

# 退院にむけての老人患者及び家族への援助

岩下 清子（日本看護協会調査研究室）  
菅山 信子（東京都多摩老人医療センター）

## 目 次

I	研究の目的と方法	45
II	老人・家族にとって入・退院とは	46
1	生き方・生活の再編	46
2	老人の退院への自信と家族の受け入れ	46
III	退院後の生活にむけての看護婦の援助	48
1	老人への働きかけ	49
2	家族への働きかけ	49
3	退院先と時期の決定	51
IV	事例を通して見た退院にむけての援助	52
1	急に身体状況が悪化し入院した場合	52
2	入院前から介護を要する状態にあり、病状悪化を契機に入院した場合	54
3	疾病は治癒したが障害が残っている場合	56
	おわりに	59

## I 研究の目的と方法

日本の入院患者の平均在院日数は世界各国と比べ極めて長い。老人人口の増加とともに病気を持った人は今後とも増え続けるが、資源（病床、マンパワー、財源など）は有限であることから、できるだけ入院期間を短縮し在宅治療に切り変えて行く必要があると言われている。

他方老人自身にとって、病気や障害を持った時、どこに生活の場を求めるのが最も適切かを考えた時、病院は治療を第一義とする場であり、生活面はどうしても制約が大きい。そのような場所に長くいると、社会性の低下、日常生活動作の低下はさげられない。そして病院に依存する形で適応し、退院後の生活に自信が持てなくなる。家族もまた、老人のいない生活が定着してしまう。従って、入院治療の目的を終えたら、なるべく早期に退院することが望まれる。

しかし老人患者の場合、退院後の生活の見通しが立たず、老人や家族が退院をしづることがよくある。そのような時、病院側から退院を告げられ納得せず退院した場合、退院後の生活がうまくいかず、病状を悪化させて再入院、あるいはいわゆる病院のたらいまわしという事態を招きかねない。

そこで本論は、老人患者が治療目的を終え

たらなるべく早く、しかし本人や家族が納得して退院できるようにするのに、看護婦にできることは何かを明らかにすることを目的としている。

その目的を達成するために、筆者2人の経験をつき合せ、討論し、言語表現するという方法をとった。筆者の1人（菅山）は、看護婦としての臨床経験の中で、退院をためらっていた老人や家族が、前むきな気持ちで退院して行った例を多く体験している。その際、老人患者への日常ケア及び家族への相談・助言を通して、退院に向けての意識的な働きかけをしている。

他の筆者（岩下）は、家族として老人を入院させ、あるいは家庭で介護してきた経験から、人が老いて病み身体機能が次第に衰え、やがては死に到るということがどういうことなのか、家族としてそれにつき合う時の気持ちの変化などをみつめて来た。

この2人の経験をつき合せ、まず老人及び家族にとっての入院－退院の意味を考察し、その上で退院後の生活がよりスムーズにはじめられるよう看護婦にできる援助は何かを考察している。事例の記述は菅山、その他全般にわたる記述の責任は岩下にある。

## Ⅱ 老人・家族にとって入・退院とは

### 1 生き方・生活の再編

#### (1) 老人にとって

老人は配偶者や親しい人との死別、退職による経済力や社会的地位・役割の喪失、子供の結婚や体力の衰えなどによる家庭内での地位・役割の喪失など、様々な喪失を体験し、その現実を受け入れ自らの生き方や生活をたえず再編していかざるをえない。

しかし、生き方、生活の再編を迫られる最大の契機は、老人が病気になった時である。病気は完治せずあとに何らかの障害が残し、老衰も加わって身体機能が低下していくため、今まで通りの生活の維持が不可能になるからである。さらに、上述した様々な喪失にともなうストレスや生活再編による環境・生活様式の変化が発病の引きがねになっていたり、発病がそれらの喪失を一層促進することを考えると、発病による身体機能の喪失とその他諸々の喪失とは密接な関係がある。

入院してくる老人は、身体機能の喪失のショック、否認、怒り、逃避、深い悲しみ、抑うつ、無気力などの中にあり、そしてやがてその現実を受け入れ、大巾な生活の再編へと向う過程にあるといえる。そしてそれは、諸々の喪失の事実の受け入れと切り離すことができない。

入院生活の中で、この過程をどのように乗り越え、退院後の生活にどのようなイメージが持てるかということが、退院への意欲や退

院したあとの生活に大きな影響を持つものと思われる。

#### (2) 家族にとって

生き方、生活の再編を迫られるのは、老人本人ばかりでなく、その老人を受け入れる家族についてもいえることである。

医療技術の高度化、生活水準の向上などによって、老人が病気・障害を持ちながら長く生存する可能性は高まっている。しかし他方では、家族規模の縮小、親族関係の希薄化、職場と住居の分離、住宅事情などにより、介護を要する老人を受け入れる許容量は減少している。従って、老人を受け入れる上で様々な困難があり、家族全体の生活も再編が必要となる。

### 2 老人の退院への自信と家族の受け入れ

老人が次第に衰え死に到る過程において、また家族がその老人を受け止めていく過程において、ともに生き方や生活をたえず再編していくことが必要となる。そして老人の入院は、より大きな再編を要する節目に当たっている。従って、退院後の生活について目途を立てるのは容易なことではなく、入院治療の目的が終了しても老人や家族が退院に不安を抱くのは当然だろう。

では、老人が病気や障害をもちながらも、何とか家に帰ってもやって行けそうだという自信をとりもどせるか否か、また家族が老人を家に受け入れようとする気持になるか否か

ということには、どのような要因がどう影響しているであろうか。

### (1) 老人の退院への自信

老人が手足の麻痺、筋力の衰えなどで立てなくなる、尿意がにぶり失禁するなど、身体機能の喪失を体験した直後は、一般的に言って生きる意欲が低下し、依存的となる。また身体機能の喪失により日常生活動作のレベルが低下し、生活上様々なさしさわりが生ずる。身体機能の喪失が大きく、急激であれば、それだけ老人が受けるダメージは大きい。

しかし、老人の生きる意欲は、病状の回復及び看護婦や家族の支えにより、徐々にとりもどしていく可能性がある。生活上のさしさわりも、病状の回復、失われた機能をカバーするための補助具の使用や新たな動作を身につけること、物的環境をととのえることなどによって、ある程度の縮小は可能である。なお、病院と家庭での物的環境はかなり差が大きいので、身体機能は同じでも生活上の支障は、病院にいるのと家庭に帰った場合とでは多いに異なる。

家庭での生活上のさしさわりは、自由に用がたせないという不安や、家族に迷惑をかけるという負目につながり、その思いが大きいほど退院への自信は持ちにくい。しかし生活上のさしさわりがある程度大きくても、生きる意欲を十分とりもどしていれば、何とかやっ行ってこうという気になるであろう。逆に、生活上のさしさわりがそれほど大きくなくても、生きる意欲を失っていれば、退院への自信はもてないだろう。

### (2) 家族の受け入れ

次に家族に目を向けると、老人を家に迎え入れることを考えた時、老人の機能障害、病状にともなう介護の困難性・密度に応じて、家庭生活に様々なさしさわりが予想される。

しかし家族に老人を介護しようとする意欲がおおきければ、さしさわりがある程度大きくても老人を受け入れようとするであろう。逆にさしさわりがそれほどでなくても意欲が低ければ、受け入れに拒否的となる。

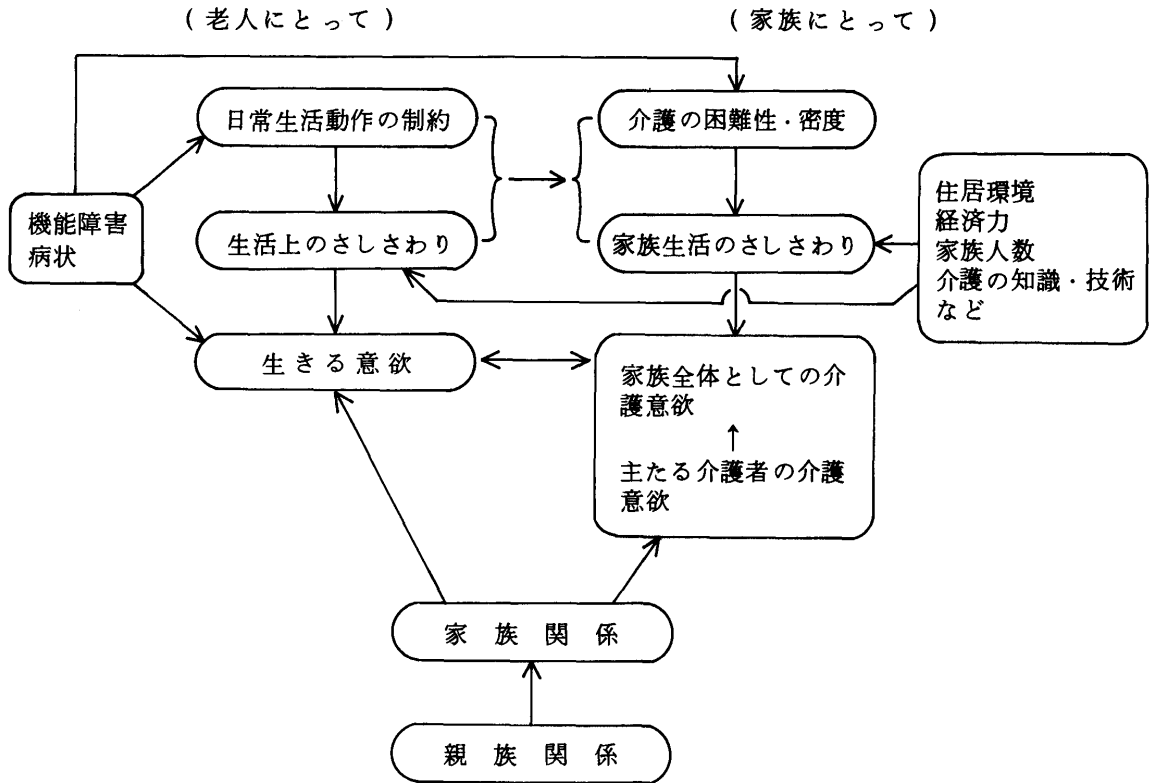
介護意欲は、長い歴史を通しての家族関係やその背後にある親族関係を大きく反映している。老人に対する個々の家族員の気持は決して一様ではないが、家族全体としてみた介護意欲は、やはり退院後中心となって介護にあたることになる人の老人に対する気持に大きく左右される。従って老人の受け入れの可否は、主たる介護者の介護意欲が鍵となることが多い。

しかし、その介護者の介護意欲は、その人と老人との情緒的な関係ばかりでなく、その人が他の家族員にどれだけ支えられているかということとも関係している。介護者と老人との関係がもともと悪い上に介護者が孤立した立場に立たされていると、介護者は老人を看る気にはなれないだろう。

### (3) 相互の関係

以上みてきたような本人の退院への自信や家族の受け入れに影響している諸要因は、相互に影響し合っている。たとえば、本人の生きる意欲が感じられれば、家族の介護意欲も高まるだろう。また本人が、自分にできることはしようと努力し、そして実際にできることが多くなれば、家族の負担も軽減する。また老人にとっては、家庭が支えてくれるという安心感があれば、それだけ生きる意欲も高くなり、また家族がより好ましい環境をととのえてくれることで、自分にできる範囲も広がる。

以上のことを図式化すると、次のようになる。



### Ⅲ 退院後の生活にむけての看護婦の援助

入院治療の目的を達したらなるべく早期に、しかし老人や家族が納得して退院し、新たな生活がスムーズに始められるよう、看護婦はどのような援助ができるであろうか。むろん入院期間中の、そして病院内の働きかけでできることには限度があろう。しかし看護婦は入院中の老人の日常ケアを通して老人本人に働きかけられること、そして日常ケアを通してわかったことをもとに家族の相談に応じられることから、多くの援助ができる立場にあるといえる。

前掲の図に従って、老人の日常生活動作の

拡大をはかり、生きる意欲を高めるための老人への働きかけ、家族の介護負担を減らし介護意欲を高めるための家族への働きかけについて、順次考察することとしたい。

なお、老人や家族が退院後の生活をスムーズにはじめるためには、医師が退院にあたって、病因と入院中の治療経過、現在の病状と今後予想される変化、その観察と対応の仕方、今後の受診の仕方、薬の飲み方、療養生活上の注意などをきちんと説明することが、非常に重要である。以下にのべる看護婦の援助は、このような医師による退院指導とあいまって

効果を持つものであることを断っておきたい。

## 1 老人への働きかけ

### (1) 生きる意欲を高める

一般的に、身体機能が急に衰えた時生きる意欲が低下し依存的となる。そのような時につきはなすような接し方をするとかえって依存心が高まるので、むしろ依存したい気持ちを理解し、ある程度受け入れることが大切である。その上で、できないことよりもできることを認め、共に喜びはげます。また、他の患者が頑張っている姿を見せる。

患者は、自分の病状や検査・治療について、ただなされるままで説明を求めることができず、ばくとした不安を抱いていることもある。そのような場合、十分な説明をすることにより、前むきな気持で病気に立ち向かおうとする姿勢に変ることもある。このように見通しが持てるよう援助することは、意欲を高めるのに大変大切なことである。

さらに挨拶を交わすことなどにより老人の感情表出を促進し、老人が人間としての交流を通してその日その日を生きているという実感が持てるよう配慮する。

老人の生きる意欲を考える上で、家族との関係も無視できない。家族から見すてられたという思いが強い場合、家族にもそれなりの事情があることを知る機会を作ったり、家族との会話に看護婦も入って素直に自己表現できるよう配慮することなどにより、老人の家族に対する気持が変り、明るくなることもある。

### (2) 日常生活動作の拡大

老人の身体機能は、病状の回復に伴ってある程度改善し、それに従って日常生活動作もある程度改善される。しかし、外科的な治療

のあと、あるいは内科的治療で急性の症状を脱したあと、病状は改善しているのに自分の体に自信がもてず、自分ではできないと思いつ込んだり大事をとりすぎて、動作を実際の能力以下にとどめてしまう人が多い。そこで看護婦は、病状改善について説明し、また日常生活動作の能力を観察しながら、動作の拡大を促していく必要がある。

また機能障害が残ったり筋力が低下している場合は、たとえば動作のコツを教え、補助具を工夫し日常生活動作の拡大をはかる。その際本人が持っている知恵を生かすことで、かくされた可能性をみつけることができる。

## 2 家族への働きかけ

### (1) 介護負担を軽減し自信をもたせる

老人が入院中、家族は概して老人を病院に“おまかせ”した気持でいるため、いざ自分の家に退院させ世話をするととなると、どのような介護が必要となるのか、病状が変化した場合どうすればよいのかなどについて、想像がつかない人も多い。想像がつかないと、概して実際以上に大変と感じるようである。そして、病院における高度に管理化された医療・看護を目の当たりに見て、さらに病院の物的環境が家庭とあまりに違うため、とうてい家ではやっていけそうにないと思いがちである。

そこで看護婦は、老人の病状や身体機能の現状と先の見通しを十分に説明する必要がある。その上で、病状の観察の仕方と医師への連絡の仕方、介護のコツや工夫、道具の活用などを伝えることにより、介護負担の軽減をはかるとともに自信をもたせるようにする。その際必ずその家庭の事情（生活習慣、家族の状況、住居環境、経済状態など）に即して

考える必要がある。

住居環境の改善，道具の活用，介護力の補強などの必要がある場合は，社会資源の活用方法を伝え，場合によってはソーシャル・ワーカーや行政の保健婦を紹介する。同居外の親族に介護の協力を求める必要があれば，看護婦が介護者の負担を説明するなどの働きかけで，協力がえられるようになることもある。

介護に関する相談・指導は，家族（特に主たる介護者）が何を望んでいるのかを知り，家族ともに考える姿勢がなければ効果は望めない。家族は看護婦の言うようにはとてもできないと思っても，そのことを口にはしない傾向があるため，退院後困らないようにと看護婦は一生懸命指導しているつもりでも，それが空回りに終わっていることに気がつかないこともある。極端な例では，家族は退院指導をうけながら，同時に看護婦に隠れて転院先を探していたということもあるという。家族指導がうまくいかないときは，看護婦の考える理想をおしつけてはいないか，ときどきふりかえってみるようにしたい。

## (2) 介護意欲を高める

ここで問題になるのは，家族の介護意欲が低い場合である。そのような場合でも，入院は，家族にとって今までより少し距離を持って老人をみたり，また自分のことをふりかえるゆとりを持つことができる期間である。この間の看護婦の働きかけにより，家族が老人に対する理解と思いやりを持てるようになり，その結果として世話をしようという気持になることもある。その看護婦の働きかけとは次のようなことである。

- 日常生活動作の改善など老人に関し良くなった面を共に喜ぶ気持で伝える。
- 日常ケアを通し老人について知りえたこと，たとえばなぜ怒りっぽくなっているの

か，なぜ依存的になっているのかなどを伝える。また家族のいたわり，思いやりが，いかに老人の幸につながるかを話す。

- 老人と看護婦との交流の場面，たとえばほとんど反応のみられなかった老人が，接し方によって豊かな表情を表わす場面を家族に見せることにより，老人への接し方や老人に接する喜びをわかってもらう。
- 老人の家族への思いを伝える。ただし，老人の思いをそのまま受け止めるよう強制しない。

このような働きかけは，看護婦が家族から信頼され，相談相手とみられなければ，効果は望めない。そこで信頼関係を維持するために，次のことに注意する必要がある。

- 家族の老人への対応を，家族はこうあるべきという尺度をもって評価的にみることを慎み，老人と家族との関係をできるだけありのままにうけとめるようにする。
- 家族に対する思いやりといたわりの気持を以て，苦勞をねぎらう。
- 家族関係の立ち上がったことを一方的に探ろうとしない。家族が看護婦を信頼し，かつ何のために聞かれているかが了解できれば，自発的に語るものである。また自発的に語られる範囲で理解し，対応すべきだろう。

家族の中でも主たる介護者の気持が鍵となることが多いことは先に述べた通りであるが，介護者が責任だけおしつけられ，その苦勞が誰からも理解されないために，“もういやだ”という気持になっていることもある。そのような場合，介護者が介護の苦勞，やり切れなさを看護婦に対し表現でき，理解されただけで，ずいぶん気持が変ることもある。また，他の家族員や親族への働きかけが必要となるが，看護婦ができることに限界がある時には，



ソーシャル・ワーカーの協力を求めるべきだろう。

以上みてきたような働きかけは、介護意欲が低い場合に問題になる訳であるが、その背後には老人と家族との長い歴史をもった複雑な関係があるので、働きかけは慎重でなければならない。患者についての苦情や逆に患者がかわいそうだと家族を非難するような看護婦の不用意な発言が、かろうじてつながっている老人と家族との細い絆を切ってしまうことすらあるので、注意が必要である。

老人への働きかけ、家族への働きかけについて順次考察してきたが、どの要因に働きかける場合も、それが、他の要因と密接に関係しているということを常に念頭においている必要がある。たとえば、家族がまだどうして老人を家に受け入れる気持になっていない時に退院後の介護方法などを指導しても、効果は望めない。しかし家族の気持は変わらないように見えても、老人への働きかけによって老人の側の変化を待ち、また家族の気持を考慮しつつ介護負担を軽減するための働きかけをすることにより、家族の気持が変わることはありうる。

### 3 退院先と時期の決定

退院先をどこにするのかということは、老人にとって、終末も含めたその後の人生を左右するほど重大なことである。このことについて結論を出すのは、看護婦ではなく、あくまで老人本人と家族である。しかし老人の意志表現が困難であったり、老人と家族の意志疎通が不十分な場合、看護婦は老人の思いができるだけくみとられるよう、家族に対し老人の代弁者となることも必要だろう。

退院先は、いつ結論を出すかで違ったもの

になる可能性がある。老人は、自分の退院に家族が消極的であることを察し、家族との暮らしに未練を持ちながらも「老人ホーム（あるいは他の病院）を探して下さい」などと言うことがある。家族もまた「とてもやっていけないので……」と言いつつも、必ずしも何らかの老人への思いやりや義務感がない訳ではない。従って老人や家族の言葉をそのまま受け止めて転院させたり老人ホームへ移した結果、家族があとで後悔したり、罪悪感を残す、あるいは家族の中に感情の行きちがいを生むようなことにもなりうる。

ただ、最終的に家族がどのような結論を出すにせよ、葛藤の後に出したものであり、「こうすればよかった……」という何らかの思いを残すことが多いが、それもまた家族が背負っていくのだから、看護婦は家族が出した結論に口をさしはさまないようにしたい。

老人や家族の退院にむけての気持は流動的である。ある時点ではとてもやっていけそうにないと思っても、時間がたてばやれそうに思えるようになる場合が多い。早く退院するようにと迫ることによって、老人が家に帰る可能性を潰してしまうこともありうるので、退院の時期については家族の気持の変化を待つゆとりを持つようにしたい。

しかし現実には、病院それぞれの事情から入院期間には制約があり、また一般的に言って退院の時期の決定や退院の目的を本人や家族に伝えるのは主治医である。看護婦はそれをただ受身に受け止めるだけでは、以上みたきたような援助をすることは不可能である。看護婦は退院に関する病院の方針や主治医の判断をなるべく早く本人と家族に伝えるとともに、退院についての本人や家族の気持や事情、その変化の可能性などを主治医に伝えておくべきである。

## Ⅳ 事例を通してみた退院にむけての援助

### 1 急に身体状況が悪化し入院した場合

急性症状や急速な身体機能の低下があって入院した場合、老人は強い不安のただ中にある。自信を失い依存的となり、将来についても悲観的となっている。

そのような場合家族もまた事態を冷静に受け止められず、老人の病状が落ちついたあとも、これから先老人はどうなるのか、老人を受け入れた生活がどんなものなのかについてイメージを持ちにくく、従って受け入れに自信がもてない。

このような場合の援助を、Mさんの事例を通して考えてみよう。

#### 〈Mさん 女 86歳の例〉

Mさんは、全身倦怠感が強く息苦しいとの訴えで受診し、心房細動、心拡大があるため入院となった。

#### 1) 入院時の状態とその経過

入院時日常生活動作は全介助で失禁、おむつ使用。不安感が強く、頻繁にナース・コールをおす。また看護婦がMさんと同室の他の患者のところへ行くと、胸が苦しいなどと訴え、手を握って話していると治る。この時脈拍、血圧の異常はみられなかった。

心房細動、心拡大が改善されてもコールは頻繁で、尿意があるにもかかわらず、なおおむつを求め、おむつがとれたあとも夜間はおむつ、昼間はポータブルトイレへの移動に介助を求めた。日中はほとんど寝たまま。

息子の妻が殆ど毎日面会に来ているが30分位黙ってベッドの脇に居り、洗濯物を補充して帰って行く。その間息子の妻はあまり会話もせず暗い表情であるが、Mさんは大変静かで落ち着いていた。

#### 2) 入院当初の看護婦が問題と感じたこと

- 誰かに保護されたいという気持がある。
- 不安感が強く、心配する必要のないことを言葉で説明しても納得できない。
- 家族に対する依存心が強い。家族はMさんに対して遠慮深い。

#### 3) Mさんに会する働きかけとMさんの変化

##### (働きかけ)

- Mさんの依存的態度を受け入れ、徐々に自分でできることはするように促す。しかし強制はしない。
- 保護される人としてではなく対等の人として日常会話をする。
- 他の患者との接触をはかる。

##### (変化)

- おむつからポータブルトイレを経て、歩いてトイレに行けるようになった。
- 自主的に同室者と交流を持つようになった。
- 援助が必要な時だけコールするようになった。
- 言葉で説明し納得できるようになった。

#### 4) 退院にむけての家族との話し合いと援助及びその結果

主治医より退院の話が家族になされた直後、

家族は医療相談室に行き、家に引き取れないので、特別養護老人ホームを紹介して欲しいと依頼。医療相談室から病棟へ連絡があり、家族（息子の妻であるTさん）、ソーシャル・ワーカー、病棟婦長の三者で話し合うことになった。

話し合いの内容を要約すると次のようなものであった。

家族「おばあさんがあまりにも依存的で私をはなさないため大変でした。今の状態で帰ってきたら、家庭生活が破壊されてしまうし、私も疲れまいてしまう」

婦長「Mさんの現在の状態をどう思いますか。入院前はどうか。自宅へ帰った時はどんな問題が予測されますか」

家族「現在の状態は入院前の元気な時とあまり変わりませんが、具合が悪くなった時のことを考えると、とても見ることはできないと思う。おもらし位なら、めんどろを見られます」

婦長「介護を手伝ってくれる人、または相談相手になってくれる人はいますか。Mさんのお友達で話相手になってくれる人はいますか」

家族「話をすれば娘も義妹（Mさんの娘）もできるかぎりの応援をしてくれると思います」

婦長「Mさんとご家族の生活は今までどのようなだったのですか」

家族「転勤が多くその都度おばあさんも一緒に転居していました。現住所に落ち着いたのは10年前。ずっと仲良くやって来たが、いつもTさん（息子の妻の名前）Tさんと言っていました」

婦長「年をとると新しい環境に慣れるのは大変なので、Mさんは新しい土地になじめずTさんを頼りに生きて来たのですね。その頼り

たい気持が病気の不安感で強くなったのではないのでしょうか。だから面会の時手を握ってもらおうと落ち着いたのだと思う。家族共々大変な苦勞でしたね。特にあなたがやさしいから、このようにうまくいっていたのだと思います」

ソーシャル・ワーカー「必要なら特別養護老人ホームの紹介をします」

家族「家に帰って相談してみます」

この話し合いで婦長は次の点に注意を払った。

- Mさんの現状を家族と共に確認し合い、共通理解する。
- Mさん、Tさん各々の気持、その関係をよく知る。
- 家族の気持の中にある老人を受け入れている部分を大切に、結論を出す前に十分に考慮するように促す。ただし結論は家族にまかせる。

数日後家族は自宅に引き取るという結論を出したので、介護方法などについて婦長は家族と一緒に考え、次のようにすることとなった。

- 息子夫婦の寝室の隣の居間をMさんの居室としベットを入れる。
- トイレまで歩けるが、夜はポータブルトイレを使う。
- Mさんの娘に介護の応援を頼む。
- Tさんが外出する時は食事を少し早目にし、近所の友達に遊びに来てもらう。
- 疾病その他日常の相談は、近所の医師に。困った時は当院のソーシャル・ワーカーも相談にのる。

この家族相談で婦長が特に注意を払ったのは次のことである。

- 介護が長続きできによう、介護負担が過重にならないようにする。

困った時にいつでもかけ込める所を用意する。

Mさんは入院時、急激な身体状況の悪化で強い不安を持ち、極度に依存的となっている。看護婦はこの依存を受け入れ安心させた上で、徐々に自立の方向へと導いている。

他方介護者であるTさんは、入院直前のMさんへの対応に疲れはてた経験から、Mさんの病状が改善された後でも、悪かった時の印象が頭から離れず、Mさんの受け入れに自信がもてないでいる。看護婦は家族の苦勞をねぎらうとともに、家族がMさんの現在の状態を理解し、Mさんが家に帰った時の生活がどのようなものが考えられるよう援助している。そして家族自身が自宅退院という結論を出したあとで、介護負担を軽減するための対策を一緒に考えている。

## 2 入院前から介護を要する状態にあり、病状悪化を契機に入院した場合

入院前からすでに家で介護を受けていた老人が、病状が悪化して入院した場合のことを考えてみよう。この場合、家族はもともと老人介護を経験しているため、Mさんの場合のように、帰宅後の生活がイメージしにくいということはない。病状さえ改善すれば、介護の再開にさしたる問題はないように思える。しかし、家族が介護負担に堪えられなくなってきたており、病状悪化を契機に、あとは病院でみてもらいたいという思いを持って老人を入院させる例もよくある。このような場合家族は、自宅退院にかなりの抵抗を示すことが予想される。

このような場合の働きかけを、Kさんの例を通して考えてみよう。

### 〈Kさん 女 78歳の例〉

Kさんはすでに家庭でねたきり、全介助であったが、発熱し受診、尿路感染症と子宮筋腫の疑いで入院となる。入院後の検査で肝障害及び子宮筋腫と診断され、肝臓の治療の後に子宮全別手術を施行する。

#### 1) 入院時の状態

左片麻痺で四肢関節の拘縮があり、特に左上肢の拘縮が強く、伸展不可。ねたきりで失禁、おむつを使用、食事も全介助。構音障害があり発語不明瞭で自発語はほとんどない。聞く方はゆっくり話せば理解できる。話しかけると言葉で答えず、目で合図する。無表情。入院当日家族は「この人は話せません。ご飯もちゃんと飲みこめません。食べさせるとむせるから無理です」と、食事を介助しようとする看護婦を阻止しようとする。しかし、嚥下障害はあるが軽度で、ゆっくり介助すればむせないで食物摂取可能であった。

#### 2) 入院当初看護婦が問題と感じたこと

- 家族はKさんの可能性に目を向けず、さじを投げている。家庭での介護は限界に来ているのではないか。
- Kさんは家庭にあって家族の一員と言うよりも、家族にとっては単に介護しなければならぬ存在であり、本人もそんな立場であきらめているのではないか。
- 見かけや家族の言葉ではKさんの残存機能は乏しいが、実際はどうか、尿失禁は器質的なものなのかどうか、それらの評価をする必要がある。
- Kさんは感情表出が全くない。感情交流が持てる人間関係を作る必要がある。

#### 3) Kさんに対する働きかけとKさんの変化

##### (働きかけ)

- 座位の保持と車椅子を用いての移動を目

標に、病棟での看護と機能回復訓練を行う。

- おむつをとることを目標に、排尿状態をチェックし尿意の有無と排尿間隔を知り、ポータブルトイレ介助を行う。
- 感情の交流を促すため、朝・夕の挨拶を必ず言葉で交わし、つとめて簡単な会話を重ねる。家族の面会があった時、看護婦も時々入るようにして、家族同士の会話が自由にはこべるように誘導する。

(変化)

- 車椅子を使ってテレビを見たり、散歩ができるようになった。
- 食事はダイルームに出むき、一部介助を要するが、スプーンにて殆ど自力で取れるようになった。水分も急がなければ殆どむせず摂取可。しかし感情が不安定な時や発熱の時はむせる。
- 排尿後に看護婦を呼ぶことが多く、尿意についてははっきりしなかったが、時間的に誘導することにより、おむつを最小限にし、その結果パジャマのスタイルもよくなり、車椅子への移動が楽になった。
- 看護婦が声をかけると返事をし、声を出して笑うようになった。

4) 家族の面会がとだえないよう配慮したこと

- 患者について困ったことは情報として伝えるに止め、良くなったところをよろこびとして伝える。
- 洗濯物がたまった時は、ねぎらいの言葉を添えて寝間着の補充を依頼する。
- 介護にあたっている息子の妻の大変さ、せつない気持を理解し、苦情を受け止める。
- 自己表現するKさんの姿を家族に見てもらい、その能力を理解してもらう。特に孫の面会があった時は表情が豊かになるので、その機会を利用する。

5) 退院にむけての家族への援助とその結果

主治医から退院の話が出された時、家族からの返事はなかった。本人には「もうすぐ家に帰ってよいそうですよ。いかがですか」と問いかけると、「こんなで帰っても仕方がない。できればいつまでもここに居たいが、どこか他所へ行ってもよい」とのことであった。

そこで家族に次のような働きかけをしてみた。

- Kさんは家庭で一緒に生活すると結構楽しみもあり、幸せなのではないか、と話してみる。
- Kさんが家に帰った場合の家族の生活を聞いてみた上で、介護力の補強、おむつの交換と洗濯の問題、ベットと車椅子の用意などについて一諸に考え、社会資源の活用の可能性を伝え、病院のソーシャル・ワーカーを紹介した。

以上の結果、介護は妹・弟などの応援を得る、おむつはリースを利用、ベットと車椅子は区役所から借用するなどの対策をたて、自宅退院することとなった。

このように家庭での介護が限界に来て入院となった場合は、入院が長びくにつれ老人と家族の絆が切れてしまう可能性が高い。しかし他方では、家族が老人介護から一時的に解放されることにより、自分をふり返り、老人及び老人介護を新たな目で見直すチャンスともなりうる。この間の看護婦の対応が何らかの影響を与えうる。

もし仮に、看護婦が家族の態度に批判的な気持を持って接していたら、家族はそれを察して看護婦を避け、ひいては面会が途絶えるようなことになったかもしれない。Kさんの場合、看護婦は家族の気持を受け止め、家族

から信頼されるよう努力している。その上で、Kさんが家族の一員として家庭の中での存在感が持てるようになることを目指し、Kさんに対しては人との感情の交流が持てるよう刺激し、また家族に対しては、対応の仕方いかんで、Kさんの自己表現が引き出せるということを理解してもらうように努力している。

### 3 疾病は治癒したが障害が残っている場合

日常生活面で自立していた老人が発病して機能障害を生じ、入院治療の後機能回復訓練を行っても、回復には限界があり後に障害を残すことが予想される場合を考えてみよう。

突然に機能障害が生じた時、誰にとってもその障害を受容するのは容易なことではないが、機能訓練を進めるにも、退院後の生活を考えるにも、障害の受容は不可欠である。

また、自立した生活をしていた老人が入院した場合、介護を要する状態で退院したら誰が世話をするかについて未定である場合がよくある。そしてその背後には複雑な家族関係が存在する場合が多い。

このような場合の働きかけを、Nさんの例を通して考えてみよう。

#### 〈Nさん 女 79歳の例〉

Nさんは脳卒中で某病院に入院し、治療と機能回復訓練の後に自宅に退院したが、退院1ヵ月後、歩行困難の評価と機能回復訓練のために当院に入院した。

##### 1) 入院時の状態

尿意はあるがおむつを使用し、自力でやっと起き上がれる状態である。食事はギャッジベットで背部を支えると食べられる。洗面は車椅子で洗面所まで誘導し一部介助で行う。

知的水準は非常に高く、また自己表現は過剰で多弁。常に口にするのは「こんなことでみっともない。はずかしい」、回診時には「こんな姿で先生に大変失礼です。申し訳ありません」と言うことである。長男と次男の2家族が付添って来たが、何となくぎくしゃくしており、すぐ帰って行った。

##### 2) 入院当初看護婦が問題と感じたこと

- 尿意があるのにおむつをしている。時々間に合わなくて失敗するので、嫁がしたとのことであったが、どのように失敗したかを聞いてみたら、一度だけ下痢をして大変よごしてしまったので、それからするようになったとのこと。しかし様子を見てみると、時に間に合わなくなり、よごしていることがある。
- 病気になる前には、長男の家と次男の家を行ったりきたりしていた。そのことを本人は「嫁2人で決めていて、私は何も言わなかった」、「嫁の言う通りにしていれば万事治まるのだから、私はただ従うだけ」という言い方をする。
- 自己表現が過剰で弁解が多い。1つのことがらをこと細かに説明し話が長い。人の悪口は言わないが良く聞いていると、自分は良くてじっと我慢している、嫁達は意地が悪いということになる。言下に職業軍人の妻で格式の高い生活をしていたことを自慢にしている。
- 着替えの補充や身なりを調えるための帯の準備など、家族に依頼しても思うようにならない時など、大変不満を表し、自分は経済的には一銭も世話になっていないし、家は夫が建てたもので、そこに住んでいるのだから、この位するのは当然だと言ったりしている。

医師回診時、具合が良くなってからは、回

診前に着替えをしてベッドの上にきちんと正座して待つ。全体として、あるべき姿、たてまえ重視の考え方が強く、プライドが高い。

### 3) Nさんへの働きかけとNさんの変化

(働きかけ)

- なるべく寝たままにしないよう、テレビ鑑賞、食卓での食事などで、少しずつ座位の時間を長くする。その後、補助具使用による歩行を目標に機能回復訓練を行う。
- おむつをとることを目標に、時間をきめてポータブルトイレへ誘導。
- 機能回復訓練の過程で腰痛や下肢の痛みを訴えることが多かったが、その時は無理にはさせないけれども「できたら少しでもしましょう」と、続けることの大切さと、それ以上決して痛くなったり苦しくなったりしないことをよく説明し、安心させる。また、できたことをきちんと評価し、共に喜ぶ。
- 他の患者との交流を促し、いろいろな障害や苦勞を持っている人が居ること、また老人と家族との間には、皆それぞれに葛藤があることを知る機会を作る。
- 看護婦との人間関係を作ることにより、他人を信用できるように働きかける。具体的には朝の挨拶や車椅子による移動時、食事時間を利用して、コミュニケーションをはかる。

(変化)

- 補助具(靴と杖)を使って歩き、身の廻りのことは援助なしでできるようになった。
- 尿意から排泄までが短いので、早めにトイレへ行き、夜はポータブルトイレを使うことで、おむつ不要になる。

### 4) 退院についてのNさんの気持

約1ヵ月の入院で機能回復の目的はほぼ達したので、Kさんに「そろそろ退院のことを

考える時期に来ている」と伝えたところ、「もっと上手に歩けるようにならないと困る。時々ふらつく。腰痛もある」と、退院については拒否的であった。検査の結果異常のないことを説明し、退院についての気持を聞いたところ、「老人ホームはどうなんだろうね」と言う。看護婦には、プライドが高いNさんが、歩行障害を持って老人の集団生活の中に入って行くのはとても大変だと思われたので、本当に老人ホームに行きたいのか確かめたところ、「行きたいと言うことではないが、それしかないと思って……」と言う。

数日後Nさんはやはり息子のところへ帰りたいと言うので、本人の了解を得てソーシャル・ワーカーに入ってもらい、長男、次男と話し合うこととなった。

### 5) 退院に向けての家族との話し合いと援助及びその結果

ソーシャル・ワーカーは長男、次男それぞれから事情を聞き、「奥さんも含めて相談に来て欲しい」と依頼したところ、2家族が一緒に来院し相談に乗って欲しいとのことで、婦長も同席して話し合った。家族の言い分は、「長男の妻も次男の妻もできる限りのことをやってきたのに、Nさんから冷たいとか意地が悪いとか言われ、できることならNさんにそばに居て欲しくないと思っている。しかし次男が同居を条件に結婚しているので……」ということであった。

そこでNさんにも同席してもらい、長男、次男と直接話し合ってもらったところ、「次男の嫁さえよければそれでよい」とのことであった。

Nさんの性格を知り言い分を聞いている婦長は、一緒に暮らす時何が問題になるかが推測できたので、それを解決するための提案を試みた。たとえば生活時間や習慣のずれから

起る問題、家事をどこまで誰がやるのかお互いに小さなことに気を使って気疲れし不満になることなど。各々の立場、考えに違いがあるのは当然なので、それを認め合った上で、起きる時間、朝の食事の準備や後片づけを誰がどこまでやるのかなど、具体的に話し合っただろうか。Nさんは、今まで良かれと思っていたことがみんな悪くとられてしまったので、今度はそうしますと、トラブルの解決方法がみつき安心したようである。

一方次男、長男には、介護者の気苦労は大変なので、充分わかってやり時々気晴らしの時間を作って欲しい。またNさんは細かいことを気に病むたちなので、聞く方としてはあまり細かいことにこだわらないで、時々はよく話を聞いてあげて欲しい。難聴もあり、よく聞き取れないことが誤解を起す原因になるので、話す時は近くできちんと話すようにと依頼した。

当日は結論を出さず散会し返事を待ったところ、3日後にソーシャル・ワーカーを通して、次男宅へ引き取りたい、そのための部屋の準備を始めたとの連絡があり、後日本人は喜んで退院した。

自分の身体状況の受容ということは、機能訓練を進める上でも、また退院後の生活を考える上でも、極めて重要な意味をもっている。機能訓練の効果があつた場合でも、退院を告げられたとたんに無気力になり、ふたたび機能が後退してしまうことがあるという。それは、もっと良くなるだろうという見込と現実とのギャップが大きいまま、「これ以上入院を続けても改善の見込みはない」との理由で

退院が決まり、すべてから見放されたような気持になったためではなかろうか。あとに残る障害を受け入れられるようにするための働きかけは、病状が落ち着いたらすぐに、そして常に意識的に行う必要がある。

Nさんは、自分の身体状況が受け入れられないまま最初の病院を退院したのではなかろうか。今回の入院では、看護婦は最初から受容を促すべく様々な配慮をしている。それはたとえば、Nさんができたことを看護婦が共に喜び、できないことよりできることに目が向けられるようにする。障害を持っているのは自分だけではないことを知らせるなどである。

その結果機能訓練の効果は上った。しかし、機能訓練の目的を達してもなお自分の身体状況を充分受け入れるには至らず、退院には拒否的であった。それは、素直に家族の援助を受ける気持になっていないことが関係していると考えられる。そしてその背後には、Nさんの性格及びNさんと家族との複雑な関係がある。だから、家族の受け入れがはっきりした後には、退院を喜んでいるのである。

看護婦は当初から、Nさんの家族に対する態度に問題を感じ、家族の立場を知る機会を作ったり、あるべき姿やたて前にこだわらず素直に生きた方が、家族共々生きやすいことを知らせようと努力している。そしてその上で、ソーシャル・ワーカーの協力をえて家族、本人を交えて退院についての話し合いを行っている。この話し合いで看護婦は、入院中の日常ケアを通してNさんについて知り得たことをもとに、退院後予想されるトラブルを避けるための具体的な提案をしている。



## おわりに

病院医療の技術と管理体制が高度化するにつれ、医療者は、患者をそれまでとこれからの生活をもった一人の生活者として見、対応するゆとりを失いがちである。そして患者、家族にとっては、病院生活が日常生活からかけ離れたものとなり、その間医療者のなすがまま身をゆだねる傾向がある。

しかし退院後には、再び日常生活が待っており、自らの力で生きなければならない。病気が完治して退院し、もと通りの生活がはじめられるのであれば、入院期間中は非常時であると考えすることもできよう。しかし老人の場合、病気が完治することなく老衰も加わって身体機能が低下していくため、今まで通りの生活の維持は不可能となる。退院を契機に

老人も家族も大巾な生活の再編を迫られる。このような節目に当る入院生活が、日常生活の論理を無視した秩序で支配されていたなら、入院生活から退院後の生活への移行は困難であろう。

看護婦の退院指導は、主治医の退院許可が出てから始まるのではなく、入院当初から老人患者を一人の生活者として見て日常ケアに当ること、そして日常ケアを通してわかった老人の身体状況や思いを家族に伝えることが基本になるといって良いだろう。

どこにどのように退院するかということは、老人のその後の生活、ひいては人生の終末のあり方がかかっている問題なのだということを、常に念頭においていたい。