」と定義・教示し、治療継続中・完治体験まで全てを含むこととした。

II. 目的

病の体験がその後の生活や生き方にどのような変化を及ぼしたと主観的に認識されているかについて、大規模調査により基礎的データを収

集し、その全体的傾向を捉えるとともに、性別や年代での比較検討を行う。

Ⅲ. 方法

Ⅲ-1. 調査方法と調査協力者、調査時期

民間リサーチ会社登録モニターを対象としたWeb調査を実施した。回答依頼メールを配信後、回答HP上での受付2日以内にサンプル数目安を1000とし、性別×年代(10代区分:20代~60代)のカテゴリーが均一に配置されるよう募集を行った。最終的に、1088名(男性544名:20代110名、30代107名、40代109名、50代109名、60代109名、女性544名:20代110名、30代109名、40代106名、50代108名、60代111名)を調査協力者とした。説明合意は回答依頼時にWeb上で行い、回答はすべて無記名で行われた。

調査時期は、2009年12月17~18日であった。

Ⅲ-2. Web調査の概略と本研究の分析内容

Web調査では、経験した身体疾患について、17の病系(消化器系、呼吸器系、等)と計113個の疾患名リスト(胃・十二指腸潰瘍、気管支喘息、等)から複数選択させ、そのうち現在の生活への影響度が高いものを1つ以上3つ以内で影響度順に選択させた。その後、選択された病ごとに、症状の持続や治療期間、普段の生活における病の意識の程度、病体験によるその後の生活や生き方の変化、その病体験が現在および未来の生き方に与えたとされる影響度、その病体験のイメージ評定など、複数の質的・量的尺度に回答させた。

本研究では、このうち、「現在の生活にとって最も影響度が高い病」として選択されたものについての回答を対象とし、「病体験によるその後の生活や生き方の変化」について回答され

た結果を分析することとした。その質問内容は、【生活スタイルの変化(12項目)】、【人間関係の変化(12項目)】、【生き方の変化(11項目)】の3つの側面に、【あてはまるものがない】を加えた計36項目で構成され、「この病を経験したことが、その後のあなたの生活や生き方にどのような変化をもたらしたと思いますか。当てはまるものを全てに選択して下さい」と教示した後、それぞれの項目に対して、「はい」または「いいえ」の二件法で回答させた。なお、この36項目は心身医学を専門とする医師、臨床心理学や健康心理学を専門とする心理学者6名による話し合いによる合議をもとに抽出した。

病系の選択割合としては、多かった順に、消化器系(12%)、整形外科系(11%)、眼科系(10%)、呼吸器系(8%)、循環器系(8%)、耳鼻咽喉系(8%)、歯科口腔外科系(7%)、産婦人科系(6%)、皮膚科系(6%)、内分泌・代謝系(5%)、悪性腫瘍系(4%)、神経・筋肉系(4%)、泌尿器系(3%)、感染症系(3%)、脳外科系(2%)、免疫系(2%)、血液系(1%)であったが、今回は、“疾患”ではなく、主観的で個別的な“病の体験”にアプローチすることを研究の主眼とするため、分析においては、疾患の種類や治療期間等での分類・選別は行わず、疾患の程度等といった客観的な軽重は問わないこととした。

Ⅳ. 結果と考察

Ⅳ-1. 病の体験による生活・生き方の変化の全体的傾向

病の体験による生活・生き方の変化の全体的傾向を捉えるため、各項目に対して、「はい」と回答した人の割合を算出した(Figure.1)。

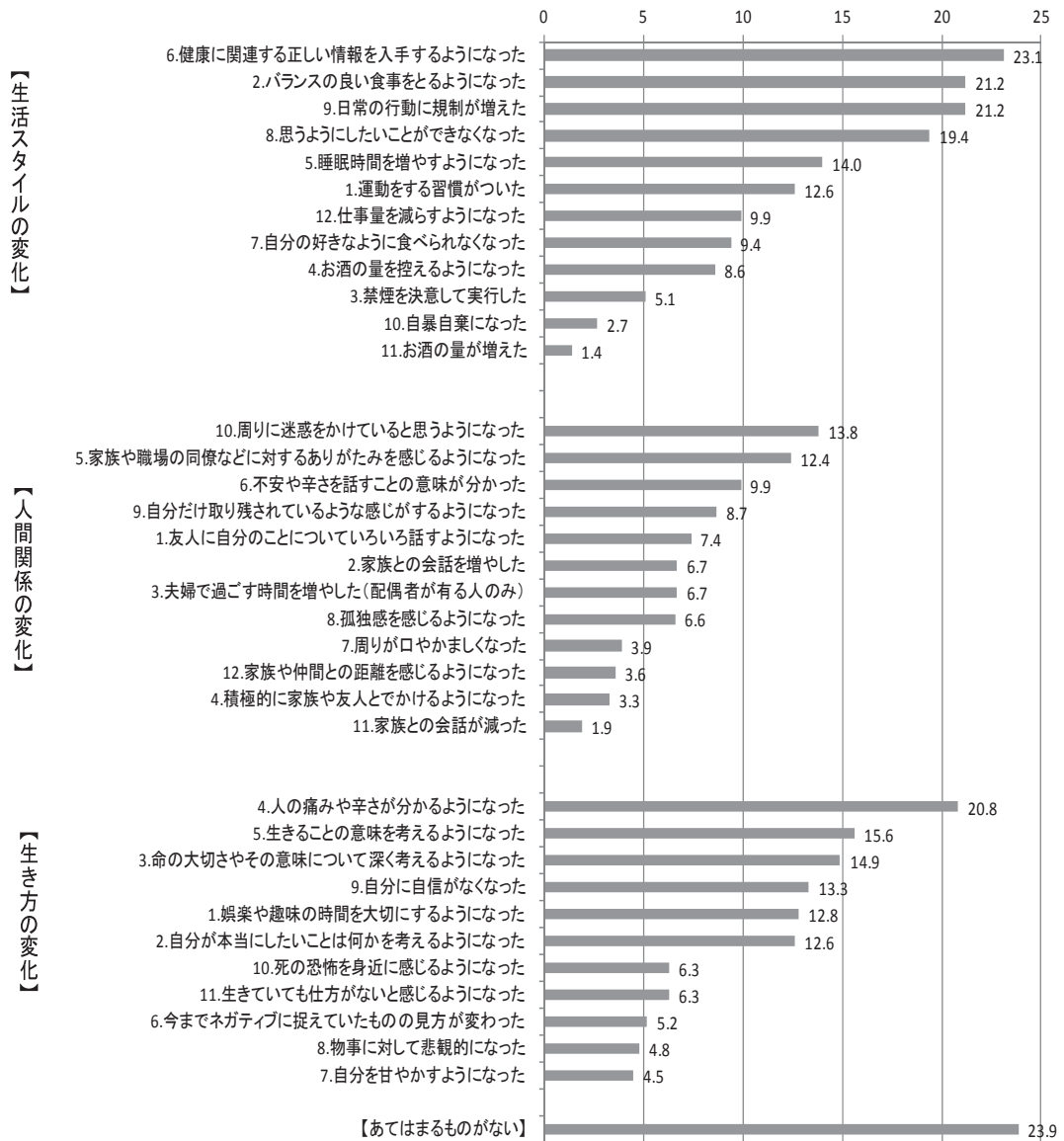


Figure.1 病の体験による生活・生き方の変化の全体的傾向 (%) (n = 1088)

その結果、全項目のうち、変化ありと回答された上位5項目には、「健康に関連する正しい情報を入手するようになった」(23.1%)、「バランスの良い食事をとるようになった」(21.2%)、「日常の行動に規制が増えた」(21.2%)、「人の痛みや辛さが分かるようになった」(20.8%)、

「思うようにしたいことができなくなった」(19.4%)が挙げられた。これら上位5項目のうち4項目は【生活スタイルの変化】にかかわるものであり、病の体験は、日常の生活における現実的で具体的な状況において広く強く影響を及ぼしうることが明らかとなった。

また、4項目目には、「人の痛みや辛さが分かるようになった」という【生き方の変化】も入っている。さらに、「はい」と回答した人が10%を超えているのは、【生き方の変化】では11項目中6項目であったが、これは【生活スタイルの変化】におけるそれと比較して同程度以上である。当然この割合は用意された項目内容に依拠するものではあるが、病の体験は単に日常レベルの変化にとどまらず、当人の生き方や価値観にも影響を及ぼしうるといことは指摘することができる。

各領域について見ていくと、【生活スタイルの変化】においては、「健康に関連する正しい情報を入手するようになった」(23.1%)や、「バランスの良い食事をとるようになった」(21.2%)、「睡眠時間を増やすようになった」(14.0%)、「運動する習慣がついた」(12.6%)といったものが上位に見られ、すなわち、病の体験は、“健康への留意と生活習慣の改善”をもたらすものであると考えられる。それは、病の体験を契機とした身体への配慮であり、これまでの生活スタイルの見直しでもあろう。その一方、「日常の行動に規制が増えた」(21.2%)、「思うようにしたいことができなくなった」(19.4%)も多く、病や健康への留意は、“生活上の被制約感”にもつながっている様子であった。

【人間関係の変化】で最も多かったのは、「周りに迷惑をかけていると思うようになった」(13.8%)であったが、その次には「家族や職場の同僚などに対するありがたみを感じるようになった」(12.4%)が続き、“迷惑をかけている”という思いと“ありがたみ”は表裏一体で体験されているように推察された。そして、「不安や辛さを話すことの意味が分かった」(9.9%)、「自分だけ取り残されている感じがするようになった」(8.7%)が続くなど、病の体験は“周

囲とのつながり感”にさまざまな影響を及ぼすことがうかがえる。その受け取り方が人によって異なる要因については、今後精査していく必要があるだろう。

【生き方の変化】において最も多かったのは、「人の痛みや辛さがわかるようになった」(20.8%)であり、「生きることを考えるようになった」(15.6%)、「命の大切さやその意味について深く考えるようになった」(14.9%)がそれに次いだ。他方、「自分に自信がなくなった」も13.3%に見られた。最も少なかったのは、「生きていても仕方がないと感じるようになった」であったが、3.3%に見られたことは臨床上着目する必要があるだろう。山田(2005)は、「病むという体験には、自力ではどうしようもない面があり、“自分が自分の人生の主体でないと思い知らされることである”」と述べているが、病の体験によって、圧倒的な無力感を感じさせられ、生きていた地平が根底から揺さぶられて、それまでの自己イメージや、期待していた人生の再構成を迫られることも多いであろう。「死」に近い病であればなおさらであると思われる。そこから人生をどのように紡ぎ直し自己を再構築していくのか、そのプロセスの中に、上記のようなさまざまな変化があるのではないかと考えられる。

なお、「あてはまるものがない」と回答した人も23.9%と少なからず認められた。これについては、それらの人においては病の体験による変化はなかったという可能性もあるが、今回調査者側が用意した項目ではすくい取れなかった部分があるという可能性も孕んでいる。後者については研究方法上の限界・問題点であると言え、今後は、自由記述式アンケートや面接調査などの手法も用いながら、よりこまやかに質的に検討していくことが必要であると考えられる。

Table.1 男女別にみた病の体験による生活・生き方の変化（有意差の認められたもののみ）

	男性(n=544)		女性(n=544)		χ ² 検定
	いいえ 人数(%)	はい 人数(%)	いいえ 人数(%)	はい 人数(%)	
1.運動をする習慣がついた	458(84.2)	86(15.8)	493(90.6)	51(9.4)	女性<男性 **
2.バランスの良い食事をとるようになった	445(81.8)	99(18.2)	412(75.7)	132(24.3)	男性<女性 *
3.禁煙を決意して実行した	499(91.7)	45(8.3)	534(98.2)	10(1.8)	女性<男性 **
【生活スタイルの変化】 4.お酒の量を控えるようになった	484(89.0)	60(11.0)	510(93.8)	34(6.3)	女性<男性 **
5.睡眠時間を増やすようになった	486(89.3)	58(10.7)	450(82.7)	94(17.3)	男性<女性 *
9.日常の行動に規制が増えた	442(81.3)	102(18.8)	415(76.3)	129(23.7)	男性<女性 **
11.お酒の量が増えた	530(97.4)	14(2.6)	543(99.8)	1(0.2)	女性<男性 **
【人間関係の変化】 11.家族との会話が減った	528(97.1)	16(2.9)	539(99.1)	5(0.9)	女性<男性 *

* $p<.05$, ** $p<.01$

IV-2. 男女別にみた病の体験による生活・生き方の変化

性差による違いを検討するため、クロス集計とカイ二乗検定を行った。有意差の認められたものを Table.1 に示す。

その結果、【生活スタイルの変化】での性差が多く認められ、「運動をする習慣がついた」「禁煙を決意して実行した」「お酒の量を控えるようになった」「お酒の量が増えた」は男性、「バランスの良い食事をとるようになった」「睡眠時間を増やすようになった」「日常の行動に規制が増えた」は女性が有意に多かった。これらについては、もともとの生活スタイルの傾向(生活の中で比重が大きかったり、重視されていたものなど)の性差が反映されているのかもしれない。

【人間関係の変化】については、割合は多くないものの、「家族との会話が減った」が男性に多いという結果であった。特に慢性疾患においては、配偶者との関係や、家族内のコミュニケーションや役割関係に混乱がきたされるということが指摘されているが (Shidell,1997; Walsh & Anderson,1994 など)、ここに性差が見られたことは興味深く、病の体験が男性の家

族関係に与える影響や、逆に、家庭内で男性が担っている役割関係が病の体験に及ぼす影響について、今後検討していく必要があるだろう。

【生き方の変化】での性差は見られなかった。

IV-3. 年代別にみた病の体験による生活・生き方の変化

年代による違いを検討するため、クロス集計とカイ二乗検定を行った。有意差の認められたものを Table.2 に示す。

年代間で有意差が認められたのは、運動習慣やバランスの良い食事、酒量減、健康情報の入手といった、健康への留意と生活改善に関する【生活スタイルの変化】のほか、【人間関係の変化】では、友人への自己開示、夫婦の時間増、家族や友人との積極的な外出といった、身近な人との時間や体験の分かち合い、また、自分が本当にしたいことや「命の大切さやその意味、生きることを考えるようになった」という、実存的問いにもかかわる【生き方の変化】であった。これらの傾向は概して年代が上がるにつれて強まる様子であり、病の体験を自らの生活や人生において引き受ける意識や意味合い、その重みが、歳を重ねるにつれ高まることが示唆された。それは、「あてはまるものが

Table.2 年代別にみた病の体験による生活・生き方の変化（有意差の認められたもののみ）

	20代(n=220)		30代(n=216)		40代(n=215)		50代(n=217)		60代(n=220)		χ ² 検定・残差分析
	いいえ 人数(%)	はい 人数(%)	いいえ 人数(%)	はい 人数(%)	いいえ 人数(%)	はい 人数(%)	いいえ 人数(%)	はい 人数(%)	いいえ 人数(%)	はい 人数(%)	
【生活スタイルの変化】											
運動をする習慣がついた	211(95.9)	9(4.1)	193(89.4)	23(10.6)	189(87.9)	26(12.1)	195(89.9)	23(10.1)	164(74.5)	56(25.5)	20代<30・40・50代<60代**
バランスの良い食事をとるようになった	189(85.9)	31(14.1)	165(76.4)	51(23.6)	174(80.9)	41(19.1)	178(82.0)	39(18.0)	141(64.1)	69(35.9)	20代<30・40・50代<60代**
お酒の量を控えるようになった	213(96.8)	7(3.2)	196(90.7)	20(9.3)	196(91.2)	19(8.8)	197(90.8)	20(9.2)	192(87.3)	28(12.7)	20代<30・40・50代<60代**
健康に関する正しい情報を入手するようになった	186(84.5)	34(15.5)	165(76.4)	51(23.6)	165(76.7)	50(23.3)	172(79.3)	45(20.7)	149(67.7)	71(32.3)	20代<30・40・50代<60代**
自暴自棄になった	210(95.5)	10(4.5)	206(95.4)	10(4.6)	210(97.7)	5(2.3)	213(98.2)	4(1.8)	220(100)	0(0.0)	60代<20・40・50代<30代**
【人間関係の変化】											
友人に自分のことについていろいろ話すようになった	209(95.0)	11(5.0)	205(94.9)	11(5.1)	205(95.3)	10(4.7)	205(94.5)	12(5.5)	184(83.6)	36(16.4)	20・30・40・50代<60代 **
夫婦で過ごす時間を増やした(配偶者ありのみ)	52(94.5)	3(5.5)	120(96.0)	5(4.0)	149(95.5)	7(4.5)	162(95.9)	7(4.1)	147(66.8)	23(33.2)	20代<30・40・50代<60代**
積極的に家族や友人とでかけるようになった	218(99.1)	2(0.9)	209(96.8)	7(3.2)	211(98.1)	4(1.9)	213(98.2)	4(1.8)	201(91.4)	19(8.6)	20・30・40・50代<60代 **
【生き方の変化】											
娯楽や趣味の時間を大切にできるようになった	199(90.5)	21(9.5)	199(92.1)	17(7.9)	197(91.6)	18(8.4)	191(88.0)	26(12.0)	163(74.1)	57(25.9)	30・40代<20代<60代 **
自分が本当にしたいことは何かを考えるようになった	206(93.6)	14(6.4)	183(84.7)	33(15.3)	183(85.1)	32(14.9)	194(89.4)	23(10.6)	185(84.1)	35(15.9)	20代<30・40・50・60代 *
命の大切さやその意味について深く考えるようになった	197(89.5)	23(10.5)	184(85.2)	32(14.8)	183(85.1)	32(14.9)	188(86.6)	29(13.4)	174(79.1)	46(20.9)	20代<30・40・50<60代 *
人の痛みや辛さが分かるようになった	190(86.4)	30(13.6)	174(80.6)	42(19.4)	175(81.4)	40(18.6)	170(78.3)	47(21.7)	153(69.5)	67(30.5)	20代<30・40・50<60代 **
生きるこの意味を考えるようになった	198(90.0)	22(10.0)	179(82.9)	37(17.1)	182(84.7)	33(15.3)	186(85.7)	31(14.3)	173(78.6)	47(21.4)	20代<30・40・50<60代 *
生きていても仕方がないと感じるようになった	216(98.2)	4(1.8)	201(93.1)	15(6.9)	208(96.7)	7(3.3)	215(99.1)	2(0.9)	212(96.4)	8(3.6)	50代<20・40・60代<30代**
【あてはまるものがない】	145(65.9)	75(34.1)	163(75.5)	53(24.5)	161(74.9)	54(25.1)	168(77.4)	49(22.6)	191(86.8)	29(13.2)	60代<30・40・50代<20代**

* p<.05, ** p<.01

ない」が60代になるほど少なく、20代ほど多くなるということにも表れているだろう。

一方、数は少ないものの「生きていても仕方がないと感じるようになった」と答えたのは30代が最多であり、この年代への着目は臨床重要であろうと思われた。

IV-4. 各年代における病の体験による生活・生き方の変化の性差

各年代における性差を検討するため、クロス集計とカイ二乗検定を行った。有意差の認められたものを Table.3～7 に示す。

各年代で若干の性差が見られたが、最も多く

認められたのは50代であった。また、他の年代では【生活スタイルの変化】以外では性差が見られなかったのに対し、50代では、「命の大切さやその意味について深く考えるようになった」「人の痛みや辛さが分かるようになった」「生きるこの意味を考えるようになった」「死の恐怖を身近に考えるようになった」という自己の存在やいのちに対する実存的・本質的問いとも言える【生き方の変化】にも性差が見られ、いずれも女性のほうが多いということが特徴的であった。

このことに関して若干の推察をしてみると、中年期は、身体的、心理的、社会的に、さまざま

まな次元で本質的な変化の起こる構造的危機期であるとされる(岡本, 2008)。岡本(2002)によれば、その中でも、中年期女性は、体力の衰え・老化・寿命の限界の自覚や、ホルモン活動の衰退、閉経といった生物学的(身体的)変化を体験し、生活習慣病の増加や更年期障害が生じるし、子どもの自立や夫婦関係の見直し、老親の介護や看取りといった家族における変化、職業的達成・昇進とともに挫折や仕事の上での限界感の認識といった職業における変化も体験する。そのような中で、自己の有限性の自覚といった心理的变化も生じる。そして、そういった危機を体験しながら、中年期女性においては、統合された自己の感覚、有能感、安定感、自己確立感など、肯定的なアイデンティティ意識に裏付けられた自己の確立という「個の達成」の軸と、他者への深いコミットメントや深い他

者理解とケアなど、「自分」が他者へ向かって開かれている「関係性」の軸の両方においてアイデンティティの再体制化が行われ、生き方の見直しがなされると考えられるが、その際、入院体験など、中年期に「死に近づく」体験をすることもその契機になるという(岡本, 2008)。

今回の結果のみからではこれ以上の考察は難しいが、こうした人生の段階の中での各年代の特性、そして性差というもの、病の体験および病の体験による生活・生き方の変化に反映されている可能性は大いにあろう。いずれにしても、病の体験を考える上で、年代や性別の持つ何らかの特性がそれに影響を及ぼさうということが示唆されたと言え、ライフサイクルの中で病の体験を捉えていく必要性についても明らかになったと考えられる。

Table.3 20代の男女別にみた病の体験による生活・生き方の変化(有意差の認められたもののみ)

	男性(n=110)		女性(n=110)		χ ² 検定
	いいえ	はい	いいえ	はい	
	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	
バランスの良い食事をとるようになった【生活スタイル】	102(92.7)	8(7.3)	87(79.1)	23(20.9)	男性<女性 **
睡眠時間を増やすようになった【生活スタイル】	102(92.7)	8(7.3)	91(82.7)	19(17.3)	男性<女性 *

* p<.05, ** p<.01

Table.4 30代の男女別にみた病の体験による生活・生き方の変化(有意差の認められたもののみ)

	男性(n=107)		女性(n=109)		χ ² 検定
	いいえ	はい	いいえ	はい	
	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	
バランスの良い食事をとるようになった【生活スタイル】	89(83.2)	18(16.8)	76(69.7)	33(30.3)	男性<女性 *

* p<.05

Table.5 40代の男女別にみた病の体験による生活・生き方の変化(有意差の認められたもののみ)

	男性(n=109)		女性(n=106)		χ ² 検定
	いいえ	はい	いいえ	はい	
	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	
運動をする習慣がついた【生活スタイル】	91(83.5)	18(16.5)	98(92.5)	8(7.5)	男性>女性 *
自分の好きなように食べられなくなった【生活スタイル】	92(84.4)	17(15.6)	102(96.2)	4(3.8)	男性>女性 **

* p<.05, ** p<.01

Table.6 50代の男女別にみた病の体験による生活・生き方の変化（有意差の認められたもののみ）

	男性(n=109)		女性(n=108)		χ ² 検定
	いいえ	はい	いいえ	はい	
	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	
禁煙を決意して実行した【生活スタイル】	97(89.0)	12(11.0)	107(99.1)	1(0.9)	男性>女性 **
お酒の量を控えるようになった【生活スタイル】	92(84.4)	17(15.6)	105(97.2)	3(2.8)	男性>女性 **
バランスの良い食事をとるようになった【生活スタイル】	95(87.2)	14(12.8)	83(76.9)	25(23.1)	男性<女性 *
睡眠時間を増やすようになった【生活スタイル】	107(98.2)	2(1.8)	89(82.4)	19(17.6)	男性<女性 *
仕事量を減らすようになった【生活スタイル】	102(93.6)	7(6.4)	90(83.3)	18(16.7)	男性<女性 *
命の大切さやその意味について深く考えるようになった【生き方】	100(91.7)	9(8.3)	88(81.5)	20(18.5)	男性<女性 *
人の痛みや辛さが分かるようになった【生き方】	92(84.4)	17(15.6)	78(72.2)	30(27.8)	男性<女性 *
生きることの意味を考えるようになった【生き方】	100(91.7)	9(8.3)	86(79.6)	22(20.4)	男性<女性 *
死の恐怖を身近に考えるようになった【生き方】	104(95.4)	5(4.6)	95(88.0)	13(12.0)	男性<女性 *

* p<.05, ** p<.01

Table.7 60代の男女別にみた病の体験による生活・生き方の変化（有意差の認められたもののみ）

	男性(n=109)		女性(n=111)		χ ² 検定
	いいえ	はい	いいえ	はい	
	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)	
運動をする習慣がついた【生活スタイル】	74(67.9)	35(32.1)	90(81.1)	21(18.9)	男性>女性 *
禁煙を決意して実行した【生活スタイル】	92(84.4)	17(15.6)	109(98.2)	2(1.8)	男性>女性 **
お酒の量を控えるようになった【生活スタイル】	90(82.6)	19(17.4)	102(91.9)	9(8.1)	男性>女性 *

* p<.05, ** p<.01

V. 結論

本研究では、病の体験による生活・生き方の変化についての基礎データを収集し、その全体的傾向を捉えるとともに、性別や年代での比較検討を行った。

まず、全体的傾向からは、病の体験は、日常の生活における実際の具体的な状況において広く強く影響を及ぼすこと、しかしそれは単に日常レベルの変化にとどまらず、人間関係や生き方にも影響を及ぼしうることが明らかとなった。そして、その変化は決してネガティブなものだけでなく、病の体験がその後の生活の改善や人間関係・生き方の見直しなどにもつながっている様子が見て取れ、否定的なものとして捉えられがちな病であるが、その体験を転回点として、生活や人間関係・人生に対して、否定的なものを超えたなものかがもたらされうること示された。病の体験は、日々の行為や自己

信頼感の身体的基礎の喪失 (Kleinman, 1988 / 1996) とともに、生活や人間関係、人生をさまざまな面で制約するものとなりうる。けれどもそれは、からだの声に従ってライフスタイルを見直すことや、新たな生き方や人とのつながりにも結び付きうるということが今回の結果から明らかになったと言える。それは自己のアイデンティティの再構築にもつながりうるものであろう。今回の調査では病体験による生活・人生の変化の一般的傾向を捉えることが第一の課題であったが、今後は、こうした変化の起こるプロセスを動的に描き出し、その違いをもたらす要因等について検討していくことが重要だろう。

そしてそれには、性別や年代のもつ特性が影響することも示唆された。たとえば年代別の検討からは、病の体験を自らの生活や人生において引き受ける意識や意味合い、その重みが、歳を重ねるにつれ変わってくることや、30代、

50代の特異性等の特徴がさまざまに見られた。そこには性差も認められ、ライフサイクルの中で男性・女性それぞれがどのように病を体験し、自らの生活や人とのつながり、人生において意味づけ、位置づけているのかについて、より精緻に検討していく必要性が明らかになったと言える。

なお、「あてはまるものがない」と回答した人も23.9%と少なからず認められた。20代になるほど多く、60代になるほど少なくなるといった傾向がそこにあったことから、病による変化のありようとその意識化に関する年代の特徴も反映されていると思われるが、項目選定上の、すなわち研究方法上の限界・問題点も考えられる。今回の調査結果を土台に、今後は、自由記述式アンケートや面接調査などの手法も用いながら、よりこまやかに質的に検討していくことが必要であろう。

そして、今回は、客観的な定義や医学的な見方に回収されない病の体験の主観的な側面に着目するため、疾患の種類やその重篤度などでの分類・選別は行わなかったが、各疾患のもつ特性もやはりあると思われる。たとえば、疾患の種類まで問わずとも、急性疾患と慢性疾患ではやはり異なった体験のされ方があるであろう。今回はサンプル数の都合もあり疾患別での検討まではできなかったが、今後はそうした疾患の特性も考慮に入れて検討していく必要があると考えられる。しかしそれでも、今回の調査において、「あてはまるものがない」と答えた23.9%の裏を返せば76.1%の人が、疾患の種類や程度の客観的な軽重にかかわらず、病の体験によるなんらかの変化について回答していることは注目に値するし、それをデータとして示せた意義はあるだろう。

さらに、本調査はWeb上で調査を行ったが、50～60代でWeb上での回答が可能な対象者

は一般的な同年代の代表データとしては偏りが認められる可能性があり、その一般化には限界があるといえるであろう。

以上、いくつかの問題点はあるものの、一般の人を対象とした大規模調査を行い、病の体験による生活・生き方の変化についての基礎的データを示すことができたことには、今回の研究の大きな意義があろう。加えて、今後研究を進めていく上での課題も明らかにすることができた。今回の結果をひとつの土台にしながら、さまざまな角度から「病の体験」についての知見を蓄積し、今後さらに検討を深めていきたい。

引用文献

- 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター (2013). 全国がん罹患モニタリング集計 2003-2005 年生存率報告 独立行政法人国立がん研究センターがん研究開発費「地域がん登録精度向上と活用に関する研究」平成22年度報告書.
- 藤原勝紀 (1992). 臨床心理学の方法論 氏原寛・小川捷之他 (編) 心理臨床大事典 培風館 pp13 - 17.
- Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (eds.) (1998). *Narrative Based Medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books.
- (グリーンハル, T& ハーウィッツ, B. 斎藤清二・山本和利・岸本寛史 (監訳) (2001). ナラティブ・ベイスト・メディスン-臨床における物語りと対話- 金剛出版)
- 伊藤良子 (2009). 心身論再考-心と身体・遺伝と環境・偶然と必然- 伊藤良子・大山泰宏・角野善宏 (編) 身体の病と心理臨床-遺伝子の次元から考える- 創元社 pp11 - 20.
- 伊藤良子・大山泰宏・角野善宏 (2009). 身体の病と心理臨床-遺伝子の次元から考える- 創元社.
- 岸本寛史 (2000). 癌患者の「意識」と「異界」 河合隼雄 (編) 講座心理療法第4巻 心理療法と身体 岩波書店 pp19-66.
- 岸本寛史 (編) (2005). 特集: 体の病気の心理的援

助 臨床心理学 5 (2).

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing and human condition*. New York: Basic Books.

(クラインマン, A. 江口重幸・五木田紳・上野豪志 (訳) (1996). 病いの語り－慢性の病をめぐる臨床人類学－ 誠心書房)

中野裕子 (2005). 糖尿病患者の語り－研究と臨床の接点－ 臨床心理学, 5 (2), 192-1

岡本裕子 (2002). アイデンティティ生涯発達論の射程 ミネルヴァ書房.

岡本裕子 (2008). 人生半ばのアイデンティティ危機の理解 やまだようこ (編) 人生と病いの語り 東京大学出版会 pp165 - 190.

Shidell, N.L., (1997). Adult adjustment to chronic illness: A review of the literature. *Health & Social Work*, 22, 5-7.

Walsh, F. & Anderson, C.M. (1988). *Chronic disorders and the family*. Philadelphia: The Haworth Press.

(ワルシュ, F. & アンダーソン, C.M. 野中猛・白石弘巳 (監訳) (1994). 慢性疾患と家族 金剛出版)

山田勝 (2005). 病や心理的問題によって苦しむ体験の意味について 心理臨床学研究, 23 (4), 401-411.

山中康裕・河合俊雄編 (2005). 心理療法と医学の接点 創元社.

付記：本論文は、2010年日本心理臨床学会第29会秋季大会にて発表したものを、一部加筆修正したものである。本研究は、日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究 B21330163「身体疾患に対する心理臨床的アプローチの基礎研究」研究代表者：濱野清志）の助成を受けた。

Abstract

Research on the Change of Life through the Experience of Illness

Mayumi SURUJI, Takanobu BABA, Atsushi FUKAO,
Kiyoshi HAMANO, Yumi KANAYAMA, Haruhiko MURAKAWA

The purpose of this research study is to focus on the experience of illness and to investigate how human beings experience their physical diseases and what kind of change they recognize on their life through the experience. In order to examine the general tendency, a massive quantitative survey with 1088 subjects was conducted.

The results showed that the experience of illness produced various changes in one's daily lifestyle practically and concretely, for example, obtaining accurate health information, eating balanced meals, having good sleep, and such. Also, it showed the experience of illness made influence on one's personal relationships and way of life, not only negatively but also positively. This meant that the experience of illness took away one's feeling of freedom and restricted one's life and relationships in various aspects but it also led a better lifestyle according to the message from the body, new attitude on life and intimate relations with others.

And it was suggested that the experience of illness varied according to sex and age. For example, compared with men in their 50's, women in the same age experienced significant changes in their ways of life. It indicated the need to take into consideration the sex differences in each life cycle.

Finally, some problems and significance of this study was pointed out and future prospects were discussed.

Key words : experience of illness, change of life, physical diseases