

# Psychosocial Research and Health Education Research into Leprosy in China : A Literature Review

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2013-01-01 キーワード (Ja): キーワード (En): Leprosy, Hansen's disease, China, Literature review, Mental health, Mental disorders, Psychological problems, Psychosocial problems, Suicide, QOL, Psychological care, Health education, Family, Marriage, Leprosy village, Knowledge, Attitude, Stigma, Discrimination 作成者: 若林, 佳史 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://otsuma.repo.nii.ac.jp/records/5807">https://otsuma.repo.nii.ac.jp/records/5807</a>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



## 中国におけるハンセン病に関する心理社会研究と健康教育研究：文献綜述

若林 佳史\*

### 要 約

今後ハンセン病に関してどのような心理社会研究また健康教育研究を推し進めればよいか、それを探るため、中国でこれまでに行われてきた同領域での研究や調査を、ハンセン病受累者を対象としたもの、医療・保健従事者を対象としたもの、一般の人々を対象としたものに分け、それぞれ概観した。そのうえで以下のような研究の推進を提案した。すなわち、高齢や女性のハンセン病受累者、また受累者の家族を対象にした研究、受累者自身が書き記した文章や語った話をもとにした研究、受累者の内面、また受累者がスティグマや心理的問題を乗り越えていく過程に関する研究である。さらに、受累者とのかかわる医療・保健従事者が抱える心理社会的問題に関する研究や、一般の人々に対する健康教育の方法に関する研究、また偏見や差別が減じにくい理由や背景に関する研究も望まれることを述べた。

### 1. 中国におけるハンセン病患者および同治癒者

かつて中国古代において、癘や癩、また大風や悪風などと称される病があったとされる。これらがこんにちのハンセン病と完全に一致するわけではないことは言うまでもないが、中国において同病は古くから存在し、少なからずの人を苦しめてきたことは確かであろう。異論もあるが、すでに論語に、“伯牛有疾，子問之，自牖執其手，曰：‘亡之，命矣夫，斯人也而有斯疾也，斯人也而有斯疾也’”と記される伯牛は同病だったとも言われる。また黄帝内経には、“癘者，有榮氣熱附，其氣不清，故使其鼻柱壞而色敗，皮膚瘍潰。風寒客於脈而不去，名曰癘風，或名曰寒熱”と記されるが、

この特徴は同病のそれに酷似する。秦代の竹簡にも癘についての記述があり、病者が癘遷所ないし癘所なる施設に収容されたこと、また、“癘者有罪，定殺”なる法律があったことが明らかになっている（詳しくは、林 1986<sup>1)</sup>参照）。宗教家による救済も伝えられ、統高僧伝によれば、北齊代、インドから来た僧・那連提黎耶舍は病者を男女別の病坊に収め養うとともに、四事<sup>\*1)</sup>を提供し、隋代に入ると道舜は癘村にて病者の膿をすするとともに、その衣服を洗い、またその心業を浄め、さらに唐代に入ると智嚴は癘人坊にて説法を行い、膿を吮り、隈なく洗い濯いだとされる<sup>\*2)</sup>。

このようにハンセン病と察せられる病は古くから存在していたが、病者の積極的な隔離収容が始まったのはそれほど古いわけではない。中華人民

\*大妻女子大学 社会情報学部

共和国成立後<sup>\*3)</sup>に限って言えば、1957年全国ハンセン病防治計画における“積極防治，控制伝染<sup>\*4)</sup>”という原則のもと、DDS治療とともに、数多くの病院ないし療養所（簡体字で、麻風院、疗养院；以下、施設と呼ぶ）やハンセン病村（同じく、麻風村、麻風病村；以下、原論文にある表現を尊重し、麻風村と記す。康復村、恢复村ともいう。こちらは以下、回復村と記す）の設置と病者の収容が強力に進められた。この隔離策は、MDTが導入され、同病防治策の4つの変換（単剤治療から多剤併用治療へ；隔離治療を主から社会防治を主へ；抗菌治療単一から抗菌治療と回復医療の結合へ；防治専従部門による単独作戦から社会ぐるみの協同作戦へ）が行われる1986年まで続いた（台湾では1960年に強制隔離は廃止になった）。現在ではWHOの目標（有病率1/10000以下）は達成されているが、それでも西南部、すなわちチベット自治区、雲南省、四川省、貴州省では他地域より高率に新しく病者が見出されている。

こんにち病者や治癒者は自宅のほか上述の施設や数百の麻風村に住むが、その背景に彼らに対する深刻な差別や迫害があることは言うまでもない。かつては病者の遺棄同然の地域社会からの締め出し（深山に追いやる、あるいは麻風船と呼ばれる小舟に寄せ、川や海に追いやる）や殺害（生き埋めや焼殺、あるいは水中に投じての淹死など）もあったとされる。1930年代後半に起ったという病者の大量殺害は同国の病者にとっていまだ記憶に残るものであろう。

古来同病の原因論としていくつかのものがあり、鬼神の仕業や天刑、あるいは縦欲というのがそれだが、六気の一つで他の五気（寒・暑・湿・燥・火）を統率する気、すなわち風（のちに湿も加わった）の仕業とする考え方もある。同病はこんにち一般に、病名に風を含む麻風と、また台湾や福建省などではところによって *thai ge*, *thai ke*, *thai ko* (*thai*は*tai*と記されることもある；苔疙，胎哥，癩癩，癩哥，癩痾<sup>\*5)</sup>) と呼ばれるが、近年では、特に医学領域では原因菌を発見した Hansen の音に基づき、韓森（氏）病，漢生（氏）病，漢森（氏）病と記されることもある。本稿で

はハンセン病あるいは麻風という語を用いる。

同病を患った人は麻風病人や麻風（病）患者、治癒していない人は現症麻風病人や同患者、治癒した人は麻風（病）治愈者や同治愈病人や同治愈患者、あるいは麻風（病）康復者や同康復病人や同康復患者などと呼ばれるが、近年では、“leprosy-affected person”の訳語であろうか、麻風（病）受累者や同受累患者という呼称、さらに“leprosy survivor”の訳語であろうか、麻風（病）存活者や同治愈存活者という呼称も登場している。このように呼び名が一通りでないところに、この病が抱える問題の複雑さが表れている。

そうした病者や治癒者の心理面について、これまで世界各地で数多くの研究が為されてきたが、いまだ十分に取り上げられていない事柄があるかもしれない。そこで、まずハンセン病に関する心理社会領域また健康教育領域で調査や研究が盛んに行われている中国を選び、同国でこれまでに為されたそうした調査や研究を概観し、これからどのような研究を行えば良いか、それを探っていくことにする。

なお本稿では、原則的に病者あるいは治癒者という語を用いる。ただし原論文にある表記を尊重し、患者、現症患者、受累者という語を使うこともある。

中国における専門の雑誌としては、1927年に設立された中華麻瘋救済會が1927年から1943年まで発行した麻瘋季刊がある。しばらく刊行が途絶えたが、中国麻風防治研究中心が設立された1985年に中国麻風雑誌（1999年に中国麻風皮膚病雑誌と改称）が創刊され、こんにちに至っている。中国のハンセン病史に関しては、Leung (2008)<sup>1-2)</sup>、趙天恩・鄭懷林 (2011)<sup>1-3)</sup>、江澄・馬振友 (2011)<sup>1-4)</sup>、江澄 (2011)<sup>1-5)</sup>を参照してほしい。

## 2. 中国のハンセン病患者および同治療者を対象とした調査や研究

### (1) 精神障害と自殺

#### a) 精神障害

ハンセン病患者の精神障害（中国語では「精神障害」あるいは「心理<sup>\*6</sup>障害」）に触れた報告は少なくない。たとえば潘興虞・張介傑（1986）<sup>2-1-1</sup>は1956～1981年の広東省の2県の同病患者計200名を調べ、精神障害39名を見出し、その有病率（19.9%）は一般人におけるそれ（0.5～0.7%）より著しく高いことを述べた。そしてこの39名が神経症性反応4名、抑うつ（「抑郁」）反応27名、性格改変（凶狠、残暴）6名、妄想観念或いは類妄想性幻想2名の4タイプに分類でき、抑うつ反応が最多であることを述べた。その上で後遺障害（変形）のある者の割合は精神正常群（161名中29%）よりこの精神障害群（39名中64%）のほうが高いことから、後遺障害が差別とともに精神障害の要因と考えた。いっぽう精神障害と、発病からの期間、性別、年齢、婚姻、病型との間に関連は見出せなかった。そして彼らは、同病の発生率が高い地域では、人々は見慣れ、社会の差別はあまり生じず、したがって精神障害もあまり発生しないのではないかと、大胆な推測を行った。趙竜保（1995）<sup>2-1-2</sup>も、1957～1994年の江蘇省句容市の病者184名を調べ、精神障害23名（12.5%）を見出し、同様に、神経症性反応2名、抑うつ反応16名、性格改変（凶狠、残暴）3名、妄想観念或いは類妄想性幻想2名の4タイプに分類した。そして後遺障害（変形）のある者は、精神障害のない群（161名中28.6%）より精神障害群（23名中65.2%）の方が高率で、後遺障害が差別とともに精神障害の要因と考えた。

いっぽう趙慶遠（1993）<sup>2-1-3</sup>は1952～1990年の湖南省の施設入所患者1403名を調べ、反応性精神障害12名（8.6%）——反応性意識障害5名、反応性うつ病4名、反応性興奮3名——を見出した。全員に精神疾患の家族歴はなく、差別を受けたこと（5名）、家から離されたこと（4名）、その他

（3名）を原因とした。また入院前に発病した者が過半数（7名）を占めることも述べた。

高齢者に限定して調べたのが蘇宗偉ら（Su et al 2012）<sup>2-1-4</sup>である。彼らは台湾の施設に長期入所している高齢者129名にGDS（Geriatric Depression Scale；老年期うつ尺度）とMMSE（Mini-Mental State Examination；認知機能検査）とCDR（Clinical Dementia Rate；臨床認知症評価）を行い、うつ病25%、認知症45.7～50.4%を見出した。また集団回想法を行い、その効果も調べているが、それについては後述する。

そのほか精神障害を取り上げたものとしては、足切断後に急性ストレス精神障害を来した症例の報告（徐超広ら 2010）<sup>2-1-5</sup>や、ダブソン服用後、精神障害を伴う急性中毒を来した症例の報告（王載明・陳家琨 1986）<sup>2-1-6</sup>がある。いずれも治療に伴って深刻な精神医学的問題が生じうることを示すものとなっている。

#### b) 自殺

中国では、「自殺」（「自杀」）の代わりに、婉曲な表現として「軽生」（生を軽んずる）や「絶望」という語が用いられることがある。本項ではこのような表現をしている論文についても見ていく。

自殺に限らず、ある集団の死因を調査・分析する分野として死因調査あるいは死因分析と呼ばれるものがあり、ハンセン病患者や同治療者についても多くの基礎的統計が公にされている。たとえば蔣次亮（1986）<sup>2-1-7</sup>は、1959年4月～1983年9月に広東省広州市のある施設に入所した1235名（男性1000名、女性235名）のうち、これまでに170名（男性127名、女性43名）が死亡したが、その死因は悪性腫瘍51名が第一位で、精神病7名や自縊6名も少なくないことを示し、精神病と自殺は一般人またほかの疾患の者よりも高率であると述べた。彭玉臣・杜立彬（1989）<sup>2-1-8</sup>、彭玉臣・杜立彬（1991）<sup>2-1-9</sup>も、1955～1986年に山東省で見出された病者46424名のうち934名（男性791名、女性143名；既婚617名、未婚317名；未治療566名、治療368名）が自殺し、自殺率は2012/10万と一般人の13.63/10万より著しく高いことを述べた<sup>\*7</sup>。そし



て自殺の原因として、差別を受けたこと73.2%、悲観失望11.7%、家庭あるいは他者との揉め事2.4%、妻子との離れないし家庭崩壊1.4%、精神失常0.6%などを挙げた（不明は100名10.7%）。また手段としては首吊39.6%や服毒19.2%が多いとした。自殺以外に、「意外死亡」（不慮の死）を遂げた者も81名（男性76名、女性5名；未治癒32名、治癒49名）と多く、うち差別のため荒野に独居したり、街を彷徨したりして死亡した者が14名いることを述べた。さらに殺害された者も15名と少なくないことを示し、その原因は、差別6名、犯罪4名、家族や他者との揉め事2名、不明3名であるとした。病者が置かれた過酷な状況を推察することができよう。同様に胡発成・郜吉根（2008）<sup>2-1-10</sup>も、湖北省のある施設に1952～2006年に入所した468名（うち384名は治癒）を追跡調査したところ、315名が死亡しており、「意外死亡」は87名27.62%で、そのうち自殺は36名（現症患者4名、治癒者83名；手段は上吊17名、跳水11名、絶食8名）であることを示し、治癒者においても自殺が多いことに注目した。そして自殺に至る経緯として、①同病は不治の病だと考え、絶望して自殺、②差別や迫害、また病者に過酷な法律に抗議して自殺、③同病は前世の報いと考え、自罰的に自殺、の三つを挙げた。自殺のほかにも焼死や薬物中毒死あるいは爆裂や洪水や山崩れに巻き込まれての死、山中での滑落死や寄り辺ない生活での餓死、さらには醉死や狼咬による死など、「意外死亡」が多いことを示した。

そのほか、病者において自殺が多いことを示す短報は数多い。たとえば朱万銀（1990）<sup>2-1-11</sup>は1958～1989年に見出された病者226名のうち、1965～1989年に57名（男性39名、女性18名）が死亡したが、うち自殺が7名、生き埋めにされての死亡が1名としている。また陳建徳（1993）<sup>2-1-12</sup>は、1958～1991年に見出された病者357名のうち147名が死亡したが、うち自殺が26名、意外が2名としている。あるいは趙贛蘭・何銳（2001）<sup>2-1-13</sup>はこれまでに入院した病者計1298名のうち389名が死亡したが、うち自殺は38名（9.8%）で死因の第5位を占めるとしている。姚維儒ら（2007）<sup>2-1-14</sup>

もこれまでの病者2760名のうち1447名が死亡したが、うち自殺・非正常死亡は45名で死因の第5位を占め、この45名のうち自殺は30名で自殺率は2073/10万に達し、一般人のそれよりはるかに高いと述べた。また沈建平ら（Shen et al 2011）<sup>2-1-15</sup>は2000～2005年に死亡した病者524名の死因を分析し、自殺が第一位（86名）で、MDT開始後平均21±19カ月で生じていることを示した。また王景権（Wang 2011）<sup>2-1-16</sup>も施設入所者で自殺が多いことを述べた。そして多くの論考で、差別の掃滅、健康教育、病者への心理的支援、変形予防などが重要であると説かれる。

治癒者に限って自殺を取り上げた報告もいくつかある。たとえば周凌峰（1988）<sup>2-1-17</sup>は過去10年間に治癒者4名が自殺に追い込まれたことを述べ、一般の人々が同病に強い恐怖を持っていることが背景にあるとした。また趙慶遠ら（1990）<sup>2-1-18</sup>は、1956～1987年の治癒者640名を1988年に追跡調査したところ、既に112名が死亡しており、うち自殺が21名18.75%で死因の第一位を占めることを見出した。そしてその背景として治癒者に対しても差別があることを述べた。またその他意外による死亡は6名、潰瘍感染による死亡は14名であることも述べた。同様に呉小青・蔣星源（1994）<sup>2-1-19</sup>は、1976～1989年に湖北省のある施設を治癒退院した後に「非正常死亡」（縊死4名、服毒2名、跌死1名）に至った7名を分析し、皆精神病の家族歴はなく、入院中は精神状態良好であったことを明らかにした。そして社会や家族からの否定的刺激によって自殺が引き起こされたとし、人々の同病に対する恐怖を消除し、治癒したとはいえ、後遺障害（変形）を抱える者へのケアが重要と述べた。あるいは徐厂謀ら（1997）<sup>2-1-20</sup>は、治癒して施設を退所した687名のうちこれまでに195名が死亡したが、うち自殺は11名で治癒者の1.6%を占めること、残る492名も、その15.9%が家族から受け入れを拒まれていることを明らかにした。

単に自殺者が多いことに留まらず、手段や状況などについて詳しく分析したのが周達生ら（1987）<sup>2-1-21</sup>で、おそらくは代表的な研究と言えるだろう。彼らは、江蘇省宝应県における中華人民

共和国成立以来の病者3234名（男性2428名，女性806名）を調べ，自殺率は1484.23/10万で，同県全体でのそれ（13.62/10万）よりも著しく高いことを指摘した\*7)。そして自殺率は，若年者より高齢者，女性より男性，治癒者より現症患者，都市や同近郊より辺境地域に住む者のほうが高い，その手段は主に首吊896.70/10万（同県全体では7.93），次いで服毒61.84(同5.32)，投身401.78(同0.77)である，発病から自殺までの期間は概ね5～24年間で，ピークは10～14年間であるといったことを示した。さらに高自殺率の原因を探るため，様々な階層の1168名に調査を行い，一般の人々の多くが病因に関して誤った知識（接触伝染30.9%，細菌の傷口侵入34.2%，遺伝26.8%）を持っていることを示し，病者の自殺に社会の差別が大きな役割を果たしており，同病に対する社会の偏見と錯誤を正すことが必須で，そうすることが同病の早期消滅，同病者の心身の健康に貢献すると述べた。

いっぽう史璋瑛・蔡文科（1997）<sup>2-1-22</sup>は，自殺を企てて1967～1996年に江蘇省のある施設の救急部に運び込まれた病者130名（男性55名，女性75名）を対象にその社会的背景を探った。農民が大多数（125名）を占め，文盲，小学校のみ卒など教育水準の低い者が多いこと，手段は，仕事柄身近に農薬があるためであろう，服毒が大多数119名——有機リン農薬65名，殺鼠薬13名，DDS 26名，睡眠薬9名，鎮痛薬6名——を占めること，原因は，家庭での差別経験40名，社会での差別経験34名，婚姻問題31名，落胆15名であることなどを示した。そして家庭での差別を原因とする例が多いのは，農村部では大家族生活が一般的で，家族関係が病者の心に作用するためと考えた。また20～29歳の者が約半数（46.2%）を占めるが，これはこの時期は人格的に未熟で，衝動的で，自尊心が強いためと考えた。女性に多いのは，月経前にて心情不快を経験すること，強い煩悶や精神緊張を経験すること，さらには教育を受ける機会が男性より少なく，社会的地位が低いことが背景にあると考えた。多くの報告と異なり男性より女性のほうが多数となっているが，これは自殺者では

なく自殺を企て救急部に運ばれた病者を対象としているためであろう。

ところで江澄ら（1992）<sup>2-1-23</sup>は江蘇省の現症患者と治癒者合わせて1031名に後遺障害（変形）そのほかに関する意識を尋ねている。絶望（自殺とも解釈できる）意念をかつて，ないし現在も持っているという者は計32.4%で，60歳以上の者より同歳未満の者，家庭居住者より施設居住者や独居者，変形のない者よりある者，顔に変形のない者よりある者，眉のある者よりない者，鼻に変形のない者よりある者，労働能力のある者より無い者，身の周りのことを自分でできる者よりできない者にて高率であることを示した。また変形の原因として，病者らは「不適切な治療」「湿あるいは寒の影響」「らい反応」などと考えていることも見出した。さらに一般の人は変形の有無をもって病者であるか否かを識別すると考える病者が約半数いること，自分の変形に目を向けないという者は35.6%，変形を隠したりごまかしたりする気持ちを「ときどき」あるいは「いつも」抱く者は58.9%，変形発生後人との交わりが「減った」あるいは「ない」と言う者は37.3%といった概要を示した。変形が心理面に大きな影響を与えていることは確かであろう。

以上の多くの調査や研究から，中国でハンセン病者および同治癒者にて自殺が多いことは疑いない。しかし，同じような境遇でありながら，なぜある人は自殺し，ある人は自殺しなかったのか，といった観点からの研究は見られない。病者の内面や，自殺にいたる心の動きに焦点を合せた研究が望まれよう。

## (2) 心理的問題

### a) 既成の評価尺度を用いない調査や研究

心理的問題を取り上げた調査や研究は，既成の評価尺度を用いたものと，自作のアンケートや面接，あるいは診療記録を用いたものに大別される。後者は，概して1990年代，病者らの心理面の研究史のうえでは比較的初期に行われたものである。質問文が示されていない，症状の判断基準が

明確でない、といったように問題はいくつもあるが、直の感情や態度——不安や恐怖、自卑や厭世、孤癖や冷然、治療拒絶など——に焦点が合せられており、病者らの心の世界を理解するにはかえって有益である。まず、この既成の評価尺度を用いない調査や研究について概観する。

古くは朱銘海 (1989)<sup>2-2-1</sup>が江蘇州の病者248名(施設居住128名、施設外居住120名;治療者222名、現症患者26名)に調査を行い、発病後、差別を受けるのではないかと(74.6%)、強制隔離されるのではないかと(23.79%)といったように恐怖を抱いたこと、孤癖消極的になった(42.31%)、自信を失った(30.34%)、固執易怒的になった(27.78%)といったように性格が変化したと述べていること、などその心理面を描いた。そして病気に対し消極的・悲観的な者は46.77%で、変形のある者また施設居住者に高率、人と会うことができないので秘密を願う者は56.05%で、変形のない者や施設外居住者に高率、入所施設からの退所を願う者は90%で、変形のない者に高率、といったように身体状況や居住状況と関連することを示した。また余祖新ら(1990)<sup>2-2-2</sup>と尹沢ら(1992)<sup>2-2-3</sup>は、それぞれ陝西省と四川省の管轄地域の患者72名と120名にほぼ同じ項目の調査を行った<sup>\*8</sup>。両報告で示される数値をいくつか以下に挙げる。入院に関しては経験ありが76.4%と79.17%、婚姻に関しては未婚が30.6%と20.00%、家族関係に関しては夫婦関係良好が47.5%と43.18%、子どもや嫁婿との関係良好が45.16%と45.83%である。また心理面に関しては、生活に悲観的は53%と50.00%、孤独は21%と28.33%、不安・抑うつは26%と30.00%、神経衰弱は8%と5.83%、酒浸りは45%と32.50%である。そのほか人との交流なしは33.3%と13.33%、周りからの差別経験ありは36.1%と5.83%、隣近所との関係不良は18%と2.50%といったように社会的かわりについても描いた。

張志麟・譚代麗(1991)<sup>2-2-4</sup>は、湖北省の治療中の現症患者42名(施設居住10名、施設外居住32名)に調査を行い、診断確定前の主要心理活動の特徴、病後の身体的・心理的变化、ハンセン病防治

サービスに対する気持ち、社会心理環境への反応と態度、健康回復の認識と態度、専門医務人員に対する主要な心理需求、今後の憂いについてまとめている。たとえば、診断確定前に、巫医<sup>\*9</sup>に病の消除を乞うたのは57%、人に知られるのを恐れ治療を誤ったのは71.4%としている。また発病後の身体的・心理的变化としては、猜疑心や恐怖や緊張、喪失感、世の中との隔絶感、抑うつ感、無力感、孤独感、被遺棄感、不眠、食欲不振などを挙げている。そしてかつて自殺念慮を抱いたという者は3名7.1%で、現在の心理状態として、精神面で落ち込んだまま8名、怒りっぽく攻撃的行動あり3名、ある程度自信あり26名、楽観ないし明朗5名といった様相を描いた。また既婚者は家庭が崩壊するのではないかと、配偶者のいない者は結婚できないのではないかと、といったことを憂いていることも描いた。韓存連ら(1998)<sup>2-2-5</sup>は医師の記憶と診療記録をもとに山東省の回復村に住む治療者318名の心理面や行動面の変化を調べ、まず不安、厭世、自卑が主な問題であるとした。そして時期を入院初期(318名)、治療期(316名)、回復期(312名)に分けると、そうした問題は治療期や回復期より入院初期において高率で、治療期には治療拒絶が高まり、回復期になると再び自卑が高まることを描いた(たとえば、入院初期、治療期、回復期における不安はそれぞれ、182名、22名、39名、自卑は271名、86名、213名)。また自殺は入所初期2名、治療期4名、回復期1名と、治療期に多いことを示した。治療期に治療拒絶が多いことと考え合わせ、興味深い結果となっている。さらに年代別には、不安は少年や老年より青壮年のほうが高率、また婚姻別には、不安、自卑、厭世といった問題は、概して未婚者より既婚者や婚約中の者のほうが高率、自殺は、既婚者(184名中3名)や未婚者(87名中1名)より婚約中の者(47名中3名)のほうが高率であることを示した。さらに性格別には、自卑は外向型と循環型の者にて、孤癖は内向型の者にて、厭世は外向型の者にて、不安は内向型と中間型の者にて高率で、自殺は内向型の者(104名中4名)のほうが他の性格の者(計214名中3名)より高率であること

を示した。

以上の既成の評価尺度を用いない諸研究から、病者や治癒者の心的問題は概して、恐怖、猜疑、孤独、不安（焦慮）、悲観、自卑であると考えられよう。また酒浸りも少なくないと言えよう。

#### b) 既成の評価尺度を用いた調査や研究

次に既成の評価尺度を用いた調査や研究を概観する。中国では精神症状を調べる調査表といえ、身体化（中国語では「躯体化」、以下同）、強迫、人間関係敏感、抑うつ、不安、敵意、恐怖、偏執、精神病性の9つの因子ないし領域と、附加項目を調べるSCL-90（Symptom Check List-90；「疾病自評量表」）が頻用されているようで、同病者に対して用いた報告も多い。たとえば易尚文ら（1993）<sup>2-2-6</sup>は湖南省の病者71名にSCL-90への回答を求め（自分で記入できない場合は口頭で質問）、①病気の期間が長い者は短い者よりSCL-90総点、および抑うつ、恐怖、敵意の各因子の得点が高い、②教育水準の低い者は高い者より抑うつと恐怖の因子の得点が高い、③施設居住者は施設外居住者より強迫、人間関係敏感、抑うつ、恐怖、偏執、精神病性の各因子の得点が高い、④近親からの支持のない者はある者より強迫、人間関係敏感、抑うつ、不安、恐怖、偏執、精神病性の各因子の得点が高い、⑤Ⅱ、Ⅲ級の後遺障害（変形）のある者はⅠ級の者より総点および各因子の得点が高い、そのほかのことを示した。さらにこの71名との面接から、診断確定後、飲酒や迷信や賭博にのめり込んだり敵意を抱くようになったりした病者がいたこと、自殺意図をもった者は48名（68.6%）で、実際に企てた（未遂）者も4名いることを示した。

李春根ら（2001）<sup>2-2-7</sup>、梁軍林ら（2002）<sup>2-2-8</sup>は広東省の治癒者155名（地域居住101名、施設居住51名）に、SCL-90に加え、EPQおよびSSRS（Social Support Questionnaire；SSQとも略す；「社会支持評定量表」）への回答を求めた。そして①心理問題は23.23%の者にて認められ、抑うつ、不安、身体化、人間関係敏感が高値、②後遺障害（変形）のない治癒者のSCL-90各因子の得点は全

国標準値と大差ない、③後遺障害（変形）のある治癒者のSCL-90の、とりわけ、身体化、人間関係敏感、抑うつ、恐怖、精神病性の各因子の得点は全国標準値より著しく高い、④EPQの外向性（E）とは関連がないが、情緒不安定（N）とは関連があり、総じて情緒不安定な者ほど各因子の得点が高い、⑤社会的支持のない者は各因子の得点が高い、そのほかのことを明らかにし、社会的支援の提供と心理的介入が大切とした。ここで梁軍林ら<sup>2-2-8</sup>の表から障害が重くなるほど心理的症状が多くなるとは必ずしも言えないことが読み取れる（たとえば抑うつ得点の平均値±標準偏差は、変形のない71名では $1.51 \pm 0.66$ 、Ⅰ級障害の6名では $1.64 \pm 0.55$ 、Ⅱ級障害の22名では $2.14 \pm 0.69$ 、Ⅲ級障害の56名では $2.09 \pm 0.85$ ）。Ⅲ級障害者の内面について明らかにすることが望まれよう。

陳竜生ら（2003）<sup>2-2-9</sup>は江蘇省の施設居住の治癒者32名にSCL-90を行い、身体化、強迫、人間関係敏感、抑うつ、不安、恐怖、精神病性の各因子で、全国標準値より得点が高いことを示した。いっぽう譚又吉ら（2006）<sup>2-2-10</sup>は浙江省の施設居住の治癒者120名にSCL-90を行い、身体化の得点は全国標準値より高いが、総得点、および強迫、人間関係敏感、不安、敵意、恐怖、偏執、精神病性の各因子の得点は全国標準値より低いことを示し、治癒者の心理症状の特徴は身体化であると結論した。概して各因子で得点が全国標準値より高いことを示す調査・研究が多いなか、例外的な研究となっている。ただしサンプル数が1388に過ぎない標準値と比較することの是非がまず問題となる。さらに譚又吉ら（2007）<sup>2-2-11</sup>は施設居住治癒者で足底潰瘍のある40名と同潰瘍のない40名とを比べ、前者はSCL-90のすべての領域——とりわけ抑うつ——で得点が高いことを示し、足底潰瘍が心理健康に大きな影響を及ぼすと結論した。

また潘美兒ら（2013）<sup>2-2-12</sup>は浙江省の治癒者392名にSCL-90を行い、身体化、抑うつ、恐怖の得点が全国標準値より高いことを示すとともに、ロジスティック回帰分析を行い、年齢、健康状況、経済状況、社会差別、残疾状況、周囲の人の心遣いが心理障害の関連要因であるとした。

韓彦超ら (2011)<sup>2-2-13</sup>も、SCL-90と自作のアンケートを用いて河北省の施設入所者41名(急性期2名, 部分緩解期7名, 完全緩解期32名)の心理状態と問題行動を探った。そして全国標準値と比較すると、抑うつ、不安、身体化、人間関係敏感が顕著であることを見出した、またこれまでに自殺念慮を抱いたのは82.9%、実際に自殺を企てたのは43.9%、また他人を傷つけたり物を壊したいという気持ちを抱いたのは82.9%、実際にそのような行動を起こしたのは80.5%であることを明らかにした。

後遺障害(変形)に焦点を合せたのが何桂蘭・黄秀麗(2011)<sup>2-2-14</sup>である。彼らは障害のため手術(手足の切断術、垂足の矯正術、眼科手術)を受ける広西省の病者38名にSCL-90を行い、すべての領域で全国標準値(N=1226)より得点が高いことを見出した。また主要な心理的問題は自己差別、不安、絶望、抑うつ、恐怖であるとして、それぞれについて論じた。

このように総じて心理的健康の程度は低く、その影響要因はパーソナリティや社会的支援、また足底潰瘍や変形であると言えるだろう。

幅広く調べるのではなく、不安あるいは抑うつに的を絞って調べたものもある。たとえば廖菁ら(1994)<sup>2-2-15</sup>は、四川省のハンセン病の高・中・低発生地区で病者550名と治癒者434名また健康人550名にSAS(自記式不安尺度)とSDS(自記式抑うつ尺度)への回答を求めた。得られた結果は少々入り組んでいるが、民族という点では病者と健康人いずれも漢族より少数民族の者のほうが不安・抑うつともに高値、病気の有無という点では漢族と少数民族いずれも健康人より病人のほうが不安・抑うつともに高値、後遺障害(変形)という点では健康人、身体的問題のない病人、身体的問題のある病人の順に、高不安また高抑うつの者が高率、治癒・未治癒という点では現症患者と治癒者とで高不安また高抑うつの者の割合に差は無い、居住場所と言う点では施設入所者の方が施設外居住者より不安・抑うつともに高値、ほかのことを示した。さらにSDSの回答から、自殺念慮を持つ者は51.4%で、彝族の病人においてはさらに

高く65.2%であるとし、その理由として少数民族の風俗やパーソナリティ、教育程度や衛生環境が関係していると推測した。

いっぽう尤衛平ら(2007)<sup>2-2-16</sup>と潘美児ら(2007)<sup>2-2-17</sup>は浙江省で調査を行い、一連の報告を行った。まず尤衛平ら<sup>2-2-16</sup>は施設居住の治癒者120名にSDSへの回答を求め、平均値上は、先の廖菁ら<sup>2-2-15</sup>の結果と異なり、治癒者と標準値との間に差がないことを示した。その原因として調査地域では生活や医療等の水準が良好なためとした。さらにロジスティック回帰分析によって抑うつの要因は年齢、健康状態、人間関係であることを示した。また潘美児ら<sup>2-2-17</sup>は、26項目版TAS(Toronto Alexithymia Scale: TAS-26)を用い、同じ治癒者120名のアレキサイミア(「述情障害」)を調べ、因子1(感情と身体感覚を個々に感じ取ることの困難)、因子2(感情を言い表すことの困難)、因子3(空想に遊ぶことの縮小)、因子4(外に向けられた思考)のうち、因子1, 2, 4の得点が標準値よりも高く、その要因は全般的健康状態、生活満足度、人間関係であることを見出した。そして患者の健康状態を改善し、心理的介入を行うことが大切とした。

韓彦超ら(2010)<sup>2-2-18</sup>は河北省の施設居住病者41名および一般人(対照群)43名に防衛スタイル質問表DSQ(Defense Style Questionnaire)への回答を求め、病者は対照群よりも「不成熟な防衛機制」と「中間型の防衛機制」の得点が高く、「成熟した防衛機制」の得点が低いことを見出し、病者が成熟した防衛機制を用いることができるよう心理的介入を行うことが大切とした。さらに韓彦超ら(2010)<sup>2-2-19</sup>はピッツバーグ睡眠の質調査表PSQI(Pittsburgh Sleep Quality Index)を用いて睡眠の質についても調べた。主観的な睡眠の質、入眠時間、睡眠時間、睡眠効率、睡眠困難、睡眠薬の使用、日中の覚醒困難(眠気)についての回答から睡眠に問題ありは対照群(43名中16.3%)より病者(41名中46.3%)のほうが高率であることを示した。その上で医療従事者は病者の睡眠障害に留意し、単に睡眠薬を処方して済ますのではなく、心理的介入を行い、睡眠に影響を

及ぼす要因を取り除き、生活の質を向上させることが大切とした。確かに身体面心理面社会面、種々の問題は睡眠に影響を及ぼすであろう。また睡眠の不調は精神的問題を引き起こすであろう。生活の質において睡眠は重要な位置を占めるのであり、睡眠の調査は的を射たものと言える。

このように既成の尺度を用いるか否かは別として、調査を行い心理的問題の高率を示す研究は多いが、病者自身が書き記した文章や語った話をもとに、より内面を探った論考は少ない。今後望まれよう。

### (3) 生活の質 (QOL)

これまでにハンセン病者らの生活の質 (Quality of life ; QOL) はよく調べられ、①鐘軍ら (2001)<sup>2-3-1</sup>、李春根ら (2004)<sup>2-3-2</sup>、孫録ら (2005)<sup>2-3-3</sup>、鄧順古ら (2005)<sup>2-3-4</sup>のQOLQ-74を用いた広東省での研究、②茆青松・王来英 (2010)<sup>2-3-5</sup>、茆青松ら (2010)<sup>2-3-6</sup>、茆青松ら (2011)<sup>2-3-7</sup>のWHOQOL-100を用いた江蘇省での研究、③嚴軍華ら (2006)<sup>2-3-8</sup>、姚建軍ら (2006)<sup>2-3-9</sup>のSF-36を用いた浙江省での研究、④馮福勤ら (2011)<sup>2-3-10</sup>、王新華ら (2012)<sup>2-3-11</sup>のSF-36を用いた甘肅省での研究、などがある。

たとえば、鐘軍<sup>2-3-1</sup>や鄧順古ら<sup>2-3-4</sup>は、治癒者155名 (施設居住51名と地域居住104名) と健康親族59名に、QOLQ-74 (李凌江ら作成 ; 身体機能、社会機能、心理機能、物質生活の4領域を調べる)、EPQ、SSQ (SSRS)、対処様式質問表SCSQ (Simple Coping Style Questionnaire) への回答を求め、①治癒者は健康人より平均値の上で、客観的身体機能、主観的身体機能、客観的社会機能、主観的社会機能、客観的心理機能、客観的物質生活が悪い、②施設居住治癒者は地域居住治癒者より多くの領域でQOLが悪い、また地域居住治癒者と親族の間にほとんど差はない、③積極的な対処様式をとらない治癒者はそうでない者より、主観的心理機能、客観的および主観的物質生活を除き、QOLが悪い、④社会支持のない治癒者はそうでない者よりすべての領域でQOLが悪い、⑤内向的な治癒者、また情緒不安定な治癒者は、そ

れぞれそうでない者よりQOLが悪い、そのほかのことを示した。そして生活環境および身体機能の改善を図るとともに、効果的な社会的支援を提供し、またパーソナリティに応じた心理学的介入を行い、QOLを向上させることが重要とした。

いっぽう茆青松ら<sup>2-3-6</sup>は治癒者668名 (施設居住94名と地域居住574名) とその家族456名にQOL質問表 (WHOQOL-100 ; 身体領域、心理領域、独立性領域、社会的関係領域、環境領域、精神性・宗教・信念の6領域を調べる) とEPQへの回答を求めた。そして治癒者は、すべての領域で全国標準値より、また身体領域と心理領域では家族よりQOLが悪いことを明らかにした。興味深いことに治癒者の家族も全国標準値より自尊、個人的人間関係、社会安全保障、環境条件の項目でQOLが悪いこと、治癒者に関しては、後遺障害 (変形) のある者はない者よりすべての領域で、また施設入所者は地域居住者より、環境領域を除くすべての領域でQOLが悪いこと、QOLに影響を与えているのは、世帯収入、教育水準、生活の場所 (施設居住か地域居住か)、後遺障害 (変形) 程度、パーソナリティであること、そのほかのことを見出した。

特に健康関連のQOLを測るものとして、身体機能、日常役割機能 (身体)、日常役割機能 (感情)、全体的健康感、社会生活機能、体の痛み、活力、精神的健康の8水準を測定するSF-36 (The Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey ; 「健康調査簡表」) があり、これをハンセン病治癒者に行った報告もある。たとえば嚴軍華ら<sup>2-3-8</sup>、姚建軍ら<sup>2-3-9</sup>は治癒者892名 (有効回答は853名 ; 療養所あるいは療養村に居住121名、地域居住732名) に面接形式でSF-36を行い、尺度としての信頼性と因子構造を確かめたいので、①年齢とともに、身体機能、日常役割機能 (身体)、体の痛み、全体的健康感、活力は低下、②女性は男性より活力が悪い、③療養所あるいは療養村居住の治癒者は地域居住治癒者より身体機能、日常役割機能 (身体)、体の痛み、全体的健康感、および日常役割機能 (感情) が悪い、④治癒者は一般人群より、身体機能、日常役割機能

(身体), 体の痛み, 社会生活機能, 日常役割機能 (感情) が悪い, そのほかの事を見出した。

また馮福勤ら<sup>2-3-10</sup>, 王新華ら<sup>2-3-11</sup>は受累者937名 (分析対象者は689名; 施設居住87名, 地域居住602名) にSF-36を行い, ①60歳以上の者は同未満の者より, 身体機能, 日常役割機能 (身体), 精神健康, 活力, 日常役割機能 (感情), 全体的健康が悪い, ②女性は男性より, 日常役割機能 (身体), 精神健康, 社会生活機能が悪い, ③施設居住者は地域居住者より, 日常役割機能 (身体), 精神健康, 活力, 日常役割機能 (感情), 全体的健康が悪い, ④受累者は一般人群より全水準でQOLが悪い, ⑤後遺障害 (変形) のある者はない者より全水準でQOLが悪い, そのほかの事を示し, QOL改善のために包括的措置が必要とした。

#### (4) パーソナリティ

身心ともに苦しめられたうえに, 偏見や差別の対象となってきたことから, とりわけ施設入所者のパーソナリティに関心が持たれてきた。中国でパーソナリティ・テストといえば, 外向性 (中国では外傾性ともいう; E) と情緒不安定性 (中国では情緒不穏定性あるいは神経質という。我が国では神経症傾向ともいう; N) と精神病性 (中国では精神質という; P) を調べるEysenckのEPQ (Eysenck Personality Questionnaire: 「艾森克人格問卷」) が頻用されているようで, 病者を対象とした調査も少なくない。たとえば周達生ら (1988)<sup>2-4-1</sup>は江蘇省の施設入所者100名を調べ, 外向型の者は19%で, 女性より男性, 60歳未満の者より60歳以上の者に多いことを示した。また情緒不安定型の者は77%と高率で, これをもって病者の自殺率の高さを説明した。そして同型は, 男性より女性, 60歳以上の者より60歳未満の者に多いことを示した。またEPQの一つの質問項目 (これまでに死んだほうがいいと思ったことがありますか) の回答から自殺意欲を持つ者は69.0%であると, この数値は他研究にて示される, 白斑病 (白癜) 病人, 潰瘍病病人, 健康人より著しく

高いと述べた。また前述の張志麟・譚代麗 (1991)<sup>2-2-4</sup>は, 湖北省の治療中の現症患者42名 (施設居住10名, 施設外居住32名) にEPQを行い, 情緒不安定が高いことを示した。

あるいは廖菁ら (1998)<sup>2-4-2</sup>, 廖菁ら (1999)<sup>2-4-3</sup>は, 少数民族の多い四川省で, 現症患者550名 (施設居住148名, 施設外居住402名) と治療者434名 (施設居住244名, 施設外居住190名), および対照群として身体健康な者550名を抽出し, EPQへの回答を求めた。そして情緒不安定と精神病性の平均点は, いずれも, 健康人より現症患者, またハンセン病低発生地域の患者より高発生地域の患者の方が高いことを示した。さらに漢民族と少数民族 (1998年論文では95%以上が藏族となっているが, 1999年論文では彝族となっている) 別に算出しても, 男女別に算出しても, 教育水準別に算出しても, 健康人より病者のほうが高いこと, 病者に関しては, 漢民族の者より少数民族の者, 女性より男性, 後遺障害 (変形) のない者よりある者のほうが高いことを示した。また, 現症患者も治療者も, 施設外居住者より施設居住者の方が情緒不安定性が高いことを示した。ただし治療者と現症患者の間に有意差を見出すには至っていない。大規模な調査で, 代表的なものとなっている。ただし少数民族の疾病観が深く調べられていないことが惜しまれる。

そのほか, 治療者のみならずその家族にもEPQを行ったのが, 先に述べた鄧順古ら (2005)<sup>2-3-4</sup>で, 外向性は, 平均値上は家族 (健康者), 地域居住治療者, 施設居住治療者の順で低くなる, 情緒不安定は施設居住治療者が最も高く, 他2者はほぼ同じ水準である, といった結果を示した。菲青松ら (2011)<sup>2-3-7</sup>も江蘇省で同様の調査を行い, 治療者はその家族また全国標準値より精神病性が高く, 外向性が低く, 情緒不安定が高いことを示した。また梁軍林ら (2002)<sup>2-2-8</sup>は広東省の治療者を調べ, 変形のある者は情緒不安定が高いことを示した (情緒不安定性の平均値±標準偏差は, 変形ないし障害のない71名では $5.75 \pm 4.61$ , I 級障害の6名では $8.50 \pm 4.32$ , II 級障害の22名では $6.41 \pm 4.18$ , III 級障害の56名では $8.91 \pm 5.26$ )。

## (5) スティグマ・差別・社会参加・社会的支持

ハンセン病を患ったことで、どのような差別を受けたか、どのような思いを抱いたか、それを江澄ら (1993)<sup>2-5-1</sup>は江蘇省の障害をもつ現症患者および治癒者、計1031名を対象に調べ、社会からの差別を感受した者は38.4%としている。また家庭内で差別を感受した者は21.3%で、変形の程度や労働能力ないし身の周りのことを自分で行う能力が関連するとしている。また江瑛ら (2009)<sup>2-5-2</sup>は浙江省の施設に居住する治癒者103名に調査を行い、一緒に働いていて自分だけ冷遇された84.47%、子どもと遊ぶのを拒まれた74.76%、公共の水道施設の利用を拒まれた63.11%、交通機関の利用を拒まれた37.76%、物を売ってもらえなかった19.42%、といったように種々の差別を受けたこと、地域の活動への参加は13.59%と少なく、自分の病気のことを隠す (67.96%) といった行動をとっている者が多いことを明らかにした。またハンセン病を患ったことで、恥に思う (いつも20.39%、ときどき62.13%)、思い悩む (いつも24.27%、ときどき69.90%)、自分は社会で役に立たないと思う (30.10%)、といったように大きな心理的影響を受けていることも示した。そして看護師は患者に対し心理支持と相談を行うことが重要とした。

近年スティグマは精緻に考察されるようになり、概念上、社会水準ではperceived stigmaとenacted stigmaとに、また個人水準ではperceived stigma, experienced stigma, internalized stigmaとに分けられ、特に当人自身がスティグマを内在化させていることに注目が集まっている。

王景権ら (2010)<sup>2-5-3</sup>、呉李梅ら (2010)<sup>2-5-4</sup>、王景権ら (2010)<sup>2-5-5</sup>、宋慈珍ら (2012)<sup>2-5-6</sup>は浙江省の農村に住む治癒者216名を対象に一連の研究を行っている。まず王景権ら<sup>2-5-3</sup>は自我差別 (self-discrimination) と外在差別 (external discrimination) に分けて、その様相を明らかにした。たとえば、自我差別に関しては、自分の病気のことが話題になると気になる80.09%、この病気になっ

たことでいつも思い悩む54.63%、自分が役に立たない人間のように思う72.22%、また外在差別に関しては、家族は家庭の事柄について私にほとんど相談しない68.06%、地域の文化娯楽活動に参加することが制限される79.63%、村の子どもと自由に接触することが制限される58.33%といった具合で、家庭でも地域でも遠ざけられていることが示された。ついで呉李梅ら<sup>2-5-4</sup>は知覚された外在差別の要因を探り、治癒可能性の認識、身の周りのことを自分で行う能力、社会地位、外見で分かる後遺障害 (変形) の有無、経済水準、婚姻状況、年齢の計7要因を見出した。また王景権ら<sup>2-5-5</sup>は社会参加がどの程度制限されているかを調べ、さらにその要因を探った。深刻な制限を受けているという者は30.09%で、その要因として、身の周りのことを自分で行う能力、社会地位、外見で分かる後遺障害 (変形) の有無、婚姻状況、経済水準、の計5要因を見出した。

先に社会的支持のある者は精神症状が少ないという研究をみたが、社会支持のみを取り上げたのが宋慈珍ら<sup>2-5-6</sup>である。彼らは上記の研究と同じ治癒者216名にSSRSを行い、その社会支持の総得点は正常人のそれより低いことを示し、その要因として、社会地位、後遺障害 (変形)、文化 (教育) 程度の三つを挙げた。

やや特殊だが重要な問題を指摘したのが呂書君・劉良伝 (1999)<sup>2-5-7</sup>である。彼らは梅毒に感染したハンセン病者の症例を提示している。ハンセン病者はすでに周囲から偏見や差別をもって遇されているが、そうした者が梅毒に感染すると、「雪上加霜」ということになり、医療やケアがさらに困難になりうることを述べた。しかしハンセン病自体が「雪上加霜」という性質を持っている。苦難が重層するのである。

## (6) 身体的問題の心理社会的背景と同問題への心理的・教育的介入

病者に対する心理ケアないし同看護 (「心理护理」)、精神ケアないし同看護 (「精神护理」)、また心理治療や、相談サービスないしカウンセリン



グ（「咨询服务」），あるいは健康教育の重要性を説く論考は短いものも含めると相当数にのぼる。概念上ケア（ないし看護）と治療と相談と教育とは異なる。心理ケアは概して情緒面に，健康教育は知識面にかかわるものである。しかし病者に「病気は治癒可能，後遺症は予防可能」と伝えることは，情緒面にもプラスに働くことは容易に理解されよう。そこで本項では，これらをまとめて心理的・教育的介入と呼ぶことにし，これらを扱った論考をまとめて見ていく。

さて心理的・教育的介入の重要性を説く論考は，敢えて大別すると，全治療過程の中で，もう少し正確に言えば，主に身体的治療が主となる治療過程でその重要性を説くものと，特に心理的問題に限ってその重要性を説くものとに分かれる。まず前者について概観する。

#### a) 全般

異状発見から初診を経て回復に至るまでの全過程において心理的・教育的介入が重要であることを説く論文は多い。その少なからずは，同介入を行うことで薬物治療やセルフケアといった身体的ケアが順調に進むことを強調するものである。たとえば叶宏芬ら（1982）<sup>2-6-1</sup>はケアを，臨床ケア（ないし看護），対症ケア，らい反応ケア，退院後ケアに分け，臨床ケアおよびらい反応ケアの項で，精神ケアについて触れた。また潘生桂（1993）<sup>2-6-2</sup>は，悲観した患者に身体治療とともに心理治療を行ったところ，積極的に薬物治療を受けようになり，治癒に至ったという事例の報告を行った。李成蘭（1997）<sup>2-6-3</sup>は，ハンセン病は，長期間の治療が必要，変形を生じさせることが多い，社会の人々が偏見を持っている，といった特徴があるため，病者は，身体的，心理的，社会的な負担を受けてきた，よって病者には身体的・心理的・社会的な包括的回復が必要としたうえで，ケアを，後遺障害（変形）防治のケア，心理ケア，社会に向けた回復ケアに分け，特に心理ケアについて，諱疾忌医の病初期，治療意欲喪失の治療段階，家族や社会が受け入れてくれるか憂苦する退院前に分けて略述した。また伍麗青（2009）<sup>2-6-4</sup>は，ケアが

入院ケアから在宅ケアに転換したことを踏まえ，基層医師，看護師，家族，患者の四位一体でのケア——心理ケア，合併症ケア，回復ケア——を通して患者の早期回復を進め，QOL向上，差別消除を目指すべしとしている。韋功梅（2011）<sup>2-6-5</sup>は，患者13名にMDTとともに心理ケア・合併症ケア・回復ケアからなる総合ケアを行ったところ，治療意欲を失った者，絶望した者，医師や看護師に怒る者などにも適切に対処でき，良好な回復が得られたとしている。張宗貞（2012）<sup>2-6-6</sup>は，心理ケア，足底潰瘍のケア，セルフケア，手術ケアに分けて略述した。

健康教育について述べているのが林宝元（2004）<sup>2-6-7</sup>で，身体的治療とともに，ハンセン病は防治可能であるという健康教育を行い，良好な結果が得られたとしている。さらに唐世琼（2012）<sup>2-6-8</sup>は薬物治療指導，らい反応のケア，予防ならびに発病後のケア，心理ケア，健康教育に分けて，要点をまとめている。

相談サービスについて述べているのが褚利娟ら（2009）<sup>2-6-9</sup>である。病者は長い治療期間中また治療後にらい反応や神経炎また心理的危機をはじめとする諸問題を経験しやすいとしたうえで，施設入所の現症患者47名を対象にどのような相談があるか，すなわち患者はどのような憂苦を抱いているかを調べている。相談のあった時期は，診断時4例，服薬過程中27例，らい反応あるいは神経炎など疾病が重くなった時14例，心理危機が出現した時2例で，相談内容としては，いつ治癒が可能か89.4%，治癒後に再発するか38.3%，どのような症状の時らい反応を疑うべきか25.5%，元からある障害は治療可能か23.4%，家族に伝染する割合は高いか21.3%などであるとしている。ついで王彦華ら（2009）<sup>2-6-10</sup>は，同じ現症患者47名に，毎回30分程度の相談サービスを，毎月1回，計3回行ったところ，知識，また心理・態度・行動上の向上が見られ，後遺障害（変形）の予防に有益であるとしている。次に特定のテーマに焦点を絞った論考を見ていく。

### b) 初 診

社会にハンセン病に対する偏見や差別があるため、異状に気がついても、それを隠そうとし、受診しないかもしれない。また同病と診断されても、服薬や機能回復訓練に消極的になるかもしれない。そうすると後遺障害（変形）を来しやすくなり、そうして生じた障害（変形）がそれまであった偏見や差別を強めるよう働くだろう。このような背景があるため、早期受診に焦点をあてた論考が少なくない。

まず孫曉筠ら（1996）<sup>2-6-11</sup>は山東省で新たにハンセン病と診断された病者239名を対象に、症状発見から初診までの期間、初診から同病が疑われるまでの期間、疑われてから診断確定までの期間の様相と要因を探った。たとえば症状発見から初診までの期間は平均15.54カ月で、その要因は、時期（たとえば受診が1985年では平均25.14カ月、1992年では3.51カ月）、家族関係（仲が良い家族では13.51カ月、時おり争う家族では40.55カ月）、症状発見時の本人の心理反応（受診必要と考えた者では9.24カ月、軽視した者では43.21カ月）、家族の反応（受診を勧めた家族では10.50カ月、理解しなかった家族では30.64カ月）、発見の仕方（自分で発見した場合は27.06カ月、他人に発見された場合は13.01カ月）、性別（男性では16.81カ月、女性では10.62カ月）の6つとしている。続いて同じ患者を対象として孫曉筠ら（1996）<sup>2-6-12</sup>は、診断確定時における変形の程度の要因を探り、婚姻状況、発見の仕方、村内における病者の有無、発病前の同病の知識、発病前の同病についての知識水準、症状発見時の心理反応、症状発見時にハンセン病と疑ったか、疑われてからすぐ診断が確定したか、そして病期、の計9要因を見出した。そして健康教育を行って健康意識を高めることが大切としている。孫曉筠ら（1996）<sup>2-6-13</sup>は綜述においても健康教育の意義を説いた。また黄思桂ら（1997）<sup>2-6-14</sup>は山東省の現症患者144名を調べ、症状に気付いてから1カ月以内に受診した者は48.42%にすぎず、受診の遅れの主な原因は患者の認識不足であるとした。また治療を中断する者は11.9%であるとした。

黎明ら（2006）<sup>2-6-15</sup>は広東省の現症患者144名を対象に受診の遅れの要因を探り、主要なそれは、同病に対する患者の認識不足、経済的問題、受診の不便性であることを示した。そしてハンセン病の知識普及と健康教育の強化、農村の医療サービスの改善、容易な受診、早期受診の促進を説いた。また陸遠和ら（2008）<sup>2-6-16</sup>は、涼山州彝族自治州で新たに見出された後遺障害（変形）のある病者51名を対象にその要因を探り、診断そして治療の遅れが主原因としている。そしてこの遅れには、医療人員に原因（誤診やらい反応の処置不当）がある場合と、患者に原因（自分がハンセン病だと分からず受診が遅れ、あるいは病気が大びらになるのを恐れ受診を拒絶、貧困や交通困難のため受診が遅れ）がある場合とがあるとして、それぞれの人数を示している。また現地の村民265名と医師33名を調べ、病者に対する深刻な差別と恐怖心が存在することを示し、大衆および医師への健康教育、診断技能の向上などが必要とした。

### c) 服 薬

薬物治療中に種々の問題が出現すると、前途に悲観し治療を拒むようになるかもしれない、そこで心理ケアが重要である、という観点からも幾つかの論考がある。まず陳祥生ら（1997）<sup>2-6-17</sup>、Chen et al（1997）<sup>2-6-18</sup>は、MDTを受けている江蘇省の現症患者370名を対象に社会医学調査を行い、圧倒的多数の者はMDTに積極的で、MDTに対する知識がMDTに対する意識や態度に影響を及ぼしており（たとえば、薬の飲み忘れが深刻な事態を招くことを理解している者は飲み忘れが少ない）、不規則な服薬の原因は、大多数（70.0%）が農繁期による多忙で、ついで副作用11.4%や転居10.0%であることを示した。また黄珍蘭（2000）<sup>2-6-19</sup>は、広西省の病者80名に対するMDTの経験から、病状および副作用など身体面の観察と、厳格な服薬指導に加え、心理ケアと健康教育が重要であると述べた。

### d) 手 術

手足の切断術や変形に対する矯正術に伴う心的

問題に光を当てた研究も少なくない。たとえば嚴良斌ら(2009)<sup>2-6-20</sup>は、眼・手・足に後遺障害(変形)のある治癒者937名を対象に矯正術前の心理状態を調べた。手術を渋っていた理由は、医療費への気がかり79.19%、国の手術費無料施策の無知64.78%、手術への恐怖48.88%、後遺障害(変形)を人目に晒したくないという思い46.43%、ハンセン病既往を知られたくないという思い45.57%、後遺障害(変形)への絶望43.86%、手術効果を知らない37.46%、後遺障害(変形)は必然的結果という認識32.98%、高齢30.63%などであるとした。また手術に積極的な患者は、身体機能の改善、家庭での役割遂行、助けてもらう量の減少、心の安定などを期待していることを描いた。また張躍秀(2002)<sup>2-6-21</sup>は、足底潰瘍で足切断を受ける患者102名の術前術後の叙述や行動から、術後、身の周りのことが自分でできなくなるのではない、他の人から見下されるのではない、付けた義足が合わないのではない、他の人と疎遠になるのではない、痛みはどうか、といった恐惧や、全般的な不安が減少することを示した。そのほか手術に際し心理ケアを行うことに触れた記事は少なくない。たとえば韋曉宇(1995)<sup>2-6-22</sup>は下肢切断術と義足装着の前後のケアについて、また莫江玲ら(2008)<sup>2-6-23</sup>は27名に行った手部矯正術の経験から、ケアを、回復ケア、心理ケア、機能鍛練、修復後の合併症予防に分け、略述を行った。

#### e) らい反応

らい反応に際しての心理ケアの重要性を説く論考もある。たとえば胡淑榮(2009)<sup>2-6-24</sup>は同反応の生じた患者20名に、心理ケア、臨床症状の観察とケア、そして健康教育を行った経験から、それらは、反応期間における心身の苦痛の軽減、反応期間の短縮、変形発生の予防に有益であると述べている。また伍麗青(2010)<sup>2-6-25</sup>も、同反応時に、心理ケアと、皮膚反応のケアおよび眼のケアを行うことは、心身の苦痛の軽減、有効な治療の接受、治療効果の向上、変形発生の予防や減少に役立つとしている。

#### f) 在宅治療・地域治療

先述のように中国のハンセン病防治策は1986年に大きな転換があった。そうした背景も関係してか、同時期に在宅あるいは地域での治療を取り上げた論考が幾つかある。たとえば江民保(1987)<sup>2-6-26</sup>は、1981年以降新たに同病と診断された33名に家庭治療を試み、良好な結果を得たとしている。また張連榮(1990)<sup>2-6-27</sup>は、家庭ケアには患者の社会環境の改善や心理的問題の軽減など利点があるとしている。あるいは江澄ら(1993)<sup>2-6-28</sup>は患者および治癒者、計1031名(うち95.8%はⅡ級以上の障害あり)を調べ、障害の重い者は病院内での生活を、障害の軽い者は病院外での秘密治療を望む者が多いことを示した。医師らが自宅に来ることに対する気持ちも取り上げられている。たとえば呉昌金(1996)<sup>2-6-29</sup>は在宅治療者118名に調査を行い、医師が自宅に来ることに恐怖心を持った72.0%、検査を希望した3.4%、自分では未治癒と思っている3.4%、どうでもよい13.56%、治るとは思っていない6.78%といった様相を描いた。また陳啓清・韓良友(1994)<sup>2-6-30</sup>は病者とその家族に調査を行い、在宅治療また秘密治療を望む者が多いこと、家族も検査を受けることについて、病者では望む者が多いが、当の家族では望まない者が多い、そのほかのことを示した。王克儉・李永林(1996)<sup>2-6-31</sup>も治癒後家族と暮らしている59名とその家族176名に調査を行い、検査を望む者はそれぞれ27.1%と10.2%に過ぎないこと、検査を渋ったり拒絶したりする者は57.7%と56.3%に達することを示した。そしてそうした消極性ないし拒否性の背景には差別への怖れがあると考えた。

汪芳金ら(2011)<sup>2-6-32</sup>は、地域(社区)のハンセン病防治人員が地域居住の病者137名に3年間、治療や変形予防サービス、心理相談や健康教育や反差別活動、また政策の唱導および経済援助や自助グループ形成の後押しなど、多様な働きかけを行ったところ、身体的問題の減少、心理面・社会面での改善、また地域社会における差別の減少といった効果が得られたとしている。

### g) セルフケア・変形防治

手や足の変形防治のためセルフケアが重要であるが、その際に心理面への配慮の重要性を説く論考も多い。たとえば柴印榮・邢昌菊（2001）<sup>2-6-33</sup>は、地域居住および施設入所中の現症患者38名にセルフケア・治療を教えるとともに、心理ケアを行い、良好な結果を得たとしている。また朱占山（1997）<sup>2-6-34</sup>は、家庭でMDTを受けている、変形のある患者93名を対象に、セルフケア習慣の効果を調べ、セルフケアを行うようになってから手や足の変形を胡麻化する者が減少したことを述べている。

張壤之ら（2000）<sup>2-6-35</sup>は後遺障害（変形）のある115名にセルフケアに関する健康教育を行い、知識、態度、行動において改善が得られたとしている。さらに張壤之ら（2009）<sup>2-6-36</sup>は手部に後遺障害（変形）のある施設入所者74名に相談サービスを行い、知識、態度、身体面（手のあかぎれや傷口）に良好な結果があったとして、身体的、心理的、社会的問題を抱える者に対する臨床相談サービスの意義を説いている。嚴良斌ら（2003）<sup>2-6-37</sup>は回復に関する健康教育を受けた4353名を調べ、セルフケアが変形を予防するという知識を持っているが、行動に結びついていないことなどを示した。また潘美兒ら（2008）<sup>2-6-38</sup>は麻風村に住む足底潰瘍のある者60名（話し合いに積極的40名、消極的4名、どちらともいえない16名）への調査から、彼らがどのようなことを相談したいと思っているか、すなわち心配しているかを明らかにした。たとえば「潰瘍はどのようにできるか」「潰瘍は痛化するか」「潰瘍はどうして再発するか」などである。

### h) その他

格鵬飛ら（2011）<sup>2-6-39</sup>は治療者968名の健康知識と医療上の要求を調べた。陳力ら（2012）<sup>2-6-40</sup>は浙江省の治療者230名の医療満足度と望むサービスを調べた。総じては受けた医療への満足度は高いが、差別消除、密接接触者の検査、経済的回復支援と後遺症へのサービスについては不十分であるとしている。

DDSもMDTもなかった時代、病者はどのような民間薬を用いたか、それを頼尚和（1939）<sup>2-6-41</sup>は台湾で調べた。民間薬服用は女性56.29%より男性72.88%のほうが高率で、「知人や友人の体験を見聞した結果」が最多の動機であることを示した。また治療に関する俗信として泄痞\*<sup>10</sup>や蛇薬酒などについても触れた。

## (7) 心理的問題への心理的・教育的介入

### a) 心理ケア、心理治療、相談サービス、健康教育の重要性

心理的・教育的介入に触れた略述は相当数にのぼる。そのうち、最も古いものの一つは譚代麗・張志麟（1986）<sup>2-7-1</sup>であろう。彼らはまず病者の最も基本的なニーズについて述べたうえで、時期を、診断確定初期、治療期間、病状安定期、臨床治癒後に分け、各時期の心理面を整理し、ケアにおける重要点を挙げた。ついで張志麟・譚代麗（1989）<sup>2-7-2</sup>は、在宅治療を受けている現症患者31名を対象にその知識や態度や行動を調べた。たとえば、診断後まもなくは懐疑的態度をとり、方々で診てもらった61.3%、巫医に神霊の助けを求めた58%、焦慮－悲観驚恐－受け入れの三つの過程を経た70.97%、といった具合である。さらに張志麟・譚代麗（1993）<sup>2-7-3</sup>は、まず心理相談ないしカウンセリングは人を助ける特殊なやり方で、健康情報を病者に与え、心理療法と健康教育を行う重要な手段であるとしたうえで、病者の主要問題として不安と抑うつと自責を挙げ、事例を示し、心理的問題の改善に心理相談が有益であると述べた。

そのほか、心理的・教育的介入を説く略述は数多い。たとえば陳璧華・潘興虞（1987）<sup>2-7-4</sup>は、病と差別による苦しみを負っている病者には心理ケアが重要として、とりわけ否定的思考の消除、良好な人間関係の樹立について述べた。章立宸ら（1991）<sup>2-7-5</sup>は、ハンセン病は長い間怖れられ、偏見をもたれて来た病であり、こんにち入院治療ではなく、在宅治療が行われているが、患者が受ける精神的重圧は以前の強制入院時代と比べて減少

したとは言えず、したがって心理ケアは重要だとした。沈翠 (1995)<sup>2-7-6</sup>は施設居住患者200名を調べ、入所時は悲観、不安(疑慮)、自信喪失など消極的心理の者が90%いるが、2年後には10%に減ったとしたうえで、心理ケアとして、知識教育、自我教育、実際問題の解決援助、良好な環境の整備を行うことを説いた。姚建軍 (1997)<sup>2-7-7</sup>は医学心理学を用いて指導することを説いた。林麗霞 (1998)<sup>2-7-8</sup>は、社会に偏見・差別があることと長期的治療が必要であることから、病者は、恐怖、不安、自卑、猜疑心、抑うつを抱き、無関心無気力、孤独癖、言われるがままの態度、あるいは憤怒を募らせ、攻撃、厭世、自殺(軽生)行動を来すに至る、そこで看護ないしケア従事者は信頼関係を築き、心理ケアを行うことが大切と述べた。掲育剣 (1998)<sup>2-7-9</sup>は、病者の心理の特徴として、否認、憤怒、落胆(沮喪)、自卑、無力感と自己憐憫、期待、の六つを挙げたうえで、心理ケアの重要性を説いた。

近年回復治療を受けたがらない病者がいることに注目した張林ら (1998)<sup>2-7-10</sup>は、そうした病者95名と面接し、その原因として、①社会的圧力(たとえば、医師の訪問を村人に見られ、病気は治っていないのではないかと、再発したのではないかと、などと思われるのを怖れる)、②家庭の圧力(たとえば、医師の訪問に家族が反対する)、③変形して長年経ち、高齢となった現在元通りになることはないという思い、④この病を思い変形を来したのは「老天」の安排、宿命だとする宿命観、⑤経済的問題の五つを挙げた。史璋英ら (1998)<sup>2-7-11</sup>は、入所病者1500名を対象にどのような健康情報が求められているかを調べ、入所者は、治療して地域に戻った人の話を最も聞いたがったとしている。

任欣 (2006)<sup>2-7-12</sup>は病者22名への心理ケアの経験から、診断確定後の病者の心理的特徴は、抑うつ、不安、猜疑心、孤独感としたうえで、病者の年齢によって心理ケアは異なるとし、青少年病者に対するもの、青年病者に対するもの、中年病者に対するものに分けて略述し、さらに非言語的心理ケア、および良好な環境の整備について論じ

た。胡海琴 (2008)<sup>2-7-13</sup>は心理ケアの重要性を説き、施設入所者への心理ケア、らい反応への心理ケア、退所後の心理ケアに分けて略述し、身体から心理、社会、さらには職業や経済までもの回復が大切とした。家庭と社会から離れ施設に暮し始めたころは、自分は本当にハンセン病なのかと疑い、検査や治療を拒み、悲観絶望し、姓名を偽って名乗り、昔日の思い出に溺れ、気性の激しい者は医師や看護師と衝突を起こす、といったことを描写しているが、よく理解できるものである。

蔡娟麗 (2009)<sup>2-7-14</sup>は麻風村に住む治療者48名の心理的問題を調べ、抑うつ29.17%、不安27.08%、懐疑や人間関係敏感20.83%、孤独感や社会からの見捨てられ感43.75%を見出し、そのケアについて論じた。また馮福勤ら (2010)<sup>2-7-15</sup>は、病者は後遺障害(変形)のみならず差別を被り、しばしば恐怖、自責、自卑、抑うつ等の心理変化、ならびに無気力、孤独癖(交際嫌い)、逃避、甚だしきに至っては、社会への憾み、攻撃といった行動上の問題を来す、そこで身体的回復に加え、心理的回復、社会的回復が必要とした。譚蘇燕・朱紅衛 (2011)<sup>2-7-16</sup>は、受累者の心理と行動の特性を三つの時期——猜疑心の時期、診断確定の時期、苦悶の時期——に分けて説明し、ついで心理的問題を三つの水準——比較的軽度の心理あるいは行動の失調、各種「神経病的症状」、重度の「心理疾病」——に分け、相談指導について論じた。

#### b) 心理治療の効果

心理的・教育的介入の効果を検討した論考が幾つか登場している。比較は、介入の前と後、あるいは介入群と対照群の間で行われている。まず朱占山 (1993)<sup>2-7-17</sup>は在宅治療中の患者96名(恐怖など消極的心理を持っている者75名、自信など積極的心理を持っている者21名)を無作為に、薬物治療のみを行う群と薬物治療とともに心理治療を行う群とに分け、治療効果を検討した。心理治療を加えた群では、消極的心理を持つ者が減少し、積極的心理を持つ者が増加したのに対し、薬物治療のみの群では特に変化はなかったとしている。

また陳鏡芳 (2003)<sup>2-7-18</sup>は、不安や抑うつや自責心のある治癒者40名を心理治療群20名と対照群20名とに分け、前者に合理情緒治療 (Rational Emotive Therapy ; RET) を行ったところ、20名中18名にて情緒面での改善が認められ、現実を客観的に見られるようになったとしている。伍露娜ら (2003)<sup>2-7-19</sup>も患者42名にRETを行い、その前後にQOLQ-74を行ったところ、治療後、社会機能・心理機能の向上、自殺傾向の減少 (自殺傾向のある者は、RET前では42名中15名、RET後では同7名) が認められたとしている。

そのほか、先にも触れた蘇宗偉ら (Su et al 2012)<sup>2-1-1</sup>は台湾の長期施設居住高齢者を対象に、集団回想療法 (reminiscence therapy) の効果を調べている。同療法前後に認知機能検査MMSEと老年期うつ尺度GDSを行ったところ、認知機能に関しては効果がないが、抑うつに関しては有意な改善が得られたとしている (抑うつ得点の平均値±標準偏差は、回想療法前 $4.3 \pm 2.8$ 、回想療法後 $3.4 \pm 2.6$ )。

#### (8) スティグマや心理的問題の乗り越え

以上見て来たように、ハンセン病を患うことで心理面に否定的な結果がもたらされるとい趣旨の研究は数多い。しかしそうして生じた心理的問題をどのように乗り越えていったか、それを取り上げた論考はほとんど見当たらない。その点、Wang (1997)<sup>2-8-1</sup>、Wang (1999)<sup>2-8-2</sup>は台湾の療養所の入所者の希望に焦点を合せ、病者が希望を持っていく過程に触れている。今後はこのような視点をもった研究が必要であろう。

#### (9) 麻風村・回復村

中国には麻風村や回復村と呼ばれる、医療と生産活動とを結合させた集落ないし共同体が約六百ある。今日では身体障害 (変形) を抱えた高齢者が多く住むとされる。顧柏明 (1994)<sup>2-9-1</sup>は、浙江省の麻風村に住む後遺障害 (変形) のある88名 (治癒者86名、未治癒者2名) についてその概要

を描いた。すなわち、治癒しているにもかかわらず村にいる理由は、差別を受けるため47名、後遺障害 (変形) があるため15名、家に人がいないため24名；進んで村に留まっている者は57名、嫌々留まっている者は31名で、うち村を出ることに賛成する者はわずか9名；村人の特徴は後遺障害 (変形)・高齢化・長期居住の三点；心理的問題は、易興奮17名、孤独感13名、悲観51名、幻聴2名、逃離経験あり3名、自殺念慮2名など；家族の一年間の訪問回数は、0回32名、1回30名、2回10名、3回16名；家族や近隣村の住民から差別を受けた者は40名、といった具合で、村人が見捨てられたような境遇にあることを浮かび上がらせた。また蔡静誠ら (2008)<sup>2-9-2</sup>は、17名が住む広東省のある回復村を参与観察法と面接法によって調べ、麻風村は医療面・経済面・心理面で問題を抱え、心理面に関して言えば、村人は自我差別、また恥辱感、孤癖を持ち、周囲の村の住民から孤立しているが、村内でも村人同士の助け合いが乏しいといった社会的様相を描いた。鄧曉江ら (2011)<sup>2-9-3</sup>も広東省の回復村に住む53名を調べ、彼らが障害を抱え、不満足な生活を送っていることを明らかにした。

学術論文ではないが、胡沢鑫ら (2012)<sup>2-9-4</sup>は湖北省の回復村に住む治癒者の心理面を描いている。ハンセン病患者である上に地元の者でもないがゆえに周囲の村の人々から深刻な差別を受け、大きな心の傷を負っていること、ボランティアやテレビ局スタッフなど外部からの訪問者に反感を持っている一方で、親族や社会が自分たちの境遇を理解し、会いに来てくれることを願っていることなどを記している。

ところで、かつて作られた麻風村の建物や設備が老朽化し傷みがはげしいことから、2007年に中華人民共和国衛生部はハンセン病院村建設規画を示し、それを受けて各省は2009年に病院村改造建設方案を作った。こうした状況下で王臘梅ら (2009)<sup>2-9-5</sup>は江西省の麻風村の住民1150名に建て直しに対する考えを尋ね、回答を得た1144名について概要を述べている。建て直しに賛成44.41%、反対55.59%、新居に移り住みたい56.29%、移り

たくない43.71%といった結果を示し、住民の不安を浮き上がらせた。そのほか麻風村については劉兵ら(2003)<sup>2-9-6</sup>、陳樹民ら(Chen et al 2003)<sup>2-9-7</sup>、Chen et al 2005<sup>2-9-8</sup>)も概要を述べている。Chen et al<sup>2-9-7</sup>は麻風村の利点と欠点を整理し、Chen et al<sup>2-9-8</sup>は麻風村の統合に関して賛否両論あることを描いた。

#### (10) 高齢者

病者層の高齢化とともに特に高齢者に焦点を合せて心理ケアや心理相談の重要性を説く論考もある(葛孝梅 1988<sup>2-10-1</sup>；馮慰慈 2000<sup>2-10-2</sup>)。彼らは、社会から隔離され、家族との関係も断たれ、後遺障害(変形)を抱え、長期間療養所や麻風村で生活してきたのであり、これからもそこで生活し続けていくのである。しかし高齢者の内面に取り組んだ論考は総じて少ない。今後、より力を入れるべきテーマであろう。

#### (11) 女性

女性にのみ焦点を合せた論考も極めて少ない。そうしたなか謝汶恵ら(Shieh et al 2006<sup>2-11-1</sup>)は台湾の療養所に住む女性12名と長期療養センターに住む女性5名、そしてかつては同センターの患者で現在は地域に住む女性4名を対象に質的な調査を行い、その語りを、診断前、診断後、病を抱えて生きている現在、そして将来の各時期に分けて分析し、心の内を描き出している。彼女たちが病気をうつすことを恐れて我が子を抱かず、また教育を受けられずに育ったため我が子の教育にかかわれず、親らしいことをしてやれなかったという辛い思いや悲しみは、よく理解できるものであり、おそらくは既成の評価尺度では捉えられないものであろう。大陸では尺度を用いて、結果を数量で示す調査が多いが、このような本人の語りを重視した研究や本人の書き記した文章をもとにした研究も今後望まれよう。

なおShieh et alは“once leprosy, forever leprosy”という巧みな言い回しを編み出している。

#### (12) 婚姻

婚姻状況については古くから調査が行われている(江澄ら 1986<sup>2-12-1</sup>；劉勝欣 1989<sup>2-12-2</sup>；朱銘海 1989<sup>2-12-3</sup>；程忠明 1989<sup>2-12-4</sup>；陳祥生ら 1991<sup>2-12-5</sup>；農岳文 1993<sup>2-12-6</sup>；吳新生ら 1994<sup>2-12-7</sup>)。たとえば江澄ら<sup>2-12-1</sup>は江蘇省の病者と健康人それぞれ112名の婚姻状況を調べ、病者の発病後の結婚率は低い、離婚率は高い、再婚率は低い、治癒後に結婚する場合も同じ治癒者と結婚することが多い、病者の家庭構成は「残破型」「小家族型」「独身型」となることが多い、といった様相を示し、病者の結婚を禁ずる法律<sup>\*11)</sup>について触れた。また陳祥生ら<sup>2-12-5</sup>は江蘇省の現症患者と治癒者計2508名の婚姻状況を調べ、未婚28.2%、離婚6.0%、離婚後再婚12.5%という基本的統計を示したあと、変形との関連を調べた。そして後遺障害(変形)のある者の未婚率と離婚率(それぞれ28.7%と6.1%)は変形のない者のそれら(同16.8%と3.8%)より有意に高い、障害の重い者、また特に顔に変形のある者の未婚率や離婚率はさらに高い、障害(変形)発生後に結婚した者の離婚率はそれ以前に結婚した者のそれより有意に低い、同じく発生後に結婚した者の結婚年齢はそれ以前に結婚した者のそれより4.3歳遅いといったことを示し、後遺障害(変形)が病者らの婚姻の阻害因子、また離婚の促進因子であると考えた。また未婚率は、顔面麻痺や脱眉の者ではそれぞれ43.2%と44.2%、また鼻の欠けた者では79.1%と、変形部位によって異なることも示した。農岳文<sup>2-12-6</sup>も、病者の婚姻状況は、社会のハンセン病に対する態度、また病者の心理的・社会的適応能力を反映し、価値観や幸せの概念に大きな影響を与えるとしたうえで、広州市の施設居住の治癒者105名(男性82名、女性23名)を調べた。

そのほか、これまで見て来たように、婚姻状況と心理面あるいは診断までの期間や変形の度合いとの関連について触れた研究は少なくない(孫曉筠ら 1996<sup>2-6-11</sup>；孫曉筠ら 1996<sup>2-6-12</sup>；韓存連ら 1998<sup>2-2-5</sup>)。

また李秉瑜ら（1995）<sup>2-12-8</sup>は四川省で病者の兄弟姉妹の婚姻率が著しく低いこと、また家族の離婚率が高いことを示し、ハンセン病に対する差別がまだ深刻であると述べた。

### (13) 家族の知識や態度や行動および心理的問題

家族を対象とした調査も幾つかある。たとえば高新魯ら（1998）<sup>2-13-1</sup>は山東省の治癒者の子ども34名（18～35歳）にSCL-90を行ったが、標準値との間に差を見出せず、それを健康教育の成果とした。しかし先述の茆青松・王来英（2010）<sup>2-3-5</sup>は、病者の家族も、自尊心が低く、個人的な付き合いが乏しく、安全の乏しい環境に暮していると感じていることを明らかにしており、家族も心理社会的問題を抱えていると考えるのが自然である。家族が抱える心理的問題を取り上げた研究は少ない。また先に見たように、自殺した病者は多いが、その遺族が抱えたであろう問題を取り上げた研究はまったくない。今後の研究が待たれる。

そのほか病者らの家族におけるハンセン病に関する知識や態度や行動を調べたものもある。たとえば邱興華ら（2010）<sup>2-13-2</sup>は浙江省の受累者の家族278名に、同病に関する知識や態度また行動を尋ねた。幾つか項目を絞って述べると、知識という点では、在宅治療が可能であることを知っている42.45%、治療に長期間かかることを知っている43.88%、不規則な服薬が害をもたらすことを知っている80.22%、治癒後の注意事項を知っている88.13%、態度という点では、病人と一緒に生活を願う82.01%、病人と一緒に食事することを願う57.91%、行動という点では、病人に規則正しい治療と後遺障害（変形）の予防を促す87.41%、病人が煩悶のとき気持ちを楽にさせる57.91%、同病の検査を受けた51.44%といった様相を描いた。そして家族の知識水準を高め、家族の病人に対する心理に問題が生じないようにし、家族の同病予防保健の意識を高めることが必要としている。

また劉盾ら（2011）<sup>2-13-3</sup>は浙江省の家族385名の受累者に対する差別を取り上げ、病者と一緒に食

事することについては拒否的ではないが（望まないという者は55名）、病者が子どもと遊ぶこと（同165名）や病者が家庭の事柄の決定に参加すること（同105名）については消極的ないし拒否的であることを示した。

家庭機能を調べた調査もある。銭崇祖ら（1994）<sup>2-13-4</sup>はSmilksteinの作成した「家庭APGAR尺度」を用いて、浙江省の療養所入所中に結婚した13組（結婚年齢平均61.7歳）を調べ、家庭機能良好84.6%、中度障害7.7%、高度障害7.7%で、結婚には“精神愉快、情緒穩定、生活美滿、結果是好的、对医院管理有積極作用”があったとした。また王彦華ら（2009）<sup>2-13-5</sup>は浙江省の施設居住治癒者84名の、家族の支持と差別、および家庭機能を取り上げた。朱芳紅ら（2009）<sup>2-13-6</sup>は浙江省の麻風村に住む40名を調べ、家庭機能良好37.5%、中度障害37.5%、重度障害25.0%で、病者が身の周りのことを自分で行えなくなるほど家庭全体の機能も障害を受けることを示した。さらに呉李梅ら（2010）<sup>2-13-7</sup>は浙江省の農村の患者216名を調べ、家庭機能良好41.7%、中度障害28.2%、重度障害30.1%で、外見で分かる障害（変形）があるほど、身の周りのことを自分で行う能力が無くなるほど、また労働能力が無くなるほど、家庭機能が低下することを明らかにした。

変形があること、生活が自立できないことが病者の心理面のみならず家庭機能にも影響を与えることから、身体面での治療に関しては、変形予防のための早期治療、生じてしまった変形に対する矯正治療、あるいは身の周りのことを自分でできることを目指す機能回復治療が何より必要と言えるだろう。

### (14) その他

周茂榮ら（2001）<sup>2-14-1</sup>はハンセン病心気症（疑病症；Hypochondriasis）の患者12名の心理を取り上げている。同病であることを人に知られないよう交際を避け（孤独）、緊張し、眠れず、夢をよくみ（焦慮）、医者に診てもらおうことを拒み、毎日恐怖を抱いている（恐惧）といった様相を描



いた。

### 3. 中国のハンセン病者および同治癒者以外の人々を対象とした調査や研究

#### (1) 医療・保健従事者を対象とした調査や研究

病者と直接係わる医務人員や麻風村管理人員についても、その知識や態度などが調べられている。中国において医業に携わる者は「医生」と呼ばれるが、それには医科大学を卒業し都市部の大病院で医療に携わる者から、中学<sup>\*12)</sup>卒業後、地方政府による研修を受け、農村部で医療ないし保健に携わる者までいろいろである。後者は郷村医生<sup>\*13)</sup>と称され、ほぼかつての「赤脚医生」の後身に当たるが、多くの報告でこの郷村医生をはじめとする下端の従事者（「基層医務人員」「基層衛生人員」）が取り上げられる。そして病者の早期発見・早期治療のため、その知識水準を高めなければならないと説かれる。

たとえば劉海波ら（1994）<sup>3-1-1)</sup>は江蘇省の基層衛生人員205名を調べ、彼らがハンセン病に関してあまり知識を持たず、差別や恐怖を持っていることを示し、農村の保健従事者が果たすべき役割について述べた。また周慧琴ら（1998）<sup>3-1-2)</sup>は、青島市の開発区の総合病院の皮膚科と神経科また皮膚防治機関の医生、郷鎮<sup>\*14)</sup>医院と関係のある医務人員、郷村医生の計33名の知識を調べ、郷村医生の知識不足を指摘した。韓存連ら（1999）<sup>3-1-3)</sup>も山東省の、省級総合病院の皮膚科医生、省級総合病院の内科・外科の医生、市県級総合病院の内科・外科の医生、郷鎮医院の医生、郷村医生、計129名を対象にその知識を調べ、省級総合病院の皮膚科医生は比較的知識を持っているが、それ以外は総じて知識は不十分であることを示した。劉暉ら（2004）<sup>3-1-4)</sup>も深圳の基層医務人員93名と住民112名の知識や態度を調べ、医務人員における知識不足を指摘した。沈建平ら（2005）<sup>3-1-5)</sup>、王臘梅ら（2007）<sup>3-1-6)</sup>、蔡清華（2008）<sup>3-1-7)</sup>、陳明春（2012）<sup>3-1-8)</sup>、呉李梅ら（2013）<sup>3-1-9)</sup>はそれぞれ湖南省と江西省と雲南省と安徽省と浙江省で郷村医生のハンセン病

防治の知識水準を調べ、健康教育後に向上が見られたとしている。呉李梅ら（2009）<sup>3-1-10)</sup>は浙江省のハンセン病防治人員42名の知識・考え・行動を調べ、専門の防治人員においても、病者と接触後に消毒などの行動をとる者が多いことを示し、医務人員自身が偏見を持ち差別を行っていることを浮かび上がらせた。そして彼らが原因となる差別を医源性差別と呼び、改善が必要とした。この医源性差別について嚴麗英ら（2009）<sup>3-1-11)</sup>は浙江省の防治機関の医務人員77名（中卒24名、大卒30名、本科以上23名；医生37名、看護師（护士）17名、検査師10名、薬剤師13名）を対象により詳しく調べた。あるいは李歆梅ら（2010）<sup>3-1-12)</sup>は浙江省の農村の基層医務人員200名（初中17名、中卒54名、大卒66名、本科以上63名；医生154名、看護師（护士）20名、検査師25名）の知識・態度を、また譚又吉ら（2011）<sup>3-1-13)</sup>は医源性差別を調べた。この譚又吉らの調査から幾つか数字を挙げる。すなわち、医務人員200名中、する／すべき、時にはする／情況次第と回答する者は、できるだけ理由を付けて他の病院に移ってもらうは計27.5%、同病の患者の治療を最後に行うは計48.5%、隔離してあるいは特別に対応するは計84.5%、診察後特別に消毒するは計84.0%である。

別の観点から防治人員の抱える問題を取り上げた報告もある。たとえば黄軒ら（1988）<sup>3-1-14)</sup>は4カ所のハンセン病防治機関の従事者214名の要望や気がかりを調べた。要望事項としては、政治面では昇進34.5%、学習面では同病の知識32.2%、業務面では業務水準の向上41.3%、生活面では住居改善34.6%、また気がかりとしては、社会分野では不正の風潮47.7%、業務分野では社会の差別25.2%、学習方面では交通不便38.8%、生活方面では子女の学業就業35.5%といった概要を示した。また同病防治に従事する動機は、仕事の割り当て60.3%、防治に献身18.2%、社会需要8.4%といった結果を示した。物足りないという感は否めないが、必ずしも望んで同病防治に携わっているわけではないという様相が窺えよう。同様に牟鴻江ら（2011）<sup>3-1-15)</sup>は貴州省の麻風村の管理人員に、継続して従事したいか否か尋ね、衛生局所属者よ

り民政局所属者、医務人員より行政管理人員のほうが続けたいと思っている者が少ないことを示した（たとえば、継続を希望する者は、衛生局所属の医務人員では64名中64.06%、同所属の行政管理人員では10名中80.00%、民政局所属の医務人員では76名中35.53%、同所属の行政管理人員では98名中14.29%）。交通不便な場所に造られた麻風村にかかわる人員の問題が垣間見えよう。

このように医療・保健従事者を対象とした調査は数多い。しかし彼らの心理的問題を深く探った研究は見あたらない。ハンセン病患者や同治療者とかかわる人も何らかの心理社会的影響を受けている、ないしは心理社会的問題を抱えている可能性があると考えらるべきである。さらなる研究が望まれよう。

## (2) 一般の人々を対象とした調査や研究

新しく発病する患者の減少と治療法の確立に伴い、ハンセン病対策の焦点は、その予防と早期発見および回復ケア、そして偏見や差別の消除に移り、一般の人々の知識や差別に関する調査や、健康教育による効果をテーマとした研究が盛んに行われるようになってきている。

まず研究史上初期のころに多く行われたのが、一般の人々を対象に単に知識や態度や行動を調べるというものである。たとえば陳徳友・嚴麗英(1986)<sup>3-2-1</sup>は幅広い階層の人々19739名を調べ、ハンセン病に恐怖心を持っている者は61.48%で、そのうち病者を見たことがないにもかかわらず恐怖心を持っている者が多いことを明らかにした。また医療従事者においても病者を見たことがないにもかかわらず恐怖心を持っている者が多いことを示した。同病を怖れる理由として、伝染するから70.0%、患者の容貌を見て18.2%といった数値を挙げ、病者を専用の療養所や村に集めて隔離すべきと考える人も70.21%と多いことを示した。また余祖新・洪建生(1992)<sup>3-2-2</sup>も12~55歳の一般人182名を調べ、ハンセン病のことをよく理解していないか全く知らない者が過半数(53.85%)を占め、伝染性が大変強いと考えている者

(87.36%)や絶対的な隔離を主張する者(80.77%)など、偏見や差別意識を持っている者が多いことを示した。

ついで多く行われるようになったのが、都市や農村あるいはハンセン病多発地区の住民を対象に、その知識を尋ねたり、差別的態度や行動を尋ねたり、あるいは単に知識や態度・行動を調べるのみならず、健康教育の必要性を明らかにしたり、健康教育を行いその効果を調べたりするというものである(祖瑜ら1997<sup>3-2-3</sup>;姚建軍ら1999<sup>3-2-4</sup>;王榮茂ら2002<sup>3-2-5</sup>;李明珠ら2002<sup>3-2-6</sup>;武文斌ら2007<sup>3-2-7</sup>;胡永葵2007<sup>3-2-8</sup>;温艶ら2007<sup>3-2-9</sup>;孫文会ら2007<sup>3-2-10</sup>;褚利娟ら2008<sup>3-2-11</sup>;王景権ら2008<sup>3-2-12</sup>;李孝安ら2009<sup>3-2-13</sup>;徐超広ら2010<sup>3-2-14</sup>;汪芳金ら2010<sup>3-2-15</sup>;婦婵娟ら2010<sup>3-2-16</sup>;王景権ら2010<sup>3-2-17</sup>;王金賢ら2011<sup>3-2-18</sup>;張兆輝2011<sup>3-2-19</sup>;沈樹憲ら2012<sup>3-2-20</sup>)。2007年ごろから調査が盛んになったのは、中国では一般人に対する調査、とりわけ差別に関する調査が少ないという認識があったためと察せられる。いま以上の調査からいくつか紹介する。たとえば温艶ら<sup>3-2-9</sup>は、病者の多い雲南省で調査を行い、同病者に会ったことがあるのは99%、同病に恐怖を持っているのは74%、治せる病気だということを知っているのは92%といった基本的統計を示し、年齢とともに患者との接触を通して病気を理解する者が増加すること、同病者と係わった経験のある者は同病への恐怖が低いことなどを明らかにした。そして村民への健康教育を進め、また現地の医務人員・保健人員の同病に関する知識水準を高め、早期に患者を発見し、差別と恐怖心を取り除くことが大切とした。また王景権ら<sup>3-2-17</sup>は浙江省の農村住民の差別を描いた。すなわち住民314名中、子どもが病者の家に行き遊ぶことを望まない171名、病者と麻雀をすることを望まない153名、病者の家の米や野菜を用いることを望まない141名、病者と一緒に食事することを望まない135名である。

いっぽう特定の人々を対象とした調査や研究も登場している。たとえば回復村の近隣住民を対象とした調査がある(虞斌ら2008<sup>3-2-21</sup>;鄧曉江ら2011<sup>2-9-3</sup>)。回復村住民の社会的活動あるいは心理

的健康の改善のために近隣住民の理解は欠かすことが出来ないからである。たとえば虞斌ら<sup>3-2-21</sup>は、浙江省の回復村近くの村落の農民62名と遠く離れた村落の農民71名の知識・態度・行動を比較し、概して近くの村落の農民の方が正しい知識や態度を持ってはいるが、いくつかの項目に関しては有意差がないことを示した。たとえば、近在村農民と遠離村農民の質問に対する正解率は、それぞれ、「顔や手足に変形が残るか」79.03%と38.03%、「現在完治できるか」38.71%と22.54%、「病気の原因は何か」29.03%と26.76%、「現在在宅治療ができるか」11.29%と9.86%、「治癒した病者は結婚できると思うか」58.06%と35.21%である。また近在村農民の知識の出所は主に患者と会ったこと(72.41%)であるのに対し、遠離村農民のそれは主に周囲の人の話(37.78%)やラジオ・テレビ(33.33%)であることも見出した。

さらに内陸部から都市部や沿海部に流入してきた人々を対象とした調査や研究もある。改革開放政策後の都市部及び沿海部の経済発展に伴って、また大規模ダムの建設に伴って、比較的同病の発生率が高く、同病に関する知識水準が低い内陸部から数百万人規模の人が沿海部や都市部に流入してきているからである。たとえば温艶・潘春枝(2006)<sup>3-2-22</sup>は、北京の建築現場で働く河北省・江蘇省・山東省・河南省出身者<sup>\*15)</sup>63名の同病に関する知識・態度・行動を調べ、彼らは同病の基本症状に関する知識をあまり持っておらず、病者に対して恐怖や嫌悪感を持つ者が少なくないことを明らかにした。また周国茂ら(2008)<sup>3-2-23</sup>は、仕事のため深圳に移り住んだ人々に健康教育を行い、ハンセン病に関する知識ないし理解の向上を示した。同様に李紅星ら(2009)<sup>3-2-24</sup>も、東台市に移り住んだ三峡移民に健康教育を行い、教育後に同病に関する知識水準が向上したことを報告した。たとえば、知覚率は教育後、「ハンセン病と疑われる症状は眉毛の脱落あるいは稀少である」は55.00%から87.38%に、「ハンセン病患者は皆伝染性がある」は40.33%から77.10%に、「ハンセン病になったら隔離治療が必要である」は41.67%から72.43%に、「治癒したが変形(障害)の残っ

ているハンセン病患者と快く一緒に働いたり勉強したりする」は37.00%から41.59%に、「変形(障害)が残っているならばハンセン病は完治していない」は32.67%から40.65%に向上している。しかし健康教育にもかかわらず正答が半数に満たない、ないしは変化しにくい質問項目があるのも事実である。ある項目はなぜ改善しないのか、それについての考究が必要だと考えられる。

そのほか流入者に対する報告や研究は数多い(沈云良ら2009<sup>3-2-25</sup>;汪萌萌ら2011<sup>3-2-26</sup>;嚴麗英ら2011<sup>3-2-27</sup>;周愛林ら2012<sup>3-2-28</sup>)。あるいは地域の幹部を対象とした調査(邱興華2010<sup>3-2-29</sup>)や、皮膚科を受診する患者を対象とした調査(王正華ら2010<sup>3-2-30</sup>;林世庄ら2011<sup>3-2-31</sup>)もある。

そして学生に対する調査が盛んに行われている。早期の発見治療と偏見や差別の消除のために若者が果たす役割は大きいからである。たとえば沈云良ら(2009)<sup>3-2-32</sup>は浙江省の中学生に身体的検査とともに健康教育を行い、成果が得られたとしている。そのほか同種の調査は多い(王正華・吳繼陶2010<sup>3-2-33</sup>;徐芳ら2011<sup>3-2-34</sup>;向宇ら2011<sup>3-2-35</sup>;向宇ら2011<sup>3-2-36</sup>;吳李梅ら2012<sup>3-2-37</sup>)。また朱林華ら(2010)<sup>3-2-38</sup>は大学生を対象に、特に回復者への認知的態度、また支援サービスないしボランティアを行う意向を尋ねている。

近年特に焦点が当てられているのは、幾つかの方式で健康教育を行い、どの方式が最も有効か、それを調べようとするものである(吳李梅ら2011<sup>3-2-39</sup>;吳李梅ら2011<sup>3-2-40</sup>;黃貴義2011<sup>3-2-41</sup>)。たとえば吳李梅らは中学生を対象に3通りの健康教育——特別講座開催、特別講座開催に加えパンフレット配付、知識競技会開催——を試み、競技方式が最も効果があったとしている。彼らは、農民にも3通りの方法——特別講座開催に加えパンフレット配付、村人を集めて説明、現場相談——を試み、現場相談方式が最も効果があったとしている。また黃貴義ら<sup>3-2-41</sup>は、農村住民に、伝統式教育(チラシ・パンフレット配付、講座開催、教育録画映像の放映を行いハンセン病は治療可能で恐ろしくないということを教える)と対話式教育(患者の実話を増やし、ハンセン病防治従事者や

ボランティアが患者と交流——たとえば、握手、抱擁、ゲーム、食事——する様子を見せる）を行い、後者の方が効果的であるとしている。

そのほか、現地政府が関与して、あるいは新聞やテレビなどのマスメディアを動員して大規模な健康教育ないし宣伝活動（キャンペーン）を行い、病者発見に効果があったとする報告もいくつかある（たとえば、李潤林ら1996<sup>3-2-42</sup>）が、少々趣を異にするので本稿ではこれ以上は取り上げない。

以上見て来たように、教育ないし宣伝活動を行い、病者発見の向上、知識の向上、あるいはスティグマの低減が見られたとする研究は数多い。しかし教育や宣伝活動にもかかわらず、スティグマや差別がなくなるのも事実である。今後は、教育方法の工夫に関する研究を進めるとともに、なぜスティグマや差別がなくなるのかといった観点からの研究が望まれよう。

#### 4. 結 語

今後ハンセン病に関してどのような心理社会研究また健康教育研究を推し進めればよいか、それを探るため、中国でこれまでに行われてきた同領域での研究や調査を概観した。この概観を踏まえ、以下のような研究がいつそう望まれると考えられた。すなわち、高齢や女性のハンセン病受累者、また受累者の家族を対象にした研究、受累者自身が書き記した文章や語った話をもとにした研究、受累者の内面、また受累者がスティグマや心理的問題を乗り越えていく過程に関する研究である。さらに、受累者とかかわる医療・保健従事者が抱える心理社会的問題に関する研究や、一般の人々に対する健康教育の方法に関する研究、また偏見や差別が減じにくい理由や背景に関する研究もいつそう望まれると考えられた。

#### 【摘要】

为了寻找今后推动有关麻风病的心理及社会研究或健康教育研究的最佳方法，对中国迄今为止推动的该领域的研究和调查进行了概括。根据概括的内

容，提出以下推动研究的建议。也就是以老年人或女性麻风患者，或者患者的家属为对象的研究；患者自己记录的文章或语言为基础的研究；患者的内心或者患者战胜耻辱或心理障碍的过程相关的研究。另外，还需要推动与患者打交道的医务或卫生人员所面临的心理及社会问题相关的研究；对一般人的健康教育方法的研究；难以消除耻辱和歧视的理由或背景相关的研究。

#### 【注】

- \*1) 臥具ないし臥床・衣服・飲食・湯薬の四つを意味しよう。なお“四事”ではなく“四時”とするテキストもある。
- \*2) 我が国の『元亨釈書』に記される「光明皇后の吮瘡伝説」のルーツはこの辺りにある可能性があるだろう。
- \*3) ハンセン病受累者の心理社会的問題と同病の防治はそのときどきの政治・社会状況と密接なかわりを持つ。したがって前二者を論ずるには後者についての十分な考究が必要である。しかしそれは本稿の範囲を大きく外れる。ここでは、新中国建国後においてもかずかずの政治的出来事によってハンセン病防治は少なからずの影響を受けてきたことを述べるに留める。なお台湾の療養所をめぐる政治・社会状況については然るべき文献を参照してほしい。
- \*4) 伝染と感染という二つの言い方があるが、「感」は本来、心にかかわる語であり、中国では病気に関しては伝染が頻用される。一方日本では、『広辞苑』によれば、「伝染」は「①病気がうつること。②感染①に同じ。③比喩的に、性質や習慣などが他のものにうつること」、「感染」は「①病原体が体内に侵入すること。また病気がうつること。②他の影響を受けてその風に染まること。かぶれること」で、伝染という語にやや否定的意味合いがあること、また病原体が体内に侵入しても他者にうつることの少ない病気があることから、特に近年は感染という語が頻用される。明治30年に制定された「伝染病予防法」も平成10年には廃止され、代わって「感染症法」が制定された。ただし家畜に関しては「家畜伝染病予防法」のままである。

- \*5) 不潔淨の意味合いを帯びた言葉のようであり、使用には注意が必要であろう。
- \*6) 中国において、医療の領域では、たとえば「精神治療」より「心理治療」, 「精神护理」より「心理护理」(护理は看護ないしケアという意)といったように、「精神」より「心理」が用いられることが多い。
- \*7) 病者の自殺率と一般人のそれを比較し、前者は後者より高いと結論する報告がいくつかある。しかし用いられる自殺率は、一般人についてはある1年間におけるもの、いっぽうの病者については数年間あるいは数十年間におけるものである。両者を比較することには理論的に無理がある。くれぐれも注意していただきたい。
- \*8) 中国では、ある省である調査が行われ、その結果が発表されると、他の省でもほぼ同じやり方で調査が行われ、ほぼ同じ論旨での結果が発表されることが少なくない。
- \*9) 1990年代、精神科の患者も精神科受診前に巫医に診てもらうことが少なくなかったようである(たとえば、钟森 1996<sup>4)</sup>)。
- \*10) 今日「過癩」と呼ばれるものと同じであろう。
- \*11) ハンセン病者の結婚に関して、1980年婚姻法では「第六条 下に列記する事情の一つにある場合、結婚を禁止する。一 直系血族又は三代以内の傍系血族。二 ハンセン病に罹患し治療に至っていない、或はその他医学上結婚に不適当と考えられる疾病に罹患している」と定められていたが、2001年婚姻法では「第七条 下に列記する事情の一つにある場合、結婚を禁止する。一 直系血族又は三代以内の傍系血族。二 医学上結婚に不適当と考えられる疾病に罹患している」に改められ、ハンセン病という語はなくなった。しかし1989年施行の伝染病防治法において「エイズ、淋病、梅毒、ハンセン病等、及びその他の医学上結婚と出産に影響を与えると考えられる伝染病」は「指定伝染病」とされ、1995年施行の母子保健法(「母婴保健法」)において「婚前医学検査によって、指定伝染病に罹患しており伝染期にある(中略)者について、医師は、結婚を予定している男女双方に結婚を暫延すべきであるという医学的意見を言うべきである」とされており、制約は残っている。
- \*12) 中国の「中学校」は「初級中学」と「高級中学」に分けられ、それぞれ、ほぼ我が国の中学校と

高等学校に相当する。

- \*13) 1999年に「中華人民共和国執業医師法」が施行され、医師になるための条件が厳しくされた。また2004年には「郷村医生従業管理条例」が施行され、郷村医師の扱えること扱えないことが定められた。
- \*14) 中国の行政単位は複雑であるが、大まかには、省、市、県、郷から成り、さらにその下に村や社区が位置する。郷鎮と郷村は、それぞれ我が国の大きな町と村に相当する。なお中国の県と日本の県とは全く異なる。
- \*15) 我が国では一般に「出稼ぎ労働者」と呼ばれる。しかし家族ぐるみで移動したり、都市部に住みついたりする例も多く、我が国の「出稼ぎ労働者」とは性質を異にする。北京市には、「浙江村」「新疆村」「安徽村」「河南村」「福建村」など、出身を同じくする者が集まって住んでいる「移民村落」がある。

#### 【文献】

- 1-1. 林富士(1986) 試釋睡虎地秦簡中的「癩」與「定殺」。史原, 15, 1-38.
- 1-2. Leung AKC (2008) *Leprosy in China: A History*. Columbia Univ Pr.
- 1-3. 赵天恩, 郑怀林(2011) 古代麻风史. (<http://www.mzy8899.com/2011/0724/400.html>; [http://www.mzy8899.com/2011/0724/400\\_2.html](http://www.mzy8899.com/2011/0724/400_2.html))
- 1-4. 江澄, 马振友(2011) 近代麻风史. (<http://www.mzy8899.com/2011/0724/401.html>; [http://www.mzy8899.com/2011/0724/401\\_2.html](http://www.mzy8899.com/2011/0724/401_2.html); [http://www.mzy8899.com/2011/0724/401\\_3.html](http://www.mzy8899.com/2011/0724/401_3.html))
- 1-5. 江澄(2011) 现代麻风史. (<http://www.mzy8899.com/2011/0725/402.html>; [http://www.mzy8899.com/2011/0725/402\\_2.html](http://www.mzy8899.com/2011/0725/402_2.html); [http://www.mzy8899.com/2011/0725/402\\_3.html](http://www.mzy8899.com/2011/0725/402_3.html))
- 2-1-1. 潘兴虞, 张介杰(1986) 社会歧视与畸形所致麻风病人的精神障碍. 中国麻风杂志, 2(4):29-30.
- 2-1-2. 赵龙保(1995) 麻风病人的精神障碍调查. 铁道医学, 23(5): 264.
- 2-1-3. 赵庆远(1993) 麻风并发反应性精神障碍12例报告. 中国麻风杂志, 9(2): 102.
- 2-1-4. Su TW, Wu LL, Lin CP (2012) The

- prevalence of dementia and depression in Taiwanese institutionalized leprosy patients, and the effectiveness evaluation of reminiscence therapy—a longitudinal, single-blind, randomized control study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27(2): 187-196.
- 2-1-5. 徐超广, 袁大军, 何益华, 刘燎原 (2010) 麻风截肢术后急性应激性精神障碍 1 例. 皮肤性病诊疗学杂志, 17(4): 298.
- 2-1-6. 王载明, 陈家琨 (1986) 急性氨基苯砷中毒 4 例报告. 中国麻风杂志, 2(3): 17-20.
- 2-1-7. 蒋次亮 (1986) 170 例住院麻风病人的死因分析. 中国麻风杂志, 2(3): 56-57.
- 2-1-8. 彭玉臣, 杜立彬 (1989) 1030 例麻风病人非正常死亡的调查. 中国麻风杂志, 5(4): 216, 218.
- 2-1-9. 彭玉臣, 杜立彬 (1991) 麻风病人自杀案例的调查分析. 中国麻风杂志, 7(1): 35-36.
- 2-1-10. 胡发成, 郜吉根 (2008) 315 例麻风死亡病因分析. 中国麻风皮肤病杂志, 24(6): 465, 468.
- 2-1-11. 朱万银 (1990) 马边县麻风病人死亡原因分析. 中国麻风杂志, 6(1): 43.
- 2-1-12. 陈建德 (1993) 127 例麻风患者的死因分析. 中国麻风杂志, 9(4): 245.
- 2-1-13. 赵赣兰, 何锐 (2001) 389 例麻风患者死因调查报告. 中国麻风皮肤病杂志, 17(2): 109.
- 2-1-14. 姚维儒, 姚学仁, 陈树, 张连华, 姜辉, 苏军 (2007) 1447 例麻风病人死因调查分析. 中国麻风皮肤病杂志, 23(4): 356.
- 2-1-15. Shen J, Liu M, Zhou M, Li W (2011) Causes of death among active leprosy patients in China. *Int J Dermatol*, 50(1): 57-60.
- 2-1-16. Wang J (2011) Take suicide prevention seriously in leprosaria. *Lepr Rev*, 82(3): 322-323.
- 2-1-17. 周凌峰 (1988) 宜春地区的麻风防治. 中国麻风杂志, 4(4): 250-251.
- 2-1-18. 赵庆远, 何志钧, 张大友 (1990) 常德市 112 例麻风治愈者的死因分析. 中国麻风杂志, 6(1): 56.
- 2-1-19. 吴小青, 蒋星源 (1994) 麻风病人愈后非正常死亡原因调查分析及其对策. 湖北预防医学杂志, 5(4): 17-18.
- 2-1-20. 徐厂谋, 付贞详, 徐广侠, 张晓伍, 马建立 (1997) 687 例麻风病人治愈回归社会后的状况及社会反应. 中国麻风杂志, 13(2): 83-84.
- 2-1-21. 周达生, 陈祥生, 唐萌, 江澄, 舒会文, 卞进国, 叶干运 (1987) 麻风病人的自杀行为——社会医学研究. 中国麻风杂志, 3(4): 240-243.
- 2-1-22. 史璋瑛, 蔡文科 (1997) 麻风患者自杀的心理与社会因素. 中国麻风杂志, 13(3): 148-149.
- 2-1-23. 江澄, 陈祥生, 李文忠, 张国成, 严良斌, 杨健, 杨忠民, 陈建华, 罗西谷, 骆钧, 陶明波, 叶干运 (1992) 麻风畸残的社会医学研究——麻风病人对畸残的心态调查. 中国麻风杂志, 8(4): 197-203.
- 2-2-1. 朱铭海 (1989) 影响麻风患者社会心理的因素. 中国麻风杂志, 5(1): 22-23.
- 2-2-2. 余祖新, 薛贵林, 丁日清, 胡运森 (1990) 麻风病人的社会心理调查. 中国麻风杂志, 6(1): 29-30.
- 2-2-3. 尹泽, 朱万良, 赖恒边, 摸西安林 (1992) 麻风病人的社会心理学调查. 中国麻风杂志, 8(2): 94-95.
- 2-2-4. 张志麟, 谭代丽 (1991) 42 例麻风病人心理状况调查 (摘要). 中国心理卫生杂志, 5(4): 171, 167, 192.
- 2-2-5. 韩存连, 侯士红, 杨中文 (1998) 麻风病人心理及行为的改变. 中国麻风杂志, 14(4): 248-250.
- 2-2-6. 易尚文, 缪志辉, 张善明, 朱双胜, 张明克, 钟开宣 (1993) 麻风病人的心理. 中国麻风杂志, 9(2): 80-83.
- 2-2-7. 李春根, 梁军林, 孙录, 钟军, 张红基, 赵静波, 裴小龙 (2001) 麻风治愈者心理健康及其影响因素的相关研究. 岭南皮肤病科杂志, 8(3): 187-189.
- 2-2-8. 梁军林, 孙录, 赵静波, 裴小龙, 钟军, 张红基 (2002) 麻风治愈者心理健康状况及其影响因素. 中国心理卫生杂志, 16(6): 402, 397.
- 2-2-9. 陈龙生, 陈俊法, 潘国才 (2003) 麻风病患者心理社会因素调查研究. 中国麻风皮肤病杂志, 19(2): 138.
- 2-2-10. 谭又吉, 王江南, 王景权, 喻永祥, 虞斌, 潘美儿, 严丽英 (2006) 120 例住院麻风患者心理状况的研究. 皮肤病与性病, 28(4): 57-59.
- 2-2-11. 谭又吉, 尤卫平, 王景权, 姚建军, 许亚平, 王江南, 喻永祥, 虞斌 (2007) 麻风足底溃疡对患者心理健康的影响. 中国麻风皮肤病杂志, 23(2): 134-135.

- 2-2-12. 潘美儿, 高彦伟, 王景权, 周爱林, 施大伟, 凌丰, 严良斌 (2013) 麻风病受累者心理障碍及其影响因素分析. 中国公共卫生. (<http://kreader.cnki.net/Kreader/CatalogViewPage.aspx?dbCode=CJFQ&filename=ZGGW20130731002&tablename=CAPJ2013&compose=&first=1&uid=>)
- 2-2-13. 韩彦超, 栗克清, 崔伟, 鄒永涛, 宗艳红, 王海龙, 张金桥 (2011) 河北省住院麻风病患者的心理状况及肇事肇祸行为. 中国心理卫生杂志, 25(1): 38-39.
- 2-2-14. 何桂兰, 黄秀丽 (2011) 38例麻风畸残者的心理分析及护理对策. 中国民族民间医药, 20(13): 59-60.
- 2-2-15. 廖菁, 孙海涛, 李秉瑜, 吴新生, 邓明, 姚戒, 杨建文, 赵晓英 (1994) 麻风患者的心理分析. 中国麻风杂志, 10(4): 217-221.
- 2-2-16. 尤卫平, 潘美儿, 王景权, 谭又吉, 许亚平, 严丽英 (2007) 麻风治愈留院者抑郁及其影响因素研究. 中国麻风皮肤病杂志, 23(10): 869-871.
- 2-2-17. 潘美儿, 尤卫平, 王景权, 许亚平, 王江南, 严丽英 (2007) 麻风治愈留院者述情障碍及其相关因素研究. 中国麻风皮肤病杂志, 23(4): 305-306.
- 2-2-18. 韩彦超, 栗克清, 崔伟, 鄒永涛, 宗艳红, 王海龙, 张金桥 (2010) 河北省住院麻风病患者心理防御机制调查. 中国健康心理学杂志, 18(10): 1177-1178.
- 2-2-19. 韩彦超, 栗克清, 宗艳红, 崔伟, 鄒永涛, 王海龙, 张金桥 (2010) 河北省住院麻风病患者的睡眠质量调查. 中国健康心理学杂志, 18(8): 933-934.
- 2-3-1. 钟军, 李春根, 张红基, 孙录, 梁军林, 赵静波, 裴小龙 (2001) 社区麻风治愈者生活质量及影响因素的研究. 岭南皮肤性病科杂志, 8(4): 204-206.
- 2-3-2. 李春根, 赵静波, 孙录, 梁军林 (2004) 麻风治愈者主观生活满意度与个性的相关性分析. 岭南皮肤性病科杂志, 11(1): 63-65.
- 2-3-3. 孙录, 赵静波, 梁军林, 李春根 (2005) 社区麻风治愈者的主观生活满意度及影响因素的研究. 中国行为医学科学, 14(5): 445-447.
- 2-3-4. 邓顺古, 梁军林, 李春根, 钟军 (2005) 住院与社区麻风治愈者的生活质量及个性特征调查. 中国临床心理学杂志, 13(2): 229-231.
- 2-3-5. 茆青松, 王来英 (2010) 麻风治愈者生存质量及影响因素的研究. 医学与哲学 (人文社会医学版), 31(8): 32-34.
- 2-3-6. 茆青松, 吉华萍, 张国成 (2010) 麻风病治愈者生存质量评价. 中国麻风皮肤病杂志, 26(8): 568-571.
- 2-3-7. 茆青松, 吉华萍, 张国成 (2011) 668例麻风治愈者的生存质量与个性特征. 中国麻风皮肤病杂志, 27(1): 31-33.
- 2-3-8. 严军华, 姚建军, 许亚平, 沈云良, 吴李梅 (2006) SF-36量表在浙江省麻风治愈者中的应用. 中国预防医学杂志, 7(5): 378-380.
- 2-3-9. 姚建军, 严军华, 许亚平, 沈云良, 吴李梅, 杨雪观 (2006) 运用SF-36表对浙江省麻风治愈者生存质量的调查. 中国麻风皮肤病杂志, 22(6): 453-455.
- 2-3-10. 冯福勤, 邵建赞, 格鹏飞, 冯淑梅, 李志诚, 崔登峰, 王克俭, 赵世堂, 伏永鹏, 马忠仓 (2011) 中文版SF-36量表在甘肃省麻风治愈者生活质量评价中的应用. 中国麻风皮肤病杂志, 27(9): 623-625.
- 2-3-11. 王新华, 冯福勤, 冯淑梅, 刘芳, 邵建赞, 李志诚, 张宏茂, 边境 (2012) 麻风受累者生存质量及影响因素的研究. 疾病预防控制通报, 27(3): 83-88.
- 2-4-1. 周达生, 江澄, 舒会文, 叶干运, 吴德群, 孙少俊, 吕健, 杨万儒, 徐建平 (1988) 麻风患者的人格度测定. 中国麻风杂志, 4(3): 145-148.
- 2-4-2. 廖菁, 孙海涛, 吴新生, 姚戒, 李秉瑜, 邓明, 赵晓英, 杨建文 (1998) 麻风患者的人格度测定. 中国麻风杂志, 14(4): 222-226.
- 2-4-3. 廖菁, 孙海涛, 李秉瑜, 吴新生, 邓明, 姚戒, 杨健, 赵晓英 (1999) 麻风病患者的人格度测定. 预防医学情报杂志, 15(1): 31-33.
- 2-5-1. 江澄, 陈祥生, 李文忠, 张国成, 严良斌, 杨健, 杨忠民, 陈建华, 罗西谷, 骆钧, 陶明波, 叶干运 (1993) 麻风畸残者的社会歧视与重返社会的影响因素研究. 中国社会医学, 1993年第5期, 23-25.
- 2-5-2. 江瑛, 王景权, 朱芳红, 潘美儿, 谭又吉 (2009) 社会歧视对麻风患者心理影响的分析. 护理与康复, 8(2): 138-139.
- 2-5-3. 王景权, 吴李梅, 张国成, 沈树宪, 周爱林, 金剛石, 严良斌 (2010) 农村社区麻风受累者自

- 我歧视与外在歧视的关系研究. 中国公共卫生管理, 26(2): 155-156.
- 2-5-4. 吴李梅, 许亚平, 王景权, 沈云良, 杨雪观, 谢碧波, 严良斌 (2010) 农村麻风治愈者受歧视现状及影响因素分析. 中国公共卫生, 26(8): 997-998.
- 2-5-5. 王景权, 吴李梅, 许亚平, 谭又吉, 潘美儿, 汪萌萌, 妙建芬, 严良斌 (2010) 浙江省麻风受累者社会参与状况及影响因素研究. 中国公共卫生管理, 26(5): 455-457.
- 2-5-6. 宋慈珍, 王景权, 邱兴华, 潘美儿, 周爱林, 高彦伟, 严良斌 (2012) 216例麻风病受累者的社会支持状况及其影响因素. 中国公共卫生管理, 28(1): 6-8.
- 2-5-7. 吕书君, 刘良传 (1999) 麻风治愈者或其家属感染梅毒后的心理护理——附二期梅毒2例. 中国麻风皮肤病杂志, 15(2): 43-44.
- 2-6-1. 叶宏芬, 王银燕, 詹幽梅, 汪兰芳 (1982) 麻风病的护理. 中华护理杂志, 1982年2期, 93-95.
- 2-6-2. 潘生桂 (1993) 麻风病人的心理分析. 中国麻风杂志, 9(2): 103.
- 2-6-3. 李成兰 (1997) 麻风康复的护理. 皮肤病与性病, 19(2): 46-48.
- 2-6-4. 伍丽青 (2009) 麻风病的院外护理. 青海医药杂志, 39(11): 42-43.
- 2-6-5. 韦功梅 (2011) 麻风病患者护理探析. 中国医药科学, 1(23): 141-142.
- 2-6-6. 张宗贞 (2012) 麻风病的护理进展. 全科护理, 10(4C): 1133-1134.
- 2-6-7. 林宝元 (2004) 麻风病的健康教育. 中国当代医学, 3(6): 7.
- 2-6-8. 唐世琼 (2012) 麻风病的护理体会. 皮肤病与性病, 34(2): 124.
- 2-6-9. 褚利娟, 王景权, 王彦华, 潘美儿, 谭又吉 (2009) 麻风现症患者咨询需求调查. 浙江预防医学杂志, 21(9): 31,33.
- 2-6-10. 王彦华, 王景权, 潘美儿, 谭又吉, 许亚平, 尤卫平, 刘守柱 (2009) 对麻风患者进行咨询服务的近期效果分析. 中国麻风皮肤病杂志, 25(3): 184-186.
- 2-6-11. 孙晓筠, 刘兴柱, 黄思桂, 袁长海, 毛志民, 刘延年, 郑大有 (1996) 影响麻风病人病期的因素. 中国麻风杂志, 12(4): 229-234.
- 2-6-12. 孙晓筠, 孟庆跃, 黄思桂, 刘兴柱, 郑大有, 姜亦堂, 毛志民 (1996) 麻风病人确诊时的畸残及其相关因素. 中国麻风杂志, 12(4): 222-224.
- 2-6-13. 孙晓筠, 王均乐, 袁长海 (1996) 早期发现麻风病人的社会医学研究. 中国麻风杂志, 12(2): 132-135.
- 2-6-14. 黄思桂, 刘兴柱, 马彦强, 王谦, 王燕, 潘玉林, 赵天恩, 陈树民 (1997) 现症麻风患者就医及遵医行为分析. 中国卫生事业管理, 1997年10期, 566-567.
- 2-6-15. 黎明, 郑道城, 刁鑑兴 (2006) 影响麻风病早期诊断的相关因素分析. 岭南皮肤性病科杂志, 13(3): 242-245.
- 2-6-16. 陆远和, 袁林, 吴兵 (2008) 凉山州51例新发现麻风患者畸残原因分析. 四川医学, 29(3): 354-356.
- 2-6-17. 陈祥生, 叶干运, 江澄, 李文忠, 陈建华, 王厚峥, 何良富, 吴桂良, 丁顺官, 顾慰廷, 卓盛, 吴瑞民, 莫焕春, 王家俊 (1997) 麻风MDT实施的社会医学调查 I. 麻风患者对MDT的认识、态度与行为. 中国麻风杂志, 13(3): 133-136.
- 2-6-18. Chen XS, Ye GY, Jiang C, Li WZ, Bian J, Wang H, Chen W (1997) An investigation of attitudes, beliefs and behaviour of leprosy patients, family members, and PHC workers towards multidrug therapy in Yangzhou and Dongtai Districts of China. *Lepr Rev*, 68(2): 155-161.
- 2-6-19. 黄珍兰 (2000) 麻风患者用MDT的心理护理. 广西医科大学学报, 17(S1): 220-221.
- 2-6-20. 严良斌, 张国成, 钱坚革, 徐超广 (2009) 麻风畸残患者术前心态的调查. 中国康复理论与实践, 15(10): 986-987.
- 2-6-21. 张跃秀 (2002) 麻风截肢患者的心理分析和护理对策. 中国麻风皮肤病杂志, 18(2): 185-186.
- 2-6-22. 韦晓宇 (1995) 麻风病人截肢及假肢安装前后的护理与理疗. 中国麻风杂志, 11(4): 228-230.
- 2-6-23. 莫江玲, 魏中和, 丁忠普, 蔡亮, 李彬, 刘华 (2008) 27例麻风病人手部畸形矫治术后的康复护理. 当代护士 (专科版), 1(6): 48-49.
- 2-6-24. 胡淑荣 (2009) 麻风反应的观察及护理. 基层医学论坛, 13(6): 127-128.
- 2-6-25. 伍丽青 (2010) 麻风反应的护理. 青海医药



- 杂志, 40(5): 73.
- 2-6-26. 江民保 (1987) 麻风的家庭治疗. 中国麻风杂志, 3(1): 52.
- 2-6-27. 张连荣 (1990) 麻风患者的家庭护理. 中国麻风杂志, 6(1): 39.
- 2-6-28. 江澄, 陈祥生, 李文忠, 张国成, 严良斌, 杨键, 杨忠民, 陈建华, 罗西谷, 骆钧, 陶明波, 叶干运 (1993) 麻风畸残的社会医学研究——畸残患者的需求. 中国麻风杂志, 9(1): 9-13.
- 2-6-29. 吴昌金 (1996) 麻风治愈者对随访检查的心理及周围人群的看法. 中国麻风杂志, 12(1): 52.
- 2-6-30. 陈启清, 韩良友 (1994) 麻风病人及其家属的社会心理学调查. 中国麻风杂志, 10(4): 241.
- 2-6-31. 王克俭, 李永林 (1996) 麻风病人及其家属对随访的态度. 中国麻风杂志, 12(1): 52.
- 2-6-32. 汪芳金, 金刚石, 王景权, 钱建荣, 钟慧萍, 严良斌 (2011) 桐乡市麻风病受累者社区治疗康复3年效果分析. 中国公共卫生管理, 27(4): 351-353.
- 2-6-33. 柴印荣, 邢昌菊 (2001) 麻风手畸形的防治及护理. 职业与健康, 17(2): 142-143.
- 2-6-34. 朱占山 (1997) 93例麻风畸残者心理康复与自我护理习惯效果观察. 皮肤病与性病, 19(1): 54-55.
- 2-6-35. 张壤之, 王景权, 吴桂良, 王颐生, 宣小辉, 王厚峥 (2000) 115例麻风畸残者眼, 手, 足自我护理KAP调查. 皮肤病与性病, 22(2): 59-60.
- 2-6-36. 张壤之, 潘美儿, 王景权, 谭又吉, 李红星, 尤卫平 (2009) 74例麻风手部残疾患者咨询服务效果观察. 浙江预防医学杂志, 21(1): 71-72.
- 2-6-37. 严良斌, 张国成, Piefer A, 钱坚革 (2003) 麻风畸残患者的康复认知与需求. 中国康复理论与实践, 9(11): 685-686.
- 2-6-38. 潘美儿, 谭又吉, 王景权, 沈国丽, 虞斌, 尤卫平 (2008) 麻风村60例足底溃疡患者咨询服务需求调查分析. 中国麻风皮肤病杂志, 24(6): 487-488.
- 2-6-39. 格鹏飞, 冯福勤, 冯淑梅, 李志诚, 张宏茂, 脱长宇, 郭文奎, 边境 (2011) 甘肃省麻风治愈者麻防知识与医疗需求调查分析. 中国麻风皮肤病杂志, 27(1): 41, 43.
- 2-6-40. 陈力, 王景权, 李菊红, 周爱林, 严良斌 (2012) 230例社区麻风治愈者对防治服务的满意度情况分析. 中国麻风皮肤病杂志, 28(3): 174-177.
- 2-6-41. 頼尚和 (1939) 臺灣に於ける癩の民間療法に就て. レブラ, 10(4): 337-348.
- 2-7-1. 谭代丽, 张志麟 (1986) 浅谈麻风病人心理护理. 中国麻风杂志, 2(3): 20-22.
- 2-7-2. 张志麟, 谭代丽 (1989) 麻风病人的保健意识与家庭医疗及护理. 中国麻风杂志, 5(4): 202-204.
- 2-7-3. 张志麟, 谭代丽 (1993) 麻风康复对象的心理咨询. 中国麻风杂志, 9(1): 27-29.
- 2-7-4. 陈璧华, 潘兴虞 (1987) 麻风患者的心理护理. 中国麻风杂志, 3(3): 158-159.
- 2-7-5. 章立宸, 潘晓涛, 楼月琴, 詹幼梅 (1991) 麻风病护理的特殊性——心理护理的重要性. 皮肤病与性病, 13(3): 30.
- 2-7-6. 沈翠 (1995) 住院麻风病患者心理状况和心理护理初探. 安徽预防医学杂志, 1(1): 92.
- 2-7-7. 姚建军 (1997) 用医学心理学指导麻风康复. 中国麻风杂志, 13(2): 97-98.
- 2-7-8. 林丽霞 (1998) 麻风病人的心理护理. 中国麻风杂志, 14(3): 180-181.
- 2-7-9. 揭育剑 (1998) 麻风患者常见的心理反应及其护理. 中国麻风杂志, 14(4): 256.
- 2-7-10. 张林, 杨培基, 陈建雷 (1998) 麻风康复中病人存在的心理障碍与分析. 皮肤病与性病, 20(1): 62-63.
- 2-7-11. 史璋英, 蔡文科, 叶树德, 黄崇文 (1998) 麻风病人对健康教育的需求. 中国麻风杂志, 14(4): 250-251.
- 2-7-12. 任欣 (2006) 麻风病患者心理特征分析及护理. 当代护士 (学术版), 2006年7期, 85-86.
- 2-7-13. 胡海琴 (2008) 麻风病人的心理护理. 青海医药杂志, 38(4): 52-53.
- 2-7-14. 蔡娟丽 (2009) 麻风治愈留院者的心理状态分析及护理对策. 中国麻风皮肤病杂志, 25(6): 474-475.
- 2-7-15. 冯福勤, 冯淑梅, 李志诚, 脱长宇, 郭文奎, 张宏茂 (2010) 如何帮助麻风病人进行生理心理康复. 地方病通报, 25(1): 64-65.
- 2-7-16. 谌苏燕, 朱红卫 (2011) 麻风受累患者心理问题及其跟踪辅导模式的初步探讨. 中国医药指南, 9(16): 63-64.
- 2-7-17. 朱占山 (1993) 96例麻风患者的心理治疗. 中国麻风杂志, 9(4): 251.
- 2-7-18. 陈镜芳 (2003) 麻风治愈者的心理治疗. 岭

- 南皮肤科病科杂志, 10(3): 178, 186.
- 2-7-19. 伍露娜, 孙希凤, 劳尚德 (2003) 对麻风患者进行合理情绪治疗的效果分析. 岭南皮肤科病科杂志, 10(4): 256-257.
- 2-8-1. Wang CH (1997) Quality of Life and health for persons living with leprosy. *Nursing Science Quarterly*, 10(3):144-145.
- 2-8-2. Wang CH (1999) He-bung: Hope for persons living with leprosy in Taiwan. Parse RR (ed) *Hope: An International Human Becoming Perspective*, Jones & Bartlett Pub, 143-162.
- 2-9-1. 顾柏明 (1994) 88例留村麻风畸残者的心理分析. 中国麻风杂志, 10(1): 32-33.
- 2-9-2. 蔡静诚, 钟宏楨, 刘进 (2008) 对广东省三水沙梨园麻风病康复村的调查. 医学与社会, 21(10): 12-14.
- 2-9-3. 邓晓江, 胡利人, 关安强, 林小凰, 张颖珍, 梁悦君, 罗雨鸟 (2011) 粤西地区麻风病康复村村民生活状况及周边村民对其认知调查. 预防医学论坛, 17(1): 10-11, 15.
- 2-9-4. 胡泽鑫, 张晓敏, 白雪 (2012) 麻风病康复者心理状况浅析——以湖北省荆州监利、仙桃排湖麻风病康复村为例. 三峡大学学报(人文社会科学版), 34(S1): 239-240.
- 2-9-5. 王腊梅, 李志毅, 黄贵义, 邱英席 (2009) 江西省麻风村留院人员迁居意愿调查结果分析. 江西医药, 44(2): 168-169.
- 2-9-6. 刘兵, 刘殿昌, 张林, 于秀路 (2003) 山东省麻风院村现状调查分析. 中国麻风皮肤病杂志, 19(2): 137-138.
- 2-9-7. Chen S, Liu DC, Liu B, Zhang L, Yu X (2003) Role of leprosy villages and leprosaria in Shandon Province, People's Republic of China. *Lepr Rev*, 74(3): 222-228.
- 2-9-8. Chen S, Tongsgeng C, Qihua W (2005) Qualitative assessment of social, economic and medical needs for ex-leprosy patients living in leprosy villages in Shandon Province, People's Republic of China. *Lepr Rev*, 76(4): 335-347.
- 2-10-1. 葛孝梅 (1988) 浅谈康复期老年麻风病人的心理及护理. 中华护理杂志, 23(11): 675.
- 2-10-2. 冯慰慈 (2000) 住院村残老麻风病员的心理康复. 中国麻风皮肤病杂志, 16(3): 183-184.
- 2-11-1. Shieh C, Wang HH, Lin CF (2006) From contagious to chronic: a life course experience with leprosy in Taiwanese women. *Lepr Rev*, 77(2): 99-113.
- 2-12-1. 江澄, 舒会文, 周达生, 唐萌, 朱学思, 朱步高, 叶干运 (1986) 麻风病对婚姻、家庭的影响. 中国麻风杂志, 2(1): 69-72.
- 2-12-2. 刘胜欣 (1989) 麻风患者婚姻状况的调查. 中国麻风杂志, 5(2): 89.
- 2-12-3. 朱铭海 (1989) 115例麻风患者的婚姻状况调查. 中国麻风杂志, 5(2): 89-90.
- 2-12-4. 程忠明 (1989) 麻风患者婚姻状况的调查. 中国麻风杂志 5(4): 221-222.
- 2-12-5. 陈祥生, 李文忠, 叶干运, 江澄, 严良斌, 杨忠民, 张国成, 陈建华, 罗西谷, 陶明波, 王传基, 邵玉生, 吕绍泉, 吴家庆, 贺庭书, 乔延郡, 何效伯, 王厚崢 (1991) 麻风畸残的社会医学研究——畸残病人的婚姻状况调查. 中国麻风杂志, 7(4): 205-210.
- 2-12-6. 农岳文 (1993) 105名留院麻风治愈者的婚姻状况. 中国麻风杂志, 9(4): 241.
- 2-12-7. 吴新生, 孙海涛, 廖菁, 姚戎, 李秉瑜, 邓明, 杨健 (1994) 麻风病对婚姻的影响. 中国麻风杂志, 10(1): 17-19.
- 2-12-8. 李秉瑜, 邓明, 赵晓英, 杨健, 孙海涛, 廖菁, 吴新生, 姚戎 (1995) 麻风患者的子女同胞婚姻状况. 中国麻风杂志, 11(4): 197-199.
- 2-13-1. 高新鲁, 姬长玲, 贾瑞新 (1998) 为34例麻风治愈者的子女做SCL-90评定的结果分析. 中国麻风杂志, 14(4): 247-248.
- 2-13-2. 邱兴华, 尤卫平, 王景权, 沈志祥, 王贵涛, 钟慧萍, 严良斌 (2010) 对麻风受累者家属的疾病相关知识、态度、行为调查. 中国公共卫生管理, 26(1): 80-82.
- 2-13-3. 刘盾, 牵菊红, 王景权, 周爱林, 严良斌 (2011) 麻风受累者家属对麻风的歧视水平及影响因素调查. 上海预防医学, 23(10): 480-481.
- 2-13-4. 钱崇祖, 朱敏华, 华维德 (1994) 留院麻风治愈者的家庭职能调查. 中国麻风杂志, 10(4): 225-226.
- 2-13-5. 王彦华, 王景权, 潘美儿, 刘守柱, 程曦, 钟鸣, 尤卫平 (2009) 麻风留院者家庭支持及家庭内歧视情况调查分析. 中国麻风皮肤病杂志, 25(2): 104-105.
- 2-13-6. 朱芳红, 王景权, 潘美儿, 妙建芬, 沈国丽, 尤卫平 (2009) 40例麻风村患者家庭功能状况的调查及分析. 护理与康复, 8(5): 368-369.

- 2-13-7. 吴李梅, 许亚平, 王景权, 杨其法, 黄国杨, 周爱林, 严良斌 (2010) 农村社区麻风病患者家庭职能状况研究. 浙江预防医学, 22(4): 18-20.
- 2-14-1. 周茂荣, 于春秀, 陈静, 刘思允 (2001) 麻风疑病症心理分析及疏导. 岭南皮肤病性病科杂志, 8(2): 86.
- 3-1-1. 刘海波, 钱宝文, 沈淼, 周志平, 杨崇贵 (1994) 基层卫生人员对麻风的认识调查. 中国麻风杂志, 10(2): 118.
- 3-1-2. 周慧琴, 周静, 刘景曾 (1998) 青岛开发区医务人员中麻风防治知识的断面调查. 中国麻风杂志, 14(4): 239-241.
- 3-1-3. 韩存连, 郑荣涛, 李冰, 张林, 陈树民, 王学东 (1999) 对综合性医院医务人员掌握麻风诊断知识和技能的调查. 中国麻风杂志, 15(1): 44-48.
- 3-1-4. 刘晖, 黄俊新, 黄志明, 蔡于茂, 周华, 董时富 (2004) 深圳市基层医务人员和居民麻风病知识调查. 中国皮肤性病学杂志, 18(12): 744-745.
- 3-1-5. 沈建平, 唐续莲, 张国成, 魏中和, 戴潜雄, 谢根清 (2005) 基层医务人员开展消除麻风运动前后麻风知识的调查. 中国麻风皮肤病杂志 21(1): 30-31.
- 3-1-6. 王腊梅, 黄贤坤, 李志毅, 邱英席 (2007) 江西省乡村医生麻风病防治基础知识调查与强化培训效果评价. 中国健康教育, 23(5): 352-355.
- 3-1-7. 蔡清华 (2008) 西双版纳州基层医务人员麻风病防治基础知识调查. 中国健康教育, 24(5): 373-374.
- 3-1-8. 陈明春 (2012) 村医麻风病知识培训效果评价. 安徽预防医学杂志, 18(5): 394-395.
- 3-1-9. 吴李梅, 严丽英, 黄晔, 钱建荣, 王金贤, 严良斌 (2013) 基层医务人员麻风病防治知识培训效果分析. 浙江预防医学, 25(1): 79, 82.
- 3-1-10. 吴李梅, 许亚平, 王景权, 沈云良, 杨雪观, 谢碧波 (2009) 浙江省麻风病防治人员对麻风病的知信行调查. 上海预防医学, 21(12): 607-608.
- 3-1-11. 严丽英, 潘美儿, 王景权, 吴李梅, 许亚平, 汪萌萌 (2009) 麻风病防治机构医务人员麻风病知识及医源性歧视问题的研究. 中国预防医学杂志, 10(12): 1098-1100.
- 3-1-12. 李欢梅, 王景权, 谭又吉, 严良斌 (2010) 基层医务人员麻风病防治知识调查. 浙江预防医学, 22(9): 71-73.
- 3-1-13. 谭又吉, 王景权, 许亚平, 潘美儿, 妙建芬, 严良斌 (2011) 农村社区医务人员对麻风的认知及医源性歧视状况研究. 中国麻风皮肤病杂志, 27(7): 522-523.
- 3-1-14. 黄轩, 陈安培, 陈毅敏, 江澄, 舒会文, 宋茂森 (1988) 麻风防治人员的心理调查. 中国麻风杂志, 4(4): 238-240.
- 3-1-15. 牟鸿江, 李进岚, 包夏, 柯伟, 王颖, 王志锋 (2011) 贵州省麻风村现况及管理人员意愿调查. 贵州医药, 35(3): 221-224.
- 3-2-1. 陈德友, 严丽英 (1986) 麻风防治知识的社会调查. 中国麻风杂志, 2(2): 61.
- 3-2-2. 余祖新, 洪建生 (1992) 安康地区社会对麻风的认识与态度. 中国麻风皮肤病杂志, 8(1): 56.
- 3-2-3. 祖瑜, 童金城, 李华兴, 程鸿, 邢修琪, 何进 (1997) 南京市居民对麻风的认识和态度. 中国麻风杂志, 13(1): 26-28.
- 3-2-4. 姚建军, 李玉林, 骆驰, 许亚平, 郑碧忠, 陈晋强 (1999) 兰溪市麻风健康教育的效果. 中国麻风皮肤病杂志, 15(1): 35-37.
- 3-2-5. 王荣茂, 胡鹭芳, 吴新生, 宁涌, 何沪, 段森 (2001) 四川省凉山州麻风健康教育方法及效果. 预防医学情报杂志, 17(6): 425-426.
- 3-2-6. 李明珠, 刘林妹, 曹刚 (2002) 上海市宝山区居民麻风知识水平的调查分析. 职业与健康, 18(6): 72.
- 3-2-7. 武文斌, 郑代南 (2007) 2005年福州市人群麻风病知识、态度及行为调查分析. 中国麻风皮肤病杂志, 23(3): 255-256.
- 3-2-8. 胡永葵 (2007) 桂林市社区居民麻风病知识水平调查. 广西医学, 29(6): 876-877.
- 3-2-9. 温艳, 刘健, 潘江武 (2007) 云南省文山州边远山区村民麻风病健康知识调查. 热带医学杂志, 7(10): 1020-1022.
- 3-2-10. 孙文会, 秦运军 (2007) 2006年海口市人群对麻风病防治知识知晓情况调查. 中国热带医学, 7(12): 2353, 2355.
- 3-2-11. 褚利娟, 潘美儿, 王景权, 虞斌, 妙建芬, 尤卫平 (2008) 农村居民麻风病的知信行调查. 浙江预防医学, 20(7): 69-70.
- 3-2-12. 王景权, 潘美儿, 虞斌, 谭又吉, 严丽英, 尤卫平 (2008) 133例农村居民麻风健康教育的效果分析. 中国麻风皮肤病杂志, 24(10): 829-

- 830.
- 3-2-13. 李孝安, 陈良, 鲁建波, 刘小春, 普学云 (2009) 云南玉溪麻风流行地区600名村民麻风知识知晓率、态度和行为调查. 中国皮肤性病杂志, 23(10): 669-671.
- 3-2-14. 徐超广, 魏中和, 何益华, 陈加宏, 印道满, 汪军 (2010) 湖南石门县农村麻风歧视的现状调查. 实用预防医学, 17(2): 277-278.
- 3-2-15. 汪芳金, 金刚石, 王景权, 钟慧萍, 许亚平, 尤卫平, 严良斌 (2010) 桐乡市农村居民麻风病歧视的定性研究. 上海预防医学杂志, 22(2): 72-74.
- 3-2-16. 归婵娟, 许亚平, 王景权, 钱建荣, 高宜云, 高彦伟, 严良斌 (2010) 浙江省农村居民麻风知识水平及健康教育需求的定量研究. 中国麻风皮肤病杂志, 26(6): 452-453.
- 3-2-17. 王景权, 许亚平, 吴李梅, 金刚石, 沈树宪, 周爱林, 严良斌 (2010) 浙江省农村居民麻风歧视及其影响因素研究. 中国农村卫生事业管理, 30(11): 942-944.
- 3-2-18. 王金贤, 樊伟方, 龚德广 (2011) 宁波市居民麻风病知信行干预效果研究. 中国农村卫生事业管理, 31(3): 303-305.
- 3-2-19. 张兆辉, 胡锦涛, 姚满荣 (2011) 江苏省盱眙县农村居民麻风病健康教育效果. 热带医学杂志, 11(11): 1307-1308,1317.
- 3-2-20. 沈树宪, 王景权, 邱兴华, 周爱林, 黄国杨, 吴方, 严良斌 (2012) 社区居民麻风病认知及对麻风病的歧视状况调查. 浙江预防医学, 24(1): 79-80, 85.
- 3-2-21. 虞斌, 潘美儿, 王景权, 喻永祥, 王江南, 尤卫平 (2008) 麻风村附近居民对麻风病的知识—态度—行为调查. 皮肤病与性病, 30(3): 61-63.
- 3-2-22. 温艳, 潘春枝 (2006) 北京市部分流动人口麻风病知识、态度小样本调查分析. 热带医学杂志, 6(11): 1205-1206.
- 3-2-23. 周国茂, 李真, 李泽辉, 田丽闪, 石文苑, 贺荣春 (2008) 深圳某区流动人口麻风病知晓率调查及健康教育. 中国麻风皮肤病杂志, 24(1): 33-34.
- 3-2-24. 李红星, 张壤之, 郑小祥, 余龙华 (2009) 东台市三峡移民麻风健康教育干预效果分析. 中国医药导报, 6(35): 191-192.
- 3-2-25. 沈云良, 许亚平, 吴李梅 (2009) 流动人口麻风病检查及健康教育效果评价. 中国预防医学杂志, 10(10): 939-941.
- 3-2-26. 汪萌萌, 王景权, 张国成, 潘美儿, 吴李梅, 虞斌, 严良斌 (2011) 流动人口麻风病的认知及健康教育需求的调查. 中国公共卫生管理, 27(1): 102-104.
- 3-2-27. 严丽英, 吴李梅, 沈云良, 周爱林, 杨雪观, 谢碧波 (2011) 海宁市流动人口麻风病健康教育效果评价. 中国公共卫生, 27(5): 663-664.
- 3-2-28. 周爱林, 陈浩祥, 刘惠明, 王景权, 严良斌 (2012) 海宁市外来务工人员人口社会学特征及麻风病认知情况调查. 中国农村卫生事业管理, 32(2): 196-197.
- 3-2-29. 邱兴华, 许亚平, 王景权, 金刚石, 高彦伟, 尤卫平, 严良斌 (2010) 农村社区干部对麻风病知识的知信行调查. 浙江预防医学, 22(2): 83-84.
- 3-2-30. 王正华, 吴继陶, 周丽 (2010) 1658例皮肤科门诊患者对麻风病的认知分析. 贵州医药, 34(9): 752-753.
- 3-2-31. 林世庄, 王景权, 张国成, 严良斌 (2011) 皮肤科门诊415例患者麻风病KAP调查. 上海预防医学杂志, 23(2): 58-59.
- 3-2-32. 沈云良, 许亚平, 金刚石, 钱建荣, 钟慧萍 (2009) 中学生麻风病团体检查及健康教育效果评价. 疾病监测, 24(8): 609-611.
- 3-2-33. 王正华, 吴继陶 (2010) 贵州兴义市学生麻风病健康教育效果评价. 中国社区医师 (医学专业), 12(19): 265-266.
- 3-2-34. 徐芳, 向宇, 陈普成, 刘飞, 李涛, 曲鲁清, 王鹏 (2011) 湖北省仙桃市在校大学生麻风病认知态度调查. 公共卫生与预防医学, 22(1): 83-84.
- 3-2-35. 向宇, 刘作圣, 崔世雄, 涂旭东, 杨远征, 徐芳, 陈普成 (2011) 仙桃职业学院开展麻风病健康教育效果分析. 公共卫生与预防医学, 22(2): 94-95.
- 3-2-36. 向宇, 徐芳, 陈普成, 李涛, 曲鲁清, 刘飞, 王明勇 (2011) 湖北仙桃职业学院开展麻风病健康教育的做法和成效. 公共卫生与预防医学, 22(3): 98-99.
- 3-2-37. 吴李梅, 沈云良, 严丽英, 杨雪观, 谢碧波 (2012) 中学生麻风健康教育近期效果评价. 中国麻风皮肤病杂志, 28(3): 197.
- 3-2-38. 朱林华, 何冰, 李嘉芮, 谭效良, 陈细醒,

- 邹宇华 (2010) 大学生对麻风病康复者认知态度分析. 中国社会医学杂志, 27(2): 85-87.
- 3-2-39. 吴李梅, 沈云良, 王金贤, 姜兆宏, 沈树宪, 杨雪观, 谢碧波 (2011) 农村居民麻风病健康教育方法的效果比较. 浙江预防医学, 23(6): 87-89.
- 3-2-40. 吴李梅, 沈云良, 杨雪观, 谢碧波 (2011) 中学生麻风病不同健康教育方法的效果比较研究. 中国健康教育, 27(2): 127-129.
- 3-2-41. 黄贵义, 谢国龙, 林雪峰, 吴相华, 王腊梅, 李志毅 (2011) 互动式健康教育在农村人群中普及麻风病知识的效果评价. 江西医药, 46(2): 165-167.
- 3-2-42. 李润林, 张桂宝, 彭惠仙 (1996) 运用健康教育策略早期发现麻风病人的致果评价. 中国健康教育, 12(1): 31-33.
- 4-1. 钟森 (1996) 126例山区农村神经症患者初诊前就医状况调查分析. 山东精神医学, 9(3): 44-45.
-

## Psychosocial Research and Health Education Research into Leprosy in China: A Literature Review

YOSHIFUMI WAKABAYASHI

### Abstract

In order to investigate how best to proceed in the future with psychosocial research and health education research in leprosy, or Hansen's disease, I carried out a survey of studies and research in the same field that have been conducted in China. I made a proposal for the promotion of research as follows in light of this survey. That is, research targeting the elderly and female persons affected by leprosy or the families of the affected persons, research based on documents written by or stories told by affected persons themselves, and research relating to the inner condition of affected persons and the process by which such persons overcome the leprosy-related stigma and psychological problems. Moreover, I stated it is also desirable to have research on the psychosocial problems facing medical and health care workers involved with leprosy-affected persons, research on the method of health education for the general public and research on the reasons and background as to why it is difficult to reduce the leprosy-related stigma and discrimination.

### Key Words (キーワード)

Leprosy (ハンセン病), Hansen's disease (ハンセン病), China (中国), Literature review (文献综述), Mental health (心理健康), Mental disorders (精神障害), Psychological problems (心理的問題), Psychosocial problems (心理社会的問題), Suicide (自殺), QOL (生活の質), Psychological care (心理ケア), Health education (健康教育), Family (家族), Marriage (婚姻), Leprosy village (麻風村), Knowledge (知識), Attitude (態度), Stigma (スティグマ), Discrimination (差別)