

# 老人患者の退院準備

——リハビリカンファレンスを活用して——

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

## 目 次

はじめに	33
I リハビリカンファレンスの概略	33
II 事例として取り上げた退院患者の概要	36
III 自宅退院の準備をどのようにすすめたか 一事例を通して	43
1 自分の終末期を迎える場を老人自身が選んだ事例	43
2 加齢現象の見方について、老人患者の子供と医療者との間で相違のあった事例	44
3 長期療養の夫を介護してきた妻が、夫の病状悪化によってパニック状態におちいった事例	45
4 老人世帯で老妻の介護力に限界があった事例	46
5 退院時の指導と家族ぐるみの協力が介護者を支えた事例	47
6 子供たちとの関係が悪かった老人の事例	48
7 下半身麻痺の障害を受容できなかった主婦の事例	49
IV 転院となった要因の考察 一事例を通して	51
V 今後の課題	52
おわりに	54

## はじめに

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

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

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

## I リハビリカンファレンスの概略

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

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

これは毎週火曜日の午後開かれるリハビリ

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

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

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

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

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

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

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

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

それでは患者の退院に向けての各職種の動きを述べておく。

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

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

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

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

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

それでは、具体的にN氏の場合をみてみよう。

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

を受け、日常のコミュニケーションはほぼ可能になった。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## II 事例として取り上げた退院患者の概要

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

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

### (1) 病状の回復程度

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

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

20名の病状回復程度と、決定した退院先をみると次のようになる。

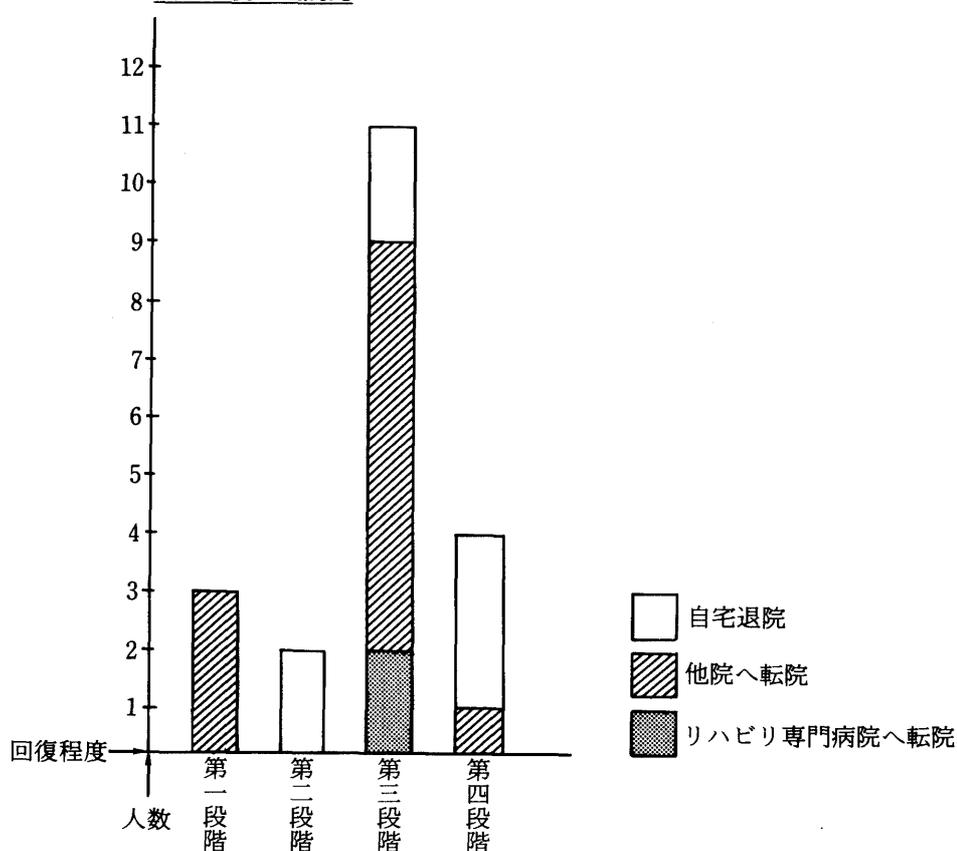
① 入院時より悪化したもの——3名(他院へ転院3名)。  
② 入院時と病状の変化はなく、そのまま安定したもの——2名(自宅退院2名)。  
③ 病状の回復は良好であるが後遺症を残したもの——11名(自宅退院2名、リハビリ専門病院2名、他院へ転院7名)。  
④ 発症前までの状態に回復したもの——4名(自宅退院3名、他院へ転院1名)。

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

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

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

図1  
回復程度と退院先



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

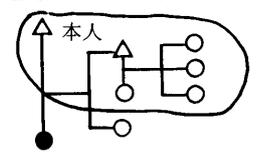
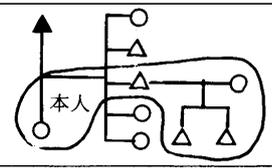
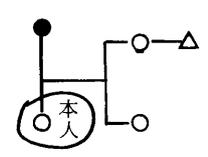
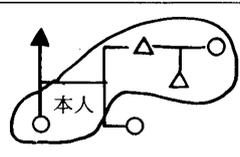
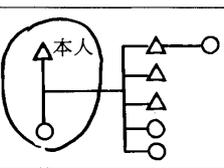
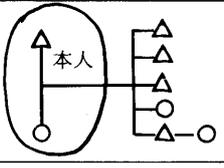
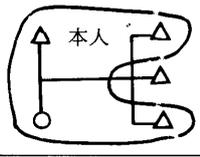
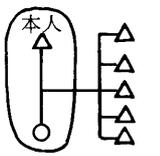
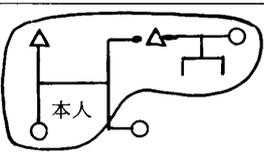
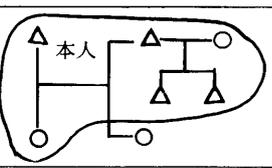
出ている。

## (2) 日常生活の自立

### (初期リハビリテーションの効果)

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

表-I 事例紹介

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

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

表一II 事例紹介

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

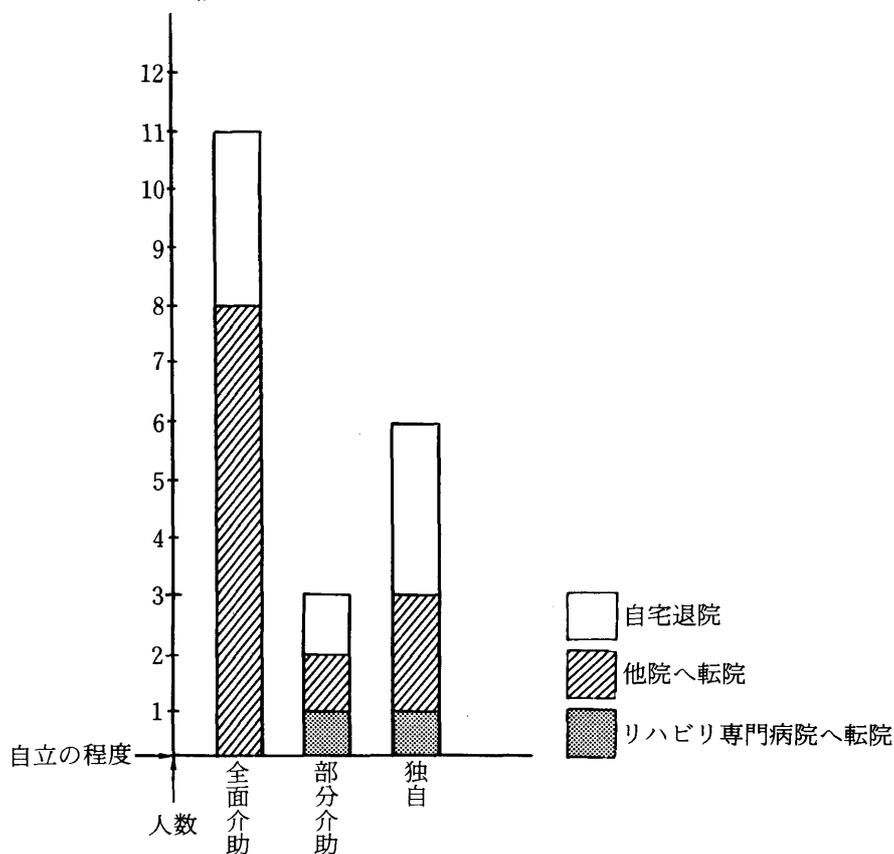
病 状 の 変 化 (入院→退院)	日常生活の変化 (入院前→退院時)	入院 日数	退院場所
意識障害と右側麻痺で入院，意識は清明になったがリハビリの意欲なく麻痺の回復はのぞめなかった。	独自→全面介助	68	他の病院
入院時歩行不能であったが，介助で歩行可能，車椅子も自分で操作できるようになった。	独自→部分的に介助	46	他の病院
右大腿骨々頭壊死と全身衰弱・肝障害の精査目的で入院。しかし，翌日脳梗塞を発症し，失語症，右側麻痺，意識障害があり回復がほとんどなかった。	全面介助→全面介助	35	他の病院
水頭症のシャント術施行，歩行障害は入院前よりわずかに回復したが，顕著の変化がなかった。	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

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

① 日常生活がひとりで出来る人——6名

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

図II  
日常生活の自立度と退院先



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

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

### (3) 家族への働きかけ（看護の働き）

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

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

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

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

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

### 1 自分の終末期を迎える場を老人自身が 選んだ事例

事例①〔表1〕は、多発脳梗塞と嚥下性

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

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

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

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

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

うれしく思えた。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4 老人世帯で老妻の介護力に限界があった事例

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

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

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

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

## 5 退院時の指導と家族ぐるみの協力が 介護者を支えた事例

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

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

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

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

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

## 6 子供たちとの人間関係が悪かった 老人の事例

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7 下半身麻痺の障害を受容できなかった 主婦の事例

事例①⑨〔表 I〕は、ある日、冷蔵庫から卵を取り出そうと腰をかがめた時、突然、腰部に激痛が走り、その6時間後には下半身が全く動かなくなり、入院となった事例である。患者は入院後、長期にわたり、多方面から検査を行ったが、原因がつかめず、薬物療法の効果もなく、車椅子の生活を送ることになってしまった60歳の主婦である。この突然の発症で大きな精神的ショックを受け、うつ状態が続いた。食欲は全くなく、唯一の治療であるリハビリテーションにも意欲をなくし、回復が遅れると同時に広範囲の褥創を併発してしまった。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## IV 転院となった要因の考慮 —— 事例を通して ——

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

という気持はあっても、老夫婦であったり、たとえ体力のある嫁や子供であっても、その人々が他に仕事をもっている家族であっては大きな負担になってくる。老人の介護は長期にわたり忍耐強くなければならない。患者の日常生活もある程度自立ができていて、その自立度にあった介護力がなければ自宅退院を無理に勧めることはできない。一時的な感情で自宅退院に踏み切ってみても、間もなく介護者が疲れてしまったり、他の原因で自宅療養が不可能になる事例が多い。このような問題が予測される場合は無理に自宅退院を勧めない方が、老人、そして家族にとっても幸せである。しかし、転院だから良いとは決して思っていない。なぜならば、前にも述べたが、転院先の病院でもその病院の方針があり、長期の入院は許されず、また次の病院へと転院して行くことが多く、病院から病院へと転々として最後を迎える老人がいるからである。このような問題をどう解決すればよいのか、残念ながら現在の段階では方策はないと言える。急激におとずれた高齢化社会に各分野がどのように対処してよいのか迷っている時期でもある。私たち看護職にとってもこの問題解決に責任と役割の一角があり、今後真剣に取り組まなければならないであろう。

## V 今後の課題

### 1) “もの言わぬ老人”を知ることに

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

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

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

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

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

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

## 2) リハビリカンファレンスに患者及び家族を含めて行く必要がある

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

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

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

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

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

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

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

## おわりに

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

てることができない現状である。

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

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

## 引用文献

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

## 参考文献

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

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

Keiko Ikeda\* and  
Reiko Hara\*\*

### **Objective and Methods**

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

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

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

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

### **Results**

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

many years of care.

- The caretaker of the patient benign supported by guidance from the hospital staff at the preparation of discharge, and who received help from other family members.
  - The case who had poor relations with his/her children.
  - A housewife who could not accept paralysis of lower extremities.
3. As a result of analysis of background factors of the patients who were transferred to other hospitals, it was found that the decisive factors influencing the course of patient (whether recuperation at home or transfer to other hospitals) are the patient's ability of independence in daily living and the capability of family members to care for the patient.

\*Tokyo Metropolitan Saiseikai Central Hospital

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