

老人患者の長期入院を防ぐための アナムネーゼと家族アセスメント

藤田 和夫（日本看護協会調査研究室）

目 次

はじめに	21
I 老人患者・家族用アナムネーゼの活用法について	22
1 老人患者・家族用アナムネーゼの構成	22
2 情報収集についての注意事項	22
3 アナムネーゼの項目について	24
4 カンファレンス資料について	26
5 おわりに	27
II 記入用紙	28
老人用家族関係歴記入用紙	28
アナムネーゼ 1	29
アナムネーゼ 2	32
カンファレンス資料 1	34
カンファレンス資料 2	35
カンファレンス資料 3	36
III 理論的背景	37
1 社会心理学的考察	37
2 生活史からの考察	37
3 他者知覚の正確さについて	38
用語説明	41
参考文献	42
臨床現場からのコメント	42

はじめに

近年、65歳以上の老人患者の長期入院が増加している。このことは長期入院にならざるを得ない要因が、老人患者家族にもあると言われている。

例えば、患者自身は入院の必要が無くても家族に患者を受け入れる意志が喪失してしまった場合や、長期入院の為に家族内の力動関係が変化し、患者が入院前に生活していた部屋を他の家族メンバーが占有し、患者が退院後生活する部屋を確保することが困難な状況にあるなど、さまざまな理由で老人患者を家庭にひきとることを拒む場合がある。

またこのような家族の中には、特別養護老人ホームや老人病院へ転院させることに対して拒否する家族もあり、現在入院している病院での長期入院を望んでいる傾向にある。

本論では、このような家族の凝集性の低下や力動関係の変化によって老人が帰宅できなくなる以前に老人患者家族に主眼を置いたアナムネーゼを用いて、入院当初から患者家族と入院の目的を確認し、長期入院の危惧についてのアセスメントを行い、ともすれば陥り易い老人患者の社会的入院への阻害や患者家族に帰宅後の療養生活について考えてもらうようアプローチする。また同時に、看護者側

も患者の入院前の生活様式や日常の行動についての情報を吟味し、「生活者としての人間像」を頭に描きながら看護ができるようにすること。そして今回作成したアナムネーゼ・カンファレンス資料を用いることによって「誰が読んでもわかる記録」を残し、その記録を共に働く仲間同士で共有できること。また、このような記録を作成することによって臨床経験の短い看護婦に対しても、院内教育によって誰もがアナムネーゼ、及び客観的な記録がのこせるようにすること。これらの事柄を目指し、その具体的方法について記述する。その方法は本誌掲載「要介護老人の退院援助における家族理解」の研究のための事例検討をもとに考案されたものであり、実際に病棟での活用も試みられた。しかし、その活用の結果を吟味し修正するという作業の積み重ねを今後も継続する必要があると思われる。

尚、このアナムネーゼで聴取する項目、及びアプローチの方法は、長期入院を予防するためのみならず、院内の老人看護を行う上で必要事項が含まれている。しかし、その具体的な方法論の呈示については今後の課題とする。

I 老人患者・家族用アナムネーゼの活用法について

1 老人患者・家族用アナムネーゼの構成

このアナムネーゼは、老人患者と他の家族メンバーとの関係を重視している。また老人患者が日常生活を営んでいく上での生活能力の程度や日頃の生活時間の過し方を把握し、老人患者がどのような人間関係を持ち、情緒的・経済的に支えられているかというソーシャルサポート (Social Support) やソーシャルネットワーク (Social Network)、及び生活環境や入退院に際しての家族の状況などから、「生活者としての人間像」を想像する糸口を見出す。また疾病を引き起こす因子である、ストレス非対処状況 (Ⅲ 理論的背景及び用語説明参照) と、その背景にある生活様式・対人関係・環境・家族の状況や生育歴などから疾病に至る過程について分析・把握を行い、体系的に老人患者・家族にアセスメントできるように構成されている (疾病とその背景との関連については図1参照)。

しかし、これらの情報は患者家族にとってプライベートな問題であり、情報収集の方法によっては家族の力動関係を悪化させる原因となる場合がある。その為、このアナムネーゼはまず最初に入院の目的や患者・家族関係に関する必要最低限度の項目を患者の身体的疾患の状態を伺いながら併せて聴取する (アナムネーゼ1)。そして、アナムネーゼ1のアセスメントによって長期入院の可能性や家族に何らかの問題が感じられた場合、また身体的な処置にある程度が目途がつき、退院の

日程がある程度定まった場合、なるべく早期に患者家族の生活状況 (経済的背景・住居問題・帰宅後の老人の世話など) について詳しい事情を聴取しながら、退院への方向性及び退院後の生活について患者家族と話し合う (アナムネーゼ2)。

これらの情報から患者の人間像や家族関係についての仮説を数多く立てながら、疑問点を一つ一つ確認し、ケース・カンファレンスでそれらの状況やADLについて要約した形で報告し、他のスタッフからより多くの意見をもらい今後のケアに役立てることを目的としたカンファレンス資料との3部構成という形をとっている。また、このアナムネーゼを誤解なく効果的に活用する為には、これらの質問肢がどのような考え方をもとに作成されたかを使用者が理解していなければ、如何に質の高い情報が得られたとしても、臨床場面における効果は十分に発揮できないということに留意されたい (Ⅲ 理論的背景参照)。

2 情報収集についての注意事項

このアナムネーゼは、患者家族からの情報を適切に把握する為の下記の注意事項に従い、記入することが望ましい。

(1) 信頼関係の形成

患者家族と看護婦の間には信頼関係が結ばれなくてはならない。患者家族から得る (信頼関係を基盤に教えていただく) 情報の質や量は、信頼関係の形成に深く関わってくる。

また信頼関係の形成は、患者が入院してきた時点から行われる。例えば、寝たきりや容体が急変して入院してきた患者の家族に対して「ごくろうさまでした」「お家では大変でしたね」とねぎらいの声をかけたり、患者・家族両者に「ここまでくるのに大変でしたね」というような声をかけることによって、看護婦と患者・家族との信頼関係の導入は比較的スムーズに行われる。しかし、声をかけることが信頼関係を形成するための目的手段であってはならない。真の意味での信頼関係の形成は、小手先の技術で対応することではなく、患者・家族の立場になって考えることから始まる。このように考えれば、入院時のねぎらいの言葉は自然に発せられると思われる。

(2) 信頼関係を基盤にした情報収集上のアプローチ

情報収集を行う際に、なぜ情報収集を行うのかその理由を患者・家族に説明し、理解を得ることが大切である。

その際の具体的なアプローチの一例として「入院されているいろいろとお困りにあることがあると思われまますので、お困りにならないためにお家の人に援助していただくこともありますのでお話を聞かせ下さい」という導入方法があるが、ケースバイケースで対応する必要がある。

また入院後、信頼関係を発展させるのは看護婦対患者関係だけではない。患者と家族、そして看護婦という三者間の信頼関係を発展させ、家族と看護婦との良い関係を患者に見せることによって、患者は安心し、心開いてくれる。それによって患者・家族に対する理解が深まる要因となる。

(3) 秘密保持の約束

真の信頼関係が形成されているならば、秘密保持は当然守られるべき事柄であるが、家族の私的な事柄に立ち入って情報を得るので、情報収集前にあらかじめ秘密保持を約束することが望ましい。

(4) 情報収集場所

情報収集場所は、できれば雰囲気のあるあたたかしくない所、そして患者家族の表情や声のトーンなどが明確にわかるような部屋を設けることが望まれる。

(5) 情報収集時期

患者家族から情報を収集する場合、その情報をいつ収集するかによってその情報の量・質が異なってくる。長期入院が予測される患者の場合、入院当日にアナムネーゼ1の聴取及び入院の目的についての確認を行うことが望ましいが、入院当日は身体疾患の処置が中心になり、家族も忙しく、患者も話しの出来ない状態の時もあるため、無理な情報収集は避けた方が良い。情報収集時をいつに定めるかは、ケースバイケースであるが、微細な情報を得られるかどうかは患者・家族との信頼関係の成立に関わってくる。

(6) 情報収集者について

情報収集者は、家族メンバーからの情報を正しく「聞く」ことが必要条件である。その為、情報収集の仕方を熟知している看護婦が行うのが望ましいが、経験の少ない看護婦が情報収集した場合、経験豊富な看護婦や病棟責任者にその内容を報告することが望ましい。その際に、情報収集者は家族メンバーの話を省略したり、情報収集者自身の言葉を用いず、家族の話し方や表情などをできる限り

再現することが望ましい。

(7) 情報提供者について

アナムネーゼ1について家族メンバーから情報収集する際に、入院当日に患者に同伴している家族2～3人をつかまえて、アナムネーゼ用紙の項目順に「例えばこのようなことはありますか」という具体的な例をあげながら、家族メンバーが理解しやすい言葉で質問し情報収集を行う。的確な情報を収集するためには、一人の人、または多弁な人をキーパーソンであると決めつけたりせず、むしろ情報提供者が患者や他の家族メンバーに、どのような影響を与えている存在であるかという点に注意を向ける必要がある。

アナムネーゼ2はアナムネーゼ1のアセスメント及び、その後の観察によって明らかにあったキーパーソンから情報収集を行う。

(8) 情報収集場面における患者家族の示す沈黙

患者家族から患者の情報を収集する際にその会話の中で妙な沈黙が生じた場合、患者と家族との関係の秘密を他人に話したくないという場面であることが多く、このような家族に対してはより多くの観察が必要である。またこれ以外の理由でも面接場面における沈黙は、起こり得る。そして沈黙は看護スタッフと患者家族との信頼関係に大きな影響をうける可能性を持っている為、慎重な対応を要する。

(9) アナムネーゼの質問項目・枠組みにとらわれすぎないこと

このアナムネーゼの質問項目・枠組みは、経験的・理論的に考案されたものであるが、質問項目や枠組みにこだわりすぎるあまり、

単に紙面を埋めるだけの情報収集にならないよう注意すること。そしていま患者のおかれている現実生活との把握にアナムネーゼを活用するという姿勢で柔軟にあるがままの状況を把握することが必要である。

3 アナムネーゼの項目について

老人用家族関係記入用紙、アナムネーゼ1、アナムネーゼ2の項目順に、具体的な活用方法について説明すると共に記入上の注意点についても問題提起したい。

老人用家族関係記入用紙

入院経過については現在の疾患の経過から入院に至るまでのプロセスを聞く。情報提供者については誰から得た情報であるかがその後の家族アセスメントに大きな影響を与えるため、明確に記入する。家族構成は患者中心に記入し、同居家族以外の血縁などがキーパーソンである場合などは注意書きなども記入する。そしてその他に家族関係で特徴的な点があれば自由に記載する。

アナムネーゼ1

アナムネーゼ1については、できる限り全項目にわたって聴取することが望ましいが、無理に全項目を聞きだすことは禁物である。

アナムネーゼ1の(1)から(8)までは患者の日常生活の様子及び生活に必要な器具についての質問項目である。ここで聴取した項目は家庭での日常生活の様子であり、患者自身、現在家庭での状況以外に潜在的に持っている可能性及び能力をみつけるための項目である。

(9)、(10)について患者家族自身は詳細な知識を持っていない場合がある。もし常用している薬があれば見せてもらうなど何らかの方

法で記入する。

(11)は家庭での生活時間について食事、起床、睡眠についての定型的な時間帯について具体的な時間を記入するものであるが、他に何か定型的な習慣、例えばお茶の時間や入浴時間などがあれば記入する。

(12)、(13)は患者の日常生活における心のよりどころの有無に関する項目である。この中で趣味に凝っている患者さんがいる場合、日常ケアのコミュニケーションを深める際のきっかけとすることもできる。しかし宗教の問題に対しては深入りしない方が無難である。

(14)は患者の日常生活の様子や患者をとりまく人間関係について、具体的に聴取する項目である。日頃患者が楽しみにしている事は何か。又、患者はどのような人間関係を持っているのか等を具体的に把握して、患者の生活者像をイメージする。そして患者の入院中の世話や退院後の引きとりを主体的に行うキーパーソンを探し出す。一般的には「患者が信頼している人」がキーパーソンである事が多い。しかしキーパーソンが誰であるのか、という事実確認は日常のケアを通じて行なう事が望ましい。

(15)は生活上の生活出来事である。患者が病気になる背景としてのストレス因子として判断する。この1)から10)までの項目の中で、該当する項目があれば病気になった要因として着目する。またこれらの事件の影響により受けた衝撃を入院中に緩和することが可能であれば、できる限りの配慮及び改善を行う。

この項目で注意すべき点は4)、5)の家族との関係である。老人は家族ともめごとがあったとしても他者に話すことは少ない。また家族も事情によっては話したがらない項目である。そのためこの段階ではあくまでも判断の指標と考えた方が無難である。

(16)の生活歴については巻末理論的背景2の「生活史からの考察」に於て、生活史と病気との関連性及び解釈の視点について述べてあるので、ここでは情報収集時における具体的な注意事項に焦点を絞る。

出生・育った環境については家族も患者も記憶が曖昧な点があり、情報収集は特記事項があれば聴取できる範囲に留める。戦争・天災についても同様である。

結婚・子どもについては、患者自身の結婚や子どもの出生及び子どもの結婚などによって、患者自身の担っていた役割が家族内でどのように変化したかを具体的に聞く。

主な病歴は、罹患し易い病気の傾向及び生活史に起因する疾患があるか否かを把握する項目である。退職・引越は(15)でも聞く項目があるのでそれに対応させて聞く。そして着眼点は、退職・引越が患者に強い影響を与えているか否かを把握することである。

家庭内の主な役割は患者の家族内での役割が高齢化に伴ってどのように変化していったか、その役割の変遷を聴取する。

(16)については聴取方法や解釈の方法が難しいと思われる側面があるので、無理な聴取は避けた方が無難なケースもある。

(17)は、患者の入院中に身の回りの世話をしてくれる家族について聴取する項目である。この中で患者の洗濯をしてくれる人がキーパーソンであることが多い。また(17)の項目で患者と家族との関係を類推し、長期入院に至るか否かを把握することが必要である。

(18)は入院の目的について、患者・家族がそれぞれ入院に対して持っている気持を把握する項目である。

入院への期待は患者・家族それぞれに持っていると思われる。その際、患者と家族の気持が一致している場合は特に問題はないが、

患者・家族それぞれの入院に対する期待が異なる場合は長期入院に至る場合がある。その為、情報収集を行うにあたっては注意を要する。また、看護者側が両者の意見の食い違いを家族に対して指摘したり無理に気持を変えさせようとする事は避けるべきである。事実を指摘する場合はその状況に対しての深い洞察があって初めて効果的なアプローチができるものであり、その場限りの矛盾の指摘は看護者側と患者家族との間の基本的信頼関係を喪失する要因となりやすい。

患者から入院への期待を聞く際には患者の気持を察し、患者の話に対して傾聴する姿勢が必要である。その他、入院中に困ることに関しても、入院への期待と同様の配慮が必要である。

アナムネーゼ2

アナムネーゼ2は、退院・帰宅に問題のある患者が主な対象となるが、特に退院に問題がなくても、退院の目途がついた頃に退院後の生活や自宅療養の方法について話し合うことが望まれる。その際には特にアナムネーゼ2の項目に沿って話し合う必要はない。また、アナムネーゼ2の項目や機能はケースワーカーの役割と重なる点が多いので、アナムネーゼ2の聴取を行う際にはケースワーカーとの密接な連絡をとり、退院が特に困難なケースの場合はケースワーカーに任せるといった対応の仕方をとった方が無難である。

(1)は患者の退院先である。退院先がきまっていない場合や、今迄住んでいた家へ帰れない場合は、(2)~(8)までの項目は聞かずに(9)、(10)の項目へ進む。

(2)は、障害を残して退院をする患者の帰宅先の家屋の状況を確認する項目である。この家屋構造によって退院に向けてのリハビリテ

ーションの目的が変わってくるので重要な項目である。しかし、特に障害を残さずに帰宅する場合にこの項目を聞く必要はない。

2)の患者の寝室は、患者の退院後の身体の状態によっては家屋の改造や部屋の移動をした方が望ましい場合がある。2)と3)は患者の寝室を中心に、風呂やトイレなどにどのような改造が必要か、そしてそれが家族の構造上可能であるかを聞き、退院後の生活空間について家族と共に考える。尚、患者の寝室から風呂、トイレ、あるいは家族の居室、寝室までの距離を知り、部屋の移動が必要か、また可能かを把握できればよいので、簡略図でよい。

(3)から(10)までは患者の生活基盤及び具体的な社会的ネットワークについて聞く項目である。これらの項目から患者をとりまく状況を把握し、帰宅を阻む要因の有無を確認しアセスメントを行う。そして帰宅が困難であると判断された時は、主治医やケースワーカーと早期に連絡をとりあい対策をたてる必要がある。

4 カンファレンス資料について

カンファレンス資料としては、入院の動機、自覚症状、客観的事項、診察・評価、方向づけ、問題点と看護計画、入院前の生活様式と問題点の検討、退院後予測される家族関係及び今後の問題点、ADL時系列評価表がある。

カンファレンス資料1はPOS (Problem-Oriented System) の1つの柱であるPOMR (問題指向型診療記録)の形式を応用している。そしてオーディット(監査)の機能はカンファレンスによって担われるよう構成した(ここでPOMRの応用様式を用いた理由は、POSの理念が今回のアプローチにとって重要であること。そして、カンファレンスを行う際

にPOMRの視点が有効であると考えたからである。また看護過程とアナムネーゼとの関連についての考察は次回の課題とする)。

カンファレンス資料1の入院の動機については、主に疾患と家族関係について記入する。その際、何時、何処で、誰が、どうして、またどのようにして、どのような背景から、どうなったという事について明確化する必要がある。その中で入院中に解決した問題や看護行為は簡潔に書く。そして問題となる、または今後残されている看護行為などの内容、経過および患者の反応や将来の見通しについて要約して書くという方法を導入した。その中で(S)の自覚症状については特に問題無く記入できるが、(O)の客観的事項についての記入方法はPOMRを用いている病院であればどこでも、使用当初は苦労があったと思われる。(O)は(Objective)つまり医療者側がとらえた情報すなわち観察した症状や事象である。この観察する視点は医療従事者としての経験・実力などによって差がでてくる。(O)の適確な把握を行うことができれば、(A)の考察・評価は(O)の判断に従い、スムーズに行うことができる。また(P)の方向づけは、(S)・(O)・(A)のプロセスを経た上でどのような方向づけを行ったかを具体的に記載する。

問題点と看護計画の欄は、退院をゴールとして設定したときの長期的な視野からの看護計画で、その際の問題点及びその他カンファレンスで討議したい問題点などを記入する。

カンファレンス資料2の入院前の生活様式と問題点の検討は、データベースとして聴取したアナムネーゼの項目の中から入院前に問題となっていたと思われる項目の問題の度合、1～4までをそれぞれ採点し、記入する。その際、アナムネーゼ1や日頃の状態観察で把

握できない点はアナムネーゼ2で補うようにする。

退院後予測される家族関係及び今後の問題点についても、それぞれの問題点の中から家族の問題、本人の問題とそれぞれ設け該当する項目に○をつける。また、具体的な問題点があれば、その他の欄に具体的に記入する。

カンファレンス資料1・2はカンファレンス資料作成後、患者の状態や家族関係の変化、及び新たな情報の収集などによって、その内容が変化することが予想される。その為、状況が変化した時にカンファレンス資料を書き直し、カンファレンスを行うことが望ましい。

カンファレンス資料3のADL時系列表は、患者の退院予定日によっていつADL評価をするかそのスケジュールが異なってくるが、まず一週間に一回程度の目安でその変化をみる。しかし患者の状態によってその間隔を変える必要がある。そしてカンファレンス資料として提出する時は、カンファレンスを行う度にADLの時系列的変化についても報告する。

おわりに

このアナムネーゼは、近年その数が増している社会的入院という現象にブレーキをかけるための一つの試みとして作成したものであって、実際にそれぞれの病棟で用いてみようとするときには、その病棟にあった様式に改良することが望ましい。また本稿はすべての老人を帰宅させ、在宅看護を進めるといった趣旨のものでもない。只、核家族化の進行・住宅事情という理由のもとに、入院している必要のない老人が病院で最期を迎えるという、歪曲した専門家依存現象に対する一つの提言であると理解していただきたい。

Ⅱ 記入用紙

老人用家族関係記入用紙

患者氏名		男・女	M・T	年	月	日生	歳
入院日	S	年	月	日	時	入院方法	
入院歴	当院	有	無	・他院	有	無	記録記載日 年 月 日 時
住所	TEL						
患者の職業							
情報提供者氏名				本人との関係			
連絡先	TEL						
家族構成 <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 30px; margin: 20px auto; text-align: center;">本人</div>							
家族関係特記事項							

アナムネーゼ 1

- (1) 食事の好みはありますか。 1. ない 2. ある (具体的に)
- (2) 食事は一人で食べられますか。 1. はい 2. 道具を使えば食べられる 3. 介助が必要
4. 食べられない
- (3) 排泄は。 1. 一人でトイレに行ける 2. 一人でポータブルトイレを使用 3. 介助すれば
ポータブルトイレなどで可能 4. オムツを使用 5. その他 ()
- (4) 歩く時は。 1. 一人で歩ける 2. 杖を使っている 3. 介助が必要 4. 歩けない
入浴は、 1. 一人で入れる 2. 介助が必要 3. 補助器具またはポータブル浴槽を使用
4. その他 ()
- (5) 床の上で座位をとることができますか。 1. できる 2. 道具を用いればできる 3. 介助
が必要 4. その他 ()
- (6) 家の寝具はベッドですか蒲団ですか。 1. ベッド 2. 蒲団
- (7) 補聴器の必要。 1. 有 2. 無 眼鏡の必要。 1. 有 2. 無 義歯。 1. 有 2. 無
- (8) その他の器具の問題点。 1. ない 2. ある (具体的に)
- (9) 常用している薬剤。 1. ない 2. ある ()
- (10) アレルギー。 薬。 1. ない 2. ある ()
食物。 1. ない 2. ある ()
その他。 1. ない 2. ある ()
- (11) 患者さんの日頃の生活時間を記入して下さい。

(起床)	(朝食)	(昼食)	(夕食)	(就寝)

(時)	(時)	(時)	(時)	(時)

(12) 患者さんは何か趣味をお持ちですか。

1. ない 2. ある

どんな趣味ですか。()

それは患者さんの生活に大きな影響を与えていますか。

1. はい 2. いいえ 3. どちらともいえない

(13) 患者さんは何か宗教を信仰していらっしゃいますか。

1. 信じていない 2. 信じている

宗教の名前は。()

信仰の程度。

1. 強く信じている 2. 困った時に信じる程度

(14) 日頃患者さんは、どのような生活をしていましたか。楽しみにしていることや、親しくしている相手などについて具体的に記入して下さい

(15) 次にあげる項目について、患者さんがここに1～2年前に体験したと思われることがあれば、「はい」に○を、なければ「いいえ」に○をつけて下さい。

- | | | |
|--|-------|--------|
| 1) 配偶者が死亡した | 1. はい | 2. いいえ |
| 2) 収入が大きく減った(例、退職など) | 1. はい | 2. いいえ |
| 3) 一家の経済を子供、または嫁に任せるようになった | 1. はい | 2. いいえ |
| 4) 家族や親族ともめごとがあった | 1. はい | 2. いいえ |
| 5) 家族と共に食事をしなくなった | 1. はい | 2. いいえ |
| 6) 仲のよかった友人が死亡、または離ればなれになった | 1. はい | 2. いいえ |
| 7) 引越をした | 1. はい | 2. いいえ |
| 8) 家族の誰かが死亡、または大病をした | 1. はい | 2. いいえ |
| 9) 家族メンバーが独立、あるいは家を出た | 1. はい | 2. いいえ |
| 10) 患者さんにとって、強い衝撃になると思われることがあった
(具体的に) | 1. はい | 2. いいえ |

(16) 患者さんの生活歴について記入して下さい（育った家庭環境、戦争、転居、結婚、子どもの出生、独立、結婚、同居、別居、主な病歴、退職、引越や家庭内での主な役割などについて）。

(17) 患者さんの入院中のことについてお伺いします。

- 1) 面会は誰がいらっしゃいましたか、また面会回数は週に合わせて何回位ですか。
(週合計 回)
- 2) 入院中の患者の洗濯は誰が行いますか。()
- 3) 患者の医療費は誰が支払いますか。()

(18) 今回の入院の目的についてお伺いします。

1) 入院への期待（本人・家族）。

2) その他入院中に困ること（患者や家族の問題など）。

アナムネーゼ 2

(1) 患者さんが退院する先は。

1. 今迄住んでいた家 2. まだ決まっていない 3. 今迄住んでいた以外の所

[1は(2)~(8)までを聴取して下さい。2は(2)~(8)をとばし(9)に、3は(2)~(9)をとばし(10)に進んで下さい]

(2) 患者さんが生活していた住居についてお伺いします。

1) 住居の形態は。

1. 一戸建て家屋 2. アパート () 階 3. マンション () 階 4. 社宅・公営住宅
5. その他 ()

2) 患者さんの寝室は

専用ですか。 1. はい 2. いいえ

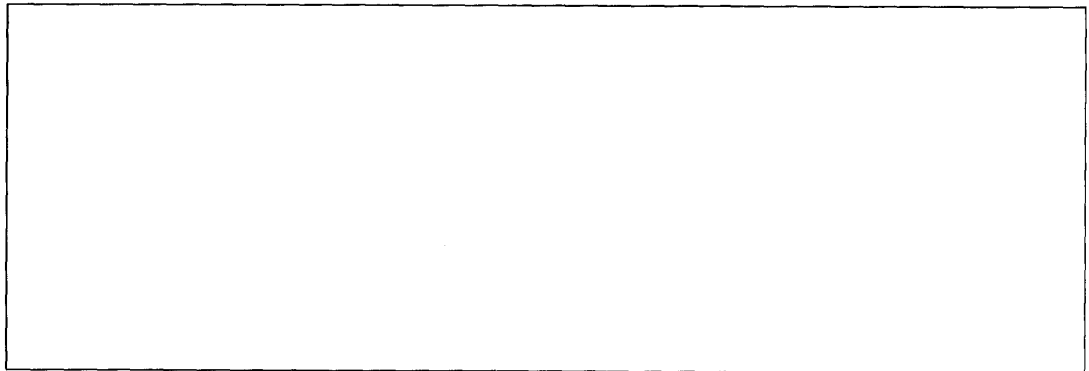
広さは。()

何か不都合がある場合、増改築はできますか。 1. はい 2. いいえ

患者さんの寝室と家族の寝室は近いですか。あるいは近くにすることができますか。

1. はい 2. いいえ

3) 住居の見取り図を患者さんの寝室を中心に風呂、トイレなどの位置も記入して下さい。



4) 風呂、トイレなどは患者さんの状態によって改造は可能ですか。

1. 可能 2. 不可能 3. 特に改造の必要はない状態

(3) 患者さんの生活費は。

1. 給料 2. 年金 3. 恩給 4. 不動産や利子など 5. 扶養されている
6. その他 ()

- (4) 患者さんの家族関係についてお伺いします。
1. 独居
 2. 老夫婦だけで住んでいる
 3. 子供の家族と別棟に住んでいるが同じ敷地内である
食事は 1. 別 2. 同じ
家計は 1. 別 2. 同じ
家屋の所有は 1. 患者さんの名義 2. そうではない
- (5) 家族の中で患者さん以外に病気を持ったり、身体の弱い人はいますか。
1. いない 2. 病人がいる 3. 身体の弱い人がいる 4. その他 ()
- (6) 患者さんが退院した後、患者さんの面倒をみる人についてお伺いします。
- 1) 面倒をみる主な人は誰ですか。 ()
 - 2) 面倒をみる人は具体的な介護知識や技術をお持ちですか。
1. 知識も技術も持っている 2. 知識はあるが経験がない 3. 知識も技術も無い
- (7) 患者さんの状態がどの程度であれば家庭介護できますか。
1. 入院の必要がなければ後は家庭介護を行う 2. 自分のことが介助なしでできるようになれば家庭介護を行っても良い 3. 自分のことができないと家庭介護はできない
- (8) 患者さんが退院帰宅することに不安を持っている人はいますか。
1. いない 2. いる
どのような不安ですか。 ()
誰ですか。 ()
どのような関係の人ですか。 ()
- (9) 患者さんが帰宅するにあたって問題点や心配ごとは有りますか (例、経済的問題、親戚との関係、患者さんの将来的なこと等具体的に)。
- (10) 患者さんの退院先はどこですか (患者さんとの続柄、家族構成、所在地等を具体的に)。またそれは今迄に生活したことがある所ですか、それとも全く知らない所ですか。

カンファレンス資料1

_____年_____月_____日現在

患者氏名_____殿 年齢_____歳 性別_____ 入院日_____年_____月_____日

入院の動機

自覚症状 (S)

客観的事項 (O)

考察・評価 (A)

方向づけ (P)

問題点と看護計画

カンファレンス資料2

_____年_____月_____日現在

入院前の生活様式と問題点の検討

	1 問題	2 やや問題	3 どちらとも いえない	4 問題なし
1 入院前ストレス……………	1	2	3	4
2 家族関係……………	1	2	3	4
3 宗教……………	1	2	3	4
4 趣味……………	1	2	3	4
5 住居……………	1	2	3	4
6 収入……………	1	2	3	4
7 生活リズム……………	1	2	3	4
8 入院前の生活……………	1	2	3	4
9 介護者を支えるサポート… システム	1	2	3	4

退院後予測される家族関係及び今後の問題点

問題点	家族の問題		本人の問題	
1 退院後帰る先、及び介護力	あり	なし	あり	なし
2 身体機能の低下に対する患者家族の対応と本人自身の病 気の受けとめ（精神的な側面）	あり	なし	あり	なし
3 退院後、患者の保健行動を遵守すること	あり	なし	あり	なし
4 退院後の患者の家族内役割の変化	あり	なし	あり	なし
5 退院を拒否する家族成員と患者との関係	あり	なし	あり	なし
6 退院を告げたら退院後すぐに他院へ転院する可能性	あり	なし		
7 介護者の介護知職・介護技術	あり	なし		
8 介護者の介護意欲	あり	なし		
9 介護者及び患者家族の健康状態	あり	なし		
10 介護者を支えるサポートシステム	あり	なし		
11 その他（ _____ ）	あり	なし	あり	なし

カンファレンス資料3

ADL時系列評価表 患者氏名_____ 年齢_____ 性別_____
 機能判断尺度 A—全く不自由が無い B—まあなんとか C—やや不自由で介助が説明
 が必要 D—自力では不能 (E—痴呆性異常行動 F—情動失禁、失見当識)

	日常行動	入院当初	月 日	月 日	月 日	月 日	時系列的判断
A D L の 状 況	食 事						
	入 浴						
	歩 行						
	視 力						
	聴 力						
	話の理解						
	排 泄						
	衣類着脱						
	意志伝達						
	身体移動						
	痴 呆						

Ⅲ 理論的背景

1 社会心理学的考察

老人が病気に至る過程については、次のような理論からも裏付けされる。

人間の病気はストレス（ストレス因）によって引き起こされるという学説は1930年代にカナダの内分学者、H. セリエ (Selye, H) によって提唱された。以後、心理学や社会学などの分野では、ストレスについてさまざまな研究が行われた。その中でも、心理学的ストレスモデルを提唱したR・ラザラス (Razarus, R. S) は、「日常生活の苛立ち」という概念を提唱している。これは、毎朝の交通渋滞や定型的な業務、老人の場合で例をあげれば、自分をないがしろにする嫁との毎日の接触など、日常生活の中で避けて通れないことを、負担であるとか、ストレスであると「認知」するか否か。またそれを認知しても、そのことが脅威であると評価するか否か。そしてそのことからうまく対処する能力を持っているか。その能力の有無によってストレスから派生する疾病からの回避が可能か否かが決まる。しかし日常の苛立ちに対する対処能力は高齢化と共に低下していく。そのため老人は呆けや身体疾患などへ適応せざるを得ない場合（病者役割—用語説明参照—を演じる場合）がある。

また社会学の分野では、ストレスフルな生活出来事（Life events —用語説明参照—）と精神・身体の病気との関連性についての研究を行っている。生活出来事とは生活習慣の変化、入学、卒業などの環境上の諸変化や失

敗、家族や親しい人の死亡、誕生、結婚などの環境の変化である。T. ホルムズ (Holmes, T. H) とR. ラーエ (Lahe, R. H) は、43項目の生活出来事を用意しその中で「配偶者の死亡」という事件に対して100点という得点を与え、その他の項目にもそれぞれ得点を与えた。そしてこの生活出来事の総得点が年間200を越えた場合に、重篤な疾患に罹患すると指摘している。

もっとも、これはアメリカで尺度化された得点であり、個人差や国民性の相違点があることなどから、すぐに日本の老人にあてはめることには無理があると思われる。その為、このアナムネーゼでは、生活出来事の基本的な概念を応用し、どのような生活出来事が老人の病気に影響しているかを類推するための項目として作成した。

心理・社会的ストレス因によって病気が引き起こされる可能性があることは上記の通りである。しかし、それだけで病気になる訳ではない。ストレス因が自分にとって直接的な脅威の対象であると認知した場合、その認知評価の度合によってその対処過程や対処行動が異なる。これは正にストレス因に対する主観的な受けとめ方の相違であり、個人によって、またその問題によってその反応様式はさまざまである。例えば、そのストレス因に対して、その問題は全く自分に関係の無いことであるように振舞ったり（躁的防衛）、また、他者依存、浪費、病的収集癖などの行動をとる場合がある。これは、フロイト (Frued, S.) の言う、幼児期の固着体験を無意識に

選択することで、ストレス因の直接的打撃から自我を防衛するメカニズムが働くのである。

対人関係はそのような中で、アンビバレンツ（両価性）な側面を持っている。一つはソーシャルサポートやソーシャルネットワークという、対人関係によって個人が支えられ、ストレス因に有効な対処ができるという側面。そしてもう一つはスケープゴートや邪魔者というレッテル貼りなど、対人関係の悪化により、個人と他者との関係が途切れるばかりでなく孤立し、袋小路に追いこまれる側面である。長期入院している老人の場合、対人関係に於てストレス因に有効な対処ができないという場面が多くみられる。またその対人関係は老人の生活行動範囲内、それも身近な家族内での対人関係による場合が多いということを考慮し、日常生活の中での老人の対人関係及び家族内の力動関係について把握する必要がある。しかしこの力動関係の把握は、あくまでも患者を理解することが目的である。それ故、力動関係を変化させようとする不用意な介入は避け、家族関係に問題が生じた場合、ケースワーカーや医師などと相談することが望ましい。

また、個人の生育（生活）歴及び生活環境は、病気になり易い性格が形成されているか否かを判断する上で重要な情報源であると同時に、その判断は慎重であらねばならない。ロイ（Sister Callista Roy）は適応モデルにおける患者の役割機能及び発達危機の中で、エリクソン（Erikson, E. H.）の理論である「ライフサイクルにおける8つの発達段階」を応用している。しかし、エリクソンの理論は、アメリカの中産階級の一部の人々にしかあてはまらないという欠点を持っている。そのため、日本社会に於てその応用は、ひと

つの目安として考えた方が有効であろう。

従来、家族社会学に於ても生育歴や生活環境は、家族周期（Life cycle）という視点から捉えられていた。しかし近年、ライフコース（Life course）という人間の発達的变化を、生物学的過程、心理学的過程および社会学的過程から、個人及び家族を捉えようとする研究が主流となっている。

M. ライリー（Riley, M. W）はライフコースには、以下の四つの中心的な前提があるとした。

1. 人間の発達的变化は、一生のどの段階（児童期、中年期、老年期など）もその前後の段階と切離しては考えられない。
2. 人が生物学的に成長し老化するに伴い、社会的役割を次々と経過し、知識を蓄積し、態度や行動の型を発達させる。こうした社会的心理学的過程が、次は生物学的過程に働きかける。
3. 人間が成長し老化するあいだに起きる歴史の流れや出来事が、その人の生活パターンに影響する。
4. ライフコースと社会変動のあいだには、不断の相互依存・相互規定の関係が存続する。この視角はライフサイクルの焦点が家族の集団的統一性におかれ、且つ分析方法が横断的であったのに対し、ライフコースは個人にとっての重要な他者あるいは共同者の中心のカテゴリーとして家族成員を登場させるという取り扱いが可能になる、という利点を持っており、病気に対する早期の予防措置をとることも可能である。

2 生活史からの考察

生育歴から把握すべき基本的な部分は、幼少時期における両親、兄弟や親しい人との

離・死別体験の有無。戦争や関東大震災などの災害にまつわる心傷体験がその後の人生に大きな影響を与えているか。影響を与えている場合どの様な影響があったのか。また結婚・離婚の有無そして配偶者を得たことにより、その後何か変化が起こったかという点にも着目する。子供の出生・死亡などは年令的にも、事件の大きさなどからみても鬱病が発症する可能性がある。そのため、子供の出生・死亡などの生活出来事が起きた後に内科系の疾患が発症した場合、心身症や仮面鬱病体験の疑いもある。しかしその生活出来事からの予測や判断だけに頼らず、その他の疾患や病歴などからも織物を織るように綿密に情報網を捉えなければ、単に「病気になり易い性格、及び生活歴を持つ人」というレッテルを付与することのみに終始したり、病気というカテゴリーに当てはめるための類推作業に終わってしまう危険性がある。

これらの情報と日常生活の関連性が毎日の生活場面でどのような様相を示しているか、その日常生活の背景に潜む患者自身の生活習慣について考える必要性がある。例えば、毎日熱心に仏壇に向かいお経を唱える習慣のある人は、いつから、なぜその行為が習慣化されたか。また、その行為はその人にとってどのような意味を持っているのかについて考えた時、例えば生活上の大きな出来事、子供の死亡などの事件があった後に入信し、その後長年の生活史の中で不断のものとなり生活の一部となっている場合もある。このような例では生活史と日常の習慣とが深く関連している為、生活史から日常の習慣に対する類推が容易であるが、実際の場面においてその類推は困難である。しかし、入院中にこのような生活習慣の均衡が崩された時に、患者自身がどのような心理的・生理的適応類型を選択す

るかは患者自身によってさまざまであるが、実際に日常生活の中で、どのような生活習慣を持って生活しているかという視点から、生活史を把握することが望ましい。

3 他者知覚の正確さについて

これまでに患者像を単に病んだ人として捉えるのではなく、生活者としての患者像をイメージしながら日常の看護に役立てるために、社会心理学的背景及び生活史からの考察を行った。ここでは、実際に情報収集を行う際に陥り易い他者知覚の誤りについて考えていきたい。

他者の性格や特性を判断しようとする時、多くの場合相手から受けた印象によって判断することが多い。その中でも相手が自分にとって好ましい印象を持っている場合は実際以上に望ましい特性を高く評価し、否定的な特性は低く評価する傾向がある(ハロー効果)。

同じような傾向で、ステレオタイプ(紋切型)や通俗的な見方は他者知覚を歪める要因となる。ステレオタイプは、相手の職業、年齢、性別、病名、家族関係、障害などの目立ち易い特徴のみで判断し、総合的な分析、把握は行われない。その為、相手の本質を捉えることができない。

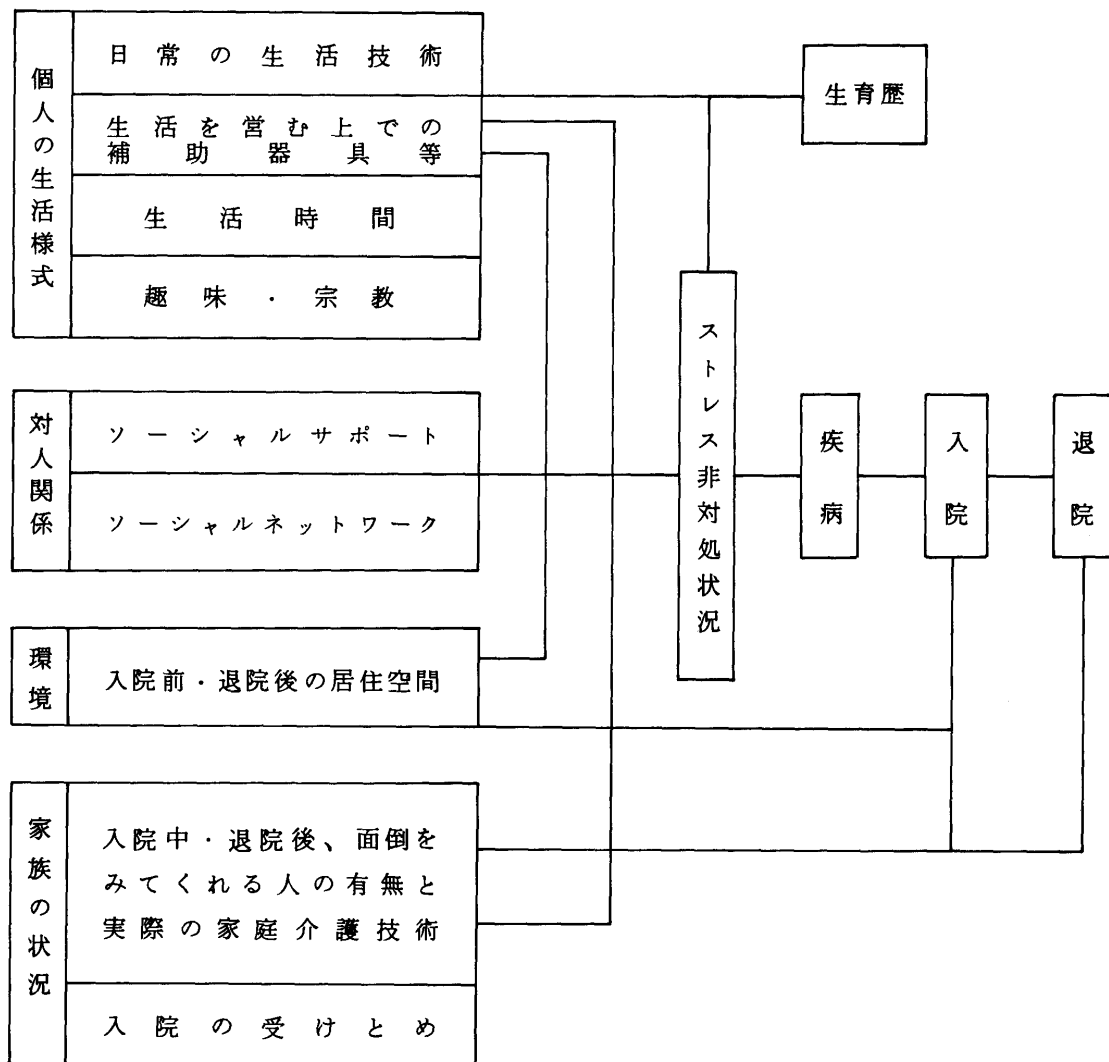
また、情動や投影も他者知覚を歪める要因となる。情動とは、相手を観察する時に観察者のその時の気持によって判断することである。例えば、観察者の気持が落ち着かない時、被観察者も落ち着いていないだろうと判断するのは典型的な例である。このような時は自分が主観的な判断をしていることに気づきにくい。

投影とは、自分自身の持っている問題の中で、自己概念に背くものを否定し抑圧してい

る。そしてその問題に自分自身で直面せずに、相手の中にその問題を認め、それによって自分にとって不愉快な出来事と対面しないで済むのである。このように他者との関係の中で、投影には自己防衛的な意味あいがあり、それ故他者知覚を歪曲して認知させる傾向がある。また、投影の特殊な型として「憶測された類似性」がある。これは観察者が被観察者に対

して類似性があると思い、他者を観察するとき自分を引きあいにして観察することである。観察者が被観察者と社会的な属性や同じような生活様式を持っている場合に、類似性があるのではないかと思われがちであるが、憶測された類似性は、憶測である限り正確な判断の妨げになる。

図1 老人の疾病とその背景



(3) ストレス非対処状況

用語説明

ストレス非対処状況

何らかのストレス因が個人にふりかかり、個人がそれをストレスであると認知した時、ストレス因に有効な対処ができない状況をいう。このような状況の時に人は病気になり易い。

病者役割

病気を1つの社会的役割と考える。病人は病める者として、煩わしい人間関係や日常生活の仕事をするのが猶予される。そして他

者から病気を治すことに専念するように期待される。老人が日常生活での人間関係の煩わしさや、自分に注意が向かなかつたり、自分にとって大きな出来事があった時などに、一時的にボケの症状を呈したり病気になったりするの、このような役割を無意識的に選択する1つの適応様式があるためと考える。

生活出来事

ホルムズとラーエは次の社会的再適応評価尺度の平均値の年間合計が200を越す人は重大な健康障害をおこしうるとした。

社会的再適応評価尺度

生活イベント	平均値	生活イベント	平均値
配偶者の死	100	息子や娘の巣立ち	29
離婚	73	法律上のトラブル	29
別居	65	偉業の成就	28
刑務所拘留	63	妻の仕事の開始または中断	26
身近な家族員の死	63	学校の始業または終業	26
障害または病気	63	生活状況の変化	25
結婚	50	個人的習慣の変化	24
解雇	47	上司とのトラブル	23
婚姻上の和解	45	勤務時間または勤務状況の変化	20
退職	45	転居	20
家族員の健康上の変化	45	転校	20
妊娠	40	余暇の変化	19
セックス上の問題	39	教会活動の変化	19
家族員の増加	39	学校活動の増加	18
再就職	39	10,000ドル以下の抵当または借金	17
財政状態の変化	38	睡眠習慣の変化	16
親友の死	37	家族の集まりの回数の変化	15
転職	36	食習慣の変化	15
配偶者との言い争いの回数の変化	35	休暇	13
10,000ドルを越す抵当	31	クリスマス	12
抵当権の喪失	30	ちょっとした法律違反	11
仕事上の責任の変化	29		

参考文献

1 高橋百合子監修 内田卿子編集 NURSING PROCESS「看護過程へのアプローチ
2 アセスメント2 情報と記録—情報を

適確に分析・解釈するために—」1984 学研

2 Wooley, Warnick, Kanedyer 著 日野原重明 青木恵子 新井和子訳「看護のためのPOS」1978 医学書院

- 3 Joyce Cameron Snyder, Margo Folts Wilson 著 福崎哲 岡田幸子訳「患者の行動を理解する方法—10項目からなる多角的観察—」1981『看護展望』Vol.6 No.10 メヂカルフレンド社
- 4 Sister Callista Roy 著 松木光子訳「ロイ看護論—適応モデル序説—」1981 メヂカルフレンド社
- 5 ライト州立大学看護理論検討グループ著 南裕子 野島佐由美訳「看護理論集—看護過程に焦点をあてて—」1982 日本看護協会出版会
- 6 森岡清美 青井和夫編著「ライフコースと世代—現代家族論再考」1985垣内出版
- 7 山本俊夫 坂田峯子監修「P O S 実践マニュアル」1984 日総研出版
- 8 土居健郎著「方法としての面接—臨床家のために—」1977 医学書院
- 9 土居健郎著「医の哲学と倫理を考える」1984『医の心 四』丸善
- 10 Shldon J. Korchin 著 村瀬孝雄監訳「現代臨床心理学」1980 弘文堂
- 11 Barbara Snell Donrenwend and Bruce P. Dohrenwend 「STRESSFUL LIFEEVENTS AND THEIR CONTEXETS」1981 New York
- 12 Richard R. Lazarus Susan Folkman 「Stress, Appraisal and Coping」1978 Springer
- 13 T. H. Holmes and R. H. Rahe 「The social reajustment rating scale」『Journal of Psychosomatic Research』11 1967

臨床現場からのコメント

今回作成したアナムネーゼを尾竹橋病院で実際に用いてもらい、その感想を久保成子総婦長に記述していただいた。

「患者とその家族」を知り理解した上で看護活動に欠くことの出来ない情報をいかにして得るかという問題で、アナムネーゼの活用を試みている段階であるが、これまでの活用の経過から次のような方法が有効であると思われた。

- 1) 「アナムネーゼ」という概念から、患者の入院時にすぐに情報収集にとりかかることは出来ない。家族と少なくとも幾ばくかの「顔見知り」になったところで行う。
- 2) 新入院・転院・再入院と対象の入院の状況によって、「アナムネーゼ」の内容を再構成し、第一段階、第二段階、第三段階と情報収集の仕方にステップを踏みながら、

しかも「誰に」情報提供を依頼していくかを定めたりする。

- 3) ここでの「アナムネーゼ」の形式を、対象によって組替え「カード化」して1, 2, 3のカードとステップを踏みながら、1のカードはリーダー、2のカードは受け持ちの看護婦が担当するなど、対象の状況によりカンファレンスで話しあい、資料収集を行う。

肝要なことは、入院と同時に家族との人間関係を持つことである。さらに、看護婦の目的・目標をもった看護活動を、患者の担当医師が理解していること、ソーシャルワーカーとは最初の段階から共にチームを組みさまざまな段階で（特に情報分析や、評価段階においても）協力体制をとる必要がある。なぜならば老人の看護は看護者だけではできないからである。チームの編成能力こそ看護の専門家たる手腕といえる。