

精神疾患の流行に関する社会学的研究（1）

Sociological Studies on the Epidemic of Mental Disorders (Part1)

佐藤 雅浩*

SATO Masahiro

本稿の目的は、「うつ」で通入院経験のある人々を対象とした社会調査の結果を分析することで、精神疾患に関する医学的知識が、どのような経路を辿って人々に受容されているのか、またその結果として、人々の意識や行動にどのような影響を及ぼす可能性があるのかについて考察することである。これまで「うつ」をはじめとする各種の精神疾患の流行現象については、理論的・実証的な諸研究が蓄積されてきたが、精神疾患に関する大衆的な知識の普及という現象に着目し、当該の過程を精緻に検討した研究は少ない。本研究では、上記の人々を対象としたアンケート調査の結果を分析することで、精神医学的知識の普及過程とその自己への影響について、社会学的な観点から考察を行った。またこのことにより、精神疾患の流行に関する I. Hacking の「ループ効果」概念の妥当性を、経験的なデータに基づいて検証することを目指した。

キーワード：精神疾患、流行、医療化

1. はじめに

現代日本には、社会内の様々な領域において、人々のメンタルヘルスが悪化していることを指摘する言説が溢れている。例えば労働現場においては精神的な問題を抱えた被雇用者の増加が指摘され、雇用者はその対応に追われるようになっている（労働政策研究・研修機構 2005）。また教育現場においても、発達障害やその他の精神的問題を抱えた子供たちの増加が指摘され（文部科学省 2018）、同時に精神的な不調により休職を余儀なくされる教員も増加したと言われる（江澤 2013）。さらに高齢者世代に関しても、高齢化や認知症概念の成立と随伴して、精神科の治療対象となる高齢者の数が増えつつあるとされる（内閣府 2018）。

以上のような統計や情報を目にすると、我々は即座に、現代社会において精神疾患に罹患している人々の数が、実態として増加している印象を受ける。しかしこのような統計上の数値の変化は、疫学的な意味での有病率の変化によってのみ説明できるものではない。後述する諸先行研究が指摘するように、精神疾患に関する患者数の「増加」は、疾患に関する医学的分類の変化や、新たな治療技術の導入、社会的関心の増大等によって多大な影響を受けるからである。

社会学においては、従来から広い意味での医学的介入が社会にもたらす影響について、数々の研究が蓄積されてきた。例えば「医療化（medicalization）」概念に基づく多様な事例研究においては、（その対象は必ずしも精神科領域の事例に限定されないが）本稿が対象とするような精神疾患に関

* さとう・まさひろ、埼玉大学大学院人文社会科学研究所准教授、社会学

する概念の創出や普及といった過程が、主要な分析対象の一つとなってきた¹。そのような意味において、上記のような今日の状況は、制度的な精神医学が近代社会に根付き始めた時期から漸次的に進展する、精神医学的知識・技術の社会への浸透という現象の延長線上に位置付けられる²。

ただし現象を日本社会に限定してみれば、1990年代以降とそれ以前の状況には、いくつかの相違点もある。それは第一に、社会に普及する精神医学的知識の細分化と増大であり、DSM（アメリカ精神医学会の作成する精神疾患の診断マニュアル³）が医療現場に浸透することに伴い、多種多様な精神疾患の名称や関連知識が、各種メディアを通じて一般社会にも流布することになった。また第二に、2000年前後から行政主導のメンタルヘルスに対する啓発活動が進展したことや、入院設備を有しないメンタルクリニック（精神科診療所）が都市部に増加したこと等により、精神医療にアクセスする際の各種障壁が低下した。また第三に、後述する先行研究も指摘するように、抗うつ薬を中心とする抗精神病薬に関連するマーケティング戦略が奏功し、実際の処方量も増えたことから、精神疾患が服薬によって治療可能な病であるというイメージが社会的に形成された。以上のような複合的变化によって、現代の日本社会においては、多くの人々が自他のメンタルヘルス問題に関心を寄せ、必要と感じたならば、以前よりも容易に精神疾患に関する知識を取得することが可能な環境が整備されたといえる。またこうした環境が整ったことが、後述する理由によって、精神疾患の診断を受ける人々が増加しつつあることの一因となっていると考えられる。

以上の問題意識に基づき、本論文においては、現代日本において最も言及されることが多い精神疾患の一つである「うつ⁴」を事例として、精神疾患の流行⁵に関する社会学的分析を行う。本稿が「うつ」を対象として選定した理由は、①この概念が、現代日本において幅広い年齢層の人々の一般的なメンタル不調をあらわす用語として広く人口に膾炙していること、②医療統計においても、この疾病概念に包含される推計患者数が増大し続けていること、以上2点の理由による。本稿では後述する社会調査の結果を分析することで、「うつ」で受療経験のある人々が、どのような情報源から精神医学的知識を獲得し、またその結果、当事者の自己認識にどのような影響がもたらされ得るのかを考察する。換言すれば、現代社会に生きる人々、特に心身の不調を感じている人々が、どのような医学的知識を受容することで、自らを精神医学的な意味での患者として定義していくのか、その過程の一端を明らかにすることが本稿の目的といえる⁶。

¹ 一例として、医療化に関する古典的著作である Conrad & Schneider ([1980]1992=2003) を参照のこと。

² 近代日本を対象として、この現象を通時的に分析した著作として佐藤（2013）がある。

³ 正式名称は *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*（『精神疾患の診断・統計マニュアル』）。本稿執筆時点では第5版が最新版であるが、それ以前の版に対するものと同様、今回の版に対しても多くの問題点が指摘されている。代表的な議論として Cooper（2014=2015）、Frances（2013=2013）などを参照のこと。

⁴ 本稿が「うつ」と表記する現象は、厚生労働省の患者統計において傷病分類「V精神及び行動の障害」のうち「気分[感情]障害（躁うつ病を含む）」のカテゴリーに集計されている人々が罹患しているとされる疾患であり、具体的には「双極性障害（躁うつ病）」「うつ病」「気分変調症」など複数の診断名に該当するものである。ただし、本稿では医学的な定義の検討よりも、一般社会において「うつ」や「うつ病」といった言葉で表現されている個人の精神状態に関する情報の普及に主眼を置くため、人々が上記の言葉で表現している精神状態の総体を「うつ」と表記するものとする。

⁵ 本稿で言う精神疾患の流行とは、経験的な水準で言えば、医療機関において精神疾患の診断を受ける人々がある時空間において漸次的に増加し、また当該の精神疾患に関する医学などの専門的知識が広く普及することを意味する。なお、推計の対象となる「真の患者数」が増大したのか、あるいは暗数が顕在化したのか、診断される事象の範囲が拡大したのかといった患者数増加の「真因」をめぐる議論には本稿は関与しない。

⁶ なお、本稿は同名タイトルによる連続する論文の第一論文となる予定である。

2. 先行研究

本稿の考察対象である「うつ」病患者の増加については、2010 年前後から、その原因について多くの研究が蓄積されている。例えば精神科医の富高辰一郎は、日本で 1999 年からうつ病患者が増加した原因として、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）の市場導入と、それに伴う製薬企業等の疾患啓発活動の影響を指摘し、結果として受診率の向上と患者層の変化（非定型うつ病の増加等）が生じたことを指摘している⁷（富高 2009）。また医療人類学者の北中淳子は、患者数が増加した要因として、(1) 不況による社会的ストレスの増大 (2) 科学的な啓蒙の進展 (3) DSM-IIIによる「うつ」概念の変化⁸ (4) 新世代抗うつ薬の台頭、という 4 つの要因を検討したうえで、日本では労働現場における疲弊の問題を「うつ」という概念がすくいあげ、社会的救済への道を開いたこと（＝社会運動としての医療化）が、もう一つの大きな要因であったと述べている（北中 2014: 1-10）。さらに社会学の領域においても、過労自殺の社会問題化や労働問題の医療化といった観点から、労災認定や労災補償の文脈において、「うつ」などの精神障害概念が日本で活用されるようになったことを指摘する研究もある（元森 2016; 山田 2014）。また、事例は「うつ」に限定されないが、向精神薬の服用を含めた精神医療技術の受容が、当事者（患者）の経験や自己認識に与えた影響について論じた複数の実証研究もある（Davis-Berman & Pestello 2005; Fullagar 2009; 櫛原 2015）。

以上のように、本稿の主題と関連する研究としては、複数の領域・多様な方法論によって各種の研究が蓄積されつつあるが、管見の限り「精神疾患の流行」という現象に対して、現時点で最も包括的な分析上の視座を与えているのは、科学哲学者の I. Hacking による一連の研究である。Hacking は、1990 年代から「多重人格」や「fugue（遁走）」など、歴史上の特定の時空間でのみ注目を集めた精神疾患について、歴史的な資料を用いた浩瀚な著作を発表してきた（Hacking 1995＝1998; Hacking 1998＝2017）。これらの著作で記述された個々の洞察について本稿で詳細に検討する紙幅はないが、Hacking の分析は、個々の事例に対する個性記述的な歴史分析の枠を超え、「精神疾患の流行」に対する普遍的とも言うべき理論枠組みを構築したといえる。その最たるものが、本研究に対しても理論的背景となり得る「ループ効果（looping effect）」という概念である。

「ループ効果」とは、人間を分類するための創出された各種のカテゴリーと、当該のカテゴリーに分類された人々との相互作用を論じるために用いられる、汎用性の高い理論枠組みである。Hacking は、このようなカテゴリーと相互作用する存在を相互作用する種類（interactive kinds）と呼び、次のように述べている。

人間が選ぶ行動や人間のあり方は、人間がそのもとで行為しうる入手可能な記述からけっして独立ではない。……ある分類は、人に知られると、あるいはその分類に関わりをもつ人に知られる

⁷ 同様の指摘はジャーナリストのウォッターズによる著作（Watters 2010＝2013: 222-93）や、精神科医の野田正彰による著作（野田 2013）、海外の事例を分析したヒーリーの著作（Healy 2004＝2005）などにもみられる。また、「うつ」に限定されない各種精神疾患患者の「増加」について、精神科薬物療法の普及と関連付けて論じた著作として Whitaker（2011＝2012）がある。

⁸ 医学的な「うつ」概念の拡張によって、正常と見なされるべき人間の「悲哀」までもが精神疾患として治療の対象となっていることに対する批判的論考として Horwitz（2007＝2011）がある。

と、制度の中で作用し始め、その人自身が何者であるかについての個人の経験を変え、そしてその人自身がそこに分類されているという理由もあって、その人自身の感情や行動を変化させるかもしれない。……（人間のそして人間の行動に関する）このような種類こそが相互作用する種類である（Hacking 1999=2006: 238）

このような相互作用する種類の例として、Hacking はいくつかの精神疾患を例に挙げ、カテゴリーの創出と関連知識の生産や流通、それらの人々への受容、受容による感情や行動の変化、当該の変化によるカテゴリーそれ自体の改変という一連の過程を、「ループ効果」と呼んだ。筆者なりに整理するならば、この一連の過程は、①人々の分類や記述に関する新たな知識の創出、②それらの一般社会への浸透、③当事者（カテゴリーに分類された人々）による知識の自己適用や修正や拒絶、④当事者たちの意識や行動の変更、⑤それによる分類や知識の変化、という循環的な過程として把握できる。ある種の精神疾患が、歴史上のある一時期にのみ専門家によって注目され、また「患者」が増加する（そしてその後、カテゴリーが改廃されたり「患者」が減少する）のは、上記のような動態のプロセスが、精神医学的知識とその対象とされる人々の間に形成されているからであると考えられる。こうした Hacking の洞察は、本稿が対象とする現代日本における「うつ」の増加についても、適用可能なものと思われる。

以上のように、精神疾患の流行をめぐる既存研究においては、科学哲学分野における理論的検討や、各種の経験的研究が行われてきた。しかし経験的な研究の蓄積という意味で言えば、現代社会を対象として、人々が精神疾患に関する知識を受容する経路やその帰結について、定量的な側面から検討した研究は数少ない⁹。そこで本論文においては、次節で述べる対象者に対するインターネット調査によって得られたデータをもとに、「うつ」で通入院経験のある人々の精神医学的知識の受容過程、ならびに当該知識の受容が当事者の意識や行動に与える影響について考察する。

3. 方法と対象

本論文で分析するデータは、筆者が調査会社に委託して 2015 年度に実施したインターネット調査（「うつ病に関するアンケート調査」）によって得られたものであり、調査会社が保有する「疾患パネル」の登録者に対して実施したものである。この調査では、「うつ」で通入院経験のある全国 20～69 歳の男女を対象に、500 名のインフォーマント（男性 211 名、女性 289 名）から通入院の状況や、病気に関する情報の取得方法について回答を得た¹⁰。なお、対象者の選定に際しては、厚生労働省による 2011 年の患者調査に基づく性別・年齢階層別の推計患者数に対応したサンプルの割り付けを行い、男女比や年齢が偏らないように留意した¹¹。

⁹ 本稿と近い問題意識と方法論を用いた調査報告書として、前述の富高が監修し、株式会社 QLife が実施した調査報告書（株式会社 QLife, 2010）が存在する。しかしこの報告書においても、本稿の主たる関心である当事者の「うつ」に関する医療情報との接触経路については論じられていない。

¹⁰ 調査の依頼に際しては、回答内容が一般に公表される可能性があることを明示した上で、同意が得られた回答者に対してのみ、インターネット上での回答を依頼した。

¹¹ 調査設計時におけるサンプル割り付け数は、20 歳代から 60 歳代の順に、男性が 20、46、58、52、35 人（合計 211 人）であり、女性が 33、65、68、55、68 人（合計 289 人）であった。ただし、モニター登録者数の都合で回収できない年齢層につ

次に、本調査における調査項目について述べる。本調査における調査項目は、回答者の属性に関する質問（フェイス項目）と、病気の経験に関する項目に分けられる。このうち前者（フェイス項目）については、①性別、②年齢、③居住地（都道府県）、④職業、⑤婚姻状況、⑥子供数、⑦世帯年収、⑧個人年収、⑨居住形態、⑩病歴、⑪うつ病での通院の有無、以上 11 項目について回答を求め、⑪の設問で「通院はしていない／したことがない」を選択した回答者については、それ以上の回答を求めない（調査対象者から除外する）こととした。次に後者の病気の経験に関する項目としては、①これまで通院した病院／クリニックの数、②初めて通院した時期、③これまで利用した病院／クリニックに対する信頼度、④これまで服用したことのある抗うつ薬の種類、⑤「うつ病」以外に受けたことがある診断名、⑥自分が「うつ病」だと気がつくきっかけになった出来事と利用した情報媒体、⑦「うつ病」だと診断された後に病気のことを知るために利用した情報媒体、⑧「うつ病」だと初めて診断されたときの印象、⑨診断される前後での自身の心身の状態に対する捉え方の変化の有無とその内容、⑩診断される前後での自身の日々の行動に対する捉え方の変化の有無とその内容、以上 10 項目について回答を求めた。

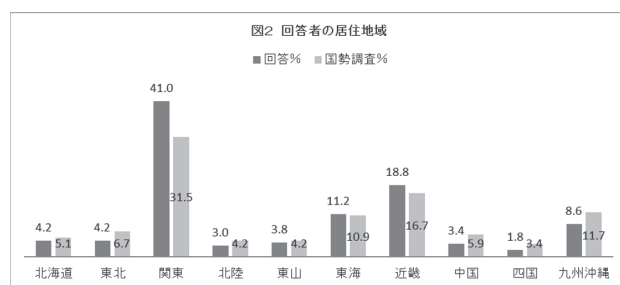
4. 分析と考察

4-1. 回答者の属性

前節で述べた割り付け数に従いインターネット調査を実施した結果、回答者の属性としては以下のような分布となった。まず性別と年齢階層については、表 1 に示すとおり、男性に関してはほぼ調査設計どおりの回収数を確保することができた。これに対して女性サンプルは、想定される母集団に比して、60 歳代の女性サンプルが少ない結果となっており、本調査の結果を読み解く場合には、女性サンプルが母集団よりも若年層に偏ったサンプルである点に留意が必要である。

	度数	%
男性20代	18	3.6
男性30代	46	9.2
男性40代	59	11.8
男性50代	53	10.6
男性60代	35	7.0
女性20代	47	9.4
女性30代	80	16.0
女性40代	78	15.6
女性50代	67	13.4
女性60代	17	3.4
合計	500	100.0

次に回答者の居住地（地域ブロック）に関しては、北海道 21 人、東北 21 人、関東 205 人、北陸 15 人、東山 19 人、東海 56 人、近畿 94 人、中国 17 人、四国 9 人、九州沖縄 43 人となった。これを国勢調査による居住人口割合と比較する



と、関東や近畿地方の回答者がやや多く、その他の地域居住者がやや少ない傾向がみられたが、おおむね現代日本の居住人口比と近似しているサンプルが得られた（図 2）。

いては、他の年齢層から同性のサンプルをランダムに補填することで対応し、最終的に、男女比に関しては患者調査と同等の比率（211:289）を確保した。

続けて回答者の職業についても分布を確認しておきたい。表 3 に示す通り、性別ごとに職業を集計したところ、男性は会社員（41.7%）、女性は専業主婦（37.4%）やパート・アルバイト（21.1%）が多いという結果になった。男性の自営業従事者や自由業者が比較的多く（それぞれ 9.5%、4.7%）、無職という回答も比較的多かった点には注意を要する（男性 22.3%、女性 13.5%）。これは推測の域を出ないが、今回の回答者に、病気の療養によって失業や転職を余儀なくされた人々が一定数いることをうかがわせる。他方で、男性の約 7 割、女性の約 5 割は有職者である点にも留意が必要である。

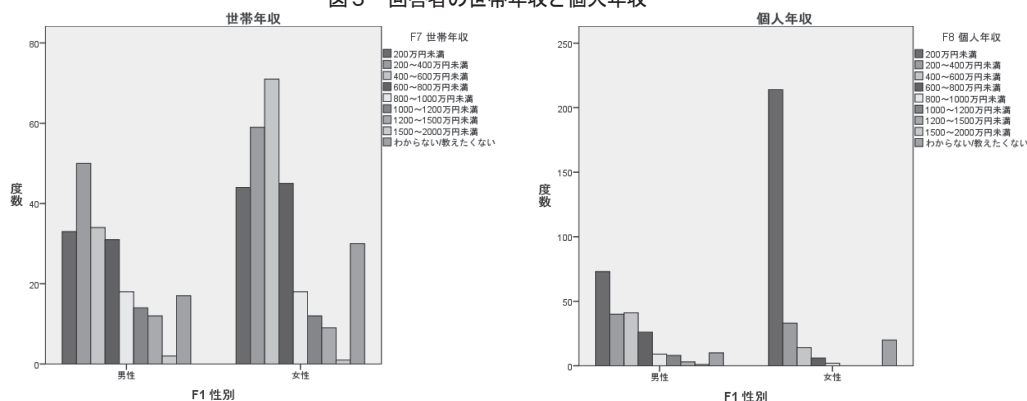
	F1 性別		
	男性	女性	全体
経営者/会社役員	1.9%	0.0%	0.8%
会社員/公務員	41.7%	11.8%	24.4%
派遣/契約社員	4.7%	6.2%	5.6%
専門家(医師・弁護士・会計士など)	1.9%	0.0%	0.8%
自営業	9.5%	1.7%	5.0%
自由業(フリーランス)	4.7%	3.8%	4.2%
パート・アルバイト	8.5%	21.1%	15.8%
学生	2.4%	1.0%	1.6%
家事手伝い	0.5%	2.4%	1.6%
専業主婦/主夫	0.9%	37.4%	22.0%
無職	22.3%	13.5%	17.2%
その他	0.9%	1.0%	1.0%
	100.0%	100.0%	100.0%

次に、回答者の家族状況について確認する。まず婚姻状況については、未婚・既婚・離死別ごとの割合として、男性が未婚 41.2%、既婚 47.9%、離死別 10.9%であったのに対し、女性は未婚 32.5%、既婚 56.1%、離死別 11.4%であった。女性に比して男性の未婚割合が高い点が注目に値する。

	0人	1人	2人	3人	4人	5人以上	合計
男性	57.3%	10.9%	23.7%	6.6%	0.0%	1.4%	100%(N=211)
女性	55.7%	18.7%	19.0%	4.8%	1.7%	0.0%	100%(N=289)
全体	56.4%	15.4%	21.0%	5.6%	1.0%	0.6%	100%(N=500)

また子供数に関して言えば、表 4 に示す通り、男女とも半数以上の回答者が「子供はいない」と回答している。平均子供数は、全サンプルの平均で男性 0.85、女性 0.78 であった。一方で、子供がいると回答したサンプルに限定した平均子供数は男性 2.00、女性 1.77 であった。

図5 回答者の世帯年収と個人年収



最後に、回答者の経済状況に関する属性（世帯年収と個人年収）について確認しておく。図 5 に示す通り、世帯年収の最頻値は、男性で 200～400 万円、女性が 400～600 万円であり、無回答を除いた中央値は男女ともに 400～600 万円であった。これに対し個人年収は、男女ともに最頻値が 200 万円未満であり、中央値は男性で 200～400 万円、女性が 200 万円未満であった。この結果からみると、男性は同居家族に就労者がおり個人年収としてはやや低い経済階層、女性は専業主婦または無業者、あるいはパート・アルバイト等の従事者で、平均世帯年収程度の暮らしをしている回答者が

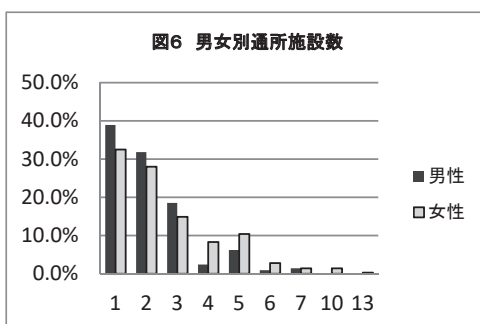
多いと考えられる。

4-2. 回答者の通院・治療経験

ここまで、回答者の属性を中心に、本稿で分析を行う対象者の基本情報を確認してきた。ここからは、回答者の病気に関する経験について分析を行う。まずは医療機関への通院状況と、通院した医療機関に対する信頼度について確認していきたい。

医療機関への通院経験

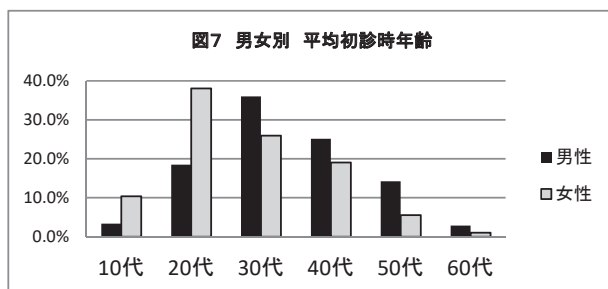
まず、回答者の通院状況について確認する。今回の調査では、「あなたがこれまでに通院された精神科系の病院やクリニック（心療内科やカウンセリング等を含む）は何箇所くらいですか」という設問により、これまでの通算通所施設数を実数で尋ねている。この設問に対する回答は、全サンプルにおいて、平均値 2.42、最頻値 1、中央値 2、最大値 13 であった（単位は箇所）。この結果からは、全体の過半数の人々が 1～2 箇所という比較的小数の施設にしか通院した経験がない一方で、10%強の人々は、これまで 5 箇所以上への通院を経験していることがわかる。またこの結果を男女別にみると、図 6 に示す通り、男性は 7 割以上の回答者が少数（1～2 箇所）の施設にしか通院していないのに対し、女性では 4～6 箇所の通院を経験している回答者の割合が比較的高く、女性の方が、男性に比して通所経験施設数が多い傾向にあることがわかる（平均値：女性 2.63、男性 2.13 箇所）。このことは、後述する精神科医療への親和性、もしくは信頼度に関するジェンダー差が関連しているものと考えられる。



では、回答者らは上記の施設に、いつ頃から通院しているのだろうか。この点を探るために、回答者が初めて精神医療施設にアクセスした時期の分析に移りたい。今回の調査では「あなたが、初めて精神科系の病院やクリニック（心療内科やカウンセリング等を含む）に行かれたのは、どのくらい前のことですか」という設問で、回答者の初診時期を調査した。当該の質問に対する回答を月数に換算して集計したところ、全サンプルでは平均値 118.5、中央値 107、最頻値 120（ヶ月前）となった。全体としては、おおむね 120 か月（約 10 年）前から医療機関にかかっている回答者像が浮かび上がる。なお男女別では、男性の平均値が 106.5 ヶ月前、女性の平均値が 127.3 ヶ月前であり、男女差は大きくなかった。

次に、この数値（初診時期）を回答者の年齢から引くことで、初診時年齢の分布を確認したところ、全サンプルにおける初診時年齢は平均値 34.5 歳、中央値 34.0 歳、最頻値 20 歳であり、全体としては 30 代に通院を開始した回答者が多いと考えられる一方、成人後すぐに通院を開始した人が最も多いという結果になった。またこの値を男女別に集計したところ、男性の平均値は 38.2 歳、女性の平均値は 31.8 歳であり、女性は男性に比して、平均初診時年齢が低いことがわかった。実際、男

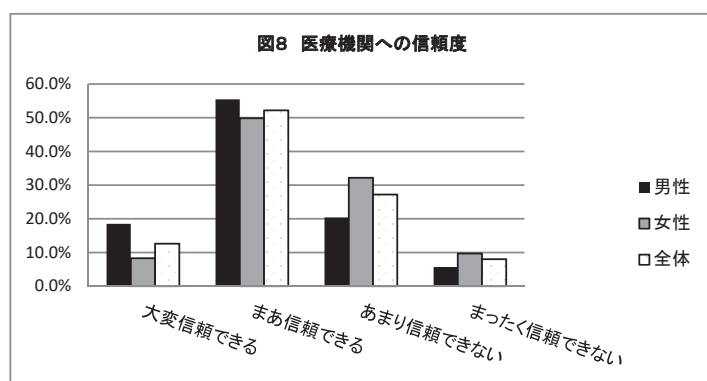
女別に10歳ごとの階層で初診時年齢をグラフ化してみると（図7）、男性は30歳代に初診のピークがみられるのに対し、女性のピークは20歳代であり、女性患者の方が、人生の早い時期から精神医療へのアクセスを試みている可能性が示唆された¹²。この点も、後述する精神科医療への積極性、もしくは信頼度に関するジェンダー差が関連している可能性が考えられる。



医療機関への信頼度

ここまで回答者の入通院に関する実態を示すデータを考察してきたが、次に、回答者が医療機関に対して抱えている意識（信頼度）についての分析に移りたい。今回の調査では、「あなたは、これまで通院された精神科系の病院やクリニックに対して、全体として、どのような印象をお持ちですか」という設問に対し、「大変信頼できる」から「まったく信頼できない」まで4つの選択肢を設け、択一式で回答を求めた。この設問に対する回答の分布を、全体と男女別に図示したものが図8である。

この結果を見ると、全体では約2/3の回答者が医療機関を「大変信頼できる」または「まあ信頼できる」と回答していることがわかる。ただし男女別にみると、男性の約74%が医療機関を「大変信頼できる」「まあ信頼できる」と回答している一方で、女性で「大変信頼できる」「まあ信頼できる」と回答した人は58.1%であり、女性の4割強は、どちらかといえば医療機関を信頼できないと考えていることがわかる。



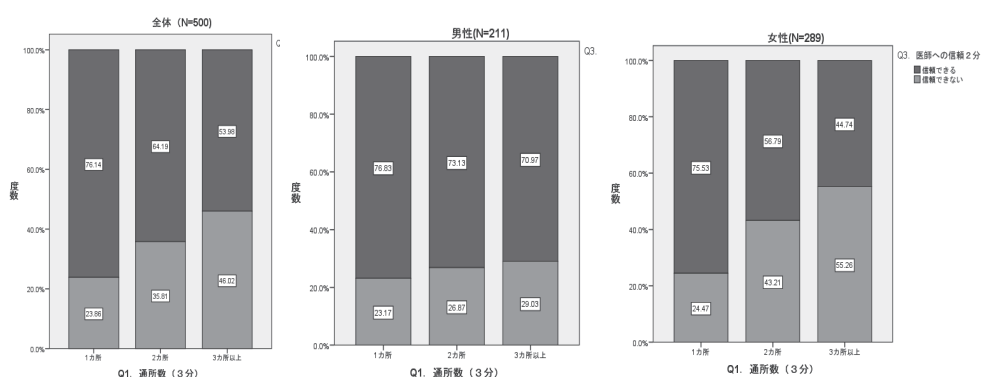
ここで、上記のような医療機関への信頼度の男女差と関連があると思われるのが、前述した通所した経験のある医療機関の数である。既述の通り、通所施設数の平均値も女性の方が多い傾向にあったが、これは女性の方が精神医療に対して不満を抱きやすいことから、医療機関を変えやすい（いわゆる「ドクターショッピング」の傾向を有する）のではないかという仮説が成り立ち得る。この点を検証するために、全サンプルと男女ごとのサンプルそれぞれにおいて、これまでの通所施設数と医療機関への満足度を掛け合わせたクロス集計表を作成し、両者の関係性を分析した¹³（図9）。

¹² ただし、前述したとおり今回の調査では女性サンプルが若年層に偏っていることから、この結果も回答者の年齢の偏りを反映したものとも解釈できる。

¹³ ここでは回答分布に従い、通所施設数を「1か所」「2か所」「3か所以上」に3分し、医療機関への信頼度を「信頼できる」「信頼できない」に2分したうえで、クロス集計表を作成した。

この結果を見ると、全サンプルと女性サンプルにおいて、これまでの通所施設数と医療機関への満足度には有意な関連があり（Pearson の $X^2: p<0.001$ ）、通所施設数が多い回答者ほど、医療機関を「信頼できない」と回答する傾向にあることがわかった。上記の結果と考えあわせると、特に女性回答者において医療機関への信頼度が低くなりがちであること、またそのことが、通所施設数の増加（いわゆる「ドクターショッピング」）と関連している可能性が示されているといえるだろう¹⁴。

図9 通所施設数と医療機関への信頼度のクロス（全体&男女別）



4-3. 診断前後における医療情報の取得経路

ここまで本節では、回答者の属性や治療経験の分析から、「うつ」で入院経験のある人々の実態を明らかにしてきた。次に本項では、本論文の中心的な課題である、精神疾患に関する医療情報の取得経路について分析を行う。今回の調査では、①「うつ」に気が付くきっかけとなった出来事と、②診断を受けたあとに利用した情報媒体、という二つの設問において、回答者の精神医学的知識との接触過程を尋ねている。以下順に、それぞれの回答内容を分析してみたい。

まず、回答者が自身の「うつ」に気が付くきっかけとなった出来事について考察する。今回の調査では、「ご自分が、「うつ病」だと気がつくきっかけになった出来事として、当てはまるものすべてをお選びください」という問いを設け、図10に示す13の選択肢から複数選択方式で回答を求めると同時に、メディア関連の選択肢については、その具体的な媒体名を自由記述で入力してもらった。その結果、選択肢の中でもっとも選択された割合が高かったのは「自覚はなかったが、医者から「うつ」だと診断された」(30.4%)であり、病識はなかったが、医療機関で診断を受けることでその認識に至ったという回答者が最多(3割程度)であることがわかった。しかしこの結果を裏返せば、約7割の回答者は、医師による診断以前から「自分は「うつ」ではないか」という認識を抱いていたということを意味する。すなわち、多くの回答者が医療機関を受診する以前から、何らかの

¹⁴ 先行研究の箇所で紹介した北中も、自身のフィールド調査の結果から、男性に比して女性の患者は「信頼できる医師に出会えるまでに、ときに壮絶ともいえるほどのドクターショッピングを重ねた人が少なかった」と述べ、受療行動におけるジェンダー差を指摘している（北中 2014: 159）。

情報を自身の状態にあてはめて、「うつ」の自己診断を行っていたことが推察される¹⁵。

図 10 「うつ」に気が付くきっかけとなった出来事についての設問と選択肢

Q6 ご自分が、「うつ病」だと気がつくきっかけになった出来事として、当てはまるものすべてをお選びください(M.A.)		それは、どのような情報媒体でしたか？ 書名や著者名、雑誌名、新聞名、番組名、サイト名、書かれていた内容、登場した専門家の名前など、情報の内容をできるだけ具体的に教えてください。(F.A.)
・本に書かれている情報を見た	→	
・雑誌に書かれている情報を見た	→	
・新聞に書かれている情報を見た	→	
・テレビ番組(健康番組等)を見た	→	
・企業や団体の運営しているインターネットサイトを見た	→	
・個人が運営しているブログやインターネットサイトを見た	→	
・「うつ」に関するSNSや掲示板の情報を見た	→	
・「うつ」に関するテレビCMを見た	→	
・「うつ」に関するネット広告を見た	→	
・企業や団体の発行しているチラシやパンフレット、ポスターなどを見た	→	
・その他()の情報を見た	→	
・自覚はなかったが、周囲の人から「うつ」ではないかと言われた		
・自覚はなかったが、医者から「うつ」だと診断された		

ではこれら 7 割の回答者は、どのような情報を参照することによって、自身を「うつ」ではないかと疑うに至ったのだろうか。前述の設問に対する回答結果をみると、次に多かった回答は「自覚はなかったが周囲の人から「うつ」ではないかと言われた」(22.6%)であり、周囲の人間関係(パーソナル・コミュニケーション)の中から、「うつ」の可能性を指摘された人も多いことがわかる。しかし「うつ」という概念がそもそも医学という専門知に由来するものである以上、回答者の周囲の人々も、精神疾患に関する何らかの医学的知識を各種メディアから獲得した上で、回答者本人の状態を「うつ」ではないかと示唆するに至ったと考えることが妥当であろう。

そこで三番目以降に回答が多かった選択肢を挙げてみると、回答が多い順に「本に書かれている情報を見た」(17.2%)、「企業や団体の運営しているインターネットサイトを見た」(11.8%)、「テレビ番組(健康番組等)を見た」(11.0%)、「個人が運営しているブログやインターネットサイトを見た」(7.0%)、「「うつ」に関する SNS や掲示板の情報を見た」(6.6%)、「雑誌に書かれている情報を見た」(6.4%)、「「うつ」に関するテレビ CM を見た」(4.4%)、「新聞に書かれている情報を見た」(4.2%)、「「うつ」に関するネット広告を見た」(3.4%)となった。

これらの結果からは、回答者がマスメディア(本や雑誌、新聞、テレビ等)もしくはインターネット上の情報を参照し、自己の状態を「うつ」であると認識する一つのきっかけにしていることがわかる。それぞれの選択肢を選んだ回答者は単独では少ないものの、合計すると、過半数以上の回答者がマスメディアやインターネットなど、対面コミュニケーション以外の経路から「うつ」に関する情報を得ていたことがわかる。以上の知見をまとめれば、Hacking の言うループ効果を生じさせる初期のプロセスにおいて、①医療専門家からの情報、②周囲の人々からの情報、③マスメディアやインターネットからの情報、以上 3 系列の情報が当事者によって受容され、それらの情報に含ま

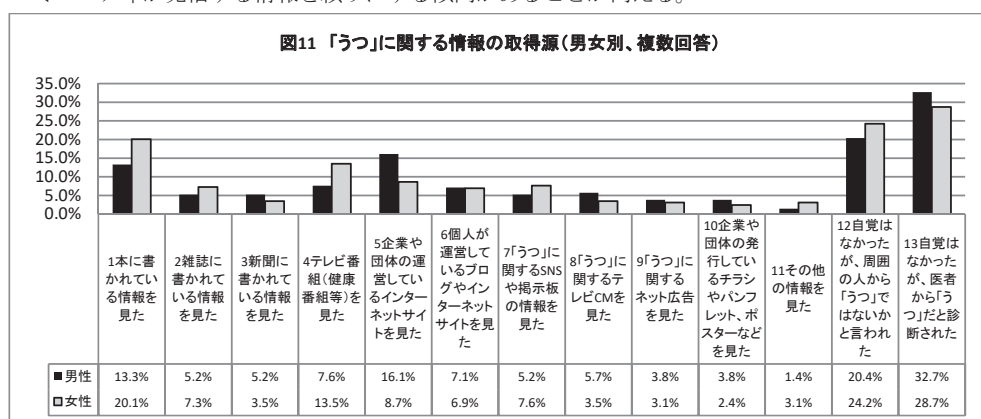
¹⁵ なお、株式会社 QLife が 2010 年に行った調査でも、患者の約 8 割が、受診前から自分がうつ病である可能性を疑っていたという結果が示されており、今回の調査結果もほぼ同様の回答分布を示しているといえる(株式会社 QLife 2010)。

れる精神医学的知識が、彼らの自己認識を（再）構成する契機になっていることを示唆する。

では、こうした精神疾患に関する知識の受容プロセスには、回答者の属性による差異がみられるのであろうか。これまでの分析と同様に、回答者の基本的な属性の一つである性別ごとに回答を集計し、性差による情報取得源の相違があるのかについて考察してみたい。図 11 は、男女別に、上述の「うつ」に関する情報の取得源（複数回答）を集計したものである。

この結果を見ると、まず、①医療専門家からの情報（診断）については男性の方が多く、②周囲の人々からの情報については女性の方が多いということがわかる。男性は周囲の人々に自身の問題を相談しづらく、医師によって診断を受けるまで「うつ」の可能性に気づきにくい傾向があるのに対し、女性は周囲の人々に相談することで、受診前に「うつ」の可能性に気づきやすいという可能性が考えられる。次に、③マスメディアやインターネットからの情報については、男性が「企業や団体の運営しているインターネットサイトを見た」と回答する人々が多いのに対して、女性は「本に書かれている情報を見た」「雑誌に書かれている情報を見た」「テレビ番組（健康番組等）を見た」

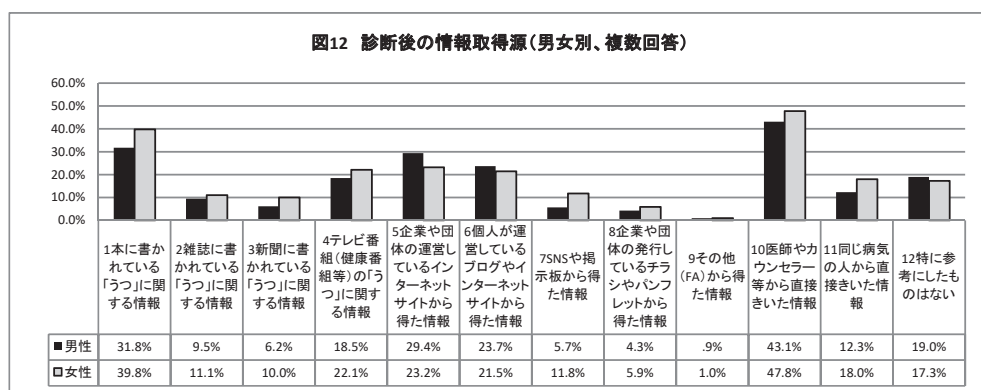
「うつ」に関する SNS や掲示板の情報を見た」などの回答割合が高いことがわかる。この結果からは、おそらく男性は自身の精神的な不調を疑った際、「企業や団体」といった運営主体が明確な組織が発信する情報を信頼する傾向があるのに対し、女性はマスメディアやインターネット上のピアコミュニティが発信する情報を頼りにする傾向があることが伺える。



以上、回答者が「うつ」だと自己認識するきっかけとなった出来事について分析してきた。次に、彼らが「うつ」だと診断された後、どのような情報源から病気の情報を得ようとしたのかについて考察したい。時系列でいえば、前述の「きっかけ」となった出来事は、病気行動における医療への接触期における情報取得行動であり、ここで見る「病気を知るために利用した情報」は、T. パーソンの言う病人役割の取得後における情報取得行動といえるだろう。今回の調査では「「うつ病」だと診断されたあと、病気のことを知るために、以下のような情報を参考にしたことがありますか」という問いを設け、前述の「きっかけ」と同様の選択肢を用意して、複数選択で回答を求めた。その結果、「特に参考にしたものはない」と回答した人は18.0%であり、反対に言えば8割以上の人々が、何らかの情報源から自分の病気についての知識を得ようとしていたことわかる。

では診断を受けた後、人々はどのような情報を頼りに病気と向き合おうとしたのだろうか。調査

者が準備した選択肢のなかで最も回答が多かったのは、「きっかけ」の場合と同様に、医療専門家からの情報（「医師やカウンセラー等から直接きいた情報」）であり、45.8%の人々がこうした専門家からの情報を参考にしていて（図 12）。現代社会においては医療専門家の権威が低下しているという指摘がなされることもあるが、やはり病者としては、自分の治療を委ねている専門家の意見を参考にするパターンが多いと思われる。ただこの数字を裏側から読めば、半数以上の人々は、医療専門家の情報を参考にして「いない」と回答していることになり、ここには精神科診療に対する患者の不信感や、いわゆる「3分診療」によって必要な情報が得られていない（あるいはそのような認識を抱く患者が多い）という可能性も考えられる。

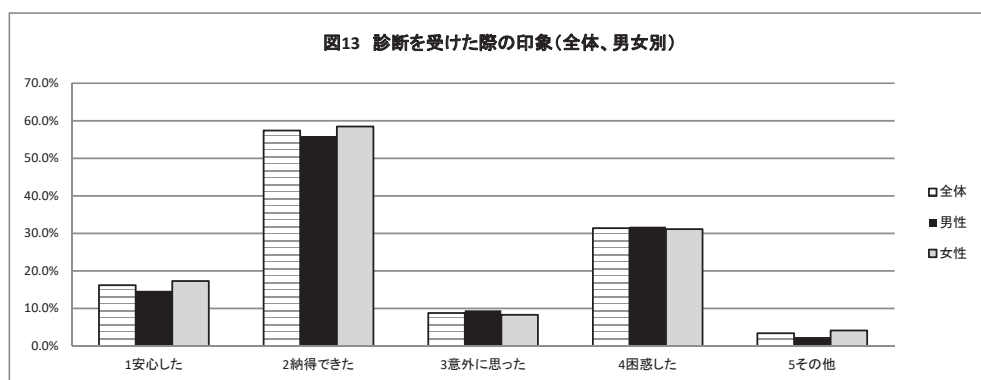


次に、医療専門家以外の情報源についても確認していきたい。2番目に選択者が多かったのは「本」に書かれている「うつ」に関する情報を参考にしたという回答（36.4%）であり、意外にも「本」という従来型のメディアによる情報を参考にしている人が多かった。これは自身の「病気」という深刻な人生上の危機において、なるべく信頼できるメディアの情報を利用したいという回答者の意識が反映されたものと推察できる。また「本」に続いて選択者が多かったのは、「企業や団体の運営しているインターネットサイト」（25.8%）、「個人が運営しているブログやインターネットサイト」（22.4%）であり、前述の「きっかけ」と比較すると、インターネット上の情報を参考にしたという回答者が多くなっている。これは、「うつ」という医学的な診断を受けた回答者が、情報を主体的に収集できるインターネットというメディアを活用し、自らの病気についての知識を積極的に収集しようとしたためと考えられる。なお男女別の傾向としては、全体としての選択肢の順位に大きな違いは認められないものの、男性が「企業や団体の運営しているインターネットサイト」を参考にした人の割合が高いのに対し、女性は「本」「SNSや掲示板」「同じ病気の人から直接きいた情報」などの回答が多かった。ここからは、総体として女性の方が多くのチャンネルから自らの病気についての情報を収集する傾向にあること、またその経路としては、SNSや掲示板、同じ病気の人といったピアグループ的な集団からの収集が相対的に多いことが見て取れる。

4-4. 診断に対する意識と情報取得行動

では、上記のような診断もしくは情報取得行動の前後で、回答者の意識にはどのような変化が起

きていたのだろうか。まずは、病気の経験において一つの重要な契機となる「診断」を受けた際の印象について分析したい。今回の調査では、「ご自身が「うつ」だと初めて診断されたとき、どのように感じましたか」という問いに対して、「1.安心した」「2.納得できた」「3.意外に思った」「4.困惑した」「5.その他」という5つの選択肢を設け、複数選択方式によって当時の印象に近い意識を選択してもらった。その結果、最多は6割弱の回答者が選択した「2.納得できた」であり、次いで3割強の回答者が選択した「4.困惑した」であった。男女差はほとんど見られなかった（図13）。



ここで「納得できた」という回答は、診断を受ける前から「うつ」の可能性に気が付いていた回答者が、医療機関でその確証を得ることができたという事実を意味する場合が多いと推察できる。前述の通り、約7割の回答者が、医師による診断以前から「自分は「うつ」ではないか」という疑いを抱いていたと考えられるので、ここで約6割の回答者が「納得できた」と回答することは矛盾のない結果といえる。他方で「困惑した」と回答した約3割の回答者は、前述の「自覚はなかったが、医者から「うつ」だと診断された」という回答者にほぼ相当するものと考えられる。では、診断時にこうした意識を抱いた理由はどのようなものであったのだろうか。以下、上記の選択肢を選んだ理由に対する自由記述欄の回答を帰納的に分類し、考察を加えていくことにしたい。

「安心した」理由

まずは、15%ほどの回答者が選択した「1.安心した」という理由に関する記述をみてみよう。ここには、①原因／治療法が判明したことによる安堵感と、②自責の念からの解放という2つの意識が存在していることがわかる。前者(①)の例としては、「身体症状等の原因が判明したから」(Aさん)、「病名がはっきりしたので」(Bさん)、「原因がわかったので」(Cさん)などの回答のほか、以下のような回答があった。

それまでどれほど体に不調があっても、内科や呼吸器科などの検査では「異常なし」といわれるだけ。こんなに苦しんでいるのに、病名が付かないということが、非常につらかったです。「うつ病」と診断されたことで、やっと不定愁訴の原因も分かりましたし、治療の方針も立ったので、安心感は大きかったです (Dさん)

また後者（②）の例としては、「自分の考え方が悪いのかと思っていたのが違ったから」（E さん）、「病名がつくなら自分はダメな人間でも逃げる理由ができた」（F さん）などのほかに、「あんなに苦しくて辛くて、どんなに頑張っても仕事もまともに出来なくて、でも、『自分の努力が足りないんだ、おかしいのは自分なんだ』と言いつけて誤魔化し続けた分、『私がおかしいんじゃないくて病気のせいだったんだ』と……安心しました」（G さん）という回答もあった。従来の医療化に関する諸研究においても、当事者やその家族が「診断」という医学的判定を受けることで、問題の解決や罪悪感からの解放へ向けてポジティブな意識を有することが可能となるという指摘がなされてきたが、本調査でも同様の「診断」が持つ効果が確認できたといえる。

「納得できた」理由

次に、選択者が最も多かった「納得できた」という理由について、その自由記述を分析していきたい。この回答理由の多くは、「各種メディアからの情報で事前に自己診断していたから」という内容に要約できるものである。すなわちこの選択肢を選んだ回答者らは、「ネット診断と大体おなじだったので」（H さん）「ネットのうつ診断でも当てはまっており、仕事も手に付かない状態だったのでうつ病だと確信していた」（I さん）「ネットに上がっているチェックリストに当てはまる物が多かったからうつ病だとほぼ確信していたから」（J さん）「TV で言われていた症状が多々当てはまったから」（K さん）「ネットでうつ病診断みたいなものを事前にやっていたので、ああやっぱりなと納得できた」（L さん）「本に書かれている症状がすべて当てはまっていたため」（M さん）など、インターネットやテレビ、本などのメディアから事前に「うつ」に関する医学的知識を取得しており、その知識に当てはめることで、自身の病名を事前に予想していたことがわかる。そしてこのような事前の知識があったからこそ、実際に医療機関で下された診断にも「納得できた」ものと思われる。

これらの回答で興味深いのは「ネット診断」「ネットのうつ診断」「TV で言われていた症状」などの記述から、回答者が自主的に、簡易版の「うつ」チェックリストを実行していると思われる点である。これまでの「うつ」の増加に関する研究でも、製薬企業が主導する形で「うつ」の自己チェックリストが各種のメディアで配布されていた事実が指摘されているが、今回の調査では実際に「うつ」と診断された当事者らが、それらのリストを実践していたことが確認された。なお、インターネットやマスメディアを通じた情報以外では、「学校」で「うつ」に関する知識に触れていたという回答¹⁶や、家族に同じ病気の人がいて事前に知識を得ていたという回答¹⁷もあったが、全体としては少数に留まっている。やはり現代社会においては、インターネットやマスメディアといった広範囲に影響を及ぼすメディアを通じて「うつ」に関する情報が流通しており、そうした情報に触れることで、人々は自身の症状を精神医学的な問題として捉える基盤を形成しているものと考えられる。

「意外に思った」「困惑した」理由

ここまで「うつ」の診断を受けた際に「安心した」「納得できた」という回答者の自由記述を見てきたが、最後に「意外に思った」「困惑した」と回答した人々の意識を検討しておきたい。これらの

¹⁶ 「看護学校に通っていたので、自分がそうだとよくわかった」（N さん）「「あーやっぱり」と思った。珍しい病気ではないと学校の授業で習っていたので、納得した」（O さん）などの回答がある。

¹⁷ 「弟と同じ症状だったが、自分に出ると思わなかったので困惑したが、やっぱりという納得と、病気なら薬でなんとかするという安心感があった」（P さん）などの回答が該当する。

意識を抱いた理由は、①性格的になるとは思わなかったから、②他の病気だと思っていたから、③知識の不足による無理解があったから、という3点に分類できる。

このうち①は、「昔の自分はうつ病になるような性格ではなかった。どちらかというと大ざっぱで、くよくよ考え込むような性格でもないし、初対面の人とでもすぐに打ち解ける事が出来る方でした。そんな自分がうつ病だなんて正直驚いた」(Qさん)という回答に典型的なように、自己の「性格」を「うつ」患者のイメージと照らし合わせることで、その不一致から「うつ」を疑わなかったグループといえる。同様の認識は、「まさか自分になるとは思ってもいなかったの」(Rさん)「じぶんがかかる疾患とは思えなかった」(Sさん)「自分はうつ病にはならない性格と思っていたから」(Tさん)「前向きな性格だから」(Uさん)などの回答にもみられる。

また②の「他の病気だと思っていた」という回答としては、「体の不調だと思ってたから、そうくるとは思わなかった」(Vさん)「摂食障害と不眠症だと思っていたから」(Wさん)などがあり、③の「知識の不足による無理解があった」という回答としては、「当時は鬱と言う病気の認知度が低かったから」(Xさん)「うつ」というものがどんなものか正確には知らず、気分が落ちこんでいる状態のことだと思い込みがあったから、自分には当てはまらな思っていたから」(Yさん)などがある。

前述の通り、これらの回答者は「安心した」「納得できた」を選択した人々とは異なり、受診以前から医学的知識を当てはめて、自己の状態を「うつ」だと認識していたわけではない。しかし上記のような回答内容からは、「意外に思った」「困惑した」人々もまた、(上記③の類型を除けば)事前に「うつ」に関する何らかの知識やイメージを有しており、それに照らし合わせることで、自己の状態を「うつ」では「ない」と判断していたことがわかる。つまり、受診以前から自分を「うつ」だと認識していた人も、そうではない人も、その多くは従前から特定の精神疾患に関する何らかの情報に接触しており、その情報の正確さ、あるいは知識量の多寡によって、「うつ」の自己認識に至るか否かが決定されていると考えることができる。以上のような意味において、今回の自由記述欄の分析からは、各種メディアを通じて精神疾患に関する大衆的な知識が、広く普及している現代日本の現状を透かし見る事が可能であろう。

4-5. 診断後の自己の変化

ここまで本節では、回答者の諸属性や診断前後の情報取得行動、診断に対する意識とその理由について考察を進めてきた。本節の最後に、「うつ」という診断が下されたことによる、当事者の行動や意識の変化について考察していきたい。これは2節で述べた Hacking の図式に当てはめれば、当事者らが特定のカテゴリーに該当するものとして自己を認識し、それによって意識や行動を変化させる過程についての分析といえる。今回の調査では「医師から「うつ」だと診断される前と診断された後では、ご自身の心身の状態に対する捉え方に、変化はありましたか？」および「医師から「うつ」だと診断される前と診断されたあとでは、ご自身の日々の行動に変化はありましたか？」という2つの設問を設け、それぞれ「意識」と「行動」面での診断後の変化の有無を、二者択一的方式で尋ねている。その結果、前者の「意識」面での変化が「あった」と回答した人は305人(61.0%)、

「なかった」人は195人(39.0%)であり、後者の「行動」面での変化が「あった」と回答した人は310人(62.0%)、「なかった」人は190人(38.0%)であった。

この結果からは、「意識」と「行動」それぞれの側面において、いずれも6割強の回答者が、何らかの変化があったと回答していることがわかる¹⁸。では、回答者らは診断を受けることで、具体的にどのような「変化」を経験したのだろうか。「意識」と「行動」それぞれの面について、その具体的内容を尋ねた自由回答欄の記述をもとに、順に考察していくことにしたい。

「意識」面での変化

まずは意識面での変化(より詳細には上述の通り「自身の心身の状態に対する捉え方」の変化)について見ていきたい。回答を帰納的に分類すると、①治療への意欲が湧いた、または現状に対して前向きになれたという回答と、②心身の状態の客観化、あるいは対処法の自覚ができるようになったという2つの回答傾向があることがわかった。

このうち前者(①)の回答例としては、「処方された薬を飲む行為自体でも安心感は得られるし、自分で調べた対処法を試すことをためらいなく行動できるようになった」(aさん)「うつ病を受け入れ、病院に通って治療しようという気持ちが強くなった」(bさん)「ただ苦しんでいたものから、治療をして治していくものという考えになった」(cさん)「薬やカウンセリングを使えばうつ病が治せるのだと期待した」(dさん)「「うつ」についてどんな症状がでるのか図書館で「うつ」に関する書籍を読み漁って、納得した」(eさん)など、自分の状態を「病気」として自覚することで、医学的な治療に対して積極的にコミットできるようになったという回答が目立つ。また後者(②)の例としては、「客観的に自分を見るようになった」(fさん)「自分をどう捉えたらよいか考えるようになった」(gさん)「自分の状態に気を配るようにした」(hさん)「予防策をとるようになった」(iさん)「常に心の余裕のあるなしを気づかうようになった」(jさん)などの回答があり、自己の状態を客観的に捉える習慣を身につけるようになったという回答が多かった。

これらの回答からは、当事者が「うつ」の診断を受けることによって、それまでの混沌とした苦しみの世界やら、状態の医学的理解に沿った治療や解決のプロセスに向けて、冷静かつ前向きに意識を転換させていくプロセスを窺い知ることができる。これは既述の Hacking が、ループ効果の最終局面として述べている過程とも一致しており、彼の考察が、実証的にも裏付けられたということができるだろう。しかしその一方で、今回の調査では「余計に気持ちが重たくなった」(kさん)「生きた心地がしない」(lさん)「激しく落ち込んだ」(mさん)「自分を信用が出来なくなる」(nさん)など、診断を受けることがきっかけとなってネガティブな心理に陥ったという回答も見られた。こうした印象が、いつ、どのような時点での意識なのかについて、今回の調査ではそれ以上の情報が得られていないが、こうしたネガティブな感情を抱いた当事者がいるということは、Hacking の言うようなループ効果が円滑には作動しない事例もある点には注意が必要であろう。

「行動」面での変化

次に、診断を受けた後での行動面での変化について見ていきたい。行動面の変化としては、①生

¹⁸ なお当該の回答における男女差はほとんど見られなかった。

生活上の「無理」を避けるようになったという回答と、②休養や気分転換、あるいは規則正しい生活を心がけるようになったという回答、加えて③仕事が円滑に進むようになったという回答が目立った。このうち①の「無理」を避けるようになったという回答としては、端的に「無理しない様になった」(oさん)という回答のほか、「診断されたことで無理しなくて良いんだと気分が楽になった」(pさん)「無理はしなくていいのだと思うようになった」(qさん)「いつもストレスを乗り越えようとしていたが、ストレスを溜めない生活にした」(rさん)などの回答があり、「診断前」は「会社に行くのは当然だし、暴言、配置転換を受け入れなきゃならない」と思っていたが、「診断後」は「無理をしなくていいんだ」と思い始めました」という回答も見られた(sさん)。大衆化された「うつ」に関する医学言説においては、一般的に病者に対して「励まし」を行うことが禁忌とされる場合が多いが(いわゆる「激励禁忌」)、上記のような当事者の回答は、こうした激励禁忌の言説(井原 2009)を内面化した行動のようにみえる。当事者らは「無理をする」というそれまでの生活上の行動を反省しつつ修正することで、新しい生活のリズム、ひいては新しい自己のあり方を模索していったといえるだろう。このような日常生活上の行動変容は、②の休養や規則正しい生活を心がけるようになったという回答にも表れている。これらの回答としては、端的に「休むようにした」(tさん)といった回答のほか、「なるべく気分転換をするよう心掛けた」(uさん)「休養した」(vさん)「大学院を休学した」(wさん)「規則正しい生活を心がけるようになった」(xさん)「ゆっくり休養するようになった」(yさん)などの回答が含まれる。**Hacking** は、「うつ」であるとの自己認識を得た当事者について、「うつ」の症状と感情を減じるためになされる、行動を変化させる処方受人は受け入れ」るようになり、その結果「あるタイプの〔注:「うつ」の症状を低減させるような〕行動を行うようになることによって、うつと関連していると考えられている脳のある化学的状態も軽減する」可能性について言及しているが(Hacking 1999=2006: 270)、上記のような行動変容は、まさにここで **Hacking** が述べている現象を生起させる可能性のある行動上の変化だといえるだろう。上記③の回答として、ある回答者が「今迄理解が出来ずに困惑していた事が、何故かススイと理解が早く、効率的に業務をこなせる様になった」(zさん)と述べていることは、自己を精神医学的な疾患の当事者としてカテゴライズすることが、場合によっては当事者の生活にとってポジティブな効果をもたらし、新たな自己の創造に寄与する可能性を示唆している。

5. 結論

以上本稿では、「うつ」で通入院経験のある人々に対する調査から得られたデータをもとに、精神医学的な知識が人々によって受容されるプロセス、ならびにその事態が当事者の意識や行動に与える影響について考察してきた。本稿で得られた知見を要約すると、次のようになる。

第一に、「患者」として精神科医療に関わった経験のある人々(今回の調査対象に限定していえば、医療機関から「うつ」の診断を受けたことのある人々)の多くは、医療機関への受診以前から、自身の状態を精神医学的な概念によって解釈しようとしていた。またその背景としては、各種メディアを通じて多様な精神医学的知識が現代社会に流布している状況があると推察でき、そうしたメディアによってもたらされる大衆化された精神疾患に関する知識(例えば「うつ病のチェックリスト」

等)を活用することで、多様な要因に起因する各人の「問題」が、個人の「疾患」として主体的に解釈されていく可能性が示唆された。

第二に、回答者の受診行動や医療情報への接触に関する行動、あるいは医療機関に対する意識の分析からは、メンタルヘルス関連医療に対する様々な意識と行動の関連や、属性による差異が見られることがわかった。具体的には、医療機関を信用する度合いの低い回答者ほど多くの医療機関を受診する傾向や、性別によって医療機関への信頼度や医療情報への接触経路の点において差異がみられることがわかった。

第三に、精神医学的な診断を受け入れることで、当事者には様々な意識や行動の変化が生じていることがわかった。回答者によって多様性があるものの、そうした変化の多くは、自らの状態を「精神医学的な疾患を抱えた自己」として解釈したうえで病気に対処しようとしたものであり、精神疾患の治療に対して積極的な自己を創造する方向性に沿ったものであった。またこの事実が、可能性としては、疫学的な意味での「うつ」の病像の変化を導く可能性が示唆された。

以上本稿で得られた知見を、2 節で紹介した Hacking のループ効果に関する議論と照らし合わせるならば、次のような洞察が可能であろう。すなわち今回の調査から得られたデータは、基本的には、Hacking が「うつ」を含めた精神医学的な分類の「ループ」として描き出している出来事を、経験的な水準から支持するものである。具体的に言えば、現代社会には精神疾患に関する各種の医学的知識が遍在しており、特定の精神疾患カテゴリーにカテゴライズされた人々は、そうした知識を活用することで、自己の心身の状態を解釈するように水路付けられる。また彼らは、現代の医学において適切とみなされる治療法や生活習慣の見直しを行うことで、既存の「うつ」概念に一致しない新しい病像を生み出す可能性もある。

しかしこうした Hacking の議論を支持すると思われるデータとともに、今回の調査からは、彼の推論を支持しない可能性のあるデータも得られた（例えば 4-5 で述べたような、診断を受けることで前向きになれなくなったと述べる回答者の事例など）。このような Hacking の図式には当てはまらない事例を、どのように精神医学的知識の普及と医学的カテゴリーの変容といった事象に結び付けて分析することが可能なのか、理論的・実証的にさらなる考察を行うことが本稿に残された課題といえる。

最後に、本稿の意義と限界に触れておきたい。言うまでもなく、今回の調査は無作為抽出による標本調査ではないので、本調査結果をただちに一般化することには慎重でなければならない。またインターネット調査という性質上、回答者がインターネットによってもたらされる情報に親和的な人々が多く含まれており、そのことが回答の偏りを生んでいる可能性も考慮する必要があるだろう。しかし、これまで調査されることが少なかった精神医療ユーザーの情報取得行動や、そうした行動に関連する当事者の意識の一端を明らかにできた点に、本論文の意義があるものと思われる。

謝辞

本論文で用いた調査にご協力下さいました皆様に心より御礼申し上げます。

本研究は JSPS 科研費 JP19K02037, JP17H00830, JP16H03687, JP16H02040, JP26780268 の助成を受け

たものである。

文献

- Conrad, Peter & Joseph W. Schneider, [1980] 1992, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Expanded ed., Philadelphia: Temple University Press. (=2003, 進藤雄三監訳『逸脱と医療化』ミネルヴァ書房.)
- Cooper, Rachel, 2014, *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Routledge. (=2015, 植野仙経・村井俊哉訳『DSM-5を診断する』日本評論社.)
- Davis-Berman, Jennifer and Frances G. Pestello, 2005, "The Medicated Self," *Studies in Symbolic Interaction* 28: 283-308.
- 江澤和雄, 2013, 「教職員のメンタルヘルスの現状と課題」『レファレンス』744: 5-28.
- Frances, Allen, 2013, *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*, William Morrow. (=2013, 青木創訳『「正常」を救え』講談社.)
- Fullagar, Simone Patricia, 2009, Negotiating the Neurochemical Self: Anti-depressant Consumption in Women's Recovery from Dpression, *Health* 13(4): 377-94.
- Hacking, I., 1995, *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Science of Memory*, New Jersey: Princeton University Press. (=1998, 北沢格訳『記憶を書きかえる』早川書房.)
- , 1998, *Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*, Virginia: University of Virginia Press. (=2017, 江口重幸他訳『マッド・トラベラーズ』岩波書店.)
- , 1999, *The Social Construction of What?*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press. (=2006, 出口康夫・久米暁訳『何が社会的に構成されるのか』岩波書店.)
- Healy, David, 2004, *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression*, New York University Press. (=2005, 谷垣暁美訳『抗うつ薬の功罪』みすず書房.)
- Horwitz, Allan V. & Jerome C. Wakefield, 2007, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, Oxford University Press. (=2011, 伊藤和子訳『それは「うつ」ではない』阪急コミュニケーションズ.)
- 井原裕, 2009, 『激励禁忌神話の終焉』日本評論社.
- 株式会社 QLife, 2010, 「うつ病患者は『医療機関での治療』をどう捉えているか 調査報告書」(<https://www.qlife.co.jp/news/1123.html> : 2019年7月アクセス)
- Kitanaka J., 2012, *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*, Princeton University Press.
- 北中淳子, 2014, 『うつの医療人類学』日本評論社.
- 櫛原克哉, 2015, 「精神医療技術を通じた自己形成に関する社会学的研究」『社会学評論』65(4): 574-91.
- 文部科学省, 2018, 「平成29年度特別支援教育に関する調査の結果について」

- (http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/1402845.htm : 2019 年 7 月アクセス)
- 元森絵里子, 2016, 「自殺を補償する」貞包英之・元森絵里子・野上元『自殺の歴史社会学』青弓社, 144-78.
- 内閣府, 2018, 『平成 30 年版障害者白書』.
- 野田正彰, 2013, 『うつに非ず』講談社.
- 労働政策研究・研修機構, 2005, 「メンタルヘルスと企業パフォーマンス——65%の企業が生産性低下などとの関係を認識」(<https://www.jil.go.jp/press/documents/20051125.pdf> : 2019 年 7 月アクセス)
- 佐藤雅浩, 2013, 『精神疾患言説の歴史社会学』新曜社.
- 富高辰一郎, 2009, 『なぜうつ病の人が増えたのか』幻冬舎ルネッサンス.
- Watters, Ethan, 2010, *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche*, Free Press. (=2013, 阿部宏美訳『クレイジー・ライク・アメリカ』紀伊国屋書店.)
- Whitaker, Robert, 2011, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, Broadway Books. (=2012, 小野善郎・門脇陽子・森田由美訳『心の病の「流行」と精神科治療薬の真実』福村出版.)
- 山田陽子, 2014, 「労働者の自殺をめぐるリスクと責任」『年報科学・技術・社会』23: 31-57.