法政大学学術機関リポジトリ
HOSEI UNIVERSITY REPOSITORY

PDF issue: 2025-05-21

慢性うつ患者の自己管理の捉え返し : 医療者は患者の「混沌の物語」をどう捉えたらよいか

HORIKAWA, Hideki / 堀川, 英起

(発行年 / Year)
2021-03-24
(学位授与番号 / Degree Number)
32675甲第501号
(学位授与年月日 / Date of Granted)
2021-03-24
(学位名 / Degree Name)
博士(社会学)
(学位授与機関 / Degree Grantor)
法政大学 (Hosei University)
(URL)
https://doi.org/10.15002/00024111

博士学位論文
論文内容の要旨および審査結果の要旨

氏名	堀川　英起
学位の種類	博士（社会学）
学位記番号	第 748 号
学位授与の日付	2021 年 3 月 24 日
学位授与の要件	本学学位規則第 5 条第 1 項(1)該当者(甲)
論文審査委員	主査　教授　　三井　さよ
	副査　教授　　鈴木　智之
	副査　准教授　鈴木　智道
	副査　名誉教授　水野　節夫

慢性うつ患者の自己管理の捉え返し
—医療者は患者の「混沌の物語」をどう捉えたらよいか—

1.　審査の経緯

本委員会は 2020 年 7 月 21 日の社会学研究科博士学位申請論文審査委員会における論文受理の決定を受け、同日発足した。受理小委員会からの修正要求を受け 2020 年 9 月 28 日に提出された論文について、2020 年 11 月 5 日に審査小委員会を開催して査読に基づく意見交換を行い、本委員会から再度軽微な修正を要求することを決定するとともに、口述試験の方針を確認した。修正要求の内容は、2020 年 12 月 13 日に執筆者本人に伝えられ、それを受けて 2021 年 1 月 7 日に論文が再提出された。その内容を各委員が確認した上で、2021 年 2 月 3 日に口述試験を行い、同日審査小委員会を開いて、論文及び口述試験の結果について検討を加えた。

2.　結論

本委員会は堀川英起の博士学位請求論文を、全員一致で博士学位授与に値するものと判断する。

3.　論文のテーマ

本論文の課題は、医療者が地域生活を送る患者の語りをどのように捉えたらよいかを明らかにすることである。病院中心の医療から地域包括ケアの時代へと転換しつつある中、医療者の多くはまだ病院を中心に働いており、教育体制も病院中心のままである。新たな時代に対応した患者へのかかわりとは、どのようにして可能になるのか。

そのような問いのもと、本論文では、病院で臨床経験を積んだ執筆者が、自身が 2011 年に行った看護学修士論文のためのインタビュー調査を再分析する。当時の執筆者には、慢性うつ患者の語りが「混沌の物語」としか聞こえず、その語りを看護学の知見として十分に整理することができずにいた。それに対して本論文では、医療社会学や医療人類学の概念を用いながら、患者の行為の合理性を理解するという構えで、当時のデータの再分析を行い、患者の語りの構成原理を明らかにしていく。それは同時に、執筆者自身が持っていた暗黙の前提や限定的な捉え方を捉え返し、なぜ当時は「混沌の物語」としか聞こえなかったのかを自己分析し、多くの医療者が自明視している前提を問い直すことでもある。

4.　研究の方法

1）理論的背景

今日、医療は大きな変化を迎えている。20 世紀は、疾患の治癒を目標とする「病院の世紀」の時代だったが、21 世紀は生活の質を重視する「地域包括ケアシステム」の時代に移行しつつある。本論文が対象とする精神科領域においても、多くの患者が治療を受けながら地域生活を送るようになっている。地域で出会う患者と、病院で出会う患者とでは、患者が置かれている状況が大きく異なり、医療者と患者の出会い方もまた、本来なら大きく異なるものとなるはずである。だが、多くの医療者は病院で臨床経験を積んでおり、また現在の医療者教育も病院を中心としている。そのため、医療者の多くが、地域で暮らす患者とどのようにかかわるのか、患者の話にどのように耳を傾ければよいのかについて、模索している途上である。

そのための理論的な視座として、セルフケア論等の先行研究が打ち立てられてきたが、実際には医療者中心の観点に基づくセルフケア等が想定されてしまっていることが多い。では、医療者視点に限られることなく、患者の語りに耳を傾けようとするのであれば、どのような聴き方がありうるのか。医療者と患者の観点の違いとは何か。こうしたことがいま問われている。

2）研究で用いた方法

本論文では、執筆者が 2011 年に看護学修士論文執筆のために行った、慢性うつ患者に対するインタビュー・データを、社会学や人類学の観点を用いて再分析した。インタビュー当時は「混沌の物語」としか聞こえず、看護学の知見を引き出すためにはそのほとんどを価値のないものとして切り捨てなくてはならなかった。それに対して、社会学や人類学の観点を用い、患者が自らの置かれた状況で自分なりに生き抜こうとしていることに注目して再分析した。

そこから見えてきたのは、医療者である執筆者の当時の想定を超えた、患者なりに自己管理する姿だった。患者のセルフケアやセルフマネジメントに医療者が注目するようになっ

て久しいが、医療者の考えるそれはしばしばあまりに狭い観点となっている。

そのため、本論文では、患者視点の〈自己管理〉と医療者視点の「自己管理」を区別し、対比することとした。そして、患者視点の〈自己管理〉がどのようなプロセスを通して構成されていくのか、その構成原理と内実を明らかにしていった。それは同時に、医療者視点の「自己管理」を対比的に浮かび上がらせることにもなった。

3）研究対象

2011 年 4 月～8 月に執筆者が行った、慢性うつ患者へのインタビュー調査を再分析している。この調査は、うつ症状が慢性化しているために精神科に通院している患者 6 名に対して行われたものである。

調査協力者はセルフヘルプ・グループの代表者を通じて、グループメンバーに調査の主旨や方法などを投げかけて募集し、協力すると申し出てくれた人たちである。その意味では、執筆者が「看護師」として出会う「患者」と共通性を持ちながら、もっと自由な関係で自らについて語ったともいえる。

なお、インタビューは半構造化面接で行われており、①発病のきっかけと現在までの経過、②回復に影響を与えたと思われるエピソード、③病気になって変わったことや工夫していること、④現状の位置づけと今後の見通しについて、の 4 項目を中心とし、調査協力者に自由に話してもらう形をとっている。

5.　論文の構成

第 1 章　「患者の語りを聴く」という問い
1　なぜ「患者の語りを聴く」という問いが生まれたのか
――オートエスノグラフィーから問いを立てるとは
2　問いが生まれた経緯――なぜ再分析なのか
2.1　精神科病棟での経験――「治療」と「管理」の場
2.2　精神科デイケアでの経験――「拒否する主体」との出会い
2.3　修士論文での経験――「混沌の物語」への違和感
2.4　訪問看護での経験――「場」の違いと看護の内容
2.5　看護教員としての経験――自分の過去の葛藤と同型の葛藤
2.6　社会学研究科での経験――「医療者としての自己」の揺さぶられ
2.7　分析対象の拡大――「患者の語り」と「医療者としての自己」
3　問いの社会的背景――転換期の精神科医療
4　先行研究の検討
4.1　セルフケア論

4.2　慢性疾患患者の経験研究と病いの物語論
4.3　障害学と当事者研究
4.4　患者の主体性の発見と医療的枠組みへの問い
5　再分析の概要
5.1　再分析の対象
5.2　再分析の流れ
5.3　再分析の方法

第2章　自己対処も援助希求もせず無責任に聞こえた語り
1　分析視点：ストラウスの「戦略」
2　事例の再分析
2.1　調査協力者の概要
2.2　うつに関する主治医との意味づけのズレ
2.3　「分かってくれる人／分かってくれない人」を二分化する戦略
2.4　自殺未遂を契機とした周囲の人たちの応答
3　考察
3.1　Cさん視点の「他者を二分化する方法」
3.2　医療者視点の「他者を二分化する方法」
3.3　Cさんと医療者の捉え方のズレ
3.4　医療者が患者の〈自己管理〉の物語を聞くために

第3章　自己対処に頼りすぎているように聞こえた語り
1　分析視点：クラインマンの「説明モデル」
2　事例の再分析
2.1　調査協力者の概要
2.2　他者を二分化する語り
2.3　家族関係に対処するための専門知識
2.4　精神医学的診断と自己診断
2.5　Bさんの説明モデルとは何か
2.6　Eさんの説明モデルとは何か
2.7　どのような説明モデルだったのか
3　考察
3.1　インタビュー当時の違和感はどうなったか
3.2〈自己管理〉の前提としての説明モデル
3.3　医療者が患者の〈自己管理〉の物語を聞くために

第 4 章　他者に依存しすぎているように聞こえた語り
1　分析視点：クラインマンの「ヘルスケア・システム」
2　事例の再分析
2.1　調査協力者と方法
2.2　他者を二分化する語り
2.3　A さんが構築したヘルスケア・システム
2.4　D さんが構築したヘルスケア・システム
2.5　F さんが構築したヘルスケア・システム
3　考察
3.1　インタビュー当時の違和感はどうなったか
3.2　慢性うつ患者が構築したヘルスケア・システム
3.3　医療者が患者の〈自己管理〉の物語を聞くために

第 5 章　うつ病言説と慢性うつ患者の語り
1　分析視点：北中の日本のうつ病言説の変遷
1.1　心身一元論的鬱病観（前近代）
1.2　遺伝性の強調と神経衰弱言説（戦前）
1.3　病前性格・状況論（戦後～1980 年代）
1.4　過労の病と実存的な病（1990 年代）
1.5　脳神経化学的な病と認知のあり方の病（2000 年代）
1.6　人格の病と生産性の病（2010 年代）
1.7　小括
2　事例の再分析
2.1　うつ病言説を踏まえた語りの類型
2.2　小括

第 6 章　慢性うつ患者の自己管理と「混沌の物語」の捉え返し
1　慢性うつ患者の自己管理の捉え返し
1.1　自己の喪失を防ぐ〈自己管理〉
1.2　患者視点の〈自己管理〉と医療者視点の〈自己管理〉
1.3　〈自己管理〉の起点としての「他者の二分化」
1.4　患者視点の〈自己管理〉の 3 要素
1.5　〈自己管理〉と「自己管理」の構成原理の違い
2　医療者は患者の「混沌の物語」をどのように捉えたらよいか
2.1　「生き延びの物語」とは何か
2.2　「混沌の物語」の 2 つの側面

2.3　結末のない「混沌の物語」を否認しがちな医療者
2.4　結末のない話を「生き延びの物語」として捉える
2.5　おわりに
文献

6.　論文の内容

第1章では、まず「患者の語りを聴く」という問いが生まれた経緯を、執筆者の個人的な経験に基づいて明らかにしている。そのうえで、こうした個人の経験を21世紀に入ってからの精神科医療システムの変化と関連付けている。今日精神科の医療者は、地域で暮らしながら治療を受ける患者たちとどう向き合うかという課題を抱えており、執筆者の問いは多くの医療者が内包する問いでもある。

そして、調査協力者の語りを理解するために重要な先行研究群を、セルフケア論、慢性疾患患者の経験研究と病いの物語論、障害学と当事者研究の3つに分けて検討している。セルフケア論がどうしても医療者や行政の発想に基づいた議論となってきてしまっていることを指摘したうえで、A・ストラウスの慢性疾患患者の経験研究と A・クラインマンが先鞭をつけた病いの物語論から、「戦略」「説明モデル」「ヘルスケア・システム」などの有用な概念を引き出し、障害学と当事者研究からも軽度障害への視点など本論文に有用な観点を指摘している。

そのうえで、再分析の対象となる6件のインタビューについて解説し、先行研究から引き出された概念を用いながら、調査協力者の合理性を理解しようとすると構えでデータに向き合う方法をとることが示された。さらに、慢性うつ患者の自己管理を、医療者視点の「自己管理」と患者視点の〈自己管理〉に区別しながら分析する旨が述べられている。

第2章から第4章は、インタビューの再分析である。

第2章では、インタビュー当時、調査協力者の中で最も理解に苦しんだCさんの語りを取り上げている。Cさんの語りは、自分自身の健康問題を他人事のように話し、責任を放棄しているようにその当時は聴こえていた。それに対して、A・L・ストラウスらの「戦略」という概念を用いることで、CさんがCさんなりに、医師や家族、周囲の人たちとの関係を腑分けし、うつを抱えながら生き延びようと〈自己管理〉している姿が浮かび上がってきた。まず、Cさんにとってのうつは疾患というより、働けないという危機的体験であり、医療者との間で病いについての基本的な捉え方が異なる。そしてCさんには「他者を二分化する」傾向があるが、これは医療者には一般に認知の偏りといった患者の病理とみなされているにもかかわらず、周囲の無理解に何度も苦しめされてきた C さんなりの生存戦略であることが明らかにされた。

第3章では、インタビュー当時、自己対処に頼りすぎているように聴こえた2人（BさんとEさん）の語りが取り上げられている。2人の語りが特徴的だったのは、自分なりの使い方で医療用語を駆使していた点であった。この章では、A・クラインマンの「説明モデル」

概念を用いて、2 人の語りを再分析し、2 人が語っていたのは、医療用語を素材に説明モデルを作り上げることで、医療者に頼らずに〈自己管理〉を行っていた物語であったと捉え返している。そうすることで 2 人は、医療者や家族との関係性を従属的なものから主体的なものに変え、回復意欲や希望といった生きるために必要な力を引き出していた。

第 4 章では、インタビュー当時、他者に依存しすぎているように聴こえた 3 人（A さん、D さん、F さん）の語りを取り上げた。3 人の語りに特徴的だったのは、第一に、医療者以外にも様々な身近な人を頼りに生活を送っていること、第二に、医療者と患者との援助関係が適切でないように感じられたことである。この章では、クラインマンの「ヘルスケア・システム」概念を用いて、3 人の語りが実は、患者なりのヘルスケア・システムを構築するという〈自己管理〉を語っていたのだと捉え返している。本章の調査協力者は、様々なセクターにまたがるケア資源を自分なりの生活史の文脈で選択的に組み合わせ、うまく依存しながら生活を維持しうつの経験に意味を見出していた。

第 5 章では、調査協力者の語りをうつ病言説の変遷の中に位置づけている。まず、北中淳子の日本のうつ病言説の変遷を踏まえたうえで、調査協力者たちの語りを振り返ると、調査協力者はいずれも、うつ病言説を受動的に受け入れるのではなく、柔軟に変形して受容したり、逆に距離や反発を示しながら語りを主体的に構成したりしていることが浮かび上がってきた。

第 6 章では、第 1 節で、患者視点の〈自己管理〉と医療者視点の「自己管理」を対比しながらその違いが整理されている。具体的には、患者視点の〈自己管理〉の目的は、自己の喪失を防ぐことであり、そのために慢性うつ患者は、「他者を二分化」することで安心して自己呈示できる場を確保したうえで、自分なりの「説明モデル」や「ヘルスケア・システム」を構築するという〈自己管理〉を展開していた。それに対して、医療者視点の「自己管理」の目的は、症状悪化や生活破綻を防ぐことである。そして、患者視点の〈自己管理〉と医療者視点の「自己管理」は、その構成原理が異なる。具体的には、患者視点の〈自己管理〉では、「他者を二分化」するという境界づけ作用がその都度行われることでシステムが更新され続けていくのに対して、医療者視点の「自己管理」では、あらかじめ医療の中に用意されている確固たるシステムに従って症状や生活を制御しようとするものである。

第 2 節では、調査協力者が語っていた語りが「生き延びの物語」と位置づけられている。ここでいう「生き延びの物語」とは、慢性疾患や障害を抱えながらも、地域での社会関係を生き延び、生活を回すための試行錯誤の経験を語ったものである。「生き延びの物語」は、退院のような明確な目標もなく、常に途上にある結末のない物語である。それゆえ、医療者には「混沌の物語」として聴こえがちだが、実際には患者がいまを生き抜くために紡ぐ重要な物語である。

執筆者は、医療者が地域生活を送る患者の語りを聴くためには、地域生活を送る患者の語りを、その時々の患者なりの精一杯の試行錯誤を積み重ねた「生き延びの物語」として捉えることが重要だと主張する。そのためにも、患者の語りの構成原理を理解し、医療者がどの

ような想定を入れてしまいがちなのかを自覚することが必要なのだとまとめている。

7.　論文評価

1）学術的研究・論文としての形式的要件

本論文は、論述の形式、注の示し方、文献リストの表示など、学術論文として必要な形式的要件を満たしていると判断される。本論文の主題である、患者の語りをどう聴くかという論点について、先行研究への目配りも適切であり、自らの立場も的確に示されている。また、再分析を通して、患者の語りが持つ構造と医療者の捉え方との齟齬が明確に示され、その間をつなぐ方法についても実践的に提示されている。

2）達成と貢献

本論文の達成と学問的貢献については、次の三点にまとめられる。

第一に、患者の語りが持つ構成原理を、実証的かつ理論的に示した点である。理論的な観点からすると、特に次の二つの点が重要である。

まず、他者の二分化という慢性うつ患者によく見られる現象について、従来とは異なる捉え方を示した点が挙げられる。慢性うつ患者が自らのかかわる他者を二分化した捉え方をする傾向があることはよく知られているが、それは主に症状あるいは独特の認知の偏りとみなされてきた。それに対して本論文では、他者の二分化は、他者との葛藤を生き抜く上での適応戦略の基盤という重要な位置を与えられることになる。つまり、周囲の人たちとの間で様々なコンフリクトが繰り返されるなかで、患者なりに自己を保ちながら生き延びていくための基本戦略として他者の二分化は採用されるのであり、これを起点にして、自分なりの疾患に関する説明モデルや、自分なりに危機管理をするためのケアシステムが構築されていく、とみなされているのである。

もうひとつ挙げられるのが、執筆者が「生き延びの物語」と名付けた、患者が日々を生き延びる過程や努力についての語りには、いわゆる結末がないということである。これまで、患者の語りに関して論じられる際には、多様な形の物語がありうることは指摘されてきたが、結末のなさが指摘されることはあまりなかった。フランクの病いの語りの類型論でも、「回復の語り」の対として提示された「探求の語り」は「苦しみの中に意味を見いだす物語」として閉じた構造をもつものとされている。しかし、慢性うつとともに生きる人々はそうした閉じたプロットのなかに自己の生活を包摂しきれず、結末のないままに自己の生を物語り続けている。それだけに、医療者の立場からはより一層聞き取りにくい物語になっていた。「生き延びの物語」という概念は、こうした意味で閉じた構造をもたない物語が患者にとって重要な意味をもちうることを示している。

第二に、このような患者の語りに耳を傾けるうえで、医療者がしばしばどのような限界を

抱えてしまっているのかについて、具体的な局面を示しながら整理した点である。これまでにも医療者と患者の観点の違いについては多く指摘されてきたが、医療者が科学的な知識に基づいており、患者は個人的な観点からとらえるといった説明の仕方が多かった。それに対して本論文は、執筆者自身のいわば当事者研究ともいうべき振り返りに基づき、医療者が自らの医学的な発想から自由になることがいかに困難かを繰り返し示している。

この困難さは、第一に挙げた患者の語りが持つ構成原理が理論的に示されることによって、対比的により明らかにされている。患者の〈自己管理〉はそのつど生成的に語られ、紡ぎだされるものであるのに対して、医療者が想定する「自己管理」はあらかじめ出来上がった構造の中で位置づけられるものであることが多く、そうした自己生成的なモメントとはかみ合いにくい性格を持っている。こうしたことから、医療者個々人の闇雲な努力だけではなかなか乗り越えられない問題があることが経験的かつ理論的に示されている。

第三に、本論文は社会学的に新たな知を加えたというだけでなく、社会学的知の実践についての実例をも示している。本論文は、執筆者が看護師あるいは看護教員としての経験を積み重ねるなかで育まれていた違和感が、社会学的知と出会うことによっていかにより分節化された問いとして精緻化され、そのことを通じて取り組むべき課題の明確化と研究対象の焦点化が可能になったかという経緯と事情が丁寧に書き込まれている。つまり、ここには、他領域の専門的研究者が社会学的知見を身につけ、その成果を自ら実践するとはどういうことか、が具体的に明示されているということができる。そうした意味で、本論文は社会学という学問の意義と射程を、一般的に想定される形とは異なる形で考察する論文ともなっている。

3）問題点と今後の課題

本論文は、視角の独自性においても、実証的な再分析の厚みにおいても、充実した内容を有するものであるが、なおいくつかの点において課題を残している。

第一に、事例の丁寧な再分析と執筆者の豊富な経験知に基づいて新たな理論的視野を開いているとはいえ、まだその理論には洗練の余地がある。たとえば、本論文が示した、患者の「生き延びの物語」という概念が持つ射程、特に他者を二分化することについて、認知の偏りではなく適応戦略と読み替えることが持つ意義については、もう少し詳細な議論が必要であろう。また、患者が「混沌の物語」から「生き延びの物語」へと転換していくプロセスについても、あるいは医療者がそのように聴けるようになるプロセスについても、まだあいまいな論点が残されており、もう少し理論の精緻化が必要である。

第二に、執筆者の豊富な経験知に基づいて論が展開されている箇所があり、これらの点については今後さらなる検証が必要である。たとえば、患者たちが他者の二分化からなぜ特に自らの疾患についての説明モデルやヘルスケア・システムの構築に向かうのか。あるいは医療者の「自己管理」がなぜ本論文のようなものだと位置づけられるのか。これらの点は経験

知に依拠して分析されている部分が少なくなく、より幅広い検証が必要である。具体的には、より多くの関係する医療者や患者への調査研究が求められるだろう。

第三に、社会学を実践することの意義について論じられているが、この意義は、特にこの論文の主題のように、地域包括ケア時代へと転換しつつある精神科医療だからこそのことでもある。それではどのような局面においてどのような形で社会学的知を導入することが他領域にとって意義を持つのか、言い換えれば他領域と社会学研究者がどのような地点で協働することが有意義なのか。この点については、もう少し詳細な検討が必要であろう。

8.　口述試験の結果

口述試験では、上述の点を中心に活発な質疑・討論がなされた。執筆者は指摘された問題を明確に認識し、今後取り組むべき課題として自覚的に引き受けようとしている。研究の継続の中で、さらに理論的考察を深め、調査研究を重ねていくことで、新たな医療社会学的知見を確立していくとともに、精神科看護における理論的かつ実践的フィードバックと、社会学的知の実践可能性の模索とを、追及していくことが可能だろう。

口述試験の結果も含めて、審査小員会は、本論文が、明確な方法論的意識に立って、独自の事実を明らかにし、いくつかの重要な理論的示唆を行っていることを確認し、博士号の授与にふさわしいものと判断した。

以上