

〔原 著〕

結核患者の発症時の心理に関する研究

— 病気に対する認識と発症時の思いについて —

A study on the psychology of people who discover they have tuberculosis
— their awareness about the disease and their feelings when they contract it —

山路 由実子 田口 修 櫻井 しのぶ

【要 約】本研究の目的は、結核を発症した患者が「発症時に抱く結核という病気に対する認識」と「発症時の思い」について明らかにすることである。

対象者は、A県B保健所の協力を得て同意の得られた12名の結核患者とし、インタビューの逐語録及びフィールドノートを基にGrounded Theory Approachにおける継続比較分析法を参考として質的・帰納的分析を行った。

結果は、【発症に対する驚きと疑問】 【結核という病気に対しての相反する認識】 【孤立と疎外への不安】の3つのカテゴリーに分析された。

対象者は、発症時に結核という病気に対して複数のイメージを抱き、病気認識が統一されたものでないことが明らかとなった。

また、対象者は結核を発症した事実に対して驚きと疑問を抱き、困惑しながらも、発症した事実を受けとめようとしていた。

【キーワード】 疑問、悲劇的、不安、孤立、疎外

I. 緒 言

1940年から1950年にかけて、我が国の死因の第1位は「結核」であり、当時「結核」は「国民病」「亡国病」と呼ばれ人々にとっては脅威であった。しかし、生活水準の向上や抗結核剤が開発されたことにより、1951年頃より死亡者数が減少し始めた。そして、1955年には死因の第1位は脳血管疾患となり、結核死亡は第5位となった。その後も減少を続け、2007年の統計では、新登録者数25,311人、罹患率（人口10万対）19.8、死亡者数2,188人、死亡率（人口10万対）1.7、死因の第27位である^{1)~5)}。

しかし、結核死亡が順調に減少をしている一方で、その罹患率は1995年頃より減少率が鈍化し、1997年には新規登録患者数が38年ぶりに、罹患率が43年ぶりに増加した⁶⁾⁷⁾。そのため1999年に厚生省（現厚生労働省）は「結核緊急事態宣言」を発令し、医療関係者や住民の結核に対する関心を高めるよう図るとともに、

各関係機関には発生時の対応の強化と集団感染予防対策の強化を行うよう周知を行った⁵⁾⁸⁾⁹⁾。

また、近年においては①新登録患者の48%が70歳以上の高齢者であるが、20~30歳代では4,200人が発症している②受診の遅れと診断の遅れを加えた「発見の遅れ」は依然大きく、3ヶ月以上の遅れが全年齢で18.5%である③罹患率の地域格差は依然大きく、長野県の10.3に対し、大阪府52.9、東京都29.3と大都市に集中する傾向が続いている④世界の中では西欧諸国より3~5倍高く、中蔓延国である¹⁰⁾などが課題とされている。

このように、今なお「結核」が国内における最大の感染症であるにもかかわらず、人々からは「過去の病気」であると意識されており、そのことが結核に罹患した結核患者・家族に「偏見」や「知識不足」による不安と苦悩を及ぼしていると言える¹¹⁾。

一方、結核対策は「結核緊急事態宣言」後に実施

された「結核緊急実態調査」の結果に基づき、2002年厚生科学審議会の答申を経て、2004年4月「結核予防法」が50年ぶりに改正された。本改正では①結核の予防・早期発見のための対策の強化②DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course;直接監視下短期化学療法) 対策の推進③国・地方公共団体及び国民の責務④結核対策にかかる計画の策定⑤結核診査協議会の見直しの5点が行われた。さらに2007年4月には「結核予防法」は廃止され「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 (新感染症法)」に統合された。これは①生物テロへの対応②人権への考慮③病原体の管理体制の整備が結核においても他の感染症と同様に必要であるとの認識によるものである^{9)12)~14)}。

このように「結核」に関する法改正により医療・菌管理・行政体制の強化が図られた。しかし、法的整備が先走り、管理体制のみが確立され、結核を病み社会的汚名や偏見に苦しむ結核患者の思いが置き去りにされてしまうのではないかと懸念する¹⁵⁾。

これまで、結核対策は病気の撲滅を目標に「予防」「管理」を中心にその対策が講じられてきた。そのため、結核に関する先行研究では、疫学的調査研究・医療的症例研究・政策的研究がその主であった。結核看護における研究においては服薬支援にかかる研究が近年は主流であり、アンケート調査を手法に用いた治療中断にかかる要因分析を行っている。国内においては、本研究に類似する「結核患者の心理」に焦点をあてた研究は、結核病棟入院中の患者を対象としたストレス・不安に関する研究^{16)~20)}と、DOTS対策にかかる研究^{21)~25)}が数例存在するのみである。

法改正に伴い、感染症管理体制が新たに構築されていく中、患者の思考や感情が置き去りにされ、法改正の重点課題であった人権の尊重が真の意味では実現せず、法律は外枠だけのものになってしまうことが予測され、結核患者の思いを探求していくことが、人権を尊重した看護支援につながると考える。

そこで、本調査では結核を発症した患者が発症時にこれまでの知識や体験から結核という病気をどのように理解したのかという「発症時に抱く結核という病気に対する認識」と、発症時の心の状態である「発症時の思い」について明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象者

本研究はA県B保健所の協力を得て、2006年12月31日現在、A県B保健所に登録されている結核患者180名のうち、2004年4月1日以降に登録された非定型抗酸菌症患者・初感染結核患者・転症患者と死亡患者を除く、約100名の結核患者であり、2007年10月までに治療の終了が確認された患者で本研究への協力同意の得られた者とした。

また、結核患者は通常診断より10から16ヶ月の内服期間を得て、治療終了に至るが、A県は全国でも比較的治療期間が長く平均11.76ヶ月とされている²⁶⁾。また、保健所における治療終了後の結核経過観察期間がおおむね3年であること、本研究が患者の記憶に基づく語りをデータとすることより、記憶のあいまいさの影響を最小限にする観点から2004年4月1日以降に登録された結核患者を対象とした。

2. 調査方法

本研究への協力依頼は、結核治療終了者の行政的管理責任を担う保健所にすることとした。治療終了者を対象としたのは、調査内容が結核治療に影響を及ぼすことがないように配慮したためである。また、A県B保健所は、近年の結核統計上においてA県の平均と比較して著しい偏りがないことより調査対象地域として妥当であると判断し、書面と口頭にて協力を依頼した。

A県B保健所では、結核業務担当保健師を通して研究の主旨について口頭で説明し、同意の得られた対象者の紹介を依頼した。A県B保健所より紹介のあった対象者に対して、後日研究者が電話連絡をし、面接日時・場所の調整を行った。対象者には面接時に研究者より研究目的・方法・倫理的配慮について書面と口頭にて説明を行い、研究同意書に同意の得られた対象者に半構成面接を行った。対象者の了解のもとインタビューの内容を録音するとともに、面接中に患者の表情や動作をフィールドノートに記載した。インタビュー終了後、録音データをもとに逐語録を作成した。フィールドノートの内容はデータ分析の際に必要なに応じて参考とした。インタビューの内容としては、「結核」と診断された時の気持ちに焦点をあて、可能な限り「思考」「感情」「行動や経験」「意見や

価値観」「気持ち」「感覚的な経験」を具体的な言葉で表現してもらえるように「どんな場面であったか」「どんな時に」「どんな言葉で」等の質問を加えるようにした。

また、対象者が高齢である場合には、特に体調への配慮を行うとともに、ホームドクターの有無について、初回電話連絡時に可能な範囲で確認を行い、緊急時に対応できるようにした。インタビューの内容により、結核医療に関する専門的な対応が必要となった場合に備え、結核専門医師との連携をもって対応できるように専門医師に協力依頼を行った。

3. 調査期間

2007年4月1日から2008年1月31日

4. データの分析

インタビューの逐語録及びフィールドノートを基にGrounded Theory Approachにおける継続比較分析法を参考として質的・帰納的分析を行った。本研究手法としてGrounded Theory Approachを用いたのは「プロセスやその構成要素、用いられる戦略が明らかにされていない現象を記述し、分析し、中核にあるものを見極めようとする研究方法である」²⁷⁾とされている理由による。

具体的な手順としては、録音されたテープをもとに、逐語録を作成し、結核療養中発症時に関係すると対象者が述べている、またはデータの内容から発症時の病気認識や思いに関係すると判断のできる内容を単位として区切り、「思考過程と感情」及び「事柄」をコード化した。次にコード間の比較を行い、類似したコードを集約しサブカテゴリー作成を行った。さらにサブカテゴリーの集約によりカテゴリーを作成した。また、サブカテゴリーとカテゴリーについては、それぞれの抽象度の統一性と妥当性に留意しながら基のデータを振り返って修正を行った。

分析における視点は、対象者が医療機関を受診し、「結核を発症していたことがわかった」場面に焦点をあて、発症時に①「患者はどのような感情や思考を経過したのか」②「患者の感情」や「患者の思考」に影響を与えた事柄が何であるのかの2点とした^{28)~31)}。

得られた結果については、分析過程において質的研究・地域看護学・結核医療・公衆衛生の専門家及び結

核看護業務経験者らとの討議を行い、妥当性を確保した。結果をさらにA県B保健所結核担当保健師の助言を得て、一部修正を加えた。

5. 倫理的配慮

研究協力者に対しては、研究の主旨・目的・方法の説明と、個人情報保護の保護、研究目的外使用のないこと、研究協力は自由であること、協力を断っても不利益を被ることがないこと、希望があればいつでも中止が可能なこと、インタビュー中に答えたくないことについては話さなくてもよいことを書面と口頭で説明し、自筆署名の同意書の提出を得た。なお、本研究の研究手法については研究者が当時所属していた大学の倫理委員会の承認を得て調査を実施した。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象者の概要 (表1 対象者概要一覽参照)

研究協力を得られた患者は、12名であった。性別は男性10名、女性2名、平均年齢は72.9歳+8.0歳(SD)、診断医療機関は結核病床を有しない一般病院11名、結核病床を有する専門病院1名であった。診断名は肺結核8名、結核性胸膜炎2名、肺結核及び結核性胸膜炎1名、肺結核及び硬膜外結核性腫瘍1名であり、登録時総合患者分類は肺結核活動性喀痰塗抹陽性4名、肺結核活動性菌陰性その他6名、肺結核活動性その他の菌陽性1名、肺外結核活動性1名で、結核菌陽性者全員が薬剤耐性菌は有しなかった。結核治療歴は、初回治療10名、再治療2名であり、治療医療機関は一般病院5名、専門病院7名であった。

2. 分析結果

分析の結果、発症時における思考や感情として、3つのカテゴリーが抽出された。各カテゴリーは、2つのサブカテゴリーからなる【発症に対する驚きと疑問】、2つのサブカテゴリーからなる【結核という病気に対する相反する認識】、2つのサブカテゴリーからなる【孤立と疎外への不安】であった。表2から表4に示す。

本研究で抽出された3つのカテゴリーについて、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは《 》、コードは< >、データは「 」として示しながら、カテゴリーごとにその内容について説明する。

表1 対象者概要一覧

イ 等	性別	面接時 年齢	面接 場所	診断医療 機関	診断名	診断時 症状	保健所 登録年	登録時総合 患者分類	診断時 病型	治療医 療機関	治療歴	治療 状況	内服薬	薬剤 耐性	内服 期間	副作用	合併症
A	女	60歳代	自宅	一般病院	肺結核	発熱	2007年	肺結核活動性 菌陰性その他	bⅡ2	専門 病院	初回 治療	通院	INH,RFP,EB,PZA	なし	9ヶ月 24日	有(肝機 能障害)	なし
B	男	80歳代	自宅	一般病院	肺結核	発熱、体減、 咳、痰、血痰	2005年	肺結核活動性 喀痰塗抹陽性	rⅡ2	専門 病院	初回 治療	入院	INH,SM,EB	なし	11ヶ月 7日	なし	なし
C	男	80歳代	自宅外	一般病院	結核性 胸膜炎	なし	2009年	肺結核活動性 菌陰性その他	lⅢ1p1	一般 病院	初回 治療	入院	INH,RFP,EB	なし	8ヶ月 15日	なし	なし
D	男	70歳代	自宅	一般病院	肺結核	なし	2007年	肺結核活動性 喀痰塗抹陽性	bⅡ2	専門 病院	初回 治療	入院	INH,RFP,EB,PZA	なし	8ヶ月	なし	なし
E	男	80歳代	自宅	一般病院	肺結核	咳、痰	2006年	肺結核活動性 喀痰塗抹陽性	bⅡ2	専門 病院	再治療	入院	INH,RFP,SM,PZA	なし	15ヶ月	なし	糖尿病
F	男	70歳代	自宅	一般病院	肺結核	痰	2008年	肺結核活動性 喀痰塗抹陽性	rⅡ1	専門 病院	再治療	入院	INH,RFP,EB,PZA	なし	5ヶ月 20日	なし	肺 織 維 症
G	男	60歳代	自宅外	一般病院	肺結核	なし	2007年	肺結核活動性 その他菌陽性	rⅢ1	専門 病院	初回 治療	通院	INH,RFP,EB,PZA	なし	6ヶ月	なし	なし
H	男	60歳代	自宅外	専門病院	肺結核・硬膜 外結核性腫瘍	なし	2004年	肺結核活動性 菌陰性その他	bⅢ2	専門 病院	初回 治療	入院	INH,RFP,EB	なし	2年 6ヶ月	視力障 害	なし
I	男	70歳代	自宅	一般病院	結核性 胸膜炎	なし	2007年	肺結核活動性 菌陰性その他	bⅢ1p1	一般 病院	初回 治療	通院	INH,RFP,EB,PZA	なし	6ヶ月	なし	糖尿病
J	男	60歳代	自宅	一般病院	肺結核・結 核性胸膜炎	なし	2007年	肺外結核活動 性	bⅢ2p1	一般 病院	初回 治療	通院	INH,RFP,EB,PZA	なし	8ヶ月	なし	胃切除
K	男	70歳代	自宅	一般病院	肺結核	咳、痰、 発熱	2007年	肺結核活動性 菌陰性その他	bⅢ2	一般 病院	初回 治療	通院	INH,RFP,EB,PZA	なし	5ヶ月	なし	肺気腫
L	女	60歳代	自宅	一般病院	肺結核	なし	2007年	肺結核活動性 菌陰性その他	rⅢ1	一般 病院	初回 治療	通院	INH,RFP,EB	なし	10ヶ月	なし	関節リ ウマチ

・表中「一般病院」は結核病床を有しない病院を示す。
 ・表中「専門病院」は結核病床を有する病院を示す。

なお、データの引用中に文脈を明らかにするために研究者が言葉を補足、省略した場合には（ ）で示す。引用文後の（ ）には発言した対象者を示す記号を付す。

1) 各カテゴリーについての説明

(1) 【発症に対する驚きと疑問】

このカテゴリーは、結核を診断された驚きと疑問。すなわち、自分が結核を発症または再発するということは予想しなかった出来事であり、驚き結核発症を受け入れがたく発症した現実戸惑う気持ちを示す。表2に一覧表を示す。

① 《自分がかかるとは思わなかった病気》

＜結核は自分がかかるとは思わなかった病気＞＜誰でもがかかるとは思わなかった＞＜自分が知識を持っていない病気＞の3つのコードが抽出された。

＜結核は自分がかかるとは思わなかった病気＞では、結核を発症したことに驚いた様子、自分には無縁の病気であると思っていたことを語っていた。＜誰でもがかかるとは思わなかった＞では、結核は昔の病気であり、現在ではかかる人の方が珍しい病気、誰でもがかかるとは思わなかったのに、何故自分がかかったのかという疑問に繋がっていた。＜自分が知識を持っていない病気＞では、自分に無縁の病気と思ってい

たので、何の知識も持っていないこと、これまでの体験や情報から得た知識や認識だけであること、自身の既存の知識認識が正しいかどうか分からないことを語っていた。

② 《発症に対する疑問》

＜発症時期を模索＞＜発症原因を模索＞の2つのコードが抽出された。

＜発症時期を模索＞では、心当たりの自覚症状の有無や発症の時期について振り返るが、心当たりがあっても多くははっきりと自身でもその疑問を解決できないと語った。＜発症原因を模索＞では、《自分がかかるとは思わなかった病気》であった結核を発症したことにより、いつ・どこで・なぜと感染について思いをめぐらし、発症原因を模索していた。

(2) 【結核という病気に対する相反する認識】

このカテゴリーは、結核に関する知識と経験を統合して抱く結核という病気に対する認識を示している。結核に対する認識は、悲劇的な認識と悲劇的でない認識の相反する2つの認識を有していた。表3に一覧表を示す。

① 《結核に対する悲劇的な病気認識》

＜発見されにくい病気＞＜治療しない病気＞＜働けない病気＞＜入院の必要な病気＞＜感染する厄介な

表2 【発症に対する驚きと疑問】

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	データ (一部)
【発症に対する驚きと疑問】	《自分がかかるはずのない病気》	<結核は自分がかかることのない病気>	「ビックリしちゃって、ただもう (A)」「なんで俺はこんな病気になったんかなって思って (C)」「一番ショックな病気やな (D)」「自分がかかる病気だと思っていなかったんですね。まったく結核に関して言うと、受け入れ態勢ができていなかった。それでショックで、かなり気持ちが動揺してました (G)」「それも自分とはまったく無関係の、まったく他人事でしたね (G)」「自分になるとか思わなかったんでね (H)」「嘘みたいさ本当に、結核といわれた折には (K)」「エーツっと思ってさな (K)」「うわーっ結核なんて思っちゃう (L)」
		<誰でもがかかるわけではない>	「皆がする病気と違うでな (G)」「特に結核対応の行動というのはしなかった、まったくしてなかった (G)」「要するに今日び、結核って昔からみたら少ないでしょ。だからそんな病気に自分になったという気持ち (L)」
		<自分が知識を持っていない病気>	「なんの知識もないし (A)」「(自分は病気の知識がないから医師に) 任さなわからんで (D)」「どういう人がなるとかね、どういう生活をしている人がなるとか、あまり知識はなかったですね (G)」
	《発症に対する疑問》	<発症時期を模索>	「自身で治って行って風邪なんだわと思って (A)」「昔あったで、もうとったかもしれやんな (D)」「そうそうおかしいなと思って、自分自身ちょっと経験があるから (F)」「仕事でえらい (疲れる) ということは (J)」「それでもちょっと咳が止まらんしおかしいなと思って (K)」
		<発症原因を模索>	「やっぱり考えてみると不摂生しとった人がなったな (C)」「もう遊んで楽しんでどのにさな。なんでこんなん出たんかなと思たな (C)」「身内にそんな者ないでな、なんでやろ (D)」「そういう疲れもあったのかなというような気もするけど、だからいろいろ重なったわけや。家内が入院したから (F)」「やっぱり暴飲暴食やないけど、酒飲みすぎたり、栄養を取らないやつがなってくるんさ (H)」「入院前に睡眠不足であったので“やっぱり”と思う (H)」「親戚でも結核にかかった者はおらへんし (K)」「何でこんなんになったんやろとか、いろんなことを考えたんやけど、全然理由も、どこでどうなったか、多分空気感染やと思うし (L)」

病気><死ぬこともある怖い病気><偏見のある病名の病気>の7つのコードが抽出された。悲劇的な病気認識は悲劇的でない病気認識に比べると語りが多く、その内容については以下のものであった。
 <発見されにくい病気>では、発症していても診断されないこともあり、たまたま見つかって診断されただけであると語っていた。<治癒しない病気><働けない病気><入院の必要な病気>では、<治癒しない病気>なので<働けない病気>、<治癒しない病気>なので<入院の必要な病気>というように、治癒に時間がかかり、その間働きにもいけないという一連の繋がりをもちて語っていた。<感染する厄介な病気>では、ここで対象者らが厄介というのは、面倒なこと・迷惑なことを意味していた。すなわち「(感染する病気なので) こんな厄介な病気は

ない (D)」と述べている。そこには、昔は感染を防ぐために患者が使用していたものを焼却していたということを見聞きした経験から、発症後の始末も含めて厄介という言葉で語られていた。<死ぬこともある怖い病気>では、自分自身の病状に照らし合わせて考えているのではなく、これまでの自身の体験や書籍の中で認識した結核という病気像が語られていた。「(自分も含めて結核患者は) みんな治らへんのやから (H)」という同一認識を有していた。<偏見のある病名の病気>では、患者のみでなく兄弟親族までもが周囲から、結核患者ではないかと思われてしまう意味が含まれ、「偏見的でいかんと思いますけど (H)」という言葉で語られていた。

② 《結核に対する悲劇的でない病気認識》

<心配する病気でない><治癒する病気><痛みがない病気><命に別状ないので深刻でない病気><癌でなくてよかった>の5つのコードが抽出された。

<心配する病気ではない>では、他の疾患治療の状況と比較して深刻でないとして認識していた。<治癒する病気>では、診断時に現在の結核医療が進歩している状況を知識として得ることによって「今は治癒する病気である (L)」と語っていた。<痛みがない

い病気>では、苦しみや痛みを伴う他の疾患と比較して認識していた。<命に別状ないので深刻でない病気>では、以前、結核は命に関わる疾患であったが、現在では内服により治癒するとされており、現在の医療水準を踏まえた語りであった。<癌でなくてよかった>では、癌と比較して、「癌のような命に関わる病気ではなくてよかった (C) (H)」と語られていた。

表3 【結核という病気に対する相反する認識】

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	データ (一部)
【結核という病気に対する相反する認識】	《結核に対する悲劇的な病気認識》	<発見されにくい病気>	「(毎年健康診断を) 受けに行っとたのにできたもんな (結核を発症した)。そいでかなん (だからかなわない) (D)」 「中には結核菌を出して正常に勤めておる人もおるし、たまたま見つかったから (F)」
		<治癒しない病気>	「もういかんかなと思って (治癒しない) (A)」
		<働けない病気>	「その友達のお父さんも結核の経験があったと、で十分に仕事ができないということもあって (G)」 「入院すると期間が長くなる (G)」 「それこそ5年も10年も寝て、起きて、寝て、起きての病気じゃなくて、体力が弱っていくとか (L)」
		<入院の必要な病気>	「“えらい病気 (入院しなければならない) になったな” と思った (B)」
		<感染する厄介な病気>	「こんなやっかいな病気はない (D)」 「布団もなにもかも全部焼いたんや、山へ持って行って焼いたって聞いたるもんで、これはえらいことやなと思った (D)」 「あそこは結核患者が出たとか、出ないとか、やっぱりそういう話が頭に、耳に入ってきていた時代やから、そういうイメージって強い (L)」
		<死ぬこともある怖い病気>	「子供の頃に“怖い病気や” って思っとったな (C)」 「本なんかを見ると死にますやろ。みんなが治らへんのやから (H)」
	《結核に対する悲劇的でない病気認識》	<偏見のある病名の病気>	「先生にも何回も“名前が気に入くない” って言っていたのだけど (A)」 「今でもありますやん偏見的でいかんと思いますけど (H)」 「やっぱり言葉自体がいい言葉じゃないから、結核なんていうのは (L)」
		<心配する病気でない>	「そうそう、そうやで (手術がないので) 深刻に考えやんだけどな (B)」 「そりゃもう違うなって思たな (C)」 「不安とかは一時的なものであって (L)」
		<治癒する病気>	「この頃はすぐ治るんじゃないかと。昔は3年かかったけど (H)」 「1年間お薬で治していくということを聞いて (L)」
		<痛みがない病気>	「私なんかは痛い、痒い、辛いというのは分からないから、幸せに思わないといけないんだなと思って (L)」
<命に別状ないので深刻でない病気>		「悲壮感と言うか、命に別状ないと思っとるで (H)」 「別に命に別状もないしね (J)」	
<癌でなくてよかった>	「もう癌って言われたらね、(中略) 私が亡くなったときになんにもできない人だしてそれぐらい思いました (A)」 「がんではないって言われたもんで。そやで“まあええやろ” って思ったんや (C)」 「精神的と言うより、癌と違ってから良かったかなと思った (H)」 「私はたまたま癌細胞が出なくて、結核のほうが出た (L)」		

(3) 【孤立と疎外への不安】

このカテゴリーは、感染症である結核に発症したことで家族をはじめ、知人・友人、近所の人などが自分を避けるのではないか、自分は周囲から孤立し1人きりになるのではないかという不安な気持ちと、結核の発症が身内や自身の生活に影響を及ぼすことを恐れ、それらを回避しようとする思いがある。表4に一覧表を示す。

① 《差別される病気》

＜治療中は人に話せない病気＞＜周囲に噂され嫌われる病気＞＜保健所がくる病気＞＜扱いが違う病気＞の4つのコードが抽出された。

＜治療中は人に話せない病気＞では、周囲の反応への予測を含んでおり、＜周囲に噂され嫌われる＞や《周囲の人の存在と影響を意識》に繋がっていた。＜周囲に噂され嫌われる病気＞では、今後における周囲との関係性を考えた語りであった。＜保健所がくる病気＞では、保健所という行政機関と感染症である結核の関係が語られていた。＜扱いが違う病気＞では、結核と診断されたと同時に病院での患者としての扱いが変化したことが語られていた。

② 《周囲の人の存在と影響を意識》

＜周囲から孤立したくない＞＜周囲の人から敬遠されると予測＞＜身内への影響を懸念＞＜生活への影響を懸念＞の4つのコードが抽出された。

＜周囲から孤立したくない＞では、感染症であることが、患者を周囲の人々から遠ざける要因になることを語っていた。＜周囲の人から敬遠されると予測＞では、患者に社会的な不安や苦しみを周囲が与えていることを示す語りであった。＜身内への影響を懸念＞では、自分自身の病気がたとえ家族や周囲に感染していなくても、身内の今後の生活に影響を及ぼすであろうと身内の者を気遣う患者の気持ちが語られていた。＜生活への影響を懸念＞では、結核が治癒したとしても今後の自身の生活に及ぼすであろう影響を懸念していた。

2) カテゴリー間の関連性について

対象者は、結核を発症し診断されると【発症に対する驚きと疑問】と【孤立と疎外への不安】を抱く。【発症に対する驚きと疑問】は、データにおいては「やっぱり考えてみると不摂生しとった人がなった

な(C)」「身内にそんな者ないでな、なんでやろ(D)」と示されるように、結核と診断された直後にこれまでの結核に対する体験から生じている驚きと疑問である。【孤立と疎外への不安】は、対象者は結核が感染症であるが所以に周囲の人々を意識し、自らが周囲の人々から嫌われることを避け、周囲に病気を知らせないという方法で、【孤立と疎外への不安】に対処している姿を示す。また、データにおいては、「(看護師さんの)扱いが違ったから(A)」「むこうも(一般病院)あわてふためいていたんです(E)」「普通の病気やったら、保健所からも人は来ないし(L)」と示されるように、医療関係者や行政の対応が孤立と疎外の不安に影響を及ぼしている。

【結核という病気に対しての相反する認識】は、データにおいては、「布団もなにかも全部焼いたんや、山へ持って行って焼いたって聞いたもんで、これはえらいことやなと思った(D)」「その友達のお父さんも結核の経験があったと、で十分に仕事ができないということもあって(G)」「本なんかを見ると死にますやろ。みんなが治らへんのやから(H)」「そうそう、そうやで(手術がないので)深刻に考えやんだけどな(B)」と示されるように、これまでの結核に関わる情報や体験によって、診断以前にもそれぞれの対象者が持っている。しかし、データにおいては、「それも自分とはまったく無関係の、まったく他人事でしたね(G)」「自分になるとか思わなかったんでね(H)」示されるように、日常生活の中では意識しない状況にあったため、診断時に【発症に対する驚きと疑問】を抱く。診断され改めて結核に対するこれまでの情報や体験を統合し、自分の中で結核という病気を認識する。認識は《結核に対する悲劇的な病気認識》と《結核に対する悲劇的でない病気認識》の相反するものがある。診断時は《結核に対する悲劇的な病気認識》が《結核に対する悲劇的でない病気認識》より多く語られていた。

IV. 考 察

1. 結核に対する病気認識

結核という病気以前に、人間にとって病気とはどのような存在であるのか。得永は³²⁾「“病気”である間、その人は日常生活の営みからおりる」としている。本研究においても、対象者は《結核に対する悲劇的な

表4 【孤立と疎外への不安】

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	データ (一部)
【孤立と疎外への不安】	《差別される病気》	<治療中は人に話せない病気>	「人に言わんようにしているんや。親戚なんかにも言うてない (H)」 「そんな、人に相談できる病気でないって自分で思っとったから、そういう気持ちが強かったから。ただそれだけがよけいしんどかったね (L)」 「“私、結核なのよ” って言えないですよ。言える病気じゃない (L)」
		<周囲に噂され嫌われる病気>	「“めんどう” というのは、やっぱり人からも言われるしな。嫌われるしな。そりゃ人には嫌われるわさ (C)」 「近所みんなそうやわさこれやさ。悪いことを探そうとするで (H)」
		<保健所がくる病気>	「普通の病気やったら、保健所からも人は来ないし、そういう説明もないし、先生と私だけの会話でしょ (L)」
		<扱いが違う病気>	「直ちに出て行ってくださいと言われて転院した (B)」 「刑務所に入るみたいに (中略) 説明もなしでおったわけさ (F)」 「(看護師さんの) 扱いが違ったから “すごい病気なんだ” って (A)」 「むこうも (一般病院) あわてふためいていたんです (E)」
	《周囲の人の存在と影響を意識》	<周囲から孤立したくない>	「接触したのは誰かと聞かれてもそんなもの言えるかのう (F)」 「“俺、結核やねん” って言わんほうがええなと思った。当然寄り付かなくなるかも分からん、うつるぞって言うて。(H)」
		<周囲の人から敬遠されると予測>	「難しいもんや、人間の心はな (D)」 「らい病というのがあれで、次が結核やわさ (H)」 「もう寿命やで死ぬのは仕方ないけど、やっぱりなそんなんやで死ぬと後々の縁談に響くやろ (C)」
		<身内への影響を懸念>	「結核と言うと、わし友だちが言っていたけど、いろいろ差し障りがあるかな。結婚話やあんなのに (H)」
		<生活への影響を懸念>	「布団やなんかもな皆焼かんならんと思たでな。それですわ (D)」 「体力が落ちるだろう、体力が弱って、要するに仕事なんかはまともにはできないだろうとか (中略) それから普通の飲んで、食べて、遊びに行ったりという普通の生活ができなくなる (G)」

病気認識》として、<治療しない病気><働けない病気><入院の必要な病気>と認識しており、日常生活の営みからおりなければならぬことを語っている。対象者は自身の病状では本当にそうでないにもかかわらず重篤な認識を抱いている。これは、我が国で1888年に初めて大気安静、栄養を主軸としたサナトリウム（結核療養所）療法が取り入れられ、その後化学療法が主流になる1973年頃まで結核療養所での入院治療が続けられていた³³⁾ことが、対象者の語りにおいても「結核療養所」という言葉として聴かれ、これまでの結核療養のイメージがその影響を及ぼしていると考えられた。それは、Sorensen&Amis³⁴⁾が「発症し入院患者になっていく体験がいかに危機的で波乱に満ちているか」と療養生活を論じていることから裏付けられる。

さらに、結核という病気の認識において、結核療養のイメージや後に語られている孤立や疎外感といった感情が「日常生活からおりる」という認識を強めているのではないかとも考えられた。

先行研究においても³⁵⁾³⁶⁾³⁷⁾「悲劇的」「絶望的」「不幸な病気」というように認識されており、本研究と一致する。

《結核に対する悲劇的でない病気認識》としては、他の疾患と対比させた形で<痛みがない><治療する><心配する病気でない><深刻でない><癌でなくてよかった>と表現されているのが特徴である。先行研究においては³⁸⁾「肺がんでなくて、結核で幸運でしたね」と医師が結核診断時に患者に告げることがあると述べられており、対象者のみでなく、医療関係者においてさえもこのような対比させた捉え方をして

いることが示されている。

結核という病気の認識が、《結核に対する悲劇的な病気認識》と《結核に対する悲劇的でない病気認識》といった、相反する複数のものであることが明らかとなった。先行研究においても³⁹⁾、「死の病」と「病気の美化」というように述べられ、1つ統一されたイメージではなく、複数のイメージを抱かれる病気であることが明らかにされており、本研究の結果と一致している。

2. 発症（診断）時の思い

1) 驚きと疑問

突然にして自身の身に降りかかってきた「結核」発症に対する心理は【発症に対する驚きと疑問】で示される。結核と診断された対象者が、思いもかけない診断に対する驚きである。先行研究では⁴⁰⁾、病気発症や診断に対する患者の心理を「完全な驚きの体験」であると記している。結核の場合においても同様に考えられるが、自覚症状が必ず出現するとは限らない病気の特徴から考えると、一層「驚きの体験」であると判断できる。このことは、結核患者を対象とした意識調査で⁴¹⁾、「結核という診断の受け取り方」は、そのまま信じた者が54%、疑いはもったが信じた者が37%、信じなかった者が9%という結果で示されている。同様に結核患者を対象とした病気像調査の結果では⁴²⁾、「患者はネガティブな意味を持つ病気がわが身にふりかかり、病気を否定しがたいが否定もできず困惑している」と記されており、本研究において明らかにされた《自分がかかるはずのない病気》という思考は、これらの先行研究と一致する。

また、「いつ」「どこで」「なぜ」という《発症に対する疑問》は、自覚症状が出現しにくい病気の特徴がその気持ちを助長していると考えられる。特に高齢者が結核を発症した場合には、自覚症状が出現しにくいとされており⁴³⁾、本研究においても、対象者の平均年齢が72.9歳+8歳(SD)と高齢であり、自覚症状を認識することが難しいため、発症に対する疑問を強く抱いたと考えられる。先行研究においては「病気の恐れが現実化する可能性が高いと認知する」のは見ることができたり・自覚できる症状があることであると述べられおり⁴⁴⁾、本研究において示された《発症に対する疑問》を裏付けている。

すなわち、対象者は結核を発症した事実に対して驚きと疑問を抱き、病気という未知なる世界に対して困惑しながらも、発症した事実を受けとめようとしている姿を示している。

2) 孤立と疎外への不安

【孤立と疎外への不安】は、感染症である結核の特徴を示しているといえる。感染症である結核の他ではハンセン氏病が過去において差別されてきた病気の代表的存在であるが、先行研究において⁴⁵⁾「重い病気は恐れられ、表立って話題にされない。近年までは、結核、精神病、らいがその代表であった。これらの病気は重く、不治で、宿命的なものであり、かつ伝染し、遺伝すると思われ、結婚に当たっても問題になるものであった」としている。すなわち、患者は社会から差別されることで孤立化していき、疎外されることに対する不安を抱く。また、結核について佐原は⁴⁶⁾、「結核になるということはほとんど一生病人としての極印を押されたことを意味しました」と述べている。本研究においても、対象者の意識の中、あるいは対象者の周囲も同様に「結核」を「偏見をもたれる病気」として位置づけてきていることが明らかになり先行研究と一致する。感染症患者に対する社会的偏見について、先行研究では⁴⁷⁾、「かってハンセン氏病に罹ったことがわかると、その患者は汚れた存在として人間社会から追放された」と記している。現在もなおそのような疾患に対して偏見や差別する風潮はスティグマとして結核だけでなく、精神疾患、ハンセン氏病、HIV、癌等の疾患においてもいえる⁴⁸⁾⁴⁹⁾とされており、人類の歴史の中で医療的、社会的な影響を受けて作られた偏見差別であり、払拭することが難しいのが現状であると考えられる。しかし、本研究では医療関係者の対応にも、結核患者を一刻も早く病院から排除しようとする場面や、排菌の有無にかかわらず接触を避けようとする態度が語られている。先行研究において⁵⁰⁾⁵¹⁾、一般病棟で結核患者と関わる看護師が不安をもって関わっていることが明らかにされており、医療機関においてさえも結核患者に対して偏見や感染への不安があり、結核患者の【孤立と疎外への不安】を一層強めていることが考えられる。

また、先行研究においては⁵²⁾、患者を取り巻く文化や社会との相互関係によって病気に対する認識が作ら

れていくことが明らかとなっている。

【参考引用文献】

V. 本研究の限界と課題

本研究の対象者は、年齢的な限定を加えたわけでは
ないにもかかわらず結果的には年齢的に偏りが生じ、
平均年齢72.9歳+8歳（SD）と高齢となった。彼らは
1940年代に結核が猛威をふるっていた当時に生活して
おり、化学療法が確立する以前の結核患者の状況を見
聞きしてきている年齢である。結核に対しては、1940
年代当時のイメージに影響を受けていることが推測さ
れ、他の年齢層の結核患者においては、異った結果が
得られる可能性があることが考えられる。様々な年齢
層においても同様の結果がえられるのか、病型・地域
差・医療機関・職業・性差によって特徴が示されるの
かなどについては、今後さらに対象を拡大して研究を
重ねることで、結核患者への理解を深めてゆくことが
できると考える。

VI. 結 語

本研究より、結核を発症した患者の「結核という病
気に対する認識」と「発症時の思い」について以下の
点が明らかになった。

1. 発症時、患者は【発症に対する驚きと疑問】【孤
立と疎外への不安】を抱き、【結核という病気に対
しての相反する認識】を持つ。
2. 発症時に抱く【結核という病気に対しての相反す
る認識】は《結核に対する悲劇的な病気認識》と
《結核に対する悲劇的でない病気認識》であり、発
症以前の結核に関する自身の知識や経験、診断時に
関わった医療関係者の影響を受けていることが明ら
かになった

謝 辞

本研究を進めるにあたり、調査にご協力いただきま
した研究参加者の皆様、ご支援くださいましたA県B
保健所の皆様に深く感謝いたします。

なお、本論文は平成19年度三重大学大学院医学系研
究科看護学専攻修士論文の一部に加筆修正したもので
ある。

- 1) 砂原茂一，他：ある病気の運命-結核との闘いから何を学ぶか-，P17，東京大学出版会，1984.
- 2) 福田真人：結核の文化史，P16，名古屋大学出版会，1995.
- 3) 「国民衛生の動向」第3編 保健と医療の動向 第3章 感染症対策，P138，厚生統計協会2007.
- 4) 「国民衛生の動向」第11表死因順位・率，P400，厚生統計協会，2007.
- 5) 石川信克：日本の結核対策に学ぶもの－日本は世界の範のなりうるか－. 公衆衛生Vol.63, 70-173, 1999.
- 6) 厚生労働省：結核緊急事態宣言平成11年7月26日厚生大臣発表、<http://www.jata.or.jp/rit/rj/9907kinkyu.html>
- 7) Ohmori M, 他：我が国における結核患者発見の遅れの推移と関連要因，1-7, Int J Tuberc Lung Dis.2005 SEP;9(9): 999-1005
- 8) 星野斎：結核緊急事態調査結果について. 複十字 No.279：2, 2001.
- 9) 渡辺里美，他：結核患者の経時的心理変化の分析－VAS応用スケール・STAIを用いて－. 第33回成人看護Ⅱ：84-86, 2002.
- 10) 石川信克：わが国の結核対策の現状と課題(3)世界日本の結核の疫学と課題. 日本公衆衛生誌第55巻 第11号：791-794, 2008.
- 11) 藤原江利子：結核患者が入院中に感じた不安・－退院時に面接調査を用いて. 保健師・看護師の結核展望 No.89：85, 2007.
- 12) 感染症法改正関連 厚生科学審議会 感染症分科会の開催状況. 複十字 No.307：4-6, 2006.
- 13) 三宅智：第82回総会特別講演 本邦の新しい結核対策.結核, Vo82.No.12.929-931, 2007.
- 14) 森亨：新たな結核予防制度に向けて－新結核予防法案を読む－, 複十字, No.297, 2-5, 2004
- 15) 増田倫子：結核への思い，保健婦の結核展望，89：45, 2007.
- 16) 藤原江利子：結核患者が入院中に感じた不安・ストレス－退院時に面接調査を用いて－. 保健師・看護師の結核展望, No.89, 85, 2007.

- 17) 佐々木利恵子：肺結核患者の入院中におけるストレスと対処行動に関する調，第34回成人看護Ⅱ，150-152，2003.
- 18) 國見恵子，他：長期療養と隔離状況にある結核患者の心理的ストレス状況の認知と対処の実態に関する調査，第26回成人看護Ⅱ，59-62，1995.
- 19) 小畑久子，他：肺結核患者の感染防止に関する自己効力感と遂行行動との関係，第32回成人看護Ⅱ，42-44，2001.
- 20) 坂本久美子，他：隔離状況下にある結核患者のストレス源コーピング行動の分析，第32回成人看護Ⅱ，174-175，2001.
- 21) 長弘佳恵，他：DOTS受療の経験－不安定就労・生活者にとってのDOTSの意味－，日本公衆衛生誌第54巻，12号，875-865，2007.
- 22) 長弘佳恵，他：不安定就労者・生活者にとってのDOTSの意味. Kekkaku Vol.81, No3：257，2006
- 23) 佐藤恵里，他：結核病棟における内服自己管理支援－自己管理チェックシートを導入して－，け結核，Vol82. 402，2007.
- 24) 水野由紀，他：結核における地域医療連携：結核，Vol82，361，2007.
- 25) 佐々木多佳子，他：結核に関する不安の分析－入院中の患者・家族の世代別調査－：43-50，市立秋病医誌，11:43～50，2001
- 26) 三重県の結核統計2005（平成17年版）：3，三重県健康福祉部，2005
- 27) グレグ美鈴，他：よくわかる質的研究の進め方・まとめ方，P73，医歯薬出版，2007.
- 28) 南裕子：質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリーの技法と手順，P59-68，医学書院，2002.
- 29) 水野節夫：GTゲームにおけるオープン・コード化の作業について. Quality Nursing vol.7 no.11，67-89，2001.
- 30) グレグ美鈴，他：よくわかる質的研究の進め方・まとめ方－看護研究のエキスパートをめざして－，P63-84，医歯薬出版，2007.
- 31) アンセルム・ストラウス，他（訳）操華子他：質的研究の基礎-グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順-，P116-142，医学書院，2006.
- 32) 得永幸子：「病い」の存在論，P41－43，地湧社，1984.
- 33) 高三啓輔：サナトリウム残影，P300-301，日本評論社，2004.
- 34) Sorensen, K.M.&Amis, D.B.1967 Understanding the World of the Chronically Ill. American Journal of Nursing 67(4) 811-817
- 35) 高三啓輔：サナトリウム残影，P8-9，日本評論社，2004.
- 36) 青木正和：結核の歴史，P122-123，講談社，2003.
- 37) 福田真人：結核の文化史，P356-361，名古屋大学出版会，1995.
- 38) 高三啓輔：サナトリウム残影，P5，日本評論社，2004.
- 39) 福田真人：結核の比較文化史的研究，結核，79（11），31，2004
- 40) ヴァン・デンベルグ：病床の心理学，P17-19，現代社，1981.
- 41) 島尾忠男：結核患者の受療促進のための方策. 保健師の結核展望，5（2），5-16，1967.
- 42) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，P138-139，メヂカルフレンド社，1991.
- 43) 上野轟：心理学が担う"病気"研究における意味体験事象としての病気への着目－，日本保健医療行動科学学会，Vol13，139-150，1988.
- 44) 佐々木結花，他：高齢者肺結核症例の問題，結核，82(10)，733-739，2007.
- 45) 坂田三充：日本人の生活と看護，P39，中央法規，1998.
- 46) 佐原茂一，他：ある病気の運命，P319，東京大学出版，1984.
- 47) 得永幸子：「病い」の存在論，P44-45，地湧社，1984.
- 48) スーザン・ソングク：隠喩としての病いエイズとその隠喩，P7-28，みすず書房，2006.
- 49) 大谷藤郎：現代のスティグマ，P8-16，頸草書房，2006.
- 50) 石川さゆり：一般病棟で結核患者と関わる看護師の不安要因，環境感染，19(1)，170，2004.
- 51) 大井川百合：一般病棟の看護師が結核患者と関わる際の不安要因，県立会津総合病院雑誌，22，36-41，2007.

52) Margaret Lock : 医療人類学－健康と病気の文
化的背景－, 健康と病気の行動科学, Vol11,
163-165, 1996.