

老人病院におけるいわゆるいじめの実態

池川 公章* 奥村 悦之^{2*}

目的 老人病院長期入院患者における、いじめの実態を調査した。そして、患者のもつ、いじめられ意識の経験の有無を従属変量とした判別分析を行い、いじめられ意識を有する患者を判別予測することが可能か解析した。本調査は、老人病院におけるいじめの実態を把握し、医療の立場から、いじめ対応の羅針盤をさぐる資料として実施したものである。

対象と方法 脳血管障害患者79人、男性25人、女性54人、平均年齢80.0±8.8歳を対象に、某老人病院入院中の患者に面接方式によるいじめ調査を実施した。調査の内容は、いじめられ意識の経験、いじめ意識の経験、いじめられて誰かに相談したか、いじめにあってどうしたいと思ったか、誰にいじめられたか、等を調査した。そして、判別分析における従属変量として、いじめられ意識の経験の有無、独立変量として性別、性格、Quality of Life、Zungの自己評価抑鬱尺度（SDS）、日常生活満足度（SDL）等を調査し、いじめられ意識の経験の有無の判別因子を検討した。

成績 いじめられ意識の経験を有する者は、19.0%、無い者は、76.0%であった。いじめ意識の経験を有する者は、3.0%、無い者は、91.0%であった。いじめられて誰かに相談したかの質問に対して、誰にも相談しなかった66.5%であった。いじめにあってどうしたいと思ったかの質問に対して、我慢した58.9%であった。誰にいじめられたかの質問に対して、患者68.0%、介護者18.0%であった。

いじめられ意識の経験の有無において、マハラノビスの距離による判別を行った結果、見掛け上の誤判別率22.5%、正判別率77.3%で、性格（ $p < 0.0005$ ）とSDS（ $p < 0.01$ ）が判別因子であった。

結論 いじめられ意識の経験を有する者は、性格が強く、概して抑鬱度が高い傾向であった。当該患者を把握し、適切な対応と、患者における、日々の生活の質的向上を図る努力、工夫の必要性が示唆された。

Key words : 老人病院, いじめ, 判別分析

I 緒 言

近年、いじめが社会問題として報ぜられているが、いじめは、あにただ生徒層のみならず老人層にもまた、潜在しているであろうとの推測を基に、老人病院に長期入院中の患者における、いじめの実態を調査した。

さらに我々は、いじめられ意識の経験の有無を従属変量とした判別分析を行い、いじめられ意識の経験を有する患者を判別予測する試みを行った。

本研究は、老人病院におけるいじめの実態を把握し、医療の立場から老人病院におけるいじめの予防対策、ならびにリハビリテーション医学的、あるいは心理学的にどのような対応が可能かをさぐる資料として実施したものである。

II 対象と方法

脳血管障害患者79人、男性25人、女性54人、平均年齢80.0±8.8歳を対象に、某老人病院入院中の片麻痺患者に個人別面接方式によるいじめ調査を実施した。本来、自記式の方が蓋然性を認めるのであるが、本方式を用いた所以は、患者によっては記述不可能な場合もあるためである。

いじめは、他者から観察できる現象であるので、その結果を資料とすることも可能ではあるが、いじめか否かの境界線が曖昧であるため、客観的基準を設定することは非常に困難であり、他者の観察だけで評価するのは問題であろう¹⁾。したがって、患者が主観的にいじめられた、あるいは、いじめたと感ずる場合を、それぞれ「いじめられ意識の経験」、「いじめ意識の経験」と定義し、調査を行った。

調査の内容は、1) いじめられ意識の経験、2) いじめられて誰かに相談したか、3) いじめられてどう思ったか、4) どのようにしていじめられ

* 朝倉病院リハビリテーション科

^{2*} 高知学園短期大学保健・衛生技術科

連絡先：〒780 高知市朝倉丙1653-12

朝倉病院リハビリテーション科 池川 公章

たか、5) 誰にいじめられたか、6) いじめ意識の経験、を調査した。また、いじめられ意識を有する患者を予測する試みとして、1) いじめられ意識の経験(有り1, 無し0)を従属変量とし、7) 性別、8) 性格、9) 年齢、10) Quality of Lifeの指標である、Visual Analogue Scale of Happiness (VAS-H)²⁾、11) 日常生活満足度; Satisfaction with Daily Life (SDL)³⁾、12) Manifest Anxiety Scale (MAS)⁴⁾、13) Zungの自己評価抑鬱尺度; Self-rating Depression Scale (SDS)⁵⁾、14) Stroke Impairment Assessment Set (SIAS)⁶⁾、15) Functional Independence Measure (FIM)⁷⁾、16) 見舞い回数(回/月)、17) 外泊数(回/月)、を独立変量とするステップワイズ判別分析を行った。1), 7), 8)のカテゴリー変量においては、1) いじめられ意識の経験(有り1, 無し0) 7) 性別(男1, 女0)、8) 性格(気が強い1, その他の性格0)、のごとくダミー変数を用いて、数量変量と混在状態にて統一的に解析を行った。その他の統計学的処理は、母比率の推定を用いた。データ解析には統計プログラムパッケージNAP Ver. 4.0を用いた。

なお、長谷川式痴呆簡易検査で21.5点以下のいわゆる痴呆患者は除外した。

III 研究結果

1. 対象者の数量変量の平均値と標準偏差

対象者の数量変量の平均値と標準偏差は、VAS-Hは $9.5 \pm 49.4\%$ 、SDLは 15.6 ± 6.6 点であり、主観的幸福度や日常生活満足度は普通レベルの者が多い傾向であった。MASは 17.2 ± 9.6 点であり、普通レベルの者が多く、SDSは 41.4 ± 10.0 点であり、やや抑鬱的な者が多かった。SIASは 58.7 ± 15.8 点、FIMは 102.6 ± 23.9 点であり、機能的、能力的には高レベルの者が多い傾向にあった(Tab. 1.)。

なお、VAS-Hの表示は、最高の幸福+100%、最大の不幸-100%である。

2. いじめられ意識の経験

いじめられ意識の経験において、“はい”と答えた者は15人(19.0%)であり、“いいえ”と答えた者は60人(76.0%)、無回答者は4人(5.0%)であった。そしていじめられ意識の経験を有する者の、母比率の正規分布を用いた99%信頼区間は、上限32.5%、下限10.2%であった。したがっ

Tab. 1 Continuous Variable of Materials

	mean	standard deviation
VAS-H (%)	9.5	49.4
SDL (point)	15.6	6.6
MAS (point)	17.2	9.6
SDS (point)	41.4	10.0
SIAS (point)	58.7	15.8
FIM (point)	102.6	23.9

Tab. 2 Have you ever been bullied ?

	n	%	confidence interval 99% of the population ratio %
yes	15	19.0	32.5~10.2
no	60	76.0	
remain silent	4	5.0	
total	79	100.0	

て、全国の老人病院に入院中の脳血管障害患者における、いじめられ意識を有する患者の比率は、この区間内に存在すると推定される(Tab. 2.)。

いじめられ意識の経験の有無における判別分析において、ボックスM検定により2群の共分散行列は、有意水準1%で等しいといえない結果であったため、マハラノビスの距離による判別を行った。その結果、見掛け上の誤判別率22.5%、正判別率77.3%で、性格($p < 0.0005$)、SDS($p < 0.01$)が判別に影響する因子であり、性格が強く、抑鬱度が高い者がいじめられ意識を経験する傾向にあった(Tab. 3.)。そして、その他の独立変量は、いじめられ意識の経験の有無における判別因子とは認められなかった。具体的事例として、Case 3、年齢89歳、女性、SDS得点41点、本人は性格的に気が強いと回答している。本ケースのいじめられ意識の経験Yes(Group 1)に属する確率は52%、No(Group 2)に属する確率は、10%であった。本症例は、介護者の介助を必要として、ポータブルトイレにて排泄を行っている。患者は、移動介助時、人権無視的な言動を受けたり、長時間トイレに座らされたり、入浴介助時乱暴に扱われる等のいじめられ意識の訴えが多い。

3. いじめられて誰かに相談したか

「いじめられて誰かに相談したか」の質問に対し、誰にも相談しなかった者10人(66.5%)、主

Tab. 3 Have you ever been bullied ?

Criterion Variate: Have you ever been bullied ?									
(Mahalanobis Generalized Distance)									
Category Group: Yes (Group 1), No (Group 2)									
Item	Coefficient					Standard Coefficient			P-Value
Parsonality	3.10					1.35			0.00039
SDS	0.10					1.12			0.00133
Constant	-5.97								
Maharanobis Generalized Distance (M.G.D)	1.50					Degree of Freedom			(2, 72.00)
Corect Discrimination	77.33%					Apparent Error Rate			22.5%
Case	R.P.	Discriminant	M.G.D. 1	M.G.D. 2	Case	R.P.	Discriminant	M.G.D. 1	M.G.D. 2
1	2 2	-1.73	3.65(16)	0.19(90)	41	1#2	-1.18	2.68(26)	0.30(85)
2	2 2	-2.81	7.19(2)	1.55(46)	42	2 2	-2.16	4.82(9)	0.48(78)
3	1 1	1.59	1.30(52)	4.49(10)	43	2 2	-1.62	3.42(18)	0.17(91)
4	2 2	-2.71	6.74(3)	1.32(51)	44	2 2	-1.73	3.65(16)	0.19(90)
5	1#2	-3.03	8.15(1)	2.08(35)	45	2 2	-1.51	3.20(20)	0.17(91)
6	2#1	1.70	1.19(55)	4.60(10)	46	2#1	0.61	3.21(20)	4.44(10)
7	2 2	-2.38	5.52(6)	0.75(68)	47	#2	-1.84	3.91(14)	0.23(89)
8	2#1	0.22	2.62(27)	3.07(21)	48	2#1	0.28	4.22(12)	4.80(9)
9	2 2	-1.29	2.83(24)	0.24(88)	49	2 2	-1.73	3.65(16)	0.19(90)
10	2 2	-0.86	2.35(30)	0.63(73)	50	2 2	-0.53	2.21(33)	1.14(56)
11	2 2	-2.05	4.49(10)	0.38(82)	51	2 2	-1.51	3.20(20)	0.17(91)
12	2 2	-0.97	2.44(29)	0.50(78)	52	2#1	0.00	2.40(30)	2.41(29)
13	2 2	-0.86	2.35(30)	0.63(73)	53	2 2	-2.16	4.82(9)	0.48(78)
14	#2	-1.62	3.42(18)	0.17(91)	54	2 2	-1.18	2.68(26)	0.30(85)
15	1 1	0.61	3.21(20)	4.44(10)	55	1 1	0.55	3.11(21)	4.22(12)
16	2#1	1.70	1.19(55)	4.60(10)	56	1 1	1.09	4.36(11)	6.55(3)
17	2#1	0.44	2.93(23)	3.82(14)	57	2 2	-2.81	7.19(2)	1.55(46)
18	2 2	-2.49	5.91(5)	0.92(63)	58	1 1	1.96	7.45(2)	11.38(0.3)
19	#1	2.35	1.00(60)	5.71(5)	59	2 2	-2.49	5.91(5)	0.92(63)
20	1 1	3.11	1.74(41)	7.97(1)	60	2 2	-2.16	4.82(9)	0.48(78)
21	2 2	-1.62	3.42(18)	0.17(91)	61	2 2	-3.47	10.33(0.6)	3.38(18)
22	2#1	0.83	2.64(26)	4.30(11)	62	#2	-1.18	2.68(26)	0.30(85)
23	2 2	-1.51	3.20(20)	0.17(91)	63	2 2	-2.49	5.91(5)	0.92(63)
24	2 2	-2.71	6.74(3)	1.32(51)	64	2 2	-2.16	4.82(9)	0.48(78)
25	2 2	-2.27	5.16(7)	0.61(73)	65	2#1	1.59	1.30(52)	4.49(10)
26	1 1	1.48	1.43(49)	4.40(11)	66	2 2	-2.60	6.31(4)	1.11(57)
27	2 2	-0.20	2.26(32)	1.84(39)	67	2 2	-2.27	5.16(7)	0.61(73)
28	1 1	3.76	3.20(20)	10.73(0.5)	68	2 2	-1.40	3.01(22)	0.20(90)
29	2 2	-0.09	2.32(31)	2.12(34)	69	2 2	-0.42	2.20(33)	1.35(50)
30	1 1	1.04	2.15(34)	4.25(12)	70	1 1	1.18	1.11(57)	4.73(9)
31	1 1	1.59	1.30(52)	4.49(10)	71	2 2	-1.62	3.42(18)	0.17(91)
32	2 1	-2.05	4.49(10)	0.38(82)	72	2 2	-1.40	3.01(22)	0.20(90)
33	2#1	3.44	2.37(30)	9.26(1)	73	2 2	-2.60	6.31(4)	1.11(57)
34	2 2	-1.84	3.91(14)	0.23(89)	74	2 2	-2.71	6.74(3)	1.32(51)
35	2#1	0.66	3.32(19)	4.64(9)	75	2 2	-2.81	7.19(2)	1.55(46)
36	2 2	-1.40	3.01(22)	0.20(90)	76	2#1	0.83	2.64(26)	4.30(11)
37	1 1	1.81	1.11(57)	4.73(9)	77	2 2	-1.94	4.19(12)	0.29(86)
38	1 1	0.77	3.55(17)	5.09(7)	78	2#1	0.33	2.76(25)	3.43(18)
39	2#1	1.48	1.43(49)	4.40(11)	79	2 2	-1.84	3.91(14)	0.23(89)
40	2#1	1.15	1.94(38)	4.25(11)					

Tab. 4 Have you talked to anyone about it ?

	n	%
haven't to do	10	66.5
to doctor or nurse	4	26.8
to friend	1	6.7
total	15	100.0

Tab. 5 How did you feel when you were bullied ?

	n	%
I endured	9	60.0
I wanted to change hospital	3	20.0
I wanted to bully them back	2	13.3
It didn't effect me	1	6.7
total	15	100.0

Tab. 6 How are you bullied ?

	n	%
denuciation	7	46.7
violence	4	26.7
steal	1	6.6
others	3	20.0
total	15	100.0

治医や看護婦に言いあげた者4人(26.8%)、親しい友人に相談した者1人(6.7%)であった(Tab. 4.)。

4. いじめられてどう思ったか

「いじめられてどう思ったか」の質問に対し、我慢しようと思った者9人(60.0%)、病院を変わりたいと思った者3人(20.0%)、いじめ返そうと思った者3人(13.3%)、気にしてない者1人(6.7%)であった(Tab. 5.)。

5. どのようにしていじめられたか

「どのようにしていじめられたか」の質問に対し、ののしりと答えた者が7人(46.7%)、暴力と答えた者が4人(26.7%)、物を盗まれたと答えた者が1人(6.6%)、その他3人(20.0%)であった(Tab. 6.)。

6. 誰にいじめられたか

「誰にいじめられたか」の質問に対し、患者にいじめられたと答えた者が8人(53.3%)、介護者と答えた者4人(26.7%)、その他3人(20.0%)であった(Tab. 7.)。

Tab. 7 Who were you bullying to ?

	n	%
patient	8	53.3
nursing assistant	4	26.7
others	3	20.0
total	15	100.0

Tab. 8 Have you ever bullied anyone ?

	n	%	confidence interval 99% of the population ratio %
yes	2	3.0	11.9~0.4
no	72	91.0	
remain silent	5	6.0	
total	79	100.0	

7. いじめ意識の経験

いじめ意識の経験において、“はい”と答えた者は2人(3.0%)であり、“いいえ”と答えた者は72人(91.0%)、無回答5人(6.0%)であった。そして、いじめ意識の経験を有る者の、母比率の正規分布を用いた99%信頼区間は、上限11.9%、下限0.4%であった(Tab. 8.)。

IV 考 察

“三つ子の魂百まで”といわれるように、幼児期における家庭教育は一人の人間の一生涯を通じての人間形成に重要な意義を持つと考えられる。生徒層におけるいじめを理由にした自殺例も数多く報道されている現今であるが、子供に対する教師や家庭を含めた地域・社会の教育にも問題が有るのではないだろうか。かつての我が国の風土として、子供は地域・社会全体で育て、老人においては安車蒲輪の思想をもって迎えており、弱いものをみんなでも守り育てるという思想としては共通する文化であった。そして、いじめという行為においても、老人医療の場で、いじめから虐待へ、そして自殺へ進展することがあるとすれば共通する概念として考えなければならない。

我々の調査において、いじめ行為は自殺までは至らしめなくても、確かに老人層において存在していることが判明した。老人病院に長期入院患者は、家族の介護への受け入れ困難により退院延期

を余儀なくされているケースが多く⁸⁾、かような患者は入院が長期化し、病院そのものが生活の場となってしまふ。よって抑鬱度が高くなったり、人間関係に苦悩する患者も少なくない。実際、同室の患者にいじめられ、病状悪化をきたしていた患者が、部屋を変えることで元気になる事例も少なからず経験する。今回我々は、かような理由に基づき、老人病院におけるいじめ調査を実施し、院内生活リハビリテーションの阻害因子ともなるであろういじめ問題を検討した。

いじめられ意識の経験を有する患者の、いじめられかたの多くは、ののしりであった。具体的には、自分の病棟トイレが満員で、他の病棟トイレを利用した結果、その病棟の患者の逆鱗に触れ、ののしりにあった、等であった。

暴力の方法としては、理由もなく通行の邪魔をされる、脚を投げ出される、車椅子で後方から追突される、叩かれる、食事を横取りされる、物を盗まれる、水をかけられる、等であった。ここで、物を盗まれるの回答においては、必ずしもいじめと短絡的にはとらえられない。長谷川式痴呆簡易検査において、正常にランクされても、自然な老いにおいていくばくかの物忘れはつきものであり、私物の置き場所を忘れてしまうこと等は、常に認められることであり、老いを本人が認めず、自分の物忘れを認めないならば、それは他人が盗んだことになるかもしれないからである⁹⁾。

いじめは患者間のみならず、医療従事者からの、いじめられ意識を有する患者も、少なからず存在する傾向にあった。近年、医療従事者の入院患者に対する虐待問題が社会問題として報ぜられているが、かような報道は氷山の一角であり、小さな、いわゆるいじめ、ないし虐待は、数多く存在するのではないだろうか。したがって、その要因を明らかにし、いじめられ意識の経験を有する患者を把握し、適切に対処することは我々医療従事者の責務であろう。

いじめられ対象患者の特性は、本研究結果の、いじめられ意識の経験の有無における判別分析より、性格、抑鬱度は、いじめられ意識の経験に影響を及ぼす傾向にあった。かような結果は、元来、性格的に気が強く抑鬱度が高い者が、いじめられ意識の経験を有すると考えられる。逆に、いじめられ意識を有する結果として、性格的に気が

強くなり、抑鬱度が高くなったと解釈することも可能である。

学童期におけるいじめの元凶は他者依存の心理といわれている。親に過支配的、放任的に育てられた子供は、個の確立の失敗に至り、抑制不安が生じる¹⁰⁾。これは過剰抑制と抑制欠如があり、前者は過支配的、後者は放任の場合に生じる。かような子供のいじめ・いじめられの誘発心理は、他人の存在をつっかい棒にして自立できない自分を支えている。父的存在(強者)との同一化を望み、それがかなえられない場合、欠落部分をいじめ行為によって埋め、こころのバランスをとる。一方いじめられは母的存在(弱者)と同一化を図り、こころのバランスをとる態度である。ゆえにいじめの問題は、自分自身を確立できていない他者依存型の子供達の近親憎悪である¹⁰⁾といわれている。

かような子供のいじめ問題の資料より老人におけるいじめの元凶を推測すると、家族との関わりの希薄さや、それに伴う精神状態が、影響を及ぼすのではないかと考えられる。したがって、本調査のいじめられ意識の経験の有無における判別分析の独立変量として、性格、SDS、VAS-H、SDL、MAS、見舞い回数、そして外泊数を項目に入れた。その結果、性格とSDSはいじめに関連を認めたが、VAS-H、SDL、MAS、見舞い回数、外泊数は、いじめに関連を認めなかった。したがって、いじめられる者は、見舞い回数や外泊数が少なかったり、幸福感が少ない等の現象は認められず、老人におけるいじめ問題は、子供のそれとは性質が多少異なるものと考えられる。

老人虐待のより直接的要因として第一に挙げられるのは、介護者のストレスと精神的葛藤であるといわれている。介護の負担が集中することで介護者がパニックに陥り、さらに家庭内に別な悩みごとがあったというような条件が加われば、ストレスが増大し、その結果がときに虐待を招来すると考えられる。勿論、ストレスだけが要因でなく、その他の要因との相互作用として影響するものと考えられる¹¹⁾。これは、本研究においても、介護者にいじめられたと回答した者が存在したことより、いじめの要因として介護者のストレスによる要因を示唆する結果が示された。

高崎らは、市町村保健婦の老人虐待の把握状況

調査により、被害老人の状況としては、男女比が1:3で、女性の方が身体的虐待を受けやすいこと、寝たきりなど要介助の者が6割、痴呆のある者が5割を占め、身体的、精神的な疾患や障害を持つことが虐待被害を受けやすい要因となること等を報告している¹²⁾。かような傾向は、田中の報告においても同様であり、他に虐待者は男性よりも女性が多く、9割以上が親族であることは、欧米調査の、非親族や保健福祉従事者による虐待が平均2~3割をしめる現状と対比すると、我が国においては、より密室的な虐待状況にあると述べている¹³⁾。本研究結果では、性別、身体的機能においては、いじめに関連性を認めなかった。このことは、性別においては、調査の対象者の男女比が1:2の割合で女性に偏っていたこと、身体機能においては、その指標であるSIASが、76点満点中、平均得点58.7±15.8点と比較的機能面で良好な対象者であったことが、関連を認めなかった原因と考える。倉本によると、子供にとって、いじめられ意識の経験は母親にさえも秘密にしたい事項であり、無回答者が、数例あったと報告している¹⁴⁾。本調査においても、かような、いじめ、虐待の潜在化事象が生ずることは論を俟つまでもない。したがって、当該患者を把握するためには、予測する必要がある。

本結果では、性格的に気が強いかな否か、とSDS得点を調査し、マハラノビスの距離を用いた判別分析を利用することで、いじめられ意識の経験の有無を判別可能であったが、ケース数が少なかったため、今後、他の老人病院や特別養護老人ホーム等での調査も行い、交差妥当性の検証を実施し、より信頼性のある実態調査を継続する必要がある。

老人の場合、虐待事実が潜在化することが多いが、加害者自身からの報告はありえないので、アメリカでは虐待の可能性を予測する質問票の開発もおこなわれている¹⁵⁾。本調査においても、いじめ意識の経験を有する者は2人のみであり、その潜在化を推察される。したがって、いじめ意識の経験においては、本研究の今後の課題であろう。

いじめられても誰にも相談せず我慢しようとする患者が半数以上存在することは、我々医療従事者側の認識は必要である。本資料は、老人病院に長期入院中の脳血管障害患者における、包括的医

療に向けた取り組みに対する示唆を与えることに、意義を認めるものであろう。

現在、日本の企業が大きな構造転換期を迎え、いっそうリストラをせざるを得なくなってきたことより、職場のいじめが深刻化してきている¹⁶⁾。したがって、いじめは、いつの世にも、いかなる年齢層にも存在するものであろうが、我が国では、老人層におけるいじめ・虐待問題に関する研究はまだ極めて少ない。これは、老人いじめ・虐待という考え方や認識がまだ低いこと、また実際に老人いじめの実態があっても、それを老人虐待として認めることに抵抗があることや、老人自身にも、権利意識が低く、諦めの気持ちが強いこと、さらにはいじめ・虐待の事実があっても、その問題について相談保護、支援するための受け皿がない等の理由があげられる¹⁷⁾。時代の趨勢として、高齢化社会を迎えようとしている現今においての包括的老年医療を再考するためには、いじめという視点からも患者をとらえる必要があるのではないだろうか。

我々リハビリテーション医療の立場からの、いじめ対策としては、医療従事者の質的向上を図る教育は勿論、患者にいじめる、あるいはいじめられる暇のないような、日々の生活の質的向上を図る工夫や努力、さらには地域、社会において、本問題の重要性を機会あるごとに啓蒙することが、いじめ予防対策における羅針盤であろうと考える。

老人のいじめ・虐待問題は奥行きが深く、原因と結果の因果関係だけで、ことを明らかにすることは難しい¹⁸⁾。したがって、いじめられ意識を有する患者を把握するためには、まず、ゆっくりと患者のことは傾聴し、患者の抑鬱度が高い場合は、その原因を検索するためのカウンセリングを行い、日常生活により深く関わってゆく必要があるのではないだろうか。

本論文の要旨は第55回日本公衆衛生学会（1996年11月、大阪市）において発表した。

（受付 '97. 1.17）
（採用 '97.11.20）

文 献

- 1) 北村俊則, 他. 小中学校でいじめられた体験を有する者の成人での心理社会的特徴. 日本医事新報

- 1996; 3722: 28-34.
- 2) 松林公蔵, 他. "Visual Analogue Scale"による老年者の「主観的幸福度」の客観的評価: 一標準的うつ尺度との関連一. 日本老年医学会雑誌 1992; 29: 811-816.
 - 3) 田中正一, 蜂須賀研二, 緒方 甫. 難病患者におけるADLとSDL(日常生活満足度). 総合リハビリテーション 1993; 21: 928-934.
 - 4) Taylor J. A. A personality scale of manifest anxiety. *J. abnorm. soc. Psychol.* 1953; 48: 285-290.
 - 5) Zung WWK. A self-Rating depression scale. *Arch Gen Psychiat* 1965; 12: 164-167.
 - 6) Naoichi Chino et al. Stroke Impairment Assessment Set (SIAS)-A new evaluation instrument for stroke patients. *Jpn J Rehabil Med* 1994; 31: 119-125.
 - 7) 園田 茂, 才藤栄一, 千野直一, 日常生活動作(ADL). 日本医師会, 編. リハビリテーションマニュアル. 東京: 日本医事新報社, 1994; 10-13.
 - 8) 田中良江, 他. 退院を回避する高齢患者の“家族関係”に起因する問題「生活力量の枠組み」を用いた調査結果から. 月刊ナーシング 1991; 11(9): 32-35.
 - 9) 三好春樹. 「盗られた」—自分は物忘れしない. イラストエッセイ 老人の生活リハビリ. 東京: 医学書院, 1991; 22.
 - 10) 山崎房一. いじめ心理の原点は他者依存. いじめない, いじめられない育て方. 東京: PHP 研究所, 1995; 8-34.
 - 11) 柄澤昭秀. 老人虐待をめぐって 米国の事情を中心に. 保健婦雑誌 1995; 51(7): 511-516.
 - 12) 高崎絹子, 他. 老人の虐待と支援に関する研究 [1] 埼玉県市町村保健婦に対する実態調査から. 保健婦雑誌 1995; 51(7): 966-977.
 - 13) 田中荘司. 老人虐待の調査実態からみえてきたもの. 保健婦雑誌 1995; 51(7): 517-523.
 - 14) 倉本英彦. いじめの予測について. 日本公衛誌 1996; 43: 824-833.
 - 15) Karl Pillemer, J Jill Suitor. Violence and Violent Feelings —What Causes Them Among Family Caregivers?—. *Journal of Gerontology* 1992; 47(4): 165-172.
 - 16) 山路憲夫. 職場のいじめ深刻化. 毎日新聞 1996. 12. 17; 2.
 - 17) 高崎絹子. 老人虐待の概念化と在宅ケアの課題 日本の特徴と支援活動の方向. 保健婦雑誌 1995; 51(7): 524-532.
 - 18) 澤田咲子. 訪問看護を通して「老人虐待」問題を考える. 保健婦雑誌 1995; 51(7): 533-536.

STATE OF BULLYING IN A GERIATRIC HOSPITAL

Kimiaki IKEGAWA*, Etsushi OKUMURA^{2*}

Key words: Geriatric hospital, Bully, Discriminant analysis

Recently, reports of bullying and beatings among school children has brought these problems to the public attention. Unfortunately similar problems exist among the aged and institutionalized patients in geriatric hospitals, e.g., covert teasing and bullying of the weak.

Therefore, the present status of bullying or being bullied in our geriatric hospital was analyzed and their backgrounds studied to develop clinical countermeasures against bullying.

Results of this study were as follows;

1. Nineteen percent of patients were victims of bullying, and patients who had performed the bullying were 3.0%.
2. Of those who were bullied 20.0% wanted to change hospitals, while 60.0% felt they could tolerate the situation or suppress their anger, and 13.3% of the patients who had exhausted their patience took revenge on the bully.
3. Patients who had been bullied tended to be more tenacious and had a high level of depression by Self-rating Depression Scale (SDS).

The apparent error rate in these results was 22.5%.

* Department of Rehabilitation, Asakura Hospital

^{2*} Department of Medical Technology, Kohchi Gakuen Junior College