

要介護老人の退院援助における家族理解

——家族が退院を拒む事例を中心に——

菊池 令子*	(日本看護協会 調査研究室)
久保 成子**	(尾竹橋病院 総婦長)
鈴木 幸子	(尾竹橋病院 婦長)
南 咲子	(尾竹橋病院 婦長)
高村 みどり	(尾竹橋病院 婦長)
山田 幸枝	(尾竹橋病院 看護リーダー)
藤平 輝明	(尾竹橋病院 ケースワーカー)
岩下 清子	(日本看護協会 調査研究室)
藤田 和夫	(日本看護協会 調査研究室)

*執筆責任者 (P3～P14)

**執筆責任者 (P15～P18)

はじめに

今日、入院患者の31.2%¹⁾は70歳以上の高齢者で占められるようになった。高齢者の場合入院が長期化することも多く(70歳以上の退院患者の平均在院日数は87.5日¹⁾)、その間に入院老人を除いた家族の生活のリズムができてしまう。その上、脳卒中後遺症で障害が残るなど退院後も介護を必要とする事態になると、家族は、病院側より退院を告げられて不安を感じることも多く²⁾、時には、退院を拒んだり、転院となったりすることがある。

退院後も介護を必要とするこのような老人患者の退院準備においては、老人患者自身の理解のみならず、その家族の理解も必要と考えられている。これは主に介護者としての役割を家族に期待するところから生じている。そのため、ともすれば、看護婦の家族に対する一方的な期待だけで家族に退院指導することがある。介護(予定)者の理解力、判断力、介護技術、健康状態、介護時間等を考慮しようとしても羅列的に把握したままで家族への指導がなされることがある。しかし、自宅で介護するという事の重大さを考えると、一つの単位としての家族が、家族全体として、どのように介護機能を取り込み、維持し続けていくかという視点での家族理解をしながら、

統合的なイメージを持って家族に働きかけることが必要と考えられる。というのは、退院後も老人とかかわりを持ち、しかも多くの場合直接介護し続けていくのは、他ならぬその家族だからである。この場合主な介護者となる人物は、患者との間で積み重ねられてきた関係、及び家族全体の役割構造、情緒構造を背景にその役割を担うことを選択している(選択を余儀なくされている)。これらの背景を理解することによって、家族への働きかけが患者・家族にとってより現実的で有効なものになると思われる。

今回、家族が退院を拒む入院患者の事例について、〇病院(東京の下町にある総合病院、144床)の方々と本会調査研究室と一緒に検討する過程で、退院援助におけるこのような家族理解の重要性を確認したのでその事例を報告したい。

なお、退院援助においては、老人患者の理解を深めながら患者自身へ働きかけることが重要であるが、本稿では簡単にしかふれず、主に家族へ働きかけるための家族理解について、事例に即した具体的内容を中心にまとめた。

家族が退院を拒む事例

Hさん

明治生まれの77才（入院時点）の女性

診断名：脳動脈硬化症

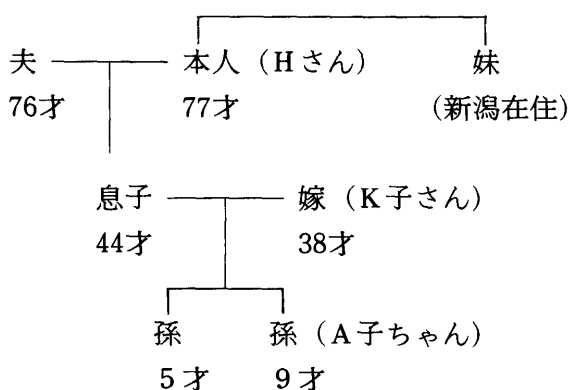
(1) 入院経過

昭和59年12月頃から、特に病気、身体的不自由もないのに日常生活動作の低下が目立っていた。

昭和60年3月に、坐って足を伸ばそうとして後ろに倒れ下肢の力がなくなり歩行困難となった。翌日39.0℃の発熱があって近医で治療を受けたところ、熱は下降したが歩行困難な状態は改善されず、失禁もみられるようになった。近医が病院での精密検査を勧めたため、嫁が最近まで看護助手として勤めていたO病院を受診。初診時、胸部レントゲン、頭部CTスキャン共に異常なかったが、尿路感染と脱水を疑う所見があり、精密検査の目的でそのまま入院となった。

(2) 家族構成と入院前の生活

夫は1歳年下の婿養子で健在。一人息子は



結婚し、孫が2人いる。

住居はO病院に近い東京の下町で持家。息子夫婦、孫達と同一敷地内に住んでいる。寝室だけ別棟で、食事などは一緒にしていた。家業は建築請負業で、息子が受け継いでおり、Hさんと夫も手伝っていた。経済的には安定している。

Hさんは、入院直前まで、家政全般の実権を握り、家業についても銀行との取り引き関係、佐官や大工など職人への支払いを受け持つなど息子の片腕として働いていた。これらの役割は、息子が仕事を受け継ぐ前からのものであり、Hさん夫婦が家業を担っていた時は、夫よりむしろHさんが家業でも実権を握っていた。その他、町会の世話役も引き受けるなど、社交的、活動的な人である。また、気丈で、誰に対しても厳格な人である。

介護予定者と目される嫁のK子さんは、Hさんが入院する1週間前までO病院に看護助手として勤めており、Hさんが入院した病棟婦長や看護リーダーとも顔見知りであった。

(3) 入院前の家族関係

Hさんと一人息子との関係は情緒的に親密である。Hさん自身は夫よりも息子への関心・期待・愛着が強い。

嫁のK子さんは母・息子の情緒関係が強い中、嫁として家族の仲間入り。最初から同居であった。母思いの息子は妻（K子さん）と母親とのトラブルが生じた時は、「母のいう通りにしてやれ」と母親をたてて妻をおさえるという行動をとっていた。

Hさんは、K子さんを「頼りにならない」と無視し続けて家政をとりしきってきた。K子さんは、結婚してすぐに流産を3回繰り返しており、それは姑のせいで妊娠中安静を保てなかったからだと思っている。この事以外にも「ずい分意地悪された」と思っており、「Hさんのそばに寄ると鳥肌がたつ」と言っている。K子さんは、このような自分の気持ちを夫（Hさんの息子）には絶対に話せないと感じている。舅（Hさんの夫）に対しても、「姑と一緒にあって自分につらく当たった」と思っていた。このような孤立した状況の中で、K子さんは二児をもうけた。最初の子が7ヵ月になった時、O病院の看護助手として勤め始め、子供はO病院の保育所に行かせた。子供をおばあちゃん子にしたいという気持ちからだった。2番目の子が生まれても産休をとりながら働き続け子供達も保育所に通った。ただし、保育園の送迎とその前後の育児はHさんが行っており、子供達（Hさんの入院時9才と5才）は、母親のK子さんより祖母のHさんになついている。K子さんは、「私は叱り役。あたりどころがないから子供にいつてしまう」と言う。Hさんを受け入れないK子さんを非難の気持ちでみている上の子に対し、K子さんは「かわいくない」と感じ、子供との関係も危機的状況にあった。K子さんは「Hさんに子供をとりあげられた」とも思っていた。

Hさんは、入院前、だんだん家事の役割を果たせなくなってきており、ご飯を食べていても箸の間から御飯がポロポロこぼれ、自分で食事をする事さえ危なくなってきた。息子はHさんとK子さんに家事を替わるように言っていたが、HさんもK子さんもそれを拒否し、K子さんは働き続けていた。しかし、昭和60年3月、Hさんの日常生活動

作の低下が一段と進み、どうしてもそれまでの役割が果たせなくなってきたため、K子さんは仕方なくO病院を退職し、Hさんもしぶしぶ家政の実権をK子さんに譲った。K子さんは、それまでのHさんのやり方を一新するべく、台所の全面的な配置替えを早速行なった。

Hさんとしては、それまでの役割が果たせなくなってK子さんに譲ったものの、割り切れない思いが強く残っていたものと思われる。そんな中、K子さんの台所一新により、自分の役割の喪失をまざまざと見せつけられることになった。Hさんの日常生活動作が急激に低下し、歩行できなくなって入院したのは、K子さんの退職から一週間後のことであった。

(4) 入院後の経過

脱水症状と尿路感染で入院したHさんは、入院の翌日より幻覚、妄想などの精神症状が起り、独語と正常な会話を交互にくり返すようになった。尿便の失禁も引き続いて見られた。1週間後に主治医の意見で「家に戻してみよう」と1週間の外泊が試みられた。外泊中、排泄はHさんの夫とK子さんと誘導し、夜間はHさんの息子が隣に寝て看護し、不穏な言動も少なかったと看護婦には報告された。が、看護婦は、外泊後病院に同行してきた夫、息子、K子さんに濃い疲労の色を見た。

外泊中、Hさんは自分で出来ることもせず何でも家族にやらせ、家族の忙しさなどお構いなしにあれこれ要求し、それが受け入れられないと直接行動に出た。例えば、自分の食べたいものがあって家族がすぐに対応してくれないと、電話で直接寿司屋に注文したり、近所の人に電話して和菓子を買ってきてもらったりしたとのことである。

Hさんは、状態が悪くなったばかりの時に、自分の現実を受け入れられなくて家族にあたり、自分に注意をひきつけておくためにわがままを言っていたものと推測される。

家族はHさんの言動にふり回され、家族の生活のペースは乱れた。家では、建築関係の職人、業者、客の出入りが多く、K子さんは、その対応も手伝い、家事、育児もしながらHさんの世話をしていたので、家業の手伝いと、ひっきりなしのHさんの要求との間で疲れ果てたようである。K子さんは、この時のことを「年寄りに待って、という事を思ったらいけないらしいね。(Hさんがいると)手間がかかって大変だ」と後に看護婦に話している。

外泊後、Hさんの幻覚、妄想は少し改善され、起立から歩行まで訓練を行ない、2ヵ月後には排泄もポータブルトイレを使用して自力でできるようになった。しかし、独語や幻視、幻聴は続いて時々現れた。例えば、「夫が酒を飲んで警察に保護されているという連絡があったから迎えに行かなくては」「孫が近所の人の着物を汚したので、100万円支払わなければ……」等々。このため精神科(近くの病院)を受診することになり、夫とK子さんが付添い、本人は特に抵抗なく受診している。「一時的な痴呆ではないか、経過をみて下さい」と言われ、アパミン錠(抗精神病薬・鎮静剤)が処方され、以来ずっと服薬している。

この間、夫は月に数回孫、親戚など誰かと一緒に来てHさんを見舞っていた。息子は、夜、ほとんど毎日来て1~2時間話をしていった。嫁のK子さんは、週に3回程度昼間来て、洗たく物、補食、衣類などを届け、20~30分部屋にいて用事を片づけると「~の用事があるので(あとは)よろしく。また、来ます」とナースステーションに寄って帰っていた。

K子さんは、Hさんに対して強い嫌悪感をいだきつつも、Hさんの好物や頼まれた衣類を定期的いきちんと届けた。しかし、Hさんに声をかけるとか手を握るとか積極的に好意を示すような行動まではとれない。病室が移動して荷物を整理する時もHさんの意見を聞こうともせず、話しかけもせず、ただ黙って行なうという様子だった。

K子さんが住んでいる下町は、職人の多い街で、家族特に女性が老人を介護するという規範が強く、それはK子さん自身の意識の中に義務感として内面化されている。K子さんは、Hさんの世話は、仕事をやめている自分が面倒をみなければならないと思っていたものと考えられる。そもそも入院時にK子さん自身が、自分の元同僚がいて信頼しているO病院を勧めたこと自体K子さんのこのような義務感を示している。

しかし、感情的にHさんを受けとめることができないK子さんは、回りからHさんの介護をすることを期待されていることを認知してもそれを受け入れることができず、大きな葛藤があったものと思われる。

強い葛藤の中で、嫌々ながらもやるだけのことはやるといった形でのHさんへの関わりは、入院当初からK子さんを情緒的に支えてきた人々がいたことによっても支えられた。近所の知り合いのおばあさんで、HさんともK子さんとも親しく、それぞれから素直に話を聞き、時には仲介までしてくれる人がいた。また、病棟婦長、Y看護婦はK子さんの元同僚であるため、K子さんはHさんを嫌っているという気持ちがある程度隠さないで話をし、行動することができた。本音である嫌悪の感情を知られても非難の目で見られないばかりか、自分の心中や行為(Hさんに言葉もかけず黙々と世話する等)はわかってもらえるだ

ろうという気持ちがあったので、K子さんなりの精一杯の努力（Hさんの好きな物を作って持ってくるなど）を、家族内で孤立していた時でも持続できたと考えられる。

昭和60年6月上旬にHさんは症状も落ち着き後ろから支えれば歩けるほどになったので、病院側は「もう少し良くなって何とか歩けるようになれば退院しましょう」と本人・家族に退院目標を示した。Hさんは、「早く家に帰りたい」と、リハビリ訓練に一層励んだが、家族の反応はまちまちで、退院受け入れの同意は得られなかった。今までHさんにおさえられていた夫は、K子さんによると「Hさんが入院してから落ち着いてのんびりしている」様子で、「退院すると自分が大変だから」と退院には否定的な態度であった。Kさんは、家でHさんの世話をする気になれないので、「もとの様に歩ける様になってから引き取りたい」とやはり退院を拒んだ。息子は、「かわいそうなので何とか家で面倒みたい」が、「入院しているともう少し良くなるかもしれないので、もとの様に元気になるまで待ちたい」という期待があり、また、Kさんが退院に反対していることを「色々あって、今帰れない」と表現し、退院には消極的であった。

この時点で、婦長は、もっと歩けるようになる可能性は高いので、そうなったら退院という方向で考え、機会を伺っていた。

しかし、7月の暑い時期、Hさんは尿路感染を起こし、治療のための点滴が終日行われた。又便秘と下痢をくり返し、食欲不振もあって血中総蛋白が著しく低下し、皮膚が特別弱いこともあって褥創ができてしまった。尿も失禁状態となり、バルンカテーテル挿入となった。（その後膀胱訓練を試みるも成功しなかった）。その頃褥創と尿路感染は一進一

退をくり返し、行動範囲は床上と車椅子散歩に限られるようになった。

(5) 入院後のY看護婦のかかわりとHさんの気持ち

Hさんは、自分がやりたい様に精一杯生きてきた。家政も自分の思うままに取りしきってK子さんの存在など無視してきた。そのような自分の生き方がK子さんにどのような影響を与えたかということについては、考えたこともなかったのではないかと思われる。ともかくHさんは、精一杯頑張っ、なかなかK子さんに家政を譲らなかったが、体がついていかず遂にK子さんに家政を譲ったものの内心納得するに至らない段階で倒れ入院となった。入院当初、Hさんは、自分の身体の衰えや家政における役割の喪失を認めることができなかつたであろうと推測される。現実が思いどおりにならず、自分の望んでいることと現実のギャップが大きい場合、「現実」の認知を自分に合わせて歪めてしまうことでそのギャップを埋めようとしたのであろう。入院後、現れている幻覚、妄想はこのようなHさんの心理状態を反映していたと考えられる。

婦長は、このような幻覚、妄想を受容する形で対応した。例えば「孫が近所の人の着物を汚したので100万円支払わなければ……」と喋りだすHさんに対し、「じゃあ息子さんに連絡しますので、息子さんに払っていただきますよ」と言い、その後息子に対し、Hさんの幻覚を伝え、息子から直接「あの100万円は払っておいたから安心して」と言ってもらった。このような受容的対応でHさんの気持ちは、その都度おさまった。

Hさんは、また社交的な人だっただけに、一人ポツンと入院しているという状況の変化

が寂しさを募らせたものと思われる。看護婦で病室を出ようとする、「もっと話をしてください」「また、来て下さいね」と不安そうな表情をし、入室すると「良く来てくれたわね」と喜んでいる様子からうかがえる。

O病院と本会調査研究室との共同の事例検討が開始され、病棟の看護リーダーのY看護婦がHさんを受け持ち、継続してかかわるようになった。

Y看護婦も、患者の幻覚、妄想の内容を強く否定せず、耳を傾けた。また、体位交換時「痛い、痛い」とHさんが全身に力を入れて何にでも必死につかまって半泣きしている時には、力を抜くように言い、そしてベッドからは落ちない事を説明しながら、Hさんの手を握って安心感をもたせた。ほんの少しでも生活動作の改善がみられると、その事実を指摘し、一緒に喜んだ。「すごい、あれだけ硬かった足が伸びてる。その調子!」。また、今まで看護婦がやっていたことでも、Hさんができそうなことは状態に合わせてHさん自身にやらしてもらった。例えば、点滴の終了をナースコールで知らせること。Y看護婦が「Hさんだけが頼りだから」と依頼すると、「Yさんにまかされたんだから責任を持つわ」と受諾。いつもだったら眠ってしまうところだが、残り50ccでナースコールの合図があった。Y看護婦は、試みが成功したことに喜び、Hさんと思わず握手をする。その時Hさんは、入院当初の病気を治して早く帰りたいという希望が表情に表われますますはりきった様子だったという。その日の午後、Y看護婦が、面会に来たK子さんに「点滴たのんだら成功したわよ。いきいきしてたわよ」と嬉しそうに報告すると、K子さんは「仕事をとらなければ良かったね。そのまま少しでも続けさせ

れば良かったかもしれない」とY看護婦に述べていた。

また、K子さんが面会に来た時に手伝ってもらって坐位の練習をしたりもした。Hさんは不安がってはいたが、K子さんに動けるところをみせたいという気持ちもあって、看護婦や本人が思った以上に長く30分間坐っていた。Y看護婦は「上手に坐れるわね。30分も坐っていたのね」とその事実を三者の間で確認した。K子さんは、ただ笑っているだけであった。

Y看護婦は、患者のできることを看護婦自身が確認すると共に患者自身や家族にも意識化させようと試みている。Hさんは、看護婦の働きかけを受け入れて実践し、それをY看護婦と共に確認することで、自分の能力を確かめていっている。K子さんのHさんを理解しようとするような言葉も、Y看護婦のHさんに対するまなざしに思わず引きずりこれまで出たのではないかと考えられる。

Hさんは、このように新たな自己像の獲得のプロセスを共有しているY看護婦に対し、心を開いていった。Y看護婦がうっかり前の日いたポットのお湯でお茶をいれてしまった時、「年寄りはお茶が好きでね、ああおいしい」、(看護婦)「そんなにおいしい?」、(Hさん)「お茶はそんなじゃないけど気持ちがおいしくてね」と答えている。また、看護婦が体位交換時「そんなに体がコチコチになっているとからくり人形みたいよ」と冗談めかして言うと、坐位になってから、両手を伸ばし動かして笑いながら、からくり人形の真似をしたり、看護婦が「お手伝いするけど根性のない人は手伝わないですよ」と言うと、「根性はないけどやる気はあるから」とHさんらしい対応を示している。

Hさんは、このように素直に自分を表現で

きる関係（看護婦との）の中で、新しい、現実的な自己像を少しずつ持ち始めてきた。それにつれ、幻覚、妄想も少なくなってきた。自分自身の可能性を見出ししていくことと障害をもった自分を認めていくことは、裏腹のことと考えられるが、看護婦の力を借りて、前者ができるようになったことにより、少しずつ現実の自分を認めていけるようになってきた。Hさんは退院後の具体的な生活イメージとして「近所の人とお茶を飲みお話をしたい」という希望がある。この希望はこの時点での、HさんのADL、今までの交際範囲の広さ、下町の人々の人情厚いつきあい方などから考えて実現する可能性が高い。

Hさんが現実の自分を少しずつ受け入れていけるようになるにつれ、HさんのK子さんに対する態度もほんの少し変化の兆しが現れた。

Hさんは、入院当初、Kさんが補食を作ってきたり、洗濯物を届けたりといった身の回りのことをこまごまやってくれることに対し、嫁として当然という態度で、Kさんに対する感謝の言葉はでなかった。そんな中、婦長やY看護婦は、「Kさんは良くやってくれるわね」とKさんの行為を積極的に評価する口調でHさんに語った。

その内、Hさんは、孫、近所、家業の様子などの話を聞きたくて、Kさんの面会を心待ちするようになった。そこで、婦長は、家業の仕事の手伝いが忙しくて面会に来る時間がとりにくくなってきたKさんが面会に来やすいように、Kさんの夫である息子に対して「面会に来させてあげて」と助言し、息子も了解した。また、婦長やY看護婦は、「ママ（Kさんのことを、Hさんは以前からそう呼んでいた）今日来てくれるかね」「ママが来れるといいんだけど」というK子

さんを待つHさんの言葉をK子さんにも伝え、Hさんが孫、近所、家業のことなど知りたがっているのを伝えてあげてと頼んだ。

仕事が忙しい息子の面会は頻度が、当初の毎日から数日おきにそして日曜毎へと減っていった。（このことをHさんは仕事が忙しいからという息子の説明で納得していた。）一方、Kさんの面会は定期的に続いた。そのうち、婦長は、孫のことなどについてHさんがK子さんから少しずつ聞かせてもらっていることを、Hさんとの話しの中でも確認できた。

入院日数がたつにつれ、Hさんは、Kさんが自分にとって必要な人であるということに頼る気持ちが強まってきた。必ずしも料理の得意ではない（と思われる）Kさんが、炊き込みご飯がHさんの好物だということで持って来てくれたが婦長がみるにベチャベチャであった。しかし、Hさんは、「ママが作ってくれたの」と文句も言わず食べるという場面もあった。そして、Kさん自身の目の前では素直に言えないが、Kさんの面会を有難いと思っていると婦長やY看護婦には表現するようになった。

一方で、Hさんは、家事、育児、家業の手伝いなど今までやってきた役割がKさんのものとなり、家族の中の自分の位置が変化したことがわかるようになったものと思われる。「（褥創を）治して早く家に帰れるといいわね」という看護婦の言葉に対して「家に帰ってひとりでしょう」とひがんでみせることもあった。

しかし、同時に早く病気を治して家に帰り、前の様に家政をとりしきりたいという思いも、まだ残っている。看護婦の「退院をしたら何をしたいのかしら」という問いに対し「台所をピカピカにして……」と答えている。Hさ

んとしては役割の喪失や位置の変化を半分認めながら、半分は認めたくないという気持ちが残っているのであろう。

(6) K子さんの気持ちの変化とその背景

K子さんの夫(Hさんの息子)は、Hさんに対する愛着が強く、当初Hさんをおかわいそうに思い、K子さんには、Hさんの世話をあれやこれや注文するだけであった。母親に元通りに回復してほしいという気持ちが強く、もっと良くリハビリや世話をすれば治るのではと期待していた。が、時が経過するに従い、「親は衰えていくものだ」という意味の言葉が息子からきかれるようになってきた。そして、K子さんがHさんを受け入れられないことについても「K子も色々辛いことがあったから拒否しているんだろう」と婦長に語るようになった。Hさんに対して「家のことはK子に任せるように」と言うようになりK子さんとの情緒関係が強まりつつある。(一方婦長は「K子も色々辛いことがあったから～」という夫の言葉をK子さんに伝えた。)

また、現実的に、Hさんの夫も息子も、家事、育児や、入院中の世話をK子さんに頼らざるをえない状況となってきた。外の人に対しては、「K子がよくやってくれる」と述べ、K子さんの家事、育児、家業の手伝い、入院中の世話という役割の遂行に満足していることを表明している。Hさん家族の役割構造は、今までHさんが行っていた家事、育児と家業の手伝いの一部をK子さんが引き受けるということで安定してきた。

K子さん自身、夫と舅のこのような変化に気づいてきた。今まで無視されてきたがここに至って「主人も舅も自分の方を向いてくれるようになった」と感じるようになった。

K子さんと子供達との関係は、K子さんが

育児の役割を担うことになったことで、その情緒関係が強まってきている。おばあちゃん子であった上の子との関係はまだ問題を残しているが(9才の上の子は、Hさんに反発しているK子さんの気持ちに気づいており、「お母さん、冷たい」と母親を責めることがある)、K子さんの孤立状態は改善されてきた。

K子さんの気持ちは安定し、Hさんに対する気持ちも少し変化してきた。K子さんが見舞いから帰ろうとするとHさんが「そこに～が来ているから」と居ない人の名を言うなど幻視(とぼけ?)が現れる。K子さんはこれに対し「必ずこんな風になるんだから、見舞いの人が帰ろうとする時とか私らが帰ろうとすると必ず幻視があるね。さみしいのかしらね」とHさんの寂しい気持ちに思い至る心境となっている。また、「(Hさんの)仕事をとらなければ良かったね。そのまま少しでも続けさせれば良かったかもしれない」とHさんを理解しようという気持ちも出てきている。

婦長やY看護婦は、「Hさん、K子さんに感謝しているって言ってたわよ」「K子さんが来るのを待っていたわよ」と家族どうしが面と向かっては言えない言葉の橋渡しの役を果たして、HさんのK子さんに対する気持ちの変化をそれとなく伝えたりもした。K子さんは、最初は、ただ黙って持ってくるだけであった手作りの食事も、最近では「～が好きなのよね」と言葉に出し、自分の行為がHさんへの好意と結びついていることを看護婦に示す表現も現われ始めた。

(7) 退院に向けて

Hさんの病状も再び安定し、歩行できなくても病的には退院できる状態となった。

現在の日常生活動作能力は次のようである。
食事：ギャッジベッドで起座し、ゆっくり自

力で食べられる。

排泄：バルンカテーテル挿入。尿意なし。便は、下痢か便秘という状態でどちらかという便秘気味。下痢の時は失禁するがまれに教える。便秘のとき、催便剤を使用し、介助でポータブル便器に移動し排便。

入浴：全面介助。

コミュニケーション：普通にできる。

移動：介助で車イスに坐り、押ししてもらう。

一般的に予想される自宅介護の問題はほとんどなかった。

介護者となるK子さんの疾病、障害についての理解は十分であり、介護知識、技術についても看護助手を経験したこともあって心配ない。K子さん自身の健康も問題なく理解力、判断力もある。

介護の代替者は、Hさんの姪が近くに住んでおり助けを得られる見込みもある。この人は、これまでHさんと仲が良くK子さんとは疎遠であったが、K子さんが自宅療養を受け入れるなら手伝いを得られると思われる。また、息子（K子さんの夫）は必要ならば家政婦を雇うつもりもある。

住宅事情については、現在、広さ、間取りの点で悪くない。スロープ、手すり等改善が必要となれば、家が建築業であるので改築は簡単にできる。

経済的にも、息子の建築業は順調で問題ない。

医療についても往診は近医。入院はO病院が受け入れることができるので問題ない。

ただ、入院当初の外泊で介護しながらの生活が大変であったことの印象が家族に強く残っていることが懸念された。婦長は、この印象を持ったままでは退院を受け入れられないだろうから、この印象を変える必要があると

考えた。HさんはY看護婦に、「退院してもママって呼んで頼む事になるわよ」と自分の出来ることは自分でするように促された時、「その時は自分でするわよ。ママだって忙しい」とK子さんの立場を考えてふるまうことを理解できる心境になっていた。

婦長は、K子さんたち家族も気持ちに変化がみられるので、一度外泊を試みれば、入院当初の外泊の印象を変えることが可能であると考え外泊を提案した。その際一泊だけならK子さんも受け入れられるだろうと判断し家族に提案した。婦長は、とにかく一泊だけでも外泊を受け入れてもらえることを第一段階と考え、坐位でいられる時間などHさんのできることを家族に伝える他、褥創処置を外泊直前に行ない、家族は家でしなくてもすむようにした。また、K子さんに「(外泊すると)大変でしょう?」と聞かれ、「あら平気よ。褥創は1晩だったらほっとけるし」と気持ちの上での負担が軽くなるように返事した。昭和61年の正月過ぎに一泊の外泊が試みられた。この時、息子が一緒の部屋に寝たとのこと。最初の外泊に比べてずい分と楽だという印象をもったようである。これは、Hさん自身の態度の変化に加え、家族の方も、前回に比べHさんへの理解が深まりHさんへの接し方が現実的なものになってきたためと考えられる。Hさんは「家がいい。病院に戻りたくない」と外泊には満足したが、「K子さんが天下をとって偉ぶっている」と家族内の自分の位置の変化に不快感も表した。一方、Hさんの要求で、外泊直前に家の畳替えが行なわれたことを婦長は後で聞いた。

いよいよ退院は、介護者となるK子さんの決断により可能となる状況となってきている。

現在、K子さんの退院についての気持ちは微妙である。Hさんを理解しようという気持

ちは出てきたものの、流産時の憎しみをはじめ、これまで長い生活の中で形成されてきた嫌悪感やHさんに対する印象は早急に変化するものではない。

K子さんは、「Hさんが家に戻るとまた昔のように自分の思うようにしたが、そのため、今落ち着いてきた家の中がかき乱されるのではないかと」恐れている。その上、Hさんを自宅に引きとった場合のA子ちゃんとの関係を気にしている。A子ちゃんは、Hさんが大好きで、Hさんを受け入れてないK子さんの言動を「冷たい」といって非難する位である。自宅介護となった場合、一方で嫌悪感を抱きながらのK子さんの介護姿勢は否定的にとらえられ、介護に対するA子ちゃんの要求は強くなる可能性がある。K子さんにしてみると、常に監視されているような圧迫感を感じる事が予想されるようである。これらのことが、退院の決断を鈍らせている要因に

なっていると考えられる。これに関しては、K子さんの夫（Hさんの息子、A子ちゃんもなついている）がK子さんを情緒的に支え、かつ、HさんやA子ちゃんとの間の調整的な役割をとる必要があるであろう。

現在は、Hさんが入院していて離れているため、HさんとK子さんは、距離をもって互いのことを考えるゆとりが生じている。K子さんには、相手のことを理解するゆとりも生じている。また、婦長やY看護婦のHさんに対する暖かい態度は、K子さんの中にある“思いやり”の気持ちを触発しているものと推測される。

K子さんが、日常的に介護をすることになった場合、当初介護役割意識と、Hさんを拒否したい気持ちのバランスをとっていくために、強力な情緒的支えが必要となるのは確かであり、それは、夫、舅、近所の親しいおばあさんがその役割を果たせるだろう。

まとめ

この事例は、入院以前より嫁と姑の人間関係が悪く、介護（予定）者と目される嫁が自宅介護を引きうける気になれないため、家族全体としても退院を受け入れられないものであった。嫁は姑に対する嫌悪感と介護役割意識との間で葛藤があり、しかも、当初家族内で孤立していたため、家庭にHさんを引きとって介護していく決断ができなかった。かくして、K子さんは、婦長、Y看護婦、近所のおばあさんの情緒的サポートを得て、Hさんとぎりぎりのつながりを持ち、入院中の世話という役割をとってきていた。そして、家

族内のK子さんの役割が確立して、家族、特に夫との情緒的なつながりが強くなっていく中で、K子さんの孤立状態が改善されると、Hさんに対する気持ちも変化の兆しを見せ始めた。婦長や看護婦が、K子さんとHさんとの細い絆を大事にしながら、家族どうしは面と向かっては言えないが、相手を理解しようという気持ちを含んでいる言葉の橋渡しをしたことも、家族内の相互理解を促進したであろう。

家族を一つの統合体としてみた時、一定の介護機能を受け入れて生活を維持し続けてい

く可能性が生じている。

Hさんの事例について家族理解のプロセスをふり返ると、当初、介護（予定）者であるK子さんのHさんに対する嫌悪感情に気づきながら、その家族内の孤立状態まで把握できなかった。しかし、家族を介護（予定）者であるK子さんだけから、全体としての家族にまで視野を拡大して、家族内部の役割構造、情緒構造、勢力構造をみながら、介護（予定）者であるK子さんを取りまく関係とその力動を把握した時、K子さんの孤立状態とK子さんが何故退院を受け入れられないのかが明らかになった。最初の退院の話が出た時、Hさん家族は、介護機能を取り込んで家族全体を再統合していける状態ではなかったのである。

また、家族理解が進んだもう一つの要因は、“理解”の本質と関連していると考えられる。“人を理解する”ということは、主体としての相手の心的生活を統合して推し測ろうという意図を内包している。つまり、様々な情報をつき合わせながら、相手の立場にたって相手の気持ちや心の動きを相手の一連の脈絡の中でつかもうという営みである。これは相手を受け入れる可能性があるという心の準備状態を必要とすると考えられる。片方が相手のこのような姿勢を認知した時、もう片方にも同じような姿勢を誘発してコミュニケーションが成立し、相互理解が促進されていく。

K子さんの場合、元同僚ということがあって看護者側は当初K子さんのことは、『わかっている』といった確信で対応（「研究をふりかえって看護する側の立場で考えたこと」参照）していた。この時、K子さんについてそれ以上のことを知ろうという気持ちはなかった。しかし、この『落とし穴』の原因を看護者側が発見し（「研究をふりかえって看護

する側の立場で考えたこと」）てから、家族理解が進み、看護者側の援助方法が変化した。そして、相手を受け入れる可能性があるという心の準備状態を看護者側に見出したからこそ、Hさん、K子さんは、看護者に対し心を開き、更に看護者側の家族理解が進んだものと思われる。

このような信頼関係が出来た上で、看護者は、家族理解を進めながらHさん、K子さん、息子と家族成員それぞれの思い（まだ互いに面と向かってはいえないこと）を家族成員に伝えることによって、家族相互の理解をも促進しえたと考えられる。これはいわゆる「家族関係の調整」という役割にあたろう。看護者側が患者も、家族も理解しようとして初めて、患者・家族の相互理解を促進する役割が果たせるものと思われる。そして患者・家族の相互理解の深まりは、全体としての家族が介護機能を取り入れて再統合し、維持していく上で大きな力となろう。

病棟の看護婦は、目の前にいる患者は理解しながら看護していくが、家族の理解は早くから意識的に行なわなければ困難な状況下にある。もし、患者との関係が悪い家族を看護婦が理解しようとしなければ、家族は看護婦に自分の思いや気持ちが受け入れてもらえないだろうと感じ、看護婦に本当の事情を説明したり、必要な助けを求めるといった行動をとらないであろう。ましてや、看護婦が介護役割の期待だけで、家族を評価するようなことがあれば、その期待を受け入れられない家族は、当然そのような看護婦を回避するという行動をとるものと考えられる。そもそも看護婦の退院に向けての援助は、患者・家族と共に退院後の生活を全体的にイメージしながら、問題を予測して準備していくものである。看護婦がより現実的なイメージを持ち、

現実的な援助を考えるためには、患者、介護（予定）者を「生活者」として全体的にみる視点と共に、家族を介護機能を取り込み維持していく一つの統合体とみる視点も重要である。そして、このような全体的、統合的な視点をもって働きかけるということは、看護婦が“理解する”という姿勢を堅持することにより可能になると思われる。

付 Hさんの事例は、患者・家族と同様自宅退院の方向で考えた。それは、患者・家族理解を進める中での帰結であった。他の老人患者についても、当然それぞれの患者とその家族の理解を進める中で判断されるべきである。患者・家族が退院先としてどこを選択するかはそれぞれの場合によって違ってくることは言うまでもない。

引用文献

- 1) 厚生省統計情報部「患者調査」昭和59年
- 2) 河野保子他 「脳血管障害患者を支える家族問題——退院を告げられた家族の反応」福井県立短期大学研究紀要 第11号 1985. 9

参考文献

- 1) ネーサン. W. アッカーマン 「家族関係の理論と診断」現代精神分析双書4小比木啓吾・石原潔訳 岩崎学術出版社

* 研究に参加して看護する側の立場で考えたこと

1 老人看護における家族との人間関係樹立の重要性

老人の看護は、対象者に会った時から、その家族との人間関係の樹立を「看護援助の目標達成のため」という「目的」において組入れられる必然性がある、ということは、看護の実践の場でかなり定着してきた理論となっている。

それは、医療の場で「老人患者」の疾病の診断、治療、処置、看護をおこなう場合、患者の背景を知る必要性、特に、看護の専門性においては、「患者の生活史」を知らねば、治療介助、日常生活の援助をおこなうことは不可能に近い状況であるという実践的知識によっているのであるが・・・。

すなわち、「老人の看護は、入院時、患者と出会ったときからその家族との人間関係（信頼関係）の樹立をおこなうべき計画をもっていること」という理論には、次のような意味内容がある。

老人。長い人生の中で様々な喜怒哀楽を一つ一つ生き抜いて現在に至っている人間が病いを得て入院生活をおくるとき、長い「生」の時間の中で培ってきている深遠な「生活史」が背景となって看護者の目の前で、様々な「しぐさ」や「言動」を現わすこととなる。

看護者は様々な現われてるしぐさや言動の意味を知らずしては専門的援助活動をなし得ないのである。しかし、看護者は、昨日まで全くその人間を知らず、この広い世界の中で他者として無関心にうち過ごしてきた。その

一人の人間を、入院してベッドの上で看護の援助を求めている人間として処遇していかねばならない役割を看護者はもつ。従って、その「しぐさ」「言動」の意味内容を知るためには、ベッドの上のその人と共に「生活史」を創りあげてきている「第一次集団」の中の「家族」により、様々な情報、しぐさの意味するものとなっている背景（社会的、精神的、人間的）を知る手掛かりを得る必要性がある。特に、人間の「内的生活史」に深く関わり、また、それを幾ばくかであっても、垣間見ることの出来ているのは「家族」なのであるという認識で看護者は、患者のために、また、看護の援助の目標達成のために、患者家族との人間関係樹立への積極的働きかけを、意図的に計画していかねばならないのである。

しかし、それだけが「看護の目標達成のために」という意味内容であるならば、「家族を必要とする」という観点での原理は、「日常生活史」の短い発達途上にある小児の看護の場合とおなじ意味をもつことになる。「老人の看護」の場合には、もう一つの意味内容をもち、それが、ここにおける調査研究室の研究主題をうながしている根拠となったものである。

「入院の長期化が予想される老人患者」に対する「看護の目標達成のため」に看護者は何をどう行っていかねばならないか。

「入院の長期化が予想される患者」は老人に限らず、小児、成人のあらゆる段階にいるが、ここで老人が特に問題視されている背景には、半身不随などの後遺症を残したが、疾

病が安定し退院の許可がある人々の中に、家族の様々な思惑や、患者を中心とした家族間の人間関係のありようのために病院から退院出来ないでいる人々が続出し、いわゆる、「社会的入院」が医療の場での大問題となってきたり、ひいては、社会的問題として一般社会でもクローズアップされてきている、という事実が存在する。この状況を看護の役割において考えると、いわゆる「退院できない患者」が誰もが到達する「老いの時間」を、人間としての尊厳を失う事なく、人間らしく処遇されるよう努力をなすべき責任と役割を持っているという認識がそこには存在する。従って、看護者にとっては看護活動そのものの中で、「入院の長期化が予想される老人患者」に対する「看護の目標達成」を「人間の尊厳」を守り、「生」の最後の時まで「人間として処遇」されるべき援助活動を行うこと、に置くことが目的となると考えられる。

2 事例検討を通して気づいたこと

研究の途上で多くの学びがあったが、その中の一つに次のような事例が検証されたことが印象的であったので、先ずそこから発表をしたいと考える。

調査研究室のメンバーの方々の中に看護職を専門とする人以外の方が含まれていたことが、調査研究過程の検証で非常に多角的、且つ、実存的意味をもち、そのことが、実践の場にいる者に一つの示唆を与えてくれた。このことは、ひるがえって言うならば、検証の各段階で必ず看護を受ける側の者が常にそこにいる事で、ともすれば「専門的独断と偏見」に陥り易い思考過程に修正を促し、その修正が、患者を中心に常に多角的客観性をもってくること（実は、メンバーの一人は家庭に寝たきりの姑を抱え看護を行なうことを余儀な

くされていた）、つまり、看護過程における計画、実施、評価の過程で、患者の家族の意見（見方）を導入して修正を行なっていくという考え方が必要であるということである。

調査研究室のメンバーが紹介しているH夫人の事例に即して述べると、嫁の立場にいるK子さんに対し、看護側は次のような認識で彼女を理解し働きかけを行っていた。

K子さんの性格的側面→ 明るく、さっぱりと、物事にこだわりが少ない。人情家である

行動的側面→ 積極的で理解力があり、機敏な行動家。

マイナス面→ 気が強い。仕事に緻密さが少し欠けている。

したがって、患者であるH夫人との人間関係に、いま少しのところ「我慢」がし切れないので、患者H夫人ばかりがわがままであるとはいえない、K子さんにも一因がある、との判断に立って患者の家族であるKさんにも一つ「我慢」を働きかけていた。

「頭では分かっている、生理的に我慢が出来ない」

先に述べた「姑を看護」している調査研究室の方がK子さんから引き出し、吐かれた心の内部である。「生理的に我慢出来ない」。この内面にあるもの、K子さんの微妙な心のひだの陰の部分を見落としていたのであるが、この落とし穴は（ケースとしては異例であるが→「わかっている」といった確信での対応といった点では同一原理でもある）。

① K子さんが、かつては本病院の看護部に看護助手として所属し、その人柄は看護者の知るところであったが、それがすべてと考えていたこと。

② 看護者のK子さんに対するこの理解は、「職場」での顔、であり、退職後、H夫人

との家庭での生活の中での「顔」（微妙な一側面）は知るよしもなかったこと、に気づかなかった。

- ③ 「生理的に我慢ならない」といったたぐいの気持ちは、それが簡単に解消できる意識上の範疇のものではないこと。（根が深いゆえに職場で簡単に言葉に出し難い）。

この「落とし穴」の原因を看護者側が発見し、また「生理的に我慢ならない」ことが理解されてから、患者とその家族への看護者側の援助の方法、双方への支持の仕方に変化が現われた。（それは、患者と面会中にK子さんが示す「しぐさ」や、「言葉」のニュアンスなどに現われているものに対して、出来るだけ看護婦がそばにいて双方の内的状態に、援助の手を差しのべ、また、病室を出て帰宅するK子さんに必ず声を掛けていくといった働きであったのであるが。）その結果、患者H夫人とK子さんの距離は急速に短縮された。患者はK子さんを心待ちするようになり、K子さんは姑の好みの食事を自宅で作ってきた時、「これが好きなよね」と素直に表現できるようになったり、外泊を受け入れる心構えを看護婦に問うようになったりする。（生理的嫌悪感が消えた訳ではないがそれを乗り越える努力が出来るようになったのである。）

3 家族援助の視点と方法

——全般を通して考えたこと——

- (1) 入院が長期化しそうな老人患者で退院時、家族が患者を身体的、精神的に支持し難い人間関係がそこに存在する可能性があると考えられる看護の対象に出会ったとき、看護者は、「患者の入院生活」の中で行なわれる患者・家族への看護活動を通して、家族が患者を何らかの方法で「支持」可能になるように援助計画を立てる必然性がある。

- る。
- (2) こうした看護援助を押し進めていくために看護者は、患者の入院時、患者と出会ったときから家族との人間関係の樹立に努力していくこと。
- (3) 家族との人間関係の樹立のための働きかけのなかで、家族と患者との人間関係のありよう、つまり患者に対して家族としての気持ちの持ち方、患者を中心にそれを取り巻く夫、妻、息子、嫁、娘など子供たちのおかれているそれぞれの立場、これらの人々の間にある感情的側面、利害関係等、を知っていくこと。
- (4) (3)における情報収集は、患者の急性期症状に対しての医療が行なわれている短期間を知る努力が行なわれていく必要性がある。

注。H夫人の場合も該当するが、本院での事例では、高機能病院で集中治療を終え、セコンドリークラスの本院に転院して治療を継続していた患者の中で、（半身不随などの）障害を残したり、家族関係のおもわしくない患者の場合（H夫人の場合後遺症などは一切なかったが本院入院の2年前に他の病院での治療経験をもっていた）、退院が困難になるケースが多い。このことは、急性期の治療、看護過程（この段階では救命のための努力が中心であることは頷けるが）で、疾患を中心に看護がその働きを行ない、(1), (2), (3), の働きもなされないまま治療終了し、後遺症が残り回復は多くを望めないといった診断で、病院を退院・転院していることが一因である。家族は途方に暮れ、セコンドリーの病院に入院させたとき、一種の安堵と共に、様々な人間的感情、エゴイズムが現われてくることが考えられる。「安心しました。もうどうなるかと家族全員が疲れ果てるどころでした」と

安堵の模様を語り、面会も自主的なものが少ないのが特徴なのである。(生命の危機が去ったという安心感も手伝っている)

(5) 家族との関係の持ちかたに関しては次の点が重要である。

- ① 急性期症状に対して生命の保持に全力を上げている医療活動の中で看護が、日常生活援助、治療介助の過程で「如何に人間の生命が大切なものか、老いることの悲しみは人間が誰しも背負っている現実なのだ」など人間存在の現実を具体的な日常会話の中に散りばめ、面会の家族の心配、苦勞を労いながら言葉掛けをしていく。
- ② 医師の診断、治療方針の中から、患者が到達するであろう転帰を知ったうえで、家族に患者の将来的イメージ作りを援助する。この過程で、イメージに対する専門

家としての考え方と家族の持っているものとの距離の調整を、家族の気持ちを中心に進めていく。

- ③ 患者のおかれている心身両面の状況を看護婦はその援助過程で知る機会に恵まれており、その知り得たものを、家族の誰にどのように伝えていくかを計画し、家族に患者の気持ちを理解し、家族としてどう支えられるかを共に考えていけるように関係を創りあげていく
- ④ 家族が患者の看護に参加し、専門家の看護婦を助けているということから家族自身が喜びを感じることが出来るような関係をつくることや(本当に助かりますなどの気持ちを伝え家族を支持する)、同じ悩みを抱える患者家族間の交流を促し、家族なりに患者を考えていける場を提供したりして家族を助けていく。