

日本看護協会調査研究報告〈No.20〉1985

## 病院における老人看護

社団法人 日本看護協会調査研究室編

## は じ め に

新聞やテレビに、老人に関する話題が毎日のように取りあげられている。家庭の主婦も、老後のための住宅の考案や近所に住む老人のためのボランティア運動に参加するなど、高齢化社会に対する人々の関心は極めて高い。このような一般の人々の意識に比較して、問題の近くにいる医師や看護職など医療関係者の取り組みの姿勢には、いま一步の努力が求められるように思う。たしかに、老人保健法が制定され、昭和58年2月からその実施に入ったが、保健婦の増員も、地方自治体の保健事業への取り組みも、いま一つという感がする。

本会では、老人保健法に伴う問題や訪問看護などについて、委員会やプロジェクトを設け、老人看護のありかたについて検討を重ねてきた。また、病院内の老人に対する看護上の問題についても座談会をもち、協会ニュースの特集記事に取り上げた。それらのことを通して、老人看護には、老人特有の基本的な問題があるのに、それが、必ずしも十分に認識されていないのではないか、という感触をもった。

以前から、病人には老人が多かったのであり、ある日突然、新しい対応が求められるようになるわけではないが、とくに最近、老人との気持ちのつながりが持ちにくい、‘ぼけ’症状が現れる、退院がスムーズにいかない、といった問題が増加し、その対応に苦慮するようになっている。そのためには、老人の特性に立脚した老人看護の基本を学ぶ必要がある。しかし、目前にすぐ対応しなければならない問題が山積している実情を考慮し、そのなかで、特に改善を迫られている問題を取り上げ、委託研究をし、その成果をすぐ役立てられるようにするという、応急対策を講じることにした。この報告書は、その委託研究を集録したものである。

研究テーマは、1 老人の理解とコミュニケーション、2 老人患者の退院準備、3 入院に伴う不適応症状、を選んだ。研究委託者は、いずれも長年老人看護に取り組んできている看護職であり、各研究グループに、本会の調査研究室の職員が加わった。研究目的は、看護職が、老人看護について今迄に蓄積してきた体験を引き出し、整理し、より多くの看護職がそれを活用できるようにすることに置いた。したがって、新しい事実の発見というより、それぞれのテーマについて、各研究者の看護体験を話しあう、病棟カンファレンスに出された症例検討経過を分析する、病棟で対応した症例を検討する、という方法で、それぞれの課題について、看護のポイントを明らかにするという方法をとった。

この研究集録が、臨床で、また地域での老人看護に活用されるよう願っている。

日本看護協会常任理事 季 羽 倭文子

# 病院における老人看護

## ——目 次——

はじめに

老人の理解とコミュニケーション ..... 1

菅山 信子

岩下 清子

中津川和子

鳥沢 加代

老人患者の退院準備 ..... 31  
——リハビリカンファレンス——

池田 京子

原 礼子

入院時に不応症状を示す老人患者の事例の検討 ..... 59  
——不応の背景と看護のあり方——

廣田 早苗

池添 睦美

大場 明美

福木 祥子

勝亦旗紀子

# 老人の理解とコミュニケーション

菅山 信子*	(東京都養育院東村山老人ホーム健康管理室)
中津川和子	(東京都養育院附属病院)
鳥沢 加代	(東京医科大学附属病院)
岩下 清子	(日本看護協会調査研究室)

\* 執筆責任者

## 目 次

I	研究の目的と方法	3
II	コミュニケーションのずれが生じるプロセス, ずれが修正されるプロセス ——事例を通して	4
1	老人の一般的特性とコミュニケーション	4
2	コミュニケーションが困難な患者のパーソナリティー	7
3	家族との関係でみた老人心理とコミュニケーション	11
4	コミュニケーション障害の起りやすい時期・場面	13
5	言語・聴覚・視覚障害のある患者とのコミュニケーション	17
6	老人の身体的訴えと身体状況の判断	20
III	コミュニケーション障害をもたらす看護婦側の要因	25
1	看護婦の対応上の問題	25
2	看護チームの問題	27
	おわりに	28

## I 研究の目的と方法

### 1 なぜコミュニケーションの問題を とりあげたか

看護において、患者を個別的——ありのままに理解ことが大切だといわれているが、なぜそれが大切なのかを十分に理解し、またそのための手段を私たちは持っているであろうか。

人が病を得たということは、単に身体的に病むいうだけでなく、その人の生活の全存在が揺さぶられることを意味する場合が多い。そして、病を得た自分、そして自分の置かれている状態をどう受けとめるかによって、その人にとっての病の重さは大きく左右される。

病が自分の全存在をおびやかすようにみえても、やがては、病をのりこえ、あるいは病とともに生きる新たな、その人なりの生き方を見出す可能性を、誰しも持っている。ではそれは、いかにして可能となるのだろうか。病を得た自分、そして自分とまわりとの関係をありままにみつめ、ありのままを肯定的に受け止めるには、そのありのままを他者によって理解されることを必要とするのではないだろうか。

私たちは、このありのままを理解するための営み——言語のみならず非言語的なものも含めて——をコミュニケーションにとらえ、看護の中の極めて基本的かつ重要な要素と考えた。

老人は、生体反応の低下、感覚の鈍麻等により、はっきりとした症状が出ないことが多い。そのため、正しい（的確な）表現が出来ず、医療者にとっては、病気の発見や症状の

判断がむずかしい。また老人は、失なわれがちな自分のプライドを保つために、自分の思いをストレートに出さなかったり、訴えを抑えてしまったりしがちなため、自分の体や、まわりとの関係について、本当はどう思っているのかがわかりにくい。

しかし、訴えはその人の価値感、生活習慣、過去の経験、パーソナリティを反映していると考えられるので、その人なりの思考論理に添ってみれば、理解できると思われる。ただ現実には、老人患者の看護は手間がかかり、時間がかかる。そのため看護婦は、毎日当面しなければならぬ仕事に追われ、老人にとっての真の問題を見すごしやすい。問題を見すごしたり、とり違えた対応が老人の負担を増大させ、さらに問題を生み出す結果となり、問題を複雑にし解決を困難にしているはないだろうか。

そこで私たちは、老人を個別的——ありのままに理解し対応するための要件を明らかにしたいと考えた。

### 2 方法

看護行為は、看護婦と患者との相互関係の中で行なわれるが、患者も看護婦も個有の存在であり、また両者の関係は、患者同志、看護婦同志、その他のスタッフなど、多くの要因がからみあうなかで出てくるものであり、あくまでもその時一回限りの事象である。そのため、いくつかの要因に限定し、諸要因間

の因果関係を客観的に検証することは、あまり意味をもたないように思われる。

しかし私たちは、日常の看護実践において、個々の事例の中に共通したもの、普遍的なものをとらえており、それゆえに過去の実践が次の実践に生かされているのだと考える。そ

こで私たちは、老人看護の現場で体験した事例を個別に検討した。なおその際、老人患者とのコミュニケーションがうまくいった例ばかりでなく、うまくいかなかった例もとりあげ、そこからコミュニケーションを成り立たせている要件を抽出する努力をした。

## II コミュニケーションのずれが生じるプロセス、 ずれが修正されるプロセス——事例を通して

### 1 老人の一般的特性と コミュニケーション

老人の一般的特性のなかに、コミュニケーション障害を起しやすい要素が含まれている。しかしその老人の特性をふまえて接すれば、コミュニケーションはスムーズになると思われる。

#### 1) 生活習慣を変えにくい

老人は、自分の生活のリズムを変えたり、環境の変化に応じて行動を変えることが困難である。

患者は入院により、今までと異なる環境に身を置くことになるが、環境の違いを無視して家にいる時と同じように振る舞い、それが他者からみるとおかしい行動に見えることがある。そのような時、看護婦が呆けととってしまい、患者の自尊心を傷つけ、意欲を失わせてしまうことがある。

れをして、よい花を咲かせるのを楽しみにしていたO・Tさんは、高血圧の精密検査と薬のコントロールのために入院した。

入院の翌日、午前3時ごろ洗面所でジャージャー音がするため、看護婦が行ってみると、Tさんが洗面していた。「こんな夜中に洗面しないで下さい」と注意をしたところ、「こんな夜中じゃない。私はいつもそうしているんだ」と言う。看護婦は「みんなに迷惑だから止めて下さい」と中止させたが、その日一日中、Tさんは「看護婦に怒られた」と不機嫌であった。

そこで「家ではどうなさっていたのですか」と聞くと、「朝早く起きて、きちんと身仕度をして、朝日を拝んでから朝御飯を食べていた」とのこと。「自分の生活はこうなんだ」と自信を持っている。「元気な時は良いけれど、病気になった時は変えた方がよいのではないのでしょうか」と話したところ、Tさんは心良く納得した。

＜O・Tさん 男 78歳の例＞  
庭仕事が好きで、毎日せつせと花壇の手入

Tさんは、自分の生活リズムをきちんと持ち健康に過してきており、自分なりに自信を

持っていただけに、看護婦の注意はそれを否定するものと思われ、受け入れられなかったのではないだろうか。「ずい分とお早い洗面なんですわね」といった肯定的な話しかけをしたら、どうしてそのような早い時間に洗面をしたのかわかるし、入院生活の不自由さに同情を示していたら、他人に迷惑をかけることに思い当たり、早朝の洗面をやめることを、スムーズに了解していたのではないかと思われる。

## 2) 状況判断力の低下と過去の経験による判断

老人は、新たに生じた状況について判断する能力が低下しており、その分過去の経験に頼って判断しようとする。過去のある種の経験にもとづく考えが信念となっていると、それがたとえ今の状況に合わなくても、考えを変えることは極めて困難である。

療養上の注意等の説明も、その時の状況に照らし合わせて総体的に理解することが困難で、自分に理解できる部分、あるいは受け入れられる部分だけしか聞いていなかったり、自分に理解できない部分を、自分の過去の経験で補ない、自分流に解釈する傾向がある。その結果、療養上の注意等が守られず、看護婦にとって理解できない行動をとることがある。

看護婦は、このような患者を呆けているとあって、理解させることをあきらめてたり、逆に、身勝手に頑固な患者だときめつけ、患者の考えがまちがっていることを認めさせようと、むきになりがちである。しかし、いくら理屈で説明しても患者は納得せず、看護婦がむきになればなるほど、看護婦に反抗的となることがよくある。表面的には看護婦の説得を受け入れたように振る舞う患者でも、心

の中では受け入れていないため、看護婦の言うことに従った結果が悪かったような時は、自分の方が正しかったのだと考え、看護婦を信用しなくなる。

### < K・Wさん 女 78歳の例 >

縁内障にて48歳の時に失明。家族と同居し、日常生活は大体自立していたが、高血圧の治療中、心不全にて入院する。

入院時、浮腫がありベット上安静を指示されたが、「動かないと足腰が弱くなる」と言っ  
て、安静を守らない。また、塩分も1日7gに制限され、つくだ煮や梅干の摂取は禁止されたが、どうしても梅干がないと食事がとれないという。そこで患者と相談の上、減塩の梅干を1日半分、その代わりにみそ汁その他の塩分を減らすことにしたが、患者は毎食、半分の梅干を要求する。何度説明しても「私は梅干がないと食欲が出ないのだから」と納得しない。医師も回診のつど、病状の説明と減塩の必要性を説明し、「家に帰れば食べられるのだから、病気が治って帰れるまでがまんして下さい」と話したところ、「家に帰れば食べられるんですね」と念を押す。再度治療と安静、食事療法の必要なことを説明したところ、「そうですか」と、やっと納得した様子であったが、翌日「私を家に帰して下さい」と言う。「家に行ければ万事がうまくなるんですから」と。

医療者側では、「病識がなくてどうしようもない」という感じを持ち、「いつも話しているのでわかっているでしょう。今ごろそんなこと言ってもしかたがないじゃないですか」という言い方で話すようになっていった。

その後患者は、足が痛い、眠れない、頭が痛いなどの訴えをするようになり、血圧も時



には200以上(通常140~160)になる事があった。

そこで看護婦は、Wさんは自覚症状がないため病識が持ちにくいのだから、Wさんが少しでも自分のからだの異常を訴えたら、それが病気とどう結びついているのかを、そのつど理解できるように働きかけながら、接触を深めていったところ、安静、食事療法が自主的に守られるようになった。

その後、回復に向かい、段階的に行動範囲と広げていくに際し、その理解に時間はかかったが、本人の気分やからだの感じ方を大切にしながら、一つ一つの動作を拡大していったところ、その段階を理解されるに至った。

老人の中には、元気で生きたいという願いから、「食べなければ」、「動かなければ」という思い込みを持っている人は、比較的多い。ことに自覚症状がない場合は、こうした思い込みが前面に出て、結果的に療養上の注意が守られないことがよくある。その際、看護婦が安静、食事療法が守られないことに対し、患者にとってはそれなりの理屈があることを無視し、医療者側の論理で説得すると、患者は一層混乱してしまう。

Wさんの場合も自覚症状がないため、医療者側の説明を自分の理屈に合うような聞き方をしてしまい、その理屈がなぜ退けられるのかが理解できず、医療者に不信感を持ってしまったようである。そこで看護婦は、本人が病識を持てるように働きかけながら、看護婦に対する不信感を解消するよう努力した。

老人は、長い人生経験から思い込んでいることもあるため、老人の思考過程が看護婦にわかりにくく、老人の言動が不可解に思えることがよくある。しかし看護婦が、老人がな

ぜそのような言動をとるのかを理解しようとすれば、老人にはそれなりの理屈があることがわかり、それを尊重した対応をすると、時間はかかるけれども、たいていは、看護婦の話すことを老人は納得するものである。

### 3) とぼけ——自ら認めにくいことが 起った時

失禁などの老いのあらわれを老人自身認めたくないし、他人にも知られたくない時、老人は呆けた振りをする(とぼける)ことがある。このような時、看護婦が、呆けとみてしまったり、言動がおかしいと指摘したりすると、老人の自尊心を傷つけ、自信と意欲を失なわせてしまうことになりかねない。

#### <H・Mさん 女 82歳の例>

心不全で入院したが、退院間近になったある朝、看護婦が訪室したところ、ベッドの棚におむつが干してあった。「このおむつ、どうなさったのですか」と聞くと、「洗濯をしておきました」とのこと。時どき尿失禁があることを知っていたため、「あらそうですか。それはどうもすみませんでした。ではあちらで乾かしますから、いただいて行きます」と言うと、「いえ、こちらで乾かしますからそのままにしておいて下さい」と強く拒否される。

看護婦は、Mさんはおむつを手元においておきたいのであらうと考え、患者のメンツを潰さずにおむつを引き上げようと、他の乾いているおむつを一枚持って行き、「このあとは私にやらせて下さい」とお願いしたところ、Mさんはしぶしぶながら納得した。以降汚染したおむつは、「すみませんがおねがいます」と自分から出すようになった。

＜S・Yさん 男 84歳の例＞

小脳出血で入院している元大学教授。ナースコールがあり訪室してみると、「こんな冷たい所に寝かせるとは何だ。これでも病院か」と大声でどなる。どうも尿失禁したらしい。「どうもすみません。すぐにとりかえますから」と言って、大急ぎでとり変えにかかったが、後仕末がすむまで怒り続ける。「これでよろしいでしょうか」と問いかけると、「うむ、よろしい」と納得する。

MさんもYさんも、日常生活は支障なく行われており、自分の以外な失敗に驚き、とっさに出た自分を守るための行動であったと思われる。そしてその失敗とは、両者とも排泄に関することであった。

老人が老いていく自分をきちんと受けとめ、人間としての尊厳を保ち、それなりに自立した生活を再構築する上で一番の妨げになるのが、この排泄の問題であると思われる。排泄が生きていくために重要な要素であるがゆえに、はじめてその失敗に直面した時、「とぼける」という一種の自己防衛行動をとるのは、ごく自然なことといえよう。

その際看護婦が、性急に事実を認めさせようとしたり批難めいたことを言うと——特に大勢の人がいる中で、老人は不安感が強まり、大きなストレスになって呆けてしまうことがある。

幸いMさんの場合もYさんの場合も、看護婦は患者のプライドを傷つけることなく対処したため、後に問題を残すことはなかった。そして、本人が失禁という自分にとっての現実を、受け入れられるようになったものと思われる。

2 コミュニケーションが困難な患者のパーソナリティー

患者の真の思いのとりちがえが起るケースを、患者のパーソナリティーに着目してみると、一定の傾向が見い出される。そのようなパーソナリティーを持った患者と看護婦との間にありがちなコミュニケーションのずれの原因を知るとは、よりよいコミュニケーションをもつ手がかりになると思われる。

1) 容易に他人に弱みを見せられない患者

自分の立場、プライドを守るために、容易に他人に弱みをみせられない患者がいる。そのような患者は、自分の欲求、思いを率直に表現できず、何かにかこつけて表現することがよくある。また、自分のつらさを人に言えず、それに耐えられなくなった時、一挙に怒りとなって表出されがちである。

このような患者を看護婦は、一般的にわがままな患者、気むずかしい患者とうけとめ、敬遠しがちである。あるいは高圧的に対応し、よけいに患者の怒りを買うこともある。

＜N・Tさん 男 69歳の例＞

N・Tさんは若い頃から努力家で、大学卒業後会社に就職したが、勤務しながら再度夜間大学で学び、57歳の停年まで課長として職責を果たし、家にあつては家長、父としての存在感をしっかりと持った人であった。

疲労感、食欲低下が続いたあと、下の浮腫、下腹部緊満、嚥下障害が出現したため受診。その時すでに胃癌、腹腔内転移、鼠径リンパ転移、癌性腹膜炎を併発しており、緊急入院

となった。

入院時、すでに自力でからだを動かすことは困難な状態であったが、ベット上の排泄を嫌がり、肩で努力呼吸をしながらトイレまで歩行する。同一体位の持続が困難なためよく眠れず、食事もやっと2～3口とするような状態でありながら、看護婦に対して苦痛を訴えない。話しかけを少し多くするとイライラした様子で黙ってしまい、特に検査の説明をすると怒り、拒否するようになる。この頃、家族との会話も少なくなっていた。

夜間巡視時、起座になりじっと壁に向っていることや、訪れるたびに体位が変っていることなどから、苦痛で眠れない様子が察せられたため、背部マッサージをしながら「こんなにお腹がはっているのだから、じっとしていられなくて辛いでしょう」と話しかけると、率直にうなずく。翌朝の検温の時、「昨夜は全く眠れなかったでしょう。つらいですね」と声をかけると、ホッとした感じが顔に出て、「そうなんですよー」と。看護婦もやっと心が通じあったと言う実感が得られ、ホッとする。

その後検査を拒否したことがあったため、「食事でも食べられないのに検査続きでつらいでしょうけど、この検査をすることでつらさの原因を知ることができ、治療できるのだから頑張って受けて下さい」と話すと、黙って車椅子にのった。以降、検査の際には看護婦が付添い、患者を支えるように努力した。

その後、衰弱がはげしくなりIVH挿入。これを自分で抜去することがあったため、「入院以来苦痛の連続であるにもかかわらず、患者本人の訴えがない。その苦痛が、自分一人で耐えられなくなって、このような形で表われたのではないか」と話し合った。以降胃チューブ、バルン挿入等の処置前に、医師、看

護婦共々、患者の話をよく聞き、充分納得のうでで処置するようにしたところ、受け入れる様子がうかがえた。

患者の状態を観察すれば苦痛は明らかである。それなのになぜ訴えが出ないのか、に目をむける必要があった。患者の性格を考えれば、過去の職業や、父として夫としての役割意識から、「弱音をはいてはいけない。言うべきではない」と言うように、自己抑制していることも考えられる。看護婦が単に機械的に患者から症状を聞き出すだけで、患者にとって当然つらいであろう部分に目が向けられなかったために、なおさら言えなかったとも考えられる。

役割意識や過去の生き方から、「強くあらねばならない」と自己抑制をしている人でも、心の底では、「つらい」、「いたわってほしい」、「誰かに頼りたい」、「手をかして欲しい」という思いがある。Tさんの場合、看護婦が手をそえて具体的な援助をしながら（夜間巡視時の背部マッサージ）、Tさんの苦痛に目を向けて言葉かけをしたことから、Tさんは素直に自己表現をしている。そして、自分のつらさがわかってもらえたという思いが、つらさに耐えていく力になったといえよう。

#### <M・Iさん 男 71歳の例>

温厚な元大学教授である。

外出先で腹痛を起して受診したところ、胃癌、癌性腹膜炎にて入院となる。入院時より腹水による腹満と腹痛、食欲低下があり、日を追って症状が悪化していった。

症状の悪化にともない、今まで自分でできていたことが一つ一つできなくなって、床上

生活が多くなったが、その頃、外部の騒音や空調音が大きいことに（入院時より同じ条件である）、「これだけの大きな病院でこんなことも解決できないのか」と、けわしい表情で怒りをぶつけている。微熱のために体熱感と倦怠感が強い時にも、具合が悪いことは訴えず、室温が高いせいにして、「きちんと病人に合わせて温度を調節していない。私は頭を使う仕事だから、呆けてしまっては困るのです」という。また食べられないのも、「もともと少食ですから」といったり、あるいは、味付けや献立のせいにする。そして、身体的苦痛についての愚知や弱音は、最後まで吐いたことはなかった。

看護婦は、患者はいつも温厚でプライドをもって生活していたが、それが守れなくなる程身心ともにきびしい状況にあるのだろうととらえ、患者に不満、怒りをぶつけてもらい、要求をとにかく否定しないで、できる限り入れることにした。例えば、空調音に対しては、係の人に病室まで来てもらい、何らかの努力をしてもらうようにした。その結果、音自体は変らなかったが、「お陰様で助かりました」と言い、その後、このことを訴えることはなくなった。

M・Iさんは自分の職業に誇りを持ち、入院直前まで現役として仕事をしていた。また妻が病弱で遠方に通院していたが、その際は必ず付添うなど、多忙な生活をしていた。それが入院によって、世話する立場から一変して世話を受ける立場になった戸惑い、苦痛は大変なものであったであろう。その上、身体的苦痛を訴えることを潔しとせず、病んだ心身をぎりぎりのところまで追い込んで行って、耐えきれなくなったものと思われる。

この事例では、看護婦が、患者の訴えないところを尊重しながら、表現された一つ一つの問題に対応しつつ、訴えられない苦痛を理解し、共感していったことで、患者は大学教授としてのプライドを失うことなく、種々の苦痛に耐える力と方法を、自ら獲得していったものと思われる。

## 2) 頑固、マイペースで、容易に自分の考えを変えない患者

看護婦の言うことにあえてさからわないが、受け入れようとはせず、自分流のやり方を変えない患者がいる。

このような患者は、一般的には頑固な患者あるいはマイペースで、本当は何を考えているのかわからない患者とうけとめられる。看護婦にとって、言ったことが伝わったのかどうか確認しにくい。そのため、放置、あるいは逆に過干渉になりやすい。

### < B・Nさん 男 85歳の例 >

B・Nさんの妻は乳のみ児を残して45年前に死亡。以後再婚はせず、息子を育てて、息子が成人して以来ずっと一人暮らしであったが、1年前に老人ホームに入所した。育てた息子は離婚し、現在は消息不明。その息子の子供（孫）が時おり面会に来る。

1ヵ月前より嚥下障害が出現し、固型物は全く飲み込めず、流動物も時どき嘔吐するようになった。しかし入院が嫌で苦痛を訴えず、ホームの担当職員が見かねて受診をすすめても拒否していた。そのうち全身衰弱で歩行困難となり、ホームでの生活ができなくなって受診したところ、食道癌と判明し入院となった。

入院後も、自発的に苦痛を訴えることは全

くない。痰の喀出が多く苦しそうで、食事も摂取できない様子なので聞いてみると、「食べた」とか、「水なら飲める」と言い、残った食事は、看護婦にわからないように吐物と一緒に始末していた。

また、薬も「あとで飲むからそこにおいて」と言い、飲まないことが多い。2～3日服薬したあとピタリと飲まなくなった時など、逆流性の嘔吐をしていたことなどから、薬を飲む時に苦しい思いをして嫌になったのではないかと推察されるが、本人は理由を言わないので、確かなことはわからない。

患者に何とか協力を得ようとして、医師や看護婦が働きかけても、「はい、はい」という答えは返ってくるが、行動の変化は全くみられない。看護婦が何度も同じことを要求したり、強くいったり、説明を求めたりすると、不機嫌な表情になったり怒ったりして、食事もしないと黙りこくりに、自分の殻にとじこもってしまい、手の出しようがなくなってしまった。

その様な状況の中で、アプローチの方法を模索しているうちに、B・Nさんの性格や生活歴などを理解することができたので、本人が嫌だと言うことは押しつけず、思うままにしてもらったところ、不機嫌になったり怒ったりすることが少なくなり、時どき冗談も出てくるようになった。しかし、与薬や栄養に関しては問題が残ったので、看護婦は、それらを解決するための別の方法をみつけ、配慮するようにした。

B・Nさんは、長い一人暮らしの生活で、誰にも指図されず自分流にやっていくという生き方と、他人に弱味をみせたくないという性格を、身につけてきたものと思われる。

今まで自分なりに生きてきたのに、今は自

分のことが自分でできない、そういう今の状況を認めたくない思いがあったのかもしれない。そのような時、看護婦の対応が、一人で頑張っているという思いすら無視した干渉と思われ、心を閉ざしてしまったのではなかろうか。

そこで看護婦が押しつけを避けるなど、B・Nさんの生き方、性格を尊重したかわりをすることによって、次第に心を開いて行ったものと思われる。

#### <K・Kさん 女 78歳の例>

ずっと独身で家政婦などをしながら生計を立てていたが、高齢になり、腰痛、関節痛で思うように働けなくなったため、11年前、67才で老人ホームに入所した。身内はいないとの事であった。

入所時、高血圧、高尿酸血症、腰椎の圧迫骨折、慢性関節炎があり、服薬と食事療法で治療が開始されたが、時どき中断し、病状が悪化傾向にあった。そのため医師は、「このままでは近いうちに治療できないほどに悪くなるので、服薬と食事療法をきちんと守るように」と強く言ったところ、外来通院をしなくなってしまった。

それまでも医師や看護婦の注意を守ろうとせず、自分がつらい時のみ受診するような状況だったため、医療者側では「勝手に頑固で、どうしようもない人」と言う印象をもっていた。

しかし、このまま放って置くことはできないと、看護婦がホームの居室に訪問したところ、「何をしに来たのですか。治療しようがしまいが、私のからだなのだから自分で決めます」と強い拒否に会い、入口から中に入れてもらえない状態であった。心配なので様子を

見に来た旨を話すと、「私のからだは治らないのだし、無理に治す気もない。自分の病気のことは自分でよくわかっているし、他人にどうのこうのと言ってもらう必要はない」と言う。

看護婦はその時は辞して、その後数回訪問し、世間話などあれこれ話すなかで、苦い頃の生活について問いかけると、時おり答えが返ってくるようになった。必ずしも幸せでなかった過去の生活と、がんばって生き抜き、そしてKさんなりに考えている現在の生活について語りあってゆくうちに、「からだがとてもつらい。出来ればいつまでも元気で動きたい」と言うことばが聞かれるようになった。そしてKさんは、「生まれて初めてこんな話をしました」と言い、その後は他の看護婦に対しても心を開くようになり、服薬、食事療法も守るようになった。以降、遠慮がちに自分のからだの変化や気持ちを看護婦に話すようになり、ささいな援助も、「ありがとう」と、心からの気持ちを表現するようになった。

Kさんにとって、年老いてからだも不自由になった今、過去の生活（業積）を認め、共有してくれる人、喜びや悲しみを共感してくれる人はいない。苦労の多かった生活から他人を信じられなくなり、自分自身さえ切り捨て、頑固に心を閉ざしてしまっている。ただ考えるのは、楽に死にたいということだけであり、多少の苦痛があっても耐えることには慣れている。そのようなKさんにとって、病気を治す意味が持てなかったのではなかろうか。

看護婦は、そのようなKさんの孤独感、淋しさを察し、それを聞く努力を重ねた。その結果、Kさんは徐々に孤独な心を看護婦に打

ち合けることができた。共に悲しんでくれる人、共に在ってくれる人を得て、Kさんは本来の姿にかえり、病を治す勇気が持てたのではないだろうか。

### 3 家族との関係でみた老人心理とコミュニケーション

老人患者とかかわる上で、老人と家族との関係を見落すことはできない。

家族関係は、お互いが相手から期待される役割を果し得る状態にあれば、良い関係が成り立っているものである。しかし、その状態が保てなくなった時、親子といえども、親密な関係の保持が危くなることもある。

概して現在の日本の老人は、家族（特に子供）に対して強い期待を持っている。その裏がえしとして、子供に対して不安と失望感を持ち、子供は心理的葛藤を強める、という関係になることが多い。このような関係を背景に、一見自立している老人でも、心理的には自立させられている場合が多いし、自分から自立している老人の場合でも、家族（子供）を切り捨てている——しかし、子供の幼少時の自分のイメージをいつまでもかかえ込んでいる——場合も見られる。

老人にとっての家族への思いは様々であり、また表現された言葉だけではとらえられないものがある。しかし、家族への思いは、老人患者の療養生活に色こく投影しているので、看護婦としては、それを理解する努力がなされなければならないだろう。

#### 1) 隠された家族関係への不安

老人は、「入院した」、「人の世話を受けねばならないからだになった」、「入院が長期化し

ている」、「家族が見舞いに来なくなった」などを契機に、「家族に捨てられるのではないか」という不安を持つことがよくある。家族への依存度の強い老人にとっては、この不安は大きなストレスとなる。

しかし、現在の老人の価値観からすると、家族関係の悪いのは自分の恥と考え、また他者からそのように思われるのをおそれ、第3者に話すことはあまりしない。従って上記のような不安は、訴えとして表には出ず、老人の心の中にうっ積されやすい。そしてそれが、いらいらや怒りとなって表出されることがある。ところが、患者がそのような不安の中にいることが看護婦に分りにくく、対応にとまどうことがある。

#### < I・Sさん 女 76歳の例 >

息子夫婦と孫3人との6人家族で暮しており、腎不全で入院した。やさしく、人あたりの良い老婦人といった印象の人で、看護婦との関係も、割合早くからうまく行っていた。

家族の面会が何回かあったある時、看護婦は一つの事に気がついた。それは、Sさんが家族と面会中は楽しげに談笑していても、決して排泄は家族に頼まないことであった。どんなに我慢しても、家族が帰るまで待って看護婦に依頼する。時には間に合わないこともあった。

そんなことが気になり出した頃、検査のことを話すと、「家の者に話してくれましたか」と必ず聞かれるようになった。そして「いつ面会に来るか電話をして下さい」などと、家族への伝言を頼まれることが多くなった。時には、面会に来る日曜日が待てずに、夜間に電話をして欲しい、とナースコールをすることもあった。そのうち「食事がまずくて食べ

られない」、「点滴の時、手をきつくしめつけたので、しびれて治らない」など、看護婦に対する苦情が多くなっていった。

看護婦はSさんの変化にとまどい、不愉快な思いもあって、なるべく避けようとする姿勢になっていったため、更にSさんのいらいらは募り、依存的になっていった。

このままではどうしようもないと、看護婦間で話し合い、同じように家族と離れて長期入院している人とお友達になるようにすすめてみたり、看護婦もなるべく時間を作ってSさんと世間話をして、Sさんの家族に集中した思いを、いくらかでも他に転換するように努めた。

そうしているうちにSさんは、「家族の者も大変なんだものね」と、冷静な立場がとれるようになっていった。これでSさんの不安が解消した訳ではないが、コールの回数が減り、いらいらした態度が少なくなったため、看護婦にとっては大変楽になり、また初めのように気軽に接することができるようになった。

老人は孤独な存在である。まして家族から離れて入院生活をしている場合は、病気に対する不安も重なり孤独が一層強まる。そして、家族に対する思いは日経つにつれてつのり、家族から捨てられるという不安を抱くことが多い。この不安を放置しておくと、不安は憎しみへと発展し、家族関係をこわすことも起りうる。ところが、身近にいる看護婦が、老人の不安な気持ちをうけとめ、支持することで、家族との関係の緩衝帯を作り、老人の不安を和らげることは可能である。

幸いSさんの場合、看護婦が、Sさんの家族への思い、不安を察して対応したことにより、Sさんは家族の事情、家族と自分との関

系の現実を、少しずつ受容できるようになったのではないだろうか。

## 2) 家族とのかかわり

看護婦は、老人患者の家族への思い、家族から捨てられるのではないかと、という不安を知った時、家族を何とかして患者に近づけたと思うだろう。しかし老人と家族との関係は、第3者に見せているのとは非常に違う部分がある。従って家族だからと言うだけで家族の役割を求めると、かえって、かろうじて保っている老人と家族とのきずなを危くすることになりかねない。ただ、ただ家族に迷惑をかけないことで、家族との関係を保っている老人もいるのである。

家族へのかかわりは、その老人が家族との関係を、どの部分、どの方法で保っているかを知る一方、家族の老人への思いと家族の事情をよく知った上で行なう必要がある。

## 4 コミュニケーション障害の起りやすい時期・場面

どんな患者でも、コミュニケーション障害の起りやすい時期、場面がある。即ち、自分自身及び自分の囲りに起った変化がまだ受け入れられないなど、何らかの原因により不安、猜疑心が強くなる時期があり、そのような時には、自分の思っていることを正しく伝え、また他人の言うことを聞き、理解するゆとりがない。そして、ちょっとしたコミュニケーションのずれから、看護婦に対して拒否的、攻撃的になったり、あきらめ、落ち込み、すりかえ、呆けへの逃げ込みが生じやすい。

患者はどのような時に不安や猜疑心が強く、そのような時に、看護婦はどのように対応を

したらよいのだろうか。

### 1) 入院直後の不安

余備力の低下している老人にとって、入院することは、疾病による身体的影響に環境の変化が重なり、心理的に大きな負担になると考えられる。それに加えて、入院直後に次々と検査が行なわれ、その結果が十分理解出来ない場合、あるいは情報が充分得られない時は、不安を一層増しやすい。

このような不安の中にある患者は、家にいる時は通常の社会生活が可能であったにもかかわらず、病院の生活や治療について理解ができなかったり、依存的傾向が強くなって、日常生活動作の自立が困難となることがよくある。

不安感が強く出る老人の場合、同じことを何度も何度も確かめたり、トイレや洗面所へ行ったら自分の部屋がわからなくなったり、検体をとるのを忘れて、食待ちを忘れて食事をとってしまったりするなどの問題が出やすい。時にはトイレ誘導をすると、言葉では「はい、はい」と返事をしながらお布団をたたんだり、床頭台の荷物を出し入れしたりして、目的の行動になかなか移行できなかったり、用事があると思えないのに、ふらふら歩き廻るなど、意味のない行動やまとまりのない行動をすることがある。

このような時老人は、自分自身「私は変になってしまった」、「呆けてしまったのではないか」など不安感を強めており、精神的に落ち込みやすい。

看護婦が手順通り仕事をすすめることを急ぐあまり指示的に接すると、老人はますます主体的な判断が抑圧され、ただただ機械的に動かされているという気持ちになり、ストレスが高まる。また看護婦が、この老人は呆けた



のだろうと思い、それを匂わす言葉使いや態度をとると、患者はさらに不安感を強め、自信を失って全く依存的になり、その回復に時間がかかる。

しかし、看護婦が患者の不安を察し、患者のペースにそって、受容的、支持的にかかわっていると、2～3日で落ちつき、正常にもどることが多い。

## 2) はじめての入院、本人が納得していない入院

入院経験のない患者にとって、病院とはどんなところなのか、医師や看護婦はどんな人たちか、果してこれから自分はどんな扱いを受けるのか、わからないことばかりである。自分のことが自分で出来ない状態にあって、家族など身近にいた人々から離れ、見知らぬ場、見知らぬ人に身をゆだねるものの不安は、極めて大きい。

さらに、心身の異常が自覚できないために入院の必要性が理解できない老人や、独居不可能な状態になった老人などを、本人が入院を拒否しているのに、囲りの者が無理に入院させてしまうことがある。このように本人が入院を納得していない場合も、患者の不安、猜疑心は大きく、看護婦に対して拒否的になることが多い。

### 〈S・Kさん 男 82歳の例〉

自宅近くの理髪店にて意識消失し、脳卒中の疑いで入院。Kさんは、息子夫婦と孫、妻と同居していて、妻がねたきりのため、当初入院を拒否していたが、家族にすすめられて納得しないまま入院した。

看護婦は病院への適応を考慮して、家族に1週間ぐらい毎日の面会を求め、協力を得て

いたが、患者は落ちつかず、食欲が低下していった。そのため、入院した時は自立起座が可能であったのが、介助しても起座が困難となり、ねたきり状態となってしまった。

そのような状態の中で、呆けの程度を調べるための長谷川式テストが何回か行なわれ、その直後、「僕、頭がおかしくなった」と言い、全てに自信を失い、さらに落ちつかなくなってしまった。検温時、体温計をはさむと、「僕、どうしたらいいの。ここに居ていいの」、「すぐ来てね。僕わからなくなっちゃった」などと言う。

不安感が強いので、食事は家族と一緒に、自宅で使っていた自分の食器を使うなど、日常生活の細部にわたって考慮してみたが、改善がみられなかった。しかし、C・Tその他の検査結果は、「異常なし」であった。

Kさんは温厚なやさしい性格で、ねたきりになっている妻を良く面倒見ていたので、入院しても妻のことが心配だったであろう。加えて、はじめての入院の不安と混乱の中で、種々の検査が行なわれ、さらに知能テストによって、不安と混乱を深めて行ったことが考えられる。

看護婦は、初めて入院した患者なので、不適応については考慮していたが、患者が不安の中で自信を失っていく過程を早期に知り、対策をたてるまでに到らなかった。患者のより深い理解と観察、そしてチームとして足並みをそろえて対応することの重要性を、痛感させられた事例であった。

## 3) 身体機能が急激に低下した時

身体機能の急速な低下により、今まで出来ていたことが出来なくなった時、人は誰しも、

すぐには、自分に起ったその事実を受容できない（認めたくない）。

周囲の者は、老人になったら心身の機能が低下し、死に向うのは当然と考えがちである。しかし何歳になっても、それは本人にとっては当然ではない。それゆえに、身体機能が急速に低下した時の患者の内面の動揺と、囲りで想像する患者の内面との間には、相当のギャップがあると考えられる。

#### 〈K・Cさん 男 65歳の例〉

生来健康で過し、病院嫌いもあって、からだの異常を感じてもそのままだったため、受診した時は、貧血、全身衰弱が激しく、本人の望んでいたことではなかったが、即日入院となった。病名は右腎腫瘍。

入院後は、終日ベット上でねたり起きたりの生活で、気分のよい時は1日1～2回、喫煙のためロビーに行くこともあった。排泄はベットサイドで尿器を使用し、大便の時のみ、ふらつきながらトイレに歩行していた。食事は全量摂取していたが、体力の消耗は日毎に増していった。

間もなく、夜間の尿失禁が時々みられるようになったが、訴えることはなく、「お茶でもこぼれたんだろう」と言う。尿であることは確かであったが、失禁を認めさせたり注意したりしない方がよいと看護婦は判断し、黙ってそっと取替えていると、眠った振りをしたり、「いいからかまわないでくれ」とどなったりする。しかし、根気よく黙々と続けていたら、拒否することがなくなり、「ありがとう」と言う言葉が聞かれるようになった。

K・Kさんは好き嫌いがはっきりしていて、抑圧的な言い方や、指示の多い看護婦には心を閉ざし、無視した態度をとり続けていたが、

「今日は検査で疲れたでしょう」、「もう少しですから頑張ってください」などと声をかけ、現状のつらさをわかってくれると思える看護婦には、次第に心を開いていった。そして、元来無口で、あまり自分のことについては話さない人であったけれども、入院するまでの生き方などについて話したり、自分の症状について話すようになった。そうしているうちに、徐々に自分の現在の状況を受容している様子が見られるようになっていった。

Kさんの場合、本人の自覚がないままに体力が低下し、しぶしぶ入院したが、検査が続くだけで少しもよくなり、むしろ日一日と悪くなる一方であった。今まで出来ていたことも出来なくなり、もう治らないのではないかという疑いを持ち、不安の頂点にあった時期に、更に追い打ちをかけるように尿失禁があり、そのショックは図り知れないものであったと思われる。

理由はどうであれ、はじめて失禁という場面に遭遇すると、多くの人は大きなショックを受ける。そして、性格的に頑固で強い人は、攻撃的、反抗的な傾向を示すことが多い。反対に温厚で受身的な人は、そのショックを表面に出せず内向し、意欲低下をきたしやすいので、看護婦は更に配慮しなければならない。

老人一人一人、受け取り方とその影響が違うため、このような場合の対応は非常にむずかしい。一般的には、Kさんの例のように、黙ってやる方が危険が少ないが、そのようなやり方が、かえって患者を卑屈にしまうこともある。そのような時は、さりとて、「びっくりなさったでしょう」といった言葉で、暗に今直面していることは、恥しいことでもなんでもない、極く当り前のことであるとい

うことを伝えることができれば、「すみませんね」とか、「お手数をかけますね」という応答があり、さらっとおさまることもある。

いずれにせよ、患者にとって、自分の身に起った変化の現実を受容するには、時間が必要である。従って、入院直後の場合と同様、看護婦は患者の不安を察し、患者のペースにそって対応する——待つことが大切と思われる。

#### 4) 身体状況が改善し、日常生活動作の拡大をはかる時

身体状況がよくなり、日常生活の自立の可能性が拡大し、今まで看護婦にしてもらっていたことを自分でするように要求されたとき、つき放される不安を持つ人も多い。もう自分で出来るはずという看護婦の判断と、自分のからだにまだ自信もない、まだ看護婦に依存したいという患者の思いとの間には、ギャップがあるといえよう。退院方針が出された時も、同種のギャップが存在することが多い。このギャップが大きく、患者の不安が高まると、患者の依存欲求はかえって高まる。

##### 〈M・Tさん 女 68歳の例〉

脳卒中で入院。右片麻痺で障害は比較的軽く、リハビリ訓練により独歩は多少不安であるが、杖歩行で外出できるようになった。指の動きもよくなり、ボタンかけ、錠剤のとり出しなど独りで出来るようになり、日常生活は大体自立可能となった。

そこで退院の方針が出され、患者に伝えたところ、「私は家に帰って今まで通りに生活できるでしょうか。また悪くなることはないでしょうか。手がまだ少し変なんです。足だっ

て引きずるんです」と訴える。看護婦は、「と

にかく頑張ってみましょう」と話し、外泊を試みれば自信がつくものと考え、試験外泊の後、退院に持っていった。

一ヵ月後訪問したところ、「何も出来なくて困ってしまいました」と言う。本人の訴えを聞いたり、身体状況を見てみると、再発作や身体機能の低下はみられないが、夜間にトイレまで行くことに不安があり、不眠と、生活全体に自信を失っていることがわかった。

そこで、家族にTさんの状態を説明して、本人が自信を持ってトイレに行けるようになるまで、ポータブルトイレを使っただけで、夜間もトイレに行けるようになり、以後生活状態は安定し、自発的に買物や散歩に出るようになった。

患者が障害を残して退院する場合、病院では日常生活行動が自立できていても、家庭では、トイレ、洗面所、浴室の使い勝手が違う上に、家族が看護婦と同じようにうまく援助してくれるかどうか、家族に面倒をかけることになるのではないかなど、患者はあれこれ心配する。

このTさんの場合、本人が退院後の不安を訴えていたが、看護婦は外泊を試みたことで、うまくやっていけるだろうと一方的に思い込み、Tさんの感想を聞いていなかった。

「私、家に帰ってから今まで通にできるでしょうか。また悪くなることはないでしょうか……」という、言葉の裏にある不安感の大きさ、深さ、複雑な心情について理解した上で援助していたら、家族での生活はもっとスムーズに行ったのではなかろうか。

排泄の自立をすすめる（たとえばおむつからポータブルトイレ）時や、リハビリの段階を上げる時などにも、本人は自分の体力や能

力に自信が持てず、本人の期待度と家族や看護婦の期待度にずれが生じ、患者に不安が高まることがよくある。その際、看護婦が患者の不安のあり場を知り、精神的な依存欲求を受け入れながら、その人のペースに合わせた援助の具体的な方法を見つけ、実行すれば、身体的依存は最少限におさえられ、自立が促進されることが多い。

### 5) 緊急入院や病状急変時

緊急入院したり病状が急変した時は、患者は正常な理解力、判断力を持てず、死に対する恐怖を持っている場合もあり、医療者の伝えることを間違ったり、片寄って受け取ってしまうことが多い。また看護婦も、何より救急救命が優先するため、患者の心理状態を考慮する余裕がなく、一方的に話すために、正しく伝わらないことが多い。

#### 〈Y・Kさん 男 72歳の例〉

Kさんは独身の息子と2人暮らしで、生活の主導権を握り、張りを持った生活をしていた。病院嫌いで外来受診したことがなかったが、ある日呼吸困難が強くなり、見かねた息子が電話で入院を予約し、緊急入院となった。

入院時呼吸困難が強く、チアノーゼ出現、四肢冷感があり、尿量減少も見られ、うっ血性心不全と診断された。そして医師は患者に処置の必要性を伝え、直ちにIVH、バルン挿入、酸素吸入が開始された。

その間患者は全く反応を示さず、されるままになっていた。種々の処置及び検査が行なわれ、夜になって状態が落ちつき入眠したので、看護婦はホッとしていたところ、ベッドの棚を乗り越えて起立し、IVH抜去、バルンカテーテルをとり除こうとしているところ

を発見。患者になぜ動こうとしたのか、どこが苦痛かを聞いても、ただ黙っている。再度IVHを挿入し、その必要性を説明しても、Kさんはただじっとしているのみで、説明が理解されたかどうかはわからない。そこで事故防止のために、止むを得ず抑制、鎮静剤の処置がなされた。

Kさんはその後意欲がなくなり、失禁したままで、看護婦が処置をしていても全く感情をみせず、なげやりな状態が続いた。

救急救命時は処置や検査が優先され、患者とのコミュニケーションに配慮するゆとりがない。また患者も、自分に何が起っているのか理解できない場合が多い。後で患者に聞いてみると、全くこの間のことを記憶していないこともある。したがってこの時期は、周囲が配慮して決断して行くしかないが、症状が安定した時に、時間をとってコミュニケーションをとる必要があろう。

緊急入院の際は、入院時オリエンテーションは全く理解されていないことが多いので、症状が安定した段階で、改めてよく話をする必要があろう。そこではじめて、患者と看護婦の信頼関係が成り立つものと思われる。

### 5 言語・聴覚・視覚障害のある患者とのコミュニケーション

コミュニケーションの手段である言語、聴覚、視覚に障害がある患者は、言いたいことが表現できなかったり、相手の言うことが聞きとれないため、看護婦との間で誤解、行きがちがいを生じやすい。そして、自分の思いはどうせ分ってもらえないと心を閉ざし、時には怒りをぶつけてくる。

このような患者とのコミュニケーションをよりスムーズにするには、どうしたらよいであろうか。

### 1) 言語障害のある患者

患者は言いたいことがうまく表現できず、看護婦になかなか伝わらないと、怒りをぶつけ、あるいは心を閉ざしてしまいやすい。また看護婦は、自分の言ったことへの反応が、患者からはっきりわかるように返ってこないのを、患者の理解力が低いとか、呆けていると誤解し、時に患者を無視してしまうことがある。

脳卒中後遺症として出て来た失語症の場合、きちんとした検査によって、失語症の状態が理解されていないと、その状態に応じた対応がされず、患者を混乱させてしまう危険性がある。またパーキンソン患者の場合、表情も乏しくなるので、一層そのような誤解を招きやすい。

#### 〈Y・Tさん 男 84歳の例〉

Tさんは、パーキンソン病になり寝たきりとなり、5年来自宅で療養を続けていたが、妻が腰痛で動けなくなり、介護ができなくなったため、入院した。自宅では、妻と、大学の講師をしている未婚の娘と、週3回来る家政婦の3人で介護に当たっていたが、床上の生活は自立していて、一日のうち1～2時間はベランダの安楽椅子に座り、庭を眺めたり手入りを指示する、といった生活をしていた。そして「お父さま、お父さま」と大事にされ、自分から何かをするようなことはなかった。

入院数日たって、夜間に頻回のコールがみられるようになったが、これと言った用件はなく、時どき怒ったり、手を振りあげたりす

ることがあって、看護婦は困った人といった印象を持った。そのような日が続いているうちに、ある時から頻回のコールで、はっきりしない言葉で尿意を訴えるようになり、膀胱炎を疑ってみたが、そうではなかったということもあって、看護婦は呆けたのではないかと思うようになった。

あいかわらず頻回にコールが続いていたある日、ほんの少ししか排尿がないのに、またすぐにコールがあった。看護婦はどうも排泄ではないらしいと思いながら、「おしっこが頻回だと眠れませんね」と話しかけると、「今何時か」と聞き、「眠むれない」と言う。そこで体位交換をしマッサージをしながら、「少しは楽になったでしょう。眠むれるといいですね」と話しかけると、「楽になった。からだがつらくてたまらない。どうしようもない」との訴えがあった。

Tさんは、パーキンソン病でからだが硬く、自分で自由に体位変換ができないために、一定の体位でいることが苦痛で仕方がなかった。特に夜間は熟眠できなくて、その苦痛は相当なものであったと考えられるが、思うように言葉が出ないため、手早く処置して部屋を出て行く看護婦に、充分に自分の苦痛を伝えられず、とにかく来てもらって、少しでもからだを動かしてもらえる「おしっこ」が、苦痛をやわらげる唯一の方法だったのであろう。看護婦が、このような患者の訴え方が理解できずに、身体の苦痛が放置され、そのうえ患者の訴えを批難したり、呆けていると見て人格を無視するような言動を続けていたら、本ものの呆けに進行させてしまう危険性があったと思われる。

#### 〈O・Kさん 男 68歳の例〉

脳梗塞で右麻痺、失語症となり、「オー」としか言えない。そこで「痛い」、「かゆい」、「水がのみたい」、「おしっこ」など日常のことは、絵入りカードで作成し、患者に示したが、理解の程度が不明であった。訴えが通じないと、顔面真赤にして、手を振りかざし怒りを示す。また、廻診時説明もなく診察を行なうと、激しく拒否し医師の手を振り払ったりする。そのため、看護婦は恐がって近寄れない状態であった。しかし、O・Kさんの動作や状態をよく見ているうちに、部分的に理解できるようになった。同時に、家族との接触を密にして、家での生活の状況を知り、また家族とO・Kさんとの会話に看護婦も加わるようにしていった。

かかわりの深い看護婦や、聞こうとする姿勢のある看護婦には、手を握りしめて訴えようとする。看護婦はあれこれ推測して対応するが、それが自分の言いたいこととずれていると、顔をしかめ、ついには怒りを示す。看護婦が「ごめんなさい。よくわからないので、お願い、もう一度言って。怒らないで聞いて。」と言うと、また繰り返し、「オー」の一語に、あらゆる感情をこめて伝えようとする。

その後、日常生活動作が拡大されてゆき、言葉はあいかわらず「オー」だけであるが、いらいらすることも少なくなり、日常生活を送ることができるようになった。

O・Kさんは、突然に身体的苦痛を受け、しかもその苦痛を他の人に伝える手段を、突然に失ってしまった。看護婦は、そのような患者のつらい気持ちを受けとめ、何とか患者の訴えを理解しようと努力している。また、

父であり夫である患者の立場を尊重するよう、家族、看護婦とも言動に気をつけ、また看護婦と家族との人間関係を良くすることによって、患者の安心感・信頼感を得ることができたものといえよう。

なお、障害を持った人にとって、困った時に助けてもらえるという実感は、大きな意味を持っている。患者の日常の生活リズムを知り、困った時、すぐ補える対策をたてていったことが、安心感と信頼感をより確実なものにし、自立を促進させる大きな要因になったと思われる。

#### 2) 聴覚障害のある患者

高齢になるにしたがって難聴の人は多くなってくるが、一見して難聴であることを見分けることは不可能である。そのため、看護婦は話が通じていると思って、話を続ける。老人は、一生懸命話してくれる人に対して、「よく聞こえません」と言えずに、時どき聞こえる単語をたよりに、口の型を見て言葉を聞き分け、自分の経験から推察して応答していることがよくある。そのような時、返事の内容が妥当であったり、表情に不安などが感じられない時は、看護婦は自分の話が理解されたと思しやすい。

ところが、日常会話にさして支障はなくても、大事な話が聞こえていないことがよくあるが、看護婦は、患者に聞こえ理解されたものと判断して行動に移し、その結果誤解を招いたり、行きちがいを生じることがある。また、患者の聞きとれなかったことからくる見当違いの反応を、呆けているなどと誤解してしまうことがある。

聴覚障害がある場合、顔を合わせた位置なら聞こえやすいが、横むきであったり後向きでは非常に聞こえにくくなる。

また老人の難聴は、最初は高音部より障害され、徐々に全体の聴力が低下していくことは、良く知られていることである。早口や発音の不明瞭な話し言葉は、聞きとれないことが多い。

これらの点を考慮し、よりよく伝わるよう努力すると共に、何らかの方法で、伝わったか否かを確認する必要がある。

### 3) 視覚障害のある患者

目の見える人は、人の話を聞く時、言葉からだけでなく、その人の表情や動作を見て、それらを総合して相手の言わんとすることを理解しているが、目の見えない人にとっては、表情や動作が理解を助けるということはない。また、自分の言ったことが、相手に受けとめられたか否かを、表情などを見て確認することができないので、猜疑心を持ちやすい。

また目が見える人のように、看護婦の近づくのを見て、「何か言われるな」と、聞くための準備をすることが出来ないので、看護婦に「突然」、「高圧的」に言われているように受けとりやすい。

#### 〈R・Kさん 女 86歳の例〉

40年前に緑内障で失明(全盲)。しっかりした性格で、日常生活は殆んど自力可能。下痢をして脱水症となり入院。動きはベット周囲に制限されていた。

入院3日目の朝食後、看護婦が食後の手拭きを渡す時、「はい、手を拭いて下さい」と、オーバーテーブルの上に置いていったが、あとで他の看護婦が行った時、まだ手拭きは使用されていなかった。そこで、「R・Kさん。お手拭きがきていますよ。拭いて下さい」と言ったところ、「ばかにしている」と怒ってい

る。

看護婦は患者の名前をよばず、お手拭きを次々と配って行ったのだが、R・Kさんには、どのようにして自分に渡されたのかわからず、投げてよこしたと思えたらしい。

以後、患者の名前を呼んで、行おうとする行動を、言葉で伝えてから手を出すように心がけたところ、このようなトラブルはなくなった。

目の見えない人は、周囲の人の動きや表情がわからないため、突然「何かをされる」という感じを持ちやすい。看護婦は、用件を伝える前に患者に声をかけ、患者に聞くための準備ができるまでの間を置き、行動を起す前に状況をよく説明し、またスキンシップで気持ちを伝える、などの気くばりをする、コミュニケーションはスムーズにいくようである。

## 6 老人の身体的訴えと身体状況の判断

老人患者は一般的にいて、病変が起っていても生体反応が弱く、またその知覚も鈍麻しており、さらにその感じ方、受けとり方、表現の仕方は、その人の人生経験、心理状態によって個人差が大きい。

概して異常の訴え方が的確でなく、かつ個人差が大きいために、訴えがありながら、異常の発見が遅れがちである。気付いた時には手遅れ、という事態になりかねないだけに、注意を要する。

### 1) 心因反応と受けとられやすい場合

ふだん、さびしさや種々の欲求不満を、身

体に託して訴えることの多い人はよくある。  
このような人については、真に異常があっても、「また」と受け流してしまいがちになる。

特に、症状が慢性的な経過をたどる場合、訴えが一本調子に続いているため、安易に「心因性」、「気のせい」と受けとり、かなり悪くなるまで気付かないことがある。

#### 〈A・Kさん 女 84歳の例〉

昭和58年1月、脳血栓症になり、運動障害は残らなかったが、老人ホームの自室に閉じこもることが多くなっていた。卒中前は、いろいろなレクレーション・クラブ活動をしていたので、何度かさそってみたが、「私はもうそんなものをしたってしかたない。興味もない」と、決して出ようとしなない。親しく話す友人はいたが、概してマイペースで、周囲の人の事については無関心で、体力や能力の落ちている人を無視したり、自分の不都合なことがあると機嫌が悪くなって、相手に怒りをぶつけたり、ホームの職員に苦情を言うことが多かったため、周囲の人は、「勝手に苦情の多い人」という印象を持っていた。

以前より降圧剤を服用していたが、血圧の変動があり、特に58年12月頃より具合が悪いと訴えることが多くなって、頭重感、気分不快、胸が苦しい等の症状で受診。受診時のECGは異常なく、20～30の血圧上昇がみられるだけで、外来で処置をしてホームにもどった。

59年1月、同様の訴えで受診し、精査目的で入院。入院後は全く自覚症状が消失し、諸検査の結果も異常がなかったため、外泊を試みたところ、就寝中に胸苦が出現し、緊急に帰院。ECGは異常がなく、血圧は210～70(通常150～50)と上昇していたが、降圧剤の使用

で治った。

その後、同室者の軋がひどい、と本人に直接苦情を言ったことから言い合いとなり、2日間ぐらい嫌悪な関係が続き、動悸、頭重感の訴え、血圧の上昇をきたしたが、やはりECGには異常がなかった。このような経過から、生活環境、生活方法の調整と血圧管理の指導を受け、退院となった。

退院4日後にも同様の訴えがあったが、いつもの事なので少し落ちつけば大丈夫であろうと、様子を見ていたところ、症状が増悪し緊急入院となり、検査の結果、心筋梗塞と判明した。

老人の訴えは、身体以外の不安因子によって増幅したり、逆に抑制されたりすることがある。A・Kさんの場合は前者の例である。ECGをとった時は、たまたま異常がなく、その後のモニター観察によっても発見出来なかったため、「いつもの訴え」、「気のせいで血圧が上がった」ととられ、そのことがA・Kさんにはプレッシャーになっていたと思われる。

また、検査の結果に異常が出なかったら正常だと考えてしまうと、検査結果には出なかったけれども危険な状態にあって、他の因子との関係や時間の経過で状態が悪化するのを、見過す危険がある。

患者本人の訴えをよく聴く必要があることを、痛切に感じた例であった。

#### 〈T・Tさん 女 84歳の例〉

腰痛症、高血圧症があつて与薬治療が行なわれていたが、腰痛、頭痛、時に腹痛、眠れない、動悸がするなどの訴えがあり、頻回に



外来受診していた。その日も同じような訴えと、37°C前後の発熱があつて、本人が入院させて欲しいと強く要望し、精密検査のため入院となった。

入院時の主たる訴えは、体動時腰が痛い、頭が重いとの事であつたが、検査では異常が認められず、医療者側は、どうも心因性ではないかと思ふようになった。そして、患者の自覚症状について、詰問するような聞き方をしたため、患者はだんだん訴えなくなつてしまった。「まだつらいんでしょう」と話しかけると、やっと「えゝ」と、「お腹の具合はどうですか」と聞いても、「大丈夫です」と言い、ほとんど訴えがなかった。翌日38~39°Cの発熱がみられ、再度尿検査をしたところ、膀胱炎であることがわかつた。

老人の場合、自覚が典型的に出ない上に、異常の感じ方が鈍くなつて、訴えがあいまいになる事が多い。特に慢性的な経過をとつてゐる疾病の場合は、ただ何となく具合が悪いとか、あちらもこちらも具合が悪いなど、訴えがはっきりしないため、看護婦は心因反応と理解し、聞き流したり、訴えを抑えつけるような言い方をしがちである。そのような場合、患者は訴えられなくなり、相当悪くなるまで放置されることがある。

どのような訴えであっても、その訴え、苦痛をきちんと受け止め、注意深く観察する必要がある。

## 2) 身体の異常を訴えない患者

非常に我慢強い患者や、痛みや異常を感じても、心配ないと自己解釈する傾向のある患者についても、異常を見逃す危険性がある。

### 〈M・Sさん 女 78歳の例〉

その日は朝から何となく気分が悪く、食欲もすまなかつたので昼食はあまり食べなかつたが、昼食後嘔吐し、外来受診した。嘔物を見てみると、トマトジュース様のものに食物残渣が少量混入しており、テスブでみたところ、潜血反応(+)であつたため入院となった。

入院後、嘔気は軽減したとのことであつたが、2回程嘔吐し、やはり前回同様の嘔物であつた。その時、T、P、R、ECGは異常なく、血圧も164~90と通常と殆んど変わらず、嘔気以外には、腹痛などの訴えもない。点滴治療を続けながら、様子を見るため、ベット上安静であることを説明していたにもかかわらず、嘔吐をしてしまうと気分がよくなつたと言って、洗面、トイレに歩行し、看護婦の注意を受けていた。

3日目になると嘔気も殆んど消失し(胃部不快とか腹痛の訴えは当初からない)、空腹を訴え、流動食の許可を得て摂取したが、異常はなかつた。看護婦が訪室時、「食べものがお腹におさまつてよかつたですね。気分はいかがですか」とたずねると、「私はお腹が悪いんじゃないんですよ。最初から食べたかつたんですから」と言う。そこで嘔吐の前後の様子をよく聞いてみると、めまいが先行していること、今一番具合が悪いのは、首すじがだるく、重いことである、とのことであつた。

本人は、以前からのことなので、マッサージすれば治るが、マッサージをたのめないの、電動マッサージ器を使わせて欲しいと言う。しかし、首がだるいのをよく聞いてみると、後頭部から頸部にかけての鈍痛であり、体動時にやや増強することがわかつた。

入院時から嘔吐時の訴えや自覚症状が少な

いこと、嘔吐する時以外はケロッとしていることなど、全体として訴えが少ないのが理解しがたいため、前歴や生活歴を調べてみるようになった。

M・Sさんの娘の話によると、約30年前、田舎の診療所で胃潰瘍と診断され、手術をすすめられたが拒否。食事療法で治していたが、いつもこの時期になると、今と同様の症状を起して、約1ヵ月入院していた。大食で2人分位は食べてしまい、注意すると怒るので、家族としては大変困ってる。また、毎晩お酒を1合ぐらい飲んでいるが、タバコは吸っていないとのことであった。

ここ5～6年、降圧剤はきちんと服用され、血圧はコントロールされていて、バス旅行、買物、散歩など自由にしており、特に異常がみられない。入院時にも運動障害や眼の異常（光がまぶしいとか、眼球の動きなど）もみられない。しかし、本人の訴えと症状が結びつかず、疑問であったため、直ちに医師に報告。診察の結果、バビンスキー反射は左右(－)、首の硬直軽度に(＋)であった。念のためルンバル、CTスキャンを実施したところ、クモ膜下出血と判明、手術が行われた。

老人は自覚症状が少なかったり、はっきりしない。加えて、痛みや異常があっても（この場合、後頭部痛）、「いつものこと」と自己解釈し、訴えないこともある。そのため、付随的な症状（この場合嘔吐）が大きく問題となって、根本的な問題が症状として前面に出てこないことがよくある。

この場合のように、症状と訴えが結びつかない、はっきりした説明ができない、といった場合、あいまいではあっても、本人の一番の苦痛の部分をよく診て聴いてみると、問題

発見につながることもある。

### 3) 精神障害のある患者

精神障害のある患者についても、身体の異常の発見については、看護婦が細心の注意を払う必要がある。明らかに異常言動があつて、本人の訴えのうち何が事実かわかりにくい場合があり、逆に徐々に呆けが進行しているのに、生活行動面にあまり変化がないため、本人の言っていることと事実とのずれに、なかなか気付かない場合もある。

#### 〈M・Hさん 女 87歳の例〉

独身の娘2人と3人で暮していたが、早朝頭痛があり、受診。CT撮影したところ、脳血栓とわかり入院となった。

時々夜間妄想があり、「火事だ」とさわりだり、「鼻の中に虫がいるから取って欲しい」とか、「腕にくもの巣がはっている」と騒いでいたが、そのうち終日うとうとと眠ったりするようになっていた。

4～5日前より時どき会話の中に「お腹が痛い」と言う訴えが見られたが、苦痛そうな様子がなく、話を聞いていると他の話題になってしまう。「便が出ないからだね」などと、一人で納得した言い方をするため、腹部を触ってみたが、痛みを訴えない。「何かしら」と疑問を持ちながらも、そのままにしておいたところ、明らかに腹痛が増強してきたのがわかったため、医師に報告。検査の結果、虫垂炎で、すでに腹膜炎を併発していた。

この患者の場合、幻覚、幻想、異常行動があり、また苦痛の訴えもはっきりしなかったため、訴えを軽視してしまった。患者との会

話の中で、「お腹が痛い」と言う訴えが持続している事をもっと重く見て、注意深く観察すべきであったといえよう。

#### 〈M・Aさん 女 85歳の例〉

麻痺性イレウス，S状結腸捻転術後で，術後の体力回復を目的とした2回目の入院。前回の入院時も，愚痴一つ言わないがんばりやで，生活もきちんとしていたが，今回の入院時も変った印象は全くなかった。

食事は全粥を普通に摂取できるようになり，排泄も日中はトイレに行き，間に合わない時や夜間は，ポータブルトイレを使用していた。排泄の回数や量の確認は，本人に確認しながら，必要時下剤の与薬を行った。そのうち腹満が見られ，苦痛があると思われるのに，本人はケロッとして，昼夜に関係なく覚醒したら何かを食べるという状況となり，間もなく再度イレウスを起してしまった。

注意してみると，この頃より，排便があったかどうかを忘れることが多くなっていたようである。この場合は保存療法で軽快し，食事開始後1ヵ月でリハビリを開始した。看護婦は，M・Aさんが，「大丈夫です」と言いながら汗をびっしょりかき，頻脈となっても尚訓練を続けているのを見ると，どうもがんばりやというだけではない，自分の疲労度がわからないのではないかと，疑問を持つようになった。

その後は，看護婦が生活全面の管理を行うようにした。リハビリは，夜間の睡眠時間も考慮しながら，無理のない程度にすすめていった。また食事内容と量に気をつけ，補食も周囲には置かず，一定時間に持って行くようにした。また24時間の排便量を確実にチェックして申し送り，その日の排便状態に合わせ

て，一日一日の下剤量を決定するようにした。看護婦がこのような生活管理を行うようになってから，イレウスの併発は起していない。

M・Aさんは，長期の入院や体力低下などにより，徐々に呆けが進行して行ったのだが，生活行動面に変化がみられなかったため，本人の言っていることと事実とのずれに気付くのが遅くなった例である。

なお，呆けのある患者といっても，理解力の衰えている部分と残存している部分とが混在しているのが普通で，事柄によっては普通の判断力を示し，また過去の習慣にもとずいた行動が，たまたま今の状況に合致していたりするため，呆けがわかりにくいことはよくあることである。

#### 4) 心因性症状への対応

心因性症状については，「甘え」とか「わがまま」とみて，しかも，「甘え」は悪いことと理解され，対応がなおざりにされがちである。

「甘え」，「わがまま」という反応は，自分自身に自信が持てない状態の中で，何かに対応しなければならぬ不安から来ている。その時，「甘え」，「わがまま」を拒否したり，きびしく責めたりするような対応をすると，かえってその人は自信と意欲を失い，時に本人も罪悪感を持ったり，うつ傾向になったりする。そしてそれが原因となって，食欲不振から体力が低下したり，他の器質的疾患や感染症を起したりすることもある。

人は依存欲求が満たされてこそ，自立への意欲が高まるのではないだろうか。時には「甘え」，「わがまま」が許されることによって，患者は時を有効に使い，体力，能力を補充することができる。

身体症状や訴えが、何らかの不安や心理的苦痛からくるものであっても、患者が苦痛の中にあることに変わりがないことを理解し、き

ちんと受けとめ援助する必要があるのではなかろうか。

### III コミュニケーション障害をもたらす看護婦側の要因

#### 1 看護婦の対応上の問題

IIでは、患者の側に着目して、コミュニケーション障害を起しやすい要因、あるいは時期・場面について考察したのであるが、看護婦の適切な対応があれば、それは克服可能である。逆に、看護婦の対応が適切でないと、コミュニケーションのずれが問題を引き起し、それがまた次の問題を生み出すというように、事態は悪循環してしまう。

そこでここでは、コミュニケーション障害を引き起しやすい看護婦の対応について、考察したい。

##### 1) 技術・疾病優先の対応

技術が高度化した医療の中で、看護婦の毎日は、診療・検査の介助、処置業務、食事・排泄・保清の援助と、めまぐるしく忙しい。そのため、それらの仕事を如何に正確に、手早くこなすかが重要な関心事で、仕事を早く片付けることが仕事ができること、と評価されがちである。

しかし、所定の仕事を早く片付けることにのみ関心を向けている看護婦は、老人患者を生活者として理解することができず、援助や指導が一方的で、きめつけ、おしつけになりやすい。特に療養上の指導をする場合、おしつけ的傾向が強いと、老人は言われている内

容を心理的に受け入れられず、とまどったり、反感をもったりして、混乱することになりかねない。その場合看護婦は、自分の思うように行かないのは、老人の理解力がないからしかたがないとか、協力しようとしなからだと言うように、原因を老人側に置いて自分自身を納得させがちである。

老人の看護では、何をするかよりも、どのようにするかがより重要な要素であることを考えると、老人の考え方、生活習慣も含めた生活者としてのイメージを、どれだけ持てるかが重要になってくるといえよう。

##### 2) 老人がわかったつもりになる

私たちはよく、老人の特性ということを使う。たしかに老人の一般的特性を抽出することはできるし、老人の看護をする上で、それを十分に理解することは大切である。しかし、個々の老人の在り方は、その人の身心の健康状態によって大きく左右され、また職業や経済状態、家族関係、価値観、性格などによっても違ってくる。

看護婦が、「老人はこういうものである」という固定化した思考を強く持ってしまうと、個々の老人の真の姿や思いを理解することができなくなる。しかも、その老人を自分の枠にはめて解釈して納得していることに、気付かないことが多い。真面目で役割意識が強い

看護婦が、一生懸命やっているのだけれども、老人の真の思いとずれているということは、よくあることである。また、やさしさと思いやりをいっぱい持っている看護婦が、思うように訴えられない老人や理解力の低下している老人のことで、老人の本当の思いはこうなのだと自分なりに解釈し、代弁することがある。その際、分ったつもりになって確認しないと、気付かずにミスを犯していることがある。

このような時老人は、看護婦が一生懸命であることや、やさしさはくみとっているが、真に必要なとしているものが満たされないため、あきらめと失望を味わうのではなからうか。そして、看護婦のやさしい思いやりを感じるだけに、老人は看護婦の思い違いを訂正できずに、かえってつらい思いをするのである。

一人の人間を理解することはむずかしい。動機は何であれ、人をわかったつもりになって、わかろうとする努力をやめた時から、コミュニケーションは断続するといえよう。

### 3) あまえに対する寛容のなさ

人は子供の時から、自分の身に余るものごとに出合ったり、立ちゆかなくなった時、一時誰かにあまえたり、どこかに逃げたりして困難を乗り越えて来ている。私たちは老人患者を対象とした時、「あまえることは悪いこと」、「いつでも自立しているべきもの」と言う観念にとらわれていないだろうか。

内的・外的刺激に対して適応が困難になっている老人にとって、病気による肉体的苦痛、死への恐怖、家族関係や生活上の不安、将来への不安等は、平静さを失わせるに充分であり、依存欲求は高まるであろう。このような時期に、いままで通りの能力を期待されると、老人はぎりぎりに追い込まれ、対応できない

自分に自信を失い、今まで生きてきた心理的支柱を失って混乱し、一層依存的となる。

患者が入院した時や、病気や障害を自覚した時、あるいはリハビリで日常生活動作を拡大していく段階などで、患者は、一時自分を取りもどす時間的余裕や、心理的・身体的サポートが得られれば、やがてその人なりの力が発揮できるようになるものである。その人が、自立の方向へ進めるようになるか、自信を失って依存的になって行くかは、身近にいる看護婦が、どのように支え、そして待つことができるかにかかっていると言える。

老人にとって逃げたり、あまえたりする時期を理解し、受けとめられる看護婦でありたいと思う。

### 4) 患者への過度の期待

人はとかく、自分のレベルで人を判断し、期待しがちである。そこで、心身の機能の低下した老人の特性、特に病を得た老人の理解が十分にされていないと、老人に過大な期待をすることになる。また自分流の老人理解のもとに、一方的に「こうあるべき」と言う老人像をもち、無意識のうちに高い期待を押しつけていることもある。

特に不定愁訴や甘えがあったり、理解力、判断力が変動しやすい状況にある時、老人に対して過度の期待をかけてしまうことが多い。

老人患者は過大な要求をされると、自分のつらさを分ってもらえない、つき離されたという孤独感を持ち、うつ傾向になったり、看護婦に対して拒否的態度や怒りを表したりする。

### 5) 死の不安や苦痛に対する感受性の乏しさ

人はいつまでも自立して、自由と責任を持

ち、他の人から必要とされながら社会的役割を果し、人間としての尊厳を保ち、人生を全うしたいと願っているが、老人は四つの喪失、即ち身体と精神の健康、経済的自立、家族や社会とのつながり、そして生きる目標を失うと言われる。

特に心身の健康と生きる目標とは、密接に関連している。生きる目標を失って、何もすることがない、何もする必要がなくなると、現在の自分の存在に不安を持つようになる。そんな不安にとらわれると、日常の関心は身体面に集中し、不定愁訴となりやすい。また、身体の衰えから、実際にできることがだんだん少なくなり、寝たきりになってただ死を待つばかりになるのではないかと、恐れを抱くようになる。

病を得て死と直面せざるを得なくなった時、老人はさらに孤独である。老人はその気持ちを自分自身でどう受けとめたらよいか迷い、悩む。そのやり場のない苦しみを、ある人は何かにすりかえて表現したり、またある人は攻撃的、拒否的言動になったり、時には全く依存的になってしまうこともある。

看護婦が、怒ったり、いらいらしたり、甘えたりするのは当然のことと受け止め、その孤独な思いを少しでもわかち合うことができれば、老人はいくらかでも心の安らぎが得られるのではないだろうか。

老人は、孤独な思いをいろいろな形で表現している。それを如何に感じとるか。これは、全く看護婦個人の感性にかかわっている。この社会にあって、人間一人一人の生の重み、偉大さに思いを致し、たとえ何ができてできなくても、私たちに学ぶべきものを提示していることを感じとるだけの感性を、養いたいものである。

## 2 看護チームの問題

老人は、他のライフステージにある人と比べ、より個別的であり個性的である。個々の老人がその人個有の問題をかかえており、年齢や疾病、病状を知るだけでは、とうていそれを理解することは出来ない。さらに、老人の看護は、老人が、病と老化による心身の変化の過程にあって、人間としての尊厳を維持し、今後の生活を再構成することへむけての援助であるとするならば、老人の看護ニードは、極めて多様で巾が広い。

看護婦は、個々の老人の思いをできるだけありのままに受けとめ、自分の問題意識とし、自分の思いを伝えることで、その人をより深く理解することができる。しかし、看護婦が、どのような患者のどのような思いに特に敏感であり、そしてそれをどのように自分の問題意識とするかということは、個々の看護婦の性格や、過去の人生経験などによって異なる。いわば看護婦もまた、個別的で個性的な存在だといえる。

患者は、どんな状況のとき、どんな看護婦に出合ったかにより、自分の表現の仕方を変える。そのため、同一の老人にかかわった複数の看護婦が、その老人について非常に異なった、時に全く相反すると思えるような情報を、看護チームにもたらすことになる。その際、個々の看護婦が、自分にみえている老人像及び老人のニードは、部分的なものである、という認識をもつことができれば、他の看護婦によってもたらされる異なる情報は、老人をより全体的に、より深く理解する手がかりとなる。そしてそうなるためには、患者と同様看護婦もまた個別的であり、従って看護婦と患者のかかわりも、また、個別的であるこ

とを認めあい、一人の看護婦にみえた患者の問題を、チーム全体として受けとめていく看護チーム作りが必要であろう。というのは、そのようなチームでなければ、せっかくの情報も、各人各様の一方的な理解のもとに、無意識のうちに切り捨てられてしまうことが多いからである。

老人患者を対象とする看護の現場で遭遇す

ることは、常に新しく、「こういう場合こうすればよい」という決定的なものは、殆んどないと言ってよい。そのことを考えると、この時この人に、この看護婦だから、このようにかかわることができた、ということを相互に尊重し、各々が補い合い、かつ各々の経験を共有し合えるチームであることが、重要な意味を持ってくる。

## おわりに

一人の生活者としての老人が、種々の疾病や障害を持ちながら、よりよい人生を生きるための、適切な援助が求められている。

看護は、人が人にかかわって相互に変容して行く社会的行為である。生々とした看護活動は、よいコミュニケーションから生れる、と言っても過言ではないように思う。

よいコミュニケーションは、技術的なものだけでなく、老人の心のあり方、動きについて洞察する感性を通してしか、達成しえないものがあると思われる。そしてそれは、看護婦が臨床で出会う老人患者とのかかわりの中で、その老人の心の動き、あり方に自分自身の生き方を深くかかわらせることによって、

養われるものではなかろうか。

私達はこの報告書をまとめるに際して、老人患者の、生活者としての一人一人の“生”をありのままみることによって、老人看護におけるコミュニケーションの鍵をつかむことができるのではないかと考えた。そのような考えのもとに事例を検討していくことが、改めて老人看護は個別的であること、老人患者の理解、そして看護についての学びを深め、また自分自身を知り、自分の生き方をふりかえる機会となった。そして、臨床での学びの大きさ、重要性を再確認することができた。読者にとっても、これが臨床での学びの何らかの手がかりになれば、望外の幸せである。

---

●SUMMARY

SUMMARY●

---

## Understanding and Communicating with Eldely Patients

Nobuko Sugayama\*, Kazuko Nakatsugawa\*\*,  
Kayo Torisawa\*\*\*, and  
Kiyoko Iwashita\*\*\*\*

In the care of patients, it is said that it is important to understand patients individually and realistically, however, the question is do we understand why it is important, and do we have the means of understanding our patients.

To fall ill is not simply a physical problem but is a matter of grave importance to the very existence of the patient in most cases. How a patient accepts the situation regarding his/her illness will greatly influence on either the feeling of seriousness or the severity of the illness.

Although a person realizes that an illness may threaten their life, it is also possible to overcome or live with the sickness, if one knows how. In order to understand an illness, recognize all factors of the illness, and accept the reality in a positive manner, it may be necessary for this reality to first be understood by others.

We regard these activities of understanding the reality not only in spoken tems, buo in nonverbal terms as communication, which is a highly fundamental but important element in caring for the patients.

In elderly patients, because of lowered biological reactions and decreased sensitivity, there are rarely obvious symptoms, and it is difficult for patiemts to express themselves clearly. And these prevent accurate diagnosis or even detection illness by physicians. Furthermore, in order to retain self-respect, elderly patients often do not express themselves clearly and straightforwardly, and quite frequently do not voice their complaints. Becuase of these attitudes it is difficult for us to understand how elderly patients view their physical surroundings and their relations with those around them.

Nonetheless, as a complaint from a person reflects his or her sense of values, habits, past



experiences and personality, it should be possible to understand the person by considering his/her way of thinking.

Thus, we attempted to clarify the requirements of understanding the elderly patients individually and realistically. In doing so, we selected only those elements common to individual cases based on our experience in caring for such patients.

In other words, our objective was to clarify how communication gaps are generated between nurses and patients and to analyze the process of mending such gaps from the following aspects:

1. General characteristics of elderly persons.
2. Personalities of patients.
3. Relationship between elderly persons and family members.
4. Period and situations where communication gaps tend to occur.
5. Patients with speech, hearing and visual disorders.
6. Assessment of patient's physical complaint and physical conditions.

In addition, one other factor involved in communication gaps, that is, problems on the side of nurses and nursing teams in handling such patients was analyzed.

\*Office of Health Management, Tokyo Metropolitan Higashimurayama Home for the Aged

\*\*Tokyo Metropolitan Yoikuin Hospital

\*\*\*Tokyo Medical College Hospital

\*\*\*Department of Survey and Research, Japanese nursing Association

# 老人患者の退院準備

——リハビリカンファレンスを活用して——

池田 京子 (東京都済生会中央病院)  
原 礼子 (日本看護協会調査研究室)

## 目 次

はじめに……………33

I リハビリカンファレンスの概略……………33

II 事例として取り上げた退院患者の概要……………36

III 自宅退院の準備をどのようにすすめたか 一事例を通して……………43

- 1 自分の終末期を迎える場を老人自身が選んだ事例……………43
- 2 加齢現象の見方について、老人患者の子供と医療者との間で相違のあった事例……………44
- 3 長期療養の夫を介護してきた妻が、夫の病状悪化によってパニック状態におちいった事例……………45
- 4 老人世帯で老妻の介護力に限界があった事例……………46
- 5 退院時の指導と家族ぐるみの協力が介護者を支えた事例……………47
- 6 子供たちとの関係が悪かった老人の事例……………48
- 7 下半身麻痺の障害を受容できなかった主婦の事例……………49

IV 転院となった要因の考察 一事例を通して……………51

V 今後の課題……………52

おわりに……………54

## はじめに

本院は、急性期の患者の診断・治療に比較的高次の医療を提供しているベッド数500,外来患者数約1,000名の総合病院である。当病棟は、消化器系と神経内科から成る45床の混合病棟であり、急性期の患者や末期の患者そしてリハビリテーション初期の患者をかかえている。この病棟では、急性期の患者（特に神経内科の患者）については、病状が安定すれば早期に退院してほしいということを、入院当初に患者・家族に説明している。老人患者の退院については、疾病上の問題が解決されるだけでなく、退院先（これからの生活の場所）を決定するのに家族（誰がどこで世話をしていくか）の問題を取り扱っていかねばならない。一般的に、老人を引き取りたがらず、ずるずると入院期間を延ばしていく家族が多いと聞いている。本病棟でも4～5年前から高齢者の入院が増加してきてはいるが、在院日数は21日となっており、老人患者をかかえる病棟としては、短いといえるだろう。しかも、退院時には、家族との間で際立ったトラブルを起こしたことはなく、わたしたち

医療者側からするとスムーズに退院が行われているように思える。その理由は、入院当初に長くは入院できない、ということを患者・家族に説明しているばかりでなく、リハビリカンファレンスと称するケースカンファレンスを定期的に行い、入院から退院まで一貫した方針で、全職種が対応しているためだと思う。リハビリカンファレンスでは医師・看護婦・理学療法士・ケースワーカーが神経内科の患者全員について、病状の回復とそれに伴う諸問題を話し合い、退院の目標をできるだけ早く設定している。そして、退院にむけて各職種が一体となって、病状回復、リハビリテーションに全力を傾けている。

発足以来10年を迎えるリハビリカンファレンスは、わたしたちにはすっかり日常的になり、退院もスムーズに行われていると思い込んでいるが、ここでリハビリカンファレンスで検討してきた事例をふりかえることによって、改めてリハビリカンファレンスを活用しながら、老人患者の退院準備をどのようにすすめてきたか明らかにしたい。

## I リハビリカンファレンスの概略

まず、リハビリカンファレンスについて、概略を述べる。「病状はどうかね?」、「リハビリはどこまで進みましたか」、「看護側で何か問題ありますか」、「家族の考えはどうでしたか」

など、このような質問が司会者であり病棟主任でもある内科医長から各職種になげかけられる。

これは毎週火曜日の午後開かれるリハビリ

カンファレンスの情景である。約30分ほどのリハビリカンファレンスで、平均して10名前後の、主に神経内科疾患患者全員について一週間の治療・看護・機能訓練の評価を行い、次週の目標設定を行っている。

今日は77才になるN氏の退院のゴールを最終的に決定する日である。一週間前に各メンバーである医師・看護婦・機能訓練士・ケースワーカーに宿題が出されていた。一週間の余裕をもって各分野で努力してみて、その結果を持ち寄り退院のゴールを本日設定する予定になっていた。

本病棟でリハビリカンファレンスを始めたのは昭和49年であり、今年でちょうど10年の歳月が流れたことになる。当初の目的は、医師が神経内科疾患患者の治療方針を看護婦・機能訓練士に理解してもらい、同じ目的に向かって努力することになったと聞く。医師がイニシアチブをとり病状の紹介をし、看護婦や機能訓練士への指示が主であり内容も当然ながら疾病中心のものに限定されていた。

しかし、今日では、基本的には医師の治療方針に沿って一日も早く回復出来るように同じ目的に向かって各分野で活躍することにある。しかし、高齢化社会を迎えた4～5年前頃より内容が変化してきた。患者の高齢化に伴い、老人患者をかかえた家族の問題がクローズアップされてきたということである。例えば、病院から退院出来ない老人や、老人を引き取らない家族、あるいは医師より退院と言われて不安ととまどいのためにオロオロする家族等。このような家族のかかえる問題もリハビリカンファレンスにかけられる。

疾病が回復しても帰る所のない老人にとって本当の社会復帰はいつの日であろうか。本院でも患者及びその家族より長期入院を懇願されることもしばしばである。

このように患者及び家族のいつまでも入院して欲しいという希望に反して、地域からは本院の役割として急性期疾患患者の診断・治療を期待されている。そのためには病状の安定した患者の長期入院は許されない状況にある。一方を立てれば一方が立たない四面楚歌の中で医療が行われているのが現状である。四面楚歌の状況の中で、ともすると患者不在の医療に傾いたり、特に弱い立場にある老人患者にしわ寄せが行きがちになる。

多くの老人は自分の意志を表現しようとしていない。その理由はふたつあるように思う。ひとつは疾病等により精神機能低下によって正常の会話ができなくなっている場合、もうひとつは話すことができ自分の意志もあるのに、周囲の人たちに気を使い、その人たちのなすがままになっている場合である。このように自分の思いを伝えることが出来ない老人患者を無視して、すべてを決定したり、片寄った医療や看護が行われないうえにも、本病棟ではリハビリカンファレンスが必要となる。

「この患者にとって何を優先するか」「この患者にとって何が最善なのか」を私たちは全員で考え検討するのである。

それでは患者の退院に向けての各職種の動きを述べておく。

本病棟では原則として入院後1ヵ月以内に、このリハビリカンファレンスの場において、退院のゴールが設定されることになっている。退院のゴールが設定されると、積極的に退院の準備が開始される。

医師は家族に病状の回復と共に退院のゴールについて説明し、家族の意志を確認する。家族にとって、この説明は入院してから2度目の説明となる。1回目は入院時に「入院後

1ヵ月以内に退院のゴールを設定し、その後、積極的に退院準備が開始されるので、その頃までに退院について、家族の意見を聞かせて欲しい」と説明されている。

婦長は、患者及び家族が退院をどのように受け取め、退院先をどこに求めているかを知り、問題があれば、医師・ケースワーカー等、他職種の協力を依頼する。看護婦は、具体的な退院指導を受け持つことになっていて、退院後に直接患者を介護する人に、数日病院に来てもらい、患者と共に指導を行っている。このように、介護者が患者と共に退院指導を受けることは、介護者の技術訓練と同時に、患者の不安を軽減することに大いに役立っていると思う。患者の多くは、退院によって介護者が変わることに、大変な不安を抱き、そのために病状の回復が遅れたり、退院そのものを嫌がったりすることがあるからである。数年前より始めたこの介護者を中心にした退院指導は、患者の不安を軽減し、かつ、介護者に自宅での患者の世話について自信をもたせ、退院がスムーズにはこぶうえで大いに効果を上げている。

ケースワーカーは、自宅でのホームヘルパーの活用、家族の希望や条件を考慮して転院先の紹介など社会資源の活用を行っている。

それでは、具体的にN氏の場合をみてみよう。

77才のN氏は2度目の脳卒中発作で、軽度の左側麻痺と失語症を残して急性期を脱した。妻と2人だけの老人世帯であり、妻は「これ以上よくならなくても良いから、このまま入院していて欲しい」という。本人は回復には大変意欲的で、杖を使用し介助歩行が出来るようになった。失語症も看護スタッフの援助

を受け、日常のコミュニケーションはほぼ可能になった。

婦長は妻と面談し、妻が何を悩み不安に思っているかを知り、サポートの方法を計画する役割を担った。ケースワーカーはキーパーソンである長男の考えを聞くこと。機能訓練士は杖歩行の確立に一步近づける役割を、医師は最後の病状評価を担った。このように各々の分野で努力した結果を持ち寄り、リハビリカンファレンスで「この患者にとって何が最善か」を話し合い、退院のゴールが設定される。N氏の退院ゴールは、杖歩行の状態で日常生活が自立できるように、リハビリテーション専門病院への転院と決定された。

今後も妻と2人だけの生活を続けるためには、今以上に日常生活の自立が必要であり、本人もそのためのリハビリテーション専門病院への転院を賛成した。妻は夫が自宅に戻ることをしぶしぶであるが納得したのである。それは患者と同年齢の妻にとっては毎日の夫の世話は大変であることを物語っている。長男にはこのように母の負担の大きいことを説明した上で、出来る範囲で協力するよう約束してもらい、退院のゴールが設定されてから16日目に転院となった。

以上、この事例にみるようにリハビリカンファレンスの主な目的は、患者の入院から退院までを疾病の回復と家族を含めた社会的側面にも視点を当て、一貫した医療を行うことである。リハビリカンファレンスのもうひとつの目的は、副次的であるが医療・看護のレベルアップにある。リハビリカンファレンスの中で医師は診断・治療の評価を受ける。看護婦・その他の職種も当然各々の活動が評価される。毎週立てられる目標に沿っての評価

は厳しく、お互いの職種の壁を取りはらい、ひとつの目的のために研鑽し合うのである。

このリハビリカンファレンスを通して、多くの患者が自宅や他の病院・リハビリテーション専門病院へと転院して行ったが、今まで一例としてトラブルがおきていない。それは「先をいそいではいけない。患者も家族も納得するまで待つこと」をモットーとしていることによるのではないかと考えている。

リハビリカンファレンスの場で、しばしば退院のゴールを設定する時に、参加メンバーの意見がくい違ふこともある。例えば、医師は車椅子の状態が最高の回復と判断し、退院のゴールは車椅子までと設定しても、日頃密

接にかかわっている看護婦・機能訓練士が介助歩行まで可能と判断した場合など。こんなときには、その日には結論を出さず、次週まで様子をみて、1週間の回復度を再評価するというように、メンバー全員の意見が一致した時、はじめて退院に向けての結論がでる。

「退院のゴールの設定は、全員の意見が一致するまで」待つこと、すなわちリハビリカンファレンスの基本姿勢は「先をいそがない」、「メンバー全員の意見が一致すること」を鉄則にしている。

次に、このリハビリカンファレンスが患者の退院に向けて組織的にどのように機能したかをみてみよう。

## II 事例として取り上げた退院患者の概要

表一 I に示す通り、今回検討した老人の退院患者の事例は男10名、女10名の20例である。

対象となった20名の患者の退院状況を3つの視点から検討した。これらの視点とは、(1)病状の回復程度、(2)日常生活の自立（初期リハビリテーションの効果）、(3)家族への働きかけ（看護の活動）である。

### (1) 病状の回復程度

入院当初に比較して、退院時に、どの程度病状が回復したかを知るために、回復度を4段階に分類してみた。第1段階は、入院時より悪化したもの。第2段階は、入院当初の病状と余り変化はなくそのまま安定したもの。第3段階は、病状の回復は良好であるが、後遺症を残したもの。第4段階は、発症以前の状態にまで回復したものの4段階である。こ

の病状の回復程度は、退院先を決めるにあたって、重要な意味をもったと考えられる。

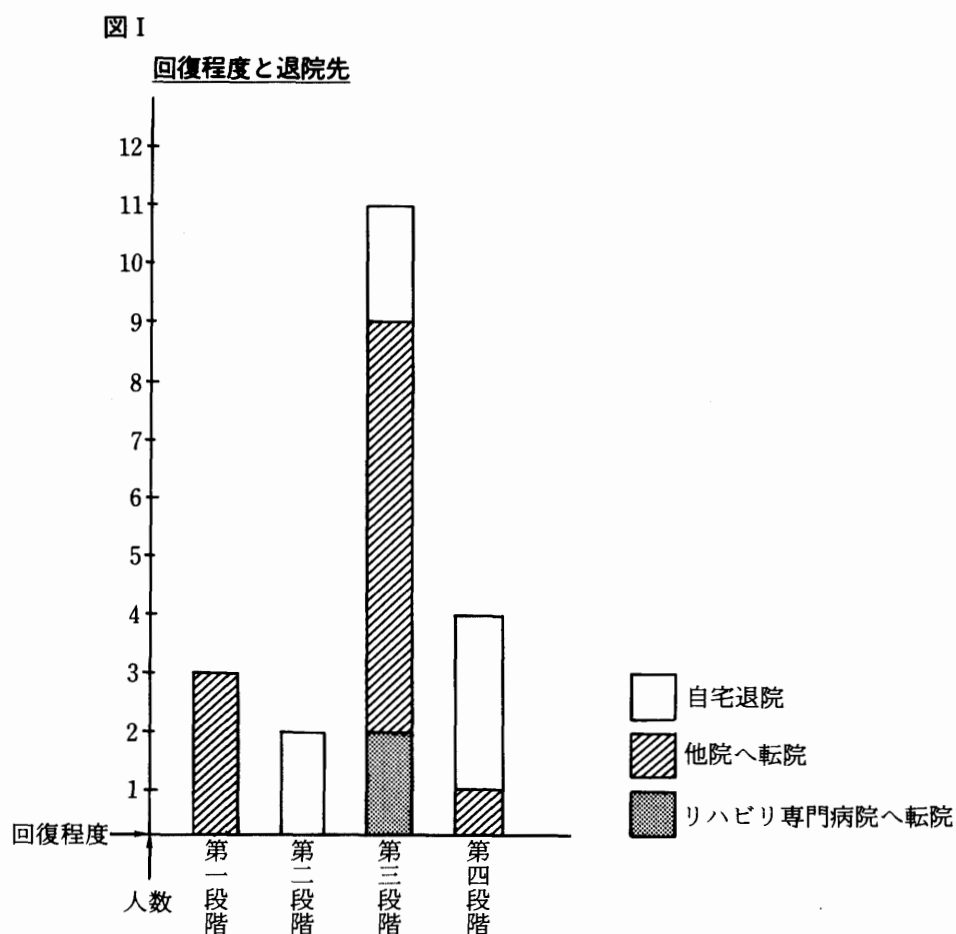
20名の病状回復程度と、決定した退院先をみると次のようになる。

① 入院時より悪化したもの——3名（他院へ転院3名）。② 入院時と病状の変化はなく、そのまま安定したもの——2名（自宅退院2名）。③ 病状の回復は良好であるが後遺症を残したもの——11名（自宅退院2名、リハビリ専門病院2名、他院へ転院7名）。④ 発症前までの状態に回復したもの——4名（自宅退院3名、他院へ転院1名）。

20名中11名が「後遺症を残して回復」の3段階に入っている。この人たちの疾患のほとんどが脳卒中であるため、後遺症は疾患から

くるものである。また、11名中7名が他病院への転院となっている。これらの人々は自宅退院になった2名と比較してみると後遺症が重い人々であった。「入院時の病状に変化がみられない」2段階に入った2名は、自宅退院になっているが、この2人は、入院前から自宅で介護を受けていた。今回の入院によって特別の変化もないので、スムーズに入院前と

同じように自宅への退院が可能になったのであろう。また「発症以前の状態にまで回復した」4段階に入った4名のうち1名は他病院への転院となったが、3名は自宅退院となっている。これに対し、「入院時より悪化」の1段階に入った3名は全員他病院へ転院となっている〔図1〕。



以上のように病状の回復程度と退院先についてみてみると、病状の回復が良いほど自宅退院が可能になり、後遺症が重ければ重いほど、他病院への転院が多くなる傾向にあった。当然と言えば当然の結果ともいえるが、次の日常生活の自立についても、ほぼ同じ結果が

出ている。

## (2) 日常生活の自立

### (初期リハビリテーションの効果)

前項でのべた病状の回復程度と同様に退院時の日常生活の自立程度は、退院先の決定の



表-I 事例紹介

ケース	年齢	性	家族構成：○同居	病名	退院の目標
1	77	男		多発性脳梗塞 肺炎	介助により 車イス乗車ができる
2	82	女		脳梗塞	介助により 車イス乗車ができる
3	79	女	 独居	肺癌	熱発がおさまり，脱 水症状が軽快する
4	60	女		脳出血	歩行ができる
5	84	男		気管支肺炎	歩行ができる
6	78	男		脳梗塞	歩行ができる
7	64	男		脳幹部の梗塞	介助により 車イス乗車ができる
8	77	男		脳出血	杖歩行ができる
9	77	女		脳梗塞	ベッド挙上ができる
10	83	男		肺炎 糖尿病 尿路感染	ベッド挙上ができる

病 状 の 変 化 (入院→退院)	日常生活の変化 (入院前→退院時)	入院 日数	退院場所
嚥下性肺炎のため呼吸困難発熱で一般状態不良であったが肺炎は治癒。多発性脳梗塞による仮性球麻痺のため嚥下障害が残る。	全面介面→全面介助	44	自宅
右側麻痺、入院時より麻痺の回復は余りなかった。(病状からは回復が期待できたのに) リハビリの意欲を途中でなくしてしまった。	独自→全面介助	47	他の病院
発熱と脱水で入院したが症状は回復した。入院前より老人性痴呆が進み独言が多く独り歩きをしてしまう。	独自→全面介助	22	他の病院
左側不全麻痺は完全に回復入院前の状態に戻った。	独自→独自	14	自宅
発熱と呼吸困難で入院したが完全に治癒。入院当日一過性の不穏状態があったが、その後、全くなく入院前の状態に戻った。	独自→独自	18	長男の家
入院時意識半昏睡、一般状態不良であったが麻痺も軽く歩行可能となった。	独自→独自	51	自宅
左側不全麻痺、仮性球麻痺のため構音障害・食事摂取・コミュニケーションも出来なかった。退院時は麻痺は相変わらずであるが食事・コミュニケーションはなんとかとれる。発作の度に悪化している。	全面介助→全面介助	113	自宅
左側不全麻痺、失語症で入院。麻痺はリハビリの効あって杖歩行まで可能となり失語も日常会話では、意志の疎通が出来るようになった。	独自→部分的に介助	45	リハビリ 専門病院
意識障害で入院してきたが脳梗塞の再発作ではなく脱水によるものであった。数年来の失語症もあり全面介助である。脱水は短期間で治療した。	部分的に介助→全面介助	30	自宅
肺炎の治療で入院し肺炎は治癒したが糖尿病が悪化。そのための腎不全を併発してしまった。	独自→全面介助	92	他の病院

表Ⅱ 事例紹介

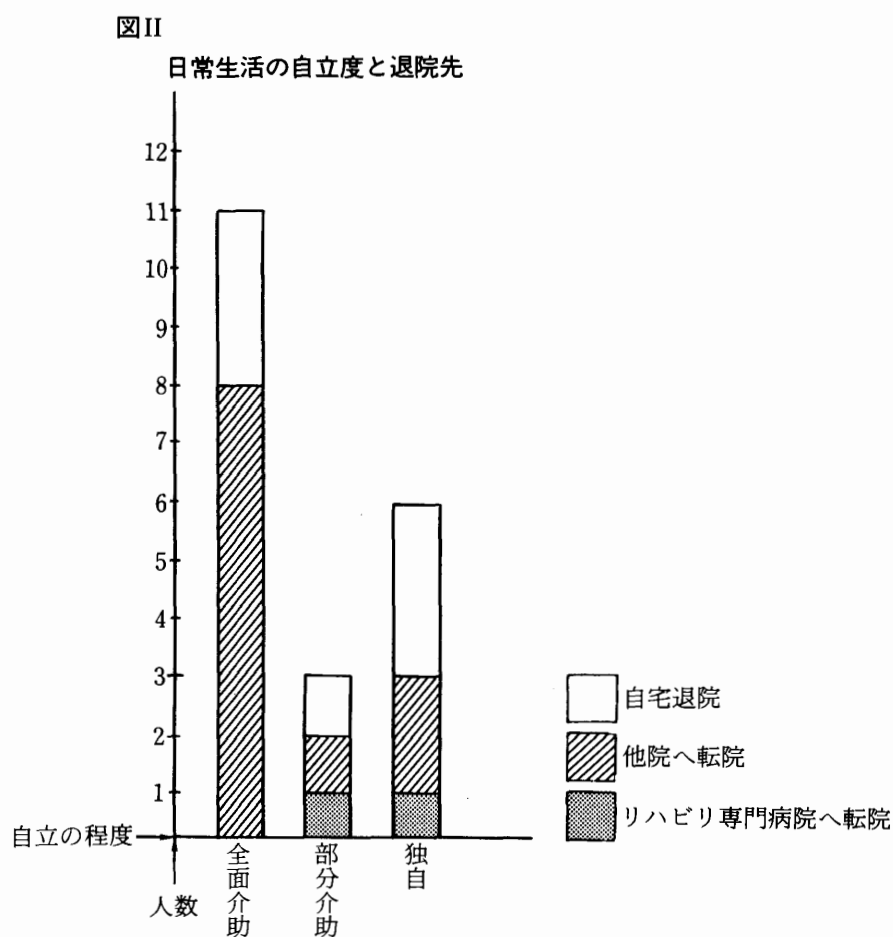
ケース	年齢	性	家族構成：○同居	病名	退院の目標
11	75	女		脳出血	介助により 車イス乗車ができる
12	64	男		右側硬膜下水腫	介助にて歩行ができる
13	84	女		右大腿骨々頭壊死 脳梗塞 (全身衰弱)	ベット挙上ができる
14	60	女		正常水頭症	歩行ができる
15	75	男		脳出血 ストレス性胃潰瘍	介助により 車イス乗車ができる
16	86	女		脳梗塞	介助により 車イス乗車ができる
17	83	男		脳梗塞 糖尿病	ベッド挙上ができる
18	66	男		多発性脳梗塞 (仮性球麻痺)	歩行ができる
19	60	女		脊髓横断症状 (腰椎より下方)	・自分で車イス操作が できる ・褥創の治癒
20	64	女	 独居	脳幹部の梗塞	杖歩行

病 状 の 変 化 (入院→退院)	日常生活の変化 (入院前→退院時)	入院 日数	退院場所
意識障害と右側麻痺で入院、意識は清明になったがリハビリの意欲なく麻痺の回復はのぞめなかった。	独自→全面介助	68	他の病院
入院時歩行不能であったが、介助で歩行可能、車椅子も自分で操作できるようになった。	独自→部分的に介助	46	他の病院
右大腿骨々頭壊死と全身衰弱・肝障害の精査目的で入院。しかし、翌日脳梗塞を発症し、失語症、右側麻痺、意識障害があり回復がほとんどなかった。	全面介助→全面介助	35	他の病院
水頭症のシャント術施行、歩行障害は入院前よりわずかに回復したが、顕著の変化がなかった。	独自→独自 (杖歩行)	64	他の病院
入院後、まもなくストレス性胃潰瘍にて大吐血手術施行生死をさまよった。しかし意識も清明となり車椅子(介助で)可能となった。	部分的に介助→全面介助	78	他の病院
一般状態不良であったが一命をとりとめた。意識状態、機能の回復は高齢でもあり余り良くなかった。	独自→全面介助	120	他の病院
入院後、1週間目に再発作をおこし、重症になり予後不良となった。しかし、その後、病状が安定してきたが機能の回復は余りなかった。	独自→全面介助	109	他の病院
入院時、発声も出ず食事も唾液ものみこめなかった。退院時は食事も経口摂取できるようになり、歩行可能となった。	独自→独自	54	他の病院
麻痺の状態は入院時とほとんど変化なく下半身完全麻痺の状態。訓練により車椅子での生活が可能となった。	独自→部分的に介助	192	自宅
左側不完全麻痺が回復。杖歩行可能となる	独自→独自	51	リハビリ専門 病院

大きな要因となるようだ。自立度が高いほど、自宅退院が可能となり、介護力を要する人ほど他病院への転院が多くなっている。退院時において日常生活がひとりで出来る人、部分介助を要する人、全面介助を要する人の3段階にわけて、各々の退院先がどこに決定したかをまとめてみると……。

① 日常生活がひとりで出来る人——6名

(自宅退院3名(内1名は長男宅)、リハビリテーション専門病院1名、他病院への転院2名) ② 部分介助を要する人——3名(自宅退院1名、リハビリテーション専門病院1名、他病院への転院1名) ③ 全面介助を要する人——11名(自宅退院3名、他病院への転院8名)である〔図II〕。



自宅退院が可能になるか否かは、老人が自宅に戻った場合に介護力がどの程度必要か、また、老人のために家族の介護力がどの程度

提供できるかによって、ある程度決定されてしまうことを今回の結果より知ることができた。

### (3) 家族への働きかけ（看護の働き）

老人患者の退院に向けて、看護婦が行う家族への支援が、老人の退院先及び退院先の環

境作りに影響を与えることが多い。この点については、次章の事例にはっきりと表われている。

## III 自宅退院の準備をどのようにすすめたか —— 事例を通して ——

ここでは、老人が退院していくにあたって、看護婦がリハビリカンファレンスを活用しながら、家族にどのような支援を行ってきたかについて述べたい。ここには、老人をかかえる家族の悩み、家族の老人観、そして老人自身が今日まで家族とのかかわりをどのように持ち、これからどのように生きて行こうとするのか、いわば“老人の生きざま”がある。諸々の条件、要因が重なり合って発生する種々の問題を、微力ながら看護婦の立場からどのように受けとめ解決したかを、事例を通してふりかえってみたい。

リハビリカンファレンスの場で、患者や家族の考え、悩みを代弁できるのは看護婦であると思う。また、患者や家族のかかえている問題を明らかにし励まし支援することが、看護婦の役割でもある。今回、看護婦が行ってきた患者、および家族への支援活動を主な事例を通して整理、反省することによって、老人のかかえている心理的・社会的な問題、また、家族の問題を少しでも明らかにできるのではないかと考えている。

### 1 自分の終末期を迎える場を老人自身が 選んだ事例

事例①〔表1〕は、多発脳梗塞と嚥下性

肺炎で入院してきた77歳の男性である。治療の効果があって、肺炎は完全に治癒したが、脳梗塞の後遺症として仮性球麻痺が強く、だ液の分泌が多いため常に吸引を必要とし、食事は経管栄養によって補われている状態である。しかし、患者は病状が安定してくると、自宅に帰りたと言って、面会に来る嫁に「お前が入院させたのだ、連れて帰れ」、「今日は帰る」と訴える日が多くなった。また、夜間も不眠で深夜までベッド柵を叩いたり、「帰る」「帰せ」の連発で不穏状態が数日続くことがあった。このような状況をみて嫁は、「入院前はあのようなおじいさんではなかったのに、人が変わってしまったようです」、「私に痰をとることや、管からの食事ができるならば、自宅で世話をしたい」と訴えてきた。患者も自宅に帰りた一心なのか驚くほどリハビリテーションに積極的で、ベッドサイドにつかまり立ちができるまでに回復した。このように、患者の執念とも思える自宅退院への希望、嫁の介護への姿勢に反して医師は、吸引・経管栄養は家族では無理と考え、転院を勧めていた。そこで、私たち看護婦は、ケースカンファレンスの場において、自宅退院を困難にしていることと、その解決について検討した。問題点として、次の2点が挙げられた。① 自宅で主たる介護人となる嫁が、吸引や経管

栄養の技術的な処置ができない。②「私の意志で家に連れて帰り、おじいさんを早死させてしまったら、みんなに申し訳ない」と、舅である患者が短命になるのではないかという不安や、他の家族への責任を嫁が抱えていること。

問題①については、嫁に数日間病院に来てもらい、看護婦が実地指導をして、手技を習得してもらう、問題②については医師の協力を求め、他の家族にも病状や予後について説明してもらう、などを検討しあった。そしてリハビリカンファレンスで、患者の自宅退院への強い希望と嫁の積極的な介護への姿勢を他の職種に説明し、看護婦たちで検討した結果を提示した。

諸々の意見は出されたが、医師の全面協力も得て、一度転院と言う結論が出されていたが、自宅退院へとゴールが変更された。

後日、長男、長女、嫁に、医師は自宅退院することによって予測される問題等を充分説明し、最終的な結論を家族にゆだねた。その後、家族会議が開かれ、自宅退院という決定をもって、嫁が来棟した。その翌日より約1週間後、嫁に吸引と経管栄養の技術指導が開始された。指導中一番驚いたことは、あれほど「お前が悪い」と嫁を困らせていた患者が協力的で、夜間の不穏状態もなくなったことである。自宅療養については一抹の不安もあったが、ホームドクターも決まり、無事に自宅退院となった。1週間目に家庭訪問を行ってみると、病院では一度もみることもできなかった患者のおだやかな表情や、介護者である嫁への協力的な態度をみて、退院時に抱いた一抹の不安は消えてしまった。時は実地指導の効果があり、吸引や経管栄養を上手にできるようになっていた。なによりも「もとのおじいさんに戻りました」と話す嫁の言葉が

うれしく思えた。

この事例を通して考えられることは、この老人は自分の退院先を、そして終末期を住みなれた自宅で迎えようと考え、その方法を自分で選んだといえる。家族もまた、この老人の意志を尊重し、全力を上げて協力支援したのである。退院後2カ月という短期間の存命であったが、「おやじは幸せでした」と長男もいっているように、老人にとって自宅にもどることができたことはきっと満足なことであっただろう。この老人を通して、どんなに年老いても自分の生き方は自分で選ぶべきであるし、本人が自由に選べるよう周囲が配慮する必要があることを教えられた。しかし、老人の多くは機能的に自分の意志を表現できなくなっている。また、故意に自分の意志を表わそうとしないこともある。そのような老人に代って、誰かが老人の意志を表現し、決断を下し、問題を解決していかなければならない時がある。これらのことを老人に代って行うことができるのは家族であり、間接的には私たち看護婦ではないだろうか。だからこの責務を負う代役を務める立場にある人は、心から老人を愛し理解できる人であって欲しいと思う。また、その人なりの老人観を是非もって欲しいと願っている。

## 2 加齢現象の見方について老人患者と子供と医療者との間で相違のあった事例

事例⑤〔表1〕は患者と病弱な妻の2人暮らしである。妻は慢性リウマチのため、自分の身のまわりのこと（排泄、食事）を何とかやれる程度であり、夫である患者が、買物や食

事の準備、家の中の整理などを行っていた。そのため夫の病気は、妻の生活そのものを脅かす状態であった。患者の病気は幸いにして入院後18日間で全治し、一時的に出現した夜間せん妄状態もなくなり、元の健康な状態に戻って、退院可能となった。しかし、主治医と婦長は、今までのように、このまま老夫婦の生活を続けることは、健康管理上無理があると考え、近くに住む長女と次女に面談し、退院後のことについて相談することにした。患者の疾病の状態を説明したあと、入院時の身体の汚染からみて、身のまわりのことが充分できていたとは考えられず、病気がちの妻の世話もできないのではないかと、これ以上老夫婦だけで生活を続けることは、健康上の問題から無理であろうと説明した。しかし、子供たちは私たち医療者側が考えるほど両親の加齢を感じとっていない。長女は「それ程までに年老いてしまったのか。数日前には元気だったのに」、「毎日、雨戸の開け閉めや、お母さんの世話をしていたのに」とふって湧いたような父親の発病に当惑し、医師・看護婦の説明を理解できないようであった。しかし、加齢による潜在的な問題や急激な病状の変化等についての説明を聞くうちに、両親の現在の状況を納得できるようになった。数日後、兄弟と相談した結果、藤沢にいる長男宅へ老夫婦とも転居することに決めたと連絡を受けた。

この事例を通して考えられることは、子供たちの目から見れば、両親はいつまでも若く、たよりがいのある存在として映っているのかもしれないが、決して不死身ではない。着実に老いはせまっているのである。子供との会話の中で何回も「そんなに弱っていますか」、

「そんなはずはありません」の言葉を聞かされた。子供達には弱っていない父親であり、病気も軽いと見えたのであろう。しかし、それは表面的なことで、内に潜んでいる加齢現象をみることができていないだけである。このような場合、専門家としての観察の眼と判断が重要な役割をもつ。この観察と判断をもって行われる家族への働きかけが、どんなに説得力があるかを教えられた。

### 3 長期療養の夫を介護してきた妻が、夫の病状悪化によってパニック状態におちいった事例

事例⑦〔表1〕は、長期にわたる療養生活で、発作をおこす毎に悪化していく病状に焦りを抱き、介護する妻にしばしば八つ当たりしていた。妻も長びく介護生活に疲労が積もり、患者と共に、発作毎に悪化する病状に「回を重ねる毎に悪くなっていく」と、不安で意気消沈してしまっている。面会時の妻は「今日はとてもイライラして、私の話を全く受けつけてくれないのですよ、何かあったのでしょうか」、「発作毎になおるのに時間がかかり、だんだん悪くなっていくのですね、覚悟はしていますが、つらいです」と訴えてきた。このように患者も介護者も病気によってどんどん追いつめられてしまう。このような家族に誰が手助けできるのだろうか。それは、医師であり看護婦であるかもしれないが、果せる役割には限度がある。もっと身近にいる人の力を借りる必要があると考え、家族の中にサポートできる人はいないかと探してみた。幸いに子供2人と同居しており、2人とも男子ではあるが成人でもあり、直接的な介護はできなくとも、ブレンとしてのキーパーソンになれると考え、長男に働きかけることにし



た。長男と面接を行い、母親の立場や苦勞を説明し、子供としてどこまで協力できるか、話し合ってみた。2人とも会社勤めで、日中は家にいないので、あまり協力できないが、今までも入浴や移動など体力を必要とする介護に協力してきたと言う。しかし、母親の精神的な苦しみまでには気がつかなかったらしい。今後、精神的にも母を支援し、協力するように依頼した。

この事例を通して考えられることは、長期間の介護の生活、それにまして病状が悪化の傾向をたどる場合、患者は当然ながら、それ以上に介護に当る人の苦勞は大変なものである。介護に疲れた夫が病気の妻を殺害したという事件を耳にすることがあるが、パニック状態になる前に何等かの手助けができないものか。この事例は患者及び、その介護者の両者がパニック状態におちこんでいる状態であった。両者のこの緊張状態を周囲の人々も意外に気づかない場合が多い。最近、地域ぐるみで老人世帯を支援することも聞いているが、身近に第3者の立場に立ってパニック状態にまでおちこまないよう、緊張を緩和する人が是非必要であると思う。看護婦は、そのような第3者の立場に立てる人を探すことも大切である。

#### 4 老人世帯で老妻の介護力に限界があった事例

事例⑧〔表Ⅰ〕はリハビリテーションの効果があり、杖歩行が可能になって、その他の日常生活も部分的に介助してもらえばよい状態までに回復できた事例である。本人はもち

ろん自宅への退院を望み、リハビリカンファレンスでも自宅退院を目標にした。しかし介護に当る妻は老人世帯でもあり、自分も高齢で夫の世話まではできそうもないので、このまま入院させて欲しいと言う。しかし、この患者は、このまま入院生活を続けても状態の改善は望めず、患者自身も入院の継続を納得できないと思われた。自宅退院を不可能にさせているのは、介護者である妻の年齢だけであるのか、何とか自宅退院を可能にする方法はないものか、このような思いをもちながら婦長は妻との面接を行ってみた。その結果、妻は、現在の患者の状態（日常生活の自立）を正確にとらえていないことを知った。現在の状態より悪く評価し、その分だけ介護を必要と考えていたらしい。妻は自分なりに患者の回復程度を判断して、「大変だ」と考え、一人で悩んでいたことがわかった。そこで、妻には具体的にどの部分が自立できていて、どの部分に介護が必要かを説明することによって、ある程度の安心感を与えることができた。そしてもう一度自宅での介護を考えてみて欲しいと話したところ、少しずつではあるが自宅退院のことを考え始めてくれるようになった。しかし、自宅退院を勧める立場としても妻の気持は痛いほどよくわかる。妻も患者と同様70代の後半にさしかかり、自分自身も誰かの世話を受けた身である。部分的に介助するといっても体力的に弱ってきている高齢者にとっては大変な負担である。無理をしてこの状態で自宅退院をしても長くは続かないし、共倒れになる危険性もある。婦長はこのまま自宅退院とした場合、妻の負担を何かの方法で軽減する必要があると考えた。そこで、今までもよく協力していた長男夫婦に、現在の妻の立場を説明し、直接介護力となる方法を考えて欲しいと話したところ「兄弟で順番

に日を決めて訪問し、食事の世話、身のまわりの世話など、母に協力することにします」との返事があった。患者本人にも日常生活の自立をより確実なものにするために、リハビリテーション専門病院への転院を勧め、家族の準備と同時進行の形で退院となった。

この事例を通して考えられることは、老人世帯では相手も高齢化し体力のいる直接の介護は無理なことが多いということである。この事例の場合も長男夫婦の協力がなければ、自宅退院は不可能であろう。今後ますます老人世帯の増加が予測され、家族の協力も困難になると考えられる。社会的な側面から真剣に考えなければならない問題であろう。

## 5 退院時の指導と家族ぐるみの協力が 介護者を支えた事例

事例⑨〔表Ⅰ〕は、入退院をくり返しながらも自宅で長期の療養生活を続けている77歳の女性である。この患者は失語症もあり、日常生活は全面介助を要する状態である。しかし、嫁が全面的に介助を引き受けており、長期の臥床生活にもかかわらず褥創もなく、世話が行き届いている。今回は食欲不振のために脱水となり、その結果、急性腎不全を併発して入院となった。入院後3週間位で脱水と腎不全は回復し、再び自宅への退院が可能となった。

今回の退院準備は、嫁が今まで行ってきた日常生活援助の再評価を行い、新たに指導することがあるか否かを明らかにするために、

嫁と面談し、希望や悩みを聞くことになった。その結果、嫁は「どのような状態になった場合に病院に来た方が良いのか、判断がつかないので心配です。他のことは大体できます」と言う。日常生活援助に関しては病棟で行った再評価の結果、本人が自信を持っているように、良くてきていた。この日常生活援助への自信は、数回の入院によりそのつど看護婦の再評価を受けて退院していたことが大きな理由と考えられる。新たに追加した退院時指導は素人でも理解できる病状の観察ポイントである。この観察ポイントに沿って、病棟内で指導を行い、退院の方向へとたどりついた。

長期間の自宅療養にもかかわらず、嫁が大変よく介護に当たっているが、それを可能にしている要因は何であろうか。このような長期療養の事例の多くは介護者の身体的・精神的疲労が重なり、途中で挫折することが多い。介護を続けられた理由のひとつには、家族全員が介護をする嫁を支えていたことである。すなわち、家族は介護者である嫁一人に全部負担をかけず、患者の夫、長男も自分でできること、たとえば入浴の介助、留守番などを行い嫁に協力し家族ぐるみで世話をしていたと思われる。それで嫁は介護者によくある一人で悩み、パニック状態に陥ることもなかったと思われ、適度の気分転換もはかられていたようだ。

このように、特に他人の援助を必要とする老人にとって、家族のサポートシステムが健在であるか否かによって、その人の将来が決定してしまうことを教えられた。

## 6 子供たちとの人間関係が悪かった 老人の事例

事例⑫〔表1〕は患者とその子供達の人間関係が悪く、妻が間に入って苦勞した事例である。

この患者は徐々に左側上下肢の運動障害がでてきたので、精密検査の目的で入院してきた。諸々の検査の結果、右側硬膜下水腫の診断を受けた。入院後、病状も安定してきたので、初期よりリハビリテーションを開始し機能回復に努めたが、本人があまり積極的でなかったために、回復が遅れてしまった。やっと、介助にて歩行ができるようになり自宅退院を勧めた。しかし、長女が出産のため自宅に戻っていて、妻は長女及び孫の世話で夫の世話までは無理とのことで、直接自宅に退院せず、一時他病院へ転院し、その後、自宅退院というステップを踏むことになった。

3人の子供たちは1ヵ月半の入院期間中、1回も面会にきていない。「おやじは何もしないで本ばかり読んでいるから、このように左側の手も足も動かなくなってしまったのです」、「自分の部屋に閉じ込めり、用のある時だけ大声で人を呼びつけて、すぐ行かないとヒステリックになるんです。自分の身のまわりのことも全くしません」。これは入院時に同行した長男が婦長に最初に発した言葉である。このように、冷えきってしまった関係をもつ患者とその子供たちの間にはさまり、妻はどのように解決してよいか途方に暮れている状態であった。

婦長は妻に、子供たちには今の父親の存在を理解させることと、患者には今までのような生活態度を改めるよう説得することが重要であることを説明し、妻はその努力を始めた。リハビリカンファレンスにおいても、親子の

人間関係が改善するまでには、ある程度の時間的ゆとりが必要であると判断され、一時他病院に転院し、時期をみて自宅退院とすることを決めた。妻は時間をかけて、子供たちには現在の父親の状態はなまけ者ではなく、病気になる程度影響していることを説明した。患者には今までのような自己中心的態度を改めることを説得し、年末から正月にかけて3日間試験外泊を行ってみた。その結果、心配する程の問題も発生せず、徐々に対話ができるようになり、明るい期待をもって転院して行くことができた。

老年期をどのように生きるかということについては、老年期に向って成人期をどう生きて来たのかが大切なように思われた。特に人間関係をどのように培ってきたかということが、その人の老年期の生活を左右してしまうともいえる。

この患者は社会的には素晴らしい仕事をしていた人であるが、60数年の人生を、どのような人間関係をもち生活してきたのであろうか。その結果が障害をもつことになった今、自分自身にふりかかっていたといえる。長い間に培われた人間関係はそう簡単には変化しないし、とくにこじれてしまった人間関係は、頭で理解できても感情的な側面はそう簡単には解決するものではなさそうである。人間は一人では決して生きて行けないし、老齡化すればする程、人の援助が必要になってくるものである。

老後のことは老人になってから考えればよいというものではなく、若いうちからどのように人間関係を培い、老いていくのかを考える必要がある。この事例を通して私自身これからの生き方として考えさせられた。

## 7 下半身麻痺の障害を受容できなかった 主婦の事例

事例⑨〔表Ⅰ〕は、ある日、冷蔵庫から卵を取り出そうと腰をかがめた時、突然、腰部に激痛が走り、その6時間後には下半身が全く動かなくなり、入院となった事例である。患者は入院後、長期にわたり、多方面から検査を行ったが、原因がつかめず、薬物療法の効果もなく、車椅子の生活を送ることになってしまった60歳の主婦である。この突然の発症で大きな精神的ショックを受け、うつ状態が続いた。食欲は全くなく、唯一の治療であるリハビリテーションにも意欲をなくし、回復が遅れると同時に広範囲の褥創を併発してしまった。

リハビリカンファレンスでは初期の段階で予後が決定され、車椅子での生活ができるようにリハビリテーションを行い、自宅退院を考えることになった。しかし、精神的ショックから立ち上がることができず、計画通りにリハビリテーションが進まず、患者はますます自分の殻にとじこもってしまった。「今日はリハビリはやりたくない」、「リハビリしてもこの脚が動く訳でもないのに」、「奇病にかかってしまい、近所の人はいやをされている」、「今まで何も悪いことをしていないのに、どうしてこんな病気にならなければならないの」等、このような言葉が連日発せられるようになり、誰も信じてくれなくなってしまった。訪室すると猜疑心のある眼で黙ってみつめる事が多く、自分から積極的に話すことも行動することもほとんどなくなってしまった。褥創はますます悪化し、ついに脱水もあり輸液にたよるほかなくなってしまった。リハビリカンファレンスでも「いつまでもこの状態を続ける訳にはいかない。本人にはっきり予

後のことを話し、今後の生活を切り開くよう説得する必要がある」、「いや、それは今の精神状態の時には言うべきではない。いずれ話す必要はあるが、今は時期尚早である」と、2つの意見が出され、議論は沸騰するが、結論がでないまま3ヵ月間が過ぎてしまった。

このような事例の場合、予後の宣告は大変難しい問題である。告げることは簡単であり、いつでもできるが、告げた後にくる患者の悲しみ苦しみを充分支えきれぬのか。支える準備のないまま宣告することは、患者を放りなげることと等しいと思える。このような考えからすると、私たちも、そして家族も告げる条件を充分備えていなかったと言える。しかし、それ以上に「多分この脚は動かないと思うけど、せめてつかまり立ちくらいできるようになるかもしれませんね」と訴えた患者の言葉に負けたのかもしれない。

何度か宣告か否かを議論したりリハビリカンファレンスの結論も「最後まで、私たちも希望をすてずに患者と同じ気持ちで治療・看護に当る」という結果に落ち着いた。婦長はうつ状態の続く患者とできるだけ多く話す時間を持ちたいと考え、1日に1～2時間話し合う日もあった。しかし、容易に心を開いてくれなかった。患者にとって、病気はもちろんのこと家族や近所の人々がのろわしく見えたようだ。鉛のような冬空に一条の光のさす日が一日も早く来て欲しい、と祈るような気持ちで病室を出たことが何回もあった。しかし、リハビリカンファレンスでは退院準備が着々と進められ、患者の自主性を待つより、いわば外濠を固める方法がとられたのである。車椅子で日常生活ができるように家の寝室、風呂場を改造したり、車椅子、ベッドの購入等がケースワーカーの奮闘で始められた。日常生活もリハビリテーションの効果がでてきて、

独力でベッドから車椅子への移動が可能になった。看護面でも衣服の着脱、膀胱洗浄、ベッド上での坐位バランスが独力で可能となる。しかし広範囲で深い褥創の回復は思わしくなく、看護上の大きな問題となっていた。

この褥創と共にもう1つ、退院を困難にしていることは、自宅での介護者の問題である。夫は家具店経営のため今まで妻である患者と2人で行っていた仕事を1人で行うことになり、多忙で妻の世話はとてもできそうもない。また、援助の内容も膀胱洗浄、陰部洗浄、摘便であるので患者も当然ながら嫌がった。いろいろ考えた結果、婦長は、毎日面会に来て母親の世話をする娘にこの点を話してみた。娘は、以前から父親と相談していたらしく、ある程度の予測を立てていたようである。自分は近くに住んでいるので協力できること、今まで別居している長男夫婦に同居を求めている段階であるという。このように細々と、しかし着実に退院へと動き始めたのである。一番心配していた褥創も皮膚科医の協力を得て日増に回復の方向に向い、退院可能なめどがついた。それに自宅での介護面も家族で話し合った結果、娘と嫁が協力しあうということで退院に“GO”サインが出された。この頃より本人も自宅に帰ることに少しずつ期待をもつようになり、すべてのことに積極性が出て、時に笑い顔をみせるようになってきた。12月中旬頃より、娘と嫁が来棟し日常生活援助の訓練を約1～2週間行った。

ところが、もう完全に退院の準備が整ったと思われる頃、患者に再び新たな不安が生じたのである。それは介護を嫁や娘は病院ではできるが（看護婦がそばにいるから）自宅で

やれるかと言う点である。この問題は、長期入院患者がいよいよ退院という時に発生する問題でもある。その不安をとり除くためには試験的外泊を行ってみる必要があると考えた。それも患者と家族が安心できるまで回数を重ねることが良いと考え、計5回の外泊を行ってみた。その結果、患者も家族も自宅で介護することに自信がつき、192日目に退院となった。本病棟では最長期の入院患者であったが、私達リハビリカンファレンスメンバーも納得できた結果であった。

この事例では、「これ以上機能回復は望めない」ということを本人に話すか否かでさまざまな意見が出され、結果的には、はっきり話さないまま自宅退院へと導びいた。このようなことは癌の告知でも同じことがいえるのではないだろうか。告知するか否かを議論する前に患者との信頼関係をどの程度培っているか、患者の悲しみや苦しみをどのように支え励ますかを家族を含めて真剣に考えなければならない。告知の問題は誰にでも共通していえることではなく、あくまでも個別的に考えなければならない問題であろう。

以上のような考えに立ってこの事例を考えた時、結果的に告知しないでよかったと思われる。退院を目の前にしたある日「少しでも足が動くようになるかもしれませんね」と患者が話す言葉の中に「この人はやはりわずかな期待を今も持ち続けている」ということを知った。このわずかな期待も持ち日夜努力している患者を私は裏切らないでよかったのかもしれないと考えた。

#### IV 転院となった要因の考慮 —— 事例を通して ——

次に、今回の事例20名のうち自宅退院が不可能となり、やむなく他病院（リハビリテーション専門病院は除く）に転院となった11名について、転院となった要因をさぐってみたい。その要因をさぐることにより、自宅退院を不可能にしているものは何かが明確になると思われる。自宅退院を拒んでいる要因を知ることにより、今後の退院準備がより適切に、効果的にできると考えている。

久保成子氏は次のように述べている。「高齢者にとって一般病院への入院は、その後のその人の人生を分ける最初の鍵がにぎられている場としての意味をもつものと考えられる。たとえば、家族の理解が得られず家族の元に退院が不可能となったり、施設への転院を余儀なくされたり、うとましい老人であるより“病氣”を選ぶという状況に陥ることを余儀なくされたりする……と。老人がこのようなことになることは人間としての老人にとって大変不幸であろう。よって一般病院における看護者がいかなる援助をすればこのような不幸な事態に陥らずに済むかを真剣に考えて行かなければならないであろう」と。

たしかに久保成子氏の述べているように、次の病院からまた次の他の病院へと転々と移動させられ、最後にたどりついた病院がここですと訴える家族、老人がいると言われる。このような状況は老人と老人を支える家族の苦しみを表現している。1人でも多くの老人がそのような事態を招かないで人間らしい幸せな老後を送れるために、私たち一般病院に

おける医療スタッフは、老人患者の退院先を真剣に考え検討しなければならないと思っている。このような考えに立って、本病棟のリハビリカンファレンスでは患者1人1人の特性をふまえ、退院先の決定を多方面より検討している。とりわけ自宅退院が不可能になり、他病院への転院を選ばなければならない場合は慎重に検討される。

今回の事例20名のうち自宅退院は7名、転院は13名である。転院先の内訳はリハビリテーション専門病院2名、一時的に家庭の準備が整うまでの数週間、待機目的での転院2名であるので、長期入院を目的としての転院は9名となる。この9名の転院の要因を ①年齢 ②家族構成 ③日常生活の自立度 ④人間関係 などに視点を当て考えてみた。

① 年齢 — 自宅退院7名の平均年齢は71.2歳、転院9名の平均年齢は79.2歳で両者間に差があり、転院患者は自宅退院患者より8歳も高齢である。

② 家族構成(キーパーソンは誰か) — 自宅退院7名の家族構成をみると、老夫婦のみ3名、子供と同居4名である。キーパーソンは妻が2名、夫1名、嫁4名である。転院9名の家族構成は老夫婦のみ2名、独り暮らし1名、子供と同居6名であり、キーパーソンは妻3名、子供3名、嫁2名となっている。

③ 日常生活の自立度 — 自宅退院7名中全面介助を必要とする者は3名、部分的に介助を要する者は1名、独自にできる者は3名である。転院9名の内訳は全面介助を必要と

する者8名、独自にできる者1名である。両者を比較すると、転院となったほとんどの事例は全面介助を要する。しかし、自宅退院の場合は3名と半数以下である。この結果よりいわゆる手のかかる人が転院となる傾向にある。

④ 患者と家族の人間関係 ― 自宅退院、転院共に人間関係に問題があったと考えられる事例は2例あったが、1例は、事例⑫である。この家族は話し合いなどである程度人間関係が回復し一時他院での療養を行うことになったが、自宅の準備が出来次第自宅退院が可能となった。もう1例は、自宅退院真近かになって突然、転院を家族が希望してきた事例である。はっきりとした原因は分らないが、キーパーソンとなる嫁の老人観にあったかとも思われる。

以上4項目について転院患者の要因を整理してみると、①日常生活の自立の程度と、②家族の介護力によって自宅退院か転院かが別れることがはっきりしてきた。日常生活に関しては、ほとんどの事例が全面介助を必要としており、このような老人を自宅で介護するとなると専属の介護者が1人必要になってくる。また、その介護者は患者より年齢的に若く体力があり介護に専念できる条件を備えていなければ無理であろう。自宅で介護したい

という気持はあっても、老夫婦であったり、たとえ体力のある嫁や子供であっても、その人々が他に仕事をもっている家族であっては大きな負担になってくる。老人の介護は長期にわたり忍耐強くなければならない。患者の日常生活もある程度自立ができていて、その自立度にあった介護力がなければ自宅退院を無理に勧めることはできない。一時的な感情で自宅退院に踏み切ってみても、間もなく介護者が疲れてしまったり、他の原因で自宅療養が不可能になる事例が多い。このような問題が予測される場合は無理に自宅退院を勧めない方が、老人、そして家族にとっても幸せである。しかし、転院だから良いとは決して思っていない。なぜならば、前にも述べたが、転院先の病院でもその病院の方針があり、長期の入院は許されず、また次の病院へと転院して行くことが多く、病院から病院へと転々として最後を迎える老人がいるからである。このような問題をどう解決すればよいのか、残念ながら現在の段階では方策はないと言える。急激におとずれた高齢化社会に各分野がどのように対処してよいのか迷っている時期でもある。私たち看護職にとってもこの問題解決に責任と役割の一斑があり、今後真剣に取り組まなければならないであろう。

## V 今後の課題

### 1) “もの言わぬ老人”を知ること

78歳の老人が午後4時頃、意識消失発作と発熱で緊急入院してきた。入院時にはすでに意識は清明で発熱もなく、諸々の緊急検査を

行ってみたが、意識消失の原因がつかめず医師は風邪であろうと言う。本人は夕食を「とてもおいしい」と全量摂取し、特に苦痛の様子もなくニコニコしている。俗にいう老人性痴呆もなく、ごく普通の老人である。次男と

長女、そして会社の事務員が入院時に同伴したが、看護婦の話が済むと帰ってしまったと言う。看護記録をみても日常生活のところは不明な点が多く、「この人はどこで、どのような生活をしていたのか」がつかめない。翌日、家人の面会を待って日常生活のことを尋ねたが、明確な答が返ってこないで、何回か問いただしてみると、子供たち3名で7～10日間隔で持ち回りで世話をしていたと言う。子供たちの家で都合の悪い場合は会社の事務室か熱海の別荘で過ごしていたと言う。老人を前に私の怒りは家族へと向いた。「このような高齢の方を転々と持ち回りで世話をされているとは驚きました。気の休まる暇がありませんでしょう」、「食事はきちんとなさっていらっしゃるのですか」、「ここを退院してからも今までのような生活を続けさせるのですか。随分僥倖ですが私は健康管理上賛成できませんね。それは年齢からみて突然どのような健康上の問題が発生してもおかしくない状態だからです。それに環境が変わる毎に精神的なストレスが増加します。どなたか責任をもって同居できる方はいらっしゃらないのですか」と、いつになく興奮して話す私の態度に家族はオロオロするばかりである。しかし、当の本人である老人はこの様子を一言もいわずに黙ってじっとみつめているだけである。一部始終黙って聞いていただけて最後まで一言もいわなかった。

数日後、家族が来院し次男宅で同居することに決まったと話してくれた。家人と共に元気に退院して行く“もの言わぬ老人”の後ろ姿をみて、私自身のとった行動がああ老人にとって良かったのか分らない。最後まで黙して何も語ってくれなかった。

多くの老人は、自分の意志を述べようとしない。特に自分に負い目のある老人は話した

がらないし、黙することによって自分を守っているように思える。いや、それとも周囲の人々が、老人が自分の意志を述べるチャンスを奪ってしまっているのかもしれない。私達は老人の世話を誰がするのかを考えるより、老人が誰に援助を求めているかを洞察する必要のあることをこの“もの言わぬ老人”を通して教えられた。

## 2) リハビリカンファレンスに患者及び家族を含めて行く必要がある

患者中心の医療、プライマリーナーシングと、どこでも、いつでも聞く言葉であり、もう言い古された感もあるが、現実の場で本当に患者の立場に立って医療看護がなされているであろうか。アメリカでは、1972年病院協会で「患者の権利章典」が採択され、患者の生命・健康に対する考え方の変化をもたらした今日に至っている。日本においても積極的にこの考えを取り入れて活躍している病院もあるにはあるが、ごくわずかにしかすぎない。日本の医療はまだまだ「病気を治す」ことを重要視し、人としての患者の存在を忘れていないだろうか。特に自分で自分の意志を伝えられなくなった老人や患者にとって誰がそれらの人々に代って代弁しているのか。その代弁者は家族であり日常密接にかかわっている看護婦であるはずなのに、その役割が充分はたされているとは言えない。本病棟でのリハビリカンファレンスにおいても同じことがいえる。今後“もの言わぬ老人”の意志を引き出し“ものいう老人”に変化させなければならないと考えている。それは、患者、家族を含めたりハビリカンファレンスに変容させていくことであると思っている。



### 3) 看護婦一人一人が問題意識をもって 老人看護に取り組む必要がある

本レポートをまとめるにあたり、いくつかの看護記録を活用した。しかし、その看護記録に重複が多く、必ずしも必要な情報が充分に取れていないことに気づいた。なぜこのような結果になってしまったのか。毎日老人患者と密接にかかわり看護活動を行っているのに、その成果がほとんど表現されていない。毎日の申し送りの中や看護婦間の会話の中で、とても重要な情報がさりげなく交わされているのに、さりげなく話され、さりげなく見たり聞いたりした事が、看護上の重要な情報になることが多いが、これらを活用する段階まで持ち上げるにはどうすればよいのだろうか。看護婦の目や耳を素通りしている（さりげない事）ものを、視えるように聴えるようにする。それは看護婦自身問題意識をもって視たり聴いたりすることではないだろうか。

看護基礎教育の中で、老人看護を位置づけている学校はわずかしかなく、成人看護学の中に組み入れている学校も大変少数である。しかし、現実には、毎日老人患者と向い合っ  
て看護を行っているのである。だから私達はもっと真剣に問題意識をもち、老人看護に取り組まなければならないと考えている。

若い看護婦には、自分の“老い”すら想像することはできないであろう。ましてや他人の“老い”をどうして認識すればよいのか、認識しようとしているのか。

人間が生れて死を迎えるという必然性があるからには、“老い”をさけて通るわけにはいかない。いつの日か私たちも必ず“老い”の時期を迎えるのである。

このように、人は老いるという前提に立って老人のかかえている問題を客観視し、看護職に求められている役割は何かを若い看護婦と共に考えていく必要がある。

## おわりに

高齢化社会を迎えた今日、看護の社会でも、老人の特性を踏まえた看護の必要性が日々に高まっている。しかし、現場で働らく私たち看護婦が、どれ程老人をとりまく社会的側面、心理的・身体的側面を理解して援助しているであろうか。看護経験の浅い看護婦にとっては、直面する身体的側面（疾病にかかわる部分）の問題解決に対処できても、老人をとりまく社会的・心理的側面には看護の視点を当

てることができない現状である。

今後、今回の事例検討のように、1人1人の老人患者の入院から退院までの看護上の問題を検討し整理することにより、老人看護の視点が育成されていくものと考えられる。

このように、臨床での現任教育と同時に看護基礎教育においても、老人看護学の体系化を早急に確立させて欲しいと願っている。

## 引用文献

- \* 久保成子「一般病院における老令患者の看護の視点となるもの」  
(看護Mook8.『老人看護』p165 金原出版KK)

## 参考文献

1. 奥川幸子「老人のリハビリテーションと家族の重要性—家族の能力とケアに伴う諸問題—」  
(『総合リハ』9巻8号 p617～p622 1981.8)
2. 小田利勝『「病人家族」の生活過程に関する一考察—役割構造の動態的分析方法を中心として—』  
(『公衆衛生』vol42 No4 p271～p276. 1978.4.)
3. 木村利人「バイオエシックスと医療」(『病院』41巻1号～12号 1982.)
4. 久保成子「退院できない老人をみつめて」  
(『社会保険旬報』No.1463 p12～p15 1984.4)
5. 紅林みつ子「在宅ケアの充実をめざして」  
(『社会保険旬報』No.1464 p26～p29 1984.4)
6. 小林ひとみ他「老人患者をもつ家族へのアプローチ」  
(『第14回成人看護学会誌』p46～p48 1983)
7. 佐藤哲他「老年患者の入院と病院機能に関する一考察」  
(『日本医事新報』No.3054号 p93～p97 1982.11.)
8. 田嶋美代子他「要介護老人の退院指導における看護婦と家族の認識の相違—指導の援受の認識に関して—」  
(『第13回看護学会誌(看護総合)』p287～p291 1982)
9. 波多野梗子他「老人は誰にどのような看護を期待しているか」  
(『老年社会学』No.11 p49～p56 1979)
10. 森幹郎「老人の終末期ケアに対するビヘイビアの研究(上)」  
(『社会保険旬報』No.1448 p15～p19)
11. 同上 (中)  
(『社会保険旬報』No.1449 p17～p22)
12. 同上 (下)  
(『社会保険旬報』No.1450 p20～p24)

---

●SUMMARY

SUMMARY●

---

## **Preparing Elderly Patients for Discharge from Hospital: Utilizing Rehabilitation Conferences**

Keiko Ikeda\* and  
Reiko Hara\*\*

### **Objective and Methods**

In our ward, the number of elderly patients has been on the increase for a few years, however, the mean period of hospitalization is 21 days and shorter compared with other hospitals having elderly patients. Furthermore, we have not experienced any significant troubles between family members and ward staff at the time of their discharge.

This is thought to be due to the periodical rehabilitation conferences we conduct at our ward in which all hospital staff including physicians, nurses, physical therapists and social workers work together to play assigned roles in accordance with the plans for patient discharge to ensure the recovery and rehabilitation of the patient, support the family in receiving the patients, and introduce the patient to other hospitals in case of the transfer.

This paper describes our procedures for preparing the patients for discharge utilizing the rehabilitation conferences.

Twenty elderly patients who discussed in the rehabilitation conference during a specific period were included in the present study to illustrate the conference discussions, and ward staff activities, particularly those of nurses including head nurse based on the discussion results. In addition, background factors of 6 patients who were discharged from our hospital to return home, along with those of the remaining patients who were transferred to other hospitals are analyzed and summarized in this paper.

### **Results**

1. Of the 20 patients studied, 6 went home and the remainder were transferred to other hospitals.
2. In the following 6 patients discharged to their homes, nurses(the head nurse in particular) played an important role in ensuring trouble-free discharge of the patients by making approach to their family members based on discussions at rehabilitation conferences:
  - The case who has chosen by himself where to spend the last stage of his life.
  - The case whose children had a different way of thinking about aging from ward staff.
  - The case whose wife became panic-stricken when her husband's condition worsened after

many years of care.

- The caretaker of the patient benign supported by guidance from the hospital staff at the preparation of discharge, and who received help from other family members.
- The case who had poor relations with his/her children.
- A housewife who could not accept paralysis of lower extremities.

3. As a result of analysis of background factors of the patients who were transferred to other hospitals, it was found that the decisive factors influencing the course of patient (whether recuperation at home or transfer to other hospitals) are the patient's ability of independence in daily living and the capability of family members to care for the patient.

\*Tokyo Metropolitan Saiseikai Central Hospital

\*\*Department of Survey and Research, Japanese Nursing Association

# 入院時に不適応症状を示す 老人患者の事例の検討 ——不適応の背景と看護のあり方——

廣田 早苗	(東京白十字病院)
池添 睦美	(       〃       )
大場 明美	(       〃       )
福木 祥子	(       〃       )
勝亦眞紀子	(       〃       )

## 目 次

はじめに……………61

I 老人の特性……………61

1 身体的変化……………62

2 精神的変化……………62

II 事例を通してみる不適應の症状とその背景……………63

1 医療者に拒否的態度をとったTさんの場合……………63

2 入院目的がわからないまま初めての入院を経験したKさんの場合……………67

3 痴呆症状がもともとあったAさんの場合……………73

III 不適應を最少限にとどめるための看護……………79

IV 病院の訪問看護が不適應を防ぐ上で果している役割……………81

1 入院プロセスでの働きかけ……………81

2 わたしの看護婦さん……………81

3 病棟看護婦への情報提供……………81

おわりに……………82

## はじめに

近年医学の進歩はめざましく、抗生物質の発見・公衆衛生の向上などにより疾病傾向も変化してきた。その結果、急性感染症による死亡率が低下し、成人病などの慢性疾患が増加してきた。それにより平均寿命の伸長はめざましく、高齢化社会と呼ばれている。それに伴い老人（ここでは、単純に65歳以上の者とする）の入院も増加の傾向を示している。

私たちの病院でも入院患者の平均年齢が69歳となり老人の入院が増えてきている。老人の場合、入院後の状態が入院時に家族から聴取した情報と異なっていることが多い。特に入院初期に医療者に拒否的態度をとったり、日常生活動作能力が家族から聴取したことより低かったりすることがあり、病棟看護婦は困惑することも多い。

これらの体験から、老人のこういう状態は自宅から病室への生活環境の変化に適應できないために起きている一時的なものではないかと考えた。そこで入院時に適應できない

めに示しているこれらの症状を不適應症状と考え、不適應のためにどういう症状が出ているか、不適應症状が出てくる背景は何なのか、不適應を最少限にとどめる看護上のポイントは何かを明らかにすることにした。

方法としては、ある期間内に内科病棟に入院してきた老人患者で、不適應症状を示したと思われる患者について、患者の入院前の様子、入院後の心理・行動、看護婦の対応などを時を追って検討した。ただし、内科病棟であるためか、錯乱状態になるほどの強い不適應症状を起こした患者はいなかった。そこで、他の病院または病棟で老人患者の看護を長く経験しているベテラン看護婦の意見も聞いて参考にした。

また、当病院の訪問看護婦も研究に参加しており、入退院前後の患者とかかわっている経験から、不適應を最少限におさえるためのポイントについて貴重な考察をしえたので、そのコメントも付け加えた。

## I 老人の特性

老人の場合、もっと若い成人に比べて入院生活への適應が困難である傾向がある。これは、老化に伴う心身の変化から、ある程度推測しうるので、まず、老人の特性について簡単にふれておく。

老人の看護をする時には、疾病の理解だけでなく老人の持つ身体的・精神的・社会的特

性を理解して、老人の持っている能力を最大限に引き出すようにしなければならない。

ただし、老化現象の現われ方は人によって程度の差があり、画一的に老人患者をみるのがかえって問題になることもあるので、この点は、心しておく必要もある。

## 1 身体的変化

### (1) 形態的变化

加齢とともに、皮膚のしわは増え、毛髪も白くなり、身長も低くなったりと容姿の変化がおこってくる。また、腕・肩・脚の筋肉がやせて、逆に、下腹部・背部に皮下脂肪がつくなど、体型も若い頃とは変わってくる。また、身体の中でも、老人の脳の重量は成人に比べて減少してくる。これらの変化は、①身体の実質細胞の減少がおこり、それに伴い ②各種臓器が萎縮することによっておこってくるものである。しかし、その変化は個人差があり、本来の老化と伴に、過去及び現在にかかっている疾患の影響を受けている。

### (2) 機能的変化

形態的な変化に伴い、機能的な変化もおこってくる。老人は外界の刺激に影響されやすく、気温の変化から、肺炎・風邪をひきやすく治りにくくなっている。日常、安静を保っている場合は、若い人の状態と大差ないが、いったん外からの力が加わると、これに具合良く対処することができない。

これらのことは、①ホメオスターシス機構の低下 ②予備力の低下（日常生活は支障なく過せるが、わずかな労作が増した時に対応できず機能失調をきたしやすい） ③感染に対する防御力の減退（免疫機構の低下とともに、咳嗽反射・嚥下反射など、異物や細菌の侵入を防ぐ防御作用も低下し、感染にさらされやすい）の機能的変化によっておこってくる。

加齢による機能的な変化は、身体だけでなく精神面にも影響を与える。視力・聴力など感覚系機能の減退は、外界との接触を保ち、

さまざまな環境の変化に対応する生体機能に大きな影響を与える。さらに、外界から正確な情報を受理することが困難になるので、心理的に不安な状態になりやすく、錯覚や情報のゆがみをおこしやすくなる。

## 2 精神的变化

老化の程度に個人差があるということは、知的な面でも言える。例えば、80～90歳で芸術の世界や社会で活躍している人もいれば、50～60歳で第一線を退いて隠居している人もいる。疾病により若くして痴呆症になる人もいる。老年期に共通している特徴をまとめてみると、「加齢を重ねることは、喪失の時代をむかえること」と、言われている。老化に伴い身体を健康を喪失し、社会的にも第一線を退くことになるのである。それによって収入も減少し、経済的な自立も困難になる。また社会とのつながりも薄れ、周りの人との関わりも狭くなり、家庭の中だけとなったり、限られた人達とのつきあいになる。そして、社会の役に立てなくなったからと、生きる目的を失う人もいる。

このように多くのものを失う老人の性格は、受け身的で保守的になりやすい。そして、傷つけられたくない、持っているものを失いたくないと頑固になり、独断的になってくる傾向にある。そのため、新しいものをとり入れたり慣れたりすることに対して時間を要するようになる。

しかし、長い人生を歩んできた経験者として、社会や家庭において中心的な指導者であったり、人生の重要な助言者として、大きな役割を果たしている人もいる。



## II 事例を通してみる不適応の症状とその背景

不適応症状を示した三人の老人患者の事例を入院から退院までの経過を追って検討した。検討した内容は、患者の入院までのプロセス入院後の心理・言動、それに対する看護婦の対応である。

入院までのプロセスは、入院前の家族関係や入院決定への老人自身の関与の程度が、その後の入院生活への適応に関係してくると思われたからである。すなわち、老人が入院によって家族から見放されたという思いを持ったり、入院を納得していなかったりする場合、入院を契機に今までの環境から引き離されて孤立してしまったという不安から、入院を認めたがらず、入院生活に適応しようという意欲も持たなくなるのではないかと思われたからである。

看護婦の対応は、対応のいかんによって適応が容易になったり困難になったりすることが予測されたため検討内容に加えた。

### 1 医療者に拒否的態度をとったTさんの場合（73歳 男性）

#### 〈患者背景〉

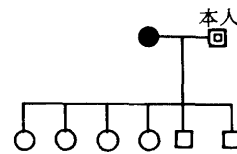
住所：当院と同じ敷地内にある特別養護老人ホーム

職業：なし（58歳まで炭坑夫として出稼ぎで働く）

趣味：碁、テレビを見ること

嗜好：特になし

家族構成：同居していない



〈病名〉 高血圧症

〈入院期間〉 昭和58年12月3日～昭和59年1月6日（35日間）

#### 〈既往歴〉

昭和44年脳卒中でJ病院に入院する。1カ月後四肢麻痺もなく、言語も明瞭で、その後は通院加療をしていた。退院2カ月後、再発作を起こし、右半身麻痺、構音障害が出現し、N病院にてリハビリテーションを行い、ほぼ日常生活動作可能となった。言語機能も子どもの名まえが言える程度に回復した。

Tさんは昭和48年6月、同居者（長女）の事情で老人ホームに入園した。入園後は食卓やトイレへも行ける状態で、日常生活動作はほぼ自立していた。ただし、脳卒中の後遺症によるコミュニケーション障害は若干残っていた。

昭和58年12月、血圧上昇に付随した症状（嘔吐）が出現し、そのため身体に力が入らず動けなくなり、失禁状態となり、生活に全面介助が必要となった。降圧剤を使用したか、血圧は下降せず、2日後に主治医の指示により、治療のため当院3階病棟に担送で緊急入院となった。

## (1) Tさんの不適應の症状とその背景

Tさんは入院直後に次のような不適應の症状を示した。

- 看護婦が話かけても無言や無視
- オムツ交換，清拭，医療処置の時，大声を出して暴れる
- 不眠
- 拒食

これらの症状が出てきた背景を考えてみると，次のように精神的に不安定な状態が推測される。

- 急に健康状態が悪くなり，病状悪化への不安，自分でできないもどかしさを強く感じている。
- 急に入院が決まったため，入院を十分納得していない。
- 老人ホームから離れて知り合いのいない場所に移されて，心細く，淋しい。

また，ベッド，食事の時間帯，食事内容など環境が変わり生活のリズム，仕方が違ってきているので勝手が違うということがある。その上，Tさんの場合，言語障害があり，自分の意志がうまく相手に伝えられないまま，いろいろなことがどんどんなされていくというもどかしさがあったのであろう。

## (2) Tさんの不適應を最少限にとどめるための看護——実際に行なった看護と反省をふまえてのポイント——

- ① 今まで生活してきた老人ホームと切れていないということを感じさせる工夫  
例えば，
  - 老人ホームとは同敷地内で，すぐ近くであることを話す。
  - 老人ホームと連絡をとって，患者の顔見知りのスタッフに面会に来てもらう。その時，病棟看護婦と老人ホームのスタッフが同席

して話をし，患者の反応を理解する手がかりを得る。また，患者も両者が親しく会話しているのを見ると，「病棟の看護婦は，老人ホームのスタッフとも親しいんだ」ということがわかって安心するのでなかろうか。  
○病状が安定したら，また同じ老人ホームへ帰れることを話す。

### ② 病棟看護婦との信頼関係を作る工夫

- 病棟でケアをする時，少なくとも1日は同じ看護婦が受け持ち，信頼関係を作ると同時に，患者の意志表示のポイントをつかむ。そして，申し送りで，このポイントを伝達し，対応方法を統一する。
- スキンシップやそばで見守ってあげることを通して，不安を少しでもやわらげる。

### ③ 病棟環境を老人ホームの環境に近づける工夫

- 老人ホームで使っていたもの（枕など）を持ってくる。
- 食事の時間帯を老人ホームのそれに合わせる（当院では既に実施）
- 老人ホームのスタッフに患者の食べ物の好みをきき，それを患者にすすめる。

### ④ 入院目的を確認する

- 入院が緊急であった上，説明を十分に理解できる状態ではなかったため，入院しなければならなかった理由，入院中に何がなされるかを再度説明し，入院し，治療することを納得してもらう。

表1 Tさんの入院から退院までの経過

入院 日数	場 面	患 者 の 言 動	患者の心理の推測	看 護 婦 の 対 応	看護上の反省及び考察
1 日 目	老人ホームの看護婦との会話	老人ホームの看護婦には“うん、うん”うなづき一応入院を納得した様子で笑顔をみせる。	一応納得したが、 ○病院がどんな所なのか ○どんな事をさせられるのか ○このまま具合が悪くなるのではないかと、 ○もう、ホームには、戻れないのではないだろうか、 様々な不安を持ったのではないかと	連れてきた老人ホームの看護婦が、以下を説明する。 ○病院は、ホームと同敷地内にあること ○治ったら、またホームへ戻れること ○たくさんの看護婦が、毎日面倒をみてくれること ○家族にもちゃんと連絡をとってあること	構音障害があり、意志の疎通に難点があるため、患者が不必要な不安におそわれない様に受け入れ側看護婦は、意志の疎通のポイントや、患者の性格、生活習慣などを十分きいておいた方がよかった。
	ストレッチャーで病室に入室	病棟看護婦が声をかけるが笑顔ひとつ見せず、口を閉じたまま黙ってそっぽを向く。  (不認知)	いつもの雰囲気とは違い、顔見知りの人が居ないことがわかり不安や恐怖がおこる。	病棟看護婦は、入院することを納得してきていると思いい、すぐに処置にかかる。	入院時のオリエンテーションとして、看護婦の自己紹介から行なう必要があったのではないだろうか。たとえば反応がなかったり聞き入れてもらえなくても徐々に不安を軽減させていく努力が大切だと思う。
	入院時のバイタルサインのチェック 採 血 排泄介助 (オムツ使用) 持続点滴開始 絶 食	身体に触れると、患者はベツベツとつかまり、おびえた感じで“おう！おう！”と叫び手で払いのける。足もバタバタ動かす。全体的に拒否的反応がみられる。	何をされるのか不安で、嫌な事ばかりされると思っている。	必要な検査であることを説明するが、拒否するため、やむを得ず抑制して採血など施行する。 点滴はエラスター針を使用する。	検査前の不安を少しでも取り除くための配慮と患者の反応を待つゆとりが必要だった。
	夜	ほとんど眠らずにすごす。オムツ交換時には“おう！おう！”と大声をあげ抵抗する。	不安はつづける一方で昼も夜も安心できない。	“今は夜だから眠りましょうね”“どこか痛くて眠れないの？”など声をかけるが反応なし。	オムツを使い始めて間もない患者の自信喪失、羞恥心、使用中の異和感などへの配慮が必要だったのではないだろうか。
2 日 目	食 事 介 助 (初めての食事)	食物を口から出してしまい首を強く振り、拒否的態度を示す。	○欲しくない ○知らない人に何もしてもらいたくない ○どんな物を食べさせられるかわからない	介助しても拒否され、気分でも悪いのではないかと、介助をやめる。	初対面の介助者は会話をしながら、少しでも面識をもつよう心がければ、少しでも口にしてもらえたのではないだろうか。
3 日 目	同居していた長女が面会	初めは知らない顔をしているが、会話をしているうちにニコニコと表情が変わる。大声で“アハハ”とも笑う。	家族に対して、どうして入院させたのかという怒り、また淋しさもあり、その反面、身内の者であるという安心感もある。	長女より、なぜ入院が必要だったかを再度老人に話してもらう。 患者と看護婦間のすき間をうめるために、看護婦の食事介助をうけたり、会話をもちょうに、長女から老人に話してもらう。	娘、患者、看護婦が一緒に話すことにより、患者・看護婦間のすき間を小さくすることができたのではないだろうか。

入院 日数	場 面	患 者 の 言 動	患者の心理の推測	看 護 婦 の 対 応	看護上の反省及び考察
4 日 目	ずっと拒否していた 清拭を施行	最初、激しく抵抗する。 清拭後は患者に笑顔みられ“ああ、ああ、エヘヘ”と答える。	嫌なことをさせられる。 気持ちが悪くなった。 身体に触れて欲しかった。	清拭後に患者に声をかける。 “お互いに変なだったね”“大分動いたから疲れたでしょう”	清拭でスキンシップがあったこと、また、清拭後の労をねぎらうことから、患者も少しは安心したのではないだろうか。
7 日 目	食 事 介 助 時	患者は、看護婦の動作に合わせる様に口をあける。	空腹であった。	看護婦は、拒否しても怒らず、強制せず、なだめながら少しでも摂取できる様つとめる。	看護婦は患者の行動の観察を通して、食べ方のくせをつかんで介助できるようになった。 患者は、協力的になっており、拒否的態度も少なくなってきた。
	夜 の 会 話	看護婦の気配に気づかないほど、よく眠っている。 看護婦の顔も覚え、慣れてきた様子。 オムツ交換にも拒否はない。 “痛いところは？”の問いに、腹部に手をあてたり、胸をたたいたりする。		患者の返答に対して“ここが痛い？”と、その場所に触れてみる	入院後1週間たち、病院の生活にも慣れてきた感じをうける。 痛い場所にふれて、スキンシップがあったことから、更に警戒心も徐々に解かれてきた様な感じである。
9 日 目	長女の面会がある。	ニコニコ笑顔がみられ手を握ったりして家族が来てくれたことに対してのうれしさを表現する。		一緒に“良かったね”と喜ぶ。	患者と家族の関係は、看護婦には介入できない懐しさ、親しさ、があるようである。 看護婦には、みせたことのない笑顔を家族にはみせている。
10 日 目	ホーム園長、看護婦の面会がある。	うれしそうな表情をみせる。	“早く良くなって帰ってきて下さい”という言葉に安心した様子である。		
11 日 目	昼 食 の 介 助 初めてギャッジ坐位の許可がでて施行する。	“いらない”と発語あり、表情も穏和で、患者側の上肢もよく動かす。	久しぶりに以前の自分の生活に近づき、うれしい。		同一看護婦が、朝から関わったことで、ことばを発したのではないのだろうか。 もっと入院直後より日常生活動作を把握し、回復に向けての計画をしっかりと考える必要があった。
18 日 目		病室周囲の状況にも慣れ、自分の意志も伝わるようになってきた。 気分が安定し、拒否反応を示すことも少なくなる。		患者の意志が少しずつわかるようになり、話をする機会も多くなった。	時間や、信頼関係が患者本来の姿をとりもどさせたのだろうか。

入院 日数	場 面	患 者 の 言 動	患者の心理の推測	看 護 婦 の 対 応	看護上の反省及び考察
34 日 目	退院の許可を伝える。	ホーム帰園の話をするとうれしそうに“うん、うん”と、うなづく。 拒否反応は、ほとんどなし。	自分の暮らしてきた所にもどれる、もとの生活にもどれる、という、うれしき。		

## 2 入院目的がわからないまま初めての入院を経験したKさんの場合 (72歳男性)

れた、と家人より) 以後2週間に1度の通院で内服治療を受ける。

### 〈患者背景〉

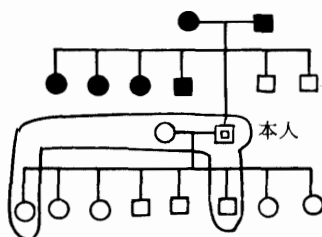
住所：当院の隣の市

職業：農業

趣味：特になし

嗜好：飲酒(3合/日) 喫煙(40本/日)

家族構成：



〈病名〉 慢性気管支炎 肺気腫 眩暈  
耳鳴

〈入院期間〉 昭和58年8月4日～9月  
1日(28日間)

### 〈既往歴〉

痔核にて手術を受ける(入院歴はなし)。昭和53年11月、息苦しさのためM病院を受診(喘息で右側胸部が悪いと言わ

Kさんは、昭和58年7月、耳鳴を自覚するようになり、近医を受診し、抗生剤等の内服治療を受ける。以後、眩暈の出現があり、M病院を受診しようと思ったが、主治医が不在のため自宅療養を続けていた。

8月1日、知人の紹介にて当院外来を受診し、入院を勧められ、8月4日、家人に付き添われ、独歩にて当院に入院した。入院に際しては、患者がはっきりとした入院目的を納得していたかどうか不明。

入院した病棟の環境は次のようなものであった。

○6人部屋でオムツ使用患者や尿器使用患者と同室。1日8回程のオムツ交換の時間帯がある。

○普通の会話が可能な同室患者は1～2人。

夜間不眠で独語を発したりする患者もいる。

○病室の前には汚物処理室がある。

### (1) Kさんの不適応の症状とその背景

Kさんは、入院してから、次のような不適応の症状を示した。

- 入院時、多くを語り落ち着きがない。
- 不眠
- 禁煙するよう言われている煙草を隠れて吸う。
- 体重が減少したと錯覚して思い込む。
- 治療の終わらない段階で退院を強固に主張

これらの症状・行動が出てきた背景として、まず目的が本人にはわからないまま入院し、入院後も最後まで目的がわからなかったということが影響していると思われる。その上、Kさんは、入院経験は初めてであり、しかも同室の患者は寝たきり患者が多く、普通に会話できる患者が少ししかいなかった。Kさんにしてみれば、わけがわからないまま、とんでもない所に来てしまった。生活は規則でしばられて窮屈だし、このままここで生活していたら、自分も同室患者のようにボケてしまうのではないだろうかと不安に思っていたのであろう。このように不安な入院生活を送るKさんに対し、われわれ医療者側は、最初から病院の習慣や治療方針に無理に従わせようとしていたのかもしれない。一つ一つの治療行為規制に対しての説明が不足のため、自覚症状の少ない患者にとっては納得のいかないうちに様々な処置や禁止をされ、とまどいと不満が重なり、病院に対する不信感が増したようである。

最後には、体重が減少したと錯覚し、これが退院希望を表明する契機になる。

また、不眠については、物理的環境、日常生活リズムの違いも影響していたと推測される。

### (2) Kさんの不適応を最少限にとどめるための看護——反省をふまえてのポイント

#### ①患者が入院目的を納得しているかの確認

まず、入院前、あるいは入院当初に看護婦は情報収集して、入院までの経過を知っておく。特に、患者が入院の目的を理解しているかどうか、入院を望んでいたか拒んでいたか、入院を決定したのは誰か、という事が大切なポイントと思われる。

#### ②不適応の早期発見

家人から日常の患者の様子・性格・習慣等を聞き、看護婦の受けた印象と比較して違いがあるかどうか、それはどこからくるのか考えてみる。

Kさんの場合、この事が不足していたため、入院時興奮して多弁になっているのを活気があると解釈し、特に問題ない患者と決めつけてしまっていた。

#### ③患者に治療・養生の必要性を説明し、入院を納得してもらう。

患者の不安を理解し、一番の原因と思われる疾患についての正しい情報をわかり易く反復して説明する。特にKさんの場合は、自覚症状が少ないため、なかなか理解してもらえないので、看護婦が協力して統一した説明が必要であった。

#### ④患者の心情・ペースに合わせた説得の仕方にする。

病院は、患者に対して規制する事が多く、患者のペース（生活リズム）に合わせることでより医療者側のペースで物事が運ばれていく傾向がある。入院しているのだから仕方がないと我慢して毎日を過ごしている患者も多い。また、医療者側も毎日の業務の繁雑さに追わ

れ「患者の立場で、患者の身になって」と思いながら、つい流されてしまいそうになる。看護婦自身いつも患者に背中を向けながら話を聞いていることはないだろうか。ゆったりとした気持ちで、ほんの10分間、Kさんに向かい合っていた看護婦がいたならKさんの気持ちを聞けたかもしれない。

朝、3時ごろ廊下でカミソリの刃の手入れをしているのをみて、異常行動、禁止というパターンをとらず、まず、その行動の理由を聞いてみるべきであった。農家であるKさんの日常生活を考えた時、夏の朝3時に起きていることは普通だったかもしれない。

禁煙についても、患者の気持ちを十分に聞き、習慣となっている喫煙をやめなければな

らない事の難しさを看護婦も理解した上で、禁煙を働きかけるべきだった。

また、Kさんが体重が減少したと思い込んだ時、その思い込みを強く否定せず、なぜそう思ったのかを考えてみるべきだった。

以上のように考察してみると、入院前の生活、入院のプロセスを把握することが重要であることがわかる。そうすることによって、看護婦は、患者の言動を医療者側からの基準だけで決めつけることなく対応することができるのではないだろうか。また、物理的環境についても病棟環境をできるだけ自宅のそれに近づけるための情報が得られるであろう。

表2 Kさんの入院から退院までの経過

入院 日数	病状、治療場面	患 者 の 言 動	患者の心理の推測	看 護 婦 の 対 応	看護上の反省及び考察
1 日 目	アナムネーゼ聴取	活気があり、会話も多い。 穏和な表情が見られる。	不安があるために多弁なの かもしれない。	入院生活にうまく適応し ていけそうな印象を受け る。 入院時オリエンテーション を行なうが、特に問題点 はない様子と受けとめる。	
	ビール樽様の胸隔を 呈し、ラッセル音*も 聴取される。 医師より喫煙が心臓 や肺に悪影響を及ぼ すことを説明される。			患者の理解度を確認して いない。 医師がどのような説明の 仕方をしたのかも確認して いない。	
	夜 8:00	“いろいろな患者がいてビ ックリした”と話す。 その後良眠する。	とまどいを感じているらし い。		

\*気管、気管支、肺泡、肺空洞内に分泌物や血液などが停滞し、空気と混ざって気泡を作り、あるいは潰れるとき、また粘稠な粘液物質、膜様分泌物が運ばれるとき発せられる音。

入院 日数	病状, 治療場面	患 者 の 言 動	患者の心理の推測	看 護 婦 の 対 応	看護上の反省及び考察
2 日 目	朝 3:00 (オムツ交換の時間 帯)	起き出して廊下の階段に 座ってカミソリの刃の手入 れをしている。  声をかけられて, 大きな声 で返事をする。  5分程で病室に戻り再び 入眠する。	○オムツや尿器等のにおい で病室にいたくなかった のではないか ○入院生活への不安があ り, 眠れなかったのでは ないか ○何となく不眠で気を紛 らわせたかったのではな いか  ○急に声をかけられ驚いた のだろうか ○耳が少し遠いのだろうか	なぜ, 夜間にそのような行 動をとっているのか疑問に 感じ声をかける。 夜中なので静かに話すよう 言い, 特に起きている理由 は聞かず, 眠るようすすめ る。	異常行動と決めつけずに 行動の理由を聞いてみる。 農家の人だったら, 夏の朝 の3時に起きていることが 普通だったかもしれない。
	入院時の血液検査・ 検尿・検便の他, 検 痰・動脈血ガス分 析・プレスメーターの 各検査を施行する。			患者に検査・与薬の目的 を理解してもらっているか 確認しているのか不明。	検査や治療に際してその 都度患者が納得できるよ うに説明した方が良い。
6 日 目	検痰より溶連菌(+) 白血球 10,800 ↓ 抗生剤の静脈注射が 開始される	“以前より咳や痰が少な くなり, 調子が良くなった ようだ”と明るい表情が見 られる。 夜間は良眠する。			
7 日 目	看護婦が訪室すると, タバコの煙がたちこ めているような感じ を受ける	“そうだよ。酒とタバコを やめろと言われたら死んだ 方がましだんべー” “ここは病院だからタバコ は禁止されてんべー”と答 える。	○酒とタバコは自分の生 き甲斐であり, それ程自 覚症状も出ていないの になぜ禁止されなければ ならないのかわからな い。 ○病院の規則として守ら なければならないのか な?	“タバコが好きだったんで すってね”と何気ない調子 で話しかける。	○医師の説明を理解して いない様子なので禁煙, 禁酒の必要性をどの程 度理解しているのか確 認してみるべきだった。 ○なぜ禁煙, 禁酒をすす めるのかわかり易く説明 し直すべきだった。



入院 日数	病状, 治療場面	患 者 の 言 動	患者の心理の推測	看 護 婦 の 対 応	看護上の反省及び考察
10 日 目	昼 3:00 検 温 で 訪 室	ウトウトしており“ボケたかな?”と看護婦にもらす。 入院中はテレビを見てすごすことが多く, 家人以外の人とはあまり会話をもたない。 家人には時々, 同室患者にあまり会話のできる人がいないことや規制された生活等について愚知をこぼしていたと, 家人より聞く。	今まで自覚症状も少なく, 良くなってきているらしいのに病院にいて何もしないのも退屈。早く仕事をしたい。このままではボケてしまう。 と感じ始めたのではないだろうか。		今まで働くことに熱心だったらしい患者が, 生まれて初めての入院生活を経験して不安になるかもしれないということは最初に予測しておくべきだった。 単調な生活に変化をもたせる工夫として, 作業療法等を考えてみても良かったのではないだろうか。 また, 病識のない患者に対しては, 患者の病状に結びつけた説明をし, 本人が気づかない症状を詳しく説明する。それには医師とのカンファレンスを持ち, 共通理解をもっておくべきである。
14 日 目		早朝より覚醒するようになる。	今後について不安。		
15 日 目	喫煙中のところをみかける	“1日2本にしているからいいだろう?”と答える。	“うるさい看護婦”と感じ始めているのではないだろうか。“本数を減らしているのだから許してほしい”	“タバコは吸ってはいけないと先生から言われてるんじゃない?”と注意する。	患者の気持ちを十分に聞くようにする。 習慣となっている喫煙をやめなければならない事の難しさを看護婦も理解し, 患者の理解度にあわせて禁煙を働きかけるようにすべきだった。
	夜 病室内でも喫煙している様子	“あと1本しかないから, そしたらやめる”と答える。  “うまく言っといってくれないかなあ”と心配顔である。	医師に知れたらおこられるかもしれない。	“タバコ, 部屋で吸ってるんですか? 病院では一応火事の危険や他の患者さんへの影響も考えて, 部屋では吸ってはいけないことになっているんですよ”と説明する。  1日1, 2本なら人生の楽しみでもあるし, 病状に応じて医師から許可が出るかもしれないし, あまり強制的に禁じては患者もかえって闘病意欲が失なわれてしまうかもしれないと考え, “明日先生に聞いてみますから許可が出たらロビーで吸って下さいね”と話す。	

入院 日数	病状, 治療場面	患 者 の 言 動	患者の心理の推測	看 護 婦 の 対 応	看護上の反省及び考察
16 日 目	翌 朝	“タバコを吸っていることは先生に知れると治療してもらえなくなるから言わないでくれ”と看護婦に話す。	今, 医師をおこらせたらこれから具合が悪くなった時にみてもらえなくなる, という不安感があり, ずい分悩んだらしい。	患者が喫煙していること, そしてそれを医師に知られることを恐れていることを医師に相談する。	昨夜“医師”という言葉が口にしたことが患者に不安感をおこさせてしまったらしく, 患者の気持ちを考え, 患者の立場が悪くなることはない, という安心感を与える必要があった。
17 日 目	検査結果 結核菌(-)	不眠の傾向がある。“やせたのではないだろうか?”と気にしている。  “夜, 人生を考えていて眠れなかった”と看護婦に話す。	入院に対する疑問や不安等を感じているらしい。	入院時と体重は実際は変わっていないことを説明する。  どのように返事をしてよいかわからずそのままにしよう。	○患者に悩みがあるらしいことを察知すべきでありカンファレンスや医師への相談が必要であった。 ○患者の悩みを十分聞ける関係をもてるようにする必要があった。
27 日 目	外見的には状態の変化は見られないが, X-Pやその他各検査からはまだ要治療の段階である。	“体重を測ったら3kgも減っていた。 このままでは先行き不安だ”と退院を希望する。 (実際は体重減少はみられない)	病状を良くするために入院したのにやせてしまったりうるさく言われ, このままここにいる自分のためになるのだろうか。と, わからなくなってきているのではないだろうか。 病院に対する不信感も出てきているのかもしれない。		現在の患者の病状をどう患者に理解してもらえるよう説明するかを検討する必要があった。
	夜	“退院の許可”が出たものと思いき, 家人に連絡をとり退院するつもりになる。		不注意な看護婦が一言“もう退院してもいいのでは?”と言ってしまう。	医師との連携がとれていないために看護婦は, 患者がまだ治療の必要な段階だということを軽視していたのではないだろうか。 看護婦の独断的発言は慎むべきである。
28 日 目	すでに患者を迎えにきてしまった家人に医師が面接し, まだ治療が必要だということを医師が説明する。  医師も了解し, 不変退院となる。	患者は, あくまで退院を主張する。	家に帰りたいという気持ちが高まっている。 “昨夜は退院して良いと言われたのだから, これ以上ここにいる必要はないはずだ。”と患者としては病院側の意見がまちまちな事に怒りをもっていたかもしれない。		

### 3 痴呆症状がもともとあったAさんの場合 (82歳 女性)

#### 〈患者背景〉

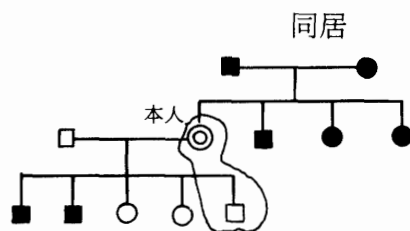
住所：当院から1時間離れた都区内

職業：アパート経営（結婚前：看護婦見習い，結婚後：縫裁業）

趣味：旅行（温泉めぐり）

嗜好：特になし

家族構成：50歳時離婚，長女夫婦と同居



〈病名〉 脳動脈硬化症 老人性精神病

〈入院期間〉 昭和58年7月11日～10月22日（103日間）

〈既往歴〉 特になし

昭和47年，トイレに行く途中に倒れた。貧血のためか，脳動脈硬化症のためか，原因ははっきりせず，その際，意識（+）四肢麻痺（-）。この頃より，痴呆症状始まり，自分の身のまわりのこと，状況判断がつかなくなる。一緒に暮らしていた次女のいうことは理解できた。

次女が脳溢血で入院したため，長女夫婦のもとにひきとられた。それから，徘徊，物忘れ等の痴呆症状がひどくなり，1ヵ月後当院外来受診し，入院となる。

#### (1) Aさんの不適応の症状とその背景

Aさんは，もともと痴呆症状があり入院してきた。そのため，誰でも示すような不適応

症状

- 多弁
- 頻尿
- 不眠
- 食欲不振

の他に，次のような痴呆症状を示した。

○自分の部屋，ベッド，トイレがわからない。

○昼夜を問わず荷物をまとめる。

○徘徊

○着物，人物（同室患者）についての誤認

これらの痴呆症状については，当初疾病によるものか不適応によるものか判断がつかなかったが，入院日数が経つにつれ，これらの症状が消失してきたことから，環境に適応するまでの一時的なものだったと考えられる。

Aさんがこのような症状を示した背景を考えてみよう。

老人性痴呆があり入院目的がわからないAさんの場合，心の中には，当初「ここは自分の居場所ではないので帰らなくてはいけない」という気持ちや「家に帰りたい」という気持ちがあった。周囲に知っている人がいず，寂しく不安で落ち着かなかったであろう。その上，Aさんのようにもともと痴呆症状のある人は，人物，場所などについて，ある程度わかり，新しい道具，設備，生活のペースに慣れるのに時間がかかる。

これらのことから，新しい環境には入ってそれなりに適応するまでの間，一時的に痴呆症状が強くなったように映ったのであろう。

この時，看護する側で，最初から，痴呆症状が強くこの程度しか理解できない，できない人と決めつけて対応していると，患者の能力が落ちたままで適応させてしまう危険性もある。

## (2) Aさんの適応を容易にするために行った看護

Aさんの場合、痴呆症状があったため、そのことに特に留意して対応している。

例えば、位置のつかめない患者に対し、看護婦は、患者は何もわからないと決めつけた言動をとらず、根気よく反復して教えている。Aさんの場合は行わなかったが、病室やトイレなどの部屋の入口に目印になるような花をつけたり、廊下に道順によってテープで色分けするなどの工夫もありうる。

そして、患者の話をよく聞き、相手が何を言いたいのか、どうしたいのかを確認しながら受容的にかかわろうとしている。一見、奇異にみえる行動についても異常行動と決めつけて否定しないで、行動の意味や背景を考えている。入院四週目に否定的にかかわった場合とそうでない場合との患者の対応の違いが出ている。フラッと他病棟に行こうとした患者を、看護婦が呼びとめ腕をつかんで呼びも

どしたところ、その看護婦を厳しい表情で睨み、手にかみつこうとした。その後、また一人で他病棟へ行き帰って来たところをみつけた看護婦が「他の家に行ったかと心配したのよ」と言ったところ今度は、「そう」と穏やかな表情で答えている。このように、患者の気持ちを受けとめてかかわることが大切なようである。時には、患者と行動を共にし患者の気持ちを探ることも一方策である。

また、入院前の生活状態を詳しく聞き、現在の患者の行動が入院後にあらわれた特殊なものであることを確かめている。

例えば、真夏に「寒い寒い」と言って毛布にくるまり、厚着をしている患者の行動をみて、家族に入院前の生活状況を聞き、入院前もそうであったことを確認している。

以上のような看護によって、Aさんは、痴呆症状がありながらも、何とか入院生活に徐々に適応していったと考えられる。

表3 Aさんの入院から退院までの経過

入院 日数	病状及び場面の経過	患 者 の 言 動	患者の心理の推測	看 護 婦 の 対 応	看護上の反省及び考察
1 日 目		長女夫婦に付き添われ独歩で入院。多弁で話題が次々とかわる。看護婦のいうことを“ハイ、ハイ”ときいている。 トイレに行き、部屋がわからなくなったと何度もナースステーションに聞きにくる。 夜間頻尿で眠っていない。		長女及び患者よりアナムネ聴取。入院時のオリエンテーションを行なう。 部屋まで誘導する。	患者はハイハイと返事をしているが、入院時のオリエンテーションを理解しているかどうかよく観察すべきではなかっただろうか。

入院 日数	病状及び場面の経過	患 者 の 言 動	患者の心理の推測	看 護 婦 の 対 応	看護上の反省及び考察
2 日 目	朝          夜   セレネース1A, IM. (精神安定剤) 筋肉注射	“私の寝るところはどこでしょう”と廊下をウロウロしている。 ベッドに戻ると荷物をまとめている。  院外へ出てしまう。迎えにきた看護婦に、“散歩に行ったが、足が痛くなった”という。 “お風呂に行くんだ”と洗面器を持って廊下をウロウロしている。 荷作りしている。“実家に帰る”“ここは年寄りが多いから実家だよ”という。 その後は静かに入眠する。	自分の家とは違う。不安だ。  家に帰りたい。  家に帰りたい。 病院にいるという認識はないが、周囲の変化に気づいている。	部屋まで誘導する。  患者の不在に気づき捜す。徘徊の多い患者として観察を心がけることをスタッフ間で合意する。	なぜ患者は荷物をまとめるのか、患者に理由をきいてみてもよいのではないか。また、入院前からの行動なのか否か家族より入院前の生活の様子を詳しく聞いておくべきではなかったか。
3 日 目		ボーとしており、歩行時にふらつく。			
4 日 目	夜 セレネース1A, IM.	トイレはどこかと看護婦に何度も聞く。 他病棟へ行き、連れ戻されるが、本人は自覚していない。 長女夫婦が面会に来て着物を持って帰った後、自分で荷作りをし、“着物をどこにやったのか”と騒ぐ。 夕食を食べない。看護婦の問いに、最初“おいしくいただきました”と答えていた。好きなものをすすめられ、“おなかいっぱい食べられない”と穏やかに答えるが、看護婦のすすめたものを2～3口のみ食べる。		トイレまで誘導する。  他患者より夕食を食べないと報告あり。患者にどうして食べないのか尋ねてから、患者の好き物だけすすめて食べさせるようとした。	
5 日 目		午睡していることが多い。		セレネースの使いすぎではないかと考え医師に報告する。	薬物の使用量や作用、副作用を理解し、患者の一般状態の観察を心がけることは大切である。

入院 日数	病状及び場面の経過	患 者 の 言 動	患者の心理の推測	看 護 婦 の 対 応	看護上の反省及び考察
6 日 目	夜	午睡していることが多い。 自室がわからず廊下をウロウロしている。 荷作りをしている。看護婦の問いに対し、“東京に行くんだ。ここは実家だよ。年寄りが多いから”“子供がみんな東京にいるから”と答える。	自分の居場所でないような感じがあるのではないか。 子供に会いたい。	荷作りしているのをみて “荷作りしているの？” “誰に会いに行くの”と尋ねる。	
2 週 目		徘徊は少なくなるが、院内を徘徊することが1度あった。その際“家へ行こうと思った”“私の頭はおかしくなっているんです”と看護婦に話す。 よく荷作りをしており、“あす、家に帰る”と言ったりする。 夜間はよく眠っている。	家に帰りたい。	患者の話を否定せずよく聞くように努める。	患者は、看護婦の対応をみて、自分の行動のおかしさに気づいているのだろうか。
3 週 目	ノバミン1A, IM, (抗精神薬) 筋肉注射	院内を徘徊することが一度あった。“家に帰りたい”とよく荷作りをしている。 “家のものはどこに居るのか”“隣の人は退院したの。私はいつ退院できるのか”と話している。 “こんなところにおいて、病気が治るのか、いんちきなんだよ” “看護婦さんは大変だねー”等のことばもきかれる。 昔の看護婦見習いをしてた話や、縫製業で盛えていた頃の話をよくされる。 “家に帰りたい”と朝早くから徘徊しはじめる。	家に帰りたい。      家に帰りたい。	患者の話をよく聞くよう努める。	患者は、病院にいるという認識があるのだろうか。  病気とは、頭の病気といっているのか。時々おかしい行動をするという病識があるのか。 楽しかった昔のことはよく覚えている。

入院 日数	病状及び場面の経過	患 者 の 言 動	患者の心理の推測	看 護 婦 の 対 応	看護上の反省及び考察
4 週 目	セルシン1A, IM, (精神安定剤) 筋肉注射	隣室の患者と言い争う。患者を使用人とまちがえており、“使用人のくせに生意気だ”と怒っている。 徘徊多い。他病棟へ行こうとし、呼びとめた看護婦を厳しい表情でにらみ、看護婦の手にかみつこうとする。 再び他病棟へ行き、ひとりで帰ってくる。 看護婦の問いに対し、“あいさつにまわってきた”  “そう?”と穏やかな表情で答え、自室に戻る。	自分の邪魔をしてほしくない。	他の病棟へ行こうとする患者を呼びとめ、腕をつかんで呼びもどす。  帰ってきた患者をみつけ、“何しに行ってきたの”  “他の家に行ったかと心配したのよ”	患者は人が多いことで、昔のことと混同しているのではないだろうか。  看護婦は患者の行動を無理に制御しようとしているため、患者も反抗したのだろう。相手が何のために行くのか、聞いたり、一緒に行ってみたりしてもよかったのではないか。 二度目は、患者の言動を否定していないため、穏やかに対応している。 患者はひとりで病棟に帰ってきている。病棟になれてきたのか、場所の認知ができていようだ。
5 ～ 6 週 目	活気がなく、食事量低下したため点滴1週間施行。	他の患者を使用人と誤ってのトラブルが数回あった。  臥床していることが多くなり活気がみられない。徘徊が少なくなる。また、食事の摂取量が少なくなり、昼食はほとんど摂取しなくなる。本人は、“おいしいものをいただいたのでいい”という。 点滴は、抵抗なく受けている。		患者の話を聞いて患者をなだめ、使用人でないことを話し、落ちつくまで話を聞くよう努めた。 患者の変化に気づき、観察を心がける。 食事をすすめるが、朝、夕は摂取していたので、そのままにしておいた。	活気がなく、食欲の低下等、生活の急激な変化がみられる。疾病によるものか否か、看護婦はもっと注目すべきではなかったか。
7 ～ 9 週 目		8月下旬の暑い時期に、“寒い、寒い”と言って毛布にくるまり、窓を閉めたり、厚着をして過ごす。また、寝衣を1日に2～3回着替えたりする。 活気なく臥床していることが多い。 長女夫婦の面会時には、おとなしく聞いている。面会中は相手のことがわかるが、帰ってしまうと、面会を忘れている。		患者が厚着をすることに疑問をもち、面会にきた長女に入院前の生活状況を聞いた。 長女の話によると、夏でもいっぱい着こんで、次女と2人でこたつに入っていることが多かったという。また、昔から、おしゃれの好きな人だったとの情報を得る。	患者の行動は異常のように思われるが、長女の話より、考えると、入院前の生活に戻ってきているようにも思われる。

入院 日数	病状及び場面の経過	患 者 の 言 動	患者の心理の推測	看 護 婦 の 対 応	看護上の反省及び考察
10 ～ 15 週 目		看護婦に散歩や作業をすすめられても、拒否したりすぐあきてやめてしまう。トイレに行って自室に帰っていく。時々隣の部屋に入っていくがベッドの位置は覚えている。 荷作りをすることも少なくなる。		散歩や作業療法をすすめる。	トイレや自室がわかるようになっている。徐々に病院の生活に慣れてきたものと思われる。
退 院 当 日		次女が退院し、次女を長女が、患者を三女がひきとることになったとの連絡がある。 正装し、周囲の患者や看護婦にいい服をきているねと言われ、ニコニコしている。 長女と三女の迎えがありうれしそうに退院していく。	家に帰れてうれしい。		患者は、再び新しい環境で暮らすことになるがうまく適応していけるであろうか。



### III 不適応を最少限にとどめるための看護

誰しも、入院によって不慣れな場所、場面に直面した時、不安で緊張感が強まり、新しい環境に適応するプロセスをたどるものである。適応するまでの時間、プロセスは個人差が大きい、老人の場合、適応まで時間がかかったり、不適応を起こしたりする傾向が強い。前にみた事例もそうであった。

そこで、そのような老人を受け入れる病棟の看護婦としては、不適応を最少限にとどめるよう働きかける必要がある。そのポイントについて、事例の検討過程で考察したことをまとめてみる。

#### 1 看護婦が不適応を早期に予測する。

そのために

(1) 入院時、特にアナムネーゼ聴取時次の点について把握し、不安・緊張が非常に高まりそうな人を予測する。

##### ①患者について

- 年齢がかなり高い（70歳以上）
- 初めての入院か
- 聴力・視力・言語障害がありコミュニケーションがとりにくくないか
- 脳動脈硬化症はないか
- 知的レベルの低下をおこしていないか
- 性格

##### ②入院前の生活・社会的背景について

- 家族関係
- 今までの生活習慣（食事、睡眠、排泄方法、時間の過ごし方など）と病院の規則、方法、道具、設備とに大きなズレはない

か

- 家族と同居し依存した生活をしてきていないか

##### ③入院までのプロセスについて

- 入院を納得しているか
- 入院決定に誰の意見が一番反映したか
- 当病院についての情報をもっているか、信頼しているか

##### ④入院時の患者の印象について

- 反応が鈍くないか
- オドオドしていないか
- 医療者の言うことを受けとめていないのに、返事だけは「ハイハイ」と繰り返していないか
- 多弁
- 不安そうな表情を示していないか

(2) 入院直後に次のような症状を示した場合、注意して観察しておく

- 食欲不振・拒食
- 不眠
- 頻尿
- 多弁、或いは無言
- 痴呆症状
- 拒否的態度
- 家族からの情報と本人の能力、状態が違

以上のようなチェックポイントで不適応を予測する。その際、あらかじめ調査用紙を準

備しておくのもよいだろう。ただし、予測はしても決めつけすぎるとかえって判断を誤めることがあるので、そのバランスを保つ柔軟な思考が重要である。

2 入院当日のオリエンテーションは、患者にとって必要最低限のものとする。具体的には、ナースステーション・トイレ・洗面所の場所、ナース・コールの使い方、食事の説明、程度にしておく。あとは、理解度・状態に合わせて徐々に行っていく。

3 病室の環境を入院前の生活環境に近づける。入院前の生活習慣を乱さないように、許容範囲内で環境を整える。例えば、換気、室温、ベッドの高さ、床頭台、スタンド、トイレなど。

4 受け持ち看護婦を決める。三交替勤務の病棟では、数十人の看護婦が勤務しているため、老人はたくさんの顔が覚えきれず、誰に話しかけてよいかわからず不安になるようである。たしかに、患者にとって知った顔の看護婦が一人でもいると心強いと思われるので、できるだけ同一の看護婦が継続してかわるようにする。老人は、最初に会話をかわした看護婦（多くは、入院時アナムネーゼを聴取した看護婦）の顔をまず覚え親近感を感じられるので、できれば、入院時アナムネーゼを聴取する時から同一の看護婦がよい。

5 患者に対する看護婦の対応の仕方、特に次の点について留意する。

- (1) 患者の自信を喪失させないような態度をとる。  
入院してから、失禁する、病室を間違えるなどの失敗をした場合には、「入院当初は誰で

もそうなんですよ」などと患者に話して安心させ、患者が自信を喪失しないようにする。

- (2) 患者の言動を看護婦の価値観で決めつけないようにする。また、無理に病院の規律を押しついたりしない。
- (3) 患者の生活背景、社会的背景に合わせた対応をする。

例えば、言葉の選び方について、トイレでも「はばかり」「便所」「ご不浄」といろいろな使い方があるし、「食べる」「眠る」についても「召し上る」「やすむ」などの表現の方が良いこともある。

呼びかけ方についても、基本的には姓で呼ぶ。また、本人が何と呼ばれることを望んでいるか、家庭で何と呼ばれていたかも考慮する。

- (4) 処置時、検査時に専門用語を使わないで、患者にわかりやすい言葉で話す。

6 家族に対しても次のように積極的に働きかける。

- (1) 患者が安心して入院するためには、家族の協力が必要だということを理解してもらう。

- (2) 家族にはできるだけ面会に来てもらい、患者が、病気が治ったら自宅へ戻れるのだという希望を持てるようにしてもらう。

病院側としては、家族が面会しやすいように、面会時間を制限せず、状況が許す範囲でいつでも会えるようにする。

- (3) 患者の食欲がない時は、患者の好みに合わせた食事を持参してもよいことを伝える。
- (4) 家族が面会の際、面会ノートに面会時の状況、気になったことなど記載してもらって、看護婦、家族、患者間の情報、連絡が密になるようにする。

7 看護婦は、老人に対して人生の先輩として尊敬する気持ちを持ち、かつ、失うことの辛さを思いやり、忙がずゆっくりと接していく。

8 看護婦は、患者が興味を持っていることについて共通の話題として話せるように、豊かな知識、感性をもつ。

## IV 病院の訪問看護が不適応を防ぐ上で果している役割

当病院では、地域の住民（多くは老人）に訪問看護を実施しており、その老人患者が時には、当院に入院となることもある。そのように入院してきた老人の場合、入院して不適応を起こすことがない。これは何故だろうか。訪問看護の実施がどう影響しているのか考えてみた。

### 1 入院プロセスでの働きかけ

訪問看護している老人に入院の必要が生じた時、その必要性を老人・家族に納得してもらうまで説明する。また、入院する病棟の様子や、そこで行われる治療、看護などについて事前に説明し、わからないことに対する不安の緩和にも努めている。既に信頼関係のできている看護婦が説得するので、その効果は大きい。そこで、入院してくる老人・家族は、少なくとも、入院を納得し、余計な不安はもたないで入院してくる。時には、緊急入院となることもあるが、その場合、入院後に訪室し、その説明をすることもある。

また、家族に対しても、できるだけ面会に来てくれるよう、それが、闘病生活を送る老人にとって、どれ程励みになるかを説明する。

### 2 わたしの看護婦さん

訪問看護の対象老人が入院した場合、訪問

看護婦は、病棟より連絡を受け、入院第1日目に訪室する。訪室の時間は、入院のオリエンテーションが終わった頃であつたり、食事後であつたり一定ではないが、訪室して顔をみると、開口一番「ああ、あんた来てくれたのかい」「知っている人がいると思うと安心だ」という言葉を耳にすることが多い。表情は、緊張がほぐれて、肩の荷がおりたように思える。

この様な体験から考えてみると、老人にとって自分の家を訪問する看護婦は、顔なじみの「わたしの看護婦さん」と受け止められているのではないかと思う。若い人ですら緊張する入院生活の中で、老人は、新しい環境にとまどい、さらに緊張して身を堅くしていることであろう。そんな中で、知った顔を見て緊張が解け、ホッと安心すると思われる。そして、その知っている看護婦と病棟の看護婦が話し合っているところを見て、前の生活を知って対応してくれるなど、入院した現在と前の生活がつながっているということだけでも、さらに安心するのであろう。

### 3 病棟看護婦への情報提供

病棟に入院した時、老人または家族からアナムネーゼをとっているが、老人は緊張しており、うまく話ができないことがある。また、

その内容も身体的症状について聴取することが中心となり、老人の家庭生活、社会的背景については十分に聞きとれないことが多いと思われる。

訪問看護している老人が入院した場合、訪問看護婦は、訪問開始からの経過の総括記録を入院先に転送しているので、老人の家庭での状況、生活リズム、性格など、疾病だけでなく、老人を総合的に理解するための情報が病棟看護婦に伝えられる。老人の家庭での生活のリズム（その人らしさを取りもどす癖）などを病棟看護婦が知っていると、一見、不可解にみえる老人の行動も理解でき、また、入院前の生活に合わせた看護の仕方もできるため、不適応を和らげる上で効果的といえよう。

これは、入院中の看護だけでなく、退院準備に向けての看護においても有効である。老

人に限らないが、患者が入院した場合、その人が退院後どのように生活していくのがよいかを想定した看護計画がたてられる。これは、家庭生活、家族関係について、患者・家族・看護婦間の認識の違いが調整されないと実行しにくい。訪問看護している患者の場合、平常時の生活や身体状況、家族関係などが総括的に把握されており、その情報が病棟看護婦に伝えられる。そのため、退院後の家庭生活についても早期に目安をたてやすく、患者・家族の問題、退院後の不安などにも対応しやすくなる。老人の場合、家庭での家族の介護の負担が大きいことから、とかく入院が長期化しやすい傾向にあるが、上記のように、退院への働きかけがスムーズに行われ、かつ退院後のフォローができれば、結果的に入院期間の短縮にもつながる。

## おわりに

老人が初めて入院する場合、病気をどう受け入れるか、病院という新しい環境にどう対応するか等、様々な変化を強いられ、適応に時間がかかり、時には不適応症状を示すことがあることがわかった。その症状は様々であるが、その背景、看護上のポイントなど共通性もありそうである。

また、訪問看護などで、医療と少しでもつながりを持ち、入院に関しての準備をしてきた老人は不適応症状を現わさないことがなぜか検討した結果、訪問看護が不適応を防ぐ上

で果している役割もわかった。

ただし、事例を検討していく中で、疾病による症状なのか、不適応からくるものなのか判断しにくいものもあり頭を悩ませた。また、事例の数が少ないため、不適応症状、背景、看護上のポイントについてきちんと整理することが困難だった。

しかし、ここでまとめたことを、老人の環境不適応をさらに解明し、予防する上で、看護に生かしていきたいと思う。

---

●SUMMARY

SUMMARY●

---

**A Study on Elderly Patients Showing Symptoms  
of Maladjustment on  
Admission: Background of Maladjustment and Suitable Care**

Sanae Hirota\*, Mutsumi Ikezoe\*,  
Akemi Ohba\*, Shoko Fukuki\*, and  
Makiko Katsumata\*

**Objective and Methods**

In line with the general trend in Japanese hospitals, the number of elderly patients has increased in our hospital during the past several years, and their current mean age is 69 years. Our experience with elderly patients is that they tend to develop symptoms and behavior reflecting a maladjustment to the new environment on admission to the hospital, that is, they assume an attitude of rejection toward clinicians and become incompetent in performing daily activities. Consequently, we carried out a study to clarify exactly how elderly patients behave in terms of a maladjustment to a new environment and what symptoms are associated with this condition, and what can be done to minimize such maladjustment in the care of these patients.

The elderly patients admitted to our ward (Department of Internal Medicine) during the past six months showing behavior and symptoms of maladjustment were included in the present study, and their condition before admission, their psychological aspects and behavior after admission and the subsequent measures taken by nurses to cope with the situation were studied.

**Results**

1. Characteristics of Elderly

Because of the physical and psychological factors involved elderly patients generally require more time to accept or familiarize themselves with new surroundings.

2. Behavior and symptoms of maladjustment and background factors.

Behavior and symptoms of maladjustment are diverse, including insomnia, refusal to eat, struggling, pouting, loquacity, wandering and poor spatial and character perception. These seem to stem from a state of mind associated with anxiety and tension about not being able to accept the circumstances under which the patient had to be hospitalized. The factors that aggravate the anxiety and tension include the process of admission, relations with family members living with the patient and inadequate way of handling by nurses.

3. Points to be considered in minimizing maladjustment.

- ① Nurses must recognize maladjustment in a patient at the earliest possible moment.
- ② Orientation on the day of admission should be kept to a minimum.
- ③ Attempts should be made to prepare the ward to look as close to the pre-admission environment as possible.
- ④ Nurse(s) should be assigned to specific patients.
- ⑤ Nurses should consider following points to help elderly patients; not lose their self-confidence, that nurses should not make judgements about the behavior of patients, and that they should not use technical jargon but simple, plain words in explaining matters to the patients.
- ⑥ Family members should be encouraged to visit the patient as frequently as possible.

4. Effectiveness of home care in preventing maladjustment.

Elderly patients received home care provided from the hospital never showed symptoms of maladjustment.

\*Tokyo Hakujuji Hospital

日本看護協会調査研究報告〈No.20〉1985

病院における老人看護

---

1985年3月1日発行

実費配布

編集者 日本看護協会調査研究室

発行所 社団法人 日本看護協会

〒150 東京都渋谷区神宮前5-8-2

TEL03(400)8331(代)

印刷所 社会福祉法人 コロニー印刷

〒165 東京都中野区江原町2-6-7

TEL03(953)3541(代)

---

**JAPANESE NURSING ASSOCIATION**

**RESEARCH REPORT 20**

*1985*

*CARE OF THE ELDERLY;  
BASIC ELEMENTS OF NURSING*

— COTENTS —

Understanding and Communicating with Elderly Patients .....	29
---	----

Nobuko Sugayama  
Kazuko Nakatsugawa  
Kayo Torisawa  
Kiyoko Iwashita

Preparing Elderly Patients for Discharge from Hospital : Utilizing Rehabilitation Conferences .....	56
--	----

Keiko Ikeda  
Reiko Hara

A Study On Elderly Patients Showing Symptoms of Maladjustment On Admission : Background of Maladjustment and Suitaable Care .....	83
---	----

Sanae Hirota  
Mutsumi Ikezoe  
Akemi Ohba  
Shoko Fukui  
Makiko katsumata

**JFPANESE NURSING ASSOCIATION**

**8-2 Jingumae 5-chome, Shibuya-ku**

**Tokyo, Japan**