

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のままにみつめ、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ととらえ、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のではないだろうか。

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ぎてきており、自分なりに自信を

持っただけに、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がわかるし、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、元気で生きたいと言う願いから、「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るれば、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ろうと考え、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します」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、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ことは、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、下的浮腫、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、受け入れら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、食事もないと黙りこくり、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、配慮するようになった。

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、一人で頑張ってきた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」とい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。自分の病気のこと自分できわわっているし、他人にどうのこうのと言ってもら必要はない」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。苦勞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,第三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。時には問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ゆり,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,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

係の現実を、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、という不安を知った時、家族を何とかして患者に近づけたいと思うだろう。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く。

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、困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、不適應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怠ったため、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下さい」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いため、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てしまうこともある。そのような時は、さらっと、「びっくりなされたでしょう」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てい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らうか。

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、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る。

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つたり、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むれませんね」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」など日常のこぼしを、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来るが、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、看護婦は話を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いやすい。

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いらしい。

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と、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、いろいろなレクリエーション・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、気分の不快、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、同室者の躰がひどい、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つた。「まだつらいんでしょう」と話しかけると、やっと「え」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つた。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つた。

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つて、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ふ。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ツ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」とさわいだり、「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だりやで，生活もきちんとしていたが，今回の入院時も変わ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，本人はケロツとして，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ったようである。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，どうもがんだ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，看護婦が生活全面的な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らうか。

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来る。

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つてしまうと、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、一時自分にと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、せつかくの情報も、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、重要な意味を持つてくる。

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。

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