

研究ノート

一般成人における「病の体験」の実態調査

— 第一報：年代・性別による特徴についての調査報告 —

馬場天信・駿地眞由美・深尾篤嗣・濱野清志
 金山由美・村川治彦・千秋佳世

問題

1. 現代医療における病の持つ意味

従来の医療モデルは Biomedical モデルであり、近代西洋医学が基本とする科学性（すなわち、客観性、普遍性、再現性）を背景に、原因と結果が明確となった因果モデルが中心となっている。このモデルは現代医療の主流であり、Evidence Based Medicine (EBM) と言われる考え方もそれを背景にしている。

一方、心療内科や心身医学の領域において重視されている考え方は Engel の主張を基にした Bio-psycho-social モデル (Engel, 1977)、あるいは更に ethical や ecological を加えた池見のモデル (池見, 1982)、behavioral や spiritual を加えた中井のモデル (中井他, 2001; 中井他, 2005) などがある。中井他 (2004; 2005) は、全人的医療における身体の意義を論じるなかで、その鍵となるのは①患者中心医学 (patient centered medicine)、②病気イコール悪と考えない、③成長の場としての病の意義、を挙げている。そして、disease から patient with disease に医療の視点をシフトさせることで全人的医療の実践が可能となることを指摘している。これらの考え方は、疾患 (disease) のみを治療の対象とするのではなく、病気 (illness) という悩みや苦しみを伴う体験 (すなわち、個人の歴史性、関係性、個別性) を対象としており、近年の Narrative Based Medicine (NBM) と

いう考え方と同じく、個別性や歴史性の高い「病の体験」へのアプローチが重要であることを示唆していると言える。

類似した見解は医療人類学者や哲学者によっても指摘されている。例えば、Kleinman は、近代医学における疾患 (disease) と主観的な経験としての病い (illness) を区別し、病いの体験そのものを理解することの重要性を指摘している (Kleinman, 1988 江口他訳 1996)。このような Kleinman の指摘は、身体的病を主体と切り離れた異常として捉えるのではなく、病を抱える個人の病体験や歴史性、個別性、関係性、病の意味を含めて全人的、多元的に捉えることの重要性を示唆していると言える。

精神分析的心理療法家で精神科医でもある成田 (2003) は、「現代では身体と意識・知とのギャップが大きくなるなかで、身体は知では如何ともしがたい、自己でありながら自己の思い通りにならないものとして現れてくる」と指摘している。そして、身体医学が排除してきた人格、主体的体験、関係性、意味といったものが心身症の形をとって辺縁にでてきている可能性について言及している。また、哲学者の市川 (1992) は、現代文明の問題として、主体的な身体が疎外されているからこそ身体の重要性に気づかされるという逆説的構造があることを論じている。あるいは、Frank (1995 鈴木智之訳 2002) は、病の脱近代的な経験について論じる中で、「脱近代とは、自分自身の物語を語

る能力が要求される時代である」と述べ、病む人が自らの物語を語ることを必要とすること、そして、そうした物語は身体を通して形を現わすということを主張している。これらの見解は、科学技術の進歩による近代化された現代社会において、患者自身が身体的な病を主体的な自己と切り離し、病を異物のような非自己化した対象として捉えやすくなっているからこそ、自ら病の体験について語られることが重要であることを示唆するものである。

2. 身体的病と心理臨床実践

医療における心理臨床実践の中心は伝統的に精神科を代表とする精神医学の領域を中心に行われることが多く、その対象は主に精神疾患の患者に対する心理アセスメントや心理療法である。そこで行われる患者理解の中心は、脳科学や精神力動的な病態理解に基づくものであり、主に心の側から患者を理解した関わりと言えるであろう。一方、身体症状が主訴となる心身医学領域では、主に心身症患者を対象として行動療法やバイオフィードバック療法、自律訓練法、交流分析といった行動医学的介入技法を中心に、心と身体の関係性についての気づきとセルフコントロールを促すように働きかけることが多い。この場合、医師は主に身体の側から患者を理解し、そこに関連する心理社会的な側面についてのアセスメントを臨床心理士が行い、気づきを行動変容に繋げられるよう関わるのが臨床心理士に求められている。

このように医療における臨床心理の実践領域は、従来から精神医学や心身医学が主なものであったが、現代ではその活動領域は多岐に渡っている。その対象となる科は一般内科の各領域から小児科、産婦人科、口腔外科、脳外科（高次脳機能）、緩和医療科、遺伝子診療科などへと拡大しつつある。これらの領域で臨床心理士

に期待される役割は、身体的な病の結果として二次的に生じている様々なネガティブ感情のケア、あるいは、身体的な病を抱えながら生きていく患者自身の精神的サポートにあると言える。以上のことを踏まえると、医療領域で実践を行っている臨床心理士に求められる役割や機能は、実践領域の拡大に伴い、単に精神症状や身体症状の軽減に焦点化したものから、身体的な病の体験を語る場を構築し、病を抱える主体に寄り添いながら病の意味や歴史を振り返るための伴走者として機能することへと拡大しつつあると言える。このように心理臨床の実践領域が拡大している一方で、身体疾患を抱える患者やクライアントに対する心理臨床的アプローチの研究報告は数少ない現状にある。癌患者の体験世界へのナラティブアプローチ（岸本, 2000）や糖尿病患者の語り（中野, 2005）、あるいは様々な視点から心理臨床における身体の意味について論じた報告（伊藤・大山・角野, 2009）などが散見されるが、幾つかの病に限定された実践報告であり、身体的な病を抱える患者への心理臨床的アプローチが包括的に論じられている訳ではない。

一方、世界精神保健連盟（WFMH）は、2010年に開催された第18回世界精神保健デーのテーマとして精神保健と慢性疾患を取り上げ、「精神保健と慢性身体疾患：継続的・統合的ケアの必要性について」を報告している（世界保健連盟 WFMH, 2010）。報告書では、心臓病、糖尿病、癌、呼吸器疾患、肥満などを取り上げ、身体と精神の健康の統合的医療の必要性を提言している。本邦では、国立高度専門医療研究センターが、身体疾患患者へのメンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトを平成24年から開始しており、そこでは身体疾患に併存するうつ病に焦点をあて、専門医療チームにおいてうつ病のマネージメントができる人材

養成に力をいれつつある（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター, 2014）。このように、主にうつ病の観点からは、身体疾患の統合的ケアの必要性に焦点を当てた試みがなされつつあると言える。しかしながら、身体疾患を抱える患者の苦しみはうつ病の問題に限ったことではなく、その対応もセラピーだけでは不十分と言える。病を抱えることに纏わる様々な体験に注目し、日常生活における心理学的理解に基づいたケアが求められている（Goodheart & Lansing, 1996）。

このように、近年では身体的疾患を抱える患者に対する身体と精神の両面からの統合的関わりが重要視されつつあるが、報告されている試みの大半は、医療従事者側がどのように関わるべきか、何をできるかに研究の比重があり、身体的な病の病者自身が病をどのように体験しているかの視点に立った、大規模な調査研究は皆無である。病体験の個別性や多様性を理解していく身体的病に対する心理臨床的アプローチの重要性を考えるうえで、身体的病の患者からみた病に関する性別や年代における一般傾向を明らかにしておくことは意味あることと思われる。

目的

本研究は、身体疾患と心理の問題に関して、病の体験、病の意味に焦点を当て今後の心理臨床のあり方を考えるための基礎データとして、一般成人が自ら経験した身体的病をどのように捉えているかを、特に年代や性別での違いに注目して、その一般傾向を明らかにすることを目的とした。

方法

調査方法と調査協力者 調査会社登録モニターを対象とした Web 調査を実施した。調査会社は、様々な属性データを登録した 20 代から 70 代までの日本全国の調査モニターをもっており、調査の開始に伴い、該当する登録モニターにモニター募集の案内と回答 Web の URL を一斉配信し、登録者のみ閲覧可能となっている。調査モニターは URL を開き、調査回答に関する条件や調査会社からのポイント還元条件等についての説明を読み、それに同意した者が任意で回答する手続きとなっている。なお、本調査では、調査項目や回答形式など Web 上での表示形式やスタイル設定などを調査会社に指示し、数回のやり取りをもとに試験運用に問題がないことを確認して本調査の実施を行った。調査会社はデータが集まった時点でその素データをエクセルファイルで研究チームに送付するが、回答者の氏名や電話番号、住所といった個人情報については保護されたデータのみを送付する契約となっており、研究者チームには研究に直接関係し、調査モニターに同意が得られているデータ以外の個人情報は入手できないことになっている。調査データの送付に対して、調査会社に対して契約に基づいた料金を支払った。以上のように、倫理的な問題には十分な配慮がなされたうえで、Web 調査を実施した。

調査対象者は 20 代から 60 代までとし、サンプル数目安を 1000 として 2009 年 12 月に調査を実施した。回答依頼メールを該当年齢層の登録モニター全員に配信後、HP 上で回答を受け付けた 2 日間のうち、年代×性別（20 代・30 代・40 代・50 代・60 代×男性・女性）の 10 カテゴリーが均一に配置されるよう割り当て法にて募集を行い、最終的に 1088 名（男性 544 名、女性 544 名）を調査協力者とした。各年代の人数内

訳は、男性は20代110名、30代107名、40代109名、50代109名、60代109名であり、女性は、20代110名、30代109名、40代106名、50代108名、60代111名であった。

調査内容 Web調査では、以下の内容についてそれぞれ回答をさせた。まず、性別や年齢、結婚有無、居住形態などのフェースシート項目に回答をさせたうえで、病という言葉についてSD法によるイメージ評定を行わせた。そして、Table 1 (17の病系、113個の疾患)に示したリストのなかから現在までに経験した身体的病について複数選択を行わせ、更にその中から「現在の生活への影響度が高い病」を最低1つ以上、3つ以内で影響度順に選択させた。なお、本研究では身体的病体験を「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」と定義し、治療継続中・完治体験まで全てを含むこととした(事故・スポー

ツ障害・精神疾患は含まず)。

選択された病ごとに、以下に示した複数の質的・量的尺度に回答させた。

①現在までの症状の持続有無：「その病気の症状は現在も続いていますか」に対して、はい・いいえの2択で回答させた。

②現在の治療有無：「その病気で現在も治療を受けていますか」に対して、はい・いいえの2択で回答させた。

③現在の生活への影響度：「ご自身に対してその病体験の現在の生活への影響度を0～100で評定して下さい。100%を最大の影響度とします」に対して、0～100の数値を記述させた。

④病体験の開始時期：「その病体験はどのくらい前に始まりましたか」に対して、「1週間以上～1ヶ月未満前」、「1ヶ月以上～3ヶ月未満前」、「3ヶ月以上～6ヶ月未満前」、「6ヶ月以上～1年未満前」、「1年以上～2年未満前」、「2年以上～5年未満前」、「5年以上～10年未満

Table 1 選択された病系と病の種類

<input type="checkbox"/> 呼吸器系の病 (気管支喘息、肺炎、気管支炎、気胸、肺結核、その他)
<input type="checkbox"/> 循環器系の病 (高血圧、低血圧、虚血性心疾患 (狭心症・心筋梗塞)、心筋梗塞、心不全、心臓弁膜症、その他)
<input type="checkbox"/> 消化器系の病 (胃・十二指腸潰瘍、胃・大腸・胆嚢のポリープ、ひどい下痢や便秘、慢性胃炎、逆流性食道炎、潰瘍性大腸炎、肝臓病 (慢性肝炎など)、膵臓病 (慢性膵炎など)、胆石症、痔核、その他)
<input type="checkbox"/> 眼科系の病 (白内障、緑内障、眼精疲労、ドライアイ、視力障害 (近視・遠視・乱視など)、その他)
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科系の病 (中耳炎、聴覚障害 (難聴・耳鳴りなど)、アレルギー性鼻炎、副鼻腔炎、メニエール病、扁桃腺炎、その他)
<input type="checkbox"/> 歯科・口腔外科系の病 (虫歯、歯周病、顎関節症、舌通症、味覚異常症、その他)
<input type="checkbox"/> 皮膚科系の病 (じんましん、アトピー性皮膚炎、ヘルペス、円形脱毛症、みずむし、ニキビ・吹出物、その他)
<input type="checkbox"/> 整形外科系の病 (腰痛症、肩関節症候群、骨粗鬆症、その他)
<input type="checkbox"/> 産婦人科系の病 (月経異常、更年期障害、子宮筋腫、子宮内膜症、乳腺症、その他)
<input type="checkbox"/> 泌尿器科系の病 (腎臓病、前立腺肥大症、膀胱炎、尿路結石、夜尿症、頻尿、その他)
<input type="checkbox"/> 脳外科系の病 (脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血、その他)
<input type="checkbox"/> 神経・筋肉系の病 (頭痛・偏頭痛、自律神経失調症、めまい、しびれ感・麻痺、癲癇、慢性疼痛、その他)
<input type="checkbox"/> 内分泌・代謝系の病 (甲状腺機能亢進症、糖尿病、肥満症、メタボリック症候群、高脂血症、痛風、その他)
<input type="checkbox"/> 血液系の病 (貧血、血小板減少症、その他)
<input type="checkbox"/> 免疫系の病 (関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、その他)
<input type="checkbox"/> 感染症による病 (インフルエンザ、はしか (麻疹)、おたふく風邪、風疹、エイズ、HIV、性感染症、ノロウイルス、その他)
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍に関する病 (肺癌、乳癌、胃癌、大腸癌、肝癌、前立腺癌、子宮癌、その他の癌、脳腫瘍、白血病、悪性リンパ腫、骨肉腫、その他)

前、「10年以上前」の8件法で回答させた。

⑤治療期間：「その病体験についての治療期間（通院、投薬、入院、手術などその病の治療または経過観察に要したおおよその期間）について当てはまるものを選択して下さい」に対して、「1週間以上～1ヶ月未満」、「1ヶ月以上～3ヶ月未満」、「3ヶ月以上～6ヶ月未満」、「6ヶ月以上～1年未満」、「1年以上～2年未満」、「2年以上～5年未満」、「5年以上～10年未満」、「10年以上」の8件法で回答させた。

⑥普段の生活における病の意識程度：「あなたは、日常生活を送る中で普段どれくらいこの病のことを意識していますか」に対して、「全く意識していない」「ときどき意識している」「しばしば意識している」「いつも意識している」の4件法で回答させた。

その後で、⑦病体験によるその後の生活や生き方の変化、⑧その病体験が今現在の生き方に与えた影響度、⑨その病体験が未来に与えると思われる影響度、⑩選択した病体験についてのイメージ評定、であった。病という言葉、及び⑩の自らが選択した病体験についてのイメージ

評定は20組の形容詞対によるSD評定をその都度行わせた。なお、本研究では、Web調査を用いて病体験について尋ねた場合の実態を明らかにすることに主眼をおいており、⑦以降の調査内容とSD評定については紙面の都合もあるため本論文では割愛した。

結果および考察

1. 調査対象者の属性と疾病選択の内容と傾向について

調査対象者の属性は、配偶者有りが675名(62.0%)、配偶者無しが413名(38.0%)、家族と同居が905名(83.2%)、親戚・友人と同居が16名(1.5%)、1人住まいが167名(15.3%)であった。配偶者有無に関して偏りは少なく、生活形態については大半が家族と同居であった。年収は300万未満が161%、300～500万未満25%、500～700万未満16.6%、700～900万未満12.1%、900万以上15.9%、無回答14.4%であった。平成22年度の民間給与実態統計調査では、日本人の平均年収について300万円未

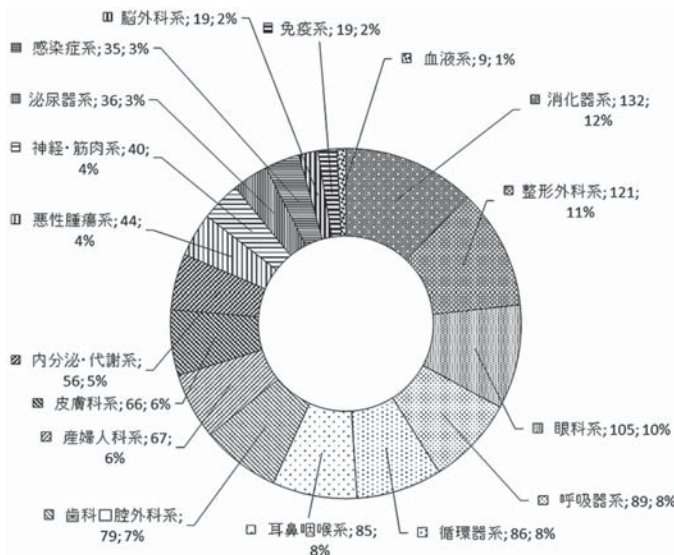


Figure 1 各病系選択の割合と選択度数

満が40.5%、300～500万が32.4%、500～700万が15.1%、700～900万が5.4%と報告されており、本調査の対象者の生活水準は日本の平均よりはやや高い層であると言えるであろう。

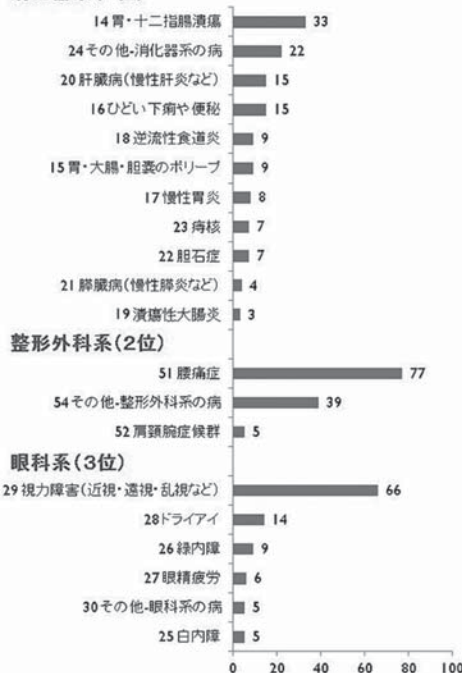
本研究では、対象者全員が回答した最も影響度の高い身体的病選択について扱うこととし、17の身体的病系について選択の割合を算出した (Figure 1)。その結果、消化器系12%、整形外科系11%、眼科系10%、呼吸器系8%、循環器系8%、耳鼻咽喉系8%、歯科口腔外科系7%、産婦人科系6%、皮膚科系6%、内分泌・代謝系5%、悪性腫瘍系4%、神経・筋肉系4%、泌尿器系3%、感染症系3%、脳外科系2%、免疫系2%、血液系1%であった。

病系のなかで選択率の高かった上位6位の病系について、選択された疾患度数を Figure 2 に示した。各系では胃・十二指腸潰瘍、腰痛とヘルニア、視力障害、気管支喘息、高血圧の選択率が顕著であった。なお、症状の持続者

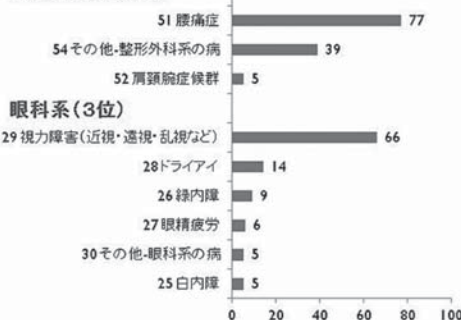
57.7%、治療継続者40.1%、病体験時期2年以上前が70%以上、治療期間2年以上が40%以上であった。消化器系や耳鼻咽喉系は様々な疾患が満遍なく選択されていたが、整形外科系や眼科系では腰痛や視力障害が顕著に高く、呼吸器系や循環器系でも気管支喘息と高血圧が圧倒的に選択される率が高かった。本調査で選択された疾患は腰痛や視力障害、気管支喘息、アレルギー性鼻炎など日常生活の行動面に支障をきたしやすい疾患が多く選択された傾向にあると言える。厚生労働省の報告している推計外来患者数のデータをみると平成23年度は、消化器系疾患が約130万人で第一位であり、次いで筋骨格系、循環器系、内分泌代謝疾患となっている。本調査では、概ね外来患者数の推移と類似した傾向であるが、眼科系が第3位と高い選択頻度であり、受診に繋がらない病体験として重要なものと考えられる。

症状の持続有無については、現在症状が持続

消化器系(1位)



整形外科系(2位)



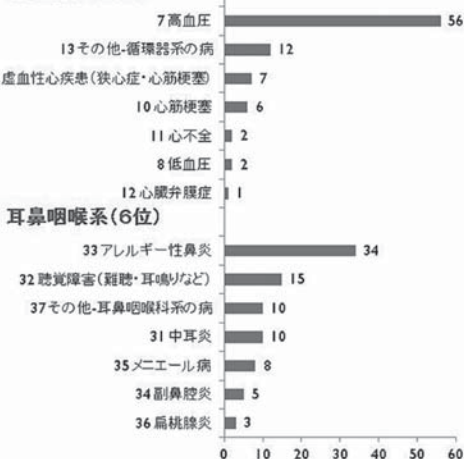
眼科系(3位)



呼吸器系(4位)



循環器系(5位)



耳鼻咽喉系(6位)

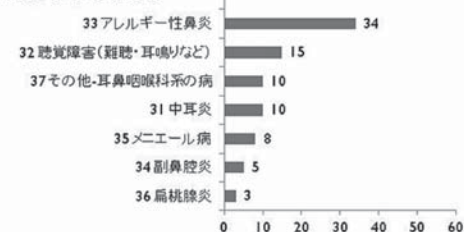


Figure 2 選択率上位6位の疾患内訳

中の者が57.7%、治療継続有無については現在治療継続中の者が40.1%であった。病体験の開始時期については、1カ月未満が3%、1～3カ月が3%、3～6カ月が3%、6カ月～1年が4%、1～2年が8%、2～5年が16%、5～10年が18%、10年以上が45%であった。回答者の70%以上が2年以上前に経験した疾患体験について回答をしていたことが明らかとなった。また、治療期間については1週間～1カ月が23%、1カ月～3カ月が14%、3～6カ月が7%、6カ月～1年が7%、1～2年が9%、2～5年が13%、5～10年が11%、10年以上が18%であった。すなわち、2年以上の治療期間の者が42%、3ヶ月以下が30%であり、治療に要する期間については短いものと比較的長いものとで二極化していた。

性別および年代における相違と選択の特徴

病選択の性差を検討するために産婦人科系を除いた病系ごとに性別×選択有無の χ^2 検定を行った (Figure 3)。その結果、有意差が認められた病系で、循環器系 ($\chi^2=4.09, p<.05$)、消化器系 ($\chi^2=9.96, p<.01$)、泌尿器系 ($\chi^2=4.13, p<.05$) については男性の選択度数

が有意に高く、免疫系 ($\chi^2=9.05, p<.05$)、悪性腫瘍系 ($\chi^2=13.64, p<.01$) については女性の選択度数が高いことが明らかとなった。それ以外の疾患については、産婦人科系を除いて、特に性別による選択の違いはないことが明らかとなった。なお、統計的解析は行っていないが、性差の認められた疾患についての年代差について示した Figure 4 をみると、循環器系や消化器系の病は40代を契機に男性が増加していること、免疫系や悪性腫瘍系は年代での違いよりもどの年代でも女性の方が高い選択率であることが示唆された。

次に、年代による選択傾向の違いを検討するために病系ごとで年代×選択有無の χ^2 検定およびCramerの連関係数 (V) を算出した結果を Figure 5、6 に示した。統計的有意差が認められた病系で、年代があがるにつれ選択度数が減少していたのは呼吸器系 ($\chi^2=14.08, V=0.114, p<.01$)、皮膚科系 ($\chi^2=22.03, V=0.142, p<.01$)、神経・筋肉系 ($\chi^2=20.98, V=0.139, p<.01$)、感染症系 ($\chi^2=17.24, V=0.126, p<.01$) であった。一方、年代上昇に伴い選択度数が増加していたのは循環器系 ($\chi^2=46.91, V=0.20, p<.01$)、整形外

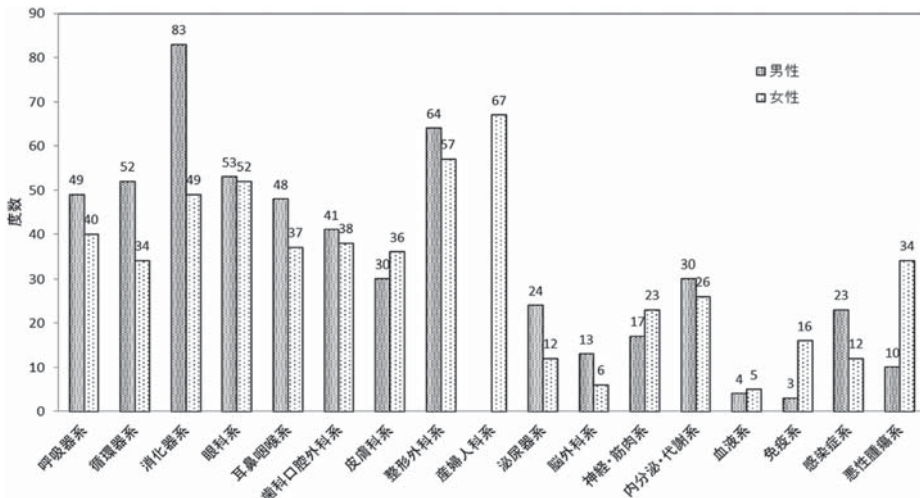


Figure 3 病選択による性差

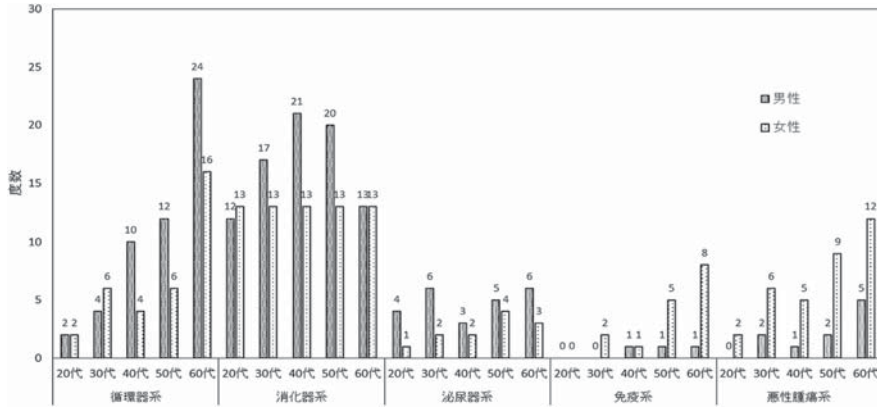


Figure 4 性差が認められた疾患系における年代別の選択頻度

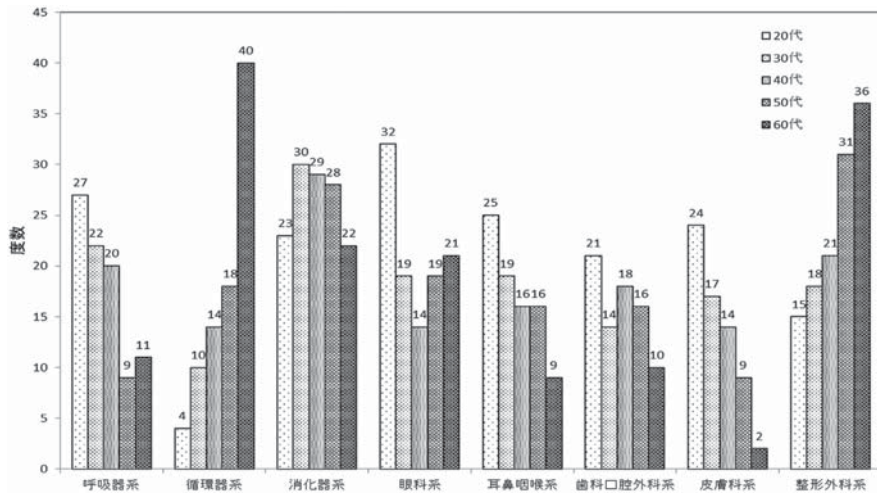


Figure 5 年代による病選択の違い (1)

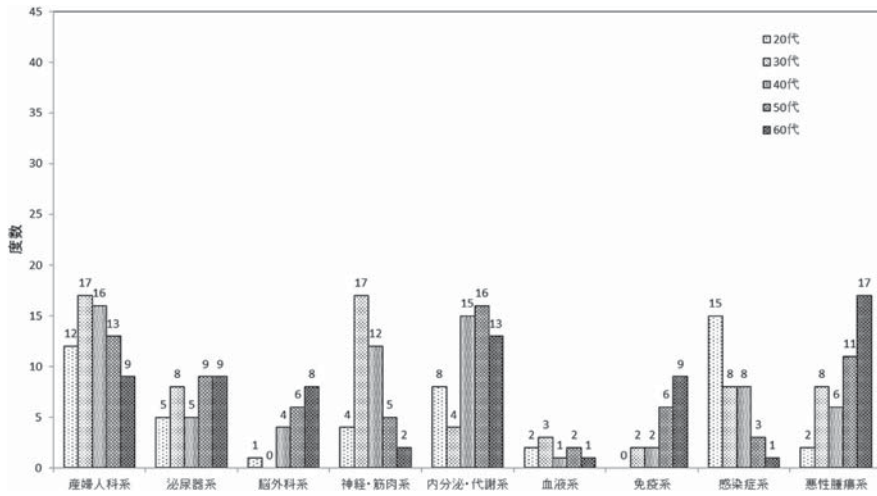


Figure 6 年代による病選択の違い (2)

科系 ($\chi^2=14.53$, $V=0.116$, $p<.01$)、脳外科系 ($\chi^2=11.88$, $V=0.105$, $p<.05$)、内分泌・代謝系 ($\chi^2=9.77$, $V=0.095$, $p<.05$)、免疫系 ($\chi^2=13.95$, $V=0.113$, $p<.01$)、悪性腫瘍系 ($\chi^2=14.78$, $V=0.117$, $p<.01$) であった。年齢上昇と対応して選択割合が増加する病と、逆に減少する病に二分されることが明らかとなった。厚生労働省が報告している疾病分類の推計入院患者および推計外来患者に関する統計データでは、65歳以上での患者数がいずれの疾患においても高くなっており、年代の35歳以上を区切りに患者数が急激に増加する傾向にある。本調査データでは、既に治療が済んでいる者も含めているが年代上昇に伴い選択度数が低下している病系も認められ、後に結果を示す病の影響度も含めて、治療有無に関わらず病体験の個別性や多様性が推察された。

病体験が現在の生活に与えている影響度について最大を100として回答させたデータについて、記述統計量を算出したところ、平均値は49.32、中央値は50.00、標準偏差は31.76であった。便宜的に影響度の分布が30%未満を影響度低群、30～70%未満を影響度中群、70%以上を影響度高群として3群に分類し、各病系における3群

の割合を算出した (Figure 7)。疾患別でみた場合に、影響度を高く評定した者が多い病系は眼科系、皮膚科系、脳外科系、神経・筋肉系、内分泌・代謝系、悪性腫瘍系であった。影響度を低く表値した者が多い病系は、歯科口腔外科系、感染症系であり、それ以外の病系では影響度は様々である傾向が見て取ることができた。

最後に、各病系における現在の生活に与える影響度の評定度数を選択頻度の高い疾患順の7つの病系について Figure 8～Figure14 に示した。消化器系や整形外科系は影響が少ないものと50以上と回答している者にと二分している傾向が認められた。眼科系は50以上の回答者が多く、外的世界を見ることへの不便さが日常生活への支障として高く評価されたと思われる。呼吸器系は比較的影響度が低い者と50以上に二分している傾向が認められた。循環器系や耳鼻咽喉系は50と影響度を評定したものが最も多かった。その他の病系において影響度が低いものから高いものまで分散している傾向が認められた。全体として生活への影響度として50を選択する者の度数が高い病系が多く、性差は影響度の回答には反映されていないようであった。

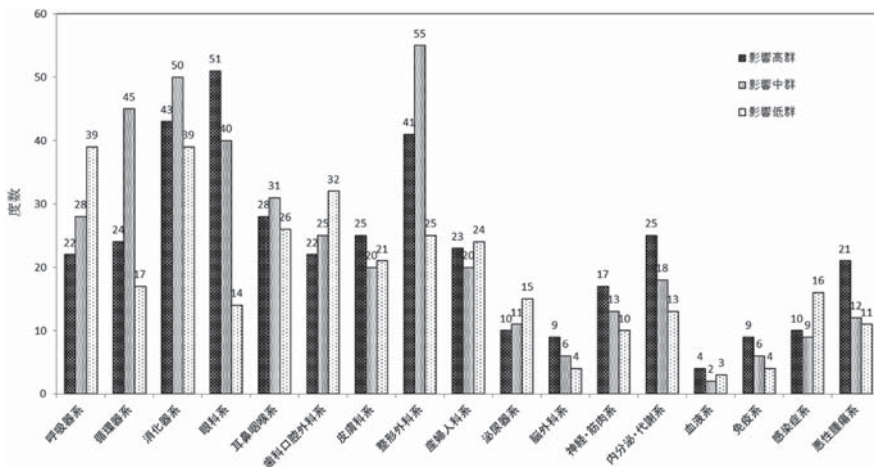


Figure 7 各病系における病体験における影響度の違い

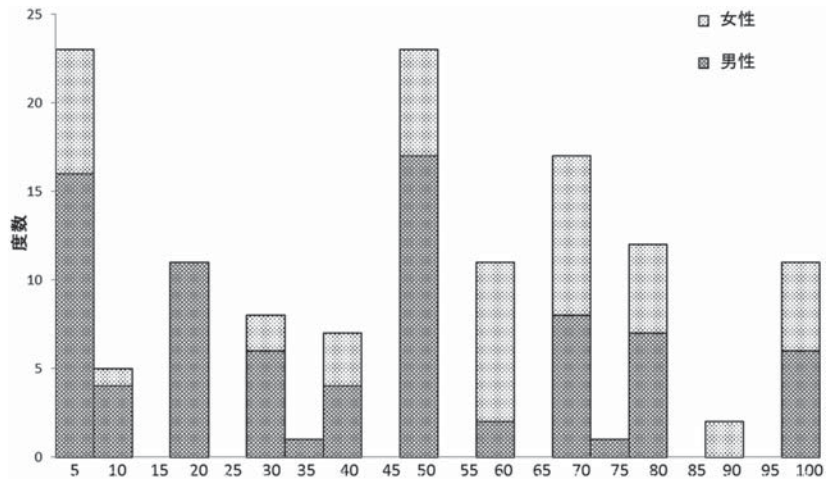


Figure 8 消化器系における現在の生活への影響度

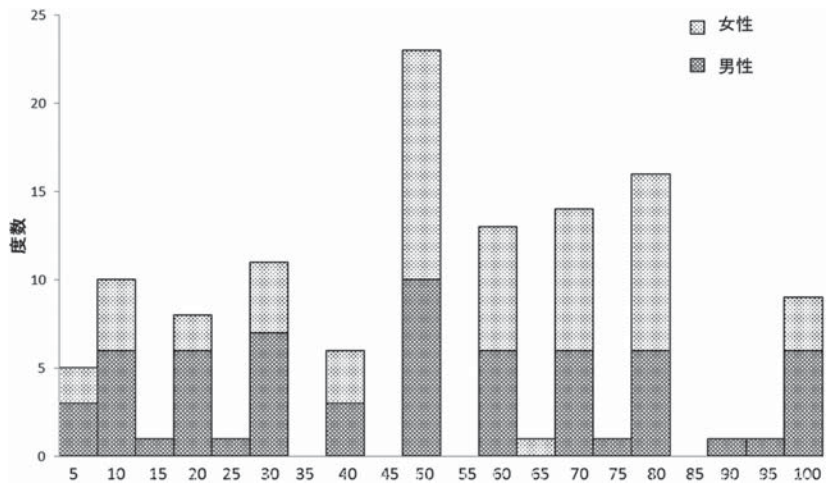


Figure 9 整形外科系における現在の生活への影響度

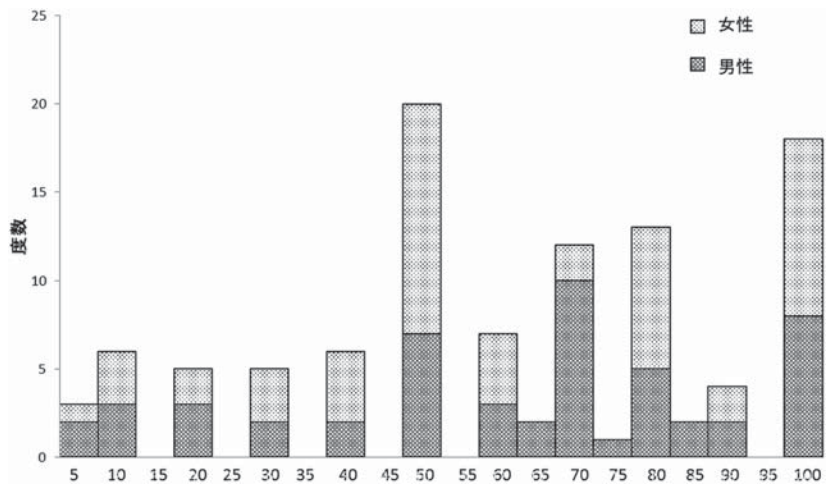


Figure 10 眼科系における現在の生活への影響度

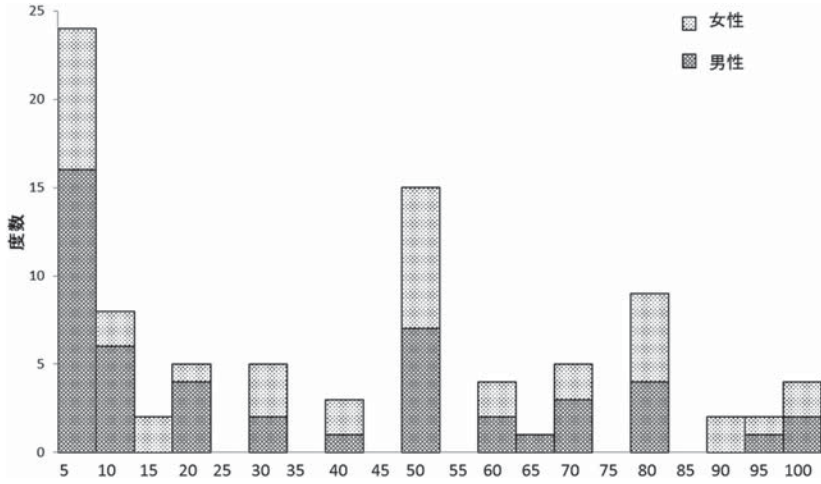


Figure 11 呼吸器系における現在の生活への影響度

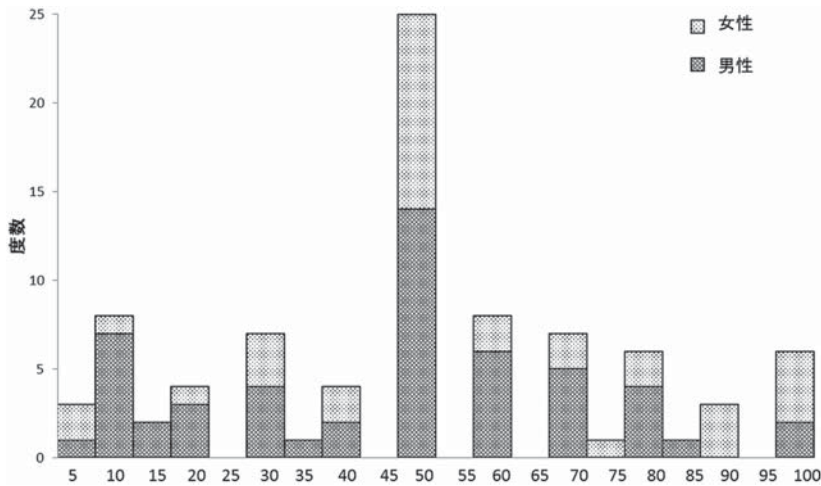


Figure 12 循環器系における現在の生活への影響度

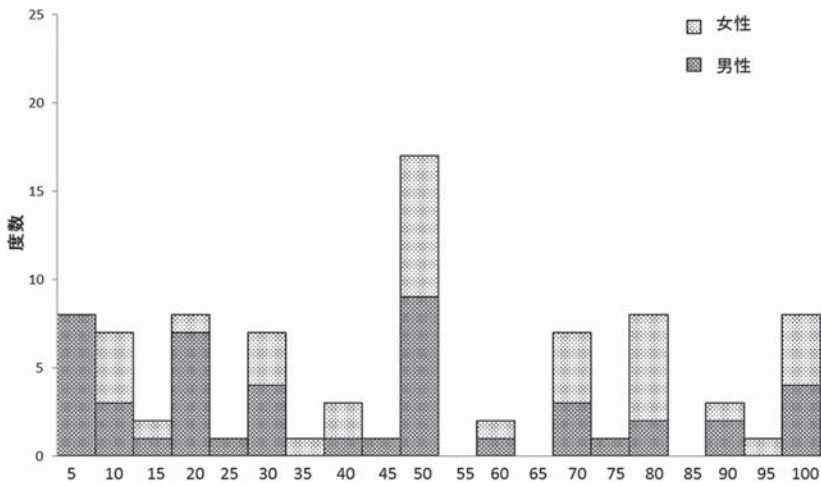


Figure 13 耳鼻咽喉系における現在の生活への影響度

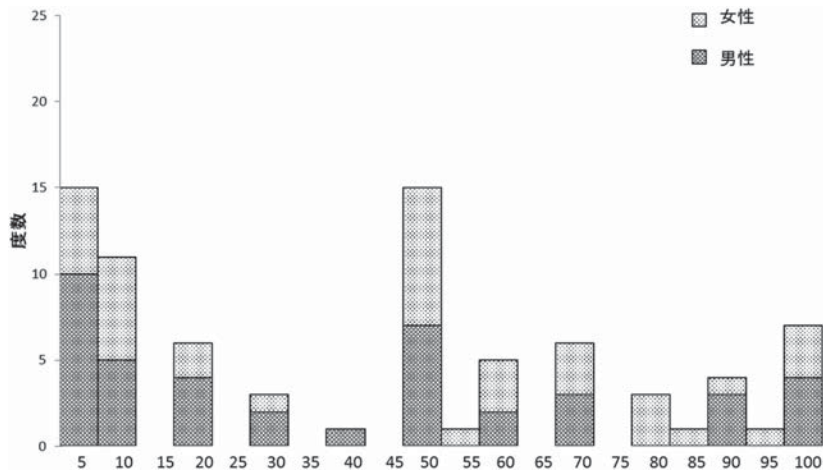


Figure 14 歯科・口腔外科系における現在の生活への影響度

以上のことから、本調査では治療有無に関わらず病体験を選択させた場合に、実生活に支障をきたす病体験が多く選択される傾向にあることが明らかとなった。その選択頻度は厚生労働省の推計外来患者数と類似していたが、眼科系の選択頻度が高い順位にあるなど、特異的な結果も認められた。また、幾つかの病系に性差と年代差が認められ、年代増加に伴い選択度数が低下している病体験も複数存在していたことから、外来受診や入院といった医療機関へのコミットの増加と病体験としての認識は必ずしも一致するわけではないと言える。

また、病体験には治療が終結していたり、受診や通院をしていない場合で継続的に個々人の内面に年代や性別によって大きな影響を与えていることが示唆され、日常生活に対する影響度は相当個性が高いことが明らかとなった。医療では、治療に来ている患者とその疾患そのものを治療対象とし、その焦点は疾患の対象となる身体そのものに充てられている。本調査では、治療が終結していたり、受診をしていない場合でも個々の「病の体験」が存在し、既に報告した駿地他 (2013) の報告からも明らかのように、病に対する生活や生き方の変化は多様で

あると言える。すなわち、病の体験に焦点を充てた心理臨床的アプローチが持つ意義は、医療における症状を軽減させたり、治療終結の視点だけではなく、病を体験することに伴う個性や多様性に注目しながら、個々人の病の体験そのものについて心理社会的なケアをしていくことにあると言えるであろう。今後は、病体験における個性や体験に伴う内的な意味やその体験プロセスについての質的検討が必要になると言える。

引用文献

- 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター (2014). 国立高度専門医療研究センター共同研究. メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクト. 2014年2月18日 <http://mhcn.jp/page01_02.html> (2014年10月10日)
- Engel, G.E. (1977). The need for new medical model : A challenge for biomedicine. *Science*, 196,129-137.
- Frank, A.W. (1995). *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago : University of Chicago Press. (鈴木智之 (訳) (2002). 傷ついた物語の語り手: 身体・病い・倫理. ゆみる出版.)
- Goodheart, C.D. & Lansing, M.H. (1996). *Treating people with chronic disease : a psychological guide*. Washington, DC: American

- Psychological Association.
- 池見西次郎 (1982). 心身医学、行動医学、生命倫理：私の歩みをめぐって 心身医学,22,381-388.
- 市川 浩 (1992). 精神としての身体. 講談社.
- 伊藤良子・大山泰宏・角野善宏 (2009). 心理臨床関係における身体 (京大心理臨床シリーズ). 創元社.
- 岸本寛史 (2000). がん患者の「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.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives : suffering, healing, and the human condition*. New York : Basic Books. (江口重幸・五木田紳・上野豪志 (訳) (1996). 病の語り：慢性の病をめぐる臨床人類学. 誠信書房.)
- 中井吉英・福永幹彦・竹林直紀 (2004). 全人的医療における身の意義 日本心療内科学会誌, 8, 95-98.
- 中井吉英・福永幹彦・竹林直紀・所 明宏 (2001). 心身医学の医療モデルの視点 より 心療内科学会誌,5,149-153.
- 中井吉英・福永幹彦・橋爪誠・竹林直紀・町田英世・山本玉雄 (2005). 関西医科大学心療内科より：全人的医療学の臨床・教育・研究を通して 心身医学,45, 289-296.
- 中野裕子 (2005). 糖尿病者の語り —研究と臨床の接点— 臨床心理学,5,192-196.
- 成田善弘 (1999). 精神療法の技法論. 金剛出版.
- 成田善弘 (2003). セラピストのための面接技法：精神療法の基礎と応用.
- 成田善弘 (2005). 治療関係と面接：他者と出会うということ. 金剛出版.
- 世界精神保健連盟 (2010). 精神保健と慢性身体疾患：継続的・統合的ケアの必要性について . 2010年10月10日
<<http://wfmh.com/wpcontent/uploads/2014/02/WMHJapanese2010.pdf>> (2014年11月10日)
- 駿地真由美・馬場天信・深尾篤嗣・濱野清志・金山由美・村川治彦 (2014). 病の体験による生活・生き方の変化に関する基礎的研究. 京都文教大学臨床心理学部研究報告,6,117-128.

付記：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

Survey Study of the “Experience of Illness” in the General Adult Population: Examining Differences in Age and Gender Characteristics

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

Recently in the field of medical anthropology and psychosomatic medicine, the importance of the integration of physical and spiritual approaches to patients with physical ailments. In this study we focused on how patients experience illness, and explored general tendencies of experience, in order to shed light on the importance of a clinical psychological approach seeking to understand the individuality and diversity of illness experience. 1088 (544 male and 544 female) general adults in their 20's to 60's participated in a web-based survey. In it participants selected physical ailments that they have experienced, and rated the degree to which they affected their lives, as well as the period and duration of treatment.

Analysis revealed that among 17 different types of physical ailments, the proportion of ailments selected as those one experienced were similar to in breakdown to the statistics of outpatient proportions published by the Ministry of Health, Labour and Welfare, with the exception of ophthalmological ailments which were reported in higher frequencies in the present survey. 57% of participants still suffered symptoms, 40% still continued treatment, and 40% reported duration of treatment to be 2 or more years. Analysis also revealed diversity in ailment choice among age and gender, as well as individual differences regardless of whether one underwent treatment or not. Furthermore, the degree of influence of illness experience to ones daily life was found to be individually diverse regardless of the type of physical ailment suffered.

We concluded that ailment experience had great impact on one's inner life, regardless of ones treatment or outpatient status. Further research is needed to explore the qualitative aspects of individual differences regarding how physical ailments are experiences and its process.

Key words : Experience of Illness, Difference in Age, Difference in Gender Characteristic