〈研究ノート〉

保健所における
老人精神衛生相談ケースの分析

老年社会科学　Vol. 7　1985年

〈研究ノート〉

保健所における老人精神衛生相談ケースの分析

国立精神衛生研究所　丸山　晋
〃　大塚　俊男
〃　北村　俊則
〃　斎藤　和子
早稲田大学　佐藤　真一

はじめに

高齢化社会の到来に伴い，老人の精神障害者の数もいやがうえにも多くなってきている。それとともに，こうしたケースをどのようにラインにのせ，どこで，どのように扱っていったらよいのかという，いわばケア・システムの確立の要請も日増しにつよくなってきている[注1,2,3]。こうしたケア・システムが未だ未確立あるいは未定着のためか，とりわけ問題ケースの末端処理機構，すなわち「受け口」あるいは窓口機構での混乱が目立っている。こうした事情に対応する形で，政府は，昭和57年11月，公衆衛生審議会の「老人精神保健対策に関する意見」具申をうけて，老人精神保健相談事業を発足させた。本事業は，昭和58年2月より，保健所における精神衛生に関する業務の一環として，公衆衛生局長通知の「保健所における精神衛生業務中の老人精神保健相談指導要領」により，老人痴呆疾患等に関する相談，指導等の実施を図ることとしたものであり，事業の内容は，老人痴呆疾患等の予防等について普及啓発，老人痴呆疾患等に関する相談窓口の設置，地域の痴呆老人対策を検討し，かつ具体的なケースの処置を検討するために保健所・医療関係機関・福祉事務所・老人福祉施設等で構

成する連絡会議の設置等である。これは保健所をプライマリー・ケアの第一線機関としてとらえ，老人精神保健においても，その機能をフルに活用しようとするものである。本研究はこうした保健所を訪れたケースについての分析である。

1．対象および方法

上記相談事業を，昭和57年度および昭和58年度より実施することとなった69保健所（都道府県64，政令都市5）に対し，アンケート調査を行なった（昭和59年10月9日送付，同年12月17日回収．回収は56保健所からでき，回収率は81.2％であった）。アンケート回答欄には全相談ケースの概要を記入する欄を設け，その問題性と相談内容について分析した。分析には「内容分析法」を用いた。内容分析の項目は，大塚のシェーマ(Table 1)をベースとし，自由記載を読みながら必要な項目を追加してゆき，大要Table 2のような項目を得た。これをマトリックスとして，各ケースの記述より該当の項目について，その出現頻度の分布をみた。またTable 3のごとき大項目による分類項目を設け，その分布をみた。

Table 1　痴呆老人の呈する症状

基本症状	記銘・記憶力障害 日時・場所・人物の見当識障害 計算力の低下 理解力・判断力の低下	問題行動	徘徊，独語，叫声，昼夜の区別不能 攻撃的行為，破衣行為，不潔行為 弄火，収集癖，盗癖
日常生活能力の障害	着脱衣行為の障害 食事行為の障害 排尿・排便行為の障害（失禁） 入浴行為の障害 歩行の障害（寝たきり）	精神症状	拒食，自傷，自殺企図 不眠，興奮，せん妄，抑うつ，躁状態，幻覚，妄想，人格障害
		身体症状	歩行障害，構語障害，嚥下障害，運動麻痺，知覚障害

（大塚，1982）

2．結　　果

上述の手続きをとおして得られた結果は，以下のとおりであった。

Table 2　痴呆老人を中心とする問題老人の呈する症状・問題行動および援助内容

1 "ぼけ"

2 基本症状

1）記銘・記憶力障害

2）日時・場所・人物の見当識障害

3）計算力の低下

4）理解力・判断力の低下

＊ 5）書字困難（不能）

＊ 6）集中力低下・持続力低下

＊ 7）知識の低下

3 日常生活能力の障害

1）着脱衣行為の障害

2）食事行為の障害

3）排尿・排便行為の障害（失禁）

4）入浴行為の障害

5）寝たきり

＊ 6）動作緩慢

＊ 7）電話の応対ができない

4 問題行動

1）徘徊

2）独語

3）叫声

4）昼夜の区別不能

5）攻撃的行為

6）破衣行為

7）不潔行為

8）弄火

9）収集癖

10）盗癖

＊11）酒量増加

＊12）異食

＊13）いやがらせ行為

＊14）器物破損

＊15）多弁

＊16）失火（の恐れ）・火の不始末

＊17）わいせつな言動

＊18）迷惑行為（他家侵入など）

＊19）不服従

＊20）刃物を持ち歩く

＊21）拒薬

＊22）自己中心的行動

＊23）電話の過剰使用

＊24）過度の外出

＊25）乱費

5 精神症状

1）拒食

2）自傷

3）自殺企図

4）不眠

5）興奮

6）せん妄

7）抑うつ

8）躁状態

9）幻覚

10）人格障害

＊11）睡眠薬の常用

＊12）薬物依存

＊13）対人接触の拒否

＊14）希死念慮

＊15）無気力・無関心

＊16）独居（自閉）

＊17）孤独

＊18）好褥

＊19）常動行為

＊20）作話

＊21）情動失禁

＊22）不安・心配

＊23）焦燥

＊24）心気的訴え

＊25）緘黙

＊26）迂遠

＊27）滅裂言語

6 身体症状

1）歩行障害

2）構語障害

3）嚥下障害

4）運動麻痺

5）知覚障害

＊ 6）失行

＊ 7）難聴

＊ 8）視力障害・視力減退

＊ 9）痙攣

＊10）パーキンソン症状

7 "ぼけ"と関係のない身体症状

1）肢暈

2）腰痛

3）糖尿病

4）高血圧

8 対応もしくは援助内容

＊ 1）"ぼけ"の進行の防止法

＊ 2）専門医への紹介

＊ 3）対応法の指導

＊ 4）ショート・ステイの希望

＊ 5）デイ・ケアの希望

＊ 6）施設入所希望

＊ 7）訪問の依頼

＊ 8）入院希望

＊ 9）多忙時のケア・ヘルプ

＊10）介護者の身体的訴えに対する指導

＊11）家庭内の不和への介入

＊12）介護者の疲労の救済

＊13）入院中の者についての相談

＊14）生活上の不安への対応

（＊はTabld 1 に新たに追加された項目）

(1)全相談件数は607例で，男子254名（41.8％），女子353名（58.2％）であった。最高年齢は99歳，最低年齢は52歳で，平均年齢は73.2歳であった（SD　15.9）であった。男子の平均年齢は72.0歳で，女子のそれは75.6歳であった。

(2)相談内容の頻度を大項目についてみると，Table 3のごとくなった。数字は延べ数でとらえた例数である。順位別にみると，問題行動で来談したもの368例，精神症状で来談したもの342例，基本症状で来談したもの260例，身体症状で来談したもの112例，“ぼけ”で来談したもの62例，“ぼけ”と関係ない身体症状および疾病で来談したもの17例であった。この場合“ぼけ”の62例は，本来は，他の項目，例えば基本症状の項目に吸収されてよいはずのものであるが，記述のみからでは弁別できないためこのような項目が生じた。また介護上の問題とその対応についての来談は，607例つまり全例であった。

Table 3　相談ケースの症状および問題行動（大項目）

1．“ぼけ”（2～6と同定不能のもの）	62例
2．基本症状	260例
3．日常生活能力の障害	177例
4．問題行動	368例
5．精神症状	342例
6．身体症状	112例
7．“ぼけ”と関係のない身体症状および症状	17例
8．介護上の問題と対応	607例

(3)相談ケースの症状および問題行動を小項目においてとらえると，Table 4の如くなった。数字はやはり延べ数である。ケースは全ての項目に分布しているわけであるが，ここでは上位20項目までを示した。これによると記銘・記憶力障害（182例），排尿便の障害（108例）が1位，2位を占め，徘徊（89例），妄想（85例）が，これについでいる。前項同様つぎの“ぼけ”（62例）も，当然他の項目に吸収されてよいものである。第6位以下は，日時・場所・人物の見当識障害（62例），攻撃的行為（41例），不眠（38例），寝たきり（36例），不潔行為（31例），身体に関する不定愁訴（31例），叫声（29例），昼夜のとり違え（29例），興奮（29例），無気力・無関心（25例），火の不

始末（24例），歩行障害（24例），幻覚（21例），外出（21例），独語（19例）の順となった。

(4)相談ケースのカテゴリー分類

相談ケースをより上位のカテゴリーに分けてみると，Table 5のごとくなった。これらのカテゴリーを設けたわけは，つぎの理由による。Table 3からもわかるように，全ケースの問題項目の例数の総和は1，338例となり，1ケース当たり平均2.2項目を持つことになる。実際，問題項目をダブルあるいはトリプルといった形で呈するものは少なくなかった。つまり各ケースはひとつの問題群からなっているということが可能であった。その問題群とTable 5のカテゴリー項目は対応している。多少まぎらわしくはなったが，例えば，「痴呆の幻覚妄想状態」や「痴呆の神経症様状態・うつ状態」などは，5．の「“ぼけ”または基本症状＋精神症状」項目に入れ，3．や6.はそれ以外のものをさすようにした。それによるとカテゴリーの項目は13となり，それぞれの例数は以下のとおりとなった。“ぼけ”または基本症状＋問題行動222例，“ぼけ”または基本症状のみ113例，幻覚妄想などを呈する精神病様状態53例，“ぼけ”または基本症状＋問題行動＋精神症状44

Table 4　相談ケースの症状および問題行動（小項目）

1．記銘・記憶力障害	182例
2．排尿便の障害	108例
3．排徊	89例
4．妄想	85例
5．“ぼけ”	62例
6．日時・場所・人物の見当識障害	62例
7．攻撃的行為	41例
8．不眠	38例
9．寝たきり	36例
10．不潔行為	31例
11．身体症状の訴え（不定愁訴）	31例
12．叫声	29例
13．昼夜の区別不能	29例
14．興奮	29例
15．無気力・無関心	25例
16．火の不始末	24例
17．歩行障害	24例
18．幻覚	21例
19．外出	21例
20．独語	19例

Table 5　相談ケースのカテゴリー分類

1．“ぼけ”または基本症状＋問題行動	222例
2．“ぼけ”または基本症状のみ	113例
3．幻覚妄想などを呈する精神病様状態	53例
4．“ぼけ”または基本症状＋問題行動＋精神症状	44例
5．“ぼけ”または基本症状＋精神症状	31例
6．神経症・うつ病圏のもの	28例
7．病的飲酒などの問題行動	26例
8．寝たきり状態	15例
9．寝たきり状態＋問題行動	14例
10．主に介護力・経済力の不足	11例
11．意識障害・夜間せん妄などの精神症状	9例
12．脳卒中後遺症などの脳神経麻痺	6例
13．その他	35例

Table 6　援助内容（重複回答）

1．対応法の指導	236例
2．専門医への紹介	132例
3．入院希望	70例
4．施設入所希望	51例
5．“ぼけ”の進行防止法	42例
6．家庭内の不和への介入	20例
7．介護者の疲労の救済	19例
8．訪問の依頼	16例
9．入院者についての相談	15例
10．デイ・ケアの希望	8例
11．介護者の身体的訴えに対する指導	7例
12．生活上の不安への対応	6例
13．ショート・ステイの希望	5例
14．多忙時のケア・ヘルプ	3例

例，“ぼけ”または基本症状＋精神症状31例，神経症・うつ病圏のもの28例，病的飲酒などの問題行動26例，ねたきり状態15例，ねたきり状態＋問題行動14例，主に介護力・経済力の不足11例，意識障害・夜間せん妄などの精神症状9例，脳卒中後遺症などの脳神経麻痺6例，その他35例がそれである。その他の中には，本人自身の人生相談や老化防止・痴呆化防止についての相談や，同定不能のものなどが混在していた。

(5)援助内容

(2)，(3)項で明らかにされたことと対応することであるが，各ケースの求めている援助内容は，Table 6に示すとおりであった。延べ数にして630例，全ケースの数は607例であるから，いくつかの例で重複的な対応が求められていた。つまりその内訳は，例数の多い順に示すと，対応法の指導236例，専門医への紹介132例，入院希望70例，施設入所希望51例，“ぼけ”の進行防止方法42例，家庭内の不和へ

の介入20例，介護者の疲労の救済19例，訪問の依頼16例，入院者についての相談15例，デイ・ケアの希望8例，介護者の身体的訴えに対する指導7例，生活上の不安への対応6例，ショート・ステイの希望5例，多忙時のケア・ヘルプ3例であった。

3．考　　察

以上の結果をふまえて，ここに若干の考察を加えたい。

1）対象について

全国800余か所ある保健所において，老人の精神衛生相談事業を行なっているところが，昭和59年12月現在，69か所であった。ということは，この事業がやっと緒についたことを示している。したがって，まだこの事業自体に対する知名度も低く，老人の精神衛生問題を抱えた家族が，保健所へまず相談にゆくという文化は，まだ確立していない。しかし1年ないし1年半の実施期間に，56保健所において，総計607例の相談ケースがあったという事実は見逃せないことである。なぜなら，こうしたケースの分析をとおして今後の方向を占う，貴重な資料が得られるからである。対象者は，初老期を含む管内在住者であるわけであるが，平均73.2歳であって，老人の相談窓口として活用されている事がわかった。しかし，対象数からいっても，地域ケアの第一線機関としての役割は，今のところ十分果たしているとはいいがたい。

2）相談内容の頻度

各ケースはそれぞれに，いくつかの問題もしくは相談内容を併有してはいるが，どの項目が頻度が高いのかを見ることは，興味深いことである。Table 3にしたがえば，問題行動や精神症状の項目が多く，ついで（痴呆の）基本症状の順になっている。またTable 4からは，その具体的な内容が示されている。これらを比較検討するとき，相談ケースに一定の傾向があることが窺われる。つまり痴呆疾患を中心としていることは共通するが，疾病そのものよりも，問題行動とか精神症状といった，扱いのうえで困難を伴いやすいものが多い，ということである。もっといえば，相談ケースの傾向は，“疾病性”よりも“事例性”

優位の傾向がありはしないか，ということである。

3）相談ケースのカテゴリー

痴呆をはじめとする老人の精神障害が，単純な形で現われることは，きわめて少ない。単なる“ぼけ”にしてからが，症状の集団つまり症状群として現われる場合が多い。そういった意味で，ケースをできるだけ単純なカテゴリーに整理しようという試みもTable 5のごとく，せいぜい13項目に整理するのが限度に近いと思われた。これをみても，「問題老人」といってもさまざまなケースがあり，疾病に支配されることは当然ながら，症状のあり方，組みあわさり方により，介護上の問題の難易が決定されることが多いように思われる。この表からも，単なる“ぼけ”だけでなく，問題行動や精神症状を呈するものが相談ケースとなりやすいことがわかる。また痴呆疾患以外のもの，例えば，幻覚妄想状態だけのものや神経症・うつ病圏のものもかなり含まれていることは，注目されてよいことである。

4）援助内容について

援助内容は，介護者側の切実感がどういうところに現われているのか，を示している。また，問題が多岐にわたっていることとあいまって，その援助項目も多くの項目にわたっている。対応法の指導と専門医への仲介が1，2位を占めているのは，窓口業務として，こうしたコンサルテーションが強く期待されていることを示し興味深い。

これらをまとめると，保健所における老人精神保健事業は，まだ緒についたばかりであるが，単なる「疾病性」の枠にとらわれず，「事例性」に重点のおかれた相談ケースがもちこまれ，プライマリー・ヘルス・ケアの窓口としての機能を，徐々に発揮しつつあるといえる。[注4，5]

おわりに

“ぼけ”をはじめとする老年期の精神障害の問題は，現在，社会においてゆゆしき社会問題となってきている。今回われわれは，全国56か所の保健所の協力を得て，昭和57年度，昭和59年度の1ないし1年半にわたる「老人保健事

業」における相談事例について分析する機会を得た。その結果，どのようなケースが相談ケースとなり，なにが求められ，どう処遇されたかについて，基礎的な資料を得ることができた。

〔注〕

1）大塚俊男他　1981　老人精神障害のケア・システム　社会精神医学　3　211～217.

2）老人精神障害に対する総合的保健医療福祉体系の確立に関する研究　1980　昭和54年度健康づくり等調査研究委託費報告書.

3）老人精神障害に対する総合的保健医療福祉体系の確立に関する研究　1981　昭和55年度健康づくり等調査研究委託費報告書.

4）痴呆老人に対する地域対策の円滑な運用に関する研究　1982　昭和56年度健康づくり等調査研究委託費報告書.

5）老人精神保健活動の評価と今後の進め方に関する研究　1985　昭和56年度健康づくり等調査研究委託費報告書.

An Analysis of Psychogeriatric Cases in a Health Care Center

Susumu Maruyama
Toshio Otsuka
Toshinori Kitamura
Kazuko Saito
National Institute of Mental Health, Japan
Shinichi Sato
Waseda University

The authors analysed 607 psychogeriatric cases who came for consultation at 56 Health Care Centers from 1982 to 1984. We found the most prominent trends among these cases as follows: they had not only dementia itself but also other problems such as ADL difficulties and pathological behaviors. Therefore, the consultation for those cases emphasized instruction more than medical treatment.