

精神衛生研究

Journal of Mental Health

No.28/1981

国立精神衛生研究所

*National Institute of Mental Health
Japan*

— 正 誤 表 —

○ 「目次」部分について

「中学生の精神衛生に関する研究」（池田他）と「老化性痴呆疾患の神経生理学的研究」（大塚他）の2論文が本文において逆になってしまいましたのでお詫び申し上げるとともに御了承願いたいとおもいます。

○ 本文について

	誤	正
1) P 3、左、下から 4行	収況	→ 状況
2) P 5、右、上から 6行	芸奴	→ 芸妓
左、上から 6行		
3) P 11、左、上から 2行	慮犯	→ 虞犯
4) P 38、右、上から 2行	近効	→ 近郊
5) P 58、右、上から 19行	移医	→ 移送
6) P 68、右、下から 7行	検討事項	→ 調査事項
7) P 74、上から 2行	Carrial out	→ Carried out
8) P 75、右、上から 6行	位島	→ 位置
9) P 78、右、下から 8行	傾向ぎ	→ 傾向が

精神衛生研究 No.28, 1981 目次

研究報告

児童研究

乳児院収容児の長期予後調査的研究 1
第一報 里子・養子になった子どもたちの予後について
池田 由子

中学生の精神衛生に関する研究 25
第一報 質問紙表による調査
池田由子・西川祐一・河野洋二郎・上林靖子
今田芳枝・田中千穂子・中川 幸・森岡 恵
大田律子・須賀芳枝・佐藤至子・中尾 清崇
鈴木 正則・竹下利枝子・元木 和子

老人研究

老化性痴呆疾患の神経生理学的研究 15
——脳波スキャナーおよび Compressed Spectral Array (CAS) による解
析——《第二報》
大塚俊男・吉田弘宗・高瀬守一郎・星 昭輝
石田 哲浩・原 常勝

老人ホームにおける精神医学的問題をもつ老人の実態に関する研究 39
齊藤 和子・丸山 晋・大塚 俊男

高齢者の心身の老化と社会的適応の評価に関する研究——その2(短報) 61
——尼子式外観的老化度評価、長谷川式簡易痴呆テスト、人生満足度評価の年次変化——
齊藤 和子

高齢者の心身の老化と社会的適応の評価に関する研究——その3(短報) 67
——生活史の因子分析と人生満足度——
齊藤 和子

出稼ぎ研究

出稼ぎに伴う地域生活の変容と精神健康に関する研究 73
——野外科学的アプローチによる——
丸山 晋・宗像 恒次・和田 修一・石原 邦雄
河野洋二郎・西川 祐一・牟田 隆郎・兜 真徳
日下部康明・北沢 清司・佐々木さだ・島谷カツ子
前田とみよ

海外レポート

カナダの精神科医療について 85
——バンクーバー地域を中心として——
西川 祐一

慢性精神障害

精神病の長期化と家族の対応 93
石原 邦雄

デイ・ケア通所者の行動能力及びデイ・ケアに対する意識の研究 109
和田修一・柏木 昭

分裂病患者の入退院歴の分析 121
——山梨県の事例を通して——
和田 修一

資

料

所員研究業績(昭和56年1月~12月) 133

乳児院収容児の長期予後調査的研究

第一報 里子・養子になった子どもたちの予後について

池田由子

児童精神衛生部

A 30 years Follow-up Study on Institutionalized Infants
Part. I. The Prognosis of Foster Children and Adopted Children

Yoshiko Ikeda, M.D.

Division of Child Mental Health

Summary

The present study was begun in 1950 in a baby home affiliated with a general hospital in Tokyo. The purpose of the study was to investigate (1) the influence of the deprivation of maternal care on the physical, intellectual, social and emotional development of infants, and (2) the after effects on later personality development in adolescence and adulthood.

The subjects of my study were 64 infants including 24 abandoned orphans. After they left the baby home, they scattered in three directions, namely, 1) institution group, 2) natural parent group and 3) adoption and foster home group. Fortunately I could follow up 52 children out of 64. This report tries to describe the prognosis of adoption and foster home group.

The foster home and adoption group consists of predominantly of girls, 10 girls and 5 boys. Their mean IQ was 85.4, not as high as the natural parent group but higher than the institution group. 7 out of 15, graduated from senior high school, 7 from junior high, and one from youth home training school. In general, the prognosis of the adoption and foster home group was unexpectedly poor. Although only 7 still live with their adoptive parents, 8 left early their foster and adoptive homes. As adults, 4 show good adjustment in society. As marital status, only 6 women and two men married. Regarding psychiatric problems, 4 have neurotic tendencies and 3, antisocial behaviors, such as stealing, gambling and drug addiction and 4, sexually promiscuousness.

The question now arises — given the assumption that being adopted should result in a better life than one would gain by remaining in an institution — why was the prognosis of the adopted (or fostered) subjects the poorest?

One of the advantages of a longitudinal study is the benefit of hindsight; over the past three decades much has been learned that was not known at the outset of this study about the cultural background of adoption in Japan. The main reason to adopt a child is to get an heir for their family rather than sharing family life with an unhappy child. Becoming foster parents was a preliminary step toward adoption. However, statistics show that only 10~15% of the

registered foster parents are actually bringing up foster children. Most of those remaining on file are merely waiting for to find the most appropriate child who is well-behaved, healthy and will not endanger the family properties.

Children whose natural parents had psychotic problems are not wanted. If children do not meet the high expectation of their foster or adoptive parents, they were sent back to the institutions.

In this study, the occupation of adoptive fathers was characteristic. With the exception of 2 white collar workers, most of them were either owners of small stores, or were craftsmen, such as carpenter or dyers and so forth.

Adoptive parents prefer girls to boys, for girls are thought to be easier to raise, and having a marriageable daughter allows the parents to chose an appropriate groom who is willing to marry into the family and, as an adopted husband, assume the family name and eventually inherit the family buisness or trade.

Foster and adoptive parents were more aged than biological parents. For instance, the mean age of adoptive fathers was 41 years old, ranging in age form 32 to 52, at the time of adoption, while the mean age of natural fathers was 35 years old. Therefore, adoptive parents tend to have more physical problems, such as middle age problems, sickness, sudden death and resultant family disoraganization. At times, some parents try to adopt a child in order to restore their half-broken marital life.

The child rearing practices of the adoptive parents tended to be traditional, meticulous, overprotective and overinterfering. The adoptive parents usually conceal the fact of adoption, some even going to the trouble of changing their residence.

In most cases, however, adoptees discovered the fact of adoption in their adolescence, without any psychological preparation, often with unhappy results. And they found themselves utterly alone, for Japanese adoptees have no brothers or sisters. Before adoption, the investigation of adoptive and foster parents was insufficient and the child placement centers lacked trained social workers. No psychologist nor psychiatrist participated in the placement decisions, hence the economic status, the housing condition of adoptive families were highly evaluated, but the motivation of adoption and especially the personality of adoptive parents were not investigated at all.

Key words : *Follow-up, Foster Children, Adopted Children*

抄録

乳児院で集団保育された子どもたち52人を長期間 follow up したが、そのうち、乳幼児期に里子、養子となった子どもの予後について述べる。30年後、養親子関係が継続しているのは7名(男2, 女5)に過ぎず、3名(男2, 女1)は裁判によって養子縁組を解消、5名(男1, 女4)は里子のうちに不調に終わっている。里親、養親

にはわが国の文化的特質に根ざすいくつかの特徴が認められ、子どもの精神衛生という見地からは必ずしも好ましくない点もある。里子、養子となった子どもたちのうち、社会的適応からいうと問題のない者は4名(男1, 女3)に過ぎず、さまざまな不適應を示している者も多い。典型的な事例3名を挙げて、わが国里親制度の持つ問題点を明らかにしようとした。

1 まえがき

生後すぐに、あるいは乳児期に乳児院に収容されてそこで育った子どもたち64人の発達について、著者が最初に報告したのは1954年のことである^{①②③}

その後彼らが実父母の許に戻ったり、里子に出たり、次の養護施設に移ったりした時、新しい環境に対してどのように反応するかについては1956年に発表した^④ 幸いなことに死亡例などを除き52名の子どもたちについて種々の心理テスト、面接、医学的検査などを行ない予後を追うことが出来た。また家族や施設、教育関係

者の協力を得て小学校、中学校、高校、職場などの適応状況についても情報を得た。25年後の長期予後については1977年の第6回世界精神医学会議で報告した^{⑤⑥} この短い報告に述べるのは、そのうち、里子、養子に行った子どもたち15名の予後である。

2. 対象

対象者は男5名女10名で里子に出たのは圧倒的に女が多い。

1981年11月現在の年齢は、30歳1名、31歳6名、32歳6名、33歳2名である。彼らが乳児院に収容されたときの年齢は第1表の通りである。

第1表 乳児院収容年齢

年齢	0ヶ月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月～12月
人数	4	1	1	3	1	0	2	3
%	26.6	6.7	6.7	20.0	6.7	0	13.3	20.0

彼らはさまざまな理由で乳児院に収容されているが、親に捨てられたものすなわち捨子は10名である。残りの5名の委託理由は親の薬物中毒、病死、離婚、受刑などであるが、このうち親に明らかに精神医学的負因のあるのは2名である。この2名は父親が覚醒剤中毒であるのみならず、家系に精神障害者が複数いて入院中であつた。

捨子の場合、負因のあるものも含まれているかもしれないが、いづれも親の手がかりは全くなく詳細は不明である。

彼らは乳児院から直ちに里子に出たり、次の養護施設に移ってから里親家庭に行った。最初に里子に出た年令、里子に出るまでの施設収容期間は第2表、第3表のとおりである。

第2表 里親に委託された年齢(第1回目)

年齢	1才以下	1才1月～2才	2才1月～3才	3才1月～4才	4才1月～5才	5才1月～6才
人数	3	3	2	2	3	2

第3表 施設収容期間*

期間	6ヶ月以下	7ヶ月～1年	1年1月～2年	2年1月～3年	3年1月～4年	4年1月～5年	5年以上
人数	1	1	2	4	2	4	1
%	6.7	6.7	13.3	26.65	13.3	26.65	6.7

* 里子が失敗したのち施設に収容された期間が入っていない。

3. 里親、養親の収況

対象となった子どもを里子として受け入れた親たちはすべて家督を継がせるための養子縁組を前提としていた。これらの夫婦は、少数の例

外を除いては実子を持たない。従って比較的高年令のことが多い。里子を受け入れたときの里親の年齢は次表のとおりである。何度も里子に出た事例では最終的に落ちつき、養子縁組に至

った親の年齢を示している。

第4表 里子になった時の保護者の年齢

年齢	28~30	31~33	34~36	37~39	40~42	43~50	50以上
人数	0	1	2	8	2	4	1
%	0	5.6	11.1	44.4	11.1	22.2	5.6

このように親が比較的高年齢であるのは、彼らがもう子どもが生まれなことを悟り、家のあとつぎを求めためであるが、高年齢の親によるマイナスの点(たとえば、子どもの養育態度、あるいは子どもが成人以前に親の病死や中高年期障害が起るなど)も存在していた。

里親の職業、学歴については一定の傾向が見られた。高等教育を受けたホワイトカラーが少なく、高小卒、あるいは小卒の、いわゆる手に職(技術)を持つ職人と工員が多いことである。商業の中に入るものでも、洋服仕立、電器修理、印判店など、使用人がおらず、主人ひとりの技

第5表 里子・養子の一覧表

ケース番号	名前,性別	生年月日	乳児院入院年齢	理由	里子年齢	養子年齢	施設(養護,精薄,教護)入所年齢
1.	T 女	25.9	推定1ヶ月	父不明 母病死	11ヶ月	2歳	
2.	K 女	25.3	出生直後	捨子	9ヶ月	1歳	
3.	Y 女	25.1	推定6ヶ月	捨子	9ヶ月	4歳11ヶ月	
4.	S 男	25.9	推定6ヶ月	捨子	4歳8ヶ月	6歳8ヶ月	3歳11ヶ月から 4歳8ヶ月まで
5.	R 女	23.5	推定3ヶ月	捨子	3歳	6歳7ヶ月	
6.	A 女	24.11	推定1ヶ月	捨子	①第一の里親(米人) 1歳7ヶ月 ②第二の里親 2歳	2歳4ヶ月	
7.	I 男	25.4	推定4ヶ月	捨子	5歳1ヶ月	5歳5ヶ月	3歳6ヶ月から 5歳1ヶ月まで
8.	O 男	24.11	出生直後	捨子	4歳8ヶ月	5歳11ヶ月	①2歳7ヶ月から 4歳8ヶ月まで ②13歳5ヶ月から 15歳5ヶ月まで
9.	C 女	24.10	7ヶ月	父中毒・受刑 母子どもを遺棄	①第一の里親 1歳9ヶ月 ②第二の里親 3歳7ヶ月 ③第三の里親 4歳5ヶ月	4歳10ヶ月	13歳6ヶ月から 15歳6ヶ月まで
10.	N 男	23.9	9ヶ月	母病死	2歳5ヶ月	3歳6ヶ月	
11.	M 女	24.12	出生直後	捨子	①第一の里親 1歳6ヶ月 ②第二の里親 9歳5ヶ月 ③第三の里親 9歳7ヶ月 ④第四の里親 12歳3ヶ月 ⑤第五の里親 13歳9ヶ月		①12歳4ヶ月から 13歳8ヶ月まで ②14歳9ヶ月から 15歳2ヶ月まで ③15歳3ヶ月から 15歳9ヶ月まで
12.	F 女	24.10	3ヶ月	父中毒・受刑 母貧困	①第一の里親 3歳4ヶ月 ②第二の里親 6歳10ヶ月		7歳2ヶ月から 中卒まで
13.	H 女	24.4	10ヶ月	母未婚で出産	①第一の里親 5歳11ヶ月 ②第二の里親 6歳4ヶ月		①2歳6ヶ月から 4歳8ヶ月まで ②7歳6ヶ月から 中卒まで
14.	D 女	24.10	出生直後	捨子	①第一の里親 2歳10ヶ月 ②第二の里親 5歳4ヶ月		①3歳7ヶ月から 8歳9ヶ月まで ②8歳10ヶ月から 26歳まで(精薄)
15.	E 男	25.12	3ヶ月	母未婚で出産	5歳		①3歳6ヶ月から 5歳まで ②5歳10ヶ月から 中卒まで

術で商売をしているものが多い。整備工、修理工など工具も比較的多い。職業別にみると次のようになる。商業5名(電器修理, 洋服仕立, 印刷, 酒販売, 鮮魚販売), 職人3名(建具職, ぞうり製作, 染物洗張), 工具3名, 会社員2名, 藝妓置屋1名, 日雇労働者(生保受給)1名である。経済的, 社会的階層から見ると中の下クラスに属するものが多いのではないかと考えられ, 中学や高校卒の学歴を持つのは僅か2名である。しかし, 戦後の混乱した時代にあつて戦災にあわなかったり技術を持っているためか, 狭いながら土地, 家屋などの不動産を所有して経済的

には比較的安定している人たちが多かった。

里親の家庭に通信連絡後, 家庭訪問をしてみると, 調査書に書かれている記述と異なることが多かった。たとえば里父に重い身体障害のある2例については全くその記載がなかったし, いわゆる「二号」で花柳界のまん中で藝妓置屋を営んでいる例では, 内縁関係ながら会社員の夫婦が他の地区に居住していることになっていた。生保受給の日雇労働者の例でもそのような記載はなく他の職業になっていた。里親の性格, 里子を求める動機については, 同一人が書いたように一定のきまり文句が並んでいた。すなわち,

学 歴	職 業	結 婚	最 終 1 Q	里親の職業と 家族(引取時)	備 考
高 卒 (公立)	主 婦	結婚子あり	1 2 0	父母 会社員 姉(9歳)	
高 卒 (公立)	主 婦	結婚子あり	1 0 2	父母 印刷商	
高 卒 (私立)	主 婦	結婚子あり	9 2	祖父母 父母 工員	
高 卒 (私立)	転職くりかえす 化粧品セールス	結婚子あり	8 3	父母 日雇労働者 (生保)	混血児(白人)?
中 卒	主 婦	結 婚	6 0	祖母 母 芸妓置屋	本人精神発達遅滞
高 卒 (私立)	事務員	未 婚	1 1 3	祖母 父母 会社員 姉(9歳)	里子1回, 養子1回 混血児(白人)? 養父病死後本人神経症的
高 卒 (私立)	転職をくりかえす 職業不定	未 婚	8 4	父母 染物屋	混血児(白人)? 養親との不和
教護院内中 学卒(非行)	住所不定 受刑中	未 婚	8 0	父母 魚 商	裁判により養子縁組解消(25歳)
中 卒 (非行)	住所転々 ホステス	未 婚	8 1	父母 工 員	里子2回, 養子1回 裁判により養子縁組解消(21歳) 実父家族に精神障害
高 卒 (私立)	転職多し 建具職	結婚子あり	9 3	父母 建具職 父の甥(20歳)	養子縁組解消のため裁判中
中 卒	転職多し 住所も転々とする ホステス	未 婚	7 4	父母 工 員	里子5回(他に非公式1回) 混血児(白人)? 里子解消(里母病死のため)
中 卒	転職多く住所も 転々とする ホステス	未婚(妊娠して 棄てられ人工妊 娠中絶)	8 1	父母 服物商	里子2回 里子解消(里父の浮気, 離婚のため) 実父家族に精神障害
中 卒	工 員	結 婚	8 6	父母 電気修理	里子2回 里子解消(里親の期待に沿わず)
精薄施設内 学級	主 婦	精薄者と結婚し たが不安定な状 況にある	6 4	父母 洋服仕立	里子2回 里子解消(里親の期待に沿わず) 本人精神発達遅滞
中 卒	一時自衛隊員, 工具, 転職多し	未 婚	7 2	父母 酒 屋	里子1回 里子解消(里親の期待に沿わず)

里親は「健康」で、「正直、まじめ、温厚、夫婦仲よく、妻は夫に従順で、社会的な信用がある」などという記載である。彼らは「子ども好き、子ばんのう、社会のためにつくしたい」動機から里子を求めている。この過程では精神科医も心理判定員も接触していないから子どもを求め深層の動機はわからない。不和な夫婦のかすがいにするため、夫の浮気をひきとめるために里子を求めたと推測された3例では、その後夫の浮気で離婚に至ったり、子どもを虐待したり、実際の養育に当たった祖母が死亡したりなどで、里子たちは児童相談所に戻されている。性格面でも、親が強迫的、几帳面、厳格、完全癖が強い、潔癖などの神経症的傾向があきらかにされず、そのような親に全く不向きな性格特徴を持つ子どもが送られていることも認められた。

里子委託費については、15組の里親中必要としたものは10組、不用としたものは5組であった。また、里子として引き受け養子縁組をしたのち、近隣に知られたくないという理由で移転したのは4組であった。移転した4組のうち2組は、子どもの名前まで変更している。

捨子されていた場所がわかっているとその場所(たとえば上野公園など)には絶対ゆかないという親も2組いた。このように里子、養子であることを明らかにしないことは、米國などとくらべて大きな差異である。

里親家庭にすでに実子(いづれも姉)がいたのは2家族であった。この2家族は親がすでに子育ての経験があったせいか、いづれも家族と里子の関係がうまくゆき、養子縁組にすすみ、年長の同胞が里子たちのよき相談相手、支持者になっている。

また、実の親のいる5名のうち、思春期以後実の親と対面したのは2名であるが、養父母と

の関係がうまくゆかなくなった事を契機として実父または実母に会い、実の親から拒否的な態度を示され、あるいは社会的脱落者としての実の親の状態に失望するなど、実の親とのめぐりあいが外傷的体験となって彼らの成長を阻害している。

4. 予後に関する概況

予後についての概況は第5表のとおりだが、30歳前後の彼らの職業、婚姻、社会適応などについてはまだ不確定、流動的な要素が多いようである。

子どもが里親の家庭に順応し、里親自体の家庭にも問題がなければ、大体養子縁組に進んでいた。しかし、1981年現在、乳幼児期に里子に出た15名(男5、女10)のうち、養親子関係がなお継続しているのは7名(男2、女5)に過ぎず、そのうちの1名(男)はその関係が継続するかどうか不安定である。法的に養子縁組をしたのち、裁判によってその関係を解消し、あるいは係争中のもは3名(男2、女1)にのぼっている。他の5名(男1、女4)は里子のうちに失敗に終わっている。ケース番号11のMはもっとも痛ましい犠牲者で義務教育終了までに里子に6回(非公式1回を含む)出て、更に3ヶ所の施設を転々とさせられている。

彼らの最終学歴は第6表のとおりである。

施設のみで育った子どものグループよりは高いが実父母の許に帰ったグループよりは低く、両者の中間に位する。

高校卒といっても一般に私立が多く、三流といわれている高校が多い。

発達の各時期に行なった知能や性格テストの詳細を記述する余裕がないが、ここでは青年期(少数は思春期)に行なった最終の知能テスト

第6表 学 歴

学 歴	大学卒	高校卒	中学卒	教護院院内学級	精薄施設内学級
人 数	0	7	6	1	1
%	0	46.6	40.0	6.7	6.7

第7表 知能指数

1 Q	120 以上	119~85	84~75	74~50	49~26	25 以下
人数	1	5	5	4	0	0
%	6.7	33.3	33.3	26.7	0	0

(主として田中ビネー)の結果を述べる。知的能力の内容特徴については後日の発表に譲りたい。

彼らの現在の職業を見ると、男性5名は化粧品セールス、工具、建具職各1名で、そのほか職業不定1名、窃盗で受刑中1名である。一応職業についている3名もその以前にしばしば転職をくりかえしている。女性は専業主婦5名がもっとも多く、ホステス3名、事務員1名、工具1名である。ホステスの3名は住所も九州、東北と転々としている。主婦のうち4名は結婚前に就職した経験がある。1981年現在の婚姻状況は次のとおりである。結婚しているもの8名(男2, 女6), そのうち子どものいるものは5名(男2, 女3)である。内縁、同棲の経験のあるものは2名(女)で未婚者は5名(男3, 女2)である。その中には「自分のような子どもが出来たらかわいそう」とか、「自分自身についての劣等感が強くて結婚にふみきれない」ものも含まれている。

社会適応の良否を決めるのはなかなか困難だが、一応 (1)一定の職業を有し社会に参加し、(2)異性との正常な対象関係を持ち安定した家庭を営み、(3)精神障害や非行などの適応上の問題がないという3点から、この15名を見ると、それぞれの基準を相当ゆるやかに考えても先づ社会適応がよいと推測されるのは4名(男1名, 女3名)に過ぎない。女性のうち3名は主婦で親や夫に庇護されている状況なので、男性よりは適応がたやすかったと考えられる。

5. 事例研究

15名の子どものたちの乳児期から幼児期、学童期、思春期、青年期、成人期に至る行動観察、発達、知能、性格などのテスト、小学校、中学校、高校などの記録、家族や関係者の評価などはきわめて膨大なものとなり、限られた紙数内

での15例の詳しい事例研究を試みることは不可能である。そこで全員の概括については第5表にしるし、ここでは代表的な3例を挙げるにとどめる。すなわち、里子から養子となり、親子関係、社会適応などが問題なく経過した例、次に里子から養子となり発達の経過中にさまざまな問題をひき起したが一応社会的に適應している例、最後に里子から養子となったが、思春期以後に非行犯罪に陥り、養子縁組解消となった例の3名である。

なお、第5表のケース番号1から4までは養子となり一応順調な適應を示す例、5から7までは養子関係は続いているが本人が神経症傾向その他の適應異常を示す例、8から10までは裁判で養子縁組解消になった例、11から15までは種々の理由で1~数回の里子関係が失敗に終わった例である。

〔ケース番号1〕

T, 女性, 昭和25年9月生れ。1歳で里子, 2歳で養子縁組をし, 養父母や姉との対人関係もよく, 高校卒業後結婚した。社会適応がよく問題はない。

Tの実母は藝奴で産褥熱で死亡した。実父は不明。1ヶ月未満で乳児院に入り、感冒や化膿性疾患にかかりやすかった。7ヶ月おすわり、10ヶ月で「いない、いないバー」をし、愛嬌よく注目を惹く乳児であった。里父36歳、中卒、会社員。里母35歳、高小卒。里父は神経質、おだやか、子ぼんのう、里母は明朗、活動的、涙もろい。里親には9歳の娘がいた。連れ帰った日からTは母になつき、母と寝て、比較的短期間に馴れた。歩行は1歳3ヶ月、排泄も1歳半すぎに自立した。最初はちえおくれでないかと心配されたが、1歳3ヶ月に「オートタン」と父を呼んだのが最初の発語である。その頃から

父親がTに夢中になり母が叱ったり、姉がじらすと怒り、本人の名も父の名を1字とって改名させ、養子であることがわからぬよう転居した。委託費も不用といい、「実子として育てぬく」と決意を語った。

指しゃぶりや母親の乳房をいじる癖は幼児後期まで続き、疾病としては蛔虫症のほか膿痂疹、湿疹をくりかえし、菓子が多食のため歯が多数出来た。性格は陽気、多弁、来客が好き。性格がおだやかでやさしい姉の跡を追って甘えた。Tが5歳1ヶ月のとき養母が女兒を生んだが、生後2週で死亡した。そのため養父母はますますTを鐘愛するようになった。2歳8ヶ月田中ピネーIQ115、5歳10ヶ月IQ120、ロールシャハやCATで情緒的に安定した反応を示し、身長、体重も平均を上まわった。養父は「姉は教員に、Tは女医にしたい」と希望を述べた。学童期には性格の明るい、運動も活潑な優等生として問題なく過ごした。養父に甘えるが、養母や姉との関係もよく、炊事や買物も手伝った。

公立中学でもクラス委員をつとめたりして、友人も多く、教師との関係もよかった。

養父母は本人が養子であることを気づかせまいと、いろいろに気を使った。高校は姉の卒業した公立高校に進んだ。養父は大学までと望んだが、T自身は進学を希望せず、姉のようにOL生活をしてから結婚したいという意志であった。高校卒業のとき、入社試験で戸籍のことを問われる前にと、養父は意を決して養子であることを打ち明けた。姉も同席したが、家族4人を取り合って涙に暮れたという。Tは養子であることに全く気づいていなかったが、実母が死亡したためときいて納得し、それ以上の質問を一切しなかった。

すでに結婚した姉が心配してTをいたわったが、Tはショックからすぐ立ち直り、希望していた会社にも無事入ることができた。養子であることを知った後もTは養父母に同じように甘え、彼らを喜ばせた。父親の知人の世話で3歳年上の会社員と見合いをし、24歳のとき結婚し

た。新居は養父母宅の近くで、地方出身の夫も親類知人が少ないため、夫婦で養父母宅で食事をしたり、泊ったりしている。

3年後女兒を出産し、母親らしい落ち着きを示すようになった。

Tが里子から養子となり、その後の適応が問題なく過ぎた原因としてはいくつかの点が考えられる。先づT自身が身体的に健康であり、ホスピタリズムの影響も少なく、発育もおくれておらず、何より表情のゆたかな魅力のある子どもであったことである。また、ごく年少時に里子に出て両親や姉にかわいがられて育ち家族との接触がこまやかである。両親の仲は円満で姉もいるので、Tを唯一のあとつぎとして過度に期待することがなかった。姉は同性ではるかに年長であり、Tを嫉妬することもなく、性格もおだやかでTのよい同一化の対象となった。両親の年令も比較的若く、甘やかし、干渉ぎみではあったが、すでに育児の経験もあるので、高令の里親のようにTの自由を束縛する程過干渉ではなかった。実母の身許がわかっており病死していることも、養親にもTにも一種の安心感を与えている。養親は当初から委託費もことわり、遠方に転居し、Tの名も変えてTをどこまでも実子として育てようとした。Tが養親に告げられるまで実の親と信じて自由に甘えたり反抗もしていたことは、両親の苦心が実ったというべきであろう。

〔ケース番号4〕

S. 男性、昭和25年8月生れ。推定6ヶ月で捨子。区長が区の名を姓とした。乳児期には体重増加が悪く、呼吸器疾患に何度もかかった。ホスピタリズムの症状のひどい弱々しい子であった。3歳1ヶ月で幼児施設に移ったところ、発語していたことばも消失し、ひどい退行状態に陥り、職員から「白痴」(その表現のまま)扱いにされたことがある。4歳8ヶ月で農家出身の労務者の家に里子に出て、6歳8ヶ月で養子縁組が成立した。高小卒の養父(41歳)は典型的

な循環気質の人で当時生活保護を受けていたが、Sを夢中でかわいがった。小卒の養母(39歳)はおとなしく、動作がのろく夫の言いなりになるタイプであった。里子に出た当時は田中ビネーでIQ59程度、排泄も自立せず、発達は各側面で著しく遅滞していたが、6歳頃にはIQ80程度になり、父母に甘え、やや動きの多い、いたづらな幼児となった。Sは幼児後期に肺炎及び脳炎にかかり、とくに脳炎の際には1ヶ月以上入院し重態であった。父親は「病室がない」という医師に土下座してSを入院させてもらい、晝夜の看護のため8キロもやせた程であった。この体験は幼ないSにとっても強烈な印象を残し、思春期、青年期の父親との抗争の際にも、Sの家出をひきとめる絆となった。8歳には紫斑病で1ヶ月入院した。学童期にはすなおだが気の弱い依存的な生徒であった。成績は中の下だが、背泳、マラソンなどスポーツは得意であった。思春期に近づくにつれ、顔貌や毛髪に次第に混血児的な特徴があらわれはじめたが、それ程には目立なかった。中学では成績は下位となり三流の私立高校に辛うじて入学し、その後父にねだって藝能プロにも通ってレッスンを受けたが、結局タレントにはなれなかった。

中卒後、自動車の運転免許はとれたが、父のすすめる整備士の試験には落第した。父の縁故で消防署に入れてもらうと、訓練第1日で脊推軟骨ヘルニアとなり1ヶ月入院して退職した。セールスマンとなるとスピード違反で免許停止となり、観光会社、商事会社につとめても会社が倒産したり、本人が体をこわしたりして何れも長続きしなかった。

藝能プロの次は、アニメ養成所や、油絵の塾に入りたいと言い出し、通わせてもらったが、何れも失敗した。

この間父母は土地の値上りなどもあり、貸家数軒を持ち経済的に安定してきたが、Sが27歳で定職がないことを内心気に病んでいた。Sは「父のような型にはまった生き方はいやだから、自由に生きる」と主張、父と意見が対立してな

ぐりあいとなり、父に怪我をさせたこともあった。しかし、「脳炎のときのことを思うと親は捨てられない」と言って最終的には父に妥協して、化粧品会社につとめることになった。父親もS本人も認めるように、Sは性格的には意志が弱く、依存的で、人におだてられたり頼まれるとすぐ乗ってしまう軽佻的な面があった。しかし、一方気がやさしく、父母を車に乗せて旅行に連れて行ったり、友人やいとこ達とも調子をあわせて円満につきあう、人好きのする面もあった。29歳のとき、化粧品販売で知りあった3歳下の美容師と結婚し、翌年1児をもうけた。現在養父母と同居し、経済的には(たとえば新しい車の購入など)、なお養父に多くを依存しているが、家族とも円満に暮し、夫婦共働きで仕事も続けている。

Sの思春期に養父はどのように養子であることを告げるべきか悩んでたびたび助言を求めた。混血児的な容貌で身長も高いSと、農家出身の養父母との間に外見の類似点は全くなく、更に幼児期から同じ土地に住んでいて、Sが養子であることを知っている人びとも多かったからである。S自身は養子であることをすでに小学生の頃から感じていたというが、自分からそのことを養父母にたづねたことはなく、養父が事実を告げたときも特別な反応は示さなかった。S自身が知能もあまり高くなく、学業も不振で性格的にも弱い面を持ちながらも、何とか職業につき結婚生活を送っているのは、養家の環境的条件のよさに負うことが大であると思われる。養父母とも過保護、過干渉の傾向はあるが、2人とも子どもの欠点は認めながらも、周囲が何といっても子どもの可能性を信じ、子どもに盡くすという点では徹底している。とりわけ、反発し議論しながらも、父親と息子の関係が密であり、父親の生き方がSに影響を与えている。また、農家地帯で本家分家の交際が煩雑で口うるさい点もあるが、ひろびろした自然に恵まれた土地と、大家族主義で父母の親類の沢山のいとこたちや、おさな友達が存在することはSにと

って支えとなっている。そして、それ以上にSがしばしば語る脳炎の時の「広いうす暗い原っぱを1人ぼっちで泣きながら歩いていると向うに明りがみえ、そっちに行こうとすると誰かが自分の名を呼ぶ。はっとして目をあくと、一杯涙をためた父の顔が見えた。いつも父がそばにいてくれた。そして父の額は見る毎にやせてきて、肥った丸顔がとがってしまった程だった」という思い出に象徴される、親子の間の絆は、Sの人間としての自信と安定に何よりも役立っていると思われる。

【ケース番号8】

O. 男性、昭和24年11月生れ。生後10日位で捨子として乳児院に収容、2歳7ヶ月で養護施設、4歳8ヶ月で里子、5歳11ヶ月で養子縁組。25歳6ヶ月のとき裁判で養子縁組解消。現在住所不定で放浪、窃盗で何度か検挙されている。

乳児期には消化不良、気管支肺炎や目、耳、皮膚などの小感染にしばしば罹患した。歩行1歳9ヶ月、発語2歳2ヶ月で発育はややおそいが、さわがしく、動きが多く、体も大きくニックネームをつけられかわいがられた。養護施設でも体が大きい元気な子であったが、多動で腕力があり、他の子の菓子を取ったり、近所の家に入り食物を食べたり、目を離すと外に出て遠方に行ってしまう迷子になることがよくあった。ことばが不明瞭で2語文がなかなかいえず、2～3歳のD. Q. は57程度であった。施設長は近隣の人たちに里親を奨励しており、施設に出入りしていた里父もそのすすめに応じてOを里子にした。高小卒の里父(42歳)、小卒の里母(40歳)とも地方出身、工場地帯で魚屋の店を持っていた。里子にするには不妊の母親の方が積極的で、Oがややおくれていると聞いていた父親は、「もし精神薄弱であったら困る」とやや不安な気持を抱いたまま承諾した。「大柄で元気のよいOならたとえ勉強は出来なくとも、魚屋の店のよい跡つぎになるだろう」という施設長の説得に動かされたと言っている。引き取り後父母には

すぐ馴れたが約3ヶ月間Oは食物をむさぼるように食べては下痢をくりかえし、湿疹がひどかった。家庭訪問をすると、母親には甘えているが、父親の表情をうかがい、いちいち承認を求めるという様子がみえた。入学までに母親はOを連れて相談に何回か来所した。自分の名もいえない、すぐ外に出て1人で勝手に歩きまわり他人の家に入ったり迷子となるような点が、精神薄弱でないか、生来の浮浪児ではないかと父親が不安だという。しかし、母親自身は人なつこく、気前がよく、愛嬌のあるOを手離す気はないという。外に飛び出す癖は間もなく消え、父母が動物園に隔週に連れて行ったり、絵本を見せて教えたりしたため、言葉も次第に発達してきた。5歳2ヶ月でやっと知能テストが可能となったが、IQは70程度であった。幼稚園にはゆかず、母の腰巾着となり、乗客が来るとはしゃいでとまらなくなった。近くで「貰いっ子」といわれるとその度に母の許に来て「本当の子」であることを確めた。買い食いが好きで母に小銭をよくねだった。父親は里親大会に出たり、一心に文字や数字を教えた。

学童前期には家を出て遠くまで出かけたりすることもなくなり、落ち着きなく成績は悪いが比較的學校への適応もよかった。ただ家庭訪問をして気になるのは、Oの父と母に対する態度の差異であった。母親には無条件で甘える反面、馬鹿にしてなめているような態度をとるが、父親があらわれると、急におどおどして父の表情をうかがい、テストの答も自信がなくなるような点がみられた。学校ではおっちょこちょいで気軽に友人のさそいにのるが、集団から浮き上がってしまい、親しい友人は少なかった。学年が進むにつれて成績は下り、中学に入ると次第に授業について行けなくなった。教師に注意されるとふいと教室の外に出て、盛り場を徘徊するようになった。つねづね厳しい父親に叱責されると、店にある売上げを持ち出して夜おそくまで帰宅しなくなった。鮮魚商の仕事を嫌い父と口論をくりかえし、そのやりとりの中で養子で

あること、捨子であることを知ってしまった。中学1年の終り頃になると「慮犯少年」として中学から脱落し教護施設に入るようになった。院内の中学に通ったが成績は悪く、知能は境界域であった。職員の観察では性格的には憎めない、素直なところもあるが、気が散りやすく作業能率もわるく、判断力や常識が乏しく、短絡的に行動するという評価であった。何度も無断外出をして結局行動面での改善が見られぬまま帰宅することになった。中卒後、電話会社、運送会社等につとめたが転職をくりかえし、父親との衝突が多いため、18歳からアパート住まいとなった。19歳のとき一人で九州に行き、工具、次いで運転手としてつとめたが、長つづきせず、20歳のとき帰京し、パーテンとなった。この頃からかけ事にこり、やくざとつきあい、その借金の取り立てが養父母の所に押しかけてくるようになった。養母は心労のため病気となり、養父に嘆願して数十万の借金を支払ってもらった。その後数年間家にほとんど寄りつかず行方不明となった。養父はOが25歳6ヶ月のとき弁護士を頼んで、Oを除籍した。現在Oは住所不定、窃盗で都内の警察に何回か検挙されている。法的に縁が切れていることは知っているが養母に対してはなお愛着の気持があり、それを刑事に打ちあけることもあるという。Oの養父母は近隣の人から信望もあり、小心、真面目、律義な人たちである。養父は教育程度は低いが向学心もあり、筆も立つ方である。Oの現在の社会的不適応の原因としては、先づO自身の知能や性格の弱さが挙げられる。当時は脳波検査は不可能であったが、多動、注意が移りやすく、視線があわず、危険な状況が判断できず、制止もきかない幼児前期の状態はMBDを思わせるような点もあった。知的にも境界線級の知能で学業も不振であった。体力的にはすぐれていたが、学校から孤立するようになると、腕力をふるって教師や学友から怖れられるようになった。おくれがあるのではないかと不安を持ちつつ消極的にOを受け入れた養父は、家の跡つぎとして

Oに勉強を教えこんだが、Oは神経質、几帳面な養父の期待に沿えなかった。父親を煙たく思い避けながら養母には隠れてねだるという型が定着した。非行傾向が出てからも一定のグループに入るということはなく、やくざに利用されることが多かった。「身寄りがいいからかえってよい」と思った捨子であることも、非行が始まってからは「どこの馬の骨かわからない」「せっかく築いた財産も蕩尽されてしまう」という恐怖心を親や親類にひき起した。最初に里子として受け入れる際にもっとOの資質について慎重に話しあいがなされるべきであったし、里父の不安が強かった初期に「かわいくて手離せない」という里母の情に負けずに、里親関係を解消すべきではなかったかとも考えられる。精神発達遅滞の子どもを里子、養子とするのは、親の側の十分な理解がなくては到底無理なことだからである。

6. 考察

Bowlby, J, Goldfarb, W.,⁷⁸⁾らの研究をはじめとして、里親家庭で育てられた子どもが施設で育った子どもよりも知能、言語、情緒、社会性などのあらゆる発達側面でまさっているという報告が多い。著者も乳児院の子どもが里親の家庭に落ち着くとD. Q. や社会的生活習慣が急速にのびることを観察し、経済的条件などが劣る実父母の家庭に帰った15名の子どもよりもあるいは成人後の社会適応がまざるのではないかという期待を持っていた。しかし、里親家庭に出たこの15名の予後は少数の例外を除いては良好と評価することは難かしい。

もとより里親家庭で育ち、あるいは養子縁組をした子どもで健康に成育した多数のいることは否定できない。しかし、30年間観察したこの15名の事例の詳しい分析から、研究の開始時には知られていなかったいくつかの問題点も明らかになった。先づ、わが国の文化における里親制度の特徴である。これらの事例では里親になった動機はすべて「養子縁組」を前提とする。

家の財産を譲り老後の面倒を見てもらう跡つぎが欲しいという里親は、必然的に健康で性格や知能に問題のない子どもを欲することになる。従って実の親に何らかの問題(精神障害や犯罪)のある子どもや混血児は好まれない。また男児より女児の方が育てやすく、将来成人後適当な婿取りが出来るという理由で好まれやすい。これらの親たちの世代では血縁関係のない子どもを養子にするのはなお「新奇な」考えであった。従って思春期に養子が非行傾向に走ったりする時は、親類縁者がすぐにふさわしい姪や甥を推せんしてることが多かった。

子どもが生れぬとわかって里子を求める親たちは一般に高年齢(平均41歳)である。それ故、子どもが成人する前に、癌、動脈硬化、その他の中高年期の疾患による死亡やその結果としての家族崩壊の危機をはらんでいる。また、親に身体疾患や更年期障害があるための衰えから子どもの思春期危機を適切に処理できないことも多い。一般に高年齢の親に見るように育児態度が過保護、過干渉、制約が多く、子どもの自由な成長を妨げあるいは子どもに神経症的傾向を生じさせることにもなる。家の跡つぎを欲しいという養親たちは養子である事実を隠そうとし、移転したり、戸籍を見せないようにしたり苦心をする。それ故養子縁組をすませた後は福祉関係者との接触をひたすら避けようとする。そのような閉鎖的態度は、発達のそれぞれの時期に応じた適切な助言を得られにくくしている。米国では里親、養親の選考基準のあまりのきびしさからグレイ・マーケット(闇市ブラックマーケットに対し)が存在する程であるが、わが国の選考基準はあまりに医学、心理学等の専門的判断が欠けていると思われる。その結果里子に出て不調となり、何度も児相の一時保護所や施設を

出入りし、結局それまで安定して生活していたもとの施設にも戻れず、新しい施設に移ったり、いわゆる「里子くづれ」として不安定な里親の家庭でもみくちやにされ、せつかくのすぐれた資質を伸ばすこともできずに退行してしまう犠牲者の存在することを、たとえ少数といえども忘れてはならないと思う。

7. あとがき

乳児院に収容され集団保育された子どもの約30年間の長期縦断的研究のうち、乳幼児期に里子、養子となった15人が現在どのように社会生活を営んでいるかを述べた。彼らが乳児院に収容された年齢、里子となった年齢、乳児院の収容期間、いわゆるホスピタリズムの程度などが精神衛生の見地から見た予後とどのように関連するか、捨子と委託児との間に差異があるか、里子、養子にもっとも適切な年齢があるかなど、考察すべき点は多くあるが、第2報以下に譲りたい。

稿を終るに臨み、この長期間の縦断的研究に御協力下さった数えきれぬ程多くの方がたの御好意に感謝します。とりわけ長期間の行動観察に協力いたされた里親、養親とその御家族の方がた、縁組解消や不調に終っても卒直にお話いたされた多くの方がたに心から御礼を申し上げます。また、済生会乳児院をはじめとする多くの養護施設、教護施設、児童相談所、学校などの関係者の方がたの御支援にも御礼申し上げます。とくに研究の最初から御助力いたされた森岡幸子氏、金城芳子氏、金平輝子氏、佐藤ふみ子氏、資料の判定に御助言いたされた片口安史氏、田頭寿子氏、資料整理を手伝って下さった中川幸氏、中古知子氏、福田智子氏等にも感謝の気持ちを捧げます。

参考文献

- ① 池田由子：ホスピタリズムについて，臨床内科・小児科，9巻9号，1954.
- ② 池田由子，玉井収介，高木四郎：ホスピタリズムの症候論的研究，精神衛生研究，2号，1954.
- ③ 池田由子：乳児院収容児の精神医学的研究，第一報 精神発達と身体発達，第二報 社会性と言語，第三報 初期反応と慢性反応，精神衛生研究，3号，1955.
- ④ 池田由子：乳児院収容児の子後調査的研究，第20回日本心理学会抄録，1956.
- ⑤ 池田由子：施設収容児の問題，母子相関の医学(馬場一雄編)，医学書院，1979.
- ⑥ IKEDA, Y., 25 Years Follow-up Study on Institutionalized Infants, the 6th World Congress on Psychiatry, Hawaii, U.S.A. 1977.
- ⑦ Bowlby, J., Maternal Care and Mental Health, WHO, 1952.
- ⑧ Goldfarb, W., Effects of Psychological Deprivation in Infancy, A. J. of Psychiatry, Vol.102, 1945.

老化性痴呆疾患の神経生理学的研究

—脳波スキャナーおよび Compressed Spectral Array (CSA) による解析—(第二報)

大塚 俊男

国立精神衛生研究所老人精神衛生部

吉田 弘宗・高瀬守一郎

星 昭輝・石田 哲浩

原 常勝

慶応義塾大学医学部精神神経科

A neurophysiological study on age-related dementia

— An analysis by the EEG scanner and compressed spectral array (CSA) —〈Part II〉

Toshio Otsuka

Division of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health, Japan

Hiromune Yoshida, Moriichiro Takase

Akiteru Hoshi, Tetsuhiro Ishida, Tsunekatsu Hara

Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Keio University

Summary

The EEG differences among three groups of the aged were examined and compared by using automated EEG analysers. Three groups consisted of the healthy aged group, the arteriosclerotic dementia group and the senile dementia group. The first group showed α dominant activity in the posterior area, with a small amount of θ waves and diffuse fast activity of low voltage. The second group also showed α dominant activity with some fast activity of low amplitude, but it was more obvious in mixing frequent slow waves of θ range and occasional δ range. In the last group, the increase in slowing and irregularity of EEG activity was recognized and dominance of α activity in the occipital area was not observed.

According to these observation, it may be presumed that the increase in slow range activity and the decrease in fast range activity are closely related to the diffuse brain atrophy and the decline of mental activity.

Key words: EEG, EEG scanner, senile dementia, arteriosclerotic dementia

要 旨

健康老人、脳動脈硬化性痴呆、老年痴呆の三群について、帯域別周波数分析、EEG scanner compressed spectral array の三つの脳波解析によって比較検討した。それによると、健康老人群では主にみられる電位活動は α 波帯域にあり、しかも後頭優位性を示し、少量の θ 波帯域活動の混入および低電圧の速波帯域活動が全汎性に認められた。脳動脈硬化性痴呆群では、

α 波帯域活動が優位に出現するが健康老人に較べて θ 波帯域の出現が増加し、ときに少量の δ 波の混入がみられた。老年痴呆群では脳波の背景活動の不規則性と徐波傾向の増加が認められたが、 α 波の後頭優位性は観察されなかった。これらの所見より徐波帯域の増加と速波帯域の減少は、脳の慢性萎縮と知的精神活動の低下と関連があることが示唆された。

はじめに

老人の臨床脳波学的研究では老人の脳波には個人差が大きいとしながらも、一般には脳波の周波数(α 波帯域の徐波化、 θ 波帯域混入の増加)、振幅(高振幅化または逆に低振幅化)に変化が起ることが指摘されている。

また老人性痴呆患者については脳波上での疾患特異性は見出されていないのが現状である。

昨年(昭和54年度)は topographical display mapping system (いわゆる EEG scanner) を用い、一般健康成人、健康老人、老年痴呆患者の三群について各々の脳波の頭皮上分布を比較検討して次の様な結果を得た。つまり老人の脳波の周波数帯域と電位についての頭皮上分布には個人差が大きい健康老人では α 波帯域の後頭部優位性が保持され、 θ 波帯域の混入は軽度であり、一方老年痴呆患者群では δ 波、 θ 波、 α 波の帯域が前頭部領域に波及する傾向があり、速波帯域が欠如する傾向のある事が認められた。

本年度は65歳以上の老人を対象とし、健康老人群、脳動脈硬化性痴呆患者群、老年痴呆患者群の三群に区分し、それぞれの脳波記録を frequency analyser, topographical display mapping system (いわゆる EEG scanner), compressed spectral array method (CSA) を使用して脳波解析を行い、老化と老人性痴呆疾患とについて神経生理学的検討を行った。

研究方法および結果

1. 帯域別周波数分析の比較

地方都市在住の仕事に従事している健康老人群、精神病院入院中の脳動脈硬化性痴呆患者群、老年痴呆患者群の三群を対象として CT scan 検査、通常脳波検査および脳波周波数帯域分析(両側前頭部、両側後頭部の4箇所)を施行した。脳波帯域分析は日本光電製脳波スクリーニング装置(MEE-4101)を用いたが、これは δ 波(2~4 Hz)、 θ 波(4~8 Hz)、 α 波(8~13 Hz)、 β_1 (13~20 Hz)、 β_2 (20~30 Hz)について60秒間の脳波解析を行い各帯域波の出現の割合を%で表示するものである。

a) 健康老人群5名(男性2名、女性3名、平均年齢68歳)はいづれも加療すべき疾患が見られず、高血圧症の既往もない。CT scan 所見は4例が正常で1例に軽度脳萎縮像(側頭室拡大および脳溝拡大)を認めた。視察による脳波所見では8~10 Hz の α 波が後頭優位に出現し連続性比較的良好。しかし振幅、 θ 波混入には個人差がある。脳波診断としては全例正常範囲内である。

・帯域別分析

前頭(F₃, F₄)および後頭(O₁, O₂)で比較すると、 α 波帯域は後頭部でその出現率が高く全例50%以上で、一方前頭部での α 波帯域は30%以下であり α 波帯域は後頭優位性を示す。速波帯域($\beta_1 + \beta_2$)は10~20%に出現している。

b) 脳動脈硬化性痴呆患者群16名(男性9名、

女性7名, 平均年齢69歳)は現在精神病院(安積保養園)に入院中であり, 過去にせん妄の既往を有しているが片麻痺等の神経症状は認めない患者である。CT scan 所見は, 16例中12例が中等度瀰慢性脳萎縮, 4例が左右非対称性脳萎であった。視察による脳波所見は5例が後頭部優位の9~11Hz, 50~80 μ Vの正常 α rhythm, 4例が全汎性 α 傾向, 4例が不規則, 非同期性 α 波と θ 波の混在, 3例がいわゆる低振幅不規則速波を主体として α 波出現に乏しい所見を示した。脳波診断上での境界例または正常範囲であり, CT所見上での萎縮や非対称に対応する脳波所見は記録されなかった。

・帯域別分析

α 波帯域の出現が後頭部で30%前後, 前頭部で30~40%を示し, 一方 θ 波帯域が前頭部, 後頭部において15~25%を示している。つまり健康老人と比較すると% α の減少と% θ の増加があり, α 波の後頭優位性が明確でなくなる。速波帯域($\beta_1 + \beta_2$)は10~20%に認められる。

c) 老年痴呆患者4名(男性3名, 女性1名, 平均年齢70歳)は精神病院(前記)入院中の患者で経過としては第II~IV期に相当する。CT所見は全例高度瀰慢性脳萎縮像である。EEG所見では不規則非同期性の θ 波および α 波が混在し, 比較的低振幅(1例は80 μ V程度の中程度電圧を示した)の背景活動を示し, 脳波診断としては境界例または軽度異常である。

・帯域別分析

α 波帯域の出現は後頭部, 前頭部で30%前後を示し, θ 波帯域の出現は30~40%と増加する。つまり% α の減少と% θ の増加が脳動脈硬化性痴呆患者群よりも一層著明となる。

一方速波帯域($\beta_1 + \beta_2$)は10%以下と減少する。

以上の三群について脳波および帯域分析の結果をまとめるとCT所見による瀰慢性脳萎縮と脳波所見は対応しないが, 脳萎縮が高度になると脳波所見では背景活動の不規則性と徐波混入の増加が見られる。また帯域分析では健康老人が後頭部 α 優位性(後頭部の α 帯域が占める

割合が50%以上)を保持し, 速波帯域(β_1, β_2)が10~20%認められる。脳動脈硬化性痴呆患者群では α 波帯域と θ 波帯域とが前頭部, 後頭部に出現し, α 波帯域の後頭優位性は失われるが速波帯域は10~20%に存在している。老年痴呆患者群では前二群よりも θ 波帯域の出現率が増加し, また全汎化しており, 一方では速波帯域の割合は10%以下となる。

2. topographical display map(いわゆる EEG scanner)による比較

対象は1とは異なり東京在住の社会的活動をしている健康老人群(慶応健康相談センターの人間ドックで諸種検査を受け異常のなかった老人)と慶応義塾大学病院精神神経科を受診した老年痴呆患者群の2群である。

EEG scannerについては昨年度の報告で述べたが日本光電製EEGスキャナー(MCE-1100)を使用し, 脳波の頭皮上トポグラフを各周波数帯域別にその分布と振幅とを解析(表示によるプリントおよびテレビ画面へのカラーディスプレイ)するものである。帯域区分は δ 波2~3.8Hz, θ 波4~7.8Hz, α 波8~12.8Hz, β_1 波13~19.8Hz, β_2 波20~25.4Hzであり, 脳波はdata recorderにも記録し, 所見の安定している部分の2秒間について分析した。

a) 健康老人群11名(男性6名, 女性5名, 平均年齢67歳)。通常脳波記録所見は7例が α 波の規則的出現と後頭優位性を認め, 2例はLVF(low voltage fast wave)で, 出現に乏しいが α 出現部位は後頭部, 1例で高振幅 α 波と θ 波混入, 1例で汎性 α と θ 波の混入が認められた。(図1)

α 帯域については9例で後頭部領域で最大振幅を示し(40~90 μ V), 2例で α 波の前頭部への拡散(このうち1例では θ 波帯域にも振幅増大)が認められた。 β_1 帯域は9例で(10~15 μ V)の電圧で存在し, β_2 帯域は6例で10 μ V以下の電圧で存在している。また開眼による α 波抑制が明確に認められる。 θ 波帯域の高振幅例

は前述の如く一例であり前頭および後頭で優位に出現し、逆に頭頂部、側頭部では低振幅である。

b) 老年痴呆患者群(男性1名, 女性3名, 平均年齢69歳). 通常脳波記録の所見は4例とも異なり1例がLVFで α 波に乏しく, 1例は前頭部に α 波の優位な出現, 1例は全汎性 θ 波優位, 1例は全汎性不規則 α 波と θ 波の混入が認められた。(図2)

α 帯域については2例が前頭部で最大振幅(30 μ Vおよび40 μ V)を示し, 1例は後頭部で最大振幅(この例は θ 波帯域での全汎性出現がある), 1例がLVFで中側頭部に少量の α 分布を認めた。 θ 波帯域は2例に全汎性分布, 1例に, 前頭部で優位に分布している。 δ 波帯域は3例に低振幅ではあるが全汎性出現が認められる。

β_1 帯域は2例で10 μ V以下の電圧で出現しているが分布範囲は狭少である。 β_2 帯域は1例で10 μ V以下少量の出現が認められる。

以上のEEG scannerの結果をまとめると健康老人では9/11例で α 波が優位に出現し, 後頭部で最大振幅を示す α 波の後頭領域優位性が特徴であり, α 波の前頭領域拡散がみられる例では θ 波帯域の全汎性分布を示している。そして β_1 , β_2 の速波帯域は $\beta_1 > \beta_2$ の傾向を示しながら10~15 μ Vの電圧で全汎性に分布している。

一方老年痴呆患者では3/4例において θ 波の全汎性または前頭領域での優位な分布があり, α 波については2/4例で前頭部での最大振幅と後頭部 α の低振幅化がみられた。そして速波成分(β_1 , β_2)は低振幅に出現しているが分布範囲は極めて限局されている。

3. CSA(compressed spectral array)による比較(図3, 4)

2のEEG scanner検査を行った老人と同一の対象群についてこの解析法を施行した。CSAはdata recorderに収録された脳波記録について各チャンネル(今回は両側のF, C, P, O, mT, aTの12チャンネル)毎の一定時間(5秒間

に設定)のpower spectrum analysisを連続12回反復し(合計分析時間は5秒 \times 12=60秒間), そのspectrumを連続して描画記録するもので, 12チャンネルを同時に解析して, extended array mapを作成している。また各分析データは帯域別の% power spectrumとしても数値化されてプリントアウトされる。

a) 健康老人群

図における番号はF(①②), C(③④), P(⑤⑥), O(⑦⑧), aT(⑨⑩), mT(⑪⑫)の電極位置を示しており図全体から頭皮上の脳波power spectrumの分布と変化を鳥瞰図的に見ることが出来る。各mapの横軸が0.4Hzから25Hzまでの周波数であり, 12本のpower spectrum曲線の各々の縦軸にpowerを示している。

健康老人においては各CSAにおけるピーク(つまり最大powerを示す周波数)は個体差および解析時期による位相差はあるがいずれも8~11Hz(多くは10Hz前後)の周波数帯域にみられる。更にそのピークは単峯性であり, 後頭一頭頂部において最大振幅を示している。8Hz以下の θ 波帯域のpower spectrum分布は振幅に乏しい。 δ 波帯域は0.4Hz~2Hzについて振幅増加(とくに前頭領域)があるがこれは眼球および眼瞼の動きによるアーティファクトである。一方14Hz以上の速波帯域は本来低振幅であり, CSA上でも高振幅速波は出現していない。しかし14Hz~24.5Hzにいたる β_1 および β_2 帯域においても速波様の振幅出現がみられる。尚これらの健康老人の帯域別に存在する割合(%)の平均値を後頭部について計算してみると δ 波帯域左側6.0%, 右側7.2%, θ 波帯域4.5%, 5.1%, α 波帯域76.4%, 74.0%, β_1 波帯域10.7%, 10.5%, β_2 波帯域2.4%, 3.2%である。

b) 老年痴呆群

健康老人群と同様にCSAを記録したが老年痴呆群での特徴は次の様なものである。

健康老人群にみられた10Hz前後の単峯性後頭一頭頂部優位のCSAはみられず, いずれも

10Hzよりも遅い周波数帯域に power spectrum が分散していることである。つまり CSA の分布は θ 波帯域および δ 波帯域において power spectrum のピークを形成することなく多峯性となり、前頭部あるいは頭皮上全汎性に徐波帯域の power spectrum 分散がみられる。一方14Hz以上の速波帯域においては CSA は振幅がほとんどみられない平坦な直線状出現をみる。つまり β_1 波および β_2 波帯域での power spectrum 出現はほとんどみられない。またこれら老年痴呆群の帯域別の後頭部における各帯域の power spectrum の割合は δ 波帯域で左側12.8%、右側12.3%、 θ 波帯域30.3%、27.9%、 α 波帯域49.6%、53.4%、 β_1 波帯域6.4%、5.9%、 β_2 波帯域0.9%、0.6%であり健康老人と比較して徐波帯域の増加と速波帯域の減少が明らかである。

4. 速度帯域についての再検討

知的精神活動と脳波上の速波との関連についてはしばしば議論されているが、これまでの周波数分析や CSA による結果では健康老人では痴呆患者と比較すると速波活動の残存していることが明らかとなった。そこで topographical display map の作成において本来低電圧である速波帯域の測定にあたり感度を、2倍として健康老人群と老年痴呆群とにおける速波の出現状況を検討した。(図5、6)のように感度を倍にして速波活動の出現および分布状態を比較してみると健康老人群では比較的高振幅、広範囲に出現するのに対し、老年痴呆群では低振幅、限局性の出現という傾向がみられる。

まとめ

以上のように帯域別周波数分析、EEG scanner、CSA の三つの脳波解析によって得ら

れた結果をまとめると表1のごとくなる。

① 健康老人群では脳波の dominant activity は α 波帯域であり、しかも後頭領域に優位な出現を示し、少量の θ 波帯域の混入がみられる。

また低電圧ではあるが速波帯域の activity もほぼ頭皮上全汎性に出現している。後頭領域での帯域別 power spectrum を左右平均して計算してみると δ : 6.6%、 θ : 4.8%、 α : 75.2%、 β_1 : 10.6%、 β_2 : 2.8%となる。

② 脳動脈硬化性痴呆群は前頭部と後頭部の周波数分析のみを比較したが dominant activity が α 波帯域にあるが、 θ 波帯域の出現も増加し、時に少量の δ 波混入がみられる。また速波帯域の活動も残存している。

③ 老年痴呆群では不規則性化、徐波化傾向と α 波後頭優位性が失われ、 θ 波および α 波帯域別 power spectrum を左右平均して計算すると、 δ : 12.5%、 θ : 29.1%、 α : 51.5%、 β_1 : 6.2%、 β_2 : 0.7%となり、健康老人と比較して徐波帯域が増加し、一方速波帯域が減少していることが明らかである。同様に前頭領域での power spectrum 分布をみると θ 波帯の増加と α 波帯域の減少は一層明らかとなる。

こうしてみると、ほぼ近似した平均年齢の老人を対象とした場合、脳の瀰慢性萎縮および知的精神活動の低下がみられる老年痴呆群においては、脳波活動は徐波帯域が増加し、速波帯域が減少していることが示されている。今後の課題としては、同一症例についての継時的脳波変化の追跡および痴呆程度の段階的分類と spectrum 分布の変化との相関の有無などを検討すべきものと考えている。

なお、本研究は昭和55年度厚生省神経疾患研究委託費によるものである。

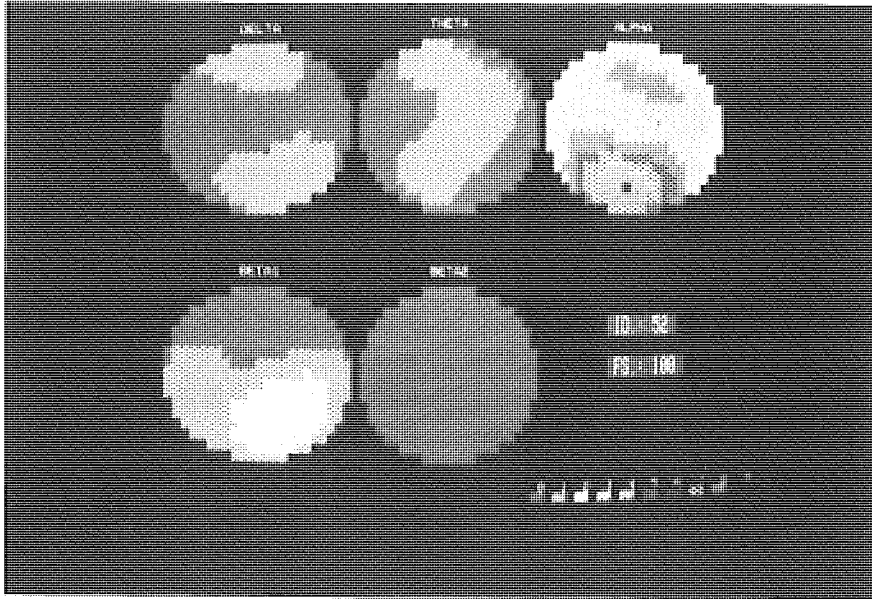


図 1. EEG scanner 健康老人 67才男性

各帯域別の頭皮上分布をカラーにより振幅の出現状態で示してある。
 α 波帯域での後頭部優位性と速波帯域での分布出現が認められる。

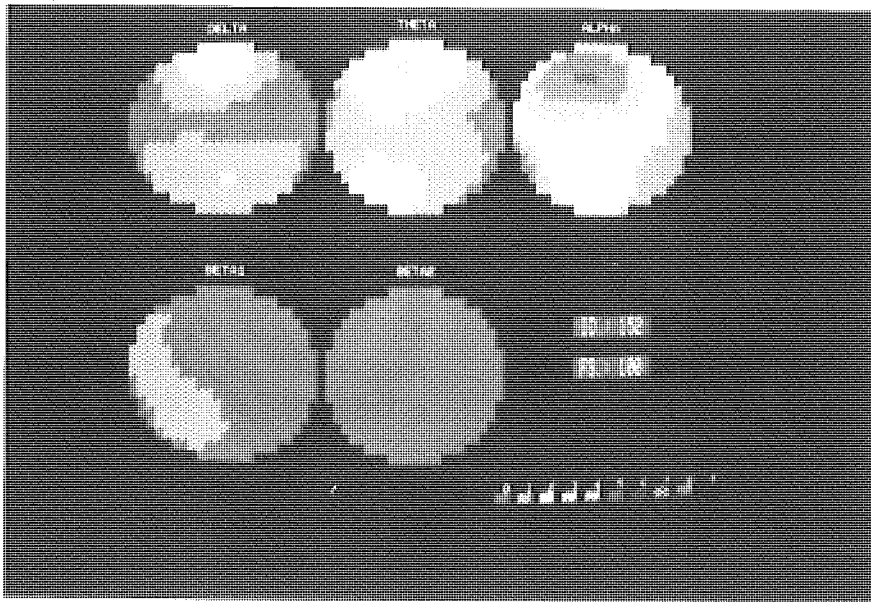


図 2. EEG scanner 老年痴呆患者 67才女性

α 波帯域の前頭部出現と速波分布の減少が認められる。

ID : 322
DATE : 56-1 -21

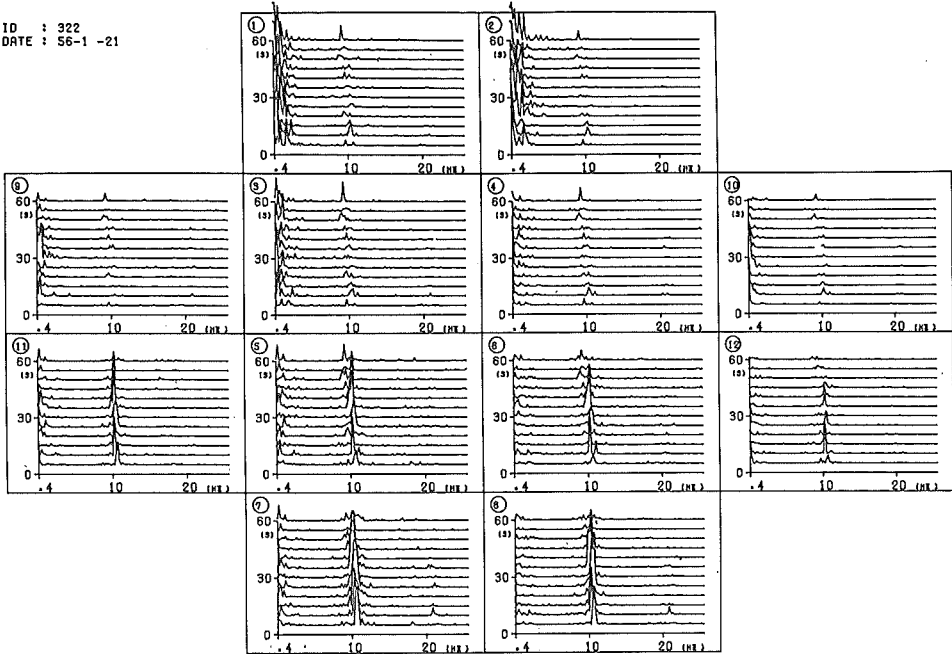


図3 健康老人 68歳女性

ID : 1522
DATE : 56-1 -21

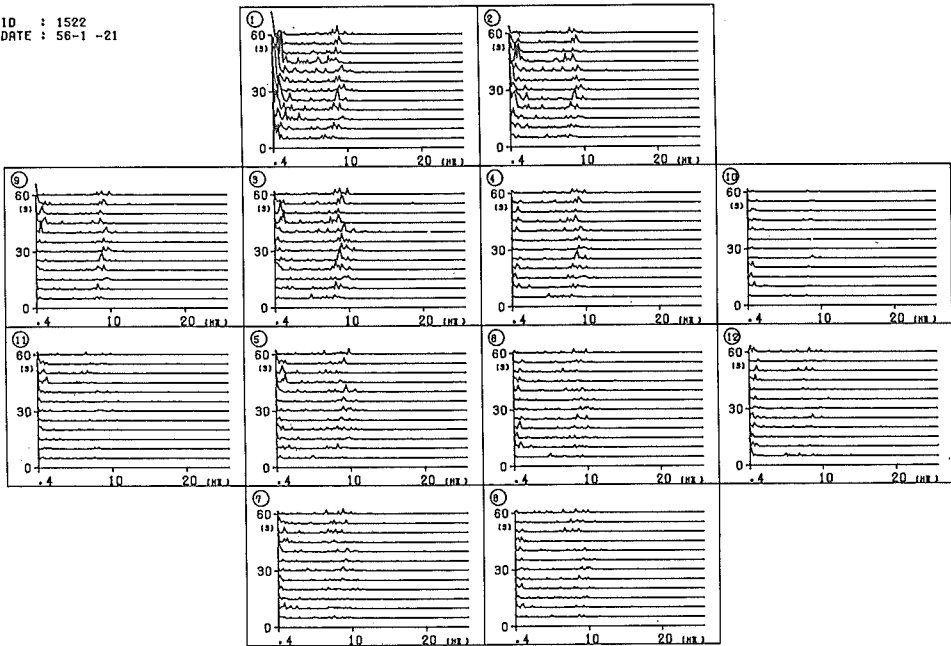


図4 : CSA 老年痴呆 67歳女性

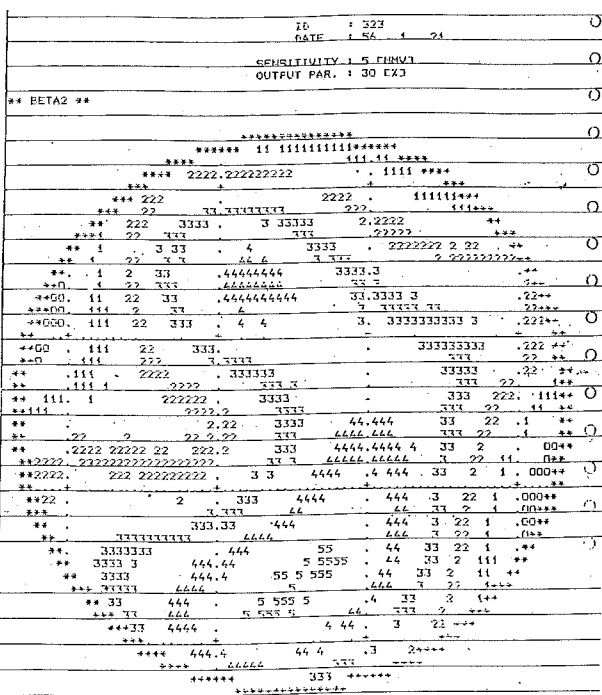


図5. 健康老人 67歳男性
速波帯域の広範囲な出現例

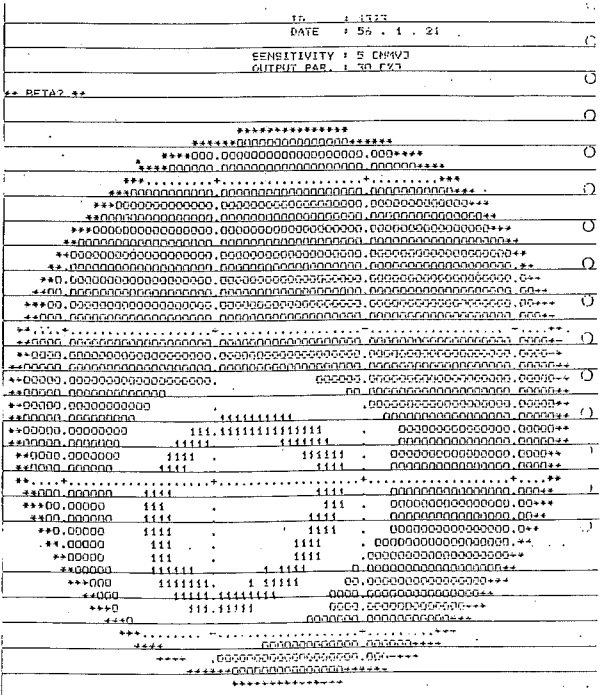


図6. 老年痴呆 65歳男性
速波帯域の低振幅と出現分布の狭少例

表 1.

EEG activity	delta-range	theta-range	alpha-range	beta-range
healthy old people	6.6% -	4.8% +	75.2% +++ dominancy in posterior area	beta-1 10.6% beta-2 2.8% +
arteriosclerotic dementia	(±)	+	++	+
senile dementia	12.5% (+)	29.1% + tendency of low voltage, irregularity and diffusing.	51.5% +	6.2% 0.7% (±)

参考文献

- 1) 大友英一, 亀山正邦, 椿忠雄: 老年者の脳波に関する研究(1), 臨床神経 4 : 573-579, 1964
- 2) 大友英一, 椿忠雄: 老年者の脳波に関する研究(2), 臨床神経 5 : 584-590, 1965.
- 3) 大友英一: 老年者の脳波に関する研究(3), 臨床神経 6 : 202-207, 1966.
- 4) 山内育郎: 老人脳波の周波数分析について, 精神神経誌62 : 1605-1619, 1960.
- 5) 金子仁郎, 古川唯幸, 越智和彦, 蔭山登, 日高靖彦, 福井昭平: 脳動脈硬化症の脳波学的研究, 老年病 4 : 359-360, 1960.
- 6) 古賀良彦, 平野正治, 吉田弘宗, 工藤行夫, 荒木五郎: ねたきり老人の脳波, 臨床脳波21 : 685-693, 1979.
- 7) 柄澤昭秀, 川島寛司, 笠原洋勇: 老人における α 周期, 臨床脳波20 : 174-182, 1978.
- 8) 柄澤昭秀, 川島寛司: 優秀女性老人脳波の3年後の変化, 臨床脳波22 : 1-8, 1980.
- 9) 柄澤昭秀, 川島寛司, 笠原洋勇: 知的活動性の高い女性高令者における知的老化の臨床的研究, 精神神経誌78 : 731-745, 1976.
- 10) 柄澤昭秀, 川島寛司, 篠原宏之: 正常老人脳波の特徴, 臨床脳波18 : 109, 1976.
- 11) Obrist, W. D. : Problems of aging. Handbook of Electroenceph. Clin. Neurophysiol. Vol. 6A. 275-, 1977. Elsevier(Amsterdam)
- 12) Silverman, A. J., Busse, E. W., Barues, R. H. : Studies in the process of aging. Electroencephalographic findings in 400 elderly Subjects. Electroenceph. Clin. Neurophysiol., 7; 67-74, 1955.
- 13) Wang, H. S., Busse, E. W, EEG of healthy old persons a longitudinal study. 8. Dominant background activity and occipital rhythm. J. Geront. 24 ;419-, 1969.
- 14) Busse, E. W., Barnes R. H., Friedman, E., Kelty, E. J. : Physiological functioning of aged individuals showing normal and abnormal electro-encephalogram, I. A study of non-hospitalized community volunteers. J. Nerv. Ment. Dis., 124 ; 135-141, 1956.

中学生の精神衛生に関する研究

第一報 質問紙表による調査

池田由子・西川祐一・河野洋二郎・上林靖子

今田芳枝・田中千穂子・中川 幸・森岡 恵

大田律子・須賀芳枝

児童精神衛生部

佐藤至子

国立国府台病院

中尾清崇・鈴木正則・竹下利枝子・元木和子

柏児童相談所

A Mental Health Study of Junior High School Students in Japan

Part I Mental Health Questionnaire Study

Y. IKEDA Y. NISHIKAWA Y. KOHNO Y. KANBAYASHI

Y. IMADA C. TANAKA Y. NAKAGAWA M. MORIOKA

R. OHTA Y. SUGA

Div. of Child Mental Health

N. SATOH

National Kohnodai Hospital

K. NAKAO M. SUZUKI R. TAKESHITA K. MOTOKI

Kashiwa Child Guidance Clinic

Summary

This is a mental health study of Japanese junior high school students. 528 adolescents (301 boys, 227 girls) were investigated with a mental health questionnaire and some psychological tests. This paper presents some interesting results of the questionnaire survey, as follows. Most of the boys like arithmetic, social studies and sciences, and dislike Japanese language, while most of the girls like music and dislike arithmetic, social studies and sciences. Half of all the students were attending private after-class schools for additional training in preparation for high-school and college entrance exams. Most of the students had some hobbies, wished to become professionals, and sought the advice of friends when they had a problem. Most also respected their parents, but they didn't like their parents' habits of drinking and smoking. More girls than boys had thought of running away from home, and committing suicide.

Key words: *junior high school, adolescents, mental health*

抄 録

千葉県下の公立中学1年・2年生528名(男子301名, 女子227名)に対して精神衛生に関する質問紙法及び種々の心理テストによる調査を行った。今回は質問紙による調査結果を報告する。

授業科目の好き嫌い, 塾やけいこ事, 進学希望, 将来の職業, 趣味, 尊敬する人物, 両親についてのイメージなどに関しては各種各様でバ

はじめに

我々は, 千葉県下の一公立中学において, 昭和54年10月に中学1年男子156人, 女子119人と昭和55年2月に中学2年男子145人, 女子108人の2回, 中学生の意識について我々の作成した質問紙, SCT, YG, 集団ロールシャッハ, HTPの調査をしたのでその結果について述べる。

中学生の意識についての質問紙法による調査表は付録1である。1年生, 2年生には同じ調査表を使ったが, 2年生のものには「趣味は何ですか」と「一番良い相談相手は誰ですか」と「お父さんについて」と「お母さんについて」の4問がつけ加えられている。

今回は紙面の関係上, 中学生の意識について質問紙法により調査した結果と考察について述べることにする。

結果と考察

「好きな科目を2教科あげて下さい」という質問に対する答えでは, (表1, 図1, 2)1年男子は数学・英語・社会, 女子は音楽, 2年男子では数学・理科・社会, 女子は音楽が目立った。検定の結果, 1年男子と2年男子を比べた結果には分布に差を認めず, 1年女子と2年女子を比べた結果にも分布に差はないが, 男子全体と女子全体の間には有意差が認められた($\chi^2: .005$). すなわち, 好きな教科は学年が変化しても変わらず, むしろ男女で違いがあることが明らかになった。

ラエティに富み一定の方向性は認めがたかったが, 相談相手は友人とする者が一番多く男子の方が女子より相談相手無しが多かった。一方・家出や自殺を考えた事がある者は女子の方が男子より多かった。

次に男女差で特に差の大きい英語と数学についてみてみると, 英語に関しては男子は1年の時は18.7%と多いのに2年になると12.9%と減るが女子では変化しない。数学に関しては, 女子は1年の時より2年の方が好きになる者が増えるが, 各々検定の結果, 有意な差は認められなかった。

「嫌いな科目を2教科あげて下さい」という質問に対する答えでは, (表2, 図3, 4)1年

表1. 好きな科目(%)

	1 年		2 年	
	男	女	男	女
国 語	3.9	14.9	5.3	14.7
数 学	20.0	7.7	20.3	13.3
英 語	18.7	11.9	12.9	11.8
理 科	14.8	6.4	17.5	4.3
社 会	21.0	12.3	22.0	11.3
体 育	11.1	14.9	10.1	13.7
美 術	3.6	3.4	2.5	1.9
音 楽	3.6	20.8	3.5	22.3
技術・家庭	3.3	7.7	4.2	5.8
道 徳	0	0	0	0
その他 学活クラブ	0	0	1.7	0.9

男子は国語, 女子は国語・数学・社会が, 2年男子は国語・英語, 女子は英語・理科が目立っ

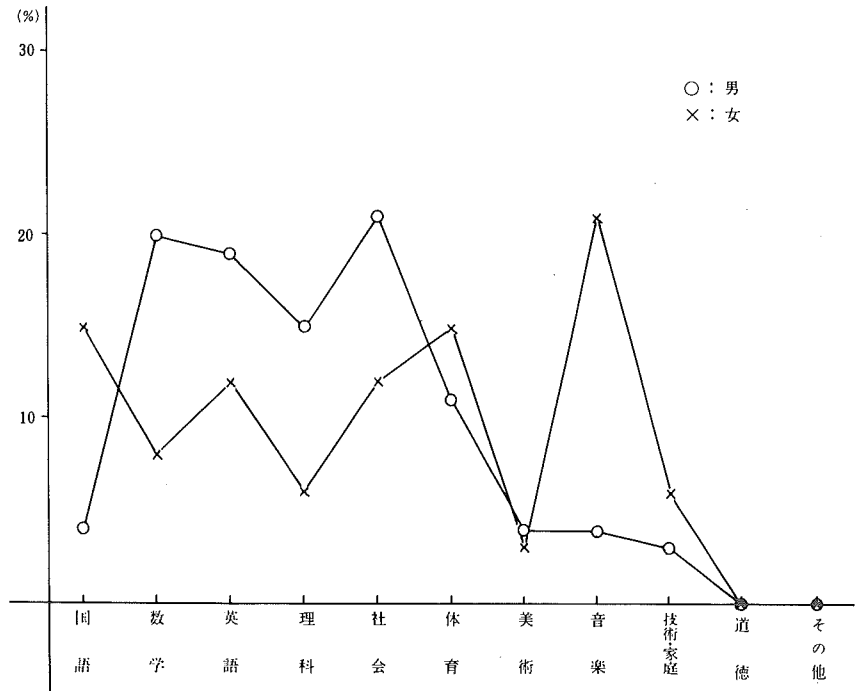


図1 好きな科目 (1年)

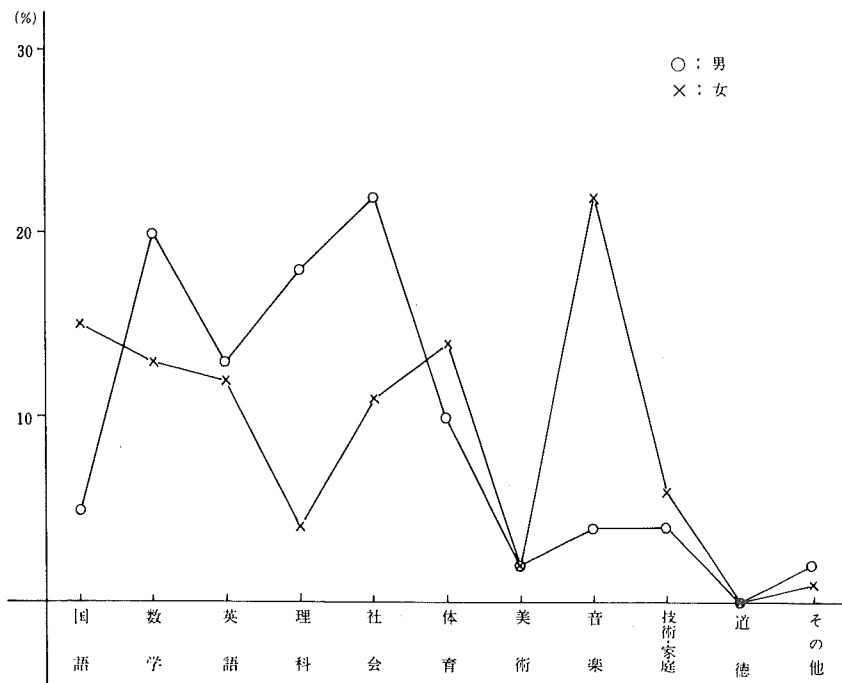


図2 好きな科目 (2年)

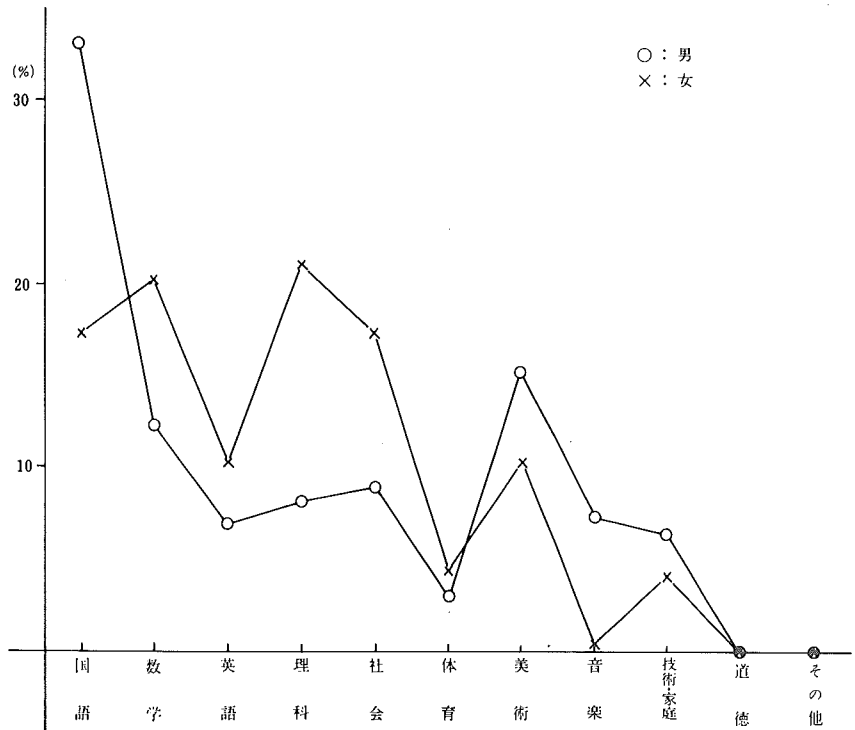


図3 嫌いな科目(1年)

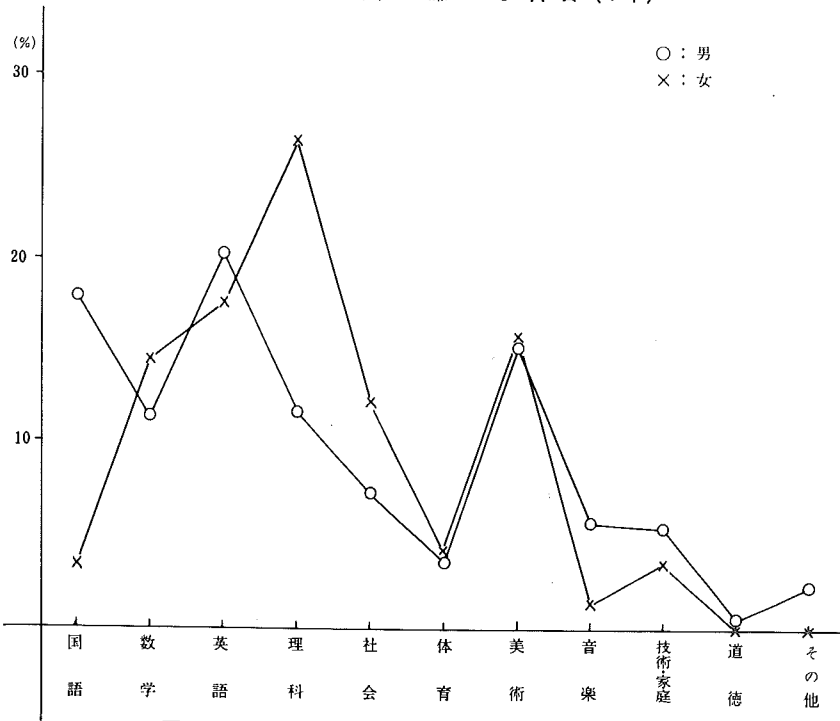


図4 嫌いな科目(2年)

表2. 嫌いな科目(%)

	1 年		2 年	
	男	女	男	女
国 語	32.5	10.7	17.9	3.3
数 学	12.0	20.1	11.2	14.6
英 語	6.9	10.3	20.0	17.9
理 科	8.0	21.5	11.6	26.4
社 会	8.8	17.3	7.0	12.3
体 育	3.7	5.1	3.5	4.2
美 術	14.6	10.3	15.1	15.6
音 楽	7.3	0.5	5.9	1.4
技術・家庭	6.2	4.2	5.2	3.8
道 徳	0	0	0.5	0.5
そ の 他	0	0	2.1	0

た。検定の結果、全体の分布に関して男女間、学年間(1年と2年)の両方に有意な差が認められた。すなわち、1年男子と2年男子の間には $\chi^2; .005$, 1年女子と2年女子の間には $\chi^2; .01$, 1年男子と1年女子の間には $\chi^2; .005$, 2年男子と2年女子の間には $\chi^2; .005$ となっている。

特に差の大きな教科について検討すると、1年男子と2年男子の間では国語が2年になると嫌う割合が減じ(32.5%→17.9%),英語を嫌う割合が高くなる(6.9%→20.0%)ことが特徴的であり、1年女子と2年女子を比較した場合も同様の傾向が認められる(国語10.7%→3.3%,英語10.3%→17.9%)。次に1年の男子と女子の間では国語に関して男子の方が女子よりも嫌う傾向が強く、理科に関しては女子の方が男子よりも嫌う傾向が強いことが特徴的であり(男子8.0%,女子21.5%),2年の男子と女子を比較した場合も、同様の傾向が認められる(国語;男子17.9%,女子3.3%,理科;男子11.6%,女子26.4%)。

「好き」と「嫌い」の両方を比較してみると、数学・理科・社会は男子に好きが多いが、女子は嫌いが多く、国語は男子に嫌いが多く、英語は男子で1年の時は好きが多いが2年では嫌い

が増える。女子はほぼ両方とも同程度である。このように英語・数学・国語・理科・社会の主要5教科については、好きとか嫌いとかの反応を示す者が比較的多いのに比べ、体育・美術・音楽・技術・家庭・道徳・その他についての反応は少ない。これは「好きな教科は?」「嫌いな教科は?」という質問で一般の生徒がまず頭に描くのは主要5教科に関する事で、それ以外の教科については余程の興味が無い限り反応を示さないのではないだろうか。しかし男女、1年、2年共に体育では好きな者が嫌いな者より多く、美術では逆に好きな者より嫌いな者が多い。技術・家庭では両方共同程度であるが、音楽では女子に好きを示す者が顕著に多い。道徳及びその他では好きとか嫌いとかの反応を示す者はほんの少ししかない。

以上のような変化は、中学になり新しい教科に対する好奇心や期待が2年になりそれ自体が難しい教科であることがわかると同時に、受験も近づき、さらに難かしさを増したためや、その科目を担当する教師の影響により生じたと考えられる。

尚、国語は書道を含み、社会は歴史と地理を含み、その他にはホームルーム(学活)とクラブ活動が含まれ、技術・家庭は技術は男子のみ、家庭科は女子のみの科目である。

「塾やけいこ事に行っているか」という質問に関して、1年・2年とも男子は塾に行っている者は51.0%, 51.3%と多いがけいこ事に行っている者は11.7%, 18.0%と少ない(表3, 図5)。女子では塾に行っている者は1年・2年で、13.5%, 12.0%いて、けいこ事に行っている者は31.5%, 44.5%と多い。どちらにも行っていない者は1年の男女及び2年の男子には39.1%, 43.5%いるが2年の女子では56.5%と増える。分布の相違を検定したところ、男子の1年と2年を比較しても塾やけいこ事に行く生徒の分布の仕方に違いはみられず、女子に関しても差はみられなかった。しかし1年の男子と女子、2年の男子と女子の間には各々有意差があり($\chi^2; .005$,

表3. 塾・けいこ事(実数)

	1年		2年	
	男	女	男	女
塾・けいこ事両方	16	27	9	20
塾のみ	64	16	65	13
けいこ事のみ	12	26	8	14
どちらもしていない	61	50	63	61
家庭教師	1	0	0	0
無答	2	0	0	0
計	156	119	145	108

表4. 塾の回数(実数)

回数	1年		2年	
	男	女	男	女
1回	22	18	20	8
2回	42	14	42	18
3回	11	8	12	7
4回	2	2	0	0
5回	2	1	0	0
無答	1	0	0	0
計	80	43	74	33

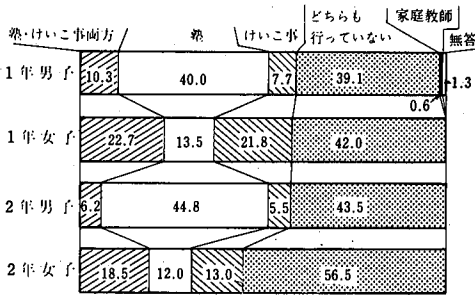


図5 塾・けいこ事 (%)

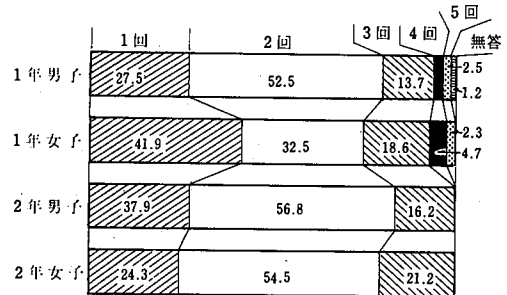


図6 塾の回数 (%)

$\chi^2; .005$), 明らかな性差が認められた。家庭教師に勉強を見てもらっているのは1年男子に1人いるが、学校の先生の話では1, 2年ともに10人位の者が3年ではもっと多くの者が家庭教師についているが、その事実をあまり公表したくないとのことであった。

「一週間の内、塾に何回行っているか」という問いに対しては2回行っている者が圧倒的に多く、次が1回であり、1年女子だけは1回の者が2回の者より多い。従って1回ないし2回行っている者が74.4%, 83.8%いる(表4, 図6)。

「塾の時間」では1・2年男女共に2~3時間未満の者が圧倒的に多く、次が1~2時間未満の者が多い。

従って1週間のうち塾に2回、2~3時間未満行くという者が一番多い。1週間のうち4~6時間、塾に束縛される者が一番多いという事になる。

表5. 塾の時間(実数)

時間	1年		2年	
	男	女	男	女
1時間未満	0	1	0	0
1時間~2時間未満	26	10	24	15
2時間~3時間未満	45	28	48	18
3時間以上	7	3	2	0
無答	2	1	0	0
計	80	43	74	33

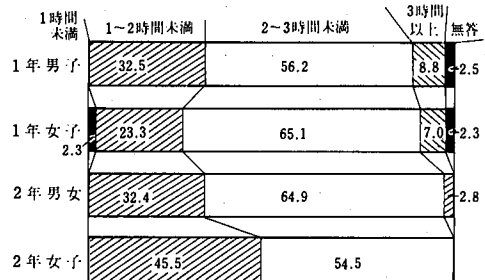


図7 塾の時間 (%)

表 6. けいこの種類(複数回答者あり)

種類	1 年		2 年	
	男	女	男	女
スポーツ(空手など)	4	0	4	1
習字	8	17	6	12
ソロバン	8	13	3	8
楽器・声楽	4	29	2	23
お茶・お花	0	2	0	0
バレエ	0	1	0	2
劇団	0	1	0	0
絵画	1	0	1	0
その他	1	0	1	0
無答	2	1	0	0
計	28	64	17	46

「どのような種類のけいこ事をしているか」をみると一番多いのは1・2年男女を通して楽器・声楽で、次は習字とソロバンの順になる(表6)。男子では少数ながら空手などのスポーツをしている者もいる。

表 7. けいこ事の回数

回数	1 年		2 年	
	男	女	男	女
1 回	15	32	10	24
2 回	3	7	1	5
3 回	7	10	4	5
4 回	0	0	1	0
1月に2回	1	0	0	0
無答	2	4	1	0
計	28	53	17	34

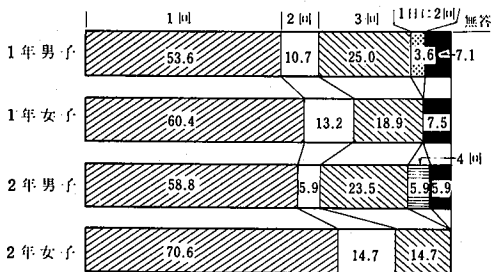


図 8 けいこ事の回数 (%)

「けいこ事に週何回行っているか」という事に関しては1回との答えが50%以上おりついて3回の者が20%程度いる(表7, 図8)。

「けいこにかかる時間」に関しては1・2年男女共1~2時間未満の者が60~80%を占めるが、1年男女及び2年男子では1時間未満及び2~3時間未満と答えた者が10~20%程度いる。従って、けいこをしている者の大部分は週のうち1~2時間をその為に費していることになる(表8, 図9)。

「将来のコース」について(大学・短大・高校・職業専門学校・未定・その他)の分布の違いを比較すると、大学に進学希望の者が一番多く、男子では1年(42.3%)より2年(53.1%)の方が増加しているが、逆に未定の者が減少している(33.3%→22.8%)。女子では1年(35.3%)より2年(27.8%)の方が減少している(表9, 図10)。

表 8. けいこ事一回の時間

時間	1 年		2 年	
	男	女	男	女
1時間未満	5	10	1	2
1時間~2時間未満	17	34	11	28
2時間~3時間未満	3	7	3	1
3時間以上	1	0	0	0
無答	2	2	2	3
計	28	53	17	34

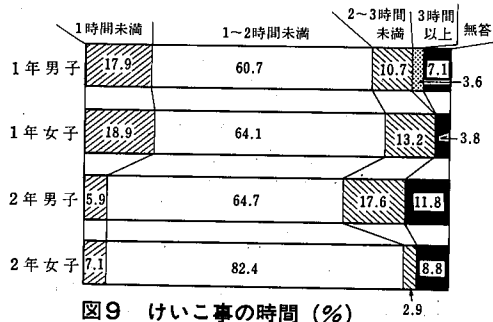


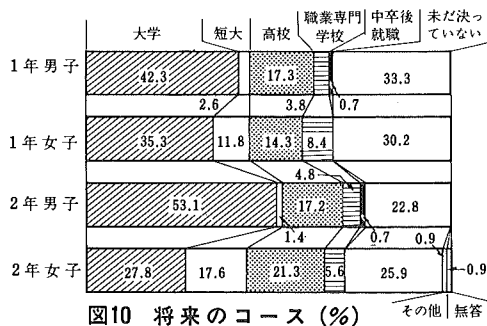
図 9 けいこ事の時間 (%)

しかし短大への進学希望者は増加しており(11.8%→17.6%)大学・短大を合せるとほぼ同程度で

ある。高校及び職業専門学校に進学希望の者は1・2年男女ともに少なくあまり変化しない。中学卒業後就職希望者は男子に1人だけおり、中卒後家業を手伝うという者は1人もいない。1年男子と2年男子の間に有意な差はみられなかったが1年女子と2年女子の間には有意差がみられた(x^2 ; .025)。また1年男子と1年女子(x^2 ; .025)2年男子と2年女子(x^2 ; .005)の間にも有意差が認められ、男女で進学に関する考え方に大きな違いがあることがわかった。これも学歴偏重社会という世相を反映しているのであろう。

表9. 将来のコース

コース	1年		2年	
	男	女	男	女
大学	66	42	77	23
短大	4	14	2	19
高校	27	17	25	30
職業専門学校	6	10	7	6
中卒後就職	1	0	1	0
中卒後家事手伝い	0	0	0	0
まだわからない	52	36	33	28
その他	0	0	0	1
無答	0	0	0	1
計	156	119	145	108



以上のことから塾に行っている者と将来のコ

ースについての質問を比べると、塾に行っている者と将来大学に進学する希望を持っている者がほぼ同じ様な比率である事がわかる。調査以前には大学進学希望者や塾に通っている者がもっと多数存在すると思われたが、意外と少ない事に驚いた。

「将来つきたい仕事」に関しては非常にバラエティーに富んでおり、職種別に分類しても30種に分かれた。1年男子では1位、一般技術者(15人)、2位、専門的技術者(13人)、3位、会社員(12人)、4位、店主・事業家(10人)、5位、プロ・スポーツ(9人)、2年男子は1位、会社員(27人)、2位、専門的技術者(20人)、3位、一般技術者(12人)、4位、教師と店主、事業者(各8人)。1年女子では、1位、保母・幼稚園の先生(24人)、2位、医療従事者(獣医、看護婦を含む)(13人)、3位、教師(12人)、4位、商業美術(11人)、5位、芸能関係(10人)。2年女子では1位、保母・幼稚園の先生(20人)、2位、医療従事者と教師(各12人)、4位、会社員(9人)、5位、調理師(7人)となっている。未だ決っていないと答えた者は、1年男子30人、女子14人、2年男子25人、女子15人と、男子の方が多。男子は技術者や会社員、女子は保母・幼稚園の先生、医療従事者や教師と男女共に堅実で専門技術的な仕事を望む者が多い。

「趣味」に関する質問では、男子94.5%、女子98.2%と大部分の者が趣味を持っているが、その種類を検定した結果、男女に有意差は認められなかった(表10、図11)。レコード鑑賞、読書、楽器、収集など比較的室内で静かに楽しむ傾向のものを文化的な趣味とし、スポーツに関する趣味と分けた。また従来あまり趣味とは考えられなかったラジオ、遊び、マンガ、テレビ、食うこと、寝ること、おしゃべり等消極的な、いわゆるひまつぶしとも思われるものを趣味として堂々と書いている者がおり、これはひまつぶし型として統計を出した。

文化的な趣味では、男子は65.3%おりその中ではレコード鑑賞が34人と一番多く、次が読書

表 10. 趣味(2年生のみ)
(複数回答者あり)

	男	女
スポーツ	32	32
文化的	132	107
ひまつぶし型	27	20
なし	5	2
わからない	6	1
計	202	162

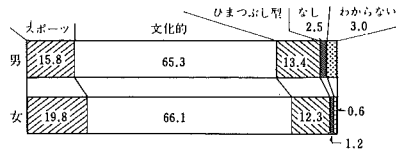


図11 趣味(%)

16人、オーディオ11人、模型・収集・アニメが各々8人となっており1人で楽しむ空想的な傾向がみられるが、女子では66.1%おり、その中で楽器19人、レコード鑑賞・読書が各18人、手芸15人、料理9人と家庭的な傾向がみられる。

スポーツに関しては男子15.8%、女子19.8%いるがその中で単にスポーツと答えている者が男子19人、女子23人であり、その他に男子では、つり4人、テニス2人と続き、女子では野球やバスケット、スキー、バレーなどがある。

ひまつぶし型は、男子13.4%、女子12.3%いたが、各人各様で特に集中して多い物は無かった。

「尊敬する人物」に関する質問では「現在生きている人物」と「歴史上の人物」とに分けて調べた(表11, 12, 図12, 13)。

生きている人に関しては父、母または両親と答えた者が一番多く、1年男子66人、女子76人、2年男子50人、女子55人となっている。両親のうちで父と母とを別に書いている者では、1・2年共男子は父を、女子は母を、と書いた者が多く、男子が父をあげる傾向が女子よりも有意に高くなっている($x^2; .05$)。また、家族を尊敬する子供の学年による変化を調べると、男子1年が家族を尊敬する割合と男子2年が家族を尊敬する割合では差がなく、女子の場合も有意差

は認められなかった。

家族以外の者では、各人各様で一定の傾向は見られないが、男子はプロ・スポーツ選手をあ

表 11. 尊敬する人物(生きている人)
(複数回答者あり)

	1年		2年	
	男	女	男	女
家族	66	73	50	55
教師(含塾)	2	4	2	5
友達	3	2	0	4
プロスポーツ選手	13	1	11	1
作家	3	1	0	1
タレント	4	2	10	4
その他	3	2	10	8
わからない	1	1	0	0
無答	8	6	10	6
なし	11	3	4	1
全くなし	48	26	54	23
計	163	122	151	108

(その他; 指揮者・医師・マンガ家・政治家・ピアニスト・天皇陛下・マザーテレサ・カメラマン)

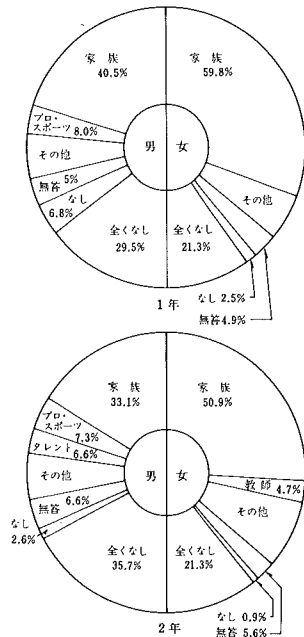


図12 尊敬する人物(生きている人)

表 12. 尊敬する人物(歴史上の人物)
(複数回答者あり)

	1 年		2 年	
	男	女	男	女
政治家	25	15	24	18
科学者	14	5	8	1
社会事業家	7	16	2	16
芸術家	7	8	6	4
軍人武将	21	4	18	11
その他	7	7	9	11
わからない	0	1	0	0
無答	12	24	20	15
なし	15	15	5	9
全くなし	48	26	54	23
計	156	121	145	108

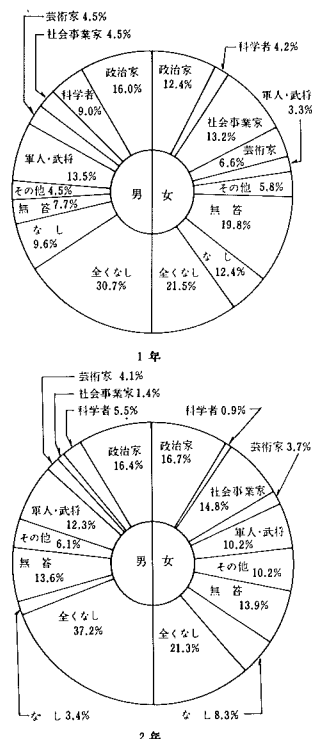


図 13 尊敬する人物(歴史上の人)

げている者が1年13人、2年11人と目立った。学校の先生、塾の先生も含めて教師と答えた者は1年男子2人、女子4人、2年男子2人、女子5人と少ない。その他にはタレント、指揮者、

友達、作家などがあり、全部で51人の名前がある。

次に歴史上の人物については全部で69人もの名前をあげており、著者らは便宜上、政治家・科学者・社会事業家・芸術家・軍人・武将に分類し整理してみた。全体を通じて一番多いのは聖徳太子(33人)、次が徳川家康と坂本龍馬(各15人ずつ)で、次がナイチンゲールとヘレンケラー(各11人ずつ)となっている。

各項目のベスト3をあげてみると、政治家の中には1位、聖徳太子、2位、徳川家康、3位、豊臣秀吉(9人)。

科学者では1位、エジソン(8人)、2位、野口英世(7人)、3位、キュリー夫人(4人)。

社会事業家では1位、ナイチンゲールとヘレン・ケラーで、3位、田中正造(6人)。

芸術家では、1位、ベートーベン(7人)、2位、夏目漱石(3人)、3位、モーツァルト、ミレー、ドボルザーク(各2人)。

軍人・武将では1位、坂本龍馬、2位 西郷隆盛(9人)、3位、織田信長(7人)となっている。

尊敬する人が全くいないと答えた者は1年の男子48人、女子26人、2年の男子54人、女子23人と各々の中で約26~30%いた。これらの尊敬する人物が全くいないと答えた者について検定した結果、1年男子と1年女子の間には有意差があり、男子の方が女子よりも有意に多いことがわかり(χ^2 ; .05)、2年男子と2年女子の間にも有意差があり、男子の方が女子よりも有意に多いことがわかった(χ^2 ; .005)。また、1年男子と2年男子、1年女子と2年女子を比較しても有意な差はみられなかった。

この様に多勢の名前をあげているのはマスメディアの発達した今日では当然のことかもしれないが、日本人39人、外国人30人と地域性や男女差は認められない。また、尊敬する人がいないと答えた者が、2~3割ありこれを解釈するのは難しいが、近頃増えつつある無関心生徒達ではないだろうか。

「両親についての良いところ、悪いところはどんな点か」についての答えは非常に個人差があったので、記述内容により両親の性格について自分に対する態度、両親の生活態度と姿勢とに分けてまとめてみた(表13, 14).

性格には良い点としてやさしい、面白い、明るい、さっぱりしている、思いやりがあるなど、悪い点としては短気、口うるさい、自己中心的、

しつこい、ガミガミ言う、お天気屋などを入れ、自分に対する態度には、良い点として相談にのってくれる、理解力がある、遊んでくれる、勉強を教えてくれる、気前がいいなど、悪い点としては干渉しすぎる、他と比較する、などを入れ、生活の態度と姿勢では良い点として仕事熱心、頼れるなど、悪い点としては酒ぐせが悪い、飲み過ぎる、タバコをすうなど飲酒やタバコに

表 13. 父について(複数回答者あり)

父の良いところ			父の悪いところ		
	男	女		男	女
性 格	44	51	性 格	49	37
やさしい	19	26	短 気	25	17
面白い	6	6	口うるさい	6	2
明るい	3	1	自己中心的・一方的	2	1
さっぱりしている	2	2	しつこい	1	2
男らしい	0	4	その他	15	15
真面目	3	0			
その他	11	12			
自分に対する態度	52	40	自分に対する態度	9	18
相談にのってくれる	4	0	干渉しすぎ	1	4
理解がある	1	5	他と比較する	1	0
どこかに連れて行ってくれる	6	7	その他	7	14
遊んでくれる	3	5			
勉強などいろいろ教えてくれる	15	4			
気前がいい	6	4			
その他	17	15			
生活態度・姿勢	27	20	生活態度・姿勢	44	38
仕事熱心	6	2	飲 酒	17	8
頼れる	5	1	タバコ	3	8
その他	16	17	帰宅が遅い	5	2
			その他	19	20
な し	22	7	な し	36	17
無 答	8	3	無 答	10	5
わからない	0	2	不 明	1	0
計	153	125	計	149	115

表 14. 母について(複数回答者あり)

母の良いところ			母の悪いところ		
	男	女		男	女
性 格	50	55	性 格	54	39
やさしい	38	21	短 気	3	12
面白い	0	10	口うるさい	18	7
明るい	1	4	自己中心的	1	2
さっぱりしている	0	1	しつこい	5	0
思いやりがある	0	3	がみがみ言う	5	1
その他	11	17	お天気や	2	3
			その他	20	14
自分に対する態度	51	54	自分に対する態度	25	31
相談にのってくれる	7	17	干渉しすぎる	5	2
理解がある	9	14	他と比較する	1	8
どこかに連れていってくれる	1	1	その他	19	21
その他	34	22			
生活態度・姿勢	20	11	生活態度・姿勢	11	13
家事をよくやってくれる	11	0	けんか・夫婦げんか	0	2
その他	9	11	その他	11	11
な し	21	4	な し	39	26
無 答	7	1	無 答	17	5
わからない	2	3	わからない	2	1
計	151	128	計	148	115

関すること、帰宅が遅い、などを入れた。

父と母ともに良いところに関する答えでは、男女共性格や自分に対する態度に関する答えが多く、悪いところでは性格に関する答えが多く、なしと答えた者も比較的多い。

検定の結果からも、「父の良いところ」に関して男女間で分布に有意な差が認められ(x^2 ; .05)、「母の良いところ」に関して男女間で有意な差が認められた(x^2 ; .005)。「父の悪いところ」と「母の悪いところ」に関しては男女差は認められなかった。

次に「父と母の良い点」「父と母の悪い点」に関して検定を行なった結果、「父と母の悪い点」

に関して男子・女子共に有意差がみられ(共に、 x^2 ; .005)、自分に対する態度に関する批判は母親の方に、生活態度・姿勢に関する批判は父親の方に集中し、なかでも飲酒やタバコに関することが多い。「父と母の良い点」については有意差はみられなかった。

「一番良い相談相手は誰か」という事では男女共に友人と答えた者が圧倒的に多く、次に母親、三位が父親となっている(表15)。また各々の相談相手について男女差を比較すると、検定の結果から男子の方が女子よりも父親を相談相手と考えている者が有意に多いことも明らかになった。兄弟・姉妹や教師に相談する者は少ない。

自分とか太陽，誰でも良いなどと一人孤独な葛藤をしているのか，現在は相談相手がいなくてと思われる者は男子には約10%程度いるが女子にはわずか3人しかいない。

家出についての質問では男子1年5.1%，2年4.1%より女子1年11.8%，2年9.2%の方が「家出したい」という気持ちをもつ者が多く(表16, 図14), 検定の結果からも両者の間に有意差が認められた(χ^2 ; .005)。

表 15. 一番良い相談相手(2年生のみ)

	男子	女子	計
父	15	2	17
母	29	20	49
兄	1	2	3
姉	0	2	2
弟	1	0	1
妹	0	1	1
祖父	1	0	1
祖母	0	0	0
先生	4	1	5
友人	92	82	174
文通相手	0	1	1
誰でもよい	1	0	1
あまり相談しない	1	0	1
自分	4	0	4
太陽	1	0	1
その他	0	1	1
いない	4	2	6
無 答	1	0	1
計	155	114	269

(複数回答者あり)

死についての質問では男子1年2.6%，2年0.7%より女子1年11.8%，2年6.5%の方が「死にたい」と思ったことのある者が多い(表17, 図15). 検定の結果1年男子と女子の間には有意な差がみられなかったが，2年男子と女子の間には有意な差がみられた(χ^2 ; .01). 現実の自殺者は女子より男子の方が多く，自殺未遂者は圧

倒的に女子が多いということがこの結果からもうなづけることと思う。

家出や死について考えている者はもっと多いのではないかと考えていたが，思いの外少なかったと思われる。また女子の方が簡単に家出や死について考えてしまうのではないだろうか。しかし相談相手がいなくて答えた者は男子に多く，このことも行動化をおこす一つの原因になるのではないだろうか。

表 16. 家出について

頻度	1 年		2 年	
	男	女	男	女
ある	8	14	6	10
時々ある	12	15	13	20
まれにある	21	26	19	22
ない	112	64	105	56
無 答	3	0	1	0
わからない	0	0	1	0
計	156	119	145	108

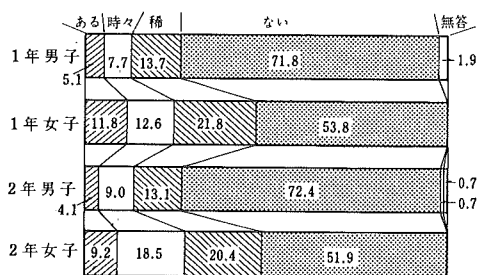


図14 家出について (%)

表 17. 死について

頻度	1 年		2 年	
	男	女	男	女
ある	4	14	1	7
時々ある	4	3	5	5
まれにある	14	13	11	14
ない	134	89	127	81
わからない	0	0	1	0
無 答	0	0	0	1
計	156	119	145	108

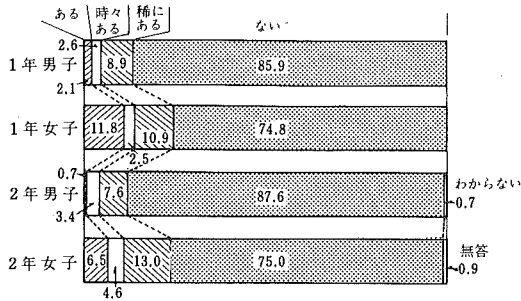


図15 死について (%)

おわりに

我々の調査した中学は、東京近郊の新興住宅地で都市化の進んでいる人口急増地帯であり、社会的に中級クラスの家が多い。

なお、SCT, YG, 集団ロールシャッハ, HTPについては紙面の関係上次回に報告する。

我々の他のグループがほぼ同時期に神奈川県下の私立中学校において同様の調査をしたので、その結果および比較検討したものは、後日発表する予定である。

付録1

中学生調査表(Ⅱ)

記入年月日 (昭和 年 月 日)

名前()性別(男 女)
生年月日(昭和 年 月 日)

- あなたの好きな科目は何ですか？ 二つあげてください。 (1) (2)
- あなたの嫌いな科目は何ですか？ 二つあげてください。 (1) (2)
- あなたは塾やけいこ事に通っていますか？ あてはまるところに○をつけて下さい。
A. ① 塾に行っていない。
② 塾に行っている。 週に()回、 1回()時間位
B. ① けいこ事に行っていない。
② けいこ事に行っている。 週に()回、 1回()時間位
習字、 そろばん、 バレー、 ピアノ、 バイオリン、 日本ふよう、 面、 スポーツ、
水泳、 その他()
- あなたの趣味(好きなこと)は何ですか。
- あなたのもっとも尊敬する人物を一人づつ書いて下さい。
A. 生きている人では()
その理由
B. 過去の歴史上の人では()
その理由
C. 尊敬する人物はいない。
- あなたは将来次のどのコースを考えていますか？
① 高校まで行く。 ② 短大まで行く。
③ 大学まで行く。 ④ 職業専門学校(たとえば、テレビ・料理・洋服など)に行く。
⑤ 中卒後就職する。 ⑥ 中卒後家の仕事を手振う。
⑦ まだわからない。 ⑧ その他
- あなたの将来つきたい仕事は何ですか？ 具体的に書いて下さい。
- あなたは時々家出して、どこかへ行ってしまいたいと思うことがありましたか？
① ある。 ② 時々ある。 ③ まれにある。 ④ ない。
どんな時にそう思いましたか？
- あなたは時々死んでしまいたいと思うことがありましたか？
① ある。 ② 時々ある。 ③ まれにある。 ④ ない。
どんな時にそう思いましたか？
- あなたにとって一番よい相談相手は誰ですか？
① 父 ② 母 ③ 兄 ④ 姉 ⑤ 友人 ⑥ 先生 ⑦ おじいさん ⑧ おばあさん
⑨ その他(具体的に)()
- お父さんについて
よいところ(好きなところ)、わるいところ(こまること、かえてほしいこと)はどんなことですか？
- お母さんについて
よいところ(好きなところ)、わるいところ(こまること、かえてほしいこと)はどんなことですか？

注) 4,10,11,12番の問いは、1年生には無い。

老人ホームにおける精神医学的問題をもつ老人の実態に関する研究

齋藤和子・丸山 晋・大塚俊男

老人精神衛生部

Current Situation of Homes for the Aged

Kazuko SAITO · Susumu MARUYAMA · Toshio OTSUKA

Division of Psychogeriatrics

Summary

The aim of this study was to make clear the actual conditions of the health of residents and medical facilities, both nursing and other care taking assistances of homes for the aged.

In Japan, as of 1980, the number of Homes for the Aged specified by the Law for the Welfare of the Aged was 2,181 in total ; 944 Homes for the Aged (for those who are ambulatory) including 34 Homes for those who are blind, 1,031 Nursing Homes and 206 Homes for the Aged with moderate fee (for those who are ambulatory). Beside, there are 76 private Homes for the Aged. The percentage of the Home residents in the aged population of over 65 years of age was 1.54 except the residents of the private Homes and 1.60 including those who were in Private Homes in 1980.

The subject of this study were all homes in Chiba prefecture, namely 22 Homes for the Aged (Yogo Homes), 20 Nursing Homes (Tokubetsu Yogo), 4 Homes for the Aged with moderate fee (Keihi Homes) and 1 Homes for the Blind Aged, therefore 47 Homes in total. The percentage of the Home residents in the aged population over 65 years old in Chiba prefecture was 0.9 in 1980.

The principal results were as follows. (1) Percentage of those who were needed total or almost total care Homes for the Aged (yogo) was about 20, 60 for Nursing Homes (tokubetsu yogo), 0 for Homes for the Aged with moderate fee and 30 for Homes for the Blind Aged. (2) Percentages of the age - related dementia, including senile dementia type, cerebrovascular dementia type and unclassifiable type, were 12.6 for Homes for the Aged, 28.3 for Nursing Homes, 2.0 for Homes for the Aged with moderate fee and 18.6 for the Homes for the Blind Aged. (3) Percentages of the mentally disordered, including the age - related dementia aged, were 19.6 for Homes for the Aged, 34.0 for Nursing Homes, 2.6 for Homes for the Aged with moderate fee and 18.6 for Homes for the Blind Aged.

From the results above mentioned, the followings were realized ; 1. The actual situations of

the Homes for the Aged were recognized as the Institutions which have the responsibility to supply the medical care as well as the living assistances. 2. To satisfy the actual medical needs, an employment of full - time medical doctor, increase of nursing staff especially in night time, cooperation with not only the big hospitals but also the clinics in the community and organizing the system of visiting doctors of special fields such as dentists, ophthalmologists, psychiatrists etc. were recommended. 3. Education and training for the care taking workers should be improved.

Key words: Homes for the aged, Home-Care

要約

老人ホーム在住者の健康、医療、看護及び介護状況の実態を把握するために、千葉県下の養護老人ホーム22、特別養護老人ホーム20、軽費老人ホーム4、救護盲老人施設1の計47ヶ所において調査を行った。主たる結果は、1、全面的あるいはかなりの介護を要する者は養護2割、特養6割、軽費なし、盲施設3割である。2、老年期痴呆は養護12.6%、特養28.3%、軽費2.0%、盲施設13.4%である。3、全精神障害は養

護19.6%、特養34.0%、軽費2.6%、盲施設18.0%である。以上の結果から1、老人ホームの実態は生活の場であると同時に療養の場でもあること、2、現時点における医療問題に対処するために、専任医師の確保、看護力の増強、特に夜間看護職員の定員化が強く望まれ、3、わずかな協力病院との協力にとどまらず広く地域の開業医の協力、専門医の巡回診療が望まれ、4、職員の教育、研修の必要が明らかとなった。

序

近年老人ホーム、特に特別養護老人ホームの開設が盛であり入所者数も増加している。利用者の中には種々の医療および介護上の問題をもつ者も多いと思われ、職員の労苦も推察されるところであるが、その実態についてはあまり明らかではない。

この報告は、昭和55年度厚生省科学研究費補助金により、千葉県下の老人ホームにおける医療および介護の実態、殊に痴呆や不適応など精神医学上あるいは精神衛生上の問題をもつ者についての実態を調査研究したものである。

昭和55年厚生省の社会福祉施設調査によれば、施設数およびその定員は、養護老人ホーム944、定員70,450人、特別養護老人ホーム1,031、定員80,385人、軽費老人ホーム206、定員12,544人となっている。定員の合計は163,279人である。在籍者は157,425人で定員の96.4%である。65歳以上人口に対しては、定員で1.54%(+有料ホームで1.60%)、在籍で1.49%(+有料ホームで1.53%)である。

また、昭和55年10月1日の国勢調査による千葉県の全人口は4,735,437人であり、65歳以上は343,346人であり、全人口の7.25%であった。これは全国平均9.0%より低い値である。また本調査の対象となった施設は、昭和55年6月1日現在の県内の老人福祉法に定める老人福祉施設で、その数および定員数は養護老人ホーム22施設、定員1,495人、盲養護老人ホーム1施設、定員50人、特別養護老人ホーム20施設、定員1,400人、軽費老人ホーム4施設、250人、計47施設で定員の合計は3,195人である。在籍は3,223人であり、在籍者数は定員数を上まわり、定員数の108.8%となっている。定員数は65歳以上人口の0.93%である。昭和55年10月における全国平均は1.54でありこれより低い値である。このように千葉県は老年人口も全国平均より低く、老人福祉施設入所者の比率も全国平均より低いといえよう。

本調査は1県下における調査結果であるが、今日の老人ホームのもつ問題点をかなり明らか

にし得たと思われる。

I 研究の目的

この研究の目的は、1. 千葉県下における老人ホーム在在所者の健康状況、介護状況および医療の実態の把握、2. 特に老年痴呆など精神医学的問題をもつ者の実態の把握、3. 医療面からみた老人ホームの持つ問題点の検討、4. 老人ホームが行っている地域の在宅老人へのサービス活動の実状の把握であり、5. これらを総合して老人ホームの役割およびあり方を検討することである。

II 対象および方法

対象は昭和55年10月1日現在の千葉県下の全老人ホームである。すなわち、養護老人ホーム22ヶ所、特別養護老人ホーム20ヶ所、軽費老人ホーム4ヶ所、救護盲老人施設1ヶ所の計47ヶ所である。

方法は調査票によるアンケート方式で、千葉県社会福祉協議会および千葉県老人福祉施設協議会の協力を得て、老人福祉協議会を通して配布し、社会福祉協議会において回収した。回収率は100パーセントであり、両協議会の強力な支援によるものと考えられた。

調査票の記入は主として生活指導員、他に施設長が行っている。

III 結果

結果は施設の種類別に平均値で表わし、養護老人ホーム(以下養護)、特別養護老人ホーム(以

下特養)、軽費老人ホーム(以下軽費)、救護盲老人施設(以下盲施設)の順で表に示した。

1. 開設の時期

開設の時期は表1の通りである。養護では22施設のうちすでに昭和20年代に8施設が開設されており、30年代6施設、40年代7施設で、50年以降は55年に1施設が開設されている。これ

表1. 開設の時期：施設の種類の別

開設年	養護	特養	軽費	盲施設
昭和20～29年	8(36.4)	0	0	0
30～39	6(27.2)	0	0	0
40～49	7(31.8)	5(25.0)	2(50.0)	1(100.0)
50～55	1(4.5)	15(75.0)	2(50.0)	
計	22(100.0)	20(100.0)	4(100.0)	1(100.0)

* この内1施設は昭和7年開設

表2. 定員数および職員数：施設の種類の別

施設の種類の別		養護	特養	軽費	救護盲老人施設	
施設数		22	20	4	1	
平均定員		65.5	77.3	65.2	50	
平均職員数		B 17.6 A 16.2	B 36.0 A 34.2	B 16.3 A 15.5	A 20	
職員数	施設長	B 1.0 A 0.8	A 1.0	A 1.0	A 1.0	
	生活指導員	B 1.1 A 1.1	B 1.2 A 1.2	A 1.0	A 2.0	
	寮母	A 6.6	A 19.1	A 3.0	A 8.0	
	看護婦	A 1.1	B 3.0 A 2.9	A 1.0	A 2.0	
	医師	B 0.9	B 1.1 A 0.1	B 0.8	0	
	栄養士	B 0.7 A 0.7	B 1.1 A 1.0	A 1.3	A 1.0	
	調理人	A 4.1	B 4.6 A 4.4	A 4.5	A 4.0	
	機能回復	理学療法士	0	B 0.1	0	0
		作業療法士	0	0	0	0
		その他	0	B 0.4 A 0.3	0	0
事務職	A 1.3	B 2.5 A 2.3	A 1.5	A 1.0		
その他	B 0.9 A 0.7	B 2.2 A 2.1	A 1.0	A 1.0		
計	B 17.6 A 16.2	B 36.0 A 34.2	B 16.3 A 15.5	A 2.0		
職員1人あたり数	B 3.7 A 4.0	B 2.1 A 2.3	B 3.8 A 4.0	A 2.5		
寮母1人あたり数	A 9.9	A 4.1	A 20.8	A 6.3		

注 Aは専任のみの場合の数
Bは兼任を含めた場合の数
(Aに記載がないときは兼任のみ、Bに記載がないときは専任のみを意味する。)

と対照的に特養では20施設のうち40年代に5施設が開設され、50年以降わずか6年の間に15施設が開設されている。軽費は40年代2、50年以降は2、盲施設は40年代に1となっている。

2. 定員数および職員数

定員数および職員数は表2に示した。定員数は養護では30人～100人で平均65.5人、特養では50人～210人で平均77.3人、軽費は50～100人で平均65.2人、盲施設は50人である。養護、特養、軽費ともに定員数には大きな差があり、これはそのまま施設規模の差が大きいことを示している。

職員数は施設の種別別に平均の人数で示してあるがおおむね規準を満たしている。

施設長は養護では22施設中3施設が兼任、19施設が専任であるが、特養、軽費、盲施設では全て専任である。生活指導員は養護では専任2

名が2ヶ所、1名が19ヶ所、専任兼任のいずれもおいていないところが1ヶ所ある。特養では専任2名が2ヶ所、1名が17ヶ所、専任兼任のいずれもおいていない所が1ヶ所である。軽費では全て専任1名、盲施設では専任2名をおいている。寮母は全ての施設で専任のみをおいている。看護婦はほとんど全て専任であり養護1.1人、特養2.9人、軽費1.0人、盲施設2.0人である。医師はおかれていてもほとんど兼任である。養護では22施設中専任は1名もなく兼任1名18施設、兼任2名1施設であり全くおいていないところが3施設ある。特養では専任1名2施設、兼任1名14施設、兼任2名3施設であり全くおいていないところが1施設ある。軽費では4施設中兼任1名3施設、全くおいていないのが1施設である。盲施設は専任も兼任もおいていない。機能回復のための各種療法士は特養全体で

表3. 年齢階層別人数及び平均年齢：施設の種別別、性別

施設 年齢	養 護			特 養		
	男 (%)	女 (%)	計 (%)	男 (%)	女 (%)	計 (%)
～ 64	27(5.3)	54(6.1)	81(5.8)	50(9.7)	85(8.3)	135(8.8)
65 ～ 69	95(18.7)	88(10.0)	183(13.2)	85(16.5)	103(10.0)	188(12.2)
70 ～ 74	155(30.6)	193(22.0)	348(25.1)	120(23.4)	171(16.6)	291(18.9)
75 ～ 79	108(21.3)	235(26.8)	343(24.8)	122(23.8)	218(21.2)	340(22.0)
80 ～ 84	90(17.9)	191(21.8)	281(20.3)	88(17.1)	238(23.2)	326(21.1)
85 ～	32(6.3)	117(13.3)	149(10.8)	49(9.5)	213(20.7)	262(17.0)
計	(33.3) 507(100.0)	(66.7) 878(100.0)	(100.0) 1,385(100.0)	(36.6) 514(100.0)	(63.4) 1,028(100.0)	(100.0) 1,542(100.0)
平均年齢	71.0 78.1	73.3 79.2	72.5 77.7	67.5 78.0	73.8 79.7	72.2 78.3

施設 年齢	軽 費			盲 施 設		
	男 (%)	女 (%)	計 (%)	男 (%)	女 (%)	計 (%)
～ 64	1(1.3)	10(5.7)	11(4.4)	3(25.0)	4(12.5)	7(15.9)
65 ～ 69	9(11.8)	23(13.1)	32(12.7)	1(8.3)	4(12.5)	5(11.4)
70 ～ 74	17(22.4)	42(23.9)	59(23.4)	2(16.7)	6(18.7)	8(18.2)
75 ～ 79	28(36.9)	56(31.8)	84(33.3)	4(33.4)	6(18.8)	10(22.7)
80 ～ 84	13(17.1)	33(18.7)	46(18.3)	1(8.3)	6(18.7)	7(15.9)
85 ～	8(10.5)	12(6.8)	20(7.9)	1(8.3)	6(18.8)	7(15.9)
計	(30.2) 76(100.0)	(69.8) 176(100.0)	(100.0) 252(100.0)	(27.3) 12(100.0)	(72.7) 32(100.0)	(100.0) 44(100.0)
平均年齢	73.6 77.1	74.1 77.0	74.5 76.8	73.6	75.6	75.0

注： 平均年齢上段は最少、下段は最高

理学療法士の兼任2名、その他の専任6名、兼任1名がおかれているのみで、養護、軽費、盲施設にはいかなる種類の療法士もおかれていない。

寮母1人あたりの定員数は養護9.9人、特養4.1人、軽費20.8人、盲施設6.3人である。養護は特養の2倍強、軽費は養護の2倍強となっている。盲施設は養護と特養の間となっている。

3. 在所者数及び在所者の年齢構成

在所者は男1,109人(34.4%)、女2,114人(65.6%)、男女比は養護、特養、軽費ではほとんど変りなく男性1に対して女性は倍の2となっている。盲施設は男性1に対して女性3となっている。

年齢構成は表3の通りである。

平均年齢は養護では72.5歳から77.7歳、特養で72.2歳から78.3歳、軽費で74.5歳から76.8歳、盲施設75.0歳で施設によりばらつきがあるが全体としては施設の種類による差は大きくはない。

表4. 入所経路：施設の種別

施設		養護	特養	軽費	救護盲老人施設
入所経路	世帯から				
	一人暮らし	562(40.6)	180(11.7)	41(16.2)	15(34.1)
	老夫婦	105(7.6)	90(5.8)	38(15.1)	0
	その他	523(37.8)	701(45.5)	161(63.9)	14(31.8)
	計	1,190(85.9)	971(63.0)	240(95.2)	29(65.9)
病院		79(5.7)	332(21.5)	3(1.2)	1(2.3)
他の老人ホーム		47(3.4)	228(14.8)	9(3.6)	14(31.8)
その他		69(50.0)	11(0.7)	0	0
	計	1,385(100.0)	1,542(100.0)	252(100.0)	44(100.0)

いずれも女性が男性より1~2歳年齢が高い。

4. 入所経路

施設への入所の経路は表4の通りである。入所経路は施設の種類により異なっている。

養護では最も多いのは1人暮らし世帯からで40.6%、次いで、1人暮らしおよび老夫婦のみの世帯以外のその他の世帯すなわち子供その他の同居者のいる世帯からで

37.8%である。老夫婦のみの世帯からは7.6%で「世帯から」は85.9%となる。

特養では最も多いのはその他の世帯からで45.5%であり次いで病院から21.5%である。1人暮らしからは11.7%で養護に比べて著しく少ない。また老夫婦のみからも5.8%と養護より少なく「世帯から」は合せて63.0%と養護より少ない。特養へは他の老人ホームからも14.8%が来ている。

軽費では最も多いのはその他の世帯からで63.9%、次いで1人暮らし、老夫婦のみがほぼ同率でそれぞれ16.2%、15.1%であり、「世帯から」は合せて95.2%となる。

盲施設では1人暮らし、その他の世帯、他の老人ホームからほぼ同率でそれぞれ34.1%、31.8%、31.8%となっている。

すなわち、養護では1人暮らしとその他の世帯からがそれぞれ約4割ずつで両者で8割となり、特養ではその他の世帯からが半数近くを占めるが、病院からも2割、他のホームからも多く、1人暮らしからも入所しており、寄せ集めあるいは終着駅の感が強い。養護、特養ともに老夫婦のみの世帯からは少ない。軽費ではその他の世帯からが6割以上を占め、1人暮らし、老夫婦世帯からも多く合せて3割である。病院、その他のホームからは少ない。盲施設では1人暮らし、その他の世帯、他の老人ホームからがそ

表5. 入所前住所：施設の種別

施設	養護	特養	軽費	盲施設
千葉県	1,350(97.5)	1,471(95.4)	228(90.5)	43(97.7)
東京都	28(2.0)	51(3.3)	18(7.1)	0
その他	7(0.5)	20(1.3)	6(2.4)	1(2.3)
計	1,385(100.0)	1,542(100.0)	252(100.0)	44(100.0)

れぞれほぼ3分の1ずつであり、他の老人ホームからがある。

5. 入所前住所

入所前の住所は表5の通りである。いずれの施設でも千葉県がほとんどであるが、隣の東京都からも養護2.0%、特養3.3%、軽費では7.1%が入っており、それら以外からは養護0.5%、特養1.3%、軽費2.4%、盲施設2.3%が入っている。

6. 居室の状況

居室の状況は表6の通りである。養護では4人部屋が最も多く50.5%、次いで2人部屋で37.2%であり、特養では最も多いのが4人部屋で61.6%、次が6人部屋で18.6%である。軽費では1人部屋が89.5%、残りは2人部屋で10.5%である。盲施設は全て4人部屋である。

1室当りの平均定員はほぼ養護3人、特養4人、軽費1人、盲施設4人となっている。

7. 日常生活介護状況

在所者の身体および精神状態からの介護状況は表7の通りである。

養護では全面的な介護を必要とするのは2.6%、かなりの介護を必要とする者14.2%、合せて16.8%である。残り83.2%は介護を要しないか要してもわずかであると考えられる。

特養では全面介護27.1%、かなりの介護35.9%、それら以外は37.0%であり、全面あるいはかなり介護を要する者は63.0%で約3分の2となっている。

軽費では全面あるいはかなりの介護を要する者は1人もいない。

盲施設では全面介護4.5%、かなりの介護29.6%、合せて34.1%であり、それら以外は65.9%となり養護と特養のほぼ中間の状況であると考えられる。

8. 健康状態および医療処置

健康状態および医療処置状況は表8の通りである。

まず健康上問題のある者は養護では全在所者の64.4%、特養では79.4%、軽費では55.2%、盲施設では63.6%となっている。これらのうちほとんどは医療を必要としており、またそのほとんど全ては現に医療をうけている。すなわち医療をうけている者は、在所者の、養護59.8%、

表6. 居室の状況：施設の種別

施設	養護	特養	軽費	盲施設
1人部屋	0	12(3.1)	204(89.5)	0
2人部屋	172(37.2)	39(10.0)	24(10.5)	0
3人部屋	49(10.6)	11(2.8)	0	0
4人部屋	234(50.5)	239(61.6)	0	13(100.0)
5人部屋	0	8(2.1)	0	0
6人部屋	5(1.1)	72(18.6)	0	0
7人部屋	0	3(0.8)	0	0
8人部屋	3(0.6)	4(1.0)	0	0
計	463(100.0)	388(100.0)	228(100.0)	13(100.0)
一室当り平均人数	2.99	3.97	1.10	3.85

表7. 介護状況：施設の種別

施設	養護	特養	軽費	盲施設
身体状況				
日常生活介護	36(2.6)	417(27.1)	0	2(4.5)
日常生活介護	197(14.2)	554(35.9)	0	13(29.5)
上記以外	1,152(83.2)	571(37.0)	252(100.0)	29(65.9)
計	1,365(100.0)	1,542(100.0)	252(100.0)	44(100.0)

表8. 健康上問題のある者および医療をうけている者：施設の種別、医療機関別

施設	養護	特養	軽費	盲施設
健康及び医療				
健康上問題のある	849(64.4) (100.0)	1,145(79.4) (100.0)	139(55.2) (100.0)	28(63.6) (100.0)
I医療を必要とする	803(60.9) (94.6)	1,067(74.0) (93.2)	131(52.0) (94.2)	28(63.6) (100.0)
II医療を受けている	788(59.8) (98.1)	1,062(73.6) (99.5)	128(50.8) (97.7)	28(63.6) (100.0)
A施設内診療所・医務室	291(22.1) (36.9)	602(41.8) (56.7)	27(10.7) (21.1)	5(11.4) (17.9)
B施設外医療機関	497(37.7) (63.1)	460(31.9) (43.3)	101(40.1) (78.9)	28(63.6) (100.0)

- 注 1. ()上段は全在所者に対する比率
2. 全在所者は特養は18施設、1,442人
養護は21施設、1,318人
軽費は4施設、252人

特養73.6%，軽費50.8%，盲施設63.6%であり特養の在所者はほぼ4人のうち3人までが、養護、軽費でも2人に1人は医者にかかっている病人ということになる。

つぎに医療をうけている場所であるが、養護では4対6で施設外の医療機関へ依存している者の比率が高い。特養ではほぼ6対4で施設内の診療所あるいは医務室で医療をうけている者の比率が高い。軽費では施設内と施設外の比は2対8で施設外が高い。盲施設でもほぼ2対8で施設外が高い。

これらを全在所者に占める割合でみると、施設内の診療所あるいは医務室は養護22.1%，特養41.8%，軽費10.7%，盲施設11.4%であり、在所者10人のうち養護2人、特養では4人、軽費1人、盲施設1人が利用している。また施設外の医療機関は養護37.7%，特養31.9%，軽費40.1%，盲施設52.3%で、在所者10人のうち養護4人、特養3人、軽費4人、盲施設5人が利用していることになる。

これら施設在所者の健康医療状況を分析すると、職員配置規準における看護婦数の少なさ夜間看護体制の欠如、規準で定められている専任医師の確保がほとんどなされていないなど、現在の医療配備の貧困さが問題点として指摘される。

9. 病名

医療をうけている者の病名分類は表9の通りである。

養護では最も多いのは身体疾患で45.9%，次が脳血管性障害で22.3%であり特養では最も多いのは脳血管性障害で44.0%，次が身体疾患で36.0%である。軽費では最も多いのは身体疾患で67.2%，次が診断不明の26.5%であり盲施設では最も多いのは身体疾患で89.3%，次が老人性痴呆で39.3%である。

老人性痴呆の全在所者に対する比率をみると、養護5.6%，特養6.3%，

軽費2.4%，盲施設25.0%である。盲施設において老人性痴呆の多いことが注目される。

10. 全在所者中の痴呆老人

前項9において、医療をうけている者の中における“単純ボケ”と考えられる老人性痴呆の数は明らかであるが、問題がありながら医療をうけていない者および、脳血管性障害のなかに痴呆症状をもつ者があると考えられ、またなにも問題がないとされなかった者の中にも痴呆症状をもつ者があるのではないかと推測され、施設全体における老年痴呆の実態を示しているとはいいたいと考えられた。そこで別個に、痴呆を主眼においた全在所者の疾病調査を追加して行った。その結果が表10である。

回答のあった施設は養護16，特養14，軽費2，盲施設1であり、これらにおける在所者数はそれぞれ1,034人，977人，152人，43人である。

まず疾患のない者は養護14.1%，特養1.4%，軽費8.6%，盲施設20.9%である。したがって何らかの疾患のある者は養護では85.9%，特養98.6%，軽費91.4%，盲施設79.1%となり、特養ではほとんど全て、養護でも9割近く、軽費でも9割が疾患をもっていることになる。これらの数は先の健康上問題をもつ者より多くなっているが、再度の調査であるために丁寧にチェックされ、先に不明の項に入っていた者が明らかになったことが考えられる。疾患分類で、身体疾患の項で差が大きいことから追加調査の折に確認された者が多いことが推測される。

表9. 医療をうけた者の診断別数：施設の種別

診断名	施設	養護	特養	軽費	盲施設
脳血管性障害		176 (13.4) (22.3)	467 (32.4) (44.0)	1 (0.4) (0.8)	0
老人性痴呆 (単純なボケ)		74 (5.6) (9.4)	91 (6.3) (8.6)	6 (2.4) (4.7)	11 (25.0) (39.3)
精神疾患		40 (3.0) (5.1)	47 (3.3) (4.4)	1 (0.4) (0.8)	0
身体疾患		362 (27.5) (45.9)	382 (26.5) (36.0)	86 (34.1) (67.2)	25 (56.8) (89.3)
不明		136 (10.3) (17.3)	75 (5.2) (7.0)	34 (13.5) (26.5)	0

注 () 上段は全在所者に対する比率(%)
() 下段は現在医療をうけている者における比率(%)

表10. 在所者の健康状況：疾患別，施設の種別

疾患名	施設	養護	特養	軽費	盲施設
回答施設数		16	14	2	1
在所者数 (男)		1,034 (395)	977 (306)	152 (46)	43 (12)
	(女)	(639)	(671)	(106)	(31)
疾患のない者		146 (14.1)	14 (1.4)	13 (8.6)	9 (20.9)
疾患のある者		888 (85.9)	963 (98.6)	139 (91.4)	34 (79.1)
I 脳血管障害		77 (7.5)	406 (41.6)	2 (1.3)	3 (4.7)
1. 主として身体症状の重いもの		40 (3.9)	256 (26.2)	2 (1.3)	1 (2.3)
2. 主として痴呆症状の重いもの		28 (2.7)	73 (7.5)	0	1 (2.3)
3. 身体症状・痴呆症状ともに重いもの		9 (0.9)	77 (7.9)	0	1 (2.3)
II 単純な老人性痴呆		93 (9.0)	126 (12.9)	3 (2.0)	4 (9.3)
III 他の精神疾患		72 (7.0)	55 (5.6)	1 (0.7)	2 (4.7)
IV 身体疾患		778 (75.2)	763 (78.1)	130 (85.5)	26 (60.5)
A 老年期痴呆 (I ₂ +I ₃ +II)		130 (12.6)	276 (28.3)	3 (2.0)	6 (13.4)
B 全精神疾患 (I ₂ +I ₃ +II+III)		202 (19.6)	331 (34.0)	4 (2.6)	8 (18.6)

注 ()内%は在所者数に対する値

疾患はI, 脳動脈硬化症あるいは脳出血後遺症などの脳血管障害, 1の下位分類として1. 主として身体症状の重いもの, 2. 主として痴呆症状の重いもの, 3. 身体症状, 痴呆症状ともに重いものに分ける. II. 単純な老人性痴呆, III. その他の精神疾患, IV. 身体疾患の4つに分類した. 疾患分類ごとの在所者に対する比率は表の通りである.

I. 脳血管障害は特養が最も多く41.6%を占め, 次の養護7.5%を大きく上まわっている. 盲施設が養護に近い数で7.0%, 軽費は少なく1.3%である.

脳血管障害のうち1. 主として身体症状の重いものは養護3.9%, 特養26.2%, 軽費1.3%, 盲施設2.3%で, 特養では在所者の4分の1強にあたっている. 2. 主として痴呆症状の重いものは養護2.7%, 特養7.5%, 軽費なし, 盲施設2.3%で特養が最も多い. 3. 身体症状, 精神症状ともに重いものは養護0.9%, 特養7.9%, 軽費なし, 盲施設2.3%でやはり特養が最も多い.

II. 単純な老人性痴呆は養護9.0%, 特養12.9%, 軽費2.0%, 盲施設9.3%で特養が多く, 盲施設でも養護とほぼ同数で多いことが注目され

る.

痴呆を除くIII. 他の精神疾患は養護7.0%, 特養5.6%, 軽費0.7%, 盲施設4.7%で養護で特養より多く, 盲施設にもいることがわかる.

そこで現在痴呆症状をもつものをまとめると, 表のA欄すなわち, I₂, I₃, IIを合せた数であるが, 養護12.6%, 特養28.3%, 軽費2.0%, 盲施設13.4%となる. これにIIIを加え, 精神疾患全体とすると養護19.6%, 特養34.0%, 軽費2.6%, 盲施設18.6%となり, 特養で3人に1人強, 養護と盲施設でそれぞれほぼ5人に1人ということになり特養で多いことに加えて盲施設に多いことが注目される.

11. 施設内で問題をもつ者および問題の内容

次に施設内での日常生活で問題をもつ者の数および問題の内容をチェックした.

問題のある者の数は養護では男11.8%, 女8.5%で男の方に多く, 合計で9.8%である. 特養では男15.4%, 女13.4%でやはり男に多く, 全体では14.1%で養護より多い. 軽費では男7.9%, 女7.4%でわずかではあるが男に多く, 合計で7.5%である. 盲施設では男の50%, 女の65.6%, 全体で61.4%と施設の種別別では最も多く,

表 11-1 施設内で問題のある事例の数および問題の種類：性別——養護

性別		男	女	計	
入所者数		507 【100.0】	878 【100.0】	1,385 【100.0】	
問題のある者の数		60 【11.8】 (100.0)	75 【8.5】 (100.0)	135 【9.8】 (100.0)	
行動上の問題	1. 徘徊	9(15.0)	9(12.0)	18(13.3)	
	2. 失禁	12(20.0)	21(28.0)	33(24.4)	
	3. 攻撃的言動	7(11.7)	12(16.0)	19(14.1)	
	4. 飲酒による問題行動	10(16.7)		10(7.4)	
	5. 窃盗行為		3(4.0)	3(2.2)	
	6. ワイセツ行為	4(6.7)	3(4.0)	7(5.2)	
	7. 不潔行為	5(8.3)	9(12.0)	14(10.4)	
	8. 拒食	1(1.7)	1(1.33)	2(1.5)	
	9. 過食	3(5.0)	3(4.0)	6(4.4)	
	10. 無断外出・外泊	13(21.7)	6(8.0)	19(14.1)	
	11. その他	2(3.3)	3(4.0)	5(3.7)	
	計		66	70	136
1人あたり問題数		1.10	0.93	1.01	
性格上の問題	1. がんこ	14(23.3)	19(25.3)	33(24.4)	
	2. おせつかい	5(8.3)	16(21.3)	21(15.6)	
	3. ケチ	6(10.0)	8(10.7)	14(10.4)	
	4. いじわる	5(8.3)	9(12.0)	14(10.4)	
	5. 愚痴	6(10.0)	12(16.0)	18(13.3)	
	6. 短気	12(20.0)	6(8.0)	18(13.3)	
	7. 自己中心	24(40.0)	27(36.0)	51(37.8)	
	8. ひがみ	7(11.7)	7(9.3)	14(10.4)	
	9. その他	5(8.3)	2(2.7)	7(5.2)	
	計		84	106	190
1人あたり問題数		1.40	1.41	1.41	
精神医学上の問題	1. 不眠	3(5.0)	10(13.3)	13(9.6)	
	2. 妄想	5(8.3)	11(14.7)	16(11.9)	
	3. 幻覚(幻聴, 幻視)	2(3.3)	6(8.0)	8(5.9)	
	4. 抑うつ	2(3.3)	1(1.3)	3(2.2)	
	5. 心気	1(1.7)	3(4.0)	4(3.0)	
	6. ボケ	11(18.3)	23(30.7)	34(25.2)	
	7. 不安	2(3.3)	5(6.7)	7(5.2)	
	8. その他	7(11.7)	3(4.0)	10(7.4)	
	計		33	62	96
1人あたり問題数		0.55	0.83	0.70	
合計		183	238	422	
1人あたり問題数		3.05	3.17	3.13	
介護継続の可能性	当該施設で介護可能な者の数		40(66.7)	50(66.7)	90(66.7)
	当該施設で介護不可能な者の数	精神科	2(3.3)	6(8.0)	8【0.58】 (5.9)
		その他の病院		1(1.3)	1(0.7)
	その他		3(5.0)	4(5.3)	7(5.2)
不明		15(25.0)	14(18.7)	29(21.5)	

注 【 】は全在所者に対する比率

表 11-2 施設内で問題のある事例の数および問題の種類：性別——特養

性 別		男	女	計	
入 所 者 数		422 【100.0】	870 【100.0】	1,292 【100.0】	
問 題 の あ る 者 の 数		65 【15.4】 (100.0)	117 【13.4】 (100.0)	182 【14.1】 (100.0)	
行 動 上 の 問 題	1. 徘徊	14(21.5)	18(15.4)	32(17.6)	
	2. 失禁	15(23.1)	42(35.9)	57(31.3)	
	3. 攻撃的言動	10(15.4)	14(12.0)	24(13.2)	
	4. 飲酒による問題行動	2(3.1)	0	2(1.1)	
	5. 窃盗行為	0	2(1.7)	2(1.1)	
	6. ワイセツ行為	3(4.6)	1(0.9)	4(2.2)	
	7. 不潔行為	13(20.0)	17(14.5)	30(16.5)	
	8. 拒食	5(7.7)	9(7.7)	14(7.7)	
	9. 過食	3(4.6)	10(8.5)	13(7.1)	
	10. 無断外出・外泊	1(1.5)	6(5.1)	7(3.9)	
	11. その他	3(4.6)	3(2.6)	6(3.3)	
	計		69	122	191
1 人あたり問題数		1.06	1.04	1.05	
性 格 上 の 問 題	1. がんこ	28(43.1)	43(36.8)	71(39.0)	
	2. おせつかい	6(9.2)	23(19.7)	29(15.9)	
	3. ケチ	6(9.2)	8(6.8)	14(7.7)	
	4. いじわる	2(3.1)	8(6.8)	10(5.5)	
	5. 愚痴	8(12.3)	21(17.9)	29(15.9)	
	6. 短気	22(33.8)	13(11.1)	35(19.2)	
	7. 自己中心	23(35.4)	36(30.8)	59(32.4)	
	8. ひがみ	9(13.8)	17(14.5)	26(14.3)	
	9. その他	1(1.5)	3(2.6)	4(2.2)	
計		105	172	277	
1 人あたり問題数		1.62	1.47	1.52	
精 神 医 学 上 の 問 題	1. 不眠	7(10.8)	12(10.3)	19(10.4)	
	2. 妄想	13(20.0)	31(26.5)	44(24.2)	
	3. 幻覚(幻聴, 幻視)	6(9.2)	17(14.5)	23(12.6)	
	4. 抑うつ	5(7.7)	16(13.7)	21(11.5)	
	5. 心気	4(6.2)	9(7.7)	13(7.1)	
	6. ボケ	32(49.2)	66(56.4)	98(53.9)	
	7. 不安	8(12.3)	20(17.1)	28(15.4)	
	8. その他	5(7.7)	4(3.4)	9(5.0)	
	計		80	175	255
1 人あたり問題数		1.23	1.50	1.40	
合 計		254	469	723	
1 人あたり問題数		3.91	4.01	3.97	
介 護 可 能 性 の 継 続	当該施設で介護可能な者の数		38(58.5)	81(69.2)	119(65.4)
	当該施設で 介護不可能 な者の数	精神科	12(18.4)	14(12.0)	26 【2.01】 (14.3)
		その他の病院	3(4.6)	5(4.3)	8(4.4)
	不 明		5(7.7)	6(5.1)	11(6.0)
不 明		7(10.8)	11(9.4)	18(9.9)	

注 【 】に全在所者に対する比率

表 11-3 施設内で問題のある事例の数および問題の種類：性別—軽費

性 別		男	女	計	
入 所 者 数		76 [100.0]	176 [100.0]	252 [100.0]	
問 題 の あ る 者 の 数		6 [7.9] (100.0)	13 [7.4] (100.0)	19 [7.5] (100.0)	
行 動 上 の 問 題	1. 徘徊	0	0	0	
	2. 失禁	0	0	0	
	3. 攻撃的言動	0	2(15.4)	2(10.5)	
	4. 飲酒による問題行動	0	0	0	
	5. 窃盗行為	0	0	0	
	6. ワイセツ行為	0	0	0	
	7. 不潔行為	0	0	0	
	8. 拒食	0	0	0	
	9. 過食	0	2(15.4)	2(10.5)	
	10. 無断外出	0	1(7.7)	1(5.3)	
	11. その他	0	0	0	
	計		0	5	5
1 人あたり問題数		0	0.38	0.26	
性 格 上 の 問 題	1. がんこ	3(50.0)	3(23.1)	6(31.6)	
	2. おせつかい	1(16.7)	2(15.4)	3(15.8)	
	3. ケチ	0	0	0	
	4. いじわる	0	0	0	
	5. 愚痴	1(16.7)	1(7.7)	2(10.5)	
	6. 短気	0	0	0	
	7. 自己中心	1(16.7)	0	1(5.3)	
	8. ひがみ	1(16.7)	0	1(5.3)	
	9. その他	0	2(15.4)	2(10.5)	
	計		7	8	15
1 人あたり問題数		1.17	0.62	0.79	
精 神 医 学 上 の 問 題	1. 不眠	0	4(30.8)	4(21.1)	
	2. 妄想	1(16.7)	1(7.7)	2(10.5)	
	3. 幻覚(幻聴, 幻視)	0	1(7.7)	1(5.3)	
	4. 抑うつ	0	1(7.7)	1(5.3)	
	5. 心気	0	0	0	
	6. ボケ	1(16.7)	5(38.5)	6(31.6)	
	7. 不安	0	3(23.1)	3(15.8)	
	8. その他	0	0	0	
	計		2	15	17
1 人あたり問題数		0.33	1.15	6.89	
合 計		9	28	37	
1 人あたり問題数		1.50	2.15	1.95	
介 護 継 続 の 可 能 性	当該施設で介護可能な者の数		6(100.0)	9(69.2)	15(78.9)
	当該施設で 介護不可能 な者の数	精神科	0	1(7.7)	1 [0.40] (5.3)
		その他の病院	0	1(7.7)	1(5.3)
		その他	0	2(15.4)	2(10.5)
不明		0	0	0	

注 【 】は全在所者に対する比率

表 11-4 施設内で問題のある事例の数および問題の種類：性別——盲施設

性 別		男	女	計	
入 所 者 数		12 【100.0】	32 【100.0】	44 【100.0】	
問 題 の あ る 者 の 数		6 【 50.0】 (100.0)	21 【 65.6】 (100.0)	27 【 61.4】 (100.0)	
行 動 上 の 問 題	1. 徘徊	0	0	0	
	2. 失禁	1(16.7)	7(33.3)	8(29.6)	
	3. 攻撃的言動	0	0	0	
	4. 飲酒による問題行動	0	0	0	
	5. 窃盗行為	0	0	0	
	6. ワイセツ行為	2(33.3)	0	2(7.4)	
	7. 不潔行為	1(16.7)	0	1(3.7)	
	8. 拒食	1(16.7)	0	1(3.7)	
	9. 過食	0	0	0	
	10. 無断外出・外泊	0	0	0	
	11. その他	0	0	0	
	計		5	7	12
1 人あたり問題数		0.83	0.33	0.44	
性 格 上 の 問 題	1. がんこ	2(33.3)	3(14.3)	5(18.5)	
	2. おせつかい	0	3(14.3)	3(11.1)	
	3. ケチ	0	0	0	
	4. いじわる	0	0	0	
	5. 愚痴	0	0	0	
	6. 短気	0	0	0	
	7. 自己中心	0	1(4.8)	1(3.7)	
	8. ひがみ	0	1(4.8)	1(3.7)	
	9. その他	0	0	0	
	計		2	8	10
1 人あたり問題数		0.33	0.38	0.37	
精 神 医 学 上 の 問 題	1. 不眠	0	6(28.6)	6(22.2)	
	2. 妄想	0	7(33.3)	7(25.9)	
	3. 幻覚(幻聴, 幻視)	0	0	0	
	4. 抑うつ	0	0	0	
	5. 心気	0	0	0	
	6. ボケ	2(33.3)	8(38.1)	10(37.0)	
	7. 不安	0	2(9.5)	2(7.4)	
	8. その他	0	0	0	
	計		2	23	25
	不明		5(83.3)	21(100.0)	26(96.3)
1 人あたり問題数		0.33	1.10	0.93	
合 計		9	38	47	
1 人あたり問題数		1.50	1.81	1.74	
介 護 継 続 の 可 能 性	当該施設で介護可能な者の数	1(16.7)	0	1(3.7)	
	当該施設で 介護不可能 な者の数	精神科	0	0	
		その他の病院	0	0	
	その他	0	0		
不明		5(83.3)	21(100.0)	26(96.3)	

注 【 】は全在所者に対する比率

10人中6人強が問題老人となっている。

問題の種類は大きく3つに分けた。すなわち1. 行動上の問題, 2. 性格上の問題, 3. 精神医学上の問題とし、それぞれに具体的な事項を提示してあてはまる事項をチェックさせた。重複してチェックしてもよい。結果は表11-1~4に示す通りである。

問題の数は養護では男が行動上の問題1.10, 性格上の問題1.41, 精神医学上の問題0.55で、合せて3.05となる。女では同じく0.93, 1.41, 0.83であり精神医学上の問題がわずかに男より多いが合せて3.17となり男とほとんど同じである。合計では合せて3.13となり、1人あたりほぼ3つの問題となる。

特養では男は行動上の問題1.06, 性格上の問題1.62, 精神医学上の問題1.23, 合せて3.91となる。女では同じく1.04, 1.47, 1.50となり性格上の問題は男よりわずかに少なく、精神医学上の問題ではわずかに多いが合せて4.01となり男とほぼ同じである。合計では3.97となり1人あたり4つとなり、養護より一つ多い。

軽費では男は行動上の問題なし、性格上の問題1.17, 精神医学上の問題0.33で性格上の問題が多く、合せて1.50となる。女では行動上の問題0.38, 性格上の問題0.62, 精神医学上の問題1.15で精神医学上の問題が多く、性格上の問題は男より少ない。合せて2.15となり男より多い。合計で1.95となり1人あたり2つということになる。

盲施設では男は行動上の問題0.83, 性格上の問題0.33, 精神医学上の問題0.33で行動上の問題が多く、合せて1.50となる。女では行動上の問題0.33, 性格上の問題0.38, 精神医学上の問題1.10と精神医学上の問題が最も多く、合せて1.81となり男より多い。合計では問題の数は1.74となり1人あたり2つ弱となる。盲施設では1人あたりの問題の数では他の施設より少ない。

つぎに問題となる具体的な事項であるが、上位3~4をあげると養護では男で行動上の問題は

1. 無断外出・外泊, 2. 失禁, 3. 飲酒による問題行動, 4. 徘徊, 女では1. 失禁, 2. 攻撃的言語, 3. 徘徊, 4. 不潔行為であり、性格上の問題は男では1. 自己中心, 2. がんこ, 3. 短気, 女では1. 自己中心, 2. がんこ, 3. おせっかい, 4. 愚痴である。精神医学上の問題は男では1. ボケ, 2. その他, 女では1. ボケ, 2. 妄想, 3. 不眠である。

つまり男は無断外泊・外出, がんこ, ボケ, 女は失禁, がんこ, ボケが主要な問題となっている。

特養では行動上の問題は男は1. 失禁, 2. 徘徊, 3. 不潔行為, 女では1. 失禁, 2. 徘徊, 3. 不潔行為と男と変らない。性格上の問題は1. がんこ, 2. 自己中心, 3. 短気であり女では1. がんこ, 2. 自己中心, 3. おせっかい, 4. 愚痴でこれも2番目まで男と同じである。精神医学上の問題は男では1. ボケ, 2. 妄想, 3. 不安, 4. 不眠, 女では1. ボケ, 2. 妄想, 3. 不安, 4. 幻覚, 5. 抑うつとなり、問題の数も多いが多彩になっており、特に女で幻覚, 抑うつのあることが注目される。

つまり特養では男は失禁, がんこ, ぼけ, 女も男と同じく失禁, がんこ, ボケが主要な問題となっている。

軽費では行動上の問題は男はなく、女では1. 同率で攻撃的言動と過食, 2. 無断外出・外泊, 性格上の問題は男では1. がんこ, 2. 同率でおせっかい, 愚痴, 自己中心, ひがみであり女では1. がんこ, 2. 同率でおせっかい, その他, 3. 愚痴である。精神医学上の問題は男は1. 同率で妄想, ボケ, 女は1. ボケ, 2. 不眠, 3. 不安である。

つまり軽費では男はがんこ, 妄想, ボケ, 女は攻撃的言動と過食, がんこ, ボケが主要な問題となる。

盲施設では行動上の問題は男は1. ワイセツ行為, 2. 同率で失禁, 不潔行為, 拒食, 女では1. 失禁のみとなっている。性格上の問題では男は1. がんこのみ, 女は1. 同率でがんこ,

おせっかい, 2. 同率で自己中心, ひがみである。精神医学上の問題では男は1. ボケのみ, 女は1. ボケ, 2. 妄想, 3. 不眠, 4. 不安である。

つまり盲施設では男はワイセツ行為, がんこ, ボケが主要な問題であり女では失禁, がんこおよびおせっかい, ボケが主要な問題となっている。

最後にこれら問題をもつ者について, 今後とも当該施設での介護の可能性を問うているが, それによると, 養護では66.7%, つまり3分の2は介護の継続可能と答えている。そして不可能なものについてどのような措置が適切かについては精神科病院入院5.9%, 精神科でない他の病院入院が0.7%, 他の施設5.2%, 不明21.5%となっている。不明は当該施設で不可能であっても, さてどこが適当かは施設の職員にも判断がつかないということであろう。

特養でも65.4%は当該施設でひきつずき介護可能と答えている。不可能な者については精神科14.3%, 他の病院4.4%, 他の施設6.0%, 不明9.9%で, 精神科が多く不明は少ない。

軽費では可能な者の数は多くなり78.9%, 8割近くはひきつずき介護可能と答えている。不可能な者については精神科病院5.3%, 他の病院5.3%, 他の施設10.5%で不明はいない。盲施設では介護継続可能な者はわずか1人の3.7%で残り26人, 96.3%は不可能と答えており, その26人もどこが適当かは不明, となっている。これは対象者がほとんど全盲という障害を基本的にもっているため, 種々問題をもっているものの全体的障害のために受け入れてくれる施設, 病院がほとんどないことを物語っていると思われる。

精神科病院が適当とされた者の全在所者に対する比率は養護0.58%, 特養2.01%, 軽費0.40

%である。

12. 施設内での医療処置

調査前1週間の間に施設内で行われた医療処置の種類および人数は表12の通りである。

養護では22施設で延24人で在所者の1.7%である。その内容は褥瘡処置は6人で処置全体の25.0%, 導尿1人4.2%, 点滴5人で20.8%, その他の緊急処置が12人で50.0%である。これらは全在所者に対してはそれぞれ0.4, 0.1, 0.4, 0.9%にあたる。またこれらは各施設あたり0.27人, 0.05人, 0.23人, 0.55人にあたる。合せて1.1人である。

特養では20施設で延128人で在所者の8.3%にあたる。その内容は褥瘡処置が60人で最も多く処置全体の46.9%, 導尿が18人で14.1%, 点滴が20人で15.6%, 鼻腔カテーテルが1人で0.8%, その他の緊急処置が29人で22.7%である。これらは全在所者のそれぞれ3.9, 1.2, 1.3, 0.1, 1.9%にあたる。これらを各施設あたりで見ると, 褥瘡は3.00人, 導尿は0.90人, 点滴1.99人, 鼻腔カテーテル0.05人, その他の緊急処置は1.45人となり合せて6.4人となる。1つの病棟にも相当する処置数となりおり養護とのちがいが如実にあらわれている。

軽費では4施設を通じてその他の緊急処置が1人あったのみである。盲施設ではどのような処置もなされていなかった。

表12. 最近1週間以内に施設内で処置を受けた者の数
：施設の種別

施設 処置	養護	特養	軽費	盲施設
褥瘡処置	6(0.4) (25.0)	60(3.9) (46.9)	0	0
カテーテルによる 導尿	1(0.1) (4.2)	18(1.2) (14.1)	0	0
点 滴	5(0.4) (20.8)	20(1.3) (15.6)	0	0
鼻腔カテーテル	0	1(0.1) (0.8)	0	0
その他の緊急処 置	12(0.9) (50.0)	29(1.9) (22.6)	1(100.0)	0
計	24(1.7) (100.0)	128(8.3) (100.0)	1(0.4) (100.0)	0

注()上段は全在所者に占める比率

13. 医師の回診

さて、上述のように老人ホームでは在所者のほとんどは健康上の問題を持ち、施設の内外で実質的に医療をうけているが、施設としての医療の配備はどの程度なされているであろうか。

まず医師の数であるが、これは2項の職員数でもふれたようにほとんどが兼任医師であり、1施設ほぼ1人である。

これらの医師による回診の頻度は表13の通りである。養護の2施設を除き頻度の差はあるが全て回診している。

養護では週1回が14施設で63.6%、週数回が1施設で4.6%であり、合せて68.2%となる。その他は5施設で22.7%、なしが2施設あり9.1%である。「その他」は月あるいは年に何回かありと解せられる。

表13. 医師の回診数：施設の種別

施設 回診の有無		養護	特養	軽費	盲施設
あり	週1回	14(70.0)	8(40.0)	1(25.0)	1(100.0)
	週数回	1(5.0)	9(45.0)	0	0
	週5回以上	0	2(10.0)	0	0
り	その他	5(25.0)	1(5.0)	3(75.0)	0
	計	20(90.9)	20(100.0)	4(100.0)	1(100.0)
なし		2(9.1)	0	0	
合計		22(100.0)	20(100.0)	4(100.0)	1(100.0)

特養では週1回は8施設で40.0%、週数回は9施設で45.0%、週5回以上が2施設あり合すると95%となる。その他が1施設で5.0%である。特養ではほとんどの施設が少なくとも週1回は医師による回診が行われていることになる。

軽費では週1回が1施設であり残り3施設はその他である。軽費になると医師の回診が格段に少なくなることがわかる。

盲施設では週1回の回診が行われている。

表14. 協力病院数：施設の種別

施設 協力病院の有無		養護	特養	軽費	盲施設
あり		18(81.8)	17(85.0)	3(75.0)	1(100.0)
なし		4(18.2)	3(15.0)	1(25.0)	0
計		22(100.0)	20(100.0)	4(100.0)	1(100.0)
平均病院数		1.55	1.65	2.00	3.00

14. 協力病院

協力病院の有無および病院数は表14の通りである。

養護では協力病院のあるものは18施設で81.8%、ないものは4施設で18.2%であり、あるものの平均病院数は1.50である。

特養ではあるもの17施設で85.0%、ないもの3施設で15.0%である。あるものの平均病院数は1.65である。特養はその設置基準で、あらかじめ協力病院を定めておかなければならないことになってきているが、ここでも規準軽視が認められる。

軽費はあるもの3施設、ないもの1施設であり平均病院数は2.00である。

表15. 施設内で発生した事故数：施設の種別

施設		養護	特養	軽費	盲施設
外傷	傷	36(2.6) (50.7)	30(1.9) (60.0)	0	0
	骨折	18(1.3) (25.4)	16(1.0) (32.0)	0	0
自殺	殺	0	0	0	1(2.3) (100.0)
その他		17(1.2) (23.9)	4(0.3) (8.0)	0	0
計		71(5.1) (100.0)	50(3.2) (100.0)	0	1(2.3) (100.0)

注 () 上段は全在所者に占める比率

盲施設は1施設で3つの協力病院をもっている。医師の回診の頻度と並んで協力病院についても盲施設は他の老人ホームより整備されていると思われる。

15. 施設内の事故

過去1年間に施設内で発生した事故件数およびその内訳は表15の通りである。

養護では71件で在所者数の5.1%にあたる。内訳は外傷50.7%、骨折25.4%で合わせて76.1%となる。その他が23.9%で自殺は1件もなかった。

特養では50件で在所者数の3.2%であり養護より少ない。内訳は外傷60.0%、骨折32.0%で合わせて92.0%である。その他は8.0%であり自殺は1件もなかった。

軽費は4施設とも事故は1件もなかった。

盲施設ではただ1件自殺があった。

16. 退所者数および退所の理由

表 16. 退所者の退所理由：施設の種類の別

理由	施設	養護	特養	軽費	盲施設
死	亡	81 (5.8) (35.2)	207 (14.9) (71.1)	5 (16.3) (12.2)	3 (6.8) (42.9)
入	院	68 (4.9) (29.6)	44 (3.2) (15.1)	9 (3.6) (22.0)	4 (9.1) (57.1)
帰	宅	23 (1.7) (10.0)	31 (2.2) (10.7)	15 (6.0) (36.6)	0
他	施設	52 (3.8) (22.6)	9 (0.6) (3.1)	8 (3.2) (19.5)	0
そ	の	6 (0.6) (2.6)	0	4 (1.6) (9.7)	0
計		230 (16.6) (100.0)	291 (20.9) (100.0)	41 (16.3) (100.0)	7 (15.9) (100.0)

注 () 上段は全在所者に占める比率。ただし、特養は未回答3施設(150人)を除く。

過去1年間の退所者数およびその理由は表16の通りである。

養護では全体で230名、在所者の16.6%でありほぼ6人に1人である。理由のうち最も多いのは死亡で35.2%、在所者の5.8%である。次は病院への入院で29.6%、在所者の4.9%、次が他施設で22.6%、在所者の3.8%である。帰宅あるいは引取りはわずかに10.0%、在所者の1.7%にすぎない。100人のうち1年間1人もしくは2人と

いうところである。

特養では退所者は291名で在所者の20.9%でありほぼ5人に1人である。理由のうち最も多いのはやはり死亡で71.1%、在所者の14.9%である。次が入院で15.1%、在所者の3.2%、次は帰宅あるいは引取りで10.7%、在所者の2.2%である。他施設は少なく3.1%、在所者の0.6%である。帰宅あるいは引取りは養護よりいくらか多いがそれでも100人で1年間に2人というところである。

軽費では退所者は41名で在所者の16.6%である。理由は帰宅あるいは引取りが最も多く36.6%であるがそれでも在所者の6.0%である。次が入院で22.0%、在所者の3.6%である。次は他施設への移転で19.5%、在所者の3.2%である。

盲施設では退所者は7人、15.9%である。理由は死亡3人で42.9%、在所者の6.8%であり、入院が4人で57.1%、在所者の9.1%である。死亡と入院ばかりで、帰宅あるいは引取りや他施設への移転は1人もいない。

17. 施設における各種指導および活動

施設内で実施されている各種指導および活動の有無および参加者数は表17の通りである。

日常生活動作訓練は養護では13.6%、特養では75.0%、軽費では100%が実施している。盲施設では実施されていない。

作業指導は養護では40.9%、特養では35.0%、軽費では25.0%、盲施設では100%実施している。

在所者による自主的なクラブ活動等は養護では81.8%、特養では50.0%、軽費では75.0%、盲施設では100.0%が実施している。

在所者に役割あるいは当番などのあるところでは86.4%、特養では45.0%、軽費では100%であり盲施設ではそのようなものはない。

表 17. 施設における活動の種類別実施状況：施設の種類別

施設 活動の種類	養 護	特 養	軽 費	盲施設
日 常 生 活 訓 練	3(13.6)	15(75.0)	4(100.0)	0
作 業 指 導	9(40.9)	7(35.0)	1(25.0)	1(100.0)
自 主 的 活 動 (ク ラ ブ 活 動)	18(81.8)	10(50.0)	3(75.0)	1(100.0)
役割または当番	19(86.4)	9(45.0)	4(100.0)	0

注 %は施設数に占める割合

18. 地域老人へのサービス活動

地域の在宅老人への援助活動の有無およびその内容は表18の通りである。

養護では実施しているところは3施設13.6%、実施していないところは19施設で86.4%である。

特養では実施しているところは8施設40.0%であり実施していないところは12施設60.0%で特養の方が実施しているところが多い。

軽費では実施しているところは1施設もない。

実施の内容は養護ではショートステイを3施設ともが行い、相談を1施設が行っている。特養ではショートステイは5施設で、入浴が6施設で行われている。

何も実施していない施設について今後の計画の有無をたずねているが、養護では計画のあるところは19施設中3施設にすぎず、特養では12施設中8施設が計画をもっている。軽費は計画あり2施設、なし2施設であり盲施設は計画をもっていない。現時点においてもまた将来の計画においても特養が地域サービスに最も意欲的であると考えられる。

19. 地域サービス実施のために特に必要なことから

現在実施の有無、計画の有無にかかわらず、地域サービスを

実施するにあたって今後特に必要なことがらをたずねた結果は表19の通りである。

養護では最も多いのは人員の補充で13施設から要望されており、次いで設備・用具9施設、経費7施設、移送の手段4施設、家族の協力1施設となっている。

特養では最も多いのが人員の補充で15施設、次いで移送の手段9施設、経費6施設、家族の協力4施設、設備・用具1施設となっている。

軽費では人員補充3施設、設備・用具2施設、経費2施設、移送の手段1施設となっている。

盲施設からは人員の補充と経費が要望されている。いずれの施設からも人員の補充が強く要望されており、特に特養では人員と移送の手段が確保されれば相当数が実施可能となる考えられる。

表 18. 地域サービス実施状況：サービスの種類別、施設の種類別

施設		養 護	特 養	軽 費	盲施設
実 施 し て い る	シ ョ ー ト ス テ イ	3(100.0)	5(62.5)	0	0
	入 浴	0	6(75.0)	0	0
	相 談	1(33.3)	0	0	0
	計	3(13.6)	8(40.0)	0	0
実 施 し て い な い	計 画 あ り	3(15.8)	8(66.7)	2(50.0)	0
	計 画 な し	16(84.2)	4(33.3)	2(50.0)	1(100.0)
	計	19(86.4)	12(60.0)	4(100.0)	1(100.0)
計		22(100.0)	20(100.0)	4(100.0)	1(100.0)

注 *印は複数回答

表 19. 地域サービス実施のために特に必要な事柄

：施設の種類別

施設 必要な事柄	養 護	特 養	軽 費	盲施設
人 員 の 補 充	13(76.5)	15(83.3)	3(37.5)	1(50.0)
設 備 ・ 用 具	9(52.9)	1(5.6)	2(25.0)	0
経 費	7(41.2)	6(33.3)	2(25.0)	1(50.0)
移 送 の 手 段	4(23.5)	9(50.0)	1(12.5)	0
家 族 の 協 力	1(5.9)	4(22.2)	0	0
計	17(100.0)	18(100.0)	8(100.0)	2(100.0)

注： 全て延数

20. 医療機関への要望

最後に医療機関および行政への要望を自由に記載させた。

まず医療機関への要望であるが、1. は差額を必要としないベッドの増設あるいは差額の軽減、2. 看護体制を整えて附添いのいらないようにしてほしい、3. 歯科、耳鼻科、眼科、皮膚科、精神科等の医師の往診あるいは巡回診療、4. 夜間往診を行ってほしい、5. 入院を速かに、6. 外来での待ち時間を少なく、そのため電話などで予約を可能にしてほしい、7. 入院時、リハビリテーション療法も同時に行ってほしい、8. リハビリテーションは老人が施設に帰ってからも自身で訓練のできるような内容のものを望む、9. 一般に薬の量が多い、服用しきれず何ヶ月分もためて持っている者がいる、10. ホームの老人ということで特別な目で見ないでほしい、11. 退院の判断を慎重にしてほしい、経費の関係で治療途中で退院となることがある、現在のホームの医療体制をよく知った上で適切な処置をしてほしい等である。ホームの困却と要望の実感がうかがえる。

つぎは行政への要望である、1. は職員配置規準の見直し、増員、これは現在のホームの処遇のレベルアップ、医療サービスの充実、地域サービス実施の面から必要としている、2. 施設、設備の増改築、環境整備のための補助金、3. 居室はプライバシーを守る立場からも1人1室を原則にしてほしい、これは自己負担制度の実施、強化にともない特に要望が強い、また入所のために一時的に精神症状を示すものもあり、新しい環境に適應するまでの予備の居室を必要とする、4. 入所規準が不明確である、5. 措置の実施機関への要望としては入所前調査を充分やってくれること、安易な入所の措置をとらないで、まず家庭や地域社会の中での生活が維持できるように家族を援助し、地域社会の中で援助やサービスのシステムを充実させていくべきである、処遇については共に検討すること、入所後の対象者へのアフターサービス、緊急連

絡等速かに、家族やその他関係者への連絡を常に行ってほしい等である、6. 医療に関してはホームと医療機関との協力強化のために、医師会、病院、医院等への行政指導を望んでいる、7. 看護婦の大巾増員か寮母への看護教育実施、8. 機能回復訓練のための療法士や作業療法士の巡回、派遣制度の実施、9. 老人ホームの正しいイメージのP.R.をしてほしい、これは地域サービス活動のためにも必要である、10. 職員の教育、訓練、養成を望む、11. 入所者が利用できる移動サービス車、たとえばリハビリ機器車、移動図書館、慰問演芸車等の派遣を望む、12. 措置費は月内納入を、また弾力的運用を考えてほしい等である。

行政への要望は多岐多彩であり、医療への要望と合せて今日の老人問題の全てを包含しているといっても過言ではないようである。

IV 考察

近年老人ホームの数が増加したが殊に特別養護老人ホームの増加が著しかった。千葉県においても養護老人ホームは昭和20年代から40年代に開設されたものであるが、特別養護老人ホームは昭和50年からの6年間に20施設中15施設が集中して開設されている。

このような急激な施設の増加はそれを必要とする現在の社会的、経済的背景、および老人問題の中でも最も重要でかつ常に速かな対応をせまられている課題である医療、看護、および介護の問題を凝集したかたちで提示している。

本調査は老人ホームにおけるこれらの問題の実態を明らかにすることを目的としたものであるが、以下に結果のまとめ、考察を加える。

1. 在所者の健康状況、介護状況および医療の実態

健康上問題のある者は養護では64.4%、特養79.4%、軽費55.2%、盲施設63.6%である。

これらのうちほとんどは医療を必要としており、またそのほとんど全ては医療をうけている。養護ではその6割が、特養では4割が、軽費で

は8割が外部の医療機関に通院している。

これらの結果は老人ホーム、特に特養はもはや単純な生活の場ではないことを示している。福祉施設ではあるが、病者が療養生活をしている場となっていることを物語っている。

ホームでは兼任の、ほとんどが内科の医師が週に1～数回回診しているが、同時に相当数が外部の医療機関に通院している。この場合には同行する職員が必要であったり、意見の中にもあるように待ち時間が長かったり、施設側にも老人にも大きな負担となっていると考えられる。

ホーム内では点滴を含めた医療処置が養護で1.7%、特養で8.3%行われている。特養では1施設当たり平均6.5人となる。このような状況では医師の兼任もさることながら看護体制の貧弱さも問題となろう。看護婦は規準そのものが貧弱であるといえよう。各施設1名、夜間看護婦不在ということは実状から遠く隔ったものといえよう。意見でも看護の定員増を要望している。

日常生活において全面的ないしかなりの介護を要する者は養護16.8%、特養63.0%、軽費なし、盲施設34.1%である。これに対し寮母1人あたりの定員数は養護9.9人、特養4.1人、軽費20.8人、盲施設6.3人となっている。介護なるものは着脱衣、食事、入浴、排泄など2～3人の人手を要することも当然あるわけで、やはり規準自体が実状にそぐわなくなっているといえよう。

2. 老年期痴呆など精神障害

老年期痴呆に主眼をおいた追加調査によると、脳動脈硬化症あるいは脳出血後遺症などの脳血管性障害は養護7.5%、特養41.6%、軽費1.3%、盲施設4.7%である。

このうち、主として痴呆症状の重いものおよび身体症状、痴呆症状ともに重いものに単純な老人性痴呆を合せたいわゆる老年期痴呆は養護では12.6%、特養28.3%、軽費2.0%、盲施設13.4%であった。

これは長谷川他の昭和48年の施設老人の精神

障害についての調査結果すなわちいわゆる老人ボケ(老年期痴呆)は養護で8.6%、特養で26.6%であることに比し養護でいく分高く、特養ではほぼ近い値となっている。

その他の精神疾患は養護7.0%、特養5.6%、軽費0.7%、盲施設4.7%である。

これと前の老年痴呆を合せて全精神障害としてとらえると養護19.6%、特養34.0%、軽費2.6%、盲施設18.6%となる。

これは同じく長谷川他による昭和43年の調査結果、すなわち老年痴呆、脳動脈硬化性痴呆、混合型痴呆、その他を合せた器質性精神障害は養護6.1%、特養40.9%に比しやはり養護では高く、特養では近い値となっている。

また各種問題をもつ者は、養護では9.8%、特養では14.1%、軽費では7.5%、盲施設では61.4%で盲施設に多い。問題の数は養護で3つ、特養で4つ、軽費で2つである。盲施設は2つ弱である。

最も多い問題は男と女で異なるが全体として養護では失禁、攻撃的言動、無断外出・外泊、自己中心、がんこ、ボケ妄想、不眠であり特養では失禁、徘徊、不潔行為、がんこ、自己中心、ボケ、妄想である。軽費では攻撃的言動、過食、がんこ、おせっかい、ボケ、不眠、不安であり、盲施設では失禁、ワイセツ行為、がんこ、おせっかい、ボケ、妄想、不眠である。

これら問題をもつ者の介護は、ひきつづき当該施設で介護困難と答えたものは養護33.3%、特養34.6%、軽費12.1%、盲施設96.3%となっている。それではどこで介護するのが適当かの問いに対して、精神科病院はこれらのうちの養護5.9%、特養14.3%、軽費5.3%で、これらはそれぞれ全在所者の養護0.58%、特養2.01%、軽費0.4%にあたる。精神科の嘱託医あるいは巡回診療が望まれるところである。

また適当な施設が不明の者は、養護の21.5%、特養9.9%、盲施設では実に継続介護困難の96.3%全てである。これは、当該施設で介護不可能であっても、さてどこが適当かは当該施設でも

判断がつかないか、真に適当なところがないということによるものと思われる。盲施設で特に多いのは、対象者がほとんど全盲という基本的障害をもっているため、既存の施設や病院でもほとんど受け入れてくれないことを物語っていると思われる。

3. 老人ホームの持つ問題点

問題の第1は医療面での必要にいかに対応するかということである。すでにみてきたように、老人ホーム、特に特養は単なる生活の場ではなく、生活の要素の上に療養の要素がそれと同程度あるいははるかに重く加わっているがそれに対応する医療対策はまことに貧弱である。また概念的には特養、養護の区別があっても、時間の経過とともに養護においても「著しい欠陥」をもつ者を収容していることになるのは容易に考えられることである。これは入所規準を明確化してもおこることである。それぞれのホームの役割を明確にして交流させればよいわけであるが、現実には適当な次の施設がなかったり老人が住みなれた場所や人間関係からはなれて新しい場所や人間関係の中に移っていくことは困難であったり老人自身が拒否することもあってスムーズに運ばないことが多い。つまりどの種の老人ホームも老人を対象としている以上、多くの場合その死までの期間収容するという事態は日常的に当然起るわけで、療養の要素を背負っているわけである。

第2は現時点においてホームの医療問題にどのように対処するかということであるが、まず規準に定められている専任医師の配置は早急に実現されるべきであろう。また協力医療機関はわずかな数の病院に限定せず、広く地域社会の一般開業医を含めることが必要であろう。たとえばこの調査対象となった盲施設は3つの協力病院をもっていて一見充分のように思えるが、最後の自由記載の意見では、協力病院が遠隔であることを訴えている。

このことが施設側から要望の多い緊急時の対応、優先制、予約制の実現にも道を開くのでは

ないかと思われる。

精神科医、要望の多い歯科医他の専門医の嘱託制度あるいは巡回も必要である。

5. 地域の在宅老人サービス

在宅老人サービスは養護で13.6%、特養で60.0%が行っており、特養が予想より多く実施している。今後の計画でも特養では12施設中8施設がもっている。そこで必要とされることは人員の補充、移医の手段である。特養ではこれらが確保されればほとんどの施設が実施できることになる。

在宅老人の障害者はほとんどリハビリテーションのための機会にも恵まれず、地域の老人福祉センターを利用することもほとんど不可能となっているが、特養等がその施設、設備、経験を活用して、地域在住老人の利用に供することは当の老人のみならず家族にとっても望まれるところである。そして、多少の人的資源のバックアップと移医などの援助によりこのようなホームの地域サービスが容易になり充実されるであろうことは充分推測できることである。

しかしこれには異論を唱える向きもある。

在宅の障害老人のためには独立したりリハビリテーションセンターが本来必要なことで、老人ホームを利用するのはあくまでも過渡期の便法であるということである。また老人ホーム在住者のプライバシー保持の面からも望ましくないという意見もある。老人ホームの在宅老人サービスは「ホームの社会化」という名目からも推進されつつあるがなお検討を要するものと思われる。

稿を終えるにあたり、本調査は千葉県内の全施設から回答をいただき、稀にみる悉階調査となったが、これは関係各位のご協力のご支援及び各施設のご理解のご協力によるものである。ここに記して感謝の意を表するものである。

協力者

千葉県老人福祉施設協議会
 会長 清水 光 任
 千葉県社会福祉協議会
 施設課長 山口 直 樹
 千葉県社会部老人福祉課
 施設係長 松 本 修 身

協力施設

養護老人ホーム

佐倉市養護老人ホームいこい荘
 八日市場市養護老人ホーム
 習志野市立養護老人ホーム白鷺園
 鴨川市立養護老人ホーム緑風荘
 市川市立養護老人ホームいこい荘
 天羽養護老人ホーム
 山武郡市広域行政組合立養護老人ホーム
 市原市老人ホーム
 佐原市養護老人ホーム
 銚子老人ホーム
 野田市養護老人ホーム楽寿園
 千葉市和陽園
 船橋市立養護老人ホーム豊寿園
 松戸市立養護老人ホーム松風園
 旭中央病院組合立養護老人ホーム東総園
 館山老人ホーム
 ひかり隣保館養護老人ホーム
 長生共楽園
 四街道老人ホーム
 清和園
 光楽園
 望みの門楽生園

特別養護老人ホーム

銚子市特別養護老人ホーム
 上総園

千葉市和陽園

三山園
 総野園
 野田市特別養護老人ホーム鶴寿園
 館山特別養護老人ホーム
 特別養護老人ホーム長生共楽園
 特別養護老人ホーム望陽荘
 特別養護老人ホーム晴山苑
 特別養護老人ホーム清和園
 特別養護老人ホーム松丘園
 市原園
 特別養護老人ホーム長寿園
 特別養護老人ホーム北総長寿園
 大多喜町特別養護老人ホーム
 特別養護老人ホーム双樹苑
 特別養護老人ホーム久遠苑
 特別養護老人ホーム望みの門紫苑荘
 恵天堂特別養護老人ホーム

軽費老人ホーム

千葉県軽費老人ホーム勝浦部原荘
 溪泉荘
 望陽荘
 よしきり

盲養護老人ホーム

千葉県救護盲老人施設猿田荘

また、集計にあたっては当研究所研究協力者の小林恭子氏、大城英子氏、谷口幸一氏からご協力をいただいた、ここに記して感謝の意を表したい。

高齢者の心身の老化と社会的適応の評価に関する研究
——その2 (短報)

——尼子式外観的老化度評価, 長谷川式簡易痴呆テスト,
人生満足度評価の年次変化——

齋藤和子

老人精神衛生部

Research on Evaluation of Aging and Social Adjustment of
the Aged——Part 2
Longitudinal Study of Aging and Social Adjustment of the Aged

Kazuko SAITO

Division of Psychogeriatrics

Summary

This is a report of a follow-up study concerning physical and mental agings and social adjustment of the aged over 60 years old. The first report appeared in Journal of Mental Health No. 24, 1977.

The term of the research was for three years, from 1975 to 1977, and once a year during this term the same evaluation tests and inquiries were made.

The subjects were those who completed all tests and inquiries requested every year, and the number of the subjects was 163 out of 268 of beginning year, including 103 males and 60 females.

The instruments for evaluation were Dr. Amako's Evaluation for Physical Aging, Dr. Hasegawa's Mental Aging Test, and Dr. Neugarten's Life Satisfaction Inventory.

The results were as follows: (1) From Dr. Amako's Evaluation, the average point of physical aging has become higher, and 60 percent of the subjects were moved to the higher stage of the grade of aging, which was categorized in 4 stages.

(2) From Dr. Hasegawa's Test, the average point was not changed much, and about 60 percent remained in the same stage as of the first year. (3) From Dr. Neugarten's Inventory, the average point of life satisfaction was getting higher both for males and for females, and 30 percent of both males and females were moved to the higher stage of the grade of life satisfaction.

As a conclusion, during these three years, physical aging advanced. However, mental aging did not advance much, and life satisfaction somewhat increased.

Key words: *Aging, Social Adjustment, Life History, Life Satisfaction, Evaluation*

この研究は昭和50年度～52年度厚生科学研究補助金による調査研究から一部を整理集計したものである。

要約

この研究は60歳以上老人の同一対象者に、昭和50年度から52年度にかけて3回にわたって、尼子式外観的老化度評価、長谷川式簡易痴呆テストおよびB. Neugartenによる人生満足度評価を施行した結果をまとめたものである。尼子式では平均点においても老化が進んでおり、段階移動からも約6割において老化が進行したことが明らかとなった。そして特に年齢のより低い層とより高い層で著明であった。長谷川式では、平均点では変化はほとんどなく段階移動でも5割～6割が変化していない。人生満足度は平均点は男女とも次第に高くなり、段階移動においても男女とも3分の1が高い方へ変化している。

これらのことから身体老化はかなり普遍的に、確実に進行していくが、精神老化は実質2年間ではほとんど変化しない者が多いこととおよび人生満足度はむしろ高くなるということが明らかとなった。

はじめに

この研究は、昭和50年度から52年度までの間に行った高齢者の精神および身体老化と社会的適応に関する研究から、心身老化の縦断的变化を追跡したものである。

研究初年度の50年度における結果は、全体的研究計画とともに精神衛生研究第24号に掲載されており、この報告はその継続である。またこの稿の要約は第20回日本老年社会科学大会に於て発表した。

1. 目的

精神および身体老化の進行の程度には個人差のあることは多くの研究者の認めるところである。したがって横断的にある年齢階層をとらえての各種テストおよび評価は、その年齢層における知的あるいは肉体的能力の評価にはなっ

ても、老化という加齢にともなっておこってくる精神機能および身体機能の変化をとらえることは不十分である。そこで、同一対象者について心身の機能を、同じ評価法によって、縦断的、経年的に評価し比較していくことが必要となってくる。

そこでこの研究の目的は、昭和50年度から52年度までの3年間の同じ時期に同一対象者に施行した各種評価および検査から、精神老化評価から長谷川式簡易痴呆テスト、身体老化評価から尼子式外観的老化度評価、社会適応評価からNeugartenによる人生満足度評価の変化を追跡し、その変化の様子を検討することである。

2. 調査の対象

調査の対象者は東京、浦安、野田、金沢、沖

表1. 対象者：地区別、性別

地域	性別	男	女	計
浦安		12	16	28
金沢		22	22	44
沖繩		16	22	38
野田		53	0	53
計		103	60	163

表2. 対象者年齢構成：性別

年齢	性別	男	女	計 (%)
60～64		6	3	9(5.5)
65～69		52	17	69(42.3)
70～74		26	24	50(30.7)
75～79		14	10	24(14.7)
80～84		3	4	7(4.3)
85～89		1	2	3(1.8)
90～94		1		1(0.6)
計		103	60	163(100.0)

注：年齢は昭和50年度における年齢

縄の5地区からで、昭和50年度268名、51年度240名、52年度211名である。

これらのうち、縦断的研究の対象とした者は東京を除いた4地区で、50年、51年、52年の3回とも、3種評価を受けた者とした。これらの対象者は表1の通りで、男103名、女60名、合せて163名である。年齢構成は表2の通りである。平均年齢は、50年度における年齢で男70.1歳、女71.9歳である。

3. 結果

はじめに50年度における3評価の結果をみておくと表3のようになっている。要約は1. 長谷川式簡易痴呆テストでは男の方が得点が高いが、男女とも長谷川の4段階評価の、痴呆の程度の低い方から2段階目に入る。2. 人生満足度は男女差はほとんどない。3. 尼子式外観的老化度評価は男女差はほとんどないということであった。

(1) 全体的変化

縦断的研究の対象となった163名における、男女別全数についての3評価の平均得点の年次変化は表4の通りである。

尼子式では、男女ともに次第にチェック点は高くなっている。つまり外観的評価では老化をすすんだことを示している。また男では標準偏差値も次第に高く、これは得点差のひろがりも大きくなっていることを示している。

長谷川式では男女とも平均得点はほとんど変化していない。しかし標準偏差値は年を遂うごとに次第に高くなり、得点差がひろがることになる。

人生満足度では男女とも年を遂うごとに得点が高くなり得点のばらつきは男では次第に少なくなっている。

これらを老化の1つの指標とみるならば、尼子式からは、外観的的身体老化は男女とも全体として年を遂うに従ってすすみ、男では特に個人差が大きくなると考えられ、長谷川式からは、知的老化は男女とも全体としては大きく進行してはいないが、やはり得点差はひろがり、個人差が大きくなると考えられる。

これと対照的に人生満足度は年を遂うにつれ高くなり、ばらつきは変らないかむしろ少なくなると考えられる。

(2) 50年と52年の変化

このことをより明瞭にするために、50年度と52

表3. 心身老化評価と人生満足度(昭和50年度):性別

老化評価	性別		
	男	女	計
実数	N=149	N=119	N=268
平均年齢	70.7	72.4	71.5
尼子式(100.0)	27.9*	27.0*	27.5*
長谷川式(32.5)	29.3	25.5	27.6
人生満足度(20.0)	13.3	13.1	13.2

注: 1. *男N=144 女N=114 計N=158

2. ()内はフルマーク点

表4. 老化評価の年次変化: 評価別, 性別

老化評価	男 N=103, 平均年齢=70.1			女 N=60, 平均年齢=71.9		
	50年	51年	52年	50年	51年	52年
尼子式	平均値	33.4	36.4	27.9	30.9	34.6
	標準偏差値	10.50	11.81	10.38	10.26	10.21
長谷川式	平均値	29.6	29.4	27.0	26.6	26.8
	標準偏差値	3.01	39.5	4.41	5.32	5.42
人生満足度	平均値	13.5	14.1	12.6	12.8	13.7
	標準偏差値	3.21	3.00	3.39	3.01	2.79

年度について、評価の段階づけの変化を分析した。評価は、長谷川式はすでに定められている段階づけを用い、尼子式および人生満足度は平均得点から±1標準偏差値をもってそれぞれ4段階に分けてある。そこで、50年と52年を比べ、段階を越えて変化したか否かを検討した。つまり、実得点は変化しても同じ段階の範囲内での変化にとどまったものは「変らない」とし、より高い得点の段階に移動したものは「高くなった」、より低い得点の段階に移動したものは「低くなった」とした。

ここで注意しておくことは、尼子式では「高くなった」はすなわち老化がすすんだことを意味するが、長谷川式では問題がよくできたわけで、精神機能の回復を来したことになり、尼子式とは逆にいわば老化が改善されたことを意味する。人生満足度は高い方への移動はそのまま満足度が高くなったことを意味する。

このようにして、変らない者と高くなったあるいは低くなった者の比率の図示すると図1のようになる。尼子式では最も多いのは「高くなった」すなわち老化のすすんだもので、男で55.3

%、女で61.7%であった。変らない者は男で36.9%、女で23.3%であった。長谷川式では最も多いのは「変らない」で男で49.5%、女で58.3%である。次は男では「低くなった」、女では「高くなった」である。人生満足度は最も多いのは男女ともに「変らない」でともに約40%、次は男女ともに「高くなった」で約35%であり「低くなった」よりも多くなっている。

(3) 年齢階級ごとの変化

平均得点の変化を50年を100とした指数で表わすと表5~7のようになり、これらをグラフに示すと図2~4のようになった。

尼子式では男女とも各年齢階級とも51年、52年と指数は100より高くなっている。特に、男では「60~64歳」および「80歳以上」で、女では「60~64歳」、「65~69歳」、および「80歳以上」で特に指数が高くなっていくことがわかる。つまり、男女ともに年齢のより若い層とより高い層で変化が大きいことを示している。そして男では65~79歳が、女では70~74歳が変化の少ない期間であるということもできよう。

長谷川式では男女とも年齢階層による大きな差はないが、男の方がより年齢の高い層で、女ではより若い層で得点が低くなる傾向にある。

人生満足度は男女ともに年齢階層によって特にはっきりした差はないが女で「80歳以上」のみきわだって高くなるのが注目される。

まとめ

この研究は60歳以上老人の同一対象に、昭和50年度から52年度にかけて3回にわたって、尼子式外観的老化度評価、長谷川式簡易痴呆テストおよびB. Neugartenによる人生満足度評価を施行した結果をまとめたものである。

尼子式では平均点においても老化が進んでおり、階段移動からも約6割において老化が進行したことが明らかとなった。そして特に年齢のより低い層とより高い層で著明であった。

長谷川式では、平均点でみるかぎり変化はほとんどないようにみえる。たしかに段階移動で

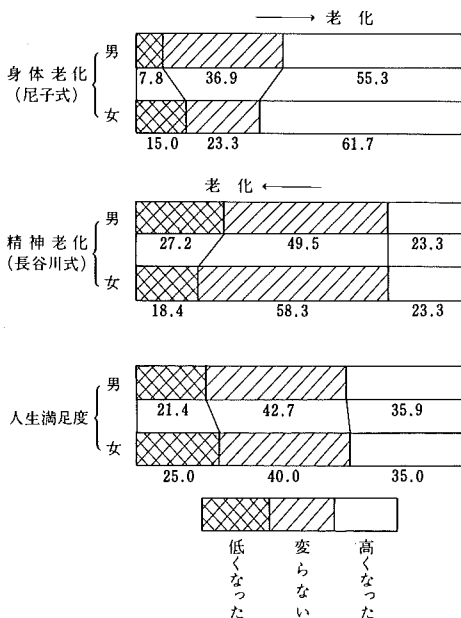


図1. 尼子式、長谷川式、人生満足度における50年度と52年度の比較

表5. 尼子式老化度評価の年次変化(指数): 性別, 年齢階級別

年齢	性別 年度	男 (N=103)			女 (N=60)		
		50年	51年	52年	50年	51年	52年
60 ~ 64		100	155	192	100	137	138
65 ~ 69		100	118	134	100	133	146
70 ~ 74		100	125	143	100	111	120
75 ~ 79		100	114	138	100	99	152
80 ~ 84		100	210	187	100	122	147
85 ~ 89		100	114	250	100	176	162
90 ~ 94		100	151	192			
80 ~ 再		100	179	201	100	140	152

も5割~6割が変化していない。しかし年齢階層ごとにみると男は年齢のより低い層で、女はより高い層で得点が低くなっている。

人生満足度は平均点は男女とも次第に高くなり、段階移動においても男女とも3分の1が高い方へ変化している。特に女の「80歳以上」で著しく高くなっていることが注目される。

表6. 長谷川式簡易痴呆テストの年次変化(指数): 性別, 年齢階級別

年齢	性別 年度	男 (N=103)			女 (N=60)		
		50年	51年	52年	50年	51年	52年
60 ~ 64		100	99	97	100	97	78
65 ~ 69		100	99	98	100	97	98
70 ~ 74		100	97	101	100	93	97
75 ~ 79		100	96	94	100	106	106
80 ~ 84		100	96	98	100	113	114
85 ~ 89		100	103	56	100	66	85
90 ~ 94		100	100	97			
80 ~ 再		100	98	89	100	97	104

これらのことから、身体老化は実質わずか2年間の間にもかなり普遍的に、確実に進行していくが、精神老化は身体老化ほど普遍的でも確実でもなく、2年間の間ではほとんど変化しない者が多いこと、および人生満足度はむしろ高くなるということができよう。

表7. 人生満足度の年次変化(指数): 性別, 年齢階級別

年齢	性別 年度	男 (N=103)			女 (N=60)		
		50年	51年	52年	50年	51年	52年
60 ~ 64		100	96	116	100	97	85
65 ~ 69		100	107	110	100	110	110
70 ~ 74		100	97	106	100	98	110
75 ~ 79		100	114	113	100	115	117
80 ~ 84		100	93	77	100	132	143
85 ~ 89		100	90	120	100	202	319
90 ~ 94		100	74	84			
80 ~ 再		100	88	87	100	156	202

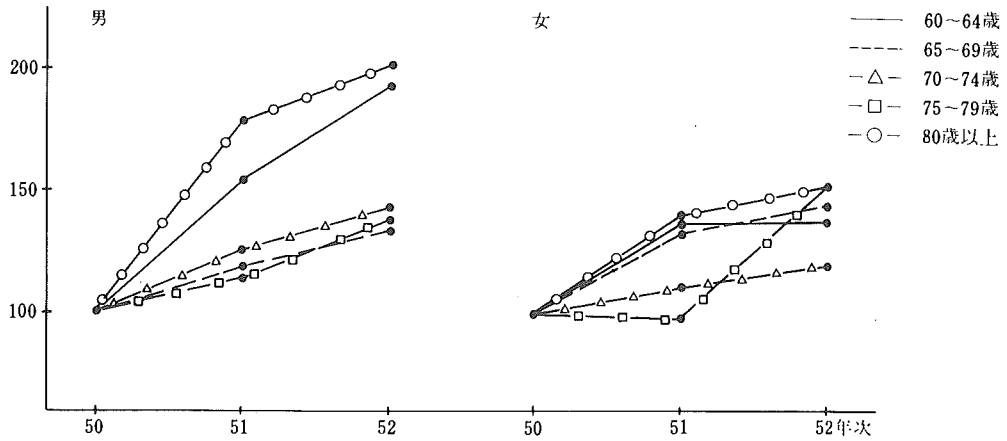


図2. 尼子式老化度評価年次変化

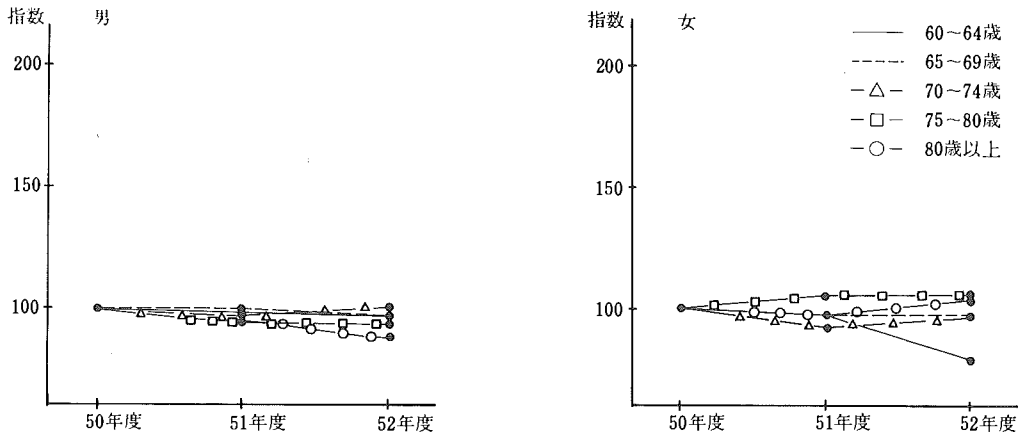


図3. 長谷川式評価指数の年次変化

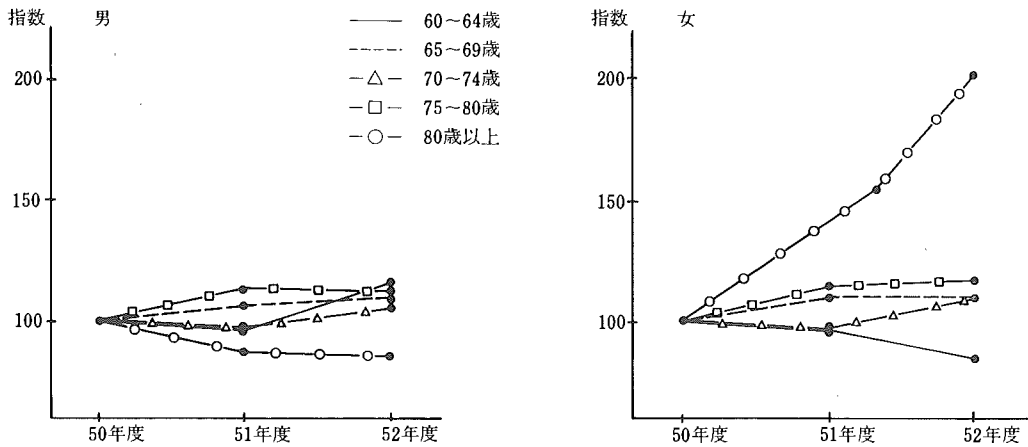


図4. 人生満足度指数の年次変化

高齢者の心身の老化と社会的適応の評価に関する研究
——その3 (短報)

——生活史の因子分析と人生満足度——

斎藤 和子

老人精神衛生部

Research on Evaluation of Aging and Social Adjustment of
the Aged—Part 3

——Factor Analysis of Life Events and Correlations
between Extracted Factors and Life Satisfaction——

Kazuko SAITO

Division of Psychogeriatrics

Summary

This report represents a portion of the research carried out concerning correlations between aging and social adjustment. Its object was the investigation of the influences of life history and current living conditions on these correlations.

Subjects were over 60 years old and numbered 235 (134 males and 101 females).

Subjects were categorized in two subgroups by their stated levels of life satisfaction, and further categorized in two subgroups by their levels of physical and mental agings.

To determine life history and current living conditions, we employed a free interview format, using a checklist generally describing the three major periods of the life cycle: childhood, adulthood, and the present. Responses to the fifty items of the checklist were categorized by means of factor analysis, and seventeen factors were extracted. We then calculated the score of each factor for each subject, and investigated differences in the score distribution between subgroups using chi square.

First, we examined the differences between subgroups scoring high and low according to Dr. Neugarten's Life Satisfaction Inventory. Factors recognized as contributing to significant differences were Nos. 6 (Current Self Initiated Activities) and 17 (Health Conditions in the Past) for males. Factors No. 5 (Children) and No. 7 (Current Social Relations) showed significance for females.

We then examined the differences between those subgroups, highly satisfied and low satisfied, within each of the two other subgroups evaluated as advanced and non-advanced in aging both physically and mentally, by using the battery of medical examinations for physical aging and Benton's Visual Retention Test for mental aging. Factor No. 1 (Current Family and Housing-

Related Conditions) showed significance for both advanced and non-advanced groups and Nos. 12 (Current Daily Activities and Hobbies) and 15 (Leisure Time and Hobbies during Midlife) were recognized as significant for non-advanced group.

Key word: *Aging, Social Adjustment, Life Events, Evaluation, Factor Analysis*

この研究は昭和50年度～昭和52年度厚生科学研究費補助金による調査研究から一部を整理集計したものである。

要約

この研究は、昭和50年度から52年度までの3年間に行った高齢者の精神および身体老化と社会的適応に関する研究から、過去の生活史と現在の生活状況に関する事項の因子分析の結果、およびそれと人生満足度との関係を検討したものである。満足度に影響を与えている因子は、全体として、「現在の積極的役割」および「過去の健康」である。このことは各種の生きがい調査の結果と符合する。特に女では「子供」および

「現在の社会的関心」が関係ある因子となっており、うなづける結果である。身体老化、精神老化ともあまりすすんでいない非老化群では、満足度は日常の活動性に由来する要素の影響をうけており、身体老化、精神老化ともにすすんでいる老化群では、活動性よりも状態あるいは状況に由来する要素の影響をうけていると考えられた。

はじめに

この研究は、昭和50年度から52年度までの3年間に行った高齢者の精神および身体老化と社会的適応に関する研究から、過去の生活史と現在の生活状況に関する事項の因子分析の結果、およびそれと人生満足度との関係を検討したものである。

1 目的

現在の生活は過去の生活の連続であり、現在の生きがいや満足感は現在の生活状況のみならず過去の生活史における生活内容の影響をうけていると考えられる。

そこでこの研究の目的は高齢者において、現在の満足度に影響を与えているところの現在の生活状況および過去の生活史上の出来事における諸要因を明らかにすることである。

2 対象

全対象者は東京、浦安、野田、金沢、沖縄の5地区から、昭和50年度268名、51年度240名、52年度211名であった。このうち、3年間各調査、テスト、検査を毎回完全に施行できたものは183名であり、その他は不完全なものである。

しかし、生活史および生活状況の因子分析の対象は3年間のうちでいつれかの時点で調査表を完成した者とし、必ずしも3年間の継続した者でなくともよいこととした。したがって対象者は男134名、女101名、計235名となった。

検討事項は調査本文から55項目、フェイスシートから2項目が加って57項目であった。このうち因子分析の対象としたものは表1にあるように50項目であり、これを変数として採用した。Iは幼少年期における事項、IIは壮年期、IIIは老年期あるいは現在における事項である。Fはフェイスシートからの事項である。各事項は2

表1. 17 因子の因子名, 項目, 因子負荷量

因 子	項 目	因子負荷量
第 1 因子 現在の家族と住居	家 族 形 態 (F-8)	0.93099
	全 家 族 数 (F-7)	0.89162
	全 居 室 数 (III-5)	0.71809
	居 住 年 数 (F-5)	0.65426
	共に食事をする人 (III-13)	0.61682
	住居の所有 (III-3)	0.46537
第 2 因子 現在の外出	外出の頻度 (III-16(イ))	0.90724
	外出の目的 (III-16(ロ))	0.88491
第 3 因子 両親とのかかわり	養 育 者 (I-2)	0.86097
	父との離死別 (I-8)	0.63487
	母との離死別 (I-9)	0.53819
第 4 因子 教 育	就業開始年齢 (I-10)	0.76446
	住 み 込 み (I-11)	0.52465
	学 歴 (I-5)	0.51862
第 5 因子 子 供	出生子供数 (II-2)	0.74732
	残存子供数 (III-7)	0.62879
	子供の教育 (II-5)	0.57113
	子供の養育 (II-3)	0.56222
第 6 因子 積極的役割	役 割 (III-11)	0.61139
	家の仕事 (III-9)	0.52571
	能 動 性 (III-9)	0.52442
	社会的能動性 (III-19)	0.45897
	家の相談事 (III-10)	0.40630
第 7 因子 社会への関心	新 聞 (III-14)	0.61999
	経済的自立 (III-2)	0.54156
	社会的活動 (II-10)	0.41781
第 8 因子 信 心	現在の信心 (III-15)	0.80887
	中年期の信心 (II-13)	0.53303
第 9 因子 中年期の経済	中年期の貯金 (II-9)	0.66038
	中年期の家庭の経済(II-8)	0.65055
第 10 因子 自立した場合	現在の職業 (III-1)	0.43998
	自分の部屋 (III-4)	0.43787
第 11 因子 同 胞 数	出生同胞数 (I-6)	0.78749
	残存同胞数 (III-6)	0.45838
第 12 因子 趣味・日課	趣 味 (III-17)	0.55689
	日 課 (III-12)	0.39975
第 13 因子 中年期の住居	中年期の住居 (II-7)	0.67948
第 14 因子 配 偶 者	婚 姻 (II-1)	0.85063
	配 偶 者 (F-6)	0.68215
第 15 因子 中年期の趣味	余暇時間 (II-11)	0.67461
	趣 味 (II-12)	0.50275
第 16 因子 祖 父 母	祖父母との同居 (I-7)	0.65126
第 17 因子 過去の健康	幼少青年期の健康 (I-3)	0.50096
	中年期の健康 (II-14)	0.38757

表2. 人生満足度と17因子との関係：性別，老化の程度別 χ^2 検定

** P < 0.01

* P < 0.05

・ P < 0.10

因子	性別，老化の程度別		3. 計	4. 医学検査とベントンによる非老化群計	5. 医学検査とベントンによる老化群計	6. 尼子式とベントンによる非老化群計	7. 尼子式とベントンによる老化群計
	1. 男	2. 女					
	高：N=84 低：N=50	高：N=71 低：N=30					
1. 現在の家族と住居	2.8888	1.5076	3.7530	*4.7472	**6.0998	0.1675	3.3843
2. 現在の外出	1.9816	2.5546	3.8683	0.6989	0.6206	2.7571	3.3671
3. 両親とのかかわり	0.3068	0.1442	0.0588	3.6862	2.3913	0.5591	2.1017
4. 教育	0.2860	3.9942	1.4324	2.9441	3.6925	1.4308	2.1140
5. 子供	0.6183	*6.1125	3.6466	0.9499	0.3617	0.0681	0.7342
6. 積極的役割	4.6689	1.6398	*6.3464	1.7508	2.3502	**28.2649	4.4669
7. 社会への関心	1.4651	*9.1502	3.9570	0.7205	1.0394	2.2496	*5.1068
8. 信心	0.6383	1.5263	2.6272	4.3111	0.4299	0.9914	0.1824
9. 中年期の経済	1.6100	0.4258	0.2151	0.6655	0.3535	2.5126	1.2224
10. 自立した立場	4.1012	0.3534	3.1772	0.3314	2.2343	3.6632	0.6911
11. 同胞数	1.2767	0.8453	0.8542	1.4243	3.8146	*5.3193	0.0783
12. 趣味・日課	4.2549	3.5766	3.4685	**17.3665	1.5524	*5.8593	2.7153
13. 中年期の住居	2.4412	0.1432	3.3928	2.3374	0.6617	**6.8405	0.0730
14. 配偶者	2.6275	0.1571	2.4566	1.9451	0.2614	1.8548	0.1017
15. 中年期の趣味	0.2145	1.8616	1.3058	*4.6749	0.4990	1.4982	0.6686
16. 祖父母	0.5819	0.9502	0.3429	0.4987	1.0423	0.3992	0.3829
17. 過去の健康	**10.4797	2.1623	*9.0992	1.3913	4.5655	2.0522	**8.9264

～3段階に段階づけられ得点化されている。

3 結果

(1) 因子の決定

分析には多変量解析法のうちの主成分分析法を用いた。まづ主因子解を得、17因子を採用し、つぎにこれらに normal-Varimax 法で因子軸の回転を行い、因子負荷量を算出した。ついで、各因子につき、因子負荷量0.40以上の項目をえらび、その因子を説明する事項とした。そしてそれらの事項を統合する概念をもって因子名と

した。すなわち、第1因子・現在の家族と住居、第2因子・現在の外出、第3因子・両親とのかかわり、第4因子・教育、第5因子・子供、第6因子・積極的役割、第7因子・社会への関心、第8因子・信心、第9因子・中年期の経済、第10因子・自立した立場、第11因子・同胞数、第12因子・趣味・日課、第13因子・中年期の住居、第14因子・配偶者、第15因子・中年期の趣味、第16因子・祖父母、第17因子・過去の健康である。

(2) 因子得点と満足度

つぎに対象者ごとに各因子の因子得点を算出し、性別、人生満足度別によるサブグループ間の因子得点のばらつきを検定した。

すなわち、各因子について、それぞれの因子得点の分布が3等分されるような臨界点(t得点)を求め、それによって仕切られる3つの下位グループに入る度数の差を検定した。

表の1, 2, 3. の欄は男性群, 女性群, 合計群において、満足度の高い群と低い群における因子得点の分布の差を検定したものである。

つまり男では第17因子・過去の健康および第6因子・現在の積極的役割が、女では第5因子・子供および第7因子・現在の社会への関心が、合計では第6因子・現在の積極的役割および第17因子・過去の健康が満足度に強くかかわっていると考えられる。

つぎに4および5欄は、医学検査による身体的老化度評価とベントン視覚記憶検査による精神老化度評価の組み合わせから、老化の程度がともに高い者を老化群とし、ともに低い者を非老化群とし、各々の群の中で満足度の高い者と低い者につき因子得点のばらつきの差を検定した。

その結果、非老化群では第1因子・現在の家族と住居、第12因子・現在の趣味・日課および第15因子・中年期の趣味が、また老化群では非老化群と同じく第1因子・現在の家族と住居が満足度に強くかかわっていると考えられた。

また6および7欄は、尼子式による身体老化度評価とベントン視覚記憶検査による精神老化度評価の組み合わせから、前述医学検査の場合と同様に老化群と非老化群に分け、各々の群の中で満足度の高い者と低い者につき因子得点のばらつきの差を検定したものである。

その結果、非老化群では第6因子・現在の積極的役割、第11因子・同胞数、第12因子・現在の趣味・日課および第13因子・中年期の住居が、また老化群では第7因子・現在の社会への関心および第17因子・過去の健康が満足度に強くかかわっていると考えられた。

(3) 結果の要約と考察

以上の結果から、満足度に影響を与えている因子は、全体として、「現在の積極的役割」および「過去の健康」である。このことは各種の生きがい調査で、生きがいあるいは生きがいを感ずることの中で上位を占めているのが「仕事」および「健康」(他に「家族に関すること」)であることとよく符合する。特に女では「子供」および「現在の社会的関心」が関係ある因子となっておりうなづける結果である。

老化群と非老化群では、両群共通に「現在の家族と住居」が重要な因子であり、これは先へのべた一般的な生きがいにおける主要な事柄の1つである。

特に非老化群ではこの他に「現在の積極的役割」、「同胞数」、「現在の趣味・日課」、「中年期の住居」および「中年期の趣味」が満足度にかかわる重要な因子であり、老化群では「社会への関心」および「過去の健康」が重要な因子となっている。

このことは非老化群すなわちあまり老化していない者にとっては日常生活における仕事や役割の有無、趣味や日課の有無など活動性に由来する因子が強く働らき、老化群では過去とはいえ健康そのものおよび社会的関心など状態あるいは状況に由来する要素が強く働らいているといえよう。

以上要約すると、現在の生活状況および過去の生活史上の諸要素のうち、満足度に深くかかわりのあるものは、役割と仕事、健康、家族と住居、趣味と日課等であり、この結果は多くの生きがい調査や満足調査の結果をほぼ一致するものである。身体老化、精神老化ともにあまりすすんでいない群では満足度は日常の活動性に由来する要素の影響をうけており、身体老化、精神老化ともにすすんでいる群では活動性よりも状態あるいは状況に由来する要素の影響をうけていると考えられる。

出稼ぎに伴う地域生活の変容と精神健康に関する研究
——野外科学的アプローチによる——

丸山 晋

国立精神衛生研究所・社会復帰相談部

宗像恒次・和田修一・石原邦雄

国立精神衛生研究所・社会精神衛生部

河野洋二郎・西川祐一

国立精神衛生研究所・児童精神衛生部

牟田隆郎

国立精神衛生研究所・精神衛生部

兜 真徳・日下部康明

国立精神衛生研究所・精神薄弱部

北沢清司

大正大学

佐々木さだ・島谷カツ子・前田とみゑ

稲垣村役場

A Psycho-ecological Survey of a Seasonal-work Area

Susumu MARUYAMA

Division of Rehabilitation for Mentally Disordered

Tsunetsugu MUNAKATA・Shuichi WADA・Kunio ISHIWARA

Division of Socio-environmental Research

Yohjiro KOHNO・Yuichi NISHIKAWA・Takao MUTA

Division of Child Mental Health

Michinori KABUTO・Yasuaki KUSAKABE

Division of Mental Retardation Research

Seiji KITAZAWA

Taisho University

Sada SASAKI・Katsuko SHIMAYA・Tomie MAEDA

Inagaki Village

We tried to investigate the influence of migratory work (dekasegi) on family members, especially wives, children, and the old. Our field was Inagaki Village in the northwestern part

of Aomori prefecture.

We carried out field work two times. The first time we made a qualitative investigation by means of KJ anthropological field work method, while the second time, a quantitative approach by questionnaire method was used.

The conclusions arrived at through both approaches were approximately the same and revealed that migratory work was rather a well-balanced phenomenon and did not have an overt negative influence on other family members. In terms of "caseness", however, migratory work concealed high risks yielding difficult problems to cope with in the community.

Key words: *Migratory work, KJ Method*

抄録

青森県西北部の「出稼ぎ村」である稲垣村を2回に亘り調査した。第1次調査では、フィールド・ワークからの定性的データをKJ法を用いてまとめ、出稼ぎとそれが周囲に与える影響をマクロな見地よりとらえ、一定のパーズペクティブを得た。第2次調査では、家庭、学童・生徒、老人に対してアンケート調査を行ない、その結果を定量的にまとめた。そのうえで定性的アプローチと定量的アプローチの結果を比較

検討した。これによると両者はよく対応していた。そこからつぎのような結論が導かれ、確認された。つまり、当地での出稼ぎは、農業構造や社会の変革に伴う適応行動としての様相が顕著で、その範囲内ではさしたるマイナス影響を残してはいない。しかし出稼ぎ者が出稼ぎ先で事故等による不幸にみまわれた場合、家族が壊滅的な打撃をうけてしまうケースに遭遇するとき、危険と背中あわせになっているという意味で、出稼ぎは社会不安の要素になっている。

はじめに

戦後の急激な社会経済的变化に対応した生活条件の変容に伴って、地域社会や家族そして個々の成員は適応を余儀なくされており、東北部に多くみられる出稼ぎはその一つの適応現象といえる。この出稼ぎ現象の背後にはさまざまな生活条件の歪みがかがえ、健康生活上の適応障害もみられる。といっても出稼ぎを単に社会問題としてみて、もっぱら適応障害の面ばかりを強調するのは客観的な据え方ではない。出稼ぎを一つの社会文化的適応としてとらえ、むしろその背景にある条件を明らかにし、その条件のあり方によっては適応障害が生れると考えた方がよいようにおもわれる。著者らは出稼ぎ地域にみられる健康上、とりわけ精神健康上の適応状態を出稼ぎ者とその家族、学童および老

人について、彼らの生活条件と関連させながら実証的に明らかにしようとした。

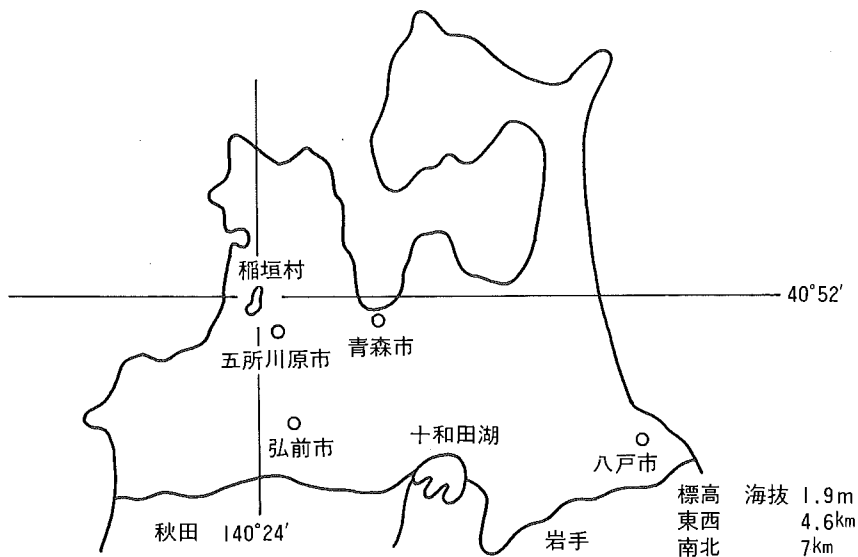
出稼ぎにまつわる調査研究は、従来より数多くみなされている。著者らは、こうした一連の調査研究の流れとは別に、文化人類学者川喜田二郎筑波大学教授の提唱する、野外科学の方法にのっとり、定性的な観察データをKJ法を用いて組み立て、仮説を発想し、さらにそれを検証するという一連の手順を、チーム・ワークとして自覚的に踏み、仮説検証へと至る、学際的な研究を目指した。つまり著者らは、本研究において、一切の先入観を排し、生まの現場にふれ、そこから発想される仮説を、種々のパラメータを用いて検証してゆくという立場をとり、現場の科学たる野外科学的方法の実践として、本研究を位置づけた。

I 研究対象

出稼ぎは東北地方でも、とりわけ青森県では多く、現在米作、りんご生産、漁業と並ぶ一大産業となっており、「出稼ぎ産業」ぬきには県の社会経済は考えられないものになっている。そしてこの県の中でも出稼ぎ農家率53.8%（昭和50年）と県で二番目に出稼ぎ農家の割合の多い稲垣村を調査フィールドと選定した。

稲垣村は、青森県の西部に属し、津軽平野の中央を流れる岩木川下流の左岸地帯で西津軽郡の北部東経140°24′、北緯40°52′に位置し、東部は岩木川を隔てて五所川原市と北津軽郡金木町並

びに中里村に相對し、南部と西部は木造町、北部は車力村にそれぞれ接し、県都青森市から49kmのところであり、農業を主として発展した村である。村の地勢は、南に岩木山を仰ぎ、東は遠く中山山脈、西は屏風山に囲まれ、穀倉地帯である津軽平野の北部に位島し、岩木川下流にあるため標高はきわめて低く、平均1.9mで、平坦低湿地帯である。東西4.6km、南北7.9km、総面積32.72km²で青森県67市町村中、第59位の小さくまとまった村であり、農用地は2,509ha、総面積の76.7%を占めている。人口は昭和50年10月1日現在、7,024人である。（第1図）

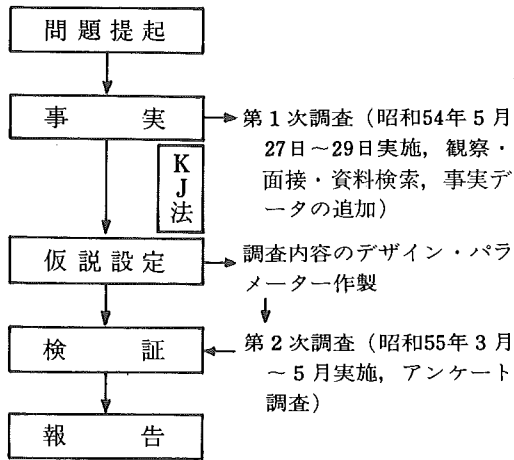


第1図 稲垣村の位置

II 研究方法

研究のステップは、図2に示すようなフローチャートに従った。第1次調査（昭和54年5月27日～29日実施）では、現地観察や村民との面接および既存の資料からの定性的データの採集を

めざした。また第2次調査（昭和55年3月～5月施行）は、社会学的世帯調査、学童生徒調査、老人調査の3部分より構成され、それぞれについて設計したアンケートと、2、3のテスト・バッテリーをくみあわせる方向でおこなわれた。さらに2、3の問題世帯を訪問し、「事例」とお



第2図 研究フローチャート

して、他の調査で照明のあてられない部分を補おうとつとめた。

すなわち、世帯調査は世帯の社会経済状態、社会的ストレスの調査、CMI (Cornell Medical Index) による健康調査からなる。また学童・生徒調査は親の出稼ぎ状況、本人の意識、不安定度測定、絵画欲求不満テスト、文章完成テストよりなっている。さらにまた老人調査は、家族の出稼ぎ状況、心理的幸福度 (Neugarten による Life Satisfaction Test)、心身の健康度の測定調査からなっている。

世帯調査では、村の各部落から無作意に出稼ぎ者のいる世帯150、出稼ぎ者のいない世帯150を選び調査表を配布し、留置法にてそれぞれ114、69の有効票を得た。また学童・生徒調査では、稲垣村立小学校の4・5・6年全員308名と村立中学校1・2学年全員196名を調査した。老人調査では老人クラブに集った老人103名を対象に調査を実施し、71の有効票を得た。

III 調査結果

1) 第1次調査

研究メンバー10名による2日間に亘るフィールド・ワークでの見聞は、ただちに手持ちのKJ法データ・カード(図3)に記入され、その数130

枚となった。そのうち内容が比較的重複していたり、テーマと重接関係のないと衆目評価により判断されたものを除いた44枚のデータ・カードの Summary を KJ ラベルに転記したものを元ラベルとして、KJ 法 A 型図解をくみたてた。それが図4である。図解のタイトルは「稲垣村の現状を探る」とした。そこにはいくつかの仮説の所在が暗示されている。

以下はその文章化である。

「出稼ぎ」という言葉は、とかく暗いイメージと結びつきやすい。たしかに一部ではそういう面があろうが、それが全てではない。

仮説(1)―出稼ぎは村民のバイタリティの現われではないだろうか(図解中央)

過去10数年間を特徴づける言葉は、「高度成長時代」ということであり、それに伴う「農村の都市化」ということであった。そうした状況を見無視しては「出稼ぎ」は語れない。稲垣村は県内でも有数の米どころである。その生産性の向上は、品種の改良だけでなく、農機具の機械化によってもたらされた。農機具の購入には巨額の資金がいる。生産性をあげるためには多少の無理をしてもこれを買わなければならない。そうしなければ農業はたちおくれしてしまうという危機意識がある。そうした状況下での「出稼ぎ」はむしろ自然発生的であり、生活の知恵として芽生えたものと解することができる。米づくりに対する愛着と執着がバネになり、経済力の拡大をいきおい外の世界にもとめる形になるのではとおもわれた。そのため「出稼ぎ」は稲垣村農民の現実的かつ有効な問題解決のひとつの手段であったといえよう。それに加えて「となりがゆくからわが家も」といった集団心理も働いているようである。その影響が老人や子供そして主婦にどのようにあらわれているのであろうか。津軽気質とでもいったらよいかそのがまん強さが老人をして「出稼ぎ」に伴う犠牲を甘受させているようである。しかし嫁たる立場の主婦は、家庭の機能が犠牲にされ

図3 データ・カードの例

<p>date : 79-5-28 place : 福地村 福福</p> <p>source : 丁氏 recorder : 丸山</p>	<p>date : 79-5-28 place : 福地村 下野田</p> <p>source : 丁氏 recorder : 丸山</p>
<p>date : 79-5-28 place : 福地村 福福</p> <p>source : 石氏(72才) 吉 recorder : 丸山</p>	<p>date : 79-5-29 place : 福地村 K&K 宅</p> <p>source : K&K 氏 recorder : 丸山</p>

たりすることに対する気嫌ねも加わり、精神的にも肉体的にもしわよせをこらむていることが予想される。「出稼ぎ」は現金収入という初期の目標ばかりでなく、出稼ぎ先の都市の文化にふれることにより、そこでの消費生活を村に移入するといった面も生じた。家や調度も立派になり、都市が田舎にうつってきたような錯覚もあるほど、生活環境は改善された。それはよいことに違いない。しかし経済原則優先といった好ましからざる面も入ってきて、ことに子供の遊びや物の考え方に影響を与えている。しかしそれはまだ決定的なものにはなっていない。「出稼ぎ」により色々な影響がみえかくれするが、今のところそれは家と仕事と己れ自身の都市願望をバランスよく充実させており、村民のバイタリティの現われといった面が前景にでている。

仮説(2)一共同体意識がうすれ、個人の行動の自由が拡大してきたのは「出稼ぎ」が少な

からず関与しているようだ(図解右上)

昔は何かにつけ交流の場であった神社等のあつまりも、もうひとつもりあがりに欠ける。このことは昔ながらの村落共同体がくずれてきていることを象徴しているようだ。そうした中で「出稼ぎ」にゆく者とゆかない者との間に、心理的なきしみがないといったらかえておかしい。また電話の普及でますますフェイス・トゥ・フェイスの関係もうすれているようだ。こういった変化に「出稼ぎ」は少なからず影響を与えているようだ。物質的には豊かになったが、人と人との絆はうすくなっているということは、強いて問題といえはいいえる。

仮説(3)一農業の将来性に対する不安が、後継者の意欲をそいでいるようだ(図解右下)

本来は農業を発展させ、生きのびる策として講じられた「出稼ぎ」も農業の今後のみとおしを決して明るくしてくれていない。つま

り決定的な問題解決になってはいないということである。これでは親として、子供にあとを継いでくれとは積極的にはいえない、そういう材料に乏しいのである。一方子供は子供で専業農家ではやってゆけないという現実をみ、親不在といった変則的な養育環境のもとでは、しっかりした価値観や考え方が、親から伝播しにくく、夢が育たないといった状況にある。しかし学歴偏重主義にはまだおかしされていない。ともあれ、農業の将来は親にとっても、子供にとっても不安の要素が大きく「出稼ぎ」も根本的な問題解決にはなっていないこと、そのことが将来への期待をそいでいる。もちろん将来に対する不安はこのみの問題ではないのではあるが……。

以上の仮説をまとめると、村民は出稼ぎといううまみもあるが危険も盈んだ行動で、おしよせてくる農業構造の変貌に対応している。それにはかなりのストレスがあろうが、もちまへのバイタリティでそれをのり切っている。しかし事故でも発生した場合、決定的な打撃をこうむってしまわない程の安定性を保ってゆく予備力が蓄わえられているかどうかということが、今後を占う指標になるであろうということである。

以上が、第1次調査の結果である。

2) 第2次調査

第2次調査の調査結果については、(1)社会学的世帯調査 (2)学童生徒調査 (3)老人調査 (4)その他の項目に沿って記述する。

(1) 社会学的世帯調査

①出稼ぎ世帯は非出稼ぎ世帯よりも人員が多く、構成も多少異なる。つまり7人以上の家族、男子が4人以上いる家族からは、コントロール群に比べて、出稼ぎに出かける割合がたかい。(31.7% : 20.2%) 人員、構成ともに余裕のある家庭からの出稼ぎ者が多いといえる。

②出稼ぎ世帯は非出稼ぎ世帯よりも収入は多いが、家計の支出も多い。農業収入300万以

上のも—出稼ぎ世帯26.9%、非出稼ぎ世帯23.1%、農外収入250万以上のも—出稼ぎ世帯8.7%、非出稼ぎ世帯4.3%、家計支出月20万以上のも—出稼ぎ世帯17.3%、非出稼ぎ世帯4.3%。出稼ぎ世帯は一般に、農業収入、農外収入も多くまた出費も多いといえる。

③借金の返済におわれているのは両者に共通しているが、住宅借金返済は出稼ぎ世帯に多い。出稼ぎ世帯19.2%、非出稼ぎ世帯13.0%であった。

④夫が50才代の世帯では積極的に出稼ぎを続けるという人が多く、30才代の世帯ではやめたいという人が多い。出稼ぎを続けたいとおもっている世帯が、50才代では10.5%であったのに対し、30才代では0%であった。また出稼ぎをやめたいと思っている世帯が、30才代では22.2%あるのに対し、50才代では10.5%であった。

⑤出稼ぎ世帯の出稼ぎ理由はつぎのようであった。

- | | |
|---------------------|-------|
| イ) 農業機械化に伴う費用捻出のため | 65.4% |
| ロ) 家業だけでは生活が苦しいため | 63.5% |
| ハ) 地元では賃金が安い | 48.1% |
| ニ) 教育費捻出のため | 27.9% |
| ホ) 機械化によって時間的余裕が生じた | 26.0% |
| ヘ) 地元で適当な仕事がないため | 22.1% |
| ト) 豊かな暮しがほしいため | 20.2% |

⑥出稼ぎの理由を世代別にみると、30才代の方は家の新築資金獲得のために出稼ぎにゆくなどの傾向がみられるのに対して、50才代の方は、近所づきあいのためとか、観光をかねて出かけるといったように、傾向の上で差がみられた。

⑦社会的ストレスについてみると、生活条件に関するものでは、出稼ぎ(6.39点)、非出稼ぎ(6.38点)と殆んどかわらないが、地域生活に関する社会的ストレスは、出稼ぎ(1.60

点), 非出稼ぎ(1.88点)と後者の方がわずかに高く, 家族生活に関するストレスは, 出稼ぎ(2.72点), 非出稼ぎ(2.26点)と前者の方が高かった。

⑧自己イメージについての調査では, 出稼ぎ世帯の夫婦はともに現実的な自己イメージがよくなり, 非出稼ぎ家庭では, 統率的, 養育的な自己イメージがよくなった。別の表現を借りると, 出稼ぎ者は現実適応型パーソナリティの人が多いのに対し, 非出稼ぎ者には葛藤型のパーソナリティの人が多いいえる。

⑨価値観については, 出稼ぎ者は非出稼ぎ者に比べ, 老親の扶養意識や先祖伝来の土地の保有意識も高く, 結婚観についても愛情がなくても離婚するのはよくないという意識をもつ人が多いなど, 伝統的価値観に従っている面が多くみられた。

⑩Cornell Medical Index(C.M.I.)による身体の自覚的訴えについての調査では, 両者に有意差はみられなかった。

(2) 学童生徒調査

①児童の48%が出稼ぎ家庭に属していた。

②女の子のいる家庭は両親ともに出稼ぎに出やすい。(男児:女児=2:5)

③父親が出稼ぎに出る場合の方が母親が出る場合よりも子供は寂しがらる傾向がある。

④両親が出稼ぎにゆく家庭では子供は祖母に相談相手になって貰おうとする傾向がよい。

⑤子供が中学生になると相談相手として親よりも友人を選ぶ傾向が強くなる。小学6年生では, 母53.7%, 友人23.5%, 中学1年生では, 母33.6%, 友人45.2%, 中学2年生では, 母28.5%, 友人53.5%であった。

⑥出稼ぎに出ている家庭の子供の方が, 非出稼ぎの家庭に比べ, 同性の親を尊敬の対象に選ぶ傾向がよい。そういった傾向は年齢が長ずるに従って強くなる。

⑦学童生徒における農業志望者は5.7%であった。

⑧不安尺度の上では, 出稼ぎは児童の精神健康に有害な影響を与えていないようだ。

(3) 老人調査

①出稼ぎ家庭の老人は, 出稼ぎ者をおくりだしていることによって, 身体および精神健康の面で, 殆んど影響をうけていない。しかし脳溢血などの脳血管系の疾患をもつ老人がいる家庭では, 出稼ぎをしない場合が多い。

②身体あるいは精神疾患を有する老人と人生満足度が低くなることには, 高い相関関係があるが, 出稼ぎという現象は, 老人の人生満足度には直接的な影響はなかった。

(4) その他

調査中に会った問題世帯の事例を2例あげる。

ケース①: A家

平均的な農家。家族構成は, 老夫婦, および若夫婦, 孫1人の5人よりなる。若い夫は30代の働らきざかりであった。東京に出稼ぎに行き交際事故により死亡。老夫婦は農業のきりもりもままならず, 家は借金をかかえてこまっている。稼も子供をつけて実家にもどろろという意向をもっている。もしそうになると世継ぎが断えてしまうので, 「こんなになるのなら出稼ぎにゆかなければよかった」とパニックに陥っている。

ケース②: B家

家族は夫婦および子供2人よりなる2世代家族。夫は出稼ぎ先でアルコールに耽溺。アルコール中毒および肝障害のためG市内の精神病院に入院中。中学生になる長子は非行にはしり, 一家は波風が断えない。

IV 考察

「出稼ぎ」という現象がいつ, どこではじまったのかつまびらかでない。稲垣村の古老は, かの地では戦前よりあったという。しかし以前は, 北海道方面への出稼ぎが普通で, 鉄道の敷設や漁業に従事し, その数もごく少なかったという。そういう出稼ぎの伝統はたしかにあったが, 出稼ぎが社会現象化したのは, 昭和39年の

東京オリンピックを境とする建設ブームに呼応してのことであった。それ以来農閑期の「出稼ぎ」は年中行事化し、「ゆくのがあたりまえ」といった観があるという。その間種々の調査研究がなされ、今や「出稼ぎ研究」はさして目新しい研究トピックスではない。しかし著者らは、今回調査の機会を得たのを機に、この出稼ぎを社会適応行動の一過程として、今日的レベルで構造的にとらえ、そこに示唆されるいくつかの仮説的現象を、できるだけ数量的にとらえるこ

とにより検証的に説明することをもくろんだ。つまり現場における定性的データと、定量的データとの対応をみつけようとした。それにより出稼ぎという現象を内外よりとらえだすことが可能と考えられた。定性的なデータをあつかい仮説をうみだす手順としては、川喜田二郎教授のKJ法を中心とする野外科学的方法を用いた。教授は、野外的自然および野外科学を、実験室的自然および実験科学との対応において、表1のようにまとめている。著者らにとって稲垣村

実験科学	実験室的自然	野外的自然	野外科学
○閉鎖的	← ○実験室内	↔ ○野外	→ ○開放的
○自然を作りだす(製作的)	← ○人工的	↔ ○ありのまま	→ ○自然を作りださない(認識的)
○固定的設備装置が必要	← ○統御されている	↔ ○統御がきかない	→ ○携行器具が必要
○仮説が分類ワクを要請	← ○要素化が容易	↔ ○要素化が困難	→ ○データが分類ワクを暗示
○探索	← ○探し物がわかっている	↔ ○何が必要かわからない	→ ○探検
○分析的	← ○単純	↔ ○複雑	→ ○総合的
○観測	← ○測定可能	↔ ○測定不能	→ ○叙述的または描写的観察
○追試ができる	← ○反復的	↔ ○1回の	→ ○追試ができない
○法則追求的	← ○非個人的	↔ ○個人的	→ ○個性把握的
○仮説検証的			○仮説発想的

表1 対象とする自然の差にもとづく実験科学と野外科学との対照

(川喜田、牧島著「問題解決学」P.66 講談社、1970)

および村民はこの「野外的自然」そのものであった。第1次調査の結果として、「出稼ぎ」のもつ多方面への影響を示す徴候的なサインがとらえられた。つまりそれらは、つぎの3つの仮説にまとめられた。①「出稼ぎ」は村民のバイタリティの現われではないだろうか。②共同体意識がうすれ、個人の行動の自由が拡大してきたのは「出稼ぎ」が少なからず関与しているようだ。③農業の将来性に対する不安が、後継者の意欲をそいでいるようだ。これらを一つにまとめると、「村民は出稼ぎという、うまみもあるが、危険も盈んだ行動で、おしよせてくる農業構造の変貌に対応している。それはかなりのストレスではあろうが、それをもちまへのバイタリティでのりきっている。しかし事故でも発生した場合、決定的な打撃をこうむってしまわない程の安定性を保ってゆく予備力が蓄えられて

いるかどうかということが問題である」となった。

これらと第2次調査の結果を対応させてみる。「出稼ぎは、必要上やむを得ず行なう行為である」しかし「それは一定のゆとりのもとで行なわれており」「出稼ぎにしている親を残された児童は、尊敬している」「寂しいときは、祖母や友人との交流で情を暖めたりしており不安傾向もない」また「農業の将来にはあまり期待していないようである」「老人は出稼ぎによるシワよせを直接的にはうけていない」しかし「一、二の家庭では一家の柱を失うことにより、家庭崩壊に類してしまうというもろさが露呈されている」といったように、アンケートにより定量化された所見とよく一致する。質と量を一致させることは厳密には不可能なことであるが、この場合、少なくとも不一致な部分はきわめて少な

く、仮説が検証されたときとみなしてよいとおもわれる。

このように著者らは「出稼ぎ」を社会適応現象とみなし、それを介在変数として、残された家族(主婦、学童生徒、および老人)の身体および精神の健康および家族のクライシスとの関連をみたが、いづれの点においても直接的な関連は見出されなかった。しかし、「一家の主が失なわれることにより、その家族が壊滅的な打撃をうけてしまう」といった事例に出会うとき、E. H. エリクソンがある著作で語っているように「水晶はそれが砕けたときその構造を顕わにする」といったいみで、「出稼ぎ」に特異なクライシスとはいえないまでも、危機の構造が露呈する瞬間を見逃してはならないとおもわれる。

まとめ

青森県内の出稼ぎ村稲垣村をフィールドとして、2回に亘る調査を行ない、今日的レベルにおける「出稼ぎ」の家族に与える影響を検討した。その結果「出稼ぎ」は社会経済的な適応行

動としてあらわれ、ネガティブの面もあるが、それ以上にポジティブな面もある。これは一応「適応」に成功している例であるが、事故や疾病により「不適応」に陥る悲惨な例もあり、そういう「事例性」において出稼ぎに伴う危機の構造が顕わになることを示唆した。

(稿を終るにあたり、終始暖い御支援を賜った国立精神衛生研究所加藤正明所長、大塚俊男部長、筑波大学川喜田二郎教授および長内長雄稲垣村村長に深謝いたします。

尚本研究の一部は、昭和54年度大同生命研究助成金によってなされたものであります。)

参考文献

1. 川喜田三郎：「野外科学の方法」中央公論社，1973
2. 川喜田二郎・牧島信一：「問題解決学」講談社，1970
3. 「第6回医学助成報告集」大同生命厚生事業団，1981
4. 「稲垣村村勢要覧」稲垣村役場，1978

カナダの精神科医療について

——バンクーバー地域を中心として——

西川 祐一

国立精神衛生研究所・児童精神衛生部

はじめに

私は、カナダのブリティッシュ・コロンビア(B. C)州バンクーバー市にある B.C 大学精神科に、昭和55年7月から1年間留学したので、その時の経験とバンクーバー市を中心とした特色ある精神科医療について書きます。

カナダは約996万 km²(ソ連に次ぐ世界第2の広さで日本の約27倍)と云う広大な土地に人口は約2400万人でそのほとんどは、アメリカ国境沿いに住んでいる。その為その他の土地はほとんど未開発であり外国からの移民が多い。カナダは10の州と2つの準州からなり、国の力より州の力が強く各州とも独立採算制である為、州が違つるとまるで別国のごとく法律や制度も違つう。B.C 州だけでも約100万 km²で日本の約2.5倍の広さがあり、その中に約260万人の人が住んでるだけで、バンクーバーの人口は約41万人である。

B.C 州では、精神障害者をできるだけ入院させないで、もし入院をさせるとしても最低限に止め、直接家族や友人や地域の人達と接しながら家庭的な環境に近い地域社会の中で患者を治療する事を目標として全ての精神衛生サービスを行っている。この計画のもとに州のあちこちには、31の精神衛生センターが建っており、同時に一般の総合病院は精神科病棟やベッドを持っている。

バンクーバーの精神科医療

バンクーバーの精神科医療は、二つのオーバ

ーラップしたシステムから成立している。一つは州や市が援助している公共のサービスで、もう一つは、個人開業精神科医と一般医によるものである。

公共サービスの中で大きな分野を占めるのは、市の行っている Greater Vancouver Mental Health Service(GVMHS)であり、この中の中心的な存在は、カナダでも特異な地域精神衛生ケアとして有名な Community Care Team(CCT)である。GVMHS はその他に、Blenheim House(学令期前の重症の精神障害児の為の治療プログラム)、SAFER(精神病でないのに自殺企図をした人のフォローアップ調査)、Se-Cure(広場恐怖症の人のケア)、救急精神科短期入院サービスや精神衛生近縁問題に対するサービスなどを行っている。GVMHS は、広義の精神障害者に対してのサービスを目的としているが、精神発達遅滞児(者)、薬物又はアルコール中毒者、犯罪をおかし裁判中やその前後の人へのサービスは別の部門の担当の為、行なわない。

CCT について

CCT とは、バンクーバーを8つの地域に分けてそれぞれの地域にチームを置き、そこに住む人達に次の様なサービスを提供する精神衛生活動機関である。1) 外来患者の診察と治療、2) 入院前と退院後のケア・サービス、3) home treatment(家庭治療)、4) 精神科救急サービス。

患者は、個人で CCT に来院することもあるが、家族、友人、病院、精神科医、一般医、地域のワーカー、警察等からも送られてくる。患者はメンタル・ヘルス・ワーカーかシニア・スタッフによりインテイクされ精神科医に会いケース・カンファレンスの末専属のワーカーが割りあてられ、彼より精神療法を受けたり投薬され又色々の活動に参加するようすすめられる。新患のインテイク・カンファレンスや全ケースのレビューを定期的に行いチームスタッフ全員が各患者を把握する様になっている。

各チームスタッフには、精神科看護婦(夫)、OT、PSW、サイコロジスト、チャイルドケアカウンセラー、アクティブワーカー、秘書、コンサルテーションを提供する精神科医から成る各チーム平均12人のスタッフがいる。

各チームには、患者の必要に応じ投薬し、個人療法やグループ療法から、生活に役立つ事を教える社会化グループやワーク・ショップ等各種の治療プログラムが提供される。直接患者達に接する治療者は primary therapist と呼ばれ、各人の適性にあうよう患者を比較的同等に割あてられ(30~40人)、精神科医のスーパーバイズを受けながら治療を進めて行く。primary therapist は、チームのオフィスで患者と会うだけでなく、来院しない者や来られない者には家庭訪問したり、電話や手紙で連絡を取るなど積極的に患者に働きかけている。勿論、精神科医も一緒に往診をしたりする。治療費は無料。

CCT は、各専門分野の学生達の為に臨床教育の場であると同時に現在働いているスタッフの為に教育の場にもなる。各チームごとのインサービスと呼ばれる研究会だけでなく、全チームの為にワークショップ等総合教育プログラムもある。その他に Community Care Audit Committee という困難なケースの調査や、不慮の出来事(自殺、他殺、その他の問題)の調査、他の機関との問題や各部所からの不平の調査等を行う委員会もある。

一番大切な事は、チームの患者が急性精神病

状態になった時、入院させる事であるが、GVMHS は独自の救急短期入院施設(Venture-)を持っている為に年間約350人の患者が短期間の救急入院治療を受けている。しかし、CCT と地域の精神病院との間には緊密な連絡網があり、とてもよく協力しあっているため、Riverview Hospital(後述)や他の病院にも入院させられる。

West Side Community Care Team (WSCCT)

私は、Prof. Lin の行っていた CCT の中の1つ WSCCT に約半年程通っていたので、そこで会ったいくつかのケースを紹介する。

R. W. 28才♂ affective な要素を持った妄想型分裂症という診断、21才の頃発病したこの独身白人男性は、両親と妹と生活している。このプロホッケープレーヤーは、神の声が聞こえて来て家に引きこもり聖書ばかり読んでいるので練習が続けられなくなる。自閉的傾向、思考障害、自殺念慮などの為に幾度も入院退院をくり返した。(いずれも30日前後)

治療として、以前は ECT を受けたり、chrolpromanize の大量投与を受けた事もある。最終入院は、2年前に45日間で、この時の退院時処方、CPZ 200mg/day、ハロペリドール 5mg/day、炭酸リチウム 300mg/day であった。これだけ多量の投与を受けて外来通院を続けていた。半年前から、フルフェナジン 25mg/2wks を筋注し、アーテン 2mg/day 経口投与に切り変えているが、症状は軽快している。

12月に初めて会った時には、アマチュアのチームに入って練習をしているが、神の声が聞こえてきて気になり自殺も考えているとの事であった。翌年1月の面接時には、だらしない服装で、終日家で横臥しており練習にも時々しか行かない。家族は入院を希望していたが本人も治療者も外来での治療を続ける方針であった。数セッションの後、3月に会った時には、この3、4週間でだいぶ良くなり、幻聴もなく自殺も考えなくなったと言う。きちんとした服装をしており、ホッケーのシーズンも終りもっぱら家族

と外出したり、ゴルフに行ったり、デートをしたりしている。又、パートタイムの仕事を週二回やっていると語っていた。

このケースは、慢性に経過している妄想型の分裂病であり、入院期間を何度もくり返しているが、日本と違う点は、入院期間が40日前後と短かく、急性の精神症状がある程度落ちつくと退院させ社会復帰の機会を与えながら CCT で、経過を診る様になっている。入院期間だけを短かくし、退院後のフォローアップをキチンとやらないと町に精神病者があふれ大混乱をおこす事になるが、この様に積極的なしかも柔軟な受け入れ態勢ができているとその点も防げ患者の社会復帰の助けにもなる。

E. A. 18才♂ 独身。北米インディアン。無職。両親は白人で、6人兄弟全員が養子の末子。主訴は不眠、独語、幻聴、徘徊、同性愛。彼は友人がおらず、いつも一人で暗い部屋の中に座っていて何もしない。夜外出すると、誰れかとホモセクシュアルな事を金をもらいしているらしい。家では時々母親に暴言をはいたり大声でどなったりする。暴力をふるったり、物を壊したりすることはない。以上の症状は父親が亡くなった半年前から始まったと云う。

このケースは、母親の要請により、家庭訪問し患者に会ったのである。その後、入院したが本人には治療意欲が無く精神症状が消失し37日目に退院した後もチームに受診する事なく、担当のワーカーは再三手紙や電話で連絡をとろうとした。入院時処方、ハロペリドール 5mg/day だけであった。診断は、思春期不適応反応である。

退院後、Mental Patient Association(MPA)の施設に入った。(このMPAとは、患者達が自分達で設立し運営している団体で、バンクーバー市内に5ヶ所のボーディング・ホームを持ち、各々にPSWや看護婦のスーパーバイザーがいる。全部で46ベッドあり、19才以上の男女でBC州に1年以上住んでる精神障害者なら誰でも無料で利用できる。CCTや他の精神衛生機関と密

接な関係を持っている。)

このケースは、思春期の性に関する問題と精神障害との関連性、北米インディアンと白人の民族に関する問題、養子の問題など多くの疑問を我々に投げかけている。

CCTの他のケースを診ても、日本に比べ入院期間が短かく、薬は単身の事が多く、直接の治療者はパラメディカルであった。この様に個人療法に平行して、グループ療法も盛んで、WSCCTだけで、思春期グループ、男性グループなど精神療法主体のものから、料理グループ、ボーリング・グループなど社会性や生活能力を向上させる行動療法的なグループもあった。

次にバンクーバーにある精神病院と精神科病棟を紹介する。

Riverview Hospital

Riverview Hospitalは、バンクーバーの郊外30kmのエソンドールにある唯一単科の州立の精神病院である(私立の精神病院は無い)。ここには17~69才迄の男女で他の施設では適切な治療や看護が出来ない様な重篤な活動期の精神病患者や、慢性の経過を持つ患者1100名が入院している。患者のうち85%はMental Health Actによって入院している。入院した患者の約80%は、3ヶ月以内に退院し平均在院期間は5~6週である。残りの約20%は1年以内に退院するが高い再入院率を示している。病院全体の75%が開放病棟で、42の病棟がある。急性入院病棟は男女混合病棟であるが病室は別になっている。長期入院病棟は、男女別の病棟に分けられている。7つの急性病棟、6つの内科併属病棟、5つのOrganic Brain Syndrome病棟、2つの社会復帰病棟、12の男性長期治療病棟、10の女性長期治療病棟がある。

退院後の患者は、もとのCCTや個人精神科医の所に帰り外来治療を続ける様になっている。70才以上の患者は、隣りのValleyview Hospital(595ベッド)に入院する。

総合病院内の精神科病棟

その他の精神科病棟はバンクーバー市内の5つの総合病院の中にある。HSCPU, VGH, St. Paul's Hospital, St. Vincent's Hospital, Shaughnessy HospitalでありSt. Vincentをのぞいた4病院は、BC大医学部精神科の教育病院である。

Health Science Center Hospitalの精神科病棟(HSCPU)

ここはBC大構内にある教育病棟で20ベッドの病棟が3つある。患者のうち30%は個人精神科医から、30%はPAU(後述)から、30%は街の外から、10%はCCTから送られてくる。退院後30%はCCTに送られてアフターケアを受ける。

各々の病棟は、各CCTと緻密な連絡を取り合い患者の治療にあたっており、両者の間には、定期的なケースカンファレンス等がある。(例えば、私の行っていたWSCCTはProf. LinのW1病棟と毎週1度合同ケースカンファレンスが有り、WSCCTで診ている患者の状態が悪くなり入院が必要となるとここで話し合い入院させるべきか相談する。W1病棟に入院中も患者の状態をこのミーティングに提出する。退院してからは、WSCCTの人にバトンタッチされると言う具合で患者の状態が入院前、中、後と、とても良く判る。)

この病院には、この他に若い慢性患者を中心としたデイ・サービスや、神経症と人格障害の為の積極的で精神分析的なグループとしてProf. KnoblochのIntegrated PsychotherapyのDay Houseもある("統合精神療法(仮題)"として我々の共訳で近刊予定)。

この病院には、勿論外来サービスもあり、大人だけでなく子供やその家族の為の治療の外、心理学部では行動療法の研究も行なっている。

なお、てんかん学で有名なProf. J. A. Wadaの研究室もこの病院の中にあり、日本からの研究者も後を断たない。

Vancouver General Hospital (VGH)

VGHは、UBCの教育病院の中で一番歴史も古く規模の大きい総合病院である。外来および入院病棟、精神科救急室、精神科救急短期入院病棟(Psychiatric Assessment Unit: PAU)や児童精神科病棟(E1A)の他に病院内の他の科の患者に対してのコンサルテーションサービスなどがある。

ここの精神科入院病棟は40ベッドあり個人開業精神科医と病院精神科スタッフの2組で担当しており、スタッフのベッドはレジデントの教育用である。

精神科救急室とPAU

VGHの救急室には、年間約70,000人の患者が受診する。その内訳は外科系60%、内科系30%、精神科系10%である。

精神的問題による約7,000人の患者のうち急性が25%、慢性が75%である。急性問題には、急性精神病、自殺企図(薬物中毒・精神病・うつ状態など)、他殺など生命の危険なものと、パニック、不眠、家族危機などが有り、慢性問題としては、慢性精神病者などの経済・住宅問題などソーシャルワーカーが関与するものが多い。

この、精神科救急室には4つの保護室と2つの観察用ベッドがあり患者は1~2日ここに居て落ち着くとPAUに移つされる。PAUには15ベッドあり3~4日の在院中に治療を続けながら今後の治療方針を決める。その為、PAUから直接退院し、CCTに渡される者もいるが、精神科病棟やRiverview病院に転入する者もいる。

ここの医療スタッフは、精神科医4人、レジデント4人(精神科3人、一般医1人)、ソーシャルワーカー1人、看護婦15人、看護人3人、秘書1人からなりバンクーバー中で一番忙しい精神科医療部門であると思う。私は3ヶ月間ここに居たが、毎日変る患者の状態や名前を憶えるのは、とても大変であった。

以上主に成人に対する精神衛生対策であるが、

次に児童や思春期の患者に対するものについて述べる。

児童精神科病棟(East 1 A : E1A)

VGHのHealth Center for Childrenにある8ベッドの児童精神科入院病棟E1Aは、B.C州での精神障害児を助ける為に作られた2~14才迄の普通4週間の入院期間のある子供の為の病棟である。彼らの問題が外来で処理するには困難なくつもの行動異常を持った子供達に総合的な評価と治療を受けさせる為に入院させる。子供達が彼らの地域でのメンバーとして十分に適応し成長発達して行けるよう子供とその家族を情緒的に支持することにより治療して行く方針であり、病院場面でできるだけ家族的な環境を作り、スタッフは役割モデルとなり、子供達が社会に受け入れられるように指導する。

チームメンバーは、二人の児童精神科医、コンサルタント臨床医1人、精神科レジデント1人、看護婦10人、ソーシャルワーカー1人、サイコロジスト1人、OT1人、特殊教育教師1人、チャイルドケアワーカー4人、秘書1人である。

この病棟に入院するにはインテイクワーカー(ソーシャルワーカーや、シニアセラピスト等)の所に一般医や精神科医が連絡し、問題のある子供の現症や年齢、緊急性等により評価され、危機状態でない限りウェイティングリストにのせられ(約100人位居る)て待つ、平均6ヶ月位。

プログラムとして子供達は、彼ら自身の部屋で寝起きをし、丁度彼らが家に居た時と同じ様に色々な事をする。例えば、テーブルセッティングや、ベッドメイキング等。食事は病棟内のダイニングルームで家族的なスタイルでサーブされ、スタッフも一緒に食事をする。

学校のプログラムは、子供の学年や学力に合わせて特別に教えられる。作業療法やレクリエーション活動(水泳、ボーリング、アイススケート、ジムナスティック、屋外運動等)が一日のプログラムの中にある。両親は、ボーリング等夜の

活動には一緒に楽しめるし、週末は帰宅する。

この病棟は非常にat homeな温かいフンイキにつつまれている。児童精神衛生の勉強の為に留学した私は、この病棟に1年間いたのでその時のケースを紹介する。

C. C. 14才 ♀

自殺企図(鎮痛剤100錠とアスピリン15錠を服用)の為、救急車でVGHの救急室に運ばれ、PAUを経てE1Aに移って来た。

Cは2人姉妹の妹でチリで生まれずっとチリで育った。公務員だった父は政治犯の為6年前カナダに亡命しており、地域活動家の母親は7年前に交通事故で死亡。夫婦仲は良くなかった。母の死亡後祖母に育てられたが約1年前彼女だけ父を頼ってバンクーバーに来た。父はモルモン教の女性と再婚しており彼女には6才になる女の子がいた。父はアパートのマネージャーをしているが継母の影響で、モルモン教の教え(コーヒーや紅茶を飲まず、喫煙せず日曜に外出をしないなど)に従っておりCにもそれを強要する為、Cはもっと自由にしたいといつも両親と喧嘩していた。節約するよううさく、彼のアパートの掃除をするのは手伝わせるくせに洋服を買うお金もくれない。女友達のパーティに行かせてもらえなかった為に発作的に服薬自殺を図った。EEG:正常、IQ:128。

母の死後、新しい国に来て新しい家族とうまくいかず父とも気持ちが離れ離れになりバンクーバーに来て以来過去数ヶ月間ずっとゆううつであった。今度の事件で彼女は祖母と姉のいるチリに帰ることになった。退院後それまでの間foster homeに保護し、精神科的フォローアップをすることになっている。

BC州に住む0~19才までの子供の人口は1951年には約375,000人であったが1976年には約833,000人と25年間に約2倍近く増えている。このうち5~19才までの子供の5%がカナダ外から、8%が他の州から移住して来ている。

この様に他の国から移住して来て、新しい言語、新しい社会システムなどの為に適応障害を

おこす者は比較的多く、うつ状態や緘黙状態を引き起こす者をCの外にもこの病棟で10数例体験した。言語を獲得し始めた3才の時にドイツから移って来た為に二ヶ国語を話す4才の男子(素晴らしいようだが話しの中に二ヶ国語が混ざって入ってくる為、聞いている人は混乱してしまう。その為に友達ができず集団に入っていけない)や、インドや中国からの移民や国際的に問題になっているベトナムのポートピープルの子供達などが、緘黙児として入院して来て low IQ を疑われるという場面に何度も出くわした。彼らは本国では自国語を話し学校の成績も低くないものばかりだった。また香港からの移民で中国語と英語を話す、東洋のおとぎ話しが好きでおぼけや霊の事ばかり話すため精神病を疑われた12才の女の子もいた。

D. C. 11才♂

問題) ①嘘つき、家から金銭の持ち出し。

②友人が少ない。年下の子とばかり遊びボスになる。

③兄弟喧嘩がたえない。

④火遊び。マッチをいたずらし3年前火事になりそうになった。

⑤睡眠障害。入眠困難で早く目醒める。

⑥しつけの問題。母親の言う事を聞かない。

⑦喘息の既往がある。

Dは、両親が結婚し5年たっても子供が生まれない為に19ヶ月の時に養子としてもらわれてきた子でDが来て5年後に男の子が生まれその2年後にもう1人男の子が生まれた。父は会計士をしており38才で、母は36才で秘書をしている。

Dの発育には特に問題はなかったが、小学校低学年時に喘息があった。学校では、hyper active な子で取り扱いに困るが学業は良い子供だった。

父親はトラック運転手になりたかったが、妻が会計士になれと言うので大学に行き会計士になったが、今でもトラックの運転手になりたいと言うだけありガッチリした体格の健康そうな

笑いを浮かべるおだやかな人である。父親はDの行動は自分の子供の頃と似ているのでそれ程心配しておらず父とDとの関係はとても良いが、母とDとの関係は良くない。母は神経質でDのする事をいちいち気にかけて心配し、その為血圧が上がり不眠勝ちになった。「私が病気になってしまいそうだ」と訴え、暴力を振るう事はないが怒ってもニヤニヤ笑っているだけで言う事を聞かないDの気持ちがわからないので気持悪いからと入院させてしまった。

Dは病棟でも看護者の注意やタイム・アウト(子供が規則を破ったり言う事を聞かない時に5分とか10分とか自室で静かにしている様に指示される事)に笑って皮肉を言うが、素直に聞く事は聞く。しかし反省はしていない。検査結果はベンダーゲシュタルト：正常、EEG：正常、IQ 104であった。

治療計画)

①長期間の宿泊施設での治療を必要とする。

②さもなければ治療的 foster home に入れる。

③ child care worker か family support worker の毎日の協力が必要。

④精神科的援助とフォローアップが必要。

⑤外来での定期的なアレルギー検査が必要。

という計画がたてられた。

勿論家族特に母親の態度と気持を調整する必要はあると思うが、それに力を入れるあまり父と母との関係が悪くなると弟達の事もあり最初は他人であった彼を家から出す事にした。

BC州には0~19才までの子供のうち1.7%(約4,000人)が生物学的家族の中で生活しておらず州のケアを受けている。彼らのうち%は思春期である。62%の子供が養子縁組みや養育家庭の様な家族単位のケアを受けているが、残りの38%はグループ・ホームや施設などで暮している。現在日本の18才以下の子供は、約3000万人いるが、そのうちの約0.1%(約3万人)が養子や施設などにいる。これはカナダが日本と比べると非常に多い事がわかる。

Maple

思春期の為のデイ・プログラムと宿泊施設は、B.C. Youth Development Centre の「メイプル」と呼ばれバンクーバーの隣町バーナビーにある。

デイ・プログラムは、14～17才の男女の為で、宿泊施設は、12～17才までの男女の為の規則的な積極的治療システムである。

ここでは、思春期の心理的・社会的・学習問題などについて広範囲にコンサルテーションしたり診断や治療をしたりする。規則的に学校に行き、体操・水泳・工芸・キャンプなどのライフ・スキル・プログラムや各種のレクリエーションをしながら個人治療、グループ治療、家族治療などを受ける。

ここのスタッフは、精神科医、ソーシャルワーカー、チャイルド・ケア・カウンセラー、サイコロジストやその他の精神衛生分野でトレーニングを受けた人達である。

思春期の問題は、我国においても暴走族やパンダリズム、性の問題、シンナー・酒・タバコ、万引き、通り魔、自殺などの外に校内暴力、家庭内暴力、登校拒否などと明らかな問題として表面化しているものの外に浪人などの様に問題として扱いかいにくいものなど多数ある。しかもこの期間は精神分裂病などの精神障害の好発年齢でもあり、特に重要な時期である。しかしその対策や予防などはとても貧弱なものである。これは我国同様カナダにおいても同様の事が言える。

カナダにおけるパンダリズムや非行も増加傾向にあり、学校・公園・商店・普通の家などがしばしば被害にあう。

BC州の学校では、パンダリズムによる損害は約7百万ドルでカナダ一であり、窓ガラスの損害はカナダで2番目である。万引きによる損害は、あまりに莫大で測り知れない。これらは19才以下の者によるものが圧倒的に多い。性の問題では、性病と妊娠が、2つの大きな災いであり、性病に関してBC州の調査では、性病のう

ちの14%が20才以下であり、10年前の約4倍に増えた事になる。女性の売春の数も増加しており年齢も下がっているが、10代の男性の売春もかなりの数にのぼっている。妊娠も重要な問題である。思春期後期の妊娠の多くは社会的にも要求され文化的にも受け入れられることであり健康で正常なことだと主張する人もいるが、BC州での20才以下の母親から生まれた生産児の52%が私生児である。しかもその若い母親から生まれた新生児死亡率は33%もBC州での平均より高く、この児らの乳児死亡率はBC州の標準より70%も高い。

現在、E1Aの2階に8ベッドの思春期精神科病棟の建築が終ろうとしている。これら思春期の問題は、今後の我々にとって大きな課題の1つである。

おわりに

GVMHSのCCTでの精神衛生地域活動、研究や教育の中心としてのBC大精神科及びVGH、日本の多くの私立精神病院の様な役割りをはたしているRiverview病院、児童や思春期の為のE1Aやメイプルなど、社会・文化の違いや、広大な土地と少ない人口などの為、日本の精神科医療の現状とは大きな違いのあるカナダの精神科医療、特にBC州でのバンクーバー地域を中心とした精神科医療を紹介した。紙面の関係で今回紹介する事ができなかったが、この外にも数多くのグループがありスタッフの外にも多勢のボランティアが援助活動をしている。しかも彼らは他の多くの精神衛生活動と密接な関係を持って働いている。

日本の精神科医や研究者が主に精神分裂病や躁うつ病などの精神障害を中心に細かく研究する事は素晴らしい事だが、より正常に近い人達や行動異常などの問題にももっと目を向けてもいいのではないだろうか。しかもそれらの問題を扱おう精神科医療関係者以外の人達との親密な相互関係を増す事こそ、今後よりよい精神衛生活動をする助けになるのではないだろうか。

稿を終るにあたりいつも変わらず多大なる御援助をして下さる池田由子先生はじめ国立精神衛生研究所の皆様、カナダでも日本でも公私共に多くの御指導を下さった Prof. Lin と奥様はじめ BC 大精神科のスタッフの皆様へ感謝致します。

参考文献

- 1) Greater Vancouver Mental Health Service Annual Report 1980
Metropolitan Board of Health of Greater Vancouver
- 2) Mental Health in British Columbia Health Promotion and Information
Ministry of Health, BC.
- 3) Ministry of Health : Annual Report 1979 Province of British Columbia
- 4) Child Health Profile : British Columbia 1979 R. S. Tonkin
- 5) カナダの精神衛生 : 精神医学 : 1981, 8月 林 宗義

精神病の長期化と家族の対応

(Family Attitudes toward Prolonged Mental Illness)

石原 邦雄

社会精神衛生部

Abstract

Families continuously tend to take care of their mental patients although their attitudes and coping behaviors vary in accordance with duration of the illness. Twenty nine hundred and fifty two mail survey questionnaire data are gathered from patient families of prefecture-wide samples in Miyagi and Kumamoto. These data indicated that claims of family hardship have increased while sympathetic attitudes toward prolonged patients have decreased. Families of long term patients are apt to want to keep their ill member stay in the mental hospital indefinitely. Many of them, however, also want new care systems beyond hospital and the family.

Key words : *Family, Coping, Prolonged Mental Illness*

要 約

精神病の長期化に伴って患者を扶養・保護する家族の態度や対処行動が変化する様を熊本・宮城の両県で実施した全県的な患者家族調査の回答2952例をもとに分析した。病気の長期化は患者の社会生活適応度の低下、家族の困難度の増加、患者に対する共感的態度の低下をもたら

すことが明らかにされた。家族の困難の中では将来の見通しが立たない不安が最も強く訴えられ、家族に身を寄せるか、病院に長期入院するしか対応策がない現状を変えていく方途が強く求められている。

I、本稿の目的

本稿は精神病者の慢性化・長期化にともなう家族の対応に、焦点を当てながら、今日の精神障害者に対する医療・福祉における処遇の問題点を明らかにしようとするものである。

日本の「精神障害者」の置かれた状況を大きく見れば、第二次大戦以後は社会的処遇の中心に医療が据えられたという進歩が見られるが、基本的には病院に身を置くか(入院)、家族の元

に身を置くかのいずれかである。慢性化した分裂病患者を中心に考えた場合、入院せず、かつ家族(特に、育った家族)にも依存しないで地域社会の中で自立して生活できるための条件は極めて限られているのが実状である。従って以前から、家族が精神病の長期患者を扶養し、療養を支援し、社会復帰への窓口となり続けてきた歴史がある。良かれ悪しかれ、家族は「障害者」

の最も身近かな存在であり、生活の拠点であり、従って患者の医療と福祉について最も利害を共有し、また利害を代弁できる位置にいる存在である、と社会的に認められてきた。この点で、家族は患者の処遇(治療、福祉)を考える上で最も中心となる存在であることは言をまたない⁴⁷⁾。

国立精神衛生研究所における特別研究「精神衛生における地域の需給システムの実態把握と評価法に開発に関する研究」(昭和53年度より3ヵ年)では、精神衛生問題の中核として精神障害をとり上げ、これをめぐる医療・福祉サービスの提供側とサービスの受け手側のそれぞれの問題および提供側と受け手側の相互関係について捉える方向を模索した。精神障害をめぐるサービスの需給関係の特殊性のひとつは、サービスの受け手としての障害者自身の自立性が低い(と前提されている)ため、前述した如く、家族が無限定な扶養・保護の責任を負う反面、患者本人にかわって医療・福祉サービスの受け方を決する主体になる傾向が強いということである。その点で家族をサービスの受け手側に置いて捉えることは当然であるが、患者個人と他の家族との利害は常に一致するとは言えない点で矛盾を含んだ構造にあることは見落せない事実である。

精神障害をめぐる病者と家族の問題の大きなポイントは病気の長期化・慢性化、その反面としての社会復帰の困難の中で病者も家族も年齢を重ねていって

いる事実である。これについて筆者も川崎市における事例的研究を報告したことがある⁴⁸⁾。今回は熊本県と宮城県という都市化の程度の高くない地域で、しかし全県的なデータを収集する機会に恵まれたので、病気の長期化に焦点をあわせて病者と家族の抱える問題、とりわけ家族の受けとめ方、困難の訴え、対処の仕方、病院や行政への要望を捉えることにする^(註)。

II. 分析データ

前述した国立精神衛生研究所の特別研究の一環として、筆者が中心となって実施した「患者家族の実状と要望調査」のデータを使用する。熊本県及び宮城県の精神病院協会の協力を基礎として、両県下の全精神科医療施設を対象に、病床数と外来患者(家族)数に比例させて各病

表1. 熊本・宮城両県の精神科医療施設数と今回の調査実績

	熊本県	宮城県
国公立病院	4	3
民間病院	40	22
精神科病床数 100床未満	—	5
100~199	24	10
200~299	13	6
300床以上	3	1
精神科診療所	5	8
施設総数	49	33
家族の協力を得られた施設数	45	32
配布総数	2,295	2,143
回収数	1,765	1,435
うち有効票数	1,587	1,365
有効回収率	69.2%	63.7%
調査期間	54年8月	55年12月

〈注〉

1. 従来調査でこの点を扱っているのは千葉県調査である。そこでは発病からの経過年数が5年未満のものと、10年以上のグループに分けてニードの違いを指摘している。そこでは在宅時にほしいものとして長期群で、「保護される職場」「一日中作業・治療できる場」が、短期群で「家族の相談相手」の希望がそれぞれ有意に高いこと、行政への要望では「医療公費負担」で長期群に、家庭訪問指導で短期群が有意に高いことが示された。また病気が長期化するにつれて入院回数が増えること、入院例での面会頻度が低下することも確認された。

院・診療所に対象患者(家族)数を割り当て、病院を通して各家庭に郵送法によって調査票を配布し約1ヵ月後に回収した。実施期間は、熊本県が昭和54年8月、宮城県が55年11月である。両県の精神科医療機関の数と調査実績は表1のとおりである。両県とも、ほぼ全機関にわたって家族の協力が得られ、計2,952例のデータを収集した。回収率も郵送法によるこの種の調査としては極めて高い回収率が確保された。

対象ケースの選定は「分裂病を中心とする精神病(アルコール・薬物中毒、精薄、老人性精神病は除く)の患者の親族で、患者の保護・扶養にあたっている者」という条件で、各病院長に依頼した。

これまでも病者を抱える家族の実状や要望について、各種の調査がなされてきた。それから命題(変数と変数の間の関係を示す立言)を抽出する努力をした結果では、それぞれがあまり関連づけられることなく単発的な調査に留まっていることが指摘された⁵⁾。比較的大きなサンプルで家族の調査が行なわれたのは北海道(S49年)²⁾、富山県(S50年)¹⁰⁾、新潟県(S43年)⁹⁾、千葉県(S50年)³⁾などである。また京都を中心に全国各地からアンケートを集めた調査もある¹⁾。これらの調査から得る所は多いが、概して次の二点で問題がある。第一に調査の目的によるだけでなく調査可能性という点に制約されて、対象者が限定されたり(たとえば、入院患者のみ、措置患者のみ)、どの範囲に調査票を配布したか母集団との対応がたどりにくい場合など、サンプルの範囲及び抽出法に問題がある。第二にアンケート方式の調査による調査項目上の制約も確かにあるが、それを認めた上でなお分析可能な方法について突っ込み不足の結果になっているものが多いこと、すなわち報告が単純集計中心で、項目間の関連に着目すれば更に究明できそうな問題があっても、そこまでデータをこなして切れていない場合が多いことがあげられる。

本研究ではその点を極力カバーするため、1. 県下の全精神科医療機関に、病床数と外来延患

者数の統計に従って比例割当法をとることによって、入院・外来の双方、家族会加入者・未加入者の双方をカバーする広範囲の対象者を調査し、2. 各種の変数を組合せた分析を試みることに、3. 熊本・宮城の二県で全く同一の調査票、調査体制を敷くことによって地域間の比較を可能にした。但し、本調査でもいくつかの問題点は残っている。第一に、対象について、その選択を各医療施設側に依頼したため、「分裂病とその周辺の精神病のケース」という限定がどの程度厳密に守られたかには多少の疑問が残っている。また、病院側である程度協力の得られそうな家族を優先して選択した面があるから、全医療施設をカバーしたとはいえ完全なランダムサンプルにはなっていない。以上の注意は必要だが、本調査が従来調査以上に広汎な対象をカバーしている点は主張できよう。

III. 結果の分析

1) 患者属性、2) 家族属性、3) 家族の困難と社会復帰への展望、4) 医療および行政への要望、を柱とする調査項目の内容とこの集計結果については、別途に調査報告書に示したので、ここでは省略する⁶⁾。以下、発病からの経過(V4)を基本変数として、本稿の主題である病気の長期化と家族の対応に関する結果にしばって調査結果を紹介し、若干の検討を加えたい。また、ここでは熊本・宮城両県の結果を込みにした分析を中心とする。二地域の比較を軸とする分析は他の稿を用意している。

まず本稿での分析の基本変数とした発病からの年数(V4)自体の分布を今回のサンプルについてみると、1年未満が3.5%、1～3年が8.2%、3～5年8.4%、5～10年21.7%、10～15年22.7%、以下15～20年が15.8%、20年以上29年未満は14.2%、30年以上というケースも5%以上ある。5年未満を合わせて約20%、10年以上を一応長期患者とみれば、これが合わせて約6割存する。そのうち更に20年以上に限ってみても約20%を占める。

今回の調査は先にも述べた如く、厳密なランダム・サンプルではないから、単純集計の比率によって、両県の患者全体の動向を推測しようとするには無理がある。むしろ、クロス集計分析によって、変数と変数の関連に規則性があるか否かを検討する方が有効である。

1. 発病からの経過年数と患者の社会生活適応

患者の適応状態を捉える調査項目をいくつか用意した。すなわち「就労および身の要介護程度」(V18), 「患者の経過の順調さ」(V22), 「今後、仕事をもった社会人としてやっていける見通し」(V50), 「経済援助があればひとりで生活していけるかどうか」(V51), などである。上記の項目に、「現在入院中か否か」(V13), 「今回の入院期間(6ヵ月以上)」(V16)の2項目を加えて、それぞれの項目が経過年数の違いによって示す分布の推移を図1にまとめた。いずれの項目も経過年数が長くなるにつれて適応状態が悪く、また今後の見通しも暗いものになっている。

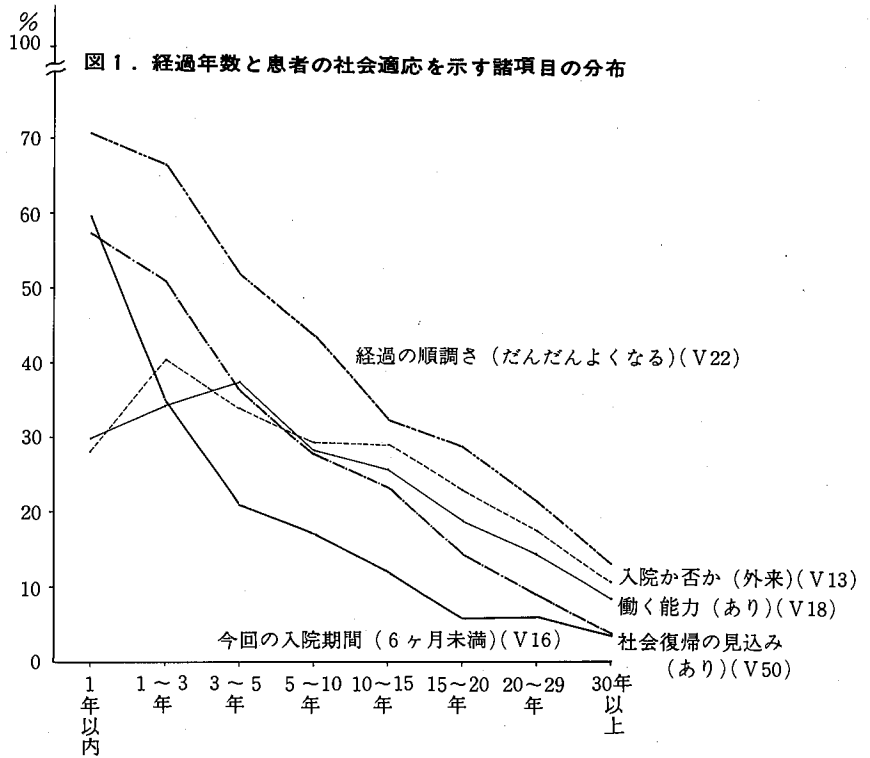


表2. 発病年齢と経過年数の関連

経過年数 発病年齢	～5年	～10年	～15年	～20年	20年～	合計
～20歳	94 (16.9)	63 (11.4)	118 (21.3)	76 (13.7)	203 (36.7)	554 (18.9)
20歳代	300 (19.3)	352 (22.7)	351 (22.6)	232 (14.9)	318 (20.5)	1,553 (53.0)
30歳代	95 (17.9)	136 (25.6)	133 (25.0)	114 (21.5)	53 (10.0)	531 (18.1)
40歳代	51 (24.9)	48 (23.4)	64 (31.2)	42 (20.5)	0	205 (7.0)
50歳～	50 (58.1)	36 (41.9)	0	0	0	86 (2.9)
合計	590 (20.1)	635 (21.7)	666 (22.7)	464 (15.8)	574 (19.6)	2,929

2. 経過年数と患者の属性・社会的経験

ひとつの大きなポイントは、本人の年齢との関係である。当然予想されるように、長期化した患者は年齢も高くなる。性別は今回のデータでは長期化の程度と関連しない。

社会経験の大きさにかかわるのは、発病時期である。若い時期の発病ほど、社会的経験の少なから、社会再適応(復帰)も困難になりがちで、結局長期化してしまうといわれている。表2によって経過年数別に、発病の時期の分布をみると、長期患者の中に若年発病者が多いことがわかる。

基本的な社会経験として、学校教育、職業経験、結婚状況を捉えると、表示は省くが、学歴については経過期間と関係なく、結婚しているかどうか、そしてとりわけ発病前に就業(主婦を含む)した経験をもつか否かに経過の長期化と強い結びつきが見られる。

3. 家族属性

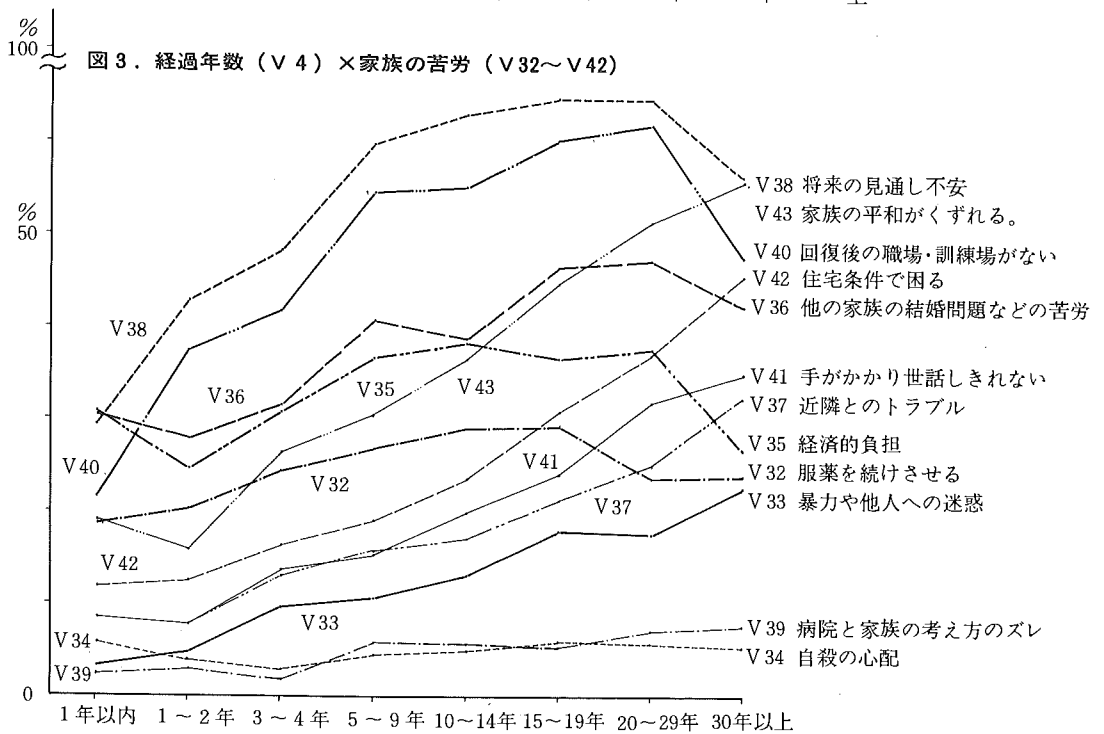
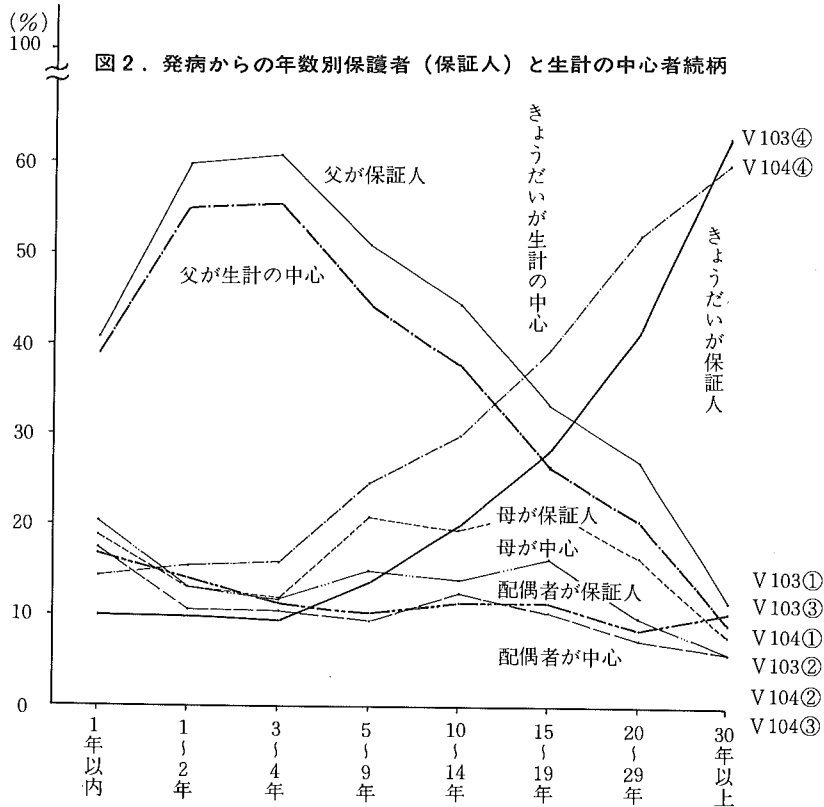
病気の長期化は、患者の世話する家族にとっても時間の経過を意味し、それは集団としての家族の周期的展開に連動するものである。発病からの年数と、保証人などの形で保護の任にあたる者の続柄と、家計の中心的担い手の続柄の関係を図2に示したのが図2である。ここから次の諸点が指摘できる。父親が保護者である比率の低下とキョウダイが保護者である比率の上昇が相互的な関係にあり、両者が交叉するのは発病から20年を過ぎた頃であることがわかる。父親が保護者である比率が低下していく途中の5年から20年くらいまでの間に、母親が保護者である比率が2割を越えて比較的高い水準を示す点も注意したい。父親の引退・死亡による母子家庭的な状況も長期患者には少なくない。配偶者が保護者である率は結婚率の低さを反映して低い水準にとどまり続けるが、既していえば経過年の短い群に相対的に比率が高い。これが家族の困難度の低さ、患者の社会適応の容易さに結びつくことは言うまでもない。

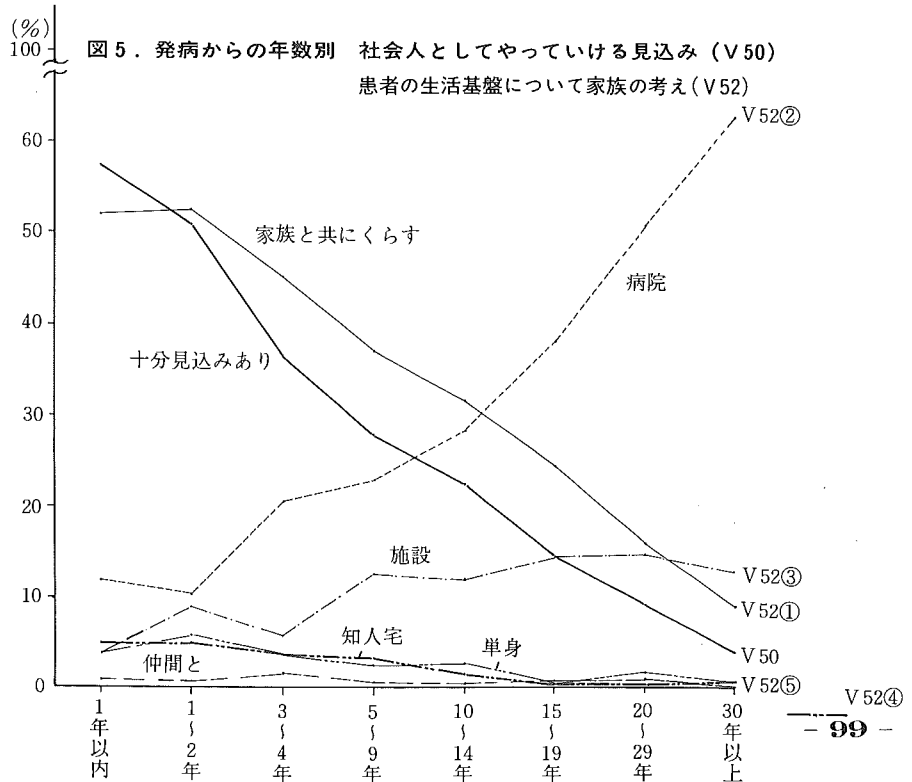
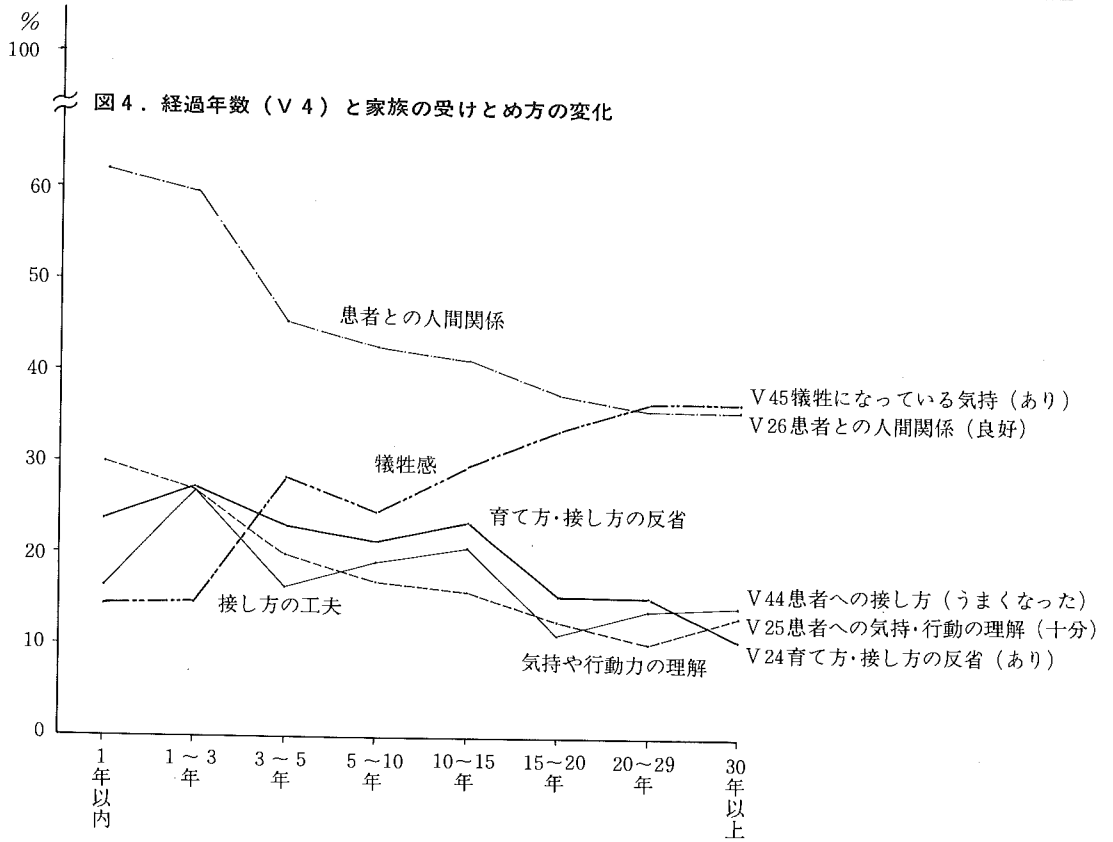
経過年数が保護者や家計中心者の変化に対応することは、また患者を含む世帯の構成の変化にもつながってくる。表示は省くが、保護者、家計中心者にキョウダイが多くなる10年以上を経た層では、拡大家族の構成をとる比率が上昇している。

4. 家族の困難

長期慢性化する患者を抱え続けることは程度、形態の差はあれ家族にとって大きな負担であり、種々の困難を伴う状況である。12項目に分けて、それぞれの苦勞が「大いにある」「多少ある」「ない」の3段階で評定してもらった中で、苦勞が「大いにある」の比率を経過年数別にたどったグラフを図3に示した。

全般的にみて、いずれの項目も経過年数が増すにつれて訴えが増える傾向にあることがまずいえる。「将来の見通し不安」が常に最上位を占めている点は、精神病の病状の起状の多さと共に、それぞれの事態に対処しうる資源や対処パターンが定まっていないことの反映といえよう。これにぴったり平行する関係で、「回復しても職場・職業訓練の場がない」という悩みが訴えられている。次いで「他の家族の結婚問題などでの気苦勞」も同傾向を高い水準で示す。これに対して、中期まで訴えの率が上昇して頭打ちのカーブを描く項目として「経済的負担」「服薬継続の苦勞」があげられる。第三のグループとして、「患者を抱えるには部屋数などの住宅条件で困る」「手がかかって世話しきれない」「近隣とのトラブルなどで肩身がせまい」「暴力や他人への迷惑」の4項目は初期には低いが、その後一貫して上昇を続ける。観点を変えていえば、精神障害について持たれるひとつのイメージとしての「自傷他害」の問題は、多くの患者家族にとって主要な困難にはなっていないことがわかる。むしろ様々な生活条件の方が問題であり、とりわけ見通し難というストレス要素を抱え続けなければならないことが最大の問題点といえるであろう。





4. 家族の受けとめ方

家族が病者に対してどのような対し方をして
いるか、それが病気の経過とどのような関連が
あるか、について「育て方・接し方への反省」
「患者の気持ち・行動の理解」「患者との人間関
係」「接し方の工夫」「犠牲感」について病者の
経過年数との関係をまとめて示したのが図4で
ある。経過年数を経るに従って患者への共感や
情緒的結びつきが薄れていくことがわかる。

次に、家族が患者の処遇についてどのように
考えているかを二点について調べた。まず家族
からみて患者は当面どこに生活の拠点(身の置
き所)を求めるのがよいと考えているかについ
て、図5に示した、「家族と共に暮らす」と「病
院に居るのがよい」が経過15年の所で交叉し
ていること、「病院以外の施設」を考
える家族は経過と共に若干増加するが、15%
を越えることはない。つまり患者にとっての身
の置き所は家族でなければ病院という二者択一
が現実である。本稿の序論に記した日本の精神
病者処遇の歴史的動向がここに端的に示され
ている。

次いで、患者の将来の暮らしの手立て(生活
基盤)について問うた答えの経過年数別分布
が図6である。まず本人が自活するという通常
のコースが期待されるが、それは漸次低下し、
15年の所で年金と交叉する。年金、残った家
族に扶養を頼む、生活保護を受ける、のいづ
れも経過年と共に上昇するが、残った家族の
期待よりも、年金への期待が上まわっている
点は、近年の一般老人扶養の動向とも関連
する新しい動向といつてよいだろう。

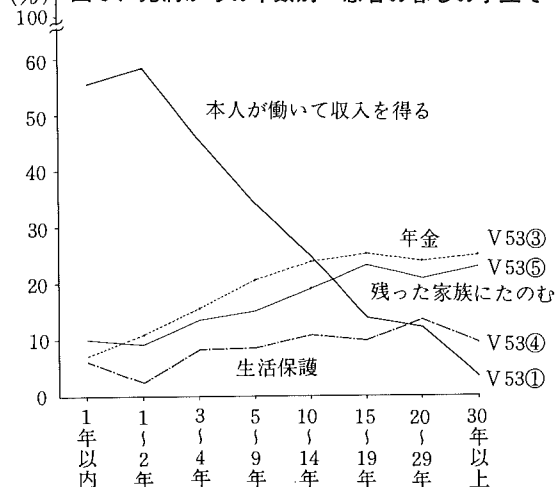
6. 家族の要望と資源利用行動

精神病者を世話する家族のニーズを病院への

要望と行政への要望の面で尋ね、経過年数と
の関連でまとめたものが図7と図8である。

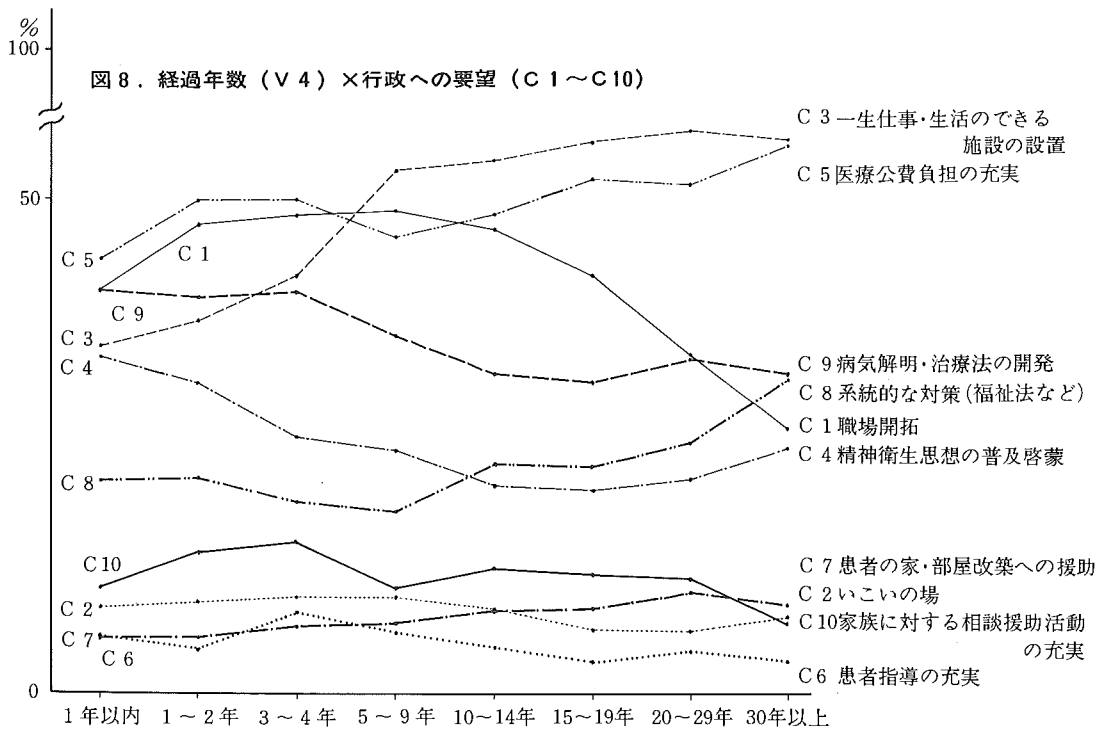
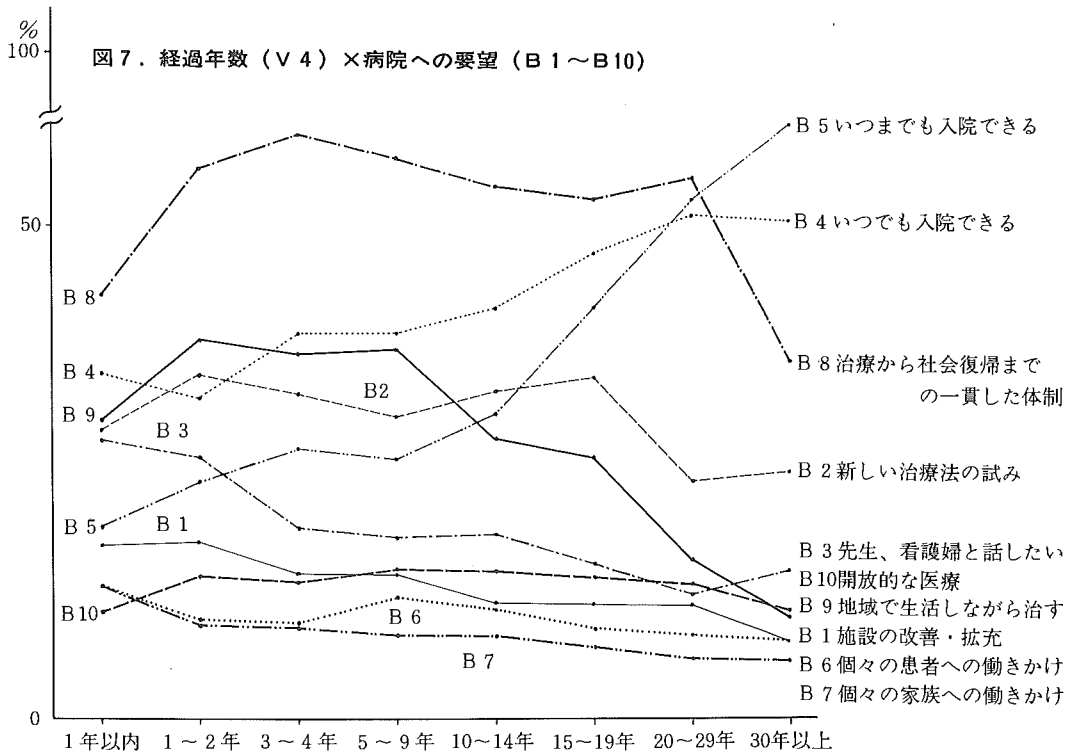
図7をみれば、経過年数に比例して上昇する
要望の代表格は「いつまでも入院できるように
してほしい」であり、最長期の30年以上のグル
ープでは一位になっている。これに準じるのが
「いつでも入院できる態勢」である。しかし、
これは比較的早い時期の患者家族の持つ要望な
ので、右上りの傾きは「いつまでも入院」より
ゆるやかである。「治療から復帰までの一貫
体制」はほぼ全期間にわたって最も要望の高
いものである。他方経過が長くなると衰微す
るとみられる要望は「地域の中で生活しながら
治す」

図6. 発病からの年数別 患者の暮らしの手立て (V53)



で、10年以上の層では急速に低下している。「先生や看護者ともっと話したい」との希望も、「施設の改善や拡充」と同様経過年数に反比例して減少していく。

行政への要望を図8について見ると、以下の傾向を読みとることができる。「医療公費負担の充実」が一貫して高水準を維持している。これ



に対して、「一生そこで仕事、生活のできる施設」は、経過一年未満での4位から5～9年経過群で1位になるまで急上昇し、その後も微増を続ける。「福祉法の制定など系統的な対策」を望む声は5～9年までやや下降気味ながら、10年以上経過した層以後では上昇に転じている。「職場の開拓」は1年以後14年ぐらまでの間高水準を続けるが、15年経過以後急落していく。「精神衛生思想の普及啓蒙」も初期グループに高い要望で、長期化した後は低迷する傾向にある。「家族への働きかけ強化」は5年まで増加傾向にあるとはいえ、その後低位の中で更に減少する。

次に、患者を抱える家族が現存する制度化された援助資源をどの程度利用しているかについて11項目を挙げて調べた。高額医療補助、通院医療公費負担、障害福祉年金、生保——入院費・

日用品費・生活扶助・税の控除、国保給付上積み、職親・適応訓練費など、保健所精神衛生相談、保健婦等の訪問指導、がそれであり、これらの経過年数との関係が図9に示されている。このグラフで、おおむねどの項目も年数の進行にともなって利用率が上昇していることが判る。特に上昇率が顕著なのは障害福祉年金で、最下位に近い所からスタートして、15～19年経過群で5割を越して利用率1位となった上で更に上昇を続ける。これに近い上昇傾向を示すのは税金の控除、医療扶助である。高額医療費補助だけは最初期から高い普及率で、経過期間に関係なく5割ほどの家族が利用している。

7. 指標の総合化

以上、発病からの経過年数を軸として、患者の属性・適応状態、家族の属性、困難の訴え、家族の受けとめ方、対処行動と要望、の諸領域について概観し、精神病の長期化にともなう問題状況を捉えてきた。次にそれぞれの領域で扱った項目を統合して指標(尺度)化する作業を試みた。関連する諸項目を得点化して加算するリッカート尺度の手法で7つの尺度を構成した。それぞれの尺度には構成項目の少ない点で不十分なものもあるが、いずれも項目分析によって、内的一貫性が確保されている。

- (1)患者の社会生活適応度(適応度)
- (2)家族の困難の訴え(困難度)
- (3)患者への共感性(共感性)
- (4)制度的資源利用項目(資源利用率)

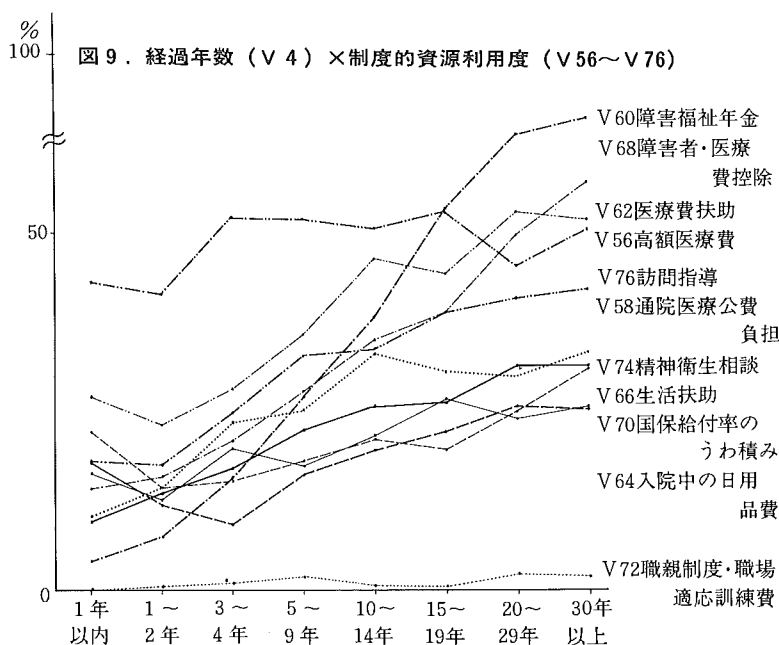


表3. 各指標(尺度)の構成項目

尺度名	構成項目(変数番号)	加点方法
1. 患者の社会生活 適応度	外来か (V 13) 今回の入院期間 6 ヶ月以内 (V 16) 働く能力あり (V 18) 経過が順調 (V 22) 社会人としてやれる見込み十分あり (V 50) 経済援助があればひとり暮しできる (V 51) 精神以外のハンディキャップあり (HANDI)	各+1点
2. 家族の困難度	服薬を続けさせる (V 32) 暴力や他人への迷惑 (V 33). 自殺の心配 (V 34) 医療費などの経済的負担 (V 35) 他の家族の結婚問題などの気苦労 (V 36) 近隣とのトラブル (V 37) 将来の見通し不安 (V 38) 病院と家族の考え方のズレ (V 39) 回復しても働く場所や訓練場所なし (V 40) 手がかかり、世話しきれない (V 41) 住宅条件で困る (V 42) 家族の関係(平和)がくずれる (V 43)	「大いにあり」+2点 「少しある」+1点 「ほとんどない」0点
3. 患者への共感度	家族の育て方・扱い方によっては、患者さんは病気にならなかったと考えられるか (V 24) 患者さんの気持ちや行動の意味についての理解 (V 25) 回答者と患者さんとの関係 (V 26) 患者さんへの接し方は、うまくなったか (V 44) 犠牲になっている気持ち (V 45)	「よくある(できる)」+1点 「ほとんどない(できない)」-1点
4. 制度的資源利用度	高額医療費の還付・請求 (V 56) 通院医療費の公費負担 (V 58) 障害福祉年金 (V 60) 医療費(入院費)扶助 (V 62) 入院中の日用品費 (V 64) 生活扶助 (V 66) 障害者控除・医療費控除 (V 68) 国保給付率のうわ積み (V 70) 職親制度・職場適応訓練費 (V 72) 精神衛生相談 (V 74) 保健所や役場の訪問指導 (V 76)	「利用している(したことがある)」 各+1点
5. 制度的資源希望度	4.と同項目	「利用したい」又は「利用したいが制限があって利用できない」 各+1点
6. 制度的資源認知度	4.5.と同項目	「知っている」 各+1点
7. 伝統型家意識	親を扶養すべき子は長男 (V 85) 女の子だけならムコ養子をとる (V 86) 老後は子や孫と同居がよい (V 87)	各+1点

(5)利用を希望する資源数(資源利用希望度)

(6)資源情報認知度(資源認知)

(7)伝統的家制度意識(家意識)

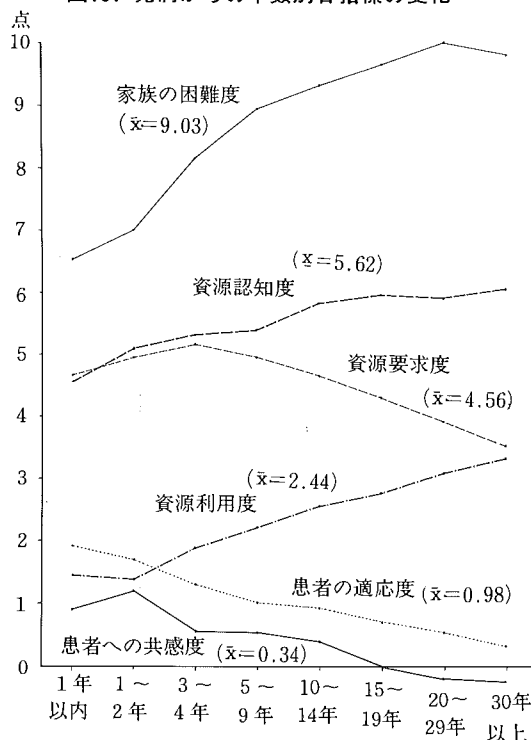
以上7つの尺度である。個々の尺度の構成項目は表3のとおりである。これらの総合標を経過年数との関連でまとめて図10に示した。

ここから、家族の困難度が経過年数の進行と共に増大していく傾向があること、それが患者の社会適応度の低下と並行していること、他方制度的資源の利用度は経過年数の進展に対応し

表4. 三つの時間変数と各指標間の相関係数

	発病年齢	病気の経過年数	現在の年齢
患者の適応度	0.034	-0.344	-0.237
家族の困難度	-0.144	0.147	-0.022
家族の共感度	-0.030	-0.211	-0.195
資源利用度	-0.050	0.246	0.147
資源必要度	-0.042	-0.126	-0.143
資源認知度	0.011	0.103	0.080
伝統的家意識	-0.044	0.000	-0.027

図10. 発病からの年数別各指標の変化



て、先の困難度に並行した上昇を示すこと、など、これまで個々の項目で捉えられてきたことが、総合化して読みとることができる。

7. 各指標間の相関分析および重回帰分析

時間の問題に関連する現在の患者年齢、発病からの経過年数、発病の時期(何歳で発病したか)という3つの変数と上述の総合化した諸変数との関連を表4に示した。家族の困難度は経過年数と発病時期に相関するが、現在の年齢と

は関連しない。しかし、患者の適応度や家族の共感性は、現在の年齢と経過年数に相関して、発病時期には関連しない。全体としてみると発病からの経過年数がいずれの複合変数とも0.1以上の相関を示す点で最も重要であることが再確認されたと言えよう。

7つの複合的な尺度値の間の相関関係を表5に示した。家族の困難度は先のグラフ(図10)からも予想されたように、患者の適応状態および家族の患者に対する共感性に強く逆相関する。反面、制度的資源の利用希望と、実現の利用度とプラスの相関を示す。別言すれば、家族の困難度を軽減するには患者の社会適応状態の改善がはかれるか、

家族の側の患者への理解・共感性を高めるかが大きなポイントになるということである。もっともここでは因果関係を確認してはいないから、ここにいう共感性は、困難感や患者の不応度の影響を受けて変化している面も十分に考えられるし、家族の困難感を軽減することが患者の適応状態の改善につながる面もあるだろう。

制度的資源の利用に関連する変数については、まず資源利用度が資源の認知度に強く相関する

表5. 各指標(尺度)間の相関係数

	患者の 適応度	家族の 困難度	家族の 共感度	資源 利用度	資源 必要度	資源 認知度
患者の適応度						
家族の困難度	-0.422					
家族の共感度	0.377	-0.421				
資源利用度	-0.245	0.177	-0.108			
資源必要度	0.052	0.202	-0.050	-0.237		
資源認知度	-0.068	0.071	0.046	0.466	-0.077	
伝統的家意識	0.018	-0.039	0.016	0.068	-0.028	-0.004

($\gamma=0.467$)。つまり、利用度を高めるには諸制度についての知識の普及が求められる。このことは、これらの制度が普及していない原因がどこにあるかという別の質問に対して、家族たちの半数以上が「それらの制度のことがよく知られていない」と答えていることからみても重要性が裏づけられる。また資源の利用度は、家族の困難度、患者の社会適応度、家族の共感度のいずれとも有意に相関するが、その中では適応状態と相関が最も高い($\gamma=-0.245$)ことが判る。これに対して利用希望度は家族の困難度と相関を示す($\gamma=0.203$)が、共感度、適応状態とは相関しない。

いま、他の複合変数の値から家族の困難度を予測するための重回帰モデルを考えて、回帰方程式の係数にあたるベータの値を示したのが表6である。ベータ値から家族の困難度への規定力をみると、患者の適応状態が最も強く作用し($\beta=-0.294$)、以下家族の共感度、資源利用希

望度、資源利用度の順に規定力が強い。資源の認知度と伝統的家意識の程度は規定力を持たないと言えよう。

IV. まとめと若干の考察

分裂病を中心とする精神病患者の扶養・保護にあたっている家族に対する郵送法による調査結果を患者の発病からの経過年数を軸に、病気の長期化の問題をめぐって家族がどのように対応しているかを捉えた。主な結果として次の諸点がデータによって確認された。

1. 長期化に伴って患者の社会生活適応度が低下すること、つまり社会復帰が困難になっていく。
2. 発病時期が早いもの、発病時に職業経験のないもの、結婚していないもの、また病名が精神分裂病であることを家族も承知しているものに長期化した患者が多い。
3. 病気の長期化に伴って家族構成も変化し、拡大家族形態が増加する。経過20年あたりを境にして患者の保護の中心に立つ親族が父親からキョウダイに変化する。生計の中心者の位置もこれに平行し、保護者の役割より数年早く世代交替することが示される。
4. こうした長期化の中で、家族の苦勞(困難の訴え)は増大する。その中核にあるのは「将来の見通し不安」である。
5. 家族の患者に対する見方・接し方は長期化に伴って悪化し、犠牲感が強まる。家族が適切だと考える患者の身の置き所

表6. 家族の困難度と規定要因(重回帰分析結果)

説明変数	ベータ値	重相関係数
患者の適応度	-0.2941	R=0.5626 R ² =0.3166
家族の共感度	-0.2863	
資源利用度	0.1201	
資源必要度	0.2333	
資源認知度	0.0262	
伝統的家意識	-0.0309	

(生活の拠点)は家族か病院かの二者択一がなお中心的であって、経過15年の所で家族志向から病院(入院)志向に転換する。

6. 患者の将来の暮しの手立て(経済基盤)についても15年経過の所で、それ以前には本人自活が主であったものから、年金、家族扶養、生活保護志向へと転換していく。
7. 家族のニーズを病気の長期化との関連で見れば、病院にはいつまでも入院できること、行政には医療公費負担の充実と、特に、一生そこで仕事・生活のできる施設を求める声が強くなる。制度化された資源の中では障害福祉年金の利用度が病気の長期化に最もリンクしている。

などの知見が得られた。これらは多くの臨床家、実務家が指摘してきた事実に対応するものであり、これまでの通説をくつがえす類の発見はなく、むしろ従来の知見をマクロなデータで裏つけた点を評価すべきであろう。熊本・宮城という都市化のあまり進んでいない地方での状態をしかもマクロに捉えた場合には、従来の動向から大きく変化している面はあまり見られないのがむしろ当然でもあろう。今回の結果と大都市地域での比較が次に求められる所である。

本研究では、患者家族をめぐる問題をある程度構造化して捉える枠組みを提示しえたこと、また問題構造を捉える指標を尺度化して得る試みもかなり前進した。家族の困難度、患者の社会生活適応度、患者に対する家族の共感度、制度的資源の利用などについて尺度化がはかられ、それぞれが相互に有意な関連を示すことによって患者家族の問題状況の数量的、構造的理解を推める手がかりが得られたといえよう。

サンプルの代表性についてはなお不十分さを残しており、総合化した指標についても因果関

係の分析にまで達していない点などは今度の課題とせねばならない。

最後に政策論的な観点から言えることは、長期化する患者の処遇について、いまだに家族か病院かの二者択一しか現実には許されていない状況にある中で「一生そこで仕事・生活のできる場」が求められている点は認めるべきであろう。既存の制度的資源が不十分であることは関係者の一様に認める所であるが、それらもなお十分に活用されない感があり、その面での情報知識の普及も行政や医療・福祉従事者の取り組むべき課題であり続けていることが判る。

この調査で精神障害者の社会的処遇を考える上での家族の重要性を再確認することになったが、これは反面、患者個人の自立を軸にした社会的処遇・援助への展望が弱いという批判を受けることにもなる。筆者も欧米型の自立論を理想型のひとつとして認めるが、患者と家族を含む国民大衆の現状をみれば、そのような理念が彼らの生活意識にまで日常化する段階にはなお距離があると思われる。当面は家族の持つ機能の重要性を認めた上で、しかし、これにすべてを負わせてしまうのではなく、患者個人と共に家族をも援助対象とするシステムが必要であろう。

付 記

本稿のデータとなった「患者家族の実状と要望調査」については、熊本県精神病院協会(三浦節夫会長)、宮城県精神病院協会(高階憲司会長)をはじめ両県の国公立病院責任者、県衛生部、精神衛生センター(江島達憲、南竜一両所長)、家族連合会など関係各位より多大のご援助を賜ったことを付記し、深謝致します。

参考文献

- 1) 榎本貴志雄：日本の精神患者，週刊社会タイムス社，1977年
- 2) 北海道精神障害者家族連合会：「家族の悩み調査」結果報告，1975年
- 3) 千葉県精神衛生センター：精神衛生シリーズ第7号，県立総合精神科医療施設設置調査委員会による調査結果概要，1975年
- 4) 石原邦雄：精神障害と家族——序論的考察——，中野卓編「続・現代社会の実証的研究」，東京教育大学社会学教室，pp. 1-12, 1972年
- 5) 石原邦雄：「精神障害者」の医療・福祉問題と家族的条件，国立精神衛生研究所「地域社会における精神障害の発生予防及び社会復帰に関する総合的研究(特別研究報告書)」pp. 37-53, 1978年
- 6) 石原邦雄：「患者家族の実状と要望調査」報告，国立精神衛生研究所「精神衛生における地域の受給システムの実態把握と評価法の開発に関する研究」(特別研究報告書)，1982年
- 7) 石原邦雄：精神障害者家族の社会的状況，田村健二ほか編，精神障害者福祉，相川書房，1982年
- 8) 石原邦雄・滝沢武久：精神障害者とその家族の医療と福祉について——とり残されていく老父母と障害者——，国立精神衛生研究所ほか，1979年
- 9) 新潟県精神衛生センター：精神障害者についての意識調査——措置患者家族と民生委員，1964年
- 10) 富山県精神衛生センター：「家族の悩み調査」結果報告No. 1, 1975年

デイ・ケア通所者の行動能力及びデイ・ケアに対する意識の研究

和田修一・柏木 昭

社会精神衛生部

An Evaluation Study of Day Care Program

Shuichi WADA · Akira KASHIWAGI

Division of Socio-Environmental Research

Summary

The behavioral abilities of those mentally disordered patients who are taking the services of day care were discussed based on a comparison to the outpatients who are taking merely hospital care. The comparison was focused on the behavioral abilities in the three dimensions: 1) in leading everyday life, 2) in harmonizing human relations, and 3) in self control of physical and mental conditions. The data were obtained from 187 day-care attendants and 46 outpatients (the former composes the experimental group, and the latter the control group).

The abilities measured in terms of 30 items were analyzed in regard to 1) the percentage of difference of the relatively highly abled, and 2) structural differences of the factors which are shown in the results by factor analysis. In addition to these quantitative analysis, the opinions to day care program which were written freely by day care attendants were qualitatively analyzed.

The results show that the day-care attendants are inferior to the outpatients in the behavioral abilities to lead everyday life and harmonize human relationship, but both of them have the same level of ability in self control. This seems to be derived from the fact that day care program is the most useful to the attendants in enabling them to control their physical and mental conditions by themselves.

Key words: *Day Care, Behavioral Ability, Self Control, Factor Analysis*

抄 録

現在デイ・ケアに通所している患者(187名)の、i)日常生活を営む上で基本的に必要な能力、ii)対人関係をうまく処理しうる能力、iii)健康管理を自分自身で行ないうる能力を、外来診療のみを受けている患者(67名)のそれと比較し、デイ・ケアの患者の行動特性を分析した。加えて、デイ・ケア患者が現在受けているデイ・ケアのプログラムに対する意識・意見を分析する

ことによって、デイ・ケアのプログラムが患者に及ぼす諸効果について論じた。

現在のデイ・ケアで行われているプログラムの機能としては、患者自らによる健康管理を可能とする側面が有効に働いており、事実デイ・ケア患者の行動能力において健康の自己管理に関するものが外来患者のそれと比べて劣る点が少ないといえる。

1. はじめに

精神医療におけるケア・システムとして、欧米などで、デイ・ケアが導入されるようになってから、既に久しく、今日それが患者の社会生活乃至社会参加に、はずみをつける機能、役割を持つものとして評価されていることは周知の事実である。

そしてそのサービス形態も、医療的側面のより強調されるデイ・ホスピタルと、より社会的側面にプログラムの焦点があてられている地域のデイ・センターがある。1975年度の英国における“白書¹⁾”によると、提案として、人口1万に対して3人分のデイ・ホスピタルと、6人分のデイ・センターの設置を打ち出している。

一方我が国では、医療の一環として、健康保険の診療報酬に精神科デイ・ケア料が新設されたのは、昭和49年になってからである。従って我が国に於ては、その評価が未だ一定して居ず、デイ・ケアがわが国の精神科医療の中で果している役割を改めて見直す必要があるだろう。

一方、我が国の精神科医療において、入院治療と外来治療の他に、患者の社会復帰を促すことを目指して設けられた幾つかの方法が実施されている。たとえば作業所における職業訓練や、職親制度による現場訓練(外勤作業を含めて)、ホステルや集会所など中間施設での生活援助、共同住居による地域生活への援助、デイ・ケアやソーシャル・クラブ等がある。多くのものは法による施設、運営ではなく、民間(家族会等)や団体の篤志の試行といったかたちで行われ、自治体が関与していても、2, 3の例(川崎市や世田谷区、岡山市等)を除いて、助成金による運営という程度である。

社会精神衛生部では、この数年間に、これらの施設による援助乃至治療方法が果している機能に関する調査、研究を行ってきたが、本稿で報告する研究はその一環として行われたものであり、デイ・ケアが通所者にとって果している治療上、生活上の援助、即ちケアの実際を検

討しようとするものである。

デイ・ケアの活動の実態は、幾つかの側面から明らかにすることができるであろう。例えばデイ・ケアで行われているプログラムの特性を分析することもその一つであろうし、或はデイ・ケア通所者の入所に至るまでの経過を明らかにすることもその一つであろう。本稿ではデイ・ケアへの通所者と外来診療のみを受けている通院者とを比較することによって、今日のデイ・ケアはどのような生活態度、考え方を持っている者が、その対象となっているのかという点を明らかにして行きたいと思う。

ここで言う通所者の生活態度、考え方というのは、疾病や病状の違い、家族的背景や社会生活経験の違い等によって異ってくるが、本稿では通所者が社会生活をしていくうえで必要とされる基本的能力と、自らの健康を管理してゆく能力という二つの側面から、デイ・ケア通所者の特性(生活態度、考え方)を明らかにしていきたい。

そして次に、現在デイ・ケアに通所する者が、夫々のデイ・ケアに対してどのような意見や感想、印象を抱いているのかを明らかにしていきたい。この側面からの分析では、特に、デイ・ケアが行われている施設の特性が、通所者の意識の上に及ぼす影響、また逆に通所者の考えなり意識が、どのようにデイ・ケアのあり方に反映されるか等が検討されよう。

2. 方法

本稿で分析されるデータは、昭和55年度の文部省科学研究費(一般研究D、課題番号567099)の援助を得て行われた調査から得られたものである。その調査は、6つの病院で行われているデイ・ケア、及び5つの地域施設*で行われているデイ・ケア、のそれぞれに通所している人々及びそれぞれの施設に外来診療を受けている人々を対象に行われた。ここで外来患者

* 保健所や精神衛生センターなど

表1 対象者の基本属性

a) 性別

	男	女	不明
デイ・ケア通所者(N=187)	58.8	40.6	0.5
外来者(N=46)	52.2	47.8	0.0

b) 満年齢

	19才以下	20~29才	30~39才	40~49才	50~59才	60才以上
デイ・ケア通所者(N=187)	7.0	32.6	36.4	19.8	2.7	1.6
外来者(N=46)	0.0	19.6	41.3	28.3	10.9	0.0

(*)

c) 最終学歴

	小学校、尋常小学校	中学校、旧制高等学校	高校、旧制中学校、高女	専門学校、短大	大学、大学院	不明
デイ・ケア通所者(N=187)	1.6	20.9	47.6	27.8	2.1	2.1
外来者(N=46)	6.5	15.2	47.8	30.4	0.0	0.0

d) 配偶関係

	未婚	既婚	死別・離別	不明
デイ・ケア通所者(N=187)	89.8	2.7	5.3	2.1
外来者(N=46)	71.7	15.2	13.0	0.0

(*)

e) 両親

	両親ともにいる	父しかいない	母しかいない	両親とも死亡	その他
デイ・ケア通所者(N=187)	52.4	5.9	26.7	12.3	2.7
外来者(N=46)	41.3	4.3	32.6	15.2	6.5

f) 兄弟数

	0人	1人	2人	3人	4人	5人以上	不明
デイ・ケア通所者(N=187)	5.9	23.5	26.2	18.2	12.3	12.3	1.6
外来者(N=46)	2.2	13.0	34.6	10.9	10.9	28.3	0.0

g) 健康保険

	未加入(生活保護)	<本人>として加入	<家族>として加入	その他	不明
デイ・ケア通所者(N=187)	18.2	21.9	57.2	1.6	1.1
外来者(N=46)	13.0	34.8	50.0	0.0	2.2

h) 従業上の地位

	無職	正式の従業員	パート、アルバイト	自営、家の商売の手伝い	農林漁業	その他	不明
デイ・ケア通所者(N=187)	84.5	0.5	1.6	2.1	2.7	3.2	3.2
外来者(N=46)	41.3	13.0	15.2	15.2	6.5	6.5	2.2

(*)

i) 入院経験

	なし	1回入院	2~3回入院	4回以上入院	不明
デイ・ケア通所者(N=187)	11.8	23.5	32.1	29.4	3.2
外来者(N=46)	6.5	15.2	45.7	32.6	0.0

注. 表の下に示されている(*)は、その属性に関しては、デイ・ケア通所者と外来者の間で差が見られることを表わしている。

を対象としたのは、デイ・ケア通所者の比較対象とするためであるが、外来患者に対する調査の実施は様々な困難を含み、最終的には2つの病院の外来患者のみが対象とされた。

対象としたデイ・ケアは、東京近辺の施設で行われているもので、かつ毎週2日以上実活動をしているもの、という基準で選ばれた。

調査の方法は、われわれが用意した質問紙に患者本人が記入する自記式であり、その実施は、各施設でデイ・ケアを担当しているスタッフの方々に依頼した。

最終的にわれわれが得た有効票は、デイ・ケア通所者が187名、外来者が46名であった。デイ・ケア通所者については、病院のデイ・ケアに通所している人々が120名で、地域施設に通所している人々が67名であった。この方々の基本属性は、表1の中に示されている。

表1からすれば、デイ・ケア通所者と外来者の間では、年齢、配偶関係、従業上の地位に関して差が見られる。すなわち、年齢に関しては外来者の方が中年者の占める比率が高く、配偶関係ではデイ・ケア通所者に未婚者が多く、そして従業上の地位ではデイ・ケア通所者に無職が多いといえる。

本稿においては各患者の行動能力を、次の3つの側面から測定している。すなわち、1)日常生活を営む上で基本的に必要な能力、2)日頃の対人関係をうまく処理しうる能力、3)健康管理を自分自身で行ないうる能力、の3者である。それら3つの側面の能力を側定した項目は、表2の中に示されている。すなわち、日常生活の能力は表2のA1~A11の項目に対して患者が自己評価することによって測定され、対人関係の処理能力はB1~B5の項目によって、そして健康の自己管理能力はC1~C16の項目のそれぞれによって測定された。

これらの調査項目については、われわれは次の2通りの分析を行なった。1つは、それぞれの項目に対して「できる」と答えた人々の比率の比較である。そして今1つの分析は、3種類

の能力のそれぞれについての項目に対する因子分析である。この因子分析の解の求め方は主因子法を採用し、求められた因子とそれぞれの項目との関係を分析した。

われわれの第二の目的である、デイ・ケア通所者のデイ・ケアに対する感想や意見の分析については、対象者に自由に記述してもらった感想や意見をもとに分析した。この分析においては、通所者の生の意見を深く読み取ることが試みられた。

3. 行動能力の比較分析

まず、表2の中に示された、患者の諸能力の測定項目に関して、そのできる人々の割合がデイ・ケア通所者と外来者との間でどのような違いが見られるかを見てみよう。これらの項目は、A「日常生活を営む上で基本的に必要な能力」、B「日頃の対人関係をうまく処理しうる能力」、及びC「健康管理を自分自身で行ないうる能力」という3つの側面に分かれているのだが、それら3つの能力に共通していいうることは、全体として、外来者の能力がデイ・ケア通所者の能力をうまわっている、ということである。つまり、それぞれの測定項目において、幾つかの項目を例外として、大多数の項目で「できる」とする人々の割合は外来者の方が大きい。そしてこの能力の差は、B「対人関係」の部分において顕著である。すなわち、その項目すべてにおいて、外来者の能力が勝っており、かつ「できる」と答えた人々の割合の差は他の項目のそれに比べて著しく大きいといえる。

3番目に、この分析結果について気をつけることは、3つの能力の中では、健康の自主管理の領域においてはデイ・ケア通所者と外来者との間で比較的差が小さい、ということである。C1~C16までの項目を見ると、16項目中デイ・ケア通所者の方が「できる」人の割合が大きい項目はC1, C2, C10, C13の4項目ではあるが、外来者の方が勝っている項目でも比率の差は極めて小さいことが分かる。

表2. 諸能力の測定項目の内容とできる人の割合

A. 日常生活を営む上で基本的に必要な能力

	できる人の割合	
	デイ・ケア通所者	外来者
A. 1 帰宅が遅れたり外泊したりする場合電話で家に連絡できる	81.3%	< 82.6%
A. 2 家事の手伝いや分担ができる	65.2%	< 76.1%
A. 3 約束の時間に合わせて家を出ることができる	79.1%	< 93.5%
A. 4 手紙で用をたせる	63.6%	< 71.7%
A. 5 銀行・市役所などへの書類上の手続きを遅れないで期限までに行える	57.2%	< 78.3%
A. 6 金額が大きい品物でも不安なく自分で買うことができる	51.3%	> 45.7%
A. 7 電車、バス、タクシーなどをうまく利用することができる	81.8%	< 87.0%
A. 8 休日には、スポーツ、旅行、映画鑑賞などの余暇を楽しむことができる	55.1%	< 58.7%
A. 9 押売りやセールスマンが来ても必要ないときには、うまく断ることができる	66.3%	< 71.7%
A. 10 いろいろな会合に出かけたり、人を訪問したりできる	50.3%	< 52.2%
A. 11 一人で外食ができる	84.0%	> 82.6%

B. 日頃の対人関係をうまく処理しうる能力

B. 1 自分の思っている意見を他の人に言える	58.3%	< 64.0%
B. 2 自分の生活や治療のことで他人に相談できる	61.0%	< 92.0%
B. 3 近所や職場で(学校を含む)の人とのつきあいができる	50.3%	< 72.0%
B. 4 誰とでも会話ができる	42.8%	< 60.0%
B. 5 異性とうまくつきあうことができる	35.8%	< 52.0%

C. 健康管理を自分自身で行ないうる能力

C. 1 疲れたときなど早めに休養することができる	76.5%	> 69.6%
C. 2 病気だということをそれ程気にしないでいられる	42.8%	> 34.8%
C. 3 自分の感情をうまく抑えられる	47.1%	< 52.2%
C. 4 幻聴妄想などがあってもそれなりに生活できる	35.3%	< 45.7%
C. 5 必要なときには、まわりの人にうまく言ってその場をきりぬけることができる	43.3%	< 50.0%
C. 6 薬の変更(量の増減も含む)などについて医師に卒直に相談できる	73.8%	< 76.1%
C. 7 病院にいなくても不安ではない	66.8%	< 71.7%
C. 8 自分の身体の限界がわかる	61.5%	< 67.4%
C. 9 体力に自信がついてきた	36.9%	< 43.5%
C. 10 眠れなくても気にしない	39.6%	> 34.8%
C. 11 調子がわるくなったとき、人に相談するなどして自分で調節できる	56.7%	> 56.5%
C. 12 あまりあせらずに自分のペースで行動できる	57.2%	< 69.6%
C. 13 自分に自信がもてる	34.2%	> 28.3%
C. 14 必要に応じて薬の量の増減を自分で調節できる	31.6%	< 37.0%
C. 15 家族などの手をわずらわせないで薬を自分で飲む習慣が身についている	83.4%	< 89.1%
C. 16 自分なりに生きる目標がもてる	47.1%	< 50.0%

以上3つの事柄は、次のようにして数値的に確かめることができる。われわれは、A、B、Cの領域ごとに、それぞれの項目に対して「(デイ・ケア通所者の中でできる人の割合)―(外来者の中でできる人の割合)」を計算し、かつその値の平均を求めた。この比率の差の平均は、A「基本能力」では-5.9%、B「対人関係」では-18.4%、C「健康管理」では-2.7%であった。この数値からしても、総体的に外来者の方が勝れていることが分かる(平均値のすべてが、負の値になっている)が、さらに、比率の差は、B「対人関係」で最も大きく、C「健康管理」で最も小さい、ことがわかる。

本稿で分析の対象としている、デイ・ケア通所者と外来者とは、表1の基本属性の中の従業上の地位に現われた違いからして、外来者はデイ・ケア通所者に比べてより良く社会復帰をしている人々であることが分かるが、われわれの以上の分析からして、この社会復帰をしようる能力の違いは、主として対人関係を処理しようる能力の違いに起因していることが推察しようるのである。そこでわれわれは、この能力の差を今少し詳しく分析するために、因子分析による結果を検討してみよう。

われわれは、上記の3つの領域の行動能力のそれぞれについて主因子法による因子分析を行なった。その結果からは、次の事柄を読み取ることができる。

まず第一に、求められた因子の数及びそれぞれの因子が有する寄与率を3つの領域ごとに比較してみると、A「日常生活の基本能力」においては、デイ・ケア通所者では3つの因子が求まり、かつ上位2つの因子の寄与率は85%であった。一方、外来者の方は、5つの因子が求まり、かつ上位3つの因子の累積寄与率は77%である。B「対人関係」については、デイ・ケア通所者については唯1つの因子がほぼ完全にすべてのデータの変動を説明しているのに対し、外来者においては2つの因子が求まり、第一因子の寄与率は76%であった。C「健康管理」については、

デイ・ケア通所者と外来者ともに5つの因子が求まり、かつ上位3つの因子の累積寄与率は、それぞれ85%と81%であった。

この結果からは、次のように推察しようる。すなわち、外来者に比べてデイ・ケア通所者の方が、少くとも行動能力に関する限りは、均質的な集団であり、かつこの事は特に、A「日常の基本行動」及びB「対人関係」について顕著に現われている、ということである。この2つの領域に比べて、C「健康管理」は2つの集団間での差は極めて小さいといえる。

精神疾患の1つの特徴として、患者の行動類型が均質なものになるという特性はしばしば指摘されることであるが、この事はこの因子分析の結果からも指摘されうることである。しかもその行動の均質性は、行動の種類によって生じ方が異なっているのである。すなわち、健康管理面では差が見られないが、対人関係の処理能力や日常生活に必要な基本行動ではかなり差が見られるということである。

この因子分析の結果は、前に述べた「できる」人々の比率の差の分析と一致する結果でもある。

次にわれわれは、因子構造において差の見られるA「日常生活」とB「対人関係」について、どのような行動項目で2つの集団が相異なっているのかを検討した。この目的のためにわれわれは、デイ・ケア通所者の因子構造を基本とし、仮りに外来者の因子構造をデイ・ケア通所者のそれに類似させた場合に、項目間でどのような異同が見られるのかを検討した。その結果が図1のA、Bである。

図1のAは、「日常生活の基本行動」について、デイ・ケア通所者と外来者ともに、因子が2つという前提の下に今一度因子分析を行ない、かつその結果求まった各項目の因子負荷を2次元の図にプロットしたものである。Bは、同じく「対人関係」について、因子が1つであるとの前提で分析した結果である。

図1のAとBともに、図の中で相隣接した項目はお互いに似通った項目であると解釈さ

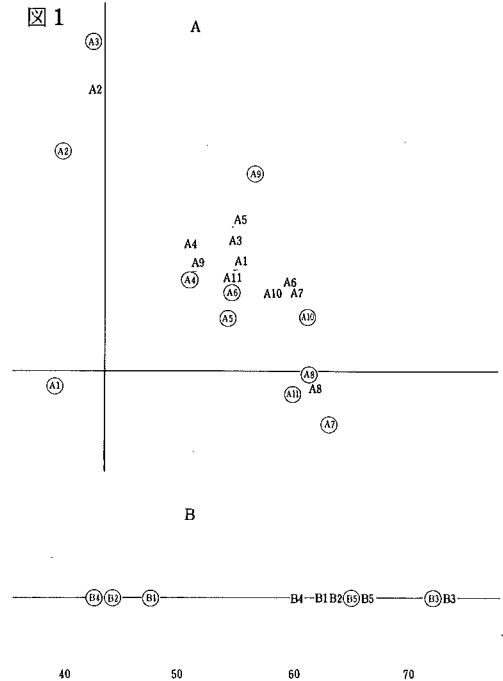
れるので、それぞれの項目の中でどれが2つの集団において共通傾向を有し、どれが共通であるとは判断しえないかが分かる。その事を確認することからわれわれは、2つの集団は、行動能力のどの側面で同質であり、どの側面で異質であるかを検討することができるのである。まずAについて検討してみよう。

図1のA1からA11までの11個の項目について、2つの集団間で比較してみると(○印のついた項目は外来者、それ以外はデイ・ケア通所者である)、A1, A3, A7, A9, A11の5つの項目が比較的距離が離れていることが分かる。それらの項目の内容を改めて記すと、以下の如くである。A1, 帰宅が遅れたり外泊したりする場合、電話で家に連絡できる。A3, 約束の時間に合わせて家を出ることができる。A7, 電車・バス・タクシーなどをうまく利用することができる。A9, 押し売りやセールスマンが来ても必要ないときにはうまく断わることができる。A11, 一人で外食ができる。

これらの内容を検討してみると、まずA1とA3は、日常生活に必要な約束事を守るという能力があり、かつA7, A9, A11は、どちらかというと対人関係に関する能力を背景としているといえるであろう。

次にB「対人関係」の項目について検討してみよう。図1のBを見ると、B1, 自分の思っている意見を他の人に言える。B2, 自分の生活や治療のことで他人に相談できる。B3, 近所や職場で(学校を含む)の人とのつきあいができる。この3つの項目について、特に2つの集団間で差が見られることが分かる。これらの項目は、表2の中に示された「出来る人の割合」が、かなり大きな項目でもある。これら3つの項目に共通していることは、概して、自分の考えを論理的に相手につたえたり、あるいは逆に相手の論理を理解するといった能力が、デイ・ケア通所者に欠けているのではないだろうか。

4. デイ・ケア通所者の意識



デイ・ケアが集中的な外来通院治療なのか、アフタ・ケア的な再発、再入院予防の為の疾患管理機能を持つものなのか、或はより積極的な社会生活参加を促す、またはその準備の為の訓練施設であるのか、さらにこのような機能を全て包括的に持つものをデイ・ケアというのか、これらいくつか挙げたうちの一部分だけの機能しか持たなければ、デイ・ケアといわず、単なる集団の接近(グループ・ワーク)というのか、といった定義の問題については未だ確定していない。厚生省では「デイ・ケアの治療対象は、精神分裂病等の重いものから、ノイローゼ程度の軽いものまで幅広く適用され、入院医療ほどではないが、今までの通院医療よりも積極的に濃厚な治療を行なうことができる」としている程度であって、定義といえる程のものではない⁽²⁾。

またその治療や援助理論もまだ多くの論議が出されているとは言い難く、特にこの問題については、職員のいわゆる指導、援助と、通所者

自身の主体的行動、及び仲間同志が影響を及ぼしあう力学等の何れが、治療理論の中核をなすものであるのか、未だ臨床研究が深められているとは言えない段階である。集団精神療法(狭義の)においては、おおよそその治療理論が出揃っていると思われるが、より頻繁に参集し、且つ生活のリズムに寄与するデイ・ケアの要因を考慮に入れると、従来の集団精神療法理論では不十分である。集団における治療者対被治療者の関係と対比して、デイ・ケアにおいては職員が治療者としての役割を取るよりも、対象である通所者の自主性や自発性及び創造性を重視して、その関係に治療者志向よりも、むしろ経験共有志向が強くなることも、従来の集団精神療法とは異なる臨床理論の深化が望まれるところである。

このようにいくつかの研究課題を抱えながら、デイ・ケアは既に制度として発足し、兎も角も病院や地域でデイ・ケアやグループ活動が始められている。そしてこれを実際に担っているのは、ソーシャル・ワーカー(PSW)や、臨床心理員(CP)や保健婦^(註)等であるが、同時にデイ・ケアの通所者が、単に一方的な受身的、消極的役割に終始しているとは思えない。むしろこのデイ・ケアに於ても通所者の自主性を尊重するたてまえがあるし、少からず、現行のデイ・ケアは通所者自身によって、その形成及び運営の一部乃至相当部分が担われていると見てよい。この点については、今後デイ・ケア自体の運営、治療構造及び評価に関する研究が必要になると思われるが、上記の筆者の印象は実情とかけ離れたものではあるまい。

そこで今回の調査では、筆者らが実施したアンケートにおける自由記述から、デイ・ケア通所者が、そこで出会う職員や仲間から個人的にどのような影響をうけるか、またそこで実施されるプログラムや行事にどうかかわり、どのよう

な印象を持ち、デイ・ケア全体としてどう考えているか、自らの生活や、自主的な健康管理の側面で、如何ように評価しているか等について、可能な限り汲み取ろうとした。

内容の分析

上に述べたように、通所者自身がデイ・ケアの形成および運営の一部乃至相当部分を担っているということ、いい換えれば通所者自身がデイ・ケアを方向づけることに寄与しているという筆者の印象は、アンケートの自由記述に全体の7割近くの人が積極的に応じていることから、十分伺うことができる。それらの回答のうち、否定的な意見は2割で、殆んどの方は肯定的な意見、感想を記している。

肯定的な意見のうち、約半数は精神的身体的健康の自主的管理が、デイ・ケアに来ることによって、出来るようになったという記述であり、次に多いのが、プログラムやデイ・ケアのあり方についての積極的提言、意見であった。以下は積極、消極にかかわらず摘記する。

精神的、身体的健康の自主管理について

これについては、デイ・ケアに通うこと自体を、外側から、或は他律的に自己の健康管理を進めるテコにしている或はそう認めていると思われる回答が多かった。例えば

一人でクヨクヨしているのが普通の精神状態になれる。頭を使うので馬鹿になるのを守ってくれるような気がする。

家に居ると外出がいやになる事が多いので大変デイ・ケアというところが出来て喜びに思える。

(註) 制度としては、健康保険診療において常勤医師1名、看護婦1名、作業療法士1名、PSW、CP等の指導員2名からなるチームが単位となっている。

自由に行動出来るようになった。

デイ・ケアに来ている人たち、つまりこのセンターに来ている人たちは、みんな悩んでいるんだと思う。しかし悩んでいることはよいことだと思う。

病棟にいた頃は、薬の影響で目はしょぼしょぼしたりしていたが、デイ・ケアに通って最初の頃は辛かったが、だんだんと慣れてきて体も元気になった。とにかく通うということに慣れたということだけでも大きな収穫だったと思う。近頃では本も読めるし、字もちゃんと書けるようになった。

デイ・ケアに参加していると、生活が規則正しくなり、家庭での生活もテキパキ処理出来るので父母共々感謝している。家事手伝いとして家庭に閉じこもっていると、暇な時間が沢山あり、どうしても気ままに読書、音楽等の趣味にばかり気がとられ、特に私は夜型の人間なので、宵っぼりの朝寝坊になってしまい、そうした毎日が続くと、父母に精神病院へ入院させられてしまいますので……。

病気の人の中で自分がどの程度の病気なのかを考えながら、あの人はあそこが悪い、自分もおそろいと思ったり、どんなに病気を持つ人でも何か一つ得意というか光というか、そんな良い面を持っていることを知り、一生無で暮すよりそんな人の中に入り込んでいて、けがをしてもよい、泥んこになってもよい、皆の中で生き行きたい。

デイ・ケアのあり方、プログラム等について

社会復帰の予定と自信がはっきりする為に豊かなプログラムがたてられているように思う。

話しあいなど可成りやっているのだから、これからは作業中心にデー生活を送っていただけらいいと思う。……(中略)……作業時間が長くなれば、解放された時の疲労感などさわやかなものだろうと思う。いつの日か社会復帰出来る為の最も実践的プログラムであるから。

デイ・ケアは社会復帰の一つ前の段階なので大切だが、あまり長く居ても意味がないのではないかと、本当はデイ・ケアで仕事を紹介してくれると大変助かると思う。

状態に応じたプログラム指導を望む。すべて同じペースでなく、状態が良好になったら職場でも役立つようなプログラムを望む。レクリエーション主体のプログラムなので物足りなく感じる時もある。

デイ・ケアのスケジュールが、いっぱいなので、自由な時間ももっと欲しい。

グループ活動によって料理、お菓子作りの習いごとが出来る事は嬉しい。

スタッフとメンバーが一体となってプログラム運営をしていることは、私が当初デイ・ケアというものに参加しようと思っていた時に比べて、日々の生活に活力が出てきたようだ。ただ自己の内的な世界にスタッフの方々がどの程度の理解を示してくれているのか疑問に思う時がある。しかし他人の力に頼りがちであった私は、少しでも主体性を持って現実の日々を過ぎなくてはいけないのだと考えられるようになった。

対人関係に関連するもの

若い人があまり居ないので不満、女性との交流が少い。

何かを行動する時に一部の人がさぼっていると不愉快な気分になる。

もっと自由なつきあいがしたい。

仲間どうし和気あいあいといい、職員や友達の交流ができるから大変いい。

互いの気持を大切にすることは大切だ。母親のいう事がきけるようになればいいと思う。

自由な生活が出来て楽しい。注意されない子に努力しますので、家族も一目置いてます。

考 察

以上回答例を摘記したが、大多数のものが自分の精神的身体的管理について、気を配り、デイ・ケアに通うことを契機に、自己の自閉傾向から脱出しようとしていることがわかる。またそれは自分の生活に規則性と律動性を与えるものとして、再発、再入院の予防につながるころの、いわゆる疾病の自己管理を促すものであるように印象づけられる。また仲間との出会いにより、同じ病気で悩みを持っているという認識が、励ましあいの動機づけになっていると思われ、仲間との交流を通して健康の自主的管理を積極的に進めていることがわかる。

プログラムやデイ・ケアのあり方そのものについての意見では、プログラムが自分の社会復帰のためにたてられているという認識と評価を持つものが多く、内容的にはレクリエーション中心から、作業に重みを置くプログラムを推すものと、もっと自由で気楽なデイ・ケアを望むといった意見もあり、全体的には前者と後者相半ばしており、デイ・ケアの機能が未だ一定していないことを裏付けている。

病院におけるデイ・ケアと地域にあるそれでは、その機能が前者はより医療の面が強く、ま

た同時に職員の役割において指導的側面が強くなる。後者では生活的側面がより強調され、職員の役割もさることながら、運営面での通所者の果す役割も多くなることが予測される。

何れにせよ、通所者が入院中のような単なる受身的立場での消極的な構えから脱脚してより能動的な発言を試みるようになってきていることは、これらの回答から十分うかがえる。回答の中で病棟に居た頃の自分と比較して、身体的面一つ取っても、十分自信が出て来、通うこと自体が大き収穫であるとしたり、またデイ・ケアの職員と協力して運営に当るという体験を持つことで、日々の先活に活力が出てきたとするものも居る。

筆者はこの共同作業乃至経験の共有ということが、通所者に対する治療理論の中核をなすものと考えているが、これはこういう回答によって具体的に裏付けられていると見ることが出来る。このような一方的なサービスの受け手から一歩踏み出して、通所者がデイ・ケアの運営という経験を職員と共有するという利用の仕方が、自らの病気へのとらわれから解放されてゆく道筋であると思う。デイ・ケアにかかわる職員は、こういう方向での形成、運営をはかる課題を担っているといえよう。

5. 要 約

近年精神医療の体系として包含され、且つ可成り普及を見ている、いわゆる社会復帰の方法に関する一連の調査研究の一環として、今回我々はデイ・ケアを対象として取り上げた。

調査したのは病院に設置されたデイ・ケアと、保健所や精神衛生センターのそれであり、さらにデイ・ケア通所者と比較対照する為に、調査した病院の外来通院者をも対象とした。

基本属性としては外来通院者はデイ・ケア通所者に比べ年齢がより高く、配偶者のある割合が高く、且つ就業する者がより多かった。

我々は今回、(1)日常生活を営む為の基本的な能力、(2)日頃の対人関係の処理能力および(3)自

らの健康を管理する能力の三側面について、デイ・ケア通所者と外来通院者とを比較する為の三側面の各項目について「出来る」と答えた人々の比率を比較することと、また三側面の各項目に対する因子分析の二通りの方法により分析を行った。

さらに、調査用紙に自由に記述してもらった感想及び生の意見を読みとり、デイ・ケアの今日の課題に対する対応の糸口を探った。

以上を要約すると、全体として外来通院の方がデイ・ケア通所者に比べて、日常生活や対人関係においてよりうまく対処しているが、健康管理については、両者の間で大きな差はなかった。また前者は基本属性から見ても、より

社会性が高いことを指摘することが出来るが、この違いは主として対人関係を処理する能力の違いによることが推測された。

最後に、デイ・ケア通所者に求めた自由記述から、我々は回答者の多くが、入院中の消極的な構えを脱脚して能動的に行動し、発言するようになっていることを伺うことができ、デイ・ケアの運営に対しても主体的な参加をしていることが容易に推察された。

このことはサービスの単なる受け手から、より積極的に社会生活の一つの機能としてのデイ・ケアを、積極的に生かそうとしている表れでもあり、病気の克服へも直接間接に影響を与える要因になっている証拠といえよう。

参考文献

- 1) Edwards, C. and Carter, J., Day Services and the Mentally Ill, Community Care for the Mentally Disabled, Oxford Univ. Press, 1979,p.46.
- 2) 我が国の精神衛生, 厚生省公衆衛生局, 昭和56年版.

分裂病患者の入退院歴の分析

——山梨県の事例を通して——

和田 修一

社会精神衛生部

Four Patterns of the Patient Careers
and Their Determinants in Schizophrenics

Shuichi WADA

Division of Socio-Environmental Research

Summary

It is discussed how schizophrenic patients, during a five year period, moved between the statuses of being hospitalized and staying home. The subject were schizophrenics who were hospitalized first in their patient career during 1973 in Yamanashi Prefecture. The data are the monthly statuses of each patient, i.e., hospitalized or staying home, during the five years from the first admittance.

The data were analyzed by means of cluster analysis, in which the hierarchical procedure was applied to Euclidian distance, to again finally the following four patterns of the patient careers. The first is named "continuous hospital stay" in which the patients are never discharged from the hospital since their first admission. The second is "home stay" in which the patients have never been hospitalized after they were discharged. The third and the fourth are both "revolving-door patients", and are differentiated in terms of relative length of hospital stay, i.e., the third is "short stay-revolving-door" and the fourth is "long stay-revolving door"

The four types of the careers are strongly correlated with the following patient characteristics: The "continuous hospital stay" group consists of compulsorily hospitalized patients who are supported by government finances and have weak family tie; "Home stay" group consists of those who were hospitalized in youth (during their 30s) and using private insurance. The characteristics of the two revolving door groups are a mixture of these.

The number of the patients who were grouped into "continuous hospital stay" were 28, which is almost ten per cent of 271 patients studied. This percentage agrees with the impressions reported by many clinicians.

Key words : *Schizophrenic patients, Patterns of Hospitalization, Cluster Analysis.*

抄 録

山梨県において昭和48年に入院した分裂病患者のうちで、新入院患者(274名)を対象とし、彼

らの昭和54年1月までの入退院歴が分析された。本稿のクラスター分析の結果からすれば、そ

の入退院のパターンは「長期停滞型」、「在宅維持型」、「長期在院・入退院繰返し型」、「短期在院・入退院繰返し型」の4つのタイプに分かれ、それぞれに属する患者は特徴的な社会・経済的属性を有することが知られた。すなわち、「長期停滞型」の患者には措置や生保の患者が多く、か

1. はじめに

先にわれわれは、大阪府における精神科領域の患者の入院実態を昭和46年度と昭和54年度について比較分析することによって、精神科患者の入院(admission)に関して次のような変化が生じていることを指摘した(岡上, 和田, 山田, 1981)。それは、この8年間に入院患者の年齢が著しく高年齢化していることであり、しかもこの高年齢化は特に、アルコール中毒及び精神分裂病の患者の中の初回入院患者において顕著に現われている、ということである。ここでいう入院患者の高年齢化ということは、年齢階層別に入院患者の構成比率をとった場合、中高年者の占める割合が増加し、したがってその逆に青少年者の占める割合が減少しているということであるが、われわれは上記論文の中で、その現象が生じ来た原因を検討した。

われわれが分析に用いたデータは極めて限られたものであり、上記論文の中で確かな発生原因を特定化しえたとは思われないが、しかしわれわれは少なくとも原因の推定はしえたと思えるのである。われわれの一応の結論は、次のようなものであった。すなわち、このような入院患者の高年齢化は、まず、日本全国の、したがって大阪府における、人口の高年齢化を反映したものではないかと推測されるか、あるいはアルコール中毒あるいは精神分裂病の診断基準が変化した結果、今迄その2つに診断されていた患者が他の疾病に診断されるようになってきたのではないかと推測されるのだが、前者については大阪府の人口万対の入院件数を検討した結果、そして後者についてはアルコール中毒及び分裂

つ未婚者が多い。また「在宅維持型」の患者には社保や国保を利用する者が多く、かつ既婚者が多い。そして2つのタイプの「繰返し型」はその2つの混合である。加えて、「長期停滞型」は274名中約1割であり、この数値は臨床家の間で言われている経験則を裏付けるものである。

病と他の疾病との間で比較した結果、ともにその妥当性は疑わしいことが分かった。

われわれが前記論文の中で最も有力な説明要因として結論づけたのは次の事柄である。それは、在院患者の在院期間がより長期化したのではないか、ということである。大阪府の場合、昭和48年から同54年に至る8年間では、精神科病床数はほぼ横ばいであり、新入院患者延数にはほとんど変化が見られない。しかしそれにも係わらず、平均在院日数はほぼ1.8倍になっているのである。病床数が横ばいであり、かつ平均在院日数が伸びているのであるから、大阪府における精神科領域の入院患者の受入れ能力は、在院日数の増加分だけ減少しているわけである。そしてこの平均在院日数の伸びは、新入院患者の延べ数に変化が見られないのであるから、在院患者の在院期間が長期化する傾向にあることが原因となって生じていると思われるのである。

この結論は、在院患者についての年次統計が入手されていない現在、飽く迄も推測の域を出ないわけだが、しかし精神科医療に携わる人々の間の経験則として、1年間の初回入院患者の中で約11パーセントの患者の在院が長期化する傾向にあるということが分裂病患者について言われている。仮りにこの経験則が現実を正しく写し出しているとすれば、わが国の精神科領域において新入院患者を受け入れる医療施設側の能力が減退しつつあるという推論は大きな論拠を与えられることになる。

そこで本稿では、昭和48年の1月から同年12月までの1年間に、山梨県の医療施設に入院した分裂病患者の中で、その入院が初回入院であった者をコーホートとして、その集団が同54年

までに辿った入退院の経歴を分析し、この分析から、前記の経験則の妥当性及び分裂病患者の入退院の一般的パターンを明らかにしようと思う。本稿の基本的な目的は、その6年間に分裂病患者が辿った入院と退院の実態が、理念的にはそれは実に様々な形態となりうるが、現実の様態としてはどのようなパターンに分類できうるのかを見極めることである。このようなパターンが明らかにされることによって、分裂病患者が示す「長期在院化傾向」あるいは「回転ドア現象」などが生じてくる原因を追求するための1つの手懸りが得られるであろう。

われわれが昭和48年という時点を選んだ理由は偶然でしかない。また分析対象が山梨県の医療施設への入院者であったということも偶然である。周知の如く、本稿のデータのような入退院に関する切れ目の無い履歴という資料は、極めて入手困難であるのが現状である。しかしわれわれは、本稿の分析をまず第一歩とし、他の年度及び地域における患者の研究も企画中ではある。

最後に、大阪府と山梨県とでは社会的特性について大きな違いが存することは明らかであり、本稿の分析結果が即前記論文の推論を裏付けうる情報とはなりえない。がしかし、わが国一般の患者の実態を研究していくためには、様々な社会制度の下での実態を研究していく他方法はないのであり、本研究もその第一歩であるといえる。

2. 方法

本稿で分析されるデータは、山梨県において昭和48年1月から同年12月の間に入院した分裂病患者のうち、その入院が初回入院であった人々271名の入退院の履歴及びその社会的背景などの変数である。(初回入院患者の総数は274名であったが、そのうち3名はその履歴の中に不明な箇所が含まれているので分析から除外した)。このデータは、山梨県精神衛生センターが昭和54年1月に実施した実態調査から得られた

ものである。調査の詳細及び記述分析の結果は、岡上、和田、山田、田中(1981)の中に掲載されているが、その調査では、分裂病患者おのおの入退院の履歴及びその社会的属性などが調査されている。

われわれは、分析対象としている人々のおのおのについて、昭和48年1月から昭和54年1月に至る6年間に渡る期間の、切れ目の無い入退院の履歴を有しているわけだが、後に述べるクラスター分析を用いる都合上、次のような加工を行なった。

まず各患者の入退院の終歴のパターンを分析するために最も都合の良い指標を得る必要があるわけだが、この指標として本稿では、患者が入院した年月を始点として、それ以降毎月の入退院の状態をその指標とした。例えば、今29才男性Aは、昭和48年6月に初めて入院し、昭和54年1月1日迄に初回入院を含め合計5回の入院を経験している。各回の入院期間は以下の如くであった。

	入院年月日	退院年月日
初回	昭和48年6月	同年8月
2回目	同 50年3月	同年6月
3回目	同 51年2月	同年3月
4回目	同 53年7月	同年7月
5回目	同 53年9月	現在入院中

さて、この患者の入退院歴を、われわれは次のような型のデータに変換した。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
昭和48年						1	1	1	0	0	0	0
49年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50年	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
51年	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52年	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53年	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
54年	1											

ここで「1」は、入院、退院の事実及び在院中であることを示し、「0」は在宅中であることを

示している。同年月内に入院と退院が同時に行われた場合(例えば上記の4回目の入院)は、入院の事実を優先して「1」とした。したがって、例えば9月の30日に入院し、10月の1日に退院したというような場合は、最大2ヶ月の誤差を含むことにはなる。しかし本稿のデータの時間中からして、この程度の誤差は無視しうるであろう。

次に、われわれのデータの型からすれば、昭和48年1月から同54年1月の時点まで73の観測時点を有していることになるが、各対象者は初回入院なので初回入院以前の实情は、厳密には、分からないのである。そこでわれわれは、すべての対象者のデータを、初回入院以降に限定した。しかしこの方法によると昭和48年1月に入院した人と同年12月に入院した人との間には11ヶ月の差が生まれる。つまり12月に入院した人のデータは11ヶ月分少ないことになる。そこでわれわれは、12月に入院した人々のデータ個数を標準として、すべての対象者のデータを、初回入院時点から数えて62ヶ月分のデータとした。したがって1月に入院した人々については、54年1月まで資料はあるが分析データとして用いるのは53年2月迄の入退院の状態となる。この操作をデータに施すことは、多くのケースについてその一部分の利用可能なデータを用いないという不経済性を生み出すものの、調査時点が昭和54年の1月1日時点であったことは1つの偶然であるから、分析結果に対して系統的な偏りを生じさせることはないと思われる。

さて、以上の2つの手続きによって、本稿の分析対象である241名のケースのそれぞれは、1か0の値をとる64個の変数によって特徴づけられることになる。そして、この64個の変数のそれぞれがどのような値をとるかに応じて、ケースの異同を判定するのである。このような変数を用いてケースを分類するための標準的な手法は、クラスター分析(cluster analysis)である。クラスター分析とは、ケース間の異同をケース間の距離の大小によって判定し、距離が近いケ

ースが同一のクラスターの中に分類され、距離が遠いケースは異なったクラスターに分類されるよう、ケースの分類を行う方法である。ケース間の距離を測定する指標としては幾通りかのものが提唱されているが、本稿ではユークリッドの距離を用いる。1つのクラスターと他のクラスター間の距離についても幾通りかの考え方が示されているが、ここではクラスターの重心間の距離を用いることにする。そして最後に、クラスター分析には小さなクラスターを積み上げていく階層法、及びすべてのケースをまず大別してしまう非階層法の2つの計算方法があるが、本稿では階層法を採用した。

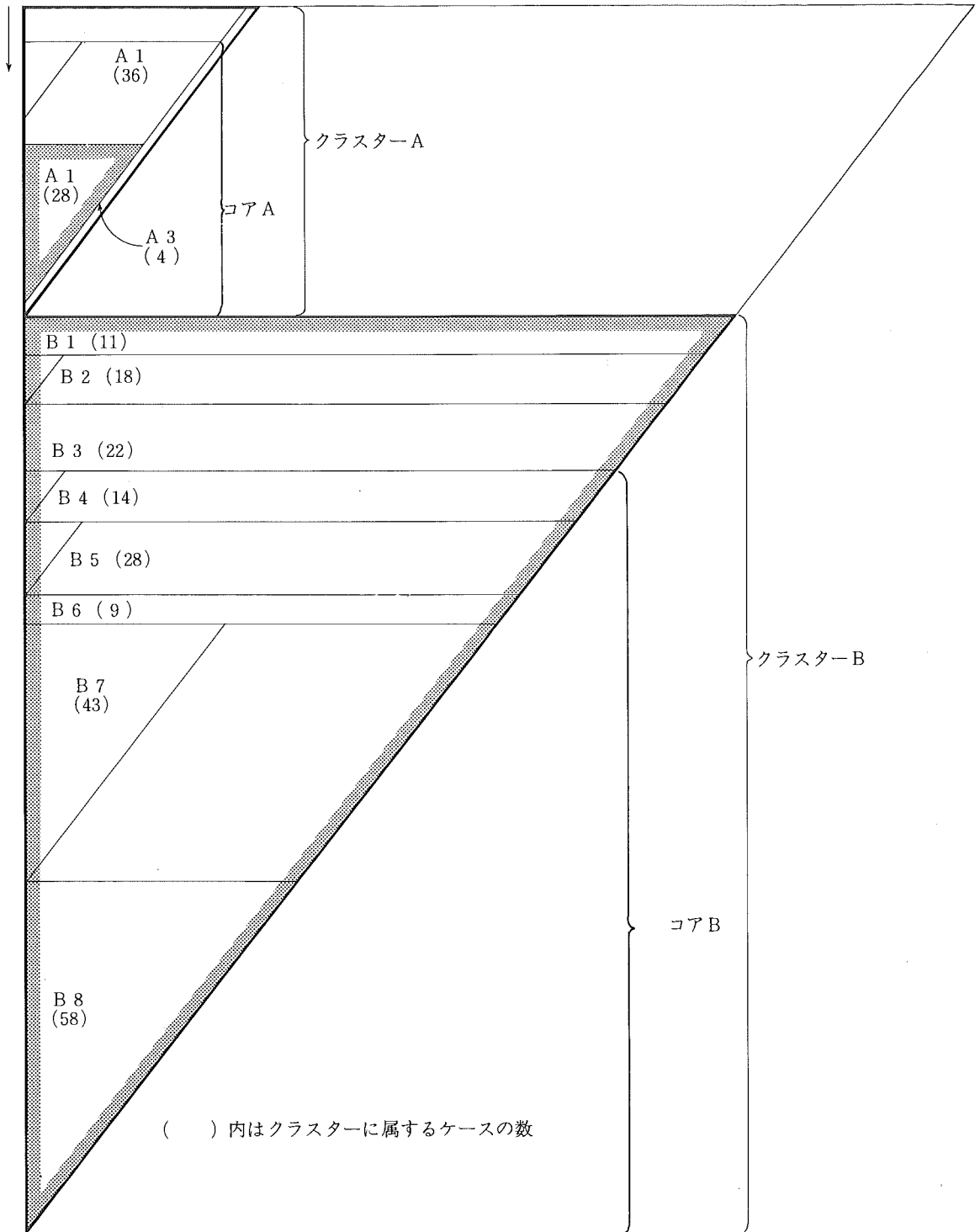
クラスター分析は、分析対象のケースがどのようなクラスターに分割されるかは教えてくれるが、幾つかあるクラスターの中でどのクラスターを最終的に採用すべきかは教えてくれない。本稿でケースが分類されるべきクラスターの最終的形状を決定するためには、各クラスターに属するケースの入退院のプロフィールの異同、及びグループ内の平均在院期間の長短という2つの指標を用いて判断した。

3. クラスター分析の結果

クラスター分析の結果得られた樹状図の詳細は、和田(1982)の中に示されているので、以下の分析結果を辿る場合に併せて参照されたい。

樹状図の模式図を図1として示した。この図は和田(1982)の中に掲載された樹状図に現われたクラスターを模式的に示したものである。この図からすれば、われわれの271ケースの入退院のパターンは、まず大きく2つのクラスター(クラスターAとクラスターB)に分かれる。クラスターAとクラスターB間の距離は12,603であり、したがってこの距離は271個のケースの中の最も遠い距離を表わしている。換言すれば、他の下位クラスターはその数値よりも小さな距離で結びついているということである。グループAの結合は、最終的には11,181であり、グループBのそれは10,309であった。これらの数値から

図1. 樹状図の概略



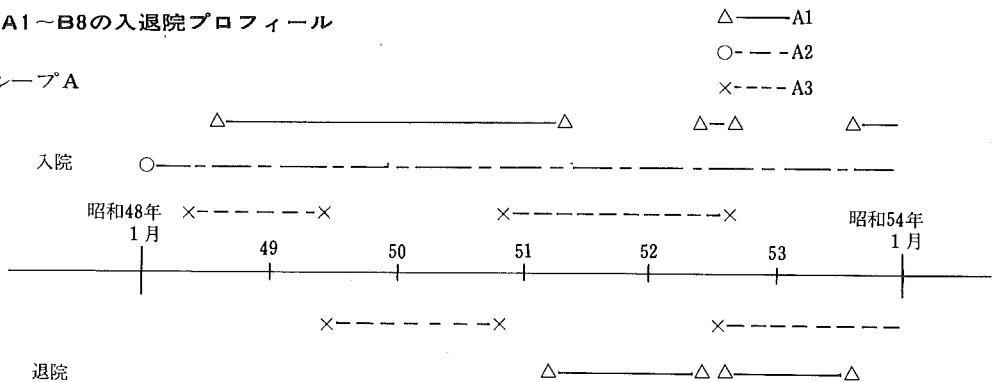
すれば、グループAとグループBのそれぞれの内部での結合は、全体の結合の度合と比較して、それ程強いものであるといえないが、しかし、クラスター分析から得られたケース間の距離行列からすれば、クラスターAに属するケースはクラスターBに属するケースとの距離が遠く、逆にクラスターBに属するケースはクラスターAに属するそれとの距離は遠いということが総体的に言うるので、クラスターAとクラスターBとはお互いに背反的性質を有するクラスター

であることが予測される。

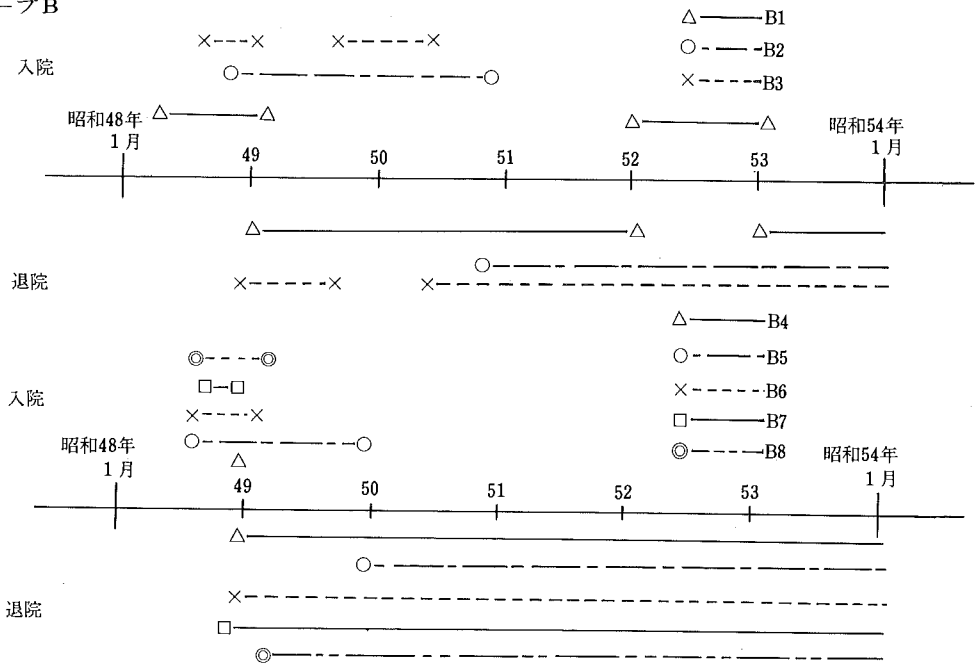
次にわれわれは、クラスターAとクラスターBの特性について、より深く見ていこう。まず、クラスターAは68名のケースで構成されているが、その中で28名がA2という下位クラスターを形成している。残りの40名は、必ずしもクラスターとはなっていないグループA1とA3とに属しており、これらのケースはA2と結びつくことによって大きなクラスターAを形成しているのである。したがって、ケースの結びつ

図2. A1~B8の入退院プロフィール

(1) グループA



(2) グループB



き方からしてクラスターAについては、A2がこのクラスターのコアであるということがいえる。

小さなクラスターA2、及びグループA1とA3のそれぞれから、ランダムに1つのケースを選び出し、その入退院の履歴をプロフィールにしたのが図2の(1)である。この図では、中央に昭和48年1月から同54年1月までの時間軸がとってあり、時間軸の上側に入院期間を、そして下側に在宅期間を記入するようになっている。A1～A3のケースの入退院歴の中で最も単純なものはA2のそれであり、これは初回入院以降1度も退院をしていない場合を表わしている。事実A2に属する28名中、退院経験のあるケースはわずか1ケースであり、しかもその退院もごく短期のものであった。A1とA3に属するケースは、入院と退院を繰り返す人々であることがこのプロフィールからわかるが、48年から54年に至るまでの間の延べ在院期間は、後に述べるB1～B3に属するケースに比べて長くなっている。(表1を参照)

さて、A1～A3によって構成されているクラスターAは、どちらかという则在院期間が長期化するケース(典型はA2に属するケース)が分類されたものであることが推測される。この事は、クラスターBの特性と比較することによってより良く理解しうるであろう。

グループBの中で分かり易いプロフィールを描いているケースは、B5～B8に属する人々である。すなわちこの人々は、その入院期間に長短の違いはあるが、いずれにしろ1度比較的短期の入院を体験しただけで、後は調査時点まで在宅を続けている人々である。このB4～B8に属するケースが描くプロフィールは、A2のケースのそれとは対蹠的であることが理解されるであろう。事実、前述のケース間距離行列からすれば、A2に属するケースはB4～B8に属するケースと距離が最も離れており、かつ当然B4～B8に属するケースはA2のケースとは最も遠い距離にある。

B1～B3に属するケースのプロフィールは、図2の(2)の中に示されているが、ここに属するケースはA1とA3の場合と同様に、入退院を繰り返す人々である。ただし、B1～B3のケースの延べ在院期間は、A1、A3の場合よりもより短期である(表1)。

クラスターAとクラスターBとはお互いに異

表1. A1～B8の在院期間の平均及び構成比

	在院期間の平均値	構成比
A1 (N = 36)	45.9ヶ月	13.3%
A2 (N = 28)	66.3	10.3
A3 (N = 4)	34.5	1.5
B1 (N = 11)	25.0	4.1
B2 (N = 18)	22.9	6.6
B3 (N = 22)	11.9	8.1
B4 (N = 14)	1.0	5.2
B5 (N = 26)	12.0	9.6
B6 (N = 11)	7.8	4.1
B7 (N = 43)	2.6	15.9
B8 (N = 58)	5.7	21.3
計 (N = 271)	20.9	100.0

質なケースを含むクラスターであるが、なかならずクラスターAのA2とクラスターBのB4～B8は最も距離の遠い関係にある。しかも、それら2つに属するケースの入退院プロフィールも対蹠的な形態を有し、そしてまたクラスターBは、B4～B8が形成する下位クラスターに他のクラスター及びケースが結びついて構成されていると解釈することも可能である。これらの事実から、クラスターBのコアはB4～B8が形成するクラスターであるといつてよいであろう。クラスターAのコアをコアAとし、クラスターBのそれをコアBとする。前者を形成するケース及びより下位のクラスターは、距離3,695以下で結合しており、後者のそれらは4,969以下で結合している。

以上の如く考えてくると、われわれは次のような知見を得たことになる。すなわち、まず271名のケースは、クラスター分析から得た樹状図の形態から、大きく2つのクラスターに分かれることが知られ(図1)、そしてその2つのクラスターは、それぞれコアの部分とそれ以外の部分に分かれることが、樹状図の形状(図1)、ケース間の距離行列、ケースの入退院プロフィール(図2)及び在院期間の平均値(表1)の4者から推論される、ということである。そこでわれわれは、この4つのグループが、ケースの入退院の履歴を分類すべき最終パターンと解釈した。

4. 4つのタイプの特徴

前節においてわれわれは、271名の分裂病患者が昭和48年初回入院から昭和54年1月時点に至るまで辿った入退院の履歴は、大きく2つのクラスター(クラスターAとクラスターB)に分かれ、さらにクラスターAは「A2(コアA)」と「A1, A3」という2つの下位グループに分かれ、そしてクラスターBは「B4, B5, B6, B7, B8(コアB)」と「B1, B2, B3」という2つのグループに分かれることを確認した。そこで次に、クラスターAとクラスターBの違い、及び「A2」、「A1, A3」、「B1, B2, B3」、「B4, B5, B6, B7,

B8」という4つのグループの間の違いをさらに深く検討しよう。

まず、表2は各グループごとに、それぞれのグループに属するケースの初回入院から昭和54年1月時点までの延べ在院期間のグループ内平均値を示したものである。表2からすれば、「A2」の66.3ヶ月が最も長く、ついで「A1, A3」の49.9ヶ月、「B1~B3」の18.6ヶ月、そして「B4~B8」の5.6ヶ月の順に並んでいることがわかる。この数値のグループ間の差は、分散分析によると1パーセント水準で有意である。クラスターAとクラスターBとの間でも、在院期間の平均値は極めて大きな隔りがみられる(1パーセント水準で有意)。

この在院期間の平均値の違いからしても、前節において行ったわれわれの分類は妥当なものであったことが推察されるのである。

さてここで、前節の入退院プロフィール及び表2の数値を手懸りにして、4つのグループのネーミングをしておこう。まず、A2はプロフィール及び表1の数値からして、長期間病院の中に停滞してしまう患者のグループであることは明らかであり、これを「長期停滞型」と呼ぼう。次に、「B4~B8」のグループは、かなり短期の初回入院のみで、それ以降は在宅しているケースのグループであるから「在宅維持型」と名付けよう。残る2つのグループは、いずれも入院と退院を繰り返す型であり、かつ「A1, A3」は在院延べ期間が長いという特徴を有し、「B1~B3」はそれが比較的短いという特徴を有する。したがって前者を「長期在院-繰返し型」とし、後者を「短期在院-繰返し型」としよう。

さてここで、「長期停滞型」の患者が、昭和48年初回入院患者の中で占める割合を検べてみると、表2の構成費から10.3パーセントとなっている。この数値は、「はじめに」の中で述べた「分裂病患者の11パーセントが、長期に在院する」という経験則を裏づけるものと見て良いであろう。

表2. 4グループの在院期間平均値

	在院期間の平均値	構成比
「A2」 (N=28)	66.3ヶ月	10.3%
「A1, A3」 (N=40)	49.9	14.8
「B1~B3」 (N=51)	18.6	18.8
「B4~B8」 (N=152)	5.6	56.1
グループA (N=68)	56.6	25.1
グループB (N=203)	8.9	74.9
計 (N=211)	20.9	100.0

ここで注目すべき今1つの事柄は、2つの「繰り返し型」の患者である。これらの患者は、いわゆる「回転ドア」現象と呼ばれているわけだが、しかしこのタイプの患者は少くとも2つのグループに分かれるということである。1つは、同じ回転ドアでも延べの在院期間がかなり長くなるグループであり(長期在院-繰り返し型)、この患者は「長期停滞型」の患者の特性の一部を共有している。そして今1つは在院延べ期間が比較的短い「短期在院-繰り返し型」の患者であり、この患者は「在宅維持型」の特性を

も併せ持っているといえるであろう。以上の事から1つの予測として、今後さらにこのコーホートについて観察を続けていくならば、これらの繰り返し型の患者の「長期在院-繰り返し型」は「長期停滞型」へと吸収されていくのではないかと、という事柄が考えられる。そういった予測を生み出す1つの手懸りは、その4つのタイプと社会的属性との関連のあり方である。

次に、その4つの型の間には、属性に関して違いが存在するか否かを検討する。表3の(1)は、各型別の平均年齢を示したものである。この表

表3. 入退院の型と属性

(1) 平均年齢*

長期停滞型 (N=28)	41.3
長期在院-繰り返し型 (N=40)	37.0
短期在院-繰り返し型 (N=51)	33.1
在宅維持型 (N=152)	37.1
グループ A (N=68)	38.8
グループ B (N=203)	36.1
計 (N=271)	36.8

* 年齢は調査時点の年齢

(3) 配偶関係

	既婚	未婚	離婚	死別	不明
長期停滞型 (N=28)	0.0	75.0	10.7	7.1	7.2
長期在院-繰り返し型 (N=40)	10.0	65.0	20.0	2.5	2.5
短期在院-繰り返し型 (N=51)	19.6	70.6	3.9	2.0	3.9
在宅維持型 (N=152)	30.9	57.3	3.9	1.3	6.6
グループ A (N=68)	5.9	69.1	16.2	4.4	4.4
グループ B (N=203)	28.1	60.6	3.9	1.5	5.9
計 (N=271)	22.5	62.8	7.0	2.2	5.5

(2) 性別

	男	女
長期停滞型 (N=28)	42.9	57.1
長期在院-繰り返し型 (N=40)	50.0	50.0
短期在院-繰り返し型 (N=51)	66.7	33.3
在宅維持型 (N=152)	50.7	49.3
グループ A (N=68)	47.1	52.9
グループ B (N=203)	54.7	45.3
計 (N=271)	52.8	47.2

(4) 費目

	生保	措置	国保	社保(本人)	社保(家族)	国費	その他
長期停滞型 (N=28)	39.3	35.7	10.7	3.6	7.1	0.0	3.6
長期在院-繰り返し型 (N=40)	42.5	20.0	17.5	15.0	5.0	0.0	0.0
短期在院-繰り返し型 (N=51)	17.6	11.8	41.2	15.7	13.7	0.0	0.0
在宅維持型 (N=152)	7.9	2.6	52.0	21.7	11.8	3.3	0.7
グループ A (N=68)	41.1	26.5	14.7	10.3	5.9	0.0	1.5
グループ B (N=203)	10.3	4.9	49.3	20.2	12.3	2.5	0.5
計 (N=271)	18.1	10.3	40.7	17.7	10.7	1.8	0.7

からすれば、「長期停滞型」のケースの平均年齢は極めて高いことがわかる。この平均年齢は調査時点の年齢であるが、初回入院年は昭和48年

に統一されているので、この事実は換言すれば、このグループのケースの初回入院年齢が他の型のケースと比べて高い、ということでもある。

グループAとグループBの間にはほとんど差がみられない。

次に性別であるが(表2(2))、「長期停滞型」には女性の占める割合が高い。これに反して「短期在院一繰り返し型」には男性が極めて多いといえる。この違いはクラスターAとクラスターBの比率にも反映し、クラスターAでは女性が多く、クラスターBでは男性が多い結果となっている。

次に配偶関係についてみると(表3の(3)を参照)、4つのパターンすべてにおいて、「未婚」の占める比率が圧倒的に高い。しかし一方、「既婚」者の占める比率についてみると、「長期停滞型」では皆無であり、「長期在院一繰り返し型」、「短期在院一繰り返し型」の順にその比率は大きくなり、「在宅維持型」では3割強の人々が「既婚」である。クラスターAとクラスターBの間では、前者の方に「既婚」者の占める比率が極端に小さいことがわかる。

最後に、入院した際に用いた(現在用いている)財源についてみると、「長期停滞型」と「長期在院一繰り返し型」では(したがってクラスターAでは)、圧倒的に「生活保護」と「借置入院」の患者が多く、「短期在院一繰り返し型」及び「在宅維持型」では(したがってクラスターBでは)、「国民健康保険」及び「社保」の占める割合が圧倒的である。

以上の事柄をまとめると、次のようにいうのであろう。すなわち、年齢及び性別では必ずしも差があるとはいえないが、配偶関係及び医療費の支払い方法については、4つのパターンの間で差が見られ、かつクラスターAとクラスターBの間にも違いが見られるということである。そしてその違いとは、社会復帰の難易度に大きく影響すると思われる社会的背景の違いである。すなわち、配偶関係で有配偶者であるということ、及び医療費の支払いで生保や措置に頼らずに済むということはいずれも、受入れ家族の状態及び経済能力においてより社会復帰しうる条件となるのであるから、因果関係は分からないま

でも、「長期停滞型」の条件が最も悪く、「長期在院一繰り返し型」、「短期在院一繰り返し型」、「在宅維持型」の順序でその条件がより良くなるといえる。しかも、クラスターAとクラスターBの間にも、前者の復帰条件はより劣悪であるという違いが見られるのである。

この事からして、将来は、「長期在院一繰り返し型」は「長期停滞型」へ吸収されるのではないかという予測が生まれるのである。

5. 結論と展望

初回入院の分裂病患者271名の入退院の経歴を分析した結果、それは「長期停滞型」、「在宅維持型」、「長期在院一繰り返し型」の4つのタイプに分かれることが知られた。そして、「長期停滞型」の患者には初回入院年令の高い未婚女性で、生保や借置となっている人々が多い。「在宅維持型」の患者には、30才程度の初回入院年令をもつ未婚の男性で、国保や社保を用いている人々が多い。「長期在院一繰り返し型」では、同じく初回入院年令の30才位の未婚男女で、生保や借置に頼る人々が多い。そして「短期在院一繰り返し型」では、20代後半に初回入院する未婚の男性で国保や社保を用いる人々が多い、ということが分かった。

本稿でいう「長期停滞型」は、271名中28名で約1割の人々がこれに該当しているわけだが、この数値は「はじめに」の中で述べた経験則を裏づけるものである。

さらに今後の課題としては、次の事柄があげられる。すなわち、本稿の分析では、時間巾が6年間であったが、これが10年を超えた場合に、このパターンがどのように変化するかということである。1つの予測としては、中間的タイプの2つの移動型に属するケースが2つのタイプに分化するのではないかと、ということである。すなわち、そのうちの一定数のケース(特に、「長期在院一繰り返し型」のケース)が「長期停滞型」に変形し、残りの部分が「繰り返し型」として1つの明確なクラスターを形成する、というこ

とである。したがってこの場合、入退院のパターンは大きな3つのクラスターに分かれるだろう。今後、この点について検討していきたいと思う。

追記

本研究は昭和56年度厚生科学研究特別研究事

業(班長高臣武史)の一部である。

貴重な資料の利用を快諾された山梨県精神衛生センター長田中孝雄氏及び関係スタッフ一同の皆様、及び貴重な御助言をいただいた当研究所、社会復帰部長岡上和雄先生に心より御礼申し上げます。

文献

岡上和雄, 和田修一, 山田一郎: 若年層分裂病等の入院数の減少傾向の調査と分析—大阪府における2時点(79, 71)の比較分析—, 臨床精神医学 10巻12号: 1633~1643, 1981.

岡上和雄, 和田修一, 山田一郎, 田中孝雄: 府県レベルにおける入退院動態の基礎データ, 精神衛生資料(国立精神衛生研究所) No. 24: 189-269, 1981.

安田三郎, 社会統計学, 丸善, 1971.

和田修一: 精神衛生資料(国立精神衛生研究所) No. 25: 1982

所員研究業績

《昭和56年1月~12月》

著書 (分担執筆を含む)

麻薬中毒山村・和田編「中毒」図説臨床内科講座第13巻

加藤正明

《1981年88~91頁, メヂカルビュー》

麻薬中毒と麻薬依存・乱用の概念についてそのprocess, 離脱症状などの解説を試みた。

WHOの国際疾病分類によるアルコール関連問題適応飲酒ガイドブック

加藤正明

《1981年14~23頁, アルコール健康医予協会》

WHOのICDによるアルコール関連問題, とくにアルコール依存, アルコール乱用, アルコール精神病, アルコール関連問題について解説した。

成人の性的異常精神医学大系第8巻「人格異常, 性的異常」

加藤正明

《1981年201~216頁, 中山書店》

成人の性的異常についてICDによる定義, 分類とDSM IIIにおける定義分類について比較検討し, 最近の性的異常の概念について展望した。

神経症の周辺—境界領域症候群 清水将之・高橋徹・吉松和哉編著

高橋 徹

《1981年, 医学書院》

古典的な神経症類型には不十分にしかあてはまらない, いわば神経症圏の周辺部に位置づけられる諸種の症候群について解説した。

対人恐怖の微視社会学 飯田 真・吉松和哉・岩井寛編, 「対人恐怖」

高橋 徹

《1981年, 77~88頁, 有斐閣》

啓もう書「対人恐怖」の一部を分担して執筆したもので, 対人恐怖の精神病理を対人的コミュニケーションの面からとらえる考えを解説した。

レイン/エスターソン『狂気と家族』「家庭の教育—転機における見直し—」所収

牟田隆郎

《1981年, 199~216頁, 講談社》

レイン・エスターソン共著『狂気と家族』についての説明と, 子どもが成長していく上でマイナスにはたらく親の影響について述べた。

老後と人生—精神の病気と予防—

大塚俊男

《1981年, 91~98頁, 社会保険新報社》

のぞましい家族の基本的あり方 佐藤壱三監修
「在宅療法の手引き—社会復帰をめざして—

鈴木浩二

《1981年, 41~49頁, 全国精神障害者家族連合会》

在宅精神分裂病者をかかえた家族を対象に, 病者の在宅療養に必要な家族の心がけをわかりやすく解説した。

「農村家族の研究動向と問題点」『地域社会と家族』篠原武夫・土田英雄編

石原邦雄

《1981年, 28~46頁, 培風館》

「定年退職後の職業移動と生活適応」定年制問題研究会編, 『定年退職後の職業移動と生活適応—文部省科学研究費助成金報告書—』

和田修一

《1981年, 43~80頁》

わが国においては, 仕事役割からの引退に先立って, 定年退職を原因として生じる職業移動(再就職)を体験することが普通であり, その移動が老後生活の在り方に少なからぬ影響を及ぼす。そこで移動効果の視点からその影響のあり方を分析した。

心身障害辞典 (分担執筆)

桜井芳郎

《1981年, 福村出版》

「経験」「社会的発達」「環境調整」「権威主義的人格」「ソーシャルアクション」「親子関係診断検査」「乳児健康診査」「手をつなぐ親の会」「日本精神薄弱者愛護協会」「精神薄弱者福祉司」「精神薄弱者福祉審議会」などの事項について執筆した。

慢性の患者さんの「いろいろ」佐藤春三編・在宅療養の手引き、(全国精神障害者家族連合会)

岡上和雄

《1981年, 32~40頁, ぜんかれん》

論文

再発をめぐる諸問題—事例性と疾病性について

加藤正明

《社会精神医学, 4巻4号, 309~314頁, 1981年4月》
精神分裂病における再発について, 30年間断続して接触を保ってきた1事例を中心に, 疾病性の次元における再発が必ずしも事例性の次元における再発とは一致しないこと, 家族や職場の耐性が高いときは疾病性があるても事例にはならないことを具体的に述べ, 精神障害における疾病性と事例性の問題について論じた。

老人の精神医学と福祉 特集にあたって

加藤正明

《社会精神医学, 4巻3号, 193~194頁1981年9月》
老人の精神医学における老人痴呆を中心に, 医学における治療の限界と福祉におけるケアとの統合について論じた。

世界におけるアルコール関連問題

加藤正明

《社会精神医学, 4巻1号, 40~44頁1981年3月》
WHOのアルコール関連問題に関する報告と会議を中心に, アルコール症からアルコール依存症, さらにアルコール関連問題に広がった経緯について述べ, 東京で開かれた西太平洋地域諸国におけるアルコール関連問題に関するWHO会議の報告を紹介した。

荻野「文化摩擦と精神病理」

加藤正明

《精神医学, 23巻, 12号, 1,305頁》
荻野の著書について書評し, トランス文化精神医学の概念について論じた。

精神療法と治療者

加藤正明

《心と社会特集, 34号1~10頁, 「心理療法の絵画的マニュアル」》

精神療法と治療者についての従来の諸説を概観し, 治療者のパーソナリティないしは傾向に関し日本で行った資料について説明した。

精神衛生の世界的動向

加藤正明

《公衆衛生, 45巻, 12号, 936~942頁》

WHOの精神衛生活動, アメリカ・イギリス・フランス・ソ連および発展途上国における精神衛生の世界的動向についての概要を述べた。

急性不安発作ではじまった不安神経症の経過について

高橋 徹

《精神医学, 23巻, 12号, 1225~1232頁, 56年12月》

自験例の不安神経症例のうち, 急性不安発作ではじまった42例をえらび, その経過について調べ, とくに急性不安発作の再発の様相と予後の明暗との関連を調べた。

無気力の目立つケースについて

高橋 徹

《経営と人事管理, 233号, 2~9頁, 56年6月》

近年, 壮年期にみられる無気力状態が一部の精神科医やカウンセラーによって注目されている。うつ病, 精神分裂病などのほかに, 自我親和型神経症としてとらえられるケースが含まれている。職場での無気力が目立つことで, 問題にされ, 精神科外来に診療を受けさせられた3例について, その共通点と治療上の問題点について解説した。

躁うつ病と食行動

町沢静夫 (共著)

《季刊精神療法, 7巻, 1号, 27~35頁》

躁うつ病と消化器症状の関連と「食べる」ことの現象学的分析を行なった。

家庭療育技術と集団指導プログラムの体系化に関する研究

池田由子・河野洋二郎・中川 幸・今田芳枝・和田香譽

《昭和55年度厚生省心身障害研究報告書「精神薄弱児

(者)の治療教育に関する研究」176~186頁)

厚生省心身障害研究班精神薄弱児(者)の治療教育に関する研究の第2年度目として、精神障害児者に対して集団指導の方法が現在どのようにつかわれているかを全国的に調査し、また文献学的にも調査し、その結果を発表した。

親の暴力—児童虐待

池田由子

《臨床精神医学, 10巻, 9号, 1061~1065頁》

児童虐待について昭和55~56年に紙上に掲載された事例や自験例をもとに、身体的暴行と性的暴行の実態、親の性格、親子関係などについて述べた。また尊属殺に関する最高裁の判断を示す契機となった娘の実父殺害事件を例にし、その処遇の困難さの実際を解説した。

未熟児に対する母親の態度について

池田由子

《昭和55年度厚生省心身障害研究, 173~176頁「小児慢性疾患(臓器系)に関する研究報告書」

エクスプリマチュア・チャイルドの長期養護に関する研究班に参加して、未熟児出産に伴う親子関係の特徴、その変化を、松戸市未熟児健診の受診児と母親の調査を基礎として述べた。

全国の児童相談機関における集団指導の実態調査について

池田由子・河野洋二郎・中川 幸・今田芳枝・和田香譽

《児童精神衛生モノグラフ, 1~14頁, No.1, 1981年8月》

全国の児童相談所、医療機関、教育相談所、福祉機関において、どのような対象に対して、どのような技法で集団指導、集団治療を行なっているかの実態を調査した。

A Short Introduction to Child Abuse in Japan (英文)

池田由子

《国際児童福祉協会児童虐待委員会報告, 1~6頁, 1981年4月》

スイスジュネーブに本部をおく International Union for Child Welfareにおける child abuseの委員会の日本委員として委嘱をうけたので日本における児童虐待についてその現状、統計、法律等について報告した。

何世代も続く児童虐待

池田由子

《児童手当, 11巻7号, 5~6頁, 1981年9月》

児童虐待が親子の問題のみでなく、祖父母と親との問題がからみ、何世代も持続することを説明した。

脳波異常を示すチック症例の薬剤選択について

池田由子

《日本医事新報, No.2994号, 173~174頁, (56, 9, 12)》

児童チックの症例において脳波異常を示す場合、どのような薬剤を第一順位として選択するかを臨床例について述べた。

チック治療と最近の知見

池田由子

《日本医事新報, 2973号, 178~179頁, (56, 4, 18)》

チックに対する最近の知見、とくに成因、治療の概況について述べた。

幼児のくせ

池田由子

《健康づくりガイダンス, 10~12頁, 第2集乳幼児期から思春期まで, 健康づくり振興財団, 1981年2月》

乳幼児期における種々の神経質性習癖の症状と対策、治療、予防について述べた。

登校拒否

池田由子

《健康づくりガイダンス第2集, 31~34頁乳幼児期から思春期まで健康づくり振興財団, 1981年2月》

登校拒否の種類、原因、症状、治療について述べた。

Children's Violence in the Home

西川祐一

《Child Welfare 1巻3&4号, 8~14頁, (Quarterly News from Japan) 1981年6月》

子どもの学校嫌いに対応する親の心得

西川祐一・西川漢八

《保健の科学, 23巻, 4号, 230~232頁, 1981年4月》

青春期家庭内暴力の臨床的研究

西川祐一・佐藤達彦・木戸幸聖, 他12名

《季刊精神療法, 7巻, 4号, 352~362頁, 1981年10月》

保育者に対する乳児の愛着行動の発達—精神生理学的方法を用いて—

河野洋二郎・吉田弘道・小淵敏子・帆足英一・二木 武

《小児の精神と神経, 21巻, 3号, 153~160頁, 1981年9月》

施設に収容されている乳児と保育者の愛着行動の発達過程を, 生理学的方法を用いて, 検証したものである。この研究は, 昭和55年度厚生省心身障害研究(小村登班長)「母子相互作用研究班」の研究費助成をうけた。

乳児の睡眠・覚醒サイクルと心拍の日内リズムの発達について

河野洋二郎・吉田弘道・小淵敏子・帆足英一

《小児保健研究, 40巻, 3号, 255~259頁, 1981年5月》

新生児から6ヶ月の乳児を対象に, 睡眠覚醒サイクルと心拍の日内リズムの発達およびその発達が乳児の精神発達, 行動発達に及ぼす影響について検討した。

老人の心理

大塚俊男

《日本臨床, 39巻, 3号, 23~27頁, 1981年》

老人精神障害のケア・システム

大塚俊男・丸山 晋・斎藤和子

《社会精神医学, 4巻, 3号, 195~204頁, 1981年》

在院老人精神障害者の現状分析

道下忠蔵・小林八郎・大塚俊男

《社会精神医学, 4巻, 3号, 195~204頁, 1981年》

精神障害者に関する統計—昭和53年度—

大塚俊男・大成英代・丸山 晋・斎藤和子

《精神衛生資料, 24号, 1~10頁, 1979, 80年》

臨床医学の展望—診断および治療上の進歩—精神科

保崎秀夫・大塚俊男他,

《日本医事新報, No2963号, 50頁》

老人の精神障害とその対策

大塚俊男

《生活教育, 11号, 26~34頁, 1981年》

精神の老化を防ぐ

大塚俊男

《月刊健康, 5号, 52~57頁, 1981年5月》

樹木画法による老年者の描画イメージに関する研究—健康者と精神分裂病者の比較—

谷口幸一・丸山 晋・斎藤和子・大塚俊男

《老年社会科学, 3巻, 179~197頁, 1981年》

在宅虚弱老人に対するデイサービスの現状

大塚俊男・丸山 晋・斎藤和子・大塚俊男

《老人生活研究, 9号, 59~70頁, 1981年9月》

イメージ整理法としてのKJ法の応用—TATとの関連において—

丸山 晋・木村 駿・橋本慎太郎

《KJ法研究, 4号, 45~57頁》

保護観察臨床における技術的問題, 犯罪と非行No.50, 1981/11, 青少年更生福祉センター

柏木 昭

《犯罪と非行, 50号, 1981年11月》

保護観察所における直接処遇の事例研究を通して, 対象者に対する考え方, 態度, 若干の方法上の問題を論じたもの。

少産少死の家族問題

石原邦雄

《助産婦雑誌, 35巻, 3号, 26~31頁, 1981年3月》

書評『女役割—性支配の分析—』 (目黒依子著)

石原邦雄

《家族研究年報, 7号, 83~87頁, 1981年10月》

Trends in the Generational Continuity and Succession to Household Directorship

石原邦雄

《Journal of Comparative Family studies》2巻, 3号, 351~364頁, 1981年8月》

政策課題としてのアメリカの家庭—ホワイトハウス会議について—

石原邦雄

《世界の児童と母性, 12号, 43~45頁, 1981年4月》

『『人生満足度尺度』の分析』

和田修一

《社会老年学, 14号, 21~35頁, 1981年3月》

Neugarten 達が開発した「人生満足度尺度」をわが国の文化風土の中で一般化していくための、尺度の改良と分析を行なった。

「若年層分裂病等の入院数の減少傾向の調査と分析—大阪府における2時点(1971年と1979年)の比較—」

岡上和雄・和田修一・山田一郎

《臨床精神医学, 10巻12号, 1633~1643頁, 1981年12月》

大阪府における入院実態を昭和46年度と昭和54年の間で比較することによって、その間に精神科領域の入院患者の年齢構成が若年層が減少するという変化を示していることを指摘し、かつその原因を推定した。

「府県レベルにおける入退院動態の基礎データ—」

岡上和雄・和田修一・山田一郎・田中孝雄

《精神衛生資料, 20号, 189~269頁, 1979, 80年》

大阪府と山梨県について、精神衛生科領域の患者(山梨県は分裂病のみ)の入退院に関する基礎データをまとめた。

「定年退職後の職業移動と生活適応」

和田修一

《季刊, 社会保障研究, 1981年12月》

第12回国際老年学会における発表を基に、定年退職が生み出す職業移動と老後生活の因果関係について分析した。

都市の住環境における生理・心理的適応と心身症・精神障害との関連

高橋 宏

《『環境科学』研究報告 B99R15-3, 都市環境の開発保全のあり方の研究(III), 昭和53年~55年総合報告, 203~213頁, 昭和56年3月》

各種の住宅に居住する主婦を対象とした予備研究により有効性を確めた住環境ストレス尺度と精神健康尺度

を使って、高層および超高層集合住宅居住の精神健康に対する影響を研究し、居住面積、居住階、閉塞感、近隣との関係、子どもの健康などに関する問題点を指摘した。

集合住宅における子供の行動と健康に関する研究その1. 超高層集合住宅における調査

高橋 宏(山内宏太郎・渡辺圭子・山本和郎)

《日本建築学会大会, 学術講演梗概集, 159~160頁, 昭和56年9月》

超高層住宅に住む3~12歳の子どもの遊び行動と健康をその母親の評価によって研究した。(1)高層超高層の子どものは低、中高層の子どもよりも健康の問題が多い。(2)居住階と遊び場との関係は低年齢ほど制限が多い。(3)住居の内外の印象評価と健康とは相関がある。(4)健康と遊びの態度には関係がある。(5)子どもの健康と母親の特性には有意の相互関係が認められる。

住環境ストレス尺度を用いた環境と心身健康に関する研究(3. 超高層集合住宅居住者の住環境ストレスと心身健康)

高橋 宏(渡辺圭子・山内宏太郎・山本和郎)

《日本建築学会大会, 学術講演梗概集, 157~158頁, 昭和56年9月》

20階以上の超高層集合住宅居住主婦の心身健康を研究した。物理的住環境条件は、心理的行動的因子を経て間接的に健康に影響を与えている。しかし、超高層住宅のもつ建物の規模の大きさの居住階の高さの条件よりも強く影響している。

高齢精神薄弱者の実態把握と処遇技術の体系化に関する研究(共同)

櫻井芳郎

《昭和55年度厚生省心身障害研究報告書「精神薄弱児(者)の治療教育に関する研究」, 149~160頁, 1981年6月》

第2年度研究として1. 外見上の老化度測定尺度の再検討をおこない、精神薄弱者用の測定法開発の必要性を論じ、第1次試案を提示した。2. 疾病状況を有病率調査と疾病カレンダー調査によって明らかにし、一般人にくらべて6~10倍の高頻度で罹患しており、健康管理体制の確立が必要であることを論述した。3. 保健・栄養の実態を調べ、保健・栄養面の指導体制の充実をはかることが急務であることを明らかにした。

障害児(者)をもつ家庭の悩みと願い—厚生省心身障害児(者)調査から—

櫻井芳郎

《愛育, 46巻, 10号, 40~43頁, 1981年10月》

昭和56年に実施した厚生省心身障害児(者)調査の結果をもとに障害児(者)をもつ家族の悩みと願いについて明らかにし, 今後の課題として心身障害児(者)と家族の人間らしく生きる権利を保障する地域ケアの推進をはかるうえの諸問題について論述した。

各種精神薄弱の診断とケアに関する研究—精神薄弱を伴う高グルタミン酸血症およびフェニールケトン尿症に関する症例報告—(共同)

櫻井芳郎

《精神薄弱部モノグラフ, 昭和56年度第2号, 1~51頁, 1981年7月》

われわれが発見した未治療の精神薄弱を伴う高グルタミン酸血症1例およびフェニールケトン尿症2例(兄妹)に関して, 従来の研究を概観するとともに生化学的, 医学的, 心理・社会的側面から多面的, 総合的に考察し, 先天代謝異常症の診断と処遇上の問題について論述した。

てんかんおよびそれに附随する二次的障害に対する各種治療法の効果判定に関する研究(共同)

櫻井芳郎

《精神薄弱部モノグラフ, 昭和55年度第4号, 1~34頁, 1981年1月》

非薬物療法をうけた小児てんかん患者10例の予後と非薬物療法を併用している精神薄弱を伴うてんかん患者の1年間の経過観察の結果にもとづき, 家族からみた薬物療法の問題点と非薬物療法の効果について解析した。

医療サイドからみて早期教育の推進の必要性について

飯田 誠

《千葉特殊教育, 特集早期教育, 32号, 7~10頁, 56年3月》

精神遅滞, 脳性小児麻痺, 自閉症等の早期発見と早期治療教育が, 神経学的にみて必要である根拠を説明。

精神科校医の養護学校合宿参加の意義

飯田 誠

《精神薄弱児研究, 特集医療との連携, 277号, 32~37

頁, 昭和56年8月》

精神遅滞児の問題行動の診断には, 可成長時間の観察が必要であり, 合宿参加のような形で長時間観察することによって, 教育に対する助言を有効に与え得ることを説明した。

てんかんおよびそれに附随する二次的障害に対する各種治療法の効果判定に関する研究(共同)—非薬物療法の効果判定—

小松せつ

《精神薄弱部モノグラフ, 昭和55年度, No.4, 15~34頁, 1981年1月》

現在てんかんの治療の中心となっている薬物治療は, 発作抑制という対応療法の域にとどまり, さらに薬物による副作用やその効果の点などでも問題点がある。我々は非薬物療法を行っている小児てんかんの症例について, また特に薬物療法と非薬物療法を併用している精神薄弱を合併した症例については, 栄養調査, 血液・生化学検査, その他の心身状況の経過観察によって効果判定を行い, 非薬物療法の効果, 問題点, 限界等について論じた。

各種精神薄弱の診断とケアに関する研究—先天代謝異常に関する症例報告(速報)—(共同)

小松せつ

《精神薄弱部モノグラフ, 昭和55年度, No.5, 1~14頁, 1981年2月》

未治療の成人の先天代謝異常症に関する報告はきわめてまれであるが, 我々は精神薄弱施設在園者の健康管理に関する実態調査において原因不明とされていた精神薄弱者のなかから, 未治療の成人で高グルタミン酸血症1例とフェニールケトン尿症2例(兄妹で兄は精神病院に入院中)を発見し, 本症例の概要を中心に生化学的側面に重点をおいて, 症例が経過してきた過去, 現在の状況を速報した。

高齢精神薄弱者の実態把握と処遇技術の体系化に関する研究(第2年度)—高齢精神薄弱者の実態ならびに早期老化現象の解明とその対策に関する研究—(共同)

小松せつ

《精神薄弱部モノグラフ, 昭和56年度, No.1, 1~18頁, 1981年5月》

前年度に実施した血液・生化学検査の結果, 異常値が出現した者について再検査をおこなった。異常値の再出

現は非ダウン症, ダウン症群ともきわめて高率を示し, しかも年齢による特徴がないことなどが明らかになった。これらの結果から, 継続的な臨床診断と定期的な検診による経過観察の必要性について論じた。

高齢精神薄弱者の実態把握と処遇技術の体系化に関する研究 (共同)

小松せつ

《昭和55年度厚生省心身障害研究報告書「精神薄弱児(者)の治療教育に関する研究」, 149~160頁, 1981年6月》

施設在園高齢精薄者の献立・栄養調査をおこなった結果を分析し, エネルギー所要量の基準そのものの見直しの必要性および肥満, やせ, 疾病に対する栄養学的な対策, また栄養学的な老化対策の必要性について論じた。

各種精神薄弱の診断とケアに関する研究—精神薄弱を伴う高グルタミン酸血症およびフェニルケトン尿症に関する症例報告—(共同)

小松せつ

《精神薄弱部モノグラフ, 昭和56年度, No.2, 1~51頁, 1981年7月》

精神薄弱の成因および現症の適格な診断とケアの確立に関する研究のなかで, 原因不明の精神薄弱として未治療のまま放置されていた成人の精薄を伴う高グルタミン酸血症1例とフェニルケトン尿症2例(兄妹)を発見し先に速報した(精神薄弱部モノグラフ, 昭和55年度, No.5)が, 本報告では引きつづき, これらの症例について, 諸家の従来の研究と対比させながら心身状況および社会的, 環境的諸条件を明らかにするとともに生化学, 栄養学, 医学, 心理, 社会的立場から多面的, 総合的にその特徴を把握し, 先天代謝異常症(者)の診断と処遇上の問題について考察した。

若年層分裂病等の入院数の減少傾向の調査と分析—大阪府における2時点(1971年と1979年)の比較—

岡上和雄・和田修一(精研)・山田一郎(大阪府衛生部公衆衛生課)

《臨床精神医学, 10巻, 12号, 1633~1643頁, 1981年12月》

(資料) 精神科デイ・ケアの制度的概念およびわが国におけるこの領域のデイ・サービスユニット数について

岡上和雄

《臨床精神医学, 10巻, 3号, 327~330頁, 1981年3月》

デイ・ケアをめぐる動向—リハビリテーションの立場から—

岡上和雄

《千葉精神科臨床, 1巻, 1号, 23~29頁, 1981年9月》

現場での考え方の整理のために(特集:これからの地域精神衛生活動~総論~)

岡上和雄

《地域保健, 11~18頁, 昭和56年5月》

学 会

Rehabilitation of the Mentally Disordered in Japan

Masaki Kato

《International Seminar on Rehabilitation of Mental Disorders, 1981年11月13日, 大阪》

精神障害のリハビリテーションに関する国際セミナーにおいて日本の現状と将来について述べ, 精神障害者の在院日数の延長が現在40~50歳の年齢層の増加をもたらす, 次第に高齢化していること, 今後のリハビリテーションは精神病院, 精神衛生センター, 保健所の協同により, デイケア, 宿泊所, 共同作業所などを増やしていくための地域活動 sectorization の重要性について述べた。

都市・農村老人の疾病構造とその予防対策

精神面から

加藤正明

《日本老年学会, 1981年10月16日》

都市, 農村老人の疾病構造について, 都市対農村ではなく急激な都市化によって老年精神障害の事例性が増大し, 有病率の上で重い頻度を示すこと, 従って老年精神障害の疾病性における有病率は常にほぼ一定した比率をもっている, それが病者として事例として顕現しない方向での予防対策と, 疾病そのものの減少をはかる疾病性の次元での予防対策のちがいについて述べた。

不安神経症の成立機序について

高橋 徹

《三大学精神病理研究集会, 昭和56年8月23日》

不安神経症の自験例のうち、発病以降の経過について比較的詳しい観察記録のととのっている5例につき、不安神経症病像が完成するステップを、不安発作、亜急性不安緊張状態、慢性不安症状期などの主要な臨床病態像をもとにとらえ、行動科学の視点から、そのステップを推進する要因について考察した。

スチューデント・アパシー

高橋 徹

《大学精神衛生会議, 昭和56年2月20日》

スチューデント・アパシーあるいは大学生の退却神経症は、依然としてキャンパス精神衛生の主要な課題の一つであり、今回の会議でもシンポジウムで論じられた。シンポジストの報告を要約し、臨床的な概念の整理の必要性について述べた。

分裂病者と遊びの問題(精神病理懇話会, 宝塚)

町沢静夫

《昭和56年9月18日》

分裂病者の多くは病前より rigid と形容されるゆとりやなさが見られ、遊戯性に乏しい。遊戯性は遊びより発展した態度と考えられるが、その本質は変化と可逆的退行、変張を求める行動や態度であり、敢えて程良き混乱を求める傾向といえる。このような混乱に対する耐性が乏しいことが遊戯性から疎外されることになる。

W・ライヒとパラノイア問題(日本病跡学会)

町沢静夫

《昭和56年5月16日》

W・ライヒは晩年パラノイアと診断され獄死している。ライヒは若き頃フロイドの一番弟子として、その秀才ぶりが知られ、かつ実績も高く評価されていた。このライヒの病跡学的に跡づけパラノイア問題とからませて論じた。

老人保健医療福祉従身者に対する老年期の精神医学・心理学の教育研修の実態に関する調査研究

清水 信・石原幸夫・大塚俊男・丸山 晋

《23回日本老年社会科学会, 1981年10月16日》

デイ・サービスの現状

丸山 晋・大塚俊男・斎藤和子・大城英代・谷口幸一

《第23回日本老年社会科学会, 1981年, 10月16日》

老人ホームの実態と精神医学的問題について

斎藤和子・丸山 晋・大城英代・大塚俊男

《第一回社会精神医学会, 1981年4月11日》

図解化してみた KJ 法と精神療法の現状と将来

丸山 晋

《第5回 KJ 法学会1981年10月4日》

Cross-Cultural Study on Aging and Social Adjustment (老化と社会的適応に関する比較文化的研究)

斎藤和子・加藤正明・木下康仁・山本和郎・丸山 晋

《第12回国際老年学会於ハンブルグ, 1981年7月12~17日》

アメリカロスアンゼルス在住日系一世老人と、日本国内5地区の老人について、生活上の出来事および現在の生活状況について因子分析を行い、人生満足度、心身老化の程度との相関について比較検討した。

精神健康と家族：日本の精神医療の現状と課題

鈴木浩二

《第14回家族社会学セミナー, 昭和56年7月》

家族政策の観点から精神障害者に対する医療と福祉施策の変遷を検討し、これまでの「家族に依存した政策」の限界、問題点を明らかにした。

家族構造と危機への対応—精神病者家族の地域比較—

石原邦雄

《第51回日本社会学大会, 昭和56年10月10日》

Japanese Family and Social Care for the Mentally Ill—Family Stress Approach to Area Comparison—石原邦雄 《The 1981 World Congress on Mental Health, Manila, 1981年7月28日》

「デイ・ケアと健康管理に関する調査」

柏木 昭・和田修一・宗像恒次・仲尾唯治

《日本福祉学会大会, 1981年10月10日》

デイ・ケア通所者と外来患者の間で、主として行動能力についてどのような差が見られるかについて分析した。

Occupational mobility as a condition of later life adjustment

Shuichi Wada

《The XII-th International Congress of Gerontology, 1981年7月19日》

4つの大企業の定年退職者について、定年後の生活適度に及ぼされる再就職の影響を分析した。

住居と精神健康に関する研究—その3, 超高層集合住宅の子どもについて—

高橋 宏 (山内宏太郎・山本和郎・渡辺圭子)

《日本心理学会第45回大会, 1981年9月17日》

精神薄弱者の早期老化現象の実態把握と療育指導技術に関する研究—その2, 成人施設在園者の適応行動の実態と測定尺度の再検討—

櫻井芳郎

《第48回日本応用心理学会大会, 1981年9月27日》

精神薄弱者の早期老化の実態を明らかにし、日常生活におよぼす老化の影響の解明と、それを可能にする評価基準の開発をめざす研究の第2報として、成人精薄施設在園者の適応行動の実態を把握し、現行の適応行動測定尺度のもつ限界と問題点を明らかにし、適応行動尺度が測定する技能水準は本人の態度(認知, 意欲, 努力), 環境条件および機会の三条件から成り、それに心身の状況や生活経験が影響していることを理解して、これらを総合的に評定できる尺度を開発する必要性を論じた。

各種精神薄弱の診断とケアに関する研究—その1, 未治療の先天代謝異常(症)患者に対する福祉臨床的アプローチを中心に—

櫻井芳郎

《第29回日本社会福祉学会大会, 1981年10月10日》

われわれが発見した未治療の先天代謝異常症の患者に対する福祉臨床的アプローチの実態とその問題点の分析を通して精神薄弱の診断とケアに関する福祉臨床の機能と役割について論じ、対象者のニーズに対応した援助活動をめざす「事例性」の立場からのアプローチの重要性と、それを可能にするための医療や教育との連携や統合への努力が必要であることを論じた。

義務教育年齢を過ぎたダウン症候群患者の実態に関する調査研究第2報

飯田 誠

《昭和56年5月23日》

1975年には1961年4月以前出生のダウン症について調査を行なった。今回は1964年4月以前出生のものについて調査を行なった。前回にも回答があったものが70通、死亡4通であった。低年齢者では就学が多く、回答者の中では取容者は少なかった。就職率は前回より上っていた。将来については公的施設入所希望者が大部分を占めている点は前回と変らなかつた。

翻訳

疫学精神医学 B. クーパー, H. G. モーガン著

加藤正明・石原幸夫・篠崎英夫共訳

《B.クーパー, H. G. モーガン, 1981年1月, 星和書店》

第1章 歴史的な流れ 第2章 疫学的方法論的基礎
第3章 精神衛生サービスの企画 第4章 臨床的応用
第5章 原因の追求 第6章 近代技術の影響

セルフ・ヘルプ・グループ・サイコリハビリテーション

スタンレイ・R・ディーン

《丸山 晋, 社会精神医学第4巻4号, 1981》

精神遅滞児の心理学 (分担訳)

櫻井芳郎

《N. M. ロビンソン・HB ロビンソン, 伊藤隆二編訳, 1981年10月再版, 日本文化科学社》

第9章「精神遅滞がもたらす人格発達の偏りとその社会的な帰結」および第22章「地域社会における成人精神遅滞者と法律」を担当。

0, 1, 2 歳児—こころとからだの発達—

二木 武監修, 共訳河野洋二郎

《Robert B. McCall, 1981年, 医歯薬出版》

米国の乳児心理学の最新情報を基礎に書かれた。乳児心理学の入門書

講演

青壮年期のノイローゼについて

高橋 徹

《横浜市南保健所, 昭和56年10月3日》

思春期の精神障害

牟田隆郎

《1981年12月17日》

人間の一生における「思春期」の位置づけと、その時期に起こりやすい障害について述べた。

文学における精神病理学 (新日本文学会)

町沢静夫

《昭和56年5月26日》

文学と創造性, 文学者の病跡学の現況を論じた。

思春期について (府中教育委員会)

町沢静夫

《昭和56年11月14日》

思春期の精神医学的問題, 特に家庭内暴力, 登校拒否について述べた。

座談会「ゆとりについて」

町沢静夫

《昭和56年8月12日》

精神科医の立場から, ゆとりの問題を論じた。

ホスピタリズムについて

池田由子

《神奈川県愛護協会, 1981年5月28日》

ホスピタリズムの症状原因, 治療, 予後などについて, 自験例について述べ, 予防についてもふれた。

老人精神障害とその対策

大塚俊男

《老人保健従事保健婦研修会, 昭和57年7月8日》

老人精神障害の概説と地域対策のあり方について述べた。

心と健康

大塚俊男

《岐阜県保健衛生大会, 昭和56年9月24日》

中高年者の日常の精神衛生, 老後に向っての心構えについて述べた。

夫婦のあり方と子どもの心の健康

鈴木浩二

《山梨県精神衛生大会, 昭和56年10月21日》

結婚生活上の問題がどのように発生し, それがどのように子どもの精神健康に影響するかを例証した。

子どもの心とからだ

高橋 宏

《山形県余目教育委員会, 昭和56年7月27日》

精神生理学的観点から子どもの発達と行動について現在の知見を解説し, 学習効果との関係を考察した。

心身障害児(者)に対する地域ケアについて (主論)

櫻井芳郎

《在宅心身障害児(者)療育指導者研修会, 1981年12月2日》

地域ケアの発想とその発展, 地域ケアの概念, 地域ケアの展開および地域ケアの現状と今後の課題などについて述べ, 地域住民の自発的, 積極的な参加のもとに地域ケア体制の確立をはかるとともに各職種間の役割分担を明確にし, 相互協力関係をつくりあげていく叡智と努力に期待することを強調した。

精神薄弱児の行動観察 (シンポジウム)

櫻井芳郎

《昭和56年度全国児童相談所職員研修会, 1981年10月15日》

行動観察の意義を述べ, 疾病性(illness)偏重の立場を捨て事例性(caseness)重視の観点から行動の背景を洞察し, 行動の意味を理解することが必要であり, 行動を生じさせている人間個体の生物学的要因や環境要因にも注意を払い, 多面的, 総合的に行動を把握することの必要性を強調した。

障害児福祉の課題と展望

櫻井芳郎

《国際障害者年記念講演会 (千葉県君津児童相談所), 1981年11月10日》

心身障害児の福祉を増進するためには, 地域ケアを推進し, 初期診療システムの確立や相談指導サービスネットワークの整備, キーパーソンの確保などに努めるとともにすべての人々が態度や意識の望ましい変容をはかり, 共に生きるよるこびが感じられる人間生活へ向って前進することが必要であることを強調した。

障害児の問題点について

飯田 誠

《八千代市教育委員会, 昭和56年12月26日》

精神遅滞, 情緒障害児の特徴のとらえ方, 及び扱い方
について解説

ダウン症について

飯田 誠

《のうけん療育会, 昭和56年1月10日》

ダウン症児の特性と, 最近の薬物療法に対する考え方
について解説

精神衛生研究 No.28 1981

昭和57年 3月31日 印刷・発行

編集責任者

岡上和雄 柏木 昭 高橋 徹
鈴木浩二 丸山 晋 石原邦雄

発行所

国立精神衛生研究所

(非売品)

〒272 千葉県市川市国府台1-7-3
電話 市川 (0473) 72-0141

印刷：三栄印刷株式会社

Journal of Mental Health

No.28/1981

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

RESEARCHES ON THE CHILD

A 30 years Follow-up Study on Institutionalized Infants.

—Part. 1. The Prognosis of Foster Children and Adopted Children—

YoshiKO IKEDA 1

A Mental Health Study of Junior High School Students in Japan

—Part. 1. Mental Health Questionnaire Study

Y. IKEDA, Y. NISHIKAWA, Y. KOHNO, Y. KANBAYASHI, Y. IMADA,

C. TANAKA, Y. NAKAGAWA, M. MORIOKA, R. OHTA, Y. SUGA,

N. SATOH, K. NAKAO, M. SUZUKI, R. TAKESHITA, K. MOTOKI 25

RESEARCHES ON THE AGED

A Neurophysiological Study on Age-related Dementia.

—An analysis by the EEG scanner and compressed spectral array (CSA)—<Part II>

T. OTSUKA, H. YOSHIDA, M. TAKASE,

A. HOSHI, T. ISHIDA, T. HARA 15

Current Situation of Homes for the Aged.

Kazuko SAITO, Susumu MARUYAMA, Toshio OTSUKA 39

Research on Evaluation of Aging and Social Adjustment of the Aged—Part 2

—Longitudinal Study of Aging and Social Adjustment of the Aged

Kazuko SAITO 61

Research on Evaluation of Aging and Social Adjustment of the Aged—Part 3

—Factor Analysis of Life Events and Correlations between Extracted
Factor and Life Satisfaction—

Kazuko SAITO 67

RESEARCHS ON THE SEASONAL-WORK

A Psycho-ecological Survey of a Seasonal-work Area.

S. MARUYAMA, T. MUNAKATA, S. WADA, K. ISHIWARA

Y. KOHNO, Y. NISHIKAWA, T. MUTA, M. KABUTO

Y. KUSAKABE, S. KITAZAWA, S. SASAKI, K. SHIMAYA

T. MAEDA 73

RESEACHES ON THE CHRONIC ALIEMENT

Family Attitudes toward Prolonged Mental Illness

Kunio ISHIWARA 93

An Evaluation Study of Day Care Program

Shuichi WADA, Akira KASHIWAGI 109

Four Patterns of the Patient Careers and Their Determinants in Schizophrenics

Shuichi WADA 121

MATERIALS

LIST OF RESEARCH WORKS (1981.1~1981.12) 133