

精神科病棟入院患者の家族意識調査
—特に入院時症状と家族の態度について—

奈良県立医科大学精神医学教室

北村 博, 井川 玄朗

山岡医院

山岡 一衛

INVESTIGATION INTO CONSCIOUSNESS OF FAMILIES
WITH RELATIVES ADMITTED TO PSYCHIATRIC WARDS
—ESPECIALLY RELATIONSHIP BETWEEN SYMPTOMS
AT ADMISSION AND FAMILIES' ATTITUDES—

HIROSHI KITAMURA and GENRO IKAWA

The Department of Psychiatry, Nara Medical University

KAZUE YAMAOKA

Yamaoka Clinic

Received November 16, 1990

A New Mental Health Law became effective as of July 1988. With this as a turning point, the authors investigated the views of families who must care for inpatients admitted to the psychiatric ward of Nara Medical University Hospital at this time by means of a questionnaire solicited by mail.

We considered that this was a good time to study the families' views of their own relatives, because the New Law changed many provisions of the Old Law (Mental Hygiene Law), including the admission form. The aim of this investigation was to elucidate what factors affected the families' attitudes to the patients, though there were previously few studies in this field.

As a result, 38 families (47.5%) gave answers and only 16 of them (42.1%) manifested willingness to receive their relatives if they could be discharged.

There was no association between these families' attitudes and the patients' sex, age, number of admissions, and family relationship.

However there was a remarkable difference in the families' reception between short-term (under 1 year) and long-term (more than 1 year) admission groups.

Furthermore, patients' families showed a significantly stronger rejection reaction when the patient had at least one symptom such as violence, wastefulness, runaway from home, wandering, or the possibility of suicide at admission, than those whose relatives had none of above mentioned symptoms.

These results suggest that families are, in general, intolerant of patients who were a nuisance to them in terms of physical damage or economic burden.

Index Terms

schizophrenia, family, reception at discharge

まえおき

1988年7月精神保健法が成立し、従来の精神衛生法の規定は大幅に改変され、入院形態も一部変更された。これを契機に、奈良医大精神科病棟入院患者の家族を対象にアンケート調査をおこなった。過去に精神病患者に対する意識調査や再発、予後に関する研究、家族療法的アプローチについての文献は多く知られているが、入院患者の家族の受け入れ意識に言及した報告はすくなく、特に入院時症状と家族の受け入れを統計学的に検討した報告は皆無である。精神障害者の社会復帰が強く叫ばれる現在、家族の受け入れ状況に影響を及ぼす因子についての検討は特に重要なことと考えた。

対象と方法

1988年7月現在、奈良医大精神科病棟入院患者の保護義務者である者を対象にしてアンケート用紙を配布し、郵送にて回収した。その結果、38名の保護義務者から解答を得た。アンケート項目は、①患者との続柄、②患者年齢及び性別、③入院回数、④今回の入院期間(月)、⑤家族が入院を決意することになった患者の症状、⑥今回

の入院が必要であると思ったか否か、⑦現時点で入院の継続が必要であると思うか否か、⑧退院時、家族が引き取る意思の有無、である。入院時症状は、乱暴、無気力、浪費、落ち着かない、自殺のおそれ、家出、放浪、その他の8項目に分類し複数記載も可とした。

結果

(1) 回収率

回答を得られたのは47.5%と約半数であった。

(2) 回答者と患者の続柄 (Table 1)

回答者は両親が6割以上を占め、次いで多かったのは同胞(6名)であった。

(3) 患者背景 (Table 2)

性別では、男性28名、女性10名であり、表2に患者年齢平均、入院回数平均、今回入院期間を示す。次に、入院が必要であると思った保護義務者は約95%に達するが、継続が必要と思う者の数は約74%に減少する。これは7名の「不明」とした回答者の存在によるところが大きいのであるが、保護義務者が現状の医療に対して不満を持っているのか、あるいは医療にかかわる問題であるから医師の判断にゆだねるという意思の表れなのかは即断しかねるところである。一方、退院時受け入れの意思において「不明」とした回答は、やはり積極的な受け入れの意思の欠如とみなすべきであろう。したがって、以後の統計的処理(Fisherの直接確率計算法)の段階では「無し」と同等に扱うものとする。退院時受け入れの意思「有り」と答えた者は、約42%に過ぎない(Table 3)。

(4) 家族の受け入れと各因子との関連性

性別 (Table 4)、患者年齢 (Table 5)、入院回数 (Table 7)、家族の続柄 (Table 11) という因子と退院時受け入れとの間には関連がなかった。しかし、今回の入院期間が1年未満のものは、1年以上のものに比べて家族の受け入れが明らかに良かった (Table 6)。そして、

Table 1. The relationship of a family

Relationship		N	%
Parents	Father	12	31.6
	Mother	11	28.9
Sibling	Brother	4	10.5
	Sister	2	5.3
	Child	2	5.3
	Spouse	2	5.3
	Other relatives	5	13.2
	Total	38	100.1

Table 2. Average of patient's age, frequency of admission and duration of this admission

	Average	Range
Age (Years)	43.5	20-71
Frequency of Admission	2.4	1-10
Duration of this Admission (Months)	87.0	1-420

Table 3. Outcome of the families's feelings about the necessity of admission, the necessity of a continuance of this admission and the reception of their relatives at discharge

Items	YES (%)	NO (%)	Undetermined (%)
Is This Admission necessary?	36 (94.7)	0	2 (5.3)
Is a Continuance of this admission necessary?	28 (73.7)	3 (7.9)	7 (18.4)
Do you receive your relatives at discharge?	16 (42.1)	12 (36.6)	10 (26.3)

Table 4. The relationship between patient's sex and families' reception

Sex	receptive (N)	unreceptive (N)	undetermined (N)
Male	13	7	8
Female	3	5	2

N. S

Table 5. The relationship between patients' age and families' reception

Age	Total N	receptive N (%)
20—29	7	4 (57.1)
30—39	6	1 (16.7)
40—49	9	4 (44.4)
50—59	11	2 (18.2)
60—69	2	1 (50.0)
70 or more	1	1 (100.0)

N. S

入院時症状と受け入れとの関係を見ると「乱暴」を呈した群は、それ以外の群に比べて極端に受け入れが悪く (Table 9), さらに、「いわゆる陰性症状」群は「いわゆる陽性症状」群にくらべて有意に受け入れは良好であった (Table 10).

考 察

精神障害者(あるいは分裂病者と読み替えても良いが)の長期入院に対し、様々な批判や疑問が投げかけられるようになってから久しい。抗精神病薬の登場により激的な症状が鎮静化された一方、症状の再燃、再入院の問題が新たに生じてきた。分裂病の再燃を、生物学的、社会的、心理的²⁾⁴⁾⁵⁾⁸⁾¹¹⁾¹²⁾¹⁵⁾²¹⁾に研究したのも、また分裂病を生み出す家族病理に重きをなした報告は多い¹⁾³⁾⁶⁾¹⁶⁾。そして、分裂病者の社会復帰には家族の協力が何より必要であるとの共通認識はすでに確立したと見てよいだろう¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾。しかし、この「家族の協力の必要性」には大きな落とし穴があるように思えてならないのである。まだまだ社会資源に乏しいわが国にあって、病者の保護を全面的に家族に押し付けることは酷の一言に尽きよう。保

護義務者の高齢化や、それに伴う経済的悪条件は家族を疲弊させ、将来の不安を一層強めさせている。本調査でも、ある80才の父親はアンケート用紙の余白に「自分が病弱であること、そしてそのために面会にも行けぬが何卒(息子を)よろしく頼む」という内容の文面をしたためていた。おそらく祈るような気持ちに似たこの感情を共有している保護義務者はすくなくはあるまい。本調査は、第一に家族の生の声を聞くこと、そして第二に家族の受け入れ状況には、従来の報告で指摘されていない要因も影響しているのではないかと疑問にもとづき実施された。最近になって、そうした家族の受け入れ意識にも言及した原田ら¹⁰⁾の業績が報告されたため、以下可能な限り対比を試みながら結果を検討したい。

1) 全体としての受け入れ状況

受け入れ可能と答えた者は16人(42%)で原田ら¹⁰⁾の結果と同じく悪い。

2) 性別と受け入れ (Table 4).

有意差は無いが、男性では46%、女性では33%と男性の方が受け入れが良く、これは仲野ら¹⁷⁾の報告とは逆である。しかし、原田ら¹⁴⁾は「入院している女は男に比べてより重症例が多いためではないか」と指摘しており、こうした事情が家族の心理に影響を与えたのかもしれない。

3) 年令と受け入れ (Table 5)

大島¹⁵⁾は40才を境にして家族の協力度に大きな差が観察されると指摘し、原田ら¹⁰⁾も49才以降には家族の受け入れが悪くなり、その原因は家族の世代交代にあると推論している。我々のデータでは有意差は得られなかったが、30才台と50才台で受け入れが低下する三峰性のグラフを得た。これは仲野ら¹⁶⁾の年令別アンケート回収率から得られたグラフにほぼ一致する。回収率の高さは

Table 6. The relationship between duration of this admission and families' reception

Year	receptive(N)	unreceptive(N)	Total N
Less than 1	7	1	8
1 or more	9	20	29

p<0.01

Table 7. The relationship between frequency of admission and families' reception
Only one family didn't answer to this item

Frequency	receptive(N)	unreceptive(N)	undertermined(N)	Total(N)
1	6	4	1	11
2	7	2	4	13
3	2	2	5	19
4	1	0	0	1
5	0	1	0	1
6	0	1	0	1
✓ 10	0	1	0	1

N. S

Table 8. The relationship between symptoms at admission and families' reception

	receptive(N)	unreceptive(N)	undertermined(N)	Total(N)
Violence	0	4	5	9
Uncalmness	5	7	4	16
Wandering	0	4	1	5
Possibility of suicide	2	2	1	5
Runaway from Home	0	2	1	3
Wastefulness	0	2	0	2
Asthenia	8	8	2	18
Others'	6	2	1	9

そのまま受け入れの善し悪しの判定にならぬまでも、家族の関心の高さと関係がある。そして、「家族の世代交代」の意味するところは結局保護義務者の交代による患者への関心の変化なのである。しかし、この点については今後の研究を待ちたい。

4) 今回入院期間と受け入れ (Table 6)

入院期間が1年未満の群は、1年以上の群に比べて受け入れが有意に良く、これは原田ら¹⁰⁾の報告と一致する。また平田¹⁹⁾²⁰⁾は、銚子市立総合病院精神科においては96.4%の患者が1年未満の入院期間で退院し、かつ精神病急性期は3ヵ月以内に収まると指摘している。このことから、入院の長期化はHospitalismを生み出すだけでなく、患者と家族の関係を引き裂いてしまうように思わ

れる。

5) 入院回数と受け入れ (Table 7)

原田ら¹⁰⁾と同じく、両者の間には全く相関は認められなかった。また、坂部ら⁹⁾は「入院回数は、医師の判定を初めとする社会復帰に関する他項目との有意な関係を満たしていない」と述べている。

6) 入院時症状と受け入れ (Table 8, 9, 10)

「乱暴」「放浪」「家出」「浪費」の症状がすくなくとも1つあった患者の家族の場合は、受け入れの意思が全くなかった。この理由を推察すると、家族に対する身体的攻撃や経済的負担は、家族の疲弊感や絶望感を深めさせ、患者を受け入れる精神的余裕を奪い去っているものと思われる。特に、乱暴をしたものは、そうでないものと比

Table 9. The difference of families' reception between violent and non-violent groups

	receptive(N)	unreceptive(N)	Total(N)
violent	0	9	9
non-violent	16	13	29

p<0.01

Table 10. The difference between of families' reception between so-called positive and negative symptom groups.

A: The patients' group who had only three symptoms such as asthenic, uncalmness and others
 B: The residual patients' group

	receptive(N)	unreceptive(N)	Total(N)
A	14	5	19
B	2	17	19

p<0.01

Table 11. The relationship between families' relationship and families' reception

Relationship	receptive(N)	unreceptive(N)	undertermined(N)
Father	6	4	2
Mother	4	4	3
Sibling	2	1	3
Child	0	1	1
Spouse	1	1	0
Other relatives	3	1	1

N. S.

べて受け入れは極端に悪かった。具体的には、入院時暴力行為のあった患者の家族で退院時受け入れを拒否したものの割合は1.0、暴力行為のなかった家族で受け入れの意志ありとするものの割合は0.55であり、暴力行為の有無により退院時受け入れに有意の差を生じた (Table 9)。山田ら¹⁷⁾は「入院時の症状が暴力行為であった者の在院が長期化している」と指摘し、統計学的処理はおこなっていないが、「いつ再発するか分からないとの恐怖から、家族の受け入れ拒否がおこった」と推測している。

これに対し、「落ち着きがない」「無気力」というどちらかといえば、家族の精神的負担になることはあっても、直接他人や家族に迷惑をかける程度が比較的軽微な場合には、家族はより寛容な態度を示している。次に、「その他」についてであるが、精神科の一般理解からすれば、家族の目では判然としない思路障害とか、精神症状が軽微なもの、あるいは意識障害が前景に立っているような場合に記載されているはずであり、この項目を選んだ家

族の受け入れは極めて良好であった。上記の傾向を確認するために、「無気力」「落ち着きがない」「その他」のみの組み合わせの症状を持つ患者群をA群 (いわゆる陰性症状群)、残りの患者群をB群 (いわゆる陽性症状群) と分類して受け入れとの関係を調べた。その結果、A群の内受け入れるとした家族は約74%、B群の内受け入れないとした家族は約89%で、両者間で受け入れに有意の差を生じた (Table 10)。

原田ら¹⁰⁾は、入院時に家族が問題点としてとらえているのは陽性症状よりも陰性症状だとし、宇内¹¹⁾は、入院時精神症状を①気分行動変調と意識障害②異常体験を主徴とするもの③感情鈍麻、自発性減退等の陰性症状の3つに分類したところ、陰性症状があるものは再入院(再発)しやすかったと述べている。なお、ここで使用した「陽性症状」「陰性症状」という用語は本来、精神分裂病者に適用されるべきものであり、また個々の症状を厳密な定義により分類した訳ではないので「いわゆる」という表

現を用いた。例えば、「無気力」という症状は分裂病の陰性症状以外にも躁うつ病のうつ状態等でも見られるものである。しかし、原田ら¹⁰⁾は「一日中家でゴロゴロしている」という症状を陰性症状そのものとして肥え、「分裂病と他の疾患との受け入れの差はない」ため非分裂病群をもデータに加えている。また、彼らと我々の病院における分裂病の比率は約80%程度で大差無いため、一応ここでは「無気力」=「陰性症状」という大雑把な概念を使用した。

本論に戻ると、我々の結果でも家族が症状として最も多くとらえたのは「無気力」であり、次いで「落ち着きのなさ」であった。したがって、陰性症状は家族の目につき易く、再入院の契機となり易いものであるにもかかわらず、家族の受け入れは良好だということになる。ただ、陰性症状（その他の症状も含めて）と家族の受け入れとの関係を検討した報告はない。詳細な家族の実態調査の内、調査対象を、患者を受け入れることを心掛けている家族に限定したもの¹⁵⁾（その結果、経済状態の比較的良好な家族を多く抽出することにもなる）や、受け入れの問題を全く考慮しないものが²⁰⁾が多かったが、病者の社会復帰を促進するためには、さらに多面的な家族研究が必要とされているように思われる。

7) 家族の統柄と受け入れ (Table 11)

有意の相関は認めなかった。ただ、入院の必要性が不明（これは、入院させる程の病状ではなかったのではないかという認識を示しているように思われる）とした2名、入院継続が不必要とした3名、同じく不明とした7名中4名が両親であったこと、そして彼等の総数6名中5名が、退院時受け入れの意思を表明（残り1名は不明と記載）したことは少し興味を引いた。症例数は少ないが、逆に親である患者を受け入れる子は一人もいなかったからである。このことは、親の熱意や真剣さを表すものともいえないが、一方で家族の病理性という問題がひそんでいる可能性があることも忘れてはならないだろう。例えば、当時措置入院患者は1名のみであり、残りは全て保護義務者、または患者自身が申し出れば基本的に退院できる入院形態であるにもかかわらず、3名の両親が入院継続不必要とかがえているのはいかにも奇妙なことである。もちろん、これには親の病理性以外にも、親が経済的支柱になっているのか否かという問題もかかわってくる。この点については、他に貴重な文献²¹⁾がある。

結 論

今回の調査で、患者が種々の迷惑行為（主に陽性症状

を含む）をひきおこした家族は、患者に不寛容な態度をとる傾向を強めること、および入院期間が1年を越える患者群では、家族の受け入れが極めて悪くなることがわかった。そして、こうした要因が患者の社会復帰を阻害していることは間違いなからう。この意味で、家族の協力が重要とされる病者の社会復帰を可能にするためには、家族に対する様々な方面からの援助が実現されなくてはならない。この問題について筆者らは、以下の提言を試みたい。(1)保健婦、精神科ソーシャルワーカーらが有効な家庭訪問や指導をおこない、家族を危険な状態に至らしめるような暴力行為等を未然に防止し、それが不可能な場合でも緊急に入院治療を可能にするような態勢を整えること。(2)公的な種々の経済的援助を拡充、整備すること。(3)精神科医は、患者のみならず、家族に対しても疾病の理解を深めるよう教育し、家族の悩みにもできるだけ相談に応じ、また可能な限り入院期間の短縮に努めること。(4)家族会等の家族支援組織の育成、強化を図ること。などである。ただ、重篤な患者であっても病棟が満床のため、入院を拒否されることが日常臨床の上ではすくなく経験するところであり、また精神科医自身が持つ時間的制約や疲労度を考えると相当に困難な問題をはらんでいることも確かである。一方、社会資本の充実については、今次の精神保健法の実効力、すなわち国や地方自治体による財政的裏付け措置に期待するところが大きい。

一方、1989年1月遅ればせながら、奈良県においても精神保健センターが設置された。センターは、地域精神医療の中核的機関として位置付けられており、現在ほとんどすべての都道府県で活動している。奈良県では、センターの性格をめぐり今だに議論が絶えず、必ずしも十全な機能を果たしているとはいえない。しかし、精神医療の実践機関としての役割はもちろん、関連職員や家族に対する研修、援助をおこない、精神医療の社会的側面を補充する幅広い活動を着実に進めている。こうしたセンターの存在は、精神医療の環境整備という面以外にも、大学病院に勤務する精神科医の社会的視野を広げる役目を果たしている。センターと当医局は緊密な協力態勢を取り続けており、センターが、今後ますます発展し、活動を強化することを心から望まざるにはいられない。

ま と め

- (1) 退院的受け入れ意思のある家族は、42%と低調であった。
- (2) 家族の受け入れと、性別、年齢、入院回数、家族の統柄との間に相関は認められなかった。

- (3) 今回の入院期間が1年未満の患者群は、1年以上の患者群と比べて家族の受け入れ度が有意に高かった。
- (4) 家族の受け入れと入院時症状には有意の相関を認めた。すなわち乱暴を呈した患者は、それ以外の症状をもっていた患者よりも受け入れは有意に悪く、逆に無気力、落ち着きがない、その他の組み合わせで構成される症状をもっていた患者の家族は、家族に対する身体的、経済的負担を強要した患者の家族よりも受け入れ状況が極めて良好であった。
- (5) 様々な家族援助が必要である。

文 献

- 1) 藤縄 昭：精神医学 8：272, 1966.
- 2) 大熊輝雄, 福間悦夫, 梅沢要一, 更井啓介, 小椋力, 竹尾生気, 内田又功, 下山尚子, 角南 謙, 中尾武久, 本池光雄, 松下棟治, 藤井省三, 柏木 徹, 川原隆造, 宮本慶一, 幡 碩之, 岸本 朗, 小倉 淳：精神医学 18：946, 1970.
- 3) 阪本芳夫：臨床精神医学 3：1077, 1974.
- 4) 増野 肇, 新福尚武, 有安孝義, 林 信人, 矢内伸夫, 藍沢鎮雄：精神医学 18：1147, 1976.
- 5) 坂部先平, 永井久之, 郡 暢茂, 福島, 修, 黒木健次, 鹿野寿満：精神医学 18：498, 1976.
- 6) 大塚健正, 吉田日出夫, 大西泰道, 伊予田 成：精神医学 20：379, 1978.
- 7) 守屋裕文, 安藤克巳：精神医学 21：721, 1979.
- 8) 大塚健正, 大野悦人, 小林正利, 伊予田 成：精神医学 22：269, 1980.
- 9) 山田州宏：家族精神医学 2. 弘文堂, 東京, p244, 1982.
- 10) 原田俊樹, 伊庭永二, 佐藤光源：精神医学 25：703, 1983.
- 11) 宇内康郎：精神医学 26：1157, 1984.
- 12) 宮 真人, 渡辺照夫, 小川一夫, 中沢正夫：精神経誌. 86：736, 1984.
- 13) 堀川 論：米子医誌. 36：325, 1985.
- 14) 原田俊樹, 佐藤光源, 堀井茂男, 三村興二, 長尾卓夫, 田中和芳, 平田潤一郎：精神医学 28：27, 1986.
- 15) 大島 巖：精神経誌. 89：204, 1987.
- 16) 高橋彰久：日大医誌. 47：135, 1988.
- 17) 仲野 栄, 大西久美, 大名門裕子：看護技術 34：94, 1988.
- 18) 山田 治, 巽 新吾, 増村年章, 鈴木めぐみ：社会精神医学研究所紀要 17：1988.
- 19) 平田豊明：病院 49：54, 1990.
- 20) 平田豊明：病院 49：160, 1990.
- 21) 堀 彰, 永山素男, 島田 均, 島藺安雄：精神医学 32：155, 1990.